Cinquante-neuvième année — N° 1 — 3 Janvier 1937

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE



Le Néalgyl Bottu agit sur toutes algies

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	60 fr.	Belgique et Luxembourg...	70 fr.
Etudiants	35 fr.	Première Zone	85 fr.
Le Numéro..........	1.25	Deuxième Zone	110 fr.



Abonnés du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos abonnés qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Adda, Dana, Picard.
Amélie-les-Bains : Alardo, J. Bouix.
Arcachon : Jean Doche.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Bandol : Charmot et Rozet, (*Mais. cur. hélio-mar.*), Marçon.
Beaulieu-sur-Mer : Bertier, Ricoux.
Beausoleil : Andoly.
Biarritz : Clavel Pierre, Lacour.
Biskra (Sud-Algérien) : Chatenier (*ophtalm.*)
Cambo-les-Bains : A. Camino, Chatard, Colbert, Trotot.
Cannes : Bourgeois-Gavardin, P.-E. Bousquet, Fournier, P. Houssiaux, Joublot, P. Roques (*Y. O. R. L.*), Makereël, Monod, R. Stauder.
Cap-d'Ail : Lyons.
Carnac-plage : E. St-Martin.
Cassis-sur-Mer : Agostini.
Chamonix : de Chabanolle.
Ciboure : P. Sousbielle.
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Brody, Chaumet.
Hyères : Fohanno, Pierruhgues, Valmyre, Verrier.
Jougne : P. Charlin.
Juan-les-Pins-Antibes : Claudel (*chir.*).
La Seyne : Grandjean, J.-M. Jaubert, Makereël.
Magagnose-de-Grasse : Gordon.
Mégève (Hte-Sav.) : M. Grenet, Jacqueline Grenet.
Menton : Camaret, P. de Lengenhagen, Paul Ray.
Monte-Carlo : S. Vivant.
Nice : Bernard, Brouxel (*Chir.*), Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Daniel, Dormoy, Drapier, M. Faure, Gazzola, Gaudichon (*O. R. L.*), Guerry, E. Guérin, G. Henry (*Ray. X*), Kent-Monnet, Larue, Le Geard, (*mal. nerv.*) Lelongt Max, Liotard, Malaussène, (*Pn. art.*), Nafilyan, Nicolas, Phipps (*derm.*), Piettri, Rouvière, Sineau (*acc.*), Trutié de Vaucresson (*chi. acc.*), Vizerie.
Pau : Bajac, Carcy, Cornet.
Rousses (Les) : R. Veisenburger (*Enf.*).
St-Didier : A. Masquin.
St-Gervais-les-Bains : Roux.
Ste-Maxime-sur-Mer : Bausset, Ficonetti.
St - Raphaël - Valescure : Léon Clément, (*clin. chir.*), Marcel Rochette (*stom.*), Théo Roux de Laroque.
Sanary-sur-Mer : P. Gaillard.
Saujon : Dubois.
Toulon : Jamin (*chir.*), Pignet (*urol., derm.*)
Vernet-les-Bains : Ponson.
Villefranche-sur-Mer : Alfonsi-Baud.
Villard-de-Lans : Bassaget (*Mal. des enf.*), Hérault (*mal. enf.*), Suau (*Mal. enf.*)

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — ***Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)***

***Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du* CONCOURS MÉDICAL*, Paris* 167-95.**

N° 1. — Doct. cherche poste à reprend. après rempl. et avec facilités, uniquement banl. ou région parisienne.

2° Méd. recomm. pour emploi secrétaire médic., jeune fille bonne instruct. ayant fait stage emploi similaire. Ecr. Mlle Grenat, pl. Jules-Jousseu, Meudon (S. et O.).

3° Jeune doc. libéré serv. milit., médec. génér., au courant client., cherche place assistant ou collaborat. Paris.

4° Morbihan. Suite décès à céder d'urg. bon poste méd. génér. dans gros ch.-lieu cant. région agricole, proxim. mer. Maison et jardin à louer, pas d'indemn.

5° Client. agréab. sud Bretagne, chiffre moyen, suscept. augmentat., maison tout confort. Loyer modéré.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet BREITEL & GORET,

1, rue Dante, Paris (5e). Tél. : Odéon 36-46

Normandie, environs grande ville (facilités d'instruction). A reprendre dans petit centre, cause fatigue, clientèle ancienne d'un très gros chiffre d'affaires. Grande maison conf. Indemn. 70.000 dont 40.000 compt.

Ouest. — Ville maritime à climat tempéré. Très ancienne clientèle (maladies de la peau). Seul spécialiste, par suite décès, petite indemnité.

Grande banlieue parisienne. Dans petit centre bien desservi. A céder contre 15.000 fr., intéressante clientèle d'un chiffre prouvé. Maison d'habitation parfaitement aménagée, tout conf. beau jardin. Urgent.

Renseignements

« **La Soleillette** », Bandol-sur-Mer (Var). Soleil. Régime.

Héliothérapie. Maison santé Hélios. Dr Brody, Grasse.

Quand vous aurez usé sans résultat les poudres de saturation pour calmer les hyperacides, les purges pour nettoyer les langues sales, les antiseptiques pour diminuer la putridité des selles, essayez quelques TABLETTES DE MANGAÏNE et vous verrez disparaître vite et agréablement tous ces ennuis.

Les Fougères, par Brantôme (Dordogne). Mais. santé pour enf., surveil. méd. constante. Ecole. Prix à part. 15 frs.

Villa du Parc. Saujon. (Char.-Infre). Charmant hôtel de repos et station de cure pour le traitement des affections nerveuses et neuro-digestives. Dr Dubois.

Renouvellement des Abonnements

En raison des *frais élevés* qu'entraînent actuellement les recouvrements, nos abonnés ont tout intérêt à nous adresser leur réabonnement (60 fr.), par virement postal ou chèque postal au nom du *Concours Médical*, compte Chèques postaux : Paris 167-95.

Changements d'Adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande).

LES OBSÈQUES DU Docteur AMÉDÉE MAURAT

Le jeudi 17 décembre 1936, une délégation du *Concours Médical* et de ses filiales composée du Docteur J. Noir, Directeur du *Concours Médical*, Président de la Mutualité familiale et professionnelle du Corps médical français, du Docteur M. Vimont, Président du Sou médical, du Docteur Henri Mignon, secrétaire général de la Mutualité familiale, et administrateur du Sou Médical, de M. C. Boulanger, administrateur du *Concours Médical*, de M. Dumesny, membre du Conseil de direction du *Concours Médical* et Chef du Contentieux du Sou Médical, et du Docteur R. Molinéry, administrateur du Sou Médical, s'est rendue à Chantilly pour accompagner le regretté doyen d'âge du Conseil de Direction du *Concours Médical*, le Docteur Amédée Maurat, Président d'honneur de la Mutualité familiale, du Sou Médical et du

Syndicat des médecins de l'Oise, à sa dernière demeure.

Dans ses dernières volontés le Docteur A. Maurat avait exprimé le désir qu'on ne déposât sur sa tombe ni fleurs, ni couronnes et qu'il ne fût pas prononcé de discours à ses obsèques. Malgré le mauvais temps, de très nombreux confrères de la région et habitants de Chantilly avaient tenu à se joindre au cortège. C'est que le Docteur Maurat avait durant plus d'un demi-siècle exercé la médecine à Chantilly ou dans la région. C'est qu'il s'était consacré avec passion à toutes les œuvres de défense et de prévoyance médicale. C'est que son fils aîné, le Docteur Marc Maurat, lui avait succédé à Chantilly et avait hérité de la confiance de ses clients et de ses qualités professionnelles.

Le *Concours Médical* et ses filiales, la Mutualité familiale et professionnelle du Corps médical français et la Ligue de défense médicale professionnelle, le Sou Médical, renouvellent à la famille du Docteur Amédée Maurat et en particulier à son fils, le Docteur Marc Maurat, l'expression bien sincère de leurs plus vives sympathies.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Faculté de médecine de Paris.** — Le Professeur Laignel-Lavastine inaugurera la série des *conférences-promenades* de 1937 par la visite de la Faculté de médecine et du Musée d'histoire de la médecine le *dimanche* 10 *janvier à* 10 *heures*. Réunion dans la Salle des Pas-Perdus.

— **Faculté de médecine de Paris.** — *Cours de pathologie du travail.* — Un cours de pathologie du travail sera professé à l'amphithéâtre de l'Institut médico-légal (place Mazas) sous la direction de M. Duvoir, professeur agrégé.

Le cours est public et ouvert à tous les médecins, mais il s'adresse plus spécialement aux médecins d'usines, aux médecins de Compagnies d'assurances et aux étudiants en fin de scolarité qui se destinent à ces spécialisations. Il commencera le 5 janvier et aura lieu les mardis et jeudis de 3 h. 30 à 6 heures.

— **Ecole française de stomatologie** (20, passage Dauphine, 30, rue Dauphine, 27, rue Mazarine, Paris-(VI[e]). — *Cours et conférences publics et gratuits.* Hiver 1937, salle des conférences de l'école, à 18 heures.

Les mercredis. — M. le Professeur agrégé Oberling, 6 janvier : Caractères généraux des lésions inflammatoires de la cavité buccale ; 13 janvier : Les ulcères de la cavité buccale ; 20 janvier : Notions d'histologie et d'histophysiologie des tissus dentaires et leur application à la pathologie dentaire ; 27 janvier : La carie dentaire et les périodontites. — 3 février : Les Tumeurs des maxillaires. — Docteur Ch. Ruppe, stomatologiste des hôpitaux, chargé de cours à la Faculté de médecine, 10 février : Le respirateur buccal. — Docteur Houzeau, stomatologiste des hôpitaux, professeur à l'Ecole française de stomatologie, 17 février : Manifestations buccales des maladies du sang. — Docteur Vilensky, stomatologiste des hôpitaux, 24 février : Les hémorragies bucco-dentaires dans la pratique courante. — Docteur Chatellier, stomatologiste des hôpitaux, professeur adjoint à l'Ecole française de stomatologie, 3 mars : La stomatite bismuthique. — Docteur Thibault, stomatologiste des hôpitaux, professeur à l'Ecole française de stomatologie, 10 mars : La couronne Jacket, ses indications, sa préparation (projections). — Docteur Guilly, stomatologiste des hôpitaux, professeur à l'Ecole française de stomatologie, 17 mars : Indications et contre-indications des prothèses amovibles et des prothèses fixes ; 24 mars : Occlusion et articulé : Les occluseurs et les articulateurs.

Les vendredis. — Docteur Henault, stomatologiste des hôpitaux, 8 janvier : Examen clinique d'un blessé à la face. — Docteur Marcel Darcissac, stomatologiste des hôpitaux, 15 janvier : L'ankylose temporo-maxillaire. Son traitement (projections). — Docteur Dechaume, stomatologiste des hôpitaux, professeur à l'Ecole française de stomatologie ; 22 janvier : Interprétation radiographique des lésions dento-maxillaires (projections). — Docteur Lattès, stomatologiste des hôpitaux, professeur à l'Ecole française de stomatologie, 29 janvier : Les ostéophlegmons mandibulaires d'origine dentaire. Leur traitement. — Docteur Crocquefer, stomatologiste des hôpitaux, professeur à l'Ecole française de stomatologie, 5 février : Les ostéomyélites du maxillaire inférieur ; 12 février : Les ostéomyélites du maxillaire supérieur. — Docteur Omnès, stomatologiste des hôpitaux, 19 février : La sinusite maxillaire d'origine dentaire. — Docteur Sassier, stomatologiste des hôpitaux, 26 février : Les adénopathies d'origine bucco-dentaire. — Docteur Raison, stomatologiste des hôpitaux, professeur à l'Ecole française de stomatologie, 5 mars : Diagnostic des fistules buccales et péri-buccales. — Docteur Vincent, professeur à l'Ecole française de stomatologie, 12 mars : Etude anatomo-pathologique des lésions au cours de l'évolution de la pyorrhée alvéolaire (projections). — 19 mars : Etude anatomo-pathologique des lésions au cours de l'évolution de la pyorrhée alvéolaire (*Suite*).

— **La Société de médecine de Paris** réunie en assemblée générale le 11 décembre 1936 a voté à l'una-

nimité la motion suivante relative à la publicité médicale.

« La Société de médecine de Paris prie ses membres :

1º De s'abstenir désormais de toute réclame franche ou déguisée auprès du grand public (presse, T. S. F., cinéma, prospectus, affiches, conférences publicitaires, etc.).

2º De ne plus accorder leur collaboration à des journaux ou revues ne s'adressant pas exclusivement au Corps médical. Sont exclus de ce vœu, les chroniqueurs médicaux habituels des grands journaux d'information ou de certains hebdomadaires. Le Conseil d'administration recommande toutefois à ces chroniqueurs, membres de la Société de médecine de Paris, de s'en tenir dans leurs rubriques à des notes élémentaires, non tendancieuses, d'hygiène générale ou sociale, plutôt que thérapeutique. »

— **Fédération nationale des médecins du front.** — A la suite des dernières élections qui ont eu lieu le 14 décembre 1936, le bureau de la Fédération nationale des médecins du front est ainsi composé pour l'année 1937 : président, Docteur Jean Schneider ; secrétaire général, Docteur Jules Vaillant ; secrétaire général adjoint, Docteur Raymond Tournay ; trésorier, Docteur L. O'Followell.

Les vice-présidents n'étaient pas soumis à l'élection puisqu'ils sont tous vice-présidents de droit comme présidents d'une Association fédérée : le Docteur Fernand Landolt, pour l'Association amicale des anciens corps combattants ; le Docteur Fabre de Parrel, pour l'Union des médecins mutilés de guerre ; le Docteur Paul Jouve, pour l'Association nationale des médecins mutilés et pensionnés de guerre ; le Professeur Balthazard, pour la Société mutuelle de retraite des médecins du front ; le Docteur Bidon, pour l'Association des médecins mutilés et anciens combattants de Lyon et du Sud-Est ; le Docteur Soule, pour la Section médicale du groupement des officiers mutilés et anciens combattants de la XVIII[e] région ; le Docteur Lavaud, pour l'Association des médecins anciens combattants de l'Indre ; le Professeur Sorel, pour l'Association amicale des médecins médaillés militaires.

— **Syndicat national des urologistes français.** — L'Assemblée générale du Syndicat national des Urologistes français a eu lieu le 8 octobre 1936.

Le Bureau et le Conseil d'administration ont été élus ainsi qu'il suit :

Bureau : président, Professeur André, de Nancy ; vice-présidents, Professeur Dubois, Doyen de la Faculté de médecine de Lille ; Docteur Minet, de Paris ; Docteur Saint-Cène, de Paris ; secrétaire général, Docteur Marcel Gallois, de Paris ; trésorier, Docteur Georges Voronoff, de Paris.

Conseil d'administration : Professeur Jeanbrau, de Montpellier ; Docteur Henry Blanc, de Bordeaux ; Docteur Macquet, de Lille ; Docteur Marc Papin, de La Rochelle ; Docteur Wolgensinger, de Nice.

Pour tous renseignements et demandes de candidatures, s'adresser au Docteur Marcel Gallois, 26, rue de Clichy, Paris (IXe). (Trinité 19-01).

— **Hôpitaux de Bordeaux.** *Internat et externat.* — Le concours de l'*internat* s'est terminé par la nomination de MM. Tingaud, Duhart, Moretti, Collomb, Faure, Reboul, Chastrusse, Durieux, Oraison, Fagart et Mlle Rougier, internes titulaires ; MM. Daffas, Breton, Courteix, Lambert, Laborit, Dubuc, internes provisoires.

Le concours de l'*externat* s'est terminé par la nomination de MM. L'Epée, J. Brousse, Philibert, Mouliès, Lafon, Lamou, Meignié, Pelletier, Diard, Meynard, Gaussen, Brunet, Faugère, Mlle Gosset, MM. Poitevin, Souquière, Vincendeau, Castel, Dupuy, Pujo, Larriban, Roth, Perrier, Perret, Deletraz, Denis, Lebreuil, Mlle de Saint-Aubin, MM. Cazamian, Le Coroller, Gérard, Connaud, Ardisson, Labarbe, Augier, Choumara, Borgeix, Dherys, Gaurand, Rochet, Bridoux, Béderède, Albientz, Pujol, Braichotte, Le Bras, Monet, Rouergue, Rual, Hamart, Lagardère, Pasco, Téreygeol, Senmartin, Demarque, Buscail, Role, Le Poncin, Planet, Salzard.

— **Permanence d'anesthésistes.**— La Société française d'anesthésie vient de créer un service de garde d'anesthésistes, qui fonctionnera à partir du 2 janvier 1937.

En téléphonant à Trocadéro 69-87, les chirurgiens et spécialistes auront à leur disposition, jour et nuit, un anesthésiste qualifié.

— **Ministère des Pensions.** —*Vacance de postes médicaux.* — Le Docteur M. Sureau, secrétaire général de la Commission spéciale de classement des médecins, pharmaciens, dentistes, vétérinaires (loi du 12 août 1933) communique la vacance des postes suivants : médecin du lycée de garçons de Rodez ; médecin du lycée de garçons de Metz ; médecin du lycée de garçons de Grenoble ; médecin-adjoint du lycée de garçons de Grenoble.

— **Mariage.** — Nous apprenons le mariage du Docteur Maxime Schneider, d'Etival-Clairfontaine (Vosges), avec Mademoiselle Louisette Weill. La bénédiction nuptiale leur a été donnée le 29 décembre 1936, à Sélestat.

Tous nos souhaits de bonheur aux jeunes époux.

— **Naissance.** — Le Docteur et Madame Paul Bard, nous annoncent la naissance de leur fils *Bernard-Roger.*

Thiers, le 22 novembre 1936.

Nos meilleurs compliments.

— **Nécrologie.** — Nous apprenons la mort de Madame Jean Camescasse, la compagne fidèle et dévouée de notre cher collaborateur.

Tous les confrères de la région et leurs familles, tous les habitants de Saint-Arnoult-en-Yvelines qui avaient pu apprécier la bonté et le dévouement du Docteur et de Madame Jean Camescasse ont témoigné à notre confrère leur reconnaissance et leur vive sympathie. Le *Concours Médical* ne saurait rester indifférent au malheur qui frappe un de ses meilleurs collaborateurs et de ses plus sûrs amis ; il prend la part la plus vive à sa douleur.

J. Noir.

— Henri Dausset. — En apprenant que la mort venait de mettre fin au douloureux calvaire gravi, depuis quelques mois, par un ami si cher, nous avons éprouvé, avec la tristesse de voir disparaître, pour toujours, un camarade qui appartenait à notre vie quotidienne, le soulagement de le savoir parvenu au terme de tant de souffrances.

Nous avons déjà pu mesurer le vide qu'il laisse parmi nous, pendant ces dernières semaines où, après avoir lutté jusqu'au bout, il lui fallut quitter son service, ses malades, renoncer à toute vie active et entrer dans cette période d'abandon et de renoncement qui est bien la véritable agonie du médecin. Chez lui, l'agonie a été si courte que c'est l'image de l'animateur qui se grave dans notre souvenir, c'est elle qui va se perpétuer, sans avoir eu le temps d'être troublée ou déformée par celle d'un homme malade, souffrant dans sa chair, diminué dans ses moyens, s'acheminant lentement vers la mort.

La peine, que j'éprouve, m'enlève le courage de venir dire ici ce qu'a été Dausset, ce qu'il a fait, comment à force de travail et d'énergie, il est parvenu, d'humble praticien qu'il était, à s'élever, à se faire connaître, à Paris, à tenir sa place, et à figurer parmi les hommes les plus représentatifs de cette thérapeutique nouvelle qu'il a contribué à créer : la physiothérapie.

La longue expérience de toutes les possibilités des agents physiques, dont il aimait à entretenir ses amis, il a pu la mettre au service d'un grand clinicien qui a su le comprendre, et Dausset a connu, pendant les dernières années de sa vie, la joie inespérée de diriger un grand service, conçu selon ses idées et dont la réalisation, hérissée d'obstacles, pouvait à tout autre que lui, paraître impossible.

Le Professeur Carnot, le Docteur Mourier se sont honorés en lui faisant confiance, ils n'ont jamais eu à regretter leur choix.

Le service de physiothérapie de l'Hôtel-Dieu, sous la vigoureuse impulsion de Dausset, son animateur, est devenu une de nos curiosités hospitalières ; on y vient de partout, les malades y affluent, les médecins s'y instruisent et ce n'est point sans une certaine angoisse, que tous ceux qui y ont fréquenté se

demandent ce qu'il va devenir, maintenant que le voilà privé de celui qui en a été l'âme.

Si l'esprit de Dausset flotte encore, immatériel dans ces locaux qu'il a tant animés, il faut que son souvenir s'y perpétue, en respectant la tradition qu'il a créée. C'est en continuant son œuvre, interrompue, qu'on honorera le plus fidèlement sa mémoire et qu'on apportera à tous les siens, à tous ceux qu'il laisse, la consolation de ne pas voir disparaître entièrement le père, le maître, l'ami, dont la vie douloureuse a été consacrée à une œuvre qu'il abandonne trop tôt, avant d'avoir pu assurer sa pérennité.

Dr Raphaël MASSART.

— A l'Assemblée générale de la Société d'anthropologie a été annoncée la mort de deux anciens présidents de la Société, le Docteur Henri MARTIN et le Docteur Louis MONTANÉ qui, tous les deux, ont joué un rôle, très important dans l'étude des anthropologiques ethnographiques et préhistoriques.

Le Docteur Henri MARTIN a, pendant plusieurs années, poursuivi avec succès les fouilles de la Quina (Charente). Les résultats des découvertes fort importantes qu'il y a faites, sont réunis dans une salle qui porte son nom au Musée de Saint-Germain-en-Laye. Il a présidé la Société d'anthropologie en 1878 et en 1923.

Le Docteur MONTANÉ qui s'est éteint à Saint-Denis-Chatou à un âge très avancé, avait été collaborateur d'A. Broca, avait séjourné longtemps à Cuba, où il avait été doyen de la Faculté de médecine de la Havane. A son retour en France, au moment de la guerre, il avait communiqué à la Société d'anthropologie de nombreuses observations ethnographiques faites pendant son séjour à Cuba.

Le Docteur Louis Montané était membre honoraire de la Société d'anthropologie, dont il faisait partie depuis 1873 et qu'il avait présidée en 1922. Il était en outre membre du Comité d'honneur de l'Union Médicale latine (l'U. M. F. I. A.).

La Ligue médicale de Défense professionnelle « Le Sou Médical » a deux objets principaux :

1° Tout d'abord elle garantit ses membres contre les risques de responsabilité professionnelle à concurrence d'une somme de 100.000 francs. Et cette garantie est portée à 500.000 francs pour ceux d'entre eux qui sont en même temps abonnés au *Concours Médical*.

2° En outre, elle leur donne conseils et soutien dans toutes les difficultés et les procès d'ordre professionnel.



Société des médecins-inspecteurs des écoles de la Ville de Paris et de la Seine

Réunion du 16 décembre 1936

Le Président, le Docteur Moulin, donne la parole au Docteur Vallat qui expose quelques réflexions au sujet d'une épidémie de diphtérie, survenue dans une école maternelle de Vincennes. Il signale la difficulté de désinfecter le matériel et les jouets mis entre les mains des enfants.

Le Docteur Heuyer, médecin des hôpitaux et des écoles, expose comment la Commission nommée par le Ministre de la Santé se propose de faire une statistique des enfants anormaux dans toute la France.

Comme il est impossible d'examiner tous les enfants, le projet prévoit vingt-cinq régions différentes dans lesquelles des Commissions spéciales examineront les écoliers de 6 à 14 ans.

Le pourcentage sera aussi proche que possible de la réalité.

Le Docteur Heuyer demande la collaboration du médecin inspecteur dans les écoles où le sondage sera pratiqué.

Mlle Dreyfus-Sée avait demandé que la cuti-réaction soit pratiquée systématiquement à l'école sur tous les élèves. Un referendum adressé à tous les membres de la Société a donné 73 réponses, 45 opposées à la cuti-réaction à l'école et 28 favorables.

Le Docteur Moulin donne connaissance d'un vœu présenté à une Commission d'hygiène d'un arrondissement par un oculiste qui demande 'inspection oculistique des écoliers par un ophtalmologiste.

Un vœu repoussant cette proposition est adopté ; le médecin scolaire signalant à la famille les défectuosités de la vision constatée.

Le Président déclare ensuite ouverte l'Assemblée générale annuelle.

Après le discours du président sortant, le Docteur Moulin, et le compte rendu moral du secrétaire g néral Dufestel, on procède à l'élection du bureau pour 1937.

Sont élus : Docteur Laufer, président ; Docteurs Noir, Fouisseau et Mlle Lavedan, vice-présidents ; Docteur Dufestel, secrétaire général ; Docteur Grosset, secrétaire général adjoint ; Docteur Mathé, trésorier et Docteurs Savatier, Cony et Mesdames Laroche et Dreyfus-Sée, *secrétaires.*



Voir la suite page XLVII-49

PROPOS DU JOUR

NOS SOUHAITS

Pouvons-nous en ces jours troubles qui devraient être pour nous des jours de fêtes, formuler des souhaits. Hélas ! comme a dit le poète :

L'antique renouveau des fêtes surannées
Ne fleurit plus aux vieux pavés du siècle dur.

Et malgré cela, malgré l'incertitude du lendemain qui règne dans notre profession, d'ailleurs comme dans le monde, nous ne pouvons, nous ne devons pas perdre l'espoir.

Souhaitons avec ferveur, avec foi, que nous sortions victorieux de la dure épreuve.

Et pour cela souhaitons que la concorde et l'union règnent parmi nous. *Plus que jamais pour nous l'union fera la force.*

Confrères, unissons-nous, unissons-nous étroitement, fraternellement, pour le salut de notre belle profession.

Que notre devise soit : Union, Courage et Paix sur la terre aux hommes de bonne volonté.



LE LANGAGE MÉDICAL

Un philosophe a défini la science une langue bien faite. Si cette définition est exacte, nous pouvons douter du degré de perfection des sciences médicales.

A l'époque de Molière, le public se moquait des médecins qui s'exprimaient assez ridiculement en grec et en latin, et quel latin ! Tout le monde connaissait alors l'épigramme :

Affecter un air pédantesque,
Cracher du grec et du latin,
Longue perruque, habit grotesque,
De la fourrure et du satin,
Tout cela réuni fait presque
Ce qu'on appelle un médecin.

Que ne pourrait-on dire aujourd'hui du jargon médical dont les néologismes barbares et souvent stupéfiants, émaillent le langage et les écrits de nos confrères.

Le nombre de ces néologismes est devenu tel qu'il constitue un véritable danger. La science médicale menace de devenir une sorte de tour de Babel où l'on aura avant peu peine à se comprendre.

Aussi, est-ce avec le plus grand intérêt que nous avons lu dans le tome VI de l'*Encyclopédie française*, publié sous la direction du savant émérite et de l'habile chirurgien qu'est le Professeur LERICHE (de Strasbourg), un article de M. JOAO COELHO qui est une critique de la *Langue médicale actuelle* (1).

M. J. Coelho constate que le langage technique médical devient obscur même pour les initiés et il se demande si, tel qu'il se présente aujourd'hui il « facilite les opérations de l'esprit et le travail de la raison ».

M. Pierre RONDOPOULOS, d'Athènes, a récemment écrit l'*Histoire de la terminologie médicale* ; il y constate que 75 à 80 % des mots de notre vocabulaire actuel sont d'origine grecque (ou prétendue telle) et M. J. Coelho ajoute que « même si tous les médecins connaissaient à fond le grec, l'interprétation des termes récents ne serait pas aisée, parce que la plupart sont assez mal formés ».

A la fin du siècle dernier, une réaction commence à se dessiner contre l'abus des néologismes qui, avec la multiplication des publications

(1) *Encyclopédie française*. Tome VI. *L'Etre Humain* sous la Direction du Prof. LERICHE des Facultés de Médecine de Lyon et de Strasbourg, et du Dr WALLON, prof. à la Sorbonne. Section C.: Le Travail du médecin. Chap. Ier. La Profession médicale 15, rue du Four, Paris.

médicales de tous les ordres et de toutes les valeurs, prennent de telles proportions qu'il paraît nécessaire de les endiguer.

En 1883, R. VIRCHOW, dans ses *Archives*, faisant allusion à la composition incorrecte des termes nouveaux, écrit : « Aussi longtemps que la médecine scientifique reste dans sa pureté chez les Hellènes, la langue médicale paraît simple, intelligible et correcte. »

Mais, comment parler de langue simple, intelligible et correcte, lorsque M. Coelho déclare qu'on est arrivé à faire une classification alphabétique de 45.000 termes médicaux techniques jusqu'en 1934 dans les innombrables publications médicales. Il a enregistré un maximum de 5.440 mots pour la lettre P et un minimum de 44 pour l'Y, et il a relevé dans le lexique médical un mot de 42 lettres qui détient le record de la longueur.

Mais le nombre des termes n'est pas tout, il y a aussi la qualité du langage. Les synonymes abondent, on en a relevé 52 pour désigner la même maladie. Des malformations de vocables, des altérations des valeurs sémantiques, des alliances hybrides, des méprises étymologiques sont signalées partout. Ajoutons les expressions bâtardes. « Avec les morphologies extravagantes des désinences des langues latines, morphologies qu'aucune nécessité phonétique n'explique et qu'aucune raison philologique ne permet », nous avons de quoi écrire, dit M. João Coelho, un long chapitre de « pathologie » de la langue médicale ».

La nécessité d'épurer, d'unifier le langage médical s'est manifestée nettement depuis trente ans, mais, hélas ! les résultats se font encore attendre.

Les critiques devinrent dès 1906 de plus en plus acerbes tant en Europe qu'en Amérique.

A l'*Union médicale latine*, un philologue roumain distingué, le Professeur NICOLAU, a, dans un but de simplification, élaboré un dictionnaire français-latin des termes médicaux, actuellement terminé.

Le *Journal of the American Medical Association* écrivait dans son numéro du 14 septembre 1929 : « La malédiction de la médecine actuelle est la prolifération et la prolixité insensées et gigantesques de sa littérature périodique ».

M. J. DARIER, pour arriver à remédier à cette situation, a proposé au *Congrès international de dermatologie* de constituer des Comités de terminologie et de nomenclature qui adopteraient les termes utiles et corrects et élimineraient les autres.

Déjà aux Etats-Unis d'Amérique, il existe une entente des Sociétés médicales qui publie un répertoire des différentes maladies qu'elles étudient.

Nous pensons qu'en France une Commission permanente mixte des Académies de médecine et de chirurgie pourrait être constituée. Elle s'adjoindrait quelques philologues qualifiés et élaborerait un lexique officiel des termes médicaux corrects dont l'usage serait consacré un peu dans l'esprit du Dictionnaire de l'Académie française, supprimant les mots inutiles et tombés en désuétude et en ajoutant quelques autres indispensables. Ce lexique français pourrait être soumis à la critique et à l'agrément d'une Commission internationale qui pourrait au besoin en modifier certains termes.

La presse médicale pourrait encore, si elle daignait y consentir, jouer un rôle important, mais M. J. Coelho, juge ce concours difficile à obtenir et partant insuffisant.

Il termine son article par ce sage conseil :

« Ce que tous les médecins peuvent faire, c'est d'écrire dans leur langue maternelle, en écartant autant que possible les termes compliqués. Seul le style facile et simple reflète la clarté. Ce ne sont pas les mots techniques plus ou moins complexes qui pourront montrer la lucidité de l'esprit ni révéler l'essentiel de la pensée.

« Nous écrivons pour les autres. Purifier la langue ne fait qu'aider à la compréhension mutuelle.

« Adhérons donc à cette formule du grand philologue, J. VENDRYÈS, à propos des innovations en matière de langage, formule qui a la netteté d'une inscription attique :

« Le maintien de la norme dépend en somme, d'une sorte de morale sociale, acceptée par tous. »

M. João Coelho parle là le langage de la raison et du bon sens, mais, hélas ! comment pourraient l'écouter ceux (et ils sont nombreux) qui, sous des mots incompréhensibles et baroques cachent l'indigence de leur pensée et l'incohérence de leurs travaux, et qui espèrent en imposer ainsi à la naïveté des lecteurs ; car ces prétendus savants sont bien persuadés que ces derniers, éblouis comme dans *Le médecin malgré lui* par le galimatias de Sganarelle, diront avec Lucas :

« Oui, ça est si biau que je n'y entends goutte. »

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

LES PSYCHOSES RÉACTIONNELLES

Par J. Lévy-Valensi (1)

Les tendances actuelles de la psychiatrie, surtout biologiques ou psychologiques en profondeur, selon une expression consacrée, négligent un peu les facteurs psychologiques superficiels évidents, j'entends par là les facteurs moraux immédiats des psychoses. Nos anciens attachaient à ces facteurs une portée considérable et, sans remonter à Hippocrate, je vous rappelle que Griesinger et Esquirol leur ont accordé toute l'importance qu'ils méritent.

Le bon sens populaire ne s'y trompe d'ailleurs pas qui déclare que tel individu a perdu la raison à la suite de telle catastrophe ou de tel malheur individuel.

Il y a lieu en l'espèce d'être d'ailleurs réservé, le public rattache volontiers les incidents psychopathiques aux chocs moraux car c'est diminuer le rôle désobligeant du terrain. La folie, à juste titre, est souvent considérée comme constitutionnelle, familiale, l'accident sauve la face.

Mais, en vérité, les heurts qui atteignent les hommes sont fréquents, les réactions psychiques relativement rares : c'est qu'à la base de ces réactions, il y a surtout le terrain, la constitution mentale morbide, qui commande la manifestation et sa forme. Il nous faut donc étudier :

1° le terrain ;

2° l'accident.

***

Il y a quelques années, au règne de la dégénérescence, on avait admis que les chocs moraux n'agissent défavorablement que sur les dégénérés.

Aujourd'hui, la dégénérescence a à peu près disparu, remplacée par les constitutions mentales, très critiquées au Congrès de Limoges (1933) mais qui demeurent.

Les six constitutions : anxieuse, perverse, cyclothymique, paranoïaque, schizoïde, mythomaniaque ne répondent sans doute pas à des types fixes ; on pourrait en réduire ou en augmenter le nombre, mais, à condition de ne pas élever entre elles de cloisons étanches et de les considérer comme des modalités réactionnelles, elles doivent être conservées.

Faut-il, avec Boll et Delmas, les faire dériver des instincts primitifs ? ou avec Kretschmer des états normaux cyclothymes ou shizothymes ? Faut-il avec le même auteur, sur ces constitutions mentales calquer des constitutions physiques : pycnique, asthénique, athlétique, dysplasique ? Cela, c'est une autre affaire.

Il est certain que le choc se produisant sur ces constitutions va pouvoir déclencher une réaction différente selon le cas.

Le point de vue constitutionnel n'est d'ailleurs incompatible ni avec les doctrines biologiques ni même avec le point de vue psychanalytique.

La constitution et le tempérament sont régis par les états humoraux, glandulaires, neurovégétatifs, etc., et les chocs apportent de plus des perturbations dans ces systèmes.

Le *refoulement* du psychanalyste joue peut-être un rôle dans la formation des tempéraments et la bizarrerie de certaines réactions, réveillant des complexes enfouis dans la zone sphérique de Kretschmer, le subconscient, s'explique peut-être par ce mécanisme.

Mais la psychanalyse échappe à mes préoccupations habituelles, je préfère, me bornant à les signaler, la laisser en dehors de cet exposé. Je ferai ici de la simple psychologie de surface.

***

Les *chocs moraux* peuvent être *collectifs* ou *individuels*.

Parmi les chocs collectifs les uns sont *soudains*, d'autres *continus*.

Parmi les premiers les catastrophes mondiales : séismes, éruption volcanique, tremblement de

(1) Leçon donnée à la Clinique psychiatrique (Professeur H. Claude), mars 1936.

terre, naufrages, accidents de chemin de fer, explosions d'usines, de mines, etc...

Parmi les autres, les guerres, révolutions, émeutes, famines, épidémies, crises mystiques des peuples, mais aussi les persécutions politiques et religieuses, les scandales publics, les grèves font ce qui constitue ce que j'ai appelé *psychoses d'actualité* (1).

Pour toutes ces causes morales existent aussi des facteurs individuels. Le voyageur pris sous le wagon fracassé de son train peut être dans la même situation que le piéton renversé par un camion.

Les *chocs individuels* sont également *soudains* ou *continus*.

Parmi les chocs soudains : les accidents, les attentats, les malheurs imprévus, les joies imprévues (la joie fait peur), les surprises sexuelles, viol, défloration des jeunes mariées, révélation sexuelle brutale (surprise du coït des parents, etc.).

Les *chocs continus* réalisent les *psychoses de situation* avec les variétés suivantes variant avec les latitudes et les siècles voire les années, soit :

A) *Les psychoses de préoccupation.*

Maladie prolongée d'un être cher, surmenage intellectuel surtout doublé d'éléments affectifs, amours insatisfaites, en se plaçant seulement du point de vue moral, jalousie justifiée ou non, difficultés d'affaires, d'argent, etc...

B) *Les psychoses de la vie sexuelle.*

Nous faisons abstraction ici du point de vue glandulaire, dont l'importance est en l'espèce d'ailleurs, majeure.

Nous avons vu déjà comme cause brutale quelques incidents de la vie sexuelle ; ajoutons à cette liste :

La masturbation non nocive en soi mais à cause de la terreur dont une éducation mal comprise la frappe. La puberté (premières règles, pollution...) chasteté prolongée quand elle n'est pas sublimée ; chez l'homme scrupules moraux ou religieux, chez la femme retenue naturelle ; le veuvage, la ménopause vue du point de vue moral, fléchissement des charmes naturels, relâchements de la poursuite, c'est le moment où les petits savoyards ne se retournent plus sur le passagede Mme Récamier.

C) *Les psychoses de profession.*

Certaines professions brident parfois dangereusement les instincts. Kretschmer envisage dans ce chapitre les officiers, prêtres, religieuses, fonctionnaires ; il insiste aussi sur les gouvernantes et les instituteurs. Ces deux groupes sont constitués souvent par des individualités bien tranchées à aspirations élevées, à intelligence vive.

La gouvernante n'est pas traitée comme une domestique, elle n'est pas l'égale du maître, ce qui la met dans la famille dans une situation équivoque rendue plus difficile encore lorsqu'elle est l'objet de certaines poursuites.

L'instituteur, surtout dans les petites classes, a souvent affaire à des enfants indisciplinés et sans pitié dont il peut devenir le souffre-douleur, d'où des conflits pénibles entre l'idéal poursuivi et la réalité décevante.

D) *Les changements de situation.*

Dans ce groupe se rencontrent les psychoses des retraités, des chômeurs, des rétrogradés et des promus ! Plusieurs de nos malades, s'élevant dans la hiérarchie se croient incapables d'assumer de plus hautes responsabilités et sombrent dans la psychopathie.

Du même ordre, le changement de domicile, de quartier, de ville, de pays qui peut être envisagé d'ailleurs au paragraphe suivant.

E) *Psychoses d'isolement.*

Dans les variétés sus-énumérées l'isolement relatif que constituent de nouvelles relations est au premier plan. On retrouve les psychoses d'isolement chez les exilés, volontaires ou non. La nostalgie des exilés, des jeunes soldats, des sujets vivant dans des pays dont ils ignorent la langue n'est pas un vain mot.

De même, l'état d'esprit de quelques vieillards qui ont survécu à leur époque et qui ne parlent plus le langage de ceux qui les entourent.

Les psychoses carcérales sont des psychoses d'isolement, de même celles qui surviennent chez les aveugles et chez les sourds.

F) *Les psychoses résultant de la pratique du mysticisme* (*extase, spiritisme*) doivent entrer en ligne de compte avec ce facteur capital: la contagion mentale.

***

Si je vous disais le fonds de ma pensée, je serais obligé d'avouer, après avoir annoncé une leçon sur ce sujet qu'il n'existe pas de psychoses réactionnelles. En effet, cette expression est avant tout étiologique. En réalité ce que le choc moral détermine, ce sont les manifestations que nous connaissons bien, variant avec les constitutions mentales. L'instinctif ou le pervers instinctif donnera libre cours à ses instincts et nous connaissons bien le sadisme des foules, émeutes, révolutions, guerres, etc., et la cruauté instinctive de la panique.

Les six constitutions peuvent intervenir pour

(1) L'actualité et les psychoses. *L'Avenir médical*, janvier 1935.

créer des modalités cliniques mais les réactions les plus habituelles sont anxieuses, paranoïaques, schizoïdes.

Pour donner plus d'individualité à cette leçon j'utilise, en la modifiant légèrement, la classification proposée par M. Daniel Lagache dans un article encore inédit, lui-même inspiré de Kretschmer.

Une première division s'impose en psychoses réactionnelles occasionnelles et réactionnelles légitimes.

Les *psychoses réactionnelles occasionnelles* sont des manifestations psychopathiques quelconques déclenchées par le choc moral mais évoluant indépendamment des circonstances de ce choc. Par exemple une crise de mélancolie peut être déclenchée par un grand bonheur.

Dans le tableau ces psychoses les éléments moraux déterminants peuvent ou non figurer épisodiquement dans le thème délirant.

Trois malades.

Le premier est un jeune homme de 23 ans. Il vient à vous exubérant, logorrhéique, gesticulant, très à l'aise. Il voit l'assistance et vous interpelle avec à-propos et causticité. C'est un hypomaniaque. Mais il y a un an, étant soldat, puni de prison pour n'avoir pas salué l'adjudant, il a fait une crise dépressive.

Sa crise actuelle a été déclenchée il y a trois jours à la suite d'un pugilat dans la rue. Il ne songe plus du tout à ce choc moral et physique (1).

La deuxième malade a fait à la suite de la mort de son mari une crise de mélancolie anxieuse.

Voyez ce faciès anxieux, entendez ces gémissements, écoutez-là ! Appelle-t-elle, pleure-t-elle son mari ? Elle n'y songe point. Elle s'est laissé jeune fille embrasser par un jeune homme, elle a dû contracter la syphilis qu'elle a répandue autour d'elle, elle est pourrie, de plus elle est damnée, le diable habite en elle, elle ne mourra jamais ; de son mari il n'est nullement question.

Nous diviserons les *psychoses réactionnelles légitimes* en deux groupes :

A) Réactions sans conscience complète.
B) Réactions avec conscience complète.

A. Les *réactions sans conscience complète* sont désignées par Kretschmer sous le titre de *réactions primitives* parce que ce seraient celles des enfants, des hommes primitifs, des arriérés psychiques et des déchus définitifs (déments) ou temporaires (confus, alcooliques, etc.). Ces réactions se rencontrent surtout après les grands chocs brutaux (collectifs ou individuels), soit :

— *la torpeur,*
— *la confusion mentale,*

(1) Ce malade après avoir paru évoluer vers un état schizophrénique a guéri complètement.

— *l'onirisme* avec parfois extrême suggestibilité (hypnose des batailles de Milian) ;
— les *réactions explosives* :
— les *violences* imprévues rappelant l'ivresse excito-maniaque comme on en voit dans les prisons et dont sont victimes les gardiens ;
— la *fugue* à demi-inconsciente ou inconsciente ;
— les *réactions de circuit* à demi-conscientes mais où la personnalité ne paraît pas intervenir. Kretschmer cite le cas de cette jeune bonne d'enfants nostalgique, placée en pays étranger, qui égorge les enfants qui lui ont été confiés et incendie la maison, dans la pensée simple qu'elle pourra alors retourner chez elle n'ayant plus rien à faire là.

Les psychoses réactionnelles avec conscience sont les *réactions de la personnalité* de Kretschmer.

Dans ces formes le sujet réagit à l'ambiance avec ses tendances propres, son caractère, son tempérament.

D'après Kretschmer, à côté des tempéraments cycloïde ou schizothyme, existent les tendances *asthéniques* qui font les résignés, *sthéniques* qui font les révoltés d'où selon les cas, des aspects différents. Bien plus, chez quelques sthéniques les manifestations de révolte ne sont que le fait de l'excitation d'une réaction asthénique latente : *réaction expansive*, tandis que chez quelques asthéniques les réactions résultent d'une tendance sthénique méconnue : *réaction sensitive*.

Enfin, chez quelques sujets un repli se produit et c'est l'*autisme* avec son rêve ou son délire compensateur.

a) Psychose sthénique.

Le type est fourni par la réaction hypomaniaque.

b) Psychose asthénique.

Chez les cyclothymes, état de dépression ; bouderie morbide chez les schizothymes.

c) Psychose expansive.

C'est le type du paranoiaque protestataire, processif, révolté.

La manifestation expansive venge l'humiliation passée refoulée.

d) *Psychose sensitive ou sensitive Biezungswahn.*

Le sujet est un sensible, un scrupuleux, un individu sérieux, timide et modeste. Il ressent tout avec excès. Néanmoins, la tendance sthénique, en veilleuse, est représentée par un amour-propre, un orgueil qui s'ignore. Cet orgueil le contraint à ne pas subir passivement les reproches de sa conscience hypersensible. C'est contre elle que se retourne alors le pôle sthénique et le sujet devient de lui-même le propre bourreau, se faisant des reproches excessifs. Tout naturellement on passe du regret au remord, du remord à la psychose obsessionnelle.

Dans les cas extrêmes, se produit une projec-

tion affective et le sujet colore un délire d'interprétations voire un syndrome d'action extérieure (H. Claude et Schiff) de ses préoccupations. C'est le cas des masturbateurs qui voient dans les manifestations du public des allusions à une pratique qui est jugée honteuse ; c'est le cas du délire érotomaniaque de quelques vieilles filles etc...

e) *Psychose de compensation.*

Le sujet a d'abord dans sa rêverie, réalisé ses désirs insatisfaits, puis le rêve pénétra la réalité et c'est le délire de compensation (1).

Tous ces délires peuvent être durables, chroniques même, mais souvent et c'est l'intérêt de ces faits, *ils sont passagers.*

Cette première malade est une Polonaise âgée de 34 ans.

Venue en France, à Lille, en 1923. Elle ne savait pas un mot de français. Elle se place comme femme de chambre dans un ménage où se trouve une cuisinière polonaise.

En 1925 à Paris, ses employeurs exigent la régularisation de sa situation d'étrangère. Refus de la Préfecture qui la refoule et l'embarque dans un train en partance pour la frontière. Elle descend du train et est arrêtée. Elle accouche, en prison, d'un enfant mort. Depuis, jamais en règle, elle a été arrêtée vingt fois avec ordre de partir sous deux jours après libération. Elle a additionné six ans de prison avec de rares périodes de liberté.

Sa situation est sans issue, car elle n'a pas les moyens de partir.

Au cours de sa dernière incarcération, qui a duré huit mois, la malade a fait de l'agitation anxieuse avec protestations, refus d'aliments qui l'a fait interner le 3 octobre 1935. Ici elle n'a présenté aucun trouble mental.

Cette deuxième malade, a 35 ans. Elle a confié autrefois une somme de 26.000 francs à un ami qui l'a dilapidée, puis a accusé faussement une banque d'avoir gardé l'argent. Plainte en diffamation où la femme G. est impliquée ; acquittement ; mais depuis, elle n'a cessé de penser à cette affaire. Elle est mariée depuis 1925 et son mari est au courant.

Depuis 1930, sa préoccupation s'est muée en délire. On la suit, on a tenté de l'empoisonner, tout le monde lui fait grise mine, on est acharné à sa perte, les chanteurs des rues l'insultent dans leurs chansons, on la surveille même dans sa maison, son mari participe à sa persécution ; anxieuse elle fait une fugue de plusieurs jours.

La persécution est dirigée par l'ancien ami et le mari, complice du vol avant le mariage.

La troisième malade réalise un délire des masturbateurs.

La veuve V., aide-cuisinière, a 36 ans. Son père est mort interné.

Depuis trois ans,délire érotomaniaque ayant pour objet le Docteur B. qui l'a visitée à la Maternité. Elle croit le voir partout ; une maffia par lui dirigée la suit en tous lieux.

On ricane sur son passage, on l'injurie, on la traite de « masturbe », on l'accuse de relations sexuelles avec un chien. On la contraint à parler de choses obscènes. On la trafique. On lui affaiblit le cerveau avec des rayons. On l'empêche de penser et d'agir. On enregistre sa pensée.

Thème. — A 13 ans, une amie s'est masturbée devant elle, trois ans plus tard elle a commencé à se masturber régulièrement. Alors on lui a dit que c'était mal et dangereux. Le Docteur B. qui l'a visitée à constaté des dégâts locaux, d'où une vengeance jalouse (?)

En somme :

La première malade a fait une psychose réactionnelle anxieuse passagère, à la suite d'incarcérations multiples.

La deuxième malade a peut-être vu un délire d'interprétation succéder à des ennuis réels, vol et inculpation, en tout cas le thème lui est fourni par ces ennuis.

La psychose d'influence de la troisième malade se colore du souvenir d'une masturbation réprouvée.

(1) J. Lévy Valensi — La compensation délirante Le *Concours Médical*, 1er décembre 1935.

NOTIONS PRATIQUES SUR LA PSITTACOSE

Par M. Pierre MARTIOU

Interne des Hôpitaux de Paris

La psittacose n'est pas exceptionnelle car les élevages et le commerce des perruches ne sont pas surveillés en France. Un certain nombre de cas sont méconnus. Aussi nous a-t-il paru utile de résumer quelques notions pratiques à l'occasion d'un cas personnel. Voici l'observation, absolument typique de la maladie :

« Appelé auprès de M. M... âgé de 54 ans, nous le trouvons dans un véritable état de tuphos avec température à 40°2 et pouls à 110. Le début de la maladie qui remonte à quinze jours environ a été brusque. Il a été marqué par de la céphalée, des courbatures, des frissons et une ascension de la température à 39°5.

Les premiers jours le diagnostic porté avec raison a été celui de typhoïde, la température se maintenant entre 39 et 40° avec un pouls dissocié.

Depuis quelques jours seulement on a précisé qu'il existait un foyer pulmonaire à gauche.

En effet nous trouvons à gauche un énorme foyer occupant les deux tiers inférieurs du poumon et à droite un foyer moins important de la base.

Ces foyers broncho-pneumoniques avec légère réaction liquidienne pleurale gauche n'entraînaient ni dyspnée ni cyanose. L'expectoration peu abondante et adhérente n'était ni purulente, ni rouillée. Un ballonnement généralisé de l'abdomen rendait illusoire l'examen de la rate. Il n'y avait pas de taches rosées.

D'autre part on ne trouvait pas de localisations périphériques cutanées ou articulaires, si habituelles au cours des septicémies banales.

Le pronostic semblait très grave car la langue était sèche, le cœur mou et sourd avec tendance au galop, la tension à 9-5, les conjonctives ictériques ; cependant les urines hautes en couleur restaient abondantes et ne contenaient ni albumine ni sucre.

Tous les examens de laboratoire entrepris pour faire la preuve d'une infection généralisée ou pulmonaire habituelle furent négatifs.

Dès le premier examen, nous apprîmes que le malade employé chez un vétérinaire s'était occupé quinze jours auparavant de perruches malades. Aussi le diagnostic de psittacose nous sembla-t-il justifié.

Vers le vingt-quatrième jour la température tomba en lysis prolongé avec crise urinaire et sudorale.

L'asthénie, l'hypotension, l'accélération du pouls avec dyspnée et point de côté à l'effort persistèrent d'une façon durable pendant la convalescence qui fut longue. Après deux mois, il ne restait aucune trace de la maladie à l'exament clinique et radiologique des poumons. Mais le malade restait amaigri et la rate était encore grosse.

Ce cas de psittacose grave n'était pas isolé. Le vétérinaire avait fait une congestion pleuro-pulmonaire atypique avant son employé. Une enquête montra une fréquence anormale de typhoïdes (?) chez les convoyeurs de la ligne de chemin de fer qui avaient transporté les perruches. Certains furent soignés dans les hôpitaux parisiens et aucun diagnostic *ferme* ne fut porté sur leur affection malgré des recherches de laboratoire répétées.

Seule la grève des grands magasins empêcha la vente au public d'une soixantaine de perruches dont la plupart moururent chez le vétérinaire où elles étaient en dépôt. Trois d'entre-elles retrouvées ultérieurement chez un oiseleur étaient porteuses des lésions hépato-spléniques de la psittacose.

Étiologie

L'agent de la psittacose est un virus filtrable. Depuis les travaux récents des auteurs américains et allemands, les germes antérieurement décrits sont considérés comme germes associés ou de sortie. Ce virus filtrable n'existe pas dans le sang des malades. Il est présent dans leur expectoration. Il est en partie retenu par les filtres.

Lilie, Colles et Levinthal auraient vu une de ses phases (0 μ 2) sur des coupes de foie et de rate d'oiseaux malades et de souris inoculées. Ces recherches, de technique difficile, n'ont pas été confirmées par tous les auteurs.

L'animal réactif est la souris blanche qui meurt en quelques jours, parfois quinze, avec des lésions hépato-spléniques et pulmonaires semblables à celles des perruches.

Comme l'inoculation ne réussit pas toujours à cause de la retenue par les filtres, de la fragilité et du peu d'abondance du germe, comme il est nécessaire d'inoculer plusieurs souris, il n'est guère possible de compter sur ce moyen pour le diagnostic de la maladie dans la pratique courante.

Aussi les signes de laboratoire qui ont le plus de valeur sont les signes négatifs : hémocultures

stériles, séro-diagnostics négatifs, absence de bacilles de Koch et rareté relative des germes banaux dans les crachats.

Cet échec partiel du laboratoire donne plus de valeur encore à la notion de contage.

Contagion

Des oiseaux porteurs de germe ou de lésions latentes peuvent donner la maladie aussi bien que des oiseaux malades.

La perruche ou des produits de laboratoire sont les agents habituels de la contagion, mais on a pu observer la contagion interhumaine. Certains auteurs la nient. Il est plus prudent de la croire possible.

La contagion peut se faire par piqûre et morsure. Le plus souvent elle se fait par les voies aériennes supérieures et pour certains auteurs surtout par la muqueuse conjonctivale. Le contact n'a pas besoin d'être prolongé, c'est là un fait important sur lequel nous reviendrons.

Incubation

L'incubation de durée variable est silencieuse. Elle dure quelques jours à peine en cas de piqûre et de morsure et il faut alors redouter une maladie plus grave.

Dans les autres cas elle peut atteindre quinze jours à trois semaines sans que la maladie en soit moins sérieuse.

Diagnostic

A) Par la clinique seule, le diagnostic de psittacose est très difficile. En effet :

1° Lorsque les signes infectieux existent seuls pendant quelques jours, la maladie simule la typhoïde : température en plateau entre 39 et 40°, dissociation du pouls et splénomégalie.

Le début brusque, l'absence de taches rosées, de signes iliaques droits sont des arguments assez faibles contre ce diagnostic.

Lorsque les signes pulmonaires existent, ce ne sont pas ceux d'une typhoïde normale. Ces signes broncho-pneumoniques évoquent le *bronchotyphus* mais dans ce cas les signes pulmonaires apparaissent d'emblée, la septicémie éberthienne ne faisant sa preuve que par la suite. Dans la psittacose au contraire, les lésions pulmonaires s'objectivent au bout de quelques jours seulement. Les auteurs américains les ont presque toujours trouvées à point de départ central et à prédominance profonde.

Quant aux autres septicémies elles ne sont éliminées que par le laboratoire.

II. *Il est des cas* où les lésions pulmonaires apparaissent rapidement tantôt en foyer isolé, non extensif, tantôt en foyers multiples et bilatéraux.

a) Dans le premier cas l'intensité des signes infectieux est telle qu'on discute plus volontiers qu'une congestion pleuro-pulmonaire banale,

— une tuberculose aiguë,

— une suppuration au début,

— une pneumonie grippale.

L'évolution très souvent et assez rapidement favorable de la psittacose dans ce cas n'est pas le fait de ces différentes affections.

b) Dans le deuxième cas on discute, beaucoup plus qu'une broncho-pneumonie tuberculeuse éliminée par l'examen des crachats, une *broncho-pneumonie grippale.*

Aucun des signes cliniques ne permet de trancher la question. Contre la broncho-grippale il y a l'absence d'épidémie, l'absence de tares ou de conditions d'âge expliquant une affection aussi grave. Ce sont critères fragiles dans beaucoup de cas.

En résumé en l'absence d'autres preuves, on pose cliniquement le diagnostic de typhoïde ou de broncho-pneumonie grippale en présence d'une psittacose.

B) L'échec partiel du laboratoire ne suffit pas a élucider le problème.

C) Le diagnostic repose donc sur la notion de contage.

Elle est parfois évidente (perruches dans l'appartement), d'autres fois un interrogatoire minutieux du malade et de l'entourage en fera la preuve, interrogatoire précis car la profession du sujet (employés de commerce, convoyeurs, etc.) n'impose pas dès l'abord un contact avec des perruches.

Pronostic

La psittacose tue une fois sur trois ou quatre en moyenne.

1° Lorsque la maladie évolue vers la guérison elle se complique rarement de suppurations ou de séquelles pleuro-pulmonaires.

Par contre il existe une asthénie, asthénie à prédominance cardiaque remarquablement intense et tenace.

La convalescence sera donc longue, fait important si l'on songe que la maladie peut être considérée dans certains cas comme accident de travail ou de service.

II. Lorsque la mort se produit, elle est attribuée « aux progrès de l'infection ».

Au cours de certaines épidémies ou à la suite d'infection par morsure ou piqûre, elle peut survenir en quelques jours. Ce n'est pas la règle.

La phase critique de la psittacose grave se place vers le milieu du quatrième septenaire. Dans beaucoup de cas on signale la défaillance cardiaque, plus rarement des accidents hépatiques ou rénaux. Quant aux accidents nerveux (réaction méningée possible) ils ne prédominent jamais.

De ces notions on tirera les conséquences pronostiques suivantes :

1° *Gravité* particulière des psittacoses par piqûre et morsure.

2° *Importance primordiale* du facteur cœur : l'assourdissement des bruits, la tachycardie effaçant la dissociation du pouls et de la température, un galop, la baisse de la tension sont des signes de mauvais pronostic.

3° *Importance moindre de l'étendue* des lésions pulmonaires cependant d'autant plus graves que plus extensives.

4° *Rôle considérable du foie et du rein.* S'il existe une tare hépatique, le pronostic sera réservé en dépit de signes pulmonaires et cardiaques favorables.

Si les urines sont rares et albumineuses, il faudra redouter l'évolution d'une néphrite suraiguë à prédominance azotémique.

Traitement

a) Le traitement symptomatique est le plus important. On fera de la révulsion thoracique. On donnera des tonicardiaques dès le début. On maintiendra l'hydratation et la diurèse par des boissons abondantes. On songera qu'une diète trop sévère est plus nuisible qu'utile au cours d'une maladie asthéniante, longue sans lésions digestives. On pensera à la possibilité d'escharres chez le malade longtemps alité.

b) Le traitement anti-infectieux sera basé sur les tendances de chacun et la mode.

Pour apprécier l'action d'un produit on se souviendra que la psittacose guérit trois fois sur quatre et que cette guérison peut se faire attendre jusqu'au quatrième septenaire.

c) Le traitement spécifique par sérum de convalescent a été essayé en Amérique.

L'existence d'épidémies, la durée de l'incubation le rendent possible avec les garanties sérologiques nécessaires.

Au point de vue théorique l'efficacité apparaît douteuse car divers auteurs ont signalé la rareté des anticorps dans le sérum de convalescents ou de sujets immunisés spontanément.

Le sérum de convalescent fut employé vers la période de défervescence dans le cas relaté plus haut. Il fit le meilleur effet... sur la famille.

Prophylaxie

A) Il faut isoler le malade si c'est possible, détruire son expectoration et les déjections, recommander les mesures d'hygiène habituelles à l'entourage. Il faut sacrifier les perruches s'il en existe dans l'appartement même si elles sont saines en apparence et faire désinfecter la cage.

B) Quant aux mesures applicables aux élevages et aux établissements de vente, elles sont en vigueur depuis 1930 un peu partout. *Et les très rares cas* de psittacose observés depuis cette époque dans divers pays étaient dus à des perruches introduites en fraude. Il n'en est pas de même en France.

BIBLIOGRAPHIE

Cf. *Gazette médicale limousine*, juillet 1934 et *Bulletin de la Société internationale d'hygiène publique* 1934 (p. 1.237), juillet-décembre 1935, avril-mai 1936.

COMPRESSE DEMEURÉE SIX MOIS DANS L'ABDOMEN

La question des corps étrangers intra-abdominaux a été envisagée à plusieurs reprises à l'Académie de chirurgie. S'appuyant sur les travaux expérimentaux de Jalaguier et Mauclaire et sur l'ensemble des observations cliniques, on a contruit un schéma évolutif desdits corps étrangers qui est le suivant : dans un premier temps, se produit l'enkystement du corps étranger par les adhérences ; dans un second temps, la protection de la séreuse étant assurée par ces adhérences, le corps étranger entraîne une ulcération et une perforation de l'intestin ; dans un troisième temps, le corps étranger pénètre dans l'intestin d'où il est expulsé (s'il est trop volumineux, il peut déterminer une obstruction intestinale). L'intestin se referme derrière lui. L'enkystement et la perforation intestinale à l'intérieur du kyste se font souvent silencieusement, sans signe péritonéal.

A la Société de Chirurgie de Marseille, M. Marcel Arnaud a rapporté récemment, au nom de MM. Cousin et Sauvet, une intéressante observation de compresse demeurée six mois dans l'abdomen. Quatre mois après une opération abdominale, la malade avait éprouvé des douleurs dans l'hypochondre gauche en même temps que l'on constatait une tuméfaction dans cette région. Devant l'intensité et la persistance des troubles, MM. Cousin et Sauvet intervinrent chirurgicalement. Ayant dégagé une masse (épiploon enveloppant et agglomérant des anses grêles) ils en libérèrent un corps étranger, à savoir une compresse de gaze, entourée de pus. Les ulcérations de l'intestin étaient multiples et ces lésions importantes nécessitèrent des sutures et une grave intervention. La guérison définitive fut obtenue au bout de sept mois et demi seulement.

Les auteurs insistent sur l'importance et la multiplicité des dégâts observés, en divers points de l'intestin, chez leur malade, contrastant avec le peu de troubles péritonéaux ou digestifs ressentis. La patiente était restée en bonne santé apparente pendant quatre mois après l'opération primitive, origine du corps étranger abdominal.

P. Lacroix.

LA RÉSECTION PROSTATIQUE TRANS-URÉTRALE PAR LA MÉTHODE DE T.-M. DAVIS

par le Docteur Ch. Moullet

Assistant d'Urologie des Hôpitaux de Paris

La résection prostatique trans-urétrale peut être définie un traitement chirurgical de l'hypertrophie de la prostate, utilisant l'urètre comme voie d'accès au moyen d'un endoscope opératoire. Cette description schématique est d'ailleurs tout à fait insuffisante à la caractériser, et j'y reviendrai tout à l'heure.

Le 11 janvier 1934, j'ai présenté à la Société médicale de l'Opéra cette intervention qui avait pris corps aux Etats-Unis. A ce moment, ce procédé définitivement mis au point par le Docteur T.-M. Davis était à peu près inconnu des milieux médicaux français non-spécialisés, bien qu'il fut entré dans la pratique courante en Amérique depuis environ six années.

A l'occasion de cette communication, je présentais un cas personnel, première application de cette méthode qui ait été publiée en France.

Je vous ferai grâce de l'étude historique de cette question et dirai simplement que l'idée d'aborder les adénomes de la prostate par l'urètre n'est pas nouvelle. De nombreuses recherches en ce sens ont été effectuées en France. D'où vient que ces travaux n'aient pas abouti aux brillantes réalisations des Américains et n'aient en somme pas résolu le problème ?

Ceci est dû à une opposition absolue entre les mentalités française et américaine concernant la résection, entre les conceptions respectives qui ont guidé les résectionnistes des deux pays au cours de leurs travaux.

En France, on a toujours considéré les interventions pratiquées par les voies naturelles comme des interventions secondaires réservées à quelques cas limités et bénins : la prostatectomie a été l'opération principale, la méthode de choix à appliquer dans la généralité des cas.

En Amérique au contraire, on a considéré la résection prostatique comme l'intervention principale, destinée à prendre la première place dans le traitement opératoire des hypertrophies prostatiques. La prostatectomie passe au second plan et est réservée à quelques cas exceptionnels. Donc, les Américains ont voulu remplacer la prostatectomie par la résection. Ils ont élevé, si je puis dire, leur appareillage à la hauteur de leurs prétentions. Le résecteur de Davis possède en effet un mordant extraordinaire qui ouvre à l'opérateur un champ d'action illimité et lui permet d'évider complètement un lobe latéral, de réaliser le curettage complet de la loge prostatique. La résection, pour les Américains, consiste en une prostatectomie par morcellement-opération radicale, applicable à 80 et 90 % des cas, aux grosses hypertrophies médianes et latérales. Davis a réséqué jusqu'à 75 grammes de tissu en une seule séance opératoire.

Les résultats obtenus par les Américains dans ce domaine ont forcé l'attention des différents Congrès d'urologie depuis 1933. Au scepticisme du début a fait peu à peu place un intérêt croissant et l'on peut dire sans exagération que la résection est de plus en plus à l'ordre du jour. J'ai pour ma part constaté, chez les constructeurs français, une véritable éclosion d'appareils pour la pratique de la résection trans-urétrale. Tous ces appareils, sous des noms et patronymes divers, sont des copies aussi fidèles que possible de l'appareil américain de Davis, que j'utilise personnellement depuis deux ans et demi.

Voici maintenant la question des indications opératoires et quelques détails de technique.

Je dirai tout d'abord que ce serait une erreur de se baser uniquement sur le volume de la prostate pour poser l'indication ou la contre-indication de la résection. Il existe de très petites prostates qui occasionnent des troubles de rétention considérables. J'ai observé à l'endoscopie des lobes bilatéraux ou plutôt des saillies considérables des parois latérales, alors que le toucher rectal ne décelait pour ainsi dire rien. Par contre, il existe de très grosses prostates respectant relativement la perméabilité urétrale.

Mais il existe, et ceci est plus important, des prostates qui saignent et d'autres qui ne saignent pas. Il existe des prostates avec allongement considérable de l'urètre postérieur qui font saillie largement dans la vessie et d'autres qui s'arrêtent au ras du col vésical. J'estime qu'en cas de prostates saignant d'une façon anormale ou débordant largement dans la vessie, la résection est absolument contre-indiquée.

J'ai dit que je considérais le volume de la prostate comme secondaire. J'ai, en effet, réséqué avec succès d'énormes prostates. Mes cas n°s 25, 26, 33, 24, présentaient des adénomes atteignant largement la grosseur d'une orange. J'ai réussi chez ces malades, pourquoi ? Parce que j'avais affaire à des prostates saignant peu ; j'ai pu prendre mes coupes systématiquement et régulièrement, sans être gêné par l'hémorragie, sans être astreint à ces coagulations con-

tinuelles qui éternisent la séance opératoire, sans être arrêté par la fatigue du malade dont l'un d'eux a supporté, grâce à une anesthésie épidurale parfaite, une séance d'une heure et demie, et surtout parce que ces adénomes débordaient peu ou pas du tout dans la vessie.

Donc, avant d'entreprendre une résection, apprécier par le cathétérisme explorateur à l'olive de Guyon et au béniqué, l'allongement plus ou moins grand de l'urètre postérieur, la tendance plus ou moins grande au saignement. Dans les cas douteux, un seul moyen : se renseigner sur place, tenter un essai de résection. Commencer l'intervention avec l'intention d'arrêter si l'on voit apparaître des difficultés insurmontables. Si l'opération se révèle faisable contre toute attente, continuer et terminer. Dans le cas contraire, arrêter et pratiquer la cys ostomie, soit immédiatement, soit ultérieurement.

Cette façon de procéder réserve parfois d'agréables surprises. Mon cas n° 34 était de ceux devant lesquels un résectionniste se sent hésiter. La prostate atteignait le volume d'une grosse orange et était très congestionnée, le malade était en rétention complète. J'ai commencé l'intervention dans un but d'exploration. J'ai trouvé, contre toute attente, une prostate saignant peu, débordant peu ; j'ai pu mener à bien mon intervention et obtenir un de mes meilleurs résultats. Par contre, dans le cas n° 22, l'appareil poussé à fond débouchait à peine dans la vessie ; les premières coupes ont provoqué une hémorragie considérable ; je me suis rapidement rendu compte que j'allais au devant de difficultés et de dangers. J'ai arrêté et pratiqué une cystostomie dont les suites ont été normales.

Donc, pour résumer la question des indications : pour les barres, lobes médians, prostatiques sans prostate : résection sans hésiter. Pour les adénomes moyens, avec ou sans lobes latéraux, résection également. Pour les grosses prostates congestionnées et débordant dans la vessie, prostatectomie. Pour les cas cas douteux : tenter la résection et recourir à la prostatectomie en cas d'impossibilité ou d'échec.

Voici maintenant quelques détails en ce qui concerne la technique. Tout d'abord, bien remplir la vessie. Une fois l'appareil en place, ouvrir le robinet d'eau et attendre, avant de sortir votre anse, que la muqueuse vésicale soit hors d'atteinte. A ce moment, vous ramenez l'appareil vers vous et voyez brusquement surgir le col vésical, brillamment éclairé sur le fond plus sombre de la vessie. Ne commencez pas encore vos coupes, reculez dans l'urètre, explorez-le au point de vue obstruction et repérez le verumontanum qui servira de limite à vos coupes et que vous ne devrez jamais dépasser. Revenez ensuite au col vésical sur lequel vous commencerez vos coupes. Ayez toujours le contrôle de la vue, surtout au début de l'opération. Les premières coupes sont difficiles à contrôler et vous êtes obligés de les amorcer en arrière du col, dans une région qui échappe à la vue avec le télescope fore-oblique. Le télescope à vision rétrograde vous rendra de grands services à ce moment.

Une fois le col vésical nivelé au ras du plancher vésical, attaquez, s'il y a lieu, lobes médians et lobes latéraux l'un après l'autre. Ayez toujours le contrôle de l'hémorragie. Prenez vos coupes d'autant plus lentement que la prostate a plus tendance à saigner et coagulez soigneusement tout ce qui saigne et que vous voyez parfaitement saigner, grâce au courant d'eau, avant de prendre de nouvelles coupes. Attention : ne jamais coaguler profondément, ne jamais faire d'électro-coagulation pour détruire les tissus, mais simplement de l'hémostase. Ne pas provoquer la formation d'une escharre, ce qui vous exposerait à des hémorragies secondaires. Je n'en ai, pour ma part, jamais observé.

Je disais tout à l'heure que les Américains considéraient la résection comme une prostatectomie par morcellement. Il n'est donc pas suffisant de rétablir la perméabilité apparente de l'urètre postérieur et j'en sais quelque chose. Toutes les fois que j'ai voulu borner mon opération à une simple régularisation de l'urètre, j'ai éprouvé un échec : la rétention n'a pas été levée et j'ai dû réopérer les malades dans les huit jours qui ont suivi, afin d'obtenir le résultat cherché. Cette mésaventure m'est arrivée cinq fois et n'a présenté d'autre désagrément qu'une seconde séance opératoire.

Donc, il faut réséquer largement les lobes latéraux, tourner votre appareil dans tous les sens, jusque vers « 11 heures et 1 heure », l'incliner dans le sens latéral et prolonger la séance jusqu'à ce que vous ayez réalisé l'évidement de la loge prostatique. A ce moment, en vous plaçant au niveau du veru, vous aurez une vision très nette et très large sur le trigone et la vessie. Vous pourrez arrêter votre opération.

Une fois l'opération terminée, mettez en place une sonde à demeure n°s 38 ou 40. Faites boire abondamment l'opéré. Les suites seront très simples. Parfois des urines plus ou moins sanglantes pendant deux ou trois jours, une petite poussée de température ; après quoi, tout rentre dans l'ordre. Ablation de sonde du cinquième au huitième jour, après quoi le malade quitte l'établissement. J'insiste sur la brièveté extraordinaire des suites opératoires qui constitue un des gros avantages de la méthode, quand on songe à la longueur de l'hospitalisation nécessitée par la prostatectomie trans-vésicale en deux temps.

En ce qui concerne la préparation des malades, celle-ci est nécessaire dans les cas infectés et aussi chez les grands azotémiques, et se résume en un

drainage par sonde à demeure et lavages de vessie jusqu'à nettoyage suffisant. Les malades non-infectés peuvent être opérés sans préparation aucune. J'ai agi de cette façon dans la majorité des cas et n'en ai éprouvé aucun inconvénient. Quant à l'anesthésie, j'ai toujours employé l'anesthésie épidurale, sauf chez deux sujets exceptionnellement nerveux.

Au point de vue des résultats éloignés, la grande majorité de mes opérés ont évacué leur vessie sans résidu, soit immédiatement, soit dans les quelques jours qui ont suivi l'ablation de la sonde à demeure. Quelques grands distendus ont conservé un résidu sur l'état duquel ils me renseignent périodiquement, qui est de l'ordre d'une cinquantaine de grammes et qui diminue régulièrement. Aucun d'entre eux ne m'a signalé de dysurie ni n'a récidivé sa rétention. Les statistiques américaines signalent quelques rares récidives qui ont cédé à une nouvelle séance opératoire. Davis en cite neuf cas sur trois cent vingt-huit cas, six cas sur cinq cent quinze cas. Par contre, il cite une première fois vingt-huit cas, une seconde ois trente-quatre cas de récidive après prostatectomie, cas repris avec succès par résection.

Et quant aux accidents généraux cardiaques, rénaux et pulmonaires, ils sont, d'après un rapport de Fey et Jossot au Congrès d'urologie de 1933, moins fréquents qu'après la prostatectomie. J'en ai, pour ma part, observé très peu.

Reste la délicate question des décès. Les Américains en signalent extrêmement peu, leur mortalité serait de l'ordre de 1 1/2 à 2 %.

Ici, je ne suis pas tout à fait d'accord avec eux. Il est évident qu'en sélectionnant les cas, en soignant ses statistiques, on peut en effet supprimer presque complètement la mortalité opératoire. Mais si l'on adopte une attitude honnête et courageuse, si l'on ne recule pas devant le danger, il faut s'attendre à une mortalité d'environ 6 %, ce qui reste d'ailleurs fort satisfaisant quand on songe à l'état précaire de la plupart des prostatiques (1). On vous adresse, en vue de l'intervention, des moribonds do nt quelques-uns meurent pendant la période d'observation (j'ai éprouvé un décès de ce genre le 10 février dernier). On opère de grands azotémiques : 1 gramme, 1 gr. 50, 2 gr. 50, des infectés, des cachectiques présentant un amaigrissement rapide de 15 kgr., 30 kgr., de grands hypertendus, de ces malades qui ne supporteraient même pas la cystostomie. On court des risques, mais on a l'immense satisfaction de réaliser des résurrections qui vous valent la reconnaissance sans borne des intéressés.

Et maintenant, je vous ferai part de ma conviction, appuyée sur ma pratique personnelle. Je suis persuadé que la résection se répandra largement en France. Elle comporte en effet des avantages considérables : d'abord et surtout, élimination du choc opératoire. Je passe encore une fois la parole au Congrès d'urologie en 1933, qui déclarait déjà à cette époque : « La résection endoscopique est une opération peu choquante qui a forcément une mortalité bien inférieure à la prostatectomie », donc méthode largement applicable aux malades âgés et déficients, aux cardiaques, aux rénaux, aux hypertendus, aux sujets jugés inopérables.

Ensuite, séjour en maison de santé réduit à quelques jours, ne dépassant pas une semaine dans les cas d'évolution normale.

Champ d'action de la méthode ? Extrêmement vaste, nous l'avons vu. Résultats ? Nous les connaissons. Nous avons là la possibilité d'obtenir à peu de frais des résultats comparables à ceux de la prostatectomie.

Et quant à la discussion entre résectionnistes et prostatectomistes, elle n'est pas près d'être close. Longtemps encore, les partisans des deux méthodes discuteront sur leurs avantages et inconvénients respectifs. A l'heure actuelle, en dehors des cas bien définis qui relèvent obligatoirement de l'une ou de l'autre méthode, il existe des cas qui relèvent indifféremment de l'une et de l'autre méthode. Les chirurgiens urinaires appliqueront en pareil cas la méthode de leurs préférences.

Mais il est aussi un autre point de vue que l'on oublie souvent au cours des discussions scientifiques et qui est profondément humain : c'est le point de vue du malade.

La prostatectomie compte à son actif certains désastres inattendus et retentissants concernant des victimes célèbres. Elle inspire au malade une terreur bien compréhensible. Nous savons tous combien il est difficile et rebutant d'amener le malade à la subir. Il est certain que la résection, facilement acceptée, nous permettra de l'opérer précocement avant que la rétention ait amoindri a résistance et lésé ses organes. Par là même, sous diminuerons encore les risques opératoires.

Donc, je considère la résection trans-urétrale comme une méthode de grand avenir. D'autres que nous l'ont conçue et, malgré les déboires et les catastrophes du début, soutenus par leur ténacité naturelle ils ont acheminé leur œuvre vers la perfection, et nous offrent aujourd'hui le fruit de leurs travaux. A nous maintenant de savoir en tirer profit.

(1) Ce pourcentage de mortalité était celui qui grévait ma statistique à l'époque de la présente communication. Il s'est, depuis, considérablement amélioré, car depuis le 9 décembre 1935, je n'ai éprouvé aucun décès.

LA CLINIQUE AU GOUT DU JOUR

L'énigme posée par un syndrome douloureux thoraco-abdominal avec angoisse

D'après le Docteur Louis RAMOND (1)

LES DIVERSES SOLUTIONS ENVISAGÉES A PROPOS D'UNE OBSERVATION

Vers la fin du mois d'août, un homme de 40 ans, sans antécédents morbides, s'est mis à souffrir d'un « point douloureux » intra-thoracique presque permanent. Cette douleur lui donnait l'impression d'une « broche transfixiante », étendue d'avant en arrière à la partie moyenne du sternum. Elle n'était pas très vive, ne s'exagérait pas à l'effort, ni sous l'influence de certains mouvements. Constante, elle s'exagérait par moments spontanément, surtout la nuit, sans toutefois empêcher le sommeil.

Quinze jours plus tard, il se sent mal à l'aise ; il éprouve des courbatures dans tous les membres, des élancements douloureux un peu partout, dans le ventre, mais surtout au point, où il a ressenti sa « broche transfixiante ». La douleur thoracique est devenue très violente, angoissante, mais elle ne s'étend pas aux bras, ni au cou, ni aux mâchoires, ni vers les organes génitaux ou les membres inférieurs. Depuis ce moment, le sujet éprouve des palpitations cardiaques et de l'essoufflement au moindre effort.

Ses souffrances ne s'amendant pas, un médecin, qui attribue ses douleurs thoraciques à des névralgies intercostales, et ses douleurs abdominales à de l'aérophagie, lui ordonne un traitement en rapport avec ce diagnostic.

Trois semaines après le début, le sujet est trouvé bien fatigué, hypotendu, et présentant un souffle au cœur avec une perte de l'appétit et un amaigrissement notable.

Cette douleur thoraco-abdominale avec angoisse est, à n'en point douter, de *nature sympathique* en raison du caractère constrictif des douleurs irradiées en ceinture dans le thorax et l'abdomen.

Mais, *où se trouve le point de départ de la maladie*. Est-il thoracique ? Est-il abdominal ?

Le siège rétro-sternal de la douleur évoque l'idée d'angine de poitrine. Mais les douleurs sont trop permanentes, elles ne sont pas assez paroxystiques, pour être déterminées par de l'angor pectoris. Et puis, elle ne sont pas le moins du monde influencées par les efforts.

Des coliques hépatiques à forme angineuse pourraient expliquer les douleurs abdominales et la durée prolongée des malaises. Elles détermineraient cependant un syndrome moins continu, plus nettement paroxystique et évoluant par crises. Elles provoqueraient des vomissements ou tout au moins des troubles digestifs ; avec les manifestations douloureuses, on retrouverait des troubles dyspeptiques à caractère hépatique dans les antécédents du malade, qui aurait sans doute plus ou moins l'habitude d'un ralenti de la nutrition, ce qui n'est pas.

Peut-être s'agit-il d'une tumeur du médiastin ? d'un anévrisme de l'aorte ? ou d'une pleurésie médiastine ?

Le 29 septembre suivant, c'est-à-dire cinq semaines environ après le début, L. Ramond commence par l'examen du cœur, puisqu'il aurait un souffle systolique mitral. Il perçoit aussitôt un frottement péricardique caractéristique : bruit râpeux, véritable raclement, qui augmente de force quand on appuie plus fortement la tête ou le sthétoscope sur la poitrine, ou quand le malade fait des inspirations très profondes.

Son maximum d'intensité siège en plein cœur, à la hauteur du troisième espace intercostal, juste contre le bord gauche du sternum. Il ne correspond donc pas à un foyer d'auscultation d'un des orifices du cœur. Plus fort sur ce point, il est néanmoins perceptible en dehors de lui, sur une assez grande surface, mais en raison même de son intensité « il naît et meurt sur place ». De plus, il est superficiel et donne l'impression de se produire juste sous l'oreille. A cheval sur les bruits du cœur, il s'entend à la fois après le premier bruit, et après le second bruit.

Ces caractères imposent le diagnostic de frottement péricardique. Ce n'est ni un souffle d'insuffisance mitrale, synchrone à la systole, propagé vers l'aisselle, en jet de vapeur et non point râpeux. Le bruit diastolique ne correspond pas non plus à un souffle d'insuffisance aortique associée, moelleux, aspiratif, siègeant avec maximum à la partie interne du deuxième espace intercostal droit, avec propagation vers le bas et signes périphériques.

Un souffle anorganique du cœur siégerait bien en dehors des foyers habituels d'auscultation ; il pourrait être méso-systolique, mais serait plus doux, sans bruit de va-et-vient.

Un frottement pleural du cul-de-sac antérieur

(1) *La Presse Médicale*, 12 décembre 1936.

de la plèvre, rythmé par les battements du cœur, n'aurait pas de rapports si réguliers et si constants avec la révolution cardiaque, et se modifierait avec les mouvements respiratoires ; il disparaîtrait lors des inspirations profondes.

Cette péricardite ne s'accompagne que d'une douleur assez vive à la pression au niveau de la base du cou, entre les deux chefs du sterno-cléido-mastoïdien gauche et seulement à ce point, ce qui traduit une sensibilité particulière du nerf phrénique. Aucun autre signe complémentaire : pas de perception à la main du frottement ; pas de voussure précordiale ; pas d'augmentation de la matité cardiaque ; pas d'épanchement pleural à la radio ; pas de signes périphériques, tant artériels que veineux.

L'examen somatique ne présente, en général, aucune anomalie.

Dans le cas présent : une péricardite sèche avec retentissement sympathique

Le point important, c'est d'en déterminer la cause

Le diagnostic de péricardite sèche s'accorde fort bien avec les signes fonctionnels, présentés par le malade. En effet, la péricardite engendre souvent des douleurs, qui peuvent aller de la simple sensation de pesanteur rétro-sternale, ou du point de côté thoracique gauche comparable à un point pleurétique avec impression de constriction thoracique, douleurs profondes angoissantes simulant l'angine de poitrine, douleur que ressentait le malade en question.

Quant à la cause de cette péricardite, on peut, à peu près sans discussion, écarter l'hypothèse d'une péricardite aiguë à pneumocoques : celle-ci eût été secondaire à une pneumonie ou à une broncho-pneumonie ; primitive, elle eût entraîné une fièvre plus élevée, et n'eût pas revêtu une allure torpide et traînante.

L'âge du malade, son apyrexie, le caractère râpeux du frottement font penser à la possibilité d'une péricardite brightique. Mais l'absence d'albuminurie, d'œdèmes, de signes cliniques d'azotémie, d'hypertrophie du ventricule gauche et d'hypertension artérielle empêchent d'accepter cette hypothèse.

Un cancer secondaire du péricarde évoluerait sans fièvre, et l'on aurait trouvé des symptômes cliniques et radiologiques d'un néoplasme de voisinage : œsophage, poumon, médiastin.

Finalement, deux diagnostics retiennent l'attention : péricardite tuberculeuse et péricardite rhumatismale.

En faveur de la péricardite tuberculeuse, plaident l'âge du sujet (car, après 30 ans, le rhumatisme articulaire aigu est moins souvent en cause que chez des individus jeunes), son habitus, sujet long et mince, sa pâleur, son amaigrissement, l'évolution torpide de la maladie, l'absence de tout autre signe d'auscultation traduisant l'atteinte concomitante de l'endocarde.

Mais, contre la tuberculose s'élèvent de nombreuses objections : ce sujet n'a aucun antécédent héréditaire ou personnel de bacillose ; il n'est pas passé, avant sa maladie actuelle, par une période d'imprégnation tuberculeuse, et les signes généraux, qu'il présente ne datent que d'un mois, c'est-à-dire du moment où les symptômes fonctionnels, manifestant l'atteinte du péricarde, ont eux-mêmes commencé ; la péricardite est encore sèche après un mois d'évolution, tandis que, dans la tuberculose, l'épanchement est ordinairement plus précoce ; enfin, il existe de l'arythmie, ce qui traduit un certain degré d'atteinte du myocarde ; inhabituel dans la tuberculose du péricarde.

Tous ces arguments militent en faveur de la nature rhumatismale de cette péricardite.

La péricardite rhumatismale est, en effet, le plus souvent sèche, et le reste : le frottement péricardique en est le signe principal. Comme la plupart des manifestations de cardite rhumatismale, elle reste souvent latente et passe inaperçue. Elle est souvent associée à d'autres manifestations de pancardite. Elle peut s'observer au cours d'un rhumatisme articulaire aigu avec manifestations articulaires prédominantes ; mais elle peut survenir comme seule *localisation viscérale* de la maladie de Bouillaud.

Un dernier argument vient corroborer ici le diagnostic de péricardite rhumatismale isolée, c'est que le sujet à présenté — huit mois auparavant, — des douleurs dans les genoux et dans les hanches, assez fortes pour le faire boiter, sans autrement l'immobiliser. Elles ont persisté durant trois ou quatre mois ; s'étant produites peu avant l'apparition de la péricardite sèche, elles équivalent à la signature du rhumatisme articulaire aigu.

Epilogue — On prescrivit le repos complet ; l'administration de salicylate de soude « per os », à la dose de 6 à 8 grammes par jour, avec dose double de bicarbonate de soude ; un régime végétarien durant le traitement salicylé ; la révulsion précordiale avec des cataplasmes sinapisés ou de la teinture d'iode.

Comme il arrive généralement pour la péricardite rhumatismale, le pronostic fut favorable. Au bout d'un mois, ce malade était entièrement guéri ; plus de douleurs thoraciques ; auscultation du cœur tout-à-fait normale.

G. Fischer.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Quand faut-il opérer une ptose gastrique ?

Le Docteur Dupuy de Frenelle pose tout d'abord le principe qu'il faut opérer une ptose gastrique, lorsque la partie inférieure de la grande courbure descend jusqu'au voisinage du pubis.

Au point de vue des indications opératoires, cet accident comporte trois degrés :

Dans un premier degré, la partie horizontale de la grande courbure descend vers le pubis. Le fond de l'estomac forme une poche contractile qui se vide normalement et complètement. Le pylore reste fixé à sa place normale par le petit épiploon. La première portion du duodénum conserve sa situation, sa direction et sa place normales. A ce stade, un régime approprié combiné avec le repos allongé et le port de la ceinture à pelotes peut guérir le malade. Mais l'opération, faite à cette étape, donne les meilleurs résultats parce qu'elle suspend la grande courbure de l'estomac dont la musculature gastrique est intégralement conservée.

Dans un deuxième degré, la partie inférieure de l'estomac se dilate. Elle forme une soufflure, une poche qui se vide mal

Les digestions deviennent de plus en plus pénibles. L'évacuation gastrique se fait incomplètement et tardivement. De temps en temps cette évacuation ne peut se faire et apparaît un vomissement. Le sujet commence à souffrir et à maigrir. A ce stade, l'opération s'impose. Elle rendra les plus grands services parce qu'elle arrivera à temps ; c'est-à-dire avant que la fibre gastrique n'ait perdu irrémédiablement sa tonicité.

A un degré plus avancé la tonicité de la paroi s'est affaissée. L'estomac forme une cuvette dont le fond se vide incomplètement. Le fond de l'estomac forme un clapier toxique où séjournent indéfiniment les résidus alimentaires qui deviennent une source d'intoxication profonde. Le sujet, amaigri, est sans cesse fatigué, comme anéanti, hypocondriaque. Il a perdu le goût de l'effort et le plaisir de vivre.

Seule l'opération peut apporter un soulagement ; elle n'apportera généralement plus la guérison complète parce que la fibre musculaire gastrique a définitivement perdu sa tonicité.

Par contre, la suspension de la grande courbure, si elle n'est pas pratiquée trop tard, sur un estomac irrémédiablement atone, peut rendre au sujet son appétit, ses digestions faciles, ses forces, son entrain et son embonpoint. (*Technique chirurgicale,* octobre 1936.)

La reprise du pneumothorax thérapeutique en cas de rechute

La conclusion pratique qui se dégage des faits exposés par les Docteurs G. Poix et M. Nauwelaerts, est qu'en cas de récidive des lésions tuberculeuses dans un poumon autrefois efficacement collabé, la reprise du pneumothorax doit être tentée si l'évolution lésionnelle n'est pas arrêtée par la cure de repos, et, contrairement à l'opinion restée longtemps classique, on est en droit d'espérer que des tentatives répétées de décollement pourront aboutir à la production d'un collapsus efficace susceptible de déterminer la guérison. (*La Presse Médicale,* 4 juillet 1936.)

La mortalité par diphtérie

Aujourd'hui, grâce au sérum curatif de Roux, la diphtérie ne présente plus la même gravité et il est d'ores et déjà permis d'affirmer que l'anatoxine de Ramon, vaccin préventif, de date récente, réduit très sensiblement la fréquence des cas et influe à nouveau favorablement sur la mortalité. Depuis 1895, la Ville de Paris doit à ces deux magistrales découvertes une réduction de 94 % de sa mortalité diphtérique de tout âge.

Le principal intérêt du travail de Marcel Moine se place dans la discrimination selon l'âge des décès dus à cette affection qui, comme la plupart des maladies infectieuses, frappe très spécialement les jeunes sujets. Voici les considérations principales que suggère l'étude de la statistique.

La mortalité diphtérique est toujours plus élevée chez les garçons que chez les filles, quel que soit l'âge considéré, mais les écarts paraissent s'atténuer de plus en plus.

La plus grande fréquence des décès était relevée, en 1886-1890 et 1901-1905, parmi les enfants de 1 à 4 ans. En 1929-1931, c'est le groupe des moins d'un an, chez lesquels d'ailleurs l'anatoxine diphtérique n'est employée qu'exceptionnellement, qui détient le maximum et les sujets âgés de 5 à 9 ans et de 10 à 14 ans accusent un taux légèrement plus élevé qu'en 1901-1905. Ce dernier point assez surprenant



peut, en partie, s'expliquer par la faiblesse des nombres ayant servi à l'établissement des taux, les rendant plus sensibles aux moindres variations.

En outre, le déclin observé entre les deux périodes extrêmes est de même ordre dans les deux sexes et dans les trois premiers groupes d'âge, et pratiquement, pour l'ensemble de la population bien que la diminution la plus forte (92 %) se place, chez les garçons comme chez les filles, de 1 à 4 ans. (*La Presse Médicale*, 14 octobre 1936).

Le carcinome de la prostate

Le Docteur Conradt, après un exposé des considérations cliniques, constate que le carcinome prostatique est une affection de l'âge adulte fréquemment ignorée. Chez tout homme âgé de plus de 40 ans, le toucher rectal devrait être pratiqué systématiquement ; le diagnostic précoce est, en effet, une des conditions essentielles à l'application d'un traitement qui puisse donner quelques chances de guérison.

La pauvreté de la séméiologie, la confusion fréquente avec une hypertrophie banale ou une infection, la situation cachée de l'organe, la rapidité d'extension et d'essaimage sont les causes de la difficulté du diagnostic et du traitement. Dans l'état actuel de nos connaissances, nous ne sommes autorisés à espérer une guérison que dans les quelques rares cas limités, pris tout au début. Dans les cas plus avancés, où l'extension est manifestement plus importante, où les métastases sont probables sinon certaines, le traitement ne peut être que palliatif. La taille hypogastrique définitive agira le mieux contre l'obstruction, la radiothérapie sera appliquée efficacement contre les algies liées à l'extension ou aux métastases. Le perfectionnement progressif des techniques d'irradiations nous permet d'espérer pour l'avenir des moyens de lutte plus efficaces. La condition essentielle de l'efficacité du traitement reposera toujours cependant sur un diagnostic précoce. (*Le Scalpel*, 17 octobre 1936.)

Névrose tachycardique traitée par stellectomie droite

Les névroses tachycardiques traduisent une hyperexcitabilité fonctionnelle ou lésionnelle du sympathique cardiaque. Les traitements proposés en vue de réduire ce trouble rythmique sont nombreux et, pour la plupart, difficiles à mettre en œuvre ou peu efficaces. Les sédatifs agissent uniquement sur les troubles subjectifs des instables et leur action, inconstante d'ailleurs, s'épuise rapidement. La radiothérapie améliore les malades, mais pour un temps trop court. La chirurgie sympathique est actuellement en honneur : la section du sympathique cervical a été tentée sans résultat ; en revanche, l'exérèse des deux ganglions stellaires a été réalisée avec succès chez un malade de Leriche. Cette intervention est séduisante, elle repose sur une base physiologique solide. Elle ne paraît comporter aucun risque, du moins chez les sujets dont le cœur est sain. Il faut évidemment la réserver aux névroses tachycardiques occasionnant des troubles fonctionnels sévères et rebelles aux thérapeutiques classiques.

MM. L. Gravier, A. Tourniaire et J. Gonnet ont cru intéressant de rapporter l'observation d'une malade qui présentait une forme un peu spéciale de névrose tachycardique, ne paraissant pas, de prime abord, devoir bénéficier de l'intervention et qui a cependant été transformée par une simple stellectomie droite.

En voici le résumé : névrose tachycardique de taux modéré chez une femme de 37 ans. Crises tachycardiques fréquentes, s'accompagnant de troubles fonctionnels sévères : palpitations, angoisse, constriction throracique. Echec des sédatifs. Stellectomie droite. Amélioration des troubles fonctionnels et surtout, disparition complète des accès de tachycardie ; le taux rythmique habituel reste inchangé.

Dans l'amélioration consécutive à la stellectomie, une large part revient vraisemblablement à la suppression d'un certain nombre de fibres cardiaques sensitives ; ce qui explique la possibilité d'une atténuation des troubles fonctionnels en l'absence de toute modification du rythme cardiaque.

L'exérèse du ganglion stellaire, relai important des nerfs accélérateurs cardiaques, n'exerce son action réductrice du rythme sinusal qu'à partir d'un certain taux tachycardique, qu'il s'agisse de tachycardie permanente ou d'accès tachycardiques. Si cette impression est juste, il y aurait lieu de conseiller la stellectomie droite, non seulement dans les névroses tachycardiques à grande fréquence et à grande instabilité rythmique habituelle, mais aussi, dans les formes à rythme ordinairement modéré, s'émaillant d'accès tachycardiques. L'intervention ferait en quelque sorte la prophylaxie de ces accès. Il est bien évident qu'on n'aurait recours au chirurgien que dans les formes sévères, après échec des thérapeutiques médicales classiques.

Il faut donc se garder d'une généralisation hâtive et laisser au temps le soin d'apprécier le bien-fondé de l'indication nouvelle que les auteurs croient légitime d'ajouter à celles déjà connues de la stellectomie. (*Lyon Médical*, 18 octobre 1936.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Rôle du bacille bovin dans l'étiologie de la méningite tuberculeuse de l'enfant

(MM. E. LESNÉ, SAENZ, SALEMBIEZ et COSTIL ; 17-11-1936)

Le rôle du bacille bovin dans l'étiologie de la méningite tuberculeuse de l'enfant est une question encore peu étudiée en France. C'est surtout dans les pays scandinaves et en Angleterre — où l'ingestion de lait cru est de pratique courante, dans les campagnes principalement — que des recherches sur ce sujet ont été poursuivies.

Depuis quatre ans, M. Lesné et ses collaborateurs ont étudié les méningites tuberculeuses de l'enfant à ce point de vue. Sur 130 cas, 121 ont fourni une culture de type humain et 9 une culture de bacilles bovins. Pour ces derniers enfants, presque tous avaient été élevés à la campagne, alors que pour les premiers, il s'agissait généralement de sujets habitant Paris ou la banlieue parisienne.

La source de contamination des enfants morts de méningite due à des bacilles bovins est, en toute probabilité, le lait contaminé. Il est démontré que le lait de vaches atteintes de mammite tuberculeuse est hautement infectant. Or, cette localisation (la mammite) est assez fréquente chez les vaches laitières. De simples soins de propreté des mamelles suffisent déjà à réduire les sources de contamination et l'emploi du lait bouilli supprime cette dernière.

Malgré la quantité de laitages bacillifères utilisée dans l'alimentation, d'ailleurs, les cas de contamination de l'espèce humaine par le bacille bovin sont rares. Une absorption massive et répétée de lait bacillifère semble nécessaire. La rareté des cas de méningite tuberculeuse à bacille bovin en France, dans les villes et à Paris en particulier, tient sans doute à l'usage du lait stérilisé ou bouilli.

Les conclusions pratiques qui découlent de ces recherches sont simples : c'est l'indication de donner aux enfants un lait contrôlé dès la production à l'étable ; ce lait sera, de plus, bouilli ou stérilisé.

— M. Robert DEBRÉ remarque que si la contamination tuberculeuse des enfants par le lait de vache est possible, c'est une éventualité exceptionnelle : en France, c'est bien la contamination interhumaine qui est responsable de la diffusion de la tuberculose dans le jeune âge. La conclusion de M. Lesné n'en est pas moins à retenir.

— M. GUÉRIN estime que M. Lesné et ses collaborateurs ont fait œuvre utile en rappelant les méfaits du bacille tuberculeux bovin absorbé avec le lait non ou mal bouilli.

— M. RIST souligne l'importance du contrôle des laits dans l'hygiène alimentaire. La péritonite tuberculeuse est certainement la forme de tuberculose le plus communément attribuable au bacille bovin. A New-York, où existe un contrôle sévère de l'industrie laitière, la mortalité par péritonite tuberculeuse chez les enfants a notablement baissé.

Transmission au furet du virus de la grippe

(MM. R. DUJARRIC DE LA RIVIÈRE et J. CHEVÉ ; 24-11-1936)

Il court le furet..... mais il partage avec l'homme, la souris et le porc, le triste privilège de pouvoir contracter la grippe. Ce petit animal, facile à manipuler, d'un prix peu élevé, est pour les études de laboratoire, un sujet pratique.

Des recherches récentes, faites par des bactériologistes anglais et américains, parmi lesquels il faut citer Andrewes, Laidlaw, Wilson Smith, St. Harris ont montré que le virus grippal pouvait être transmis au furet. Le virus employé provenait de l'homme ou du furet grippé. Pour obtenir le virus humain, les malades se gargarisent avec 30 c. c. d'un mélange d'eau physiologique et de bouillon, puis crachent le liquide dans un récipient. L'inoculation se fait par instillation intra-nasale.

L'infection grippale du furet est caractérisée essentiellement par une incubation de deux jours, du catarrhe oculo-nasal et une réaction thermique à type diphasique, la température s'élevant à 40° et 41° (la température normale du furet est 39°).

La grippe du furet peut, à son tour, être transmise à l'homme. En 1936, Stuart-Harris était occupé à manipuler dans son laboratoire, des furets grippés. L'un d'eux éternua violemment pendant l'examen. Deux jours après, Stuart Harris fut atteint d'une grippe typique.

MM. Dujarric de la Rivière et Chevé ont repris quelques-unes des expériences des auteurs anglo-américains en partant d'une souche qui leur avait été fournie par le Docteur Andrewes, de Londres. Ils ont pu provoquer chez le furet des infections grippales après instillation de ce virus dans les narines de l'animal.

Cet ensemble de recherches a déjà fourni quelques données nouvelles sur le virus grippal et leur poursuite permettra sans doute d'augmenter ces données. Le virus est un virus filtrant. Après guérison, l'homme et les animaux possèdent pendant un certain temps une immunité incontestable. Chez le furet, l'état réfractaire dure plusieurs mois. Des anticorps neutralisants persistent ultérieurement pendant longtemps.

D'autre part, certaines particularités ont été notées quant au virus grippal humain, du furet, ou du porc.

P. L.

Société médicale des hôpitaux de Paris

Un cas de colite rhumatismale

(MM. René A. Gutmann et Robert Wallich ; 29-5-1936)

Dans le cas rapporté, on a pu voir, ce qui n'est pas habituel, une colite banale s'accompagner d'une fièvre persistante et rester inchangée devant tous les traitements intestinaux. De plus, l'arrêt brusque, dès la prise du salicylate, la rechute, puis de nouveau l'arrêt brusque à la cessation puis à la reprise du médicament rappellent ce qui se passe dans les manifestations rhumatismales classiques et les critériums communément invoqués, en l'absence de réaction spécifique, dans les diverses formes articulaires ou extra-articulaires de la maladie de Bouillaud. A ces arguments, il faut joindre enfin la présence de signes tout à fait exceptionnels au cours d'une infection intestinale banale, de la rougeur de la gorge, des myalgies. La rechute de sciatique elle-même rappelle les formes anormales du rhumatisme avec sciatique, qui ont été décrites. Enfin on connaît bien actuellement les formes uniquement extra-articulaires de la maladie de Bouillaud, et, parmi elles, il en est de digestives, par exemple des formes pseudo-péritonéales, pseudo-appendiculaires, hépatiques, œsophagiennes et enfin intestinales.

Au cours de la forme classique, articulaire, du rhumatisme aigu franc, d'ailleurs, les troubles digestifs sont maintenant classiques et en ce qui concerne l'intestin, M. Grenet, en particulier, à étudié la diarrhée préarthropathique qui précède de huit à quinze jours les fluxions articulaires et cesse un ou deux jours avant leur apparition, rarement un jour après. Elle existe dans un tiers des cas, c'est-à-dire qu'elle est presque aussi fréquente que l'angine, tout en étant moins classique et moins connue que cette dernière. Dans certains cas, elle s'accompagne de fièvre. Parfois même l'ensemble de la fièvre et de la diarrhée est assez accentué pour prendre l'allure d'un état typhoïde pré-articulaire.

Physiopathologie des accidents mortels consécutifs aux embolies pulmonaires

(MM. Maurice Villaret, L. Justin-Besançon et P. Bardin ; 5-6-1936)

La question de savoir pourquoi et comment un caillot, situé dans une artère pulmonaire, peut entraîner la mort, semble insuffisamment résolue actuellement. On invoque trop facilement l'oblitération artérielle et l'insuffisance de la circulation intrapulmonaire pour expliquer le processus physiopathologique de la mort subite au cours de l'embolie. On sait pourtant, par la clinique, qu'une obstruction même énorme des artères pulmonaires peut parfaitement ne pas entraîner la mort immédiate. A l'opposé on a pu observer des cas de mort subite provoqués par des embolies de très faible volume, n'intéressant qu'une toute petite zone du poumon.

En pareil cas, la mort subite pourrait n'être que le résulta d'un réflexe déterminé par les particules embolisantes sur les terminaisons nerveuses des artérioles pulmonaires.

Cette conception pathogénique des embolies mortelles s'oriente donc vers des voies nouvelles. On n'y voit plus seulement, comme les auteurs classiques, l'effet d'une obstruction de la circulation dans une artère pulmonaire, mais le résultat d'une irritation des terminaisons nerveuses vasculaires.

Dès lors, on entrevoit le rôle que des modifications neuro-végétatives peuvent jouer dans la production de la mort subite et l'influence possible de substances pharmaco-dynamiques ou de modifications humorales sur la production des accidents mortels. Dans ces conditions, on peut se demander si l'emploi classique des alcaloïdes de l'opium, à très hautes doses, borne ses effets à soulager la douleur post-embolique : il est fort possible qu'il contribue réellement à modifier le cours des accidents. Plus tentant serait l'emploi en clinique de l'atropine, de l'éphédrine et de l'alcalinothérapie dans le traitement de l'embolie pulmonaire. Cependant, les expériences n'accordent à ces médicaments, jusqu'à présent tout au moins, que la possibilité d'une prévention des accidents.

Société de médecine de Paris

Séance du 9 *octobre* 1936

Anthrax de l'avant-bras et hémocrinothérapie

M. Filderman présente un malade soumis à l'hémocrinothérapie pour un anthrax de l'avant-bras. Au troisième jour de traitement l'anthrax est complètement détergé, vidé et le pourtour en est affaissé.

Insuffisance cardiaque et vagotonie

M. A. Pruche en utilisant son cardio-dynamomètre a recherché la valeur fonctionnelle du cœur d'un grand nombre de sujets vagotoniques ou hyposympathicotoniques. Il montre qu'à côté de l'insuffisance de contraction qui caractérise l'hyposystolie classique il existe aussi une hyposystolie par insuffisance de fréquence dans laquelle le myocarde ne parvient pas à compenser par une énergie systolique cependant accrue et à la longue épuisante la rareté de ses contractions : le débit ventriculaire à la minute demeure insuffisant. Cet état s'accompagne de dyspnée d'effort ou d'algies thoraciques à caractère constrictif et angoissant, parfois discrètes au début. Ces algies, en l'absence de tout contexte pathologique, avec bruits du cœur bien frappés, énergiques, sont souvent considérées, bien à tort comme « nerveuses » ; elles sont en réalité le signal d'alarme du ventricule soit droit, soit gauche. L'auteur insiste sur la nécessité d'interdire complètement les sports à de tels sujets même s'ils sont d'aspect vigoureux. Les digitaliques qui allongent encore la pause diastolique sont formellement contre-indiqués ; il faut, dans la mesure du possible, s'efforcer d'agir sur l'état neuro-végétatif.

G. F.

Les Livres

Les livres qui viennent de paraître...

Librairie MALOINE
27, rue de l'Ecole-de-Médecine.

R. DEGOS. — **La syphilis acquise et héréditaire**. Un vol. de la Collection « Les Petits Précis », 192 p., 1937. Prix : 14 francs.

J.-B. BAILLIÈRE ET FILS
19, rue Hautefeuille

Paul GUILLY. — **Duchenne, de Boulogne**. Un vol. 240 p. avec 32 illustrations. Prix : 40 francs.

R. IMBERT, M. MOSINGER et H. HAIMOVICI. — **Les métrorrhagies ménopausiques et post-ménopausiques**. Etude étiologique, clinique et biologique. Préface du Professeur Fiolle. Un vol. 200 p., avec 28 fig. Prix : 20 francs.

Masson éditeur,
120, boulevard Saint-Germain

Bernard VILLARET. — **Climatologie médicale de la région parisienne** Préface du Prof. Tanon. Un vol. 212 pages avec illustrations. Prix : 30 francs.

LIBRAIRIE SCIENTIFIQUE CAMUGLI
6, rue de la Charité, Lyon

Dr Robert RENDU, ancien interne des hôpitaux de Lyon.—**Radiesthésie, science et morale**. 2e édition. Un vol. 74 pages. Prix : 5 francs.

Le petit volume du Docteur Rendu est une étude critique des méthodes radiesthésiques. Notre confrère a demandé aux radiesthésistes et téléradiesthésistes de soumettre leurs résultats à un contrôle scientifique pour en fixer la valeur. Il s'est adressé à plusieurs radiesthésistes. L'un d'eux refusa les expériences de contrôle. D'autres acceptèrent. Les résultats ne paraissent pas avoir été favorables aux radiesthésistes, aux téléradiesthésistes en particulier. L'un de ces derniers fit, de bonne foi, une découverte assez inattendue : il reconnut, dit M. Robert Rendu, des métrites et des salpingites à des soldats soignés à l'hôpital militaire Desgenettes !

M. CAMUS, éditeur
3, avenue de la Bibliothèque, Lyon

Dr Robert RENDU. — **Une expérience suggestive de radiesthésie**. Préface du Professeur Houllevigne. Une broch. 40 pages, 3 francs.

L'expérience dont parle l'auteur fut la suivante : un concours, ouvert sur sa demande par la « Vie catholique », réunit 86 concurrents radiesthésistes. Il s'agissait, par examen téléradiesthésiste sur plans, d'indiquer la position d'un bloc d'argent placé successivement dans chacune des dix pièces d'un appartement. Les radiesthésistes donnèrent 86 solutions exactes sur 860, soit une sur dix. Il en fut à peu près de même pour 31 concurrents non-radiesthésistes. Cette proportion de 1 sur 10, remarque M. Rendu, est précisément celle que donne la loi des hasards, le calcul mathématique des probabilités.

Amédée LEGRAND, éditeur
93, boulevard Saint-Germain, Paris

Dr FERRU, professeur à l'Ecole de médecine de Poitiers. — **Pouvons-nous vacciner nos enfants contre la tuberculose avec le B. C. G.** Un vol. in-12°, 96 pages, 5 francs.

Dans cette brochure, l'auteur explique comment il a été conduit à douter de la valeur d'une méthode de vaccination qu'il a cependant accueillie avec confiance, conseillée dans sa clientèle et utilisée dans sa propre famille.

BULLETIN OFFICIEL DES MAÎTRES IMPRIMEURS
7, rue Suger, Paris (VIe)

L'imprimeur (Procédés de gravure et d'impressions). Album, 150 pages de texte, 70 hors-texte en plusieurs couleurs. Prix : 70 fr. pour la France, 85 fr. pour l'étranger.

Cet ouvrage est une documentation résumée mais complète, de toutes les techniques utilisées pour fabriquer le livre le plus luxueux, comme la publication modeste ou simplement le journal. L'impression de ce volume, la mise en pages, et les hors-texte par tous les procédés d'impressions qu'il contient, sont luxueux.

Table des matières : Technique du bois gravé. Taille-douce artistique. Taille-douce pour papiers valeurs. Timbrage en taille-douce. Rétrospective typographique. Impression typographique. Impression lithographique. Impression sur métaux. Décalcomanie. Vitrauphanie. Calcographie (Offset). Stéréotypie Galvanoplastie. Plastotypie. Photogravure et ses diverses applications. Phototypie. Machines à composer. Rotohéliogravure. Typographie moderne.

Les Thèses

P. — Dr L.-M. CARLES. — **Météorologie médicale.** INFLUENCES MÉTÉORIQUES ET COSMIQUES SUR L'ORGANISME HUMAIN ET LE MALADE. (Thèse, 1936.)

L'intérêt de la météoropathologie n'est pas seulement théorique. Dans bien des cas, en effet, la connaissance des désordres imputables aux agents atmosphériques peut fournir de précieuses *indications thérapeutiques* et permettre d'instituer un traitement curatif immédiat, ou mieux encore préventif. La part considérable qui revient dans ces troubles à un fonctionnement défectueux du système nerveux de la vie végétative orientera souvent le médecin vers la prescription de médicaments du sympathique ou du vague. Dans d'autres circonstances, il s'efforcera de soustraire l'organisme fragile à l'action des éléments météorologiques nocifs, en créant (comme dans les crèches), un véritable climat artificiel. La notion de ces utilisations pratiques, encore limitées, compense l'impression assez décourageante que l'on pourrait retirer d'une étude de la météorologie et de la cosmologie médicales, qui semblent soumettre l'homme à un redoutable déterminisme.

P. — Dr P. COLLART. — **Etudes de syphilis expérimentale.** INFECTIONS DU SYSTÈME LYMPHATIQUE ET DU TISSU MUSCULAIRE. IMMUNITÉ RÉGIONALE ET PHÉNOMÈNES DE SENSIBILISATION ALLERGIQUE. Travail du laboratoire de bactériologie de la Faculté de médecine de Paris. (Thèse, 1936.)

De ses études sur l'infection syphilitique du système lymphatique et du tissu musculaire, l'auteur déduit une série de conclusions intéressantes.

La ponction ganglionnaire au cours de la syphilis humaine ne s'avère un procédé efficace de diagnostic que dans la moitié des cas à la période du chancre (statistique personnelle : 52,3 %) et ce pourcentage diminue de façon très accusée lorsque cette investigation est poursuivie à la phase secondaire.

Si le ganglion sert d'habitat normal au virus chez un animal syphilitique, il apparaît que le tissu lymphatique ne se prête pas à la végétabilité du tréponème, introduit *in situ.*

Des investigations analogues montrent que le muscle oppose une résistance particulière à tout développement du parasite.

P. — Dr R. GUÉBEL. — **Recherche sur la tolérance de l'appareil optique à l'acétylarsan.** (Thèse, 1936.)

L'auteur a réuni vingt observations publiées d'accidents visuels causés par l'acétylarsan. Dans la plupart des cas, il a pu mettre en évidence, soit une erreur de posologie, soit un état particulier du malade qui aurait dû constituer une contre-indication au traitement (insuffisance rénale dans quatre cas, tabès dans cinq cas), soit même l'application dans six autres cas d'une posologie défectueuse sur un mauvais terrain.

Il semble donc que si l'acétylarsan doit, comme tous les médicaments très actifs, être manié avec prudence, la menace des accidents oculaires ne peut pas constituer un argument contre son emploi lorsqu'il est indiqué.

P. — Dr A. BIRON. — **L'utilisation des courbes glycémiques après injection veineuse en pathologie viscérale.** Travail du Laboratoire de pathologie expérimentale de la Faculté de Paris. (Thèse 1936.)

L'épreuve d'hyperglycémie provoquée après *injection intraveineuse* de sérum glucosé hypertonique permet une exploration de l'organisme excluant en partie la traversée hépatique.

Chez les sujets normaux, l'élévation de la courbe glycémique serait minime en pareil cas.

Chez les hépatiques, on observe avec constance une réaction d'hyperglycémie dont la forme, le degré d'intensité, peut renseigner sur l'importance du trouble de la glyco-régulation. Mais il faut reconnaître que la traversée des sucres, jugée après l'injection intraveineuse hypertonique, est loin d'explorer la fonction hépatique aussi spécifiquement que celle qui suit l'absorption digestive, en raison de l'intervention plus évidente du facteur rénal et du facteur tissulaire.

Chez les rénaux la réponse à l'épreuve est toujours très élevée.

P. — Dr L. PERETZ. — **Protection des aliments contre les souillures extérieures.** (Thèse, 1936.)

En matière de protection des aliments contre les souillures extérieures, la première chose à faire est l'éducation du public.

Dans toutes les écoles primaires et secondaires, garçons et filles devraient être initiés aux dangers de contamination des aliments par les mouches, les poussières, les doigts sales, les récipients mal nettoyés, etc... Lorsque ces notions auront été inculquées dès le jeune âge à la grande masse de la population, aucun doute que les précautions indispensables ne soient prises chez le producteur, chez le commerçant et dans la famille.

On peut aussi utiliser la voie de la presse, les affiches, les conférences, le cinéma, la T. S. F.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Bulletin de l'Actualité

LE « CLIMAT » URBAIN

Le procès des villes bat son plein : de nouveaux témoins à charge ne cessent de s'avancer à la barre.

Cela a commencé, il y a une trentaine d'années avec le poète belge Verhaeren qui leur jeta son anathème des « villes tentaculaires ». Puis les sociologues ont signalé le péril de cette aspiration continue des populations vers les villes, des campagnes dépeuplées, des terres incultes. Les philosophes à leur tour, y ont vu la cause du désaxement de l'âme populaire : au sein des grandes agglomérations la lutte est sans merci, les hommes sont vidés de leur substance et rejetés ensuite comme des coques vides : les rivalités de classes sont allumées, les revendications grondent. Et les médecins enfin (bien tardivement il faut l'avouer, puisqu'ils auraient dû être les premiers à pousser le cri d'alarme) se sont avisés du défi jeté à la nature humaine par l'entassement des êtres vivants au sein d'une ville et par les conditions de vie qui leur sont faites.

Ils ont d'abord tergiversé en envoyant au loin les malades, les convalescents, les chétifs, comme, au temps de la guerre, ils les évacuaient du front des armées. Et puis il leur a bien fallu se rendre à l'évidence et admettre que tout le monde pâtit ; l'œuvre utile ce n'est pas de ramasser les éclopés mais de prévenir le mal *en remontant à sa source.*

***

Or la source, elle est dans ce « climat » urbain dont parle le Professeur Piéry, de Lyon (1) en analysant une thèse récente (2) consacrée à la climatologie médicale de la région parisienne ».

Paris étant pris ici comme la grande ville type cette étude sera donc valable pour la plupart des autres grandes cités, avec des différences quantitatives qui ne modifient en rien les problèmes à résoudre d'hygiène et de prophylaxie.

Le climat parisien a une physionomie propre très personnelle, de climat maritime amorti par une discrète ceinture continentale. L'humidité relative y atteint un chiffre moyen ; la quantité de pluie y est faible (578 mm. par an contre 751 mm. à Lyon) et compensée par une évaporation légèrement inférieure (450 mm.)

La transparence de l'air a diminué de moitié depuis vingt ans ; par contre le brouillard est passé depuis la guerre de 50 jours par an à 85.

Néanmoins la durée moyenne d'insolation reste importante : 1.729 heures, la fraction d'insolation : 0,37 se situant entre celle de Lausanne (0,41) et celle de Londres (0,26).

Tel est le climat météorologique ; mais il existe à côté un climat atmosphérique grandement influencé, celui-là, par la pollution de l'air.

C'est l'absence ou la faible intensité des vents qui cause l'accumulation des fumées et poussières dégagées par les usines, les foyers domestiques et les automobiles. Ces fumées et poussières sont des noyaux de condensation de gouttelettes de brouillard dense et stable. Le brouillard urbain est plus pathogène que celui des campagnes car il condense toutes les émanations toxiques de la ville et tient en suspension les « gaz aliments » de Trillat et des microbes. Son action nocive s'exerce surtout sur les prédisposés : asthmatiques, bronchitiques chroniques. Les poussières, surtout de certaines villes (Saint-Etienne, ville minière) favorisent silicose et anthracose.

Ces impuretés agissent sur l'électricité atmosphérique en diminuant la conductibilité et augmentant le gradient du champ électrique. Et depuis les travaux de Tchijevsky et de Vlès nous commençons à connaître l'influence des perturbations électriques sur la croissance des enfants et des adolescents comme sur les phénomènes d'angoisse chez les femmes.

Enfin, remarque Villaret, les villes enfumées sont sales ; elles font fuir les touristes.

Vapeurs, poussières, fumées absorbent une grande quantité des radiations solaires, tant lumineuses qu'ultra-violettes et infra-rouges, la carence solaire ayant des effets rachitigènes et tuberculigènes. Bordier a établi un rapport de

---

(1) *Gazette médicale de France*, 1er novembre 1936.
(2) Bernard Villaret. Thèse, Masson, juin 1936.

3 à 1 entre la quantité d'ultra-violets absorbés par l'atmosphère de Lyon et la campagne environnante. Si la chaleur est souvent lourde en ville c'est, selon Bordier, à cause de la chaleur rayonnée, absorbée et rendue par les innombrables particules de charbon flottant dans l'air,

La grande ville est surpeuplée : plus de 100 habitants à l'hectare, 1.000 dans trois quartiers centraux de Paris. Les logements insalubres. les théâtres, cinémas, véhicules de transports en commun réalisent les meilleures conditions d'éclosion de tuberculose et de propagation de maladies infectieuses.

Le citadin s'oriente vers le moindre effort alimentaire par l'usage d'aliments de conserves (viandes frigorifiées, laits industriels) ; il se livre à un régime trop carné, mange un pain trop blanc, et il en résulte, à la longue, des troubles de carence fruste ou même déclarée (scorbut parisien de Harvier et B. Villaret). Surtout il faut incriminer l'absence de fraîcheur de certains aliments (poisson, œufs, lait, beurre).

Le citadin avec sa vie trépidante, son sommeil insuffisant, ses soucis matériels plus aigus aboutit au surmenage physique, intellectuel et moral.

Reste à envisager la question du bruit qui devient pour l'habitant des grandes villes un fléau ; chez les enfants, les hyperesthésiques, les intellectuels, les malades, le bruit peut entraîner de véritables psychoses, des phobies du bruit. Il lèse le système auditif, allonge le temps des réactions visuelles, augmente la tension artérielle, la pression intra-cranienne et le métabolisme basal.

Montesquieu, dans « l'Esprit des lois », disait ; « Ce sont les différents besoins dans les différents climats qui ont formé les différentes manières de vivre, et ces différentes manières de vivre ont formé les différentes sortes de lois ». Ainsi le climat des grandes villes oblige les citadins à des *séjours de réparation* ; malgré la crise, les vacances, d'hiver comme d'été, sont considérées comme une nécessité, et elles le sont en effet.

***

Enfin B. Villaret se livre à quelques aperçus de psycho-climatologie et d'esthéto-climatologie parisiennes, si l'on peut dire.

Un Parisien a la compréhension rapide, le verbalisme aisé, le jugement prompt. L'enfant parisien naît éveillé, pourvu d'une ardente curiosité et d'une sensibilité exagérée. « Mais le climat de Paris ne paraît pas propre à l'éclosion des personnalités ; il convient seulement à celles qui arrivent à la période productrice. Peut-être se produit-il, sous l'influence de la suractivité urbaine, une espèce de stérilisation de la personnalité et de l'intelligence *créatrice* des individus nés à Paris. La plupart des grands esprits de notre pays, dans les domaines les plus divers, sont nés hors e Paris, dans les campagnes ou les villes de province . »

Sévère sentence qui fera sursauter d'indignation le Parisien cent pour cent. Cependant elle rejoint les conceptions de Rémy de Gourmont qui, lui, prétendait voir surtout éclore les belles intelligences près des frontières, aux points où se font les échanges internationaux. Elle rejoint aussi le mot de J-J. Rousseau « Les grandes villes sont les tombeaux des r ces ».

Ayant ainsi dressé son réquisitoire, B. Villaret ne nous abandonne pas à notre consternation. En bon médecin, il conclut par un traitement dont le Professeur Piéry assure qu'il abonde en vues intéressantes et mérite d'être lu en entier. Je n'ai pu, sans tressaillir d'allégresse, lire ces quelques paragraphes du chapitre thérapeutique de B. Villaret car ils corroborent des idées que j'ai déjà, et à plusieurs reprises, exposées ici :

« La maison haute, par elle-même, est une erreur ». Et cette phrase citée par Villaret est, paraît-il, d'un urbaniste américain, de Lawrence W. Veiller. (Il semble que l'urbaniste américain aurait utilement communiqué son avis à ses compatriotes !)

— C'est le bungalow avec petit jardin qui triomphe.

— L'orientation des maisons doit être étudiée pour utiliser au maximum la radiation solaire à l'intérieur des pièces.

— La climatisation, si utile dans les salles d'hôpital pour nourrissons n'est pas à souhaiter pour tous les appartements : cette suppression de la gymnastique météorologique à laquelle l'homme s'est toujours livré ne tarderait pas à lui faire perdre ses précieuses facultés d'adaptation soulignées par A. Carrel et diminuerait sa résistance aux variation météorologiques.

(Je me permets d'ajouter que les mêmes reproches peuvent être faits au chauffage central qui tend à abolir les facultés d'adaptation aux variations thermiques.)

Il est indispensable d'intégrer dans la cité moderne l'air, le soleil, la végétation, et d'assurer ainsi l'union intime de la ville avec la terre vivante.

Et dire que, en dépit de toutes ces considérations pourtant éclatantes d'évidence, les paysans continueront d'accourir à Paris et les Parisiens d'accabler de leur mépris « la cambrouse », comme ils disent !

G. Lavalée.

APPLICATION DES LOIS DU TRAVAIL DANS LES HÔPITAUX PUBLICS

Doit-on transformer les hospices et hôpitaux publics en maisons de santé, ouvertes à tous ? Doit-on au contraire restreindre la clientèle hospitalière aux seuls indigents t nécessiteux ? Tel est le problème qui se pose aujourd'hui, avec une grande acuité. Les deux thèses ont leurs défenseurs et la Confédération des Syndicats médicaux sera appelée à donner l'opinion des praticiens, sur cette orientation de notre système hospitalier français.

En attendant que le Parlement ait abordé la discussion d'un projet de loi, modifiant la législation du 7 août 1851, les hôpitaux actuels font une concurrence acharnée aux maisons de santé privées sur le terrain commercial. Tous les moyens sont bons, pour que, sous prétexte de bienfaisance et d'altruisme, les hôpitaux puissent bénéficier de la non-application de certains impôts et taxes, qui frappent lourdement les cliniques privées. En plus, les établissements publics entendent se soustraire aux obligations contenues dans le Code du travail et dans les lois récentes, concernant surtout la semaine de 40 heures.

Parmi les motifs, pour être dispensés de ces obligations légales, relevons une coupure ci-après, faite dans *Le Temps* du 22 novembre 1936. M. Herriot, maire de Lyon, invoque un motif savoureux : les hospices civils de Lyon sont assez lourdement entretenus par le budget municipal. Pour ne pas grever les contribuables de charges nouvelles. M. le Maire demande que la journée de 40 heures ne soit pas appliquée dans les hôpi aux publics de la ville.

M. Edouard Herriot parlant comme maire de Lyon est intervenu en ces termes :

« Nos observations ne visent pas les établissements départementaux mais seulement les établissements hospitaliers pour lesquels les maires ont une grande part de responsabilité. Je vous disais tout à l'heure que le budget de Lyon est intéressé pour 14 millions à l'assistance hospitalière. Serait-il de bon sens, dans ces conditions, d'admettre que le statut du personnel soit réglé en dehors de toute participation du Conseil municipal appelé à voter des centimes additionnels pour solder la dépense ? Je crois que dans une démocratie il n'est pas possible que l'injonction de payer soit infligée à une assemblée sans qu'elle ait eu à en délibérer. Nos assemblées sont libres et non pas des organismes d'enregistrement.

« Si les hospices s'administraient avec leurs propres deniers, il n'y aurait rien à dire, mais ce n'est pas le cas. Un examen impartial de la situation conduit donc à ceci : qu'on ne peut pas imposer à des assemblées des dépenses qu'elles n'auraient pas consenties. C'est, j'ose le croire, la conviction intime du ministre de la Santé publique. Je conclus que préparer un statut du personnel en le soumettant aux assemblées qui en délibéreront librement, c'est répondre aux désirs profonds du ministre et ne pas faillir aux principes républicains. Ainsi le Conseil général et le Conseil municipal doivent-ils être représentés dans la commission technique. »

En terminant M. Herriot signale ce point troublant : à Grange-Blanche, pour 1.600 malades, il y a 1.200 employés. « Si, dit-il, la semaine de quarante heures est appliquée, nous arriverons à égalité. »

Lorsqu'il parle comme maire de Lyon, M. Herriot, a parfaitement raison de vouloir que le Conseil municipal soit représenté dans la Commission d'études, chargée de faire appliquer la semaine de 40 heures dans les hospices civils de la grande ville.

Il a le devoir, en sa qualité de premier magistrat municipal, de se montrer ménager des deniers des contribuables qui auront à supporter de nouveaux centimes additionnels, provoqués par l'augmentation du personnel hospitalier.

Mais le problème doit être envisagé non seulement sous sa forme municipale, mais également sous son aspect hospitalier.

Certes, ce ne sont pas les religieuses qui apportent leur dévouement plein d'abnégation aux soins à donner aux malades des hospices civils de Lyon, qui vont réclamer la semaine de 40 heures ! Mais à côté de ces religieuses, il y a tout un personnel civil qui entend vivre de sa profession, comme le font les employés et les ouvriers du commerce et de l'industrie.

Du moment où les lois du travail doivent protéger l'ensemble des salariés, il n'y a pas de raison pour que ceux qui œuvrent dans un hôpital soient placés dans une situation inférieure de protection sociale par rapport aux salariés de droit commun, ou de maisons de santé privées.

Il est évident qu'il est très facile de prétendre que les hospices et hôpitaux publics remplissent un but charitable, qu'ils sont destinés aux pauvres et qu'en maintes circonstances les Cours et Tribunaux ont reconnu qu'en aucune manière ils ne pouvaient être considérés comme des établissements commerciaux.

Cette thèse pourrait être défendue, si les hospices ne recevaient que des malades indigents ou de condition très modeste. Malheureusement,

il n'en est rien et que ce soit à cause du développement de la science médicale moderne, de l'augmentation du nombre des économiquement faibles, ou de l'exploitation de la charité publique par des gens très soucieux de leurs propres intérêts, toujours est-il que l'immense majorité des hôpitaux de France perdent progressivement leur caractère de bienfaisance pour prendre plutôt celui d'établissements commerciaux.

Je ne saurais trop dire une fois de plus que c'est faire acte de commerce que d'hospitaliser, moyennant finance, avec ou sans bénéfice, des malades payant la nourriture, le coucher, les soins absolument comme agissent les maisons de santé privées.

Dans ces conditions, du moment où les infirmiers des cliniques particulières bénéficient de toutes les dispositions du Code du travail, je ne vois pas pourquoi y échapperaient les hôpitaux publics, alors qu'aujourd'hui ils ont perdu partiellement leur caractère d'établissements de bienfaisance pour revêtir de plus en plus celui d'établissements commerciaux.

Je ne saurais donc trop le répéter : que l'hôpital public dans sa partie « hospitalisation des indigents » soit soumis à la loi de 1851 et que la partie commerciale de l'hôpital, faisant fonction de maison de santé à bon marché, soit désormais placée sous le statut commercial et mis sur un pied d'égalité complète avec les maisons de santé privées auxquelles l'hôpital fait concurrence.

Dr Paul Boudin.

ASSURANCES SOCIALES ET TIERS PAYANT

Un de nos confrères nous consulte pour connaître quelle doit être son attitude, devant une proposition qui lui est faite par une Caisse d'assurances sociales, proposition qui aboutirait à l'instauration du régime du tiers payant.

Des soins ont été donnés à un assuré social, qui ne peut payer son médecin. L'assuré s'adresse à sa Caisse et reçoit la réponse suivante :

« Vous nous avez adressé un dossier de demande
« de prestations-maladie concernant votre
« enfant. Les honoraires de M. le Docteur C...
« n'ayant pas été acquittés, nous vous serions
« obligés de nous adresser une autorisation
« de régler directement au praticien les sommes
« qui vous sont dues, conformément à notre tarif
« de responsabilité, soit 9 fr. 60, étant bien
« entendu que si la somme réclamée par le
« docteur est supérieure, il vous appartiendra
« de régler la différence à ce dernier.

Pour le Président,
L'agent-comptable,
Signé : Fontaine.

En bon syndicaliste qu'il est, notre confrère nous demande s'il ne doit pas refuser ce mode de payement. Mais ce refus aboutira fatalement à la perte de ses honoraires. Pourrait-il alors n'accepter qu'à titre exceptionnel, pour une seule fois, d'être ainsi payé directement par la Caisse ? Ou bien ne doit-il pas conseiller à son client de réclamer lui-même à sa Caisse l'avance des honoraires médicaux qui sont dus ?

Cette situation prouve le conflit qui existe entre la discipline syndicale et l'intérêt individuel du médecin.

Alors que le praticien pourrait être payé directement par la Caisse, aux lieu et place de l'assuré et que, plutôt que de ne rien toucher du tout, le praticien serait assuré de recevoir au moins le tarif de responsabilité, diminué du ticket modérateur, il serait cependant d'une très grande gravité d'accepter ces présents d'Artaxerces, car ce serait créer un précédent, qui nous conduirait tout droit au tiers-payant.

En théorie, le médecin doit connaître son seul client. La Caisse d'assurances sociales n'existe pas pour lui. Le client doit payer ce qu'il doit, ou se faire consentir une avance par sa Caisse. Accepter de cette dernière un paiement au nom de l'assuré serait permettre l'instauration, dans un délai très court, du système au tiers payant, que le syndicalisme médical a repoussé.

Aussi, dans le cas récent, faut-il faire passer l'intérêt général et syndical avant son propre intérêt personnel. Il faut répondre au client que c'est lui qui est le débiteur immédiat des honoraires du médecin. Par conséquent, c'est à lui de demander à sa Caisse le remboursement par avance des honoraires du médecin et ledit malade apportera cet argent au praticien. Celui-ci verra si, dans un cas particulier, il fera spontanément remise au malade de la part que ce dernier reste devoir, part qui consiste en la différence de la somme remboursée par la Caisse et le prix de la visite, ou consultation, fixé par le tarif syndical.

D'autre part, il faut signaler le cas au président du Syndicat médical, pour que ce dernier puisse faire une démarche auprès de la Caisse et lui démontrer le tort porté au Syndicat tout entier, lorsque des propositions pareilles sont faites, pour payer directement un praticien, par dessus la tête de son client assuré social.

Conclusion : Le médecin va probablement perdre le prix d'une visite ou consultation, mais il aura fait acte de confrère bon syndicaliste et très discipliné, en sacrifiant ses intérêts personnels sur l'autel du Syndicat.

Dr Paul Boudin.

L'ACTUALITÉ PROFESSIONNELLE

Informations judiciaires

Quel est le statut des assurés sociaux indigents ?

Cette question a soulevé et soulève encore de nombreuses difficultés entre l'Administration et les médecins. Elle est cependant, à l'heure actuelle, tranchée de la manière la plus formelle tant par les textes que par la jurisprudence et l'on ne s'explique guère pourquoi l'Administration s'entête dans une interprétation déjà si souvent condamnée.

Le problème peut se poser ainsi : les assurés indigents sont des êtres hybrides relevant à la fois des Assurances sociales et de l'Assistance médicale gratuite. Quel est de ces deux régimes celui qui doit l'emporter sur l'autre ? L'Administration soutient la prédominance des règles de l'assistance. Le Sou Médical a toujours défendu la thèse adverse et le principe d'assimilation aux assurés ordinaires. Or ce principe, déjà admis par de nombreuses décisions vient d'être consacré d'une manière formelle, et nous l'espérons, définitive par un arrêt du Tribunal des conflits, en date du 28 octobre 1936, intervenu dans les circonstances suivantes :

Le médecin traitant d'un assuré indigent, ayant pratiqué sur l'enfant de ce dernier une amygdalectomie, s'en vit refuser le payement par la Ville de Rambouillet, commune de secours de son client, motif pris de ce que le règlement d'assistance réservait de telles interventions à l'hôpital public. Ce différend fut soumis à la Commission cantonale de Rambouillet, devant laquelle l'Administration souleva l'incompétence « ratione materiæ » de la juridiction saisie. La Commission cantonale, et en appel, le Tribunal civil donnèrent cependant gain de cause au médecin. Le Préfet de Seine-et-Oise, à l'instigation du ministère du Travail, saisit alors le Tribunal des conflits, afin de dire si les difficultés relatives aux assurés sociaux indigents relevaient de la juridiction instituée par la loi sur les Assurances sociales ou au contraire de la juridiction administrative, comme en matière d'Assistance médicale gratuite. Rappelons à cet égard, pour bien fixer la valeur jurisprudentielle de sa décision, que le Tribunal des conflits, composé de conseillers d'Etat et de conseillers à la Cour de cassation sous la présidence du Ministre de la Justice, constitue la plus haute juridiction française pour les litiges portant sur la nature de la juridiction saisie.

Or le Tribunal des conflits, en annulant l'arrêté de conflit pris par le Préfet de Seine-et-Oise, *a expressément reconnu la compétence, en cette matière, des juridictions des Assurances sociales.* Il s'agit là, nous dira-t-on, d'une simple question de procédure, de faible intérêt pratique. Raisonner de la sorte serait méconnaître entièrement la portée de cette décision : en effet, décider que les litiges s'élevant au sujet des assurés indigents doivent être portés devant les juridictions instituées pour l'application des Assurances sociales et non devant la juridiction administrative revient à dire que les problèmes soulevés par les assurés sociaux indigents doivent être résolus d'après les règles des Assurances sociales et non d'après les règles de l'Assistance. Au reste le Tribunal des conflits a motivé sa décision sur la compétence par des « considérants » qui tranchent le fond même du débat. En effet, a-t-il dit, « l'assuré social notoirement indigent, pour bénéficier aux conditions et dans les limites prévues par l'article 59 de la loi de 1928-1930, de l'Assistance médicale gratuite, *n'en demeure pas moins avant tout un assuré* soumis aux obligations, mais *conservant tous les avantages de l'assurance ; même dans la mesure où il est rattaché à l'Assistance, la prédominance de sa qualité d'assuré se manifeste* notamment par l'obligation de calculer les frais médicaux le concernant selon les règles de l'Assurance et non d'après les tarifs de l'Assistance, et aussi par la proportion réduite (20 %) dans laquelle l'Assistance participe au payement de ces frais tandis que la Caisse primaire y contribue pour 80 % ».

Cet arrêt a été rendu sous l'empire de la loi de 1928-1930. Mais il conserve toute sa valeur sous le régime actuel, plus formel encore que l'ancien sur ce point, puisque les frais médicaux concernant les assurés indigents sont réglés d'après les tarifs des Caisses, que ceux-ci ont droit aux mêmes prestations que les assurés ordinaires et que l'Assistance n'intervient toujours qu'à titre d'appoint pour prendre en charge la participation obligatoire de 20 % incombant aux assurés ordinaires. On peut donc considérer que le Tribunal des conflits a mis un point final à toute controverse sur cette question, et que les assurés sociaux indigents doivent être désormais traités comme des *assurés* et non comme des *assistés*.

Jean MIGNON.

La Presse et les Sociétés

Les prestations spéciales de l'assurance-maladie (Art. 6, paragr. 16)

L'application des nouvelles dispositions instituées par l'article 6 § 16 du décret-loi sur les Assurances sociales a fait l'objet, au IIIe Congrès de l'Association des médecins-conseils, qui s'est tenu à Bordeaux au mois de juin dernier, d'une étude détaillée présentée par le Docteur Perret, dont les conclusions ont été adoptées par l'assemblée.

Rappelons que le nouveau régime, en maintenant le droit de l'assuré à six mois de soins pour une même maladie (sauf le cas de rechute prévu par l'article 6 § 13), a prévu, à l'article 6 § 16, que « l'assuré ou l'ayant droit dont l'état nécessite des soins préventifs ou est atteint d'une maladie ne comportant pas la cessation du travail reçoit, s'il y a lieu, pendant une durée de deux ans au plus des prestations spéciales dont le montant maximum et les conditions d'attribution sont fixés par le règlement intérieur de sa Caisse ».

Quelles sont les caractéristiques de ces prestations spéciales ? Pour en bénéficier, il faut avoir besoin de *soins préventifs.* Ce terme doit être entendu dans le sens le plus large et il faut y comprendre, non seulement les actes de prophylaxie, mais encore les traitements à longue échéance ayant pour objet de prévenir les phases aiguës d'une affection chronique. En bénéficient également les assurés atteint d'une *maladie n'entraînant pas interruption du travail,* terme qui sera difficile à apprécier évidemment en ce qui concerne le conjoint et les enfants. Ces prestations sont *spéciales,* elles ne sont pas automatiques comme les prestations ordinaires, il appartiendra aux Caisses d'apprécier « s'il y a lieu » de les attribuer et dans quelle mesure, missions qui relèvent évidemment du contrôle médical. Enfin ces prestations peuvent être versées pendant *deux ans* au plus, ce délai courant, semble-t-il de la première constatation médicale de la maladie.

Comment les prestations spéciales se combinent-elles avec les prestations ordinaires ? Pour éviter toute confusion il serait souhaitable que ces prestations donnent lieu à la délivrance de feuilles de maladies spéciales. En ce qui concerne le choix entre le régime des prestations spéciales et celui des prestations ordinaires, il semble que les Caisses ne sauraient imposer à un assuré un régime plutôt que l'autre. L'assuré aura toujours le droit de réclamer les prestations ordinaires ; les prestations spéciales ne doivent constituer qu'un régime exceptionnel nécessitant une demande formelle de l'intéressé. Elles paraissent devoir jouer toutes les fois que l'assuré aura épuisé ses droits aux prestations ordinaires, ou pour les affections comportant des soins peu coûteux mais de longue durée. Nous sommes amenés ainsi à étudier le chevauchement entre prestations ordinaires et prestations spéciales. Il semble qu'on peut poser les règles suivantes : dans le cours d'une même affection les prestations ordinaires s'appliquent aux phases aiguës des maladies graves ou des affections cycliques, et les prestations spéciales aux phases de prévention des affections à début insidieux, aux intervalles de rémission, aux périodes de chronicité ou de convalescence ne nécessitant qu'un traitement d'entretien. Les prestations spéciales diffèrent à un autre point de vue des prestations ordinaires : les premières sont versées pendant « *une période totale de soins de six mois* », ce délai étant calculé en ajoutant les unes aux autres les périodes de validité des diverses feuilles de maladie délivrées à l'assuré. Au contraire les prestations spéciales sont accordées pendant une *période de temps de deux ans,* ces deux années se comptant de date à date à partir de la première constatation médicale.

En conclusion, si l'assuré veut bénéficier du régime des prestations spéciales, il doit en faire la demande, la Caisse pouvant toutefois l'éclairer sur les avantages de ce système. La nature de ces prestations spéciales ne doit pas être fixée de façon trop rigide ; la Caisse doit conserver au contraire une certaine souplesse. Leur délivrance n'est pas automatique ; chaque cas particulier doit être étudié par le contrôle médical. Ainsi entendu, le système de prestations spéciales permettra de pallier aux difficultés d'application du délai de six mois, et, par une collaboration toujours plus suivie entre le contrôle médical, les médecins traitants et les établissements de prévention et de cure, de mieux adapter les prestations des Caisses aux besoins réels des assurés. (*Le Médecin-Conseil,* novembre 1936.)

J. M.

LES CENTRES DE SANTÉ

Conférence faite au XXIII° Congrès d'Hygiène

Par le Docteur R.-H. HAZEMANN

Chef du cabinet technique au Ministère de la Santé publique

Les Centres de santé ont un gros succès de curiosité : le mot est sorti de la bouche d'un ministre ; les journaux médicaux ont assuré sa renommée.

Depuis longtemps, les médecins hygiénistes connaissent la chose et le nom. Et pourtant, que de précisions imaginaires, que de renseignements inexacts ont été publiés sur les Centres de santé ! Des personnes pressées ont cru y voir un projet d'étatisation et de fonctionnarisation de la médecine ; quel que soit l'horizon d'où elles viennent, elles ont pensé qu'il s'agissait de Centres de soins municipaux ou départementaux ; cela a été imprimé, répété, développé à multiples reprises. On a même déclaré qu'il ne s'agissait de rien de moins que de la fondation de villages, de cités sanitaires, où les malades seraient soignés collectivement !

On a confondu « maisons de santé » et « centres de santé » (Henri Sellier). Je le regrette pour les architectes à l'affût de bonnes affaires et pour les confrères en quête de postes ! mais il ne s'agit nullement d'établissements de soins, ni médicaux, ni chirurgicaux, qu'une baguette magique ferait surgir sur tout le sol de notre pays ; dans les Centres de santé, en principe, il n'y aura pas de soins, pas de médecins traitants, pas d'infirmières soignantes.

D'ailleurs, en France, quels seraient les usagers de ces centres de soins, conçus par des confrères pleins d'imagination ? Il ne peut, je pense, être question des riches ? ni des gens de la rue ? tous ont leur médecin. Les travailleurs ? mais les Assurances sociales, justement, sont destinées, en les aidant pécuniairement, à leur permettre de s'adresser au praticien de leur choix. Les indigents ? mais le service d'Assistance médicale gratuite n'existe-t-il donc pas ? Si la maladie exige l'alitement, les maisons de santé, les hôpitaux privés et publics ne sont-ils donc pas là pour le leur permettre à tous ?

Alors, que serait-ce donc que ces Centres de soins, qui n'auraient pas d'usagers, dans l'état actuel de notre régime social et politique ?

Non ! le Centre de santé n'est pas un centre de soins, un bâtiment d'hospitalisation ; ce n'est pas forcément une construction en pierres ou en briques ; c'est avant tout un concept d'ordre et de coordination. Le ministre désire coordonner, rationnaliser, centraliser tous les organismes, œuvres, dispensaires, assistance sociale, au service de la Santé publique. Le Centre de santé est vraiment le centre de la santé, dans toute l'acception du mot santé, c'est-à-dire à la fois santé physique, intellectuelle et morale. La base de son organisation est évidemment médicale, mais orientée vers la prophylaxie, vers la médecine préventive et sociale.

Jetons un coup d'œil en arrière : quelle organisation trouvons-nous actuellement en France de la médecine préventive ?

— Les dirigeants, d'abord :

Au ministère de la Santé publique, des Commissions qui s'ignorent fréquemment, les unes attribuant des subventions de fonctionnement, les autres accordant une aide pécuniaire de première installation à telle ou telle œuvre ; la protection de la maternité et de l'enfance, la lutte contre la tuberculose et la syphilis, les laboratoires, les hôpitaux, etc., dépendent au moins d'autant de Commissions différentes.

Il n'y a aucun programme d'ensemble, aucun plan, aucune politique sanitaire.

Un exemple, qui ne touche pas notre sujet, mais fait bien comprendre ce manque de plan : le programme hospitalier. Récemment, un Américain, en voyage d'études en France, me racontait qu'il avait désiré se renseigner sur le programme d'assistance hospitalière français. Savez-vous la seule réponse qu'il a pu obtenir : « Notre programme d'avenir, lui a-t-on dit, vous le trouverez dans la loi de 1851 » ! ! !

— Dans les départements : ce sont les Préfets qui sont à la tête de cette organisation. Ne croyez-vous pas, que, pour la plupart d'entre eux, leur politique est bornée par le manque de programme local ? ce manque de programme ne peut pas être corrigé par la stabilité de leur fonction, qui n'est d'ailleurs pas technique.

— Les inspecteurs départementaux d'hygiène : je ne pense pas exagérer en disant qu'ils peuvent actuellement ou avoir une politique sanitaire, ou n'en pas avoir, ou n'en pas avoir. Aucun texte ne leur imposait cette obligation avant les circulaires ministérielles des 26 août et 26 septembre 1936.

— Quant aux inspecteurs de l'Assistance publique, ils sont tellement tiraillés par les uns et par les autres qu'ils ne peuvent se donner

à la réalisation d'aucun plan d'ensemble, qui serait forcément limité à la bienfaisance.

— A l'échelle locale enfin, nous avons 38.000 spécialistes. Ce sont les Maires. Aussi bien intentionnés et pleins de dévouement qu'ils soient, ils ne peuvent tous s'occuper activement et techniquement de tout ce qui intéresse leur mairie. C'était peut-être suffisant dans le passé quand la France ne comptait que 20 millions d'habitants, répartis dans les villages de la campagne et les petites villes, quand le travail artisanal n'avait pas été supplanté par les usines, quand les transports n'existaient pas. Sans être étatistes — (nous estimons au contraire que tout doit se passer sous le contrôle local) — nous pensons tout de même qu'une politique sanitaire d'ensemble est indispensable, étayée par des techniciens locaux.

Nous venons de voir le manque absolu de coordination dans la direction ; étudions maintenant le fonctionnement des organismes de médecine préventive, c'est-à-dire dispensaires d'une part, service d'assistance sociale d'autre part.

Les dispensaires : quels sont-ils ?

A vrai dire ils sont extrêmement nombreux ; les uns dépendent d'œuvres privées, les autres de sociétés de Croix-Rouge d'ailleurs multiples — ou encore de grands établissements privés, de magasins, d'usines — d'autres sont des organismes municipaux ou départementaux.

D'origines diverses, leur situation l'est plus encore ; ils sont installés soit là où l'œuvre ou l'établissement a son siège, soit parfois dans des locaux de fortune, choisis pour leur prix minime, non pour la plus grande commodité des usagers.

Ils sont isolés le plus souvent, sans communication aucune avec le dispensaire voisin, encore moins avec les médecins praticiens de la localité ; d'où deux conséquences désastreuses ; certains se croiraient déshonorés de renvoyer un malade qui ne relève pas de leur spécialité ; le malade sera plutôt insuffisamment soigné que renvoyé au médecin ou au dispensaire qu'il aurait dû aller trouver. — Dressés comme de petits châteaux féodaux rivaux, les dispensaires présentent une consultation qui ne fonctionne que trois ou quatre heures par semaine.

Leur rôle ? c'est de dépister les grandes maladies sociales pour éviter leur propagation, d'assurer la protection de la maternité et de la première enfance, d'une part — d'autre part de donner des soins aux indigents (rôle faisant double emploi avec l'Assistance médicale gratuite, surtout quand il s'agit de médecine générale). Sont-ils toujours à hauteur de leur tâche ? Voyez les consultations de nourrissons, par exemple. Nombreuses sont celles qui en hiver fonctionnent à plein, en été sont fermées. L'hiver, c'est la période des maladies contagieuses, coqueluche, broncho-pneumonies, etc... L'été, la période des grandes chaleurs, c'est le moment où surtout les conseils d'hygiène alimentaire doivent être donnés aux jeunes mamans : le dispensaire est parfois fermé jusqu'en octobre !

Les ressources des dispensaires. Certains ne sont alimentés que par le mécénat et la philanthropie. Mais trop nombreux sont ceux qui ont recours presque uniquement aux subventions publiques, Etat, départements. Chaque fois que l'Etat donne une subvention, il a le droit de savoir à quoi elle est destinée. Or, nulle part, il n'existe encore de fichier permettant de dire : telle œuvre a reçu telle subvention dans tels et tels buts, ce qui lui a permis d'obtenir tels résultats. Et pourtant, il ne faut pas oublier que les dispensaires reçoivent peu de subventions globales : ils reçoivent des subventions, en tant qu'ils contribuent à la lutte contre les grandes maladies sociales, tuberculose, syphilis, ou à la protection de la maternité et de l'enfance. S'ils ne remplissent pas leur rôle, la subvention devrait être refusée.

A ce propos, une histoire récente : une œuvre reçoit 17.000 francs de subventions annuelles ; elle accuse 14.000 francs de frais de gestion ; son activité est pratiquement nulle. Ces jours-ci, les Services reçoivent la visite du représentant de cette œuvre. Il demande que l'on organise une loterie en faveur de l'œuvre, pour lui permettre de développer son activité. L'argument était : vous ne pouvez refuser, puisque, du même coup, toutes les subventions qui ont été accordées jusqu'ici l'auraient été en vain ! Il a été répondu : qu'il était préférable que 50.000 francs ou 100.000 francs soient perdus définitivement, que de continuer à dépenser des dizaines de milliers de francs par an en pure perte.

Quant aux Services d'assistance sociale, leur fonctionnement souffre de deux défauts : il est trop complexe — il est trop spécialisé.

Trop complexe : en effet les infirmières visiteuses dépendent ou des organismes départementaux antituberculeux, ou de l'Association de lutte sociale contre la syphilis, ou d'œuvres multiples municipales ou privées de protection de l'enfance. D'autres assistantes sociales relèvent des Caisses de compensation, ou de grandes usines, ou des Sociétés de Croix-Rouge. Résultat : toutes s'ignorent, ou tout au moins la collaboration entre elles n'est que passagère et d'initiative individuelle.

Trop spécialisé : la spécialisation exclusive est un grave inconvénient pour trois raisons :

1° Une assistante sociale spécialisée peut se considérer comme trop instruite médicalement de sa spécialité. Je m'explique : l'assistante sociale n'a pas bénéficié de la formation complète, indispensable à l'exercice de l'art médical ; elle finit donc par avoir une confiance illimitée en l'efficacité de certaines thérapeutiques

qu'elle voit appliquer journellement par des médecins spécialistes à des malades triés d'avance. Elle ne saurait comprendre que tel médecin praticien juge que tel malade n'est pas justiciable de tel traitement. D'où risque de conflit avec les médecins praticiens. La multivalence permettra de pallier à cet inconvénient de la spécialisation exclusive.

2º Deux médecins appelés en consultation au chevet d'un malade, avant de rédiger l'ordonnance, discutent entre eux, en l'absence de la famille ; ils ne parleront à la famille qu'une fois qu'ils se seront mis d'accord. Deux assistantes sociales spécialisées, visitant la même famille à des heures différentes, risquent de se contredire et cette contradiction est une source de conflits avec les familles qui finissent par perdre toute confiance envers le Service social.

3º Quand dans une famille, une assistante sociale fait son interrogatoire : « Madame, combien avez-vous fait de fausses-couches, à quel âge votre mari a-t-il eu la syphilis, votre sœur n'a-t-elle jamais craché le sang, en quelle année votre oncle est-il devenu idiot et a-t-il été enfermé ? » la famille répond en général fort bien, car elle comprend que ces précisions, demandées d'ailleurs avec tact, peuvent être nécessaires. Mais si quelques jours plus tard, une autre visiteuse vient reposer les mêmes questions, la famille en aura vite assez !

Au terme de cette étude rapide de l'organisation actuelle de la médecine préventive et sociale, on constate que le manque de coordination se retrouve à tous ses degrés : socialement, administrativement et techniquement.

D'où la conception des Centres de santé.

Et d'abord, quel sera le cadre de leur organisation générale? Ce cadre devra être régional ; les mêmes problèmes ne se posent pas dans toutes les régions ; leur importance réciproque varie. Nous estimons donc que le cadre des centres de Santé devra être départemental.

Le rôle du Centre de santé ?

Ce sera d'assurer la mise en pratique et la réalisation locale de la politique sanitaire départementale, une fois que celle-ci aura été définie.

C'est dire que le Centre de santé devra, assainir, coordonner, rationaliser les dispensaires et les consultations ; si, dans deux régions voisines, les consultations sont installées à la limite commune, et que dans le reste du pays aucune consultation n'existe, on aura intérêt à n'établir une consultation nouvelle qu'à un endroit commode et facilement accessible à tous.

Quelles seront ces consultations, compte tenu des différences inhérentes aux besoins divers de chaque département ? Schématiquement on peut envisager que du Centre de santé dépendront :

le service de protection de la maternité et de la première enfance ;

le service d'inspection des écoles ;

le service antituberculeux ;

le service antisyphilitique ;

un service de dépistage des maladies constituant de véritables fléaux sociaux, tels le cancer, le rhumatisme ;

maternité, nourrissons, première enfance.

Nous l'avons déjà dit, c'est avant tout un rôle d'éducation ménagère, d'hygiène domestique, manière de faire bouillir le lait, de préparer la nourriture des jeunes enfants. Ce service comprendra certes une consultation faite par un médecin ; mais le rôle primordial, éducatif sera réservé aux assistantes sociales familiales et multivalentes, qui, au sein même de la famille, donneront les conseils nécessaires.

Age scolaire : le service d'inspection des écoles recevra sa sanction efficace par les soins du médecin praticien traitant, ou, à son défaut, mais seulement pour les spécialistes, par les Centres de santé ; dans les grandes agglomérations scolaires, une infirmière scolaire spécialisée pourra être adjointe au médecin ; elle bornera son activité à l'intérieur même de l'école, les visites sociales à domicile étant effectuées par la visiteuse polyvalente.

Le service antituberculeux : une consultation, l la tête de laquelle sera placé un médecin phtisioàogue, assurera le dépistage et la surveillanc des malades : les relations avec les médecins praticiens qui adresseront les malades et à qui ils seront retournés avec compte rendu de l'examen, devront être particulièrement étroites (la question du traitement par pneumothorax, qui comporte un aspect prophylactique important, sera étudiée en collaboration avec les Syndicats médicaux).

Le service antisyphilitique sera calqué sur le service antituberculeux ; d'ailleurs les médecins, en ce domaine, ne se sont jamais plaints des consultations bien organisées.

Quant aux autres services de médecine préventive, il semble qu'on puisse envisager que des examens préventifs pourront être pratiqués pour les maladies les plus fréquentes, aux âges les plus exposés. Il ne s'agit pas en effet (comme certains journaux médicaux l'ont écrit) de faire faire tous les ans un examen complet de chaque sujet ! ! ! mais il semble qu'à certains âges ces examens seront loin d'être inutiles. De même qu'à l'âge scolaire ces examens seront réalisés par le service d'inspection des écoles, de même il semble que vers 15 à 20 ans, au moment de l'orientation professionnelle, un tel examen pourra donner, notamment pour la tuberculose de bons résultats. Peut-être, vers 45 à 50 ans, à l'âge des affections cardio-rénales et du cancer, un tel examen préventif sera-t-il aussi très indiqué.

Quels seront les médecins qui assureront ces consultations ? Il nous paraît qu'une entente serait souhaitable entre le Centre de santé et les Syndicats médicaux, qui établirait une sorte de « contrat collectif » aux termes duquel le Syndicat médical collaborerait au service de consultations de médecine préventive. Les médecins désignés par le Syndicat médical pour assurer ces consultations devraient naturellement accepter de remplir les fiches indispensables, de rendre compte au médecin chef du Centre de santé et d'être en rapports constants avec les assistantes visiteuses sociales.

Pour les assistantes sociales, deux catégories : quelques-unes, assistantes spécialisées, véritables assistantes sociales consultantes (comme il existe des médecins consultants) assisteront les médecins dans les consultations et centraliseront les renseignements de tel ou tel service : ce sera l'élément fixe, directeur, d'effectif réduit, comprenant les assistantes monitrices de toutes les autres — à côté les assistantes sociales visiteuses représenteront l'élément mobile, chacune ayant son rayon d'action délimité (d'où économie de temps et de transports) ; elles seront multivalentes, tout comme le médecin praticien. Ce sont elles qui se rendront dans les familles et, connues d'elles, leur dispenseront les conseils de tous ordres dont elles auront besoin, notamment conseils d'éducation ménagère.

Ces assistantes sociales visiteuses seront les véritables agents de liaison entre les médecins praticiens et les Centres de santé d'une part, les Centres de santé et les familles d'autre part.

L'unité de tous les services du Centre de santé sera assurée par une personnalité qui coordonne sans absorber, un médecin sans clientèle.

Quant à l'organisation matérielle, voici comment on peut l'envisager : certes le centre idéal, dans un pays neuf, où rien n'existerait, serait un bâtiment unique, où toutes les consultations et tous les services seraient centralisés ; mais étant donné l'existence actuelle de quantités d'œuvres ou de dispensaires parfaitement organisés et auxquels manque seulement une coordination avec les consultations voisines, il semble qu'il suffira d'établir un fichier unique et une direction unique pour que le Centre de santé existant déjà virtuellement, trouve une existence réelle.

Bien entendu, les créations nouvelles ne seront autorisées que si elles correspondent à un besoin — et si possible, à la formule que nous venons d'exposer.

Comment le Centre de santé sera-t-il dirigé ?

Les circulaires ministérielles du 26 août et du 26 septembre 1936 (voir aussi celles du 26 octobre et 26 novembre 1936) en ont précisé l'esprit. Contrairement à ce que certains ont écrit, la conception du ministre n'est pas « étatiste » ; au contraire, il tient essentiellement à ce que la direction générale du Centre de santé soit régionale et départementale — la direction effective locale — le tout sous l'égide des organismes paritaires de coordination.

Dans certains départements existe un Office départemental d'hygiène sociale qui aurait pu jouer ce rôle de direction. Mais afin qu'à coup sûr tous les grands intérêts du département soient représentés à la direction du Centre de santé, M. Henri Sellier a décidé de créer dans chaque département un Comité de coordination départemental ; ce Comité, de caractère tripartite, comprendra :

Une première catégorie administrative, composée de représentants de l'Assemblée départementale, des communes les plus importantes, des Associations municipales, des Commissions administratives des hôpitaux et hospices, des Bureaux de bienfaisance, des offices, dispensaires, ou associations ayant un caractère semi-public, Conseil départemental, Bureaux municipaux d'hygiène, Centre départemental et local antivénérien.

Une deuxième catégorie comprendra les représentants des œuvres privées, nommés par le Préfet sur une liste de présentation composée par « l'Union départementale des institutions privées d'hygiène et d'aide sociale », comprenant toutes les œuvres s'occupant de la santé publique et de l'hygiène sociale.

Une troisième catégorie comprendra les délégués des Syndicats médicaux, des Caisses d'assurances sociales, des Mutualités, des Syndicats ouvriers et patronaux, des Chambres de commerce, d'agriculture, d'artisans, en un mot de tous les groupements qu'intéresse la protection de la santé publique. Le Comité de coordination devra être ouvert au maximum de collaborations ; les femmes devront y être largement représentées ; toute personnalité, aussi marquée soit-elle ne devra pas être tenue à l'écart de ce Comité, à condition naturellement qu'elle se cantonne dans son action sanitaire ou bienfaisante, qui doit être uniquement technique.

Le président du Comité sera le Préfet ; les trois vice-présidents élus par le Comité seront choisis chacun dans une des trois catégories de ce Comité ; le secrétaire général sera le médecin inspecteur départemental d'hygiène.

Tel sera le Comité de coordination départemental, dont une émanation constituera sa section permanente, composée du Préfet (ou de son représentant), du médecin inspecteur d'hygiène, des trois vice-présidents et de deux rapporteurs. C'est ce Comité de coordination qui sera à la tête du Centre de santé.

Il aura pour rôle :

— de définir la politique sanitaire du département, rechercher les besoins et les hiérarchiser ; en effet, si nous avons pu schématiquement carac-

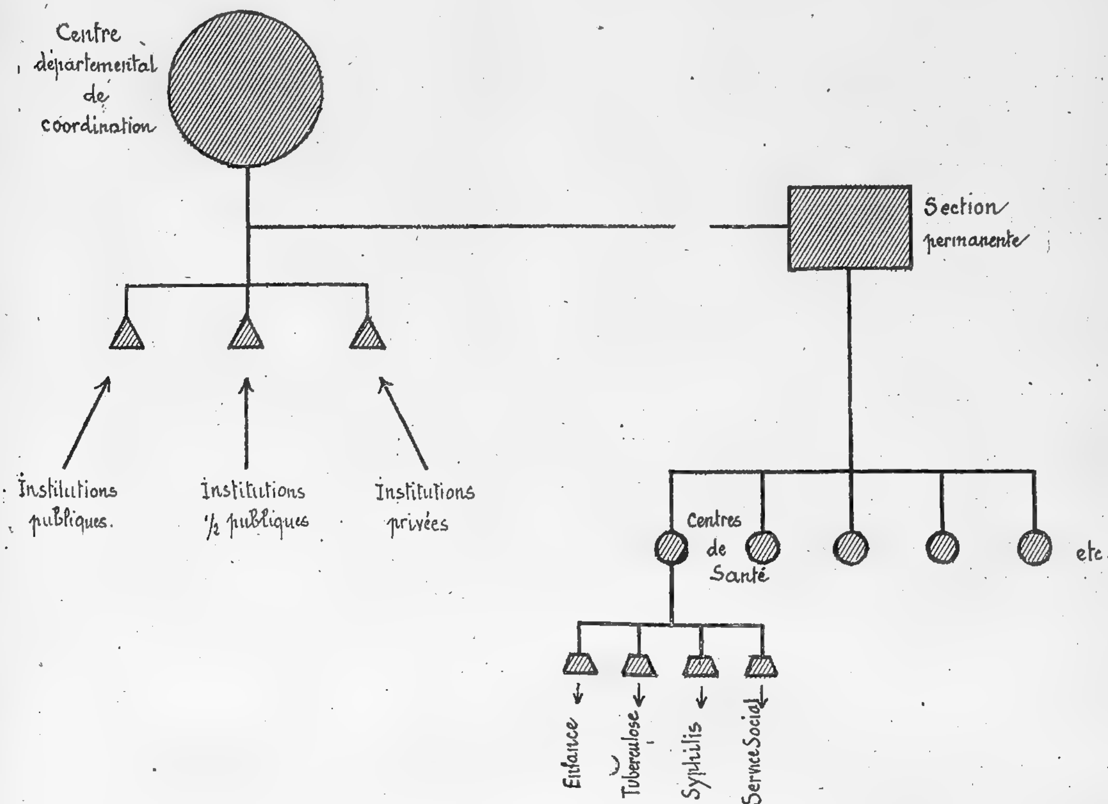
tériser les principaux services d'un centre de santé-type, il n'en est pas moins vrai que les besoins de chaque département ne sont pas les mêmes : le paludisme sévit en Corse, en Corse donc, la lutte contre le paludisme représentera une activité essentielle du Centre de santé. Dans un autre département, la tuberculose ou l'alcoolisme exercent des ravages considérables ; c'est la lutte contre la tuberculose ou l'alcoolisme qui devra ici être au premier plan.

— de mettre au point le fichier de tous les dispensaires, œuvres, consultations gratuites existant actuellement dans le département avec précisions sur la manière dont ils remplissent leurs fonctions, ce qui paraît supérieur aux dossiers plus ou moins complets et plus ou moins confidentiels existant actuellement ;

Ce bilan établi, le Comité de coordination fixera facilement son programme : développer, améliorer, perfectionner telle consultation remplissant parfaitement son rôle, se désintéresser au contraire de tel dispensaire dont l'utilité est contestable.

Quant aux moyens d'action, ils sont simples : ce sera l'octroi ou le refus des subventions publiques. La liberté sera respectée : le mécénat et la philanthropie conserveront pleine liberté d'exercice, mais seuls seront subventionnés par l'Etat et les collectivités secondaires les dispensaires, œuvres ou consultations gratuites, dont l'utilité aura été reconnue par le Comité de coordination.

Ainsi par le Comité départemental de coordination et sa section permanente sera réalisée l'organisation départementale des Centres de santé ; au dessous, à l'échelle locale, dans les grandes villes en particulier, un Comité de coordination local pourra être envisagé ; au-dessus, à l'échelle nationale, le ministère de la Santé publique assurera la coordination entre les Comités départementaux.



Telle est la rationalisation des organismes de protection de la Santé publique et d'hygiène sociale, envisagée sous le nom de « Centres de santé ». Le schéma ci-joint en résume l'essentiel.

N. D. L. R. — (*Nous remercions le Docteur R. H. Hazemann d'avoir bien voulu revoir ces notes, prises, à l'intention des lecteurs du* « Concours Médical », *au Congrès d'hygiène par R. Fasquelle Saint-Yves Ménard.*)

DÉCLIN DE LA POPULATION ANGLAISE

Dans le passé, comme dans le présent et dans l'avenir, il n'y a qu'un problème fondamental : celui de la population. C'est la démographie qui est à la base de toutes les questions politiques, économiques, morales ou historiques ; c'est elle qui détermine le destin des peuples.

L'importance des aspects démographiques du monde est expliquée, aussi souvent que possible, aux Français, par la propagande de la Ligue pour l'Accroissement de la Population française (1) ; mais la question se pose d'une manière non moins urgente pour d'autres peuples et notamment pour nos voisins les Anglais.

L'âge moyen du peuple anglais s'accroît rapidement la vie probable à la naissance a augmenté de vingt ans depuis un siècle. L'amélioration de l'état sanitaire, et la diminution constante des décès, ont compensé pendant quelque temps, en chiffres, la chute de la natalité ; mais le résultat est le vieillissement continu de la population, qui masque son déclin réel en fécondité.

En 1901, il y avait en Angleterre et dans le Pays de Galles 11,4 % d'enfants au-dessous de 5 ans, et 10,6 d'adultes ayant dépassé 55 ans. En 1911, dix ans après ce rapport est inversé : on compte 10,7 % d'enfants au-dessous de 5 ans et 11,6 d'adultes au-dessus de 55 ans. En 1928, il n'y a plus que 8 % de jeunes contre 15,8 (le double) de vieux. A ce rythme, en 1941, dans cinq ans, il y aura 7,5 enfants contre 19 vieillards, moins de la moitié.

En 1914, les écoles de Londres recevaient 727.052 enfants ; il n'y en a plus cette année que 510.000, et on estime à 475.000 les écoliers de l'an prochain. Cela constitue, en 22 ans, une réduction de près de 30 %.

La chute de la natalité a commencé il y a soixante ans, et s'accentue chaque année. Dans la décade 1871-1880, le taux des naissances était de 35,4 pour 1.000 ; au cours des décades successives, il est tombé à 20,4, 19,7, 18,8, 18,3, 17,8 et 16,6. En 1926, ce taux était de 17,8, la moitié de ce qu'il était cinquante ans auparavant. En 1933, il a atteint son point le plus bas, 14,4, et l'accroissement de la population ne fut que de 2,1 pour 1.000.

Les Anglais augmentaient pourtant avant la guerre dans des proportions satisfaisantes. Mais à partir de 1914, le chiffre total de la population s'abaisse nettement ; les naissances diminuent, De 1914 à 1923, elles n'atteignirent que 4,7 pour 1.000 et de 1924 à 1934, 4,4. Le déclin n'a donc pas été borné à la période de guerre, mais se poursuit depuis 1914 à une cadence accélérée.

Ce léger accroissement de population absolue n'est d'ailleurs qu'une illusion. Ce qui compte dans les perspectives démographiques, c'est le taux de fertilité, ce que Kuszinski a appelé le taux net de reproduction. Il est défini par le nombre moyen de filles que mettra au monde une fille qui vient de naître. On le calcule en admettant que la mortalité et la fécondité d'une année donnée sont constantes et peuvent par conséquent être applicables aux filles qui naissent au cours de cette même année. Dans ces conditions, si chaque fille née en l'an x doit mettre au monde une fille, la population reste stationnaire. Elle décroît si la proportion est inférieure à 1.

Or le taux de reproduction pour l'Angleterre et le Pays de Galles, en 1933, est de 0,734. S'il se maintient, il y aura dans les nouvelles générations les trois quarts seulement du nombre actuel des femmes et si leur fécondité continue à décroître, la réduction continuera dans un rapport géométrique chez les générations futures.

L'extinction de la population anglaise, si rien ne vient améliorer ces extrapolations, n'est donc qu'une question de temps, exactement comme la disparition de la France. Mais les Anglais auront ce triste privilège de nous enterrer.

Pour apprécier la rapidité de la disparition de l'Angleterre, ou plutôt de sa population, on peut supposer que le taux de fertilité de 1933 restera constant, ce qui est peu probable. S'il s'améliore, il est encore temps de rétablir une nation anglaise. Mais, si comme il est à prévoir, son déclin se poursuit avec le même rythme, la dépopulation s'accentuera. Ce qui est également certain, c'est que le taux de mortalité augmentera ; car les Anglais vieillissent, et les vieillards meurent beaucoup. Selon que l'on envisage les moins désastreuses ou les plus catastrophiques de ces hypothèses, on aboutit à démontrer que, dans un siècle, la population du Royaume-Uni sera diminuée de moitié, des 4/5 èmes ou de 90 %.

D'ici là les Anglais seront probablement atteints, devant ces chiffres angoissants pour une patrie qu'ils aiment, de la même surdité que les Français, la pire, celle de celui qui ne veut pas entendre. Mais, pour ceux qui aiment à deviner l'avenir, comment imaginer une Europe comme celle qui vient, où l'Angleterre et la France ne seront plus que de méprisables petits pays déserts ?

Ph. DALLY.

(1) 217, Faubourg Saint-Honoré. La cotisation est de 10 francs.

BIBLIOGRAPHIE

G. Espé de Metz. — **Ludibria Venti.** Historiettes et Fables. « La Comédie humaine », 24, rue de Passy, Paris (XVIe)

Sous le pseudonyme transparent de G. Espé de Metz, un médecin distingué a mené une campagne active, humanitaire et désintéressée pour obtenir, en cas de guerre, la préservation de la population civile des villes en cas de bombardements aériens en créant des camps neutralisés pour la recevoir, camp qu'il dénomme *lieux de Genève*, et qui devraient être organisés et protégés par la Croix-Rouge de Genève.

G. Espé de Metz ne borne pas son activité à cette besogne humanitaire, il lui arrive de rimer pour se distraire.

Les poésies sont légères et, sans prétention, il les a réunies en brochures intitulées : *Ludibria venti*. Une première portait en sous-titre : *Amusettes* ; celle qui vient de paraître est qualifiée *Historiettes et fables* et il nous en fait espérer une troisième dont le titre *Amourettes* est encore plus prometteur.

G. Espé de Metz a précédé ses fables de la maxime : ... *volant rapidis ludibria ventis*. Il ne fait pas mentir la devise. Ses vers très légers en effet paraissent voler et être le jouet des vents.

Au début, dans une allégorie charmante, il attribue à Noë l'invention de la Fable. Le Patriarche dans l'Arche contait ses souvenirs pour faire prendre patience à sa famille et à ses hôtes humains et animaux, car ces derniers comprenaient ses paroles :

Or, certain soir qu'une fillette aux cheveux d'or,
Quand il eut terminé lui dit en pleurs : Encor.
Pour calmer son chagrin, il inventa la fable.

Nous ne pouvons citer, ni analyser, la quarantaine de fables réunies dans l'opuscule. Une intitulée : *Aimez vos animaux comme vous-même* : *Le moustique, la vipère et le berger endormi*, est dédiée à notre distingué confrère et ami Foveau de Courmelles, un grand protecteur des animaux. C'est l'histoire de :

La toute charmante fille,
D'un moustique respecté,
Illustre rejeton d'une illustre famille,
Etonnant et choquant les siens par sa bonté.

Elle plaidait, cette ingénue, la cause de cette pauvre espèce humaine que ses congénères se plaisaient à persécuter. Lassé de ses jérémiades, le peuple moustique chargea une auguste parente de la chapitrer et celle-là lui conta l'histoire de sa grand'mère qui, voyant un berger endormi sur le point d'être mordu par une vipère, vola en bruissant dans ses oreilles et le piqua pour le réveiller. Or, en reconnaissance, que fit le berger ? Après avoir tué la vipère, il écrasa la grand'mère moustique qui lui avait sauvé la vie.

Parfois, le poète donne à sa fable l'allure d'un conte légèrement grivois, se plaisant à imiter toujours le bon Lafontaine :

Telle la fable intitulée : *Un peu plus de bifteck et beaucoup moins d'amour...*

Nous résumerons le conte dans toute sa simplicité :

Madame et Monsieur s'aimaient d'amour tendre ;
Ils paraissaient faits pour s'entendre.

Pendant que Monsieur peinait, Madame quelque peu bas-bleu, courait les thés, les expositions, les conférences, et, oubliant son rôle de maîtresse de maison, rentrait fort tard le soir, très excitée, relatait à son mari tout ce qu'elle avait entendu de merveilleux au lieu de lui préparer un repas substantiel :

Et de ses bras aimants ne cessant de l'enclore,
Lui contant ses exploits, prodiguant les mots doux,
Elle disait mille tendresses,
Et lui faisait de suaves caresses.

A ce régime, le malheureux époux, trop aimé et trop mal nourri, dépérit à vue d'œil et changea de caractère. Madame s'affola, courut chez un médecin fort habile et lui demanda un traitement :

Il (le médecin) fait venir ce mari
Très marri
Parce que mal nourri
Quoique très chéri,
Et relevant ses lunettes,
Dit, raide comme un vieux tambour :
« Mes enfants, voici la recette :
« Un peu plus de bifteck et beaucoup moins d'amour... »
A plus d'un jeune ménage, je pense,
Conviendrait fort cette ordonnance.

Parfois, G. Espé de Metz pousse très loin la fantaisie, il se livre à des jeux de mots, véritables calembours.

Exemple :

Ton taon tond ton tonton.

ou bien :

La bonne bonne, à Beaune, abonne le trombonne.

ou encore :

L'auto, lot au loto, Loth tôt l'ôte à l'Otto.

Mais ces fantaisies assez rares, du reste, sont semées çà et là dans le but sans doute dans ces historiettes et fables, de légitimer davantage leur titre : *Ludibria venti.*

J. Noir.

SIMPLE COMPARAISON

J'ai un excellent ami nommé Louis. Nés à quelques jours d'intervalle dans deux maisons voisines, nous avons partagé les mêmes jeux d'enfants, partagé aussi les friandises que mes parents commerçants me donnaient et dont Louis, fils d'un ouvrier tisseur était privé, nous avons usé nos fonds de culottes sur les bancs de la même école primaire. Puis-je dire que dans cette école je remportais presque tous les prix alors que Louis se tenait toujours dans une petite moyenne.

Encouragé par mes succès scolaires, mon père me fit poursuivre mes études et à 12 ans je fus envoyé au collège de C... Le départ de la maison fut alors pour moi un gros chagrin ; il me fallait quitter mes bons parents, les douceurs de la vie de famille et aussi Louis, que pour la première fois j'enviai, puisqu'il restait chez lui. Pendant six ans je connus les ennuis de la vie d'internat, l'absence de liberté, les promenades bi-hebdomadaires deux par deux, à la queue leu-leu, sous la conduite d'un pion. Au Collège de C... la discipline était sévère. Le principal, qui était un marchand de soupe, surveillait nos repas qui étaient loin d'être assez copieux pour des jeunes gens en pleine formation, aussi quittions-nous la table en emportant dans nos poches quantité de pain, qu'heureusement on avait en quantité et que nous mangions avidement arrosé de l'eau du robinet. Avec quelle impatience on attendait la sortie du premier dimanche du mois et les vacances........

Bref, à 18 ans je quittai le collège de C..., bachelier ès sciences et ès lettres. Mon père accéda à mon désir et je commençai mes études de médecine, pour lesquelles il fallait alors deux baccalauréats. J'étais en première année quand mon père mourut et ma mère dut s'imposer de gros sacrifices pour me permettre d'arriver au doctorat. A 26 ans, je vins m'installer à A... Les débuts furent pénibles car je créais un poste, mais la clientèle venait petit à petit. En 1914, j'étais marié, père de deux enfants : une fillette de 8 ans, un garçonnet de 6 ans, j'avais la plus belle clientèle de la région. Ma situation personnelle, la dot de ma femme, les économies que je réalisais me permettaient d'envisager l'avenir avec confiance pour moi et les chers miens. Mais je menais la dure vie de médecin de campagne, partant par tous les temps, la nuit comme le jour, fêtes et dimanches, pour se rendre à l'appel de la souffrance.

La guerre survint. Je n'étais plus mobilisable mais j'étais aide-major de 1re classe et je partis. Pendant quatre ans et demi, outre les risques de guerre, j'eus l'angoisse d'être séparé et sans aucune nouvelle de ma famille restée dans les régions envahies. Démobilisé en février 1919, j'eus la chance de revoir tous les chers miens, mais il fallut se remettre à la tache avec une ardeur nouvelle, reconstituer la clientèle, relever les ruines, et l'on sait que les dommages de guerre ne furent source de profits que pour les gens peu scrupuleux. Les enfants, dont l'instruction avait été absolument négligée, devaient être mis en pension.... et une grosse partie de ma fortune, constituée par ce qu'avant guerre on considérait comme les placements de père de famille, emprunts russes, hongrois, etc., garantis pourtant par l'Etat français était réduite à zéro....

La période de prospérité qu'on connut après guerre me permit de tenir à force de travail et d'énergie ; mais depuis deux ans les temps deviennent de plus en plus difficiles : les conversions d'emprunts faits par l'Etat, les 10 % enlevés d'une partie de mes honoraires, du loyer de quelques petites propriétés, l'augmentation de 40 % des impôts de cette année, la diminution de la clientèle, drainée petit à petit par des jeunes, la difficulté croissante pour moi, en raison de mon âge, d'assurer ma tâche, me font envisager l'avenir avec terreur. Et ne menace-t-on pas de m'empêcher d'exercer et de tirer encore quelques ressources de mon métier, puisque j'ai plus de 65 ans....

Ah combien j'envie mon ami Louis ! Après avoir obtenu son brevet simple il fut instituteur et fit modestement son chemin. En 1914, marié à une institutrice, ayant deux garçons du même âge que mes enfants, il était à E...., un village de 350 habitants, situé à quelques kilomètres de A..... La guerre le laissa à son poste qu'il occupa jusqu'à la retraite. Sa femme et lui avaient chacun une douzaine d'élèves.

Logé, éclairé, chauffé, Louis avait à sa disposition un grand jardin, qu'il avait tout loisir de cultiver et qui donnait un sérieux appoint dans l'alimentation du ménage, que les parents des élèves corsaient souvent par le cadeau d'une poule, d'un lapin, d'un lièvre ou de perdreaux au moment de la chasse. Alors que parfois on lésine pour payer les honoraires d'un médecin qui a sauvé un enfant dangereuseusement malade, n'est-il pas d'usage d'offrir un cadeau à l'instituteur pour un succès au certificat d'études ?

Outre ses grandes vacances, qu'il passait tranquillement au bord de la mer dans un petit trou pas cher, Louis, pêcheur enragé, passait dans la saison de pêche, tous ses jeudis et dimanches

au bord de la rivière et c'est là, que parfois, au hasard de la journée, j'allais le retrouver quelques instants.

Je lui aurais volontiers tenu compagnie plus longtemps car j'aime la pêche, mais je n'ai jamais eu le loisir de m'y adonner. Les deux fils de Louis, dont l'instruction ne fut pas négligée par les parents pendant la guerre, obtinrent facilement des bourses, d'abord au lycée, puis à la faculté ; ils sont maintenant l'un médecin, l'autre pharmacien.

Louis et sa femme sont en retraite depuis 5 ans. Je ne sais quelles économies et quels placements ils ont pu faire pendant leur période de travail scolaire, mais ce que je sais, c'est qu'ils ont une retraite assurée d'au moins 25.000 francs par an.

Et si j'ai intitulé mon article : Simple comparaison, c'est que je demande au lecteur de comparer le travail, l'effort fourni par Louis et par moi, de comparer aussi ce qui a été donné à la collectivité, ou reçu d'elle par lui et par moi et.... les résultats obtenus. Heureux fonctionnaires, *o fortunatos nimium sua si bona norint.*

Un vieux médecin de campagne,
Dr P. B..

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Pathologie médicale** (Professeur : M. Pierre Abrami). — Deuxième série (janvier-février) : M. Etienne Bernard, agrégé : Tuberculose pulmonaire ; M. Paul Chevallier, agrégé : Maladies du sang..

M. Etienne Bernard, commencera ses leçons le mercredi 13 janvier 1937, à 18 heures, et les continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure, au petit amphithéâtre.

M. Paul Chevallier, commencera ses leçons le jeudi 14 janvier 1937, à 18 heures, et les continuera les samedis, mardis et jeudis suivants à la même heure, à l'amphithéâtre Vulpian.

— **Clinique ophtalmologique.** (Hôtel-Dieu. Professeur : M. F. Terrien.) — Programme général des cours et conférences. — M. le Professeur F. Terrien fait ses leçons cliniques le vendredi à 10 h. 30, à l'amphithéâtre Dupuytren.

Ordre du service : Les lundis, mercredis et vendredis, à 9 h. 30 : Consultation expliquée. — Les mardis et jeudis, à 9 h. 30 : Opérations ; à 10 heures : Enseignement des stagiaires. — Les lundis, à 10 h. 30 : Présentation de malades. — Les vendredis, à 10 h. 30 : Leçons cliniques. — Les samedis, à 10 heures : Examens de laboratoire.

Enseignement pour les stagiaires (conférences pratiques). — M. le Professeur F. Terrien, assisté de MM. les Docteurs Renard, agrégé, Veil et Dollfus, ophtalmologistes des hôpitaux, Blum, Hudelo, Mme Vallon, Joseph et Dupuy-Dutemps, chefs de clinique et assistants, feront une série de conférences essentiellement pratiques, avec présentation de malades, projections en couleurs, etc., pendant tout le semestre d'hiver, les mardis et jeudis à 10 heures.

Conférences cliniques. — M. le Professeur Strohl, MM. les Docteurs Sainton, Velter, Renard, Veil, Bourdier, Monbrun, médecins et ophtalmologistes des hôpitaux, feront en janvier, février, mars 1937, une série de conférences sur quelques grands syndromes généraux en rapport avec l'ophtalmologie.

Cours de prophylaxie oculaire. — M. le Professeur F. Terrien, assisté de MM. les Docteurs Renard et de Mme Vallon, fera à l'Ecole de puériculture en juin et juillet 1937, un cours en cinq leçons sur la prophylaxie des troubles oculaires de l'enfance.

Cours de neurologie oculaire. — M. Velter, agrégé et M. le Docteur Tournay, commenceront en février, mars 1937, un cours en quinze leçons sur les Manifestations oculaires des maladies du système nerveux. L'horaire et le programme de ce cours seront annoncés ultérieurement.

Cours de perfectionnement. — M. le Professeur F. Terrien, assisté de M. le Professeur Lacassagne, de MM. Velter, Dognon, Renard, agrégés, Ledoux-Lebard, chargé de cours, et de MM. les Docteurs Sainton, Ramadier, Cousin, P. Veil, J. Blum, Dollfus, Hudelo, Mme Vallon, Joseph, fera en mai et juin 1937, un cours de technique ophtalmologique (technique opératoire, technique de lampe à fente, radiologie et radiothérapie oculaires, technique ophtalmométrique et notions pratiques d'optométrie, neurologie oculaire, étude des grands syndromes ophtalmologiques et de leurs rapports avec l'oto-rhinologie et la pathologie générale. Travaux pratiques de médecine opératoire et manipulations de laboratoire).

Cours de chirurgie oculaire. — M. le Professeur F. Terrien, MM. Velter, Renard, agrégés, et MM. les Docteurs P. Veil, Dollfus, ophtalmologistes des hôpitaux, J. Blum, Hudelo, Mme Vallon et Joseph, feront pendant le mois d'octobre 1937 un cours de technique chirurgicale avec exercices pratiques de médecine opératoire.

Cours de laboratoire. — Sous la direction de M. le Professeur F. Terrien, MM. Renard et Hudelo, ancien chef et chef de laboratoire, feront en octobre 1937, un cours de technique de laboratoire appliquée à l'ophtalmologie avec exercices pratiques.



HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers

— **Hôpital Saint-Antoine.** *Dix leçons sur la goutte.* — Du 16 janvier au 20 mars 1937, M. Mathieu-Pierre WEIL fera le samedi, à 9 heures du matin, dans son service de l'hôpital Saint-Antoine, une série de leçons sur la goutte avec présentation de documents originaux.

Le programme du cours est le suivant :

16 janvier : Les manifestations articulaires de la goutte. — 23 janvier : Les manifestations extra-articulaires de la goutte. — 30 janvier : Le tophus goutteux. — 6 février : Goutte et rhumatisme : Le rhumatisme goutteux. — 13 février : L'état humoral des goutteux. — 20 février : Anatomie pathologique et radiologie de la goutte. — 6 mars : Etiologie de la goutte. — 13 mars : Pathogénie de la goutte. — 20 mars : Traitement de la goutte.

Le cours est libre, ouvert à tous les médecins français et étrangers, ainsi qu'aux étudiants en médecine.

— **Mutations des chefs de service.** — *Médecine* : A l'hôpital Trousseau : en remplacement de M. Lesné (limite d'âge), M. Paisseau, de Trousseau ; en remplacement de M. Paisseau, M. Cathala, de Lariboisière. — A l'hôpital Lariboisière, M. Nicaud, de la Maison municipale de santé. — A la Maison municipale de santé : M. Mouquin, de l'Institution Sainte-Périne. — A l'Institution Sainte-Périne : M. Levesque, titularisé.

A l'hôpital Bretonneau : remplacement de M. Guillemot (limite d'âge), M. Milhit, de l'hôpital Hérold. — A Hérold : M. Huber, d'Ambroise-Paré. — A l'hôpital Ambroise-Paré : M. Janet, de Broussais. — A l'hôpital Broussais : M. Jacquelin, de Beaujon-Paris (Service fermé).

A l'hôpital Laënnec : en remplacement de M. Rist (limite d'âge), M. Troisier, de Beaujon-Clichy. — A l'hôpital Beaujon-Clichy : M. Tinel, de la Maison de retraite La Rochefoucauld (Service fermé).

A l'hôpital Saint-Antoine : en remplacement de M. Félix Ramond (limite d'âge), M. Cain, de Saint-Antoine ; en remplacement de M. Cain, M. Boulin, de l'hospice d'Ivry.

A l'hôpital Saint-Louis : en remplacement de M. Milian (limite d'âge), M. Tzanck, de Broca (Service fermés).

A l'hospice Raymond-Poincaré, de Garches (Services créés) : MM. Weismann et Kourilsky.

A l'hospice de Bicêtre (Service créé) : M. Paraf, titularisé.

— **Concours d'électro-radiologiste.** — *Total des points obtenus* : MM. Cadet, 30 ; Duchamp, 42 ; Guillaumont, 40 ; Lamy, 41 ; Le Camus, 40 ; Le Canuet, 38 ; Monmignault, 45 ; Pizon, 46 ; Simon, 29.

Sont proposés assistants d'électro-radiologie : MM. Pizon, Monmignault, Duchamp, Lamy, Guillaumont, Le Camus, Le Canuet.

— **Prix Civiale.** — Un concours est ouvert en 1937, entre les internes en médecine et les externes en premier pour l'attribution du prix Civiale (1.000 francs). Le mémoire, relatif aux maladies des voies urinaires, doit être déposé le 15 janvier 1937 au plus tard à l'Administration centrale.

— **Prix Fillioux.** — Les inscriptions pour ce prix sont reçues du 5 au 15 janvier 1937. Exceptionnellement, en 1937, il sera décerné deux prix aux candidats internes et deux prix aux candidats externes. Mémoire et épreuve sont relatifs aux maladies de l'oreille.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Emile EMERY, médecin honoraire de Saint-Lazare.

— **Œuvre antituberculeuse de Saint-Nazaire.** — Le compte rendu annuel de l'Œuvre antituberculeuse de Saint-Nazaire relève que, depuis dix ans, dans cette ville, la mortalité par tuberculose pulmonaire a diminué de 40 % : 163 décès en 1930, contre 92 et 95 décès, en 1934 et 1935.

— **Thèses de la Faculté de médecine de Bordeaux.** — Lundi 16 novembre 1936. — I. Jury : MM. Andérodias, Delaunay, Fabre, Rivière. — M. LEGROSDIDIER : Azotémie et polypeptidémie dans le post-partum physiologique.

II. Jury : MM. Andérodias, Delaunay, Joulia, Rivière. — M. BONNIOL : Contribution à l'étude de l'albuminurie gravidique dans ses rapports avec la syphilis.

Vendredi 20 novembre. — MM. Mauriac, Leuret, Péchaud, Broustet. — M. DUCHESNE : La lutte contre les épidémies dans les campagnes de Guyenne au XVIIIe siècle.

Mercredi 2 décembre. — I. Jury : MM. Guyot, Bégouin, Papin, Massé. — M. DILASSER : Périgastrites suppurées dans le cancer de l'estomac.

II. Jury : MM. Guyot, Cruchet, Papin, Massé. — M. MARJOU : L'épicondylite des sportifs.

III. Jury : MM. Cruchet, Perrens, Papin, Fontan. — M. MEREDIEU : Du rôle de l'infection dans le déterminisme des hémorragies méningées des jeunes sujets.

Vendredi 4 décembre. — Jury : MM. Bégouin, Guyot, Jeanneney, Rivière. — M. GRIMAUD : Absence congénitale de vagin.

Le Gérant : R. THIRON

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

PROMOTIONS — NOMINATIONS

SERVICE DE SANTÉ

RÉSERVES

Par décret en date du 19 décembre 1936, sont promus dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé et, par décision du même jour, sont maintenus dans leur affection actuelle (pour prendre rang du 25 décembre 1936) :

MÉDECINS

Au grade de médecin colonel

Les méd. lieut.-col. Debeyre, 1re rég. ; Argaud, 17e rég. ; Perrin, 20e rég. ; Delmas, 16e rég. ; Louet, rég. de Paris.

Au grade de médecin lieutenant-colonel

Les méd. comm. Flandin, 5e rég. ; David, 1re rég. ; Hamou, 19e C. A. ; Cibrie, rég. de Paris ; Abadie, 19e C. A. ; Huber, rég. de Paris ; Descomps, 17e rég. ; Schmitt, 6e rég. ; Couronnet, 11e rég. ; Martin, rég. de Paris ; Giraud, 19e C. A.

Au grade de médecin commandant

Les méd. capit. Fuchs, rég. de Paris ; Loiseleur, 4e rég. ; Codvelle, 1re rég. ; Pastour, 15e rég. ; de Coste, 17e rég. ; Rochaix, 14e rég. ; Marini, tr. de Tunisie; Pruvost, rég. de Paris ; Timal, 1re rég. ; Lhez, tr. du Maroc ; Lançon, 14e rég. ; Charpy, 7e rég. ; Michaud, 13e rég. ; Cuvillier, rég. de Paris ; Martin, 13e rég. ; Porcheron, 3e rég. ; Hosteing, 9e rég. ; Hatry, 9e rég. ; Soulier, 15e rég. ; Sigaud, 14e rég. ; Santy, 14e rég. ; Martin, 16e rég. ; Fourcade, rég. de Paris ; Bénard, rég. de Paris; de Labretoigne du Mazel, tr. du Maroc ; Lehucher, des tr. de Tunisie.

Gauthier, 20e rég. ; Arène, 15e rég. ; Izard, 16e rég. ; Gaillard, rég. de Paris ; Fort, 14e rég. ; Martingay, rég. de Paris ; Magnes, 16e rég. ; Bonnes, 20e rég. ; Talent, 15e rég. ; Rougelot, 15e rég. ; Derrieu, 19e C. A. ; Oulié, 19e C. A. ; Fleurot, rég. de Paris ; Bocca, 15e rég. ; Rimette, rég. de Paris ; Croizier, 13e rég. ; Loubet, 17e rég. ; Chagavat, rég. de Paris ; Gaveau, 15e rég. ; Giraud, 16e rég. ; Gutmann, rég. de Paris ; Brun, tr. de Tunisie ; Gerest, 13e rég. ; Gueit, 16e rég. ; Valser, 7e rég. ; Delor, rég. de Paris ; Paul, 17e rég. ; Chalard, 8e rég. ; Guedeney, rég. de Paris.

Jacquemin, 4e rég. ; Vilfroy, 2e rég. ; Chopinet, 13e rég. ; Bonnet, 19e C. A. ; Lavat, rég. de Paris ; Auricombe, 17e rég. ; Gouriou, rég. de Paris; Verne, rég. de Paris ; Béglin, 3e rég. ; Vigot, 3e rég. ; Creange, rég. de Paris ; Ricolfi, 15e rég.

Au grade de médecin capitaine

Les méd. lieut. : Allard, rég. de Paris ; Seval, 17e rég. ; Mazières, 17e rég. ; de Douhet, 13e rég. ; Hoch, 7e rég. ; Sicart, tr. de Tunisie ; Béraud, 19e C. A. ; Mangini, 9e rég. ; André, 13e rég. ; Deblois, 9e rég. ; Fernet, 2e rég. ; Guichard, rég. de Paris ; Safar, 19e C. A. ; Meyer, 19e C. A.

Lermigeaux, 1re rég. ; Frey, 3e rég. ; Ferré, 14e rég. ; Avierinos, 15e rég. ; Baudot, 4e rég. ; Lazare, 15e rég. ; Vimal-Charrier de Fléchac, 13e rég. ; Renault, rég. de Paris ; Schaeffer, 29e rég. ; Michel, 20e rég. ; Maritoux, 14e rég. ; Escande, 16e rég. ; Porcheron, 9e rég. ; Doré,

97e rég. ; Pradal, 16e rég. ; Boucher, 20e rég. ; Hériard, 3e rég. ; Vignal, 13e rég. ; Hémon, rég. de Paris ; Raynès, 1e rég. ; Le Rochais, 19e C. A. ; Grandhomme, 4e rég. ; Touzard, 4e rég. ; Courteville, 1re rég. ; de Rocca-Serra, 15e rég. ; Verdier, tr. du Maroc ; Villeneuve, 9e rég. ; Desbonnets, 1re rég. ; Fétis, 9e rég.

Sollier, 16e rég. ; Graun, 7e rég. ; Bertrand, 14e rég. ; Nayrac, 1re rég. ; Dauch, 15e rég. ; Foucault, 5e rég. ; Mégnin, 19e C. A. ; Kaplan, 4e rég. ; Besançon, rég. de Paris ; Bourgeois, rég. de Paris ; Louis, 5e rég. ; Bonafous, 17e rég. ; Gouez, 11e rég. ; Leduc, 6e rég. ; Fourche, 6e rég. ; Seidel, 7e rég. ; Woringer, 20e rég. ; Gossel, 7e rég. ; Braun, 7e rég. ; Veyrier, 17e rég. ; Auprêtre de Lagenest, 14e rég. ; Demelin, 6e rég. ; Enselme, 14e rég. ; Ganascia, 19e C. A. ; Ricard, 14e rég. ; Chavannaz, 18e rég. ; Chevallier, 15e rég. ; Bazelis, 1re rég. ; Lévy, 6e rég.

Jacquin, 6e rég. ; Monnot, 20e rég. ; Houeix de la Brousse, 11e rég. ; Mourgues, 6e rég. ; Salmon, 6e rég. ; Lux, 7e rég. ; Gazet du Châtelier, 2e rég. ; Marcel, 2e rég. ; Bartet, 2e rég. ; Chalet, 2e rég. ; Durand, rég. de Paris ; Blum, rég. de Paris ; de Girardier, 8e rég. ; Jeannin, 8e rég. ; de Grailly, 18e rég. ; Pichat, 11e rég. ; Marie, rég. de Paris ; Huet, rég. de Paris ; Lemonnier, 13e rég. ; Azerad rég. de Paris ; Barnéoud, tr. du Maroc ; Mollaret, rég. de Paris ; Blondin, rég. de Paris ; Bertrand, 17e rég. ; Petit, rég. de Paris ; Despons, 18e rég. ; Charles, tr. du Levant ; Mayoux, 14e rég. ; Gernez, 1re rég.

Nicolle, 6e rég. ; Meillère, rég. de Paris ; Pierrot, rég. de Paris ; Boltnaski, rég. de Paris ; Lutringer, 13e rég. ; Jondeau, 8e rég. ; Garcin, rég. de Paris ; Dragacci, 15e rég. ; Parat, rég. de Paris ; Muller, 20e rég. ; Sémenon, 9e rég. ; Orsini, 15e rég. ; Bué, 1re rég. ; Couppey, 3e rég. ; Bertrand, 4e rég. ; Matignon, 8e rég. ; Catanéi, 19e C. A. ; Oberling, rég. de Paris ; Goldman, rég. de Paris ; Bourde, 15e rég. ; Hurst, 20e rég. ; Glover, rég. de Paris ; Husson, 6e rég. ; Ségelle, 5e rég. ; Gibert, 14e rég. ; Goirand, 14e rég. ; Gretin, 14e rég. ; Laclavetine, tr. de Tunisie ; Peycelon, 14e rég.

Borrot, 3e rég. ; Waitz, 20e rég. ; Peyre, rég. de Paris ; Decoularé-Delafontaine, 3e rég. ; Quignard, 5e rég. ; Tramuset, 6e rég. ; Leblanc, rég. de Paris ; Le Blay, 18e rég. ; Leplat, 1re rég. ; Barcelot, 5e rég. ; Dumollard, 14e rég. ; Grimbert, 6e rég. ; Poujol, 13e rég. ; Sorel, 17e rég. ; Mourgue-Molines, 16e rég. ; Audema, 16e rég. ; Pollet, rég. de Paris ; Caffort, 17e rég. ; Giberton, 1re rég. Launay, rég. de Paris ; Banssillon, 14e rég. ; Grivet, 14e rég. ; Creyssel, 14e rég. ; Mallet, 14e rég. ; Houcke, 1re rég. ; Baillat, 17e rég. ; Corret, 20e rég. ; Léonardon-Lapervenche, 17e rég. ; Labry, 14e rég.

Alary, 5e rég. ; Bohème, 20e rég. ; Dulac, rég. de Paris ; Lyon, 17e rég. ; Chartier, 4e rég. ; Thiebaut, rég. de Paris ; Regnard, rég. de Paris ; Marteret, rég. de Paris ; Reiser, 6e rég. ; Racle, 7e rég. ; Dussuel, 14e rég. ; Allain, 4e rég. ; Maisondieu, 9e rég. ; Fron, rég. de Paris ; Gaubert, 17e rég. ; Josserand, 5e rég. ; Prévot, rég. de Paris ; Courrier, 19e C. A. ; Baumier, 9e rég. ; Lefèvre, 6e rég. ; Nida, rég. de Paris ; Coffin, 2e rég. ; Canonne, rég. de Paris ; Viette, 4e rég. ; Chappaz, 6e rég. ; Digonnet, rég. de Paris ; Marchant, rég. de Paris ; Jourdy, rég. de Paris ; Dubar, rég. de Paris.

Roeser, rég. de Paris ; Meyer, 20e rég. ; Nativelle, rég. de Paris ; Le Conte des Floris, 7e rég. ; Moret, rég. de Paris ; Chaperon, 5e rég. ; Roux, rég. de Paris ; Seillé, rég. de Paris ; Fourniat, rég. de Paris ; Lemaire, rég. de Paris ; Viallefont, 16e rég. ; Agostini, 15e rég. ; Gallais, 6e rég. ; Bousquet, 15e rég. ; Ripert, 15e rég. ; Bouisset, 15e rég. ; Béclère, rég. de Paris ; Doussin, 5e rég. ; Coste, rég. de Paris ; Layani, rég. de Paris ; Deguison, 13e rég. ; Berthier, rég. de Paris.

A TRAVERS L'OFFICIEL

15 DÉCEMBRE

Sanatoriums publics

Par arrêté du ministre de la Santé publique en date du 13 décembre 1936, M. le Docteur Reumaux, médecin directeur du sanatorium public de Saint-Sever (Calvados), a été nommé médecin directeur du sanatorium public de la Guiche (Saône-et-Loire).

16 DÉCEMBRE

Service de santé militaire

Par décision du 15 décembre 1936, les officiers de réserve du Service de santé ci-après désignés reçoivent les affectations suivantes :

A la rég. de Paris : méd. capit. Streiff, 4e rég. ; méd. lieut. Menudier, 19e C. A.
A la 2e rég. : méd. lieut. Bousquet, rég. Paris.
A la 3e rég. : méd. lieut. Dechevallier, rég. Paris ; méd. sous-lieut. Martinet, rég. Paris ;
A la 4e rég. : méd. lieut. Delattre, rég. Paris ; Duchêne, rég. Paris ; Strée, rég. Paris.
A la 4e rég. (p. o.) : méd. capit. Drecourt, 5e rég.
A la 7e rég. : méd. lieut. Kuhlmann, 20e rég. ; Meyer (R.), 20e rég. ; Meyer (E.), 20e rég. ; méd. sous-lieut. Maillefert, rég. Paris.
A la 7e rég. (p. o.) : lieut. Chaussier, tr. gr. A. E. F.
A la 11e rég. : méd. lieut. Maire, rég. Paris.
A la 13e rég. : méd. capt. Dufourt, 7e rég. ; méd. sous-lieut. Magnier, rég. Paris ;
A la 14e rég. : les méd. lieut. Barry, 15e rég. ; Mélé, 19e C. A. ;
A la 15e rég. : les méd. lieut. Barthélémy, 8e rég. ; Breysse, tr. Tunisie ; Augier, tr. gr. Indochine ;
A la 17e rég. : méd. sous-lieut. Andrieu, rég. Paris.
A la 18e rég. : méd. lieut. Vial, 20e rég.
A la 20e rég. ; les méd. lieut. Jacob, 6e rég., Desjardin, 18e rég.
Aux tr. du Maroc : méd. lieut. Würtz, 7e rég.

Sont placés dans la position hors cadres, affectation spéciale, au titre des tableaux, des régions, et pour les durées indiquées ci-après, les officiers de réserve du Service de santé dont les noms suivent :

A la rég. de Paris : méd. capt. Brissaud, 8e rég. (tabl. 2, durée 3 mois) ; les méd. lieut. Boivin, rég. Paris (tabl. 3, durée 3 mois) ; Chatagnon, 2e rég. (tabl. 2, durée 3 mois).
A la 14e rég. : méd. lieut. Vinit, 14e rég. (tabl. 2, durée 30 jours) ; pharm. capit., Pouderoux, 14e rég. (tabl. 3, durée 2 mois) ; les pharm. lieut. Billon, rég. Paris (tabl. 3, durée 2 mois) ; Cordelle, 14e rég. (tabl. 3, durée 2 mois) ; Cordelle, 14e rég. (tabl. 3, durée 2 mois) ; Goyard, 14e rég. (tabl. 3, durée 2 mois) ; Manchec, 14e rég. (tabl. 3, durée 2 mois).
A la 16e rég., : méd. lieut. Pradal, 16e rég. (tabl. 2, durée 30 jours).

Le méd. lieut. Lapeyre, placé das la position h. c., aff. spéc. (tabl. 6), au titre de la 9e rég., est réintégré dans les cadres et aff. à la rég. de Paris.

19 DÉCEMBRE

Enseignement de la médecine

Par décret en date du 14 décembre 1936, rendu sur le rapport du ministre de l'Education nationale, la chaire de pathologie médicale et générale de la Faculté de Paris est transformée en chaire de pathologie et thérapeutique générales (titulaire : M. Baudouin).

La chaire de clinique dentaire (budget de l'Université) de la Faculté de Bordeaux, est transformée en chaire de clinique odonto-stomatologique (titulaire : M. Dubecq).

20 DÉCEMBRE

Asiles publics d'aliénés

Un poste de médecin directeur est vacant à l'Asile public autonome d'aliénés d'Aix (Bouches-du-Rhône), par suite du départ de M. le Docteur Danjean, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

Réponses des ministres aux questions des parlementaires

Frais de déplacement des assurés sociaux malades

1.189. — M. Polimann demande à M. le ministre du Travail si un assuré mis dans l'obligation de subir quinze à vingt séances d'électrothérapie, dans un laboratoire éloigné de son domicile d'une quinzaine de kilomètres, peut prétendre aux frais de déplacement, étant entendu qu'il n'existe pas de laboratoire d'électrothérapie dans la localité de l'assuré. (*Question du* 28 *octobre* 1936.)

Réponse. — Réponse négative, les Caisses ne pouvant participer qu'aux frais de transport à l'hôpital public, et seulement lorsque le malade est dans l'incapacité physique de se mouvoir par ses propres moyens. (*J. O.*, 25 novembre 1936.)

Remboursement des frais pharmaceutiques des assurés sociaux notoirement indigents

1.173. — M. André Parmentier expose à M. le ministre du Travail que les dispositions de l'article 19, paragraphe 3, 6e et 7e alinéas, du décret-loi du 28 octobre 1935 prévoient qu'en ce qui concerne les frais pharmaceutiques, les frais d'analyses et d'appareils engagés par les assurés sociaux indigents et les membres de leur famille doivent être remboursés par les

Caisses d'après leurs tarifs ordinaires diminués d'un pourcentage fixé par décret rendu sur la proposition du ministre du Travail et du ministre de la Santé publique ; il signale l'intérêt que présente ce décret pour les finances des Caisses et le prie de bien vouloir lui indiquer s'il compte bientôt le soumettre à la signature. (*Question du* 25 *octobre* 1936.)

Réponse. — Les décrets visés à l'article 19, paragraphe 3, du décret-loi du 28 octobre 1935 sont en cours d'élaboration et paraîtront prochainement. En attendant leur parution, des instructions ont été adressées aux services intéressés pour leur permettre d'effectuer, sur des bases provisoires, le règlement des frais pharmaceutiques concernant les assurés assistés. (*J. O.*, 25 novembre 1936.)

Exercice de la médecine par les étrangers

I

3.879. — M. Louis Linyer, sénateur, demande à M. le ministre de la Santé publique quelle est, à l'égard de la loi Nast du 26 juillet 1935, la situation d'un médecin de nationalité grecque, muni, à Paris, en 1927, des titres initiaux (baccalauréat, philosophie), de certificats d'études physiques, chimiques et naturelles, à Paris en 1929, marié en 1932 avec une Française ayant conservé sa nationalité, ayant demandé sa naturalisation en mai 1935, titulaire du diplôme d'Etat (thèse en juin 1936) et spécialement si ce médecin est obligé d'attendre sa naturalisation avant de pouvoir exercer en France. (*Question du* 9 *novembre* 1936.)

Réponse. — Le médecin, dont la situation est signalée par l'honorable sénateur, ne peut exercer sa profession en France avant d'avoir obtenu sa naturalisation, par application du dernier paragraphe de l'article 7 de la loi du 26 juillet 1935 qui ne dispense que du délai d'attente prévu aux paragraphes 2 et 3 du même article, et non de la naturalisation.

(*J. O.*, 4 décembre 1936.)

II

3.880. — M. Louis Linyer, sénateur, demande à M. le ministre de la Santé publique si peut exercer en France, un docteur en médecine de nationalité roumaine, célibataire, diplômé d'Etat 1934, n'ayant pas accompli son service militaire, et dont la demande de naturalisation a été rejetée. (*Question du* 9 *novembre* 1936.)

Réponse. — Un docteur en médecine de nationalité étrangère, diplômé avant la promulgation de la loi du 26 juillet 1935, ne peut exercer sa profession en France que s'il y avait été « autorisé », c'est-à-dire si son diplôme avait été enregistré par les services d'une préfecture ou sous-préfecture, avant la promulgation de la loi en question.

(*J. O.*, 4 décembre 1936.)

MÉDAILLES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE décernées en 1936

SERVICE DE L'HYGIÈNE ET DES MALADIES CONTAGIEUSES

1° *Rappel de médaille de vermeil* : M. le Professeur ROCHAIX, de Lyon.

2° *Médailles de vermeil* : M. MASSONET, inspecteur départemental d'hygiène d'Alger ; LEMAIRE, médecin du bureau d'hygiène d'Alger.

3° *Médaille d'argent* : MM. les Docteurs : SAVORNIN, directeur du Service de santé du Gouvernement militaire de Paris ; LAVIGNE, inspecteur départemental d'hygiène des Ardennes ; PERETTI, inspecteur départemental d'hygiène de l'Ariège ; TRIOLLET, inspecteur départemental d'hygiène du Morbihan ; JOUEN, inspecteur départemental d'hygiène de la Seine-Inférieure ; DUVIC, inspecteur départemental hygiène de la Vendée ; LÉVY (Robert), inspecteur départemental d'hygiène de la Meurthe-et-Moselle ; DESPEIGNE, médecin inspecteur des épidémies dans la Savoie ; MONPÈRE, à la Meskiana (Algérie) ; SALVAN, à Flatters (Algérie).

4° *Médailles de bronze* : MM. les Docteurs LECLAINCHE, chef de service au ministère de la Santé publique ; HAZEMANN, chef technique du cabinet au ministère de la Santé publique ; CLÉRET, inspecteur départemental d'hygiène de l'Allier ; VIOLETTE, inspecteur départemental d'hygiène des Côtes-du-Nord ; LESBROUSSART, inspecteur départemental d'hygiène du Calvados ; PITTI-FERRANDI, inspecteur départemental d'hygiène de la Corse ; VIDY, inspecteur départemental d'hygiène de la Drôme ; SCHERE, inspecteur départemental d'hygiène de l'Hérault ; EUDES, inspecteur départemental d'hygiène de la Manche ; BARELLE, inspecteur départemental d'hygiène de la Saône-et-Loire ; BOULANGER, inspecteur départemental d'hygiène de la Moselle ; DELTEIL, inspecteur départemental d'hygiène du Lot-et-Garonne ; RENARD, inspecteur départemental des services d'hygiène à Versailles ; FAUCILLON, médecin inspecteur des épidémies en Indre-et-Loire ; GILLARD, médecin inspecteur des épidémies en Indre-et-Loire ; LEMESLE, médecin inspecteur des épidémies en Indre-et-Loire ; JOLY, médecin inspecteur des épidémies en Lozère ; LANCELOT, médecin du Bureau d'hygiène de la Rochelle ; ALTENBACH, médecin du Bureau d'hygiène de Versailles.

SERVICE DES EAUX MINÉRALES

1° *Médaille d'argent* : M. le Docteur UZAN (Maurice) de Vals-les-Bains.

2° *Médaille de bronze* : M. le Docteur POUY (Roger), de Capvern.

SERVICE DE L'HYGIÈNE DE L'ENFANCE

1° *Rappels de médailles de vermeil* : MM. les Doc-

teurs : BEUTTER, président de la Fédération des Œuvres publiques et privées du département de la Loire ; CASSOUTE, professeur à la Faculté de Marseille ; HUBER (J.), médecin des hôpitaux à Paris ; ONILLON, médecin inspecteur du Service des enfants du premier âge de la Loire-Inférieure ; ROUÈCHE, à Paris.

2° *Médailles de vermeil* : MM. les Docteurs : DUBOIS (Augustin), à la Motte-Beuvron (Loir-et-Cher) ; LEENHARDT, professeur à la Faculté de Montpellier ; PATERNE, à Ménard-le-Château (Loir-et-Cher) ; PETIT (Georges), membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique ; VALLERANT, à Bolbec (Seine-Inférieure) ; ZUBER, à Paris.

3° *Rappels de médailles d'argent* : MM. les Docteurs : BAIZE, médecin aux Enfants-Assistés, à Paris ; BONNET (Noël), à Paris ; CREUTZ, à Aïn-Témouchent (Oran) ; DABOUT, à Paris ; FOURNIER, à Canrobert (Constantine) ; FULCONIS, à Nice (Alpes-Maritimes) ; GOSSELIN, à Lille (Nord) ; LABBÉ, à Paris ; MAILLET, à Neuilly (Seine) ; MAZELLA, à Tigzirt-Dra-el-Mizan (Alger) ; NICOLAS, à Liesse (Aisne) ; PEYRONNET DE LA FONVIELLE, à Marmande (Lot-et-Garonne) ; PICARD, à Vesoul (Haute-Saône) ; SMATI, à Sétif (Constantine).

4° *Rappels de médailles de bronze* : MM. les Docteurs : APARD, à Reuilly (Indre) ; AVRIL, à Charlieu (Loire) ; CARRÈRE, à Sedeilhac (Eure-et-Loir) ; HIBLOT, à Châteaudun (Eure-et-Loir) ; RAVON, à Saint-Etienne.

5° *Médailles de bronze* : MM. les Docteurs ANDRIEU, de Carhaix (Finistère) ; ANDRIEU, à Montpellier ; AURAND, à Villars-du-Var (Alpes-Maritimes) ; BAILLAT, à Belmont (Loire) ; BALL, à Paris ; BARUTEAU, à Henrichemont (Cher) ; BASSET, à Ydes (Cantal) ; BENOIST, à Vence (Alpes-Maritimes) ; BOSONNET, à Aix-les-Bains (Savoie) ; BOURDIN, à Madagascar ; BREYSSE, à Vallon (Ardèche) ; CASTILLE, à Dijon (Côte-d'Or) ; CHABANNE, à Saint-Trojan (Charente-Inférieure) ; CHESNEAU, (Indochine) ; COURONNET, à Nantes (Loire-Inférieure) ; DAUTHEVILLE, à Chomérac (Ardèche) ; FOIX, à Saint-Plancard (Gironde) ; FUMINIER, inspecteur d'hygiène à Cahors (Lot) ; GENTIL, à Attignies (Ardennes) ; GUILLOU, à Lanvollon (Côtes-du-Nord) ; HUDELLET, à Banyuls (Pyrénées-Orientales) ; LYAUTEY, à Saint-Ferjeux-Besançon (Doubs) ; MARTIN, à Souvigny (Allier) ; MONNIER, à Labesserette (Cantal) ; PELLAGOT, à La Guerche (Cher) ; PERRION, à Nantes (Loire-Inférieure) ; POULAINE, à Avallon (Yonne) ; RAUDIE, à Fumel (Lot-et-Garonne) ; RAFFALI, à Saillans (Var) ; REBUFFET, à Puget-Théniers (Alpes-Maritimes) ; SAVARY, à Brunoy ; Mme SEDAN, à Marseille.

SERVICE DE LA VACCINE

1° *Vaccination antivariolique*

1° *Médailles de vermeil* : MM. les Docteurs : NICOLAI, à Alger ; PAGÈS, à Alger.

2° *Rappel de médaille d'argent*: M. le Docteur Lliaguet (Bastien), à Bordeaux (Gironde).

3° *Médailles d'argent* : MM. les Docteurs : Cambillet, à Boukanefis (Algérie) ; Eyssette-Aucaigne, à Vialar (Algérie) ; Forrer (Frédéric), à Dettwiller (Bas-Rhin) ; Haag (Alphonse), à Ribeauvillé (Haut-Rhin) ; Monpère, à La Meskiana (Algérie) ; Rivière, à Oued-Taria (Algérie) ; Saintourens, à Barika (Algérie) ; Schott (Léon-Marie-Joseph), à Colmar (Haut-Rhin) ; Triollet, à Saint-Arnaud (Algérie) ; Winter (Emile), à Thann (Haut-Rhin) ; M. Allègre (Joseph), à Marseille (Bouches-du-Rhône).

4° *Rappel de médaille de bronze* : M. Toure (Momo), à Pita (Guinée Française).

5° *Médailles de bronze* : MM. les Docteurs Bostetter (Auguste-Félix), à Brumath (Bas-Rhin) ; Conrath (Jules), à Neuf-Brisach (Haut-Rhin) ; Favre (Charles-Bruno-François), à Saint-Etienne (Loire) ; Federlin (Louis), à Wesserling (Haut-Rhin) ; Fenolhac (Raoul-Jacques-Emile), à Combronde (Puy-de-Dôme) ; Gachon (Jean), à La Bourboule (Puy-de-Dôme) ; Jaeger (Edmond), à Colmar (Haut-Rhin) ; Jozancy (Marcel), à Saint-Gervais-d'Auvergne (Puy-de-Dôme) ; Kappler (Jean-Emile), à Strasbourg (Bas-Rhin) ; Kraemer (Auguste-Ernest), à Pfaffenhoffen (Bas-Rhin) ; Krieg (Laurent), à Strasbourg-Neudorf (Bas-Rhin) ; Muller (Marie-Joseph-Paul), à Molsheim (Bas-Rhin) ; Papon (Emile-Pierre), à Combronde (Puy-de-Dôme) ; Perrier (Antonin-Anet-Léon), à La Monnerie-le-Montel (Puy-de-Dôme) ; Schmitt-buhl (Jacques-Edouard-Adrien), à Schirmeck (Bas-Rhin).

1° *Médailles d'argent* : Mme le Docteur Perrot (Jane), à Saint-Etienne (Loire).

MM. les Docteurs Michel (Fernand-Zéphir), à Croisilles (Pas-de-Calais) ; Mosse (Joseph), à Saint-Etienne (Loire) ; Touillon (Charles), à Bourg-en-Bresse (Ain).

2° *Médailles de bronze* : MM. les Docteurs Aribaud (Pierre-Albert-Charles), à Condrieu (Rhône) ; Bollet (Donat), à Saint-Etienne (Loire) ; Dubois (Fernand), au Havre (Seine-Inférieure) ; Grancher (Lucien), à Rouen (Seine-Inférieure) ; Riou (Marcel), à Saint-Etienne (Loire).

2° *Vaccination antidiphtérique.*

1° *Médailles d'argent* : Mme le Docteur Perrot (Jane), à Saint-Etienne (Loire) ; MM. les Docteurs : Michel (Fernand-Zéphir), à Croisilles (Pas-de-Calais) ; Mosse (Joseph), à Saint-Etienne (Loire) ; Touillon (Charles), à Bourg-en-Bresse (Ain).

2° *Médailles de bronze* : MM. les Docteurs Aribaud (Pierre-Albert-Charles), à Condrieu (Rhône) ; Bollet (Donat), à Saint-Etienne (Loire) ; Dubois Fernand) au Havre (Seine-Inférieure) ; Granger (Lucien), à Rouen (Seine-Inférieure) ; Riou (Marcel), à Saint-Etienne (Loire).

CORRESPONDANCE

Conseil d'un vieux praticien à ses jeunes confrères

M. le Secrétaire général de
la Mutualité Familiale,

.....C'est avec regret que je me retire de votre groupement, à ma limite d'âge, et sans avoir la compensation d'une retraite, à cause de mon imprévoyance quand je le pouvais.

Aussi ne saurais-je trop exhorter les jeunes à y penser et à faire les sacrifices nécessaires en vue de leur propre avenir, et à tous, jeunes et confrères en pleine maturité, je dirai :

Négligez le petit risque qui coûte cher à la Caisse et ne vous rapporte pas grand'chose, et ne songez qu'au grand risque qui seul côtoie la détresse.

Docteur D.,
Président du Syndicat de la R.

QUESTIONS DIVERSES

10.863. — A propos de la proposition de loi Pomaret (1)

I

La réaction de M. Pomaret

Nous avons exposé en juillet et en août dans la *Presse Médicale* et la *Gazette des Hôpitaux*, ce que contenait, contre la liberté de l'exercice de la médecine, la proposition de loi Pomaret. Puis nous avons fait connaître l'importance de la réaction des médecins contre les prétentions tyranniques énoncées dans un certain nombre d'articles visant les limites d'âge des professeurs de Faculté, certains cumuls et certaines interdictions. Cette réaction a été tellement vive, même au Parlement et dans la presse politique qui a fait écho à nos articles de la *Presse Médicale* et de la *Gazette des Hôpitaux*, comme aux articles du Docteur Noir, directeur du *Concours Médical*, qu'on pouvait croire que nous avions partie gagnée.

J'entends bien que la *Confédération des travailleurs intellectuels* et le *Barreau parisien* ont protesté

(1) La publication de ces deux lettres mettra fin à la controverse ouverte depuis quelque temps dans nos colonnes, sur la question soulevée par la proposition de loi Pomaret. (N. D. L. R.).

à leur tour avec une certaine véhémence, mais toute cette opposition risque d'être impuissante. Nous demandons aux Syndicats médicaux, de prendre une attitude intransigeante et toutes leurs responsabilités. Il y a des gens malfaisants avec qui on ne doit jamais composer.

Un journal, l'*Europe Médicale*, vient en effet de faire connaître les dernières idées de M. Charles Pomaret en publiant un article sous sa signature dans lequel l'auteur défend son projet..

Plusieurs citations sont nécessaires car il s'agit ici d'une plaidoirie *pro domo* de l'honorable député, et de reproches à notre endroit sous le titre « *Les médecins français devant les lois nouvelles : la loi Pomaret.* » Voici l'exorde : « *Accusé d'un grand crime par les médecins français, j'ai gardé jusqu'ici le silence ; il ne convenait pas d'instituer une polémique avec les représentants qualifiés d'une profession libérale pour laquelle j'ai la plus haute estime et où je compte tant d'amis. Entre temps le dossier de mon crime s'est enrichi d'imprécations violentes et de menaces...* ». Plus loin l'auteur se déclare heureux de voir que « *le journal officiel de la Confédération des Syndicats medicaux a approuvé récemment ses propositions dans leur esprit et daigné, parlant d'elles, dire* « ICI, BEAUCOUP DE BON » (*numéro d'août* 1936).

Sur la gravité de cette déclaration écrite, le président du Syndicat des médecins de la Seine consulté par moi m'a répondu ce qui suit : « On ne peut pas altérer davantage la vérité, j'ai entendu dire en effet à Cibrie : « Il y a beaucoup de bon », mais vous savez que M. Pomaret a glissé dans son texte plusieurs de nos desiderata visant la répression de l'exercice illégal de la médecine, et c'est cela que Cibrie trouvait bon dans son esprit. Mais ce n'était pas tout le texte Pomaret dont Cibrie a dit du bien, loin de là. Et le Docteur Tissier-Guy a ajouté : « M. Pomaret arrive ainsi à faire dire à Cibrie le contraire de ce que Cibrie a dit, tout simplement ! » Le Docteur Tissier a prononcé ces paroles à la Faculté de médecine, à la réunion de la *Fédération corporative des médecins* **de la** *région parisienne*, le 4 décembre dernier et il a été unanimement applaudi. Je me dois de continuer mes citations : *Pour ma justification totale il me sera bien permis de rappeler que lorsque je propose et dépose des textes législatifs concernant la protection des professions libérales, j'ai quelque qualité pour le faire, et pour creuser le même sillon,* écrit M. Pomaret qui s'est beaucoup occupé de la protection des professions d'architecte et d'ingénieur. Et il ajoute : *Je ne force pas ma compétence quand je m'occupe de la profession médicale.*

C'est ici que l'on ne peut plus être d'accord avec M. Pomaret, car j'estime que, pour comprendre la médecine, il faut avoir fréquenté nos hôpitaux, nos malades de ville et nos Facultés. Et ce n'est pas le cas de l'auteur qui n'est pas médecin. J'en arrive maintenant à la question de l'établissement de la retraite des médecins, au fameux article 3 *qui a*

déchaîné la tempête, reconnaît M. Pomaret : « *Pour la profession médicale*, dit-il, *serait-il si difficile d'envisager une contribution de l'industrie et du commerce si florissant des produits pharmaceutiques ?*... On prélèverait une contribution *sur ceux auxquels la profession liberale rend service* (*les plaideurs pour les avocats*) *ou qu'elle fait vivre* (*les produits pharmaceutiques pous les médecins, dentistes et vétérinaires*). Suit ensuite une série de menaces contre les médecins dont il vaut mieux ne pas parler, autant dans l'intérêt de l'honorable député que dans le nôtre.

Concluons en disant que si le principe de la retraite proposée était admis par le Parlement il en serait fait de la liberté des prescriptions médicales.

Maurice MORDAGNE.

II

Je m'autorise de votre article du *Concours Médical* en date du 29 novembre 1936 concernant la « Loi Pomaret » pour vous présenter une suggestion personnelle à ce sujet.

Le médecin de 1936 n'est-il pas déjà un demi-fonctionnaire du fait de l'application des nouvelles loi sociales ? de ces lois qu'on lui a imposées sans agrément préalable des organisations syndicales professionnelles.

Certains confrères ne vivent-ils pas en grande partie sur les honoraires versés par l'Administration au titre des différentes lois de médecine dite « sociale ».

La retraite du fonctionnaire est constituée par des retenues sur le traitement. Pourquoi ne pourrait-on pas envisager la retraite du médecin, devenu à notre époque un demi-fonctionnaire, de la même façon ?

Il suffirait d'accepter un prélèvement dont le pourcentage serait à fixer sur nos « traitements » (mémoires d'Assistance médicale gratuite, d'Assurances sociales aux indigents, de P. G., etc.).

Ces sommes seraient centralisées à une caisse départementale puis nationale de retraite médicale. Pour ma part, je concevrais un pourcentage fixe de retenue, quelle que soit l'importance des mémoires, et une retraite égale pour tous, basée sur le principe de la répartition.

Une moyenne des retenues annuelles pourrait être établie, et constituerait le montant des versements que les médecins ne collaborant pas à la médecine sociale, auraient à verser chaque année à la Caisse de retraite.

Vous ferez payer, m'objectera-t-on, davantage les riches que les moins fortunés ? Que voulez-vous, ne sommes-nous pas déjà soumis à ce régime ? et puis êtes-vous bien certains que ce sont les « ténors » de la médecine qui font le plus de cette médecine dite « sociale ».

Telles sont, mon cher confrère, les modestes suggestions que je désirais vous soumettre. Je serais heureux qu'elles puissent retenir votre attention. Ne

leur donnez de publicité que si vous estimez qu'elles puissent intéresser nos confrères et stimuler leur esprit d'initiative en vue d'arriver à réaliser au mieux des intérêts de notre profession ce fameux projet de la retraite du médecin dont tant de confrères attendent impatiemment la réalisation, et sur le principe de laquelle nous avons pour une fois la chance rare de grouper je pense l'unanimité.

Dr G.

10.814. — Prélèvement sur les honoraires pour soins aux accidentés des P.T.T.

J'ai soigné dernièrement le 30 septembre un monteur des P. T. T. qui avait été blessé à la main en travaillant. J'ai délivré comme d'ordinaire les certicats d'origine d'accident du travail. J'ai envoyé ma note au tarif habituel des accidents du travail.

L'administration des P. T. T., m'adresse mes honoraires mais prétend me retenir 10 % soit 11 fr. 35 sur une note de 149 fr. 30.

Dois-je accepter, ou refuser pour le principe la somme étant peu élevée ? Dr B.

Réponse

L'article 1er du décret-loi du 16 juillet 1935 instituant un prélèvement de 10 % sur toutes les dépenses publiques n'a fait l'objet à l'heure actuelle, d'aucune modification ni abrogation. Il s'en suit que ce prélèvement est toujours applicable en principe. Certes, en vertu de l'article 4 de ce même décret-loi, en étaient exemptées les dépenses « relatives au fonctionnement des services ». Mais, d'après la circulaire ministérielle du 6 août 1936, interprétant cette disposition, l'exemption prévue par l'article 4 ne s'applique que lorsque le montant des honoraires, rémunérations, commissions, etc., se trouve déterminé dans chaque cas particulier par une convention expresse ou tacite entre les parties intéressées. Par contre, le prélèvement de 10 % doit être exercé chaque fois que ces honoraires se trouvent fixés par un barème ou un tarif établi ou approuvé par l'autorité publique.

Lorsqu'un médecin donne ses soins à un agent de l'Administration des Postes et des Télégraphes n'ayant pas la qualité de fonctionnaire, ses droits contre l'Administration des P. T. T. sont déterminés par la législation des accidents du travail et en particulier, par le tarif ministériel établi en exécution de la loi du 9 avril 1898. Ce tarif rentrant expressément dans la définition ci-dessus fixée, il s'en suit que l'Administration débitrice est fondée à exercer, sur votre note d'honoraires, le prélèvement de 10 % prévu par l'article 1er du décret-loi du 16 juillet 1935 ; il ne nous semble donc pas possible d'exercer un recours quelconque contre cette réduction.

Cinquante-neuvième année No 2 10 Janvier 1937



LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	60 fr.	Belgique et Luxembourg...	70 fr.
Etudiants	35 fr.	Première Zone	85 fr.
Le Numéro..........	1.25	Deuxième Zone	110 fr.

Demi-Colonnes

Renseignements

AVIS

Table des matières de l'année 1936

Nous informons nos lecteurs que la table des matières de l'année 1936 fera l'objet d'un numéro spécial, hors série, qui paraîtra le 20 janvier 1937.

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — ***Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)***

***Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du* Concours Médical, *Paris* 167-95.**

N° 6. — Centre Est. Je cède raison santé, gd centre cabinet ophtalmo bon rapp. Appart. 7 p. Affaire sérieuse. Condit. très avantag., 20.000 compt. et reprise matériel mobil. profess. évalué 10.000. Mise au courant. Présentat. aux confr. Urgent.

N° 7. — A vend. machine à laver la vaisselle contenance 60 assiettes, état neuf, moitié prix de sa valeur. Maison santé du Dr Durand, 6, av. Foch, Gaillac (Tarn).

N° 8. — Jne doct. ayant exercé pend. 2 ans, cherche remplacem. tous lieux, toutes durées.

N° 9. — Jne doct. dispos. gros comptant cherche gros poste méd. génér. (accept. propharmacie), région Maine, Normandie, Touraine, Ile-de-France de préférence. Urgent.

N° 10. — Jne doct. libéré serv. milit. médec. génér., au cour. client., cherche place assist. ou collaborat. Paris.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet Breitel & Goret,

1, rue Dante, Paris (5e). Tél. : Odéon 36-46

Près Paris jolie banlieue ouest. Ancien cabinet méd. gle. gastro-entérologie, petit hôtel partic. permettant hospital., cession avec longue présentation.

2 heures Paris. Cabinet de consultations avec agents physiques, bon chiffre d'aff. belle situation centrale, frais très réduits. Indem. : 60.000 fr. dont 35.000 cpt. avec matériel.

Centre Paris. Ancienne clientèle de quartier en plein rapport. Sans accoucht. appart. 5 p. Indem. 80.000 dont 1/2 cpt.

DERNIÈRES NOUVELLES

— Il nous a été signalé plusieurs articles qui, bien que paraissant d'une réelle valeur scientifique, émanaient d'auteurs ne méritant pas toute confiance ; certains se seraient crus autorisés d'ajouter à leur nom des titres d'une valeur discutable.

Tenant avant tout à la réputation de notre journal, le Conseil du *Concours Médical* a décidé qu'il n'y serait publié que des articles émanant d'auteurs personnellement connus de la Rédaction ou produisant de sérieuses références.

— **Académie de médecine.** — M. le Professeur Martel, vice-président en 1936, présidera l'Académie de médecine en 1937, en remplacement de M. le Prof. Hartmann.

M. le Professeur Bezançon a été élu vice-président et sera président en 1938.

— **L'Assemblée française de médecine générale** tiendra ses assises le dimanche 10 janvier 1937, à 9 heures, à l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Trousseau), sous la présidence du Professeur Fernand Bezançon. Question à l'ordre du jour : *Primo-infection tuberculeuse de l'adolescent et de l'adulte.*

— **Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris.** *Conférences du dimanche.* — L'Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris a organisé pendant l'année 1937 une série de conférences hebdomadaires. Elles auront lieu tous les dimanches (sauf pendant les vacances et les jours fériés), à 10 heures, au Petit amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris, rue de l'Ecole-de-médecine. Ces conférences sont publiques et gratuites.

Programme pour le 1er trimestre 1937. — 10 janvier, M. Chabrol : Le sel biliaire en thérapeutique. — 17 janvier, M. de Sèze : Diagnostic et traitement des sciatiques rhumatismales. — 24 janvier, M. Ameuille : Limites de l'exploration radiologique du poumon (projections). — 31 janvier, M. Julien Marie : Considérations sur le syndrome cholériforme du nourrisson et son traitement. — 7 février, M. Babonneix : Conception actuelle de la chorée de Sydenham (projections). — 14 février, M. Chevalley : Primo-infection tuberculeuse à Brévannes. — 21 février, M. Sureau : Diagnostic biologique de la grossesse. — 28 février, M. Sainton : Les psychoses des thyroïdiens. — 7 mars, M. Benda : Sur l'à-propos de quelques recherches récentes en radiologie pulmonaire (projections).

— **Cours de radiologie clinique.** — Le Docteur R. Ledoux-Lebard, chargé de cours à la Faculté, commencera dans son service de la Salpêtrière (nou-

veaux bâtiments de la Clinique chirurgicale du Professeur Gosset), le vendredi 15 janvier, à 11 heures et continuera les vendredis suivants à la même heure, une série de leçons de radiologie clinique accompagnées de projections.

A l'issue de chaque leçon auront lieu des présentations de radiographies au cours desquelles les élèves seront exercés individuellement à la lecture et à l'interprétation des clichés.

— La médaille du Docteur Georges Labey. — La médaille du Docteur Georges Labey, œuvre du graveur Charles Pillet, lui a été remise dans son ancien service à l'hôpital Boucicaut, au cours d'une cérémonie intime qui réunissait les élèves, les admirateurs et les amis de l'éminent chirurgien.

Elève préféré de Ricard, Georges Labey sut acquérir auprès de son maître toutes les qualités du chirurgien-modèle : la précision du diagnostic, l'habileté opératoire, la douceur et la sûreté de la main, et aussi le haut sentiment du devoir envers les malades, ce guide lumineux du médecin et du chirurgien. Modeste, il fallut insister pour qu'il acceptât la présidence de l'Académie de chirurgie lorsque le vote de ses pairs l'élut en 1934 à cette haute fonction. Toutes ces grandes qualités furent rappelées par le Docteur Blondin, au nom de ses élèves, et par le Professeur Jean-Louis Faure dans une lettre aux termes magnifiques, lue par M. Pierre Duval.

Très ému, Georges Labey remercia dans une allocution simple et belle, reflet de tout son cœur, où l'on sentait qu'il aimait ses élèves et ses malades du même amour qu'il avait donné à ses maîtres, au souvenir impérissable ! P. L.

— L'humanité dans la guerre.— Le vendredi 18 décembre 1936, à 21 heures, dans le grand amphithéâtre de l'Institut Océanographique, sous les auspices de l'UMFIA ou Union médicale latine, les « *Voix Latines* » ont donné une conférence faite par le Colonel médecin Voncken, de Liége, et le Professeur A. de La Pradelle, de la Faculté de Droit de Paris, sur : *L'humanité dans la guerre*, sous la présidence du médecin général inspecteur Sieur, membre de l'Académie de médecine, membre d'honneur de l'Umfia.

Le Docteur Dartigues, président-fondateur de l'Union médicale latine, a présenté les deux éminents conférenciers.

Le Colonel médecin Voncken a exposé tout le développement du mouvement d'humanisation de la guerre qui au début ne rencontra que du scepticisme et souvent de l'ironie.

Mais les événements actuels sont montré combien cette initiative prise par le Prince de Monaco et le Comité international de médecine militaire revêtait un caractère d'urgence.

Actuellement tous les grands organismes internationaux cherchent les moyens de réalisation pratique du projet de renforcement de la Convention de Genève et de recontruction des lois de guerre.

Le Colonel médecin Voncken montra avec clarté et logique ce que pouvait obtenir la collaboration de la médecine militaire et du droit international pour la création de villes sanitaires et pour la protection de la population civile.

Il insista sur la nécessité évidente qu'il y a à voir des initiatives officielles donner une consécration à ce mouvement par la mise à l'étude de conventions internationales dans l'esprit de Genève et de La Haye.

M. de la Pradelle fit ensuite un exposé éloquent de la question depuis la Conférence de la paix de 1899 jusqu'à nos jours.

— **Concours de l'internat des hôpitaux de Paris.**— *Jury de l'oral après acceptation* : MM. Fiessinger, Péron, Carnot, Milhit, Haguenau, J. Berger, Boppe, Redon, Kuss, Jeannin.

— **Prix de l' « American association for the study of goiter ».**— L'Association américaine pour l'étude du goitre décerne cette année le prix Van Meter, de 800 dollars, pour le meilleur travail expérimental et clinique concernant la glande thyroïde. Les manuscrits, de 3.000 mots au maximum, doivent être écrits en anglais et adressés avant le 1er avril 1937 au Docteur W. Blair Mosser, Corresponding secretary, 133, Biddle Street, Kane (Pa.), U. S. A.

— **Société française d'anesthésie.** *Commission d'étude des accidents d'anesthésie.* — La Société française d'anesthésie a créé une Commission permanente chargée d'étudier les accidents d'anesthésie qui lui seront soumis et d'arbitrer les questions litigieuses, d'un point de vue purement scientifique.

Cette Commission est composée du bureau de la Société, de MM. Léon Binet, D. Cordier, Ch. Flandin, E. Fourneau, F. Lemaitre, M. Sureau, M. Tiffeneau et d'un juriste, Me Adrien Peytel.

— **Hôpital de Constantine.** — Un concours sur épreuves sera ouvert à Alger le 8 mars 1937 pour le recrutement d'un médecin adjoint à l'hôpital de Constantine. Inscription jusqu'au 16 janvier 1937.

— **Un service de renseignements professionnels pour les étudiants.**— L'Université de Paris vient de créer, en collaboration avec le bureau universitaire de statistique, un service de renseignements professionnels, ouvert gratuitement aux étudiants, aux élèves de l'enseignement du second degré, et à leurs familles.

Grâce aux travaux menés depuis plusieurs années par le bureau universitaire de statistique, ce nouveau service dispose d'une abondante documentation sur le « marché du travail intellectuel », documentation qu'il a spécialement adaptée à l'usage des élèves de l'enseignement du second degré : encombrement actuel des carrières, études qu'elles nécessitent, meilleure formation pour y accéder, genre d'activité qu'elles permettent, différents débouchés qu'elles ouvrent, etc.

C'est pour venir en aide aux jeunes étudiants qui rencontrent actuellement tant de difficultés dans le choix d'une carrière, pour leur permettre de ne pas se décider au hasard des circonstances, et leur faire connaître exactement les débouchés que leur ouvre chacune des branches de l'enseignement supérieur, que l'Université de Paris a jugé indispensable d'organiser à leur usage un service de documentation.

(*Le Temps*, 3 janvier 1937.)

— **Hôpitaux de Marseille.** *Internat et externat.* — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Eugène Hawthorn, Jérôme Guérin, Robert Jullien, Jean Pierron, Roger Lassave, Amédée Bernard, Octave Fiastre, Henri Barthélemy, André Jean, André Fournier, Pierre Revol, André Crapez.

Externes en premier : MM. Maurice Sansot, Louis de Saboulin, Henri Bonneau, Nguyen van Thuan, André Sarradon, Mlle Cécile Dinard.

Le concours de l'externat s'est terminé par la nomination de MM. René Muracciole, Paul Maestraggi, Félix Frézet, Mlle Claire Seillon, M. Albert Julien, Mlle Renée Weill, M. Paul Dieulangard, Mlle Frida Coen, MM. Gunter Hirschberg, François Dombre, Michel Mercier, Gaston Lenoir, René Corriol, Mlle Ella Gartner, M. Henri Prost, Mlle Renée Carpentier, MM. Antoine Campana, Louis Puy, Gaston Baudelet, Henri Bénéfice, Ivan Keundjian, Henri Pendariès, Joseph Ranque, Jean Poli, Pierre Michel, Jean Bondil, Jean Guiral, Anmé Portier, Jean-Marie, Guiol, Lucien Lapeyre, Jean Bezet, Elie Abignoli, Mlle Josette Daste, MM. François Emmanueli, Ivan Masselot, Albert Geyer, Pierre Rochu, Paul Magnan, Jacques Saltiel, Léo Latil, Ferdinand Costantini, Maurice Righini, Robert Meyer, Grégor Bronstein, Maurice Léger, François Stéfanaggi, Marcel Quilichini, Pierre Chiaverini, Mlle Alice Cohen-Salmon.

— **Fiançailles.** — Nous avons le plaisir d'annoncer les fiançailles de M. Raymond Fasquelle, élève-ingénieur à l'Ecole des arts et manufactures, avec Mademoiselle Jacqueline Bérard.

M. Raymond Fasquelle est le fils du Docteur et de Madame André Fasquelle et le frère de notre collaborateur, M. R. Fasquelle, interne des hôpitaux de Paris.

Nous adressons à notre ami le Docteur André Fasquelle et à sa famille nos plus cordiales félicitations pour cet heureux événement.

— **Nécrologie.** — Nous apprenons avec tristesse, la mort à l'âge de 64 ans, du Docteur André-Théodore Charbonnier, membre du Conseil général de l'Association générale des médecins de France, professeur honoraire de l'Ecole de médecine de Caen, chevalier de la Légion d'honneur, Croix de guerre.

Depuis de très longues années, le Docteur Charbonnier avait pris une part active au mouvement syn-

dical ; il fut, il y a vingt-cinq ans, membre du Conseil d'administration de l'Union des Syndicats médicaux de France.

Le Docteur Charbonnier était, en outre, médecin colonel honoraire.

Remplissant avec ponctualité ses fonctions au Conseil général de l'A. G., s'intéressant très activement à tout ce qui touchait aux questions de Bienfaisance et de Prévoyance médicales, la perte du Docteur Charbonnier sera vivement ressentie dans nos milieux professionnels.

Le *Concours Médical* où il ne comptait que des amis, adresse à Madame André Charbonnier et à ses enfants, l'expression de sa douloureuse sympathie.

J. N.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de Madame Henri DARDELIN, à Saint-Brévin-les-Pins (Loire-Inférieure).

Madame Dardelin était la femme du Docteur Henri DARDELIN, qui, tout le monde s'en souvient, a donné tant de preuves de dévouement au Corps médical et a pris l'initiative d'une campagne dans les lycées et les familles pour détourner les jeunes gens de la profession médicale encombrée, campagne qui a porté ses fruits.

Le *Concours Médical* pour qui le Docteur Dardelin est loin d'être un inconnu, lui adresse ainsi qu'à ses enfants, l'expression sincère de ses vives condoléances.

J. N.

LÉGION D'HONNEUR

SERVICE DE SANTÉ

RÉSERVES

I. ARMÉE MÉTROPOLITAINE

Par décret du 30 décembre 1936, sont promus dans l'ordre national de la Légion d'honneur, *sans traitement*, au titre de la loi du 3 août 1936, les officiers de réserve dont les noms suivent :

Au grade de commandeur

Stodel, méd. comm., rég. de Paris ; Lardennois, méd. col., rég. de Paris.

***

Par décret du 23 décembre 1936, sur la proposition du ministre de la Défense nationale et de la Guerre ont été nommés ou promus dans l'ordre national de la Légion d'honneur, au titre de la loi du 3 août 1936, avec traitement, les officiers rayés des cadres dont les noms suivent :

Sont promus :

Au grade de chevalier

Schangel, anc. méd. capit. ; de Laroque, lieut. honoraire.

***

Par décret du 23 décembre 1936 sont nommés ou promus dans l'ordre national de la Légion d'honneur, au

titre de la loi du 3 août 1936, sans traitement, les officiers rayés des cadres dont les noms suivent :

Est promu :

Au grade de chevalier

Cherfils, ex-méd. capit.

Par décret du 23 décembre 1936 sont nommés ou promus dans l'ordre national de la Légion d'honneur au titre de la loi du 3 août 1936, sans traitement, les militaires des réserves dont les noms suivent :

Sont promus :

Au grade d'officier

Lévy-Valensi, médec. lieut.-col., rég. Paris ; Bailly-Salin, médec. command., 8e rég. ; Gauthier, médec. command., 14e rég. ; Arsimoles, médec. command., 20e rég. ; Lemeland, médec. command., rég. Paris; Mouriquand, médec. lieut.-col., 14e rég. ; Mesnager, médec. comm., 6e rég. ; Audy, médec. command., 2e rég. ; Bezos, médec. command., 18e rég., ; Dumas, méd. com., 14e rég. ; Duffau, médec. command., 19e C. A. ; Validire, médec. command., 9e rég. ; Sevin, médec. command., 15e rég. ; Ledoux, médec. command., 19e C. A. ; Lancelot, médec. command., 18e rég. ; Costanttini, médec. capit., 19e C. A. ; Le Chaux, médec. capit., 19e C. A. ; Broscq, médec. command., rég. Paris ; Maleplate, médec. com., 17e rég. ; Weil, méd. capit., rég. Paris ; Temporal, méd., capit., 14e rég.

Au grade de chevalier

Méline, méd. capit., 6e rég. ; Debray, méd. lieut., rég. Paris ; Menuan, méd. lieut., 5e rég. ; Billot, méd. comm., 14e rég. ; Lazard, méd. lieut., rég. Paris ; Duhamel, méd. lieut. ; Lamy, méd. capit., rég. Paris ; Haye, méd. capit., 4e rég. ; Ravina, méd. capit. ; Héraux, méd, lieut., rég. Paris ; Léjard, méd. lieut., rég. Paris ; Guillon, méd. lieut., 5e rég. ; Laurain, méd. lieut., rég. Paris ; Tandonnet, méd. lieut., rég. Paris ; Bariéty, méd. capit., rég. Paris ; Porcher, méd. capit., rég. Paris ; Lebout, méd lieut., 13e rég. ; Déguiral, méd. capit., 9e rég. ; Peindaries méd. lieut., 17e rég.

***

Par décret du 23 décembre 1936 sont nommés ou promus dans l'ordre national de la Légion d'honneur, au titre de la loi du 3 août 1936, avec traitement, les militaires des réserves dont les noms suivent :

Au grade d'officier

Roucayrol, méd. comm., rég. Paris.

Au grade de chevalier

Courciéras, méd. capit., rég. Paris ; Cousin, méd. capit., 13e rég. ; Bouchut, méd. command., 14e rég. ; Belle, méd. capit., 2e rég. ; Jalibert, méd. capit., 16e rég. ; Chabardes, méd. command., 16e rég. ; Briens, méd. capit., 3e rég. ; Dionnet, méd. capit., 9e rég. ; Vernet, méd. capit., 20e rég. ; Fourtier, méd. lieut., 20e rég. ; Cœurdacier, méd. capit., 20e rég. ; Ladroitte, méd. capit., rég. Paris ; Rocher, méd. capit., 15e rég. ; Frémont, méd. lieut., 18e rég. ; Dizeur, méd. capit., 13e rég. ; Cumenge, méd. capit., 16e rég. ; Poirot, méd. command., 6e rég. ; Girard, méd. capit., 14e rég. ; Dujardin, méd. capit., 4e rég. ; Trarieux, méd. command., 9e rég. ; Daude, méd. capit., 16e rég. ; Perruchot, méd. capit., 9e rég. ; Landau méd. capit., rég. Paris ; Sans, méd. capit., 3e rég. ; Casablanca, méd. capit., 15e rég. ; Jean, méd. capit., 13e rég.

Vérit, méd. capit., 18e rég. ; Levaud, méd. capit., 9e rég. ; Forthomme, méd. lieut., 4e rég. ; Louvot, méd, lieut., 7e rég. ; Valléry, méd. capit., rég. Paris ; Rousseaux, méd. capit., 6e rég. ; Didry, méd. capit., rég.

Paris ; Gaborit, méd. capit., 11e rég. ; Baylac, méd. capit., 18e rég. ; Battistella, méd. capit., rég. Paris ; Chamfeuil, méd. capit., 13e rég. ; Delattre, méd. capit., 1re rég. ; Chevallier, méd. lieut., 14e rég. ; Anis, méd. cap., 9e rég. ; Vacher , méd. lieut., 14e rég. ; Lombard, méd. lieut., 15e rég. ; Barbier, méd. capit., 8e rég. ; Pauty, méd. capit., tr. Maroc ; Macquet, méd. command., 1re rég. ; Daveau, méd. capit., 11e rég. ; Boccard, méd. capit., rég. Paris ; Fernier, méd. capit., 20e rég. ; Cabart-Danneville, méd. capit., 3e rég. ; Wickham, méd. capit., rég. Paris.

Liacre, méd. lieut., rég. Paris ; Jourdan, méd. capit. 6e rég. ; Bosche, méd. lieut., 9e rég. ; Minvielle, méd. lieut., 18e rég. ; Plait, méd. capit., 8e rég. ; Renauld. méd. lieut., rég. Paris ; Adelmann, méd. lieut., rég. Paris ; Fouché, méd. lieut., rég. Paris ; Mariot, méd. capit., 6e rég. ; Andrieu, méd. lieut., 4e rég. ; Vuillermoz, méd. capit., 7e rég. ; Seguin, méd. lieut., rég. Paris ; Thomas, méd. sous-lieut., rég. Paris ; Noyer, méd. lieut., 3e rég. ; Delarue, méd. capit., 2e rég. ; Lotte, méd. capit., 3e rég. ; Tarte, méd. capit., 20e rég. ; Galle, méd. lieut., 18e rég. ; Saint-Yves, méd. capit., 14e rég. ; Bagot, méd. lieut., rég. Paris ; Champeil, méd. lieut., 13e rég. ; Chanes, méd. lieut., 8e rég.

Pigot, méd. capit., rég. Paris ; Delalande, méd. lieut., rég. Paris ; Dardel, méd. lieut., 3e rég. ; Szkolnick, méd. capit., 6e rég. ; Petit, méd. lieut., rég. Paris ; Flammarion, méd. capit., 7e rég. ; Rouvière, méd. lieut., 15e rég. ; Marsset, méd. capit., rég. Paris ; de La Genière de La Ramée de La Sèpres, méd. lieut., 4e rég. ; Gleyvod, méd. lieut., 14e rég. ; Robin, méd. capit., 7e rég. ; Oury, méd. lieut., rég. Paris ; Jalenques, méd. capit., 13e rég. ; Courtin, méd. capit., rég. Paris ; de Sallier-Dupin, méd. capit., 11e rég. ; Pargoire, méd. capit., 15e rég. ; Wess, méd. lieut., 20e rég.

Lucy, méd. lieut., 8e rég. ; Galy-Gasparrou, méd. lieu., 17e rég. ; Cordier, méd. command., 1re rég. ; Darène, méd. capit., rég. Paris ; Vallée, méd. capit., 4e rég. ; Morin, méd. capit., 13e rég. ; Prelot, méd. capit., 7e rég. ; Oberthur, méd. capit., rég. Paris ; Lejard, méd. lieut., rég. Paris ; Ginsburg, méd. lieut., 6e rég. ; Bernard, méd. lieut., 20e rég. ; Gestat, méd. lieut., 5e rég. ; Dumail, méd. lieut., 18e rég. ; Landrieu, méd. capit., 1re rég. ; Villey-Desméserets, méd. capit., rég. Paris ; Benmussa, méd. lieut., tr. Tunisie.

Gibault, médec. capit., 13e rég. ; Lenieff, médec. capit., rég. Paris ; Daure, médec. command., 16e rég. ; Lagarde, médec. capit., 15e rég. ; Bonnin, médec. capit., 18e rég. ; Dauvert, médec. capit., 11e rég. ; Cleu, médec. command., 14e rég. ; Jacob, médec. capit., rég. Paris ; Montant, médec. command., rég. Paris.

II. ARMÉE COLONIALE

Par décret du 23 décembre 1936 est promu dans l'ordre national de la Légion d'honneur, au titre de la loi du 3 août 1936, sans traitement :

Au grade d'officier

Denœux, comm., disp. rég. Paris.

Par décret du 23 décembre 1936 sont nommés ou promus dans l'ordre national de la Légion d'honneur au titre de la loi du 3 août 1936, avec traitement, les militaires des réserves dont les noms suivent :

Au grade d'officier

Le Hur, méd. comm., disp. serv. santé 4e région.

Au grade de chevalier

Cusset, méd. capit., A. O. F. ; Quénardel, méd. capit. disp. Indochine.

Une proposition originale et logique

Réponse au Docteur Paul Chavanon
à son article du « Concours Médical » du 20-12-36 (p. 3654)

Heureux vous êtes, mon cher confrère, de pouvoir dire... ce que vous pensez à l'Administration. Votre tampon est parfait. Mais la « signature sur la feuille » veut déjà dire que nous avons été honorés.

Pour les assurés sociaux indigents, les écritures sont bien plus compliquées, et il faut « obéir » à l'Administration qui semble dire : « si vous ne faites pas comme nous voulons, vous ne serez pas payés».

Médecin de campagne, je vous livre le cas suivant (qui n'est pas une exception) :

La famille X... comprend le père, la mère, quelques enfants; ce sont des assurés sociaux indigents (A. S. I. à feuilles jaunes).

Le père demande le médecin : depuis quelques jours il souffre en marchant, il ne peut plus aller à son travail.

Le jeune Pierre doit faire une poussée de vers, dit la mère.

La petite Alice tousse et a besoin d'une potion.

Le médecin arrive à la maison.

Qu'a-t-il à faire ?

1° *Médecine et sciences pures :*

Examen des malades et prise de température si besoin.

Le père fait une sciatique ;

Pierre à 39°2, ce peut très bien être des vers (purge et santonine l'amélioreront) ;

Alice à 38°, et fait une bronchite, mais il faudra faire attention car elle souffre aussi des oreilles.

2° *A côtés bureaucratiques :*

Voilà la corvée qui commence.

Il faut s'attabler pour écrire, après avoir repéré toutes les feuilles prises à la mairie.

A) Pour M. X...

I. Grande feuille jaune de A. S. I. (il y a à vérifier si la date du jour et le tampon de la mairie sont bien dans la case n° 1 de la quatrième page).

II. Il faut compléter la carte-lettre pour le Préfet, la détacher de la grande feuille, et la mettre à la poste dans les trois jours ;

III. Il faut indiquer nom et adresse du médecin, inscrire la date de la première visite, spécifier s'il y a arrêt de travail, noter le nombre de kilomètres, etc., et cela est à marquer sur la deuxième page et sur la troisième page. Celle-ci sera renvoyée à la Mairie au bout de huit ou quinze jours, celle-là gardée par le médecin qui l'enverra avec son relevé de compte en fin de trimestre.

IV. Sur une autre feuille, jaune spéciale, il faut écrire l'ordonnance.

Voir la suite page LV-117

PROPOS DU JOUR

LA TUBERCULOSE SERAIT AUTOGÈNE ET LE BACILLE DE KOCH SERAIT FORMÉ PAR LES TISSUS MALADES !

Mettre en doute les données devenues classiques sur l'origine de la tuberculose pulmonaire et admettre que le bacille de Koch est formé par les tissus malades est une opinion qui ne date pas d'aujourd'hui.

Dans le numéro d'avril 1924 des *Annales de Physiothérapie*, le Docteur Joseph RIVIÈRE (de Paris) rappelle qu'il a fait le 1er juin 1907, une communication au Congrès de *The American antituberculosis league*, à Atlantic-City, aux Etats-Unis, où il affirmait que la tuberculose devait être considérée comme une maladie endogène, « produit d'une intoxication multiple due aux déchets cellulaires organiques virulents : le microbe est l'effet et non la cause de la dystrophie ».

Cette communication confirmait les idées émises déjà par le Docteur Joseph Rivière au Ier Congrès français de climatothérapie et d'Hygiène urbaine de Nice, le 9 avril 1904 et au Congrès américain de la tuberculose, tenu à Atlanta (Géorgie, Etats-Unis), du 17 au 19 avril 1905. Les conclusions du distingué praticien qu'est le Docteur Joseph Rivière paraissaient bien oubliées quand un éminent biologiste, le Docteur Jules TISSOT, professeur de Physiologie générale au Muséum National d'histoire naturelle, leur apporta une démonstration inattendue par des recherches minutieuses d'histologie pathologique.

M. le Prof. Tissot a exposé dans une conférence à l'Hôtel Chambon devant de nombreux auditeurs, les résultats de ses recherches, illustrées par une série importante de projections photographiques des coupes innombrables qu'il a faites et étudiées dans son laboratoire.

Etant données les doctrines devenues classiques qui semblent universellement admises sur l'étiologie et la cause de la tuberculose, les affirmations de M. J. Tissot n'auraient pas retenu notre attention si elles n'émanaient d'un savant laborieux, consciencieux, dont la valeur scientifique est indiscutable, qui a conquis l'estime de tous ses collègues du Muséum et ce qui émane d'un professeur qui occupe une chaire illustrée par Claude Bernard, et à la science et à l'ingéniosité duquel la France et les Armées alliées doivent le masque qui préserva en 1918 leurs soldats des effets mortels des gaz toxiques, ne saurait être sans examen sérieux traité avec désinvolture, si extraordinaires que paraissent les conclusions de l'auteur.

M. le Professeur Louis Germain, directeur du Muséum National d'Histoire Naturelle, avait tenu à présenter M. J. Tissot au public. En quelques mots, il fit l'éloge du savant et affirma qu'il était un des plus grands physiologistes de notre époque.

M. Tissot commença alors sa démonstration. Il rappela que, dans un livre paru en 1926, intitulé : *Constitution des organismes animaux et végétaux* ; *Causes des maladies qui les atteignent*, il avait déjà donné le résultat de quatre années de recherches et d'études dont on peut suivre sur des planches photographiques hors texte les descriptions aussi bien que sur des préparations microscopiques. Dans ce volume de près de 700 pages, M. Tissot étudie la constitution et l'évolution des cultures bactériennes, conclut que les bactéries n'ont pas d'individualité et ne sont que des éléments de segmentation ou des formes sporulaires de moisissures. Ce livre qui aborde tous les chapitres de la pathologie des maladies d'aspect parasitaire (toxines, antitoxines, virus filtrants, coagulation du sang, alexine, hémolyse spécifique, agglutination, précipitation, fixation du complément, anaphylaxie, immunité, sérothérapie, vaccination préventive) démontre les difficultés trop souvent insurmontables du traitement des maladies de l'homme par les agents physiques et par la chimiothérapie. M. J. Tissot, dans cet ouvrage touffu bien que d'une lecture passionnante, a eu surtout pour but de dégager des principes généraux et non de traiter des questions particulières. Depuis, c'est-à-dire depuis une dizaine d'années, il s'est acharné à vouloir éclaircir le mystère de la tuberculose, car pour lui, comme pour beaucoup d'autres, la doctrine classique et schématique admise sur l'étiologie, la pathogénie et l'évolution de la tuberculose pulmonaire n'est

◆◆

pas satisfaisante et laisse le problème irrésolu et mystérieux.

Au moyen de projections photographiques de coupes de poumons tuberculeux, très fortement grossies (certaines de 40.000 diamètres), M. Tissot constate que l'origine de la tuberculose est dans la trame intra-alvéolaire et consiste en une multiplication considérable de cellules embryonnaires qui pénètrent dans les alvéoles, y détruisent les cellules épithéliales, forment les cellules géantes, et se nécrosent en amas caséeux.

Dans ces cellules apparaissent des productions d'éléments en forme d'haltères, terminées par deux boules réfringentes. Ces éléments figurent les bacilles de Koch. Parfois, ils se développent en longs filaments qui se segmentent.

Nous ne pouvons insister sur les détails que M. Tissot a donnés au cours de sa démonstration.

Absolument incompétent en pareille matière, ayant abandonné depuis plus de quarante ans, l'étude de l'histologie pathologique à laquelle nous avions cependant été initiés par nos maîtres V. Cornil, Chantemesse, Legry et Widal, nous n'aurons pas la prétentieuse fatuité de confirmer, ni d'infirmer les études de M. J. Tissot.

Nous nous bornerons à conclure que lorsqu'un véritable savant consacre plusieurs années de sa vie à faire de minutieuses recherches, qu'il produit des documents qu'on peut, sans doute, diversement interpréter, mais qui sont des témoins et des faits, il mérite d'être pris en considération et ses travaux doivent être sérieusement vérifiés. Il ne faut pas que M. J. Tissot puisse dire comme Pasteur, en butte à l'obstruction de certains académiciens et leur demandant en vain de vérifier les faits qu'il produisait :

Je leur expose des expériences, ils me répondent par des discours... ou par le silence.

J. Noir.

Le Pr Tissot vient de publier un ouvrage important sur le sujet de sa conférence, ouvrage dont nous donnerons prochainement l'analyse.

MÉDECINE ET PRÉHISTOIRE

Sir Grafton Elliot Smith et le Dr Léon-Henri Martin

Une dépêche de Londres annonce la mort à 65 ans de l'anthropologiste Sir Grafton Elliot Smith qui en 1930 se rendit en Chine pour étudier le squelette préhistorique connu sous le nom de l' « Homme de Pékin ». D'après ce savant, l'homme de Pékin serait un type plus primitif que le pithecanthrope de Java et l' « homme inférieur » de Piltdown (Sussex).

D'autre part, nous avons signalé qu'à l'Assemblée générale de la *Société d'Anthropologie de Paris*, le Président avait déploré la mort du Docteur L.-H. Martin qui fut deux fois président de la Société. Le Docteur Henri Martin a mené une vie si laborieuse et si féconde que nous qui l'avons connu, ne saurions nous contenter de signaler sa mort sans énumérer ses travaux et ses mérites.

Né à Paris en 1864, il est mort subitement à Peyrat (Charente) le 9 juin 1936.

Docteur en médecine, licencié ès sciences naturelles, histologiste qui travailla plusieurs années dans le laboratoire de Mathias Duval, le Docteur Henri Martin s'adonna dès le début du siècle à l'anthropologie et plus particulièrement à la Préhistoire.

C'est ainsi qu'il fit des recherches dès 1904 *sur la variabilité de forme des haches polies*, sur une lame à crochet provenant du Grand Pressigny, qu'en 1905, il étudia avec Ovion les pilotages de la *tourbière de Condette* (Pas-de-Calais), les ébauches de pointes de flèches de *l'atelier néolithique de Compvray* (Seine-et-Marne). En 1906, H. Martin publia une étude sur les nucléus (appelés, à cause de leur couleur, livres de beurre) du grand Pressigny et un travail sur *l'outillage moustérien.*

A dater de cette époque, il se consacra plus exclusivement aux fouilles du riche gisement de la Quina en Charente dont il devait exhumer des documents préhistoriques de la plus grande valeur, tel que le squelette de l'Homme de la Quina. Il y a quatre ans environ, Henri Martin découvrait à la Quina un véritable bas-relief préhistorique, représentant des animaux en ronde-bosse de grandeur nature.

Les résultats de ces fouilles ont été recueillies dans une salle du Musée de Saint-Germain-en-Laye qui porte le nom de Henri-Martin.

Durant la guerre, le Docteur Henri Martin interrompit ses travaux, pour servir au front où il fut deux fois blessé. Le Musée du Val-de-Grâce possède une série de pièces anatomiques, recueillies par Henri Martin.

Le Docteur Henri Martin était un savant aimable, courtois et simple comme la plupart des hommes de rare mérite. Il assistait régulièrement aux séances de la Société d'anthropologie, où il faisait l'exposé de ses découvertes de la Quina avec talent et avec clarté.

Sa mort est une perte sensible pour les sciences anthropologiques et préhistoriques françaises.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

DIAGNOSTIC DE LA SCLÉROSE EN PLAQUES (1)

Par Henri Roger
Professeur de clinique neurologique à la Faculté de médecine de Marseille

La sclérose en plaques est une affection fréquente dont le diagnostic se pose presque tous les jours en clinique neurologique.

Le tableau classique, dressé à la suite des travaux de Charcot et de Vulpian et d'après la mémorable thèse de Babinski, est loin d'être toujours au complet. La tétrade de Charcot, paraplégie spasmodique, tremblement intentionnel, nystagmus, parole scandée, ne se rencontre que dans les cas très évolués. De nombreux auteurs ont contribué à modifier ce tableau. Citons surtout le beau rapport de Guillain à la Réunion neurologique internationale de Paris (1924). Parmi les remaniements les plus importants, signalons le rôle des troubles sensitifs et sensoriels, auxquels se rattachent pour les premiers le nom d'Alajouanine (Rapport au Congrès des aliénistes et neurologistes de langue française, Barcelone, 1929) et pour les seconds celui de Barré qui a mis en valeur, à côté des troubles oculaires déjà connus, les troubles labyrinthiques. La sclérose en plaques n'est plus une maladie purement motrice, elle est devenu une maladie sensitivo-motrice.

L'anatomie pathologique rend compte de la diversité de ces symptômes : les plaques de sclérose sont disséminées ; elles peuvent siéger, à la fois ou avec prédominance, sur les voies motrices ou sensitives. L'existence des poussées évolutives explique le caractère souvent transitoire des symptômes. Nous verrons quelle est l'importance de cette dernière notion.

Nous diviserons cette étude en deux parties. Dans la première nous exposerons la forme classique, la paraplégie arrivée à un certain stade de son évolution et dans la seconde les diverses variétés cliniques groupées d'après le mode de début, d'après le siège des plaques de sclérose, d'après l'évolution, d'après l'étiologie.

Forme paraplégique des classiques

La caractéristique de cette forme réside dans un mélange de troubles pyramidaux et de troubles cérébello-labyrinthiques (*paraplégie ataxo-spasmodique* de certains auteurs).

a) *Syndrome pyramidal.* La paraplégie est du type spasmodique. Il est rare qu'elle soit complète. Pendant longtemps, les malades restent plus contracturés que parétiques ; ultérieurement, la paralysie s'accentue.

Les réflexes sont d'emblée très vifs ; l'intensité de l'excitation pyramidale est très marquée : clonus du pied, de la rotule. Le signe de Babinski a une zone réflexogène parfois très étendue.

A côté de cette exagération des réflexes tendineux, l'abolition des réflexes cutanés est très précoce, en particulier des réflexes abdominaux (signe de Rosenbach).

Dès le début, contrairement à l'opinion des classiques, il existe des troubles sphinctériens : dysurie, urgence à uriner. Mais ces troubles restent discrets et les malades arrivent plus rarement à la rétention que dans les autres paraplégies spasmodiques.

b) *Syndrome cérébello-labyrinthique.* La démarche est modifiée : à l'enraidissement des membres inférieurs, se surajoute une tendance à la titubation (démarche ébrieuse). La dysmétrie est révélée dans l'épreuve du talon au genou. L'équilibre est défectueux : l'épreuve de Barany effectuée avec le pied est incorrecte.

D'après les classiques il y a peu de troubles sensitifs objectifs. Il n'est cependant pas rare (la moitié des cas) de trouver une hypoesthésie des membres inférieurs par rapport au tronc, mais sans limite nette.

Fait important, si l'on examine l'ensemble du système nerveux, on constate que les signes, quoique prédominant aux membres inférieurs, ne leur sont pas limités. Les lésions sont diffuses, atteignant la face, les membres supérieurs. A ce niveau , une observation complète décèle également une ébauche de syndrome cérébello-pyramidal.

Aux membres supérieurs, il n'y a pas de parésie vraie, mais une exagération des réflexes. Le tremblement intentionnel, tel que le décrivaient les classiques est rare : 14 % des cas. Par contre la dysmétrie est très nette, si on la

(1) Leçon clinique recueillie par le Docteur J. Paillas, chef de clinique.

recherche en faisant effectuer certains mouvements délicats, comme enfiler une aiguille, boutonner un vêtement ou encore dans l'écriture qui est tremblée.

A la face, le syndrome pyramidal se traduit par une exagération du réflexe massétérin. Le syndrome cérébello-labyrinthique est fait de nystagmus spontané, ou, plus souvent provoqué en particulier par l'excursion du regard dans les positions extrêmes, et de scansion de la parole. Marquezy, enfin, a insisté sur l'abolition du réflexe du voile du palais.

L'examen du *liquide céphalo-rachidien* doit être fait, pour peu que le diagnostic soit hésitant : cytologie au voisinage de la normale (de 3 à 10 éléments), hyperalbuminose, discrète au début, normale à la fin ; parfois la réaction méningée est plus marquée. La réaction de Bordet-Wassermann est négative. La réaction du benjoin colloïdal est au contraire positive (Guillain) ; mais un benjoin colloïdal négatif n'est pas un argument contre le diagnostic de la sclérose en plaques (50 % des cas). Par contre Riser et Géraud ont vu le benjoin positif dans la névraxite épidémique.

Malheureusement la ponction lombaire est souvent mal tolérée chez les polysclérotiques.

Diagnostic différentiel. — Le diagnostic se pose en pratique avec deux affections : la syphilis médullaire, les compressions de la moelle.

Dans la *méningomyélite d'Erb*, la paralysie l'emporte sur la contracture ; l'évolution est lente mais sans poussées, en quelques mois. Il existe au début des phénomènes douloureux dans la région lombaire. Les troubles sphinctériens sont importants, plus précoces et plus intenses. La localisation est en général uniquement dorso-lombaire ; aussi les membres supérieurs sont-ils indemnes. Il existe cependant des cas de syphilis nerveuse diffuse, avec non seulement Argyll-Robertson, mais encore quelques symptômes du côté de la face et des membres supérieurs.

L'examen du liquide céphalo-rachidien (hyperalbuminose et hypercytose plus accusées, réaction de Bordet-Wassermann positive) et les antécédents aident au diagnostic, qui cependant est parfois difficile.

Les *compressions médullaires* débutent par un syndrome radiculaire douloureux. Les troubles sensitifs objectifs sont beaucoup plus importants, la limite de l'anesthésie et de l'hypoesthésie est plus nette. Les réflexes de défense y sont marqués. Il existe des phénomènes rachidiens (contracture, algies, signes radiologiques). L'examen du liquide céphalo-rachidien montre une forte dissociation albumino-cytologique, parfois même il est xanthochromique. Le blocage est complet à l'épreuve de Queckenstedt ; la bille lipiodolée s'arrête au niveau de l'obstacle. Mais il faut bien savoir que parfois l'épreuve de Queckenstedt, au cours de la sclérose en plaques, montre un arrêt partiel avec blocage incomplet (thèse d'Alliez) par suite de l'existence de poussées d'arachnoïdite secondaire à des plaques superficielles. De même pour l'arrêt lipiodolé, nous avons eu l'occasion d'observer un cas d'arrêt transitoire, qui faillit conduire à une intervention chirurgicale. Le diagnostic en est donc parfois difficile.

La forme paraplégique des classiques peut prendre divers aspects ; et notamment réaliser un type, à prédominance hémiplégique dû à une plaque de sclérose haut située, et à syndrome sensitivo-moteur rappelant le syndrome thalamo-capsulaire, mais sans participation de la face ; une forme quadriplégique, dont le diagnostic se fera avec la pachyméningite cervicale hypertrophique, une compression médullaire cervicale ou la syringomyélie.

Autres formes cliniques

Formes de début. — Les signes initiaux peuvent être d'ordre sensoriel ou sensitif.

1° Formes sensorielles. — Elles sont oculaires ou labyrinthiques.

a) *Les troubles oculaires* sont sous la dépendance d'une névrite rétrobulbaire. L'amblyopie est généralement unilatérale, parfois bilatérale. Le début est assez brusque, ou tout au moins assez rapide (en quelques jours). La vision n'est pas complètement abolie ; il existe un scotome central ; les troubles prédominent sur le sens chromatique ; le fond d'œil est normal. L'évolution capricieuse se fait par poussées. La régression en est parfois brusque. Plus tard peut apparaître cependant une décoloration blanc-nacré de la papille, segmentaire, prédominant ordinairement sur le champ temporal.

Pareille névrite rétro-bulbaire est assez spéciale à la sclérose en plaques : elle peut toutefois se rencontrer dans des intoxications : alcool, tabac, ou encore dans des infections locales, sinusite surtout. Parfois d'ailleurs le curetage du sinus coïncide avec la guérison de la névrite.

Disons un mot des autres troubles oculaires, plus rares, et moins caractéristiques : *paralysies oculaires* passagères, avec diplopie transitoire faisant songer à la syphilis, *paralysies de fonction*, portant sur les mouvements de latéralité et rappelant ceux de l'encéphalite épidémique.

Cependant des signes pyramidaux discrets peuvent être décelés dès cette période.

b) *Les troubles labyrinthiques* sont très fréquents (Barré, 80 % des cas). Les vertiges peuvent être légers, et sont pris pour une anémie, un début d'intoxication ; plus accusés et s'accompagnant de vomissements, ils sont mis sur le compte d'une affection gastrique : il faut se

méfier de tout vertige accompagné de diplopie ou de sensation de déviation latérale. Particulièrement accusés, ils réalisent le tableau de la labyrinthite aiguë : mais le malade n'est pas sourd et ne perçoit pas de bruits auriculaires.

Ces vertiges, quelle qu'en soit la forme, sont passagers, durent quelques jours, rarement quelques mois.

Un examen détaillé du système nerveux montrerait déjà souvent à ce stade quelques signes d'atteinte cérébello-pyramidale (exagération des réflexes tendineux, Babinski, abolition des réflexes abdominaux), ou un syndrome liquidien.

La fréquence et l'importance des troubles labyrinthiques signalées par Barré ont été également retrouvées dans nos observations.

2° Formes sensitives. — La variété le plus pathognomonique est celle qui débute par une *astéréognosie*, évoluant par épisodes successifs. Le sens du toucher est diminué, ce qui est très gênant dans l'exercice de certaines professions. L'astéréognosie peut être unilatérale, le plus souvent bilatérale.

A côté de cette forme caractéristique, il faut également connaître la forme *céphalalgique* de Foix, à prédominance frontale, sans irradiation à la face, surtout marquée la nuit, et parfois accompagnée de névrite optique avec amblyopie. Quelquefois les algies sont à prédominance faciale, dans le domaine du trijumeau. Il y a lieu en pareil cas de discuter le diagnostic d'avec une tumeur cérébrale, comme nous avons eu l'occasion de le faire pour un malade entré dans notre service avec pareille étiquette.

La forme à *type de décharges électriques* est assez particulière. Elle ne se rencontre guère que dans la sclérose en plaques. C'est une sensation de courant électrique qui survient quand le malade baisse la tête, et irradie depuis le cou jusqu'aux membres inférieurs. On a signalé des douleurs semblables dans de rares cas de commotion médullaire, et de syndrome neuro-anémique.

Les *paresthésies* sont plus fréquentes qu'on ne le dit, au début surtout. Elles peuvent cependant apparaître en cours d'évolution. Elles prédominent au niveau des cuisses, donnant une sensation de constriction particulièrement pénible. Dans certains cas les paresthésies sont diffuses. Elles peuvent ne pas s'accompagner d'exagération des réflexes. Il existe une *forme purement paresthésique*, dans laquelle l'hypertonie ne s'installe que bien plus tard, et pour laquelle il y a lieu de discuter le diagnostic de polynévrite. Certains auteurs ont même décrit un *début polynévritique* de la sclérose en plaques avec l'abolition d'un ou deux réflexes achilléens, une *forme pseudo-tabétique* avec parfois hypotonie.

3° *Formes à début moteur.* — Il s'agit d'une monoplégie brachiale ou crurale massive, qui survient brusquement à l'occasion d'une émotion, qui dure un ou plusieurs jours, puis rétrocède. L'examen est alors négatif. La paralysie se renouvelle parfois à deux ou trois reprises. On porte le diagnostic de paralysie névropathique. Mais cinq à six mois après s'installent des signes indubitables de sclérose en plaques. Ces faits restent exceptionnels (Tinel, Riser et Sorel).

4° *Formes à début psychique.* — Bien étudiées par Lhermitte, par Ombrédanne dans sa thèse, elles peuvent être pures, — éventualité assez rare — ou associées. Elles prennent le type anxieux, avec alternatives d'excitation et de dépression, parfois hallucinations et délire. Plus rarement un état démentiel peut faire envisager le diagnostic de démence précoce ou de début de paralysie générale.

D'une manière générale, au cours de la sclérose en plaques, il existe un fonds psychique particulier, fait d'émotivité, d'irritabilité, d'instabilité affective, d'exagération de l'humeur (gaîté ou tristesse exagérées), de difficulté de l'effort intellectuel.

Formes évolutives. — Les *formes aiguës* ont été étudiées par Géraud dans sa thèse (Toulouse). Riser et Géraud (*Annales de médecine*, 1934). Ces auteurs signalent des cas dans lesquels la maladie brûle les étapes, évoluant en quelques semaines ou en quelques mois. Les troubles moteurs sont très intenses, souvent de type flasque, dus à un foyer de myélite transverse. Le nystagmus est particulièrement marqué. Il existe quelques troubles ataxiques. Le diagnostic est à faire avec certaines myélites aiguës.

En pareil cas le liquide céphalo-rachidien est toujours altéré avec réaction du benjoin colloïdal positive : mais ce benjoin colloïdal serait, d'après ces auteurs, parfois positif dans les infections à virus neurotrope. Les essais d'inoculation des pièces d'autopsie de ces cas aigus chez le singe donnent des résultats discordants.

A côté de ces formes aiguës, il y a lieu de décrire des *poussées évolutives aiguës*, qui en quelques jours complètent un tableau clinique à peine ébauché, transforment un petit parétique en un grand infirme (définitif, ou plus rarement transitoire), des *terminaisons aiguës ou rapides*, qui mettent fin d'une manière inattendue à un syndrome évoluant jusqu'alors d'une manière désespérément lente.

Formes anatomo-cliniques. — A côté de la forme médullaire basse dorso-lombaire habituelle, il y a lieu de décrire des formes hautes. Certaines sont purement *cérébelleuses* ou cérébello-labyrinthiques, d'autres sont à localisation *ponto-cérébelleuse.* Guillain et Mollaret ont décrit une forme *hypothalamo-pédonculaire*, avec tremble-

ment à type parkinsonien, et à type intentionnel et des mouvements involontaires rappelant l'hémiballisme.

Les *formes pyramidales* sont les plus courantes. Les *formes sensitives*, localisées aux cordons postérieurs, ont une prédominance sur les membres inférieurs, à tel point que parfois on les a confondues avec des polynévrites (*formes pseudo-névritiques*) ou avec un tabès (*formes pseudo-tabétiques*).

Formes étiologiques. — La sclérose en plaques est une maladie des adultes jeunes : elle se rencontre le plus habituellement entre 20 et 40 ans. Cependant on a pu décrire des *formes infantiles* et des formes chez des personnes âgées, dont la *forme ménopausique* (Laignel-Lavastine).

En résumé la sclérose en plaques se caractérise par l'intrication étroite d'un syndrome pyramidal et d'un syndrome cérébello-labyrinthique. L'évolution se fait par poussées ; les symptômes oculaires, labyrinthiques et sensitifs (épisodes astéréognosiques) y sont fréquents et en marquent souvent le début. Du point de vue humoral la réaction du benjoin colloïdal du liquide céphalo-rachidien est la plus caractéristique.

Diagnostic différentiel. — Les éventualités les plus fréquentes à discuter sont la névrose ; la syphilis, la névraxite épidémique.

1° *La névrose.* Un début de sclérose en plaques par une amaurose transitoire sans signes ophtalmoscopiques ou par des vertiges passagers *sine materia*, ou par un épisode astéréognosique, ou mieux encore par une de ces paraplégies ou monoplégies flasques qui durent un un à deux jours et se répètent à deux ou trois reprises, a pu souvent être prise pour un tableau névropathique. Cependant même à ce moment-là, la recherche systématique de petits signes d'organicité (abolition des réflexes abdominaux chez un sujet jeune, exagération des réflexes, signe de Babinski) permet le plus souvent de confirmer l'atteinte lésionnelle. En tout cas l'évolution signera plus tard le diagnostic.

On avait autrefois décrit des associations névroso-organiques ; une de mes premières publications concerne un cas intitulé sclérose en plaques et hystérie : il s'agissait d'un malade dont le tremblement intentionnel était apparu aussitôt après un accident de voiture. En réalité la bizarrerie de l'apparition et de la disparition de certains symptômes polysclérotiques pouvait faire penser à l'hystéro-traumatisme : mais actuellement nous la mettrions sur le compte de la sclérose en plaques seule.

2° *La syphilis.* Le diagnostic est le plus souvent à discuter, aussi bien pour le début oculaire, labyrinthique que paraplégique, et bien des controverses se sont donné libre cours à ce sujet.

En général l'évolution moins capricieuse, la moindre dissémination des symptômes et surtout les réactions de laboratoire (B. W. positif dans le sang et principalement dans le liquide céphalo-rachidien) signent le diagnostic. L'épreuve thérapeutique n'a pas ici de valeur absolue. Car une poussée évolutive de sclérose en plaques peut guérir spontanément alors qu'elle paraît rétrocéder sous l'influence d'un traitement anti-syphilitique concomitant ; et inversement une paralysie oculaire d'origine syphilitique peut exceptionnellement disparaître sans le secours d'aucune thérapeutique, aussi bien que si elle était due à une plaque de sclérose.

Le problème est encore compliqué du fait que la syphilis peut présenter dans quelques cas des foyers multiples simulant la sclérose en plaques. D'autre part dans certains cas exceptionnels une sclérose en plaques authentique peut se développer chez un ancien syphilitique à l'occasion d'un traitement arsenical ou bismuthique, comme nous l'enseignons depuis longtemps, et comme nous y avons récemment insisté avec Alliez (La sclérose en plaques post-arséno ou bismuthothérapique chez les syphilitiques, *Sud Médical*, 15 avril 1936) et avec Garcia (Thèse Marseille, 1 935-1936).

3° *La névraxite épidémique.* Cette distinction doit être envisagée surtout dans les formes supérieures de la sclérose en plaques à type de diplopie, de vertiges. On a même décrit une forme somnolente de la sclérose en plaques. Ces deux affections sont souvent protéiformes : et comme les preuves biologiques manquent, il est souvent difficile de classer tel ou tel syndrome dans telle ou telle catégorie d'infection nerveuse.

Après avoir limité autrefois le domaine de la sclérose en plaques à la forme surtout paraplégique, peut-être ne faudrait-il pas, par un excès contraire et malgré la fréquence actuelle de cette infection, en étendre le domaine d'une façon exagérée, comme on l'avait fait avant-guerre pour celui de la syphilis nerveuse. Car à côté du virus névraxitique et du virus inconnu polysclérotique, il est d'autres virus neurotropes dont l'étude s'ébauche à peine et dont la symptomatologie se précisera certainement un jour.

LES GROSSESSES PROLONGÉES (*)

Par Mlle le Docteur M. TISSERAND

Ancien chef de clinique obstétricale de la Faculté de Paris

« Toute grossesse qui dépasse la date de 300 jours est une grossesse prolongée. » Telle est la définition actuellement classique.

Un certain nombre de facteurs ont été invoqués pour expliquer la prolongation de la grossesse. Ce sont toutes les causes qui gênent l'engagement précoce, telle que l'insertion basse du placenta, un bassin rétréci, qui évitent les excitations intempestives du segment inférieur et les réflexes de contraction qui en sont la suite,

Les multipares accouchent en général plus tard que les primipares et feraient plus facilement des grossesses prolongées.

Le facteur familial ou constitutionnel semble bien établi dans certaines observations et les règles longues ont été indiquées par Schrœder comme une cause de gestation prolongée. En tout cas la longueur du cycle menstruel influe sur la durée de la grossesse.

Pour de Lée, les femmes qui ont eu une puberté tardive accouchent tardivement.

Quant à l'influence des saisons elle paraît importante. Il y a lieu de supposer que l'insuffisance des vitamines en hiver qui retarde le développement du fœtus fait que l'été l'accouchement est retardé. La courbe d'été coupe celle de l'hiver à partir du 286e jour et la dépasse après d'une façon à peu près constante. La durée de la gestation est donc plus longue en été mais le poids et la taille de l'enfant restent identiques à ce qu'ils sont en hiver.

L'hyperthyroïdisme, le goitre congénital, un dysfonctionnement ovarien d'origine hypophysaire ont été également invoqués pour expliquer la prolongation de la grossesse.

Quoi qu'il en soit, il existe un nombre assez important d'observations qui permettent de penser que la grossesse prolongée existe.

C'est ainsi que Poulenan cite dans le *Bulletin Soc. Sc. vétérinaires de Lyon*, mars-avril 1931, pages 56 et 57 le cas d'une vache dont la gestation dura dix mois et onze jours et qui mit bas un veau pesant 73 kgr. 500.

Cho (1) a étudié en détail les particularités de 721 femmes ayant dépassé 281 jours de gestation. Il a constaté que sur l'ensemble des femmes prêtes à accoucher 48,2 % dépassaient 281 jours de gestation et 6,37 % dépassent 301 jours. En ce qui concerne la position du fœtus, la présentation occipitale étant rencontrée dans 92,78 % des cas, la déflexion dans 0,69 %, la présentation pelvienne dans 5,27 %, la transverse dans 0,17 %. La durée du travail était normale chez les multipares — un peu plus longue chez les primipares. La fréquence des accidents (hémorragies, rupture prématurée des membranes, retard de la délivrance) parallèle au nombre de jours de prolongation ; l'application de forceps était assez élevée et également parallèle au nombre de jours de prolongation. Au point de vue du développement fœtal, peu d'enfants étaient des géants, quelques-uns n'avaient pas le poids et la taille d'un fœtus à terme, mais dans l'ensemble, le poids, la taille et le périmètre céphalique étaient plus élevés qu'en moyenne. Sur ces enfants 55,12 étaient du sexe féminin et 44,84 % du sexe mâle ; plus la gestation se prolonge, plus le pourcentage des mâles s'élève. La fréquence d'asphyxie du nouveau-né 5,82 % et sa mortalité 2,22 % sont nettement en rapport avec la durée de la gestation.

Tausch (2) rappelle un certain nombre de cas de gestations prolongées et notamment ceux de Futh (376 jours et 355 jours) de Wittenbeck 360 jours, de Porchownik 351 jours, de Krevet 344 jours. Simpson (3) a observé des accouchements au 319, au 324, au 332 et au 336e jour. Ayant réuni 782 observations prises par trois médecins dans leur clinique ; il arrive à la conclusion que l'aménorrhée gravidique a duré du 288e jour au 294e jour dans 12,65 % des cas ; du 295 au 301e jour dans 8,06 % des cas, du 302 au 326e jour dans 2,55 % des cas.

Sellet dans le service de Pinard sur 10.000 grossesses a trouvé 409 grossesses qui avaient

(*) Nous avons beaucoup emprunté pour la rédaction de cet article au livre de notre Maître, le Professeur agrégé Henri VIGNES, intitulé « *La durée de la grossesse et ses anomalies* », chez Masson, édit., Paris, 1933.

M. Vignes a eu l'extrême amabilité de me confier toute la documentation qu'il a recueillie ultérieurement sur ce sujet.

(1) D. CHO. — Relations between prolongation of pregnancy and labour. *Japanese jour of obs et gyn.*, n° 5, octobre 1933.

(2) SIMPSON. — *Clinique obstétricale et gynécologique*, 1874, p. 65 et suivantes.

(3) H. VIGNES. — Poids des enfants nés à terme. *Revue anthropologique*.

H. VIGNES et VERGÉ BRIAN. — Age de la grossesse. *Annales de médecine légale*, la première série se rapporte à des femmes accouchées à la Maternité, la seconde à sa clientèle.

dépassé le 300e jour. Henri Vignes dans deux publications différentes portant sur 2.378 grossesses a relevé 161 cas soit 6,7 % où l'aménorrhée gravidique a duré plus de 280 jours. Plus récemment Margas a relevé sur 1.724 accouchements, vingt-sept cas où la grossesse avait dépassé les 10 mois de plusieurs jours soit 1,55 % (1) et Rosenblatt (2) estime le nombre des grossesses dépassant 280 jours à 10 % et celles dépassant 300 jours à 2 %.

Si nous prenons comme point de départ non plus les dernières règles mais le dernier coït nous trouvons aussi quelques chiffres élevés : Reid parle de 294 jours dans un cas et Siégel de 320 jours. On pourrait multiplier les observations de ce genre. Aristote considère le dixième mois comme le terme le plus ordinaire de la grossesse mais il admet que la grossesse pouvait entamer le onzième mois. Riolan a parlé d'accouchement au douzième mois et au quinzième mois. Smellie pensait qu'une femme peut dépasser le terme ordinaire de la grossesse de 4 à 5 semaines pour le moins. Cazeaux ne croyait pas impossible de dépasser le dixième mois révolu, mais considérait ces cas comme rares, mais il est plus intéressant de chercher comment expliquer tous ces faits.

Tout d'abord certains auteurs nient la possibilité d'une prolongation de la grossesse. Citons trois auteurs français : Depaul, Tarnier et Pinard parmi les nombreux partisans de cette idée.

Pour Depaul, il est possible que l'accouchement ait lieu du 265e jour au 270e jour après le coït et il ne peut avoir lieu plus tard sauf obstacle prævia ; même opposition pour Tarnier. Enfin le Professeur Pinard dès 1875 dans la thèse de son élève Gaston prend position dans le même sens que ses maîtres Depaul et Tarnier, tout en reconnaissant que la durée de la grossesse peut un peu varier (par rapport à la date du coït) il n'admet que de courtes variations entre 267 et 274 jours.

Cela tiendrait à ce que nous ne connaissons pas la date exacte de la conception. Si la durée de la gestation est immuable et si la date de la conception peut varier du premier au dernier jour du mois on aura ainsi, un délai maximum de 300 jours ou un peu plus après les dernières règles : l'aménorrhée gravidique pourra varier de 267 jours au minimum à 274 + 28 ou 30 jours. Cette idée que la grossesse a une durée immuable a eu de tout temps des partisans et les anciennes lois s'en sont inspirées : la loi des douze tables (451 av. J.-C.) décidait que les enfants nés plus de 10 mois après la mort de leur père supposé ne devaient pas être regardés comme légitimes. Le Code de Justinien (lequel de 527 à 565 après J.-C.) entérine la même disposition et la formule ainsi : « Post decem menses mortis natus non admittitur ad legitimatam hereditatem ».

Certains accoucheurs, dans leurs écrits ont témoigné d'une grande prudence à se compromettre sur la question des gestations prolongées. Du nombre était Mauriceau et Nægele. Telle est aussi l'opinion des juristes prudents qui ont rédigé le Code civil français : « La légitimité de l'enfant né 300 jours après la dissolution du mariage, disent-ils, pourra être contestée » ; le mot pourra a un sens dubitatif et une séparation de 300 jours ne constitue pas une preuve absolue en faveur d'un désaveu de paternité. C'est dans le même sens qu'a jugé le Lord Chancelier d'Angleterre après la guerre 1914-1919 de légitimité d'un enfant né 331 jours après la dernière permission du mari : celui-ci n'ayant pu faire la preuve de l'adultère de sa femme a été considéré comme étant le père de l'enfant.

Les faits que nous avons rapportés semblent bien témoigner de la réalité d'une prolongation de certaines grossesses. Sans doute il peut y avoir des erreurs ou des supercheries de date et il va de soi que pas mal de grossesses dites prolongées, reconnaissent cette origine, ou bien il y a eu retard de l'ovulation, ou bien il y a eu réellement grossesse prolongée. Un retard de l'ovulation et de la nidation explique certaines grossesses dites prolongées. Nous avons vu que l'aménorrhée gravidique peut être augmentée de quelques jours chez la femme dont le cycle menstruel est un peu plus long et dont l'ovulation est tardive. Aussi bien une femme peut être fécondée, lors de l'ovulation, qui, vers la fin d'une période, d'aménorrhée, prépare le retour des règles ; l'aménorrhée pathologique s'additionne alors à la durée de l'aménorrhée gravidique pour faire un total parfois respectable.

L'hypothèse d'une gestation prolongée semble devoir être examinée pour certains autres cas.

Charpentier a soigné une dame qui eut sept grossesses prolongées et qui donna naissance à des enfants dont les poids variaient entre 4.570 et 5.100 grammes. Tous ces enfants dont la longueur était de 53 à 54 centimètres présentaient un tête plus ossifiée qu'à l'état normal Plus récemment Droux (1) rapporte l'observation d'une primipare qui eut ses dernières règles du 6 août au 12 avec un coït unique le 25 août qui eut le 25 mai un faux travail avec un col effacé — qui cessa de sentir remuer le 17 juin, qui accoucha le 19 (308 jours après les dernières règles) d'une enfant de 4.500 grammes et qui eut

(1) *Bruxelles Médical*, 22 mars 1931.
(2) *Monatschrift zur Gebürtshülfe und gynecologie*, T. LXXXV, nº 4, juillet 1930.

(1) Droux. — A propos d'un cas de grossesse prolongée. *Journal des Praticiens*, 14 mai 1932, p. 326.

son retour de couches le 18 juillet soit 29 jours après l'accouchement. Peut-on affirmer que ces faits soient bien interprétés, qu'il s'agisse réellement de grossesses prolongées ? La coïncidence d'une aménorrhée gravidique anormalement prolongée avec des signes tirés du poids et de la longueur, fournit un élément important d'appréciation. Cependant le Professeur Pinard révoque en doute l'argument tiré du poids. Sur 409 aménorrhées gravidiques de plus de 300 jours son élève Sellet répartissait ainsi les poids du fœtus ; huit enfants de 2.000 à 2.500 grammes ; 78 de 2.500 à 3.000 grammes ; 158 de 3.000 à 3.500 grammes ; 110 de 3.500 à 4.000 ; 45 de 4.500 à 5.000 ; 2 de 5.000 à 5.500. Les gros enfants ne sont pas particulièrement fréquents dans cette série ; 9 seulement dépassent 450 grammes et ce sont des enfants syphilitiques, en sorte que Sellet se demande comment certains auteurs ont pu tirer du poids du fœtus un argument en faveur de la grossesse prolongée.

La notion de faux travail à la date calculée et un mois avant la date réelle a été donnée comme preuve de prolongation et a suscité une importante littérature. Le problème est on le voit très compliqué. Le Professeur Fruhinsholz pour l'étudier a accepté comme cas de gestation dite prolongée seulement ceux où une femme bien portante soumise à un rythme menstruel bien défini et jusqu'alors invariable, femme, par ailleurs assez intelligente et assez précise dans ses réponses pour que son témoignage ait quelque valeur, accouchait plus de neuf mois solaires révolus après les premières règles manquantes et non après les dernières règles présentes, c'est donc faire bonne mesure. Or de janvier 1923 à mai 1929, sur un total de 7.200 accouchements environ, Fruhinsholz a trouvé trente cas de gestations certainement prolongées répondant à son critérium.

Il est donc légitime d'admettre conclut Fruhinsholz, que dans l'espèce humaine comme dans la plupart des espèces animales la durée de la gestation n'est pas rigoureusement invariable : elle paraît susceptible de se mouvoir entre une limite courte de 270 jours environ et une limite longue qui excède rarement dix mois de durée réelle ou effective, soit onze mois de durée apparente relativement aux dernières règles observées.

Si la grossesse prolongée n'est pas impossible, il nous faut l'expliquer : par quel mécanisme.

Divers auteurs ont pu prolonger la gestation chez le rat par l'injection d'extrait de corps jaune : prolongation allant de un à six jours avec fréquentes naissances de rats mort-nés. D'autres ont obtenu le même résultat par l'injection d'extrait antérieur d'hypophyse.

Au total, divers facteurs endocriniens peuvent être en cause (1).

Une autre notion doit être prise en considération c'est que l'enfant trop mûr serait un enfant anormal. La prolongation du séjour *in utéro* constitue une vraie maladie. Il y a parmi ceux-ci beaucoup de morts imméritées : morts *in utéro*, morts au cours d'un accouchement non dystocique ou d'un forceps bien simple, morts inexpliquées dans les premiers jours qui suivent la naissance.

La grossesse prolongée si elle existe est-elle fréquente ? Non dit Nicholson et cet auteur s'élève contre la croyance que 6 à 8 % des gestations aillent au delà du terme. Les cas existent mais seraient bien plus rares (2). On a cherché des critères scientifiques permettant d'être affirmatif. Sellhein (3) a caractérisé dans le sang la sécrétion placentaire. Si à terme on constate une réaction forte, c'est qu'il y a gestation prolongée et il faut l'interrompre artificiellement.

On a également trouvé un signe dans la modalité de la glycosurie phloridzique. On sait que chez la femme enceinte la dose de phloridzine capable de déterminer la glycosurie est dix fois plus que la dose nécessaire pour obtenir le même effet chez la femme non enceinte. Or, l'abaissement du seuil rénal pour le sucre qui permet cette plus facile provocation pour la glycosurie par la phloridzine apparaît en cas de grossesse prolongée pendant le temps de l'anormale prolongation. On aurait là aussi, un moyen intéressant de faire le diagnostic d'une durée prolongée. Cette affirmation appelle cependant des vérifications de contrôle.

Si l'on arrive à prouver qu'une grossesse est indûment prolongée y a-t-il lieu de l'interrompre ? Ceci peut sembler logique et certains accoucheurs n'hésitent pas à provoquer l'accouchement prématuré, quand ils croient échu le terme normal. Inutile de dire que les accoucheurs n'admettant pas la possibilité d'une post-maturité, ne se croient pas autorisés à interrompre une grossesse pour ce motif. Mais parmi ceux qui croient à cette possibilité un grand nombre se refusent à l'intervention. Par exemple Nicholson considère que la prématurité n'offre nul danger et Boyd discutant la communication de Nicholson estime que la pratique de la provocation est néfaste. D'autres sont plus éclectiques. Pour Köhler la grossesse prolongée n'est pas à elle seule un motif de provoquer l'accouchement. Mais il faut surveiller le rapport entre les

(1) Un trouble endocrinien expliquerait pourquoi de Lee a souvent observé des grossesses longues chez les femmes ayant une puberté tardive.

(2) W.-R. Nicholson. — Certain observations regarding, prolongation of pregnancies. *American Journal of obstetric and Gyn.*, n° 5, novembre 1926.

(3) *Munch. med. Woch.*, 1er juin 1928.

dimensions du fœtus et celles du bassin et si le fœtus devient trop volumineux, il faut interrompre la gestation.

H. Vignes montre à quel point la question est angoissante. Si nous admettons la réalité de la post-maturité suivant le schéma de Frühinsholz ce n'est pas la post-maturité ce sont les tares, associées qui représentent le danger. Et alors il est imprudent de faire courir à ces enfants tarés les risques d'un accouchement provoqué. Pourtant ces enfants tarés ne peuvent pas ne pas être en danger *in utéro*.

Rosenblatt estimant que les grossesses prolongées ont des conséquences sérieuses pour le nouveau-né et pour la mère s'est proposé de faire le diagnostic et le traitement tout à la fois. Knaus a démontré que les extraits post-hypophysaires ne déclenchent l'accouchement que chez la femme à terme. En cas de grossesse prolongée l'injection de petites doses provoque des contractions utérines énergiques et cet effet prouve que la durée normale est dépassée. Aussi Rosenblatt procède-t-il de la façon suivante : il injecte toutes les deux heures 0,1 à 0,125 c. c. de pituitrine sans dépasser la dose totale de 0,5 à 1c. c. et il cesse dès que les contractions apparaissent.

CONCLUSIONS. — Il résulte de ce travail que nous sommes encore dans l'incertitude au sujet de la question des grossesses prolongées. Il semble toutefois difficile de ne pas admettre l'existence de ces dernières tout en constatant leur rareté, bien que nous ne soyons pas en possession à l'heure actuelle d'un moyen de diagnostic fidèle.

L'OSTÉOSYNTHÈSE AU POINT DE VUE BIOLOGIQUE

Influence de la nature du métal

Dans leur intéressant ouvrage sur cette question (Masson, édit.), MM. MENEGAUX et ODIETTE ont réuni toutes les notions un peu éparses qui montrent d'une manière incontestable que les métaux couramment utilisés en chirurgie humaine sont doués d'une toxicité importante et que leur présence entraîne des perturbations qui ne sont pas négligeables, dans les tissus avec lesquels ils sont en contact. La contribution personnelle apportée, à la question, par ces auteurs, donne à leur livre, un intérêt de premier ordre.

Une prothèse, pour être bien tolérée, doit remplir certaines conditions mécaniques, chirurgicales et biologiques, dont il faut tenir compte, quelles que soient les techniques et la nature du métal utilisé.

Dans leur travail, Menegaux et Odiette ont abordé le problème complexe de l'action des différents métaux sur les cultures de tissus, partie expérimentale qui étudie l'action cytotoxique des métaux, et permet de les classer selon qu'ils sont *très, moyennement ou non toxiques*, vis-à-vis des tissus étudiés, fibroblastes, ostéoblastes provenant d'embryons de poulets, ostéoblastes humains, ostéoblastes cultivés en vie ralentie.

Ils ont ensuite envisagé l'action freinatrice des métaux, sur la fixation des sels phospho-calciques et fait des expériences de contrôle sur des animaux divers : des rats, des lapins et des chiens.

Tous les chirurgiens qui pratiquent des ostéosynthèses trouveront dans ce livre des précisions sur la manière dont réagit l'organisme, vis-à-vis des prothèses métalliques, et un groupement pratique des métaux, selon leur degré de toxicité ; les auteurs nous montrent que l'acier doux, le fer, le bronze d'aluminium sont très toxiques, que la plupart des aciers inoxydables le sont moins, que le plomb, l'aluminium et l'or ne le sont pas.

Les résultats pratiques de ces belles recherches donneront, nous n'en doutons pas, une nouvelle impulsion à l'admirable opération qu'est l'ostéosynthèse.

Dr Raphaël MASSART.

SUR UN CAS D'INFANTILISME RÉNAL

Par MM.

Pierre Oury — Médecin de l'Asile National de St-Maurice

Jacques Dubois — Interne des Hôpitaux de Paris

René Mantes — Interne de l'Asile National de St-Maurice

Infantilisme, nanisme, rachitisme rénal sont des faits très voisins au point de vue doctrinal, mais qui diffèrent par quelques variantes cliniques. De nombreux travaux y ont été consacrés en ces dernières années ; mais la rareté relative de pareils faits nous a incités à publier une observation d'infantilisme rénal, recueillie à l'Asile national de Saint-Maurice. Cette observation nous a paru, d'autant plus intéressante que les cas d'infantilisme rénal ont été relatés en beaucoup moins grand nombre, que ceux de nanisme ou de rachitisme rénal. Pourtant, dès 1913, Comby consacrait un mémoire à l'infantilisme rénal, et certaines observations, particulièrement celle de Jacob et Durand, se rapprochent de la nôtre à plusieurs points de vue. Quant aux travaux consacrés au nanisme rénal en général, bien que presque tous postérieurs à 1911, date à laquelle Fletcher a nettement individualisé le syndrome, ils sont aujourd'hui très nombreux, en France et plus encore à l'étranger. Mais nous rappellerons particulièrement les travaux d'Apert, qui, avec ses élèves, fut des premiers à étudier cette affection, et a publié tout récemment encore, plusieurs observations de nanisme rénal avec ou sans lésions osseuses.

L'observation de notre malade présente certaines particularités cliniques, qui, avec les données pathogéniques que l'on peut en déduire, nous ont fait penser qu'elle mérite d'être publiée.

Observation. — M. G..., 23 ans, sans profession. Dès qu'on interroge ce malade, on est surpris de l'entendre annoncer un âge de 23 ans, alors que sa petite taille et plus encore l'expression naïve de sa physionomie, son visage joufflu, creusé de fossettes quand il sourit, donnent l'impression d'un enfant de 13 ou 14 ans.

Il ne peut donner aucun renseignement, ni sur ses ascendants, ni sur sa première enfance. Né en France, il a passé ses premières années à la Martinique, ou à Paris, il a dû subir une trachéotomie pour croup, et a contracté à 7 ans, la dysenterie amibienne dont il a guéri au bout de un an. Ces deux alertes passées, il était, dit-il, parfaitement bien portant, se développait normalement, et semblait promettre d'être grand et vigoureux.

C'est à l'âge de 12 ans — soit deux ans environ après son retour en France, que remonte réellement l'histoire pathologique de notre malade ; l'accident initial a été, semble-t-il, une pneumopathie aiguë étiquetée congestion pulmonaire, pour laquelle il a été hospitalisé pendant un mois. Durant la convalescence, on découvre l'existence d'une albuminurie dont le taux atteignait alors, d'après les souvenirs du malade, 15 grammes par litre.

Depuis lors, jamais ce sujet n'a recouvré un état de santé satisfaisant :

Une lésion rénale a persisté, traduite par :

— une albuminurie permanente, de 1 gr. 50 à 2 grammes par litre ;

— une hypertension artérielle à 20-11 en moyenne, sans œdèmes, sauf un peu de bouffissure éphémère de la face ;

— l'état général est resté profondément atteint, incompatible avec toute activité professionnelle La moindre fatigue, la moindre poussée infectieuse rhino-pharyngée ou pulmonaire, déclenchaient une augmentation de l'albuminurie, une élévation de la tension artérielle, quelquefois, en outre, des crampes dans les membres, de la céphalée, des troubles visuels ; c'est la dernière en date de ces poussées qui l'a conduit à l'hôpital, puis à l'Asile de Saint-Maurice.

— Enfin et surtout, c'est très nettement depuis que s'est manifestée cette lésion rénale, soit depuis l'âge de 12 ans, que ce sujet a cessé de se développer normalement ; la poussée de croissance physiologique ne s'est pas produite à la puberté, et son état ne semble guère avoir évolué depuis lors, ni au point de vue physique, ni au point de vue mental.

Aujourd'hui, sa taille 1 m. 55, son poids 47 kgr. sont ceux d'un garçon de 14 ou 15 ans ; et il affirme que son aspect actuel ne diffère guère de ce qu'il était à 13 ans, et on le conçoit volontiers à voir l'allure juvénile de sa physionomie. Les joues ne portent pas trace de barbe, il n'existe qu'un léger duvet sur la lèvre supérieure ; les poils pubiens existent mais sont clairsemés, les poils axillaires manquent complètement ; la peau a généralement un aspect sec et jaunâtre, comme s'il existait un trouble de la sécrétion sudorale.

La verge est assez bien développée, mais le testicule droit est ectopique aisément perceptible dans le pli inguinal, le testicule gauche est très petit, mou, sa sensibilité semble émoussée, il n'existe pas de réflexe crémastérien, néanmoins, ce malade affirme avoir des rapports sexuels normaux.

Ce sujet semble normalement intelligent, sa mémoire est bonne, son caractère habituellement gai, mais parfois ombrageux et susceptible. Dans son activité habituelle comme dans son affectivité, il est des traits qui sembleraient indiquer une certaine maturité : mais le milieu d'adultes dans lequel il se trouve vivre a, sans doute, une influence sur son comportement. D'autres indices, au contraire, indiquent une mentalité tout à fait juvénile. C'est ainsi qu'il ne s'affecte guère de n'être pas apte à gagner sa vie, ne semble pas comprendre ce que cette situation a d'anormal à son âge. On a l'impression que, placé au milieu d'enfants de 12 à 14 ans, il en partagerait très facilement les goûts et les distractions.

S'il existe, chez ce malade, un état d'hypotrophie et de juvénilisme certain, il nous a par contre été impossible de retrouver, ni cliniquement, ni radiologiquement, les lésions osseuses sur lesquelles on insiste dans la plu-

part des observations analogues. Nous signalerons seulement l'absence d'appendice xyphoïde, et l'existence de malformations dentaires, d'ailleurs non-caractéristiques de l'hérédo-syphilis. Celle-ci a d'ailleurs été recherchée à maintes reprises, tant par la clinique que par les réactions sérologiques, et aucun argument probant n'a jamais pu être retenu en faveur de leur existence.

Notons encore que ce malade n'a aucune de ses dents de sagesse, ce qui est banal ; mais il dit n'avoir perdu ses dernières dents de lait qu'à l'âge de 16 ans, ce qui est franchement pathologique.

La tension artérielle est de 15-12. La pointe du cœur bat à sa place normale, le deuxième bruit du cœur est claqué, et il existe un souffle systolique discret à la pointe.

L'examen somatique complet n'a pas révélé d'autre lésion viscérale importante.

L'examen des urines a montré : une albuminurie à 1 gr. 50. Quelques cylindres hyalins.

L'examen du sang a confirmé l'existence de la néphrite : l'excès d'urée sanguine : 0 gr. 56 par litre, est modéré ; mais l'élévation de la chlorémie : 4 gr. 08 est plus nette, et il existe, en outre, un léger degré d'acidose, la réserve alcaline étant abaissée à 42 volumes.

Il a montré, en outre, un trouble léger des facteurs d'ossification :

Petite hypocalcémie : 0,092 par litre (en calcium).

Petite élévation des phosphatases : 0,013 (en Po^4H^3).

Le métabolisme basal de ce malade a été trouvé égal à 51,3 cal., soit en augmentation de 11,6 % sur la valeur normale, prise égale à 44 cal.

Chez ce malade on peut donc relever deux ordres de symptômes : les uns traduisant l'existence d'une néphropathie, les autres relevant d'un trouble profond de la croissance et réalisant un infantilisme ou plus exactement un juvénilisme ; soit deux ordres de troubles certainement liés entre eux, mais selon des modalités qui sont à discuter.

La néphropathie est ici une néphrite chronique ; c'est là, d'ailleurs, la lésion rénale qu'on voit de beaucoup le plus fréquemment être à l'origine de troubles du développement. Cependant, il n'en est pas toujours ainsi, car des lésions très diverses ont pu être incriminées : lithiase urinaire (Foubert), pyélonéphrite chronique (Sendrail), néphrose lipoïdique dans une observation récente de Lesné, Oberling et Launay ; mais il semble que ces lésions comportent toujours un état de sclérose du rein (Hamfeil et Walter). Il est vraisemblable que la néphrite de notre malade est, du point de vue anatomique, une néphrite atrophique scléreuse interstitielle, qui reste la lésion de beaucoup la plus habituellement constatée lors des autopsies. Cliniquement c'est, selon la règle, une néphrite non-œdémateuse modérément hyperazotémique, traduite surtout par de l'albuminurie. Mais un point qu'il faut souligner est l'importance de l'hypertension artérielle, remarquable surtout eu égard à l'âge du malade, et qui semblerait parfaitement compensée malgré la gravité classique de l'hypertension des jeunes, n'était l'existence d'un souffle d'insuffisance mitrale fonctionnelle. Il est également intéressant de noter avec quelle netteté l'hypertension artérielle constitue ici une conséquence directe de la néphrite chronique, étant apparue en même temps qu'elle, et étant sujette à des poussées paroxystiques contemporaines de ces poussées d'albumine que déclenchent fatigues et infections.

Un autre fait, frappe encore quand on compare le cas de notre malade aux cas antérieurement publiés, c'est que es néphropathies, qui retentissent assez gravement sur l'organisme pour en troubler le développement, comportent habituellement un pronostic très grave, et ne sont que très rarement compatibles avec une survie qui excède cinq à six ans. Or, ici, il n'en est rien, puisque la néphrite évolue déjà depuis dix ans et ne semble pas mettre en danger la vie de notre malade. Apert, qui insiste sur la gravité habituelle du pronostic, a publié récemment, avec Bréhier, deux cas de nanisme rénal fruste où, comme dans notre cas, l'azotémie est modérée, où le processus de sclérose rénale ne semble plus progressif et où il pense pouvoir atténuer le pronostic habituellement très sombre du nanisme rénal, et conserver quelque espoir de guérison. Fait à retenir, on ne pouvait retrouver chez ces deux malades, de même que chez le nôtre, aucune des manifestations osseuses caractéristiques du rachitisme rénal. Sans doute, la moindre gravité de la néphrite, son retentissement moins profond sur l'état général expliquent-ils, pour une part cette, absence d'un signe habituel ; mais un autre facteur certainement essentiel dans notre cas est l'âge où la maladie a commencé, 12 ans, âge bien plus avancé que celui des malades ordinairement atteinst de rachitisme ou de nanisme rénal proprement dit, âge où le système osseux est déjà trop évolué pour se remanier profondément. Notons cependant que dans l'observation récente de Lesné, Oberling et Launay, il n'existe pas non plus de lésions osseuses bien qu'on ne retrouve ni le facteur de moindre gravité de la néphrite, puisque la mort est survenue au bout de cinq ans d'évolution, ni le facteur âge puisque l'enfant avait quatre ans et demi à l'apparition des premiers symptômes.

Les troubles du développement, que présente notre malade ont cette autre particularité de comporter une absence de maturation sexuelle qui caractérise un infantilisme ou plus exactement un juvénilisme rénal. Nous pouvons ici encore faire intervenir ce deuxième facteur : facteur âge car la néphrite a débuté peu avant la puberté ; facteur moindre gravité, car elle a permis une survie qui a mené notre malade jusqu'à l'âge adulte, fait assez exceptionnel qui a permis au juvénilisme de s'affirmer de toute évidence.

Mais à ce propos, nous croyons devoir revenir sur les anomalies testiculaires de notre malade ; car si l'on peut admettre que le testicule gauche est resté atrophique par défaut d'évolution pubertaire, l'existence d'une ectopie testiculaire droite indique nettement un terrain anormal du point de vue endocrinien. Sans doute ces lésions testiculaires seraient-elles insuffisantes pour expliquer, à elles seules le juvénilisme, d'autant qu'on n'y trouve associé aucun signe d'insuffisance hypophysaire ou thyroïdienne, *le métabolisme basal étant même en légère augmentation.* Néanmoins, leur existence est à retenir, parce qu'on a souvent insisté sur l'intégrité des glandes endocrines dans le véritable nanisme rénal, et parce que, lorsqu'on a fait intervenir des troubles endocriniens dans sa pathogénie on n'a pu que difficilement en démontrer l'existence, après autopsie, sur la foi de lésions histologiques parfois contestables. Ici, nous avons une manifestation clinique d'un état endocrinien pathologique antérieur à la néphrite, notion qui apporte un élément intéressant à la discussion des rapports existant entre les deux faits cliniques : néphrite chronique et juvénilisme.

On pourrait à ce propos, en reprenant les diverses théories pathogéniques qui ont été énoncées à propos du nanisme rénal, discuter plusieurs hypothèses :

— Pour beaucoup, la néphrite doit être tenue pour seule responsable de l'arrêt du développement, par un mécanisme qu'il est d'ailleurs bien difficile de préciser : le défaut de sécrétion interne du rein n'est guère admis. On invoque plus souvent un trouble humoral en rapport avec l'insuffisance de la sécrétion rénale, véritable intoxication, pour Apert, qui empêcherait le développement de l'organisme, soit par réaction directe, soit en troublant les sécrétions hormonales. Dans notre cas, les troubles du métabolisme du phosphore et du calcium, auxquels la plupart des auteurs accordent une très grande place (Lathrop, Parsons, Demenett, Mitchell et Guest) ne semblent pas jouer un rôle considérable vu l'absence de déformations osseuses et le faible degré des troubles du calcium et du phosphore sanguins.

— D'autres auteurs accordent, à des lésions endocriniennes, le rôle essentiel ; pour eux, elles provoqueraient, non seulement l'hypotrophie staturale et l'infantilisme, mais aussi une aplasie du rein qui explique les troubles de son fonctionnement.

— Pour d'autres enfin, dystrophie rénale et lésions endocriniennes coexistent, sans qu'on trouve entre elles un rapport de causalité ; elles relèvent sans doute d'un même facteur étiologique.

A s'en tenir strictement à l'histoire de notre malade, la coïncidence entre l'apparition des signes de néphrite et celle des troubles du développement est tellement nette que la première hypothèse, rendant la néphrite seule responsable, semble la plus satisfaisante. Pourtant il n'est guère logique, dans une observation d'infantilisme, de tenir pour coïncidence fortuite l'existence d'une ectopie testiculaire qui ne vient compenser aucune hypertrophie compensatrice du côté opposé.

Les autres hypothèses énoncées font intervenir un trouble endocrinien conditionnant l'atteinte rénale ou intriqué avec elle. Mais elles supposent, l'une et l'autre, une atteinte rénale congénitale ou du moins très précoce, ce qui ne semble pas ressortir de notre observation ; pourtant l'existence d'une débilité rénale, ou même d'une lésion rénale latente jusqu'à 12 ans, qui aurait subi, à l'occasion d'une congestion pulmonaire, une poussée d'aggravation, et que la surveillance médicale aurait révélée, n'est pas improbable ; même elle satisfait mieux l'esprit que l'idée d'une lésion rénale grave et définitive constituée chez un adolescent d'une façon insidieuse, sans aucun des symptômes bruyants qui caractérisent les néphrites infectieuses aiguës. Il n'en est pas moins remarquable de voir une maladie aiguë marquer aussi nettement le début des troubles du développement : c'est là un fait sur la rareté duquel ont insisté récemment Apert Bréhier et Ferroir.

Bref, nous admettrions volontiers l'hypothèse d'une lésion rénale congénitale ou très précocement constituée, aplasie ou dystrophie, aggravée à l'adolescence. Nous avons d'autre part la notion certaine d'un terrain congénitalement anormal au point de vue endocrinien ; existant isolément, chacun de ces facteurs n'aurait peut-être pas suffi à entraver l'évolution pubertaire, et il est vraisemblable que tous deux y ont contribué, mais il nous est impossible de préciser dans quelle mesure ; de même il nous est impossible de dire, si les lésions endocriniennes et la lésion rénale, à supposer qu'elle soit congénitale, sont fortuitement concomitantes ou conséquences l'une de l'autre, ou toutes deux sous la dépendance d'une troisième cause dont nous ne savons rien.

Le fait pratique, qui ressort nettement de cette discussion c'est la diversité des facteurs qui interviennent dans la pathogénie des troubles de la croissance ; les troubles endocriniens y tiennent une place qu'on a crue longtemps exclusive, et qui reste sans doute prédominante ; mais on connaît maintenant l'importance d'autres facteurs : lésions rénales en particulier, mais aussi lésions cardiaques, pulmonaires, intestinales, hépatiques, qui sont susceptibles à elles seules d'entraver le développement et de déterminer autant de variétés d'infantilismes d'origine viscérale.

LA CLINIQUE AU GOÛT DU JOUR

Les séquelles nerveuses des blessés du crâne (1914-1918)

Vingt ans après

D'après le Docteur R. Targowla (1)

Vue d'ensemble sur leur évolution

L'évolution des plaies du crâne s'est montrée très diverse. La guérison des séquelles, fonctionnelles et psychiques, est loin d'être l'exception; la brèche osseuse, le plus souvent comblée, reste le seul témoin du traumatisme, qui cependant avait donné lieu, parfois, à des manifestations primitives : motrices, comitiales et subjectives, et dont la phase chirurgicale n'avait même pas toujours été sans complication.

Une autre série de cas a conservé une symptomatologie variable, plus ou moins atténuée ou partielle. C'est ainsi qu'il peut subsister parfois des vestiges d'une *hémiplégie,* du type traumatique, c'est-à-dire cortical, que caractérise la prédominance du syndrome pariétal : hémiplégie sensitivo-motrice, de répartition irrégulière, respectant généralement la face, prédominant fortement sur un membre, et surtout marquée aux extrémités distales, en ce qui concerne la force musculaire et les altérations de la sensibilité. Ces troubles paraissent être en relation avec la perturbation des sensibilités profondes (stéréognosie, sens des positions, baresthésie, sensibilité au diapason) ; leur topographie affecte souvent une disposition radiculaire caractéristique, s'associant à des troubles moins accentués et inconstants de la sensibilité cutanée (hypoesthésie, discrimination tactile). Exceptionnellement, ils se compliquent d'un pseudo-syndrome thalamique. La contracture, non constante, est surtout irrégulière dans sa distribution. Les troubles vaso-moteurs et trophiques sont fréquents. Ces paralysies s'accompagnent de modifications des réflexes, moins accentuées que dans l'hémiplégie banale, et le signe de Babinski fait souvent défaut.

Les manifestations *comitiales* aiguës ont généralement disparu, qu'elles aient été précoces (irritation du cerveau par une esquille, un projectile, ou réaction méningée) ou secondaires (complication de la plaie cérébrale). On ne trouve plus que des épilepsies durables et persistantes, des épilepsies post-traumatiques, caractérisées par le temps de latence, qui a existé entre la blessure et l'apparition du premier accident. Il s'agit ici d'*épilepsies cicatricielles*, qui apparaissent d'autant plus tardivement que la cicatrice est plus étendue et qu'elle est plus éloignée des zones de projection cérébrale ; plus exactement leur délai se place entre six mois et deux ans.

Enfin, un certain nombre d'anciens blessés réunissent en un syndrome tardif, les principaux accidents post-traumatiques cérébraux tardifs, dont il va être question.

***

Le syndrome tardif grave : hémiplégie, accidents comitiaux, altérations de l'état mental

Ce syndrome tardif se rencontre aussi bien dans le cas d'anciennes plaies pénétrantes du crâne que dans les commotions avec fractures de la base, irradiées ou non, comme en ont réalisées les violents traumatismes par éboulement d'abri, capotage ou chute en aéroplane. L'état actuel de ces sujets diffère quelque peu de leur état primitif ; l'évolution même des lésions, le temps écoulé, l'âge, de multiples facteurs pathogènes intercurrents ont insensiblement créé une *pathologie de l'ancien blessé de guerre*, qui diffère, par sa complexité étiologique et clinique, des états post-traumatiques récents.

Hémiplégie, accidents comitiaux, altérations de l'état mental sont les trois facteurs constituants du syndrome tardif. Dans un grand nombre de cas intermédiaires, l'un des éléments manque ou est atténué ; au contraire, chez quelques sujets, le syndrome se complique encore (reliquats d'aphasie, hémianopsie, atrophie optique partielle, paralysie d'un ou plusieurs nerfs craniens, hypoacousie, triplégie, psychose ou séquelles de blessures diverses)

(1) *Paris Médical*, 19 septembre 1936.

Ce qu'il faut savoir, c'est que les *facteurs de gravité* doivent être cherchés, d'une part dans l'importance des *désordres anatomiques*, méningo-encéphaliques et vasculaires, provoqués par la blessure et ses complications ; d'autre part, dans des *processus intercurrents ultérieurs*, généralement chroniques (alcoolisme, artério-sclérose, brightisme, syphilis, diabète, etc.).

Hémiplégie

Il s'agit surtout ici de l'hémiplégie banale, proportionnelle, en rapport avec d'importantes lésions de l'encéphale. Elle se rapproche du type capsulaire ; elle est due à une section plus ou moins importante des fibres pyramidales dans le centre ovale. La contracture est la règle : asymétrie du visage par contraction faciale inférieure ; adduction des bras, flexion forcée de l'avant-bras, de la main et des doigts ; extension du membre inférieur avec démarche en fauchant. Il s'y ajoute tous les petits signes habituels de spasmodicité et l'extension de l'orteil. Les troubles de la sensibilité sont relativement peu importants ; par contre, les troubles trophiques et vaso-moteurs des vieilles hémiplégies sont fréquents.

Et l'on sait que cette forme d'hémiplégie est relativement rare à la suite des blessures du crâne, qui déterminent surtout la forme pariétale, sensitivo-motrice, de répartition irrégulière, respectant généralement la face, ne s'accompagnant pas de contracture.

Epilepsie

Chez les anciens blessés crâniens, l'épilepsie bravais-jacksonienne a diminué notablement de fréquence. Une épilepsie éclate, deux, quatre, six ans après le trauma causal ; il s'agit d'une *épilepsie retardée*, en rapport avec un processus chronique secondaire, peut-être de gliose proliférante lente, favorisée par des facteurs complexes intercurrents (alcoolisme, troubles circulatoires locaux).

Il existe encore une véritable *épilepsie tardive*, qui débute au moins cinq ans après la blessure, mais habituellement beaucoup plus tard (vingt et un ans pour deux sujets observés) ; sa fréquence est grande, et tend à s'accroître dans des proportions importantes.

Quelques sujets présentent séparément des crises d'épilepsie localisée et des crises généralisées d'emblée (à début non-jacksonien).

Dans son aspect courant, la crise comitiale post-traumatique tardive est identique à la crise de l'épilepsie, dite essentielle. Précédée ou non de prodromes, avec ou sans aura, elle se déroule de la façon la plus typique. Il n'est pas rare, cependant, qu'elle présente des anomalies plus ou moins importantes, et le diagnostic de crises fonctionnelles a été porté bien des fois ; en fait, à l'observation, on retrouve toujours quelques petits signes caractéristiques et non simulables (pétéchies sous-conjonctivales, pâleur, lividité des lèvres, signe de Babinski, glycosurie ou albuminurie post-paroxystique, etc.). Dans les cas graves, l'influence du traitement symptomatique n'est que partielle, et s'exerce surtout sur la fréquence des accès.

Pratiquement, la gravité de ces épilepsies ne réside que pour une part dans le caractère des paroxysmes, leur durée et leur répétition ; leur intensité, leur violence est souvent médiocre et l'on voit peu de traumatismes survenus dans les crises (fractures, contusions, exceptionnellement des brûlures) ; les accès rapprochés subintrants sont peu fréquents ; les états de mal, très rares. Par contre, il faut d'abord retenir comme facteur de gravité l'importance des équivalents : accès vertigineux avec perte de connaissance, chute et quelques mouvements convulsifs ; absences ; auras isolées ; fugues ; états délirants ; crises de colère impulsive et violente ; fureur, etc. ; mais l'élément principal est constitué quelquefois par les phénomènes prodromiques, le plus souvent par la durée et l'intensité des accidents post-paroxystiques (céphalée et courbature, cataplexie, paralysies transitoires, obtusion intellectuelle, dépression, confusion mentale, onirisme, violences, etc.), enfin par l'état mental interparoxystique.

Etat mental

C'est l'élément le plus grave, au point de vue individuel, familial et social, du syndrome tardif des grands traumatismes de l'encéphale. Ce syndrome psychique est complexe.

Tout d'abord, il comporte des troubles persistants et accentués. Ce sont :

1° Les *céphalées*, prolongées, gravatives ou lancinantes ; une sensation d'augmentation de volume du cerveau, de lourdeur, d'arrachement, en casque, occipitales ou localisées à un côté de la tête ; des douleurs et paresthésies du cuir chevelu au niveau et autour de la brèche : « énervements » dans la blessure, s'exacerbant aux contacts (peigne, coiffure), allant, dans quelques cas, jusqu'au déclenchement d'une crise comitiale par un lavage ou la coupe des cheveux ; 2° les *éblouissements*, restés à peu près tels qu'au début : voile devant les yeux, obscur ou animé de lueurs, s'accompagnant d'une sensation pénible de chute imminente ; 3° l'*intolérance* aux bruits, aux chocs, aux trépidations, aux lumières vives ; 4° les *vertiges*, avec sensation de tournoiement subjectif ou des objets environnants : il s'agit souvent d'étourdissements se produisant lorsque le malade se déplace brusquement, regarde en haut, ou lorsqu'il monte sur une échelle, un tabouret.

A ces phénomènes s'en ajoutent d'autres, plus

diffus, imprécis, non décrits et qui sont les suivant : douleurs, paresthésies pénibles, engourdissements ou fourmillements dans les membres, pesanteurs et ballonnements gastriques, angoisse sous-sternale ou précordiale, sensation de battements violents ou d'arrêts du cœur, malaise cénesthésique indéfinissable, sentiment d'énervement, d'irritabilité dans les muscles ou sous la peau, de vide dans la tête, dépressions subites.

Ces troubles ne sont pas sans retentir profondément sur le psychisme du blessé, son humeur et son caractère. L'*irritabilité* est classiquement décrite ; le malade ne supporte pas la discussion, ni la critique ; il devient vite agressif. Le bruit, une conversation à côté de lui, la turbulence d'un enfant le mettent dans un état d'irritation intolérable ; une contrariété, une observation engendrent une colère violente, irrépressible, qui se résout dans une crise de larmes ou une longue période d'abattement. Cette irritabilité va de pair avec une *émotivité excessive* ; l'exaspération coléreuse s'accompagne de troubles vaso-moteurs intenses, de tremblements, de tachycardie, d'anxiété. L'hyperémotivité se révèle encore en de multiples circonstances ; lecture d'un fait divers, rappel de souvenirs pénibles, notamment de guerre, un événement imprévu, même minime, une perturbation des habitudes. Il en résulte une véritable crise émotive, déclenchant les larmes.

L'hyperémotivité, coléreuse et consciente, favorise le développement d'un *sentiment d'infériorité*, de déchéance, qui domine la personnalité du blessé. Celui-ci est d'une timidité craintive ou hostile, qui l'éloigne de tout contact social ; il vit replié sur lui-même, dans une demi-claustration, isolé avec sa femme ou quelque parent, ne fréquentant personne. Le refuge dans l'isolement, la fuite devant l'effort, le besoin de soutien s'associent à l'aboulie, à l'irrésolution, à la docilité habituelle, chez ces sujets. Leurs réactions prennent souvent un caractère puéril plus ou moins accentué ; le Docteur Targowla a observé un véritable syndrome de puérilisme chez un triplégique, dont les distractions étaient celles d'un enfant, et qui se mettait à pleurer en se cachant le visage dans les jupes de sa femme à l'approche d'un inconnu.

Ce sentiment pénible d'infériorité s'accompagne de tristesse et de dépression mélancolique, de préoccupations hypocondriaques ; il repose, d'ailleurs, sur une *diminution intellectuelle* réelle, faite d'impuissance psychique plutôt que d'un déficit proprement dit : l'évocation des souvenirs est difficile et la fixation imparfaite, l'attention s'épuise rapidement, les idées s'embrouillent, leur association s'effectue avec lenteur. L'effort est pénible, fragmentaire, troublé par l'hyperémotivité ; il réveille les ébouissements, les maux de tête (céphalée d'effort), les malaises de tous ordres. Il s'agit donc surtout d'un état d'asthénie, inhibant le jeu des fonctions intellectuelles, où dominent la fatigabilité et la bradypsychie.

Ce syndrome est caractéristique ; affaiblissement intellectuel, hyperémotivité, irritabilité du caractère, sentiment d'infériorité en sont les principaux éléments.

Enfin chez certains malades, les éléments du caractère épileptique prédominent (malignité, impulsivité, tendance aux violences) et réalisent, à l'extrême, un véritable syndrome de démence épileptique avec fureur paroxystique ; l'alcoolisme surajouté, les antécédents névropathiques semblent être la règle dans ces cas.

***

Conclusion.

Il était intéressant d'attirer l'attention sur cet ensemble syndromique, tardif, qui paraît caractéristique des grands traumatismes cranio-cérébraux de la guerre. Heureusement, celui-ci est relativement rare, car, dans la majorité des cas, les accidents paralytiques ont partiellement régressé ou disparu, les manifestations comitiales sont moins intenses, enfin l'état mental est moins troublé.

Deux points sont à retenir :

1° Souvent un seul élément de la triade domine le tableau clinique ; les autres manquent ou sont estompés.

2° Les lésions consécutives à la plaie de guerre ne sont pas toujours l'*élément causal unique* du syndrome, qui peut être observé vingt ans après ; et ce fait pose, au clinicien et à l'expert, d'importants problèmes thérapeutiques et médico-légaux.

G. FISCHER.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Le problème des éléments filtrables du bacille tuberculeux

Les résultats des recherches entreprises depuis dix ans à l'occasion de l'étude des éléments tuberculeux filtrables n'obligent pas, d'après le Docteur Paul BORDER, à modifier sensiblement les idées classiques en matière d'hérédité tuberculeuse. Si l'hérédité de prédisposition apparaît de plus en plus importante, la transmission héréditaire du germe tuberculeux demeure, par contre, un fait exceptionnel. Cet auteur formule les conclusions qui semblent se dégager de l'examen objectif des faits concernant les éléments filtrables tuberculeux.

1° Il paraît bien établi que le virus tuberculeux ne se présente pas nécessairement et exclusivement sous la forme bacillaire normale. L'examen des produits pathologiques peut montrer, comme on l'a reconnu depuis longtemps déjà des formes extrêmement courtes, réduites parfois à de simples granulations. Un tel pléiomorphisme n'est du reste pas exceptionnel dans le monde des bactéries.

2° Les preuves expérimentales manquent à l'appui de la conception selon laquelle le virus tuberculeux parcourt un cycle évolutif défini, la multiplication du bacille comportant, en un premier stade, son morcellement en une poussière d'éléments invisibles, filtrables et susceptibles de régénérer les formes bacillaires. En effet, puisque ni l'examen microscopique, ni la culture ne peuvent la mettre en évidence, l'existence de l'ultravirus ne peut être présumée qu'en raison du pouvoir pathogène des filtrats. Or, celui-ci est des plus inconstants. Pour une même souche, l'activité des filtrats varie avec leur mode de préparation. Les filtrats actifs semblent, d'autre part, ne contenir qu'un nombre très restreint d'éléments tuberculeux.

La rareté des éléments tuberculeux contenus dans les filtrats s'explique beaucoup mieux si l'on considère l'aptitude du virus tuberculeux à traverser les filtres comme accidentelle, et non comme la propriété normale d'une forme définie de l'évolution du virus. La découverte d'éléments visibles acido-résistants dans les culots de centrifugation de filtrats ou dans les liquides recueillis aux électrodes après avoir soumis les filtrats à l'électrophorèse, étaye sérieusement cette façon de voir. Il est vraisemblable que les éléments filtrables se recrutent de préférence parmi les formes courtes ou granuleuses du bacille de Koch.

L'examen des lésions provoquées par l'inoculation de filtrats, même lorsqu'elles sont bénignes et localisées au système ganglionnaire, y révèle la présence de bacilles acido-résistants. Autrement dit, lorsque l'ultravirus manifeste son existence, on découvre le bacille. A cet égard encore, l'hypothèse de l'existence de l'ultravirus est donc injustifiée. Point n'est besoin, d'autre part, de recourir à cette hypothèse pour expliquer la faible virulence que manifestent généralement les filtrats.

L'existence d'un ultravirus tuberculeux n'étant pas prouvée, il convient de conserver leur caractère d'hypothèses aux conceptions relatives au rôle clinique de cet ultravirus. A ce sujet, il importe de faire remarquer que l'hypothèse de l'existence d'une pathologie propre à l'ultravirus et distincte de l'infection bacillaire suppose l'autonomie des deux formes, filtrable et bacillaire, du virus tuberculeux et semble donc incompatible avec la conception selon laquelle ces formes représenteraient deux stades de l'évolution du virus. Enfin, il semble injustifié d'attribuer un rôle important en pathologie humaine aux éléments filtrables, reconnus par ailleurs comme extrêmement peu virulents. (*Le Scalpel*, 25 juillet 1936.)

De la contagiosité des formes dites « fermées » de tuberculose chez les enfants du premier âge

D'après M. A.-J. BALANDER, Mme M.-W. TRIOUSSE et Mlle A.-A. KLEBANOVA l'examen du contenu gastrique des enfants, atteints de formes infiltrantes de tuberculose — considérées auparavant comme fermées — décèle des bacilles de Koch dans plus de 50 % des cas soumis à un seul examen et dans 85 % des cas examinés deux fois.

Les enfants en bas âge sont des porteurs de bacilles de Koch et les excrètent dans le milieu ambiant. Aussi, peuvent-ils servir de propagateurs de l'infection et doivent-ils être retirés des établissements pour enfants. L'organisation de groupes spéciaux de sanatoriums pour ces enfants s'impose.

L'élucidation de la question de la contagiosité des enfants en bas âge, atteints de tuberculose des ganglions bronchiques, de tuberculose sans localisation avérée, à cuti-réaction positive

comme seul indice, sans aucun signe radioscopique ou clinique, exige des recherches ultérieures. Les enfants souffrant de formes graves de tuberculose ne doivent pas être laissés en contact avec les autres enfants malades, pour lesquels ils présentent une menace sérieuse de contagion tuberculeuse ; ils doivent être isolés dans des sections spéciales pour tuberculeux. (*La Presse Médicale*, 8 août 1936.)

Septicémies colibacillaires

A propos de trois cas personnels, le Professeur agrégé Ch. Massias fait une revue complète de cette importante question. Il en envisage la pathogénie, l'étude clinique, le diagnostic. A propos du traitement, il insiste plus particulièrement sur le sérum spécifique de H. Vincent, qui est venu apporter à partir de 1928, une thérapeutique d'une réelle efficacité.

Le sérum est introduit par injections sous-cutanées, intra-veineuses en dilution dans de l'eau physiologique et lentement dans les cas très graves. H. Vincent a rapporté de très nombreux cas de septicémie guéris par le sérum. Dans ces cas, le sérum sera injecté à la dose de 40 à 55 c. c. par jour sous la peau, même 80-100 c. c. dans les cas très graves, pendant quatre et cinq jours. Les cas ne se comptent plus de guérisons en cas de localisations sur l'appareil urinaire aiguës ou chroniques, sur l'appareil génital, sur l'appareil digestif. Il est devenu classique d'injecter en même temps que l'appendicectomie du sérum anticolibacillaire à doses élevées. Salvetti, Bupériel ont guéri des méningites colibacillaires.

Dans certaines psychoses, accompagnées de colibacillémie, états mélancoliques et dépressifs, états oniriques et confusionnels, états schizophréniques, on a obtenu un retour à l'état normal avec la sérothérapie prolongée.

Pour apprécier la sérothérapie, encore faut-il que le diagnostic bactériologique ait été fait correctement. Il faut ne pas oublier que le sérum est impuissant contre les microbes associés. Le streptocoque, le proteus ajoutent d'après H. Vincent un fort coefficient de gravité à l'infection. Le gonocoque quand il envahit le rein prend le pas (H. Vincent). Inutile d'ajouter que le bacille tuberculeux prédomine s'il est préexistant, de même le typhique. Les doses doivent être suffisantes, à 40 c. c., à 50 c. c. au moins par jour dans la septicémie. Chez l'enfant, il faut 20 c. c. par jour. L'action du sérum est antimicrobienne et antitoxique, le maximum d'effet se produit aux troisième, quatrième jours et se poursuit dix à quinze jours. L'ensemencement de l'urine guidera le praticien.

Le sérum stérilise les viscères, le rein, ce que ne peut faire le lavage du bassinet. Quand il y a obstacle à l'écoulement de l'urine purulente, le traitement urologique chirurgical tient la première place. Dans ces cas-là, la sérothérapie préventive sera appliquée avant et après l'intervention pendant quelques jours. Le sérum n'est qu'un appoint, mais un appoint important. (*Journal des Praticiens*, 27 juin 1936.)

Hérédo-syphilis nerveuse à type familial

M. Guy de La Lande étudie l'aspect clinique et le traitement de cette affection. Beaucoup de facteurs étrangers à la syphilis, dit-il, sont capables de provoquer des encéphalopathies. Cependant, lorsque la notion de syphilis nerveuse parentale existe seule, indépendamment de toute autre cause morbide, il est impossible de la considérer comme une coïncidence et force est de lui faire jouer un rôle actif dans la production des accidents.

Lorsqu'elle s'associe à d'autres causes (traumatismes osbtétricaux, naissance avant terme), la syphilis nerveuse des ascendants intervient encore, puisque ces causes sont incapables d'expliquer certaines constatations dont le tréponème rend compte pour le mieux.

Ainsi comprise, l'hérédo-syphilis nerveuse à type familial est environ dix-neuf fois moins fréquente que l'hérédo-syphilis nerveuse courante.

Cliniquement, elle apparaît comme essentiellement polymorphe : l'hérédité similaire y est très rare (paralysie générale et tabes héréditaire); le plus souvent, les tares qu'elle engendre revêtent le type hérédo-dystrophique de Fournier ; les accidents observés sont complexes, qu'il s'agisse de troubles moteurs, de troubles psychiques ou de syndromes mixtes. Ils s'observent plus fréquemment chez les descendants de tabétiques que de paralytiques généraux. L'hérédité paternelle se retrouve dans les antécédents au moins aussi souvent que l'hérédité maternelle. Les tares surviennent dans les premiers mois ou les premières années de la vie et peuvent même apparaître chez des enfants né avant terme. Une fois installées, elles ne rétrocèdent guère.

La localisation nerveuse du tréponème réclame de préférence la thérapeutique arsenicale. On aura recours aux médications adjuvantes : opothérapie, hygiène, cures thermales, orthopédie, interventions chirurgicales. Les résultats sont médiocres, surtout en ce qui concerne les syndromes intellectuels ; aussi est-ce dans le sens du dépistage (enquête familiale) et du traitement anténatal que porteront les efforts du praticien. (*Le Bulletin Médical*, 3 octobre 1936.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Durée de l'immunité dans la vaccination anti-typhoïdique

(MM. TANON, ROCHAIX et CAMBESSÉDÈS ; 24-11-1936.)

La durée de l'immunité obtenue par la vaccination antityphoïdique est encore imprécise. Les renseignements qui parviennent aux services statistiques, lors des déclarations de fièvre typhoïde, ne comportent aucune indication quant à la vaccination antérieure possible des malades. Il est un moyen indirect, toutefois, d'apprécier le rôle des vaccinations, c'est la répartition par âge et sexe des cas de fièvre typhoïde.

Des chiffres fournis par les épidémies de Lyon 1928 et de Paris 1933, il ressort une prédominance de l'infection éberthienne dans l'élément féminin de la population : 1.242 femmes pour 806 hommes dans l'épidémie lyonnaise ; 185 femmes pour 112 hommes dans la petite épidémie parisienne. Ce qui est encore plus intéressant c'est de voir que dans l'une et l'autre épidémie, il y a prédominance des malades du sexe féminin surtout vers la vingtième année. Dans l'épidémie lyonnaise, on trouve 20 hommes pour 153 femmes, de 30 à 40 ans ; dans l'épidémie parisienne, 18 hommes pour 66 femmes de 20 à 30 ans. Pour expliquer ces différences, on ne saurait guère invoquer autre chose que le service militaire chez l'homme, et la vaccination antityphoïdique pratiquée dans l'armée.

L'étude statistique des cas de fièvre typhoïde montre aussi que vers 35 ou 40 ans les courbes des deux sexes se rapprochent, indiquant, en somme, que la durée de l'immunité due à la vaccination s'étend jusque là et affecte une période d'une quinzaine d'années. Une vaccination dans la petite enfance, une seconde à 20 ans et une troisième à 35 ou 40 ans seraient dès lors à souhaiter.

Toutes les *revaccinations* ne comporteraient qu'une seule injection, à faible dose et après examen clinique du sujet. A partir de 40 ans, l'injection vaccinale commence à être moins bien tolérée.

Sur l'origine endocrine de l'hypertrophie prostatique

(M. Bernard CUNÉO ; 1-12-1936.)

Le but de la communication de M. Cunéo est de montrer que l'hypertrophie, désignée généralement sous le nom d'adénome prostatique, se développe aux dépens de la partie femelle ou müllérienne de la prostate et que ce développement est d'origine endocrine. Il en résulte une déduction thérapeutique intéressante : la possibilité de traiter l'hypertrophie de la prostate par une médication endocrinienne.

L'hypertrophie de la prostate apparaît à un âge (50 à 60 ans et plus tardivement) qui correspond à l'affaiblissement de la sécrétion interne de la glande génitale mâle. Cet affaiblissement aurait pour effet de donner une certaine prédominance aux formations d'origine femelle, s'il s'en trouve, dans la prostate. Sans entrer dans le détail de l'embryologie, M. Cunéo indique qu'il existe effectivement au niveau de la prostate des reliquats müllériens pouvant jouer ce rôle.

Différents auteurs ont abordé la question (Moszkowicz, Blatt, etc.). Blatt, qui a examiné une série de prostatiques à la polyclinique de Vienne, a trouvé chez eux une tendance plus ou moins marquée à l'évolution vers le type de la féminité (barbe rare, système pileux peu développé, région mammaire saillante, etc.). Les assertions de Blatt ne sont pas, il est vrai, absolument convaincantes.

Quoiqu'il en soit, de cet ensemble de considérations pathogéniques encore à l'étude, on peut déduire certaines prescriptions thérapeutiques : le traitement de l'hypertrophie prostatique par les extraits testiculaires. Déjà Steinach, par l'opération qui porte son nom, avait soumis les prostatiques à l'hormonothérapie testiculaire. M. Cunéo a administré à des prostatiques de l'extrait total de testicule par voie buccale. Sur 18 malades ainsi soignés, 6 étaient au début de leur affection, se plaignant surtout de dysurie et de pollakiurie nocturne ; cinq ont accusé une amélioration considérable de leurs troubles fonctionnels. La pollakiurie nocturne a disparu chez 4 d'entre eux. Sur les 12 malades restants, 6 étaient à un stade plus avancé. Chez 4 d'entre eux, le résidu urinaire a diminué ou a été supprimé. Les six derniers malades étaient beaucoup plus touchés. Trois avaient des rétentions complètes et devaient se sonder plusieurs fois par jour : deux ont pu arriver à supprimer leur sondage.

En somme, de ces observations encore peu nombreuses, M. Cunéo se croit autorisé à conclure que le traitement de l'adénome prostatique par l'hormone testiculaire donne d'excellents résultats au point de vue fonctionnel. Evidemment, il s'agit là d'une médication qui doit être avant tout préventive. Elle ne saurait rien enlever aux indications précises de la cure chirurgicale.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

Intoxication par l'aniline avec cyanose intense

(MM. M. LOEPER, P. SOULIÉ et MARCHON ; 12-6-1936)

C'est un nouveau cas d'intoxication aiguë par l'aniline, curieux par l'intensité de la cyanose et son évolution rapide vers la guérison.

M.., vingt-trois ans, externe des hôpitaux, met le 15 mai 1935 à 8 h. 45 des chaussures noires récemment teintes (huit jours environ) et part pour son service. A 10 h. 30 apparaît une cyanose sous-unguéale qui étonne le malade. Il n'existe à ce moment aucun signe fonctionnel notable. A 12 h. 30, le malade se met à table pour déjeuner et ses voisins s'inquiètent de la teinte violacée de ses lèvres, des reflets gris-bleu de ses téguments. Le déjeuner est pris de très bon appétit. A 14 h. 30, la cyanose faisant de rapides progrès, un examen est pratiqué. La cyanose est extrême : les lèvres sont bleues, les sclérotiques légèrement teintées. La face présente un mélange de pâleur livide et de cyanose. Les oreilles, les extrémités des doigts, les orteils sont de teinte bleue violacée. Il n'existe aucune dyspnée. Le seul signe fonctionnel notable est une asthénie modérée. Les divers appareils sont normaux ; cœur régulier, pouls à 88, tension artérielle au Vaquez-Laubry, 12 1/2-7. Examen radiologique du thorax : normal, Les chaussures teintes et les chaussettes ont été quittées à 14 heures. Dans l'après-midi apparaissent quelques signes nouveaux : une céphalée assez vive avec douleurs rétro-orbitaires assez pénibles. Une légère tachycardie et quelques extra-systoles. Le volume des urines diminue notablement dans la soirée pour reprendre après absorption de boissons abondantes. Divers examens sont pratiqués dans l'après-midi. A l'examen du sang, on note : globules rouges 4.4940.000 ; globules blancs 5.200 ; polynucléaires neutrophiles 71 ; basophiles 2 ; éosinophiles 4 ; lymphocytes 7 ; monocytes 10 ; grands monos 6. L'examen des urines de 14 h. 30 montre un louche d'albumine. L'examen spectroscopique y décèle le spectre de la méthémoglobine. Présence de paramidophénol par la réaction de l'indophénol. Dans l'après-midi, l'inhalation d'oxygène, l'injection d'huile camphrée sont suivies d'une amélioration notable ; la cyanose commence à diminuer vers 19 heures. Le lendemain matin au réveil (à 8 heures), la cyanose a totalement disparu ; il ne persiste qu'une asthénie légère ; les urines émises en abondance sont de coloration foncée.

La cause de l'intoxication est classique. Le vernis de chaussures à base d'aniline est signalé en France comme à l'étranger. Le fait important, du point de vue prophylactique, est que, pour ce malade, les précautions de sécurité ont été observées. Dans la plupart des observations, au contraire, il s'agit de malades ayant porté des chaussures teintes depuis 24 ou 48 heures . Les fabricants de vernis insistent sur la nécessité de ne livrer les chaussures teintes que 8 à 10 jours après l'application du vernis. C'était le cas dans l'observation rapportée, mais les chaussures avaient été maintenues enfermées et enveloppées dans une boîte, d'où l'absence d'évaporation des produits toxiques volatils. De plus, dans la plupart des cas il s'agit de teinture de composition mixte contenant de l'aniline et du nitrophénol. Ici la teinture ne contenait que de l'aniline pure. Si la surface d'absorption fut en contact assez intime avec le toxique, il faut remarquer la faible surface de pénétration pour une intoxication aussi rapide. Mais l'intoxication survient avec une intensité et une rapidité égales lorsque le toxique est séparé des téguments par plusieurs vêtements (cas des manteaux ou des fourrures). Ce sont donc les produits volatils qui sont essentiellement responsables des accidents. Il faut insister sur la rapidité avec laquelle les signes toxiques sont apparus ; soit une heure un quart après le contact, alors que généralement il faut compter 24 ou 48 heures.

Du point de vue clinique, il s'agissait d'une forme d'intensité moyenne. Il est remarquable de constater une cyanose aussi intense avec un cortège fonctionnel aussi discret. L'éosinophilie notable mérite d'être signalée ; les auteurs n'en ont pas trouvé d'autre exemple.

La note rénale est surtout intéressante, caractérisée par l'albuminurie transitoire, l'oligurie passagère, l'élévation discrète de l'urée sanguine. Elle doit être rapprochée des faits observés au cours de certains traitements par colorants aniliques (poussées de néphrite) et surtout des lésions vésicales si spéciales (cystite hématurique, puis papillomateuse) de l'intoxication chronique. La bénignité de l'évolution, chez ce malade, est due, sans doute, à la surface d'absorption limitée du produit toxique, et à la courte durée du contact. Des formes graves avec cyanose intense et évolution vers le coma sont pourtant signalées dans ces conditions, mais il s'agit en général d'enfants ; ceux-ci paraissent particulièrement susceptibles à l'aniline.

M. FLANDIN. Les produits colorants à base de dérivés de l'aniline sont de plus en plus employés et tous sont susceptibles d'être dangereux. Non seulement les désinfectants et les teintures de tissus et de cuirs, mais encore les teintures de cheveux déterminent fréquemment des accidents. Il y aurait lieu de signaler non seulement aux médecins, mais encore au public les dangers des dérivés de l'aniline et d'en réglementer sévèrement l'emploi.

G. F.

Les Congrès

LE PREMIER CONGRÈS INTERNATIONAL DU RAISIN ET DU JUS DE RAISIN, A TUNIS

Diététique et thérapeutique

Lorsque le paquebot venant de France aborda à Tunis, vers la mi-octobre, on assista à un curieux spectacle.

La foule bariolée, — Arabes en gandourah blanche ou coloriée et coiffes de la chéchia rouge ; femmes en robe blanche drapée, le visage voilé de clair ou masqué de noir ; porteurs de bagages en kaki souillé, petits Arabes loqueteux montant à l'assaut des cabines ; — toute cette foule, qui donne à la capitale de la Tunisie un aspect de carnaval pouilleux, fut brutalement écartée par les agents de la police beylicale, tandis que débarquaient des notabilités, encore un peu pâles des mouvements de la mer.

M. Barthe, président de l'Office international des Vins, qui venait présider le premier Congrès du raisin et du jus de raisin, descendit le premier.

Taillé en athlète, mais à coups de hâche, le Bacchus moderne rappelle un grand cep rustique et noueux. Il est vraiment le roi de la vigne. Nul ne connaît mieux que lui les cultures, les cépages, les crus du monde entier. Il régit la production, ordonne les arrachages, délimite les terroirs, contingente les importations, dicte aux gouvernements des édits ; et, d'une main habile, avec un certain article 8 de son invention, maintient le cours des prix.

En France, il a dit à tous : « Buvez du vin ». Et il a fait doubler la ration du soldat. Il a appelé les médecins à la rescousse ; et, à la suite de plusieurs Congrès, à Béziers, à Lausanne, a obtenu de la Faculté, la réhabilitation du vin, au point de vue diététique. Il a fait boire du vin à la machine, en transformant la surproduction en alcool et en l'incorporant à l'essence. Il a même fait boire du vin — et du vin du midi ! — à M. Léon Blum, lorsque celui-ci se présenta aux élections législatives à Narbonne, après son échec à Paris ; et c'est peut-être grâce à ce geste que M. Blum est aujourd'hui président du Conseil...

Et malgré ces libations, ces transformations, ces sacrifices, le vin continue à dépasser les bords des possibilités d'absorption. Que vient-il faire dans cette Tunisie qui, malgré un vignoble de 50.000 hectares n'a le droit d'importer en France que 750.000 hectolitres ; et s'indigne, elle, incorporée à la nation française, d'être traitée comme une étrangère ? Il vient dire à cette population musulmane :

« Votre religion vous défend de boire du vin, mais elle vous permet de consommer le raisin et son jus ; nous vous apportons des méthodes de préparation et de conservation. Et ces importants personnages qui me suivent, professeurs ou docteurs des Facultés de médecine, chimistes, biologistes, vont vous dire comment votre santé bénéficiera de cette consommation.

Et il désigne un premier conférencier, qui, demain, dans une communication extrêmement originale sur le régime des hypotendus vantera les bienfaits du raisin dans l'alimentation de ces malades. C'est le Professeur Chevallier, médecin chef de l'hôpital Cochin.

Et il présente un second conférencier, qui, dans un discours bourré de chiffres et de preuves, étudiera le rôle du jus de raisin dans l'hygiène et la thérapeutique. C'est le Professeur Boulet, de la Faculté de médecine de Montpellier.

Et il est suivi par un groupe de professeurs et de docteurs du monde entier, venus pour disserter sur les qualités nutritives et curatives du jus de raisin. On sent que le roi du vin n'entend pas considérer ce Congrès comme une simple discussion économique ; et qu'il ne lâchera la bride au mercantilisme que lorsque les viticulteurs, les préparateurs et les commerçants auront reçu et admis les directives scientifiques.

***

Le lendemain, le Congrès s'ouvrit solennellement, en présence de plus de vingt nations, par les souhaits d'usage du Résident général, en grand uniforme. A ses côtés, un général tunisien représentait le Bey. Le Primat d'Afrique, évêque de Carthage, Mgr Lemaître, le front blanc découvert, faisait opposition aux notabilités musulmanes, coiffées de l'inévitable fez. Les congratulations terminées, le travail commença. Et ce fut l'heure de la médecine.

Du substantiel rapport du Professeur Labbé, de l'Académie de médecine, du Docteur Weissenbach, médecin de l'hôpital Saint-Louis, du Docteur Gilbert Dreyfus, médecin des hôpitaux, de M. Mathivat, interne des hôpitaux ; de l'exposé magistral du Professeur Boulet, de ceux du Professeur Chevallier, du Professeur Giovanni Dalmasso, du Docteur Yvan Manoloff, etc., etc., tirons ces conclusions importantes au point de vue pratique : le raisin et le jus

de raisin sont des aliments de premier choix, et d'excellents médicaments.

1° Des aliments. Un litre de jus de raisin contient 80 % d'eau absolument pure, des sucres divers, 15 à 20 % ; c'est donc une solution glucosée, véritable charbon du muscle (Loeper). Le raisin est, de tous les fruits, le plus riche en sucre, après la figue. Le jus est polyminéralisé, mais aussi hypominéralisé et ionisé, jouant donc un rôle de reminéralisation.

Il contient des ferments qui activent la digestion, et des vitamines hydrosolubles apéritives.

Il dégage 900 calories, tandis qu'un kilogramme de pommes de terre n'en dégage que 650, et un litre de lait 700 (Boulet).

2° Des médicaments. Le raisin et son jus sont reconstituants, excitent l'appétit, favorisent l'assimilation des autres aliments. Ils sont des excitateurs du métabolisme de la nutrition, donc indiqués chez les enfants, les convalescents, les tuberculeux.

Ils activent le fonctionnement du foie, d'où accroissement du pouvoir de fixation et de transformation qu'exerce le foie sur les produits nocifs qui le traversent et augmentation de la sécrétion biliaire.

Ils augmentent également la sécrétion urinaire par leur action diurétique, leur pauvreté en albumines et en chlorure de sodium ; donc indiqués dans les néphrites azotémiques, chlorurémiques, et dans les lithiases.

Ils sont eupeptiques, laxatifs, antiseptiques des fermentations digestives, et activent, par leur acidité, le fonctionnement intestinal ; donc nécessaires dans les auto-intoxications, dans certaines diarrhées chroniques, dans les manifestations cutanées en rapport avec les intoxications intestinales.

Les cardiaques et les hypertendus en bénéficient indirectement par l'action diurétique, et directement par l'action du glucose.

Les arthritiques y trouveront un avantage par leur action désintoxicante ; et particulièrement les gros mangeurs, les obèses, les goutteux, les lithiasiques hépatiques, chez lesquels le jus de raisin apportera les calories demandées à tort à la viande (Gilbert Dreyfus).

Romanet et de Boussac les recommandent dans la grossesse et l'allaitement. Je les ai moi-même employés avec succès chez les femmes enceintes albuminuriques, surtout chez celles qui tolèrent mal le lait.

Vires les conseille dans les affections du poumon ; et même Smith et Riner n'hésitent pas à les ordonner dans les diabètes acidosiques et les glycémies.

***

Mais ce jus de raisin, cette panacée alimentaire et thérapeutique, comment l'obtenir pur, et comment le conserver ? Pendant longtemps, et parfois encore aujourd'hui, le procédé était l'addition d'anhydride sulfureux, produit nocif, au point que l'Académie de médecine n'admet qu'un pourcentage maximum de 300 milligrammes par litre. C'est encore trop, surtout lorsqu'il s'agit de l'alimentation des enfants. Qui nous prouve que, dans l'organisme, cet anhydride sulfureux ne se transforme pas en acide sulfurique ?

On a employé la pasteurisation, puis la filtration, la concentration, l'ultra-filtration ; mais une des qualités essentielles du raisin était alors détruite par ces procédés, car l'analyse des produits ainsi préparés a prouvé qu'ils étaient privés de vitamines B_1, B_2 et C, éléments vivants du raisin.

C'est alors qu'un biologiste distingué fit connaître un nouveau procédé qui gardait non seulement les vitamines, mais en augmentait la teneur par la transformation des provitamines.

Cette affirmation jeta le désarroi dans le clan des préparateurs, des chimistes et surtout des marchands de jus de raisin ; et une lutte sévère, parfois aiguë, s'engagea entre M. Georges Tixier, l'auteur du procédé de conservation du jus de raisin par les rayons ultra-violets, et les partisans des anciennes méthodes.

Pour ne pas perdre les habitudes parlementaires, le président Barthe proposa la nomination d'une Commission d'enquête. Après avoir jeté dans l'assistance le petit froid nécessaire, celle-ci fut acceptée, et rendra sa sentence avant le Congrès prochain.

On peut dire que, de cette sentence, dépendra pour nous, médecins praticiens, l'avenir de nos prescriptions.

Si, ainsi que l'affirme M. Georges Tixier, le jus de raisin préparé par son procédé garde toutes ses propriétés, y compris ses vitamines ; si même, on pourra doser celles-ci, et donner sur l'étiquette la teneur du jus en vitamines B_1, B_2 et C, comme on indique sur les ampoules d'insuline, par exemple, la teneur en unités internationales, le jus de raisin deviendra vraiment, non seulement un élément nutritif de premier ordre, mais un médicament indispensable pour un grand nombre d'affections, et pour l'alimentation des nourrissons. Mme Randoin, directeur du laboratoire de physiologie à l'Ecole des Hautes-Etudes, un des savants qui connaît le mieux la question des vitamines, sera l'arbitre naturellement désigné pour rendre un jugement scientifique.

***

Un Congrès, si sérieux soit-il, a des intervalles de repos. Alors le Congrès voyage, visite, s'instruit. « Suivez le guide, Messieurs ». Et parfois, comme l'a montré un film célèbre, un Congrès s'amuse. La ville double de Tunis — une partie moderne et immense rappelant Le Caire ou Nice ; l'autre, ancienne, étroite, tortueuse, ayant gardé les caractères et les mœurs des villes arabes ; — la visite de cette ville et de ses environs historiques (Carthage, El Djemm) intéressa vivement les congressistes.

Mais les médecins furent plus intéressés encore par la vie médicale de la Tunisie.

Hôpitaux immenses, munis du matériel radiologi-

que et chirurgical le plus moderne ; services d'hygiène et de prophylaxie qui n'ont rien à apprendre de la métropole ; sociétés de sciences médicales et bulletin médical ; maison du médecin où les confrères se rencontrent, aussi bien pour des conférences que pour leur plaisir personnel ; il y a là une cohésion qui fait aussitôt se poser la question : « Mais où est la Faculté de médecine, où est le cerveau de ce Corps médical ? »

Il n'y a pas de Faculté, ni même d'Ecole de médecine à Tunis. Les quelques quatre cents médecins de la Régence se recrutent, non seulement en France, mais dans toutes les Facultés du monde, les plus magnifiques, comme celles de Paris ou de Rome, les plus humbles comme celles de Beyrouth ou même de Cagliari. Ici, pas de titres d'agrégés ou de professeurs. Oui, mais l'un des médecins s'est appelé Nicole, et s'est rendu célèbre par ses découvertes sur le typhus exanthématique, sur la lèpre, sur les maladies dites inapparentes, qui jettent une vive lueur sur la pathogénie des porteurs de germes. L'un s'appelle Burnet, d'abord littérateur, ancien élève de l'Ecole normale supérieure, agrégé de philosophie et qui, attiré par les sciences médicales, a écrit un traité de bactériologie qui fait autorité. Un autre s'appelle Brun, chirurgien réputé, administrateur de premier ordre, que ses confrères ont nommé président de leur association. Et il y a un Docteur Hayat qui, il y a trente ans, écrivit à Montpellier la première thèse sur la fièvre méditerranéenne, alors discutée. Et il y a encore un Docteur Cuénot qui nous livrera bientôt peut-être le secret de la thérapeutique du trachome.

***

Enfin, quand il a discouru, voyagé, qu'il s'est instruit, un Congrès doit s'amuser.

Par un heureux hasard, le jour où le Congrès du jus de raisin fermait ses portes, Tunis recevait les Miss du monde entier, et devait choisir entre tant de beautés, celle qui allait devenir Miss Univers.

Ces demoiselles, dûment chaperonnées, descendirent dans l'hôtel où se trouvaient les médecins français.

Mais je m'aperçois que cet article dépasse de beaucoup les limites qui me sont accordées, et que, d'ailleurs, le Congrès du jus de raisin étant terminé, la curiosité de mes lecteurs doit être suffisamment satisfaite.

Dr Georges BOURGEAU.

Les livres qui viennent de paraître....

Chez MASSON et Cie, éditeurs
120, boulevard Saint-Germain

D. CORDIER. — **Les méthodes manuelles de respiration artificielle.** Un vol. 92 p., 19 fig. (Collection médecine et chirurgie. Recherches et applications, no 3). Prix : 14 francs.

P. RUDAUX. — **Précis élémentaire d'anatomie, de physiologie, de pathologie et de thérapeutique appliquée** SUIVI D'UN LEXIQUE MÉDICAL. 8e *édition remaniée et augmentée*, avec la collaboration de Pierre RUDAUX. Un vol. 934 pages avec 618 fig. Prix : 60 francs.

LIBRAIRIE AGRICOLE ET HORTICOLE
DE « LA MAISON RUSTIQUE »
26, rue Jacob, Paris (VIe)

R. MOUSSU, chef de Clinique de l'Ecole nationale vétérinaire d'Alfort. — **Elevage et maladies du chien.** *Troisième édition* revue et mise au point. Un vol. 12 × 19 de 264 pages, illustré de 34 fig. et photogravures. Prix : 15 francs.

G. PICARD,
35, rue de la Harpe, Paris

Guide Sanita. — Etablissements médicaux et stations climatiques. Une brochure 72 pages.

Editions de la S. E. P.,
16, rue Pavée, Paris (IVe)

Dr Léon BONAFÉ (d'Hauteville). — **La tuberculose intestinale des tuberculeux pulmonaires.** Préface du Dr L. Bouchut. Un vol. 224 pages. Prix : 30 francs.

Les Livres

Amédée LEGRAND, éditeur

Mesmer et son secret, par le Docteur Jean VINCHON, ancien chef de clinique à la Faculté. Un vol. 1936.

La thérapeutique, toute moderne, des chocs émotionnels fut-elle découverte par Mesmer ? Dans son livre vivant et fort documenté, l'auteur le laisse entrevoir. Il nous introduit d'abord longuement après lui dans le roman d'aventures passionnant entre tous que fut l'existence de Mesmer.

Né aux bords du lac de Constance, Mesmer partit à 16 ans faire ses études à Vienne, où il s'établit. celles-ci terminées. Les péripéties commencent, Après le succès des débuts, les critiques se font jour et avec elles apparaît souvent le découragement. Mais Mesmer possède une foi inébranlable, basée sur l'enseignement des cercles d'illuminés sur lesquels malheureusement les documents sont rares.

J. Vinchon, cependant, se référant à des sources peu connues, tente de définir les doctrines du thaumaturge, de préciser ses rapports avec les autres sociétés secrètes, mais surtout de nous créer une atmosphère très vivante de l'époque. Temps troublé s'il en fut. Devant quitter Vienne pour Paris, Mesmer, protégé par la reine, évolue dans les milieux scientifiques et mondains, mais échoue auprès de la Faculté. Obligé de partir bientôt, il tente de revenir dans la capitale sous la Terreur et finit ses jours, comme le lui avait prédit une vieille bohémienne, dans le bourg qui lui a donné naissance.

Mesmer détenait-il un secret ? En réalité, il s'est, toute sa vie, comporté comme s'il en avait un à cacher à ses contemporains. Etre très intuitif, et très heureux dans ses intuitions, il l'était moins dans ses synthèses. Ayant observé qu'un choc psychique, déclenché au cours des émotions, peut provoquer une crise salutaire, il en tire un élément de cure naturel.

Répétée, cette expérience amenait à une véritable rééducation de la volonté. Cette méthode des « chocs émotionnels » a été reprise plus scientifiquement ces dernières années, et la psychanalyse n'en est qu'un de ses aspects nombreux. Mesmer avait d'ailleurs très bien observé les contre-indications de ses méthodes. « Si Charcot et ses élèves avaient tenu compte des enseignements du magnétisme, ils ne seraient pas tombés dans l'erreur que Babinski a dû redresser, et ils n'auraient pas transformé les hystériques de leur époque en névropathes chroniques en cultivant leur névrose ».

Grand metteur en scène, charlatan souvent, Mesmer était servi non seulement par sa renommée qui était devenue immense, mais encore par une certaine vertu mystérieuse qui émanait de lui. Il semble qu'on trouve le secret de cet homme, en effet, dans son étrange pouvoir de médiumnité, qu'il ne peut arriver à saisir, dont il s'étonne lui-même et dont il s'effraie parfois,. « Il appréhende les choses cachées avec une faculté qui est liée au plus intime de son être, mais qu'il ne peut exprimer par des formules. Et ce sont des formules que les commissaires et les adeptes réclament en même temps que lui.

Ouvrage très attachant quand on le rapproche d'un certain parallélisme des époques qui accroît encore l'intérêt que nous portons à sa lecture.

P. S.

Gaston DOIN et Cie, éditeurs
8, place de l'Odéon, Paris (VIe)

Jean LEROUX-ROBERT, assistant du service d'O. R. L. de l'hôpital Beaujon. — **Les épithéliomas intralaryngés.** FORMES ANATOMO-CLINIQUES, VOIES D'EXTENSION. Etudes comparées, clinique, radiographique et anatomo-topographique. Préface du Docteur A. Hautant. Un vol. in-8° de 172 p. avec 61 fig. Prix : 45 francs.

Ce travail a pour but de préciser le diagnostic des épithéliomas intralaryngés et, en particulier, leur diagnostic d'extension à l'aide des études parallèles et comparées de l'anatomie pathologique, de la clinique et de la radiographie de ces tumeurs. Il repose sur soixante observations étudiées à ce triple point de vue d'épithéliomas de l'endo-larynx, opérés par le Docteur A. Hautant et ayant nécessité soit une laryngectomie totale, soit une hémilaryngectomie, soit une thyrotomie.

Comparant les données de l'anatomie pathologique à celles de la clinique, l'auteur a été amené à regrouper les diverses formes anatomo-cliniques des épithéliomas intralaryngés et à analyser quelques détails de leur séméiologie.

L'étude anatomo-pathologique et clinique de chaque cas a servi de contrôle à l'interprétation du cliché radiographique fait quelques jours avant l'intervention.

On peut se convaincre en procédant ainsi, de l'intérêt de la radiographie dans le diagnostic de ces formes anatomo-cliniques de cancers du larynx dont la laryngoscopie ne permet pas toujours d'apprécier l'étendue.

A chaque forme anatomo-clinique correspond un traitement différent (chirurgie, radiothérapie).

Les Thèses

P. — Dr Charenton. — **Le Docteur Thomas W. Evans, dentiste de Napoléon III et les dentistes de son époque.** (Thèse 1936).

Ce dentiste américain, habile praticien et diplomate-né, parvint à s'introduire dans l'aristocratie française et à devenir le soigneur attitré de la mâchoire impériale. De ce moment sa fortune était faite; il fut l'ancêtre et la modèle inégalé des innombrables dentistes américains accourus chez nous depuis lors.

Evans joua même un certain rôle politique en portant à l'Empereur prisonnier après Sedan des nouvelles des siens, et en organisant la fuite de l'Impératrice le 4 septembre 1870. G. L.

P. — Dr L. Savignon. — **Les phénomènes météorologiques en pathologie humaine**, Leur rôle en épidémiologie. Syndromes météoropathologiques proprement dits. (Thèse, 1935.)

Le rôle des influences atmosphériques en médecine humaine est connu depuis l'antiquité. Mieux précisé aujourd'hui, il reste encore bien des questions à étudier à ce point de vue.

Les facteurs météorologiques dont il faut tenir compte en pathologie sont les uns telluriques (sol et poussière), les autres atmosphériques (température, pression barométrique, hygrométrie, état des vents, ionisation), d'autres cosmiques (radiations solaires, taches solaires).

L'influence de ces facteurs peut être indirecte, orsqu'elle favorise par exemple le cycle vital d'insectes vecteurs de germes pathogènes (fièvre jaune, paludisme). Elle est indirecte encore dans l'action pe l'excès de froid, d'humidité sur l'éclosion de certaines maladies, sans que l'on puisse nettement préciser par quel processus. Les conditions météorologiques peuvent, d'autre part, réaliser de toutes pièces un syndrome pathologique : tels l'ophtalmie des neiges, le syndrome du vent du Midi, etc.

Les taches solaires, enfin, paraissent avoir un effet direct sur les phénomènes biologiques terrestres : le cycle de ces taches est un cycle pathologique.

La thérapeutique tire profit de nos connaissances — bien imparfaites encore — de météoropathologie. On peut combattre efficacement le syndrome du vent du Midi par la réfrigération des chambres. On peut amender les effets des mauvaises conditions atmosphériques par le choix d'un climat approprié.

La prophylaxie des maladies contagieuses trouvera un de ses points d'appui dans le rôle de la contamination par l'air. On connaît la notion de gaz aliments de Trillat et la protection que peut assurer la précipitation systématique des gouttelettes riches en microbes de l'atmosphère.

P. — Dr E. Epifanie. — **Contribution à l'étude de la conservation des cadavres.** (Thèse, 1936.)

La conservation définitive des cadavres reste une mesure exceptionnelle. Les principaux procédés consistent en l'injection d'une solution antiseptique et déshydratante (alcool amylique, formol, etc.), soit dans les artères, soit dans les cavités naturelles.

La conservation temporaire est surtout à envisager au point de vue hygiénique. Lorsque l'inhumation ne peut être pratiquée dans un délai suffisamment bref pour éviter la survenue d'une putréfaction avancée, on doit toujours recourir à un procédé de conservation temporaire, par le froid, par l'usage des poudres ou des bains antiseptiques, etc

Il existe un certain nombre de cas de conservation spontanée des cadavres (le caveau des Jacobins de Toulouse, par exemple). Celle-ci paraît être due avant tout aux conditions physiques (température, humidité) et chimiques (composition du sol) du lieu de sépulture.

Le problème de la conservation des cadavres est avant tout hygiénique. Le cadavre constitue un objet insalubre qui doit être soit détruit, soit mis à l'abri de la putréfaction, soit mis hors d'état de nuire par l'enfouissement, etc... Le problème se pose pour les cadavres laissés à l'air libre, pour les cadavres inhumés et pour les cadavres en temps d'épidémie, de guerre ou d'autre calamité publique.

P. — Dr G. Fabre. — **Recherches sur la cholémie et la cholestérinémie dans les maladies mentales.** (Thèse, 1936.)

Envisagés dès l'Antiquité, les rapports de l'insuffisance hépatique et plus spécialement de l'intoxication biliaire et des troubles mentaux ont été l'objet d'études diverses. Aucune solution définitive n'a été donnée au problème, sans doute parce que les données en sont complexes. La difficulté principale semble résider dans la quasi-constance des troubles neuro-végétatifs, tant au cours des troubles hépatobiliaires que des troubles mentaux dépressifs.

L'auteur a entrepris de rechercher les éléments de la bile dans le sang chez un certain nombre de malades atteints de troubles mentaux dans le but d'apporter à cette question quelques faits objectifs en se gardant de toute interprétation pathogénique hasardeuse.

THÉRAPEUTIQUE

Considérations sur les cas d'ulcères gastro-duodénaux perforés, observés dans le service chirurgical du Prof. Stolz, de Strasbourg

Par le Docteur S. Calihman

Au cours des vingt-neuf dernières années 163 cas d'ulcères gastro-duodénaux perforés ont été observés et traités dans le service du Professeur Stolz à la Clinique chirurgicale B de l'Université de Strasbourg.

Le dépouillement de ces observations nous paraît particulièrement instructif.

Au point de vue étiologique les données que nous avons pu recueillir confirment dans leurs grandes lignes celles qui ont déjà été établies par de nombreuses statistiques.

Nous avons d'abord été frappés par la disproportion dans le sexe des malades.

La plus grande fréquence des perforations ulcéreuses a été constatée dans le sexe masculin : 157 hommes pour 6 femmes.

Notre attention a été ensuite attirée par la répartition des ulcères perforés suivant l'âge des malades.

De 20 à 60 ans, la maladie ulcéreuse provoque le maximum des perforations, alors que passé cet âge la fréquence des perforations décroît.

Tableau n° 1

Age	15-20	21-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-60	61 et plus
Nombre de cas	8	15	19	21	20	11	27	31	11
Pourcentage	4,9 %	9,2 %	11,7 %	12,9 %	12,3 %	6,7 %	16,6 %	19 %	6,7 %

Relevons la prépondérance des perforations au cours de la saison chaude : 69,2 % du premier avril au premier octobre et 30,8 % du premier octobre au premier avril.

Quant à la localisation de l'affection on ne saurait s'empêcher de relever la tendance plus marquée des ulcères voisins du pylore ? 77,9 % des perforations siègent en effet sur la première portion du duodénum sur le pylore, ou dans la région juxta-pylorique de l'estomac.

Tableau n°2

Siège	Grande Courbure	Petite Courbure	Duodéno-pylorique	Gastro-pylorique	Antre
Nombre de cas	5	24	99	10	2
Pourcentage	3,52 %	17,15 %	70,75 %	7,15 %	1,43%

Nous n'avons pas pu nous empêcher de remarquer que ce sont précisément ces ulcères, voisins du pylore qui coïncident le plus souvent avec une forte hyperchlorhydie.

En dernier lieu nous signalons l'importance du facteur temps, écoulé entre le momet où la perforation s'est produite et celui de l'intervention.

Tableau n° 3

Nombre d'heures	0-2	3-4	5-6	7-8	9-10	11-12	13-14	15-16	17-20	21-25	26-30	31-35	36-40	41-50	51-60	61 et plus
Nomb. de cas.	13	7	11	15	3	7	4	2	11	5	3	2	1	1	0	8
Guérisons	8	5	8	12	1	4	2	1	4	2	0	1	0	0	0	3

Les résultats dépendent avant tout de la précocité de l'acte chirurgical et la guérison est la règle lorsque les malades sont opérés dans les huit heures qui suivent la perforation.

Les excellents résultats obtenus dans le traitement médical des ulcères gastro-duodénaux par les injections d'acides aminés, traitement établi à la suite des travaux de MM. Weiss et Aron, qui ont attiré l'attention sur l'influence cicatrisante très nette de l'histidine (laristine « Roche ») sur les ulcères gastro-duodénaux en général, il était tout naturel que nous instaurions un traitement analogue pour les ulcères perforés. L'acte chirurgical se borne à guérir l'accident perforatif de l'ulcère, mais n'intervient pour rien dans le traitement de la redoutable maladie ulcéreuse elle-même. Une fois les conditions d'un ulcère ordinaire rétablies par la suture de la perforation, nous instaurons le traitement médical de l'ulcère.

Dans ce but nous soumettons les malades à des cures périodiques (12 à 18) par injections hypodermiques ou intramusculaires de Laristine « Roche », produit de synthèse, qui nous a donné toute satisfaction. Nous sommes donc aujourd'hui bien mieux armés contre la redoutable maladie ulcéreuse que ne l'étaient nos prédécesseurs et disposons d'un traitement relativement facile, à la portée de tous les praticiens.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Bulletin de l'Actualité

● ●

L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE
DE LA CONFÉDÉRATION DES SYNDICATS MÉDICAUX FRANÇAIS

(18-19-20 décembre 1936)

L'Assemblée Générale de la Confédération des Syndicats médicaux de France constitue la plus importante de nos manifestations corporatives et son développement, chaque année plus grand, est la meilleure preuve de l'intérêt que le médecin prend à la défense de sa profession. Le nombre des confrères, qui se dérangent pour y venir, la quantité et la variété des sujets qui y sont traités, font de cette réunion le véritable Congrès de tous les médecins syndiqués français.

Il est indispensable que chaque région, chaque Syndicat vienne discuter loyalement et librement les décisions que le Conseil d'administration croit devoir proposer; il ne l'est pas moins que le Conseil lui-même sente à travers les exposés qui lui sont faits, les tendances, les désirs et les aspirations du Corps médical. C'est dire que l'Assemblée fait figure d'un petit Parlement où ne manquent ni les vives répliques, ni les mouvements de foule, ni les applaudissements, ni même les manifestations bruyantes, mais toujours le calme revient avec le vote des ordres du jour et on peut s'étonner, en s'en félicitant, qu'un silence profond se fasse si vite, pour permettre de prendre, dans le calme, la décision judicieuse qui donnera au Conseil la force morale, dont il a besoin pour nous soutenir.

La Confédération constitue actuellement une puissance que nous devons tous respecter, car, en l'affaiblissant, c'est le Corps médical que nous affaiblissons et si l'esprit critique du médecin, toujours en éveil, ne partage pas exactement la manière de voir des dirigeants, il ne faut pas donner l'impression que la discorde règne chez nous.

Dans ce journal, où nous ne voyons pas toujours les choses sous l'angle confédéral, où nous ne nous gênons point pour exprimer librement notre avis, nous nous sommes fait une règle de respecter la discipline syndicale, indispensable à la défense bien comprise de nos intérêts.

La journée du vendredi 18 a été consacrée à l'exposé par le secrétaire général et le trésorier de leurs rapports annuels. Comme toujours, cette première prise de contact du Bureau et de l'Assemblée manifeste les tendances des différents groupes représentés, et cette année, le relèvement de la cotisation confédérale lui donnait un vif intérêt.

Il est certain que les difficultés de l'exercice actuel de la médecine étaient à la base des résistances qui s'exprimaient, mais, en faisant accepter une augmentation, partielle pour 1937, et totale en 1938, l'Assemblée a suivi son bureau et a voté le relèvement de la cotisation.

La question de la cotisation augmentée semblait entraîner la Confédération à créer un organisme comparable à notre Sou médical, et cette œuvre confraternelle qui a soutenu tant de médecins puisqu'elle est déjà vieille de 40 ans, a été évoquée. Nous sommes tous d'accord pour penser que les forces existantes et agissantes qui viennent donner un appui réel aux médecins se doivent un mutuel respect, et qu'avant de les opposer les unes aux autres, il faut réfléchir aux répercussions profondes que cela pourrait entraîner et se souvenir que *seule l'union est féconde.*

L'organisation de la médecine préventive donna lieu le samedi matin à un débat extrêmement animé.

Comment devra s'organiser cette prévention ? Sous la forme administrative, avec des médecins fonctionnaires ? Sous la forme syndicale, avec la participation de tous les médecins syndiqués ? ou sous la forme individuelle, les médecins recevant leurs directives des Administrations qui paient et qui contrôlent ?

La plupart des orateurs pensent que c'est chez le médecin praticien que doit se faire la prévention, point n'est besoin de réaliser une organisation étatiste avec ses centres construits, car cette arme redoutable constituera un pas vers la fonctionnarisation du médecin.

C'est dans ce sens qu'est voté l'ordre du jour qui clôtura cette longue discussion.

La Confédération avait été pressentie pour adhérer à la Confédération des travailleurs intellectuels qui groupe à Paris un grand nombre de professions intellectuelles et a des représentants au Conseil national économique. Il n'apparaît pas à la majorité de l'Assemblée que notre adhésion soit nécessaire, la Confédération constituant avec ses 20.000 adhérents un organisme qu'il est préférable de garder autonome.

Après que le Docteur Vauzanges eut exposé les résultats des Offices et des Œuvres confédérales, on ouvrit la discussion sur le délicat sujet de l'hospitalisation.

La question de l'organisation hospitalière nous a fait assister à un débat de haute tenue, où courtoisement se sont affrontées deux conceptions. Chacune d'elles avait son défenseur et on eut l'impression après avoir entendu Rénon (de Niort) et Guillaume (de Chaumont) d'avoir fait le tour complet de la question.

Rénon, qui a réalisé à Niort une organisation hospitalière toutes classes, fonctionnant à la satisfaction générale, l'offrait en exemple à l'Assemblée pour établir les bases de sa doctrine hospitalière. Après l'exposé du « Fait de Niort », beaucoup d'entre nous, et j'en étais, se ralliaient volontiers à l'hôpital toutes classes, en dépit des attaques, des circulaires et des arrêts du Conseil d'Etat, dont Rénon faisait bon marché. Il a fallu à Guillaume une argumentation serrée, une étude approfondie des situations et des textes pour que le charme se dissipe, que nous comprenions que « le fait de Niort », n'est que le fait d'une série de circonstances particulières, auxquelles la forte personnalité de Rénon n'est point étrangère, que la réalisation en est pratiquement impossible ailleurs et que pour défendre l'indépendance de la profession et la pratique de l'entente directe, il ne faut pas autoriser dans les hôpitaux la création de maisons de santé.

C'est en ces termes mêmes que fut conçu l'ordre du jour qu'une unanimité moins 4 voix et 7 abstentions adopta après un débat auquel prirent part Hilaire, Montel, Marquis et Fiévez.

L'affaire d'Annecy, où la Commission administrative de l'hôpital est entrée en lutte avec le Corps médical, a été évoquée. La Confédération s'est engagée à continuer son action pour faire cesser une situation qui a trop duré.

La place qu'ont prise les *dispensaires* de tous ordres dans l'organisation des soins a eu pour cause de rendre plus difficile l'exercice de la médecine par le praticien, et de concurrencer d'une façon déloyale, les cliniques fondées par les médecins.

L'Assemblée générale a décidé d'adopter à partir du 1er mars 1937 la ligne de conduite suivante :

1° Collaborer avec les Dispensaires donnant gratuitement consultations et soins aux indigents et nécessiteux exclusivement ;

2° Utiliser tous moyens en son pouvoir pour que :

a) Les dispensaires ou établissements similaires distribuant des consultations ou des soins, à titre onéreux, soient légalement obligés à rentrer dans le droit commun, c'est-à-dire à être taxés par impôts et patentes exactement au même titre que les polycliniques privées ;

b) L'appellation de « dispensaires », soit interdite aux établissements distribuant consultation ou soins à titre onéreux ;

c) Les subventions effectives ou déguisées (quête sur la voie publique, vente d'insignes..), apportant à ces organisations des ressources provenant d'un public abusé sur le caractère commercial et non philanthropique de ces institutions, soient supprimées ;

3° Accepter que pour des cas particuliers et à titre *transitoire*, des conventions passées entre le Syndicat médical du département et l'œuvre envisagée en règlent le fonctionnement ;

4° A dater du 1er mars 1937, tous les médecins attachés aux Dispensaires qui ne se seront pas strictement conformés aux règles indiquées ci-dessus devront donner leur démission immédiate :

Les Syndicats départementaux s'engagent à publier les noms de tous les médecins qui refuseraient de coopérer à la grande œuvre de nettoyage nécessaire.

Ces médecins devront être traduits devant les Conseils de familles départementaux aux fins d'exclusion s'ils sont syndiqués ; dans le cas contraire, toutes relations confraternelles, hors le cas d'humanité, devront être rompues avec ces confrères.

La question médico-dentaire exposée par le Docteur Béliard, nous a appris qu'à la suite d'un accord survenu entre la Confédération et les Syndicats dentaires un avant-projet de loi porte la création d'un diplôme de doctorat en médecine à mention.

L'Assemblée a fait confiance à son bureau pour l'étude des moyens de réalisation et pour celle des modalités d'application.

Le contrôle en médecine sociale, qui fut discuté le dimanche matin, souleva bien des objections et devant la diversité des opinions exprimées, il fut justement décidé de renvoyer à la Commission, l'étude du projet.

Pour quelques-uns, le médecin contrôleur ne doit pas donner de soins, au moins à ceux qu'il contrôle, pour d'autres, la médecine de contrôle ne doit pas être à la merci de l'employeur ; pour beaucoup, en particulier pour la médecine de chemins de fer, une situation personnelle empêche de voir la question sous son jour exact, et de la concevoir d'un point de vue très général.

L'article 36 du règlement intérieur des Caisses, fixant le remboursement des assurés sociaux opérés en maison de santé n'ayant pas passé convention, a été supprimé grâce aux efforts de la Confédération et de son secrétaire général.

La discussion sur l'article 64 de la loi des pensions a été chaude ; après un exposé du Docteur Lenglet, elle s'est terminée par le vote à l'unanimité d'un ordre du jour :

Considérant que les sanctions, dont dispose la Commission supérieure, vont jusqu'à la suspension presque complète du droit d'exercer la médecine ;

Que les décisions de cette Commission rendues en dernier ressort, ont été prises jusqu'ici sans que les garanties, qui sont la règle de toute juridiction, aient été assurées aux intéressés ;

Qu'en particulier, connaissance ne leur a pas été donnée avec précision des griefs relevés contre eux, et qu'ils n'ont pas été mis en mesure d'y répondre utilement ;

Proteste énergiquement contre une procédure qui ne respecte pas suffisamment les droits de la défense ;

Emet le vœu que désormais aucune affaire ne soit soumise à la Commission supérieure sans que l'intéressé ait reçu, un mois à l'avance, copie de toutes les pièces qui figurent au dossier, et, en particulier, du rapport le concernant, établi par les soins du ministre des Pensions et destiné à servir de base à la discussion ainsi qu'à la décision à intervenir ;

Que faculté lui soit donnée d'y répondre par écrit ; ou de se présenter en personne (dans ce dernier cas lorsque l'application de l'art. 102 aura été demandée par le Ministre) devant la Commission supérieure le jour où son affaire sera examinée ;

Donne mandat à ses délégués de transmettre le présent vœu à l'Assemblée générale de la Confédération et de demander à celle-ci de faire toutes démarches utiles pour qu'il aboutisse le plus rapidement possible.

(*Adopté à l'unanimité*).

L'Assistance médicale gratuite, la loi Pomaret, l'Ordre des médecins, la patente occupèrent les dernières heures de l'Assemblée qui se sépara vers la fin de l'après-midi, tandis que déjà les délégués, venus de tous les coins de France, se préparaient à retrouver leurs clientèles abandonnées pendant trois jours.

Notre compte-rendu ne serait pas complet si nous ne disions un mot de l'excellent banquet où la Confédération avait convié le *Concours Médical* et qui se termina par deux discours seulement, mais combien substantiels.

Le Docteur Chalier président de la Confédération en quelques mots vigoureux, exprima les craintes actuelles du Corps médical, la nécessité de son union et la collaboration nécessaire de tous les Syndicats avec les organisations sociales, pour conserver le caractère libéral de la profession et défendre nos plus chères traditions médicales.

La réponse du Ministre de la Santé publique ne lui céda ni en netteté, ni en vigueur ; l'exposé précis, très documenté qu'il fit des différents problèmes dont la solution est attendue anxieusement par tout le Corps médical, nous montra qu'il y avait dans ce discours, autre chose que les bonnes paroles qu'on distribue à des amis qui vous ont invité, qu'on y trouvait la déclaration formelle d'un désir de collaboration avec nos Syndicats, et que s'il était hostile à toute fonctionnarisation, le ministre comprenait que le médecin était l'artisan indispensable et le collaborateur nécessaire dans la lutte contre la maladie.

Telle fut l'Assemblée générale de 1936, elle nous a laissé l'impression d'une réunion où l'on a bien travaillé, où bien des éclaircissements nous ont été donnés ou bien des mises au point nécessaires ont été faites et si dans le cours de ce compte-rendu, je n'ai point prononcé le nom de mon ami Cibrie, c'est que tous savent le grand animateur qu'il est toujours et j'aurais dû pour chaque question, pour chaque paragraphe, pour chaque intervention, le mettre en avant ; les votes de l'Assemblée, nos applaudissements, nos nombreux témoignages de sympathie lui ont montré que, plus que jamais, il a notre confiance, et qu'il est toujours le bon pilote qui nous dirige, avec clairvoyance, au milieu des écueils.

Dr Raphaël Massart.



STATUT LÉGAL DES SAGES-FEMMES D'HOPITAUX

Un hôpital comporte un service de maternité, placé sous la direction d'un médecin de l'établissement, qui a sous ses ordres une sage-femme, non logée et autorisée à faire de la clientèle en ville.

Jusqu'ici aucun contrat n'est intervenu et le règlement de l'hôpital est muet sur les droits et les devoirs de la sage-femme, non seulement envers l'Administration et le chef de service, mais également vis-à-vis du personnel infirmier.

Pour éviter le retour de certains conflits ou frictions, il m'est demandé s'il existe des modèles de contrat, ou de règlement, traitant de la question ?

Chaque Commission administrative d'hôpital tient des termes mêmes de la loi du 7 août 1851 le droit d'organiser son service médical comme bon lui semble, avec bien entendu l'approbation préfectorale pour le règlement de santé.

Or, le préfet s'appuie sur les termes du règlement modèle des hospices et hôpitaux du 31 mars 1926 qui, en son article 17, indique les grandes lignes du règlement applicable aux sages-femmes.

Les surveillantes voient leurs fonctions définies par l'article 18. Enfin, les infirmières sont visées à l'article 19.

En dehors de ces directives administratives, nous devons indiquer les dispositions légales. La loi du 30 novembre 1892 assujettit les sages-femmes à l'obligation d'avoir recours à des docteurs en médecine en ce qui concerne les accouchements laborieux et le traitement des maladies. Selon les termes de l'article 4 de la loi de 1892, la sage-femme ne peut que pratiquer les accouchements simples. Il lui est interdit d'employer des instruments et de s'immiscer dans le traitement des maladies ; elle ne peut faire usage que d'une thérapeutique extrêmement limitée.

Dans ces conditions, la sage-femme d'un hôpital doit rester soumise aux directives du chef de service de la Maternité.

Mais, en exécution des ordres techniques de ce dernier, la sage-femme peut avoir à exercer une certaine surveillance professionnelle sur les infirmières, étant bien entendu que la surveillance administrative du personnel infirmier est exclusivement réservée à l'Administration de l'hôpital.

Signalons une divergence entre les termes de l'article 17 du règlement modèle et la jurisprudence du Conseil d'Etat. Le règlement modèle indique que la sage-femme ne peut être révoquée par la Commission administrative qu'après avis de son chef de service. Mais il n'est pas prévu que cette révocation doive être approuvée par le préfet.

Or, plusieurs arrêts du Conseil d'Etat ont décidé que non seulement l'approbation préfectorale était indispensable pour rendre valable une révocation de sage-femme, mais encore fallait-il que l'intéressée ait eu au préalable, communication de son dossier (Conseil d'Etat, 15 décembre 1922 ; 16 mai 1928 ; 6 avril 1933 ; 16 janvier 1935). Je crois donc utile de rappeler cette jurisprudence de la haute assemblée administrative, pour que, dans l'élaboration d'un règlement d'hôpital, la Commission administrative puisse ranger les sages-femmes parmi les membres du Corps médical en ce qui concerne leur révocation (article 11 du règlement modèle).

Dr Paul Boudin.

SAGE-FEMME — AUTORITÉ MARITALE

Une sage-femme mariée peut-elle acheter, ou louer une maison à son nom sans l'autorisation de son mari pourvu que ce soit pour l'exercice de sa profession ?

Réponse

Même en dehors de toute communauté, ou séparée de biens, la femme mariée ne peut, selon les termes de l'article 217 du code civil, acheter ou louer un immeuble professionnel, sans l'autorisation de son mari. Ce dernier est le chef du ménage ; il peut interdire à sa femme l'exercice de sa profession ; il peut, par suite, lui interdire d'avoir un domicile professionnel particulier.

D'autant que la femme peut, par ses agissements, compromettre l'administration du patrimoine familial, dont le mari a seul l'administration.

Cependant, si l'autoritarisme du mari dégénérait en tutelle intolérable, la femme pourrait, comme lui en donne le droit l'article 219, faire citer son époux directement devant le tribunal civil de l'arrondissement du domicile commun, qui pourrait donner ou refuser son autorisation, après que le mari aura été entendu, ou dûment appelé en la chambre du conseil.

Dr Paul Boudin.

LA RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE DANS LES PERFORATIONS UTÉRINES PENDANT L'EXÉCUTION DE L'AVORTEMENT

L'exécution d'un avortement paraît être une des interventions les plus risquées. Tout d'abord il s'agit d'une opération faite dans des conditions tout à fait exceptionnelles, et que l'on a nommée à juste titre « l'opération aveugle ». D'autre part, on se trouve en présence d'une impossibilité matérielle de diagnostiquer la résistance des parois utérines ; ainsi, même les médecins les plus habiles, placés dans les meilleures conditions d'exécution, se trouvent-ils exposés à perforer l'utérus à l'un des moments de l'intervention : contrôle, dilatation, râclage ou extraction des restes fœtaux. On saisit aussitôt que ces perforations utérines peuvent être classées en deux catégories : soit qu'il s'agisse, pour l'opérateur expérimenté surtout, mais aussi pour l'omnipraticien, d'un accident inévitable, — soit qu'une erreur grave ait été commise par suite d'impéritie, l'accident ayant été facilement évitable dans ces conditions.

Le Professeur Kernbach avait déjà soumis un cas de ce genre à l'avis autorisé de notre ami, le Docteur Paul Boudin, et celui-ci avait exposé son opinion de juriste dans les colonnes de notre journal (1). Ce Maître s'est, à son tour efforcé récemment de dégager des critères fixes, qui permettent de *distinguer un accident d'une erreur grave*, du point de vue médico-légal et déontologique (2).

Inutile d'insister sur la gravité de ces perforations, qui ont pu permettre à une curette de ramener tout le contenu du petit bassin, d'endommager fortement la vessie, le rectum, le côlon pelvien, parfois même une partie de l'intestin grêle. Le plus souvent immédiatement graves, ces lésions ont pu se montrer sévères dans la suite par des complications inflammatoires ou circulatoires. D'après les auteurs les plus qualifiés, leur fréquence n'est plus à établir. Il y a un danger imminent et réel, car, même en opérant délicatement, on peut produire des lésions étendues ; le curetage le plus prudent est susceptible de produire une perforation utérine ; il en serait parfois de même à la suite d'un simple décollement digital.

Envisageons tout d'abord la *perforation-accident*. Comme dit, elle peut arriver à n'importe quel moment de l'intervention et avec n'importe quel instrument : doigt, hystéromètre, laminaire, canule, Hégar, curette. Elle se produit tout aussi facilement au cabinet médical, au domicile du malade ou à l'hôpital.

De plus, malgré l'habileté de l'opérateur, elle se révèle *inévitable*, lorsqu'elle est liée à des *lésions préexistantes des parois utérines*. Monod résume de façon plus précise la série des affections, qui se révèlent capables d'exposer plus facilement à la perforation utérine :

1° Le ramollissement exagéré des parois utérines dans les métrites post-partum ou dans les grossesses extra-utérines inconnues.

2° La gangrène localisée des parois, sous forme de métrite aiguë supra-infectée.

3° La sclérose cicatricielle utérine consécutive à une métrite avec atteinte secondaire des faisceaux musculaires primordiaux (lésions parenchymateuses), qui entraînent une perte de la souplesse et une augmentation de la friabilité du myomètre.

4° Le commencement d'un épithéliome du corps ou d'une môle.

5° L'infarcus partiel ou diffus, infectieux, qui peut être dû également à une infection par des substances caustiques, ce qui entraîne ensuite une thrombose massive des vaisseaux utérins. Il en est de même de l'infarctus embolique ou thrombotique.

Les conditions, qui préexistent à une perforation utérine, expliquent donc certaines perforations inattendues, *bien plutôt accidentelles que dues à une erreur de technique*, et qui ont été *préparées* par une lésion pariétale en voie d'évolution. La transfixion de la paroi reste alors très souvent une *énigme* pour l'opérateur, incapable de se reprocher aucun geste brutal ou maladroit. La clef de ce mystère est que la perforation survenue dans ces conditions n'est vraiment pas entièrement imputable au chirurgien, et qu'elle a été en partie favorisée par un état pathologique préexistant et insoupçonné de la paroi utérine, dont les lésions n'ont donné lieu jusqu'ici qu'à des études cliniques très lacunaires. Picot s'exprime dans le même sens.

Voici maintenant la *perforation-maladresse*, c'est-à-dire celle qui est due au manque d'habileté ou d'expérience.

« Où commence et où finit l'habileté du chirurgien ? Comment pourra-t-on établir la limite permise à tout chirurgien et différencier la per-

(1) Docteur Paul Boudin. *Le Concours Médical*, 8 mars 1936, page 725.

(2) Professeur Kernbach, de Cluj-Roumanie. (*Annales de médecine légale*, juin 1936.

foration-accident de la perforation-maladresse ? Les rapports anatomiques d'étroit voisinage entre l'utérus et les autres organes pelviens ou péritonéaux posent le problème de façon seulement quantitative : jusqu'à quel point est-il permis de perforer sans dépasser la limite de l'imprudence grave imputable au chirurgien ? Il est certain que le problème est difficile à résoudre. Les conditions locales, l'état de la grossesse, l'habileté et l'expérience du chirurgien sont autant de facteurs qui varient tellement d'un cas à l'autre, que la fixation de ces limites doit rester à la charge des cliniciens. Les Tribunaux n'ont jamais puni de médecin pour des erreurs dues seulement à la maladresse (Peytel), *il faut aussi la preuve d'une imprudence*. Les grands arrachements obstétricaux et les perforations mutilantes de l'utérus et des organes voisins entrent sans nul doute dans les cas d'impéritie grave, qui trahissent une ignorance totale, un manque d'expérience et d'habileté. Il y a des cas classiques de responsabilité médicale.

Entre ces grands ravages et ces perforations -accidents ou perforations préparées, nous rencontrons des cas limites avec extraction et perforation de l'intestin grêle, arrachement et extraction de l'épiploon. Comment va-t-on pouvoir les étiqueter, aussi longtemps que les chirurgiens reconnaissent qu'avec peu de force, on peut produire des lésions très étendues ? »

***

Quand il s'agit de déterminer quels sont les *responsables de ces perforations*, nous ne pouvons nous conduire suivant des règles immuables. Il nous faut tenir compte :

a) De l'existence ou de l'absence de lésions préexistantes ;

b) Du motif de l'avortement (criminel, thérapeutique, septique) ;

c) Du degré d'urgence de l'intervention ;

d) Des conditions dans lesquelles s'est effectué l'avortement (à la ville, à la campagne, à l'hôpital) ;

e) Du titre de spécialiste du médecin et de la réputation de celui-ci.

Ces critères nous permettront d'apprécier de façon plus objective les cas de perforation-maladresse.

Encore faut-il remarquer que le diagnostic de la perforation n'est pas toujours chose facile à établir. Si les médecins, qui ont perforé eux-mêmes, peuvent observer des symptômes suffisants pour porter un diagnostic (hémorragies, disparition des liquides et des instruments dans la cavité péritonéale), s'ils peuvent exercer un contrôle par laparatomie, il n'en est pas de même des autres médecins, dont le diagnostic est très peu sûr. En premier lieu interviennent ce que l'on a nommé « les fausses perforations » dues à des utérus mous et dépressibles, qui donnent la sensation d'une transfixion utérine. Selon Mondor, la perforation utérine peut encore être confondue avec l'infection puerpérale, la rétention placentaire, ou la grossesse extra-utérine.

***

Et pour illustrer cette mise au point, voici un cas personnel que rapporte le Professeur Kernbach, en qualité de médecin légiste :

Le 7 septembre 1935, une femme âgée de 18 ans est examinée par le Docteur W. en son cabinet. Celui-ci reconnaît un début d'avortement, caractérisé par des écoulements sanguinolents et malodorants. Ce confrère appelle en consultation un autre médecin de la localité ; ensemble, ils décident de terminer l'avortement. Le Docteur W. fait à la patiente une injection de morphine et de pituitrine. A l'hystéromètre, il constate que la cavité utérine mesure 18 centimètres, et fait la dilatation du col avec des bougies d'Hégar jusqu'au numéro 8. La métrorragie ayant cessé, deux laminaires sont introduites et l'opération remise au lendemain. Le 8 septembre, voulant continuer l'avortement, le praticien introduit une pince de Schultze afin de saisir l'embryon. En retirant la pince, il sort également des anses intestinales. La malade est aussitôt conduite dans une clinique ; une intervention a lieu le même jour à 17 heures.

De la feuille d'observation, il résulte que dans la cavité abdominale se trouvaient environ 300 centimètres cubes de sang liquide ; une anse de l'iléon, à 50 centimètres de distance du cæcum, était désinsérée du mésentère sur une distance de 70 centimètres. Cette anse entrait, par un orifice de la partie antérieure du fond de l'utérus, dans la cavité utérine et de là dans le vagin. L'intestin présentait deux perforations pénétrantes sur un trajet de 10 centimètres. On trouvait encore une perforation de l'intestin de la grandeur du petit doigt dans l'anse prolabée de l'utérus. Dans la cavité abdominale, on découvrit un reste de crâne et des viscères. On fit une double entéro-anastomose termino-terminale une appendectomie, une suture sur l'ampoule rectale enfin on pratiqua l'hystérectomie totale. L'utérus fut noté mou et il contenait encore un reste de placenta. On releva encore une perforation de la paroi antérieure vaginale de la grosseur du bout d'un doigt, avec un hématome du trigone.

Décès au dixième jour avec phénomènes de péritonite généralisée et fistule stercorale. A l'autopsie la cavité utérine contient des restes placentaires. L'examen histo-pathologique démontre l'existence d'un *chorio-épithéliome malin*.

Cependant une Commission de spécialistes déclara le médecin responsable en soutenant : « que le médecin avorteur ne s'était pas conformé aux règles de prudence et de bon sens, auxquelles est soumise la profession médicale, qu'il avait prouvé par son intervention, de la légèreté, de la maladresse, et de l'ignorance et qu'il était responsable du point de vue déontologique et médico-légal. »

Prenant en considération cet avis ainsi que les

qualités du médecin-opérateur, le Professeur Kernbach voulut consulter plusieurs savants d'Europe sur ce cas de responsabilité. Il pensait, en effet, que le médecin qui avait *perforé cet utérus cancéreux*, extrayant et perforant l'intestin grêle, était un praticien du milieu rural, où il exerçait depuis sept ans, sans avoir jamais été poursuivi pour erreurs ou autres infractions médicales. Il se rappelait en même temps les conseils si judicieux donnés par Brouardel. « La justice doit être la même pour tous, mais ce serait une injustice que de juger avec la même sévérité une erreur commise par un médecin des grandes villes ou par un médecin de la campagne... ; à la campagne il faut que le médecin soit simultanément médecin et chirurgiens accoucheur et oculiste, qu'il soigne les maladie, urinaires et les affections cutanées et, cependant, on ne peut lui demander d'être spécialiste dans chacune de ces parties. »

L'auteur s'adressa donc à plusieurs professeurs de médecine légale, à des juristes spécialisés en droit médical et à des obstétriciens préoccupés du côté médico-légal de l'obstétrique. Dans leurs lettres détaillées ils affirmèrent catégoriquement, qu'en Allemagne notamment, aussi bien les médecins légistes que les accoucheurs ne déclarent pas responsables les obstétriciens, qui ont commis des perforations utérines ou intestinales aussi longtemps que l'avortement a été indiqué et à condition que, du moment où la perforation a été constatée, la malade ait été conduite dans un service de chirurgie, afin d'être soumise à une intervention d'urgence. M. le Professeur Etienne-Martin, de Lyon, se prononça dans le même sens. Le Professeur Mario Carrara, de Turin, qualifia de « culpa lævis » de semblables accidents. Des juristes parisiens, A. Peytel et P. Boudin, conclurent dans le même sens. P. Boudin écrivit notamment (1) : « Je conclus en disant que le praticien a correctement agi, selon les règles de l'art et *qu'il ne peut être rendu* responsable d'une fatalité, que ni lui, ni de plus avertis n'auraient été capables de déceler ».

Quant à l'opinion de M. Peytel, nous la rapporterons textuellement à la fin de ce compte rendu.

Dès 1907 Stumpf avait dit clairement que la perforation de l'utérus par des instruments n'est pas une négligence extraordinaire et ne requiert pas une attention particulière. De semblables perforations peuvent se produire même alors que toutes les précautions ont été prises, et que le raclage est fait par l'opérateur le plus habile.

L'important est donc, de reconnaître la perforation à temps, et de ne pas négliger la moindre chose qui puisse sauver la malade.

***

M. Peytel, le juriste bien connu par sa haute compétence intervint à son tour dans la discussion. Nous le citons textuellement.

Il n'est pas douteux, et des exemples fréquents le démontrent, que les perforations, soit de l'utérus, soit de l'intestin, peuvent se produire au cours d'avortements médicaux, soit au cours de curetages, sans qu'il soit possible d'établir une faute à la charge du médecin.

Ces accidents opératoires sont arrivés au cours d'opérations effectuées par les meilleurs spécialistes, et par conséquent il ne peut être question de prétendre qu'en soi la perforation soit le résultat d'une ignorance des règles de l'art médical ; ils se sont produits alors que les chirurgiens eux-mêmes avaient contrôlé la délicatesse des gestes de l'opérateur et sa prudence extrême dans le mouvement des instruments. Par conséquent, en soi la perforation n'est pas non plus la preuve d'un acte brutal ou maladroit.

La perforation apparaît au contraire comme un risque constant de ce genre d'intervention, tenant à la nature de l'opération, et à l'impossibilité pour le chirurgien de voir clair pour « cette opération aveugle », comme dit le Professeur J.-L. Faure.

En vue d'établir le principe de responsabilité, il faut donc rechercher, en dehors du fait de la perforation, les circonstances dans lesquelles l'acte dommageable s'est produit.

Plusieurs éléments d'appréciation doivent être examinés :

1° L'utérus présentait-il des lésions antérieures ?

Dans le cas présenté par le Professeur Kernbach, l'utérus de la paysanne roumaine était atteint d'un cancer, qui rendait la paroi extrêmement friable, de sorte que le médecin n'a senti aucune résistance et qu'en raison de la fragilité de l'utérus la perforation instrumentale était inévitable. Par conséquent, cette circonstance contrôlée, à elle seule, aurait dû décider les experts à conclure au défaut de responsabilité.

2° Pour quels motifs l'avortement a-t-il été pratiqué ?

Il est évident qu'un avortement criminel permet de présumer une imprudence, une hâte regrettable de l'opérateur et un défaut de conscience professionnelle ou même de compétence, si l'avortement a été pratiqué par un professionnel de ce délit ou un non-diplômé.

3° Qui a opéré, et comment l'opération a-t-elle été faite ?

L'accident reproché au médecin roumain, que nous a soumis le Professeur Kernbach, est survenu à un médecin de campagne, honorablement connu, qui exerçait sans incidents depuis sept ans, et dont la décision sur l'opportunité de l'avortement n'était même pas discutée.

Et il importe de considérer comme essentielles

pour la décision à intervenir, les qualités personnelles du médecin poursuivi : on ne peut reprocher à un médecin de campagne, qui doit tout soigner et par conséquent tout guérir, de n'être pas spécialisé en toutes les matières, et on ne peut réclamer de lui qu'une connaissance normale et moyenne de son art en tenant compte de son inexpérience, fatale pour certains cas.

Les Tribunaux français ont d'ailleurs toujours reconnu qu'on ne doit pas condamner un médecin sous le prétexte que d'autres, plus habiles, plus spécialisés, firent mieux : ce qu'on peut exiger d'un médecin, ce n'est pas d'être particulièrement adroit, mais de n'être pas maladroit ou imprudent.

A cet élément d'appréciation s'en joint un autre, c'est le milieu dans lequel le médecin a dû agir, les moyens de fortune dont il a été obligé de se contenter, l'ignorance, l'impéritie de ceux qui entouraient le malade et qui n'étaient qu'une gêne au lieu d'être une aide.

A ce propos, il faut rappeler l'arrêt rendu par la Cour de Paris le 4 mars 1898 : un médecin du quartier de Charonne est appelé auprès d'une femme qui accouche dans un intérieur misérable ; c'est en vain qu'il applique le forceps à trois reprises, il s'aperçoit que l'enfant est mort et qu'une craniotomie est indispensable et urgente. Dans une boîte à outils il trouve une aiguille de matelas, il ne réussit pas à atteindre le crâne il prend un ciseau à froid et il finit par extirper l'enfant, mais la mère mourait le lendemain.

Sans doute le médecin avait-il perforé deux fois la vessie et avait-il reconnu qu'il avait poussé trop loin l'aiguille, aussi le Tribunal le condamna à trois mois de prison avec sursis. Mais, en appel, la Cour constata que l'urgence de la craniotomie expliquait qu'il eût eu recours à n'importe quel instrument, que ce médecin se trouvait devant ce dilemne terrible ou de ne rien tenter, et la mère succombait, ou de faire une opération difficile dans des conditions déplorables, et elle acquitta.

Il faut retenir de cette affaire les conclusions de l'expert qui avait demandé aux juges de tenir compte : 1° des conditions absolument déplorables de milieu, d'entourage et d'aide matérielle ; 2° de l'inexpérience du médecin en matière de craniotomie qu'il pratiquait pour la première fois, alors qu'il était impérieusement obligé de le faire ; 3° de l'instrumentation défectueuse qu'il avait eue à sa disposition et qui pouvait causer la perforation même dans les mains les plus expérimentées.

Cet exemple montre avec quelle prudence les juges doivent envisager les questions de responsabilité, provoquées par des perforations utérines, pour ne pas décider *a priori* qu'elles sont la preuve d'une maladresse ou d'une impéritie, ou encore d'une ignorance impardonnable des règles de l'art médical, alors que seules les circonstances, qui expliquent l'avortement ou celles qui entourent l'opération, peuvent fournir aux magistrats les éléments qui permettent de savoir si elles constituent des fautes lourdes ou des excuses libératrices de toute responsabilité.

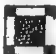
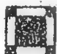
Et pour terminer, voici l'opinion autorisée de M. Brindeau :

Tous les chirurgiens, tous les accoucheurs ont vu se produire des perforations utérines à la suite de curettage *post-abortum dans les cas où l'utérus est sain.*

Ici, le médecin incriminé eut affaire à une observation extrêmement rare. Nous savons, en effet, que le déciduome malin se rencontre parfois à la suite de l'expulsion d'une môle hydatiforme ; mais la môle maligne provoquant une perforation spontanée pendant l'évolution de la môle est exceptionnelle. Mon collègue et ami Essen Möller, de Lund, a pu pourtant en recueillir 22 cas.

Il n'est pas douteux que la perforation devait exister avant le curetage, ou tout au moins que la friabilité du muscle devait être telle que la moindre pression devenait suffisante pour effondrer le fond utérin. Quand le médecin s'est aperçu de la perforation, il avait déjà probablement perforé l'intestin et le vagin ; ayant entraîné une anse intestinale avec la pince et ayant ainsi fait le diagnostic de perforation utérine, il a pensé à conduire la femme à l'hôpital. Véritablement les experts ont eu tort, à mon avis, de formuler de telles conclusions.

G. Fischer.

LES CLOUS DU SAUVEUR

Il y en avait probablement quatre, un à chaque membre et assez gros.

Un seul clou pour les deux pieds superposés n'eût pu être enfoncé qu'avec une extrême difficulté et les os auraient été infailliblement brisés, ce qui eût été contraire à la célèbre prophétie : *os non comminuetis ex eo.*

Chez les Romains, l'usage était de clouer les patients à la croix et de fixer les deux pieds séparément.

Sénèque (Vita beat, 19) dit : «...puisqu'ils s'efforcent de s'arracher à des croix dans lesquels chacun de vous enfonce lui-même ses clous ?

«...*quum refigere in crucibus conentur in quas unusquisque vestrum clavos suos ipse adigit* ?

Avant lui, Plaute avait été plus précis. Dans Le Revenant (Mostellaria, II, I, 13) il dit :

«... Je donnerai un talent à celui qui montera le premier au gibet à ma place, à condition qu'on lui attachera à deux clous les pieds et les mains.

...*ut adfigantur bis pedes, bis brachia.*

Les Chrétiens ont appliqué à Jésus le psaume de David, n° XXI, il faut particulièrement noter :

§ 17.......

Un conseil de méchants m'a assiégé, ils ont percé mes mains et mes pieds...

Federunt manus meas et pedes meos.

§ 18. — ils ont compté mes os...

dinumaverunt omnia ossa mea...

Le seul témoin oculaire qui parle des clous ou plutôt de leurs traces est Jean dans XXe Evangile, paragr. 25 et 27.

§ 25. — « Les autres disciples lui dirent donc (à Thomas), nous avons vu le Seigneur. Mais il leur répondit : « Si je ne vois dans ses mains le *trou des clous* et si je n'enfonce mon doigt à la place des clous... Je ne croirai point.

«... *Nisi videro in manibus ejus fixuram clavorum et mittam digitum meum in* locum clavorum... *Non credam...*

(Huit jours après Jésus dit à Thomas :)

§ 27..... Mets ton doigt là, vois mes mains ...et ne sois pas incrédule, mais croyant.

« *Infer digitum tuum huc, et vide manus meas... et noli esse incredulus, sed fidelis.* »

Ce thème a servi à la rédaction de : *O filii et filiæ...* que l'on chante au salut de Pâques et dans lequel se trouve le passage connu :

Vide Thoma, vide latus
Vide pedes, vide manus.

Tertullien (adversus Judæos 10) et Lactance (IV, 18) ont cité le psaume de David dont il a été parlé plus haut. Ils parlent succinctement du supplice, le mot clavus n'apparaît pas dans le texte.

Sainte-Hélène ayant retrouvé les clous avec la croix fit faire avec l'un d'eux, un mors pour le cheval de son fils Constantin (conservé aujourd'hui à Carpentras) ; avec un autre, une sorte de cercle pour son casque, ce cercle est croit-on enclavé dans la couronne de fer conservée actuellement à Monza. Elle jeta un troisième clou dans la Mer Adriatique pour y apaiser une tempête (réminiscence du pouvoir magique des clous, d'origine païenne, mais adopté par les Chrétiens).

Aujourd'hui, on vénère des saints clous au nombre de trente-deux dont certains ne représentent qu'un morceau des vrais clous ?

Au début du christianisme, les Chrétiens n'osèrent pas représenter leur Dieu dans la posture ignominieuse d'un crucifié. Jésus fut d'abord représenté par des symboles tels que la croix (signe de ralliement posé discrètement sur les vêtements), l'ancre, la vigne, la colombe, l'agneau, le pasteur, etc., voire en Orphée.

Les plus anciennes représentations de la Crucifixion sont des gemmes, ces petites pierres gravées pouvaient être facilement portées comme amulettes.

Une en jaspe rouge trouvée à Gaza, en Syrie en 1868.

Une cornaline du British Museum trouvée à Constanza (Roumanie) probablement du IIe siècle.

Une autre cornaline, d'après Garucci peut appartenir au IIIe siècle, on voit le suppedaneum, support en bois pour les pieds dont Grégoire, de Tours, sera le premier à mentionner et à décrire dans son *Gloria martyrum* (6, t. LXXI, col. 711).

Un jaspe vert du IVe ou Ve siècle représentant le Christ en croix, nimbé et vêtu d'une longue jupe, les clous ne sont pas indiqués.

Sur ces quatre gemmes, contemporaines du supplice de la croix, les pieds sont écartés.

Le supplice de la croix ne fut supprimé que dans les dernières années du règne de Constantin.

La première représentation murale de la Crucifixion est le célèbre graffito du Palatin du commencement du IIIe siècle, aujourd'hui au Musée Kircher à Rome. C'est une caricature faite par un esclave païen du Pedagogium (Ecole des esclaves impériaux) contre un de ses camarades chrétien.

Le crucifié a une tête d'âne et on lit en grec incorrect : Alexamenos adore Dieu. Les deux pieds sont très écartés et semblent reposer sur une ligne horizontale.

Les deux plus anciens monuments chrétiens représentant le crucifié autres que des gemmes sont :

1° Un ivoire du Ve siècle conservé au British Museum ;

2° Une sculpture sur bois des portes de l'église de Sainte-Sabine à Rome ; sur cette dernière, les avant-bras sont légèrement fléchis, les pieds touchent presque le sol et ne sont pas cloués, le suppedaneum est esquissé à moins que ce ne soit le bas de la croix.

Date du VIe siècle et peut être de la fin du Ve.

Dans le Codex syriacus de la Bibliothèque Laurentienne à Florence, du VIe siècle, les pieds sont séparés.

Sur l'Evangéliaire de Rabula, de l'an 586, les deux pieds sont cloués séparément.

La représentation de la Crucifixion qui avait été plus facilement admise en Orient fut adoptée en Occident dès le VIIe siècle d'une manière officielle.

La seule de ces représentations existant aux Catacombes se voit au cimetière de Saint-Valentin, VIIe siècle, les p eds sont séparés, cloués et posés sur un support en bois.

Sur la crucifixion de l'église Santa-Maria antiqua (au Forum romain) du VIIe siècle (peinture murale), Jésus est vêtu d'une longue tunique et les pieds sont séparés et non posés.

Sur deux ampoules et un crucifix du Trésor de Monza (Espagne), les talons sont joints et les pointes des pieds écartées.

Dans le dyptique du monastère de Rambona de l'an 898, conservé à la Bibliothèque vaticane, les pieds sont séparés.

Au IXe siècle, on revient au Christ nu, mais on drape la ceinture et on la transforme en une sorte de jupe plissée.

Dans toutes ces représentations, sans exception, les pieds sont cloués séparément, *bis pedes*, conformément à l'usage romain.

L'usage des trois clous, et, par conséquent, du croisement des jambes sur la croix prévaut au XIIe siècle (avec Giotto et Cimabue), au temps de Saint-François d'Assise.

Le Crucifié triomphant devient alors le Christ douloureux ou mort.

Le croisement des jambes et l'unique clou pour les deux pieds se généralise au XIIIe siècle probablement à cause de l'effet esthétique.

La juxtaposition des pieds permettait un déhanchement du corps, position plus artistique que celle du corps présenté symétriquement à une ligne verticale, ce qui lui donnait une raideur disgracieuse.

C'est probablement la raison pour laquelle, presque tous les artistes ont adopté cette nouvelle position.

A titre d'exception, on peut signaler le Christ du Panthéon de l'Escorial (où sont inhumés les rois espagnols), qui a les pieds cloués séparément.

Ajoutons que dans toutes les crucifixions byzantines, antérieures au XIVe siècle, les pieds sont toujours séparés.

Dr P. Noury (de Rouen).

DISCUSSION DU BUDGET DE LA SANTÉ PUBLIQUE (1)

A propos des honoraires des malades payants hospitalisés

Le Docteur Cousin fait la déclaration suivante :

A la suite d'un arrêt du Conseil d'Etat interdisant au médecin de recevoir de la main à la main des honoraires de malades payants hospitalisés, Monsieur le Ministre, vous avez fait paraître une Circulaire. Je me hâte de dire que je ne suis pas plus que vous hostile au paiement d'honoraires par le malade à l'hôpital.

Je crois que c'est une formule intéressante pour détourner le malade payant de l'hôpital. Monsieur le Ministre, vous avez confirmé cette décision de laisser verser des honoraires chirurgicaux pour traitement à l'hôpital à condition qu'ils soient perçus par l'économe. Seulement, vous avez ajouté une autre décision, sur laquelle il y aurait beaucoup à dire : le malade payant aura le droit de faire appeler près de lui le médecin de son choix, même si celui-ci n'est pas attaché à un service de l'hôpital, sous la seule condition qu'il soit inscrit sur une liste spécialement dressée à cet effet, d'accord avec le Syndicat médical local.

Il y a là une grave entorse aux droits donnés aux Commissions administratives des hospices par la loi de 1851.

Le moins que l'on puisse dire, c'est que votre Circulaire est inopérante, car une Circulaire ministérielle n'a pas encore le pouvoir d'abroger un texte de loi, et c'est fort heureux qu'il en soit ainsi, car, Monsieur le Ministre, vous avez abordé là un sujet des plus délicats et des plus difficiles à bien résoudre et vous l'avez fait sans avoir consulté les représentants des Commissions administratives des hôpitaux de France et la Confédération des Syndicats médicaux, sans même avoir soupçonné qu'un médecin étranger, installé en France aurait pu, lui aussi, venir soigner des malades à l'hôpital.

(1) Chambre des députés, 15 décembre 1936.

LUTTE ANTITUBERCULEUSE ET SANTÉ PUBLIQUE

A la suite des réflexions que j'ai formulées ici, il y a quelques semaines, sur les sanatoriums, le Docteur Triollet, inspecteur départemental d'hygiène du Morbihan, m'a très aimablement adressé un article qu'il a fait paraître dans *Le Mouvement sanitaire* de juin 1936. Avec l'autorité d'un ancien médecin de dispensaire antituberculeux et d'un hygiéniste de carrière, il traite la question sous un angle particulièrement intéressant.

Dans plus de 800 dispensaires français, dit-il, la triple formule — basée sur le principe de la contagion — du diagnostic, du traitement en sanatorium et préventorium et de l'action à domicile de l infirmière-visiteuse sert de d rective générale à la lutte officielle contre la tuberculose.

Or il refuse d'admettre la valeur d'une formule ne tenant aucun compte des milieux dans lesquels elle s'applique, des conditions locales d'existence des populations et tenant pour nulles et non avenues les théories de Lumière qui, si elles se vérifiaient, devraient radicalement la modifier.

Et prenant en exemple le cas du Morbihan qu'il a sous les yeux, il note que ce département très peuplé (540.000 habitants), pauvre, tient le quatrième rang dans l'échelle de morbidité tuberculeuse et compte certains cantons où 25 % des conscrits sont éliminés aux conseils de révision.

Une telle morbidité s'explique-t-elle par la contagion ? Peut-être en partie. Mais aussi par d'autres facteurs qui ont leur importance.

Le logement est insuffisant, insalubre (maisons sans fenêtres parfois) sol en terre battue, lits clos, promiscuité dans les familles nombreuses.

L'alimentation est rudimentaire : le menu journalier des classes ouvrière et rurale se compose habituellement de bouillies de blé noir ou de froment, de pommes de terre et de soupe au lard. Le cidre, à l'action décalcifiante est la boisson habituelle. Les écoliers habitant à distance du bourg absorbent à midi un bol de soupe préparée par une femme du village (coût : 0 fr. 15 à 0 fr. 25) et terminent leur repas par une tartine de beurre ou de confiture chimique.

L'allaitement au sein des nourrissons se raréfie ; or le troupeau morbihannais est dans un état sanitaire médiocre ; la tuberculose y sévit durement.

Le Morbihan est généralement dépourvu d'adduction d'eau potable. Les eaux de puits ou de sources ont pour caractéristiques principales l'absence fréquente de sels calcaires et un pH très bas.

Enfin ce département est l'un des plus alcoolisés de France. La seule consommation d'alcool de cidre fabriquée dans le seul Morbihan a atteint en 1935 le chiffre de 5.533 hectolitres.

De toute évidence, dans les départements où les conditions d'hygiène sont mauvaises et où le niveau de l'existence est inférieur à un certain standing, la formule actuelle de lutte antituberculeuse est vaine et aboutit au gaspillage des finances publiques.

Il n'y a aucune raison pour que, dans plusieurs lustres, la morbidité tuberculeuse ne soit pas la même dans ces départements.

La lutte antituberculeuse doit faire l'objet d'un plan national.

Il faut abattre les taudis, édifier des logements clairs, installer des stades.

Pour améliorer l'alimentation, il y a lieu d'envisager la création d'une école ménagère ambulante dans chaque canton, assurer partout l'eau potable et le lait sain.

Et enfin pourchasser l'alcool.

Tout cela est affaire de Gouvernement. Après vingt ans d'application de la loi Léon Bourgeois, qui a coûté des milliards, il faut faire le bilan.

Et le Docteur Triollet laisse clairement entendre qu'il l'a fait, lui, ce bilan, et qu'il en est consterné.

Combien faudra-t-il de temps aux augures pour oser enfin affronter les réalités ?

G. Lavalée.



MÉDECINE ET BOTANIQUE TOXÉMIQUE.

Une belle observation d'intoxication par les plantes d'ornement.

par le Docteur Marcel BAUDOUIN.
de Croix de Vie (Vendée).

Une belle observation d'intoxication, spontanée et accidentelle par un arbre vénéneux, le *Rhus toxicodendron*, vient d'être recueillie par lui-même par notre collègue et ami, Ed. Bocquier, directeur honoraire d'Ecole normale supérieure, une des grandes victimes de la guerre de 1914, pour lequel jadis nous sommes intervenu en Allemagne à un moment dangereux...

Nous croyons être utile à la science médicale, à la pharmacologie et à la botanique, en publiant la belle observation qui suit et qu'il a bien voulu rédiger lui-même, sans rien changer à son propre texte.

***

Nous nous permettons de remarquer toutefois de suite que M. Ed. Bocquier a bien voulu nous remettre en 1931 un jeune plant de cet arbre, pharmaceutique au premier chef, que nous avons placé au Jardin botanique totémique, annexé au Musée de Plein Air de Croix-de-Vie.

Or, cet arbre, planté très jeune dans de bonnes conditions dans un enclos très protégé et bien exposé aux rayons du soleil de midi, a admirablement réussi. Et, aujourd'hui, ses puissants crampons le fixent solidement au mur qui le soutient et le protège des vents du Nord... Ses belles et larges feuilles couvrent tout ce mur et s'étalent avec gaieté et succès dans d'excellentes conditions.

***

Or nous avons taillé nous-même ce magnifique arbuste à diverses reprises ; il est vrai en prenant quelques précautions et surtout en nous lavant les mains avec soin à l'aide d'un antiseptique agréable à manier, après l'opération terminée.

Mais nous n'avons absolument rien ressenti. De même notre personnel, prévenu du danger de cette espèce, a pu le manier plusieurs fois sans accident aucun.

Il est vrai que nous ne sommes pas comme M. Bocquier une victime des gaz de la guerre.

Malgré mes 76 ans révolus j'ai donc dû résister à une intoxication accidentelle, par de simples ablutions de nettoyage appropriées. Que cette donnée soit un exemple, en tout cas !

Nocivité du *Rhus toxicodendrum* L.

AUTO-OBSERVATION.

Parmi les 2.500 arbustes exotiques que M. Edmond Bocquier a acclimatés dans son Jardin de Saint-Gilles-sur-Vie, se trouvent un certain nombre de térébenthacées. Le genre Sumac (Rhus L.) est notamment représenté par les espèces suivantes : Sumac de Virginie (Rhus typhinus L.) ; Sumac des corroyeurs (Rhus coriaria L.) ; Rhus vomix C. ; Rhus sinica ; Rhus aromatica L. ; Rhus glabra L., var. laciniata ; Sumac-fustet (Rhus catinus L.) ; Rhus catinus atropurpureus ; Rhus toxicodendron L.

Cette dernière espèce a la réputation, comme on sait, d'être vénéneuse et de déterminer, à l'extérieur, par simple contact, des phénomènes d'irritation et d'inflammation.

En juillet dernier, M. Bocquier procédait à l'élagage des branches retombantes de son *Rhus toxicodendron*. C'était *le matin, à la rosée,* et dans une partie du jardin qui n'est atteinte par le soleil que vers 11 heures. M. Bocquier, pour travailler plus à l'aise, avait relevé, imprudemment, au-dessus du coude, les manches de sa chemise. Malgré les précautions prises, une branche, chargée de feuilles humides de rosée, s'abattit sur ce bras gauche, vers la saignée du coude, et jusqu'à mi-hauteur du bras ; quelques feuilles touchèrent également l'oreille et la joue gauches.

Trois heures après environ, une rougeur diffuse, accompagnée d'une sensation locale de chaleur, apparut en traînée sur le bras ; puis des points plus rouges, ayant l'apparence de l'urticaire, avec gonflement des papilles. L'ensemble affectait l'aspect d'une traînée plus ou moins linéaire, s'étendant de part et d'autre de la saignée du coude. Puis, vers le soir, vinrent une cuisson et une irritation extrêmement vives, avec besoin impérieux de se gratter. M. Bocquier songea d'abord à de l'*urticaire*, puis à un *zona.*

Et ce n'est qu'en se souvenant de son travail du matin qu'il songea à accuser, sans doute possible, le *Rhus toxicodendron*. Le médecin, consulté le deuxième jour, confirma le diagnostic sur les indications qui lui furent données par M. Bocquier, et prescrivit l'application d'une pommade calmante (menthol, oxyde de zinc, lanoline et huile d'amandes douces). L'irritation se calma peu à peu, mais assez lentement, avec des recru-

descences intermittentes et ne disparut totalement qu'au bout d'*une dizaine de jours*. La rougeur avait disparu vers le cinquième au sixième jour ; mais les points rouges à hauteur des papilles persistèrent encore, comme des piqûres de puces, et, au lieu de disparaître vers l'extérieur par desquamation, parurent s'enfoncer dans les tissus. Enfin, vers les quatrième et cinquième jours, une sorte d'*engourdissement du bras gauche* s'était également manifestée. A noter qu'aucune vésicule n'est apparue. A la joue et à l'oreille gauches apparurent seulement des points rouges, sans irritation véritable.

***

M. Bocquier avait déjà été atteint une autre fois aux paupières, après avoir touché ce *Rhus toxicodendron* avec les mains et avoir porté celles-ci aux yeux. Il signale également qu'un jardinier du Jardin botanique de l'Ecole de médecine d'Angers avait souffert d'un accident semblable il y a une dizaine d'années, et qu'un autre jardinier du Jardin botanique de Clermont-Ferrand, après avoir relevé du bras les rameaux d'un *Rhus toxicodendron*, avait été atteint d'une irritation cutanée, qui réapparaît plus ou moins chaque année à la même époque !

Il est probable que cette plante, dont les effets sont très variables suivant les individus, agit aussi très diversement suivant SON EXPOSITION et suivant le MOMENT, et qu'elle paraît plutôt nocive, lorsqu'elle est à *l'abri des rayons directs du soleil*. Il faudrait admettre en ce cas que le soleil au contraire favorise l'activité de cellules et de stomates en rapport avec la production et l'expulsion d'un corps, probablement *gazeux*, de nature toxique ou irritante.

Ed. BOCQUIER.

Je n'ai pas besoin d'insister sur le très grand intérêt scientifique de ce cas, qui réalise, peut-on dire, une observation expérimentalement dirigée.

Le diagnostic, toxicologique et pharmacodynamique si l'on peut dire, fut fait par le malade lui-même, qui est le plus éminent de nos botanistes de Vendée !

Le diagnostic médical fut confirmé par mon excellent confrère et ami, le Docteur Girard (de Saint-Gilles-sur-Vie).

Je n'ai été avisé de cet événement qu'après coup et n'ai pu qu'approuver, malgré mes recherches personnelles négatives, ces deux diagnostics, très justifiés à n'en pas douter.

***

Lésions cutanées. — J'ai recherché dans nos classiques des observations aussi précises. Je dois avouer que je n'en ai pas trouvé une seule, malgré l'affirmation formelle de tous les auteurs et en particulier de Guibout (1) et Planchon (2).

Mais les faits des divers jardins botaniques médicaux cités par E. Bocquier et surtout son cas personnel, doivent entraîner la conviction la plus absolue, au point de vue de la *lésion cutanée*.

Le *Rhus toxicodendron* est réellement toxique ! Il faut s'en méfier et ne le manipuler qu'en prenant des précautions spéciales ». — Le *respirer*, c'est autre chose ! Peut-être, à ce point de vue-là, n'est-il pas aussi terrible qu'on l'a dit ?

***

Parésie. — Je crois devoir insister particulièrement sur les phénomènes de PARÉSIE (3) observés au bras, *parce qu'*ils sont la démonstration évidente que l'action nocive se fait sentir exclusivement sur les *extrémités nerveuses* et surtout se propage vers les centres nerveux par la voie périphérique, tout comme s'il s'agissait du tétanos ou de la rage, c'est-à-dire de l'introduction d'un microbe virulent. La réaction est, dans ce cas, évidemment purement fonctionnelle, puisque le microbe manque ; et il est probable qu'il n'y a aucune lésion ni au niveau de la périphérie, ni dans les centres nerveux.

La parésie ayant été limitée au bras touché indique, en effet, plutôt un phénomène réflexe que toute autre chose. Mais, si légère qu'elle ait été, son existence suffit à prouver le mode d'action de l'agent toxique.

***

Je crois d'ailleurs, comme Bocquier l'indique, que tout dépend de la *vitalité* et de la *puissance* de l'arbuste ; mais je pense aussi que l'*état général d'un patient*, en position de moindre résistance pathologique, doit compter dans une certaine mesure qui reste à définir. Le milieu

(1) GUIBOURT et PLANCHON. (*Hist. d. drog. simples*, III, p. 488, 1869) disent : « Le *toucher* de cette plante et la seule *exhalation* d'un principe acre qui s'en dégage suffit pour causer la tuméfaction et l'inflammation des paupières et du visage, une cuisson brûlante des mains, suivie d'inflammation et d'éruption de petites *vésicules*, plaies, de *sérosité*. »

Inutile d'ajouter que l'*extrait de ces feuilles* n'a aucun danger, même à des doses considérables. La chaleur détruit donc le principe nocif, s'il existe à l'état *liquide*.

(2) P. D. (dans le *Dict. d'Orb.*) dit : « Se fait remarquer par une *émanation*, qui forme, à certains moments, autour d'elle une atmosphère malfaisante. L'action de cette *atmosphère*, à composition mal connue, se manifeste par des démangeaisons et des éruptions cutanées, qui finissent par devenir une maladie érysipélateuse (?). »

(3) Or, en médecine, on aurait obtenu de bons effets de cette plante contre la *paralysie* ! ! — Qui a obtenu ces résultats ? Aujourd'hui il est intéressant de le savoir. *Similia similibus curantur*.

qui reçoit le poison ne doit jamais être *oublié* ; et il était nécessaire de souligner le fait ici, étant donné les *glorieux* antécédents guerriers de notre ami.

En effet, s'il y avait lieu, un jour, on pourrait peut-être organiser des épreuves pour se rendre compte de la réceptivité d'un sujet à certaines actions nocives. Et l'on pourrait sans doute, dans de tels cas, songer aux indications que pourrai nt lui fournir une telle plante, puisqu'en somme elle ne détermine guère que des troubles fonctionnels, certes désagréables à supporter, mais sans aucune espèce de gravité, si l'on prend les mesures qui s'imposent, quand on doit manier de tels arbres (emploi de gants, de caoutchouc ; emploi d'antiseptiques à l'alcool etc., etc.).

***

Totémisme. — Il serait certes très possible que les hommes primitifs aient remarqué l'action *paralytique*, A DISTANCE, c'est-à-dire par l'intermédiaire d'une atmosphère semblant entourer cette plante d'après certains voyageurs, car les *prêtres préhistoriques* étaient de fameux observateurs ! Et, si cela était, cela expliquerait pour quoi d'anciens *médecins d'herbes* auraient autrefois prescrit son emploi dans cette lésion.

En tout cas, c'est à ce titre surtout que nous conservons au *Jardin Totémique* ce bel arbuste. Il va devenir *historique*, grâce à l'observation si précise au point de vue de la paralysie surtout de Bocquier ! Et c'est là un mérite que n'ont certes pas beaucoup d'espèces végétales aujourd'hui ! Mais ce sont ces admirables constatations qui ouvrent à la science du Folklore et en particulier à celle du Préhistorique et des *vieux médecins d'herbes*, des horizons nouveaux, en jetant un jour splendidement *clair* sur les nuits si obscures du passé médicamenteux (2).

Toute la chimie moderne et la pharmacie antique dérivent des végétaux tertiaires seuls ; et ceux-ci ont joliment bien travaillé pour l'homme en attendant patiemment sa venue sur la terre dès l'époque tertiaire, s'il est permis à un médecin thérapeute (3) de parler ainsi !

HENRY WELLCOME

C'était un américain, né dans le Wisconsin, et qui avait pris part, dans sa jeunesse, aux grandes guerres contre les Sioux où plus de 1.000 blancs furent massacrés. Il fit à Chicago et à Philadelphie des études de chimie, puis, après un séjour en Amérique du Sud, vint s'établir à Londres et y fonda, en 1880, avec feu S. M. Burroughs une maison de produits pharmaceutiques qui devint bientôt très florissante, et établit des succursales dans le monde entier. Cette histoire est assez banale : un homme entreprenant et heureux qui fait fortune. Mais où la biographie de Henry Wellcome, devenu Sir Henry Wellcome, devient plus exceptionnelle, c'est dans l'emploi qu'il fit de sa rapide fortune.

Il fonda, en 1894, un centre de recherches biologiques largement doté, et complètement indépendant de ses laboratoires industriels. Il commença de bonne heure une collection de reliques médicales, livres, instruments, objets d'histoire, qui devint en 1913 le Musée historique médical, ouvert au public et aux travailleurs, et qui est actuellement, de loin, le plus grand musée de ce genre. La même année, Sir Henry dota généreusement le Bureau des recherches scientifiques, dont le but était de coordonner les divers instituts de recherches sur la médecine tropicale, l'hygiène et la parasitologie et de leur apporter une aide financière souvent très nécessaire. Puis il organisa un laboratoire d'entomologie, et concentra tous ces efforts, en 1931, dans la fondation de l'Institut de recherches Wellcome, entièrement indépendant de la firme industrielle elle-même, mais qui vit de ses générosités. Il manque à cette liste beaucoup des libéralités de Sir Henry envers la science médicale et ceux qui travaillent, souvent obscurément, à ses progrès.

H. Wellcome est mort récemment, à 82 ans.

Ph. DALLY.

(1) On raconte (Mjöberg, p. 247) qu'il existe à Bornéo, dans des régions où les blancs n'ont pas encore pénétré, un arbuste *vénéneux* au point que tout être vivant qui l'approche tombe *mort* et que ces arbustes sont entourés d'une muraille d'ossements ! » Mais le célèbre naturaliste voyageur suédois, Mjöberg, n'a jamais pu réussir à se faire conduire par les « Punans » au voisinage de cet arbre de malheur.

Avec le *Rhus toxicodendron*, on est encore loin de compte...

(2) On croyait autrefois que l'illustre arbre de Bornéo, qui fournit le célèbre poison des flèches appelé UPAS, empoisonnait tout son voisinage. Mais ce fait n'a jamais été prouvé de façon certaine (*Poison Tasem*).

La substance active s'appelle l'*antiarine*. Son action sur les oiseaux est presque foudroyante. Elle provient de l'*antiaris toxicaria*, grand arbre de la famille des Moracées.

(3) Les empoisonneurs végétaux de Bornéo existent encore (district de Pasir). Mais il a été absolument impossible de découvrir leur secret.

Il est très possible que parfois il s'agisse en réalité d'insecte, comme c'est le cas pour le venin du *Bourdon xylocopa*, qui doit faire réfléchir à la violence de celui des Guêpes dans les pays chauds.

RUBENS ET SON TEMPS AU MUSÉE DE L'ORANGERIE

Cette exposition est la suite logique de celle de l'art flamand qui obtint un si brillant succès l'an dernier. Etant donnée la qualité hors pair de Rubens, de Van Dyck, de Jordaens et de quelques peintres leurs contemporains, on peut considérer cette manifestation artistique comme le développement et le couronnement de l'art flamand au XVII[e] siècle.

Rubens sans être égalé dans ses nombreuses œuvres si variées a excellé à nous présenter la femme dans la beauté si parfaite de sa puissante maturité, forme si bien réalisée dans la sculpture grecque et adoptée par nombre de nos peintres du XVIII[e] siècle, dont Boucher et Fragonard ; formule contrastant avec l'esthétique de la femme moderne svelte et élancée. Rubens a dû enrichir sa technique au contact des grands maîtres italiens, Titien et le Tintoret, qui ont peut-être contribué à fournir à sa palette ces admirables tons nacrés d'une si agréable harmonie.

Cette exposition bien qu'incomplète ne montre que des pièces de premier ordre, d'une savante sélection, empruntées à des collections publiques étrangères et françaises, notamment à notre musée du Louvre et à de nombreux particuliers.

Dans le vestibule on admire en entrant le tableau de *Vénus et Adonis* (81) qui nous initie à la grâce prenante des nus de Rubens. En face bonne toile de Jean Fyt. *Chiens courants rentrant de la chasse*, avec des expressions de vivante réalité (36). Nature morte très poussée de François Snyders, un maître en la matière *Le garde-manger* (97) qui excite l'envie des gastronomes.

Dans la grande salle remarquons cette petite toile de haute qualité des *Apôtres Saint-Pierre et Saint-Paul debout sous des arcades* (57) un peu écrasée par l'œuvre de Jordaens (41) *Le Satyre chez le paysan*. Nous ne saurions trop admirer la mise en valeur de ce satyre et en arrière-plan la physionomie de cette vieille femme la tête couverte d'un grand chapeau.

A côté, portrait de *James Stuart* duc de Lennox caressant son levrier d'une technique si savante de Van Dyck (29). Je crois inutile d'insister sur le fameux *Portrait de Charles I[er] roi d'Angleterre* du musée du Louvre, œuvre du même artiste (3) si connue et si appréciée, un peu plus loin le parfait *Portrait de l'Abbé Scaglia*, cette merveille du talent de Van Dyck où le personnage aux traits si expressifs (30), aux mains fines, relève son manteau.

Rubens nous donne une mesure de sa maîtrise dans une suite de scènes : d'abord le *Miracle de Saint-Benoit* (69) si plein de vie et de mouvement, *La Kermesse* (30) qui rend si bien l'agitation et le grouillement de cette foule en fête, je dirai presque en délire où sont si agréablement notées par des dessins bien étudiés, toutes les formes de plaisir. Sujet plus austère et d'une émouvante mise en scène du *Martyr de Sainte Ursule*, avec le contraste de ces vierges martyres et étalées nues au premier plan et ces bourreaux d'une tonalité plus sombre entourant au centre du tableau; Sainte Ursule (66).

Toile moins sévère du même maître *Le bain de Diane* qui nous offre deux nus savoureux (72). C'est la même impression que nous éprouvons en contemplant *Suzanne et les vieillards* et dans une petite salle voisine, *Angélique et l'ermite*. Dans ces trois toiles de splendides corps de femmes aux chairs luxuriantes, à la coloration nacrée et chatoyante bien mises en valeur, ressortissent sur un fond sombre. C'est le triomphe de la manière de Rubens.

Plus loin nous voyons un réel chef-d'œuvre, une des plus belles choses à mon avis de l'exposition, le *Portrait de Rubens par lui-même* d'une réalisation bien vigoureuse. Sur le panneau en face le portrait d'*Hélène Fourment avec ses enfants* que nous avons eu maintes fois l'occasion d'admirer au musée du Louvre (78).

Nous arrivons à l'œuvre qui produit la plus grande émotion chez le public, *Le Christ à la paille* (59) tryptique dont on apprécie surtout le panneau central : le Christ mort au cadavre livide d'un réalisme poignant, entre la Sainte Vierge et Saint-Jean. Cette scène laisse aux visiteurs l'impression de profonde douleur (61). Voisinant et combien différente *La Bacchanale* du même maître où l'on retrouve dans les nègres la palette de Van Dyck. Très harmonieuse composition, j'aime peu pour ma part la silhouette de la bacchante (61).

Le tryptique de Saint-Etienne (169) occupe la plus grande partie de ce panneau. C'est une mise en scène un peu théâtrale, mais d'un merveilleux travail. Très suggestifs, nus bien mis au point par Jordaens, dans sa présentation, *La fécondité* (42).

Le portrait de l'*artiste et de sa famille* de Corneille de Vos (107), de même que celui intitulé une *Mère avec ses enfants* exposé dans la salle du fond sont des œuvres d'une très grande valeur (108).

La visite des petites salles va nous montrer des toiles sélectionnées avec soin ; c'est d'abord le portrait de *La Reine d'Angleterre, Henriette-Marie*, de Van Dyck (28) et du même ces curieuses *têtes de nègres* présentées d'une façon si pittoresque (21), puis le très délicat *Portrait*

de *Jacqueline Van Caestre* (22) et ce portrait de si remarquable qualité d'*Un jeune capitaine* (24) revêtu d'une brillante armure, à la physionomie expressive dans un éclairage si bien adapté. Signalons aussi le *Portrait de Philippe Herbert* portant l'insigne de Saint-Georges (32).

Rubens dont nous connaissons la virtuosité dans la présentation des personnages et des scènes animées, excelle en réalité dans tous les genres. Je n'en veux comme preuve que ce paysage de *La ferme de Laecken* aux beaux horizons (102) et, dans cet *Intérieur de ferme, Le fils prodigue* (60) est le prétexte d'une nature morte, de grande habileté. Citons encore ce *Parc d'un château* placé au delà d'un étang avec de charmants personnages du premier plan.

Très intéressant portrait de *Valdemar Christian de Danemark* par Suttermans moins connu du public.

Dans la salle voisine intéressant *Portrait de David Teniers le jeune avec sa famille* sur la terrasse d'une maison de campagne (100). Nous revoyons avec un nouveau plaisir une œuvre de Jordaens et de qualité *Pan et Syrinx* avec une suggestive académie féminine (40). Beaucoup de sentiment et de sensibilité dans le petit tableau de Rubens la *Lamentation sur le Christ mort* (53).

Le jeune homme recevant un billet peint dans un clair obscur, mettant bien en valeur le personnage placé en avant et la vieille femme dans la pénombre est une œuvre charmante de J. Van Oost Vieux (51). L'*Intérieur d'une tabagie* (7) les *buveurs attablés dans une cour* (8) *les joueurs de dés se battant* d'Adrien Brouwer, sont des œuvres d'un réalisme puissant qui plaisent, conformes avec le caractère flamand.

Les Quatre âges de Van Dyck avec le contraste des personnes, depuis ce bébé endormi jusqu'au vieillard à l'air absorbé, donnent la confirmation du prestigieux talent du peintre. Il ne faut pas oublier de mentionner comme peinture d'une beauté achevée, cette *Tête d'homme* le menton appuyé sur la paume de la main d'une si parfaite exécution Rubens se signale encore dans le petit tableau de *La fuite en Egypte* la nuit éclairée par une torche, étude intéressante de clair osbcur bien détaillée. Inutile de s'étendre sur la *Vierge aux fleurs* de Rubens et Breughel, un des joyaux de notre musée du Louvre. Faisons mention parmi les œuvres de Rubens du *Triomphe de l'Eucharistie*, esquisse d'une tapisserie et aussi le tableau de *Thetis immergeant Achille dans le Styx*.

Le tableau de Jordaens les *Quatre évangélistes* d'une si belle tenue mérite d'être cité. Il faut admirer le contraste frappant de cette tête de Saint-Jean, jeune homme, entouré de ces vieillards aux visages si caractéristiques.

Avant de terminer par la salle du fond il convient de parler de quelques paysages de belle allure ces *Paysages de montagne*, la *Pêche nocturne* et le *Paysage d'hiver* de J. Momper, le *Paysage de montagne* de Savary et surtout ce paysage de Teniers le jeune avec son château à l'arrière plan. Il ne faut pas non plus oublier le *Grand bouquet de fleurs* de Breughel le Vieux.

La dernière salle renferme encore quelques belles œuvres, d'abord les *Deux enfants endormis* d'un charme ravissant de Rubens (91), le portrait d'*Isabelle Waerbeke* d'une splendide réalisation, le fameux portrait du *Roi Louis XIII jeune*, de Rubens.

La bataille d'Arbelles de J. Breughel le Vieux, est un tour de force de composition quand on voit cette foule grouillante de l'armée des combattants aux mouvements si variés. Du même *Croquis d'animaux* amusants.

Terminons par cette toile du musée de Valenciennes d'une importance capitale la *Descente de Croix* de Rubens au centre de laquelle le Christ mort, en état de rigidité cadavérique est soutenu par Nicomède et Joseph d'Arimathie pendant qu'un personnage le détache de la Croix. C'est une scène des plus pathétiques ou l'artiste a montré une fois encore son parfait talent. Dr M. VIMONT.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Clinique des maladies du système nerveux.** (Professeur : M. Georges GUILLAIN). — Durant l'année 1937, des conférences neurologiques sur des sujets spéciaux seront faites à l'amphithéâtre de la Clinique Charcot (hospice de la Salpêtrière), à 10 h. 30, aux dates suivantes :

Vendredi 29 janvier 1937, Docteur Clovis VINCENT : Le traitement des traumatismes craniens. — Vendredi 19 février, Docteur J. DECOURT : Le rôle des glandes parathyroïdes en pathologie osseuse. — Vendredi 19 mars, Docteur J. LHERMITTE : Diagnostic différentiel des syndromes hypothalamiques et des syndromes hypophysaires. — Vendredi 23 avril, Docteur Th. ALAJOUANINE : L'aphasie d'expression. — Vendredi 18 juin, Professeur G. ROUSSY : Le système régulateur neuro-hormonal. Etude anatomique et physiologique. — Vendredi 2 juillet, Docteur PETIT-DUTAILLIS : Le traitement chirurgical de la névralgie faciale.

— **Clinique médicale de l'hôpital Cochin.** (Professeur : M. Marcel Labbé.) — M. le Professeur Marcel LABBÉ fait ses leçons à l'Amphithéâtre de la Clinique médicale, le mardi à 10 h. 30.

Tous les matins, de 9 heures à 10 h. 30 : Leçon de séméiologie et examen de malades par les chefs de cli-

nique : MM. Thiéry, Antonelli et Ménétrel ; à 10 heures : Visite dans les salles de malades, par M. Boulin, agrégé. — Les lundis, mercredis et jeudis, à 10 h. 30 : Présentation de malades par le professeur M. Labbé ou par MM. Azerad, Justin-Besançon, agrégé, médecins des hôpitaux et Uhry, ancien chef de clinique. — Le samedi, à 10 h. 30 : Discussion des observations des malades sortis du service, sous la direction du professeur M. Labbé. — Tous les matins, à 9 heures : Consultation dans le service. — Lundi : Maladies de la digestion et de la nutrition, par M. Bith, ancien chef de clinique. — Mercredi : Maladies de la digestion et de la nutrition, par M. Carrié, médecin des hôpitaux. — Jeudi : Rhumatismes, par M. Coste, agrégé, médecin des hôpitaux et M. Justin-Besançon, agrégé, médecin des hôpitaux. — Vendredi : Maladies de la digestion, de la nutrition et des glandes endocrines, par le Professeur M. Labbé. — Samedi : Maladies des glandes endocrines, par MM. Azerad et Gilbert Dreyfus, médecins des hôpitaux.

— **Hôpital Broca** (111, rue Broca). — *Cours de clinique gynécologique* (Fondation de la Ville de Paris. Professeur : M. Pierre Mocquot.) — M. le Professeur Pierre Mocquot fait ses leçons les samedis, à 11 heures.

Programme de l'enseignement. — Lundi, 9 h. 30 : Opérations. — Mardi, 10 heures : Consultation. — Mercredi, 9 h. 30 : Opérations ; 11 heures : Hystéro-salpingographies. — Jeudi, 9 h. 30 : Examen des malades ; 10 heures : Consultation d'endocrinologie gynécologique. — Vendredi, 9 h. 30 : Opérations ; 11 heures : Consultation pour la stérilité (insufflations tubaires). — Samedi, 11 heures : Leçon clinique.

Consultations externes : Lundi, mercredi, vendredi, à 9 h. 1/2 (Service de la consultation).

— **Hôpital Cochin.** — *Clinique chirurgicale de la Faculté.* — M. le Professeur Ch. Lenormant fait son cours de clinique chirurgicale le mardi à 10 heures du matin.

Programme de l'enseignement. — Mardi et jeudi, à 10 heures : Leçon clinique avec présentation de malades. — Lundi et vendredi : Opérations. — Mercredi et samedi : Visite dans les salles.

Enseignement complémentaire. — Leçons de séméiologie et de thérapeutique chirurgicales avec démonstrations pratiques, par MM. Wilmoth et Menegaux, agrégés ; Calvet et Pergola, chefs de clinique ; Mouchet, ancien chef de clinique, les lundis, mercredis, vendredi et samedis, à 9 h. 30.

— **Clinique d'accouchements et de gynécologie** (Clinique Tarnier, 89, rue d'Assas). — Professeur : M. A. Brindeau, avec la collaboration de MM. Marcel Metzger, agrégé, accoucheur de l'hôpital Bichat, Ecalle, agrégé, accoucheur de l'hôpital Boucicaut, Vaudescal, agrégé, Lantuéjoul, agrégé, accoucheur des hôpitaux, Paul Chevallier, agrégé, médecin de l'hôpital Cochin, Suzor, accoucheur des hôpitaux, Desoubry, Jacquet, de Perretti Della Rocca, Bompart, Bidoire, A.-M. Weill, Merger, anciens chefs de clinique, Gorse, chef de clinique, Mme Hinglais, chef de laboratoire.

Tableau général de l'enseignement clinique et des cours sannexes donnés à la Clinique Tarnier pendant l'année 1937. Tous les matins, enseignement clinique par le professeur. — Lundi, 9 h. 1/2 : Examen des femmes en travail et des accouchées ; 10 h. 1/2 : Consultation des nourrissons et des femmes enceintes malades. — Mardi, 9 h. 1/2 : Examen des femmes en travail et des accouchées ; 10 h. 1/2 : Présentation de malades à l'amphithéâtre. — Mercredi, 9 h. 1/2 : Polilinique des femmes enceintes : consultation de syphiligraphie. — Jeudi, 9 h. 1/2 : Opérations obstétricales et gynécologiques ; 10 h. 1/2 : Policlinique des femmes atteintes d'affections gynécologiques. Traitement de la stérilité. — Vendredi, 9 h. 1/2 : Policlinique des femmes enceintes. — Samedi, 9 h. 1/2 : Examen des femmes en travail et des accouchées ; 10 h. 1/2 : Leçon à l'amphithéâtre.

Cours de pratique obstétricale. — Ces cours sont destinés aux médecins et étudiants français et étrangers. Chacun de ces cours comprendra une série de leçons cliniques, théoriques et pratiques, qui auront lieu tous les jours, le matin et l'après-midi. Ces leçons seront illustrées par des projections photographiques ou cinématographiques. Les auditeurs feront par eux-mêmes des accouchements sous la direction des moniteurs ; ils seront personnellement exercés à l'examen des femmes enceintes et en couches, ainsi qu'aux manœuvres obstétricales.

Ces cours auront lieu aux dates suivantes :

Un cours de pratique obstétricale (février 1937). — Le droit à verser pour ce cours est de 200 francs.

Trois cours de vacances. — *Vacances de Pâques* : Un cours de pratique obstétricale pendant les quinze jours de vacances. — *Vacances d'été* : Deux cours de pratique obstétricale du 15 au 30 septembre et du 15 au 30 octobre. Le droit à verser pour chacun de ces trois cours est de 200 francs. Des affiches spéciales indiqueront le programme des leçons et démonstrations.

Cours de puériculture. — Ces cours comprendront une série de leçons où ne seront traitées que des questions concernant l'hygiène, l'alimentation et la pathologie du nourrisson, au cours des premières semaines. — *Première série* : Le nouveau-né normal (mars 1937). — *Deuxième série* : Le nouveau-né pathologique (mai 1937). Des affiches indiqueront le programme des leçons.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Docteur Merger, chef de clinique, à la Clinique Tarnier.

Les bulletins de versement relatifs à ces cours sont délivrés au secrétariat de la Faculté, guichet n° 4, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

— **Cours de pathologie mentale et enseignement clinique des maladies mentales et de l'encéphale.** (Professeur : M. Henri Claude.) — L'enseignement des maladies mentales comprendra deux parties : une partie théorique, une partie clinique.

Le cours théorique a pour objet la séméiologie psychiatrique. Il a lieu à l'amphithéâtre de la clinique et est fait par le Docteur Lévy-Valensi, agrégé, et les anciens chefs de clinique. Un autre cours théorique les dimanches.

L'enseignement clinique comprend des leçons cliniques par le professeur avec présentation de malades, les dimanches, à 10 h. 30, et une consultation policlinique, le mercredi, à 10 h. 30. Un cours complémentaire sur des questions de psychiatrie d'actualité est fait dans le courant de l'année.

Les autres jours, visite des malades dans les salles et enseignement élémentaire de la séméiologie mentale par MM. les chefs de clinique, et cours destinés aux stagiaires, à 9 heures.

M. le Professeur G. Dumas, chef du laboratoire de psychologie, dirigera les études de psychologie appliquée et expérimentale.

— **Enseignement de la radiologie et de l'électrologie médicale.** — Les cours de deuxième série (radiophysiologie, röntgenthérapie, curiethérapie) ont commencé le 8 janvier, à l'amphithéâtre de physique de la Faculté, à 18 heures.

Les démonstrations auront lieu, à partir du 11 janvier, à l'Institut du radium, 26, rue d'Ulm.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* **Dernières Nouvelles** *en tête des* « **Demi-Colonnes** »)

— **Journée médicale internationale du chant.** — Pendant l'Exposition internationale de Paris 1937, il est prévu un Congrès international du chant qui durera une semaine, en juillet 1937.

Tout médecin ou tout laryngologiste français et étranger, ayant versé sa cotisation de 50 francs, recevra une carte qui lui permettra de bénéficier de divers avantages : réduction sur les chemins de fer, entrée gratuite à l'Exposition et aux soirées, démonstrations et concours de chant organisés dans les locaux du congrès.

La correspondance, la cotisation, et le titre des communications devront être adressés au Docteur Labarraque, 78, rue de Miromesnil, Paris (VIIIe).

Les médecins ne pouvant se rendre à Paris au moment de cette journée (mardi 13 juillet) sont priés de faire parvenir un résumé de leur communication, qui sera lu et discuté en séance.

— **Premier Congrès international de pyrétothérapie.** — Le premier Congrès international de pyrétothérapie aura lieu à « Columbia University » de New-York les 29, 30 et 31 mars 1937.

Des rapports y seront présentés et discutés sur le mode d'action et les résultats obtenus par la pyrétothérapie quel que soit l'agent pyrétogène employé.

Le Comité français qui a été chargé de l'organisation européenne a été formé comme suit : sous le haut patronage de M. le Ministre de la Santé publique et la présidence d'honneur du Professeur d'Arsonval ; président : M. le Prof. Abrami ; Comité : M. Prof. Alajouanine, M. le Prof. Binet, M. le Prof. Claude, M. le Prof. Gougerot, M. le Prof. Janet, M. Prof. Lardennois, M. le Prof. Laubry, M. le Prof. Levaditi. Secrétariat général : Docteurs André Halphen et Jacques Auclair, 222 *bis*, rue Marcadet, Paris (XVIIIe).

Les communications reçues au secrétariat général avant le 15 février 1937 seront présentées à New-York aussitôt après les rapports par les membres du Comité français. Une discussion suivra chaque rapport.

Pour que le plus grand nombre possible de confrères fassent le déplacement de New-York à l'occasion de ce Congrès, les wagons-lits Cook en collaboration avec la Compagnie générale transatlantique organisent un voyage fortaitaire : départ du Havre par le *Paris* le 17 mars, arrivée à New-York le 24 ; les 25, 26, 27 et 28, visite de New-York, Philadelphie, Washington, réception par le Président Roosevelt, etc.... Retour par *L'Ile-de-France* qui arrive au Havre le 7 avril. Le prix en classe touriste sera environ 310 dollars.

Les rapports et les discussions seront publiés en français, anglais et allemand.

La cotisation pour l'inscription au congrès est de 5 dollars (100 francs).

La cotisation pour les congressistes qui feront le déplacement de New-York et profiteront des avantages multiples inhérents est de 15 dollars (300 francs). Les parents des congressistes qui désireront accompagner ceux-ci à New-York, devront payer un droit d'inscription de 5 dollars (100 francs).

Le registre d'inscription est ouvert dès à présent.

Les adhésions ainsi que le montant des cotisations doivent être adressés au secrétariat général : Docteurs André Halphen et Jacques Auclair, 222 *bis*, rue Marcadet, Paris (XVIIIe).

— **Les diplômes d'Université de l'année 1935-1936.** — 262 étrangers ont obtenu le diplôme d'Université (Mention médecine), pendant l'année scolaire 1935-1936. Ce chiffre n'avait jamais encore été atteint. Ils se répartissent comme suit :

Alger : néant ; Bordeaux : 5 ; Lille : 1 ; Lyon : 25 ; Marseille : 2 ; Montpellier : 26 ; Nancy : 23 ; Paris : 150 ; Strasbourg : 15 ; Toulouse : 15.

(*Vie Médicale*).

— **Œuvre antituberculeuse de Saint-Nazaire.** — *Vœu émis par l'Assemblée générale* : « Les membres de l'Œuvre antituberculeuse de Saint-Nazaire, dans leur Assemblée générale du 28 octobre 1936, s'élèvent contre la diminution qu'on a fait subir aux subventions accordées par l'Etat aux œuvres sociales.

Considérant que les Œuvres de sauvetage et de préservation de l'enfance jouent un rôle capital et de premier ordre pour la conservation et le développement de la race, ils font appel à la sollicitude éclairée de M. le ministre de la Santé publique, pour rétablir les crédits et assurer la marche ascendante de ces œuvres. »

— **Parti social de la Santé publique.** *Vœu en faveur de la semaine anglaise des écoliers.* — Le parti social de la Santé publique se déclare nettement partisan du congé scolaire du samedi après-midi réclamé par la Ligue du public et déjà adopté pour certaines classes par divers établissements de l'enseignement secondaire. Il estime, en effet, que cette réforme, en facilitant la vie de grand air et les déplacements à la campagne sera très utile à la santé des enfants.

Mais le P. S. S. P. demande que le congé scolaire du jeudi soit maintenu, si possible, en totalité.

S'il devait en être autrement, il exprime le vœu que le congé scolaire du jeudi matin, soit maintenu en tout cas et que seul l'après-midi du jeudi soit consacré à une classe. Celle-ci devrait être une classe extra scolaire, c'est-à-dire réservée à des séances de jeux et d'exercices physiques dirigés, à des visites de musées, d'expositions, d'usines ou à des excursions en chemins de fer, en autocars ou bateaux.

Le Gérant : R. Thiron

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

V. Il faut, — car M. X... est ancien combattant — faire un certificat du début de la maladie pour la caisse des A. C.

Au total, pour M. X..., cinq actes de bureaucratie.

B) Pour Pierre qui a sa feuille jaune aussi, mêmes opérations que pour son père ; il est écolier, lui, et il faut un certificat pour le maître d'école.

Au total, pour Pierre, cinq actes de bureaucratie.

C) Pour Alice, mêmes opérations, le dernier certificat en moins, soit quatre actes de bureaucratie.

Les confrères de campagne ne trouveront pas que j'exagère, le cas est assez fréquent, il est remboursé 12 francs par malade. Et encore, là, il ne faut pas se plaindre : la famille X... avait les feuilles avant l'arrivée du médecin, et M. X... est effectivement assuré social indigent.

Et si nous ne faisons pas tous ces actes de bureaucratie, nous pouvons être assurés de ne pas être remboursés par la Préfecture et de perdre notre famille de clients.

Comment faire pour rester, ou du moins, pour redevenir praticien et seulement praticien ? Confrère, conseillez-moi pour nous défendre.

Dr Paul GOT.
Médecin de campagne depuis 1930

• • •

A TRAVERS L'OFFICIEL

22 DÉCEMBRE

Hygiène publique

Décret du 18 décembre 1936 relatif à la protection de la santé publique en Nouvelle-Calédonie

Ce décret sera publié ultérieurement.

24 DÉCEMBRE

Maladies contagieuses

Décret du 21 décembre 1936 fixant les conditions de déclaration de certaines maladies contagieuses

Art. 1er. — Les cas de maladies contagieuses énumérées par l'article 1er du décret du 16 mai 1936, pris en application de l'article 3 du décret-loi du 30 octobre 1935, sont obligatoirement déclarés à l'autorité sanitaire.

La déclaration est obligatoire :

D'une part pour tout docteur en médecine qui a constaté l'existence d'une de ces maladies, dès qu'il a établi un diagnostic suffisant. En ce qui concerne les infections puerpérales, la même obligation incombe

aux sages-femmes, lorsqu'elles ont présidé à l'accouchement sans l'assistance d'un docteur en médecine ;

D'autre part pour le principal occupant — chef de famille ou d'établissement — des locaux où se trouve le malade et, à son défaut dans l'ordre ci-après pour le conjoint, pour l'ascendant, pour le plus proche parent du malade, ou pour toute autre personne résidant avec lui ou lui donnant des soins.

Art. 2. — L'autorité sanitaire chargée de recevoir les déclarations est représentée par l'inspecteur départemental d'hygiène.

Dans les communes non dotées d'un Bureau municipal d'hygiène, la déclaration est adressée sous le couvert du préfet à l'inspecteur départemental d'hygiène.

Dans les communes où fonctionne un Bureau municipal d'hygiène, la déclaration est adressée, sous le couvert du maire, au directeur de ce Bureau ; celui-ci en informe, dans les vingt-quatre heures, l'inspecteur départemental d'hygiène.

A Paris, la déclaration est faite à l'inspecteur général des Services techniques d'hygiène à la préfecture de police.

Art. 3. — La déclaration se fait à l'aide de cartes-lettres détachées de carnets à souches, mis gratuitement à la disposition de tous les docteurs en médecine et sages-femmes.

Chaque carte-lettre comprend : un feuillet A réservé au médecin et un feuillet B réservé à la famille.

Sur chacun de ces feuillets sont inscrits la date de la déclaration, le nom du malade, l'indication du local contaminé, la nature de la maladie désignée par un numéro d'ordre suivant la nomenclature reproduite à la première page du carnet.

En outre, le feuillet B précise la qualité du déclarant, par rapport au malade.

Le médecin remplit le feuillet A et l'adresse à l'autorité qualifiée ; il remet le feuillet G à la famille ou à son représentant qui le remplit, le signe et en assure l'envoi.

Art. 4. — Il est tenu, dans chaque département, par l'inspecteur départemental d'hygiène un registre spécial où sont inscrits, pour chaque arrondissement et par ordre chronologique les cas de maladie, la date de la déclaration, la désignation des localités et des immeubles où ils se sont produits.

A la fin de chaque mois, le registre est récapitulé sur un état qui est immédiatement transmis au ministre de la Santé publique.

Art. 5. — La déclaration de tout cas de décès consécutif à l'une des maladies contagieuses soumises à la déclaration obligatoire se fait dans des conditions fixées par les articles 1er, 2 et 3 du présent décret.

Art. 6. — Sera puni des peines portées à l'article 471 du Code pénal quiconque en dehors des cas prévus par l'article 21 de la loi du 30 novembre 1892, aura commis une contravention aux articles 1er et 5 du présent décret.

Art. 7. — L'arrêté ministériel du 10 février 1903 est abrogé à compter du 1er janvier 1937, date à partir de laquelle le présent décret entrera en application.

Art. 8. — Le ministre de la Santé publique est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal Officiel* de la République française.

Circulaires du 10 décembre 1936 relatives à la prophylaxie des maladies vénériennes

Ces circulaires seront publiées ultérieurement.

25 DÉCEMBRE

Asiles publics d'aliénés

Par arrêté en date du 24 décembre 1936, M. le Docteur Bessière, médecin chef de service à l'asile public d'aliénés d'Evreux, a été affecté à l'asile public d'aliénés de Clermont (Oise).

Réponses des ministres aux questions des parlementaires

Soins donnés en clinique privée à un assuré social sorti de l'hôpital public

1.267. — M. QUERRET expose à M. le ministre du Travail qu'un assuré social en traitement à l'hôpital de Montauban depuis près de six mois, a quitté pour deux jours cet établissement, à l'instigation d'un chirurgien attaché à l'établissement, pour se faire opérer dans la clinique particulière de ce dernier, et demande : si de telles pratiques sont régulières alors qu'il existe à l'hôpital de Montauban un service de chirurgie parfaitement organisé ; 2° si la Caisse intéressée doit payer l'opération en clinique, alors qu'elle a une convention avec l'hôpital, mais pas de convention avec les cliniques privées. (*Question du 5 novembre 1936.*)

Réponse. — 1° Il ne semble pas que le fait pour un chirurgien attaché à un hôpital d'influencer un malade pour l'amener à se faire opérer dans la clinique particulière de ce praticien rentre dans les délits prévus à l'article 27 du décret-loi du 28 octobre 1935 modifiant le régime des Assurances sociales, si l'on ne peut reprocher au praticien ni menaces, ni abus d'autorité, ni promesses d'argent, ni ristournes sur les honoraires. De tels agissements ont leurs sanctions dans les dispositions que peut prévoir le règlement de l'hôpital ou le contrat intervenu entre le praticien et l'hôpital ; il appartient en tout état de cause à l'établissement hospitalier d'apprécier s'ils constituent un manquement à ces dispositions ou aux usages établis. D'autre part, le Syndicat médical ou, le cas échéant, la Commission supérieure de contrôle technique, peut être saisi par l'établissement hospitalier ou la Caisse d'assurance desdits agissements en

vue de l'application des sanctions corporatives ou de celles prévues à l'article 8 (§ 5) du décret-loi du 28 octobre 1935 susvisé ; 2° l'assuré qui se fait soigner dans une clinique privée n'ayant pas passé convention avec la Caisse, n'a droit, en l'état actuel du tarif de réassurance, qu'au remboursement des honoraires médicaux, à l'exclusion de toute indemnité pour frais d'hospitalisation. En d'autres termes, cet assuré est considéré comme soigné à domicile. Mais la Caisse d'assurance est fondée à limiter le montant des prestations accordées à l'assuré à la somme totale qu'elle aurait versée si l'assuré avait été opéré à l'hôpital public, lorsque le règlement intérieur de la dite Caisse prévoit qu'en aucun cas le choix effectué par l'assuré d'un régime d'hospitalisation autre que le régime commun de l'hôpital public ne peut être pour l'organisme d'assurance une cause de dépenses supplémentaires. (*J. O.*, 11 décembre 1936.)

Rapports entre Caisses d'assurances sociales et collectivités d'assistance

1.380. — M. Maurice Deudon expose à M. le ministre du Travail que les Caisses d'assurances sociales refusent le payement de certains postes sur les états d'assurés sociaux notoirement indigents, sous le prétexte que les intéressés ont épuisé le délai de 6 mois prévu par la loi sur les Assurances sociales ; que les collectivités d'assistance ne peuvent exercer aucun contrôle sur la véracité de ces affirmations : le fait n'étant connu de l'Administration communale qu'au moment de la liquidation des états, c'est-à-dire plusieurs mois après la date d'expiration des droits, alors qu'il est trop tard pour faire intervenir une décision de la Commission technique, laquelle décision aurait eu parfois pour effet de faire proroger ledit délai de six mois si une contestation avait pu être soulevée sur l'état du malade (atteint peut-être d'une maladie différente), mais que l'assuré, n'étant pas lésé personnellement si son cas ne donne pas lieu à l'attribution de prestations en espèces, n'a aucun intérêt à soulever ; et demande si les Services d'assistance ne pourraient procéder à un contrôle effectif afin de déterminer si l'affirmation de la Caisse d'assurances sociales est exacte. (*Question du 16 novembre 1936.*)

Réponse. — Des instructions en cours d'élaboration fixeront les rapports entre les Caisses d'assurances sociales et les collectivités d'assistance Il y sera tenu le plus grand compte de la remarque très opportune formulée par l'honorable parlementaire. (*J. O.*, 8 décembre 1936.)

Diplôme d'assistante du devoir social

1.495. — M. François Valentin expose à M. le ministre de la Santé publique que des examens eu-

rent lieu au début de l'été pour l'obtention d diplôme d'assistante du devoir national; et lui demande quand et par quelles autorités ces diplômes doivent être délivrés aux candidates admises. (*Question du 26 novembre* 1936.)

Réponse. — Divers groupements, avec le concours de personnalités exerçant en la circonstance à titre privé, ont organisé des cours aboutissant à la délivrance par la Préfecture de police d'une carte dite « Carte de secours sanitaires de première urgence en cas de calamité publique (assistante du devoir national spécialisé) ». Les titulaires de cette carte sont appelées à collaborer à l'organisation des secours publics en cas de calamités, conjointement avec les ambulancières des trois Sociétés de Croix-Rouge. Bien entendu, le certificat susvisé ne saurait, en aucune circonstance, tenir lieu de diplôme d'Etat. (*J. O.*, 12 décembre 1936.)

La prestation forfaitaire de l'Assurance maternité est applicable dans le cas d'hospitalisation

366. — M. Saint-Venant expose à M. le ministre du Travail que l'article 9, paragraphe 1er, du décret-loi du 30 octobre 1935 qui modifie le régime des Assurances sociales prévoit qu'en cas de maternité l'assurée ou la femme de l'assuré reçoivent une prestation fixée par le tarif de responsabilité de la Caisse et représentant l'ensemble des frais médicaux et pharmaceutiques relatifs à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites ; et demande : 1° si, pour les assurées ou femmes d'assurés, hospitalisées pour maternité, on doit verser pour chaque accouchement la prestation forfaitaire fixée par le tarif de responsabilité aux hôpitaux ou directement aux assurées ; 2° si on doit continuer, comme par le passé, à rembourser aux hôpitaux les frais de séjour suivant le tarif limitatif des droits à la réassurance fixé par l'arrêté préfectoral du 29 septembre 1934, quel que soit le montant de ces frais ou seulement jusqu'à concurrence de la prestation forfaitaire fixée par le tarif de responsabilité ; 3° si, lorsque le montant des frais de séjour à l'hôpital n'atteint pas le chiffre forfaitaire prévu, les Caisses sont autorisées à effectuer le payement du complément à l'assurée. (*Question du 12 août* 1936.)

Réponse. — 1° Si un établissement hospitalier ayant reçu pour accouchement une bénéficiaire des Assurances sociales a passé une convention avec la Caisse primaire d'assurances sociales responsable, cette dernière verse directement à cet établissement le montant de la prestation forfaitaire prévue à l'article 9 du décret-loi du 28 octobre 1935. En l'absence de convention, ladite prestation est servie à l'assuré lui-même ; 2° le remboursement aux établissements hospitaliers susvisés des frais résultant du séjour d'assurées ou de femmes d'assurés hospitali-

sées pour maternité ne peut être effectué par une Caisse d'assurances sociales, conformément à la règle ci-dessus, que dans la limite de la somme fixée par le tarif de responsabilité de ladite caisse et représentant la prestation forfaitaire ; 3° la Caisse d'assurances sociales qui verse la prestation forfaitaire directement à l'hôpital n'a pas, sauf convention contraire avec l'hôpital, à modifier son mode de règlement lorsque le montant des frais de séjour à l'hôpital est inférieur à celui du forfait. Il est désirable toutefois que des ententes interviennent entre les Caisses et les établissements hospitaliers pour que ceux-ci reversent aux assurés la différence entre le montant du forfait et celui des frais de séjour, si ces frais sont inférieurs au forfait.

(*J. O.*, 13 novembre 1936).

◆ ◆ ◆

CORRESPONDANCE

QUESTIONS DIVERSES

10.572. — Application de la loi sur les allocations familiales

Je vous serais très reconnaissant de bien vouloir me renseigner sur « le sursalaire familial » j'ai à mon service une bonne et une femme de ménage. Cette dernière a un enfant mais la bonne n'a qu'un fils qui depuis longtemps n'est plus à sa charge.

Dr L.

Réponse

La loi du 11 mars 1932 relative aux allocations familiales est applicable depuis le 1er janvier 1935 aux professions médicales, mais elle n'est pas encore entrée en application pour les domestiques et gens de maison.

Lorsqu'on se trouve en face d'employés mixtes, c'est-à-dire utilisés à la fois pour le service personnel et pour le service professionnel de l'intéressé, il y a lieu d'appliquer la règle préconisée par l'Administration et de considérer comme professionnel un employé qui consacre la majeure partie de son activité au service professionnel de son employeur.

Si tel est en l'espèce le cas de votre bonne ou de votre femme de ménage et si notamment vous comptez leur salaire pour plus de la moitié dans vos dépenses professionnelles, vous êtes obligé de vous affilier pour elles à une Caisse de compensation et de verser à cette Caisse une cotisation annuelle calculée sur le salaire en espèces augmenté de la valeur des avantages en nature de vos deux domestiques.

Le versement des allocations familiales incombe à cette Caisse qui a pour rôle de répartir entre tous les employeurs les charges résultant de la loi.

L'organisation des Caisses d'allocations familiales ayant lieu dans le cadre départemental, nous ne saurions vous donner l'adresse de celle à laquelle il y aurait lieu de vous adresser, mais vous pourriez demander ce renseignement à votre Syndicat local.

ACCIDENTS

10.255. — Aggravation au cours du traitement d'un accident du travail

Un accidenté du travail (une entorse) se brûle avec des compresses trop chaudes avant la première visite.

Cette brochure occasionne des pansements et des visites plus fréquentes que l'entorse.

A-t-il droit aux soins pour cette brûlure.

Réponse

Il est admis, tant par la doctrine (voir notamment Traité de la législation des accidents du travail du Conseiller à la Cour de cassation : Sachet, tome I, p. 321 et suivantes) que par la jurisprudence, que l'aggravation par des circonstances postérieures à l'accident des conséquences de ce dernier, étant intimement liée à la lésion traumatique initiale, ne forme avec elles qu'un tout indivisible et doit être considérée comme une suite directe et immédiate de l'accident du travail. Ainsi en a-t-il été décidé notamment par un jugement du Tribunal civil de Béziers en date du 20 novembre 1934 dont nous vous faisons parvenir copie. Dans cette espèce, l'aggravation résultait d'une faute du médecin dans le traitement du malade. Mais ce principe est général et s'applique dans tous les cas où l'aggravation provient de circonstances telles que contagion, contamination de plaies, erreur commise dans le traitement ou dans son application, sauf au cas où il s'agirait d'inobservation volontaire des prescriptions médicales par le blessé.

Il semble bien, en l'espèce, que les brûlures dont votre client a été victime au cours du traitement n'ont évidemment rien de volontaire de sa part et résultent simplement d'une erreur commise par lui dans l'application de votre traitement. Il s'agit donc d'une suite de la lésion

primitive qui doit être prise en charge par le chef d'entreprise ou sa Compagnie d'assurances substituée au même titre que cette lésion.

10.840. — Garanties accordées à un accidenté du travail dont le patron n'est pas assuré

Pourriez-vous me donner votre avis sur le cas suivant qui m'est soumis par une de mes clientes restée veuve avec un fils de 19 ans qui a été victime le 23 décembre 1935 d'un grave accident de travail. Employé chez un entrepreneur de menuiserie il a fait une chute de plusieurs mètres sur les pieds et entre autres lésions a fait une hémarthrose du genou gauche avec arrachement du ménisque laissant une impotence fonctionnelle ; je lui ai délivré il y a un mois un certificat d'incapacité permanente partielle.

Or la mère vient d'apprendre que le patron n'est pas assuré contre les accidents et qu'il aurait récemment mis son avoir au nom de sa femme. Elle me demande ce qu'elle doit faire, je suis fort embarrassé pour lui donner conseil, un agent d'affaire d'ici lui a suggéré de poursuivre, elle redoute d'engager des frais si elle a affaire à un insolvable.

Dr G.

Réponse

Suivant l'art. 23 de la loi du 9 avril 1898, la créance de la victime de l'accident relative aux frais médicaux et pharmaceutiques ainsi qu'au demi-salaire, est garantie par le privilège général de l'art. 2101 du Code civil.

D'autre part, en vertu de l'art. 24, à défaut par le chef d'entreprise débiteur de s'acquitter au moment de leur exigibilité des indemnités mises à sa charge à la suite d'un accident ayant entraîné une incapacité permanente de travail, le payement en est assuré à l'intéressé par les soins de la Caisse nationale des retraites pour la vieillesse, au moyen d'un fond spécial de garantie constitué par une contribution perçue sur les patentes des industriels.

Par conséquent votre client n'a nullement à redouter l'insolvabilité personnelle du patron au service duquel l'accident s'est produit pour le payement des indemnités permanentes auxquelles il a droit.

S'il n'a pu obtenir jusqu'ici le payement du demi-salaire, il faut qu'il se hâte de le réclamer en citant son patron devant le Juge de paix car le 23 décembre courant la prescription serait encourue.

Dans ce cas encore, il conviendrait que lui-même ou sa mère, puisqu'il est mineur, demande immédiatement au président du Tribunal civil dans le ressort duquel l'accident s'est produit, de le convoquer contradictoirement en conciliation avec le patron responsable avant le 23 dé-

cembre, pour éviter que l'action en allocation de rente soit prescrite.

Si le demi-salaire a été régulièrement versé jusqu'au jour où vous avez constaté la consolidation de la blessure, la prescription n'a commencé à courir que du jour du dernier payement. Il faudrait alors que votre client dépose le certificat constatant son incapacité entre les mains du Juge de paix afin que celui-ci fasse procéder à l'enquête prescrite par l'art. 12 de la loi et transmette ensuite le dossier au président du Tribunal civil.

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

10.456. — Droit à la carte de surclassement

Je lis dans le *Concours Médical* du 6 décembre 1936 au chapitre des questions médico-militaires (n° 9.930) en réponse à une question posée par le Docteur R. pour obtenir la carte de surclassement à la fin de son service.

« Qu'il résulte d'une circulaire ministérielle de 1929 qu'obligatoirement on est inscrit au cours de perfectionnement dès la nomination au grade de médecin sous-lieutenant et si au moment de la libération on a assisté à un minimum de six séances on peut obtenir la carte à condition de s'inscrire à un cours de perfectionnement dans l'année qui suit la libération. »

Cette question a été résolue d'une toute autre façon par mon chef de service auquel j'avais réclamé cette carte.

Voici sa réponse que je vous transmets à toutes fins utiles. Devant cette réponse j'avais protesté en montrant :

1° qu'ayant suivi le bataillon au camp de X... comme médecin-chef pendant un mois j'avais ainsi manqué une séance ;

2° qu'ayant été titulaire d'une permission libérable de près d'un mois j'avais été excusé pour la douzième séance ;

3° que l'on ne m'avait jamais réclamé de devoir.

Malgré ma réclamation je n'ai pas eu satisfaction et l'on m'a dit de m'inscrire à l'E. P. O. R. dont je suis les cours.

Croyez-vous que je puisse ouvrir encore cette polémique avec le médecin lieutenant-colonel ?

Dr X.

Réponse

La question qui vous intéresse a encore été réglée par la feuille de renseignements (Circulaire ministérielle n° 6.775 3/E. M. A. R. du 6 octobre 1936). Elle intéresse les sous-lieutenants de réserve accomplissant dix-huit mois de service et libérables en avril, et devant effectuer douze mois avec le grade de sous-lieutenant ;

mais les obligations restent les mêmes pour ceux qui n'ont fait qu'une année de service dont six mois comme officiers (Circulaire de 1929).

Dans ces conditions, si vous avez réellement assisté à six séances, vous pouvez écrire à nouveau au médecin-chef, en lui citant les références ci-dessus, et en le priant de transmettre votre réclamation au Directeur du Service de santé de la n^e région.

En tous cas il est certain que les séances suivies par vous compteraient, le cas échéant, si leur nombre était inférieur à six pour l'année scolaire qui a commencé le 1er octobre dernier. Bref, le tout est de savoir le nombre exact des séances auxquelles vous avez assisté.

10.851. — Preuve de l'origine en service d'une maladie

Un jeune homme s'engage par devancement d'appel, subit les visites prévues en pareil cas et est accepté.

A son arrivée au corps, il passe la visite d'incorporation qui ne révèle rien de pathologique au point de vue pulmonaire.

Affecté à *x*... au début, il est ensuite dirigé sur *z*..., où quelques jours après il consulte pour point de côté. Après une mise en observation le diagnostic de pleurésie est porté, puis celui de pleuro-pneumonie et enfin une pleurésie purulente s'installe. Empyème, drainage, etc., tout finit par s'arranger. Pas de bacilles de Koch dans les crachats, ni dans le pus.

Ensuite, il est réformé et il lui est signifié qu'il n'a pas droit à une pension d'invalidité, l'affection n'étant pas due au service : le soldat a contracté cette pleurésie purulente exactement un mois après son arrivée. Quelles sont en pareil cas, les preuves d'imputabilité au service ?

Ce soldat étant en service commandé, a pris froid après une marche de quelques kilomètres chargé de son équipement complet, or il dit avoir transpiré abondamment, ce qui expliquerait ce refroidissement, cause occasionnelle de cette pleurésie. Ensuite, est reconnu malade, hospitalisé.

Pouvez-vous m'indiquer le bien-fondé de cette argumentation du ministère des pensions et s'il est possible de procéder en pareil cas avec succès ?

Dr V.

Réponse

La preuve de l'origine en service peut être faite par tous moyens : chefs ou camarades, qui ont constaté que l'intéressé s'est refroidi au cours d'une marche, à qui il s'est plaint de se sentir refroidi, qui l'ont vu malade et spécialement fatigué aussitôt après la marche, qui l'ont vu se mettre au lit aussitôt rentré à la caserne, présenter des frissons, etc... Témoignage du médecin de service, peut être appelé d'urgence, du

médecin qu'il est venu consulter à la visite médicale du lendemain, etc., etc.

Un rapport d'ensemble du commandant de Compagnie peut réunir toutes ces attestations séparées, puis être envoyé au médecin-chef du Centre de réforme, à l'appui de la demande de pension, directement formulée sous pli recommandé à ce médecin-chef.

ASSURANCES SOCIALES

10.801. — Immatriculation des femmes de ménage

Je viens de lire dans le *Concours* du 22 novembre, en réponse à la lettre n° 9.341, que les femmes de ménage sont « considérées comme des salariées ordinaires et par conséquent doivent faire l'objet d'une déclaration par l'employeur ». Jusqu'ici les femmes de ménage, ayant plusieurs patrons, devaient ellesmêmes se faire inscrire aux Assurances sociales et les patrons n'étaient pas obligés de faire cette déclaration.

Le décret-loi du 28 octobre 1935 a-t-il modifiée cette façon d'agir ? Ma femme de ménage ayant plusieurs patrons et ayant toujours refusé de se faire inscrire aux Assurances sociales, suis-je à présent obligé d'en faire moi-même la déclaration ? et dans ce cas, quel est le patron, puisqu'il y en a plusieurs, qui doit la déclarer, ou bien cette déclaration incombe-t-elle à chaque patron qui l'emploie ?

Dr R.

Réponse

Il est exact que, sous le régime antérieur institué par la loi de 1928-1930, la déclaration des salariés travaillant simultanément pour plusieurs employeurs n'incombait pas au patron mais au salarié lui-même. Mais cette règle a été modifiée par l'article 1er paragraphe 2 du décret-loi du 28 octobre 1935 instituant le nouveau régime. En vertu de cet article, sont assurés obligatoirement tous les salariés ou toutes personnes de nationalité française, travaillant à quelque titre et en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs. L'article 1er § 4 prévoit, d'autre part, que l'affiliation s'effectue obligatoirement à la diligence de l'employeur, dans un délai de huitaine qui suit l'embauchage de toute personne non encore immatriculée et remplissant les conditions prévues par le paragraphe 2 précité.

Il résulte donc de ces deux articles que, dorénavant, les formalités de déclaration et d'immatriculation concernant les femmes de ménage doivent être accomplies par chacun de leurs employeurs comme pour les salariés ordinaires. L'emploi de ces femmes de ménage donnera lieu d'autre part, au versement d'une double cotisation patronale et ouvrière égale, pour l'année 1936, à 7 % du salaire réel et pour l'année 1937 à 8 % de ce salaire. Le versement de ces cotisations qui incombe pour moitié à l'employeur et pour

moitié au salarié aura lieu par paiement en espèces au bureau de poste, ou par virement au compte de chèques postaux, dans les huit premiers jours de chaque trimestre.

10.420. — Demande de renseignements à l'assuré social sur sa maladie

Un malade, assuré social, que j'ai soigné pendant une vingtaine de jours, reçoit de la Caisse départementale la lettre suivante : « Vous êtes prié de nous donner toutes précisions sur votre maladie actuelle et sur ses origines. Signé : le médecin contrôleur ».

Que doit répondre ce malade ? Dr S.

Réponse

La Caisse d'assurances sociales est en l'espèce dans son droit le plus absolu en demandant ou en faisant demander par son médecin-contrôleur à son assuré des précisions son état afin de pouvoir déterminer de manière précise ses droits en l'espèce.

Il n'existe pas en effet de secret professionnel entre l'assuré et sa Caisse et celui-ci, doit donner à cette dernière tous les renseignements qu'il possède sur cet état, sous peine d'être accusé d'avoir voulu échapper au contrôle et de voir ainsi suspendre ensuite ses droits aux prestation.

La seule révélation qui serait interdite par l'art. 378 du Code pénal serait celle faite par vous directement à la Caisse de l'intéressé ou au médecin-contrôleur.

Par contre il est de jurisprudence constante qu'il n'y a pas de secret professionnel entre le médecin et son malade et que vous pouvez donner à votre client toutes les précisions sur son diagnostic et de manière générale sur son état pathologique. Ce dernier est libre de faire tel usage qu'il lui plaira de ces indications et peut notamment en donner connaissance à des tiers quelconques, donc à sa Caisse.

10.206. — L'assurance sociale facultative a été supprimée

Quelles sont les conditions à remplir, les modalités à suivre pour une jeune fille, fille de propriétaire, 24 ans, qui désire s'inscrire sur la liste des assurés sociaux ? Dr B.

Réponse

Le nouveau régime des Assurances sociales institué par le décret-loi du 28 octobre 1935 a supprimé les dispositions du régime antérieur relatives à l'assurance facultative. Cette dernière n'est plus désormais possible que dans l'agriculture et se trouve réglée par le décret-loi du 30 octobre 1935 relatif à ce régime.

Si, en l'espèce la jeune fille à laquelle vous vous intéressez n'exerce pas une profession agricole, il lui est impossible de bénéficier des avantages des Assurances sociales à moins qu'elle ne remplisse un travail salarié et rentre dans la catégorie des affiliés obligatoires.

Cinquante-neuvième année — N° 3 — 17 Janvier 1937

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	60 fr.	Belgique et Luxembourg...	70 fr.
Etudiants	35 fr.	Première Zone	85 fr.
Le Numéro	1.25	Deuxième Zone	110 fr.

Demi-Colonnes

Abonnés du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos abonnés qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Adda, Dana, Picard.
Amélie-les-Bains : Alardo, J. Bouix.
Arcachon : Jean Doche.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Bandol : Charmot et Rozet, (*Mais. cur. hélio-mar.*), Marçon.
Beaulieu-sur-Mer : Bertier, Ricoux.
Beausoleil : Andoly.
Biarritz : Clavel Pierre, Lacour.
Biskra (Sud-Algérien) : Chatenier (*ophtalm.*)
Cambo-les-Bains : A. Camino, Chatard, Colbert, Trotot.
Cannes : Bourgeois-Gavardin, P.-E. Bousquet, Fournier, P. Houssiaux, Joublot, P. Roques (*Y. O. R. L.*), Makereël, Monod, R. Stauder.
Cap-d'Ail : Lyons.
Carnac-plage : E. St-Martin.
Cassis-sur-Mer : Agostini.
Chamonix : de Chabanolle.
Ciboure : P. Sousbielle.
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Brody, Chaumet.
Hyères : Fohanno, Pierruhgues, Valmyre, Verrier.
Jougne : P. Charlin.
Juan-les-Pins-Antibes : Claudel (*chir.*).
La Seyne : Grandjean, J.-M. Jaubert, Makereël.
Magagnose de-Grasse : Gordon.
Mégève (Hte-Sav.) : M. Grenet, Jacqueline Grenet.
Menton : Camaret, P. de Lengenhagen, Paul Ray.
Monte-Carlo : S. Vivant.
Nice : Bernard, Brouxel (*Chir.*), Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Daniel, Dormoy, Drapier, M. Faure, Gazzola, Gaudichon (*O. R. L.*), Guerry, E. Guérin, G. Henry (*Ray. X*), Kent-Monnet, Larue, Le Geard, (*mal. nerv.*) Lelongt Max, Liotard, Malaussène, (*Pn. art.*), Nafilyan, Nicolas, Phipps (*derm.*), Piettri, Rouvière, Sineau (*acc.*), Trutié de Vaucresson (*chi. acc.*), Vizerie.
Pau : Bajac, Carcy, Cornet.
Rousses (Les) : R. Veisenburger (*Enf.*).
St-Didier : A. Masquin.
St-Gervais-les-Bains : Roux.
Ste-Maxime-sur-Mer : Bausset, Ficonetti.
St - Raphaël - Valescure : Léon Clément, (*clin. chir.*), Marcel Rochette (*stom.*), Théo Roux de Laroque.
Sanary-sur-Mer : P. Gaillard.
Saujon : Dubois.
Toulon : Jamin (*chir.*), Pignet (*urol.*, *derm.*)
Vernet-les-Bains : Ponson.
Villefranche-sur-Mer : Alfonsi-Baud.
Villard-de-Lans : Bassaget (*Mal. des enf.*), Héraut (*mal. enf.*), Suau (*Mal. enf.*)

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — ***Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)***

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du **CONCOURS MÉDICAL,** ***Paris*** **167-95.**

N° 11. — Centre Est. Je cède raison santé, gd centre cabinet ophtalmo bon rapp. Appart. 7 p. Affaire sérieuse. Condit. très avantag., 20.000 compt. et reprise matériel mobil. profess. évalué 10.000. Mise au courant. Présentat. aux confr. Urgent.

N° 12. — Jne doct. dispos. gros comptant cherche gros poste méd. génér. (accept. propharmacie), région Maine, Normandie, Touraine, Ile-de-France de préférence. Urgent.

N° 13. — 1° Belle C. I. gr. Luxe 5/7 places sept glaces sécurit. 11 HP Renault peu roulé, peinture origine et garniture t. b. état. Prix : 6.800.
2° Cause Ch. cent. 1 poêle phare et chauf. Godin état neuf.

N° 14. — Achète 20 frs le 100 : oblitérés. Briand, Doumer, Hugo, Normandie, Richelieu, Delessert, Chom.-intell., Ampère, Jaurès, Travers.-Atlant., Expos. 1937 (0,90 et 1,50).

N° 15. — A vendre appareil Thermix n° 44, pour chauffage appartements ; valeur à neuf 750 frs ; à céder complet, bon état, pour 200 frs.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet BREITEL & GORET,

1, rue Dante, Paris (5e). Tél. : Odéon 36-46

Bord Océan. Petite ville (climat doux), ancienne et intéressante clientèle de toute l'année. A céder une demi-annuité avec facilités.

Côte d'Azur. Dans import. station, cabinet dermato-urolog. d'un bon rappor. Appart. 9. p (install. luxueuse). Indemn. 50.000, 1/2 cpt.

Pyrénées. Médecine thermale (O.-R.-L.) très ancien cabinet. Présentat. Prix : 25.000.

Renseignements

Toute asthénie reconnait comme début et comme cause des troubles hyperacides. La TABLETTE DE MANGAÏNE qui reglobulise, qui aseptise le tube digestif, est le médicament le plus agréable et l'agent de guérison le plus rapide.

« **La Soleillette** », Bandol-sur-Mer (Var). Soleil. Régime.

Héliothérapie. Maison santé Hélios. Dr Brody, Grasse.

AVIS

Renouvellement des Abonnements

En raison des *frais élevés* qu'entraînent actuellement les recouvrements, nos abonnés ont tout intérêt à nous adresser leur réabonnement (60 fr.), par virement postal ou chèque postal au nom du *Concours Médical*, compte Chèques postaux : Paris 167-95.

Changements d'Adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande).

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Une statue de Laennec à Paris.** — Il n'y a pas de statue de Laënnec à Paris. Cette remarque a été faite lors des dernières Assises du Souvenir, présidées par le Professeur Sergent, sur la tombe de Laënnec, à Ploaré. A la demande du maire, M. du Frétay, et des sections bretonnes de l'Assemblée française de médecine générale, celle-ci a pris l'initiative de réparer l'oubli. Le square de la Charité, à l'angle de la rue des Saints-Pères et du boulevard Saint-Germain vient d'être prévu à cet effet. L'amphithéâtre où enseigna Laënnec à la Charité subsiste et son ancien service donnait sur ce square où l'on se propose d'immortaliser les traits de l'inventeur de l'auscultation.

Le Comité provisoire est constitué par les Professeurs Sergent, président, et Carnot, MM. Jules Renault, Lesné, Castaigne et Mauriac, M. le Doyen Roussy, le Professeur Bezançon, les Docteurs Rist et Courcoux, et les délégués bretons : *les Docteurs* Deluen, de Saint-Brieuc, Léon Renault, de Quimper, Massot, de Rennes, Gauducheau, de Nantes, M. du Frétay, de Ploaré. Secrétaire général : Docteur Henri Godlewski.

Tous ceux qui, en France et à l'étranger, sont soucieux de rendre hommage à la mémoire d'un des plus grands médecins de l'humanité, peuvent

envoyer leur souscription au trésorier, Docteur Doury, 4, rue de la Muette, Paris (XVIe). C. /C.Postal : Paris 1006-02.

— **Poste de secours Paul Marmottan**, 19, rue de l'Armaillé. — Ce poste, destiné à recevoir les malades ou blessés ayant besoin de soins immédiats, a été ouvert par l'Administration générale de l'Assistance publique de Paris. Il assurera le service d'urgence de l'ancien hôpital Beaujon.

— **Histoire de la médecine** (Professeur Laignel-Lavastine). — M. Lévy-Valensi, agrégé, fera le lundi 18 janvier, à 16 heures, au petit amphithéâtre de la Faculté, une leçon sur : *Le rhumatisme avant Bouillaud* (projections).

— **Hôpitaux de Paris**. *Concours de chirurgien et de médecin des hôpitaux.* — Un concours pour la nomination à quatre places de chirurgien des hôpitaux de Paris sera ouvert le 8 février 1937. Inscriptions jusqu'au 20 janvier inclusivement.

Un concours pour la nomination à quatre places de médecin des hôpitaux de Paris s'ouvrira le 22 février. Inscriptions du 18 janvier au 1er février 1937.

— **Préfecture de police**. *Service médical de nuit.* — Un concours pour l'admission à des emplois de médecin suppléant au service médical de nuit, à Paris, aura lieu à la Préfecture de police, le mardi 16 mars 1937. Le registre d'inscription est ouvert, dès à présent, à la Préfecture de police (personnel), où tous renseignements seront fournis aux candidats. Il sera définitivement clos le samedi 30 janvier 1937, à 12 heures.

— **Association française des femmes médecins.** — La prochaine réunion se tiendra le mardi 26 janvier 1937, à 21 heures, 4, rue de Chevreuse, Paris (VIe).

Pour tous renseignements, s'adresser à la secrétaire générale, Mlle Serin, 11, boulevard de Port-Royal, Paris (XIIIe).

— **IVe Congrès national des médecins amis des vins de France**. (Alger, 18-25 mars 1937). — Les médecins amis des vins de France informent leurs confrères désireux de participer aux travaux de leur IVe Congrès national que le sujet du rapport général est : *le vin et le jus du raisin dans la diététique et la thérapeutique des affections gastro-intestinales.*

Toutes les communications devront être adressées avant le 15 février prochain au Commissariat général du Congrès, 57, Cours Georges-Clemenceau, Bordeaux.

Ces communications seront imprimées et distribuées au moment du Congrès.

— **Faculté de médecine de Bordeaux**. *Laboratoire de médecine coloniale.* — Le médecin capitaine Gerbinis, des troupes coloniales, est désigné pour occuper les fonctions d'attaché de clinique, au laboratoire de médecine coloniale et de clinique des maladies exotiques de la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux (année scolaire 1936-1937).

— **Distinctions honorifiques.** — L'ordre de Saint-Sava de Serbie vient d'être conféré au Docteur Dartigues, qui est promu grand officier et au Docteur A. Bécart, qui est promu commandeur.

— **La Société d'histoire de la médecine hébraïque** s'est réunie le 14 janvier 1937, à 21 heures, avec l'ordre du jour suivant :

1° Professeur REICHERT : La mycologie palestinienne avec une étude historique sur la mycologie chez les Juifs. — 2° Docteur I. SIMON : Les plantes médicinales chez les Juifs à la période biblique talmudique et rabbinique.

— **L' « humanisation » de la guerre.** — Sur l'intervention du Comité international de la Croix-Rouge, un accord est intervenu, en Espagne, entre les Gouvernements provisoires basque et nationaliste, à la suite duquel 150 femmes retenues dans les prisons de Bilbao ont été libérées par le Gouvernement basque, en même temps qu'étaient mises en liberté toutes les femmes basques détenues dans l'Espagne nationaliste.

— **Prix de la Fondation internationale de gynécologie.** — La Société belge de gynécologie et d'obstétrique, qui gère les fonds de la Fondation internationale de gynécologie, mettra en compétition, en 1937, un prix de 10.000 francs, destiné au meilleur travail publié au cours des quatre dernières années et publié dans une des langues officielles du Congrès international de gynécologie.

Pour renseignements, s'adresser au Docteur Max Cheval, secrétaire général, rue Alphonse-Hottat, 16, Bruxelles.

— **Le XVIIe Salon des médecins** aura lieu du 14 au 21 mars 1937. Pour renseignements, s'adresser à M. Pierre-Bernard Malet, 46, rue Lecourbe, Paris (XVe).

— **Ministère des Pensions.** — Le Docteur Sureau, secrétaire général de la Commission spéciale de classement des médecins, pharmaciens, dentistes, vétérinaires (loi du 12 août 1933), nous communique la vacance du poste suivant : médecin de la Maison d'arrêt de Mâcon.

— **Fondation Sergène Henry Salle.** — Prix de 180 francs destiné à l'achat d'ouvrages se rapportant aux sciences médicales devant être attribué à un externe de l'hôpital Broussais ou du nouvel hôpital Beaujon.

Les demandes établies sur papier timbré doivent être adressées à M. le Doyen avant le 1er mars 1937.

— **L'Ecole des Parents.** *Cours d'éducatrices familiales.* — Vendredi 22 janvier, à 17 heures, 31, rue Guyot : Relations de la croissance physique et du développement des fonctions motrices avec le développement intellectuel ; vendredi 29 janvier, à 17 heures, 31, rue Guyot : Comment maintenir ou recouvrer l'équilibre nerveux, psychique et intellectuel de l'enfant, par le Docteur FAY, médecin de l'hôpital

Saint-Jacques, médecin assistant de neuro-psychiatrie des hôpitaux.

— **Promotions du Service de santé.** *Rectification.* — Dans la liste des promotions du Service de santé, que nous avons publiée dans notre numéro du 3 janvier, il faut lire, page XLVIII, 1re demi-colonne, 2e ligne : Reynes, 3e région, au lieu de Raynès, 1re région.

— **Fédération des Syndicats médicaux du Finistère.** *Rectification.* — Dans le compte rendu de la réunion de la Fédération, en date du 21 juin dernier, à Concarneau, figure une note qui pouvait mettre en cause un directeur de Caisse primaire d'Assurances sociales du département.

D'une enquête faite immédiatement, il est apparu que le fait rapporté était exact, *mais ne concernait en rien les Directeurs de Caisses du département*, ni leur personnel, qui sont absolument hors de cause.

Dont acte.

— **Nécrologie.** — Nous apprenons avec infiniment de peine la mort du Docteur Paul Le Gendre, médecin honoraire des hôpitaux de Paris, membre de l'Académie de médecine, décédé à l'âge de 82 ans.

Paul Le Gendre était de longue date un ami du *Concours Médical* et il fut secrétaire de la Rédaction de notre journal, à l'époque de sa fondation. Nous consacrerons, dans un prochain numéro, un article nécrologique à la mémoire de notre très regretté collaborateur et ami, et à son œuvre, qui fut belle et grande.

Une Conférence du Docteur R.-H. HAZEMANN au Cercle Claude Bernard

Les étudiants du Cercle Claude-Bernard se sont réunis le 27 novembre à la Mutualité pour écouter un exposé sur « l'organisation de la Médecine », par le Docteur R.-H. Hazemann, chef du cabinet technique du ministre de la Santé publique. Des praticiens et quelques médecins et chirurgiens des hôpitaux avaient tenu à prouver par leur présence l'intérêt qu'ils portaient au sujet choisi par le conférencier dont le Corps médical apprécie les efforts et l'activité. Le Docteur Weill-Hallé, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, accepta avec bonne grâce de présider la réunion et dirigea avec autorité le débat qui suivit la conférence.

Le Docteur Hazemann peignit d'abord un tableau précis et, de ce fait même, quelque peu sévère de l' « organisation » administrative de la médecine dans notre pays : absence ou plutôt impuissance de la direction centrale avec ses multiples commissions sans pouvoir, émiettement des efforts de dispensaires et d'hôpitaux mal répartis, absence de lien entre les différents organismes publics ou privés. Le conférencier fit ensuite une allusion discrète, et sans généra-

liser, à certaines œuvres faussement philanthropiques créées par propagande politique ou désir de prosélytisme religieux et qui fonctionnent grâce aux subsides de l'État, des collectivités publiques et au dévouement de praticiens qui deviennent non pas des fonctionnaires, mais des salariés sans autorité, même technique, livrés au bon vouloir de personnalités extra-médicales. Le Docteur R.-H. Hazémann exposa enfin les grandes lignes de l'œuvre que M. Henri Sellier, ministre de la Santé publique, entend poursuivre avec la collaboration du syndicalisme médical : coordination des œuvres et services existants, soutien public des seules œuvres réellement actives et utiles à la collectivité, création de Centres de santé, organismes coordinateurs. Cette Politique de la Médecine préventive et de l'Hygiène sociale respectera avant tout la liberté de la Médecine traditionnelle à qui est dévolu le rôle du dépistage et de la thérapeutique dans « les premières lignes et les postes d'écoute » du système défensif contre la maladie.

Cet exposé, longuement applaudi, fut suivi d'une discussion cordiale dans laquelle le Docteur Hazemann eut à cœur de répondre aux questions que lui posaient médecins et étudiants, vivement intéressés par les problèmes de la médecine de demain non seulement résolument préventive, mais se souciant aussi des conditions sociales et économiques.

S. Boulle.

A TRAVERS L'OFFICIEL

29 décembre

Asiles publics d'aliénés

Un poste de médecin chef de service est actuellement vacant au quartier d'hospice réservé aux aliénés de Poitiers (Vienne).

30 décembre

Un poste de médecin chef de service est actuellement vacant à l'Asile public d'aliénés d'Evreux (Eure) par suite du départ du Docteur Bessière, appelé à un autre poste.

31 décembre

Enseignement de la médecine

Arrêté du 28 décembre 1936 relatif aux aides d'anatomie de la Faculté de médecine de Paris

Art. 1er. — L'article 2 de l'arrêté susvisé du 30 avril 1935, modifié par l'arrêté du 12 novembre 1935, est modifié ainsi qu'il suit :

« Le nombre des aides d'anatomie est fixé à quinze. Aucun candidat ne pourra s'inscrire s'il n'est interne

des hôpitaux de l'Assistance publique de Paris de 1re, de 2e ou de 3e année et s'il n'a déposé un certain nombre de pièces dont le nombre et la nature seront fixés chaque année par la Faculté trois mois avant l'ouverture du concours.

« Les aides d'anatomie sont nommés pour un an, après un concours qui a lieu chaque année à une date fixée au début de l'année scolaire par le Conseil de la Faculté.

« Ils peuvent être maintenus dans leurs fonctions pendant deux autres années consécutives, par voie de renouvellement annuel, sur la proposition du doyen, après avis du chef des travaux anatomiques. »

Art. 2. — Le premier paragraphe de l'article 14 dudit arrêté est modifié ainsi qu'il suit :

« Les prosecteurs sont nommés, pour un an, à la suite d'un concours qui a lieu chaque année à une date fixée au début de l'année scolaire par le Conseil de la Faculté. »

1er JANVIER

Fiscalité

Loi du 31 *décembre* 1936 *portant fixation du budget général de l'exercice* 1937

Loi du 31 *décembre* 1936 *portant réforme fiscale*

Des extraits de ces lois seront publiés ultérieurement.

Pensions militaires

Arrêté du 31 *décembre* 1936 *portant nomination de médecins membres titulaires et suppléants des Tribunaux départementaux des pensions pour l'année* 1937.

Cet arrêté sera publié ultérieurement.

Légion d'honneur

Sont promus et nommés dans la Légion d'honneur, au titre du ministère de la Santé publique ;

Officier : M. le Docteur Netter.

Chevaliers : MM. les Docteurs Aubertot, médecin du Sénat ; Chalier, de Lyon, président de la Confédération des Syndicats médicaux ; Combeleran, de Carcassonne ; Demantké, de Dreux ; Fontaine, de Saint-Paul-Trois-Châteaux ; Gros, de Vienne ; Guri, d'Urmatt ; Janvier, d'Epernay ; Lemaire, de Paris ; de Léobardy, de Limoges ; Pelissier, de La Rochelle ; Pruvost, de Cannes ; Robert, d'Auch ; Valmyre, d'Hyères et Seron, de Verberie.

Service de santé militaire

Par décret du 31 décembre 1936, sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé les officiers de réserve titulaires du diplôme de docteur en médecine ou internes des hôpitaux ci-après désignés, qui, par décision de même date, reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de médecin capitaine

Le pharm. capit. (rang 25 juin 1936) Albert, 18e rég., maint.

Au grade de médecin lieutenant

Le pharm. lieut. (rang 3 juill. 1926) Bruneryé, 1re rég., aff. à rég. Paris.
Les dent. lieut. : (rang 20 oct. 1930) Besson, 8e rég., maint. ; (rang 22 mai 1932) Rachet, rég. Paris, maint.

Au grade de médecin sous-lieutenant

Le pharm. sous-lieut. (rang 23 mars 1933), Policard, 14e rég., maint.
Le dent. sous-lieut. (rang 24 mars 1933) Picamal, 14e rég., aff. 15e rég.

**

Par le même décret, est promu :

Au grade de médecin lieutenant

Le médec. sous-lieut. (rang 23 sept. 1936) Policard, 14e rég.

Aliénés

Décret du 30 *décembre* 1936 *relatif à l'assistance psychiatrique en Nouvelle-Calédonie*

Ce décret sera publié ultérieurement.

3 JANVIER

Un poste de médecin-chef de service est actuellement vacant à l'Asile public autonome d'aliénés d'Aix-en-Provence, par suite du départ de M. le Docteur Fouque, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

3 JANVIER

Stations hydrominérales et climatiques

Décret du 31 *décembre* 1936 *fixant la composition de la Commission permanente des Stations hydrominérales, climatiques et uvales de France.*

Ce décret sera publié ultérieurement.

Sanatoriums publics

Liste d'aptitude aux fonctions de médecin directeur et de médecin adjoint des sanatoriums publics

Médecin directeur

Mlle le Docteur Boudon ; MM. les Docteurs Calvet, Chatonnier, Choffé (pour les sanatoriums traitant les tuberculoses osseuses et ganglionnaires seulement), Dépoire, Faget, Mlle le Docteur Jamin, MM. les Docteurs Lorion, Nauwelaerts, Peyret (pour ordre), Thorain, Thomson, Virmont, Warnery (pour ordre).

Médecin adjoint

Mmes les Docteurs Bentz-Clermont, Bouchard, MM. les Docteurs Chadourne, Clermont, Corre, Couve, Delannoy, Gau, Mlle le Docteur Laffoux, MM. les Docteurs Lansac-Faite, Lefèvre, Marmet, Michel, Mlle le Docteur Péraud. MM. les Docteurs Pérol, Pressat, Rigot, Sale, Temple, Vannereau, Weigert.

Ces inscriptions sont valables pour le premier semestre 1937.

Réponse d'un ministre à la question d'un parlementaire

Les honoraires médicaux en cas d'accouchement pratiqué sur une assurée sociale indigente

324. — M. Saint-Venant expose à M. le ministre du Travail : *a*) que l'alinéa 5 du paragraphe 3 de l'article 19 du décret-loi d'octobre 1935, portant modification du régime des Assurances sociales, déclare que, pour les bénéficiaires des lois d'assistance, « les frais médicaux et chirurgicaux », dus aux praticiens, sont réglés conformément au tarif de responsabilité de la Caisse à laquelle sont inscrits les assurés » ; *b*) que l'alinéa 1er, du paragraphe 1er, de l'article 9 du même décret déclare, d'autre part, que « en cas de maternité, sauf dans le cas visé dans le paragraphe 3 ci-après (grossesse ou suites de couches pathologiques), l'assurée ou la femme de l'assuré reçoivent une prestation fixée par le tarif de responsabilité de la Caisse et représentant l'ensemble des frais médicaux et pharmaceutiques relatifs à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites » ; et demande, les frais pharmaceutiques ne pouvant figurer sur les mémoires d'honoraires, rédigés par les médecins pour les soins donnés par eux aux assurées sociales notoirement indigentes ou aux femmes d'assurés sociaux notoirement indigents en ce qui concerne la maternité, quelle est la somme que le médecin doit faire figurer sur son mémoire d'honoraires, ou quelle est la part du tarif de responsabilité des Caisses qui concerne les frais médicaux pour les soins avant, pendant et après l'accouchement, et la part de ce tarif qui concerne les frais pharmaceutiques. (*Question du 30 juin* 1936.)

Réponse. — Il appartient aux Caisses primaires de répartition de fixer, pour l'application de l'article 19, paragraphe 3, du décret-loi du 28 octobre 1935, la part de leur tarif de responsabilité global pour les frais médicaux et pharmaceutiques afférents à la grossesse, qui correspond aux frais médicaux. C'est à la portion ainsi déterminée de la prestation forfaitaire, due pour l'ensemble des frais médicaux et pharmaceutiques en cas de maternité, qu'a droit le médecin traitant, en application de l'article 19,

Voir la suite page LV-185

PROPOS DU JOUR

AUX VOIX LATINES

L'HUMANITÉ DANS LA GUERRE

En organisant les Conférences des *Voix latines*, le but de l'Union médicale latine était de faire mieux connaître les différents pays latins. Les maîtres éminents français ou étrangers, mais tous latins, chargés de faire les conférences, se sont surpassés en décrivant les villes et les pays qu'ils avaient visités, en en vantant les richesses, en soulignant les progrès souvent merveilleux qui s'y sont accomplis. Ils ont resserré ainsi les liens de solidarité qui doivent les unir en un bloc solide, sous le signe de la culture gréco-romaine, base de notre civilisation.

Rompant pour une fois avec cette tradition, se sont fait entendre cette fois aux Voix latines deux orateurs, disons plutôt deux apôtres, qui sont venus plaider la cause de l'Humanité dans la guerre, cause qui est d'une poignante actualité.

Ces deux apôtres, dont le talent oratoire et dialectique égale la foi profonde dans les résultats de la mission qu'ils ont entreprise, sont le colonel médecin Voncken, de Liège, directeur de l'Office international de médecine militaire, membre d'honneur de l'UMFIA, et M. le Professeur de La Pradelle, de la Faculté de Droit de Paris, directeur de l'Institut des Hautes-Etudes Internationales.

Un public de choix, composé de médecins, de juristes, d'hommes de lettres et de sciences était venu applaudir les conférenciers ; M. le médecin inspecteur général Sieur, membre de l'Académie de médecine, assisté de son collègue le Professeur Rouvillois, Directeur du Service de santé militaire, président du dernier Congrès de chirurgie, membre de l'Académie de médecine et ancien président de l'Académie de Chirurgie, présidait la Conférence.

En une courte allocution le Docteur Dartigues, président-fondateur de l'Union médicale latine (l'UMFIA), présenta les deux conférenciers rendant hommage à leur dévouement et à leur talent et céda la parole à M. le colonel médecin Voncken.

M. Voncken est un officier belge, grand, fort, au visage à la fois mâle, énergique et bienveillant, qui inspire la confiance et la sympathie.

En un langage simple mais empreint d'une conviction sincère qu'il s'est efforcé de faire partager à ses auditeurs, il a exposé le développement de la campagne entreprise pour l'humanisation de la guerre, campagne qui fut tout d'abord accueillie avec scepticisme et ironie.

Le Prince Louis II de Monaco et le Comité international de médecine militaire prirent l'initiative de ce mouvement dont les événements actuels ont bien montré le caractère d'urgence.

Il est nécessaire de renforcer la Convention de Genève et d'établir sur des bases plus solides les lois de la guerre.

Le colonel médecin Voncken émet l'espoir qu'en collaborant la médecine militaire et le droit international arriveront à obtenir la création de villes neutralisées pour donner abri aux formations sanitaires et à la population civile (1).

M. Voncken conclut en demandant que des initiatives officielles mettent à l'étude des conventions internationales à ce sujet, dans l'esprit qui a régné dans les conférences de Genève et de la Haye.

A peine les applaudissements prolongés provoqués par M. Voncken ont-ils été calmés que

(1) C'est en quelque sorte ce que le médecin général G. Saint-Paul avait projeté sous le nom de Lieux de Genève.

M. le Professeur A. de la Pradelle a pris la parole et a exposé la question avec une grande éloquence, beaucoup de clarté, un sens juridique rigoureux et une foi d'apôtre dans l'œuvre si vaillamment entreprise.

Justement préoccupés de l'insuffisance d'une législation de la guerre qui remonte aux Conférences, déjà lointaines, de la paix de La Haye de 1899 et 1907, à un moment où la puissance des moyens de destruction scientifiques n'avait pas encore atteint le degré où elle est aujourd'hui, des médecins militaires et des juristes ont entrepris d'agir auprès des Gouvernements et de l'opinion pour donner à l'emploi de la force dans leurs relations internationales, des lois conformes aux exigences de l'humanité, soit en étendant les immunités des hôpitaux, des ambulances, par la création de villes ou localités sanitaires, soit en assurant la protection de la population civile contre le bombardement, soit enfin, en dotant des sanctions nécessaires, les dispositions des conventions relatives aux lois et coutumes de la guerre et particulièrement, la Convention de Genève.

Esquissée au Congrès de médecine militaire de Madrid en 1933, cette collaboration des médecins et des juristes aboutissait en février 1934 à la rédaction, sur l'invitation du Prince Louis II au Palais de Monaco, d'une série de projets de conventions sur la base desquelles au mois de juin de la même année, le Gouvernement Belge s'était déclaré prêt à convoquer une Conférence internationale. Des circonstances diverses en entraînèrent l'ajournement.

Pour en faciliter la reprise, le Comité médico-juridique de Liége proposait à Bruxelles en juin 1935 une Association universelle pour la protection internationale de l'humanité.

Sitôt ce projet connu, de nombreuses personnalités de la médecine, du droit, de la diplomatie, de la politique et de la religion lui donnèrent leur adhésion d'enthousiasme et en tous pays.

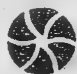
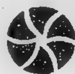
L'Académie diplomatique internationale réunie à Monaco, rendait le 8 février 1936, sur une communication du Professeur de la Pradelle un éclatant hommage à l'œuvre qui, du 5 au 11 février 1934, s'était accomplie à Monaco. Presque aussitôt le Comité médico-juridique se réunissait également à Monaco. Ce Congrès après avoir entendu le Docteur Voncken, de Liége, et le Prof. Dehousse, a décidé à l'unanimité sur la proposition de M. de La Pradelle, la création d'une association dont le but essentiel est de travailler par tous moyens à restreindre de plus en plus l'usage de la force dans les relations internationales et le cas échéant, à l'assujettir à des règles de droit dûment sanctionnées ; d'assurer le respect, non seulement de la vie et de la sécurité, mais la liberté et la dignité de la personne humaine.

Issue de la collaboration de médecins militaires et de jurisconsultes internationaux, cette association se propose notamment dans l'ordre de la diminution des souffrances causées par la guerre, une œuvre de progrès technique et d'éducation morale à poursuivre en liaison avec les grandes associations et institutions internationales.

Il semble paradoxal de parler des lois de la guerre. Cependant ces lois existent et sont souvent efficaces. Le sentiment de l'honneur qui est l'apanage des officiers de toutes les armées, la nécessité de maintenir la discipline contribuent puissamment à les faire admettre. D'ailleurs si au cours de la Grande Guerre la Convention de Genève n'a pas toujours été appliquée, on peut affirmer que le plus souvent elle a été respectée.

M. de La Pradelle est un orateur de grand style. Son beau discours, prononcé d'une voix chaude et vibrante, sa dialectique serrée et convaincante ont produit un grand effet sur l'auditoire, dont le scepticisme a été fortement ébranlé. Aussi d'unanimes et longs applaudissements ont salué sa péroraison et ont montré qu'à l'Union médicale latine on ne désespérait pas de voir s'humaniser la guerre, si toutefois on ne peut réussir, hélas ! à la supprimer.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

EN PRÉSENCE D'UN CHOLÉRA INFANTILE, QUE DOIT-ON FAIRE ?

Par L. Babonneix

Médecin du Service d'enfants de l'Hôpital Saint-Louis

Tous les médecins connaissent la symptomatologie du choléra infantile, avec ses vomissements incessants, sa diarrhée constituée par un liquide qui verdit rapidement à l'air, son oligurie ou son anurie, l'altération rapide de l'état général qui l'accompagne et qui, trop souvent, se termine par la mort. Ils ont peut-être moins présentes à l'esprit deux données théoriques récentes qui comportent les plus importantes conséquences pratiques :

1° *La maladie est secondaire, dans la majorité des cas, à une affection parentérale, qui, souvent, est une otite ou une mastoïdite* (v. plus loin) ;

2° *Elle se complique toujours de déshydratation, fréquemment d'acidose et d'azotémie.* Pourquoi ?

« Chez un sujet en bonne santé, dit M. R. Mathieu, dans son excellent article de l'*Encyclopédie médico-chirurgicale* (*Pédiatrie*, I, 7, 1934, 4.033, p. 9), la diminution de volume des urines est toujours compensée par l'augmentation de leur densité. La concentration de l'urée s'élève jusqu'à un maximum (50 p. 1.000) qui ne peut être dépassé. L'organisme sain parvient ainsi à éliminer la totalité des déchets du métabolisme de l'azote et des minéraux, malgré les variations accidentelles du débit de l'eau par le filtre rénal.

« Ce mécanisme de sauvegarde cesse de fonctionner au cours du choléra infantile. Le pouvoir de concentration maxima des reins habituellement identique chez le nourrisson et chez l'adulte, s'abaisse. L'urine ne contient, par rapport à son volume, que des proportions insuffisantes d'urée. Celle-ci s'accumule dans les tissus et dans les humeurs, en compagnie des déchets toxiques de la nutrition. » De 0 gr. 10 à 0 gr. 16, chiffres normaux, elle s'élève à 0 gr. 90, 1 gr. 40, 2 grammes et plus, sans que ces chiffres, considérés en eux-mêmes, indépendamment de toute autre considération, aient une signification aussi fâcheuse que chez l'adulte.

L'acidose est mise en évidence de deux façons.

Lorsque, chez un enfant, on mesure la réserve alcaline, on voit qu'elle tombe de 50, à 39, 30,9, 12,8, 7 (M. et Max Lévy). Que cet abaissement soit dû, comme le croient les classiques, à la saturation des acides par les sels alcalins du plasma, ou qu'il soit en rapport avec la polypnée et l'hyperventilation pulmonaire, comme le pensent M. et Mad. Max Lévy, il n'en reste pas moins que, dans la plupart des choléras infantiles, cette *réserve alcaline est basse.*

Si, d'autre part, on étudie le rapport $\frac{\text{Cl. globulaire}}{\text{Cl. plasmatique}}$ où le Cl. globulaire représente le chlore des tissus, le Cl. plasmatique comptant pour les échanges et pour la régulation du milieu intérieur, et qui, par conséquent, constitue « l'indice le plus fin ou le plus précis de toute poussée d'acidose (au sens fonctionnel du mot) » (M. et Mad. Max Lévy), on voit que, dans le choléra infantile, il passe, le plus souvent, de 0,48, chiffre normal $(\frac{1,75}{3,60})$ à 0,58 $(\frac{\text{Cl. gl.} = 2,12}{\text{Cl. pl.} = 3,67})$ ou à 0,60 $(\frac{\text{Cl. gl.} = 2,18}{\text{Cl. plasm.} = 3,64})$ et que, par suite, *il s'élève*, ce qui traduit l'imprégnation, par le chlore, de tous les tissus, et particulièrement, du tissu nerveux, comme l'ont montré les analyses de M. et de Mad. Max Lévy. Cette imprégnation est accrue par l'administration de NaCl et d'acides minéraux ; elle est diminuée par les sels basiques, et, en particulier, par le bicarbonate de soude, qui déplace le chlore de ses combinaisons protéiques, ainsi qu'en témoigne l'augmentation immédiate du chlorure de sodium urinaire.

Ceci étant, examinons successivement :

1° le *régime* ;

2° le *traitement médical* ;

3° le *traitement chirurgical*, encore à l'étude, et fondé sur les théories actuelles qui rattachent la plupart des choléras infantiles à une otite ou à une mastoïdite.

§ I. — Le régime

Nous distinguerons *trois périodes* :

période aiguë ;

période de transition ;

période de remise au lait de vache.

I. Période aiguë

Un seul régime, la *diète hydrique*, qui donne de si bons résultats quand on sait le manier, qu'il convient de donner à son sujet, quelques indications.

Elle peut être réalisée de diverses manières (G. Schreiber).

Le plus simple est de s'adresser à l'*eau pure* : eau de source, eau bouillie deux minutes ; eau minérale indifférente, telle qu'eau d'Evian ; infusion très légère non sucrée : un demi-litre d'eau bouillante sur une pincée de feuilles de thé ou de tilleul, lorsque l'enfant refuse l'eau pure (Marfan). Le premier est indiqué en cas de

dépression nerveuse, le second en cas d'agitation.

A l'eau pure, on substitue parfois l'*eau de riz.*

Prendre :

Riz en grains..........	deux cuillerées à soupe
Eau froide...........	un demi-litre

Lorsque les grains sont gonflés, compléter le litre avec de l'eau bouillante et soumettre vingt minutes à l'ébullition. Passer ensuite à travers une étamine. Conserver dans un récipient lavé à l'eau bouillante, bien bouché. A renouveler tous les jours.

L'eau de riz peut, sauf dans les cas d'une gravité exceptionnelle, être administrée d'emblée ; au bout de vingt-quatre à trente-six heures, on coupe d'un tiers de babeurre, de lait écrémé, de lait homogénéisé ou de lait stérilisé ordinaire, puis de moitié, puis des deux tiers, pour arriver progressivement à l'alimentation ordinaire.

On remarquera que nous n'avons pas parlé d'un certain nombre de succédanés qui, longtemps, ont eu la faveur des médecins. On peut, en effet, reprocher :

Aux *solutions salines*, les accidents auxquels elles exposent : violentes poussées fébriles (V. Hutinel) ou diarrhée persistante (Marfan), surtout chez les petits tuberculeux ; œdèmes (P. Nobécourt et G. Vitry, L. Ribadeau-Dumas et ses élèves). Dans ces cas, où il existe de l'acidose, l'introduction, dans les voies digestives, de sérum chloruré ne peut, en effet, qu'augmenter la chlorémie (L. Ribadeau-Dumas et Fleury). Aussi donnent-elles des résultats désastreux dans la plupart des cas ;

Aux *solutions alcoolisées*, d'irriter les muqueuses digestives (Marfan) ;

Aux *solutions sucrées*, d'augmenter les fermentations intestinales ;

A l'*eau albumineuse*, d'accroître les putréfactions intestinales ;

Au *bouillon de légumes*, si cher aux familles, d'être dépourvu de toute propriété nutritive, puisque, de par sa préparation même, il est privé de vitamines et d'amino-acides, et qu'il représente (G. Mouriquand) l'*aliment carencé par excellence*. De plus, il est beaucoup trop riche en sel et expose à tous les accidents que peut provoquer l'usage de solutions chlorurées (G. Blechmann).

L'eau sera administrée glacée, s'il existe des vomissements, chaude, si dominent les phénomènes d'algidité avec hypothermie ; à la température de la chambre, dans la majorité des cas (Marfan). Les quantités à prescrire sont celles que prenait l'enfant avant de tomber malade mais *elles seront données à plus petites doses et à intervalles plus rapprochés* en se rappelant que l'organisme du nourrisson a besoin, jusqu'à un an, au moins de 150 gr. d'eau par kilogramme. Dans les cas où les vomissements sont incoercibles, il y a avantage à donner de l'eau glacée au compte-gouttes : toutes les cinq minutes, on en versera lentement sur les lèvres ou dans la bouche de X à XX gouttes (Marfan).

Quelle doit être sa durée ? *Toujours très courte, ne dépassant pas vingt-quatre heures* avec les douze premières heures, de l'eau pure, et, les douze autres, de l'eau de riz. Trop prolongée, elle ajoute aux effets de la maladie première ceux de l'inanition : autophagie, d'où acidose et anémie, en même temps qu'elle restreint la capacité de digestion et d'alimentation.

Lorsqu'elle réussit, on n'est pas long à constater une amélioration portant sur les fonctions digestives : espacement, puis suppression des vomissements, modification des selles, qui deviennent moins nombreuses, moins liquides, plus pauvres en mucus ; diminution de la soif ; rénales : augmentation de la diurèse ; nerveuses : atténuation de la nervosité ; amélioration du faciès, diminution de l'hyperthermie.

II. Période de transition

On a le choix entre les préparations suivantes, qui, toutes, *doivent être essayées prudemment, en tenant compte des réactions tant locales que générales, et complétées par de l'eau*, de façon à ce que l'enfant ait 150 grammes de liquide par kilogramme et par vingt-quatre heures.

Lait de femme entier.— « Après vingt-quatre heures de diète hydrique, on essaie d'en faire prendre trois à quatre cuillerées à café, et on renouvelle cet essai toutes les quatre heures environ. Le jour suivant, on en donne cinq à six cuillerées à café toutes les trois heures. On augmente ainsi progressivement jusqu'à ce qu'on ait atteint le ration normale. En attendant, dans l'intervalle, on fait prendre de l'eau, de manière que l'enfant ingère la quantité de liquide nécessaire. Dès qu'il est un peu plus fort, on le met au sein directement » (Marfan).

Lait de femme écrémé. — Après avoir laissé l'enfant vingt-quatre à quarante-huit heures au mélange suivant :

Eau de riz.............	100 grammes
Nutromalt.............	10 »
Caséinate de chaux......	2 »

M. Ribadeau-Dumas ajoute à ce mélange trois à quatre cuillerées à café de lait de femme centrifugé, ou extrait par pression et coupé, de manière à diminuer sa richesse en beurre et en lactose.

Les jours qui suivent, on augmente petit à petit la proportion de lait de femme, en diminuant les quantités d'eau de riz et de caséinate de chaux, de manière à conserver une ration quotidienne de 10 c. c. par kilogramme : 20 grammes le premier jour, 40 grammes le second, 50 le troisième. Dès que l'amélioration se manifeste, on verse dans chaque biberon 1 à 2 grammes de lait en poudre demi-écrémé.

Rappelons que le nutromalt se présente sous la forme d'une poudre dont on donne de une à plusieurs cuillerées à café, suivant l'âge. C'est un sucre complexe, dont voici la composition :

Maltose		30 %
Dextrine		67 %
Na Cl		1 %
Eau		2 %
Substances protéiques et minérales		traces

Il est donc plus riche en dextrines qu'en maltose, donnée intéressante, puisque, se dégradant lentement dans l'intestin, les premières modèrent les fermentations que tend à accroître le second. En d'autres termes, l'action des dextrines est plutôt constipante, celle du maltose, plutôt laxative. Les mélanges des deux sont mieux tolérés, d'ailleurs, que chacun de ces deux éléments donné isolément, les hydrates de carbone gagnant à être associés entre eux, comme l'a montré l'Ecole allemande (Czerny, Keller).

Quant au caséinate de calcium, il possède le double avantage (Stöltzner) de jouir d'une action antifermentescible et de favoriser la production, dans l'intestin, de savons calcaires. L'association eau de riz-caséinate de chaux est particulièrement précieuse, parce qu'elle s'oppose aussi bien à l'excès de fermentations qu'à l'excès de putréfactions.

Lait d'ânesse, moins en faveur que jadis auprès des auteurs, mais auquel nous restons fidèle, car il est, d'habitude, bien supporté, ce qu'expliquent sa pauvreté en graisse, sa teneur en caséine, en sucre et en sels, qui le rapproche du lait de femme, comme, d'ailleurs, la nature de ses enzymes et enzymoïdes. Il a malheureusement contre lui son prix « astronomique » (G. Blechmann), la difficulté que l'on éprouve à s'en procurer, sa conservation malaisée, l'impossibilité où l'on se trouve de le couper ou de le faire bouillir.

Laits modifiés :

Lait en poudre : on s'adressera à du lait écrémé, qu'on ne peut employer correctement que si l'on a présentes à l'esprit les quelques notions physiologiques qui suivent.

Soit un adulte placé dans les conditions indiquées pour la détermination du métabolisme basal, auquel nous donnons une ration de glucides, de lipides et de protides représentant 1.600 calories. La dépense passe de 1.600 à 1.800. L'arrivée des aliments l'a donc accrue de 200 calories, prélevés sur les réserves, en raison de ce que l'on a appelé l'*action dynamique spécifique des aliments* (Rubner). Cette action est, chez l'homme, très prononcée pour les protides (Chauveau) (31 p. 100), moins pour les lipides (13 p. 100) et moins encore pour les glucides (6 p. 100). Autrement dit, lorsqu'on lui fait ingérer la quantité ou de protides ou de lipides ou de glucides nécessaire pour produire 100 calories, cet apport ne suffit pas à entretenir l'organisme, qui est obligé de prélever sur ses tissus un supplément de 31 pour les premiers, de 13 pour les seconds, de 6 pour les derniers, ce qui porte la dépense à 131, 113 et 106, selon la variété d'aliments envisagés. On peut encore exprimer la même idée en disant que :

100 calories de protides absorbés n'entrent en ligne de compte que pour 70 (100-30) ;

100 calories de lipides absorbés n'entrent en ligne de compte que pour 87 (100 — 13) ;

100 calories de glucides absorbés n'entrent en ligne de compte que pour 94 (100 — 6).

Supposons maintenant que nous ayons à donner nos soins à un nourrisson atteint de choléra infantile. Plus on lui donne de lait sec, plus son organisme fournit d'albumine tirée de son propre fonds. Pour empêcher que la combustion de ces protides, les uns d'origine externe, les autres d'origine interne, ne provoque une trop forte élévation de température, un seul moyen : l'accroissement de l'évaporation par les téguments et par les poumons, chaque gramme d'eau « vaporisée » et éliminée par les poumons ou par la peau emportant 0 cal. 59 (Schaeffer), d'où : 1° *tendance à la déshydratation* ; 2° *baisse corrélative de la sécrétion rénale*, au moment où elle est le plus indispensable à l'élimination des déchets azotés. Le rein fonctionne-t-il normalement, il suffit tout juste à sa tâche. Mais si, comme c'est la règle chez ces malades (P. Nobécourt et Max Lévy, Ribadeau-Dumas et Max Lévy), les fonctions rénales sont déficientes, et si l'eau n'est pas donnée en quantité suffisante, la température centrale s'élève, la sécrétion urinaire diminue, les divers produits de désintégration sont retenus, et, au premier rang d'entre eux, l'urée, qui, bien que les tissus livrent toute leur eau, s'accumule dans le sang. Le NaCl est lui-même retenu, d'où menaces : 1° d'urémie, sous forme azotémique ou chlorurémique ; 2° d'acidose. Ainsi exposé au quadruple danger de l'hyperthermie, de la déshydratation, de l'urémie et de l'acidose, le nourrisson risque fort de succomber.

Conséquence pratique : *quand on donne du lait sec, lui ajouter suffisamment d'eau et tenir compte des moindres élévations de température*, qui indiquent, généralement, qu'il n'est pas assez coupé.

Babeurre, qui donne d'excellents résultats à condition d'aller prudemment et progressivement : on commencera par de très petites doses, en augmentant le nombre des repas, puis on augmentera les quantités de babeurre en diminuant le nombre des repas ; lorsque la guérison est établie, on lui substituera du lait condensé ou du lait sec. On se rappellera qu'il peut échouer et qu'il provoque parfois, au début, une poussée fébrile (Tugendreich, Rivet).

Larosan, spécialité à base de caséinate de calcium, mieux toléré, souvent, que les autres laits en raison de la pauvreté en graisse et de sa richesse en sels de chaux (L. Ribadeau-Dumas).

III. Période de remise au lait de vache

Fertile, elle aussi, en incidents, elle doit être l'objet, non moins que les précédentes, de la plus grande attention. Le lait de vache de bonne qualité, bouilli, coupé, ne sera donné, au début, qu'à petites doses, et on complétera le régime en s'adressant, comme précédemment, au babeurre ou au lait sec, tout prêt à faire machine arrière en *cas d'accident*.

§ II. — Traitement médical

Interne, il se réduit à peu de choses, étant donné qu'à la période aiguë, aucun médicament ne doit être administré *per os*.

Externe : il comprend :

les *lavages d'estomac*, en cas de vomissements abondants ; ils sont contre-indiqués en cas de tendances syncopales ;

les *lavages d'intestins*, avec une décoction mucilagineuse : eau de tilleul, de camomille, de sureau, etc. ;

les *applications de compresses humides et chaudes sur le ventre* ;

les *bains chauds*, si l'adynamie le permet et si le foie n'est pas augmenté de volume (J. Renault) ;

les *toni-cardiaques* : huile camphrée et ses dérivés, coramine en injections sous-cutanées.

Quant aux *injections de sérum*, il ne faut les manier qu'avec une extrême prudence. A ce sujet, deux éventualités :

On dispose d'un laboratoire bien organisé. Dans ce cas, on s'adressera aux injections sous-cutanées de sérum glucosé ou bicarbonaté s'il y a acidose, de sérum physiologique, s'il y a alcalose.

On n'a pas de laboratoire à sa disposition. Il convient alors de se rappeler que les états d'acidose sont beaucoup plus fréquents, dans le choléra infantile, que les états d'alcalose. Le test clinique proposé par M. Fleury, élève de M. Ribadeau-Dumas, dans sa thèse (Paris, 1930), peut aussi rendre des services. Le type respiratoire de Cheynes-Stokes plaide en faveur de l'acidose, les convulsions, en faveur de l'alcalose.

§ III. — Traitement chirurgical

Quels que soient les perfectionnements apportés à la thérapeutique par les notions biologiques exposées plus haut, il n'en faut pas moins reconnaître que, trop souvent, les résultats sont décevants. Aussi a-t-on cherché dans une autre voie, assez imprévue et qui, au premier abord, peut sembler quelque peu paradoxale.

Le 14 octobre 1921, M. Maurice Renaud faisait, à la *Société médicale des hôpitaux de Paris* (p. 1326-1332 et 1352-1361 des *Bulletins*), une retentissante communication intitulée : *Les otites et les suppurations du rocher, leur extrême fréquence, leur importance dans les diarrhées infantiles. Leur rôle dans la genèse de l'athrepsie.* Pour lui, nombre « de diarrhées infantiles, survenues chez des sujets entrant à l'hôpital avec un syndrome plus ou moins aigu », sont dues à une suppuration des cavités de l'oreille et du rocher » et justiciables, par suite, d'une trépanation précoce de ces régions osseuses.

Accueillie à l'époque avec quelque scepticisme, cette théorie a été reprise, l'an dernier, par d'éminents médecins d'enfants, qui aidés des conseils d'oto-rhino-laryngologistes, ont cherché à la mettre au point. Pour MM. L. Ribadeau-Dumas, Ramadier, Puillon et L. Melletier (*Bulletins de la Société de pédiatrie*, janvier 1936, p. 33-44), « un état général grave, avec déshydratation et acidose dont on ne trouve pas la cause effective après examens multiples, infection déterminée ou trouble alimentaire, doit faire soupçonner une mastoïdite latente... et lorsque, dans les deux ou trois jours, le traitement médical ne laisse aucun espoir, on est autorisé à pratiquer une antrotomie ». A ce sujet, quelques explications complémentaires.

1° A l'autopsie de tels sujets, on trouve généralement du pus ou du muco-pus sous-pression dans l'antre mastoïdien : il ne vient pas du voisinage, mais est bien sécrété par l'antre lui-même ;

2° La symptomatologie de cette antrite est très atténuée, se réduisant « souvent à des modifications inflammatoires du tympan, difficiles à apprécier et parfois minimes » (Le Mée, Bloch et Cazejust, Vesselle). Si, en effet, le tympan est, le plus souvent, le siège de lésions inflammatoires, la paracentèse ne donne lieu qu'à une issue de sang pur, sans la moindre trace de pus ;

3° Il serait d'autant plus fâcheux de passer à côté de ces lésions qu'elles sont habituellement bilatérales, et que le foyer, étant en rétention, ne se draîne pas spontanément ;

4° L'antrotomie consiste uniquement à faire sauter le couvercle de la cavité antrale et à ruginer au minimum le périoste. Ainsi conduite, l'intervention dure environ cinq minutes de chaque côté et ne nécessite pas l'anesthésie générale. C'est donc une intervention bénigne qu'on doit « considérer comme un *moyen de diagnostic complémentaire* en même temps que de traitement, lorsque l'examen otoscopique laisse des doutes sur l'intégrité du tympan et quelles que *soient les données de la paracentèse* ».

Ces séduisantes conclusions, acceptées par MM. Cathala, Mlle Lorain et Morel, et auxquelles a paru se ranger M. Paisseau, n'ont pas été admises par tous. Pour MM. H. Grenet, R. Levent et P. Isaac Georges (séance du 18 février, p. 111-114 des *Bulletins*), l'infection du rocher est non cause, mais conséquence : par suite, l'intervention est inutile, sinon aggravante. M. Weil-Hallé, Mlle Papaioannu et M. Mouchotte n'admettent pas qu'une mastoïdite évoluant à bas bruit soit à l'origine d'accidents digestifs graves (p. 122-124 des *Bulletins*). M. L. Tixier réserve les interventions chirurgicales aux cas où la réaction mastoïdienne est évidente et ne se presse pas de les faire pratiquer. La question est donc loin d'être tranchée. Est-il besoin d'ajouter qu'elle ne se pose que lorsqu'on est assuré de la collaboration d'un oto-rhinologiste habitué à examiner des oreilles de nourrisson, et capable d'effectuer chez eux, en cas de nécessité, l'antrotomie jugée nécessaire par le pédiatre ?

AFFECTIONS DOULOUREUSES DU REIN PRISES POUR DES INFECTIONS INTESTINALES

M. le Professeur Marion

Je voudrais attirer aujourd'hui votre attention sur la confusion si fréquente à laquelle donnent lieu les affections rénales douloureuses qui sont prises à chaque instant pour des affections intestinales, provoquant même des interventions sur l'intestin, alors que la cause des troubles se trouve être dans les reins.

Vous voyez extrêmement souvent dans nos services des malades qui ont été opérés, en particulier d'appendicite, et qui viennent parce que, une fois leur appendice enlevé, ils ont souffert comme par le passé. L'étude du caractère de ces douleurs nous conduit à considérer qu'ils sont atteints d'une affection rénale dont la cure fait disparaître tous les troubles que ressentaient les malades. Je vais vous détailler un certain nombre d'observations qui vous permettront de comprendre l'importance d'un diagnostic précis et vous évitera, dans bien des cas, des erreurs très fâcheuses pour les malades.

Voici tout d'abord un cas vraiment malheureux.

Il s'agissait d'un médecin de 43 ans environ. Depuis son enfance il était soigné par son père, grand médecin d'enfants, pour une colite gauche, et je crois même que son cas fut signalé à plusieurs reprises dans des leçons faites par son père.

Or, un jour on me fait appeler brusquement par ce que ce médecin venait d'être pris d'une crise extrêmement douloureuse du côté du rein gauche, crise accompagnée de grands frissons, d'élévation de la température à 40° et au delà, de douleurs très prononcées du côté de son rein. Tous les amis médecins qui se trouvaient autour de lui avaient fait le diagnostic de pyélonéphrite, que je fis également, et devant la gravité apparente du cas je proposai immédiatement la mise en place d'une sonde urétérale à demeure, ce qui fut accepté par tous.

La sonde urétérale, pénétrant dans le bassinet, évacua immédiatement une centaine de grammes d'une urine purulente et un peu sanglante, et devant cette évacuation nous pensâmes tous que la température allait tomber. L'examen des urines purulentes montrait qu'il s'agissait d'une infection à streptocoques. Or, malgré l'évacuation de cette quantité importante d'urine purulente du bassinet gauche, l'amélioration ne fut que très passagère. La sonde se bouchait assez fréquemment ; on la débouchait ; on pratiquait des lavages du bassinet. Mais la température remontait, l'état général s'altérait, des localisations pyohémiques apparaissaient en différents points du corps, en particulier du côté de l'épaule gauche, et devant la gravité croissante de l'affection, je conseillai une néphrectomie. Celle-ci m'amena à constater que le rein était non pas un rein normal, mais un rein très distendu par une hydronéphrose évidemment ancienne. La néphrectomie même n'apporta qu'une amélioration toute passagère à l'état du malade. Une hémoculture amenait la constatation de streptocoques dans le sang, et, malgré les sérums qu'on put injecter au malade il finit par succomber. Il était évident que ce médecin depuis son enfance avait une hydronéphrose du côté gauche et que les crises douloureuses, que l'on interprétait comme crises de colite, n'étaient en réalité que des crises d'hydronéphrose.

Il y a quelque temps je voyais en ville un malade de 28 ans, qui, depuis l'âge de 14 ou 15 ans, présentait du côté droit des crises douloureuses étiquetées colite. Mais un médecin l'observant lors d'une dernière crise pensa que peut-être il pouvait y avoir un élément rénal provoquant ces crises douloureuses.

Lorsque j'examinai le malade, que je lui fis préciser la façon dont il souffrait, il me devint évident qu'il devait s'agir d'une affection rénale, calcul ou hydronéphrose, les urines étant parfaitement limpides. Je conseillai une radiographie, qui ne montra aucun calcul. Je pratiquai une pyélographie, et alors il fut démontré qu'il s'agissait d'une hydronéphrose avec un rein s'abaissant assez notablement. Je conseillai l'opération, et depuis huit mois le malade, qui avait auparavant tous les mois, toutes les six semaines, une crise de soi-disant colite, a vu ces pseudo-accidents intestinaux disparaître complètement. Il a engraissé, il est devenu superbe, alors qu'à force de régimes depuis l'âge de quinze ans il était dans un état peu brillant. L'hydronéphrose était causée, comme dans la majorité des cas, par un vaisseau anormal joint à un abaissement du rein.

Et tout dernièrement le Docteur Constensou m'amenait un malade du même âge, que le précédent, 28 à 30 ans, qui était soigné lui aussi depuis sa plus tendre enfance pour une colite gauche. Le Docteur Constensou me disait du reste qu'il ne connaissait le malade que depuis

peu. Lorsque le Docteur Constensou me parla de colite gauche, je lui dis immédiatement « il s'agit d'une hydronéphrose ». C'est alors que le Docteur Constensou me dit : « mais cela pourrait bien être, car si nous vous amenons ce malade, c'est qu'il y a une dizaine de jours il a eu une hématurie, et c'est cette hématurie qui nous a conduit à vous demander un avis. »

Dans ces conditions, il était évident *a priori* qu'il s'agissait encore d'une hydronéphrose. Je fis une pyélographie qui nous montra une hydronéphrose dont nous ne pouvions pas soupçonner le volume. Et ce malade, comme je vous le disais, était soigné pour colite gauche depuis plusieurs années.

J'intervins, je sectionnai un vaisseau anormal qui bridait le collet de l'uretère. Je fixai et je drainai le rein. Actuellement le malade est en bonne situation, mais enfin je ne sais ce que deviendra le rein très dilaté qu'il présentait à gauche. Je dois dire que j'ai été très conservateur dans ce cas, car du côté droit il existe un rein un peu abaissé et déjà un peu hydronéphrotique.

Voilà donc toute une série de faits interprétés comme des colites et qui sont dus tout simplement à des hydronéphroses. Or vous reconnaîtrez qu'il n'est pas indifférent de laisser évoluer une hydronéphrose, car si au début l'hydronéphrose peut disparaître complètement lorsqu'on a fait le nécessaire du côté du rein, lorsqu'elle a acquis des proportions considérables il n'y a souvent qu'à enlever le rein, ou bien elle est susceptible de provoquer des accidents infectieux graves, comme cela eut lieu chez le premier malade dont je vous rapportais l'histoire.

Mais il n'y a pas que l'hydronéphrose pour donner des troubles interprétés comme relevant d'une affection intestinale.

Il y a quelques jours, une externe de l'hôpital des Enfants-Malades m'amenait son jeune frère qui, me disait-elle, était soigné pour colite droite, et à ce moment je lui dis en riant « il s'agit certainement d'une hydronéphrose ». Elle me répondit « mais non il ne s'agit pas d'une hydronéphrose, mais il s'agit d'un calcul du rein » ; et en effet dans le bassinet existait un calcul du volume d'une petite cerise, qui se trouvait engagé assez profondément dans un des calices. Je conseillai l'ablation, qui fut du reste des plus faciles, ce calcul ayant l'habitude, probablement de se déplacer dans un bassinet déjà assez dilaté et d'obturer la partie supérieure de l'uretère pour provoquer cette petite hydronéphrose.

Une observation était autrefois classique, parce qu'elle avait trait à un de nos professeurs les plus éminents de bactériologie. Je peut citer son nom, car l'histoire a été connue de tous : il s'agissait du Professeur Chantemesse.

Un jour, celui-ci est pris d'une douleur extrêmement vive dans la fosse iliaque droite. Vu par un certain nombre de médecins, tous s'accordent à considérer la douleur comme étant d'origine appendiculaire, et, sans tarder , on enleva l'appendice du Professeur Chantemesse. Comme il s'agissait de l'appendice d'un grand Professeur, on le confia aux microscopes les plus éminents de l'Institut Pasteur et ceux-ci, après étude de cet appendice, avouèrent qu'il était très rare de trouver un appendice aussi remarquablement sain.

La convalescence suivit ; mais, quelques jours après, une nouvelle crise douloureuse réapparaissait et le Professeur Chantemesse terminait cette crise par l'évacuation d'un petit calcul qui avait déterminé la première. A ce moment-là, les crises d'appendicite disparurent définitivement.

Voici enfin l'histoire d'un autre Professeur, dont on peut citer le nom, car elle est connue de tous les contemporains : il s'agissait du Professeur Quénu.

Un jour le Professeur Quénu est pris d'une crise abdominale extrêmement douloureuse avec météorisme, arrêt des gaz, un état tel que son élève le Professeur Duval, pensant à un étranglement interne d'une cause quelconque, conseilla, avec d'autres chirurgiens du reste, l'intervention, une laparotomie, pour remédier à cette crise. Les douleurs étaient surtout vives à droite et on pouvait penser à bien des causes d'obstruction intestinale.

Quelques heures avant que l'on ne transportât le Professeur Quénu dans la salle d'opération, la crise augmenta notablement au point de vue des douleurs, mais se termina brusquement et tous les phénomènes abdominaux rentrèrent dans l'ordre. L'intervention fut donc remise, et quelques jours après le Professeur Quénu éliminait un calcul. Il s'agissait encore d'une de ces crises de coliques néphrétiques avec phénomènes abdominaux, qui ne sont pas extrêmement fréquents dans la lithiase rénale, mais qui cependant ne sont pas très rares, et qui, s'ils ne sont pas connus, arrivent infailliblement à faire penser à une obstruction intestinale d'une cause quelconque.

Je ne vous citerai pas tous les cas de tuberculose rénale ayant donné lieu à droite à des ablations d'appendicite.

Beaucoup de nos malades atteints de tuberculose rénale arrivent avec une cicatrice appendiculaire, l'appendice ayant été enlevé sans aucun bénéfice pour le malade, qui a continué à souffrir comme il souffrait auparavant.

Je n'incrimine en rien les médecins ou les chirurgiens qui font de semblables erreurs de dia-

gnostic, car, véritablement, l'erreur est extrêmement facile à commettre, et entre un calcul de l'uretère qui chemine du côté droit, qui arrive à la ceinture pelvienne et détermine à ce moment une douleur localisée et une crise d'appendicite, il est vraiment bien difficile quelquefois de faire la distinction. C'est seulement par l'exploration, lorsqu'on soupçonne qu'il peut y avoir erreur, que l'on arrivera au diagnostic. C'est quelquefois une localisation de la douleur un peu trop interne, une absence de fièvre qui devrait exister s'il s'agissait d'une appendicite, une urine un peu teintée qui permettra de penser que les phénomènes douloureux sont d'ordre urinaire plutôt que d'ordre intestinal.

De même également lorsque nous nous trouvons en présence de ces phénomènes dus à l'hydronéphrose, qui peuvent simuler dans une certaine mesure la colite. Les colites existent évidemment, mais elles ne se caractérisent pas uniquement par des phénomènes douloureux ; il y a des troubles d'évacuation intestinale qui viennent confirmer ce diagnostic de colite, et lorsque la colite se caractérise uniquement par des douleurs dans la région d'un des flancs, il faut se méfier et il faut savoir qu'un certain nombre d'affections rénales peuvent simuler des douleurs d'intestin, d'autant plus que nous ne savons pas si sous l'influence de la douleur d'un rein en hydronéphrose il n'y a pas retentissement sur l'intestin, provoquant un spasme intestinal, créant justement des symptômes faisant penser particulièrement à la colite.

Et puis, il est des affections rénales dans lesquelles manifestement il y a coïncidence avec une affection intestinale. Il en est ainsi pour le rein mobile du côté droit. Assez fréquemment nous voyons des malades atteints nettement de rein mobile avec petite crise d'hydronéphrose, présenter en même temps une douleur dans la fosse iliaque droite au point de Mac Burney. De ces malades, j'en ai opéré en n'intervenant que sur le rein ; or, ces malades étaient soulagés de leurs douleurs lombaires, mais continuaient à souffrir de leurs douleurs iliaques, et l'appendice enlevé, reconnu atteint d'inflammation chronique, les douleurs iliaques disparaissaient complètement. De sorte que lorsque je trouve chez un malade atteint de mobilité rénale, avec ou sans hydronéphrose, une douleur nette au point de Mac Burney, je n'hésite pas, en même temps que je fixe le rein, à enlever par la voie lombaire l'appendice, qui fera souffrir les malades si on ne le supprime pas.

Il y a donc beaucoup de raisons de confondre troubles douloureux rénaux avec troubles douloureux intestinaux ; mais il faut bien savoir d'autre part que certaines affections rénales peuvent simuler des affections intestinales, en créant un tableau tellement net que l'on ne pense pas à l'affection rénale, d'autant plus que surtout on la connaît mal, comme quand il s'agit d'hydronéphrose.

Mais s'il existe la moindre raison de ne pas avoir un diagnostic d'affection intestinale extrêmement nette, certaine, il faut tout d'abord écarter l'affection rénale. Celle-ci pourra être éliminée de la façon la plus facile en faisant tout d'abord examiner les urines et constater qu'il n'existe pas de pus dans ces urines ; et parfois cet examen au contraire décèlera de la tuberculose.

Une radiographie complémentaire, dans le cas surtout où les urines sont limpides, permettra de reconnaître s'il existe un calcul non seulement du rein, mais encore de l'uretère ; et enfin dans la plupart des cas, s'il n'existe pas de calcul, on devra faire une pyélographie dans la position horizontale et surtout dans la position debout, et l'on aura la surprise de constater que les douleurs que l'on attribuait à l'intestin étaient manifestement dues à une hydronéphrose parfois beaucoup plus développée qu'on n'aurait jamais pu le supposer.

Si j'ai insisté sur ces faits, c'est que nous les observons extrêmement couramment et qu'à chaque instant nous sommes appelés à voir des malades traités sans résultat pour des affections intestinales, dont les troubles sont extrêmement faciles à faire disparaître par une intervention rénale.

LA CLINIQUE AU GOÛT DU JOUR

Les masques du saturnisme hydrique

D'après le Professeur DENÉCHAU et M. CANONNE (d'Angers) (*)

CRISES APPENDICULAIRES, PHÉNOMÈNES PARALYTIQUES, HÉPATISME, PSYCHISME... MAIS TOUJOURS UNE ANÉMIE OU UNE CACHEXIE INEXPLIQUÉE

Sous une forme spéciale, le saturnisme, jadis accident professionnel de fréquence extrême, semble renaître de ses cendres : il devient le saturnisme hydrique. Ceci veut dire qu'il est lié à l'absorption d'une eau qui s'est chargée, en traversant une canalisation, d'une quantité suffisante de plomb pour devenir toxique. Dépourvu de son facteur « professionnel », ce saturnisme est d'autant plus difficile à reconnaître qu'il se présente sous les aspects les plus variés. Les erreurs abondent dès lors, depuis sa simple méconnaissance, qui conduit les malheureux intoxiqués depuis la cachexie irréductible jusqu'aux interventions chirurgicales, que quelques-uns ont dû subir, puisqu'on les avait crus atteints d'appendicite ou d'occlusion intestinale, au cours d'une des crises abdominales si fréquentes en pareil cas.

Ces aspects variés constituent les masques trompeurs du saturnisme hydrique. Mais, ceux-ci représentent en réalité les accidents, les crises aiguës du saturnisme en général ; et, comme pour celui-ci, ils sont greffés sur les accidents chroniques *habituels* dans l'intoxication par le plomb : soit *l'anémie globulaire et aussi hémoglobinique,* la gingivite spécifique avec le liseré de Burton. Or, comme nous le verrons, ces derniers devront servir de *fil conducteur pour arriver au diagnostic,* si l'on pense à incriminer une eau de boisson, polluée par des tuyaux de conduite en plomb.

Voici quelques exemples.

Un homme, 35 ans, sans antécédents spéciaux, est pris depuis six semaines de crises abdominales brutales, marquées par des coliques en travers de l'abdomen, à la hauteur de l'ombilic, et accompagnées à leur paroxysme de vomissements incoercibles, avec constipation frisant l'occlusion. L'on pense à une *appendicite,* puis à une *occlusion* intestinale. Quelques jours après, une céphalée extrêmement pénible survient, qui persistera ; puis, dix jours plus tard, c'est une faiblesse des deux mains avec tremblement empêchant tout travail. Les crises abdominales continuent et s'exagèrent, et il s'y ajoute des troubles psychiques avec délire, puis une grande crise avec mouvements toniques, cloniques, perte de connaissance suivie d'amnésie.

C'est un sujet fatigué, aux muqueuses décolorées, amaigri, au facies terreux, avec une corde colique extrêmement sensible ; on note un tremblement intentionnel des doigts très marqué, avec faiblesse des extenseurs. Enfin un examen buccal systématique montre un *liseré de Burton* et une pigmentation de la face interne des joues.

Le diagnostic de saturnisme s'impose. Il est confirmé par le fait que depuis six mois, soit trois mois avant le début des accidents, un tuyau de plomb de 16 mètres avait été adapté au puits, creusé en plein schiste, pour amener l'eau dans la maison. Ainsi s'était intoxiqué ce buveur d'eau. Le repos, le lait, une hygiène minutieuse, et un traitement approprié firent disparaître tous ces accidents en quelques semaines.

Une femme, 30 ans, vient consulter pour une *paralysie importante des avant-bras, et des mains* empêchant la préhension, qui l'inquiétait depuis trois semaines environ. L'interrogatoire apprend, d'autre part, que depuis quelques mois elle éprouve de violentes crises douloureuses dans l'abdomen, avec constipation absolue durant deux à trois jours et vomissements liquides. On trouve la malade très fatiguée et atteinte d'une *anémie intense* : 3.162.000 hématies, 10.540, leucocytes, globules rouges colorés inégalement. Foie gros, légèrement douloureux, ventre rétracté, corde colique, paralysie des extenseurs des mains ; *liseré de Burton* ; pigmentation des joues.

Le saturnisme est évident. Le point de départ semble bien être l'eau d'un puits, amenée par une tuyauterie de plomb de 12 mètres, placée il y a cinq mois, soit 2 mois 1/2 avant le début des accidents. La suppression de cette eau pour l'alimentation, avec quelques soins et une hygiène minutieuse ont amené la guérison en quelques semaines.

Une femme, 56 ans, possède un long passé biliaire, étiqueté *coliques hépatiques,* avec douleurs au carrefour sous-hépatique, s'irradiant dans l'épaule. Jadis très espacées, les crises se sont répétées depuis quelques mois et ont sem-

(1) D. DENÉCHAU et M. CANONNE. — Le saturnisme hydrique. (*Le Bulletin Médical,* 21 novembre 1936.)

blé prendre une forme nouvelle ; particulièrement douloureuses, elles s'accompagnent de coliques dans le ventre avec constipation opiniâtre au lieu des décharges diarrhéiques de jadis. Enfin, la patiente présente une *fatigue inexpliquée*, de la *céphalée*, de l'essoufflement et une *anémie progressive*.

Le diagnostic de coliques hépatiques semblait s'affirmer, mais les douleurs intestinales avec constipation opiniâtre inhabituelle, le *liseré de Burton* avec placard endo-jugal, et en plus une canalisation d'eau suspecte firent penser qu'il s'agissait à la fois de réactions vésiculaires chez une lithiasique, et d'intoxication saturnine hydrique. Le repos, la suppression de l'eau incriminée firent tout disparaître en peu de jours ; ce qui vint démontrer le rôle prédominant du plomb dans les accidents présentés.

Ces *troubles digestifs*, avec crises douloureuses violentes, vomissements parfois, sans aigreurs, sans acidité s'expliquent parfois malaisément ; mais on découvre une *anémie* marquée, et un liseré de Burton. C'est le cas d'un homme de 59 ans. On l'interroge ; et il répond, au moment de la consultation, que depuis cinq mois il a fait installer une pompe dans son puits, avec une tuyauterie de plusieurs mètres en plomb, et qu'il se sert presque exclusivement de cette eau pour sa boisson et la préparation, de ses aliments.

Soigné et mis à l'eau minérale, à un régime un peu sévère, une amélioration de son état n'a pas tardé à se produire, bientôt suivie d'une guérison définitive.

Voici maintenant l'histoire d'une *vague dyspepsie*, avec anorexie, aboutissant à une dénutrition et à un amaigrissement impressionnants. C'est l'observation suggestive d'un confrère.

M. P..., âgé de 56 ans, petit dyspeptique d'ancienne date et surmené, venant de changer de maison, fait faire une nouvelle installation d'eau avec un conduit en plomb de 12 mètres. Or, après quelques semaines, il voit ses troubles digestifs s'exagérer ; il est constipé, souffre du ventre, avec coliques intermittentes. Sa langue est chargée ; il s'anémie d'une façon marquée et se fatigue, en même temps qu'il éprouve un malaise général progressif. Médecin éclairé, il cherche le pourquoi des choses et réduit son régime, ne buvant plus que de l'eau ; ses troubles, sa fatigue et son anémie s'exagèrent. Ayant eu connaissance d'un cas de saturnisme hydrique, il incrimine son tuyau de plomb et supprime, pour sa boisson comme pour la préparation de ses aliments, l'eau du robinet amenée par cette canalisation. Très rapidement, il s'améliore d'une façon remarquable.

Quelques mois après, ses troubles recommencent ; nouvelle enquête qui lui apprend que sa cuisinière, croyant que tout allait bien, pour diminuer sa peine, était revenue à la même source. Nouvelle guérison après abandon de l'eau toxique. Quelques mois plus tard, seconde récidive, toujours pour la même cause, la cuisinière revenant au robinet placé dans sa cuisine. Cette fois, il se décide aux grands moyens et remplace par un tuyau d'acier le tuyau de plomb. Tous ses troubles ont disparu depuis ce temps d'une façon définitive.

Le nombre des formes masquées du saturnisme hydrique est très grand. C'est ainsi que l'on a décrit également la forme à type d'ictère catarrhal, les formes nerveuses et mentales, les formes pseudo-cancéreuses, la forme pseudo-anémie pernicieuse, etc.

***

Cependant le diagnostic est possible, a la condition d'y penser et de rechercher le « dernier » tuyau de plomb

Car le syndrome est si trompeur que le médecin le plus averti s'y laisserait prendre. Comment ne pas croire, par exemple, à une appendicite, à une occlusion intestinale, lors d'une poussée particulièrement intense de colique de plomb à type pseudo-appendiculaire ou pseudo-occlusif, alors qu'on a tant de peine déjà à éliminer ces accidents chez des saturnins professionnels, alors surtout qu'on est appelé pour la première fois au maximum même de la crise, ignorant les malaises, qui l'ont précédée.

Supposons encore un malade, qui, dès l'arrivée, vous frappe par ses traits émaciés, exprimant à la fois la douleur et l'épuisement, par son aspect pâle, avec conjonctives subictériques ou même cachectique, et qui vous oriente vers le néoplasme digestif. Et admettons que le cancer soit éliminé par la radioscopie-graphie, par la rectoscopie et la recherche des hémorragies occultes. Pareille discordance entre l'aspect si grave du malade, l'intensité des signes fonctionnels qu'il accuse et la négativité des examens pratiqués deviendra un caractère important du saturnisme.

Mais, encore, dans certains cas, la présence de cas semblables survenus dans le voisinage du malade, viendra éveiller l'attention au même titre que, pour les maladies contagieuses, la notion d'épidémie permettra de faire le diagnostic de certainesformes frustes.

Deux questions seront alors posées aux malades. Vous servez-vous d'une pompe, munie d'une tuyauterie de plomb ? *Depuis combien de temps cette tuyauterie est-elle posée* ? Dans la majorité des cas, la pompe et le tuyau ont été mis en place deux mois et demi à trois mois avant la date des premiers accidents : incubation curieuse, mais constante, qui milite à elle seule en faveur de cette intoxication.

On recherchera ensuite soigneusement le liseré de Burton, presque toujours constaté. Et, sans s'attarder à la contracture des muscles abdominaux le plus souvent absente, à la recherche de l'hypertension artérielle, l'on étalera une goutte de sang sur une lame qui, adressée au laboratoire, permettra de constater des *hématies ponctuées*, renfermant des *granulations basophiles caractéristiques*, si on a pu le bismuth, d'un emploi thérapeutique si fréquent, mais facile à connaître, qui les provoque tout comme le liseré gingival.

Enfin, on devra prélever de l'eau de la tuyauterie incriminée (mais seulement le matin, alors qu'elle y aura séjourné toute la nuit) pour y déceler le plomb.

Un dernier signe, rétrospectif il est vrai, mais d'une réelle valeur, c'est la disparition, avec une rapidité surprenante, de tous les accidents dès la suppression radicale de l'eau chargée du toxique.

Quelles sont donc les raisons, qui occasionnent cette présence de plomb dans certaines canalisations, alors qu'elle fait défaut dans les autres ?

Si l'on peut dire que toutes les eaux attaquent le plomb, il est certain que la chaux qu'elles renferment limite cette attaque, le bicarbonate et même l'acide carbonique formant sur les conduits un carbonate de plomb protecteur. Cette teneur en calcaire se mesure : c'est le degré hydrotimétrique qui doit être de 11 à 14 pour donner le maximum d'enduit protecteur, tout en permettant de cuire les légumes et de dissoudre le savon. Or, les terrains granitiques et schisteux filtrent l'eau sans la dénaturer ; ils lui donnent cette pureté trop grande qu'on appelle dureté et lui font titrer, par exemple, 6 degrés hydrotimétriques. Cette eau attaquera alors le plomb et deviendra toxique.

A cette cause fondamentale s'ajouteront des causes secondes. Tout d'abord, le nombre des soudures, qui donnent des points d'attaque plus vulnérables ; puis la présence de nitrites et de chlorures formant des nitrates et des chlorures de plomb solubles, et surtout permettant, avec l'acide carbonique de l'air, la formation d'hydrocarbonates ou chlorures de plomb, qui dissolvent les couches protectrices de carbonate de plomb ; enfin, la durée du contact de l'eau avec les conduits et aussi la pose récente de ces derniers. C'est pourquoi les canalisations les moins utilisées sont les plus dangereuses. Quant à la pose récente des conduits, son rôle est évident *a priori*, car, même avec des eaux non dénuées de calcaire, ce dernier n'aura pas eu le temps de se déposer, et l'intoxication sera grandement facilitée. C'est ce qui explique les accidents observés avec des conduits nouveaux, à débit restreint, parfois en dépit d'un degré hydrotimétrique presque suffisant.

Le traitement curatif se résume, en effet, aux soins habituels du saturnisme et surtout à l'abstention complète, soit comme boisson, soit pour préparer les aliments, de l'eau incriminée. Cette simple cure, presque négative, puisqu'elle consiste en la suppression de l'eau suspecte, donne des résultats surprenants, qui démontreront le bien-fondé du diagnostic porté. Quant au traitement prophylactique, il comportera l'adjonction, à l'eau du puits ou du bassin, de chaux en quantité suffisante pour obtenir un degré hydrotimétrique de 12. Pelé et Artus, particulièrement qualifiés en cette matière, ont calculé qu'il fallait 34 gr. 20 de chaux pure par mètre cube d'eau pour élever le degré hydrotimétrique de 6 (chiffre des eaux de Rennes, et de la majorité de celles où se sont produites les intoxications) à 12, chiffre optimum, ce qui pour 10.000 mètres cubes donne 342 kilos. Cette adjonction, simple et facile en apparence, l'est moins en réalité puisqu'elle doit être souvent renouvelée, la chaux s'usant avec l'eau elle-même, et qu'elle entraîne, surtout dans ces régions privées de calcaire, des dépenses importantes. Aussi bien souvent finira-t-on par changer les canalisations entières et les remplacer par des tuyaux d'acier.

G. Fischer.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Les anémies consécutives à la télérœntgenthérapie totale

La télérœntgenthérapie totale est, d'après ses promoteurs, spécialement indiquée dans les maladies du sang et des organes hémato-poïétiques ; elle devrait même, d'après certains auteurs, complètement supplanter, dans ces affections, la radiothérapie locale.

Pour le Professeur agrégé Charles AUBERTIN, ses indications sont un peu plus restreintes : ce sont, en particulier, certaines récidives de leucémie dans lesquelles la rate et les ganglions qui avaient retrouvé leur volume normal n'augmentent pas de volume bien que la récidive sanguine soit tout à fait caractérisée ; certaines leucémies qui, d'emblée, évoluent sans augmentation de volume de la rate ni des ganglions (leucémies dites médullaires pures) ; certaines érythrémies sans splénomégalie ; enfin certaines étapes de la maladie de Hodgkin dans lesquelles, bien que les ganglions et la rate ne soient plus hypertrophiés par suite de la sclérose, le processus lymphogranulomateux n'en continue pas moins, se traduisant par un fièvre élevée, une leucocytose intense, du prurit et une cachexie progressive. Dans tous ces cas la télérœntgenthérapie totale est esssentiellement indiquée, car il s'agit d'atteindre un tissu pathologique profond, disséminé, ubiquitaire.

Mais de toutes façons, et même dans ces cas bien déterminés et assez restreints, la téléradiothérapie totale devra être employée avec une grande prudence, car elle peut, malgré que les doses employées soient bien inférieures aux doses de la radiothérapie locale, provoquer une anémie grave d'autant plus redoutable qu'elle peut ne se déclencher qu'assez tardivement, plusieurs semaines après la fin des séances de téléradiothérapie, et qu'elle peut avoir, dès ce moment, une évolution rapide, progressive et mortelle.

En résumé, irradiation involontaire de la partie saine de l'appareil hématopoïétique qui doit en principe être respectée, irradiation aussi de la totalité du sang circulant, telles sont les deux raisons qui expliquent la nocivité fréquente de la téléradiothérapie pour les globules rouges. (*La Presse Médicale*, 19 août 1936.)

L'hystérie oculaire et la simulation

Depuis les travaux de Babinski, depuis que nous savons éviter de suggestionner nos malades, les troubles pithiatiques sont devenus exceptionnels en ophtalmologie. L'histoire du rétrécissement du champ visuel est particulièrement typique : stigmate presque constant de l'hystérie du temps de Charcot, il n'est pour ainsi dire plus signalé actuellement.

Que reste-t-il du pithiatisme oculaire ? Un petit nombre de symptômes, et dont l'observation devient de plus en plus rare, répondent MM. P. TOULANT et G. MORARD. Ces troubles peuvent être sensitifs, sensoriels ou moteurs.

Troubles sensitifs : anesthésie de la cornée, de la conjonctive et des paupières ; hyperesthésie et douleurs.

Troubles sensoriels : l'amblyopie hystérique très rare ; l'amaurose, le plus souvent complète et bilatérale ; le rétrécissement du champ visuel ; les « mouches volantes ».

Troubles moteurs : le blépharospasme, assez fréquent ; plus rares les spasmes de l'accommodation et de la convergence.

Comme Babinski l'a démontré, l'hystérie ne détermine que des troubles que la volonté peut reproduire : il enseignait que le meilleur moyen de différencier un simulateur d'un pithiatique était de dire devant lui que telle petite ulcération ou tel érythème est fréquent dans son affection, et qu'on est surpris de ne pas le constater : le pithiatique, sincère à sa manière, ne fait rien pour faire apparaître la lésion qu'on lui a suggérée, alors que le plus souvent le simulateur la provoque.

Les manifestations attribuées à l'hystérie peuvent être divisées, en deux groupes, dont l'un comprend les phénomènes manifestés avant toute exploration médicale, comme le blépharospasme, l'amaurose, etc., l'autre les symptômes ignorés du sujet et qu'un examen méthodique semblait mettre en évidence, comme le rétrécissement du champ visuel, la polyopie monoculaire, etc., qui étaient considérés comme des stigmates de l'hystérie. Ces stigmates oculaires de l'hystérie ont presque complètement disparu. Les troubles visuels sont également devenus très rares : aussi ne devons-nous porter le diagnostic d'hystérie oculaire qu'après un examen très attentif qui permette d'affirmer l'absence d'une lésion organique de l'œil ou des voies optiques, et qu'après avoir éliminé toute possibilité de simulation. (*L'Algérie Médicale*, août 1936.)

Le régime déchloruré et la cure de rechloruration dans le traitement des néphrites et des albuminuries chroniques

Voici les conclusions générales, auxquelles est arrivé le Professeur CASTAIGNE :

Le régime déchloruré strict ne doit pas être employé, d'une façon systématique, dans tous les cas de néphrites ou d'albuminuries chroniques. L'alimentation absolument sans sel est le traitement de choix des néphrites chroniques hydropigènes, des néphroses et des poussées œdémateuses survenant au cours de toutes les néphrites, quelles qu'elles soient.

Le sel, à dose modérée, doit être conseillé au cours de l'évolution de la néphrite chronique urémigène, même lorsque les malades présentent le syndrome urologique de la rétention chlorurée sèche.

La suppression du sel est inutile et parfois dangereuse, dans tous les cas d'albuminuries chroniques les plus diverses. Si ces albuminuries évoluent chez des tuberculeux, les chlorures sont, en général, plus utiles que nuisibles.

La cure de rechloruration s'impose, mais de façon prudente, dans tous les cas de néphrites chroniques urémigènes, ou d'albuminuries chroniques, accompagnées de chloropénie décelée par le dosage du chlore dans le sang ou soupçonnée par l'existence de vomissements répétés et de diarrhée abondante : sous l'influence de cette thérapeutique, on peut voir cesser les vomissements et baisser à la normale (ou presque) une hyperazotémie de 2 grammes et plus. (*Le Journal Médical français*, juillet 1936.)

Essais de réactivation de la gono-réaction pour le diagnostic étiologique des rhumatismes

Si, dans les formes aiguës, le rhumatisme blennorragique revêt souvent un aspect assez caractéristique pour le faire aisément reconnaître, il en va tout différemment des formes chroniques. Leur expression clinique est ordinairement banale, aucun indice sûr ne permet d'affirmer l'étiologie gonococcique. Quand on découvre dans le passé du malade une infection gonococcique authentique, il est fort difficile de préciser le rôle qui lui revient dans l'évolution des accidents rhumatismaux actuels.

MM. F. COSTE, R. DEMANCHE et P. DE CHARMANT pensent qu'en pareil cas il serait précieux de pouvoir s'appuyer pour résoudre ce problème, sur les résultats fournis par le laboratoire, notamment par la gono-réaction. Cette méthode constitue une méthode précieuse pour l'étude étiologique des rhumatismes. Elle possède une spécificité suffisante, mais sa sensibilité est souvent en défaut. Aussi, lorsqu'elle est négative, ne doit-on pas écarter systématiquement l'hypothèse de gonococcie articulaire. Les auteurs ont cherché à réveiller sa sensibilité défaillante par une méthode de réactivation analogue à celle qui est usitée en sérologie syphilitique. Ils ont utilisé pour cela le vaccin gonococcique de l'Institut Pasteur introduit à la dose de 1 c. c. en une seule injection intramusculaire.

Sans que l'on puisse en faire une règle constante, on note que les réactions deviennent plus fréquemment positives chez les sujets atteints ou suspects d'infection gonococcique antérieure que chez ceux qui en sont indemnes ; chez ces derniers, au contraire, la persistance de la réaction négative est l'éventualité de beaucoup la plus fréquente. Bien plus, on n'a jamais vu, après réactivation, cette réaction rester négative dans les cas où l'arthropathie avait débuté au cours d'une infection génitale.

L'épreuve de la réactivation vaccinale de la gono-réaction paraît donc susceptible de rendre des services pour le dépistage de la gonococcie. Lorsqu'elle donne un résultat positif, elle apporte en faveur de l'origine gonococcique des accidents un argument supplémentaire, argument de grande probabilité, sinon de certitude. Si la gono-réaction reste, au contraire, négative pendant quatre semaines après la tentative de réactivation, l'hypothèse de gonococcie perd beaucoup de terrain.

Les renseignements ainsi obtenus pourront servir à orienter la thérapeutique. On a, en effet, remarqué, que le rhumatisme blennorragique réagit particulièrement bien à certains traitements dont l'emploi peut être périlleux dans d'autres rhumatismes inflammatoires : par exemple, les chocs (vis-à-vis desquels il se montre remarquablement tolérant), la pyrétothérapie (fièvre artificielle), certains composés de soufre et d'arsenic, les sels d'or à assez fortes doses, les rayons X et certains corps radio-actifs. (*La Presse Médicale*, 26 septembre 1936.)

Sur le traitement de l'ostéomyélite aiguë

D'après le travail de M. Yves BOURDE l'opération d'urgence des ostéomyélites aiguës ne peut rien contre les formes septicémiques. Elle risque d'en aggraver certaines qui eussent évoluées spontanément d'une façon bénigne. Quant à la thérapeutique médicale (vaccins, etc.) et les procédés de « petites chirurgie » (ponction, etc.) ils amènent souvent la guérison sans intervention.

Si, en dépit de ces soins, l'intervention retardée doit être pratiquée, elle est le plus souvent très simple (incision, séquestrotomie) et toujours mieux supportée par le malade semble-t-il. (*La Science Médicale Pratique*, 1er octobre 1936.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Les abcès du poumon médicalement curables

(MM. F. BEZANÇON, R. AZOULAY et P. BERNAL ; 10-11-1936)

M. Bezançon et ses collaborateurs appellent l'attention sur la bénignité relative d'un grand nombre d'abcès du poumon, notion d'où peuvent découler certaines conséquences thérapeutiques quant à l'opportunité des interventions chirurgicales, en particulier.

M. Sergent a insisté déjà sur la guérison spontanée assez fréquente des abcès du poumon, qu'il a observée dans les deux tiers des cas d'abcès simples et dans un cinquième des abcès putrides d'emblée. Les statistiques ayant trait au pronostic des abcès du poumon sont, il est vrai, variables. Les relevés personnels de M. Bezançon ont eux-mêmes été différents suivant les précisions apportées au diagnostic. Lorsque cette affection a été dépistée plus fréquemment par la bactériologie et la radiologie le pronostic est apparu moins sérieux du fait de l'incorporation des cas moins graves.

Sur 72 malades suivis de 1928 à 1935, Bezançon note 52 guérisons par les seuls traitements médicaux (74 %) et 10 morts.

Quels sont les éléments du pronostic ? Il y a quelques années, on considérait volontiers la putridité comme un indice défavorable, les abcès à pyogènes apparaissant plus bénins. On est revenu de cette opinion ; dans la statistique de M. Bezançon, un grand nombre d'abcès fétides ont guéri.

L'atteinte de l'état général ne reflète pas exactement, non plus, la gravité du cas. Notamment, avant les vomiques, l'aspect du malade peut être alarmant ; une vomique, souvent énorme, suffit quelquefois à assurer une guérison définitive.

En réalité, seules, à l'heure actuelle, les données de la radiologie apporteraient des facteurs utilisables de discrimination. Tous les auteurs insistent sur la notion de localisation.

Pour ce qui concerne la thérapeutique, les abcès collectés, relevant du traitement médical, guérissent presque constamment avec les méthodes les plus différentes : bronchoscopie avec aspiration et injections modificatrices, drainage de posture, injections intra-veineuses d'alcool ou de benzoate de soude, arsenicaux, vaccins, etc... La chirurgie se trouvera indiquée dans les abcès corticaux (d'accès facile), les pyoscléroses. La lobectomie demeure, malgré tout, une opération grave.

— M. E. SERGENT rappelle les principes directeurs du traitement des abcès du poumon dont il a parlé en 1929 et 1932. Il considère toujours un abcès du poumon non guéri en deux à trois mois comme relevant du traitement opératoire.

— M. BEZANÇON estime qu'en raison du grand nombre d'observations d'abcès du poumon spontanément ou médicalement curables, il ne faut pas prendre trop vite une décision systématique d'opération sans autre raison que l'expiration d'un délai invariablement fixé d'avance.

Sur l'emploi préventif du lait dans les intoxications des ouvriers de l'industrie du caoutchouc

(M. L. TANON ; 1-12-1936.)

Le syndicat des ouvriers du vêtement imperméable ayant demandé l'avis de l'Académie au sujet de l'emploi du lait comme préventif des accidents d'intoxication par la benzine, M. Tanon présente un rapport au nom de la commission de l'imperméabilisation.

Deux questions étaient à envisager : la benzine pure est-elle toxique ? L'ingestion du lait protège-t-elle contre l'intoxication ?

L'inhalation de benzine (employée dans l'industrie du caoutchouc, de l'imperméabilisation) peut causer des accidents caractérisés par un ensemble de symptômes nerveux et par un état anémique. Mais le lait n'est pas un antidote des intoxications benzéniques et il ne saurait être en aucune façon considéré comme un préventif. Il est simplement recommandé aux malades atteints de ces intoxications, à titre thérapeutique, comme diurétique en particulier.

L'idée d'accorder au lait une valeur préventive risquerait de donner une fausse sécurité, en délaissant les autres précautions mécaniques bien plus efficaces (captage des vapeurs, etc.), imposées d'ailleurs par le ministère du Travail.

La poliomyélite à Paris

(MM. TANON et A. BESSON ; 1-12-1936.)

MM. Tanon et Besson ont pu noter, à Paris : 56 cas de poliomyélite aiguë en 1933, 43 cas en 1934, et 72 cas en 1935. La poliomyélite sévit à l'état d'endémie sporadique ; malgré son allure épidémique, son caractère de contagiosité est peu marqué ; ce n'est qu'exceptionnellement, même au cours d'épidémies graves, qu'on trouve des familles ou des maisons présentant des cas simultanés de la maladie.

P. L.

Société médicale des hôpitaux de Paris

Un nouveau cas d'acido-cétose salicylée

(MM. Henri Bénard, Félix-Pierre Merklen et Robert Fasquelle ; 20-11-1936)

Cette complication, d'ailleurs exceptionnelle, de la médication salicylée semblait assez généralement perdue de vue. Les circonstances ayant permis aux auteurs de suivre un nouveau cas d'acidose salicylée, ils ont pu, d'une part, étudier les complications concomitantes du fonctionnement hépatique et rénal ; d'autre part, mettre en évidence d'une façon plus précise l'augmentation des corps cétoniques dans le sang et dans l'urine. Les dosages, bien que très délicats, permettent d'affirmer dans ce cas, une imprégnation de l'organisme par une quantité très importante de corps cétoniques. L'abondante excrétion de ces corps dans l'urine, leur énorme élévation dans le sang dépassent de beaucoup toute marge d'erreur et justifient pleinement la dénomination d'acido-cétose salicylée.

Cette observation établit la réalité de la nature acido-cétosique de certains au moins des accidents d'acidose observés au cours de l'administration de salicylate de soude. Elle montre également que, dans le cas observé, l'acido-cétose salicylée s'est accompagnée d'altérations fonctionnelles légères du côté du rein, plus importantes du côté du foie. Enfin, elle vient souligner l'intérêt pratique de savoir dépister précocement l'apparition de tels accidents, et de ne pas les confondre par exemple avec une poussée de rhumatisme cérébral, qui nécessiterait au contraire le renforcement de la médication salicylée.

Pour prévenir l'apparition d'accidents acidosiques graves, il paraît capital de bien connaître leur possibilité. Il faut surveiller de près le rythme respiratoire au cours de toute thérapeutique salicylée pour dépister précocement l'apparition de la respiration ample et profonde caractéristique de l'acidose, peut-être surveiller le pH colorimétrique des urines (ce qui est des plus simples) et s'efforcer de le maintenir au voisinage de l'alcalinité par l'administration d'une dose suffisante de bicarbonate de soude ; au moindre doute mesurer la réserve alcaline, suspendre le salicylate, alcaliniser l'organisme. Les auteurs se sont également bien trouvés de donner à leurs malades du sirop de sucre, de veiller à la libération de leur intestin, de les faire boire abondamment. Les accidents qu'ils ont eu l'occasion d'observer ont cédé assez rapidement à ces moyens simples. Cependant, dans des cas plus graves, l'injection d'insuline pourrait être discutée, non peut-être pas tant contre l'acidose elle-même, dont on ignore encore le mécanisme intime, que comme stimulant de la fonction hépatique, en y associant une quantité suffisante de sucre.

Leucose aiguë aleucémique à symptomatologie pseudo-rhumatismale

(MM. R. Debré, M. Lamy, P. Soulié et P. Gabriel ; 12-6-1936)

Les auteurs ont observé chez une enfant une leucose aiguë aleucémique remarquable par la prédominance des manifestations osseuses et par les accidents d'insuffisance cardiaque qui en ont écourté l'évolution. Cette histoire clinique présente trois particularités qui valent d'être soulignées : les caractères de la formule sanguine, l'importance des ostéalgies et le degré des altérations squelettiques, enfin les accidents d'insuffisance cardiaque. Au cours d'une maladie, qui s'est prolongée pendant près de cinq mois, 17 examens du sang ont été pratiqués qui n'ont révélé qu'une anémie profonde sans modification du nombre ni de la proportion relative, ni de la morphologie des leucocytes. Cependant il s'agissait, à n'en pas douter, d'une leucémie, puisque l'examen de la moelle osseuse a montré, à la place des éléments normaux, la présence presque exclusive de cellules jeunes, leucoblastiques. La formule sanguine de la leucémie aiguë ou, pour mieux dire, de la leucose aiguë peut donc être extrêmement variable ; en ce qui concerne le nombre, leucocytose, leucopénie, ou taux normal, et, pour la formule, leucoblastose, granulocytopénie, ou équilibre normal. Les examens du sang ne permettent pas de reconnaître ces leucémies dissimulées. Au contraire, elles sont facilement identifiées si l'on examine la moelle osseuse.

Les altérations squelettiques ne paraissent pas avoir été observées dans la leucémie aiguë. Chez la malade observée, les radiographies du squelette ont révélé des altérations osseuses très importantes. Deux mois après le début de la maladie, alors que le squelette des os longs paraît absolument normal, on note sur celui du crâne et du bassin (sacrum et os iliaques), un état très particulier caractérisé par un aspect ouaté, flou, « pagétoïde » de ces os plats. Cet aspect est dû à l'élargissement des mailles du tissu spongieux avec, peut-être, un peu de flou de celles-ci. A la période terminale de la maladie apparaissent, dans le tissu spongieux des tibias, le long du cartilage juxta-épiphysaire supérieur et dans le canal médullaire, des zones ovalaires de raréfaction osseuse diffuse, sans contours précis, sans dislocation des travées osseuses et sans altérations propres du tissu osseux.

Reste l'interprétation de l'insuffisance cardiaque qui s'est manifestée par les troubles fonctionnels, la cardiomégalie, le bruit de galop et les modifications du tracé électrique. Tout autre facteur étant écarté, ces troubles paraissent directement liés à l'état anémique.

G. F.

SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE DE PARIS

Le symptôme « corps flottant »

Diagnostic des opacités flottantes du vitré.
(M. Jean GALLOIS ; 15 nov. 1936)

Le symptôme « corps flottant », représente généralement, et parfois précocement, la signature d'une affection oculaire ou générale.

On désignera, comme corps flottants dans le vitré, des causes très diverses d'opacités plus ou moins flottantes, certains reliquats du système de l'artère hyaloïde embryonnaire, des kystes intravitréens, certains épanchements de sang minimes dans le vitré ; enfin certains cas où, lors de la formation spontanée d'une déchirure rétinienne, le lambeau rétinien détaché se trouve flotter dans le vitré, donnant ainsi un signe précoce possible de décollement de rétine.

On désignera, d'autre part, comme corps flottants du vitré, les opacités des irido-cyclo-choroïdites et de la myopie, toujours mobiles dans un vitré toujours altéré. Leur nature est mal connue : il peut s'agir de formations inflammatoires, mais, au moins dans les cas de la myopie, on peut se demander s'il ne s'agit pas d'opacités endogènes nées d'une transformation de la substance même du vitré.

Les mouches volantes dites physiologiques seront ramenées en général à leur exacte nature d'opacités inapparentes ou peu apparentes. Elles pourront avoir leur cause dans le vitré, mais aussi sur la cornée, dans la chambre antérieure, dans la rétine. M. Jean Gallois a cherché à établir s'il n'existait pas d'opacités d'origine uniquement humorale, mais n'a pu encore obtenir, de preuves suffisantes de cette présomption.

Il termine par une étude du vitré dans le *décollement de la rétine*, dont une brusque apparition de corps flottants peut être un signe avant-coureur et dans le glaucome.

Le traitement chirurgical n'est pas au point. Le traitement médical consistera en moyens annexes (injections sous-conjonctivales) et en traitement général dans la mesure où la cause exacte pourra être établie.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DES HÔPITAUX LIBRES

7 *octobre* 1936

Deux observations de péricardite à grand épanchement traitée par des paracentèses épigastriques répétées

M. MARNAY (de Loches). — L'une des deux observations concerne une femme de 50 ans atteinte de polysérite tuberculeuse et en particulier d'épanchement péricardique à répétition et traitée depuis six ans par 27 paracentèses épigastriques, suivant le procédé Marfan-Blechmann. Il a été retiré jusqu'à 1.250 c. c. de liquide.

L'auteur insiste : *a*) sur la difficulté du diagnostic qui n'a été posé que par la radioscopie ; *b*) sur l'existence d'une bouffissure de la face qui annonce l'urgence de la ponction réclamée par la malade elle-même ; *c*) sur l'innocuité de la paracentèse épigastrique.

M. G. BLECHMANN (rapporteur). — Il n'existe aucune observation comparable à celle-ci. Dans le cas qu'il a suivi avec M. Marfan et qui a fait l'objet de sa thèse, en 1913, il s'agissait d'une péricardite purulente terminée par la mort et qui fut ponctionnée 20 fois (dont 17 fois par l'épigastre). C'est Jaboulay le premier qui a montré que la voie sous xiphoïdienne permet l'accès ogique vers le péricarde. Le rapporteur estime que chez la malade suivie par M. Marnay, il faut associer à la ponction le pneumopéricarde par injection d'air stérilisé (conseillé par Geselschop, à Groningue, t par P.-E. Weill et Loiseleur, en France).

Toulouse

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE

Fièvre de Malte guérie par l'endoprotéine

MM. LAPORTE, DARNAUD et GÉRAUD. — Fièvre chez un homme de 33 ans, cultivateur aux environs de Toulouse, évoluant depuis six mois, avec température élevée dépassant souvent 39° : mauvais état général, amaigrissement, gros foie. Les séro-diagnostics aux bacilles abortus et melitensis sont positifs, ainsi que l'intradermo-réaction à la mélitine Une injection de 0,2 d'endoprotéine provoque un choc violent avec température à 42°9 : la réaction dure quatre heures environ. Les jours suivants la température est normale, mais remonte ensuite légèrement sans cependant atteindre 38°. L'état général est excellent, le poids augmente, l'hypertrophie hépatique rétrocède. Un mois et demi après, le malade est complètement guéri : sa température est normale. Les auteurs pensent que l'endoprotéine agit en tant que thérapeutique de choc et non par ses propriétés immunisantes.

Forme aiguë leucopénique de maladie de Hodgkin chez l'enfant

MM. GADRAT, LASSERRE et ROCHE. — L'affection a débuté chez un enfant de 5 ans par une angine aiguë. Deux mois après, la fièvre, les adénopathies, la splénomégalie joints à l'existence d'une éruption purpurique firent d'abord songer à une leucémie aiguë : le temps de saignement était très augmenté, le signe du lacet négatif. L'examen hématologique décela une leucopénie variant entre 4.100 et 5.700 : la formule leucocytaire était caractérisée par une légère augmentation des mononucléaires. La mort survint trois mois après le début. On découvrit à l'autopsie des adénopathies considérables, la rate parsemée de foyers nécrotiques pesait 470 grammes.

Les Congrès

IVe CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE PHONIATRIE

(Paris, 21 octobre 1936)

Le IVe Congrès de la Société française de phoniatrie a tenu ses assises le 21 octobre 1936, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de Médecine de Paris, sous la présidence du Professeur Lemaître.

RAPPORT : **Radiologie et Phonation**
par MM. PORTMANN, MATHEY-CORNAT et ROUSSET

Les principales conclusions de ce rapport sont les suivantes :

1° Il n'y a pas de larynx standard, mais des moyennes plus ou moins physiologiques ;

2° L'accroissement du larynx se fait d'une façon continue et progressive vers le bas, de 16 à 20 ans, sans brusque développement au moment de la puberté. De 20 à 50 ans, l'image aérienne est toujours nette, le ventricule toujours bien visible ;

3° Chez la femme, le développement est moins rapide, le larynx plus petit et plus étendu en largeur.

4° Le processus d'ossification du larynx débute vers la vingtième année chez l'homme, un peu plus tard chez la femme; au niveau du bloc fondamental d'ossification situé au niveau de la paroi postéro-inférieure du larynx. L'intensité de ce processus n'est pas plus grande chez le chanteur que chez celui qui ne chante pas.

5° En phonation parlée, pour l'émission de la voyelle « é », il existe une ascension, une augmentation de volume et une projection en avant de l'image aérienne.

Certains sujets pendant la parole ne lèvent que très peu ou même pas du tout leur larynx, mais présentent cependant un élargissement de la portion sus-glottique du conduit aérifère ;

6° Dans le chant, l'image pharyngo-laryngée présente des aspects différents suivant la catégorie vocale du sujet.

Il semble que la situation du larynx est en rapport avec la voix du sujet et, en général, les femmes chantent avec un larynx haut, alors que les basses, même pour des notes aiguës, chantent avec un larynx bas.

Ces constatations démontrent l'importance de l'observation radiologique des voies aériennes durant la phonation. Plus tard, la radiocinématographie avec enregistrement sonore permettra d'apporter des données plus précises dans l'étude de la phonation.

Discutant ce rapport, M. le Prof. TERRACOL (de Montpellier), précise qu'au larynx, le processus de calcification est réglé par l'irrigation vasculaire du cartilage. C'est en particulier pour cette raison que se calcifie d'abord le bloc fondamental postérieur crico-thyroïdien ainsi que la partie antérieure du thyroïde.

Communications

De l'abaissement éducatif du larynx dans la voix chantée (étude radiologique d'un ténor). — M. TARNEAUD (Paris) présente l'étude radiologique de la phonation d'un ténor qui, âgé de 77 ans, possède encore une voix chantée remarquable.

La radiographie en phonation montre de larges plages aériennes pharyngo-laryngées et l'abaissement de tout le larynx, d'ailleurs encore plus marqué dans les notes élevées (contre-sibémol d'Aïda).

Il faut donc savoir que, par l'éducation, les fonctions phoniques du larynx peuvent être sollicitées de toutes manières, en considération des aptitudes psycho-physiologiques de chaque individu. Il est encore inopportun d'instituer des règles fixes concernant la situation optima du larynx pendant la production du chant.

Physiologie du voile du palais pendant la phonation. — Mme BOREL-MAISONNY (Paris) a étudié par l'examen radioscopique le fonctionnement du voile du palais pendant la phonation chez trois cents sujets normaux et insuffisants du voile.

La radioscopie montre que, dans l'insuffisance, se créent des mécanismes de compensation pharyngée. Il se produit aussi des occlusions en des points anormalement situés.

Il existe un rapport entre le timbre nasal et la grandeur du cavum. D'autre part, la sensation auditive de nasalité peut ne correspondre à aucune nasalité réelle puisque les rayons X montrent que le voile occlut fortement dans l'instant même où se manifeste cette pseudo-nasalité.

Cette étude apporte des précisions sur l'occlusion pharyngée pendant la phonation et montre que certains phénomènes acoustico-phonatoires imputés au mauvais fonctionnement du voile relèvent en réalité d'autres causes encore mal élucidées.

M. MOREAUX insiste sur l'utilité d'une nappe *saine* de tissu lymphoïde rhino-pharyngé pour compléter l'occlusion pharyngienne du rhino-pharynx, au cours de la phonation, au cas d'insuffisance vélo-palatine — d'où, parfois, contre-indication relative à l'adénoïdectomie.

P. LACROIX.

Les Livres

Dr Eylaud, docteur en sociologie. — **Précis d'Assurances sociales à l'usage des médecins.** Une plaquette, 50 pages, éditée par les Laboratoires Midy, 67, avenue de Wagram, Paris (XVIIe).

L'auteur était tout à fait qualifié pour résumer en quelques pages cette question, si importante à connaître pour tout praticien : il exerce, en effet, les fonctions de médecin conseil de la Caisse primaire départementale des Assurances sociales de la Gironde.

En consultant cet intéressant opuscule, le médecin, homme toujours pressé, sera mis rapidement au courant de tous les points qui concernent ses rapports avec les Assurances sociales ; un index alphabétique, placé au début, lui permettra de trouver aussitôt le chapitre qui l'intéresse, et qui toujours est traité en peu de mots. C'est là un gros avantage et les laboratoires Midy doivent être félicités de leur heureuse initiative, sous la forme d'un élégant carnet de poche.

Atlas de vingt repères d'injections locales, utilisables pour le traitement de la *douleur rhumatismale.* (Une plaquette de 45 pages, éditée par les Laboratoires Midy, 67, avenue de Wagram, Paris, XVIIe).

C'est pour le médecin praticien un guide de première nécessité. Certes, il peut lutter contre la douleur rhumatismale, en injectant la solution thérapeutique au point que lui indique le malade comme étant le siège de sa souffrance ; cette méthode donne souvent d'excellents résultats ; elle est suffisante dans la majorité des cas.

Il arrive cependant qu'on obtienne des résultats supérieurs, plus rapides ou plus durables, en employant les techniques plus précises, qui permettent de déposer la solution calmante au contact immédiat des troncs nerveux ou bien des tissus musculaires ou ligamentaires, dont émane la douleur. En ce cas, il était utile de mettre sous les yeux du praticien des données parfaitement exactes pour réaliser cette indication thérapeutique. Vingt schémas repères, très clairs en raison des teintes différentes que chacun d'eux réunit, sont publiés dans cet opuscule, suivant les indications fournies dans leurs publications par des auteurs dont la compétence en la matière est universellement reconnue. Chacun d'eux correspond à une affection rhumatismale bien déterminée.

Imprimerie Wallon, à Vichy

Dr Alfred Roux. — **Vérités sur le diagnostic radiesthésique médical.** Un vol. 168 pages. Prix : 15 francs.

Dans cet ouvrage, l'auteur fait connaître comment il se rendit compte de ses aptitudes radiesthésiques. Il expose un certain nombre d'observations personnelles où il fit, par radiesthé ie ou téléradiesthésie des diagnostics médico-chirurgicaux.

Doin et Cie, éditeurs
8, Place de l'Odéon

Victor Cordier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon, et Pierre Croizat, médecin des hôpitaux de Lyon. — **Les splénomégalies.** *Diagnostic. Traitement.* Un vol. in-8o de 90 pages avec 16 fig. et schémas explicatifs, 35 francs.

La pathologie splénique est à l'ordre du jour et multiples en sont les acquisitions nouvelles. Cet ouvrage, essentiellement didactique, simplifie l'exposé des maladies spléniques en apportant une classification logique tirée des connaissances théoriques récentes sur le système réticulo-endothélial.

Les données anatomo-pathologiques ainsi précisées permettent de suivre avec profit l'étude clinique et pratique des splénomégalies, précédant les deux derniers chapitres du volume qui sont l'ordre essentiellement diagnostique et thérapeutique. Les nouvelles méthodes de traitement tant médicales que radiothérapiques ou chirurgicales sont tour à tour envisagées et discutées avec leurs indications respectives.

Doin et Cie, éditeurs
8, Place de l'Odéon

Georges Mouriquand, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, et Georges Charleux, ex-chef de clinique à la Faculté. — **Le diabète infantile.** *Sémiologie, diététique, insulinothérapie.* Un vol. in-8o de 80 pages avec 10 fig., 28 francs.

Les auteurs en s'appuyant sur une expérience personnelle déjà longue du diabète infantile et de l'insulinothérapie ont résumé dans ce livre les notions pratiques essentielles touchant cette maladie.

Leur étude, au point de vue *sémiologique*, est divisée en deux parties :

1o *Description du diabète infantile avant l'insuline*, diabète laissé à son évolution naturelle, aboutissant en une ou deux années au coma et à la mort. 2o *Description du diabète traité par l'insuline.* L'insulinothérapie a amené, comme on sait, de profonds changements dans l'évolution du diabète infantile, mais aussi dans sa sémiologie. Cette sémiologie nouvelle est étudiée sous tous ses aspects : clinique, hématologique, chimique.

Il y a un *pronostic* particulier du diabète traité par l'insuline comme un pronostic du diabète non-traité.

Le *diagnostic* est longuement discuté, notamment

en ce qui concerne la différenciation du diabète vrai, d'avec les états paradiabétiques et les glycosuries non-diabétiques de l'enfant et de l'adolescent.

La diététique est envisagée avec soin mais le *traitement* du diabète infantile est dominé par l'*insulinothérapie*. Les auteurs qui la pratiquent à peu près sans arrêt depuis 1923, donnent tous les éclaircissements désirables concernant les indications, les doses, la technique des piqûres, les divers types d'accidents de l'insulinothérapie et les moyens de les éviter et de les combattre.

J.-B. Baillière et Fils, éditeurs
19, rue Hautefeuille

Dr J. Daniel, de Marseille. — **Asthme et homéopathie.**

L'auteur envisage dans la première partie de l'ouvrage, la pathogénie de l'asthme, dans ses rapports avec les principes homéopathiques.

La deuxième partie de l'ouvrage est consacrée à la thérapeutique homéopathique des asthmatiques.

Masson et Cie, éditeurs,
120, boulevard Saint-Germain, Paris

A.-B. Marfan, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Paris. — **Etudes sur les maladies de l'enfance.** Un vol. de 192 pages, 30 francs.

Ce volume réunit une série de travaux du Prof. Marfan qui n'ont pu trouver place dans ses précédentes publications et se trouvaient jusqu'à ce jour dispersés. L'auteur y envisage des questions de pathologie infantile encore controversées et précise des techniques pédiatriques originales.

Les études présentées dans ce livre portent sur les sujets suivants : 1° La scrofule, forme spéciale de la tuberculose, avec des remarques sur l'immunité antituberculeuse ; 2° Les formes cliniques du rachitisme ; 3° Esquisse d'une conception du lymphatisme ; 4° Les albuminuries intermittentes des grands enfants et des adolescents ; 5° Sur une forme de céphalée habituelle des écoliers ; 6° Les défécations involontaires des écoliers ; 7° Paraplégie spasmodique avec troubles cérébraux d'origine hérédo-syphilitique chez les grands enfants ; 8° Complications nerveuses de la varicelle, plus particulièrement celles qui simulent la poliomyélite ; 9° Sur la ponction du péricarde et en particulier par voie épigastrique sous-xyphoïdienne ; 10° Sur un nouveau procédé de détubage par expression digitale et sur une simplification de l'appareil du tubage.

Drs C. Claoué et J. Bernard. — **Plastique mammaire.** *Considérations médico-chirurgicales.* 1 vol. Maloine, 240 pages, 75 figures.

Les auteurs ont réuni dans leur livre tous les documents susceptibles de réaliser une enquête d'ensemble sur ce chapitre nouveau de la nosologie médicale.

La lecture de cet ouvrage pourra apporter au praticien souvent consulté sur les possibilités de la correction des seins une documentation qui lui permettra de conseiller utilement ses clientes.

Masson et Cie, éditeurs,
120, boulevard Saint-Germain, Paris

H. Vaquez et P. Gley. — **La pression moyenne de l'homme à l'état normal et pathologique.** Un vol 126 pages avec 57 fig., 25 francs.

Le but de cet ouvrage est de montrer que l'étude de la pression moyenne ne doit plus constituer une simple curiosité sphygmomanométrique.

Les auteurs n'ont pas l'intention de détourner les médecins de la mesure de la pression maxima ; ils constatent que cette mesure, comme celle de la minima d'ailleurs, ne correspond qu'à un très court moment de la pression artérielle et qu'elle n'en peut donner qu'une expression pour ainsi dire fragmentaire.

La pression moyenne dynamique, imaginée par Marey et dont Potain avait souligné l'intérêt, fournit des renseignements importants, que les auteurs exposent.

Editions Médicis, 30, rue de Bellefond, Paris

Dr Jules Regnault. — **Fille ou garçon** ?

Bien que la technique en soit maintenant à peu près fixée, beaucoup font encore un enfant comme Monsieur Jourdain faisait de la prose. A travers mille anecdotes joviales, le Docteur Regnault donne aux distraits de très profitables précisions.

Pages 189 et suivantes ils trouveront les « moyens pratiques pour avoir fille ou garçon ».

Ce livre permet enfin de reconnaître la grossesse dès son début et de connaître le sexe de l'enfant avant la naissance.

En somme, éléments de réglage et vérification de tir.

Et maintenant, jeunes mariés, à vos pièces !

G. L.

Editions de la Renaissance du livre
94, rue d'Alésia, Paris

Louis Delaporte. — **Les Hittites.**

Après avoir été un grand peuple et fondé un puissant empire dont, en différents endroits, parle la Bible, les Hittites étaient tombés dans un oubli à peu près complet ; on ne possédait sur eux que d'infimes données trouvées dans des descriptions égyptiennes et assyriennes.

Il n'y a guère qu'une vingtaine d'années que des fouilles ont permis de retrouver des descriptions cunéiformes et de retracer quelques linéaments de cette histoire où notre civilisation prend quelques-unes de ses origines.

Et M. Louis Delaporte est un des rares Français qui aient pris part à cette résurrection.

G. L.

Les Thèses

Ly. — Dr Marie-Thérèse GRABER-DUVERNAY. — **Les arthrites chroniques sacro-iliaques non tuberculeuses.** (Thèse 1936.)

Dans ce travail remarquable et très documenté, Mme Graber-Duvernay, qui porte un nom si connu et estimé des rhumatologues, met clairement en lumière la question des lésions chroniques non tuberculeuses de la sacro-iliaque, qui étaient si peu connues jusqu'à ces dernières années.

L'on sait l'importante contribution que les récents travaux de R. Massart ont apportée à l'étude des lésions du carrefour sacré et sur leur traitement chirurgical. Mme G. B. n'a pas manqué de fonder en partie son ouvrage sur ces travaux.

L'auteur décrit d'abord l'*anatomie et la physiologie* des joints sacro-iliaques. Comme Massart y insiste, à juste titre, ce qui domine la physiologie de ces articulations, c'est qu'elles sont adaptées à une fonction relativement récente : la station verticale sur les membres inférieurs. Elles sont soumises à des pressions et des efforts considérables. Si à la suite d'un traumatisme ou d'une malformation, leur rôle de soutien devient insuffisant, des lésions douloureuses surviennent et s'aggravent rapidement.

L'examen clinique est décrit avec un grand soin et toutes les manœuvres de Goldthwait, de Campbell, de Mennell pour objectiver la douleur sacro-iliaque dans les différentes positions sont étudiées dans tous leurs détails.

Les formes cliniques comportent deux types :

L'un extensif : la spondylose rhizomélique, dans laquelle l'ankylose des sacro-iliaques est souvent précoce ;

L'autre localisé : l'arthrite proprement dite qui groupe des formes diverses : arthrite infectieuse, arthrite déformante ou arthrose.

C'est cette dernière qui est de beaucoup la plus fréquente et Mme G. D. consacre un important chapitre à son étiologie.

Les causes de l'arthrite déformante sacro-iliaque sont multiples. Sant doute faut-il mettre au premier rang les malformations congénitales et les troubles statiques aggravés par les micro-traumatismes répétés qui entraînent toutes les variétés d'entorse.

L'examen radiologique est souvent décevant. L'on sait à quel point la radiologie normale de l'articulation sacro-iliaque est difficile à connaître. Cette articulation d'exploration malaisée se présentant dans un plan à la fois vertical et oblique, se traduit même chez des sujets normaux par des images radiologiques variables. C'est pourquoi cet examen doit être très minutieux. Il est très utile de faire les clichés de face en position de Trendelenburg, bien centrés sur la première sacrée et aussi de recourir comme Cohen l'a bien montré, aux incidences de trois quarts qui permettent d'examiner les surfaces articulaires de l'iléon et du sacrum dans toute leur étendue.

La thérapeutique est très bien étudiée en ce qui concerne les traitements médicaux, thermaux et orthopédiques. En ce qui concerne le traitement chirurgical, Mme G.-D. oppose le forage transarticulaire à l'arthrodèse extra-articulaire. Pour le forage, dont les heureux résultats pour la coxarthrie sont bien connus, mais pour lequel aucune observation n'est apportée dans l'arthrite sacro-iliaque, il est permis de se demander s'il est très recommandable et logique. Traverser de part en part une sacro-iliaque, n'est pas aussi aisé et aussi bénin que de forer un tunnel dans le col et la tête fémorale.

D'autre part l'arthrodèse extra-articulaire telle que R. Massart l'a décrite et pratiquée un grand nombre de fois nous paraît une opération à la fois plus logique et plus bénigne que le forage. En effet cette intervention toujours bien supportée, ne nécessite que de minimes incisions, qu'une immobilisation de trois à six mois. Elle supprime d'une façon définitive les troubles douloureux qui faisaient des malades de véritables infirmes en donnant à une région mal soutenue une fixation puissante. L'excellent travail de Mme Graber-Duvernay se termine par vingt observations intéressantes et par une importante et complète bibliographie.

G. VIDAL-NAQUET.

P. — Dr J. OUDIN. — **Epithéliomas du testicule.** *Etude histologique.* (Thèse 1936.)

L'auteur, dont le travail a été fait au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté de médecine, étudie les différents aspects structuraux des épithéliomas du testicule.

Son but a été d'établir une base anatomique dégagée de toute interprétation hypothétique. Cette base indispensable à un collationnement anatomo-clinique ultérieur doit, dans son esprit, faire espérer pour l'avenir l'étroite collaboration du clinicien et de l'homme de laboratoire dans l'appréciation pronostique et dans les décisions thérapeutiques relatives aux tumeurs du testicule.

Mp. — Dr P. ROQUEFEUIL. — **Contribution à l'étude de la tuberculose primitive du corps de l'utérus.** (Thèse 1936.)

La tuberculose du corps de l'utérus, simple épiphénomène, lorsqu'elle vient discrètement compliquer une annexite bacillaire, présente au contraire un

intérêt très grand lorsqu'elle constitue la lésion principale de l'appareil génital féminin.

Les manifestations cliniques ne sont pas caractéristiques, l'affection pouvant revêtir l'allure de la métrite banale, du fibrome utérin, du cancer du corps.

Le diagnostic, particulièrement difficile, a reposé jusqu'ici sur l'examen microscopique, soit des débris recueillis par curettage, soit des pièces opératoires. Mais peut-être l'hystérographie est-elle susceptible d'apporter, de ce fait, une contribution décisive.

Le traitement est d'ordre chirurgical. Hystérectomie, totale ou subtotale. Après l'opération, la malade restant, malgré tout, une tuberculeuse, doit être surveillée médicalement.

P. — Dr G. LOISEAU. — **Le traitement des cancers de l'hypopharnyx par les radiations.** (Thèse 1936.)

La curiethérapie est actuellement le traitement de choix des cancers de l'hypopharynx et la radiumpuncture paraît présenter des avantages certains sur les autres méthodes de radiumthérapie. Elle peut être appliquée facilement aux cancers de l'hypopharynx sous laryngoscopie en suspension.

Les aiguilles sont bien tolérées. On y associera la curiethérapie externe au cas d'adénopathie.

Le but de ce travail n'est pas de porter un jugement définitif sur la valeur d'une méthode thérapeutique appliquée à un nombre restreint de cas. Quelques résultats encourageants font simplement penser à l'auteur que dans le traitement actuellement encore fort décevant d'un tel cancer, cette méthode mérite d'être utilisée.

Mp. — Dr L. VALETTE. — **Contribution à l'étude des recto-colites ulcéro - hémorragiques graves de l'adulte.** (Thèse, 1936.).

Les manifestations cliniques des recto-colites graves peuvent se résumer en quelques mots : évacuation de sang et de pus, ulcérations disséminées, visibles au rectoscope, atteinte grave de l'état général avec anémie et état infectieux.

Le laboratoire apporte peu de renseignements intéressants du point de vue chimique et du point de vue radiologique. Sa valeur est cependant très grande du point de vue du diagnostic différentiel, car l'examen bactériologique et parasitologique des selles permet de déceler les recto-colites spécifiques.

Le pronostic reste souvent grave. Le traitement médical est surtout local, l'existence d'un germe spécifique demeurant incertaine. Le traitement chirurgical n'est qu'un pis-aller.

P. —Dr Y. KRON. — **Les colorants azoïques dans les affections oto-rhino-laryngologiques.** (Thèse, 1936.)

L'auteur conseille l'emploi du chlorhydrate de sulfamido-chrysoïdine dans les états septicémiques relevant d'affections oto-rhino-laryngologiques, en particulier dans les formes à oscillations thermiques allant de 37°5 à 38°5, où l'altération de l'état général est hors de proportion avec les lésions causales.

P. — Dr J. DE PALMA. — **L'hémiplégie spinale ascendante chronique.** (Thèse, 1936.)

Affection rare, l'hémiplégie spinale ascendante chronique, présente tous les symptômes d'une lésion ascendante progressive unilatérale du faisceau pyramidal : déficit moteur, surréflectivité tendineuse, signe de Babinski, abolition des réflexes de posture et des réflexes cutanés.

L'évolution est particulière : la paralysie atteint progressivement le membre inférieur, puis, un an ou deux après, le membre supérieur du même côté, quelquefois l'hémiface. L'hémiplégie n'est véritablement constituée qu'après plusieurs années.

Cet état morbide est facilement différencié des hémiplégies à forme ascendante, provoquées par une tumeur cérébrale, un ramollissement, des lacunes de désintégration. Il offre des analogies avec certaines formes hémiplégiques de sclérose en plaques et de sclérose latérale amyotrophique.

P. — Dr Y. GUÉZOU. —**Pneumothorax spontané récidivant non-tuberculeux.** (Thèse, 1936.)

Le pneumothorax spontané récidivant non tuberculeux n'est pas une rareté clinique, mais pour être reconnu il doit être recherché avec soin.

Il s'agit d'une affection bénigne, se présentant sous l'aspect suivant :

Apparition chez un sujet sain ; persistance très longue avec bon état général ; siège de préférence à gauche ; symptomatologie fruste ; absence de tuberculose.

La maladie est récidivante, mais les récidives sont d'intensité chaque fois moindre.

P. — Dr M. TUCHWERGER. — **La forme œdémateuse du cancer de l'estomac.** (Thèse, 1936.)

On sait depuis longtemps qu'il existe une forme du cancer de l'estomac, dans laquelle des œdèmes précoces plus ou moins généralisés constituent le symptôme essentiel.

En présence d'un œdème étendu survenant chez un sujet âgé et dont l'étiologie n'est pas établie, il faut penser à la possibilité d'un cancer latent de l'estomac.

Pour ce qui est de la pathogénie des œdèmes en question il ressort d'une observation de l'auteur que l'infiltration œdémateuse au cours des néoplasmes est indépendante de toute altération rénale ou cardiaque. Elle s'associe à une hypo-protéinémie extrêmement basse ; ce qui, au premier abord, semble confirmer le rôle de l'abaissement du taux des protéines du sang dans la production des œdèmes.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Bulletin de l'Actualité

UNE LOI RACISTE EN FRANCE

Raciste, certes ! mais dans le bon sens du terme : elle défend notre race sans opprimer les autres, elle édicte des devoirs au lieu de proclamer des droits, elle est un programme de travail et non un plan de guerre.

Au reste ce n'est encore qu'un projet. Le 5 novembre dernier, le gouvernement a déposé sur le bureau du Sénat le projet de loi concernant la prophylaxie des maladies vénériennes. Il touche gravement aux intérêts et aux traditions de la profession médicale. On peut dire que, dès maintenant, tout médecin français doit connaître ce projet, y réfléchir et être en mesure de donner à son sujet un avis en toute connaissance de cause.

De l'exposé des motifs, je négligerai naturellement tout ce qui a trait aux méfaits de la syphilis vis-à-vis de l'individu, la famille, la nation. Ce sont des litanies que les médecins ressassent depuis des années et sur lesquelles ils ont journellement l'occasion de méditer.

Mais deux ou trois points de cet exposé valent d'être mis en relief.

« Ce qui caractérise l'ensemble de ces textes, c'est qu'ils mettent fin à tout arbitraire administratif et policier et placent la personne à l'égard de laquelle l'intérêt sanitaire de la société exige des mesures de coercition sous la sauvegarde des Tribunaux ». Un premier bon point à la loi si elle supprime réellement l'immonde police des mœurs qui mène ses bas trafics de pair à compagnon avec les souteneurs et leur bétail.

Le système réglementariste est, dans un texte officiel, reconnu « totalement inefficace » ; et ce texte proclame que la réglementation peut être supprimée sans aucune aggravation du péril qu'il s'agit de conjurer ». Notable victoire pour l' « Union temporaire » dont nous avons maintes fois exposé ici les principes ; mais, avant que la loi soit en application, les exploiteurs de la prostitution de manqueront pas de contre-attaquer. *Caveant consules*...

« A cette lutte il appartiendra au pouvoir réglementaire de participer... en instituant pour les adultes, et, plus complètement encore, pour la jeunesse d'âge scolaire et post-scolaire un véritable système d'éducation sanitaire ». Et voici mise en chantier l'éducation sexuelle dont les moralistes et les sociologues se préoccupent depuis des dizaines d'années sans avoir rien pu obtenir que la rédaction de vœux et l'esquisse de programmes.

Entrons maintenant dans l'analyse du projet de loi.

***

La Section I traite des prérogatives et obligations des médecins. Tout médecin soignant un vénérien contagieux *ou susceptible de le redevenir doit* remettre au malade, avec son ordonnance un avertissement attirant son attention sur le caractère contagieux de la maladie *et sur les dispositions de la présente loi.*

S'il constate qu'un vénérien contagieux expose soit en ne se soignant pas de façon suffisante, soit par son *genre de vie* un ou plusieurs individus, à la communication de la maladie, il est *autorisé* à prévenir l'autorité sanitaire.

En conséquence l'article 378 du Code pénal (sur le secret professionnel) est modifié comme suit :

Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires, par état ou profession, des secrets qu'on leur confie, qui, *hors le cas où la loi les autorise ou les oblige à se porter dénonciateurs*, auront révélé ces secrets seront punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois, et d'une amende de cent francs à cinq cents francs.

La Section II traite des infractions et sanctions pénales. A tout vénérien qui, se sachant vénérien, *a intentionnellement* communiqué le mal à une autre personne : 2 à 5 ans de prison, 1.000 à 5.000 francs d'amende.

A tout vénérien qui, se sachant vénérien, a, *sans intention nocive*, mais par sa faute ou son imprudence, communiqué le mal à une autre personne : peines prévues à l'article 320 du Code pénal.

Si, en raison de présomptions graves, précises et concordantes, l'autorité sanitaire considère une personne comme atteinte d'une maladie vénérienne et propageant celle-ci, elle peut enjoindre à cette personne de présenter un certificat médical constatant qu'elle est ou non atteinte d'accidents contagieux ou susceptibles de le redevenir.

Cette injonction devra être secrète.

Le certificat en question devra être délivré par le médecin choisi par l'intéressé *sur une liste de médecins agréés* ou par l'un des services établis en conformité du décret du 30 octobre 1935 ; dans ce second cas le certificat sera gratuit.

A la suite du premier, d'autres certificats peuvent être demandés à intervalles fixes. En cas de déplacements les assujettis devront faire connaître leur adresse aux autorités sanitaires de leurs ancienne et nouvelle résidence.

A toute femme qui nourrit au sein un enfant autre que le sien, alors qu'elle se sait atteinte d'une maladie vénérienne,

A toute personne qui sciemment laisse nourrir au sein un enfant syphilitique dont elle a la garde par une autre personne que sa mère sans avoir fait avertir celle-ci *par un médecin* des précautions à prendre,

A toute personne qui sciemment donne un enfant syphilitique en nourrice sans en avertir les nourriciers :

Quinze jours à trois mois de prison et (ou) 1.000 à 5.000 francs d'amende.

A toute nourrice qui nourrit un enfant autre que le sien sans être en possession d'un certificat médical précédant immédiatement l'allaitement et attestant qu'elle n'a pas la syphilis.

A toute personne qui confie un enfant dont elle a la garde à une nourrice sans s'être assurée que cette nourrice est en possession dudit certificat.

A toute personne, qui, en dehors des cas de force majeure laisse nourrir par une autre personne que sa mère l'enfant dont elle a la garde sans s'être assurée au préalable par un certificat médical qu'il n'existe aucun danger pour la nourrice :

Quinze jours à trois mois de prison et (ou) 100 à 3.000 francs d'amende.

La Section III traite des examens et du traitement obligatoire.

Le Tribunal saisi d'une poursuite contre une prostituée par application de la présente loi ou de l'article 334 du Code pénal peut ordonner que la personne poursuivie sera soumise à un examen clinique, bactériologique et sérologique.

Cette personne sera, en effet, conduite dans un établissement désigné par l'autorité préfectorale, où elle ne pourra être retenue plus de douze heures.

Si l'examen ci-dessus est positif : astreinte à un traitement approprié.

Ce traitement, si l'intéressée accepte de le suivre, devra être effectué *dans un dispensaire agréé* par l'autorité sanitaire ou chez un médecin choisi par elle sur une liste de *médecins agréés.*

Si l'intéressé n'accepte pas il sera conduit dans un établissement public hospitalier pour y recevoir lesdits soins, ou dans un établissement privé qui consente à la recevoir.

S'il quitte l'établissement sans autorisation régulière : six jours à trois mois de prison.

Le titre II punit la provocation publique à la débauche et le proxénétisme.

J'y relèverai seulement l'article 19 ainsi conçu :

Sera puni des peines prévues à l'article 334 du Code pénal quiconque, soit par la publication de notes, annonces, réclames ou correspondances, soit par l'envoi ou la distribution de prospectus, tracts, lettres d'avis, soit par des affiches, placards ou descriptions apposés dans des lieux accessibles au public aura, même en dissimulant la nature de son offre sous des artifices de langage, fait savoir qu'il se livre à la prostitution ou facilite la prostitution d'autrui.

Puisse ledit texte étrangler toutes sortes de torchons illustrés qu'on trouve dans les officines de coiffeurs ou aux montres des kiosques où des masseuses vantent leur doigté et des âmes esseulées sollicitent des entretiens entre 4 et 7 heures. Car les « artifices de langage », comme disent nos ministres, sont innombrables.

Enfin voici quelques points du Titre III : dispositions diverses. D'abord publication interdite des débats et décisions de justice intervenus par application de la présente loi. La presse pornographique eût trouvé là ample pâture pour se dédommager des torts faits à sa publicité.

Une disposition intéresse les étudiants en médecine : « Nul ne sera inscrit pour le cinquième examen de doctorat en médecine s'il ne présente un certificat de stage dans un service spécial consacré aux maladies vénériennes, stage validé par un examen. »

— « Il sera imposé aux exploitants de restaurants débits de boissons, etc., des procédés de nettoyage de leurs ustensiles ; mêmes obligations pour les instruments des coiffeurs, manucures, pédicures, masseurs. »

Et enfin :

— « Les médicaments spécifiques vendus au public ou utilisés par les services publics pour le traitement des vénériens devront être identiques à ceux qui auront été agréés par le ministère de la Santé publique sur présentation par l'Académie de médecine. Toute infraction, etc... »

Est-ce un premier pas dans la répression du charlatanisme pharmaceutique ?

— « Les seuls laboratoires autorisés à effectuer

les examens sérologiques nécessaires pour le diagnostic de la syphilis, sont ceux qui sont agréés par le ministère de la Santé publique. Toute infraction, etc... »

***

Tel est ce projet de loi qui, consacré au salut public, semble, en effet, emprunter ses accents impérieux au Comité de Salut public de la Convention.

Pourtant, si révolutionnaire qu'il paraisse, ce n'est que l'aboutissement d'un très long travail préparatoire.

Les premières esquisses datent, en effet, des travaux de la Commission extra-parlementaire du Régime des mœurs instituée par Emile Combes le 18 juillet 1903.

En 1907 cette Commission présentait au Gouvernement un premier projet de loi. Après quoi elle entra en léthargie et trépassa discrètement à une époque indéterminée.

En 1916 le ministre de l'Intérieur instituait de nouveau une « Commission de prophylaxie des maladies vénériennes » laquelle, réorganisée en 1920, tint quelques séances sous la présidence du Professeur Pinard. Cette Commission adopta dans le courant de 1923 quelques principes et résolutions instituant le « délit d'imprudence sanitaire » et réprimant le racolage.

Enfin en 1933 le Docteur Cavaillon fondait en un seul projet toutes ces propositions éparses et le faisait adopter par la Commission de prophylaxie. Le projet de loi actuel suit de très près celui de 1933.

On voit qu'il est loin de constituer une improvisation et qu'on ne saurait lui reprocher de n'avoir pas été mûri en de longs et doctes palabres.

Au reste la plupart des états civilisés se sont dès longtemps préoccupés de la prophylaxie antivénérienne et ont institué une législation de défense. La plupart, dis-je, sauf, naturellement, la Grande-Bretagne où la liberté est sacrée le plus cher des biens. Certes, voilà une conception à laquelle il serait malséant de contredire en France où nous professons (j'allais, par inadvertence, écrire à l'imparfait) le même culte. Mais nous avons cependant admis un certain nombre de contraintes pour la sauvegarde du bien public tandis qu'au pays de Jenner le citoyen moyen préfère contracter la variole plutôt que de se soumettre à une vaccination obligatoire.

Grande-Bretagne mise à part, quels sont les pays de contrainte en matière de maladies vénériennes ?

Etats-Unis : déclaration obligatoire, examen pré-nuptial, prohibition de la prostitution.

Danemark, Norvège, Finlande, Suisse : délit de contamination.

Hongrie, Hollande, Bulgarie, Pologne : interdiction des maisons de tolérance.

Canada : interdiction des maisons et de la prostitution dans la rue.

Tchécoslovaquie : mêmes mesures plus traitement obligatoire pour tout vénérien contagieux.

Allemagne : proxénétisme interdit, intervention de la police si elle a des raisons de soupçonner une contagion possible et traitement obligatoire pour les prostituées.

Italie : déclaration obligatoire par le médecin traitant.

***

Donc ce projet de loi se défend par sa longue période de gestation au cours de laquelle avantages et inconvénients ont pu être mûrement pesés et par le fait que la plupart des Etats étrangers sont arrivés, sur le même problème, à une formule analogue.

Il semble que la sauvegarde de la société soit, par lui, assurée autant qu'il est possible en l'état actuel des mœurs chez les nations occidentales.

Reste à envisager ce qu'il vaut du point de vue des médecins, qui, puisqu'ils en sont les chevilles ouvrières, ont bien leur mot à dire aussi.

Ceux qui se sont prononcés jusqu'à présent en collaborant aux études et projets qui ont précédé celui-ci ont envisagé l'aspect social et scientifique du problème. Là tout le monde est d'accord : toute mesure susceptible d'enrayer le fléau vénérien est louable ; et même si elle limite la liberté individuelle eh bien ! l'individu fera encore ce sacrifice-là (un de plus ! nous y sommes entraînés) à l'intérêt général.

Mais voici mise en cause la profession médicale, touchée à la fois, comme je le disais au début de cet article dans ses intérêts et dans ses traditions.

Dans ses intérêts car tous les actes médicaux prescrits par l'autorité sanitaire à l'encontre des personnes suspectées de maladie ou reconnues malades (certificats, examens, actes thérapeutiques) doivent être confiés à des dispensaires, services hospitaliers ou médecins agréés. C'est donc le Corps médical dépossédé une fois de plus au profit de médecins fonctionnaires. Car, par la force des choses, ces médecins agréés, au titre si bénin, fourniront des prestations gratuites et seront honorés par l'Etat. On ne conçoit pas qu'un syphilitique puisse être astreint par le Tribunal, à verser pendant quatre ou cinq ans des honoraires dont le montant serait assez coquet à un médecin. Le public aurait tôt fait de dénoncer ce tribut payé par autorité de justice au Corps médical.

Nous rayerons donc de nos tablettes la syphi-

lis et la blennorragie. Les médecins des grandes villes, tout au moins ceux de la région parisienne, ne verront pas là grand changement à une situation de fait qui date déjà de longtemps. Il y a belle lurette qu'ils ne voient plus ni chancres, ni plaques muqueuses, ni écoulements (ou si peu !) et que les dispensaires, instituts prophylactiques et officines spécialisées les ont délestés de cette clientèle. Mais la province ? les petites villes ? les campagnes ? C'est là que je serais curieux de voir les réactions de nos confrères et de suivre la façon dont seront établies les listes de « médecins agréés ». Agréés au nom de quoi ? d'un concours ? de titres scientifiques ?— de recommandations politiques ? Cela va faire une terrible bagarre. Et je parierais bien vingt francs de la prochaine dévaluation que dès maintenant les malins vont se mettre à suivre assidûment les cours de perfectionnement de Saint-Louis afin d'être pourvus d'un titre utile au moment de la curée. Dame ! un poste de « médecin agréé » cela fait ou, du moins (espérons-le pour eux) fera un « fixe » bien tentant.

Vidée la question de nos intérêts, venons-en à nos traditions.

Le seul fait de remettre au vénérien contagieux qui, par inadvertance, viendra nous consulter un « avertissement attirant son attention sur le caractère contagieux de la maladie *et sur les dispositions de la présente loi* » va, de toute évidence, nous conférer une assez déplaisante figure de croquemitaine. Les délicats flaireront même un certain relent de chantage dans le fait que, si nous trouvons notre client trop peu zélé à suivre nos prescriptions ou trop enclin à essaimer ses spirochètes, la loi nous autorise à prévenir l'autorité sanitaire. C'est une nouvelle atteinte portée au secret professionnel en attendant qu'il vole définitivement en éclats. C'est une atteinte aussi à la « charte » qui se trouve outragée d'autre part par la restriction du libre-choix « à l'un des médecins agréés ».

Une médecine nouvelle est, on le voit, en germe dans ce projet de loi. Et c'est pourquoi je disais que tout médecin français doit, dès maintenant, réfléchir à ses prescriptions et se faire un avis.

Pour le répudier ? Je ne crois pas. Très franchement, tout en ayant montré par quelles incidences il bouleverse nos conceptions traditionnalistes, je me déclare partisan de son application. D'abord parce que nous sommes presque les derniers des civilisés à l'adopter et qu'ailleurs il a fait ses preuves. Ensuite parce que le mal de la race nous presse et que si nous ne faisons pas front de toute notre énergie aux maladies vénériennes, à la tuberculose, à l'alcoolisme et à la dénatalité, autant vaut mourir tout de suite avant d'avoir vu notre pays dépecé par les voisins aux dents longues.

Et enfin parce que, si respectables soient à nos yeux les intérêts et les traditions du Corps médical, nous n'avons qu'un parti honnête à prendre : les sacrifier sans regret si, comme il semble, l'efficacité de la lutte est à ce prix. Le malheur actuel de la France c'est qu'il s'y trouve toujours et à tout sujet une caste, un parti ou une confrérie pour déclarer intolérable et ruiner ce qu'une autre caste a édifié. Ce n'est plus du libre-arbitre, c'est de l'anarchie. Il n'y a pas d'attelage qui résiste à des coups de frein incessants et hors de propos.

Après avoir conversé depuis longtemps et avec beaucoup de confrères de la fonctionnarisation qui nous attend, je me suis aperçu que partisans et adversaires sont séparés surtout par une différence dans la manière d'aborder le problème : ceux-ci s'attachent à des regrets et refusent de quitter des yeux les horizons de leur jeunesse ; ceux-là, sentant le sol trembler, ne veulent pas perdre un moment de plus : ils cherchent un coin ferme où poser le pied et mener ceux dont ils ont la garde.

S'il est légitime d'accorder quelques consolations platoniques aux sentimentaux qui se plaisent dans le passé et préfèrent mourir en beauté, c'est aux pionniers de l'avenir qu'il faut donner sa vigueur et sa foi.

G. Lavalée.

LE CABINET MÉDICAL OU DENTAIRE FAIT-IL PARTIE DE L'ACTIF DE LA COMMUNAUTÉ CONJUGALE ?

La même question vient de m'être posée simultanément — et pas pour la même cause — par un confrère et par un notaire.

Deux époux divorcent. Il s'agit de liquider l'actif de la communauté conjugale. Le prix du cabinet du médecin ou du chirurgien-dentiste doit-il figurer dans cet actif, ou doit-il être déclaré comme étant un « propre », c'est-à-dire rester la propriété complète du seul praticien diplômé ?

A première vue la question paraît oiseuse : n'est-ce pas le docteur en médecine, ou chirurgien-dentiste qui seul tient de son grade le droit légal d'exercer l'art de guérir ? Son cabinet n'est-il pas fait de la confiance de ses malades ? Ne doit-il donc pas demeurer maître absolu et propriétaire exclusif de ce cabinet, du moment où la jurisprudence décide que la cession des clientèles est nulle, parce que la dite clientèle n'est faite que de la confiance que les malades ont dans le praticien, qui leur donne des soins ?

Je me dois cependant d'éviter toute opinion prématurée et j'ai le devoir de considérer toutes les faces juridiques de ce problème en discutant la question suivante :

Le cabinet d'un médecin ou d'un chirurgien-dentiste peut-il être considéré comme ayant, sous certaines conditions, une valeur pécuniaire qui tomberait dans l'actif de la communauté ?

Une première distinction liminaire doit se faire.

Dans un cabinet médical ou dentaire existe toute une partie matérielle (meubles meublants, installation et mobilier professionnel, pouvant acquérir une grande valeur, notamment chez les dentistes, les stomatologistes, les électro-radiographes, etc...).

L'installation matérielle du cabinet peut être apportée en propre par l'un des époux lors du mariage. Mais si elle a été acquise par la communauté, la valeur marchande doit alors tomber dans l'actif commun des deux époux.

En général, la police d'assurance contre l'incendie détermine la valeur du mobilier de l'appartement ; spécialement une mention est faite pour le prix assuré du matériel garnissant le cabinet de consultation, ou les salles d'examen, etc...

Cette police d'assurance donne donc une base d'appréciation pour liquider la valeur de la partie matérielle du cabinet du praticien.

Mais à côté de cette dernière se trouve un élément immatériel qui est hors commerce, parce que entièrement personnel au praticien.

Il a été jugé à maintes reprises que la clientèle d'un médecin ou d'un dentiste étant faite de la confiance que les malades ont dans le praticien, ne saurait être l'objet d'un contrat de cession ou d'association, etc...

Voilà pourquoi la jurisprudence s'est toujours refusée à reconnaître comme valable les cessions de clientèle.

Mais une évolution s'est nettement accusée dans les mœurs professionnelles actuelles.

Beaucoup de jeunes confrères s'installent en prenant la succession d'un praticien âgé ou décédé et s'entendent avec ce confrère ou avec les ayants droit pour opérer un véritable achat de clientèle maquillé, pour le rendre valable, par des obligations de faire ou ne pas faire.

C'est ainsi que le cédant s'oblige vis-à-vis du cessionnaire, à présenter celui-ci comme étant son seul et unique successeur, à l'accréditer auprès de la clientèle en la priant de reporter sur le jeune confrère toute la confiance qu'elle avait dans l'ancien.

Les fiches des malades sont remises par le vendeur à l'acheteur. Souvent une circulaire ou des cartes sont adressées aux clients pour accréditer ce successeur.

Il y a également une obligation que prend le cédant en s'interdisant l'exercice de l'art de guérir dans un rayon déterminé et pendant un certain nombre d'années. Joignons à cela la cession du droit au bail, la tradition d'objets matériels, de meubles professionnels, etc...

Et la jurisprudence de reconnaître valables ces obligations de faire et de ne pas faire, et de valider le contrat qui stipule le versement soit de somme au comptant, soit de billets à ordre.

Autrement dit, la cession de clientèle qui n'est pas valable en soi, puisque la confiance des malades ne peut pas faire l'objet d'un acte de commerce quelconque, arrive à devenir licite avec une énumération d'obligations de faire ou de ne pas faire prises de part et d'autre.

Lorsqu'il y a décès du praticien, la succession du de cujus comporte dans son actif le prix de ce contrat de vente déguisée d'une clientèle.

La meilleure preuve, c'est que les Tribunaux peuvent annuler un pareil contrat intervenu entre la veuve et le jeune praticien se présentant comme successeur du défunt, alors que le subrogé-tuteur et le conseil de famille n'ont pas donné leur consentement, s'il y a un enfant mineur.

Dans un autre ordre d'idées, alors que le

praticien était déjà marié au moment de son installation, c'est la communauté qui a pu faire l'avance des fonds nécessaires pour l'installation ou la reprise d'un cabinet.

La communauté pourra aussi suporter ultérieurement le paiement des billets à ordre à leur échéance ; il est donc normal qu'elle en récupère le montant lors de sa dissolution.

Dès lors, nous aboutissons à cette constatation :

A première vue, on devrait décider que la clientèle d'un médecin ou d'un dentiste étant d'ordre incorporel et personnel, sa valeur ne saurait en aucune façon faire l'objet d'une évaluation commerciale quelconque : elle ne devrait donc pas être comprise dans l'estimation de l'actif de la communauté.

Mais nous pouvons faire remarquer que les époux ont bénéficié du revenu annuel produit par l'exercice de la profession du praticien et à ce sujet je pourrais peut-être faire une analogie avec ce qui a lieu lors de la liquidation de la communauté entre époux dont l'un d'eux est pharmacien.

La jurisprudence décide que ce n'est pas l'officine, considérée comme fonds de commerce mais sa valeur vénale qui entre dans l'actif de la communauté.

Dès lors, ne pourrait-on admettre par analogie que lors de la dissolution du mariage entre époux, dont l'un est médecin ou chirurgien-dentiste, ce n'est pas le cabinet lui-même, mais la valeur vénale de ce dernier qui pourrait tomber en communauté sous les réserves que j'ai faites plus haut ?

La question n'a jamais été jugée ; elle mériterait de l'être.

En effet si dans le temps jadis presque tous les médecins s'installaient, attendaient patiemment la clientèle et vivaient sur leur patrimoine pendant les deux ou trois premières années, à l'heure actuelle la cession plus ou moins maquillée de clientèle permet au praticien de gagner immédiatement sa vie en versant à son prédécesseur un capital déterminé.

Je dois faire remarquer qu'à mon avis, le problème ne se pose qu'en matière de divorce et non en celle de succession. Lorsque deux époux se séparent, le cabinet professionnel est en plein rendement : le conjoint non-diplômé peut prétendre à toucher une part quelconque sur ce bien matériel et immatériel, qui constitue le cabinet et qui, selon lui, ne devrait pas être attribué en totalité au seul praticien.

Au contraire, lors de l'ouverture d'une succession, la partie immatérielle du cabinet s'éteint avec le de cujus. Si la veuve, ou les ayants cause cèdent à un praticien le droit de se dire successeur du défunt, le droit au bail, le pas de porte, ils ne peuvent pas présenter — comme l'aurait fait lui-même le décédé le successeur à la clientèle, ni prendre l'engagement de ne plus exercer dans la localité.

A côté du facteur personnel, qui, dans l'évaluation d'un cabinet, était propre au prédécesseur, doit entrer en ligne de compte un autre élément : souvent la clientèle d'un praticien décédé diminue rapidement de valeur, si la succession n'est pas immédiatement prise par un médecin, car les clients auront tendance à se diriger vers un autre cabinet médical ou dentaire, pendant l'intérim, si celui-ci est de quelque durée.

Voilà pourquoi, dans l'actif d'une sucession, le prix d'un cabinet ne devra comprendre véritablement que la valeur de la cession des objets matériels et de l'installation professionnelle, car l'élément immatériel, c'est-à-dire l'achalandage, le pas de porte, aura diminué considérablement, du fait que les malades sauront que leur docteur, ou dentiste, en lequel ils avaient confiance, est mort et qu'ils n'ont souvent aucune raison de se faire soigner par le successeur, plutôt que par un autre praticien de la localité.

Au contraire, lors d'un divorce, le rendement du cabinet reste le même et l'époux du praticien peut prétendre à bénéficier de la valeur dudit cabinet, comme si celui-ci devait être mis en vente et racheté par son titulaire actuel.

Ce point de droit mérite, je crois, de retenir l'attention tant de mes confrères ainsi que des juristes, qui se préoccupent de Droit médical.

Nous nous trouvons en présence d'une transformation des mœurs professionnelles. La cession plus ou moins déguisée d'un cabinet médical ou dentaire, avec la clientèle y afférente est aujourd'hui de coutume courante. D'où des situations juridiques nouvelles, telles que celle ci-dessus exposée et qu'il convient d'étudier sans opinion préconçue.

Dr Paul Boudin.

LA SANTÉ PUBLIQUE DEVANT LE PARLEMENT

Déclarations de M. Henri Sellier

La discussion générale du budget de la Santé publique qui a eu lieu devant la Chambre les 14 et 15 décembre dernier a été l'occasion, pour de nombreux orateurs d'exposer leur point de vue à ce sujet, et pour le ministre de la Santé publique, de déclarations dont le Corps médical a intérêt à prendre connaissance.

Deux rapporteurs présentaient cette année le budget devant la Chambre : l'un pour la santé publique proprement dite, l'autre pour l'éducation physique et les sports. Le premier, M. Garchery, insista particulièrement sur le *problème de la dépopulation*, spécialement angoissant en France à l'heure actuelle, et qui tient à deux causes tout aussi graves l'une que l'autre : la dénatalité d'une part et l'importance de la mortalité d'autre part (sur 10.000 habitants 147 naissances et 112 décès en Allemagne, 144 naissances et 120 décès en Angleterre, 163 naissances et 158 décès dans notre pays). Aussi doit-on souhaiter la coordination de tous les efforts en vue de l'équipement sanitaire et de la sauvegarde de la race. L'un des moyens pour atteindre ce but est évidemment le développement de l'*éducation physique*, ainsi que le fait ressortir le second rapporteur M. Barthélemy. Une question se pose à ce sujet : la forme de l'intervention de l'Etat ; la solution la meilleure paraît être un intermédiaire entre les procédés d'obligation et la libre initiative, à savoir « l'impulsion », l'Etat mettant au service des activités privées sa force et ses cadres. Une chose est certaine en tout cas, c'est que la France est très en retard à ce point de vue à l'égard des autres pays étrangers, et qu'un effort particulièrement important est à faire surtout dans l'enseignement.

De nombreux orateurs abordent ensuite la question de la *dénatalité* et souhaitent le relèvement des allocations aux familles nombreuses. M. Guillemin reconnaît l'effort sérieux accompli par le Gouvernement pour accroître le budget de la santé publique (différence en plus 610 millions). Il est en effet urgent d'entreprendre la *lutte contre les fléaux sociaux* cause d'accroissement de la mortalité. Aussi doit-on féliciter le Gouvernement de se préoccuper de l'organisation de la médecine préventive qui avec l'évolution actuelle de l'hygiène exige une organisation nouvelle. On doit donc approuver les Circulaires du 26 août et 26 septembre sur la coordination des Services et Œuvres d'hygiène et d'assistance, à condition toutefois que cette coordination ne soit pas un moyen pour étatiser l'assistance et brimer les œuvres privées. Mais il faut s'élever contre la distinction entre « médecine préventive » exercée par des médecins fonctionnaires et « médecine de soins » laissée aux médecins ordinaires. La médecine préventive peut et doit être exercée par le médecin praticien sous le contrôle du Syndicat professionnel, au moyen de contrats collectifs conclus entre lui et l'Administration. L'entente avec le Corps médical est en cette matière la condition même du succès. M. Amédée Guy serait partisan d'une organisation nationale de l'inspection médicale des écoles, du développement des dispensaires anticancéreux, et insiste surtout sur le fait que les stations thermales et climatiques sont encore par trop réservées aux malades fortunés. C'est particulièrement le problème de l'*aliénation mentale* qui a retenu l'attention de M. Fié. La France arrive paraît-il au premier rang en Europe par le nombre de ses aliénés, avec un accroissement de 30 % depuis dix années. Un effort intense est donc nécessaire et paraît devoir être dirigé plus vers la préservation mentale et le développement des services ouverts que vers la cure et l'hospitalisation.

La discussion se clôt pour cette première séance par les réponses du ministre de la Santé publique et des sous-secrétaires d'Etat à l'Education physique et aux Sports. M. Henri Sellier aborde *le problème de la situation démographique de la France* ; il ne lui semble pas que le premier des deux termes de ce problème, à savoir la dénatalité, doive être combattu par une augmentation des allocations aux familles nombreuses. Le remède à la diminution des naissances doit plutôt être recherché dans l'amélioration de l'économie générale. Par contre une diminution de la mortalité pourrait amener un gros accroissement de population, et cette diminution est possible ainsi que le prouve l'exemple de l'Angleterre qui pour un nombre de naissances égal au nôtre enregistre chaque année un accroissement de 130.000 habitants (contre 20.000 en France). Il faut donc intensifier la défense sanitaire contre l'alcoolisme, la tuberculose, la syphilis, l'aliénation mentale, le cancer et même le rhumatisme. Toute réduction d'un million dans le budget de cette lutte préventive oblige ensuite à voter des dizaines de millions pour entretenir ou construire des hôpitaux nouveaux. Certes le budget actuel ne prévoit pas encore cette lutte, mais il n'est qu'un budget d'attente traduisant l'état de la législation actuelle. C'est par réformes législatives qu'il faut agir, et ces réformes sont en cours : projets sur les soins médicaux aux enfants assistés, projet sur l'organisation dans le cadre national d'une inspection médicale

scolaire sérieuse et obligatoire, projet tendant à rendre la culture physique rigoureusement obligatoire, projet sur la généralisation et le contrôle des colonies de vacances, organisation moderne de la protection des aliénés et de la prophylaxie mentale. M. Dezarnaulds expose ensuite les expériences en cours pour le développement de *l'éducation physique* : dans trois départements, 700 communes rurales vont avoir es terrains de jeux permettant la culture au grand air, avec contrôle médical. Si cette expérience réussit, elle sera ensuite étendue à toute la France.

La reprise de la discussion générale le lendemain 15 décembre fut l'occasion pour M. Majurel d'exposer les causes et les remèdes à *l'accroissement des charges d'assistance médicale gratuite.* L'application des Assurances sociales a certes réduit la charge des collectivités d'assistance. Malgré cela les dépenses d'assistance ont été en s'aggravant. L'action des services d'hygiène et de dépistage y est pour quelque chose et on ne peut que s'en louer. Mais cette aggravation tient pour une bonne part au nombre considérable d'assurés indigents (surtout agricoles) non en règle avec leur Caisses, à l'absence de collaboration entre Services d'assistance et Caisses pour l'établissement des listes d'assurés indigents, et à l'inaction des maires à l'é ard des employeurs défaillants, responsables des conséquences de leur faute dans les termes de l'art. 1382 du Code civil.

M. le Docteur Cousin s'élève lui aussi contre la progression des dépenses d'assistance relatives aux étrangers et indigènes de l'Afrique du Nord et réclame un contrôle médical plus sévère à l'entrée. Traitant ensuite de la *question des écoles d'infirmières,* il proteste contre la durée des études nécessaires (trois années) et contre le trop grand développement des matières du programme. Il ne faut pas en effet faire des demi-médecins qui pourraient avoir tendance à sortir de leur rôle. Il serait souhaitable d'autre part qu'une réforme intervint pour réglementer la délivrance des diplômes d'Etat d'infirmières, en accord avec les Facultés de médecine et la Confédération des Syndicats médicaux. A ceci M. Henri Sellier répondit qu'il se préoccupait en effet de mettre fin aux incohérences de la délivrance du diplôme d'infirmières et à ses spécialisations injustifiées. Il ne lui semblait certes pas qu'il faille se tourner vers une réduction des connaissances exigées, mais il tiendra la main à ce que les auxiliaires médicales ne fassent aucune intrusion dans l'activité médicale proprement dite. En tout cas aucune décision ne sera prise *sans l'avis de la Confédération des Syndicats médicaux « avec qui une collaboration régulière et permanente des Services de la Santé publique est indispensable ».*

Enfin M. Cousin, vint exposer devant la Chambre l'état actuel de *l'organisation des hôpitaux publics.* Rappelant l'arrêt du Conseil d'Etat du 21 février 1936 interdisant aux médecins hospitaliers de recevoir directement des honoraires des malades payants et la Circulaire ministérielle du 26 septembre dernier, il s'élève contre les dispositions de cette circulaire prévoyant la possibilité pour le malade payant hospitalisé de se faire soigner par le médecin de son choix. Certes il ne s'agit pas là d'une mesure réglementaire s'imposant aux Commissions administratives, mais il est à regretter que le ministre ait cru devoir trancher de manière aussi formelle et de son propre chef cette question importante et délicate, sur laquelle les premiers intéressés ne sont pas encore parfaitement d'accord.

Venu devant le Sénat, au cours de sa séance du 29 décembre, le budget de la Santé publique ne souleva guère de discussions passionnées. Le rapporteur, M. Delthil, se borne à traiter quelques points particuliers. Abordant notamment la question de *l'accroissement des charges d'assistanee,* il expose que le crédit de 350 millions porté au budget pour venir en aide aux collectivités locales suffira à peine à couvrir les arriérés des sommes dues pour l'assistance. On avait pensé que les Assurances sociales amèneraient une diminution progressive des dépenses d'assistance, or il n'en a rien été, certes pour une bonne partie à cause de la crise, mais aussi par suite d'un manque de contact entre assurance et assistance, services qui en fait sont pourtant intimement liés. Ce manque de contact, on le retrouve d'ailleurs dans toute *l'organisation sanitaire,* et il est étrange de voir dépendre des ministres du Commerce ou de l'Agriculture des questions intéressant au premier chef l'hygiène publique, telles que les établissements insalubres ou la protection des eaux et la police des égouts. Il serait donc souhaitable que ces services soient prochainement regroupés sous la seule autorité du ministre de la Santé publique, et qu'une collaboration étroite et permanente soit instituée entre le département de la santé et le département du travail, afin d'éviter les gaspillages qu'entraîne toute dispersion d'efforts. Répondant à une question de M. Barbaud Lacroze, le ministre, M. Henri Sellier, fait enfin connaître que les collectivités locales pourront prochainement liquider leurs budgets d'assistance, le décret relatif à la suppression du domicile de secours communal et à la fusion des barèmes d'assistance devant paraître prochainement à l'*Officiel* (*J. O.*, 30 décembre 1936, page 13570).

Après les navettes d'usage entre les deux Chambres, le budget de la Santé publique ressort enfin à 1.719.995.000 francs, en augmentation de plus de 600 millions sur le budget de 1936.

Jean MIGNON.

L'ACTUALITÉ PROFESSIONNELLE

Informations judiciaires

Délivrance par une Caisse à un malade déchu de ses droits de pièces faisant croire à sa qualité d'assuré indigent. Faute engageant la responsabilité de la Caisse à l'égard du médecin traitant

Il arrive fort souvent que les médecins donnent leurs soins à des clients se présentant comme assurés sociaux indigents, et se voient ensuite refuser le paiement de leurs honoraires au titre de l'article 19 du décret-loi du 28 octobre 1935 (art. 59 de la loi de 1928-1930) la Caisse intéressée refusant sa participation à la collectivité d'assistance motif pris de ce que l'assuré n'est pas en règle au point de vue de ses cotisations et ne peut bénéficier des prestations de l'assurance-maladie. Le médecin traitantde cet assuré est-il alors obligé de se contenter du tarif de l'assistance, doit-il accepter la réduction de son mémoire au cas où les soins donnés par lui ne sont pas prévus par le règlement départemental d'assistance alors qu'ils pouvaient être prescrits au titre de l'article 19 ? N'a-t-il même aucun droit à faire valoir si, ayant été choisi librement par l'assuré indigent, il n'est pas son médecin traitant au titre de l'assistance (décret-loi du 30 octobre 1935) ?

La question, on le voit, est importante en pratique. Le droit du médecin traitant régulièrement mis en œuvre à des honoraires calculés selon le tarif auquel il a accepté de donner ses soins ne paraît pas contestable en principe. Il s'agit seulement de savoir qui est responsable du paiement de ces honoraires, ou plutôt de la différence entre ce à quoi le médecin pouvait légitimement prétendre au titre de l'art. 19 et la part prise en charge par l'Assistance médicale gratuite, puisque l'assuré indigent, étant inscrit sur les listes dressées en application de la loi du 15 juillet 1893, a toujours au moins la qualité d'assisté.

Le Sou Médical a donc jugé utile de soumettre ce problème à la jurisprudence, dans un cas particulier qui se présentait de la manière suivante : un médecin reçoit dans son cabinet la fille d'un assuré social indigent qui se présente munie d'une feuille de soins délivrée par la Caisse primaire départementale et d'un bon d'assistance délivré par la commune de secours. Il accepte de lui donner ses soins au titre de l'article 59 de la loi de 1928-1930, c'est-à-dire selon le tarif des accidents du travail ; lorsqu'il présente sa note à la collectivité d'assistance, celle-ci ne le règle qu'au tarif de l'assistance, motif pris de ce que le père de la malade n'était pas en règle de ses cotisations. Le médecin intéressé, entendant être payé au tarif auquel il avait accepté de donner ses soins, décide de poursuivre le recouvrement de ses honoraires à la fois contre la commune de secours débitrice, et contre la Caisse d'assurances sociales.

C'est alors que se greffe une procédure fort longue et fort fertile en incidents. La Commission cantonale saisie donne pleinement gain de cause au médecin. Sur appel, le Tribunal civil de Saint-Dié, par un jugement du 27 octobre 1934, mettait hors de cause la commune de *secours et condamnait la Caisse au paiement des* honoraires réclamés « le médecin ayant eu la conviction qu'il donnait ses soins à la fille d'un assuré social indigent en règle et que ses honoraires lui seraient réglés d'après le tarif prévu par l'article 59 de la loi de 1928-1930, c'est-à-dire le tarif des accidents du travail ». Recours en cassation par la Caisse, arrêt de la Cour suprême en date du 7 avril 1936 cassant le jugement du Tribunal de Saint-Dié motif pris de ce que les juridictions instituées par la loi sur les Assurances sociales ne pouvaient connaître d'une action fondée sur une obligation quasi-délictuelle de droit commun, et renvoyant devant le Tribunal civil d'Epinal.

Sur les conseils du Sou Médical, le médecin intéressé se désiste alors de l'instance introduite devant la juridiction des Assurances sociales et porte l'affaire devant la juridiction de droit commun, c'est-à-dire le Tribunal de paix du siège de la Caisse, en excipant de la faute commise par elle et en demandant réparation du préjudice que cette faute lui a causé, par application de l'art. 1382 du Code civil. Contrairement à toute attente, le Juge de paix se déclare incompétent ! Appel est alors formé devant le Tribunal civil d'Epinal, qui, par un jugement du 5 décembre 1936, a reconnu sa compétence et a décidé que « *la Caisse avait commis une faute en délivrant à la malade des pièces de nature à faire croire au médecin qu'elle avait la qualité de fille d'assurée sociale indigente*, que celui-ci a été ainsi amené à lui donner ses soins à un tarif inférieur à celui des accidents du travail sur lequel il était en droit de compter au vu de ces pièces, qu'*il est donc fondé à réclamer à la Caisse la réparation du préjudice qu'il a subi*, c'est-à-dire la différence entre le prix reçu et celui prévu au tarif de la loi du 9 avril 1898. »

Jean Mignon.

La Presse et les Sociétés

Le contrôle médical et les cures chez les assurés sociaux

Vers la fin du mois de juin dernier s'est tenu à Bordeaux, le troisième Congrès de l'Association des médecins contrôleurs de Caisses d'assurances sociales.

Dans son allocution, le président de l'Association, le Professeur Vanverts, a défini comment il entendait le rôle des médecins-contrôleurs, ou plutôt, pour éviter ce mot fâcheux, des « médecins-conseils ». Les médecins traitants ont certainement vu d'un mauvais œil la création de ce contrôle administratif et médical, soupçonné *a priori* de vouloir porter atteinte au libre-exercice de leur profession. Bien que ne concernant que l'assuré, le contrôle médical atteint fatalement le médecin car il permet de constater des faits qu'il est de son devoir de signaler aux Caisses afin que celles-ci déclenchent le contrôle technique. Mais dans de nombreux cas toutes difficultés ont été évitées par des entretiens directs entre médecin traitant et médecins-contrôleurs. Le développement de cette méthode est éminemment souhaitable ; d'un côté en effet le médecin conseil ne peut rester indifférent devant les résultats du traitement et des sacrifices consentis par les Caisses, d'un autre côté il doit s'abstenir devant l'assuré de toute critique à l'égard du médecin traitant. Une collaboration directe et confiante entre médecin traitant et médecin-conseil permettra de concilier ces deux principes pour le plus grand bien de l'assuré. Mais le rôle du médecin-contrôleur, ne se borne pas à cela, il présente aussi un aspect scientifique, : le médecin-contrôleur est en effet mieux placé que quiconque pour constater et apprécier les résultats encore discutés de certaines thérapeutiques. Il est à souhaiter à ce sujet que les Caisses dressent des statistiques permettant de juger si certains modes thérapeutiques sont efficaces, et si leurs résultats compensent les sacrifices consentis.

Les travaux du Congrès portaient sur les questions suivantes : les cures chez les assurés sociaux et le nouveau régime des Assurances sociales (invalidité — délai de six mois et de deux ans — assurés sociaux indigents).

En ce qui concerne les cures chez les assurés sociaux, les conclusions du Congrès ont été les suivantes :

1° *Avant le départ*, nécessité de mettre à la disposition du médecin traitant et du médecin-conseil tous moyens de diagnostic précis permettant de déterminer les lieux de cure les plus favorables. Le contrôle médical pourra jouer en liaison avec le médecin traitant un certain rôle d'orientation.

2° *Pendant la cure*. — *a*) En cure libre, l'autorisation doit être donnée avec prudence pour éviter des abus et parce que dans ce cas le bénéfice réel retiré de la cure est moins grand. Dans certains cas, opportunité du forfait-convalescence sans prolongation possible sauf cas spéciaux. Pour les malades contagieux, cure individuelle surveillée dans les conditions instituées par la Circulaire ministérielle du 3 janvier 1934. Certains malades doivent être contrôlés sérieusement pendant la cure pour éviter la forclusion des six mois avant la fin du traitement. Il y aurait pour cela intérêt à fixer sur le territoire une liste de médecins agréés susceptibles d'exercer ces contrôles. Envisager l'opportunité pour les médecins-conseils d'être assermentés.

b) En établissement de cure. Ne signer de prise en charge qu'avec les établissements ayant passé des conventions ou agréés après enquête sur la qualité des soins. Organisation d'une Commission nationale chargée de définir les établissements de cure et de prévention nécessaire à l'armement sanitaire du pays, de classer ces établissements, d'étudier le moyen de mettre les cures de toute catégorie à la disposition des assurés, de tenir compte dans l'établissement des conventions des facilités de contrôle des Caisses, de simplifier les formalités et de raccourcir les délais de départ en cure, et d'envisager l'emploi des bénéfices des Caisses à la réalisation d'œuvres de prévention.

3° *Au retour de la cure*. — Nécessité du contrôle pour vérifier les bénéfices tirés de la cure, constater la guérison (pour le cas de rechute), être documentés sur l'établissement, apprécier le taux et la durée d'une invalidité temporaire. (*Le Médecin-Conseil*, octobre 1936.)

J. M.

JURISPRUDENCE FISCALE

en matière d'impôt sur les bénéfices non-commerciaux

Le 30 mars 1936 le Conseil d'Etat a rendu un arrêt publié dans le numéro de décembre de *Bulletin des Contributions directes* dont il est du la plus haute importance de commenter les considérants :

Afin que nos lecteurs se rendent un compte exact des conséquences de ce document nous en donnons le texte *in extenso* :

« Considérant que, d'après les articles 59, 61 et 62 des lois codifiées par le décret du 15 octobre 1926, modifié par l'article 39 de la loi du 28 février 1933, dont les dispositions sont, en vertu de l'article 41 de la même loi, applicables à partir du 1er janvier 1933, le Contrôleur peut demander aux intéressés tous les renseignements susceptibles de justifier l'exactitude des chiffres déclarés ; que s'il juge ces renseignements insuffisants, il établit la base de l'imposition et notifie au contribuable le chiffre qu'il propose de substituer à celui de la déclaration, en indiquant les motifs qui lui paraissent justifier le redressement ; que si le désaccord persiste, il est soumis à une commission de taxation qui, après avoir entendu les explications du contribuable ou pris connaissance de ses observations, fixe, par décision motivée, la base de l'imposition ; que la décision de la Commission est notifiée au contribuable qui peut la contester par voie de réclamation après établissement du rôle, à charge par lui d'apporter la preuve de son bénéfice réel ;

« Considérant qu'il résulte de l'instruction que le contrôleur à qui il appartenait d'apprécier si les renseignements fournis par le sieur X... étaient ou non suffisants, a notifié au requérant le chiffre qu'il proposait de substituer à celui de sa déclaration pour l'année 1933, en lui indiquant que ce redressement était motivé par l'importance de son activité professionnelle et de sa clientèle ; que le désaccord persistant, la Commission de taxation prévue par les dispositions législatives ci-dessus rappelées, après avoir entendu le sieur X..., a fixé la base d'imposition en fondant sa décision sur les motifs « que les dépenses étaient exagérées par rapport au montant des honoraires bruts et que les bénéfices accusés par le sieur X... étaient insuffisants pour gager les dépenses qu'il a engagées » ; que, dans ces conditions, le requérant n'est pas fondé à soutenir que son imposition a été établie après une procédure irrégulière ;

« Considérant, d'autre part, que le sieur X... n'apporte pas la preuve de son bénéfice réel exigée par l'article 62 susmentionné des lois codifiées par le décert du 15 octobre 1926, modifié par l'article 39 de la loi du 28 février 1933 ».

Le premier considérant est relatif à la procédure à suivre pour la vérification des déclarations, afin d'arriver à la détermination du bénéfice imposable.

Le deuxième considérant est de beaucoup le plus intéressant .

Il indique que le rehaussement du Contrôleur était motivé par l'*importance de l'activité professionnelle et de la clientèle* ;

Que la Commission de taxation trouvant ce motif insuffisant avait fondé sa décision sur les motifs suivants : « *les dépenses étaient exagérées par rapport au montant bruts des honoraires et que les bénéfices accusés par le sieur X... étaient insuffisants pour gager les dépenses qu'il a engagées.* »

Les motifs de la commission ne nous paraissent pas très solides car, dans les dépenses professionnelles entrent des frais tels que le loyer, la patente, les réparations et amortissements de matériels de voiture, etc., qui sont absolument indépendants du produit de l'exploitation.

Le troisième considérant est gros de conséquences, parce qu'il confirme que si, le contribuable est taxé pour les motifs figurant au second considérant, il doit faire la preuve de son bénéfice réel exigé par l'article 39 de la loi du 28 février 1933.

Or, de l'aveu même de l'Administration cette preuve est impossible à fournir.

Si nous arrêtions ici ce commentaire nous serions obligé de conclure à la souveraineté de la Commission de taxation composée à peu près exclusivement de fonctionnaires, évidemment très honorables, mais qui, comme tous les mortels, sont soumis à la déformation professionnelle.

Heureusement nous pouvons ajouter que le Conseil d'Etat ne met la preuve du bénéfice net à la charge du contribuable que lorsqu'il résulte du dossier des présomptions graves d'une omission de recettes.

Dans le cas d'espèce, où l'arrêt précité a été rendu, le médecin avait acheté un immeuble et n'avait pu indiquer la provenance des fonds servant à cette acquisition, ce qui laissait supposer qu'il avait dissimulé des bénéfices économisés depuis plusieurs années.

Comme conclusion nous engagerons les médecins qui nous ont fait l'honneur de lire ces commentaires, à suivre les conseils donnés dans le *Concours Médical* » du 6 décembre 1936, nº 49, et à nous consulter avant d'engager aucune discussion avec l'Administration.

A. MARTINOT

Conseil fiscal du » Sou Médical »

SOINS AUX PENSIONNÉS DE GUERRE

M. Brun, député, fait la déclaration suivante lors de la discussion du budget (1) :

Au chapitre 13, qui concerne les soins médicaux, nous constatons une réduction du crédit de l'année précédente. Je désire signaler les répercussions qu'ont entraînées, depuis quelques années, les diminutions successives de la dotation de ce chapitre.

Comme il leur est interdit de remettre à leurs malades les spécialités pharmaceutiques, les médecins sont obligés d'inscrire sur leurs ordonnances une quantité de produits pharmaceutiques équivalant à un certain prix. C'est une pratique parfaitement correcte (*Mouvements divers*), de la part du médecin comme de celle du pharmacien, qui délivre un médicament interdit, mais absolument nécessaire au malade, pour que celui-ci puisse se soigner.

Cependant, il arrive — j'en connais des exemples — que, devant la Commission tripartite, les mémoires de médecins et de pharmaciens sont attaqués de telle façon que de nombreux docteurs sont l'objet de brimades de la part de cette Commission. Aussi, certains d'entre eux se refusent-ils à recevoir les mutilés de guerre. Plusieurs ont été l'objet de sanctions, pour avoir dépassé, en fait de produits pharmaceutiques, ce qu'on appelle la moyenne.

C'est ainsi que deux médecins de Lyon, qui s'intéressent particulièrement aux anciens combattants et victimes de guerre, ont été l'objet de sanctions et exclus de l'article 64 pour avoir dépassé, au cours d'un trimestre, la moyenne prévue par le Comité intéressé.

On peut dire que la Commission tripartite n'a pas fait jouer d'influences politiques ; c'est simplement la suite des réductions incessantes qui se sont produites au cours des années qui viennent de s'écouler.

Les Commissions tripartites sont beaucoup plus sévères ; les docteurs, les malades et blessés de guerre en sont victimes les uns et les autres.

Je demande aussi à Monsieur le Ministre et à ses services d'examiner, lorsqu'un mutilé demande des médicaments, si ces médicaments sont les mêmes que ceux qui lui ont été précédemment remis.

Actuellement, pour faire renouveler ces médicaments, un mutilé est obligé de retourner chez un docteur, pour obtenir une nouvelle ordonnance. Ces médicaments, qui pourraient lui être remis par simple reconduction de l'ordonnance, coûtent à l'Etat quinze francs, prix de la visite du docteur, qui rédige une nouvelle ordonnance.

Il faudrait établir une sorte de contrôle particulier, permettant la reconduction des ordonnances pour certaines catégories de blessures ou de maladies. Cette mesure permettrait à l'Etat de faire des économies.

(1) Chambre des députés, 15 décembre 1936.

DIT-ON « SANATORIA » OU « SANATORIUMS »

Un lecteur, farouche latiniste sans doute, me reproche d'avoir, dans un récent article, écrit « les sanatoriums ». Et il me dit qu'un médecin, nourri comme il se doit aux mamelles classiques, doit prêcher d'exemple et dire « les sanatoria ».

Ce reproche atteint bien plus haut que moi, puisque, par ricochet, c'est Charles Nicolle, oui ! le grand Nicolle lui-même qui se trouve morigéné.

Au cours de ses dernières leçons au Collège de France, en 1934, Nicolle, en effet, parlant du langage médical, disait en substance :

Sanatorium vient d'un adjectif latin : sanatorius. Soit ! Mais le substantif signifiant : établissement de cure a été créé récemment et est bien français. Disons donc : un sanatorium, des sanatoriums. Du reste le langage populaire est en train de le malaxer et le modeler à la française. De la même façon que de sanus, sana il a fait *sain* et *saine*, de même il dit : un *sainatorium*. Et pour enrichir la langue, ajoutait Nicolle, le peuple a toujours raison contre les savants qui, parce qu'ils sont trop savants, n'ont pas, comme lui, la tradition nationale dans le sang.

Et, depuis cette leçon, je n'ai pas eu l'outrecuidance de me faire plus savant que Nicolle.

G. Lavalée.

L'ÉLECTRO-RADIOLOGIE EN U. R. S. S. EN 1936 (1)

C'est un rapide aperçu sur l'électro-radiologie en U. R. S. S. que je vais vous donner pendant ces quelques instants. J'ai fait un séjour d'un mois, cette année 1936, chez nos confrères de l'Est. J'avais préparé mon voyage de longue date. J'ai pu étudier tout à mon aise et je puis dire que j'ai vécu là-bas la vie complète d'un médecin. Je n'irai pas plus loin sans vous dire que si j'ai admiré l'organisation dans les V. I. E. M. S. ou dans les Instituts de physiothérapie, je suis revenu peiné de la condition misérable et douloureuse dans laquelle vivent nos confrères.

Avant donc de vous parler physiothérapie pure, laissez-moi vous dire quelques mots de la vie intellectuelle et morale de nos confrères.

Tout d'abord il faut bien différencier le médecin praticien du scientifique. Ce qui a été publié concernait la vie scientifique dans les V. I. E. M. S., Instituts de médecine expérimentale. Là il faut le reconnaître la vie en communauté est propice au travail scientifique pur : tout souci matériel est enlevé, c'est le monastère antique qui revit. Chacun a sa chambre et n'a plus à penser qu'à son travail de recherche ; le désir de Carrel est réalisé demandant le célibat pour le travailleur scientifique. Les journées de travail sont de six heures, mais chacun réalise ses expériences sans souci de l'heure, la flamme intérieure anime l'esprit. Chaque directeur de laboratoire dispose de crédits très importants : ainsi tel reçoit par mois 300 à 400 roubles pour lui et 500.000 roubles par an pour son laboratoire ; le rouble vaut théoriquement 3 francs. En bref c'est la vie favorable au travail scientifique, pas de soucis matériels, abondance de moyens de recherches.

Mais la vie de nos confrères praticiens est toute différente. Je ne raconterai que ce que j'ai vu. D'abord leur formation ; deux classes : les aides médecins, sept ans d'école unique, trois ans d'Institut de médecine ; les médecins, dix ans d'école unique, cinq ans d'Institut de médecine. Qui peut être médecin ? Les ouvriers en allant suivre les cours à l'Institut après le travail ou bien les étudiants qui sont payés 110 roubles par mois. Ils sont logés en chambrées de dix à quinze.

On augmente ou on diminue leur rétribution suivant le résultat de leur examen. A la sortie de la Faculté ils sont envoyés dans les campagnes remplacer un aide médecin ou un infirmier. Il y a environ 100.000 médecins actuellement, il en faut 400.000 paraît-il.

Jusqu'à il y a deux ans le médecin était payé 110 roubles par mois, somme tellement insuffisante que certains médecins se sont faits ouvriers techniciens, bien mieux rétribués. Le recrutement était difficile, les femmes prédominaient. On s'est alors aperçu que, bien que le médecin ne produise rien dans le plan, il était nécessaire à l'état ; on a mis le salaire à 400 roubles. Puis on a élevé le niveau des études qui était celui des aides médecins. On a inscrit le latin au programme, mais non pour la formation, simplement pour connaître les racines. En U. R. S. S., l'instruction ne cherche pas à former des individus et à réaliser le mot d'Herriot « la formation est ce qui reste quand on a tout oublié ». On ne donne que des connaissances ayant un but pratique et immédiat.

Tous les médecins sortis en 1930-31-32-33 ont des connaissances insuffisantes ; ils sont obligés de revenir six mois à la Faculté pour suivre des cours de perfectionnement. Ces cours sont d'ailleurs bien vus, car ils permettent de venir dans les centres et de sortir de la brousse. Le salaire continue à être payé. Le médecin n'existe pas, c'est un ouvrier qui fait de la médecine comme un autre conduit une fraiseuse. Il est le prolétaire qui fait ses six heures.

Mais si le médecin de moins de 30 ans ne souffre pas de la condition actuelle, car il n'a pas connu autre chose, sa mentalité étant celle d'un ouvrier, le médecin de formation antérieure (on commence à reconnaître la valeur des anciens, on les appelle les médecins en or) s'adapte difficilement à cette manière de vivre qui est celle-ci : six heures de travail, repos tous les cinq jours comme dans tous les services publics, cinq heures de travail pour les spécialistes, quatre heures pour les spécialités dangereuses (radiologie par exemple) ; un mois de congé payé, un mois et demi ou deux mois pour les professeurs, docents et radiologistes. L'exercice de la médecine se pratique ou à l'hôpital, polyclinique, dispensaire ; on doit alors voir vingt-quatre malades environ dans son temps de travail ; ou bien les médecins de districts qui vont chez les malades à domicile doivent en visiter dix-huit approximativement. Il existe un cahier de réclamations sur lequel l'ouvrier consigne ses plaintes vis-à-vis du médecin dont il est mécontent. Si les plaintes sont fréquentes, le médecin est envoyé à l'extérieur.

Les médicaments étaient fournis gratuitement, mais comme il y avait excès on les a délivrés contre rétribution. On parle aussi, étant donné les abus de consultation, de créer une espèce de ticket modérateur.

Il n'y a plus de médecine libre sauf quelques

(1) Conférence donnée le 10 octobre à l'amphithéâtre de physique de la Faculté de médecine de Paris.

médecins qui, anciens professeurs en général, ont le droit moyennant une patente très élevée d'exercer, rétribués à l'acte médical ; mais ils sont une cinquantaine, m'a-t-on dit, et leur nombre diminue étant donné les fortes contributions qu'ils doivent payer. La consultation est de cinq roubles.

Je tiens aussi à signaler que le prolétariat se plaint de cette médecine distribuée à la chaîne. Certains groupements ont émis le vœu que chacun puisse choisir son médecin et être examiné en particulier en rétribuant le clinicien comme chez nous.

Ce temps de travail paraîtrait favorable, mais ce que je viens de dire est la théorie, car rares sont ceux qui font six heures. Habituellement, le salaire n'étant que de 400 roubles insuffisant pour vivre, un médecin remplit deux ou trois fonctions afin d'avoir 800 à 1.200 roubles car il faut se rendre compte des possibilités d'achat du rouble. Un vêtement très ordinaire vaut 800 roubles, de bons souliers 200 à 300, 1 kilogr. de pain 1 rouble 90, 1 mètre de drap 100 roubles ; de plus, jusqu'en 1936, 1 mois de salaire était obligatoirement dû à l'Etat pour l'emprunt ; la seule chambre dans laquelle le médecin vit lui et sa famille servant de salle à manger, chambre à coucher, bibliothèque, cuisine, etc., coûte 50 roubles par mois. Heureux encore s'il n'a pas d'enfants. La grosse majorité des femmes travaillent et la femme du médecin sera aide ou infirmière. La vie de famille est ainsi réduite à sa plus simple expression.

En dehors de son travail professionnel le médecin a de grosses difficultés pour son travail intellectuel non pas que les matériaux manquent dans les bibliothèques, mais son esprit est accaparé par les soucis matériels : où trouver un vêtement pour l'hiver de prix abordable et en tissu un peu solide, où se procurer le papier pour écrire, en dehors du papier de boucherie ou de ce papier à écrire qui boit l'encre ; comment faire pour dénicher une paire de souliers ou de galoches.

Ce dont souffre le plus notre confrère russe c'est de la suppression de l'individualisme. L'existence l'oblige à vivre de la pensée de tous. Tout est en commun, l'existence matérielle, sa vie intellectuelle, puisqu'il ne peut s'abreuver que du journal officiel, des livres officiels, de la littérature officielle, du petit nombre de livres professionnels. Comment ferait-il pour s'abonner à des revues étrangères, achèterait-il des livres étrangers, puisque le rouble ne vaut rien en dehors de l'U. R. S. S. Il ne peut aller à des Congrès à l'étranger, toute sortie est interdite, sauf à ceux bien en cour. Je pense encore à ce moment sur le chemin du retour où, avant de franchir le pont du Dniestr qui nous séparait de la Roumanie, le train stoppa, le mécanicien et les employés se glissèrent à quatre pattes pour vérifier si personne ne s'était accroché sous les boggies, fouillèrent les dessous de banquettes, les W. C., car personne ne sort de l'U. R. S. S. en dehors des officiels.

Les conditions matérielles sont pénibles pour les confrères mais c'est la contrainte morale qui est la plus odieuse. Le médecin doit tenir compte de sa concierge membre du G. P. U. ; il ne peut dire toute sa pensée au petit collaborateur à l'hôpital, et la maxime affichée chez nous pendant la guerre « Taisez-vous, méfiez-vous, des oreilles ennemies vous écoutent » est là-bas de toute actualité.

J'aurais des cas précis à vous citer. Je vous conseille de lire la belle lettre que Serge Victor, ce communiste belge, a adressée à André Gide (numéro d'*Esprit*, juin 1936) ; vous serez convaincus. Tel grand confrère, membre de l'Académie des Sciences, vient de rester deux ans en prison ; il était malade, disait-on aux étrangers. Pourquoi n'ai-je pas vu tel confrère de libre opinion que je devais voir, bien qu'il fut présent ? Mon télégramme lui est parvenu un mois après mon passage ; lorsque je suis allé le voir, il me fut dit qu'il était absent alors qu'il était là.

Pourquoi, à l'entrée de tout établissement scientifique, y a-t-il un soldat de qui il faut obtenir l'autorisation pour entrer ? Tel professeur russe qui m'accompagnait fut obligé d'avoir l'autorisation de ce type à faciès mongolien.

Tout Russe a son passeport en permanence, qu'il doit présenter à toute réquisition ; il doit coucher à son domicile légal ; il ne peut découcher sans autorisation.

Tel confrère qui voulut bien m'accompagner dans une randonnée automobile — sur quelle route innomable ou plutôt chemin de terre (mes reins en conservent encore le souvenir) — put à grand peine trouver à se coucher dans la ville où nous allions ; n'ayant pas demandé l'autorisation au départ, il lui fallut faire de longues démarches auprès du soviet local et cependant ce confrère là n'était pas suspect ; il était un pur et un convaincu de la mystique communiste.

J'aurai de nombreux problèmes à aborder. Par exemple, celui du grand nombre de médecins israélites. Il vaut la peine d'être connu car ayant passé trois jours à Berlin j'avais entendu un autre son de cloche. Sous le Tzar, il n'était admis à l'Université que 1 % de Juifs, 2 % de Catholiques, 1 % de Musulmans. Un triage avait déjà eu lieu dans les gymnases. Ce triage faisait que tout médecin juif était choisi et capable ; lorsque la révolution vint, pour remplir une partie des cadres vides, on accepta les médecins juifs comme professeurs et il faut reconnaître que tous ceux que j'ai connus là-bas étaient des hommes de valeur.

Je ne parlerai pas des hôpitaux, car de nom-

breux confrères les ont visités et on se charge de les faire connaître. Simplement quelques idées. Le séjour des consultants dans les salles d'attente est mis à profit pour faire de la propagande prophylactique ; dépliants, brochures, maquettes, moulages de lésions sont à la disposition du public. Un médecin vient faire une conférence sur tel ou tel sujet d'hygiène.

Je me suis mêlé les jours de repos aux foules prolétariennes et je puis dire à leur avantage que sur des milliers d'individus cotoyés aux parcs de sports, aux plages, dans les rues, les restaurants populaires, je n'ai rencontré que deux ivrognes, alors qu'autrefois l'alcoolisme régnait en maître. La culture physique est le puissant dérivatif. Dans les stades il est inscrit : « Souviens-toi que tu ne fais pas du sport pour te distraire mais pour développer tes muscles et devenir un défenseur de ta patrie ». Encore une inscription lue dans un amphithéâtre d'hôpital : « Vive les travailleurs scientifiques et techniciens qui sont unis avec les ouvriers dans la grande œuvre de construction socialiste et pour la défense du pays ».

Je vous livre encore une impression curieuse et qui me fut pénible. Je visitais des salles d'hôpital quand le confrère me dit : « Tenez voici justement le grand ingénieur dont je vous parlai tout à l'heure, celui qui a été le constructeur de telle usine » et je vis un pauvre être en pantalon d'hôpital élimé, au faciès indifférent, mêlé à la foule des autres camarades ouvriers ; et plus loin dans une salle de femmes, une malade m'entendant causer français avec le confrère, me dit : « bonjour monsieur » ; je me retournais, je considérais alors une pauvresse aux traits tirés, aux cheveux tombants ; j'apprends que c'est la femme de tel professeur connu.

Parlons maintenant physiothérapie. J'ai été surpris de l'importance prise en U. R. S. S. par notre spécalité qui occupe une place de même grandeur que la chirurgie. Je vous citerai, par exemple, l'hôpital Botkin à Moscou de 2.000 lits, où la physiothérapie, sous la haute direction du Professeur Anikin, règne sur neuf pavillons : celui des maladies aiguës, traitement de la pneumonie, par exemple, par U. V. et diathermie ; celui des typhus ; de la scarlatine, de la diphtérie, de la gynécologie, des maladies internes, des ambulatoires des enfants, et aussi celui de la chirurgie.

Quelques exemples : 14.000 cas d'érysipèle ont été traités par U. V. à dose érythémateuse locale, et dans 60 % des cas, la température tombe définitivement après la première séance. Si la forme est septicémique ou tendant à la généralisation l'irradiation est limitée en couronne aux lombes ou au cou.

Dans les glomérulo-néphrites on pratique pendant deux heures et plus une séance de diathermie sur les reins jusqu'à cessation de l'anurie.

Dans le typhus exanthématique, l'érythème actinique sur le cou et en deux zones dorsales fait disparaître la céphalée et évite la chute tensionnelle naturelle dans cette maladie.

En bref la physiothérapie est introduite très fréquemment dans le traitement des maladies aiguës, ce qui n'est pas le cas habituel en France. D'ailleurs l'esprit général est de substituer dans tous les cas possibles la thérapeutique physiothérapique aux thérapeutiques courantes.

A l'Institut Rœntgen, rue Saljanka 7, (je donnerai des adresses pour que ceux qui sont intéressés par telle ou telle question puissent entrer en relation avec leur auteur), Malow a étudié la variation de l'impédance en fonction de la fréquence de 4 à 500.000. En ondes courtes il a construit un voltmètre électrostatique, pour mesurer la tension en haute fréquence ; il mesure l'intensité par la dilatation d'une ampoule remplie de vapeur d'alcool méthylique.

Le Professeur Schéehtman m'a présenté à M. Broksch qui a créé un universel Dosimètre avec trois chambres pouvant se substituer, l'une pour les λ en-dessous de 20 kws, l'autre de 20 à 200 kws et une chambre pour les micror.

A l'Institut du cerveau, rue Yaki Manka, j'ai eu la joie de rencontrer Sarkisof qui a poursuivi des travaux identiques aux miens sur l'enregistrement des courants du cerveau, et j'ai eu grand plaisir à retrouver chez lui les mêmes encéphalogrammes que j'avais enregistrés sous les excitations visuelles, auditives.

A l'Institut physiothérapique d'Etat le Professeur Broustein, très aimable — il m'a fait remarquer qu'on orthographiait toujours mal son nom — dont les travaux sont connus, emploie les U. V. à dose érythémateuse dans le rhumatisme de Bouillaud, localement sur les articulations touchées, dans la pneumonie, etc.

Dans la section des O. C. le Professeur Militzine m'a montré des résultats obtenus dans les encéphalites, les méningites, les psychoses par des applications d'O. C. de 12 mètres, mais les électrodes sont à grande distance (60 cms.).

A l'Institut de diagnostic fonctionnel et de thérapeutique Pletniof situé dans la grande banlieue de Moscou, les Professeurs Tourliguine et Amalisky ont réalisé un montage identique à celui que j'ai réalisé pour les ondes de 80 cms. avec le magnétron ; les expériences sont en cours ; les Docteurs Novosielsky et Bellikof font des études biologiques sur les ultra-sons.

Au V. I. E. M. j'ai étudié les techniques spéciales sur le point isoélectrique et le potentiel d'oxydo-réduction, le pH cellulaire, problèmes bien éclairés par le Professeur Rubinstein et son collaborateur Dorfman. Dans le laboratoire du Professeur Lazareff j'ai suivi ses méthodes du

test oculaire. Je me suis entretenu avec le Professeur Tchijevsky sur toutes les méthodes de recherches qu'il a mises au point, dans ses laboratoires pour démontrerl'a ction de l'aéro-ionisation négative. Plusieurs volumes ont été édités. Borichpolsky, Sokolow, appliquent, comme Tchijevsky l'aéro-ionisation négative avec succès, spécialement dans l'asthme et je suis heureux de me rencontrer avec eux pour confirmer leurs résultats par mon expérience personnelle.

A Kharkow, je signale l'Institut Rœntgenthérapique dont le fonctionnement réalise une belle harmonie.

Danilenko y a réalisé un appareil d'O. C. de 2 à 8 mètres de 1 kw., un appareil pour l'étude des rayons cathodiques sous 150.000 volts et un appareil d'ultra sons. Les aimables confrères qui m'ont piloté là-bas m'ont signalé quelques points intéressants : ils pratiquent la radiothérapie des abcès du poumon, des phlébites, j'ai vu que je n'étais pas le seul à le faire — des ulcus, de la tuberculose osseuse, mais dans certains cas seulement. Ils ont abandonné la méthode de Coutard.

Au Viem le Professeur Skipin a eu avec un générateur d'ondes de 70 cms. des résultats biologiques conformes à ceux que j'ai publiés. Dieu sait si j'ai cherché, pour trouver des travaux parallèles aux miens, même aux U. S. A. je n'ai rien trouvé. Il m'a même cité l'histoire d'une tumeur inopérable qui a rétrocédé complètement sous le champ d'ondes de 70 cms. A 3.000 kms de distance le cheminement dans nos recherches a été identique sans avoir aucune connaissance l'un de l'autre.

A Sébastopol l'Institut Setchnoff créé en 1914 est une vaste ruche bourdonnante sous la direction du Professeur Nilsen. Le Docteur Slavsky qui dirige la section de biologie me dit qu'il passe 11.000 malades par an ; la moyenne de traitement est de trente jours ; ils ont 265 lits d'hospitalisation, les autres malades sont ambulatoires ; certains viennent de la Sibérie.

Ils utilisent beaucoup les bains de boue ionisée en collier, parallèlement aux ionisations de KI sur le cou et les lombes de 10 minutes à 20 milliampères et aux ventouses de Bier ; leur point de vue étant qu'il suffit d'exciter les réflexes cutanés pour modifier l'état pathologique.

J'ai remarqué que là comme dans beaucoup d'autres instituts on pratique la galvano-diathermie comme en France, mais presque systématiquement pas de diathermie seule. On fait aussi beaucoup d'application de courants de Leduc, trop délaissés, à tort chez nous, car pour ma part, j'en ai toujours été très satisfait.

J'ai gardé le meilleur pour la fin : c'est de Leningrad que je veux parler. J'avais d'ailleurs de bons amis qui m'ont facilité beaucoup mes recherches.

A l'Institut de Rœntgenologie d'Etat, rue Rœntgen, dirigé par le Professeur Nemenoff, je fus aimablement conduit par son épouse Mme Anna Jugenburg. L'Institut étudie toutes les disciplines en fonction des rayons X. Ainsi le Professeur Nadson m'a montré l'action des métaux sur le développement des graines de moutarde, et les modifications de culture de saccharomyces dans leur morphologie et leur développement ; le maximum d'action empêchante est dû au plomb.

J'ai vu aussi un travail sur l'action des rayons X pour créer des nouvelles variétés de blé. Le Professeur Tkhorjevsky a créé un intensimètre pour la mesure des rayons X.

Dans le domaine thérapeutique Mme Jugenburg m'a montré les résultats dans le Basedow d'après leurs méthodes déduites de longues expériences : l'hypertrophie hypophysaire étant en relation avec le fonctionnement ovarien et créant des troubles thyréotoxiques. Chez les femmes après 40 ans, on irradie seulement l'hypophyse 150 r tous les quatre jours par quatre champs, la thyroïde secondairement ; chez la jeune femme et chez l'homme irradiation de la thyroïde. J'ai remarqué beaucoup de Basedow chez les hommes. Dans l'ulcus, Nemenoff fait l'irradiation postérieure de la cinquième à la dixième dorsale. Il y a au trentième jour une crise favorable d'hyperchlorhydrie, d'hypertonie et de perturbation des centres nerveux ; une deuxième série est faite quatre à neuf mois après. Les résultats : excellents dans 48 % des ulcus peptiques ; dans les sténoses médiogastriques le résultat est meilleur que dans l'ulcus duodénal. Le Professeur Chaack n'opère plus que les cas où la radiothérapie n'a pas donné de succès.

Une question m'a intéressé : c'est le mal des rayons Rœntgenkatter. Le Professeur Peretz a montré qu'il était lié à la forte diminution des colibacilles de l'intestin par l'intermédiaire du parasympathique ; il fait absorber une culture *vivante* de bactérie coli de 50 milliards par centimètre cube avec de bons résultats. Un travail de Nemenoff : la dermothermométrie étudie les variations de température cutanée sur la zone irradiée ; la température croît jusqu'au quinzième jour qui suit l'irradiation pour redescendre ensuite.

Il n'existe pas d'appareil de radiothérapie au-dessus de 200 kws ; la majorité des appareils sont allemands ; mais actuellement, les Russes fabriquent leurs ampoules aussi bien radiologiques que pour ondes courtes.

A l'Institut de physiothérapie le Professeur Zalkinson me révèle tout un ensemble de techniques pour l'étude des réflexes cutanés et de l'action des agents physiques. Je signalerai les mesures de résistivité de la peau, diminution de la résistivité dans les territoires douloureux ; la

mesure de polarisation qui se révèle plus rapide du côté du malade ; l'ionisation à la novocaïne qui modifie les réflexes cutanés. Dans le domaine thérapeutique, c'est l'utilisation de l'ionisation au phosphate de soude, à l'hyposulfite de soude, au bicarbonate de soude, dans des cas bien déterminés. Ici encore, grand emploi de boues ionisées venues d'Eupatoria et d'Odessa.

A l'Institut du cerveau, rue Petrowskaya UL 3a, le Prof. Wassilew, collaborateur du Prof. Tchijevsky, m'a montré quelques techniques pour l'étude de l'aéro-ionisation ; études des réactions d'oxydation, très augmentées par les ions négatifs, du point isoélectrique ; l'appareil créé par le Prof. Virigo est basé sur l'émanation de sels de radium collés sur le pourtour d'un cylindre.

Au V. I. E. M., deux laboratoires m'ont spécialement attirés : celui de physiobiologie du Prof. Franckell et celui de biophysique. Le Prof. Franckell étudie les ondes courtes sous tous leurs rapports. Je signalerai seulement un résultat curieux : sous l'action des ondes courtes, l'élimination de l'azote est plus rapide et plus abondante quand l'appareil est alimenté en courant continu qu'en courant alternatif.

A l'Institut de biophysique, j'ai eu le plaisir de rencontrer le Professeur Calendaroff, qui m'a entretenu de ses recherches relatives à l'action des courants électriques sur le système nerveux, vérifiant l'hypothèse de Speransky : toute action sur le cerveau, me disait-il, augmente les globules rouges, toute action sur la moelle les diminue.

Du plus grand intérêt fut pour moi son travail sur l'anesthésie générale électrique : par des voies différentes nous sommes arrivés aux mêmes conclusions l'un et l'autre. Il a composé un film où l'on voit toutes les phases de l'anesthésie avec les différentes réactions, comme l'avait fait Leduc ; la question n'est pas épuisée. Au laboratoire de physique moléculaire, j'ai vu la photographie de cercles de diffusion du souffre, de la paraffine, etc., sous un rayonnement de 1 A° 65, puis la contraction des cercles par les O. C.

J'aurai encore à vous citer la cyclographie de Verboff intéressante dans la paralysie infantile.

L'U. R. S. S. est en perpétuel changement ; ce que je dis pour 1936 ne sera peut être plus vrai l'année prochaine. Ainsi je pense à la question de l'avortement. Quelques jours avant mon départ paraissait le décret interdisant l'avortement. Que deviennent alors toutes les considérations sur l'émancipation de la femme dans la liberté de la fécondation. Il subsiste les deux exceptions des pays occidentaux que je lis dans la *Pravda* : on ne pourra pratiquer l'avortement que lorsque la santé de la mère est en jeu ou lorsque les deux conjoints auront des tares héréditaires.

Ceux de mes confrères qui vont en U. R. S. S. trouveront en ces demoiselles de l'Intourist des interprètes dont la formation est celle des milieux consulaires. Leur culture générale étonne et il serait à souhaiter qu'en France il y ait une organisation qui sache aussi bien mettre en valeur ce qui est à voir. Il y a un certain nombre de questions qu'il ne faut pas leur poser, car les réponses seront normandes.

Ce qu'il y a de sûr, c'est que toute visite en groupe et encore davantage tout voyage d'envoyé officiel ne permet de voir qu'un milieu artificiel. D'où les récits très loin de la réalité de ceux qui sont allés là-bas et sont revenus exaltés, bien que le médecin, plus psychologue, meilleur observateur que tout autre, conserve davantage le sens critique.

Je veux vous transmettre le souhait que tous les confrères que j'ai vus là-bas ont formé : c'est que les échanges de travaux se fassent nombreux de part et d'autre. Comme du fait de la non-valeur du rouble à l'étranger les cotisations aux sociétés, les abonnements aux journaux sont presque impossibles, pour le moment c'est seulement par voie d'échange de revues que nous pourrons nous mieux connaître. Je vous signalerai que les Allemands l'ont réalisé depuis longtemps et nombreux sont leurs travaux et leurs revues en U. R. S. S.

Nos confrères russes m'ont demandé d'être invités aux Congrès qui ont lieu en France en désignant ceux qui s'occupent de tels travaux spécialisés afin de permettre cette véritable connaissance qui ne peut exister que par échange de vive voix ; pour cela il faut faire la demande par le commissariat du peuple (1). J'ai vu M. Alphand notre ambassadeur à Moscou qui m'a dit n'avoir pas réussi dans ses démarches. Je crois qu'il serait bon que nous portions un vœu qui serait adressé à M. le ministre des Affaires étrangères afin que cette question soit mise au point. Quelques milliers de francs suffiraient pour adresser à une quinzaine des principaux électro-physiologistes les bulletins de société, les revues et les principaux volumes de spécialité parus dans l'année.

Je laisse le soin au Professeur Lapicque de conclure : « Je rends hommage au grand bienfait que les soviets ont apporté au peuple russe, mais je garde la conviction que pareil régime est incompatible avec nos idées comme avec nos humeurs. »

En Dauphiné libre, août 1936.

Dr André D.....

(1) Bureau international d'information près le commissariat du peuple de la Santé publique.

MUTUALITÉ FAMILIALE ET PROFESSIONNELLE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Assemblée générale extraordinaire du 23 décembre 1936

L'Assemblée générale extraordinaire de la Mutualité familiale et professionnelle du Corps médical français, s'est réunie le 23 décembre 1936, à 3 h. 1/2, sous la présidence du Dr J. Noir.

L'ordre du jour comportait les deux questions suivantes :

1° Adoption du projet de revision des statuts présenté par le Conseil d'administration ;

2° Fixation du chiffre des indemnités maladies-accidents pour l'année 1937.

1° Révision des statuts

Un exemplaire du projet adopté par le Conseil d'administration a été envoyé à chacun des membres de la Société, plus de quinze jours avant l'Assemblée, conformément à l'article 31 des statuts anciens.

Sur la demande du président, le trésorier adjoint expose rapidement les diverses modifications apportées, leurs avantages et les critiques qu'elles ont pu susciter de la part de certains membres.

L'ordre des matières et leur présentation matérielle ont tout d'abord fait l'objet de changements ayant pour but de permettre une lecture plus facile des statuts et de faire ressortir les points qui caractérisent plus particulièrement les droits et aussi les devoirs des sociétaires.

En ce qui concerne la Section I (Maladies-Accidents) le projet actuel comporte la suppression pour l'avenir des combinaisons MA, MA³, MA⁴, et la création d'une combinaison nouvelle : MA 75 donnant 75 francs par jour pendant les soixante premiers jours de maladie à partir du cinquième, et 750 francs par mois ensuite quelle que soit la durée de l'incapacité de travail. D'autre part certaines facilités ont été prévues pour les membres : règlement des indemnités en cours de trimestre, réintégration dans la Société en cas d'interruption des versements pour une cause quelconque (et notamment en cas de mobilisation). Les nouveaux statuts suppriment le droit à l'indemnité pour les médecins continuant à travailler à leur domicile. L'Assemblée consultée par le Président adopte à l'unanimité des membres présents le texte du projet relatif à la Section I.

Il est exposé ensuite à l'Assemblée que la Section II (Pensions de retraites) a fait l'objet des améliorations suivantes : élévation du minimum de la pension de 120 francs à 600 francs, élévation du maximum de 4.800 francs à 6.000 francs. D'autre part il a été prévu une nouvelle modalité : la constitution de retraite à capital réservé spécial. D'après cette combinaison les cotisations versées sont remboursées aux héritiers de l'adhérent quel que soit le moment de son décès. Si toutefois ce décès survient après l'âge d'entrée en jouissance de la retraite, ce remboursement n'a lieu que sous déduction des arrérages de rente déjà versés. Les autres modifications ont consisté tout d'abord à abaisser de 5 à 3 ans la durée de cotisation nécessaire pour ouvrir droit à une pension réduite en cas de cessation des versements, et en second lieu à faire de la pension aux enfants une section spéciale (section IV). Les articles des statuts relatifs à la section II sont adoptés à l'unanimité.

La section III a subi des modifications analogues à celles de la précédente : le taux minimum des pensions aux veuves a été élevé de 120 francs à 600 francs. Le maximum a été doublé et passe de 1.800 francs à 3.600 francs. La reversion de la rente sur les enfants au décès de la mère a lieu dorénavant en entier, quel que soit le nombre des enfants. A ce sujet il est porté à la connaissance de l'Assemblée qu'un adhérent de la section III proteste contre l'article 40 des nouveaux statuts en vertu duquel « lorsque l'un des orphelins pensionnés atteint 18 ans, ou décède, sa pension n'est pas reversible sur ses frères et sœurs ». Certes, cette disposition crée une inégalité de traitement défavorable aux familles nombreuses. Mais l'établissement des tarifs ne permet pas de prévoir la reversion de la totalité de la pension sur la tête de chaque enfant ; pour donner satisfaction aux désirs de cet adhérent, il serait nécessaire de tenir compte dans le calcul des cotisations du nombre des enfants de chaque sociétaire, ce qui serait modifier entièrement le régime de cette section, qui a en vue surtout l'indemnisation de la veuve. L'Assemblée décide de maintenir la section III sous sa forme actuelle et adopte le projet présenté.

Le fonctionnement de la nouvelle section (section IV, Pensions aux enfants) est ensuite exposé. Cette combinaison est destinée à remplacer la faculté autrefois offerte aux enfants de médecins de faire partie de la section « Pension de retraite ». Ces pensions seront désormais constituées par des versements opérés par le père de l'enfant entre sa naissance et sa 25e année. L'Assemblée décide d'adopter cette nouvelle formule.

Enfin la partie relative à l'administration intérieure de la Société, placée désormais après les articles relatifs aux diverses combinaisons, n'a subi que des changements de détails, qui sont approuvés par l'Assemblée.

Le Président met aux voix l'ensemble du projet qui est adopté à l'unanimité.

Le secrétaire général, M. H. Mignon soumet à l'Assemblée le projet de résolution :

« Les candidats ou adhérents aux combinaisons maladies-accidents, ou à la combinaison P qui auront atteint les limites d'âges fixées pour ces combinaisons entre le 1er octobre 1936 et le 1er janvier 1937, seront autorisés à adhérer ou à passer à la combinaison MA 75 ou à la combinaison P « nouvelle formule » (c'est-à-dire avec maximum de 6.000 francs et modalité à capital réservé spécial) avec prise d'effet au 1er octobre 1936, à condition, pour la combinaison MA 75, de payer en plus de la cotisation de 1937 le quart de la cotisation annuelle à l'âge de 50 ans correspondant au dernier trimestre de 1936, et pour la combinaison P, soit de verser en plus de la cotisation annuelle de 1937, une cotisation rétroactive pour 1936, soit de reculer d'une année l'entrée en jouissance de leur pension. » Adopté sans discussion.

2° Fixation des indemnités Maladies-Accidents pour l'année 1937

En application de l'article 55 des nouveaux statuts, l'Assemblée est appelée à fixer le supplément de prestations que les réserves de la Société permettent d'accorder aux adhérents des anciennes combinaisons Maladies-Accidents. Le Président donne alors la parole à l'actuaire de la Société, M. Collomb, qui expose que la situation de la Section I étant exceptionnellement bonne et les indemnités garanties étant dans beaucoup de cas relativement faibles, il serait possible de majorer pour l'année 1937 toutes les indemnités de cette section de 10 % (cette majoration ne devant naturellement pas s'appliquer à la nouvelle combinaison MA 75).

L'Assemblée à l'unanimité adopte les conclusions du rapport de l'actuaire, étant entendu que l'Assemblée générale ordinaire prochaine pourra modifier le chiffre de ces prestations.

L'ordre du jour épuisé, la séance est levée à 19 h. 30.

Le Secrétaire général, Dr H. MIGNON.

NOS RÉUNIONS MÉDICALES

Société de Médecine de Paris

La séance inaugurale annuelle de la Société de médecine de Paris revêtait cette année une solennité particulière du fait du changement du siège de ses séances et de son installation dans le luxueux hôtel de la Confédération des Syndicats médicaux français.

A cette occasion, la vieille coutume du jeton de présence a été rétablie et chaque membre titulaire a reçu, frappée avec le coin ancien, retrouvé à la monnaie, une médaille de bronze portant à l'avers le profil d'Esculape, Dieu de la médecine, et au revers les armes de la Société.

La Société de médecine est la plus ancienne Société médicale de Paris ; elle fut fondée en 1797, et avait déjà vingt-quatre ans d'existence lorsque l'Académie de médecine, sa cadette, fut fondée en 1820.

Dans la nouvelle salle des séances le Docteur Bécart, son secrétaire général actuel, a eu l'heureuse idée de réunir quelques documents historiques, le diplôme de membre correspondant donné à Scarpa, une feuille de présence où voisinent les noms de Sédillot, Baudelocque, Desgenettes, Cuvier, Littré.

Ces lointains prédécesseurs dotèrent la Société de statuts admirables, aujourd'hui encore d'actualité et il est curieux de voir que des institutions utiles qui ne s'écartent pas du but, pour lequel elles ont été créées, loin de vieillir, voient leur force encore accrue avec le temps qui assure leur pérennité.

Le président actuel, le Docteur Hartenberg, est, pour cette 140e année, le gardien fidèle d'une longue et belle tradition. Nous le connaissons assez pour savoir qu'il laissera à son successeur une Société encore plus vivante, plus active et plus jeune.

R. M.

Association des Etudiants en médecine de Paris : inauguration officielle des nouvelles salles de travail

Le jeudi 3 décembre était fêtée la première coulée de béton de la nouvelle Faculté de médecine, sur l'emplacement du vieil hôpital de la Charité ; le mardi suivant, les nouvelles salles de l'Association des étudiants en médecine de Paris recevaient la consécration officielle ; ainsi, selon le mot spirituel de Mallet, l'amélioration des conditions de vie des étudiants se poursuit symétriquement, toutes proportions gardées.

Dès 3 heures, dans la petite rue Antoine-Dubois, Vulpian, du haut de son socle de pierre voyait accourir une foule sympathique. Aux étudiants se mêlaient de hautes personnalités : M. le Recteur Charléty, M. le Doyen Roussy, le Docteur Hazemann, représentant du ministre de la Santé publique, le secrétaire du Conseil municipal, des membres de l'Académie de médecine, des Professeurs à la Faculté, des médecins des hôpitaux, des Directeurs de grands laboratoires, les membres du bureau de l'Association des commerçants du Quartier latin. Du côté des étudiants, Perrot, président de l'Association des internes en exercice, Vivien, président de l'Association des externes, des membres des autres Associations d'étudiants en médecine, étaient heureux de se rendre à l'invitation de l'A. E. M. P.

Au fond de la grande salle du rez-de-chaussée, le Livre d'Or est ouvert, prêt à transmettre aux générations futures le souvenir de ce jour de fête.

Par le vieil et large escalier, nous accédons aux nouvelles salles du deuxième étage : salles de travail, de conférences. Dans la grande salle d'honneur, des chaises et des fauteuils accueillent les arrivants.

Face aux officiels, le bureau de l'Association, au grand complet, entoure son président Mallet. C'est lui qui le premier, prend la parole. Il rappelle la naissance de l'A. E. M. P. en avril 1935, fille posthume de l'ancienne Association générale de la rue de la Bûcherie, disparue en octobre 1934. Il montre tous les avantages que l'Association offre aux étudiants en médecine : instruments de travail, pièces ostéologiques, microscopes, coupes histologiques, bibliothèque de 5.000 volumes (due en grande partie à la générosité du Docteur Debat). Il insiste sur l'aide qu'elle peut donner aux étudiants, « quand il arrive à l'escarcelle de se révéler triste et anémique, au point que l'état général en devient inquiétant » : aide momentanée en numéraire, bourses d'études (deux bourses de 3.500 francs, fondées par les commerçants du quartier latin), remplacements hospitaliers, remplacements médicaux, leçons, travaux médicaux. Il met en évidence l'appui moral qu'elle accorde aux étudiants, isolés de leurs familles provinciales, constituant pour eux une sorte de club, où ils ont plaisir à se retrouver, à bavarder ensemble. La question des loisirs a été particulièrement étudiée : l'Association procure des billets de réduction pour les théâtres, les cinémas, les grands concerts ; sa section sportive, en plein développement, permet aux étudiants la pratique des sports individuels et d'équipe. A l'A. E. M. P., le culte de la tradition est en honneur, « excellent vaccin contre la politique » : tel celui des « escholiers de Villon et de Rabelais », le costume d'apparât de l'Association de la rue Antoine Dubois est la « toge rouge ou noire », avec le légen-

daire chapeau de mire, orné d'une grosse boucle d'or » ; sa devise, c'est « vivat, floréat, crescat ». Au culte des traditions françaises, s'associe le culte de l'hospitalité pour les étrangers ; l'Association est en rapports journaliers avec le bureau des relations internationales et son vénéré président le Professeur Hartmann : les étudiants tchéco-slovaques, yougoslaves, américains, luxembourgeois et maints autres étrangers ont emporté dans leurs patries, le souvenir des réceptions organisées rue Antoine-Dubois en leur honneur. Le culte du souvenir, tous les ans, amène l'Association des Etudiants en médecine de Paris à accompagner l'Amicale des médecins du front et les Associations des internes et des externes à leur pieux pèlerinage au monument aux morts de la Faculté. Mais si l'Association sait avec émotion se tourner vers le passé, c'est avec ardeur qu'elle regarde vers l'avenir ; elle entretient les meilleurs rapports avec les autres groupements d'étudiants en médecine ; en collaboration avec les Syndicats médicaux, le Corps enseignant, et les représentants des Pouvoirs publics, elle s'efforce de participer à la lutte contre les illégaux et le charlatanisme, de dépister les postes médicaux libres au travers de la France, de faciliter les premières années d'installation des jeunes médecins (suppression de la patente les deux premières années). L'Association est heureuse de voir ses efforts encouragés par les subventions du Conseil municipal, de l'Académie — par la bienveillance de la presse médicale et de la grande presse. Aussi remercie-t-elle M. le Recteur de l'Académie de Paris et M. le Doyen de la Faculté de médecine d'accepter de présider le Comité de Patronage, dont elle sait que de nombreux professeurs à la Faculté et médecins des hôpitaux accepteront de faire partie.

Et Mallet termine son discours en formulant le souhait que l'ouverture de la nouvelle Faculté de médecine, dans deux ans, coïncide avec l'inauguration de nouveaux agrandissements de l'A. E. M. P.

Aussitôt après, M. le Doyen Roussy prend la parole : « Le Doyen de la Faculté de médecine, déclare-t-il, bien qu'un peu éloigné de sa propre jeunesse, se plaît à aimer celle des autres. Il éprouve à approcher la jeunesse estudiantine un plaisir tout particulier, comme à l'enseigner il connaît de hautes joies. Soutenu par vous, Messieurs les étudiants, inspiré par vous et par les besoins de votre avenir, le Doyen de la Faculté de médecine est heureux de vous féliciter aujourd'hui des résultats que vous avez obtenus. Le vocabulaire du Doyen d'aujourd'hui est moins riche que celui de Villon, comme il est moins sarcastique, que celui de Guy Patin, mais l'affection des maîtres pour leurs jeunes auditeurs est toujours aussi fervente — et l'attachement des étudiants à leurs maîtres — (je veux le croire), toujours aussi ferme. Les pierres tombent, mais l'homme demeure ».

Enfin, M. le Recteur Charléty se lève à son tour :

« Mon cher Président, j'ai écouté tout à l'heure avec un vif intérêt votre discours. Il était substantiel, et plein de bon sens. Ce sont des qualités rares dans tous les temps. Et puis, vous m'avez fait plaisir en rappelant de vieilles choses ; à l'âge où je suis, à l'âge où j'arrive, on aime à entendre parler du passé ». M. Charléty évoque l'ancienne Association de la rue de la Bûcherie, pour laquelle on pensait qu'elle serait éternelle.

« Adressons-lui un salut cordial, avec une larme de regret — et pensons à autre chose. Vous n'aviez, il y a un an, qu'un rez-de-chaussée : aujourd'hui vous prenez possession du deuxième étage. Ainsi s'affirme le progrès de votre Association. Je retiens plus particulièrement de ce que vous avez dit tout à l'heure, que vous ne feriez pas de politique. Permettez-moi de vous en féliciter ; ce n'est pas un sujet sur lequel l'entente se fasse très facilement. Donc, s'il est difficile de n'en rien dire, surtout entre jeunes gens, vous avez tout de même d'autres sujets de conversation. Réalisez le programme que vous venez de nous exposer ; vous avez de quoi vous occuper, et vous réussirez à créer cette amitié commune qui ne périt pas, qui survit à tout. »

Les discours terminés, le Comité de l'Association invite l'assistance à passer dans la salle voisine, salle de conférences aujourd'hui transformée en buffet accueillant. Et tandis que circulent les coupes de champagne, des conversations cordiales s'engagent entre étudiants et professeurs, externes, internes, médecins, doyen, recteur et représentant du Gouvernement, symboles de l'accord qui doit existe entre tous.

Le *Concours Médical* remercie l'Association des étudiants en médecine de Paris de l'avoir invité à cette fête. Qu'un tel sentiment de concours, de coopération règne entre tous les étudiants en médecine, comme entre tous les médecins ! Qui peut formuler un pareil souhait avec plus de conviction que le *Concours Médical* ?

R. Fasquelle Saint-Yves-Ménard.



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu** (Professeur : M. Paul Carnot). — *Réunions du dimanche* pour les médecins praticiens, tous les dimanches, du Jour de l'An à la Pentecôte 1937, à l'amphithéâtre Trousseau.

PROGRAMME. — Dimanche 17 janvier, à 10 h. 30, Professeur Paul CARNOT, professeur de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu : Sur les néoplasmes recto-sigmoïdiens. — Dimanche 24 janvier, à 10 h. 30, Docteur BARIÉTY, agrégé médecin des hôpitaux : L'érythème noueux. — Dimanche 31 janvier, à 10 h. 30, Docteur HALBRON, médecin de l'Hôtel-Dieu : Les intoxications digitaliques. — Dimanche 7 février, à 10 h. 30, Docteur SAINTON, médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu : Les formations glandulaires aberrantes en endocrinologie. — Dimanche 14 février, à 10 h. 30 : Docteur RACHET, médecin des hôpitaux : Les colites ulcéro-hémorragiques. — Dimanche 21 février, à 10 h. 30 : Docteur CACHERA, médecin des hôpitaux : Les embolies gazeuses. — Dimanche 28 février, à 10 h. 30, Docteur CAROLI, médecin des hôpitaux : Le diagnostic et le traitement des angiocholites ictérigènes. — Dimanche 7 mars, à 9 heures; Assemblée française de médecine générale, sous la présidence du Docteur SIREDEY, membre de l'Académie de médecine : La natalité (étude régionale). — Dimanche 14 mars, à 10 h. 30, Professeur BAUDOUIN, médecin de l'Hôtel-Dieu : Physio-pathologie de la douleur. — Dimanche 11 avril, à 10 h. 30, Docteur H. BÉNARD, agrégé, médecin de l'Hôtel-Dieu : L'intoxication cyanhydrique. — Physio-pathologie et thérapeutique. — Dimanche 18 avril, à 10 h. 30, Docteur GUTMANN, médecin des hôpitaux : Le cancer ulcériforme de l'estomac. Diagnostic clinique et radiologique. — Dimanche 25 avril, à 10 h. 30, Docteur JUSTIN-BESANÇON, agrégé, médecin des hôpitaux : Le traitement des embolies pulmonaires. — Dimanche 2 mai, à 10 h.30, Docteur LÉVY-VALENSI, agrégé, médecin de l'Hôtel-Dieu : Guy Patin. — Dimanche 9 mai, à 9 heures, Assemblée française de médecine générale, sous la présidence du Professeur H. VINCENT, membre de l'Institut : La fièvre typhoïde. Répartition. Prophylaxie. Traitement actuel.

— **Clinique de la Première enfance** (Enfants-Assistés. Clinique Parrot. Professeur P. Lereboullet). — *Leçons sur les troubles digestifs du nourrisson.* — M. Marcel LELONG, agrégé, médecin des hôpitaux fera une série de conférences à l'Amphithéâtre Parrot sur les sujets suivants le lundi à 11 heures.

18 janvier : Le vomisement du nourrisson. — 25 janvier : La dyspepsie du lait de vache. — 1er février : Les troubles digestifs après le sevrage. — 15 février : Physiopathologie du choléra infantile. — 22 février : Les régimes dans les affections gastro-intestinales du nourrisson.

— **Hôpital Cochin.** — *Clinique de chirurgie orthopédique de l'adulte.* (Professeur : M. Paul Mathieu.) — M. le Professeur Paul MATHIEU fait son cours à l'hôpital Cochin, les mercredis et veneredis à 11 heures.

PROGRAMME DE L'ENSEIGNEMENT. — Lundi : Opérations. Leçon clinique élémentaire. — Mardi à 9 heures : Consultations à la policlinique. — Mercredi à 11 heures : Leçon à l'amphithéâtre de la clinique chirurgicale. — Jeudi : Opérations. — Vendredi à 10 heures : Leçon à la policlinique. — Samedi : Opérations.

ENSEIGNEMENT COMPLÉMENTAIRE. — Conférences cliniques par MM. les chefs de clinique, le lundi matin, à 9 h. 30. — Démonstrations pratiques d'appareillage par MM. les assistants d'orthopédie, les mardis et mercredis matin, à 9 heures.

— **Hôpital Claude-Bernard** (Porte d'Aubervilliers). — *Clinique des maladies infectieuses.* (Professeur : M. A. Lemierre.) — M. le Professeur LEMIERRE fait ses leçons le jeudi à 10 h. 30,

ORGANISATION DU SERVICE ET DE L'ENSEIGNEMENT. — *Service.* — Visite tous les matins : de 9 heures à 10 h. 30, les jours de leçons ; de 9 heures à 11 h. 30, les autres jours.

L'examen des malades est fait par le chef de service, par les assistants de la clinique (chefs de clinique), ou par les élèves sous la direction du professeur ou des assistants.

Enseignement. — Le jeudi, à 10 h. 30, leçon magistrale à l'amphithéâtre, avec ou sans présentation de malades, par le Professeur LEMIERRE.

Les mardis et samedis, à 10 h. 30, leçons de technique clinique dans la salle de cours ou au laboratoire de l'hôpital Claude-Bernard, par les collaborateurs ou assistants de la clinique : MM. les Docteurs GASTINET, agrégé ; MARQUÉZY, médecin de l'hôpital Claude-Bernard ; A. LAPORTE, LAYANI, CATTAN, médecins des hôpitaux ; REILLY, chef de laboratoire de la Faculté ; LIÈVRE, WORMS, Mlle BARNAUD, Mlle WILM et M. PHAM-HUU-CHI, anciens chefs de clinique ; MM. LAPLANE, MAHOUDEAU, FRIEDMANN et MEILLAUD, chefs de clinique titulaires.

Une consultation médico-chirurgicale, concernant les affections du nez, des oreilles, du larynx, d'origine infectieuse est assurée les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, par le Docteur CHATELLIER, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux.

L'enseignement donné à la Clinique des maladies infectieuses s'efforce de répondre aux deux modalités suivantes :

1° L'enseignement professionnel ou pratique qui a pour but d'instruire les élèves (durant le stage des maladies infectieuses auquel ils sont astreints) dans les données de sémiologie et de technique diagnostique des principales maladies infectieuses comme aussi dans leur prophylaxie et leur traitement ;

2° L'enseignement complémentaire, s'adressant aux médecins français ou étrangers, aux travailleurs ou chercheurs, désireux de se perfectionner dans la connaissance de la pathologie infectieuse et exotique.

Cet enseignement s'attache soit à l'étude des formes plus exceptionnelles ou moins connues des maladies épidémiques ou contagieuses, soit à la discussion des grands problèmes d'étiologie et de physiologie pathologique comme à l'examen des techniques nouvelles ou des données les plus récentes de prophylaxie sociale ou individuelle, et de thérapeutique dite spécifique.

Ces deux enseignements se poursuivent parallèlement, chaque jour, au lit des malades ou dans les leçons magistrales et les conférences déjà indiquées ; l'enseignement complémentaire étant plus particulièrement assuré par le professeur de la Clinique, avec le concours dévoué de M. le Professeur d'hygiène TANON ; de M. le Docteur GASTINEL, agrégé de bactériologie ; de M. le Docteur REILLY, chef de laboratoire ; de M. le Docteur CATHALA, agrégé de médecine, médecin des hôpitaux ; de M. le Docteur JOANNON, agrégé d'hygiène ; M. le Docteur CAMPESSÈDES, ancien chef de clinique, tous anciens élèves de la Clinique des maladies infectieuses ; aussi avec l'aide des collègues spécialisés en diverses branches des maladies infectieuses ou exotiques.

— **Hôpital Necker.** *Clinique Guyon.* Professeur : M. Marion. — Programme de l'enseignement. — Lundi, 9 h. 1/2 : Visite dans les salles ; Examen des malades par M. Marion — 10 h. 1/2 : Opérations par M. Fey.

Mardi, 9 h. 1/2 : Leçons de séméiologie et de pathologie urinaire, par MM. Fey, agrégé, Naggiar et H. Marion (Grand amphithéâtre) ; Examen des malades externes par M. Marion (salle Desormeaux). — 10 h. 1/2 : Démonstrations de cystoscopie, d'exploration des reins, de technique opératoire endoscopique par M. Marion (salle Desormeaux). — 10 heures : Démonstration de radiologie-pyélographie par M. Truchot, (Service de radiologie). — 16 heures : Exercices d'urétroscopie, cystoscopie, cathétérisme des uretères sous la direction de MM. Bouchard, Busson (Service cystoscopie). (S'inscrire pour ces exercices.)

Mercredi, 9 h. 1/2 : Leçon de clinique par M. Marion (Grand amphithéâtre). — 10 h. 1/2 : Opérations par M. Marion. — 11 heures : Conférences pratiques sur l'examen des urines par MM. Chabanier ou Colombet (Laboratoire de chimie).

Jeudi, 9 h. 1/2 : Visite dans les salles ; Examen des malades par M. Marion. — 9 h. 1/2 : Leçons de séméiologie par MM. Fey, agrégé, Naggiar et H. Marion (Grand amphithéâtre). — 10 h. 1/2 : Opérations par M. Fey, agrégé. — 11 heures : Présentation de pièces anatomo-pathologiques et de préparations histologiques au laboratoire par Mlle Kogan. — 16 heures : Exercice d'urétroscopie, de cystoscopie et de cathétérisme urétéral sous la direction de MM. Bouchard, Busson (service de cystoscopie). (S'inscrire pour ces exercices.)

Vendredi, 9 h. 1/2 : Examen des malades externes par M. Marion (salle Desormeaux). — 11 heures : Policlinique à l'Amphithéâtre par M. Marion.

Samedi, 9 h. 1/2 : Leçons de technique opératoire à l'amphithéâtre par M. Marion. — 10 h. 1/2 : Opérations par M. Marion. — 10 heures : Démonstrations de radiologie-pyélographie par M. Truchot (service de radiologie).

Clinique. — Lundi, jeudi à 9 h. 1/2 : au cours des visites dans les salles par M. Marion. — Mardis, mercredis, vendredis, samedis : Visites dans les salles par M. Fey, ou par MM. Naggiar et H. Marion. — Mercredi à 9 h. 1/2 : au grand amphithéâtre, leçon par M. Marion. — Vendredi à 11 heures ; Policlinique à l'Amphithéâtre par M. Marion. — Tous les matins à 9 h. 1/2 : Consultation externe par MM. Martin et Viala, avec la collaboration de MM. Barbara et Barbellion, pour les hommes (salle de la Terrasse) ; de MM. R. Bail et Dubarry, pour les femmes (salle de la consultation des femmes). —

Séméiologie et pathologie. — Mardi, jeudi à 9 h. 1/2 ; par MM. Fey, Naggiar, Bouchard et H. Marion.

Cystoscopie. — Mardi à 10 h. 1/2 : Démonstrations salle Desormeaux, par M. Marion. — Mardi, jeudi à 16 heures : Exercices de cystoscopie, cathétérisme urétéral, service de cystoscopie, par MM. Bouchard et Busson.

Technique opératoire. — Samedi à 9 h. 1/2 : Leçon à l'Amphithéâtre par M. Marion.

Opérations. — Mercredi, samedi à 10 h. 1/2, par M. Marion. — Lundi, jeudi à 10 h. 1/2 : par M. Fey. — Mardi, vendredi à 10 h. 1/2 : par MM. Naggiar et H. Marion.

Examen des urines. — Mercredi à 11 heures : Laboratoire de chimie. — Conférences pratiques par MM. Colombet ou Chabanier.

Anatomie pathologique. — Jeudi à 11 heures : Présentations de pièces et de préparations au laboratoire d'anatomie pathologique par Mlle Kogan.

Radiologie. — Mercredi, samedi à 10 heures : Démonstrations de radiologie au service de radiologie par M. Truchot.

Agents physiques. — Tous les jours à 10 h. 1/2 : Traitement et démonstrations par M. Mathis et Mlle Konechowski.

— **Clinicat.** *Clinicat de la tuberculose.* Ont été nommés chefs de clinique titulaires : MM. Pergola et P. Robert.

Clinicat de cardiologie. — Ont été nommés chefs de clinique titulaires : Mlle Landowski, M. Leblanc, Mlle Th. Brosse, M. Royer de Véricourt.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Parti social de la Santé publique.** — Des sections du Parti social de la Santé publique sont en formation dans tous les départements.

Pour les demandes de renseignements, s'adresser au secrétaire général, 2, rue Chauchat, Paris (IXe).

— **Congrès d'Alger** (Pâques 1937). — Le VIIe Congrès annuel de la Fédération des Sociétés des sciences médicales de l'Afrique du Nord aura lieu à Alger les 22, 23 et 24 mars 1937. Le sujet mis à l'étude sera : « Typhus et pseudo-typhus ».

Des rapports seront présentés sur ce sujet par M. le Professeur Burnet, directeur de l'Institut Pasteur de Tunis ; M. le Docteur Blanc, directeur de l'Institut Pasteur de Casablanca ; MM. les docteurs Donatien et Lestocquard, de l'Institut Pasteur d'Alger ; M. le Docteur Gaud, directeur de l'Hygiène et de la Santé publique au Maroc ; M. le Docteur Lemaire, directeur du Bureau d'hygiène de la Ville d'Alger ; M. le Professeur Costantini, de la Faculté de médecine d'Alger.

Des communications seront admises sur le sujet rapporté.

Pour le voyage, des réductions importantes ont été accordées par les Compagnies de chemin de fer métropolitains et Nord-africains (40 %), par les Compagnies de navigation (30 %), par la Compagnie Air-France (10 %).

Il est prévu également des excursions qui permettront de visiter l'Algérie dans de bonnes conditions.

Pour tous renseignements s'adresser aux secrétaires du Congrès, Professeur Senevet, Faculté de Médecine d'Alger ; Docteur Sarrouy, 47 *bis*, rue d'Isly, Alger.

Le Gérant : R. Thiron

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

paragraphe 3, 4e alinéa, du décret-loi précité, pour les soins donnés aux bénéficiaires du paragraphe 3 de cet article. En ce qui concerne les frais pharmaceutiques, ils doivent être réglés aux praticiens aux termes dudit article 19, paragraphe 3, 4e alinéa, conformément au tarif applicable aux adhérents de la Caisse, diminués du pourcentage, fixé par le décret prévu à cet article. La différence entre le montant des frais médicaux et pharmaceutiques, ainsi déterminés, à payer aux praticiens par les collectivités d'assistance, et le montant de la prestation forfaitaire dont la Caisse d'assurance prend la charge en application de l'article 9, paragraphe 1er, du décret-loi du 28 octobre 1935 pour l'ensemble des frais médicaux et pharmaceutiques afférents à la maternité, reste à la charge desdites collectivités d'assistance.

(*J. O.*, 13 novembre 1936.)

CORRESPONDANCE

Avis à nos correspondants

Réponse au Docteur P...

Les lettres et leurs réponses, publiées sous cette rubrique, ne représentent qu'une minime partie de la « correspondance », que nous échangeons chaque jour avec nos confrères, et qui serait trop volumineuse pour être insérée intégralement. Auparavant, nous procurons très rapidement, et par lettre personnelle, tous les renseignements, qui nous sont demandées, mais... à la conditions que nos correpondants nous donnent leurs nom et adresse... C'est dire que nous ne pouvons répondre aux lettres anonymes.

Le Docteur P..., dans une missive non datée et non signée, s'informe des conditions attachées à un poste de médecin directeur de l'asile d'aliénés à Aix-en-Provence : qu'il veuille bien s'adresser directement au ministère de la Santé publique, 17, rue de Tilsitt, Paris (17e), qui a fait insérer l'avis de cette vacance au *Journal Officiel* du 20 décembre 1936.

ACCIDENTS ET MALADIES PROFESSIONNELLES

10.922. — Fixation de la date de consolidation

Abonné au *Concours Médical* je m'autorise de cette qualité pour vous demander conseil au sujet d'un malade, atteint de maladie professionnelle.

Il s'agit d'un ouvrier atteint depuis de longues années d'intoxication saturnine chronique. Au début de cette année, cette affection finit par déterminer des complications très graves qui mirent le malade dans la nécessité de cesser tout travail le 6 février : ictus, impotence fonctionnelle complète, symptômes psychiques, bref à ce jour, à part l'amélioration de certains symptômes tels que l'aphasie, l'invalidité est cependant absolue avec la perspective d'un nouvel ictus pouvant se terminer fatalement, le malade étant âgé de 70 ans.

Or, la Compagnie d'assurances, qui ne conteste pas la maladie professionnelle, veut consolider cette affection à la date du 19 octobre et ceci bien que le malade n'ait pas cessé d'être soigné depuis et bien que dans un rapport j'aie spécifié qu'actuellement je considérais la consolidation comme prématurée, le malade ayant encore besoin de soins et l'affection pouvant encore s'aggraver au point de provoquer à bref délai une issue fatale.

En cet état de choses, l'assurance peut-elle exiger la consolidation à la date du 19 octobre ?

En cas de décès après la consolidation, la rente est-elle reversible à la veuve ?

Dans le cas où la prétention de l'Assurance serait excessive, que conviendrait-il de faire ?

Dr N.

Réponse

Les chefs d'entreprise ou les Compagnies d'assurances ne sont pas libres, en matière d'accidents du travail ou de maladies professionnelles, de fixer arbitrairement, et comme ils l'entendent, la date de la consolidation des accidentés. Au cas où il y a désaccord entre la Compagnie d'assurances et le blessé ou son médecin traitant, le litige doit être porté devant le Tribunal de paix du lieu de l'accident qui pourra nommer un expert, au cas où il ne se jugerait pas suffisamment compétent pour apprécier les faits de la cause. Ce Tribunal est saisi par l'accidenté sous la forme d'une action contre le chef d'entreprise en payement de l'indemnité journalière durant la période de prolongation de l'incapacité temporaire.

Il est d'autre part reconnu par une jurisprudence constante (voir notamment Cour d'appel de Dijon, 3 juin 1936, *Gaz. Pal.*, 13 juillet 1936) « qu'on doit tenir compte, pour la date de la consolidation de la blessure, non pas d'une con-

solidation apparente, même constatée de façon prématurée par des certificats médicaux et suivie d'une reprise effective du travail, mais bien de la consolidation réelle et définitive. Cette consolidation n'est acquise que lorsque l'accidenté ne ressent plus aucun symptôme qui appelle des soins médicaux ou autres et que rien ne peut plus être fait ou tenté qui puisser modifier son état ».

Au cas où l'accidenté viendrait à décéder postérieurement à la consolidation et à l'attribution d'une rente, cette rente se serait pas reversible sur la tête de sa veuve. Mais si le décès est une conséquence de l'accident, la veuve pourra prétendre à une rente viagère égale à 20 % du salaire de base.

ASSURANCES SOCIALES

10.388. — Sur la propriété des ordonnances

I

Dans le numéro du 18 novembre 1936 [18 *bis* ; 6-V-36 (?)] XLI 3331 sous l'indication 9.140, Propriété des ordonnances, un confrère proteste et à juste titre contre la garde par les Caisses d'assurances sociales des ordonnances délivrées à nos clients comme contenant des détails confidentiels intéressant le seul malade. Mais la solution préconisée par le ministre comme par vous me paraît pratiquement non conseillable, car ce serait imposer un travail considérable à ces organismes d'où augmentation des frais de gestion et comme ceux-ci ne peuvent être pris que sur les cotisations, ce serait en dernière analyse une diminution du remboursement des prestations et le médecin lui-même pourrait en ressentir les conséquences, son client étant plus « serré ». Mais une ordonnance contient deux parties le *remède* et le mode d'emploi ; c'est ce dernier généralement le plus long, aussi quand je tiens à ce que mon client garde mon papier, je me borne pour l'assurance à inscrire sur celui qui lui est destiné la formule magistrale ou le nom de la spécialité sans autre indication. C'est très rapide et tout le monde est satisfait.

Dr R. G.

II. — 10.725

Je lis toujours avec le plus grand intérêt, toutes vos consultations sur le *Concours* et j'ai vu avec grand plaisir que vous aviez conclu, dans une de vos dernières consultations, à la possibilité pour les malades des Assurances sociales, de conserver leur ordonnance.

Or, j'ai essayé de demander aux malades de me rapporter leur ordonnance ; quelques-uns rapportent

un double dû à l'amabilité du pharmacien, mais tous me disent l'impossibilité de rapporter l'ordonnance réclamée par les Assurances sociales elle-même.

Est-ce indiscret, mon cher confrère de vous demander si vous vous êtes appuyé sur un texte précis ?

Est-il possible de le mettre devant les yeux des malades pour qu'ils disent aux Assurances sociales de leur permettre de conserver leur ordonnance, ce qui est si utile pour eux comme pour le médecin ?

Dr G.

Réponse

Notre réponse relative à la propriété des ordonnances délivrées par un médecin à un assuré social est fondée, tout d'abord, sur les principes du droit commun : par suite du contrat intervenu entre un médecin et son client, ce dernier a droit à l'ordonnance que lui fournit le médecin et la délivrance de cette ordonnance constitue une exécution partielle de ce contrat. Il importe peu qu'il s'agisse d'assurés sociaux puisque, d'après les principes du régime des Assurances sociales, le médecin n'a aucun lien de droit avec les Caisses et doit considérer ses clients assurés comme des clients ordinaires. Il est donc incontestable qu'au sortir du cabinet du médecin, l'assuré social est propriétaire de « l'instrumentum » constitué par le papier sur lequel est rédigée cette ordonnance et que la Caisse d'assurances sociales ne peut invoquer aucun droit sur elle. Certes, les Caisses sont fondées à demander la production des ordonnances de leurs assurés afin d'exercer leur contrôle médical et de calculer la part qu'elles ont à rembourser à ces derniers en vertu de leur tarif de responsabilité ; mais l'ordonnance médicale ne doit être fournie à la Caisse qu'en communication ; cette dernière, si elle entend en conserver trace dans son dossier, doit en prendre copie et remettre l'original à son assuré.

Mais la chose est d'autant plus certaine qu'elle est affirmée par une réponse ministérielle n° 10.554 parue au *Journal Officiel* du 23 mars 1935. Le ministre du Travail, consulté par M. Taittinger, sur le point de savoir si les Caisses d'assurances sociales sont en droit de conserver les ordonnances médicales qui sont la propriété des malades et contiennent souvent des indications nécessaires au traitement, a répondu que lorsque l'assuré en fait la demande, la Caisse primaire doit lui rendre l'ordonnance médicale et en conserver un copie comme pièce comptable.

Par conséquent, les principes juridiques et les injonctions administratives sont, en l'espèce, pleinement d'accord et les pratiques des Caisses d'assurances sociales sont donc dénuées de tout fondement.

10.331. — Situation d'un jardinier de plus de 60 ans à l'égard des Assurances sociales

De par un véritable Gentlemen's-Agrement, mon jardin est entretenu par un homme de 70 ans, qui vient à ses jours, à ses heures, qui utilise les outils que je renouvelle, — en échange d'un salaire de 250 francs par mois (3.000 francs par an car notre contrat tacite vaut d'une Toussaint à l'autre).

Il n'est pas inscrit aux Assurances sociales et n'en veut pas entendre parler, n'en pouvant rien attendre.

Mais, moi, je ne suis pas quitte pour si peu.

a) Que dois-je faire ?

b) Que dois-je faire s'il refuse de me faire connaître ses lieu et date de naissance ? (C'est le cas !)

Dr C.

Réponse

Sous le régime des Assurances sociales institué par la législation de 1928-1930, on aurait pu contester que votre jardinier avait la qualité d'assuré obligatoire puisqu'il n'y avait pas à proprement parler entre lui et vous de contrat de travail, c'est-à-dire pas de lien de subordination, ce jardinier travaillant comme il l'entendait et avec ses propres outils. Mais d'après l'art. 1er du décret-loi du 28 octobre 1935 instituant le nouveau régime des Assuarnces sociales, le champ d'application de l'assurance obligatoire a été étendu non pas seulement à tous les salariés de façon générale, mais « aux personnes de l'un ou l'autre sexe travaillant à quelque titre et en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs, quand leur rémunération totale annuelle, quelle qu'en soit la nature, ne dépasse pas 21.000 francs. »

Il est certain toutefois qu'en l'espèce votre jardinier ne peut plus bénéficier des Assurances sociales puisqu'il a dépassé l'âge de 60 ans. Mais en vertu de l'art. 3 du décret-loi, vous n'êtes pas pour cela délié de toute obligation. Vous êtes au contraire redevable au Service régional des Assurances sociales, de la contribution patronale qui s'élevait pour 1936 à 3,50 % du salaire total, y compris les avantages en nature, et à partir du 1er janvier 1937 à 4 % de ce salaire. Les cotisations doivent être versées dans les mêmes conditions que pour les assurés obligatoires, c'est-à-dire dans les dix premiers jours de chaque trimestre par payement en espèces à la Poste ou par virement de chèque postal. Ces contributions vont à un fonds de majoration et de solidarité destiné à permettre aux Caisses d'assurances sociales l'octroi aux assurés de prestations excédant leurs droits légaux.

Le but de cette cotisation patronale obligatoire est évidemment d'éviter que l'application des Assurances sociales aux salariés de moins de 60 ans ne vienne défavoriser ces derniers sur le marché du travail.

10.125. — Les Assurances sociales s'appliquent-elles à une affection antérieure à la loi ?

Une de mes clientes (femme de 45 ans) a eu un mal de Pott en 1929, soigné par un confrère aujourd'hui décédé. Depuis sa guérison elle porte un corset qui lui est à mon avis indispensable. Elle vient me voir il y a quelques jours et son corset étant usagé je lui en prescrit un neuf au titre d'assurée sociale.

Les Assurances sociales refusent de rembourser le prix du corset sous prétexte que le mal de Pott est antérieur à l'existence des Assurances sociales. Depuis qu'elles sont mises en vigueur ma cliente a effectué régulièrement ses versements.

Je vous serais reconnaissant de me dire si la thèse de la Caisse est justifiée, et dans le cas contraire comment ma cliente peut-elle faire valoir ses droits ?

Un semblable cas ne se produit pas tous les jours aussi suis-je obligé d'avoir recours à vous. Veuillez me répondre par le journal.

Dr B.

Réponse

Conformément aux principes généraux en matière d'assurances, suivant lesquels un contrat de cette nature ne saurait couvrir des éventualités déjà réalisées à son point de départ, les Caisses d'assurances sociales sont, en effet, fondées, en principe, à refuser le versement de leurs prestations pour des lésions ou affections antérieures à la mise en vigueur du régime des Assurances sociales ou à l'immatriculation des assurés. Cette règle, qui ne résulte d'aucun texte légal, est cependant admise par la doctrine et la jurisprudence, de manière constante (voir notamment, réponse ministéirelle n° 2.380, *Journal Officiel* du 12 janvier 1934 ; Trib. civ. d'Avesnes, 25 octobre 1934).

Mais cette règle ne saurait nullement faire l'objet d'une application rigoureuse car elle conduirait, dans ce cas, à des solutions tout à fait injustes et priverait, bien souvent, de toutes prestations, les assurés qui ne seraient pas nés après la mise en vigueur des Assurances sociales. Il faut, au contraire, limiter les résultats absurdes auxquels elle pourrait conduire par l'application de la théorie de la rechute consacrée, sous le nouveau régime par l'article 6 paragraphe 13 du décret-loi du 28 octobre 1935 ; autrement dit, on devra considérer comme maladie nouvelle, donc postérieure à l'immatriculation de l'assuré, toute rechute d'une affection antérieure survenant plus de deux mois après la fin de la période de maladie primitive ou la guérison apparente ; par guérison apparente, il faut entendre la stabilisation de l'affection dispensant l'assuré de recourir aux soins médicaux ou pharmaceutiques et lui permettant de vaquer à ses occupations habituelles. La définition de la

rechute est, évidemment, inverse de celle de la guérison et on devra donc considérer comme indemnisable par les Assurances sociales, toute nouvelle phase d'activité de la maladie primitive.

Il semble bien résulter, en l'espèce, des indications que vous nous donnez, que votre cliente avait été, en 1929, considérée comme guérie. Puisqu'elle est venue vous consulter récemment pour cette même affection, il faut en conclure, sans doute, que celle-ci s'est réveillée dans une certaine mesure et qu'il y a eu rechute. Par conséquent, votre cliente est fondée à demander à sa Caisse, le versement des prestations en nature et en espèces de l'assurance maladie et si on lui oppose un refus, elle doit poursuivre sa Caisse devant la Commission d'arrondissement de son siège, par lettre recommandée adressée au président de ladite Commission au Greffe du Tribunal civil, dans les dix jours de la notification du refus.

10.446. — Droit à l'assurance-invalidité

J'ai soigné depuis l'an dernier, une jeune femme tuberculeuse, assurée sociale. Je l'ai envoyée ensuite en sana. Après trois semaines de séjour on l'a renvoyée « pour exitus proche ». Et les six mois de prestations ont passé. A ce moment nous avons négligé de demander le bénéfice de l'assurance-invalidité, pensant toujours à cet « exitus » prédit. Mais ma malade se maintient et se défend. Il y a actuellement seize mois que les six mois de prestations ont pris fin, et qu'elle n'a reçu aucune aide de la Caisse, dont son mari fait d'ailleurs toujours partie et à qui il n'a jamais cessé de payer les cotisations.

Je voudrais donc savoir s'il est possible d'obtenir un secours de quelqu'un pour elle. Peut-elle compter encore sur la Caisse d'assurances ? Est-il encore possible de la classer invalide ? Sinon peut-elle demander l'aide de sa commune ou de son département, car enfin, il est trop simple de renvoyer les gens chez eux « en prévoyant un exitus proche », pour pouvoir les laisser se débrouiller seuls depuis seize mois ?

Je serais heureux si vous pouviez me dire ce que je dois faire pour apporter un peu de secours à ces ouvriers que cette longue maladie oblige à de gros sacifices.

Dr L.

Réponse

Votre cliente n'est nullement, en l'espèce, déchue de ses droits à l'assurance-invalidité ; elle peut au contraire, prétendre au versement d'une pension si elle est actuellement atteinte d'une incapacité de plus des deux tiers et si, d'autre part, elle a rempli les conditions de versements requises (à savoir si elle a subi par précompte, sur son salaire une retenue égale au moins à 60 francs au cours de chacune des deux

années précédant la première constatation médicale de la maladie. En effet, d'après l'article 10 du décret-loi du 28 octobre 1935, la pension a effet à compter du premier jour du mois suivant celui au cours duquel la demande a été présentée par l'intéressée. Il suffit donc que votre cliente fasse actuellement cette demande qui doit être adressée à la Caisse primaire de l'assurance-maladie à laquelle elle a été affiliée. Cette demande doit comprendre : la carte d'immatriculation dans l'assurance obligatoire, un certificat du médecin traitant établi sur un modèle officiel attestant que l'affection ou l'infirmité dont est atteint l'assuré réduit au moins de deux tiers sa capacité de travail, un extrait de son acte de naissance, et, si elle a des charges de famille, un extrait de l'acte de naissance de chacun de ses enfants à charge.

Le non-paiement des cotisations par cette assurée pendant seize mois n'a pas d'importance à cet égard puisque, ainsi que nous vous le disions plus haut, les droits de l'assurée sont déterminés d'après le trimestre de référence précédant la première constatation médicale de la maladie ayant occasionné l'invalidité.

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

11.311. — Dispense de déclaration des armes réglementaires des officiers de réserve

Ainsi qu'en témoigne la lettre ci-jointe, je vais recevoir un pistolet automatique réglementaire au titre d'officier de réserve.

Suis-je tenu d'en faire la déclaration à la sous-préfecture ? Il me semble avoir lu dans le *Concours* que ce n'était pas indispensable. Je désire en effet éviter cette formalité si je le puis. Voulez-vous me fixer sur ce point.

Dr G.

Réponse

En vertu de l'article 7 du décret du 22 novembre 1935, relatif à la déclaration des armes, les officiers d'active et de réserve sont dispensés de cette formalité pour les armes réglementaires qu'ils ont l'obligation de détenir.

Puisqu'en l'espèce le pistolet automatique que vous vous êtes procuré conformément aux instructions de l'armée, est de modèle réglementaire, vous n'avez donc aucune formalité à remplir à ce point de vue.

APPLICATION DU TARIF DES SOINS AUX PENSIONNÉS DE GUERRE

10.918. — Série d'injections

Au cours du deuxième trimestre 1936 j'ai soigné deux bénéficiaires de l'art. 64 pour séquelles de fractures l'un de cuisse, l'autre de cheville ; les troubles circulatoires et algiques présentés rendaient leur métier fort pénible sinon impossible à ces deux cultivateurs .

Je leur ai fait à chacun une série de cinq injections d'acétylcholine à 0,02 qui les a grandement améliorés (pour avoir un résultat durable j'estime qu'il aurait fallu deux ou trois séances supplémentaires).

Je reçois aujourd'hui une lettre de la Commission de contrôle me reprochant le nombre élevé de ces visites et refusant de me payer l'indemnité kilométrique pour ces deux malades.

Voudriez-vous me faire savoir s'il me faut désormais soigner mes malades médicalement en perdant mes honoraires, ou administrativement.

Dr S.

Réponse

L'art. 18 porte : « lorsqu'au cours du traitement le médecin traitant estime nécessaire soit ..., soit..., soit une série de plus de cinq interventions à tarif spécial, il doit en donner avis dans les vingt-quatre heures à la Commission de contrôle ». N'ayant pas fait une série de plus de cinq interventions à tarif spécial à chacun de vos deux malades, vous n'aviez pas à en « donner avis ». Voilà déjà un point fixé.

Reste le reproche d'abus de visite. Le plus simple est d'expliquer techniquement à la Commission de contrôle (en pratique à son secrétaire qui est toujours un médecin) pourquoi et dans quel but, vous avez fait ces injections et pourquoi les malades n'ont pu se rendre à votre cabinet pour les recevoir, au lieu d'obliger le Service des soins à vous payer des frais de déplacement. Ce sont ces frais seuls, en somme, que vous avez à justifier.

Dr F. Decourt.

APPLICATION DU TARIF DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

10.850. — Sutures multiples, etc.

Je vous serais très obligé de me faire connaître dans vos demi-colonnes du journal quelle interprétation exacte il faut donner à l'article 17 du Tarif des accidents du travail :

Suture simple de la peau : 25 francs ; sutures multiples sur un même membre ou parties voisines du corps, 40 francs.

Par exemple dans quelle catégorie rentrent cinq points de suture sur une plaie de la paume de la main ?

Est-ce dans la première, ainsi que me le soutient une Compagnie d'assurances ?

Dr G.

Réponse

Dans l'ancien tarif on divisait les sutures suivant qu'elles comportaient « un ou deux points » d'une part ou « plus de deux points » d'autre part. Dans le nouveau tarif on les divise suivant qu'il y a « suture simple » d'une seule venue (25 francs) ou « sutures multiples », c'est-à-dire diverses sutures séparées et portant sur des endroits différents d'un même membre ou parties voisines (40 francs). Enfin si vous avez à faire une suture au bras et une à la jambe par exemple, il s'agit de deux sutures simples ; soit 25 francs + 25 francs = 50 francs, en vous basant sur l'art. 14 (actes médicaux multiples).

Dr F. Decourt.

10.911. — A propos d'interdiction ou non du cumul

Dans votre conseil 9.362, je lis une fois de plus que vous conseillez de compter en un seul bloc : consultation et pansement plus injection antitétanique. C'est ainsi que j'agis, mais ce n'est pas logique. En effet, quand vous avez fait : consultation plus pansement : premier acte médical qui suffit à valoir une rémunération, si vous ajoutez ce second acte (pas toujours nécessaire) : injection antitétanique, acte médical nécessitant une prolongation de votre visite, des manœuvres spéciales, pouvant être un acte isolé et qui, à ce titre, vaudrait à lui seul une rémunération, j'estime que la situation est la même que quand vous exécutez : consultation plus suture = première rémunération ; puis injection antitétanique = deuxième ·émunération.

Dans le cas cité plus haut, il serait donc logique de compter :

Consultation, pansement	15 francs
Injection de sérum antitétanique	20 francs

La question étant ainsi posée, je vous demanderais de vouloir bien la discuter dans un prochain numéro du *Concours*. Moi, elle m'embarrasserait sérieusement

Dr L.

Réponse

Je ne puis, dans mes réponses discuter le tarif, même lorqu'il peut ne pas m'apparaître logique. Je donne des avis sur l'application du tarif tel qu'il est et ne puis sortir de ce postulat. Il résulte de l'art. 13 qu'on ne peut *cumuler* un acte opératoire (injection antitétanique) avec le prix de la visite ou consultation (que celles-ci soient avec ou sans pansement, c'est la même chose, art. 1er). Il résulte de l'art. 14 qu'on peut

cumuler des actes médicaux multiples, donc : 1° suture, 2° injection antitétanique. Comme vous le voyez il y a là, d'après le tarif même deux situations différentes, dont je n'ai pas le droit de ne pas tenir compte. Que ce soit logique ou non (personnellement je n'y vois rien d'illogique) cela n'est plus de mon ressort mais de celui de la Commission du tarif tout entière, dont je ne suis que « pars minima ».

Dr F. DECOURT.

11.371. — 1° Radiologie intestinale ; 2° Injections « sclérosantes »

Dans le numéro du 6 décembre 1936 du *Concours*, vous mettez, en réponse à un lecteur :

Radioscopie estomac avec un cliché K10 (radio dix).

Duodénum en série K 16 (radio seize).

Total : : K10 + K16 à marquer sur la feuille.

Or jusqu'ici, j'appliquais les tarifs suivants :

Radioscopie estomac avec une radiographie K11 (300 francs) (radio onze).

ou bien :

Estomac et duodénum avec radiographies de l'un et de l'autre K 12 (400 francs) (radio douze).

Pouvez-vous me dire, si je me suis trompé dans l'application du tarif ? Quelle ligne suivre ?

Par ailleurs, comment puis-je compter les injections sclérosantes pour hémorroïdes ? Je prends d'habitude 100 francs pour chaque piqûre, et il en faut six au minimum, douze au maximum. Je prends 80 francs aux Assurances sociales. Je ne vois « injections sclérosantes hémorroïdaires » tarifées nulle part.

Dr F.

Réponse

1° *a*) Il n'y a pas de K11 dans la nomenclature, mais K10 et à la page suivante K12 ;

b) A K12, on lit « étude de l'évacuation intestinale avec calque (donc pas de cliché radiographique) ;

c) A K16 on lit : « radiographies en série du tube digestif (indépendante de l'examen » (là il s'agit de clichés) ;

2° Quant aux injections sclérosantes, qu'elles soient faites en un endroit quelconque, je ne vois pas qu'il y ait là autre acte technique qu'une injection intraveineuse qui doit donc être payée comme telle, suivant le Tarif syndical régional. A titre d'indication, je puis vous dire qu'en matière d'accident du travail, on lit dans le Tarif « injections intraveineuses : isolée = 30 francs ; en série = 25 francs (art. 1)6).

Dr F. DECOURT.

1937

De haillons vêtue,
Les pieds nus,
La tête basse,
Elle est bien lasse
L'Année qui s'en va,
A sa place viendra
La jeune, la pimpante,
Au début toute souriante
L'année nouvelle .....
Mais que nous donnera-t-elle ?
On la fête, on l'attend,
En son honneur on prend
Du Champagne mousseux,
On est tout heureux...
C'est une Inconnue,
Qui à nous est venue,
Nous apporter... Quoi ?
On ne sait, mais on boit,
On s'amuse, on rit
On espère que d'une vie
Pleine de joie, de bonheur
Elle est le porteur.....
Viens, vite, qu'on te voie,
Viens vite, qu'on entende ta voix...
Viens nous dire
Que pour nous l'avenir
Réserve des heures
Douces et pleines de bonheur...
Viens nous dire,
Que partout des sourires
Des succès nous trouverons,
Qu'heureux nous serons...
Viens nous donner du courage,
Viens et soulage
Notre cœur fatigué,
Notre tête surmenée...
Vive l'Année nouvelle !
Elle est jeune, elle est belle,
Vive l'Année nouvelle !.....

Dr I. Matoussévitch.

Téhéran, le 21 décembre 1936.

Cinquante-neuvième année   N° 4   24 Janvier 1937

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	60 fr.	Belgique et Luxembourg...	70 fr.
Etudiants	35 fr.	Première Zone	85 fr.
Le Numéro..........	1.25	Deuxième Zone	110 fr.

Renseignements

AVIS

Agenda Memento du Praticien

Nous disposons encore de quelques volumes et nous informons nos lecteurs qui auraient omis de souscrire, que nous sommes à leur disposition pour leur envoyer l'Agenda Memento du Praticien, en versant immédiatement la somme de 30 francs à notre compte de chèques postaux : *Concours médical*, Paris 167-95.

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du Concours Médical, Paris 167-95.

Nº 16. — Excell. poste pour jne doct. franç. dans commune 4.000 hab. sans médec., plus gr. possibil. aux alentours, surt. ass. soc., à 1 h. 1/4 Paris. Ecr. titre et *curric. vitæ.*

Nº 17. — Laborat. dem. dans chaque centre import. méd. ou pharm. installé depuis plus. années. Pas d'apport financier.

Nº 18. — Méd. actif, ayant voiture, ferait remplacem., préfér. dans région Aisne et Nord.

Nº 19. — Nouvellement installé dans excell. rég. comme propharm. et dentiste, jeune confr. désire contract. un prêt d'une petite somme pour parfaire son installat.

Nº 20. — Doct. posséd. auto, cherche remplacem. Aiderait confr. surchargé ou clinique.

Nº 21. — Dr Cain, à Paris (tél. Vaug. 62-80) recomm. spécialem. aide-infirm. cinquant. pour stéril., téléph., ménage, garde enfants, qui l'a servi avec dév. et honnêt. A été 7 ans chez dentiste.

Nº 22. — Doct. Faculté Paris, au courant dermatol. syphiligr., pédiatrie, cherche à reprend. poste méd. centre ouvrier, banlieue Paris. Facilités matérielles demandées. Urgent.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet Breitel & Goret,

1, rue Dante, Paris (5e). Tél. : Odéon 36-46

Normandie. Chef-lieu canton, environs grde ville, très import. client. grde habitat. Prix : 70.000, 40.000 cpt.

Deux heures Paris. Petit centr. industr., bon poste ancien (méd. gle, acc. trav.), maison 10 p. Prix : 50.000, 30.000 fr. cpt.

Dordogne. Très anc. client. Seul médecin, gros rapport. Maison agréable 13 p. Prix : une demi-annuité.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Clinique obstétricale Baudelocque** (121, boulevard de Port-Royal). — *Un cours de perfectionnement* aura lieu à la Clinique Baudelocque, du 1er février au 13 mars 1937, sous la direction du Professeur Couvelaire. Il comprendra un stage clinique, des conférences et des exercices pratiques individuels d'opérations obstétricales.

Pour renseignements, s'adresser à M. le chef de clinique. S'inscrire au secrétariat de la Faculté. Droit : 800 francs.

— **Société médicale des hôpitaux de Paris.** *Bureau pour* 1937. — Le bureau pour 1937 est composé de MM. Milian, président ; Guillain, vice-président ; Cl. Gautier, secrétaire général ; Debrey, trésorier ; Mollaret et Cachera, secrétaires annuels.

Conseil d'administration : MM. Guy Laroche, Duvoir et Huber. Conseil de famille : MM. Rathery et Pagniez.

— **Hôpital Raymond-Poincaré, à Garches.** — Au Conseil municipal de Paris, M. Mourier, directeur de l'Assistance publique, et M. de Fontenay, rapporteur du budget de l'Assistance, ont annoncé l'ouverture prochaine de l'hôpital Raymond-Poincaré, à Garches. Cet établissement hospitalier, qui comprend 1.200 lits, est appelé à recevoir les malades chroniques qui trop fréquemment encombrent les hôpitaux parisiens.

— **Médaille du Docteur Lesné.** — Les élèves et les amis du Docteur Edmond Lesné, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Trousseau, ont décidé, en témoignage de leur affection et de leur reconnaissance, de lui offrir une médaille dont l'exécution a été confiée au Maître graveur Armel Beaufils.

Toute souscription de 100 francs donnera droit à une reproduction de la Médaille.

Envoyer les souscriptions par chèque, chèque postal (Paris 599) ou mandat au trésorier, M. Georges Masson, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe).

— **XIVe Salon des Arts ménagers,** 28 janvier-14 février 1937. *Journées des Economes*, 4-5-6 février 1937. Grand-Palais, Paris. — Le Salon des Arts ménagers organise à l'occasion de sa XIVe Exposition trois « Journées des Economes » à l'intention des Economes des établissements publics et privés et des gestionnaires d'hôpitaux. Divers avantages sont réservés aux adhérents à ces journées (réduction sur les chemins de fer, carte donnant droit à six entrées au Salon, prix d'hôtel réduits). Inscriptions jusqu'au 24 janvier. Adresser les adhésions au Commissariat général au XIVe Salon des Arts ménagers, Grand Palais, avenue Alexandre III, Paris (VIIIe).

— **Société internationale des médecins des Universités françaises.** — La séance solennelle de la Société internationale des médecins des Universités françaises a eu lieu le lundi 18 janvier 1937, à 20 h. 30, à la Maison internationale, cité universitaire, 21, boulevard Jourdan, sous la présidence d'honneur des Professeurs J. Perrin, sous-secrétaire d'Etat à la Recherche scientifique, prix Nobel, et H. Roger, doyen honoraire de la Faculté de médecine de Paris.

— **Société des chirurgiens de Paris.** *Bureau pour* 1937. — Le Bureau, pour l'année 1937, de la Société des chirurgiens de Paris est ainsi constitué :

Président : M. Planson ; vice-président : M. Guisez ; secrétaire général : M. Ch. Buizard ; secrétaire général adjoint : M. Etienne Bernard ; secrétaires des séances : MM. Diamant-Berger et Vidal-Naquet ; trésorier : M. Burty ; trésorier adjoint : M. Laurent.

— **Mariage.** — Nous apprenons le mariage, célébré le 22 décembre 1936, du Docteur Herbert TUCHMANN, licencié ès-sciences, avec Mademoiselle Yvonne JAURAND, fille de Monsieur Charles Jaurand, directeur de la Banque de France en retraite, et de Madame Charles Jaurand, née Baronne de Endé.

Les témoins étaient : pour la mariée, le Docteur Renault, membre de l'Académie de médecine, et pour le Docteur Tuchmann, Madame Janicot.

Nos meilleurs souhaits de bonheur aux jeunes époux.

— **Nécrologie.** — Le Docteur ROVILLE, d'Amiens, *victime du devoir professionnel.* — Les obsèques du Docteur Roville, médecin du Bureau de bienfaisance, mort victime du devoir professionnel, d'une fièvre typhoïde contractée auprès d'un de ses malades, ont eu lieu le 7 janvier, à Amiens.

Notre regretté confrère a été cité à l'Ordre de la Nation et fait chevalier de la Légion d'honneur, à titre posthume. La croix a été épinglée sur son cercueil par le Préfet de la Somme.

— **Bureau de voyages du « Concours Médical ».** — *Croisière de Pâques.* — Une croisière en Méditerranée sera organisée à Pâques. Le départ est fixé au 20 mars et le retour au 11 avril, au même port (Susak).

Elle permettra de visiter successivement la Dalmatie, la Grèce, Istanbul, Rhodes, la Syrie, l'Egypte, etc., et des escales sont prévues aux principaux points intéressants.

Le voyage sera effectué sur le paquebot « Kraljica Marya » (Reine-Marie), splendide unité yougoslave de 17.000 tonnes, offrant le confort le plus moderne.

Les lecteurs intéressés par cette croisière peuvent se faire connaître dès maintenant au Bureau de Tourisme du *Concours Médical*, qui leur adressera toute la documentation nécessaire.

Les prix sont actuellement à l'étude et seront publiés avec tous détails, dans notre prochain numéro.

A TRAVERS L'OFFICIEL

6 SANVIER

Stations hydrominérales et climatiques

Liste des stations hydrominérales, climatiques et uvales à la date du 1er janvier 1937

Cette liste sera publiée ultérieurement.

7 JANVIER

Citation à l'Ordre de la Nation

Le Gouvernement de la République française cite à l'ordre de la nation :

M. Roville (Georges-Jules-Elisée), docteur en médecine, médecin du bureau de bienfaisance de la ville d'Amiens, décédé des suites d'une fièvre typhoïde contractée au cours de l'exercice de ses fonctions.

Praticien de haute tenue morale, de grande valeur professionnelle qui a toujours fait preuve, au cours de sa carrière, des plus grandes qualités de dévouement et de désintéressement. A toujours donné l'exemple du devoir accompli au prix des plus grands sacrifices.

Cette citation est suivie de la promotion dans la Légion d'honneur, à titre posthume, de M. le Docteur Roville.

Hygiène publique

Arrêté du 4 janvier 1937 établissant la liste des maladies à déclaration obligatoire en Nouvelle-Calédonie et indiquant comment cette déclaration devra parvenir aux autorités sanitaires.

Cet arrêté sera publié ultérieurement.

8 JANVIER

Enseignement

Décret du 31 décembre portant création d'une classe exceptionnelle pour les professeurs de Faculté

Ce décret sera publié ultérieurement.

Lutte antivénérienne

Décret du 31 décembre 1936 organisant les services de prophylaxie des maladies vénériennes

Ce décret sera publié ultérieurement.

Service de santé militaire

Par décret du 3 janvier 1937 sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé et, par décision ministérielle du même jour, reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de médecin sous-lieutenant

Les méd. auxil. titul. du B. P. M. S. ci-après désignés : (rang du 20 nov. 1936) Laurence, 23e sect. inf.

milit., aff. 20e rég. ; (rang du 2 nov. 1936) Loubet, 15e sect. inf. milit., aff. 15e rég.

9 JANVIER

Assistance

Décret du 2 janvier 1937 portant organisation de l'inspection générale des services de l'enfance

Ce décret sera publié ultérieurement.

10 JANVIER

Hygiène publique

Décret du 30 décembre 1936 créant au ministère de la Santé publique une Commission permanente de documentation.

Circulaire relative à la lutte contre la diffusion des maladies vénériennes par la prostitution libre ou réglementée.

Ce décret et cette circulaire seront publiés ultérieurement.

Circulaire relative à la prophylaxie de l'influenza

Le ministre de la Santé publique, à MM. les Préfets

Paris, le 9 janvier 1937

Il résulte d'informations concordantes que la grippe sévit actuellement en Europe et notamment dans les pays voisins du nôtre, avec une intensité anormale qui peut faire prévoir son expansion pandémique désignée scientifiquement sous le nom d'« influenza ».

Bien que, jusqu'à présent, nos populations aient été relativement épargnées, on n'en doit pas moins, dès maintenant, pour éviter d'être pris au dépourvu, recourir à certaines précautions et faire au public, sans l'alarmer inutilement, les recommandations indispensables.

Il est avéré que les réunions importantes dans des endroits confinés ou encombrés, offrent à l'influenza des conditions extrêmement favorables à sa diffusion. On s'interdira, chaque fois que les nécessités de la vie le permettent, de s'enfermer dans des lieux fréquentés du public. Ces prescriptions sont particulièrement impérieuses à l'égard des enfants en bas âge, des personnes âgées ou affaiblies.

Lorsqu'en dépit de ces précautions une personne ressent les signes avant-coureurs très connus (frissons, courbature, fièvre, sensation de chaleur à la gorge, enchifrènement, etc.), elle doit dans son intérêt, en raison de la gravité des complications qu'une grippe même fruste peut occasionner, rester à son domicile et faire appeler un médecin, cette affection étant d'autant moins grave qu'elle est soignée plus précocement.

L'extrême diffusibilité de la maladie imposant aux autorités sanitaires le devoir d'intervenir dès qu'un foyer d'influenza s'est manifesté, il y a lieu

d'obtenir des praticiens qu'ils déclarent, bien qu'ils n'y soient pas tenus légalement, tous les cas compliqués d'affection pulmonaire ou autre.

De même, vous voudrez bien vous entendre avec les Administrations hospitalières, civiles et militaires, pour qu'elles vous fassent connaître les cas d'influenza en traitement dans leurs établissements, pour assurer dans les hôpitaux civils l'isolement des malades, au besoin par des moyens de fortune, et enfin pour constituer des provisions de médicaments, notamment des produits biologiques, susceptibles de combattre les complications de l'influenza (sérums et vaccins).

Vous voudrez bien donner à celles de ces recommandations qui s'adressent au public, toute la diffusion désirable, notamment par voie d'insertions dans la presse locale.

Je vous prie, de me tenir au courant des foyers d'influenza qui seraient éventuellement constatés sur le territoire de votre département.

Henri Sellier.

Réponses des ministres aux questions des parlementaires

Prestations de l'assurance-maternité en cas d'accouchements rapprochés

1.778. — M. P.-O. Lapie expose à M. le ministre du Travail que si des femmes accouchent deux fois en quinze mois ou moins, les dispositions du règlement des Assurances sociales sont telles que, lors de leur deuxième accouchement, elles se voient privées des prestations auxquelles elles ont droit et demande qu'une circulaire permette aux Services régionaux une interprétation plus logique de la loi. (*Question du 28 octobre* 1936).

Réponse. — Lorsque le premier accouchement a eu lieu en 1935 et qu'en raison du repos observé à cette occasion les assurées ne justifient pas d'une retenue minimum de 15 francs pendant le premier des quatre trimestres précédant leur nouvel accouchement, les Caisses primaires peuvent, à titre exceptionnel, accorder les prestations maternité en nature et en espèces à ces assurées sous réserve que celles-ci aient bien cotisé le minimum légal de 60 francs au cours des quatre trimestres précédant le nouvel accouchement. Pour le calcul des indemnités de repos pré- et post-natal, les assurées sont, dans ce cas, considérées comme ayant cotisé le minimum légal de 15 francs au cours du premier des quatre trimestres. D'autre part, l'article 9 paragraphe 9, du décret-loi du 28 octobre 1935, prévoit le versement d'une cotisation forfaitaire de 24 francs au compte de l'assurée qui bénéficie des prestations-maternité et qui cesse tout travail salarié durant au moins six semaines avant ou après son accouchement. Cette disposition, qui a été appliquée à partir du 1er janvier 1936, per-

met aux assurées de ne pas perdre le bénéfice de l'assurance-maternité lorsque le premier des quatre trimestres de référence pour un nouvel accouchement est celui au cours duquel elles avaient précédemment accouché.

(*J. O.*, 8 décembre 1936).

Fonctionnement des sanatoria privés

1.376. — M. Lévy demande à M. le ministre de la Santé publique quelles mesures il compte prendre pour assurer, dans les sanatoria privés, aux malades des Assurances sociales et de l'Assistance médicale gratuite, des conditions meilleures de nourriture, d'hygiène et le respect de la liberté de conscience et d'opinion. (*Question du* 16 *novembre* à1936).

Réponse. — Chaque fois que des faits précis de nature à mettre en cause des actes de gestion hospitalière, susceptibles d'entraver l'attribution des soins, ou de constituer un obstacle au traitement rationnel et à la guérison des malades, sont signalés au ministre de la Santé publique, il est immédiatement procédé à une enquête et toutes les mesures utiles sont prises, pour remédier aux faits dénoncés, s'ils sont établis. Des instructions réglementaires, qui seront prochainement renouvelées, ont été de même adressées aux préfets pour les inviter à assurer le respect rigoureux de la liberté de conscience, dans les établissements soumis au contrôle du ministre de la Santé publique. La liberté de conscience implique, d'une part, une organisation telle qu'aucune entrave ne puisse être apportée au libre exercice des actes religieux que les malades désirent accomplir, dans la mesure où les règles de la discipline générale et de l'organisation normale de l'établissement restent sauvegardées. Elle comporte, d'autre part, l'interdiction rigoureuse au personnel de toute hiérarchie et de toute catégorie, d'exercer la moindre pression, matérielle ou morale, sur les malades et les hospitalisés, en vue de les soumettre à telle obédience politique ou de les amener à accomplir des actes religieux autres que ceux qui résultent d'un désir qu'ils auraient spontanément exprimé. Il sera tenu très sévèrement la main au respect des règles ci-dessus exposées.

(*J. O.*, 24 décembre 1936).

Prélèvement sur les honoraires des membres de la Commission consultative médicale

638. — M. Gaston Moreau expose à M. le ministre des Finances : *a*) que les décrets-lois pris en vertu des lois des 28 février 1934 et 8 juin 1935 ont institué des prélèvements sur les traitements salaires, indemnités et retraites des fonctionnaires de l'Etat ; *b*) que les prélèvements ont été appliqués aux rémunérations des médecins civils de la Commission consultative médicale (C. C. M.) instituée près du ministre des Pensions, de la façon suivante : par décret du 24 avril

1934, ces rémunérations — à l'heure — ont été réduites de 14 francs à 12 francs (soit : 14 francs, 28 p. 100) pour les médecins examinateurs et de 15 à 14 francs (soit : 6 francs, 66 p. 100) pour les médecins vérificateurs et que par décret-loi du 16 juillet 1935, les rémunérations ainsi réduites ont subi une nouvelle réduction de 10 p. 100 ; *c*) que la loi du 20 juin 1936 apportant divers aménagements aux décrets précités, a tendu à les « humaniser » ; *d*) que cette loi a été appliquée aux services du ministère des Pensions, à la date du 10 juillet 1936 et à compter du 20 juin précédent, qu'elle ne l'a pas été aux médecins civils de la C. C. M. ; *e*) que ces textes paraissent faire un seul corps de législation, et demande : 1° si les médecins civils de la C. C. M. n'ont pas droit au bénéfice de la loi qui a « humanisé » les textes qui leur ont été appliqués ; 2° dans l'affirmative, quelles mesures, il compte prendre pour faire bénéficier de cette loi les médecins civils de la C. C. M. dans les mêmes conditions, que les autres services. (*Question du* 30 *juillet* 1936.)

Réponse. — A compter du 20 juin 1936, les honoraires alloués aux médecins civils, membres de la Commission consultative médicale ne sont pas assujettis au prélèvement si leur montant rapporté à l'année est inférieur à 12.000 francs. Au-dessus de ce chiffre le prélèvement est établi selon les taux prévus par le décret du 25 juin 1936.

(*J. O.*, 16 décembre 1936).

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE

« Le Sou Médical »

Au cours de ses réunions des 15 et 29 décembre 1936, le Conseil a prononcé les admissions suivantes :

Admissions

12.223 DEBIDOUR (André), fils, Mont-Dore (Puy-de-Dôme). Parrains : Docteurs Perpère et Debidour.

12.224 FABRE, Sète (Hérault). Syndicat de Sète.

12.225 AUDOLI, Vitry (Seine). Syndicat Banlieue-Sud.

12.226 BELTRAMELLI, Pont-de-Veyle (Ain). Parrains : Docteurs Armand et Tissot.

12.227 BLAIN, Bernay (Eure). Syndicat des médecins de Bernay.

12.228 BLOMME, Marines (Seine-et-Oise). Parrain : Docteur Pigot.

12.229 BOUROULLEC, La Garenne-Colombes (Seine). Syndicat banlieue ouest et nord.

12.230 BRAUN, Paray-Vieille-Poste (Seine-et-Oise). Syndicat médical de Seine-et-Oise.

12.231 BUGEAUD, Lignières (Cher). Syndicat départemental des médecins du Cher.

12.232 CAVE, Montauban (Tarn-et-Garonne). Syndicat médical du Tarn-et-Garonne.

12.233 CHOFFAT, Saint-Quentin (Aisne). Parrains : Docteurs Labisse et Olagnon.

12.234 CLUS, Chauvigny (Vienne). Syndicat médical de la Vienne.

12.235 COLLET, Merville (Nord). Syndicat d'Hazebrouck.

12.236 COTTENCEAU, 73, rue Rochechouart, Paris (IXe). Parrains : Docteurs Renard et Fortier-Bernoville.

12.237 DANIEL, Le Parc-Saint-Maur (Seine). Parrains : Docteurs Debray et Fromentaux.

12.238 DEBRAY, 57, rue Compans, Paris (XIXe). Parrains : Docteurs Thébault et Debray.

12.239 DEMAILLY, Broglie (Eure). Syndicat de Bernay.

12.240 DENOYEL, Charlieu (Loire). Syndicat des médecins de la Loire.

12.241 DOSSER, Poullaouen (Finistère). Syndicat médical de Châteaulin.

12.242 DULOT, Cosne (Nièvre). Parrains : Docteurs Burgeat et Lemaire.

12.243 ECKLÉ, 80, rue Traversière, Paris (XIIe). Parrains : Docteurs Boulard et Bréger.

12.244 FRICOU, 18, rue Gay-Lussac, Paris (Ve). Parrains : Docteur Boudou.

12.245 GILBERT, Oloron-Sainte-Marie (Basses-Pyrénées). Parrains : Docteurs Lantuéjoul et Padovani.

12.246 GIRY, Briey (Meurthe-et-Moselle). Parrains : Docteurs A et P. Giry.

12.247 GRANGE, Pau (Basses-Pyrénées). Syndicat médical du Béarn.

12.248 GUILLAUME, Arles (Bouches-du-Rhône). Syndical médical d'Arles.

12.249 HAU, Méru (Oise). Parrains : Docteurs Baranger et Béranger.

12.250 HÉMERY, Bruay-en-Artois (Pas-de-Calais). Syndicat médical de Béthune.

12.251 HOSTIER, 211, rue Saint-Gênes, Bordeaux (Gironde). Syndicat des médecins bordelais.

12.252 HOUZEL, Boulogne-sur-Mer (Pas-de-Calais). Association des médecins de France.

12.253 KRAVETZ, Préfailles (Loire-Inférieure). Parrains : Docteurs Lanoue et Patron.

12.254 LAIR fils, Congy (Marne). Syndicat médical d'Epernay.

12.255 LAUTIER, Sanary (Var). Syndicat des médecins de Toulon.

12.256 LOUIS, Beaumont-le-Roger (Eure). Syndicat de Bernay.

12.257 MARTIN, 23 *bis*, rue de Constantinople, Paris (VIIIe). Association des anciens externes des hôpitaux de Paris.

12.258 MAZURIER, Rougemont-le-Château (Terr. de Belfort, Syndicat des médecins du territoire de Belfort.

12.259 MINET, 20, rue de Penthièvre, Paris (VIIIe). S. M. S.

12.260 PAULY, 2, rue du Palais-Gallien, Bordeaux (Gironde). Syndicat des médecins bordelais.

12.261 PELLETEUR, Guisgriff (Morbihan). Syndicat médical de Pontivy.

12.262 PENAUD, 17 *bis*, Cours A.-Briand, Bordeaux (Gironde). Syndicat des médecins bordelais.

12.263 PIGÉ, Mirebeau (Vienne). Société de médecine de la Vienne.

Voir la suite page XLVII-245

PROPOS DU JOUR

UN MAITRE A VÉNÉRER, UN EXEMPLE A SUIVRE

Le Docteur Paul LE GENDRE

C'est avec une grande tristesse que nous avons appris la mort d'un vieil et fidèle ami de notre maison, le Docteur Paul Le Gendre, médecin honoraire des hôpitaux de Paris, membre de l'Académie de médecine.

Le Docteur Paul Le Gendre dont la vieillesse a été éprouvée par de cruelles infirmités, bien qu'ayant conservé toute sa lucidité et ses facultés intellectuelles, est décédé à l'âge de 84 ans. Selon ses volontés, il a été incinéré dans la plus stricte intimité.

***

Paul Le Gendre, que ses goûts orientaient vers les études littéraires, aspirait à l'Ecole normale supérieure quand la guerre de 1870 et le hasard de ses relations familiales lui ouvrirent les portes de l'hôpital maritime de Rochefort, où se dévoilèrent ses aptitudes médicales.

Esprit curieux et encyclopédique, il entreprit ensuite ses études médicales, mais il fréquenta en même temps la Sorbonne, l'Ecole de Droit, le Muséum, le Collège de France, de nombreux cercles littéraires et même politiques. En terminant sa scolarité, il s'aperçut que son éducation médicale, toute livresque, ne lui permettait pas en conscience de soigner des malades. Il eut le très rare courage de recommencer ses études en leur donnant une orientation toute clinique. Il devint externe, puis interne des hôpitaux (1881), docteur en médecine en 1886, après seize ans de sérieuses études, fut chef de clinique adjoint à la Faculté, médecin des hôpitaux en 1890, enfin membre de l'Académie de médecine. Médecin de territoriale en 1914, il assura le service d'hôpitaux militaires malgré ses 60 ans. Officier de la Légion d'honneur, il reçut en outre, la médaille d'or des épidémies. Le doyen de la Faculté le chargea de l'enseignement propédeutique et clinique pour les stagiaires à l'hôpital Lariboisière.

A cet enseignement Paul Le Gendre ajouta celui de la Déontologie. Il fit en 1899 à l'Hôtel des Sociétés Savantes, puis à la Faculté en 1900, en collaboration avec le Professeur agrégé G. Lepage, accoucheur des hôpitaux, (un autre ami et de la première heure du *Concours Médical*), des conférences de déontologie qui furent publiées en 1901, sous le titre : *Le Médecin dans la société contemporaine.*

Le Docteur Paul Le Gendre était, avons-nous dit, un ami du *Concours Médical*, ami de la toute première heure. Il fut même sous le pseudonyme de Paul Gerne, secrétaire de la rédaction et collaborateur assidu de notre journal. S'il s'en éloigna un peu, avec son ami Gabriel Lepage ; c'est qu'abordant les concours, il lui aurait été sans doute nuisible d'entretenir des relations trop étroites avec un organe qui alors paraissait poursuivre des buts et tenter des innovations quelque peu hérétiques pour les milieux médicaux officiels. Malgré cela, Paul Le Gendre conserva toujours des sentiments de grande et affectueuse sympathie pour le *Concours Médical* et ses œuvres. Nous en avons la preuve dans ses écrits et dans la correspondance affectueuse qu'il échangea avec notre regretté Duchesne et avec nous à la veille même de sa mort.

Au cours de l'an dernier, Paul Le Gendre qui cherchait un dérivatif à ses souffrances physiques et morales dans des travaux d'érudition et dans la poésie, nous adressa un savant article intitulé : *Le séjour du Docteur Albert Haller à Paris en 1728 : botanique, poésies, flirt et dissection*, publié dans notre numéro supplémentaire de mai 1936, et deux pièces de vers



intitulées : *Anthologie. Les pigeons militaires. I. Les courriers de Paris assiégés en* 1870. II. *Les pigeons de Verdun en* 1916, parues le 25 octobre 1936.

Une lettre, datée du 2 octobre 1936, fut la dernière que nous avons reçue de lui ; nous ne pouvons la publier, car certains passages sont d'ordre trop intime.

Pour bien montrer en quelle estime il tenait le *Concours Médical* et ses fondateurs, nous reproduirons quelques passages empruntés à l'ouvrage qu'il fit paraître en collaboration avec Gabriel Lepage en 1902 : *Le médecin dans la société contemporaine* (1). Nous lisons dans l'Introduction :

« Nous nous garderions d'oublier combien a été utile pour nous la collection du journal *Le Concours Médical* où depuis plus de vingt ans ont été traitées avec tant de compétence la plupart des questions d'intérêt professionnel, par les Docteurs A. Cezilly, Gassot, Maurat, Jeanne etc... et tant d'autres confrères, habitués à résoudre les problèmes de conduite professionnelle qui surgissent chaque jour dans la vie du praticien. »

Plus loin il fait l'éloge de l'*Association amicale des médecins français*, devenue notre *Mutualité familiale* « fondée, écrit-il, en 1894 sous les auspices du *Concours Médical* qui n'en était pas à sa première création utile. »

A propos du chapitre les *Œuvres de Défense professionnelle*, il montre le rôle de premier plan que la *Société civile du Concours Médical* joua dans la naissance du syndicalisme médical, dans l'élaboration de la loi Chevandier sur l'exercice de la médecine, dans la création du Sou Médical.

Mais ce fut surtout dans la Préface dont il honora les *Eléments de déontologie appliquée* de Gaston Duchesne (2) qu'il fit l'exposé de ses relations avec le *Concours Médical* et exprima le mieux ce qu'il pensait de notre œuvre :

« A la fin de ma scolarité, écrit-il, et au début de ma pratique, j'ai eu cette bonne fortune d'être l'auditeur « tout oreilles » de ce groupe de praticiens respectés qu'avait su rallier autour de lui le Docteur Cézilly, pour fonder son œuvre du *Concours Médical.*

J'ai beaucoup appris de ces hommes dont j'aime à évoquer la mémoire... Tous braves gens, rompus à la pratique, pleins d'ardeur pour la défense des intérêts du Corps médical, mais qui ne réclamaient leurs droits qu'après avoir rempli tous leurs devoirs sociaux.

C'est à les fréquenter que je me suis initié à la Déontologie et que j'ai appris toute l'importance de cette technique professionnelle, que la Faculté n'enseignait pas ou guère, et dont parlaient alors bien peu de médecins d'hôpital. »

Nous avons tenu à reproduire ces passages de Paul Le Gendre parce que nul n'était plus capable d'apprécier sainement l'œuvre d'Auguste Cézilly qui a pris l'essor que chacun connaît. Aussi, nous qui avons l'honneur d'avoir reçu des mains de nos anciens le flambeau du *Concours Médical* et la direction de ses filiales, nous nous inclinons pieusement devant les cendres de ce grand médecin, le Docteur Paul Le Gendre, grand par sa science, son expérience, sa conscience. Nous devons le considérer comme le plus pur exemple de délicatesse et d'honneur professionnels, et nous sommes fiers de le revendiquer comme un des nôtres.

J. NOIR.

(1) Masson et Cie, édit. Paris 1902.
(2) J.-B. Baillière et fils, Paris, 1929.

Principaux travaux du Dr Paul LE GENDRE

Outre de très nombreuses communications à diverses sociétés savantes et les articles qu'il publia dans de nombreux journaux médicaux, notamment dans la *Revue d'hygiène scolaire* qu'il fonda avec Albert Mathieu et dans la *Revue pratique d'obstétrique et de pédiatrie* qu'il créa avec Varnier, signalons parmi ses œuvres les plus importantes : Dilatation de l'estomac et fièvre typhoïde ; valeur séméiologique des nodosités de Bouchard (thèse de Paris, 1886). — Traité de thérapeutique infantile médico-chirurgicale en collaboration avec Aug. Broca (1888). Thérapeutique de la fièvre typhoïde et de ses complications (1890). — Les médecins dans la Société contemporaine en collab. avec G. Lepage. — La vie du médecin. Guide de l'étudiant et du praticien (1929). — Un médecin philosophe : Ch. Bouchard, sa vie, son œuvre et son temps.

Il publia encore des souvenirs, des nouvelles, des pièces de vers réunis dans un petit volume intitulé : Le crin-crin d'un mire.



PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

FIÈVRE BOUTONNEUSE OU FIÈVRE EXANTHÉMATIQUE DU LITTORAL MÉDITERRANÉEN

par

Georges BOUDIN

Chef de Clinique dermatologique à la Faculté de médecine de Paris

La fièvre boutonneuse ou fièvre exanthématique du littoral méditerranéen a été l'objet depuis une vingtaine d'années de nombreux travaux cliniques et expérimentaux qui lui ont conféré une indiscutable autonomie. C'est une maladie non contagieuse, caractérisée cliniquement par un début brutal, de la fièvre, et une éruption exanthématique, évoluant en une vingtaine de jours vers la guérison. Elle semble être due à un virus filtrant ; son agent de transmission est une tique du chien, rhipicephalus sanguineus, dont la piqûre entraîne dans un assez grand nombre de cas l'apparition d'un élément cutané spécial : la tache noire de Boinet et Pieri.

Cette affection n'est pas rare sur tout le littoral méditerranéen, et a été surtout étudiée à Marseille (maladie marseillaise de Burnet et Olmer), à Avignon, à Alger, à Tunis, en Italie (fièvre éruptive spéciale de Carducci, de Rome), en Grèce, etc... Elle s'observe l'été, aux mois de juillet et d'août, avec une égale fréquence chez l'homme et chez la femme, habituellement chez des adultes de plus de trente ans. On en a discuté les rapports avec quelques maladies exotiques, en particulier le typhus, et certains auteurs l'avaient un moment confondue avec le typhus endémique bénin ; mais ses rapports avec le typhus sont maintenant bien établis ; il s'agit de deux maladies différentes par leur clinique, leur virus et leur agent de transmission.

Il est extrêmement rare d'observer la fièvre boutonneuse à Paris. Le Professeur Lemierre a vu le premier cas en 1934 (6) ; MM. Grenet, Isaac Georges et Bréhier (4) en ont signalé la possibilité. Nous avons eu cet été l'heureuse fortune d'en voir une forme assez typique, pendant le remplacement, à l'hospice de Bicêtre, de notre maître, le Professeur agrégé René Moreau. En voici l'observation, que nous avons publiée avec P. Rambert, à la Société médicale des hôpitaux de Paris (2).

OBSERVATION. — Maurice B...., âgé de 16 ans, est hospitalisé à Bicêtre le 27 août 1936 ; il présente un état fébrile avec myalgies, accompagnant une éruption papuleuse. Il est tombé malade assez *brusquement* la veille : il a été pris dans l'après-midi d'un malaise intense avec frisson initial, céphalée, courbature généralisée, gêne à la déglutition, et température axillaire d'emblée à 39°. Le lendemain matin, il a constaté une éruption sur le tronc et les membres, et c'est alors qu'il s'est fait hospitaliser.

Ce début brutal a cependant été précédé d'une période d'asthénie et de malaise. Notre jeune malade habite normalement la campagne avignonnaise et est arrivé à Paris huit jours auparavant, le 20 août, en excellente santé ; il avait pourtant remarqué dès cette période, l'apparition d'un bouton rouge bientôt recouvert d'une croûte noire, en-dessous du sein droit. Quelques jours plus tard, à partir du 24 août environ, il se sent fatigué, perd l'appétit, éprouve une sensation de malaise vague et le 26 août, il tombe malade.

A l'examen, le 28 août, nous constatons une éruption généralisée à tout le corps, accompagnée d'une hyperthermie à 40° et d'une conservation d'un bon état général.

Le malade est très présent ; *il n'y a pas de tuphos* ; il n'existe même pas d'abattement ni de torpeur comme pourrait le faire prévoir une infection aiguë. La fièvre est de 40°4 ; le pouls bat à 100 ; le malade se plaint d'une céphalée violente et de douleurs dans les membres qu'exagère la pression des masses musculaires.

L'éruption est très spéciale : elle est formée *d'éléments papuleux*, nettement saillants sous le doigt, de coloration rouge, ne s'effaçant que partiellement à la pression, de taille sensiblement uniforme ; ils sont légèrement ovalaires, d'environ 5 mm. de diamètre, et semblent tous du même âge. Ces éléments ne sont pas très nombreux : environ une trentaine par segment de membre. Ils siègent sur tout le corps ; la face est envahie par quelques rares papules ; la paume des mains et la plante des pieds en présentent également une douzaine. Ils ne sont pas prurigineux ; cependant à la face et surtout au niveau du front existent des lésions de grattage.

On note en outre quelques petites taches purpuriques sur le flanc droit.

Mais surtout on est frappé par un élément particulier qui siège sur le thorax en-dessous du sein droit et qui ne ressemble en rien aux autres éléments. C'est *la tache noire* qui, aux dires du malade, date déjà de huit jours. C'est actuellement *une escarre noire*, ovalaire, d'un centimètre de diamètre, entourée d'un halo congestif non prurigineux d'environ 2 cm.

Il existe *une adénopathie satellite* dans l'aisselle droite

faite d'un gros ganglion légèrement sensible à la palpation. De plus, on trouve partout, dans les aines, au niveau du cou, de tous petits ganglions durs, indolores, roulant sous le doigt, réalisant une *micropolyadénopathie* généralisée.

Accompagnant cet exanthème papuleux, on note, au niveau de la gorge, un enanthème fait d'une rougeur diffuse avec aspect granuleux, sans adénopathie satellite. La langue est saburrale ; les conjonctives sont injectées ; le foie déborde de deux centimètres les fausses-côtes. La rate n'est ni palpable, ni percutable.

Des signes méningés sont extrêmement nets : la céphalée est vive ; on constate une raideur de la nuque et un signe de Kernig.

La ponction lombaire ramène un liquide clair, dans lequel les examens de laboratoire ne montrent qu'une très légère réaction biologique :

Cytologie : 1,5 élément par millimètre cube,
Albumine : 0 gr. 40 °/oo (Sicard).
Benjoin colloïdal : 000000222200000
Wassermann négatif.

Le Wassermann sanguin est négatif. La formule leucocytaire, la numération globulaire, les temps de saignement et coagulation sont normaux.

Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine. Le culot urinaire est normal. L'excrétion uréique urinaire est de 37 gr. 30 pour une diurèse d'un litre. Par contre, le dosage de l'urée sanguine révèle *une azotémie à 0 gr. 78.*

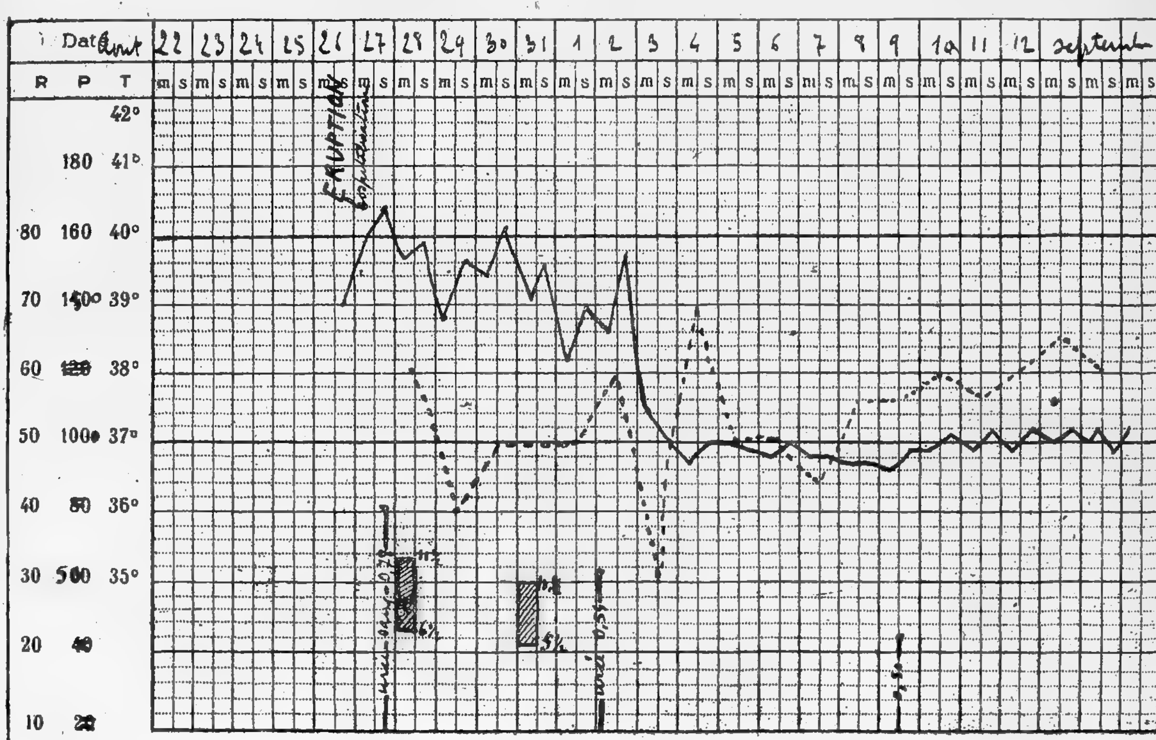
Nous pratiquons une hémoculture qui ne fait pousser aucun germe.

Dans les jours suivants, *l'évolution se fait rapidement vers la guérison.* Malgré l'existence d'une forte hyperthermie et d'un syndrome méningé très net, l'état général reste excellent et ne donne jamais l'impression que notre malade est atteint d'une affection grave. L'éruption ne présente aucune nouvelle poussée ; elle reste intense pendant la période fébrile puis pâlit et s'affaisse lentement ; elle disparaît vers le douzième jour et n'est pas suivie de desquamation. Quant à l'escarre, elle tombe vers le 10e jour, le halo s'efface, et elle disparaît sans laisser de cicatrice. L'angine disparaît en trois à quatre jours. La fièvre se maintient avec de légères oscillations entre 39 et 40 jusqu'au 6e jour ; puis, après une fausse défervescence à 38 le 7e jour suivie le lendemain d'un nouveau clocher à 39°8, elle présente, dès le 9e jour, une chute définitive à 36°8, non suivie d'une crise urinaire nette.

La céphalée et le signe de Kernig s'atténuent et disparaissent. L'urée sanguine s'abaisse progressivement à 0 gr. 54 le 2 septembre, puis 0 gr. 30 le 10 septembre ; jamais il n'y eut d'albuminurie ni de cylindrurie.

Les séro-diagnostics aux infections typhiques et spirochétosique sont négatifs le 12 septembre. La réaction de Weill-Félix pratiquée par M. le Docteur Reilly au laboratoire de Claude Bernard est négative.

A la sortie de l'hôpital, le 14 septembre, la guérison du malade est complète ; seule persiste une micropolyadénopathie.



Cette observation est absolument typique, et le diagnostic de fièvre boutonneuse est aisément posé sur les caractères cliniques de l'éruption maculo-papuleuse et de la tache noire, sur l'absence de tuphos et la conservation d'un excellent état général malgré la forte hyperthermie. L'apparition de cette maladie au mois d'août, le fait qu'il s'agit d'un malade venant d'Avignon, foyer endémique qu'il avait quitté récemment, nous orientaient facilement. Notre malade nous déclara d'ailleurs qu'il était en contact journalier avec des chiens et que *ceux-ci avaient des tiques* ; il avait eu autrefois la rougeole. Le diagnostic clinique de fièvre boutonneuse était donc facile et si la réaction de Weill-Felix fût négative, c'est peut-être parce que nous avons

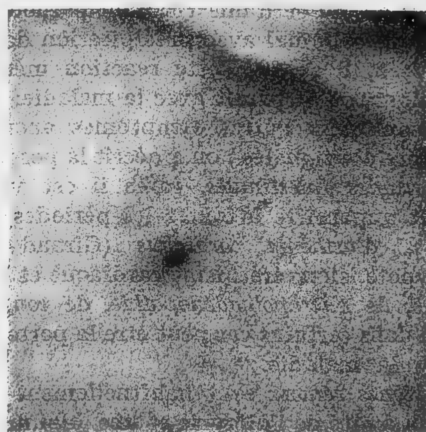
dû la faire précocement, le malade retournant à Avignon. Le seul point particulier était *d'observer cette maladie à Paris*, par la coïncidence du récent voyage de notre malade. C'est une même coïncidence qui permit à M. Lemierre d'en observer le premier cas parisien et à M. Esbach d'en voir un à Bourges (3).

***

La symptomatologie de la fièvre boutonneuse est assez caractéristique pour permettre d'en faire le diagnostic clinique, et notre observation illustre ce fait.

Le début est brusque : le malade accuse une sensation de lassitude générale avec céphalée, courbatures ; d'emblée la fièvre monte à 39 ou 40, accompagnée parfois d'un frissonnement. Ce début brutal survient habituellement en pleine santé apparente ; quelques prodromes sont cependant possibles sous forme de malaise avec anorexie et douleurs vagues.





Pendant les deux ou trois premiers jours, phase pré-éruptive de la maladie, le tableau clinique est celui d'une maladie infectieuse aiguë mais en apparence sans gravité. La fièvre est en plateau à 39 ou 40°. L'état général est bon, et on ne note ni tuphos, ni délire habituellement ; le malade est seulement abattu et prostré, mais très présent dèsqu'on lui parle. Il se plaint de céphalée, de myalgies, de rachialgie et d'arthralgies ; cet état douloureux s'extériorise par une contracture des muscles paravertébraux, de la douleur à la pression des masses musculaires, et parfois un signe de Lasègue bilatéral. Ce caractère polyalgique peut être très accusé, et se retrouve au début d'autres maladies infectieuses comme la spirochétose ictéro-hémorragique et la poliomyélite antérieure aiguë. Il existe en outre un état saburral des voies digestives avec anorexie et constipation. A l'examen on constate une légère rougeur conjonctivale et une angine rouge, diffuse, prenant toute la gorge, constituant un véritable enanthème analogue à celui qu'on peut voir au début d'une scarlatine.

Il n'est guère possible de faire le diagnostic dès cette période, outre la notion d'endémicité, que par la découverte de l'escarre d'inoculation : c'est une petite lésion cutanée qui peut siéger n'importe où, sur le flanc (*voir fig.*), à la cuisse, au bras, à la face ; elle est constituée par une escarre noirâtre, dont les dimensions varient entre celles d'une lentille et d'une pièce de cinquante centimes, entourée d'un halo congestif rouge ; cette lésion est habituellement unique ; elle s'accompagne parfois d'une adénopathie satellite ; on la découvre au hasard d'un examen complet, mais il est des cas où le malade y attire lui-même l'attention, ayant gardé le souvenir des piqûres de tiques. Cette escarre est malheureusement très inconstante, mais elle est caractéristique.

L'éruption apparaît en général entre le deuxième et le quatrième jour ; elle se fait en plusieurs poussées, débutant souvent par l'abdomen ou les membres inférieurs, puis se généralisant et envahissant la face, la paume des mains et la plante du pieds. Les éléments, peu nombreux dans l'ensemble, sont des maculo-papules rosées, tous semblables les uns aux autres ; ils sont arrondis ou ovalaires, d'aspect maculeux, mais à la palpation on sent très nettement la surélévation nodulaire de la papule. Cette éruption n'est pas prurigineuse et ne s'accompagne pas ou peu de lésions de grattage. Elle peut s'associer à quelques éléments purpuriques. A côté de tous les éléments uniformes, la tache noire tranche par son caractère spécial et unique. Elle permet d'affirmer le diagnostic clinique.

La fièvre persiste avec l'éruption pendant quelques jours et s'associe à un état général assez bon, surtout en comparaison avec la pyrexie ; puis vers le dixième jour elle descend en lysis en même temps que l'éruption pâlit. La guérison s'obtient en une vingtaine de jours. Il n'y a ni

rechute, ni récidive, mais la convalescence peut être longue et traînante. La mort est exceptionnelle.

Dans le tableau typique, quelques symptômes par leur intensité peuvent réaliser des formes un peu spéciales, en particulier les *signes méningés*. A côté du faux signe de Kernig que peuvent entraîner un signe de Lasègue bilatéral et une rachialgie un peu intense, on peut voir *un syndrome méningé vrai* avec raideur de la nuque, signes de Kernig et de Brudzinski. La ponction lombaire montre un liquide clair, et la majorité des auteurs méditerranéens insistent sur le fait qu'il ne présente à peu près aucune réaction pathologique, ni cytologique, ni biologique ; en particulier, on n'y constate pas les réactions leucocytaires du typhus exanthématique. Dans notre observation cependant, si le liquide céphalo-rachidien ne présentait pas de réaction leucocytaire, il avait par contre *une réaction biologique indiscutable* faite d'une légère hyperalbuminose à 0 gr. 40 et d'une réaction pathologique du benjoin colloïdal avec précipitation dans les tubes 7, 8, 9 et 10. Cette réaction méningée est bénigne, et disparaît avec la maladie.

De nombreux autres symptômes anormaux ont encore été signalés : on a décrit la possibilité d'*hémorragies intestinales*, rares il est vrai et pouvant apparaître à toutes les périodes de la maladie, d'*asthénie cardiaque* (Giraud-Costa) avec hypotension, éréthisme cardiaque et extrasystoles, de *micropolyadénopathie*, de *conjonctivite* qui dans certains cas peut être la porte d'entrée de la maladie.

Les *signes rénaux* sont habituellement minimes : on a cité de l'oligurie et une albuminurie passagère. Quant à l'*azotémie à* 0 *gr.*78 que nous avons constatée dans notre cas, il semble que ce soit un fait inédit. « L'hyperazotémie n'a été signalée que chez les sujets présentant des lésions rénales antérieures et qui, du fait de la maladie, présentaient une urémie élevée, ce qui est rationnel » (Jean Pieri) (8). Or, notre jeune malade de 16 ans n'a jamais eu de maladie rénale antérieure et ne fit pendant toute la durée de sa maladie actuelle ni albuminurie, ni cylindrurie, ni hématurie. De plus, cette hyperazotémie fut passagère et son cycle correspond exactement à celui de la maladie.

De nombreuses autres formes anormales ont encore été décrites, et leur diagnostic en est facilité par leur constatation en foyer endémique.

Du point de vue *biologique*, on ne possède aucun test qui permette d'affirmer le diagnostic. L'hémoculture est négative, la numération globulaire et la formule leucocytaire sont peu modifiées, le liquide céphalo-rachidien est normal. Seule, *la réaction de Weill-Felix* donne habituellement une réponse positive, mais elle est d'apparition tardive vers le 20e, 25e jour, alors, bien souvent, que la maladie est déjà guérie cliniquement. C'est une réaction au proteus X 19 qui consiste dans l'agglutination de certaines espèces de proteus et notamment du proteus X 19 par le sérum des typhiques exanthématiques. Elle doit être poussée au moins au centième. Elle n'est pas spécifique de la fièvre boutonneuse, et est positive dans le typhus, la maladie de Brill et le typhus de Malaisie.

Donc, *le diagnostic de la fièvre boutonneuse repose avant tout sur la clinique*. On s'aidera de l'anamnèse de la piqûre de tique et de la distribution géographique de la maladie. C'est une maladie d'été, touchant les adultes, et il est exceptionnel de voir un adolescent de 16 ans comme dans notre observation. On discutera une *fièvre typhoïde*, une *spirochétose*, et dans notre cas l'intensité des myalgies, le syndrome méningé, l'hépatomégalie et l'hyperazotémie nous ont fait un moment envisager cette hypothèse que le sérodiagnostic spirochétosique n'est pas venu confirmer. L'éruption pourrait faire penser à une forme anormale de *rougeole*, mais l'absence de signe de Koplik et du catarrhe oculo-nasal, la présence assez fréquente de la tache noire aideront le diagnostic. Surtout, dans les foyers endémiques, on pourra discuter le *typhus*, la *dengue* et l'*alastrim*.

Le traitement d'une telle maladie dont l'évolution naturelle se fait vers la guérison ne peut être que symptomatique : alimentation lacto-végétarienne, tonicardiaques, anti-infectieux. On évitera que la tache noire ne s'infecte. Il est inutile d'isoler les malades, la maladie n'étant pas contagieuse d'homme à homme. Il sera bon d'essayer de détruire les tiques par une désinfection des chiens : on leur fera des savonnages répétés, des frictions au crésyl, à la térébenthine, ou au pétrole. On fera laver les murs des fermes, et peindre au lait de chaux. Et si un sujet sain est piqué par une tique, il devra l'extraire et faire une cautérisation avec de la teinture d'iode pure.

BIBLIOGRAPHIE

1. Augier et Cossa. — *S. M. H. P.*, 1935, p. 432.
2. Georges Boudin et P. Rambert. — S. M. H. P., 13 novembre 1936.
3. Esbach. — S. M. H. P., 24 déc. 1933.
4. Grenet, Isaac Georges et Bréhier. — Société de Pédiatrie, 21 janvier 1935.
5. Gimbert, Andreoli, Houssiaux et Fourest. — *S. M. H. P.*, 1934, p. 614.
6. A. Lemierre. — *S. M. H. P.*, 1934, p. 106.
7. D. Olmer et Jean Olmer. — Fièvre boutonneuse. Masson, 1933.
8. Jean Pieri. — Fièvre exanthématique du littoral méditerranéen. *Pratique médicale illustrée.*
9. Troisier et Cattan. — Fièvre boutonneuse expérimentale. *Presse Médicale*, 1933, p. 2833.

L'ACNÉ JUVÉNILE ET SON TRAITEMENT

Sous ce titre « L'acné juvénile au Congrès de Buda-Pesth », M. Carle présente dans le *Journal de médecine de Lyon* une mise au point pratique de la question de l'acné juvénile

Les recherches modernes sur la physio-pathologie de la peau, exposées l'an passé au Congrès de Buda-Pesth, dit-il, ont eu leur répercussion sur la pathogénie de l'acné juvénile, et aussi sur son traitement.

Ces recherches ont accordé un rôle bien plus important aux glandes endocrines, surtout sexuelles, modifié les conceptions anciennes sur l'influence digestive, présenté des idées nouvelles sur l'action possible de la tuberculose, et adapté à cette dermatose les idées actuelles sur les réactions immunisantes et la désensibilisation. Malgré leur nombre et leur intérêt, ces travaux n'ont encore abouti qu'à des hypothèses. Par induction un peu prématurée, on a formulé sur ces bases fragiles des thérapeutiques qui ne paraissent pas, jusqu'ici, avoir donné des résultats certains. *En attendant mieux, il convient donc de ne pas oublier encore, dans l'ordonnance des traitements, les procédés locaux, les topiques d'autrefois, qui améliorent toujours très vite et guérissent souvent.*

De ces considérations découle une première conclusion thérapeutique : dans le traitement de l'acné juvénile, la médication externe reste la principale. Voici celle que M. Carle emploie avec succès depuis trente ans :

Applications soufrées, le soufre étant le remède héroïque de l'acné.

La meilleure lotion est la plus simple : celle de Vidal, avec 15 grammes de soufre précipité pour 20 grammes d'alcool à 80° et 100 grammes d'eau. On peut la parfumer à son gré. Toucher (toucher et non badigeonner) le soir toutes les papules et pustules, et garder pendant la nuit. Lavage à l'eau chaude le matin. Proscrire le savon et le remplacer par des tampons de coton imbibés de liqueur d'Hoffmann, fortement allongée d'eau de Cologne, lotion de toilette dégraissante, en même temps qu'antiseptique pour les petites suppurations.

Pas de crèmes grasses. Poudre de talc.

On peut ajouter dans la cuvette du lavage matinal un sel sulfureux soluble. Pulvérisations sulfureuses dans les cas tenaces. Électro-puncture des points suppurés, s'il y a lieu. Quand toute suppuration a disparu, ablation des comédons avec une clef de montre ou un petit appareil analogue. En tout cas, ne pas toucher, ne pas gratter, ne pas traumatiser les « boutons », les manœuvres de ce genre favorisant la dissémination du pus.

Ceci dit sur l'importance du traitement local, il est bien entendu que l'état général doit être exploré complètement. Plus spécialement, conviendra-t-il de porter son attention sur les dyspepsies atoniques (pepsine, noix vomique), sur la constipation (rééducation, poudres laxatives), sur les aménorrhées, les dysménorrhées (extraits glandulaires, hypophyse-ovaire en particulier). Calmer les nerveuses (distractions, sports), conseiller une bonne alimentation et la vie au grand air s'il y a soupçon de... lymphatisme.

Toutefois ne pas leurrer l'acnéique. Il n'existe pas en 1936 de médication qui puisse modifier la nature séborrhéique d'un épiderme. On peut faire disparaître les désagréments de cet état, du comédon à l'acné pustuleuse, en un temps très réduit, cinq à six semaines au plus. Pour l'avenir, on peut aussi promettre que ces manifestations ne réapparaîtront qu'à l'état de papules discrètes, vite arrêtées si l'on reprend la médication externe.

En résumé, s'il est bon de tenir compte, dans le traitement de l'acné juvénile, des notions pathogéniques nouvelles et à l'étude, concernant cette affection, il faut considérer comme essentielles encore les anciennes médications locales auxquelles le praticien, ayant à soigner un cas d'acné juvénile, accordera la place principale.

P. Lacroix.

APPLICATIONS DE LA GEMME STABILISÉE EN MÉDECINE

Par Jean S. DE GOLDFIEM

La gemme de pin maritime est une substance complexe caractérisée par des propriétés la rattachant physiologiquement aux essences végétales. Le plus souvent ce sont des solutions de corps organiques divers dans un solvant naturel ; le type en est la térébenthine des conifères, exsudant de troncs des pins, telle qu'on la récolte à l'état brut.

Par oxydation ces exsudats donnent lieu à la formation d'acides térébenthiniques ; par hydrolyse des substances phénoliques qu'elles contiennent, il y aurait, d'après Tschirch, formation de résinotannols, dont les éthers constitueraient les résines actuellement existantes.

Tous les produits résiniques connus jusqu'alors sont insolubles dans l'eau, impurs et plus ou moins oxydés ou hydratés. Lorsqu'on les utilise dans l'industrie ils sont loin d'être le même produit que celui qui s'écoule de l'arbre au moment de l'extraction.

Bellini delle Stelle, au cours de ses essais dans les forêts landaise et scandinave, a établi le principe de formation de la gemme, a réussi à l'extraire par son procédé sous la forme pure qu'il a appelé gemme éphémère et à la stabiliser à la température ambiante, en la rendant soluble dans l'eau. Il a ouvert ainsi aux produits qui en dérivent un avenir nouveau, comme d'ailleurs la stabilisation Perrot-Goris a permis d'étendre le champ phytothérapique.

Cette stabilisation de la gemme empêche la polymérisation des acides térébenthiques, d'où leur conservation comme tels. On a, en quelque sorte, un produit vivant caractérisé par des corps différant de ceux contenus dans la gemme non stabilisée, et qui, même à l'état brut, donne des solutions utilisables pour l'usage médical, pharmaceutique, etc...

De la gemme stabilisée, soluble dans l'eau, Bellini delle Stelle obtient un liquide antiseptique, le Gemmol, tuant le colibacille à 0,8 % en moins d'une heure (voir notre communication à la Société de biologie, octobre 1936, et certificat d'essai au laboratoire municipal de chimie, nº 42.446/42.450, 21 juillet 1936).

C'est un puissant antiseptique si on le compare à quelques autres :

Gemme stabilisée (Gemmol) à 0,8 % tue le coli en une heure.

Phénol à 2 % à peu près sans action sur les cocci-pyogènes.

Résorcine, à 0,25 %, tribromo B naphtol à 1/250.000, tue le staphylocoque.

Seulement il faut tenir compte de l'irritation des muqueuses et de la peau en cas d'application à l'homme ou aux animaux.

Dernièrement Atkins a déterminé l'indice moyen d'irritation de la peau :

Aldéhydes aromatiques	37
Phénols	25
Aldéhydes aliphatiques	20
Cétones	12
Terpènes	10
Ethers phénoliques	8
Alcools	5

Pour le Gemmol, il est certain que ce coefficient doit être très faible et voisin de 0, car il est pratiquement sans aucune action irritante sur la peau et les muqueuses.

C'est en raison de son pouvoir bactéricide et de la tolérance des muqueuses et de la peau vis-à-vis du Gemmol que nous l'avons préconisé en usage externe (eau gemmolée) pour la désinfection buccale (voir notre note à la Société de médecine et d'hygiène tropicales, octobre 1936).

On peut l'utiliser à raison de 0,25 à 2 grammes *pro die* (en capsules de 0,25) comme antiseptique bronchique (catarrhe, gangrène pulmonaire), dans la lithiase biliaire et les affections vénériennes. En usage externe, en solution de 2% il constitue un excellent antileucorrhéique.

La solution :

Gemmol	8 grammes
Eau	30 grammes

est un excellent purgatif antiseptique à effet immédiat.

Nous poursuivons l'expérimentation de ce produit naturel et national en thérapeutique interne, car il semble être un excellent antiseptique du système lacunaire, sans nocivité pour l'homme ou l'animal domestique.

(Travail du Laboratoire de Biochimie de la Faculté de Médecine de Paris).

AU CHEVET DES BLESSÉS

POUR LA RÉDUCTION DES FRACTURES AVEC DÉPLACEMENT,

la traction par adhésifs n'est pas de tout repos.

La plupart des fractures avec déplacement s'accompagnent d'un certain degré de chevauchement des fragments. Celui-ci compromet la consolidation à cause du contact latéral des fragments, et habituellement il est combattu par une traction dans l'axe de l'os brisé.

Si, sur certains os courts munis de masses musculaires faibles, la traction manuelle est parfois suffisante, dans la plupart des cas une traction énergique est nécessaire. Le Docteur **P. P. Lamarre** (1) estime que pour le déploiement de cette énergie, parfois d'asssez longue durée, il faut que l'application de la force de traction continue sur le membre soit *solide*, et il faut aussi qu'elle soit localisée de façon judicieuse.

Pendant longtemps, la fixation de l'appareil tracteur fut réalisée de préférence par le moyen de bandes, qui furent successivement le diachylon, les bandes de Unna, le leucoplaste, le tricoplaste, lesquels « s'accrochent » à la peau par adhérence.

Ce mode de traction comporte cependant plusieurs inconvénients :

1° Certaines peaux ne supportent pas la nature chimique des bandes adhésives. Elles s'altèrent et deviennent rapidement douloureuses ; l'infection, susceptible de s'y développer, gagne parfois le foyer de fracture. L'appareillage doit être enlevé ; le bénéfice de la traction passée est perdu.

2° La traction par l'intermédiaire de la peau se révèle *souvent inopérante*. Cette dernière, garde, en effet, vis-à-vis des tissus, qu'elle recouvre, une certaine mobilité, limitée par la tension du tissu cellulaire sous-jacent d'une part, et aussi par l'élasticité de la peau même. Au delà d'un certain déplacement, le revêtement cutané entraîne son tissu cellulaire et, par lui, les aponévroses et muscles sous-jacents, et « cela est bien : la traction par là même se transmet à l'os, objet de nos soucis ».

Mais, cette élasticité cutanée possède une limite, et, au delà de l'action exercée en dessous du foyer, la traction va intervenir également sur la racine du membre. Au delà de cette limite, la peau de la racine entraînera à son tour les tissus, qu'elle recouvre et engaîne, donc aussi le fragment proximal de l'os, et « ceci n'est pas bien : car, par un tel mécanisme, les deux fragments osseux, que nous voulions séparer, sont attirés dans la même direction ».

Voilà pourquoi, il est parfois impossible de réduire par traction adhésive certaines fractures à gros chevauchement. Cependant, lorsque le déplacement est peu important, la réduction reste possible par ce mode de traction. Il n'en est pas moins vrai que l'efficacité de la traction est amoindrie par son application cutanée, et que le praticien doit garder de ces considérations la nécessité d'une surveillance attentive.

Le même mécanisme de déficience s'applique aux cas où la traction adhésive ne limite pas son action à la peau, mais vise à capter une aspérité osseuse (les condyles fémoraux, par exemple). L'accrochage est insuffisant parce que l'os est gainé de parties molles, qui amoindrissent et amollissent ses contours. Le plus léger glissement de l'appareillage fait intervenir aussitôt le mécanisme tracteur cutané exclusif, dont on vient de voir les inconvénients.

C'est au membre supérieur, dans les cas de fractures de l'*humérus* en particulier, que les tractions par adhésifs sont *les moins efficaces*, parce que les saillies osseuses que présente le coude sont ou bien noyées dans les masses musculaires, ou bien trop saillantes pour ne pas constituer une cause de blessure pour la peau comprimée entre elle et le collier adhésif.

En pareil cas, il est bon de recourir à une *traction directe* par broches, ou par transfixation de l'os. Le mode tracteur, prenant un point d'application direct sur l'os, est celui qui, en pratique, donne les résultats les meilleurs. Les systèmes à clous ou crochets enfoncés symétriquement dans les deux faces d'un os, mais insuffisamment pour qu'ils se puissent joindre, ont fait place aux « broches » qui traversent, de part en part l'extrémité osseuse, sur laquelle il faut tirer. Actuellement un simple fil d'acier mince est utilisé, mais il est fixé par un étrier, qui, en lui assurant une tension considérable, lui procure une rigidité capable des efforts les plus appuyés.

La prise directe sur l'os est efficace, au point que l'auteur a pu obtenir, pour certains fragments du fémur, un écartement des fragments, tel qu'il entraînait un allongement du membre !

Voici trois exemples à l'appui de la méthode. Ce sont d'abord deux fractures, qui avaient

---

(1) De l'importance du mode de traction au cours de la réduction des fractures. (*Journ. des Praticiens*, 19 déc. 1936.)

détaché la tête de l'humérus. Dans le premier cas, une traction adhésive, pourtant énergique, n'avait pas modifié sensiblement la position des fragments. La traction par broche, au contraire, permit à l'os de reprendre une forme d'ensemble, où la tête articulaire était en bout de la diaphyse, au lieu d'être sur son flanc. Dans le deuxième cas, la traction par broche procura une reconstitution presque exacte du tiers supérieur de l'humérus.

C'est enfin une fracture compliquée de la phalange onguéale du pouce. La plaie, bien nettoyée et pansée, guérit facilement. Quant à la fracture, comminutive et très déformée, elle fut mise en tension, en flexion, suivant la technique de Bœhler. L'attache de la traction fut fixée sur l'ongle, et permit une bonne réduction vérifiée à la radio. Une meilleure traction eût été obtenue peut-être par transfixion directe de la peau, en travers, au ras de la phalangette.

Le signe de Comolli dans les fractures de l'omoplate

une tuméfaction triangulaire, qui recouvre toute la région scapulaire

Le diagnostic des fractures de l'omoplate est souvent difficile à établir. Ou bien, l'omoplate est soupçonnée d'avoir été touchée, mais une confirmation clinique est impossible en raison de la ténuité ou de l'imprécision des symptômes observés ; ou bien, le traumatisme de l'épaule a entraîné des dégâts complexes, et la fracture scapulaire passe inaperçue, effacée qu'elle est par l'importance des lésions associées. Dans les deux cas, il faut, semble-t-il, avoir recours à la radiographie qui apparaît ainsi non seulement comme un instrument indispensable, lorsqu'on cherche à spécifier s'il s'agit d'une solution de continuité intéressant le corps, le col chirurgical ou les apophyses, mais qui constitue même une nécessité lorsque l'on veut, plus simplement, affirmer l'existence d'une fracture quelconque du scapulum.

Certes, il est des signes cliniques classiques appropriés à chaque type de fracture ; mais, il faut reconnaître que la mise en évidence de cette symptomatologie, basée sur des manipulations douloureuses, ne permet pas toujours de recueillir des renseignements susceptibles d'arriver régulièrement à une conclusion ferme.

Le Docteur **E. Jonckeera** (1) rappelle que A. Comolli (Padoue) a pu, dès 1932, attirer l'attention sur un symptôme permettant de faire, à coup sûr et par la seule inspection, le diagnostic de fracture scapulaire. Ce signe n'est autre chose que l'apparition, peu après le traumatisme, d'une tuméfaction dorsale couvrant toute l'omoplate, en se superposant à elle, tel un coussinet triangulaire. Cette saillie à contours géométriques s'affirme rapidement, parfois dans l'heure qui suit la fracture, et persiste souvent encore dix jours après ; elle est parfaitement visible de face, lorsqu'on se place derrière le malade, dont on a redressé le tronc et placé les membres supérieurs en adduction verticale symétrique. De profil, la voussure montre encore mieux sa convexité postérieure, qui contraste davantage avec le méplat scapulaire du côté sain.

Cette déformation répond à l'accumulation, sous pression, dans les loges sous-scapulaires, sus et sous-épineuses, d'un épanchement sanguin important provenant de la lésion osseuse. Aussi, peut-on prévoir aussitôt que ce symptôme, précieux par sa précocité et par sa persistance, ne peut cependant pas être rigoureusement constant. Primitivement emprisonné dans les limites aponévrotiques de la région, il doit nécessairement manquer, lorsque celles-ci sont rompues, c'est-à-dire dans les fractures à grands déplacements. Il en est de même pour l'angle inférieur de l'os, région anatomiquement peu vascularisée, ou pour l'acromion comme pour l'apophyse coracoïde, qui n'ont aucun rapport avec les loges ostéo-fibreuses.

Par contre, on notera toujours le signe de Comolli à l'occasion de toute lésion, qui intéresse, d'une part, une région en rapport avec les loges péri-scapulaires et, d'autre part, une partie spongieuse de l'os, toujours richement vascularisée, qui peut entraîner aussitôt une hémorragie assez abondante : fractures du col chirurgical de l'omoplate ; fractures du corps, sauf les angles interne et inférieur. Cela bien entendu à moins de grands délabrements avec déchirure des loges.

En somme, malgré son inconstance, dont on peut d'ailleurs trouver le plus souvent une justification, le *symptôme de Comolli doit être considéré comme pathognomonique des fractures de l'omoplate.* Et, si son absence ne permet pas d'éliminer l'hypothèse d'une lésion traumatique du scapulum, sa constatation au contraire prouve toujours l'existence d'une solution de continuité portant sur le *col chirurgical* de l'os, sur *le corps*, exceptionnellement sur son *apophyse coracoïde.*

G. Fischer.

(1) *Le Scalpel*, 21 novembre 1936.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Nouveau cas de guérison de psoriasis par le vaccin antistaphylococcique

Le Professeur DELATTRE a traité par cette méthode une femme de 37 ans, qui présentait, pour la première fois, une poussée de psoriasis sur le tronc et sur les membres inférieurs. Il a employé le vaccin antistaphylococcique de l'Institut Pasteur ; la première injection, dans la veine du pli du coude, a été de 1/4 de centimètre cube. Douze injections ont été faites ainsi, tous les deux jours, à doses croissantes. Après une période de réchauffement de l'éruption, les manifestations cutanées se sont estompées rapidement ; à partir de la septième injection, les plaques s'atténuèrent et pâlirent ; à la douzième, elles étaient devenues presque invisibles.

A noter qu'il est nécessaire d'augmenter progressivement les doses de vaccin ; c'est ainsi que l'auteur a été amené à passer rapidement à la dose complète de 1 c. c. 1/2.

Peut-être cette guérison est-elle attribuable à la présence dans le vaccin d'une certaine quantité d'anatoxines staphylococciques. On connaît d'ailleurs l'action de ce produit sur un grand nombre de dermatoses ; l'anatoxine est particulièrement efficace dans les staphylococcies externes : en particulier, furonculose, panaris et anthrax, folliculites, sycosis, ecthyma, hydrosadénites, acné pustuleuse, certains eczémas infectés... Nulle part, il n'est question de psoriasis. Dans l'étiologie, d'ailleurs complètement inconnue de cette affection, il serait assurément prématuré de vouloir faire intervenir le staphylocoque ; on est cependant obligé de reconnaître l'action heureuse du vaccin antistaphylococcique et on ne peut s'empêcher de voir là une relation de cause à effet. (*Journ. des Sc. médicales de Lille*, 20 septembre 1936.)

Méningites dues au bacille de Pfeiffer

La méningite due au bacille de Pfeiffer est, avec l'inflammation tuberculeuse et pneumococcique des membranes cérébrales, la méningite la plus grave. Cette affection atteint surtout les enfants, particulièrement dans la première enfance, en dehors de toute épidémie grippale. Elle présente une mortalité élevée. Ordinairement liée à des états pneumoniques graves, elle est rarement primaire. La présence de bacilles n'est pas constante dans le liquide céphalo-rachidien.

Les quatre cas observés par le Docteur FRANT-SUBIK ont eu des processus pulmonaires primaires ; dans le premier, outre la méningite, on notait des métastases septiques à la parotide et à l'articulation du coude. La plus âgé des enfants avait un peu plus de deux ans. Deux moururent à la clinique, les deux autres furent emportés par les parents dans un état désespéré.

Il s'ensuit que le bacille de Pfeiffer ne peut être seulement considéré comme un simple agent de complication d'affections diverses à étiologie autre. Le bacille possède une propriété pyogène et peut provoquer des affections graves, tout à fait indépendantes, dont précisément les complications secondaires, telles que méningites, aboutissent presque exclusivement à la mort, surtout pendant la première enfance. (*Bratislavske Lekarske Listy*, septembre 1936.)

Traitement chirurgical des arthrites chroniques non tuberculeuses de la hanche

C'est une étude très complète de cette question que vient d'écrire le Docteur DUPUY DE FRENELLE. Elle intéressera particulièrement les chirurgiens qualifiés, d'autant plus que son auteur possède une grande expérience de la question. Il est cependant certains points que tout praticien doit connaître.

Le traitement de l'arthrite déformante de la hanche peut se résumer en six chapitres : 1° traitement des inopérables par la radiothérapie, par les sels d'or et les cures thermales ; 2° opération des peu résistants, présentant une attitude vicieuse très marquée, incorrigible ; c'est l'ostéotomie sous-trochantérienne haute ou basse ; 3° opération des peu résistants éprouvés beaucoup plus par la douleur que par l'attitude vicieuse : c'est le forage ; 4° opération des sujets jeunes présentant surtout une subluxation sans déformation marquée de la tête fémorale : c'est la butée ostéoplastique ; 5° opération des sujets résistants qui souffrent : c'est l'arthrodèse extra-articulaire ou intra-articulaire ; 6° opération des sujets très résistants présentant de grandes déformations de la tête fémorale, des douleurs et de la limitation très marquée du mouvement : c'est la résection modelante, complétée ou non par l'arthrodèse, en cas d'échec.

Ce qu'il faut redouter le plus, lorsque l'on entreprend une opération pour arthrite déformante de la hanche, c'est la mort. Rien n'est

douloureux, en effet, comme de perdre un malade, que l'on a opéré pour le guérir d'une affection, qui ne mettait pas sa vie en danger. Les indications opératoires résultent donc surtout de l'estimation très approfondie de la résistance de l'organisme à opérer. C'est pourquoi il est prudent d'observer et de comparer longuement avant de prendre une décision opératoire.

Les résultats opératoires du traitement de l'arthrite déformante seront d'autant meilleurs que l'on s'adressera à des sujets plus jeunes et plus près du début de la maladie. C'est pourquoi, lorsqu'un sujet souffre avec persistance de la hanche, à plusieurs reprises au cours de la même année, avec aggravation par la fatigue et par les temps humides, il y a lieu de le radiographier. La radiographie totale du bassin est indispensable pour pouvoir comparer les deux hanches et s'assurer de l'état de la hanche du côté opposé. Elle devra être complétée par une radiographie de la hanche malade. Le premier signe précurseur radiologique sera la diminution de la largeur de l'interligne coxo-fémoral dont le pincement articulaire est surtout marqué au niveau du toit du cotyle. A un degré plus avancé, on observera la déformation très différente de la tête fémorale qui masque le col sur lequel elle empiète et la bonne conservation du cotyle qui indiquera la résection modelante, ou l'usure de son toit qui indiquera plutôt soit la butée chez les jeunes, soit l'arthrodèse.

En somme depuis le forage simple et anodin jusqu'à la résection modelante, en passant par les butées, les arthrodèses et les ostéotomies, la chirurgie dispose de nombreux moyens pour améliorer le sort des arthrites chroniques douloureuses de la hanche non tuberculeuses. (*Revue de technique chirurgicale*, octobre 1932.)

Coma diabétique mortel et tuberculose pulmonaire

Le coma diabétique guérit, le plus souvent, lorsqu'il est pris à temps et qu'on le traite vite, fort et bien. Il est des cas cependant où la mort survient, malgré la thérapeutique employée. Le fait est observé notamment dans les cas de tuberculose pulmonaire surajoutée. A l'occasion d'une histoire clinique de cet ordre chez une femme gravide, le Professeur RATHERY développe quelques considérations intéressantes.

La tuberculose pulmonaire constitue actuellement, pour le diabétique correctement traité par l'insuline, une des deux complications les plus graves et les plus importantes ; elle est, avec la gangrène, la cause de mort la plus fréquente des diabétiques. Trente diabétiques consomptifs furent observés par l'auteur, et au bout de sept ans : six vivaient encore, indemnes de tuberculose ; dix-sept étaient devenus tuberculeux et treize de ceux-ci avaient succombé ; un était mort de coma, cinq de grippe, un d'accident sur la voie publique. Il en résulte que plus de la moitié de ces diabétiques consomptifs avaient contracté la tuberculose. Cette affection peut revêtir toutes les formes et bien souvent elle est latente pendant longtemps. D'où cette règle de toujours examiner radiologiquement, si possible, les poumons des diabétiques, même s ils ne présentent aucun signe à l'auscultation, et de refaire cet examen de temps en temps. En tout cas, au moindre signe d'amaigrissement inexpliqué, ne pas négliger de s'assurer de l'état des poumons. Cette tuberculose, prise à temps, avant qu'elle ne se soit bilatéralisée, peut être fort heureusement traitée, comme toute tuberculose pulmonaire, par le pneumothorax.

A noter que la tuberculose aggrave souvent le diabète, qui résiste à des doses énormes d'insuline journalières, incapables de juguler la glycémie et l'acidose. On a vu des malades tuberculeux guérir de leur coma diabétique par une médication insulinique intensive ; mais on a pu voir parfois que la tuberculose subissait ensuite une poussée évolutive grave ; peut-être les doses fortes d'insuline ne sont-elles pas tant à incriminer que le choc profond causé à l'organisme par le coma. Les tuberculeux sont parfois particulièrement sensibles à l'insuline et font des crises d'hypoglycémie ; il s'agit peut-être, dans ces cas, de lésions surrénales surajoutées.

Dans le cas rapporté par l'auteur, il s'agissait d'un diabète consomptif juvénile. Cependant, dès le début, la malade avait résisté partiellement à l'insuline; on ne put jamais qu'atténuer la glycosurie et l'acétonurie, sans les faire disparaître ; sans doute peut-on objecter qu'on aurait dû augmenter les doses de l'insuline. Cette pratique n'était pas à envisager en présence des phénomènes d'intolérance grave, qui se manifestèrent avec les doses utilisées : crises épileptiformes précédées de pâleur, de malaises, de sensation de faim et de sudation. Enfin, en élevant les doses d'insuline, on n'obtenait pas plus d'effet qu'avec des quantités plus faibles.

De cette observation il faut retenir :

D'une part, la gravité de l'association tuberculose et diabète qui peut contrarier la thérapeutique insulinique du coma diabétique.

D'autre part, la nécessité d'agir avec de fortes doses fréquemment répétées dans tout cas de coma diabétique même tuberculeux ; mais, dans ce dernier cas, une extrême prudence est nécessaire, étant donnée la susceptibilité possible des sujets aux accidents insuliniques. (*Le Journal Médical français*, août 1936.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Académie de Médecine

Sur la vaccination antityphoïdique

(M. H. Vincent ; 24-11-1936.)

M. Vincent fait adopter par l'Académie le vœu suivant :

En vue de faire bénéficier davantage la population civile de la vaccination antityphoïdique et de renforcer les mesures relatives à la protection de la santé publique, l'Académie émet le vœu qui suit :

Dès l'apparition, soit de cas isolés, soit d'une épidémie de fièvre typhoïde ou de fièvre paratyphoïde, la vaccination antityphoparatyphique sera appliquée obligatoirement et aussi précocement que possible à tous les membres de la famille qui seront en contact avec le malade ainsi qu'à tous ceux qui approchent celui-ci.

On tiendra compte, pour cette pratique, de l'état de santé des personnes susceptibles d'être vaccinées et des contre-indications usuelles de la vaccination.

La même vaccination sera conseillée, par voie d'affiches, aux autres habitants de la localité atteinte par l'épidémie.

Académie de chirurgie

Faut-il opérer toujours l'appendicite aiguë ?

(21 et 28-10, et 4-11-1936)

La question de l'opération à chaud dans l'appendicite aiguë a été remise à l'ordre du jour de l'Académie de chirurgie par une communication de M. G. Métivet intitulée : *A propos d'un cas malheureux d'appendicectomie à chaud.*

Le malade de M. Métivet, un jeune homme de dix-sept ans, était entré à l'hôpital pour une crise d'appendicite aiguë ayant évolué en deux temps : une première phase avec fièvre (38°), douleurs, vomissements ; une reprise le lendemain soir avec une température à 39°, pouls à 64. Le ventre était souple, sans réaction péritonéale. Foyer limité. Obéissant à la règle des quarante-huit heures, M. Métivet décide d'intervenir. L'appendice est verdâtre et perforé au niveau d'un petit calcul. Le lendemain, le ventre se ballonne et le jour suivant le malade est en pleine péritonite généralisée. Malgré les traitements mis en œuvre, la mort survient le troisième jour. M. Métivet se demande si l'intervention n'a pas été la cause de la propagation au péritoine d'une infection qui se localisait en un abcès rétro-cæcal.

— M. Rouhier ne comprend pas les protestations soulevées par la courageuse communication de M. Métivet. Si l'appendicectomie immédiate s'impose chaque fois qu'une appendicite est vue dans les premières heures et même dans les deux premiers jours, lorsqu'on peut espérer que les lésions sont encore localisées à l'appendice, il paraît clair que, lorsqu'il existe déjà une ébauche nette de limitation, comme dans les formes à plastron, il y a lieu de laisser agir la nature sous une stricte surveillance et en se tenant prêt à intervenir si l'état du malade ne s'améliore pas. Décréter que, dans tous les cas, une appendicite doit être opérée sans délai est une formule excessive, mais dès que le diagnostic d'appendicite est posé, le *chirurgien doit être appelé. En fait, le chirurgien est* généralement demandé de très bonne heure et l'opération précoce peut être ainsi réalisée dans la plupart des cas.

— M. Cadenat élève quelques critiques sur la communication de M. Métivet. Il serait regrettable, dit-il, que le principe de l'opération précoce, qu'il fut si difficile de faire adopter, soit de nouveau remis en discussion. M. Métivet parle de la *loi sacro-sainte* des quarante-huit heures. Elle ne saurait évidemment être prise à la lettre. Elle a constitué cependant un moyen de répandre l'opération précoce.

Le plastron appendiculaire est un plastron de défense qui représente un symptôme favorable. Il vaut mieux en ce cas, certes, s'abstenir, d'autant qu'alors l'appendice est ordinairement difficile à trouver, d'où intervention plus traumatisante.

Dans l'appendicite à siège rétro-cæcal, les signes de début sont souvent plus frustes. La cellulite postérieure, lorsqu'elle commence à diffuser, devient rapidement grave et il est sage d'inciser tôt et large.

— M. Pierre Duval remarque que la malheureuse observation rapportée par M. Métivet est d'un ordre connu : c'est le cas type de l'appendicite en deux temps, dont l'aggravation brutale (forme toxique grave) a été au-dessus de toute thérapeutique Il n'en faudrait pas faire grief à l'opération. Il faut, au contraire, affirmer une fois de plus que toute crise d'appendicite devrait être opérée d'urgence dans les vingt-quatre heures.

Personnellement, M. Pierre Duval est même partisan et ardent conseiller de l'opération systématique. Plus l'opération est précoce, plus les résultats se rapprochent de ceux de l'appendicectomie à froid. Dans le service de M. Pierre Duval, toute appendicite est opérée aussitôt qu'elle est vue, à n'importe quel jour, même passé quarante-huit heures. Du 1er janvier 1935 au 1er novembre 1936, 189 cas d'appendicite aiguë ont été ainsi opérés avec trois décès seulement (1,57 p. 100 de mortalité). P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

Hémopneumothorax spontané bénin.

(MM. J. TROISIER, M. BARIÉTY et DUGAS; 12-6-1936)

En dehors d'un traumatisme ou d'une intervention sur la plèvre, l'hémopneumothorax frappant un sujet jeune en pleine santé apparente et guérissant sans aucune séquelle est rare. Sa pathogénie reste obscure et paraît relever moins de la tuberculose que de la rupture de bulles sous-pleurales non-tuberculeuses. Il s'agissait, chez un homme de trente-quatre ans, sans antécédents ni signes cliniques de tuberculose en évolution, d'un hémo-pneumothorax spontané qui s'est résorbé en six semaines et a guéri sans séquelle. Véritable hémopneumothorax spontané bénin.

L'épanchement de sang de la plèvre a été de moyenne abondance. Il ne s'est accompagné ni de signes d'hémorragie interne, ni de signes de collapsus cardio-vasculaire. Il s'est manifesté par une douleur irradiant vers l'hypocondre. L'évolution a été légèrement subfébrile (autour de 37°6) ; la succussion hippocratique est le signe physique qui a persisté le plus longtemps. Le liquide retiré par ponction pleurale est du sang pur incoagulable, comme il est de règle. Alors que le nombre des globules rouges y est aux environs de 3 millions, la leucocytose passe de 8.000 à 22.000 aux divers examens, témoin de l'inflammation pleurale aiguë. Il faut noter l'énorme proportion des polynucléaires éosinophiles qui atteint 91 %, véritable réaction pleurale d'ordre hémolytique.

Le diagnostic de la maladie de Hodgkin par la ponction des ganglions

(MM. P.-E. WEILL, P. ISCH-WALL et S. PERLÈS ; 12-6-1936).

Malgré l'allure spéciale de la maladie de Hodgkin dans sa forme la plus typique : adénopathies, manifestations cutanées, évolution par poussées successives accompagnées de rémissions variables, formule sanguine à prédominance granuleuse et éosinophilie marquée ; malgré les signes secondaires dont l'existence est un appoint précieux pour orienter le diagnostic vers la lymphogranulomatose, la clinique et l'examen de sang restent le plus souvent insuffisants pour affirmer la maladie. Le seul élément de certitude réside dans la biopsie d'un ganglion et dans l'interprétation anatomo-pathologique du tissu prélevé.

Cependant la biopsie ganglionnaire est difficilement acceptée par les malades. Aussi les auteurs ont-ils été incités à pratiquer couramment la ponction ganglionnaire, seule méthode toujours applicable, toujours facilement acceptée et dont les résultats semblent de valeur au moins égale à celle des biopsies. Cette minime intervention offre, en effet, la possibilité d'être effectuée simultanément dans des ganglions différents ; elle peut être renouvelée et multipliée selon les besoins ; elle fournit enfin des des images typiques.

Les auteurs ont chaque fois obtenu des résultats concordants qui autorisent à substituer à l'adénectomie, inconstamment employée, cette méthode facilement utilisable qu'est la ponction ganglionnaire. Dans les ponctions où la cellule de Sternberg a pu être mise en évidence, le diagnostic n'offre aucune difficulté car l'élément caractéristique, moins typique il est vrai, que sur les coupes, conserve cependant un aspect assez particulier pour n'être confondu avec aucune autre cellule.

La ponction ganglionnaire, au moins aussi fidèle que la biopsie, apporte donc les éléments nécessaires au diagnostic de la lymphogranulomatose maligne. Non seulement elle fournit des résultats d'une valeur au moins égale à ceux des coupes tissulaires mais encore permet-elle, grâce aux examens répétés, une étude suivie de l'évolution de la maladie ainsi qu'un contrôle rapide et continu du traitement institué.

Sur un cas de « néphrose lipoïdique » suivi pendant quatre ans

(MM. PASTEUR VALLÉRY-RADOT, G. MAURIC, M. LAUDAT, et Mlle P. GAUTHIER-VIALLARS ; 19-6 1936)

Cette observation suivie pendant quatre années, avec examens histologiques, démontre une fois de plus qu'il n'y a pas lieu de distinguer la « néphrose lipoïdique » des néphrites.

Du point de vue clinique, il est intéressant de constater que, dès le début, malgré un taux d'urée normal et un fonctionnement rénal normal, on a pu déceler immédiatement la néphrite, uniquement du fait de la présence d'hématies dans les urines, et assigner au syndrome œdémateux et aux signes humoraux leur véritable place dans le tableau morbide.

L'observation a montré que cette néphrite, au bout de quelques mois, a occupé le premier plan du tableau clinique et qu'elle a évolué très rapidement comme évoluent certaines néphrites banales. Le syndrome humoral de néphrose lipoïdique n'a été dans cette observation qu'une manifestation transitoire.

Du point de vue anatomique, les lésions constatées sont des lésions de néphrite. Ces lésions n'ont pas de particularités. Bien qu'il y ait une sclérose des vaisseaux spléniques et de l'aorte, les artérioles du rein ne sont pas particulièrement atteintes.

La surcharge graisseuse était des plus discrètes et, d'autre part, l'examen le plus attentif montrait des inclusions lipoïdiques tout à fait exceptionnelles. Le syndrome humoral de néphrose lipoïdique constaté au début de l'évolution de la maladie avec tant de netteté — aussi bien à l'examen du sang qu'à l'examen des urines au microscope polarisant — n'a donc laissé qu'une trace insignifiante au niveau du parenchyme rénal. Cette observation montre bien qu'il ne s'est agi, en fait, que d'une néphrite avec syndrome humoral de néphrose lipoïdique transitoire.

G. F.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

Séance du 15 *octobre* 1936

Sur une lésion inflammatoire folliculaire siégeant électivement sur la paroi des vaisseaux

MM. BOLZINGER et COUTEAUX relatent l'observation d'un homme de 33 ans, présentant, à la partie antérieure de l'épiphyse tibiale inférieure gauche, une tumeur indolore, du volume d'une mandarine, évoluant depuis huit ans. L'examen histologique montra que cette tumeur richement vascularisée, était parsemée de nodules englobant des lésions inflammatoires folliculaires dont les auteurs discutent l'étiologie.

Léïo-myo-sarcome du sein

MM. MONTPELLIER, PIANA et BARONE présentent l'observation d'une femme âgée de 70 ans atteinte d'une tumeur ulcérée de la grosseur d'une orange, du sein, qui se révéla à l'examen histologique comme étant de nature léïo-myomateuse et de caractère malin. Il s'agissait d'une tumeur de la peau rentrant dans le groupe des myo-sarcomes cutanés.

Septicémie à pneumobacilles

MM. MILLET et LEMAIRE rapportent un cas de septicémie à pneumobacille de Friedlander, consécutive à une excoriation infectée du cuir chevelu, caractérisée cliniquement par la succession d'un foyer pulmonaire, d'une réaction méningée, de purpura et d'un état typhique. La guérison fut obtenue par la granulothérapie.

Action stérilisante de la chloropicrine sur les œufs de limex lectularius (punaises des lits)

MM. GOUNELLE et YVES RAOUL précisent l'action de la chloropicrine sur les œufs de punaises. Après séjour dans une atmosphère toxique de 5 et 10 grammes, aucune naissance n'est recensée. Il en est de même de cordages parasités provenant de sommiers infectés. Ces expériences complètent celles des auteurs récemment rapportées à l'Académie des sciences et qui démontraient l'action du toxique sur le milieu intérieur de l'œuf qui s'acidifie après chloropicrination.

Un cas de maladie rhumatismale à forme cutanée

MM. FRIBOURG-BLANC, GRAU et BLICHER rapportent l'observation d'un malade qui, atteint d'une maladie de Bouillaud à symptômes articulaires atténués, présenta de façon précoce un érythème marginé en plaques discoïdes. Cet érythème évolua par poussées successives. Plus tardivement apparurent des nodules rhumatismaux de Meynet. Les auteurs insistent sur la rareté relative et l'importance diagnostique et surtout pronostique considérable de ces formes cutanées de la maladie rhumatismale qui s'accompagnent de manière constante d'atteinte cardiaque.

A propos d'un cas de syphilis ancienne méconnue à manifestations tertiaires tardives graves

MM. JUNQUET, JACOB et LE ROCH rapportent l'observation d'un malade qui, ayant eu à l'âge de 20 ans une lésion génitale, diagnostiquée « herpès», a présenté 55 ans plus tard une syphilis cutanée ulcéro-croûteuse, et, en l'absence de tout signe clinique périphérique, un anévrisme aortique décelé par la radioscopie.

Quelques réflexions d'ordre pratique au sujet du paquet de pansement individuel

Après avoir constaté que le paquet de pansement individuel français répond sensiblement aux résolutions adoptées par la Commission internationale de standardisation, M. DEFFINS fait remarquer qu'il s'en écarte par certains points et, examinant successivement les éléments de ce paquet, il signale les améliorations et les simplifications qu'il serait désirable de voir y apporter.

Lille

SOCIÉTÉ MÉDICALE ET ANATOMO-CLINIQUE

Séance du mardi 27 *octobre* 1936

Expérimentation personnelle dans le cancer provoquée par le 1-2 Benzopyrène. (Présentation d'animaux et des pièces)

MM. DELATTRE et LOU-CHANG énumèrent les animaux très divers sur lesquels ils ont expérimenté et les techniques auxquelles ils ont eu recours, injections ou gouttes déposées sur la peau. Ils étudient en détail les résultats qu'ils ont obtenus.

Leurs expériences ont porté principalement sur les souris : environ 400 sujets, et par le procédé des gouttes déposées sur la nuque. Ils décrivent les phases successives du processus : dépilation, pigmentation, apparition de papillomes, ulcérations, enfin cancérisation et mort.

Pince restée dans l'abdomen deux ans et six mois après une opération

M. BERNARD. — Femme de 53 ans, opérée d'un fibrome. Pendant deux ans et six mois, elle souffre de crises douloureuses abdominales, avec phénomènes de subocclusion. L'examen radiologique montre une pince de Kocher, restée au milieu des anses intestinales. A l'intervention, on constate la formation de nombreuses adhérences, serrées autour des anneaux ; ceux-ci avaient pénétré dans la lumière intestinale et étaient rongés par les sucs digestifs.

L'auteur rappelle d'autres cas analogues ; il note la réaction inflammatoire et la possibilité d'une irritation de voisinage. Persistance et latence sont les termes qui traduisent le mieux l'interprétation des faits.

Les Livres

MASSON et Cie, éditeurs,
120, boulevard Saint-Germain, Paris

Th. ALAJOUANINE, professeur agrégé à la Faculté de médecine, et R. THUREL, ex-chef de clinique à la Faculté. — **Les spasmes de la face et leur traitement.** Un vol. de 88 pages (Collection : Médecine et Chirurgie. Recherches et applications, nº 1).

Voici les divisions de cet intéressant petit ouvrage écrit dans un esprit essentiellement pratique :

I. — Anatomie et physiologie des muscles de la face.

II. — Hémispasme facial périphérique : post-paralytique, autonome. Traitement.

III. — Spasmes de la face d'origine centrale ; réflexes et tics de la face (spasmes de la névralgie du trijumeau, spasmes réflexes à point de départ périphérique, tics de la face, crampes professionnelles). Epilepsie Bravais-jacksonienne faciale ; myoclonies faciales rythmiques ; mouvements spasmodiques rythmés post-encéphalitiques ; tremblement parkinsonien des lèvres ; spasme intentionnel péribuccal ; chorée, athétose, spasme facial médian.

MASSON et Cie, éditeurs,
120, boulevard Saint-Germain, Paris

Jean BERGER, chirurgien des hôpitaux de Paris. — **Gestes et procédés techniques de chirurgie générale.** Un vol. de 138 pages avec 124 figures.

Une opération doit être conçue d'avance, dans ses détails, de manière à créer une sorte de cadre technique dans lequel on doit chercher à faire entrer le plus vite possible tous les temps de son exécution. L'étude des gestes chirurgicaux, la systématisation de ceux de l'opérateur et des aides, l'établissement de bases serrées et logiques, donnent, à ceux qui veulent se soumettre à cette discipline, une technique le plus souvent précise dans ses gestes, d'une réalisation aisée, et favorable dans ses résultats. C'est à fixer l'esprit de cette discipline et les procédés de cette technique que s'emploie le livre de M. Berger.

Divisions de l'ouvrage : I. Principes généraux. Emploi des instruments. Rôle de l'aide. II. Les temps opératoires : *a*) découverte, position du malade. Choix des incisions pariétales. Position du chirurgien. Détail des incisions pariétales et de leur réparation ; *b*) exécution ; hémostase, extériorisation des lésions abdominales, retour aux conditions anatomiques, emploi de la voie rétrograde. — III. Temps de réparation viscérale : péritonisation pelvienne, surjets péritonéaux, d'anastomose latéro-latérale, surjet total latéro-latéral, surjet termino-terminal, enfouissement séro-musculaire terminal, enfouissement en bourse, surjet cutané. — IV. A propos du drainage, du tamponnement, de quelques fautes d'asepsie.

J.-B. BAILLIÈRE et FILS, éditeurs
19, rue Hautefeuille

Professeur Jean SABRAZÈS et Professeur agrégé R. DE GRAILLY. — **Le milieu synovial physiologique et pathologique.** (Introduction à l'étude de la pathologie articulaire). Un vol. 205 pages, 16 fig., une planche, 2 tableaux, 1936.

Ce livre, « initiation » à l'anatomie, à l'histologie, à la physiologie et à la pathologie des synoviales articulaires et des gaines tendineuses, sera suivi d'un deuxième volume, sur les TUMEURS DES ARTICULATIONS ET DES BOURSES SÉREUSES.

Le premier chapitre de cet ouvrage résume ce qu'il faut connaître des articulations et des bourses séreuses au point de vue embryologique et histologique.

Le chapitre II est consacré aux caractères physico-chimiques de la synovie : coagulabilité, densité, poids spécifique, point de congélation, propriétés hémolysantes ou non, viscosité, coefficient de Boutaric pour la mucine, avec les recherches d'Achard et Piettre, pH de la synovie.

Le chapitre III envisage la physiologie articulaire : fonctions de la synoviale et de la synovie, perméabilité de cette membrane, mode de résorption des substances qui pénètrent par diverses voies, hématogène et autres, blocage chimique des articulations, son emploi, rôle du mouvement, de l'immobilisation prolongée, de l'activité circulatoire sur la fixation par les synoviales de colorants vitaux, de diverses substances colloïdales, d'agents médicamenteux.

Le chapitre IV traite de la culture des tissus synoviaux.

Après cette étude du milieu synovial *physiologique*, étude enrichie de nombreuses acquisitions nouvelles, MM. Sabrazès et de Grailly abordent, dans le chapitre V, le milieu synovial *malade*.

La cytologie, les caractères physico-chimiques des épanchements articulaires, reflets des déterminations pathologiques qui frappent les jointures, sont passés en revue. De nombreuses observations personnelles documentent ce chapitre. Les tableaux classent tous ces faits.

C'est un véritable traité de cytologie des articulations que nous donnent MM. Sabrazès et de Grailly.

Les Thèses

P. — Dr M. Horowitz. — **Fragilité osseuse congénitale. Analogies et différences entre l'ostéogénèse imparfaite, la dysplasie périostale et l'ostéo-psathyrose.** (Thèse, 1936.)

Le syndrome de fragilité osseuse congénitale, avec fractures multiples, isolée par Vrölik en 1845, sous le nom d' « osteogenesis imperfecta » et dont la description complète a été donnée en 1905 par Porak et Durante, sous l'appellation de « dysplasie périostale » mérite-t-il de garder son autonomie comme entité pathologique, ou doit-on le considérer simplement comme une forme grave et précoce de l' « ostéopsathyrose » ?

Jusqu'à présent, une certaine confusion règne à ce sujet.

Les *analogies* sont nombreuses : la fragilité des os longs, les caractères de ces fractures, l'aspect radiologique du squelette, la coloration bleu ardoisé des sclérotiques, le crâne à rebord et les lésions histologiques de même ordre.

Les différences consistent surtout dans le nanisme avec micromélie, l'atteinte profonde de l'état général et le pronostic souvent fatal de la dysplasie.

P. — Dr F. Rouyer.— **Du traitement des hémorragies utérines fonctionnelles par les benzoates de folliculine et par la lutéine.** (Thèse, 1936.)

L'injection de benzoate de folliculine aux doses de 1 à 10 mgr. n'a pas d'effet hémorragipare sur la muqueuse utérine. Elle peut même faire cesser momentanément certaines pertes sanguines utérines.

Dans les hémorragies fonctionnelles de la ménopause, l'injection d'hormone lutéinique aux doses de 1 à 5 mgr. semble avoir une action freinatrice. Cette injection paraît accélérer l'apparition de l'aménorrhée ménopausique.

P. — Dr H. Bardon. — **Le cancer primitif du poumon chez l'enfant.** (Thèse, 1936.)

Le cancer primitif du poumon peut s'observer chez l'enfant, mais il est chez lui relativement rare.

Si, le plus souvent, il est impossible d'en faire le diagnostic à la période initiale, il se présente à la période d'état sous la forme d'un syndrome pseudo-pleurétique. Les thoracentèses ne ramènent dans la règle, quel que soit le point ponctionné, que quelques gouttes de liquide sanglant, lequel fera penser à une néoplasie pleuro-pulmonaire.

La radiographie donne une image qui n'est pas celle d'un grand épanchement liquide.

La constatation d'une adénopathie est un signe important, quoique inconstant, en faveur de la nature maligne de la néoformation pulmonaire. La biopsie ganglionnaire peut alors trancher rapidement le diagnostic.

L'examen du liquide retiré par ponction et des crachats ne permet qu'exceptionnellement de trouver des cellules néoplasiques nettement caractérisées.

Le pronostic est toujours fatal. La radiothérapie, employée avec prudence, peut donner quelques rémissions.

P. — Dr G. Appert-Collin. — **Traitement de la tuberculose pulmonaire par les sels d'or à petites doses quotidiennes** (méthode de Cazmani). (Thèse, 1936.)

La méthode des injections quotidiennes de sels d'or par petites doses permet une introduction rapide de composés auriques dans l'organisme tout en bénéficiant des avantages de la voie intramusculaire. Cependant cette méthode ne donne pas globalement des résultats meilleurs que ceux obtenus par les anciennes techniques (injections hebdomadaires ou au maximum bi-hebdomadaires). L'auteur a observé, d'autre part, des accidents fréquents, surtout digestifs; ceux-ci commandent dans tous les cas, l'arrêt immédiat et définitif du traitement. Le plus souvent, l'interruption de la chrysothérapie suffit à les faire disparaître.

La posologie adoptée par l'auteur est la suivante : les malades reçoivent par jour de 0 gr. 02 à 0 gr. 05 d'allochrysine, les doses totales injectées ayant varié de 4 à 5 grammes.

P. — Dr Joseph. — **Quelques résultats paradoxaux de la cuti-réaction à la tuberculine.** (Thèse, 1936.)

L'auteur signale quelques résultats paradoxaux, d'ailleurs exceptionnels, de la cuti-réaction à la tuberculine. Ils concernent : *a*) Des cuti-réactions négatives après B. C. G; *b*) des cuti-négatives avec images radiologiques suspectes; *c*) des cuti-positives au cours des maladies anergisantes.

Mp. — Dr J. Moulin. — **L'ophtalmoplégie nucléaire progressive.** (Thèse, 1936.)

L'ophtalmoplégie nucléaire progressive est une affection rare, souvent associée à d'autres maladies.

Son étiologie est complexe. On l'a vu apparaître au cours de maladies infectieuses telle que la rougeole, la typhoïde, la varicelle, l'encéphalite épidémique. Mais le facteur étiologique le plus important semble être la syphilis. Les intoxications endogènes et exogènes paraissent également avoir aussi une influence nette. Le diagnostic est en général facile et le pronostic doit rester très prudent. Toutes

les thérapeutiques actuelles paraissent impuissantes à enrayer l'évolution de l'ophtalmoplégie nucléaire progressive, qui est une polio-encéphalite supérieure chronique.

P. — Dr J. Reyé. — **De l'enchevillement des fractures diaphysaires par greffon tibial intramédullaire.** (Thèse, 1936.)

L'enchevillement osseux intramédullaire fut surtout proposé par Lexner en 1909, pour le traitement des pseudarthroses des os longs au moyen d'un greffon prélevé sur le péroné.

Il fut peu utilisé jusqu'en 1933, date à laquelle Laffitte proposa de l'étendre à d'autres cas que les pseudarthroses, précisa une technique nouvelle et montra la possibilité de le compléter au besoin par un anneau ostéo-périosté, ou des éléments fixateurs complémentaires.

Cette technique présente le gros avantage de corriger le raccourcissement, le décalage, l'angulation et la rotation vicieuse au moyen d'un élément organique résistant, admirablement toléré et assimilable.

La crête tibiale dans la partie supérieure de son tiers moyen fournit le greffon idéal dont la longueur et l'épaisseur varient selon la nature de la diaphyse à traiter.

Str. — Dr P. Holtzmann. — **La pneumoradiographie du genou.** (Thèse 1936.)

La pneumoradiographie facilite le diagnostic des affections articulaires. Quoique inoffensive, certes, elle offre une certaine difficulté d'exécution et est plus chirurgicale que radiologique.

Il faut considérer l'arthro-insufflation du genou comme une méthode d'investigation assez exceptionnelle, uniquement réservée aux cas où la clinique et les autres méthodes d'examen n'ont pas permis de préciser le diagnostic. Dans ces cas, la méthode peut quelquefois donner des renseignements utiles, notamment pour le diagnostic différentiel des syndromes post-traumatiques du genou.

La pneumo radiographie permet incontestablement une localisation et une mise en évidence nette des corps libres intra-articulaires.

Str. — Dr F. Seeger. — **De quelques cas de sarcomes d'Ewing et de leur traitement.** (Thèse 1936.)

Le sarcome d'Ewing est un endothéliome osseux relativement plus fréquent qu'on pourrait le supposer. Il atteint généralement des adolescents. La symptomatologie par poussées, après un début insidieux, rend le diagnostic précoce difficile. A un stade plus avancé, la localisation diaphysaire, l'image radiologique « en pelure d'oignon », les métastases précoces, en font une entité morbide bien définie.

Le pronostic de cette tumeur est grave, vu ses métastases précoces et multiples.

Par le traitement chirurgical, on a pu enregistrer des cas de guérison. Mais la proportion des cas guéris après amputation ne paraît pas supérieure à celle que donne le traitement par les rayons X. La radiothérapie serait le traitement de choix, sans prétendre, à une phase un peu avancée, empêcher l'issue fatale, le malade succombant aux métastases de la tumeur.

P. — Dr H. Fagard. — **Contribution à l'étude de la thérapeutique des maladies infectieuses par les injections intraveineuses de granules solubles.** (Thèse 1936.)

L'impression se dégageant de cette étude est que la suspension de sels de magnésium a une action de même ordre que celles des suspensions de carbone animal. Les essais de l'auteur sont trop peu nombreux pour établir un pourcentage de résultats. De nouvelles recherches devront être entreprises afin de voir si cette thérapeutique présente, comme il est probable, des échecs comme pour le carbone, dans la tuberculose par exemple.

L'hydroxycarbonate de magnésium paraît avoir les propriétés du carbone, sans en avoir les inconvénients, et peut-être devrait-il lui être préféré.

P'. — Dr A. Pergola. — **Syndromes myo-parathyroïdiens simples ou associés.** Myopathies scléreuses et scléro-hypertrophiques liées à des troubles parathyroïdiens. (Thèse 1936.)

L'association d'un syndrome myopathique à des troubles du métabolisme du calcium et à des signes de la série parathyroïdienne est certaine. Le rapport de cause à effet est probable.

S'appuyant sur des données cliniques, histologiques et physico-chimiques, il paraît actuellement logique à l'auteur de parler de syndromes myo-parathyroïdiens, véritables myopathies parathyroïdiennes. Les lésions musculaires, revêtant le type prédominant de myo-sclérose, semblent, en effet, directement en rapport avec des mutations calciques d'origine primitivement parathyroïdienne.

Sans doute doit-on se demander s'il s'agit d'hyper ou d'hypofonctionnement parathyroïdien et peut-être convient-il d'incriminer une dysparathyroïdie.

La conduite à tenir, devant de tels syndromes, semble être avant tout d'ordre chirurgical.

■ ■ ■

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Bulletin de l'Actualité

LA MÉDECINE EST UN ART CLINIQUE ET NON UNE SCIENCE MATHÉMATIQUE

« Il me paraît, cher docteur, à la lecture de mes journaux, qu'il y ait, depuis quelques années, une augmentation sérieuse des cas, où les Tribunaux reconnaissent vos confrères pour responsables de quelque lourde faute dans l'exercice de leur profession. ?

— « D'une manière générale, répartit aussitôt un magistrat, la question de responsabilité est, en effet, soumise de plus en plus à l'appréciation des juges et, depuis l'augmentation des cas mortels et graves que causent les accidents d'auto, nous devons sévir avec une rigueur accrue, dans le but de mettre un frein à toutes les imprudences professionnelles, quelles qu'elles soient. »

Cette question soulevée devant moi par un aimable amphytrion, m'avait un peu saisi, et une remarque brusque était intervenue, avant que j'aie pu, moi-même, prendre la parole.

Puis encore celle-ci :

« Les médecins doivent aussi, ajouta un deuxième de la Basoche, être mis sur le même pied que les autres responsables ; ils exercent une profession avec des règles de traitement, aujourd'hui bien déterminées, non pas immuables cependant, car les progrès de la science amènent chaque jour des perfectionnements ; mais aucune excuse pour eux, s'ils ne les connaissent pas. A eux de s'enquérir ; ne les oblige-t-on pas d'ailleurs, dans d'autres pays à suivre ce qu'on appelle des cours de perfectionnements ? »

Le problème de la responsabilité professionnelle devant les Tribunaux était ainsi posé dans toute son ampleur. Le maître de maison ne se doutait pas de l'importance d'une question, jetée un peu au hasard de la conversation ; cependant j'avais la chance d'être admis, ce soir là, dans un milieu de « robins » ; et la douce quiétude qui fait suite à un agréable repas, l'esprit amical qui présidait à cette réunion, allait me mettre en face de contradicteurs, d'habitude retranchés dans une sorte de tour d'ivoire, mais actuellement « détendus », et aptes à soutenir une discussion libre, dépourvue de toute théorie ou idée préconçue. Je repris donc :

Tout d'abord, ainsi qu'on l'a toujours dit, la médecine n'est pas une science, mais elle est un art ; elle est de plus en plus un art. Comme l'a écrit le Professeur R. Leriche, un de ceux qui *possèdent pleinement la maîtrise de leur métier :* « tout en *paraissant* vivre d'un empirisme traditionnel, presque assimilable à une science, la pratique de la médecine s'appuie chaque jour davantage sur les leçons de la *recherche pure* ». Elle se différencie de la science, en ce qu'elle n'est pas encore arrivée à formuler ses lois ; partant chaque fois des observations qu'elle recueille, elle raisonne encore par induction ou déduction ; au besoin, elle vérifie par l'expérimentation. Or, malgré la perfection de ses instruments de recherche, cette expérimentation contemporaine n'est pas à l'abri des erreurs, puisque toujours c'est l'esprit qui guide la marche de ces instruments, et que l'esprit est faillible, malgré tout... D'autre part la maladie doit être considérée aujourd'hui que comme la conséquence d'une déviation initiale de l'ordre physiologique. Et, de l'ordre physiologique normal, nous ignorons encore les causes profondes nerveuses, humorales, qui président sa régulation.

Comment supposer, qu'en pareille occurrence, le médecin puisse toujours être tenu pour responsable d'une erreur de diagnostic et par suite, ou simplement, d'un traitement mal effectué. Certes il est actuellement des circonstances bien définies, pour la médecine ou pour la chirurgie, dans lesquelles une faute lourde commise ne prête à aucune discussion ; mais, il reste encore un grand nombre de cas douteux, mal connus, bien que les apparences soient parfois contraires ? Croit-on qu'ici il soit prudent et légitime de comparer la responsabilité médicale à celle du chauffeur d'automobile imprudent, à celle du patron lequel par sa faute, a négligé de faire réparer une machine, qui se détraque brusquement et tue ? Et mille autres cas semblables ne sont pas comparables à l'exercice de la médecine.

— « Mais en pareil cas, interrompit un troi-

sième juriste, nous avons à notre disposition l'avis de médecins experts, qualifiés pour nous éclairer en ce que nous pouvons ignorer ».

— Tout à fait juste, à la condition que vous suiviez dans vos jugements ces avis de compétence.

Sinon, comment pourrez-vous faire grief à un médecin de ne pas avoir eu recours à quelque méthode scientifique nouvelle, encore incertaine peut-être dans ses données diagnostiques — sans compter que le malade lui-même ne pourrait pas accepter les dépenses supplémentaires, parfois élevées, qui en résulteraient. Vous semblez être de mon avis. Et cependant... voulez-vous que je vous rapporte un regrettable exemple, où les juges n'ont pas cru devoir suivre les experts en leurs conclusions, et condamner un éminent praticien, qui avait hésité à courir le risque d'une méthode biologique toute récente, alors qu'il possédait l'avis clinique autorisé d'un maître ?

Une femme est envoyée par son médecin traitant en consultation à un professeur de clinique obstétricale pour une tumeur abdominale pouvant commander le cas échéant une intervention immédiate en raison de son volume. Le maître étudie soigneusement la nature de cette tumeur : un néoplasme ? non, en raison de l'évolution et de l'état général ; une grossesse extra-utérine ? non, en raison de l'absence de certains accidents pathognomoniques ; une grossesse utérine ? non, mais certainement un kyste de l'ovaire. Ayant ainsi conclu, avec toute son expérience, au kyste de l'ovaire, que faire de mieux, sinon d'adresser la malade à son collègue en chirurgie ? Ce professeur, fort du diagnostic magistral porté par un spécialiste aussi hautement qualifié, fait une laparotomie ; hélas, l'erreur était cependant possible : il se trouve en présence d'un utérus gravide ! Fermeture immédiate de l'abdomen ; la grossesse achève son évolution normale, et sans aucun accident ; dans les délais habituels, la femme accouche d'un enfant sain. Les suites de couches sont excellentes.

Or voici que, sous l'influence de quelque mauvais conseiller, la femme poursuit l'opérateur en dommages-intérêts. Les experts, trois professeurs qualifiés, concluent à la non responsabilité de leur collègue. Malgré cela, ... les juges passent outre, et le chirurgien est condamné.

Que lui reprochait le Tribunal ?

1° De n'avoir pas pratiqué une radio du bassin avant d'opérer. Cette épreuve est certainement d'un grand secours pour le diagnostic de la grossesse ; elle fut d'ailleurs positive, quinze jours après la laparotomie. Mais l'eût-elle déjà été à l'époque de l'intervention ?

2° De n'avoir pas fait un prolan-diagnostic. Or, à l'époque de l'opération, cette méthode de laboratoire n'était pas encore au point. Et même en ces derniers temps, d'après l'avis autorisé du Professeur agrégé Lantuéjoul, elle reste particulièrement délicate à effectuer ; on ne peut s'adresser qu'à un biologiste de grande expérience, et encore celui-ci doit-il, pour obtenir une quasi-certitude dans ses résultats, rechercher la folliculine dans les urines de la femme par l'inoculation comparée de trois animaux : le souriceau, la souris et la lapine. Pour cette dernière, une laparotomie préalable est même nécessaire afin de vérifier si, déjà, l'animal ne présente pas de follicules ovariens.

L'inconstance de certaines épreuves scientifiques, en ce qu'elles exigent un biologiste éprouvé, la corroboration de trois expériences de laboratoire ne constitue-t-elle un élément de doute suffisant ?

Cette malheureuse histoire mérite donc d'être classée dans les cas douteux de responsabilité professionnelle, par opposition avec les cas nets de faute lourde. Mais n'est-il pas admis que le « doute doive profiter à l'accusé », et l'accusé était ici, bel et bien, le chirurgien ?

Il ne se passse pas d'année, où ne se produisent des exemples semblables dans l'appréciation de la responsabilité professionnelle. Il semble que les magistrats aient une tendance trop grande à apprécier les faits, sans s'entourer de tous les éléments utiles, surtout en ce qui concerne les difficultés de l'art médical, quelquefois même sans tenir compte d'avis qualifiés. Il serait bon que, davantage, ils entrent en contact avec les praticiens, pour mieux comprendre combien le diagnostic et la thérapeutique s'éloignent des données mathématiques.

Une anecdote confirmera cette manière de penser. C'était un magistrat éminent, premier président à la Cour de cassation qui s'étonnait devant l'un des maîtres incontestés de la chirurgie, que l'on pût oublier des pinces dans le ventre d'un malade, opéré de laparotomie. Le maître offrit au magistrat d'assister à une de ses interventions. La proposition fut acceptée ; il s'agissait précisément d'une hystérectomie, opération pour laquelle l'emploi d'un grand nombre de pinces est nécessaire. Aussitôt après, l'homme de loi, convaincu et surpris, de déclarer : « Eh bien, maintenant je m'étonne que chaque fois on n'en oublie pas davantage dans le ventre des opérés » !

Ce sera le mot de la fin.

G. Fischer.

CONCURRENCE ENTRE PHARMACIENS ET MÉDECINS PRO-PHARMACIENS
LE PHARMACIEN PEUT-IL GÉRER DEUX OFFICINES ?

La pléthore est mauvaise conseillère. Joignons à cela le désir immodéré, né depuis la guerre, de faire fortune en peu de temps. D'où des empiètements plus ou moins illégaux pour accroître le chiffre d'affaires, *per fas et nefas.*

Si la Confédération des Syndicats médicaux n'y met bon ordre, en accord avec l'Association générale des Syndicats pharmaceutiques de France, nul doute que des litiges seront portés à la connaissance des Tribunaux de droit commun, pour le plus grand dam de nos deux professions sœurs.

D'une région assez déshéritée par la nature, région pauvre, où les habitants sont loin d'être riches, ou même aisés, les médecins ne peuvent vivre qu'en joignant à leurs bénéfices professionnels un appoint provenant de la propharmacie, lorsque, dans la commune, n'existe pas d'officine ouverte.

Mais les pharmaciens entendent développer leur rayon d'action : certains ne se contentent plus, comme le potard de jadis, d'exercer leur art dans l'officine. Trop nombreux sont ceux qui délaissent l'antique prestige qui auréolait l'homme de science et de laboratoire, pour prendre plutôt figure de commerçant en drogues. Des colporteurs, des employés, des rabatteurs sillonnent les campagnes, pour solliciter, pour recueillir les commandes, sinon les ordonnances magistrales et livrer à domicile, telles les maisons d'épicerie, ou autres.

Je reçois de nombreuses plaintes de confrères, qui, aujourd'hui, me signalent des procédés nouveaux. Le pharmacien d'une ville voisine installe un dépôt de médicaments, ou même ouvre une seconde officine, laquelle est gérée par un non-diplômé, gratifié du titre d'élève en pharmacie, de préparateur, ou de gérant. Le pharmacien vient une fois par semaine vérifier la marche de sa succursale et empocher la recette.

Et les médecins de conclure tristement qu'ils doivent chercher à s'en aller ailleurs, malgré leur installation, qui remonte parfois à plusieurs dizaines d'années. Le pharmacien leur enlève l'appoint nécessaire pour vivre, d'autant que le propriétaire de l'officine soutient qu'ayant ouvert une succursale, il peut obliger le médecin à ne plus exercer la propharmacie. Je suis consulté sur le point juridique, à savoir si ces succursales sont légales et sur ce qu'on peut faire du point de vue pratique.

Je réponds en envisageant tour à tour un certain nombre de questions et situations juridiques.

Le pharmacien peut-il posséder ou gérer deux officines à la fois ?

La jurisprudence est abondante et bien fixée, pour répondre par la négative. Un pharmacien ne peut posséder qu'une seule officine. Certaines décisions et notamment un arrêt de la Chambre criminelle de la Cour de cassation du 28 novembre 1931 vont plus loin en décidant qu'il est interdit par la loi à un pharmacien de posséder deux officines, alors qu'il ferait gérer celle qu'il n'administre pas lui-même par un pharmacien diplômé, qui serait son employé.

A maintes reprises, la Cour de cassation a proclamé le principe que la propriété et la gérance d'une officine doivent reposer sur la même tête et résider dans les mêmes mains.

D'où la conclusion, c'est que viole la loi du 21 germinal an XI le pharmacien qui ouvre une succursale dans une aure localité, ou dans la même résidence du lieu où est située à l'officine.

La gérance de deux pharmaciens

Du moment où le propriétaire de deux officines ne peut pas légalement faire gérer l'une d'elles par un confrère diplômé, à plus forte raison est-il interdit de confier la gestion et la surveillance de l'officine à un non-diplômé, qualifié de titres divers, tels que ceux d'élève ou de préparateur, etc.

Il y aurait dans ce cas délit d'exercice illégal de la pharmacie, dont le pharmacien propriétaire serait inculpé comme complice.

Vainement, le diplômé pourrait-il invoquer, pour sa défense, qu'il vient une ou plusieurs fois par semaine, vérifier les agissements de son fondé de pouvoirs : il n'en serait pas moins condamné pour complicité d'exercice illégal de la pharmacie.

D'ailleurs, les décisions de jurisprudence sont abondantes, pour condamner les combinaisons, qui n'ont pour but que de masquer soit la gérance de deux officines appartenant au même propriétaire, soit la pratique assez répandue du « prête-nom ». Tous les cas qui ont été déférés à la justice correctionnelle ont fait l'objet de condamnations.

Les absences de longue durée

Laissant momentanément de côté l'illégalité de la propriété de deux officines, nous pouvons nous demander si un pharmacien, qui s'absente souvent, peut confier la gérance de l'officine à un non-diplômé ?

Certes, une extrême tolérance s'est établie, pour fermer les yeux sur des illégalités fort nombreuses, qui consistent à faire gérer partiellement ou totalement une officine par un « élève préparateur, cul-de-plomb », alors que le pharmacien s'occupe de tout autre chose que de son officine.

Disons de suite qu'ils sont encore fort nombreux les pharmaciens sérieux qui aiment leur profession et surveillent eux-mêmes le fonctionnement de leur officine, qui préparent eux-mêmes les médicaments composés, comportant des toxiques ou des difficultés scientifiques de préparation.

Malheureusement cette classe tend à diminuer comme nombre, et, lorsque, dans une région, le médecin nous fait connaître que le pharmacien est souvent absent, qu'il laisse son employé gérer et préparer tout seul la confection des drogues, force nous est d'étudier si pareils agissements ne sont pas sévèrement réprimés par la législation en cours.

La déclaration du Roi du 25 avril 1777, la loi du 21 germinal an XI et de nombreuses décisions de jurisprudence font une obligation au pharmacien de résider dans la ville, où il a son officine.

Quant à la surveillance des faits et gestes des « élèves et préparateurs en pharmacie » la responsabilité professionnelle qui pèse sur le pharmacien l'oblige à surveiller, alors qu'aucun texte légal n'enjoint au diplômé de préparer lui-même les drogues officinales, ou magistrales.

Joignons à cela les sanctions de la loi sur les fraudes, alors qu'il serait avéré que, pour éviter toute responsabilité pour lui-même et pour son patron, le préparateur non-diplômé a trouvé fort simple de ne pas mettre, dans une préparation magistrale, le toxique, ou la dose indiquée par le médecin.

Implicitement, le pharmacien peut donc s'absenter pour peu de temps. Mais les absences seraient-elles répétées, ou de trop longue durée que pourrait être retenue l'inculpation de complicité d'exercice illégal de la pharmacie contre le diplômé, alors que le préparateur serait poursuivi pour exercice illégal.

Et les Tribunaux seraient en droit de prononcer la fermeture d'une officine illégalement tenue par un non-diplômé en pharmacie comme « réparation du dommage causé à la salubrité « et à la sécurité publiques ». Ainsi en a décidé tout récemment la Cour de cassation, chambre criminelle, par arrêt du 4 janvier 1935.

Conclusion

Je réponds au président du Syndicat médical qui m'avait posé un certain nombre de questions qu'une action judiciaire en police correctionnelle peut être ouverte contre un pharmacien de la ville voisine, qui installe une seconde officine dans un bourg et la fait gérer par un élève non-diplômé, ou même muni du grade de pharmacien.

Nul ne peut posséder à la fois deux officines ; chacun doit résider dans la localité où est ouverte la pharmacie ; le diplômé doit la gérer lui-même la surveiller et ne pas, par des absences répétées et trop longues, se rendre complice de l'exercice illégal de la pharmacie par un non-diplômé.

Mais, avant de faire ouvrir une instruction pénale, je crois qu'il serait utile que localement le Syndicat des médecins et celui des pharmaciens puissent se mettre d'accord, pour confraternellement faire respecter par chacun les règles du droit et de la déontologie.

Ce ne serait qu'en présence du refus des délinquants que ces violations de la loi seraient soumises à la connaissance des Tribunaux répressifs.

En même temps, la Confédération des syndicats médicaux a le devoir de se préoccuper de la situation angoissante de certains médecins pro-pharmaciens, dont les prérogatives légales menacées par des agissements illégaux, irréguliers, ou simplement antidéontologiques, selon les cas. Qu'ils soient praticiens de médecine générale, spécialistes, ou médecins propharmaciens, tous nos confrères doivent être défendus par le grand organisme central confédéral, qui a qualité pour discuter avec l'Association générale des Syndicats pharmaceutiques.

Si les efforts de conciliation échouent, la parole sera alors aux Tribunaux correctionnels, pour poursuivre jusqu'au bout les empiètements illégaux, qui obligent certains médecins fort honorables à quitter leur situation devenue impossible, pour aller ailleurs grossir le nombre des médecins de centres plus importants, où déjà les praticiens qui y exercent ont du mal à vivre.

La propharmacie rend des services aux malades, en leur évitant de longs déplacements pour s'approvisionner en médicaments. Mais à mes yeux, l'avantage le plus important, c'est la possibilité, pour un médecin de pouvoir vivre tant du rapport de sa médecine, que de celui de la propharmacie. Les populations rurales — et en général les habitants de pays pauvres et déshérités — ont la possibilité d'avoir sur place les secours médicaux, secours qui se feraient attendre et coûteraient plus cher, si le médecin devait venir de la ville voisine.

L'article 27 de la loi de germinal n'étant pas abrogé, nous devons aide et protection à ceux de nos confrères qui sont lésés par des agissements illicites.

Dr Paul Boudin.

LES RÉPERCUSSIONS DU CHÔMAGE SUR LA MORBIDITÉ

Par le Docteur G. Ichok

Professeur à l'Institut de statistique de l'Université de Paris

Le travail, d'une part, en tant que source de revenus permettant de subvenir aux besoins impérieux de l'existence, et, d'autre part, en sa qualité de condition primordiale de la joie de vivre, intéresse, au plus haut degré, la protection de la Santé publique. Les problèmes qui se posent à cette occasion sont multiples, mais, sans doute aucun, les plus ardus, voire même les plus inquiétants, surgissent en relation avec le chômage. On comprend aisément combien cet état, contraire à la nature humaine, à moins d'avoir affaire aux cas pathologiques et anti-sociaux, met à une dure épreuve l'organisme, menacé dans ses forces vives, ce qui, toutefois, ne signifie point qu'il faille s'attendre à une augmentation certaine de la morbidité. Il y a lieu, d'apporter la preuve d'une façon objective, avant d'insister sur les relations de cause à effet, entre le chômage et la morbidité. Or, disons-le de suite, la chose n'est pas aussi simple que l'on voudrait le croire, ou plutôt le faire croire.

Avant d'entrer dans le vif du sujet, jetons un coup d'œil sur notre premier tableau, consacré au nombre des chômeurs, dans une douzaine de pays au cours 1927-1935. Les chiffres, colligés d'après les renseignements fournis par le Bureau international du travail, concernent la plupart du temps les chômeurs complets. On se trouve donc en face de données incomplètes, pusque le chômage partiel exerce également ses ravages, et présente, notamment au médecin de quartiers pauvres, des exemples poignants de misère physiologique, principalement due à la sous-alimentation. Quoiqu'il en soit, l'étendue du chômage justifie les préoccupations des hommes d'action, appelés à remédier à une grave situation.

Tableau I. — *Niveau du chômage dans douze pays* (1927-1935)

Pays	1927	1928	1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935
					Années				
Allemagne...	1.353.000	1.353.000	1.891.956	3.075.580	4.519.704	5.575.491	4.804.428	2.718.309	2.151.039
Australie....	31.032	45.669	47.359	84.767	117.866	120.454	104.035	86.865	71.823
Belgique :									
chômeurs complets....	11.112	5.386	8.462	23.250	79.186	161.468	168.023	182.855	165.469
— partiels	23.763	22.293	18.831	50.918	121.890	175.259	170.023	166.228	118.754
Canada......	8.142	8.120	11.488	22.873	33.625	38.777	33.488	28.320	25.336
Etats - Unis.	—	—	1.864.000	4.770.000	8.738.000	13.182.000	13.723.000	12.364.000	12.208.000
France :									
chômeurs secourus.....	33.549	4.834	928	2.514	56.112	273.412	276.033	345.033	426.879
demande d'emploi.......	47.289	15.275	10.052	13.859	75.215	308.096	307.844	376.320	465.796
Grande-Bretagne.....	899.093	980.326	994.091	1.467.347	2.129.359	2.272.590	2.110.090	1.801.913	1.714.844
Italie.......	278.484	324.422	300.786	425.437	734.454	1.006.442	1.018.955	963.677	—
Pays-Bas....	25.000	20.300	24.300	37.800	82.800	153.500	163.000	160.400	173.673
Pologne.....	163.953	125.552	129.450	226.659	299.502	255.582	249.660	342.166	381.935
Suède.......	31.076	29.716	32.621	42.016	64.815	90.677	97.316	84.685	81.385
Tchéco-Slovaquie......	17.617	16.348	23.763	51.372	102.179	184.555	247.613	245.953	235.623

Notons tout d'abord qu'une étude statistique satisfaisante de la morbidité se heurte aux difficultés, pour ainsi dire insurmontables, par le fait que nulle part il n'existe une déclaration officielle plus ou moins complète de diverses maladies. Il faut donc renoncer à une documentation de vaste envergure et se contenter d'une série de données statistiques fragmentaires, recueillies à des sources variées, et d'une valeur inégale.

La première question qui se pose, lors de l'étude de l'influence éventuelle du chômage sur la morbidité, touche les rapports entre la gravité de la maladie et les revenus insuffisants. On a le droit de supposer que l'augmentation de la résistance de l'organisme, le but essentiel de la lutte contre toute affection, se trouve sérieusement compromis si les soins nécessaires manquent, pour des raisons d'ordre budgétaire.

M. H.-S. Cumming (1), chef de service fédéral d'hygiène publique des Etats-Unis, s'est justement préoccupé des relations entre le revenu et

(1) H.-S. Cumming. — Santé et crise économique aux Etats-Unis d'Amérique. *Bulletin trimestriel de l'organisation d'hygiène de la Société des Nations*, t. IV, nº 1, 1934, p. 33-52.

les maladies. Il a réparti les personnes, soumises à l'enquête, en six catégories, d'après leur situation de fortune en 1929 et en 1932 :

A) Ceux dont le revenu familial par tête a diminué entre 1929 et 1932 :

1° aisés en 1929 et pauvres en 1932 ;

2° jouissant de revenus moyens en 1929 et pauvres en 1932 ;

3° aisés en 1929 et jouissant de revenus moyens en 1932.

B) Ceux dont le revenu familial par tête n'a pas diminué entre 1929 et 1932 :

1° aisés en 1929 et 1932 ;

2° jouissant de revenus moyens en 1929 et 1932 ;

3° pauvres en 1929 et 1932.

TABLEAU 2. — *Maladies et changements de revenu*, par H.-S. CUMMING

Fréquence des cas de maladie parmi les familles classées selon les changements survenus, de 1929 à 1932, dans leur revenu annuel par tête, à Birmingham, Détroit, Greenville, Pittsburg et Syracuse.

	Situation de fortune (1)		Morbidité pendant les trois mois sur lesquels a porté l'enquête (taux pour 1.000 individus (2)						Population soumise à l'enquête
			Début de la maladie pendant cette période			Début de la maladie antérieure à cette période			
	1929	1932	Total	Incapacité de travail	Malades alités	Total	Incapacité de travail	Malades alités	
I. — Familles dont le revenu a diminué de 1929 à 1932	aisées	pauvres	204	135	118	102	5	2	1.772
	à revenus moyens	pauvres	161	110	101	79	45	32	6.209
	aisées	à revenus moyens	147	96	83	85	45	34	3.919
II. — Familles dont le revenu n'a pas subi de modifications appréciables, de 1929 à 1932	aisées	aisées	142	87	71	97	51	36	1.818
	à revenus moyens	à revenus moyens	151	99	91	87	47	35	3.761
	pauvres	pauvres	155	103	95	102	56	50	2.443

(1) Familles aisées : 425 dollars et plus, par tête et par année.
Familles à revenus moyens : 150 à 424 dollars par tête et par année.
Familles pauvres : 149 dollars ou moins, par tête et par année.

(2) La période sur laquelle a porté l'enquête est celle de trois mois qui a précédé la visite des enquêteurs. Ces opérations ont pris de trois à quatre semaines par ville, et se sont poursuivies entre le 20 mars et le 15 mai 1933.

Le deuxième tableau donne les taux de morbidité afférents aux différentes catégories. Ce sont les individus dont le revenu a diminué le plus entre 1929 et 1932 qui présentent les taux les plus élevés. Dans le groupe des personnes aisées en 1929, qui sont tombées dans la pauvreté en 1932, le taux d'invalidité a été de 33 % supérieur à celui qu'on enregistre dans le groupe des personnes aisées en 1929 qui le sont restées en 1932.

Pour les familles demeurées pauvres pendant les quatre années considérées, la morbidité est légèrement plus élevée que pour celles qui sont restées, pendant toute cette période, dans la catégorie des personnes à revenus moyens ; de même, le taux applicable à ces dernières a été plus élevé que celui des personnes qui sont restées dans une situation aisée pendant toute cette période. Toutefois, pour les personnes classées comme « pauvres » pendant ces quatre ans, les cas de maladie ont été considérablement moins nombreux que pour celles qui, aisées en 1929, sont tombées depuis lors dans la pauvreté.

On constate les mêmes tendances pour le total des maladies qui se sont déclarées dans les limites de la période de l'enquête, et même si on y ajoute les cas qui se sont déclarés antérieurement à cette période — pour la plupart, cas chroniques — il demeure évident qu'une aggravation relativement importante de la situation économique semble avoir pour corollaire un taux de morbidité élevé.

***

Les statistiques ingénieuses de Cumming nous donnent une idée d'ensemble, et il serait instructif de voir la situation, pour quelques maladies. Malheureusement, notre choix n'est pas grand, puisque nous disposons seulement de quelques documents pour la tuberculose et les maladies vénériennes, les deux fléaux sociaux par excellence.

Dans un mémoire, préparé par la Section d'hygiène de la Société des nations, et consacré à la crise économique et à la Santé publique (*Bulletin trimestriel*, t. I, n° 3, 1932, p. 441-495) nous pouvons lire que les statistiques de morbidité tuberculeuse ne démontrent pas une augmentation.

Si l'on voulait s'adresser aux Caisses d'assurance-maladie ou invalidité, pour utiliser leurs statistiques de morbidité, on risquerait d'être déçus. En effet, en période de chômage, les

tuberculeux, dont le rendement de travail est amoindri, sont les premiers éliminés. Les assurés subissent une espèce de sélection, et la statistique de cas de tuberculose est ainsi considérablement allégée.

Le fait du renvoi d'un ouvrier malade, ou bien diminué, dans ses forces de rendement, pour nous servir d'un terme tout à fait général, doit mettre en garde contre les résultats des examens. Il est parfois difficile de dire, comme l'a noté M. Harold S. Diehl (1), si un défaut physique est la cause ou l'effet du chômage, si le travail est la cause ou non de l'insuffisance de l'état de santé.

M. Diehl a publié des documents statistiques extrêmement intéressants concernant près de 2.000 personnes classées en quatre groupes : 1° professions libérales ou cadres de l'industrie ; 2° employés de bureau ; 3° ouvriers qualifiés ; et 4° ouvriers semi-qualifiés ; chacune de ces catégories fut subdivisée en : *a*) chômeurs du début (avant le 1er janvier 1931) ; *b*) chômeurs plus récents ; et *c*) personnes travaillant actuellement. L'examen physique a permis au médecin de les répartir à nouveau, selon qu'ils présentaient des manifestations : *a*) pouvant réduire le rendement ; *b*) pouvant gêner le rendement ; *c*) normaux. Le médecin qui les classait le faisait subjectivement, et ignorait s'ils étaient ou non chômeurs.

La proportion d'individus, atteints de manifestations pouvant réduire le rendement, est de deux à quatre fois plus importante chez les chômeurs du début, que chez ceux qui travaillent ; si l'on n'étudie que le groupe d'âge de vingt-cinq à quarante-quatre ans, cela demeure également vrai. Les chômeurs plus récents occupent une situation intermédiaire, mais se rapproch nt plutôt des personnes qui ne chôment pas ; ceci donne à penser à l'auteur que des facteurs autres que ceux de capacité ont déterminé le renvoi parmi les personnes dernièrement licenciées.

Sans entrer en détails, disons que les données quantitatives réunies par Diehl lui semblent bien fragiles. Il conclut, de la façon suivante : 1° les personnes en bonne santé ont le moins de chance de chômer ; 2° les patrons obtiendraient un meilleur rendement de leurs ouvriers si on prenait le soin de les maintenir en meilleur état de santé.

* * *

L'intéressant travail de H.-S. Diehl nous fait entrevoir un côté curieux du problème de la morbidité parmi les chômeurs. Il va de soi que les conclusions de l'auteur n'épuisent pas le sujet, et ne nous dispensent pas de la recherche d'une documentation objective. Pour cette rais:n, il nous a paru utile de nous tourner vers Clichy, en étudiant tout d'abord l'activité du Service d'assistance :ociale.

TABLEAU 3. — *Nombre de demandes, instruites par le Service d'assistance sociale de Clichy*

	ANNÉES						
	1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935
Chômage	153	214	3.142	6.367	6.883	7.262	8.006
Secours Bureau de bienfaisance	1.343	1.123	1.773	1.742	1.625	1.539	2.050
Assistance aux femmes en couches	419	973	368	488	479	519	539
Assistance médicale gratuite	448	961	393	545	466	532	408
Crèche, cantine	209	295	282	192	231	255	152
Assistance obligatoire aux vieillards, infirmes incurables	65	141	257	290	389	285	371

Le troisième tableau parle du nombre total de demandes, instruites au cours des années de chômage. L'Assistance médicale gratuite, après un bond en 1930, suivi d'un plongeon l'année suivante, se maintient à un niveau dont les variations ne sont pas extraordinaires.

N'ayant pas de statistiques de morbidité, nous avons pris l'Assistance médicale gratuite, ainsi que les autres formes d'assistance où l'on peut supposer la maladie comme étant à l'origine d'une demande d'assistance, mais nous nous rendons compte combien notre essai de documentation prête le flanc à la critique. Peut-être serons-nous plus heureux avec les dépenses budgétaires dont l'examen pourrait nous édifier sur quelques points spéciaux.

Le quatrième tableau demande une explication au sujet des dépenses du Bureau de bienfaisance. Jusqu'au milieu de 1932, tous les chômeurs de plus de six mois passaient sous son égide, ce qui entraînait, pour son budget, une charge énorme. Par la suite, les dépenses de

(1) HAROLD S. DIEHL. — Physical condition and unemployment. *Public Health Reports*, t. 50, n° 46, 15 novembre 1935, p. 1616-1618. Analyse par R. H. Hazeman. *Revue d'hygiène*, t. 58. n° 3, 1936 p. 233-234.

TABLEAU 4. — *Dépenses d'assistance à Clichy*

Désignation	1929	1930	1931	1932	1933	1934
	ANNÉES					
Assistance obligatoire	590.326	754.744	991.327	1.112.015	1.188.332	1.159.935
Assistance médicale grat.	2.091.808	2.014.045	1.439.984	1.308.922	1.636.841	1.355.330
Assist. aux femmes en couches	25.956	37.281	41.156	28.738	29.020	27.715
Dépenses de chômage.	1.839	265.255	1.195.427	6.952.841	8.769.623	10.433.733
Bureau de bienfaisance	290.809	370.037	558.326	1.494.178	350.917	374.539

chômage sont assumées par le service de chômage proprement dit.

Les sommes consacrées à l'Assistance médicale gratuite ont subi, en raison de l'application de la loi sur les Assurances sociales, une certaine décharge, mais, par la suite, le montant reste à un niveau relativement élevé, sans qu'il soit possible de reconnaître un effet prononcé du chômage. Par contre, les années de crise exercent leur influence néfaste sur la situation des vieillards. Ce sont en effet eux qui forment l'immense majorité, dans la catégorie des infirmes et des incurables qui profitent de l'Assist nce dite « obligatoire ». Ces dépenses ont augmenté au cours des années de chômage, et nous montrent les difficulté parmi lesquelles doivent se débattre les vieillards, privés d'une allocation de chômage.

***

Si, après des statistiques, permettant de juger indirectement, nous revenons à nouveau vers des documents sur l'influence du chômage sur la morbidité, nous étudierons, après la tuberculose, les maladies vénériennes. En France, différentes autorités médicales, réunies au Congrès dermatologique tenu à Strasbourg en mai 1933, ont signalé une augmentation de la syphilis dans plusieurs grandes villes. Les Docteurs Pautrier et Vigne ont montré, pour Strasbourg et Marseille respectivement, que cette augmentation est parallèle à l'accroissement du chômage.

Le développement de la syphilis et des maladies vénériennes peut se trouver en étroite relation avec une des conséquences sociales les plus graves de la crise, à savoir l'augmentation de la prostitution, en particulier de la prostitution clandestine. Cette augmentation, sur laquelle différentes enquêtes partielles ont attiré l'attention, pourrait s'expliquer, entre autres raisons, par la misèr et par la promiscuité qui existent dans les logements surpeuplés de nombreux chômeurs.

A titre d'exemple frappant, citons la ville de Nancy, où le nombre des prostituées non autorisées est passé de 60 en 1929 à plus de 200 au cours des neuf premiers mois de 1932. J. Benech, directeur, et A. Chiclet, assistant du Service municipal de médecine et d'hygiène, ont mis ce fait en lumière : « Dans des circonstances normales, déclarent-ils, la majorité des prostituées actuelles auraient eu des « amis », changés de loin en loin évidemment, mais elles auraient reçu de menus cadeaux, et non pas, certes, des subsides réguliers ou momentanés. Dès le jour où la femme a constaté, par expérience personnelle, qu'il était possible de gagner de l'argent avec un minimum de peine, elle accepte assez volontiers la perspective de devenir prostituée. Or, précisément, en période économique normale, elle n'aurait pas été amenée à faire cette constatation, et c'est le fait de ne pas pouvoir satisfaire à ses besoins qui a poussé la femme à rechercher un salaire auxiliaire, qui deviendra peu à peu principal, puis unique dans certains cas. Aussi, le nombre de femmes, qui ont donné le chômage comme cause déterminante de la prostitution, n'a cessé de croître durant les années 1930, 1931 et le trois premiers mois de 1932 (1) ».

L'extension de la prostitution, et des maladies vénériennes, peut s'expliquer, tout au moins en partie, par les répercussions psychologiques du chômage. L'angoisse devant la détresse peut ébranler l'âme la plus solide. On fait bon marché de certains principes, et l'on se laisse plus aisément entraîner sur la pente fatale, aussi bien pour se procurer un gain que pour se donner un peu de joie.

Le retentissement du chômage sur l'état psychique ne se traduit pas seulement par l'augmetation de la prostitution et de sa clientèle. Le désespoir de ne pas pouvoir trouver du travail aboutit à un découragement et à une perte de confiance en soi-même, qui finissent par ébranler l'équilibre mental, sans qu'il soit toujours possible de reconnaître une forme nettement déterminée d'une affection psychique. Petits mentaux, déprimés, anxieux et tant d'autres termes, peuvent être employés, pour l'immense armée d'hommes désemparés et découragés devant un chômage qui a l'air de s'éterniser. Bien entendu, la défaillance psychique sera d'une

(1) Maladies vénériennes, prostitution et chômage, Annales des maladies vénériennes. Février 1933.

gravité extrême, si le terrain spécial, d'une fragilité nerveuse, a précipité les signes morbides.

Aucune statistique ne permet de mesurer l'augmentation du nombre de maladies mentales. Il en est, d'ailleurs, de même, pour les divers domaines de la morbidité qui peut éventuellement frapper la masse des chômeurs.

Le travail du statisticien n'étant pas aisé, il ne reste pas moins exact que la tâche du médecin se trouve étendue, car c'est une vérité banale que le chômage et la misère font le lit aux maladies. Quand le minimum de bien-être n'est pas assuré, quand les conditions défectueuses de l'existence mettent à une dure épreuve l'organisme les maladies profitent de cette diminution de résistance du sujet attaqué pour s'emparer de leurs victimes.

Pour terminer, citons le discours d'ouverture du X[e] Congrès international d'hygiène à Paris, où M. Brouardel a prononcé quelques paroles qui viendront à l'esprit, lorsqu'on parlera de la morbidité chez les pauvres en général, et chez les chômeurs en particulier. Il a dit : « Quant la maladie entre dans une famille, qui est sinon riche, du moins qui a ce qu'on appelle l'aisance, si elle atteint un de ses membres, presque toujours on arrive à en préserver les autres. Elle cause un trouble profond, parfois un deuil cruel, mais bientôt la famille se relève, elle survit. Lorsque la maladie pénètre dans une famille pauvre, la misère y entre avec elle, elle place tous les membres dans un état d'affaiblissement qui en fait la proie offerte aux diverses contagions. Bien souvent, ce n'est plus un des membres de la famille qui disparaît, c'est celle-ci tout entière ».

LONGÉVITÉ

Classant en fin d'année les numéros du *Concours*, je lis un article qui m'avait échappé en son temps, intitulé « De la longévité », signé Michel Renault du 14 juin 1936.

Dans la première partie il est traité du rapport qui semble exister tant chez les hommes que chez les animaux entre la durée de la gestation et celle de la vie.

Or cette lecture me remet à l'esprit un bien troublant problème, à savoir l'infranchissable fossé qui sépare d'un côté l'homme et les animaux qu'il a su dominer, de l'autre les bêtes sauvages, c'est-à-dire libres. Si nous avons pour les uns des données très précises, nous manquons totalement de documents pour les autres.

Pourquoi ? Parce que nous ignorons tout, absolument tout, de la mort des animaux sauvages. Nous n'avons même pas la preuve de cette mort.

J'en appelle à mes confrères qui sont chasseurs : ont-ils jamais, au cours de leurs battues en campagne, rencontré un animal mort, reptile, oiseau, mammifère, qui ne portât pas la trace d'une blessure ? — ou pêcheurs, ont-ils jamais observé des poissons « le ventre en l'air » si ce n'est dans les cours d'eau empoisonnés ou dynamités ?

« Est-ce que les oiseaux se cachent pour mourir » a dit le poète.

Soit. C'est l'hypothèse la plus vraisemblable et pourtant...

Je m'excuse de parler de moi ; collectionneur d'insectes depuis trente ans, j'ai inspecté, fouillé, scruté au cours d'interminables excursions les retraites les plus dérobées aux regards, des anfractuosités de rochers, des grottes difficilement accessibles, des trous de vieux arbres, des caves, des souterrains de toute sorte... en toute sincérité je n'ai jamais trouvé un animal mort. Les rares fois où mon attention a été attirée par une odeur de putréfaction j'ai immanquablement découvert un chien mort ficelé dans un sac !

La légende africaine des cimetières d'éléphants est une confirmation du mystère dont est entourée la fin des bêtes sauvages, cette légende qui veut que, sentant sa fin prochaine, le vieil éléphant se dirige vers une région inconnue des hommes, région marécageuse où son corps pesant s'enlise à jamais et sans laisser de traces.

D'autre part, après un naufrage la mer rejette sur les côtes des cadavres humains. Ne serait-il pas logique de penser qu'elle devrait également rejeter sur les plages les animaux de toute sorte qui meurent dans ses flots ?

Or il n'en est rien.

Pourquoi ?

D[r] R. RAMONET
(Carcassonne)

OÙ EN SOMMES-NOUS DU PROBLÈME DE L'HÉRÉDITÉ ?

Demandez-le à un biologiste !

Aussitôt il se lancera dans une étude de la division cellulaire : résorption de la membrane du noyau, apparition d'une figure fibrillaire en forme de fuseau, individualisation des chromosomes, groupement des chromosomes dans le plan équatorial du fuseau, division des chromosomes, réunion des deux groupes de demi-chromosomes en deux noyaux, division de la cellule.

Or, ajoutera-t-il, l'œuf, constitué par la fusion des gamètes, mâle et femelle, se comporte exactement comme une cellule.

Les gamètes ne possèdent qu'un nombre de chromosomes égal à la moitié de celui des autres cellules de l'individu. Lors de la fécondation, les deux gamètes, oocyte et spermatozoïde, fusionnent et fournissent ainsi un œuf ayant un nombre normal de chromosomes.

La division va s'y déclencher par le fait du noyau et, plus exactement, des chromosomes. Les études cytologiques ont montré que ces corpuscules étaient les véritables agents de transmission des caractères héréditaires.

Soit ! mais encore ? car c'est la transmission elle-même, n'est-il pas vrai ? que vous voudriez prendre sur le fait.

Chaque gamète, reprendra le biologiste, véhicule — surtout s'il s'agit d'un animal ou d'une plante supérieure — un grand nombre de caractères, autant d'emprunts que l'être en formation fait à ses parents. L'on pourrait penser que chaque chromosome est porteur de *l'un* de ces caractères. Mais cette théorie pèche par la base : il y a moins de chromosomes que de caractères différents.

On a parlé alors de *gènes* ; on a supposé que ces gènes sont des entités matérielles réelles existant en grand nombre dans les gamètes et placées sur les chromosomes dont ils doivent évidemment suivre l'évolution lors de la fécondation. A cette hypothèse nombreuses et graves objections au nom de ce que l'on sait de l'unité de la cellule : Driesch a obtenu un oursin entier par développement de la moitié d'un œuf.

Et le biologiste sera obligé d'avouer qu'il est ici en plein inconnu et qu'il n'a jamais vu un de ces gènes dont il raisonne. Car il arrive à la biologie la même mésaventure qu'à la physique.

Les physiciens, à la recherche de la substance unique avec laquelle ils pourraient reconstruire le monde, ont conçu l'atome. Puis ils l'ont décomposé en : électrons, protons, neutrons, etc... Arrivés là ils avaient perdu tout contact avec une réalité constatable, et il leur a fallu faire retour à la mathématique de la théorie du quanta.

Les biologistes de même ont suivi la matière jusqu'aux chromosomes inclusivement. Ayant vu ceux-ci au moment de la division cellulaire, ils ont pu en prouver l'existence en dehors de toute karyokinèse. Mais à ce moment leurs microscopes les ont trahis ; à force d'aller de l'infiniment petit à l'encore plus petit ils ont atteint la limite de visibilité. Arriverait-on à construire des microscopes plus puissants que les secrets de la matière ont encore derrière eux une immensité où se réfugier, l'immensité de l'impondérable. Et la biologie sera acculée, elle aussi à chercher refuge dans le panmathématisme de Pythagore.

Ce savant et si passionnant raisonnement de Y. Mayor (1) conduit cet auteur à déclarer que l'hérédité est mieux et plus simplement élucidée par les lois de Mendel qui raccordent directement la biologie à la mathématique. Elles nous frustrent de l'explication mécaniste ; mais celle-ci, on le voit, reporte le problème vers l'infiniment petit où elle finit par perdre pied.

Elles ne valent que pour le grand nombre et sont soumises au calcul des probabilités. Impossible, pour un seul individu, de prévoir quels seront ses caractères.

En somme, l'hérédité reste un mystère, et le « Iéros logos » de Pythagore peut toujours affirmer :

« Tu connaîtras, autant qu'il est permis, que la nature est à tous points de vue semblable à elle-même ».

G. LAVALÉE.

(1) *Hippocrate*, septembre 1936.

COIMBRE, SANTIAGO, SALAMANQUE

ou l'histoire symbolique d'un voyage en Espagne et au Portugal

(*11 juillet 1935*)

Par le Docteur Max FOURESTIER

AVANT-PROPOS. — Ces lignes étaient écrites quand le douloureux drame espagnol éclata. A les relire, quelle amertume m'envahit ! Quelle ironie du sort que ces pages pieusement amoureuses parlent de choses qui, maintenant, sentent la mort ! Nous prions le lecteur de ne point voir ici la narration simple d'un beau voyage de vacances. De même toute prétention philosophique a été bannie de notre esprit. Après Maurice Barrès et bien d'autres, seul l'attachant mystère de l'Espagne éternelle nous a ému. Sous l'apparence diverse de ses manifestations nous avons essayé de nous préciser certains symboles et d'en retirer une leçon.

***

Santiago, Coïmbre, Salamanque ! Il est des villes aux appellations d'or et si riches de passé qu'on se sent tout menu à l'ombre de leurs pierres. Parfois, on se prend à penser au pourquoi de leur nom, de leur pouvoir presque magique dans l'éveil du souvenir.

L'âge, le marbre, le site et le climat, ne peuvent à eux seuls expliquer cette force qui les anime, qui en fait une personnalité et qui vous parle...

C'est à quoi je pensais, un soir de l'été dernier, en descendant les venelles tortueuses de la vieille colline de Coïmbre, qui, de l'Université et de la « Se Vela » mènent, entrecoupées de hautes et brusques marches, à la boucle du Mondego.

Il est, dans chaque ville, un point central qui la signe et la fixe dans l'esprit ; rarement il faut le chercher ; le plus souvent il saute aux yeux. Sans plan, sans guide, un obscur instinct vous le fait trouver. Sa notion symbolique seule échappe à qui ne la cherche point ; et comme il faut fuir alors le car bariolé de l'agence Cook, arrêté non loin du porche de la cathédrale pour les dix minutes réglementaires de la visite obligatoire !

Cette notion ne me paraît pas être affaire personnelle et subjective ; non, mais comme une note juste, un accord parfait, elle doit faire vibrer qui seulement veut la trouver. Dès qu'on « la » sent, quelle joie ! quel enivrement ! Certains passages de l'adagio de la Neuvième Symphonie, certaines mesures de « Rédemption » de Franck, toujours les mêmes, me font, à chaque audition, frissonner d'un violent plaisir douloureux. De même, à revoir ces lieux, le choc réapparaissant, reprend ces mêmes caractères. Et pourtant, on se sent calme et sûr. Je pense à Giraudoux : « L'Homme se sent plus en sécurité sur une note juste que sur un navire de haut bord... » ainsi dans ces cités.

A Santiago, je sentis la divine harmonie, plaza des Los Literarios et dans les patios de l'hôpital de Los Reyes *catholicos*. A *Coïmbre*, devant la Se Vella, au haut de la colline, face à l'Université. A Salamanque, dans la vieille cathédrale, devant le rétable de Nicolas Florentino. Quand, à Tolède, au début tout vous oppresse ; on a peur tant l'atmosphère est dense de beauté. Il faut plusieurs jours pour s'acclimater. Il n'y a pas de point central, tout est grand et beau et on comprend que le Greco n'en ait donné qu'une vue générale ! Voilà pourquoi il faut monter souvent au rocher qui surplombe l'ermitage de la Virgen del Valle, pour l'embrasser d'un seul coup d'œil...

Hélas ! Pourquoi sous chaque pierre, mettre un millésime, un nom d'auteur serait-il un « Maestro » ? Pourquoi étudier la filiation, la provenance de cet art et ce qu'il a donné ? Apprendre la succession des scènes historiques dont il fut le décor, et enfin, suprême ironie ou honteux esclavage, voir ces restes de chapiteaux, ces statues, ces colonnes, ces toiles, prisonniers derrière la vitrine ou la rampe de velours grenat du Musée qui les emprisonne en les exhibant comme à la foire... « la foire du passé ! ! »

Evidemment, c'est nécessaire ! Tout art plastique nécessite pour sa vraie compréhension un minimum de science. (Heureuse musique qui dispense de si belles émotions sans qu'il soit besoin de savoir !) Mais, après avoir épelé la leçon, l'avoir peut-être apprise par cœur en bon élève et touriste studieux, vite que l'esprit vagabonde et sans s'arrêter à la morale officielle indiquée souvent à la fin de l'histoire, sachons comprendre la leçon, la vraie morale, celle qu'on sent plus qu'on ne lit.

Je ne pouvais imaginer ces villes auréolées d'un nom si grand, baignées de souvenirs, comme un simple moment (fût-il de plusieurs siècles) à présent enfoui dans l'histoire d'un peuple. L'éclat,

si brillant jadis, de leur réputation ne peut être terni ; l'admiration béate, sinon juste, d'un peuple de touristes, au lieu de la servir, la tue en s'y accrochant d'enthousiasme.

Façades, chapelles, cloîtres et portiques, sont moins beaux en eux-mêmes, que par l'atmosphère qu'ils enserrent, l'idéal qu'ils traduisent ; et, si toute pierre s'effrite, surtout en ces pays, âpres et rudes, fouettés de soleil et de vent, la foule d'idées qui conglomérées en grains ocres ont créé ces murailles, assaille le visiteur anxieux d'émotions sincères et toujours vraies. Ces villes ne sont point mortes ; elles sont de vraies amies qui vous parlent, par le truchement de l'art, le vrai langage humain.

Un étrange « climat » spirituel, divin même, vous imprègne pendant leur visite. Point de religiosité quoiqu'en puisse faire accroire une décoration extérieure apparemment superflue à qui méconnaît les particularités de la race.

Eglise, Université, côte à côte, ne faisant qu'un, forment le corps spirituel au centre de la cité. Les piliers de la cathédrale de Coïmbre, témoins des échanges de serments mystiques touchent « La sale de los capelos », témoin à l'Université, des prises de bonnet de Docteur. L'une n'est pas l'autre, mais elles s'unissent en s'épaulant, se sentant nécessaires l'une à l'autre.

Ne voyons-nous pas déjà Hippocrate travailler d'abord, à l'orée de ses études, au temple des Asclépiades ? Le Temple, l'Eglise ? Ce n'est qu'apparemment la glorification du Dieu populaire, un symbole grossier pour la foule. Non, c'est autre chose ; la règle, l'ordonnance, l'obligation, la discipline du travail intellectuel humain, sur un plan idéal, toujours le même, quels que soient la religion, l'époque et les hommes, en vue d'une recherche continue toujours en évolution. C'est aussi la force morale qui soutient dans le doute, comme au cours de la montée rocailleuse. C'est enfin, pour celui qui croit, la joie de la recherche et de la découverte ou la mise au point enfin atteinte magnifiées par autre chose. Et tout savant croit, sinon à une religion, au moins à un Dieu ou à un simple devenir de l'homme qui représente alors pour lui une véritable divinité dont il est heureux d'être le fidèle. Le savant qui ne croit pas, n'existe pas, car créer, par définition, c'est participer à une œuvre divine. Je parle de savants et invinciblement l'image des divers portraits du Greco apparaissent à mes yeux. Peu importe leur étiquette sociale : chevaliers, grands seigneurs ou hommes d'affaire, leurs figures synthétisent à merveille ce premier symbole ibérique : L'UNION DE L'INTELLIGENCE ET D'UNE FOI.

Une commune mesure est à la base de tous les monuments espagnols : l'Homme. CETTE NOTION DE L' « ÉCHELLE HUMAINE » signature de toute véritable création, aussi bien artistique que scientifique, ne pouvait qu'harmonieusement se développer chez ce peuple si près de l'Islam, malgré « la Reconquista ». Nulle part ailleurs on ne la retrouve avec une pareille intensité. Aussi bien dans le cloître de Ciudad-Rodrigue, d'où s'échappent des murmures mystiques, que dans la pharmacie de l'hôpital de Talavero à Tolède, où les cornettes blanches agitent encore la vieille poterie, l'homme vit et travaille dans un cadre à son image, un cadre qui ne l'écrase point... Et sa sobriété enchante. Sur la place du côté sud de la cathédrale de Santiago, face à la haute muraille fière et nue du couvent, le soir, le silence s'intensifie majestueux ; le frisson physique éprouvé est à l'unisson de la vibration émotive un peu angoissante. Les architectes ont inscrit là une note éternellement juste et belle ; le touriste-auditeur est obligé de s'en énivrer...

Cette architecture linéaire, à larges façades pleines, sobre, malgré les arabesques proches, accroche à ses murailles UNE CERTAINE FROIDEUR, AUSTÈRE ET FIÈRE, qu'on pourrait s'étonner de rencontrer ici quand on connaît l'âme ardente de l'autochtone. Ce constraste n'est qu'apparent ; l'ascétique figure du savant comme du paysan de Salamanque, fait mieux comprendre qu'une vaine littérature d'aimable mais fausse légende, cet accord qu'on sent si intime entre l'homme et ces monuments.

— Ainsi maintenant, je vois et je comprends la leçon de mon beau voyage. Ces villes où souffle l'esprit s'expliquent autrement que par l'histoire, des pierres, un climat, une race dont le caractère si on ne la voit vraiment chez elle vous paraît toujours faussé par la convention littéraire.

En tous pays elles existent ; à travers les âges, leurs leçons et leurs symboles sont les mêmes malgré des contradictions purement apparentes. Je dis tous pays, mais je pense surtout à ceux que baigne la mer divine : la Méditerranée, ce ruban bleu qui unit les rives dorées de soleil. En effet, je ne parle que de cette seule forme de civilisation dont nous vivons encore et qui nous vient du peuple aimé des Dieux : du peuple Hellène.

Toute recherche du beau comme du vrai (c'est la même chose) nécessite une règle, une discipline aussi bien extérieure que morale. C'est le signe de la cathédrale, d'abord Université elle-même, puis, à côté d'elle, et vivant de sa vie tout en la soutenant.

Le beau travail sera toujours celui du Bénédictin. L'élite jadis sentit le besoin de se constituer en confrérie. Si les mêmes buts, les mêmes recherches, celles du vrai, hantent toujours les cerveaux des hommes, ce même besoin réapparaîtra avec toute sa vigueur passée. Evidemment, l'œuvre d'art comme la découverte sera toujours un fait personnel et il serait trop beau de

souhaiter qu'un nom propre ne la signât jamais. Et pourtant, les magnifiques œuvriers primitifs ne sont-ils pas le plus souvent « des maîtres inconnus » ? Mais cette discipline enfantera dans la joie : la joie de la promenade mystique du cloître, la joie de la détente reposante du patio. Discipline et joie ne s'excluent pas. Bien au contraire, l'une complète l'autre. Heureuse Espagne qui a compris et réalisé cette union. Elle est même chez elle d'autant plus voluptueuse qu'une contrainte hautaine sait la contenir pour créer parfois dans la souffrance stoïquement supportée.

Discipline, joie voluptueusement contenue, l'imagination ajoute le rêve créateur que tempère ici une sobriété native.

La vie, la vie frémissante du siècle entoure ces îlots de travail et de repos, y pénètre même à certaines heures apportant les notions réelles qui entravent le délire tentant. Et la vie du monastère, la vie de l'école, s'intègre ainsi dans la vie tout court !

... Et c'est ainsi toute l'Espagne ; l'Espagne plus qu'une nation, une façon de vivre, où tout se tient du burlesque au tragique, du travail au plaisir ; l'Espagne si incompréhensible à qui ne veut point chercher ; l'Espagne que beaucoup n'aime que dans ce qu'elle a de moins, aimable, dont ne voit souvent que la façade créée par de fausses légendes littéraires ou touristiques ; l'Espagne où il n'y a point de contraste puisque tout se juxtapose.

A l'objection : ce pays n'a rien créé depuis deux siècles en dehors de ses artistes, je répondrai : dans l'ordre intellectuel rien ne peut se mesurer n'y être hiérarchisé. C'est notre infériorité qui nous fait donner des bons points aux nations. Déjà, l'art c'est beaucoup dans les acquisitions de l'humanité, mais encore qui peut prévoir l'avenir ? Cette race ardente est peut-être à la fin d'un grand rêve. De son long sommeil peut surgir une aube radieuse et je vois pour ma part, ce peuple ardent, calme et fort à la fois, à l'orée d'un avenir magnifique prêt pour de grands travaux. Quoiqu'il en soit, la façon de comprendre vaut mieux que les résultats toujours changeants, dépassés à chaque génération qui ajoute et qui montre une vérité relative là où le siècle précédent croyait à une erreur absolue.

Il ne faut jamais porter un jugement sur de soi-disant résultats définitifs qui peuvent n'être que des apparences. Comme nous sommes de par notre condition humaine condamnés à vivre dans un absolu toujours relatif, au moins trouvons une bonne façon d'apprendre et de chercher, sans oublier ce bien qu'est la joie de voir une belle chose et de sentir une harmonie ; et c'est cette leçon sertie de beauté que j'ai cru reconnaître en Coïmbre, Santiago et Salamanque, trois cités d'or qui sous le ciel ibérique peuvent nous servir de guides sûrs, agréables et humains dans le cheminement de notre pensée et la réalisation de toutes nos aspirations

Je ne puis en terminant résister au plaisir de transcrire cette belle expression que l'histoire m'a apprise. N. Flamel, quittant Pemelle, sa femme, qui lui demandait pour la centième fois quel besoin il avait de partir pour Saint-Jacques, puisqu'il n'avait rien à demander et qu'ils étaient heureux, lui répondit : « *Je dois aller à Saint-Jacques refaire provision de vie* ». C'était effectivement une ville de vie au Moyen-Age ; et la vie n'est pas que pensée pure ; elle n'était pas que pensée pure en ces temps-là ! Avec bien plus de simplicité que maintenant, les gens consentaient à répondre à la définition de Pascal (avant la lettre !) et agissaient comme tels ; ce que font toujours d'ailleurs les gens intelligents.

De même, quand on scrute ces visages dans les rues de Santiago, on voit bien qu'ils n'ont pas changé depuis le temps du Gréco. Ce ne sont pas une époque, des conflits incessants surtout guerriers, les soucis mystiques du temps inquisitorial, une reconquête nécessaire sur une race différente, qui ont ainsi mis ce caractère de gravité, aussi bien sur le front de Don Quichotte que sur les pierres de Santiago. Non. Le fond de la race est triste, hautainement triste. Ce stoïcisme douloureux, teinté de fatalisme oriental, est à la base de grands travaux, de magnifiques œuvres.

— Derrière ces remparts, au centre de ces palais mystérieux, à côté de ces cathédrales encore guerrières, se blottissent cloîtres et patios : autre symbole. L'homme réapparaît ici avec son cœur. Ces reposoirs de grâce, de fraîcheur, de verdure, encadrés d'arcades aux pièces dentelées, au centre desquels l'eau bruissante joue dans l'ombre sa partie de fraîcheur utile et agréable, font comprendre avec quelle acuité a été perçue ici l'UNITÉ DE L'HOMME, A LA FOIS RAISON ET CŒUR, TRAVAIL ET PLAISIR ; et je pense à cette suite de jardins intérieurs qui émerveillent le promeneur dans l'hôpital des « Los Reyes Catholicos » à Santiago...

La vie sensuelle, en une caresse enveloppante tombe des cyprès aux lauriers-roses ; elle éclabousse les fusains, s'accroche aux héliotropes, ruisselle dans l'eau qui fuit sous les buis... Ah ! les belles soirées de méditation dans ces lieux enchanteurs, fleuris de rêves qui s'ébauchent, où l'on peut, au gré du moment, habiller le grand besoin d'amour qu'on sent en soi, de la forme qu'on désire : celle d'une femme ou celle de la science. Pourquoi pas ? Un bel écriteau n'était-il point peint, accroché au figuier : deuxième porte à droite : centre d'électro-diagnostic...

— ET L'IMAGINATION CHEVAUCHE... *Comme*

il est bon de puiser à pleines brassées dans ce sac que l'esprit incessamment remplit. On prend, on compare, on peut jeter, car la bonne fée —, et non la folle — sans cesse apporte les idées afin de pouvoir bâtir l'œuvre créatrice. Pourquoi en avoir peur ? Pourquoi les gens qu'on dit sensés veulent-ils y mettre un frein ? Ils ne connaissent donc pas ce plaisir de fouiller mille choses même inutiles (qu'en savent-ils ?) Oh ! que je t'aime Espagne, terre imaginative, et toi Gréco ! Quelle joie de te voir créer ces choses étourdissantes, apparemment débridées, aux hardiesses linéaires et colorées d'une audace folle.

Les sots eux-mêmes, maintenant, t'admirent par snobisme !

— ....

..... Cependant, sur les marches de la cathédrale de Santiago, une marmaille rieuse et deguenillée suivait (avec quelle attention !) les prodiges d'équilibre d'un bicycliste de fantaisie en veine d'acrobatie. Chapelains, moines et passants plus sérieux que rieurs participaient au spectacle et leurs regards attentifs montraient assez tout l'intérêt qu'ils portaient aux exercices du drôle.....

....

... A Salamanque, la fête de septembre animait d'une agitation joyeuse (et combien bruyante !) les rues de la cité. Les cérémonies religieuses à la cathédrale, les courses de taureaux et la réception du nouveau recteur de l'Université, comme la ripaille de la populace en fête, dansant et se promenant sur la Plazza Mayor tout illuminée de quinquets électriques, dans un poudroiement de cris, de pétards, de musique et de poussière, étaient un tout indissoluble, un même et unique spectacle. La Cité était une, sans fissure ; pas la moindre scission. Vraiment la ville n'avait qu'une âme.

Des forces diverses, apparemment très éloignées les unes des autres, communiaient d'un même élan. La ville était en ce moment quelque chose d'unique que les siècles n'avaient pu changer ; ET CETTE PARTICIPATION DE TOUS ET DE TOUT A LA VIE, AUSSI BIEN DANS LE BURLESQUE QUE DANS LE GRAVE, cette union intime de tous les éléments d'une cité, est un autre trait dominant d'une grande portée philosophique...

L'AMÉRIQUE GRANDIT : L'EUROPE AUSSI

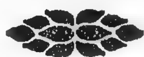
Je veux dire... les Américains des Etats-Unis, puisqu'ils ont monopolisé le nom des deux continents que sépare l'isthme de Panama. Les jeunes gens qui entrent cette année dans les Universités y ont en moyenne deux pouces de plus que leurs pères et pèsent aussi quelques livres de plus. On a fait la même constatation en Allemagne.

La hauteur moyenne des garçons de 6 ans, en 1924, était de 108,7 cm. ; elle est aujourd'hui de 114,9. Les filles ont passé de 108 cm. à 114,5. La taille des garçons quittant l'école vers 14 ans a augmenté : de 146 cm. 4 en 1924 à 152 cm. 7 en 1933.

En Norvège, la taille des recrues a grandi de 3 cm. depuis 40 ans, de 6 cm. depuis 60 ans, en Hollande, de 4,5 cm. en Suède depuis 80 ans, de 9 cm. en Suisse depuis 60 ans, de 3 cm. en Danemark depuis 50 ans, de 2 cm. en Italie depuis 40 ans.

Les raisons générales de ce remarquable changement d'un caractère racial aussi important que la stature sont probablement nombreuses. Le contrôle médical de l'enfance et de la jeunesse, la meilleure alimentation, le sport, peut-être aussi des influences météorologiques ou climatologiques, ont été invoqués comme explication.

Ph. DALLY.



LA PREMIÈRE ACADÉMIE DE SAVANTS DE LUTÈCE

Notre très distingué confrère le Docteur Henri Godlewski qui a eu cette idée, que nous pourrions presque qualifier de géniale, de créer et d'organiser les Assises nationales françaises de médecine générale où les praticiens de toutes les régions de notre pays viennent faire part de leurs observations et de leur expérience sur une question préalablement mise à l'étude, le Docteur H. Godlewski, disons-nous, a fait à l'Académie de médecine une très intéressante communication sur la *Première Académie de Savants à Lutèce.* Alliant l'Histoire à la Légende, il montre le César Julien qui fut proclamé empereur à Lutèce, réunissant des savants et des lettrés au Palais des Thermes et y tenant des séances que l'on pourrait qualifier d'académiques. Il n'est pas douteux que Julien s'il avait pu réaliser ses désirs, se serait entouré, pendant son séjour relativement court à Lutèce, d'érudits et de letttrés avec lesquels il aurait volontiers disserté de philosophie. Ce qui est certain c'est que le César Julien, après sa victoire de Strasbourg sur les Germains, prit durant trois ans de suite ses quartiers d'hiver à Paris, dans des conditions de confort assez médiocre puisqu'il raconte cui-même que la Seine, charriant des glaçons fomme des plaques de marbre, il fut obligé de aire allumer du feu dans sa chambre dont les plâtres n'étaient pas secs et faillit être asphyxié. Au milieu des soucis graves de l'administration de la province, de l'organisation de son armée, de la nécessité de surveiller les hordes germaniques qu'il avait vaincues, Julien trouvait un délassement à s'occuper de philosophie néoplatonicienne et à entretenir une active correspondance avec des lettrés, ses amis. Son fidèle médecin Oribase l'avait accompagné. Libanius raconte qu'au lieu d'attirer à son quartier général des danseurs, des mimes, des joueurs de flûte, il rechercha des rhéteurs, un sage d'Athènes, sans doute Priscus. Beaucoup déclinèrent l'invitation, craignant de se rendre suspects à l'empereur Constance en quittant la cour de Milan pour celle de Paris. Dans trois lettres à Priscus, il insiste pour l'engager à venir à Lutèce. Ce fut à Lutèce que Julien composa les deux panégyriques de Constance et celui de l'impératrice Eusébie. Cela n'empêcha pas Constance de devenir jaloux, d'écouter les propos des sycophantes, transfuges du quartier général de Julien et de mettre ce dernier dans l'obligation de céder à son armée qui le proclama empereur.

Les données historiques certaines sur le Paris de cette époque sont assez obscures. Il est douteux que Julien occupât le Palais des Cluny qui ne fut jamais utilisé comme Thermes, car les vestiges des vrais Thermes de Lutèce ont été mis à jour par des fouilles récentes opérées derrière le Collège de France. Tout porte à supposer que le Paris gallo-romain de la rive gauche très vaste et luxueux, construit au Ier et au IIe siècles et qui ne paraît pas avoir été fortifié, fut détruit à diverses reprises au cours du IIIe siècle par les Barbares et qu'au milieu du IVe siècle, époque où Julien habita Paris, les palais de la rive gauche étaient inhabitables. Le César transporta vraisemblablement son quartier général dans la cité, puissamment fortifiée, d'où il pouvait en toute sécurité travailler à l'administration de sa province, au contrôle minutieux de ses finances, élaborer des plans militaires et avoir recours aux délassements philosophiques et littéraires qui le passionnaient en toute tranquilité. Il est difficile d'être très précis à ce sujet, mais les hypothèses qu'a émises le Docteur H. Godlewski concordent bien en grande partie et en faisant fatalement des réserves, à ce que l'histoire nous a appris de Julien.

Quant aux statues de Cluny et du Louvre qu'on a cru représenter l'Empereur Julien, il est démontré actuellement qu'elles figurent des philosophes ou des magistrats municipaux d'Asie-Mineure, les archéologues les plus avertis mettent même en doute leur ancienneté et l'on ignore leur provenance.

J. NOIR.

CHRONIQUE AUTOMOBILE

Roues indépendantes — Roues à essieu rigide (*Suite*)

Dans ma dernière chronique, parue dans le numéro du 20 décembre écoulé, je me suis efforcé d'exposer les phénomènes gyroscopiques qui se produisent dans les roues d'automobiles et leur influence sur la direction.

J'ai abordé ensuite l'examen de la solution adoptée pour parer à ces phénomènes par les fabricants partisans des seules roues avant indépendantes.

Je dois à l'amabilité de la Société des automobiles Rosengart, dont les voitures sont si répandues dans le monde médical, de pouvoir développer aujourd'hui de nouvelles indications :

Tous les automobilistes savent que la largeur d'un véhicule est l'un des éléments essentiels de sa stabilité.

Plus une voiture est large par rapport à sa hauteur, moins elle est susceptible de se renverser.

Mais, bien entendu, les ingénieurs sont limités dans l'accroissement de la largeur des voitures, par les cotes d'encombrement admises par les Ponts et Chaussées, ainsi que par le poids qui influe tant sur la vitesse et la consommation.

Il est donc extrêmement important de remarquer que l'un des principaux avantages des roues indépendantes est de pouvoir donner un plus grand écartement aux réactions d'appui. Il en résulte également une facilité de réalisation de ce qui est dénommé en termes de métier : « l'épure de direction ».

Voici ce qu'il faut entendre par « épure de direction » :

D'une façon générale, dans une voiture automobile, la barre de direction, sous l'influence des chocs, se déplace suivant un arc de cercle qui est, rarement, concordant avec celui qui est décrit par l'attache de la fusée, quand les roues sont, montées sur essieu rigide.

Or, il est, évident que cet inconvénient est pratiquement supprimé quand l'indépendance des roues leur permet de se déplacer suivant un arc de cercle concordant avec celui suivi par l'attache de la fusée.

C'est pourquoi les vieux conducteurs qui n'ont pas encore eu de voitures à roues avant indépendantes sont toujours étonnés de la douceur de direction et de l'absence de réactions au volant quand ils conduisent pour la première fois une voiture ainsi équipée, même quand il s'agit d'une petite voiture.

Si le nombre de constructeurs ayant adopté les seules roues avant indépendantes est plus grand que celui des partisans des quatre roues indépendantes, c'est vraisemblablement parce que la théorie de l'influence de l'écartement des réactions d'appui est moins valable à l'arrière, où il est presque toujours possible d'obtenir un écartement suffisant même sur essieux rigides.

Mais, il y a lieu de noter qu'il n'en est pas moins certain — la pratique le démontre — que les mouvements d'une roue qui n'affectent pas ceux de la roue opposée contrarient considérablement, moins la tenue de route que ceux dont les réactions agissent comme dans le cas des roues montées sur essieu rigide.

Ce ne sont certes pas les heureux possesseurs de Supertraction Rosengart qui nieront ce fait.

Toute la documentation que je viens de résumer fait ressortir de tels avantages pour les roues avant indépendantes ou les quatre roues indépendantes, que de nombreux constructeurs parmi les plus célèbres, les ont adoptées ou sont sur le point de le faire.

La nouvelle 12 cylindres Rolls-Royce est équipée de roues avant indépendantes, et si l'on en croit Charles Faroux dont la compétence universellement reconnue fait autorité, il paraîtrait que bientôt, Hispano-Suiza ne tarderait pas à monter ses voitures avec des roues indépendantes.

Pourquoi, dès lors, Renault et Ford sont-ils restés jusqu'ici partisans des roues à essieu rigide ?

Parce que, sans doute, ils estiment que l'augmentation des points d'articulation dans une voiture n'est pas souvent favorable.

C'est là une opinion qui a sa valeur. Cependant l'ingéniosité de certains a trouvé le moyen de créer des dispositifs de roues indépendantes qui n'ont pas plus de points d'articulation que ceux des roues à essieu rigide.

Et, une fois de plus, il faut citer Rosengart qui a précisément réalisé une solution extrêmement simple dans ce sens.

Mais alors, penserez-vous, qui croire ? Je m'en voudrais de me substituer à mes lecteurs pour répondre à cette question, car je ne me sens pas de taille à prendre partie pour ou contre un Peugeot, ou un Renault, un Citroën, un Rolls-Royce, un Ford ou un Rosengart. Je conseillerai donc simplement aux hésitants de faire des essais sur un mauvais parcours, mais toujours sur le même bien entendu, d'abord avec des voitures équipées de roues à essieu rigide, puis avec des voitures à 2 ou 4 roues indépendantes, toutes naturellement aussi de poids et d'empattement sensiblement égaux. Puisque techniquement et pratiquement, toutes marcheront admirablement bien, seules les réactions de leurs bras et de leur colonne vertébrale les pousseront à un choix motivé.

Marcel TOUSSAINT.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu.** — *Conférences de neurologie oculaire.* — Ces conférences, publiques et gratuites, ont lieu à l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Dupuytren) à 18 heures, selon le programme suivant :

Mardi 26 janvier, M. VELTER : Diagnostic des affections de la région chiasmatique. 1re partie : tumeurs. — Jeudi 28 janvier, M. VELTER : Diagnostic des affections de la région chiasmatique. 2e partie : affections non tumorales, arachnoïdites opto-chiasmatiques. — Samedi 30 janvier, M. TOURNAY : La liaison O. N. O. par les liquides stagnants et circulants (1re partie). — Mardi 2 février, M. VELTER : Syndromes cliniques des lésions des voies optiques postérieures et des centres. — Jeudi 4 février, M. TOURNAY : La liaison O. N. O. par les liquides stagnants et circulants (2e partie). — Samedi 6 février, M. VELTER : Symptômes oculaires dans les hypertensions intra-craniennes. — Jeudi 11 février M. TOURNAY : La liaison O. N. O. par la continuité du système nerveux cérébro-spinal (1re partie). — Samedi 13 février, M. TOURNAY : La liaison O. N. O. par la continuité du système nerveux cérébro-spinal (2e partie). — Mardi 16 février, M. VELTER : Symptômes oculaires dans les lésions du tronc cérébral. — Jeudi 18 février, M. VELTER : Manifestations oculaires des abcès encéphaliques. — Samedi 20 février, M. TOURNAY : La liaison O. N. O. par la continuité du système nerveux végétatif. — Mardi 23 février, M. VELTER : Symptômes oculaires de la sclérose en plaques. — Jeudi 25 février, M. TOURNAY : Coup d'œil rétrospectif et perspectives d'avenir.

— **Clinique oto-rhino-laryngologique** (Professeur M. F. Lemaitre). — *Enseignement théorique.* — M. E. HALPHEN, agrégé, fera une série de conférences sur les affections du larynx, du pharynx et de l'œsophage, les vendredis et lundis à 18 heures (salle de thèses no 2).

PROGRAMME. — Lundi 25 janvier : Cancer du larynx. — Vendredi 29 janvier : Cancer du larynx (*suite*). Lundi 1er février : Tumeurs bénignes du larynx. — Vendredi 5 février, : Traumatismes du larynx et rétrécissements. — Vendredi 12 février : Paralysies laryngées. — Lundi 15 février : Spasmes du larynx. — Vendredi 19 février : Corps étrangers des voies aériennes. — Lundi 22 février : Cancer de l'œsophage. — Vendredi 26 février : Rétrécissements de l'œsophage. — Lundi 1er mars : Corps étrangers des voies digestives. — Vendredi 5 mars : Diverticules et méga-œsophage. — Lundi 8 mars : Phlegmon de l'amygdale. — Vendredi 12 mars : Cancer de l'amygdale. — Lundi 15 mars : Syphilis pharyngée. — Vendredi 19 mars : Crénothérapie en laryngologie, par le Docteur Henri FLURIN, membre correspondant de l'Académie de médecine.

— **Hôtel-Dieu.** — *Cours de clinique chirurgicale* (Professeur : M. Bernard Cunéo). — Mardi, 10 heures : Examens cliniques et présentation de malades, à l'amphithéâtre, par le professeur. — Samedi, 10 heures : Leçon clinique à l'Amphithéâtre, par le professeur.

Opérations, à 9 h. 30, lundi (côté ouest) et vendredi (côté est), par M. CUNÉO : Mardi et jeudi (côté est), par M. BLOCH ; mercredi et vendredi (côté ouest), par M. SÉNÈQUE.

Consultations, pour les malades justiciables d'un traitement par les rayons X ou le radium. Mardi et vendredi matin à 9 heures. Opérations, jeudi matin, à 8 heures (côté ouest) par M. le Docteur TAILHEFER.

— **Hôpital de la Pitié.** — *Cours de clinique thérapeutique médicale* (Fondation du Duc de Loubat). Professeur : M. F. RATHERY). — 9 heures à 9 h. 30 : Tous les jours, leçon élémentaire de sémiologie par les chefs de clinique et internes du service. — 9 h. 30 à 10 h. 30 : Visite dans les salles. — 10 h. 30 à 11 h. 15 : Les lundis, mardis, mercredis et vendredis, présentation de malades sous la direction du professeur, par M. MOLLARET, agrégé, MM. BOLTANSKI, Julien MARIE, KOURILSKY, médecins des hôpitaux, Mlle DREYFUS-SÉE, MM. BACHMANN, DEROT, DOUBROW, JEAN-HESSE, HUREZ, Mlle JAMMET, MM. LARGEAU, MOLINE, PAUTRAT, SALLET, SIGWALD, THOYER, à la salle de conférence du service. — 11 h. 15 à midi : Examens spéciaux (facultatif pour les stagiaires).

Consultations externes (assistants Docteur Froment et Docteur Moline) : mardi et vendredi, à 9 heures : Diabète sucré et maladies de la nutrition. Rhumatismes. — Mercredi, à 9 heures : Maladies médicales des reins. — Jeudi, à 9 heures : Consultation des malades nouveaux.

Examens radiologiques (Assistant Docteur PIFFAULT) : Mercredi et samedi.

— **Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.** — (Hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres. Professeur : M. Ombrédanne.) — *Enseignement clinique.* — Lundi, à 9 h. 1/2 : Examens de malades entrants par le Professeur, à l'amphithéâtre du pavillon Kirmisson. — Mardi, à 10 h. 1/2 : Leçon clinique à l'amphithéâtre, par le Docteur Leveuf, agrégé, chirurgien à l'hôpital Bretonneau, par le Docteur Fèvre, chirurgien des hôpitaux, assistant du service, ou le Docteur Pierre Petit, chef de clinique. — Mardi, jeudi, samedi, à 9 h. 1/2 : Opérations par le professeur. Le jeudi sont groupées de préférence les interventions particulièrement délicates, ou non encore passées dans la pratique courante. Cette séance opératoire est organisée chaque semaine pour l'instruction de perfectionnement des chirurgiens français et étrangers. — Vendredi, à 10 h. 1/2 : Leçon clinique à l'amphithéâtre par le professeur. — Lundi, mercredi, vendredi, à 9 h. 1/2 : Au pavillon Kirmisson, appareillages orthopédiques (Docteur Lance). — Tous les jours : Consultation externe de chirurgie infantile au pavillon Molland, par un chef de clinique. Visite dans les salles. Interventions courantes de chirurgie infantile.

Tous les jours sauf le samedi, le service de gymnastique rationnelle fonctionne sous la surveillance de Mme Boltanski.



HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers

— **Hôpital Tenon** (service de M. Hautant). *Cours pratique d'oto-rhino-laryngologie.* — Sous la direction de M. A. Hautant, MM. Maurice Aubry et Marcel Ombrédanne, oto-rhino-laryngologistes des hôpitaux, et M. Robert Bourgeois, assistant du service, un cours de clinique et de thérapeutique oto-rhino-laryngologique, en vingt leçons, commencera le lundi 1er février et sera donné du 1er au 22 février 1937 dans le service O.-R.-L. de l'hôpital Tenon.

Le cours aura lieu tous les matins à 9 h. 30. Chaque leçon comprendra un exposé théorique, avec projections et présentation de pièces anatomiques. Les élèves seront exercés individuellement à l'examen des malades.

Il sera complété par six séances de démonstrations opératoires, qui auront lieu l'après-midi à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.

Les élèves, ayant assisté à ce cours, seront autorisés à suivre ultérieurement le service, à titre d'assistants bénévoles.

Prière de s'inscrire auprès de M. Robert Bourgeois, assistant du service. Prix de l'inscription : 100 francs

— **Hôpital Beaujon-Clichy.** *Conférences d'endocrinologie.* — Sous la direction de M. Stévenin aura lieu au laboratoire central de l'hôpital Nouveau-Beaujon (100, boulevard de Lorraine, à Clichy), une série de conférences d'endocrinologie pratique. Ces conférences seront faites le dimanche matin, à 10 h. 30 selon le programme suivant :

24 janvier, M. Deparis : Notions récentes sur l'épiphyse. — 31 janvier, M. Lelourdy : Les hypoglycémies spontanées. — 7 février, M. Wimphen : Les syndromes d'hyperfolliculinémie. — 14 février : M. Borgida : Les traitements physiothérapiques en endocrinologie. — 21 février, M. Fourestier : Le facteur endocrinologique dans les rhumatismes chroniques. — 28 février, M. Franchel : La glande mammaire au point de vue endocrinologique. — 7 mars, M. Turpin : Données récentes sur le thymus et applications thérapeutiques. — 14 mars, M. Decourt : Les syndromes d'hyperparathyroïdie.

— **Mutations de chefs de service.** — Sont affectés en qualité de chefs de service dans les établissements ci-après désignés, les médecins, accoucheurs, oto-rhino-laryngologistes et électro-radiologistes des hôpitaux dont les noms suivent :

Médecins. — A l'Institution Sainte-Périne : M. Levesque. — A l'hospice de Bicêtre : M. Paraf.

Accoucheurs. — A l'hôpital Bretonneau : M. Portes.

Oto-rhino-laryngologistes. — A l'hôpital Saint-Louis : M. Bouchet.

Electro-radiologistes. — A l'hôpital Hérold : M. Gibert. — A l'hôpital Tenon : M. Lepennetier. — A la Clinique Baudelocque : M. Petit.

— **Concours de l'internat.** — Oral. Séance du 11 janvier. Questions posées : symptômes et diagnostic des paralysies diphtériques. Symptômes et diagnostic de la hernie crurale étranglée.

Ont obtenu : MM. Lebovici, 13 ; Bachet a filé ; Pointeau, 16 ; Mendelssohn, 14 ; Loubrieu, 17 ; Verstraete, 19 ; Bolivar, 16 ; Rognon, 13 ; Wintrebert, 24 ; Gallant, 21.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi Colonnes »)

—**Congrès de médecine et de pharmacie militaires de Bucarest** (2-10 juin 1937). *Voyage spécial en Europe centrale.* — Le Comité permanent des Congrès internationaux de médecine et de pharmacie militaires organise, à l'occasion du Congrès qui doit se tenir à Bucarest du 2 au 10 juin 1937, un voyage en Europe Centrale, voyage dont le départ de Paris a été fixé au dimanche 23 mai prochain.

Les personnes prenant part à ce voyage suivront l'itinéraire ci-après : Paris, Venise, Trieste, Brioni, Pola, Zara, Spalato, Dubrovnik (Raguse), Cettigné, Cattaro, Serajevo, Mostar, Belgrade, le Danube (de Belgrade à Turn-Severin, par les Portes de Fer), Bucarest, et retour Bucarest-Paris direct, ou Bucarest-Paris avec arrêts à Budapest et Vienne.

Le prix forfaitaire comprenant tous les frais de Paris à Bucarest (sauf le déjeuner et le dîner dans cette dernière ville) a été fixé à 1.820 belgas, billet de retour Bucarest-Paris inclus, avec wagons-lits.

La variante permettant de passer deux jours à Budapest et deux jours à Vienne comporte un supplément de 205 belgas.

Il convient d'ajouter que le trajet Venise-Dubrovnik s'effectuant par mer et le parcours Belgrade Turn-Severin par le Danube, le nombre des inscriptions est strictement limité à 150.

Les personnes n'appartenant pas au Corps médical pourront s'inscrire au voyage, pour autant qu'elles soient recommandées par un membre du Congrès ou que leur adhésion soit acceptée par le Comité permanent. Pour tous renseignements s'adresser au Bureau des Voyages médicaux, 29, boulevard Adolphe-Max, Bruxelles.

Le Gérant : R. Thiron

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

12.264 Poirier, Sainte-Hermine (Vendée). Syndicat des médecins de la Roche-sur-Yon.

12.265 Relier, Issoudun (Indre). Syndicat médical de l'Indre.

12.266 Rosenberg, Lillebonne (Seine-Inférieure). Association professionnelle des externes et anciens externes des hôpitaux de Paris.

12.267 Salathe, Melun (Seine-et-Marne). Syndicat médical de Seine-et-Marne.

12.268 Sciaux, Paray-le-Monial (Saône-et-Loire). Parrains : Docteurs Aubery et Sabathier.

12.269 Spindler, Corcieux (Vosges). Parrains : Docteurs Bombigher et Vychard.

12.270 Mme le Docteur Spire-Weill, Epinal (Vosges). Parrains : Docteurs Legras et Delille.

12.271 Steiner, Fréville (Seine-Inférieure). Syndicat des médecins de l'arrondissement d'Yvetot.

12.272 Varin, Beauvais (Oise). Parrains : Docteurs Le Paumier et Bettinger.

12.273 Welcker, Bernay (Eure). Syndicat des médecins de Bernay.

La Ligue médicale de Défense professionnelle « Le Sou Médical » a deux objets principaux :

1° Tout d'abord elle garantit ses membres contre les risques de responsabilité professionnelle à concurrence d'une somme de 100.000 francs. Et cette garantie est portée à 500.000 francs pour ceux d'entre eux qui sont en même temps abonnés au *Concours Médical*.

2° En outre, elle leur donne conseils et soutien dans toutes les difficultés et les procès d'ordre professionnel.

CORRESPONDANCE

I

Offres faites à des médecins par une Compagnie d'assurances

Un démarcheur d'une petite Compagnie d'assurances passe depuis quelque temps chez des médecins leur proposant de contracter une assurance dont le montant de la prime sera largement remboursé par des contre-visites ou soins à des blessés réservés aux médecins assurés à la dite Compagnie d'assurances.

Dans le prochain numéro du *Concours* voudriez-vous indiquer aux lecteurs la formule d'engagement que la Compagnie d'assurances en question doit signer, avant que le médecin ainsi alléché, ait contracté une assurance dans cette Compagnie.

Les plus de 60 ans ont connu jadis dans ces sortes d'affaires trop de déboires pour qu'ils n'essaient pas, par un organisme aussi important que le *Concours Médical*, de mettre en garde les jeunes confrères ou ceux plus âgés restés trop confiants.

Dr L.

Réponse

Nous ne saurions conseiller aux médecins qui reçoivent de telles propositions de les accepter purement et simplement. Il apparaît tout d'abord que la Compagnie d'assurances qui est obligée de recourir à de tels procédés de propagande pour recruter ses clients, ne doit pas présenter des garanties bien sérieuses au point de vue solvabilité et qu'un contrat d'assurances passé dans de telles conditions risque fort de n'être qu'un marché de dupes.

En second lieu la promesse faite par cette Compagnie aux médecins de leur réserver les soins donnés aux accidentés constitue une promesse de gascond. En effet une telle convention est entachée de nullité absolue, comme contraire aux dispositions de l'art. 30 de la loi du 9 avril 1898 pour les accidentés du travail, ou à l'ordre public en ce qui concerne les accidentés de droit commun, puisqu'elle porte atteinte à la faculté que doit avoir tout malade de choisir librement son médecin.

Quant aux contre-visites, la Compagnie est en effet en droit de les réserver à un seul médecin dans une circonscription déterminée. Mais pour avoir toute sécurité à cet égard, le médecin intéressé doit exiger de la Compagnie une lettre le nommant officiellement médecin contrôleur pour une région déterminée, et lui accordant l'exclusivité dans cette région. Il est probable qu'en l'espèce ceci sera refusé par la Compagnie puisque celle-ci doit, pour les besoins de sa propagande, promettre à tout le monde cette exclusivité.

II

La signature d'acquit sur les feuilles de maladie des Assurances sociales

Est-il possible dans les feuilles d'assurances sociales pour le spécialiste de se borner à indiquer la nature de l'acte médical et chirurgical et la somme touchée voici deux cases :

Signature du médecin attestant le paiement de l'acte médical. Par exemple : consultation. J'écris : a payé cette consultation : quarante sous ou quarante fr.	Désignation de l'acte médical : Adénectomie, a payé : cent francs ou mille francs cette intervention chirurgicale.

De cette manière, plus de craintes des poursuites judiciaires. On indique ce que le malade a payé, car le plus souvent c'est ce qu'il pouvait payer.

Si ce malade n'a que vingt francs sur lui, il est convenable de lui laisser de quoi payer son métro ou son autobus !

En résumé est-il possible d'indiquer ce qu'on a fait et ce que l'on a reçu.

Dr L.

Réponse

Si nous comprenons bien votre question vous seriez désireux de savoir si le médecin traitant d'un assuré social est libre de demander à cet assuré le chiffre d'honoraires qui lui convient, fût-il même très faible si les ressources de son client sont limitées, et de signer l'acquit de ses honoraires afin de permettre à l'assuré de toucher les prestations de sa Caisse, sans enfreindre en cela les prescriptions légales.

L'affirmative n'est pas douteuse, le service médical de l'assurance-maladie étant fondé sur le principe de l'entente directe entre le médecin et l'assuré et sur l'indépendance du médecin traitant à l'égard de la Caisse.

Certaines précautions doivent cependant être prises, à fin d'éviter que l'assuré ne réalise un bénéfice dans l'opération et ne porte ainsi préjudice à sa caisse. Si en effet un médecin ne demandait comme honoraires à son malade qu'un chiffre inférieur au tarif de responsabilité (et non de remboursement qui est de 20 % inférieur), et portait sa signature purement et simplement dans la colonne d'acquit, la Caisse intéressée n'ayant aucun renseignement spécial, rembourserait à l'assuré le montant du tarif de responsabilité, moins la participation obligatoire de 20 % et l'assuré réaliserait un gain ou bénéficierait au moins d'un traitement de faveur puisqu'il ne supporterait pas intégralement le « ticket modérateur » prévu par la loi. De telles pratiques tombent sous le coup de l'art. 27 du décret-loi du 28 octobre 1935, qui réprime sévèrement le fait pour un médecin d'attirer, de tenter d'attirer ou de retenir des assurés par ristournes sur honoraires.

Pour qu'il n'y ait pas ristourne, c'est-à-dire pour que la Caisse puisse appliquer l'art. 6 § 5 alinéa 2 du décret-loi, en vertu duquel « la part remboursée par elle ne peut en aucun cas excéder le montant des frais exposés par l'assuré », il faut que ce montant exact lui soit connu.

Il suffira, pour ce faire au médecin traitant, de se conformer à l'art. 10 § 2 du réglement d'administration publique du 19 mars 1936, c'est-à-dire de « délivrer à l'assuré un reçu d'honoraires (sur papier libre) indiquant la date, la nature, la quantité et le prix des soins administrés ».

Ceci revient à adopter le système que vous préconisez, mais sans recourir aux feuilles de maladies ordinaires.

APPLICATION DU TARIF DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

11.423. — Radiologie à domicile

Vous m'obligerez en voulant bien me renseigner sur les questions suivantes de tarification concernant le radio-diagnostic hors de mon cabinet (accidents du travail).

Le Tarif du 31 mai 1934 indique :

Toute application radiologique au *domicile du malade* sera tarifée :

1° Le prix ordinaire du ou des examens ;

2° Une indemnité de déplacement de 75 francs ;

3° Le prix de location des appareils, du jour de l'examen demandé par le constructeur.

a) Au domicile du malade : blessé hospitalisé dans une clinique privée. Radiographie au lit du malade pendant une traction continue, c'est-à-dire impossible à exécuter avec l'appareillage fixe de ladite clinique. Le travail est exactement le même pour moi qu'au domicile du blessé. Puis-je compter à la Compagnie l'indemnité spéciale ?

b) Prix de location des appareils : le « portatif » m'appartient. Vous avez déjà répondu à cette question autrefois et indiqué, je crois, le chiffre de 200 francs. Cette façon de voir et ce prix sont-ils toujours admis par les Compagnies d'assurances ?

Dr D.

Réponse

a) Il n'y a pas de tarif accident du travail du 31 mai 1934. Celui seul en cours est celui du 5 février 1932 complété le 13 février 1933 ;

b) Un malade hospitalisé dans une clinique (à moins que ce soit à la suite d'une urgence ou d'accord avec le patron qui s'est déclaré responsable des frais à la clinique) est traité au point de vue frais au tarif de l'hôpital le plus proche pour l'Assistance médicale gratuite avec une majoration de 30 % ;

c) Je ne parle donc ci-dessus que des prix « à domicile », prix qui sont bien ceux indiqués par vous ;

d) Pour la « location », on parle du prix demandé par le « constructeur » ce qui ne pouvait être fixé dans un tarif médical. Or, vous n'êtes pas « le constructeur » ; vous n'êtes même pas « spécialiste radiologue », puisque votre en-tête porte « médecine générale ». Dans ces conditions, ce ne peut être que par entente amiable avec le patron ou la Compagnie d'assurances que vous pouvez demander un « prix de location » et au sujet duquel je serais bien embarrassé pour vous donner un avis, attendu qu'en l'espèce, le prix de 200 francs dont vous me parlez pour ladite location, diffère — et de beaucoup — suivant ce que vous avez eu à faire et suivant l'importance de l'appareillage nécessaire.

Dr F. Decourt.

11.388. — Tentative de réduction de luxation momentanément effectuée

J'ai vu à ma consultation une jeune fille qui, en se rendant à son travail est tombée de bicyclette ; elle présentait une luxation du coude gauche, que j'ai réduite. Après cette réduction, tous les mouvements actifs et passifs étaient possibles, mais comme il restait une douleur limitée en un point précis, j'ai conseillé à la jeune fille d'aller se faire radiographier à l'hôpital central de N.

Le chirurgien de service a estimé que, outre le contrôle sous rayons, il serait sans doute nécessaire de procéder à une nouvelle réduction après anesthésie générale.

Le résultat de la réduction que j'ai pratiquée ne semblant pas parfait, combien dois-je compter à cette malade qui est assurée sociale ?

Dr F.

Réponse

Je ne vois pas comment on pourrait compter deux fois une réduction d'une même luxation. Je ne pense pas qu'un tiers payant quelconque puisse accepter de payer des honoraires doubles pour un tel cas. Vous dites : « luxation du coude gauche que j'ai réduite » et plus loin que le chirurgien de l'hôpital » a estimé qu'il serait sans doute nécessaire de procéder à une nouvelle réduction après anesthésie générale». Alors ce serait donc que la luxation n'était pas réduite par vous. Et comment compter un « essai de réduction, non suivi de succès ? » J'avoue que, personnellement, je n'oserais compter des honoraires spéciaux si l'hôpital compte ensuite (puisqu'il s'agit d'une assurée sociale avec sa feuille de soins) de nouveaux honoraires pour le même cas ; je craindrais qu'on m'opposât l'adage : *non bis in idem*, contre lequel je ne saurais que répondre.

Dr F. Decourt.

11.507. — Radiographie plus radioscopie d'une même région

J'ai eu l'occasion de pratiquer un examen radiographique d'un membre chez un accidenté du travail en vue de la recherche d'un corps étranger.

Celui-ci étant découvert, je l'ai repéré avec précision sous contrôle radioscopique, car étant donné sa petite taille, il me semblait difficile sur la vue d'une radiographie de face et de profil de le trouver aisément.

Je vous serais reconnaissant de me faire connaître, le montant des honoraires pour l'examen radioscopique en question.

Personnellement, j'ai envoyé à la Compagnie, une note ainsi conçue :

Radiographie de face et de profil.	80 fr.
Repérage sous écran...............	50 fr.

La Compagnie refuse de payer les 50 francs prétextant que ce genre d'examen n'est pas mentionné dans le tarit accidenté du travail.

Or, je trouve : radioscopie, bras ou jambe, 80 francs.

J'ai réclamé à la Compagnie cette somme et celle-ci ne m'offre que 20 francs.

Je les accepte toujours en lui faisant part de la démarche que je viens faire près de vous et qu'elle m'a d'ailleurs incité à faire.

Il s'agissait dans le cas particulier de l'examen radiographique d'un métacarpien et d'un corps étranger minuscule que l'on avait déjà tenté d'extraire et que mon examen radioscopique a permis de trouver sans tâtonnement.

Réponse

Vous avez fait une radiographie face et profil d'un métacarpien dont le prix, en matière d'accident du travail est de 80 francs (art. 27-1°). Ceci fait, je ne comprends plus bien la nécessité d'une radioscopie supplémentaire avec calque ; je suppose alors qu'il ne s'agit pas là d'une « extraction de corps étranger sous écran ». Il faudrait alors compter, suivant vous : « Radiographie face et profil de main : 80 francs, plus radioscopie de la même région : 80 francs, total : 160 francs ». J'avoue que je ne saurais personnellement expliquer un tel « luxe d'investigation et, par suite, vous suivre en cette occasion en vous conseillant de poursuivre cette demande, soit en justice, soit en Commission d'arbitrage, surtout alors qu'il s'agit, dites-vous, « d'un corps étranger minuscule » au niveau « d'un métacarpien ».

Dr F. DECOURT.

FISCALITÉ

143. — Amortissement du prix d'achat des automobiles

Je profite de l'occasion qui se présente, pour vous demander quelques renseignements au sujet des impôts que j'aurai à payer pour ma voiture.

Voici les faits :

J'avais en m'installant en 1934, une 8 CV Citroën que j'ai payée 17.500 francs.

En juin 1936, j'ai eu un accident qui a causé à ma voiture des dégâts tels qu'il m'a fallu la changer.

J'ai revendu la 8 CV Citroën pour prende une 201 Peugeot neuve.

On m'a repris l'ancienne voiture pour une valeur de 6.000 francs.

La 201 m'a été vendue 15.250 francs. J'ai donc versé 15.250 francs — 6.000 francs : 9.250 francs

Je vous serais très obligé de bien vouloir me dire comment je dois calculer pour l'évolution de mes impôts l'amortissement de mes frais d'auto. Dois-je les calculer sur le prix réel, payé de la 201 soit 9.250

francs ou sur le prix total de cette voiture, soit 15.250 francs ? Où dois-je faire intervenir, pour une partie, les frais d'achat de l'ancienne ?

Je vous serais très obligé de m'indiquer ce que je dois faire.

Dr S.

Réponse

Les automobiles s'amortissent suivant le nombre d'années pendant lesquelles elles sont en service. Ainsi votre Citroën 8 CV, payée 17.500 francs et changée en juin 1936, devrait être amortie en deux années et demie, soit :

$$\frac{17.500}{2,5} = \begin{cases} 7.000 \text{ fr. en } 1934. \\ 7.000 \text{ fr. en } 1935. \\ 3.500 \text{ fr. en } 1936. \end{cases}$$

En juin 1936, vous avez changé cette voiture contre une 201 Peugeot en versant 15.250 — 6.000 = 9.250 francs.

Il faut amortir cette somme en autant d'années que vous supposez conserver cette auto, tout cela dépend de son usage mettons trois ans et demi.

$$\frac{9.250}{3,5} = 2.642 \text{ francs}$$

Donc pour l'année 1936, vous devez amortir :

3.500 francs pour l'ancienne voiture (jusqu'à juin 1936) :

$$\frac{2.648}{2} = 1.321 \text{ francs pour la nouvelle voiture à partir de juin 1936.}$$

Soit 4.821 francs amortissement année 1936.

Puisque votre voiture a été accidentée, avez-vous touché une indemnité de l'Assurance ? Si oui, il faudra déduire cette somme de celle à amortir.

Si toutefois, vous n'avez pas suivi ce mode d'amortissement pour votre ancienne voiture et s'il vous reste une somme non-amortie vous pouvez l'ajouter aux 9.250 francs et vous procéderez ensuite comme je vous l'indique.

A. MARTINOT,
Conseil fiscal

1.165. — Le prix d'une clientèle n'est pas un revenu

Ayant cédé ma clientèle à dater du 1er janvier 1937, je désirerais savoir si la somme reçue est une augmentation de capital ou doit être déclarée à l'impôt sur le revenu ;

2° Si cette somme déboursée par mon successeur peut être déduite par fractions annuellement dans la déclaration des revenus professionnels.

Dr X.

Réponse

Le prix d'un cabinet est un capital qui ne doit pas être compris dans le revenu de celui qui le reçoit, ni déduit de celui qui le paye.

A. M.

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

11.075. — Droits des officiers honoraires

Je suis atteint par la limite d'âge en 1937 (en juin 1937) et le Directeur du Service de santé m'avise de ma radiation de médecin capitaine de réserve ; et il m'est demandé si je veux accepter l'honorariat du grade (j'ai 57 ans 1/2).

Quels avantages donne l'honorariat ? Quelles obligations s'y attachent ?

Dr B.

Réponse

Les officiers honoraires peuvent encore être proposés pour la Légion d'honneur, dans certaines conditions, par exemple, s'ils continuent à rendre des services à la Préparation militaire, ou aux Ecoles de perfectionnement.

Ils sont autorisés à porter l'uniforme aux revues, réunions, fêtes et cérémonies privées ou officielles, à l'exception des réunions publiques ou privées ayant un caractère politique ou électoral.

On n'exige naturellement plus aucune période d'instruction, puisqu'ils sont rayés des cadres des officiers de réserve.

ACCIDENTS

11.223. — Accident survenu pendant une course faite pour un chef d'entreprise

Abonné au *Concours*, j'ai encore recours à vos bons offices pour une question de responsabilité dans un cas d'accident du travail.

Un ouvrier travaillant sur un chantier, et ayant une pièce à faire signer dans un commissariat de Police, se blesse dans l'escalier de ce dernier.

Or, le blessé peut prouver : 1° que son chef de chantier lui a commandé de se rendre au commissariat pendant les heures de travail ; 2° ce temps a été effectivement payé à l'ouvrier, qui est payé à l'heure, j'ai vu le reçu. Le patron est-il, dans ce cas particulier, responsable de l'accident ?

Dr L.

Réponse

En vertu de la jurisprudence, est considéré comme accident du travail, au sens de la loi de 1898, tout accident survenant au lieu et au temps du travail ; d'autre part, un ouvrier est

considéré comme au lieu et au temps du travail à tout endroit où il se trouve sur l'ordre de son patron et pour les besoins de l'entreprise (Voir not. Cass. civ., 21 novembre, *Gaz. Pal.*, 11 janvier 1935). Puisqu'en l'espèce, votre client s'est fracturé la jambe alors qu'il allait effectuer une course sur la demande formelle de son chef de chantier, cette fracture doit être considérée comme relevant de la législation sur le risque professionnel et comme mettant en jeu la responsabilité du chef d'entreprise ou de son Assurance substituée.

La Cour suprême a déjà reconnu le caractère d'accident du travail à des accidents survenant dans des conditions encore bien plus contestables que celle qui fait l'objet de votre lettre. Ainsi, il a été décidé par un arrêt de la Chambre des requêtes du 3 décembre 1935 que lorsqu'un ouvrier, autorisé par son chef de chantier à quitter le travail pour aller prendre une consommation dans un débit voisin a eu, sur la voie publique, en revenant au chantier, une altercation et qu'une rixe s'en est suivie au cours de laquelle il a eu la jambe cassée, il s'agit bien là d'un accident du travail donnant droit aux indemnités de la loi de 1898. En effet, pendant cette pause de courte durée autorisée et organisée par le chef de chantier, l'ouvrier n'a pas abandonné sa besogne et restait sous la dépendance et l'autorité du chef d'entreprise.

Par conséquent, nous conseillons, en l'espèce, à votre client de ne pas s'incliner devant le refus qui lui est opposé mais de poursuivre son patron ou son Assurance substituée devant le Tribunal de paix du lieu de l'accident en versement des indemnités journalières pendant la période d'incapacité temporaire. Lorsqu'il aura fait ainsi trancher l'applicabilité de la loi de 1898 vous serez fondé à exercer contre le patron l'action directe en paiement de vos honoraires prévue par l'article 4, § 4 de ladite loi.

12.227. — Réajustement de la rente d'un accidenté du travail

Un de mes anciens clients, 60 ans, a été blessé grièvement il y a un an. Accident du travail. Mauvaise fracture de jambe. Incapacité permanente 35 %, ce qui me paraît juste et normal.

Il gagnait 6.000 francs par an. Il va donc toucher 1.050 francs à peu près.

J'ai cru comprendre dans certains articles de journaux que les indemnités étaient toujours calculées sur un salaire de base de 8.000 francs, depuis quelques mois.

Est-ce exact, et quelle serait, sommairement la marche à suivre pour obtenir l'augmentation du chiffre sans toucher à l'évaluation de 35 % ?

Dr D.

Réponse

Il n'est pas exact de dire qu'en vertu de la législation nouvelle la rente des ouvriers atteints d'accidents du travail et d'incapacité permanente partielle, soit dans tous les cas calculée sur un salaire minimum de 8.000 francs. Mais l'application de la loi du 7 août 1936 aboutit dans certains cas à cette conséquence. Cette loi a eu pour but d'accorder aux victimes d'accidents du travail survenus depuis le 9 janvier 1927, le bénéfice des lois du 8 juillet 1926, 15 août 1929, 27 juillet 1930 et 30 avril 1931 relatives au réajustement des rentes des accidentés du travail.

Cette législation qui ne visait jusqu'au 7 août 1936 que les ouvriers victimes d'accidents antérieurs au 9 janvier 1927, accordait à ces accidentés des allocations dont l'importance variait suivant le taux de l'incapacité permanente partielle. Cette allocation s'élevait à 1.245 francs par an pour une invalidité de 35 à 39 %. En ajoutant cette allocation à la rente résultant des dispositions de la loi de 1898, votre client aurait donc droit à une rente totale de 2.295 francs (1.050 + 1.245). Mais il était prévu par l'art. 2, alinéa 4 de la loi du 15 août 1929, qu'en aucun cas la rente augmentée de la majoration ne peut être supérieure à la rente calculée sur un salaire annuel de 8.000 francs. Par suite, dans tous les cas où l'addition de cette allocation conduisait à une rente supérieure à celle calculée sur un salaire de plus de 8.000 francs, l'ouvrier ne pouvait prétendre qu'à ladite rente. En l'espèce, c'est donc bien sur 8.000 francs que doit se trouver calculée la pension viagère de votre client.

Elle s'élèvera donc en définitive à $\frac{4.000 \times 35}{100} =$ 1.400 francs.

Pour obtenir le bénéfice de ces majorations, il faut adresser la demande de réajustement au ministère du Travail, contrôle des Assurances privées, 40, rue du Cherche-Midi, à Paris (VI[e]). Les demandes établies sur papier libre et accompagnées d'un extrait de naissance de chaque ayant droit, doivent porter les indications suivantes : 1° nom, prénoms, nationalité et adresse du rentier ; 2° établissement qui paye la rente.

Si la rente est payée par une Compagnie d'assurances, la demande doit contenir la désignation exacte de cette Société et la date de l'accident.

Le paiement de la rente ainsi majorée après liquidation par le ministère du Travail, est acquitté directement par les débirentiers en même temps que les arrérages trimestriels du principal.

ASSURANCES SOCIALES

10.729. — Immatriculation d'une femme de ménage aux Assurances sociales

Je vous prie de vouloir bien me dire si je dois déclarer aux Assurances sociales, une femme qui vient tous les matins faire mon ménage, pendant deux heures environ ; le reste de la journée, elle travaille chez d'autres patrons.

Je lui donne un salaire fixe de cent francs par mois (sans aucun autre avantage en nature).

Dr S.

Réponse

Sous l'ancien régime des Assurances sociales, les salariés qui travaillaient simultanément pour plusieurs employeurs n'étaient pas obligatoirement déclarés par ces derniers et les formalités d'immatriculation et de déclaration leur incombaient personnellement. Mais le régime institué par le décret-loi du 28 octobre 1935 a changé cela. En vertu de l'article 1er dudit décret, sont affiliées obligatoirement aux Assurances sociales « toutes les personnes de l'un ou l'autre sexe, travaillant à quelque titre et en quelque lieu que se soit, pour un ou plusieurs employeurs, quand leur rémunération totale annuelle, quelle qu'en soit la nature, ne dépasse pas 21.000 francs ». D'autre part, en vertu de l'article 1er, § 4, « l'affiliation s'effectue obligatoirement et sous les sanctions prévues à l'article 4, à la diligence de l'employeur, dans un délai de la huitaine qui suit l'embauchage de toute personne non encore immatriculée et remplissant les conditions du présent article ». Il s'ensuit qu'à l'heure actuelle, les diverses formalités d'affiliation incombent aux employeurs des femmes de ménage et non à ces femmes de ménage elles-mêmes. Vous aurez à payer une double cotisation patronale et ouvrière de 7 % pour 1936 et de 8 % pour 1937. Cette double cotisation sera calculée sur le salaire réel touché par l'intéressée pour le service qu'elle remplit chez vous. Le versement de ces cotisations aura lieu par paiement en espèces au bureau de poste ou par virement au compte de chèques postaux, dans les dix premiers jours de chaque trimestre.

11.657. — Ablation de plâtre (fracture de jambe)

Comment désigner, quel « K » pour l'ablation d'un plâtre (fracture du tibia) ?

Dr V.

Réponse

Puisque vous parlez de K, c'est qu'il s'agit d'Assurances sociales. En cette matière, voyez la Nomenclature nationale puisqu'il s'agit d'un

cas de chirurgie. Et vous trouverez : K. 20 : « Fractures fermées : réduction et contention d'une fracture simple par appareil plâtré ou silicaté : avant-bras, bras ou jambe ». Quant à l'ablation du plâtre, dans aucune nomenclature, ni aucun tarif, cela ne fait l'objet d'une tarification particulière.

Nota : N'oubliez pas surtout que le K.20, comme tous les K, comprend les soins consécutifs pendant vingt jours.

Dr F. DECOURT.

11.207 — Les salariés de plus de 60 ans sont radiés des Assurances sociales

Un de mes clients, ouvrier résinier, né en mars 1876, s'est inscrit aux Assurances sociales au début de 1935. Je lui avais dit, à ce moment, qu'après cinq années de versement, il pourrait bénéficier d'une retraite.

Ces jours-ci, son patron, qui avait accepté jusque-là, de verser sa part des cotisations, lui a déclaré qu'il était inutile de continuer parce que les « plus de 60 ans » ne pouvaient plus être assujettis même volontairement, aux Assurances sociales. Est-ce bien exact ? Les deux années de versement à l'assurance-vieillesse sont-ils perdus sans retour ?

Dr B.

Réponse

Sous le régime de la loi de 1928-1930, les assurés sociaux âgés de 60 ans avaient la faculté de retarder la liquidation de leur droit à la retraite et de continuer à travailler et à cotiser aux Assurances sociales. Par conséquent, au moment où votre client s'est inscrit aux Assurances sociales, les renseignements que vous lui donniez étaient exacts et il lui aurait été possible de rester cinq années à ce régime afin de se constituer la retraite minima.

Mais, en vertu du régime institué par le décret-loi du 28 octobre 1935, les assurés qui atteignent l'âge de 60 ans sont radiés automatiquement de l'assurance et ne peuvent plus continuer à cotiser. L'employeur est seulement tenu de verser la cotisation patronale qui est versée non pas au compte de l'intéressé, mais à un fonds de majoration et de solidarité. Si donc votre client n'a qu'une année d'affiliation, il ne peut prétendre au versement d'une retraite de la part des Assurances sociales et les versements qu'il a effectués se trouvent, en effet, perdus pour lui.

Cinquante-neuvième année | N° 5 | 31 Janvier 1937

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	60 fr.	Belgique et Luxembourg...	70 fr.
Etudiants	35 fr.	Première Zone	85 fr.
Le Numéro..........	1.25	Deuxième Zone	110 fr.

Demi-Colonnes



Abonnés du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos abonnés qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Adda, Dana, Picard.
Amélie-les-Bains : Alardo, J. Bouix.
Arcachon : Jean Doche.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Bandol : Charmot et Rozet, (*Mais. cur. hélio-mar.*), Marçon.
Beaulieu-sur-Mer : Bertier, Ricoux.
Beausoleil : Andoly.
Biarritz : Clavel Pierre, Lacour.
Biskra (Sud-Algérien) : Chatenier (*ophtalm.*)
Cambo-les-Bains : A. Camino, Chatard, Colbert, Trotot.
Cannes : Bourgeois-Gavardin, P.-E. Bousquet, Fournier, P. Houssiaux, Joublot, P. Roques (*Y. O. R. L.*), Makereël, Monod, R. Stauder.
Cap-d'Ail : Lyons.
Carnac-plage : E. St-Martin.
Cassis-sur-Mer : Agostini.
Chamonix : de Chabanolle.
Ciboure : P. Sousbielle.
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Brody, Chaumet.
Hyères : Fohanno, Pierruhgues, Valmyre, Verrier.
Jougne : P. Charlin.
Juan-les-Pins-Antibes : Claudel (*chir.*).
La Seyne : Grandjean, J.-M. Jaubert, Makereël.
Magagnose-de-Grasse : Gordon.
Mégève (Hte-Sav.) : M. Grenet, Jacqueline Grenet.
Menton : Camaret, P. de Lengenhagen, Paul Ray.
Monte-Carlo : S. Vivant.
Nice : Bernard, Brouxel (*Chir.*), Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Daniel, Dormoy, Drapier, M. Faure, Gazzola, Gaudichon (*O. R. L.*), Guerry, E. Guérin, G. Henry (*Ray. X*), Kent-Monnet, Larue, Le Geard, (*mal. nerv.*) Lelongt Max, Liotard, Malaussène, (*Pn. art.*), Nafilyan, Nicolas, Phipps (*derm.*), Piettri, Rouvière, Sineau (*acc.*), Trutié de Vaucresson (*chi. acc.*), Vizerie.
Pau : Bajac, Carcy, Cornet.
Rousses (Les) : R. Veisenburger (*Enf.*).
St-Didier : A. Masquin.
St-Gervais-les-Bains : Roux.
Ste-Maxime-sur-Mer : Bausset, Ficonetti.
St - Raphaël - Valescure : Léon Clément, (*clin. chir.*), Marcel Rochette (*stom.*), Théo Roux de Laroque.
Sanary-sur-Mer : P. Gaillard.
Saujon : Dubois.
Toulon : Jamin (*chir.*), Pignet (*urol., derm.*)
Vernet-les-Bains : Ponson.
Villefranche-sur-Mer : Alfonsi-Baud.
Villard-de-Lans : Bassaget (*Mal. des enf.*), Hérault (*mal. enf.*), Suau (*Mal. enf.*)

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du Concours Médical, *Paris* **167-95.**

Nº 23. — Jne doct. dipl. Etat, permis cond., nombr. remplacem., gr. habit. clientèle, ferait remplacem. toutes cure et région. Dr Samuel, 9, villa Saint-Mandé, Paris (12e). Tél. Dider. 43-42.

Nº 24. — Doct. reçoit enfants à partir 4 ans, anémiés, délicats ou convalesc. Pays très sain, grand air, repos, excell. nourrit. confort, soins attent. et dévoués.

Nº 25. — Jura. Bonne clientèle à céder après décès contre petite indemnité et maison confortab. Garage à louer.

Nº 26. — Jne doct. externe Paris, cherche dans rég. parisienne. Vexin ou Calvados, collaborat. en vue success. ou reprise avec facilités.

Nº 27. — Jne doct. anc. int. chirurgie hop. Paris, ayant beaucoup opéré, excell. référ., cherche poste en province, disponib. pour tous remplacem.

Nº 28. — Méd. radiolog. désirerait fonder dans quart. popul. avec biologiste petit centre de diagnostic. Frais minimes.

Nº 29. — On dem. pour exploit. nouvel anesthésique très actif non toxique, associé ou laborat. produits pharmaceut.

Nº 30. — Appartem. libre avril prochain, 5e étage, avec balcon. Salon, salle à manger, 2 chamb. salle bains cuisine, cave, chauffage. Très aéré et ensoleillé. 6.060 charges comprises.

Nº 31. — Très belle client. à céder après décès dans station thermale Pyrénées, appartem. à louer meublé, comprenant cab. bien installé, salle examens avec appareils et instruments, 2 salons, salle à manger, etc.

Nº 32. — Interne en chirurg. ayant fini sa 4e année désirant, avant de s'installer en province, se mettre au courant chirurgie osseuse et marche d'une maison santé, trouverait situation en avril comme assistant dans cliniq. chirurg. très active.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet Breitel & Goret,

1, rue Dante, Paris (5e). Tél. : Odéon 36-46

Paris. — Très anc. client. d'un gros rap. Appart. 5 p. tout confort. Prix a déb. suivant compt.

Deux heures Paris. — Chef-lieu de canton, import. clientèle, belle habitat. Prix : 35.000 vu l'urgence.

Algérie. — Petite ville. Cab . très ancien avec fixes transmiss. Indemn. : 80.000 à déb. (y compris toute l'install. profes.).

Renseignements

Belles propriétés, 14 pièces, t. c., conviendraient à clinique ou maison de repos, 400.000 et 250.000. P. t. renseign. s'ad. à Me Loiseau, notaire à Chambly (Oise), 35 km. de Paris.

Héliothérapie. Maison santé Hélios. Dr Brody, Grasse.

« La Colline » à Saint-Antoine - Nice. Maison repos, régimes, convalescence, fondée en 1909. Situation idéale. Altitude 250 mètres. Hydro-électro-héliothérapie. Deux médecins. Infirmières. Prospectus sur demande.

Pour améliorer le moral de votre malade, soignez son estomac. Donnez à tous les douloureux de l'estomac 3 ou 4 TABLETTES DE MANGAÏNE par jour, et en fort peu de temps, votre malade aura recouvré son sourire.

« La Soleillette », Bandol-sur-Mer (Var). Soleil. Régime.

A céder, cause maladie. Côte d'Azur. Importante Maison santé en pleine exploitation. Existe depuis 28 ans. Situation magnifique. Installation moderne.

Renouvellement des Abonnements

En raison des *frais élevés* qu'entraînent actuellement les recouvrements, nos abonnés ont tout intérêt à nous adresser leur réabonnement (60 fr.), par virement postal ou chèque postal au nom du *Concours Médical*, compte Chèques postaux : Paris 167-95.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Association pour le développement des relations médicales (A. D. R. M.).** — L'Assemblée générale annuelle de l'A. D. R. M. a eu lieu le vendredi 29 janvier, salle du Conseil, Faculté de médecine, sous la présidence du Docteur Mourier, directeur général de l'Assistance publique.

— **Académie de chirurgie.** — La séance solennelle de l'Académie de chirurgie a été tenue le 27 janvier dans la salle du Conseil de la Faculté de médecine.

M. Louis Bazy, secrétaire général, a prononcé l'éloge du Professeur Robert Proust.

— **Société de stomatologie de Paris.** — *Election du bureau pour* 1937. Président, M. Régis ; vice-présidents, M. Gornouec (Paris), M. Duclos (Lyon) ; secrétaire général, M. Lacaisse ; secrétaires annuels, M. Friez, M. Normand ; archiviste, M. J. Chatellier ; trésorier, M. A.-J. Martin.

Commission des candidatures : MM. Lacronique, Dauguet, Psaume.

— **Prix Saintour 1937** (7.400 francs). — Le sujet désigné par la Faculté, pour l'année 1937, est le suivant : Résultats éloignés des opérations pour goitres (goitre exophtalmique excepté).

Les mémoires doivent être déposés au secrétariat de la Faculté de Paris avant le 1er juin 1937, dernier délai, sans désignation d'auteur.

Chaque mémoire devra porter une épigraphe ou devise apparente, rappelée sur pli cacheté contenant le nom et l'adresse de l'auteur.

— **Premier congrès international de pyrétothérapie.** « Columbia University », New-York, 29, 30, 31 mars 1937. — *Programme du Congrès* : 29 mars 1937, adresse de bienvenue par le Docteur Nicholas Murray Butler, président de « Columbia University ». Réponse de M. le Professeur Abrami.

Rapports et communications : Pyrétothérapie (Professeur Abrami et M. Lichtwitz). Posologie de la fièvre (M. Ch. Richet fils). Physiologie (MM. Binet et Gernez). Pathologie expérimentale (MM. Levaditi et Bessemans).

30 mars 1937 : Psychiatrie (MM. Claude et Rubenovitch). Neurologie (MM. Alajouanine et Mauric). Syphilis (syphilis primaire ; B. W. irréductibles ; Peau) (MM. Gougerot et Durel).

31 mars 1937 : Endocrinologie, nutrition (M. Layani). Cardiologie (M. Laubry). Pédiatrie (M. Blechmann). Chirurgie (M. Lardennois). Gynécologie (M. Jean Dalsace). Associations thérapeutiques (M. J.-M. Auclair). Ophtalmologie (M. Hambresin). Oto-rhino-laryngologie (MM. Le Mée, Lapine). Affections gonococciques (MM. Janet, M.-R. Dreyfus).

Cotisation : 5 dollars (100 francs) pour l'inscription ou 15 dollars (300 francs) pour les congressistes qui viendront à New-York et profiteront des avantages du Congrès ; parents des congressistes : 5 dollars (100 francs). Envoyer adhésions et cotisations, le plus tôt possible, au secrétariat général. Docteurs André Halphen et J. Auclair, 222 *bis*, rue Marcadet, Paris (XVIIIe). Prix du voyage organisé par les W. L. Cook : du 17 mars au 7 avril, environ 310 dollars tout compris.

— **Congrès international du tourisme, du thermalisme et du climatisme** (Paris 21 juin-4 juillet 1937), sous le haut patronage du Président de la République. — Un Congrès international du tourisme, du thermalisme et du climatisme est organisé pour avoir lieu à Paris, pendant l'exposition internationale des arts et techniques de 1937, du 21 juin au 4 juillet 1937. Il tiendra ses assises à la Maison de la chimie, rue Saint Dominique à Paris.

Les buts de ce Congrès sont : *a)* de favoriser le développement du tourisme, du thermalisme et du climatisme, de faciliter leur propagande et d'étendre leurs moyens d'action ; *b)* de resserrer les liens qui unissent entre eux le tourisme, le thermalisme et le climatisme ; *c)* d'étudier sur le plan international l'organisation des rapports généraux entre ces trois éléments de prospérité publique.

Adresser la correspondance au secrétariat général 65, avenue de la Grande-Armée.

— **Hôpital Saint-Antoine.** *Pathologie ostéo-articulaire.* — Des conférences auront lieu dans le service du Docteur Mathieu-Pierre Weil, les vendredis, à 10 h. 1/2, avec présentation de documents originaux.

Sujets traités : 5 février : Physiologie lombo-sacrée (M. Oumansky) ; 12 février : La vie des ligaments (M. R. Massart) ; 19 février : Les traumatismes méconnus de la colonne vertébrale (M. Langlois) ; 26 février : Les techniques du massage (M. Casalonga) ; 5 mars : Le mal de Pott de l'adulte (M. Trèves) ; 12 mars : La spondylolyse (M. Rœderer).

— **Prix de l'Association des industriels de France.** (*Accidents du travail*). — Les prix de l'Association des industriels de France contre les accidents du travail (Fondation Périssé) seront décernés en 1937 au cours du Congrès de l'Association qui se tiendra en mai prochain.

Ces prix sont destinés à récompenser au concours les personnes ou les sociétés qui, par l'invention ou par l'indication d'appareils, procédés ou dispositifs, ou par l'initiative prise dans leur application, auront le mieux contribué à diminuer le nombre et la gravité des accidents du travail et à améliorer l'hygiène des ateliers.

Ces prix seront, en 1937, d'une valeur de 5.000 francs.

Pour tous renseignements, mémoires, dessins, pièces à fournir, s'adresser au Directeur de l'Association des industriels de France, 14, rue de Londres, à Paris (IXe), à qui toutes les candidatures et les dossiers devront parvenir avant le 31 mars 1937. L'inscription des concurrents est gratuite et sera close le 1er avril prochain.

— **Faculté de médecine de Marseille.** *Clinicat.* — Des concours s'ouvriront à la Faculté mixte de médecine générale et coloniale et de pharmacie de Marseille : le 5 avril 1937, pour un emploi de chef de clinique oto-rhino-laryngologique ; le 31 mai 1937, pour un emploi de chef de clinique de chirurgie infantile.

— **L'électro-radiologie en U. R. S. S., en 1936.** — Le Docteur André Dénier, de la Tour-du-Pin (Isère), auteur de l'article paru sous ce titre dans notre numéro 3 du 17 janvier 1937 (page 175), nous prie de dire que son nom n'a pas été indiqué par suite d'une erreur typographique. Il n'a nullement eu le désir de garder l'anonymat et les confrères que cette question intéresse pourront s'adresser à lui directement. Nous lui avons transmis, d'ailleurs, les lettres qui nous sont déjà parvenues à ce sujet.

— **Médecin sanitaire maritime.** — Un examen d'aptitude aux fonctions de médecin sanitaire maritime, réservé aux docteurs en médecine français, aura lieu à Marseille les 16 et 17 mars 1937.

S'inscrire auprès du Directeur de l'Inscription maritime à Marseille.

— Centre de formation pour les cadres des colonies de vacances. — La formation des cadres auxiliaires pour les colonies de vacances avait fait l'objet en 1936 de six conférences organisées par le Comité d'entente « Natalité, famille, éducation ».

Le même groupement organise cette année une session de cours théoriques et pratiques.

Seize cours auront lieu une fois par semaine, le mercredi soir à 21 heures, du 10 février au 23 juin, 31, rue Guyot, Paris (XVIIe). Cinq séances d'applications pratiques sont prévues de même le samedi après-midi une fois par mois dans une propriété privée de la plus proche banlieue de Paris (Nogent-sur-Marne).

Ces cours sont ouverts aux personnes des deux sexes âgés de plus de dix-huit ans et sanctionnés par un diplôme de fin d'études.

L'abonnement à la série de seize cours et de cinq séances pratiques est de 100 francs.

Les personnes qui ne pourraient assister qu'à certains cours devront acquitter un droit de 8 francs par séance.

On s'inscrit au secrétariat du Comité d'entente, 31, rue Guyot, Paris (XVIIe), tous les jours de 9 heures à 17 heures, sauf le samedi après-midi.

— Société française de sérologie et de syphilis expérimentale. — La première séance de 1937 de la Société française de sérologie et de syphilis expérimentale aura lieu le jeudi 11 février, à 15 heures, à l'Institut Alfred-Fournier, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (XIVe), sous la présidence de M. le Professeur C. Levaditi.

Les auteurs qui désirent faire des communications, ou présenter des mémoires, sont priés de bien vouloir en faire part à M. le Docteur Peyre, secrétaire général de la Société à la Faculté de médecine de Paris, 12, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (VIe).

—Sanatorium départemental de Capbreton (Landes). — 250 lits pour rachitiques et tuberculeux chirurgicaux, enfants et adultes.

La place de médecin-directeur sera vacante au cours de l'année 1937. Un concours sur titres et sur épreuves est de droit, s'il est réclamé par au moins un des candidats.

Les docteurs en médecine français, pourvus du diplôme d'Etat, désirant que ce concours ait lieu et ayant l'intention d'y prendre part, devront dès maintenant en faire la demande expresse à M. le Préfet des Landes par lettre recommandée avec accusé de réception, celui-ci faisant la preuve de la candidature.

Cette demande devra être accompagnée de l'exposé succinct des titres hospitaliers et scientifiques du candidat.

Le titulaire actuel est logé, défrayé et touche un traitement annuel de 36.000 francs. Il peut faire de la clientèle particulière. (*Communiqué par le Syndicat médical de Capbreton-sur-Mer*).

A TRAVERS L'OFFICIEL

12 JANVIER

Assistance publique

M. le Docteur Lauzier, médecin chef de l'Asile d'aliénés de Clermont, est nommé secrétaire rapporteur au Conseil supérieur de l'Assistance publique.

14 JANVIER

Enseignement de la médecine

M. Florence, ancien agrégé perennisé à la Faculté de Toulouse, est nommé professeur honoraire de ladite Faculté.

Par arrêté du ministre de l'Education nationale en date du 13 janvier 1937, un concours pour l'emploi de professeur suppléant de clinique chirurgicale et obstétricale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers, s'ouvrira le jeudi 15 juillet 1937 devant la Faculté de Bordeaux.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture de ce concours.

Lutte antivénérienne

Circulaire du 12 janvier 1937 relative à la propagande antivénérienne

Le ministre de la Santé publique et le sous-secrétaire d'Etat à l'Education physique à MM. les Préfets,

L'avenir d'un pays étant fonction de la bonne santé de la race, on ne saurait veiller trop attentivement sur le développement harmonieux et normal de la jeunesse.

Elle peut, elle-même, nous apporter son aide dans ce travail de préservation, si elle est prévenue des dangers qui la menacent et des moyens mis à sa portée pour échapper à ces dangers.

Si l'amélioration physique de notre race est une nécessité que nous ne saurions méconnaître, nous ne pouvons davantage nier l'utilité de l'éducation sanitaire, introduite dans les milieux d'éducation physique, c'est-à-dire parmi les jeunes gens. En général, ceux-ci restent dans une ignorance néfaste ou asservis à des préjugés dangereux, en face d'un des plus redoutables fléaux sociaux, le péril vénérien. Cependant, les maladies vénériennes fauchent, tous les ans, d'innombrables victimes dans tous les rangs de la société, et, dans tous les rangs de la société aussi, arrivent à désorganiser les foyers et à faire peser sur l'enfant les tares les plus lamentables.

Dans ces conditions, je crois devoir vous signaler l'action éducative de la société française de prophylaxie sanitaire et morale, dans son efficace propagande antivénérienne. L'importance essentielle de cette propagande pour l'avenir de nos jeunes générations et, par suite, de notre pays, ne peut vous échapper.

Je vous demande donc d'accorder à cette propagande votre précieux appui et de favoriser ses succès par votre action personnelle.

En conséquence, vous voudrez bien, auprès des présidents des Fédérations sportives et de toutes les autorités de ces mêmes Sociétés, recommander instamment la propagande d'hygiène sociale et de préservation antivénérienne entreprise par la Société de prophylaxie sanitaire et morale, afin que, le cas échéant, ses conférences, ses films, ses documents imprimés soient, pour le plus grand bien de nos jeunes gens, d'abord parfaitement accueillis ensuite largement favorisés dans leur action et leur diffusion.

Pierre DÉZARNAULD. Henri SELLIER.

15 JANVIER

Légion d'honneur

Est nommé chevalier de la Légion d'honneur, au titre du ministère de la Santé publique : M. le Docteur Cheynet, de Paris.

Asiles publics d'aliénés

Par arrêtés en date du 15 décembre 1936 :

M. le Docteur Beaujard (Maurice), reçu au concours du médicat des asiles du 27 avril 1936, a été affecté, en qualité de médecin chef de service, à l'Asile public d'aliénés de Vauclaire (Dordogne), en remplacement de Mlle le Docteur Derombies.

M. le Docteur Hedouin (André), reçu au concours du médicat des asiles du 27 avril 1936, a été affecté, en qualité de médecin chef de service, à l'Asile public d'aliénés de Lorquin (Moselle), en remplacement de M. le Docteur Duchêne.

16 JANVIER

Service de Santé militaire

Par décret du 13 janvier 1937, est nommé dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé, à compter du jour de l'acceptation de la démission de son grade, l'officier de réserve démissionnaire ci-après désigné, qui, par décision de même date, reçoit l'affectation suivante :

Au grade de médecin sous-lieutenant

(Rang du 1er septembre 1934). Dupuy, ex-lieut. de rés. d'inf., c. m. nº 182, aff. 18e rég.

17 JANVIER

Pensions militaires

Arrêté du 15 janvier 1937 désignant les membres de la Commission tripartite supérieure de surveillance et de contrôle des soins médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques.

Art. 1er. — Sont désignés pour faire partie de la Commission supérieure de surveillance et de contrôle des soins médicaux et pharmaceutiques pendant l'année 1937, comme membres titulaires :

Représentants de l'Administration

MM. le Docteur Lamoureux, président ; le Docteur Paloque, chef des Services médicaux au ministère des Pensions ; Mlle Mallet, sous-chef de bureau au Service des soins gratuits et de l'appareillage ; MM. Alix, sous-directeur à la comptabilité publique ; Laure, inspecteur des finances.

Représentants des bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919

MM. Robert Greslin, président de la Fédération des Associations de mutilés de l'Aisne, membre de l'Union fédérale ; Tritch (Désiré), vice-président de la section départementale de l'Oise de l'Union nationale des combattants ; Delsuc, secrétaire général de la Fédération nationale des blessés du poumon et des chirurgicaux ; Gérard, membre de l'Association générale des mutilés et réformés de la guerre ; Delahaye, membre de la Fédération nationale des mutilés et réformés de la guerre.

Représentants des médecins et pharmaciens

MM. le Docteur Lenglet, de la Seine ; le Docteur Fanton d'Andon, de la Seine ; Piot, de la Seine ; Barthet, de l'Association générale des Syndicats pharmaceutiques de France ; Lamarre, du Syndicat des grandes pharmacies de France et des Colonies.

Art. 2. — Sont désignés comme membres suppléants :

Représentants de l'Administration

MM. Gellé, chef du bureau des Tribunaux de pensions ; le Docteur Legendre, chargé du Service des expertises médicales au ministère des Pensions ; Morin, sous-chef de bureau au contentieux du ministère des Pensions ; Hamelin, chef de bureau à la direction de la comptabilité publique ; Rovant, chef de bureau à la direction de la comptabilité publique.

Représentants des bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919

MM. Devos, administrateur de l'Union fédérale ; Pezzini, membre de la Fédération nationale des combattants républicains ; Compigli, membre de l'Union nationale des mutilés, réformés et anciens

combattants ; Antonbrandi, membre de l'Association générale des mutilés et réformés de la guerre ; Bois, membre de l'Union des aveugles de guerre.

Représentants des médecins et pharmaciens

MM. le Docteur Caillaud, du Loiret ; le Docteur Fougerat, de la Seine ; le Docteur Vaslin, de la Seine ; Lépine, de l'Association générale des Syndicats pharmaceutiques de France ; Faucher, de l'Union nationale des pharmaciens français.

Réponses des ministres aux questions des parlementaires

Admission au bénéfice de l'assurance-maternité

1.669. — M. Philippe Serre expose à M. le ministre du Travail qu'aux termes de l'article 9, paragraphe 6, du décret-loi du 28 octobre 1935 sur les Assurances sociales, l'assurée, pour avoir droit aux prestations de l'assurance-maternité, doit avoir subi sur son salaire une retenue d'au moins 60 francs au cours des quatre trimestres civils précédant celui de l'accouchement, dont 15 francs au moins durant le premier de ces trimestres ; qu'en vertu de cette disposition, une assurée ayant accouché le 20 septembre 1936, dont les versements, au cours des deuxième et premier trimestres 1936, quatrième et troisième trimestres 1935, s'élèvent à plus de 200 francs, se voit refuser par la Caisse, le bénéfice des prestations, les versements du troisième trimestre 1935 étant inférieurs à 15 francs, que l'insuffisance des versements du troisième trimestre 1935 résulte d'un arrêt de travail motivé par un accouchement ayant eu lieu le 15 août 1935, pour lequel l'assurée a observé le repos légal de douze semaines (six semaines avant l'accouchement, six semaines après), qui a donné lieu au versement par la Caisse des indemnités journalières prévues en pareil cas ; qu'à une question posée à l'époque, le service compétent des Assurances sociales a précisé à l'assurée que les journées indemnisées par la Caisse comptant comme journées de cotisations, elle n'avait pas à compléter ses versements du troisième trimestre 1935, alors que la Caisse refuse aujourd'hui de tenir compte de cette indemnisation ; et demande : 1° si le refus de la Caisse est fondé et 2°, dans l'affirmative, quelles mesures, il compte prendre au regard d'une telle situation qui aboutit à supprimer le droit aux prestations à des assurées ayant incontestablement cotisé d'une façon régulière et scrupuleusement observé, en tous temps, les dispositions légales en vigueur. (*Question du 10 décembre 1936*).

Réponse. — L'attention du ministre du Travail a été précédemment appelée sur la situation des assurées sociales qui ne peuvent obtenir le bénéfice de l'assurance-maternité pour un accouchement survenu postérieurement au 31 mars 1936, parce qu'au

Voir la suite page XLVII-305

PROPOS DU JOUR

LA CRISE MÉDICALE : LA SOLUTION DU PROBLÈME

Comme nous l'avions prévu, la publication de la lettre du Dr M... nous a valu toute une correspondance. Nous choisissons parmi les lettres que nous avons reçues, celles qui nous ont paru les plus caractéristiques.

Chacune d'elles, bien qu'émettant des opinions opposées, a sa valeur. Leurs auteurs exposent des arguments qui méritent d'être pris en considération.

En faveur de la médecine libre

Le Dr A. Mêlé (de Lyon), fait le procès de la fonctionnarisation. Il indique aux médecins, qui désirent être fonctionnaires, des postes, notamment en Algérie et aux Colonies. Nous lui conseillons de relire l'article de notre collaborateur en médecine coloniale pour être fixé sur leurs avantages.

L'opinion du Docteur Mêlé a son importance, car notre confrère a été pendant huit ans médecin fonctionnaire et ne souhaite pas le devenir de nouveau. On pourrait lui objecter que si la fonctionnarisation était généralisée pour le Corps médical, il obtiendrait des garanties et un statut qui n'existent pas le plus souvent pour les médecins fonctionnaires actuels qui sont des exceptions.

J'ai suivi avec intérêt, écrit-il, l'enquête ouverte au sujet de la crise médicale. Je ne puis souscrire à l'opinion exprimée par le Dr M... Après huit ans d'exercice de la médecine comme médecin fonctionnaire, je dis que la fonctionnarisation de la médecine n'est pas souhaitable.

La solution préconisée par le Dr M... se trouve actuellement à sa portée. Il existe, en effet, des corps de médecins civils fonctionnaires en France, en Algérie, dans les colonies et protectorats. Il suffira au Dr M... de rédiger une demande, accompagnée des pièces dont la liste lui sera fournie par l'Administration compétente, de l'adresser et d'attendre quelque peu (peut être deux ou trois mois), enfin d'accepter n'importe quel poste, le premier qu'on lui désignera. Ses désirs seront comblés. D'ici quelques années, il pourra nous dire à nouveau ce qu'il en pense.

Ou bien, il sera vraiment devenu fonctionnaire et il fera une médecine qui n'aura plus de médecine que le nom ; ou bien, il sera dégoûté du métier qu'il aura accepté et il reviendra à la médecine libre.

Que le Dr M... sache que, comme médecin fonctionnaire, il aura tous les désavantages qu'il trouve à la médecine libre (dérangés le jour... dérangés la nuit, n'ayant parfois rien à faire pendant plusieurs heures...); en outre, il ne pourra choisir sa résidence, et il devra compte de ses clients non seulement à sa conscience et à ses clients eux-mêmes mais encore à l'Administration.

Il aura un traitement fixe, cela est vrai. Mais de quelle importance ? Il est vraisemblable que plus il y aura de candidats médecins pour accepter d'être fonctionnaires, plus le traitement s'amenuisera. Pour le médecin comme pour d'autres, pléthore entraîne avilissement. Il faut être modeste. Fonctionnaires, nous nous trouverons avec des maréchaux, des présidents de Cour, etc., mais aussi avec des agents de police, gendarmes, gardes-champêtres, la foule des juges de paix, etc... Notre confrère pense-t-il que, pour nous médecins, on créera davantage de places de maréchal de France, de général, que de petits commis à maigre traitement ?

Concluons en laissant à chacun le soin de se réserver le genre de liberté qu'il préfère. Qui veut être fonctionnaire, qu'il le soit, mais qu'il n'oblige pas tous ses confrères à faire comme lui.

Dans l'Administration qu'il aura choisie, celui-là entrera avec un traitement de début, de quoi ne pas crever de faim. Je lui souhaite après de nombreuses années de décrocher les étoiles. Mais, au civil comme au militaire, il y aura beaucoup de capitaines, peu de généraux.

Dr Mêlé.

Les avantages de la fonctionnarisation

Le Dr Castéran (de Montrejeau), expose les avantages de la fonctionnarisation dont il juge l'avènement fatal :

Que la lettre publiée dans votre « Propos du Jour » du 13 décembre 1936 provoque de nombreuses et véhémentes protestations, cela est possible. Mais je suis certain que nombre (et nombre imposant) d'entre nous, jeunes et vieux, partagent pleinement l'opinion de notre jeune confrère parisien.

La solution ne viendra pas de nous, médecins : elle nous sera imposée. J'ai la conviction que nous serons tôt ou tard fonctionnarisés. Plaise à Dieu que nous devenions de véritables fonctionnaires, et non de simples salariés, avec toutes les obligations et sans les avantages de la fonctionnarisation.

J'ai la conviction que notre profession ne peut être réorganisée que sur cette base, la fonctionnarisation ; que c'est là le seul remède à la crise médicale, matérielle et morale ; que c'est la seule façon d'adapter la médecine aux nécessités sociales actuelles, à l'intérêt général, du malade et de la Société, considération qui prime indiscutablement l'intérêt du

Corps médical, si tant est que celui-ci ait à souffrir d'un tel changement.

J'ai la conviction qu'en luttant pour conserver notre soi-disant liberté, pour défendre les dogmes périmés de notre charte syndicale, nous poursuivons une lutte inutile et vaine contre un courant irrésistible qui nous balaiera avec nos beaux principes.

Les Pouvoirs publics, dans tous les pays, se préoccupent de plus en plus des questions d'hygiène et de prophylaxie, ou plus exactement de « santé ». En cela, comme toujours, ils ne font que suivre un courant, un mouvement d'opinion, encore un peu confus, mais qui se précise et s'affirme. Signe des temps, les médecins échafaudent des projets de réforme, et attendent, espèrent ou redoutent la réorganisation de leur profession. Des projets de « Service de santé civil » sont publiés par des praticiens. Sir Buzzard ouvre le 104e Congrès de l'Assistance médicale britannique par un discours sur « l'Avenir de la profession médicale » et le Professeur Leclainche inaugure le XXIIIe Congrès d'hygiène en traitant de « l'évolution actuelle de la médecine et de l'hygiène ». Permettez-moi de le citer :

« Le nivellement social, qui caractérise notre époque, la disparition progressive des classes possédantes, les exigences d'un personnel médical surabondant, les excès d'une thérapeutique aussi coûteuse qu'incertaine, précipitent l'avènement d'une pratique médicale nouvelle qu'a préparée le développement des Assurances sociales, des Syndicats et des Associations de tous ordres. Partout se multiplient les hôpitaux, les dispensaires, les crèches, les préventoriums, les institutions prophylactiques, les sanatoriums, en attendant les Centres de santé. *Chez tous les peuples et dans tous les milieux sociaux, cette idée s'accrédite peu à peu que l'assistance médicale sous toutes ses formes constitue un des devoirs de l'Etat ou à son défaut des collectivités publiques ou privées, et il serait vain de disserter sur les avantages et les inconvénients également certains d'une évolution qui a surpris des Corps médicaux insuffisamment avertis.* »

Il est un fait dont on peut sous estimer l'importance, mais qu'on ne peut nier : la médecine tend à devenir et deviendra sociale. C'est un fait qui fait partie d'un ensemble de phénomènes, économiques et autres, dont il n'est pas possible d'enrayer l'évolution. La médecine individuelle, telle que nous l'avons pratiquée, telle que nous la pratiquons encore, est irrémédiablement condamnée. Elle ne peut persister que comme une médecine de luxe, c'est-à-dire d'exception, réservée à une classe restreinte. Sa disparition n'est pas regrettable : les malades ne sont pas et ne peuvent être soignés comme ils devraient l'être.

D'abord, la médecine est trop chère. Sans parler des interventions chirurgicales, le coût des examens spéciaux, du laboratoire, de la radio... est souvent prohibitif. La médecine tout court, celle de l'omnipraticien, du médecin de campagne, est elle-même inabordable pour certains. Le kilomètre coûte cher et le prix d'une visite lointaine est trop élevé pour qu'un petit cultivateur, au budget court, de nos montagnes, puisse songer à se faire réellement soigner.

Et cependant, la médecine, trop chère pour le malade, ne nourrit pas ou nourrit maigrement le médecin et lui laisse l'angoisse de l'avenir.

En second lieu, le médecin, en tant que médecin isolé, est techniquement insuffisant.

Le médecin isolé, omnipraticien, est un anachronisme, anachronisme admirable, aux lourds devoirs et aux rudes servitudes, défi vivant à toutes les impossibilités, mais anachronisme tout de même. Il n'a ni les moyens (l'instrumentation moderne indispensable), ni les facultés (l'omniscience impossible) qu'exige la médecine moderne. Il doit céder la place à l'équipe ou s'incorporer à elle. Tout n'est donc pas pour le mieux dans le meilleur des mondes.

Nos organisations syndicales semblent jusqu'à présent mal réaliser la situation. La force syndicale se gaspille dans une lutte vaine et sans intérêt pour la défense de concepts respectables, mais déjà fossiles, d'une époque qui finit, libre choix, entente directe, etc., tandis que se joue au dehors et sans nous l'avenir de notre profession. Des œuvres privées, les Mutualités, l'Etat s'efforcent de suppléer à notre insuffisance. Jusqu'à ce jour, leurs efforts ont été incoordonnés : les œuvres privées ont souvent vécu sous le signe de l'incohérence, les Mutualités sous celui du resquillage, l'Etat sous ceux du gaspillage et de l'incompétence.

Mais mieux dirigés, ces efforts commencent à porter leurs fruits. Hôpitaux et dispensaires s'ouvrent à tous. Les Assurances sociales deviennent de plus en plus puissantes et infusent un sang nouveau aux Mutualités. Un corps de médecins fonctionnaires est ébauché. Les Centres de santé seront créés demain... Ce sont là encore des créations fragmentaires : mais on y devine l'ossature d'un organisme qui se développe et dont la croissance se précipitera, lorsque ces éléments seront unis et leur fonctionnement coordonné.

Il est inadmissible que cette médecine sociale, qui est celle de demain et qui va entraîner le bouleversement de notre profession, s'édifie sans nous.

La puissance syndicale est encore grande pour que le Corps médical puisse dire son mot. Il serait regrettable qu'il n'en fut pas ainsi, et pour notre intérêt, et plus encore, pour l'intérêt de tous.

Si vous jugez à propos mon cher Confrère, de publier ma lettre, je vous serais reconnaissant de la publier avec ma signature.

Veuillez agréer etc.

Dr Casteran.

J'ai omis de vous dire que je suis loin d'être un jeune : mon diplôme est de 1909.

Nous donnerons prochainement une troisième opinion.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

ALGIES FACIALES

Etude clinique et thérapeutique

Par S. DE SÈZE

Médecin des Hôpitaux de Paris

I. Les deux grandes variétés d'algies faciales

Lorsqu'un malade vient se plaindre de douleurs siégeant dans une moitié de la face, le Professeur Baudoin conseille de lui tenir à peu près le discours suivant : « Monsieur — ou « Madame — il existe deux grandes variétés de « douleurs faciales. Je vais vous les décrire. Vous « me direz ensuite quelle est celle que vous avez.

« Dans la première, les douleurs sont *con-* « *tinues*, c'est-à-dire que le malade souffre *tout* « *le temps*, pendant plusieurs heures ou plusieurs « jours. La douleur peut être plus forte à de cer- « tains moments, comme dans les rages de dents, « mais elle ne cesse pas.

« La seconde variété est toute différente. Le « malade va tout à fait bien, il n'éprouve aucun « mal et parle comme tout le monde. Tout à « coup, à la suite d'un mouvement, d'un frôle- « ment de la joue, il est pris d'une souffrance « horrible. Il cesse de pouvoir parler, se saisit le « visage à pleines mains : il éprouve dans le « visage une sensation de décharges électriques, « de broiement, de coups de couteau... Il gémit « sans pouvoir parler. Cela dure 10 secondes, « 20 secondes, rarement plus d'une minute. « Alors les lancées diminuent, puis disparaissent, « le visage se détend, *il n'y a plus de douleur*, « et le malade reprend la conversation où il « l'avait laissée. Mais, au bout d'un temps de « calme plus ou moins long cela recommence, et « ainsi de suite pendant des mois, des années. « Monsieur — ou Madame — de quelle variété « souffrez-vous ? »

Dans la grande majorité des cas, à la question ainsi posée, le malade répond nettement. Et le médecin sait s'il a affaire à une algie *continue* ou à une algie *paroxystique*. Pourquoi cette distinction est-elle si importante ?

Cette distinction est fondamentale, parce que, dans la très grande majorité des cas, les algies faciales du type continu sont des algies *symptomatiques* : c'est-à-dire liées à une cause locale qui irrite le nerf trijumeau — et peut être surtout le sympathique péri-tri-gemellaire — en un point quelconque de son trajet. Elles sont donc accessible à une thérapeutique *étiologique*. Dans les cas où aucune cause ne peut être décelée, la seule thérapeutique efficace consiste à diriger une petite intervention destructive sur le *sympathique facial* (ganglion sphéno-palatin). Toute intervention dirigée sur le trijumeau est, au contraire, vouée à l'échec.

Inversement, les algies faciales de type franchement paroxystique, entrent dans le cadre des névralgies *essentielles* du trijumeau, dont la cause nous échappe, mais que nous avons le pouvoir de guérir par une intervention destructrice — alcoolisation ou section nerveuse — portant sur les branches du trijumeau ou sur sa racine.

Certes, il y a des exceptions à cette règle. Il n'est pas impossible de voir une lésion anatomique bien caractérisée (sclérose en plaques, syringobulbie, tumeur de l'acoustique, sinusite) donner naissance à une névralgie faciale paroxystique.... En pratique, on a le droit de ne pas compter avec ces exceptions rarissimes, et de régler sa conduite sur l'axiome suivant :

— Une névralgie faciale du type continu relève souvent d'une cause locale qu'un examen approfondi peut déceler et qu'il faut s'efforcer de traiter. Lorsque toute cause échappe, une thérapeutique dirigée sur le sympathique facial (ganglion sphéno-palatin) est souvent efficace.

— Une névralgie faciale de type paroxystique est presque toujours une névralgie faciale « essentielle ». (1) Elle seule mérite le nom de *Névralgie essentielle du trijumeau.* Seule la destruction du trijumeau — branches ou racine — peut guérir le malade.

Etudions un peu plus en détail chacune de ces deux variétés d'algies qu'opposent si nettement

(1) Est-il besoin d'ajouter, selon l'usage, que ce mot de névralgie essentielle ne doit pas être pris dans le sens de névralgie « sans cause », mais seulement dans le sens de névralgie cryptogénétique, c'est-à-dire « de cause inconnue ».

l'une à l'autre leur aspect clinique, leur étiologie et leur traitement.

I. Algies faciales continues

Ce sont ces algies qu'Alajouanine et Thurel, dans un mémoire fort important auquel nous faisons de larges emprunts, appellent « *Sympathalgies faciales* » parce que selon ces auteurs, ces douleurs sont dues beaucoup moins à l'atteinte du trijumeau lui-même qu'à la souffrance des plexus nerveux sympathiques qui entourent ce nerf.

Symptômes. — Continues, elles peuvent l'être au sens fort du terme, ne connaissant alors aucune sédation, et ne disparaissant que pendant le sommeil.

Plus souvent, peut-être, sur un fond douloureux à peu près permanent, surviennent des renforcements qui peuvent faire figure d'accès paroxystiques : c'est alors qu'il faut s'attacher, à mettre en évidence par un interrogatoire très serré, les caractères qui permettent d'opposer ces renforcements douloureux aux accès paroxystiques qui caractérisent la névralgie essentielle du trijumeau.

En analysant le *caractère des douleurs*, on remarque d'abord que les douleurs affectent ici volontiers ce caractère de *brûlure* qu'on retrouve dans toutes les algies sympathiques ou causalgies. En essayant d'apprécier leur *intensité* on se rend compte que souvent les douleurs sont assez peu violentes : les malades les comparent souvent à une sorte d' « agacement ». Ce qui rend ces douleurs fort pénibles, c'est leur persistance qui, à la longue, finit par exaspérer les malades.

Si l'on fait préciser le *siège* des douleurs, on apprend qu'elles débordent souvent le territoire anatomique du trijumeau, diffusant par exemple à l'hémicrâne, à la nuque du même côté, parfois même jusqu'à l'épaule.

En réalité, il importe davantage de faire préciser, d'une part, la *durée* et d'autre part *les conditions d'apparition* de ces renforcements douloureux.

Leur durée est généralement *longue* : la crise douloureuse dure une demi-heure, une heure et souvent même plusieurs heures ; elle s'oppose donc nettement à l'accès paroxystique de la névralgie essentielle qui est toujours très court et dure exceptionnellement plus d'une minute.

Le début des renforcements douloureux des sympathalgies faciales est généralement assez progressif et les causes qui les provoquent sont multiples et vagues. Tel malade souffrira davantage à l'occasion du froid ou de la chaleur ; tel autre à l'occasion du bruit ou des émotions, tel raute encore à l'approche des règles. Mais les mouvements du visage (mastication, parole, baillement) sont le plus souvent inoffensifs, ainsi que les attouchements du visage. Ici les malades parlent et mangent librement, et ils ne protègent pas leur visage. Aucun caractère n'oppose mieux la sympathalgie faciale à la névralgie faciale essentielle, où les malades vivent dans la crainte de l'accès brutal explosif, soudainement déclenché par un mouvement de la mâchoire, par le rire, par un frôlement de la lèvre ou des joues.

Causes. — Avant d'aborder l'enquête étiologique on s'efforcera de répondre aux deux questions suivantes :

1° *L'algie s'accompagne-t-elle d'une anesthésie dans le domaine du trijumeau* ? Hypoesthésie ou anesthésie de la face, hypoesthésie ou *anesthésie cornéenne* avec diminution ou abolition du réflexe cornéen du côté de l'algie.

2° *L'algie est-elle accompagnée de paralysies craniennes* ? Parésie ou paralysie faciale ; surdité ou hypoacousie ; paralysie oculaire du IIIe ou du VIe du même côté que les douleurs.

I. *Algies faciales accompagnées d'anesthésie faciale ou cornéenne*, ou des paralysies craniennes.

On peut alors affirmer, que l'algie est symptomatique d'une lésion du trijumeau, portant, soit sur les grosses branches du nerf soit sur le ganglion de Gasser, soit sur les origines bulbaires du trijumeau.

Il peut s'agir d'une *tumeur* : cancer de l'orbite, tumeur maligne de l'hypophyse, méningiome de la petite aile du sphénoïde, comprimant le nerf ophtalmique. Tumeur gassérienne, tumeur de l'acoustique, tumeur de la base du crâne, comprimant le ganglion de Gasser. Tumeur bulbo-protubérantielle et tumeur du IVe ventricule, syringobulbie atteignant les noyaux d'origine bulbaire du V.

Il peut s'agir d'une *infection*. Nous rangeons dans ce groupe :

— les algies faciales consécutives à une *otite* compliquée d'ostéite de la pointe du rocher ;

— les algies faciales *post-zostériennes* : algies atroces contre lesquelles l'alcoolisation du trijumeau et même la neurotomie seront inefficaces.

— les algies faciales *syphilitiques*, curables par le traitement mercuriel.

II. *Algies faciales sans troubles sensitifs objectifs* (pas d'hypoesthésie cutanée, pas d'anesthésie ni d'aréflexie cornéenne) *et sans paralysies craniennes associées.*

— Elles relèvent le plus souvent de lésions périphériques qui irritent les extrémités nerveuses du trijumeau. Ces lésions siègent dans les cavités de la face et c'est pourquoi Baudoin appelle ces névralgies les « névralgies des spécialistes ».

Toutes les cavités de la face doivent être explorées minutieusement. Le stomatologiste recherchera s'il existe des caries dentaires, un

granulome apical, un abcès dentaire, une dent de sagesse d'évolution anormale ; l'oto-rhino-logiste dira s'il existe une sinusite frontale ou maxillaire, ethmoïdale ou sphénoïdale, une déviation haute de la cloison, une hypertrophie du cornet moyen dont la cure sera la condition de la guérison. Bien entendu, les résultats de ces examens des spécialistes doivent être soumis à la critique du bon sens. Les constatations nettement pathologiques seront seules retenues : on se gardera des interventions abusives, et particulièrement de ces extractions de dents saines auxquelles échappe si rarement un malade atteint d'algie faciale.

— En réalité, nombreux sont les cas où malgré toutes les investigations, on ne découvre aucune lésion importante des cavités de la face. Que penser de ces algies cryptogénétiques ?

Quelques-unes d'entre elles sont peut-être apparentées à la migraine... Le plus grand nombre semblent devoir être rapprochées de multiples algies d'origine sympathique que l'on voit survenir dans toutes sortes de territoires (algies génitales, pelviennes, mammaires, sacrées ou coccygiennes, algies des extrémités des membres) ; algies que réunit un caractère commun, leur caractère désespérément rebelle, on les groupe sous le nom de causalgies... C'est d'ailleurs sous le nom de causalgies faciales que Baudoin désigne ces algies faciales continues cryptogénétiques.

Rien de plus pitoyable que le sort de ces malheureux atteints de causalgies faciales... Leurs crises douloureuses, qui durent souvent des heures, deviennent de plus en plus longues, avec des accalmies de moins en moins complètes... Finalement, c'est presque sans répit que le malade souffre de ses douleurs frontales, temporales, périorbitaires et rétro-oculaires, hémicraniennes et même cervicales... Bientôt, s'ouvre l'ère des tentatives désespérées : extirpation de toutes les dents, curetage et drainage des sinus, cautérisations nasales, ablation de cornets, résection de cloison... L'insuccès constant de ces petites interventions successives ne fait qu'exaspérer le malade, développe chez lui l'obsession de l'incurabilité... Bientôt la morphine s'en mêle — à doses croissantes, et il devient bien difficile à ce moment de reconnaître dans les plaintes incessantes de ces malades, la part respective de la douleur, de l'obsession et de la toxicomanie.

Que sont, au juste ces causalgies faciales ? On tend de plus en plus aujourd'hui, à la suite de Sluder à les considérer comme l'expression de la souffrance du ganglion sphénopalatin... Quelle est l'origine de cette souffrance ? Il nous paraît infiniment probable qu'à la base de ces causalgies du sympathique facial il y a — ou il y a eu — presque toujours une infection inapparente des cavités buccales ou nasopharyngées : lésion légère, peut-être, mais suffisante pour servir de porte d'entrée aux toxines microbiennes et devenir le point de départ d'une *névrite ascendante*, laquelle une fois déclenchée continuera ses ravages bien longtemps après que l'infection causale sera guérie.

Traitement des causalgies faciales

a) *Ce qu'il ne faut pas faire* : Il ne faut pas céder aux instances des malade lorsque, las de souffrir, il réclame à chaque instant une intervention nouvelle... extraction de dents saines, trépanation des sinus, etc... Il faut surtout savoir refuser au malade l'alcoolisation du trijumeau ou de ses branches, ainsi que l'intervention chirurgicale. *Toute intervention neurolytique dirigée contre le trijumeau est inopérante dans les causalgies faciales*... On n'en obtient rien qu'un redoublement de souffrance, réel ou imaginaire, mais dont le médecin sera toujours tenu pour responsable.

b) *Ce qu'il faut faire* : Les seules interventions légitimes sont ici les interventions thérapeutiques dirigées vers le *ganglion sphéno-palatin*, qui représente en effet le centre à la fois le plus important et le plus accessible du système sympathique céphalique.

Suivant le conseil d'Alajouanine et Thurel, on pourra d'abord essayer les attouchements prolongés, avec un porte-coton imbibé de liquide de Bonain, de la muqueuse pituitaire au niveau du ganglion sphéno-palatin. Souvent ces attouchements déterminent d'abord une exagération passagère des troubles après quoi les douleurs s'atténuent : il faut alors répéter les séances une à deux fois par semaine pendant un à deux mois.

En cas d'échec, on peut essayer d'atteindre directement avec une aiguille le ganglion sphéno-palatin dans l'arrière-fond de la fosse ptérygoïde, soit par la voie *jugale sous-zygomatique*, en passant par la partie antérieure de l'échancrure sigmoïde du maxillaire inférieur ; soit par la voie *buccale*, en passant par le canal palatin postérieur. Quelle que soit la voie choisie, il est recommandé d'essayer d'abord l'effet de la novocaïnisation du ganglion sphéno-palatin. Si on en obtient une sédation passagère nette, l'alcoolisation est légitime : elle peut donner une guérison durable.

II. Algies faciales paroxystiques : Névralgie essentielle du trijumeau

Symptômes. — Le caractère distinctif essentiel de cette névralgie, c'est le caractère explosif, fulgurant, de l'accès douloureux. La douleur survient ici sous forme d'élancements brusques, en éclair, de très courte durée : sidéré par la vio-

lence de l'accès, le malade s'immobilise, son visage se crispe ; il porte la main à l'hémiface douloureuse ; cela dure 15 secondes, 1/2 minute, 1 minute tout au plus. Puis, brusquement c'est la fin de l'accès : *le malade ne souffre plus du tout* jusqu'à l'accès suivant : les accès douloureux sont séparés par des intervalles absolument libres, véritables périodes d'inhibition douloureuse où il n'y a plus place pour aucune souffrance.

Si l'on assiste au déclenchement brusque d'une de ces crises paroxystiques, le tableau est si caractéristique qu'il n'y aucun moyen de s'y tromper.

Les conditions d'apparition des accès névralgiques représentent un autre élément important du diagnostic. Dans la névralgie du trijumeau, en effet, les douleurs sont nettement réveillées par des causes provocatrices, telles que la *parole*, la *mastication*, le *rire*, un courant d'air froid, le contact d'un aliment chaud et aussi très souvent *l'attouchement* d'une certaine région de la face : lèvre supérieure, lèvre inférieure, menton, gencive, etc. : la zone algogène est variable avec chaque malade, mais toujours identique pour un même malade. Cette zone dont l'excitation provoque la douleur présente une importance localisatrice de premier ordre : elle indique le territoire sur lequel devra porter l'alcoolisation.

L'influence désastreuse de ces causes provocatrices explique l'attitude si particulière de ces malades, qui n'osent plus ni se laver, ni se raser, ni parler, ni manger et vivent emmitouflés, figés dans une immobilité de masque.

Si nous considérons maintenant *le siège* des douleurs, nous remarquons :

1° Que les douleurs se limitent toujours, *au début de la maladie*, à une seule branche du trijumeau : tel malade souffre uniquement dans le territoire de l'ophtalmique, tel autre ne souffre que dans la lèvre ou dans la mâchoire supérieure (nerf maxillaire supérieur). Chez tel autre encore les douleurs se localisent uniquement dans la machoire inférieure dans le menton ou dans la langue (nerf maxillaire inférieur). C'est seulement dans un second stade que la névralgie en vieillissant peut s'étendre progressivement aux autres branches du nerf : l'atteinte globale d'emblée de tout le territoire du trijumeau, n'appartient pas à la névralgie faciale essentielle.

2° L'accès douloureux lui-même débute presque toujours en un point très précis, d'où la douleur irradie ensuite, en éclairs, vers les territoires voisins. Il est très important de faire préciser par le malade, dans chaque cas, cette localisation *initiale* de la douleur (localisation de la douleur au début de la maladie, localisation de la douleur au début de l'accès douloureux). Elle donne une indication précieuse sur la région sur laquelle devra porter éventuellement l'alcoolisation neurolytique.

Nous en aurons terminé avec l'étude symptomatique de la névralgie du trijumeau quand nous aurons rappelé que la névralgie essentielle du trijumeau *ne s'accompagne jamais d'aucune paralysie cranienne associée*, ni d'*aucun trouble objectif de la sensibilité cutanée ou cornéenne.*

Une névralgie faciale qui s'accompagne de paralysie faciale, d'hypoacousie, de paralysie oculaire ou d'anesthésie cutanée ou cornéenne n'est sûrement pas une névralgie essentielle du trijumeau.

On peut ainsi résumer les trois caractères essentiels de la névralgie faciale essentielle :

1° L'apparition de la douleur sous forme de crises douloureuses paroxystiques, extrêmement violentes, mais très courtes, séparées par des périodes de rémission absolument complète.

2° Le rôle nocif de certaines causes provocatrices, qui, agissant sur certaines régions déterminées, déclenchent brutalement la crise.

3° L'absence constante de tout signe neurologique objectif : l'absence, notamment de toute anesthésie cutanée ou cornéenne.

Evolution. — Il n'y a guère de guérison spontanée de la névralgie du trijumeau. Les médicaments n'y sont que peu efficaces... Les accès deviennent de plus en plus pénibles, de plus en plus fréquents... finalement, ils se succèdent presque sans interruption... Il était classique naguère de dire que le malade n'avait que le choix entre la morphine et le suicide... Depuis une trentaine d'années, nous pouvons lui proposer une troisième éventualité : *la guérison.* Guérison *médicale, temporaire* mais renouvelable, par les injections neurolytiques d'alcool ; ou guérison *chirurgicale, définitive.*

Traitement de la névralgie essentielle du trijumeau

Pour mieux comprendre le traitement de la névralgie du trijumeau, essayons d'abord de nous représenter le mécanisme physio-pathogénique de la maladie.

Tout n'est pas éclairci dans la pathogénie de la névralgie faciale. Il semble cependant permis de se la représenter comme l'effet d'une *hyperexcitabilité* — ou si l'on veut, d'une hyperesthésie douloureuse — *du noyau sensitif bulbaire du trijumeau.* Qu'est-ce à dire ?

A l'état normal, le noyau bulbaire du V répond à une excitation périphérique tactile — frôlement, déplacement de la langue, mouvement de la mâchoire — par une sensation de frôlement, de déplacement de la langue, de mouvement de la mâchoire. Pour obtenir du noyau sensitif une impression de douleur, coups d'aiguilles, coups de couteau, brûlure, il faudrait exercer à la périphérie du nerf une excitation

violente : coups d'aiguille, coups de couteau ou brûlure...

Chez le malade atteint de névralgie du trijumeau, par contre, le noyau bulbaire du trijumeau, étant hypersensible, répond à une incitation modérée — frôlement, mouvement de la langue, etc. — par une explosion douloureuse, coups d'aiguilles, coups de couteau, etc... Exactement comme un haut-parleur mal réglé, sensible à l'excès, qui répondrait par un hurlement assourdissant à un acteur parlant devant le micro à voix modérée. Comment remédier à ce défaut de réglage ? Comment empêcher ce vacarme intempestif ?

Régler le haut-parleur ? autrement dit, ramener à la normale la sensibilité du noyau du V ? Ce serait évidemment le traitement pathogénique idéal. Il est malheureusement irréalisable et le restera du moins tant que le mécanisme intime de cette hyperexcitabilité nucléaire nous restera caché.

Eviter de parler devant le microphone ? C'est-à-dire supprimer à la périphérie du territoire du trijumeau, toute excitation sensitive ? Le malade, en effet, s'efforce d'y parvenir en s'emmitouflant pour se garantir du froid, en laissant pousser sa barbe pour éviter de se raser, en se laissant mourir de faim pour éviter tout mouvement de la langue ou des mâchoires... Nous avons vu, hélas, qu'il n'y réussit jamais, tant il suffit d'une incitation légère pour provoquer la crise.

Un seul remède : empêcher les paroles prononcées devant le microphone de parvenir jusqu'au haut-parleur : *couper le fil.* Autrement dit, *interrompre les voies par où passent les excitations sensitives périphériques pour parvenir au noyau bulbaire du V.*

Cette interruption des voies sensitives peut se faire à différents niveaux.

1° On peut détruire par alcoolisation les branches d'origine du trijumeau.

2° On peut détruire, par alcoolisation, le ganglion de Gasser,

3° On peut sectionner chirurgicalement la racine sensitive du V, en arrière du ganglion de Gasser ; soit près de sa racine au moment même où elle se dégage du ganglion de Gasser (neurotomie juxta-gassérienne) soit près de sa terminaison, au moment où elle va s'engager dans la protubérance (neurotonie juxta-protubérantielle).

Laissant de côté tous les détails de techniques qui feront l'objet d'une autre travail, nous nous contenterons de résumer ici, aussi schématiquement que possible les indications de ces trois méthodes.

Neurolyse périphérique

1° *A*) Alcoolisation des branches.

Bien réussie, elle donne une guérison complète, mais seulement temporaire : 6 mois à 2 ans en moyenne, après quoi il faut renouveler l'intervention. Il est logique de la proposer au malade, à titre d'essai, comme un traitement capable de le débarrasser de ses douleurs sans opération chirurgicale.

L'alcoolisation des rameaux périphériques (nerf sus-orbitaire, nerf sous-orbitaire, nerf mentonnier) est indiquée dans les cas suivants.

a) Lorsque *le siège des douleurs* se limite strictement au territoire périphérique de l'un de ces trois rameaux superficiels (région sus-orbitaire, région sous-orbitaire, aile du nez, lèvre supérieure, lèvre inférieure ou menton).

b) Même si la douleur est plus étendue, l'alcoolisation périphérique est encore indiquée si les élancements douloureux prennent toujours leur point de départ dans l'un de ces trois territoires.

c) Enfin, et surtout, si *la zone dont l'excitation déclenche la crise* (zone algogène) correspond à l'un de ces mêmes territoires.

B) *L'alcoolisation des gros troncs du nerf trijumeau* (nerf maxillaire supérieur au trou grand rond, nerf maxillaire inférieur au trou ovale) est indiquée :

a) Dans les cas précédents, lorsque l'alcoolisation périphérique a échoué ;

b) Lorsque la douleur siège — ou prend son point de départ — dans des territoires qui sont innervés, non par l'un des trois rameaux superficiels cités plus haut, mais par les troncs nerveux eux-mêmes : dents de la mâchoire supérieure (nerf maxillaire supérieur) ; dents de la mâchoire inférieure (nerf maxillaire intérieur ;) langue (nerf lingual).

b) Quand les crises sont déclenchées par des excitations portant sur le territoire de ces nerfs profonds : mastication, parole, attouchement des dents.....

Ces alcoolisations, lorsqu'elles sont bien réussies, donnent des résultats excellents, mais non définitifs : le cylindraxe est interrompu : mais comme le centre trophique du neurone c'est-à-dire la cellule sensitive du ganglion de Gasser reste intacte, le cylindraxe se régénère, et après une guérison de 6 mois, 1 an, 2 ans, la douleur reparaît : il faut recommencer.

Pour obtenir un résultat définitif, sans régénération possible, il faut, soit supprimer le centre trophique du V, c'est-à-dire détruire le ganglion de Gasser ; soit interrompre les voies sensitives *en arrière de ce centre,* c'est-à-dire couper la racine sensitive du trijumeau.

2° Neurolyse centrale

Alcoolisation du ganglion de Gasser et neurotomie rétro-gassérienne

Ces interventions — alcoolisation du ganglion de Gasser et neurotomie rétro-gassérienne — sont donc indiquées chaque fois que l'on veut obtenir une guérison *définitive* ; on les pratiquera soit après une, deux ou trois alcoolisations périphériques, lorsque le malade veut « *en finir* », soit d'emblée lorsque le malade exige une guérison d'emblée définitive.

Le choix entre les divers types d'intervention neurolytique centrale, est dominé par le principe suivant. Tout traumatisme portant sur le ganglion de Gasser, centre trophique de l'œil, compromet la vitalité de la cornée, et expose le malade à un gros danger : la *kératite neuro-paralytique.* Le risque de kératite neuro-paralytique est d'autant plus grand que le traumatisme portant sur le ganglion de Gasser est plus important.

a) *Destruction du ganglion de Gasser.*

Le risque de kératite neuro-paralytique atteint ici son maximum.

La gassérectomie (extirpation chirurgicale du ganglion de Gasser) a été complètement abandonnée par les chirurgiens.

L'alcoolisation du ganglion de Gasser, par une aiguille passant à travers le trou ovale, est encore pratiquée par R. Thurel, qui a su acquérir la maîtrise de cette technique. L'emploi large de la tarsorraphie préventive immédiate — petite opération très simple, puisque l'intervention entraîne l'anesthésie complète des paupières —, lui permet de réduire beaucoup les risques de kératite.

Il s'agit là, malgré tout, d'une intervention très délicate et fertile en incidents ; personnellement, à tort ou à raison, nous n'avons jamais osé la pratiquer.

b) *Neurotomie rétro-gassérienne.*

Deux types d'interventions peuvent être réalisés.

1° *La neurotomie juxta-gassérienne* (opération de Frazier) consiste à couper la racine du nerf trijumeau juste en arrière du ganglion de Gasser. Elle a l'*avantage* d'une technique très simple et d'une *innocuité* à peu près absolue. S'étant ouvert une étroite fenêtre osseuse par la voie temporale, le chirurgien trouve immédiatement le ganglion de Gasser *sous la dure-mère,* qu'il se contente de refouler sans l'ouvrir. C'est dire qu'il s'agit d'une opération dont tous les temps sont réglés comme ceux d'une manœuvre de médecine opératoire. Les risques opératoires sont pratiquement nuls.

En regard de cet avantage indiscutable la neurotomie juxta-gassérienne présente malheureusement quelques inconvénients :

L'opération, quelle que soit l'habileté technique de l'opérateur, traumatise toujours quelque peu le ganglion de Gasser au voisinage immédiat duquel se fait la section nerveuse. Il en résulte que la kératite neuro-paralytique post-opératoire se voit encore dans près de 15 p. 100 des cas. Même si l'on réalise comme le fait André Sicard, une neurotomie juxta-gassérienne *partielle,* qui respecte la sensibilité cornéenne on observe encore la kératite neuro-paralytique dans 10 p. 100 des cas environ.

Le traumatisme inévitable du ganglion de Gasser, à la suite des neurotomies juxta-gassériennes, a encore un autre inconvénient : il détermine (dans 10 p. 100 des cas environ) l'apparition tardive, à la suite de l'opération, d'*algies continues,* en tous points semblables à celles que nous avons étudiées au début de cette leçon sous le nom d'*algies sympathiques* ou *causalgies faciales*: elles sont dues à l'irritation des éléments nerveux sympathiques contenus dans le ganglion de Gasser.

2° *La neurotomie juxta-protubérantielle* (opération de Dandy) consiste à couper la racine du nerf trijumeau le plus en arrière possible, c'est-à-dire dans la fosse cérébrale postérieure, au point où la racine rejoint la protubérance annulaire.

Les avantages de cette technique sont évidents. Du fait que l'opération a lieu à une grande distance du ganglion de Gasser le danger de kératite neuro-paralytique est pratiquement supprimé. Pour la même raison, on ne voit pas survenir d'algies sympathiques rebelles à la suite de l'opération.

Il faut bien dire, par contre, qu'il s'agit-là d'une opération beaucoup plus délicate, nécessitant une trépanation large de la fosse cérébrale postérieure donnant un jour suffisant sur la région du bulbe et de l'angle ponto-cérébelleux, avec ouverture de la dure-mère. Une telle intervention ne peut être confiée qu'à un neuro-chirurgien parfaitement rompu aux disciplines si spéciales de la chirurgie cérébrale. D. Petit-Dutaillis, à qui nous l'avons vu pratiquer maintes fois avec des résultats parfaits conseille de la refuser aux sujets trop âgés, aux obèses pléthoriques, à cou court et aux individus chez lesquels la radiographie cranienne fait prévoir l'existence d'un très gros cervelet.

LES POLYRADICULO-NÉVRITES GÉNÉRALISÉES

Leur classification anatomo-clinique
Les discussions étiologiques qu'elles soulèvent

Par R. FASQUELLE SAINT-YVES MÉNARD

Interne des Hôpitaux de Paris

En neurologie, plus peut-être que dans les autres branches de la médecine, à chaque époque semble correspondre un stade particulier de nos connaissances : le premier stade est celui de la clinique : n'utilisant qu'un seul moyen d'étude, l'observation (mais avec quelle minutieuse précision !) les anciens auteurs s'efforcent de grouper les syndromes cliniques. A ce stade succède celui des études anatomo-cliniques : les médecins font appel à l'anatomo-pathologie pour confirmer leurs classifications purement cliniques. Nous sommes encore à cette période ; mais déjà le stade suivant se dessine : ce sera le stade pathogénique et étiologique.

L'étude anatomo-clinique des polyradiculonévrites généralisées par Georges Boudin (librairie Maloine) est caractéristique à ce point de vue : avant tout l'auteur fixe un cadre anatomo-clinique aux polyradiculo-névrites généralisées ; mais au cours de son travail, il nous fait déjà entrevoir les futures classifications pathogéniques et étiologiques, que préciseront les études d'avenir.

Nombreux ont été ces dernières années les auteurs qui se sont consacrés à l'étude des affections du système nerveux central : l'encéphalite épidémique, maladie des noyaux gris mésocéphaliques, a suscité de nombreux travaux ; les encéphalites des maladies infectieuses, maladies de la substance blanche, sont actuellement en plein remaniement. C'est au contraire au système nerveux périphérique que s'intéresse Georges Boudin ; et son étude sur les polyradiculo-névrites généralisées est une admirable mise au point de nos connaissances sur ce sujet.

Il commence par juxtaposer les observations : observations de polyradiculo-névrites généralisées avec diplégie faciale, mortelles par atteinte des nerfs respiratoires et cardiaques — observations de polyradiculo-névrites généralisées avec diplégie faciale, qui évoluent vers la guérison — observations de polyradiculo-névrites généralisées sans atteinte du facial et habituellement curables (connues sous le nom de syndrome de Guillain et Barré) — observations de polyradiculo-névrites généralisées fatales. De ces observations, la plupart sont récentes : G. Boudin ne se contente pas de celles qu'il a pu recueillir personnellement dans le service du Professeur Alajouanine, mais résume toutes celles qu'il a pu colliger dans la littérature française et étrangère. Il fait même mieux ; et à propos d'observations retrouvées dans les études de Landouzy, de Déjerine, de Vulpian il nous montre qu'on semble autorisé à porter sur ces cas rapportés par des maîtres anciens, le diagnostic moderne de polyradiculo-névrites généralisées curables. Aussi en comparant toutes ces observations, est-il amené à conclure que ni l'évolution vers la mort ou la guérison, ni l'atteinte ou non du facial, ne justifient une distinction absolue entr'elles : aussi propose-t-il de les grouper dans le cadre des polyradiculo-névrites généralisées avec dissociation albumino-cytologique — dont il nous brosse un tableau schématique :

Le début est marqué tantôt par un petit épisode infectieux, tantôt par quelques signes nerveux isolés : fourmillements, parésies, paralysies qui progressent.

Au bout de trois à dix jours, la période d'état est réalisée, les paralysies sont étales :

Le malade est paraplégique : paralysie flasque, bilatérale et symétrique, intense, peu atrophique ; la marche est impossible ; les réflexes tendineux sont abolis ; les membres supérieurs sont atteints ; fréquemment aussi les nerfs crâniens, surtout le facial à type de diplégie faciale, plus rarement le trijumeau.

Les troubles sensitifs consistent en douleurs, paresthésies, douleurs à la pression des masses musculaires, à l'élongation des troncs nerveux ; la sensibilité superficielle est beaucoup moins touchée que la sensibilité profonde.

Il y a souvent des troubles sphinctériens, parfois coexistent des signes méningés ; on recherchera toujours l'existence de troubles respiratoires et cardiaques, facteurs de mauvais pronostic.

La ponction lombaire révèle un liquide clair de tension normale, la lymphocytose est normale, l'hyperalbuminose marquée à 1,20, 1,50 jusque 3 grammes ; dissociation albumino-cytologique bien mise en évidence pour la première fois par Guillain et Barré : capitale pour le diagnostic ; en rapport peut-être avec la localisation des lésions sur les racines, au point de vue pathogénique.

Un examen électrique des nerfs montre non une réaction de dégénérescence complète, mais une hypoexcitabilité nerveuse.

L'évolution, en règle, aboutit à la guérison,

mais seulement en plusieurs mois ; les troubles sensitifs s'atténuent les premiers ; puis les troubles moteurs ; les réflexes réapparaissent en dernier. La guérison est souvent complète : tel malade grabataire et paraplégique retrouve progressivement tous ses mouvements. C'est très rarement que persistent quelques : séquelles paralysie faciale persistante, amyotrophie ; les récidives sont exceptionnelles.

Au contraire, l'évolution dans la mort est très peu fréquente, annoncée alors précocement par l'importance des troubles respiratoires et cardiaques.

Ainsi s'explique la rareté des documents anatomiques : G. Boudin en comparant les constatations nécropsiques qu'il a faites et celles rapportées par les auteurs insiste sur les lésions des nerfs :

— Névrite interstitielle diffuse et généralisée.

— Infiltration lympho-plasmocytaire.

— Prolifération des noyaux des cellules de Swann.

— Altération des tubes à myéline.

Les ganglions rachidiens sont plus ou moins touchés.

Les nerfs craniens, même dans les cas où cliniquement ils sont respectés, présentent souvent une altération anatomique.

Les méninges sont le siège de lésions de méningite œdémateuse diffuse avec grosses dilatations vasculaires.

Par contre la moelle, le tronc cérébral, les hémisphères, les muscles aussi sont indemnes ; le système nerveux sympathique est entièrement respecté.

Ainsi précisés ces caractères généraux des polyradiculo-névrites généralisés, l'auteur insiste sur une forme clinique spéciale, pseudo-myopathique, atteignant la racine des membres, de diagnostic essentiel, car ici la guérison est la règle, contrastant avec l'incurabilité des myopathies vraies.

Le diagnostic différentiel se pose avec la poliomyélite antérieure aiguë à début infectieux plus net, avec apparition brutale des paralysies, paralysies segmentaires, asymétriques respectant en règle les nerfs craniens ; paralysies motrices pures, sans troubles sensitifs habituels ; lymphocytose rachidienne, au moins au début, sans albumine ; anatomiquement : lésions électives de la corne antérieure de la moelle dues à un virus invisible dont de nombreux caractères biologiques sont connus.

Les polynévrites diphtériques dont la ressemblance clinique avec les polyradiculo-névrites généralisées est frappante, mais qui sont individualisées par le début des paralysies par le voile, l'existence d'une diphtérie pharyngée antérieure.

Les polynévrites syphilitiques, tuberculeuses, dont, pour les dernières surtout, l'étiologie ne paraît pas univoque.

Les polynévrites toxiques, alcooliques, saturnines, pour lesquelles l'hypothèse d'un virus de sortie associé a été soulevée.

Les polynévrites des maladies infectieuses enfin, dysenterie bacillaire, fièvre typhoïde, pneumonie, paludisme, mélitococcie, grippe, rougeole et autres fièvres éruptives.

Pour toutes ces polynévrites, plus on remarque leur parenté clinique et anatomique, plus l'hypothèse d'un même virus de sortie à leur origine paraît vraisemblable. Ne peut-on admettre que ce virus, germe de sortie au cours des maladies infectieuses, dans certains cas agisse seul, et soit le germe des polyradiculo-névrites généralisées primitives ?

Ainsi, au cours de cette comparaison, avec les affections voisines, G. Boudin est-il amené à présenter l'hypothèse de l'origine infectieuse des polyradiculo-névrites généralisées. Et le rapprochement est curieux à faire de cette conception des polyradiculo-névrites avec la conception toute similaire des encéphalites : pour elles aussi, on envisage à leur origine un même virus ; tantôt ce virus apparaîtrait comme un germe de sortie au cours des maladies infectieuses : encéphalites secondaires des maladies infectieuses ; tantôt son éclosion serait spontanée : encéphalites primitives ou sclérose en plaques aiguë.

Cette hypothèse de l'étiologie infectieuse des polyradiculo-névrites généralisées permet d'envisager un mécanisme pathogénique ; S. Nicolau a étudié expérimentalement la diffusion centripète et centrifuge des virus par la voie nerveuse (septinévrite). L'importance des lésions inflammatoires péri-vasculaires dans les nerfs et les racines, constatées dans les polyradiculo-névrites généralisées, ne serait-elle pas la preuve d'une septicémie qui disséminerait, par voie sanguine un virus à affinité spéciale pour la gaine des nerfs ?

Mais la conclusion de G. Boudin est empreinte de prudence scientifique, aussi ajoute-t-il : « Cette hypothèse, si elle est vraisemblable, n'est pas certaine ; une cause toxique peut très bien être envisagée ; faute de critère biologique et expérimental, on ne peut rien affirmer. A l'entité anatomo-clinique qui se dégage actuellement, une identité étiologique ne pourra être superposée qu'à la lueur de nouvelles recherches, dans le domaine biologique et expérimental ».

Et ce sera l'œuvre des savants à venir, dans l'ère étiologique et pathogénique, qui succédera à notre époque anatomo-clinique.

A PROPOS DE LA CURIETHÉRAPIE INTERNE

Par le Docteur Ch. SCHMITT
Docteur ès sciences
Docteur en médecine

L'Académie de chirurgie, dans une de ses dernières séances, a adopté à l'unanimité les conclusions d'un rapport de M. A. Béclère sur l'usage interne des corps radio-actifs. Ces conclusions sont sévères et visent au complet abandon de la curiethérapie interne.

Aussi importe-t-il de bien spécifier qu'elles ne concernent que les inhalations prolongées, les ingestions en masse pour le radio-diagnostic, et surtout les injections intramusculaires, sous-cutanées ou intraveineuses.

Elles sont d'ailleurs amplement justifiées, non seulement par les graves accidents qui ont été signalés tant en France qu'à l'Etranger, mais aussi par ce que nous savons du mode d'action de la radio-activité.

Le radium n'agit favorablement qu'à distance, et uniquement par les radiations qu'il émet. Les unes sont nocives ; ce sont celles qui, comme les rayons secondaires, se conduisent comme des balles de fusil, à la fin de leur course, et causent des dégâts importants à tous les tissus qu'ils touchent ou qu'ils approchent. Les autres, celles qui se propagent au loin, et sont très pénétrantes ; certaines traversent 20 cm. de plomb sont, au contraire, au point de vue thérapeutique, beaucoup plus efficaces et beaucoup moins dangereuses.

Dans les applications externes on arrête les premières au moyen de filtres ; on fait un tri, une sélection que l'organisme est dans l'impossibilité de faire lui-même, faute de moyens appropriés et par suite de la dissémination rapide des substances injectées.

Dans les injections, les sels de radium solubles, bromures ou chlorures, sont partiellement mais immédiatement précipités à l'endroit où ils pénètrent par les carbonates, phosphates, sulfates de nos humeurs. Ils restent sur place pendant plusieurs années. Les ravages qu'ils y produisent expliquent bien les radiodermites, dont Durand et Solal présentaient un exemple typique, qui nécessita l'amputation haute de la cuisse.

Quant aux molécules radio-actives qui gagnent la circulation générale, elles heurtent à chaque instant les globules sanguins et les parois vasculaires. Comme, à chaque seconde, un certain nombre d'entre elles explosent, projettent des éclats, rayons, ébranlent l'éther du milieu ambiant, c'est la lutte du pot de fer contre le pot de terre, la destruction en masse des plaquettes, hématies, leucocytes, cellules endothéliales, avec toutes les conséquences qu'entraînent leur brusque disparition, le surmenage de leurs organes générateurs qui, d'ailleurs, ne tardent pas à être frappés à leur tour.

Ce qui aggrave encore la situation, c'est que l'élimination des substances radio-actives est extrêmement lente, qu'elle dure des mois et des années, et que, si faible soit-elle, elle irrite au passage les organes éliminateurs, rein, foie, intestins.

Comme corollaire, une forte proportion de ces corps s'accumule et se fixe en des points divers et variables suivant les individus.

Les ganglions lymphatiques, la rate, le thymus, la moelle osseuse semblent le plus souffrir de leur présence.

Un exemple des plus frappants de ces localisations à distance, imprévues et imprévisibles, a été donné par Dechaume, qui signala trois cas de radio-nécrose du maxillaire inférieur, à la suite d'injections intra musculaires.

Il ne faudrait cependant pas exagérer et se priver des services que rendent les eaux minérales, fortement radio-actives, les inhalations temporaires, prudentes et modérées et surtout les applications internes , dans les cavités normales ou pathologiques, de tubes radifères, dans l'utérus par exemple.

Ces applications, qui, évidemment demandent de l'expérience et du doigté, ne sont ni dangereuses, ni compliquées.

Elles consistent, en général, dans le cas d'un néo de l'utérus, en la pose d'une laminaire pendant douze à vingt-quatre heures, à la mise en place du radium pendant trente-six, quarante-huit ou soixante heures suivant la quantité de métal dont on dispose ou le volume de la tumeur, puis d'un tamponnement vaginal, si la malade veut vaquer, sans tarder, à ses occupations.

Pour permettre de se faire une idée de la simplicité et du peu de risques qu'entraîne cette façon de procéder, je citerai le cas d'une grosse fermière d'Auvergne qui, arrivée à Paris, un jeudi matin, reprit le train le samedi soir suivant, se reposa le dimanche et se remit au travail le lundi matin.

C'était en 1920. Je l'ai revue en 1922 en excellente santé. Elle n'a depuis présenté aucun accident, aucune récidive.

Conclusion : Il faut renoncer à l'emploi, en injections, des corps radio-actifs, parce qu'en liberté, ils se conduisent comme de petits vol-

cans en éruption, parce qu'il est impossible de prévoir, de diriger leur action et d'activer leur élimination. Par contre, conservés en tubes scellés, munis de filtres capables d'absorber les radiations dangereuses par les tissus sains, ils ne font courir aucun risque sérieux aux malades et sont capables de leur rendre les plus grands services.

UN CAS D'HYDRAMNIOS

En quarante ans d'un exercice professionnel dans lequel l'obstétrique a tenu sa large part je n'ai observé qu'un cas d'hydramnios, qu'il me paraît intéressant de relater. N'est-ce pas de la multiplicité des observations que l'on peut tirer une conclusion.

En 1931, je suis mandé chez une fermière de 36 ans, de taille moyenne, grasse, mais cependant très active. Mme X. Je l'ai déjà accouchée deux fois, la première fois en 1920 : accouchement assez long, mais normal d'une fille de 4 kgr. 500, la deuxième fois en 1923, présentation transverse, accouchement par version d'un gros garçon de près de 5 kgr., suites de couches normales.

Mme X. me dit que d'après les règles, elle croit être enceinte d'environ quatre mois, mais qu'elle est surprise du développement anormal de son ventre qui lui pèse en proportion beaucoup plus que dans ses grossesses antérieures.

L'examen que je pratique pourrait faire croire, d'après le développement de l'utérus, à une grossesse d'environ six mois. Je conseille de faire une analyse d'urine, qui ne décèle rien d'anormal, et le repos plus difficile à obtenir.

A un examen, fait environ deux mois après, avec un jeune confrère interne de Boucicaut, nous posons le diagnostic d'hydramnios avec grossesse gémellaire probable.

La fin de la grossesse fut excessivement pénible pour Mme X. et m'inspira bien des inquiétudes.

Le ventre était énorme, énormes aussi les membres inférieurs tout infiltrés d'œdème, rougeur érythémateuse et œdème des régions vulvaire, périnéale et même lombaire. Tourmentée par un prurit rebelle, dans l'impossibilité de se coucher, car elle suffoquait aussitôt, Mme X. ne pouvait qu'être assise dans une chaise-longue ou sur le bord du lit avec un rempart d'oreillers derrière elle.

Bref, un soir on vient me chercher en toute hâte, Mme X. a, dit-on, des douleurs d'accouchement. A mon arrivée, une fille était née, une voisine bien stylée avait sectionné le cordon. Avant de faire la délivrance, je fis un toucher et pus constater qu'une poche des eaux restait intacte dans l'utérus. Je résolus d'attendre un bon moment, dans une surveillance attentive, puis je crevai la poche des eaux, l'expulsion de l'enfant, une fille se fit presque aussitôt. La double délivrance, car il y avait deux placentas bien distincts fut très facile, et la maman put enfin se coucher sur le lit, bien soulagée.

Au bout de quelques jours, une vraie débâcle urinaire se produisit. Aucun incident dans les suites de couches ; disparition progressive des œdèmes, des rougeurs, du prurit et quinze jours après son accouchement, Mme X. était sur pied.

Elle avait perdu exactement *trente-trois* kilos.

Des deux petites filles, l'une pesait 5 kgr. 250, l'autre 3 kgr. et ce sont actuellement deux beaux enfants.

Conclusion : hydramnios, début vers le quatrième mois, signes classiques, grossesse gémellaire menée à terme. Deux enfants du même sexe, deux œufs bien distincts.

A noter que médecin des familles de M. et Mme X., je ne vois rien à signaler comme antécédents personnels ou héréditaires.

Dr P. BLANCHARD
Avesnes-les-Aubert (Nord)

AU CHEVET DES PATIENTS

LE DIAGNOSTIC DE L'ENCÉPHALITE POST-VACCINALE EST UNIQUEMETT CLINIQUE

Le meilleur moment pour vacciner sans risques

Dans l'encéphalite post-vaccinale, l'analyse du liquide céphalo-rachidien ne peut indiquer qu'une chose : s'il y a, ou non, une réaction méningée associée. Or, celle-ci ne constitue qu'un épiphénomène facultatif, dont la présence ou l'absence ne pèse d'aucun poids pour affirmer ou nier l'encéphalite. Du vivant du malade *le diagnostic de l'encéphalite* n'est pas un diagnostic de laboratoire, mais il est purement clinique.

Le Docteur M. **Meunier** (1) estime que c'est le plus souvent au cours de la seconde semaine, à dater de l'inoculation vaccinale, que se produit l'encéphalite : elle survient même le plus souvent les 10, 11 et 12e jours, c'est-à-dire généralement à la fin de l'éruption vaccinale. D'ailleurs, il est à remarquer que c'est au même moment (fin de l'éruption) que les encéphalites apparaissent également dans les autres fièvres éruptives, sauf dans la scarlatine.

A noter que le tableau de la maladie est sujet à variations ; par un début généralement brusque ou même brutal, il se constitue souvent en quelques heures, sous un aspect de haute gravité. On peut le schématiser en deux phases.

A) Une phase initiale de stupeur et de coma, avec comme symptômes : 1° une forte fièvre ; 2° des troubles précoces de la conscience : somnolence, torpeur, confusion, stupeur, agitation, désorientation, coma ; 3° de la céphalée ; 4° des vomissements ; 5° des convulsions violentes et répétées, ainsi que des signes méningés (raideur de nuque, Kernig) ; chez les petits, des spasmes toniques et cloniques. Cette phase quand elle n'est pas mortelle, est suivie de la deuxième.

B) Phase des signes de foyer surtout cérébraux, plus rarement cérébelleux, mésencéphaliques ou médullaires. On note principalement : 1° des signes d'irritation pyramidale : Babinski (76 % des cas), hémiparésies, hémiplégies, hypertonies, aphasie, exceptionnellement hémianopsie et déviation conjuguée des yeux ; 2° fréquemment des troubles psychiques ; 3° des troubles de la motilité : ataxie, tremblements, mouvements choréo-athétosiques, secousses cloniques ; 4° des troubles des nerfs craniens : nystagmus, névrite optique, hoquet, trismus, paralysies.

Il peut y avoir des signes de myélite : monoplégie ou paraplégie flasque avec aréflexie, troubles sphinctériens, décubitus, paralysie segmentaire ou radiculaire (muscles du cou, de la déglutition, des membres). Ce sont enfin des troubles névritiques : vive hyperesthésie de la peau, des articulations et des muscles, sudations, rigidité antalgique.

Au cours de ces deux phases, les signes généraux sontsévères : fièvre intense, pouls rapide et irrégulier, troubles respiratoires ; cet ensemble traduit la haute gravité de l'infection et de l'atteinte nerveuse.

Les modifications du liquide céphalo-rachidien sont insconstantes, nulles ou peu marquées : hypertension, légère leucocytose à type lymphocytaire, peu d'albuminose.

Quant à l'*évolution*, elle se révèle ou rapidement mortelle, la mort étant parfois précédée d'une rémission trompeuse (décès de 14 à 71 %, en moyenne 30 %), — ou bien elle se termine par la guérison en deux à six jours. Cette guérison est totale et définitive, ne donnant que 5 à 10 % de séquelles, d'ailleurs le plus souvent graves : arriération mentale, idiotie et aphasie, imbécillité troubles nerveux ou psychiques et épilepsie, hémiplégie, troubles moteurs de la parole, paralysies flasques.

Quant à la genèse de cette complication, tous les facteurs invoqués en ce qui concerne la nature du vaccin, le mode de vaccination, la réaction vaccinale locale ou générale, le sexe, les influences familiales, la saison sont sans aucune signification.

Une seule considération est importante : l'âge de l'enfant. *Il y a d'autant moins de danger que l'enfant est vacciné plus tôt.* Toutes les statistiques concordent pour démontrer que dans des pays, où l'on vaccine de bonne heure (Belgique, France, Espagne, Italie, etc.) les encéphalites sont rares. Elles sont, au contraire, plus fréquentes quand on a l'habitude de vacciner après l'âge de trois ans (Pays-Bas, Angleterre, Allemagne, Autriche, etc.). Le maximum constaté est d'un cas pour environ 5.000 vaccinations aux Pays-Bas.

Vacciner au cours de la première année, et surtout avant six mois, paraît la meilleure prophylaxie de l'encéphalite.

(1) L'encéphalite post-vaccinale en Belgique (*Bruxelles-Médical*, 20 décembre 1936.)

UNE CRISE DE COLIQUE NÉPHRÉTIQUE ?... NON ; MAIS LE DÉBUT D'UNE TUBERCULOSE URINAIRE

La malade du Professeur **Lepoutre** (1) avait présenté en 1916 une crise classique de coliques néphrétiques ; la douleur était vive au point que la patiente se pliait en deux au cours de la crise. Cet accident s'accompagna de nausées et de vomissements, et se termina en quarante-huit heures. En même temps, s'installèrent de la pollakiurie et des douleurs à la miction ; les urines étaient parfois roses, ou bien elles laissaient déposer du pus. Une cystoscopie faite par un spécialiste montra un col vésical très irrité, et une capacité vésicale faible. Le traitement consista en injections vaginales et en absorption de pilules de bleu de méthylène ; l'amélioration fut paraît-il considérable.

Par la suite, on note une pleurésie sèche en 1919 ; une hématurie de quarante-huit heures en 1925. Les urines restent troubles, et en 1928, nouvelle crise de coliques néphrétiques (huit ans après la première). Pareil accident ne se reproduira plus, mais des douleurs lombaires bilatérales et vagues persisteront désormais ; les urines demeureront purulentes, et deviendront sanglantes en permanence.

Cette patiente examinée, il y a quelque temps, présentait en outre, des mictions très douloureuses mais fréquentes (6 à 7 fois la nuit), ainsi qu'un état général très altéré : amaigrissement, muqueuses décolorées, teint jaune.

La fréquence des mictions avec hématurie et pyurie impose aussitôt le diagnostic de cystite, et l'ancienneté des accidents, celui d'affection urinaire ancienne, sans qu'il soit possible d'en préciser aussitôt la nature : dans les urines existent de nombreuses hématites, d'assez nombreux polynucléaires pyoïdes pas de microbes à l'examen direct et à la culture ; pas de bacilles de Koch.

Déjà en 1916, on avait constaté la diminution de la capacité vésicale ; depuis lors, les mictions avaient été très fréquentes, et, si elles n'avaient été douloureuses que par intermittence, elles se terminaient souvent par l'émission de quelques gouttes sanglantes. Il y eut bien des hématuries totales et de caractère rénal ; mais, la plupart du temps, l'hématurie est aujourd'hui nettement terminale, les dernières gouttes sont rosées ou sanglantes, c'est une hématurie vésicale.

Or, il est un fait admis, c'est que toute cystite qui dure, et qui ne peut être attribuée ni au cancer, ni au calcul, est une cystite tuberculeuse.

Evidemment, la cystite de cette malade dure depuis très longtemps, et d'emblée la cystoscopie en confirme le diagnostic : capacité vésicale faible (50 c. c. à peine) ; ulcérations profondes, à caractère nettement tuberculeux, de la muqueuse.

Cependant, si le cancer est facile à éliminer, car il n'aurait pas évolué depuis vingt ans, la calculose, rénale en particulier, doit être envisagée surtout en raison des coliques néphrétiques antérieures. Mais, le cathétérisme urétéral, a décelé dans chaque rein, la présence de pus et l'absence de microbes ; et de plus, la radiographie de l'arbre urinaire ne donne ni tache, ni ombre pouvant faire soupçonner la lithiase.

Il s'agit donc d'une tuberculose rénale et voici comment on peut expliquer son début par des coliques néphrétiques ; c'est une forme pseudo-lithiasique, au cours de laquelle les signes vésicaux, (mictions douloureuses et fréquentes), contrairement à l'habitude, sont nuls ou pour mieux dire discrets. Ils passent au second plan devant l'intensité des douleurs de colique néphrétique : douleurs très vives avec leurs irradiations caractéristiques, vomissements et nausées. Cette crise typique de colique néphrétique est, en réalité, provoquée par l'expulsion de grumeaux purulents à travers l'uretère ; et cette expulsion se produit avec difficulté, en déterminant la contraction douloureuse des fibres musculaires du bassinet de l'uretère. Chose curieuse, la radiographie pourra montrer, en pareil cas, une ombre au niveau du rein, exceptionnellement au niveau de l'uretère : cette ombre ne sera que la manifestation radiographique d'une *lésion tuberculeuse ayant subi la transformation crétacée.* Ces ombres sont cependant moins nettes ; elles ont des limites moins précises que les ombres calculeuses ; si on n'est pas prévenu, on s'y trompe souvent.

Quand, chez de tels malades, on pratique un examen des urines, on reconnaît la pyurie, et on met en évidence le bacille de Koch.

Donc, même devant une crise nette de coliques néphrétiques, mais surtout s'il existe quelques troubles vésicaux, il ne faut pas négliger de penser à la tuberculose, et de faire pratiquer un examen cyto-bactériologique des urines. Le cas échéant, on ne se laissera pas hypnotiser par la présence du colibacille, car une infection secondaire peut masquer le microbe principal. Une cystite prolongée doit inciter à multiplier les examens et à rechercher la tuberculose, non seulement par les épreuves bactériologiques, mais par les procédés physiques d'examen.

G. FISCHER.

(1) Un diagnostic tardif de uberculose urinaire. (*Journ. des Sciences médicales de Lille*, 27 décembre *1936.)*

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Les complications encéphaliques de la maladie sérique

Dans le tableau si riche et si polymorphe de la maladie du sérum, bien des symptômes ressortissent à une atteinte nerveuse. Le plus souvent, d'ailleurs, ils sont essentiellement passagers, telles les douleurs de la phase aiguë ou les convulsions, si fréquentes chez les enfants. D'autres fois, au contraire, le déroulement habituel, presque cyclique, des accidents sériques est modifié par la survenue de manifestations bien spéciales, susceptibles de se terminer par la mort du sujet ou d'entraîner l'apparition de séquelles, le plus souvent régressives il est vrai, mais parfois définitives.

Le Professeur Henri Roger et M. Jean Paillas ont classé ces formes nerveuses atypiques sous trois chefs cliniques. Ce sont les paralysies des nerfs craniens, les accidents cérébraux survenant au cours d'une atteinte nerveuse généralisée, et enfin les manifestations encéphaliques isolées et exclusives de toute autre localisation neurologique.

Il semble que le processus qui préside à la constitution de ces complications au cours de la maladie sérique ne diffère pas de celui qui est à l'origine de ses manifestations cutanéo-muqueuses ou articulaires banales. Le processus sérique est un. Aussi bien ne saurait-on séparer des paralysies centrales les paralysies périphériques, envisagées encore récemment comme des polynévrites toxiques. (*Paris Médical*, 3 octobre 1936).

Troubles de la menstruation chez les tuberculeuses à la période de puberté

A la période de la puberté, la tuberculose s'accompagne fréquemment de troubles de la menstruation. Le Professeur Nobécourt, MM. S.-B. Briskas et A. Abaza les ont relevés chez un peu plus des deux tiers des tuberculeuses déjà réglées.

L'aménorrhée constitue le trouble menstruel le plus habituel. Elle peut être primaire (retard de la première menstruation) ou secondaire.

L'aménorrhée secondaire est approximativement deux fois plus fréquente que tous les autres troubles de la menstruation. Elle existe surtout dans les tuberculoses sérieuses ou graves. Elle s'installe souvent avec la première poussée évolutive ; de ce fait elle acquiert une grande valeur diagnostique, doit faire penser à la possibilité d'une tuberculose et conduit le médecin à faire un examen clinique et radiologique des poumons et un examen des crachats. Sa signification pronostique n'est pas défavorable. La suppression des règles évite le retentissement des périodes menstruelles sur l'état général et les poumons. Pour ce motif, il convient de respecter l'aménorrhée. La suspension du fonctionnement ovarien prend fin spontanément avec l'amélioration de la tuberculose.

Les autres troubles menstruels, irrégularité du cycle menstruel, durée anormale des règles, dysménorrhée, sont beaucoup moins fréquents que l'aménorrhée. Souvent leur étiologie tuberculeuse ne fait pas sa preuve. Dans certains cas, quand ils précèdent ou font suite à l'aménorrhée, le rôle de la tuberculose paraît vraisemblable. (*La Presse Médicale*, 7 octobre 1936.)

La forme neurologique du cancer de l'apex pulmonaire

MM. G. Guillain et J. Sterne terminent leur intéressante étude en rappelant qu'un nombre important d'observations récentes permet de décrire une forme clinique spéciale du cancer de l'apex pulmonaire, que l'on peut dénommer la forme neurologique. Dans cette forme clinique, la symptomatologie de premier plan, celle qui attire l'attention du malade et du médecin, est caractérisée par un syndrome douloureux radiculaire inférieur du plexus brachial avec troubles oculaires sympathiques du type Claude Bernard-Horner. A ces signes, se surajoute souvent la présence d'une tuméfaction ganglionnaire sus et rétro-claviculaire. L'examen radiologique montre une ombre caractéristique au niveau de l'apex pulmonaire indiquant un cancer, lequel ne s'extériorise par ses signes pulmonaires classiques que dans une phase plus tardive. (*Annales de Médecine*, juillet 1936.)

Le péril tabagique. Le tabagisme

Le Docteur Delobel, de Noyon, a jugé utile de montrer dans une vue d'ensemble les funestes effets du tabagisme, c'est-à-dire les maladies qu'il engendre, quel que soit le mode d'emploi du tabac. La toxicité du tabac n'est pas une ; elle est due à toute une série de corps dont l'action s'ajoute, et aux substances qui se produisent dans la fumée. Exception faite des cas d'ailleurs bien rares d'intoxication aiguë, le

tabac, sous quelque manière qu'il soit employé, est un poison lent auquel on s'accoutume. Cette accoutumance en fait précisément le danger, car les syndromes ne sont ni bruyants, ni éclatants. Il est malheureusement un autre poison qui s'associe bien souvent au tabac : l'alcool.

L'organisme tout entier subit l'influence du tabac chez celui qui en abuse. Il y a lieu cependant de faire observer que l'intoxication tabagique a ses organes et régions de prédilection, qui sont fréquemment et plus rapidement atteints que les autres, et présentent plus tôt des lésions et des phénomènes pathologiques.

C'est ainsi que l'auteur établit, pour l'intoxication chronique, le tableau des maladies que l'on observe sur l'appareil digestif, l'appareil respiratoire, l'appareil circulatoire, les muscles, etc. ; pour chacune de ces catégories, il étudie les conséquences sur le caractère et l'intelligence. (*Paris Médical*, 12 sept. 1936).

La forme gommeuse de la syphilis pulmonaire

La syphilis pulmonaire s'avère d'emblée comme une affection très rare. Dans ce cadre général, la forme gommeuse semble être une des modalités les plus hautement différenciées et aussi des moins connues. Cette forme paraît bien avoir droit de cité à côté de celles considérées comme habituelles, scléroses anciennes syphilitiques cicatricielles ou évolutives, péribronchites fibreuses, bronchectasies, formes pseudo-tumorales, etc...

Les Docteurs J. Lévy et Ph. Lacaze viennent d'observer deux cas de forme gommeuse pure, dont le diagnostic n'offrait aucun doute. Ils en exposent l'histoire clinique dans tous ses détails ; et à propos de la thérapeutique ils affirment que, la guérison complète étant de règle, cette forme gommeuse de la syphilis pulmonaire se trouve ainsi placée assez en dehors des autres formes de cette affection, dans laquelle un nombre important de facteurs (sclérose, bronchectasie, lésions vasculaires) résistent le plus souvent, en grande partie du moins, à l'action du traitement. (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 10 octobre 1936.)

Problèmes des tuberculoses abortives

MM. P. Ameuille, El. et Ch. Kudelski exposent que la tuberculose abortive est une tuberculose à foyers peu étendus, sans tendance régressive ni extensive, sans manifestations cliniques, sans altération de la santé du sujet qu'elle atteint, sans menaces pour l'avenir.

Chez tous les sujets des groupes sociaux actuels, elle est un résidu du complexe primaire tuberculeux. Chez tous aussi il se forme d'autres foyers, souvent multiples, dans le cours ultérieur de la vie.

Il semble que dans ces groupes sociaux chaque sujet soit exposé d'une façon répétée pendant sa vie à des atteintes tuberculeuses d'origine exogène ou endogène qui se liquident presque toujours par un foyer abortif, beaucoup plus rarement par une lésion évolutive.

Il est si peu fréquent qu'une lésion d'abord nettement abortive devienne ultérieurement évolutive, qu'on ne voit aucune mesure utile à prendre pour éviter le passage de la première à la seconde ; il est même à conseiller en pratique de considérer les sujets atteints de tuberculose abortive comme des sujets sains, toutes réserves faites pour certains cas limites qui nécessiteront une surveillance suivie. (*La Presse Médicale*, 10 octobre 1936.)

Etude clinique, sérologique de la gono-réaction de Bruck-Behrmann-Rosenberg (G. B. B. R.)

Le Docteur Kollar expose que la gonoréaction de Bruck-Behrmann-Rosenberg, pratiquée sur le sérum actif dans 200 cas d'affections aiguës, métastatiques de gonorrhée (arthrites 178, annexites 22), a été positive dans 192 cas (96 %). Chez deux malades soumis à la subnutrition, la réaction, négative 16 jours environ après le commencement de l'attaque articulaire, devint ensuite positive. Dans six cas la négativité de la réaction était due à un excédent d'hétérolysines du type Forssmann.

Dans les cas suspects la réaction est souvent positive (74 %) ; cependant elle n'est pas utilisable pour le diagnostic et ce, en raison de sa spécificité relative. Dans les cas de contrôle (non gonorrhéiques), affections fébriles et afébriles, la réaction était positive dans 48 % environ. Dans les affections fébriles : typhoïde et tuberculose, la réaction est due en partie à l'excédent d'hétérolysines Forssmann, en partie à la grande dispersion des colloïdes du sérum actif. Dans les affections afébriles : syphilis, asthme bronchique, ictère, la technique active permet la formation de complexes antigènes, de sorte que l'hétérolysine peut s'y unir comme à un pseudo-antigène.

Méthode rapide et simple, la G. B. B. R. n'est pourtant que relativement spécifique dans les affections métastatiques de gonorrhée ; elle peut être tenue seulement pour auxiliaire en clinique. Ni sa positivité ni sa négativité n'a de valeur caractérisée pour le diagnostic différentiel. La spécificité relative de cette réaction (valeur diagnostique dans les métastases gonorrhéiques évidentes) est attribuable surtout à l'inconstance du système des indicateurs, c'est-à-dire des hémolysines hétérologues. La spécificité de la G. B. B. R. est toutefois presque absolue en ce qui concerne les articulations. (*Bratistavske Lekarske Listy*, septembre 1936.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Vaccination antivariolique au moyen de cultures de virus vaccinal

(MM. HARRY-PLOTZ et R. MARTIN. — Présentation par M. L. MARTIN ; 1-12-1936)

Le virus vaccinal est actuellement cultivable *in vitro* et les cultures obtenues ont pu être employées dans la vaccination antivariolique. Les avantages offerts par un tel vaccin sont appréciables : sa préparation est facile et peu coûteuse et il est pur de toute infection secondaire. Les réactions, générale et locale, qu'il détermine sont, d'autre part, légères. Reste à établir la qualité de sa valeur vaccinale.

MM. Harry-Plotz et R. Martin ont commencé sur ce sujet une série d'expériences dont les résultats sont apparus favorables. Ils se proposent de poursuivre leurs expériences en cours.

Le mécanisme de la production de l'œdème du poumon par les gaz de guerre dits « suffocants »

(M. André KLING ; 1-12-1936)

Jusqu'à ces dernières années, c'est à la production d'hydracide (HCl dans le cas d'agents agressifs chlorés), au sein même des tissus vivants, qu'était attribuée l'action destructive qu'exercent ces agents sur les cellules. Cette opinion est aujourd'hui battue en brèche. De ses recherches, M. Kling déduit que l'apparition des phénomènes d'œdème aigu dans les poumons qui ont subi le contact des gaz suffocants relève de la transformation en esthers, ou en produits d'addition, d'une partie du cholestérol contenu dans les lipoïdes du tissu pulmonaire.

L'œuvre sanitaire en Afrique occidentale française

(M. Ch. ACHARD ; 15-12-1936)

M. Achard rend compte de sa récente mission en Afrique occidentale française, au cours de laquelle il a visité les différentes formations sanitaires de notre colonie africaine.

Les résultats de l'œuvre sanitaire accomplie en A. O. F. sont des plus encourageants. Partout la pénétration de notre action médicale est en progrès. Les malades affluent dans nos postes médicaux, la maladie recule. Le paludisme, qui reste toujours le grand fléau des contrées tropicales, est combattu par la quinisation et les mesures d'assainissement. La maladie du sommeil et la syphilis sont activement traitées. Il ne semble pas que la syphilis ait, en A. O. F., la même extension qu'en Afrique du Nord, sauf toutefois chez les Peuhls, en raison d'une croyance populaire de leur pays d'après laquelle tout homme doit avoir soit la lèpre, soit la syphilis : c'est à la syphilis que les Peuhls préfèrent s'exposer... pour éviter la lèpre.

La peste est assez rare, en A. O. F. La fièvre jaune est poursuivie par les vaccinations avec le vaccin de Sellards-Laigret. La lèpre, mieux décelée, est combattue de façon plus humaine qu'autrefois. La variole, le pian, le ver de Guinée, sont en diminution.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Métrorrhagie sénile due à une tumeur de l'ovaire

(MM. MOULONGUET et LEVEUF ; 28-10-1936)

Il s'agit d'une femme de 80 ans dont la ménopause s'est produite à 55 ans. Elle est vue en 1936 par M. Leveuf pour une perte de sang utérine, à laquelle succède une seconde perte six semaines plus tard. Une hystérectomie totale est pratiquée, opération suivie de guérison complète. L'examen microscopique des pièces montre l'absence de toute lésion cancéreuse de l'utérus, mais on trouve une petite tumeur ovarienne végétante bénigne.

Les métrorrhagies après la ménopause, dues à une tumeur ou à un kyste ovarien, ne sont contestées par personne. Terrier les avait déjà signalées. Il semble à M. Moulonguet que leur fréquence, assez grande, a été méconnue. Elles sont intéressantes à connaître, toute perte sanguine utérine après la ménopause faisant penser au cancer de l'utérus.

Absence congénitale de vagin. Opération de Baldwin améliorée

(MM. COSTANTINI et FERRARI ; 28-10-1936)

MM. Costantini et Ferrari rapportent l'observation d'une jeune mauresque de 16 ans qu'ils ont opérée, pour absence de vagin, par le procédé de Baldwin amélioré (colpoplastie par le grêle, le méso étant respecté). La non section du méso rend l'opération plus favorable, en évitant le sphacèle de l'anse intestinale remplaçante du vagin absent.

En tout cas, la malade en question a parfaitement guéri et se déclare très satisfaite de son nouvel organe, du moins quant à présent (l'opération est encore récente).

P. L.

Société médicale des hôpitaux de Paris

Tuberculose multiganglionnaire de l'adulte

(MM. J. Troisier, M. Bariéty et J. Dugas ; 19-6-1936)

La tuberculose est capable de déterminer chez l'adulte une atteinte ganglionnaire généralisée, réalisant soit une forme hautement maligne simulant la maladie de Hodgkin, soit une forme atténuée à évolution plus lente. Comme chez l'enfant, l'affinité lymphotrope du virus peut donner à la maladie une évolution caractéristique.

Du point de vue étiologique, les deux malades dont l'observation est rapportée ont été soumises à une contagion tuberculeuse massive et prolongée. Le contage a duré trois ans (mais, avec une intimité plus grande dans les cinq derniers mois) et quatre mois. La maladie a débuté trois mois après la fin du contact infectant chez la première, dix mois après chez la seconde.

Dans les deux cas également, un autre membre de la famille s'est trouvé contaminé par la même source ; un fils de la première malade a été soigné pour une lobite supérieure gauche excavée ; une fillette de la seconde malade, âgée de huit ans, est atteinte d'une tuberculose ganglio-pulmonaire à type de primo-infection.

Du point de vue clinique, en dehors d'un syndrome toxi-infectieux et d'une élévation du nombre des polynucléaires neutrophiles sans leucocytose, le gros élément commun a été l'existence d'un syndrome multi-ganglionnaire.

Le développement considérable de ces adénopathies superficielles et profondes, d'allure tumorale, devait *a priori* orienter le diagnostic soit vers un état hodgkinien (obs. I), surtout en raison de la négativité absolue des réactions tuberculiniques, soit vers une adénopathie cancéreuse secondaire (obs. II).

La preuve de la nature tuberculeuse de ces adénopathies a été fournie par la biopsie ganglionnaire qui montre des zones de nécrose micronodulaire avec çà et là des cellules géantes typiques et de véritables nids fourmillant de bacilles tuberculeux ; l'inoculation au cobaye des ganglions cervicaux et médiastinaux a d'ailleurs déterminé une tuberculose « type Villemin ».

Du point de vue nosologique, ces deux observations montrent à nouveau que le bacille de Koch est capable chez l'adulte de déterminer une infection ganglionnaire généralisée qui se présente sous deux formes :

1° Une forme hyperfébrile simulant la maladie de Hodgkin, rapidement mortelle par généralisation viscérale (tuberculose miliaire des poumons, nodules caséeux de la rate et du foie dans lesquels on retrouve facilement des bacilles de Koch).

2° Une forme à évolution plus lente avec poussées fébriles transitoires, à tendance fibreuse, simulant les lymphadénomes.

La radiothérapie thyroïdienne dans l'asystolie irréductible

(MM. J. Paraf, L. Gally et E. Orinstein ; 16-10-1936)

Les résultats de la thyroïdectomie totale dans les états d'insuffisance cardiaque sont maintenant bien connus. Cependant on a pu montrer que, dans la maladie de Basedow, la radiothérapie profonde rigoureusement appliquée donnait des guérisons et des améliorations comparables à celles obtenues par l'intervention chirurgicale. Aussi les auteurs ont-ils cru intéressant de relater un cas d'asystolie irréductible, où un résultat excellent a été obtenu par la radiothérapie de la région thyroïdienne.

Diabète bronzé et insuffisance surrénale

(MM. M. Labbé, R. Boulin et Ullmann ; 23-10-1936)

Il s'agit d'un sujet, atteint de diabète bronzé typique avec la cirrhose hypertrophique, la mélanodermie, et le diabète, qui constituent le trépied symptomatique de la maladie. Il faut dire que d'emblée l'intensité de l'asthénie, beaucoup plus accentuée qu'elle ne l'est habituellement dans le diabète, inclinait à suspecter l'existence d'une insuffisance surrénale associée.

Cette association d'insuffisance surrénale au diabète bronzé est un fait rare, mais déjà signalé. Anatomiquement, on sait d'ailleurs qu'avec le diabète bronzé peut coïncider une tuberculose des glandes surrénales. Cependant une infiltration scléreuse ou scléro-sidérosique de ces glandes serait aussi susceptible de déterminer l'apparition de signes de la série addisonienne.

Cette coïncidence peut tout d'abord entraîner chez le diabétique une hypersensibilité à l'insuline, éventualité qui doit entraîner à la prudence dans le traitement par l'insuline du diabète bronzé.

Elle peut en second lieu rendre difficile le diagnostic entre maladie d'Addison et diabète bronzé.

Elle montre encore les affinités pluriglandulaires du diabète bronzé.

M. E. de Massary fait remarquer à propos de ce dernier point, que dès 1897, il avait signalé que le diabète bronzé avait comme caractéristique anatomique une formation de pigment ocre, ferrugineux, dans toutes les glandes de l'économie, qu'il s'agit, en somme, d'une glandulose pigmentaire. Les capsules surrénales, autant que les autres glandes, sont infiltrées de pigment ; elles souffrent donc et il est rationnel que, dans quelques cas, elles traduisent leur souffrance par la manière qui leur est propre, c'est-à-dire par le syndrome addisonien.

G. F.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

15 *octobre* 1936

Syndrome neurologique diffus au cours d'une crise de rhumatisme articulaire aigu. Considérations sur les localisations neurologiques de la maladie de Bouillaud

MM. G. ÉMOND et J. DUGUET rapportent l'observation d'un malade atteint de rhumatisme articulaire chez qui ils constatèrent un syndrome neurologique diffus, association de signes de sclérose en plaques et de signes extra-pyramidaux. La thérapeutique salicylée fit disparaître parallèlement signes articulaires et symptômes neurologiques. Une nouvelle poussée rhumatismale fit reparaître avec encore plus de netteté le syndrome neurologique qui, cette fois encore, céda à l'action du salicylate. A ce propos, les auteurs discutent la possibilité d'une localisation nerveuse du virus rhumatismal, rappelant une série d'observations analogues déjà publiées.

Toulouse

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE

Lésions osseuses des extrémités consécutives aux sections du nerf sciatique

M. VALATX, après avoir rappelé cinq observations de section du nerf ayant entraîné une ostéite du calcanéum, présente de nouvelles observations, mais avec des lésions différentes. Dans une de celles-ci, provenant d'une blessure avec section complète du nerf au niveau de l'émergence, avec maux perforants plantaires accentués, la radiographie montre, non seulement une décalcification des métatarsiens, mais un effilement de ceux-ci avec une fonte complète de leurs têtes. Dans une deuxième observation, avec maux perforants, il existe une disparition à peu près complète des phalangettes, alors que les métatarsiens sont seulement légèrement décalcifiés.

Poussées d'hypertension déclenchées par les crises douloureuses d'un ulcus gastrique

MM. LAPORTE, MOREL et DARNAUD. — Il s'agit d'un malade qui souffre depuis plus de vingt ans de douleurs très vives dans la région ombilicale, survenant par crises sous forme de coliques. Sans rapports avec l'absorption des aliments, elles ont une périodicité générale et un horaire journalier tout à fait irréguliers. Malgré cette symptomatologie atypique la radiologie montre que le malade est atteint d'ulcus de la petite courbure de l'estomac. Entre les crises douloureuses, la tension artérielle est normale (13-8), mais à l'occasion des crises, elle s'élève au-dessus de 20 (22-9). De plus la douleur, qui résiste aux antispasmodiques et au bismuth, est immédiatement calmée par l'inhalation de nitrite d'amyle.

A propos d'une appendicite rétro-cœcale

M. BOUNHOURE rapporte l'observation d'une jeune fille de 20 ans prise subitement d'une douleur dans la fosse iliaque droite à la fin de la période cataméniale : légère élévation du pouls et de la température, nausées, contracture localisée. L'état général s'améliore ensuite pendant qu'un plastron dur et douloureux apparaît dans la fosse iliaque. Puis ce plastron s'estompe et disparaît, à la suite d'une imprudence, pendant que le syndrome péritonéal s'accentue (ventre de bois, vomissements, etc.). Intervention chirurgicale refusée. La toxémie ayant fait de grands progrès, la malade est transportée vers la sixième semaine dans un service de chirurgie : intervention *in extremis*. Derrière un cœcum dilaté, sans adhérence, on découvre un abcès gros comme un œuf renfermant un moignon appendiculaire et contenant une très petite quantité de pus d'odeur infecte. La mort survint quelques heures après. Dans cette observation le début des accidents en période cataméniale, la disparition rapide du plastron sont à retenir. L'absence de réaction plastique dans la zone appendiculaire explique le caractère fruste du syndrome péritonéal.

Malformations congénitales du rachis lombaire et de la région sacrée

M. GAYRAL présente quelques clichés radiographiques intéressant des anomalies du rachis lombaire : les unes classiques traduisent, soit une sacralisation de la cinquième lombaire, soit une lombalisation de la première sacrée ; les autres beaucoup plus rares se traduisent par une réduction numérique des vertèbres lombaires et sacro-coccygiennes. Dans un cas particulier, trois lombaires seulement ont une situation et un aspect normaux : la quatrième lombaire est nettement sacralisée, la cinquième lombaire et le coccyx manquent. La sacrum est d'aspect atypique avec signes nets de spina-bifida.

Moustiques urbains à Toulouse

M. IZARD. — On assiste depuis plusieurs années à un pullulement des moustiques. Simplement incommodants d'habitude, ces insectes peuvent devenir dangereux du fait de l'existence d'un centre de malariathérapie et de troupes indigènes, et aussi de l'extension et de la rapidité des communications aériennes avec des foyers de fièvre jaune. Le Culex pipiens est de beaucoup l'espèce dominante : parmi les espèces dangereuses, l'Aedes Egypti n'a pas été rencontré, l'arrivée éventuelle de jauneux deviendrait ainsi inoffensive. En revanche, on trouve dans certaines zones urbaines des gîtes d'Anopheles maculipennis, ce qui explique l'apparition d'un cas de paludisme autochtone. L'auteur rappelle les mesures de prophylaxie antilarvaire et de lutte contre l'insecte ailé.

TOURNEUX.

Les Thèses

P. — Dr A. Faliu. — **Les kystes hydatiques calcifiés du foie.** (Thèse 1936.)

La calcification des kystes hydatiques du foie est un phénomène primitif et non secondaire à la mort du parasite.

L'observation clinique des kystes hydatiques calcifiés du foie n'est plus exceptionnelle, grâce surtout à la radiographie. Leur pourcentage a été évalué à 3,5 %.

Si quelques kystes calcifiés sont découverts par hasard au cours d'un examen radiologique, c'est plus habituellement à l'occasion de troubles pathologiques variés que leur diagnostic sera posé.

L'évolution des kystes hydatiques calcifiés diagnostiqués ne doit pas être laissée à elle-même, car même absolument momifiés ils peuvent être le point d'appel de complications.

Le traitement ne saurait être que chirurgical.

P. — Dr E. Mestries. — **Le traitement thermal du diabète depuis l'insuline.** (Thèse 1936.)

Le traitement thermal du diabète conserve sa valeur dans le diabète malgré l'importance de la cure insulinique. Vichy mérite de garder son ancienne faveur. La Bourboule a également ses indications.

Str. — Dr Suzy Rousset. — **Le syndrome moteur catatonique.** (Thèse 1936).

Tous les symptômes moteurs et psycho-moteurs de la série catatonique peuvent s'observer en dehors de la schizophrénie, dans toutes les affections mentales, et avec d'autant plus de fréquence et de richesse que l'organicité de ces affections est cliniquement et anatomo-pathologiquement plus manifeste.

L'auteur en a rapporté cinq cas dans son travail.

P. — Dr H. L. Géhan. — **Enquête sur les déclarations de décès par cancer dans le département de la Mayenne.** (Thèse 1936.)

Dans le département de la Mayenne, comme dans beaucoup d'autres départements probablement, les statistiques de décès sont très incomplètes. Pour permettre des statistiques plus exactes, très utiles à la lutte anticancéreuse, l'auteur estime que, sans violation du secret professionnel, il conviendrait d'instituer une législation permettant la vérification médicale des décès.

P. — Dr J. Cointre. — **Contribution à l'étude de l'acrodynie infantile.** (Thèse 1936.)

L'acrodynie infantile, dans sa forme classique, est constituée par l'association de troubles nerveux (changement de caractère, insomnie, douleurs aux pieds et aux mains), de troubles cutanés (érythrœdème symétrique des pieds, des mains, hypersécrétion sudorale, desquamation) et de troubles cardio-vasculaires (tachycardie, hypertension). Elle revêt une allure subaiguë passant successivement par trois périodes : début insidieux, période d'état, période de régression, l'évolution présentant des accès paroxystiques avec rémissions intercalaires. La durée de l'affection varie en moyenne de quatre à six mois. La guérison s'observe dans la grande majorité des cas, les décès relevant de complications, surtout d'ordre respiratoire.

L'acrodynie infantile apparaît comme étant une maladie infectieuse de virus non connu, voisin sans doute du virus poliomyélitique.

Sa nature infectieuse conduit à un traitement anti-infectieux (uroformine, salicylate de soude) associé à une médication symptomatique.

En France, la région d'Orléans paraît être celle où l'acrodynie infantile s'est manifestée pour la première fois.

Les formes frustes sont plus difficiles à reconnaître.

P. — Dr M. Serre. — **Contribution à l'étude de l'état humoral chez les asthmatiques.** (Thèse 1936.)

Les observations de l'auteur lui ont permis de distinguer à ce point de vue deux types cliniques d'asthmatiques : les uns avec troubles humoraux (constitution pléthorique, présence d'arthralgies, de goutte, etc.), les autres avec état humoral normal.

Cette distinction amène à considérer l'asthme comme un syndrome relevant de causes multiples et dont chaque cas nécessite un interrogatoire minutieux, un examen approfondi et un traitement approprié à ses conditions étiologiques et pathogéniques particulières.

P. — Dr R. Clarac. — **Contribution à l'étude de l'embryothérapie.** (Thèse 1936.)

Le développement embryonnaire qui détermine une mobilisation générale de toutes les forces vitales en vue de la multiplication cellulaire provoque de ce fait la formation de substances : tréphones, cytopoïétines, diastases, avec produits de leur activité, qui semblent être de puissants stimulants de cette prolifération, d'où leur essai en thérapeutique.

Pour ce qui est des germes de céréales, les résultats observés à la suite de leur emploi semblent trouver une explication suffisante dans l'abondance considérable de la plupart des vitamines dans ces germes.

Les jus embryonnaires de poulet, préparés à partir de poulets au premier tiers de leur vie embryon

naire, ont été introduits en thérapeutique à la suite de la constatation de leurs effets de stimulation et de nutrition cellulaire dans la culture des tissus. Leur action a été attribuée à des éléments que Carrel a dénommés tréphones. Action qui relève sans doute aussi d'une richesse particulière en diastases et en produits de leur élaboration et de tout un complexe opothérapique fœtal.

P. — Dr G. de Bermingham. — **Essai de justification de l'endocrinothérapie par l'hormone de follicule ovarien.** (Thèse 1936.)

Nous possédons dans l'hormone du follicule une substance susceptible d'agir non seulement dans l'insuffisance ovarienne et dans certains états pathologiques qui sont liés à cette dysfonction, ce qui est actuellement sa principale indication, mais encore contre des troubles et des syndromes morbides dont on ne peut dire qu'ils relèvent d'une carence ovarienne. Il ne faut pas considérer la folliculine, toutefois, comme la panacée universelle.

La thérapeutique par la folliculine doit être soumise à une posologie variable et souple qui doit s'adapter à chaque cas.

P.— Dr A. Ribert. — **Contribution à l'étude des troubles digestifs secondaires aux rhino-pharyngites dans la première enfance.** (Thèse 1936.)

L'auteur rapporte un certain nombre d'observations de troubles digestifs secondaires à des poussées de rhino-pharyngite répétées dans la première enfance. Ces observations soulignent la latence absolue pendant longtemps de l'infection causale. Les troubles digestifs apparaissent primitifs et c'est seulement après plusieurs semaines qu'une poussée fébrile, une otite, viennent faire la démonstration de la cause véritable.

Le traitement diététique reste inopérant le plus souvent. Par contre le traitement étiologique, en particulier l'ablation des végétations adénoïdes, donne parfois des succès rapides.

Enfin — particularité importante — ces troubles digestifs secondaires ne sont généralement persistants et graves qu'en raison d'un état nutritif défectueux, auquel il faut aussi penser.

Mp. — Dr P. Durand. — **Les disjonctions traumatiques de la symphyse pubienne.** (Thèse 1936.)

La disjonction pubienne traumatique se produit chez des sujets à système osseux très résistant. Il y en a trois variétés : verticale ; transversale ; antéro-postérieure.

On n'observe que très rarement une disjonction pubienne sans lésions associées.

La gravité du pronostic provient surtout du choc traumatique et de l'importance des complications viscérales.

L'intervention opératoire est indiquée dans les très grands déplacements qu'on ne peut maintenir par des moyens orthopédiques et dans les cas s'accompagnant de troubles fonctionnels persistants.

P. — Dr M. Mordelet. — **Sur trois cas d'abcès des muscles temporaux.** (Thèse 1936).

Les myosites suppurées du temporal sont très rares. Les cas de l'auteur paraissent être les seuls actuellement connus dans la littérature médicale.

Il est vraisemblable que des cas analogues ont été rencontrés, mais leur diagnostic est resté méconnu : ces myosites ont été prises soit pour des suppurations d'origine otitique, soit pour des suppurations d'origine osseuse.

La symptomatologie de ces myosites permet en général de les reconnaître en raison : *a*) de la douleur moins intense que dans les ostéo-myélites craniennes ; *b*) de l'absence de signes radiologiques ; *c*) de l'intégrité de l'oreille.

Contrairement à l'opinion généralement admise, le débridement de l'abcès est insuffisant à amener la guérison. Il est nécessaire de faire la résection de toute la portion de muscle malade.

P. — Dr G. Nain — **Le contrôle sanitaire des œufs destinés à l'alimentation.** (Thèse 1936.)

La prophylaxie des divers accidents quelquefois provoqués par les œufs au point de vue alimentaire, repose : 1° sur l'assainissement, à la production, par le contrôle vétérinaire, des exploitations atteintes de tuberculose ou de paratyphoses aviaires, en éliminant les sujets malades et les porteurs de germes, producteurs d'œufs infectés ;

2° Sur l'éducation de l'éleveur, en conseillant une bonne hygiène de la basse-cour, un ramassage soigneux et fréquent, des soins minutieux apportés à l'expédition, l'emballage, un transport rapide, bref, en entreprenant la lutte contre l'œuf sale qui augmente les chances d'infection, pour ne produire qu'un œuf propre et sain ;

3° Sur l'élimination des œufs altérés, par un contrôle sanitaire des œufs, qui devrait être obligatoire pour tous les œufs mis en vente et étendu à tout le territoire. En attendant cette législation, la Ville de Paris a un service d'inspection vétérinaire sanitaire des œufs, facultatif pour l'acquéreur, et qui devrait servir de modèle aux autres municipalités ; cette organisation protectrice du consommateur retire chaque année de la consommation un chiffre important d'œufs mauvais ;

4° Sur l'éducation du consommateur, en lui suggérant que l'ingestion d'un œuf frais et bien cuit est ordinairement inoffensive.

THÉRAPEUTIQUE

La synergie médicamenteuse « soufre et iode » Sulfoïodothérapie par voie buccale

Le Soufre et l'Iode comptent tous deux des succès thérapeutiques innombrables dans le traitement de multiples affections. Leur action est surtout active, l'expérience l'a démontré, dans les cas où il y a diminution des oxydations intra tissulaires, ralentissement des échanges ; de ces syndromes le type est ce que l'on est convenu d'appeler le rhumatisme chronique.

Le Soufre et l'Iode agissent de même dans les affections où sous des influences biologiques encore mal connues, la sclérose a tendance à envahir l'économie, marque une affinité toute particulière pour le système circulatoire et précise son action sur le tissu vasculo-cardiaque : valvules, parois artérielles, tissu veineux.

Cette tendance sclérosante quand elle se passe au sein même des organes produit des scléroses viscérales plus ou moins localisées et plus ou moins marquées. Ces lésions des viscères (rein, foie, etc.) amènent une déficience de l'organe atteint et cette méiopragie fonctionnelle se traduit par des signes classiques de souffrance quelquefois minimes, que l'on doit dépister dès leur apparition.

La sclérose présente une sympathie élective pour le tissu artériel et provoque petit à petit cette rouille artérielle qui au dire commun, marque la véritable vieillesse d'un organisme : « on a l'âge de ses artères ».

Pour combattre ces états de ralentissement vital qui ne sont que la traduction de la diminution du travail d'oxydo-réduction permanent qui se passe au sein de nos tissus, le Soufre et l'Iode qui séparément sont des agents thérapeutiques de valeur, deviennent par leur association en une même formule, une médication puissante : chacun de ces deux corps semblant accroître la force thérapeutique de l'autre.

C'est sur ces données thérapeutiques qu'André Leri et Dedet ont basé leur expérimentation (*Bulletin Médical*, n° 23, 4 juin 1927) et ont créé la sulfoïodothérapie injectable qui sous le nom d'ampoules jumelées « Seti » a acquis droit de cité.

Cette forme injectable convient à des cas bien précis qu'ont étudiés les auteurs. A côté d'eux toute une série d'états sont justiciables d'une médication par le Soufre et l'Iode plus souple, plus maniable, la sulfoïodothérapie par voie buccale : la réalisation thérapeutique de cette médication est le Neo-Seti.

Le Neo-Seti est une solution buvable de Soufre et d'Iode qui se prend à la dose de XXX gouttes, deux fois par jour aux repas dans un verre d'eau sucrée ou non. Cette médication est simple et essentiellement maniable. Elle trouve ses indications dans les états que nous avons dits : rhumatismes chroniques sous toutes ses formes et surtout dans son stade de constitution au moment où apparaissent les prodrômes de l'affection rhumatismale : douleurs erratiques, vagues, légères, mal localisées, accompagnées de manifestations diathésiques plus ou moins nettes, migraines, essouflement, crises asthmatiformes larvées que suivent ou précèdent quelquefois des manifestations cutanées, séborrhéides, poussées eczématiformes ou même eczémateuses.

On note souvent ces états de souffrance organique chez les femmes et chez les hommes aux environs de la quarantaine à l'heure où les glandes à sécrétion interne, semblent ne plus jouer leur rôle avec toute la régularité de l'âge jeune. Chez la femme en particulier, ils coïncident avec un ralentissement ou une irrégularité cataméniale et c'est tout le cortège de ces malaises bien connus. A cette époque que caractérise souvent un début d'embonpoint, de lourdeur, de paresse physique, apparaissent fréquemment des signes d'hypertension artérielle, des troubles de la circulation veineuse et tout un ensemble de douleurs lombaires, rénales, hépatiques, musculaires ou névralgiques qui sont les signes extérieurs du trouble biologique.

Le Neo-Seti, association buvable de soufre et d'iode est la médication précieuse de ces états. En sachant en combattre les premiers effets, on suspend la marche des symptômes et l'on entrave par prophylaxie pourrait-on dire, l'évolution des causes qui mènent petit à petit au rhumatisme chronique constitué et aux hypertensions artérielles définitives.

En traitant dès leur apparition les manifestations premières de ce vieillissement des tissus, on empêche leur progression. Soufre et Iode remplissent là, un office d'éléments rajeunisseurs qu'explique leur action biologique : action excitatrice des échanges et accélératrice des oxydations organiques.

D[r] J. MILLE.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Bulletin de l'Actualité

TENDANCES DE LA MÉDECINE CONTEMPORAINE

La médecine à la croisée des chemins [1]

Tel est le titre du livre bien intéressant, dont nous ne saurions trop conseiller la lecture, que vient de publier le Docteur P. Delore, médecin des hôpitaux de Lyon. Il arrive à son heure, au moment où de tous côtés, aussi bien à l'étranger, qu'en France, on se demande avec angoisse *ou va la médecine* ? Delore pose en les étudiant très complètement une série de problèmes, dont le praticien d'aujourd'hui ne saurait se désintéresser, car c'est son avenir et celui de la profession qu'il aime et qu'il exerce, qui sont en jeu.

***

La médecine subit l'influence de l'évolution générale actuelle des idées qui cherche à réviser tout ce que nous pouvions considérer comme définitivement établi, dans les domaines les plus divers : politique, science ou de philosophie. Notre art participe à ce rythme évolutif général et il faut *envisager son orientation nouvelle, dans le cadre et en fonction du mouvement intellectuel, scientifique et social contemporain.*

Les vieux cadres trop étroits craquent. La médecine est *à la croisée des chemins* comme l'a écrit Harvey Cushing et bien des dangers la menacent ; les uns sont de tous les temps, tels l'empirisme, le charlatanisme, l'esprit de lucre ; les autres plus récents comme les abus du laboratoire, de la spécialisation, de la fausse médecine sociale doivent être mis en valeur.

Pour trouver la voie nouvelle où nous devons nous engager, suivons, dans son étude, le Docteur Delore, et après avoir étudié, avec lui, dans les différentes parties de son livre, les tendances de la médecine d'aujourd'hui, de celle d'hier, de celle de demain, nous verrons quelles orientations il conviendrait de donner à la pathologie générale et à la thérapeutique pour assister à une renaissance de notre art.

Quelques considérations sur les tendances de la science contemporaines ne sont point inutiles à préciser d'abord. Par bien des points, les lignes de forces de la médecine actuelle sont parallèles à celles de la science, et on voit de plus en plus les disciplines et les méthodes de la physique s'introduire dans nos laboratoires.

(1) P. Delore. — 1 volume, Masson, éditeur.

Les corps inanimés, comme les êtres vivants, sont devenus des champs magnétiques, des sources de rayonnement, et *la matière, une forme de l'énergie.* Il y a une interdépendance, une solidarité universelle des êtres et des choses, et un rapprochement doit s'établir entre le domaine de la science et celui de l'esprit. Delore, dans le cadre de la médecine, nous montre la résurgence des notions traditionnelles que la science moderne retrouve et précise chaque jour davantage.

La médecine contemporaine obéissant aux tendances de ceux qui nous ont précédés, a été dominée par *l'esprit d'analyse,* elle a accumulé avec une érudition, à laquelle il faut rendre hommage, une quantité énorme de faits. Le développement des sciences analytiques, l'anatomie, l'anatomo-pathologie, l'histologie, la bactériologie, la chimie biologique, la perfection des techniques de laboratoire ont contribué à cette abondance de documents. On a fait table rase de toutes les notions traditionnelles et empiriques échappant aux sens, à la mesure, et cette attitude scientifique, par son rigorisme même, a tué l'esprit de synthèse. A part quelques esprits comme Pasteur, Cl. Bernard, Laënnec, Widal qui se sont élevés, jusqu'à la conception synthétique de leur œuvre, notre époque s'est contentée d'accumuler des matériaux.

L'insuffisance de l'esprit philosophique, l'insuffisance d'esprit critique et de culture générale, conséquences actuelles d'un esprit d'analyse excessif ont eu pour conséquence la baisse de l'esprit clinique, fait d'analyse et de synthèse, qui nous a amenés à isoler l'homme malade, de son milieu social, à négliger le terrain et toutes les capacités réactionnelles de l'organisme. Ainsi la médecine s'est encombrée de théories insuffisamment étayées et présentées comme l'expression de la vérité, jusqu'au jour où des expériences et des découvertes nouvelles viennent en montrer la fragilité.

L'abondance des publications médicales, la mauvaise organisation du travail de recherche, l'influence des procédés de travail américains et de la culture germanique ont une part de responsabilité dans cette évolution, vers l'analyse, de la médecine actuelle. Son tort a été de mécon-

naître le qualitatif, l'impondérable, le dynamique, et de ne considérer que ce qui était MESURABLE, VISIBLE OU PALPABLE.

Mais déjà, battant en brèche les conceptions strictement matérialistes, la physique nouvelle reconnaît que la matière n'est qu'un état, qu'une illusion qui cache des forces extra-matérielles et il serait naturel de voir la médecine la suivre dans cette voie.

Allendy a exprimé les principes directeurs de cette orientation médicale nouvelle qui devra écarter les faits épars, découvrir les idées directrices capables de les polariser ou de les orienter, et les expliquer par des théories générales.

Un fait n'est jamais indépendant et seule la synthèse permet de percevoir les relations possibles de certains problèmes entre eux, les relations de la médecine avec les sciences voisines, le principe d'unité qui régit tout l'organisme, et de comprendre les relations de l'homme avec son milieu physique, météorologique, cosmobiologique et même avec son milieu social.

Pour aborder ces problèmes, le médecin doit avoir un solide bagage scientifique mais surtout il doit avoir le culte des idées générales. La médecine de demain verra réhabiliter le travail de l'esprit, et l'œuvre de la pensée reprendra sa place à côté de l'œuvre du laboratoire car c'est par celle-là que celle-ci acquiert toute sa valeur.

Pour sortir des sentiers battus, il faut entreprendre une revision des principales questions médicales, chercher si les grands problèmes comme la tuberculose et le cancer n'ont pas été mal posés, et éviter, comme l'écrit Nicolle, cette rationalisation et cette unification des cerveaux qui amèneraient la disparition de *l'esprit d'invention.*

Il faut reconstituer l'élite, donner à l'intelligence la première place, lorsqu'il s'agit de remplir des fonctions de premier plan, lui donner le pas sur le travail et ceci non seulement en médecine mais dans toutes les branches de l'activité intellectuelle. Il n'y aura d'acquisitions utiles qu'autant que l'esprit clinique fait de synthèse et de finesse, aura repris la place qu'il mérite et qu'on n'isolera plus le malade du reste du monde, comme une abstraction.

La tâche de l'époque qui vient, consistera à concilier l'esprit du passé à celui de l'avenir, à ne point opposer des points de vue matérialistes ou spiritualistes, mais à utiliser harmonieusement ces deux tendances pour réaliser le progrès de la médecine de demain.

ORIENTATION DE LA PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Le renouveau de la notion du terrain en pathologie, marque un retour aux doctrines, aux tempéraments, et à la tradition hippocratique ; c'est un effort vers la médecine synthétique, et vers une conception plus intrinsèque de la médecine qui ouvre la voie à la possibilité d'*une médecine préventive* des individus.

Si l'on envisage la conception synthétique de la maladie, on peut penser qu'elle est la résultante de deux facteurs qu'on ne peut dissocier qu'artificiellement : *le terrain de prédisposition* et *le facteur étiologique,* ce sont ces deux facteurs qu'il importe de concilier, en leur donnant à chacun une place complémentaire.

Nous devons nous habituer à avoir de la maladie une conception moins anatomique, et plus physiologique et comprendre qu'elle est avant tout *la réaction de l'organisme à des influences perturbatrices.* Le problème de la maladie est surtout un problème personnel intérieur, c'est-à-dire exactement inverse de la manière dont la médecine moderne l'a compris.

Pour mieux connaître la maladie, il nous faut créer une science de l'homme sain, retrouver les lois qui régissent ou modifient les rythmes et les équilibres organiques et donner au terrain une place prépondérante, en y introduisant les notions de tempéraments, de constitution, de diathèse et d'hérédité morbide beaucoup trop négligées.

La maladie peut alors se concevoir comme pasant par une série de phases successives.

Une de prédisposition morbide qui pratiquement encore échappe à la médecine, mais doit permettre un jour, par une meilleure connaissance du terrain, de réaliser la médecine préventive des individus.

Une de période préclinique où la maladie déjà constituée est inapparente, c'est celle où la thérapeutique est non plus préventive (puisque la maladie existe déjà) mais *abortive.* Son diagnostic suppose une séméiologie des signes précliniques, c'est-à-dire des troubles rythmiques et des déséquilibres du début des maladies.

Nous arrivons alors à la *période clinique* celle à laquelle nous attachons surtout de l'importance et où la thérapeutique est curative, avec des échecs fréquents.

La médecine de l'avenir va être amenée à s'intéresser surtout aux deux premières périodes et les recherches futures s'orienteront surtout vers les *thérapeutiques abortives et préventives,* nécessitant pour cela, des moyens d'investigation nouveaux, des diagnostics plus précoces.

Pour concrétiser ces conceptions Delore a choisi le cancer, la tuberculose et les maladies microbiennes, non seulement à cause de leur importance pathologique, mais parce qu'elles se prêtent admirablement à leur application.

Dans *le cancer* le facteur terrain joue un rôle primordial. *Dans la tuberculose,* bacille et terrain interviennent également, *Dans les maladies microbiennes* l'agent externe paraît avoir un rôle prépondérant.

ORIENTATION DE LA THÉRAPEUTIQUE

La thérapeutique n'a pas tenu jusqu'ici dans les préoccupations médicales la place de premier plan qu'elle devrait avoir.

Nous prescrivons d'après des traditions qui mériteraient d'être révisées et parfois des divergences profondes existent d'un pays à l'autre, sur l'emploi du même médicament.

Nous ignorons la durée optima des cures, nous connaissons mal la dose optima pour chaque individu et nous ne savons point adapter les traitements aux susceptibilités personnelles et à la capacité réactionnelle de l'individu.

A côté de cela, la thérapeutique est encombrée de remèdes inutiles ; l'abus des spécialités qui a tué la prescription magistrale, qui a dévalorisé la profession pharmaceutique a eu pour résultat d'amener le médecin et le pharmacien à assister impuissants à l'achat direct des spécialités, par des malades qui se soignent tout seuls.

C'est un danger dont nous commençons à mesurer toute l'étendue.

Un renouveau de la thérapeutique est nécessaire, il doit s'orienter dans les voies nouvelles que lui ouvrent la pharmacodynamie, la chimiothérapie, la physiothérapie, il aura sans doute pour effet de simplifier, de mettre de l'ordre dans des secteurs trop touffus de s'adapter aux nécessités nouvelles de la pathologie.

La thérapeutique sera vraisemblablement amenée à étudier les procédés susceptibles d'agir sur les équilibres du terrain, en utilisant largement les agents physiques de tous ordres et tous les procédés qui d'une manière quelconque directement ou indirectement mettent en œuvre des facteurs d'ordre nerveux. Il n'en faudra point excepter même le facteur psychique et c'est à ce propos qu'il faut donner toute sa valeur à l'*action personnelle du médecin en thérapeutique.*

Cette action est faite d'éléments multiples et divers tels que la confiance, la sympathie inspirées par le médecin, son optimisme, sa volonté de guérir ; il est incontestable que leur rayonnement a une influence thérapeutique certaine sur les malades. La diversité des sciences médicales exigera dans l'avenir et ceci de plus en plus, de faire appel à bien des collaborations pour instituer des thérapeutiques effectives : collaboration des diverses sciences, physique, chimie, pharmacodynamie, physiologie, collaboration des médecins, des chirurgiens, des spécialistes, collaboration des médecins et des familles. Les thérapeutiques seront avant tout physiologiques et causales elles s'organiseront en fonction des nécessités nouvelles, elles seront plus individuelles, s'adresseront au terrain et réaliseront, selon l'heureuse expression de Gilbert et Carnot, *la synthèse et la conclusion de la médecine.*

La thérapeutique ne doit plus ignorer certains domaines où sévissent charlatans et empiriques, soit parce qu'ils sont dangereux, soit parce qu'ils sont utiles, elle doit les explorer avec la prudence et la rigueur nécessaire, c'est la meilleure manière pour la science de faire reculer l'empirisme et de démasquer l'erreur et le charlatanisme.

L'*homéopathie* deviendra-t-elle une thérapeutique scientifique ? Ce serait à souhaiter, en délimitant son domaine, en précisant ses indications, en fixant sa valeur pratique on mettra fin à l'exploitation du malade par certains guérisseurs qui, à la faveur de cette doctrine, discréditent la méthode.

Il est aussi anti-scientifique de faire de l'homéopathie toute la thérapeutique que de lui refuser une place, mais elle doit se soumettre honnêtement au contrôle scientifique et expérimental, pour prendre enfin un caractère scientifique et devenir un des chapitres de la thérapeutique clinique générale.

Après une aussi longue étude, Delore dans ses conclusions, nous montre la médecine à la croisée des chemins, subissant les deux tendances, les deux courants souvent divergents qui ont orienté la médecine contemporaine.

Convient-il de les opposer ? On l'a fait assez généralement jusqu'ici, d'où une certaine confusion des théories médicales actuelles.

Mais sont-ils donc inconciliables ? Pour Delore il a paru que non, que les antithèses doivent se transformer en synthèse.

Nos successeurs utiliseront les matériaux, que nous et nos prédécesseurs avons accumulés, ils chercheront les relations qui existent entre les faits épars, ils retrouveront les grandes traditions de la pensée médicale.

Il faut avoir confiance dans la médecine, son avenir est magnifique, *c'est la science de l'homme,* elle doit être au centre de la société de demain, elle doit apporter une contribution majeure à la reconstitution des élites. Puisse son esprit d'ordre, de vérité, de justice, rayonner de plus en plus. Puisse-t-elle être à la hauteur de sa mission d'humanité.

***

Tel est dans son ensemble le livre si plein d'idées que Delore vient de nous offrir, sa lecture est prenante, elle découvre à chaque page des horizons nouveaux et si je m'excuse, auprès de son auteur, de l'analyse imparfaite que j'en donne, qu'il sache que ne voulant à aucun moment trahir l'expression de sa pensée j'ai largement utilisé ses expressions, ses phrases, ses mots eux-mêmes et que mon seul but aura été de faire passer, dans cette courte analyse, un peu du livre lui-même.

Dr Raphaël MASSART.

UN MÉDECIN DE SANATORIUM PUBLIC PEUT-IL SOIGNER DES ASSURÉS SOCIAUX ?

Un de nos confrères (dossier 10.543) médecin de sanatorium public, ne faisant par conséquent pas de clientèle privée en ville, vient d'être informé, par la direction de l'établissement, d'avoir à donner ses soins aux membres du personnel infirmier, assurés sociaux et de se contenter des 9 fr. 60 que les dits assurés touchent de leur Caisse.

Notre confrère nous demande si légalement il doit obtempérer à cet ordre, si son acceptation ne le rendrait pas susceptible d'être assujetti à la patente (qu'il ne paie pas comme fonctionnaire). Il demande en outre quels sont les usages en matière d'hospitalisation des assurés sociaux, par exemple que se passe-t-il lorsqu'un infirmier d'asile public d'aliénés est soigné dans l'établissement, comme assuré social ?

Un dernier point le préoccupe fort : peut-il accepter de soigner les assurés sociaux à un prix réduit, non seulement inférieur au tarif syndical local, mais égal au tarif de responsabilité des Caisses, diminué du ticket modérateur, c'est-à-dire de 20 % ? Ne risque-t-il pas d'encourir les foudres du Conseil de famille syndical ?

Un médecin de sanatorium public peut-il soigner des assurés sociaux ?

Si *proprio motu* le médecin donnait ses soins aux assurés sociaux, il violerait les termes du contrat qui le lie avec l'établissement, contrat qui lui interdit d'exercer la médecine en dehors de ses fonctions, selon les dispositions de l'article 23 du décret du 10 août 1920.

Mais dans le cas présent, le médecin de sanatorium reçoit l'ordre de son supérieur hiérarchique, — c'est-à-dire le Conseil d'administration — d'avoir à soigner les seuls employés de l'établissement en leur qualité d'assurés sociaux.

Dans ces conditions, le médecin n'a qu'à obtempérer à cet ordre et à donner ses soins aux employés, à l'exclusion de tous autres assurés sociaux de la localité.

Ce médecin de sanatorium peut-il se contenter du tarif de responsabilité ?

Théoriquement, le médecin reste entièrement libre de prendre les honoraires qu'il lui plaît mais à une double condition.

La première, c'est de ne pas faire supporter à la Caisse une dépense supérieure à celle qu'elle doit assumer et, en second lieu, de ne pas procurer aux malades assurés sociaux un bénéfice quelconque sur les actes médicaux qui leur sont prodigués.

Sur le premier point, il est dit dans le décret-loi du 28 octobre 1935, art. 6 paragraphe 5, deuxième alinéa : « En aucun cas elle (la part contributive de la Caisse) ne peut excéder le montant des frais exposés par l'assuré ».

Il en résulte que puisque la direction du sanatorium impose à son médecin de se contenter des 9 fr. 60 remboursés par la Caisse aux malades, la Caisse sera informée par l'Administration du sana du prix que perçoit le médecin. A la Caisse de savoir si elle doit obéir aux injonctions du décret-loi du 28 octobre 1935, art. 6, paragraphe 7 : « La participation de l'assuré au tarif de responsabilité visé ci-dessus est fixée à 20 % ».

La loi impose à l'assuré social de supporter le ticket modérateur. A l'assuré et à sa Caisse de respecter cet article de loi ; mais le médecin reste en dehors de cette obligation.

Ces soins aux assurés sociaux entraînent-ils l'imposition à la patente ?

En sa qualité de médecin, le praticien d'un sanatorium n'est pas assujetti à la patente, mais seulement à l'impôt sur les traitements et salaires.

Doit-on considérer le fait pour ce médecin de sanatorium de soigner des assurés sociaux, soit dans l'établissement soit en ville, comme pouvant entraîner l'imposition à la patente ? Au Contrôleur des Contributions directes d'en décider.

Stricto sensu, le médecin de sanatorium exerce la médecine privée en collaborant au fonctionnement de la loi sur les Assurances sociales. Mais dans le cas particulier qui nous est soumis, il ne s'agit que d'employés du sanatorium à l'exclusion des autres malades n'appartenant pas à l'établissement.

On peut donc considérer que le travail supplémentaire qui est imposé au médecin de sanatorium par la direction de l'établissement ne constitue qu'un prolongement de ses fonctions, étant bien entendu que les seuls malades à traiter sont des employés du dit sanatorium.

En tout cas, le médecin n'a aucune déclaration à faire ; ce sont les agents du fisc qui verront s'ils doivent ou non imposer le médecin à la patente. Lorsque le praticien recevra sa feuille d'imposition, il pourra nous en référer pour que le conseiller fiscal du Sou puisse l'aider à soumettre le cas à la direction départementale des Contributions directes.

Dr Paul BOUDIN.

INTRODUCTION A LA VIE DE MÉDECIN DE CAMPAGNE

XXXVe LETTRE

De l'hygiène à bon marché et de quelques autres choses

Dédié à Monsieur le Ministre des Loisirs

Docteur CAMESCASSE

Ancien interne des Hôpitaux de Paris
Médecin à Saint-Arnoult-en-Yvelines

Cette histoire *vraie* aurait pu recevoir un autre titre : par exemple, LE PONT GACHÉ.

Le lecteur voudra bien étendre, *mutatis mutandis,* ce que je vais dire de la mésaventure des gamins de mon village, soit aux adultes, soit aux gens de la ville.

Donc le 14 juillet 1936 tombant un mardi, l'Ecole communale chôma le lundi 13, entre le dimanche 12 et ce mardi 14.

Un dimanche pluvieux de plus ou de moins ne fut pas pour embarrasser par trop nos écoliers, mais il plut encore le lundi.....

Mardi matin, du soleil ou presque, et encore l'après-midi. Nous avons la PLAGE AUX CHAMPS. On ira là en attendant les réjouissances publiques officielles : retraite aux flambeaux ; quelques pétards et flammes de Bengale au passage ; enfin bal public !

Mais les jours sont longs en juillet, — plus longs encore à cause de l'heure d'été. Or la *retraite,* à cause de ses flambeaux et autres lampions, ne peut pas se mettre en route avant *la nuit : dix heures* (22 heures), *Tour-de-ville* : elle n'amènera ses suiveurs au *Bal* que quelque peu après onze heures.

Rafraîchissements ... on a pris chaud au train dont marchait la clique.

On dansera tout de même : n'est-ce pas la Fête nationale. Une heure, deux heures filent sans qu'on s'en aperçoive.

Ainsi les mamans lassées, les papas aussi, ne coucheront les gosses que longtemps après minuit... et les laisseront dormir toute la matinée de mercredi.

Hélas ! les écoles ne chômaient pas ce mercredi — et la tradition veut que le maître punisse ces écoliers qui manquent parfois la classe du matin..... punisse ? sauf excuse valable bien entendu.

Mais allez donc donner pour excuse qu'on a fêté... jusqu'au bout le 14 juillet.

Peut-on expliquer aux enfants que ce maître .... n'était-il pas au bal comme il doit en être de tout bon citoyen ?... n'a guère envie de prolonger sa tâche à garder deux ou trois douzaines d'écoliers en retenue et précisément ce jour-là où il a un tantinet mal aux cheveux.

Non, c'est à la fois difficile et tout à fait contre-indiqué : le maître doit être, est effectivement, au-dessus de pareil soupçon !

Il y aurait bien une autre interprétation à l'indulgence anormale de ce maître : il a enseigné, et beaucoup plus que deux fois, que les enfants doivent se coucher tôt parce que le souci de leur santé exige *beaucoup de sommeil.*

Il faut ici songer à la contre-partie. Tel garnement un peu paresseux que je connais, en retard de quelque devoir... retard inavoué, ne refusera-t-il pas de se lever demain matin... parce qu'il a encore *besoin de sommeil* : « le maître a dit... »

Alors ?

Alors ! Monsieur le ministre des LOISIRS,— quand, une autre année, le 14 Juillet tombera un mardi — prescrivez que retraites aux flambeaux, feux d'artifices et bals gratuits soient situés le lundi 13.

Le mardi, les gosses, leurs instituteurs... et Monsieur (Madame) Tout-le-monde... se reposeront.

Car, à la fin des fins, il faut bien que vous laissiez le mercredi à la disposition de Monsieur le ministre du TRAVAIL.

N'arrivera-t-il pas parfois que l'on travaille... je veux dire dans la vie réelle, faute de quoi d'ailleurs, il n'y aurait plus de Ministre du Travail.

Je sais bien que ce dernier vocable n'a pas joui d'une popularité excessive en juillet 1936, mais je peux vous assurer qu'on y revient ; que le grand souci de plus d'un, que je connais et qui a goûté du *farniente* sur le tas, — est aujourd'hui de trouver emploi de sa semaine de quarante (42) heures, tout au long de ce mois d'août qui commence.

S'il faut savoir terminer une grève, ce qui arrive, en somme assez rarement, il faut apprendre à finir la fête... occurrence beaucoup plus fréquente.

L'effort sera rude, mais seulement de COORDINATION entre départements ministériels. Les bonnes gens, — Français de France, — sont tout préparés, eux ... à cela comme à bien d'autres

humanisations de lois qu'on n'a pas pris le loisir de mijoter — de regarder à l'envers.

Mais, par dessus tout, je me permets de vous demander de ne pas pondre quelque règlement ad hoc. *Conseillez*, n'ordonnez pas, et expliquez votre conseil, — car j'ai eu grand tort d'employer ci-avant le verbe prescrire.

Vous avez tout le temps nécessaire devant vous : cependant songez que, en 1937, le 14 Juillet tombera un mercredi et qu'il faudra lui annexer un jour de repos, — si les petits cochons ne nous mangent pas d'ici-là. — Moi, à votre place, je donnerais le jeudi, ayant indiqué la soirée du 14 comme lieu préférable des Festivités nocturnes. Mes garnements — eux au moins — se pourront coucher et lever de même sans remords scolaire.

Monsieur le ministre de la Santé publique (ça fait trois) opinera favorablement.

Mon jardinier, lui, sourira et arrosera tout au long de la journée du 14, fêtera le soir et se reposera le lendemain. Mais, c'est un homme qui a un vice incurable : il aime son jardin et ne veut pas l'avouer. Comme, mardi, 14 juillet 1936, je le surprenais entrain d'éclaircir ses carottes, il m'a dit que c'était pour se *désennuyer*... et le pis c'est que c'était vrai.

Des loisirs ... n'en faut mais pas trop n'en faut !

***

Je viens d'avoir l'honneur de causer avec un grand hygiéniste, dans mon jardin.

Des enfants jouaient sur les restes du tas de sable que je fais apporter là, une fois chaque année à leur intention. Lassés, qui des pâtés, qui d'une forteresse, ces enfants en étaient à se jeter réciproquement du sable à la figure... les pelles auraient pu suivre, j'intervins donc mais seulement à titre de pacificateur et sans relever que ce sable... blanc n'était plus blanc du tout.

Les tabliers non plus n'étaient plus blancs, ni les visages très propres ; les fonds de culotte encore bien moins, comme les genoux, d'ailleurs écorchés et sans pansement.

Bravement mon interlocuteur me prit à partie : ce sable souillé ne pourrait-il être remplacé ? les visages débarbouillés et les écorchures, d'aucunes récentes, abritées ?

Malicieusement j'ai répliqué que nous ne pouvions pas plus leur (aux gosses) payer une nurse, attentive à la bonne tenue, que faire les frais de plusieurs mètres cubes de sable blanc chaque année.

Courtoisement, mais non sans laisser passer une certaine rancœur, mon ami protesta qu'on ne saurait instaurer une véritable hygiène publique si on NOUS opposait toujours le mal d'argent.

Or il se trouve que mon mauvais caractère m'induit à blâmer les hygiénistes précisément parce qu'ils n'ont aucun souci DU MAL D'ARGENT Pis ! il n'y a pour eux de véritable hygiène que celle qui coûte assez cher pour que *ça se voit.*

Ils n'ont aucune idée — ils n'admettent pas l'idée — que l'hygiène puisse commencer avant les folles dépenses.

Mon hôte ne pouvait pas classer comme œuvre d'hygiène le seul fait, par moi, d'ouvrir à ces enfants un jardin planté d'arbres, — ensoleillé (mal en 1936) et largement ouvert sur les champs — loin des usines, de leurs fumées et des gaz d'échappement.

Je dis de l'hygiène et de la meilleure ! malgré les visages, les genoux malpropres ; malgré les débris végétaux, ou animaux, qui souillaient le sable ex-blanc, et les doigts sales qu'on fourre dans sa bouche sinon dans celle du voisin.

J'ai déjà plaidé (1) en faveur de cet amendement qui veut que nous commencions l'utilisation des Loisirs par les formes *bon marché* de l'Hygiène.

J'y suis revenu, amis lecteurs, en vous contant et le cas de la PLAGE AUX CHAMPS et celui, tout aussi effarant, de l'aimable et *bruyant* désordre qui préside aux REPAS DANS UNE CRÈCHE, Crèche et Plage que je connais et dont j'admire les Organisateurs et les Gérants pour ce qu'ils y ont *supprimé de luxe et de contraintes.*

***

Il importerait très peu que ce qui suit n'eût aucun rapport avec ce qui vient d'être dit, mais les connexités me paraissent évidentes parce qu'il s'agit de *dégréver* une œuvre d'hygiène.

Dans cette INSTITUTION RURALE on héberge une centaine de filles d'un côté, et autant de garçons, de l'autre, élus parmi les Parisiens chétifs, chacun cent jours durant. Les parents payent, ou ne payent pas, une partie des frais ... l'Administration couvre l'excès constant de la dépense et, notamment, le salaire du personnel.

Ce personnel est consciencieux ; il sait qu'il coûte cher ; il veut bien coopérer aux économies possibles.

Aussi, parmi les grands les moins mal fichus, parmi les grandes plus facilement, il choisit des aides. Ces *aides aideront* : le matin au ménage, à l'aération puis à la réfection des lits ; midi et soir, à essuyer et à ranger la vaisselle (d'aluminium).

Mon avis c'est que cet emploi est sage, *sain*, aussi bien au point de vue moral qu'au point de vue physique.

(1) Les MAL-LOTIS, la SEMAINE DE QUARANTE HEURES (42), in *Concours Médical* des 28 juin et 2 août 1936.

Au point de vue moral : il est bon qu'un garçon de 12 ans *apprenne à faire son lit,* s'il ne le sait déjà — faute parfois d'avoir un lit à lui dans son taudis urbain. Ici, ce garçon récalcitrant comme cette fille plus docile, respireront bien — ménage faisant — quelques poussières, — mais montrez-moi donc les vôtres — de poussières, Messieurs de la ville ! Moi, j'ouvre largement mes fenêtres immenses, sur la forêt ! vous ? sur... Je n'insiste pas, car voici que, sans y prendre garde, j'ai joint le point de vue de la santé physique à l'autre point de vue.

Mais il n'est si belle médaille qui n'ait son revers.

Il arrive de temps en temps qu'une mère mal inspirée proteste : on nous a envoyé son enfant pour qu'il se repose au grand air et « Elle ne « veut pas qu'on l'abrutisse de travail ! »

Elle a dit cela au gamin ! peut-être à la fille de service ?... aux autorités ? non !

Le lendemain le travailleur se rebiffe, refuse sa coopération... nargue, injurie ou menace. La fille de service se considère comme une mère derempla cement... une giffle est bientôt donnée.

Inde irae : une belle lettre pour faire connaître à qui de droit, que « mon fils a été battu ! »

Enquête et, aussitôt, l'Administration caponne : défense de faire coopérer les enfants aux soins du ménage.

Ci de deux choses l'une : ou bien la vaisselle sera mal lavée et les lits seront bâclés... ou bien il faudra une fille de service de plus. Ici, augmentation des *dépenses,* là faute contre *l'hygiène.*

Or, à trois cents mètres de notre maison, en une grange désaffectée, campent cinquante boys-scouts qui lavent, et essuient leur vaisselle eux-mêmes et *qui font leur lit.*

Entre ces volontaires et nos protégés une seule différence : les volontaires ont été informés d'avance qu'ils auraient à assurer eux-mêmes *les corvées*... les protégés n'ont pas été informés.

Que l'Administration donc, au lieu de caponner, inscrive cette obligation dans le contrat en prévoyant les exceptions inévitables dont sera juge le médecin de service.

***

Commentaire de la XXXIVe lettre

« Le repas à la crèche (1) »

Le Docteur Henri Bouquet m'écrit « mais, que « diable ! si vous voulez qu'on aide vos protectrices de l'Enfance malheureuse, donnez-nous « l'adresse à laquelle nous devons envoyer ces « vêtements défraîchis (ou usagés) qui feraient « encore le bonheur de leurs petits clients » (2).

Pour la Crèche que je connais, voici l'adresse :

Madame la Directrice de l'Hôpital
de Forges-les-Bains,
Banlieue-Denfert.

Mais je dois immédiatement élargir mon appel : — à la Crèche de Forges-les-Bains, l'Assistance publique héberge des moins de 4 ans. Dans la maison d'en face, l'Assistance publique héberge des moins de 14 ans ; garçons d'un côté, filles de l'autre dont plusieurs sortent TRÈS INSUFFISAMMENT VÊTUS étant entrés de même.

Et puis, j'élargis encore : l'Assistance publique gère bien d'autres centres de secours aux enfants malheureux : il y a Hendaye (Basses-Pyrénées) ; il y a San Salvadour (Var) ; il y a Antony (Seine) ; il y a Trousseau, les Enfants-Assistés, les Enfants-Malades... d'où on sort guéri, mais comment habillé ?

Et puis, il y a, — tout en haut de l'échelle administrative, — le Directeur général de l'Assistance publique, le Docteur Mourier, qui vous fera renseigner beaucoup mieux que je ne puis le faire et qui vous dira MERCI le cas échéant.

Dr CAMESCASSE,
Médecin honoraire de l'Hôpital
de Forges-les-Bains (Banlieue-Denfert)

(1) *Concours Médical* du 12 décembre 1936, page 3588.

(2) Copie pas conforme du tout, sauf en ce qui est du ton d'amicale camaraderie.

Dr J. C.

PLUS D'AVORTEMENTS LIBRES EN RUSSIE (1)

On sait qu'en 1920 les autorités soviétiques avaient décidé que l'avortement était à la volonté de la mère. Des cliniques publiques furent instituées à cet effet, malgré les protestations qui s'élevèrent non seulement de la part des moralistes, mais aussi des gynécologues et des obstétriciens.

Les protestataires ont eu raison. Le 26 mai dernier, le Comité de la Santé du Peuple de l'Union soviétique a publié un projet de loi interdisant l'avortement, sauf dans des cas déterminés où la grossesse met la vie de la mère en danger. Mais, assez sagement, cette interdiction est compensée par tout un ensemble de mesures légales destinées à assister la femme enceinte et à aider les familles nombreuses. En France, l'avor ement est défendu, mais on décourage les familles nombreuses, dont la nation aurait besoin, puisqu'elle se dépeuple, tandis que le nombre des naissances en Russie dépasse le million chaque année.

Le projet de loi russe prévoit l'augmentation et l'extension dans tout le pays des maternités, des cliniques, des crèches, et de tous les services destinés aux mères et à leurs enfants ; d'autre part on doit élever considérablement les allocations familiales. Le divorce, au lieu d'être une formalité, deviendra dorénavant plus difficile.

Ce projet de loi fut discuté, avec l'opiniâtreté slave, dans tous les milieux populaires, et plutôt mal accueilli. Les plus fortes critiques venaient des femmes ; elles alléguaient le manque de logements, l'impossibilité de se livrer à aucun travail ni à aucune étude quand on doit élever des enfants, les effets fâcheux des grossesses répétées sur la santé des mères, et surtout le droit absolu de la femme de décider si, et quand, elle veut être mère.

Les médecins, et surtout les accoucheurs, étaient favorables. Le Professeur G.-A. Baksht, qui dirige la plus importante maternité de Leningrad, déclara que l'expérience poursuivie depuis 1920 prouve abondamment que l'avortement provoqué est un danger sérieux et que, même conduit selon les règles de l'art, il comporte des risques très importants, parmi lesquels ceux, immédiats, du traumatisme et de l'infection, déjà considérables quand l'accouchement se fait naturellement. Dans le cas d'avortement, l'organisme maternel n'a pas encore acquis, dit-il, les propriétés protectrices qui garantissent un travail normal et sans danger. Baksht cite le chiffre des perforations utérines ; de 0,01 à 0,11 pour cent ; elles entraînent une laparotomie, d'où résultent des risques importants ; elle amène très souvent à l'hystérectomie, déplorable accident chez une jeune femme. Le curettage de l'utérus, de son côté, détermine une atrophie de la muqueuse et la stérilité.

L'envahissement microbien, dans l'accouchement normal, apparaît vers le quatrième jour, au moment où une zone granuleuse protectrice se forme au niveau de la muqueuse utérine ; dans l'avortement provoqué au contraire les microbes envahissent la cavité utérine dès le second jour, et se multiplient rapidement. C'est la cause de cette fièvre modérée que l'on remarque chez les avortées dans 50 % des cas. L'infection pelvienne s'observe dans 12,8 % des cas, selon Rusin, qui a fait une étude approfondie de 1.500 avortées.

Dès le début de la grossesse, il s'établit de nouveaux processus endocriniens, dus à l'apparition de deux nouvelles glandes ; le corpus luteum et le placenta. Leurs sécrétions déterminent très probablement une adaptation particulière du système des sécrétions internes, et l'interruption brusque de la grossesse est de nature à bouleverser cet ensemble et à détruire son équilibre et à amener des perturbations importantes dans la fonction menstruelle et dans la *libido*. Chez les primipares, de constitution asthénique, le résultat peut être de stabiliser l'infantilisme et de créer la stérilité.

L'avortement serait également un facteur de la grossesse extra-utérine.

On attend également de la loi une amélioration des rapports entre les sexes et une saine influence sur les générations nouvelles, mises en présence de leurs responsabilités.

Et le 27 juin dernier, le projet de loi devint une loi.

Ph. DALLY.

(1) *The Journal of the american medical Association*, 24 octobre 1936.

SOUVENIRS DE GUERRE D'UN MÉDECIN VOLONTAIRE ALSACIEN

Forsan et haec olim meminisse juvabit.
VIRGILE.

Par le Docteur R. KAYSER (de Colmar).

AVANT-PROPOS

Ceux qui, avec le Docteur Robert KAYSER ont vécu les années de guerre à Colmar, verront en lisant ses Souvenirs, surgir les leurs des brumes du passé. Vingt ans après, ils retrouveront l'atmosphère des jours d'oppression, de tristesse et d'invincible espoir. Ce ne sera pas le moindre honneur du Docteur KAYSER d'avoir rappelé la communion des Alsaciens dans l'amour de la France, la pitié pour ses enfants blessés et l'attente du retour à la mère patrie. Ces sentiments, nous les partagions tous. Ils ont créé entre les médecins alsaciens attachés à l'hôpital militaire de Colmar, des liens d'indissoluble amitié.

Aujourd'hui, dans la laideur des luttes de partis, nous gardons, de l'admirable union de tout le peuple alsacien sous la terreur, un réconfortant souvenir.

Il fut bon de rappeler qu'à de très rares et honteuses exceptions près, du plus humble ouvrier au grand patron, du simple manœuvre à l'intellectuel, souffrances, résistance et espérances furent les mêmes dans une mutuelle confiance qui, devant l'impossibilité souvent de communications verbales, se traduisait en regards et attitudes auxquels aucun de nous ne se trompait.

Passerai-je en revue ces Souvenirs de Guerre si véridiques et si simplement racontés ? Je laisse au lecteur le soin d'y réchauffer les siens. Qu'il soit dit seulement que, détaché de juin à septembre 1915 et de novembre 1915 à fin mars 1916 à l'hôpital militaire de Colmar, j'y ai soigné avec le Docteur KAYSER, les mêmes blessés, presque tous Bavarois, amenés de la vallée de Munster où seuls ces rudes montagnards de l'Allgäu s'étaient montrés capables de tenir tête à nos Alpins.

Je puis donc certifier l'exactitude de son récit. Point n'ai-je été étonné de le trouver émaillé de citations latines. Humaniste distingué, KAYSER connaît ses auteurs et, parler français étant puni de prison, nous avions pris l'habitude de converser en latin, le mien n'étant que de cuisine.

« Lors de la chute du fort de Douaumont, nous n'étions fiers, ni l'un, ni l'autre », écrit mon ami. A-t-il oublié que. quelques jours après, devinant l'héroïque résistance et sûr alors *qu'ils ne passeraient pas*, tandis qu'autour de nous hurlaient triomphalement quelques jeunes médecins allemands, il me dit à l'oreille : *Gesta Dei per Francos* ?

En ces mois de février et mars 1916, le soir, quand nous sortions de l'hôpital, nous entendions par delà des crêtes noires des Vosges, le roulement infernal de la canonnade de Verdun. Dans la rage de leur insuccès, les Allemands expédièrent en Posnanie, Pologne et Galicie, une nouvelle fournée de suspects. J'en fus. Il me suovient des adieux de KAYSER ; peu de mots, mais des larmes plein les yeux !

Le 26 mars, au matin, je quittai Colmar où déjà les tilleuls du Champ-de-Mars verdoyaient. Le train à toute vapeur traversait la plaine d'Alsace. A gauche se déroulait au soleil levant l'admirable panorama des Vosges. A droite, autour de Sélestat, les pêchers étaient en fleurs. Lorsque deux jours après, je débarquai à Striegau en Silésie, il neigeait à gros flocons.

J'étais annoncé, mais on se montra surpris de me voir arriver si tôt. Comment ? Déjà ?

Nouvelle preuve, s'il en fallait, de la véracité des Souvenirs du Docteur KAYSER. Ne dit-il pas, qu'envoyé à Lièpvre, il trouva le médecin-major très étonné de son exactitude ? Et d'ajouter :

« En effet, lorsqu'on est changé de garnison, on fait habituellement quelques détours avant de se rendre à son nouveau poste. »

J'en avais fait, moi aussi, un tout petit, pour embrasser ma femme et mes enfants.

Je n'étais pas depuis deux jours à Striegau, que, le 30 mars, à 6 heures du soir, l'ordre me parvint de me rendre sur le champ (*sofort*) à Rawicz, en Posnanie. Le 1er avril, à 9 heures du matin, je m'y présentai à l'hôpital militaire. Nouvel étonnement. Quoi ? Déjà ?

KAYSER, décidément, a raison. Dès 1916, l'empressement d'obéir aux ordres de déplacement laissait à désirer.

Avant de passer au séjour du Docteur KAYSER à Lièpvre, un mot encore de reconnaissant souvenir aux confrères alsaciens, qui furent avec nous à l'hôpital militaire de Colmar.

Le brave et solide BETZ, opérateur prestigieux, FLEURENT à l'âme d'artiste, dont les laparotomies sauvèrent plus d'un malheureux aux intestins perforés, MEYER, l'oculiste tout frémissant de patriotique ardeur, DUHAMEL, si plein de sollicitude pour ses blessés français qu'il nous était interdit de visiter, le charmant KELLER, gynécologue comme FLEURENT, avec lequel il rivalisait d'impeccable technique, KAYSER enfin, excellent praticien, soucieux d'épargner la moindre souffrance à ceux dont il pansait les affreuses blessures, formaient au point de vue humain et médical une incomparable équipe.

Je ne puis que souscrire au jugement porté sur les chirurgiens allemands du Reservelazaret Colmar. Ottomar MULLER, entre tous sympathique, fin, spirituel et compréhensif, MEYER, « le Bulgare », décoré de la « Médaille de bravoure » gagnée sur les champs de bataille des Balkans, entreprenant, audacieux même, et toujours prêt à rendre service, WITTING PACHA, fort honnête homme, d'humeur égale et bienveillant, plein d'expérience, bon opérateur aussi, mais loin de l'élégante maîtrise de BETZ et de FLEURENT ; entre eux et nous, la bonne entente ne cessa de régner.

Quant aux autres, KAYSER les a dûment caractérisés.

Mon commensal à l'hôtel de l'Agneau-Noir était un oculiste berlinois, le Docteur MÜNZ, que KAYSER a peu connu. Israélite, il avait — *horresco referens* — en pleine guerre l'esprit européen. Quelques réserves faites, je pouvais lui parler librement. Sa conversation, très intéressante, ne roulait pas exclusivement sur les énucléations, les sutures de paupières et extractions de fragments d'obus qu'il pratiquait au lazaret. Peu de temps avant la déclaration de guerre, il avait remplacé à Bromberg, un oculiste très en vogue qui traitait les conjonctivites, les kératites et iritis d'origine variée, de tous les notables de la ville et environs. Participant aux réunions des commerçants et fabricants, il avait pu constater la frénésie guerrière de tous ces hauts bourgeois. La guerre, me disait-il, ce sont nos industriels qui l'ont vou-

lue, qui y ont poussé plus impér ieusement que le grand état-major. Mais s'il avait l'esprit européen, il ne l'avait pas moins curieux. Il voulait voir. Il demanda donc et obtint d'être envoyé au Front, non loin de Colmar, au Reichsackerkopf, je crois. Un beau jour, il en revint avec une permission de quarante-huit heures. — Eh bien ! Qu'avez-vous vu ? — Ce que j'ai vu ? Une attaque de chasseurs alpins sur nos tranchées. Attaque repoussée ! Aucun n'y est arrivé. Mais quel héroïsme ! (*Wetch ein Heldenmut* !) Sous les rafales des mitrailleuses qui en fauchaient des douzaines, ils avançaient avec un émouvant mépris de la mort (*mit erschütternder Todesverachtung*). Il répartit, fut fait prisonnier au vieil Armand et, en 1917, je reçus à Rawicz un mot de lui, me disant que, relâché, il se trouvait à Berlin.

Voici donc le Docteur KAYSER à Lièpvre. Ce chapitre de ses souvenirs est poignant. Lui, si profondément humain, souffre dans sa chair de voir la misère de ses compatriotes, la fin atroce des prisonniers roumains, le sadisme d'un soi-disant chirurgien prussien opérant lentement et maladroitement de pauvres soldats allemands, avant même que la narcose ne fût complète

Forcé de s'asseoir à la table où préside le médecin-colonel et où siègent un médecin-major tout glorieux de procurer à ses collègues, « trois repas complets par jour à raison d'un mark (1 fr. 25) », le « chirurgien » bossu qui agrémente l'ordinaire d'un bouillon de corbeau, les « confrères » allemands hennissant de joie à la lecture des communiqués relatant le torpillage de vaisseaux ennemis et neutres — trente mille, quarante mille tonnes coulées, — le Docteur KAYSER, dans ce milieu dont il ignore les us et coutumes, se sent dépaysé dans son propre pays.

Subir tous les jours un contact répugnant, être témoin muet et impuissant d'injustices révoltantes et de barbares vexations, dépassait les forces du Docteur KAYSER qui, arrivé malade à Lièpvre, dut assurer de nuit et de jour, et dans des conditions désespérantes un service écrasant.

Après cinq mois d'un martyr moral, dont on ne peut sans émotion lire le récit, le Docteur KAYSER peut enfin se faire admettre à la maison des diaconesses de Colmar, où il arriva « dans un état pitoyable ».

Mais si malade qu'il fût, durant son exil à Lièpvre, il ne cessa d'être l'observateur aigu des hommes et des faits. Ses Souvenirs sont, à ce point de vue surtout, infiniment précieux. Leur parfaite exactitude ressort de leur concordance avec ce qui, à la même époque, se passait un peu partout ailleurs en Alsace, dans la vallée de la Bruche, par exemple, que je cite, pour avoir, en décembre 1918, vu et entendu les représentants des malheureux qui, comme ceux de Lièpvre à Sainte-Marie-aux-Mines, avaient été, infirmes, malades, débilités par manque de nourriture, réunis en lamentables équipes et, par tous les temps, astreints aux plus durs travaux. A la tête d'une de ces députations se trouvait un vieillard amputé de la jambe, qui, sur son pilon avait dû journellement faire en montagne le chemin du village au chantier et travailler tout comme les autres.

Le Docteur KAYSER, dans l'épilogue à ses *Souvenirs de guerre*, exprime une vérité, dont trop de Français et d'Allemands n'ont jamais voulu et ne veulent encore pas tenir compte. « Nous étions pris entre nos sympathies qui allaient à la France et nos devoirs envers l'Allemagne ». Voudra-t-on bien comprendre ? Que de Français considèrent comme dues nos sympathies françaises, mais rejettent l'idée que nous ayons pu avoir des devoirs envers l'Allemagne ! Les Allemands ne nous reprochaient-ils pas notre amour de la France, crime de lèse-patrie selon eux, qui s'imaginaient pouvoir exiger de nous des sentiments d'affection en même temps que la stricte observation de nos simples devoirs de citoyens du Reich.

« *Die Gedanke sinn zollfrei* (Les pensées ne payent pas de douane) », dit l'Alsacien. Si nous pensions autrement que les Allemands, si nous avons souffert de devoir servir une cause qui n'était pas la nôtre, tous les devoirs compatibles avec nos sentiments humains et le respect des lois valables en tout pays civilisé, nous les avons accomplis aussi bien que les Allemands, et mieux que beaucoup d'entre eux. Les médecins alsaciens de l'hôpital militaire de Colmar ont soigné avec conscience et dévouement malades et blessés allemands ou français.

Aux brutes qui prétendaient que, médicalement même, une différence était à faire entre blessés des deux pays, nous demandons si un seul des soldats allemands soignés par les francillons du Reservelazaret Colmar n'a pas trouvé la compassion qu'inspire tout homme meurtri.

Jamais aucun de mes confrères colmariens n'a négligé son service pour mieux s'occuper de sa clientèle. Ils n'ont pas compté leurs sacrifices matériels, mais j'ai vu à Rawicz, le médecin allemand de l'endroit abandonner les quarante malades de son pavillon pour courir le thaler. Il y eut des plaintes. Le médecin général ROCHS vint faire une enquête assez discrète pour me permettre de disculper celui qui, préférant les zlotys aux marks-papier, se fit après la guerre naturaliser polonais. C'était pourtant un farouche patriote. Les *Souvenirs de guerre* du Docteur KAYSER illustrent la conception qu'avaient de leur devoir les médecins allemands de Lièpvre. Français de cœur et sans sympathie aucune pour l'Allemagne, le Docteur KAYSER a, comme d'autres Alsaciens, nettement discerné et courageusement fait le sien. Il paraît qu'on pouvait nous en demander plus. Simple manque de psychologie ! Mais, en guerre comme en paix, cette carence se paye. Les *Souvenirs* du Docteur KAYSER le prouvent. Ils n'intéresseront pas seulement les « quelques amis qui ont vécu avec lui les années terribles de 1914 à 1918 », car quiconque en aura commencé la lecture ; la poursuivra de page en page avec cet intérêt soutenu qu'éveillent des détails inédits, des portraits tracés de main de maître et l'impressionnant tableau de ce que souffrit, pendant le cruel hiver de 1917, une humble vallée de nos Vosges.

Dr E. SCHMIDT

(*A suivre.*)

NOTRE CROISIÈRE DE PÂQUES

● ● ●

Dalmatie — Grèce — Turquie — Syrie — Egypte

A l'occasion des fêtes de Pâques, le *Concours Médical* organise une très belle croisière en Dalmatie, Grèce, Turquie, Rhodes, Syrie et Egypte.

Pour la faire, nous avons choisi la plus belle unité des services méditerranéens, le « SS. Kraljica Marija » (Reine Marie), du Lloyd Yougoslave, splendide paquebot de 17.500 tonnes, qui, au point-de-vue confort, nourriture et luxe, peut se comparer aux grands paquebots du service d'Amérique du Nord et qui, depuis plusieurs années déjà, effectue des croisières régulières en Adriatique et en Méditerranée. Le soin avec lequel le programme a été étudié, la stabilité du navire, son parfait confort, joints aux avantages qu'assure l'importance de son tonnage, contribueront à rendre ce voyage fort agréable.

Le SS. « Kraljica Marija », 17.500 tonnes, 2 hélices, 160 mètres de long, 20 mètres de large, satisfait à toutes les exigences du confort et de la technique moderne. Il comprend, avec des cabines confortablement aménagées, à 1 ou 2 couchettes seulement, munies d'eau courante chaude et froide, 40 salles de bains et plusieurs cabinets de toilette, une salle à manger spacieuse et parfaitement aérée, de nombreux salons et bars très modernes, ainsi que des ponts spacieux équipés pour la pratique des sports les plus divers, une grande piscine en plein air, etc.

Nos passagers auront à leur disposition une infirmerie dirigée par le médecin du bord, un salon de coiffure, une blanchisserie, un tailleur, une station de T. S. F., une boutique d'objets divers, etc.

Un orchestre accompagnera la croisière.

De splendides excursions sont organisées dans chaque port d'escale, à des prix très modiques, sous la surveillance du directeur de ce voyage, et avec l'aide de guides locaux :

Le Pirée, Athènes : Excursion d'une journée, prix : 130 francs par personne.

Istanbul : Excursion dans la matinée et l'après-midi, prix : 120 francs par personne.

Beyrouth, Baalbeck, Damas :

A) Excursion d'une journée, 300 francs par personne.

B) Beyrouth-Baalbek-Damas, 1 journée 1/2, 450 francs par personne.

Alexandrie, Le Caire, Alexandrie et Basse Egypte : Excursion de 2 jours 1/2, prix : 900 francs par personne.

Ces prix comprennent tous les frais d'excursions, guide, transport, droits d'entrée, pourboires, repas, hôtels de tout premier ordre, etc.

Il sera également possible de descendre à terre et de visiter Susak, Split, Corfou, Rhodes et Dubrovnik.

Nos passagers quitteront Paris le 18 mars, dans la soirée, et l'itinéraire de la croisière sera le suivant :

	Arrivée			Départ		
Paris				18 mars (soirée)		
Venise	19	mars	(après-midi)	19	»	(après-midi)
Susak	20	»	(matin)	20	»	16 h.
Split	21	»	8 h.	21	»	12 h.
Corfou	22	»	15 h.	22	»	19 h.
Le Pirée (Athènes)	24	»	7 h.	24	»	19 h.
Istanbul (par le Bosphore)	26	»	7 h.	27	»	17 h.
Rhodes	29	»	9 h.	29	»	17 h.
Beyrouth (Baalbek et Damas)	31	»	6 h.	1er	avril	12 h.
Alexandrie (Le Caire et Luxor)	3	avril	5 h.	5	»	24 h.
Dubrovnik	9	»	16 h.	10	»	12 h.
Susak	11	»	12 h.	11	»	(après-midi)
Paris	12	»	(soirée).			

Pour les voyageurs le désirant, une extension spéciale sera faite, au retour, pour regagner la France, avec arrêt à Venise, Milan et sur les Lacs italiens.

PRIX	Par personne
Pont A : Cabine intérieure à 2 couchettes	3.625 fr.
» extérieure »	4.375 »
Pont B : Cabine intérieure à 1 couchette	3.975 »
» extérieure à 2 »	4.375 »
Grande cabine	4.675 »
Pont C : Cabine de luxe avec b.in, 2 couchettes	6.975 »
Cabine demi-luxe, à 2 couchettes	5.845 »
Pont D : Cabine extérieure à 1 couchette	4.975 »

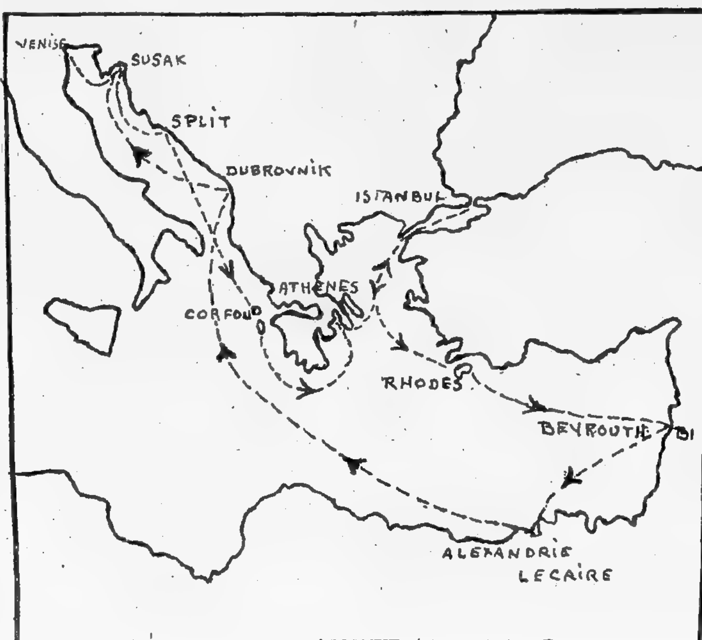
(Prix sujets à modifications suivant les variations du change).

N. B. — Au cas où les grandes cabines extérieures à deux couchettes du pont B seraient occupées par une famille de trois personnes, le prix serait ramené à frs. : 4.125 par personne.

Ces prix s'entendent de Paris à Paris, avec 1re classe sur le bateau, 2e classe en chemin de fer, les repas en wagon-restaurant, le logement le 19 mars à Venise, les transferts de bagages de la gare au bateau et vice versa.

Supplément pour 1re classe en chemin de fer : 290 francs.

Supplément pour wagons-lits: 1re classe : 462 francs, 2e classe : 318 francs.



Pour les participants à la croisière ne demeurant pas dans la région parisienne, les prix au départ de leur ville ou de la frontière française seront donnés sur demande.

Les inscriptions sont reçues au bureau du *Concours Médical* moyennant le payement de 25% en acompte du montant total de la croisière, le solde devant être réglé le 1er mars.

BULLETIN D'INSCRIPTION

à renvoyer au « Concours Médical » 37, rue de Bellefond (Bureau de tourisme)

Nom : ....

Adresse ....

Nombre de personnes : Adultes ....
Enfants (âge) ....

Catégorie de cabine désirée ....

Voulez-vous un wagon-lit pour le parcours en chemin de fer ....

Signature :

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Chaire d'hydrologie et de climatologie thérapeutiques.** (Professeur : M. Maurice Villaret.) — *Enseignement clinique d'hydrologie et de climatologie thérapeutiques* (Centre d'hydrologie et de climatologie des hôpitaux de Paris, Hôpital Necker, salle Renon.) — Ce cours commencera le lundi 1er février 1937, et sera fait avec la collaboration de MM. Haguenau et L. Justin-Besançon, agrégés, médecins des hôpitaux ; René Cachera, médecin des hôpitaux ; Henry Bith, assistant du service ; François Moutier, chef de laboratoire à la Faculté ; Brin, Saint-Girons, R. Wahl, Jean Bourgeois et Roger Even, anciens chefs de clinique à la Faculté ; R. Wallich, ancien interne des hôpitaux ; R. Fauvert, préparateur de la Chaire d'hydrologie thérapeutique et Quirin, assistant d'oto-rhino-laryngologie du service.

PROGRAMME DES LEÇONS. Tous les matins, de 11 heures à 11 h. 30 : Leçon clinique avec présentation de malades sur les sujets suivants :

Les indications créno-climatothérapiques dans : Les maladies du nez, de la gorge et des oreilles (lundi 1er février) ; Les maladies du cœur (mardi 2 février) ; Les maladies des reins (mercredi 3 février) ; Les affections dermato-vénéréologiques et la gynécologie médicale (jeudi 4 février) ; Les maladies du foie et des voies biliaires (vendredi 5 février) ; Les rhumatismes (samedi 6 février); Les maladies des enfants (lundi 8 février) ; Les maladies des vaisseaux (mercredi 10 février) ; Le diabète (jeudi 11 février) ; La tuberculose (vendredi 12 février) ; La goutte et l'obésité (samedi 13 février) ; Les maladies de l'estomac (lundi 15 février) ; Les maladies de l'intestin (mardi 16 février) ; Les maladies de l'appareil respiratoire (mercredi 17 février) ; Les maladies du système nerveux central et périphérique et les troubles psychiques (jeudi 18 février) ; Les maladies des glandes endocrines et de l'appareil vago-sympathique (vendredi 19 février).

— **Thèses.** — Mercredi 18 novembre. — Jury : MM. Baudouin, Gosset, Leveuf, Donzelot. — M. PUJOL SÉGALAT : L'absence congénitale du tibia et les difformités consécutives.

Jeudi 19 novembre — Jury : MM. Pierre Duval, Maurice Villaret, Terrien, Justin-Besançon. — M. SUAU : Etude des kystes dits synoviaux. — M. LAURENCE : Etude des différents syndromes cardiaques observés au cours des anémies.

Lundi 23 novembre. — Jury : MM. Couvelaire, Loeper, Sergent, Portes. — M. FOUASSIER : Avortement médicalement provoqué chez la femme atteinte de tuberculose pulmonaire chronique. — M. LICHAA : Pronostic du coma diabétique.

Mercredi 25 novembre. — Jury : MM. Léon Binet, Mathieu, Tanon, Quénu. — M. DULOT : Traitement des fractures du col du fémur par l'enchevillement. — Mlle DE MATTOS : Oxygénothérapie. Nouveau dispositif. — M. JALLADEAU : Malformations congénitales associées aux syndromes de Klippel Feil. — M. GOLDBAND : Distribution et prophylaxie de la fièvre typhoïde en Pologne. — M. MICHEL — La destruction des ordures ménagères par la méthodede dépôt contrôlé.

Jeudi 26 novembre. — Jury : MM. Bezançon, Gougerot, Guillain, Laubry. — M. SOUTELLE : Etudes statistiques médico-sociales sur 2.000 bénéficiaires de l'assurance « invalidité ». — M. GIRARD : Statistiques de dix-huit années de lutte antisyphilitique, au dispensaire d'Angers, 1918-1935. — M. MARTIN : Etude du traitement des arthrites gonococciques par la sérothérapie. — M. CASTRO : Etude des modes de début des syndromes parkinsoniens.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers

Hôpital Bretonneau. *Conférences cliniques de médecine infantile.* — M. H. GRENET, médecin de l'hôpital Bretonneau, fera tous les vendredis, à 10 h. 45, une conférence clinique de médecine infantile. La première conférence aura lieu le vendredi 5 février 1937 et portera sur un sujet de déontologie.

— **Hôpital de la Pitié.** — *Service central d'électro-radiologie (Programme de l'enseignement, stage de Rœntgenthérapie).* M. DELHERM : Consultation et présentation des malades les mardi et vendredi à 10 heures, salle de consultations. — M. Morel KAHN : Les accidents de la radiothérapie, les lundis à 11 heures, salle Faraday. — MM. STUHL et CODET : Exposés cliniques de malades, les samedis à 11 heures, salle des conférences. — M. BERNARD : Démonstrations pratiques des techniques radiothérapiques les mercredis à 11 h. 30. — M. DAUVILLIERS : Les mesures en radiothérapie, les mercredis.

A partir de 8 heures du matin, les traitements sont faits dans les divers postes.

— **Concours de l'internat.** — ORAL. *Séance du 12 janvier.* QUESTIONS POSÉES : Symptômes et diagnostic de la méningite tuberculeuse de l'adulte. — Symptômes et diagnostic des hydarthroses du genou.

Ont obtenu : MM. Danel, 16 ; Salet, 19 ; Frebet, 22,5 ; Ronsin, 18 ; Barbier Pierre, 18 ; Bonduelle, 25 ; Mlle de Neyman, 17 ; M. Rougon, 15.

Séance du 14 janvier. QUESTIONS POSÉES : Symptômes et diagnostic des accidents sériques sans la pathogénie. — Symptômes et diagnostic des calculs du cholédoque.

Ont obtenu : MM. Roulland, 20 ; Hauser, 14 ; Cornet, 27 ; Laumonnier, 22 ; Albahary, 20 ; Gougerot, 23,5 ; Vakili, 22.

Séance du 15 janvier. QUESTIONS POSÉES : Signes et diagnostic de la maladie d'Addison. Signes et diagnostic de la rupture de la grossesse extra-utérine dans les trois premiers mois.

Ont obtenu : MM. Butzbach, 20 ; Rametti, 16 ; Soudier, 17 ; Fréret, 21 ; Klein, 14 ; Maignan, 22,50 ; Mlle de Larminat, 20 ; MM. Le Brigand, 19 ; Moulle, 21.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Bureau des examens et concours.** — *Concours officiellement annoncés* : *Ingénieur adjoint des travaux publics de l'Etat* (Services des mines). — Epreuves d'admissibilité : 10 mai 1937. Clôture des inscriptions : 1er mars 1937. Epreuves d'admission : 26 juillet 1937. Délai d'inscription : 15 mai 1937. Age au 1er janvier 1937 : 18 à 25 ans plus services militaires obligatoires. Traitements : de 14.000 à 35.000 francs plus indemnités. Diplôme exigé : Aucun.

Rédacteur des Administrations centrales marocaines. — Date : 20 avril 1937 à Rabat et à Paris.— Clôture des inscriptions : 20 mars. — Avoir satisfait à la loi sur le recrutement. Limite d'âge supérieure au 1er janvier 1937 : 30 ans plus services antérieurs. Limite d'âge absolue : 40 ans. Traitement de base : 19.320 francs plus indemnités. Diplôme exigé : licence ou équivalence.

Ingénieur adjoint stagiaire du cadre général des météorologistes coloniaux. — Concours ouvert le 11 mai 1937, à Paris. Clôture des inscriptions : 11 avril. Avoir satisfait aux obligations militaires. Age : 21 à 30 ans plus services antérieurs. Limite absolue : 35 ans. Traitement de base : 14.000 francs plus indemnités. Diplôme exigé : Licence ès sciences avec certificat de physique ou diplôme d'ingénieur géophysicien ou équivalence.

Professeur technique (chef de travaux). — Dans les écoles pratiques de commerce et d'industrie de garçons : Date : 13 mars 1937. Délai d'inscription : 1er mars. Age à la date du concours : 25 à 35 ans plus services antérieurs. Limite absolue : 40 ans. Conditions requises : Compter 5 ans au moins de pratique industrielle. Traitement de base : 16.000 francs plus indemnités.

Neuf emplois de rédacteurs masculins et neuf emplois de rédactrices à la Préfecture de la Seine. — Date des deux concours distincts : 12 avril 1937. Les candidats masculins doivent avoir satisfait à la loi de recrutement. Age au 1er janvier 1937 : 20 à 30 ans pour les candidats masculins ; la limite de 30 ans est prorogée d'une durée égale à celle du service militaire actif obligatoire. Traitement de base : 14.000 plus indemnités. Diplôme exigé : Licence ou équiv alence.

Elève-ingénieur à l'Ecole nationale des Ponts et Chaussées. — Concours ouvert aux ingénieurs et ingénieurs adjoints des Ponts et Chaussées. Date : 7 juin 1937. Clôture des inscriptions : 1er mars 1937.

Contrôleur stagiaire des douanes (Tunisie). — Date : 1er mars 1937. Age : 18 à 25 ans. Diplôme : baccalauréat ou équivalence.

Inspecteur départemental du travail en Algérie. — Date : 7 mai 1937. Délai : 20 avril. Diplôme : licence ou équivalence, bacc. ou B. S. pour fonctionnaires ayant 5 ans de services effectifs. Traitements : 16 à 60.000 francs, plus 28 %, plus indemnités.

Certificat d'aptitude à l'inspection primaire et à la direction des Ecoles normales. — Date : 7 octobre 1937. Délai d'inscription : 6 août 1937. Age : 25 ans au moins au 31 décembre 1937. Condition requise : 5 ans d'exercice dans un établissement public ou pı ivé. Posséder le professorat des E. N. ou une licence. Pour les instituteurs et institutrices : dix années d'exercice sont exigées ainsi que le B. S. et le C. A. P.

Concours admission à Sèvres et certificat d'aptitude à l'enseignement secondaire de jeunes filles, 1re partie : 14 juin. Délai inscription : 15 février au 17 avril, au secrétariat de chaque Académie.

C. A. P. à l'enseignement du dessin, 1er degré. — Date : lundi 3 mai. — Inscription : 15 février au 10 avril, au secrétariat de chaque Académie.

C. A. P. à l'Enseignement du dessin dans les *Lycées et Collèges* (degré supérieur). — Date : 20 septembre.

Concours à l'Ecole nationale supérieure des Beaux-Arts. — Délai inscription : 21 juin au 21 juillet.

Pour obtenir programme et renseignements : écrire en joignant un timbre de 0 fr. 50 au Bureau des examens et concours, 16, rue du Général-Malleterre, Paris (XVIe).

— **A la mémoire du physiologiste Pavlov.** — Le Gouvernement de l'U. R. S. S. a décidé d'élever, sur une des places de Léningrad, un monument à la mémoire du grand physiologiste russe Pavlov, dont le cerveau sera conservé à l'Institut du cerveau de Moscou.

— **La longévité humaine.** — Depuis deux siècles, la longévité humaine s'est notablement accrue, du fait des meilleures conditions de la vie et des progrès réalisés en hygiène et en médecine. Voici quelques chiffres donnés par le Professeur René Sand :

La longévité moyenne était à Londres, au XVIIIe siècle, de 19 ans. Elle atteint maintenant 45 ans au Japon, dans l'Amérique du Sud, l'Europe orientale ; 55 ans en France, en Belgique, en Italie, en Autriche, en Ecosse ; 60 ans dans les pays germaniques ; 62 ans dans les pays scandinaves.

L'amélioration de la longévité moyenne est due pour beaucoup à la grande diminution de la mortalité chez les nourrissons.

Le Gérant : R. Thiron

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

cours du premier des quatre trimestres de référence placé en 1935 et pour lequel l'article 9, paragraphe 6, du décret-loi du 28 octobre 1935 exige un versement minimum de 15 francs, elles étaient en période de repos indemnisé au titre de la loi du 30 avril 1930 à l'occasion d'un précédent accouchement. Il a été admis par mesure exceptionnelle, que les Caisses primaires pouvaient accorder les prestations en nature et en espèces de l'assurance-maternité aux assurées susvisées, sous réserve qu'elles justifient de la retenue minimum de 60 francs au cours des quatre trimestres précédant leur nouvel accouchement. Les intéressées seront, dans ce cas, considérées, pour le calcul des indemnités de repos pré- et post-natales, comme ayant versé 15 francs au cours du premier des quatre trimestres précédant celui de l'accouchement. Ces indications ont été portées à la connaissance des Services régionaux, pour être communiquées aux Caisses primaires, par circulaire du 16 décembre 1936.

(*J. O.*, 3 janvier 1937.)

Conditions des visites des parents des malades dans les maisons de santé

1,147. — M. Lévy demande à M. le ministre de la Santé publique quelles mesures il entend prendre pour faciliter les visites des parents des malades des maisons de santé, nombreux étant les parents qui se plaignent du veto opposé par les directeurs de ces maisons. (*Question du 22 octobre 1936.*)

Réponse. — L'article 167 du règlement modèle du 20 mars 1857 relatif aux Asiles d'aliénés stipule que les malades placés dans ces établissements peuvent être visités par leurs parents et amis sur une permission écrite du médecin chef, soumise au visa du directeur. Il a été, à diverses reprises, recommandé aux médecins d'accorder avec la plus grande bienveillance ces permissions. Il leur appartient, toutefois, de décider si des raisons médicales ne commandent pas leur rejet. Chaque cas constitue donc un cas d'espèce que le médecin traitant est seul compétent pour résoudre.

(*J. O.*, 13 janvier 1937.)

Zona et varicelle

Deux observations :

Un enfant de 4 ans est en invasion de varicelle le 1er janvier 1937. Le 10, sa mère présente un zona thoracique.

Dans la même famille, il y a deux ans, une personne fut atteinte de zona thoracique dans la quinzaine qui suivit l'éruption varicellique de ses trois enfants.

Docteur Haméon (Meknès).

CORRESPONDANCE

ACCIDENTS

11.277. — Fixation de la date de consolidation d'un accident du travail

J'ai l'honneur de vous prier de bien vouloir me faire connaître si un ouvrier (qui, dans le cas présent, eut une fracture du scaphoïde du pied), à qui a été délivré, en même temps que son billet de reprise du travail, une proposition d'incapacité permanente partielle et qui a travaillé ensuite pendant un mois au même chantier, peut arguer de douleurs croissantes au foyer de fracture et dans les tissus voisins, pour demander au médecin traitant un certificat de rechute avec, à nouveau, arrêt de travail.

La consolidation (même si le blessé n'est pas encore passé en justice), ne constitue-t-elle pas un fait qui interdit la rechute, mais permet, par contre, à l'ouvrier, lors de son passage devant le Juge de paix, de demander un taux d'incapacité supérieur à ce qui avait été prévu ?

Dr L.

Réponse

D'après l'article 15 de la loi du 9 avril 1898, la victime d'un accident du travail est consolidée au jour où elle se trouve soit complètement guérie soit définitivement atteinte d'une incapacité permanente partielle ou totale.

Mais il résulte de la jurisprudence qu'il n'y a consolidation au sens de l'article précité que lorsque l'accidenté ne ressent plus aucun symptôme qui appelle des soins médicaux ou autres et que rien ne peut plus être fait ou tenté qui puisse modifier son état. On doit tenir compte non pas d'une consolidation apparente, même constatée de façon prématurée par des certificats médicaux suivie d'une reprise du travail, mais de la consolidation réelle et définitive (Cour de Dijon, 15 juin 1936. *Gaz. du Palais,* 31 juillet 1936).

Tout récemment encore la Cour de cassation, par un arrêt en date du 19 octobre 1936 (*Dalloz hebd.*, 1936, p. 569), a reconnu qu'il ne suffit pas que la victime se reconnaisse guérie et reprenne son travail pour perdre tous droits à des indemnités que la loi ne permet pas de lui accorder sur une instance en révision ; il faut encore, dit la Cour, que la victime ait été reconnue telle et le seul fait que le travail ait été possible et effectif ne saurait à lui seul fixer d'une manière définitive et irrévocable, la date de la cessation de l'indemnité temporaire. Par suite, doit être cassé le jugement déboutant de sa demande de nouvelle indemnité temporaire, l'ouvrier qui, se croyant guéri, aurait repris le travail, pour le motif que, dans ces circonstances, la victime ne

peut, en cas de rechute, qu'introduire une action en révision.

Si donc il est exact de dire qu'à compter de la consolidation, le chef d'entreprise n'est plus tenu de prendre à sa charge les frais médicaux nécessités par l'état de l'accidenté, il faut bien se rappeler que la date de la consolidation ne saurait être fixée de manière immuable par le seul fait de la délivrance d'un certificat suivi de reprise du travail.

Si ce certificat et cette reprise ont été faits de manière prématurée, l'accidenté n'est pas déchu pour cela de ses droits et peut demander la prolongation de la période d'indemnité temporaire en poursuivant le chef d'entreprise responsable ou son Assurance substituée devant le Tribunal de paix de l'accident.

En l'espèce, il est probable que l'état de l'ouvrier n'est nullement la conséquence d'une rechute et qu'il provient bien plutôt de l'évolution de l'accident primitif qui n'était pas encore consolidé.

Dans ces conditions, il y a donc lieu pour lui de fonder ses prétentions non pas sur l'article 19 de la loi de 1898 prévoyant l'action en révision pour cause d'aggravation, mais sur les articles 4 et 15 relatifs à l'indemnité temporaire.

Il est fort probable qu'avec la jurisprudence actuelle, il obtiendra gain de cause sur ce terrain.

11.010. — Le tarif des accidents du travail prévu par une assurance individuelle n'est pas opposable au médecin traitant de l'assuré.

J'ai soigné un boucher (patron) pour une blessure. A la fin des soins, j'ai reçu la somme de 150 francs (six consultations à 25 francs), et lui ai délivré un reçu. Or, son Assurance ne veut pas lui régler mes consultations à 25 francs sous prétexte que c'est un accident du travail et d'après l'Assurance, le médecin n'aurait droit qu'à 15 francs par consultation.

Il me semble que la loi sur les accidents du travail ne concerne que les ouvriers assurés et non pas les patrons ?

Ai-je raison ? Ai-je tort ? Dr T.

Réponse

La législation sur les accidents du travail ne s'applique qu'aux ouvriers et employés du commerce, de l'industrie et de l'agriculture et aux domestiques attachés à la personne.

Seuls, les patrons agriculteurs peuvent sous certaines réserves adhérer à la loi pour eux-mêmes et pour les membres de leur famille.

Mais il n'existe aucune faculté de ce genre pour les patrons commerçants ou industriels.

Il convient même de remarquer que lorsqu'il s'agit d'un ouvrier victime d'un accident du travail le médecin traitant n'est nullement tenu

de limiter ses honoraires à ceux qui sont prévus par le tarif.

Le tarif ne concerne en effet que la part des honoraires du médecin traitant qui doit être supportée par le patron responsable, le médecin restant libre de demander au blessé, lui-même, le complément de ses honoraires.

Dans l'affaire que vous nous soumettez, il existe entre votre client et vous des rapports de pur droit commun. C'est donc à juste titre que vous lui avez réclamé vos honoraires sur la base de votre tarif ordinaire et que vous lui avez ensuite remis un reçu pour lui permettre de faire valoir ses droits à remboursement auprès de l'Assurance.

Il se peut qu'en vertu des stipulations de la police individuelle de droit commun dont bénéficie votre client la Compagnie d'assurances ne soit tenue de supporter les honoraires médicaux que d'après le tarif des accidents du travail.

Dans ce cas, la Compagnie ne peut être obligée de rembourser à votre client plus que ce à quoi elle est tenue en vertu de son contrat et en définitive, c'est à votre client qu'il appartient de supporter de sa poche la différence.

Mais encore une fois vous n'avez personnellement aucune obligation de vous contenter du tarif de remboursement prévu par la police qui est restée pour vous *res inter alios acta*.

11.005. — Rechute après consolidation

Un blessé a repris son travail muni d'un certificat de guérison ne comportant aucune incapacité permanente. Actuellement à la suite d'une complication tardive de sa blessure, ce blessé aurait besoin d'une intervention chirurgicale. Que doit-il faire ? Que devra contenir le certificat que je devrais lui fournir?

Dr B.

Réponse

D'après la jurisprudence, il faut entendre, sous le terme « consolidation », prévu par l'art. 15 de la loi du 9 avril 1898, le moment où l'état du blessé est définitivement fixé, c'est-à-dire lorsque l'accidenté ne ressent plus aucun symptôme qui appelle des soins médicaux ou autres et que rien ne peut plus être fait ou tenté qui puisse modifier son état ; on doit tenir compte, non pas d'une consolidation apparente, même constatée de manière prématurée par des certificats médicaux et suivie d'une reprise effective du travail, mais bien de la consolidation réelle et définitive (voir notamment : Cour de Dijon, 3 juin 1936; *Gaz. Pal.*, 31 juillet 1936). Si donc la guérison de votre malade n'a été qu'apparente et si la reprise du travail a eu lieu alors que des soins étaient encore utiles, l'intéressé serait fondé à demander la prolongation de la période d'incapacité temporaire et le recul de la date de consoli-

dation jusqu'à l'intervention chirurgicale qui s'avère nécessaire à l'heure actuelle. Au cas où l'Assurance ou le chef d'entreprise responsable refuserait de donner satisfaction à cette réclamation, le blessé devrait les poursuivre devant le Tribunal de Paix du lieu de l'accident en paiement de l'indemnité temporaire et des frais médicaux durant cette période de prolongation.

Même à supposer que la consolidation ait été définitivement acquise et qu'il s'agisse à l'heure actuelle, d'une rechute de l'état primitif, il ne s'ensuivrait pas forcément, pour cela, que l'accidenté serait déchu de tout droit aux prestations temporaires durant cette nouvelle incapacité. Certes, jusqu'à présent, la jurisprudence interprétait de manière très restrictive, l'article 19 de la loi du 9 avril 1898 qui ouvre, pendant trois années, à la victime d'un accident, le droit de demander la révision de ses indemnités en cas d'aggravation de l'infirmité. La jurisprudence prétendait, en effet, que cet article n'avait entendu viser que les rentes allouées ou à allouer; qu'il ne s'appliquait pas à l'indemnité journalière ou aux frais médicaux faits à l'occasion de cette aggravation. Mais un revirement s'est produit ainsi qu'il résulte d'un arrêt de la Cour d'appel de Caen en date du 23 mai 1935 (D. H., 1935-483) qui a décidé que « l'indemnité prévue par l'art. 19 et dont l'ouvrier peut, en cas d'aggravation, demander la révision, comprend, tout à la fois, la rente, l'indemnité de demi-salaire et le remboursement des frais médicaux. Il y aurait donc lieu de conseiller, dans ce cas encore à l'accidenté de poursuivre l'Assurance ou le chef d'entreprise responsable afin d'obtenir l'allocation des indemnités temporaires durant la période de rechute.

11.464. — Accouchement consécutif à un accident du travail

Au cours de son travail, Mme D..., femme de ménage, enceinte de six mois, tombe et descend plusieurs marches sur les fesses et la région lombaire qui sont contusionnées. Le lendemain soir, elle accouche prématurément alors qu'aucune cause générale ni locale n'explique cet accouchement prématuré.

La Compagnie d'assurances, avertie de l'accident, admet la relation de cause à effet, entre l'accident et l'accouchement prématuré, et son représentant me dit par téléphone que je peux donner les soins à la mère et à l'enfant aux frais de la Compagnie.

L'enfant meurt après neuf jours et la mère boîte pendant trois mois à cause de varices douloureuses. C'est après les trois mois seulement qu'elle peut reprendre son travail. Mais la Compagnie n'accepte pas de payer le demi-salaire pendant ce temps, d'où tribunaux.... et le jugement refuse à la femme de

ménage tout, sauf les soins pour la contusion lombaire elle-même !

Les frais d'accouchement et de soins à l'enfant sont donc à la charge de cette femme. Ils se montent à 800 francs. Pensez-vous que ces frais doivent être payés par l'Assurance, autrement dit que l'accouchement prématuré peut être considéré comme complication de l'accident ?

Dr D.

Réponse

D'après la jurisprudence, il ne doit pas être tenu compte de l'état antérieur du blessé pour l'allocation des indemnités prévues par la législation sur les accidents du travail.

Quand bien même les conséquences du traumatisme auraient été aggravées ou n'auraient même été rendues possibles que par l'état antérieur du blessé, toutes ces conséquences doivent être considérées comme une suite de l'accident du travail et indemnisées comme telles, à la seule condition que la relation de cause à effet entre le traumatisme et les lésions soit établie.

Il n'est pas douteux qu'en l'espèce le traumatisme a eu pour conséquence d'entraîner un accouchement prématuré et normalement votre cliente aurait dû avoir droit au paiement de son demi-salaire et des frais médicaux et pharmaceutiques jusqu'à la date effective de la reprise de son travail et sans qu'il y ait lieu de faire une distinction entre les différents soins qu'elle a reçus.

Mais, dites-vous, un jugement a déjà été rendu qui n'a admis l'accident du travail que dans ses conséquences immédiates et directes.

Si ce jugement est aujourd'hui définitif il s'impose d'une façon absolue à la blessée ainsi qu'à vous-même et vous ne pouvez exiger le paiement des honoraires d'accouchement par la Compagnie d'assurances.

Votre seule ressource est de vous faire payer par la blessée elle-même, si elle est solvable, suivant votre tarif de droit commun.

ASSURANCES SOCIALES

10.899. — Admission au bénéfice de l'assurance-invalidité

1° Sous quelle forme réglementaire ou légale, un assuré social doit-il être averti de la décision du médecin contrôleur d'une Caisse en ce qui concerne l'attribution ou le rejet d'une pension d'invalidité ?

2° L'assuré en instance d'invalidité continue-t-il à avoir droit aux prestations médico-pharmaceutiques jusqu'à décision d'attribution ou de rejet de pension ;

3° Quelles sont les voies de recours contre la déci-

sion d'un médecin-contrôleur ne concluant pas à un taux de 66 % suffisant pour avoir droit à pension ?

Dr B.

Réponse

Il n'appartient pas au médecin-contrôleur de la Caisse primaire d'un assuré social de prendre une décision définitive en ce qui concerne le taux d'invalidité de cet assuré. Certes, la demande de pension d'invalidité doit être adressée à la Caisse primaire d'assurance-maladie qui est chargée de constituer le dossier de l'assuré, mais ce dossier doit être ensuite transmis par cette dernière à la Caisse régionale d'invalidité à laquelle il appartient de statuer en définitive sur le cas de l'intéressé. Cette transmission doit avoir lieu, d'après l'art. 30, parag. 1er du règlement d'administration publique du 19 mars 1936, dans le délai d'un mois à compter de la réception du dossier par la Caisse-maladie. Dès réception de l'avis du médecin-contrôleur ou éventuellement de l'expert nommé par elle pour examiner l'intéressé, la Caisse d'invalidité statue sur la suite à réserver à la demande du requérant. Elle doit le faire dans un délai d'un mois à compter de la date à laquelle la demande a été transmise, conformément à l'art. 32 du règlement d'administration publique. Elle notifie ensuite sa décision, par lettre recommandée, avec avis de réception, à l'intéressé qui peut à ce moment contester cette décision devant la Commission technique régionale prévue par l'art. 10, paragr. 3 du décret-loi du 28 octobre 1935. L'assuré dispose pour ce faire, d'un délai de quinze jours, à compter de la notification de la décision de la Caisse-invalidité (art. 35 du règlement d'administration publique). Les conditions dans lesquelles la Commission technique régionale fonctionne sont réglées par un arrêté ministériel du 29 mai 1936. Elle est saisie par lettre recommandée avec demande d'avis de réception adressée au secrétariat de la Commission. Cette lettre doit indiquer le nom et l'adresse de l'assuré intéressé, la Caisse d'assurance-invalidité à laquelle il appartient et le médecin désigné par la partie requérante pour la représenter. Cette Commission comprend un médecin-président désigné par le premier président de la Cour d'appel sur une liste de médecins-experts ou une liste établie par le Syndicat ou l'Association professionnelle des médecins de la région, un médecin désigné par la Caisse d'assurance-invalidité, un médecin désigné par l'Union régionale des Caisses primaires d'assurance-maladie et enfin, un médecin désigné par l'assuré. La Commission compétente *ratione loci*, est celle dans la circonscription de laquelle a son siège la Caisse-maladie qui a eu la charge des prestations pendant les six premiers mois de l'incapacité de travail.

Le secrétaire de la Commission technique notifie dans les cinq jours sa décision aux parties intéressées, par lettre recommandée avec avis de réception. Cette décision devient définitive si, dans un délai de quinze jours à compter de la réception de la notification qui en a été faite, il n'a pas été fait appel devant la Section permanente du Conseil supérieur des Assurances sociales. Si, d'autre part, la partie perdante refuse de se conformer à cette décision, l'autre partie est fondée à la poursuivre devant la Commission d'arrondissement par lettre recommandée adressée au président de cette Commission dans un délai de dix jours à compter de la date de la réception de la notification de refus.

La pension d'invalidité ne prend effet, en vertu de l'art. 10, paragr. 1er du décret-loi du 28 octobre 1935, qu'à compter du premier jour du mois suivant celui au cours duquel la demande a été présentée. Par conséquent, si cette demande est faite dès l'expiration du délai de six mois et avant le premier jour du mois suivant, l'assuré passe immédiatement du régime de l'assurance-maladie au régime de l'assurance-invalidité. Conformément à ce régime, il est fondé à prétendre au versement des prestations en nature de l'assurance-maladie pendant les cinq premières années de l'invalidité. Il importe peu que les formalités d'instruction de sa demande de pension retardent pendant un mois ou deux la décision définitive à ce sujet ; du moment que cette décision lui donne gain de cause, ses droits prennent effet de manière rétroactive conformément à l'art. 10, parag. 1er précité.

Nous vous rappelons d'autre part qu'en vertu de l'art. 33 du règlement d'administration publique du 19 mars 1936, lorsqu'à la fin du délai de six mois visé à l'art. 10, parag. 1er du décret-loi, l'assuré reste atteint d'une affection ou d'une infirmité ne réduisant pas au moins des deux tiers sa capacité de travail, mais laissant présager une invalidité future, l'Union régionale et les Caisses d'assurances-invalidité peuvent s'entendre pour accorder à titre de soins préventifs les prestations en nature pendant un délai de six mois en suspendant pendant le même délai, la décision relative à l'attribution de la pension. Cette mesure peut être exceptionnellement renouvelée pour un nouveau délai de six mois au maximum. La pension à servir à l'assuré dont l'incapacité au cours du délai accordé devient au moins égale aux deux tiers, ne prend alors effet qu'à partir du premier jour du mois qui suit la date où cette condition se trouve remplie.

Enfin, l'assuré social dont l'invalidité serait inférieure à 66 % et dont les droits aux prestations-maladie seraient expirés en vertu de l'application du délai de six mois, pourrait prétendre au versement des prestations spéciales prévues par l'art. 6, parag. 15 du décret-loi du 28 octobre

1935. En effet, en vertu de cet article, l'assuré ou l'ayant droit dont l'état nécessite des soins préventifs ou qui est atteint d'une maladie ne comportant pas cessation du travail, reçoit, s'il y a lieu, pendant une durée de deux ans, au plus, les prestations spéciales dont le montant maximum et les conditions d'attribution sont fixés par le règlement intérieur de la Caisse.

10.956. — Recours de la Caisse d'Assurances sociales contre l'auteur d'un accident survenu à l'assuré

Une de mes clientes, il y a environ cinq mois, s'est fracturé la cuisse à la suite d'un accident d'auto. Cette auto était conduite par son fils (qui a son permis de conduire), mais appartient à sa fille qui n'était assurée que pour les accidents causés au tiers ; par conséquent, l'assurance-auto ne marche pas.

Mais ma cliente fait partie des Assurances sociales comme salariée de sa fille, qui est institutrice. Jusqu'ici elle a touché des Assurances sociales (frais de clinique, indemnité journalière, etc.). Or, ces jours-ci son fils a reçu des Assurances sociales, une lettre lui disant d'avoir à rembourser tout ce qu'on avait versé à sa mère. Est-ce légal ? Soyez assez aimable de vouloir bien me renseigner à ce sujet.

Dr G.

Réponse

La demande de la Caisse d'assurances sociales est conforme au paragraphe 3 de l'art. 25 du décret-loi du 28 octobre 1935. En effet, aux termes de cette disposition, lorsque, sans rentrer dans les cas régis par les dispositions législatives applicables aux accidents du travail, l'accident ou la blessure dont l'assuré est victime est imputable à un tiers, les Caisses d'assurances sociales sont subrogées de plein droit à l'intéressé ou à ses ayants droit dans leur action contre le tiers responsable, pour le remboursement des dépenses que leur occasionne l'accident ou la blessure.

Le seul point qui puisse donner lieu à contestation est celui de savoir si le fils de la victime est responsable de l'accident ou bien si cette responsabilité n'incombe pas à sa fille, propriétaire de la voiture, ou enfin si, en raison des circonstances de l'accident, la responsabilité de l'un ou de l'autre peut être engagée. Mais, sous cette réserve, la Caisse d'assurances sociales est fondée à exercer une action en remboursement des prestations qu'elle a fournies à la victime.

10.524. — Application de l'assurance-décès

Un assuré social a-t-il droit à une indemnité en cas de décès de sa femme non-salariée.

Dr L.

Réponse

Si la femme de l'assuré social en question n'était pas, elle-même, assujettie obligatoire au régime des Assurances sociales et ne faisait pas partie de l'assurance spéciale des femmes d'assurés, son mari ne saurait prétendre à aucune indemnité, au titre de cette législation, à l'occasion de ce décès. En effet, en vertu de l'art. 13 du décret-loi du 28 octobre 1935 l'assurance-décès garantit aux ayants droit de l'assuré, le paiement d'un capital au décès de ce dernier ; il s'agit donc là d'une prestation exclusivement réservée aux ayants droit de l'assuré et versée uniquement en cas de décès de celui-ci.

11.293. — Admission au bénéfice de l'assurance-maladie

Mlle J. C..., assurée sociale depuis le début a payé ses cotisations en 1932-33 et 34 d'une façon complète. Le premier trimestre 1935, son versement est de 30 francs. Elle cesse le travail les deuxième, troisième et quatrième trimestres pour soigner sa mère.

Après le décès de celle-ci, elle reprend le travail le 1er février 1936. Son versement pour le premier trimestre 1936 est de 24 fr. 50. Le 7 avril, elle fait une hémoptysie, huit jours plus tard après examens et consultation : pneumothorax. La contre-visite de la Caisse admet son arrêt travail. Elle touche ses indemnités pendant six mois. Le 7 octobre, je fais une demande d'invalidité de plus de 66 %, admise dans le courant d'octobre par le contrôleur de la Caisse.

Cependant la semaine dernière, la Caisse lui fait savoir qu'elle cesse ses versements, et demande le remboursement des sommes allouées depuis le 7 octobre. Les cotisations avant la maladie sont insuffisantes pour obtenir les primes d'invalidité. Est-ce régulier ?

Il me semble anormal que les versements étaient suffisants pour obtenir six mois de traitement, mais insuffisants pour l'invalidité.

En cas où ma cliente aurait des droits, auprès de qui peut-elle les faire valoir et quelle procédure doit-elle engager ?

Dr F.

Réponse

D'après l'article 7 du décret-loi du 28 octobre 1935 instituant le nouveau régime des Assurances sociales, qui est applicable à toute maladie dont la première constatation médicale est postérieure au 1er avril 1936, « pour avoir droit ou ouvrir droit aux prestations en nature et en espèces de l'assurance-maladie, l'assuré devra avoir subi par précompte sur son salaire une retenue au moins égale à 30 francs pendant les deux derniers trimestres civils précédant celui de la ma-

ladie, ou une retenue de 60 francs au moins pendant les quatre derniers trimestres civils précédant ». « Toutefois pour les maladies et accidents survenus au cours du premier mois de chaque trimestre, les périodes de référence à considérer sont celles antérieures au trimestre civil précédant celui de la maladie. »

Puisqu'en l'espèce le début de la maladie de votre cliente date du 7 avril, les périodes de référence à considérer, pour les prestations de l'assurance-maladie, sont soit les quatrième et troisième trimestres de 1935, soit les quatre trimestres de 1935. Or, durant l'une ou l'autre de ces deux périodes, votre cliente n'a pas rempli les conditions de versement exigées par la loi (aucune cotisation pendant les deux derniers trimestres de 1935 — retenue totale de 30 francs et non 60 pendant l'année 1935). Dans ces conditions, elle n'avait pas droit aux prestations maladie.

Elle ne peut no 1 plus prétendre aux prestations de l'assurance-invalidité, car il est nécessaire pour cela que l'intéressé ait subi par pré... pte sur son salaire une retenue au moins égale à 60 francs durant chacune des deux années précédant le début du trimestre civil au cours duquel est survenu la maladie (art. 10, § 4). Or, en l'espèce, la retenue n'a été que de 24 fr. 50 durant la première de ces deux années. Le refus que lui oppose la Caisse d'assurances sociales est donc juridiquement fondé.

QUESTIONS DIVERSES

439. — Assujettissement aux allocations familiales

Les médecins sont-ils astreints à la loi du 11 mars 1932 sur les allocations familiales.

Notre Syndicat nous a fait adhérer à la Caisse de compensation pour les allocations familiales.

Or, on me dit que cette affiliation est abusive étant donné que ma domestique, sauf le fait d'ouvrir la porte aux clients, ne m'aide nullement dans ma profession.

Dans ma déclaration d'impôt je porte le tiers de ses gages aux dépenses professionnelle.

Cette adhésion à la Caisse de compensation outre un versement (impôt supplémentaire qui n'est pas négligeable), impose l'envoi tous les mois d'un bordereau de décompte que j'oublie fréquemment.

Si mon inscription est abusive que dois-je faire pour me dégager ?

J'ai de nombreux confrères qui ne se sont pas inscrits et auxquels on ne demande rien.

Dr M.

Réponse

Il est exact qu'à l'heure actuelle la loi du 11 mars 1932 sur les allocations familiales n'est pas applicable aux domestiques et gens de maisons, alors qu'elle l'est pour les employés des professions médicales depuis le 1er janvier 1935.

Lorsqu'il s'agit d'employés mixtes, c'est-à-dire utilisés à la fois pour le service de maison et le service de la profession, il y a lieu d'adopter la solution préconisée par la réponse ministérielle n° 2.921 parue au *Journal officiel* du 25 janvier 1935, d'après laquelle « le médecin n'est assujetti à la loi du 11 mars 1932 pour la domestique qu'il emploie que si celle-ci consacre la majeure partie de son activité au service professionnel ».

Puisqu'il n'en est pas ainsi en l'espèce, ainsi que le prouve la pro-ortion pour laquelle vous comptez les frais de cette domestique dans vos dépenses professionnelles, vous n'aviez nullement à vous affilier à une Caisse de compensation, et les cotisations versées par vous jusqu'à présent l'ont été sans cause, puisque votre employée n'aurait pu bénéficier de ces allocations. Dans ces conditions vous êtes en droit, non seulement de cesser de cotiser pour l'avenir, mais encore de demander le remboursement de ce que vous avez versé depuis cette affiliation. Il vous suffira pour cela d'écrire par lettre recommandée à la Caisse où vous êtes inscrit en exposant les faits.

---

325. — Admission au bénéfice de l'assistance aux familles nombreuses

Un homme ouvrier ne possédant d'autres ressources que son gain journalier, et dont la femme est internée, père de trois enfants, dont deux en bas-âge, doit-il être considéré comme veuf et a-t-il droit à une allocation pour ses deux enfants en bas-âge, au titre famille nombreuse. Je sais que, normalement, cette allocation n'est versée que pour le troisième enfant.

Dr M.

Réponse

L'article 2, § 3 de la loi du 14 juillet 1913 sur l'assistance aux familles nombreuses dispose que si les enfants restent à la charge du père par suite de la mort de la mère, de sa disparition, de l'abandon par elle de sa famille ou de toute autre cause, l'assistance est donnée pour chaque enfant de moins de treize ans au delà du deuxième enfant de moins de treize ans.

Il est évident que l'internement de la mère doit être considéré comme une des autres causes donnant lieu à l'application de cette disposition. L'ouvrier dont il s'agit aurait donc droit aux allocations.

LE CONCOURS MÉDICAL

SUPPLÉMENT DOCUMENTAIRE
" L'Officiel Médical "
Médecine sociale - Législation - Décrets - Règlements
Pièces officielles - Tarifs, etc.

SOMMAIRE

Assistance Sociale

I

Circulaire du 11 Décembre 1936 relative à la protection de l'enfance déficiente

La Sous-Secrétaire d'Etat à la protection de l'enfance à MM. les préfets.

Nous avons l'honneur de porter à votre connaissance qu'une commission a été récemment constituée, au sous-secrétariat de la Protection de l'enfance, en vue d'étudier, dans son ensemble, le problème de l'éducation, de l'assistance et du reclassement social de l'enfance déficiente.

Dans notre pensée, le rôle d'un tel organisme ne doit pas être limité à la constatation des difficultés, sans doute nombreuses, qui ont pu se révéler déjà lors des études précédemment engagées. Ses délibérations doident aboutir à l'élaboration du texte d'ensemble qui fait encore défaut, sur ce point, à notre législation sociale.

Nous ne pensons pas qu'il soit nécessaire d'appeler votre attention sur la gravité de ce problème et sur l'impérieuse et urgente nécessité de l'effort que nous désirons entreprendre, mais nous tenons à insister sur ce fait que, pour mener à bien une telle tâche, il importe que nous puissions compter sur la collaboration effective des administrations locales.

Tout en poursuivant l'étude de la législation et de la réglementation existantes, en vue de rechercher les points sur lesquels l'une et l'autre doivent être modifiées ou complétées, la Commission a décidé de procéder à une enquête permettant d'apprécier le nombre des enfants déficients de l'intelligence et du caractère en France.

Il serait illusoire de croire qu'un tel recensement pourrait être poursuivi dans l'ensemble de notre territoire.

Aussi la Commission entend-elle le limiter

à certaines régions judicieusement choisies, de manière à représenter, dans l'ensemble, les divers types de la population française.

Dans chaque région l'enquête s'effectuera dans plusieurs zones rurales et urbaines, de population déterminée. Il sera confié à des équipes locales comprenant un médecin spécialiste, un pédagogue également averti des questions touchant l'enfance anormale et une assistance sociale remplissant les fonctions de secrétaire.

Ces équipes locales seront complétées par une équipe volante qui accomplira le même travail de statistique dans des régions où il n'aura pas été possible de s'assurer le concours d'un médecin spécialisé.

Nous désirons laisser à la Commission l'entière responsabilité du choix des régions et aussi des enquêteurs. Cette centralisation est indispensable si l'on veut obtenir la certitude que le recensement s'effectuera avec une unité de vues absolue et selon une méthode strictement uniforme.

Déjà la Commission est entrée en relations avec un certain nombre de médecins, appartenant pour la plupart au cadre des asiles publics d'aliénés, pour leur demander leur collaboration. Dès que celle-ci sera acquise, nous inviterons ces chefs d'équipes locales à se mettre en rapport avec ceux d'entre vous dont les départements sont compris dans les régions choisies.

Vous voudrez bien alors mettre à leur disposition, d'une part, les diverses statistiques qui auraient pu être établies dans votre département, au cas où un dépistage des enfants déficients y aurait été déjà effectué, d'autre part, les statistiques les plus récentes de la population globale, pour leur permettre de proposer à la Commission des zones de recensement délimitées.

Lorsque l'accord sera établi sur ce point, il vous appartiendra de faciliter la tâche des équipes locales, et éventuellement de l'équipe volante, par tous les moyens en votre pouvoir. L'enquête s'effectuera ainsi, parmi les enfants des écoles publiques, si possible parmi ceux des écoles privées, et même parmi les enfants qui échappent à l'obligation scolaire, au moyen des renseignements que pourront fournir les bureaux de bienfaisance et les maires.

Il est bien évident qu'en ce qui concerne la collaboration des maîtres et maîtresses de l'enseignement primaire, comme aussi l'entrée des équipes de dépistage dans les écoles, toutes instructions vous seront ultérieurement adressées.

Il semble que, par cette méthode, la Commission pourra établir, à défaut du nombre global des enfants déficients, du moins des pourcentages moyens suffisamment exacts. C'est d'ailleurs par un procédé analogue que cette statistique a été poursuivie, avec d'heureux résultats, dans certains pays étrangers et notamment en Angleterre.

Il restera, toutefois, à déterminer le nombre des enfants qui sont actuellement placés dans des établissements spécialisés.

Il n'est pas nécessaire, pour communiquer ce renseignement à la Commission, d'attendre que les équipes de recensement aient commencé leur travail.

Nous vous adressons donc ci-joint un questionnaire que vous voudrez bien communiquer à tous les établissements publics ou privés de votre département, y compris les classes et internats de perfectionnement, qui reçoivent des enfants déficients, qu'il s'agisse d'infirmes physiques ou sensoriels, de débiles mentaux où d'enfants atteints de troubles du caractère. Vous voudrez bien inviter les directions de ces établissements à remplir ce questionnaire avec le plus grand soin, en s'abstenant d'y faire figurer les hospitalisés majeurs qui pourraient éventuellement s'y trouver.

Vos services centraliseront ces réponses et nous les feront parvenir, aussitôt que possible, sous le timbre du sous-secrétariat d'Etat de la Protection de l'enfance.

Enfin, nous devons vous signaler que, suivant les renseignements qui nous sont parvenus, certains organismes privés poursuivent actuellement des enquêtes ou des dépistages dans diverses régions. Dans plusieurs départements, ils auraient même demandé communication des noms et adresses des enfants susceptibles de bénéficier d'un traitement médico-pédagogique.

Il ne vous échappera pas que de telles initiatives, même si elles se réclament d'un patronage officiel local, risqueraient de nuire gravement à l'enquête officielle qui va être poursuivie. Vous auriez donc à opposer un refus formel aux démarches qui pourraient être faites auprès de vous, dans ce sens.

Le Président du Conseil,
Léon Blum.

Le Ministre de l'Education nationale,
Jean Zay.

Le Ministre de la Santé publique,
Henri Sellier.

La Sous-Secrétaire d'Etat à la Protection de l'enfance
Suzanne Lacore.

(*J. O.*, 13 décembre 1936).

II

Circulaire du 24 novembre 1936 concernant la coordination des Services et Institutions d'Hygiène et d'Assistance sociales. (Troisième circulaire)

Le Ministre de la Santé publique et la Sous-Secrétaire d'Etat à la Protection de l'enfance à MM. les préfets.

Un certain nombre de préfets nous ont fait part des difficultés que comportait dans leur département l'application des circulaires antérieures relatives à la coordination des institutions publiques et privées d'hygiène et d'assistance sociales.

Malgré les précisions apportées dans la circulaire du 26 septembre 1936, il semble qu'une certaine confusion ait persisté en ce qui concerne la distinction très nette à établir, d'une part, entre « l'Union départementale des institutions privées de protection de la santé publique et d'assistance sociale » et « le Comité départemental de coordination sanitaire et sociale », d'autre part, en ce qui concerne le rôle dévolu aux organismes d'action et la mission du « Comité de coordination » qui doit rester exclusive de toute participation directe à la protection sanitaire et à la prophylaxie.

C'est la raison pour laquelle il nous semble indispensable d'apporter à cet égard de nouvelles précisions.

L'Union départementale des institutions privées a pour objet d'instituer entre les différentes associations qui, dans les limites d'un département, participent à la protection sanitaire et sociale, un lien matériel et moral permettant entre elles un échange de vues et les habilitant à exercer dans une certaine mesure un contrôle permanent sur les œuvres pseudo-philanthropiques, dont la malfaisance a été maintes fois dénoncée.

L'Union départementale des institutions privées ne possède aucune attribution officielle que son rôle de surveillance vis-à-vis des exploiteurs de la philantropie. Elle a par ailleurs pour mission de formuler à l'Administration préfectorale des propositions dont il appartient à celle-ci de tenir le compte qu'elle juge utile, dans toutes les questions qui intéressent dans leur ensemble l'action des organismes privés.

Etant données les controverses qui ont surgi dans certains départements sur le mode de constitution et l'importance à attribuer à l'intervention de l'Union départementale des institutions privées, j'ai cru devoir établir pour ces organisations des statuts-types dont vous trouverez ci-joint le modèle.

Il va sans dire que ces statuts ne constituent pas une formule *ne varietur* et que vous aurez à les adapter à la situation locale.

J'ajoute qu'un règlement intérieur élaboré par l'Union elle-même pourra compléter, sur certains points, l'insuffisance d'un document réglementaire qui a obligatoirement un caractère très général.

Le Comité de coordination, au contraire de l'Union des institutions privées, constitue un organisme pourvu d'attributions réglementaires et forme un véritable Conseil administratif obligatoirement consulté dans toutes les questions qui concernent l'organisation de la protection sanitaire et particulièrement l'attribution des subventions.

L'importance et la permanence de son rôle ont d'ailleurs amené à considérer qu'il devait déléguer la partie essentielle de sa mission à une « section permanente » dont la composition a été précisée par notre circulaire du 26 septembre 1936.

Dans certains départements des difficultés ont été soulevées à propos de la représentation des œuvres privées au sein du Comité de coordination. Divers préfets ont signalé que des groupement à tendance confessionnelle constituant la majorité au sein des unions d'œuvres, prétendaient obtenir la totalité de la représentation des institutions privées au sein du dit comité.

Je rappelle à cet égard qu'aucune considération d'origine politique ou confessionnelle ne saurait influencer le choix des préfets en ce qui concerne la désignation des représentants des œuvres privées au sein du Comité de coordination. Seules des préoccupations d'ordre technique touchant à la perfection d'organisation des œuvres intéressées et à leur action effective sur la protection de la santé publique, peuvent utilement entrer en ligne de compte.

Ce point de vue exige que partout où les circonstances le permettront, la représentation des œuvres privées ne soit pas attribuée *in globo* à l'ensemble des institutions de protection sanitaire, mais divisée en autant de compartiments que peut le comporter la spécialisation des institutions en cause dans leur champ d'action.

Cette notion est d'autant plus désirable que l'objet du Comité de coordination est d'harmoniser l'ensemble des efforts publics et privés, et qu'il ne pourra aboutir à ce résultat

que si les représentants des différentes spécialités en présence siègent dans son sein.

Vous devez tenir évidemment le plus grand compte des propositions qui vous seront faites à cet égard par les unions départementales des institutions privées, à qui vous aurez préalablement notifié cette méthode de désignation. Mais si les suggestions qui vous ont été formulées vous paraissent ne satisfaire que d'une façon insuffisance aux principes ci-dessus exposés, vous avez tout latitude pour les corriger dans la mesure où les circonstances vous sembleront l'exiger.

Nous nous permettons d'insister à nouveau très vivement auprès de vous sur l'intérêt que nous attachons à être exactement au courant des conditions dans lesquelles l'application de la présence circulaire et de celles qui l'ont précédée se poursuit dans votre département.

Nous déplorons que certains préfets n'aient pas semblé y attacher une importance suffisante et nous vous verrions dans l'obligation de signaler au ministre de l'Intérieur les défaillances qui apparaîtraient si nos instructions restaient méconnues.

Suzanne LACORE. Henri SELLIER.

Statuts-types des Unions des Institutions privées de protection de la santé publique et d'assistance sociale du département de.....

STATUTS

TITRE Ier

OBJET — DÉNOMINATION — SIÈGE — DURÉE

Art. 1er. — Il est formé entre toutes les institutions, Associations ou Œuvres remplissant les conditions ci-après, et adhérant aux présents statuts, une Union régie par la loi du 1er juillet 1901 et par lesdits statuts.

L'Union a pour dénomination « Union des institutions privées de protection de la santé publique et d'assistance sociale du département de .... ».

Art. 2. — Le siège de l'Union est fixé à.....

Les locaux où est établi ce siège sont choisis par décision du Conseil d'administration.

La durée de l'Union est illimitée.

Art. 3. — Cette Union a pour objet de procéder, en accord avec la réglementation en vigueur concernant la coordination sanitaire et sociale dans le cadre départemental, et en tenant compte du rôle attribué aux Associations privées par cette réglementation :

1° Au recensement et à l'affiliation de toutes les organisations privées susceptibles de faire partie de l'Union telle qu'elle est dénommée à l'article 1er ;

2° D'étudier et de mettre en application les moyens propres à assurer l'adaptation de ces organisations aux décisions prises par le Comité départemental de coordination sanitaire et sociale institué en conformité des décisions du ministre de la Santé publique ;

3° D'établir entre les organisations affiliées à l'Union des liens permanents tant en ce qui concerne leurs rapports avec les pouvoirs publics qu'en vue de la simplifieation et de l'amélioration de leur fonctionnement propre.

Art. 4. — L'Union exclut toute question politique ou confessionnelle dans ses études et ses délibérations.

Elle n'admet et ne maintient parmi ses membres que les organisations ayant pour objet réel et principal, la protection de la santé publique et l'assistance sociale.

Art. 5. — Les moyens d'action de l'Union sont :

a) La création de sections groupant suivant leurs spécialités respectives les organisations adhérentes ;

b) La création de sections groupant ces organisations dans chaque circonscription territoriale (par exemple, canton ou commune, arrondissement ou quartier) ;

c) La création de commissions d'études ;

d) La centralisation de toute la documentation susceptible d'intéresser les organisations adhérentes ;

e) L'organisation de manifestations de nature à faciliter le développement de l'Union (conférences, congrès, tracts, brochures, bulletins d'informations, etc.).

A l'occasion de la mise en œuvre de ces moyens d'action, l'Union pourra faire appel à des conseillers techniques choisis en raison de leur compétence spéciale.

TITRE II

COMPOSITION DE L'UNION — COTISATIONS

Art. 6. — Peuvent seules faire partie de l'union les organisations définies à l'article 4 ci-dessus, légalement constituées et ayant leur siège dans le département de ....

Pour être admises dans l'Union, les organisations postulantes devront adresser au président de l'Union :

1° Une demande écrite accompagnée de toutes pièces justifiant de leur situation légale ;

2° Une déclaration certifiant qu'elles fonctionnent, en fait, en conformité du paragraphe 2 de l'article 4 ci-dessus.

Ces pièces seront soumises au Conseil d'administration de l'Union, qui pourra exiger toute documentation complémentaire.

Le Conseil statuera sur l'admission ou le rejet de la demande. En cas de rejet, la décision est motivée et notifiée à l'association intéressée qui peut faire appel devant l'assemblée générale.

Toute organisation admise à adhérer à l'Union conservera son autonomie et sa complète indépendance.

Art. 7. — Les organisations adhérentes fixent elles-mêmes le montant de leur cotisation. Toutefois, la cotisation minima est fixée à 10 francs. Le maximum de la cotisation est fixé à 1.000 francs.

La cotisation annuelle est due, pour l'année entière, par tout membre admis au cours d'une année.

Art. 8. — Perdent la qualité de membre de l'Union :

1° Les organisations qui donnent leur démission par lettre adressée au président du Conseil d'administration ;

2° Celles dont le Conseil d'administration a prononcé la radiation, soit à défaut du payement d'une cotisation six mois après son échéance, soit pour infraction aux présents statuts ou pour motifs graves. Les représentants de l'organisation intéressée doivent avoir été invités, au moins quinze jours à l'avance, à fournir leurs explications. En cas de radiation, l'organisation exclue peut faire appel devant l'assemblée générale de la décision prise contre elle ;

3° Les organisations qui viennent à être dissoutes ou à transférer leur siège social en dehors du département de ....

TITRE III

Administration

Art. 9. — L'Union est administrée par un Conseil d'administration composé de trente membres élus au scrutin secret pour trois ans par l'assemblée générale, choisis parmi les membres des organisations adhérentes et régulièrement habilités par celles-ci pour les représenter dans le sein du Conseil d'administration.

Pour être valablement désignés, les membres proposés par les organisations adhérentes doivent être de nationalité française et jouir de leurs droits civils.

Les fonctions d'administrateur sont gratuites.

Le Conseil est renouvelé par tiers chaque année ; la répartition des membres en trois séries, en vue de ce renouvellement, ayant lieu par voie de tirage au sort.

En cas de cessation de fonctions d'un membre du Conseil par décès, démission ou autre cause, il est procédé à son remplacement par la plus prochaine assemblée générale. Le ou les administrateurs ainsi nommés demeurent en fonctions pendant le temps qui restait à courir jusqu'à l'expiration du mandat de leur prédécesseur.

Art. 10. — Le Conseil élit son bureau composé de :

1° Six vice-présidents, appelés à tour de rôle à exercer chacun durant une année les fonctions de président ;

2° Un secrétaire général, un secrétaire général adjoint, un trésorier et un trésorier adjoint choisis pour trois ans et dont les pouvoirs sont renouvelables.

Art. 11. — Le Conseil se réunit au moins une fois tous les deux mois, sur convocation de son président ou de cinq de ses membres, et plus fréquemment si l'intérêt de l'Union l'exige.

La présence de dix au moins des membres du Conseil d'administration est nécessaire pour la validité des délibérations. Celles-ci, pour être valables, doivent être prises à la majorité des membres présents.

Les délibérations sont constatées par des procès-verbaux inscrits sur un registre spécial et signés du président ou de l'un des vice-présidents et du secrétaire général ou du secrétaire général adjoint.

En cas de cessation des fonctions de l'un des membres du bureau, il est pourvu à son remplacement par le Conseil.

Art. 12. — L'Union est représentée en justice et dans tous les actes de la vie civile par le président ou, à défaut, par l'un des vice-présidents à ce spécialement délégué.

Le président ordonnance toutes les dépenses et représente l'Union vis-à-vis des Pouvoirs publics.

Il peut déléguer à l'un des membres du Conseil tout ou partie de ses pouvoirs.

TITRE IV

Assemblées

Art. 13. — L'assemblée générale se compose des représentants de toutes les organisations adhérentes.

Toute organisation peut se faire représenter à l'assemblée générale par deux délégués mandatés régulièrement à cet effet.

Les organisations qui n'auraient aucun délégué présent à l'assemblée, pourront s'y faire représenter par le délégué d'une autre organisation adhérente, muni d'un pouvoir régu-

lier, sans cependant que ce délégué puisse représenter plus de deux organisations autres que celle qu'il représente.

L'assemblée générale se réunit au moins une fois par an, et chaque fois qu'elle est convoquée par le Conseil d'administration, à la demande d'un dixième de ses membres ou de son bureau.

Son ordre du jour est réglé par le Conseil d'administration.

Son bureau est celui du Conseil.

Elle entend les rapports sur la gestion du Conseil d'administration, sur la situation financière et morale de l'Union.

Elle approuve les comptes de l'exercice clos, vote le budget de l'exercice suivant, délibère sur les questions mises à l'ordre du jour et pourvoit au renouvellement des membres du Conseil d'administration.

Le rapport annuel et les comptes sont adressés chaque année à tous les membres de l'Union.

TITRE V

Exercice financier — Ressources de l'Union

Art. 14. — L'exercice financier commence le 1er janvier et finit le 31 décembre de chaque année. Par exception, le premier exercice financier comprendra le temps à courir de la constitution de l'Union au 31 décembre 1937.

Art. 15. — Les ressources annuelles de l'Union se composent :

1° Des cotisations versées par les organisations adhérentes ;

2° Des subventions qui pourront lui être accordées ;

3° Des intérêts et revenus des biens et valeurs qu'elle possède.

TITRE VI

Modification des statuts et dissolution

Art. 16. — Les statuts ne peuvent être modifiés que sur la proposition du Conseil d'administration ou du dixième des membres dont se compose l'assemblée générale, soumise au bureau au moins un mois avant la séance.

L'assemblée doit se composer du quart au moins des membres en exercice. Si cette proportion n'est pas atteinte, l'assemblée est convoquée de nouveau mais à quinze jours au moins d'intervalle, et cette fois elle peut valablement délibérer, quel que soit le nombre des membres présents.

Dans tous les cas, les statuts ne peuvent être modifiés, qu'à la majorité des deux tiers des membres présents.

Art. 17. — L'assemblée générale appelée à se prononcer éventuellement sur la dissolution de l'Union et convoquée spécialement à cet effet, doit comprendre au moins la moitié plus un des membres en exercice.

Si cette proportion n'est pas atteinte, l'assemblée est convoquée de nouveau mais à quinze jours au moins d'intervalle, et cette fois elle peut valablement délibérer quel que soit le nombre des membres présents.

Dans tous le cas, la dissolution ne peut être votée qu'à la majorité des deux tiers des membres présents.

Art. 18. — En cas de dissolution volontaire ou forcée, l'assemblée générale délibérant ainsi qu'il est dit sous l'article 17, désigne un ou plusieurs commissaires chargés de la liquidation des biens de l'Union.

Cette assemblée détermine souverainement les conditions de l'emploi qui sera fait de l'actif net, après payement des charges de l'Union et des frais de sa liquidation.

L'actif net de l'Union ne peut faire l'objet d'une répartition entre ses membres.

Art. 19. — Un règlement intérieur fixera les conditions et les détails d'application des présents statuts.

(*J. O.*, 25 novembre 1936.)

Asiles publics d'aliénés

Décret du 3 novembre 1936 modifiant le décret du 3 janvier 1922 relatif au recrutement des médecins des établissements publics d'aliénés

Art. 1er. — L'article 18 du décret du 3 janvier 1922 est modifié ainsi qu'il suit :

Intercaler entre le quatrième et le cinquième paragraphe :

« Trois délégués du ministère, dont deux psychiatres, appartenant soit au corps des médecins des asiles, soit au corps des médecins des hôpitaux de l'Assistance publique, soit au corps enseignant dans une Faculté de médecine... ».

Art. 2. — Le ministre de la Santé publique est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel*.

(*J. O.*, 10 novembre 1936).

Pensions militaires d'invalidité

I

Circulaire du 2 décembre 1936 relative à l'évaluation des infirmités siégeant sur un même membre

Le Ministre des pensions, à MM. les préfets, les directeurs du Service de santé, les directeurs de l'Intendance des régions, le président de la Commission consultative médicale.

La circulaire n° 243 E. M. P. du 29 juillet 1936, adressée à MM. les directeurs du Service de santé et dont un exemplaire est ci-annexé à l'usage de MM. les préfets et de MM. les directeurs de l'intendance des régions, a fait connaître la jurisprudence du Conseil d'Etat relative à l'évaluation des infirmités siégeant sur un même membre.

L'article 11 de la loi du 31 mars 1919 a posé des règles pour le calcul de l'invalidité résultant d'infirmités multiples ; ces règles s'appliquent à toutes les infirmités multiples qu'elles siègent sur un même membre ou sur différentes parties du corps.

Mais il résulte de l'arrêt du 11 juin 1936 (conseil d'Etat contentieux, affaire El Aïd) que les infirmités du moignon n'étant pas, à proprement parler, des infirmités multiples, mais ayant avec l'amputation un lien étroit de connexité, il y a lieu de majorer du taux correspondant à ces infirmités dans la limite de 100 p. 100 l'invalidité résultant de l'infirmité principale et non de faire jouer l'article 11 de la loi du 31 mars 1919. Tel est le cas prévu par le guide-barème pour les troubles trophiques et les réactions névritiques et causalgiques (guide-barème 1932, p. 50 à 53). Par contre, si en sus de l'amputation et des infirmités connexes, le mutilé est atteint d'autres infirmités, il est fait application de l'article 11 pour la détermination du pourcentage qui leur est afférent, l'infirmité principale et les infirmités connexes ne comptant globalement que pour une seule infirmité au regard dudit article 11.

Enfin, si l'invalidité résultant de l'amputation et des infirmités connexes est évaluée à 100 p. 100, l'article 12 de la loi du 31 mars 1919 doit être appliqué pour les infirmités qui siégeraient sur d'autres parties du corps (Conseil d'Etat contentieux, arrêt Géré, 26 juin 1935).

Ces dispositions sont applicables aux mutilés fonctionnels des membres, lorsqu'à l'infirmité principale s'ajoutent des infirmités connexes ; conformément au paragraphe 1er de la circulaire n° 243 E. M. P. du 29 juillet 1936, l'ensemble des infirmités siégeant sur un même membre ne peut donner lieu à un pourcentage d'invalidité supérieur à celui résultant de l'amputation (Arrêt Lebourg, conseil d'Etat, 6 juillet 1928), soit en cas de perte totale et absolue de l'usage du membre : 95 p. 100, ce pourcentage pouvant d'ailleurs être porté à 100 p. 100 dans le cas d'appareillage inutilisable.

Ainsi que le précise la circulaire du 29 juillet 1936, des demandes de pensions (1re instance, renouvellement, revision pour aggravation) doivent être étudiées à l'avenir, compte tenu de la jurisprudence du Conseil d'Etat.

En ce qui concerne les pensionnés pour infirmités des membres, proposés pour une pension ou titulaires d'une pension définitive ou temporaire, les mesures ci-après seront adoptées ;

a) Dossiers déjà soumis aux experts, mais non examinés encore par la Commission consultative médicale. — Selon le stade auquel sera parvenu le dossier, le centre de réforme, la Commission de réforme ou la Commission consultative médicale procédera, s'il y a lieu, à l'ajustement nécessaire, soit sur pièces, soit après nouvelle expertise, si celle-ci est reconnue indispensable, le bénéfice des nouvelles mesures jouant à dater de la présentation devant la Commission de réforme, sous réserve d'application, le cas échéant, pour la période antérieure, des dispositions prévues aux paragraphes *b* et *c* ci-après ;

b) Dossiers ayant dépassé le stade de la Commission consultative médicale, en cours de concession ou après concession, mais le pensionné se trouvant dans les délais de pourvoi devant le tribunal des pensions. — Dès réception de la notification ministérielle, les intéressés adresseront une demande du modèle ci-annexé (1) à l'intendant départemental des pensions de leur domicile, lequel la transmettra au bureau qualifié de la direction de la liquidation des pensions (1er bureau pour les sous-officiers et hommes de troupe non de carrière ; 3e bureau pour les officiers et pour les militaires de carrière non officiers).

(1) Le modèle de demande sera publié au *Bulletin officiel* du ministère de la Défense nationale et de la Guerre.

Le bordereau de transmission portera la mention suivante à l'encre rouge « application de la circulaire n° 0677/Ad du 2 décembre 1936 ». Le dossier et la demande seront transmis à la Commission consultative médicale qui procédera, s'il y a lieu, aux rectifications voulues, le bénéfice des nouvelles mesures jouant à dater de la présentation devant la Commission de réforme sous réserve des dispositions prévues au paragraphe *c* ci-après. Les pensionnés qui laisseraient périmer le délai entreraient dans la catégorie suivante :

c) Dossiers de pension définitive ou temporaire. — Les pensionnés se trouvant forclos quant au pourvoi devant le tribunal des pensions.

En droit, les intéressés se trouvant forclos ne peuvent demander le bénéfice d'une revision de leur pension. Il a été décidé, toutefois, en accord avec le ministre des Finances, par mesure d'équité et de bienveillance et conformément à divers précédents, que ces pensionnés seraient admis à formuler à titre de recours gracieux des demandes de revision basées sur les décisions précitées du Conseil d'Etat. Ces demandes devront être adressées dans la forme prévue au paragraphe *b* ci-dessus et ce, dans les six mois qui suivront la date de publication au *Journal officiel* de la présente circulaire. Ce délai courra pour les pensionnés résidant aux colonies et dans les pays de protectorat à dater de la publication de la présente circulaire au *Journal officiel* de la colonie ou du pays de protectorat.

Le point de départ de l'application des nouvelles mesures sera fixé au 11 juin 1936, date de la décision El Aïd qui a définitivement réglé la question.

Au cas où les demandeurs auraient été, antérieurement à la pension dont ils sont titulaires ou à la proposition en cours faite à leur nom (laquelle pension ou proposition a un point de départ postérieur au 11 juin 1936), titulaires d'une pension définitive ou temporaire rémunérant les infirmités siégeant sur un même membre, les intéressés bénéficieront, nonobstant les dispositions prévues aux paragraphes *a* et *b* qui précèdent, au titre de la pension antérieure et à compter du 11 juin 1936, des mesures prévues pour les pensionnés actuellement forclos.

Ils devront fournir toutes précisions utiles à ce sujet sur leur demande.

S'il s'agit de pensionnés détenteurs d'un titre d'allocation provisoire d'attente et déjà pensionnés antérieurement pour les infirmités dont ils sont atteints, l'intendant annotera leur demande par la mention suivante :

Proposé le ....
par la Commission de réforme de ....
en date du ....
pour une pension de ....

Dossier transmis à la Commission consultative médicale le ...., par bordereau n° ....

Les décisions qui seront prises en vertu du paragraphe *c* pourront être déférées aux juridictions des pensions, mais ces recours ne pourront porter que sur l'application de la jurisprudence du Conseil d'Etat et ne sauraient remettre en cause, hors du délai de six mois prévu par l'article 38 de la loi du 31 mars 1939, les bases de la concession primitive.

d) Dispositions concernant les bénéficiaires de la loi du 22 mars 1935.

I. — Les pensionnés qui, au titre de leur pension actuelle, ne peuvent pas prétendre à la loi du 22 mars 1935 et seront susceptibles d'en bénéficier, à la suite de la revision de cette pension en exécution des dispositions de la présente circulaire, ne seront pas tenus de faire de demande spéciale au titre de la loi du 22 mars 1935. La régularisation de leur situation, au regard de cette loi, sera faite concurremment avec la concession de la nouvelle pension. L'allocation de grand mutilé de guerre aura en principe le même point de départ que celui de la nouvelle pension, sauf si le point de départ de cette dernière pension est antérieur au 1er janvier 1935 et où le point de départ de l'allocation de grand mutilé de guerre sera fixé au 1er janvier1935.

II. — Les pensionnés qui, sans qu'il leur soit fait application des dispositions de la présente circulaire, bénéficient ou sont susceptibles de bénéficier de la loi du 22 mars 1935, se répartissent dans les catégories prévues aux paragraphes *a*, *b*, *c*, qui précèdent, eu égard à la pension dont ils bénéficiaient avant l'application de la loi du 22 mars 1935. La régularisation de leur situation au regard de la loi du 22 mars 1935 sera également faite compte tenu de la nouvelle liquidation effectuée à leur nom.

e) Victimes civiles directes. — Les bénéficiaires de la loi du 24 juin 1919 devront adresser leur demande au préfet de leur département qui la transmettra à la direction de la liquidation des pensions (2e bureau, section des victimes civiles de la guerre).

Albert RIVIÈRE.

(*J. O.*, 5 décembre 1936.)

II

Arrêté du 31 *décembre* 1936 *nommant les médecins membres des Tribunaux départementaux des pensions pour l'année* 1937

Sont nommés pour l'année 1937 :

Membre du tribunal départemental des pensions d'Agen : M. Dichamp, docteur en médecine à Agen.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Andrieu et Arrès-Lapoque, docteurs en médecine à Agen.

Membre du tribunal départemental des pensions d'Aix : M. Beisson, docteur en médecine à Aix.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Pierre Roman et Latil, docteurs en médecine, à Aix.

Membre du tribunal départemental des pensions d'Ajaccio : M. Taviani, docteur en médecine, à Ajaccio.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Richaud et Colonna, docteurs en médecine à Ajaccio.

Membre du tribunal départemental des pensions d'Albi : M. Izard, docteur en médecine, à Cagnac.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Merle-Béral et Verlac, docteurs en médecine, à Albi.

Membre du tribunal départemental, des pensions d'Alençon, M. Cauvin, docteur en médecine à Alençon.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Bailleul et Chon, docteurs en médecine à Alençon.

Membre du tribunal départemental des pensions d'Alger : M. Witas, docteur en médecine à Alger.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Bullinger-Muller et Sarrouy, docteurs en médecine, à Alger.

Membre du tribunal départemental des pensions d'Amiens : M. Hurtrel, docteur en médecine à Amiens.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Caraven et Merle, docteurs en médecine à Amiens.

Membre du tribunal départemental des pensions d'Angers : M. Estève, docteur en médecine à Angers.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Pelegrin et Barot, docteurs en médecine à Angers.

Membre du tribunal départemental des pensions d'Angoulême : M. Fournier, docteur en médecine à Angoulême.

Membre suppléant dudit tribunal : M. Decressac, docteur en médecine, à Angoulême.

Membre du tribunal départemental des pensions d'Annecy : M. Orsal, docteur en médecine à Annecy.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Tissot et Giorgi, docteurs en médecine, à Annecy.

Membre du tribunal départemental des pensions d'Arras : M. Brassart, docteur en médecine à Arras.

Membres suppléants, dudit tribunal : MM. Woillez, docteur en médecine à Arras et Andés, docteur en médecine à Saint-Pol-sur-Ternoise.

Membre du tribunal départemental des pensions d'Auch : M. Lestrade, docteur en médecine à Auch.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Rivière et Szelechowski, docteurs en médecine à Auch.

Membre du tribunal départemental des pensions d'Aurillac : M. Apchin, docteur en médecine à Aurillac.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Vermenouze, docteur en médecine à Aurillac, et Albessard, docteur en médecine à Vic-sur-Cère.

Membre du tribunal départemental des pensions d'Auxerre : M. Duché, docteur en médecine à Auxerre.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Sarrazin et Houde, docteurs en médecine à Auxerre.

Membre du tribunal départemental des pensions d'Avignon : M. Garnier, docteur en médecine à Avignon.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Bonnet et Passelègue, docteurs en médecine, à Avignon.

Membre du tribunal départemental des pensions de Bar-le-Duc : M. Fistie, docteur en médecine à Bar-le-Duc.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Baudot et Joyeux, docteurs en médecine à Bar-le-Duc.

Membre du tribunal départemental des pensions de Beauvais : M. Parmentier, docteur en médecine à Clermont.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Largeteau et Louet, docteurs en médecine à Beauvais.

Membre du tribunal départemental des pensions de Belfort : M. Edouard Riss, docteur en médecine à Belfort.

Membre suppléant dudit tribunal : M. Georges Levis, docteur en médecine, à Belfort.

Membre du tribunal départemental des pensions de Besançon : M. Baufle, docteur en médecine à Besançon.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Tisserand et Volmat, docteurs en médecine à Besançon.

Membre du tribunal départemental des pensions de Blois : M. Loiseau, docteur en médecine à Champigny-en-Beauce.

Membre suppléant dudit tribunal : M. Desard, docteur en médecine aux Montils.

Membre du tribunal départemental des pensions de Bordeaux : M. Lande, docteur en médecine à Bordeaux.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Coriveaud, docteur en médecine à Bordeaux, et Peyri, docteur en médecine à Bazas.

Membre du tribunal départemental des pensions de Boulogne-sur-Mer : M. Fourmentin, docteur en médecine à Boulogne-sur-Mer.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Cadart, docteur en médecine à Saint-Martin-les-Boulogne, et de Cazeneuve, docteur en médecine à Boulogne.

Membre du tribunal départemental des pensions de Bourg ; M. Saint-Pierre, docteur en médecine à Bourg.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Joseph Louis et Touillon, docteurs en médecine à Bourg.

Membre du tribunal départemental des pensions de Bourges : M. Bonneau, docteur en médecine à Bourges.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Marioton et Gauchery, docteurs en médecine à Bourges.

Membre du tribunal départemental des pensions de Brest : M. Le Goanon, docteur en médecine à Brest.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Tournier et Bosse, docteurs en médecine à Brest.

Membre du tribunal départemental des pensions de Caen : M. Guibé, docteur en médecine à Caen.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Desbouts et Collette, docteurs en médecine à Caen.

Membre du tribunal départemental des pensions de Cahors : M. Besse, docteur en médecine à Cahors.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Segala et Delport ; docteurs en médecine à Cahors.

Membre du tribunal départemental des pensions de Carcassonne : M. Soum, docteur en médecine à Carcassonne.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Combéléran et Boyer, docteurs en médecine à Carcassonne.

Membre du tribunal départemental des pensions de Châlons-sur-Marne : M. Joseph Chevron, docteur en médecine à Châlons-sur-Marne.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Aumont et Ladrague, docteurs en médecine à Châlons-sur-Marne.

Membre du tribunal départemental des pensions de Chambéry : M. Denarie (Amédée), docteur en médecine à Chambéry.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Voulier et Masson, docteurs en médecine à Chambéry.

Membre du tribunal départemental des pensions de Charleville : M. Bridoux, docteur en médecine à Charleville.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Rozoy et Blairon, docteurs en médecine à Charleville.

Membre du tribunal départemental des pensions de Chartres : M. Dudefoy, docteur en médecine à Chartres.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Baudin et Haye, docteurs en médecine à Chartres.

Membre du tribunal départemental des pensions de Châteauroux : M. Bougarel, docteur en médecine à Châteauroux.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Sineau et Pigelet, docteurs en médecine à Châteauroux.

Membre du tribunal départemental des pensions de Chaumont : M. Weil, docteur en médecine à Chaumont.

Membre suppléant dudit tribunal : M. Carel, docteur en médecine à Chaumont.

Membre du tribunal départemental des pensions de Clermont-Ferrand : M. Cornet, docteur en médecine à Clermont-Ferrand.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Vimal, docteur en médecine à Clermont-Ferrand, et Sahut, docteur en médecine à Aubière.

Membre du tribunal départemental des pensions de Colmar (1re section) : M. Hamburger, docteur en médecine à Colmar.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Thuet et Bastian, docteurs en médecine à Colmar.

Membre du tribunal départemental des pensions de Colmar (2e section) : M. Nordmann, docteur en médecine à Colmar.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Schreiber et Duhamel, docteurs en médecine à Colmar.

Membre du tribunal départemental des pensions de Constantine : M. Piquet, docteur en médecine à Constantine.

Membre suppléant dudit tribunal : M. Jouanne, docteur en médecine à Constantine.

Membre du tribunal départemental des pensions de Digne : M. Chaussegros, docteur en médecine à Digne.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Gassend et Romieu, docteurs en médecine à Digne.

Membre du tribunal départemental des pensions de Dijon : M. Castille, docteur en médecine à Dijon.

Membre suppléant dudit tribunal : M. Edouard Moriot, docteur en médecine à Dijon.

Membre du tribunal départemental des pensions de Douai : M. Toison, docteur en médecine à Douai.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Desmoulin et Monnier, docteurs en médecine à Douai.

Membre du tribunal départemental des pensions de Draguignan : M. Pelloquin (Joseph), docteur en médecine à Draguignan.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Proust, docteur en médecine à Trans et Turcan, docteur en médecine à Fréjus.

Membre du tribunal départemental des pensions d'Epinal : M. Urmès, docteur en médecine à Epinal.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Lacour et Riff, docteurs en médecine à Epinal.

Membre du tribunal départemental des pensions d'Evreux : M. Servent, docteur en médecine à Evreux.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Bettinger et Dehail, docteurs en médecine à Evreux.

Membre du tribunal départemental des pensions de Foix : M. Calazet, docteur en médecine à Foix.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Lestrade et Sicre, docteurs en médecine à Foix.

Membre du tribunal départemental des pensions de Gap : M. Bruyère, docteur en médecine à Gap.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Mayoly et Suard, docteurs en médecine à Gap.

Membre du tribunal départemental des pensions de Grenoble : M. Juvin, docteur en médecine à Grenoble.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Fabre et Vareilles, docteurs en médecine à Grenoble.

Membre du tribunal départemental des pensions de Guéret : M. Brésard, docteur en médecine à Guéret.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Dumont et Dufour, docteurs en médecine à Guéret.

Membre du tribunal départemental des pensions de Laon : M. Menu, docteur en médecine à Laon.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Ruby et Lemarchal, docteurs en médecine à Laon.

Membre du tribunal départemental des pensions de Laval : M. Aubin, docteur en médecine à Laval.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Loiseleur et Le Basser, docteurs en médecine à Laval.

Membre du tribunal départemental des pensions de Lille : M. Leclercq, docteur en médecine à Lille.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Lévêque et Vansteenberghe, docteurs en médecine à Lille.

Membre du tribunal départemental des pensions de Limoges : M. Gubertafon, docteur en médecine à Limoges.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Delor et Hervy, docteurs en médecine à Limoges.

Membre du tribunal départemental des pensions de Lons-le-Saunier : M. Boulée, docteur en médecine à Lons-le-Saunier.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Pichon et Thilly père, docteurs en médecine à Lons-le-Saunier.

Membre du tribunal départemental des pensions de Lyon : M. Polosson, docteur en médecine à Lyon.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Mazel et Condomine, docteurs en médecine, à Lyon.

Membre du tribunal départemental des pensions de Mâcon : M. Richard, docteur en médecine à Mâcon.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Alexandre Juvanon, docteur en médecine à Mâcon et Lagoutte, docteur en médecine au Creusot.

Membre du tribunal départemental des pensions du Mans : M. Legros, docteur en médecine au Mans.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Dumas et Laburthe, docteurs en médecine au Mans.

Membre du tribunal départemental des pensions de Marseille : M. Ferdinand Camoin, docteur en médecine à Marseille.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Doux et Gallerand fils, docteurs en médecine à Marseille.

Membre du tribunal départemental des pensions de Melun : M. Siguier, docteur en médecine à Melun.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Malvy et Herman, docteurs en médecine à Melun.

Membre du tribunal départemental des pensions de Mende : M. Bessière, docteur en médecine à Mende.

Membres suppléants dudit tribunal : MM.

Morel et Constant, docteurs en médecine à Mende.

Membre du tribunal départemental des pensions de Metz (1re section) : M. Ellin, docteur en médecine à Metz.

Membre suppléant dudit tribunal : M. Grojean, docteur en médecine à Knutange.

Membre du tribunal départemental des pensions de Metz (2e section) : M. Leder, docteur en médecine à Metz.

Membre suppléant dudit tribunal : M. Colrint, docteur en médecine à Metz.

Membre du tribunal départemental des pensions de Montauban : M. Paisseran, docteur en médecine à Montauban.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Monribot et Hornus, docteurs en médecine à Montauban.

Membre du tribunal départemental des pensions de Mont-de-Marsan : M. Dibos, docteur en médecine à Mont-de-Marsan.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Betous, docteur en médecine à Mont-de-Marsan, et Castera, docteur en médecine à Hagetmau.

Membre du tribunal départemental des pensions de Montpellier : M. Roume, docteur en médecine à Montpellier.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Mourgues-Molines et Félix Durand, docteurs en médecine à Montpellier.

Membre du tribunal départemental des pensions de Moulins : M. Ranglaret père, docteur en médecine à Moulins.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Penard et Gomot, docteurs en médecine à Moulins.

Membre du tribunal départemental des pensions de Nancy : M. Michel, docteur en médecine à Nancy.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. F. Abt et R. Frohrlich, docteurs en médecine à Nancy.

Membre du tribunal départemental des pensions de Nantes : M. Bureau, docteur en médecine à Nantes.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Desclaux et Moutier, docteurs en médecine à Nantes.

Membre du tribunal départemental des pensions de Nevers : M. Trivas, docteur en médecine à Nevers.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Houzé et Tixier, docteurs en médecine à Nevers.

Membre du tribunal départemental des pensions de Nice : M. Rovery, docteur en médecine à Nice.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Perdrigé et Rosanoff (Michel), docteurs en médecine à Nice.

Membre du tribunal départemental des pensions de Nîmes : M. Charles Perrier, docteur en médecine à Nîmes.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Foulquier, docteur en médecine à Nîmes, et Peyre, docteur en médecine à Alès.

Membre du tribunal départemental des pensions de Niort : M. Charles Collon, docteur en médecine à Niort.

Membre suppléant dudit tribunal : M. Auguste Poinçeau, docteur en médecine à Saint-Hilaire-la-Pallud.

Membre du tribunal départemental des pensions d'Oran : M. Botalla-Gambetta, docteur en médecine à Oran.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Bijon et Narboni, docteurs en médecine à Oran.

Membre du tribunal départemental des pensions d'Orléans : M. Geffrier, docteur en médecine à Orléans.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Marmasse et Coville, docteurs en médecine à Orléans.

Membre du tribunal départemental des pensions de Pau : M. Marsco, docteur en médecine à Pau.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Fayon et Guichot, docteurs en médecine à Pau.

Membre du tribunal départemental des pensions de Paris (1re section) : M. Loewy, docteur en médecine à Paris.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Vinant et Français, docteurs en médecine à Paris.

Membre du tribunal départemental des pensions de Paris (2e section) : M. Mendelsohn, docteur en médecine à Paris.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Revault d'Alonnes et Guivert, docteurs en médecine à Paris.

Membre du tribunal départemental des pensions de Paris (3e section) : M. Duvoir, docteur en médecine à Paris.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Legrain et Guiraud, docteurs en médecine à Paris.

Membre du tribunal départemental des pensions de Paris (4e section) : M. Lutaud, docteur en médecine à Paris.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Piedelièvre et Lyon-Caen, docteurs en médecine à Paris.

Membre du tribunal départemental des pensions de Paris (5e section) : M. Maréchal, docteur en médecine à Paris.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Ceillier et Truelle, docteurs en médecine à Paris.

Membre du tribunal départemental des pensions de Périgueux (1re section) : M. Crozet, docteur en médecine à Périgueux.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Leroux et Lacoste, docteurs en médecine à Périgueux.

Membre du tribunal départemental des pensions de Périgueux (2e section) : M. le Roux, docteur en médecine à Périgueux.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Crozet et Lacoste, docteurs en médecine à Périgueux.

Membre du tribunal départemental des pensions de Perpignan : M. Pous, docteur en médecine à Perpignan.

Membre suppléant dudit tribunal : M. Wittwer de Froutiguen, docteur en médecine à Perpignan.

Membre du tribunal départemental des pensions de Poitiers : M. Foucault, docteur en médecine à Poitiers.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Veluet et Ferru, docteurs en médecine à Poitiers.

Membre du tribunal départemental des pensions de Pontoise : M. Derome docteur en médecine à Pontoise.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Herbinet et Butin, docteurs en médecine à Pontoise.

Membre du tribunal départemental des pensions de Privas : M. Fargier, docteur en médecine à Privas.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Comte, docteur en médecine à Privas, et Manson, docteur en médecine à Chomérac.

Membre du tribunal départemental des pensions du Puy : M. de Morangiès, docteur en médecine au Puy.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Maleysson et Jean, docteurs en médecine au Puy.

Membre du tribunal départemental des pensions de Quimper : M. Lagriffe, docteur en médecine à Quimper.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Tubet et Renault père, docteurs en médecine à Quimper.

Membre du tribunal départemental des pensions de Rennes : M. Millardet, docteur en médecine à Rennes.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Quillern et Mouchette, docteurs en médecine à Rennes.

Membre du tribunal départemental des pensions de la Rochelle : M. Dufour, docteur en médecine à la Rochelle.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Pozzi et Appraillé, docteurs en médecine à la Rochelle.

Membre du tribunal départemental des pensions de la Roche-sur-Yon : M. Choyau, docteur en médecine à la Roche-sur-Yon.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Péaud, docteur en médecine à la Chaize-le-Vicomte, et Claverie, docteur en médecine à la Roche-sur-Yon.

Membre du tribunal départemental des pensions de Rodez : M. Bousquet, docteur en médecine à Rodez.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Lagarrigue et Virenque père, docteurs en médecine à Rodez.

Membre du tribunal départemental des pensions de Rouen : M. Vallée, docteur en médecine à Rouen.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Bellicaud et Cauchois, docteurs en médecine à Rouen.

Membre du tribunal départemental des pensions de Saint-Brieuc : M. Moy, docteur en médecine à Saint-Brieuc.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Lebreton et Pedron, docteurs en médecine à Saint-Brieuc.

Membre du tribunal départemental des pensions de Saint-Etienne : M. Gereste, docteur en médecine à Saint-Etienne.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Genairon et Bouvet, docteurs en médecine à Saint-Etienne.

Membre du tribunal départemental des pensions de Saint-Lô : M. Le Clerc, docteur en médecine à Saint-Lô.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Dupont et Roger, docteurs en médecine à Saint-Lô.

Membre du tribunal départemental des pensions de Strasbourg (1re section) : M. Paul Baur, docteur en médecine à Strasbourg.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Félix Humbert et Charles Dorner, docteurs en médecine à Strasbourg.

Membre du tribunal départemental des pensions de Strasbourg (2e section) : M. Blind (Edmond), docteur en médecine à Strasbourg.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Willy Brion et Allenbach, docteurs en médecine à Strasbourg.

Membre du tribunal départemental des pensions de Tarbes : M. Prunet, docteur en médecine à Tarbes.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Benezech, docteur en médecine à Bagnères-de-Bigorre, et Salsac, docteur en médecine à Lourdes.

Membre du tribunal départemental des pensions de Toulon : M. Rit, docteur en médecine à Toulon.

Membres suppléants dudit tribunal : MM.

Bricaire et Pestre, docteurs en médecine à Toulon.

Membre du tribunal départemental des pensions de Toulouse : M. Tapie, docteur en médecine à Toulouse.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Sorel et Chamayou, docteurs en médecine à Toulouse.

Membre du tribunal départemental des pensions de Tours : M. Babeau, docteur en médecine à Tours.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Faix et Louis Guillaume, docteurs en médecine à Tours.

Membre du tribunal départemental des pensions de Troyes : M. Debret, docteur en médecine à Troyes.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Serbource et Briault, docteurs en médecine à Troyes.

Membre du tribunal départemental des pensions de Tulle : M. Mazeyrie, docteur en médecine à Tulle.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Morély et Puyaubert, docteurs en médecine à Tulle.

Membre du tribunal départemental des pensions de Valence : M. Calvet, docteur en médecine à Valence.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Serre et Gaston Ratier, docteurs en médecine à Valence.

Membre du tribunal départemental des pensions de Vannes : M. Franco père, docteur en médecine à Vannes.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Audic et Kliszowski, docteurs en médecine à Vannes.

Membre du tribunal départemental des pensions de Versailles : M. Gautier, docteur en médecine à Versailles.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Remilly, docteur en médecine à Versailles, et Behague, docteur en médecine au Chesnay.

Membre du tribunal départemental des pensions de Vesoul : M. Petitjean, docteur en médecine à Vesoul.

Membre suppléant dudit tribunal : M. Talpain, docteur en médecine à Vesoul.

(*J. O.*, 1er janvier 1937).

Médaille de la reconnaissance française

Un nouveau délai d'un an pour faire acte de candidature

Décret du 26 *décembre* 1936

Art. 1er. — Pendant un délai d'un an à compter de la publication du présent décret au *Journal Officiel*, les anciens prisonniers de guerre militaires et civils, les anciens otages, les personnes civiles, remplissant par ailleurs, les conditions fixées par le décret du 29 novembre 1926 (art. 1er, 2, 3, 4 et 5) pour l'attribution de la médaille de la Reconnaissance française, pourront postuler cette distinction.

Art. 2. — Les demandes formulées par les postulants devront être établies et transmises dans les conditions fixées par l'arrêté interministériel du 8 décembre 1927 relatif à l'application du décret du 29 novembre 1926.

Art. 3. — Les dossiers de candidature seront examinés par une Commission composée d'un représentant du président du Conseil, d'un représentant du Garde des sceaux, ministre de la Justice, d'un représentant du ministre de l'Intérieur, d'un représentant du ministre de la Défense nationale et de la Guerre, d'un représentant du ministre de la Marine, d'un représentant du ministre des Pensions et de cinq représentants des anciens prisonniers de guerre désignés par le président du Conseil.

Cette Commission, qui aura son siège au ministère des Pensions, fonctionnera par ailleurs dans les conditions prévues par l'arrêté interministériel du 8 décembre 1927 visé à l'article 2.

(*J. O.* du 1er janvier 1934.)

Infirmières

Circulaire du 26 octobre 1936 concernant les infirmières visiteuses d'hygiène sociale

Le Ministre de la Santé publique à MM. les préfets.

Par circulaire en date du 26 juin 1933, l'un de mes prédécesseurs vous a fait connaître qu'en raison du nombre toujours croissant d'infirmières visiteuses d'hygiène sociale titulaires du diplôme d'Etat français, il devenait maintenant possible d'utiliser un personnel de choix présentant toutes les qualités requises et qu'en conséquence, dorénavant, en cas de vacances, il serait indispensable de donner toujours la préférence aux candidates diplômées d'Etat.

La situation ainsi signalée, il y a trois ans s'étant encore améliorée, j'estime qu'il est maintenant logique de ne plus recourir, tant en ce qui concerne les infirmières hospitalières qu'en ce qui concerne les infirmières visiteuses, qu'à celles d'entre elles qui sont titulaires du brevet de capacité professionnelle permettant de porter le titre « d'infirmière diplômée de l'Etat français ».

Vous voudrez bien, en conséquence, faire connaître à tous les services intéressés, collectivités publiques ou institutions privées de toute nature, Commissions administratives des hospices, Services de lutte antituberculeuse, antivénérienne ou de protection maternelle et infantile, que lorsqu'ils tirent tout ou partie de leurs ressources, soit des fonds publics, soit des fonds privés réunis avec le concours, ou même simplement avec l'autorisation de l'Etat, ils devront désormais, lors de vacance dans leur personnel, ne recruter que des infirmières diplômées de l'Etat français, chaque fois qu'il s'agira d'emplois rétribués.

Je crois, d'autre part, devoir attirer votre attention sur la confusion regrettable trop fréquemment faite entre les « infirmières hospitalières » et les « infirmières visiteuses ».

Le brevet d'infirmière visiteuse ne doit, en aucun cas être accepté lorsqu'il s'agit de services hospitaliers, et celui d'infirmière hospitalière ne doit pas également servir de titre lorsqu'il s'agit de postes de « visiteuses d'hygiène », soit dans la lutte antituberculeuse, soit dans la lutte antivénérienne, soit dans la protection maternelle et infantile.

Les « assistantes » ou les « visiteuses scolaires » doivent être munies du brevet de visiteuses, à moins qu'elles n'exercent, ce qui est préférable, les fonctions « d'infirmières scolaires » proprement dites, et qu'elles bornent alors leur activité à l'intérieur des murs de l'école, auquel cas le brevet d'hospitalière paraît suffisant.

Je crois devoir également attirer votre attention sur la nécessité, toutes les fois que cela sera possible, d'utiliser pour l'hygiène sociale (tuberculose, maladies vénériennes, maternité, enfance, inspection scolaire) des « assistantes sociales familiales ou polyvalentes » desservant un secteur restreint, plutôt que des infirmières spécialisées exerçant ensemble dans un même secteur trop étendu. Il s'agit sans doute généralement de cas d'espèce, mais ceux-ci doivent être réglés en s'inspirant le plus possible des principes de la polyvalence, dont certains inconvénients peuvent être corrigés par l'introduction dans les cadres de « monitrices spécialisées ».

Enfin trop fréquemment, lorsque des emplois sont vacants, certaines infirmières ne peuvent présenter leur candidature : soit parce que la limite d'âge fixée n'a pas été reculée pour elles d'une durée égale à celle de leurs services antérieurs, soit parce que leur traitement dans le nouvel emploi serait automatiquement celui de début et non celui auquel devrait cependant leur donner droit leur ancienneté.

Il y a lieu, pour tous les services intéressés visés ci-dessus, de prendre d'urgence toutes dispositions nécessaires pour modifier en conséquence leurs errements actuels.

Vous voudrez bien trouver ci-joint plusieurs exemplaires de la présente circulaire, et prendre toutes dispositions utiles pour que mes instructions soient communiquées dans le moindre délai aux organismes et institutions ci-dessus désignés, ainsi qu'à la « Commission de coordination sanitaire et sociale » conformément à mes circulaires des 26 août 1936 et 26 septembre 1936.

Henri SELLIER.

(*J. O.*, 10 août 1936.)

Service de santé des troupes coloniales

Décret du 12 mars 1936 modifiant le décret du 6 avril 1930 sur le Service de santé des troupes coloniales

Art. 1er. — Les articles 4 et 6 du décret du 6 avril 1930, modifié par le décret du 22 janvier 1933 sur le Service de santé des troupes coloniales sont abrogés et remplacés par les articles ci-après :

Art. 4. — Les lois sur l'avancement dans l'armée et notamment les articles 18, 19 et 20 de la loi du 14 avril 1832 sont applicables aux officiers de Corps de santé des troupes coloniales, d'après la correspondance de grade indiquée à l'article 2 du présent décret.

Toutefois, sauf en cas de mobilisation générale, pendant la période des hostilités, nul ne peut être promu au choix médecin ou pharmacien capitaine ou commandant, ou médecin ou pharmacien lieutenant-colonel ou colonel, s'il n'a accompli dans son grade ou dans le grade immédiatement inférieur, un séjour de deux ans hors de la métrope.

Art. 6. — Les sous-lieutenants d'administration se recrutent parmi :

1° Les adjudants ou adjudants-chefs de la section et des détachements mixtes des infirmiers militaires des troupes coloniales, ayant servi huit ans dans une arme ou dans un service de l'armée active, dont deux ans au moins dans le grade d'adjudant ou d'adjudant-chef.

Le nombre des vacances qui leur est attribué est fixé au cinquième du nombre total des sous-lieutenants à nommer chaque année dans les conditions du présent article ;

2° Les sous-officiers des troupes coloniales ayant satisfait aux examens de sortie de l'école d'administration militaire de Vincennes. Ils prennent rang entre eux dans l'ordre de classement à ces examns ;

3° Les sous-lieutenants d'administration de réserve du Service de santé qui, après avoir servi en situation d'activité, remplissent les conditions fixées par l'article 3 de la loi du 4 janvier 1929 et selon les règles édictées par cette loi.

Le nombre des vacances qui est attribué aux catégories visées par les alinéas 2° et 3° ci-dessus est fixé aux quatre cinquièmes du nombre total des sous-lieutenants à nommer chaque année dans les conditions du présent article.

Lorsque des sous-lieutenants d'administration prennent rang à la même date, ils sont classés entre eux conformément aux prescriptions de l'article 3 du décret du 23 décembre 1929 fixant la prise de rang des officiers.

Les sous-lieutenants d'administration sont promus lieutenants lorsqu'ils comptent deux ans d'ancienneté de grade.

Peuvent, en outre, être nommés directement lieutenants d'administration, les lieutenants d'administration de réserve du Service de santé qui, après avoir servi en situation d'activité remplissent les conditions fixées par l'article 4 de la loi du 4 janvier 1929 et suivant les règles édictées par cette loi.

Lorsque des lieutenants d'administration du Service de santé des troupes coloniales prennent rang à la même date, ils sont classés entre eux, conformément aux prescriptions de l'article 4 du décret du 23 décembre 1929 fixant la prise de rang des officiers.

Les capitaines d'administration se recrutent un tiers au choix, deux tiers à l'ancienneté, parmi les lieutenants d'administration comptant quatre ans d'ancienneté de grade.

Les commandants d'administration se recrutent exclusivement au choix parmi les capitaines d'administration comptant quatre ans d'ancienneté de grade.

Les lieutenants-colonels d'administration se recrutent exclusivement au choix parmi les commandants d'administration comptant trois ans d'ancienneté de grade.

Les articles 18, 19 et 20 de la loi du 14 avril 1832 relatifs à l'avancement en campagne sont applicables aux officiers d'administration.

Toutefois, sauf en cas de mobilisation générale, pendant la période des hostilités, aucun lieutenant, capitaine ou commandant d'administration ne peut être promu au choix s'il n'a accompli dans son grade ou dans le grade immédiatement inférieur, un séjour de deux ans hors de la métropole.

Art. 2. — Les ministres de la Guerre et des Colonies sont chargés, chacun en ce qui le concerne de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal Officiel* de la République française.

(*J. O.*, 28 mars 1936.)

Le Gérant : R. THIRON

Clermont (Oise). — Imprimerie THIRON et Cie — R. C. Clermont 4264

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	60 fr.	Belgique et Luxembourg...	70 fr.
Etudiants	35 fr.	Première Zone	85 fr.
Le Numéro..........	1.25	Deuxième Zone	110 fr.




BISMUTH DESLEAUX
PANSEMENT GASTRO-INTESTINAL IDÉAL
ULCUS, ULCÉRATIONS, GASTRITES
HYPERCHLORHYDRIE, ENTÉRO-COLITES
OXYUROSE
Litt. Echant. LANCOSME : 71 AV. VICTOR EMMANUEL III - PARIS (8e)

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — ***Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)***

***Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du* Concours Médical, *Paris* 167-95.**

N° 33. — Dr reçoit enfants à partir 4 ans anémiés, délicats on convalesc. Pays très sain, grand air, repos, excell. nourriture, confort, soins attentifs et dévoués.

N° 34. — Poste tenu dep. 11 ans, rapp. import. dont moitié fixes plus logem. et avantages divers à échanger contre poste médec. contrôleur ou fonctionn. dans ville, minim. 60.000 fixes.

N° 35. — Demandons visiteurs médicaux Paris-province. Se présenter Lab. Gev, 26, rue Chaptal, Paris (9e).

N° 36. — Doct. installé Paris (7e), au courant méd. génér., libre demi-journée, cherche occupat. Paris ou banlieue.

N° 37. — On dem. à acheter les vol. II et III de Théodore Gomperz (traduction Raymont) ayant pour titre « Les penseurs de la Grèce » de chez Alcan, 1908.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet Breitel & Goret,

1, rue Dante, Paris (5e). Tél. : Odéon 36-46

Franche-Comté. Chef-lieu canton, environs de ville. Seul médecin, gros rapport. Jolie maison tout confort. Prix 35.000 dont 25.000 cpt.

Sud-ouest. Excellent poste seul médecin, très ancien. Grande maison. Prix à débattre vu l'urgence.

Ophtalmologie. Ancien cabinet ville province, rapport important. Longue présentat. Prix : 40.000 y com-install. profes.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.** — *Elections.* — MM. Rubay (de Bruxelles) et Gerlach (de Vienne) sont élus correspondants étrangers dans la cinquième division (*médecine vétérinaire*).

— **Hommage au Docteur Dausset.** — Dimanche matin 24 janvier a eu lieu à l'Hôtel-Dieu dans le service de physiothérapie qu'il avait créé, l'inauguration du buste d'Henri Dausset.

Cette émouvante cérémonie à laquelle assistaient les chefs de service de l'Hôtel-Dieu et de l'hôpital Foch, réunissait tous les élèves et tous les amis du si regretté maître. Dans le cadre même du service qu'il a tant animé, des discours ont été prononcés par le Professeur Carnot, par le Docteur Delherm, par le Docteur Chenilleau au nom des élèves, par le Docteur Dartigues au nom de l'U. M. F. I. A., par le Docteur Descomps au nom de l'hôpital Foch. Tous ont évoqué la belle figure du disparu, dont les traits fidèlement reproduits par le sculpteur Firmin Michelet perpétueront le souvenir.

— **Fondation Carnegie.** — Notre ami, le Docteur Foveau de Courmelles, nous apprend qu'il a été proclamé lauréat de la Fondation Carnegie.

Nous adressons nos plus vives félicitations à notre savant et distingué confrère.

— **Ligue française contre le rhumatisme.** (Secrétariat : 2, rue Guynemer, Paris). — La prochaine Assemblée générale de la Ligue française contre le rhumatisme aura lieu le mardi 23 février 1937.

Séance du matin : hôpital Cochin, amphithéâtre de la Clinique médicale (Prof. Marcel Labbé).

Après-midi, à 16 heures, Faculté de médecine, amphithéâtre des thèses, nº 2 : *a*) séance administrative ; *b*) séance scientifique, à 17 heures. Ordre du jour : Les manifestations rhumatismales de la colonne cervicale. Premier rapport : Les manifestations vertébrales (avec projections) (M. Jacques Forestier) ; deuxième rapport : Les manifestations extra-vertébrales (MM. Crouzon et Gaucher).

— **Cours de langue italienne pour les médecins.** — La *section médicale du Comité France-Italie* vient d'organiser pour les médecins français un cours collectif d'enseignement en douze leçons (nombre d'auditeurs limité).

La connaissance de l'italien est facilitée par l'origine commune du vocabulaire et par une grammaire très voisine. La différence de prononciation qui constitue la grande difficulté apparente répond en réalité à une technique de l'accent tonique relativement facile à acquérir.

Une première série de cours aura lieu chaque

mardi de 18 h. 30 à 19 h. 30 et sera faite par le Professeur A. Fiorentino, vice-président de l'Association Dante Alighieri, docteur ès-lettres, docteur en droit. Le droit d'inscription est de 50 francs par mois ou de 150 francs pour les douze cours.

Adresser toutes demandes au Docteur Marcel Martiny, secrétaire général de la section médicale du Comité France-Italie, 10, rue Alfred-Roll, Paris (XVIIe).

— **Les prix de la Société médicale des hôpitaux de Paris.** — 1° *Prix Gingeot* (1.500 francs, triennal). Le concours pour ce prix doit avoir lieu à la fin de l'année 1939. Le sujet mis au concours est le suivant : « Etude fonctionnelle du foie au point de vue du pronostic opératoire dans les interventions hépato-biliaires ».

Les mémoires, manuscrits ou imprimés, devront être déposés sur le bureau de la Société, 12, rue de Seine, le premier vendredi de novembre 1939.

Les arrérages permettront, s'il y a lieu, de décerner plusieurs prix.

2° *Prix Paul Le Gendre* (3.000 francs, triennal). Le concours pour ce prix doit avoir lieu à la fin de l'année 1939. Le sujet mis au concours est le suivant : « Influence de la publicité contemporaine sur la moralité professionnelle et le discrédit médical. »

Les mémoires, manuscrits ou imprimés, devront être déposés sur le bureau de la Société, 12, rue de Seine, le premier vendredi de novembre 1939.

— **Association française des femmes médecins.** — La prochaine réunion aura lieu le lundi 15 février à 17 heures, salle des Centraux, 8, rue Jean-Goujon (VIIIe).

Pour tous renseignements, s'adresser à la secrétaire générale, Mlle Serin, 11, boulevard Port-Royal, Paris (XIIIe).

— **Le Congrès de l'enfant à la mer et à la montagne**, organisé sur l'initiative de la Société médicale du Littoral méditerranéen aura lieu du 21 au 28 mars, à Hyères, Saint-Raphaël, Cannes, Nice, Menton, Monaco, Grasse, etc.

Aux mêmes dates (21-28 mars) se déroulera le XIe Voyage de Pâques, de la Société médicale du Littoral méditerranéen.

Des permis à tarif réduit seront mis à la disposition des adhérents. Le programme et les renseignements complémentaires sont donnés au secrétariat, 24, rue Verdi, à Nice.

— **Congrès de l'Union internationale des automobiles Clubs médicaux.** — Ce Congrès doit se tenir à Paris les 19 et 20 juillet prochain.

Pour renseignements, s'adresser à l'Association des médecins automobilistes de France, 89, boulevard Magenta, Paris.

— **Institut de paléontologie humaine**, 1, rue René-Panhard (boulevard Saint-Marcel), Paris (XIIIe).

— Des *conférences* sont organisées le samedi, à 17 heures, à partir du 6 février. Les portes seront ouvertes à 16 h. 1/2 ; le nombre de places est limité.

Samedi 13 février, M. H. Breil, professeur à l'Institut de paléontologie humaine et au Collège de France : Les peintures rupestres sud-africaines. — Samedi 20 février : M. H.-V. Vallois, professeur à la Faculté de médecine de Toulouse : Les pygmées et l'origine de l'homme. — Samedi 27 février : M. R. Vaufrey, professeur à l'Institut de paléontologie humaine : Les hommes de l'art rupestre du Nord de l'Afrique. — Samedi 6 mars : M. R. Vernau, protesseur à l'Institut de paléontologie humaine : L'homme primitif et les anthropoïdes.

— **Le 10e anniversaire de l'Association des médecins roumains.** — L'Association des médecins roumains ayant fait leurs études à Paris, vient de fêter, à Bucarest, le 10e anniversaire de sa fondation. Mise à son origine sous le patronage des maîtres français : Roux, Calmette, Charles Richet, Ch. Nicolle, etc., cette Association est présidée par le Docteur Vladimir Em. Hatziezanou et comprend des noms comme Georges Marinesco, Danielopolu, Jonesco, Mina Minovici, Daniel, correspondants de l'Académie de médecine de Paris.

— **Hôpitaux de Bordeaux.** — Un concours pour une place de médecin résidant à l'hospice général sera ouvert le jeudi 1er avril 1937.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au 18 mars 1937, au Secrétariat de l'Administration des Hospices, cours d'Albret, 91.

— **Hôpitaux de Marseille.** — *Concours de la médaille d'or de l'internat.* — Ont été présentés par le jury : M. le Docteur André Jouve (section de médecine), et M. le Docteur Hervé Leluccia (section de chirurgie).

— **Æsculape.** — *Sommaire du numéro de janvier* 1937 : Ardanar Iswara, Divinité Androgyne (1 ill.). — Le « Misérable » Scarron (2 ill.). — Visite au Docteur Jayle, par le Docteur Baillet (de Pougues), ancien interne des hôpitaux de Paris (7 ill.). — Deux portraits de Lélia (1883-1834), par Edouard Gaillot (2 ill.). — En marge de la tragédie espagnole : deux dessins de Goya d'intérêt très actuel (2 ill.). — Le massage à travers les âges, par Jean-Marcel Paul, masseur médical (11 ill.). — Un dessin de Bernard Naudin, pour « Le Fléau » d'Emile Verhaeren (1 ill.). — Supplément (19 ill.).

— **Notre croisière de Pâques.** *Dalmatie, Grèce, Turquie, Rhodes, Syrie, Egypte, Italie.* — Nous rappelons qu'à l'occasion des vacances de Pâques nous organisons, comme chaque année, une très belle croisière. C'est la Méditerranée orientale qui aujourd'hui a été choisie. Le départ de Paris aura lieu le 18 mars, le retour le 12 avril et malgré ce

laps de temps relativement court, le programme a été établi de telle sorte, que le maximum des points intéressants pourra être visité. Tour à tour, après l'embarquement à Venise, ce sera Susak, puis sur la Côte Dalmate, Split construite au milieu du Palais de Dioclétien et Corfou à la végétation luxuriante. Abordant alors la Méditerranée, le bateau longeant les côtes grecques, appareillera à Athènes où une longue escale est prévue avant de se diriger sur Constantinople, dont les touristes auront largement le temps de visiter les merveilles. Une escale dans la si curieuse île de Rhodes et ce sera l'arrivée à Beyrouth, d'où à travers le Liban il sera possible de gagner la verdoyante Damas, après la visite des ruines grandioses de Baalbeck. Au retour une escale à Alexandrie permettra de se rendre au Caire et de pousser, après avoir vu les splendides mosquées de la ville, jusqu'aux Pyramides. Enfin, au retour et avant de débarquer à Venise, le paquebot s'arrêtera à Dubrovnik, l'ancienne Raguse, ville fortifiée sur la côte Adriatique, dont les monuments sont d'un grand intérêt. Ce voyage s'effectuera sur la meilleure unité yougoslave, le s/s *Reine Marie* de 17.500 tonnes. Prix à partir de 3.625 francs par personne. Renseignements au Bureau de tourisme du *Concours Médical*, 37, rue de Bellefond, Paris.



A TRAVERS L'OFFICIEL

20 JANVIER

Enseignement de la médecine

Par arrêté du président du Conseil et du ministre de l'Education nationale en date du 18 janvier 1937, la chaire d'hygiène et de bactériologie de la Faculté de Strasbourg est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à partir de la date de publication du présent arrêté, est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

21 JANVIER

Médaille d'honneur des épidémies

Médaille d'or : M. le Docteur Jourdin, de Pouancé.

Médaille d'argent : MM. les Docteurs Pringault, de Marseille ; Bachy, de Phalempin et Pellier, du sanatorium de Labruyère.

Médaille de bronze : MM. les Docteurs Soulayrol, de Marseille ; Klein (Eugène), de Paris ; M. Roussanne, interne de l'hôpital de Saint-Denis.

22 JANVIER

Education physique

Décret du 20 janvier 1937 relatif à l'Ecole Normale d'Education physique

(Extrait)

Art. 2. — Il pourra être alloué au médecin de l'établissement une indemnité non soumise à retenues, fixée dans la limite d'un maximum annuel de 6.000 francs.

La Ligue médicale de Défense professionnelle « Le Sou Médical » a deux objets principaux :

1° Tout d'abord elle garantit ses membres contre les risques de responsabilité professionnelle à concurrence d'une somme de 100.000 francs. Et cette garantie est portée à 500.000 francs pour ceux d'entre eux qui sont en même temps abonnés au *Concours Médical.*

2° En outre, elle leur donne conseils et soutien dans toutes les difficultés et les procès d'ordre professionne



Restrictions judiciaires de l'art médical !

Par le Docteur FOVEAU DE COURMELLES

On sait qu'à côté de la loi, il y a la jurisprudence, c'est-à-dire son interprétation par les juges. Si l'on est juge par certains jugements récents, ceux-ci ne semblent pas aimer follement le Corps médical. Si tout est défendable, a-t-on dit, tout est plaidable également.

Citons quelques arrêts récents nous concernant, et où, « sans suivre les experts », comme il y est dit, on condamne des médecins non coupables, ou seulement coupables d'avoir eu trop de confiance en leurs clients, de ne pas leur avoir fait écrire que c'étaient eux qui désiraient telle ou telle chose...

Aussi, les Compagnies d'assurances ont un regain d'actualité, à commencer par le *Sou Médical* si utile. Mais on évalue parfois « la peau » de certains patients (?) si cher qu'il convient peut être de s'assurer un peu partout, voire à des taux *très élevés !*

En matière de tétanos, par exemple, on peut se demander s'il faut fatalement recourir au sérum antitétanique. On connaît des cas où la moindre piqûre suivie d'un vague contact avec la terre causa la mort et d'autres cas, où une main souillée, perforée par une fourche, où le malade refuse le sérum et n'ait nul accident. En tout état de cause, il convient de vacciner toujours, quels que soient les accidents sériques,

---

les *séroclasies*, pouvant suivre. Ne sait-on pas que la superposition des chocs, des radiations, des sérums, peut être bien grave. Sérothérapie antidiphtérique et sérothérapie antitétanique superposées ont parfois, même à des années d'intervalle, causé de graves accidents, voire la mort.

Quand la mort survient et qu'il n'y a pas eu vaccination, et si le médecin est poursuivi, c'est la condamnation certaine.

En matière de diphtérie, il faut vacciner. Et cependant que de médecins homœopathes soignent leurs propres enfants et d'autres avec leurs médicaments, jusqu'ici avec succès ; sinon, quels retentissants procès et vraisemblablement condamnation.

Nous ne sommes pas maîtres de nos prescriptions.

Pour nos anesthésiques, on connaît la condamnation du médecin de Lens qui opéra un hygroma avec la rachicocaïnisation. En première instance, les juges demandèrent aux experts si c'était bien là le procédé qui convenait ; sur réponse douteuse, il y eut jugement contre le médecin. En appel, il fut prouvé que la question était mal posée, et qu'il s'agissait simplement de savoir s'il y avait eu faute opératoire : Me Louis Mercier, du barreau de Paris, fit adopter cette thèse et acquitter notre confrère.

L'usage à notre choix de tel ou tel anesthésique, paraît lui rester entier.

On ne radiographie pas, on a tort ; on a peur de brûler, radio-anaphylaxie, on a encore tort !

Mais ce sont surtout les radiologues qui sont atteints. On m'a parlé de praticiens actuellement poursuivis pour des faits remontant à trente ans. Auront-ils la chance d'être acquittés ? On connaît les accidents lointains des rayons X et du radium, tout à fait imprévisibles du reste, entre les mains les plus savantes et les plus expérimentées. On a parlé de 2, 3, 4, 10, 14 années, mais on n'avait pas atteint les trois lustres. Maintenant, avec l'admission par la jurisprudence, d'un contrat tacite entre clients et médecins, contrat d'une durée de trente ans, on pourra attribuer tout accident d'origine inconnue, là où il y aura eu radiologie, à une origine rœntgénique, et poursuivre.

Mais toujours, s'il y a *faute*. Des thèses diverses existent, avec les articles 1322 et 1384. Si on a fait tort à autrui, on est coupable. Si les appareils dont on se sert, l'ont brûlé, on est coupable. Ceci, mitigé, par la notion de faute, la preuve à en faire par l'intéressé.

Un jugement récent de juillet 1936, après maintes expertises innocentant le radiologue bien connu, il y eut condamnation. De grandes influences politiques avaient agi, et l'on trouva une raison de condamner, dont il est bon de parler, car s'il y a là création de jurisprudence, c'est réduire le médecin, et en particulier, tout spécialiste, à n'être plus qu'un instrument, une mécanique, à la merci totale du client, du mauvais payeur, de celui qui sait faire « argent de tout ».

Voici :

Un patient veut connaître l'état de son tube digestif. « Les médecins », dit-il, demandent une radio-

graphie. Retenons bien ceci qui est évidemment faux, car tout médecin, à moins que d'être le dernier des ignorants, sait que pour connaître un appareil digestif, il faut des examens en série, une suite de radioscopies montrant la vie, la digestion suivie, que même plusieurs radiographies seraient plutôt insuffisantes à donner. Le patient a demandé par lettre les radiographies. Il vient, on lui en explique l'insuffisance, et il consent aux « scopies », trois en l'espèce en 24 heures, et vient s'y soumettre. Au cours de l'une d'elles, malgré la défense, dans l'obscurité, il s'appuie sur la cupule et est brûlé, en la région lombaire, suivant le contour de cette enveloppe du tube de Crookes. Il se soigne sans employer les moyens vraiment classiques et souverains, lumière rouge, excision et greffes des points les plus enflammés, et surtout poursuit, poursuit, avec l'assistance judiciaire, si facilement accordée.

D'abord, référé et rapport favorable au médecin, malgré les papiers timbrés, les articles parus dans les journaux, le traitant d'ignorant et comment !

Puis, première instance, rapport également favorable, mais le tribunal « sans suivre les experts », condamne.

Puis, appel, plusieurs plaidoiries, renomination d'autres experts et rapport très favorable, voire éloge du radiologue, mention de l'accolement probable du brûlé au tube de Crookes, estimation de la vieille lésion (?), le procès dure depuis dix ans et le patient avoue en avoir été gêné grandement, avoir dû emprunter pour vivre... Il n'y a pas eu faute, le Tribunal le déclare, et condamne le radiologue pour la première fois amené en justice, à une indemnité de 10 %, soit soixante mille francs, pour avoir fait, au lieu de la radiographie seule demandée, trois examens à l'écran, quelle qu'en pût être la nécessité.

Que d'articles tendancieux ont paru, ruinant le confrère, qui heureusement pour lui, peut encore vivre.

Le médecin aurait dû faire certifier par le patient qu'il connaissait un peu et lui était recommandé par une relation commune, que, lui, patient, comprenait la nécessité de l'examen en série et s'y ralliait.

Il y à là un précédent éminemment dangereux. Le médecin, si savant soit-il, doit se résigner, en tous les domaines médicaux, à suivre strictement les demandes plus ou moins absurdes des malades, ou refuser de les soigner sous les peines les plus sévères.

Un principe est posé par la Justice : le médecin n'est même plus maître de son diagnostic.

Le recours en Cassation est inutile. Le demandeur n'a rien et ne pourrait restituer les fonds versés, si le défendeur obtenait gain de cause et qui lui, a dû verser dès sa condamnation en appel. C'est dommage à cause de rectifications possibles.

Ce qui est plus sûr, c'est de devenir fonctionnaire muselé, sans doute bientôt ?

Dr Foveau de Courmelles

• • •

CORRESPONDANCE

Mutualité familiale

Le Docteur K., de Saint-Malo, arrivé à la limite d'âge, en quittant la *Mutualité Familiale,* nous écrit la lettre suivante :

... Me trouvant à la limite d'âge de participation aux avantages de la Mutualité familiale, je tiens à remercier cette Société de l'aide qu'elle m'a apportée au cours de ma longue maladie chronique qui m'a obligé de cesser l'exercice de la médecine. La somme que je recevais, quoique modeste et qui me paraissait suffisante lors de mon admission, m'a rendu bien service et son absence se fera sentir dans mon budget.

Je jouissais d'une excellente santé et je ne pensais guère devenir aussi invalide un jour : que les jeunes gens solides et forts y songent.

Je ne puis que les engager de toutes mes forces à être prévoyants et à s'inscrire à notre chère Mutualité Familiale.

Toute ma reconnaissance aux membres du Conseil qui m'ont si bien aidé.

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

88. — A propos de décisions concernant l'application du tarif des soins

Bien que ma première discussion avec la Commission de contrôle des soins aux victimes de la guerre, par l'obligeance de cette dernière, se soit terminée à mon avantage, je crois utile de vous en communiquer les pièces.

J'avais fait à un mutilé de guerre dix injections intraveineuses sans prévenir.

La Commission refusant de me payer, j'avais insisté pour que les cinq premières au moins me fussent payées au tarif intégral.

Je vous avais écrit à ce sujet : votre avis était conforme au mien.

La lettre du secrétaire général indique que nous étions dans le tort. Ainsi en avait décidé le ministère.

S'il vous intéresse d'approfondir la question, pour ma part, l'incident est clos. Dr C.

Réponse

Il n'appartient pas « au ministère de « trancher » une question de tarif des soins aux pensionnés de guerre, mais en première instance à la Commission départementale et en appel, à la Commission supérieure.

La lettre que vous avez reçue du secrétaire de la Commission de votre département formule

Voir la suite page LV-389

PROPOS DU JOUR

LA CRISE MÉDICALE : A LA RECHERCHE D'UNE SOLUTION DU PROBLÈME

Dans notre dernier numéro nous avons reproduit les lettres des confrères qui défendaient avec de nombreux arguments pertinents les deux thèses opposées de la médecine libre et de la médecine fonctionnarisée. Voici les opinions d'un autre ordre qui recommandent à nos confrères la résignation à leur sort:

Je viens de relire votre article au sujet de la crise médicale, on n'a pas fini de s'en occuper.

I. Constatons que le nombre d'étudiants en médecine diminue ; que les médecins militaires ne démissionnent plus ; que les médecins cessent d'aiguiller leurs fils vers cette voie. C'est un progrès.

II. Depuis quinze ans, je ne cesse de dire à tous les patrons, d'écrire à tous les Syndicats que les médecins vivent à peu près exclusivement :

a) De l'Assistance médicale gratuite, des Mutuelles, des Sociétés. Ces organismes ont serré la vis. C'était fatal ;

b) De la dichotomie. Le client avec la crise a renaclé, c'était encore fatal.

Le malade payant directement devient de plus en plus rare. C'était fatal avec l'abolition des classes moyennes et l'installation des hôpitaux modernes.

Je ne cesse de répéter que la clientèle du médecin suit une courbe, dont le maximum, l'acmé est au voisinage de 50 ans, ensuite, la clientèle, toutes les clientèles diminuent.

III. Tout médecin qui n'a pas un fixe : chemins de fer, mines, hôpital, etc., arrive à ne rien faire vers la soixantaine. C'est un fait constaté chaque jour.

IV. On en vient peu à peu à mettre à la retraite à 65 ans. Exemple : les Compagnies de chemins de fer. D'autres suivront. Alors, que feront les vieux ?

V. Le remède, celui proposé par la Confédération des Syndicats médicaux français : allocations versées aux médecins syndiqués âgés de 65 ans et n'exerçant plus, sera à lui seul inefficace. A quoi bon exercer puisque vous n'avez plus de clients, et payez patente, impôts.

Vendez votre clientèle à un jeune, retirez-vous et vivez modestement, n'essayez pas de lutter : d'avance vous êtes vaincus.

VI. Vous me direz : faites-vous votre retraite. Je l'ai fait. J'ai versé des francs-or Méline, des francs-papier Poincaré, je toucherai des francs feuilles de choux Léon Blum. La retraite économisée, c'est une blague. Ce qui ne l'est pas, c'est la petite maison à la campagne, au petit patelin où les impôts sont moins lourds, la vie moins chère.

VII. Vous me direz : ce n'est pas brillant, c'est moins que la retraite d'un homme d'équipe. D'accord. Mais ne vous faites pas médecins. Vous le saviez avant de commencer vos études. On vous l'avait dit. Vous avez refusé de le croire.

Certes, il y a des situations lamentables. J'en conviens et je le déplore. Mais dans l'ensemble :

Si nous nous habituons à cette idée qu'à 65 ans, il nous faudra vivre très, très modestement ;

Si nous y habituons notre famille ;

Si nous prenons nos mesures en conséquence : pas de grands goûts aux enfants, courage civique de déclarer que nous ne sommes pas riches, précaution de la petite maison avec petit jardin *à la campagne*.

Si, nous nous habituons à l'avance à cette médiocrité, nous n'aurons pas de déceptions quand l'heure du demi-repos arrivera, précédant celle du repos éternel.

Je ne vois pas d'autres solutions à la crise. C'est un moyen dérivé de l'idée du retour à la terre.

Pour ma part, quand l'heure fatidique sonnera, c'est la décision que je prendrai. J'ai prévenu tous les miens, je leur ai dit : « A 65 ans, ne comptez plus sur moi. La clientèle ne rendra plus ».

Dr Blanc (de Pézenas).

D'autre part, le Docteur A. Herpin, président de la Fédération des Syndicats médicaux de la Région parisienne, nous écrit :

Les temps sont bien changés depuis que, sinon ensemble, tout au moins successivement, nous faisions nos premiers pas dans la médecine et pénétrions tout angoissés à l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand dans la salle Duprat : il nous fallait affronter notre terrible maître commun, et le fait est que, dès l'abord, il était bien terrifiant pour les néophytes que nous étions ; bientôt, il est vrai, nous nous apercevions qu'il était un véritable et bon maître qui savait nous inculquer à la fois les disciplines médicales et celles qui sont indispensables pour supporter allègrement la misère comme la grandeur de la noble profession à laquelle nous nous préparions.

Il vous souvient certainement que tout n'était pas rose pour le jeune médecin qui s'installait alors : il n'avait pas plus de clients qu'aujourd'hui, peut-être moins ; il ne gagnait pas d'argent, à peine sa vie et combien modestement ; sa seule richesse était les principes qu'il tenait de ses maîtres et qui lui faisaient respecter la médecine qu'exerçaient ses devanciers, et, également, ses confrères plus âgés, tant au point de vue moral qu'au point de vue professionnel. Il végétait, il lui arrivait d'être misérable, mais il avait appris que la médecine n'était pas un métier, qu'il ne fallait pas songer à y faire fortune et que

l'honnête médiocrité elle-même demandait une longue patience ; aussi restreignait-il ses besoins à ses possibilités, sans faire supporter à la société, sinon à ceux qui l'avaient précédé, les déboires qu'il pouvait éprouver et auxquels il était préparé.

Vous représentez-vous un de ces jeunes médecins arrivant dans cette même salle Duprat et se plaignant au patron de ne pas gagner suffisamment d'argent, de ne pouvoir avoir une voiture ?... Nous savons bien l'un et l'autre qu'il n'aurait même pu finir la phrase commencée et qu'il lui serait arrivé quelque avatar ; et nous, nous aurions subi, sur les défauts incompatibles avec l'exercice de la médecine, une de ces diatribes dont Bousquet avait le secret.

Je pensais à ce passé en lisant la lettre d'un jeune que vous avez publiée l'autre jour ; je pensais que cette éducation dont la rudesse et la sévérité n'excluaient pas la bienveillance paternelle, avait du bon ; que c'est une erreur grave de laisser les étudiants se forger des illusions ; de ne pas les prévenir que ce n'est pas un métier lucratif qu'ils se proposent d'exercer, mais une profession qui comporte plus de sacrifices que de profits, et que les satisfactions qu'elle procure sont surtout morales ; il vaudrait mieux, comme le faisait pour nous le patron, leur parler de leurs devoirs que de leurs droits.

Certes, il n'est gai ni pour les jeunes, ni pour les vieux de passer dans une période de crise les plus belles années de sa vie ou celles du déclin ; mais celle que nous traversons n'est pas unique dans notre histoire : nous savons qu'il s'en est présenté à diverses époques, les unes plus courtes et moins graves, d'autres plus longues et plus sévères. Cependant, à travers toutes ces crises et à leur propos, y a-t-il eu pour les professions libérales, et, en particulier, pour la médecine, des modifications profondes apportées à leur exercice ? A-t-on envisagé des révolutions dans cet exercice comme on semble le faire aujourd'hui ? N'a-t-on vu le salut que dans la fonctionnarisation ? Il ne le semble guère puisque ces professions libérales le sont demeuré.

Ce ne fut probablement pas sans souffrances pour ceux qui les exerçaient que ces périodes de crise ont été traversées ; mais qu'ils fussent jeunes ou vieux à ce moment, ils avaient été préparés comme on l'était autrefois. Dans ces crises, comme dans celles d'aujourd'hui, les vieux n'étaient pas épargnés : ils souffraient eux aussi ; on s'adapte moins aisément lorsque l'âge vient ; sans compter qu'un père de famille a plus de charges qu'un jeune célibataire.

Il est un fait certain, c'est que les médecins âgés vivent de plus en plus péniblement, comme le savent bien tous ceux qui ont l'occasion de se pencher sur ces misères. Voudrait-on leur supprimer le peu d'exercice qu'ils ont encore et qui permet, à eux et à leur famille, de ne pas tout à fait mourir de faim ? On leur reproche d'être attachés à la libéralité de leur profession, comme si c'était une tare. On leur reproche même l'acceptation hypothétique d'une situation de fonctionnaire si, sous la poussée actuelle, la profession était transformée : supposition toute gratuite, car il y a bien des chances pour que ce soit parmi les vieux qu'on rencontre le plus d'opposition pratique à une telle transformation.

Puis, il ne faut pas oublier qu'il y a quelque vingt ans, il y eût, pour ces vieux, une interruption de carrière de quatre années.

Peut-être ces crises antérieures ont-elles été moins exaspérées par l'absence d'un facteur qui contribue singulièrement à aggraver celle que nous traversons, la pléthore. Mais, depuis des années, les groupements médicaux s'efforcent de mettre en garde la jeunesse contre les espoirs chimériques ; des tracts ont été distribués aux futurs étudiants, envoyés à leurs familles. En ont-ils tenu compte ? Sont-ils bien fondés à se plaindre alors qu'ils n'ont pas écouté les avis qui leur furent prodigués ?

Ce n'est pas certes que nous songions à leur faire des reproches : nous comprenons également leur imprudence et leurs désillusions ; mais nous voudrions qu'ils comprissent de même la pénible situation de ceux qui sont devenus leurs anciens. C'est, par cette compréhension mutuelle que peuvent se resserrer les liens normaux qui doivent toujours exister entre médecins.

Devant la gêne, la misère, le danger qui nous menacent ou que nous subissons tous jeunes et vieux, nous devons nous replier sur nous-mêmes, comme, en pareil cas, font les membres d'une même famille ; nous disons bien le danger, car rien ne serait pire pour la médecine que de se lancer dans des improvisations basées sur des conditions anormales et temporaires, improvisations qui engageraient définitivement l'avenir : c'est ce qu'il faut à tout prix éviter.

Dr A. Herpin.

Nous partageons partiellement l'opinion de ces confrères résignés, mais ils n'abordent qu'un côté de la question. Le médecin praticien subit le contre-coup de la crise économique actuelle. C'est exact. Mais les progrès techniques sont tels qu'ils nous obligeront à modifier la manière dont nous devons exercer notre profession, si nous voulons ne pas être obligés à devenir les salariés d'organisations d'assistance sociale, de Mutualités, d'institutions hospitalières, etc., puisque M. le ministre de la Santé proclame qu'il ne veut absolument pas nous fonctionnariser, ce qui serait évidemment préférable au salariat imminent. Or, pour éviter ce danger, cette déchéance, il n'y a qu'un moyen, l'Association, l'organisation, sous le contrôle des Syndicats, du travail en équipe. Dans une lettre récente le Dr Fildermann nous rappelait que nous avions, tous les deux séparément, traité cette question, il y a environ trente ans. Nous avions été pour une fois « bons » prophètes, mais nous n'avons pas été écoutés.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

LE CARBOGÈNE DOIT-IL REMPLACER L'OXYGÈNE DANS LA PRATIQUE MÉDICALE COURANTE ?

Par le Docteur Louis BÉTHOUX

Professeur de Clinique médicale à l'Ecole de médecine de Grenoble

Tout praticien en face d'un cas d'asphyxie accidentelle, ou en présence d'un malade dyspnéique, que cette dyspnée soit d'origine toxique, pulmonaire, ou cardiaque, emploie l'oxygène pur en inhalations ou en injections sous-cutanées.

L'inhalation est le mode d'introduction le plus habituel, en général c'est le « ballon d'oxygène » que l'on utilise car tous les pharmaciens peuvent le procurer rapidement ; muni d'un tube de caoutchouc avec robinet, terminé par une canule nasale ou buccale, il permet l'inhalation directe par le nez ou la bouche du sujet ; sa capacité est réduite, 10 à 20 litres de contenance, aussi il s'épuise vite ; pour pallier à cet inconvénient on a souvent recours au « tube d'oxygène » que l'on trouve également dans le commerce, c'est un tube en acier de capacité variable contenant l'oxygène sous pression, il présente une vis micrométrique régulatrice pourvue d'un double manomètre, qui indique à chaque instant le volume et la pression du gaz restant, un tube de caoutchouc relie cet appareil à un flacon barboteur contenant de l'eau, un deuxième tube de caoutchouc réuni ce flacon à un entonnoir suspendu au-dessus du nez et de la bouche du malade, qui aspire ainsi un air très riche en oxygène et chargé de vapeur d'eau.

Ces divers modes d'oxygénation sont peu actifs, aussi durant la grande guerre les cas d'asphyxie par gaz toxiques, par l'oxyde de carbone en particulier, ayant été nombreux, on utilisa pour traiter ces blessés l'oxygène sous pression à l'aide de masques à soupapes hermétiquement appliqués.

C'est à la suite des travaux d'Achard et de ses collaborateurs Flandin et Desbouis ; de Nicloux et Legendre que cette thérapeutique se généralisa dans l'armée dès 1917.

Ce fut là un réel progrès sur l'ancienne méthode d'oxygénation par inhalation directe à « la tétine » ou à « l'entonnoir ».

Cependant cette suroxygénation ne donna pas tous les résultats que l'on espérait. Cliniquement sur les malades, expérimentalement sur les cobayes, on s'aperçut que cet excès d'oxygène provoquait un état congestif des poumons, que l'hyperoxémie massive et prolongée apportait un trouble au fonctionnement du centre respiratoire bulbaire, avec diminution plus ou moins marquée de la ventilation pulmonaire.

Cette double nocivité de l'oxygène pur, mise en évidence par l'oxygénation sous masque, en réduisit rapidement l'usage.

C'est alors que certains auteurs, notamment Yandell Henderson et ses collaborateurs, reprirent l'étude physiologique de l'acide carbonique dont les vertus thérapeutiques furent utilisées par la médecine anglaise vers 1780. Ces recherches montrèrent que ce gaz en faible quantité, non seulement n'est pas dangereux, mais qu'il est : « aussi indispensable à la vie que l'oxygène », et qu'il exerce sur l'organisme une heureuse influence à la fois excito-respiratoire et anti-spasmodique. L'action anti-spasmodique s'exerce sur l'ensemble de la musculature, mais surtout sur la musculature lisse des vaisseaux, aussi dans la plupart des pneumopathies où il existe un certain degré de dystonie vasculaire avec perturbation vaso-motrice, l'influence vasodilatatrice du CO^2 intervient très heureusement pour activer la circulation et pour décongestionner les poumons.

L'action excito-respiratoire est peut-être plus importante encore ; on peut dire que CO^2 véritable « hormone chimique » est l'excitant naturel et normal du centre respiratoire bulbaire ; le manque de CO^2 dans le sang ou acapnie, occasionne un ensemble de troubles liés à un ralentissement des mouvements respiratoires et de la circulation sanguine, avec oxygénation tissulaire insuffisante.

Les expériences de Henderson et de ses élèves ont montré que l'addition de 7 % de CO^2 à l'oxygène, augmentait considérablement la fréquence et l'amplitude des mouvements respiratoires, pouvant faire passer la ventilation pulmonaire de 6 à 8 litres chiffre normal, à 35 et

même 70 litres par minute. A ce mélange de 93 parties d'oxygène pour 7 parties d'acide carbonique ils ont donné le nom de *carbogène*, et ils en préconisent l'usage en thérapeutique.

Le carbogène présente donc tous les avantages de l'oxygène sans en avoir les inconvénients, de plus son action « eupnéique » est bien supérieure. Son usage en France est encore peu répandu malgré les articles et travaux de Cot, Héderer, Mouzon, etc., pour la médecine ; de Gaudier et Decloux, Gosset, etc., pour la chirurgie.

Nous laisserons volontairement de côté les applications chirurgicales du carbogène qui est un adjuvant précieux au cours de l'anesthésie, qui prévient les congestions pulmonaires post-opératoires ; pour n'envisager ici que ses indications médicales.

Il existe dans le commerce des appareils transportables qui permettent à la fois la carbogénothérapie et l'oxygénothérapie tels que le pulmoxygénateur de Héderer et le carboxygénateur de Legendre et Nicloux (1); ou la carbothérapie et la carbogénothérapie tel que l'appareil de Cot (2). Mais l'industrie livre actuellement du carbogène contenu sous pression dans des tubes de fonte analogues à ceux qui contiennent l'oxygène, toutes les pharmacies peuvent s'en procurer et en fournir aux praticiens.

Quelle que soit la source de carbogène employée le mode d'introduction par inhalations est le plus efficace et le plus courant.

Le meilleur moyen pour faire pénétrer le gaz dans les alvéoles est l'*emploi du masque*, les anciens procédés de l'oxygénothérapie : l'entonnoir, la sonde nasale ou buccale doivent, en général, être rejetés. On peut utiliser un masque analogue à ceux que l'on emploie contre les gaz asphyxiants : type R. A. S. ; Tissot ; ou mieux un masque qui ne recouvre que le nez et la bouche tels que celui de Legendre et Nicloux ; de Cot, etc...

L'inhalation ainsi pratiquée comporte donc : un obus de carbogène avec un manomètre détendeur pour régler le débit, un sac régulateur en caoutchouc, véritable « poumon artificiel », enfin le masque à inhalation que l'on fixe hermétiquement sur la face du patient.

L'arrivée du carbogène dans les poumons doit se faire lentement, sous l'influence des mouvements respiratoires naturels ou artificiels, mais sans hyperpression afin d'éviter l'emphysème provoqué, toujours possible. Le manomètre est réglé au début de telle façon qu'il ne passe qu'une petite quantité de gaz, on augmente ensuite petit à petit pour atteindre le débit normal de 8 à 10 litres par minute, en un quart d'heure environ. S'il se produit de la suffocation comme au début d'une anesthésie générale, on retire le masque puis on le rapproche peu à peu pour l'appliquer ensuite hermétiquement.

On fait ainsi de courtes séances de 3 à 10 minutes suivant les cas, renouvelées trois ou quatre fois dans la journée suivant l'état de la dyspnée, du pouls, de la cyanose. Chez certains sujets névropathes et particulièrement dyspnéiques, appréhendant l'application du masque, on pourra, au début tout au moins, donner le carbogène à l'air libre à l'aide d'un entonnoir et appliquer ensuite le masque.

Le carbogène, comme l'oxygène, peut aussi être introduit dans l'organisme par insufflation directe dans les voies bronchiques ou par voie sous-cutanée ; mais ces deux modes d'introduction n'ont que des applications restreintes et bien définies. L'insufflation n'est utilisée que chez le nouveau-né en état d'asphyxie, elle se pratique à l'aide de la canule de Ribemont-Dessaignes selon la technique classique, en adaptant à cette canule une soufflerie à poire reliée au suc régulateur, préalablement rempli de carbogène. L'insufflation doit être pratiquée avecune pression très légère (un centième d'atmosphère d'après Henderson).

L'injection sous-cutanée de carbogène n'est employée que lorsque l'inhalation est impossible, par exemple dans les dyspnées pulmonaires accentuées, dans les crises d'asthme ou le masque est difficilement supporté ; dans l'œdème du poumon ou la sérosité intra-alvéolaire empêche l'hématose. On fait une injection de 200 à 300 c. c. suivant les cas, dans la région abdominale ou à la face externe de la cuisse, on pourra si c'est utile, renouveler l'injection dans la journée.

Les inhalations sous masque restent donc le procédé courant de la carbogénothérapie.

Les indications médicales en sont nombreuses ; elles relèvent tout d'abord de la médecine d'urgence et aussi de la pratique médicale courante. En médecine d'urgence la carbogénothérapie trouve ses indications principales dans le traitement des asphyxies accidentelles et de certains comas toxiques.

Cliniquement les asphyxies peuvent revêtir deux types distincts, suivant la coloration du visage : l'asphyxie blanche ou syncopale, relativement rare ; l'asphyxie bleue beaucoup plus fréquente.

L'asphyxie blanche est une syncope, elle représente environ 10 % des asphyxies communes par submersion, gaz délétères (oxyde de carbone, gaz d'éclairage, gaz d'incendie), et 15 à 20 % des asphyxies par électrocution. Les sujets sont d'une pâleur cireuse, leurs lèvres sont exsangues, cet aspect tient au fait que

(1) Etablissements Spengler, 6, rue de l'Odéon, Paris (VIe).
(2) Société d'applications thérapeutiques, 98, rue de Sèvres, Paris (VIIe).

toute la masse sanguine est accumulée dans les viscères et le système veineux profond, les vaisseaux de la périphérie et même le cœur sont presque vides.

Cette syncope paraît due à l'inhibition brutale de l'automatisme cardiaque par l'intermédiaire du pneumogastrique, c'est le type de la mort d'origine bulbaire.

L'asphyxie bleue est beaucoup plus fréquente, on l'observe dans la plupart des cas d'asphyxie accidentelle : asphyxies mécaniques (pendaison strangulation, submersion, compression du thorax à la suite d'éboulements ou d'accidents d'ascenseurs, etc.) ; asphyxie par les gaz délétères ; asphyxie par électrocution ; asphyxie venant compliquer l'anesthésie chirurgicale ; asphyxie des nouveau-nés. Les sujets ont un aspect violacé, leurs lèvres sont de coloration vineuse, leurs yeux injectés, leurs extrémités bleuâtres.

Il y a chez eux un engorgement considérable du système veineux par du sang noir pauvre en oxygène ; les cavités droites du cœur sont dilatées et les autres organes, les poumons notamment sont congestionnés ou œdématiés ; parfois on observe au niveau des narines et de la bouche de l'écume rosée.

Dans ces deux types d'asphyxie, surtout dans l'asphyxie bleue le carbogène donne des résultats décisifs, mais il faut l'employer concurremment avec la respiration artificielle, pratiquée soit par les méthodes nouvelles de Silvester (la plus efficace) ou de Schaefer (la plus pratique), pures ou associées à la manœuvre de Laborde (tractions rythmées de la langue) ; soit par les méthodes mécaniques à l'aide des appareils de Panis, de Cot ou de Héderer.

Dans certains comas toxiques, en particulier dans les comas alcooliques, éclamptiques, le carbogène en inhalations a donné de réels succès ; dans les autres comas il faudra l'administrer avec prudence, en surveillant les fluctuations de l'équilibre acido-basique du sang.

Dans les phénomènes asphyxiques observés au cours des formes respiratoires de la maladie de Heine-Médin, ou de la paralysie ascendante de Landry, le carbogène peut aussi rendre des services.

Dans la pratique médicale journalière la carbogénothérapie trouve des applications fort nombreuses. C'est surtout au cours des affections dyspnéiques d'origine pleuro-pulmonaire ou cardio-vasculaire que le carbogène doit être employé, et nous n'hésitons pas à dire que, *dans la plupart des cas il doit remplacer l'oxygène,* moins efficace et pourtant d'un usage si courant. Dans les pneumopathies, en dehors de son action préventive des plus nettes vis-à-vis des pneumonies post-asphyxiques, post-opératoires, des atélectasies et pneumonies des nouveau-nés ; le carbogène a une action curative indéniable. *D'une manière générale on peut dire que* la carbogénothérapie est indiquée dans tous les cas où il existe une diminution du champ de l'hématose : bloc pneumonique, broncho-pneumonie, congestion œdémateuse active ou passive, épanchement pleurétique, hydrothorax, embolie et infarctus pulmonaire, dans certaines formes de tuberculose pulmonaire, dans le cancer du poumon, etc...

D'autres affections pulmonaires sont également justiciables de la carbogénothérapie : la coqueluche, les toux et dyspnées dues à une compression trachéale, sont améliorées par les inhalations de carbogène.

On a également signalé son efficacité dans le hoquet épidémique, forme spéciale de l'encéphalite épidémique.

Dans l'asthme et les pseudo-asthmes les malades sont soulagés, mais ici comme dans l'œdème pulmonaire, l'application hermétique du masque est parfois difficile, il faut alors avoir recours à l'injection sous-cutanée de carbogène, et nous souscrivons entièrement à l'opinion de Cot qui estime qu'en pareil cas la carbogénothérapie sous-cutanée doit remplacer l'oxygénothérapie.

Dans les affections cardiovasculaires la carbogénothérapie par inhalations ou par voie sous-cutanée trouve également son application.

Ce sont tout d'abord les dyspnées cardiaques, qu'il s'agisse de l'asystolie banale ou des crises de pseudo-asthme cardiaque, ou encore de la dyspnée des cardio-rénaux, des sujets atteints d'arythmie complète présentant souvent des embolies pulmonaires avec infarctus et épanchements pleuraux.

L'action antispasmodique et hypotensive du CO^2, a été utilisée depuis longtemps déjà sous forme de bains carbo-gazeux à Royat ; Henderson puis Lian en montrèrent tout l'intérêt en injection sous-cutanées, dans l'angor pectoris d'origine cardio-aortique pure ou associée à la claudication intermittente, dans l'hypertension artérielle également.

Dans tous ces cas l'injection sous-cutanée de carbogène, moins brutale, est à conseiller ; on peut ainsi injecter de 100 à 300 c. c. à doses progressives deux ou trois fois par semaine, et faire une série de 10 à 15 injections.

Telles sont les indications médicales du carbogène, on voit qu'elles sont très variées. Il va sans dire que dans toutes les affections considérées la carbogénothérapie n'exclut pas les autres thérapeutiques, elle s'associe simplement aux divers traitements utiles : respiration artificielle manuelle ou mécanique, saignée, injections tonicardiaques et stimulantes, révulsion, vaccinothérapie, etc...

Cette thérapeutique maniée comme nous l'avons indiqué, sous surveillance médicale,

n'offre pas de danger ; la grande dilution du CO^2 dans l'oxygène (7 %), exclue les accidents d'acidose gazeuse, d'hypotension artérielle et d'épuisement respiratoire que l'on observe parfois avec la carbothérapie par inhalation directe de CO^2 pur.

Signalons cependant que quelques auteurs déconseillent le carbogène chez les enfants, les sujets atteints d'affections pulmonaires ou cardiaques avancées, chez les cachectiques. Notre pratique personnelle nous permet d'affirmer que même chez ces sujets la carbogénothérapie n'est pas contre-indiquée, elle donne même des résultats supérieurs à l'oxygénothérapie ; mais nous le répétons, il faut opérer correctement et parfois remplacer l'inhalation sous masque hermétique, par l'inhalation à l'air libre, ou par l'injection sous-cutanée.

En résumé nous estimons que *le carbogène mérite d'être mieux connu des praticiens, qu'il doit remplacer l'oxygène dans la plupart des cas de pratique médicale courante, que d'autre part il est indispensable en médecine d'urgence pour traiter les asphyxies* ; or étant donnée l'importance grandissante de ces accidents dans la vie industrielle moderne d'une part, d'autre part, l'usage probable des « gaz de combat » dans les conflits futurs, c'est un devoir pour tout médecin de se familiariser avec les moyens les plus efficaces pour prévenir et traiter ces accidents, qui mal soignés sont presque toujours mortels.

LE FORAGE DES ÉPIPHYSES COMME TRAITEMENT DES ARTHRITES CHRONIQUES

Dans le traitement des arthrites chroniques lorsque les thérapeutiques médicales, physiothérapiques, thermales n'ont plus d'action, le forage peut rendre la mobilité à des articulations malades et il mérite à ce titre une place importante dans les techniques antirhumatismales.

Le Docteur Marcel Laherrère (1) a consacré sa thèse inaugurale à étudier les malades opérés dans le service du Docteur Raphaël Massart, il a pu préciser le mode d'action du forage, ses indications, sa technique et ses résultats et réunir un nombre important d'observations.

Comment agit le forage ? Vraisemblablement en modifiant l'équilibre circulatoire de la tête fémorale, en permettant une meilleure nutrition là où existent de véritables foyers de nécrose.

Quelles sont ses indications ? la principale c'est la douleur, douleur tenace, exagérée par la station debout, la marche et rebelle aux analgésiques : l'impotence fonctionnelle marche de pair avec la douleur, et le malade boite parce qu'il souffre et qu'il doit à chaque pas faire un effort, pour compenser son attitude vicieuse.

Le forage peut agir seul ou être associé à d'autres opérations orthopédiques, telles que redressements, ostéotomies et butées.

(1) M. Laherrère. — *Le forage des épiphyses.* Traitement des arthrites chroniques non tuberculeuses. Thèse de Paris 1936. Vigot frères, éditeurs.

La technique que l'auteur a vu employer lui est apparue comme simple à condition de prendre certaines précautions et d'avoir quelque habitude de la chirurgie de la hanche.

L'anesthésie la meilleure est celle qu'on donne avec un lavement de tribromo-éthanol, anesthésie de base qui convient aux rhumatisants. Le malade placé sur une table orthopédique, peut être basculé et grâce à l'incision de l'ostéotomie on arrive à la face externe du trochanter où l'on enfonce une longue tarière en direction de la tête. Direction qui est donnée par le repérage au doigt du centre de la tête.

Faut-il ou ne faut-il pas mettre de greffon dans le canal foré ? Il semble de plus en plus qu'on ne mette rien, par contre il peut être utile dans les jours qui suivent l'opération de faire des irradiations aux rayons X de la hanche opérée.

Les résultats immédiats seront d'autant meilleurs qu'on aura mieux posé les indications opératoires, et dans les cas bien choisis, la disparition immédiate des douleurs est la règle.

Pour que les résultats se maintiennent, il faut suivre les malades, exploiter le succès et mettre en jeu toute la gamme des agents physiques susceptibles de consolider la guérison.

Dans l'ensemble, ce travail consciencieux, basé sur un nombre important d'observations, constitue une bonne mise au point de la question.

G. V. N.

LES MÉNINGITES TUBERCULEUSES CURABLES (1)

Par Georges SCHREIBER

Ancien interne des Hôpitaux
Ancien chef de Clinique adjoint de la Faculté à l'Hôpital des Enfants-Malades

La méningite tuberculeuse est le type des affections devant lesquelles le médecin reste désarmé. Ce diagnostic équivaut à un arrêt de mort. Aussi convient-il de ne le prononcer qu'en s'entourant de toutes les garanties, de ne l'accepter notamment comme indubitable, que s'il est confirmé par la constatation du bacille de Koch dans le liquide céphalo-rachidien.

Pour tous les praticiens le pronostic de la méningite tuberculeuse est et reste fatal. Mais cette fatalité a quelque chose qui nous choque et c'est ce qui doit nous inciter à rechercher sans trêve si elle ne comporte pas des exceptions.

En 1914, von Bokay (2) publiait un article qui fit sensation. Il était, en effet, parvenu à recueillir trente-quatre cas de guérison de méningite tuberculeuse avérée. Le diagnostic avait été rigoureusement établi chez tous les patients et était basé au gré des circonstances : sur la présence du bacille de Koch dans le liquide céphalo-rachidien, sur le résultat des inoculations animales, sur l'existence d'une choroïdite tuberculeuse, enfin sur l'autopsie quand la mort étant survenue plus tard, pour cause de récidive ou de quelque autre maladie, on avait pu constater des vestiges d'une lésion tuberculeuse des méninges.

Plus récemment Cramer (3) a rassemblé dans la littérature mondiale 250 cas de méningite tuberculeuse guérie, mais après avoir épluché ces cas en détail, il n'en retenait plus que 64 comme irréprochables au point de vue du diagnostic.

Ces faits, pour peu nombreux qu'ils soient en comparaison du chiffre considérable des méningites tuberculeuses, font apparaître une lueur d'espoir et ils devraient donner à penser que la guérison de la méningite tuberculeuse est peut-être moins rarissime qu'il n'est admis généralement.

En 1934, Paisseau et Mme Laquerrière (4) publièrent trois cas qu'ils intitulaient : « *Épisodes méningés curables* ». La première de leurs observations concernait un syndrome méningé apparu chez un enfant au cours d'une poussée de primo-infection tuberculeuse qui évolua ensuite sous forme de tuberculose pulmonaire banale. Le liquide céphalo-rachidien, qui présentait une réaction cytologique notable, donna sur milieu de Löwenstein des colonies microscopiques non repiquables et son inoculation provoqua chez le cobaye une tuberculose atypique.

Le second cas se rapporte à un enfant qui présenta pendant la convalescence d'une fracture de la base du crâne, une méningite aiguë avec réaction lymphocytique intense du liquide céphalo-rachidien et présence de nombreux bacilles acido-résistants. L'inoculation de ce produit très bacillifère n'a cependant pas tuberculisé le cobaye et sa culture ne fournit que des micro-colonies non repiquables.

Dans un troisième cas, enfin, il s'agissait d'un enfant qui présenta un syndrome méningé complet sans signes d'imprégnation tuberculeuse, mais qui trois mois après la guérison, fit une poussée de primo-infection ganglionnaire. Les cultures et inoculations du liquide donnèrent dans ce cas un bacille tuberculeux de virulence normale.

Ce dernier fait est particulièrement troublant. Il permettrait d'admettre que la présence même du bacille de Koch dans le liquide céphalo-rachidien ne suffit pas à prononcer un arrêt absolument sans appel.

Déjà auparavant, Zimbler et Togounova signalaient qu'ils avaient pu déceler la présence de bacilles de Koch dans le liquide céphalo-rachidien d'enfants ayant présenté différentes formes de tuberculose non accompagnées de méningite tuberculeuse.

Toute la question est de savoir si en pareil cas il s'agit de bacilles tuberculeux normaux, ou de bacilles tuberculeux atypiques ou même de bacilles acido-résistants d'autre nature.

Rist (1) a observé chez un adulte des symptômes d'irritation méningée très localisée. La ponction lombaire donna bien issue à un liquide céphalo-rachidien qui renfermait des amas de bacilles acido-résistants, mais ceux-ci ne purent être cultivés et ne tuberculisèrent pas le cobaye.

Les bacilles acido-résistants décelés peuvent

(1) Cet article était rédigé lorsqu'a paru le rapport de M. René Cruchet au *XXIVe Congrès français de médecine*. Ce rapport constitue un exposé très complet de la question.

(2) VON BOKAY. — *Jahrbüch f. Kinderheilkunde*, 1914.

(3) CRAMER, cité par WEINER, DOUBOW, FINKELSTEIN et SCHNEIERSON. — *Archives de médecine des enfants*, septembre 1935.

(4) PAISSEAU et Mme LAQUERRIÈRE. — Soc. méd. des hôpitaux, 2 février 1934.

(1) RIST. — Soc. méd. des hôpitaux, 2 février 1934.

être des bacilles paratuberculeux ou des bacilles tuberculeux atypiques. Paisseau et Mme Laquerrière signalent que dans leurs deux premières observations, le liquide céphalo-rachidien renfermait des bacilles de virulence modifiée présentant des caractères analogues à ceux du virus tuberculeux filtrable.

Pour expliquer les guérisons de méningites étiquetées tuberculeuses, la nature exacte du bacille nous paraît devoir être envisagée plutôt que certaines des autres hypothèses proposées. Selon mon maître, M. Comby, la possibilité de guérison pourrait être compatible avec une atteinte tuberculeuse primitive des méninges, sans granulie généralisée. Pour Finkelstein, il en serait de même lorsque les tubercules sont peu nombreux et qu'ils se développent chez un sujet particulièrement résistant.

En somme, toutes les méningites tuberculeuses curables — ou presque toutes — seraient de fausses méningites tuberculeuses ou des méningites dues à un bacille tuberculeux atypique.

Et les traitements récents de la méningite tuberculeuse, me ferez-vous observer, n'entrent-ils jamais en ligne de compte et convient-il, à leur égard, de continuer à observer le plus rigoureux, le plus désabusé des scepticismes ?

Innombrables sont les thérapeutiques imaginées contre la méningite tuberculeuse. Elles ont malheureusement toutes également abouti à un échec complet.

Parmi les plus récentes tentatives de traitement — pour ne parler que de celles-là — je mentionnerai seulement celles dont on a le plus parlé.

La *protéinothérapie* a été essayé sous tous ses aspects : *autosérothérapie, autohémothérapie, autoliquorthérapie* (injection au sujet de son propre liquide céphalo-rachidien), *injection de lait, de peptones diverses,* tout a été utilisé et sans résultat. La *transfusion de sang* a naturellement été pratiquée, mais sans aucun succès.

Les *injections intrarachidiennes de tuberculine* n'ont rien donné, pas plus que les injections par la même voie des produits médicamenteux les plus variés : *urotropine, triphol, solganol, rivanol,* etc.

Les *injections sous-cutanées de l'allergine de Jousset* ont retenu l'attention. M. et Mme André Jousset (1) ont, en effet, réuni en trois ans 225 cas de méningite tuberculeuse et par leur méthode ils ont obtenu quinze guérisons de cas contrôlés par la bacilloscopie du liquide céphalo-rachidien. Ce pourcentage de guérison, de 7 %, ne pouvait passer inaperçu. Il faut attendre une confirmation par des publications ultérieures d'autres sources.

En 1932, paraissait un important mémoire du Professeur von Bokay (1) consacré au traitement de la méningite tuberculeuse par la *radiothérapie.* Le pédiatre hongrois ayant soumis aux rayons X dix-sept sujets atteints de méningite tuberculeuse aurait obtenu cinq guérisons, soit un pourcentage de 28,52 pour 100.

Un résultat aussi sensationnel devait inciter d'autres auteurs à pratiquer des essais de contrôle. Dès l'année suivante, en 1933, Mogilnicki (2) directeur de l'hôpital Anne-Marie pour enfants à Lodz, était obligé de constater que dans quinze cas de méningite tuberculeuse irradiés par la méthode de Bokay, il n'avait pas obtenu un seul cas de guérison. Il avait même au contraire observé à la suite des irradiations une augmentation notable des bacilles de Koch dans le liquide céphalo-rachidien, ainsi qu'une diminution de la glycorachie. Il était d'avis que cette méthode aggrave plutôt l'état de santé des malades et qu'elle doit être abandonnée.

En 1935, des pédiatres d'Odessa, Weiner, Doubow, Finkelstein et Schneierson (3) confirmèrent les conclusions de Mogilnicki. Ils employèrent la radiothérapie dans vingt-cinq cas de méningite tuberculeuse et leurs constatations furent toutes décevantes. Ils eurent l'impression que la rœntgenthérapie n'influence en aucune façon la marche habituelle de la maladie. « Elle n'a pas provoqué d'aggravations, pas plus que d'améliorations, écrivent-ils. Elle n'a pas abrégé la durée de la malade, ni ne l'a prolongée. »

Enfin pour terminer, je signalerai que la *pneumo-encéphalothérapie* a été également tentée contre la méningite tuberculeuse. Sharp qui l'a proposée aurait obtenu, grâce à elle, trois cas de guérison sur douze. Mais Skotzky, qui a appliqué cette dernière méthode à onze malades n'a obtenu aucune guérison. Bien pis, il a constaté que l'issue fatale, dans ces cas, était beaucoup plus rapide.

Cette revue rapide des traitements les plus récents nous montre donc que pratiquement la méningite tuberculeuse est encore au-dessus des ressources de notre art. Est-ce à dire qu'elle le restera toujours ? Certainement non.

(1) Georges SCHREIBER. — Le traitement de la méningite tuberculeuse par l'allergine de Jousset. *Le Bulletin Médical,* 11 mars 1933.

(1) VON BOKAY. — *Jahrb. f. Kinderheilkunde,* 1932.

(2) MOGILNICKI. — La rœntgénothérapie de la méningite tuberculeuse chez l'enfant. *Revue française de pédiatrie,* tome IX, n° 5, 1933.

(3) WEINER-DOUBOW, FINKELSTEIN et SCHNEIERSON. — Sur le traitement de la méningite tuberculeuse par les rayons X. *Archives de médecine des enfants,* septembre 1935.

LES DIVERTICULES DU DUODÉNUM

Indications de leur traitement chirurgical

Par le Docteur Jacques MIALARET

Interne médaille d'or des Hôpitaux de Paris,
Aide d'anatomie à la Faculté

La fréquence des diverticules du duodénum est aujourd'hui bien connue. On sait aussi que l'examen radiologique en permet habituellement le diagnostic avec certitude et précision, mais quels sont leurs symptômes cliniques ? quelle est leur responsabilité dans l'étiologie des troubles digestifs qui les font découvrir ? Enfin, quelle doit être à leur égard la conduite à tenir ? Peut-on se contenter d'un traitement médical symptomatique, ou faut-il les faire opérer ? Quelle intervention pratiquer ? Quels résultats en attendre ? Autant de questions d'une importance pratique évidente qui se posent plus fréquemment qu'on ne le croit et méritent d'être précisées.

On peut schématiquement considérer qu'il existe deux grandes variétés de diverticules duodénaux :

1° Les diverticules secondaires à une affection duodénale ou extraduodénale manifeste qui en conditionne l'apparition. Les plus fréquents et les plus typiques sont les diverticules paraulcéreux. Ils siègent, comme l'ulcère, pratiquement toujours sur le bulbe, cliniquement ils ne constituent qu'un épiphénomène et leur traitement se confond avec celui de l'affection qui leur donne naissance.

2° Les diverticules « essentiels » ou « primaires » : ce sont les plus fréquents et les seuls que nous envisagerons ici.

Qu'ils soient congénitaux ou acquis, peu importe, ils apparaissent comme une lésion isolée ou, du moins, ne semblant pas en relation directe avec une autre affection qui en puisse expliquer l'origine. Ce sont habituellement de simples hernies de la muqueuse à travers la musculeuse intestinale. Leur siège le plus fréquent est la deuxième portion, et particulièrement la région périvatérienne. Ils sont absolument exceptionnels sur D1. Quelle que soit la portion du duodénum sur laquelle ils s'implantent, ils présentent d'ordinaire avec le pancréas d'étroites connexions, car ils se développent sur la concavité de l'anneau duodénal ; ils sont pré ou rétropancréatiques, parfois même intrapancréatiques s'il s'agit de diverticules périvatériens. Ils peuvent être multiples, associés à d'autres diverticules du tube digestif, du côlon en particulier. Ajoutons enfin que c'est chez l'adulte ou le vieillard qu'ils sont le plus habituellement observés.

MANIFESTATIONS CLINIQUES :

Les diverticules restent souvent parfaitement latents, constituant une découverte radiologique ou nécropsique chez des sujets n'ayant jamais présenté le moindre trouble digestif, mais ils pourraient aussi parfois entraîner des accidents qu'après Bensaude et Vasselle on schématise d'ordinaire de la façon suivante :

a) *Troubles gastro-duodénaux* :

— soit « à type dyspeptique » ; gêne, pesanteur, plénitude épigastrique post-prandiale, qui seraient dues à la réplétion de la poche par le chyme ;

— soit pseudo-ulcéreux : ce seraient les plus fréquemment observés. Ils dépendraient de l'inflammation du diverticule ;

— soit tableau de sténose pylorique ou duodénale, résultant d'une compression d'origine diverticulaire.

b) *Troubles hépato-vésiculaires* :

Douleur dans l'hypochondre droit, crises parfois exactement analogues aux coliques hépatiques, accompagnée de vomissements, troubles dyspeptiques, ictère par rétention intermittent et d'intensité variable — tout le tableau typique d'une lithiase biliaire peut se trouver réalisé. Il serait dû à la compression du cholédoque par le diverticule, à une angiocholite ascendante par propagation d'une infection diverticulaire ou à une pancréatite chronique consécutive à une diverticulite.

c) *Troubles pancréatiques* :

Douleurs sourdes dans la région périombilicale survenant sans horaire fixe, vomissements et diarrhée, matières décolorées et graisseuses, signes d'insuffisance pancréatique, ictère par rétention parfois et, toujours, amaigrissement, qui peut être si rapide et si intense qu'il ferait croire à un néoplasme, tels sont les éléments essentiels de ce tableau clinique.

Enfin *les complications aiguës* seraient fréquentes et graves. Le diverticule, comprimant les voies biliaires pourrait entraîner une pancréatite hémorragique, mais surtout son inflammation pourrait, suivant son degré, réaliser des diverticulites aiguës, analogues aux appendicites, et comme elles, suppurées, gangréneuses, perforantes, entraînant une péritonite généralisée.

La cancérisation du diverticule est signalée,

enfin les diverticules intrapancréatiques pourraient être à l'origine de certains cancers du pancréas.

A en croire ce tableau clinique pessimiste, le pronostic de l'affection serait sérieux et l'on conçoit que l'on ait pu écrire (Downes) : « le traitement médical est illusoire. Tout diverticule duodénal doit être opéré et le meilleur argument en faveur de cette ligne de conduite est le souvenir des complications auxquelles ils exposent ».

L'étude critique des observations publiées et nos propres constatations ne nous permettent aucunement de nous associer à cette conclusion.

Nous avons dans un travail récent (1) tenu compte surtout des cas opérés, estimant que la comparaison entre l'histoire clinique, les constatations et les résultats opératoires était le criterium le plus sûr de la responsabilité du diverticule. De cette étude quelques conclusions se dégagent avec évidence.

Le rôle du diverticule ne pourrait guère être mis en doute si l'intervention confirmait, outre son existence, l'absence d'autres lésions et si son traitement chirurgical était suivi d'une guérison parfaite et suivie. Mais la très grande majorité des observations publiées n'est aucunement convaincante. Tantôt l'auteur attribue au diverticule, sans aucune preuve, sans contrôle chirurgical ou nécropsique, tous les troubles présentés par le sujet ; tantôt il existait une lésion associée : ulcère, lithiase, suffisant à expliquer les phénomènes pathologiques. Si l'ulcère, la lithiase ont été traités en même temps que le diverticule on ne peut attribuer légitimement la guérison à son exérèse.

Or l'existence de cette lésion associée est presque la règle lorsqu'on la recherche avec soin. Les travaux de Demole et Aziz ont sur ce point entièrement confirmé nos propres constatations : « Sur 46 diverticules reconnus grâce aux rayons X, on découvrit 37 fois une autre affection capable d'expliquer à elle seule les troubles dont se plaignait le malade, et l'on peut se demander jusqu'à quel point des recherches plus approfondies n'auraient pas conduit à une autre conclusion pathogénique dans les neuf observations où le diagnostic de diverticulite prétend expliquer les troubles » (*Arch. Mal. Appareil Digestif*, février 1936).

Il est cependant des cas qui, de façon peu contestable, prouvent qu'un diverticule duodénal peut entraîner des troubles digestifs à type dyspeptique ou gastro-ulcéreux, vésiculaire ou pancréatique, mais ils sont très rares. Le rôle du diverticule dans l'étiologie des accidents nous paraît à ce point exceptionnel que nous ne craignons pas d'affirmer qu'en pratique lorsqu'un sujet présente des troubles digestifs et un diverticule duodénal, il faut considérer *a priori* qu'ils n'en dépendent pas : on doit chercher ailleurs et bien rares seront les cas où, ne trouvant rien d'autre, on devra le suspecter.

La symptomalologie clinique habituellement décrite est trop artificiellement précise. En fait, aucun signe n'est pathognomonique, bien plus, aucun ne permet de soulever avec quelque vraisemblance l'hypothèse de l'existence d'un diverticule avant l'examen radiologique qui, seul, permet le diagnostic.

Les complications de l'affection sont exceptionnelles. Les pancréatites, les occlusions signalées sont des plus discutables, rien ne permet d'affirmer qu'elles sont bien dues au diverticule. Quant aux cas de perforation, indéniables, on n'en connaît que six, partout cités, toujours les mêmes. Il n'existe qu'un seul et unique exemple publié de cancérisation d'un diverticule et l'étiologie diverticulaire de certains cancers du pancréas est possible, mais non prouvée. Il est certain par contre que, par rapport à la fréquence de l'absolue latence de l'affection, les complications graves sont l'exception. Leur possibilité ne peut être considérée comme une menace suffisante pour constituer un argument sérieux en faveur du traitement chirurgical systématique de tout diverticule duodénal diagnostiqué.

TRAITEMENT CHIRURGICAL :

Il peut être difficile : nombre de diverticules évidents à l'écran ne sont pas retrouvés à l'intervention lorsqu'ils sont rétro ou intrapancréatiques, leur exérèse peut être dangereuse lorsqu'ils présentent des rapports vasculaires importants. Elle est dans l'ensemble grave : la mortalité est considérable : 10 % environ en ne tenant compte que des cas où le décès est directement et évidemment imputable à l'acte opératoire. Cette gravité de l'intervention est d'ailleurs variable suivant le siège : on conçoit que la résection des diverticules intrapancréatiques soit dangereuse et que celle des diverticules du bord externe de D2, par exemple, le soit beaucoup moins, s'ils sont libres, pédiculés, facilement abordables et aussi aisément réséqués qu'un appendice. Mais ce sont surtout les résultats du traitement chirurgical qui sont médiocres et décevants.

Le plus souvent, lorsqu'il a été suivi de guérison, c'est que l'opération a mis en évidence une lésion associée, ulcère, lithiase, qui a été traitée en même temps que le diverticule. Sinon la récidive des troubles est presque de règle.

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES :

Il ne saurait donc être question de faire opérer

(1) Les diverticules du duodénum. Etude critique de leurs manifestations cliniques et de leur traitement chirurgical. 1 vol. Maloine éd., Paris, 1936.

systématiquement tout diverticule duodénal diagnostiqué. Lorsqu'un malade présente des troubles digestifs et que l'examen radiologique découvre un diverticule, il faut tout mettre en œuvre pour s'efforcer de savoir s'il est ou non responsable des troubles.

Radiologiquement on doit apprécier sa forme et son volume, son point d'implantation sur le duodénum, sa situation par rapport au pancréas — il faut surtout savoir s'il est ou non douloureux à la palpation et connaître la durée de la rétention.

La douleur exquise à la pression sous écran, la rigidité des contours, la rétention prolongée constitueraient le « syndrome radiologique de la diverticulite » et la preuve de sa responsabilité. En réalité si l'association de ces trois symptômes est assez caractéristique, elle est assez rarement retrouvée. Chacun, isolé, est discutable. Par contre, s'il n'y a ni douleur, ni rigidité, ni rétention, on peut affirmer que le diverticule n'est pas en cause.

Par l'écran, par la clinique, par le laboratoire on doit s'efforcer de dépister l'existence ou de confirmer, autant que possible, l'absence de la lésion associée, si souvent origine véritable des accidents : on recherchera un ulcère, une sténose gastrique ou duodénale, une lithiase vésiculaire ou rénale, une ptose gastrique ou rénale. On examinera le sang, les selles, les urines ; avant d'accuser le diverticule on pensera à la possibilité des crises tabétiques, d'hydronéphrose, etc...

Si l'examen met en évidence une lésion associée importante (lithiase, ulcère) c'est elle seule qui décide de la nature du traitement qui doit être mis en œuvre : médical ou chirurgical. On se conduira en pratique comme si le diverticule n'existait pas.

Si l'examen sérieux reste sans résultat précis, s'il existe des signes radiologiques de diverticulite, le rôle du diverticule est plus vraisemblable, mais l'indication du traitement chirurgical ne doit être envisagée qu'après un essai raisonnablement prolongé du traitement médical habituel. Repos, régime, alcalins, belladone suffisent à améliorer considérablement la grande majorité des malades. Enfin il sera essentiel de tenir compte de l'âge du sujet et de son état général, de l'ancienneté et de l'acuité des troubles ; le traitement chirurgical n'est légitime que si les accidents, par leur intensité, leur durée, leur résistance aux diverses médications, l'indiquent formellement.

En somme on interviendra rarement, et la main forcée, moins à vrai dire dans l'espoir d'obtenir la guérison par traitement du diverticule que par crainte de méconnaître et de laisser évoluer une affection justiciable de la chirurgie.

On opérera les malades qui, porteurs d'un diverticule, présentent :

— un amaigrissement progressif et considérable : pour s'assurer qu'il ne s'agit pas d'un néoplasme abdominal latent ;

— des troubles digestifs progressifs et intenses résistant au traitement médical, entraînant une véritable incapacité fonctionnelle et diminuant sensiblement l'activité normale du sujet : car ils sont dus peut-être à un ulcère, une lithiase, une sténose que l'intervention pourra traiter ;

— un ictère par rétention, car il est indispensable de vérifier l'état des voies biliaires et du pancréas.

Au cours de l'intervention si l'on découvre un ulcère, une lithiase qui peuvent suffire à expliquer les troubles, le traitement du diverticule n'est pas indispensable, nombre d'observations le prouvent ; mais il constitue néanmoins une sécurité supplémentaire recommandable lorsqu'il n'aggrave pas l'intervention ou lorsque le diverticule paraît susceptible de complications (signes radiologiques de diverticulite, diverticule volumineux, etc.).

Lorsque, comme l'examen clinique, les explorations opératoires se montrent négatives et que les troubles sont sérieux, il faut bien alors considérer le diverticule comme responsable. On est autorisé à pratiquer toutes les manœuvres nécessaires à sa recherche et à son traitement dont les risques incontestables deviennent légitimes.

Lorsque l'on étudie les observations de diverticules duodénaux du point de vue purement technique, l'extrême diversité des interventions pratiquées frappe immédiatement l'attention. L'accord est loin d'être réalisé sur la conduite à tenir dans certains cas particuliers. Nous ne pouvons que résumer ici nos propres conclusions :

1° D'une façon générale si l'on opère un diverticule il faut s'efforcer de le traiter directement ; les opérations palliatives (anastomoses de dérivation) ne doivent pas être pratiquées de propos délibéré et ne constituent qu'un pis aller.

2° La résection est préférable à l'invagination en principe et en fait. Elle donne des résultats plus sûrs et n'est pas plus grave car les temps dangereux de l'intervention sont la découverte et la dissection du diverticule, aussi indispensables pour l'invagination que pour la résection. Au surplus l'invagination n'est pas toujours réalisable. Quant aux anastomoses de dérivation complémentaires, leurs indications doivent être limitées aux cas où leur nécessité est évidente (sténose importante après la résection par exemple).

Nous croyons surtout qu'avant d'entreprendre le traitement chirurgical d'un diverticule du duodénum, il est bon de se souvenir de ses difficultés, de ses dangers possibles et de l'incertitude de ses résultats.

LA CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE AU GOÛT DU JOUR

Méfaits de certaines thérapeutiques inopportunes

I

La possibilité d'erreurs graves dans l'étiologie des métrorragies après la ménopause

Il faut tenir pour suspect tout écoulement de sang, qui survient après la ménopause naturelle, et *surtout* à la suite de la ménopause artificielle. On n'y manque guère ; il en résulte trop souvent des interventions chirurgicales hâtives, peu justifiées, et lorsqu'on les a vues, exceptionnellement il est vrai, entraîner la mort par embolie, ou par quelque complication imprévue, on est forcé de reconnaître qu'une pareille catastrophe doit être évitée. La chose est vraie, principalement lorsqu'il s'agit de malades que l'on peut surveiller : il est toujours facile de prendre, en temps opportun, la décision que les circonstances rendent nécessaire.

Ainsi s'exprime le Docteur **A. Siredey** (1), en insistant sur la nécessité d'instituer chez ces malades une surveillance *très minutieuse*, pour permettre de saisir le moment où apparaîtront des symptômes concluants, qui d'ailleurs varieront suivant les cas. Et, avec sa grande expérience, cet auteur spécifie que les désordres variés, susceptibles d'apparaître après la ménopause : persistance tardive un peu insolite de la menstruation, réapparition de pertes arythmiques, plus ou moins espacées plusieurs années après une cessation en apparence définitive — s'observent plus fréquemment que jadis, et, trop souvent, à la suite de *thérapeutiques inopportunes*, dont on abuse singulièrement à son avis.

« Préoccupés outre mesure des malaises variés que nombre de femmes ressentent au voisinage de la ménopause : bouffées de chaleur, vertiges, troubles cardio-vasculaires avec hypertension passagère, quelquefois même simples troubles gastro-intestinaux, — beaucoup de nos jeunes confrères croient devoir conseiller à ces malades des traitements opothérapiques, sous diverses formes, et plus particulièrement en injections hypodermiques. Très souvent à la suite de l'usage prolongé de comprimés, par la voie buccale, et surtout de folliculine introduite par la voie hypodermique, on voit apparaître des *hémorragies prolongées, rebelles*, qui, même en l'absence de lésions nettes, amènent des chirurgiens prudents et consciencieux à conseiller une hystérectomie ».

(1) *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 10 juin 1936.

Or, ce n'est pas seulement à l'instigation de médecins que ces traitements sont institués ; il arrive que l'opothérapie soit conseillée par une amie, par une masseuse, ou par une manucure. Quelques femmes même, dans le désir de se rajeunir, s'inspirent volontiers des suggestions, que peuvent donner un journal de modes ou quelque revue plus ou moins littéraire.

Il n'est pas inutile de reproduire ici, d'après le Docteur Siredey, quelques cas particulièrement concluants.

« L'un d'eux concernait une femme de 50 ans, bien portante, ayant eu dans les cinq ou six dernières années de ses menstruations un petit myome, à développement lent, que le repos au lit, pendant chaque époque, et des injections hyperthermiques, pendant trois ou quatre jours, avaient enrayé. La malade avait pu, ainsi atteindre la ménopause, qui paraissait complète depuis dix-huit mois, et elle n'en éprouvait pas d'autre inconvénient que de vagues bouffées de chaleur, peu persistantes.

« Etant allée se faire onduler chez sa coiffeuse, elle se plaignit au cours de la séance d'une de ces bouffées de chaleur. L'artiste capillaire lui conseilla de prendre des gouttes souveraines pour chasser ces malaises et prolonger la jeunesse.

« Trois mois plus tard, je revis la malade qui présentait un suintement de sang presque ininterrompu, sans lésion des organes. Il s'arrêta complètement après suppression des gouttes malfaisantes. »

Deux autres cas concernaient l'un et l'autre, des femmes, qui avaient été traitées pour des fibromyomes par la radiothérapie, et paraissaient guéries.

« L'une d'elles n'avait plus de pertes de sang depuis trois ans. Elle vint, un jour, me consulter pour un suintement de sang peu abondant, mais continu, qui existait depuis cinq semaines. L'utérus, nettement régressé après la radiothérapie, n'avait pas augmenté de volume ; le col *fermé*, non irrité, suintait sans que sa muqueuse parût épaissie. Le repos, l'hamamélis ne donnèrent aucun résultat.

« A ma grande surprise, lorsque je revis la malade, trois semaines plus tard, le sang suintait toujours, mais l'utérus restait petit, au-

dessous de la normale avec un col fermé d'aspect normal.

« Depuis son traitement radiothérapique la malade, à l'instigation de son médecin, prenait chaque jour 1 gr. 20 d'extrait ovarien !

« Le repos, la suppression complète de cette médication, firent disparaître les hémorragies.

« Dans le deuxième cas, il s'agissait d'une femme un peu obèse, qui, quelques années auparavant, sur le conseil de son médecin, avait subi un traitement radiothérapique pour fibrome.

« Lorsque je la vis pour la première fois, l'opothérapie remontait à trois ans, les règles avaient disparu sans incident. Depuis six à sept semaines, il était survenu un suintement de sang ininterrompu, sans cause nettement appréciable d'après ce qu'affirmait la malade. L'utérus très notablement régressé, était mobile, non douloureux, le col fermé et souple.

« En interrogeant la malade, j'appris, avec beaucoup de difficultés, que trois mois auparavant, au cours d'une cure à Vichy, une masseuse à laquelle elle se plaignait de son embonpoint, lui conseilla de faire comme beaucoup de ses clientes, de prendre des gouttes qui ramèneraient ses règles et l'empêcheraient de grossir. Ce conseil fut suivi, et six semaines plus tard avait commencé la perte qui la faisait venir chez moi. M'appuyant sur ce détail, je supprimai simplement les gouttes malfaisantes.

« C'est alors seulement que la malade me remit une consultation d'un très sage et estimé chirurgien, qu'elle avait vu le jour-même, et qui avait conseillé une intervention prompte et radicale.

« Celle-ci n'eut pas lieu, les pertes cessèrent et la malade, incomplètement rassurée, revint me voir tous les cinq ou six mois, au cours des trois années suivantes. Si je m'étais trompé et si j'avais méconnu un épithélioma au début, l'évolution du mal en eût fourni plus tôt la preuve. »

En présence de ces faits, il faut savoir observer, interroger avec insistance et ne prendre qu'à bon escient la responsabilité d'une opération, qui n'est jamais à l'abri de tout risque. Et cela d'autant plus que si nombre de femmes, déjà dans les conditions normales, voient leurs règles persister à un âge avancé, d'autres, après avoir cessé d'être réglées, peuvent présenter des pertes de sang, d'abondance variable, qui disparaissent spontanément, en dehors de toute thérapeutique agressive. Ces phénomènes semblent en rapport avec la persistance d'ovulations intermittentes légèrement modifiées, reliquat du processus normal.

Et ces réserves faites, il est bon de se rappeler qu'une *hémorragie isolée, sans lésions appréciables*, qui disparaît sans laisser le *moindre trouble fonctionnel*, la plus légère altération des organes, ne comporte en réalité aucune intervention violente. Plus inquiétante serait l'hémorragie survenant à l'occasion d'un choc local, d'un ébranlement général, d'une course en automobile ; ce serait là une révélation habituelle du cancer du col, et l'on pourrait constater, dès les premières pertes de sang, un col dur, d'aspect empesé, saignant au contact du doigt ; en cas de doute, ou de non renouvellement de cet accident, une biopsie résoudrait la question. On sait d'autre part, que le cancer du corps est moins sensible aux traumatismes, qu'il se présente d'une manière un peu différente, souvent précédé et toujours accompagné d'hypersécrétion utérine ou cervicale.

Par contre, une hémorragie ne devient inquiétante, que *si elle se renouvelle à diverses reprises, de plus en plus rapprochées*. Alors, même si on ne constate pas de lésions, on ne doit pas s'obstiner à l'abstention.

II

Les injections d'eau savonneuse, causes d'infarctus utérins dans les avortements criminels

Et l'on sait qu'il s'agit là d'une complication sérieuse, heureusement rare, de l'avortement provoqué, pour laquelle on ne doit pas méconnaître l'importance d'une *détermination thérapeutique précoce et radicale*. C'est Mondor qui a su attirer en France l'attention sur les désordres graves, que peut provoquer l'injection intra-utérine d'une solution de savon ; pareils faits avaient déjà été signalés en Allemagne, probablement, parce que cette pratique abortive y était plus en usage.

En ce cas, les lésions du col sont faciles à reconnaître, à la condition que l'examen soit lui-même précoce. Le museau de tanche présente un aspect particulier ; au spéculum, on constate une zone noirâtre, d'aspect gangréneux et sphacélique. A noter que cet examen devrait avoir lieu systématiquement pour toute fausse couche, et surtout lorsqu'il existe des signes de complications graves.

Plus difficiles à diagnostiquer sont les atteintes de la muqueuse utérine proprement dite ; une seule notion peut orienter le praticien, en dehors de la gravité de l'état général, c'est l'aveu d'une injection intra-utérine d'eau savonneuse,

Cette donnée étiologique est d'importance capitale, car il n'y a pas de signes caractéristiques de l'infarctus, qui ne peut guère être que soupçonné.

Pareille pratique est d'autant plus dangereuse, qu'elle intéresse un organe en période d'activité fonctionnelle, en l'espèce l'utérus gravide. Elle cause la majeure partie des infarctus utérins connus, et l'étendue de ces lésions semble régler l'intensité des phénomènes toxiques, ainsi que leur retentissement sur le foie et les reins ; ceux-ci sont d'autant plus accentués que l'infarctus est plus étendu ; ils peuvent ainsi se manifester par des accidents redoutables, péritonites, toxémies, hépato-néphrites.

D'ailleurs, une erreur habituelle conduit à croire à l'évolution d'une pelvi-péritonite, en raison de l'existence de phénomènes locaux intenses.

Mondor a minutieusement analysé les symptômes qui peuvent *éclairer le diagnostic* : ce sont, l'absence éventuelle d'une élévation de température avec des signes de péritonite ; l'absence de décoloration cireuse, si l'on pense à une hémorragie interne ; l'intensité du collapsus, l'extrême tachycardie ; la cyanose du visage, de l'abdomen, des cuisses. Tout cela n'est sans doute pas bien caractéristique, et indique surtout la gravité des désordres.

Faire la ponction exploratrice du cul-de-sac de Douglas est assurément une excellente manœuvre ; en décelant la présence de liquide plus ou moins sanglant dans le péritoine, elle peut faire soupçonner l'importance des lésions et conduire à l'intervention. C'est qu'en effet à l'infarctus s'ajoute bientôt l'infection ; la gangrène se produit, frappant la paroi utérine, dans toute son épaisseur et dans une étendue plus ou moins grande, pour aboutir à la péritonite par diffusion ou par perforation spontanée.

En même temps, apparaissent les signes d'infection et d'intoxication générales, de septicémie ou de toxémie à *évolution rapide*, qui entraînent fatalement la mort, et quelquefois la mort subite.

En présence de pareilles lésions, la seule thérapeutique efficace est l'hystérectomie. Normalement la mortalité est de 73 p. 100 ; mais l'intervention l'abaisse à 55 %. En présence de cette lésion rapidement extensive, la voie vaginale ne peut être systématiquement employée ; il faut recourir, non par choix mais par nécessité, à la voie abdominale, surtout si les lésions sont anciennes, ou si des signes cliniques font penser à une réaction péritonéale. Il va de soi que l'intervention a d'autant plus de chances de succès qu'elle est plus précoce.

Le **Professeur P. Mocquot et J. Bénassy** (1) ont rapporté deux observations, qui montrent l'importance du diagnostic et de l'intervention précoces.

L'incertitude de ce diagnostic et l'inaction thérapeutique ont eu pour conséquence la mort d'une malade ; celle-ci entrait à l'hôpital, neuf jours après un avortement de trois mois, très probablement provoqué par des manœuvres, dont la nature n'avait pu être déterminée de son vivant ; elle avait des métrorragies et de la fièvre ; le curettage démontre une rétention placentaire avec débris volumineux et fétides, mais il n'arrête pas l'évolution des accidents, puisque le lendemain, il y avait une aggravation nette des phénomènes locaux et généraux. Ici fut l'erreur : l'hystérectomie aurait dû être pratiquée, et cependant, étant donnée l'étendue des lésions et la gravité de l'état général, il n'est pas sûr qu'elle eût procuré la guérison, mais elle représentait assurément la seule chance de salut.

La deuxième malade, par contre, guérit grâce à un diagnostic et à une intervention rapides ; dès le deuxième jour de l'hospitalisation pour abondantes métrorragies avec état infectieux (l'avortement datait de quatre jours), les injections intra-utérines au Dakin étant restée sans résultat sur la fièvre et l'élimination de débris fétides, l'examen au spéculum permit de reconnaître sur le museau de tanche une zone noirâtre et gangréneuse. On fit aussitôt une hystérectomie vaginale avec ligature immédiate des pédicules, et sans ouverture de l'utérus.

Les suites opératoires furent très simples, et la malade quitta l'hôpital vingt-cinq jours après l'intervention. Le diagnostic rapide, les conditions anatomiques favorables avaient permis de recourir à la voie vaginale, qui détermine toujours moins de choc que l'opération abdominale ; cette considération n'est pas négligeable pour des malades déjà bien fatiguées.

G. Fischer.

(1) *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 10 juin 1936.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

La cuti-réaction à la tuberculine chez l'adulte

Pour les pédiatres, la cuti-réaction à la tuberculine demeure un moyen de contrôle diagnostique de premier ordre ; elle garde d'autant mieux leurs suffrages, qu'elle a pour elle une grande facilité de technique et une innocuité à peu près abso ue. En médecine d'adultes, au contraire, la valeur diagnostique de la cuti-réaction est de plus en plus discutée ; en effet, dès qu'on s'adresse à des organismes de plus d'un an, le pourcentage de positivité va sans cesse croissant. Aussi, le Professeur Jean Minet et M. Vandecasteele estiment-ils prudent de s'en tenir actuellement aux notions suivantes :

Une cuti-réaction à la tuberculine, chez l'adulte, lorsqu'elle est positive, n'a de valeur que quand elle est forte. Et encore n'a-t-elle pas de valeur diagnostique réelle, puisqu'elle peut correspondre aussi bien à une tuberculose ancienne et cicatrisée, qu'à une tuberculose évolutive.

Une cuti-réaction à la tuberculine, chez l'adulte, lorsqu'elle est négative, n'a pas plus de signification, en phtisiologie, qu'un Bordet-Wassermann négatif en syphiligraphie.

Pour ces diverses raisons, on peut penser que, en médecine d'adultes, la pratique de la cuti-réaction à la tuberculine n'a plus guère sa raison d'être. (*Le Progrès Médical*, 10 octobre 1936.)

L'anatoxine tétanique et la prophylaxie du tétanos chez l'homme et chez les animaux domestiques

G. Ramon expose d'une façon très intéressante toutes les données de cette importante question, dont voici le résumé et les conclusions :

Etant donné, d'une part les conditions particulières d'apparition du tétanos chez l'homme, et la mortalité qu'il entraîne malgré la sérothérapie, et, d'autre part, l'innocuité de l'anatoxine tétanique et l'immunité solide et durable qu'elle confère à l'égard de la toxi-infection tétanique (ce qui est amplement démontré par les résultats obtenus dans la pratique courante, chez le cheval), l'application de cette méthode de vaccination se trouve entièrement justifiée et doit être systématiquement poursuivie chez les individus et dans les collectivités exposées à l'infection tétanique.

Cette application est grandement facilitée dans sa réalisation et dans sa diffusion par l'emploi du procédé des vaccinations associées, grâce auquel on peut unir l'anatoxine tétanique à un ou plusieurs vaccins déjà couramment utilisés, par exemple l'anatoxine diphtérique, le vaccin antityphoïdique ; l'immunité antitétanique ainsi obtenue est d'une valeur supérieure à celle qui fait suite à la vaccination par l'anatoxine seule. La vaccination par l'anatoxine tétanique, selon la formule des vaccinations associées, permet donc de réaliser, dans les meilleures conditions, la prophylaxie individuelle et collective du tétanos dans l'espèce humaine. (*La Presse Médicale* 17 octobre 1936.)

Sur les effets de l'alcool octylique primaire au cours des syndromes hémorragiques

MM. A. Clerc, J. Sterne, J. Delamare et R. Paris se croient autorisés à conclure que l'injection intraveineuse de 15 c. c. de la solution saturée d'alcool octylique primaire dans l'alcool éthylique à 10 %, inoffensive en elle-même, est indiquée dans les états hémorragiques ; neuf fois sur dix, il en est résulté un raccourcissement rapide et notable du temps de coagulation, et, une fois, celui du temps de saignement ; simultanément, s'amendaient des phénomènes hémorragiques, immédiatement graves, sans que, pourtant, les troubles étrangers au syndrome sanguin fussent influencés. De toute manière, les modifications cliniques de la crase sanguine se sont montrées telles que l'expérimentation permettait de les prévoir. Aussi, bien que de nouvelles recherches soient nécessaires, les auteurs ont ils cru intéressant de signaler, dans cette note préliminaire, les résultats obtenus. (*La Presse Médicale*, 28 octobre 1936.)

Les traitements actuels du syndrome addisonien

Dans une mise au point de cette intéressante question, le Docteur P. Sainton expose que la thérapeutique de la maladie d'Addison doit consister :

1° Dans les accidents aigus (coma, convulsions, vomissements), en injection intraveineuse d'extrait cortico-surrénal à doses massives, variables suivant l'extrait employé, ou même en injection intramusculaire. On peut y joindre l'injection de sérum chloruré hypertonique ou isotonique.

2° Dans les formes lentes, dans l'emploi de la médication salée à la dose en ingestion de 10 gr. par jour, par doses de 1 gr. prises avec du lait,

en combinaison avec l'injection d'hormone cortico-surrénale ou avec l'injection de cystéine. L'alimentation sera riche en graisses, en vitamines en substances calorigènes. Le malade sera mis au repos.

3° Dans les formes frustes, il faut rechercher tous les petits signes cliniques, ne pas hésiter à pratiquer un examen radiographique pour dépister une calcification surrénale ; les examens de laboratoire doivent consister dans la recherche de l'hypoglycémie, de la cholestérinémie, de l'hypochlorémie, de l'hyponatrémie et de l'hypercalcémie, caractérisant les modifications du métabolisme minéral. (*Le Bulletin Médical*, 31 octobre 1936.)

Gestation et tuberculose

En présence d'une gravido-tuberculeuse, le rôle de tout médecin est de soigner la tuberculose sans garder l'arrière-pensée d'un avortement à provoquer. Certes la gravité de ce complexe est excessive : 8 à 10 % de décès (chiffres approximatifs, et certainement inférieurs à la réalité).

Mais, aujourd'hui où nous sommes plus armés qu'autrefois, pourquoi ne pas essayer d'abord la simple cure hygiéno-diététique ou celle des sanatoria en altitude ou non ? Quant au Docteur G. Caussade, il estime que toute gravido-tuberculeuse devrait être soignée en cure sanatoriale, pour profiter de ce moyen thérapeutique d'abord, et, ensuite pour y subir, si les circonstances l'exigent, et suivant les cas observés, la collapsothérapie : P. N. O., apicolyse, phrénicectomie, alcoolisation du phrénique ou thoracoplastie. Quant à la chrysothérapie, elle comporte ici trop d'aléas avec ses complications rénales, hépatiques et sanguines, pour que l'on traite ainsi des femmes enceintes dont ces organes, de par la grossesse, sont déjà en déficit, sinon altérés.

Elimination faite de la chrysothérapie, il s'agit de donner les indications de ces divers modes de traitement. Malheureusement nous sommes pauvres de documents, et ne pouvons préciser qu'à telle forme de tuberculose chez une femme gravide, conviendra telle manière de faire. C'est une clinique minutieuse, consciencieuse, continue, et souvent le simple bon sens appuyé sur la clinique, qui parviendront à fixer le choix de la thérapeutique appropriée.

Voici ce que propose l'auteur. Toute tuberculeuse gestante qui a souffert, dans son passé, de tuberculose, que celle-ci ait été pulmonaire ou simplement pleurale, et même extra-thoracique, doit être considérée comme susceptible d'éprouver une poussée tuberculeuse, même si pendant toute sa grossesse, aucun phénomène, ni aucun incident n'a pu faire soupçonner le moindre réveil, ou la plus légère poussée de tuberculose. Chez toute femme enceinte (et à présent, grâce à la méthode de Zondek, tout médecin peut poser un diagnostic très précoce) il faut toujours interroger son passé personnel, scruter attentivement tous ses organes — rechercher tout reliquat d'une pleurésie, d'une ostéite par exemple — et, au besoin, faire une cuti- ou intra-dermo-réaction.

Quant à l'avortement provoqué, ses indications sont parfois celles des échecs des traitements indiqués ci-dessus. Mais pas d'avortement systématique et n'agir que quand on a la main forcée. Une contre-indication à peu près formelle : jamais d'avortement après le quatrième mois.

En agissant ainsi, il semble qu'on puisse, en pratique, sauver la mère et le fœtus. Celui-ci peut être viable mais aussi malingre ou chétif. Mais ces considérations ne doivent nullement intervenir ; notre devoir est de sauver un enfant quel que puisse être son avenir. (*Revue de Médecine*, n° 6, 1936.)

Sur le diagnostic du cancer de l'œsophage

D'une étude faite sur dix malades par le Docteur A. Soulas, il ressort que le diagnostic ferme, irrécusable de cancer de l'œsophage et de son type histologique, ne peut être établi que par biopsie. Or celle-ci est parfois impossible à la phase précoce, notamment dans le cancer sous-muqueux, et surtout si la localisation est cervicale. Cette carence de la biopsie ne peut pas être compensée par la richesse des autres signes. En effet, outre que les premiers symptômes sont trop souvent des signes en réalité tardifs, il existe des affections d'ordre absolument banal, comme le rétrécissement cardio-phrénique avec méga-œsophage, certains diverticules de traction et les œsophagites hyperplasiques, qui peuvent présenter à un degré aussi net les troubles fonctionnels, les caractères cliniques, les aspects radiographiques, et même endoscopiques du cancer de l'œsophage ; réciproquement, celui-ci peut avoir une évolution telle qu'il prend le masque pendant plus ou moins longtemps d'une de ces affections banales, notamment de l'œsophagite hyperplasique.

Néanmoins l'étude approfondie de l'ensemble des signes, et notamment de la dysphagie de début, doit permettre de formuler des réserves prudentes dès la période précoce ; de poser un diagnostic de présomption que la biopsie viendra parfois confirmer.

Dans le cancer de l'œsophage cervical, ce diagnostic de présomption devrait suffire à poser l'indication d'une opération sanglante dans un but d'exploration, mais surtout curateur. (*Bronchoscopie, œsophagoscopie et gastroscopie*, n° 4, 1936.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Sur l'inscription au tableau A des produits radio-actifs

(M. J. BOUGAULT ; 5-1-1937)

M. le ministre de la Santé publique ayant soumis à l'Académie de médecine, par lettre du 17 novembre 1936, la question de l'inscription au tableau A des produits radio-actifs, l'Académie a voté les conclusions suivantes du rapport établi par M. Bougault, au nom de la section de pharmacie :

L'Académie de médecine, en présence des dangers qui peuvent résulter de l'application au corps humain, de l'emploi non surveillé des produits radio-actifs, estime qu'il importe de protéger la santé publique en appliquant à ces produits la réglementation fixée par décret du 14 septembre 1916, pour les substances inscrites au tableau A.

En conséquence, elle demande l'inscription au tableau A des produits suivants :

1° Les radio-éléments de la série de l'uranium et du radium, de la série de l'actinium, de la série du thorium et leurs sels.

Les produits intermédiaires ou résidus radio-actifs de la préparation de ces sels.

2° Les préparations de toutes natures rendues radio-actives par incorporation de radio-éléments ou par tous autres procédés.

Toutefois, les eaux naturelles radio-actives et les boues naturelles radio-actives ne devront pas être inscrites au tableau A.

La peste à Paris (1917-1937)

(M. Ed. JOLTRAIN ; 15-12-1936)

Non observée depuis 1669, date de la dernière épidémie parisienne, la peste est réapparue à Paris pendant la guerre. Un premier cas a été signalé en 1917 par Mlle de Pfeiffel, dans le service de M. Guinon, à l'hôpital Bretonneau. En 1920, se montrent trois foyers importants : 18 cas, dont 8 terminés par la mort, l'épidémie ayant comporté en fin d'année, 106 cas. Dans les années suivantes, la décroissance se fit rapidement : 10 cas en 1921, 5 en 1922, 11 en 1923, 0 en 1928. M. Joltrain put suivre la marche de cette épidémie, au titre de médecin inspecteur des épidémies.

On sait aujourd'hui que la peste est une maladie du rat transmissible à l'homme par l'intermédiaire d'une puce, de la variété Chéopis ou *Aratophylus fasciatus.* Maladie de famine ou de misère, elle suit ou accompagne les révolutions et les guerres.

Dès qu'un cas est signalé, il faut d'urgence faire un diagnostic précis et, sans attendre, instituer la sérothérapie intraveineuse à doses de 100 à 200 cent. cubes. On instituera aussi des séances de vaccination immédiatement.

La peste bubonique est arrivée dans la région parisienne en 1917 de la façon suivante : un bateau venant des Indes contenait des rats malades. Il apportait du charbon d'Angleterre et, ayant remonté la Seine, était arrivé à Levallois. Des rats pesteux s'échappèrent et une épizootie murine commença, suivie d'épidémie humaine. Cette épidémie a été arrêtée grâce aux mesures prises : traitement des malades par la sérothérapie, vaccinations en masse, destruction des puces et dératisation. La lutte contre les taudis est une mesure à plus longue échéance.

— M. Gabriel PETIT insiste sur le rôle néfaste des rats dans la propagation des maladies infectieuses en général et de la peste en particulier. La lutte pour la destruction des rats a été entreprise à Paris, par le laboratoire des rats dont nous avons déjà parlé. En dehors du point de vue hygiénique, la pullulation de l'espèce murine provoque, dans les villes et dans les campagnes, des dégâts qui se chiffrent annuellement, en France, par centaines de millions.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

L'évipan sodique peut-il léser le rein ?

(MM. J. PERVÈS et P. BADELON. — — Rapport de M. P. BROCQ ; 4-11-1936)

Tenant compte surtout des travaux expérimentaux, on admet généralement que l'évipan sodique est sans action sur le rein. Ayant observé avec une certaine fréquence de l'albuminurie dans les suites opératoires après emploi de l'évipan sodique, MM. Pervès et Badelon font quelques réserves quant à l'innocuité absolue de cet anesthésique vis-à-vis du rein. Ils pensent qu'un examen général aussi complet que possible du malade est indiqué avant de s'adresser à cet agent d'anesthésie et qu'il est préférable pour ce motif de l'éviter en chirurgie d'urgence.

— M. Pierre FREDET, tout en enregistrant les faits rapportés par M. Brocq, estime qu'il ne faudrait pas se hâter d'en tirer des conclusions définitives.

P. L.

Société médicale des hôpitaux de Paris.

Endocardite maligne à staphylocoques

(MM. L. Læderich, R. Worms et A. Rubens-Duval ; 9-10-1936)

Une femme de cinquante ans, sans antécédent pathologique, est prise inopinément de frissons et de fièvre. Pendant trois semaines, l'état fébrile persiste à l'exclusion de tout symptôme fonctionnel. A l'entrée à l'hôpital, si la fièvre, l'atteinte de l'état général, la splénomégalie orientent vers l'idée d'une septicémie, il n'existe aucun signe de localisation. La variabilité du souffle systolique fait d'abord douter de son caractère organique, mais, peu de jours après, l'apparition subite d'un syndrome d'oblitération de l'artère fémorale affirme le diagnostic d'endocardite maligne. La mort survient à la cinquième semaine de la maladie et l'autopsie montre la présence, sur la valvule mitrale, de végétations si volumineuses qu'il est rare d'en rencontrer de semblables, et qui apparaissent, à la coupe, infarcies d'amas de staphylocoques.

Cette observation paraît intéressante par plus d'un point. Cliniquement, les auteurs n'ont pu, — et c'est là chose relativement rare en matière de staphylococcémie — déceler d'étiologie ; en particulier, la recherche d'une porte d'entrée cutanée de l'infection a été négative.

La maladie déclarée s'est déroulée au début sous l'apparence d'une septicémie pure. Le souffle de l'endocardite s'est constitué tardivement, ne précédant que de peu l'oblitération fémorale. Celle-ci a, d'ailleurs, été la seule manifestation embolique cliniquement décelable. Des embolies multiples des reins, de la rate, découvertes à l'autopsie, étaient demeurées muettes du vivant de la malade. Il faut noter l'absence de tout exanthème, attribut fréquent des endocardites staphylococciques, et souligner aussi le faible degré de l'anémie, puisque, le matin même de la mort, après une évolution de plus d'un mois, le chiffre des hématies dépassait trois millions.

L'importance des lésions d'endocardite démontrait la faillite certaine de tout essai de traitement. La survenue de l'embolie artérielle fit confier la malade au chirurgien. L'embolectomie pratiquée fut anatomiquement un échec, puisqu'à l'autopsie, quelques jours plus tard, on retrouvait la fémorale oblitérée par un thrombus né sur place. Cependant, fonctionnellement — et sans doute sous l'influence de la section du sympathique péri-artériel — elle n'en détermina pas moins une amélioration circulatoire manifeste, prévint le développement de la gangrène menaçante et permit d'éviter l'amputation. Aucune douleur même ne réapparut jusqu'à la mort de la malade.

Au point de vue bactériologique, le staphylocoque isolé se montra doué *in vitro* d'un faible pouvoir toxigène, qui s'opposait ainsi à la gravité de l'évolution clinique. Il faut encore noter les variations du pouvoir chromogène du germe isolé. Alors que les premiers repiquages donnaient des colonies de staphylocoques blancs, on vit, par passages successifs, se modifier la teinte du pigment sécrété, pour contenir des colonies jaune pâle d'abord, puis jaune d'or. On n'en connaît pas d'exemple concernant un germe isolé par hémoculture : l'aptitude chromogène du staphylocoque est bien un caractère contingent, qui reste indépendant de la virulence.

Staphylococcémie grave, traitée et guérie par l'anatoxine

(MM. Ph. Pagniez, A. Plichet et Ch. Rendu ; 16-10-1936)

Le cas paraît intéressant à rapporter en raison de quelques particularités d'évolution, ou de réaction vis-à-vis de l'agent thérapeutique. Cette staphylococcémie a guéri entièrement au bout de cinq mois et après onze injections d'anatoxine staphylococcique. L'infection, consécutive probablement à une furonculose plusieurs mois auparavant, a semblé se fixer d'emblée sur le poumon pour y déterminer la formation d'un abcès. Un mois plus tard, l'attention a été attirée sur la possibilité d'une septicémie par l'apparition d'une phlébite et une induration douloureuse de la partie postérieure de la jambe droite. En général, les accidents pulmonaires des staphylococcémies sont contemporains des autres manifestations cutanées ou viscérales. Il faut signaler également que le malade présenta à plusieurs reprises des douleurs fugaces dans différentes articulations, sans tuméfaction, sans rougeur de la peau, et qui rentrent dans le cadre du syndrome rhumatismal des staphylococcémies.

Enfin, au point de vue thérapeutique, l'action heureuse de l'anatoxine staphylococcique fut manifeste. Dès la quatrième injection, on a assisté à un véritable changement de la situation. Le staphylocoque avait disparu de la circulation sanguine, l'état général n'était plus précaire, les symptômes graves avaient disparu et, à partir de ce moment, on n'a plus assisté qu'à une série de manifestations staphylococciques locales dont on semblait avoir le contrôle.

Cette apparition ininterrompue de suppurations locales, aussi bien que la parfaite tolérance du sujet qui ne présentait aucune réaction ni locale, ni générale, ont incité les auteurs à continuer longtemps les injections d'anatoxine. Or, les deux dernières injections seules ont été douloureuses et la dernière a déclenché un choc très violent, immédiatement accompagné de convulsions épileptiformes. Cette particularité, chez un sujet qui n'était nullement épileptique, paraît absolument exceptionnelle dans les réactions d'intolérance vis-à-vis de l'anatoxine. Ce choc tardif inciterait les auteurs une autre fois à ne pas trop prolonger les injections d'anatoxine.

G. F.

Les Congrès

PREMIER CONGRÈS DE CHIRURGIE STRUCTIVE

(Bruxelles, 3-4 octobre 1936)

Le premier Congrès européen de chirurgie structive s'est tenu à Bruxelles les 3 et 4 octobre 1936 sous la présidence du Docteur Cœlst.

COMMUNICATIONS

Greffes intra-buccales et intra-nasales

M. KILNER (Londres) pense qu'un emploi insuffisant est fait de la greffe intra-orale et intra-nasale dans la correction des dépressions du visage. Assez fréquents sont les cas dans lesquels des inclusions de cartilage, d'os ou d'ivoire ont été pratiquées directement dans le tissu sous-cutané pour augmenter le relief de la lèvre supérieure, de la base du nez ou du menton.

De telles greffes participent aux mouvements de la face en raison de leur enfouissement dans des tissus mous extrêmement mobiles.

En réalité, c'est le squelette qui est en défaut et il semble plus logique de séparer le tissu mou du squelette déficient et de maintenir cette séparation en position correcte par une prothèse dentaire convenablement adaptée. L'auteur montre des exemples de greffes de Thiersch intra-orales et intra-nasales effectuées pour la correction des faces aplaties, du rétrognatisme, de l'asymétrie mandibulaire, du bec-de-lièvre et des difformités palatines.

La destinée des greffes libres

M. DUFOURMENTEL (Paris) étudie les conditions dans lesquelles les transplantations de tissus dans un but de réparation ont les meilleures chances de prendre et de durer. Il recherche d'abord les conditions immédiates qui permettent de réussir la prise de la greffe : choix du greffon, son état physiologique, façon de l'adapter au champ de greffe, état du champ de greffe, etc., et, s'il s'agit d'homo-greffe, importance des réactions entre les tissus du donneur et ceux du receveur. Il insiste particulièrement sur l'importance qu'il y a à ne laisser aucun corps étranger dans le champ de greffe, notamment les corps étrangers microscopiques dont l'existence est, en général insoupçonnée. Il décrit enfin l'état des tissus greffés après des périodes plus ou moins longues, pouvant s'étendre jusqu'à plus de vingt ans, et conclut que la naturalisation du greffon est un fait réellement acquis lorsque l'opération de greffe a été faite dans de bonnes conditions. Cependant, le greffon garde toujours son identité.

La méthode du lambeau-gant dans la réparation des lésions dorsales de la main

M. O'CONNOR (San Francisco). — Dans les lésions de la main, la réparation de la peau et du tissu conjonctif sous-cutané joue un rôle important pour le rétablissement complet de la fonction.

L'auteur expose une technique opératoire utilisant un lambeau cutané ayant la forme d'un gant. Après excision de la cicatrice de la face dorsale de la main et des doigts, on découpe dans un gant chirurgical la forme de la perte de substance.

Ce patron permet de tailler sur le côté droit de l'abdomen un lambeau, aussi mince que possible, présentant sept pédicules, un pour chaque doigt, un pour le côté radial, un pour le côté cubital.

On introduit la main sous ce lambeau et on le suture.

Les pédicules digitaux sont sectionnés après sept jours, le pédicule cubital après douze jours, le pédicule radial après dix-neuf jours.

La prise de la greffe demande donc dix-neuf jours, et sept jours plus tard, grâce à une compression élastique, tous les mouvements des doigts sont possibles, et la sensibilité rétablie.

Dans les lésions de la face dorsale de la main, ce procédé permet une restauration fonctionnelle et esthétique presque parfaite, si l'intégrité des tissus profonds n'a pas été atteinte.

Réparation des blessures de la face causées par accidents d'automobiles

M. STRAITH (Détroit). — La fréquence croissante des accidents de la circulation augmente également le nombre des traumatismes de la face nécessitant un traitement chirurgical.

Les défigurations sont une source d'anxiété morale et entraînent même assez souvent un handicap psychique nuisible à la vie sociale et à la carrière des intéressés.

Lors des premiers soins, le résultat dépend de l'attention portée aux détails de diagnostic et de traitement. L'auteur indique les principes de traitement.

Si l'infection ou une autre complication empêche le traitement idéal, immédiatement après l'accident, les opérations plastiques seront remises à plus tard.

Le traitement chirurgical ne sera entrepris que s'il peut être exécuté proprement. Du début à la fin, les efforts seront dirigés en vue de minimiser les formations cicatricielles.



Chirurgie réparatrice et restauration fonctionnelle de la division palatine

(*Avec film opératoire*)

M. Sanveneoro-Roselli (Milan). — La division palatine, malformation congénitale fréquente et grave par les troubles de la parole qu'elle entraîne, demeure un problème de chirurgie structive assez ardu, particulièrement en ce qui concerne la possibilité d'une restauration fonctionnelle.

On fera appel à différentes méthodes opératoires. Dans un certain nombre de cas, l'opération classique « modernisée » donne de bons résultats. Dans les divisions partielles avec voile très court, la rétroposition sera la méthode de choix. Dans les cas plus graves, la synéchie vélo-pharyngienne partielle permettra encore des résultats fonctionnels assez satisfaisants.

La rééducation phonétique post-opératoire est indispensable.

Correction chirurgico-orthopédique du prognathisme congénital et du faux prognathisme traumatique

M. Gérard Maurel (Paris), avec la collaboration de MM. Goupil et Neuenschwander. — Les auteurs présentent d'abord un cas de prognathisme congénital chez un patient opéré antérieurement de division de la voûte palatine et d'un bec-de-lièvre supérieur gauche. La correction du prognathisme a été faite par la méthode de double résection condylienne accompagnée d'un traitement prothétique : double gouttière du maxillaire supérieur et du maxillaire inférieur avec disposition spéciale assurant le maintien de la réduction chirurgicale et permettant la mobilisation permanente des nouvelles surfaces articulaires temporo-maxillaires.

Les auteurs présentent ensuite deux cas de faux prognathisme inférieur dans lesquels il y a eu, en réalité, un enfoncement relativement ancien de l'étage moyen de la face prothétiquement irréductible. La réduction du faux prognathisme a été obtenue dans un cas par la double résection condylienne accompagnée du même traitement prothétique que dans le cas n° 1. Dans l'autre cas, l'enfoncement de l'étage moyen de la face s'accompagnait d'une double fracture du maxillaire inférieur au niveau des deux branches horizontales droite et gauche avec faux prognathisme et béance considérable. La réduction de la difformité a été obtenue par une double résection osseuse au niveau des foyers de fracture pratiquée par voie externe sans ouverture de la muqueuse buccale. Le traitement des fractures elles-mêmes a été assuré par une double ostéo-synthèse par fils métalliques avec dispositif d'immobilisation intra-buccal et extra-buccal.

Greffons libres de graisse pour la restauration plastique de la région zygomatique

M. Manna (Rome). Nombreuses sont les causes qui peuvent déterminer l'hypertrophie et la déformation de la *région zygomatique*.

L'auteur a observé successivement deux cas dont l'un fut causé par une application rœntgenthérapique pour traitement d'un angiome, l'autre fut consécutif à une opération du sinus. Dans les deux cas, il y avait cicatrice adhérente et hypertrophie.

Il a suffi d'exciser la cicatrice, de décoller la peau de la région zygomatique et d'enfouir un fragment de graisse prélevé en une autre région.

Suites sans complication. Bons résultats esthétiques.

La chirurgie réparatrice du larynx

M. Portmann (Bordeaux) parle de la réparation des larynx détruits par traumatismes, caustiques, etc., et présente la technique employée à Bordeaux ainsi que quelques observations :

1° Enlèvement du tissu cicatriciel sous-périchondral quand le squelette est détruit ;

2° Si le squelette et le tissu mou ne forment qu'une cicatrice, il y a lieu de faire une excision oblique et de procéder à la sculpture d'une lumière laryngée ;

3° Quand la gouttière est creusée, traitement post-opératoire ; celui-ci est le plus important et peut durer des mois et des années, mais est toujours suivi de succès.

Il faut former d'abord un cigare de gaze, puis, quand la cavité commence à s'épidermiser, remplacer le cigare de gaze par un tube en caoutchouc.

Enfin, après quelque temps, on procède à l'enlèvement de la canule et à la mise en place d'un tube creux de caoutchouc.

Les récidives sont fréquentes. Pendant deux mois environ, on laisse le patient sans tube dilatateur, puis on procède à la plastique pour fermer l'orifice.

La plastique de Moure à deux lambeaux donne d'excellents résultats.

Prothèse cranienne et restauration nasale. Fracture du nez et enfoncement de la région frontale

M. Pont (Lyon). — Il s'agit d'un malade qui, à la suite d'un traumatisme violent, présenta des fractures multiples du nez avec déviation en baïonnette de la ligne nasale et un enfoncement de la région inter-sourcilière du volume d'une noix.

L'auteur commença par traiter la fracture du nez par le procédé Claude Martin. Lorsque celle-ci fut complètement consolidée, c'est-à-dire trois mois après, il combla la perte de substance au moyen d'une plaque ronde en or à 22 carats selon la méthode de Sébileau-Delair, légèrement modifiée.

Grâce à cette opération en deux temps, il n'y eut pas d'infection, la prothèse ne fut pas éliminée et le résultat esthétique est parfait.

Les réactions fibreuses hypertropiques après interventions esthétiques sur le nez, pratiquées par voie endo-nasale,

M. Prévot (Marseille). — Observation de deux malades qui présentèrent après opérations endonasales *pratiquées l'une pour cyphose nasale*, l'autre

pour nez trop large, un véritable cartonnage du nez causé par un envahissement fibreux hypertrophique de toute la zone de décollement cutané. Cette carapace fibreuse se reproduisit après opération. Cette complication, imprévisible le plus souvent, doit rendre circonspects chez des candidats à l'opération, qui présenteraient une prédisposition aux chéloïdes.

Transplantation du mamelon

M. Bames (Los Angeles). — Tous les chirurgiens plasticiens connaissent la possibilité de nécrose dans les opérations des seins hypertrophiés, et cherchent à l'éviter.

Le sein de moyenne dimension peut être opéré sans difficulté, mais l'opération du sein volumineux présente des dangers directement proportionnels à la longueur du pédicule et au volume du sein.

L'auteur indique sur un film en couleurs, comment on peut éviter la nécrose du mamelon.

Des greffes dans les brûlures

M. Dantlo (Moyeuvre-Grande). — Toute brûlure du 3e degré ayant entraîné une perte de substance doit être traitée par des greffes ; les transplantations de peau évitent les ulcérations et les rétractions cicatricielles et amènent la guérison plus vite. Les greffes de peau libre présentent un procédé plus rapide, plus économique et plus sûr que les lambeaux pédiculés. Les meilleures greffes sont celles de Davis, petite pastille de peau totale, comprenant l'épiderme et le derme.

La façon la plus sûre de l'implanter est la pose des greffes dans des godets creusés avec une petite curette dans les bourgeons charnus.

La greffe de Davis est d'une grande vitalité, résiste mieux à l'infection que les autres greffes, et donne une peau plus solide.

Pourcentage des déchets : 3 %-5 %.

Au pied, les greffes échouent d'habitude, il faut une sympathectomie préalable pour préparer le terrain.

Traitement préventif et curatif des chéloïdes

M. Deplaen (P.) (Bruxelles). — Le traitement combiné radium-chirurgie paraît être le seul efficace et le plus constant dans le traitement des chéloïdes.

La chirurgie permet l'excision des tissus radio-résistants et remplace la lésion par une cicatrice linéaire. Le radium permet d'éviter la récidive en tuant les cellules conjonctives jeunes.

La méthode de choix des réparations plastiques des grandes brûlures de la face

M. Dantrelle (Paris). — Ce qui caractérise ce genre de réparation plastique, c'est la nécessité de remplacer la vaste cicatrice recouvrant la totalité du visage par d'énormes lambeaux de peau saine. Après enlèvement total de la cicatrice, on procède généralement par transport de peau totale par la méthode des tubes. Une autre technique qui a l'avantage d'être plus esthétique dans ses résultats consiste à utiliser la méthode française. Le cou et la région mastoïdienne étant généralement intacts, la peau de ces régions décollée parfois sur dix centimètres est amarrée en des points judicieusement choisis du bloc cicatriciel pour éviter toute déformation des orifices naturels. Après avoir attendu suffisamment pour l'étirement de la peau déplacée, il devient facile d'enlever les dernières cicatrices linéaires avec traitement final au radium.

La préparation Hilgermann en chirurgie réparatrice

Mme Julia de Lara (Habana). — Le Prof. Hilgermann, de Berlin, a proposé récemment une solution de taurocholate de sodium qui dissout le streptocoque dans les tissus en fixant ses toxines. Cette préparation a été employée avec succès à la clinique du Prof. Stockel, de Berlin, dans un grand nombre de cas d'infection puerpérale.

Mme de Lara a eu l'occasion d'essayer ce produit à la Maternité municipale de la Havane dans des cas semblables et a obtenu de bons résultats. Elle l'a, d'autre part, appliqué avec succès à titre prophylactique en chirurgie structive, en injections intramusculaires journalières pendant les trois premiers jours qui suivent l'opération.

Reconstitution des mamelons déformés

M. Michaleck-Grodzki (Varsovie). — A la suite de troubles dans la vie embryonnaire ou plus tard à la suite de causes mécaniques et traumatiques, peuvent se former des mamelons plats (mamilla plana), des mamelons fendus (mamilla fissa), des mamelons creux (mamilla invertita); parfois il y a manque complet de mamelons (athelia).

Ces vices de conformation entravent ou rendent impossible l'allaitement. Il existe des méthodes d'opération pour remédier aux mamelons creux. Les mamelons plats peuvent être corrigés par le rétrécissement de l'aréole au moyen du resserrement des fibres musculaires de cette aérole.

Les mamelons fendus (mamilla fissa) sont raccourcis par une résection oblique et la myotomie sous-cutanée.

On peut remédier au manque complet (athelia), de mamelons par la réfection de la communication entre la glande mammaire et la peau et la reconstruction du mamelon par la peau qui l'entoure et le tissu sous-cutané.

Reconstruction réparatrice en chirurgie structive

M. Claoué (Paris) présente une série d'observations concernant l'ectropion des paupières, la correction de la paralysie faciale, le modelage chirurgical dans la frontocèle et insiste sur l'utilisation des lambeaux tubulés prélevés sur la région abdominale.

Le prochain Congrès européen se tiendra à Londres.

P. Lacroix

THÉRAPEUTIQUE

Créosote, gaïacol et thiocol

Par le Docteur H. FAVIER

La créosote, utilisée en thérapeutique, est obtenue, à partir du hêtre, par distillation entre 200 et 220 degrés. Cette créosote officinale contient 20 % de gaïacol et 40 % de crésol. Très absorbable par voie digestive ou cutanée, elle s'élimine par les voies urinaires et respiratoires en exerçant une puissante action bactéricide. C'est pourquoi l'on a tenté, depuis fort longtemps, de faire de la médication créosotée le traitement spécifique de toutes les affections chroniques des voies respiratoires (depuis les trachéo-bronchites banales jusqu'aux formes torpides de tuberculose pulmonaire) au cours desquelles, en effet, elle produit des effets très nets.

Malheureusement, après avoir connu une faveur peut-être exagérée, ces tentatives se heurtèrent à des difficultés quasi-insurmontables tenant aux propriétés caustiques et irritantes du produit. En fait, les solutions les plus diluées, même au millième, sont mal tolérées par le tube digestif, provoquant des brûlures et des vomissements, et exposant fréquemment les sujets, dont l'état nécessite un long traitement, aux redoutables lésions de la gastrite atrophique. De plus, toutes les formes congestives ou aiguës, fébriles ou hémoptoïques, constituent autant de contre-indications. Enfin les intolérances individuelles et idiosyncrasiques sont si variables que, même aux doses thérapeutiques usuelles, on n'est jamais absolument sûr d'éviter des accidents d'intoxication. Ces inconvénients, impossibles à éliminer en toute certitude avec la créosote de hêtre, finirent par entraîner une grande méfiance à l'égard de ce produit. Mais, lorsqu'apparut le gaïacol, ce produit se révéla à l'usage d'une absorption plus facile, d'une tolérance plus étendue, d'une toxicité plus faible et d'une action thérapeutique aussi efficace que la créosote. On l'utilisa également avec succès comme antiseptique des voies respiratoires, pour améliorer l'état général et combattre la toux ou les sueurs profuses des catarrheux, bronchitiques et tuberculeux. Mais, malgré l'important et indiscutable progrès ainsi apporté dans la réalisation de la médication créosotée, des accidents d'intolérance ou d'intoxication, plus rares certes, mais trop nombreux encore, se produisaient parfois.

Seule, l'introduction du thiocol en thérapeutique devait apporter, par une mise au point parfaite, la solution définitive du problème. Ce sel, qui est chimiquement l'orthosulfogaïacolate de potassium, et qui contient 52 % de gaïacol, se présente sous la forme d'une poudre fine et blanche, à la saveur amère et sucrée à la fois, mais totalement dépourvue de l'odeur désagréable des autres produits créosotés. Très soluble, même dans l'eau, il est particulièrement facile à absorber. Ni caustique, ni toxique, il réalise enfin toutes les indications de la créosote et du gaïacol, sans provoquer aucun phénomène d'irritation ni d'intolérance. Aussi représente-t-il, à l'heure actuelle, le seul agent médicamenteux connu permettant d'obtenir une imprégnation créosotée ou gaïacolée progressive et intensive, sans aucun inconvénient, même chez les enfants. Dans toutes les affections des voies respiratoires, les tuberculoses, les pneumonies, les bronchites et les trachéites, les grippes et les coqueluches, le thiocol, antiseptique pulmonaire idéal, joue un rôle à la fois dynamogène, phagocytogène, eupeptique et orexique, sans jamais exposer le sujet aux accidents, autrefois si redoutés, de la méthode. Mais il est essentiel, pour être sûr des résultats, de s'adresser à un thiocol minutieusement préparé et chimiquement pur : seul le thiocol « Roche » aura donné toute satisfaction.

Aux doses habituelles de 1 à 4 grammes par jour, en cachets ou comprimés de cinquante centigrammes, ou, mieux, encore, sous la forme optima du Sirop « Roche » dont une cuillerée à soupe correspond exactement à 1 gramme du produit, le thiocol, non seulement s'attaque, par ses propriétés puissamment antiseptiques, à toute la flore microbienne de l'arbre respiratoire, jusques et y compris le bacille de Koch; mais encore, il paraît agir, d'après les tout récents travaux du Professeur Febvre, comme un excitateur de ce système réticulo-endothélial dont on commence à soupçonner le rôle capital dans les échanges respiratoires. Ainsi s'expliqueraient, par l'augmentation du métabolisme basal et l'accroissement de la défense vitale de l'organisme qui en découlent, ses propriétés essentiellement dynamogéniques.

En résumé, le thiocol « Roche », produit efficace et très maniable, parfaitement toléré même par les enfants, permet de réaliser, sans aucun risque d'irritation ni d'intoxication, un traitement de base typique et rationnel, à la fois étiologique et symptomatique, de toutes les affections chroniques des voies respiratoires. C'est, à l'heure actuelle, le seul médicament classique et éprouvé permettant de réaliser, sans inconvénient ni danger, une imprégnation créosotée progressive et intégrale, directement antiseptique et phagocytogène.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

---

Bulletin de l'Actualité

SURMENAGE SCOLAIRE ET « MALMENAGE » FAMILIAL

Les Assises de médecine française consacrées à « l'enfance à l'âge scolaire » donnèrent l'occasion à de nombreux médecins pères de famille de protester contre les méthodes en usage dans l'Université. Presque tous dénoncèrent les programmes surchargés, le gavage intellectuel des enfants, la sélection faite prématurément par les examens de fin d'année. On se rendait compte, en les écoutant, de la sollicitude avec laquelle ils veillaient sur leurs enfants et du souci qui les obsédait de contrôler la pâture imposée à ceux-ci. « Heureux gosses qui, pour leurs premiers pas, ont de tels guides », me disais-je, ces jours-ci, à propos d'un autre gosse dont je veux vous conter l'histoire.

Il vient d'avoir treize ans. C'est un petit garçon sage, trop sage, capable de rester affalé des heures entières dans un fauteuil. Il est un peu lourdaud d'aspect, apathique sauf pour se pendre au cou de sa mère et se faire câliner. Lorsqu'il s'est agi de le mettre comme interne dans un lycée, cela a été un grand désespoir. Et puis il s'est résigné, s'est assis en classe à la place qu'on lui assignait, et, très docilement, a laissé couler l'éloquence professorale. Son amour-propre ne s'est pas cabré à se voir régulièrement classé le dernier ou l'avant-dernier ; pourvu d'une écriture informe, capable d'outrager l'orthographe à chaque mot, il a abordé avec sérénité l'étude de l'histoire, de la géographie, de l'anglais. Et, au bout de l'année, il a obtenu comme récompense de redoubler la classe où il avait si douillettement somnolé. Et ses parents ont accepté l'échec avec résignation.

La seconde année l'a vu aussi solidement établi sur ses positions de cancre incurable. Honteux le proviseur a déclaré qu'il était sans exemple de voir un élève tripler une classe. Et, puisque leur rejeton était promu à la classe supérieure, les parents y ont vu une manière de succès.

Ils l'emmenaient au lycée pour une troisième année lorsqu'est intervenu un médecin. Ayant fait déshabiller l'enfant, il est tombé en arrêt devant ces formes efféminées de syndrome adiposogénital et l'a montré à des confrères qualifiés. Le verdict est rendu : ce garçon de 13 ans accuse, aux tests, environ 9 ans. Quatre ans de retard, deux ans entièrement perdus, la perspective d'une carrière avortée et, s'il devait jamais être livré à ses seules forces, de rouler comme une épave : voilà le bilan par quoi se solde, pour ce malheureux gosse, l'aveuglement des parents.

« Si j'avais su plus tôt, se lamente la mère. Quand il était petit, parce qu'il s'exprimait mal, nous nous impatientions et le faisions taire ». Et l'enfant rabroué s'est enlisé peu à peu dans l'apathie à laquelle le destinaient ses endocrines déficientes. Il est maintenant pourvu d'un traitement et placé dans une école de retardés. Mais le mal est fait.

Un autre que je connais, à onze ans, sait à peine lire. Il n'est pas anormal, celui-là. Mais sa mère, avec la sensiblerie stupide qu'ont les gens du peuple, vis-à-vis de leurs enfants, a reculé de le mettre à l'école jusqu'à ce qu'il ait atteint sa neuvième année ; elle redoutait de le voir pleurer. Encore ne va-t-il en classe que si le temps n'est ni trop froid, ni trop pluvieux, s'il ne se découvre pas quelque mal à la tête, et enfin, si le cœur lui en dit. Désorienté de se trouver si ignare parmi ceux de son âge, honteux et haineux, il accuse les maîtres et ne se trouve bien que dans la rue. Il a commencé de battre sa mère, est querelleur et sournois et laisse présager l'affreuse gouape qu'il sera dans peu d'années. Incapable de faire autre chose qu'un manœuvre, il accusera alors la société et l'exploitera autant qu'il pourra. Ce que font déjà ses dignes parents. Et ceux-ci ne pourront pas dire qu'ils ont péché par ignorance : depuis des années, les reproches qu'ils méritent leur ont été faits.

L'ignorance et la bêtise des parents sont certes redoutables aux enfants. Et moins, cependant, que leur vanité. La vanité est un monstre féroce devant qui tout capitule : bon sens, pitié, même oui ! même l'amour maternel.

Témoin, ce jeune homme : il est élancé, maigre, flexible comme une tige, et je me rappelle (si ses parents ne veulent pas se les rappeler) quelques petites hémoptysies qu'il a faites à l'adolescence. De si chétive santé, il a conquis le baccalauréat avec toutes les difficultés possibles. Et il a été décidé qu'il ferait « sa » médecine, puisque c'est la profession où l'on gagne tant

d'argent et si facilement. A vingt-six ans, et n'ayant pas encore fait son service militaire, il aborde la troisième année. Peut-être vers la trentaine passera-t-il sa thèse, à moins qu'il ne laisse sa peau dans ce petit jeu. Car, pour de si maigres résultats, il travaille comme un forçat, veille tard le soir ; il s'épuise et l'hiver on l'entend tousser d'une façon qui fait frémir.

Il « sèche » l'hôpital assez souvent parce qu'il se sent fatigué, va se faire voir à la Faculté et rentre aussitôt à la maison pour se replonger dans ses bouquins. Telle est la vie qu'il mène. A vingt-six ans ! Et je ne sais pas si ce martyr a conscience qu'il gâche sa jeunesse et que l'on n'a vingt ans qu'une fois. Sérieux, travailleur, mais absolument dénué d'aptitudes intellectuelles, il pouvait faire une belle réussite dans une autre profession. Transplanté à la campagne, il pouvait reverdir et mâter définitivement le mal qui le guette. Sa famille (lui aussi peut-être, mais il fallait voir clair pour lui) a préféré l'astreindre à une tâche qui épuise ses forces. Plutôt que de renoncer à un rêve longuement caressé, elle a voulu lui faire courir ce risque. Dites-moi s'il n'y a pas quelque chose de tragique dans ce match entre la vie d'un enfant et l'orgueil des parents.

L'orgueil ? est-ce aussi lui qui mène cet autre papa auquel je pense ? Un peu sans doute, mais n'est-il pas surtout le mystique aveuglé ? Musicien, magnifiquement doué, mais d'humble extraction, il n'a pu qu'imparfaitement se réaliser. Il lui a manqué..... un rien, probablement : un aîné pour le guider avec discernement, un hasard qui l'eût révélé, quelque publicité cette ignominie du siècle. Mais voici qu'il a procréé un enfant prodige : dès qu'elle a su marcher seule, cette petite a tenu un violon dans ses mains. Le père, encore meurtri de son rêve avorté, a vu poindre enfin l'heure de la revanche. Et, sans bien s'en rendre compte, il a entraîné sa fille dans sa querelle : le destin allait rendre gorge ! La querelle est maintenant vidée : une virtuose extraordinaire est sortie du Conservatoire, une virtuose de treize ans ! Elle court de ville en ville, donne des concerts, se couche à une ou deux heures du matin, fait ses exercices, répète, connaît (à treize ans !) l'ivresse des ovations. Et, ce qui est bien pire encore, à treize ans, elle interprète des adagios où tiennent les déchirements et les frénésies passionnelles de grandes personnes. Il faut voir cette fillette descendant de scène : elle tremble comme une feuille, a des crispations dans la figure ; elle est volubile et assure qu'elle ne ressent aucune fatigue. Mais quels yeux, épouvantablement profonds, braqués sur le monde ! Et l'on parle des sportifs qui se « claquent » dans une épreuve de vitesse ! Il n'y a pas que la fibre cardiaque à ménager chez un enfant.

Cela, mon ami, mon pauvre ami, l'as-tu oublié ?

***

Certes ! nos confrères avaient raison, en janvier dernier, de réclamer un droit de regard sur l'éducation de leurs enfants. Encore faut-il que ce regard soit compétent et de sang-froid. Et ces qualités rares où les trouver ? où, surtout, les trouver réunies ? Car, depuis La Fontaine, les ours n'ont pas cessé de lécher leurs petits, de les estimer beaux et bien faits ». C'est une véritable flagellation morale pour des parents d'avouer que leur enfant est d'intelligence médiocre ; ils trouveront toutes sortes d'excuses, accuseront la paresse, moins infamante, et parfois se persuaderont eux-mêmes jusqu'à tarabuster le pauvre gosse qui n'en peut mais. Si l'enfant, au contraire, est exceptionnellement brillant, comment trouver le courage de modérer son ardeur ? il entre alors dans l'esprit des familles une sorte de curiosité passionnée et bien excusable : jusqu'où le petit prodige atteindra-t-il ? Ainsi l'inventeur est capable, dans son enthousiasme, de pousser sa machine jusqu'à la faire éclater.

L'on accuse les examens de fin d'année, institués dans les écoles, d'être injustes et de juger sans recours des enfants qui peuvent n'avoir pas donné toute leur mesure. C'est le reproche qu'encourent tous les examens et concours. L'Université n'a pas d'autre moyen de discrimination : elle se sert de celui-là et endosse les griefs suscités par le système. Le contrôle familial n'est pas non plus, nous venons de le voir, sans faiblesses n reproches.

Alors ?

Je songe à ce conseil de surhommes dont rêve Carrel, à ces sortes d'ascètes de la recherche scientifique qui coordonneraient, pour le bénéfice et le bonheur du genre humain, les découvertes aujourd'hui dispersées. Ce seraient nos « conducteurs », suivant le terme à la mode, les orienteurs professionnels des enfants.

Nous ne les aurons pas de sitôt. Et les enfants non plus !

G. LAVALÉE.

VALEUR JURIDIQUE DU CONTRAT D'ASSOCIATION OU DE LOUAGE DE SERVICE DES MÉDECINS

La jurisprudence est actuellement bien fixée en ce qui concerne l'association entre médecins, celle avec des non-médecins et enfin le contrat de louage de services des médecins soit avec des confrères, soit avec des étrangers à notre profession.

Association entre docteurs en médecine

On s'est très souvent appuyé sur un arrêt de la Cour d'appel de Paris, 1re Chambre, du 15 mai 1922, qui décide que la clientèle d'un médecin reposant uniquement sur la confiance des malades, est hors commerce et ne saurait faire l'objet d'un contrat de cession ou d'association. Par suite est nulle la convention par laquelle un praticien met en commun, avec un autre confrère, sa clientèle, qui sera exploitée par eux deux, sans que les malades puissent conserver le libre-choix de leur médecin.

Si nous lisons très attentivement les attendus de cet arrêt, nous devons déduire qu'un médecin n'a pas le droit de faire un acte d'association, dans lequel il apporte sa clientèle à partager avec un autre confrère ; mais si chacun d'eux s'engage à collaborer avec l'autre, en laissant aux malades le droit de choisir entre eux deux, le contrat est parfaitement valable.

Un jugement du Tribunal civil de Marseille, du 24 octobre 1923 avait décidé dans le même sens que la Cour de Paris, en ce qui concerne l'exploitation par deux vétérinaires associés de la clientèle de l'un d'eux.

Un arrêt de la Cour d'appel de Douai du 27 octobre 1930 décide à son tour que l'acte d'association entre deux médecins doit être considéré comme nul, lorsqu'il fait abstraction de la faculté qu'à le malade de choisir librement son médecin. Les praticiens n'ont pas le droit de considérer sa clientèle comme ayant une valeur marchande.

De ces décisions, nous pouvons conclure que la société fondée entre médecins est licite, lorsque les malades conservent leur liberté de choix entre les associés. C'est d'ailleurs ce que la Cour d'appel de Paris, 3e Chambre a décidé, par arrêt du 18 mai 1934 : aucune disposition de la loi du 30 novembre 1892, ni du Code civil n'interdisent aux médecins de former des sociétés civiles entre eux pour l'exercice de leur art, à la condition que chacun d'eux conserve son indépendance professionnelle et sa responsabilité et que le choix des malades entre eux demeure entièrement libre.

Aussi, lorsque je suis consulté par des confrères désireux de mettre en commun leurs possibilités professionnelles, ai-je le soin de faire spécifier, dans l'acte que les malades conservent toujours la faculté complète de choisir librement celui qui devra leur donner des soins.

Association de médecins avec des non-médecins

Pourvu que le but de l'association ne soit pas l'exploitation de la crédulité publique, ou de la souffrance humaine, pourvu que le diplômé puisse conserver son indépendance professionnelle absolue, le médecin peut s'associer avec un non-médecin.

Un arrêt de la Cour de cassation, Chambre civile du 15 mai 1928 est très net sur ce point : doit être considérée comme valable la convention par laquelle un particulier s'associe avec un médecin, pour gérer une clinique médicale, lors qu'il est prouvé que le médecin n'a en rien aliéné son indépendance. Dans le même sens Cour d'appel de Paris, 3e Chambre, 6 février 1934, concernant l'association d'un médecin avec un hôtelier, pour fonder une maison de régimes.

Mais si l'association a un but illicite, ou contraire à l'ordre public, elle doit être déclarée nulle, ainsi qu'en décide la Cour de cassation, Chambre civile, par arrêt du 4 décembre 1929. Il s'agissait, en l'espèce, d'une association entre un médecin et un publiciste, pour l'exploitation de marques de spécialités pharmaceutiques, alors qu'en réalité il ne s'agissait que de tromper l'opinion publique, par une réclame intense, dans le but de vendre des médicaments pour l'exploitation des malades.

Louage de services entre médecins

Le praticien, qui a une grosse clientèle à desservir, peut s'adjoindre un ou plusieurs collaborateurs diplômés, en se les attachant par un contrat de louage de services. Il leur donnera des appointements fixes, ou un pourcentage sur le chiffre d'affaires ; mais le praticien qui loue ses services, doit conserver son indépendance professionnelle complète, pour soigner les malades, de même que ceux-ci doivent garder le droit de choisir librement celui qui leur donnera des soins.

En ce sens, Tribunal civil de la Seine, 4 mai 1921.

Louage de services avec des non-médecins

Allant plus loin, nous pouvons dire qu'est licite le contrat de louage de services intervenu entre un médecin et un étranger à notre profession.

La question avait déjà été étudiée à propos du brusque renvoi de médecin par des employeurs divers : usines, mines, sociétés de secours mutuels sanatoria, etc... Le médecin avait obtenu des dommages-intérêts, lorsque son employeur l'avait brusquement remercié, sans même lui donner une indemnité de préavis.

De nombreuses décisions de jurisprudence existent en ce sens, Cour d'appel de Paris 14 décembre 1922 ; Cassation civile, 3 mars 1926 ; Tribunal commerce du Havre, 18 novembre 1930 ; Cour d'appel de Douai, 21 juin 1932 ; Cour d'appel de Montpellier, 6 février 1933 ; Cour d'appel de Rennes 30 mai 1933 ; Cassation requêtes, 18 novembre 1935.

Mais le principe du louage de services a été nettement posé devant la Cour d'appel de Paris, 2e Chambre, qui, par arrêt du 30 mars 1926, a décidé que doit être considéré comme valable le contrat par lequel un docteur en médecine, moyennant des appointements fixes et la jouissance d'une habitation, s'engage envers un particulier à installer et à diriger un cabinet créé par une société, pour l'exploitation de découvertes médicales et l'application de formules thérapeutiques, à la condition, pour le médecin, de conserver son absolue indépendance professionnelle vis-à-vis de son employeur.

Conclusion

Voilà l'évolution de la jurisprudence. Est-ce un bien ? Est-ce un mal ? Les Syndicats médicaux ont laissé faire et l'on voit aujourd'hui des médecins, véritables « lions de clientèles » étendre leur champ d'action sur de grandes distances et occuper des employés-médecins, pour l' « industrialisation » de clientèles médicales.

Nous assistons également à la mise en commun de patrimoines, pour faire ce que j'ai appelé « la médecine en équipes ». Mais, parfois les médecins font appel à des apports d'argent étranger à notre profession, ou louent leurs services à des collectivités publiques ou privées, pour donner leurs soins, moyennant des salaires mensuels. Nous allons ainsi à grands pas vers, non pas la fonctionnarisation de la médecine, mais vers un salariat médical, autrement plus grave et plus angoissant.

Dr Paul BOUDIN.

ENTENTES DES CAISSES AVEC DES PRATICIENS POUR DES HONORAIRES RÉDUITS

Il nous est demandé si, dans une région, une Caisse peut s'entendre avec tous les praticiens, ou certains d'entre eux, pour que ceux-ci veuillent bien consentir à soigner les assurés à des prix inférieurs, non seulement au tarif local, mais même au tarif de responsabilité ?

La loi n'autorise les Caisses à passer des conventions qu'avec les seuls Syndicats professionnels habilités par les groupements nationaux de praticiens. Elles ne peuvent pas contracter avec des individualités, car ce serait violer plus ou moins directement le libre choix que le malade assuré social tient de la loi.

D'autre part, la Commission régionale prévue à l'article 8 § 4 du décret-loi de 1935 aurait à connaître de la validité des conventions, même passées avec des Syndicats professionnels habilités, conventions qui auraient pour but de procurer des avantages particuliers à certains praticiens, grâce à un rabais consenti au profit de la Caisse et aux dits praticiens.

Le Syndicat aurait, de son côté à connaître de ces accords particuliers, qui, en réalité, ne constitueraient qu'une remise, une ristourne d'honoraires consentie par certains praticiens aux Caisses et aboutissant à un racolage de malades au profit de quelques-uns.

Autrement dit, il n'est pas possible à une Caisse de contracter avec quelques praticiens pour décider que ces derniers se contenteraient toujours du seul tarif de responsabilité, ou accepteraient de faire des appareils de prothès dentaire à des prix inférieurs à ceux indiqués dans la convention Syndicat-Caisse.

L'article 27 du décret-loi de 1935 serait applicable dans les cas de collusions.

Cependant, sous réserve du contrôle de la Commission régionale, un Syndicat de praticiens peut inscrire dans sa convention que ses membres acceptent de soigner les assurés sociaux à des conditions inférieures au tarif syndical, puisque ce dernier, qui sert d'indicatif pour la fixation du tarif de responsabilité, ne s'impose en aucune manière aux praticiens d'une région.

Les autres Syndicats qui sont représentés à la Commission régionale auront à faire connaître leur avis sur cette minoration collective des honoraires et décideront du caractère réel, ou apparent de pareille minoration de tarifs.

P. B.

L'ACTUALITÉ PROFESSIONNELLE

La Presse et les Sociétés

Le calcul des infirmités multiples dans les accidents du travail

Il y a lieu tout d'abord de poser la distinction entre *capacité physiologique* et *capacité fonctionnelle* : la première résulte de l'état des fonctions physiologiques indispensables ou utiles au travail, la seconde est la capacité effective de travail de l'ouvrier avant l'accident. C'est cette dernière que l'expert doit évaluer, alors que les barèmes n'évaluent que les réductions de capacité physiologique. Il faut donc rechercher comment passer de l'une à l'autre.

Il est nécessaire tout d'abord de rappeler quelques principes : a) *principes médico-légaux,* l'incapacité globale résultant de lésions multiples est la même que ces lésions soient simultanées ou successives. Si les lésions multiples affectent des fonctions différentes l'incapacité déterminée par l'une n'a aucune influence sur celle déterminée par l'autre. Lorsqu'au contraire elles atteignent la même fonction la perte globale peut être supérieure ou inférieure à la somme de celle correspondant à chacune de ces lésions : b) *principes juridiques.* — La capacité fonctionnelle est représentée par le salaire de la victime avant l'accident. Le taux d'invalidité fixée par une décision judiciaire est présumé correspondre à la réalité des faits.

Ceci posé, deux hypothèses distinctes doivent être examinées successivement :

1° *Infirmités multiples affectant des fonctions indépendantes.* — Un ouvrier gagnant 8.000 francs perd un pied. L'incapacité est de 50 %, autrement dit il est à présumer que son salaire s'abaisse à 4.000 francs. La rente est de 2.000 francs. Ce même ouvrier perd un œil dans un second accident : incapacité 33 %, soit $\frac{33\ \%}{2} \times$ 4.000 = 660 francs. Selon le principe énoncé plus haut l'incapacité totale est la même, que ces deux accidents se produisent simultanément ou successivement. Si donc ce même ouvrier avait perdu son pied et son œil dans le même accident, la rente eût été de 2.660 francs et non pas de 1/2 (50 % + 30 %) × 4.000 = 3.320 francs. Ainsi se trouve justifiée la règle suivant laquelle, en cas d'infirmités multiples indépendantes, on ne doit pas ajouter purement et simplement les taux d'incapacité, mais calculer le taux de chaque incapacité sur la capacité restante après le calcul des précédentes (en l'espèce : perte du pied 50 %, capacité restante 50 %, perte d'un œil 33 % de 50 % = 16,5 %, incapacité totale : 66,5 % et non 83 %).

2° *Infirmités multiples affectant la même fonction ou des fonctions synergiques.* — Les règles précédentes ne sont plus applicables ; il faut ici faire une évaluation globale de l'infirmité, sous peine d'arriver à des résultats injustes : ainsi, pour un ouvrier perdant les cinq doigts de la main droite, l'incapacité est de 65 %, alors que le calcul précédent donnerait 58 % seulement. Comme d'autre part l'incapacité est la même que les accidents soient arrivés successivement ou simultanément, il ne faut pas, dans le cas d'un ouvrier perdant d'abord trois doigts puis ensuite deux doigts de la main droite, calculer le taux d'incapacité résultant du deuxième accident sur la capacité restante après le premier. Il y a lieu, au contraire, dans cette hypothèse d'appliquer la formule du Professeur Balthazard : $t_2 = \frac{T - t_1}{1 - t_1}$ ou t_1 représente l'incapacité antérieure, T l'incapacité globale et t_2 l'inconnue à savoir en l'espèce l'incapacité résultant du dernier accident. Pour reprendre notre exemple à la perte de cinq doigts correspond une incapacité permanente partielle de 65 % donc une rente de 2.600 francs pour un salaire de 8.000 francs. A la perte de trois doigts correspond une incapacité de 32 % (soit une rente de la moitié de 2.560 = 1.280 francs). En cas de perte ultérieure de deux doigts, l'incapacité nouvelle serait de : $\frac{65\ \% - 32\ \%}{1 - 32\ \%}$ = 48,53 %. A ce taux correspond, sur le salaire réduit à la suite du premier accident (8,000 — 2.560 = 5.440), une rente de 1.320 francs. La rente totale de l'intéressé sera alors de 1.280 + 1.320 = 2.600 francs, ce qui est bien le chiffre trouvé plus haut pour l'incapacité globale.

Nous n'avons envisagé jusqu'ici que les taux de capacité physiologique. Revenons au taux de capacité fonctionnelle. Celle-ci est toujours de 100 % avant l'accident, mais évidemment plus les lésions antérieures sont importantes plus les organes restés aptes ont de valeur : la perte de deux doigts chez un manchot amputé en outre de trois doigts a pour conséquence une incapacité de 100 %. Cette « revalorisation » des organes restants peut être calculée assez exactement par la formule du Professeur Balthazard, et ceci quelle que soit la cause des lésions antérieures (notamment dans le cas de blessures

de guerre et de l'application de la loi du 23 novembre 1916, afin de calculer l'aggravation des conséquences de l'accident due au motif de réforme, aggravation qui est à la charge de la Caisse nationale de retraites). Par l'application de cette formule l'expert pourra ainsi modifier les taux fixés d'une manière abstraite par les barèmes, afin de les adapter à l'incapacité réellement causée par les accidents dans les cas concrets qui lui seront soumis. (M. Gignoux, *Annales de Médecine légale*, novembre 1936.)

J. M

La prévention des accidents oculaires du travail

Le Docteur E. Ginestous, après un exposé historique de la question, établit que la prévention des accidents oculaires du travail doit poursuivre deux objectifs : 1° protéger les yeux contre les atteintes extérieures par des appareils s'adaptant à la face et protégeant directement les yeux, ou à l'outil, à la machine et les protégeant indirectement ; 2° assurer dans les meilleures conditions le traitement et la guérison des blessures oculaires.

L'auteur développe spécialement ce deuxième chapitre, car il faut que chacun connaisse ses devoirs, et soit renseigné sur ce qu'il doit faire et surtout sur ce qu'il ne doit pas faire.

Dès qu'un ouvrier est atteint d'une blessure oculaire, il doit interrompre son travail et avertir son chef d'atelier ; celui-ci pourra ainsi ordonner que le blessé se hâte vers l'infirmerie pour le moindre accident aux yeux. Il serait à souhaiter que l'on put appliquer pour les yeux, avant la visite chez le médecin, une sorte de pansement individuel, analogue au pansement individuel du soldat.

Ce qu'il ne faut pas faire, c'est priver l'ouvrier blessé des soins du médecin, qui seul est qualifié pour le traiter. Nombreux sont les accidents oculaires professionnels, qui doivent uniquement leurs conséquences fâcheuses ultérieures au traitement du début, confié à des mains inexpérimentées. Les ouvriers, prétendus habiles à extraire les corps étrangers de l'œil, sont encore fréquents dans nos usines, et patrons ou ouvriers acceptent trop facilement leurs services. (*Gaz. heb. des Sciences méd. de Bordeaux*, 24 mai 1936.)

G. F.

Moins d'étudiants en médecine

« Tant crie-t-on Noël qu'il vient », tant crie-t-on à la pléthore qu'elle s'en va.

C'est du moins l'espérance qu'il est permis de concevoir en parcourant les statistiques de diplômes de doctorat publiées par la *Vie Médicale* du 10 novembre 1936.

1.758 étudiants ont été, au cours de l'année 1935-1936, reçus docteurs en médecine. Cela fait une diminution de 61 sur l'année précédente.

La diminution porte uniquement sur les étudiants français puisqu'il y a 83 diplômes d'Etat en moins et 22 diplômes d'Université *en plus*. Reste à savoir combien des 262 diplômes d'Université se transformeront par la suite en diplômes d'Etat, et combien cela fera de Roumains, Polonais, Grecs et autres importés à fondre sur nos clientèles.

Mais un autre chiffre est nettement plus encourageant et donne l'assurance que, pendant quelques années du moins, le nombre des étudiants en médecine continuera à décroître.

Alors que, depuis une dizaine d'années, le nombre des candidats au P. C. B. avait presque continuellement augmenté, ce nombre a diminué de 399 en 1935 et de 509 en 1936.

Et ces 509 se décomposent en 352 Français et 157 étrangers. Le flot qui pendant des années déferla de l'Orient sur les Universités françaises serait-il vraiment à marée haute ? Parmi toutes les gentillesses que nous offrit 1936, celle-là nous consolerait de quelques autres.

G. L.

La thèse de doctorat en Belgique (1)

Elle est imposée aux étudiants qui aspirent au doctorat en sciences, en philosophie, en pharmacie, en sciences commerciales, etc... Seuls n'en présentent pas les docteurs en médecine et en droit. Et les Belges eux-mêmes en demeurent confondus.

A la vérité il n'en fut pas toujours ainsi. Avant 1789, à la vieille Université de Louvain et, plus tard, de 1803 à 1830, sous les régimes français et hollandais, la thèse fut imposée aux médecins. Mais lorsque la révolution belge eut balayé le régime hollandais elle devint facultative. C'était, naturellement, y renoncer en fait.

Le Professeur Malvoz regrette cette lacune qui, prétend-il, met les médecins belges en état d'infériorité vis-à-vis de leurs confrères étrangers.

En outre le simple fait d'être sollicité chaque année par des élèves à propos d'un sujet de thèse et d'en diriger la préparation tient le professeur en haleine. Quant aux cliniques et laboratoires leur activité serait décuplée par la présence d'étudiants préparant leur thèse.

Que l'on supprime l'impression préalable, trop coûteuse, et que le jury organise lui-même la défense publique afin de se rendre compte de la part prise par le récipiendaire dans son travail.

G. L.

(1) *Bruxelles-Médical*, 18 octobre 1936. Prof. E. Malvoz (Liége).

ACCIDENT DU TRAVAIL

au cours des sports d'hiver en montagne

Une pleurésie purulente tuberculeuse, à la suite d'un ensevelissement dans la neige

Le cas mérite d'être relaté, car il n'est pas simple en raison des diverses hypothèses, qui pouvaient être envisagées pour rechercher une relation de cause à effet entre un accident du travail et une pleurésie purulente.

Un guide accompagne des skieurs pour faire l'ascension d'un pic élevé ; il est surpris par une avalanche ; la neige lâche sous ses pieds et l'entraîne sur un parcours de 1.800 mètres, le projetant contre de nombreux rochers. Atteint d'une fracture du bras et de l'épaule droite, ainsi que de nombreuses contusions sur tout le corps, le blessé parvient néanmoins à se débarrasser des skis, et peut, en deux heures de marche, gagner un point, d'où un automobiliste le ramène à son domicile.

Il est reconnu atteint d'une fracture transversale de la base de l'humérus droit avec enfoncement de la cavité glénoïde et fracture de l'omoplate droite (vérification radiographique). On l'adresse à une clinique chirurgicale, où la luxation de l'épaule est réduite, et où l'on pratique une ostéosynthèse de l'olécrâne.

Le blessé *toussait, crachait du sang,* bien que n'étant pas atteint de fracture de côte.

Trois semaines plus tard, les blessures guérissaient, mais les phénomènes pulmonaires se précisaient : on diagnostiquait une *pleurésie séro-fibrineuse gauche,* qui se résorba après plusieurs ponctions évacuatrices. Onze mois après l'accident, c'était une pleurésie séro-fibrineuse droite (diagnostic vérifié par la ponction) avec mauvais état général.

Le Docteur **Emile Sorel** (1) est chargé de l'examiner sur mandat d'expertise du Tribunal, et voici qu'elles sont ses constatations :

C'est un opéré d'empyème ; l'hémithorax gauche est devenu le siège d'un épanchement purulent chronique, sans tendance à la guérison. L'état général est des plus défectueux (amaigrissement de 18 kilogrammes) ; la fièvre est persistante, à élévation vespérale. Depuis un mois seulement l'épanchement est devenu purulent, c'est-à-dire dix mois après l'accident. L'examen bactériologique du pus démontre la présence de bacilles de Koch ; ceux-ci abondent également dans les crachats.

La gêne fonctionnelle de l'épaule et du bras droit étant secondaire, le taux d'incapacité permanente et partielle est fixé à 80 %.

Le point important est de fixer les relations possibles de l'état pulmonaire avec l'accident du travail. Voici les conclusions de l'auteur :

« Y a-t-il relation entre les accidents pleurétiques et le traumatisme proprement dit ? De même, peut-on considérer l'ensevelissement prolongé dans la neige comme ayant exercé une action analogue sur le développement d'un processus tuberculeux pleuro-pulmonaire ? Les relations admises de la pleurésie avec un traumatisme de la cage thoracique nous ramènent à la question des tuberculoses viscérales localisées par une blessure. Dans le cas particulier, le traumatisme thoracique proprement dit porta sur l'épaule plus que sur les côtes, son influence dans l'apparition de la pleurésie est possible, mais non démontrée.

« Mais celle du *froid prolongé* n'est-elle pas plus admissible ? Nous le croyons et sommes d'avis que le rôle prépondérant, anciennement reconnu au froid dans l'éclosion de la pleurésie, trouve ici un argument péremptoire.

« D'ailleurs, traumatisme et froid sont ici, intimement intriqués. La loi du 9 avril 1898 n'a pas à discerner lequel des deux facteurs a joué le rôle décisif ; dans les deux hypothèses, elle conserve sa valeur pratique et légale. »

G. FISCHER.

(1) *Annales de médecine légale,* mai 1936.

RECRUTEMENT ET TRAITEMENTS DES MÉDECINS DE L'ARMÉE DE L'AIR, DE L'AMIRAUTÉ ET DES SERVICES COLONIAUX EN ANGLETERRE

De récentes annonces émanant du ministère anglais de l'Air, de l'Amirauté et du Colonial Office permettent de se faire une idée approximative sur la manière dont est recrutée une partie des médecins militaires de l'Empire britannique. Les textes de ces annonces ne manquent pas non plus d'intérêt si on veut se rendre compte des différences de recrutements et des traitements des deux côtés de la Manche.

Pour l'armée de l'air, le Gouvernement anglais exige des candidats qu'ils soient sujets britanniques, fils de sujets britanniques et de descendance purement européenne. Il faut en outre qu'ils aient déjà satisfait à leurs examens de médecine, qu'ils soient âgés de moins de 26 ans. Il n'y a pas à proprement parler de concours d'entrée, mais admission après enquête. Admis d'abord pour trois ou cinq ans, les candidats peuvent être titularisés pendant leur seconde ou troisième année de service. Ceux qui n'auraient pas été retenus au bout de ce temps recevront une indemnité de 400 livres sterling (42.000 francs) au bout de trois ans et de 1.000 livres (105.000 francs) au bout de cinq ans.

L'Amirauté exige de ses candidats d'être médecins et de ne pas être âgés de plus de 28 ans. Là aussi, un Conseil choisit parmi les postulants. Ceux-ci ont la faculté d'entrer d'abord pour trois ans et ensuite pour cinq ans. A la fin de ces cinq ans, une Commission désignera ceux qui seront définitivement admis dans le Corps de santé de la Marine. Comme dans l'armée de l'air les médecins qui se retirent reçoivent des gratifications : 400 livres (42.000 francs) au bout de trois ans et 1.000 livres (105.000 francs) au bout de cinq ans.

Le recrutement des médecins des troupes coloniales anglaises est un peu plus différent que pour les deux premiers services. L'âge limite est ici de 35 ans et le diplôme médical exigé doit avoir été enregistré dans le Royaume. Les candidats doivent être sujets britanniques et avoir des Européens pour parents. La préférence est donnée, pour le présent concours qui est de dix places, à ceux qui ont déjà rempli certaines fonctions dans les hôpitaux ou les services de la Santé publique. Les compétences spéciales : anesthésie, chirurgie, orthopédie, etc., entrent également en ligne de compte dans le choix des candidats. Le traitement de début varie entre 600 et 700 livres (63.000 à 73.000 francs). Il augmente par échelons successifs jusqu'à un maximum allant de 1.000 à 1.200 livres (105.000 à 126.000 francs). En outre, il existe un certain nombre de postes encore plus importants et d'un traitement beaucoup plus élevé encore. L'exercice de la clientèle est théoriquement défendu, mais il est des cas dans lesquels il peut être autorisé sous certaines conditions. Avant leur départ, les futurs médecins coloniaux suivent un cours de médecine et d'hygiène tropicales. Le voyage est effectué gratuitement en première classe, mais les médecins partants doivent donner leurs soins aux familles des passagers pendant la traversée. Les postes à occuper cette année sont en Afrique tropicale.

La lecture de ces conditions de recrutement permet de se rendre compte qu'il existe un certain nombre de différences avec celles en usage en France. La question de la race européenne des parents exclut d'office les sujets issus d'un croisement de races : mulâtres, métis, etc... L'âge limite est plus reculé, surtout pour le service des colonies qui s'accommode de candidats de 35 ans. Enfin, on notera l'absence de concours à proprement parler et l'échelle des traitements qui ont l'air passablement confortables.

Dr Pierre Labignette.

UN PROJET D'ORGANISATION DU CORPS MÉDICAL

Un des doyens du Corps médical français, le Docteur A. VEILLARD, d'Orléans, qui exerça longtemps à Meung-sur-Loire et dont nos lecteurs se souviennent des travaux publiés dans le *Concours Médical* sur l'étiologie de l'encéphalite léthargique qu'il attribuait avec preuves à l'appui aux farines altérées, nous a adressé la lettre suivante où il esquisse un projet d'organisation du Corps médical calquée sur celle des Chambres de commerce, des Chambres d'agriculture et des Chambres de Métiers qui fonctionnent à la satisfaction de tous en laissant à leurs membres leur indépendance. Nous livrons la lettre du Docteur Veillard aux méditations de nos lecteurs.

J. N.

....

Mon cher confrère,

Depuis le mois de mars dernier, à notre réunion annuelle générale de la Société locale, de l'Association, j'avais insisté sur ce point qu'il était facile de faire quelque chose d'utile pour la création des retraites aux médecins avec relativement peu d'argent, mais à condition *sine qua non* que la cotisation fût rigoureusement perçue de *tous* les médecins.

Comment rendre cette cotisation obligatoire ? Il y a un moyen très simple ; c'est la création d'une *Chambre consultative départementale de médecine*. Chaque année on établirait une liste de tous les médecins patentés, mais cette liste des électeurs médicaux donnerait lieu à une taxe annuelle (de 500 francs par exemple) qui serait versée intégralement à la Caisse-Ecole médicale du département pour secours annuels et allocations d'invalidité-vieillesse.

Je dis Caisse-Ecole parce que j'envisage chaque nouvel inscrit comme ignorant complètement le fonctionnement des Caisses de secours mutuels et que tout médecin débutant devrait faire un stage de deux ou trois mois aux cours de médecine sociale (fonctionnement des Caisses d'Assurances sociales, centres d'hygiène, inspections des écoles, etc., etc.) à organiser par les Chambres consultatives de médecine. On éviterait ainsi de voir débuter dans la pratique médicale des jeunes gens qui n'ont actuellement aucune idée de ce qu'est une Société de secours mutuels. Ces stagiaires seraient en même temps initiés à la pratique en faisant des remplacements de praticiens malades ou en vacances, en suivant et assurant les gardes des hôpitaux, asiles, sanatoriums, etc...

Les Chambres départementales assureraient ainsi une meilleure répartition des médecins sur le territoire et faciliteraient les échanges ou cessions de clientèle ; beaucoup de vieux praticiens pourraient ainsi avoir un auxiliaire à leur portée.

Cette cotisation forcée de 500 francs paraîtra lourde à beaucoup de confrères, mais on pourrait trouver quelque combinaison pour modifier la ventilation de la patente actuellement payée.

En plus de ce droit-fixe annuel, l'Assemblée générale des électeurs de la Chambre départementale voterait un ou plusieurs centimes additionnels au principal de la contribution des patentes (art. 21). Ici encore on pourra trouver une formule pour que la patente actuelle ne soit pas augmentée. Chaque collège électoral serait maître du pourcentage de cette imposition.

Ce que je recherche dans cette nouvelle organisation c'est la *liberté entière du Corps médical*, qui serait ainsi à l'abri définitivement du fonctionnariat et de l'arbitraire de certains organismes. Toutes les décisions seraient prises par des élus du Corps médical tout entier, qui ne ferait qu'un, n'ayant pas à subir l'arbitraire de quelques-uns.

D'ailleurs dans cette organisation, les Syndicats continueraient à jouer leur rôle de contrôleurs des taxes et tarifs, de surveillant du contentieux avec les diverses Compagnies d'assurances-accidents, assurances sociales, etc... Les Chambres consultatives de médecine seraient surtout des agents de liaison avec les pouvoirs civils ; ils donneraient des avis ou en prendraient, sans avoir jamais à prendre de décision. Les faits montrent que l'on aboutit ainsi plus vite, à la satisfaction des organismes ou individus en cause.

Les Chambres de commerce peuvent être déclarées concessionnaires de services publics, fonder, administrer des œuvres d'intérêt général. Cette administration peut leur être déléguée pour les établissements de même nature qui seraient créés par l'Etat, le département ou la commune. Ces articles peuvent très bien s'adapter à une organisation s'occupant spécialement de l'hygiène et de la Santé publique comme le seraient les Chambres consultatives de médecine.

Recevant une subvention de l'Etat, elles pourraient la reverser à des médecins qui ne seraient pas assimilés à des fonctionnaires. Ces médecins ne dépendraient pas de l'Etat qu'ils ignoreraient, mais seraient de simples agents des

Chambres consultatives dont les membres ont été élus par l'ensemble du corps médical.

Les médecins inspecteurs des Ecoles, les médecins vaccinateurs, les médecins des centres d'hygiène n'auraient rien d'un médecin fonctionnaire ; ils feraient corps avec le corps électoral des médecins praticiens.

Le médecin praticien, fonctionnaire à traitement fixe, rêve de quelques-uns, manquerait parfois de zèle, ne ferait peut-être pas assez de visites à ses malades ; tout le monde n'aime pas se déranger la nuit. Il n'est rien tel que l'intérêt personnel pour donner de l'activité.

Je ne vous envoie pas de tableaux budgétaires de secours et d'allocations ; on peut en faire de bien des façons. Avec mon système, chaque caisse reste libre de le modifier à sa guise, et le varierait forcément suivant les régions. Je reste partisan d'une retraite obligatoire modérée, 12.000 francs au plus, chacun restant libre de l'augmenter, suivant ses goûts, sa clientèle, son milieu. Bien peu d'ailleurs arrivent à dépasser 65 ans, car depuis que je m'occupe de la question, je suis frappé du taux énorme de mortalité à partir de 48 à 50 ans.

La question des veuves est peut-être plus importante. Fort heureusement beaucoup d'entre elles sont peu exigeantes ; avec une organisation fonctionnant dans chaque département, on arrivera à les caser facilement ou à leur donner une rente leur permettant de vivre hors de la gêne.

Veuillez agréer, mon cher confrère, l'assurance de mes bien dévoués sentiments.

A. VEILLARD.

P. S. — Il est à remarquer que toutes les corporations sont maintenant organisées, à l'exception des médecins qui n'ont pas de représentants pour les intérêts généraux d'hygiène et de santé publique. Le Syndicat est chargé de la défense des intérêts des médecins, mais celui-ci doit aussi se préoccuper de l'intérêt général, tout en conservant sa liberté.

L' « AIDE AUX DIABÉTIQUES » A LA CLINIQUE MAYO (1)

« Dans le courant de la dernière année nous avons poursuivi la méthode qui consiste à n'hospitaliser que les diabètes très sévères ou associés à de sérieux états pathologiques.

Tous les autres sont admis à la « clinique du métabolisme ». Ils prennent leurs repas au « restaurant des régimes » où ils reçoivent individuellement des instructions. Chaque malade fait son analyse d'urine avant chaque repas et au coucher, s'administre lui-même son insuline et apporte sa fiche à la clinique chaque jour à 11 heures du matin. Il y rencontre les médecins et les techniciens de régime qui lui donnent des conseils. Chaque jour à 1 h. 30 de l'après-midi, excepté les samedis et dimanches, il assiste à une conférence sur quelque particularité du diabète. Il doit en outre répondre à toutes les questions contenues dans son « Manuel d'instruction », être capable de se soumettre à des menus convenables et donner à ses conseillers la preuve qu'il est digne d'être promu au rang de « diabétique se suffisant à lui-même ».

Il est alors renvoyé de la clinique et confié à son médecin de famille à qui nous envoyons un rapport complet. Un service de correspondance périodique nous maintient en contact et avec le malade et avec le médecin.

Les résultats ainsi obtenus surpassent de loin ceux que nous obtenions auparavant de l'hospitalisation. »

G. L.

(1) *Staff meetings of the Mayo Clinic*, nov. 18, 1936.

SOUVENIRS DE GUERRE D'UN MÉDECIN VOLONTAIRE ALSACIEN

Par le Docteur R. KAYSER (de Colmar) (1)

Dans ses *Lettres persanes* Montesquieu émet l'opinion que voici : « La fureur de la plupart des Français c'est d'avoir de l'esprit et la fureur de ceux qui veulent avoir de l'esprit, c'est de faire des livres ». Comme je ne tiens pas plus à avoir de l'esprit qu'à faire un livre, je me contenterai de raconter tout simplement ce que j'ai vu et entendu, comme médecin volontaire pendant la grande guerre. Je ne veux que contribuer pour une très modeste part à l'histoire de cette guerre, si l'on peut employer ce terme général lorsqu'il ne s'agit que de choses vécues dans un cadre tout à fait restreint. Aussi n'aurai-je pas l'outrecuidance de considérer ces notes comme une « acquisition pour toujours » (ctêma és aéi) comme disait Thucydide dans le premier chapitre de son *Histoire des guerres du Peloponèse.* Je me contenterai de soumettre à mes lecteurs des faits facilement contrôlables et d'en tirer des conclusions qui, certes, ne réjouiront pas toujours certains de nos compatriotes, peut-être trop enclins à l'indulgence envers nos anciens maîtres, mais qui, tout de même, prouveront que la tant vantée organisation allemande n'a pas toujours fait merveille pendant la guerre, au point de vue exclusivement médical où je me place.

En écrivant ces souvenirs, je ne veux pas faire œuvre de polémiste. Si je relate certains faits et gestes, qui ne sont guère à l'honneur de ceux qui les ont sur la conscience, je ne crois pas avoir transgressé certaines limites, mais en racontant ces faits souvent déplorables, je pense me conformer au vieil adage : *Amicus Plato, sed magis amica veritas* (on aime bien Platon, mais on aime encore mieux la vérité).

I

A Colmar

N'ayant jamais fait de service militaire actif dans l'armée allemande pour des raisons de santé, je faisais partie, jusqu'à l'âge de 39 ans, des cadres de la réserve sans obligation de faire du service militaire actif (Ersatzreserve). Comme tel, je reçus, comme tous mes confrères qui étaient dans le même cas, tous les ans au mois d'octobre, un questionnaire du corps sanitaire du 14e corps d'armée de Karslruhe, dont faisait partie le Haut-Rhin, questionnaire qui demandait à l'intéressé s'il acceptait de prendre du service en cas de mobilisation générale. Comme tous les ans, j'avais répondu en octobre 1913 par l'affirmative, en stipulant que je voulais rester à Colmar et être affecté à un service de chirurgie à l'hôpital militaire de Colmar. Lorsque la guerre fut déclarée, je reçus, comme tous les autres médecins de Colmar qui avaient signé le susdit questionnaire, une convocation avec ordre de me présenter le 4 août 1914 à l'hôpital militaire de Colmar, dit Garnison-Lazareth. On verra dans la suite que mon contrat passé avec le corps sanitaire du 14e corps d'armée n'était qu'un chiffon de papier et que, malgré les stipulations inscrites à ce contrat, j'ai été envoyé le 1er février 1917 à Lièpvre (vallée de Sainte-Marie-aux-Mines), d'où je ne suis rentré qu'à la fin du mois de juin 1917 par suite d'un épuisement général, dû à la mauvaise nourriture et à un excès de travail. (2)

Selon l'ordre écrit qui m'était parvenu dès le premier jour de la mobilisation, je me suis mis en route le quatrième jour de la mobilisation pour aller à 9 heures du matin à l'hôpital militaire, dit Garnison-Lazareth. L'entrée principale de cet hôpital se trouvait, et se trouve encore rue du Lazareth. A ce moment cet hôpital ne comprenait qu'un bâtiment, dont la façade sud était parallèle à l'avenue de la Liberté actuelle (anciennement Vogesenwall). En face de l'entrée principale se trouve le bâtiment de l'Administration avec ses bureaux et ceux du médecin-chef. L'hôpital militaire proprement dit est un bâtiment d'une longueur de 100 mètres avec rez-de-chaussée et premier étage. Des corridors de 3 mètres de largeur se trouvent du côté nord, c'est-à-dire vers les jardins. De ces corridors on entre directement dans les salles — salles de malades et d'opération. Au rez-de-chaussée il y a deux salles d'opérations et une salle pour pansements. Les salles d'opérations sont assez spacieuses et reçoivent la lumière du midi. On a encore installé au rez-de-chaussée quelques salles de malades de dimensions différentes. Au premier étage nous trouvons trois salles de malades, bien exposées au midi, bien aérées et bien éclairées et quelques

1) Voir Le *Concours Médical* 31 janvier 1937.

(2) J'ai appris après l'armistice seulement, que mes confrères de Metz qui se trouvaient dans le même cas que moi, qui avaient signé également un contrat pour Metz seulement, avaient refusé un déplacement quelconque qu'on voulait leur imposer, et qu'ils avaient finalement obtenu gain de cause.

chambres à un ou deux lits. Pendant la guerre on a construit un nouveau bâtiment à deux étages, avec salles d'opérations, installations pour radiologie. Ce nouveau bâtiment se trouve placé du côté nord du jardin. Sa façade nord est située le long de la rue Isemann qui s'embranche sur la rue du Lazareth, la façade sud donnant sur le jardin qui se trouve entre l'ancien bâtiment et le nouvel hôpital. Celui-ci fut inauguré encore en 1916. Il est construit avec tout le confort moderne et selon les principes de l'hygiène, si fort en honneur chez les Allemands.

Lorsque le 4 août 1914 mes confrères et moi-même, nous pénétrâmes dans l'hôpital militaire, nous n'y trouvâmes plus qu'un seul malade alité, qui n'avait pu être évacué. Il s'agissait d'un soldat atteint de tuberculose osseuse, qui avait subi de nombreuses interventions chirurgicales et qui n'était pas alors transportable. Tous les autres malades ou opérés — peu nombreux il est vrai — avaient été renvoyés dès le début de la mobilisation.

Notre surprise fut grande lorsque nous constatâmes que dans cet hôpital il n'y avait plus d'instruments modernes de chirurgie, plus d'objets de pansement, ni gaze, ni ouate, ni bandes, ni attelles, etc... Les instruments de chirurgie avaient disparu, sauf quelques vieilleries que le Professeur de Quervain, venu inspecter l'hôpital militaire de Colmar au nom de la Croix-Rouge internationale de Genève, a bien jugées en disant qu'il s'agissait sans doute d'instruments du temps du Grand Electeur de Brandebourg : « Ein Instrumentarium aus der Zeit des Grossen Kurfürsten ».

Il est à supposer que les médecins militaires allemands, en activité au moment de la déclaration de la guerre, avaient tout emporté avant leur départ, pensant sans doute que le Haut-Rhin et Colmar seraient évacués, ce qui, paraît-il, avait été dans les plans de l'Etat-major allemand. Ce plan fut entièrement modifié lorsque les troupes françaises, débouchant de la Trouée de Belfort, envahirent le Haut-Rhin.

Dès notre entrée en fonctions, notre premier souci fut de nous procurer coûte que coûte, en ville, chez les pharmaciens et les droguistes, les objets de pansement indispensables. Quant aux intruments de chirurgie, appareils pour fractures, etc. nous prenions chez nous tout ce dont nous disposions pour faire face à des événements, qui ne devaient pas tarder à se présenter. Il fallait aussi procéder d'urgence à l'installation de la salle d'opérations, qui manquait de lumière, d'eau chaude, d'appareils à stérilisation, etc... ; dans la grande salle d'opérations nous n'avions qu'un seul et misérable bec de gaz, qui était hors d'usage et ne fonctionnait pas ! ! On installa donc rapidement des conduites de gaz supplémentaires, des lampes à incandescence et des appareils à stérilisation.

C'est dans ces conditions vraiment primitives, que nous recevions, le 9 août, les premiers blessés qui nous arrivaient d'une forte reconnaissance, où les troupes françaises (le 152e régiment d'infanterie) et allemandes étaient engagées au dessus de Soultzeren. Le 6 août 1914, une compagnie du 152e régiment caserné à Gérardmer avant la guerre, était descendue de la Schlucht pour déboucher de la forêt à un endroit situé à la hauteur du kilomètre 9 de la route de la Schlucht, sur une pente déboisée où l'on passe pour monter au Tanet. C'est ce chemin que dès 1871 les contrebandiers en tabac prenaient pour atteindre en ligne droite l'ancienne frontière française.

Au début de la guerre tout l'ancien bâtiment, qui longe l'avenue de la Liberté, était réservé aux blessés. Quelques lits seulement furent occupés pendant quelques semaines, tout à fait au début des hostilités, par des civils malades qui, dénoncés comme francophiles, furent logés dans les chambres à un lit, au premier étage. Y subirent quelques jours de détention, l'ancien maire de Turckheim, M. Scherb, arrêté comme suspect d'espionnage, un habitant de Soultzbach, l'aubergiste bien connu M. Xavier Kaeuffer — dit le meunier de Sans-Souci — également suspect, qui a aussi passé quelques jours à l'hôpital militaire. Un aide-major du 152e régiment d'infanterie, qui avait été fait prisonnier lors des combats de Soultzeren, a aussi été l'hôte de l'hôpital militaire jusqu'au jour où il fut envoyé comme prisonnier de guerre en Allemagne. L'hôpital militaire comprenait une cinquantaine de lits — nombre absolument insuffisant — lorsque les combats d'Ingersheim et du Logelbach eurent lieu en août 1914. A ce moment l'hôpital militaire ne recevait plus que les blessés graves ; tous les autres furent admis dans des hôpitaux improvisés à l'Ecole Saint-Joseph, à l'Ecole normale, à l'hôpital civil, etc... On dut rapidement construire, dans l'enclos même de l'hôpital militaire, de nombreux baraquements. Une des baraques fut réservée aux blessés militaires français, qui furent confiés aux soins de mon confrère le Docteur Duhamel.

Nous étions tous en costume civil pendant les premiers mois de la guerre. Mais sur la demande de beaucoup de médecins volontaires allemands, peut-être aussi sous la pression exercée par les militaires, l'Administration sanitaire décida, en octobre 1914, que les médecins civils seraient obligés d'endosser un uniforme militaire. Cet uniforme consistait en un pantalon et une tunique couleur kaki-vert olive. Au col de la tunique figurait le caducée-serpent d'Esculape, qui valait au porteur de cet uniforme le surnom de docteur-serpent (Schlangendoktor). Le nom

officiel était médecin de la territoriale (Landsturmarzt). Ces médecins n'avaient ni épaulettes, ni sabre au début de la guerre, mais ils portaient la casquette militaire plate des Allemands. Au bout de quelques mois le sabre aussi devint de rigueur. Aux cérémonies officielles, à la fête de l'Empereur, aux enterrements, les médecins volontaires devaient porter le casque à pointe, mais la plupart d'entre eux s'en passaient volontiers dans la mesure du possible.

J'ai dû moi-même me procurer un casque à pointe pendant mon séjour à Lièpvre, où j'ai dû remplacer, aux enterrements des militaires décédés au Lazaret, les « officiers » qui normalement auraient dû accompagner le cercueil avec le piquet d'honneur des soldats désignés pour la cérémonie mortuaire. Mais comme les officiers ne tenaient nullement à ces fonctions, ils s'en déchargeaient toujours sur le médecin volontaire. Et voilà comment un Alsacien, qui n'avait jamais porté l'uniforme allemand, fut obligé de porter de temps à autre le casque à pointe ! *Sunt lacrimæ rerum* ! Notre vie militaire nous a encore valu d'autres petites misères.

N'étant pas au courant des prescriptions militaires, il nous est arrivé un jour, à mon confrère J. M..., de Colmar, surnommé le « Kriegsgott » (le dieu de la guerre) par les malades du Lazaret Saint-Joseph, qui l'entendaient traîner son grand sabre lorsqu'il montait l'escalier de l'école Saint-Joseph — le Docteur J. M... était de petite taille — et à moi-même d'encourir un blâme sévère, parce que nous nous promenions un jour en manteau et que nous n'avions pas boutonné celui-ci, comme c'était, paraît-il, de rigueur. Ce délit grave nous a valu des remontrances sévères de la part du médecin-chef, qui avait été informé de notre attitude peu militaire par le chef militaire de l'Etappencommando, le prince de Lœwenstein, car nous avions croisé ce supérieur en allant à l'hôpital militaire : question, non de boutons de guêtres, mais de boutons de manteaux ! Encore avant mon départ pour Lièpvre, nous fûmes tous assermentés à l'Etat-major de l'Etappencommando, rue Bruat nº 6 (aujourd'hui siège de la Trésorerie générale). C'était une cérémonie tout à fait moyenâgeuse, qui m'a beaucoup rappelé la scène de la bénédiction des poignards des *Huguenots*.. sans la musique de Meyerbeer cela va sans dire. Enfin, le 27 janvier 1917, anniversaire de la naissance de Guillaume II, j'ai eu l'occasion — c'était la première fois depuis 1871 — d'assister au banquet, auquel tous les médecins de l'hôpital militaire de Colmar avaient été convoqués d'office. Après un hourrah muet en l'honneur de Guillaume II, nous avons gagné nos pénates, un peu moins émus que certains de nos collègues bons compatriotes, mais aussi fort amateurs de libations, que l'on rencontrait plus tard dans la rue, *titubantes vinoque meroque* ! En l'absence de médecins militaires, tous partis pour le Front, le Docteur Muller-Herrings, inspecteur général de l'hygiène du département du Haut-Rhin, Geh. Medizinalrath et conseiller de préfecture, fut investi des fonctions de directeur de l'hôpital militaire, qu'il garda jusqu'à l'arrivée de son successeur, médecin militaire de la réserve. Le Docteur Muller-Herrings n'était certainement pas *the right man in the right place.* Il n'était pas apte à diriger un hôpital militaire de l'importance que celui-ci prit après les combats d'Ingersheim et du Logelbach. Le Herr Geh. Medizinalrath Muller-Herrings était bel et bien un bureaucrate invétéré, à l'horizon un peu borné, ayant subi la déformation professionnelle du fonctionnaire et perdu tout contact avec la médecine et les malades. Il était en outre fort pusillanime et hanté par la crainte de déplaire en haut-lieu, aux militaires comme aux civils. Tant que l'hôpital militaire ne comptait que peu de malades et de blessés, c'est-à-dire pendant les quinze premiers jours du mois d'août 1914, le Docteur Muller-Herrings pouvait suffire à sa tâche. Mais sans la présence de médecins civils — les Docteurs Betz et Duhamel, de Colmar, qui mirent hardiment la main à la pâte, lorsqu'il s'agit de mettre l'hôpital militaire en état de recevoir de plus nombreux blessés, de les soigner selon les règles de l'art, d'organiser les différents services, de préparer une salle d'opérations convenable, voire seulement passable — le conseiller intime Muller-Herrings aurait été incapable de remédier à l'état lamentable que les médecins civils eurent l'occasion de constater, à leur grand effarement, lorsqu'ils entrèrent en fonctions. Lorsque, après le combat d'Ingersheim, tous les lits de l'hôpital militaire furent occupés et que l'on fut obligé de laisser les blessés graves pendant de longues heures couchés sur des matelas dans les couloirs de l'hôpital militaire, le médecin-chef fut complètement débordé et ne savait plus où donner de la tête. Il ne sut pas garder le sang-froid nécessaire en des moments aussi tragiques. Son agitation était encore augmentée par des soucis patriotiques, par la peur que la ville de Colmar, ne fût occupée par les troupes françaises, dont l'avance était signalée de tous côtés. On sait que Ingersheim et Turckheim, situées aux portes de Colmar, étaient aux mains des troupes françaises et que des patrouilles de cavalerie française — des dragons — circulaient dans les rues de Colmar même. Or, en bon Bavarois qu'il était, M. le médecin chef ne portait pas les Français dans son cœur. Aussi, à la suite de dénonciations émanant d'un triste individu que je ne nommerai pas pour ne pas lui créer aujourd'hui encore toutes sortes d'ennuis (pour les détails

je renvoie le lecteur à la *Denkschrift de la Armee-abteilung B*, publiée en traduction française par *L'Alsace Française*), M. Muller-Herrings prit des mesures sévères contre ceux, parmi ses subordonnés alsaciens, infirmiers et médecins, qui s'obstinaient à se servir entre eux de leur langue maternelle française. Plusieurs infirmières alsaciennes, qui avaient donné des fleurs et des friandises aux blessés français, furent sévèrement admonestées et menacées de poursuites en cas de récidive. Mais ce qui caractérise le mieux la mentalité de notre ancien chef, c'est son absence absolue d'humanité à l'égard des blessés graves français. Avec une ardeur maladive M. le médecin-chef tenait à ce qu'on fasse évacuer, par les trains sanitaires, des blessés que le médecin-traitant ne jugeait pas en état de supporter les fatigues d'un long voyage dans des conditions peu favorables. Comme M. le Conseiller intime faisait un jour une observation déplaisante au médecin qui donnait ses soins éclairés aux blessés français, celui-ci lui répondit du tac au tac : « M. le Conseiller intime, vous voudriez peut-être que j'assomme ces malades avant leur départ » (Herr Geh. Rat Sie wollen wohl, dass ich die schwerverwundeten Franzosen gleich totschlage). M. Muller-Herrings empocha cette verte réponse, mais il en a toujours voulu à mon courageux confrère.

Au début de la guerre, on manquait à Colmar de sérum antitétanique. Aussi beaucoup de blessés admis à l'hôpital militaire moururent du tétanos. Ce n'est que vers la fin de 1914, que l'injection prophylactique du sérum antitétanique fut pratiquée méthodiquement. Mais, malgré les injections faites assez tôt, les cas de tétanos demeurèrent encore assez nombreux pour qu'en 1916 on installât un service spécial pour les tétaniques.

Fin décembre 1915 nous avons eu l'occasion d'observer un premier cas de phlegmon gazeux. Un blessé venu du combat de la Tête des Faux, où le bataillon des chasseurs mecklembourgeois subit d'énormes pertes, nous fut amené du front avec des lésions très graves provoquées par des éclats d'obus. On ne connaissait à ce moment pas d'autre traitement de ces phlegmons gazeux, qui étaient rapidement mortels, que le débridement en masse des plaies avec excision profonde des masses musculaires touchées par les éclats. Ce n'est que plus tard que l'on a employé un sérum antiphlegmoneux, qui cependant n'était pas souvent bien actif.

En 1915 on a commencé à vacciner contre la fièvre typhoïde. Beaucoup de médecins et d'infirmiers refusèrent de se laisser vacciner et donnèrent ainsi un bien mauvais exemple à leurs subordonnés, qui étaient obligés de se soumettre à cette petite intervention qui, pratiquée selon les méthodes modernes d'asepsie, est absolument inoffensive. J'ai vacciné en 1917 pendant mon séjour à Liepvre un millier de personnes de la population civile sans avoir eu à déplorer un seul accident consécutif à la vaccination.

Vers la mi-août 1914 nous revenions, mes collègues et moi, de notre travail à l'hôpital, qui avait duré du matin jusqu'à dix heures du soir, et nous entrions à l'hôtel Terminus pour nous désaltérer d'un verre de bière de Pilsen. A peine installés à une table du restaurant, nous y fûmes rejoints par le préfet — Bezirkspraesident von Puttkammer — et par le sous-préfet — Kreisdirektor Cronau — qui avaient sablé le champagne, sans doute, comme nous l'apprîmes plus tard, pour se donner du courage. De temps à autre l'un ou l'autre de ces messieurs disparaissait pour revenir quelque temps après. Nous avions l'impression qu'il se passait quelque chose de grave ou du moins d'anormal. Nous apercevions aussi les allées et venues du Bezirkscommandeur (commandant de recrutement) von Mellenthin. Pendant qu'il était à notre table, M. von Puttkammer nous raconta que l'ancien maire de Colmar M. Blumenthal avait été arrêté et transféré à la forteresse de Magdebourg et que l'illustre Hansi — le « Landesverräter » comme le préfet l'appelait — allait également être arrêté pour être fusillé ensuite. Ce n'étaient que des racontars. A l'heure où le Herr von Puttkammer nous débitait ses insanités, Blumenthal était déjà à Paris et Hansi se trouvait avec les troupes françaises, au 152e régiment d'infanterie où il s'était engagé au mois de juillet 1914... à Turckheim ! ! Le lendemain matin de cette mémorable soirée, nous eûmes la clef de cette agitation, qui n'était pas causée seulement par les coupes nombreuses de champagne, mais aussi par l'approche imminente des Français, qui venaient d'occuper Wintzenheim et Turckheim. Aussi, dès le lendemain matin, MM. von Puttkammer et Cronau avaient-ils quitté en hâte notre bonne ville de Colmar pour se réfugier à Fribourg, où le maire allemand Dieffenbach partit pour les rejoindre. Dans la journée il y eut alors un exode en masse de tous les Allemands et fonctionnaires allemands, qui prirent le train de Fribourg pour échapper au danger d'être arrêtés par les troupes françaises. Ce n'est que vers la fin du mois d'août que nos courageux fonctionnaires revinrent à Colmar. Pendant quinze jours, du 14 au 29 août 1914, Colmar fut neutre. Les troupes allemandes s'étaient retirées au delà de la rive droite de l'Ill, à Horbourg et environs, tandis que l'armée française occupait Wintzenheim, Turckheim, Logelbach ainsi que les hauteurs dominant Wettolsheim ; les patrouilles de cavalerie française circulaient même en ville. Lorsque après la bataille malheureuse de Morhange, les troupes françaises reçurent subitement l'ordre de se

replier au delà de la crête des Vosges vers Saint-Dié, les troupes allemandes avancèrent de nouveau et occupèrent la partie antérieure de la vallée de Munster. Avec les militaires allemands revinrent alors les fonctionnaires et civils allemands, le maire Diefenbach, etc... C'est alors que commencèrent les représailles et les persécutions contre les Alsaciens, dénoncés comme francophiles. Le commandant de la Place, le colonel von Mellenthin, auquel on reprochait ses trop grandes sympathies pour les Alsaciens, reçut l'ordre de rejoindre le Front. Il fut remplacé par un colonel von Bock, qui, dès son entrée en fonctions, fit procéder à l'arrestation de Jacques Preiss, conseiller général du Haut-Rhin et député au Parlement d'Alsace-Lorraine.

Un jour, c'était je crois le 30 août — mon collègue le Docteur J. M... et moi étions restés à l'hôpital militaire jusqu'à 10 heures du soir. Comme nous n'avions rien mangé depuis midi, nous entrâmes au restaurant, dit le Central, pour nous y restaurer. A une table placée contre le mur près de la porte d'entrée se trouvait le député J. Preiss avec quelques amis, Or, pendant que nous mangions encore, nous pûmes voir qu'à la table de J. Preiss se passait quelque chose d'anormal. En effet deux messieurs en civil venaient d'aborder l'ancien député C'étaient des policiers qui l'emmenèrent à la prison militaire. Après quelques jours de détention dans cette prison, investie de punaises et d'autres bestioles, Preiss fut transféré à la prison départementale. Finalement il fut envoyé en exil à Stuttgart, Munich et Trauenstein (Bavière).

Déjà gravement atteint avant son départ pour l'exil — Preiss souffrait d'un syndrome cardio-rénal — il mourut en mars 1916 dans une clinique de Munich. Son corps fut transporté à Colmar, où j'assistai avec quelques amis à ses obsèques. On sait que sa fille Mlle Clairette Preiss prononça à cette occasion un discours qui lui valut également d'être exilée : « Mon père, dit-elle, a subi d'affreux mauvais traitements lorsqu'il était déjà bien malade. Mais mon père a toujours eu une foi invincible en la justice immanente, et celle-ci le vengera ». Vellejus Paterculus, l'historien romain du début de l'ère chrétienne, en parlant des Germains disait d'eux qu'ils étaient *summa feritate* (de la plus grande cruauté). Le cas de J. Preiss n'est-il pas une poignante illustration de cette *feritas* que Paterculus reprochait aux Germains ? La justice immanente, que Léon Gambetta avait invoquée dans son discours de Cherbourg et que J. Preiss appelait à son secours, a fait enfin son œuvre le 11 novembre 1918.

Quelques semaines après l'arrestation de J. Preiss, mon confrère le Docteur Fr. D., de Munster, fut amené à la prison de Colmar avec d'autres habitants de Munster. On leur reprochait d'avoir fait des signaux lumineux aux Français. Le Docteur D., était accusé d'avoir conservé un appareil téléphonique et de s'en être servi pour entrer en communication avec les Français. Si mon confrère n'avait pas pu prouver qu'il s'agissait dans son cas d'une vieille ligne téléphonique hors d'usage, qui le mettait avant la guerre en communication avec la maison de sa mère, il risquait d'être fusillé. Grâce à l'intervention énergique du Docteur B., chirurgien en chef de l'hôpital militaire, auprès du maire M. Diefenbach, qui était en même temps (! !) juge au Tribunal militaire, le Docteur D., fut relâché. Il fut envoyé bientôt après à Varsovie où il resta pendant quelques années avant de rentrer après l'armistice à Colmar. *(A suivre.)*

LA PESTE ET LA GUERRE BACTÉRIOLOGIQUE

Le bacille pesteux pourrait-il être utilisé dans une guerre bactériologique ? M. Ed. JOLTRAIN s'exprime ainsi sur ce sujet dans une communication faite à l'Académie de médecine, le 15 décembre 1936 :

« Dans certains pays on a pensé à ce mode atroce de destruction. Des expériences ont été faites pour savoir si le bacille pesteux incorporé à des gaz lacrymogènes ou asphyxiants ne serait pas susceptible de garder assez de virulence pour déterminer une épidémie de peste pneumonique dont on connaît la rapidité de propagation. Les résultats auraient été tristement concluants : le bacille peut être incorporé aux gaz sans perdre sa virulence et, inhalé, donner la peste pulmonaire.

M. Trillat a montré par des expériences qui sont restées célèbres qu'un microbe comme celui du choléra des poules pouvait être répandu par bombes sans être détruit, et, dans un air humide, donner jusqu'à 100 p. 100 de contaminations. Dans une conférence du Professeur Rochaix et dans la thèse de Denis Klein, on trouve d'intéressants détails sur la guerre bactériologique et, parmi les bacilles pouvant être utilisés, ces auteurs citent celui de la peste. Ils montrent qu'heureusement la peste, actuellement, est moins meurtrière et qu'on peut la combattre par des vaccinations, mais encore ne faut-il pas être surpris par la soudaineté des événements. »

P. L.

MUTUALITÉ FAMILIALE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Réunion du Conseil d'administration

du 23 décembre 1936

Présents : M. le Docteur Noir, président ; MM. Fischer, trésorier ; Jean Mignon, trésorier adjoint ; Henri Mignon, secrétaire général ; Mazeroux, Boëlle, Marcel Mignon, membres. Excusés : MM. O'Followell, Vimont, Pamart, vice-présidents ; Henne, membre, Boudin, membre, absents de Paris ou retenus ailleurs.

M. Collomb, actuaire de la Société, assiste à la séance.

Indemnités maladies et accidents

Sur le rapport du secrétaire général le Conseil alloue les indemnités suivantes :

Combinaison Maladie à 10 francs

Archambault (Eure), 3 mois : 300 francs. — Armand (Savoie), 3 mois : 300 francs. — Beaupère (Saône-et-Loire), 3 mois : 300 francs. — Bernard (Maine-et-Loire), 3 mois : 300 francs. — Bisch (Isère), 27 jours : 270 francs — Bézy (Haute-Garonne), 6 mois : 600 francs. — Bonnard (Drôme), 60 jours + 23 jours chroniques : 676 fr. 65. — Brissaud (Isère), 30 jours : 300 francs. — Cadilhac (Yonne), 3 mois : 300 francs. — Castagnoni (Algérie), 3 mois : 300 francs. — Chassaigne (Gironde), 10 jours : 100 francs. — Chevallier (Paris), 1 mois : 100 francs. — Deluccq (Gers), 3 mois : 300 francs. — Duhamel (Lot-et-Garonne), 3 mois : 300 francs. — Flandrois (Morbihan), 10 jours : 180 francs. — Gaillard (Aveyron), 11 jours : 110 francs. — Gardette (Seine-et-Oise), 3 mois : 300 francs. — Gaudelut (Paris), 53 jours : 530 francs. — Gassot (Loiret), 3 mois : 300 francs. — Gauthier (Nièvre), 34 jours : 340 francs. — Gerbier (Haute-Loire), 40 jours : 400 francs. — Giralt (Pyr.-Orientales), 20 jours : 200 francs. — Guillermin (Savoie), 3 mois : 300 francs. — Gustin (Vendée), 29 jours : 290 francs. — Hervé (Pyrénées-Oientales), 3 mois : 300 francs. — Huchon (Côte-d'Or), 10 jours + 2 mois 6 jours chroniques : 320 francs. — Jacquier (Landes), 2 mois : 200 francs. — Kerrien (Ille-et-Vilaine), 3 mois : 300 francs. — Lablancherie (Indre-et-Loire), 3 mois : 300 francs. — Lacomme (Saône-et-Loire), 60 jours + 18 jours chroniques : 660 francs. — De Lacroix de Lavalette (Seine-et-Oise), 3 mois : 300 francs. — Lamouroux (Hérault), 60 jours + 25 jours chroniques : 683 fr. 25. — Leibovici (Alpes-Maritimes), 3 mois : 300 francs. — Makereel (Alpes-Maritimes), 15 jours chroniques : 50 francs. — Mallet (Paris), 48 jours : 480 francs. — Mathieu (Seine-Inférieure), 3 mois : 300 francs. — Maurat (Oise), 2 mois et demi : 250 francs. — Mendel (Seine), 3 mois : 300 francs. — Molinéry (Seine), 3 mois : 300 francs — Mouribot (Tarn-et-Garonne), 35 jours : 350 francs. — Nicod (Doubs), 6 jours : 60 francs. — Olivieri (B.-du-Rh.), 37 jours : 370 francs. — Poneydebat (Basses-Pyr.), 31 jours : 310 francs. — Riguier (Seine-et-Marne), 30 jours : 380 francs. — Rilhac (Haute-Vienne), 3 mois : 300 francs. — Roussigneux (Rhône), 3 mois : 300 francs. — Roure (Vaucluse), 3 mois : 300 francs. — Traby (Pyr.-Or.), 3 mois : 300 francs. — Malzac (B.-du-Rh.), 60 jours + 4 mois chr. : 1.000 francs

Combinaison Maladie à 20 francs

Clément (Hte-Savoie), 19 jours : 380 francs. — Duvernoy (Vosges), 1 mois et 17 jours chroniques : 313 fr. 25. — Ferriot (Seine-et-Oise), 31 jours : 620 francs. — Gamblin (Pas-de-Calais), 1 mois : 200 francs. — Leclerc-Montmoyen (Seine), 21 jours : 420 francs. — Leroy (Manche), 3 mois : 600 francs. — Pasquereau (Loire-Inf.) : 60 jours : 1.200 francs. — Pichard (Eure), 36 jours : 720 francs. — Rault (Ille-et-Vilaine), 3 mois : 600 francs. — Renoult (Calvados), 3 mois : 600 francs. — Sabatier (B.-du-Rh.), 1 jour + 13 jours chroniques : 106 fr. 60. — Serfaty (Seine), 3 mois : 600 francs. — Taviani (Corse), 19 jours : 380 francs. — Goulven (Finistère), 48 jours : 960 francs.

Combinaison Maladie à 30 francs

Baudoin (Alpes-Mar.), 53 jours : 1.590 francs. — Chavoix (Gironde), 60 jours + 25 jours chroniques : 2.050 francs. — Deshous (Hérault), 9 jours : 270 francs. — Mme Janicot (Oise), 45 jours : 1.350 francs. — Lefebvre (Aube), 40 jours : 1.200 francs. — Meunier (Vendée) : 7 jours : 210 francs.

Combinaison Maladie à 50 francs

Allotte de la Fuye (Seine), 31 jours : 1.550 francs. — Baudot (Vosges), 6 jours : 300 francs. — Bonnetblanc (Creuse), 23 jours + 24 jours chroniques : 1.549 fr. 85. — Chaix (Var), 50 jours : 2.500 francs. — Chéreau (Sarthe), 6 jours : 300 francs. — Cleuet (Nord), 9 jours : 450 francs. — Ducret (Hte-Savoie), 5 jours : 250 francs. — Duernet (Jura), 1 mois chronique : 500 francs. — Dufieux (Seine), 53 jours : 2.650 francs. — Gelain (Nord), 4 jours : 200 francs. — Moisan (Côtes-du-Nord), 9 jours : 450 francs. — Pradines (Eure-et-Loir), 7 jours : 350 francs. — Ruppe (Seine), 16 jours : 800 francs. — Mendegris (Aude), 27 jours : 1.350 francs. — Soulié (Corrèze), 1 mois et demi-chronique : 750 francs.

Le Conseil alloue ensuite les pensions de retraites suivantes à Messieurs :

Retraites à 60 ans

Averseng (Hte-Garonne), 1.200 francs. — Balmelle (Indre-et-Loire), 1.200 francs. — Chapiet (Loire-Inf.) : 360 francs. — Chevalot et Madame (Moselle), chacun 360 francs. — Cohan (Seine-Inf.), 449 francs. — Contal (Seine), 491 francs. — Debidour (Paris), 600 francs. — Garrigues (Paris), 1.200 francs. — Gombert (Eure), 480 francs. — Guny (Somme), 135 francs. — Lacomme (Saône-et-Loire), 1.200 francs. — Lapeyre (Lozère), 720 francs. — Laufer (Paris), 1.200 francs. — Laur (Aveyron), 1.200 francs. — Lecerf (Eure), 1.200 francs. — Maksud et Mme (Eure), chacun 360 francs. — Massoulard (Seine-et-Oise), 1.200 francs. — Matignon (Gironde), 600 francs. — Métais (Charente), 1.200 francs. — Mignon (Paris), 1.200 francs. — Monier Mme (Pas-de-Calais), 720 francs. — Mourre (Var),

157 francs. — O'Followell (Paris), 360 francs. — Papegeay (Marne), 600 francs. — Mme Pic, 600 francs. — Ploton (Loire), 1.200 francs. — Prat (Alpes-Mar.), 1.200 francs. — Rambaud (Vendée), 600 francs. — Rayrolles (Cantal), 567 francs. — Roche-Imbart (B.-du-Rh.), 1.200 francs. — Mme Saint-Aurens (Landes), 120 francs. — Trémoulet (Saône-et-Loire), 1.200 francs. — Truelle (Paris), 1.200 francs. — Valot (Maine-et-Loire), 600 francs. — Vitry (Hérault), 1.200 francs — Voutier (Savoie), 1.200 francs. — Wegbecher (Indre-et-Loire), 1.200 francs.

Retraites à 65 ans

Aragot (Paris), 1.200 francs. — Aurand (Rhône), 1.200 francs. — Avril (Loire), 1.200 francs. — Bargy (Allier), 1.200 francs. — Baudrou (Loiret), 1.200 francs. — Bonnefous (Aveyron), 1.200 francs. — Carlotti (Eure-et-Loir), 1.200 francs. — Casset (Algérie), 1.200 francs. — Chaffal (Alpes-Maritimes), 1.200 francs. — Chailloux (Maine-et-Loire), 600 francs. — Chambon (Calvados), 1.200 francs. — Charpentier (Seine-et-Oise), 1.200 francs. Chassy (Bouches-du-Rhône), 595 francs. — Foata (Var), 1.200 francs. — Grandou (Basses-Pyr.) : 1.200 francs. — Guéry (Vendée), 1.200 francs. — Guilbard (Aube), 1.080 francs. — Guilmard (Orne), 1.200 francs. — Hamou (Loiret), 1.200 francs. — Kervouët (Paris), 1.200 francs. — Houdart (Côtes-du-Nord), 1.200 francs. — Jolis (Gers), 1.200 francs. — Joyes (Paris), 1.200 francs. — Laroche (Dordogne), 1.200 francs. — Laugier (Alpes-Marit.), 1.200 francs. — Laurent (Alpes-Mar.), 1.200 francs. — Lestra (Rhône), 1.200 francs. — Libert (Nord), 1.200 francs. — Louart (Pas-de-Calais), 1.200 francs. — Lyons (Alpes-Mar.), 1.200 francs. — Meger (Paris), 1.200 francs. — Meyer (Oise), 1.200 francs. — Noir (Paris), 120 francs. — Ousset (Hte-Garonne), 1.200 francs. — Pardoux (Paris), 480 francs. — Patron (Vaucluse), 1.200 francs. — Pélissié (Lot), 360 francs. — Pic (Rhône), 600 francs. — Reygasse (Hte-Garonne), 1.200 francs. — Roi (Charente-Infér), 1.200 francs. — Saint-Orens (Landes), 120 francs. — Savatier (Paris) 1.200 francs. — Siguan (Bouches-du-Rhône). — Vimont (Paris), 120 francs.

Pensions aux veuves

Mesdames Chevreux (Paris), 150 francs. — Delthil (Loiret), 60 francs. — Gallois (Côte-d'Or), 150 francs. — Lepage (Paris), 150 francs. — Bauxis-Gillette (Calvados), 150 francs. — De Nazaris (Lot-et-Garonne), 150 francs. — Roche (Vaucluse), 150 francs. — Rousselot (Marne), 150 francs. — Valot (Htes-Alpes), 60 francs.

Ratification d'admission

Sur le rapport du secrétaire général constatant qu'aucune protestation ne s'est élevée au sujet des admissions provisoires du 1er octobre 1936, le Conseil prononce les admissions définitives de Messieurs :

Deviller, de Paris ; André, de Paris, Martin, de Saucoin (Cher) ; Fleury, de Paris, à la combinaison MA5.

Mme André, de Paris ; M. André, de Paris ; Mme Persillard, de Saint-Benoit-sur-Loire (Loiret) ; Mme Chattot, Le Creuzot (Saône-et-Loire) ; Mme Tolay, à Saint-Denis-d'Orques (Sarthe) à la combinaison P.

M. André, à Paris ; Mme André, à Paris ; M. Martin, de Sancoin (Cher) ; M. Rougelot, à Draguignan (Var) ; M. Persillard, à Saint-Benoit-sur-Loire (Loiret) ; M. Chattot, Le Creuzot (Saône-et-Loire) ; M. Torlay, Saint-Denis-d'Orques (Sarthe) à la combnaison R.

Admissions provisoires

Sur la présentation et le rapport du secrétaire général, le Conseil étudie et prononce, à titre provisoire, les admissions suivantes :

Ces admissions seront rendues définitives au 1er avril 1937 si aucune protestation n'arrive au Conseil à leur sujet avant cette date :

Combinaison MA2 : M. Petit, Saint-Riquier (Somme).

Combinaison MA4 : M. Drouet, Caillnes (Côtes-du-Nord).

Combinaison MA5 : M. Thocal, Ravières (Yonne) ; M. Viennois, à Saint-Etienne (Loire) ; M. Lumbroso, à Tunis ; M. Pescarolo, à Paris ; M. Rinckeubach, à Saint-Nazaire (Loire-Inférieure) ; M. Hinschberger, à Sarrebourg (Moselle) ; M. Peyaud, à Bernay (Eure).

Deux candidatures sont ajournées :

Admissions définitives aux Caisses de retraites

Combinaison P. : M. Thoral, à Ravières (Yonne) ; M. Petit, à Saint-Riquier (Somme) ; M. Peyaud, à Bernay (Eure).

Combinaison R : M. Peyaud, à Bernay (Eure).

M. Peyaud étant né le 30 décembre 1907, est autorisé à entrer aux diverses combinaisons auxquelles il est candidat, à dater du 1er octobre 1936, pour prendre effet en 1936, à condition de payer ses primes 1936 immédiatement.

Affaires diverses

M. Collomb, actuaire, expose la situation des différentes sections en présence des propositions que l'Assemblée générale extraordinaire convoquée à cet effet va avoir à étudier.

Il expose également l'organisation des fonds de réserve et leurs utilisations respectives.

Le Conseil exprime à M. Collomb ses sincères remerciements pour le travail qu'il a dû fournir cette année en vue de la révision des statuts ainsi que de l'inventaire général quinquennal.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée.

Le Secrétaire général,

H. MIGNON.

CHRONIQUE AUTOMOBILE

Etude sur les extincteurs d'incendie

Le développement de l'appareillage électrique sur les voitures automobiles entraîne automatiquement une augmentation des risques d'incendie.

Or, l'incendie d'une automobile est toujours grave, en raison des trois facteurs suivants qui peuvent jouer ensemble ou séparément : 1° présence d'un réservoir à essence ; 2° vitesse du véhicule quand le feu prend en marche ; 3° difficultés d'évacuation.

Logiquement, tous les automobilistes devraient donc avoir, sur la voiture même, et très facilement accessible, un extincteur d'incendie, d'autant plus que cela leur permettrait d'obtenir de leur Compagnie d'assurances une réduction de primes appréciable.

Mais, en fait, il y a encore nombre de conducteurs qui s'élancent sur la route sans s'être souciés de ce qu'ils feraient, si le feu éclatait subitement dans leur voiture.

Il serait pourtant si simple de se munir d'un extincteur, susceptible de rendre les plus grands services aussi bien sur la voiture qu'au garage et même dans la maison !

Pour décider les hésitants ou les négligents, j'ai demandé — et obtenu immédiatement pour les lecteurs du *Concours Médical* — aux Etablissements Bouillon frère, fabricants des Extincteurs Knock-out, réputés parmi les meilleurs, une documentation sur cette question brûlante... si j'ose dire ! En voici le résumé :

— En France, le feu fait chaque année pour plus d'un milliard de francs de dommages.

Qui paye ces dommages ?

Ce serait une erreur de croire que les Compagnies d'assurances assurent le remboursement intégral des dommages causés par les incendies.

En effet, lorsqu'une Compagnie assure un capital déterminé sur un risque, cela ne veut pas dire qu'elle paiera ledit capital, en cas de sinistre total, ni qu'elle le prendra pour base d'évaluation, en cas de sinistre partiel.

Le capital assuré ne constitue que la limite supérieure de la responsabilité éventuelle de la Compagnie, et c'est seulement l'expertise, à laquelle il n'est procédé qu'après sinistre, qui détermine la valeur du risque. De toute façon, le sinistré est rarement remboursé intégralement des pertes qu'il a subies.

Il est donc dans l'intérêt de tous de réduire au maximum les risques d'incendie, et le meilleur moyen de se préserver, est de se munir d'engins de premier secours, dénommés extincteurs.

Bien qu'en pratique les différents types d'extincteurs ne soient pas indistinctement utilisables pour les automobiles, il est bon de les étudier tous, parce qu'un extincteur d'usine ou des maisons peut essentiellement servir à éteindre un incendie de voiture, comme un extincteur de voiture peut être le bien venu pour arrêter un commencement de feu en n'importe quel endroit.

Les appareils extincteurs se divisent en deux grandes catégories : 1° extincteurs à commande à main ; 2° extincteurs automatiques.

A. — *Extincteurs à commande manuelle.*

Ils peuvent être : portatifs ; montés sur roues ; fixes.

A l'exception des appareils à postes fixes, à gros débit, les extincteurs à commande manuelle sont des engins de premier secours, destinés à enrayer un commencement d'incendie, mais leur action est insuffisante dès que le feu prend de l'extension.

Ils doivent être entretenus, surveillés constamment, et employés de temps à autre, afin de pouvoir compter sur eux au moment opportun.

Les feux ont été classés en classes principales :

CLASSE A. — *Feux secs ou feux ordinaires.*

Feux pouvant être normalement éteints avec de l'eau, ou des solutions contenant un fort pourcentage d'eau, agissant par refroidissement : feux de bois, papiers, fourrages, paille, foin, etc.

CLASSE B. — *Feux gras.*

Ceux contre lesquels l'eau est souvent impuissante, parfois même dangereuse, mais que l'on peut éteindre par étouffement (c'est-à-dire en provoquant un effet d'isolement par rapport à l'oxygène de l'air) :

Feux d'essence, vernis, graisses, huiles, etc... Les feux de moteurs à essence ou huiles lourdes entrent dans cette classe.

CLASSE C. — *Feux d'origine électrique.*

C'est-à-dire ceux où l'emploi pour l'extinction d'un liquide, d'une poudre ou d'un gaz *isolant* est d'une importance primordiale.

CLASSE A. — *Feux pyrotechniques et feux divers,* tels que : explosifs : mélinite, cheddite, nitrate, etc. ; feux de poudre ; feux d'alcool : notamment éthyliques et méthyliques ; feux où intervient le carbure de calcium ; poussières aluminothermiques : aluminium, magnésium, etc.

Pour la protection contre ces feux, il a été établi une classification des extincteurs les plus couramment construits, suivant les principes de leur fonctionnement : 1° les extincteurs ignifuges ; 2° les extincteurs à mousse ; 3° les extincteurs à tétrachlorure de carbone ; 4° extincteurs à liquides très réfrigérants ; 5° extincteurs à poudre ; 6° extincteurs à acide carbonique liquide ; 7° extincteurs de « défense passive ».

Nous étudierons prochainement le détail de fonctionnement de ces divers types d'extincteurs.

(*A suivre*). Marcel TOUSSAINT.

NOS RÉUNIONS MÉDICALES

A l'Académie de Chirurgie

L'Académie de Chirurgie a tenu sa séance annuelle le mercredi 27 janvier 1937, dans la salle du Conseil de la Faculté de médecine.

Une assistance nombreuse, était venue assister à la remise de la médaille Lannelongue au Professeur Albin Lambotte (d'Anvers) pour ses belles recherches sur la chirurgie des os et sur l'ostéosynthèse métallique plus particulièrement. L'Ambassadeur de Belgique était au premier rang de l'assistance qui comprenait des nombreuses personnalités belges.

Le président sortant, le médecin général inspecteur Rouvillois à l'occasion de cette séance solennelle tenue à la Faculté évoqua les rapports difficiles des chirurgiens et de la Faculté à l'époque lointaine où le corps chirurgical subissait maintes brimades et essuyait maints quolibets, puis après avoir rappelé les noms des membres décédés, il salue les nouveaux élus et dit la reconnaissance profonde qu'il garde d'une présidence qui lui a permis de goûter de bien grandes satisfactions.

Le Docteur André Martin, le secrétaire annuel fait le compte rendu des travaux de l'Académie pendant l'année et aussitôt après, le secrétaire général, le Docteur Louis Bazy prononce avec émotion le bel éloge du Robert Proust.

Après avoir rappelé la dette de reconnaissance contractée envers son premier protecteur, et envers le secrétaire général qui fit revivre au sein de l'Académie le souvenir de son père, Bazy nous montre l'influence qu'eut sur la vie de Proust la belle tradition familiale et l'exemple d'un père admirable dont le nom pouvait à tout autre, paraître lourd à porter.

..... Une famille médicale représente une même profession, dans la science, dans la recherche de la vérité, et je ne dirai pas dans la bonté, mais dans les vertus sociales. Pourquoi faut-il qu'oubliant que des élites fortes et respectées sont nécessaires au prestige d'une grande nation, on ait parfois le sentiment que l'on s'efforce, par une prévention systématique, d'écarter précisément ceux qui, l'ayant reçu par tradition, pourraient apporter, dans l'exercice de notre profession, cet esprit quasi sacerdotal qui est seul capable de maintenir la médecine au rang élevé qu'elle doit nécessairement occuper ?

Puis Bazy évoque la belle conduite de Proust aux armées, son patriotisme, son courage et le rôle important qu'il joua à l'armée Mangin pendant les jours difficiles de 1918.

Son cœur resta avec ses compagnons d'armes et vous savez les soins attentifs dont il continua à entourer les mutilés. Vous savez aussi quel imposant cortège, et, aussi, combien touchant, ceux-ci lui formèrent le jour de ses obsèques. Leur nombre, leur recueillement, leur tristesse, cette gloire amputée mais toujours debout, quel plus grandiose hommage Proust eût-il pu souhaiter !

Revenu à Paris la guerre finie, Proust reprend son service et consacre sa belle activité à l'étude du cancer et à son traitement par la curiethérapie.

Ayant ainsi contribué à défricher un immense terrain où d'autres continuent à travailler avec le même esprit de charité qu'il y avait apporté lui-même, il sentit le besoin de respirer un air nouveau. Après un court passage à l'hôpital Beaujon, où son affection se plut à faire revivre la figure de mon père dans le Service même où elle avait évolué, il prit possession du service de l'hôpital Laënnec. Des perspectives inconnues de lui s'ouvrirent avec la chirurgie pulmonaire. Il s'y abandonna avec passion, trouvant à satisfaire à la fois le goût de l'anatomie qui ne l'avait jamais abandonné, et celui de ces techniques opératoires minutieuses à l'attrait desquelles, il ne pouvait résister.

Et, dans une péroraison d'une grande élévation de pensée, Bazy termine son éloge, qu'applaudit la foule émue de ceux qui eurent la joie de l'entendre.

Alors que nous continuions à admirer chez Robert Proust la fécondité d'une intelligence prodigue, les ressources d'une activité inlassée, alors qu'il venait d'arriver à l'apogée de sa carrière et occupait le poste où il pouvait achever de s'épanouir, il était déjà marqué par le destin. Semblable à ces fusées qui dessinent leur trajectoire brillante pendant toute leur montée vers le ciel et jettent leur plus lumineux éclat juste avant de s'éteindre, la carrière de Robert Proust allait brusquement s'achever. Le mal qui le minait sourdement l'abattit brutalement, comme autrefois il avait terrassé son père. Un jour, je le revis allongé sur sa couche dernière avec le visage si souriant et si jeune que, franchissant les années par un brusque retour en arrière, il me sembla retrouver celui qui m'avait si gentiment accueilli à la Faculté au seuil de mes études et, malgré moi, me revint à la mémoire cette admirable page où Marcel a peint la mort de sa grand'mère : « La vie en se retirant venait d'emporter les désillusions de la vie. Un sourire semblait posé sur les lèvres de ma grand'mère. Sur ce lit funèbre, la mort, comme le sculpteur du moyen âge, l'avait couchée sous l'apparence d'une jeune fille ».

Ainsi l'existence de Robert Proust s'était accomplie suivant le rythme indiqué par John Ruskin : « Puis vient le temps du travail... ; puis le temps de la mort qui, dans les vies heureuses est très court. »

Toute la souffrance fut pour ceux qui restaient.

R. Massart

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Chaire de clinique cardiologique** (Hôpital Broussais, 96, rue Didot, Paris-XIVe. Professeur : M. Ch. Laubry.) — *Maladies du cœur et des vaisseaux* (Cours complémentaire du lundi 15 février au samedi 27 février 1937). — Objet du cours : Les grands syndromes cardio-vasculaires. Questions à l'étude dans le service.

Les leçons seront faites par M. le Professeur Ch. Laubry, chef de service, professeur de clinique cardiologique, médecin de l'hôpital Broussais, avec le concours de M. le Docteur Caussade, médecin honoraire des hôpitaux, de MM. les Professeurs Pezzi (Milan), Doumer (Lille) ; de MM. les Docteurs G. Marchal, médecin de l'hôpital Tenon ; P. Soulié, médecin des hôpitaux ; A. Van Bogaërt (Anvers), J. Lequime (Bruxelles) et Aïtoff (Paris) ; de MM. les Docteurs D. Routier et J. Walser, assistants du service ; de MM. les Docteurs A. Jaubert, L. Deglaude, J. Lenègre et R. Heim de Balsac, chefs de laboratoire ; de MM. les Docteurs Th. Brosse, P. Landowski, E. de Véricourt, M. Leblanc, chefs de clinique ; de MM. M. Poumailloux, F. Joly, J. Louvel, J. Cottet, L. Dugas, J. Scheid et A. Malinsky, anciens internes et internes du service.

Horaire et programme du cours. — Lundi 15 février, 9 h. 30, Professeur Ch. Laubry : Le syndrome objectif de l'insuffisance aortique. — 11 heures, Docteur Marchal : Rhumatisme cardiaque. — 15 heures, Docteur Heim de Balsac : Anatomie et radiologie de l'oreillette gauche.

Mardi 16 février, 9 h. 30, Professeur Laubry : Pathogénie de l'insuffisance cardiaque. — 11 heures, Professeur Pezzi : Rétrécissement de l'isthme de l'aorte — 15 heures, Docteur Deglaude : Conceptions générales et applications pratiques de l'électro-cardiographie.

Mercredi 17 février, 9 h. 30, Docteur Doumer : L'hypertension de la quarantaine. — 11 heures, Docteur Routier : Les modes évolutifs du rétrécissement mitral. — 15 heures, Docteur Lequime : Le débit cardiaque et ses applications en clinique.

Jeudi 18 février, 10 heures, Professeur Laubry : Consultation clinique. — 15 heures, Docteur Landowski : Insuffisance ventriculaire droite.

Vendredi 19 février, 9 p. 30, Professeur Laubry : Examen radiologique des malades vus à la consultation du jeudi. — 11 heures, Docteur Leblanc : Les réactions pleurales des cardiaques. — 15 heures, Docteur Scheid : L'hypertension paroxystique.

Samedi 20 février, 9 h. 30, Docteur Cottet : Le foie cardiaque. — 11 heures, Docteur Caussade : Les cardiaques tuberculeux.

Lundi 22 février, 9 h. 30, Docteur A. Van Bogaert : Les cyanoses congénitales. — 11 heures, Docteur Soulié : Les accidents cardiaques dans la maladie de Basedow. — 15 heures, Docteur Jaubert : Conidération bactériologiques sur la maladie rhumatismale et l'endocartite secondaire lente à streptocoques.

Mardi 23 février, 9 h. 30, Docteur Aïtoff : L'insuffisance tricuspidienne. — 11 heures, Docteur Walser : Les aortites. — 15 heures, Docteur Louvel : Les acquisitions récentes sur les embolies pulmonaires. — 16 heures, Docteur Poumailloux : La maladie de Roger.

Mercredi 24 février, 9 h. 30, Docteur Lenègre : Insuffisance ventriculaire gauche. — 11 heures, Professeur Laubry : Pathogénie des thromboses vasculaires. — 15 heures, Docteur Malinsky : Le traitement des péricardites. — 16 heures, Docteur Royer de Véricourt : L'hypertrophie cardiaque congénitale.

Jeudi 25 février, 10 heures, Professeur Laubry : Consultation clinique. — 15 heures, Docteur Dugas : La thyroïdectomie dans les cardiopathies.

Vendredi 26 février, 9 h. 30, Professeur Laubry : Examen radiologique des malades vus à la consultation du jeudi. — 11 heures, Docteur Walser : Persistance du canal artériel. — 15 heures, Docteur Routier : Quelques aspects du fond d'œil au cours des cardiopathies. — 16 heures, Docteur F. Joly : Les manifestations pleuro-pulmonaires de la thrombose coronarienne.

Samedi 27 février, 9 h. 30, Docteur Th. Brosse : Le système artériel dans l'hypertension. — 11 heures, Professeur Laubry : Le traitement électrique des affections cardio-vasculaires.

Tous les jours à 17 heures, examen dans les salles sous a direction des chefs de clinique et des internes du service : Travaux pratiques (radiologie, électro-cardiographie, mesure du métabolisme basal). Droit d'inscription : 250 francs. Les inscriptions sont reçues à la Faculté de médecine, au secrétariat (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures, et salle Béclard, tous les jours, de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi après-midi).

Les auditeurs qui auront fait preuve d'assiduité pourront, sur leur demande, recevoir à la fin du cours un certificat.

— **Clinique médicale propédeutique**. Hôpital Broussais (Prof. E. Sergent). — Un cours de perfectionnement sur l'*Exploration radiologique de l'appareil respiratoire* aura lieu du 15 mars au 20 mars 1937.

— **Clinique d'accouchements Tarnier**. Prof. Brindeau. *Cours de pratique obstétricale*, réservé aux étudiants et docteurs français et étrangers, du 15 au 27 février. Droit : 200 francs. S'adresser à M. le chef de clinique.

— **Thèses**. — Mardi 1er décembre. — I. Jury : MM. Balthazard, Carnot, Claude, Piédelièvre. — M. Charton : Orifices d'entrée des plaies par armes à feu dans les tirs obliques. — M. Chartier : Paralysies multiples des nerfs craniens par métastases au cours des néoplasies pulmonaires. — M. Maymé : Démence précoce et tuberculose.

II. Jury : MM. Lemaître, Rathery, Tanon, Halphen. — M. Gerbier : Aspect clinique des septicémies post-angineuses. — M. Blomme : Les injections locales de novocaïne en thérapeutique dermatologique. — M. Gérard : Du traitement de la syphilis par les injections simultanées et prolongées intramusculaires et d'arsenic trivalent et de bismuth.

Vendredi 4 décembre. — Jury : MM. Clerc, Couvelaire, Gosset, Lacomme. — M. Destarac : Etude des modifications électro-cardiographiques au cours des plaies du cœur. — M. Bouchard : Fonctionnement du service obstétrical à Baudeloque. — M. Pujol-Segalas : L'absence congénitale du tibia et les difformités consécutives.

— **Thèses**. — Mardi 8 décembre 1936. — Jury : MM. Cunéo, Jeannin, Lenormant, Lantuéjoul. — M. Lacherrère : Le forage des épiphyses. — M. Girard : Etude de la salpingite après accouchement. — M. Marteil : De l'hystérectomie vaginale dans le cancer du col de l'utérus.

Jeudi 10 décembre. — Jury : MM. Balthazard, Bezançon, Gougerot, Duvoir. — M. Sauvage : Les aspects pseudo-tuberculeux du poumon cardiaque. — M. Herscovici : Le chancre syphilitique accident professionnel du médecin et de ses collaborateurs. — Mlle Kisselevsky : Achromies parasitaires.

— **Thèses.** — Lundi 14 décembre. — Jury : MM. Lemierre, Loeper, Sergent, Moreau. — M. CHAUTEMPS : Les artérites juvéniles. Etude clinique physiopathologique, thérapeutique.

Mardi 15 décembre. — I. Jury : MM. Lenormant, Marion, Mocquot, Mauclaire. — MM. GOGUÉ : Etude de la réduction sanglante des luxations rétro-lunaires du carpe par voie dorsale. — M. QUINIOU : Etude de la rachipercaïnisation. — M. MARAIN : Etude comparée de la pyélographie dans les affections rénales.

II. Jury : MM. Balthazard, Lereboullet, Tanon, Joannon. — M. VANNIER : La mortalité par cancer dans le département de la Manche. — Mlle CAUCHOIS : Douze ans de service social à l'hôpital Trousseau. — M. DESJEUX : Etude du purpura staphylococcique. — M. RIZZOLO : Vaccination antivariolique aux Etats-Unis.

Mercredi 16 décembre. — Jury : MM. Fiessinger, Harvier, Troisier, Turpin. — M. LE BAYON : Les varices; caractère mendélien récessif. — Mlle COTTON : Toxi-infection alimentaire et bacille paratyphique.

Vendredi 18 décembre. — Jury : MM. Grégoire, Mathieu, Leveuf, Quénu. — M. HÉRISSÉ : Traitement par la suture immédiate des plaies par accidents du travail. — M. BOISSEAU : Traitement du pied-bot varus équin congénital chez le nourrisson, l'enfant et l'adulte. — M. CIOSI-THILINA : Etude des lésions périfocales du mal de Pott dorsal. — VASSOR : Fracture de la diaphyse fémorale chez l'adulte par un nouveau procédé de synthèse externe.

Samedi 19 décembre. — Jury : MM. Laubry, Nobécourt, Rathery, Vallery-Radot. — M. COUÉDIC : Traitement des troubles fonctionnels de l'insuffisance veineuse par l'extrait d'hamamélis intra-musculaire. — Mme DÉROT-PICQUET : Les hépato-néphrites.

Thèses vétérinaires. — Mardi 15 décembre. — Jury : MM. Gougerot, Lesbouyries, Panisset. — M. BLAIZOT : Ecthyma contagieux du mouton et de la chèvre.

Jeudi 17 décembre. — Jury : MM. Maurice Villaret, Panisset, Simonnet. — M. BEDOISEAU : Météorologie de la médecine vétérinaire.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers

— **Hôpital Ambroise-Paré.** — MM. Jacquet, Janet, Leroux, Monier-Vinard, Péron et Desmarets, médecins et chirurgiens de l'hôpital Ambroise-Paré, ont repris leurs conférences hebdomadaires et les continueront chaque vendredi à onze heures.

— **Concours de chirurgien des hôpitaux.** — *Jury* (tirage au sort) : MM. Gouverneur, R. Monod, Alglave, Bazy, Charrier, Marion, Guimbellot. — *Censeurs* : MM. Patel, Oberlin, Seillé, Leibovici. — *Lecteurs* : MM. Redon, Fèvre, Wilmoth, Huard, Huet, Sicard, Merle d'Aubigné, Gueullette.

— **Concours des prix de l'internat.** — *Médecine.* Questions données : L'hémolyse. Les brucelloses.

Classement : MM. Lemelletier, 67 ; Bardin et Macrez, 66 ; Debray, 65 ; Bioy, 65.

Epreuve clinique supplémentaire. Ont obtenu : MM. Macrez, 20 ; Bardin, 19.

Ont obtenu : la médaille d'or : M. LEMELLETIER ; la médaille d'argent : M. MACREZ ; l'accessit, M. BARDIN.

Chirurgie et accouchements. Epreuve théorique anonyme. Questions données : Configuration extérieure et rapports du vagin. Diagnostic et traitement des grossesses extra-utérines.

Questions restées dans l'urne : Canal inguinal chez l'homme. Formes cliniques et traitement de la tuberculose épididymo-testiculaire. Ligament large. Indications du traitement chirurgical et technique opératoire dans les ictères par rétention.

Total des points : MM. Olivier, 58 ; Bréhant, 54 ; Chigot, 55 ; Delinotte, 54.

Ont obtenu : la médaille d'or, M. OLIVIER ; la médaille d'argent, M. CHIGOT. Une épreuve supplémentaire aura lieu pour l'attribution de l'accessit

— **Concours de l'internat** (*Oral*). — Séance du 19 janvier. Questions posées : Complications cardio-vasculaires de la fièvre typhoïde (sans la pathogénie). — Symptômes et diagnostic du cancer de la langue.

Notes obtenues : MM. Eudel, 23,5 ; Buy, 11 ; Scebat, 20 ; Mlle Pinard, 23 ; MM. Langevin, 19 ; Goulesque, 24 ; Beaufils, 25 ; Rouzaud, 21 ; Rouault, 18 ; Mlle Mage, 24.

Séance du 22 janvier. Questions données : Symptômes et diagnostic des arthropathies tabétiques. Symptômes, diagnostic et traitement d'urgence des perforations des ulcères gastro-duodénaux.

Notes obtenues : Mlle Dreuile, 22 ; M. Roy, 17 ; MM. Lacroix, 25 ; Hardel, 20,5 ; Bancaud, 18 ; Lambert, 16 ; Jardel, 15 ; Mlle Brille, 24 ; M. Barré, 18.

Séance du 23 janvier. Questions données : Symptômes et diagnostic des embolies du rétrécissement mitral. Symptômes et diagnostic des fractures du col du fémur.

Notes obtenues : MM. Campagne, 20 ; Sérane, 25 Huber, 24,5 ; L'Hirondel, 16 ; Delabroise, 17 ; Toufesco 18 ; Mlle Rist, 23 ; MM. Lacombe, 17 ; Musset, 24 ; Bourgine, 13.

— **Personnel médical, affectations.** — Les médecins, chirurgiens, oto-rhino-laryngologistes et ophtalmologistes des hôpitaux dont les noms suivent sont, pendant l'année 1937, affectés aux services suivants :

I. — MÉDECINS : A. *Service des remplacements* : 1° Hôpitaux généraux : les Docteurs Laporte, Lemaire, Justin Besançon, Gilbert Dreyfus, de Sèze, Caroli, Mollaret, Cachera ; 2° Hôpitaux d'enfants : néant ; 3° Hôpitaux spéciaux : les Docteurs Layani et Degos.

B. *Service des consultations* : les Docteurs Gutmann, à l'Hôtel-Dieu ; Escalier, à l'hôpital de la Pitié ; Boltanski, à l'hôpital Saint-Antoine ; Lambling, à l'hôpital Necker ; Coste, à l'hôpital Cochin ; Decourt, à l'hôpital Beaujon-Clichy ; Hamburger, à l'hôpital Lariboisière ; Basch, à l'hôpital Tenon ; Celice, à l'hôpital Laënnec ; Garcin, à l'hôpital Bichat ; Mme Bertrand-Fontaine, à l'hôpital Broussais ; Rachet, à l'hôpital Boucicaut ; Clément, à l'hôpital Trousseau ; Pichon, à l'hôpital Bretonneau ; Lamy, à l'hôpital Hérold ; Peron, à l'hôpital Ambroise-Paré.

II. — CHIRURGIENS. A. *Assistants* : Les Docteurs de Gaudart d'Allaines, assistant de M. le Docteur Roux-Berger ; Moulonguet, assistant de M. le Docteur Gernez ; Gatellier, assistant de M. le Professeur P. Duval ; Bloch (Jacques), assistant de M. le Professeur Cunéo ; Monod (Raoul-Charles), assistant de M. le Professeur Mocquot ; Petit-Dutaillis, assistant de M. le Professeur Gosset ; Fey, assistant de M. le Professeur Marion ; Charrier, assistant de M. le Professeur Gosset ; Senèque, assistant de M. le Professeur Cunéo ; Michon, assistant de M. le Professeur Grégoire ; Maurer, assistant de M. le Docteur Lardennois ; Wilmoth, assistant de M. le Professeur Lenormant ; Oberlin, assistant de M. le Docteur Chevrier ; Huet, assistant de M. le Docteur Mondor ; Ameline, assistant de M. le Docteur Basset ; Thalheimer, assistant

de M. le Docteur Desmarest ; Welti, assistant de M. le Docteur Lardennois ; Menegaux, assistant de M. le Docteur Lenormant ; Banzet, assistant de M. le Docteur Baumgartner ; Fèvre, assistant de M. le Professeur Ombrédanne ; Huard, assistant de M. le Docteur Okinczyc ; Gueullette, assistant de M. le Docteur Capette ; Meillère, assistant de M. le Docteur Desplas ; Blondin, assistant de M. le Docteur Bazy ; Aurousseau, assistant de M. le Docteur Picot ; Seille, assistant de M. le Docteur Monod (Robert) ; Patel, assistant de M. le Docteur Moure ; Merle d'Aubigné, assistant de M. le professeur P. Duval.

B. *Service des remplacements* : les Docteurs Girode, Leibovici, Funck et Sicard.

C. *Service des consultations* : les Docteurs Madier, à la fondation Paul-Marmottan ; Quenu, à l'hôpital Necker ; Braine, à l'hôpital Saint-Antoine ; Soupault, à l'hôpital Beaujon-Clichy ; Bloch (René), à l'hôpital Saint-Louis ; Benard (Raymond), à l'hôpital de la Pitié ; Redon, à l'hôpital Lariboisière.

Les Docteurs Schwartz et Chifoliau, chirurgiens honoraires des hôpitaux, assureront les consultations ci-dessous désignées ; le Docteur Schwartz, à l'hôpital Bichat ; le Docteur Chifoliau, à l'hôpital Tenon.

III. Oto-rhino-laryngologistes : A. *Service des remplacements* : les Docteurs Aubin et Huet.

B. *Service des consultations* : les Docteurs Chatellier, à l'hôpital Claude-Bernard ; Leroux, à l'hôpital Ambroise-Paré ; Aubry, à la policlinique du boulevard Ney ; Ombrédanne, à l'hôpital Hérold ; Lallemant, à l'hôpital Bretonneau ; Lemariey, à l'hospice de Brévannes, au sanatorium de Champrosay, au sanatorium de Champcueil ; Maduro, à l'hôpital Cochin.

IV. — Ophtalmologistes : A. *Service des remplacements* : les Docteurs Lagrange, Veil et Dollfus.

B. *Service des consultations* : les Docteurs Prélat, à l'hôpital Cochin ; Hartmann, à l'hôpital Ambroise-Paré ; Favory, à l'hôpital Trousseau ; Parfohry, à l'hospice de Bicêtre ; Renard, à l'hôpital Hérold.

V. — Stomatologistes. — Les stomatologistes des hôpitaux dont les noms suivent sont nommés stomatologistes adjoints aux consultations dentaires quotidiennes des établissements ci-dessous désignés :

A l'Hôtel-Dieu : le Docteur Lebourg ; à l'hôpital de la Pitié : le Docteur Chatellier ; à l'hôpital Saint-Antoine : le Docteur Lacaisse ; à l'hôpital Necker-Enfants Malades : le Docteur Hénault ; à l'hôpital Cochin : le Docteur Omnès ; à l'hôpital Beaujon-Clichy : le Docteur Sassier ; à l'hôpital Lariboisière : le Docteur Lattès ; à l'hôpital Tenon : Mme le Docteur Papillon ; à l'hôpital Saint-Louis : le Docteur Dechaume.

Les docteurs en médecine dont les noms suivent sont nommés stomatologistes assistants aux consultations dentaires quotidiennes des établissements ci-dessous désignés :

A l'Hôtel-Dieu : le Docteur Marie ; à l'hôpital de la Pitié : le Docteur Mesnard ; à l'hôpital Saint-Antoine : le Docteur Vrasse ; à l'hôpital Cochin : le Docteur Fromaigeat ; à l'hôpital Lariboisière : le Docteur Bornet ; à l'hôpital Beaujon-Clichy : le Docteur Normand ; à l'hôpital Tenon : le Docteur Lepoivre ; à l'hôpital Saint-Louis : le Docteur Friez ; à l'hôpital Trousseau, le Docteur Cauhépé ; à l'hospice des Enfants-Assistés : le Docteur Chapotel ; à l'hospice de Brévannes : le Docteur Maleplate ; à l'hospice de la Salpêtrière (centre de prothèse dentaire) : le Docteur Bertrand.

M. le Docteur Gencel est nommé stomatologiste assistant à la consultation dentaire qui a lieu trois fois par semaine à la Policlinique du boulevard Ney.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* **Dernières Nouvelles** *en tête des* « **Demi-Colonnes** »)

— **Faculté de médecine de Bordeaux.** — *Diplôme de médecin colonial et de médecin sanitaire maritime.* — La XXXIe série d'études pour la préparation au diplôme de médecin colonial et à l'examen de médecin sanitaire maritime (novembre-décembre 1936) a été suivie par 38 auditeurs dont 7 avaient bénéficié de bourses d'études offertes par la Société parisienne d'expansion chimique Spécia (marques Poulenc et Usines du Rhône).

Après examen ont reçu le diplôme de médecin colonial de l'Université de Bordeaux : MM. Bosredon, Bourcart, Cazaugade, Cormier, Eugène, Docteur Gette, Geyer, Glaunes, chef de laboratoire, Gouttenègre, Mlle Guy, Heckenroth, préparateur, Hypousteguy, Lacan, Lafon, interne des hôpitaux, Lanusse, Léger, interne des hôpitaux, Liard, Loustau, Le Roux, Marc, interne des hôpitaux, Docteur Marcade, Matus, Mébarek, Menu, Nino, Papegay, Peyrusse, Porte, Pouchard, Salama, Sallet, Shaaravi, Souneil, chef de clinique, Tixier.

Sont proposés pour l'inscription au tableau des médecins sanitaires maritimes : MM. Billiottet, Capponi, Chevrier, Collet, Dezest, Linhard, Marc, Marcade, Pruvost, Terraube.

La XXXIIe série d'études aura lieu du 3 novembre au 21 décembre 1937.

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétariat de la Faculté de médecine de Bordeaux.

— **Deuxième congrès international des sanatoria et Maisons de santé privées.** — Ce Congrès qui fait suite à celui qui a eu lieu à Budapest en septembre 1936, se tiendra à Paris. Il a pour but l'étude des questions d'ordre médical, administratif et économique intéressant particulièrement les établissements privés de cure : sanatoria, cliniques médicales, chirurgicales, obstétricales, maisons de santé destinées au traitement des maladies nerveuses ou mentales. Il est organisé par la Fédération des Maisons de santé de France, avec l'appui de différents groupements étrangers.

Au cours de ce Congrès, une Union internationale des maisons de santé privées, actuellement à l'étude, sera définitivement constituée.

Les personnes désireuses de participer à ce Congrès pourront dès maintenant obtenir des renseignements en s'adressant au secrétaire général, le Docteur Bussard, 8, avenue du 11-Novembre, à Bellevue (Seine-et-Oise).

Le Gérant : R. Thiron

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

donc une erreur manifeste. Peut-être a-t-on voulu parler d'une décision de la Commission supérieure au sujet d'un cas analogue. Vous pourriez demander des précisions à ce sujet, en vue de... préciser ce qu'on a voulu assurer, en parlant d'une « question tranchée ».

Dr F. DECOURT.

---

247. — Intervention sur le lieu du sinistre et surveillance prolongée

Je vous serais très reconnaissant de me guider pour tarification d'une note d'honoraires d'accident du travail pour le fait suivant :

Appelé d'urgence pour soigner sur place un bûcheron qui s'est tranché net le bout d'un pied et trois doigts d'une main. J'ai à lutter contre l'hémorragie, car les sections étant toutes très franches, tous les vaisseaux donnent en jet ; comme d'autre part, le traitement nécessitera une régularisation des moignons, donc l'intervention à brève échéance à l'hôpital, je m'efforce de faire l'hémostase par pinces à demeure ; y ayant réussi je désinfecte la peau, les plaies, fais des pansements aseptiques, retape le blessé qui était shocké et le transporte à l'hôpital voisin en surveillant bien les pansements au cours du trajet pour vérifier que rien ne bouge et que l'hémorragie ne reprend nulle part. En somme, j'ai fait :

a) Un déplacement aller et retour jusqu'au lieu de l'accident ;

b) Deux pansements (pied et main) avec hémostase par pinces à demeure (intervention qui n'est plus au tarif) ;

c) Des injections sous-cutanées dont une de sérum ;

d) Un transport du blessé à 17 kilomètres ;

e) Une surveillance pendant ce transport jusqu'au moment où j'ai remis mon blessé aux mains du confrère chirurgien qui l'a opéré et m'a rendu mes pinces hémostatiques...

C'est la complexité de mon intervention qui m'embarrasse pour la tarifer ; je pense, d'autre part, que vu les circonstances, je ne pouvais pas faire moins.

Dr D.

Réponse

C'est une affaire assez complexe, en effet, mais, par analogie, on peut, ce me semble, la régler.

a) Pour vos diverses interventions sur le lieu du sinistre, je proposerais 100 francs par analogie avec « appareillage » provisoire d'un membre effectué d'urgence et sur le lieu du sinistre, en vue d'une réduction ultérieure par un autre médecin » (art. 18, *in fine* ?)

b) Déplacement du médecin pour se rendre sur le lieu du sinistre ;

c) « Surveillance prolongée » (art. 6) de x demi heures à 15 francs l'une, jusqu'à la remise du blessé entre les mains d'un chirurgien ;

d) Quant au transport du blessé, ce n'est plus une affaire de « tarif médical », mais de « loueur de voiture »... Là, toutefois je ne vois pas comment vous pourriez réclamer un prix de transport alors que, pour le même temps vous réclamez déjà 15 francs par demi-heure pour « surveillance prolongée ». En tout cas, pour justifier vos demandes, et éviter toute contestation possible, donnez tous les détails techniques concernant ce que vous avez fait.

Dr F. Decourt.

352. — Ablation d'une petite tumeur

Membre du « Sou Médical », n° 11.452 et abonné au *Concours*, je me permets de vous demander un renseignement concernant le Tarif accidents du travail :

A la suite d'une piqûre à la main, un blessé est venu me consulter, porteur d'un granulome télangiectasique de la face palmaire de la main, du volume d'une cerise environ.

J'ai procédé, après anesthésie locale à la cocaïne, à l'extirpation de cette tumeur et de son pédicule.

J'ai cherché, en vain, dans le Tarif Landry, une intervention semblable.

Seule, la « nomenclature générale des actes de chirurgie et des actes de spécialités » indique pour « ablation de petites tumeurs cutanées ou aponévrotiques », le chiffre K20. A quoi ce coefficient peut-il correspondre pour les accidents du travail ?

Je serais heureux d'avoir votre avis sur la façon de tarifer cette petite intervention.

Dr M.

Réponse

Si la tumeur dont vous parlez est acceptée par le tiers-payant comme un accident du travail ou ses suites, il y aura lieu, le tarif étant muet, d'y chercher une analogie. Je vous proposerais de demander 190 francs par analogie avec « régularisation de cicatrices vicieuses importantes » (art. 20 A). Naturellement, ce n'est là qu'une proposition « personnelle » de ma part.

Dr F. Decourt.

ACCIDENTS

487. — Accident du travail par le fait d'un tiers

Vous trouverez ci-inclus, avec prière de me les retourner après en avoir pris connaissance, venant de la Compagnie d'assurances La X. agissant pour le compte de son assuré, la Compagnie Y :

a) Trois lettres adressées à ma belle-sœur ;

b) Une lettre adressée à son fils, concernant une affaire de morsure de chien au préposé de la Compagnie dans l'exercice de ses fonctions (relève des

compteurs électriques) et sur laquelle je tiendrais à connaître votre opinion.

S... allant relever le compteur électrique et pénétrant dans la propriété en l'absence de ma belle-sœur, fut mordu par le chien d'où plaie, visites médicales, visite de vétérinaire et tout ce qui s'ensuit. Que peut-on exiger du propriétaire du chien ?

L'Assurance invoque la loi du 9 avril 1898.

La première demande de 179 fr. 70 se trouve justifiée (après discussion), mais la seconde ?

Il me semble que les quatre premiers jours ne sont pas dus.

Dr R.

Réponse

Suivant l'art. 7 de la loi du 9 avril 1898, indépendamment de l'action de la loi sur les accidents du travail, la victime ou ses représentants conserve contre les auteurs de l'accident autres que le patron et ses ouvriers ou préposés, le droit de réclamer la réparation du préjudice causé, conformément aux règles du droit commun.

Le chef d'entreprise est, d'autre part, subrogé dans les droits du blessé contre le tiers responsable à concurrence des indemnités versées par lui en vertu de la loi sur les accidents du travail.

Dans l'affaire que vous nous soumettez, il n'est pas douteux que M. S... a bien été victime d'un accident au cours de son travail et que votre belle-sœur est responsable de cet accident dans les termes du droit commun, puisque c'est son chien qui en est l'auteur.

Le patron responsable et la Compagnie d'assurances peuvent donc réclamer à votre belle-sœur tous les frais qu'ils ont exposés en vertu de la loi sur les accidents du travail, c'est-à-dire le demi-salaire et les frais de médecin et de pharmacien, et même, à la rigueur, les honoraires et frais de déplacement du vétérinaire. Mais le complément de salaire du blessé ne peut être réclamé que par celui-ci et non pas l'Assurance ou le patron.

Il convient d'engager votre belle-sœur à régler cette affaire à l'amiable car elle ne manquerait pas d'être condamnée, si elle se laissait poursuivre en justice de paix.

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

11.535. — Acquisition d'un pistolet automatique par un médecin de réserve

Les officiers de réserve peuvent obtenir de l'armée, la cession à titre onéreux d'un pistolet automatique, lorsqu'ils n'en ont pas encore été pourvus.

Le coût de ce pistolet avec trois chargeurs, serait, paraît-il, de 200 francs.

Pouvez-vous me dire :

1° A qui la demande doit être adressée pour l'achat de cette arme ;

2° Quel est actuellement le modèle réglementaire, et quel est le calibre du pistolet qui serait envoyé contre remboursement de la somme ci-dessus indiquée.

Dr X.

Réponse

Il faut adresser votre demande de pistolet automatique à votre Directeur du Service de santé, pour être transmise au Service de l'artillerie. Le calibre actuel du modèle réglementaire est de 6,5 ; mais inutile de l'indiquer dans votre demande, mentionnez seulement le prix d'achat de 200 francs.

585. — Libération des obligations militaires

Né en novembre 1888, j'étais en sursis en 1914 et ai été incorporé au début d'août.

Je suis médecin-lieutenant depuis 1917 et ayant eu des difficultés avec le Service de santé, je tiendrais à être libéré le plus tôt possible.

Cette libération n'a-t-elle pas lieu en 1937 pour ma classe ? Se fait-elle automatiquement ou, étant officier, doit-on adresser une demande et sous quelle forme ?

Dr X.

Réponse

Votre libération normale doit effectivement avoir lieu le 15 octobre 1937. Elle est normale, à moins que vous ne demandiez votre maintien dans les cadres au delà de la durée légale. Pour plus de précaution, dès le mois d'août prochain, écrivez à votre directeur pour lui témoigner votre désir d'être libéré en même temps que les hommes de votre classe. A noter que la libération des officiers de réserve a lieu par décret, et que la signature de ce document renvoie leur libération à quelques semaines plus tard.

572. — Réparation d'un dentier par les services du Ministère de la Guerre

Un dentier fourni par l'armée pendant la guerre (1917), peut-il être réparé par les Centres d'appareillage ?

Dr C.

Réponse

Pour que pareil dentier puisse être réparé par un Centre d'appareillage, il faut qu'il réponde aux besoins créés par une blessure de guerre :

1° Si celle-ci a motivé une pension d'invalidité, rien de plus simple : il suffit de demander un carnet d'appareillage au Directeur régional du Service de santé ;

2° Sinon, il suffit d'adresser une demande au ministère des Pensions, Service des soins gratuits, 37, rue de Bellechasse, Paris, en exposant les faits, et en joignant une copie de la pièce d'origine de blessure.

ASSURANCES SOCIALES

11.186. — Un pensionné pour invalidité a le droit de travailler

J'ai encore recours à votre obligeance au sujet des Assurances sociales.

Une jeune fille qui jouit de l'invalidité (66 %) peut-elle se placer dans un hôpital, pour rendre quelques services à la lingerie et gagner juste sa nourriture et le logement ?

Dr M.

Réponse

Un assuré social bénéficiaire d'une pension d'invalidité peut fort bien continuer à toucher cette pension et se livrer, en même temps, à un travail rémunéré. En effet, la rente qui lui est attribuée est indépendante de son taux d'incapacité et il n'est nullement nécessaire qu'il soit atteint d'incapacité totale puisqu'au contraire, la loi a fixé ce minimum nécessaire à 66 %.

Il est seulement prévu par l'art. 6, § 7 que le service de la pension est suspendu, en tout ou en partie, lorsque l'intéressé, en cas de reprise du travail, jouit sous forme de pension et de salaire ou de gain cumulés, de ressources au moins égales au salaire dont il bénéficiait avant d'être reconnu invalide.

En l'espèce, si la rémunération de l'assuré en question se compose uniquement de la nourriture et du logement, le salaire qui viendra s'adjoindre à sa pension peut être évalué conformément à l'arrêté ministériel du 10 janvier 1936 relatif aux avantages en nature. La valeur de la nourriture et du logement est fixée à 136 francs par mois dans les villes de 5.000 à 10.000 habitants et à 81 francs dans les communes de moins de 5.000 habitants.

413. — Conditions d'assujettissement des travailleurs occasionnels ou intermittents

Je lis dans le numéro du *Concours Médical* du 10 janvier 1937, à la rubrique « Assurances sociales », une réponse qui me laisse assez perplexe.

a) J'emploie depuis quelque temps, à des travaux de maison variables, un ouvrier de la Compagnie de chemin de fer du Nord qui consent à me consacrer une partie de ses heures de loisir.

C'est vous dire qu'il vient chez moi de façon très irrégulière et reçoit pour son travail un salaire qui ne saurait avoir rien de fixe. Faut-il donc l'immatri-

culer aux Assurances sociales lui aussi ? Sur quelles bases ?

Son autre patron, le principal celui-là, c'est la Compagnie de chemin de fer. Or, les Assurances sociales n'y ont pas encore pénétré. Mon domestique sera donc connu des Assurances sociales uniquement par moi ?

b) J'emploie aussi, une fois par semaine, une femme qui vient lessiver chez moi. Elle est âgée de 70 ans et n'a pas encore été immatriculée. D'ailleurs, ici je le pense, seule une contribution patronale serait à envisager ?

c) Est-il toujours bien exact qu'il ne saurait être question des allocations familiales pour ces deux personnes qui sont utilisées pour mon service personnel et non professionnel ?

Je vous serais très obligé de me renseigner. En matière aussi compliquée que peu stable, celle des Assurances sociales, on ne saurait s'entourer de trop de conseils.

Dr L.

Réponse

En tant qu'employé de chemin de fer, l'homme que vous employez jouit, au point de vue Assurances sociales d'un régime spécial entièrement distinct du régime ordinaire et prévu par l'article 23 du décret-loi du 28 octore 1935.

D'autre part, en vertu de l'article 1er, § 5 dudit décret-loi, les formalités d'immatriculation restent à la charge de l'assuré lui-même lorsqu'il ne travaille pour le compte d'un même employeur qu'une seule fois et par intermittence. Puisque tel est le cas en l'espèce, vous n'avez pour vous mettre à couvert à ce point de vue, qu'à demander à votre employé une attestation par laquelle il certifiera appartenir à la catégorie prévue par l'art. 1er, § 5 précité.

Il en va de même pour la lavandière que vous occupez une fois par semaine. Dans ce cas d'ailleurs, l'intéressée n'a pas elle-même à se faire immatriculer puisqu'elle est exclue par son âge du bénéfice de l'assurance.

Il est exact que la loi du 11 mars 1932 sur les allocations familiales n'a pas encore été étendue aux personnels des services domestiques. Si donc le personnel que vous occupez consacre la majeure partie de son activité à votre service de maison et non à votre service professionnel, vous n'avez pas actuellement à vous affilier à une Caisse de compensation.

---

414. — Assujettissement d'une lavandière

Nous ne sommes que deux. Nous allons prendre, tous les quinze jours, une lavandière, pour une journée. Son salaire sera 12 francs, plus le repas du matin et celui de midi. Elle n'est pas inscrite aux Assuran-

ces sociales et ne veut rien savoir. Faut-il l'inscrire ? J'ajoute qu'elle va ailleurs et s'emploie dans diverses maisons. Lisant attentivement le *Concours*, je crois que la valeur des avantages en nature est fixée par le Préfet. Sa commune a 2.000 habitants ou 2.200.

Réponse

Si la femme que vous occupez gagne un salaire total de plus de 1.000 francs par an, elle est assujettie obligatoirement aux Assurances sociales.

Mais, comme elle ne travaille pour votre compte « qu'une seule fois et par intermittence », vous êtes dispensé par l'art. 1er, § 5 du décret-loi du 28 octobre sur les Assurances sociales, des formalités d'immatriculation. Cette charge incombe personnellement à l'assurée. Pour être en règle au regard de la loi, il vous suffira de demander à votre employée une attestation certifiant qu'elle fait partie de la catégorie prévue par l'art. 1er, § 5 précité.

Lorsqu'elle se sera fait immatriculer aux Assurances sociales, vous aurez à verser, dans les dix premiers jours de chaque trimestre, une double cotisation patronale et ouvrière égale à 8 % du salaire en espèces augmenté de la valeur des avantages en nature. Cette valeur est fixée par l'arrêté ministériel du 10 janvier 1936 ; elle se se monte à 2 fr. 15 par jour, pour la nourriture, dans les communes de moins de 5.000 habitants.

330. — Droit aux prestations de l'assurance maternité

Une femme immatriculée aux Assurances sociales depuis 1932 a toujours versé les cotisations sauf, par négligence, pendant le quatrième trimestre 1935.

Elle accouche le 13 décembre 1936. On lui refuse toute prestation et indemnité à cause de ce trimestre manquant. (La Caisse avertie à temps voulu de l'état de grossesse n'avait rien dit à ce moment-là.)

Cette assurée a-t-elle effectivement perdu tous ses droits aux prestations pour un seul trimestre manquant ? Les cotisations régulièrement versées avant et après sont donc absolument perdues ?

Peut-elle réclamer et à qui ? Dr M.

Réponse

En vertu de l'art. 9, paragraphe 6, de la loi du 28 octobre 1935, instituant le nouveau régime des Assurances sociales, pour avoir droit aux prestations de l'assurance-maternité, l'assurée doit avoir subi sur son salaire, une retenue d'au moins 60 francs, au cours des quatre trimestres civils précédant celui de l'accouchement, dont 5 francs au moins durant le 1er trimestre.

Si votre cliente totalise ce chiffre de cotisations, mais n'a subi aucune retenue sur son salaire au cours du quatrième trimestre 1935, le refus que lui oppose actuellement la Caisse d'assurances sociales se trouve donc juridiquement fondé.

Les cotisations qu'elle a versées ne sont nullement perdues pour elle, puisqu'elles lui serviront ultérieurement soit si elle a besoin de faire appel aux prestations de l'assurance maladie, aux prestations de l'assurance invalidité ou aux prestations de l'assurance vieillesse.

Nous ne saurions lui conseiller de poursuivre sa Caisse devant la juridiction compétente, en ce qui concerne les prestations maternité, car il est certain qu'elle n'obtiendrait pas gain de cause.

315. — Responsabilité du patron à l'égard d'une domestique qui n'a pas été immatriculée aux Assurances sociales

Je vous serai reconnaissant de vouloir bien me donner les renseignements suivants concernant les Assurances sociales.

1° Une jeune fille placée comme domestique au salaire mensuel de 165 francs plus avantages en nature (logement, nourriture), est sur le point d'accoucher.

Quels sont ses droits au point de vue Assurances sociales, demi-salaire, prestations, accouchement, primes d'allaitement, etc. ?

2° Son patron n'avait pas voulu verser ses cotisations d'Assurances sociales. A quoi s'expose-t-il s'il n'y a pas une transaction entre lui et son employée ?

L'employée elle aussi ne cotisait pas aux Assurances sociales et ne voulait pas verser (mais aucun témoignage écrit ne peut être invoqué).

Dr D.

Réponse

Les prestations de l'assurance-maternité comprennent les prestations en nature et les prestations en espèces. Les prestations en nature consistent en un versement forfaitaire destiné à couvrir partiellement l'assurée des frais médicaux et pharmaceutiques occasionnés par la grossesse, l'accouchement et ses suites. Le montant de ce versement dépend du Tarif de responsabilité de chaque Caisse et nous ne pouvons donc vous donner de renseignements précis à cet égard. Il y aurait lieu de conseiller à votre domestique de s'adresser pour ce faire auprès de la Caisse d'assurances sociales de son département, à laquelle elle aurait été affiliée si son patron s'était conformé aux obligations légales.

D'autre part, l'assuré reçoit, six semaines avant et six semaines après l'accouchement, une indemnité journalière dont le taux dépend du montant des cotisations qu'elle a à son compte, pendant la période de référence.

Si le patron de votre domestique avait rempli régulièrement ses obligations à l'égard des Assurances sociales, il aurait dû verser ainsi pendant les quatre trimestres civils précédant l'accouchement, une somme totale de 252 francs et, par

conséquent le chiffre de l'indemnité journalière aurait dû être de 6 francs (arrêté ministériel du 4 avril 1936).

Enfin, l'assurée qui allaite elle-même son enfant a droit à des primes d'allaitement qui sont fixées par le règlement intérieur des Caisses, sans pouvoir excéder toutefois 850 francs pour la période complète d'allaitement, mais sans pouvoir être inférieures à 175 francs pour chacun des quatre premiers mois.

Puisque cette jeune fille se trouve privée des prestations de l'assurance-maternité par suite de la faute commise par son patron qui n'a pas rempli ses obligations légales et ne l'a pas fait immatriculer aux Assurances sociales, elle est fondée à le poursuivre en dommages-intérêts afin d'obtenir le paiement d'une indemnité égale à la valeur de ces prestations, ce, en vertu de l'art. 1382 du Code civil. Le principe de cette action est reconnu à l'heure actuelle de manière formelle par la jurisprudence (Cour d'appel de Caen, 22 novembre 1933. Cour de Poitiers, 6 mars 1935, *Gaz. du Palais*, 17 mai 1935, Cour d'Angers, 13 octobre 1933, D. H., 1933, page 547).

D'autre part, il a été décidé par la Cour de cassation qu'à supposer que l'employé ait été d'accord avec son patron pour que les cotisations le concernant ne soient pas versées au Service des Assurances sociales, cette circonstance, si elle est de nature à engager la responsabilité de l'employé dans le préjudice subi par lui, ne saurait exonérer le patron de la faute qui lui est reprochée. Le patron qui doit retenir la part contributive de l'employé sur le montant du salaire au moment de la paye sans que celui-ci puisse s'opposer à l'opération du précompte, est en faute s'il ne satisfait pas aux obligations que la loi a mises à sa charge. Dans un tel cas, il y a lieu de condamner le patron à la réparation personnelle du préjudice en tenant compte du partage de la responsabilité (Cour de cassation, 22 juillet 1935, *Gaz. du Palais*, 23 octobre 1935).

Dans un cas analogue, la Cour de Poitiers avait fixé au tiers, la part que l'employé devait garder à sa charge.

---

598. — Fonctionnement de la Commission technique régionale d'invalidité

Un client veut faire appel de la décision contestable du médecin de la Caisse qui de ce fait, lui suspend son demi-salaire et une pension.

Le greffier du Tribunal civil auquel il a déjà fait appel, demande une provision.

En cas de rejet de sa demande, le malade doit, en effet, payer l'un des trois médecins.

Le greffier a-t-il le droit d'exiger une provision, quelle provision ? Quel est le prix tarifé d'une expertise de ce genre ? Dr D.

Réponse

Votre client pourrait demander à bénéficier des dispositions de l'art. 33, du règlement d'administration publique de 1936, d'après lequel : « Lorsqu'à la fin du délai de six mois l'assuré reste atteint d'une affection ou d'une infirmité ne réduisant pas au moins des deux tiers sa capacité de travail, mais laissant présager une invalidité future, l'Union régionale et la Caisse d'assurances invalidité peuvent s'entendre pour accorder à titre de soins préventifs, les prestations en nature de l'assurance-maladie, pendant un nouveau délai de six mois en suspendant pendant le même délai la décision relative à l'attribution de la pension ». Il est probable, en effet, que l'état de votre client pourrait être amélioré par la continuation des soins. D'autre part, ce dernier n'y perdrait pas, puisqu'il toucherait durant cette période, l'indemnité journalière de l'assurance-maladie.

Mais s'il prétend que son état actuel entraîne une incapacité d'au moins 66 %, il a effectivement droit d'ores et déjà aux prestations de l'assurance-invalidité et doit soumettre le différend à la Commission technique régionale d'invalidité prévue par l'art. 10, parag. 3, du décret-loi du 28 octobre 1935. Le fonctionnement de cette Commission est réglé par l'arrêté ministériel du 29 mai 1936. Elle comprend un médecin président désigné par le premier président de la Cour d'appel, un médecin désigné par la Caisse d'assurances invalidité, un médecin désigné par l'Union régionale des Caisses primaires d'assurances maladie et enfin un médecin désigné par l'assuré.

Aux termes de l'art. 11 de cet arrêté, l'assuré, la Caisse d'invalidité et l'Union régionale supportent respectivement les honoraires des médecins qu'ils ont désignés ; la partie perdante a, en outre, la charge des frais d'expertise s'il y a lieu. Ces frais sont fixés conformément au tarif établi par le premier président de la Cour d'appel, ils sont dans tous les cas réglés par la Caisse d'assurances invalidité ; s'ils ne lui incombent pas en définitive, le montant en est réclamé par elle à la partie perdante ; en cas de non paiement par l'assuré de ces frais le montant en est imputé sur le montant des prestations invalidité qui lui seraient dues. Quant aux honoraires du président, ils sont fixés et réglés dans les conditions prévues par l'art. 175 du règlement d'administration publique du 19 mars 1936, c'est-à-dire qu'ils sont supportés en définitive le fonds de majoration et de solidarité prévu par l'art. 38 du décret-loi.

En définitive, votre client doit donc supporter les frais de greffe qui se montent à une cinquantaine de francs ainsi que les frais d'expertise s'il y a lieu, c'est-à-dire s'il n'obtient pas

gain de cause. En tout cas, il n'a donc jamais à en faire l'avance, cette avance incombant à la Caisse invalidité.

---

584. — Fonctionnement de la Commission technique

Une fois de plus, j'ai recours à vous. Une de mes clientes assurée sociale a demandé la réunion de la Commission technique. Motif : les Assurances sociales contestent la guérison d'une maladie et font des réserves quant aux prestations ultérieures alors que j'estime que ma cliente est guérie.

Ma cliente habite Q..., chef-lieu de canton.

Le médecin expert qui a été désigné habite R... Il écrit à ma cliente qu'il la convoquera à R., dès qu'elle lui aura adressé, selon l'usage, une provision de 150 francs. (Q., distant de 60 kilomètres de R.). Je voudrais savoir :

1° S'il y a un tarif établi des honoraires pour le médecin expert, et quel est-il.

2° Si ma cliente est tenue d'adresser au médecin-expert la provision qu'il lui demande.

3° Si légalement ma cliente peut-être convoquée à R. (sa santé lui permet de se déplacer).

Je croyais que la Commission technique se réunissait à la Justice de paix du domicile de l'assuré.

Qui doit payer alors les frais de déplacement du médecin expert : la partie perdante probablement ? (provision pour les frais de déplacement ?).

Si ma cliente se rendait à R. et perdait ou gagnait, elle aurait à payer les frais de déplacement du médecin traitant, ce qui reviendrait au même que de payer les frais de déplacement du médecin expert.

Pour ma part, être obligé de me rendre à R. est un grand dérangement, si à l'heure de ma consultation.

4° Je serais probablement régulièrement convoqué ?

Que dois-je conseiller de faire à ma cliente ?

Dr J.

Réponse

Il est exact que le litige survenu entre un assuré et une Caisse d'assurances sociales au sujet de la guérison du malade relève de la Commission technique instituée par la loi du 28 octobre 1935, art. 8, paragr. 3.

Le fonctionnement de cette Commission qui se compose du médecin-contrôleur, du médecin traitant et d'un troisième médecin choisi par le Président du Tribunal civil est réglé par un arrêté ministériel du 4 juillet 1936. Cette Commission est saisie aux termes de son paragr. 1er par lettre recommandée adressée au greffier du Juge de paix du domicile de l'assuré ; conformément à l'article 3, elle doit se réunir à la Justice de paix de ce domicile. Il est donc curieux que votre

cliente soit convoquée à R. si son domicile se trouve dans un autre canton. Toutefois, il est prévu par l'art. 4 de ce même arrêté que la Commission est libre de procéder à l'instruction de l'affaire par les moyens qui lui paraissent les meilleurs en examinant le malade soit en son domicile, soit au lieu désigné par elle. La convocation reçue par votre cliente pour se faire examiner au domicile du troisième médecin président peut donc se défendre au point de vue juridique et aussi au point de vue pratique si ce médecin a besoin pour examiner la malade d'appareils qu'il n'aurait pas à sa disposition au cas où il se rendrait sur place.

En ce qui concerne les frais de fonctionnement de cette Commission, la question est réglée par l'art. 7 de l'arrêté : chaque partie supporte les honoraires de son propre médecin ; la partie perdante a, en outre, la charge des honoraires du médecin-président ainsi que les frais de greffe. Toutefois, lorsque l'assuré est privé de ressources et se trouve dans l'impossibilité de faire l'avance des honoraires du médecin président qui peuvent lui être réclamés, la Caisse peut les prendre provisoirement à sa charge sous réserve d'imputer les sommes qui lui seraient dues en définitive sur le montant des prestations qui seraient dûes à l'intéressé

Le médecin expert est en droit de n'accepter sa mission que moyennant le versement d'une provision suffisante. Mais si votre cliente ne peut faire cette avance, elle peut lui demander de s'adresser pour cela à sa Caisse conformément à l'article précité.

Le chiffre des honoraires du troisième médecin de même d'ailleurs que ceux des autres membres de la Commission n'est pas fixé par un tarif officiel, mais on applique généralement les règles admises en matière d'expertise civile ; le chiffre de 150 francs étant le plus couramment octroyé en cette matière.

En tout cas, si la partie perdante refusait de payer les frais demandés par le médecin expert, le litige pourrait être tranché par la taxation de ces honoraires opérée par le Président du Tribunal civil.

Conformément à l'art. 3 de l'arrêté ministériel, la Commission technique ne peut valablement statuer que si tous ses membres ont été régulièrement convoqués ; pour prendre une décision régulière, il faut, en outre, que le médecin président soit présent, et qu'il soit assisté de l'un au moins des médecins des parties. L'absence des médecins de l'une des parties est considérée comme valant acquiescement de cette partie à la décision de la Commission.

Cinquante-neuvième année — N° 6 *bis* — 10 Février 1937

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

SERVICE DE PROPAGANDE

du " CONCOURS MÉDICAL "

Les docteurs en médecine et les étudiants qui en feront la demande recevront gracieusement le *Concours Médical* pendant deux mois, afin de leur permettre de se rendre compte des services que ce journal peut leur rendre.

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteur en Médecine	60 fr.	Belgique et Luxembourg..	70 fr.
Etudiants	35 fr.	Première Zone	85 fr.
Le Numéro	1.25	Deuxième Zone..........	110 fr.

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE

« Le Sou Médical »

Assistance effective du médecin dans tous les procès de conflits d'ordre professionnel, conseils juridiques dans toutes les affaires, garantie contre la responsabilité professionnelle

Il est nécessaire et urgent que nos Confrères connaissent mieux le *Sou Médical*, et surtout les avantages *uniques*, que *seul* il peut leur offrir.

La croyance, généralement répandue, c'est qu'il ne s'agirait là que d'une assurance. Peu en importe la forme, dit-on, ce n'est qu'une garantie en responsabilité professionnelle, que patronnent des médecins entre eux.

Eh bien, le « Sou Médical », qu'on le sache bien, est *autre chose qu'une assurance*. Il constitue une Ligue de Défense individuelle du médecin, qui évidemment le *garantit* contre ses risques dans l'exercice de sa profession ; mais, DE PLUS, et surtout, qui DÉFEND ET CONSEILLE le médecin lésé ou attaqué.

Et, en effet, le « Sou Médical » prend à sa charge tous les frais éventuels d'un procès, *en plus* de la garantie qu'il offre contre la responsabilité professionnelle, alors qu'une Compagnie d'assurances se contente de couvrir les risques dans la limite de ses engagements.

Notre Ligue s'occupe aussi de litiges, non prévus par l'assurance habituelle. C'est, par exemple, un médecin brusquement congédié d'un emploi qu'il occupait ; un médecin victime de diffamation, ou bien en difficulté avec son propriétaire, à l'occasion de l'exercice de sa profession, ou encore victime d'une injustice fiscale.

Toutes les affaires, soumises au « Sou Médical » sont étudiées avec le plus grand soin ; et, c'est pour être présentés avec le maximum de chances de succès que sont établis, constitués et mis au point les dossiers. Les avis et les consultations juridiques sont rédigés par un contentieux très averti : une secrétaire général, à la fois docteur en médecine et docteur en droit ; trois autres juristes docteur ou licenciés en droit ; un avocat à la Cour d'appel et un avocat à la Cour de cassation. A ce contentieux sont adjoints des conseillers techniques, plus particulièrement spécialisés dans les questions d'accidents du travail, d'assurances sociales, de fiscalité, dans les

questions locatives, etc... Et cependant, la Ligue, toujours économe des deniers qui lui sont confiés, ne leur accorde par elle-même que des honoraires, dont la modicité surprendrait ; c'est le *Concours Médical*, fidèle soutien de ses œuvres filiales, qui se charge de les compléter au moyen de ses ressources personnelles.

Les succès obtenus se confirment par un pourcentage de 85 p. 100 environ dans les litiges engagés par le « Sou Médical » au nom de ses adhérents.

Fait plus probant encore, le nombre des adhérents de la Ligue ne cesse de s'accroître ; il atteindra bientôt le chiffre de 8.000 ; la reconnaissance de ses membres, qu'elle a défendus, se traduit par de nombreuses lettres de remerciements, et souvent, d'une manière plus palpable par des doses en espèces, dont la valeur s'est élevée au cours de 1936 à près de 8.500 francs, somme toujours en progression sur les années précédentes.

Une cotisation annuelle de 100 francs permet aux Confrères d'être ainsi défendus et conseillés ; elle leur assure *de plus* la garantie pour une somme de CENT MILLE FRANCS. Mais si, membres du « Sou Médical », ils sont en même temps abonnés au journal *Le Concours Médical*, leur garantie se trouve portée jusqu'à un maximum de CINQ CENT MILLE FRANCS (500.000 francs). *Cinq cent mille francs* pour une cotisation annuelle de CENT SOIXANTE FRANCS avec l'avantage, non négligeable, de recevoir en outre un journal scientifique de premier ordre, très bien documenté aussi sur les questions d'intérêts professionnels.

Les cent premiers mille francs étant garantis par le « Sou Médical », le *Concours Médical* a passé une convention avec une Compagnie d'assurances de premier ordre, pour que cette garantie fut augmentée de quatre cent mille francs, au bénéfice de ses abonnés.

A noter qu'il n'existe aucune incompatibilité entre ces garanties et celle qu'auraient pu obtenir les membres du « Sou Médical », en s'assurant d'autre part, à une Compagnie d'assurances pour augmenter leur garantie totale.

Confrères qu'attendez-vous pour venir à nous et faire partie de notre groupement, qui compte plus de onze mille médecins dans ses branches diverses ? A la page 455 de ce numéro spécial, vous trouverez un bulletin d'adhésion. Remplissez-le ; satisfaites aux conditions statutaires requises, — car on n'entre pas au « Sou Médical » comme dans un moulin ; abonnez-vous aussi au *Concours Médical*, et vous n'aurez pas à regretter votre détermination.

Dr G. FISCHER
Secrétaire général adjoint

NOTRE CROISIÈRE DE PAQUES 1937

Adriatique et Méditerranée orientale

Nous avons déjà, dans de précédents numéros, signalé à nos lecteurs tous les charmes de cette croisière. Ils en verront aujourd'hui schématisé le parcours sur une carte d'ensemble. Ce voyage, qui dure du 18 mars au 12 avril (de Paris à Paris) et dont les prix sont à partir de 3.625 francs par personne, permet néanmoins, malgré son assez courte durée et ses tarifs modiques, de faire escale successivement sur la côte adriatique à Split et à Corfou, puis à Athènes, à Istanboul, à Rhodes, à Beyrouth, à Alexandrie et au retour sur la côte dalmate à Dubrovnik. Le séjour dans ces différents ports est assez long pour pouvoir visiter les villes et leurs environs. C'est ainsi qu'en particulier, en ce qui concerne Beyrouth et Alexandrie, il sera possible de se rendre de la première ville jusqu'à Damas (la visite des magnifiques ruines de Baalbeck est même inscrite au programme) et de la seconde jusqu'au Caire et aux Pyramides. Le bureau de renseignements du *Concours Médical* (Bureau de tourisme), 37, rue de Bellefond, à Paris. (Téléphone Trudaine 33-66) est à la disposition des lecteurs que cette croisière intéresserait pour leur fournir toute demande de renseignements et d'inscriptions.

CORRESPONDANCE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

11.367. — Etendue du droit aux frais médicaux

Je donnais mes soins à une jeune fille accidentée du travail (ongle de l'index gauche arraché et plaie importante). Au bout de quelque temps, bien que non guérie elle me demande à reprendre son travail, ce qu'elle estimait possible tout en continuant les pansements. Je fais un certificat constatant la non guérison malgré la reprise du travail. Or l'Assurance lui fait dire que dorénavant elle n'accepte pas de payer les pansements, une loi récente ayant exonéré les Assurances de ces frais, lorsque le travail est repris.

Je vous serais obligé de me dire si c'est exact.

L'Assurance aurait déclaré offrir ces soins gratuits à sa clinique.

Dr H.

Réponse

Il n'y a pas, à notre connaissance, de loi récente, relative aux accidents du travail, exonérant les Assurances des frais médicaux et phar-

maceutiques concernant un accidenté ayant repris son travail.

D'après la législation actuelle, les frais médicaux ne sont à la charge du chef d'entreprise ou de son Assurance substituée que jusqu'à la date de la consolidation ; toute la difficulté consiste à déterminer à quel moment cette consolidation doit se placer. Et, c'est sans doute sur ce point que l'Assurance se fonde, en l'espèce, pour opposer un refus aux demandes de votre client. En vertu de l'art. 15 de la loi de 1898, un accidenté du travail doit être considéré comme consolidé lorsqu'il est soit complètement guéri, soit définitivement atteint d'une incapacité permanente partielle ou totale. Mais, il est reconnu par la jurisprudence qu'on doit tenir compte non pas d'une consolidation apparente, même constatée d'une façon prématurée par des certificats médicaux et suivie d'une reprise du travail, mais bien de la consolidation réelle et définitive. Celle-ci n'est acquise, au sens de l'art. 15 précité, que lorsque l'accidenté ne ressent plus aucun symptôme qui appelle des soins médicaux ou autres et que rien ne peut plus être fait ou tenté qui puisse modifier son état (Cour de Dijon, 15 juin 1936. *Gaz. Pal.*, 31 juillet 1936). Il a été décidé, plus récemment encore, par un arrêt de la Cour de cassation en date du 19 octobre 1936 (D. H., 1936-569) « qu'il ne suffit pas que la victime se « reconnaisse guérie et reprenne son travail pour « perdre tout droit à des indemnités que la loi ne « permet pas de lui accorder sur une instance en « révision; il faut encore qu'elle ait été reconnue « telle, et le seul fait que le travail ait été possi- « ble et effectif ne saurait, à lui seul, fixer d'une « manière définitive et irrévocable la date de la « cessation de l'indemnité temporaire ». Nous vous faisons, d'ailleurs, parvenir copie du sommaire de cet arrêt afin que votre client puisse le communiquer à la Compagnie d'assurances.

Il est en effet, parfaitement admis par la jurisprudence qu'un accidenté du travail est en droit d'utiliser, comme bon lui semble, les facultés qui lui restent, pendant la période d'incapacité temporaire et cette reprise partielle du travail avant la consolidation est même considérée comme tellement légitime qu'elle a été introduite, de manière expresse, dans le projet de loi actuellement en cours sur la révision de la législation sur le risque professionnel.

En définitive, l'attitude de la Compagnie d'assurances est, en l'espèce, dénuée de tout fondement juridique et il y a lieu de conseiller à votre client de poursuivre son chef d'entreprise ou cette Assurance devant le Tribunal de paix du lieu de l'accident en paiement de l'indemnité temporaire et des frais médicaux jusqu'à la date de la consolidation effective de son état.

---

443. — Fixation de la date de la consolidation d'un accident

J'ai soigné pendant trois ans un accidenté du travail qui a subi le 8 mars 1935, une opération. Cette opération ne l'a pas beaucoup amélioré et lui a donné certaines complications pour lesquelles je lui ai donné mes soins jusqu'au 21 novembre 1936.

Depuis longtemps le blessé devait être vu par les Docteurs H., C., etc., pour fixer son degré d'invalidité.

A plusieurs reprises cette visite a été reculée, elle a eu lieu finalement le 21 novembre 1936. Mon blessé m'a prié de bien vouloir y assister.

Son incapacité définitive a été fixée à 90 % mais la date de la consolidation a été fixée au 1er avril 1936. La Compagnie me doit-elle les soins que j'ai continué à donner depuis le 1er avril 1936, jusqu'au moment où il a été déclaré consolidé, mais à la date du 1er avril ?

La Compagnie me doit-elle la visite que j'ai faite sur la demande de mon blessé à une date postérieure à la consolidation, mais un jour où la date de cette consolidation n'avait pas encore été fixée puisqu'elle ne fut fixée que ce jour-là, mais à une date antérieure ?

La Compagnie prétend ne plus rien me devoir à partir du 1er avril. Dr V.

Réponse

Suivant le paragraphe 2, de l'art. 15 de la loi sur les accidents du travail, les indemnités temporaires parmi lesquelles se trouvent compris les frais médicaux ou pharmaceutiques sont dues jusqu'à la consolidation de la blessure, c'est-à-dire jusqu'au jour où la victime se trouve soit complètement guérie, soit définitivement atteinte d'une incapacité permanente.

A partir du jour de la consolidation, le blessé cesse d'avoir droit à l'indemnité temporaire mais il touche alors la rente pour incapacité permanente ; à partir de ce jour tous les frais médicaux restent à sa charge.

Mais il n'appartient pas à l'Assurance de fixer de sa propre autorité, la date de la consolidation.

A défaut d'un accord intervenu entre les parties devant le Président du Tribunal civil en conciliation, la date de consolidation ne peut être fixée que par une décision du Tribunal.

Sans doute, dans votre affaire, les experts ont-ils proposé et fixé au 1er avril 1936, la date de la consolidation, mais cette date a-t-elle été acceptée par le blessé ou a-t-elle été reconnue par le Tribunal dans son jugement ?

Dans l'affirmative, la Compagnie d'assurances serait dans son droit strict en refusant de vous payer vos honoraires pour la période postérieure au premier avril, mais dans la négative, il appartiendrait à votre client de faire décider par le Tribunal que la consolidation doit être fixée à une date plus lointaine et s'il obtient gain

de cause sur ce point, vous pourrez alors exiger de l'Assurance, le paiement de vos honoraires jusqu'à la date retenue par le Tribunal.

11.599. — Accident survenu à un cantonnier

J'ai soigné un chef-cantonnier alors que ce Monsieur s'était cassé le fémur en dégringolant d'un arbre sur lequel il était monté pour couper les branches, au service toujours des Ponts et Chaussées.

Voilà maintenant que l'Administration des Ponts et Chaussées me fait savoir que ce fonctionnaire n'a pas droit, malgré qu'il ait été blessé à son service, aux soins gratuits. Ce fonctionnaire aura droit à trois mois de repos maximum, à salaire entier, comme pour une maladie quelconque, mais tous les frais médicaux et pharmaceutiques sont à sa charge.

Pourtant, c'est bien là un accident du travail, me semble-t-il. Et les aide-cantonniers, les chefs de chantiers, les manœuvres, sont bien assujettis à la loi sur les accidents du travail (j'en ai souvent soigné déjà).

Pourquoi donc, un chef-cantonnier ne le serait-il pas ?

Avant de régler cette affaire, ne voudriez-vous pas me faire savoir, si réellement, un chef-cantonnier n'est pas assujetti à la loi des accidents du travail ?

Dr M.

Réponse

La question de savoir si l'Etat ou, plus généralement, les collectivités publiques sont assujetties à la législation sur les accidents du travail s'est posée à plusieurs reprises devant la jurisprudence. D'après de nombreuses décisions, l'Etat, les départements, les communes sont soumis à la loi sur le risque professionnel pour les accidents survenus aux salariés qu'ils emploient dans les conditions où le ferait un chef d'entreprise, toutes les fois que ces salariés se trouvent exposés aux mêmes risques que ceux qu'ils auraient courus chez des particuliers assujettis (voir notamment Cass. req., 30 octobre 1935, D. H., 1936-19).

L'assujetissement à la loi du 9 avril 1898 ne dérive pas du gain recherché mais uniquement de la nature du travail. Plus particulièrement, il a été reconnu que le cantonnier au service d'une commune est fondé à invoquer à l'égard de cette commune, les dispositions protectrices de la législation sur les accidents du travail et à lui demander le versement des indemnités légales qu'elle prévoit (voir notamment Cour de Montpellier, 1er février 1934. *Semaine juridique*, 1934, p. 284), sans qu'il importe que le service de la voirie auquel il était attaché ne présente aucun caractère commercial ou lucratif.

Voir la suite page XXXV-449

PROPOS DU JOUR

LES ABUS QUI RENDENT IMPOSSIBLE UNE DOCUMENTATION MÉDICALE SÉRIEUSE

La multiplication excessive des Sociétés, Congrès, Journées et des publications de toutes sortes : journaux, revues, livres, brochures, etc. Ne pourrait-on pas dans une certaine mesure opposer une digue à cette inondation de littérature, souvent pseudo-scientifique, qui menace de devenir un fléau ?

M. Jào Coelho, dans un très intéressant chapitre sur *la Langue médicale*, paru dans le tome VI de *l'Encyclopédie Française*, a relaté que *Quaterly Cumulative Index Médicus* a relevé l'existence de 1.246 périodiques importants et qu'en 1933, il a recueilli 211.500 notes bibliographiques provenant de 105.750 livres ou articles médicaux. Nous sommes certains que les chiffres des bibliographes américains sont, et de beaucoup, inférieurs à la réalité.

D'autre part, M. Jào Coelho, toujours dans le même travail, nous apprend que D. et R. Thomson, de Londres, pour rédiger un important ouvrage sur le rhume de cerveau ont dû consulter par moins de 2.000 articles.

Tout cela parait relever de la comédie et un jour prochain un nouveau Molière ridiculisera cette manie des médecins de publier à tort et à travers toutes leurs élucubrations. Mais l'avenir nous réserve bien d'autres surprises.

Il nous est impossible de dénombrer en France les Sociétés Savantes ou pseudo-savantes d'ordre médical ou paramédical ; il s'en fonde tous les jours tant à Paris qu'en province et leur nombre doit certainement se chiffrer par plusieurs centaines.

On compte d'autre part dans notre pays plus de 300 revues ou journaux médicaux, ce qui représente environ le quart de ce qui se publie dans le monde entier.

Le Docteur Maurice Genty nous apprend que Sédillot, secrétaire général de la Société de médecine, se plaignait en 1801 « de la manie de publier des journaux de médecine ». Qué diraitil s'il revenait sur terre à notre époque ?

Ce n'est pas tout. On nous annonce pour 1937 la réunion à Paris de plus de 80 Congrès médicaux, de sorte que la presse médicale devra renoncer à donner même le programme de tous ces Congrès. Et cette floraison de Congrès parisiens à laquelle l'exposition de 1937 donne sans doute une raison d'être, n'empêchera pas de voir le jour en province et à l'Etranger à de nombreux Congrès paramédicaux, à des Congrès purement médicaux et à des Journées médicales de tous les ordres.

Les Congrès scientifiques datent d'un peu plus d'un siècle. Ils prirent naissance en Allemagne en 1828 ; l'Angleterre trois ans plus tard imita l'Allemagne, et la France suivit l'exemple en 1833 à Caen. Les médecins prenaient part à ces Congrès, mais étaient loin de les accaparer. En 1863, la Société des médecins de Rouen organisa le premier congrès scientifique exclusivement médical. 250 médecins y assistèrent et 52 communications y furent présentées (1). Le succès de ces réunions a dépassé toute mesure, surtout depuis la guerre.

D'abord il n'y eut qu'un Congrès général qui réunissait tous les médecins, savants et praticiens ; puis les spécialistes de tous genres voulurent avoir leur propre Congrès. Ces congrès, d'abord nationaux, se doublèrent de Congrès internationaux, même de Congrès de médecins de langue française pour chaque spécialité. On ne se contenta pas de Congrès pour chaque science médicale ou paramédicale, pour chaque spécialité, on fragmenta à l'infini la médecine et, les stations thermominérales aidant, on vit s'organiser des Congrès du foie, du rein, du cœur, des congrès de la goutte, du rhumatisme, du lymphatisme, etc., etc.

(1) Consulter à ce sujet le très intéressant article de M. Maurice Genty, bibliothécaire de l'Académie de médecine, dans le tome VI de l'*Encyclopédie française* : Les Associations et les Publications.

Après la guerre, modifiant un peu l'organisation des Congrès, nos confrères de Bruxelles créèrent les *Journées médicales* ; le succès, d'ailleurs très mérité vu leur parfaite organisation, fut inouï. Immédiatement les Journées médicales devinrent à la mode, il n'y eut pas une ville de France, même Paris, qui n'eut au moins sa journée médicale.

Il y a quelques années, en 1932, le Docteur H. Godlewski trouva une autre formule ; il fonda l'*Assemblée générale de médecine française* qui périodiquement devait sur un seul sujet préalablement et judicieusement choisi, faire la synthèse des études et des opinions émises par les médecins praticiens dans des Assises départementales. Cette formule nouvelle de Congrès qui, remarquons-le, présente de grands avantages, a obtenu, sous le patronage du Professeur Paul Carnot un grand succès.

De ce nombre inconcevable de publications, de Sociétés et de Congrès, il résulte de très grands inconvénients. Les travaux sérieux se trouvent noyés dans une mer de communications sans valeur, dont les auteurs n'ont cherché qu'à s'assurer une certaine notoriété par la publicité que peut parfois leur donner, souvent inconsciemment, les journaux. Ces derniers ne sauraient toujours discerner, même en le désirant sincèrement, le bon grain de l'ivraie.

La publication abusive d'observations superficielles, d'expériences mal conduites et n'ayant pas reçu la consécration d'un contrôle vraiment scientifique, d'hypothèses hasardées sans bases sérieuses et données comme des vérités, tout ce fatras qui encombre les ordres du jour des Congrès, des Sociétés et les pages des publications médicales ont été sévèrement jugées par le Professeur Marañon dans un discours mémorable prononcé à un des derniers banquets de l'Union médicale latine.

Cela porte un préjudice sérieux aux médecins praticiens et devient un danger public. Il serait temps de réagir contre ces abus. Nous savons bien que cela est difficile, que nombreux sont ceux qui à toute force et par tous les moyens désirent se faire connaître sans se donner la peine de faire des recherches sérieuses et d'élaborer des travaux consciencieux. Mais nous faisons appel aux organisateurs de Congrès, aux membres des bureaux des Sociétés médicales vraiment scientifiques qui sont pour la plupart des médecins de valeur, estimés et estimables. Ne pourraient-ils pas élever une digue capable d'arrêter ce mascaret qui menace d'engloutir la science médicale française ? En limitant à une question, à un rapport l'ordre du jour d'un congrès, comme le Docteur Godlewski l'a fait pour les Assises nationales de médecine, en bornant à un sujet l'objet des discussions d'une société, jusqu'à l'épuisement de ce sujet, en élaguant les communications diverses et les renvoyant à des commissions qui se rendraient compte de leur valeur, on arriverait à en éliminer un grand nombre et peut-être à décourager leurs auteurs.

Nous conclurons en citant une phrase lapidaire que le Professeur P. Mauriac, doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux, a émise, dans la *Presse médicale* (28 novembre 1936) : « J'ai souvent rêvé, écrit-il, d'un censeur de génie, inaccessible aux intrigues, surgissant tel la statue du commandeur, dans les salles de rédaction, dans les Sociétés savantes, déchirant l'article inutile, faisant taire le bavard. Au bout de l'an, la montagne toujours plus haute de la « Science médicale » se réduirait à une taupinière. »

Nous craignons d'avoir à attendre ce nouveau messie encore très longtemps.

J. NOIR.



PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

INTÉRÊT DE LA RECHERCHE DU BACILLE TUBERCULEUX DANS LE CONTENU GASTRIQUE

Par le Professeur Robert DEBRÉ

et MM. A. SAENZ, Robert BROCA et L. COSTIL

Nous voudrions, une fois encore, attirer l'attention sur l'intérêt que présente, pour le diagnostic précis du début de la tuberculose chez l'enfant, la recherche du bacille de Koch dans les mucosités prélevées par lavage gastrique. Cette méthode est bien connue et sa simplicité, sa valeur bien établies ; elle n'est cependant pas employée aussi souvent qu'elle le mérite. Nous avons été frappés par ce fait qu'elle nous avait permis de mettre en évidence le bacille de Koch chez des sujets et dans des circonstances, où le diagnostic de tuberculose était difficile a poser (1).

La possibilité de déceler le bacille de Koch dans l'estomac des nourrissons et des adolescents résulte des travaux de M. Henri Meunier (2), qui, en 1889, s'éleva contre l'opinion régnante à l'époque, d'après laquelle, l'expectoration n'existant pas chez les enfants tuberculeux, la recherche des bacilles était impossible. Celui-ci, frappé par le caractère fréquemment humide de la toux des enfants, démontre qu'ils déglutissent habituellement les produits de sécrétion pulmonaire ou bronchique. En pratiquant le lavage stomacal à jeun, il met ainsi en évidence dans le contenu gastrique des flocons épais à l'aspect de crachats, où il décèle par frottis la présence du bacille tuberculeux.

Malgré ces essais encourageants, cette méthode est tombée dans l'oubli, lorsqu'elle est reprise par M. Armand-Delille, en 1927. Avec M. Vibert, il s'adresse à la technique d'homogénéisation des crachats de MM. Bezançon et Philibert (homogénéisation à la sonde) et obtient des résultats intéressants.

Depuis, de nombreux auteurs français et étrangers (MM. Opitz, Poulsen, Clausen, Dorph Petersen, Baumann, Zeyland et Mme Piasecka, Zeyland, Morquio et ses collaborateurs, Levin, M. Sayé, et tout récemment M. Dufourt et ses élèves, M. Lesné et ses collaborateurs, d'autres encore, ont apporté une très importante contribution à l'emploi de cette méthode. Leur expérience est si nette, qu'il paraît inutile d'insister sur l'aisance avec laquelle la manœuvre de prélèvement est pratiquée chez l'enfant. De même, notre expérience nous permet de penser que pour bien des sujets adultes, notamment des jeunes filles ou des femmes dont il est difficile de recueillir l'expectoration, l'emploi du lavage gastrique peut rendre de grands services et montrerait que des individus, considérés comme non contagieux, sont encore dangereux pour les enfants de leur entourage. Lorsqu'on recueille le contenu gastrique le matin dès le réveil, on y trouve aisément, dans une toute petite quantité de suc gastrique, les crachats déglutis durant la nuit. Si l'on ne craignait d'employer cette expression triviale, on pourrait dire que l'estomac remplit le rôle de crachoir et qu'il suffit, par une manœuvre simple, de le vider pour pouvoir étudier d'une façon parfaite, les produits pathologiques provenant du poumon. Et ce n'est pas seulement pour le diagnostic de tuberculose que pareille méthode est recommandable.

Le lavage d'estomac est pratiqué chez l'enfant à jeun depuis douze heures environ, et de préférence dès le réveil. On évitera toute sorte de mouvements actifs, qui risqueraient de faire passer dans l'intestin les expectorations déglutiες et accumulées dans l'estomac au cours de la nuit. Le prélèvement proprement dit consiste, l'enfant étant assis sur le bord de son lit, à introduire par la bouche, une sonde œsophagienne en caoutchouc munie d'un entonnoir d'une capacité de 500 c. c. Lorsque l'extrémité de la sonde a atteint la cavité stomacale (ce qu'indique un trait marqué sur la sonde), on verse lentement dans l'entonnoir placé à 20 centimètres au-dessus de l'orifice buccal de l'enfant, 100 à 200 c. c. d'eau tiède (35°), stérilisée. Par des mouvements de va-et-vient successifs, on augmente l'efficacité du lavage. Après absorption complète du liquide, une cuvette stérilisée est placée sous le menton de l'enfant de façon à recueillir le mucus qui s'écoule généralement en grande

(1) *Soc. méd. des hôp.*, 24 janvier 1936, nº 4.
(2) Henri MEUNIER. *La Presse Médicale*, 6, 1898, p. 81.

abondante le long de la sonde. En retournant ensuite l'entonnoir dans la cuvette placée au pied du lit, le contenu gastrique s'écoule totalement par siphonage dans la cuvette. Il arrive fréquemment que l'enfant soit pris de vomissements et rejette le liquide directement. La recherche directe du bacille, l'homogénéisation, la culture, l'inoculation sont aisément réalisables.

Quel est l'intérêt des résultats fournis ?

Nous n'insistons pas ici sur la recherche du bacille de Koch chez les enfants atteints des différentes manifestations ulcéro-caséeuse ou fibro-caséeuse de la tuberculose évolutive. Dans ces cas, la recherche du bacille de Koch est toujours et d'emblée positive. Elle peut encore rendre de grands services; c'est ainsi qu'au cours d'une coqueluche, un foyer de broncho-pneumonie ayant apparu, d'une interprétation difficile, deux examens positifs, à deux mois de distance, ont permis de le faire considérer comme tuberculeux.

Beaucoup plus intéressants sont les cas appartenant aux catégories suivantes : 1° Foyer pulmonaire initial de la tuberculose de l'enfant ; 2° Début de la tuberculose de l'enfant sans foyer pulmonaire visible à la radiographie ; 3° Sujets en période antéallergique ; 4° Erythème noueux.

1° Foyer pulmonaire initial de la tuberculose chez l'enfant. — Nous ne sommes pas les premiers à avoir tenté pareille recherche chez les enfants au début de la tuberculose. Parmi nos devanciers citons simplement Armand-Delille, Opitz, Poulsen, Christoffersen et Fredriksen, Morquio et ses collaborateurs, Lévin, Sayé, Dufourt et ses élèves, pour ne retenir que les recherches les plus intéressantes.

Nos études personnelles nous montrent qu'il faut, lorsqu'on soupçonne un début de tuberculose chez l'enfant, associer à la radiographie, dont la nécessité est bien connue, l'examen simultané de l'expectoration, qui doit être renouvelé à plusieurs reprises ? Il n'est pas téméraire d'affirmer que, dans ces conditions, le pourcentage des résultats positifs est très élevé.

2° Début de la tuberculose de l'enfant sans foyer pulmonaire visible à la radiographie. — Un point particulièrement intéressant est la possibilité de déceler le bacille tuberculeux dans le contenu gastrique au début de la tuberculose de l'enfant, alors que le foyer pulmonaire n'est nullement décelable, les radiographies semblant absolument normales. Dans plusieurs cas, nous avons pu, dans ces conditions bien particulières déceler le bacille tuberculeux.

3° Sujets en période antéallergique. — Une troisième catégorie de faits, auxquels nous n'apportons pas une contribution personnelle immédiate, est celle qui concerne la présence de bacilles de Koch dans le contenu gastrique, avant l'établissement de l'allergie. Dans l'ensemble, cette phase, décelée par la première cuti-réaction positive, coïncide avec le début clinique et même aussi anatomique de la maladie. C'est dans le même temps que les réactions tuberculiniques virent et que la fièvre initiale s'allume. M. Ligner est parvenu, chez un enfant de sept mois, fébrile, à découvrir le bacille tuberculeux par lavage stomacal, avant que vire la réaction tuberculinique. Zeyland et Piasecka-Zeyland ont réussi à mettre en évidence le bacille de Koch dans un cas du même ordre, deux semaines avant que la réaction à la tuberculine ne devint positive. Sayé, Shelton et Alsina ont pu mettre en évidence le bacille de Koch pendant la période antéallergique, quinze jours avant que l'intradermo-réaction de Mantoux ne devint positive.

Nous publierons prochainement, une observation comparable dans laquelle, en même temps que l'érythème noueux faisait son apparition, l'inoculation du sang décelait les bacilles de Koch humains, alors que les réactions à la tuberculine étaient encore négatives.

4° Erythème noueux. — Pareille étude a déjà été faite par d'autres. C'est ainsi qu'Opitz a obtenu six résultats positifs dans sept cas d'érythème noueux. Wallgren est arrivé à déceler le bacille de Koch chez vingt-deux enfants sur vingt-quatre examinés. Il est vrai que, dans certains cas, ce n'est qu'au deuxième ou troisième lavage d'estomac qu'il a obtenu un résultat positif.

Dans nos cas personnels, neuf fois sur douze, nous avons pu, au cours de l'érythème noueux, déceler un bacille tuberculeux humain par la culture ou l'inoculation du contenu de l'estomac. Faut-il insister sur la valeur de ce pourcentage qui serait encore plus élevé, si, à l'exemple de Poulsen, Wallgren, Sayé, nous avions effectué des recherches en série pour un même cas ?

En somme, la recherche du bacille de Koch dans le contenu gastrique est une méthode excellente et sûre. Elle mérite d'être employée chez l'enfant non seulement en présence d'un foyer pulmonaire connu ou soupçonné, mais encore dans d'autres cas bien définis, dans l'érythème noueux, ou bien quand on craint une typho-bacillose, une granulie, voire une méningite tuberculeuse, enfin lorsque la tuberculose débute et que l'allergie apparaît, qu'il y ait ou non un foyer pulmonaire décelable par la radiologie. Mieux encore, on sera en droit de pratiquer également cette recherche sur un sujet, pour lequel on soupçonne une contamination tuberculeuse survenue depuis trois ou quatre mois, avant même que vire la réaction tuberculinique. Nous ne doutons pas que ces investigations ne fournissent d'utiles précisions au clinicien et n'entrent bientôt dans la pratique courante.

TUBERCULOSES INCURABLES

Par M. P. Ameuille

Médecin de l'Hôpital Cochin à Paris

Pour que cette étude sur les tuberculoses incurables ait un sens pratique, on doit lui donner la forme d'un plaidoyer, d'un plaidoyer en faveur de malades que l'on néglige ou que l'on abandonne.

Il est des tuberculeux que l'on entoure d'intérêt, que l'on accueille volontiers dans les sanatoriums, autour desquels médecins et chirurgiens s'empressent, ce sont ceux dont la guérison est probable avec ou sans traitement. Mais tout le monde, famille ou médecin, cherche à se débarrasser du tuberculeux incurable. Aussi a-t-il le droit qu'on prenne sa défense devant les lecteurs du *Concours Médical*, qu'on montre la réalité de cet abandon, et son injustice.

Toute question d'humanité mise à part, on peut plaider que le tuberculeux incurable peut ne l'être que par suite d'une erreur judiciaire, c'est-à-dire d'une erreur de diagnostic ou de pronostic, de laquelle on pourra toujours revenir. L'évolution de la maladie peut être parfois si paradoxalement favorable que tel trait qui en faisait l'incurabilité peut disparaître, permettant l'application de soins efficaces. Et même sans ces retours heureux, il reste, pour un médecin digne de son titre, un devoir d'apporter au moins les soins qui soulagent, et le réconfort qui écarte les prévisions angoissantes.

Aux hommes de cœur qui, dans notre profession, n'abandonnent jamais leurs malades, quand ils les jugent perdus, je voudrais que les lignes qui vont suivre servent d'encouragement.

Le tuberculeux incurable et la lutte antituberculeuse

A qui n'est pas averti, il semble un paradoxe qu'on puisse parler de tuberculeux abandonnés à un moment où, plus que jamais, on s'occupe de tuberculose. La bienfaisance privée et l'action publique s'associent (sans toujours très bien s'entendre), pour couvrir notre sol de dispensaires et de sanatoriums. Les œuvres naissent de toute part qui s'intéressent à eux, et nos budgets en sont lourdement enflés. Cet effort général serait, dit-on même, d'une telle ampleur que certains sanatoriums resteraient à moitié vides, que certaines œuvres antituberculeuses ne trouveraient plus personne à secourir.

Comment ose-t-on parler de tuberculeux abandonnés ? Cela paraît paradoxal, mais il faut pourtant maintenir ce qui a été dit plus haut : on fait tout pour le tuberculeux peu atteint, et presque rien pour le tuberculeux grave. Les sanatoriums cherchent naturellement à n'accueillir que des cas curables ; la collapsothérapie, qui a si heureusement reculé la limite de l'incurable, ne peut pas étendre ses bienfaits aux sujets dont les lésions sont trop dispersées. C'est un devoir sacré que de faire pour les malades guérissables tout ce que permettent de faire les moyens d'action dont nous pouvons disposer. Mais pouvons-nous négliger les autres ? Il y a les sujets qui, quand on les découvre tuberculeux, ont déjà des lésions si profondes, si étendues qu'on ne peut espérer les voir disparaître. Il y a ceux qui, malgré les traitements les mieux dirigés, continuent à évoluer. De quel droit pourrions-nous les abandonner ? Pourrons-nous nous satisfaire du prétexte qu'ils sont « venus trop tard » ?

D'abord, c'est quelquefois notre faute si leur tuberculose a été soignée tardivement ; plus souvent, c'est eux qui ont mis longtemps à s'inquiéter ; mais on ne peut pas exiger que la vie d'un homme se passe en une perpétuelle surveillance de sa propre santé. Et puis, nous avons pris la mauvaise habitude d'appliquer ce « trop tard » sur toutes les formes graves de tuberculose, alors qu'un très grand nombre sont graves d'emblée, que dès le premier jour, elles sont vouées à une évolution fatale. Si bien que souvent ce « trop tard » devient un moyen hypocrite d'écarter de nous la responsabilité de malades trop graves, de ceux que nous nous sentons incapables de guérir.

Sur quoi se juge l'incurabilité de la tuberculose

Il n'existe aucun moyen d'apprécier avec rigueur si un cas de tuberculose peut guérir ou non. Tout médecin d'expérience a vu péricliter et succomber des malades, dont l'affection lui semblait légère ; il en connaît qui ont guéri, alors qu'il les jugeait perdus. C'est donc que les tests, à l'aide desquels nous cherchons à prévoir l'avenir de nos tuberculeux, sont de valeur limitée.

Pendant longtemps, on tirait le pronostic de la courbe thermique et de la courbe du poids, de ce qu'on appelait, et appelle encore (au détri-

◆◆

ment de la précision) l'« état général ». On a si souvent, depuis, vu succomber des tuberculeux gras et guérir des fébricitants, qu'on a beaucoup perdu confiance dans l' « état général ».

Maintenant, on tient surtout compte de l'étendue des lésions. On accepte volontiers la fameuse classification de Turban, qui n'a d'autre mérite que d'avoir été une des premières à s'y attacher. Depuis l'avènement de la collapsothérapie, elle a pris une importance considérable, puisque, dans la plupart des cas, l'indication du traitement dépend de l'uni ou de la bilatéralité des lésions.

Enfin, la possibilité de réaliser cette collapsothérapie (qui dépend, elle, de la liberté des plèvres), est elle-même, vu l'efficacité de la méthode, un gros facteur de pronostic.

Même en groupant ces trois éléments d'appréciation : l' « état général », l'étendue des lésions, le succès ou l'échec de la collapsothérapie, on n'aboutit qu'à des probabilités.

L'état général est le plus trompeur des trois, et on ne s'y fie plus guère. Mais on peut voir guérir contre toute attente des sujets dont les lésions étaient très étendues, largement excavées. On peut voir guérir spontanément des malades chez lesquels, par suite de symphyse pleurale, toutes les tentatives de pneumothorax ont été vaines.

Donc tout jugement d'incurabilité est sujet à révision. Tel malade qui avait, lors d'un premier examen, des lésions bilatérales, étendues, ulcérées largement, montrera ultérieurement ce qu'on appelle un «nettoyage radiologique», et un retour complet de la santé qu'on n'aurait jamais attendu. Tel autre, du même type, sans guérir complètement, améliorera si parfaitement un des deux poumons malades qu'on pourra, sur l'autre, pratiquer une collapsothérapie efficace.

Il serait vraiment de mauvaise politique d'avoir abandonné de tels malades en les proclamant incurables, pour apprendre un an après qu'ils ont pu guérir complètement entre les mains d'un médecin, plus patient et plus tenace. J'aime mieux, pour mes lecteurs qui jugeront certainement cet argument assez grossier, lui donner une autre forme et dire : un tuberculeux qui paraît très atteint doit être surveillé quand même, parce que l'évolution de la tuberculose est parfois déconcertante. Il peut de temps en temps arriver une amélioration imprévue qui permet, si on la saisit au moment opportun, de faire quelque chose d'utile et de tirer d'affaire un malade dont on avait d'abord désespéré.

Conduite à tenir vis-à-vis du tuberculeux incurable

Nos chances d'action sur la tuberculose évolutive ne sont pas infinies. Deux traitements, deux seulement, ont fait leurs preuves : le repos et la collapsothérapie. C'est une attitude injustifiable que celle qui consiste à prendre un air désabusé, à dire que ces deux traitements ne valent pas mieux que les autres qui ont fait faillite, qu'on ne peut rien faire pour un tuberculeux.

On peut, on doit toujours le mettre au repos et régler minutieusement l'horaire de son repos. On ne peut pas toujours lui appliquer la collapsothérapie, mais on doit l'utiliser chaque fois qu'elle apporte une chance, même infime.

C'est seulement les malades, auxquels ces traitements ne peuvent fournir aucune chance, qui sont les incurables. Vis-à-vis de ceux-là encore, nous avons un devoir : devoir de surveillance, devoir de soins et de précautions.

On commettra une faute en ne surveillant pas ces malades. On doit même les surveiller de près, comme de grands malades qu'ils sont. Je l'ai dit plus haut et je le répète : un épisode favorable et imprévu peut venir transformer la situation, et donner à notre action des possibilités qui n'avaient pas été entrevues. Mais aussi, il arrive à ces malades, gravement atteints, des accidents également imprévus (une appendicite par exemple), qui méritent une décision, une intervention immédiate. Et comme les réactions de ces sujets « asthéniques » sont très atténuées, l'accident passera inaperçu et deviendra fatal, si la surveillance n'est pas minutieuse. Aucun médecin digne de ce nom n'excuserait une négligence qui privera son malade d'au moins quelques mois de survie.

Non seulement, on surveillera de près les tuberculeux incurables, mais on les soignera. Le tuberculeux grave n'est pas toujours le malade euphorique qu'on se plaît à décrire. Il est sujet à mille ennuis douloureux ou inquiétants. Ne ferez-vous rien pour soulager la dysphagie de celui-ci, les douleurs abdominales de celui-là, pour arrêter l'hémoptysie de tel autre ? Je sais bien que c'est là la thérapeutique symptomatique, la meilleure part de cette « médecine de soins » que les puissances du jour veulent bien abandonner au praticien libre.

Malgré les dédains dont on l'entoure, je la crois la plus importante de toutes : nous sommes loin de pouvoir prévenir ou guérir toutes les maladies ; mais nous devons tout faire pour soulager la souffrance ; nous sommes presque toujours armés pour le faire, et c'est le premier de nos devoirs.

Et en luttant contre la souffrance, nous devrons prévenir avant tout la pire de toutes, la souffrance morale. Les lettrés, frottés de médecine, aiment nous parler de la psychologie du tuberculeux ; ils disent avec complaisance comment il s'éteint avec le sourire, en faisant des projets d'avenir. C'est un état qui n'est pas rare,

chez le tuberculeux bien soigné, mais il est l'exception chez le malade abandonné et qu'on trouve presque toujours en proie au désespoir. C'est pourquoi, nous devons tout faire pour lui éviter la vue trop nette de la fin, qui l'attend. Tout dans notre attitude doit exprimer la confiance en une issue favorable de sa maladie ; les projets d'avenir, c'est nous qui les devons les lui suggérer. Autant il est coupable de perdre du temps chez un tuberculeux curable à appliquer des traitements, dont nous savons l'inefficacité, autant il me paraît légitime d'encourager les illusions du tuberculeux incurable, de lui vanter (sans conviction intime) des médications qui n'ont aucune valeur, pour lui garder sa confiance dans l'avenir, à condition toutefois que ces médications ne puissent être ni nuisibles, ni onéreuses à l'excès.

Enfin, il faudra surveiller de près, le tuberculeux incurable pour l'empêcher de nuire. De recherches entreprises autrefois avec Mlle M. Simon, j'ai cru pouvoir conclure que rien n'est plus dangereux que le tuberculeux à ses derniers moments, d'abord parce qu'il est plus difficile que jamais à tenir propre : il évacue difficilement ses crachats et crache partout. Ensuite, parce que son entourage pitoyable multiplie autour de celui qui va mourir ces marques d'affection, qui établissent des contacts dangereux : sa femme et ses enfants ne le quittent plus, il leur parle de tout près et les couvre de baisers dangereux. Là encore, la surveillance et l'intervention du médecin sont souhaitables pour éviter ces contagions de la dernière heure, celles qui causent en particulier la tuberculose conjugale, dont on s'est plu à nier la réalité, mais qui, dans des statistiques indiscutables à mon avis, se réalise une fois sur quatre.

***

Conclusions

Il paraît impossible que le médecin se désintéresse des tuberculeux incurables. Il doit surveiller, prolonger, soulager ceux qu'il est incapable de guérir. Il doit les assister jusqu'à leurs derniers moments.

L'observation de ces malades, d'ailleurs, ne peut être pour nous qu'un puissant stimulant. Si nous restons toujours tournés vers les sujets curables, nous gardons une vision complaisante et optimiste des succès de notre art. Nous parlons et légiférons comme si nous étions les maîtres des destinées de nos tuberculeux, et comme si ceux qui succombent arrivaient à mal seulement par leur faute, et pour n'avoir pas secondé nos efforts.

Mais si nous voulons bien voir qu'un grand nombre ne guérissent pas, malgré les progrès de notre thérapeutique, nous en arriverons à admettre qu'elle en a encore beaucoup à faire et qu'il faut trouver de nouvelles méthodes ; non pas de nouveaux traitements de la « tuberculose au début », c'est-à-dire des médications inédites pour appliquer aux formes déjà curables, mais des traitements qui guérissent ce que rien jusqu'ici n'a pu guérir.

L'arsenal thérapeutique de la phtisiologie est très riche ; il est beaucoup trop riche en méthodes sans valeur dont on énumère complaisamment les succès sur des cas spontanément curables. Il ne peut s'enrichir réellement que par la découverte d'autres méthodes, celles qui diminueront vraiment le nombre des tuberculeux incurables, et peut-être un jour le réduiront à rien.

LE TRAITEMENT CURATIF DU PALUDISME AIGU

Par MM.

E. HADIDA
Ancien chef de Clinique

F.-G. MARILL
Chef de Clinique

Travail de la Clinique des Maladies des Pays chauds, de la Faculté de Médecine d'Alger
Professeur M. RAYNAUD

Avant d'aborder l'étude de la thérapeutique du paludisme, il nous paraît utile de rappeler brièvement quelques données essentielles de parasitologie, qui permettront de mieux comprendre les méthodes actuelles de traitement de cette affection.

Trois races d'hématozoaires parasitent les globules rouges de l'homme : plasmodium vivax, plasmodium malariæ, plasmodium præcox ou falciparun, déterminant trois formes de paludisme : la tierce bénigne, la fièvre quarte, la tierce maligne. Ces plasmodium humains sont des sporozoaires, qui présentent un double cycle évolutif : un cycle asexué ou schizogonique qui se déroule chez l'homme, un cycle sexué ou sporogonique qui se réalise chez l'agent de transmission, le moustique anophèle.

Chez l'homme, les parasites inoculés se développent sous forme de schizontes aux dépens des globules rouges. Les schizontes évoluent, et donnent naissance successivement aux corps amiboïdes, puis aux corps en rosace qui représentent les formes mûres du parasite. La division des corps en rosace aboutit à la formation d'éléments jeunes ou mérozoïtes, qui, par suite de l'éclatement de l'hématie parasitée, sont libérés dans le torrent circulatoire et peuvent, dès lors, recommencer le cycle en redevenant tour à tour schizontes, corps amiboïdes, corps en rosace.

Ainsi se poursuit chez l'homme, et exclusivement chez l'homme, le cycle schizogonique, dans lequel la multiplication se fait par division du noyau. Ces diverses formes du parasite sont des formes asexuées. Ce sont elles qui sont responsables des accidents cliniques. Elles tiennent sous leur dépendance la répétition des accès.

Mais, au cours de leur développement, certains corps amiboïdes peuvent engendrer des éléments de nature différente, des éléments sexués ou gamétocytes, dont l'évolution ne peut se poursuivre et se parfaire que dans l'organisme du moustique. En effet, c'est seulement, dans l'estomac de l'anophèle que les gamét cytes ingérés se transforment en gamètes. Un microgamète ou gamète mâle féconde un macrogamète ou gamète femelle donnant ainsi naissance à un œuf ou zygote. Cet œuf s'enkyste au niveau de la face externe de l'estomac, et, par division de son noyau, engendre de nombreuses formes jeunes : les sporozoïtes. A la suite de la rupture du kyste, ces sporozoïtes sont libérés dans la cavité générale du moustique et gagnent pour le plus grand nombre les glandes salivaires. L'anophèle femelle pique l'homme, inocule ces sporozoïtes, qui parasitent un globule rouge, deviennent schizontes, et le cycle recommence. *Telle est la deuxième phase évolutive de l'hématozoaire, phase sexuée ou sporogonique* qui se déroule exclusivement chez le moustique.

Voici un schéma (*voir p.* 417) qui objective ces deux cycles et qui résume les notions importantes à retenir en vue de la conduite du traitement.

Ce rappel parasitologique est loin d'être inutile, car la connaissance de l'évolution des plasmodium dicte non seulement les mesures à prendre au point de vue prophylactique, mais encore les directives thérapeutiques. Comme chacun sait, l'une des grandes préoccupations des malariologues, au cours de ces dernières années, a été de préciser la valeur des médications antipaludiques en fonction de la race d'hématozoaire et de la forme, sexuée ou asexuée, du parasite.

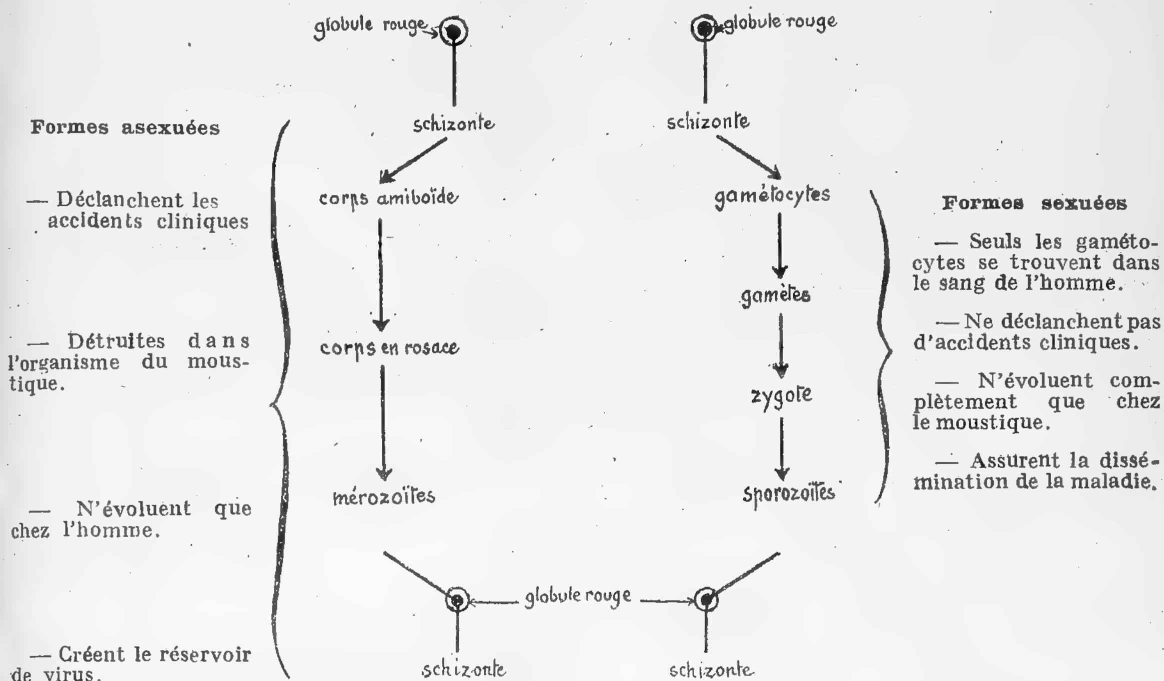
Et ceci nous amène à exposer les notions neuves qui sont le résultat des recherches récentes, et qui rendent compte de l'évolution des idées en matière de traitement de la malaria.

Paludisme = quinine, telle est l'équation qui longtemps a résumé toute la question du traitement de cette affection. Certes, durant la dernière guerre, la médication arsenicale fut mise en œuvre sur une large échelle, mais les résultats obtenus ne furent pas ceux que l'on attendait. Aussi bien peut-on dire que c'est, avec l'entrée en scène des antimalariques de synthèse, que l'étude du paludisme a été abordée sur une base plus rigoureusement scientifique.

Grâce à une expérimentation précise chez l'animal, à une observation minutieuse des faits cliniques, grâce enfin à la pratique de la malariathérapie anophélienne, véritable expérimentation sur l'homme, il a été possible de recueillir toute une série de documents neufs qui permettent d'entrevoir, sous un jour nouveau, le problème du traitement du paludisme.

Et d'abord, les recherches faites à l'occasion des antimalariques synthétiques ont conduit les auteurs à classer les médicaments, selon qu'ils

agissent sur les formes asexuées ou sexuées du parasite, d'où la nécessité de distinguer désormais des produits schizonticides et des gamétocides. Dans cet ordre d'idées, nous ne saurions passer sous silence, la méthode de Rœhl, dont la technique rigoureuse a permis d'apprécier de la façon la plus précise, sur le plan expérimental, l'action parasiticide d'un antimalarique donné. Des nombreuses expériences pratiquées chez les oiseaux, nous retiendrons celles qui ont été réalisées chez le calfat ou pinson de rivière. Le calfat est parasité par une hémogrégarine, l'hémoprotéus paddæ. Ce parasite présente la particularité de vivre dans le sang périphérique de l'oiseau, exclusivement sous sa forme sexuée. Déclencher des accès de type tierce, attribués, jusqu'à ce jour, exclusivement à plasmodium vivax. Or, les infections à plasmodium ovale ont tendance à guérir spontanément. Voilà quelques raisons pour concevoir le traitement du paludisme en fonction de la race du parasite et non sous forme d'un traitement standard, polyvalent. Il y a plus : non seulement les diverses races, mais encore les différentes souches d'une même race, sont inégalement virulentes. C'est ainsi, par exemple, que la tierce maligne est très grave dans le sud de l'Italie, alors qu'elle ne l'est pratiquement pas dans le Nord. Dans l'Inde, il est une région où plasmodium faciparum est beaucoup plus sensible à la thérapeutique que plasmodium



C'est en administrant par sonde œsophagienne un médicament déterminé, rigoureusement dosé, qu'il a été donné de juger avec certitude de son pouvoir antigamétocytaire. Cette notion fondamentale, qui différencie les antischizontes des antigamètes, présente un intérêt non seulement d'ordre thérapeutique, mais encore et surtout d'ordre prophylactique ; on est, en effet autorisé à dire qu'elle a complètement bouleversé la conception de la prophylaxie du paludisme.

Une deuxième notion non moins intéressante à retenir réside dans la constatation de l'inégalité de virulence des diverses races d'hématozoaires. Il est classique d'admettre que la tierce maligne est plus grave que la tierce bénigne et que la quarte, et qu'elle réagit de manière différente au traitement. On vient en outre de découvrir récemment que plasmodium ovale peut dé-

vivax. Des deux souches de plasmodium præcox utilisées en Angleterre, dans les centres de malariathérapie, l'une, la souche romaine est nettement moins virulente que la souche de Madagascar. Ce sont là autant de faits qui expliquent les différences cliniques que l'on observe entre les paludismes des diverses régions, et les différences de comportement vis-à-vis du traitement. Que devons-nous conclure, sinon qu'il convient d'envisager une thérapeutique adaptée à une région donnée et non un traitement standard mondial ?

Enfin, pour clore le chapitre de ces données préliminaires, il est une troisième et dernière notion que nous devons souligner, c'est la notion d'immunité palustre, encore appelée par Sergent prémunition. La prémunition n'est autre que cet état de tolérance de l'individu infesté à

l'égard du parasite, dont il est porteur. Cet état réfractaire, comme l'atteste l'expérimentation sur l'oiseau, sur le singe et sur l'homme est une immunité spécifique non seulement vis-à-vis d'une race d'hématozoaire donnée, mais encore d'une souche déterminée. Or, cette prémunition, qui permet à l'organisme de se défendre contre l'infection parasitaire, reste liée à la présence de parasites en nombre suffisant dans l'économie. Un traitement rationnel du paludisme aura donc pour but de favoriser l'établissement de cette immunité-tolérance plutôt que de tenter une stérilisation qui, en réalité, laisserait l'organisme beaucoup plus vulnérable.

Toutes les notions que nous venons de rapporter ont été remarquablement précisées dans le rapport publié en 1933 par la Commission du paludisme de la Société des Nations. Ce rapport a fait l'objet, en décembre 1935, d'une mise au point critique, pleine d'intérêt, rédigée par le Colonel Sinton, du service antipaludique de l'armée des Indes.

Ces travaux ont eu le grand mérite de préciser :

1° La valeur des antimalariques proposés, leurs avantages et inconvénients respectifs ;

2° La méthode de choix pour les utiliser selon la forme clinique observée.

Ce sont ces deux chapitres : Armes thérapeutiques, Conduite du traitement, qu'il nous faut maintenant envisager.

***

LES ARMES THÉRAPEUTIQUES

1° Les antimalariques de premier plan

Le Quinquina, ses dérivés, la quinine

Des nombreux alcaloïdes extraits de l'écorce de quinquina, la quinine reste le plus maniable, le plus couramment employé. C'est donc elle que nous étudierons tout d'abord, nous ne ferons que citer ensuite les divers autres alcaloïdes utilisés.

La Quinine

En raison du peu de solubilité de la quinine, on utilise en thérapeutique exclusivement ses sels.

Quelle voie d'administration doit-on choisir, quels sels faut-il employer et quelle dose prescrire, quelles sont l'action du médicament, sa voie d'élimination, sa toxicité ? Autant de questions auxquelles, il importe de répondre successivement.

Les voies d'administration

Cinq voies peuvent être utilisées : les voies buccale, intramusculaire, intraveineuse, sous-cutanée, rectale.

Et d'abord, la voie buccale. En ce qui concerne cette voie, il faut retenir les notions suivantes :

Il est préférable de prendre le médicament au moment des repas, plutôt qu'à jeun.

L'absorption peut être ralentie, voire nulle au cours de certains états gastro-hépatiques, comme il est fréquent d'en observer chez les paludéens. Il suffit, pour pallier à cet inconvénient d'administrer un purgatif salin. Mais il est des cas où l'intolérance gastrique, l'état du malade (coma) oblige le thérapeute à opter pour une autre voie d'administration.

La voie intra-musculaire est alors celle qui est le plus couramment employée. Là encore, nous devons souligner quelques règles fondamentales :

La concentration de la solution employée ne doit pas être supérieure à 0 gr. 30 de quinine par centimètre cube du véhicule, et chaque injection ne doit pas comporter plus d'un gramme de médicament.

On ne saurait accorder à la voie intra-musculaire un avantage quelconque sur la voie buccale, en ce qui concerne les résultats thérapeutiques obtenus.

En outre, les injections intramusculaires présentent des inconvénients qui ne sont pas négligeables : abcès profonds pouvant produire des décollements ou des fusées purulentes parfois graves ; atteintes du sciatique déterminant soit des paralysies, soit des syndromes douloureux prolongés. Il convient cependant de faire remarquer que nombre d'auteurs ont tendance à attribuer ces accidents à une stérilisation défectueuse des produits ou à des fautes dans la technique de l'injection.

Que penser de la voie sous-cutanée ?

Cette voie est souvent douloureuse. Les injections sous la peau nécessitent des dilutions élevées, exposent le malade à des accidents tels que nodosités, escharres tégumentaires, abcès de guérison lente avec mortification tissulaire. Aussi ne saurait-on la conseiller.

La voie intraveineuse mérite de nous arrêter plus longtemps.

Les injections dans la veine, préconisées par Baccelli, donnent de bons résultats, mais ne sont pas dépourvues de danger. Elles ne sauraient être employées systématiquement, dans tous les cas ; elles doivent être réservées à certaines formes déterminées.

Il n'est pas utile d'employer les solutions très étendues que l'on a pu conseiller, et d'injecter, par

exemple, la quinine dissoute dans 200 ou 300 c. c. de sérum. La solution au 1/20e suffit.

L'essentiel est de pousser très lentement l'injection qui ne doit pas dépasser 0 gr. 50, d'autant que l'effet d'une dose intraveineuse correspondrait à celui d'une dose intramusculaire triple.

Toutes ces précautions doivent être rigoureusement observées, en raison de la gravité des accidents, qui peuvent être consécutifs à l'injection intraveineuse.

Enfin, dernière voie d'administration de la quinine, la voie rectale.

Autant dire qu'elle n'est plus guère utilisée aujourd'hui. Si lavements et suppositoires ont pu rendre autrefois des services chez l'enfant, encore qu'ils n'étaient pas sans irriter la muqueuse rectale, actuellement, l'introduction dans l'arsenal médicamenteux de sels dénués d'amertume a fait abandonner, par la plupart des auteurs, l'administration rectale de quinine.

Et pour résumer ces considérations sur le mode d'administration de la quinine, nous dirions volontiers :

Employer toujours la voie buccale, quand l'état du malade le permet.

Utiliser à défaut la voie musculaire.

Recourir aux intraveineuses, lorsqu'il existe des troubles circulatoires qui gêneraient la résorption du médicament injecté dans le muscle, et surtout lorsque la forme clinique du paludisme l'exige en raison de sa sévérité.

Considérer les voies sous-cutanées et rectales comme des voies d'exception.

Le choix du sel.

Sous l'effet des acides, la quinine donne deux variétés de sels : les sels basiques et les sels neutres. Les sels basiques, tels les sulfate et chlorhydrate de quinine sont très stables, mais peu solubles ; par contre, les sels neutres, bi-sulfate et bi-chlorhydrate de quinine sont instables, mais très solubles.

Nombreuses sont les préparations qui sont journellement utilisées contre le paludisme : le bromhydrate basique et le valérianate de quinine qui renferment respectivement 60 et 76 % de quinine ; le phytinate de quinine moins riche en alcaloïde, puisqu'il n'en contient que 57 %, mais qui possède l'action tonique de la phytine ; le formiate basique ou quinoforme dont la teneur en quinine est de 83 %.

Mais le choix d'un sel de quinine ne doit dépendre ni de ses caractères physiques, ni de ses propriétés chimiques. La pharmacodynamie doit céder le pas à la clinique. Et pratiquement, le choix de la voie d'administration du médicament ainsi que l'âge du malade commandent le choix du sel :

Pour la voie buccale, l'expérience et les résultats cliniques démontrent qu'il faut utiliser les sels insolubles. S'il s'agit d'injections intra-musculaires ou intraveineuses, employer les sels solubles.

Chez l'enfant, auquel on ne peut administrer qu'un sel insipide, il faut avoir recours à l'euquinine (éthyl-carbonate de quinine), à l'aristochine (carbonate neutre de quinine) ou au tannate de quinine. Mais ce dernier produit, moins cher, que les deux autres est également moins efficace, il faut le prescrire à doses deux fois plus élevées.

La posologie.

« Il ne faut pas donner la plus forte dose tolérée, mais la dose qui guérit », telle est la règle qui doit toujours être présente à l'esprit du médecin, lorsqu'il prescrit la quinine.

Chez l'adulte, en règle générale, il faut considérer comme dose minima celle de 0 gr. 80 à 1 gramme par jour ; le chiffre de 2 grammes est un maximum qu'il est sage de ne pas dépasser et même de ne pas atteindre ; la dose quotidienne optima doit osciller entre 1 gr. 30 et 1 gr. 80. Mais il est évident que ces doses devront varier avec la race d'hématozoaire, la forme clinique observée, le terrain sur lequel le paludisme évolue. C'est ainsi, par exemple, que dans les cas graves on sera amené à sortir de ces limites fixées : la question de posologie sera réglée par l'expérience du médecin. Les données de la clinique devront primer les considérations d'ordre doctrinal.

Enfin, il faut savoir qu'une même dose quotidienne, administrée de manière fractionnée, est beaucoup plus active que lorsqu'elle est donnée en une seule fois.

Chez l'enfant, il est facile de se rappeler la posologie : 0 gr. 05 par kilog de poids, dose que l'on peut doubler sans inconvénient.

Action.

L'action de la quinine s'exerce d'une part sur les phénomènes cliniques, d'autre part sur le parasitisme sanguin. Vis-à-vis des phénomènes cliniques, c'est sur la fièvre que l'action du médicament se manifeste avec le plus d'évidence. Dans la forme intermittente, l'accès, qui doit éclore dans les vingt-quatre heures consécutives à la première prise quinique, éclate encore le plus souvent, mais il est momentanément le dernier. Dans la forme continue, la chute de température se produit habituellement avant le quatrième jour, au plus tard, le cinquième ou sixième jour. Ces notions sont d'autant plus solides qu'elles reposent sur l'observation de milliers de cas de fièvre paludéenne. Aussi bien, lorsque la fièvre persiste au delà de ces délais ou réapparaît en cours de traitement, on est autorisé à penser que la quinine n'a pas été absorbée,

ou encore que parallèlement au paludisme évolue une affection associée.

Sur la splénomégalie, l'action, quoique nette, est plus lente à se manifester. Il faut, du reste, distinguer entre les hypertrophies spléniques récentes qui sont sensibles à la quinine et les splénomégalies anciennes dont la régression, lorsqu'on l'obtient, est beaucoup moins rapide.

Il n'est pas jusqu'à l'anémie qui ne soit favorablement influencée et ce, indépendamment de toute thérapeutique symptomatique visant la déperdition globulaire.

La rétrocession des phénomènes cliniques, consécutive à la prise de quinine, est liée à l'action du médicament sur les plasmodium. Dans cet ordre d'idées, l'activité de l'alcaloïde varie avec la race et la forme de l'hématozoaire et les recherches faites à cet égard ont abouti aux conclusions suivantes :

Dans la tierce bénigne, et la quarte dûes respectivement à plasmodium vivax et plasmodium malariæ, la quinine exerce un pouvoir parasiticide très grand sur les schizontes, une activité moindre, quoique nette, sur les gamétocytes.

Dans la tierce maligne, dûe à plasmodium falciparum, l'efficacité de la quinine est faible contre les schizontes, nulle contre les gamétocytes.

Dans tous les cas : action pratiquement inexistante sur les sporozoïtes.

En somme, la quinine agit électivement sur les formes asexuées, c'est avant tout un médicament schizonticide, et ceci nous rend compte de son action sur les phénomènes cliniques.

Les voies d'élimination.

Ingérée ou injectée, la quinine est presque exclusivement éliminée par les reins. Cette élimination, qui débute précocement, ne dure que de quarante-huit à soixante heures. Le total de la quinine, éliminée dans les urines, ne représente que 30 à 40 % de la dose administrée. On admet que le reste demeure très passagèrement accumulé au niveau des divers organes, et qu'il est détruit, métabolisé sur place.

Les accidents.

En dehors des accidents particuliers à chaque voie d'administration et que nous avons déjà brièvement indiqués, il en est d'autres qui ne dépendent nullement du mode d'introduction de la quinine dans l'économie.

Les bourdonnements d'oreille, les vertiges, la surdité, la pollakiurie sont simplement des incidents négligeables, ou pour le moins sans importance.

Plus graves sont les troubles qui relèvent de l'idio-syncrasie, et dont les caractères sont d'être précoces et de se renouveler à chaque tentative de reprise de la thérapeutique. Ces accidents sont de deux ordres :

Manifestations cutanées telles que prurit, urticaire, éruptions morbilliformes, voire dermatite exfoliatrice aiguë scarlatiniforme.

Manifestations cardio-vasculaires : chute tensionnelle, collapsus léger ou grave.

Telles sont les données essentielles à retenir sur la quinine ; en ce qui concerne les autres alcaloïdes du quinquina, nous n'en ferons qu'une énumération sommaire, car ils appartiennent encore davantage au cadre des essais scientifiques qu'au domaine des réalisations pratiques.

Ces produits sont : la quinidine, la cinchonine et la cinchonidine, l'hydroquinine, les totaquina, le quinetum. Seule l'hydroquinine paraît plus active que la quinine, mais son prix de revient est très élevé.

De tous les dérivés du quinquina, la quinine reste l'alcaloïde dont le maniement est le plus facile, c'est un excellent antimalarique ; mais, du fait de son action réduite, voire nulle sur les formes sexuées, les malades quininisés restent des réservoirs de virus, des foyers de dissémination de la maladie. Si l'on ajoute à cette notion, celle de pénurie mondiale de la quinine, on comprend que les recherches se soient multipliées dans le but d'aboutir à l'obtention d'antimalariques synthétiques : deux produits sont maintenant parfaitement mis au point : l'atébrine, ou quinacrine, la plasmochine ou praéquine.

***

L'ATÉBRINE OU QUINACRINE

La quinacrine, dérivée de la série des acridines, doit être considérée comme la 2-méthoxy-6-chloro-9-alpha-diéthylamino-delta-pentylamino-acridine.

Voies d'administration. Posologie.

Cette préparation s'administre le plus habituellement par voie buccale.

Chez l'adulte, la dose quotidienne curative est de 0 gr. 30 prescrite sous forme de trois comprimés de 0 gr. 10 répartis dans la journée. La cure totale ne doit pas dépasser cinq à sept jours, et sur ce point les opinions des divers auteurs sont très concordantes.

Pour assurer une bonne tolérance de la quinacrine, il convient de la faire prendre après les repas et avec des quantités abondantes de liquide.

Dans certains cas d'intolérance digestive ou de paludisme grave, on peut avoir recours aux injections sous-cutanées ou intramusculaires, aux mêmes doses que par voie buccale.

Chez l'enfant, la posologie pour un traitement curatif est la suivante : de 0 à 4 ans = 0 gr. 10 par jour ; de 5 à 8 ans = 0 gr. 20 par jour ; au-dessus de 8 ans = 0 gr. 30 par jour.

Action.

La quinacrine est un schizonticide typique. Elle agit sur les formes asexuées de tous les parasites de la malaria : Pl. vivax, Pl. malariæ, Pl. falciparum.

L'action gamétocide ne s'exerce qu'à l'encontre de Pl. vivax et Pl. malariæ, elle est plus lente à se manifester que l'action schizonticide.

Ce médicament reste totalement inopérant sur les gamétocytes de Pl. falciparum ainsi que sur les sporozoïtes de toutes les races.

Du point de vue clinique, après administration de quinacrine, la température revient à la normale, en l'espace de deux à quatre jours, les splémonégalies aiguës sont rapidement influencées, on assiste à une régération rapide du sang.

En somme, action presque identique à celle de la quinine ; une seule différence : la quinacrine agit mieux que la quinine sur les formes asexuées de Pl. falciparum.

Accidents.

La pigmentation jaunâtre des téguments, qui apparaît à la fin du traitement ou peu après la cure, est absolument inoffensive. Elle est liée à un emmagasinage du colorant acridinique au niveau de la peau et disparaît sans laisser de séquelle lorsqu'on cesse la médication. Il est rare d'observer des douleurs gastriques et des coliques. Quant aux troubles psychiques qui ont été signalés, autant dire qu'ils sont rarissimes et de pathogénie discutable.

LA PLASMOCHINE OU PRÆQUINE

La præquine dérive de la quinoléine ; elle doit être considérée chimiquement comme la N-diéthyl-amino-isopenthyl-8-amino-6-méthoxy-quinoléine.

Voies d'administration et posologie.

Le traitement par la præquine seule s'effectue presque exclusivement à titre de traitement de consolidation à la suite d'une cure de quinacrine ou de quinine.

Pour le traitement curatif chez l'adulte, les doses quotidiennes administrées par voie buccale sont en moyenne de 0 gr. 03 sous forme de comprimés dosés à 0 gr. 01 et répartis dans la journée. Toutefois, la tolérance de la præquine étant variable avec les races humaines, il est des auteurs qui préfèrent des doses quotidiennes de 0 gr. 02 et même de 0 gr. 01.

La durée de la cure varie de 3 à 5 jours ; certains préconisent un traitement de sept jours, c'est là un délai qu'il ne faut pas dépasser.

Chez l'enfant : de 0 à 3 ans, prescrire : 0 gr. 005 à 0 gr. 01 par jour pendant trois à cinq jours ; de 5 à 8 ans, donner un à deux comprimés pendant le même laps de temps.

Action.

La propriété la plus remarquable et la précieuse de la præquine est son action puissante sur les formes sexuées de toutes les variétés de plasmodium. La præquine agit efficacement non seulement sur les gamétocytes de Pl. vivax et de Pl. malariæ, contre lesquels l'action de la quinacrine et de la quinine est également suffisamment nette, mais elle attaque aussi tout spécialement les formes sexuées de Pl. falciparum, sur lesquelles tous les autres médicaments restent sans effet.

C'est cette action franchement gamétocide, qui différencie la præquine de tous les autres médicaments antipaludiques jusqu'ici connus.

Aux doses élevées, l'action gamétocide se manifeste par la destruction des formes sexuées, aux doses minimes par l'inhibition de la multiplication sexuée.

La deuxième vertu notable de la præquine est sa propriété de réduire l'indice de rechutes dans toutes les formes de paludisme où, après l'emploi de la quinine cet indice, reste élevé.

Enfin, la præquine, dont l'action est très peu marquée sur les formes asexuées de Pl. falciparum, possède un pouvoir schizonticide non négligeable sur Pl. vivax et malariæ ; d'où les bons résultats obtenus par certains auteurs dans le traitement des accès de tierce bénigne ou de quarte. Toutefois, en raison de la nécessité dans ce cas, d'employer de fortes doses (0 gr. 06 par jour), c'est à titre exceptionnel qu'il faudra envisager la thérapeutique de ces accès par la præquine seule.

Accidents.

Les doses élevées ou un traitement trop prolongé peuvent déterminer de la cyanose des lèvres, de la langue ou des doigts. Cette cyanose est en rapport avec la formation de méthémoglobine.

Les douleurs épigastriques apparaissent surtout lorsque le médicament est pris à jeun ; il en découle la nécessité de ne faire ingérer la præquine qu'après les repas.

Le médicament aux doses conseillées n'agit pratiquement pas sur le cœur ; on a signalé des cas peu nombreux, du reste, de bradycardie, mais ce uniquement après administration de doses massives. Enfin, nous devons citer une vingtaine d'observations éparses dans la littérature médicale, d'intoxication générale, qui, dans douze cas, s'est terminée par une issue fatale. Cliniquement, les malades ont prés nté un syndrome caractérisé par :

ascension brusque de température, vomissements, ictère, troubles de la conscience ; dans les urines, apparition d'albumine, de cylindres et d'hémoglobine ; dans le sang, hyperleucocytose. Ces cas ressemblent de très près à la

bilieuse, mais une différence : c'est que, dans l'intoxication par la præquine, il y a méthémoglobinurie et non oxyhémoglobinurie. L'apparition de cette complication n'est pas fonction de la dose de médicament que le malade a reçue. Elle doit être considérée comme rare, si l'on tient compte que depuis bientôt dix ans, l'emploi de la præquine se fait sur une très large échelle.

Les autres quinoléiques.

Après la præquine, d'autres quonéléiques ont vu le jour. Nous retiendrons surtout le 710 Fourneau ou Rhodoquine. Son action est superposable à celle de la præquine, mais le produit est certainement plus toxique.

C'est pourquoi, en pratique, nous devons retenir trois médicaments de premier ordre pour lutter contre la malaria :

Deux schizonticides ; la quinine et la quinacrine.

Un gamétocide ; la præquine.

Nous ne ferons que citer les diverses associations réalisées à l'aide de ces produits :

La quinio-præquine = præquine + sulfate de quinine.

L'atépé = atébrine + plasmochine.

La Rhodopræquine = præquine + rhodoquine

La prémaline = quinacrine + præquine + rhodoquine,

2° Les autres antimalariques : les arsenicaux

On s'est adressé à l'arsenic sous ses formes les plus diverses pour traiter le paludisme.

Des composés de l'arsenic trivalent, nous ne ferons qu'énumérer l'arrhénal, l'acide arsénieux et les arséniates, le cacodylate de soude, l'hectine, le 914.

Mais c'est surtout un arsenic pentavalent, le stovarsol, qu'on a voulu élever au rang des grands médicaments antimalariques. En réalité, dans l'ensemble, le stovarsol semble rester le plus habituellement sans effet net, constant et persistant sur la fièvre paludéenne ; quant à son action sur les plasmodium, elle est pour le moins discutable.

Toutefois, ce médicament possède une action eutrophique qui n'est pas douteuse ; il améliore l'état général du malade, permet une régénération sanguine assez rapide et dans cet ordre d'idées présente un certain intérêt.

On conçoit donc que les auteurs aient cherché à combiner son action à celle des autres antimalariques en préparant des associations médicamenteuses, telles que Quiniostovarsol et Stovoquéine (quinine + Stovarsol + Rhodoquine).

3° Les adjuvants

L'iode et la solution de Lugol sont beaucoup plus utiles au cours du paludisme chronique qu'au moment des poussées aiguës.

L'adrénaline associée à la quinine rendrait les hématozoaires plus vulnérables, du fait de la chasse des parasites dans le sang périphérique par contraction splénique.

Le fer se signale surtout par son action antianémique.

Enfin on a conseillé l'opothérapie sous forme soit d'extraits de foie de veau, soit d'extraits spléniques, soit encore d'extraits pluriglandulaires. Cette opothérapie ne peut qu'exercer une action bienfaisante sur l'anémie et sur le développement de la résistance organique du malade. A ce titre, elle mérite d'être retenue.

***

CONDUITE DU TRAITEMENT

Toutes ces données théoriques étant précisées, comment conduire le traitement au lit du malade ?

Une loi, dont l'importance est capitale, doit être énoncée au début de ce chapitre « il ne faut entreprendre le traitement du paludisme aigu que lorsque le diagnostic est affirmé par le laboratoire ».

L'erreur que l'on commet, en effet, en pays d'endémie palustre, ne consiste pas à méconnaître le paludisme. Elle réside, au contraire dans la tendance à considérer comme paludéens tous les malades atteints de fièvre intermittente. Pour ne prendre qu'un exemple, étiquetter paludisme une fièvre bilio-septique ou uro-septique peut paraître une erreur grossière et cependant c'est souvent qu'on voit chez de tels malades administrer la quinine à saturation.

Il faut éviter de tomber dans ce travers et, pour ce faire, il convient d'appuyer le diagnostic de paludisme non seulement sur des arguments cliniques, mais sur des arguments parasitologiques indiscutables.

1° Le traitement d'attaque du paludisme de primo-infection et de l'accès palustre

Il n'y a pas un paludisme, il y en a trois qui diffèrent les uns des autres, au triple point de vue : clinique, évolutif et parasitaire.

Ce sont donc trois cas distincts que nous aurons à examiner et à traiter :

1. La tierce bénigne ou paludisme à Pl. vivax

Voici un malade qui, après une période d'incubation de quatorze jours, présente une série de troubles, que l'on désigne volontiers par le terme d'embarras gastrique fébrile. Quelques frissons, de l'asthénie, de la céphalée, des troubles digestifs qui consistent en nausées, vomissements, diarrhée, telles sont les raisons qui l'amènent à consulter. On l'examine et on note une fièvre élevée, d'apparence continue, mais qui, en réalité, présente des irrégularités, des cassures qu'il est facile d'objectiver en prenant plusieurs fois la température dans la journée. Le pouls est légèrement accéléré. La langue est saburrale. L'abdomen est parfois douloureux, surtout dans l'hypocondre gauche, où la palpation permet le plus souvent d'accrocher une rate augmentée de volume. L'état général est habituellement peu touché. A ces troubles, qui durent environ une semaine, font suite les accès fébriles intermittents, mais il faut savoir que ces accès peuvent apparaître plus tôt, ils peuvent même marquer le début de la maladie. Quoiqu'il en soit, il s'agit d'accès disciplinés, qui apparaissent le plus souvent dans la deuxième partie de la nuit ou dans la matinée ; ils sont caractérisés par la succession des trois stades classiques, stade de frisson, qui dure environ une heure ; stade de chaleur où la température atteint son maximum, de 39° à 41°5, et qui persiste deux à trois heures ; enfin stade de sueurs profuses s'accompagnant de chute de température qui se réalise en deux ou trois heures. Au total, l'accès fébrile a duré en moyenne de 4 à 6 heures. Les accès apparaissent tantôt tous les troisième jour, il s'agit alors d'accès du type tierce, tantôt tous les jours, réalisant le type double tierce ou quotidien.

Chez ce malade, l'examen d'une goutte de sang, étalée sur lame, ou mieux encore, l'examen d'une goutte épaisse montre des globules rouges hypertrophiés, ponctués de granulations de Schüffner et, à l'intérieur de ces globules rouges, des schizontes en forme d'anneaux ou d'éléments amiboïdes ainsi que des gamètes, ayant les caractères de ceux du Pl. vivax.

Le diagnostic de tierce bénigne n'est pas douteux. Que faire ? Deux thérapeutiques à mettre en œuvre :

Une thérapeutique d'ordre général, symptomatique :

hygiène, diététique, repos au lit, boissons abondantes, cholagogues, traitement des organes défaillants. Nous n'insistons pas.

Une thérapeutique spécifique :

en pays non malarigène, on doit l'instituer d'emblée.

en zone malarique, on peut, avant de la mettre en œuvre, laisser évoluer, si l'état du malade le permet, quelques accès fébriles, ce qui permet à l'organisme d'amorcer habituellement sa prémunition.

Comme médication, on peut employer indifféremment la quinine ou la quinacrine, en s'inspirant des directives que nous avons déjà indiquées en ce qui regarde la voie d'administration de l'antimalarique et sa posologie.

Voici quelques exemples de prescriptions :

Chlorhydrate ou sulfate de quinine : 0 gr. 25, pour un cachet ; prendre cinq ou six cachets par jour, jusqu'à chute de la température ; continuer la médication quelques jours encore après disparition de la fièvre.

ou bien :

Quinacrine (comprimés dosés à 0 gr. 10) ; prendre trois comprimés par jour, pendant cinq à sept jours.

Dans les cas d'intolérance digestive, et dans les formes sévères, on peut avoir recours aux injections soit de quinine, soit de quinacrine, aux mêmes doses et pendant le même temps.

2. — La fièvre quarte ou paludisme à Pl. malariæ

Voici un autre malade, celui-ci atteint de fièvre quarte.

L'incubation est parfois plus longue que chez le précédent ; la phase initiale à type d'embarras gastrique fébrile est habituellement plus courte ; la rate est souvent plus grosse ; enfin les accès s'observent plus fréquemment que dans la tierce bénigne, dès le début de la maladie. Ils se répètent tous les quatrième jour, laissant entre eux deux jours d'apyrexie, mais ils peuvent aussi se reproduire suivant d'autres rythmes, réalisant les types double quarte ou triple quarte.

Quel que soit le mode de répétition des accès, si l'on vient à pratiquer un examen de sang, on trouve dans les globules rouges qui sont de taille normale, des schizontes en quadrilatère ou en écharpe, et des gamètes sphériques dont les caractères permettent d'affirmer le diagnostic de paludisme à plasmodium malariæ.

Le traitement à mettre en œuvre est le même que celui qui s'adresse à la T. B. En pays palustre, on peut d'abord laisser évoluer quelques accès, puis, il faut prescrire la quinine ou la quinacrine que l'on administre selon les cas par voie buccale ou intramusculaire ; peut-être, pour la quinine, est-il indiqué de donner plus longtemps des doses un peu plus élevées (1 gr. 50 à 2 grammes par jour).

3. — La tierce maligne ou paludisme à Pl. præcox

Enfin, troisième malade, atteint de tierce maligne.

Après une incubation de dix à douze jours, apparaît une fièvre continue, élevée, avec asthé-

nie, prostration et troubles digestifs. L'examen ne montre généralement pas de splénomégalie appréciable.

Au bout d'une semaine, se manifestent des accès intermittents, soit du type tierce, soit quotidiens, soit irréguliers. A l'examen du sang, on constate que les globules rouges sont petits et renferment des schizontes annulaires et parfois des gamétocytes en forme de croissant, qui signent le diagnostic d'infection à Pl. præcox.

Dans ces cas, il vaut mieux ne pas laisser évoluer d'accès fébriles, il est indiqué d'instituer d'emblée le traitement spécifique.

La quinacrine étant plus efficace contre ce paludisme que les autres antimalariques, c'est d'abord à elle qu'il faut avoir recours. Donner 30 centigr. par jour, pendant sept jours, et, du fait qu'il s'agit d'une forme de paludisme plus sévère que les autres, faire suivre cette première cure d'une série d'injections de quinine, à la dose de 1 gr. 50 par jour pendant six jours.

En somme, si nous voulions résumer le traitement de ces trois formes de paludisme, à l'époque de la fièvre de première invasion et des accès intermittents, nous pourrions écrire :

Tierce bénigne et quarte = quinacrine ou quinine.

Tierce maligne = quinacrine, puis quinine.

Mais ces équations peuvent paraître trop schématiques, et l'on est en droit de se demander s'il n'est pas possible d'avoir recours à d'autres médications.

Il est des auteurs, en effet, qui préconisent volontiers à titre curatif, contre le paludisme de primo-infection et contre les accès, soit de la præquine seule, soit des médications combinées. Que devons-nous en penser ?

En ce qui concerne l'emploi exclusif de la præquine, il n'est pas douteux qu'il existe dans la littérature des observations, où ce médicament s'est révélé efficace contre les accès cliniques aigus de la T. B. et de la quarte. Nous-mêmes, avons pu observer des cas de cet ordre. Mais dans la règle, on peut dire que la præquine est inopérante dans la tierce maligne et que son action sur Pl. vivax et sur Pl. malariæ ne se produit habituellement qu'à doses élevées, donc toxiques : aussi faut-il lui préférer la quinacrine ou la quinine.

Il vaut mieux réserver l'emploi de la præquine à une cure de consolidation ; c'est ainsi que dans les trois variétés de paludisme, après avoir donné de la quinine ou de la quinacrine, il sera sage d'administrer de la præquine à la dose quotidienne de 0 gr. 02 ou 0 gr. 03 pendant trois jours.

Quant aux traitements combinés, par administration simultanée d'antimalariques, voici ce qu'il faut en retenir :

L'association quinine-quinacrine n'est pas logique. Il vaut mieux garder l'un de ces médicaments en réserve, pour le cas où l'autre n'agirait pas.

L'association quinacrine-præquine réalise un complexe, dont les effets toxiques sont accrus par action d'un des deux produits sur l'autre.

Seules les associations quinine-stovarsol (quinio-stovarsol) et quinine-præquine (quinio-præquine) sont dignes d'intérêt : la première, en raison de l'action eutrophique de l'arsenic qui se surajoute au pouvoir parasiticide de la quinine, la deuxième, parce qu'elle réalise une combinaison où à l'action curative de la quinine s'adjoint l'action d'ordre prophylactique sur les gamétocytes et sur la prévention des rechutes.

2° Le traitement ultérieur

Si l'accord est relativement facile à réaliser parmi les malariologues sur le chapitre du traitement d'attaque du paludisme aigu, les divergences de vue commencent lorsqu'on aborde le problème du traitement ultérieur. Quelle doit être, en effet, la ligne de conduite à suivre, lorsqu'après l'un des traitements que nous venons d'indiquer, la température est redevenue normale et lorsque les troubles se sont amendés ?

Deux méthodes s'opposent : la première consiste à continuer le traitement en vue de stériliser le malade ; la deuxième traite seulement les recrudescences et les rechutes fébriles.

Avant de prendre parti, voyons ce que nous enseigne la malariathérapie anophélienne, d'une part, sur l'évolution des trois formes de paludisme ; d'autre part, sur les résultats que donnent les traitements antimalariques chez les malades inoculés.

Evolution de la tierce bénigne

Après la phase de fièvre d'invasion et les premiers accès, survient une période d'apyrexie de deux ou trois semaines. Des accès peuvent éclater au cours de cette période : ce sont les recrudescences fébriles. Puis, pendant deux mois, de nouveaux accès disciplinés apparaissent constituant les rechutes fébriles. Après quoi, nouvelle phase d'apyrexie beaucoup plus longue. Vers le huitième mois, dans l'immense majorité des cas, se déclenchent encore des accès qui constituent une récurrence.

En règle générale, au bout d'un an, les accès ne se reproduisent plus.

Evolution de la quarte

L'évolution est à peu près la même que celle de la T. B. Les rechutes fébriles, toutefois peuvent s'échelonner sur plusieurs mois. Au bout d'un an, les accès disparaissent le plus souvent,

encore que dans certains cas ils peuvent survenir pendant deux ou trois ans.

Evolution de la tierce maligne

Les rechutes se font à intervalles courts et sont parfois très graves. Il semble cependant que chaque nouvelle poussée soit moins sévère que la poussée précédente. La maladie dure rarement plus de six mois.

Que donne le traitement, chez ces divers malades, au cours de cette longue évolution ?

Dans le cas de T. B. et de quarte, la quinine et les médications synthétiques sont inefficaces s'il n'y a pas de fièvre et s'il n'existe pas de parasites dans le sang. Par contre, ces médications sont de plus en plus actives contre les nouvelles poussées. L'idéal paraît donc d'attendre chaque rechute pour la traiter comme un accès de fièvre de première invasion, et de cesser toute thérapeutique dès la disparition des accidents cliniques. On permet ainsi au malade de créer son état réfractaire, sa prémunition.

Dans la T. M., on obtient généralement de bons résultats en ne traitant que les formes aiguës, au cours desquelles on a eu soin d'alterner quinine et quinacrine.

Quels enseignements supplémentaires tirer de cette expérimentation ?

Il est impossible d'empêcher les rechutes dans un pourcentage élevé de cas. Il est inutile de donner trop de médicaments et à trop fortes doses, car ils sont inactifs, voire nuisibles.

Il ne faut pas trop espérer des associations thérapeutiques. Il faut surtout compter sur l'immunité naturelle, aider à sa formation, ne pas lui nuire. C'est pour cette raison, que la Commission de la Société des Nations estime, dans son rapport, que c'est une erreur de vouloir mener ensemble le traitement des accès et la prévention des rechutes.

Mais à ces considérations qui sont pleines d'intérêt, on peut faire les *objections suivantes* :

Les observations qui ont abouti aux conclusions précédentes, quoique méticuleuses, sont en petit nombre.

Le nombre de souches utilisées est encore trop restreint, et l'on sait l'inégalité de virulence des races et des souches de plasmodium.

Attendre la constitution d'une prémunition est une idée très séduisante, mais nous savons que cette immunité-tolérance ne joue que pour une race, voire pour une souche d'hématozoaires. Dans ces conditions, en pays palustre, cette immunité que l'on veut faire acquérir au paludéen risque d'être une leurre, car tel malade, dont la tolérance vis-à-vis de Pl. vivax est par exemple établie, peut présenter soit une quarte, soit une tierce maligne et se comporter alors comme un sujet neuf vis-à-vis de ces nouvelles infections.

Enfin, on n'ignore pas que la prémunition en ce qui concerne Pl. præcox est douteuse ou minime, et qu'il est difficile de prévoir avec certitude ce que sera l'évolution d'une tierce maligne.

En définitive, comme l'on peut en juger, il n'est pas d'argument décisif, qui permette de décider en faveur de l'une ou l'autre méthode.

Toutefois, avec Sinton, nous pensons qu'en pratique, il est possible de distinguer deux cas :

1° *Le malade infesté quitte la région malarigène ;*

2° *Le malade reste dans la région malarique, où il est continuellement exposé à des réinfestations.*

Dans la première éventualité, il faut mettre en œuvre une thérapeutique radicale, ayant pour but de stériliser le malade. Après traitement de la fièvre de première invasion, il faut appliquer ou bien les traitements classiques selon les méthodes de Ravaut ou de Job, ou mieux, les traitements modernes qui consistent à alterner quinine-præquine-quinacrine, en y associant le fer et l'arsenic, à titre d'adjuvants. Il convient de conduire ce traitement pendant trois mois au moins, et l'on est en droit d'espérer de bons résultats, puisque les pourcentages de guérison varient, selon les auteurs, de 70 à 100 % des cas.

Dans la deuxième éventualité, il est illusoire de chercher une guérison définitive, aussi faudra-t-il se contenter de traiter chaque recrudescence ou rechute fébrile, surveiller les tares viscérales, et recourir selon les indications, tirées de l'examen du malade, au fer, à l'arsenic, aux extraits hépatiques, aux cures climatiques et hydrominérales.

***

Pour terminer cette étude de paludisme aigu, il nous reste à exposer les directives thérapeutiques particulières à quelques formes cliniques.

Nous ne nous attarderons pas au traitement du **paludisme chez la femme enceinte** ; autrefois il fallait utiliser la quinine, mais certains praticiens hésitaient à mettre en œuvre un traitement énergique, en raison de la réputation d'ocytocique faite à ce médicament. A l'heure actuelle, on a recours aux anti-malariques synthétiques, la quinacrine et la præquine n'étant pas suspects d'agir sur l'utérus.

Nous n'insisterons pas davantage sur le traitement des **formes de paludisme associées** à d'autres affections telles que la typhoïde, la dysenterie, le kala-azar, la tuberculose. Chacune de ces maladies comporte une thérapeutique qui lui est propre ; ce qu'il faut simplement souligner à cet égard, c'est qu'en présence d'un paludéen traité par la quinine ou la quinacrine, chez lequel la température ne tombe pas dans les délais clas-

siques, avant que de dire quinio-résistance ou quinacrino-résistance, il faut faire un examen minutieux pour dépister l'association morbide responsable de la persistance des accidents cliniques.

Nous devons surtout retenir deux formes cliniques, sinon parce qu'elles sont fréquentes, du moins parce qu'elles sont graves et réclament un traitement d'urgence : ce sont *l'accès pernicieux* et *la fièvre bilieuse hémoglobinurique.*

L'accès pernicieux

Neuf fois sur dix, l'accès pernicieux est dû à Pl. falciparum.

Il peut apparaître soit au cours de la phase aiguë de première invasion, soit au cours d'une rechute fébrile. Le début est généralement brutal : des troubles nerveux, digestifs, un état de collapsus cardio-vasculaire, toutes manifestations qui s'installent et brûlent les étapes, telles sont les caractéristiques du paludisme pernicieux.

Toute une série de tableaux cliniques peuvent être réalisés et l'on a pu décrire, selon la prédominance de tel ou tel symptôme, des formes comateuse, convulsive, méningée, algide, cholérique, dyspnéique, anurique.

Le polymorphisme clinique est donc extrême et ce qui fait l'unité de toutes ces formes, c'est, d'une part : la quantité massive d'éléments jeunes de pl. præcox dans le sang périphérique, avec hématies multi-parasitées ; une azotémie très élevée ; c'est, d'autre part : l'évolution rapidement fatale, si le malade n'est pas traité.

Aussi faut-il mettre en œuvre une thérapeutique précoce et énergique :

Il faut injecter de la quinacrine dans le muscle ou sous la peau aux doses déjà indiquées, encore que certains auteurs accordent la préférence à la quinine comme médicament d'assaut. Ils conseillent d'administrer chaque jour de fortes doses, 2 à 3 grammes de chlorhydrate ou de formiate de quinine, soit en totalité par voie intramusculaire, soit à la fois par voie musculaire et veineuse. Nous rappelons qu'il ne faut pas injecter dans la veine plus de 0 gr. 50 de quinine en une fois et plus de 1 gramme par jour.

Que l'on commence par la quinacrine ou par la quinine, il est une notion importante qu'il faut connaître, c'est qu'après avoir donné l'une, il faut administrer l'autre.

Enfin, il reste non douteux que, dans certains cas de haute gravité, le praticien aura tout intérêt à mettre en œuvre et parallèlement les deux médications.

Quel que soit le traitement institué, il faut le poursuivre jusqu'après disparition des manifestations cliniques.

Il est bien entendu, qu'en dehors de cette médication spécifique, il faut mettre en œuvre un traitement symptomatique, dont voici les directives essentielles :

Pratiquer des injections sous-cutanées de sérum glucosé ou salé isotonique.

Tonifier de quatre heures en quatre heures le myocarde. Surveiller la tension artérielle, et injecter le cas échéant : adrénaline ou extraits surrénaux.

Vérifier si l'hyperazotémie ne ressortit pas partiellement à une chloropénie, pour juger de l'opportunité d'injections intraveineuses de sérum salé hypertonique.

La bilieuse hémoglobinurique

La bilieuse hémoglobinurique apparaît chez certains malades atteints de T. maligne. On peut voir, à l'occasion d'une rechute, d'un refroidissement, ou d'une prise de quinine, le tableau suivant se dérouler : frisson violent, fièvre élevée, puis émission d'urines noires renfermant de l'hémoglobine, et non des globules rouges. Dans le même temps, le malade devient pâle, lipothymique, sa tension baisse. Bientôt, il présente des vomissements bilieux répétés, et au bout de quelques heures, une ictère d'intensité moyenne apparaît. Il s'agit d'une attaque d'hémoglobinurie. Que faut-il faire ?

Il faut d'urgence :

1° Injecter du sérum artificiel sous la peau, à la dose quotidienne de 300 à 600 c. c. ;

2° Pratiquer, si l'état du malade l'exige, des transfusions sanguines ;

3° Prescrire des coagulants : hémostyl, chlorure de calcium etc.,.

4° Tonifier le myocarde ;

5° Mettre en œuvre un traitement spécifique : bannir la quinine, accusée à tort ou à raison de déclencher la crise d'hémolyse aiguë, et recourir à la quinacrine ;

6° L'attaque passée, traiter désormais le paludisme en usant des antimalariques synthétiques. Mais là encore, les opinions des auteurs sont divergentes ; il en est qui préfèrent utiliser la quinine.

***

Que conclure de cette étude, sinon que les méthodes actuelles de traitements de la malaria ne sauraient être considérées comme définitives ? Certes, les schémas thérapeutiques proposés sont d'une grande utilité pratique et, dans cet esprit, ils méritent d'être retenus. Mais, en réalité, les malariologues continuent à discuter. Et, si le problème du traitement d'attaque des accidents aigus paraît assez bien mis au point, celui du traitement ultérieur, du traitement de fond du paludéen reste posé dans son intégralité.

SÉQUELLES DE PALUDISME DE GUERRE VINGT ANS APRÈS

Par MM.

Pierre Oury
Médecin de l'asile National de Saint-Maurice

Louis Matinier
Médecin-capitaine
Médecin-adjoint du Centre de réforme de Paris

André Mathieu
Interne de l'asile National de Saint-Maurice

En 1934, Muhlens dans la « Revista di Malariologia, *demanda aux malariologues européens leur avis sur la persistance du paludisme de guerre.*

Cette question suscita des travaux dans les différents pays anciens belligérants, en particulier en France, travaux qui furent suivis de nombreuses communications et de conclusions souvent différentes.

C'est en vue d'éclairer le médecin praticien sur l'aspect actuel du paludisme en France que nous publions ces quelques notes. Elles ne s'adressent pas au médecin colonial, qui connaît parfaitement la paludisme, l'observe journellement et y pense toujours.

Il n'est nié par personne que la guerre de 1914-1918 parmi toutes les épidémies auxquelles elle donna éclosion, réveilla en France le paludisme *qui avait, depuis longtemps semble-t-il, abandonné notre sol.*

Ce réveil était dû à deux causes : maladie contractée dans les pays à malaria par les soldats qui y étaient envoyés, maladie contractée en France même, par « importation de virus », l'agent vecteur du paludisme : l'anophéle étant loin de faire défaut dans notre pays.

Le paludisme fut alors observé en France, de 1918 à 1922 environ, par de nombreux praticiens, et il était même devenu une affection parfaitement connue du populaire; puis, petit à petit, les cas s'espacèrent et, dans ces dernières années on n'en entendit pour ainsi dire plus parler, ou plus exactement, en entendirent seuls parler les médecins experts chargés d'examiner les demandes de pension pour paludisme de guerre.

Il nous paraît donc intéressant de faire le « point » sur la question du paludisme, vingt ans après la guerre.

Le médecin peut se trouver à discuter le paludisme dans trois cas différents :

Dans son cabinet de consultation.
A l'hôpital.
En tant que médecin expert.

Nous examinerons donc la question sous ces trois angles, et nous verrons que les conclusions que l'on en peut tirer dans ces trois cas sont identiques.

Le paludisme en clientèle de ville.

Nous ne croyons pas énoncer une proposition fausse, en disant que le médecin praticien ne voit qu'exceptionnellement des malades se présenter à lui pour un accès de paludisme, et qu'il ne voit plus jamais de paludéens de guerre venant le consulter dans ces conditions.

Les rares paludéens, qu'il est appelé à rencontrer, sont des gens qui reviennent des pays à malaria, depuis un laps de temps très court, n'excédant jamais six mois à un an.

Personnellement, nous avons eu maintes foi dans notre cabinet de consultation, des malades qui avouent du paludisme dans leurs antécédents, mais aucun de ceux-ci n'est venu nous consulter pour cette affection.

Nous n'avons été appelé que deux fois en consultation auprès de paludéens, présentant de grandes manifestations en rapport avec cette infection.

Ces deux malades, étaient l'un comme l'autre, des sujets jeunes revenant d'Afrique Occidentale française. Tous les deux avaient été contaminés à la Colonie et l'un d'eux présenta, lorsque nous eûmes à l'examiner, une fièvre continue de trois semaines pour laquelle nous ne pûmes trouver d'autre étiologie que ce paludisme.

L'autre présenta un accès fébrile, atypique d'ailleurs avec splénomégalie et insuffisance cardiaque ; chez lui, encore le diagnostic de paludisme s'imposait après quatre ans de séjour en A. O. F., dont il n'était de retour que depuis trois semaines.

Ces deux malades épuisèrent d'ailleurs rapidement leur paludisme en France. Récemment encore, nous avons eu de leurs nouvelles et leur paludisme est actuellement éteint.

A part ces deux cas, tous nos malades anciens paludéens, ainsi que plusieurs de nos confrères ayant contracté le paludisme au cours de séjours coloniaux, déclarent très spontanément qu'au bout de six mois environ de séjour dans la métro-

pole, les accès qui, dès le retour, s'étaient déjà espacés, disparaissent complètement.

Le paludisme en clientèle hospitalière.

A l'hôpital, où l'on voit, on peut bien le dire, une quantité infiniment plus grande d'affections graves, qu'en clientèle de ville, il est encore exceptionnel de trouver le paludisme à la base de manifestations pathologiques.

On a toujours décrit, comme complications du paludisme, en dehors de l'accès pernicieux et de l'attaque d'hémoglobinurie, complication pour ainsi dire jamais observable dans la métropole, les manifestations pathologiques frappant :

Le foie ;
Le cœur ;
Le rein ;
L'appareil hématopoiétique,

I. *Foie.* — Nous avons poussé avec beaucoup de soins l'étude anamnestique des cirrhoses : si nous avons trouvé à leur origine et avec une extrême fréquence l'éthylisme, la syphilis, la tuberculose, le paludisme n'a jamais retenu notre attention. Si, dans les cirrhoses hypertrophiques, nous avons quelquefois trouvé du paludisme dans les antécédents, jamais nous avons vu un seul de ces malades faire un accès. D'autre part, cette étiologie palustre a été spécialement évoquée dans certaines cirrhoses : cirrhose pigmentaire, diabète bronzé : ceci figure dans tous les traités classiques, mais en fait, chez les quelques malades de cette catégorie qu'il nous a été donné d'observer, l'origine palustre n'a pu être retenue.

Dans les cholécystites, aucune observation ne nous a donné une origine palustre.

Si nous voulons être prudent dans nos affirmations, nous pensons que si chez d'anciens coloniaux on rencontre avec une certaine fréquence des symptômes d'hépato-cholécystites, le paludisme n'y occupe qu'une place beaucoup plus restreinte que d'autres causes coloniales, insuffisantes à elles seules pour déterminer des dégâts vésiculaires, mais qui additionnent leur action (dysenterie, infection intestinale à parasitisme divers, erreurs de régime alimentaire, défaut d'hygiène, intoxication éthylique, difficulté d'alimentation).

D'autre part l'étude des splénomégalies qui a été extrêmement poussée au cours de ces dix dernières années, nous conduit à la même conclusion, à savoir l'extrême rareté du paludisme de guerre à la base de ces affections.

II. *Le cœur.* — L'asystolie palustre et l'aortite palustre sont les deux complications classiques du paludisme portant sur l'appareil cardio-vasculaire. Nous n'en avons jamais rencontré et, dans toutes les aortites que nous avons observées, si la spécificité, l'hypertension ou l'artériosclérose se disputaient l'étiologie, le paludisme a toujours été absent.

III. *Le rein.* — Il est classique de décrire, comme complication rénale du paludisme, la néphrite azotémique du paludisme à plasmodium præcox ; nous ne l'avons également jamais rencontrée ni à l'hôpital, ni dans les multiples expertises que nous avons faites.

IV. *Appareil hématopoïétique.* — Nous n'avons jamais vu non plus, dans les services hospitaliers que nous avons fréquentés, d'ictère hémolytique ou de purpura palustre ; quant à l'anémie palustre et à la cachexie palustre, si elles sont souvent observées à la colonie, nous ne pensons pas qu'elles aient été vues dans la métropole.

Le paludisme devant le médecin expert

Cette question d'expertise nous paraît suffisamment intéressante pour nous y attacher plus longuement.

Tout d'abord, disons que les experts, qu'il s'agisse de Français comme Marchoux, Hillemand ou nous-mêmes, ou d'Allemands comme Mühlens ou Schlesinger, sont d'accord pour dire que la persistance du paludisme de guerre doit être considérée comme une chose très exceptionnelle.

Et lorsque l'un d'entre ceux, qui ont examiné de très près la question, ne se range pas tout à fait à cet avis, par exemple, Gueytat (à propos des demandes de pension pour paludisme. *Presse Médicale* du 15 avril 1936), il est obligé de reconnaître que si le paludéen reste un paludéen, c'est-à-dire un sujet ayant des réactions spéciales aux affections banales, théorie d'ailleurs exacte et que nous reprendrons plus loin, le paludisme, lui, s'est éteint et n'est absolument plus décelable par aucune méthode bactériologique.

Hillemand et Aubrun, dans un travail du laboratoire du Professeur agrégé Brulé, publié dans *La Presse Médicale* du 15 janvier 1936 sous le titre : « A propos du paludisme de guerre », exposent qu'ils ont eu à examiner entre le 1er juillet 1934 et le 31 décembre 1935, 216 paludéens de guerre. Jamais ils n'ont observé de splénomégalie ou d'anémie chez ces malades et, sur ces 216 cas, la réaction de Henry, pratiquée avec un soin extrême, fut 216 fois négative.

Aussi concluent-ils : « *Si par extraordinaire, le paludisme d'après-guerre existe encore, nous ne l'avons pas rencontré, et il doit être bien exceptionnel sinon problématique.* »

Cette opinion était déjà celle de Marchoux et Chorine qui, examinant le problème de diagnostic du paludisme par la réaction de Henry, dans *La Presse Médicale* du 18 décembre 1935 (Les paludéens devant la réaction de Henry) disent : « La proportion des paludéens coloniaux qui est, à la lumière de la réaction de Henry, de 35 à 40

pour 100 environ dans les six premiers mois de leur retour, tombe pratiquement à zéro au bout de deux ans, si l'on excepte les cas exceptionnels, qui ont d'ailleurs été publiés en raison de leur rareté»; et ils ajoutent : «*En définitive, l'examen sérologique confirme la clinique. Tous les paludéens de guerre sont guéris depuis longtemps.* »

Telle est également l'opinion du Professeur Lemierre, qui dit dans la *Pratique Médicale française* de décembre 1934 (sur quelques cas de paludisme primaire observés à Paris) : « *Celui-ci* (*le paludisme*), *dès que le paludéen est revenu sur notre sol, tend à affecter des allures bénignes. Même insuffisamment traité, comme cela est à peu près de règle, il finit souvent par guérir lui-même. L'influence d'un climat moins débilitant, une meilleure hygiène permettent à l'état général de s'améliorer et l'absence de réinfection de l'organisme, par les piqures d'anophèles, vecteurs de virus, expliquent sans doute ces améliorations spontanées.*

Il est peu fréquent que chez nous le paludisme contracté dans les Colonies soit suivi, soit d'accès intermittents, se répétant pendant des années, soit même de cachexie palustre. »

En conclusion, nous voyons que, en clientèle, à l'hôpital ou en expertise, le médecin observe très rarement la persistance d'un paludisme ancien.

D'où vient-il donc qu'il lui arrive, rarement en clientèle, plus fréquemment à l'hôpital, souvent à l'expertise, de se trouver en face de malades qui, longtemps après leur retour de la colonie, accusent des accès fébriles.

En dehors des cas où le médecin examine un sujet qui cherche à exploiter une affection actuellement guérie, cas que nous voulons espérer rares, il se trouve devant un malade, de bonne foi, qui attribue à son paludisme ancien toutes les élévations de température, qui surviennent nécessairement à l'occasion d'une grippe légère, d'une amygdalite, d'un embarras gastrique fébrile.

Si nous ajoutons que le paludisme laisse longtemps après l'infestation une aptitude pyrétogène plus grande ; si nous ajoutons que le paludéen a non seulement vieilli, mais encore accumulé dans son organisme d'autres infections ou intoxications, nous voyons qu'il peut présenter des élévations de température et qu'il est naturel qu'il les attribue au paludisme, ce qui, le souvenir aidant, tend à les lui faire décrire comme des accès paludéens dont il a conservé dans sa mémoire, le tableau et aussi la crainte.

Que doit donc faire le médecin lorsqu'un malade se présente à lui dans ces conditions : il doit par la clinique, par le laboratoire et enfin par la thérapeutique, écarter le diagnostic de paludisme.

L'interrogatoire décèlera une description d'accès palustre assez floue, *le malade racontant plus ses souvenirs anciens que l'élévation de température récente.*

L'examen clinique permettra de déceler fréquemment une autre affection telle qu'angine, grippe ou même... pneumonie, comme dans le cas rapporté par Hillemand et Aubrun et observé à Tenon.

Le laboratoire offre trois moyens de diagnostic. Malheureusement, ils sont tout trois difficiles à mettre en œuvre et n'ont de valeur que lorsqu'ils sont positifs, leur négativité ne permettant pas de rejeter le diagnostic.

C'est : 1° la recherche de l'hématozoaire dans le sang; il faut le rechercher au moment d'un accès car le plasmode disparaît de la circulation générale en dehors des accès ;

2° La recherche de l'excrétat de l'hématozoaire: grains de pigment mélanique intra-leucocytaire, qui ne fait d'ailleurs après l'accès qu'un passage fugitif dans le sang ;

3° La réaction de Henry, de Constantine : augmentation du coefficient des euglobulines précipitables par l'eau distillée, réaction qui n'est d'ailleurs pas, de l'avis de certains, absolument spécifique.

Enfin le test thérapeutique permet de poser le diagnostic, si la clinique et le laboratoire se sont montrés impuissants : la quinine, l'atébrine ou la plasmochine devront être essayées, lorsque le paludisme est suspecté (Benhamou : Le traitement du paludisme aigu, le traitement des complications du paludisme aigu. *Presse Médicale*, 12 août et 30 septembre 1936).

Car, malgré les conclusions que nous avons exposées plus haut et qui tendent à considérer comme nulle, la persistance du paludisme ancien, il n'en reste pas moins vrai que le praticien peut se trouver, en dehors des cas de paludisme récent où l'interrogatoire lui fera faire immédiatement le diagnostic, en face des cas de paludisme autochtone, de diagnostic difficile, si l'on ne pense pas à la possibilité de paludisme chez un malade n'ayant jamais quitté la métropole.

Despujols dans la *Revue du Service de Santé militaire*, de mars 1936 (Le paludisme autochtone dans la XVIIIe région) rapporte qu'il a observé dans la région bordelaise en 1922, 1930 et 1934 des épidémies de paludisme autochtone reconnu bactériologiquement.

Georges Gallais, dans sa thèse «Le paludisme en France, autrefois et aujourd'hui», montre que les anophèles existent un peu partout en France, en particulier là où les travaux du sol sont délaissés, et qu'il suffit de l'arrivée de quelques porteurs de germe pour que la malaria reparaisse.

Tanon d'ailleurs ne pense pas différemment et, dans un article de la *Vie Médicale* du 25 avril 1931, intitulé « Le paludisme en France »,

il dit : «chaque fois qu'une infection se complique brusquement de température élevée avec transpiration au bout de quelques heures, on doit, à mon avis, suspecter le paludisme ».

En résumé, si le médecin praticien doit toujours se montrer très sceptique sur la persistance d'un paludisme chez un malade revenu dans la métropole depuis plus d'un an et s'il ne doit chez ce malade, n'accepter ce diagnostic qu'après avoir rejeté tous les autres diagnostics possibles, il doit cependant penser aux cas rares de paludisme primaire observables dans la métropole, et dont le Professeur Lemierre, dans l'article de la *Pratique médicale française* cité plus haut, donne quelques observations.

Les données suivantes :

a) Rareté de la persistance d'un paludisme ancien qui a une tendance spontanée à la guérison ;

b) Persistance d'une aptitude pyrétogène plus grande chez l'ancien paludéen sans qu'il ne s'agisse à proprement parler d'accès palustre ;

c) Distinction à établir entre les différents paludismes, selon la durée et le lieu de séjour (séjour bref en Orient, séjour prolongé de plusieurs années dans les pays équatoriaux), résument pour nous l'opinion que doit avoir le praticien sur le paludisme dans la métropole.

BIBLIOGRAPHIE

BENHAMOU. — Le traitement du paludisme. (*Presse Médicale* du 12 août 1936).

BENHAMOU. — Le traitement des complications du paludisme aigu. (*Presse Médicale* du 30 septembre 1936).

DESPUJOLS. —Le paludisme autochtone dans la 18e région. (*Revue du Service de santé militaire,* mars 1936).

GALLAIS. — Le paludisme en France, autrefois et aujourd'hui. (Thèse Paris, 1925).

GUEYTAT. — A propos des demandes de pension pour paludisme. (*Presse Médicale* du 15 avril 1936).

HILLEMAND et AUBRUN. — A propos du paludisme de guerre. (*Presse Médicale* du 15 janvier 1936).

JARDET. — Note sur une épidémie locale de paludisme. (Thèse Paris, 1927).

LEMIERRE. — Sur quelques cas de paludisme primaire observés à Paris. (*Pratique Médicale française,* décembre 1934).

MARCHOUX et CHORINE. — Les paludéens devant la réaction de Henry. (*Presse Médicale* du 18 décembre 1935).

NOIR. — Le danger des moustiques. Un marais à assainir dans la région parisienne. (*Concours Médical* du 28 avril 1935).

ROCHAIX. — La régression et l'extinction spontanées de l'endémie palustre en France à propos d'une enquête dans la plaine du Forest. (*Journal de Médecine de Lyon,* 5 juin 1935).

TANON. — Le paludisme en France. (*Vie Médicale* du 25 avril 1931).

LA FIÈVRE DANS LES MALADIES INFECTIEUSES

Fièvre ne signifie pas forcément infection ; et le praticien doit bien connaître l'existence et la fréquence des états fébriles non infectieux.

MM. H. GRENET et L. PELLISSIER (1) se sont attachés à montrer que la fièvre n'est pas seulement un phénomène protéinique. Le conflit d'albumines ne rend compte que d'une partie seulement du mécanisme thermo-générateur. Conséquence clinique : le type fébrile n'est pas fonction seulement du terrain, mais aussi, suivant la notion classique, du microbe infectant. On est toujours autorisé à suspecter une typhoïde derrière une fièvre continue, le paludisme derrière des accès intermittents, la mélitococcie au vu d'une courbe ondulante. La clinique conserve ses droits, et les différents incidents ou accidents d'une courbe thermique au cours d'une maladie infectieuse ont toujours des significations pronostiques importantes.

Quant à savoir si la fièvre est utile ou nocive, la vérité semble être à mi-chemin entre deux opinions extrêmes : utile dans certains cas, réaction de défense salutaire, la fièvre devient ailleurs nocive par sa durée, son excès, son retentissement celllulaire. C'est le sens clinique qui fait décider, en dehors de toute théorie, s'il faut ici donner des antithermiques et là user de la fièvre provoquée.

(1) *Le Monde médical,* 1er-15 déc. 1936.



LA CLINIQUE AU GOUT DU JOUR

Un syndrome de Volkmann, reconnu dès le début, peut évoluer favorablement grâce à un geste thérapeutique bien compris

D'après le Professeur agrégé SÉNÈQUE (*)

CAPITAL EST LE RÔLE DU PRATICIEN, POUR BIEN RECONNAITRE ET BIEN TRAITER LES CAS LÉGERS

« Savoir les conditions dans lesquelles se présente ce syndrome, savoir le reconnaître dès le début à ses premières manifestations permettront d'en diminuer le pourcentage, d'en enrayer l'évolution, et tel adolescent, qui risque de devenir un infirme pour le restant de ses jours, pourra ainsi conserver l'usage normal de son membre supérieur ».

Le syndrome de Volkmann consiste essentiellement en *une attitude vicieuse de la main et des doigts* : quand le poignet est étendu, les dernières phalanges des doigts se fléchissent, prennent une attitude en griffe, toute extension de la dernière phalange étant impossible ; que l'on vienne au contraire à fléchir le poignet, les doigts s'étendent aussitôt complètement : les fléchisseurs étant devenus trop courts ne permettent l'extension complète des doigts qu'à l'état de relâchement de ce groupe musculaire.

Dans l'immense majorité des cas, ce syndrome apparaît à la suite de *fractures avec déplacement* du membre supérieur : fracture supra-condylienne de l'extrémité inférieure de l'humérus, fracture des deux os de l'avant-bras au tiers supérieur, plus rarement fracture isolée de la diaphyse humérale dans sa partie haute

On a cru pendant longtemps que seul était responsable, dans son apparition, l'appareil plâtré destiné à maintenir les fragments en bonne position après réduction, et la striction par un plâtre trop serré expliquait l'ischémie. Ce syndrome paraissait donc relever d'une faute thérapeutique. On sait aujourd'hui qu'il peut se produire en dehors de toute constriction par un appareil plâtré trop serré. Il est survenu après la réduction d'une luxation du coude parfaitement correcte, ou encore après de simples compressions de la région du coude, ayant entraîné la formation d'hématomes profonds, causes de compression. R. Massart a signalé son apparition à la suite de mouvements intempestifs, exercés au cours de manœuvres de réduction. La pose prolongée d'un garrot au niveau du bras, une suture cutanée par rapprochement forcé à la partie supérieure de l'avant-bras, des plaies ou des ligatures de l'axillaire comme de l'humérale ont également causé le syndrome de Volkmann.

D'une manière générale, il peut s'observer à tout âge, mais il se rencontre avec une prédilection marquée chez les enfants et les adolescents entre 7 et 15 ans. Son *apparition est quelquefois rapide* dans les premières heures ou les premiers jours, qui suivent l'accident; elle est parfois tardive, au bout de huit jours ou de trois semaines au moment de l'ablation du plâtre. Mais, il semble bien que, dans ces derniers cas, il y ait eu des *symptômes prémonitoires*, auxquels on n'a pas donné toute l'importance qu'ils méritaient, et que le diagnostic n'ait été posé que tardivement.

Douleurs, œdème de l'avant-bras et du dos de la main, *cyanose* jointe à une attitude en *griffe* des doigts, forment une triade symptomatique, qui annonce le syndrome de Volkmann.

Parfois les douleurs dominent la scène, tandis que l'œdème et la cyanose sont peu accentués ; dans certains cas également le blessé accusera peu de douleurs, tandis que la cyanose et l'œdème seront très marqués. Ces dernières symptômes méritent d'être connus, car, devant la *faible* intensité de la douleur, on peut laisser évoluer la compression, et permettre ainsi aux lésions d'évoluer vers la myosite rétractile invétérée. Des *phlyctènes* sur le trajet de l'avant-bras viennent parfois s'adjoindre à ces manifestations classiques de la période initiale.

Plus tard, l'*attitude vicieuse* va caractériser le syndrome : le poignet sera fléchi en inclinaison radiale, les doigts en griffe plus ou moins marquée, le pouce pouvant être indemne ou atteint, lui aussi ; l'avant-bras sera en pronation moyenne, par rétraction des muscles rond et carré pronateurs. L'impotence fonctionnelle sera complète.

Dès le moindre soupçon, il est indispensable d'*étudier la vascularisation de l'avant-bras*, puisque le syndrome de Volkmann est sous la dépendance d'un trouble vasculaire. Examiner si le pouls radial persiste ou non ; prendre les oscillations à l'avant-bras, et comparer avec celles du côté opposé ; noter la température locale ; pratiquer l'épreuve de Heitz ; étudier les réactions vaso-motrices. Toutes ces épreuves ne renseignent cependant pas d'une manière absolue sur le siège exact de la lésion vasculaire, l'état certain de la circulation collatérale. Seule l'artériographie serait capable de le faire ; mais, actuellement, celle-ci doit encore être employée avec

(1) J. SÉNÉQUE. — A propos du syndrome de Volkmann. (*La Pratique médicale française*, octobre 1936.)

grande prudence dans ce cas particulier, en raison de la possibilité d'accidents graves, compliqués de gangrène extensive.

Que faire à cette période initiale pour réaliser un bon traitement ?

S'il existe une cause évidente de compression au niveau du coude ou de l'avant-bras, il faut aussitôt la faire cesser : écarter les bords d'un plâtre trop serré, désunir une suture pratiquée avec rapprochement forcé des bords de la plaie cutanée, enlever un garrot, etc... Parfois la compression n'est pas externe ; il s'agit au contraire d'une compression profonde provoquée par l'hématome, et c'est alors l'aponévrotomie, qui peut donner les plus heureux résultats.

Des troubles sympathiques marqués seront parfois améliorés par une sympathectomie artérielle. Bien entendu, les fractures avec déplacement, les luxations devront être correctement réduites et avec des manœuvres de douceur.

Si les accidents apparaissent après une ligature de l'humérale ou de l'axillaire, ou après un traumatisme suivi d'une véritable thrombose artérielle, l'artériectomie du segment thrombosé sera indiquée, quoique les résultats n'en soient pas toujours heureux.

En agissant ainsi, on réduira considérablement le nombre des cas de syndrome de Volkmann, et, en le reconnaissant dès le début, on pourra en enrayer l'évolution.

***

Il est cependant des cas graves d'emblée, qui fatalement prennent la forme invétérée.

Comme dans les cas légers reconnus tardivement, dans les cas graves d'emblée on assistera impuissant à l'évolution des lésions vers la myosite invétérée des fléchisseurs de l'avant-bras. Car il ne s'agit pas, suivant la dénomination primitivement donnée par Volkmann, de « paralysie et de contracture ischémique » ; la paralysie, qui peut survenir comme complication, ne fait pas partie du tableau clinique de ce syndrome, et elle peut ne pas exister ; en outre, il ne s'agit pas d'une contracture (car l'attitude vicieuse ne cède pas sous l'anesthésie générale), mais bien d'une rétraction.

Quand le processus de myosite rétractile et de sclérose interfasciculaire s'étendra, on pourra voir survenir un *syndrome nerveux*, témoignant de l'englobement des nerfs médian ou cubital ; il sera accompagné parfois d'un *syndrome vasomoteur et causalgique*, traduisant la participation sympathique.

Si donc le diagnostic est fait tardivement, ni la sympathectomie, ni l'aponévrotomie, ni l'artériectomie ne peuvent permettre d'espérer la guérison.

Il faut alors recourir aux méthode orthopédiques, à l'*extension continue et progressive des doigts* à l'aide des appareils de Claude Martin. Dans les cas où la sclérose n'est pas trop marquée, on arrivera ainsi à rendre aux fléchisseurs une longueur suffisante pour supprimer la griffe et rétablir une fonction possible.

Si l'extension progressive ne donne pas de résultats, force est alors de recourir à la chirurgie ; il faudra allonger les tendons ou raccourcir le squelette.

L'*allongement tendineux* est une intervention longue et difficile, mais qui compte d'indiscutables succès ; on lui préfère généralement la *résection osseuse* : celle-ci pourra porter soit sur le squelette des deux os et l'avant-bras (c'est l'opération de Heulé), soit plus rarement sur les os de la première rangée du carpe. A ces opérations, il peut être utile d'ajouter la désinsertion de la masse des muscles épithrochléens et du rond pronateur (opération de Savariaud), ou la résection du craré pronoteur (J. Berger).

Si ces interventions ont donné de nombreux succès, on a pu également noter des échecs (pseudarthroses de l'avant-bras), ou des récidives, et ceci surtout quand la résection a été pratiquée chez des enfants : l'accroissement progressif du squelette, tandis que les muscles demeurent inextensibles, entraîne la réapparition de la griffe digitale.

Dans les cas où les nerfs sont englobés dans le processus cicatriclel, il est bien entendu indispensable d'aller les libérer (opération de Hildebrandt).

***

« On voit donc la complexité des interventions, devant lesquelles on peut être amené, et c'est pourquoi il faut s'efforcer, par une thérapeutique préventive et une thérapeutique pratiquée au stade initial, d'éviter l'évolution vers le syndrome de Volkmann invétéré.

Seuls demeureront encore les cas, qui sont sous la dépendance de lésions anatomiques graves d'emblée ; une connaissance exacte de ce syndrome, une thérapeutique précoce permettront d'éviter tous les autres. »

G. Fischer.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Bulletin de l'Actualité

L'EXAMEN DES CHAUFFEURS D'AUTOMOBILE

Nous avons la vitesse ! Nous en sommes même assez fiers.

En échange nous avons donné et de bon cœur, la flânerie le long des routes ombreuses, la contemplation du paysage, la dégustation des parfums campagnards, le silence des nuits !

Nous commençons à regretter tout cela ; mais trop tard ! Désormais le piéton fait figure d'un animal traqué ; de gauche, de droite, en face, derrière surgissent des monstres menaçants, dont il se gare avec effroi ; malheur à lui, si la vue d'un bel arbre doré par l'automne l'a emporté dans une fugitive rêverie ; soudain un cri strident le fait sursauter et l'instant d'après, s'il n'est pas mort, il se retrouve couvert de poussière et empuanti de fumées nauséabondes.

Tel est le prix, dont le « promeneur solitaire » à la façon de Jean-Jacques paye la vitesse des autres.

Mais qu'il prenne patience ! l'heure de la revanche arrive. Ces machines infernales ont déjà causé tant de désastres que, chaque jour, une nouvelle loi ou un règlement nouveau s'évertue à les ligoter. Et, comme les citoyens sages sont bien obligés de convenir que ces mesures sont salutaires, il appartenait à un médecin de tracer le plan de défense (1).

Pour tous les conducteurs de « poids lourds », pour tous les chauffeurs de taxis, un examen médical *périodique* s'impose. Il serait du reste logique de l'exiger aussi de tous les conducteurs de véhicules privés ; mais ici l'on se heurte à de telles difficultés qu'on peut considérer la chose comme impossible.

Des pays voisins, vraisemblablement, ne tarderont pas à rendre l'examen médical préalable obligatoire pour tous les candidats au permis de conduire. Mais ils ont sur nous cet avantage que les édits gouvernementaux ne souffrent pas la discussion, et qu'ils sont appliqués dans toute leur rigueur.

Chez nous l'on pourrait en tout cas, dès maintenant, exiger un examen médical de tout automobiliste qui vient de causer un accident grave. Et, si cet examen révélait des tares physiques ou psychiques incompatibles avec la conduite d'un véhicule, la sanction devrait être l'ajournement ou le retrait définitif du permis de conduire.

Il est une tare temporaire, soit, mais volontaire, récidivante et génératrice d'accidents graves ; c'est l'ivresse. La Justice devrait sévir avec toute sa vigueur contre un homme qui n'a pas craint, privé d'une partie de ses moyens, de s'asseoir au volant de sa voiture. Il y a cependant l'ivrogne invétéré et l'ivrogne du dimanche, victime d'un déjeuner trop copieusement arrosé. Pour faire une juste discrimination entre ces deux délinquants inégalement coupables dans un même accident causé par leur faute, l'Académie de médecine a déjà demandé l'institution d'un carnet de route, sur lequel tous les accidents graves seraient inscrits. Le Tribunal pourrait ainsi très facilement proportionner la peine à la réelle culpabilité. D'autre part, les « chauffards » seraient vite identifiés et, par voie de conséquence, un bon chauffeur incriminé dans un accident, où les responsabilités sont difficiles à établir, bénéficierait d'une présomption favorable.

Mais, pour en revenir à nos moutons, comment concevoir l'examen médical périodique des conducteurs de poids lourds et de transports en commun ?

***

Il faut d'abord que cet examen soit périodique, parce qu'il ne suffit pas qu'un sujet soit, à 20, 25 ou 30 ans, reconnu apte à conduire pour qu'il le soit encore dix ans plus tard. Une syphilis latente, ou contractée ultérieurement, peut le conduire très vite au tabes ou à la paralysie générale. Une ectasie aortique peut se développer, et causer une mort subite au volant. Tel sujet tempérant peut devenir alcoolique. La vue et l'audition auront, avec l'âge, tendance à baisser.

L'auteur propose l'échelonnement suivant pour les visites périodiques :

de 20 à 35 ans : tous les cinq ans,
de 35 à 50 ans : tous les trois ans,
de 50 à 60 ans : tous les deux ans,
au dessus de 60 ans : tous les ans.

(1) *Journal de médecine de Bordeaux*, 20 décembre 1936. Thèse de Roger Bzowski.

Et il propose, en outre, d'appliquer une réserve en ce qui concerne la syphilis ; à l'exemple, paraît-il, de ce qui se pratique couramment en Allemagne et dans certaines Compagnies françaises d'assurances : pour tout sujet ayant eu la syphilis, serait compté un « vieillissement » de cinq ans. En conséquence, un sujet de 46 ans syphilitique serait considéré comme ayant 51 ans d'âge et sujet à visite tous les deux ans.

De cette périodicité des examens découle que l'acceptation ou l'élimination serait toujours temporaire et sujette à révision : ainsi un mitral légèrement décompensé, ajourné aujourd'hui peut être apte dans un an ; inversement, si le médecin examinateur décèle quelques légers symptômes d'une affection nerveuse, il doit pouvoir, tout en admettant le candidat, demander à l'examiner quelques mois plus tard.

La faute d'un conducteur peut être due : 1° à une cause physiologique ; 2° à l'incapacité technique ; 3° à des défauts d'ordre psychologique.

L'examen médical vise à éliminer la première et la sévérité, accrue de l'examen pour le permis de conduire, à éliminer la seconde. Restent les tares psychologiques, à l'étude desquelles se voue la psycho-technique.

Pendant la guerre, tout un ensemble d'épreuves avait été mis sur pied par MM. Camus et Netter, en collaboration avec M. Léon Binet, pour mesurer les réactions psycho-motrices et émotives des candidats au brevet de pilote. Il s'agissait en somme de mesurer, par des tests exprimables en unités de mesure, la vitesse de réaction des sujets surpris par une excitation visuelle, auditive, tactile ; et aussi la façon dont les rythmes cardiaque et respiratoire, le système vaso-moteur étaient impressionnés par une émotion soudaine.

La vitesse de réaction se mesurait au chronomètre électrique de D'Arsonval :

Un cadran divisé en cent parties est muni d'une aiguille fixe ; mue par un mouvement d'horlogerie, elle fait le tour du cadran en une seconde. L'aiguille peut donc marquer le 1/100e et même le 2/100e de seconde.

Un électro-aimant, dans lequel passe le courant d'un accumulateur, agit sur le pivot de l'aiguille de telle sorte que celle-ci est à l'arrêt, quand le courant passe, et tourne, entraînée par le mouvement d'horlogerie, quand le courant est interrompu.

Un petit marteau détermine une sensation auditive chez le sujet en expérience et, en même temps, rompt le courant et laisse l'aiguille tourner.

Dès qu'il perçoit le bruit, le sujet appuie sur une presselle placée devant lui, laquelle sert à rétablir le courant et à arrêter l'aiguille. Le nombre de divisions parcourues par celle-ci mesure le temps de réaction du sujet.

En ce qui concerne l'ébranlement déterminé dans le système nerveux par les émotions (par exemple un coup de revolver tiré près de l'oreille), on se servait des procédés graphiques usuels en physiologie expérimentale pour mesurer les rythmes cardiaque et respiratoire, les modifications vaso-motrices et le tremblement.

Pendant longtemps, on se flatta d'obtenir ainsi une appréciation précise des aptitudes du sujet et de son sang-froid. En réalité, si les réactions psycho-motrices ont une valeur absolue et une signification constante, les conclusions tirées de la mesure des réactions émotives, sont beaucoup plus discutables : c'est le propre de l'être vivant d'être capable d'adaptation et, d'une expérience de laboratoire, l'on n'a pas le droit de conclure aux réalités singulièrement plus complexes de la vie. En outre, il est indispensable que la psycho-technique s'inspire des méthodes biologiques, et que le psycho-technicien collabore loyalement avec le médecin, le physiologiste ou le psychiâtre, suivant les cas.

Parmi les multiples tests adoptés, tant en Amérique qu'en Europe, par les Compagnies de tramways ou de taxis et sondant les uns les fonctions motrices, les autres les fonctions mentales, l'auteur propose, pour l'examen des chauffeurs de s'en tenir aux suivants :

1° Recherche de la suggestibilité motrice, ou test de *Binet*, épreuve ingénieuse, simple, aux résultats intéressants.

Le sujet est placé dans une cellule isolante. L'appareil se compose de deux roues, dont l'une, manœuvrée par l'opérateur, commande l'autre tenue par le sujet. Celui-ci devra suivre, aussi exactement que possible, les mouvements de l'opérateur : les deux mouvements seront inscrits sur le tambour ordinaire au noir de fumée.

2° Recherche de l'attention diffusée.

Le sujet à examiner est placé dans une chambre obscure. Sous ses pieds sont des pédales, qu'il devra actionner ; une presselle est près de sa main droite. Des lampes blanches, rouges, vertes s'allument et s'éteignent successivement. A chaque lampe, qui s'allume, doit correspondre une manœuvre déterminée des pieds. D'autre part, deux sonneries à timbre de bois et à timbre métallique retentissent. A leur signal, le sujet doit répondre par un mouvement déterminé sur la presselle. Sonneries et lampes fonctionnent soit successivement, soit simultanément. Enfin un film est projeté pour provoquer un effet d'attention volontaire chez le candidat. Excitations et réponses sont enregistrées sur un cylindre.

5° Recherche de l'appréciation des vitesses et des volumes : *euromètre* de Tanon.

Cet appareil permet de réaliser au laboratoire les conditions même de la route : les images des

véhicules, qui circulent, s'inscrivent toutes dans le champ visuel du sujet ; elles se déplacent parallèlement à l'axe visuel ; enfin elles sont, comme dans la réalité, déformées par la perspective.

Il se compose essentiellement d'une table longue d'au moins 3 m. 50 supportant sur toute sa longueur deux rails parallèles distants de 15 cm. Deux chariots circulent sur ces rails à des vitesses variables. Sur ces chariots s'adaptent des gabarits de forme, de couleur et de volume différents, dont la voie varie de 12 à 18 cm. : deux chariots de 15 cm. peuvent se croiser ; un de 14 et un de 18 s'accrocheront.

Le sujet est placé à l'extrémité de l'appareil, son axe optique étant dans le prolongement des rails ; il dispose d'une pédale de frein.

Les deux chariots A et B, étant placés chacun à une extrémité de l'appareil, sont lancées à des vitesses déterminées : l'on sait qu'ils se croiseront en un point P déterminé, au bout d'un temps T, par exemple 4 secondes. Un repère est placé en un point P, tel qu'il soit croisé au bout de deux secondes et demie par le chariot A animé d'une vitesse supérieure à celle de B. La seconde et demie, qui reste avant le croisement des chariots, est dite : espace de sécurité minimum. Celui-ci correspond à l'espace minimum pour obtenir l'arrêt d'une voiture lancée à une vitesse déterminée. Le dispositif permet le croisement et le dépassement. Le candidat doit actionner le frein, dès qu'il juge que les chariots doivent s'accrocher : il aura à juger des différences de voie de l'ordre du demi-centimètre.

Enfin, en cas d'accident causé par un chauffeur déjà admis, il faudrait exiger : 1° un nouvel examen médical ; 2° la mesure de la réflectivité globale.

Celle-ci se mesure de la façon suivante à la T. C. R. P. :

Le machiniste est placé, comme dans la réalité sur une plate-forme munie de tous les organes de conduite et de sécurité. Devant est disposé un écran sur lequel se projette un film représentant la rue avec tous ses incidents et accidents possibles (piéton traversant devant la voiture, auto débouchant d'une rue transversale, etc.).

L'originalité du dispositif consiste à faire dérouler et arrêter le film par le machiniste lui-même, lorsqu'il manœuvre ses appareils. Plus il démarre rapidement, plus le film se déroule vite, si, au contraire, il ralentit la marche de sa voiture, le film se déroule de plus en plus lentement. Sur un cylindre enregistreur s'inscrivent d'une part les excitations, les sonneries de départ ou d'arrêt commandées par l'opérateur placé derrière le machiniste et les incidents figurant sur le film ; d'autre part les réactions du sujet sur les divers organes de la voiture.

Il suffit donc d'analyser le graphique pour se rendre compte de la façon de conduire du sujet en expérience.

Si telle doit-être l'organisation du contrôle médical pour les conducteurs de poids lourds, l'auteur verrait volontiers le même ensemble de mesures de sécurité prises à l'égard :

des conducteurs de véhicules privés transportant au moins huit personnes,

et des chauffeurs de taxis.

Quant aux autres automobilistes, il demande pour eux l'obligation d'un examen médical et psycho-technique après tout accident grave,

et le retrait du permis de conduire après examen, sur la demande du médecin examinateur.

***

Ayant proposé une telle organisation du contrôle médical des chauffeurs, le Docteur Bzowski ne se tient pas quitte à l'égard des usagers de la route. Et il demande quelques mesures qui dépendraient de l'initiative gouvernementale, et qui compléteraient heureusement l'œuvre commencée.

D'abord l'amélioration de la route et, en particulier, des bandes de signalisation, comme il commence à s'en voir à la croisée des nationales et des chemins secondaires.

Ensuite une surveillance de la route plus étroite et plus sévère par la gendarmerie. Que ceux-ci relèvent sans pitié les infractions au Code de la route et, en particulier, le défaut d'éclairage des voitures (ne sera-t-il permis de signaler modestement que les automobilistes ne sont pas les seuls, ni même les principaux coupables en cette matière ; les gendarmes devraient bien notifier aux cyclistes qui, dans la proportion de 1 sur 2 au moins, roulent la nuit sans feu arrière, le danger qu'ils courent et l'infraction qu'ils commettent !).

Enfin, l'intervention du gendarme trouvant sa sanction au Tribunal, il faut des « tribunaux automobiles », c'est-à-dire des magistrats spécialisés dans les délits de la route, plus aptes par conséquent à les juger avec discernement et justice.

Si le plan du Docteur Bzowski est adopté, les piétons et les automobilistes prudents (comme sont, n'est-il pas vrai ? tous les médecins) lui devront bien un cierge !

G. Lavalée.

ASSURANCES SOCIALES

Taux limite des honoraires médicaux

Un de nos confrères nous demande jusqu'à quelle limite inférieure il peut descendre, pour se faire payer par les assurés sociaux. Peut-il prendre des honoraires au dessous du tarif syndical ? Si oui, peut-il se contenter du tarif de responsabilité des Caisses ? Peut-il même ne recevoir que ce que touchera l'assuré, c'est-à-dire le tarif de responsabilité, diminué du ticket modérateur, soit 20 % ?

A ces diverses questions, nous devons répondre que, théoriquement, le praticien reste absolument maître de fixer la rémunération à laquelle il estime avoir droit, pour le service médical qu'il a rendu, c'est-à-dire pour les soins qu'il a donnés, tant à un assuré social qu'à un client de droit commun. C'est le principe de l'entente directe, qui fait partie de la Charte médicale.

Mais il convient alors d'établir deux catégories de praticiens.

Les premiers désirent conserver leur liberté d'action absolue. Ils ne veulent obéir qu'à leur propre volonté, à leurs seules pratiques personnelles. Ils entendent ignorer complètement la loi des Assurances sociales. Ils ne signeront donc aucune feuille de maladie, délivreront des certificats de droit commun, sur papier timbré, lorsque le timbre est imposé par une loi ; ils donneront au client un reçu dûment acquitté, indiquant le quantum des honoraires perçus, sans oublier d'apposer le timbre de quittance requis par la loi fiscale. Bref, l'assuré social ne sera qu'un client de droit commun.

Dans ce cas, le praticien ne sera justiciable que des Tribunaux de droit commun, au cas où ses agissements auraient porté un dommage à autrui, en l'espèce à la Caisse d'assurances sociales.

Les seconds parce qu'ils auront directement, ou indirectement adhéré aux dispositions de la loi des Assurances sociales, conserveront le droit à l'entente directe, mais ils doivent respecter les deux obligations suivantes :

Ils doivent, en premier lieu, se conformer aux règles édictées par la convention locale intervenue entre les Caisses et le Syndicat des praticiens ; en second lieu ils doivent ne pas procurer à l'assuré un bénéfice quelconque sur le remboursement des frais médicaux.

A) Conventions Syndicat-Caisses

Ces conventions sont établies conformément à un modèle publié dans le *Journal Officiel* du 8 août 1930. Sans déterminer d'une manière précise le tarif minimum que doit prendre le praticien, pour les soins qu'il prodigue aux assurés sociaux, la convention précise cependant que le Syndicat communiquera aux Caisses son propre tarif minimum, pour que ces dernières puissent en tenir compte pour l'établissement de leur tarif de responsabilité.

Le Conseil supérieur des Assurances sociales s'est montré hostile à l'obligation, pour chaque praticien, syndiqué, ou non-syndiqué, de respecter les chiffres du tarif syndical. Chacun reste donc entièrement libre de prendre tels honoraires selon son tarif personnel.

Au surplus, un arrêt de la Cour de cassation, Chambre civile du 17 avril 1934 avait décidé que si le médecin reste libre de réclamer les honoraires que bon lui semble à l'assuré social, ce dernier touchera de sa Caisse le remboursement d'après le tarif de responsabilité.

Cet arrêt n'a plus grande valeur pratique aujourd'hui, étant donné la stipulation contenue dans le décret-loi du 28 octobre 1935, article 6, § 5, alinéa 2, décidant qu'en aucun cas la part avancée ou remboursée par la Caisse pour les honoraires médicaux ne peut excéder le montant des frais exposés par l'assuré.

Faisons cependant remarquer que si le praticien reste entièrement libre du taux de ses honoraires, il ne faut pas cependant que cette liberté puisse devenir génératrice d'abus de quelle que sorte que ce soit. Par son contrôle technique, le Syndicat a le devoir de redresser tous les abus de droit. En particulier, il ne saurait être toléré que par l'usage de tarifs rabaisiens, un ou plusieurs praticiens n'aient pour objectif que le désir d'attirer ou de retenir la clientèle des assurés sociaux, alléchés par une médecine à bon marché.

A ce sujet, faisons remarquer que les praticiens syndiqués ou non-syndiqués sont soumis à la juridiction du Conseil de famille syndical, du fait qu'ils acceptent de donner leurs soins aux assurés sociaux. En effet, le décret du 19 mars 1936, portant règlement d'administration publique, décide en son article 10 que « le praticien « qui signe les imprimés, dont la production est « exigée par la Caisse, pour l'obtention des pres- « tations, est réputé avoir adhéré aux clauses « de la convention passée entre la Caisse et le « Syndicat ».

Or, la dite convention prévoit la juridiction du Conseil de famille départemental, au premier degré, l'appel étant porté devant le Conseil de

famille national de la Confédération et le sur-appel devant la Commission supérieure de contrôle composée de trois membres du Conseil supérieur des Assurances sociales (décret-loi du 28 octobre 1935 article 8, § 5).

B) Le médecin ne doit pas procurer à l'assuré un avantage pécuniaire quelconque sur le remboursement des honoraires.

Tout d'abord, le second alinéa du paragraphe 5 de l'article 6 du décret-loi du 28 octobre 1935 décide que la part remboursée par la Caisse ne peut en aucun cas excéder le montant des frais occasionnés par l'assuré. Ce qui veut dire que le médecin ne saurait prendre des honoraires inférieurs au tarif de remboursement de la Caisse, diminué du ticket modérateur, sans avertir la Caisse, tout en respectant le devoir du secret professionnel.

En effet, dans certains cas, très particuliers et exceptionnels, pour des motifs dont il est seul juge, le praticien peut ne réclamer à son malade, assuré social, qu'un honoraire minime. Mais il a le devoir d'indiquer à la Caisse que le montant de ces honoraires est inférieur au tarif de responsabilité, diminué de 20 %, pour que la Caisse ne rembourse pas à l'assuré plus que celui-ci a versé à son médecin.

D'autre part, le contrôle technique peut vérifier s'il ne s'agit que d'un cas exceptionnel, ou si le praticien prend l'habitude de se contenter d'horaires infimes pour attirer ou retenir dans son cabinet ou sa clinique la clientèle des assurés sociaux. N'oublions pas que l'article 67 de la loi du 30 avril 1930, ainsi que l'article 27 du décret-loi du 28 octobre 1935 prévoient des pénalités correctionnelles d'amende et de prison contre tout assuré social ou tous praticiens qui, par leurs agissements frauduleux, tentent de procurer des avantages illicites à l'assuré, ou avoir fait bénéficier de ristournes sur les honoraires médicaux, pour le retenir, ou tenter de le retenir dans un cabinet ou clinique.

Une autre considération juridique s'impose également : le législateur a voulu que l'assuré social supporte une partie des honoraires médicaux. Ces derniers ne lui sont remboursés que selon le tarif de responsabilité des Caisses, moins 20 %. Le décret-loi de 28 octobre 1935 a reproduit cette obligation en son article 6, § 7 : « la participation de l'assuré aux « tarifs de responsabilité est fixé à 20 % ».

Certes, il n'appartient nullement au praticien de se préoccuper de savoir si ces 20 % sont ou non retenus sur le compte de l'assuré : le praticien réclame directement à son malade les sommes que celui-ci lui doit et l'assuré se fait rembourser par sa Caisse ce à quoi il a droit.

Le praticien peut donc ne demander que l'honoraire qui sera remboursé par la Caisse, c'est-à-dire selon le tarif de responsabilité, moins 20 %.

Mais alors le praticien peut être accusé d'avoir aidé son client à se dérober aux obligations pécuniaires qu'impose la loi. On peut lui reprocher d'avoir fait bénéficier son malade d'un don fait aux dépens de la Caisse, puisque, par la signature dans la colonne de l'acquit des honoraires, la Caisse peut croire que le praticien a demandé le prix normal, habituel de la région pour chaque acte médical. Et elle remboursera à son ayant droit selon le tarif de responsabilité, diminué de 20 %.

Certes, l'assuré n'aura déboursé que ce qu'il touche de sa Caisse, mais il échappe ainsi aux 20 %, autrement dit au ticket modérateur. La Caisse serait donc fondée à porter plainte contre le praticien et faire assigner ce dernier devant le Conseil de famille pour avoir, par ses agissements aidé un assuré à se soustraire aux obligations légales.

La volonté du législateur, en ce qui concerne le ticket modérateur, est manifestée à l'article 19 du décret-loi à propos des assurés indigents. Le praticien sera honoré selon se tarif de responsabilité des Caisses, par l'intermédiaire du Service de l'Assistance médicale gratuite du département. Mais alors que pour qu'indigent, l'assuré est hors d'état de supporter le poids du ticket modérateur, celui-ci sera à la charge de la Caisse, qui devra rembourser le service d'Assistance médicale gratuite des 20 % sur le tarif de responsabilité payé aux médecins.

C) Un honoraire médical inférieur au tarif de responsabilité doit-il être indiqué en chiffres ?

Cette question découle de ce que nous venons de discuter plus haut. Autrement dit : pour des motifs d'ordre divers, un praticien se croit en droit de ne se faire payer qu'un honoraire modique, inférieur au tarif de responsabilité diminué de 20 % ou juste égal à cette somme. C'est son droit absolu. Mais comment doit-il agir, pour ne pas être accusé de collusion, de complicité avec l'assuré et pour ne pas avoir à comparaître devant le Conseil de famille ? Car si la Caisse n'est pas informée de l'acte généreux, humanitaire du praticien, elle rembourse à l'assuré plus que celui-ci n'a versé, ou tout au moins une somme sur laquelle n'aura pas été défalquée le ticket modérateur.

Par suite le praticien pourra être suspecté non pas d'avoir accompli un geste charitable, mais d'avoir eu l'intention de procurer à l'assuré un bénéfice illicite.

Pour respecter le secret professionnel, il peut inscrire la mention de l'acte médical accompli,

c'est-à-dire V C, P C, K x 10, etc... Puis, dans la colonne de l'acquit des honoraires, il n'appose sa signature que s'il a été honoré. Mais, dans la colonne des observations, il indiquera en chiffres la somme totale qu'il a reçue à titre exceptionnel.

Certes, le praticien ne doit pas habituellement faire savoir à la Caisse le taux des honoraires reçus du malade : il doit se borner à indiquer qu'il a été payé et mentionner l'acte professionnel qu'il a accompli.

Mais depuis que le décret-loi du 28 octobre 1935 décide qu'en aucun cas, la somme remboursée doit excéder le montant de frais exposés par l'assuré, depuis aussi que le même décret-loi impose une fois de plus à l'assuré le fardeau du ticket modérateur, le praticien doit s'efforcer de faire respecter la loi, en mettant la Caisse à même de rester dans les limites des prescriptions légales, en ce qui concerne ses rapports avec l'assuré.

Une décision de la Commission supérieure de contrôle, du 19 mai 1936, fait une obligation au médecin d'indiquer sur les feuilles de maladie le montant des honoraires perçus, lorsque ceux-ci sont inférieurs au tarif de responsabilité.

Mais ici encore, le contrôle technique peut avoir à se préoccuper de savoir si le droit que possède le médecin de réclamer les honoraires que bon lui semble, ne dégénère pas en abus ayant bour but d'attirer, ou de retenir la clientèle des assurés sociaux.

Il ne nous est jamais défendu de se montrer humain, lorsqu'on se trouve en présence d'un cas exceptionnel et navrant. Mais l'habitude ne doit pas être prise, pour aboutir simplement à un avilissement des honoraires de la région.

Que faut-il entendre par tarif de responsabilité et tarif de réassurance ?

Le tarif de responsabilité est celui selon lequel les Caisses avancent ou remboursent les honoraires médicaux à l'assurél en retenant 20 %. Ce tarif est librement fixé par chaque Caisse, compte tenu des tarifs médicaux syndicaux pratiqués dans la région (décret-loi 28 octobre 1935, article 6, § 5).

Le tarif de réassurance est fixé par arrêté ministériel. Il constitue un plafond que la Caisse ne peut pas dépasser si elle veut, en cas de déficit, demander des secours pécuniaires.

Conclusion

La loi des Assurances sociales est assez ardue à posséder dans son esprit. Le texte en est parfois obscur, parfois même violé par des circulaires ministérielles, ou des réponses parues au *Journal Officiel.*

Malheureusement, il n'y a pas que les services ministériels qui tournent ou violent les textes législatifs : les Caisses agissent souvent selon leur bon plaisir, ne se préoccupant guère de la loi, lorsque cela les gêne. Des praticiens en font autant.

Il appartient donc aux différentes organisations de contrôle, imposées par la loi, de faire tout leur devoir, dont le premier, le principal, c'est de bien posséder le texte de la loi et d'en bien comprendre l'esprit.

Or, le législateur a voulu que le malade ait le libre choix de son praticien, avec lequel il s'entend directement pour la fixation des honoraires. Cette liberté a un correctif ; c'est que le praticien ne doit jamais tenter d'attirer ou de retenir la clientèle des assurés sociaux par des avantages pécuniaires accordés à ceux qui demandent ensuite à leur Caisse un remboursement de frais médicaux, supérieur à ce à quoi ils ont droit.

Aux Commissions de contrôle de connaître des agissements de chacun, pour déceler les abus. Aux Conseils de famille et à la Commission supérieure de contrôle de réprimer lesdits abus, d'où qu'il viennent, soit de la Caisse, soit des praticiens. Les décisions de la Commission régionale, en ce qui concerne les conventions des Caisses, sont portées en dernier ressort à la connaissance du Conseil supérieur des Assurances sociales. Les abus commis par les praticiens sont jugés soit par la juridiction professionnelle, soit par le Tribunal correctionnel. Les agissements irréguliers des Caisses sont signalés à l'autorité préfectorale, ou ministérielle et s'il y a fraude dans la gestion, le litige peut être soumis à la connaissance du Tribunal correctionnel, en vertu du paragraphe 2 de l'article 27 du décret-loi du 28 octobre 1935.

Somme toute, la loi ne doit pas être détournée de ses buts, afin d'être l'apanage de quelques-uns, pour leur seul profit au détriment soit des malades assurés sociaux, soit des Caisses, soit des praticiens de la région.

Dr Paul BOUDIN.

ASSURANCES SOCIALES

Les prestations spéciales de l'assurance-maladie

Applications du délai de deux ans

Par le Docteur GUIEU

Médecin-contrôleur de la Caisse départementale des Assurances sociales des Bouches-du-Rhône

Le délai de deux ans est une innovation récente, qui résulte du § 16 de l'article 6 : « l'assuré ou l'ayant droit dont l'état nécessite des soins préventifs ou qui est atteint d'une maladie ne comportant pas cessation de travail, reçoit, s'il y a lieu, pendant une durée de deux ans au plus, des prestations spéciales, dont le montant maximum et les conditions d'attribution sont fixés par le règlement intérieur de la Caisse.

L'ancien texte de loi avait prévu dans le § 9 de l'article 4 des prestations spéciales pour les mêmes cas de maladie : « L'assuré dont l'état nécessite des soins préventifs ou qui est atteint d'une maladie ne comportant que la cessation du travail recevra des indemnités spéciales qui seront prévues dans le règlement intérieur de la Caisse. »

Le nouveau texte apporte par conséquent quatre modifications essentielles :

1° Les indemnités spéciales sont attribuées à l'assuré comme à l'ayant droit ;

2° Elles sont accordées s'il y a lieu, c'est-à-dire qu'elles sont facultatives ;

3° Leur montant maximum et leurs conditions d'attribution sont fixés par le règlement intérieur ;

4° Enfin et surtout, elles s'étendent sur une durée de deux ans au plus, et non pas de six mois seulement comme dans l'ancien texte.

Ce délai de deux ans ne manquera pas de soulever un certain nombre de difficultés, d'ordre pratique puisque le règlement d'administration publique n'a apporté aucune précision sur les modalités de son application ; d'ordre théorique, puisqu'il n'existe aucune jurisprudence sur ce sujet, et qu'en raison de l'absence de toute discussion parlementaire pour le décret-loi il est impossible de connaître le but du législateur.

Quels sont donc les premiers problèmes à résoudre ?

1° Pour quelles maladies doit-on appliquer le délai de deux ans ?

La loi indique que le délai de deux ans s'applique à une maladie ne comportant pas l'interruption du travail ou bien aux soins préventifs.

Il sera facile de déterminer si une maladie entraîne ou non l'interruption du travail lorsqu'il s'agira d'un assuré. Par contre, lorsqu'il s'agira d'un ayant droit, la difficulté sera plus grande et il faudra probablement se baser sur l'interruption de l'activité.

Quant aux soins préventifs, leur domaine est assez vaste. Ils ne comporteront pas seulement en effet les traitements permettant la continuation du travail, comme un traitement antisyphilitique ; ils doivent aussi comprendre des traitements tels que l'entretien d'un pneumothorax nécessitant la cessation du travail, tel que le séjour dans un préventorium, nécessitant une hospitalisation de plusieurs mois.

2° Le délai de deux ans s'applique-t-il à l'état de maladie ou à une maladie déterminée ?

Il faut auparavant se poser la même question pour le délai de six mois.

En cas de maladie indépendante, l'assuré a-t-il droit à un nouveau délai de six mois uniquement lorsqu'il y a interruption des prestations pendant plus de deux mois, ou bien a-t-il droit à ce nouveau délai de six mois sans qu'il soit nécessaire de tenir compte s'il y a eu ou non interruption des prestations pendant plus de deux mois ? Suivant la thèse acceptée, le délai de six mois s'appliquera soit à une maladie déterminée, soit à l'état de maladie. L'interprétation à donner au délai de deux ans sera inévitablement liée à celle du délai de six mois.

Si l'on admet que le délai de six mois comme le délai deux ans s'appliquent à une maladie déterminée, on pourra assister dans certains cas à une véritable cascade de délais de deux ans si l'assuré se fait traiter tour à tour, mais séparément pour des rhumatismes, l'hypertension artérielle, des varices, le diabète, un eczéma. Pour cela, il suffira qu'à l'expiration du délai de deux ans, et qu'à ce moment là, il déclare une nouvelle affection qui n'a pas encore été traitée.

Si l'on admet au contraire que les délais de six mois et de deux ans s'appliquent à l'état de maladie, l'assuré n'aura droit qu'à un seul délai de deux ans quel que soit le nombre de maladies en

traitement, à condition qu'il s'agisse seulement de maladies n'entraînant pas l'interruption du travail ou nécessitant des soins préventifs.

D'ailleurs, n'y a-t-il pas une certaine analogie à ce point de vue entre l'assurance-invalidité et l'assurance-maladie. Pour apprécier le taux d'invalidité, on fait intervenir non pas seulement une maladie déterminée, mais aussi les diverses maladies susceptibles d'augmenter le taux d'invalidité. Lorsque la pension est accordée, l'assuré a droit aux soins pendant cinq ans non seulement pour l'affection qui a motivé la demande de pension d'invalidité, mais encore pour toutes les affections nouvelles qui peuvent survenir. Lorsque la demande de pension est tenue en suspens, l'assuré n'a droit, dans ce cas-là qu'au remboursement des soins qui seront accordés pour l'affection en cours comme pour une affection nouvelle et intercurrente.

Ainsi le taux d'invalidité, les soins aux invalides ne s'appliquent pas à une maladie déterminée, mais à l'état de maladie. Nous pensons que le délai de deux ans doit s'interpréter dans le même sens. Ne représente-t-il pas d'ailleurs pour l'ayant droit de l'assuré un équivalent des soins aux invalides, accordés dans un but préventif ?

3° Quels seront les bénéficiaires du délai de deux ans ?

D'après le décret-loi, les bénéficiaires seront à la fois l'assuré et son ayant droit. D'autre part, toujours d'après le décret-loi, le règlement intérieur de la Caisse doit prévoir certaines conditions d'attribution pour le délai de deux ans.

Une première question se pose d'abord. En cas de soins préventifs, en cas de maladie n'entraînant pas l'interruption du travail, le malade est-il plus favorisé par le délai de deux ans ? Il ne semble pas *a priori* que ce délai de deux ans, lui soit d'une grande utilité étant donné que la loi a déjà prévu qu'après une interruption des prestations pendant plus de deux mois, un nouveau délai de six mois pouvait être accordé à condition d'avoir fait constater la fin de l'état de maladie ou la guérison apparente. Il est à peu près certain que la plupart des malades, susceptibles de bénéficier du délai de deux ans, n'auront aucune peine à faire constater après six mois de prestations, la guérison apparente ou la fin de l'état de maladie, puisqu'il suffit pour cela de prouver qu'une maladie est non pas guérie, mais stabilisée, et qu'elle permet provisoirement la reprise du travail ou de l'activité et la cessation du traitement. Le délai de deux ans n'offre donc pas un grand intérêt pour un grand nombre de ces malades.

La seconde hypothèse à envisager est de savoir si ce délai de deux ans ne servira pas uniquement aux malades qui n'ont pas leurs cotisations en règle pour bénéficier soit de l'assurance-invalidité, soit de l'assurance-maladie en cas de rechute survenue plus de deux mois après la cessation des prestations. Cette deuxième hypothèse peut être rejetée aussi, car le futur règlement intérieur des Caisses-maladie ne manquera pas de fixer les conditions d'attribution assez exclusives : une immatriculation depuis un an au moins avant la première constatation médicale ; versements d'un minimum de cotisations de quinze francs par trimestre pendant la durée d'attribution des prestations.

Quels seront en définitive les malades susceptibles de bénéficier du délai de deux ans ? Prenons d'abord l'assuré : s'il continue à verser ses cotisations et à ne pas cesser les travail, le délai de deux ans ne l'intéresse guère puisqu'il pourra toujours invoquer et faire constater la fin de l'état de maladie ou la guérison apparente ; s'il doit cesser après le sixième mois le versement des cotisations pour une raison de santé ou pour une raison sociale, il risque de ne pas avoir droit au délai de deux ans en vertu du règlement intérieur.

Par contre la situation sera toute différente pour l'ayant droit. Lorsqu'il s'agira d'un simple traitement, intermittent, sans interruption de l'activité, l'ayant droit pourra comme l'assuré renoncer au délai de deux ans et faire intervenir la fin de l'état de maladie ou la guérison apparente pour un nouveau délai de six mois. Mais dans certains cas, le traitement pourra nécessiter à l'expiration du délai de six mois des soins continus ou prolongés, le repos et le séjour dans un Etablissement (pneumothorax, préventorium) ; c'est alors que le délai de deux ans permettra à l'ayant droit de bénéficier encore de la prolongation des soins tandis qu'avant le décret-loi ces soins ne pouvaient être accordés après l'expiration du délai de six mois.

Le véritable bénéficiaire de ce délai de deux ans sera donc l'ayant droit, qui, à l'expiration du délai de six mois a besoin de soins préventifs dans un établissement de cure. Il semble que cette mesure est surtout destinée à compenser le désavantage résultant de l'exclusion de l'ayant droit du risque invalidité.

4° Comment faut-il concevoir les prestations spéciales du délai de deux ans ?

La loi précise simplement que le montant maximum de ces prestations doit être fixé par le règlement intérieur.

C'est évidemment une indication assez vague, car il paraît assez difficile d'accorder un taux uniforme de remboursement pour ces prestations spéciales. En effet, pourra-t-on accorder le même taux de remboursement au syphilitique

qui suit un traitement par injections intra-veineuses, à un bacillaire au début qui est traité à la fois par des sels d'or et par des insufflations de pneumothorax, à un diabétique qui est traité par l'insuline, à un malade qui doit séjourner dans un préventorium ?

Il sera donc nécessaire d'établir un système d'indemnités forfaitaires assez souples.

Trois types d'indemnités forfaitaires peuvent têtre envisagés : une pour les soins médicaux, l'autre pour les frais pharmaceutiques, la troisième pour les frais de séjour dans un établissement du type préventorium.

A titre indicatif, on peut concevoir une indemnité forfaitaire pour les soins de la façon suivante :

— La première semaine du traitement quatre actes médicaux au maximum seront remboursés ;

— Les semaines suivantes, trois actes au maximum seront remboursés.

Bien entendu, ces actes médicaux peuvent être de nature différente (PC1, PC2, insufflations de pneumothorax) et ils seront, par conséquent remboursés à des tarifs variables suivant leur importance.

5° Liaison entre le délai de deux ans et le délai de six mois.

Le délai de deux ans doit-il exclure le délai de six mois, ou bien doit-il se combiner avec lui ? Autrement dit, le malade devra-t-il opter pour le délai de six mois ou pour le délai de deux ans ?

Il semble assez difficile d'imposer à l'avance à l'assuré le choix d'un régime de prestations. Comment peut-il prévoir en effet, l'évolution d'une maladie ? Telle maladie, au début, peut nécessiter simplement des soins préventifs, puis s'aggraver brusquement et condamner le malade au repos complet. Telle autre maladie, au contraire, entraînera d'abord le séjour à la chambre, puis ne demandera par la suite que des soins intermittents et préventifs.

Il est donc plus normal d'admettre que le délai de six mois et le délai de deux ans ne doivent pas s'exclure, mais qu'ils doivent se combiner et se compléter mutuellement. Lorsque le malade aura épuisé ses six mois de prestations il pourra, dans certains cas, bénéficier d une prolongation des soins sous la forme du délai de deux ans. Nous avons déjà vu que ces cas particuliers concerneraient surtout les ayants droit.

En résumé, il résulte de cet exposé trois conclusions essentielles :

1° Le délai de deux ans n'intéressera qu'exceptionnellement l'assuré, puisqu'il pourra conserver son droit aux prestations maladie, soit en faisant intervenir l'assurance-invalidité (soins aux invalides à titre préventif), soit en faisant intervenir la fin de l'état de maladie ou la guérison apparente pour l'assurance-maladie.

2° Il n'en est pas de même pour l'ayant droit, qui, grâce au délai de deux ans, pourra bénéficier d'une prolongation de séjour dans un établissement comme un préventorium. Ce sera pour lui une juste compensation à son exclusion de l'assurance-invalidité.

3° L'assurance-maternité couvre en cas de grossesse pathologique non pas une affection déterminée mais un ensemble d'affections. L'assurance-invalidité détermine le taux d'incapacité d'un assuré non pas seulement d'après une seule maladie qui a pu entraîner six mois de prestations, mais en totalisant un ensemble d'affections ou d'infirmités. Les soins aux invalides sont attribués non seulement pour l'affection qui a motivé la pension d'invalidité, mais aussi pour toutes les affections nouvelles qui peuvent survenir. Par analogie, on est en droit d'admettre que le délai de deux ans et ses soins préventifs ne concernent pas une maladie déterminée, mais l'état de maladie.

Discussion

Le décret-loi du 28 octobre 1935 instituant le nouveau régime des Assurances sociales contient au titre de l'assurance-maladie une innovation fort intéressante, à savoir un régime de prestations spéciales permettant de combler dans une certaine mesure les lacunes des prestations ordinaires. Aussi était-il intéressant de publier, sur ce point encore mal connu tant des assurés que des médecins, l'interprétation qu'en donne M. le Docteur Guieu, médecin-contrôleur de la Caisse des Bouches-du-Rhône, et la façon dont il en conçoit l'application. Nous estimons toutefois devoir nous séparer des conclusions de M. Guieu sur les deux points suivants : Quel est le but des prestations spéciales ? Comment doit être appliqué le délai de deux ans prévu à l'art. 6, § 16 ?

1° Quel est le but des prestations spéciales ? D'après M. le Docteur Guieu, les prestations de l'article 6, § 16 ne présenterait guère d'intérêt pour l'assuré, il serait surtout destiné aux ayant-droits lesquels ne bénéficient pas de l'assurance-invalidité. Nous croyons cette conception un peu trop étroite et pensons, au contraire, que l'article 6, § 16 doit avoir une plus grande portée. A notre avis, l'assuré a intérêt à ne recourir aux prestations ordinaires que pour les périodes aiguës des affections dont il est atteint, car ces prestations ne lui sont accordées que pour une

période de six mois. Il ne doit donc pas les épuiser pour les phases de prévention des maladies à début insidieux, pour les périodes de rémission, de chronicité, ou de convalescence qui ne nécessite qu'un traitement d'entretien. Ces cas relèvent au contraire, au premier chef du régime des prestations spéciales, qui n'entrent pas en ligne de compte pour le délai de six mois.

Certes, nous dit M. Guieu, les droits de l'assuré aux prestations ordinaires ne sont pas définitivement épuisés après six mois de soins. Ils peuvent se rouvrir en cas de rechute survenant plus de deux mois après la fin de la période de maladie antérieure (art. 6, § 13). Mais l'octroi des prestations spéciales pendant la suspension de deux mois n'est pas négligeable, ni pour l'assuré, ni pour la Caisse, ces prestations pouvant même éviter le retour ultérieur de cette phase d'activité.

D'autre part, la réouverture du droit aux prestations ordinaires nécessitent certaines conditions, à savoir la preuve de la guérison apparente, preuve qu'il n'est pas toujours possible de rapporter et qui peut preter à contestations.

Il ne peut même être question de faire appel aux dispositions de l'article 6, § 13 pour toutes les affections n'entraînant pas cessation du travail et présentant un caractère chronique, car il est impossible d'y trouver des phases aiguës alternant avec des phases de stabilité. Un assuré atteint d'une telle affection se voyait, sous le régime antérieur, privé de tout recours à l'assurance-maladie au bout de six mois. Pour éviter cette conséquence absurde, il doit, au contraire à l'heure actuelle demander à bénéficier des prestations spéciales tant qu'il n'aura besoin que de subir des traitements périodiques à échéance éloignées. La Caisse y trouvera d'ailleurs son avantage puisqu'elle pourra ainsi exercer son rôle de prévention.

A ceci, M. Guieu nous répondra que l'assuré jouit du régime de l'assurance-invalidité et qu'à ce titre, il peut recevoir, comme soins préventifs, les prestations en nature de l'assurance-maladie, pendant deux délais de six mois au cas où, à la fin des six premiers mois, il resterait atteint d'une affection ne réduisant pas des deux tiers, sa capacité de travail, mais laissant présager une invalidité future (art. 33 du règlement d'administration publique du 19 mars 1936). Mais l'octroi de ces deux délais ne constitue nullement un droit pour l'assuré, il ne s'agit là que d'une simple faculté, donnée par la loi aux Unions régionales et aux Caisses d'invalidité. L'utilité des prestations spéciales de l'art. 6, § 16 reste donc entière, aussi bien pour les assurés que pour les ayant-droits.

2° **Comment doit être appliqué le délai de deux ans ?** D'après M. Guieu, ce délai concerne, non pas une affection déterminée, mais l'état de maladie. L'application de cette thèse conduirait, à notre sens, à des résultats qui n'ont pas été voulus par le législateur. En effet, dire que le délai de deux ans s'applique à l'état de maladie, revient à dire que tout nouvel état de maladie séparé du précédant par une interruption de plus de deux mois donnera cours à un nouveau délai de deux ans au titre de l'art. 6, § 16. Si donc nous supposons un assuré victime de plusieurs rechutes successives après six mois de soins, nous aboutissons alors à une superposition de plusieurs délais de deux ans, reprenant avant que le précédant ne soit arrivé à expiration, qui rendrait absolument illusoire la limite biennale prévue par le législateur.

Cette conséquence suffirait déjà nous semble-t-il à faire rejeter la thèse de M. Guieu. Mais si nous abordons le fond même du débat, qui doit évidemment être résolu de la même façon qu'il s'agisse du délai de six mois (art. 6, § 12) ou du délai de deux ans (art. 6, § 16), nous rappellerons qu'à notre avis, tout démontre dans les textes que ces délais concernent, non pas l'état de maladie, mais bien une maladie, une affection déterminée. Le règlement intérieur, type des Caisses d'assurances sociales, interprétant l'art. 6, § 13, est des plus formels à cet égard : « *Le délai de six mois s'entend toujours d'une même affection.....* Si l'assuré établit que la nouvelle affection est indépendant de celle qui a précédemment motivé l'attribution des prestations, celles-ci peuvent, *dans tous les cas* (c'est-à-dire qu'il y ait ou non interruption de deux mois), être servies pendant un délai de six mois » (article 13).

Voici donc comment, nous paraît devoir jouer le délai de deux ans : toute affection déterminée ouvre droit aux prestations spéciales de l'art. 6, § 16 pendant une durée de deux années à compter de sa première constatation médicale. Si bien entendu, durant le cours de cette affection, l'assuré vient à être atteint d'une maladie distincte et indépendante, cette maladie fera courir un nouveau délai de deux ans à compter de sa première constatation. Mais à l'inverse du délai de six mois, le délai de deux ans ne se comptera pas en ajoutant les unes aux autres, les périodes de soins; c'est un délai *de temps* qui, à son expiration, supprime pour l'assuré tout droit aux prestations spéciales, qu'il y ait ou non recouru, qu'il ait ou non bénéficié des prestations ordinaires.

Il appartient maintenant à la jurisprudence de trancher le débat.

Jean MIGNON.

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE

« Le Sou Médical »

Extrait des procès-verbaux du Conseil d'administration

Au cours de sa réunion du 12 janvier 1936, le Conseil a prononcé les admissions suivantes :

MM. les Docteurs :

12.274 Arvay, 2, avenue de la Porte-de-Montreuil, Paris (20e). Parrains : Docteurs Tridon et Juving.
12.275 Baly, 38, rue du Faubourg de Béthune, Lille (Nord). Parrains : Docteurs Samsoën et Dauchy.
12.276 Blanchet, Gannat (Allier). Syndicat des médecins de l'Allier.
12.277 Blondeau, Pontivy (Morbihan). Synd. des méd. de l'arr. de Pontivy.
12.278 Borrot, Billom (Puy-de-Dôme). Synd. méd. de Clermont-Ferrand.
12.279 Bourier, Choisy-le-Roi (Seine). Parrains : M. et Mme les Docteurs Dermer.
12.280 Couedic, Balleroy (Calvados). Synd. méd. de Bayeux.
12.281 Gautier, Angers (M.-et-L.). Synd. méd. d'Angers.
12.282 Grelley, 25, rue Marsoullan, Paris (12e). Synd. des méd. de la Seine.
12.283 Guiraud, Coucouron (Ardèche). Parrains : Docteurs Jullien et Galtier.
12.284 Herbert, Aix-les-Bains (Savoie). Synd. de la Savoie.
12.285 Laroche, Niort (Deux-Sèvres). Synd. des Deux-Sèvres.
12.286 Mériel, 32 *ter*, rue Raymond IV, Toulouse (Hte-Garonne). Parrains : Docteurs Grimoud et Miginiac.
12.287 Portias, Fresnoy-le-Grand (Aisne). Parrains : Docteurs Ibos et Péchin.
12.288 Vallée, 41, rue de Bagnolet, Paris (20e). Synd. des méd. de la Seine.
12.289 Vialle, Brive (Corrèze). Synd. de l'arr. de Brive.
12.290 Sevin, Avranches (Manche). Synd. méd. d'Avranches.
12.291 Sivriere, Passy (Hte-Savoie). Synd. méd. de la Hte-Savoie.
12.292 Stefani, 29, boulevard Foch, Reims (Marne). Parrains : MM. les Docteurs Boudin.

Ces admissions deviendront définitives si elles ne font l'objet d'aucune protestation dans les quinze jours de la présente publication (Art. 5 des statuts).

Le Conseil adresse ses remerciements à MM. les Docteurs L., P., D. et D., qui, pour marquer leur reconnaissance de l'appui qui leur a été donné, ont fait don à la Caisse de la Ligue, respectivement, des sommes suivantes : 26 fr. 80, 100 fr., 25 fr. et 180 fr.

Les Docteurs C., G., J., B., P., R. et G. sont en conflit avec le fisc qui a prétendu rehausser le chiffre des bénéfices professionnels qu'ils ont déclaré.

Le Conseil, conformément à l'avis de M. Martinot, décide de les faire bénéficier de l'appui moral et pécuniaire de la Ligue pour présenter une réclamation, dont M. Martinot a rédigé le texte.

La Commission supérieure des Soins aux pensionnés de guerre a mis à la charge du Docteur J. une somme de 1.285 francs pour abus de soins et de prescriptions pharmaceutiques. Après examen du dossier, Me Auger a relevé dans cette décision des vices de forme nombreux, et conclut en conséquence à l'opportunité d'un pourvoi devant la Commission spéciale de cassation.

Le Conseil décide de faire bénéficier le Docteur J. de l'appui moral et pécuniaire de la Ligue pour former ce pourvoi.

Semblable appui est accordé aux Docteurs T., L., G., G.-L., C. et B. pour se pourvoir devant la Commission spéciale de Cassation contre des décisions de la Commission supérieure de soins aux pensionnés de guerre.

Le Syndicat des Pyrénées-Orientales se propose d'intenter des poursuites en exercice illégal contre un guérisseur, demande à cet effet de la documentation et de la jurisprudence et laisse entendre qu'il serait désireux d'obtenir l'appui de la Ligue pour faire face aux frais des poursuites.

Le Conseil accorde au Syndicat l'appui moral et pécuniaire de la Ligue dans cette affaire, pour ce dernier appui, proportionnellement au nombre des membres du Syndicat qui font en même temps partie de la Ligue.

Le Docteur B. est en conflit avec l'Administration pour le règlement d'un mémoire pour soins donnés à des assurés sociaux notoirement indigents.

Le Conseil décide de faire bénéficier le Docteur B. de l'appui moral et pécuniaire de la Ligue pour saisir la Commission d'arrondissement.

Le Docteur L., ayant donné ses soins aux victimes d'un accident d'automobile, a produit une note de 777 francs à la distribution par contribution ouverte sur le montant de l'indemnité qui leur a été versée. Mais sa créance a été admise concurremment avec celle d'un autre créancier qui ne disposait cependant d'aucun privilège.

Le Conseil accorde l'appui moral et pécuniaire au Docteur L. pour former un contredit à la distribution par contribution.

Le Docteur M. demande l'appui pour poursuivre le recouvrement d'une note d'honoraires de 110 francs contre une cliente qui affirme faussement avoir payé.

Le Conseil décide de le faire bénéficier de l'appui moral et pécuniaire de la Ligue pour poursuivre ce recouvrement.

Le Syndicat d'Ancenis a obtenu la condamnation d'un médecin, qui se paraît d'un titre inexistant, à une insertion à ses frais dans des journaux locaux.

Les frais exposés par le Syndicat s'élevant à 350 francs et 4 de ses membres sur 12 faisant partie de la Ligue, le Conseil ordonnance le remboursement au Syndicat du tiers de cette somme, soit 117 francs.

Le Docteur G. vient de renvoyer un ménage de domestiques affectés à la fois à son service personnel et au service de sa clinique et a réglé le salaire normal jusqu'au jour du départ. Or, le mari et la femme, chacun de son côté, le citent devant le Conseil des Prud'hommes en paiement d'une indemnité, en se basant sur un contrat collectif qui régirait actuellement le personnel des maisons de santé.

Le Conseil décide de faire bénéficier le Docteur G. de l'appui moral et pécuniaire de la Ligue pour présenter sa défense.

Le Docteur L., médecin d'une Compagnie de chemins de fer, vient d'être révoqué de ses fonctions, sous le prétexte qu'il aurait pris trop cher à un malade, alors qu'en réalité il n'a fait qu'appliquer la convention existant entre lui et la Compagnie.

Conformément à l'avis de Me Auger, le Conseil décide de faire bénéficier le Docteur X. de l'appui moral et pécuniaire de la Ligue pour former une demande de dommages-intérêts pour brusque renvoi.

Le Docteur N... demande l'appui de la Ligue pour poursuivre le recouvrement d'une note d'honoraires de 600 francs contre un client qui refuse de payer, en le rendant responsable d'une gangrène gazeuse, qui a nécessité la désarticulation de l'épaule.

Le Conseil décide de le faire bénéficier de l'appui moral et pécuniaire de la Ligue pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires.

Le Docteur C., retenu pour un accouchement, n'a pu se trouver présent au moment de la naissance, mais a pratiqué la délivrance. Le mari refuse de payer ses honoraires, pour les soins donnés avant, pendant et après l'accouchement, en prétendant qu'il a commis une faute en abandonnant l'accouchée.

Le Conseil décide de faire bénéficier le Docteur C. de l'appui moral et pécuniaire de la Ligue pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires.

Le Docteur C. a donné ses soins à un enfant au domicile et sur la demande de son grand-père. Celui-ci refuse de payer la note (100 fr.) en prétendant que ce soin incombe à son fils seul.

Le Conseil décide de faire bénéficier le Docteur C., qui veut faire un exemple dans sa clientèle, de l'appui moral et pécuniaire de la Ligue pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires contre le grand-père.

Le Docteur F. demande l'appui pour poursuivre le recouvrement d'une note d'honoraires accident du travail, contre un patron qui refuse de payer en prétendant que la blessée n'a pas fait de déclaration dans le délai réglementaire.

Le Conseil décide de faire bénéficier le Docteur F. de l'appui moral et pécuniaire de la Ligue pour poursuivre ce recouvrement.



MUTUALITÉ FAMILIALE

Une belle Œuvre de Prévoyance

La Mutualité Familiale du Corps médical français, fondée en 1894 par Auguste Cézilly, directeur du *Concours Médical*, avec la collaboration des hommes qui furent Maurat, Jeanne, Gassot, a maintenant *quarante-trois ans d'existence et plus de dix millions de réserves.* Mais si elle est tout particulièrement appréciée et estimée des médecins qui la connaissent, beaucoup de jeunes l'ignorent, car ils ne s'intéressent guère, le plus souvent, à ce qu'ont fait leurs aînés, profitant inconsciemment des études, des luttes, des dévouements de ceux qui avant eux ont passé leur vie à défendre notre belle profession.

Or, en cette année 1937, s'ouvre une nouvelle carrière pour la Mutualité familiale, et s'ouvre aussi une nouvelle série de sérieux avantages matériels pour ceux qui ont encore le moindre souci de leur propre activité professionnelle et de l'avenir de ceux dont ils ont la charge.

Le jour est donc venu d'exposer une fois de plus en raccourci ce que sont ces avantages qu'offre actuellement la Mutualité familiale au Corps médical français.

Elleleur offre: 1° en cas d'incapacité professionnelle de cause pathologique quelconque, le droit à une indemnité journalière de 75 francs par jour, depuis le 5e et jusqu'au 65e jour de l'invalidité ; à partir du 66e jour et jusqu'au jour où la guérison leur permet de reprendre le collier, une indemnité mensuelle de 750 francs. Celle-ci duretant que dure l'incapacité, fût-elle définitive et ne cesse qu'au 31 décembre de l'année où le sociétaire atteint ses 65 ans.

Et après ?... Après: 2° elle leur offre la possibilité d'une pension de 6.000 francs, à partir du 1er janvier qui suit la cessation de leur droit à l'indemnité d'invalidité ; de sorte que malade ou vieilli, vieilli et malade, le sociétaire invalide reçoit en fait une indemnité-retraite de 9.000 francs jusqu'à 65 ans, et 6.000 francs à partir de 65 ans.

Mais, pour que la différence soit comblée, elle leur offre alors le droit à une pension de 6.000 francs, dès 60 ans, de telle sorte que les 9.000 francs d'indemnité annuelle de chronicité deviennent à 60 ans, 15.000 francs de retraite, et à 65 ans, l'indemnité de maladie cessant, les 9.000 francs d'indemnité se trouvent remplacés par 12.000 francs de retraite.

Ce n'est pas tout ? Car, 3° elle permet d'assurer aux veuves une pension viagère de 3.600 francs reversible sur les orphelins mineurs, et 4° de constituer aux enfants dès leur jeune âge, une pension de 6.000 francs à 60 ans.

J'ajouterai que chacune de ces branches méritant une étude un peu détaillée, je la reprendrai dans les numéros ultérieurs du *Concours Médical*.

En attendant, que chacun sache que le secrétaire général répondra à toute demande particulière de renseignements, et cela, avec d'autant plus de précision que son correspondant lui fera savoir son âge, la somme annuelle dont il dispose et sa situation de famille.

Enfin, à titre documentaire, voici un extrait de barèmes :

A. — *Indemnités-maladies et accidents* :

	50 fr. par jour	75 fr. par jour
25 ans	389 fr.	612 fr.
30 ans	429 fr.	675 fr.
35 ans	480 fr.	756 fr.
40 ans	545 fr.	864 fr.
45 ans	628 fr.	990 fr.

B. — *Retraites de 6.000 francs à capital contre-assuré ou réservé spécial*

	A 60 ans		A 65 ans	
25 ans	655 fr.	660 fr.	395 fr.	400 fr.
30 ans	905 fr.	910 fr.	540 fr.	545 fr.
35 ans	1.275 fr.	1.290 fr.	750 fr.	760 fr.
40 ans	1.860 fr.	1.905 fr.	1.070 fr.	1.090 fr.

Dr H. Mignon,
Secrétaire général

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **VIIIe Congrès international de haute culture médicale**, organisé par L.-W. Tomarkin, sous les auspices du Gouverneur général de l'Algérie, du 25 mars au 6 avril 1937, Alger. — *Sujets traités* : 1) Maladies tropicales, infectieuses (Sénateur Maragliano.) — 2) Syphiligraphie et dermatologie. (Professeur Milian, Professeur Levaditi). — 3) Affections cardio-vasculaires. (Professeur Laubry). — 4) Maladies du sang. — 5) Médecine générale, conférences libres. — 6) Médecine sociale (Docteur Hazemann, Docteur Cavaillon, Docteur Oberlin).

Nations représentées : France, Italie, U. S. A., Hollande, U. R. S. S., Belgique, Tchécoslovaquie, Yougoslavie, Pologne, Danemark, Suède, Angleterre, Suisse, Autriche, Espagne, Turquie, Hongrie, Grèce, Canada, etc...

Commémoration : Durant le Congrès aura lieu une commémoration internationale, en l'honneur de Laveran, Manson, Ross, Marchiafava, Golgi, Grassi, illustres savants, aujourd'hui disparus, qui ont contribué par leurs recherches et leurs travaux à la solution du problème d'une lutte efficace contre le *paludisme*.

Cette commémoration sera radiodiffusée simultanément, avec relais internationaux. Conférenciers : Professeur Brumpt (Paris), Docteur Sergent (Alger), Docteur Manson Bahr (Londres), Professeur Alessandrini (Rome), Mme Gelli.

Deux concerts seront dirigés par le célèbre compositeur Franz Lehar, à Alger.

Excursions : Durant le Congrès, trois jours ont été fixés pour les excursions en Algérie. Après clôture du Congrès, des excursions au Maroc et en Tunisie (facultativement) sont également envisagées.

Participation des étudiants au Congrès : pour faciliter aux étudiants la participation au VIIIe Congrès international de haute culture médicale, il a été décidé que tout étudiant inscrit à une Faculté de médecine serait exempt de droit d'inscription au Congrès.

Réductions : presque tous les chemins de fer européens ont accordé des facilités aux congressistes : réduction de 40 % sur les chemins de fer français et réduction de 30 % pour tous les parcours de bateaux.

N. B. — Afin que MM. les participants puissent jouir des facilités et des réductions qui leur sont accordées (logement, chemins de fer, compagnies de navigation, etc.), les inscriptions doivent se faire au moins un mois avant l'ouverture du Congrès.

L.-W. Tomarkin, institut Alfred Fournier, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (XIVe). Téléphone : Glacière 06-65.

— **Faculté de médecine de Bordeaux.** — *Prix de médecine coloniale et d'études exotiques.* — Les travaux remis avant le 15 juillet 1937 seront seuls examinés pour les prix de cette année. Ceux qui seront déposés après cette date ne pourront être présentés que pour les prix de 1938.

— *Prix Le Dantec de médecine tropicale.* — Ce prix, de 1.500 francs, sera décerné tous les ans à l'étudiant en médecine pourvu du certificat d'aptitude ou au docteur en médecine pourvu du diplôme de médecin colonial de l'Université de Bordeaux qui aura écrit le meilleur travail sur un sujet de médecine tropicale.

Les travaux adressés avant le 31 décembre de l'année du concours seront seuls retenus.

— **Journées internationales de la Santé publique** (1er au 10 juillet 1937). — Dix sections ; 1. Journées de la maternité et de l'enfance ; 2. Journées de la médecine scolaire organisées par la Société des médecins inspecteurs des écoles ; 3. Journées d'hygiène, de médecine et de pharmacie militaires, organisées par le Service de santé de l'Armée ; 4. Journées de la Marine militaire, par le Service de santé de la Marine ; 5. Journées médicales coloniales, par le Service de santé des Colonies ; 6. Journées de la Marine marchande ; 7. Journées médico-sociales, organisées par la Confédération des Syndicats médicaux français ; 8. Journées d'hygiène dentaire, par la Confédération nationale des Syndicats dentaires ; 9. Journées d'hygiène urbaine, rurale et sociale ; 10. Journées de l'Aviation sanitaire. — Ces Journées étudieront, chacune chez elle, les questions de médecine et d'hygiène les concernant plus spécialement, et en séance plénière (toutes sections réunies), les cinq questions à l'ordre du jour : 1. Le vêtement ; 2. l'alimentation ; 3. L'habitation ; 4. Les transports ; 5. L'éducation physique, les jeux, les sports et tout ce « qui assure l'équilibre physique et moral et apporte la meilleure contribution à cette évolution harmonieuse du corps et de l'esprit », et les maladies qui, dans ce domaine, résultent de l'inobservation des lois de l'hygiène.

Tous ces travaux seront condensés et la synthèse en sera faite par les Etats généraux de la Santé publique qui clôtureront ces Journées.

Le Comité d'organisation a comme président le Professeur Tanon, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, et comme secrétaire général, le Docteur Georges Boyé, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Renseignements et inscriptions au Secrétariat général : 2, rue Chauchat, Paris. Provence 76-74, 76-75.

Congressistes : 100 francs ; familles de congressistes, étudiants, personnel des Œuvres médico-sociales : 50 francs (chèques, mandats, chèques postaux au nom du Docteur Planson, trésorier, 164, rue de Courcelles, Paris. Compte chèques postaux, Paris 1781-39).

— **En Tchécoslovaquie.** — La Tchécoslovaquie, qui interdisait l'avortement, semble vouloir se montrer plus tolérante. Le nouveau Code pénal, qui est à l'étude, se propose d'exempter de toute peine le médecin qui fait un avortement, sous réserve du consentement de la femme. Il faudra cependant certaines conditions : éviter un danger imminent à la mère ; éviter la naissance d'un enfant qui est le fruit de la débauche ou dont on présume qu'il naîtra porteur de lésions physiques ou mentales ; femme, unique soutien de trois enfants, ou si, ayant déjà des enfants vivants, la présence d'un autre risque de rendre la situation de la famille précaire. (*Bruxelles-Médical.*)

Le Gérant : R. Thiron

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

Mais cette législation ne peut être invoquée que par les personnes liées avec les collectivités publiques par un contrat de louage de services ordinaire ; par contre, son application doit être écartée, toutes les fois où l'on se trouve en présence d'un accidenté ayant la qualité de fonctionnaire, c'est-à-dire affilié au régime des pensions civiles. Ce dernier relève, en effet, alors, d'un régime d'indemnisation spécial tout à fait différent de celui prévu par la loi de 1898 : il reçoit généralement un salaire entier pendant une certaine durée et a droit à une pension liquidée par anticipation au cas où il serait atteint d'une incapacité permanente lui interdisant la reprise du travail. Généralement, aussi, l'Administration ne prend pas à sa charge les frais médicaux ou pharmaceutiques occasionnés par l'accident ; leur remboursement à l'accidenté ne constitue, en tout cas, pas un droit, mais une simple faculté laissée à l'initiative de l'Administration qui l'emploie.

Si, en l'espèce, le chef-cantonnier que vous avez soigné est un fonctionnaire, la réponse qui vous a été faite par l'Administration des Ponts et Chaussées est donc juridiquement fondée et vous devrez vous faire payer vos honoraires par l'intéressé lui-même dans les termes du droit commun.

11.439. — Accident survenu à un bûcheron

Un bûcheron, au cours de son travail dans une forêt pour le compte de sa commune, est surpris par un violent orage et il s'abrite sous un chêne. Mais la foudre s'abat sur cet arbre, et sur le bûcheron qui est atteint de brûlures superficielles étendues, de contusions, de paralysie et de congestion pulmonaire.

La commune dégage sa responsabilité, car elle assure ses ouvriers à une Compagnie d'assurances. Celle-ci prétend qu'il s'agit dans le cas particulier d'un accident fortuit et non pas d'un accident de travail et refuse par conséquent de payer l'indemnité au blessé et les soins médicaux et pharmaceutiques.

Le Juge de paix du canton admet la thèse soutenue par la Compagnie d'assurances.

Le blessé est heureusement guéri, mais il est insolvable.

Puis-je poursuivre le règlement de mes honoraires et comment ?

D^r^ T.

Réponse

La tendance actuelle de la jurisprudence est de considérer de plus en plus comme accidents du travail, tous les accidents survenus par le fait ou à l'occasion du travail quand bien même ils sont dus à l'action des forces de la nature.

La décision rendue par le Juge de paix n'est donc pas à l'abri de toutes critiques du point de vue doctrinal

Mais, cette décision, si, comme nous le pensons, elle est actuellement définitive, s'impose d'une façon absolue et incombe aussi bien à vous-même médecin traitant qu'au blessé.

Il ne faut pas oublier, en effet, qu'en matière d'accidents du travail, l'action du médecin traitant contre le patron responsable constitue un simple démembrement de l'action du blessé lui-même.

Par conséquent, il vous est impossible d'exiger du patron ou de son Assurance, le paiement de vos honoraires et si, de son côté, le blessé est personnellement insolvable, vous devrez malheureusement vous résigner à les perdre.

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

110. — Infiltrations anesthésiques péri-articulaires de Leriche

Je pratique très souvent pour les entorses, pour les lumbagos traumatiques des injections péri-articulaires de cocaïne suivant la méthode de Leriche. Pourriez-vous me dire quel tarif je dois compter pour les accidents du travail, cette intervention n'étant pas portée sur le Tarif ? D[r] C.

Réponse

Les « infiltrations anesthésiques péri-articulaires » ont fait déjà l'objet d'une réponse détaillée dans le *Concours* du 24 juin 1936, après enquête faite auprès de chirurgiens en vue de propositions à faire *à l'amiable* puisqu'il n'y a rien dans le Tarif actuel sur cette méthode de Leriche. Il a été ainsi proposé pour une série de ces infiltrations le prix de 60 francs. S'il n'y eut qu'une ou deux piqûres, ce prix serait exagéré et devrait être minoré de moitié.

D[r] F. Decourt.

199. — Accouchement en matière d'assurances sociales ou d'Assistance médicale gratuite

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir me donner le renseignement suivant, question tarif assurances sociales à appliquer :

La sage-femme me demande au cours d'un accouchement difficile d'un siège décomplété mode des fesses chez une primipare.

J'ai : 1° abaissé un pied et extrait le siège ; 2° extrait la tête dernière par forceps.

3° Pratiqué la délivrance.

Je ne trouve dans la nomenclature que les tarifs pour grossesse normale y compris les visites subséquentes, et pour grossesse gémellaire.

Quels tarifs P. C. appliquer pour ce que j'ai fait ?
Quel tarif à appliquer par la sage-femme pour sa nuit passée et sa journée et les soins consécutifs à l'accouchement ?

Dans le cas où l'assurée sociale serait à l'Assistance gratuite, en même temps, les tarifs que vous allez me donner restent-ils valables ?

Dans ce dernier cas l'assurée sociale doit-elle me régler d'abord comme si elle était assurée sociale simple ?

Dr R.

Réponse

1° Il s'agit ici d'un acte médical non inscrit dans la Nomenclature (donc d'ordre national), mais dans le Tarif syndical minimum (donc d'ordre régional) et au sujet duquel, par suite, je ne puis vous donner de chiffre-clé, ni de prix.

Vous avez fait, en somme, un forceps, ou une version, à votre choix puisque les deux peuvent être considérés, en l'espèce. (Vous dites n'avoir trouvé que grossesse normale dans « Nomenclature », je ne sais où vous avez pu le trouver, pour la raison donnée ci-dessus).

2° Demandez le Tarif syndical de votre région (si vous ne l'avez pas déjà) au secrétaire de votre Syndicat. Si vous l'avez, demandez quel est le prix syndical d'un forceps ou d'une version, prix qui a dû être communiqué aux Caisses dans le contrat Syndicat-Caisse.

3° En cas d'Assistance médicale gratuite, c'est le Tarif départemental d'Assistance médicale gratuite qui est en jeu. Là encore question régionale où vous serez renseigné par le secrétaire de votre Syndicat ou la Préfecture.

4° Mêmes observations en ce qui concerne la sage-femme qui, elle, aura à réclamer le prix d'un accouchement normal qui, seul, est de son ressort.

Dr F. Decourt.

FISCALITÉ

308. — Déduction des frais de réparations d'une pièce professionnelle

Je suis propriétaire de ma maison. Le plafond du local qui me sert exclusivement et uniquement de salle d'attente menaçant effondrement par suite de vétusté, j'ai dû faire refaire le poutrage, le plâtre, etc... Bien entendu, j'ai dû faire retapisser les murs. La note payée se monte à 3,500 francs environ.

Sur quoi dois-je déduire cette dépense dans ma déclaration d'impôts ?

Dr F.

Réponse

Vous pouvez compter dans vos frais professionnels à la rubrique « réparations », la somme

de 3.500 francs, puisque cette dépense concerne uniquement une pièce à usage professionnel ; mais, il faudra que cette somme soit justifiée par une facture au cas où vous auriez une contestation avec votre Contrôleur.

A. MARTINOT
Conseil fiscal

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

217. — Proposition pour le grade de médecin-capitaine

Abonné au *Concours* depuis plusieurs années, je me permets d'user de votre obligeance pour obtenir un renseignement touchant ma situation militaire.

Selon les termes de la note de la Direction du Service de santé, je m'attendais à figurer sur le tableau d'avancement de 1936 pour le grade de médecin-capitaine, puisque je réunissais toutes les conditions requises.

Or, à ma grande surprise, je n'y figure pas encore. Comment dois-je interpréter cette carence ?

Je comptais être nommé automatiquement d'après le sens nettement affirmatif de la note.

Que dois-je faire ?

Est-ce un oubli volontaire ou involontaire et puis-je réclamer à la Direction ?

Etant de la classe 1909, il me semble qu'on me fait bien attendre mon bâton de maréchal ; car, bientôt je serai dégagé de toutes obligations militaires.

A cette allure, je ne suis pas prêt d'avoir le ruban rouge !... Est-ce que la Croix de guerre avec une citation à l'Ordre de la division et une blessure suffisent pour prétendre à la Légion d'honneur ? Je n'ose l'espérer... Dr X.

Réponse

Ainsi que vous l'a écrit votre Directeur en 1935, il ne peut que vous proposer au Ministre, qui seul décide de l'inscription au tableau d'avancement. Le Directeur, dès que vous remplissez les conditions voulues, est obligé de vous proposer chaque année en vous donnant un rang de préférence parmi les candidats de sa Région. Mais au ministère intervient un concours général entre les candidats de toutes les régions, d'où un classement général qui aboutit à l'inscription au tableau d'avancement. Il est d'ailleurs exceptionnel qu'il ne faille pas attendre plusieurs années avant d'être inscrit (sauf titres exceptionnels), à partir du moment où l'on est proposé par la Direction. Certes, votre citation et votre blessure vous aideront à triompher plus tôt que d'autres confrères, qui n'ont pas ces titres. Ces avantages vous permettront également d'être proposé pour la Légion d'honneur, un an peut-être avant d'avoir atteint les trente annuités réglementaires.

ASSURANCES SOCIALES

192. — Assujettissement aux Assurances sociales d'une employée professionnelle.

Je suis membre du Sou Médical et abonné au *Concours Médical* depuis vingt-neuf ans, et je viens vous demander quelles sont exactement les obligations que les dernières lois sociales me font vis-à-vis d'une employée, que j'ai à mon service.

Cette femme vient chez moi chaque jour de 14 heures à 19 heures sauf les dimanches et jours de fêtes, pour ouvrir la porte, recevoir les clients, répondre au téléphone et nettoyer les instruments ; elle est payée à la journée, à raison de 12 francs par jour (non nourrie).

Dr C.

Réponse

Puisque l'employée en question a un caractère exclusivement professionnel, elle ne doit pas être considérée, au point de vue Assurances sociales, comme rentrant dans la catégorie des domestiques et gens de maison. Vous devez, au contraire, payer pour elle une double cotisation patronale et ouvrière calculée sur le montant réel de son salaire, au taux de 7 % pour l'année 1936 et de 8 % pour l'année 1937, à partir du 1er janvier 1937. Vous ne seriez exonéré de toute obligation à cet égard que si le salaire réel de cette employée était inférieur à 1.000 francs par an.

D'autre part, vous êtes assujetti, en ce qui la concerne, aux obligations résultant de la loi du 11 mars 1932 sur les allocations familiales. Vous devez, par conséquent, vous affilier pour elle à une Caisse de compensation et payer, sur son salaire annuel, une cotisation dont le taux varie suivant la Caisse intéressée et se monte généralement à 2 ou 3 pour cent de ce salaire. Dans la région parisienne, il y a lieu de vous adresser à la Caisse d'allocations familiales des professions médicales de Paris et de la Seine, 42, rue Lamartine, à Paris (IXe).

D'un autre côté, vous êtes assujetti à la loi du 20 juin 1936 en vertu de laquelle tout employé occupé dans une profession industrielle commerciale ou libérale, a droit, après un an de service continu dans l'établissement, à un congé annuel, continu, payé, d'une durée minimum de quinze jours, comportant au moins douze jours ouvrables. Ce congé est toutefois réduit à huit jours au cas où la période de service continu serait comprise entre six mois et un an.

Enfin, vous seriez naturellement responsable, dans les termes de la législation sur le risque professionnel, au cas où votre employée serait victime d'un accident au temps et au lieu du travail.

---

76. — Droit aux prestations de l'assurance-maternité

Le 21 octobre passé j'ai accouché avec une triple intervention — forceps, décollement du placenta, suture du périnée — une femme dont le mari verse régulièrement seulement depuis le 1er janvier de cette année aux Assurances sociales. Il s'agissait d'un bassin généralement rétréci et un accouchement normal ne pouvait se faire. D'ailleurs un confrère consulté au cinquième mois avait conseillé une délivrance artificielle au huitième mois, ce que l'intéressée n'a pas voulu accepter.

La Caisse des Assurance sociales a remboursé seulement les visites et les actes médicaux après l'accouchement, ainsi que les frais pharmaceutiques. Pour les interventions de l'accouchement même elle prétend que les frais incombaient à l'assurance-maternité à laquelle l'assuré n'a pas droit par suite d' « insuffisance de versements ».

Est-ce que dans ce cas — accouchement matériellement impossible à la suite d'un état maladif antérieurement constaté — ce n'est pas plutôt l'assurance-maladie qui devrait entrer en jeu que l'assurance-maternité ? L'assuré peut-il avoir des chances d'être remboursé en invoquant cet argument?

Dr S.

Réponse

Il est exact qu'en vertu de l'art. 9 du décret-loi du 28 octobre 1935 instituant le nouveau régime des Assurances sociales, pour avoir droit ou ouvrir droit aux prestations de l'assurance-maternité, l'assurée ou le conjoint de la bénéficiaire doit avoir subi, sur son salaire, une retenue d'au moins 50 francs au cours des quatre trimestres civils précédant celui de l'accouchement, dont 15 francs au moins durant le premier trimestre. En l'espèce, la période de référence à considérer comprend donc le quatrième trimestre de 1935 et les quatre premiers trimestres de 1936. Par suite, si le mari de votre malade n'a pas versé de cotisations en 1935, il ne remplit pas les conditions légales de versement pour l'assurance-maternité. Il remplit, par contre, les conditions prescrites par l'art. 7, § 3 pour l'assurance-maladie puisqu'il a subi une retenue d'au moins 30 francs durant les deux derniers trimestres civils précédant la maladie.

Pour savoir si le refus opposé, en l'espèce, par la Caisse des Assurances sociales est juridiquement fondé, il importe donc de rechercher si l'accouchement en question tombe sous le coup de l'assurance-maternité ou sous le coup de l'assurance-maladie. Il est, en effet, prévu par l'art. 19, § 3 du décret-loi précité qu'en cas de grossesse ou de suites de couches pathologiques, l'intéressée passe sous le régime de l'assurance-maladie à partir de la constatation de l'état morbide. Y a-t-il donc en l'espèce, grossesse ou suites de couches pathologiques ? Il s'agit là évidemment

d'une question de fait que nous sommes mal placés pour apprécier, votre lettre ne nous donnant pas suffisamment de précisions à cet égard. Toutefois, d'après vos indications il semble que les difficultés que vous avez rencontrées lors de cet accouchement ne proviennent pas d'un état pathologique, mais bien plutôt de la constitution physique de la malade. Il s'agirait donc, en l'espèce, bien plus d'un accouchement dystocique que d'un accouchement pathologique. Or, l'accouchement dystocique rentre dans le cadre de l'assurance-maternité puisqu'il est formellement prévu par l'art. 9, § 1er. Il s'ensuivrait que la Caisse aurait donc raison en opposant son refus à la malade.

Un doute pourrait, toutefois, survenir puisque vous nous indiquez que le décès est survenu quatre semaines après l'accouchement, par suite d'une embolie pulmonaire. Cette embolie a-t-elle eu un rapport avec l'état de la malade après l'accouchement ? Y a-t-il eu suites de couches morbides ? C'est évidemment une question délicate qui ressort, au premier chef, de la compétence de la Commission technique prévue par l'art. 18, § 3 du décret-loi et composée du médecin traitant, du médecin contrôleur et d'un troisième médecin choisi par le Président du Tribunal civil.

En conclusion, il y aurait lieu de conseiller à l'assurée de saisir du litige cette Commission, par lettre recommandée, adressée conformément à l'arrêté ministériel du 4 juillet 1936, au Greffier du Juge de paix de son domicile ; cette lettre devra être accompagnée d'un certificat du médecin traitant indiquant la nature de l'affection en vue de permettre au Président du Tribunal de désigner, à titre de troisième médecin, un praticien qualifié. Les décisions de cette Commission portent uniquement sur le point de vue médical et scientifique ; elles sont dénuées de toute voie de recours. Si la partie perdante refuse d'en faire état, l'autre partie doit alors saisir du litige, la Commission d'arrondissement qui seule peut rendre une sentence ayant force exécutoire. L'affaire est portée devant la Commission d'arrondissement par lettre recommandée, adressée à son Président, au Greffe du Tribunal civil, dans les dix jours de la réception de la décision de refus, à peine de forclusion.

11.478. — Droit aux prestations de l'Assurance-maladie

J'ai recours encore une fois à vos conseils éclairés. J'ai une petite malade assurée sociale. Il faut des soins très longs — sana, pneumo, etc. — on lui a refusé les

prestations des Assurances sociales avec le prétexte de versements insuffisants ; on relève : IVe trimestre 1935, 33 fr. 50 ; Ier trimestre 1936, 22 fr. 80 ; IIe trimestre 1936, 23 fr. 60 ; IIIe trimestre 1936, 29 fr. 70.

Je croyais que cette malade avait droit en lisant les décrets-lois du 31 octobre 1935, titre II, art. 7, deuxième alinéa parus dans le *Concours Médical* de janvier 1936.

Voudriez-vous me confirmer ou m'infirmer mon interprétation de la loi ?

Dans le cas où la malade aurait droit aux prestations et que la Caisse refuse, quel recours aurait cette assurée ?

Dr B.

Réponse

En vertu de l'art. 7, § 1er du décret-loi du 28 octobre 1935, instituant le nouveau régime des Assurances sociales, pour avoir droit ou ouvrir droit aux prestations en nature et en espèces de l'assurance, l'assuré doit avoir subi, par précompte, sur son salaire, une retenue au moins égale à 30 francs pendant les deux derniers trimestres civils précédant celui de la maladie ou de l'accident, ou, s'il ne remplit pas ces conditions, avoir subi une retenue de 50 francs pendant les quatre trimestres civils précédents.

Si, en l'espèce, la première constatation médicale de la maladie de votre cliente a eu lieu au cours du quatrième trimestre 1936, les périodes de référence à considérer pour déterminer les droits de l'intéressée à l'égard de sa Caisse sont, soit le troisième et le deuxième trimestres 1936, soit le dernier trimestre 1935, les premiers, deuxième et troisième trimestres 1936. Au cours de la première période, les conditions prévues par l'art. 7 ont bien été remplies puisque la retenue totale s'élève à 53 fr. 30 ; ces mêmes conditions sont également réunies pendant la deuxième période. Nous ne voyons donc pas pour quelles raisons la Caisse refuserait de verser ses prestations-maladie à votre cliente ; mais, pour que nous puissions vous fixer avec plus de précision à cet égard, il serait nécessaire que vous nous indiquiez les motifs exacts qui ont été invoqués à son encontre.

En tout cas, il y aurait lieu de conseiller, d'ores et déjà, à votre cliente de poursuivre sa Caisse devant la Commission d'arrondissement de son siège, par lettre recommandée adressée au Président de ladite Commission, au greffe du Tribunal civil, car cette action doit être engagée dans un délai extrêmement court : dix jours à compter de la réception de la décision de refus, à peine de forclusion.

Cinquante-neuvième année — N° 7 — 14 Février 1937

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	60 fr.	Belgique et Luxembourg...	70 fr.
Etudiants	35 fr.	Première Zone	85 fr.
Le Numéro..........	1.25	Deuxième Zone	110 fr.

Abonnés du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos abonnés qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Adda, Dana, Picard.
Amélie-les-Bains : Alardo, J. Boulx.
Arcachon : Jean-Doche.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Bandol : Charmot et Rozet, (*Mais. cur. hélio-mar.*), Marçon.
Beaulieu-sur-Mer : Bertier, Ricoux.
Beausoleil : Andoly.
Biarritz : Clavel Pierre, Lacour.
Biskra (Sud-Algérien) : Chatenier (*ophtalm.*).
Cambo-les-Bains : A. Camino, Chatard, Colbert, Trotot.
Cannes : Bourgeois-Gavardin, P.-E. Bousquet, Fournier, P. Houssiaux, Joublot, P. Roques (*Y. O. R. L.*), Makereël, Monod, R. Stauder.
Cap-d'Ail : Lyons.
Carnac-plage : E. St-Martin.
Cassis-sur-Mer : Agostini.
Chamonix : de Chabanolle.
Ciboure : P. Sousbielle.
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Brody, Chaumet.
Hyères : Fohanno, Pierruhgues, Valmyre, Verrier.
Jougne : P. Charlin.
Juan-les-Pins-Antibes : Claudel (*chir.*).
La Seyne : Grandjean, J.-M. Jaubert, Makereël.
Magagnose-de-Grasse : Gordon.
Mégève (Hte-Sav.) : M. Grenet, Jacqueline Grenet.
Menton : Camaret, P. de Lengenhagen, Paul Ray.
Monte-Carlo : S. Vivant.
Nice : Bernard, Brouxel (*Chir.*), Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Daniel, Dormoy, Drapier, M. Faure, Gazzola, Gaudichon (*O. R. L.*), Guerry, E. Guérin, G. Henry (*Ray. X*), Kent-Monnet, Larue, Le Geard, (*mal. nerv.*) Lelongt Max, Liotard, Malaussène, (*Pn. art.*), Nafilyan, Nicolas, Phipps (*derm.*), Piettri, Rouvière, Sineau (*acc.*), Trutié de Vaucresson (*chi. acc.*), Vizerie.
Pau : Bajac, Carcy, Cornet.
Rousses (Les) : R. Veisenburger (*Enf.*).
St-Didier : A. Masquin.
St-Gervais-les-Bains : Roux.
Ste-Maxime-sur-Mer : Bausset, Ficonetti.
St-Raphaël - Valescure : Léon Clément, (*clin. chir.*), Marcel Rochette (*stom.*), Théo Roux de Laroque.
Sanary-sur-Mer : P. Gaillard.
Saujon : Dubois.
Toulon : Jamin (*chir.*), Pignet (*urol., derm.*)
Vernet-les-Bains : Ponson.
Villefranche-sur-Mer : Alfonsi-Baud.
Villard-de-Lans : Bassaget (*Mal. des enf.*), Hérault (*mal. enf.*), Suau (*Mal. enf.*)

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Nº 38. — Dr reçoit enfants à partir 4 ans anémiés, délicats ou convalesc. Pays très sain, grand air, repos, excell. nourriture, confort, soins attentifs et dévoués.

Nº 39. — Poste tenu dep. 11 ans, rapp. import. dont moitié fixes plus logem. et avantages divers à échanger contre poste médec. contrôleur ou fonctionn. dans ville, minim. 60.000 fixes.

Nº 40. — Demandons visiteurs médicaux Paris-province. Se présenter Lab. Gev, 26, rue Chaptal, Paris (9e).

Nº 41.— Doct. installé Paris (7e), au courant méd. génér., libre demi-journée, cherche occupat. Paris ou banlieue.

Nº 42. — On dem. à acheter les vol. II et III de Théodore Gomperz (traduction Raymont) ayant pour titre « Les penseurs de la Grèce » de chez Alcan, 1908.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet BREITEL & GORET,

1, rue Dante, Paris (5e), Tél. : Odéon 36-46

Paris. — Quartier central, ancienne client. d'un gros rapp. Présentat. sérieuse. Bel appart. 5 p. Prix à déb.

Proximité de Paris. Pro-pharmac. Pays riche. Cession urgente : 20.000 francs.

Région lyonnaise. Bon poste dans petite ville. Maison très confort. Petite indemnité. Très pressé.

Envoi de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.** — *Election.* — M. le Professeur Pierre Mauriac, de Bordeaux et M. d'Œlsnitz, de Nice, sont élus correspondants nationaux dans la première division (*médecine*).

— **Bal de la médecine française.** — La veille de la Mi-Carême, le mercredi 3 mars 1937, dans les salons du Centre Marcelin-Berthelot, 28 *bis*, rue Saint-Dominique, Paris (VIe), avec la présence effective de M. Albert Lebrun, président de la République, sera donné le XIe Bal de la Médecine française au bénéfice des veuves et orphelins de médecins.

A 22 heures 15, spectacle. Au programme, présentation de trois films de Jean Painlevé. Suites de danses par Mia Slavenska, danseuse étoile de l'Opéra de Zagreb, pour la seconde fois en représentation à Paris, et Serge Peretti, de l'Opéra. Le guitariste réputé : Raphaël Medina.

A minuit, souper dansant, par petites tables, servi par des jeunes filles du Monde Médical, sous la direction de Mme Henri Labbé et du Docteur Edouard de Pomiane.

De 22 heures à l'aube, soirée dansante animée par Madame Gabaroche, Fernand Bouillon et son jazz.

Cotillon. Petits soupers à la carte. La chiromancienne Blanche Orion. Attractions nombreuses. Orchestres. Tournoi de bridge. Nombreux prix.

Prix des cartes : Spectacle et bal : 60 francs. Etudiants : 35 francs. Bal seul : 40 francs. Etudiants: 25 francs. Souper dansant : 70 francs. (S'inscrire à l'avance : nombre de places strictement limité).

Pour tous renseignements, s'adresser : Société F. E. M., 60, boulevard de la Tour-Maubourg, Paris (VIIe). Téléph. : Inv. 55.90 (samedi après-midi excepté). Les personnes qui s'intéressent à cette grande fête de bienfaisance et ne peuvent y assister sont priées d'adresser leur obole au compte chèque postal n° 146.688, Paris.

— **Institut Pasteur.** — *Bourses de la Fondation Roux.* — La Fondation Roux offre, cette année, pour contribuer au recrutement de l'Institut Pasteur, dix bourses de 15.000 francs qui seront attribuées, par une Commission spéciale, à des jeunes gens en fin d'études désireux de se consacrer à la recherche appliquée aux sciences pastoriennes.

Ces bourses partent du 1er novembre 1937. Elles sont données pour un an, mais, après avis du Conseil scientifique, elles peuvent être renouvelées deux fois et, suivant la valeur des travaux produits, être portées à 18.000 francs la deuxième année, à 20.000 francs la troisième.

Les demandes doivent être adressées à l'Administrateur de la Fondation Roux, 205, rue de Vaugirard, avant le 1er mai 1937.

— **Faculté de médecine de Nancy.** — *Clinicat.* — Sont nommés chefs de clinique à la Faculté de Nancy : clinique phtisiologique, Mlle Binet ; clinique des maladies contagieuses, M. Helluy ; clinique ophtalmologique, M. Charles Thomas.

— **Faculté de médecine de Marseille.** — *Clinicat.* — Ont été nommés chefs de clinique :

Clinique médicale infantile : chef de clinique, M. Legrand ; adjoint : M. Capus.

Clinique dermatologique : chef de clinique, M. J. Dusan ; adjoints : MM. J. Bourret et Lombard.

Clinique médicale (Professeur Olmer) : chef de clinique, M. Audier ; adjoint : M. Jouve.

Clinique de pathologie exotique : chef de clinique, M. Sardou ; adjoint : M. Flori.

— **The Lady Tata Memorial Trust.** *Fondation « Lady Tata ». — Bourses pour faciliter les recherches sur les maladies du sang.* — Les administrateurs de la Fondation « Lady Tata », font appel aux candidats désireux d'obtenir des allocations ou des bourses en vue de faciliter leurs recherches sur les maladies du sang et plus particulièrement la leucémie, pendant l'année académique commençant le 1er octobre 1937. Les allocations, d'un montant variable, sont octroyées pour couvrir des frais de recherches

ou pour procurer à des chercheurs âgés l'aide scientifique d'assistants plus jeunes. Les bourses, allouées sous forme de rénumération personnelle, sont ordinairement de £ : 400. (quatre cents livres sterling) par an, pour l'exclusivité des heures de travail, mais dans certains cas, et sous réserve d'approbation, elles peuvent être proportionnées aux heures consacrées aux recherches. Allocations et bourses sont accessibles aux chercheurs de toute nationalité.

Prière d'adresser les demandes avant le 31 mars 1937, la décision des administrateurs devant intervenir en juin.

Pour tous renseignements, écrire à M. Georges Maitre, 9, rue Buffault, Paris (IXe).

— **Séance solennelle de la Société d'hydrologie.** — La séance solennelle de la Société **d'hydrologie** et de Climatologie médicales de Paris aura lieu lundi 1er mars 1937, à 14 heures précises, au Siège des réunions ordinaires de la Société, 12, rue de Seine.

La première partie de la séance, consacrée à la climatologie, sera présidée par M. le Prof. C. Jeannin.

Le Docteur Cattier (Paris) exposera le sujet suivant : « L'Ovaire et le climat hélio-marin aux quatre phases de la puberté, de la maturité, de la fécondité et de la ménopause ».

La deuxième partie commencera à 16 heures sous la présidence de M. le Prof. Noël Fiessinger. Le sujet traité sera : « La Cholestérolémie », et comprendra des rappports de MM. le Prof. agrégé Guy Laroche et Docteur Grigaut ; les Docteurs Léon Tixier, Stanislas de Sèze et Marcel Eck ; les Docteurs E. Binet (Vichy), R. Boucomont (Royat), A. Debidour (Mont-Dore), J. Schneider (Vittel), J. J. Serane (Saint-Nectaire).

Les médecins étrangers à la Société désirant recevoir les rapports et prendre part aux discussions sont priés de s'adresser au Docteur J. J. Serane, secrétaire général de la Société d'hydrologie, 40, rue Jasmin, Paris (XVIe).

— **Section médicale du Comité France-Italie.** — Le 28 janvier 1937 s'est tenue chez son président, le Professeur B. Cunéo, la réunion bi-annuelle de la section médicale du Comité France-Italie.

Parmi les membres présents se trouvaient les Professeurs Lereboullet, Salimbeni, Sergent ; les Docteurs Biancani, Dartigues, Desfosses, Huber, F. Le Sourd, Martiny, Noir, Trèves.

Le secrétaire général rendit compte du voyage à Vichy en septembre dernier d'éminents médecins italiens sous la conduite du Professeur Valenti. Il rappela la magnifique réception qui leur fut faite par notre grande station thermale.

Il donna ensuite un compte rendu du Congrès de la Presse Médicale Latine de Venise en septembre. A ce Congrès, la section médicale avait été représentée par de nombreux membres ; entre autres, le Professeur Loeper, vice-président de la section médicale du Comité France-Italie.

Le Professeur Emile Sergent rendit compte de la conférence faite dans son service par le Docteur Frascatti en novembre dernier.

Le secrétaire général rappela que l'article du *Nuova Italia* paru à la fin de l'année sur la politique sanitaire italienne avait été confié à la section médicale du Comité France-Italie.

Devant l'efficacité des initiatives médicales franco-italiennes, le bureau décida d'intensifier la propagande auprès des médecins pour les faire adhérer plus nombreux encore à Paris à la section médicale du Comité France-Italie et en province aux comités régionaux.

Un voyage d'études fut décidé pour la deuxième semaine de Pâques avec visites des œuvres médico-sociales italiennes marquées par un séjour à Milan, Bologne et Rome.

La section médicale du Comité France-Italie décida enfin la création pour les médecins français désirant apprendre l'italien d'un cours en douze leçons. Le premier a commencé le 9 février chez le Professeur Fiorentino, 16, avenue Hoche. (S'adresser : 10 rue Alfred-Roll).

Secrétaire général de la Section médicale du Comité France-Italie : Docteur M. Martiny, 10, rue Alfred-Roll, Paris (XVIIe).

— **IVe Congrès national des médecins amis des vins de France.** — Les médecins Amis des Vins de France tiendront leur IVe Congrès National du 19 au 26 mars 1937, à Alger, sous la présidence de M. le Professeur Portmann, sénateur de la Gironde.

Ce Congrès est consacré à l'étude du Vin et du Jus de raisin, dans la diététique et le traitement des affections gastro-intestinales. Sont rapporteurs : MM. les Docteurs Weissembach et Faroy, médecins des hôpitaux de Paris.

Des conditions de séjour exceptionnelles sont accordées aux Congressistes. Le programme détaillé comprenant tous les frais (voyage, séjour, excursions) pour la somme forfaitaire de 1.200 francs est envoyé sur demande adressée au Commissariat du Congrès, 57, Cours Georges-Clemenceau, Bordeaux. Téléphone 833.22.

— **Fédération des Syndicats médicaux de la Seine.** — Le *Bureau* du Conseil d'administration de la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine est ainsi composé pour 1937 :

Président : M. Fanton d'Andon ; vice-présidents : MM. Biard et Dournel ; secrétaire général : M. Robert Deguy ; trésorier : M. Bongrand.

— **Syndicat des médecins de la Seine.** — *Bureau* pour 1937 : Président : M. Paul Tissier ; vice-présidents : MM. Boëlle et Bourguignon ; secrétaire général : M. Barlerin ; secrétaires adjoints : MM. Robert Deguy et Max Le Clerc ; trésorier : M. A. Lévy.

— **Réunions médico-chirurgicales de morphologie.** — La prochaine réunion médico-chirurgicale de mor-

phologie aura lieu le mercredi 17 février 1937, à 21 heures, à la Bibliothèque de la Maison de Santé Velpeau, 7, rue de la Chaise, à Paris.

Ordre du jour : 1° Docteur MULLER (Belfort) : L'ectropion de la muqueuse labiale supérieure ; 2° Docteur CLAOUE : Rajeunissement chirurgical du visage. Les données du problème (avec projections) ; 3° Docteur THOORIS : Forme et format (avec projections) ; 4° M. HOFFMANN : Introduction à l'étude de la forme par les profils (avec projections) ; 5° Docteur LANGEARD : Présentation d'ouvrage : « L'intersexualité dans l'art ».

— **Hôpitaux de Toulouse**. — Après concours, le Docteur Maurice ESCAT, ancien chef de clinique O.-R.-L., est nommé oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Toulouse.

— **Société d'hydrologie médicale de Paris**. *Prix Albert-Robin*. — Le prix Albert-Robin, d'une valeur de 25.000 francs, fondé par M. André Robin, en souvenir de son père le Prof. Albert-Robin, ancien président de la Société d'hydrologie, est destiné à récompenser un travail ou un ensemble de travaux d'un auteur français concernant l'hydrologie et la climatologie médicales et paru dans les huit années précédentes.

Ce prix sera décerné pour la première fois à la deuxième séance de décembre 1938.

Les candidats au prix Albert-Robin sont priés d'adresser leurs travaux en double exemplaire avant le 30 juin 1938, au secrétaire général de la Société d'hydrologie, Docteur Sérane, 40, rue Jasmin, Paris (XVIe) et Saint-Nectaire.

— La **Ville de Cannes** se fait un plaisir de rappeler à MM. les Docteurs en médecine et chirurgiens-dentistes, qu'en vertu d'un arrêté municipal en date du 2 juillet 1935, ils sont exonérés de la taxe de séjour ainsi que leur femme, leurs enfants mineurs et une personne préposée à leur garde, ou une garde-malade, à la condition de présenter à l'office municipal du tourisme et propagande, pavillon du tourisme, galeries Fleuries, le jour de leur arrivée, une pièce officielle attestant qu'ils exercent effectivement leur profession et paient patente.

Cette pièce doit être délivrée par la Mairie de la localité où ils sont domiciliés.

A Paris, les mairies délivrent cette attestation sur feuille officielle de 4 francs.

— **Salon des Arts ménagers**. *La visite du Président de la République au Salon des Arts ménagers*. — Le Président de la République s'est rendu au Salon des Arts ménagers, où il fut accueilli par M. Violette, ministre d'Etat, qu'entouraient MM. Chapsal, ancien ministre, président du Comité français des Expositions, Lacroix, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences ; Villey, Préfet de la Seine ; Paul Breton, Commissaire général du Salon des Arts ménagers.

M. Lebrun s'est particulièrement intéressé à l'aspect nouveau des stands et aux ensembles réalisés dans l'Exposition de l'habitation pour la présentation des matériaux et des procédés nouveaux de construction.

Le Président de la République félicita vivement les réalisateurs des efforts syndicaux pour les fleurs, les vins, les fromages, l'aluminium, le sanitaire, le luminaire et l'ameublement.

—**Banquet annuel de la Société médicale des Praticiens.** — Ce fut le 4 février 1937, comme chaque année, une vraie fête de famille, empreinte de la plus franche et de la plus vive cordialité. A l'appel du président de la Société, le sympathique Docteur Rigaux, près de 150 confrères avaient répondu ; l'animateur de la fête, l'aimable docteur André Pecker, plein de gaité et d'entrain communicatif, avait sû cette fois encore trouver le fin restaurant au Nouveau Marignan, avenue des Champs Elysées. Dans un cadre agréable, un menu délicieux fut servi pour le plus grand plaisir de tous les gourmets. Attractions, loterie, rien ne manqua pour charmer les convives jusqu'à une heure avancée. Le *Concours Médical*, fort honoré de la gracieuse invitation qui lui avait été adressée, très touché de toutes les marques de sympathie dont il fut l'objet, adresse ses plus vifs remerciements à la Société médicale des Praticiens.

◆ ◆ ◆

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Par décret du 22 janvier 1937 et par application de la loi du 15 mars 1927, le rang d'ancienneté des médecins sous-lieutenants de réserve ci-après désignés, récemment libérés du service actif, est fixé ainsi qu'il suit et, par décision ministérielle du même jour, ces officiers sont, sauf indications contraires, maintenus dans leur affectation actuelle :

Les médecins sous-lieut. (rang du 23 mars 1931) Baudet, 17e rég. ; Gourcou, 19e C. A., aff. 17e rég. ; (rang du 23 sept. 1931, Laffargue, 19e C. A. ; (rang du 23 mars 1932) Mayer, 7e rég. ; Médan, 14e rég. ; Praliaud, 15e rég. (rang du 23 mars 1933); Alépée, rég. de Paris ; Berthet, rég. de Paris ; Fromaigeat, rég. de Paris ; Faye, rég. de Paris ; Fradin, rég. de Paris ; Gatte, rég. de Paris ; Miroux, rég. de Paris ; Petit, rég. de Paris ; Pierre-François, rég. de Paris ; Roche, rég. de Paris ; Aussannaire, rég. de Paris ; Bens, 1re rég. ; Bisiaux, 1re rég. ; Paumier, 1re rég. ; Roose, 1re rég. ; Mairesse, 2e rég. ; Batteur, 2e rég.

Boissin, 5e rég. ; Jouandon, 5e rég. ; Vallade, 5e rég. ; Body, 6e rég. ; Bounaye, 6e rég. ; Cau, 6e rég. ; Bianay, 6e rég. ; Muller, 7e rég. ; Mangeney, 7e rég. ; Baurrault, 9e rég. ; Soubiran, 9e rég. ; Bimes, 13e rég. ; Dardenne, 13e rég. ; Delattre, 14e rég. ; Gariel, 14e rég. ; Rebuffet, 14e rég. ; Benau, 15e rég. ; Cayla, 15e rég. ; Dumeau, 15e rég. ; Fassio, 15e rég. ; Héran, 15e rég. ; Jany, 15e rég. ; Pointenet, 15e rég. ; Godlewski, 15e rég. ; Guignot, 15e rég. ; Mathieu, 15e rég. ; Armengau, 15e rég.

Gavaudan, 16e rég. ; Lauret, 16e rég. ; Turot, 14e rég. ; Roux, 16e rég. ; Cancès, 17e rég. ; Geunier, 17e rég. ; Ouvrieu, 17e rég. ; Pradel, 17e rég. ; Dugoujon, 18e rég. ; Tantin, 18e rég. ; Cuzacq, 18e rég. ; Légor, 18e rég. ; Poinot, 18e rég. ; Favet, 20e rég. ; Genestoux, 20e rég. ;

Hau, 20e rég. ; Jeandidier, 29e rég. ; Mely, 20e rég. ; Ruch, 20e rég. ; Weber, 20e rég. ; Briquel, 20e rég. ; Legait, 20e rég. ; Villard, 20e rég. ; Weill, 20e rég. ; Labatut, 19e C. A. ; Kehl, 19e C. A. ; Bonnefoi, 19e C. A. aff. rég. de Paris ; Dubois, 19e C. A., aff. 5e rég. ; Servajean, 19e C. A., aff. 13e rég. ; Fanjaux, 19e C. A. ; Wintrebert, 19e C. A., aff. 1re rég. ; Robert d'Eshougues, 19e C. A. ; Sutter, 19e C. A. ; Rocchisani, 19e C. A. ; Dieffenbach, 19e C. A., aff. 20e rég. ; Sauterey, 19e C. A. ; Straebler, tr. de Tunisie, aff. 7e rég. ; Vague, tr. de Tunisie, aff. 15e rég.

Ginestié, des tr. de Tunisie, aff. 16e rég. ; Bentegeat, tr. de Tunisie, aff. 18e rég. ; Desmarquest, tr. du Maroc, aff. rég. de Paris ; Géminel, tr. du Maroc, aff. 6e rég. ; Ginglinger, tr. du Maroc, aff. 7e rég ; Arnal, des tr. du Maroc, aff. 16e rég. Burlé, tr. du Maroc, aff. 20e rég. ; Daverio, tr. du Maroc, aff. 20e rég.

(Rang du 24 mars 1933) Colpaert, 6e région ; Moreau, 20e rég. ; (rang du 25 mars 1933) Murat, rég. de Paris ; Cornetet, 6e rég. ; (rang du 1er avril 1933) Jacquet, 13e rég. ; Pétavy, 13e rég. ; (rang du 2 avril 1933) Le Gall, 9e rég. ; (rang du 3 avril 1933), Fortineau, 15e rég. ; (rang du 4 avril 1933) Lardin, 7e rég. ; Mallet, 9e rég. (rang du 5 avril 1933) Guillaume, 16e rég. ; (rang du 21 avril 1933) Vienne, 7e rég. ; (rang du 22 avril 1933) Viennois, 14e rég. ; (rang du 23 avril 1933) Sacré, 13e rég. ; (rang du 24 avril 1933) Lapierre, 16e rég.

(Rang du 7 mai 1933) Marie-Nelly, rég. de Paris ; (rang du 13 mai 1933), Simart, rég. de Paris ; (rang du 14 mai 1933) Benier, 15e rég. ; (rang du 16 mai 1933) Meynadier, 1re rég. ; (rang du 17 mai 1933) Dehouve, 20e rég. ; (rang du 23 mai 1933) Daubin, 18e rég. ; (rang du 26 mai 1933) Lenseignies, 20e rég. ; (rang du 30 mai 1933) Isabel, 2e rég. ; (rang du 10 juin 1933) Mabin, 4e rég. ; (rang du 16 juin 1933) Langlade, 15e rég. ; (rang du 18 juin 1933) Llouquet, 16e rég., aff. 19e C.A. (rang du 19 juin 1933) Oudin, 6e rég. ; Gazel, rég. de Paris ; (rang du 23 juin 1933) Hurabielle, 18e rég. ; (rang du 28 juin 1933), Pizon, 6e rég. ; (rang du 30 juin 1933) Fargeot, 9e rég. ; Offant, 15e rég. ; (rang du 3 juillet 1933) Glories, 17e rég. ; Schmidt, 20e rég. ; (rang du 4 juillet 1933) Courtillié, rég. de Paris ; (rang du 5 juillet 1933) Kolpenitzki, 20e rég. ; (rang du 8 juillet 1933) Roumiguières, 13e rég. ; (rang du 9 juillet 1933) Gamelin, 6e rég. ; (rang du 11 juillet 1933) Ganne, 7e rég. ; (rang du 29 juillet 1933) Carnin, 1re rég. ; (rang du 31 juillet 1933) Rousset, 18e rég. ; (rang du 23 sept. 1933) Andréot rég. de Paris ; Assailly, rég. de Paris ; Bourier, rég. de Paris.

Dartiguepeyrou, rég. de Paris ; Fay, rég. de Paris ; Gresse, rég. de Paris, aff. 19e C. A. ; Greverie, rég. de Paris ; Gaudoin, rég. de Paris ; Pariente, rég. de Paris ; Combes, rég. de Paris ; Morhange, rég. de Paris ; Duquenoy, 1re rég. ; Hemez, 1re rég. ; Renaux, 1re rég. ; Bastien, 1re rég. : Belbenoit, 1re rég. ; Watel, 1re rég. ; Bédrine, 1re rég. ; Boulant, 2e rég. ; Fruchart, 2e rég. ; Monier, 2e rég. ; Maresselle, 2e rég. ; Monin, 2e rég. ; Rabourdin, 2e rég. ; Béquignon, 5e rég. ; Eurin, 3e rég. Veyres, 3e rég. ; Baudouin, 2e rég. ; Couturier, 4e rég. ; Vaillant, 4e région.

Dumont, 5e rég. ; Parrain, 5e rég. ; Pouget, 5e rég. ; André, 6e rég. ; Bercovici, 6e rég. ; Biron, 6e rég. ; Bertin, 6e rég. ; Guir, 6e rég. ; Guibourg, 6e rég. ; Gilland, 6e rég. ; Le Bart, 6e rég. ; Le Grand, 6e rég. ; Lesauvage, 6e rég. ; Lafont, 6e rég. ; Morel, 6e rég. ; Oriat, 6e rég., aff. 19e C. A. ; Meyer, 7e rég. ; Rutler, 7e rég. ; Roussel, 7e rég. ; Beltramelli, 8e rég. ; Buord, 8e rég. ; Corny, 8e rég. ; Cornaire, 8e rég. ; Coirault, 8e rég. ; Delaunay, 8e rég. ; Poignant, 8e rég. ; Verdier, 8e rég. ; Clus, 9e rég. ; Constant, 9e rég. ; Verdier, 8e rég. ; Clus, 9e rég. ; Constant, 9e rég. ; Marton, 9e rég. ; Daraignez, 9e rég. ; Le Doze, 11e rég. ; Fontanie, 13e rég. ; Ferrié, 13e rég. ; Laurent, 13e région.

Maupeu, 13e rég. ; Miffre, 13e rég. ; Paimblant, 13e

rég. ; Carrière, 14e rég. ; Delignette, 14e région ; Crainge, 14e rég. ; Lang, 14e rég. ; Naouri, 14e rég., aff. 19e C. A. ; Plaisance, 14e rég. ; Ricard, 14e rég. ; Stéphant, 14e rég. ; Turchini, 14e rég., aff. 15e rég. ; Godinot, 14e rég. ; Flattot, 14e rég. ; Bondet, 14e rég. ; Voron, 14e rég. ; Lugand, 14e rég. ; Rocher, 14e rég. ; Abrial, 15e région ; Danel, 15e rég. ; Fangous, 15e rég. ; Ferran, 15e rég. ; Julien, 15e rég. ; Jaujou, 15e rég. ; Lucchini, 15e rég. ; Nebbia, 15e rég. ; Paretti, 15e rég. ; Monfort, 15e rég. ; Fabre, 16e rég. ; Guiraud, 16e rég. ; Malet, 16e rég. ; Talayrach, 16e rég.

Thévenin, 16e rég. ; Valette (Louis), 16e jég. ; Valette (Pierre), 16e rég. ; Biboulet, 17e rég. ; Bouriannes, 17e rég. ; Revellat, 17e rég. ; Corvest, 18e rég. ; Lapeyre, 18e rég. ; Perrier, 18e rég. ; Sznitkiès dit Sénikiès, 18e rég. ; Sègue-Buxerolle, 18e rég. ; Anglade, 20e rég. ; Breitel, 20e rég. ; Cognard, 20e rég. ; Debray, 20e rég. ; Elkaïm, 20e rég. ; ; Lapierre, 20e rég. ; Delzant, 20e rég. ; Nerson, 20e rég. ; Biancardini, 19e C. A. ; Miguères, 19e C. A. ; Clauzel, 19e C. A. ; Galan, 19e C. A. ; Garcia, 19e C. A. ; Laïk, 19e C. A., aff. rég. de Paris ; Drevon, 19e C. A., aff. rég. de Paris ; Cartron, 19e C. A., aff. 9e rég. ; Rostan, 19e C. A., aff. 15e rég. ; Fricou, 19e C. A., aff. 17e rég.

Caron, du 19e C. A., aff. 1re rég. ; Antoine, des tr. de Tunisie ; Hochart, des tr. de Tunisie, aff. rég. de Paris ; Caillon, des tr. de Tunisie, aff. 18e rég. ; Monnier, tr. du Maroc, aff. rég. de Paris ; Grand-Clément, des tr. du Maroc, aff. 14e rég. ; Weill, des tr. du Maroc, aff. 20e rég.

(Rang du 23 mars 1934) Blanchard, 14e rég. ; Michallon, 14e rég. ; Picard, 20e rég. ; Notter, tr. du Maroc, aff. 14e rég. ; (rang du 15 juin 1934) Rauchbach, rég. de Paris ; (rang du 26 juin 1934) Rymor, rég. de Paris ; (rang du 30 juin 1934) Strumza, rég. de Paris ; (rang du 26 juillet 1934) Glaserman, rég. de Paris ; (rang du 21 août 1934) Vitenson, rég. de Paris ; (rang du 23 septembre 1934) Masquin, 14e rég. ; Curtillet, 19e C. A. ; (rang du 17 novembre 1934) Lobel, 20e rég. ; (rang du 13 décembre 1934) Arvay-Bencéa, rég. de Paris ; (rang du 3 janv. 1935) Lipsztejn, des tr. du Maroc, aff. rég. de Paris ; (rang du 26 janvier 1935) Auslander, de la 20e région.

***

Par le même décret sont promus au grade de médecin-lieutenant et maintenus dans leur affectation actuelle :

Les médecins sous-lieut. (rang du 23 sept. 1934) Baudet, Gourdou ; (rang du 23 septembre 1935) Laffargue, Praliaud, Mayer, Médan ; (rang du 23 sept. 1936) Alépée, Berthet, Fromaigeat, Faye, Fradin, Gatte, Miroux, Petit, Pierre-Fraçnois, Roche, Aussenaire, Bens, Bisiaux, Paumier, Roose, Mairesse, Batteur, Boissin, Jouadon, Vallade, Body, Coupaye, Can-Vianay, Muller. Mangenay, Barrault, Soubiran, Dardenne, Delattre, Gariel, Rebuffet, Benau, Cayla, Dumeau, Fassio, Héran, Jany. Pointenet, Godlewski, Gugnot, Mathieu, Armengau, Gavaudan, Lauret, Turot Roux, Cancès, Guenier, Ouvrieu, Pradel, Dugoujon, Tantin, Cuzacq, Léger, Poinot, Favet, Genestoux, Hau, Jeandidier, Mely, Ruch, Weber, Briquel, Logeait, Villard, Weill, Labatut, Kehl, Bonnefoi, Dubois, Servajean, Fanjaux, Wintrebert, Robert d'Eshougues, Sutter, Roochisani, Dieffenbach, Sauterey, Staebler, Vague, Ginestié, Bentegeat, Desmarquest, Géminel, Ganglinger, Arnal, Burle, Daverio.

(Rang du 24 sept. 1936) Colpaert, Moreau ; (rang du 25 sept. 1936) Murat, Cornetet ; (rang du 1er octobre 1936) Jacquet, Pétavy ; (rang du 2 octobre 1936) Le Gall ; (rang du 3 octobre 1936) Fortineau ; (rang du 4 octobre 1936) Lardin, Mallet ; (rang du 5 oct. 1936) Guillaume.

Voir la suite page LV-513

PROPOS DU JOUR

PRÉVOYANCE, ASSISTANCE ET BIENFAISANCE MÉDICALES

La nouvelle Association des familles nombreuses médicales. Un projet de Maison de retraite des veuves de médecins. — Nécessité d'établir des relations constantes entre nos diverses œuvres par la création d'un Office central des œuvres médicales

Il vient de se fonder sous le nom de MÉDECINE ET FAMILLE, une Association des familles-nombreuses médicales, groupement d'Etudes et d'Action pour la famille et la natalité, ouvert à tous les médecins de France et d'Outre-Mer, quelque soit leur situation de famille. Le siège social est à Paris 84, rue de Lille (VII[e]). Nous ne pouvons citer tous les médecins ou femmes de médecins tant à Paris qu'en province qui se sont fait inscrire dès le début sur la liste des premiers adhérents. Il nous suffira d'annoncer que l'Association s'est créée sous le patronage des Professeurs Paul Carnot et Lereboullet, membres de l'Académie de médecine, du Professeur Camelot de la Faculté libre de Lille, du Professeur agrégé Delore, de Lyon, du Professeur Collin, de Caen, du Docteur Courcoux, médecin des hôpitaux de Paris, du Docteur Lobligeois, électroradiologiste des hôpitaux de Paris et conseiller municipal. Le président général est le Docteur Georges Labey, chirurgien des hôpitaux, ancien président de l'Académie de chirurgie, et le président pour la province est le Docteur André Cauchois, de Rouen, président de la Fédération des Associations de familles nombreuses de Normandie, membre du Conseil supérieur de la Natalité.

Est-il besoin de dire que sans *hésitation* nous avons donné notre adhésion pleine et entière à la nouvelle Association et que nous sommes prêts à l'appuyer de toutes nos forces et à la faire connaître ? Et cela d'autant plus que nous traversons une période de dénatalité angoissante pour notre pays, que les médecins doivent donner l'exemple en s'efforçant de venir en aide et de soulager le plus qu'ils le pourront les familles nombreuses médicales en respectant leur dignité.

Est-ce à dire que jusqu'ici les familles nombreuses dans le besoin n'ont pas été secourues ? Ce n'est pas exact. Toutes nos sociétés de Bienfaisance médicales depuis l'Association générale des médecins de France et ses sociétés locales, l'Association des médecins de la Seine plus que centenaire, jusqu'au Secours syndical, sont intervenues et avec elles bien d'autres groupements, mais leur action est limitée par leurs règlements et leurs statuts.

Aussi le Conseil d'administration de la nouvelle Association fait-il un appel pressant à tous les confrères même sans enfant, qui ont l'esprit familial, le souci de la justice et de l'avenir du pays.

Pour l'année 1937 le maximum de la cotisation est fixé à 10 francs pour les pères de sept enfants au moins, à 20 francs pour les pères de cinq enfants, à 30 francs pour les pères de trois enfants, à 50 francs pour les autres.

Les membres donateurs cotisent 100 francs, les membres fondateurs 500 francs. Les cotisations *peuvent être rachetées moyennant le prix* de dix cotisations annuelles. Les pères de dix enfants et les veuves de médecins ayant eu au moins trois enfants sont exonérés de toute cotisation.

***

D'autre part, un *mouvement* se produit en faveur de la création d'une maison de retraite pour les veuves de médecins. Ce mouvement a pris naissance à la Société des Femmes et Enfants de Médecins (F. E. M.) et certains de ses dirigeants avaient songé à demander à la Maison du Médecin de Valenton d'admettre les veuves. Or, bien que nous trouvions très désirable d'assurer un asile aux veuves de médecins, isolées, il n'est pas possible de les admettre à Valenton. Le but de notre Maison du Médecin qui est surtout de recueillir les vieux médecins sans famille se trouverait faussé. On admet déjà à Valenton



de vieux ménages de confrères. Comme le mari est presque toujours beaucoup plus âgé que sa femme, il meurt avant et, comme on ne saurait songer à exclure sa veuve, il en résulte que plus d'un tiers des pensionnaires de Valenton, dont le nombre est d'ailleurs complet, est constitué par des femmes. Si faible que soit la proportion des veuves admises, il faudrait envisager qu'avant quelques années la Maison du Médecin serait une Maison de veuves.

Est-ce à dire qu'il n'y a rien à faire en faveur des veuves ? Si, et la solution du problème a été exposée par le Docteur Darras au Conseil général de l'A. G. Elle consisterait à placer les veuves dans des maisons de retraite, dont on payerait la pension en tout ou en partie.

Un de nos plus anciens correspondants, le Docteur A. Veillard, d'Orléans, qui, bien qu'octogénaire, reste toujours actif et se préoccupe de tout ce qui intéresse la prévoyance et la bienfaisance médicales, après nous avoir démontré quels capitaux considérables seraient nécessaires pour créer et faire vivre une Maison de retraite dans le genre de Valenton, nous écrit en insinuant qu'on pourrait placer les veuves, et même les médecins, dans des pensions de famille en les aidant à payer leur pension :

« Parmi les intéressées, nous écrit-il, les unes préféreront rester dans leurs pays ; d'autres, au contraire, aimeront mieux être dépaysées. Suivant leur caractère, les unes seront toujours contentes, les autres récrimineront sans cesse. Dans le Loiret, il existe vingt-deux à vingt-cinq hôpitaux ou hospices dont quelques-uns sont très bien installés ; la première classe coûte 12 à 14 francs par jour au plus, et consiste en une chambre où la pensionnaire serait seule, chambre chauffée. Le blanchissage et l'alimentation sont compris dans le prix. La pensionnaire a la liberté complète de sortir. Ce qui existe dans le Loiret se trouve également dans la plupart des départements. Les établissements de ce genre sont nombreux, il y en a des laïcs, des catholiques, des protestants, des israélites. »

Il nous semble que cette solution pourrait être de réalisation assez facile.

***

Cette réalisation serait grandement favorisée par la résurrection de l'Office Central des Œuvres Médicales, organe de liaison entre nos diverses associations d'assistance et de bienfaisance tel que nous l'avions conçu il y a une dizaine d'années. Il ne faudrait pas limiter son rôle à nous défendre contre quelques rares malheureux resquilleurs de nos caisses de secours, pauvres diables dont le passé est peu intéressant sans doute, mais qui la plupart du temps sont excusables du fait de leur pitoyable misère. Le but de l'Office Central devrait être plus étendu et plus fécond. Il consisterait surtout en un centre de renseignements, de documentation, une sorte de bureau de placement indiquant les maisons de retraite, les établissements pouvant recevoir des vieillards, des infirmes, des malades, des enfants avec les prix de pension, et les places dont disposeraient ces établissements, etc... etc...

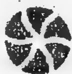
La nouvelle *Association des familles nombreuses médicales* paraît en avoir senti la nécessité, car dans son manifeste nous relevons cette phrase :

« *Loin de disperser les efforts, notre Association veut travailler sans ambition personnelle avec tous et pour tous, en collaboration avec toutes les œuvres médicales et toutes les associations professionnelles et syndicales.* »

Nous avons déjà donné maintes fois les raisons pour lesquelles nos nombreuses sociétés ne peuvent pas fusionner, d'ailleurs une fusion pourrait tarir leur ressource et arrêter les dons et les legs dont certaines ont largement bénéficié, mais si la fusion n'est ni possible, ni désirable, l'entente entre elles nous semble nécessaire et ce que nous avons décrit sous le nom d'Office Central des Œuvres médicales pourrait remplir ce but.

J. Noir

Dans sa dernière assemblée générale, la Société centrale de l'Association générale des médecins de France à la suite d'un rapport du Docteur O'Followel, a émis un vœu demandant la création de cet Office, vœu qui sera soumis à l'Assemblée générale de l'A. G.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS

(Hôpital des Enfants-Malades)

Leçon du samedi 13 juin 1936

Professeur Nobécourt

Evolution et aboutissements des néphroses lipoïdiques chez les enfants

A la *Société de Pédiatrie de Paris*, le 21 mai 1935, j'ai présenté avec MM. Briskas et Tilitcheff un cas de *néphrose lipoïdique chez une fille de 2 ans.* A la même époque, le 25 mai 1935, dans une leçon publiée par *Le Concours Médical* du 21 juillet 1935, à propos de cette malade, j'ai étudié *Les néphroses lipoïdiques dans la première enfance.* Je vais vous résumer rapidement cette observation que nous avons pu suivre depuis lors.

Jacqueline est née le 5 décembre 1932.

Vers le 22 janvier 1935, à 2 ans 1 mois, apparaît un œdème, qui, d'abord localisé aux paupières et variable, se généralise progressivement.

Jacqueline entre à l'hôpital le 11 février. Elle est âgée de 2 ans 2 mois.

Nous constatons chez elle un syndrome typique de néphrose lipoïdique pure. Elle présente un œdème mou généralisé. Ses urines contiennent environ 6 grammes d'albumine par litre ; on n'y trouve ni hématies, ni leucocytes, ni cyclindres ; à des examens ultérieurs, le 28 février et le 1er avril, on y constate des corpuscules biréfringents de cholestérol. A l'examen du sang, le sérum est lactescent, le cholestérol et les lipides totaux sont augmentés, les protides totaux et la sérine sont diminués, la globuline est un peu augmentée, le rapport sérine-globuline est très faible ; il n'y a pas d'azotémie.

L'enfant est mis au régime déchloruré. L'œdème augmente ; une ascite et un hydrothorax apparaissent. On ajoute au régime de la viande, qui est mal supportée : l'enfant est pris d'une diarrhée profuse, son état général est grave ; mais les œdèmes fondent, l'hydrothorax et l'ascite disparaissent, l'albuminurie tombe à 2 gr. ‰. A ce moment, on trouve dans les urines de nombreux leucocytes.

Dans le sang, le cholestérol et les lipides totaux restent élevés, les protides totaux et la sérine augmentent, la globuline diminue et le rapport sérine-globuline s'élève, tout en restant inférieur à la moyenne ; le taux de l'azote s'élève à 0 gr. 55 ‰.

On supprime la viande. La diarrhée disparaît, l'état général s'améliore ; mais l'œdème reparaît et l'albuminurie remonte à 5 ou 6 gr. par litre.

On institue un régime riche en protides, contenant encore de la viande, et l'opothérapie thyroïdienne. En même temps, apparaît une fièvre qui dure cinq semaines avec de la rhino-pharyngite et de la bronchite.

Pendant ce temps, l'œdème se résorbe, le taux de l'albuminurie tombe graduellement à 0 gr. 10 ‰, les corps biréfringents disparaissent de l'urine. Le sérum n'est plus lactescent, les protides totaux, la sérine et la globuline se rapprochent de la normale, les lipides totaux et le cholestérol diminuent, mais restent toujours forts.

Jacqueline sort de l'hôpital le 7 mai, à 2 ans 5 mois. Elle est très améliorée. Le début de l'affection rénale date de trois mois et demi.

Depuis sa sortie de l'hôpital nous la revoyons, M. Briskas et moi, à plusieurs reprises. C'est sur cette période que je vais maintenant insister.

On donne un régime contenant 400 c. c. de lait, une cuillère à soupe de viande pulpée, des légumes, des fruits, des compotes et, chaque mois pendant quinze jours, jusqu'au mois de septembre, quotidiennement 0 gr. 03 d'extrait thyroïdien.

Les œdèmes ne reparaissent pas, l'albuminurie diminue à 0 gr. 25 le 25 juin, est absente le 17 octobre et le 20 janvier 1936, les corps biréfringents font toujours défaut.

Voici les dosages effectués dans le sang le 25 juin et le 17 octobre 1935, le 20 janvier 1936 :

	1935		1936
	25 juin	17 octobre	20 janvier
	‰	‰	‰
Cholestérol	1 gr. 20	1 gr. 10	2 gr. 30
Lipides totaux	4 gr. 90	3 gr. 80	6 gr. 75
Cholestérol / Lipides totaux	2,4	2,8	3,4
Protides totaux...	84 gr. 20	82 gr. 12	81 gr. 10
Sérine	62 gr. 88	68 gr. 30	60 gr. 35
Globuline	21 gr. 31	13 gr. 82	20 gr. 85
Sérine / Globuline	2,95	4,94	2,89
Urée	0 gr. 22	0 gr. 18	0 gr. 18

Le cholestérol est donc redevenu normal, mais toutefois a augmenté le 20 janvier. Les protides totaux et la sérine ont un taux élevé, tandis que celui de la globuline est un peu faible ; par suite, le rapport $\frac{\text{sérine}}{\text{globuline}}$ est fort. L'urée est normale.

Le cœur est normal ; la pression artérielle, qui a toujours été normale, est de 9-6 le 17 octobre. A cette date, le sang contient 90 % d'hémoglobine, 5.300.000 globules rouges et 7.200 leucocytes par millimètre cube, avec une formule leucocytique sensiblement normale.

Depuis que nous l'observons Jacqueline a grandi.

Le 10 février 1935, à 2 ans 2 mois, elle mesure 83 cm.

Le 20 janvier 1936, à 3 ans 1 mois, elle atteint 90 cm. Sa taille est supérieure aux tailles moyennes des filles des mêmes âges : 78 cm. et 85 cm. 5. La croissance structurale est conforme à la moyenne : 7 cm. en onze mois, au lieu de 7 cm. 5.

Le 20 janvier elle pèse 13 kgr. 100; le poids moyen des filles de 3 ans 9 mois, dont elle a la taille, est de 13 kgr. 500.

Son poids est donc suffisant.

Il n'y a pas d'œdème. L'état général est satisfaisant.

Nous n'avons pas revu Jacqueline depuis le 20 janvier. Ces jours-ci sa mère nous a appris qu'elle est bien portante et n'a pas d'albumine. Elle doit nous l'amener bientôt pour lui faire enlever les végétations adénoïdes. Nous en profiterons pour procéder à un examen complet.

Je vais vous montrer maintenant une autre malade.

Gisèle est née le 7 février 1923, au terme de 8 mois et dem., avec un poids de 3 kgr. Elle est élevée au sein par sa mère jusqu'à 9 mois, sans aucun incident.

A 16 mois, elle rejette deux grands vers ; on lui fait prendre du Semen-contra, puis un autre vermifuge. On pourrait se demander si ce médicament est un facteur étiologique de la néphrose lipoïdique dont elle est atteinte ; mais je n'ai pas trouvé de documents qui confirment cette opinion.

Le 4 avril 1933, à 4 ans 2 mois, Gisèle subit l'ablation de végétations adénoïdes.

En décembre 1934, elle a les oreillons, puis une otite gauche.

En octobre 1933, à l'âge de 4 ans 8 mois, quand elle revient de vacances, sa mère remarque une légère bouffissure du visage ; dans les urines, on dose 2 gr. 50 d'albumine par litre. Au bout d'une huitaine de jours, l'œdème disparaît, le volume des urines, qui était diminué, augmente.

Depuis cette époque l'enfant est au régime déchloruré avec des pâtes, des purées, des légumes, beaucoup de fruits, du lait, auxquels on ajoute, dans la suite, un peu de viande.

Pendant un an, de temps en temps, chaque mois environ, l'œdème reparaît durant quelques jours.

A partir de janvier 1935, l'œdème devient plus rare et moins important, l'albumine disparaît de l'urine, reparaissant de temps à autre à l'état de traces, l'état général s'améliore.

Le 15 juin, survient une otite, l'œdème apparaît. Le 18, le Docteur Fournier envoie l'enfant à l'hôpital.

Gisèle est âgée de 6 ans 4 mois. Elle a une taille de 113 cm. 5, au lieu de la moyenne, 106 cm. ; elle a la taille des filles de 7 ans 7 mois.

Elle pèse 18 kgr. 400, alors que le poids d'une fille de 7 ans 7 mois est de 19 kgr. 600.

Ses membres inférieurs sont infiltrés, sans qu'on puisse dire qu'il y ait véritablement de l'œdème.

Le pharynx est un peu rouge ; on voit du muco-pus sur la paroi postérieure.

L'examen des viscères ne révèle rien de particulier.

La pression artérielle, au Vaquez, est de 9-6.

Il n'y a pas de fièvre.

Les urines, dont le volume est de 300 à 350 c. c. par vingt-quatre heures, contiennent beaucoup d'albumine.

La cutiréaction à la tuberculine, les réactions de Bordet-Wassermann (H^8) et de Kahn sont négatives.

On prescrit le traitement suivant.

Du 18 au 21 juin, 500 c. c. de lait et 500 c. c. d'eau lactosée.

A partir du 22 juin, régime lacto-végétarien, sans sel, avec 250 c. c. de lait et 140 gr. de yaourt, en outre, à partir du 26 juin, 50 gr. de viande.

A partir du 11 juillet, régime comprenant des légumes, 500 c. c. de lait, 75 gr. de vande, qu'on réduit à 70 gr. le 18 juillet.

Du 6 au 10 juillet, on fait quatre injections d'un centimètre cube d'un extrait hydrosoluble de 125 gr. de foie de veau par centimètre cube.

Voyons comment se comportent les symptômes et les résultats des recherches poursuivies.

Le *poids*, qui, le 18 juin, était de 18 kgr. 400, diminue ; il est le 25 juin, de 17 kgr. 200, soit une baisse de 1 kgr. 200 en sept jours, Puis il augmente lentement : le 18 juillet, il est de 18 kgr. 800.

Les *urines* ont, le 20 juin, un volume de 300 c. c. ; elles sont troubles, contiennent quelques hématines et quelques leucocytes, 7 gr. 80 d'albumine par litre ; il n'y a ni cylindres ni corps biréfringents.

Ensuite le volume des urines est très variable ; il varie, suivant les périodes, de 250 c. c. à un litre.

L'*albumine* tombe, le 20 juin, à l'état de traces. Puis elle remonte, du 5 au 10 juillet à 0 gr. 25 par litre et, du 16 au 18 juillet, à0 gr. 75 par litre.

A plusieurs examens, on ne voit pas de corps biréfringents.

Des *examens du sang* par Mme Laroche et M. Briskas donnent les résultats suivants :

	19 juin ‰	6 juillet ‰	22 juillet ‰
Urée	0 gr. 30	0 gr. 30	0 gr. 32
Protides totaux	59 gr. 20	57 gr. 80	56 gr. 60
Sérine	16 gr. 80	26 gr. 30	29 gr. 80
Globuline	42 gr. 40	31 gr. 50	23 gr. 50
$\frac{\text{Sérine}}{\text{Globuline}}$	0,309	0,834	1,268
Lipides totaux	11 gr. 45	11 gr.	11 gr.
Cholestérol	5 gr.	3 gr. 30	3 gr. 10
$\frac{\text{Sérine}}{\text{Lipides}}$	1,46	2,39	2,70

Somme toute : le taux d'urée est normal, les protides totaux et la sérine sont diminués, la globuline est augmentée, le rapport $\frac{\text{sérine}}{\text{globuline}}$ faible ; les lipides totaux et le cholestérol sont augmentés.

D'autre part, le chlore globulaire est de 1 gr. 24 ‰ ; le chlore plasmatique de 3 gr. 47 ‰, le rapport $\frac{\text{chlore globulaire}}{\text{chlore plasmatique}}$ de 0,41 ; ces valeurs sont sensiblement normales.

Les numérations des éléments cellulaires du sang donnent les résultats suivants :

	2 juillet	19 juillet
Hémoglobine	80 %	30 %
Hématies par mmc.	4.660.000	4.020.000
Leucocytes —	4.000	6.000

Gisèle sort le 18 juillet, à 6 ans 5 mois, avec un poids de 18 kgr. 800. Elle n'a pas d'œdème, l'albuminurie est de 0 gr. 75 par litre, la pression à l'appareil de Vaquez de 9-6,5.

Après sa sortie de l'hôpital, elle suit le même régime. Elle est bien portante. Mais, en janvier et en mars 1936, elle fait des petites poussées d'œdème de la face, de la partie supérieure du thorax et des chevilles. Finalement, vers le milieu d'avril l'œdème reparaît et persiste.

Gisèle revient à l'hôpital le 2 mai. Elle est âgée de 7 ans 2 mois.

Elle est apyrétique.

Sa taille est toujours un peu élevée : 117 cm. 5 au lieu de 111 cm. ; elle a la taille des filles de 8 ans 5 mois. Son poids est très élevé : 25 kgr. 700 alors qu'une fille de 8 ans 5 mois, dont elle a la taille, pèse 21 kgr. 400.

On constate un œdème considérable, généralisé à la face, aux paupières, au tronc, aux membres inférieurs

qui sont cylindroïdes ; cet œdème est blanc, mou et garde le godet. Il existe des petites hydarthroses des genoux : on constate le choc rotulien.

La pâleur est très grande.

Assez souvent, la malade éprouve des maux de tête et a même quelques troubles de la vue, comme s'il existait de l'amblyopie.

L'examen des viscères ne révèle rien de particulier. Le volume et les bruits du cœur sont normaux ; sur l'orthodiagramme, on ne relève rien de particulier. La pression artérielle est normale : 9-6,5 avec l'appareil de Vaquez.

Les urines sont rares, 250 c. c. en moyenne, et troubles ; elles contiennent 3 gr. 75 d'albumine par litre ; 47 gr. d'urée par litre ; de rares leucocytes et de rares cellules épithéliales ; on y trouve des corps biréfringents.

On institue le régime suivant :

Lait	250 c. c.
Eau lactosée	500 c. c.
Jus de fruit	

On y ajoute :

A partir du 9 mai, deux purées de pommes de terre.

A partir du 21 mai, 50 gr. de viande et 25 gr. de foie de veau.

Nous n'avons pas ordonné de propos délibéré, l'opothérapie thyroïdienne.

Etudions l'évolution des symptômes et les résultats des recherches poursuivies.

L'*œdème* persiste d'abord sans changement, puis il fond rapidement et ensuite achève de se résorber lentement ; il disparaît vers le 20 mai.

Le *poids* traduit la résorption des œdèmes. Il est :

Le 2 mai, de 25 kgr. 700.

Les 9 et 10 mai, de 24 kgr. soit une diminution de 1 kgr. 700 en sept jours.

Le 12 mai, de 20 kgr. 150, soit une diminution de 3 kgr. 580 en deux jours.

Le 25 mai, de 18 kgr. 900, soit une diminution de 1 kgr. 250 en treize jours.

La diminution totale depuis le 2 mai jusqu'au 25 mai est de 6 kgr. 800, soit 26 % du poids initial. C'est dire quelle était l'importance de l'infiltration œdémateuse.

Ensuite le poids diminue encore un peu. Il est :

Le 29 mai, de 18 kgr. 700.

Le 1er juin, de 19 kgr. 200.

Le 11 juin, de 19 kgr. 400

et à l'heure actuelle il a tendance à reprendre, sans qu'il y ait cependant d'œdème.

Les *urines* augmentent d'abord peu : 550 c. c. les 6, 7 et 8 mai. Puis il se produit les 10, 11 et 12 mai, au moment de la fièvre et de la fonte des œdèmes une crise polyurique jusqu'à 1.500 c. c. Ensuite le volume des urines diminue et augmente tour à tour ; actuellement il a tendance à augmenter ; les variations du volume coïncident avec les périodes de recrudescence ou de diminution de l'affection ; elles n'entraînent pas de modifications très notables du poids.

L'*albumine* diminue rapidement. Elle tombe successivement à 3 gr., à 2 gr., à 1 gr., à 0 gr. 75, à 0 gr. 25 et enfin, les 10 et 11 mai, à 0 gr. 15 par litre. Ensuite elle augmente à 1 gr. 40 et 1 gr. 80 par litre, du 15 au 19 mai ; puis diminue de nouveau et, à partir du 22 mai, n'est plus qu'à l'état de traces.

Les *corps biréfringents* sont constatés les 5 et 15 mai ; ils ont disparu le 5 juin.

Les examens du *sang* par Mme Laroche et M. Briskas fournissent les données suivantes :

	5 mai ‰	22 mai ‰	5 juin ‰
Urée	0 gr. 40	0 gr. 20	0 gr. 30
Protides totaux...	71 gr.	78 gr. 10	78 gr. 40
Sérine	47 gr. 50	41 gr. 20	46 gr. 50
Globuline	23 gr. 50	36 gr. 90	31 gr. 90
Sérine / Globuline	2,02	1,11	1,49
Lipides totaux	14 gr. 50	10 gr. 65	11 gr.
Cholestérol	5 gr.	3 gr. 10	3 gr.
Sérine / Lipides totaux	3,27	3,86	4,22
Chlore globulaire .	»	1 gr. 55	»
Chlore plasmatique	»	3 gr. 20	»
Chlore global / Chlore plasmatique	»	0,48	»

Ces dosages établissent qu'il y a persistance d'un taux élevé des lipides totaux et du cholestérol. Par contre, les protides totaux, la sérine et la globuline sont sensiblement normaux.

Le 12 *mai*, on trouva dans le sang 40 % d'hémoglobine ; 3.620.000 hématies et 6.000 leucocytes par millimètre cube ; il y a donc une légère anémie.

Le 4 *juin*, M. Lebée mesure le métabolisme de base : il est de 42 calories, 5 par heure et mètre carré, alors que la normale pour l'âge est de 53 calories ; l'écart est de — 10,5 soit — 19,8 %. Il y a donc un certain abaissement du métabolisme de base, mais il ne faut pas tirer des conclusions d'un seul examen.

Je n'insiste pas sur les phénomènes qui se sont produits pendant l'évolution. Il y a eu deux poussées de fièvre dues à des rhino-pharyngites, avec bronchite et otite. La première a été accompagnée d'une augmentation de la diurèse, d'une diminution des œdèmes et du poids. Pendant l'autre, la diurèse a diminué et le poids n'a pas changé.

Actuellement Gisèle a 7 ans 4 mois. Elle n'a pas d'œdème ; son état général est bon ; elle s'alimente convenablement ; ses urines ont un volume de 750 c. c., ne renferment que des traces d'albumine ; son pouls est à 85, sa pression artérielle de 11-6 au Vaquez ; son cœur est normal.

Le 11 juin, à 7 ans 4 mois, sa taille mesure 117 cm. 5, au lieu de 112 cm. moyenne de son âge.

Depuis le 18 juin 1935 où à 6 ans 4 mois, elle avait une taille de 112 cm. 5, sa taille a augmenté de 4 cm., à peu près comme les filles de cet âge qui grandissent de 6 cm.

***

Jacqueline et Gisèle sont atteintes de NÉPHROSES LIPOÏDIQUES.

Ces affections comportent une littérature copieuse. Il me serait impossible de vous en donner un aperçu même rapide. Je me bornerai à attirer votre attention sur quelques points de l'histoire de mes malades et plus particulièrement sur l'*évolution* et les *aboutissements des néphroses lipoïdiques*.

Il n'est peut-être pas inutile de vous rappeler d'abord ce qu'on entend par *néphrose lipoïdique*.

En 1905, Friedrich Müller crée le mot *néphrose* pour désigner des affections rénales caractérisées par des altérations dégénératives des épithéliums

tubulaires sans lésions inflammatoires, vasculaires, glomérulaires ou interstitielles; il réserve le terme de *néphrite* aux cas où ces lésions vasculaires et interstitielles existent.

En 1911, Munk, en 1914, Volhard et Fahr proposent une classification des néphroses ; ils décrivent une *néphrose albumineuse*, réalisée par la tuméfaction trouble des épithéliums tubulaires, de l'albuminurie fébrile; une *néphrose nécrotique*; une *néphrose amyloïde*, une *néphrose graisseuse* et une *néphrose lipoïdique*.

En 1917, un médecin des Etats-Unis, Epstein, précise les caractères de la *néphrose lipoïdique*.

Cliniquement : œdème chronique souvent très important ; albuminurie qui peut être très forte; syndrome humoral consistant dans une diminution des protides du sang, portant principalement sur la sérine, et du rapport $\frac{\text{sérine}}{\text{globuline}}$; et dans une élévation du cholestérol sanguin et des lipides totaux, le rapport $\frac{\text{cholestérol}}{\text{lipides totaux}}$ restant, en principe tout au moins, assez constant ; présence dans les urines de corps biréfringents de cholestérol.

Du point de vue de la pathogénie : la néphrose lipoïdique n'est pas une affection primaire du rein, elle résulte d'une sorte de diabète albumineux, d'un trouble du métabolisme général, qui est sous la dépendance d'un trouble fonctionnel de la glande thyroïde.

De ces conceptions théoriques, découle une thérapeutique ; il faut donner à ces malades un régime riche en protides, leur donner de la viande et prescrire l'opothérapie thyroïdienne.

Telle est la conception classique de la néphrose lipoïdique, d'après Epstein.

On ne connaît pas l'ÉTIOLOGIE de la néphrose lipoïdienne.

Cependant un facteur tient une place importante : c'est l'*âge*.

La néphrose lipoïdique est exceptionnelle après 30 ou 40 ans ; elle s'observe chez les adultes jeunes, les jeunes gens et principalement chez les enfants.

Chez les enfants, elle débute en général dans la moyenne enfance.

Hermann Schwarz et Jérôme Kohn dans un mémoire sur la *néphrose lipoïdique*, basé sur les *constatations cliniques et pathologiques faites pendant quinze ans*, publié dans *American Journal of diseases of children* de mars 1935, sur 36 observations d'enfants, en comptent 18 âgés de moins de 4 ans, le plus jeune ayant 1 an et demi, et 18 âgés de plus de 4 ans, le plus âgé ayant 12 ans.

M. Boisserie-Lacroix, dans une communication à la *Société de médecine infantile de Bordeaux et du Sud-Ouest*, le 12 juin 1935, sur *La néphrose lipoïdique dans l'enfance, son pronostic et son traitement, à propos de sept observations*, a noté six fois l'âge du début de la maladie :

à 2 ans 7 mois,	dans 1 cas.
4 ans	dans 3 »
5 ans	dans 1 »
12 ans	dans 1 »

Dans ma leçon du 25 mai 1935, que je citais tout à l'heure, j'ai réuni douze observations de néphroses lipoïdiques chez des enfants de moins de 3 ans ; le début a eu lieu :

à 11 mois.......	dans 2 cas
Dans la 2e année,	dans 9 cas
A 2 ans 1 mois.	dans 1 cas

L'âge joue donc un rôle dans l'apparition de la néphrose lipoïdique.

La *conception de la néphrose lipoïdique nettement séparée des néphrites*, telle que l'a édifiée Epstein, est loin d'être admise par tous ; elle est très discutée, particulièrement en France.

On doit distinguer une *forme typique*, la *néphrose lipoïdique pure* ou *vraie*, et des *formes complexes* ou *intriquées de néphrose lipoïdique et de néphrite*.

Je ne m'occuperai pas de ces formes complexes. J'en ai parlé dans ma leçon du 11 mai 1929, parue dans le *Journal des Praticiens* du 12 avril 1930 sur *Néphroses lipoïdiques et néphrites chez les enfants*.

Dans un mémoire publié avec M. Briskas dans les *Archives de médecine des enfants* de novembre 1935 sur *Le syndrome urinaire et les fonctions rénales dans les néphrites hématuriques des enfants*, nous avons montré qu'il existe souvent dans ces néphrites des modifications humorales de même ordre que celles constatées dans les néphroses lipoïdiques.

Dans la première phase, il y a presque toujours une hypercholestérolémie et une augmentation des lipides totaux, assez souvent une diminution de la sérine et une augmentation de la globuline avec abaissement du rapport $\frac{\text{sérine}}{\text{globuline}}$.

Ces troubles humoraux disparaissent quand la néphrite s'améliore.

Envisageons donc la NÉPHROSE LIPOÏDIQUE PURE.

J'en résume brièvement les *symptômes*.

Ils s'installent généralement de façon insidieuse, sans fièvre.

Le symptôme qui attire l'attention est l'*œdème*. Il débute sans cause appréciable, généralement par les paupières et la face, puis gagne tout le corps. Il est d'abord passager, variable, puis, il devient considérable et alors est tenace. Sou-

vent, quand il devient important, on constate des signes d'ascite, d'hydrothorax et même d'œdème pulmonaire.

La peau est pâle, les muqueuses sont peu colorées ; l'enfant a l'aspect anémique. Il ne se plaint de rien ; cependant au moment des poussées d'œdème, il accuse souvent de la céphalée, a de l'anorexie et de la diarrhée.

MM. Léon Nové-Josserand, A. Rougier et M. Bouquin qui, dans le *Journal de médecine de Lyon* du 20 février 1933, ont étudié la *Néphrose lipoïdique de l'enfance, ses caractères évolutifs d'après trois cas observés plus de deux ans*, insistent sur « une diarrhée intensive dont les paroxysmes répondent à une accentuation des œdèmes »... diarrhée « parfois verte » ; d'après eux, elle est « un des signes caractéristiques de la néphrose ».

Nous avons constaté cette diarrhée chez notre première malade, Jacqueline ; elle a été déclenchée, semble-t-il, par la viande crue.

Les *urines* sont pâles. Leur volume varie suivant les phases : en période d'œdème, il y a de l'oligurie ; quand l'œdème se résorbe il y a de la polyurie.

Les urines contiennent de l'albumine. Le taux en est souvent très élevé : 15 gr., 20 gr., 25 gr., 30 gr. par litre et même davantage.

Plus habituellement l'albuminurie est de 3, 4, 5 gr. par litre et même moins.

L'albumine est presque uniquement constituée par de la sérine.

Contrastant avec l'albuminurie, on note l'absence d'hématies, de leucocytes, de cylindres. Au microscope polarisant, on constate la présence de corpuscules biréfringents formés de cholestérol ; d'après certains auteurs, leur présence serait caractéristique de la néphrose lipoïdique ; assez souvent on n'en rencontre pas et il est nécessaire, pour les déceler, de répéter les examens.

L'examen de l'appareil circulatoire ne révèle rien de particulier ; il n'existe pas de *syndrome cardio-vasculaire* comparable à celui qu'on observe dans certaines néphrites.

La signature de la néphrose lipoïdique est donnée par l'*examen chimique du sang*.

Le sérum est souvent lactescent. Le taux de l'urée est normal. Il y a, d'une part, des modifications des lipides, augmentation du cholestérol et des lipides totaux, sans modification appréciable du rapport $\frac{\text{cholestérol}}{\text{lipides totaux}}$; d'autre part, des modifications des protides, abaissement du taux des protides totaux et du taux de la sérine, élévation du taux de la globuline, abaissement du rapport $\frac{\text{sérine}}{\text{globuline}}$.

Le rapport $\frac{\text{sérine}}{\text{lipides totaux}}$ est abaissé.

Somme toute, il existe un *déséquilibre lipido-protidique* qui, d'après Epstein, est la signature de la néphrose lipoïdique.

En opposition avec ces modifications des lipides, du cholestérol et des protides, le chlore globulaire, le chlore plasmatique, le rapport $\frac{\text{chlore globulaire}}{\text{chlore plasmatique}}$, sont normaux ou sensiblement normaux.

Tels sont, aussi schématisés que possible, les symptômes de la néphrose lipoïdique pure. Ils ne se rencontrent pas toujours avec cette netteté. Mais je ne veux pas m'attarder davantage sur cette description.

Je désire insister sur l'ÉVOLUTION et les ABOUTISSEMENTS de l'affection.

Il y a à considérer, d'une part, l'*œdème* et l'*albuminurie* ; d'autre part, le *syndrome humoral*.

L'*œdème* évolue généralement par poussées, avec des périodes pendant lesquelles il diminue et même disparaît et des périods où il reparaît. Les intervalles des poussées sont quelquefois très longs, de plusieurs semaines ou de plusieurs mois.

L'*albuminurie* est forte au moment des poussées d'œdème ; elle diminue, tombe à l'état de traces, parfois même disparaît dans l'intervalle de ces poussées, puis elle reparaît au moment d'une poussée nouvelle.

La *durée* de l'affection est très diverse ; ses *terminaisons* sont différentes.

La clinique ne suffit pas pour juger de l'évolution d'une néphrose lipoïdique, l'œdème et l'albuminurie ne sont qu'un élément d'appréciation. Il est indispensable de faire des analyses chimiques du sang, de suivre le syndrome humoral dont les modifications ne concordent pas toujours avec ces deux symptômes.

Il y a des cas où le syndrome persiste pendant longtemps sans grandes modifications.

Il y a des cas où, plus ou moins rapidement, en quelques mois, le syndrome humoral se modifie ; tantôt, il revient à la normale ; tantôt, alors que les protides se rapprochent de la normale, l'hypercholestérolémie persiste.

Il faut envisager plusieurs MODALITÉS ÉVOLUTIVES.

Dans une *première modalité évolutive* la *néphrose lipoïdique se termine par la mort*.

Epstein considérait la néphrose lipoïdique comme une affection assez bénigne. Au contraire, chez les enfants, tout au moins, la mort est assez fréquente.

Sur les 36 malades observés par Hermann Schwartz et Jérôme Kohn, 18 sont morts, soit 50 %.

Dans ma leçon du 25 mai 1935, sur 10 malades de moins de 3 ans, dont je rapporte les observations, je compte 7 morts, soit 70 %.

M. Boisserie-Lacroix, sur 7 observations personnelles, compte 4 morts, soit 57 % ; sur 35 observations colligées dans la littérature compte 13 morts, soit 37 %.

La mortalité varie de 37 à 70 %, avec une moyenne de 53 %.

Ce pourcentage est vraisemblablement inférieur à la réalité, car beaucoup de malades n'ont pas été suivis assez longtemps, sont encore en évolution au moment où ils ont cessé d'être observés ; il est probable que certains d'entre eux sont morts.

D'autre part, il est difficile de faire le départ, dans les statistiques, entre la néphrose lipoïdique pure et la néphrose intriquée à une néphrite.

On peut dire que généralement la mort n'est pas la conséquence directe de la néphrose lipoïdique ; elle est due généralement à des complications infectieuses, péritonite, broncho-pneumonie, etc., qui peuvent s'accompagner de poussées de néphrite. Quelquefois elle est le résultat de syndromes particuliers.

Voici comment sont morts les enfants dont j'ai cité les observations dans ma leçon du 25 mai 1935.

Une fille observée par MM. Weill-Hallé et Abaza, en 1933, puis par MM. Robert Debré, Galbrin et Messimy, la même année, a une néphrose lipoïdique pure. L'affection débute à 1 an 9 mois ; elle s'améliore pendant quatre mois. Puis, à 2 ans 3 mois, survient une rhinopharyngite légère avec un peu de fièvre. L'œdème reprend ; surviennent une diarrhée glaireuse, verte, abondante et des vomissements. L'albuminurie est de 6 gr. par litre avec quelques leucocytes dans les urines. Le taux de l'urée du sang est de 0 gr. 30 par litre L'enfant meurt en quelques heures. La durée de l'affection a été de six mois.

Une fille observée par MM. Robert Debré et Julien Marie, en 1931, a une néphrose lipoïdique pure qui débute à 1 an 3 mois. Il se produit une rémission. A 1 an 11 mois, l'enfant est pris de fièvre à 39°, de vomissements bilieux, de prostration, de tachycardie, sans aucun symptôme abdominal ; le foie, la rate sont très gros. L'urée du sang est de 0 gr. 60 par litre. Il s'agit d'un « syndrome spléno-hépatique avec dyspnée toxique », de cause indéterminée. L'enfant meurt en vingt-quatre heures. La durée de l'affection a été de 8 mois.

Un garçon, dont l'observation a été publiée par MM. Leenhardt, Dufoix et Monnier, en 1931, a une néphrose lipoïdique pure, qui débute à 10 mois. A 11 mois et demi, il a des vomissements « marc de café », est très abattu, a un très gros foie ; le sérum sanguin contient 0 gr. 18 d'urée par litre. Le malade meurt en vingt-quatre heures. La durée de l'affection a été de un mois et demi.

Ces trois enfants sont morts rapidement, avec un syndrome toxique et un gros foie. La cause de ces phénomènes n'est pas connue.

Quatre autres malades sont morts, un mois et demi ou deux mois après le début clinique de l'affection. Ils présentaient des symptômes de néphrose compliqués de néphrite.

Deux, observés par Mlle Inglessi et par Mlle Saldin, sont morts de broncho pneumonies avec des symptômes de néphrite.

Un malade de MM. Paisseau et Patey est mort avec un syndrome de néphrite aiguë.

Un malade de Blackmann est mort d'une péritonite fibrino-purulente à pneumocoques.

Sur quatre enfants soignés par M. Boisserie-Lacroix, qui sont morts, deux sont atteints de néphroses lipoïdiques pures :

Un garçon de 5 ans, pour lequel la durée de l'affection n'est pas indiquée, mais semble avoir été de deux ou trois mois, meurt subitement ;

Une fille de 4 ans meurt après quelques jours d'anurie complète, la durée de l'affection a été probablement de deux mois.

Les enfants meurent donc assez souvent de leur néphrose lipoïdique.

Dans la deuxième *modalité évolutive*, la *néphrite lipoïdique guérit.*

MM. Hermann Schwarz et Jérôme Kohn, sur 36 cas, comptent 9 guérisons, soit 25 %.

Ils ont pu suivre leurs malades assez longtemps :

Dans 1 cas,	la guérison	date de 2 ans
— 1 cas	—	date de 3 ans
— 3 cas	—	date de 4 ans
— 4 cas	—	date de 8 à 10 ans

M. Boisserie-Lacroix, sur 7 cas personnels constate deux guérisons, soit 28,5 %; mais celles-ci seulement depuis un an et demi et deux ans et demi.

Il ne faut pas, se hâter de parler de guérison, quand l'œdème et l'albuminurie ont disparu ; il faut avoir soin de faire un examen du sang pour rechercher si le déséquilibre lipido-protidique a disbaru. Quand il y a persistance du déséquilipre, il peut y avoir des reprises et celles-ci sont parfois très éloignées.

Dans la *troisième modalité évolutive, les malades atteints de néphroses lipoïdique n'ont pas été suivis assez longtemps pour qu'on connaisse l'aboutissement.*

MM. Hermann Schwarz et Jérôme Kohn comptent 9 cas de cette catégorie sur 36, soit 25 %. Dans 7 cas l'œdème a disparu, mais l'albuminurie persiste, depuis onze ans chez un des malades ; dans 2 cas, il n'y a pas d'amélioration nette.

Ce groupe est important.

Sur les 35 cas réunis dans la littérature par M. Boisserie-Lacroix, 8 enfants « restent vivants après une période de temps supérieure à 9 mois », de 9 mois à quatre ans.

Dans ma leçon du 25 mai 1935, je cite deux malades de M. Dufoix :

Chez l'un d'eux, René, la néphrose débute à 1 an 9 mois. A 2 ans 9 mois, il n'a plus d'œdème et présente des traces d'albumine. A 3 ans 6 mois, un an neuf mois, après le début de l'affection, l'état général est bon, il n'y a pas d'œdème, les urines contiennent des traces d'albumine, sans éléments figurés ni corps biréfringents.

Chez l'autre, Gilbert, la néphrose débute à 1 an 9 mois. A 2 ans 10 mois, il n'y a pas d'œdème, les urines contiennent 0 gr. 50 à 1 gr. d'albumine par litre. A 3 ans 6 mois, un an neuf mois après le début, à l'occasion d'une poussée de fièvre, un œdème transitoire reparaît et des signes de néphrite s'installent.

Dans une observation de *néphrose lipoïdique chez l'enfant*, publiée par le Professeur P. Gautier et Mlle Schœnau dans *La Médecine Infantile* de juillet 1933, il s'agit d'un garçon chez qui la maladie débute à 10 ans 5 mois ; l'état s'améliore, puis il se produit une reprise avec une poussée de néphrite. A 12 ans, la poussée de néphrite est en voie de régression ; il n'y a pas d'œdème, l'albuminurie est de 0 gr. 50 par litre. L'affection dure depuis 1 an 7 mois.

***

Le PRONOSTIC des néphroses lipoïdiques est donc assez sévère. D'après les documents, que je viens de citer, la moitié des enfants meurt plus ou moins rapidement, un quart guérit, un autre quart survit et est perdu de vue, sans qu'on connaisse l'aboutissement ; dans certaines observations la survie connue peut dépassez dix ou onze ans.

Il serait intéressant de préciser si la néphrose lipoïdique reste pure ou si une néphrite s'intrique à la néphrose, réalisant une néphrose-néphrite.

D'après certains auteurs cette éventualité serait commune. M. Péhu, de Lyon, en 1933, écrit . « La néphrose lipoïdique authentiquement pure et demeurant telle pendant toute l'évolution de la maladie est rarement observée ».

Ses élèves, Léon Nové-Josserand, Rougier et Bouquin, partagent cette opinion. Ils écrivent : « la fréquence avec laquelle les éléments sanguins de la série rouge et blanche, les cylindres, sont retrouvés dans l'urine montre bien qu'en pratique il n'existe pas de néphroses qui pendant toute la durée de leur évolution ne présenteront jamais aucun symptôme de néphrite... »

Mais je n'aborde pas ce problème des relations de la néphrose lipoïdique et des néphrites ; c'est une autre question.

L'évolution plus ou moins favorable des néphroses peut être influencée par le TRAITEMENT.

Le traitement préconisé généralement est connu sous le nom de *traitement d'Epstein*.

Il est basé sur la conception pathogénique de ce médecin : la néphrose lipoïdique est liée à un trouble du métabolisme général, probablement d'origine thyroïdienne, entraînant un déséquilibre lipido-protidique. Il faut donc chercher à modifier ce déséquilibre.

Epstein ordonne une alimentation riche en protides, fournissant 1 gr. 50 à 3 gr. par kilogramme : blanc d'œuf, caséine lavée, veau, poisson maigre, albumines végétales (haricots blancs, pois, lentilles).

Il convient de ne pas diminuer les lipides, contrairement à ce qu'on pourrait penser ; il semble, en effet, que le taux du cholestérol sanguin ne soit pas influencé grandement par le taux des lipides de l'alimentation.

Il faut donner enfin des glucides en quantité suffisante.

Epstein conseille d'associer à ce régime l'opothérapie thyroïdienne à des doses assez fortes, car les malades sont particulièrement tolérants ; on peut donner quotidiennement 1 ou 2 centigr. d'extrait thyroïdien par année d'âge.

Il convient cependant d'être prudent, d'instituer graduellement le régime et l'opothérapie.

Il y a des cas où le traitement d'Epstein donne de très bons résultats. Souvent les résultats sont plus discutables, insuffisants ou nuls. On assiste parfois à des aggravations.

Il n'y a pas de motif pour supprimer le sel, puisqu'il n'y a pas de rétention des chlorures ; cependant certains médecins conseillent de rechercher s'il y a ou non rétention chlorurée ; il est prudent de limiter son emploi.

Pour aider à la résorption des œdèmes et favoriser la diurèse, il ne faut pas trop compter sur les *diurétiques* usuels. La théobromine notamment est peu efficace. On a préconisé le bicarbonate de soude à hautes doses, les sels mercuriels et, en particulier le neptal.

Pour le traitement, on tiendra compte, naturellement, de l'âge de l'enfant.

***

Revenons à NOS MALADES.

Jacqueline est atteinte d'une forme de néphrose lipoïdique pure à évolution rapide.

L'affection débute à 2 ans 1 mois. L'œdème s'installe en une dizaine de jours. Le régime dé-

chroruré n'a pas d'action ; au contraire, nous notons l'influence favorable d'un régime riche en protides et de l'opothérapie thyroïdienne. Cependant, au début, la viande crue est mal tolérée, provoque une diarrhée profuse et un état grave. En tout cas l'œdème disparaît au bout de trois mois, l'albumine au bout de six à neuf mois le cholestérol et les lipides totaux deviennent normaux au bout de cinq mois, tandis que les protides et la sérine s'élèvent au-dessus des moyennes.

Un an après le début de la maladie, quand nous voyons l'enfant pour la dernière fois, il n'a plus d'œdème, plus d'albumine ; les protides totaux et la sérine sont un peu forts, le cholestérol, qui était redevenu normal, tend à augmenter.

Je me garderai bien de parler de guérison. Il serait intéressant de revoir cette malade ; actuellement, un an et demi après le début, elle est, paraît-il. en bon état.

Chez *Gisèle*, la néphrose lipoïdique a une évolution bien différente.

L'affection débute à 6 ans 4 mois. L'œdème est peu important, le syndrome humoral caractérisé. Au bout d'un mois la malade est améliorée mais n'est pas guérie ; elle a encore des poussées d'œdème.

A 7 ans 2 mois, c'est-à-dire dix mois après le début, elle revient avec un œdème considérable, beaucoup plus considérable que celui qu'elle avait eu jusqu'à présent et une forte albuminurie.

A ce moment, nous constatons, chose intéressante du point de vue de la physiologie des œdèmes, que, dans le sang, les protides totaux, la sérine et la globuline sont normaux, tandis que le cholestérol est augmenté.

On met l'enfant au régime que j'ai indiqué. L'état s'améliore.

A l'heure actuelle, Gisèle, cliniquement paraît guérie ; elle n'a pas d'œdème et n'a plus que des traces d'albumine ; elle est encore un peu pâle. Dans le sang, il y a également amélioration : les protides sont normaux, le cholestérol reste seulement un peu augmenté. Ces résultats ont été obtenus sans que nous ayons donné de corps thyroïde ; mais comme le métabolisme de base est un peu bas et le cholestérol un peu fort, nous allons essayer l'opothérapie thyroïdienne pour rechercher son influence sur ces deux phénomènes.

Gisèle, qui est malade depuis deux ans huit mois, n'est pas guérie et nous devons réserver l'avenir.

Il m'a paru intéressant et instructif d'analyser ces deux observations de néphroses lipoïdiques pures et, à leur propos, de préciser l'avenir des enfants qui en sont atteints.

L'ACTION CURATRICE DE LA THORACOPLASTIE SUR CERTAINS TROUBLES CIRCULATOIRES ET DIGESTIFS

Par le Professeur Maurice PERRIN

La thoracoplastie a pu, en l'absence de ces indications classiques et habituelles, être utilisée pour remédier à des accidents cardiaques et à des trou les digestifs concomitants.

Une femme de 21 ans avait été atteinte d'une tuberculose unilatérale gravement évolutive en 1929 ; depuis cette époque, elle avait subi un pneumothorax artificiel, une pleurotomie simple et une opération d'Estlander; grâce à ces interventions l'affection initiale et ses complications avaient disparu depuis février 1933.

Peu à peu cependant un fibrothorax se constitua du côté primtivement atteint, qui entraîna de plus en plus le médiastin au point que la majeure partie de celui-ci et le cœur tout entier se trouvaient situés dans l'hémithorax gauche. En même temps et pour la même cause, le diaph agme avait subi, de ce côté, une ascension considérable qu'avait suivie l'estomac. Ces déplacements viscéraux en raînaient une tachycardie permanente (110 à 120 pulsations), accrue au moindre effort avec dyspnée et souvent cyanose. Du côté digestif, c'était des troubles de plus en plus gênants : lenteur progressive des digestions, lourdeurs, aigreurs, souvent douleurs, tendance à réduire progressivement l'alimentation. La malade dépérissait malgré les traitements médicaux indiqués en pareil cas. Les radiographies confirmaient les données d'examen clinique.

C'est pourquoi, il fut décidé de recourir à la thoracoplastie dans le but, non pas d'agir sur un poumon ou une plèvre stabilisés depuis longtemps, mais de remettre en position normale le cœur, le médiastin et l'estomac, dont l'attraction exagérée constituait l'essentiel de la maladie. Ainsi qu'il a été communiqué à l'Académie de médecine (19 janvier 1937) l'opération eut lieu en trois temps (octobre 1934 à janvier 1935), le médiastin et le cœur reprirent leur place normale, la paroi thoracique gauche se moulant presque complètement sur eux ; l'hémi-diaphragme gauche étant redescendu à un niveau sensiblement normal, l'estomac reprit également sa place. Conséquences : le pouls se stabilisa entre 80 et 90, sauf quelques accélérations passagères sans dyspnée ni cyanose ; les digestions redevinrent normales et indolores ; l'état général se releva progressivement, et à l'heure actuelle on peut le considérer comme parfait.

LA READAPTATION DES PETITS MONGOLOÏDES

Par le Docteur de PARREL

Directeur du Centre de Rééducation pour les déficients de l'ouïe et de la parole et pour les retardés scolaires

Dans de nombreux travaux publiés récemment sur le « mongolisme » il est facile de se rendre compte que le chapitre du traitement tient peu de place, et que beaucoup d'auteurs manifestent un réel découragement sur ce point.

Qu'on nous permette de réagir contre cette sorte de « défaitisme » thérapeutique qui nous semble en contradiction avec les faits. Nous nous plaçons sur le seul terrain de la *réadaptation fonctionnelle*. Nous y avons acquis une particulière expérience, puisque de longue date nous observons des mongoloïdes (1). Nous voudrions apporter au praticien quelque réconfort et l'inciter à soutenir le moral des parents pour que les gestes opportuns de rééducation soient accomplis en temps utile. Sous l'impulsion méthodique d'éducateurs spécialisés, la plupart des mongoloïdes sont susceptibles de progrès substantiels dans l'ordre moteur, psychique et même scolaire.

Que sont les mongoloïdes ?

Est-il nécessaire de décrire le type « mongoloïde » ? Non, certes. Entre tous les déficients intellectuels, le mongolien saute, pour ainsi dire, aux yeux de l'observateur, par son facies et son habitus caractéristiques. Tous les débiles de cette catégorie se ressemblent comme frères et sœurs. Il suffit d'en avoir vu un pour les reconnaître tous.

Du point de vue physique les mongoloïdes sont des rétrécis du crâne et des cavités faciales ; la radiographie en fournit la preuve. Leurs cheveux sont secs, leurs sourcils pauvres, leurs joues colorées, leur cou est court, leur langue grosse et fissurée, leur taille réduite, leur face aplatie. Le pavillon de l'oreille est souvent mal conformé, pointu, hypertrophié ou décollé. Du fait d'une blépharite chronique, les mongoliens ont les yeux « au jambon ».

Du point de vue moteur, ce sont des retardés, surtout pour la marche : ils ne font leurs premiers pas que vers 3 ans. Ils présentent une laxité spéciale des membres et des symptômes accentués d'hypertonie. Leur mastication est déficitaire et leur déglutition maladroite. Souvent la bouche est entr'ouverte et la langue pendante. Ils rongent leurs ongles ; leurs mains sont rouges. Ils parlent très tard, beaucoup d'entre eux ont du bégaiement tonique et que tous ont de la raucité vocale. Fréquents sont le strabisme et les troubles de la vision.

Du point de vue intellectuel : déficit global des facultés, mais de degré variable. L'idiotie mongolienne est exceptionnelle. Chez un certain nombre de sujets nous observons une mémoire assez vive, mémoire auditive surtout et il est à remarquer que ces enfants retiennent les airs simples de musique et semblent influencés agréablement par la cadence des rythmes. En revanche leur attention est d'une déplorable instabilité.

Du point de vue affectif, les mongoloïdes sont doux, aimables, attachés à leur entourage et cette souplesse de caractère favorise l'action pédagogique du rééducateur. Tous les mongoliens sont taquins ; ils aiment à mystifier leurs proches. Ils sont gais, coquets et vaniteux.

Comment les réadapter ?

Comme pour tous les déficients psychomoteurs, il ne saurait être question d'une méthode *standard* de rééducation. Il faut étudier son sujet, chercher ses points réceptifs et s'adapter à ses possibilités. Voici en gros le cycle de l'action rééducative à poursuivre.

1° PÉRIODE D'OBSERVATION ET D'INITIATION. Le professeur s'efforce d'attirer l'attention de l'enfant, de stimuler son instinct d'imitation, de tirer profit de sa tendance à suivre les rythmes musicaux. Tout un matériel de jeux éducatifs est indispensable au cours de cet essai patient d'éveil sensoriel et psychique.

L'affectivité naturelle du mongolien aide puissamment le rééducateur qui n'a pas de peine à se faire aimer de son élève. Comme le mongolien est jovial, rieur, il faut l'amuser et le distraire.

Solliciter le regard de l'enfant, intéresser ses mains à la préhension et à la palpation des objets, alerter son ouïe, son odorat et son goût : tels sont les premiers objectifs à atteindre ou à développer s'ils sont déjà atteints.

L'enfant a-t-il la langue pendante, il sied de lui faire exécuter tous les mouvements de gymnastique du maxillaire inférieur, de la langue et des lèvres. Cela donne de bons résultats pour le grincement des dents, l'inertie de la langue et le bégaiement tonique. On en vient ainsi à discipliner la mastication et la déglutition après qu'on a obtenu le retrait de la langue et la fer-

(1) A l'exemple de M. PÉHU, nous préférons cette appellation à celle de Mongoliens, car l'extérieur du malade ne reproduit que très incomplètement les traits de la race Mongole. (Voir *La Médecine*, août 1936.)

meture de la bouche. Evidemment la mère doit participer à cette initiation en faisant répéter les exercices et en familiarisant l'enfant avec des jeux éducatifs simples, judicieusement choisis par le rééducateur. Son intervention ou celle de sa représentante est de première importance.

2° Période de réadaptation psycho-motrice méthodique. — Après quelques mois de préparation motrice et sensorielle, le professeur peut commencer le véritable travail de réadaptation en suivant les techniques en usage chez les déficients psycho-moteurs.

Si l'enfant possède déjà un embryon de vocabulaire et d'articulation, le professeur s'attache à le développer. Sinon, il commence par *démutiser* son élève en se servant des procédés habituels d'imitation des gestes de l'articulation devant la glace et de présentation d'objets ou d'images. Il fait appel au contrôle auditif, visuel et tactile pour cette tâche complexe.

La parole du mongoloïde est saccadée, dépouillée de toute liaison ; les mots sont incomplets ou déformés ; la voix est rauque et sans homogénéité. On se doute de l'habileté technique qu'il faut déployer pour donner une forme euphonique et correcte à cet ensemble chaotique. Toutefois, avec beaucoup de temps et de patience, on arrive à mettre de l'ordre dans ce parler « petit nègre » et on amène l'enfant à la construction de la courte phrase logique.

Quant aux difficultés qui accompagnent l'*enseignement de la lecture*, de *l'écriture* et du *dessin*, elles paraissent au début insurmontables. Pourtant, avec de la ténacité on finit par passer certains obstacles et on parvient à rendre plus exacte la répétition orale des mots, à éviter dans la lecture la suppression ou l'altération de certaines syllabes ; il ne faut pas oublier que le mongoloïde n'est que très rarement sourd verbal. Par ailleurs, on obtient l'inscription au tableau de tracés préparatoires à la reproduction des lettres ; à cet égard il existe des méthodes modernes d'initiation à l'écriture qui ont simplifié le problème en standardisant les lignes composantes des signes alphabétiques.

Concurremment à cette instruction psychophonétique intervient l'*entraînement moteur*, plus particulièrement celui de l'adresse manuelle. Les techniciens ont à leur disposition tout un matériel qui permet d'aboutir à un résultat pratique dans les meilleures conditions d'efficacité.

Cet entraînement manuel est complété par des *exercices de gymnastique* très simples, pratiqués sous le signe du rythme et de l'imitation. Ces exercices portant non seulement sur les membres et la locomotion, mais sur le thorax et la respiration, sur la tête, la mâchoire inférieure, les ailes du nez, les globes oculaires, etc.

3° Période d'exploitation du terrain conquis. — Ce n'est qu'après de longs mois de réadaptation psycho-motrice qu'on peut chercher à conduire le mongolien présentant certaines aptitudes de réceptivité mentale vers des sommets plus difficiles à atteindre, c'est-à-dire vers les notions élémentaires de syntaxe, de grammaire, de calcul, de dessin. Il faut savoir se contenter de peu dans cette rude ascension parascolaire et profiter de tous les points d'appui qu'on rencontre en chemin. Cela demande de la part du professeur beaucoup d'attention adroite et d'imagination technique. Nous répétons que la coopération de la mère est très désirable pour consolider et étendre les acquisitions réalisées. L'adaptation motrice sera poursuivie dans le sens d'une mise en œuvre judicieuse des aptitudes révélées par l'observation du sujet. Par tous les moyens, on doit chercher à obtenir du mongolien adolescent l'accomplissement d'un geste professionnel utilisable, fût-il d'un rendement minime. On conçoit tout l'intérêt social et humain d'une telle récupération.

Conclusion

Ce n'est pas un schéma théorique que nous venons de tracer, mais la relation d'une expérience vécue. C'est tout son mérite.

Maintenu dans sa famille ou dans un milieu familial équivalent, soumis chaque jour à un entraînement psycho-moteur méthodique, contraint de répéter à la maison les exercices pratiqués au Centre de rééducation, le mongoloïde pourvu d'un reliquat suffisant de capital psycho-moteur est réadaptable. Il se fondra dans le décor familial sans faire scandale ; il rendra des services au foyer et plus tard à l'atelier ou aux champs ; il se fera comprendre de son interlocuteur et comprendra ce qu'on lui dit.

Un observateur superficiel trouvera que c'est peu ! Une mère anxieuse, un médecin attentif trouveront que c'est beaucoup et ils auront raison. Ne s'agit-il pas de reconstruire un être humain avec des matériaux disparates et de médiocre qualité ! Ce n'est pas un travail brillant qui suscite l'admiration ; c'est une besogne épuisante, mal récompensée et trop souvent méconnue. Le moindre résultat est une victoire, chèrement acquise au prix d'efforts longtemps poursuivis, non seulement avec méthode et continuité, mais avec foi.

La plupart du temps le mongoloïde est réadaptable dans une mesure très appréciable. Sa mise à l'écart de la médico-pédagogie, sous couvert d'opinions peu encourageantes émises par quelques auteurs, serait une fausse manœuvre. Il importe qu'une telle erreur soit évitée.

MOYENS PRÉVENTIFS CONTRE LA GRIPPE

La grippe est à l'ordre du jour, tant en ce qui concerne son actuelle recrudescence épidémique, qu'en ce qui a trait aux recherches de laboratoire dans un but d'immunologie.

Il est un fait, c'est que, depuis l'année 876, époque connue de sa première manifestation massive, la grippe s'est toujours révélée d'humeur voyageuse. A six ou dix reprises durant chaque siècle, elle se développe d'une manière intense et progressive, se propage à travers tous les pays au point de faire chaque fois le tour du monde. Toutefois, son allure d'expansion s'est peu à peu accrue avec les progrès de la civilisation, et surtout la vitesse des communications humaines.

Actuellement, comme en 1837, l'épidémie d'Europe a débuté par l'Angleterre au mois de décembre précédent, pour gagner ensuite la France. Il semble bien que l'on soit en présence d'une épidémie de grippe « véritable », et non pas d'une de ces manifesfations saisonnières infectieuses, nommées à tort « grippe ». L'opinion courante regarde, en effet, la grippe comme la plus fréquente des maladies contagieuses, fournissant chaque année une mortalité élevée ; c'est que l'on désigne volontiers, et par erreur, sous le nom de « grippe » toutes les affections pulmonaires saisonnières, sans aucun rapport avec elle on y ajoute le qualificatif d'« infectieuse» en cas de haute gravité.

L'épidémie actuelle a motivé le 9 janvier 1937 une circulaire de prophylaxie, par la Santé publique à tous les Préfets.

Comme beaucoup de maladies infecto-contagieuses épidémiques, la grippe confère l'immunité par une première atteinte ; aussi est-ce à tort que l'on parle de récidives fréquentes et de réinfections. Cette immunité, est aujourd'hui prouvée par des faits cliniques et par des preuves expérimentales. En voici quelques exemples, rappelés par le Docteur Joltrain (1) :

L'épidémie de 1889-1890, la plus sévère de ces dernières années, frappa surtout des vieillards. Celle de 1918 fit de même, mais quelques particularités méritent d'être mentionnées. Ainsi, en janvier à Salins-du-Jura, tout un camp d'Indo-Chinois fut atteint d'une grippe bénigne qui dura trois jours, des mesures d'isolement ayant empêché la contamination d'un camp militaire voisin ainsi que celle de la population civile ; or, au mois d'octobre suivant, lorsque cette dernière fut atteinte à son tour, on employa comme infirmiers les Indo-Chinois, et pas un seul ne fut contaminé.

(1) La grippe à Paris. (*La Médecine*, décembre 1936.)

En 1934-1935, ce fut également parmi les enfants et les jeunes gens que l'épidémie fit surtout des victimes. Une usine de 1.200 ouvriers donna 150 cas de grippe en octobre 1934, et, en février 1935, 600 atteintes furent de nouveau signalées, mais aucune n'intéressa une seule des personnes, qui avaient eu la maladie en octobre.

Dès 1889-1890, Pfeiffer, isola un bacille, et chercha, par son inoculation, à reproduire la maladie chez l'animal ; ses essais et ceux d'autres savants furent plus ou moins heureux ; d'autre part, ce bacille fut retrouvé chez des sujets sains, en dehors de toute épidémie de grippe, ou chez d'autres atteints d'affections d'une nature différente. Aussi, opposa-t-on à ce bacille, comme agent causal, un virus filtrant.

On sait aujourd'hui que ce virus filtrable peut être isolé dans les exsudats naso-pharyngiens des malades atteints de grippe, qu'il est susceptible d'infecter la souris à la condition d'être inoculé par la voie nasale, qu'enfin il est inoculable au singe. D'autre part, on a remarqué que la grippe ne devenait grave que par ses complications, dues au pneumocoque, au bacille de Pfeifier, au staphylocoque, au streptocoque.

Cependant des faits très importants, viennent, en ces dernières années, d'être découverts aux Etats-Unis et en Angleterre ; ils autorisent, pour la prophylaxie et le traitement de l'influenza épidémique, les plus beaux espoirs.

Ainsi que l'a rappelé A. Béclère (1), dès 1918, Kohen fut frappé, au cours d'une pandémie grippale dans l'Etat d'Iowa, de l'existence parallèle d'une épizootie porcine qui présentait avec l'épidémie humaine une extraordinaire similitude clinique. Tout laisse à penser que, cette année là, la maladie aurait été transmise de l'homme au porc. Inversement les années suivantes, nombre de fermiers et de vétérinaires auraient contracté eux-mêmes l'infection au contact, ou plutôt au voisinage des porcs malades. Un vétérinaire, Mc Bryde publia sur son observation des détails, dont la précision ne laisse aucun doute sur la possibilité de la transmission du hog flu à l'homme. Les recherches ultérieures démontrèrent la transmission possible d'animal à animal par inoculations intra-nasales. Puis Shope établit, pour cette influenza porcine, le rôle principal du virus filtrant, et le rôle accessoire du bacille de Pfeiffer dans la gravité des cas ; il découvrit aussi la possibilité d'une vaccination contre l'influenza épidémique.

(1) L'influenza épidémique et l'épizootie porcine ou « Hog flu ». (*La Presse médicale*, 16 janvier 1937.)

Le fait le plus intéressant a été récemment exposé par MM. Dujarric de la Rivière et Chené (1): c'est celui de la transmission possible du virus de la grippe humaine au furet. Cet animal, en effet, est facile à manipuler, plus facile à isoler que les grands, ce qui est important pour les études sur la grippe; il est aussi d'un prix de revient relativement peu élevé. Le furet peut être infecté soit avec des produits (mucus rhino-pharyngé) provenant directement de l'homme ou du furet grippé, soit avec une souche de virus grippal conservée au laboratoire (Andrewes, Laidlaw, W. Smith).

L'infection grippale du furet rappelle entièrement celle de l'homme : même durée d'incubation de quarante-huit heures, catarrhe oculonasal, et même réaction thermique à type diphasique ; brusque élévation de température, chute en vingt-quatre heures, puis nouvelle élévation au cinquième jour après le début de l'incubation. La maladie est fréquemment transmise du furet malade au furet sain, lorsqu'on place ce dernier dans la cage d'un animal, malade depuis vingt-quatre heures. L'homme est également réceptif à la grippe du furet. On cite des cas de contamination au contact des animaux de laboratoire. Voici celui de Stuart Harris, qui manipula le 6 mars 1936 des furets, infectés trois jours auparavant avec une souche, qui provenait de grippe humaine, et avait subi 196 passages en série sur furets. Les animaux manipulés par Harris étaient à l'acmé de la maladie, et l'on note que l'un des furets éternua violemment pendant qu'on l'examinait. Deux jours après ce contact avec les animaux malades, Stuart Harris fut atteint d'une grippe, qui dura onze jours, et lui laissa de la fatigue musculaire avec un certain degré de bradycardie. Des furets inoculés avec son mucus rhino-pharyngé, prélevé durant les quatre premiers jours, eurent des symptômes et des lésions typiques de grippe. Des anticorps furent trouvés dans le sang de l'intéressé, du 16e au 31e jour de l'infection. Et, en effet, l'homme et les animaux, qui ont été infectés par le virus grippal du furet possèdent pendant un certain temps une immunité incontestable.

A noter que la grippe du furet possède des rapports étroits avec celle du porc et, que la grippe porcine inoculée au furet produit une infection, impossible de distinguer de celle qui est provoquée par le virus grippal d'origine humaine.

Bref, ces dernières découvertes semblent présager un prochain moyen d'immuniser l'homme contre la grippe. En attendant un traitement vaccino- ou sérothérapique, on peut recommander comme médications préventives l'alcoo (même en injections intraveineuses), le quinquina ou la quinine. On se rappelle qu'en 1918, les paludéens revenant de Salonique, soumis à la quinine, parurent résister à la grippe.

Mais une notion importante à connaître est la suivante : *tout ce qui débilite l'organisme prédispose à la grippe.* Les grandes épidémies n'ont-elles pas succédé à la disette dans l'antiquité, à une révolution en 1848, à la grande guerre en 1918, à la crise économique en 1934-1935.

« Le meilleur moyen de résister à la maladie, c'est de lui opposer un terrain réfractaire (Ed. Joltrain) (1). En dehors des mesures de prophylaxie collective et individuelle, il convient donc de renforcer les moyens de défense de l'organisme, et cela notamment pour supprimer les cas graves en évitant une exaltation possible de la virulence microbienne, ou l'association d'autres germes pathogènes.

Cette indication devient particulièrement pressante chez les prédisposés à la grippe : suj ts affaiblis, convalescents, opérés. Aussi ne doit-on pas négliger en pareil cas de prescrire une bonne hygiène générale, une alimentation saine et réconfortante, une médication tonique et reconstituante, une hydrothérapie rationnelle, le séjour à la campagne, à la mer, à la montagne.

Pour faciliter *l'élimination des microbes,* qui ont pu envahir l'organisme, des prescriptions communes s'adressent aussi bien à ces sujets qu'aux infectés chroniques, aux rénaux, aux cardiaques. Déjà l'hydrothérapie, accompagnée de frictions à l'alcool et de massages, assurera dans de bonnes conditions le fonctionnement de la peau, qui constitue par elle-même un second rein. Mais on devra aussi réaliser un véritable lavage de l'organisme grâce à une hydratation suffisante, et à une diurèse abondante. Dans ce but, on recommandera l'usage du lait, du bouillon de légumes, des eaux minérales alcalines si efficaces contre l'acidose et la colibacillémie, toujours à redouter au moindre déficit de la fonction intestinale. L'usage d'eau la Reine-de-Vals sera tout à fait indiqué, car, par sa minéralisation optima, par sa teneur exceptionnelle en alcalins et en acide carbonique, elle se révèle comme essentiellement diurétique. D'autre part, une pullulation du colibacille sera évitée par une bonne hygiène de l'intestin, et celle-ci sera elle-même renforcée grâce à une bile sécrétée en quantité suffisante ; d'où la nécessité de donner d'une manière intermittente quelque cholagogues. On prescrira aussi 0,50 centigr. d'urotropine trois ou quatre jours de chaque semaine, afin de désinfecter le foie.

Docteur George.

(1) Transmission au furet du virus de la grippe humaine (*Académie de médecine,* 24 novembre 1936).

(1) La grippe, étude épidémiologique et clinique (*Académie de médecine,* 2 juin 6 1936).

L'HISTAMINE INTRADERMIQUE

Traitement des algies

Par R. Fasquelle Saint-Yves Ménard

Interne des Hôpitaux de Paris

Il n'existe pas un médecin qui, à tout moment, n'ait, dans sa clientèle de ville ou d'hôpital, au moins un malade, dont les algies rebelles ne soient venues à bout des mille et une ressources de sa thérapeutique.

Le pauvre confrère ne sait à quel saint se vouer ; l'air chaud a été essayé ; la potion ou la pommade salicylée est restée sans effet ; les injections de tel ou tel produit iodé ont été tentées en vain. Qui sait ? si la situation financière ou géographique du malade l'a permis, on a peut-être eu recours aux « rayons » omnipotents !

Eh ! bien, dans tous les cas, un traitement fort simple mérite d'être essayé : ce sont les injections intradermiques d'histamine, selon le procédé de Weissenbach et Perlès (Société médicale des hôpitaux, 1er mai 1936).

Le produit ? une solution de bichlorhydrate d'histamine à 1/2 milligramme d'histamine par centimètre cube à laquelle a été ajoutée 1/2 centigramme d'anesthésique (phényl-propionate de para-amino-benzoïl-amino-éthanol). par c. c.

Les instruments ? une petite seringue de Barthélemy, divisée en 20es de c. c., de très fines et courtes aiguilles.

La technique ? après lavage de la peau à l'eau bouillie, on introduit la petite aiguille dans l'épaisseur du derme ; en pressant sur le piston, on fait apparaître une petite boule d'œdème, rappelant une piqûre d'ortie ; à chaque séance on fait un assez grand nombre d'injections, distantes d'environ 1 cm. ; on ne dépasse pas, dans chaque séance, la dose totale de 1/2 milligramme d'histamine, c'est-à-dire l'ampoule de 1 c. c.

La technique peut varier suivant chaque malade ; les seules règles générales sont de faire les injections là où la douleur est la plus marquée, de les grouper en ces zones et de réunir les divers « nids » d'injections par une série d'injections suivant le trajet de la douleur ; Weissenbach et Perlès recommandent, pour la coxarthrie, les injections à la moitié externe de la cuisse et de la fesse, à la région inguino-crurale, à la partie supérieure et interne de la cuisse — pour l'arthrite se l'épaule, à la région deltoïdienne, partie externe des fosses sus- et sous-épineuses, partie eupérieure du triceps.

L'effet du traitement ? réaction locale : autour de la petite plaque blanche urticarienne, apparaît une aréole érythémateuse d'importance variable suivant les sujets ; réaction générale : sensation de bouffée de chaleur, avec rougeur de la face, très légère céphalée à prédominance sur le dessus de la tête ou les tempes ; réaction antalgique : la douleur disparaît souvent en quelques minutes, sédation définitive ou suivie de reprise au bout de 6 à 18 heures.

Suite du traitement ? les trois ou quatre premières séances d'injections seront quotidiennes ; si les douleurs réapparaissent, les injections pourront être faites tous les deux jours, avec un total de dix séances ; si le traitement est resté inactif, malgré dix séances, on abandonnera la méthode.

Les indications ? algies rhumatismales musculaires aiguës ou chroniques, rhumatismes chroniques, arthrites sèches (coxarthrie, lombarthrie, arthrites cervicales, arthrites des doigts, des orteils, polyarthrite), séquelles des rhumatismes chroniques infectieux, périarthrite scapulo-humérale, névralgies essentielles à type de sciatique, plexite cervico-brachiale, ou secondaires à rhumatisme chronique, algies séquelles de traumatismes, etc., etc...

Les contre-indications ? rhumatismes infectieux aigus ou subaigus, de peur que les réactions locales de l'histamine ne déterminent une poussée inflammatoire.

D'où vient l'idée de la méthode ? Ce sont les travaux de Deutsch qui ont introduit l'histamine dans le traitement des rhumatismes ; l'ionisation avait été d'abord préconisée. Coste et Fauvet (Le forage médical de la hanche, *Presse Médicale,* 11 décembre 1935) avaient recommandé les injections profondes d'histamine. Weissenbach et Perlès ont pensé que l'ionisation n'étant qu'une modalité de pénétration percutanée les injections intradermiques étaient susceptibles de donner de bons résultats ; mais celles-ci, très douloureuses avaient été abandonnées. C'est l'adjonction de l'anesthésique, qui rend la méthode essentiellement pratique.

Quant à savoir comment agit l'histamine ? ? ?

N'en déplaise aux pharmacologues ! si pour employer un médicament, il fallait savoir comment il agit, peut être ne resterait-il pas aux médecins beaucoup de thérapeutiques...

Tel est ce nouveau traitement des algies ; participant à la fois de l'antique acupuncture et des découvertes récentes sur les propriétés de l'histamine, il mérite d'être connu en raison de sa simplicité, de son élégance et de son efficacité.

LA CLINIQUE AU GOÛT DU JOUR

La méningite des porchers

Grippe humaine et grippe porcine

D'après les travaux des Docteurs G. CHARLEUX (1), Docteur M. RAYMOND (2), Docteur ROCH (Genève) (3), Professeur PENSO (Rome) (3) et des Docteurs LECLAINCHE et J. VERGER (4)

UNE SINGULIÈRE ATTEINTE : D'ABORD GASTRO-INTESTINALE, PUIS MÉNINGÉE

Généralement, elle porte sur des hommes jeunes, employés soit dans des porcheries, soit à proximité de ces établissements, dans des fromageries, dans des « fruitières », où le lait est transformé en fromage.

La maladie débute brusquement par des frissons et par une température élevée vers 39° ou 40°. Les *phénomènes gastro-intestinaux* sont au premier plan, sous forme de vomissements, constipation, quelquefois diarrhée à odeur de déjection de porc ; on note aussi dans quelques cas une forte céphalée, des saignements de nez. Parfois des frissons intenses accompagnés de rachialgie, de douleurs dans les membres, peuvent faire penser à la grippe. Au bout de deux à trois jours, ces symptômes, qui feraient aisément porter le diagnostic de fièvre typhoïde, évoluent vers une amélioration ; la température semble s'abaisser, dessinant dans sa courbe *une sorte de V, comme dans la grippe* ; pour certains auteurs ce V serait même caractéristique de la maladie, en ce qu'il sépare la phase de début de la période d'état.

Cette dernière, sous forme d'une atteinte *méningée*, s'annonce rapidement par une nouvelle ascension thermique. Les céphalées reprennent très violentes, s'accompagnant de photophobie, avec un certain degré d'agitation et non de recueillement douloureux et d'hostilité comme dans la méningite tuberculeuse. La raideur de la nuque et le Kernig sont très marqués. La somnolence est absente ou peu marquée.

L'examen neurologique du malade se révèle à peu près négatif : réflexes vifs ou normaux ; pas de Babinski. Pas de paralysies des nerfs craniens, ni des membres, ou des sphincters. Pas d'hyperesthésie cutanée, ni musculaire. Troubles vaso-moteurs inconstants.

A ce syndrome méningé, s'ajoutent différents signes particuliers :

D'abord un état infectieux des voies digestives : constipation ou diarrhée ; vomissements quelquefois très abondants ; foie un peu gros avec rate sensible. Chez tous ses malades, le Docteur Charleux a noté des sueurs profuses : « les patients étaient inondés de sueurs à odeur âcre ; ils ressemblaient aux mélitococciques ». On relève aussi un aspect coloré de la face, avec légère cyanose des oreilles et des mains ; un érythème fugace, surtout à la face interne des cuisses. Accessoirement, on a signalé un peu d'albuminurie avec hématurie, une légère élévation de l'azotémie ; quelquefois des complications pulmonaires, des épistaxis, de la conjonctivite.

La ponction lombaire donne un liquide, le plus souvent clair, très rarement d'un aspect dépoli, avec lymphocytose parfois considérable, légère mononucléose ou polynucléose. L'hyperalbuminose est constante ; le sucre est presque normal ; les chlorures seraient peu modifiés (non abaissés comme dans la méningite bacillaire). Jusqu'alors l'examen bactériologique est resté négatif, de même que les cultures et les inoculations au lapin et au cobaye. La pression du liquide céphalo-rachidien est un peu augmentée.

Fait important à noter : la ponction lombaire amène un soulagement net des maux de têtes et une disparition assez rapide de tout le cortège méningé ; il en serait de même sous l'effet d'une saignée.

D'ailleurs, les signes généraux ne sont jamais inquiétants ; malgré la fièvre élevée (39° ou 40°), malgré quelque dissociation du pouls, le clinicien n'a jamais l'impression que son malade soit en danger.

Trois ou quatre jours après la ponction lombaire, quelquefois même quarante-huit heures après, le malade est guéri. L'affection a duré entre huit et quinze jours, et ne laisse aucune

(1) Dr G. CHARLEUX (d'Annemasse). — *Lyon médical*, 31 mai 1936.

(2) Dr Maurice RAYMOND. — *Le Progrès médical*, 5 septembre 1936.

(3) Dr ROCH (Genève), Prof. PENSO (Rome). *Congrès français de médecine*, Paris, octobre 1936.

(4) LECLAINCHE et J. VERGER. — *Le Mouvement sanitaire*, novembre 1936.

séquelle ; dans plusieurs cas, le Docteur Charleux a revu ses malades trois ans, sept ou neuf ans après leur méningite, sans que la moindre complication ait apparu.

Il ne s'agit pas toujours de porchers, ou de sujets employés dans les fromageries voisines des porcheries. Charleux cite le cas d'un malade, non porcher, mais charpentier, qui habitait à côté d'une porcherie, et venait y faire quelquefois des réparations ; sans antécédents spéciaux, neuf ans plus tôt il avait fait une fièvre typhoïde. Mêmes phénomènes gastro-intestinaux du début, ayant fait porter le diagnostic d'embarras gastrique fébrile ; signes méningés, ponction lombaire suivie de soulagement immédiat ; apyrexie, quatre jours plus tard ; guérison définitive sans incidents.

Le patient de M. Raymond n'aurait pas été en contact avec les porcins ; il aurait consommé très souvent de la viande de porc et des fromages fermentés ; l'évolution du syndrome clinique, qu'il présenta fut néanmoins caractéristique. On ne put d'ailleurs le rattacher ni à la mélitococcie, ni à la spirochétose, ni à l'encéphalite ou au paludisme.

***

C'est une méningite lymphocytaire bénigne, ou mieux un méningo-typhus éruptif des porchers (Penso)

peut-être une grippe humaine d'origine porcine

Le Professeur Penso a choisi pour dénommer cette affection le terme de méningo-typhus, et c'est celui qui traduit le mieux son expression clinique, sans préjuger de son étiologie, laquelle demeure encore inconnue.

Son début, sous la forme d'une atteinte gastro-intestinale sévère, rappelle en effet celui de la dothiénentérie ; mais pareille infection doit être écartée par la clinique en raison de l'évolution ultérieure, — comme par le laboratoire en raison de la négativité des séro-diagnostics spécifiques ; il en va de même pour les fièvres paratyphoïdes. La marche de la maladie (tout au moins *dans sa forme habituelle*) semblerait éliminer également la grippe, à laquelle on pourrait penser tout d'abord, si l'on considère l'élévation brutale et marquée de la température ainsi que la rachialgie et les douleurs musculaires. Quant au diagnostic d'embarras gastrique fébrile, inutile d'en parler, car, masquant le plus souvent le doute et l'ignorance, celui-ci n'est justifié que par les phénomènes gastro-intestinaux.

Les manifestations méningées apparaissant ensuite pour prendre le pas sur les derniers, peut-être serait-il possible d'évoquer momentanément l'idée d'une encéphalite ou d'une poliomyélite ; mais le doute serait rapidement levé au moment de la ponction lombaire.

Les résultats de l'examen bactériologique du liquide céphalo-rachidien seront également défavorables à une méningite tuberculeuse, de même que les faits d'observation clinique : début brusque et guérison rapide, surtout sans séquelles.

Cependant le début gastro-intestinal pose nettement la question d'une origine digestive, et puisque les circonstances accessoires font penser aussitôt à une contamination par le lait ou ses dérivés ne s'agirait-il pas, d'une forme méningée de la fièvre de Malte ? Le Docteur Charleux ne le pense pas, et il invoque contre cette hypothèse, notamment la brièveté de l'infection, et sa localisation sur les employés des laiteries, mais non sur les consommateurs du lait supposé infecté.

Quoiqu'il en soit, nos investigations étiologiques se trouvent ramenées tout d'abord à la consommation du lait ou de ses produits fromagers, *dans les porcheries*, qui sont annexées aux fromageries. C'est pourquoi le Professeur Penso complète sa dénomination de méningo-typhus par ces mots des « *porchers* ». Il est admissible qu'en fin de compte, il s'agisse d'une contamination, directe ou indirecte par le porc ou par des hôtes intermédiaires ?

Toujours est-il que cette *méningite lymphocytaire* semblerait avoir droit à l'autonomie, surtout du fait qu'elle survient électivement chez les employés des fromageries ou chez ceux qui ont travaillé dans ces fromageries. Cette autonomie se fonderait aussi sur son aspect clinique tout à fait particulier, qui n'est pas retrouvé dans les autres méningites lymphocytaires bénignes.

C'est ainsi qu'en 1914, le Docteur Bouchet avait pu réunir quatre-vingts cas qu'il avait jugé bon d'étiqueter : « pseudo-typho-méningite des porchers ». En 1932, Muller avait remarqué que cinq à dix pour cent des élèves de fromagerie de Berne étaient atteints d'un syndrome infectieux de nature indéterminée, qu'il dénommait la « grippe des laiteries ». Depuis lors, des observations en ont été recueillies en Haute-Savoie par Charleux, en Suisse par Roch et Urech, en Italie par le Professeur Penso.

Les sujets peuvent-ils être atteints en con-

sommant des produits de fromagerie, altérés peut-être par l'intermédiaire de porcs malades ? Le cas de M. Raymond semblerait le prouver, car le malade n'ayant jamais été en contact avec les porcins, aurait consommé très souvent des fromages fermentés, mais aussi de la viande de porc.

La transmission se ferait-elle directement par les animaux malades ? C'est une hypothèse raisonnab e qui semble attirer de plus en plus l'attention : l'hygiène des étables laisse souvent à désirer et le porc est fréquemment atteint de maladies infectieuses. Or, les plus courantes sont : la *grippe des porcelets*, le rouget, la peste, la pneumo-entérite. G. Charleux, cependant, dans ses observations, n'a noté aucune coïncidence entre ces épizooties et la méningite des porchers.

La cyanose des extrémités, l'aspect coloré du malade, l'érythème passager sont-ils des arguments en faveur d'une forme de contagion du rouget du porc ? Ces arguments sont bien faibles. Les porchers, se contaminent-ils en manipulant des vaccins contre le rouget ? C'est là encore une pure hypothèse jusqu'alors non contrôlée.

Certains pensent aussi que le porc contaminerait l'homme par un hôte intermédiaire, ou encore en causant l'altération de certains produits de fromgerie.

Cet hôte intermédiaire n'est certainement pas un moustique, puisque l'affection sévit aussi bien en hiver qu'en été. Les rats semblent plus à redouter, car ils sont habituellement nombreux dans les laiteries-porcheries. Souvent commensaux des porcs, ils en apprécient la nourriture, parfois aussi le lard. Aussi peuvent-ils souiller le lait, les aliments du fromager, les fromages, etc.

Mais le rat ferait naître également l'idée de la transmission d'une spirochétose ictéro-hémorragique. Le syndrome clinique de cette méningite curable ne ressemble-t-il pas par de nombreux points, à la spirochétose méningée ? Roch n'a-t-il pas observé de la conjonctivite dans certains cas ? Cependant le séro-diagnostic du spirochète a toujours été négatif, et il en a été de même pour les recherches bactériologiques. D'autre part, un cas nouveau récemment observé à l'hôpital de Genève permet au Docteur Roch d'affirmer que la maladie des jeunes porchers doit être distinguée de cette spirochétose. De plus, G. Charleux, qui connaît particulièrement bien la spirochétose ictéro-hémorragique, n'en a jamais en Haute-Savoie, où il exerce.

Enfin, le rat n'occupe pas électivement les fromageries, et l'on devrait observer la méningite en dehors des fromageries, ce qui n'est pas le cas.

Une remarque intéressante s'impose enfin : c'est qu'une première atteinte paraît conférer l'immunité définitive, car les « *vieux porchers ne sont jamais infectés* ».

Jusqu'alors toutes les recherches de laboratoire, inoculations, hémocultures, séro-diagnostics divers sont demeurés entièrement négatifs. On peut donc conclure, avec G. Charleux, que l'étiologie de cette méningite reste inconnue, et qu'en raison de son apparition constante dans les porcheries, il faut cependant aiguiller les recherches sur la contagion possible d'une maladie apparente ou inapparente de cet animal.

Or, voici que l'on vient de décrire sous le nom de grippe des porcelets, une maladie, qui présente quelques analogies cliniques, épidémiologiques et bactériologiques avec la grippe humaine et aussi avec la maladie des porchers. Le porc d'autre part, se montrerait expérimentalement sensible au virus de la grippe.

Dans ces conditions, MM. Leclainche et Verger ont confirmé récemment l'hypothèse que la maladie des porchers pouvait être d'origine animale, et qu'alors elle serait due à l'action pathogène du virus de l'influenza du porcelet, lui-même très voisin du virus de la grippe humaine. Ces auteurs sont ainsi amenés à envisager une *unicité* — d'origine tout au moins — *des virus de la grippe porcine, de la grippe humaine et de la* « *maladie des porchers* ».

G. FISCHER.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Traitement radiothérapique des tumeurs hypophysaires

Etudiant ses indications et contre-indications, le Docteur Le Cocq établit tout d'abord la liste des tumeurs radio-résistantes, où toute tentative de radiothérapie est vouée à l'échec. Parmi celles-ci se placent les tumeurs supra-sellaires : méningiomes, gliomes du chiasma optique et les cholestéatomes, groupe qui représente 10 % des tumeurs hypophysaires. A ce groupe il était classique de joindre jusqu'à ces dernières années, les tumeurs développées aux dépens de la poche de Rathke qui, apparaissant chez l'enfant, créent le nanisme hypophysaire avec infantilisme et atrophie optique, et dont le développement chez l'adulte donne lieu à une symptomatologie qui rappelle beaucoup celle des adénomes chromophobes. Il semble maintenant que ce pessimisme thérapeutique doive recevoir quelques atténuations. Il n'en reste pas moins vrai que l'exérèse chirurgicale de ces tumeurs reste le traitement de choix ; mais si l'on se trouve en présence d'un état général par trop mauvais, ou d'une répugnance invincible du patient à se prêter à l'intervention, il est actuellement légitime de tenter la radiothérapie.

Avec les adénomes de l'hypophyse, nous entrons dans la catégorie des tumeurs où le traitement par les rayons trouve ses indications majeures. Ce sont d'abord les adénomes chromophobes (35 % environ des tumeurs hypophysaires), qui s'accompagnent cliniquement des symptômes de l'hypopituitarisme ; ils réagissent en général bien au traitement physique, mais il est exceptionnel de voir les fonctions sexuelles reprendre leur cours normal. C'est surtout l'adénome acidophile, lequel se manifeste par le syndrome acromégalique classique, qui constitue l'indication capitale de la radiothérapie. Lorsqu'apparaît l'atteinte du chiasma optique, se montre un signe oculaire qui constitue un des symptômes cardinaux de la maladie : l'hémianopsie bi-temporale. Ce symptôme est purement objectif ; le malade ne se plaint d'aucun trouble visuel ; et l'acuité visuelle reste longtemps intacte. D'abord transitoire, cette hémianopsie devient ensuite permanente. A cette période de son évolution l'adénome acidophile reste encore justiciable de la radiothérapie avec les plus grandes chances de succès. Mais celles-ci diminuent dès qu'apparaissent les signes oculaires subjectifs : le malade se plaint que sa vue baisse ; à l'ophtalmoscope on trouve une papille jaunâtre, luisante, qui caractérise le stade pré-atrophique ; enfin, apparaît l'atrophie optique du type primitif. A ce stade la radiothérapie ne peut être tentée qu'avec une extrême prudence, et l'examen oculaire doit être fait presque avant chaque séance. Sous l'effet des rayons, on peut voir les accidents oculaires évoluer de façon rapide soit du fait d'une dégénérescence nécrotique, ou d'hémorragie intra-kystique, soit par hypertension. Au moindre signe d'aggravation, il faut savoir arrêter le traitement et passer la main au chirurgien.

A ces accidents possibles, il faut ajouter les nausées, les vomissements, la céphalée parfois très vive, l'hématurie et la glycosurie. Enfin, la thrombose des sinus caverneux entraîne la cécité. Ces accidents sont surtout à craindre avec la technique des irradiations massives ; avec la méthode des doses modérées et espacées, qu'indique l'auteur, tout se borne habituellement à un peu de céphalée après les premières séances.

C'est dans les cas d'adénomes acidophiles que l'on aura les plus beaux succès. On peut estimer à 50 % les cas heureux : amélioration des troubles visuels, de la céphalée, de l'état psychique, retour de la puissance génitale, rétablissement des règles, stabilisation des déformations osseuses, et rétrocession de l'hyperplasie du tissu conjonctif. Parfois l'amélioration des symptômes s'obtient très vite, dès les premières séances ; parfois par contre, elle se fait longuement attendre et ce n'est qu'après deux ou trois séries d'irradiations qu'elle se dessine. Il faut savoir persévérer : même dans les cas les plus mauvais, une grande atténuation des symptômes peut être obtenue par la radiothérapie seule.

Les malades traités par la radiothérapie devront rester sous surveillance médicale, et le traitement sera repris au moindre signe de rétrocession de l'amélioration du champ visuel, et tant que la symptomatologie n'est pas fixée et peut permettre d'attendre une nouvelle amélioration. (*Le Journal Médical Français*, octobre 1936.)

Les résultats éloignés de l'opération d'Albee dans le mal de Pott de l'adulte

M. G. LECLERC expose ainsi qu'il suit les résultats de son expérience personnelle :

L'opération d'Albee est une excellente opération. Dans le cas où deux vertèbres, au plus, sont atteintes, elle donne des résultats éloignés qui ne s'affaiblissent pas beaucoup avec le temps. Au-dessus de deux vertèbres le résultat est plus aléatoire.

Il faut pratiquer l'opération le plus tôt possible, à partir de la deuxième année d'évolution.

Il faut prendre les plus grandes précautions pour que le greffon soit mis en bonne place et même, s'il y a une gibbosité, faire un repérage radiographique minutieux. L'immobilisation post-opératoire dépend de la période où en est arrivée la lésion, mais elle doit durer au moins un an.

Lorsque le malade est autorisé à se lever, il ne faut pas le considérer comme guéri. Il faut prolonger le traitement hygiénique et local. Il faut surveiller l'évolution des lésions par des radiographies fréquentes et ne prononcer le mot de guérison qu'avec circonspection.

Sans doute, la plupart des chirurgiens pensent ainsi, mais les résultats de l'opération ont autorisé des enthousiasmes exagérés que les malades ont trop tendance à partager et qu'il a semblé utile à l'auteur de réduire quelque peu. (*La Presse Médicale*, 28 octobre 1936.)

La maladie obstétricale

Pour MM. J. COURTOIS et R. LECOQ (de Saint-Germain-en-Laye) il existe une maladie obstétricale caractérisée par des troubles du système réticulo-endothélial et des modifications humorales, hormonales et neuro-végétatives. Elle apparaît lors de l'accouchement et des suites de couches chez certaines femmes prédisposées, soit par la toxémie gravidique, soit par des particularités pathologiques antérieures, personnelles ou héréditaires. Elle éclate plus spécialement chez les femmes fatiguées par un travail prolongé et traumatisées par une extraction brutale et rapide du fœtus. La présence de déchets organiques : acide lactique, polypeptides, urée, acides urique et oxalique, toxines, etc., dans le sang et les tissus semble jouer un rôle important dans l'apparition des accidents (troubles dysmétaboliques analogues au déséquilibre alimentaire).

Les formes de la maladie obstétricale sont déterminées par une tendance aux localisations sur les tissus et les organes antérieurement atteints ; elles sont, par conséquent, à prédominance nerveuse, circulatoire, ou généralisées (septicémies).

Les thromboses semblent l'une des manifestations les plus intéressantes, parce que la plus redoutable des formes circulatoires. La multiplicité des facteurs qui interviennent dans leur genèse explique pour quelles raisons toutes les accouchées n'en font pas, malgré leur grande aptitude à l'hypercoagulabilité sanguine. (*La Gynécologie*, octobre 1936.)

Les aortites chroniques

A côté de l'état de mal angineux hyperalgique, des algies angoissantes d'effort, des algies de décubitus, il existe toute une série d'oppressions douloureuses chez les cardiaques, les aortiques, les urémiques, dont on a pu dire que la thérapeutique était bien souvent décevante.

M. SAILLANT insiste sur certains cas d'aortites chroniques, entre 45 et 60 ans, qui se présentent soit avec des phénomènes douloureux, soit avec des troubles respiratoires.

En dehors de quelques cas, où l'étiologie spécifique n'était pas douteuse, et où un traitement de la syphilis causale a donné une amélioration satisfaisante, l'auteur a appliqué le traitement classique des cardiopathies chroniques : iodures à faible dose, rhodonate de potassium, régime lacté mitigé, hygiène stricte. Contre l'élément douleur, il a employé les thérapeutiques classiques : nitrite d'amyle, trinitrine, morphine.Les résultats n'ont pas été encourageants, et cela pour des raisons diverses.

Puis, il s'est adressé à l'aminophylline, qui joint à des propriétés antalgiques des effets tonicardiaques secondaires. Dans les aortites et les insuffisances aortiques, ce médicament devait permettre, en dilatant les coronaires et en tonifiant le myocarde, d'éviter la crise paroxystique douloureuse ; elle a répondu à cet espoir en supprimant l'oppression et en donnant du souffle aux cardiaques. L'aminophylline a été prescrite à la dose moyenne de 0 gr. 40 à 0 gr. 80 par jour, mais en recherchant chaque fois la dose minima agissante. Aucun accident d'accoutumance n'a été observé. Si parfois, au bout de deux ou trois semaines, apparaît une diminution d'efficacité, il suffit d'arrêter la médication pour quatre ou cinq jours ; ce délai passé, l'aminophylline reprend son efficacité. On peut l'administrer en gouttes ou en lavements.

Ce médicament permet ainsi de réaliser la prophylaxie des crises angineuses ou oppressives des aortiques, ramenant ces malades au calme et à une vie presque normale. (*Gazette des Hôpitaux*, 11 novembre 1936.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Procédé nouveau pour la conservation des liquides fermentescibles

(MM. GALAMÉ et HOULBERT. — Présentation par M. PERROT ; 5-1-1937)

Pour conserver les liquides fermentescibles et plus spécialement le lait, MM. Galaine et Houlbert proposent un procédé nouveau et simple.

Dans la pasteurisation habituelle, on chauffe le liquide à une température de 70° à 80°, puis on le refroidit rapidement pour l'amener, à l'abri de l'air, à un taux inférieur à 10°. Dans la pratique, si ce refroidissement n'est pas suffisant et maintenu, la prolifération des microbes non détruits entièrement se produit très vite.

Le procédé des auteurs est une pasteurisation modifiée. On porte le lait, le plus tôt possible après la traite, à 80° ou au voisinage de cette température : ce qui, sans thermomètre, représente pour les cuisinières, le point où le lait va entrer en ébullition. Puis, au lieu de le refroidir, on s'efforce de le maintenir à cette même température voisine de 80°, pendant un certain nombre d'heures, jusqu'au moment de la consommation. Un moyen commode d'obtenir ce résultat est l'emploi des bouteilles à double paroi de verre du type thermos, récipients très connus et souvent utilisés pour les besoins familiaux.

Le lait ainsi conservé peut être considéré comme pratiquement stérile. De plus, il est bien toléré et son coefficient de digestibilité est augmenté. MM. Galaine et Houlbert attribuent, en effet, à ce lait des qualités nouvelles qui sont les suivantes : au bout de quelques heures de maintien à cette température de 80° (quatre heures environ), certaines albumines, cause de phénomènes anaphylactiques parfois, sont précipitées ; la caséine est dans un état de division voisin de l'état colloïdal et les globules graisseux mieux absorbables.

Ce procédé de conservation des liquides altérables (bouillons, tisanes, lait, etc.) et d'une manière générale de toutes les préparations qui doivent se consommer tièdes ou réchauffées consiste en résumé à chauffer le liquide pendant 4 à 5 minutes à 80° environ et à l'introduire, ainsi chauffé, dans des récipients, type Thermos, dont les parois internes auront été préalablement stérilisées par un jet de vapeur.

La vaccination jennérienne chez les enfants au-dessous de trois mois

(M. BÉCLÈRE ; 22-12-1936)

A propos de la communication de MM. Plotz et Martin sur la vaccination au moyen de cultures de virus vaccinal, M. Béclère présente quelques considérations intéressantes sur la vaccination en général et celle des nouveau-nés en particulier.

L'auteur rappelle les travaux qu'il a poursuivis, il y a trente-sept ans, avec Chambon, Saint Yves Ménard et Coulomb, sur la transmission intra-utérine de l'immunité vaccinale et le pouvoir antivirulent du sérum. Lorsque le sérum sanguin de la femme possède un pouvoir antivirulent suffisant, la substance antivirulente du sang maternel peut passer à travers le placenta dans le sang fœtal. Il en résulte une immunisation passive du nouveau-né qui s'atténue par degrés, à mesure que s'élimine dans l'urine la substance antivirulente. Cette immunisation passe par trois périodes : elle est successivement complète, incomplète et nulle. Une vaccination de l'enfant faite dans la première période reste alors sans résultat. Dans la seconde période, elle donne un résultat incomplet, à savoir des vésicules, sans immunisation active de valeur, l'établissement de celle-ci étant gêné par ce qui reste d'immunisation passive.

Pour conclure, quand il n'existe pas de dangers manifestes de contagion variolique, il y a intérêt à ne vacciner les jeunes enfants que plusieurs mois et, pour préciser, trois mois au plus tôt après la naissance. Plus la vaccination chez eux est tardive, plus elle a de chance de leur assurer le bénéfice d'une immunité solide et durable.

D'une manière générale, d'autre part, et pour un motif analogue, en matière de vaccination jennérienne, il n'y a pas avantage, au contraire, à multiplier à l'infini les vaccinations. L'immunité conférée par de nouvelles inoculations est d'autant plus imparfaite que ces inoculations se succèdent à intervalles plus rapprochés. M. Béclère énonce ce fait sous une forme qui n'est paradoxale qu'en apparence : « Se faire revacciner tous les ans serait le moyen d'être préservé le plus mal possible contre la variole ».

Les anomalies du métabolisme de base chez l'enfant

(MM. G. MOURIQUAND, J. ENSELME et Mme ENSELME ; 22-12-1936)

L'étude du métabolisme de base chez l'enfant est susceptible de donner des indications utiles tant dans l'hyperthyroïdisme dont il permettra de fixer comme chez l'adulte le moment évolutif, que dans l'hypothyroïdisme où il constituera un sérieux appoint au diagnostic.

Un certain nombre d'anomalies du métabolisme de base reconnaissent aussi pour cause des troubles hypophysaires.

L. P.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

Le pronostic lointain des cirrhoses du foie

(MM. Et. CHABROL et J. SALLET ; 16-10-1936)

Les auteurs font une étude comparative des polypeptides, des sels biliaires et du cholestérol du sang d'après une statistique de 300 observations, et ils synthétisent leurs constatations biologiques en ces termes :

Le pronostic lointain d'une cirrhose du foie est, dans la grande majorité des cas favorable, lorsque le taux du cholestérol sanguin s'élève à 2 grammes pour 1.000, que le chiffre des sels biliaires est appréciable, que celui de la tyrosine est bas.

Il s'annonce fâcheux, au contraire, lorsque le taux du cholestérol tombe au-dessous de 1 gr. 20 et que les sels biliaires font défaut. La faible valeur de la tyrosine n'apporte aucun correctif à cet arrêt de mauvais augure.

Le pronostic immédiat des cirrhoses est toujours sévère, lorsque le fort abaissement du cholestérol et la disparition des sels biliaires coïncident avec une brusque ascension des polypeptides du sang.

Erythrémie essentielle (maladie de Vaquez) rapidement améliorée par le chlorhydrate de phényl-hydrazine

(MM. L. BÉTHOUX et J. MARGOULIDES ; 30-10-1936)

L'observation communiquée montre que, malgré une irradiation totale, comportant au total des doses relativement fortes, la polyglobulie s'est maintenue à un taux élevé ; de plus, ce traitement fut pénible pour la malade, Par contre, le traitement chimique par le chlorhydrate de phényl-hydrazine, suivant la technique de Vaquez et Mouquin, a provoqué très rapidement une amélioration notable, tant au point de vue hématologique que clinique.

Si l'on tient compte, d'autre part, de la difficulté d'application de la télérœntgenthérapie totale, de l'importance de l'appareillage nécessaire comparé à la simplicité de la chimiothérapie, il faut bien convenir qu'à égalité de résultats, cette dernière méthode est beaucoup plus élégante. On ne peut cependant conclure sur un cas ; de nouvelles études comparatives s'imposent.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 24 octobre 1936

Les trois étapes dans le diagnostic et le traitement des états anémiques

M. A. BÉCART estime qu'en présence de tout état anémique le praticien a trois questions à résoudre : 1° Existe-t-il ou non une lésion grave, voire irrémédiable des organes hémopoïétiques ? 2° A quel syndrome hématologique a-t-on affaire ? 3° Quelle est la cause de cet état anémique ? La première réponse sera donnée par l'étude cytologique du sang et de la moelle osseuse qui permet la classification en état myélopathique ou hémopathique, le premier indiquant une lésion grave des organes hémopoïétiques (Biermer ou anémie aplastique), le second, une simple suractivité de la moelle osseuse. Faire la différence entre ces deux états est capital puisqu'il s'agit du pronostic *quoad vitam*. La deuxième étape consiste, de par l'étude de la taille des globules rouges et de la valeur globulaire, à classer les états anémiques en deux grands syndromes : hyperchrome (et macrocytique) et hypochrome (et microcytique). *Grosso modo*, on peut dire que les premiers relèvent plus spécialement de ce que l'auteur appelle l'hormonothérapie anti-anémique (méthodes de Whipple, Castle, Fontès et Thivelle) les seconds de la thérapeutique martiale, l'auteur donnant la préférence au fer réduit à hautes doses, la transfusion restant la thérapeutique d'urgence et de mise en route de ces différents traitements.

La troisième étape est l'étape étiologique dont l'aboutissant est la recherche de la cause, par l'examen clinique complet du malade. Y a-t-il une hémorragie récente, une maladie organique quelconque ? L'auteur insiste sur l'examen des différents appareils, en particulier sur l'étude complète du tube digestif, les cancers latents étant à la base de bon nombre d'états anémiques graves, étiquetés souvent Biermer, anémie pernicieuse ou cryptogénétique. Y a-t-il une cause toxique ? et enfin, existe-t-il une cause infectieuse ou aiguë ou chronique... Celle-ci est très fréquente. L'auteur souligne l'importance des infections dentaires et intestinales. Tels sont les différents interrogatifs cliniques que le praticien aura à épuiser.

Projet d'organisation sociale de la rééducation en France

M. G. DE PARREL, se fondant sur l'expérience réalisée par l'œuvre de la réadaptation de l'enfant dans ses dix centres sociaux de la région parisienne, présente un projet d'extension de cette organisation à toute la France. Ce projet permettrait de réadapter environ 50.000 enfants déficients de toutes catégories en créant 175 centres de rééducation, soit un centre pour 200.000 habitants. Les difficultés ne sont pas insurmontables si l'on procède par étapes. Les dépenses d'aujourd'hui se traduiront demain par des allègements très sensibles des charges d'assistance de l'Etat et des collectivités. Ainsi des vingtaines de milliers d'enfants pourraient être sauvés du silence, de l'incapacité, de la misère et souvent du vice. Il ne faut pas oublier que le pourcentage des sujets entravés dans leur développement ou leur instruction par un déficit quelconque (sensoriel, moteur, psychique) est assez élevé. Le problème de leur revalorisation mérite d'être étudié sur le plan national et conduit à une solution pratique et efficace.

G. F.

Société des chirurgiens de Paris

Séance du 18 décembre 1936

Sur les infections dites chirurgicales

M. Blanc se rallie aux idées qu'a émises M. Raiga dans une communication antérieure sur le traitement des infections dites chirurgicales. Étudiant l'insuffisance des moyens chirurgicaux dans le traitement de l'anthrax, de l'infection post-abortum et de l'ostéomyélite, il pense que l'avenir est à la biologie dans cette question du traitement des infections pyogènes.

Réflexions sur la cicatrisation et la régénération

M. Bovier, après avoir rappelé les travaux de Tripier et de Contamin (1910), rappelle l'importance du système lacunaire et croit qu'il faut rechercher là le début des processus de cicatrisation. Il discute la fixation des monocytes dans le tissu conjonctif et l'interprète comme une véritable métaplasie. Il attaque l'interprétation classique de la mitose et, retournant la formule de Bard, il pense qu'une cellule différenciée ne dérive presque jamais d'une cellule de même nature. Il expose ensuite son hypothèse : une cellule meurt libérant des cyto-toxines ; celles-ci sont happées par des lymphocytes et leur communiquent : 1° une chimiotaxie positive qui, par la circulation sanguine, les ramène au point de départ ; 2° une orientation spécifique qui leur permet de réaliser leur potentiel et de venir remplacer l'élément mort qui a déclenché le processus de cicatrisation. Il essaye ensuite de justifier son hypothèse en montrant que l'existence des cyto-toxines est reconnue par beaucoup d'auteurs. Puis, assimilant la cicatrisation aux phénomènes de croissance, il fait du système réticulo-endothélial et du lymphocyte, l'organe et l'agent de la croissance. Enfin, il étaye sa conception sur des exemples cliniques (cicatrices, convalescence, acromégalie, leucocytose infantile, leucémie, régression du ganglion chez l'adulte, ostéogénèse) et expérimentaux (splénectomie). Suivent quelques considérations sur le cercle vicieux du cancer et enfin des arguments tirés des cultures de tissus (cultures de cellules uniques et problème de la non différenciation des cultures).

Torsion de trompe kystique (avec présentation de pièce)

M. R. Français fait un rapport sur une observation communiquée par M. Bouroulle (de Paris) : Une femme de 48 ans est prise au cours de ses règles d'une violente douleur dans le côté gauche de l'abdomen qui s'atténue et même disparaît pour se reproduire de nouveau, très intense, trente-six heures plus tard ; vomissements et développement d'un syndrome complet de péritonite pelvienne. Intervention. L'opérateur trouve un gros kyste salpingien gauche, prolabé dans le Douglas et tordu autour de son segment isthmique. Extériorisation et ablation après aspiration du contenu séro-sanguin de cette trompe kystique. Fixation au ligament rond de la trompe droite (qui présente un pavillon large et flasque), pour éviter tous risques de torsion de ce côté. Fermeture de l'abdomen sans drainage. Guérison. L'examen de la pièce opératoire montre que la trompe kystique était tordue trois fois autour de son pédicule.

Quelques considérations sur le traitement de l'iléus et du pseudo-iléus aigu de l'intestin

M. Sigismond de Dziembawski (de Bydgoszcz, Pologne), présente un important travail sur ce sujet. Tous les chirurgiens sont d'accord pour admettre que l'opération d'urgence pour iléus aigu, doit être la plus simple et la moins traumatisante possible, en général l'entérostomie. Mais il est des cas où cette règle ne peut être suivie et où les lésions obligent à pratiquer d'emblée des opérations radicales. L'auteur étudie successivement l'iléus aigu consécutif à : 1° des adhérences très étendues ; 2° une invagination très vaste ; 3° des sténoses multiples du grêle ; 4° des corps étrangers (calcul biliaire, ascaris, etc.) ; 5° l'infarctus du mésentère ; puis le pseudo-iléus dynamique provoqué par : *a*) lésions extra-péritonéales ; *b*) hémorragie rétro-péritonéale d'origine surrénalienne. Il donne des indications sur le diagnostic et la conduite opératoire à tenir dans ces différents cas et apporte à l'appui des observations personnelles.

Montpellier

Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen

Séance du 6 novembre 1936

Pansement des ostéomyélites, après évidement osseux, au sérum salé hypertonique

MM. Etienne, Lapeyrie et Cabanac proposent de traiter les ostéomyélites après évidement par des pansements à l'eau salée hypertonique. Ce pansement permet d'utiliser les propriétés osmotiques de la solution et celles des ions chlore mis en liberté.

Séance du 20 novembre 1936

Un cas de maladie poly-kystique des reins et du foie. Présentation de pièces

MM. Rimbaud, Anselme-Martin et Fassio présentent deux reins pesant respectivement 2 kgr. 600 et 2 kgr. 700. Leur parenchyme est entièrement envahi de cavités kystiques de dimensions très variables.

Cliniquement, le sujet présentait depuis un an une azotémie voisine de 3 grammes et parfaitement tolérée. L'examen révélait deux grosses masses abdominales répondant aux reins.

Les auteurs soulignent la longue tolérance de l'hyperazotémie et la pauvreté des signes fonctionnels qui donnent à l'insuffisance rénale un caractère particulier dans la maladie polykystique des reins.

Les Livres

Les livres qui viennent de paraître...

Chez Masson et Cie
120, boulevard Saint-Germain

Traité de chirurgie orthopédique, publié sous la direction des Professeurs L. Ombrédanne et P. Mathieu. Secrétaires de la rédaction : M. Lance, G. Huc et P. Padovani. *Cinq volumes* formant 4.550 pages avec 3.000 figures. Premier volume paru le 9 janvier 1937. Prix de chaque volume 270 francs (broché).

Les souscriptions pour les cinq volumes sont reçues, au prix de 1.100 francs (édition brochée) et 1.250 francs (édition reliée), jusqu'au 31 mars 1937.

Les Editions Documentaires
106, rue de Richelieu

Robert Boncard. — **Les dessous de l'intelligence service.** Un volume 256 pages. Prix : 12 francs.

Edition Spes, Paris

Jacques Delille. — **U. R. S. S. Terre d'oppression ?** En lisant André Gide. Une brochure 32 pages. Prix : 1 fr. 25.

Alfred Costes, éditeur
8, rue Monsieur-le-Prince, Paris

Dr M. Ameline. — **La radiesthésie devant la physique.** Un vol. 160 pages, 1937. Prix : 15 francs.

Chez Masson et Cie,
120, boulevard Saint-Germain

Mlle M.-L. Nappée. — **Manuel pratique de l'infirmière soignante.** Préface du Docteur Delassus. Un vol. 384 pages, 186 figures. Prix : 28 francs.

Prof. P. Lereboullet, avec la collaboration de F. Saint Girons et A. Zuber. — **Manuel de puériculture.** 2e édition revue. Un vol. 230 pages avec 56 figures. Prix : 22 francs.

H. Vignes et M. Robey. — **Périodes de fécondité et de stérilité chez la femme.** Un vol. de 88 pages. Collection : *Médecine et chirurgie. Recherches et applications*, nº 2. Prix : 14 francs.

L'Année pédiatrique. Deuxième année, publiée en 1936, par Robert Broca et Julien Marie. Préface du Professeur R. Debré. Un vol. 204 pages, 78 figures. Prix : 32 francs.

The Denver-Chemical Mfg. Co
163-167, Varick street, New-York, U. S. A.

La Saignée Blanche, vol. VIII, nº IV, 24 pages.

Ce fascicule a été imprimé en onze langues et représente, au total, un tirage de 1.425.000 exemplaires qui sont adressés aux membres du Corps médical du monde entier.

Pour la France : Laboratoire de l'Antiphlogistine, Saint-Maur-les-Fossés.

Vigot frères
23, rue de l'Ecole-de-Médecine

Dr Franck Tissot. — **Pronostic et tempérament.** De l'importance de la constitution morpho-physiologique dans l'évolution des maladies. Préface du Professeur Sergent. Un volume, 108 pages, 30 figures. Prix : 18 francs.

Librairie Maloine
27, rue de l'Ecole-de-Médecine

Feuillets médicaux. Revue encyclopédique médico-chirurgicale, paraissant chaque mois. *Première année* : nº 3, décembre 1936.

Cette publication constituera dans un délai de quatre ans une encyclopédie condensée des principales questions de médecine avec mise au point permanente. Prix de l'abonnement annuel : 275 francs.

Imprimerie Anger
Rue Noël-Donval, Lannion (Côtes-du-Nord)

Marcel Le Bras, administrateur de l'Inscription maritime. — **Recueil de renseignements administratifs pour les médecins des régions maritimes.** Un vol. 152 pages. Prix : 25 francs.

René Lépine,
39, rue d'Amsterdam

Raymond Molinéry et Pierre Molinéry. — **Luchon dans l'histoire de l'hydrologie.** Réflexions et hypothèses sur l'action des eaux minérales, suivies d'une étude sur le radio-vaporarium sulfuré de Luchon, 124 pages avec figures.

Librairie Maloine
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (VIe)

Prof. A. Hovelacque, Olivier Monod, Henri Evrard. — **Le thorax. Anatomie médico-chirurgicale.** Un volume format 19 × 28 de 350 pages avec 125 figures de Arnould Moreaux, entièrement tiré sur papier couché. Prix : 125 francs.

L'idée de ce travail a été suggérée aux auteurs par le développement que prend la chirurgie thoraco-pulmonaire.

Ils apportent le résultat de leurs recherches sur plus de 200 cadavres, dont un certain nombre durcis au formol, seul moyen pour observer les organes véritablement en place.

Leur étude est dominée par la préoccupation d'apporter à celui qui aborde la chirurgie thoraco-pulmonaire les connaissances pratiques nécessaires. Sans délaisser les recherches anatomiques qui trouvent leur application dans la chirurgie cardiaque et dans la chirurgie œsophagienne seules, les auteurs s'attachent surtout à décrire ce qui, avant l'essor de la chirurgie thoraco-pulmonaire, ne paraissait pas avoir une grande importance, et reprennent les points difficiles à préciser, mais qui doivent l'être en raison de l'intérêt qu'ils acquièrent maintenant.

Ce travail n'est pas exclusivement réservé au chirurgien. Le médecin y trouvera les renseignements indispensables pour l'examen des scissures, pour l'étude de la projection isolée des lobes, pour celle de la vascularisation bronchique et pulmonaire ; il y trouvera également des données précises et détaillées sur la radiologie des divers viscères (plèvres, cœur, etc.).

L'ouvrage est abondamment illustré de figures et de planches particulièrement travaillées et de très belle présentation.

Editions Delmas, Bordeaux

Docteur Georges Laffitte. — **Le Médecin.** Sa formation, son rôle dans la société moderne. Préface de M. le Docteur Charles Fiessinger. Un vol. in-8o, 902 pages, 1936. Prix : 90 francs.

Cet ouvrage constitue un exposé critique des questions soulevées par la formation du médecin et l'exercice de la profession médicale.

L'auteur a poursuivi un premier but. Au cours de ses développements successifs, il envisage l'organisaiton actuelle des études. Il discute les solutions proposées, indiquant dans quel sens à son avis des réformes devraient être opérées.

En outre, l'auteur a voulu défendre la médecine libre, traditionnelle, individuelle et n'a pas ménagé ses critiques aux tendances étatistes, socialisantes, collectives, qui se manifestent parfois dans la profession médicale.

Une bibliographie de cinquante-cinq pages, pourra être utilisée par ceux qui désireraient reprendre tout ou partie de la question.

Edition du « Berry médical »,
20, rue Victor-Hugo, Issoudun (Indre)

Docteur Louis Robert. — **La maigreur en poésie.**

Du « Roman de la Rose », cette première fleur de la langue française jusqu'aux contemporains Gabriel Nigond et Hugues Lapayre, voici les poètes de la maigreur, ou, du moins, une sélection tour à tour satirique, pitoyable et macabre.

L'érudit confrère nous apprend ainsi que nos ancêtres goûtaient peu les femmes maigres et que la mode actuelle est d'importation étrangère.

G. L.

THÉRAPEUTIQUE

A propos d'une observation de rhumatisme articulaire chronique

A part la Chrysothérapie dont l'emploi, limité par des contre-indications, n'est pas sans inconvénients, et qui demande à être maniée avec circonspection, la chimiothérapie efficace du rhumatisme chronique ne comporte guère que le *Soufre* et l'*Iode*.

L'*Iode* agit par ses propriétés lymphagogues et antiphlogistiques, par son affinité pour le tissu enflammé, provoquant des échanges osmotiques plus actifs, résorbant les exsudats pathologiques, les toxines et les produits de désassimilation qu'il entraîne vers les émonctoires.

Il agit, d'autre part, sur le système endocrinien, en particulier sur la thyroïde, par l'intermédiaire de laquelle il relève le métabolisme basal, et sur l'ovaire, toujours pauvre en iode au moment de la ménopause : on connaît l'origine thyroïdienne de certains rhumatismes et la part que prend l'ovaire à la genèse du rhumatisme chronique de la femme à cette période critique.

Le Soufre qui, par ses propriétés oxydo-réductrices, a une action prépondérante sur l'équilibre humoral agit surtout à la manière d'un catalyseur. En outre, se fixant sur le cartilage diarthrodial carencé, il joue un rôle constructif très important.

Le traitement du rhumatisme chronique par le soufre et l'iode est donc logique du point de vue théorique et d'ailleurs, depuis longtemps, la pratique démontre la valeur de ces agents thé-

rapeutiques qui, longtemps employés isolément, n'ont été associés que depuis quelques années.

Toutefois, il fallait vaincre une difficulté pour donner à ce traitement un caractère réellement pratique.

Le soufre, en effet, pour avoir un maximum d'efficacité, doit être libéré dans l'organisme à l'état de soufre libre, susceptible de subir une série d'oxydations et de réductions successives.

Il faut donc administrer au rhumatisant une préparation soufrée dont la forme a le plus d'analogie possible avec celle que présente le soufre protéique de l'organisme. Les composés qui s'en rapprochent le plus et qui, par leurs propriétés pharmacodynamiques, sont d'administration facile, sont les tétrathionates. Ils ont, comme la cystine ou le glutathion, un groupement S-S non oxydé pouvant être libéré dans l'organisme à l'état de soufre libre avec tous les caractères de labilité désirables.

Ces corps sont malheureusement *in vitro* trop instables, se décomposent très facilement sous l'influence de la chaleur et des oxydants ce qui en rend l'emploi assez délicat malgré leurs qualités incomparables. L'association avec une préparation iodée, en particulier, toujours susceptible de libérer de l'iode libre et par conséquent de produire des phénomènes d'oxydation ajoutait encore à la difficulté du problème.

Cependant la Thio-Naiodine, préparation composée de tétrathionate de magnésium et d'iodure de sodium sous forme stable, permet d'administrer des quantités importantes d'iode et de soufre dont l'effet est complété par les propriétés neuro-sédatives et analgésiques du magnésium, classiquement connues depuis les travaux d'Auer et Meltzer et ceux plus récents d'A. Lumière.

Voici, maintenant, une observation communiquée par le Docteur L... qui permettra d'apprécier les qualités de cette nouvelle préparation:

Malade de 61 ans, atteint depuis près de 20 ans d'une arthrite scapulo-humérale droite, accompagnée de gêne fonctionnelle notable, concernant surtout les mouvements de circumduction et d'élévation du bras fléchi en arrière, atrophie du deltoïde et du triceps, douleurs gênant le sommeil.

Les traitements ont consisté, surtout, en absorption des dérivés de l'urotropine, jamais d'aspirine, en restriction alimentaire ; exercices physiques quotidiens ; cure à Bourbon-Lancy en 1927 que le malade n'a pu renouveler malgré une amélioration considérable. Séries d'injections de produits iodés ; l'intolérance à l'iode s'est toujours produite après un petit nombre d'injections, se manifestant moins par du coryza et du larmoiement que par un état pénible subfébrile faisant disparaître l'appétit et empêchant tout encouragement à la continuation.

Le malade, après cet été de 1936 si humide, était resté très douloureusement pris à droite, lorsque, vers le 15 octobre, brusquement, une arthralgie s'est produite à l'épaule gauche, entraînant les mêmes symptômes encore plus accentués. C'est alors qu'on a eu recours à la Thio-Naiodine A, 18 injections intramusculaires de 10 c. c. à peu près quotidiennes ; les six premières *loco-dolenti*, à gauche, les autres au point classique de Barthélémy ont progressivement amené une rémission à peu près absolue à ce jour : 20 décembre, non seulement du côté gauche, récemment pris, mais surtout du côté droit, atteint depuis vingt ans.

Actuellement, les injections sont pratiquées tous les trois ou quatre jours. Le lendemain, l'articulation gauche réagit encore nettement, mais peu de temps, et chaque application est suivie dans l'ensemble d'une amélioration toujours progressive.

Les articulations sont libérées ; la culture physique est continuée par des mouvements accomplis bien à fond ; le tir de chasse qui exige la promptitude que l'on sait dans le soulèvement et l'allongement des épaules, est redevenu très honorable, alors qu'il a été lamentable ces dernières années. Le sommeil n'est plus interrompu par les douleurs. Avec la Thio-Naiodine, aucun phénomène d'iodisme n'est produit, même en ce qui concerne le malaise général décrit plus haut. »

Et le Docteur L... conclut ainsi ;

« La méthode des injections de Thio-Naiodine dans le *rhumatisme goutteux* est d'une grande efficacité dans les cas *anciens ou récents. Elle supprime la douleur* et *l'impotence fonctionnelle*, et permet la *réfection des muscles* en rendant possible une culture physique correcte. Elle ne s'accompagne d'*aucun accident d'iodisme*. Enfin, elle permet la thérapeutique anti-urique concomittante. En raison des résultats obtenus sur les lésions anciennes, on peut aisément conclure à la valeur d'une *thérapeutique préventive par ce médicament.* »

Cette observation est celle d'un rhumatisme chronique typique, présentant une forme de gravité moyenne, mais, avec cependant, des lésions installées et un épisode aigu assez intense. Lésions chronique ou aiguë ont cédé, en un temps relativement court, à un traitement intramusculaire de Thio-Naiodine ; amélioration survenant aussi rapidement du côté droit, (lésion chronique), que du côté gauche, (accès aigu.)

Notons encore, que ce malade, assez sensible à l'iode, a pu supporter les doses assez importantes d'iodure de sodium contenues dans la Thio-Naiodine A.

La Thio-Naiodine peut-être également injectée par voie intraveineuse et elle est remarquablement tolérée, bien qu'elle soit dosée à 5 % d'iodure de sodium et 5 % de tétrathionate de magnésium, doses qui en font un médicament d'une rare activité dans toutes les formes de rhumatismes chroniques et, particulièrement, dans celles où il faut frapper vite et fort ; telles que les épisodes douloureux, névralgies, funiculites, radiculites, etc.

Dr DE JUSPY.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Bulletin de l'Actualité

LA CRISE MÉDICALE ACTUELLE EST UNE CRISE DE CONFIANCE

Alors que beaucoup de médecins se plaignent de la pléthore, de la rareté des clients, et réclament la fonctionnarisation comme un remède à la crise professionnelle, on voit de tous côtés sortir de faux docteurs, qui sans avoir eu la peine de passer par nos Facultés, exercent au vu et au su de tous, ont des clientèles prospères, et s'étonnent même au jour où on vient leur réclamer un diplôme, qu'on mette fin à un exercice illégal qui leur apportait plus qu'une honnête aisance et dont les malades étaient satisfaits.

En quelques semaines les journaux nous en révèlent un assez joli nombre et on trouve dans la rédaction de ces faits divers comme le regret de voir suspendre l'activité de si braves gens, pour lesquels il est dommage qu'on ne puisse régulariser une situation de fait qui contentait cependant tout le monde.

De tels exemples nous montrent le peu de cas qu'on fait des études médicales, la place qu'ont prise tous les illégaux et les appuis qu'ils trouvent un peu partout. Il est certain que si des mesures de répression nouvelles ne sont pas vite prises contre les charlatans et les batards d'Esculape, il y aura intérêt pour se faire une belle situation en soignant autrui, à ne posséder aucun diplôme. J'ai souvent dit et écrit que la concurrence des dispensaires était bien exagérée et que si le praticien voulait chercher où sont allés les clients qu'il ne voit plus chez lui, il les trouverait chez des illégaux et dans toutes ces officines de soins qui commencent à l'arrière-boutique du pharmacien, aux cabinets des masseurs et vont jusqu'aux luxueux salons des fameux docteurs dont tous les quotidiens vantent les mérites en échanges d'honnêtes contrats de publicité. C'est dire que pour défendre les intérêts du médecin il faut s'attaquer courageusement à tous ceux qui pratiquent la médecine non seulement sans en avoir le droit mais sans l'avoir apprise et exiger que la première mesure de protection de la santé publique soit de laisser exercer seulement la médecine par le médecin. Il faut empêcher l'exploitation de la bêtise et de la crédulité publiques par des entrepreneurs de soins qui dupent le malade ou par l'annonce de méthodes thérapeutiques dont les effets n'ont jamais été reconnus scientifiquement.

A quoi servent tant de discours sur l'amélioration de la race, sur la protection de la santé publique, si le premier venu peut ouvrir boutique de soins, en s'assurant la complicité de médecins faméliques et passer à travers les mailles d'un appareil judiciaire souvent bien long à se mettre en marche quand il s'agit d'atteindre un illégal.

La réglementation de l'exercice de la médecine devrait comporter l'existence d'un Conseil supérieur composé en tout ou partie de médecins connus par leurs belles qualités professionnelles et morales (il y en a encore beaucoup) et auquel on demanderait d'exercer un contrôle sur les thérapeutiques annoncées à grand son de trompe, sur les organisations sanitaires dont les tentacules viennent chercher le client souvent fort loin sur l'exactitude des diplômes et des titres, sur l'efficacité des médications largement diffusées. L'existence de ce Conseil ou de cette Commission supérieure aurait été inutile si nous avions eu ou un Ordre des médecins, ou un Syndicalisme plus puissant politiquement, mais dans l'état actuel des choses, il est grave d'abandonner sans contrôle, avec la large publicité que donne la grande presse d'information tant de thérapeutiques qui mal appliquées ou même déformées constituent une tromperie évidente pour le malade toujours trop confiant.

Le jour où nous pourrons empêcher tant d'abus des illégaux ou des charlatans, nous retrouverons chez nos malades une confiance qui s'en va. Elle s'en va précisément parce que le premier acte de l'illégal ou du charlatan c'est de décrier la médecine officielle, de représenter au malade que le médecin auquel il se confie est ou un imbécile ou un bandit, parfois les deux et de profiter de l'état d'esprit ainsi créé, pour capter sa confiance.

La floraison des charlatans et des illégaux est à mon avis la cause principale du malaise dont nous souffrons tous, et si nous n'exigeons pas des pouvoirs publics de sévères mesures pour faire cesser des abus qui ont trop duré, c'est que nous comprenons mal comment nous devons défendre les intérêts du médecin et ceux du malade.

Le plan de campagne est des plus simples.

Puisque la vérification des diplômes est devenue légale, il importe que chaque Syndicat publie la liste des diplômes non vérifiés, et qu'une enquête soit faite pour chacun.

Il faut dresser un état de tous les illégaux dans les grandes villes, où ils sont légion, et mettre les jeunes confrères en garde contre les collaborations qui pourraient leur être offertes.

Il faut publier les noms des confrères qui donnent des consultations dans les arrière-boutiques de pharmacien, chez les opticiens, chez les marchands de bandages, les faire passer s'ils sont syndiqués devant les Conseils de famille.

J'aimerais aussi que nos confrères du corps hospitalier interdisent leur services à tous ces masseurs, radiesthésistes, astrologues qui, se faisant passer pour des étudiants ou médecins, viennent chercher auprès d'eux cette teinture médicale *dont ils ont besoin pour exercer*, et leur faire tôt ou tard concurrence.

Les méthodes et les procédés des illégaux nous étant mieux connus, nous pourrons mieux les démasquer, les mettre à leur place exacte et disposer des arguments qui nous manquent pour les stigmatiser d'un mot, lorsqu'on viendra à nous parler d'eux.

La lutte contre l'illégal et le charlatan doit être la préoccupation essentielle de tout le Corps médical, il n'y a point à craindre, comme dans tant de questions syndicales, de dresser l'un contre l'autre des intérêts opposés, chaque médecin sait que l'illégal est son ennemi, même et la chose n'est pas rare, s'il lui draine de temps à autre quelques clients.

Cette politique que j'aimerais voir occuper le premier plan de nos préoccupations syndicales déborderait vite hors de chez nous, elle fournirait un beau sujet de débat à la Confédération des travailleurs intellectuels, elle constituerait de beaux thèmes de conférences pour ceux d'entre nous qui ont le besoin pressant de se faire entendre au micro, et le public saurait vite que les médecins entendent débarrasser la société de tous ces exploiteurs du malade dont l'ignorance n'a d'égale que l'impudence et la malhonnêteté. A une époque comme la nôtre où on a toujours à la bouche le mot *compétence*, il est curieux de voir que c'est précisément là où il y en a le plus besoin, qu'on laisse librement l'incompétence s'étaler. Il est inadmissible que des masseurs, des empiriques, des illégaux fassent figure de médecins, dans les réunions sportives et viennent compliquer par leur ignorance et leurs manœuvres intempestives des lésions qui auraient pu, traitées correctement, évoluer de la façon la plus simple.

Les sportifs et les intellectuels sont, je ne sais pourquoi les victimes désignées de tous ces illégaux, ils gardent leurs adresses et se les communiquent comme de bonnes recettes, ils leur vouent une confiance absolue avec une facilité surprenante et ils leur cherchent encore des excuses, quand ils ont éprouvé à leurs dépens les tristes résultats de leurs thérapeutiques. Il suffit cependant de réfléchir pour comprendre que ce n'est point par un don magique et mystérieux presque divin, que la médecine s'apprend; elle nécessite des années de travail et d'étude; on ne saurait la comparer à des arts comme la musique ou la peinture qui comptent de temps à autre, sans qu'on se l'explique, de ces génies qui savent, sans avoir eu besoin d'apprendre.

Trop de gens à l'esprit avisé ne réalisent pas que le génie ne remplace pas chez nous une longue patience ; que la racine que le curé de ne je ne sais plus quel village met sur les plaies, ou que le pendule qui révèle les médicaments efficaces sont des thérapeutiques ou des moyens de diagnostic risibles, car la maladie est complexe, elle obéit à des lois générales qu'il faut avoir apprises, elle détermine des réactions qu'il faut avoir suivies de près. Nous aimerions entendre plus souvent les médecins instruits et sérieux exprimer librement leur opinion sur les moyens des guérisseurs et des empiriques au lieu de ne rien dire et de laisser croire, par leur silence, qu'il peut y avoir dans ces pratiques des influences thérapeutiques efficaces qui nous échappent et dont l'action curatrice est possible.

Au lieu de nous lamenter sur la pléthore, et sur le marasme actuel d'une profession qui a été une des plus agréables, nous devons entrer en lutte contre l'illégal et le charlatan, le démasquer, le rechercher, étaler au grand jour la vanité et la stupidité de ses méthodes, quelquefois même leur danger.

La vulgarisation de tous les procédés mis en jeu pour le duper, intéresserait le grand public, leur mise en parallèle avec les méthodes vraiment scientifiques montrerait pourquoi le vrai savant est moins affirmatif que le charlatan pourquoi il n'a pas cette belle assurance qui permet de donner sans sourciller des explications simplistes sur les phénomènes les plus compliqués de la pathologie humaine.

C'est là l'utile vulgarisation qu'il faut faire, et le public intéressé comprendra que ce qui l'attire chez l'illégal et l'éloigne du médecin est justement le fait de l'ignorance de l'un et du savoir de l'autre. Il comprendra que la médecine n'est point une science de formules qu'on applique, qu'elle est infiniment diverse, que la solution qui convient à l'un ne convient point à l'autre, qu'il faut réfléchir au lieu de trancher, car on n'a jamais la certitude d'avoir trouvé la bonne solution des problèmes pathologiques.

Il suffirait de montrer par des faits précis toutes les erreurs de l'illégal qui ignore les pro-

dromes morbides, les formes frustres des traumatismes, les manifestations multiples des maladies constitutionnelles pour que le malade comprenne que l'illégal vend à faux-poids. Il accepterait alors mieux les directives parfois ennuyeuses, souvent gênantes du médecin et il reconnaîtrait son autorité dans la direction de sa santé. Le médecin de famille représentait précisément une volonté qui savait s'imposer, et à laquelle chacun a voulu se soustraire, en dirigeant lui-même son traitement, en choisissant lui-même ses spécialistes, et en préférant finalement un illégal qui pour garder son client est prêt à en accepter toutes les fantaisies. Cette autorité gênante du médecin pour rester forte doit donner des conseils dictés par le seul intérêt du malade, par le désir de guérir la maladie, et rester absolument étrangère à tout intérêt, à toute compromission.

Actuellement hélas, le doute est venu ; de mauvais bergers, ont clamé très fort les vilénies et les combinaisons d'un petit nombre, et toute la profession en a été meurtrie, la confiance s'en est trouvée ébranlée, et tandis que le médecin se plaint, l'illégal et le charlatan voient affluer chez eux de très nombreux clients.

Pour remédier à un pareil état de choses, il y a deux manières, *une mauvaise* que quelques-uns semblent vouloir suivre et qui consiste à utiliser des procédés de charlatans, à soigner son renom, à recourir à toutes les possibilités commerciales que fournit la publicité moderne ; agir ainsi c'est s'enliser davantage. La bonne manière, nous la connaissons tous, elle consiste à exercer simplement et honnêtement, sans bruit, à gagner l'estime de chacun, et à revaloriser notre belle profession en faisant refleurir cette confiance aveugle sans laquelle il n'est point de rapports possibles entre le malade et son médecin.

Raphaël MASSART.

QUELQUES RÉCENTES DISPOSITIONS MILITAIRES

I. — RÉORGANISATION DES PÉRIODES D'INSTRUCTION

II. — LES ENGAGEMENTS VOLONTAIRES POUR LE CAS D'UNE GUERRE ÉVENTUELLE

I. — Une Circulaire ministérielle du 20 janvier 1937 vient de réorganiser l'exécution des périodes de réserve, notamment pour les médecins. Elle supprime les avantages précédemment acquis depuis le 15 mars 1935, en ce que : 1° elle porte de 7 à 10 jours la durée d'une période ; 2° elle abandonne le maximum admis d'un total de 67 jours pour reprendre celui de 120 jours, conforme à l'article 49 de la loi du 31 mars 1928 sur le recrutement de l'armée. Ces 120 jours seront désormais répartis en douze périodes obligatoires de dix jours chacune, une période devant être effectuée tous les deux ou trois ans.

En pratique, ces dispositions visent surtout les médecins, qui ont une affectation de mobilisation aux armées, et pour eux le régime des périodes à effectuer dans les camps d'instruction reste maintenu. Les confrères, affectés au territoire, ne semblent pas devoir être l'objet de convocations aussi fréquentes — faute de crédits suffisants, et pour eux, subsiste la possibilité d'être appelés, après entente avec leur Directeur, à une époque et dans une garnison de leur choix, en ce qu'ils devront renforcer le service normal, au moment soit de l'incorporation, soit des conseils de révision, ou pour toutes autres raisons.

Dans ce total de 120 jours, rentrent les périodes de dix jours (durée s'appliquant désormais à *tous* les grades) exigibles pour l'avancement dans chaque (loi du 8 janvier 1925), c'est-à-dire : sous-lieutenant 1, lieutenant 2, capitaine 2, commandant 1, lieutenant-colonel 1, (à moins de services de guerre).

Il est toujours possible d'obtenir, une seule fois seulement, un ajournement de la période à l'année suivante. Les officiers de réserve ne peuvent démissionner qu'après leur passage dans la deuxième réserve ; toutefois, l'offre de démission d'un officier, convoqué pour une période, ne peut être accueillie que lorsque celui-ci a accompli la période d'instruction, pour laquelle il est convoqué.

II. — Les officiers honoraires, les rayés des cadres, bref tous ceux qui sont dégagés de toutes obligations militaires, peuvent *dès maintenant* contracter un engagement volontaire pour le cas d'une guerre éventuelle (lois des 26 juin 1931 et 16 février 1932, décret du 9 mars 1932, Circ. min. du 3 mai 1935, 23 juin 1936, etc.). Se munir d'un extrait de l'acte de naissance sur papier libre, et l'adresser avec une demande d'affectation à une formation sanitaire au général com. la Région. Ayant été reconnu apte à une visite médicale, attendre une affectation.

Les avantages : continuer à concourir pour la Légion d'honneur avec les officiers de réserve, qui bénéficient d'un contingent de croix bien supérieur à celui des rayés des cadres ; possibilité de suivre à nouveau les Ecoles de perfectionnement et d'obtenir la carte de surclassement ; plus de périodes d'instruction à exécuter.

RESPONSABILITÉ DU REMPLACÉ A CAUSE DES ACTES PROFESSIONNELS DU REMPLAÇANT

Le Conseil d'administration d'un Syndicat, dans sa séance du 13 novembre, a chargé son secrétaire général de me poser la question suivante (dossier 10.659) :

Un médecin se fait remplacer régulièrement, par un médecin, ou par un étudiant en médecine. Si le remplaçant commet une faute au point de vue professionnel ou au point de vue Assurances sociales (s'il signe par exemple, une feuille sans avoir touché d'argent) qui est responsable ? et en pareil cas le Sou Médical couvre-t-il le médecin remplacé ?

J'ai répondu en ces termes :

Il faut tout d'abord établir d'une façon précise que le remplaçant doit être soit docteur en médecine, soit étudiant remplissant les conditions exigées par l'article 6 de la loi du 30 novembre 1892.

Je rappelle qu'en vertu de ce texte législatif, celui qui, n'étant pas muni du diplôme de docteur en médecine, veut faire un remplacement, doit être étudiant ayant sa scolarité terminée ou interne des hôpitaux nommé au concours et réunissant seize inscriptions. Un certificat de scolarité doit être demandé à la Faculté de médecine et adressé par le remplaçant au Préfet du département, en sollicitant de ce magistrat l'autorisation de remplacer M. le Docteur X.

Le remplacement ne peut avoir lieu que quand le Préfet a donné son consentement, lequel est valable pour trois mois et peut être renouvelé.

Ceci posé, le remplaçant agit dans toute la plénitude des droits et l'indépendance professionnelle que confère le grade de docteur en médecine. Il ne peut pas être considéré comme étant lié au remplacé par un contrat de louage de service, puisque celui-ci ne peut donner d'ordres à son remplaçant.

Pent-être pourra-t-il lui être indiqué des directives générales du point de vue matériel, pour l'organisation des tournées, des visites à domicile, ou la conduite des consultations au cabinet, mais le remplacé n'a aucune qualité pour donner des ordres techniques à son remplaçant en ce qui concerne les soins aux malades. Chaque praticien a une indépendance absolue et ceci a été maintes fois affirmé par la jurisprudence.

Il en résulte que le remplaçant demeure entièrement responsable de ses actes cliniques et thérapeutiques. Tant pis pour lui, s'il commet une erreur en traitant un malade ; lui seul en sera responsable tant du point de vue pénal que des dommages qui peuvent être alloués à la victime du point de vue civil.

S'il commet également une faute en matière d'assurances sociales, lui seul sera convoqué devant le Conseil de famille, si le contrôle technique du Syndicat révèle une culpabilité quelconque. A ce moment, il pourra faire valoir ses débuts dans la carrière médicale, son inexpérience, sa méconnaissance des lois sociales qu'on ne lui enseignait guère à la Faculté de médecine et il pourra obtenir l'indulgence du Tribunal confraternel pour que, dûment averti, il ne retombe pas dans la même erreur au cas où il viendrait à faire un nouveau remplacement ou plus tard lorsqu'il sera installé pour son propre compte.

J'insiste sur ce point — et je l'ai déjà plusieurs fois écrit dans le *Concours Médical* — c'est que remplacé et remplaçant ne sont pas liés l'un à l'autre par un contrat de louage de services.

En effet, le remplacé donne la mission à son remplaçant de prodiguer des soins à ses malades pour que sa clientèle ne puisse péricliter pendant l'absence ou la maladie du praticien.

En retour, le remplaçant est défrayé de tous les frais professionnels et touche une indemnité qui peut être soit un forfait journalier, soit un tantième plus ou moins important sur les honoraires qu'il perçoit.

Mais ce qu'il manque pour qu'il y ait juridiquement contrat de louage de services et que le remplaçant puisse être considéré comme salarié du remplacé, c'est que celui-ci n'a pas qualité pour donner des ordres professionnels ou techniques à son suppléant du point de vue de la conduite des traitements tant pour les malades en cours de soins que pour les clients à venir.

Aussi, beaucoup de remplaçants « de métier » sont-ils affiliés au « Sou Médical » pour que cette Ligue puisse prendre leur défense en cas de litige et les garantir en matière de responsabilité professionnelle.

D'autre part, pour répondre à la demande de nombreux adhérents, « Le Sou Médical » reporte la garantie qu'il accorde au remplacé sur la tête du remplaçant pendant toute la durée du remplacement, à la condition que les formalités légales aient été accomplies et qne notre Ligue de défense ait été avertie dudit remplacement.

Dr Paul Boudin.

L'ACTUALITÉ PROFESSIONNELLE

Informations Parlementaires

Le statut légal des auxiliaires médicaux devant la Chambre des députés

Au cours de sa séance du 28 janvier dernier, la Chambre a adopté sans discussion la proposition de loi présentée par M. Fié et plusieurs de ses collègues sur le « statut légal des infirmières et des infirmiers ». Il y a lieu d'attendre maintenant que le Sénat se soit prononcé à son tour sur cette question qui intéresse, de manière indirecte, mais certaine, le Corps médical, appelé à collaborer journellement avec ceux que l'on a appelé les « auxiliaires médicaux ».

Rappelons que la proposition de loi Fié fut déposée sur le bureau de la Chambre en 1933 et, après plusieurs discussions devant la Commission de l'hygiène, fit l'objet de deux rapports favorables, l'un déposé le 3 juillet 1934, et l'autre, sous l'actuelle législature, en décembre dernier.

L'idée directrice de ce projet consiste à faire de la profession d' « auxiliaire médical », une profession réglementée possédant un statut analogue à celui des médecins, c'est-à-dire réservée à ceux dont la capacité technique serait reconnue comme suffisante par un diplôme délivré par l'Etat. Ce diplôme serait tout naturellement celui prévu par le décret du 27 juin 1922.

Les avantages de cette réglementation sont longuement développés dans les différents rapports. Déjà le Conseil supérieur de l'Assistance publique, dans sa session de 1921, avait adopté des conclusions demandant l'institution d'un statut de la profession d'infirmière, comportant une formation professionnelle obligatoire, avec notions communes et spécialisations technique . A la suite de cet avis est intervenu le décret de 1922, avec ses cinq catégories d'infirmières (hospitalières, visiteuses d'hygiène sociale de la tuberculose, visiteuses d'hygiène sociale de l'enfance, des asiles et infirmières masseuses). Mais ce diplôme n'accordant pas de droit exclusif, n'avait pas permis à ceux qui l'avaient obtenu d'en retirer les avantages et la consécration à laquelle ils pouvaient prétendre.

Or, le libre accès de cette profession, dont la mission est de prolonger auprès du malade, l'action du médecin, à toute personne même dépourvue des qualités techniques et morales nécessaires, présente des inconvénients certains pour la protection de la santé publique et a conduit à de nombreuses reprises à des résultats déplorables. Cet état de choses est préjudiciable au médecin lui-même qui doit pouvoir compter sur la compétence de ses collaborateurs. Il y a lieu d'y porter remède en donnant sa charte à cette profession qui fait partie elle aussi de la corporation de la santé publique. Cette réglementation aura en outre le résultat heureux de limiter l'exercice illégal de la médecine, qui était trop souvent le fait d'auxiliaires médicaux.

Il y a lieu d'observer à cet égard, que la France est en retard sur de nombreux pays étrangers. En Allemagne, d'ici quatre ans, seules les infirmières d'Etat auront le droit d'exercer ; si, en Angleterre, cette profession est libre en principe (comme la médecine), il existe cependant un titre officiel protégé d'infirmière « qualifiée » ; la loi italienne sur les professions auxiliaires de l'art de guérir réserve son exercice aux personnes munies de l'autorisation et des capacités techniques nécessaires. De même, la loi suisse du 11 décembre 1926 a réglementé très strictement la profession d'infirmier, au même titre d'ailleurs que la profession médicale elle-même, et ses professions auxiliaires (sage-femme, masseur, etc.).

Le Corps médical ne doit pas craindre qu'un tel statut ne donne trop d'importance aux « auxiliaires médicaux », et que ceux-ci n'aient alors tendance à sortir de leur rôle. Bien au contraire, leur situation sera précisée, sans nulle équivoque, le projet prévoyant que « les infirmiers et infirmières ne peuvent exercer leur profession que sous le contrôle médical et sur ordonnance descriptive, qualitative et quantitative, dans les conditions prescrites par la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine. »

On ne peut donc en définitive que souhaiter, avec la commission de l'hygiène, l'aboutissement rapide de cette loi qui assurera aux malades une meilleure qualité de soins et donnera au corps médical « un corps d'auxiliaires dont la valeur sera en harmonie avec la sienne ».

Jean MIGNON.

La Presse et les Sociétés

Les services ouverts pour malades mentaux

Le principe des services ouverts est celui-ci : ils ne doivent recevoir un malade souffrant d'un trouble psychopathique que du moment qu'il accepte de se soumettre à la cure et tant que ses réactions ne comportent pas de danger manifeste pour autrui.

L'internement, la séquestration dans un service fermé, tels que l'entend actuellement la loi en vigueur, seraient ainsi réservés aux seuls sujets dont l'état d'aliénation compromettrait l'ordre public ou la sécurité des personnes.

Idée déjà ancienne et cependant réalisée pour la première fois vers 1914 au centre de neuro-psychiatrie militaire de Sainte-Gemmes-sur-Loire.

Depuis ont été créés : l'hôpital psychiatrique Henri-Rousselle (Docteur Toulouse), l'annexe de l'Asile-clinique Sainte-Anne (Prof. Claude), le service annexe de la Maison nationale de Santé de Saint-Maurice (Docteur H. Baruk).

Ces organisations ont l'avantage d'accueillir des malades mentaux qui ne sauraient être utilement soignés dans leur famille et pour qui, d'autre part, l'internement apparaît comme une mesure brutale et vexatoire.

Un malade mental, mais non aliéné, s'il est mis au contact de délirants et d'agités pourra présenter des réactions fâcheuses et voir son état s'aggraver.

Enfin, une famille n'envisage jamais sans répugnance l'internement de l'un de ses membres.

Les services ouverts conviennent aux déprimés, asthéniques, mélancoliques, petits anxieux, obsédés, douteurs, scrupuleux, épileptiques, sans réactions violentes, pithiatiques.

Ils doivent être placés à proximité des asiles afin d'y transférer leurs malades aggravés et inversement recevoir de ceux-ci les mentaux en voie d'amélioration.

(*Archives médicales d'Angers*, octobre 1936. Dr Colonna d'Istria).

G. L.

La rénovation physique de la jeunesse

Qu'un certain nombre d'événements sportifs malheureux aient, depuis quelques années, surabondamment démontré l'infériorité de nos équipes, c'est de quoi blesser notre orgueil national ; c'est même, à certains égards, un son de cloche qu'il convient d'écouter. Ce n'est tout de même pas un « impératif catégorique ».

La véritable urgence tient en ces quelques mots « La proportion des ajournés et réformés au Conseil de révision s'élève, depuis quelques années, à 55 %. Dans les écoles et lycées, il y a une grosse proportion de chétifs, de mal bâtis et de maladifs. Dans aucun pays du monde, la jeunesse n'est aussi décimée que chez nous par la tuberculose ».

Le salut de la race, proclame Diffre, implique le retour de la vie à la campagne. Plus d'internats à la ville.

Dans l'enseignement primaire, on oublie ou on pratique modestement l'éducation physique.

Elle est tout à fait ignorée dans l'enseignement supérieur.

Quant à l'enseignement secondaire, s'il a fait quelques efforts, c'est grâce à quelques initiatives privées (Ecole des Roches, Collège de Bouffémont).

Il faut réorganiser les méthodes d'enseignement et y faire une place plus grande et *non méprisée* à l'éducation physique.

Il convient d'organiser les vacances scolaires et les loisirs.

Toute une politique est à mettre sur pied dont il faudrait bien que les rénovateurs commençassent à se soucier :

des parcs de santé pour les enfants de 3 à 9 ans ;

des parcs de culture physique à partir de la dixième année ;

des parcs d'athlétisme vers 14-15 ans.

Plus d'écoles nouvelles sans terrain de jeux, plus de casernes sans stades. Les cours-préaux sont périmées.

A chaque groupe scolaire : un stade, un gymnase, une piscine.

Ne supportons plus la honte que la France soit le pays des « 470.000 bistrots et des 43 piscines ».

Et mettons sur pied le contrôle médical des sports.

Tout cela est affaire de crédits. Il en faut pour équiper les terrains de jeux, rémunérer les éducateurs et les médecins contrôleurs.

Et affaire aussi d'allègement des programmes.

Assez de savants étiques, de brillants sujets à l'aspect de larves. Ils mènent la race à la mort.

« Sans enthousiasme et sans mystique, on ne peut rénover notre jeunesse à laquelle semble manquer le feu sacré. »

(D'après le Docteur H. Roueche. *Journal de médecine de Paris*, 25 juin 1936.)

G. L.

CE QUE PRATIQUEMENT LE MÉDECIN DOIT SAVOIR SUR...

LA LOI BUDGÉTAIRE ET LA LOI FISCALE DU 31 DÉCEMBRE 1936

Les deux lois du 31 décembre dernier ont apporté à notre système fiscal des modifications importantes dont nous croyons utile de décrire les grandes lignes, en ce qu'elles intéressent le médecin au point de vue professionnel et au point de vue général.

1° Impôts sur les revenus

En ce qui concerne tout d'abord les *impôts cédulaires*, l'article 3 de la loi budgétaire maintient le taux général antérieur de 12 % (qui est réduit de moitié, c'est-à-dire de 6 % pour la cédule des traitements et salaires).

Rappelons que pour l'*impôt sur les bénéfices des professions non-commerciales*, le taux de 12 % est applicable, depuis la suppression des palliers, sur la totalité du bénéfice net dépassant 10.000 francs. Jusqu'à 10.000 francs le revenu est exonéré de tout impôt. Cette cédule n'a fait l'objet que de peu de modifications ; la plus importante est relative à la Commission de taxation dont le siège et la circonscription passent de l'arrondissement au département. Il est prévu toutefois qu'elle pourra se subdiviser en sections afin de hâter l'examen des affaires.

Des dispositions analogues ont été prises en ce qui concerne l'*impôt sur les bénéfices commerciaux*, dont il faut dire ici quelques mots, puis qu'il intéresse toutes les cliniques et maisons de santé. Rappelons qu'il existe pour l'établissement de cet impôt deux régimes distincts : le régime du bénéfice réel et le régime du forfait applicable si le chiffre d'affaires est inférieur à 300.000 francs. Le montant du bénéfice forfaitaire est évalué par l'Administration et notifié au contribuable qui peut le discuter dans les vingt jours. A défaut d'accord, l'évaluation est faite par une Commission consultative, qui est désormais la même que pour la taxation du bénéfice réel, et siège au chef-lieu du département. Sa composition a été modifiée : elle comprend six commerçants au lieu de cinq, et en outre un contribuable salarié et un propriétaire rural. D'autre part, appel peut être formé des décisions de cette Commission devant une Commission centrale permanente siégeant au ministère des Finances. Le contribuable peut toujours faire réformer naturellement les décisions de cette Commission, après mise en recouvrement des rôles, par la voie contentieuse devant la juridiction administrative, mais il lui appartient alors d'apporter la preuve de son bénéfice réel. Indiquons enfin que le Parlement a voté la *taxe annuelle* de 4% *sur les bénéfices non distribués* mais cette taxe ne vise que les sociétés par actions ou à responsabilité limitée.

L'impôt sur le revenu des valeurs mobilières a fait l'objet de deux sortes de dispositions : la première étend le champ d'application de cet impôt, la seconde en diminue le taux. En ce qui concerne tout d'abord le *champ d'application*, la jurisprudence fiscale actuelle subordonnait la perception de l'impôt à la condition que les fonds distribués au porteur de la valeur mobilière soient prélevés sur les bénéfices de la société. Désormais l'impôt est dû « que les sommes ou valeurs distribuées soient prélevées ou non sur les bénéfices ». Quant au *taux de l'impôt*, qui était antérieurement en principe de 24 %, il est fixé désormais à 18 %. Cette réduction ne vise que les valeurs au porteur ; le taux reste au contraire fixé à 12 % en ce qui concerne les produits, dividendes, arrérages, revenant à des personnes physiques des valeurs nominatives ou des parts d'intérêts dans les sociétés civiles ou à responsabilité limitée.

L'une des principales réformes de la loi fiscale est celle concernant l'*impôt général sur le revenu*. En ce qui concerne tout d'abord le revenu net taxable, la nouvelle loi a modifié le mode de calcul des *déductions pour charges de famille*. Celles-ci sont en principe relevées : 5.000 francs pour chacun des deux premiers enfants (inchangé), 10.000 francs pour le troisième (au lieu de 8.000) 15.000 francs pour le quatrième et chacun des suivants (au lieu de 9.000 francs). Mais ces déductions sont réduites suivant le montant du revenu net imposable : de 1/5 lorsque ce revenu est compris entre 75.000 et 150.000 francs, 2/5 entre 150.000 et 300.000 francs, 3/5 entre 300.000 et 600.000 francs et 4/5 au-dessus. Le législateur a en effet estimé que les charges de famille étaient d'autant moins lourdes que le revenu était plus élevé. Il y a vu d'autre part un moyen d'accentuer la progressivité de l'impôt, progressivité qui a été principalement augmentée par l'*élévation des taux* et surtout le *changement du mode de calcul*. Jusqu'à présent le principe admis était que la même tranche de tous les revenus, quelle qu'en soit l'importance, devait supporter une charge égale. Le taux de l'impôt était fixé en principe à 24 %, il s'appliquait à 1/25e du revenu entre 10 et 20.000 francs, en augmentant ensuite de 1/25e par 10.000 francs.

Dorénavant le taux de l'impôt variera suivant l'importance du revenu, et ce taux sera applicable au total de ce revenu. Une même tranche de deux revenus différents supportera donc deux taux différents. Ce taux est fixé à 1 % du revenu *taxable*, (c'est-à-dire du revenu au-dessus de 10.000 francs et après déduction des charges de famille) compris entre 0 et 10.000 francs, il sera de 1 à 4 % de 10.000 à 70.000 francs, de 4 à 13 % entre 70.000 et 170.000, etc., pour atteindre 40 % au-dessus de 1.320.000 francs, étant entendu toutefois que le taux effectif de l'impôt rapporté au revenu net global ne peut dépasser 30 %. En pratique l'impôt à payer pour un revenu net *taxable* de :

10.000	sera de	100	contre	96	en 1936
20.000	»	300	»	288	»
30.000	»	600	»	576	»
40.000	»	1.000	»	960	»
50.000	»	1.500	»	1.440	»
60.000	»	2.100	»	2.010	»
70.000	»	2.800	»	2.688	»
80.000	»	3.920	»	3.456	»
90.000	»	5.220	»	4.320	»

Par contre le nouveau régime a abaissé la *majoration d'impôt applicable aux célibataires.* Cette majoration n'est plus que de 30 % (au lieu de 40) pour les contribuables de plus de 30 ans, célibataires neufs ou divorcés et n'ayant pas d'enfants à charge, et de 15 % (au lieu de 20) pour les contribuables de plus de 30 ans mariés, sans enfants.

Enfin l'art. 39 de la loi a étendu *l'obligation de la déclaration* annuelle du revenu, quel qu'en soit le montant, à toutes personnes possédant une automobile de tourisme, un yacht de plaisance, ou plusieurs résidences secondaires permanentes ou temporaires, ainsi qu'à celles dont la valeur locative de la résidence principale excède 6.000 francs à Paris ou dans un rayon de 30 km., 3.000 francs dans les villes de plus de 50.000 habitants, 1.500 francs dans les autres localités.

2° Réduction de 10 %

Le décret-loi du 16 juillet 1935 instituant un prélèvement de 10 % sur les dépenses publiques n'a pas encore fait l'objet d'une abrogation de principe, mais son application en est de plus en plus limitée par des réformes partielles. Ainsi l'article 54 de la loi budgétaire a-t-il supprimé ce prélèvement en ce qui concerne *les rentes sur l'Etat et valeurs du Trésor* de forme nominative et appartenant à des personnes physiques. En ce qui concerne ces mêmes valeurs de forme « au porteur », le prélèvement n'est supprimé que pour les titres déposés par des personnes physiques depuis plus de six mois dans des établissements agréés, dont la liste sera dressée par un règlement d'administration publique.

Rappelons d'autre part que les « *dépenses de personnel* » ne sont assujetties qu'à un prélèvement dégressif lorsque les émoluments nets totaux reçus par l'intéressé, à titre de traitement des collectivités publiques n'excèdent pas 40.000 francs (loi du 20 juin 1936). Le prélèvement est même réduit à zéro lorsque ces émoluments totaux sont inférieurs à 12.000 francs. Ces règles sont applicables sans qu'il importe qu'il s'agisse d'une rémunération destinée à rétribuer une activité accessoire et venant s'ajouter au revenu d'une profession principale, ainsi que l'a reconnu la jurisprudence administrative (Conseil de Préfecture de Rouen, 21 juin 1936. Conseil de Préfecture de Versailles, 18 novembre 1936) et la circulaire ministérielle du 8 octobre 1936. Elles peuvent donc être invoquées notamment par les médecins d'hôpitaux et plus généralement par tous les médecins au service d'une collectivité publique.

Ce prélèvement relatif aux dépenses de personnel vient d'être encore réduit par l'article 68 de la loi budgétaire. Il ne sera plus que des deux tiers de ce qu'il était pour la période comprise entre le 1er janvier et le 1er juillet 1937 et du tiers entre le 1er juillet et le 3 décembre 1937. Il sera supprimé entièrement à compter du 1er janvier 1938.

Par contre le prélèvement de 10 % est encore applicable aux mémoires d'honoraires touchés par les médecins des départements ou de l'Etat, pour soins donnés aux assistés médicaux gratuits, aux assurés sociaux indigents, ou aux pensionnés de guerre.

3° Impôts sur la circulation des richesses

La pièce la plus importante de la réforme fiscale actuelle est incontestablement la *suppression de l'impôt sur le chiffre d'affaires,* remplacé par une taxe unique perçue au dernier stade de la production. Il n'y a pas lieu pour nous d'insister sur ce point qui intéresse peu les médecins ; nous nous contenterons seulement d'étudier les répercussions de la réforme en ce qui concerne les *cliniques et maisons de santé,* qui étaient assujetties à l'ancienne taxe sur la part de leurs recettes correspondant aux fournitures hôtelières (nourriture, logement, etc.).

La nouvelle taxe se décompose en deux parties: une taxe de 6 % applicable en principe aux ventes, et une taxe de 2 % applicable à toutes les autres opérations, notamment, aux prestations et locations de services faits par les contribuables relevant de l'impôt sur les bénéfices commerciaux. C'est de cette dernière taxe que relèveront les recettes de nature commerciale opérées par les maisons de santé. Pour elles, l'impôt ne fera donc que changer de dénomination.

D'autre part l'article 58 de la loi fiscale proroge jusqu'au 31 décembre 1937 les dispositions

du décret du 28 août 1935 et de la loi du 25 mars 1936 réduisant temporairement à 6 % (au lieu de 8,50 %) les *droits d'enregistrement* sur les fonds de commerce et les *cessions de clientèle*, et à 8 % (au lieu de 13,50 %) les droits sur les mutations immobilières.

Signalons enfin les modifications relatives au *régime des successions*. Elles se caractérisent, selon les principes qui ont dominé la réforme actuelle, par un appel plus grand à la fortune acquise, et par un accroissement de la progressivité des droits. Indiquons tout d'abord les quelques mesures nouvelles relatives au renforcement du contrôle pour la détermination de l'actif successoral imposable. En premier lieu l'art. 46 de la loi fiscale a aggravé la *présomption* légale édictée par la législation ancienne en ce qui concerne *les valeurs mobilières*. Désormais sont présumés jusqu'à preuve contraire faire partie de la succession les valeurs dont le défunt a perçu les revenus ou à raison desquelles il a effectué des opérations quelconques moins d'un an avant le décès, ce sans qu'il soit nécessaire comme auparavant que l'Administration prouve que ces valeurs se trouvent encore entre les mains des héritiers. Les receveurs-contrôleurs de l'Enregistrement seront en conséquence en droit de demander aux héritiers toutes justifications et renseignements sur ces valeurs mobilières si elles ne sont pas énoncées dans la déclaration. A défaut de réponse à cette demande dans les vingt jours, la preuve contraire ne sera même plus admise.

En second lieu les *locations de coffres-forts* ont fait l'objet des mesures suivantes : dorénavant les établissements bailleurs de coffres-forts devront déclarer à l'Administration de l'enregistrement toute location de cette nature, tenir un répertoire alphabétique sur lequel seront notées les dates et heures d'ouvertures, et exiger que la personne procédant à cette ouverture appose sa signature sur ce registre en indiquant sous la foi du serment sa situation matrimoniale.

Toujours au sujet de la détermination de l'actif taxable, le nouveau régime contient une disposition plus favorable que l'ancien en ce qui concerne la *déductions pour charges de famille* : dans toute succession ou le défunt laisse plus de deux enfants (et non trois comme auparavant), il est déduit de l'actif net 10 % par enfant en sus du deuxième, sans que cette réduction puisse excéder 20.000 francs par enfant (au lieu de 15.000 francs).

Mais la modification essentielle du régime des successions est relative au *taux des droits de mutation*. Rappelons que sous l'ancien régime le taux applicable variait pour un même degré de parenté, par tranches de parts nettes, et aussi dans certains cas particuliers suivant le chiffre total de la part nette et de l'actif successoral. Il existait ainsi trois tableaux de droits : tarif applicable aux parts nettes inférieures à 10.000 francs recueillies dans une succession inférieure à 25.000 francs, par les ayants droit autres que les descendants et le conjoint, tarif applicable aux parts nettes inférieures à 500.000 francs recueillies en ligne directe descendante ou entre époux dans une succession n'excédant pas 500.000 francs et enfin tarif général. La réforme a consisté à fondre ces trois tarifs en un seul ; le taux des droits continue à varier par tranches de part nette, mais il est le même pour chaque tranche dans toute succession quelle qu'en soit l'importance et quelle que soit le chiffre total de la part. *Les taux actuels sur les tranches inférieures* (jusqu'à 500.000 francs) sont moins élevés que les taux anciens du tarif général (exemple : taux applicable en ligne directe descendante au premier degré — un enfant vivant ou représenté — sur la tranche de 10.000 à 50.000 : 8 % au lieu de 12 %) ; mais ils sont supérieurs aux taux prévus par les deux tarifs spéciaux précités (taux applicable à la tranche de part nette entre 5 et 10.000 entre frère et sœur 20 % au lieu de 19,25 %, taux applicable sur la tranche de part nette entre 100.000 et 250.000 francs en ligne directe descendante au premier degré, un enfant vivant au représenté, 11 % au lieu de 7,50 %). D'autre part *les taux applicables aux tranches supérieures* (au delà de 500.000 francs) sont en forte augmentation : entre 500.000 et 1 million et en ligne directe descendante au premier degré (un enfant vivant ou représenté) le taux passe de 17,50 % à 22 %. Quant au plafond que les droits ne peuvent dépasser il est resté inchangé (25 %) en ligne directe et entre époux, et a été élevé de 35 à 40 % en ligne collatérale, et de 40 à 50 % entre parents au delà du quatrième degré et entre non-parents.

4° Conclusions

Telles sont les points principaux de la réforme opérée par la loi du 31 décembre 1936. Elle peut en définitive se caractériser de la manière suivante : allègement des charges fiscales pesant sur la richesse en formation, c'est-à-dire sur la production (modification de l'impôt sur le chiffre d'affaires, allègement de certains droits d'enregistrement, réduction de l'impôt sur les valeurs mobilières, d'où diminution du taux de l'intérêt) compensé par un plus grand appel à l'impôt général sur le revenu (dont la progression a été accentuée) ainsi qu'à la fortune acquise et aux biens de main-morte (augmentation des droits de succession et imposition des réserves des sociétés).

Jean MIGNON.

APPRENDRE A SE REPOSER

Cela n'a l'air de rien, et c'est pourtant toute une science, une science que nous avons du reste totalement oubliée. Si les bêtes comprenaient l'embarras où nous sommes (qui sait ?...), elles se demanderaient avec stupeur quelles sortes de détraqués nous sommes devenus. Car elles ont gardé, elles, ces simples notions de la nature primitive ; nous les avons perdues, et il nous faut réapprendre tout cela.

Cet enseignement post-scolaire est déjà commencé en France. Nous avons la bonne fortune de compter dans notre actuel ministère un homme d'Etat qui s'y emploie ; et à voir la façon dont nos ministres sont désignés par leur compétence, ce doit être le plus reposé et le plus reposant des citoyens.

Sans doute sont-ils moins bien lotis en Belgique. Car je trouve dans le *Scalpel* de Bruxelles (1) un article du Docteur Louis Hannaert qui pousse le cri d'alarme.

Réclamer du repos, dit-il, en pleine crise économique, au moment où tant d'usines et de magasins sont fermés, et alors que les travailleurs se prélassent dans la semaine de quarante heures ? cela n'a-t-il pas l'air d'un paradoxe ou d'une plaisanterie ?

« Oui, l'humanité semble devoir sombrer bientôt dans la paresse et la veulerie universelles. Mais paresse n'est pas repos. Paresse est gaspillage de forces, avachissement organique, tandis que repos signifie récupération de forces physiques ou cérébrales utilement dépensées. Paresse et repos ont une signification opposée. En particulier, la plupart des chômeurs ne se reposent pas, ils deviennent paresseux, et ce n'est pas là un des moindres dangers de l'interminable crise économique où s'enlise le monde. »

Même quand l'homme moderne croit se reposer, son organisme, son cerveau, ses nerfs ne goûtent cependant aucun repos. « Observez l'exode des citadins vers la campagne, que ce soit pour une simple journée de congé ou pour une longue période de vacances. L'air pur ? le silence des bois ? la sérénité des grands horizons ? C'est bien de cela que se préoccupent la plupart ! »

D'abord ces réserves d'air pur et de calme diminuent de jour en jour à la surface de notre globe tourmenté. Bientôt les pays dits civilisés en seront totalement dépourvus, et c'est au fond des déserts ou sur des îlots perdus que devront se réfugier les amateurs de repos. « Ce ne sont partout qu'appels obsédants à des distractions modernes, qu'alléchantes réclames ; partout les retraites sont envahies par des orchestres, des salles de jeux, des spectacles divers. »

Et les foules qui se sont rendues coupables de pareilles stupidités, qui ont dédaigné les splendeurs de la nature pour les oripeaux de la civilisation, ces foules commencent à récolter les fruits amers du défi qu'elles lancèrent aux lois organiques. Le crime et la psychose prolifèrent à l'envi. Irons-nous jusqu'au point où nos grandes villes, foyers de l'artifice et de la déviation, devront se ceinturer, comme de fortifications, d'hôpitaux, d'asiles et de prisons ?

Avons-nous pêché par orgueil ? Sans doute un peu. Mais plus encore, dit le Docteur Hannaert, par ignorance. Nous avons cru illimitée la puissance d'adaptation de l'homme aux conditions incessamment changeantes de la société moderne. L'homme participe de l' « infinie plasticité de la matière vivante », suivant l'expression de Huxley. Mais si cette plasticité est infinie pour la matière vivante, elle ne l'est pas pour l'être vivant, pour l'homme. A la base de tout phénomène vital élémentaire, on trouve un rythme, une alternance de repos et d'activité. Même les organes qui paraissent en travail continu, comme le cœur ou les glandes endocrines, obéissent à ce rythme.

La méconnaissance de cette loi nous a menés à une impasse. « La belle affaire, pour la plupart des hommes, d'évoluer dans une atmosphère de richesse et d'art ; la belle affaire de vivre à une époque où s'accumulent les plus surprenantes découvertes scientifiques. Ils errent comme des misérables dans des palais luxueux, ils tirent moins de jouissance qu'un paysan de leurs organes des sens. Nos merveilles sont devenues, pour la plupart, ou choses inexistantes ou source de troubles et de fatigue.

Et le Docteur Hannaert, à son tour, crie haro sur la vie moderne et pitié pour les hommes.

La civilisation a construit une superbe machine qui nous emporte à une allure vertigineuse. Au début du voyage nous étions ravis d'aise ; mais nous commençons maintenant à concevoir quelque inquiétude. Car, à force de dévorer l'espace, nous aimerions faire halte, avoir le temps de contempler le monde, de rentrer en nous-mêmes. Seulement, il manque une chose, un petit perfectionnement à notre superbe machine : les freins !

G. LAVALÉE.

(1) *Le Scalpel*, 10 et 17 octobre 1936.

POUR LA PROPHYLAXIE DES MALADIES VÉNÉRIENNES

Un film remarquable : « Damaged Lives »

(Colombia Pictures)

Nous avons eu la bonne fortune d'assister, il y a quelque temps, à la projection d'un film cinématographique, très artistiquement romancé, qui mérite d'entrer dans la grande lignée des films d'hygiène sociale, destinés à illustrer une salutaire propagande. Cette réalisation, exécutée en Amérique, mérite tous les éloges et doit retenir le plus grand intérêt, car elle sort de la classe des films, que l'on e.t habitué à voir en matière de prophylaxie. Le roman qui lui sert de base est fort bien conçu ; à notre sens, il offre, en outre, le grand avantage d'être d'une grande discrétion et d'une tenue parfaite ; il ne choque aucun sentiment et ne le comprendront, dans tous ses détails et dans toutes ses allusions, que ceux qui peuvent et doivent être éclairés ; point d'étalage d'une science mal comprise, indigeste, choquante parfois dans ses tableaux, mais, au moment voulu, une simple visite dans une clinique fort bien achalandée, où l'on peut apercevoir des sujets venus en traitement, qui synthétisent dans leurs aspects, leur allure, les principales phases que poursuit dans ses différentes manifestations l'infection syphilitique.

Un jeune homme, de retour de son voyage autour du monde, retrouve sa fiancée Joan, et lui demande de façon pressante de se marier à bref délai. Celle-ci, en femme raisonnable, le trouve encore trop jeune, trop peu sérieux et surtout estime qu'il n'est pas encore en état de gagner sa vie. Là-dessus, le jeune homme retrouve son père (un armateur) qui, malgré les difficultés du moment, lui trouve une situation. Entré aussitôt en fonctions, il doit bientôt assister à un dîner d'affaires, servi dans un restaurant de premier ordre avec tout le luxe désirable. Là il rencontre une jolie blonde, avec laquelle il ne tarde pas à s'égarer dans les cabarets de nuit, pour ne la quitter que le lendemain. Le fiancé ne tarde pas à retrouver Joan ; il regrette son incartade, finit par l'avouer à celle qu'il aime, et il en profite pour insister une nouvelle fois sur la réalisation de ses projets. Il réussit ; un pasteur est requis ; le mariage est consacré sur le champ.

A quelque temps de là, un coup de téléphone appelle d'urgence le jeune homme chez son éphémère compagne ; celle-ci a voulu le renseigner sur la syphilis dont elle était atteinte, sans le savoir, au moment de leurs rapports : étant donné l'intensité des accidents qu'elle présentait, elle est certaine de l'avoir contaminé. Apprenant qu'elle ne peut vivre avec le jeune homme, puisqu'il vient de se marier, elle se donne la mort.

Le jeune homme, consterné, annonce à sa femme qu'il ne l'aime plus et veut se séparer d'elle ; Joan se réfugie chez des amis, un docteur et sa femme.

Quant à son mari, il se met à errer dans les rues et, au hasard de ses périgrinations, ses yeux tombe sur une affiche publiant le nom et l'adresse d'un médecin, guérisseur de maladies secrètes. Il va le consulter, mais ce n'est qu'un charlatan qui parvient à le rassurer, à le déclarer indemne de toute maladie, bref aussi sain que lui-même. Les honoraires ? cent dollars ; et l'intéressé trouve encore que c'est à peine payé. Le mari retourne chez le docteur son ami pour le mettre au courant de ce qui s'est passé. Il reprend la vie conjugale, et voici bientôt que tous les amis peuvent féliciter le jeune ménage de leurs espérances... Aussitôt, le confrère conseille au mari, dans l'intérêt de sa femme comme du sien et de celui de l'enfant qui va naître, de prendre l'avis d'un syphiligraphe compétent. Il se rend ainsi dans un grand dispensaire d'hygiène, de prophylaxie et de traitement des maladies sociales, et il apprend, après que toutes les réactions et les examens de laboratoires ont été pratiqués, qu'il est porteur d'une syphilis sévère ; il en est de même de sa jeune femme. Après quelques protestations, le mari accepte une leçon pratique que le médecin du dispensaire lui donne, en lui faisant visiter ses services. Là il voit des gens atteints de tares indélébiles dues à la syphilis ; c'est une ataxie locomotrice ; une paraplégie des membres inférieurs ; une gomme phagédénique ; un enfant aveugle-né. Et tout à coup d'un box, il voit sortir Joan dont l'examen et le traitement sont commencés ! Scène émouvante, paroles de confiance du médecin qui assure aux jeunes époux la guérison, mais à la condition qu'ils se soignent avec énergie, et d'une manière intensive pendant deux ans. Différentes scènes pathétiques s'ensuivent, des moments d'espoir succèdent à des scènes de désespoir et même à des tentatives de suicide ; puis tout finit par s'arranger et le jeune ménage, certain de guérir, d'avoir un enfant sain et viable, reprend avec joie le courage de vivre.

En résumé il est de notre devoir de révéler à ceux qui sont susceptibles de le reprendre en France, particuliers, médecins, réalisateurs, un film savamment conçu, admirablement rendu et de portée considérable. Il sera vu, et *compris de tout le monde.* *G. F.*

SOUVENIRS DE GUERRE D'UN MÉDECIN VOLONTAIRE ALSACIEN (1)

Par le Docteur R. Kayser (de Colmar)

Au printemps de 1915 la monotonie de notre travail quotidien — et souvent aussi nocturne — fut interrompue par l'arrivée à Colmar du docteur E. S., médecin d'un bataillon de la territoriale ; il était Alsacien de vieille roche, né à Haguenau établi comme médecin à Molsheim. Avant d'être envoyé à Colmar, le Docteur S. avait été pendant quelques mois médecin chef de l'hôpital civil de Molsheim transformé en hôpital militaire. A Molsheim, où il pratiquait depuis une série d'années, il s'était attiré l'animosité de certains patriotes allemands. Et pour cause ! N'avait-il pas publié sous la signature E. S., dans *Le Nouvelliste* de l'abbé Wetterlé, en feuilleton, une série d'articles portant le titre « Soldats alsaciens sous Napoléon ? », Il y faisait l'éloge des Alsaciens, parmi lesquels beaucoup de généraux, et il parlait de leur bravoure et de leur culte pour l'Empereur ; il y faisait remarquer que ces Alsaciens, grâce à leur tempérament militaire, à leur force de caractère, à leur dévouement à toute épreuve, étaient parvenus à des postes très élevés dans l'armée. Or, raconter tout cela dans le journal de l'abbé Wetterlé, c'était évidemment un crime de lèse-patrie ? Cela avait suffi pour mettre nos pangermanistes en mouvement.

Aussi dès l'arrivée du Docteur S. à Colmar, on apprit que celui-ci avait déjà connu mille ennuis à la suite de dénonciations. Un beau jour, alors qu'il a quitté Molsheim pour nous rejoindre, on perquisitionne dans la librairie de M. Huffel, ami d'enfance du Docteur S. et qui avait fait paraître les feuilletons du *Nouvelliste* en un opuscule. Quelques jours après, le Docteur S. recevait sa désignation d'abord pour Striegau en Silésie, puis pour Rawitsch sur les confins de la frontière russe en Posnanie, où il dut rester jusqu'à la fin de la guerre, sans jamais obtenir la moindre permission. La censure retenant huit jours toute lettre qui lui était adressée, un télégramme, lui apprenant que sa femme était hors de danger, l'atteignit un jour avant la lettre, qui lui disait qu'elle était gravement malade et que le médecin, ayant constaté une pneumonie bilatérale se montrait fort inquiet. Les démarches faites par des amis pour lui permettre de se rendre au chevet de la malade, s'étaient heurtées aux ordres du Generalkommando : Interdiction au Docteur S. de retourner en Alsace, tant que durera l'état de guerre ! Pendant son séjour à Rawitsch, il adressait de temps à autre à ses amis colmariens des lettres pleines d'esprit et de sarcasmes ; ces lettres, quoique soumises à la censure, purent passer. Les censeurs de Rawitsch n'avaient certainement pas saisi l'ironie et le persiflage, qui sont des dons spéciaux de notre ami — héritage sans doute de ses ancêtres gaulois. Nous qui connaissions la manière de S., avons pu lire entre les lignes ce qu'il était obligé de cacher officiellement. Ecrire le contraire de ce qu'on pense et se faire comprendre tout de même, c'est un art qui n'appartient qu'au Docteur S.

Habitués à travailler ensemble à l'hôpital militaire, nous échangions nos impressions, en quittant nos occupations. Lors de la chute du fort de Douaumont nous n'étions fiers ni S., ni moi-même. Après la première secousse, on reprit courage et c'est à cette occasion que je rappelai à S. une note écrite que j'avais trouvée dans un recueil de poésies du fameux jacobin Euloge Schneider, recueil que je dois à la gracieuseté de notre inoubliable bibliothécaire et conservateur du Musée, M. André Waltz, père de Hansi. A la dernière page de ce recueil, j'avais cueilli l'annotation suivante, provenant certainement d'un ecclésiastique qui avait possédé ce recueil et qui connaissait les Saintes Ecritures. Elle tirait la conclusion d'une notice biographique sur Euloge Schneider : « *Tolluntur in altum ut graviore lapsu ruant* » (Ils se sont élevés très haut pour faire une chute d'autant plus grave).

S. et moi, nous espérions qu'il en serait de même des Allemands. Nos espoirs se sont réalisés le 11 novembre 1918.

Mon ami S. s'est établi après la guerre mondiale à Andlau. Il est devenu par la confiance de ses collègues qui ont fait ample connaissance de sa valeur professionnelle, président de la Fédération des Syndicats médicaux d'Alsace. Nommé chevalier de la Légion d'honneur par le Gouvernement de la République, il lui est arrivé d'être traité d'autonomiste par des gens mal informés, sinon mal intentionnés. Tous ceux qui connaissent le patriotisme de S., tous ceux qui sont au courant des avatars, que notre ami a subis pendant la guerre de la part des Allemands, n'ont eu qu'un haussement d'épaules et un profond mépris pour les infâmes calomnies de ce genre, qui ont pour unique excuse le déséquilibre mental, dont elles procèdent.

En décembre 1916 l'hôpital militaire de Col-

(1) Voir *Concours médical*, 31 janvier et 7 février 1937

mar fut honoré de la visite de l'empereur Guillaume II. C'était au lendemain de la victoire que le maréchal von Mackensen avait remportée sur les Roumains. Le jour de l'arrivée de Guillaume II, le médecin-chef de l'hôpital — militaire — c'était alors le Docteur Linck, médecin-chef de l'hôpital de Pfortzheim, en temps de paix — réunit entre 11 heures et midi les docteurs B., D. et K., tous les trois Alsaciens d'origine, pour leur annoncer la visite d'un grand manitou (le docteur Linck ne le désigna pas nommément). Lorsque vers 2 heures nous arrivâmes à l'hôpital militaire, toutes les rues aboutissant à cet établissement étaient occupées militairement, les soldats baïonnette au canon. La venue de l'empereur nous fut alors officiellement annoncée. Vers 2 h. 1/2 de l'après-midi les automobiles impériales et celles de sa suite avec le Konprinz et de nombreux généraux, s'arrêtaient devant la porte d'entrée de l'hôpital militaire. L'empereur, reçu par le médecin-chef, se rendit d'abord dans le service de chirurgie du Docteur B. qui se trouvait dans le nouveau bâtiment construit en 1915-16. Le Docteur B. lui présenta quelques cas très intéressants opérés avec succès, entre autre le cas d'une muqueuse d'appendice implantée dans l'urètre. L'empereur fit à ce confrère tous ses compliments et lui dit entre autres : « Vous êtes un véritable artiste ». Après cette visite, il traversa la cour, mais fut arrêté un instant par l'aumônier protestant, qui voulait absolument lui remettre une brochure patriotique, dont il était l'auteur. Malgré la protestation du prince von de Lœvenstein, alors Ettappencommandeur, l'aumônier réussit à faire passer son opuscule à Sa Majesté, qui le remit à quelqu'un de son entourage. L'empereur entra ensuite dans le service du Docteur D. où se trouvait entre autres un tétanique, qui avait subi une trépanation double avec injection de sérum antitétanique dans la dure-mère (méthode nouvelle, inaugurée par le Docteur B.) et qui était en voie de guérison. Après cette visite, l'Empereur monta au premier étage voir les blessés pulmonaires, qui se trouvaient rassemblés dans une assez grande salle. Il s'arrêta devant le lit d'un sous-officier bavarois et lui tint un petit discours dont voici quelques parties intéressantes : « Vous êtes Bavarois : eh bien, vos compatriotes viennent de se distinguer en Roumanie ; vos compatriotes ont bien *travaillé*, vous savez ». En prononçant ces mots, Guillaume II fit un geste tout à fait inconcevable de la part d'un homme qu'on croyait jusqu'alors assez cultivé. Mais ce geste prouvait bien que la culture de Guillaume II n'était que superficielle, quoiqu'en disaient ses thuriféraires et admirateurs, parmi lesquels furent beaucoup de Français d'avant-guerre, éblouis par l'amabilité et les gracieusetés, dont il faisait volontiers montre. On sait que les Bavarois portaient de gros coutelas de boucher dans leurs bottes et qu'au moment d'un corps à corps, ils les retiraient de leurs bottes pour les enfoncer dans la poitrine de leurs adversaires. Or, c'est ce geste que fit Guillaume II au lit du dit Bavarois, en notre présence. Guillaume II et les brutes bavaroises, quel beau sujet de tableau ! Quel spectacle pour les dieux de la Walhalla germanique !

Il est assez curieux, soit dit en passant, de noter que ces mêmes Bavarois, dont la féroce brutalité était légendaire, une fois blessés et soignés à l'hôpital, étaient devenus les hommes les plus doux, supportant avec stoïcisme et courage les interventions chirurgicales les plus douloureuses. Guillaume II, continuant à s'adresser à mon brave Bavarois, lui demanda alors : « Avez-vous déjà tué beaucoup de Français (Habt Ihr schon viele Franzosen umgebracht » (*sic* !). Mes oreilles d'Alsaciens étaient décidément soumises à une dure épreuve. Mais la consigne était de se taire. Elle n'a été levée que le 11 novembre 1918.

Pendant la visite impériale, le Konprinz était resté dans le corridor et s'entretenait très galamment avec les jolies infirmières, qui lui faisaient fête. En sortant, l'Empereur harangua encore les officiers et médecins présents, et fit l'éloge de la science médicale et de l'hygiène allemandes. Vers 4 heures, il reprit place dans une automobile et disparut pour une destination inconnue. Il revint encore une fois, tout en catimini trois semaines avant l'armistice. C'est entre chien et loup qu'il vint faire un sermon au Foyer du soldat, en exhortant ses braves soldats à persévérer et à lutter pour une cause juste. Mais la débandade était proche, et lui-même allait bientôt se sauver en Hollande.

Parmi les confrères allemands les plus sympathiques figurait avant tout un médecin bavarois, le Docteur Othmar Muller (de Nuremberg). C'était un homme d'esprit très cultivé et plein de tact. Nos relations avec ce confrère furent toujours empreintes de la plus grande cordialité. Après lui je citerai encore un Docteur Meyer, que nous appelions le Bulgaren Meyer, pour le distinguer des nombreux autres confrères portant le même nom. Ce docteur Meyer avait été attaché avant la guerre à la Cour du prince de Bulgarie.

Pendant quelque temps un médecin général du nom de Passow, professeur à la clinique oto-rhino-laryngologique de Berlin, nous a honorés de sa visite et de ses conseils. C'était un homme de haute taille, très bon chirurgien, spécialisé dans la trépanation du crâne. Le médecin-général Passow était un peu farceur. Un jour qu'on s'était réuni en conférence chez le médecin-chef, le Docteur J. Mayer, de Colmar, avait déjà quitté la réunion. Alors le Professeur Passow

fit semblant de fouiller dans la poche de son vaste manteau et demanda : « Où a donc passé le petit Docteur Mayer ? L'aurais-je par mégarde mis dans la poche de mon manteau ? »

Enfin, je me souviens encore d'un certain Docteur Witting qu'on appelait seulement le Pacha. Ce chirurgien avait fait la guerre turco-bulgare en sa qualité de chirurgien de l'armée ottomane et avait été distingué par le titre de Witting-Pacha. C'était un homme fort aimable, spécialisé dans la chirurgie pulmonaire.

Nos confrères allemands de l'hôpital militaire étaient, sauf de rares exceptions, des pangermanistes et annexionistes à outrance. L'Algérie, le Maroc, la Belgique, la Franche-Comté, le bassin de Briey n'étaient qu'une bouchée à leurs yeux, en cas d'une victoire de l'Allemagne, qui ne faisait pas l'ombre d'un doute pour ces messieurs de l'hôpital de Colmar, en particulier pour le médecin-chef le Docteur Linck. La naïveté de certains de ces docteurs allemands était incommensurable. Ne croyaient-ils pas que la route de Gérardmer était ouverte, un jour que la grosse artillerie allemande avait bombardé, sans effet appréciable, le tunnel de la Schlucht ! Sauf un rocher qui se trouvait à gauche de l'entrée du tunnel et qui avait été décapité, ce tunnel est resté intact. Ces messieurs ignoraient complètement que ce tunnel si pittoresque n'avait que huit mètres de longueur et qu'il avait été creusé dans le roc lors de la construction de la route de la Schlutcht afin de montrer aux générations futures quel travail formidable on a dû faire pour créer un passage à travers les rochers qui surplombent la route. Mon explication n'avait pas l'air de beaucoup leur plaire. Ces excellents confrères croyaient dur comme fer que la destruction du tunnel de la Schlucht permettrait aux troupes allemandes de passer la crête des Vosges et de tomber dans le dos de l'armée française. Il a fallu déchanter. Jamais les troupes allemandes n'ont dépassé Stosswihr, jamais elles ne purent aller plus loin qu'au Sattel qui se trouve à mi-chemin entre Munster et Gaschney.

Fin janvier 1917 — le 29 ou le 30 de ce mois — j'appris par des collègues attachés comme assistants à mon service, ma nomination au Lazaret de Liepvre pour le 1er février. Je crus comprendre, à l'allure réjouie de ces aimables jeunes confrères, que mon départ de Colmar ne leur était pas tout à fait indifférent. Mais il fallait faire bonne mine à mauvais jeu. Ces blancbecs étaient certainement renseignés avant moi-même sur ce que le médecin-chef le Docteur Linck avait décidé, sans m'en souffler un traître mot. C'est, paraît-il, une habitude militaire allemande de prévenir de tierces personnes avant d'en informer le principal intéressé.

Le Docteur Linck était très friand de réjouissances gastronomiques, surtout lorsque celles-ci étaient largement arrosées.

J'aurais dû l'inviter aussi à la Maison des Têtes, où j'avais convié quelques confrères à souper. Nous étions encore attablés quand deux médecins allemands, également occupés à l'hôpital militaire, firent irruption dans notre petit cercle. L'un de ces deux confrères se mit à étudier le menu, dont il reniflait voluptueusement encore les plats restés sur la table : « Mais c'est un véritable repas de baptême que vous avez fait là », s'écria-t-il.

Le médecin-chef fut certainement informé de nos agapes. J'avais eu tort de ne pas l'inviter. En le faisant, j'aurais peut-être évité ma mutation pour Liepvre.

(A suivre.)

L'ÉDUCATION PHYSIQUE A L'ÉCOLE PRIMAIRE

Tout le monde est d'accord pour constater la carence de l'éducation physique en France.

Quelles sont les réformes à envisager ?

1° Augmenter le nombre d'heures consacrées à l'éducation physique.

2° Rendre la culture physique obligatoire et l'inscrire au programme des examens.

3° L'idéal serait de confier la gymnastique à un professeur de gymnastique, mais il en coûterait cher au budget ; acceptons, pour le moment, qu'elle soit enseignée par les instituteurs.

4° L'idéal serait qu'un groupe scolaire fût désormais accompagné d'un stade, d'une salle de gymnastique et d'une piscine. En attendant la réalisation de cet idéal, que les élèves des grandes villes soient transportés par auto-cars sur des terrains de sport à l'extérieur.

5° Qu'un règlement rende obligatoire un costume spécial : plus d'enfants engoncés de tricots et de chandails aux cours d'éducation physique.

6° Pas de compétitions où l'enfant, par orgueil, risque d'aller à la limite de ses forces.

7° Organisation d'une gymnastique « corrective », sous surveillance médicale, confiée à des professeurs spécialisés, et s'adressant aux scolioses, cyphoses, lordoses, etc.

8° Et, en même temps, se souvenir de réduire les programmes d'études, afin que l'éducation physique ne soit pas une nouvelle cause de surmenage scolaire. (1)

G. L.

(1) LIMOSSIER-ARDOIN. — *Paris Médical*, 7 novembre 1936.

NOTRE CROISIÈRE DE PAQUES

Dalmatie — Grèce — Turquie — Rhodes — Syrie — Egypte — Italie

(S/S Reine Marie, 17.500 tonnes)

Nous avons donné dans notre numéro du 30 janvier le programme et les prix de notre Croisière de Pâques.

Ci-dessous le détail des visites des villes aux escalse et les excursions à terre.

1° **Split** — Ville principale de la Dalmatie, Split offre aux touristes l'heureuse harmonie de ses richesses archéologiques et de son admirable site.

A visiter : Les ruines du Palais de l'Empereur Dioclétien (le Mausolée, le Péristyle, le temple d'Esculape, etc...), le Musée Ethnographique (costumes régionaux, arts appliqués, armes anciennes etc). Magnifique panorama du Mont Marian qui domine la ville.

Aucune visite en groupe n'est prévue pour cette escale.

2° **Corfou.** — Corfou, la principale des îles Ioniennes, charme le visiteur par son pittoresque, sa végétation luxuriante et ses sites. C'est à Gasturi, village des environs que s'élève au milieu d'un parc magnifique, la fameuse résidence princière de l'Achilleon. Des hauteurs d' « Al Canone » s'étend un merveilleux panorama sur la mer et les îles proches.

Aucune excursion en groupe n'a été prévue pour cette escale.

3° **Le Pirée-Athènes.** — Du port du Pirée à Athènes, en automobile. A Athènes, dans la matinée : Visite des principaux monuments de la Grèce antique : l'Acropole (avec les Propylées, le Parthénon, le Temple de la Victoire Aptère, l'Erechthéion et ses Cariatides, le Musée), le Théâtre de Dionysos, le Temple de Thésée, l'Arc de Triomphe d'Adrien, l'Odéon d'Hérode Atticus, etc., Visite des précieuses collections du Musée National. Dans les quartiers neufs : le Sénat, l'Université, la Bibliothèque Nationale etc..., ainsi que le Stadion. Déjeuner à l'Hôtel réputé de Grande-Bretagne. Au cours de ce déjeuner il sera procédé à la distribution des billets de 1re Classe pour le retour au Pirée par le chemin de fer électrique de la station d'Omonie.

Prix par personne (automobiles suivant programme, billet de chemin de fer 1re classe pour le retour, déjeuner, entrées, guides et pourboires compris) 130 francs.

4° **Constantinople (Istanbul).** — Sa visite demande une journée entière.

Le matin : en automobile : Les admirables monuments de son passé grandiose : La basilique byzantine de Sainte-Sophie, du VIe siècle, convertie en mosquée, la mosquée du Sultan Ahmed, l'Hippodrome avec ses obélisques égyptiens, la colonne brûlée, les citernes souterraines du temps de Justinien, la mosquée de Suleiman le Magnifique (du XVIe siècle). Déjeuner à bord.

L'après-midi : visite de l'ancien Palais du Sultan, le Sérail avec le trésor et ses richesses inestimables, le Kiosque de Bagdad, etc. Le Musée archéologique (collections de porcelaines, d'armes etc.). Promenade dans les fameux bazars orientaux, etc...

Prix par personne (automobile, entrées, guides et pourboires compris) : 120 francs.

5° **Beyrouth.** — De Beyrouth, capitale du Grand Liban, placé sous mandat français, et où sont à visiter l'Université Saint-Joseph, l'Université américaine, la Grotte des Pigeons, la Rivière du chien, etc... deux combinaisons s'offrent au choix des passagers :

a) Excursion Beyrouth-Damas-Beyrouth : 1re journée dans l'après-midi : Visite détaillée de Beyrouth, diner et nuit à bord.

2e journée : Départ en automobile le matin de bonne heure par le Liban et la plaine de la Bekaa pour Damas. Visite de Damas suivant le programme prévu en « B » avec déjeuner à l'hôtel. Retour à Beyrouth dans l'après-midi.

Prix par personne, comprenant tout le parcours en automobile, le déjeuner à Damas, les guides entrées et pourboires, 300 francs.

b) Excursion d'une journée et demie Beyrouth-Balbek-Damas ; 1re journée : L'après-midi, Départ en automobile, traversée du Liban et de la plaine de la Bekaa jusqu'à Balbek, la célèbre Heliopolis des Grecs. Visite des vestiges des temples grandioses de Jupiter et de Vénus et départ pour Damas. A l'arrivée, installation dans un hôtel de 1er rang.

2e journée : Le matin, après le petit déjeuner visite en automobile des principaux monuments de Damas : La Mosquée des Oméyades, celle de Senan Pacha, la tombe de Saladin. Promenade dans le fameux quartier des bazars, etc... Après le déjeuner, pris à l'hôtel, retour à Beyrouth ponr l'embarquement.

Prix par personne, comprenant tout le parcours en automobile (environ 320 kil.), la pension complète à Damas (hôtel de 1er rang), les guides, entrées, pourboires et le transport d'un bagage à main, 425 francs.

6° **Alexandrie.** — Après les formalités du débarquement, transfert à la douane ; de là, courte promenade jusqu'à la gare de départ pour le Caire en wagon spécial à 12 h. 30, Déjeuner en wagon-restaurant. Arrivée au Caire, transfert en automobile à l'hôtel. Le reste de la journée est libre.

Le Caire. — Départ en automobile : le matin, visite des Mosquée du Sultan Hassan et de Mohamed Ali, la Citadelle, etc, puis, par les quartiers du Vieux Caire, à Memphis (Colosse de Ramsès II, le Sphinx d'albâtre, etc), jusqu'au grand hôtel « Mena Mouse » proche des Pyramides, où est servi le déjeuner. Après un court repos, promenade à dos de chameau aux Pyramides de Giseh, le Sphynx, le Temple de granit, etc. Retour au Caire.

Le matin, en automobile : Le musée Egyptien, célèbre par les momies de Pharaons (Toutankhamon), les sarcophages et les merveilleuses collections provenant des fouilles de la vallée des Rois : à l'Université arabe d'El-Ashar ; le quartier des bazars, etc. Retour à l'hôtel et transfert à la gare. Départ pour Alexandrie à 12 h. 30. Déjeuner dans le wagon-restaurant. Arrivée à Alexandrie vers 15 h. 35 pour l'embarquement. Les passagers peuvent disposer du temps qui précède le départ du bateau.

Prix par personne (pour l'excursion complète Le Caire-Alexandrie, 900 francs.

7° **Dubrovnik.** — Son admirable situation sur la côte dalmate et les magnifiques monuments qui lui sont restés du temps de sa République, font de Dubrovnik une des villes les plus justement célèbres de l'Adriatique. A visiter : le Couvent des Dominicains et celui des Franciscains au cloître de toute beauté, le Palais du Recteur de la République, l'hôtel de la Monnaie, l'Eglise Saint-Blaise, patron de la ville, la Cathédrale dont la crypte renferme les précieuses reliques de plusieurs saints, la Pinacothèque du Palais de l'Evêché où sont rassemblées les œuvres de nombreux maîtres anciens. Enfin une promenade sur les remparts qui entourent la ville, en fait découvrir les multiples et si attrayants aspects.

Les lecteurs que cette croisière intéresse sont priés d'envoyer leur adhésion au « *Concours Médical* » service de tourisme, 37, rue de Bellefond à Paris.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Chaire de physique médicale** (M. André Strohl, professeur) et **Institut du radium** (M. A. Debierne et Dr Cl. Regaud, directeurs). — *Enseignement de la radiologie et de l'électrologie médicales* organisé avec la collaboration des médecins électro-radiologistes des hôpitaux. Troisième partie : *Electrologie-photothérapie.*

Cours. — Lundi 1er mars, M. Ronneaux : Courant continu. Sources. Mesure. Graduation. Actions physiologiques. — Mardi 2 mars, M. Dognon : Ionisation et applications. — Mercredi 3 mars, M. H. Desgrez : Electrolyse et ses applications. — Vendredi 5 mars, M. H. Desgrez : Courant alternatif. Courant faradique. Franklinisation. — Samedi 6 mars, M. Bourguignon : Excitation électrique des nerfs et des muscles. Electrotonus. Lois polaires. — Lundi 8 mars, M. Bourguignon : Lois d'excitation. La chronaxie en général. Chronaxies motrices et sensitives normales de l'homme. — Mardi 9 mars, M. Bourguignon : Forme et amplitudes de la contraction à l'état normal et pathologique. — Mercredi 10 mars, M. Bourguignon : Electro diagnostic. Technique. — Jeudi 11 mars, M. Bourguignon : Electro-diagnostic. Interprétation. — Vendredi 12 mars, M. Dognon : Les courants de haute fréquence. Physique et physiologie. — Samedi 13 mars, M. Cottenot : Application des courants de haute fréquence. Diathermie. Electro-coagulation. — Lundi 15 mars, M. Delherm : Les indications et la technique dans les affections du neurone sensitif. — Mardi 16 mars, M. Delherm : Les indications et la technique dans les affections du neurone sensitif. — Mercredi 17 mars, M. Duhem : Indications générales dans les affections du neurone moteur périphérique. — Jeudi 18 mars, M. Duhem : Technique générale dans les affections du neurone moteur périphérique. — Vendredi 19 mars, M. Duhem : Indications particulières et physiothérapie de la poliomyélite.

Lundi 5 avril, M. Bourguignon : Les indications et la technique dans les affections du neurone moteur central, les troubles vaso-moteurs et trophiques, les névroses. Traitement des contractures. — Mardi 6 avril, M. Lepennetier : Les indications et la technique dans les maladies de la nutrition. Rhumatisme. Goutte. Obésité. — Mercredi 7 avril, M. Morel-Kahn : Les indications et la technique dans les affections du tube digestif. — Jeudi 8 mars, M. Morel-Kahn : Les indications et la technique dans les affections du tube digestif. — Vendredi 9 avril, M. Delherm : Les indications et la technique en gynécologie. — Lundi 12 avril, M. Belot : L'électrothérapie en dermatologie. — Mardi 13 avril, M. Belot : L'électrothérapie en dermatologie. — Mercredi 14 avril, M. Cottenot : Les bases physiques de la photothérapie. Photobiologie. — Jeudi 15 avril, M. Cottenot : Héliothérapie. Finsenthérapie. — Vendredi 16 avril, M. Cottenot : Actinothérapie. Ultraviolet. — Samedi 17 avril, M. Dubost : Les accidents de l'électricité.

Les leçons auront lieu à l'amphithéâtre de physique de la Faculté de médecine, à 18 heures.

II. Travaux pratiques. — Pendant la troisième partie du cours, quelques exercices pratiques portant sur la technique électrologique auront lieu au laboratoire de physique de la Faculté de médecine, sous la direction de M. H. Desgrez, chef des travaux de physique.

III. Stages. — Pendant toute la durée du cours, les élèves accompliront un stage d'électrologie pour lequel ils pourront choisir parmi les services suivants : MM. Aubourg, hôpital Beaujon, service d'électro-radiologie ; J. Belot, hôpital Saint-Louis, service central d'électro-radiologie; Bouguignon, hôpital de la Salpêtrière, service d'électro-radiologie; M. Cottenot, hôpital Broussais, service d'électro-radiologie; X., Hôtel-Dieu, clinique médicale du Professeur Carnot ; Delherm, hôpital de la Pitié, service d'électro-radiologie ; Duhem, hôpital des Enfants-Malades, service d'électro-radiologie; Maingot, hôpital Laënnec, service d'électro-radiologie ; Ronneaux, hôpital Cochin, service d'électro-radiologie.

— **Hôpital Necker** (Service du Professeur Maurice Villaret.) — *Enseignement clinique complémentaire,* par le Professeur Maurice Villaret, médecin de l'hôpital Necker, avec la collaboration de MM. les Docteurs L. Justin-Besançon, agrégé, médecin des hôpitaux ; R. Cachera, médecin des hôpitaux, chef de laboratoire à la Faculté ; Henry Bith, assistant du service, ancien chef de clinique à la Faculté ; R. Even, ancien chef de clinique à la Faculté ; Desoille, Bernal et Racine, chefs de clinique à la Faculté ; R. Wallich, ancien interne, médaille d'or ; R. Fauvert, chef de laboratoire à la Faculté, ancien interne des hôpitaux ; P. Klotz et Bardin, internes des hôpitaux ; Brunet, assistant de radiologie.

Pendant l'année scolaire, un enseignement de clinique pratique aura lieu à l'hôpital Necker (salles Renon et Boulay) tous les jours de la semaine ; de 9 à 10 heures : Etudes séméiologiques sur le malade ; de 10 à 11 heures : Visite des salles ; de 11 à 11 h. 30 : Conférence de pathologie médicale; de 11 h. 30 à 12 heures : Enseignement clinique au lit du malade.

— **Clinique médicale de la Pitié** (M. A. Clerc, professeur). — M. Clerc fait son enseignement clinique selon le programme ci-dessous, avec la collaboration de MM. R. André, Bascourret, Delamare, Lenègre, Sée, Sterne, Zadoc-Kahn, chefs ou anciens chefs de clinique, Mlle Gauthier-Villars et M. Paris, chefs de laboratoire, M. Frain, radiologiste des hôpitaux.

1) Tous les mercredis, à 11 heures. Leçon à l'Amphithéâtre des cours par le professeur. — 2) Les lundis, mardis, mercredis, jeudis, samedis, à 9 heures, enseignement élémentaire à l'usage des stagiaires par les chefs de clinique et de laboratoire. — 3) Les lundis, jeudis, vendredis et samedis, à 10 heures, visite dans les salles, pavillon La Rochefoucauld (service 6). — 4) Les lundis et jeudis à 11 heures, Radioscopie, électro- et phono-cardiographie. — 5) Les mardis, à 10 heures (salle des conférences, service n° 6) consultation spéciale des maladies du cœur, des vaisseaux et du sang. Policlinique par le professeur. — 6) Les vendredis, à 11 heures (salle des conférences), présentation de malades et démonstrations pratiques par le professeur, les chefs de clinique ou les chefs de laboratoire. En outre, des leçons sont faites sur des sujets d'actualité médicale.

— **Clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine** (Professeur : M. Maurice Loeper ; Assistant : M. André Lemaire, agrégé, médecin des hôpitaux). — Le Professeur Maurice Loeper fait son enseignement clinique avec le concours de MM. Perrault, Cottet, Gilbrin, Loisel et Roy, chefs de clinique ; M. Duchon, chef du laboratoire de bactériologie ; M. Lesure, chef du laboratoire

de chimie générale ; M. Parrod, chef du laboratoire de chimie physique ; M. Soulié, chef du laboratoire d'histologie ; des médecins de l'hôpital Saint-Antoine ; de MM. Bariéty, Mollaret, Turpin, agrégés, médecins des hôpitaux ; Henry, professeur à l'Ecole d'Alfort ; Debray, Decourt, Degos, Faroy, Flandin, Garcin, Marchal, De Sèze, médecins des hôpitaux ; Bory, Merklen, Michaux, Ollivier, Riom, anciens chefs de clinique ; MM. Mahoudeau et Mougeot, anciens internes des hôpitaux ; et de M. Ordioni, radiologiste des hôpitaux, pour la radiologie ; M. Lallemant, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux, pour l'endoscopie ; Mme David, pour l'électrophono cardiographie.

I. *Organisation de l'enseignement.* — Tous les jours à 9 heures : Conférences aux stagiaires ; à 10 heures : Visite dans les salles. — Jeudi à 11 heures : Leçon clinique à l'Amphithéâtre par le Professeur LOEPER. — Mardi et samedi à 11 heures : Leçon clinique par les assistants du service. — Mercredi à 11 heures : Policlinique, Professeur LOEPER.

II. *Consultations spéciales.* — Lundi à 10 heures : Maladies chroniques, nutrition et endocrinologie (Docteur MICHAUX et Mlle RIOM). — Mercredi à 10 heures : Maladies digestives (Professeur LOEPER, et Docteur OLLIVIER). — Vendredi à 10 heures : Dermatologie, (Professeur HENRY et Docteur BORY).

III. *Radiologie et endoscopie.* — Lundi, mercredi, vendredi à 10 heures (Docteur ORDIONI). — Jeudi à 10 heures (Docteur LALLEMANT).

IV. *Exercices de laboratoire.* — Tous les jours, en fin de visite ou de consultation.

V. *Travaux de médecine expérimentale*, sous la direction du Docteur André LEMAIRE, agrégé, et de M. FAUVERT.

— **Thèses.** — Lundi 21 décembre 1936. — Jury : MM. Baudouin, Clerc, Strohl, Giroud. — M. GORDON : Les antihormones. — M. BEASSE : L'acide ascorbique et son rôle en thérapeutique.

Mardi 22 décembre. — I. Jury : MM. Cunéo, Lemaître, Verne, Lévy-Solal. — M. JANNIC-CLET : De quelques parathyroïdectomies.

II. Jury : MM. Bezançon, Claude, Gastinel, Mouquin. — M. LERNER : Sur les cryptoleucémies. — Mlle AVELINE : Recherches du bacille tuberculeux par la culture des selles. Résultats. — Mlle FENYES : Etude des kystes épithéliaux de la rate. — M. MÉRIC : Etude du mécanisme d'action des procédés de collapsothérapie de la tuberculose. — M. RICOUX : Notions actuelles sur la cellulite et son traitement.

Thèse vétérinaire. — Lundi 21 décembre. — Jury : MM. Lemierre, Lesbouyries, Panisset. — M. LEMOINE : Botryomycose chez les animaux domestiques.

— **Thèses.** — Mercredi 6 janvier. — Jury : MM. Gosset, Mathieu, Leveuf, Quenu. — M. MÂDER : Etude radiologique de la maladie de Paget. — M. STRÉE : Les ostéo-orthropathies consécutives aux fractures articulaires. — Mme CAIRE : Etude des causes d'échec de la greffe d'Albee dans le mal de Pott chez l'adulte.

Jeudi 7 janvier. — Jury : MM. Cunéo, Brocq, Gatellier, Moulonguet. — M. LE TOUR : Etude des accidents post-opératoires.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers

— **Concours de médecine des hôpitaux.** — *Jury du concours d'admissibilité* (tirage au sort) : MM. Chiray, Hallé, Marquézy, Boulin, L. Ramond, Turpin, Gandy, Dufour, Jacquelin, Crouzon, Nobécourt, Gougerot.

Censeurs : MM. Escalier, Coste, De Sèze, Rache, Mollaret, Lelong, Lemaire, Pollet,

— **Concours de l'internat.** — ORAL. *Séance du 27 janvier.* Questions données : Symptômes, diagnostic et complications des anévrysmes artériels poplités. Symptômes et diagnostic de l'angine diphtérique (sans complications).

Ont obtenu : Mlles Darkowsky, 19 ; Wolfromm, 19 ; MM. Prochiantz, 20 ; Froidefond, 20 ; Pignet, 18 ; Guiot, 21 ; Castaigne, 20 ; Robert Jean, 21 ; Deguillaume, 23.

Séance du 28 janvier. Questions posées : Symptômes et diagnostic des broncho-pneumonies de la rougeole. — Symptômes, diagnostic et complications des luxations antéro-internes de l'épaule.

Ont obtenu : MM. Durupt, 18 ; De Rocca Serra, 26 ; Labaye, 23 ; Dufourmentel, 22 ; Statlander, 21 ; Sclafer, 18 ; Brault, 18 ; Tricot, 17 ; Alison, 18 ; Rousset, 19.

Séance du 29 janvier. Questions données : Symptômes et diagnostic des adénites inguinales d'origine vénérienne.

Symptômes et complications des kystes de l'ovaire (sans le diagnostic différentiel) :

Ont obtenu : Mlle Damiens, 21 ; MM. Thaon, 19 ; Wettervald, 17 ; Bibas, 20 ; Di Chiara, 19 ; Verimémouze, 25 ; Chartrain, 15 ; Meyer Henri, 20.

Séance du 30 janvier. Questions données : Symptômes et diagnostic des orchi-épididymites tuberculeuses. Symptômes et diagnostic de la spirochétose ictéro-hémorragique.

Ont obtenu : MM. Delouche, 18 ; Castany, 22 ; Rochlin, 21 ; Blancard, 19 ; Lecointe, 20,5 ; Bricaire, 17 ; Sénéchal André, 23 ; Filippi, 15 ; Grislain, 24 ; Wolfromm, 21.

Séance du 2 février. Questions données : Symptômes et diagnostic des suppurations gangréneuses périurétrales (dites infiltration d'urine). Symptômes et diagnostic des polynévrites alcooliques.

Ont obtenu : M. Bourdeau, 19 ; Mlle Lotte, 20 ; MM. Blinder, 17 ; Germain, 18 ; Mlle Montalant, 20 ; MM. Lange, 19,7 ; Danion, 7 ; Coblentz, 19 ; Mlle Raymond, 18 ; Trémolières, 21.

Séance du 4 février. Questions données : Symptômes et diagnostic du tétanos. Symptômes et diagnostic du myxœdème.

Ont obtenu : MM. Galmiche, 18 ; Vernes, 21,5 ; Poussier, 17 ; Raymondaud, 22 ; Gallimard, 17 ; Cuveraux, 23 ; Torre, 22 ; Aubry, 23 ; Oudot, 20 ; Landau, 12.

— **Prix de l'internat.** *Chirurgie et accouchements.* — Après épreuve supplémentaire, l'accessit a été décerné à M. Delinotte.

— **Internat de Brévannes, Sainte-Périne, Hendaye.** — Un concours pour la nomination aux places d'internes en médecine vacantes en 1937 à l'hospice de Brévannes, à l'institution Sainte-Périne et à la Fondation Chardon-Lagache, à l'asile pour enfants d'Hendaye, et à l'hôpital Raymond-Poincaré, de Garches, sera ouvert le 5 mars 1937. Inscriptions jusqu'au 17 février à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria (Bureau du service de Santé).

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **IVe Congrès de la Presse médicale latine.** *Vœu sur la proposition du Docteur L.-M. Pierra.* — Le IVe Congrès de la Presse médicale latine, réuni à Venise en octobre 1936, a émis le vœu :

1° que l'étude du latin et du grec soit rendue obligatoire et contrôlée par des examens avant l'accession aux études médicales ;

2° que des études spéciales soient instituées pour les médecins se destinant à l'exercice d'une spécialité médicale ou chirurgicale et sanctionnées par la délivrance de certificats spéciaux, étant bien entendu que les dits certificats ne seront pas exigés pour l'exercice de la spécialité choisie, mais pourront l'être pour la nomination à des fonctions officielles concernant ladite spécialité.

— **Une exposition internationale des hôpitaux** se tiendra à Milan, durant la XVIIIe foire, du 10 au 27 avril 1937. Elle comportera plusieurs sections.

Première section technique. Constructive (modèles plastiques, photographiques, plans, projets). Hôpitaux généraux ; hôpitaux spécialisés : sanatoria, hôpitaux psychiatriques, hôpitaux pédiatriques, hôpitaux pour maladies contagieuses, maisons de convalescence, colonies marines et alpines, asiles pour la Maternité et l'Enfance, etc... Instituts spécialisés : Instituts pour l'étude, et la cure des tumeurs, etc. — *Deuxième section technique. Administrative* : Statistique, etc. — *Troisième section technique. Industrielle* (équipements, ameublement, appareils, instruments, installations, etc.) : Instruments chirurgicaux, articles sanitaires, salles de malades, salles d'opérations, radiothérapie, physiothérapie, laboratoires, pharmacies, cuisines, buanderies, désinfection, chauffage (centrales thermiques, etc.), signalisations à distance (lumineuses et acoustiques), moyens de transport, etc. — *Quatrième section* : Protection antiaérienne.

— **Italie.** — Les nouvelles législations sanitaires mises en vigueur depuis dix ans par le Gouvernement italien ont eu pour conséquence une amélioration continue de la santé publique. La mortalité qui était en Italie de 17,1 pour 1.000 habitants en 1923 a diminué progressivement pour n'être plus que de 13,1 pour 1.000 en 1935.

— **Thèses de la Faculté de médecine de Bordeaux.** — Lundi 21 décembre 1936. — Jury : MM. Andérodias, Péry, Faugère, Rivière. — M. Bouche : Contribution à l'étude de la puerpéralité chez les femmes très jeunes. — Jury : MM. Bonnin, Mandoul, R. Sigalas, Vitte. M. Crozafon : L'arséno-résistance des trypanosomes. — Jury : MM. Lande, R. Sigalas, de Grailly, Dervillée. — M. Collet : L'intoxication par la diphénylamine, étude clinique et expérimentale. — Jury : MM. Rocher, Duvergey, Massé, Darget. — M. Capponi : La luxation sacro-iliaque traumatique isolée. — Jury : MM. Sabrazès, Réchou, Teulières, Wangermez. — M. Billiottet : Contribution à l'étude de quelques applications thérapeutiques du venin du cobra. — Jury : MM. Sabrazès, Guyot, Rechou, de Grailly. — M. Benelli : Cancer exprimental des carbures synthétiques cancérigènes. — Jury : MM. Bégouin, Réchou, Petges, Wangermez. — M. Martin : Des résultats dans les différents traitements des épithéliomas cutanés de la face. — Jury : MM. Guyot, Begouin, Charrier, Massé. — M. Béon : Contribution à l'étude des ruptures traumatiques intra-abdominales de la vésicule biliaire. — Jury : MM. Guyot, Bégouin, Charrier, Massé. — M. Bellon : Contribution à l'étude du traitement du genou tabétique. — Jury : MM. Guyot, Bégouin, Charrier, Massé. — M. Gentile : Traitement des tumeurs malignes de la parotide. — Jury : MM. Guyot, Papin, Loubat, Massé. — M. Ollivier : Contribution à l'étude des fistules duodénales après gastrectomie.

Mercredi 23 décembre 1936. — Jury : MM. Guyot, Duvergey, Charrier, Massé. — M. Le Guillou : Contribution à l'étude de la disjonction pubienne. — Jury : MM. Guyot, Duvergey, Charrier, Massé. — M. de Lostalot de Bachoué : Etude statistique des hystérectomies. — Jury : MM. Papin, Guyot, Réchou, Charrier. — M. Gette : Contribution à l'étude des kystes hydatiques de l'humérus. — Jury : MM. Bégouin, Réchou, Papin, Wangermez. — M. Lacaze : Traitement des métrorragies fonctionnelles de la ménopause par curiethérapie après curetage. — Jury : MM. Réchou, Papin, Despons, Wangermez. — M. Blin : Contribution à l'étude du traitement radiothérapique de l'hypertrophie tonsillaire. — Jury : MM. Mauriac, Petges, Joulia, Wangermez. — M. Kérignard : Le thorium en thérapeutique. — Jury : MM. Leuret, Petges, Piéchaud, Dervillée. — M. Bordenave : Séro-prévention et séro-atténuation de la rougeole par le sérum de convalescent. — Jury : MM. Abadie, Aubertin, Delmas-Marsalet, Wangermez. — M. Marty : Méningites séreuses et radiothérapie. — Jury : MM. Perrens, Cruchet, Fontan, Dervillée. — M. Larue de Tournemine : Contribution à l'étude de la folie simulée. — Jury : MM. Perrens, Cruchet, Fontan, Dervillée. — M. Bonifacino : L'enfance délinquante à Bordeaux. — Jury : MM. Creyx, Mandoul, de Grailly, Dervillée. — M. Berjonneau : La cure hydrominérale de l'arthritisme précipitant à La Roche-Posay (Vienne). — Jury : MM. Andérodias, Pery, Faugère, de Grailly. — M. Gras : Contribution à l'étude thérapeutique des hormones de la grossesse.

Le Gérant : R. Thiron

Clermont (Oise) — Imprimerie Thiron et Cie.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux

A TRAVERS L'OFFICIEL

26 JANVIER

Asiles publics d'aliénés

Avis de vacance de postes de médecin des asiles publics d'aliénés

Le poste de médecin-chef de service à l'Asile public d'aliénés de Clermont (Oise), est vacant par suite du départ de M. le Docteur Lauzier, appelé à d'autres fonctions.

Le poste de médecin-chef de service de l'Asile public d'aliénés de ainte-Gemmes-sur-Loire (Maine-et-Loire), est vacant par suite du départ de M. le Docteur Renaux, appelé à d'autres fonctions.

Le poste de médecin directeur de l'Asile public d'aliénés de Saint-Lizier (Ariège), est vacant par suite du départ de M. le Docteur Lasalle, appelé à d'autres fonctions.

28 JANVIER

Assurances sociales

Arrêtés du 12 janvier 1936 fixant le tarif limite de remboursement des appareils d'optique médicale et des appareils d'orthopédie aux assurés sociaux.

Ces tarifs seront publiés ultérieurement.

Service de santé militaire

Décret du 22 janvier 1934 modifiant le décret du 15 juillet 1929 relatif aux conditions d'aptitude physique spéciales ainsi qu'aux limites d'âge exigées pour l'admission à l'Ecole du Service de santé.

Ce décret sera publié ultérieurement.

31 JANVIER

Légion d'honneur

Sont nommés chevaliers de la Légion d'honneur, au titre du ministère de l'Intérieur : MM. les Docteurs Fernet, de Paris et Mercier, de Montluçon.

Réponses des ministres aux questions des parlementaires

Sur l'avancement des officiers de réserve du Service de santé

1.627. — M. Robert de Grandmaison expose à M. le ministre de la Défense nationale et de la Guerre qu'une récente circulaire de M. le ministre de la Défense nationale et de la Guerre précise que les officiers du Service de santé doivent suivre des cours dans différents centres pour pouvoir passer à un grade supérieur ; que les médecins de campagne ne peuvent pas se rendre à ces cours, car cela les entraîne à des frais élevés, l'usage du train leur étant impossible le plus souvent ; qu'ils sont donc condamnés, malgré les périodes qu'ils effectuent, à ne pas monter en grade, et demande s'il ne pourrait pas permettre aux médecins éloignés de plus de 20 kilomètres du lieu des conférences, de faire seulement le devoir écrit exigé à la fin de chaque cours, sans être obligé d'assister aux conférences. (*Question du 8 décembre* 1936.)

Réponse. — Aucune Circulaire n'a été publiée au sujet de l'avancement des officiers de réserve du Service de santé. Des dispositions prévoyant que les officiers de réserve des armes et servicesne peuvent être inscrits au tableau d'avancement que s'ils remplissent certaines conditions d'assiduité aux cours des écoles de perfectionnement, ne seront applicables qu'à partir de 1937, c'est-à-dire en vue de l'établissement du tableau d'avancement de 1938. Les officiers qui, en raison de leur éloignement, ne peuvent suivre les cours d'une école de perfectionements, pourront néanmoins être proposés pour l'avancement s'ils ont prouvé, au cours de leurs périodes (obligatoires ou volontaires), leur réelle aptitude à remplir les fonctions du grade supérieur.

(*J. O.*, 13 janvier 1937).

Médecin soignant des assurés sociaux au lieu et place d'un médecin frappé de suspension provisoire

1.874. — M. Ernest Pezet demande à M. le ministre du Travail si un médecin peut signer valablement des ordonnances à son nom et sous sa responsabilité propre, pour des assurés sociaux qu'il examine aux lieu et place d'un docteur frappé de suspension provisoire. (*Question du 29 décembre* 1936.)

Réponse. — Réponse affirmative.

(*J. O.*, 23 janvier 1937).

Sur le statut des médecins des Services de la santé publique

6.930. — M. Duroux, sénateur, demande à M. le ministre de la Santé publique : 1° si, pour être nommé médecin d'un Bureau d'hygiène, le diplôme

de docteur en médecine est suffisant ou s'il faut également le diplôme spécial d'hygiène ; 2° quelle est la limite d'âge pour remplir ces fonctions. (*Question du* 30 *novembre* 1936.)

Réponse. — Le règlement d'administration publique prévu par le décret-loi du 30 octobre 1935 et ayant pour objet de fixer le statut des médecins des Services de la santé publique doit intervenir très prochainement.

Sans préjuger des dispositions de ce texte, il est à prévoir que les candidats aux postes de directeur des Bureaux municipaux d'hygiène des villes d'au moins 50.000 habitants devront être obligatoirement pourvus d'un diplôme d'hygiène universitaire français et ne pas être âgés de plus de 35 ans, cette limite d'âge étant reculée d'un temps égal à la durée des services antérieurs civils ou militaires ouvrant des droits à la retraite.

Dans l'état actuel des textes et en attendant la publication du règlement, les candidats à la direction d'un bureau d'hygiène doivent posséder une compétence toute spéciale en matière d'hygiène publique et être à même de témoigner des connaissances variées qu'ils ont acquises dans ce domaine.

Aux termes de la Circulaire ministérielle du 23 mars 1906 :

« Les titres susceptibles d'être invoqués, et dont l'appréciation appartient entièrement au Conseil supérieur, résultent soit des diplômes ou certificats d'études d'hygiène publique délivrés par l'Etat, par les Universités ou par les Instituts spéciaux, avec l'agrément de l'Etat, soit du diplôme de docteur en médecine appuyé de travaux spéciaux sur l'hygiène et la salubrité publiques ou d'une participation effective à des services publics en rapport avec l'application des dispositions de la loi du 15 février 1902, soit de toutes autres justifications établissant une compétence équivalente en pareille matière. »

Le diplôme d'hygiène n'est donc pas légalement requis, mais il constitue toutefois, aux yeux de la Commission, un titre des plus importants, sinon essentiel.

D'autre part, la limite d'âge n'est pas, actuellement, déterminée par une règle uniforme et varie selon les communes.

(*J. O.*, 15 janvier 1937).

Remboursement à un assuré social d'une cure thermale

1.801. — M. de Coral demande à M. le ministre du Travail si une Caisse départementale des Assurances sociales peut refuser à un assuré le remboursement d'une cure thermale sous le seul prétexte que celle-ci n'a pas été autorisée par le médecin contrôleur de ladite Caisse. (*Question du 22 décembre* 1936).

Réponse. — Réponse affirmative.

(*J. O.*, 23 janvier 1937).

Les spécialistes peuvent donner des soins de médecine générale aux pensionnés de guerre

3.982. — M. Roger FARJON, sénateur, demande à M. le ministre des Pensions : 1° si un médecin spécialiste (O. R. L.), soignant des victimes de la guerre (art. 64 dela loi de 1919), qui relèvent de cette spécialité, a le droit de donner des soins de médecine générale à d'autres bénéficiaires de cette loi ou bien si, du fait qu'il s'occupe de spécialité, il lui est interdit de faire de la médecine générale ; 2° s'il peut soigner les uns au titre de la spécialité, et les autres au titre de médecine générale, si le tarif de ses honoraires ne doit pas être le tarif de la spécialité pour les premiers et le tarif de la médecine générale pour les seconds. (*Question* du 22 décembre 1936).

Réponse. — 1° Tout médecin spécialiste a le droit de donner des soins de médecine générale à des bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 ;

2° Le tarif normal doit nécessairement s'appliquer aux actes médicaux accomplis à ce titre et non le tarif spécial prévu aux articles 74 à 80 du décret du 25 octobre 1922.

(*J. O.*, 27 janvier 1937).

En cas de grossesse pathologique c'est l'assurance-maladie qui s'applique

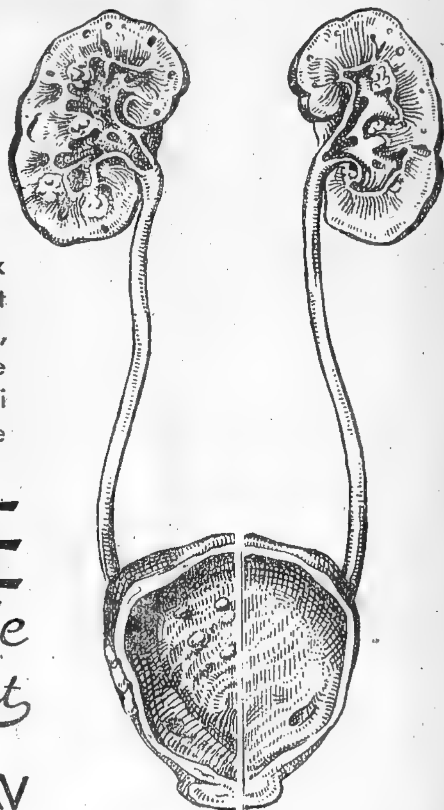
1.798. — M. Henri BECQUART expose à M. le ministre du Travail qu'aux termes du paragraphe 3 de l'article 9 du décret-loi du 28 octobre 1935 sur les Assurances sociales visant la grossesse pathologique ou les suites de couches pathologiques, l'assurance-maladie court dès la constatation de l'état morbide ; et demande : 1° si, pour les conditions à remplir en vue de bénéficier des prestations prévues pour la grossesse pathologique, les Caisses d'Assurances sociales doivent se reporter au paragraphe 6 de l'article 9 concernant l'assurance-maternité, ou au paragraphe 2 de l'article 7 dudit décret-loi, qui fixe des conditions plus favorables à l'intéressée, puisqu'il n'impose pas le versement de 15 francs pendant le premier trimestre de référence ; 2° si la règle doit être la même lorsqu'il s'agit des suites de couches pathologiques. (*Question du 22 décembre* 1936.)

Réponse. — 1° En cas de grossesse pathologique, l'assurance-maladie s'applique à partir de la constatation de l'état morbide. Ce sont par conséquent les conditions de versement prévues pour l'assurance-maladie qui sont applicables dans ce cas ; 2° réponse affirmative.

(*J. O.*, 29 janvier 1937).

Prestations pour traitements préventifs et maladies ne comportant pas d'arrêt de travail

1.871. — M. Henri BECQUART expose à M. le ministre du Travail qu'une employée, assujettie aux Assurances sociales, suit un traitement depuis le



15 janvier 1936, mais n'a jamais cessé de travailler et par conséquent, de verser ses cotisations, qu'elle se voit refuser par la Caisse d'assurances sociales où elle est inscrite le remboursement de ses frais médicaux et pharmaceutiques pour la raison que, vu la date de la première visite médicale, le délai de six mois, prévu par la loi, était écoulé, et lui demande si, étant donné qu e cette employée n'a pas cessé de verser ses cotisations, il n'y a pas lieu de considérer ce cas particulier comme donnant droit aux prestations spéciales visées dans le guide des Assurances sociales, au paragraphe « durée des soins médicaux ». (*Question du 29 décembre* 1936).

Réponse. — Sous le régime de la loi du 30 avril 1930 applicable à toutes les affections médicalement constatées avant le 1er avril 1936, une même affection ne pouvait donner droit aux prestations pour un délai supérieur à six mois à compter de la première constatation médicale, qu'il y eût ou non arrêt de travail. Les dispositions de l'article 6, paragraphe 16, du décret-loi du 28 octobre 1935, qui a modifié le régime des Assurances sociales, prévoient bien la possibilité pour les Caisses d'assurance-maladie d'accorder des prestations pendant une durée de deux années, en ce qui concerne les traitements préventifs et les maladies ne comportant pas d'arrêt de travail, mais elles ne sont applicables qu'aux maladies médicalement constatées après le 31 mars 1936.

(*J. O.*, 29 janvier 1937).

Les domestiques et femmes de ménage ne bénéficient pas des congés payés

3.934. — M. Camille Reboul, sénateur, demande à M. le ministre du Travail : 1° si les femmes de ménage qui travaillent trois ou quatre heures par jour ou une douzaine d'heures par semaine, dans des magasins ou chez des particuliers, ont droit aux vacances payées, en vertu de la loi du 20 juin 1936 ; 2° si elles y ont droit, comment ces vacances peuvent être données. (*Question du 1er décembre* 1936).

Réponse. — Les femmes de ménage qui travaillent dans des magasins font partie du personnel d'un établissement commercial et doivent de ce fait bénéficier des congés annuels payés dans les mêmes conditions que les autres employés.

Il n'en est pas de même pour les femmes de ménage occupées chez des particuliers. Celles-ci ne peuvent être comprises que dans le personnel des services domestiques pour lesquels un règlement d'administration publique doit déterminer les modalités d'application de la loi du 20 juin 1936. Tant que ce règlement, dont l'administration étudie pré entement l'avant-projet, ne sera pas intervenu, les femmes de ménage occupées chez des particuliers ne pourront bénéficiers des congés annuels payés, sous réserve toutefois des dispositions dont elles auraient convenu à ce sujet avec leur employeur lors de leur entrée en service.

(*J. O.*, 31 janvier 1937).

CORRESPONDANCE

QUESTIONS DIVERSES

661. — Valeur du cabinet médical et actif de la communauté conjugale

Je viens de lire dans le *Concours*, votre intéressant article : le cabinet médical fait-il partie de la communauté conjugale ?

Permettez-moi de vous signaler qu'en cas de dissolution de la communauté par décès, vous n'envisagez que le décès du médecin.

Or, le fisc a la prétention de faire payer au médecin lui-même des droits de succession sur la valeur de son propre cabinet quand il vient de perdre sa femme.

C'est malheureusement ce qui m'est arrivé, il y a six mois. Le notaire a fait la déclaration de succession. Le receveur de l'enregistrement lui a dit : Faites-moi connaître en outre la valeur du cabinet, et les créances professionnelles.

Les créances professionnelles ont été déclarées, et, pour avoir la paix, peut-être ai-je eu tort, et bien que la question fût à mon avis ridicule, et qu'au surplus je me fusse installé et meublé, il y a trente et un ans, de mes deniers (dix-huit mois avant de me marier), j'ai déclaré « valeur du cabinet 1.000 francs. La clientèle médicale ne se vendait pas d'ordinaire à la campagne.

Que pensez-vous de ce point de vue ?

Dr L.

Réponse

Dans la déclaration des succession de votre femme, le notaire devait faire remarquer que d'après votre contrat de mariage vous aviez apporté en propre la partie matérielle de votre cabinet et que, par suite, ce propre ne devait pas être incorporé dans l'actif de la succession.

Quant à la valeur professionnelle de votre cabinet, elle vous est entièrement personnelle et ne peut donc pas être mentionnée dans un actif concernant le décès de l'épouse du praticien.

Malheureusement, les mœurs médicales introduisent de plus en plus l'idée d'une valeur vénale de cession de clientèle. Et voilà pourquoi les agents du fisc, qui par tous les moyens, cherchent à tondre au plus ras le malheureux contribuable, soutiennent que la valeur d'un cabinet médical doit faire partie de l'actif d'une succession et par suite être susceptible de payer des taxes de transmission.

C'est la raison pour laquelle nous recommandons toujours à nos confrères de s'adresser au *Sou Médical*, quand ils en font partie, pour que notre comité juridique spécialisé puisse donner au notaire, à l'avocat ou à l'avoué qui défend leurs

intérêts, tous les renseignements utiles pour résister aux empiètements des agents du Trésor.

Dr Paul Boudin.

---

685. — Accident survenu à l'Ecole

Vieil abonné de 25 ans au *Concours Médical*, je vous serais reconnaissant de me donner par lettre et aussi par le journal, le renseignement suivant :

Je m'excuse, car je crois me rappeler que vous avez déjà répondu à des questions semblables posées par des confrères, mais je les ai oubliées.

Il s'agit d'un accident survenu dans la cour d'une école publique de garçons pendant la récréation. L'enfant âgé de 12 ans était assis dans la cour, ses camarades jouaient à des jeux divers. Un groupe d'entre eux se précipitent en se bousculant vers l'enfant assis ; ce dernier est renversé et se fracture une jambe.

L'instituteur était dans la cour de récréation. Qui est responsable ? A qui dois-je adresser ma note d'honoraires ? La famille s'y refuse énergiquement. L'instituteur a fait un rapport à l'Académie, mais n'a pas eu de réponse. Il ne reconnaît pas, du reste, être dans son tort. Les enfants jouaient normalement à des jeux permis et non dangereux.

Dr M.

Réponse

Les instituteurs sont présumés responsables par l'art. 1.384 du Code civil des dommages causés aux tiers par le fait des élèves placés sous leur garde. Puisqu'en l'espèce l'accident qui motive votre lettre est survenu à un élève de l'école par suite du fait de ses camarades, la responsabilité de l'accident appartient, aux termes de l'article précité, à l'instituteur sous la surveillance duquel étaient placés les enfants, étant entendu toutefois que s'il s'agit d'une Ecole publique, l'Etat se substitue à l'instituteur pour prendre en charge les conséquences de l'accident.

Il importe peu que l'instituteur prétende n'avoir commis aucun tort ni aucune faute et il n'est pas nécessaire que les représentants de la victime établissent à l'encontre de l'Etat l'existence d'une faute de son préposé. Il leur suffit au contraire de prouver la relation de cause à effet existant entre le fait des camarades de leur fils et la blessure dont il est actuellement atteint.

L'action devrait être dirigée contre le Préfet du département, représentant de l'Etat, devant la juridiction de droit commun, c'est-à-dire le Tribunal civil d'arrondissement. Les parents de l'enfant ont droit de demander une indemnité correspondant à la fois au *pretium doloris*, aux frais médicaux et pharmaceutiques exposés, et à l'invalidité dont pourrait rester atteint leur fils, à la suite de cette blessure.

Vous n'avez pas théoriquement, en ce qui vous concerne, à vous préoccuper de savoir qui est en définitive le responsable de l'accident Vous êtes en effet fondé à demander le paiement de votre note d'honoraires aux parents de l'enfant qui a bénéficié de vos soins, sans qu'il importe d'ailleurs qu'ils aient fait ou non appel à vous. Mais si ces derniers ne présentent pas une grande solvabilité, il serait évidemment préférable que vous présentiez directement votre note au Préfet en même temps que la demande des parents.

Au cas même où ceux-ci négligeraient d'exercer leurs droits contre l'Etat, vous seriez fondé, en tant que créancier, à exercer cette action en leur nom en vertu de l'art. 1.166 du Code civil, et à vous payer ensuite sur le montant de l'indemnité obtenue. Mais si les faits sont hors de contestation, nous ne pensons pas que le règlement de ces indemnités puisse donner lieu à des difficultés, le droit des parties étant en l'espèce absolument certain.

FISCALITÉ

574 et 912. — Amortissement du prix d'achat des automobiles

I

Ayant acheté une automobile en 1936 pour mon métier. Pour la déclaration des impôts, le prix d'achat de cette voiture doit-il venir en déduction de mes recettes professionnelles en totalité, en partie, être étagé sur une année ou plusieurs années ?

Dr S.

Réponse

Les automobiles s'amortissent suivant leur dépréciation.

En principe, on procède à un amortissement en quatre ou cinq ans. Vous devez donc porter dans vos frais professionnels soit le quart soit le cinquième du prix d'achat de votre voiture.

Ceci s'entend si cette dernière est strictement professionnelle. Si elle sert également à votre usage personnel, vous ne devez amortir que la somme afférente à la profession. On compte généralement trois quarts professionnels et un tiers personnel. Si votre auto a coûté 20.000 vous devez amortir les trois quarts de 20,000 soit 15.000 en quatre ou cinq ans.

Si vous aviez déjà une voiture et que vous ayez fait un échange vous ne devrez amortir que la différence entre votre prix d'achat de la nouvelle et la reprise de l'ancienne.

II

Ce mois de décembre 1936, j'ai changé ma voiture automobile contre une neuve en donnant au ven-

deur 11.500 francs de soulte. Dois-je, pour ma déclaration de revenus, amortir cette somme en une seule fois, comme je le faisais il y a quatre ans, ou la reporter sur trois ou quatre ans. J'ai l'habitude de changer d'auto tous les trois ou quatre ans. ?

Dr B.

Réponse

Votre ancienne voiture étant amortie, vous ne devez amortir que la soulte versée lors de l'échange, en quatre ans puisque vous avez l'habitude de conserver vos voitures pendant ce laps de temps :

$$\text{soit } \frac{11.500}{4} = 2.875 \text{ francs par an,}$$

à porter dans vos frais professionnels si toutefois votre auto sert exclusivement à votre profession ; si elle sert aussi à votre usage personnel, il faudra compter cette somme dans vos frais professionnels diminuée de la somme relative à l'usage personnel, c'est-à-dire, si votre auto est pour trois quarts professionnelle, vous compterez dans vos frais professionnels les trois quarts de 2.875 francs.

A. Martinot,
Conseil fiscal

ASSURANCES SOCIALES

836. — Refus des prestations. Cotisations inférieures au minimum requis par suite de l'insuffisance du salaire

Un de mes clients, affilié à la Caisse départementale des Assurances sociales, voudrait pouvoir faire bénéficier des prestations sa femme, à dater du 1er février prochain.

A une demande faite, dans ce sens, au Directeur de la Caisse, il a été répondu la lettre ci-jointe, que je vous adresse en communication et par laquelle on lui refuse tout droit à prestation pour insuffisance de versement. Or, ce versement est basé sur le salaire ; si ce salaire n'augmente pas, le versement n'augmentera pas et l'assuré ne pourra jamais bénéficier des prestations. Mais à quoi sert ce versement s'il n'est jamais productif d'avantages. Je croyais que les prestations étaient proportionnelles aux taux des versements.

Voulez-vous être assez aimable pour me donner votre avis ?

Dr F.

Réponse

Il est exact qu'en vertu de l'art. 7 du parag. 2 du décret-loi du 28 octobre 1935 instituant le nouveau régime des Assurances sociales, pour avoir droit ou ouvrir droit aux prestations en

nature ou en espèces de l'assurance-maladie, l'assuré devra avoir subi par précompte sur son salaire une retenue au moins égale à 30 francs pendant les deux derniers trimestres civils précédant celui de la maladie ou de l'accident, ou 60 francs pendant les quatre derniers trimestres civils précédents.

La réponse faite à votre client par le Directeur de sa Caisse est donc en principe juridiquement fondée. Il n'en reste pas moins évidemment qu'il est étrange, ainsi que vous le faites observer, que les prestations en nature de l'assurance-maladie ne soient pas garanties à tous les malades, quel que soit le chiffre de leur salaire et que le législateur n'ait pas prévu que le minimum des cotisations requises ne pourrait être atteint par tous les assurés obligatoires.

Il ne peut s'agir là, à notre avis, que d'une erreur législative qu'il y aurait lieu de faire remarquer en posant par exemple une question au ministre du Travail. En effet, les minima de cotisations prévus par l'art. 7, paragr. 2 correspondent pour l'année 1936 à un salaire d'au moins 1.714 fr. 66. Or, sont assurés obligatoires, les salariés qui touchent un salaire d'au moins 1.500 francs. Entre ces deux chiffres, il y a donc une zone d'assurés exclus du bénéfice de l'assurance. Sous la législation actuelle, la chose est encore plus étendue puisque le minimum pour être assuré obligatoire a été abaissé à 1.000 francs et que le taux des cotisations est de 8 %. Tous les assurés touchant un salaire compris entre 1.000 francs et 1.500 se trouvent donc dans le cas que vous nous exposez.

Toutefois, pour l'année 1936, il y a lieu de reconnaître qu'une disposition réglementaire avait été prévue pour obvier à ces inconvénients. D'après l'art. 165 du règlement d'administration publique du 19 mars 1936, à titre exceptionnel et pour 1936, les assurés obligatoires dont la rémunération atteint 375 francs au moins et 600 francs au plus par trimestre, mais pour lesquels le montant de la double cotisation serait inférieur à 30 francs par trimestre, peuvent effectuer des versements facultatifs en vue de compléter cette double contribution jusqu'à concurrence de 30 francs. Ces versements sont représentés chaque trimestre sur le feuillet trimestriel correspondant, à l'aide de timbres-poste apposés sur une feuillet intercalaire nominatif délivré aux intéressés sur leur demande, par le Service régional des Assurances sociales.

Il y aurait donc lieu de conseiller à votre client d'user de cette faculté légale afin de compléter ses versements et les amener au minimum nécessaire pour avoir droit aux prestations de l'assurance.

1.666. — Assurés sociaux indigents non en règle. Droits du médecin traitant

J'ai traité des assurés sociaux indigents d'une commune et il m'a été délivré des bons fournis par le dépositaire de la Caisse à D... Je pensais qu'il n'y avait aucun inconvénient à cela mais le maire m'a fait remarquer que ça n'était pas régulier aussi j'ai exigé qu'à l'avenir les bons soient délivrés par la mairie de la commune, ce qui fut fait. Ceci se passait en janvier 1936. En avril le maire refusa de signer mon mémoire. J'en ai été avisé hier. Je me suis rendu chez lui en le priant de changer les bons mais il a refusé « ne voulant pas se compromettre » (?)

J'ajoute que l'assurée mère de sept enfants, garde-barrière, ne pouvait se déplacer pour aller à la mairie chercher ses bons, un de ses enfants étant très malade et décédé d'ailleurs. Je pensais qu'il n'y avait aucun inconvénient à ce que les bons me fussent fournis par le dépositaire de D... Ce qui avait eu lieu pour des malades d'autres communes éloignés de leur mairie et habitant proche de D... J'ai écrit au Préfet pour qu'il veuille bien lever les scrupules du maire et l'autoriser à changer les bons étant donné qu'il ne conteste pas les visites et qu'il n'y a eu aucun abus, puisqu'il y a eu huit visites pour trois malades dont l'un est décédé. Que faire pour régulariser cette affaire ? Il s'agit d'une somme de 264 francs. Le maire m'a ajouté qu'il n'avait pas l'intention de me les faire perdre, mais je me défie. Il est sous la dépendance d'électeurs qu'il redoute et auprès desquels je ne suis pas *persona grata*.

Dr X.

Réponse

Il est exact que, pour être en règle au point de vue administratif, l'assuré social indigent doit se présenter à son médecin traitant muni d'une feuille de maladie délivrée par sa Caisse et d'un bon d'assistance délivré par la commune où il a son domicile de secours. Il n'appartient pas, en effet, au représentant de la Caisse de délivrer ce bon puisqu'il n'est pas à même de contrôler l'inscription de l'intéressé sur les listes qui sont dressées par la commune dans les conditions fixées par la loi du 15 juillet 1893 pour l'Assistance médicale gratuite (art. 19 du décret-loi du 28 octobre 1935 instituant le nouveau régime des Assurances sociales). Cette délivrance de bons d'assistance hors du représentant de la commune pourrait conduire à des erreurs, car un assuré social qui a été inscrit à un moment donné sur les listes de l'Assistance médicale gratuite pourrait ultérieurement perdre cette qualité par suite d'un retour à meilleure fortune et être radié de cette liste. D'autre part, vous n'ignorez pas

qu'en vertu de l'art. 13 de la loi du 15 juillet 1893, les inscriptions sur les listes d'assistance sont nominatives et que l'inscription du chef de famille n'entraîne pas automatiquement celle de son conjoint ou de ses enfants. Le fait qu'un assuré social soit donc signalé à la Caisse comme assuré indigent ne permet pas, forcément, à cette dernière de savoir si les enfants ou le conjoint de cet assuré peuvent prétendre aux prestations de l'assurance-maladie au titre de l'assurance ordinaire ou au titre de l'article 19.

Mais, il ne vous appartient pas de vérifier si les clients qui viennent faire appel à vos soins munis d'une feuille de maladie et d'un bon d'assistance d'apparence régulière sont ou non en règle au point de vue administratif. Ayant été mis en œuvre au titre de l'art. 19 de la loi sur les Assurances sociales, vous êtes légitimement fondé à prétendre au paiement de vos honoraires conformément à ce tarif. Certes, la commune de secours pourrait se refuser à ce paiement si votre client ne figurait effectivement pas sur la liste d'assistance, mais, dans ce cas, la Caisse d'assurances sociales responsable de la faute commise par son préposé, serait tenue, dans les termes du droit commun, c'est-à-dire de l'art. 1382 du Code civil, de réparer le préjudice que cette faute vous a causé et de vous payer le montant de vos honoraires d'après son tarif de responsabilité, ainsi que le prévoit l'art. 19 précité. Ce point a été reconnu récemment dans une affaire analogue à la vôtre par le Tribunal civil d'Epinal dans un jugement du 5 décembre 1936, dont nous vous transmettons copie.

Pour l'instant, le mieux serait de présenter votre mémoire d'honoraires à la collectivité d'assistance débitrice comme si les choses s'étaient passées de manière régulière. Au cas où un refus vous serait opposé pour cette partie de vos honoraires, il y aurait lieu de porter le différend devant la juridiction compétente, à savoir la Commission d'arrondissement du siège de cette collectivité. Si la Commission repoussait votre demande, motif pris de la situation irrégulière de votre client au titre de l'Assistance, il serait alors nécessaire d'envisager la procédure dont nous parlions plus haut et de poursuivre la Caisse d'assurances sociales en droit commun, devant le Tribunal de paix de son siège en invoquant la jurisprudence instaurée par le Tribunal civil d'Epinal.

Cinquante-neuvième année — N° 8 — 21 Février 1937

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	60 fr.	Belgique et Luxembourg...	70 fr.
Etudiants	35 fr.	Première Zone	85 fr.
Le Numéro..........	1.25	Deuxième Zone	110 fr.

Renseignements

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)

***Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du* Concours Médical*, Paris* 167-95.**

No 43. — Sud-Bretagne. A céder poste agréab., chiffre moyen, suscept. augmentat., maison tout confort, loyer intéress.

No 44. — Station hydromir. du Centre, très connue, médec. céder. clientèle, situat. ancienne et import., location villa meublée suivant désir. On présenter. correspondants.

No45. — Poste tenu dep. 11 ans, rapp. import. dont moit. fixe plus logement et avantages divers à échanger contre poste méd. contrôl. ou fonctionn. dans ville. Minim. 60.000 fixes.

No 46. — Demandons visiteurs médicaux Paris-province, Se présenter Lab. Gev, 26, rue Chaptal, Paris (9e).

No 47. — Doct. installé Paris (7e), au courant méd. génér., libre demi-journée, cherche occupat. Paris ou banlieue.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet Breitel & Goret

1, rue Dante, Paris (5e). Tél. : Odéon 36-46

Jolie banlieue proche. Très gros chiffre d'aff. touché. Belle villa tout confort. Prix à déb. suivant cpt.

Deux heures Paris. Chef-lieu canton. Bon poste actif (acchts, A. T.), maison conf. Prix : 40,000 dont 25,000 comptant.

Normandie. Résidence agréable, bord de la mer. Seul médecin, client. d'un excellent rapport, tenue 30 ans par céd. Jolie villa. Prix : une demi-annuité.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **La Maison du Médecin.** — Notre directeur adjoint, le Docteur Massart, secrétaire général de la *Maison du Médecin*, nous communique la liste des dons envoyés à cette œuvre depuis sa récente assemblée générale :

Société médicale de l'Elysée, 1.000 francs (deuxième versement) ;
Docteur A. Legrand, 100 francs (au nom d'une de ses clientes) ;
Docteur Masmonteil, 150 francs (deuxième versement) ;
Docteur Delobel, 500 francs (en souvenir de son fils, mort pour la France) ;
Laboratoire Lobica, 500 francs ;
Laboratoire Grémy, 1.000 francs.
Mme Cattier (anonyme), 500 francs.
Docteur O'Followell, 500 francs.
Docteur Maurice Vimont, 100 francs.
M. Michiels (labor. du Chloro-calcion), 1.000 frs.
Mme Verhaegen, 100 francs.
Docteur Roy, 400 francs (membre perpétuel).

Le Conseil d'administration de la *Maison du Médecin* remercie les généreux donateurs.

J. N.

— **Prix de l'Académie de chirurgie.** — L'Académie de chirurgie, dans sa séance annuelle de janvier 1937, a décerné les prix suivants :

Le prix Duval-Marjolin, à M. Boudreaux.
Le prix Laborie, à MM. Oscar Gilson (de Bruxelles) et André Gratia (de Liége).
Le prix Dubreuil, à M. Tchen-Siang-Tsiuen (de Shanghaï).
Le prix de la fondation Le Dentu à M. Olivier.

— **Plombières-les-Bains (Vosges).** — *Découvertes archéologiques.* — Les travaux de reconstruction de l'établissement de seconde classe viennent de faire découvrir une nouvelle portion, absolument intacte, de la piscine gallo-romaine dont, en l'an 37 après J.-C., Caligula posa la première pierre en y joignant une monnaie à son effigie, qui a été retrouvée. De chaque côté, les quatre gradins de grès fin sont en place.

— **Les Journées médicales de la Faculté libre de médecine de Lille** tiendront leur 9e session annuelle les 7, 8 et 9 mai 1937. Pour tous renseignements, s'adresser au Doyen de la Faculté de médecine de Lille, 56, rue du Port, Lille (Nord).

— **UMFIA ou Union médicale latine.** — *Conférence des Voix Latines.* — Le Docteur Jean Abadie, d'Oran, membre d'honneur de l'UMFIA, fera le mercredi 24 février à 21 heures précises, à l'Institut

océanographique, 195, rue Saint-Jacques, Paris, sous la présidence du Docteur Georges Duhamel, membre de l'Académie française, une conférence intitulée : *Impressions de voyage d'un chirurgien français, d'un latin, en U. R. R. S.*

On peut trouver des cartes d'invitation chez le Docteur Dartigues, président de l'UMFIA ou Union médicale latine, 81, rue de la Pompe, Paris (XVI[e]) ; à la Librairie Baillière, 19, rue Hautefeuille, Paris (VI[e]) ; à la Librairie Doin, 8, place de l'Odéon, Paris (VI[e]) ; à la Librairie Le François, 91, boulevard Saint-Germain, Paris (VI[e]) ; à la Librairie Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (VI[e]) ; à la Librairie du Monde Médical, 42, rue du Docteur-Blanche, Paris (XVI[e]), à l'Académia Gaya, 2, rue des Italiens, Paris (IX[e]).

— **Faculté de médecine de Paris.** — *Prix Montyon* (2.900 francs). — Nous apprenons avec plaisir que le Docteur Georges Boudin, chef de clinique dermato-syphiligraphique à l'hôpital Saint-Louis, vient de recevoir le Prix Monthyon 1936 de la Faculté de médecine de Paris, pour ses importants travaux scientifiques.

Nous sommes heureux d'adresser à notre distingué collaborateur, fils de notre ami le Docteur Paul Boudin, nos plus sincères et nos plus cordiales félicitations.

— **VIII[e] Congrès international de haute culture médicale,** organisé par L.-W. Tomarkin, sous les auspices du gouverneur général de l'Algérie. Alger, 25 mars-6 avril 1937. — Dans notre numéro 6 *bis* du 10 février 1937, nous avons donné les principales indications concernant ce Congrès. Ajoutons que la cotisation des membres participants est de 100 francs.

Secrétariat général : L.-W. Tomarkin, Institut Alfred Fournier, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris XIV[e]. Après le 5 mars 1937, adresser toute la correspondance à M. L.-W. Tomarkin, gouvernement général de l'Algérie, à Alger.

— **Congrès d'Alger,** (22, 23, 24 mars 1937). — Nous rappelons que le VII[e] Congrès de la Fédération des Sociétés des Sciences médicales de l'Afrique du Nord aura lieu à Alger les 22, 23 et 24 mars 1937, sous la présidence du Professeur Gillot.

Il sera consacré à l'étude des *typhus* avec les rapports de MM. Burnet, de Tunis ; Gaud, de Rabat ; Blanc, de Casablanca ; Donatien, et Lestoquard, Lemaire, Ferrari et Liaras, d'Alger. Des conférences seront faites par MM. Hardy, recteur de l'Université d'Alger et Brumpt, professeur à la Faculté de Paris.

Plusieurs excursions facultatives et indépendantes sont organisées à l'occasion du Congrès :

Tipasa et la Côte turquoise, un jour : 70 francs.

Bou Saada, El Hamel et les Gorges de Palestro, deux jours : 220 francs.

Le Sahara et le Grand Erg Occidental, Adrar, Timimoun, Fort Mac-Mahon, El Goléa, quatorze jours : 2.650 francs.

Le Sahara, territoire des Oasis, Ouargla, Touggourt, et retour par Biskra, douze jours : 1.500 francs.

Un forfait spécial, de Marseille à Marseille, assurera aux congressistes les traversées, le séjour à Alger, les excursions de Tipasa et Bou Saada pour : 1.700 francs en première classe, 1.475 francs en deuxième classe et excellents hôtels.

Réduction de 40 % sur les chemins de fer français.

Droit d'inscription au Congrès : 50 francs.

Pour renseignements et inscriptions, s'adresser au secrétariat du Congrès : Laboratoire de parasitologie, Faculté de médecine, Alger.

—**La Société de médecine publique** tiendra le 24 février, à 17 heures, au Grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur, une séance consacrée à la *prophylaxie de la leishmaniose en France.*

— **Hôpital de Bône.** — Un concours sur titres est ouvert à Alger le 30 avril 1937 pour le recrutement d'un médecin adjoint à l'hôpital de Bône. Inscriptions closes le 11 mars 1937.

— **Hôpital de Mostaganem.** — Un concours sur titres est ouvert à Alger le 28 avril 1937 pour le recrutement d'un chirurgien adjoint à l'hôpital de Mostaganem. Clôture des inscriptions le 8 mars 1937.

Pour renseignements complémentaires concernant ces deux concours, s'adresser au Gouvernement général de l'Algérie, Direction de la Santé publique, Alger.

— « **La Caravane Universitaire** ». — Pour les voyages collectifs et individuels de Pâques, *La Caravane Universitaire* réserve des places de choix à MM. les médecins et à leurs familles. Envoi sur demande de l'ensemble des programmes. Excursion de propagande : Venise et lacs italiens, 640 francs. Directeur : Roy, professeur de philosophie, Collège de Gaillac (Tarn).

— **Hôpital de Saint-Germain-en-Laye.**— *Concours pour l'internat en médecine et en chirurgie.* — Un concours est ouvert pour la nomination de six internes titulaires. Il sera procédé également à la nomination de dix internes provisoires dans les conditions fixées par le règlement.

Ce concours, qui comportera une épreuve écrite et une épreuve orale, aura lieu le jeudi 11 mars 1937, à 9 heures du matin, à l'hôpital.

Le traitement alloué aux internes est de 4.500 francs pour la première année et 5.000 francs pour les deuxième et troisième années. Ils sont nourris, logés, chauffés et éclairés. L'entrée en fonctions est fixée au 1er avril 1937.

On peut prendre connaissance du règlement au Bureau de la Direction de l'hôpital, tous les jours non fériés de 14 heures à 17 heures. Inscription huit jours au moins avant la date du concours.

— **Le IXe Bal de Bienfaisance** de l'Ecole du Service de santé militaire aura lieu le mardi 2 mars 1937, à 22 heures, dans les salons de l'Hôtel de Ville de

Lyon, sous la présidence de M. Herriot, président de la Chambre des députés, maire de Lyon, et du général Garchery, gouverneur militaire de Lyon.

Ce bal a pour but de venir en aide à une œuvre de charité, qui s'est donné pour mission de secourir les familles nécessiteuses des médecins et pharmaciens militaires morts pour la France et de contribuer à l'éducation de leurs orphelins, pupilles de la Nation.

Les cartes d'entrées au bal seront remises à partir du 27 février 1937, de 14 à 19 heures (et le mardi 2 mars, de 10 à 12 heures et de 14 à 20 heures) : au siège du Comité, 18, avenue Berthelot ; au Cercle des Officiers, 19, place Bellecour ; ou bien encore contre mandat-carte adressé à M. Rouan, trésorier du Comité (compte chèques postaux, Lyon, 180-36).

Prix des cartes : étudiants, 15 francs ; officiers, 20 à 50 francs.

— **Æsculape.** — *Sommaire du numéro de février* 1937 : La Puce indiscrète, lithographie de VALLOU DE VILLENEUVE (1 ill.). — Ashinaga, l'homme aux longues jambes. Ténaga, l'homme aux longs bras (2 ill.). — Saint-Blaise qui pourrait être le patron des laryngologistes, par le Professeur M. LANNOIS (de Lyon) (12 ill.). — Dante et les médecins, par le Docteur Henri VIGNES, professeur agrégé à la Faculté de Paris (5 ill.). — Paolo et Francesca, épisode de l'« Enfer » de Dante, traduit par le Docteur DEMELIN (4 ill.). — La Déesse Flore, fresque de Pompéi (1 ill.). — Supplément (17 ill.).

A TRAVERS L'OFFICIEL

3 FÉVRIER

Légion d'honneur

Sont nommés chevaliers de la Légion d'honneur, au titre du ministère de l'Education nationale : MM. les Docteurs Cailliau, de Rouen ; Champy, de Paris ; Durand, de Montreuil-sous-Bois ; Maurin, de Toulouse ; Sinaud, de Guéret ; Villemin, de Bordeaux.

4 FÉVRIER

Est nommé chevalier de la Légion d'honneur, au titre du ministère des Affaires étrangères : M. le Docteur Gayrel, médecin du Consulat général de France à Milan.

Assurances sociales

Arrêté du 1er *février* 1937 *instituant une Commission chargée d'établir la liste des médicaments spécialisés prévue à l'article* 6 *du Décret-loi du* 28 *octobre* 1935 *sur les Assurances sociales.*

Art. 1er. — Il est institué, en application de l'article 6 (§ 9), du décret-loi du 28 octobre 1935 susvisé

et conformément à l'avis du Conseil supérieur des Assurances sociales, une Commission chargée d'établir une liste de médicaments spécialisés pour lesquels il y a lieu de prévoir des tarifs de remboursement particuliers.

Art. 2. — Cette Commission comprend :

Le doyen de la Faculté de médecine de l'Universite de Paris et un professeur de ladite Faculté désigné par lui.

Le doyen de la Faculté de pharmacie de l'Université de Paris et un professeur de la dite Faculté désigné par lui.

Un membre de l'Académie de médecine désigné par ladite Académie.

Le directeur du laboratoire national de contrôle des médicaments.

Deux représentants de la Confédération des Syndicats médicaux français désignés par ladite Confédération.

Deux représentants du Comité intersyndical des groupements pharmaceutiques nationaux désignés par ce Comité.

Deux représentants des Caisses d'assurances sociales désignés par le ministre du Travail.

Un représentant du ministre de la Santé publique.

Un représentant du ministre de l'Economie nationale.

Un représentant du ministre de l'Agriculture.

Deux représentants du ministre du Travail.

Art. 3. — Le secrétariat de la Commission sera assuré par le sous-chef du 3e bureau de la direction générale des Assurances sociales et un rédacteur de ce bureau.

Art. 4. — Le Conseiller d'Etat directeur général des Assurances sociales et de la Mutualité est chargé de l'exécution du présent arrêté.

5 FÉVRIER

Arrêté du 30 janvier 1937 fixant le règlement intérieur type des Caisses primaires d'assurance maladie-maternité.

Ce règlement sera publié ultérieurement.

Stations hydrominérales et climatiques

Décret du 4 février 1937 portant nomination de la Commission permanente des stations hydrominérales climatiques et uvales.

Ce décret sera publié ultérieurement.

6 FÉVRIER

Médecins des hôpitaux psychiatriques de la Seine

Décret du 22 janvier 1937 fixant le recrutement et le statut des médecins dn cadre des hôpitaux psychiatriques de la Seine.

Ce décret sera publié utérieurement.

Sérums thérapeutiques

Arrêté du 5 février 1937 relatif à la vente des produits visés par la loi du 14 juin 1934 (sérums thérapeutiques et divers produits d'origine organique).

Arrêté du 4 février 1937 relatif à la production des sérums provenant d'animaux vivants.

Ces deux arrêtés seront publiés ultérieurement.

7 FÉVRIER

Sanatoriums publics

Par arrêté du ministre de la Santé publique en date du 12 janvier 1937, M. le Docteur Dussert, médecin adjoint au sanatorium de Plougonven (Finistère), a été nommé, sur sa demande, médecin adjoint au sanatorium de Boscammant (Charente-Inférieure).

Par arrêté du ministre de la Santé publique en date du 7 janvier 1937, M. le Docteur Thorain, médecin-adjoint de sanatoriums publics, a été nommé médecin directeur stagiaire de 5e classe au sanatorium public de la Grolle-Saint-Bernard, à Touverac (Charente).

Par arrêté en date du 9 janvier 1937, M. le Docteur Virmont, médecin adjoint des sanatoriums publics, a été nommé médecin directeur de 5e classe aux sanatoriums publics Marie et François Mercier à Tronger (Allier).

Par arrêté du ministre de la Santé publique en date du 16 janvier 1937, M. le Docteur Marmet, a été nommé médecin adjoint au sanatorium du département du Rhône, à Saint-Hilaire-du-Touvet (Isère).

Service de santé militaire

Avis de concours

Un concours sera ouvert le 24 juin 1937, à huit heures, pour l'emploi d'élève de l'école du Service de santé militaire.

Les candidats devront faire parvenir directement au ministre de la Défense nationale et de la Guerre (direction du Service de santé, 1er bureau) une demande d'inscription établie sur papier timbré. S'ils sont présents sous les drapeaux, leur demande devra être adressée par la voie hiérarchique.

Le registre d'inscription sera ouvert le 14 avril 1937 et clos le 15 mai 1937 à midi.

Peuvent prendre part à ce concours :

A. — Section médecine (troupes métropolitaines).

1° Les étudiants aspirant au doctorat en médecine, bacheliers de l'enseignement secondaire, pourvus du certificat d'études physiques, chimiques et biologiques, ou inscrits régulièrement en vue de l'obtention dudit certificat ;

2º Les étudiants en médecine pourvus :

a) De quatre inscriptions valables pour le doctorat ;

b) De huit inscriptions valables pour le doctorat ;

c) De douze inscriptions valables pour le doctorat.

B. — Section médecine (troupes coloniales).

Les étudiants aspirant au doctorat en médecine, bacheliers de l'enseignement secondaire, pourvus du certificat d'études physiques, chimiques et biologiques, ou inscrits régulièrement, en vue de l'obtention dudit certificat.

Le nombre d'élèves à admettre est fixé ainsi qu'il suit :

Section médecine (troupes métropolitaines : 115 (étudiants P. C. B. et étudiants en médecine).

Section médecine (troupes coloniales) : 15 étudiants P. C. B.).

Pour tous renseignements, s'adresser :

Soit au ministre de la Défense nationale et de la guerre (direction du Service de santé, 1er bureau).

Soit aux directeurs du Service de santé des régions.

Soit au directeur de l'Ecole du Service de santé militaire à Lyon.



LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE

« Le Sou Médical »

Au cours de sa réunion du 26 janvier 1937, le Conseil a prononcé les admissions suivantes :

12.923 Barthe, Puylagarde (Tarn-et-Garonne). Synd. méd. du Tarn-et-Garonne.

12.294 Batteur, Lambersart (Nord). Synd. méd. de Lille.

12.295 Beaufils, Bezons (Seine-et-Oise). Synd. méd. Seine-et-Oise.

12.296 Beaufils (René), Le Creusot (Saône-et-Loire). Synd. méd. d'Autun.

12.297 Biron, Nantes (Loire-Inférieure). Parrains : Docteurs Brison et Joubert.

12.298 Bonnetblanc, Chatelus-le-Marcheix (Creuse). Syndicat médical.

12.299 Boquet, Abbeville (Somme). Synd. méd. de la Somme.

12.300 Canal (Mme), Lauris (Vaucluse). Synd. méd. d'Avignon.

12.301 Chabrol, Le Porge (Gironde). Synd. méd. suburbain.

12.302 Clastres, 22, rue Saint-Vincent-de-Paul, Bordeaux (Gironde). Parrains : Docteurs Chavoix et Coriveaud.

12.303 Corajod, 64, cours Gambetta, Lyon (Rhône). Ass. gén. de l'Internat des hôp. de Lyon.

12.304 Corrèze, Noyers-sur-Serein (Yonne). Ass. des anc. externes de Paris.

12.305 Coustenoble, Robecq, par Saint-Venant (Pas-de Calais). Synd. méd. de Béthune.

12.306 Damon, Nîmes (Gard). Synd. de Nîmes.

12.307 Denis, Granville (Manche). Synd. des méd. de l'arr. d'Avranches.

12.308 Dufau, Neuilly (Seine). Synd. méd. de Neuilly.

12.309 Fontaine, Bolbec (Seine-Inférieure). Parrains : Docteurs Deschamps et Monguet.

12.310 Forthomme (Mme), 5, rue Desrenaudes, Paris (17e). Parrains : Docteurs Sassier et Hénault.

12.311 Gondard, Montpellier (Hérault). Synd. des méd. de l'Hérault.

12.312 Hammel, Saint-Jean-aux-Bois (Oise). Synd. méd. de l'Oise.

12.313 Herbecq, Cambo-les-Bains (Basses-Pyrénées). Synd. méd. du Pays basque.

12.314 Jurblum, 52, Fg. du Temple, Paris (11e). Synd. des méd. de la Seine.

12.315 Labarthe, Caudéran (Gironde). Synd. des méd. bordelais.

12.316 Lapierre, Dieue (Meuse). Parrains : Docteurs Lapierre et Nicolas.

12.317 Latteux, Ivry-sur-Seine (Seine). Synd. des méd. de la banl. Sud et Sud-Est.

12.318 Lévy, Bicêtre (Seine). Parrains : Docteurs Boz et Monod.

12.139 Massonnet, Champagne-Mouton (Charente). Parrains : Docteurs Massonnet (F.) et Massonnet (J).

12.320 Monier, Raismes (Nord). Synd. méd. de Valenciennes.

12.321 Rech, Sixfours (Var). Synd. méd. du Var.

12.322 Sée, 3, boul. Delessert, Paris (16e). Parrains : Docteur Mignon et Marie.

12.323 Strée, Fougères (Ille-et-Vilaine). Parrains : Docteurs Boudin père et fils.

12.324 Vasse, Pont-de-Metz (Somme). Synd. de la Somme.

12.325 Vendeville, Villers-Bretonneux (Somme). Synd. méd. de la Somme.

12.326 Weiller, Passy (Haute-Savoie). Parrains : Docteurs Rautureau et Lowys.

Ces admissions deviendront définitives si elles ne font l'objet d'aucune protestation dans les quinze jours de la présente publication (art. 5 des Statuts).

La Ligue médicale de Défense professionnelle « Le Sou Médical » a deux objets principaux :

1° Tout d'abord elle garantit ses membres contre les risques de responsabilité professionnelle à concurrence d'une somme de 100.000 francs. Et cette garantie est portée à 500.000 francs pour ceux d'entre eux qui sont en même temps abonnés au *Concours Médical*.

2° En outre, elle leur donne conseils et soutien dans toutes les difficultés et les procès d'ordre professionnel.

Voir la suite page LXIII-589

PROPOS DU JOUR

LA CRISE SCIENTIFIQUE DE LA MÉDECINE

Le monde civilisé est actuellement en état de crise : crise économique, crise sociale, crise politique, crise morale, crise professionnelle, voire même crise scientifique. Ces diverses crises s'enchevêtrent, s'influencent et il est difficile de se rendre compte quelle est celle qui commande les autres.

En médecine nous constatons depuis bien des années l'évolution d'une crise professionnelle qui, d'ailleurs, n'existe pas seulement en France. Les causes multiples de cette crise ne relèvent pas toujours de notre seule profession.

A côté d'elle, depuis plusieurs années, s'est développée une crise scientifique qui sape singulièrement les doctrines admises, même celles qui paraissaient le plus solidement établies.

A notre avis, ce désarroi tient à ce que dans le domaine des sciences médicales, on ne s'en est pas tenu assez strictement aux règles de la méthode expérimentale telles que les a établies Claude Bernard.

Beaucoup de maîtres à l'imagination vive et à la conscience parfois un peu élastique, ont considéré comme des vérités scientifiques ce qui n'était que des hypothèses.

Ils ont prétendu plier la pratique médicale qui n'est encore qu'un art, art qui emprunte de plus en plus à la science, mais qui n'est encore, qu'on le veuille ou non, qu'un art empirique, à des lois fausses, basées sur des observations insuffisantes, des expérimentations incomplètes, des idées *a priori* que les faits contradictoires ne tardaient pas à ruiner.

Ils se sont moqués de procédés empiriques qui avaient fait leurs preuves, au lieu de rechercher les causes de leur efficacité et sont en partie responsables par le doute qu'ils ont jeté dans l'esprit des praticiens et par la perte de la confiance du public qui en est résultée, du succès croissant d'une foule de pratiques mystiques ou pseudoscientifiques, exploitées le plus souvent par de grossiers guérisseurs ou d'impudents charlatans.

Le Professeur Leriche, dans un chapitre de l'*Encyclopédie française*, intitulé *Où va la médecine ?*, conseille aux médecins d'être modestes. En effet, la plupart des méfaits auxquels nous faisons allusion résulte de l'orgueil, de la suffisance de gens très intelligents à qui il répugne de reconnaître qu'ils se sont trompés et veulent envers et contre tout imposer leurs doctrines. Le Professeur Leriche cite à ce propos un passage de l'Histoire de la Médecine de Castiglioni, passage qui démontre que très souvent la médecine revient à ses pratiques originelles :

« C'est avec les plus étranges interférences et les plus extraordinaires retours, écrit Castaglioni, que la pensée médicale est allée du démonisme des anciens à la thérapeutique suggestive des modernes, de l'organothérapie biblique à l'opothérapie, de la pathologie humorale d'Hippocrate à l'endocrinologie.

« Souvent l'idée de prophètes audacieux, de précurseurs géniaux, fut abandonnée et enterrée et d'antiques erreurs qui semblaient oubliées pour toujours, revinrent à la lumière (1) ».

Notre collaborateur R. Massart a récemment résumé dans ce journal, l'opinion émise par le Docteur Delore, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Lyon, dans son remarquable ouvrage sur les *Tendances de la médecine contemporaine*.

L'auteur s'inspirant des idées émises par Harvey Curshing dans la *Médecine à la croisée des chemins*, déplore, comme nous l'avons déjà fait, l'accumulation d'observations et de faits inutilisables, la prédominance de l'esprit d'analyse et le manque d'esprit critique et philosophique, l'influence fâcheuse du travail américain et de la culture nébuleuse germanique. Tout cela fait que le médecin, se basant sur les données d'une fausse science ou tout au moins sur des données scientifiques incomplètes, néglige des facteurs de première importance tels que le facteur psychique, celui du terrain, du milieu où vit le malade, etc... Ces facteurs font que la même maladie est différente chez chaque individu, que cette maladie quelle qu'elle soit n'est jamais localisée à un seul organe et que les grands maîtres qui, au cours de nos études, professaient avec une autorité intransigeante qu'en thérapeutique il fallait toujours s'attaquer à la cause de la maladie, cause le plus souvent inconnue ou

(1) Castiglioni. — La Pensée médicale dans son évolution historique, in *Histoire de la médecine*, Payot édit. Paris, 1931.

◆◆

hypothétique et sur laquelle on était et on est encore le plus souvent impuissant, commettaient une grossière erreur.

Il ne faut pas, dit M. Delore, dédaigner les vieilles pratiques empiriques qui ont fait jadis leurs preuves, il convient de les utiliser avec prudence.

Le Professeur Aschner, de Vienne, dans un ouvrage sur *la Crise de la Médecine* longuement analysé dans le *Siècle Médical*, défend les mêmes idées, conseille le retour aux anciennes thérapeutiques abandonnées pour des traitements modernes souvent inefficaces ; il cite comme exemples les traitements de l'angine de poitrine, des gastralgies, de la maladie de Basedow, des rhumatismes chroniques, etc... qui étaient jadis traités avec succès par de vieux procédés thérapeutiques.

Comme le conseille le Professeur Leriche, il faut que ceux qui s'occupent de recherches scientifiques médicales soient patients et modestes ; sans cela leurs prétendues découvertes et leurs doctrines iront rejoindre beaucoup d'autres dans le cimetière passablement encombré des conceptions hasardées et reconnues fausses.

Dans l'allocution que M. Hartenberg a prononcée, en prenant possession du fauteuil de la présidence de la *Société de médecine de Paris*, la doyenne des sociétés médicales savantes, il insiste éloquemment sur la nécessité d'apporter dans les discussions une qualité qui, affirme-t-il, fait souvent défaut :

C'est l'esprit critique. Le manque d'esprit critique est cause que « notre science est encombrée d'erreurs qui durent une génération, d'idoles aux pieds d'argile qui seront renversées par les générations futures. Le Temple d'Esculape est peuplé de faux dieux. » Et le Docteur Hartenberg multiplie les exemples de doctrines périmées : les maladies par ralentissement de la nutrition de Bouchard, l'entérite entretenue par les lavages de l'intestin, la sacralisation de la cinquième lombaire qui est très loin d'avoir l'importance qu'on lui a attribuée, les conceptions de l'hystérie de Charcot, du pithiatisme de Babinski, de l'épilepsie essentielle, etc... etc...

« Et que restera-t-il finalement, dit encore le Docteur Hartenberg, de toutes les théories à la mode dont l'imagination est grisée, de l'importance exagérée accordée aux secrétions internes, à l'anaphylaxie, aux troubles vago-sympathiques. »

Avant Hartenberg, Sabouraud et Gallois avaient montré l'effondrement pitoyable de théories aventureuses qui avaient joui d'un succès étourdissant qu'ils ont appelé plaisamment les Idoles de la médecine (1).

Terminons en rappelant la très intéressante leçon inaugurale de Charles Richet prononcée en 1887 (2). Après avoir énuméré toutes les lamentables histoires, toutes les erreurs grossières qui nous paraissent, à nous, stupides, que des savants réputés admettaient il y a deux ou trois siècles, Ch. Richet disait :

« Eh bien, vraiment, cette crédulité de nos ancêtres m'effraye un peu pour notre science contemporaine. Qui sait ce que nos petits neveux penseront de nous ? Paracelse, Ambroise Paré, Pierre Belon, Jean Bodin n'étaient pas plus bêtes que nous le sommes et nous serions follement présomptueux si nous pensions que leur intelligence et la nôtre ne sont pas faites d'une même étoffe. Si nous regardons avec dédain leurs inepties, c'est qu'on ne nous les a pas apprises, ne sommes-nous pas aussi absurdes ? J'ai grand peur que dans cent ans, notre science, dont nous sommes si fiers, ne paraisse bien démodée........ C'est hier qu'on passait sans transition de la salle d'autopsie à la salle d'opération. On trempait légèrement ses mains dans l'eau. On essuyait les instruments avec le tablier et on s'étonnait de voir tous les opérés mourir successivement sans qu'un seul pût échapper.

« L'ignorance d'un phénomène nous met un voile devant les yeux jusqu'au moment où quelqu'un de plus avisé enlève le voile et nous révèle la vérité. »

Nous conclurons en répétant avec Leriche :

« Notre époque aurait donc tort de croire qu'elle ne peut plus se tromper. Nous devons rester modestes, pénétrés de la relativité de nos connaissances et de nos idées. »

J. Noir.

---

(1) Sabouraud. — *Presse médicale* du 30 juin 1936. P. Gallois. — *Revue méd. de méd. et de chirurgie*, août 1936.

(2) Leçon reproduite sous le titre : Anthologie médicale, dans la revue *Le médecin chez lui*, mai 1936.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

LES BESOINS ALIMENTAIRES DANS LA PREMIÈRE ANNÉE DE LA VIE (1)

Par le Professeur P. Lereboullet

Il y a dix ans que l'Organisation d'hygiène de la Société des Nations a commencé l'étude de l'alimentation dans ses rapports avec la santé publique et elle a, peu à peu, accumulé sur la question une documentation approfondie. En 1934, elle décida la rédaction d'un rapport général sur le *Problème de l'alimentation.* Ce rapport, de tous points remarquable, dû à MM. Et. Burnet et W.-R. Aykroyd, a paru en juin 1935 et précise la *place de l'alimentation dans l'hygiène publique et la médecine préventive.* A la suite de sa publication et de sa discussion, le Comité d'hygiène d la S. D. N. décida de constituer une Commission technique qui a tenu sa première séance en novembre 1935, à Londres, et s'est réunie à nouveau en juin 1936, à Genève. C'est cette Commission qui a inscrit au programme des études à poursuivre la question des *besoins alimentaires dans la première année de la vie.* Elle a provoqué la rédaction, dans les divers pays, de rapports spéciaux transmis à Genève et pouvant servir aux travaux d'une réunion d'experts pédiatres, prévue pour la fin de 1936. Ayant eu à rédiger dans ce sens le rapport français, au nom d'une Commission constituée à l'Académie de médecine, j'ai essayé de dégager l'opinion moyenne des pédiatres de notre pays, sur ces questions souvent débattues. Et j'ai rappelé que s'il y a eu des progrès incontestables dans nos connaissances, dus à une série de découvertes récentes, il faut reconnaître, avec le Professeur Marfan, que les bases physiologiques et les règles de l'alimentation générale du nourrisson ont subi peu de changements parce qu'elles sont basées sur une étude minutieuse et très ancienne, surtout clinique, du lait et des besoins alimentaires de l'enfant. Les recherches de ces dernières années, apportant à la diététique des précisions fort utiles, ont rejoint les études anciennes en affirmant la *prééminence de l'allaitement au sein, qu'il soit total ou partiel.* Elles ont eu cependant le grand mérite de montrer, d'une part, comment on peut et on doit, dans nombre de circonstances, *substituer d'autres aliments au lait de sein* quand celui-ci ne peut être utilisé, d'autre part, comment la période dite de sevrage peut être avancée et fort élargie.

Sans insister sur ce rapport, qui sera ailleurs publié dans son entier, je veux simplement reproduire ici les conclusions de la réunion qui s'est tenue à Genève le 11 et le 12 décembre 1936, sous la présidence du Professeur Gorter (de Leyde) e touré du Docteur Nobel, de Vienne, du Professeur Jean Bigwood, de Bruxelles, du Docteur Martha Eliot, de Washington, du Docteur Maitland-Jones, de Londres, du Professeur Urban Hjarne, d'Upsal, du Professeur Michalowiez, de Varsovie, du Professeur Parisot, du Docteur Lestoquoy et de moi-même, représentant la France.

Cette réunion a permis une étude très approfondie des diverses questions soulevées dans les rapports adressés à Genève des divers pays. Elle a montré que, s'il existait encore des divergences assez marquées d'un pays à l'autre sur certains points, la plupart des principes que nous défendons en France étaient également admis actuellement dans les autres pays. Aussi, a-t-il été possible et facile d'arriver à un certain nombre de conclusions pratiques, que je reproduis, telles qu'elles ont été résumées à la fin de ces deux jours de discussion.

A. — Besoins alimentaires de l'enfant normal

1° *Calories :*

Le nombre des calories doit être adapté aux besoins individuels de l'enfant. Il diminue graduellement au cours de la première année. Comme chiffres moyens, par kilogramme de poids corporel, on peut donner :

Pour le premier trimestre	110
Pour le deuxième trimestre	100
Pour les six derniers mois	90

tout en admettant que les fluctuations de 10 p. 100 en plus ou en moins sont normales.

2° *Besoins en protéines :*

Si l'on calcule la quantité de protéine que reçoivent les enfants alimentés par leur mère, on

(1) D'après les conclusions de la réunion tenue à l'Organisation d'hygiène de la Société des Nations, Genève, 11-12 décembre 1936.)

arrive au chiffre d'environ 2 grammes par kilogramme. Pour l'enfant au biberon, ce chiffre doit être plus élevé et doit être, en moyenne, de 3 grammes, avec des fluctuations entre 2 et 4 grammes.

3° *Besoins en hydrates de carbone, graisses et sels minéraux* :

Aucun chiffre n'est recommandé à cet égard, étant donné les grandes variations que ces besoins comportent.

4° *Durée de l'allaitement maternel* :

L'allaitement maternel, qui est toujours supérieur à l'allaitement artificiel, doit être continué au moins jusqu'à l'âge de six mois, même dans le cas d'un allaitement mixte. Il est utile de continuer l'allaitement maternel partiel jusqu'à l'âge de neuf mois.

5° *La ration de lait* :

Pour l'allaitement maternel et artificiel, il ne faut pas dépasser la quantité totale de 750 à 800 grammes par jour. Dans la plupart des pays, il y a une tendance, en faisant intervenir une autre alimentation, à diminuer progressivement cette quantité à partir de l'âge de six mois sans toutefois la réduire à moins de 500 grammes. Dans certains pays, on maintient la même quantité de lait jusqu'à l'âge de un an, ou on l'augmente, tout en commençant l'alimentation mixte dès l'âge de six mois, ou même plus tôt.

6° *Les vitamines* :

Vitamine C : Il faut donner la vitamine C à partir de l'âge de trois mois. Si la mère a reçu une alimentation déficiente à cet égard, il y a lieu de commencer l'administration de cette vitamine dès la deuxième semaine de la vie. La quantité qu'on en donne aux enfants doit correspondre à une dose d'au moins 5 milligrammes d'acide ascorbique par jour, quantité qui peut être représentée par une dizaine de centimètres cubes de jus d'orange ou de tomate.

Vitamine D : Dans divers pays, pendant une certaine période de l'année, les enfants reçoivent trop peu de rayons ultra-violets, ceux-ci ne pouvant pénétrer l'atmosphère. Il faut donc prescrire de la vitamine D aux enfants qui vivent dans ces pays, pour autant qu'ils ne sont pas traités efficacement par les rayons ultra-violets. La dose à recommander est de 500 unités internationales qui sont contenues, par exemple, dans 6 grammes d'huile de foie de morue de la pharmacopée des Etats-Unis d'Amérique (U. S. P.), et qu'on peut donner également sous la forme de préparations artificielles de stérols irradiés. Il faut commencer l'administration de la vitamine D dès l'âge de de trois mois. Dans certains pays, on recommande de donner le premier mois le tiers ou la moitié de la dose indiquée, et de l'augmenter par la suite de façon à atteindre la dose complète vers la deuxième ou le troisième mois.

Il est à recommander de donner la vitamine D à la femme enceinte dès le début de sa grossesse.

Des préparations pharmacologiques concentrées de vitamine D ne doivent être administrées que sous contrôle du médecin, pour éviter les doses trop fortes.

Vitamine A : Il n'est pas nécessaire de donner une dose supplémentaire de vitamine A aux enfants qui sont alimentés de la manière préconisée dans ce rapport, sauf pour les enfants nourris au lait écrémé ou au babeurre.

7° *Le fer* :

Un traitement préventif de l'anémie par l'administration de fer est indispensable seulement pour les enfants prématurés et les jumeaux. Chez ceux-ci la dose de préparation pharmaceutique (sels de fer) correspond à une quantité de 10 milligrammes exprimés en fer. Dans certains cas particuliers, le médecin pourra administrer des sels de fer.

8° *Céréales* :

Il est à conseiller de donner une assez grande quantité de céréales dès l'âge de six mois à tous les enfants, aussi bien à ceux qui sont alimentés au sein qu'à ceux qui reçoivent l'alimentation artificielle (par exemple 15 à 25 grammes par jour). Avant l'âge de six mois, des quantités inférieures sont admises (par exemple 5 à 10 grammes par jour).

9° *Légumes* :

Il faut donner des légumes un mois environ après les céréales. Les épinards, les carottes et les pommes de terre sont les légumes à donner de préférence. La quantité recommandée est de une ou deux cuillerées à soupe de légumes cuits.

10° *Œufs* :

Les œufs peuvent être donnés au cours du deuxième semestre de la première année, et de préférence vers la fin, sous réserve de leur tolérance par l'enfant.

11° *Bouillons. Viande* :

Le bouillon de viande peut servir à préparer les bouillies de céréales ; il peut être remplacé par le bouillon de légumes.

A titre d'exception, on peut donner de petites quantités de viande et de poisson maigres, finement divisés, avant la fin de la première année.

B. — Besoins alimentaires des enfants prématurés

Les enfants prématurés ont, en général, besoin de plus de calories que les enfants nés à terme. Il faut insister sur la nécessité de leur donner une quantité plus grande de vitamine D et de fer. Ici, les préparations de fer sous forme de sels de fer s'imposent, de même que les préparations artificielles de vitamines sont préférables à l'huile de foie de morue. A certains enfants, il y a lieu de donner une quantité supplémentaire de pro-

téines et de minéraux (par exemple le babeurre).

C. — Quelques considérations sur la qualité et la préparation des aliments

Il faut que les aliments donnés soient de bonne qualité.

Le *lait*, provenant de vaches saines, bien nourries, doit être proprement recueilli et, de préférence après une pasteurisation efficace suivant rapidement la traite, il doit être bouilli à domicile. Il faut refroidir rapidement le lait chaque fois qu'il a été chauffé.

Les *œufs* doivent être aussi frais que possible, et bien cuits.

Les *légumes* seront cuits avec une quantité minimale d'eau, et finement divisés après la cuisson. L'eau de cuisson peut servir utilement à la préparation des bouillies.

Les *céréales* doivent être également bien cuites.

Pendant l'été, des précautions spéciales pour conserver les aliments doivent être prises.

Le jus d'orange et le jus de tomate doivent être donnés frais.

Il est désirable de prendre des mesures pour procurer du *lait de femme* aux enfants qui en ont besoin et que la mère est incapable de nourrir. A cet effet, la création de *dépôts de lait de femme*, recueilli et conservé avec les garanties nécessaires, est recommandée. Ce lait servira surtout à l'alimentation des enfants prématurés.

D. — Influence des maladies infectieuses

Une bonne alimentation du nourrisson ne peut donner tous ses résultats que si on réussit, par un effort parallèle, à préserver les enfants des maladies infectieuses banales et spécifiques.

L'exposition au grand air et au soleil est une des méthodes qui peuvent contribuer à augmenter la résistance des enfants aux infections, et à améliorer leur santé générale.

E. — L'alimentation des femmes enceintes et allaitantes

Une alimentation défectueuse pendant la grossesse nuit non seulement à la mère, mais aussi à l'enfant, comme cela a été indiqué par la Commission technique. L'alimentation pendant la grossesse et pendant l'allaitement doit contenir des légumes frais, des fruits, du lait, du fromage, de la viande, du poisson ou des œufs.

En raison du lait qu'elle doit donner à son enfant, une femme qui allaite doit avoir une ration nettement supérieure à celle de la femme enceinte.

F. — Nécessité d'un contrôle anténatal et postnatal

Ces indications techniques n'ont de valeur que si un *contrôle médical et social, anténatal et postnatal*, fonctionnant périodiquement est institué à l'égard des enfants, tant dans les régions rurales que dans les villes.

A ces diverses conclusions, la conférence de Genève a cru devoir ajouter l'indication de nouvelles études sur certains points spéciaux sur lesquels quelques divergences d'opinions avaient été notées au cours des discussions, d'où ce dernier paragraphe :

G. — Problèmes recommandés pour de nouvelles études

1° L'administration, à un enfant de six mois à un an, d'une quantité de lait de vache supérieure à 750 cent. cubes par jour a-t-elle une influence défavorable sur les échanges nutritifs et, en particulier sur l'absorption de calcium et de fer ?

2° Quelles sont les différences d'action entre une préparation artificielle d'un stérol irradié et d'un lait irradié lorsqu'on en donne des quantités qui contiennent le même nombre d'unités internationales de vitamine D ?

3° Une prophylaxie systématique de l'anémie, appliquée à tous les enfants de quatre mois à un an par l'administration d'un sel de fer, est-elle indiquée ?

Dans l'ensemble, ces conclusions correspondent assez exactement aux idées des pédiatres français que je m'étais efforcé de défendre. Une fois de plus, a été affirmée la *supériorité de l'allaitement au sein* et la nécessité de le poursuivre un temps suffisant, l'allaitement mixte étant supérieur à l'allaitement artificiel exclusif. Si les circonstances de la vie actuelle rendent trop souvent impossible la persistance de l'allaitement au sein au delà de neuf mois, il est désirable d'en assurer pendant six à neuf mois le bénéfice au nourrisson.

La *quantité totale de lait* donnée quotidiennement à l'enfant ne doit pas excéder 750 à 800 grammes par jour et il est bon de la réduire progressivement à partir de six mois révolus en faisant intervenir d'autres aliments. Mais cette réduction ne doit pas être poussée trop loin et descendre, sauf exception, au-dessous de 500 grammes. L'introduction dans l'alimentation des céréales, des légumes cuits variés, des fruits frais, plus tard des œufs et de la viande permet, mieux qu'autrefois, l'*élargissement du régime alimentaire.* La réunion de Genève a pu donner à cet égard quelques conseils qui rejoignent ceux donnés actuellement par la plupart des pédiatres

français. Elle a justement insisté sur les moyens d'assurer dans l'alimentation une quantité suffisante de vitamine C et de vitamine D et elle a précisé fort utilement que les préparations pharmacologiques de vitamine D ne doivent être administrées que sous le contrôle du médecin ; nombre d'abus ont été faits à cet égard et il est bon de réinsister sur la nécessité de la prescription médicale de ces préparations.

Très justement aussi, la conférence a souligné que l'alimentation d'un nourrisson ne peut donner de bons résultats que si on réussit, par un effort parallèle et parfois difficile, à le *préserver des maladies contagieuses banales et spécifiques*, rejoignant ce qui a été dit maintes fois sur le caractère capital de la lutte contre les infections.

La conférence internationale de pédiatrie préventive de Bâle avait mis ce sujet à son ordre du jour. Il a été discuté au Congrès d'hygiène d'octobre 1935 et récemment le Professeur Debré y insistait à l'Académie de médecine. La lutte contre l'infection reste capitale, même chez l'enfant correctement nourri.

Enfin, sans y insister, la réunion de Genève a rappelé la nécessité d'un *contrôle médical et social anté et postnatal répété périodiquement* sur les jeunes enfants des villes et aussi chez ceux des milieux ruraux. Il est indiscutable qu'un tel contrôle est à la base même de l'hygiène de la première enfance ; pour ce contrôle, la collaboration des médecins, des assistantes sociales et des infirmières visiteuses, des œuvres publiques et privées est indispensable et, malgré les difficultés maintes fois signalées, cette collaboration peut et doit être réalisée.

Cette réunion de Genève, au cours de laquelle les discussions, toujours courtoises, ont été animées et intéressantes, a ainsi abouti à la rédaction de conclusions pratiques qui méritent d'être répandues. C'est pourquoi, après les avoir apportées à l'Académie de médecine, j'ai cru utile de les reproduire ici.

LES NÉPHROPATHIES D'ORIGINE NERVEUSE

A l'occasion d'un cas de néphrite consécutive à une rachianesthésie, cas suivi par lui dans le service du Professeur Abrami, le Docteur Roger FELDSTEIN a fait une étude d'ensemble des néphropathies d'origine nerveuse et y a consacré sa thèse inaugurale (Paris, 1936).

C'est là un chapitre de pathologie non encore écrit et que l'on peut diviser en deux parties : les troubles fonctionnels rénaux et les néphropathies proprement dites d'origine nerveuse.

Les premiers sont connus depuis longtemps : troubles de la diurèse, anurie, albuminuries transitoires survenant à la suite de lésions méningo-encéphaliques, de traumatismes craniens, de réflexes inhibiteurs nés d'un seul rein (lithiase mono-rénale), etc...

Mais, des altérations nerveuses, périphériques, médullaires, cérébrales, peuvent aussi engendrer et entretenir de véritables néphrites subaiguës ou chroniques, qui guérissent par la suppression de leur cause déterminante. On a vu des néphrites bilatérales succéder à la blessure (par balle par exemple) des nerfs d'un seul rein, à une rachianesthésie, et disparaître à la suite de l'extraction du corps étranger, ou quelques semaines après la rachi. On a vu aussi des néphrites chroniques coïncider avec le développement d'affections encéphaliques (zona ophtalmique, méningiome).

La notion des néphropathies d'origine nerveuse reste, il est vrai, encore obscure par bien des points. Elle demande à être mise à l'étude : peut-être même, conclut le Docteur R. Feldstein, la « part nerveuse » dans le développement des néphrites infectieuses ou toxiques est-elle plus importante que ne l'admet la doctrine traditionnelle.

P. LACROIX.

ANGINES ET DYSPHAGIES SYPHILITIQUES

Par R. Barthélemy

Ancien chef de clinique à l'Hôpital Saint-Louis

La syphilis ne manque pas de moyens pour prendre les malades à la gorge : accidents primaires, secondaires ou tertiaires des muqueuses pharyngées, des piliers ou du bord libre du voile, de la base de la langue, gommes conjonctivo-musculaires des mêmes organes, troubles moteurs à type dysphagique et d'origine nerveuse de l'isthme du pharynx par syphilis acquise ou congénitale, voilà un beau programme, et sur lequel les erreurs de diagnostic ne manquent pas.

Les *chancres pharyngés* sont d'autant plus trompeurs qu'ils peuvent être multiples et bilatéraux, et qu'ils donnent la plupart du temps lieu à une réaction générale fébrile ainsi qu'à une réaction ganglionnaire subaiguë, dues sans doute à une infection associée par les saprophytes courants. Même au cas d'unilatéralité, l'erreur est donc facile. Le malade, qui a pu être déjà un peu gêné pour avaler depuis quelques jours, vient à cause d'une douleur spontanée existant parfois même en dehors des mouvements de déglutition, à cause d'un état subfébrile ou même d'une fièvre franche, et à cause d'un gonflement ganglionnaire pouvant prendre l'allure pseudo-phlegmoneuse. Les commémoratifs égarent ici plutôt qu'ils ne renseignent ; l'examen clinique risque d'en faire autant, s'il se borne à l'inspection, même soigneuse, de la gorge (d'autant que la fréquence d'un enduit opalin donne volontiers l'impression d'une diphtérie), et s'il accepte le diagnostic d'angine de Vincent sur un aspect ulcéreux de l'amygdale. Que faut-il donc faire ? Un toucher, *un toucher intrabuccal.* Celui-ci doit être prudent, pour le malade sensible, et aussi pour le médecin, exposé à la morsure et aux contaminations du doigt palpateur, ainsi qu'aux projections faciales de « postillons » empoisonnés.

On expliquera donc au malade ce qu'on va faire, en proportionnant la description au caractère qu'on lui présume, on se place du côté malade et l'on gante son propre index d'un doigtier de bonne qualité. Supposons qu'il s'agisse de l'amygdale droite : le malade, assis, confie sa tête au médecin qui la reçoit au pli de son coude gauche et l'encercle, sa main gauche arrivant sur la joue gauche sans constriction. La bouche, spontanément ouverte, est maintenue telle par un abaisse-langue en bois tenu *de champ* par la main gauche. L'index droit, doucement mais franchement, vient se poser sur la lésion suspecte. De la pulpe, et non du bout moins rembourré et moins sensible, il apprécie la sourde rénitence du chancre. Sur l'amygdale même, elle peut être diffuse et comme ouatée par l'inflammation associée, tout en présentant une dureté très suffisamment caractéristique. Sur les piliers, elle peut, dans les cas favorables, être en quelque sorte accrochée au passage du doigt avec la sensation approximative du bord de la rondelle de caoutchouc fermant les bouteilles de bière ou de soda. La palpation globale, et comme par contre coup, préconisée par Fournier, je crois, pour la masse amygdalienne, reste l'apanage difficile de quelques rares cliniciens. Allure traînante, toucher suspect, gros ganglions, avec périadénite certes, mais bien durs en dessous, fièvre modérée sans grand éclat général, aspect peu franc d'ulcération de Vincent, d'angine herpétique ou cryptique ou à points blancs, absence de fausses membranes vraies, examen bactériologique négatif pour la diphtérie, négatif pour l'association fuso-spirillaire, positif pour la flore courante, sont-ce là des éléments suffisants pour affirmer un chancre pharyngé atypique à l'œil ou au doigt ? Point. Une deuxième recherche est essentielle, et ce n'est pas tant la recherche du tréponème, assez fréquemment décevante même lorsqu'elle est bien faite, que la séro-réaction *en série* et avec les méthodes les plus sensibles pour bien apprécier la progression d'une positivité naissante. Réaction de Hechts, Desmoulières, Kahn, Meinicke, sont ici de mise, tous les deux jours par exemple. Ainsi l'on ne sera pas surpris par une positivité forte au premier Wassermann tenté, même si l'angine est bilatérale (Halbron et Klotz, voir ce journal, 19 mai 1935, p. 1533).

A la période secondaire, Fournier nous dit (Traité, t. I., p. 488) : « Chacun sait que, comme règle habituelle, la plaque muqueuse amygdalienne est douloureuse ». Erosive, papulo-hypertrophique ou ulcéreuse, cette plaque muqueuse, fût-elle solitaire, ce qui est déjà exceptionnel, ne doit pas être déchiffrée comme une phrase unique à sens ambigu, mais comme l'un des membres du grand contexte, auquel on doit toujours penser, de la syphilis secondaire clinique (pâleur, céphalée, alopécie, éruptions diffuses, adénopathie généralisée, etc.). C'est ce contexte, dans des observations fort anciennes, d'Albert Robin, par exemple, qui servit aussi, alors

que la séro-réaction, n'existait pas, pour affirmer la syphilis dans des angines blanches secondaires « d'aspect absolument diphtéritique ».

En l'absence de toutes syphilides constatables sur l'isthme guttural, il existe une *dysphagie syphilitique secondaire*, gêne plutôt que douleur, capable de durer des semaines et des mois. Elle serait due entre autres causes à une hypertrophie de l'amygdale *linguale* qui peut atteindre le volume d'une amande. Divers auteurs lyonnais, à la suite de Garel, ont en tout cas insisté avec raison sur la dysphagie douloureuse prolongée.

Disons tout de suite qu'*à la période tertiaire*, les syphilides gommeuses ulcératives du voile palatin, qui ne se produisent pas seulement à la face antérieure de ce voile doivent, au cas de dysphagies analogues, apparemment inexplicables, être cherchées *derrière* à la rhinoscopie. Parfois un léger degré de rougeur et d'empâtement visibles peut mettre sur la voie.

Rappelons que la glossite scléro-gommeuse, lorsqu'elle s'accompagne, ce qui est assez courant, d'érosions ou de fissures, est douloureuse, surtout pour les aliments ou boissons irritantes (un petit verre d'eau-de-vie fait l'effet d'un « tison sur la langue »).

La célèbre gomme du voile peut donner lieu, ce qui serait un avertissement de premier ordre au moins pour le médecin, à de légers signes d'angine. Mais il n'y a ni ganglions, ni état général, et l'examen local suffisamment soigneux fait bien constater un bombement avec rougeur du voile, mais avec une allure froide et aphlegmasique qui doit faire éviter cette erreur *incroyable* (A. Fournier).

La gomme amygdalienne est couramment *unilatérale*. Elle est *ulcéreuse*, sans adénopathie, sans réaction générale. Sa dysphagie est peu intense, et ce fait même doit faire penser à la syphilis.

Il existe une forme angineuse de l'amygdalite tertiaire, avec l'allure locale et générale de l'angine fébrile vulgaire y compris l'adénopathie. Les meilleurs peuvent y être trompés, au moins pour un temps, tel Juhel-Rénoy qui avait pu croire successivement à une angine rhumatismale, puis à une amygdalite, puis à la diphtérie. Aujourd'hui, le praticien a le secours du Wassermann réitéré, auquel il doit toujours songer comme adjuvant dans des cas aussi épineux.

Et nous arrivons à la *syphilis nerveuse*, dont la dysphagie n'est plus le fait d'une lésion locale muqueuse ou sous-muqueuse, ni d'une réaction douloureuse, mais celui de phénomènes parétiques d'origine centrale. Sézary, qui a récemment insisté sur cette forme dysphagique de la neurosyphilis, a rapporté en 1935 l'observation d'une malade de 62 ans qui, après quelques prodromes divers, fut prise d'une dysphagie absolue, avec amaigrissement et déshydratation. Il y avait atteinte des nerfs crâniens de la 7e à la 11e paire incluses.

Outre l'alimentation à la sonde œsophagienne, la malade reçut un traitement antisyphilitique intensif qui eut raison de la dysphagie en trois semaines.

De même, chez le nourrisson, MM. Grenet et J. Georges ont décrit cette année même une dysphagie intense avec impossibilité de la déglutition. La corde vocale gauche était concurremment paralysée. Des troubles oculaires apparurent ensuite. Les antécédents et les bons effets du traitement confirmèrent la réalité de cette hérédo-syphilis nerveuse *à forme dysphagique*.

La rapide revue de ces formes si diverses, et qui pourtant ont un lien étiologique commun, montre une fois de plus l'importance d'un examen clinique approfondi, la nécessité de penser à la syphilis dans les occurrences apparemment les plus banales, de s'aider de tous les symptômes, sérologiques notamment, qu'on peut aujourd'hui rassembler, enfin la valeur diagnostique et, bien entendu, vitale d'un traitement rapide et poussé qui, seul, peut empêcher la perforation du voile, l'ulcération d'une carotide, la mort par inanition et supprimer pour autrui la généreuse menace de contamination qu'est un pharynx secondaire tapissé de lésions ouvertes et bourrées de tréponèmes.

FOLLICULINÉMIE ET FOLLICULINURIE

Par MM. Ferrier et Laurent Gérard

Les modalités de la sécrétion et de l'élimination de la folliculine ont été très étudiées dans ces dernières années. Actuellement, on a pu établir quelques données physiologiques qui permettent d'interpréter, du point de vue hormonal, certains troubles ovariens.

On admet en général que le taux de la folliculine sanguine croit régulièrement au cours du cycle menstruel et s'abaisse brusquement au début de la menstruation (Frank).

La courbe d'élimination urinaire est plus complexe ; elle est caractérisée le plus fréquemment par une élimination de folliculine inférieure ou égale à 30 unités vers le cinquième jour, pour atteindre un maximum variant de 60 à 150 unités au 14-16e jour, et revenir vers le 25e jour à un taux variant entre celui de l'élimination du 5e jour et le maximum du 15e jour tout en restant inférieur à ce dernier.

D'après nos examens *il ne semble pas y avoir de rapport entre la folliculinémie et la folliculinurie*. Trois hypothèses peuvent expliquer ce fait :

1° La variation de la perméabilité rénale vis-à-vis de la folliculine au cours du cycle menstruel ;

2° La présence dans l'urine de deux formes de folliculine inégalement actives, et en quantités variables : la forme éthéro-soluble, et la forme éthéro-insoluble ; l'ensemble de ces deux folliculines constituant le pouvoir œstrogène de l'urine ;

3° La fixation, à certaines époques de la folliculine sur la muqueuse utérine, le passage de cette folliculine dans l'urine étant conditionné par cette fixation.

Nous avons étudié trente-huit sujets présentant un syndrome d'hyperfolliculinisme ; la folliculine urinaire a été dosée les 5e, 15e et 25e jours, et la folliculine sanguine le 15e jour après le premier jour des règles (1).

La méthode de dosage employée a été décrite par M. Simonnet dans le *Bulletin de la Société de Thérapeutique* (4 mars 1936). Son principe consiste à extraire la folliculine du sang total par l'alcool, à reprendre le résidu par l'éther, et à dissoudre cet extrait dans l'huile que l'on injecte à des rates ovariectomisées étalonnées.

Le méthode de dosage dans l'urine consiste essentiellement à extraire la totalité du pouvoir œstrogène par hydrolyse acide par l'éther, à reprendre l'extrait par l'huile pour l'injection.

Les rates castrées employées pour les dosages sont toutes examinées pour leur sensibilité vis-à-vis de la folliculine internationale, et les résultats donnés sont toujours rapportés à la dose unitaire de folliculine cristallisée ayant produit la réaction physiologique vaginale (présence de cellules épithéliales et kératinisées).

Les essais sur l'urine doivent être multipliés pour arriver à une connaissance précise de la folliculinie. Par contre, la répétition des essais sur le sang est impossible, car on ne peut utilement procéder à un dosage sur moins de 30 c. c. de sang. Il en découle une imprécision sur les quantités de folliculine inférieures ou supérieures à 30 unités ; les résultats seront donc exprimés par + ou — de 30 unités par litre.

Nous avons prélevé de l'urine aux 5e, 15e et 25e jours après le premier jour des règles, et nous avons dosé sur une partie aliquote d'un échantillon d'urine de vingt-quatre heures. Les résultats ont été exprimés par litre et par vingt-quatre heures.

Nous constatons parmi les malades à syndrome hyperfolliculinique étudiées que :

19 p. 100 ont une acmé folliculinurique au 5-8e jour.

42 p. 100 ont une acmé folliculinurique au 14-16e jour.

39 p. 100 ont une acmé folliculinurique au 25-28e jour.

Pour les acmés folliculinuriques au 5-8e jour, tous les cas se présentent (sauf un) avec des taux variant entre 50 et 90 unités par vingt-quatre heures.

Dans les acmés folliculinuriques placées au 20-25e jour, on rencontre des doses plus fortes variant de 200 à 300 unités. Malgré cette élévation, le taux tombe extrêmement vite dès le premier jour après le commencement des règles.

Avec des taux de folliculine élevés dans le

(1) Nous devons ici remercier les services de M. Simonnet de la Maison Byla, qui nous ont facilité l'exécution de ces dosages physiologiques.

sang au 14e jour (dépassant 30 unités), on rencontre des excrétions urinaires souvent basses (sur quinze cas, six cas sont en-dessous de 50 unités, neuf cas sont au-dessous de 100).

Pour des teneurs sanguines faibles, nous trouvons des taux urinaires élevés. Sur sept cas où les unités de folliculine urinaire ont dépassé 120 et même 150 et 200 unités par vingt-quatre heures, on ne trouve que des taux sanguins inférieurs à 30 unités par litre dans le sang.

Il n'y a donc pas de rapport fixe entre l'excrétion urinaire et la teneur sanguine ; on ne peut non plus dégager une loi régissant ce rapport.

Si l'on étudie pendant plusieurs mois chez un même sujet le taux sanguin et le taux urinaire de folliculine, on n'observe pas de constance de rythme. Chez le même individu, à des périodes diverses du cycle, des maxima sanguins ont correspondu certaines fois à une forte excrétion urinaire, d'autres fois à une faible excrétion.

En serrant le problème et en étudiant le taux sanguin et l'élimination urinaire tous les trois jours pendant un intermenstruum chez une même malade cyclée normalement tous les vingt-huit jours, nous ne trouvons aucun parallélisme ni aucun rapport stable entre les éliminations urinaires et les teneurs sanguines. Il reste néanmoins à noter que nous relevons au dixième jour l'existence d'une poussée sanguine, poussée qui disparaît les 12e et 14e jours pour réapparaître le 17e. Tous les autres dosages sur le sang sont négatifs.

La folliculinurie est de 30 unités seulement au 10e jour au moment de la première poussée sanguine ; elle se maintient à 30 unités au 12e jour, elle monte à 80 le 14e, pour atteindre brusquement 250 unités le 17e jour, époque de la deuxième poussée sanguine.

L'existence d'une poussée de folliculine avant le 15e jour est considérée comme une preuve d'hyperfolliculinémie. Néanmoins si nous nous étions contentés pour cette malade, ainsi que nous l'avons fait pour les autres, d'un seul dosage au 15e jour, cette preuve nous aurait échappé.

Par contre, dans ce cas, l'élimination urinaire, prise au 5e, 15e et 25e jours montre une élimination en plateau à 80-80-80 qui signe l'hyperfolliculinie.

On ne saurait conclure sur un cas unique ; en fait celui-ci montre que l'hyperfolliculinurie peut témoigner d'une hyperfolliculinémie dont la preuve n'aurait pas été faite faute d'une recherche en temps opportun.

Dans cette expérience, le cholestérol, le métabolisme basal et l'angle d'impédance ont été examinés en même temps, et en reportant l'ensemble de ces dosages sur un graphique, nous avons dégagé une seule notion : à une époque précise (chez notre malade du 4e au 6e jour avant les règles), l'élimination de folliculine urinaire, la teneur sanguine en folliculine, la cholestérolémie, le métabolisme basal et l'angle d'impédance ont atteint leu minimum. Mais il n'a pas été possible de retrouver à une autre période de l'intermenstruum, une correspondance dans les chiffres maxima. La constante d'Ambard a été surveillée et n'a montré aucun changement pendant tout l'intermenstruum, elle est restée à 0,09. Ceci est une assurance que la perméabilité rénale, tout au moins pour l'urée n'a pas changé.

On ne peut pas conclure non plus de ce cas unique qu'il existe des *états hyperfolliculiniques par la seule mesure de la folliculinurie* : seule une étude aussi poussée sur de nombreux malades pourrait résoudre définitivement le problème. Dans l'état actuel de nos connaissances, les dosages urinaires ne prennent une certaine valeur que si l'on peut en pratiquer trois consécutifs à dix jours d'intervalle, en les accompagnant chaque fois d'un dosage dans le sang.

De ce travail il ressort que le dosage de la folliculinémie et de la folliculinurie est actuellement la meilleure étude du syndrome d'hyperfolliculinie.

Pour acquérir une certitude, nous sommes obligés de recourir aux dosages multiples étant donné le profil irrégulier des courbes d'élimination.

REMARQUES SUR LA PRIMO-INFECTION DE L'ADOLESCENT ET DE L'ADULTE A PROPOS D'UN VŒU ÉMIS POUR L'EXAMEN PRÉVENTIF DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE

Par MM. Germain BLECHMANN et Maurice COFFIN

Dans son « Propos du Jour » du 23 août 1936 (n° 34), M. J. NOIR a commenté le vœu que nous avons fait voter à la presque unanimité par la *Société médico-chirurgicale des hôpitaux libres*, à la séance du 3 juin 1936. On retrouvera par ailleurs la teneur de cette proposition que M. le Sénateur GADAUD, vice-président de notre Société, a transmis au ministère de la Santé publique.

La publication du vœu par les périodiques les plus divers tels que le *Concours Médical*, *La Défense du Médecin* et bien d'autres a donc mis au courant la plupart des praticiens français, de la question de l'examen systématique des étudiants en médecine, déjà en gestation comme on le verra plus loin.

A l'occasion des *Assises de l'Assemblée générale de médecine française* qui devaient se tenir en janvier à l'Hôtel-Dieu, portant sur la *Primo-infection de l'adolescent et de l'adulte* (1), et à l'instigation du secrétaire général, M. H. GODLEWSKI, nous avons — suivant un terme à la mode — reconsidéré le problème devant la Société médicale du Parc Monceau (2) réunie en une véritable Assise départementale. Voici le texte de notre nouvelle intervention :

***

Sur le vœu que nous avons présenté à la *Société médico-chirurgicale des hôpitaux libres* et qui a été adopté par elle, nous désirons apporter quelques éclaircissements.

Depuis longtemps, l'attention est attirée sur la possibilité de primo-infection tuberculeuse de l'adolescent et de l'adulte. C'est pendant la dernière guerre que furent décrites les tuberculoses aiguës mortelles frappant les Noirs venus de régions indemnes de tuberculose. Les formes observées n'étaient pas l'apanage d'une race, car des médecins de différentes nations belligérantes observèrent des formes semblables parmi les hommes de contingents coloniaux venant des régions les plus différentes. Si le changement de climat et une alimentation différente exposaient davantage les hommes de couleur, on observa bientôt des faits analogues chez des sujets métropolitains. En effet, dans la période d'après-guerre se succédaient les travaux mettant en évidence la possibilité chez des Français adultes de tuberculose évolutive grave, le plus souvent mortelle, à point de départ juxta-hilaire comme dans certaines tuberculoses de primo-infection de l'enfance. Rappelons les publications de MM. CAIN et HILLEMAND (*Annales de médecine*, 1923, n° 1, page 39 et *Revue de la tuberculose*, 1924, p. 261), LEMIERRE, L. KINDBERG et Et. BERNARD (*Soc. méd. hôp. Paris*, 21 janvier 1924), Prof. SERGENT, COTTENOT et DURAND (*Revue de la tuberculose*, 1924, p. 386), GENEVRIER (*Revue de la tuberculose*. 1924, p. 406) ; AMEUILLE et Mlle MALDAN (*Soc. méd. hôp. Paris.*, 16 juillet 1926) ; Prof. L. BERNARD, SALOMON et LELONG (*Ann. Médecine*, 1927, p. 249) ; WIGNIOLLE (thèse de Lille, 1928), JACOB (*Soc. méd. hôp. Paris*, 31 octobre 1933). Tous ces auteurs mettaient en évidence chez des Français adultes, originaires de milieux indemnes de tuberculose, des manifestations anatomo-cliniques conduisant au diagnostic de primo-infection. L'un de nous a montré (COFFIN, *Société de pédiatrie de Paris* et *Revue française de pédiatrie*, 1936) par l'étude systématique de la cuti que nombre de tuberculoses évolutives de la puberté n'étaient que des primo-infections.

Ainsi les facteurs de race, de changement de climat ou de nourriture doivent passer au second plan ; le fait essentiel est la contamination.

On doit donc admettre que l'adulte aussi bien que l'enfant, lorsqu'il est vierge de tuberculose, peut être contaminé.

Ce sont naturellement les formes graves qui ont tout d'abord attiré l'attention ; on a donc pensé, pendant un certain temps, que l'adulte contaminé était condamné à une forme sévère, le plus souvent mortelle.

Mais on s'est aperçu que cette opinion était erronée. Les recherches systématiques de MM. TROISIER et BARIÉTY (thèse de M. Nico, Paris, 1934), de MM. COURCOUX, BIDERMANN, ALIBERT et BUCQUOY (thèse de M. Bour, Paris, 1936) ont montré qu'à côté de formes graves, l'adulte pouvait faire et faisait même le plus souvent soit des formes d'évolution spontanément favorable soit des formes latentes où la réalité de la primo-infection n'est prouvée que par le virage des réactions tuberculiniques.

Cette variabilité des formes de la primo-infection tuberculeuse de l'adulte (particulièrement bien mise en évidence par M. BOUR (thèse de Paris, 1936) n'est pas pour étonner, car on observe également la même variabilité chez l'enfant (COFFIN, *Société de pédiatrie*, Paris, 16 juin 1936). Aussi l'un de nous a-t-il pu dire (COFFIN, *Réunion pédiatrique de Strasbourg*, 8 novembre 1936), que les formes anatomo-cliniques de primo-infection étant très variables et parfois identiques à des formes de surinfection, la théorie de Ranke était en contradiction avec les faits.

Par conséquent l'adulte et l'adolescent peuvent, aussi bien que l'enfant, faire une primo-infection tuberculeuse et celle-ci évoluera selon des modes très différents.

Cette notion de primo-infection de l'adulte va à l'encontre de celle classique basée sur les statistiques de cuti-réaction à la tuberculine, ces statistiques montrant que presque tous les adultes présenteraient une réaction positive.

Il était donc important de refaire ces statistiques. Le premier, M. PHÉLEBON a publié (*Acad. médecine*, 1927, p. 462) une statistique établie en milieu rural, d'après laquelle, à 20 ans, il y a encore 57 % de cuti-

(1) On trouvera dans un prochain numéro le compte rendu de ces Assises par M. G. BLECHMANN.

(2) 20 novembre 1936.

négatives. Le grand mérite de M. Phélebon est d'avoir montré, en mettant en évidence le pourcentage important de cuti-négatives chez l'enfant rural, que la primo-infection ne devait plus être considérée, chez l'adulte, comme un fait exceptionnel mais pouvait être d'une assez grande fréquence.

Comment expliquer cette divergence entre la statistique de M. Phélebon et les statistiques anciennes sur la foi desquelles nous vivions ?

Tout d'abord par le fait que ces statistiques ont été recueillies dans des milieux très différents. Les anciennes ont presque toutes été recueillies en milieu hospitalier et leurs auteurs avaient pensé qu'en milieu non hospitalier le pourcentage de cuti-positives devait être beaucoup moins élevé.

La communication de M. Phélebon a provoqué des recherches sur la fréquence de la cuti en milieu non-hospitalier. M. Paraf (*Revue de la tuberculose*, 1928, p. 426) a observé 88 % de cuti-négatives de 3 à 16 ans, en clientèle. MM. L. Bernard et Vitry, pratiquant des recherches en série sur les enfants fréquentant le dispensaire de l'Ecole de puériculture de la Faculté de médecine de Paris, ont observé (*Ann. médecine*, 1929, p. 390 et *Pédiatrie*, juillet 1932) 64 % de cuti-positives à 13 ans, 69 % à 14 ans et 74 % à 15 ans. L'un de nous a récemment publié (Coffin, *Revue française de pédiatrie*, 1936, nº 4) les statistiques de cuti-réactions méthodiquement pratiquées de 1930 à 1935 d'une part sur les enfants d'une école primaire privée de Paris, d'autre part sur les enfants de petits employés parisiens appartenant à une collectivité médicalement très surveillée ; les pourcentages observés étaient de 45 % à 13 ans révolus ; 56 % à 14 ans, 60 % à 15 ans. Ces chiffres sont les plus bas publiés de la région parisienne parce que recueillis chez des enfants ne présentant aucun symptôme morbide les engageant à venir consulter. Ces pourcentages paraissent en harmonie avec le chiffre de 79 % de cuti-positives observés chez 253 jeunes gens ou jeunes filles, âgés de 20 ans et plus, originaires pour un bon nombre de Paris ou de grandes villes, par MM. Courcoux, Alibert et Bucquoy (*Revue de la tuberculose*, mai 1934). Ils paraissent encore plus près de celui de 75 % de cuti-positives, observé chez de jeunes soldats originaires de villes, par MM. Debenedetti, Balgairies, Oiseau et Foret (*Acad. Médecine*, 3 mars 1936). Le chiffre de 60 % à 15 ans révolus chez des enfants parisiens concorde avec celui de 68,93 % observé par ces auteurs sur de jeunes recrues originaires de Paris ou de sa banlieue immédiate.

Le second fait à mettre en évidence pour juger les statistiques anciennes est que d'année en année, dans un même milieu, le pourcentage des cuti-positives diminue. La comparaison des statistiques recueillies aux Enfants-Assistés en 1909 par M. Lemaire et en 1934 par M. Lereboullet, est très concluante. Dans une même école de Trondjem (Norvège), M. Arfinson avait trouvé en 1914, 23 % de cuti-positives à 7 ans et M. Uvstedt en 1930 8 %, A. 33 % à 10 ans, et U. 20 % au même âge, A. 60 % à 15 ans et U. 40 % seulement. « Les chiffres le plus favorables nous viennent surtout « des pays scandinaves où la lutte antituberculeuse est « menée, depuis longtemps déjà, avec méthode et « vigueur. Il nous paraît hors de doute qu'il existe « une relation de cause à effet entre la lutte antituber- « culeuse et la diminution de l'index de tuberculisa- « tion. » (M. Bour).

De la comparaison de ces statistiques, retenons que les pourcentages de cuti-positives sont moins élevés en milieu non hospitalier qu'en milieu hospitalier et qu'ils diminuent d'année en année, selon l'activité de la lutte antituberculeuse. « La prophylaxie antituberculeuse « appliquée au jeune âge, jointe à d'autres facteurs « sociaux, en réduisant la morbidité et la mortalité « infantiles, a repoussé vers un âge plus avancé l'in- « fection bacillaire, et fait croître le nombre des primo- « infections qui deviendront encore de plus en plus « fréquentes. » (M. Nico, *thèse de Paris*, 1934).

De fort importantes études ont été faites sur la tuberculose des médecins et des infirmières par MM. Rist (*Revue de phtisiologie* 1925), Seynac (*thèse de Bordeaux*, 1928), E. Arnould (*Revue de phtisiologie*, 1932), Bellière (*thèse de Paris*, 1932).

Mais ce sont plus particulièrement les études de la primo-infection tuberculeuse chez l'étudiant en médecine, dépistée par la pratique systématique de la cuti-réaction, qui doivent retenir l'attention. Ce sont principalement les communications des recherches poursuivies méthodiquement à Paris par MM. Courcoux, Bidermann, Alibert et Bucquoy (*Revue de la tuberculose*, juillet 1934), par MM. F. Bezançon, Braun et R. Azoulay (*Soc. Et. Scient. Tuberculose*, 11 janvier 1936) et à Strasbourg par MM. Vaucher et Strauss (*Revue d'hygiène*, juillet 1935).

Rappelons quelques-uns des chiffres observés. M. Courcoux a mis en évidence sur 124 étudiants en médecine 30,6 % de cuti-négatives ; MM. Sergent et Kourilsky, en 1935, sur 84 étudiants 19 % : M. Vaucher sur 1.571 étudiants en médecine examinés de 1929 à 1935, 30 % ; MM. Troisier, Bariéty et Brodard, 16 %. On peut donc penser qu'en France, au début des études, le pourcentage des cuti-négatives varie de 16 à 30 %, ce dernier chiffre étant le plus communément observé.

Ces pourcentages sont à comparer à ceux recueillis dans les mêmes conditions :

En Amérique, par MM. Hetherington, Mac Phedran, Landis et Opie (1931) chez les étudiants en médecine de première année à l'Université de Philadelphie : 16 % de cuti-négatives ; par MM. Herman, Baetjer et Doull (1932) au Johns Hopkins Hospital de Baltimore et à la Western Reserve Médical School (1932) : 43 % de cuti-négatives ;

En Norwège, par M. Heimbeck (1929) à Oslo chez les étudiants au début du stage médical : 44 % de cuti-négatives.

Si les pourcentages observés en France sont inférieurs à ceux de pays où la lutte antituberculeuse est depuis plus longtemps et plus méthodiquement engagée, il n'en reste pas moins qu'une proportion considérable de nos étudiants, venus de familles et de régions indemnes, présentent au début de leurs études médicales une cuti-négative ; exposés à des contagions tuberculeuses, ils doivent être particulièrement surveillés.

Comment se comportent ces étudiants en médecine non allergiques ? Le plus souvent, leur cuti vire, et cela très rapidement.

Sur quatorze virages de cuti d'étudiants en médecine, M. Courcoux en a observé neuf en moins de six mois, quatre en six mois à un an, et un seul au bout de quinze mois.

Constatations à rapprocher de la statistique de M. Scheel (Oslo) qui montre que le pourcentage des cuti-positives augmente anormalement vite chez les étudiants en médecine : cuti-positives avant le stage 51 % ; après trois à douze mois de stage 65 % ; et au cours de la deuxième année 81 %.

Il est à remarquer que les étudiants français contaminés au début de leurs études ne l'ont pas été dans des services de phtisiologie ; mais dans des services de clinique, de médecine ou de chirurgie générales, où trop souvent des malades tuberculeux contagieux sont égarés et même conservés.

D'autre part, il y a, mais le fait est rare, des sujets à cuti-négative qui, bien qu'exposés à des contages répétés, conservent leur cuti-négative. Telle cette observation, rapportée par M. Bour, d'un étudiant de troisième année qui, après un stage en phtisiologie, conservait négative une cuti ainsi qu'une intra-dermo faite par erreur avec de la tuberculine pure. La résistance de certains sujets explique le chiffre de 11 % de cuti-néga-

tives observé par M. Troisier chez des octogénaires.

Pour mettre en évidence la gravité variable des primo-infections de l'adulte, on doit rappeler que, si les formes inapparentes sont les plus fréquentes, les formes évolutives sont d'aspect et de gravité très variables. Voici les modalités de quinze formes évolutives dont les observations ont été publiées par M. Bour :

Réaction générale légère : deux cas.

Erythème noueux : trois cas (dont un avec pleurite).

Typho-bacillose : un cas.

Pleurésies séro-fibrineuses : trois cas.

Lésions pulmonaires :

a) para-hilaires : deux cas ;

b) taches nodulaires parenchymateuses analogues à celles de la tuberculose pulmonaire habituelle : quatre cas.

Dans deux cas, il y eut apparition précoce de cavernes : dans ces deux cas, ainsi que dans un troisième qui s'aggrava ultérieurement, on dut pratiquer un pneumothorax artificiel.

L'éventualité de formes graves de primo-infection rend absolument nécessaire la surveillance médicale des étudiants non allergiques. Mais ceux qui ont déjà une cuti-positive ne courent-ils aucun danger ? MM. Courcoux et Alibert sur 90 sujets non allergiques ont observé une morbidité tuberculeuse de 19 % ; tandis que sur 290 étudiants allergiques, vivant dans les mêmes conditions, elle n'était que de 1 %.

Il paraît donc que les sujets à cuti-positive, surtout parce qu'ils ont déjà fait la preuve de leur résistance, sont beaucoup moins exposés à faire une tuberculose évolutive que ceux ayant conservé une cuti-négative. Mais cette garantie n'est pas générale. D'ailleurs le pourcentage de 1 % paraît faible à certains ; enfin, même si ce chiffre ne devait pas être modifié, il n'en resterait pas moins que ces quelques sujets seraient probablement eux aussi épargnés, s'ils étaient soumis à la même surveillance médicale. Celle-ci doit donc s'étendre à tous les étudiants en médecine, une surveillance plus stricte s'imposant pour ceux conservant une cuti-négative.

Tous ces faits indiquent de façon évidente la nécessité d'une surveillance médicale, régulière et méthodique, des étudiants en médecine.

Cette surveillance est d'abord nécessaire pour la conservation de leur santé. Les observations de M. Bour montrent que les sujets faisant des formes graves sont ceux qui ordinairement restent soumis à des contages répétés ou n'ont pas obéi aux prescriptions hygiéniques ; ces formes graves sont donc le plus souvent évitables. D'autre part, on doit momentanément séparer de leurs camarades les étudiants qui seraient contagieux et leur interdire l'accès des services d'enfants.

L'application de cette mesure est également nécessaire pour que les étudiants comprennent l'importance sociale du médecin. Ils appliqueront avec plus de régularité des méthodes auxquelles ils auront été soumis eux-mêmes.

Enfin, en se prêtant à cette mesure, ils donnent un exemple. Il serait paradoxal d'obtenir que les infirmières se prêtent à des examens médicaux auxquels les étudiants se déroberaient.

Les auteurs qui ont fait des recherches sur la primo-infection de l'adulte ont conclu à cette nécessité de la surveillance méthodique des étudiants en médecine.

D'autre part, sur l'initiative du Professeur Carnot, la *Société médicale des hôpitaux de Paris* a, dans sa séance du 14 décembre 1934, émis un vœu en faveur de l'institution d'un examen préventif antituberculeux dont bénéficieraient, en même temps que les étudiants en médecine, les infirmières.

Et le Professeur Roussy, doyen de la Faculté de médecine de Paris, a organisé une visite médicale facultative en faveur des étudiants qui commencent leurs études médicales.

Le vœu qui, sur notre proposition, a été adopté par la *Société médico-chirurgicale des hôpitaux libres* est le suivant :

« La Société médico-chirurgicale des hôpitaux libres de « Paris et de province, émue de la relative fréquence et « de la gravité de la tuberculose de primo ou de réinfec- « tion chez les étudiants en médecine, émet le vœu de « les voir se présenter dès le P. C. B., puis périodique- « ment, à un examen systématique complet.

« La Société estime qu'il serait utile d'intensifier la « propagande en ce sens parmi les étudiants et leurs familles pour leur montrer tout l'intérêt de ces mesures « préventives. »

Ce vœu renforce ceux déjà émis ; en outre, il spécifie la nécessité de ces examens dès le P. C. B., avant le début des stages médicaux, et la nécessité de leur répétition au cours des années d'études.

Il est certain que ces examens systématiques doivent absolument avoir lieu. Aussi nombre des membres de la Société avaient désiré qu'ils aient un caractère obligatoire. Mais d'autres ont, par tradition, voulu conserver à ces visites médicales un caractère facultatif ; certains, craignant une étatisation des services médicaux, avaient même redouté que ces visites médicales ne puissent avoir pour effet d'interdire à des étudiants la continuation de leurs études médicales. Il est évident que ces examens médicaux, utiles aux futurs médecins et à la collectivité, doivent à la fois respecter le secret professionnel et la liberté individuelle.

Mais si ces examens restent facultatifs, il faut organiser la propagande auprès des familles pour qu'elles en comprennent l'importance. Alors, nous ne verrons plus des pères d'étudiants, qui sont malheureusement parfois des médecins, ignorants des dangers que courent leurs enfants, s'étonner de ces mesures.

***

Au cours de l'Assemblée de médecine générale de janvier, M. H. Vaucher (de Strasbourg), puis M. Weill-Hallé ont montré la difficulté de poursuivre utilement cette visite systématique des étudiants en médecine (voir compte rendu).

Et cependant, il en est de notre proposition comme de bien des réformes qui sont d'ordre inéluctable. *Existe-t-il un seul parmi nos lecteurs qui puisse croire sincèrement que dans vingt ans, dans dix ans même, cet examen préventif des étudiants en médecine, ne sera pas universellement appliqué* ?

Il vaut mieux mettre la réforme en train tout de suite, sans attendre que des initiatives nous soient imposées de l'extérieur !

CE QUE PRATIQUEMENT LE MÉDECIN DOIT SAVOIR DE...

La quatrième maladie vénérienne

D'après les travaux du Professeur J. Nicolas, de Lyon (1)
~~ainsi que ceux~~ du Professeur agrégé Sézary et de M. Georges Lévy (2)
du Professeur Rimbaud (3)

Maladie de Nicolas-Favre, poradénite, ou poradéno-lymphite suppurée bénigne

On l'a dénommée également : lymphogranulomatose inguinale subaiguë, à foyers purulents multiples intraganglionnaires.

La poradénite est une maladie infectieuse, autonome, spécifique, contagieuse à agent pathogène encore inconnu, appartenant probablement au groupe des virus filtrants. Elle est inoculable à l'homme accidentellement et expérimentalement mais non réinoculable au porteur, et inoculable au singe et à d'autres animaux.

Le début se fait habituellement par un *petit chancre* d'inoculation, très fugace et qui peut souvent passer inaperçu, parfois aussi par une urétrite non gonococcique ou une balanite. Cette affection est caractérisée dans ses formes typiques par une *adénite et périadénite aiguë suppurée des ganglions du pli de l'aine.* La suppuration est très particulière, parcellaire, en petits foyers isolés, qui se forment successivement au sein de la masse ganglionnaire, pour aboutir à l'ouverture et à la fistulisation de ces foyers.

L'infection gagne avec une très grande fréquence les *ganglions de la fosse iliaque interne*, qui, même volumineux et parsemés, ne donnent jamais lieu à suppuration perceptible cliniquement, ni à fistulisation. L'évolution de cette adénite est en général remarquable par son indolence relative, sa torpidité, sa chronicité parfois désespérante.

Fait à noter : alors que les localisations ganglionnaires, inguinales, sont beaucoup plus fréquentes dans le sexe masculin, les localisations génito-ano-rectales paraissent beaucoup plus fréquentes dans le sexe féminin.

Voici quelques détails de description clinique.

La durée de l'incubation varie entre dix à trente jours.

Bien que les altérations ganglionnaires inguinales semblent, le plus souvent, être la première manifestation nettement apparente de la maladie, l'observation attentive a montré que l'inflammation ganglionnaire est secondaire à la lésion cutanée ou muqueuse, car celle-ci constitue le véritable accident primitif de l'infection.

Cet accident est représenté par une petite ulcération herpétiforme, superficielle, lenticulaire, du gland ou du prépuce chez l'homme, parfois de l'anus, ou de la partie postérieure du vagin au voisinage de la vulve chez la femme. Généralement minime, fugace, la petite lésion passe inaperçue, et, lorsqu'on a l'occasion d'examiner le malade, à la période d'adénopathie confirmée, ce micro-chancre est déjà cicatrisé, n'ayant laissé qu'une minime cicatrice lenticulaire, qu'il faut chercher, et qui elle-même s'efface rapidement à son tour. Il y a différents types de chancres : superficiels, herpétiformes, érosifs, infiltrés, papuleux, syphiloïdes (Sézary), et même nodulaires (Ravaut).

Mais c'est, en général, l'adénite, l'adénopathie de la maladie de Nicolas-Favre, qui constitue la première manifestation pathologique apparente, attirant l'attention des malades. Elle se présente sous des traits, le plus souvent si caractéristiques qu'on ne la méconnaît plus, lorsqu'on l'a bien observée.

L'atteinte des ganglions inguinaux ne se traduit au début que par une légère douleur localisée dans le pli de l'aine, et provoquée par la marche. Dès ce moment, peut apparaître un léger mouvement fébrile, s'accentuant parfois en une fièvre plus ou moins élevée, qui parfois atteint ou même, assez rarement, dépasse 39°, s'accompagnant de frissons plus ou moins accentués. Si l'on palpe alors la région inguinale, on constate la présence d'un ganglion d'abord isolé, du volume d'une noisette ou d'une petite noix, ganglion douloureux et encore mobile. Bientôt les ganglions voisins se prennent à leur tour, et ainsi se constitue une adénopathie en pléiade, syphiloïde, formée d'éléments multiples, augmentés de volume, encore isolés, mais douloureux à la pression forte. Tout autour apparaît bientôt un processus de périadénite ; c'est alors une masse bosselée, augmentant peu à peu de volume. Ce placard adhère à la face profonde de la peau, qui s'épaissit et prend une teinte rouge violacé. Puis, plus ou moins rapidement, la consistance de la tumeur se modifie sur un point, en général au niveau d'un des ganglions

(1) *Bruxelles-Médical*, 9 août 1936.
(2) *Le Progrès Médical*, 12 décembre 1936.
(3) *Journal des Praticiens*, 26 décembre 1936.

tuméfiés et l'on peut constater localement la production d'une petite aire d'empâtement, mais dépressible, puis de ramollissement, de suppuration limitée. C'est alors qu'apparaît fréquemment la fièvre, si elle n'existait pas déjà dès le début. Dès cette phase initiale, le malade peut éprouver des malaises généraux plus ou moins accusés : anorexie, courbatures, céphalées, arthralgies, parfois un véritable syndrome atténué de pseudo-rhumatisme infectieux.

Au bout de quinze à vingt jours, en moyenne, les accidents se sont caractérisés, et c'est la période d'état. Des deux côtés, on perçoit dans l'une, puis dans l'autre région inguinale, un placard induré, une masse infiltrée, parsemée de bosselures, qui ne sont autres que les ganglions hypertrophiés, englobés dans une épaisse gangue de périadénite. Celle-ci n'adhère pas aux parties profondes, et si on la mobilise on ne provoque qu'une légère douleur : signe de l'ébranlement de Favre.

Plus ou moins rapidement, une des nodosités ganglionnaires se ramollit, puis s'ouvre spontanément au bout de quelques jours, si on ne l'incise pas, enfin laisse une fistule, qui persiste habituellement fort longtemps. Le pus est très particulier : blanchâtre, filant, muqueux, visqueux, s'étendant difficilement sur les lames de verre. Il contient des polynucléaires, des mononucléaires petits et moyens, et de grands mononucléaires, renfermant dans les cytoplasmes des grains chromophiles, simples débris nucléaires, et non parasites comme certains l'ont cru à tort. D'autres abcès se forment de la même façon dans le voisinage ; on se trouve ainsi en présence d'une masse à fistules et à bosselures, dont l'aspect est très caractéristique. D'anciennes fistules se tarissent, d'autres se forment à leur tour, avec de nouvelles poussées fébriles ; ainsi cette affection lente arrive à s'étendre parfois très au-dessus du pli inguinal, à se prolonger durant des semaines et des mois, si elle est abandonnée à elle-même.

Fait à retenir, jamais un orifice fistuleux ne devient le siège de chancrellisation, de phagédénisme, ni de tuberculisation ou de fistulisation. Cependant, il s'élargit quelquefois et permet ainsi à quelque ganglion malade disséqué de faire hernie à l'extérieur : c'est la forme ulcéreuse, la forme énucléante, d'ailleurs rare.

A côté des ganglions inguinaux, les *ganglions iliaques* intra-abdominaux se prennent. Le siège de cette adénopathie possède une *grande valeur diagnostique* ; rare dans les autres variétés d'adénopathies, il est ici presque habituel ; l'adénite n'adhère pas à la paroi, et ne se fistulise presque jamais, ne suppure pas à l'extérieur.

La maladie peut alors évoluer comme une affection locale, et la fièvre persister soit continue, soit avec rémissions, soit plus rarement de type ondulant. L'asthénie, l'anémie, l'anorexie curieuse du début s'atténuent ou disparaissent.

Il existe aussi, comme pour les chancres de la syphilis, ou de diverses natures, des cas d'infections poradéniques extra-génitales : poradénite axillaire chez les chirurgiens blessés au cours d'opérations, adénites cervicales ou autres, chancres poradéniques de la langue, lésions génito-ano-rectales (surtout chez la femme), rétrécissements ano-rectaux avec ou sans proliférations condylomateuses péri-anales, etc.

***

C'EST UNE AFFECTION D'ORIGINE GÉNITALE ET VÉNÉRIENNE

Elle s'observe aussi bien dans les climats froids que dans les climats chauds, et ne se distingue pas de l'ancien « bubon climatique ». Cependant sa fréquence semble plus grande dans les pays chauds et dans les ports ; on en observe de véritables épidémies.

Son origine habituelle par une contamination sexuelle est bien prouvée. Cette maladie est plus fréquente chez l'homme, mais chez l'adulte, en période d'activité sexuelle et ayant eu des relations sexuelles. Les femmes sont plus rarement atteintes, du moins sous la forme adénopathie inguinale suppurée ; mais inversement, elles sont beaucoup plus souvent que les hommes, victimes des formes ano-génito-inguinales. Ce qui apporte une évidente confirmation de la contamination sexuelle, c'est le fait constamment observé que, lorsqu'une femme se présente porteuse d'une telle adénopathie, on trouve toujours mari ou amant atteint de la même affection.

Il existe des *formes muettes*, qui jouent un rôle important dans l'étiologie. Le virus peut vivre et persister longtemps sur les muqueuses génitales, surtout chez la femme, constituant des infections inapparentes, mais non inoffensives. Certaines prostituées, apparemment indemnes de toute maladie, ont été trouvées porteuses de germes, grâce à la *réaction de Frei*.

L'intradermo-réaction avec l'antigène de Frei possède une très haute **valeur diagnostique**, lorsqu'elle se révèle positive. On injecte dans le derme deux à trois gouttes d'un antigène spécifique, préparé avec le pus des abcès ganglionnaires de la poradénite. La réaction positive se traduit par le développement au point d'injection, et au bout de deux à cinq jours, d'une papule

rouge sombre, infiltrée, de 7 à 20 millimètres de diamètre, papule devant persister 7 à 8 jours au moins pour avoir toute sa valeur, mais pouvant être vue durant deux à trois semaines. Il existe divers types de réactions suivant leur intensité : papuleux, papulo-vésiculeux, papulo-pustuleux. L'état allergique, que traduit cette réaction, se constitue deux à trois semaines après le début des lésions ganglionnaires ; il persiste ensuite très longtemps, indéfiniment. Si parfois on observe une intradermo-réaction positive à l'antigène chancrelleux chez un malade porteur d'une adénopathie, ayant tous les autres caractères de la poradénite, c'est qu'il s'agit soit d'un sujet ayant eu des chancres simples antérieurement, soit d'un sujet atteint actuellement d'une infection mixte chancrello-poradénique.

D'après MM. Sézary et Georges-Lévy, la réaction de Frei, qui présente un grand intérêt pratique, ne doit être exécutée qu'avec une technique correcte et des antigènes éprouvés. Comme pour toute méthode biologique, ses résultats seront interprétés d'après les données cliniques. Elle indique que le sujet est porteur d'une allergie lymphogranulomateuse. Cette allergie peut être due non seulement à une infection actuelle et apparente, mais encore à une infection ancienne et inapparente. Cette dernière éventualité, l'emploi de mauvais antigènes ou l'oubli des réactions-témoins paraissent être les causes les plus fréquentes des mécomptes obtenus par certains auteurs.

La réaction de Frei est incontestablement plus pratique que l'inoculation du pus au cerveau du singe ou de la souris. Faite correctement, elle a une valeur au moins égale à celle des séro-réactions syphilitiques. Grâce à elle, la maladie de Nicolas-Favre ne nous apparaît plus que comme la localisation inguinale d'une maladie, dont il existe de multiples autres manifestations.

Quelques mots sur la prophylaxie et le traitement

Cette affection, étant une maladie vénérienne, il y aurait lieu, estime le Docteur J. des Roseaux (1) d'en faire les déclarations au même titre que pour les autres maladies de même nature : syphilis, chancre mou, blennorragie. D'autant plus, ajoute-t-il, que les soins de prophylaxie courants ne semblent pas protéger contre la poradénite ; comme du reste pour le chancre mou, la pommade au thymo-calomel est inefficace.

Le même auteur, se basant sur une longue expérience coloniale, recommande comme thérapeutique le sulfate de cuivre ammoniacal, et surtout le salicylate de soude intraveineux en solution à 2 grammes, à raison d'une injection par jour.

Pour le Professeur J. Rimbaud, il ne faut pas vouloir indiquer une thérapeutique unique contre une affection, dont le polymorphisme est si grand. Cependant les corps chimiques (antimoine, émétine, sels d'or) perdent du terrain.

L'antimoine reste encore le plus employé, et ses deux préparations les plus efficaces sont un tartrate double d'antimoine et de soude (en injections intraveineuses bi-hebdomadaires, de 0 gr. 01 à 0 gr. 07), et l'antimoine III thiomalate de lithium (2 à 3 injections intramusculaires par semaine).

Plus intéressantes sont les tentatives de traitement avec l'antigène humain, préparé selon la méthode de Frei, mais dilué au 1/8e environ: de 2/10e de c. c. à 5 c. c., en injections quotidiennes au début, puis séparées par un jour de repos dans la suite. L'antigène simien est plus facile à se procurer : soit 2/10e de c. c. à chaque injection par voie dermique, soit de 1/4 de c. c. à 2 c. c. par voie intraveineuse.

L'électro-coagulation a donné entre les mains de Ravaut d'excellents résultats ; surtout dans les cas d'abcès ganglionnaires profonds et de fistules rebelles. Elle permet d'ouvrir des clapiers, parfois enchassés dans du tissu de sclérose, de détruire des brides et des tractus fibreux qui peuvent devenir des facteurs de compression

Toutefois les séances d'électro-coagulation doivent être complétées soit par des injections d'agents chimiques, soit par une irradiation.

La radiothérapie est efficace dans les formes de début ; elle agit également à la période de périadénite et même de ramollissement. Lorsque la suppuration s'est établie, et que les fistules sont anciennes, son action est plus inconstante.

On pourra, dans ces cas, commencer par l'électro-coagulation, qui met à jour les ganglions profonds ; quelques semaines plus tard une ou deux séances de radiothérapie parachèveront la guérison.

Le traitement chirurgical, pendant longtemps, avait été réservé aux cas chroniques, à fistules multiples, sclérosées, infectées. Ses indications se sont considérablement élargies, lorsque l'on se rendit compte que l'exérèse partielle des ganglions favorisait la guérison des masses profondes. L'intervention chirurgicale a surtout pour effet de prévenir la formation d'un tissu cicatriciel scléreux qui, par son extension, risque de comprimer les vaisseaux et les lymphatiques iliaques provoquant ainsi des œdèmes à allure éléphantiasique. Les formes légères, à ganglions mobiles, non suppurés, ne paraissent pas justiciables de l'acte chirurgical. Son indication principale est la forme de gravité moyenne, lors de l'apparition des premières fistules.

G. Fischer.

(1) *Presse Médicale*, 9 janvier 1937.

CAUSE ET NATURE DE LA TUBERCULOSE

Par J. Tissot

Professeur de physiologie générale au Muséum national d'Histoire naturelle (1)

Comme suite au volume publié en 1926 sur la *Constitution des organismes animaux et végétaux, causes des maladies qui les atteignent*, le Professeur Tissot a fait récemment paraître le résultat de dix ans de recherches anatomo-pathologiques sur la cause et la nature de la tuberculose.

Adoptant une méthode toute cartésienne, l'auteur a d'abord défini cinq problèmes qu'il se proposait de résoudre successivement :

1° La détermination des éléments qui constituent le tissu tuberculeux ;

2° La détermination de l'origine, de la nature et de l'évolution de ces éléments ;

3° La détermination des rapports qui existent entre le développement de ces éléments et le bacille de Koch ;

4° La détermination de l'origine et de la nature du bacille de Koch ;

5° La détermination finale de la cause réelle, immédiate de la tuberculose pulmonaire naturelle de l'homme.

Jusqu'ici trois conceptions différentes ont été proposées pour expliquer le développement de la tuberculose pulmonaire :

1° Avant la découverte du bacille, on admettait que la tuberculose pulmonaire était la conséquence d'inflammations chroniques des poumons.

2° Grancher et Baumgartner prétendirent que la tuberculose pulmonaire résultait de la desquamation des alvéoles pulmonaires dont les parois épithéliales avaient été irritées par le virus tuberculeux produit par le bacille de Koch ;

3° Enfin Koch, Cornil, Metschnikoff, Yersin et autres affirmaient que le tissu tuberculeux était produit par les cellules lymphatiques venues à l'encontre des bacilles pour les englober et les détruire.

Aucune de ces conceptions n'explique l'évolution de la tuberculose pulmonaire, ni sa nature malgré les nombreuses hypothèses émises pour suppléer à des faits inconnus.

M. Tissot commence par repousser toute hypothèse. Son travail est guidé par un déterminisme absolu. Il se contente de décrire des coupes histologiques, reproduites par des photographies précises, il n'a pas eu recours au dessin qui est fatalement inexact, car il prête à une interprétation subjective.

L'auteur met en garde contre les injections expérimentales dans les veines ou les organes pour étudier la tuberculose pulmonaire. Les résultats obtenus ne correspondent pas à l'évolution de la maladie chez l'homme, ni chez le bœuf. Il souligne l'erreur qui consiste à conclure de la tuberculose expérimentale du cobaye et du lapin à celle de l'homme. On ne peut étudier sérieusement la tuberculose pulmonaire de l'homme que chez l'homme atteint de tuberculose clinique ou accidentelle.

M. Tissot aborde alors l'*examen du tissu tuberculeux et des points sur lesquels doivent porter les recherches.*

Ce tissu est formé des éléments suivants :

1° De cellules embryonnaires ou de cellules plus volumineuses, les plasmocytes ;

2° De cellules épithéliales de la paroi alvéolaire ;

3° D'une gangue intermédiaire entre les cellules géantes, formée de tractus, de fibres ramifiées et anastomosées ;

4° De cellules géantes.

Les *cellules embryonnaires* sont ovales, piriformes, ont une extrémité pointue, terminée par une tige. Ce pédicule semble partir d'un rameau voisin dont il paraît émaner. Ces cellules embryonnaires ne sont pas libres, elles naissent à l'extrémité de pédicules émanant de faisceaux à fibrilles ramifiées. Elles ne proviennent pas du sang par diapédèse et n'ont rien de commun avec les cellules lymphatiques. Leur origine est une petite granulation pédiculéeou sessile. Elles se développent sur place et parviennent progressivement à la grosseur d'une cellule embryonnaire adulte.

La *cloison interalvéolaire* atteinte par la maladie, a perdu son épithélium et ses capillaires sanguins ; elle est recouverte de cellules embryonnaires, nées sur éléments propres. Cette cloison n'est pas malade du fait de l'invasion, ni de l'infiltration du tissu tuberculeux voisin.

A la suite de lésions congestives du poumon deux évolutions peuvent se produire :

1° La lésion pneumonique qui évolue vers la guérison. Les lésions de l'épithélium et celles des capillaires se réparent par bourgeonnement de la carcasse de soutènement et forment des cellules embryonnaires qui reconstituent les éléments détruits.

2° Si la lésion ne guérit pas, les cellules embryonnaires évoluent différemment, c'est l'évolution de la tuberculose pulmonaire. Sur la carcasse de soutène-

(1) J. Tissot, professeur de Physiologie générale au Museum national d'histoire naturelle. — *Constitution des organismes animaux et végétaux au cours des maladies qui les atteignent.* — 2e volume : *Cause et nature de la tuberculose.* Origine et nature du bacille de Koch, Source originelle des virus. Constitution élémentaire des tissus, *Paris* Au laboratoire de physiologie générale du museum, 7, rue Cuvier, 1936.

ment de la cloison interalvéolaire et sur les filaments, des fibres et des fibrilles qui émanent de cette carcasse dégradée et en dégénérescence, naissent des cellules embryonnaires, qui peuvent naître également des fragments des cellules épithéliales desquamées et dégénérées.

Après la désorganisation de la cloison interalvéolaire, les tractus, les cellules desquamées, les rameaux formateurs, les filaments, les granulations restent vivants, c'est l'organisation seule de la cellule qui est perdue.

Tous ces éléments peuvent donner naissance à d'autres granulations, à des cellules embryonnaires capables d'émettre des filaments qui, avec elles constituent le tissu tuberculeux.

Quant aux *cellules géantes*, elles sont uniquement caractérisées par un groupement de cellules embryonnaires en demi-couronne. Leurs noyaux sont des cellules embryonnaires, leur tissu aérolaire est formé de filaments germinatifs en haltère, issus des granulations des noyaux périphériques qui évoluent de la même façon que les cellules embryonnaires et donnent du tissu tuberculeux réticulé et aréolaire. Les expansions des cellules géantes sont la continuation à l'extérieur de ces cellules du tissu aréolaire.

Formes et évolution du tissu tuberculeux : trame intermédiaire. — Le tissu tuberculeux est formé par la trame intermédiaire, les cellules embryonnaires, épithélioïdes et les cellules géantes. Tous ces éléments résultent de l'évolution d'un seul, la cellule embryonnaire.

Les cellules embryonnaires, les granulations auxquelles elles donnent naissance sont des émanations de la carcasse qui forment la cloison interalvéolaire. Ces éléments conservent leurs propriétés d'évolution quand, séparés de l'organisme, on assure leur vie et leur multiplication sur des milieux de culture appropriés.

A la fin de leur évolution, les cellules embryonnaires deviennent des masses, de véritables sacs de granulations qui, à leur tour, germent et donnent naissance à des bâtonnets en haltère. Les travées de la trame intermédiaire résultent de ces bâtonnets et des filaments composés par ces bâtonnets.

Le tissu tuberculeux affecte trois formes : 1° la première est caractérisée par la naissance et le développement des cellules embryonnaires ; la seconde, par la germination de ces cellules qui forment dans le tissu des faisceaux anastomosés ; la troisième est la forme terminale caractérisée par la caséification.

La cellule géante ne diffère que par la situation des cellules embryonnaires qui la constituent.

La matière caséeuse n'est pas une matière morte, nécrosée ; elle est formée d'éléments en haltère et sa formation est l'ultime phénomène de végétation et de multiplication. En un mot, l'organisation meurt mais les éléments fondamentaux ne meurent pas ; ils se multiplient, se renouvellent aussi longtemps qu'ils sont dans les milieux favorables qui leur permettent de vivre.

Les formations nodulaires du tissu tuberculeux sont constituées par la végétation qui se produit dans les cavités alvéolaires. Les débris des cellules épithéliales dégénérées sur lesquels se développent des cellules embryonnaires, les végétations des rameaux émis par les cloisons interalvéolaires sur lesquels apparaît une germination de cellules embryonnaires, constituent ces nodules du tissu tuberculeux. Les cellules embryonnaires elles-mêmes sont constituées primitivement par une des boules des bâtonnets en haltère, signalés plus haut, qui évolue et se transforme en cellule.

***

M. le Professeur Tissot aborde alors la question la plus importante celle de l'*origine du bacille de Koch*. Pour lui, le bacille est l'élément même qui constitue la cellule embryonnaire. C'est le bâtonnet chromatique en haltère de la cellule embryonnaire et aussi le filament germinatif en haltère émis par les granulations de la cellule adulte.

La forme en haltère est en biologie la forme générale de la mitochondrie, élément fondamental de l'édification de l'organisme. Le bacille de Koch est une mitochondrie des éléments anatomiques des tissus, mais s'il est une mitochondrie de tissu normal, il végète d'une façon anormale dans un milieu dont les conditions ont changé. De sorte qu'il se produit une végétation désordonnée et sans limites des mitochondries des cellules embryonnaires, végétation anormale substituée à la végétation normale dirigée, réglée normalement à la confection des cellules épithéliales. Ce phénomène paraît analogue à celui qui donne naissance au tissu cancéreux.

M. le Professeur Tissot conclut de ces observations, car tout ce que nous avons exposé n'est autre chose que la description des 57 planches photographiques de coupes histologiques les plus nettes choisies parmi les milliers et les milliers de préparations qu'il a étudiées en dix ans environ, que la tuberculose pulmonaire se développe spontanément et non par contagion ; que la contagion est sans doute possible mais est exceptionnelle ; que la réaction à la tuberculine, la recherche du bacille de Koch, l'inoculation de ce bacille n'ont pas, au point de vue du diagnostic, la valeur qu'on leur a attribuée, que l'immunisation n'est pas possible et qu'il ne saurait considérer comme efficace un traitement dont le but serait de détruire le bacille de Koch, que le médecin doit poursuivre le rétablissement d'une végétation normale des tissus, ce que nous traduirons par l'amélioration du terrain.

J. Noir.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

La vaccination contre le typhus exanthématique au Maroc

S'il est possible que les vaccins tués donnent une légère résistance à l'organisme, et, qu'appliqués à des gens qui risquent rarement l'infectin typhique ils puissent rendre des services, le Docteur G. BLANC (Casablanca) ne croit pas que ces vaccins tués puissent préserver une collectivité soumise aux risques constants d'infection lors d'une épidémie de typhus. Seul, une atteinte de typhus peut donner cette protection. Charles Nicolle a précisé que, si l'inoculation doit laisser à sa suite une immunité, même légère, il est nécessaire qu'il y ait eu infection donc emploi d'un virus vivant. Les premiers essais faits avec le virus du typhus exanthématique ne furent pas encourageants. L'auteur a dû employer le typhus murin, plus facile à manier parce que moins dangereux. Il est démontré qu'il faut une dose qui infecte, et par suite donne une maladie superposable à celle qui est provoquée par l'inoculation de fortes doses de virus. Les faibles doses de virus donnent le typhus exanthématique presque aussi sûrement que les doses fortes. Bien que le virus du typhus épidémique ou typhus historique (touchant l'homme seulement et transmis par les poux) donne une maladie très grave, le typhus murin, commun à l'homme et au rat, transmis du rat à l'homme par les puces, donne une maladie le plus souvent très bénigne. Malgré cette différence, ces deux maladies immunisent l'homme, l'une comme l'autre.

C'est le typhus murin qui a été utilisé par l'auteur comme vaccin vivant, après avoir modifié son comportement sur l'homme par adjonction de bile de bœuf. La bile, à dose faible et après un temps de contact court, ne détruit pas le virus du typhus murin et, cependant, ce virus bilié, dosé convenablement, ne donne plus à l'homme de maladie fébrile, mais lui fait acquérir l'immunité, cela au taux de 1/20.

Voici les résultats de ces vaccinations, d'après le rapport du Docteur Gaud, à propos d'une vaccination faite dans une agglomération indigène importante, placée dans des conditions hygiéniques médiocres. Une épidémie de typhus exanthématique y débutait et évoluait progressivement. Après vaccination massive de la population, et sans qu'aucune autre mesure prophylactique ait été appliquée, l'épidémie s'est brusquement arrêtée et cet arrêt a eu lieu dans les limites exactement nécessaires à l'établissement de l'immunité chez les vaccinés. En dehors de quelques cas de typhus qui se sont manifestés dans les trois premières semaines, soit chez des individus déjà contaminés au moment de la vaccination, soit chez des individus qui n'avaient acquis qu'une immunité ou prémunition tardive ou incomplète, les réactions vaccinales ont été très peu importantes. Elles furent nulles chez les Européens ; dans le milieu endigène, mis à part un cas dû au mauvais état antérieur du malade, elles ont été à la fois très peu nombreuses et très bénignes. (*Bruxelles-Médical*, 22 novembre 1936.)

Recherches sur les relations réciproques entre l'hormone gonadotrope de l'antéhypophyse, l'œuf et la folliculine

La doctrine de la « prééminence de l'œuf » ne peut plus être défendue depuis que, en 1925, le Professeur B. ZONDEK a démontré par ses expériences d'implantation que le lobe antérieur de l'hypophyse contenait une substance gonadotrope, le prolan, avec laquelle on peut déclencher tout le processus génératif. Ainsi il est devenu évident que c'était cette hormone spéciale, qui dirigeait les modifications morphologiques et biologiques des cycles menstruels.

Dans ces cycles on peut distinguer deux phases : *a*) La première phase générative est déclenchée par l'hormone de maturation folliculaire de l'hypophyse (prolan A). Dans les cellules folliculaires en voie de maturation se forme l'hormone folliculaire (folliculine) qui agit de son côté sur la prolifération de la muqueuse utérine. *b*) La deuxième phase générative est déclenchée par l'hormone lutéinisante de l'hypophyse (prolan B), qui conditionne l'apparition du corps jaune ; dans celui-ci se forme le progestéron, lequel produit la transformation de la muqueuse utérine proliférée en endomètre prémenstruel, ou, pour être plus précis, en endomètre prégravidique (transformation de la muqueuse).

Sans Prolan A, pas de folliculine ; sans prolan B, pas de progestéron. Sans folliculine, pas de prolifération de l'endomètre ; sans progestéron pas d'endomètre prégravidique. Entre les deux phases du cycle se place l'éclatement du follicule et la formation du corps jaune.

Dans ces conditions la formation de la folliculine est indépendante de l'œuf en voie de maturation, et le stimulus du cycle génératif ne vient pas de la glande sexuelle elle-même mais de l'anté-hypophyse.

La fonction de l'œuf pendant sa présence dans l'ovaire est seulement de se préparer à la fertilisation, mais l'œuf ne se soucie pas de la préparation de la muqueuse utérine à sa nidation : cette opération est réalisée par l'ovaire sous la direction du lobe antérieur de l'hypophyse. L'œuf est indépendant, mais il a besoin du lobe antérieur pour que la porte du follicule lui soit ouverte. (*Le Journal Médical Français*, octobre 1936.)

La naissance, la vie et la mort des maladies du bas appareil urinaire

On pourrait croire qu'une maladie, quelle qu'elle soit, répond à une fixité absolue, dans le temps et dans l'espace. En réalité, il n'en est rien et là encore se vérifie, comme dans les Sciences naturelles, la variabilité la plus grande, en rapport avec l'époque où on l'étudie et le développement plus intense de la vie sociale Dans cet ordre d'idées, le Docteur F. Cathelin. étudie trois affections, qui frappent le bas appareil urinaire et qui sont démonstratives de cette thèse. Il s'agit du rétrécissement du canal, de la pierre de vessie, ainsi que de l'abcès urineux avec infiltration périnéale d'urine.

Ce court exposé — l'anurie calculeuse étant de moins en moins fréquente depuis que les pierres du rein sont opérées plus tôt et mieux — suffit à montrer la variabilité dans le temps des espèces nosographiques, leur naissance, leur vie et leur mort coïncidant avec une perfection plus grande de nos techniques, un enseignement plus poussé de l'hygiène sociale, un décalage résultant d'opérations plus hardies (comme la prostatectomie, qui permet de faire d'une pierre deux coups), enfin une lutte prophylactique individuelle et collective mieux comprise. Ces maladies, autrefois souvent fatales, rentrent alors dans le cadre de ce qu'on appelle aujourd'hui les maladies évitables, montrant ainsi la parfaite vérité de cet axiome : « Guérir est bien, prévenir est mieux. » (*L'Entente Médicale*, 20 octobre 1936.)

De la fréquence en chirurgie de l'amibiase larvée

MM. Costantini et Liaras font de cette question une étude très intéressante. Il faut remarquer notamment que si dans bien des cas l'amibiase larvée est susceptible de simuler l'appendicite chronique, chez d'autres malades cette lésion s'associe à une amibiase latente. Les auteurs insistent sur l'intérêt que présente l'examen systématique des selles chez les appendiculaires chroniques. Quand cet examen est positif, l'intervention doit être différée, et lorsque les signes disparaissent avec le traitement émétinien, on doit s'en tenir là. Si cependant ils persistent, même atténués, il faut alors opérer, car l'on se trouve en présence de lésions appendiculaires authentiques, par infection secondaire, sur lesquelles le traitement émétinien ne peut rien. Mais, de même que l'on n'interviendra pas chez un diabétique sans avoir au préalable médicalement traité le diabète, de même semble-t-il raisonnable de toujours rechercher l'amibiase dans les cas d'appendicite chronique, avant de se décider à prendre le bistouri.

Les auteurs pensent également que l'examen systématique des selles s'impose chez tous les vésiculaires chroniques, chez lesquels la lithiase n'est pas prouvée indiscutablement.

L'examen des selles a donc une valeur très grande, plus même qu'on ne le croit habituellement ; cependant la recherche des amibes est chose délicate, exigeant du bactériologiste un entraînement spécial. Elle exige, en outre, une technique rigoureuse : les selles doivent être examinées immédiatement après l'émission et, à moins d'infection massive, une purgation saline modérée est indispensable quelques heures auparavant. A ce prix seul on peut obtenir du laboratoire une réponse valable.

Encore n'apportera-t-elle pas toujours une certitude absolue, lorsqu'elle est négative. Dans ces conditions, on pourra avoir recours aux procédés radiologiques que Speder a récemment indiqués pour le diagnostic de l'amibiase. En définitive le dernier mot restera au traitement émétinien d'épreuve ; dans les cas peu nombreux où un examen correct des selles n'aura pas apporté la preuve de l'amibiase, lui seul tranchera définitivement la question. Mais encore faut-il pour cela qu'on ne perde pas de vue la fréquence de l'amibiase larvée. (*L'Algérie Médicale*, octobre 1936.)

Le traitement chirurgical de l'ictère hémolytique

Après avoir exposé ce traitement et ses résultats, R. Grégoire déclare qu'à mesure que l'on connaît mieux cette affection, il paraît de plus en plus évident que la splénectomie est le traitement le meilleur dans la majorité des cas et que contrairement à ce qu'on a pu penser à une époque, c'est de bonne heure qu'il faut opérer ces malades et non après qu'aux lésions de la rate et aux troubles du développement se sont ajoutées les altérations des voies biliaires, de la glande hépatique et parfois l'insuffisance cardiaque. (*La Presse Médicale*, 2 décembre 1936.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Immunisation et médication par voie aérienne chez les animaux

(M. A. TRILLAT ; 5-1-1937)

Les organes respiratoires peuvent servir de voie de pénétration aux maladies et aussi de voie de traitement. Divers expérimentateurs ont essayé d'obtenir l'immunisation par inhalation directe d'antitoxines ou de sérums pulvérisés. Tout récemment, Silberschmidt, a cherché à vacciner les animaux contre la diphtérie et le tétanos en leur faisant inhaler soit de l'anatoxine, soit de l'antitoxine pulvérisée.

Depuis longtemps, M. Trillat étudie la question de l'influence des facteurs physiques et chimiques sur la vitalité des microbes, dans l'air. Certaines substances organiques de l'atmosphère (gaz aliments) favorisent la vitalité des germes, rendant possibles les contagions à distance par l'air.

Si les germes virulents peuvent parfois de cette manière conserver leur vitalité dans l'atmosphère, les germes atténués doivent se comporter de même à l'état de « gouttelettes » microbiennes, d'où l'idée d'immuniser les animaux par inhalation de vaccins vivants ou de cultures atténuées.

Les premières expériences de ce genre furent faites en vue de l'immunisation du cobaye contre la diphtérie et de la souris contre le pneumocoque par inhalation d'antitoxines. Mais les quantités nécessaires de produit actif devaient être massives et ces essais furent abandonnés. M. Trillat s'est adressé alors aux vaccins vivants et aux cultures atténuées qui n'ont pas cet inconvénient. Des animaux (souris, poules) placés dans un nuage vaccinant ont pu ensuite être soumis impunément à des sources de contagion (pasteurellose, pour la souris , choléra, pour la poule).

Les essais de vaccination en question sont à l'étude. Pour leur réussite, certaines conditions sont à considérer. La principale est l'obtention de fines gouttelettes nébuleuses invisibles. Ces fines gouttelettes ont des propriétés physiques et biologiques bien différentes des grosses. Elles échappent un certain temps à l'action de la pesanteur et sont très résistantes à l'évaporation. Elles sont, en outre, animées de mouvements browniens, toutes particularités qui, dans certains cas, facilitent leur action pathogène, et dans d'autres leur action d'immunisation par la voie aérienne. Cette méthode d'immunisation toutefois n'est pas encore au point : il faudrait doser la quantité de vaccin inhalé, le nombre et la durée des séances, etc. ; des études de longue durée sont encore nécessaires.

La protection contre l'oxyde de carbone, des occupants des abris de défense passive

(M. André KLING ; 22-12-1936)

En dehors des gaz de guerre proprement dits, les occupants des abris de défense passive peuvent avoir à se défendre contre un autre gaz nocif, l'oxyde de carbone. Les gros projectiles explosifs sont susceptibles d'en dégager des quantités très grandes, capables de diffuser assez loin, du fait des fissures de terrain provoquées par la déflagration de l'explosif lui-même. Ainsi, parmi les projectiles dits « brisants », il en est dont l'explosion se fait à retardement, après pénétration dans le sol, et avec fort dégagement de CO. Par exemple, une bombe de 100 kilogr. contenant 53 kilogr. de tolite arrive à libérer 30 mètres cubes d'oxyde de carbone, pouvant créer une atmosphère mortelle dans une galerie large et haute, et de 1 kilomètre de longueur. Il n'est pas nécessaire que la déflagration se fasse à l'entrée de la galerie. Elle peut se produire assez loin, loin même, dans la terre, et déterminer des fissures où le gaz s'infiltre jusqu'à la galerie.

Les masques à gaz ordinaires, du moins la plupart, ne retiennent pas l'oxyde de carbone, et le meilleur moyen de défense consiste à déceler le gaz CO et à être prévenu du danger. Les procédés simples de détection et d'évaluation de CO dans l'air, à des teneurs comprises entre 1 p. 100 et 1 p. 10.000 sont peu nombreux et peu fidèles (toxique à 1 p. 10.000, l'oxyde de carbone s'avère très dangereux à des taux de l'ordre de 1 p. 1.000 ou de quelques millièmes, même pour des inhalations relativement faibles, de l'ordre de l'heure). M. Kling rappelle qu'il a signalé à l'Académie des Sciences, l'année dernière, deux méthodes, étudiées par lui et ses collaborateurs, permettant de déterminer facilement la présence de doses dangereuses de CO. Le principe de ces méthodes est le suivant : oxyder CO pour le transformer en CO^2 et doser ce dernier. Du chiffre obtenu, on déduit facilement la quantité d'oxyde de carbone qui lui a donné naissance.

L'action des ondes ultra-courtes sur les cultures microbiennes

(MM. PAULIAN et BISTRICEANO ; 22-1-1937)

De leurs recherches, les auteurs concluent que les ondes courtes de 15 mètres exercent une action eutrophique sur les cultures de pyocyanique et staphylocoque doré et que les ondes ultracourtes de 6 mètres exercent une action abiotique microbicide après neuf irradiations de trente minutes. P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

A propos des variations des réactions cutanées à la tuberculine au cours de la syphilis secondaire

(MM. Ch. FLANDIN, G. POUMEAU-DELILLE et J. LE MELLETIER ; 23-10-1936)

D'une statistique se dégagent les points suivants: Dans tous les cas où l'on a observé des cutiréactions négatives, il s'agissait de malades porteurs de syphilides cutanées muqueuses florides. Inversement, même en pleine période secondaire, en l'absence de manifestations syphilitiques cutanées, les réactions tuberculiniques cutanées sont généralement demeurées positives ; les malades porteurs de syphilides cutanéo-muqueuses manifestes semblent donc avant tout susceptibles d'avoir, à une période donnée, des réactions négatives à la tuberculine. Ceci est è rapprocher des faits observés récemment encore au cours de la rougeole : M. Lesné, M. Paraf entre autres, admettent qu'il y a une relation directe entre l'intensité des réactions morbilleuses et l'inhibition des réactions tuberculiniques.

Le traitement spécifique semble avoir une influence manifeste sur l'évolution de ces réactions cutanées ; les auteurs ont observé, chez les syphilitiques secondaires traités, la réapparition de cutiréactions positives. Par contre, lorsque la syphilis méconnue n'a pas été traitée, ces mêmes réactions tuberculiniques ont pu demeurer négatives jusqu'à la phase tertiaire.

Un dernier point mérite d'être signalé : la rapidité avec laquelle varient ces réactions ; chez un certain nombre de syphilitiques secondaires traités, la cuti- et l'intradermo-réaction, jusque-là négatives, sont redevenues très fortement positives en trois ou quatre jours.

Anémie gravissime aiguë fébrile par paludisme primaire. Difficulté du diagnostic hématologique

(MM. Louis RAMOND, Paul CHEVALLIER, D. HAHN et Z. ELY ; 6-11-1936)

Cette observation est, dans sa première partie, un cas typique d'anémie gravissime aiguë fébrile : maladie aiguë s'aggravant progressivement ; malgré tous les efforts cliniques et de laboratoire, aucun diagnostic ne peut être posé ; on pense surtout à une tuberculose aiguë, en raison du tableau morbide et d'antécédents de tuberculose pulmonaire. Puis l'anémie devient intense ; les transfusions sanguines ressuscitent la patiente.

Au moment où l'on se croyait maître du mal, la fièvre reprend : une lame du sang est riche en hématozoaires du paludisme ; l'infection était certainement due à un séjour, récent, de huit jours en Algérie ; traitement par la quinine : guérison complète qui se maintient depuis deux ans.

Or, un grand nombre d'examens de sang avaient été faits. Après la découverte du paludisme, toutes les lames qui étaient antérieures ont été minutieusement regardées et recolorées de nouveau : on n'a pu découvrir aucun hématozoaire. Ultérieurement, non plus, aucun étalement, en lame mince ou épaisse, n'a montré d'hématozoaire.

Le diagnostic parasitologique n'a été possible qu'un seul jour.

On ne saurait trop insister sur ces faits qui conduisent, en pratique, à prescrire un traitement quinique d'épreuve lorsque aucune cause ne peut être découverte à une affection fébrile anémiante.

Guérison d'un cas de pouls lent permanent

(M. Ed. DOUMER ; 6-11-1936)

Le pouls lent permanent est parfois admirablement toléré pendant longtemps. Il peut le rester indéfiniment. Nombreuses sont en effet, les bradycardies par dissociation complète, remontant à une date fort ancienne, qui n'ont jamais donné de troubles et laissent parvenir ceux qui les portent à un âge avancé.

Le danger d'une syncope mortelle peut ainsi rester indéfiniment en suspens. En effet, s'il existe des dissociations transitoires qui ne sont que de brefs épisodes, quand la dissociation complète prend les caractères du pouls lent permanent, c'est-à-dire se fixe et se prolonge pendant des semaines et des mois, se retrouvant à chacun des examens, ce qui permet d'affirmer son caractère persistant et sa stabilité, elle ne disparaît plus ; elle est définitive.

Le pouls lent permanent peut-il guérir ? Le malade dont l'observation est rapportée, plus heureux que les autres, garde depuis plus de quinze mois, le rythme normal qu'il a retrouvé, après une phase de bradycardie par dissociation complète qui s'était maintenue parfaitement stable pendant plusieurs mois. On ne peut pas parler dans ce cas de guérison d'un pouls lent permanent. D'autres exemples, qui ne sont pas très encourageants, obligent à être prudent. La dissociation complète s'est installée à la suite d'une crise angineuse, dans des conditions qui permettent de la considérer comme la complication d'un processus de coronarite et de l'attribuer à des lésions d'artérite oblitérante, ou tout au moins sténosante, qui ont compromis la vascularisation et la nutrition du nœud de Tawara et du faisceau de His

La guérison n'est pas fonctionnellement complète, car l'électro-cardiogramme montre la persistance de troubles de conduction portant sur l'une des branches du faisceau de His. Mais ce n'est apparent que sur tracés, et ce bloc d'une branche, parfaitement toléré, dont il existe d'ailleurs de nombreux exemples chez des sujets qui n'ont jamais présenté de pouls lent, n'empêche pas que ce pouls lent permanent ne soit cliniquement guéri.

G. F.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DES HÔPITAUX LIBRES

Séance du 3 novembre 1936

Deux ingestions à six mois de distance de corps étrangers. Forme dangereuse des corps introduits. Evacuation spontanée sans perforation, ni accident d'aucune sorte.

M. M. DELORT. — Double histoire d'introduction de corps étrangers dans les voies digestives d'un enfant de 3 ans 1/2 : la première fois, un clou de tapissier, la deuxième fois, une épingle.

Il est assez rare qu'une récidive d'accident de cette sorte soit signalée ; l'expectative surveillée paraît avoir été la meilleure conduite à tenir, ce qui d'ailleurs confirme la règle connue.

MM. BEAUSSENAT, JOLY, HUET et G.-A. WEILL rapportent de curieuses observations analogues qui confirment la conduite d'abstention.

Aurides polymorphes (Purpuriques et Lichenoïdes). avec abcès aux points d'injection des sels d'or

M. P. RENAULT présente une malade qui fut traitée par les sels d'or pour rhumatisme chronique. Des abcès s'observent très précocement, puis, dès la deuxième injection, apparaît un purpura avec hémorragies. Par la suite, s'est développé un ensemble dermatologique complexe comportant les éléments essentiels de différentes dermatoses : taches mélaniques, éléments de lichen plan, de lichen corné, verruqueux.

L'auteur signale les cas similaires qui ont été observés. La pathogénie de ces cas reste complexe et si l'on peut invoquer le biotropisme (?) pour certains, le mécanisme de l'intolérance à l'or doit être invoqué pour la plupart.

Quelques éléments de documentation sur les travaux contre le cancer du Prof. E. Freund (de Vienne)

M. MARTINY. — Le Professeur E. Freund (de Vienne), dont les premières études sur le cancer remontent à 50 ans, est parvenu, grâce à la Fondation Pearson, à une mise au point particulièrement intéressante de ses travaux. E. Freund est arrivé à cette série de conclusions :

a) Les hydrates de carbone sont en excès dans le sang des carcinomateux ; — *b)* Le sérum d'un individu normal, ses organes, ses sécrétions et excrétions contiennent une substance qui lyse la cellule cancéreuse ; — *c)* La tumeur et le sérum des cancéreux non seulement ne contiennent plus cette substance, mais recèlent une substance antilysante protectrice qui favorise le cancer. Il s'agit dans les deux cas, d'acides dicarboniques au poids moléculaire élevé, saturés dans la première éventualité, non saturés dans la seconde ; — *d)* Le colibacille normal fabrique l'acide lytique dans l'intestin aux dépens de la graisse animale ; — *e)* La substance antilytique naîtra du même colibacille, modifiée par une fermentation acide du milieu intestinal ; — *f)* Les graisses végétales freinent ce pouvoir antilytique et exaltent le pouvoir normal.

La notion des modifications biochimiques du terrain apporte un élément important au problème préventif médico-social du cancer.

Essai d'utilisation de l'urine de jeunes enfants pour le traitement des déficiences organiques

MM. J. ROSTAND et P. PARCHEMINEY. — On sait depuis les travaux d'Ascheim et Zondeck que l'urine humaine est un réservoir d'hormones. L'urine des femmes enceintes a déjà été utilisée en thérapeutique. Les auteurs ont pensé qu'il pouvait être intéressant de rechercher les effets des urines de jeunes enfants (un à trois ans), lesquelles contiennent peut-être des hormones ou des principes antiséniles. Ils ont utilisé l'urine fraîche par voie rectale.

Les essais ont porté sur des vieillards qui, à l'exclusion de maladie organique caractérisée, présentaient des symptômes de sénilité accentuée. On a observé dans la majorité des cas une amélioration transitoire de l'état général ; ces premiers essais semblent justifier une mise au point et peut-être l'application de cette méthode aux troubles de croissance.

M. JAUSION s'estime heureux que l'auto-ourothérapie ait pu suggérer au grand biologiste J. ROSTAND et à PARCHEMINEY, une méthode de rajeunissement par l'urine des jeunes.

Inhibition rénale chez un lithiasique sans obstruction des voies excrétrices et probablement due à une thrombose veineuse intra-parenchymateuse

MM. G. NORA, J.-E. MARCEL, M. DEROME. — Un lithiasique fait une anurie, que l'exploration révèle nettement *mécanique* à *gauche et que rien* n'explique à droite. De ce côté, le rein douloureux, en inhibition fonctionnelle quasi totale, entraîne une néphrectomie qui révèle un rein apparemment mort. L'examen anatomo-pathologique ne montre qu'une minime thrombose veineuse infectieuse, intraparenchymateuse, vraisemblablement en rapport avec une ulcération, sans doute traumatique du bassinet, contrastant avec l'intégrité à peu près absolue du parenchyme. L'aspect cadavérique du rein sans lésion parenchymateuse fait penser à une anémie brutale par atélectasie artérielle dont la thrombose veineuse aurait été le point de départ réflexe (?)

SOCIÉTÉ D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE DE PARIS

Séance du 26 novembre 1936

Corps étranger du sinus maxillaire

M. WEILL. — Balle de revolver ayant séjourné cinquante ans dans le sinus et expulsée presque spontanément après érosion de la paroi externe et production d'un abcès dans le sillon gingivo-jugal.



Phlegmon périamygdalien. Propagation aux loges parotidienne et sous-maxillaire

M. Weill. — Observation d'un cas de phlegmon périamygdalien qui, malgré l'incision large du pilier et les injections répétées de propidon, se propagea à la joue et à la région sous-maxillaire sans cependant entraîner une élévation notable de la température.

A ce propos, l'auteur rappelle les particularités anatomiques qui conditionnent les différentes variétés du phlegmon péri-amygdalien et leurs extensions aux plans profonds du cou.

L'extirpation des tumeurs de la parotide et le facial

M. Dufourmentel. — A l'occasion de quelques cas récemment opérés, M. Dufourmentel expose les différentes voies d'abord de la parotide qui peuvent être utilisées dans certains cas pour respecter le nerf facial. L'incision commissurale de Jaeger et la voie d'abord endo-buccale sont utilisables dans les cas de tumeurs développées surtout en avant ou en dedans. Lorsqu'on emploie la voie externe, certains cas seront heureusement abordés par une incision haute. Dans d'autres, cependant, si la parotide doit être enlevée en totalité, on aura intérêt à rechercher et à disséquer le nerf facial.

Alger

Société de médecine

Paralysie post-traumatique du musculo-cutané

MM. Porot et Bardenat. — Un enfant de 13 ans est heurté par une automobile. Il présente au réveil d'une période assez courte de coma, une série de crises jacksoniennes du bras droit et une monoplégie dans le même territoire. Cette monoplégie régresse et l'on observe quelque temps plus tard, à titre résiduel, une paralysie du musculo-cutané. Le seul mécanisme possible est la contusion directe du plexus dans ses racines hautes. Les observations de cet ordre ne semblent pas fréquentes.

Chorée chronique du type Huntington avec troubles mentaux

MM. Porot, Bardenat et Jacquemin. — Observation d'une chorée chronique de l'adulte ayant débuté à l'âge de 62 ans par l'apparition simultanée des troubles mentaux d'emblée maxima (tentatives de suicide) et des troubles moteurs. Les symptômes psychiques portent la marque nette de l'atteinte des noyaux striés. On a noté l'absence de toute hérédité pathologique et mentale chez ce malade et le début très tardif des accidents.

Echinococcose pulmonaire chez une fillette

MM. Lombard, Le Génissel et Morand, qui ont eu l'occasion de publier déjà l'histoire d'un garçon porteur de trois kystes pulmonaires successivement opérés, rapportent aujourd'hui l'observation d'une fillette de 14 ans, qui, au cours d'une santé excellente, est prise le 10 mars 1936 d'étouffements et de secousses de toux au milieu desquelles elle expulse un demi-litre de liquide eau de roche et des débris membraneux. L'examen pratiqué quelques jours plus tard, montre l'existence de deux opacités arrondies dans l'hémi-thorax droit, l'une dans le lobe supérieur, l'autre juxta diaphragmatique.

L'intervention faite en deux temps, porte d'abord sur le kyste supérieur : elle est précédée d'épistaxis et d'hémoptysies abondantes; ces dernières se répètent pendant plusieurs jours après l'opération et présentent à un certain moment un caractère inquiétant.

Un mois plus tard, ablation en deux temps du second kyste, dont l'évolution n'a été accompagnée d'aucun accident hémorragique.

Influence défavorable de la phrénicectomie dans un cas de suppuration pulmonaire

MM. Loubeyre, Gonon et Payan. — Observation d'une suppuration pulmonaire discrète à son début et simulant radiologiquement à s'y méprendre une tuberculose incipiens, brusquement aggravée après une phrénicectomie. Malgré une amélioration *clinique franche* et rapide obtenue par des injections d'alcool, la lésion pulmonaire n'en évolua pas moins vers un abcès du poumon.

Les médullogrammes dans le paludisme aigu et le paludisme chronique

MM. Ed. Benhamou et A. Nouchy soulignent l'intérêt de la ponction sternale à un triple point de vue :

1° Elle leur a permis, dans huit observations récentes de découvrir facilement l'hématozoaire sur les frottis de moelle osseuse, cinq fois P. falciparum, deux fois P. vivax, une fois P. malariæ.

2° Elle met en évidence l'importance des réactions réticulo-endothéliales de la monocytose, dans la moelle osseuse ;

3° Elle indique avec précision l'activité érythropoïétique au regard de l'anémie constatée dans le sang périphérique et peut ainsi donner des renseignements d'ordre pronostique dans les anémies palustres.

La ponction sternale dans le kala-azar

MM. Ed. Benhamou et R. Bardenat confirment, à l'occasion de deux cas récents, les résultats remarquables que donne la ponction sternale, suivant le procédé d'Arinkin, pour le diagnostic du kala-azar. Les frottis de moelle osseuse furent d'une richesse extraordinaire en parasites ; et la simplicité du procédé, la facilité de la recherche parasitaire, l'absence de toute contre-indication doivent faire

préférer définitivement la ponction sternale à la ponction splénique. Les médullogrammes apportent en outre comme dans le paludisme une image de l'activité réticulo-endothéliale, particulièrement intense, de la moelle, ainsi que de son activité érythropoïétique.

Les médullogrammes dans la cirrhose des indigènes algériens

MM. Ed. Benhamou et A. Nouchy ont étudié les réactions de la moelle osseuse au cours des cirrhoses des indigènes. Ils n'ont pas observé de réaction réticulo-endothéliale anormale, même quand ces malades étaient porteurs de très grosses rates ou avaient dans leurs antécédents du paludisme ; ils ont observé deux sortes de réactions érythropoïétiques, les unes normales, les autres hyperplastiques, mais sans les éléments mégaloblastiques caractéristiques de l'anémie pernicieuse.

Lille

Société médicale et anatomo-clinique

Séance du 10 *novembre* 1936

Sciatique rebelle, tumeur de la queue de cheval ; extirpation et guérison. (Présentation de malade)

MM. Langeron et Camelot. — Jeune femme atteinte de sciatique rebelle à tout traitement. Localisation d'une tumeur intra-rachidienne, extirpation et guérison. En soulignant les détails, les auteurs montrent l'intérêt de cette observation.

Les auto-bouillons-vaccins, en thérapeutique rhinologique

M. Archer et Didier. — Pour des raisons multiples que les auteurs étudient, la vaccino-thérapie locale est beaucoup moins en faveur que jadis, dans les affections des fosses nasales. Les auteurs précisent la technique qu'ils emploient et donnent les résultats qu'ils obtiennent. Ils estiment la méthode excellente, à condition de l'employer correctement.

L'épreuve du vertige voltaïque dans l'étude du tonus sympathique

M. Le Grand, ayant pratiqué l'épreuve du vertige voltaïque, suivant la technique classique depuis les travaux de Babinski, sur plus de 600 malades atteints, pour la plupart, de troubles psychopathiques, a pu faire les constatations suivantes :

1° Le vertige voltaïque est augmenté chez les sympathicotoniques et il existe un certain rapport entre l'intensité de cette augmentation et le degré de la sympathicotonie ;

2° Les résultats sont inverses chez les vagotoniques ;

3° Le vertige voltaïque est normal chez les sujets qui présentent un tonus vago-sympathique normal.

Au cours de ces recherches, les résultats se sont montrés concordants pour les trois épreuves : réflexe oculo-cardiaque, réflexe solaire et vertige voltaïque, dans environ 90 % des cas.

Radiographies et pièces d'une lésion vertébrale, intéressant le ménisque C6-C7, ayant amené une compression médullaire, suivie de quadriplégie et de mort

MM. Langeron, D'Hour, Sorrent et Telle. — Lésion méniscale de nature imprécise, laxité de la colonne vertébrale antérieure, ayant amené, sous l'action de la musculature, un écrasement de la moelle, avec quadriplégie brusque et mort. La singularité et la rareté de tels faits légitiment cette présentation, pour contribuer à l'étude encore mal connue de la pathologie du ménisque intervertébral.

Sur la radiothérapie du sympathique

MM. Langeron et Desplats, se basant, d'une part, sur l'impossibilité dans toute irradiation de ne pas agir sur des éléments sympathiques, d'autre part sur le mode d'action de la radiothérapie en général, enfin sur l'impossibilité de dissocier nerfs et glandes dans le sympathique « système organo-végétatif », ont, de cette radiothérapie sympathique, une conception plus large que les rapporteurs au dernier Congrès de médecine.

Pour eux, une radiographie est sympathique, surtout parce qu'elle est non destructrice mais fonctionnelle et à effets sympathiques. Ils en montrent les techniques et la posologie, les indications et les résultats ; ils considèrent ces actions, différentes de celles de la chirurgie sympathique, qui « libère des automatismes », comme s'effectuant par une « rééquilibration » des fonctions végétatives perturbées, avec possibilité d'agir quel que soit le sens de cette perturbation et, pour eux, cette possibilité constitue la caractéristique de la méthode.

Ils terminent en disant que ces divergences n'enlèvent rien à la solidité des faits établis par les rapporteurs et concluent à la nécessité de recherches ultérieures qui préciseront la place de cette méthode encore à l'étude.

Interprétation des résultats personnels, obtenus dans les cancers provoqués

MM. Delattre et Lou-Chang estiment que le dépôt du benzopyrène sur les téguments rompt l'équilibre sympathico-hypophysaire et provoque le passage dans le sang d'un agent *oestrogène*. L'action des hormones de croissance s'exerce dès lors, sans frein, ainsi que le pouvoir trophique du système pigmentaire. L'oestrone, ou le benzopyrène agissant comme celle-ci, augmente le pouvoir mitogénétique des cellules ; l'hypophyse augmente de volume et le cancer, d'abord bien toléré par l'organisme, se développe rapidement.

Les Livres

Les livres qui viennent de paraître...

Le médecin de service 1937. 18e *année*. Un vol. 130 pages. Contient tous les renseignements concernant les Sociétés des médecins de théâtre, le service médical dans les établissements de spectacle, l' « Allo » des remplacements d'urgence, etc... Edité par le Docteur O'Followel et en vente chez l'auteur, 5, rue d'Argenteuil, Paris. Prix : 5 francs.

Vigot, frères,
23, rue de l'Ecole-de-Médecine

Dr Louis Chapelon. — I. **Les musculatures à fonctionnement volontaire ou automatique. Leur rôle respectif dans le mécanisme régulateur de l'accommodation mis en activité par la lumière chez l'homme.** — II. **La vision simultanément nette à toute distance unie à un pouvoir séparateur élevé propriété de l'œil humain. Explication de ce fait par le fonctionnement différent de la rétine périphérique et de la rétine centrale ou macula.** Un vol. 228 p. *Prix : 25 francs.*

Masson et Cie, éditeurs,
120, boulevard Saint-Germain, Paris

Précis élémentaire d'anatomie, de physiologie, de pathologie et de thérapeutique appliquée, par P. Rudaux, professeur honoraire à la Maternité de Paris. *Huitième édition* complètement remaniée et augmentée, avec la collaboration de Pierre Rudaux, chef de Clinique à la Faculté de médecine de Paris. Un vol. de 934 pages avec 816 fig., 60 francs.

Primitivement destiné aux élèves sages-femmes, ce livre s'adresse aujourd'hui également aux candidates aux diplômes d'infirmières, de visiteuses sociales et aux étudiants en médecine qui trouvent là un Précis répondant aux besoins du début des études.

Le livre primitif a dû être élargi par l'adjonction des notions d'hygiène, de bactériologie, et de thérapeutique appliquée. D'autre part, on l'a tenu au courant des connaissances physiologiques et biologiques nouvelles, de celles, du moins, qui ont été admises dans le cadre classique. Pour tenir compte de l'importance acquise par les glandes à sécrétion interne, l'auteur a développé la physiologie et la pathologie de l'hypophyse, de la thyroïde et des parathyroïdes, du thymus, du pancréas, du foie, des surrénales, des ovaires et des testicules. A l'intention des élèves sages-femmes, ont été exposées en détail les théories récentes sur les relations entre la menstruation et l'ovulation d'une part, les organes de la reproduction et plusieurs glandes endocrines d'autre part. Enfin, la pathologie médicale et l'étude des techniques courantes en pratique journalière ont été entièrement mises à jour par le Docteur Pierre Rudaux.

Un grand nombre de figures nouvelles ont été introduites et beaucoup ont été redessinées.

Masson et Cie, éditeurs,
120, boulevard Saint-Germain, Paris

D. Cordier, prof. agrégé de physiologie des Ecoles nationales vétérinaires. — **Les méthodes manuelles de respiration artificielle.** Un vol. de 92 pages avec 19 fig. (Collection Médecine et Chirurgie : Recherches et applications, n° 3), 14 francs.

Est-il possible dans l'état actuel de nos connaissances de faire un choix parmi les méthodes manuelles de respiration artificielle ?

L'auteur fait remarquer qu'en dehors des mesures expérimentales (ventilation et pression ventriculaire) il est nécessaire de faire entrer en ligne de compte les causes ayant provoqué la mort apparente et les commodités d'application de la technique.

Il est évident que si les voies respiratoires du patient sont encombrées par du liquide, la position ventrale permettra un dégagement plus aisé des voies respiratoires que la position dorsale. D'autres cas, au contraire (intoxication par des poisons comme l'oxyde de carbone ou le gaz des mines), indiqueront d'utiliser les méthodes capables d'expulser rapidement les gaz par une forte ventilation.

Le nombre des sauveteurs permet ou non l'application de telle ou telle méthode. C'est en tenant compte de tous ces facteurs qu'a été établie la classification que l'on trouvera dans ce volume.

Librairie Marcel Vigné,
11 et 13, rue de l'Ecole-de-Médecine

Docteur G. Aveline. — **Mémoire sur les formes insoupçonnées du parasitisme. Une maladie nouvelle, l'anguillulose. Un vol. 220 p.**

L'auteur a appliqué la méthode radiesthésique de l'ingénieur Turenne à l'étude de diverses affections et en particulier des affections causées par des parasites (ténias, lamblias, anguillules, etc.). Il en expose les résultats.

Les Thèses

P. — Dr L. Rubin. — **La supériorité de l'héliothérapie moderne sur l'ancienne technique héliothérapique.** (Thèse 1936.)

Il existe actuellement deux méthodes de cure solaire : l'ancienne (méthode de Rollier) et la nouvelle méthode (de Brody).

L'ancienne technique héliothérapique de Rollier est basée sur *l'emploi de la cure solaire seule* (sans y apporter les avantages de l'association par les R. U. V.), *la cure continue à doses prolongées.*

La méthode nouvelle de Brody comporte l'emploi des cures systématiques et périodiques de dépigmentation et de désaccoutumance, la cure solaire discontinue, l'association des rayons U. V., des traitements médicamenteux, électrique, etc.

La méthode de Brody présente des avantages multiples sur celle de Rollier : résultats thérapeutiques meilleurs, diminution de la durée du traitement, etc.

P. — Dr C. Fromentin. — **Contribution à l'étude du traitement du tétanos. Sérothérapie par voie sous-occipitale.** (Thèse 1936.)

En présence d'un cas de tétanos confirmé, deux indications impératives se posent : *a*) Traitement chirurgical de la plaie tétanigène ; *b*) Sérothérapie précoce, intense, par les voies d'introduction les plus actives.

Dans le traitement d'attaque du tétanos, la voie de choix paraît à l'auteur être la voie sous-occipitale, associée ou non aux méthodes adjuvantes habituelles : Dufour, Couvy, somnifène, avertine, etc... Elle présente sur la voie rachidienne basse l'avantage de porter directement le sérum au voisinage des centres nerveux. Elle nécessite moins de sérum. Enfin, son exécution facile la rend plus souvent possible sans chloroformisation, quand cette dernière semble inutile ou dangereuse ;

Elle ne saurait cependant être employée isolément.

P. — Dr A. Kaswin. — **Contribution à l'étude des médicaments camphrés : Le camphosulfonate d'hexaméthylène tétramine (camformine).** (Thèse 1936.)

Depuis de longues années, les chimistes et les biologistes se sont efforcés de remplacer l'huile camphrée, active, mais souvent mal résorbée par les tissus par des dérivés solubles du camphre. Malheureusement, ceux-ci se sont montrés assez souvent d'une activité moindre que le camphre lui-même ; tel n'est pas le cas du camphosulfonate d'hexaméthylène tétramine dont la synthèse a été réalisée par H. Cousinet qui s'obtient en combinant l'acide de Reychler (B camphosulfonique) avec l'hexaméthylène tétramine. Il se présente sous forme de cristaux très solubles dans l'eau et l'alcool. Il est désigné dans le commerce sous le nom de camformine. Celle-ci exerce sur le cœur de la grenouille et du chien une action ino- et bathmotrope positive marquée : son action est au moins égale, sinon supérieure à celle du camphre naturel.

La toxicité du C. S. H. T. est à peu près nulle, très éloignée de ses doses actives.

En thérapeutique humaine, la camformine renforce le tonus de la systole et le myocarde lui-même, ce qui se traduit par un relèvement de la tension artérielle dans les déficiences cardiaques aiguës ou chroniques. En l'absence de déficience cardiaque, elle est sans action sur la tension artérielle. Cet effet se prolonge pendant au moins une heure et demie.

Ce médicament est particulièrement actif dans les maladies infectieuses par l'action combinée du camphre et de l'urotropine : cardiotonique et anti-infectieuse. Plus maniable que l'huile camphrée, c'est un cardiotonique d'urgence agissant vite et longtemps.

Il peut être administré par voie intraveineuse, intramusculaire ou buccale, suivant la rapidité de l'effet à obtenir, et se recommande en particulier dans les pleurésies, la pneumonie du vieillard et la fièvre typhoïde. Ne pas dépasser par voie intraveineuse, et en une fois, la dose correspondant à 0 gr. 70 de camphosulfonate d'hexaméthylène tétramine. Toutefois, ces doses peuvent être répétées dans la journée à intervalles de deux à trois heures au moins ; vu l'écart entre ses doses actives et toxiques, la vitesse de sa destruction dans l'organisme et de son élimination, il est très maniable.

Sa présentation en ampoules de 2 et 5 c.c. permet de l'administrer aux enfants comme aux adultes, de fractionner autant que l'on veut les doses utilisées. La dose variera entre 2 et 30 c. c. par vingt-quatre heures. La solution à ingérer conviendra aux cardiaques chroniques, aux déprimés, aux convalescents, aux infectés chroniques, etc...

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

Rein cardiaque et cœur rénal [1]

Par J. BONNET

On use volontiers, en clinique, du terme cardio-rénal, embrassant soit la défaillance cardiaque consécutive à une néphrite chronique, soit la congestion rénale passive au cours d'une cardiopathie.

Si, du point de vue clinique, cœur rénal et rein cardiaque méritent d'être opposés, il n'en demeure pas moins vrai que du point de vue thérapeutique, ils relèvent d'une même médication diurétique et cardiotonique.

Cette double médication peut être réalisée aisément par l'emploi de l'aminophylline ainsi que l'ont montré l'expérimentation et la clinique. On peut, grâce à elle, réaliser une véritable prophylaxie du fléchissement du myocarde. Mais, lorsque ces signes seront nettement apparus, son association aux toni-cardiaques usuels en potentialisera les effets.

On obtient en effet, par son emploi (0 gr. 50 à 1 gramme par la bouche, en trois ou quatre fois), un accroissement de l'irrigation propre du cœur par dilatation des vaisseaux coronaires ; il en résulte un accroissement du débit systolique indépendamment de toute accélération cardiaque (Smith, Miller, Graber) ; le rythme est régularisé par dilatation des vaisseaux du faisceau de His et par effet direct sur le myocarde.

En même temps, par les propriétés réno-dilatatrices et diurétiques que l'aminophylline possède en commun avec tout le groupe des xanthines, elle augmente la diurèse (qui atteint facilement deux litres) et contribue au maintien de la réserve alcaline du sang par élimination urinaire des acides.

Chez l'asystolique qui congestionne son rein, caréna, aminophylline française va déclencher la diurèse et contribue à « lever les barrages » et à dégager les stases viscérales. On l'administrera par la bouche en comprimés (2 à 6 par jour) ou en gouttes (10 gouttes = 1 comprimé) en plusieurs fois, après les repas. On peut encore, pour ménager l'estomac de tels malades, le prescrire en petits lavements à garder.

Caréna présente donc l'énorme avantage pour le praticien d'être totalement atoxique, extrêmement efficace et facile à manier, de n'avoir aucune contre-indication, d'être en fin de compte une médication cardio-rénale éprouvée.

Obésité juvénile familiale

C'est une intéressante observation, rapportée par M. MONNEROT-DUMAINE, ancien interne des hôpitaux de Paris, dans « La Pratique médicale » (mai 1936). Elle montre le parti que l'on peut retirer d'une thérapeutique qui, « à doses raisonnables, est peu dangereuse ».

Il s'agit d'un jeune homme de 26 ans, qui pèse 117 kgr. 600, et mesure 1 m. 67. Son obésité a été jusqu'ici irréductible. Après une série d'examens qui ne revèlent aucune tare endocrinienne ou organique nette, l'auteur entreprend la cure dinitrée (1 comprimé par 10 kilogr. de poids) associée à un régime assez sévère. En un mois, il maigrit de 17 kilogr. sans aucun incident.

Après quinze jours de repos, il reprend le traitement, et, en quatre mois, maigrit de 30 kilogr.

Un arrêt trop prolongé amène une augmentation de quelques kilogrammes, que le jeûne réduit facilement.

Enfin, le malade se stabilise grâce au dinitra, au poids de 84 kgr. 500, sans autre inconvénient qu'une ptose mammaire telle qu'il envisage une opération esthétique.

En résumé, cette obésité juvénile familiale, rebelle à toute autre thérapeutique, a facilement cédé au dinitra et au régime.

L'auteur rappelle la grande marge de sécurité qui existe entre les doses thérapeutiques (3 mgr. par kilogramme), les doses toxiques (30 mgr.) et les doses mortelles (50 mgr.), et il conclut que le dinitra « donne des résultats si intéressants qu'il doit être admis en bonne place dans l'arsenal thérapeutique ».

« Les comprimés de dinitra sont dosés à 0 gr. 036 de dinitrophényl lysidine. Il convient d'en donner 1 par 10 kilogr. de poids (sauf les premiers jours). »

(1) Science Médicale Pratique, 1.15. VII, 1936, page 426.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Bulletin de l'Actualité

LA RÉVOLUTION ALIMENTAIRE ACTUELLE

C'est bien le *signe* de notre époque anxieuse que ce besoin, chaque jour exprimé, de préfigurer l'avenir qui attend les hommes. Et il faut nous avouer, dussions-nous redoubler nos angoisses, que toutes ces esquisses s'accordent dans une tonalité de désenchantement et de pessimisme. Il est loin derrière nous le siècle de Renan et Berthelot où l'on ouvrait au Progrès un crédit illimité ; en ce siècle-là un esprit cutivé eût rougi de ne pas découvrir dans chaque pulsation du temps une conquête nouvelle et un espoir nouveau. Les anticipations fleurissaient aussi, autant et plus peut-être qu'aujourd'hui. Mais c'étaient toujours des gerbes enthousiastes jonchant le seuil du paradis retrouvé.

Hélas ! nous n'en sommes plus là ! Les politiques regardent surgir et s'écrouler les formes de gouvernement comme les plissements de l'écorce terrestre au temps des grands cataclysmes. Les sociologues cherchent en vain le sens des convulsions qui agitent les peuples. Les biologistes sentent leurs conquêtes se dérober à leur emprise. Les physiciens se heurtent à l'irréductibilité de la matière. Les croyants et les sceptiques avouent un pareil ébranlement. Il n'y a plus de lois, plus de contrats, plus de dogmes. Il n'y a plus, en tout et pour tous, qu'une réalité discernable : cet immense trouble qui va s'aggravant, dont nous n'avons pas perçu le premier branle et qui nous mènera le diable sait où.

***

Dans le même temps où l'esprit et les institutions voient leur avenir grevé de si lourdes menaces un médecin s'est soucié de l'évolution du corps humain ; il a eu la coquetterie de nous dessiner la morphologie de nos arrière-neveux. A la vérité son raisonnement s'applique surtout à l'extrêmité céphalique et, plus particulièrement au massif dento-maxillo-facial. Mais si, avec une dent, Cuvier reconstituait dans son entier un animal préhistorique, serons-nous incapables, en partant de la denture que notre auteur, leur concède d'apercevoir en imagination ces descendants des années deux mille ?

C'est un autre naturaliste Lamarck, qu'invoque comme introducteur à son entreprise le Professeur G. Beltrami, de Marseille (1). « Toute action du milieu extérieur entraîne chez les êtres vivants une réaction ; les organes nouveaux ainsi constitués se transmettent, si les causes extérieures sont suffisantes et permanentes, de l'individu à l'espèce et se fixent ; mais ils peuvent aussi régresser et disparaître par le non usage ou par un changement dans l'influence du milieu ».

Or si ce « milieu » comprend essentiellement l'air, l'eau, la lumière et tous les agents cosmiques qui nous entourent, il faut bien admettre que l'alimentation est la principale médiatrice par laquelle l'être vivant s'incorpore ce milieu et y puise sa substance. C'est ainsi que prend toute son ampleur le mot d'Erasme « La terre fait homme ».

Toutefois l'homme d'aujourd'hui a su si bien capter et domestiquer les forces naturelles que sa puissance s'en est trouvée démesurément accrue ; et qu'il a pu créer, au gré de sa fantaisie, un milieu artificiel nouveau qui, à son tour, réagit sur lui et le modifie.

Car la matière vivante est éminemment plastique ; elle n'a jamais de forme arrêtée sinon à nos yeux infirmes qui ne savent apercevoir que de grossiers contours ; elle fluctue, d'actions en réactions ; chacun de nos instants est l'expression d'un équilibre conquis ; et vous qui lisez cette ligne vous n'êtes déjà plus l'homme qui lisait la ligne précédente.

Ceci étant, pourquoi ce mot, d'apparence grandiloquente, de « Révolution alimentaire » ? Il faut d'ordinaire à nos révolutions de la violence, du bruit, du sang. Il faut une Bastille ou au moins un coup d'Etat. Enfants présomptueux que nous sommes ; nous croyons emplir l'univers de nos cris et parce que nous souffrons nous voulons qu'il soit bouleversé. Les vraies révolutions se font dans le silence des cabinets de travail et des laboratoires. Galvani fut un révolutionnaire : il lui a suffi de jeter un coup d'œil sur une patte de grenouille.

La Révolution alimentaire est fille de la grande

(1) La révolution alimentaire actuelle. Vigot frères, éditeurs, Paris (VI[e]).

révolution scientifique du XIXe siècle. Et ses conquêtes sont effectives. La déclaration de 1789 a pu proclamer les hommes libres et égaux *en droit* ; seule la Révolution alimentaire les a faits égaux *en fait* : par la bouche. L'ouvrier, le paysan, l'employé, le bourgeois, les rois même mangent actuellement les mêmes choses, de la même façon. Il y a cent cinquante ans la presque totalité des Français, et l'on peut dire des Européens, mangeaient parcimonieusement une nourriture élémentaire. Ils ont tous aujourd'hui, ou peut s'en faut, une alimentation satisfaisante et même pléthorique. Il n'y a plus de famines.

Mais si la quantité de la nourriture est un fait révolutionnaire, que dire de sa composition ?

En quoi notre pain blanc, fait d'une farine obtenue par mouture hongroise, traité par les levures, sophistiqué par les produits chimiques, tendre et peu nutritif, en quoi ressemble-t-il aux miches dures et grises de nos ancêtres ?

La viande de boucherie était rare, mauvaise et chère, et le lard était loin de figurer à tous les repas. Aujourd'hui la consommation française de viande est de deux millions de tonnes par an, 50 kilogrammes par habitant.

Ce que, du temps de Vatel, on appelait la « marée » était du poisson salé au départ, qui à l'arrivée, était détrempé, lavé, blanchi avec toutes sortes de drogues et... faisandé. Et la marée était mets de riche ! Aujourd'hui les grandes villes de l'intérieur reçoivent leur poisson quelques heures après qu'il a été déchargé dans les ports de pêche et, grâce à la glace, intact.

Le gibier est accessible à tous ; la volaille, autrefois étique, est maintenant dodue et mise en vente partout.

Une industrie laitière est née qui produit le lait en quantités considérables, le traite, le transporte et le livre au domicile des citadins. Sait-on que sous Louis XIV les Parisiens payaient le beurre de Vanves, d'ailleurs horriblement préparé, à raison de 50 francs le kilogramme.

Quant à la pomme de terre, il suffit de rappeler que son usage ne s'est réellement répandu que vers 1830 et que l'Allemand en consomme aujourd'hui 750 kilogrammes par an.

Tous ces produits indigènes surabondent ; par contre tous, et surtout le blé et la pomme de terre, ont, ces dernières années, baissé de qualité du fait de l'emploi d'engrais chimiques.

Et tout ceci n'est encore qu'un paragraphe de la Révolution alimentaire. Nous usons couramment de produits coloniaux qui, il y a quelques siècles, étaient d'un prix inabordable ou totalement inconnus. Nous avons des dattes, des oranges, des bananes, du riz (au Moyen-Age il valait 15 francs le kilogramme) ; nous avons les épices, autrefois privilège fastueux des grands : notre simple geste de poivrer notre soupe eut été envié par nos ancêtres.

Nous avons enfin ces denrées dont la diffusion s'est faite en quelques siècles et dont la consommation est maintenant considérée comme de première nécessité : le cacao, le thé, le café, le sucre (en 1779 le Français consommait une moyenne de 1.500 grammes de sucre par an ; il en est aujourd'hui à 24 kilogrammes).

Reste le facteur le plus grave et le plus important de la Révolution alimentaire : l'alcool. Certes les anciens connaissaient le vin mais ils n'avaient pas l'alcool, puisque les Arabes n'inventèrent la distillation qu'il y a environ 1.000 ans. En fait sous l'ancien régime encore, l'immense majorité des Français buvaient sous le nom de vin des piquettes sucrées, aromatisées et soufrées. Et l'essor de l'alcool date seulement de la révolution industrielle du XIXe siècle qui a permis de fabriquer, outre les eaux-de-vie et les liqueurs, toutes sortes d'apéritifs dont le plus célèbre fut, avant la guerre, l'absinthe.

Bien qu'il ne soit pas alimentaire, on ne peut omettre dans une telle revue, le tabac qui exerce son action indiscutable sur la gorge, les dents, la muqueuse buccale et s'est généralisé au point que l'on sait.

***

Non seulement nous mangeons plus, et d'autres mets que nos ancêtres, mais nous les mangeons d'autre façon.

Ils mangeaient, eux, avec les doigts, rongeaient les os, mordaient dans le pain et dans les fruits, cassaient avec leurs dents noix, noisettes, amandes.

Maintenant nous avons couteaux et fourchettes, nous pelons les fruits, nous avons des instruments pour casser les coques des fruits comme les carapaces des crustacés ; nous répudions l'effort par paresse et par respect d'une soi-disant bienséance.

Le Professeur Beltrami emploie ici des expressions schématiques et pittoresques qu'il vaut la peine de réprendre pour les projeter telles quelles dans l'esprit du lecteur.

Nous mangeons *mou* : viande cuite, légumes, bouillis, pain tendre, brioches, potages, bouillon, chocolat ; et nous buvons en mangeant alors que tous les animaux boivent avant ou après leur repas.

Nous mangeons *mort* ; et cela c'est la faute à la cuisine qui implique l'emploi du feu, et à Pasteur qui nous a mis en tête la phobie des microbes ; par l'ébullition nous tuons volontairement les microbes et involontairement des principes vivants et indispensables. Notre garde-manger c'est des boîtes de conserves.

Nous mangeons *mal* ; nous ne mâchons plus et par conséquent n'insalivons pas les hydrates

de carbone de notre ration alimentaire. Nous choisissons l'heure du repas pour réprimander les enfants, vider une querelle de ménage ou, dans un « déjeuner d'affaires », constituer les moyens de « rouler » notre commensal. Un animal, un primitif sont, par instinct, trop avisés pour faire quoi que ce soit d'approchant ; ils mangent avec ferveur.

Nous mangeons *vite*, et, pour « faire passer » quand même, nous buvons, diluant les sucs gastriques et distendant l'estomac. Après quoi, alourdis d'une digestion pénible, nous refusons de déambuler par les rues et regagnons le bureau ou le magasin en métro ou en auto.

Pour compléter le tableau notre travail nous confine dans des locaux chauffés, peu aérés, où l'on respire mal. Nous sommes chroniquement en carence solaire. Avons-nous une heure de loisirs ? c'est pour nous enfermer de nouveau dans une salle de spectacle.

A la suralimentation fait pendant le sous-exercice.

***

Les résultats de tout cela ? comme le régime alimentaire s'est uniformisé, de même le milieu humoral et la maladie réduisent au même dénominateur l'ouvrier, l'employé et le bourgeois.

Les troubles pléthoriques sont légion : l'infiltration adipeuse est aujourd'hui tellement répandue que nous en sommes réduits à chercher dans l'art grec ou chez les primitifs des corps agréables à regarder. Passé 40 ans, nos contemporains dépassent le poids normal et n'ont plus de muscles.

Ces pléthoriques sont fréquemment des congestifs hypertendus et atteints d'insuffisance hépatique ; ils connaissent par expérience l'urticaire, l'asthme, la migraine, l'eczéma, le diabète.

Tous ces troubles, fixés par l'hérédité, peuvent au lieu d'un aspect congestif et floride, aboutir à la débilitation et même stériliser une lignée.

Mais en même temps que sur les humeurs, c'est sur la morphologie qu'influent la révolution alimentaire et le milieu artificiel. Et ici interviennent surtout : 1° l'alimentation liquide ; 2° le manque d'exercice ; 3° l'entassement urbain.

L'alimentation liquide, en multipliant les obèses, a créé des variétés d'obésité ; il n'y a pas que l'obèse floride, haut en couleur et euphorique ; il y a aussi l'obèse mollasse et flasque, au teint terreux, aboulique, le « gros plein de soupe ». L'obésité atteint les adolescents, et même les enfants.

Le manque d'exercice résulte de la révolution sociale qui a instauré dans la vie en société, les échanges et la spécialisation. Il n'y a plus aujourd'hui d'exploitation agricole qui vive entièrement sur son fonds. Elle vend et achète. Et le citadin vend son travail, réduit par la taylorisation aux efforts strictement nécessaires, pour se procurer sa subsistance. Le manque d'exercice est encore dû au fait que le muscle est remplacé, pour beaucoup de travaux, par la machine. La vapeur, l'essence et l'électricité sont nos esclaves et les vrais tâcherons du siècle. L'homme se contente de les contrôler. De là ces cous grêles, ces thorax enfoncés, ces bras sans reliefs, ces sangles abdominales lâchées.

Quant à l'entassement urbain, dans une atmosphère délétère, il a, et de façon très rapide, influé sur le masque facial. L'air altéré a irrité la muqueuse pituitaire et provoqué l'hypertrophie réactionnelle du tissu lymphoïde qui en draine les lymphatiques. C'est lui qui fabrique à la grosse ce type d'enfants des villes, pâle, enchifrené, adénoïdien, à la voûte palatine ogivale et atrésiée, à la denture anormale.

***

Les conclusions ressortent d'elles-mêmes de cet exposé. Pour que l'homme stoppât sur la pente où il glisse, il faudrait un bouleversement total des conditions économiques. Il faudrait encore modifier de fond en comble les usages sociaux, la façon d'élever les enfants, le penchant vers le moindre effort, les appels par lesquels la publicité commerciale (et la publicité politique !) mène les masses à ses fins particulières.

Et ceci fait il ne restera plus à l'individu qu'à déployer, pour remonter le courant, une énergie farouche, constamment en éveil, et aussi une énergie consciente, éclairée, prête à s'inspirer des événements.

Autant dire que l'espoir d'une rédemption paraît assez chimérique.

Et l'on se prend à rêver devant la couverture du volume écrit par le Professeur Beltrami.

On y aperçoit, côte à côte, deux crânes : l'un celui de l'ancêtre, à la boîte cranienne étroite, bosselée par les attaches musculaires, aux mâchoires puissantes, au mufle projeté en avant. L'autre, celui du descendant, où l'encéphale se déploie jusqu'à refouler l'os frontal qui avance en encorbellement au-dessus de la face ; celle-ci est étroite, rentrée, le maxillaire inférieur est atrophié, la denture est réduite à 24 dents. Complétez le personnage hyperintelligent ; munissez-le de son thorax plat, de son ventre en besace, de ses membres de faucheux, de son rachis scoliotique. Et dites bien franchement si vous êtes fier de votre arrière petit-fils.

G. Lavalée.

LOI DES PENSIONS — PRESCRIPTIONS PHARMACEUTIQUES MISE EN CAUSE DU MÉDECIN

Il arrive fréquemment que les Commissions tripartites de contrôle des soins aux mutilés de guerre et même la Commission supérieure suspectent la bonne foi du médecin et le condamnent pour abus, en prétendant que la banalité, et la modicité des prescriptions pharmaceutiques, inscrites sur le carnet de soins, ne justifient pas le nombre d'actes médicaux, pour lesquels les praticiens demandent honoraires.

Lorsqu'ils sont invités à présenter leur défense, des médecins arguent de l'interdiction qui frappe la délivrance des spécialités pharmaceutiques aux bénéficiaires de l'article 64. Ils donnent ces dernières sous forme d'échantillons gratuits, ou formulent sur une ordonnance séparée, non reportée sur le carnet, les médicaments spécialisés qui doivent améliorer la situation du réformé ou le soulager.

Que serait-il possible de faire pour éviter pareils conflits ? La Commission de contrôle a le devoir d'exercer sa surveillance pour dépister les abus et les réprimer. Mais de son côté, le praticien ne doit pas être l'objet de brimades, ni de suspicions injustifiées, sous prétexte que la Commission de contrôle a des doutes sur l'intégrité et l'honnêteté professionnelles des actes de certains praticiens.

Nous avons donc consulté Me Bernard Auger, conseil juridique du Sou Médical, qui, avec sa grande compétence du Droit administratif (puisqu'il est avocat au Conseil d'Etat et à la Cour de Cassation) présente très souvent des mémoires devant ces hautes juridictions, pour soutenir la défense de membres de notre Ligue professionnelle.

Consultation de Me Bernard Auger

Dans un grand nombre de décisions de la Commission supérieure de surveillance et de contrôle des soins gratuits aux mutilés, le médecin en cause se voit imputer à faute un « abus d'actes médicaux non justifié par la banalité des prescriptions correspondantes ». En effet, au cours de ses nombreuses visites, ou bien le médecin n'a rien prescrit du tout, ou bien il n'a porté sur l'ordonnance que du coton, de l'alcool camphré, ou des fleurs pectorales.

Pour la Commission supérieure, il y a donc nécessairement une proportion constante entre l'importance des prescriptions et la gravité de l'état du bénéficiaire ; l'absence de prescriptions, la prescription de produits anodins doivent correspondre à un état qui ne justifiait pas l'intervention et surtout l'intervention répétée du médecin.

On ne saurait trop protester contre une pareille doctrine.

Que, dans certains cas, il faille admettre que le médecin ait cédé trop facilement à l'insistance du bénéficiaire ; qu'il se soit laissé aller à multiplier visites ou consultations sans nécessité, cela ne fait pas de doute. Mais il ne faut pas généraliser et l'absence ou la banalité des prescriptions ont, le plus souvent, deux causes tout à fait légitimes :

D'abord, l'état du malade peut être amélioré par les « moyens du bord », si j'ose dire ; je veux dire par là que le médecin trouve dans la réserve de médicaments du malade ce qui convient pour l'instant ou bien il estime que cet état ne comporte pas de médication, mais seulement un traitement de repos, de régime et d'agents physiques (enveloppements chauds, massages par exemple).

Ensuite, le médecin a pu estimer que l'état de son malade était justiciable seulement d'une spécialité. Et ici nous touchons à l'un des abus les plus criants commis dans l'application de l'art. 64. Car, on ne sait de quel droit, l'Administration s'est permis de proscrire l'emploi d'un certain nombre de produits, au premier rang desquels la plupart des spécialités.

Pourquoi cet ostracisme ? Parce que, à tort ou à raison, ces spécialités passent pour être d'un prix plus élevé que celui d'une préparation magistrale analogue Peut-être, donc. Mais ce qu'il faut considérer, ce n'est pas la somme à laquelle le fabricant est obligé de fixer le prix de vente au public de son produit, eu égard aux frais de fabrication, à ses frais généraux, aux frais de vente, et au fait que la marchandise est à ses risques jusque dans l'officine du pharmacien ; mais bien le prix que le pharmacien serait obligé de demander, s'il lui fallait exécuter sur ordonnance une préparation semblable ; ce prix serait certainement, dans la plupart des cas, bien des fois supérieur, pour un moins bon résultat. Car la fabrication d'une spécialité suppose l'emploi de produits purs, frais, manipulés industriellement.

Des produits purs et frais, le pharmacien peut se les procurer — et encore pas toujours — mais à quel prix ? Et dans quels délais ? L'exactitude du dosage et de la combinaison des composantes, il ne peut pas la garantir, parce qu'il n'a pas les moyens matériels nécessaires. La fabri-

cation de certaines spécialités veut des machines, une température, une pression ou une dépression absolument hors des possibilités de la plupart des officines.

Quoi qu'il en soit, les spécialités sont, pour l'immense majorité, interdites aux bénéficiaires de l'art. 64.

On a essayé de tourner la difficulté en prescrivant la spécialité non sous son nom commercial, mais par sa formule chimique : le pharmacien exécute l'ordonnance en livrant la spécialité, et en la portant sur son mémoire au prix d'une ordonnance comportant les mêmes produits. L'Etat n'y gagne pas... Nous n'avons pas encore vu de difficultés soulevées dans l'application de ce procédé ; une fois cependant, une décision de la Commission supérieure en a incidemment, dans ses motifs, mis en doute la validité.

Mais il est des cas où un semblable subterfuge ne paraît pas possible ; quand ce ne serait que celui où le médecin ne connaît pas la formule de la spécialité, ou craint que le pharmacien ne sache pas mettre un nom sur cette formule. Le médecin qui croit néanmoins devoir prescrire la spécialité doit alors choisir entre deux procédés :

Ou bien *donner* au client un échantillon, un de ces échantillons dont les praticiens sont libéralement fournis ;

Ou bien traiter le client — s'il y consent — comme un client ordinaire, payant lui-même ses médicaments, l'ordonnance étant faite sur le papier ordinaire du docteur, et non sur la feuille détachée du carnet de soins.

Dans les deux cas, ou bien l'on ne détache pas cette feuille ; ou bien l'on n'y porte que de la médication d'appoint, le plus souvent banale. Et la Commission supérieure, tombant en arrêt sur cette absence de prescriptions ou sur cette prescription omnibus pour bobos de femme sensible, ignorant qu'elle n'est qu'un appoint, décide *ex cathedra* que le médecin n'est qu'un brigand dont les « errements » (*errement*, rue de Bellechasse, signifie *agissement coupable* : il n'est que de s'entendre) méritent une sanction sévère — qu'elle lui inflige incontinent sans demander d'explications.

Comment éviter cette erreur et ces sanctions ?

J'avais pensé que, tout au moins dans le second des deux cas susvisés, le médecin pourrait prévenir les difficultés en portant la spécialité sur la feuille d'ordonnance du carnet de soins, avec mention expresse que le médicament doit être payé par le malade. A la réflexion ce procédé m'a paru peu recommandable ; il n'est pas régulier, et donnerait sans doute naissance à des demandes intarissables d'explications — sans compter que le pharmacien pourrait ne lire l'ordonnance que superficiellement et délivrer en toute bonne foi au compte de l'Etat ce qui était marqué payable par le malade, d'où complications qui un jour ou l'autre nuiraient, directement ou indirectement, au médecin. Il vaudrait mieux mettre sur le bulletin de visite des explications assez détaillées pour que l'organisme de contrôle ait les éléments nécessaires pour apprécier la gravité du cas (trop de médecins se contentent de rappeler le motif de pension, voire d'un signe cabalistique) ; puis, dans le cas de contestation du mémoire, prendre les devants en signalant à la Commission la nécessité où l'on s'est trouvé de recourir aux spécialités aux frais, soit de soi-même, soit du malade.

Evidemment, c'est une perte de temps. Mais que voulez-vous ? Ce sont les joies du tiers-payant.

Bernard AUGER
Docteur en droit
Avocat au Conseil d'Etat
et à la Cour de Cassation

***

Sur cette même question, je tiens à faire connaître mon opinion personnelle.

Lorsqu'un médecin reçoit dans son cabinet la visite d'un pensionné de guerre, il a le devoir, en rédigeant son ordonnance, de ne prescrire que les médicaments qui sont exclusivement nécessaires pour soigner le malade dans le cadre des motifs à pension, de ne prescrire également que des médicaments au strict minimum et de laisser de côté la plupart des spécialités pharmaceutiques ou des produits diététiques tels qu'élixirs, certains sirops, l'eau de Cologne, etc., etc...

Une fois de plus je déplore que le Corps médical n'ait pas protesté en leur temps lorsque, par des arrêtés, les différents ministres des Pensions ont restreint de plus en plus la liberté de prescription que doit posséder le médecin.

Rien dans l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 n'est venu interdire aux médecins de faire bénéficier les pensionnés de guerre de toutes les découvertes de la science pharmacologique.

J'estime que lorsque l'ostracisme a été porté sur un très grand nombre de spécialités pharmaceutiques, il appartenait au Corps médical de faire remarquer au ministre que certains médicaments sont présentés par des firmes pharmaceutiques dans un état de très grande pureté, que les effets pharmaco-dynamique sont donc accrus, ne serait-ce que par la constance et la probité scientifique que présentent les préparations de maisons sérieuses.

D'autant que cette interdiction de prescrire certaines spécialités n'aboutit qu'à des chinoiseries qui empoisonnent la vie du praticien.

Il est en effet interdit de formuler certains

produits sous leur nom de vente courant, mais il faut les inscrire sous leur dénomination chimique. On exige donc du médecin d'être renseigné sur la pharmacologie et la chimie modernes, ce qui pourtant n'est pas de son ressort immédiat.

Lorsqu'il rédige son ordonnance sur le carnet de soins du mutilé, le praticien ne peut écrire que les produits que le pharmacien pourra délivrer gratuitement aux termes de l'article 64. S'il en était autrement, le praticien risquerait de se voir imputé par la Commission de contrôle le prix des médicaments qui ne sont pas compris dans le tarif applicable et que le pharmacien aurait délivrés par erreur.

Les Services médicaux de contrôle aboutissent trop souvent à des vexations imméritées à l'encontre de médecins-praticiens qui, surtout pour une première erreur, ne devraient recevoir qu'une confraternelle admonestation et non pas être punis sévèrement par une retenue pécuniaire ou par une sanction quelconque.

D'autant que si le médecin a prescrit de bonne foi un produit qui ne se trouve pas dans le tarif, sa responsabilité est partagée par le pharmacien qui doit posséder ledit tarif, alors que le médecin ne l'a pas.

Quant au malade, il a consommé le médicament et il serait donc de toute justice de lui faire supporter cette dépense, quitte en cas de déficience pécuniaire du pensionné, à se retourner contre le pharmacien et le médecin.

Mais il est bien difficile de faire rendre une justice équitable par des personnes de professions diverses qui, soit au premier degré, soit en appel, sont instituées comme contrôleurs et juges alors qu'elles n'ont reçu aucune éducation juridique et professionnelle pour remplir cette tâche.

Dans un autre ordre d'idées, le médecin reçoit un nombre incalculable d'échantillons pharmaceutiques. Il a le devoir confraternel de les distribuer à ses clients nécessiteux ou de condition modeste.

De cette manière, il acquiert une pratique professionnelle et une opinion sur l'efficacité des produits qu'on lui envoie pour essai.

Il rend également service à des malades dignes d'intérêt en leur évitant des frais pharmaceutiques parfois élevés.

Le médecin peut donc remettre aux réformés de guerre, de la main à la main, un certain nombre de ces échantillons et il n'a pas dans ce cas à les mentionner sur sa feuille de prescription attachée au carnet de soins.

Il peut encore, s'il ne possède pas ces échantillons, ou si le malade a besoin d'un traitement continu, formuler des spécialités non remboursables par l'Etat sur une ordonnance particulière.

Au Service départemental de contrôle qui se trouve en présence d'un certain nombre de feuilles d'ordonnances pharmaceutiques peu chargées, de demander au praticien le pourquoi de ces anomalies apparentes.

Mais non ! Tout d'abord on commence par suspecter la bonne foi du médecin ; d'emblée, le Service de contrôle croit se trouver en présence d'une fraude dont il veut faire la répression exemplaire.

Et cependant ne serait-il pas plus confraternel de demander des explications ; si le Service de contrôle pense que le médecin commet une erreur de pratique, on s'en expliquera sans se départir de la sérénité déontologique, au lieu de se considérer comme chiens et chats entre contrôleurs et médecins contrôlés.

Je pense donc que l'ordonnance rédigée par le médecin sur le livret de soins ne doit comporter que les seuls médicaments que le pharmacien devra délivrer gratuitement au titre de l'article 64, dans la limite du tarif imposé par le ministre et dans le cadre unique des motifs individuels des pensions.

A mon avis, le Service de contrôle devrait demander confraternellement le plus possible de renseignements et en cas de divergence de vue, solliciter du Conseil de famille local qu'il joue le rôle conciliateur d'un Juge de paix.

Je crois que nous tous aurions à gagner à ces relations confraternelles placées sous l'égide de la déontologie.

Dr Paul BOUDIN.

HYGIÈNE PUBLIQUE

Examen d'un projet de loi concernant la prophylaxie des maladies vénériennes

Par le Docteur A. GAUDUCHEAU

Le Gouvernement vient de présenter au Sénat un projet de loi tendant à renforcer les mesures de préservation antivénérienne. Pour cela, on propose d'introduire dans le Code le délit nouveau de contamination, d'instituer le traitement obligatoire, de supprimer les maisons de tolérance, etc.

Nous allons examiner ici les points principaux de ce projet de réforme, en nous référant au texte qui vient d'en être publié (1).

Article premier. — Tout médecin donnant des soins à une personne de l'un ou de l'autre sexe atteinte d'accidents vénériens contagieux, ou susceptibles de le redevenir, doit remettre au malade, avec son ordonnance, un avertissement attirant son attention sur le caractère contagieux de la maladie et sur les dispositions de la présente loi.

Article 2. — Tout médecin, s'il constate qu'un malade de l'un ou l'autre sexe atteint d'accidents vénériens contagieux expose, soit en ne se soignant pas de façon suffisante, soit par son genre de vie, un ou plusieurs individus à la communication de la maladie dont il est atteint, est autorisé à prévenir l'autorité sanitaire définie par le règlement d'administration publique, prévu à l'article 29 de la présente loi, de l'imprudence nocive commise par ce malade. Le médecin usant de cette faculté, ne peut en aucune manière être mis en cause par l'autorité sanitaire ou contraint de déposer en justice sur le fait de la maladie.

Article 3. — L'article 378 du Code pénal est modifié ainsi qu'il suit :

« Article 378. — Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes, et toutes autres personnes dépositaires, par état ou profession des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où la loi les oblige ou les autorise à se porter dénonciateurs, auront révélé ces secrets, seront punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois, et d'une amende de cent francs à cinq cents francs. »

Article 4. — Toute personne de l'un ou de l'autre sexe qui sachant qu'elle est atteinte d'une maladie vénérienne, a intentionnellement communiqué ladite maladie à une autre personne, sera punie d'un emprisonnement de deux à cinq ans, et d'une amende de 1.000 francs à 5.000 francs.

Elle pourra, en outre, être privée des droits mentionnés en l'article 42 du Code pénal pendant cinq ans au moins et dix ans au plus, à compter du jour où elle aura subi sa peine.

Article 5. — Toute personne de l'un ou de l'autre sexe qui sachant qu'elle est atteinte d'une maladie vénérienne a, sans intention nocive, mais par sa faute ou son imprudence, communiqué ladite maladie à une autre personne, sera punie des peines prévues à l'article 320 du Code pénal.

Article 6. — L'autorité sanitaire, définie par le règlement d'administration publique prévue à l'article 29 de la présente loi, peut enjoindre à toute personne de l'un ou l'autre sexe de présenter un certificat médical certifiant qu'elle est ou non atteinte d'accidents vénériens contagieux, ou susceptibles de le redevenir. Toutefois, ladite autorité n'a le droit d'adresser cette injonction qu'aux personnes qu'elle peut, en raison de présomptions graves, précises et concordantes, considérer comme atteintes d'une maladie vénérienne et propageant celle-ci.

Le règlement d'administration publique ci-dessus mentionné, déterminera les mesures à prendre pour assurer le secret des communications de l'autorité sanitaire contenant l'injonction ci-dessus prévue.

Le certificat à présenter à l'autorité sanitaire devra être délivré par le médecin choisi par l'intéressé sur une liste de médecins agréés par ladite autorité, ou par l'un des services établis en conformité du décret du 30 octobre 1935 et désignés par la même autorité. Dans ce second cas, la délivrance du certificat sera gratuite.

L'envoi du certificat bénéficiera de la franchise postale.

Sur la demande de l'autorité sanitaire, les personnes auxquelles cette autorité est en droit de réclamer la production du certificat prévu au paragraphe premier du présent article, pourront être tenues de présenter, à des intervalles fixes, de nouveaux certificats. En cas de déplacement, ces personnes devront faire connaître leur adresse aux autorités sanitaires de leur ancienne et de leur nouvelle résidence.

Toute personne qui n'aura pas présenté à l'autorité sanitaire, dans le délai imparti par celle-ci ou aux époques que celle-ci aura fixées, le certificat ci-dessus prévu, sera punie d'une amende de 11 à 15 francs.

La poursuite sera exercée à la requête de l'autorité sanitaire.

Article 9. — Le Tribunal saisi d'une poursuite par application des articles 4, 5, 6 et 16 de la présente loi, ou d'une poursuite intentée par application de l'article 334 du Code pénal contre une personne de l'un ou l'autre sexe se livrant à la prostitution, peut ordonner soit par une décision avant faire droit, qui doit intervenir d'extrême urgence si la demande en est faite par l'autorité sanitaire, soit en statuant au fond que la personne poursuivie sera soumise à un examen médical clinique et au besoin microbiologique et sérologique.

Cette personne sera, à cet effet conduite dans un établissement désigné par l'autorité préfectorale.

Elle ne pourra, toutefois, être retenue dans cet établissement pendant un temps excédant douze heures.

Article 10. — Toute personne de l'un ou de l'autre sexe qui, à la suite de l'examen médical prévu à l'article 9 ci-dessus, est reconnue atteinte d'une maladie vénérienne contagieuse ou susceptible de le redevenir, sera astreinte à suivre un traitement approprié.

Ce traitement, si l'intéressé accepte de le suivre, devra être effectué dans un dispensaire agréé par l'autorité sanitaire ou chez un médecin choisi par le malade sur une liste de médecins agréés par la même autorité.

. . . .

Article 13. — Le malade ne pourra quitter l'établisse-

(1) *La prophylaxie antivénérienne,* novembre 1936, 8e année, no 11, page 570.

ment désigné par le Tribunal que lorsque l'autorité sanitaire compétente aura régulièrement autorisé sa sortie. .

....

Article 15. — Le malade qui quitte l'établissement où il est en traitement en exécution d'une décision de justice, avant d'avoir obtenu l'autorisation régulière de sortie, sera puni d'un emprisonnement de six jours à trois mois. ....

***

L'article premier est, à notre avis, ce qu'il y a de meilleur dans ce projet de loi. Nous l'approuverions encore davantage si nous y trouvions une addition recommandant aux médecins d'indiquer à leurs malades qu'il existe des moyens de se préserver des maladies vénériennes. Beaucoup de praticiens le font déjà, sans qu'on le leur dise. Par exemple, dans le service d'urologie de l'hôpital Necker, l'Assistance publique fait délivrer aux consultants pour blennorragie, des ordonnances où sont imprimés des conseils de prophylaxie rédigés par le Docteur Barbellion avec l'approbation du Professeur Marion. C'est là un excellent moyen de répandre la connaissance de l'hygiène parmi le peuple. Il ne faut pas l'oublier. Il faudrait même profiter de cette loi pour le répéter.

Les articles 2 et 3 modifient sérieusement les règles admises jusqu'ici en matière de secret médical. Nous ne savons pas encore quelles seront les réactions des confrères et du public devant cette nouvelle disposition législative.

Nous pensons que, dans certains cas, à la vérité très rares, la dénonciation médicale peut être nécessaire. Mais il conviendra de limiter l'étendue de cette rupture du secret médical.

Dans plusieurs pays, on a édicté non seulement la faculté, mais l'obligation médicale de dénoncer les vénériens et cela conduit parfois à de singuliers excès.

Exemple : Un commerçant américain, voyageant pour ses affaires, dans l'Etat de Nebraska, *eut besoin de consulter un médecin. Celui-ci* diagnostiqua la syphilis, malgré les dénégations du malade et dénonça son client occasionnel à l'autorité sanitaire locale. La police vint aussitôt afficher un ordre de quarantaine sur la porte de la chambre d'hôtel où logeait le malade. Ainsi, fut-il connu de tous les autres voyageurs et du personnel de maison que ce monsieur était syphilitique et consigné. Mais le patient protesta et fit venir des spécialistes en consultation. Une erreur de diagnostic fut reconnue. L'homme, lésé dans sa réputation et ses intérêts, poursuivit le médecin en réparation de dommages. Il fut débouté, malgré l'erreur prouvée et même avouée par ce médecin. La cour jugea « qu'aucun malade atteint d'une affection dangereusement contagieuse ne saurait prétendre exiger que sa maladie reste un secret... Si la divulgation est nécessaire pour empêcher la propagation de la maladie... si le diagnostic est *justifiable* (ce qui ne veut pas dire qu'il soit prouvé d'une façon irréfutable) le médecin est à l'abri des poursuites » (1). Donc, ce malheureux voyageur en fut pour sa honte et pour ses frais.

L'interprétation des articles 4 et 5 sera délicate. Notons d'abord que le juge pourra décider presque toujours, s'il le veut, que la contamination fut volontaire et appliquer cinq ans de prison, largement. Sévérité excessive. N'oublions pas, en effet, que l'acte vénérien n'est pas, en général, accompli par violence ; il est consenti par les deux partenaires. La responsabilité du dommage est partagée dans une certaine mesure.

Les rédacteurs de l'article 6 nous disent qu'une certaine « autorité sanitaire » pourra déclencher la procédure répressive, lorsqu'elle estimera qu'il existe des présomptions « graves, précises et concordantes ». C'est elle qui appréciera. Son injonction interviendra en une matière délicate, dans un domaine où règne la dissimulation, où les passions se déchaînent avec la plus grande intensité, où les accusations mensongères et les collusions seront fréquentes.

Le mot *autorité* est répété onze fois dans ce seul article. Craignons qu'après l'abus du mot nous n'ayons l'abus de la chose, c'est-à-dire l'inquisition sexuelle.

***

Le projet de loi prévoit l'obligation du traitement pour certaines personnes.

Le principe de cette obligation est juste et nous ne pouvons que l'approuver. Cependant, il est nécessaire, là encore, d'éviter les abus.

Le traitement de la syphilis est généralement long ; il y faut quelquefois des années. Et l'on veut donner à l'autorité sanitaire le pouvoir illimité d'interner les personnes pour les traiter pendant tout ce temps-là. Nous ne pouvons pas nous résoudre pour notre part, à infliger cette pérennité des géôles, même dans un but sanitaire. Nous estimons qu'il est nécessaire d'ajouter au texte de ce projet de loi la clause restrictive suivante :

Nul ne peut être maintenu en traitement de force pour une maladie vénérienne, pendant une durée excédant soixante jours consécutifs, ni plus de six mois par an.

Cette loi devra être mise au point progressivement. Si, par exemple, on s'aperçoit à l'usage que la contrainte n'est pas assez efficace, on

(1) FAXTON E. GARDNER. *Gaz. des Hôpitaux*, 11 septembre 1920, n° 78. *Lettre d'Amérique* du 27 août 1920.

sera toujours à temps de l'aggraver, d'augmenter le pouvoir des médecins, de leur permettre d'enfermer les malades pendant plus longtemps ; mais il vaut mieux commencer par faire une loi moins sévère plutôt que de constater des abus intolérables par excès de pouvoir et de revenir ensuite à des dispositions plus humaines.

Il vaut mieux, à notre avis, laisser courir quelques individus incomplètement débarrassés de leurs microbes, plutôt que d'instituer dans la France et les colonies un pouvoir absolu, donnant à l'autorité sanitaire le droit de priver les personnes de leur liberté, indéfiniment.

***

Le titre II de ce projet de loi traite de la provocation à la débauche et du proxénétisme. Il organise une police des mœurs sévère et supprime la réglementation de la prostitution.

Article 16. — Seront punis des peines prévues aux articles 479 et 480 du Code pénal, sauf application, s'il y a lieu, de peines plus fortes prévues par les lois en vigueur, ceux qui, par gestes ou paroles ou par tous autres moyens, procéderaient publiquement ou tenteraient publiquement de procéder au racolage de personnes de l'un ou l'autre sexe en vue de les provoquer à la débauche..

....

Article 18. — L'article 334 du Code pénal et le premier paragraphe de l'article 335 du même Code, sont modifiés ainsi qu'il suit :

Article 334. — Sera puni d'un emprisonnement de six mois à trois ans et d'une amende de 50 à 5.000 francs, avec interdiction de séjour de 5 à 10 ans :

1º Quiconque aura attenté aux mœurs en excitant, en favorisant ou facilitant habituellement la débauche ou la corruption de la jeunesse de l'un ou l'autre sexe, au-dessous de l'âge de 21 ans ;

2º Quiconque, pour satisfaire les passions d'autrui, aura embauché, entraîné ou détourné, même avec son consentement, une personne même majeure, de l'un ou l'autre sexe, en vue de la débauche ou qui l'aura contrainte à se livrer à la prostitution ou qui aura habituellement exploité sa prostitution..................

....

La tentative de ces délits sera punie des mêmes peines.

Article 19. — Sera puni des peines prévues à l'article 334 du Code pénal, quiconque, soit par la publication de notes, annonces, réclames ou correspondances, soit par l'envoi ou la distribution de prospectus, tracts, lettres d'avis, soit par des affiches, placards ou inscriptions apposés dans les lieux accessibles au public, aura, même en dissimulant la nature de son offre sous des artifices de langage, fait savoir qu'il se livre à la prostitution ou facilite la prostitution d'autrui.

....

Article 30. — ..... Cesseront d'être en vigueur à partir de la même date, toutes dispositions des lois, des ordonnances, décrets et règlements administratifs relatifs à la réglementation sanitaire de la prostitution.

L'article 16 que l'on vient de lire punit même ceux qui « tenteraient publiquement de procéder au racolage », etc... Par conséquent, il deviendrait dangereux d'adresser la parole ou un simple regard à quelque voisin ou voisine dans un lieu public quelconque. On serait alors exposé à voir surgir un policier officiel ou amateur, un représentant zélé de ligues vertueuses ou un maître-chanteur et cela pourrait mener loin dans la voie de l'arbitraire.

Il convient de définir ce délit de façon plus précise. Il faut dire que l'échange de paroles ou de gestes qui n'ont rien d'indécent, entre personnes qui sont d'accord ou indifférentes, n'est pas un délit. Il faut spécifier que le racolage n'est délictueux que si les faits et gestes qui s'y rapportent importunent le public. Sinon, nous risquons tous d'être conduits en prison à cause d'un sourire.

On tient avec raison à ce que la rue soit décente, mais il n'est pas nécessaire d'empêcher absolument un peu de gaîté.

On forme le noble projet de supprimer la prostitution. La prostitution a toujours existé et continue d'exister dans tous les pays. On ne l'éteint pas en supprimant les maisons publiques. Ainsi, certain grand pays abolitionniste a autant de prostituées qu'auparavant. Il y a seulement ceci de nouveau, que des agents chargés d'appliquer la loi participent aux bénéfices des tenanciers et cela est très fâcheux au point de vue de la morale.

On y a décrété la prohibition de l'alcool et l'abolition des ma sons publiques. Alors, il est a rivé que des agents se sont faits fournisseurs de l'alcool et protecteurs des filles. Ces hommes ne sont pas convaincus que boire un verre de vin ou conter fleurette soient de graves délits ; ils laissent faire ; et puis, leur conscience fléchissant encore, ils en viennent à participer aux affaires.

Il est très mauvais de faire des règlements qui paraissent mal justifiées à ceux qui sont chargés de les appliquer, car on habitue les agents à discuter, à contester l'opportunité des lois on enlève à cel es-ci leur prestige et on prépare l'anarchie.

En France, la prostitution est généralement réglementée. Les femmes qui s'y livrent d'une manière habituelle sont tenues de se faire connaître aux autorités administratives et de subir une visite sanitaire périodique.

Cette visite médicale, en éliminant des sources d'infections, constitue, au point de vue strict de l'hygiène, un moyen de préservation sociale. Il est entendu que la visite laisse passer des malades, mais elle en arrête tout de même la plus grande partie.

On a eu tort de dire, dans l'exposé des motifs de ce projet de loi, que la réglementation a été reconnue « totalement inefficace au point de vue sanitaire ». Elle est seulement insuffisante, comme sont insuffisants tous les procédés de la prophylaxie sanitaire et morale pris isolément.

Il faut les associer, mais n'en rejeter aucun.

Lorsque les maisons de tolérance seront supprimées la prostitution ira s'installer ailleurs, dans les cabarets, les bals, les hôtels, etc... Une armée de fonctionnaires nouveaux devra être mise sur pieds, afin de pourchasser les innombrables déguisements de la débauche clandestine. Croit-on que ce sera un progrès ?

Nous pensons qu'il serait mieux de dresser le personnel de ces maisons à donner des soins prophylactiques aux clients. Aujourd'hui, on ne s'occupe que de dépister et de traiter les malades. Personne ne parle de prévenir directement par l'hygiène. On ignore les progrès modernes de la prophylaxie individuelle.

Il faudra arriver un jour à faire disparaître cette pratique de l'estampillage officiel de la femme. Pour cela, nous ne voyons qu'un moyen : la diffusion de l'hygiène. Qu'on apprenne aux hommes à se préserver tout seuls et l'on n'aura plus besoin de surveiller les femmes.

***

En résumé, ce projet de loi veut supprimer la tolérance de la prostitution pour y substituer un système de surveillance générale des mœurs pourvu de moyens répressifs légaux, puissants et sévères. Aujourd'hui, on ne tracasse que de pauvres filles ; demain on pourrait scruter toutes les alcôves.

Conçue dans les meilleures intentions, la réforme comporte le redoutable risque d'un arbitraire particulièrement intolérable dans ce domaine sexuel qui doit rester, autant que possible, à l'abri des investigations de l'Etat. Les auteurs de ce texte nous parlent trop de coercition et pas assez d'éducation sanitaire.



DE QUOI FAIRE RÊVER LES MÉDECINS DE PARIS ET DE LA SEINE

Hospices mis à part, l'Assistance publique a hospitalisé en 1934, près de 840.000 malades et en a soigné environ 100.000 à domicile, soit 440.000 malades traités.

Si l'on considère, d'une part, que la population de Paris et la Seine ne dépasse pas cinq millions d'âmes, d'autre part que les militaires et leurs familles ont accès dans les hôpitaux militaires, enfin qu'il existe à Paris et dans la banlieue de nombreux hôpitaux qui dépendent de l'Etat, du département ou des communes, on voit qu'on est très au-dessous de la réalité en estimant à 10 % de la population, le nombre des malades hospitalisés ou soignés chez eux aux frais des contribuables.

Bien entendu, dans ce pourcentage, ne sont compris, ni les malades bénéficiaires des consultations, de traitements externes dans les hôpitaux de l'Assistance publique, de l'Etat, des départements et des communes, ni les malades qui s'adressent aux dispensaires d'hygiène sociale ou antivénériens (135 pour Paris et la banlieue), ni tous ceux qui s'adressent aux laboratoires départementaux de radiologie, aux hôpitaux libres dont plusieurs sont gratuits, aux organisations médicales mutualistes ou professionnelles. Il faut également en exclure les malades soignés dans les infirmeries des hospices, des asiles, des crèches, des orphelinats, des internats de Paris et de la Seine, ainsi que tous ceux qui s'adressent à des œuvres privées dont la plupart ne peuvent subsister que grâce à d'importantes subventions dont les contribuables font les frais.

(*Entente Médicale*, 5 novembre 1936, Dr G. Audain).

Un doge de Venise que l'on promenait dans les splendeurs du Versailles de Louis XIV et à qui l'on demandait « Qu'est-ce qui vous étonne le plus dans tout ceci ? » — « C'est de m'y voir », répondit-il.

Ainsi pouvons-nous dire, nous médecins de la Seine, en lisant ces lignes du Docteur Audain. De cette mirifique organisation le plus étonnant n'est-ce pas que nous soyons encore là pour l'admirer, et qu'elle ne nous ait pas définitivement écrasés, et comme contribuables, et comme médecins ?

G. L.

L'ACTUALITÉ PROFESSIONNELLE

La Presse et les Sociétés

Les conditions de fonctionnement du carnet sanitaire belge

La question du carnet sanitaire et de ses conditions de fonctionnement a fait l'objet de plusieurs débats au cours du XXVIIIe Congrès de médecine professionnelle tenu à Liége au mois de juillet dernier.

Le Docteur Férond, secrétaire général honoraire de la F. M. B., a tenu tout d'abord à réfuter les objections faites au carnet sanitaire en ce qui concerne le secret professionnel. Au contraire de tout ce qui a pu être dit, ce carnet constitue l'instrument le plus sûr et le plus pratique pour assurer le respect du secret médical dans l'organisation de la médecine préventive, généralisée et permanente. A l'inverse en effet des feuilles ou livrets de santé détenus par les Offices d'hygiène publics ou privés, le carnet sanitaire demeure la propriété de l'intéressé. D'autre part il ne doit jamais contenir *des diagnostics* mais seulement *des symptômes* ; seuls un médecin peut donc en interpréter les données. Il diffère en cela des certificats médicaux, documents occasionnels remis par le médecin à son client, et contenant la description de son état. D'autre part le secret professionnel peut même être observé à l'égard de l'intéressé en ne portant sur le carnet que des signes intelligibles seulement pour les initiés. Le rapporteur termine en insistant sur le rôle de coordination que peut avoir ce livret entre les différents services de médecine sociale et sur la collaboration qu'il permet entre ceux-ci et le médecin de famille.

Mais certains membres de l'assemblée font remarquer que l'organisation du carnet sanitaire et de la médecine préventive soulève des problèmes qui ne sauraient être résolus dans le seul cadre du médecin de famille. Qui dit carnet sanitaire dit en effet examen préalable et par conséquent centres d'examens munis des appareils appropriés. Ces examens doivent d'autre part être répétés périodiquement. Or ou bien l'examen sera gratuit, et il faudra des médecins pouvant y consacrer leur temps, ou bien il sera fait par le médecin de famille moyennant rétribution et bien rares seront les clients qui voudront en supporter les frais. Il faut donc que le rôle du médecin de famille se borne à tenir à jour ces carnets établis par des centres d'examens parfaitement outillés. Il faut en outre, pour éviter que la médecine préventive reste lettre morte et que les carnets sanitaires moisissent dans les tiroirs, que les Pouvoirs publics veillent à son application et en supportent les frais, en prenant à leur charge la création de ces centres de santé, fixes ou itinérants, comportant médecins de médecine générale et spécialistes (radiologues, chirurgiens, etc.).

Le Prof. De Laet, auteur du carnet sanitaire officiel, semble d'un avis analogue. Il lui paraît certain que l'application de ce carnet entraînera la création d'organismes privés ou officiels de consultations de médecine préventive. Il doute d'autre part qu'un seul médecin puisse réaliser un examen complet réellement préventif. Le rôle du médecin de famille devra être surtout d'annoter le carnet des faits intéressant la santé de ses clients et qu'il est mieux placé que quiconque pour observer.

Certains membres de l'assemblée paraissant estimer cependant que les centres d'examens ne sont pas indispensables au bon fonctionnement de la médecine préventive, cette question fera l'objet d'une étude d'ensemble par la Fédération médicale belge. (*Le Médecin belge*, 15 août 1936.)

J. M.

Education physique féminine

Il y a, suivant de Marneffe, trois modalités suivant lesquelles on peut pratiquer un exercice physique : éducative, utilitaire, sportive.

La modalité éducative ne vise qu'au développement complet des fonctions organiques et au perfectionnement de l'individu.

Développement des fonctions organiques du fait de l'accélération du courant sanguin dans les divers organes, de l'augmentation d'intensité des échanges nutritifs, d'une élévation du quotient respiratoire, d'une suractivité des glandes à sécrétion interne, d'une meilleure oxydation des graisses.

Perfectionnement de l'attitude générale à condition que travaillent toutes les parties du corps, d'où la proscription des exercices qui déterminent le fonctionnement prédominant des muscles d'un seul côté du corps.

A ces bénéfices se surajoute une perfection progressive de l'intelligence « Les étapes de l'esprit sont hiérarchisées par les phases du développement corporel » (Boigey).

Mais il est de toute importance de tenir compte de certaines considérations physiologiques.

Jusqu'à 20 ans, âge où le squelette atteint son plein développement, l'éducation physique sera purement hygiénique, visant à développer les fonctions principales, respiratoire, circulatoire, articulaire ; en seront bannis les exercices de fond ou de force.

C'est dire que jusqu'à 20 ans seront surtout pratiqués les exercices d'assouplissement qui sont, en somme, à la base de la méthode suédoise.

La modalité utilitaire est quelquefois assez loin d'être éducative, mais il faut bien savoir marcher, courir, sauter, nager, grimper pour vivre indépendant dans notre société actuelle et pour venir, à l'occasion, en aide à ses semblables.

La troisième modalité, la sportive, implique le rendement maximum. Les moyens sont parfois diamétralement opposés aux moyens éducatifs et, la plupart du temps, elle exige un travail extra-physiologique, irrationnel, anormal, dangereux. Elle présente des dangers particuliers pour la femme qui n'a pas la force musculaire de l'homme, dont l'organisme ne peut être aussi impunément que celui de l'homme maltraité ni soumis aux surmenages physiques et nerveux, à certains traumatismes (du thorax et de l'abdomen notamment) et aux effets brutaux inhérents à certains sauts et certains sports.

La Commission d'Etudes des sports féminins instituée par la Société médicale belge d'Education physique et de sports en 1935 estime que la femme

— ne doit pas se livrer sans de grandes précautions aux courses de vélocité et de vitesse dans les sports (athlétisme, natation, canotage, cyclisme, patinage, etc.),

— doit éviter les exploits sportifs nécessitant l'utilisation en un temps relativement court de toutes les réserves de l'organisme,

— ne doit pas s'adonner aux sauts violents et brutaux dont la chute ne peut être amortie ni s'astreindre habituellement à un sport de suspension et d'appui sur les bras.

En somme sont à recommander pour la jeune fille : le tennis, l'aviron, la natation, le cyclisme, la marche, la danse, le saut à la corde, le hockey (après examn médical particulier), l'escrime (surtout à conseiller aux sédentaires, neurasthéniques parce qu'elle demande au cerveau le plus d'efforts de toutes sortes et remet ainsi progressivement en possession de son énergie un cerveau affaibli par le manque d'activité volontaire).

Les sports exercent une influence salutaire sur l'appareil génital féminin :

— avant la puberté en favorisant le fonctionnement des endocrines ;

— après, en fortifiant les muscles abdominaux et périnéaux pour les accouchements futurs.

Tous les sports peuvent-ils être continués pendant les règles ? Non, pas les sports violents ou congestionnant trop intensément le bassin. Mais peuvent être permis le tennis en double, l'escrime, le canotage.

Dans l'aménorrhée d'origine endocrinienne pure le sport sera à conseiller. Il sera à déconseiller à une aménorrhéique affaiblie et d'état général insuffisant.

La plupart des dysménorrhées seront améliorées par un exercice physique modéré.

Il est à constater que les sportives ont généralement de meilleures grossesses, des accouchements normaux dans leur rythme, des suites de couches parfaites.

Reste à envisager le surmenage.

Alors que la fatigue est un phénomène physiologique consécutif à un travail prolongé ou trop intense mais disparaissant par la mise au repos, le surmenage est un phénomène pathologique car il laisse dans l'organisme des lésions variables en gravité et en durée.

Le surmenage aigu se manifeste par de la fièvre, de l'insomnie, de l'inappétence ; il peut causer des lésions cardiaques (dilatation du cœur droit, hépatiques (glycosurie), rénales (albuminurie).

Le surmenage chronique peut être cause d'un arrêt de croissance, d'anémie, d'apathie générale, du réveil d'une tuberculose latente.

Pour éviter le surmenage, il importe avant tout de donner les leçons d'éducation physique aux élèves en les groupant non pas suivant l'âge ou la classe mais suivant l'état physiologique, en tenant compte du poids, de la taille, de la capacité spirométrique, de la conformation musculaire générale, de l'état cardiaque et pulmonaire. (*Bruxelles-Médical*, 14 juin 1936, Docteur Anciaux.)

G. L.

MARCUS WHITMAN, LE MÉDECIN PIONNIER

L'histoire de Marcus Whitman commence le 1er mai 1836. A cette date, sur le quai d'une petite station perdue, une des plus lointaines de celles qui s'installaient peu à peu sur les bords du Missouri, une modeste foule attendait le passage d'un *river boat* qui remontait le fleuve, et devait prendre au passage, avec quelques autres habitants, le Docteur Marcus Whitman, sa femme, leur amie, femme du Révérend P. Spalding, et quelques autres habitants. Cette petite troupe avait l'intention de franchir les Montagnes Rocheuses, la grande arête qui sépare l'Est et l'Ouest du continent Nord-américain.

Le bateau apparut au tournant de la rivière, siffla en manière de salut, puis passa sans s'arrêter : ce fut, pour les explorateurs et pour la foule tout entière, très excitée par leurs projets, une grande déception.

Whitman et sa troupe prirent alors une résolution désespérée ; ils se mirent en route avec leurs voitures couvertes, allant en droite ligne vers le point où ils espéraient retrouver le *river boat* qui devait les rapprocher du but.

Ils marchèrent un mois. Un samedi soir, comme ils campaient au bord de la Rivière Platt, dans le pays qui est maintenant le Nebraska, au milieu d'Indiens hostiles, le Docteur Whitman fut demandé par une agence voisine pour donner ses soins à un malade, et il apprit qu'une première caravane, ayant quitté le bateau à son point extrême, était passée là la veille. Le lendemain était Dimanche, et tout le monde s'apprêtait à observer le repos sacré du Sabbat. Mais quand ils apprirent que leurs amis étaient à une journée de marche, ils osèrent se mettre en route le Jour du Seigneur, et rattrapèrent bientôt leurs devanciers. Les deux caravanes continuèrent leur rude chemin, et pour la première fois deux femmes blanches traversèrent les Montagnes Rocheuses par la fameuse Piste de l'Oregon, que les trappeurs et les missionnaires connaissaient bien, mais que jamais des femmes ni un médecin n'avait suivie. A cette époque, d'ailleurs, pour aller sur la côte du Pacifique que l'on atteint aujourd'hui de New-York en quelque trente-six heures de vol, il fallait passer par le Cap Horn.

Les Whitman arrivèrent au Fort Walla Walla, le dernier établissement des Européens sur le fleuve Columbia, le 1er Septembre 1836, après quatre mois d'un rude voyage. Ils installèrent à Waiilaptu la première maison de blanc dans cet extrême Nord-Ouest. Whitman devint l'auxiliaire médical d'un groupe important de missionnaires. Waiilaptu était le centre de santé, bien imparfait, de toute la région, et les pionniers qui passaient sur la Piste de l'Oregon s'y arrêtaient pour obtenir les secours dont ils avaient besoin, et qui n étaient pas seulement médicaux. Ces pionniers n'étaient pas toujours de bonne compagnie, et n'aimaient pas beaucoup les missionnaires qui leur faisaient de la morale.

Whitman retira du bras d'un missionnaire une pointe de flèche indienne ; ce fut la première opération pratiquée dans ce coin perdu des Etats-Unis. Une autre fois, une caravane lui confia sept orphelins qui l'embarrassaient : ils devinrent autant de petits Whitman. La famille se composa bientôt de treize personnes, dont onze enfants, tous adoptés, leur seul enfant ayant été malheureusement noyé à deux ans.

***

Whitman mourut assassiné.

Les Européens de passage avaient apporté aux Indiens quelques épidémies : rougeole, scarlatine, choléra. Or ces Indiens, vraiment peu civilisés, avaient coutume de tuer le médecin qui ne guérissait pas ses malades ; et beaucoup étaient morts parmi eux, malgré les soins et les drogues que Whitman leur distribuait généreusement. Ils l'accusèrent de les avoir empoisonnés, et décrètèrent sa perte.

Un matin, deux Indiens vinrent lui demander un remède ; tandis qu'ille cherchait, l'un d'eux l'assomma d'un coup de tomahawk. Ils formaient l'avant-garde d'une troupe qui se précipita sur la mission, massacra Madame Whitman, Madame Spalding, quatorze missionnaires, et emmena en captivité près de cinquante femmes et enfants qui ne furent délivrés que contre rançon.

***

C'est la vie de ce héros de la médecine, que l'Association médicale américaine et plusieurs sociétés locales ont décidé de glorifier, et voici avec quelle ampleur.

Walla-Walla, petite ville de 15.000 habitants, dans l'Etat de Washington, fut choisi pour cette commémoration. Trois journées y furent consacrées. Le premier jour, qui était le 13 août, fut la Journée de Whitman. Des discours racontèrent sa vie, son éducation médicale, et décrivirent la vie du médecin, en 1836, dans les contrées alors sauvages de l'Ouest. Puis on dévoila un portrait de Whitman, ornant la grande salle du Collège qu'on fonda en 1892 sous l'invocation de

Whitman, et qui est maintenant une grande Université. Dans le Musée de Whitman-College une exposition de documents, d'appareils médicaux et de meubles et ustensiles coloniaux avait été organisée.

Le second jour était à la gloire de Mme Whitman. C'était la Journée des Mères. Il y eut la même abondance de discours et de cérémonies, de même que le troisième jour, la Journée des Historiens. Le quatrième jour était religieux. On y fit des services et des sermons, tous destinés à célébrer les vertus des pionniers, et spécialement celles des deux courageuses femmes qui avaient péri sous la hache des Indiens.

L'après-midi de ce jour pieux, les cérémonies se terminèrent par une grande parade. Sur des radeaux, voguant le long du fleuve, on avait représenté en quinze épisodes la vie des pionniers, la mission de Whitman, la caravane des *covered waggons*, la fondation du Whitman College, et d'autres beaux souvenirs. Miss Columbia, entourée de ses seize dames d'honneur, ouvrit la séance, accompagnée de quarante-huit non moins belles beautés des quarante-huit Etats. Et comme contraste avec les rudes épreuves des pionniers, une nuée d'avions survolaient l'agréable parade.

Voilà comment, de l'autre côté de l'Océan, nos confrères célèbrent leurs gloires. Ils le font avec un zèle et une candeur qui étonnent nos froides cervelles ; mais leur enthousiasme est du moins la marque de l'ardeur avec laquelle ils aiment, défendent et glorifient leur profession, et peut-être les Français pourront-ils trouver là quelque exemple à imiter.

Ph. DALLY.

LE RECRUTEMENT ALLEMAND

Le rétablissement du service militaire obligatoire en Allemagne a nécessité l'examen de tous les hommes nés en 1914, en vue de leur enrôlement dans les service actif (*wehrdienst*), de tous ceux nés en 1915, pour le service de travail (*arbeitdienst*), qui précède le service actif, et de près de 100.000 volontaires. De semblables examens d'aptitude militaire en temps de paix n'avaient pas été pratiqués depuis 1913. Voici leurs résultats :

	Conscrits	Volontaires	Ensemble
Bons pour le service.	% 75,91	% 86,77	% 77,02
Bons conditionnellement	% 6,23	% 4,21	% 6,03
Total	% 82,14	% 90,98	% 83,05
Inaptes :			
Temporairement ...	% 6,18	% 3,65	% 5,92
Partiellement	% 8,47	% 4,72	% 8,08
Au service actif	% 2,04	% 0,53	% 1,89
Totalement	% 1,17	% 0,07	% 1,06
Total	% 17,86	% 8,97	% 16,95

La grande proportion des volontaires est sans doute le signe des difficultés économiques actuelles en Allemagne. La faible proportion des refusés montre bien, d'autre part, une facilité spéciale de la part des conseils de révision, et le désir d'enrôler le plus de monde possible ; car le déchet physique aurait été beaucoup plus grand si les règles de l'examen avaient été plus rigoureuses. Rappelons que les refusés de la conscription américaine, en 1917, avaient dépassé 40 % des recrues : mais les examens avaient été très rigoureux. En 1913, en Allemagne le taux des inaptes fut de 77, 24 %, au lieu de 17 % d'aujourd'hui.

La principale cause de refus fut l'état des membres inférieurs et notamment des pieds. Dans l'ensemble, et y compris les cas où l'infirmité ne fut pas jugée incompatible avec le service, on a constaté 23,91 % de pieds plats, 19,02 % d'imperfections des membres inférieurs, (comprenant peut-être les pieds plats) ; 14,86 % de dentures défectueuses, et 11,31 % de mauvais yeux.

Ph. DALLY.

SOUVENIRS DE GUERRE D'UN MÉDECIN VOLONTAIRE ALSACIEN

(*Suite et fin*) (1)

Par le Docteur R. Kayser (de Colmar)

II

A Lièpvre

Quoi qu'il en soit, et quoique le médecin-chef de l'hôpital militaire de Colmar, le Docteur Linck se fût comporté envers moi comme un de ces Germains astucieux et fourbes (*versatissimi* disait l'historien romain Vellejus Paterculus), qui, comme Bethmann Hohlweg, a considéré les traités signés par l'Allemagne comme de simples chiffons de papier, je ne lui en veux nullement de m'avoir expédié à Lièpvre. Ce déplacement forcé m'a procuré l'occasion — je ne dirai pas le plaisir — de voir sur place un autre exemple de la fameuse organisasion sanitaire des Allemands. Il m'a aussi permis de faire ample connaissance avec le caractère et les capacités professionnelles, voire l'humanitarisme plutôt déficient de certains de mes honorables confrères. J'ai eu le loisir de constater que le « *sacro-egoismo* » de Giolitti avait aussi de fervents adeptes parmi les médecins allemands, et que leur patriotisme trouvait des limites toutes naturelles devant des questions de porte-monnaie. J'ai, enfin, eu la satisfaction, plutôt naturelle chez un Alsacien, d'entendre traiter Guillaume II de lâche par un médecin-chef, Allemand authentique. Les critiques de cet Allemand pur-sang me semblaient, alors déjà, fort justifiées et je me suis bien gardé de les contredire. Après cet exorde, peut-être un peu long, venons aux faits.

Le 1er février 1917, je pris de bon matin le train à Colmar pour débarquer avant 10 heures à Lièpvre, situé, comme on le sait, dans la vallée de Sainte-Marie-aux-Mines, à 7 kilomètres en aval de la ville de Sainte-Marie-aux-Mines. Dès mon arrivée, je me présentai au médecin-chef le Docteur Roth, médecin-colonel de la réserve (Oberstabsarzt). Celui-ci me reçut fort aimablement et sembla étonné de mon exactitude. En effet, lorsqu'on est changé de garnison, on fait habituellement quelques détours avant de se rendre à son nouveau poste. Le médecin-chef m'invita immédiatement à déjeuner au « Casino » des médecins, qui se trouvait alors installé dans la maison privée de M. Camille Dietsch, industriel à Lièpvre, de nationalité française. M. Dietsch avait quitté sa maison dès le commencement des hostilités. Sa maison particulière, celles de sa famille (Vve Jean Dietsch) et les établissements industriels étaient placés sous séquestre.

Je me rendis donc à midi à la popote des médecins, appelée pompeusement le Casino, et fus invité à me mettre à la droite du médecin-chef, qui présidait la table. J'y fis la connaissance de mes collègues, du pharmacien et de l'aumônier catholique, qui prenaient tous pension à ce Casino. Au grand ébahissement des personnes présentes, je m'adressai au médecin-chef en lui disant *vous*. Pendant le dîner je remarquai que tous les assistants parlaient au médecin-chef à la troisième personne. J'eus vite saisi la cause de l'étonnement de mes collègues de la popote, et me conformai dans la suite à ces habitudes tant soit peu moyenâgeuses.

Il me faudrait le talent, le style ramassé et la plume acérée (le vitriol comme dirait mon ami S.) d'un Saint-Simon pour brosser le portrait tant soit peu ressemblant de certains de mes collègues du Lazaret militaire de Lièpvre. Le médecin-chef — à tout seigneur tout honneur — avait une cinquantaine d'années ; c'était un grand et bel homme, un peu bourru, mais d'une grande franchise, au fond un honnête homme, mais assez impulsif. Il ne détestait pas la dive bouteille, surtout lorsqu'il recevait la visite du chirurgien consultant du corps d'armée — habitué du Bremer Ratskeller, il était chirurgien à Brême jusqu'à la guerre. Chaque fois que ce Brémois venait inspecter le lazaret militaire de Lièpvre, on vidait force bouteilles de vins du Rhin et de la Moselle. Notre médecin-chef n'était pas aussi immunisé contre les effets de l'alcool que son collègue de Brême, qui supportait des quantités prodigieuses de vin sans jamais en paraître incommodé. Le brave médecin-chef par contre rentrait ces jours-là après minuit, assez ému. Cela ne l'empêchait pas de monter le lendemain matin de très bonne heure à cheval pour faire une tournée dans les fermes autour de Lièpvre et de Sainte-Croix. Ces visites étaient intéressées, puisque notre excellent Docteur Roth en rapportait toujours

(1) *Concours médical* nos 5, 6 et 7, 1937.

une quantité de beurre et d'œufs, qu'il expédiait alors à sa femme, qui habitait Francfort-sur-le-Main. Il se vantait alors que les œufs, empaquetés par lui-même, fussent arrivés à destination sans qu'un seul ne fût cassé. Le médecin-chef était président de table à notre popote. Un jour, revenant d'un congé de quelques semaines qu'il avait passé)à Francfort, il nous raconta qu'il avait profité de son séjour à Francfort pour aller visiter l'abri construit pour Guillaume II à Münster-sur-Stein.

Cette visite l'avait tellement ému que revenu parmi nous, il fit devant tous mes collègues réunis la sortie virulente et savoureuse que voici : « Oui, Messieurs, dit-il, d'une voix tonitruante, j'ai vu l'abri de notre empereur et je puis vous déclarer que son grand-père avait plus de courage que lui. » Comme voisin de table, j'étais assis à la droite du médecin-chef. J'essayais de le calmer, mais il s'emporta de plus en plus et ajouta : « Oui, Messieurs, et il passe la journée à prier avec le contre-amiral Muller. » Vous voyez les figures consternées de mes excellents confrères, patriotes allemands s'il en fut, qui tous les matins annonçaient avec une joie féroce peu contenue, les magnifiques résultats de la guerre sous-marine ! 30.000, 40.000 tonnes de détruites ; c'était le refrain que j'entendais sans broncher tous les matins au déjeuner, composé d'un café au lait, de pain K et de marmelade de fruits. Ah ! elles s'allongeaient les figures de mes collègues, à vue d'œil, mais personne n'osait dire mot. Si un autre que le médecin-chef avait eu le malheur de proférer des paroles aussi injurieuses pour le chef de l'armée, il aurait été immédiatement appréhendé et poursuivi pour lèse-majesté. Un an de forteresse et la dégradation militaire auraient été la peine minima de cet infortuné.

Ce même médecin-chef n'a pas plus caché son indignation, lorsqu'il vit les premiers prisonniers roumains, qu'on avait amenés en avril 1917 à Lièpvre. A table encore le médecin-chef fit à ce sujet l'observation suivante : « Ces gens sont littéralement épuisés de faim (ausgehungert). » Le fait est que ces malheureux, transportés de Prusse Orientale en Alsace en wagon découvert par un froid intense, étaient dans un état déplorable et mouraient comme des mouches. Beaucoup étaient morts en route et presque tous les jours, il en mourait plusieurs à Lièpvre. Souvent ils travaillaient jusqu'à 6 heures du soir, et cinq minutes plus tard ils rendaient leur dernier soupir. Ils étaient tous atteints d'avitaminose complète et les suppléments de nourriture que j'ordonnai, lorsque je fus chargé du service des Roumains, ne parvenaient pas à les sauver. Leur première et dernière parole était toujours : « Slab », c'est-à-dire *faible*.

Il y avait encore à table, assis à la gauche du médecin-chef, le médecin-major Br., homme peu sympathique, à figure de fouine, qui se glorifiait de procurer à ses collègues du casino trois repas complets par jour à raison de 1 mk ! ! La qualité et la quantité s'en ressentaient violemment, surtout pour un Alsacien, dont l'estomac n'est sans doute pas aussi bien fait que celui de ses collègues, qui digéraient facilement K. Brod et certaine saucisse noire. J'avais un jour demandé une omelette (Eierkuchen) avec de la salade. J'eus bien l'un et l'autre ; mais la salade était assaisonnée à l'huile rance de machines ! C'était en mai 1917, époque où l'huile d'olives était à peu près inexistante. Le peu, qui était encore disponible, était certainement réservé à d'autres tables, plus haut placées que celle de la popote de Lièpvre. Pour manger à ma faim je dus plusieurs fois me faire inviter par mon ami Jean Obrecht, directeur gérant des établissements Dietsch, où je rencontrais d'autres bons Alsaciens de sentiments français. J'allais aussi de temps à autre à l'auberge Zinck, où le patron me faisait manger dans l'arrière-boutique, protégé contre les yeux indiscrets, un excellent beefteak aux pommes ou bien de succulent jambon. M. Zinck était boucher et aubergiste ; il partageait mes sentiments politiques intimes. C'est grâce à ces deux compatriotes que j'ai pu résister pendant quelques temps à l'avitaminose, que la cuisine du Docteur B. risquait de me donner infailliblement.

Lorsque le lazaret de Sainte-Marie, situé trop près du front, fut transféré à Lièpvre, le chirurgien de cette formation sanitaire, un nommé L., ancien assistant du Professeur Israël, de Berlin, devint notre collègue à Lièpvre. Cet homme, atteint d'une cypho-scoliose très prononcée, avait la manie de monter à cheval et suivait le médecin-chef dans ses tournées alimentaires. *Inde irae* ! C'était un spectacle inoubliable de voir le Docteur L. à cheval. Il me rappelait certaine figure du roman célèbre de Cervantès. Le Docteur L. était surtout magnifique lorsqu'il sortait à cheval, armé d'un fusil de chasse. Car le Docteur L. allait à la chasse et, faute d'autre gibier, il abattait des corbeaux.

Aussi eûmes-nous un jour le rarissime plaisir de déguster du bouillon de corbeau. Dans son « *Ancienne Alsace à table* », Gérard dit au chapitre I (page 24) ce qui suit à ce sujet : « On prétend encore aujourd'hui que le corbeau produit un bouillon excellent. Les curieux peuvent en faire l'essai. » Eh bien ! j'en ai fait l'essai et je ne recommencerai plus, à moins qu'on me garantisse que le corbeau est jeune. Mes collègues, par contre, trouvèrent le bouillon excellent. Il est vrai que les estomacs des Allemands sont bien différents des nôtres. J'ai trouvé le bouillon fade et d'un parfum peu agréable. Il s'agissait peut être d'un corbeau centenaire, que le Dr L.

avait tiré à 100 mètres au-dessus de notre casino !

Le Dr L. qui se disait chirurgien — de fait, il avait fait de l'urologie chez Israël — ne m'en a imposé ni par son savoir-faire, ni par sa technique. Une heure et demie pour une appendicite simple non-perforée, c'est tout de même un peu long. Mais ce que je lui reprochais avant tout, c'était de faire des opérations sur des blessés graves, avant que la narcose ne fut complète. J'ai assisté un jour à une de ces opérations sur un blessé insuffisamment endormi, auquel le Dr L. se proposait de faire une suture osseuse de l'humérus gauche fracturé par éclat d'obus.

Cette opération, le Dr L. voulait la faire le cinquième jour après la blessure. Or, les tissus ne présentaient encore à ce moment aucune tendance à la réparation.

Quoique écœuré de la manière d'agir du Dr L. je me suis tu. Le médecin-chef m'avait plusieurs fois tâté le pouls à ce sujet, mais je n'ai pas cru devoir dénoncer mon fameux confrère. Le malheureux opéré, qui aurait dû être amputé dès le premier jour, est mort de septicémie, au bout de quelques semaines d'atroces souffrances, après avoir subi l'amputation *in extremis*. J'ai fait tout de même un jour à table une allusion à ce malheureux cas. Devant le médecin-chef et les autres convives, je me suis permis de dire que ce pauvre blessé avait dû commettre de bien grands péchés devant l'Eternel puisque, selon un livre apocryphe de l'ancien testament, quiconque pèche devant l'Eternel doit tomber entre les mains du médecin. Le médecin-chef, qui n'aimait pas beaucoup le Dr L. pour des raisons que j'ai relevées plus haut, se tordit en entendant ma citation biblique arrangée *ad hoc* et présenta au Dr L. ses bien vives condoléances !

Parmi les membres de notre popote, dont j'ai gardé le meilleur souvenir, figure et figurera toujours l'aumônier catholique. C'était un homme de cœur, qui avait parcouru le monde, avait été longtemps professeur à Fribourg en Suisse et à Rome. Grâce à ses fréquentations dans le monde, ecclésiastique et universitaire, grâce aussi à une culture supérieure, cet homme avait une compréhension vraiment chrétienne de sa mission. Il avait eu l'occasion de voir quelques ecclésiastiques du Val-de-Villé et de la Vallée de Sainte-Marie-aux-Mines et par ces fréquentations, il était parfaitement renseigné sur l'état d'esprit des Alsaciens, auxquels il ne cachait pas ses sympathies. Aussi lui seul m'accompagna à la gare lors de mon départ de Lièpvre, et me dit tous ses regrets de me voir souffrant. Il ajouta encore ceci : « Il est dommage que vous nous quittiez déjà ; si vous étiez resté, vous auriez eu bientôt la croix de fer » (*Sie hätten das Kreuzchen bekommen*). Le brave homme ! S'il avait su quel prix j'ajoutais à cette grande distinction que d'autres recherchaient avec une impatience non voilée ! Le médecin-chef de Lièpvre n'avait que la croix de fer de 2e classe, et je l'entends encore pester contre un petit lieutenant qui, sans s'être distingué d'aucune façon au front, avait obtenu la croix de fer de 1re classe parce qu'il était l'adjudant du général de brigade. Finalement, notre médecin-chef réussit à décrocher cette fameuse distinction, lorsqu'il fut désigné pour l'état-major du corps d'armée qui occupait la vallée de la Bruche. — Dès mon arrivée à Lièpvre, le 1er février 1917, je pris possession de mon service de chirurgie. Les blessés étaient installés dans une villa appartenant à Mme Vve Jean Dietsch, villa placée sous séquestre. Madame Dietsch avait quitté Lièpvre dès le début de la guerre pour aller habiter Genève d'abord, Berne ensuite. La villa Dietsch se trouve sur la route de Lièpvre à Châtenois, un peu plus loin que les établissements Dietsch et Cie. Cette villa était entourée d'un beau parc. Au rez-de-chaussée étaient installées la salle d'opération et quelques chambres pour blessés. Le médecin-chef et le chirurgien attaché à l'établissement avaient leur chambre d'habitation au premier étage ; les autres pièces du premier étage étaient également des salles pour blessés. A mon arrivée, on m'avait indiqué la chambre que j'occupais comme chambre à coucher et chambre d'habitation en même temps. Mes collègues avaient préféré se loger au village de Lièpvre, pensant avec raison qu'ils y seraient plus tranquilles et moins souvent dérangés pendant la nuit. Ils n'avaient pas tort en se mettant à l'abri des fatigues et des veilles, qui m'étaient réservées. Il m'arrivait souvent de passer plusieurs heures de la nuit à recevoir et à soigner des blessés graves, qui nous parvenaient du front à toutes les heures du jour et de la nuit. Ces blessés nous arrivaient de deux endroits différents, d'abord du « Violn » situé au sud du Col de Saint-Dié, ensuite de la Pariée, des Trois-Maisons et de Lusse où se trouvaient les tranchées. Lorsqu'un lieutenant voulait avoir sa croix de fer, on organisait une attaque avec grenades à main et gaz. Le résultat était toujours le même. On enlevait un jour une tranchée pour la perdre deux jours après. Donc résultat nul, sauf de nombreux morts et blessés par éclats d'obus et grenades à main. En 1917, le Front était stabilisé et l'unique raison de ces actions militaires était de faire gagner la croix de fer à celui qui dirigeait l'attaque.

Les malades atteints d'affections internes et de la peau étaient casés tant bien que mal dans des baraquements. Les Roumains arrivés en mars furent hospitalisés dans une baraque spéciale située au-dessus de l'usine Dietsch, sur le flanc de la montagne. Au mois de février 1917, une vague de grand froid envahit tout le centre de l'Europe

et le lazaret de Lièpvre en subit des conséquences très fâcheuses, même désastreuses, principalement dans la villa qui était alors remplie de blessés graves. Les conduites d'eau, les cabinets d'aisance furent tous gelés, ce qui représentait une calamité des plus désagréables. Une affreuse puanteur, provenant des W.-C. bouchés, se répandit dans toute la maison et ce ne fut qu'après quelques jours d'un travail acharné, d'inondation par des tonneaux d'eau chaude, que l'on réussit enfin à déboucher ces malheureux cabinets et à désodoriser la villa empestée. Le médecin-chef, habitant lui-même la villa, se donna beaucoup de mal pour remédier à cet état de choses, plus que déplorable. Cela n'empêcha que nous passâmes de bien mauvais moments pendant ces froids intenses de 15 à 20° au-dessous de zéro, qui durèrent près de huit semaines.

Parmi les blessés que j'eus l'occasion de soigner, se trouvait un officier canadien, aviateur, dont l'appareil avait été abattu par les tirs contre-avions. Ce malheureux nous fut amené avec le thorax complètement enfoncé et survécut huit jours à ses affreuses blessures. C'était un fort solide garçon, sportif, bien musclé, un homme très pieux, qui avait comme livre de chevet sur sa table de nuit une Bible anglaise. Ce brave Canadien, auquel je m'intéressais très vivement, ne voulait pas être soigné par un autre médecin que moi. Encore peu d'heures avant sa mort, il réclamait le médecin alsacien, qui lui parlait en Français. Pauvre garçon ! J'ai conduit son corps au cimetière de Liépvre, où il a trouvé son repos éternel. L'aumonier protestant y a prononcé un sermon plein de tact, qui nous a tous vivement émus ; il a relevé que ce brave Canadien était resté, jusqu'à fin fidèle à sa foi chrétienne, qui, malgré les souffrances terribles qu'il endurait et que des doses considérables de morphine n'arrivaient pas à calmer, le soutint jusqu'à son dernier souffle.

Le canton de Lièpvre et de Sainte-Marie-aux-Mines faisait partie de l'arrondissement de Ribeauvillé. Cet arrondissement était administré jusqu'au début des hostilités par le sous-préfet (Kreisdirektor) Weber, un Allemand, mais qui était marié à une Lorraine, la fille du député au Parlement d'Alsace et de Lorraine, M. Pâté (de Brulange). M. Weber jouissait de l'estime, voire même de la sympathie de ses administrés alsaciens. Cela suffisait pour être mal noté à la préfecture du Haut-Rhin, administrée par un pangermaniste à tous crins, le Juncker von Puttkammer. Aussi dès le commencement de la guerre mondiale M. Weber fut-il remplacé par un intime du préfet, l'ancien procureur au Tribunal de 1re instance de Colmar, un nommé F. Celui-ci était l'homme tout désigné pour mettre au pas les habitants de Sainte-Marie-aux-Mines *et de la Vallée. Il s'est acquitté de cette mission* politique à un tel point qu'il fut considéré comme le tortionnaire de la vallée de Sainte-Marie-aux-Mines. C'est à cet ancien procureur que les habitants de la vallée de Sainte-Marie-aux-Mines durent les perquisitions domiciliaires, toutes les vexations inimaginables, l'expulsion et l'envoi en exil en Allemagne de nombreux Alsaciens, suspects de francophilie. C'est encore à ce même M. F. que les habitants de Sainte-Marie-aux-Mines, de Sainte-Croix, de Lièpvre, sont redevables de l'introduction du service auxiliaire, qui obligeait des personnes âgées, voire infirmes, à s'exposer à toutes les intempéries, en leur imposant des travaux de réfection de routes. M. F. fut arrêté par les autorités françaises et traduit en justice. Jugé par le Tribunal correctionnel de Colmar, il obtint un acquittement. La justice française, tant décriée par les journaux autonomistes ou autonomisants, a été plus indulgente que la justice allemande d'avant et pendant la guerre. On se rappelle les procès retentissants intentés à certains de nos compatriotes, procès qui se sont terminés par des condamnations sévères (prison et fortes amendes), alors qu'il ne s'agissait en somme que de délits d'opinions, tandis que, dans le cas F., la santé et les intérêts de beaucoup d'Alsaciens ont été gravement compromis du fait des vexations et des fatigues physiques, imposées par un administrateur trop zélé et admirateur trop enthousiaste de la manière forte, chère au préfet du Haut-Rhin M. von Puttkammer, chère aussi à tous les pangermanistes du même acabit, auteurs responsables des listes noires, des emprisonnements, de l'exil et de la mort de tant d'Alsaciens qui n'avaient d'autre crime sur leur conscience que leur amour et leur souvenir de la France. Un de mes amis, habitant Lièpvre, homme d'un certain âge déjà, fut également obligé de faire du service auxiliaire sur les routes. Il contracta à ce travail une kératite double, qui faillit le rendre complètement aveugle et lui occasionna de violentes douleurs névralgiques. Son système nerveux fut complètement ébranlé. Il est mort d'une psychose peu de temps après l'armistice.

Je puis ajouter que, tant que je fus à Lièpvre, on surveillait nos fréquentations. Ma correspondance — des cartes postales que j'adressais aux miens — passaient à la censure à Francfort-sur-le-Main et arrivaient à destination (Colmar) avec quelqnes jours de retard. Les visites assez rares que je faisais à mon ami M. J. O. de Lièpvre me furent reprochées, M. O. passait pour un ami des Français (Franzosenkopf).

Mon état de santé s'étant gravement ressenti des fatigues et surtout de la sous-alimentation, je demandai donc vers la mi-juin 1917 l'autorisation de rentrer à Colmar pour me soigner. *Après avoir obtenu, non sans peine, la permis-*

sion de réintégrer mes pénates, je quittai avec un vrai soulagement le lazaret militaire de Lièpvre et me fis recevoir à la maison de santé des diaconesses à Colmar où j'arrivai dans un état pitoyable (une véritable loque).

Après avoir duré trois années complètes, mon service militaire volontaire prit fin au moment de mon entrée à la maison de santé, mais je ne pus reprendre mon travail qu'au mois d'octobre 1917.

ÉPILOGUE

Habent sua fata libelli (Les livres ont leur destin) disait Horace. Je ne sais quel sort est réservé à ces modestes lignes. Elles sont sans prétention aucune.

Ces souvenirs personnels n'ont été mis sur papier que vingt et un an après le début de la guerre mondiale. Ils ont, avec le recul du temps, perdu de l'acrimonie initiale, assez naturelle chez nous autres Alsaciens. Ce sont les notes d'un homme qui n'a pas cherché à faire un procès tendancieux aux Allemands, mais qui a relaté des faits, dont il a été le témoin souvent attristé, et y a ajouté ses critiques. J'ai pensé que ces souvenirs pourraient intéresser quelques amis, qui ont vécu avec moi les années terribles de 1914 à 1918, terribles surtout pour nous autres Alsaciens, pris entre deux feux, entre nos sympathies héréditaires qui allaient vers la France et nos devoirs envers l'Allemagne.

On sait que pendant les quarante-huit années où l'Alsace et la Lorraine ont été sous la domination allemande, on a employé alternativement la manière forte et la douceur — encore que celle-ci ne fut que très relative — pour gagner les Alsaciens et les Lorrains à la cause allemande. Mais ayant toujours manqué de sens psychologique, ceux, qui pendant quarante-huit années ont été nos maîtres, n'ont jamais réussi à posséder, ni à dompter l'âme alsacienne, puisqu'il n'ont pas sû distinguer le fond de l'âme et du caractère de nos populations, car celles-ci se cabrent contre tout ce qui a l'air de mesures vexatoires. « Têtes carrées » dès avant 1870. les Alsaciens l'étaient restés sous le régime allemand, et ils le seront sans doute encore sous le régime de la liberté républicaine française.

Frondeur, esprit critique, hostile à toute mise en scène et à tout bourrage de crâne, mais sérieux, l'Alsacien ne s'afflige pas d'être traité de tête carrée. Louis Blanc, auteur de « l'histoire de dix ans » y disait, que l'Alsace était *sous les dehors germaniques la province la plus française* de toute la France. Espérons que nos futures générations mériteront également cet éloge de l'historien républicain de 1848. Et lorsqu'on traitera à nouveau les Alsaciens de têtes carrées, ceux-ci répondront sans doute : « Têtes carrées, oui, mais toujours et avant tout Français. » Nous sommes ainsi faits (so sin mer halt)...

Honni soit, qui mal y pense.

Dr KAYSER.

Colmar, en décembre 1936

LES DISPOSITIONS DU RÈGLEMENT INTÉRIEUR-TYPE DES CAISSES D'ASSURANCES SOCIALES

Le ministère du Travail vient enfin d'établir et de publier au *Journal Officiel* du 5 février dernier le règlement intérieur-type des Caisses d'assurances sociales, prévu par l'article 31 du décret-loi et par l'article 115 § 3 du règlement d'administration publique.

Ce règlement qui comporte sur les points essentiels des dispositions s'imposant obligatoirement à toutes les Caisses d'assurances sociales, présente donc une grande importance pratique en ce qui concerne les rapports des assurés à l'égard de leurs Caisses, et aussi, indirectement mais de manière certaine, les rapports entre les assurés et leurs médecins traitants.

Nous avons donc jugé utile d'y consacrer une étude complète et détaillée, qui paraîtra dans un prochain numéro.

Mais nous tenions à informer nos lecteurs, d'ores et déjà, de l'existence de ce document, et à leur signaler les dispositions qui ont le plus d'importance au point de vue de la pratique médicale. Tout d'abord le règlement limite le libre choix des assurés aux médecins ayant adhéré aux conventions Syndicat-Caisse, soit expressément, soit en signant les imprimés des Caisses, ce qui donne aux clauses de ces conventions, et notamment au contrôle et aux juridictions syndicales un caractère de généralité absolue. En second lieu, tout soin spécial, pour être remboursé par la Caisse, doit être « pris en charge » par cette dernière ; dans certains cas cette prise en charge nécessite l'envoi à la Caisse *par le médecin traitant* d'un rapport justificatif. Enfin la question de l'hospitalisation a été précisée par une série de mesures qui tendent à aiguiller les assurés vers les hôpitaux publics (nécessité d'une décision de prise en charge de la Caisse pour l'hospitalisation en établissement privé) ; en ce qui concerne le remboursement des honoraires médicaux pour soins donnés dans les cliniques privées, la limitation ancienne au prix de l'hôpital public a été supprimée. Désormais, qu'il y ait ou non intervention, le remboursement a lieu selon le tarif de responsabilité de la Caisse pour le cas d'hospitalisation, mais ce tarif est différencié et comprend diverses catégories.

Ces diverses dispositions seront examinées de plus près dans notre prochain article, et nous verrons également ce qu'il y a lieu de penser de leur légalité.

Jean MIGNON.

— La déclaration du médecin en 1937 —

TABLEAU I

Récapitulation des Recettes

pour faciliter la déclaration du revenu professionnel

	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	Total
Notes payées (1)........													
Visites................													
Consultations..........													
Opérations.............													
Assistance médicale gratuite.													
Assurés sociaux. Indigents..													
Accidents du travail.....													
Pensionnés de guerre.....													
Divers..................													
Indemnités fixes (2)......													
Total........													

TABLEAU II

Récapitulation des Dépenses professionnelles

pour faciliter la déclaration du revenu professionnel

	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novemere	Décembre	Total
Locaux professionnels (3)....													
Eclairage et chauffage (4)....													
Matériel et mobilier professionnels (5)........													
Personnel (6)............													
Frais de transport (7).......													
Assurances (8)............													
Impôts professionnels (9)....													
Frais divers (10)...........													
Total........													

CHRONIQUE FISCALE

La déclaration du médecin en 1937

● ● ●

Nous avons étudié récemment les modifications apportées à notre régime fiscal par les deux lois du 31 décembre 1936, et avons indiqué que l'impôt cédulaire sur les bénéfices des professions non commerciales n'avait fait l'objet que de réformes peu importantes (extension au département de la compétence des Commissions de taxation).

Il s'ensuit que la déclaration fiscale du médecin, qui doit intervenir avant le 1er mars prochain, reste régie par les mêmes règles qu'en 1936. Nous rappellerons seulement que la réforme actuelle assujettit à la déclaration annuelle du revenu, quel qu'en soit le montant, toute personne possédant une voiture de tourisme, ou plusieurs résidences secondaires, permanentes ou temporaires, ainsi que celles dont la valeur locative de la résidence principale excède 6.000 francs à Paris et dans un rayon de 30 km. autour de Paris, 3.000 francs dans les villes de plus de 50.000 habitants, et 1.500 francs dans les autres localités.

Par les deux tableaux ci-contre, nous avons voulu donner à nos lecteurs la marche à suivre pour calculer le revenu net imposable, en indiquant de façon sommaire les différentes règles qui président à sa détermination.

J. M.

Observations se rapportant aux tableaux ci-contre I et II

(Voir les appels de notes de chaque tableau)

(1) Les honoraires encaissés sont seuls imposables. Les honoraires dus, mais non payés, n'ont donc pas à figurer dans ce tableau.

(2) Elles relèvent de la cédule des traitements et salaires lorsqu'elles sont versées en exécution d'un contrat de louage de services (remplaçant, assistant, médecin au service d'une clinique, d'une entreprise, médecin contrôleur de Compagnies d'assurances ou de Caisses d'assurances sociales, médecin d'hôpitaux, médecins fonctionnaires, etc.). Il n'y a toutefois pas d'imposition séparée aux deux cédules, celle-ci se fait au titre de celle à laquelle correspond le chiffre de revenu net le plus élevé (art. 101 du Code des impôts sur les revenus). Voir pour la détermination des revenus nets et l'imputation des frais professionnels, l'arrêté du Ministre des finances du 9 juillet 1935. (*C. M.*, 1935, page 2.107) et l'article sur la déclaration fiscale du médecin. (*C. M.*, 1936, page 514.)

(3) Loyer effectivement payé, ou valeur locative obtenue en ajoutant au revenu net foncier les frais d'entretien, l'impôt foncier, et l'amortissement de l'immeuble et des grosses réparations lorsque le médecin est propriétaire des locaux qu'il occupe, dans la mesure où ces locaux sont affectés à l'exercice de la profession.

(4) A déduire dans la même proportion que pour les locaux.

(5) Amortissement du prix de revient (et non déduction totale), d'après le taux en usage dans la profession.

(6) Ces frais comprennent les salaires effectivement versés augmentés de la valeur des avantages en nature (nourriture, logement), et des cotisations patronales aux Assurances sociales et aux Allocations familiales. Ils ne sont déduits que dans la mesure où le personnel en question consacre son activité au service professionnel du médecin. Il y a lieu de comprendre également dans ce chapitre les frais de remplacement.

(7) Ils comprennent l'amortissement de la voiture et des grosses réparations et les frais annuels (essence, huile, pneus, garages, assurances, etc.) Tenir compte dans cette déduction de l'usage personnel de la voiture.

(8) Assurance contre l'incendie, les accidents du travail, la responsabilité professionnelle. Quant aux primes d'assurance-vie ou les versements pour retraites, les textes actuels relatifs aux B. N. C. ne paraissent plus, sous réserve de la jurisprudence, en autoriser la déduction.

(9) Impôt cédulaire sur le revenu professionnel de l'année précédente, patente et ses adjonctions communales, mais non contribution mobilière ou impôt général.

(10) Frais de bureau, revues et livres professionnels, téléphone, cotisations syndicales, frais de recouvrement d'honoraires, etc...,

AUTOUR DES THÉATRES

Au Théatre de l'Athénée « **Le Château de Cartes** »

Pièce en trois actes de M. Steve Passeur

Il n'est pas douteux que depuis quelques années, M. Steve Passeur, a fait, si nous pouvons dire, de notables progrès. Nous ne sommes plus au temps où il écrivait « la Chîne » qui fut représentée déjà avec succès au théâtre Antoine, en mai 1930. Le voilà maintenant au niveau des auteurs actuels qui se spécialisent dans la puissance psychologique d'une œuvre, dans sa difficulté d'expression, dans un de ces dialogues chers à Giraudoux, d'une profondeur, d'une recherche et d'un style peu accessibles à tout le monde.

Ce sont là des qualités « intrinsèques », nous le voulons bien, mais cependant, nous ne pouvons nous empêcher de faire quelques réserves car enfin ce théâtre, tel que Jouvet le réalise actuellement, n'est un régal que pour une élite qui par son éducation, son instruction, sa vie facile, ses qualités intellectuelles se délecte à l'audition d'une pièce de ce genre ; mais par ailleurs il est difficile à suivre à tous ceux qui d'une intelligence égale, très occupés dans la vie, veulent trouver dans le théâtre une part de distraction, de délassement, si minime soit-elle, sans pour cela sous-estimer les hautes envolées spirituelles ou psychologiques qu'une simple tranche d'existence peut contenir dans le développement classique d'actions ou d'intrigues savamment menées.

Nous sommes donc assez loin avec Steve Passeur et sa pièce actuelle du théâtre de Bataille, de Charles-Méré et même d'Henry Bernstein. Ces trois auteurs dramatiques qui, je l'avoue, me sont excessivement chers, savent au cours d'une pièce nous montrer les incidences des événements sur les chocs de caractères, ils agrémentent le développement, de quelques scènes où les sujets pri cipaux ne sont pas seuls en cause. Bernstein lui-même, qui se rapprocherait volontiers de ces auteurs difficiles, ou devenus difficiles, tels que Steve Passeur, répugne presque toujours à la monotonie dans la spiritualité de ses personnages et je pense que, dans « Château de Cartes », si Louis Jouvet n'avait pas donné tous ses efforts, toutes ses qualités dans une mise en scène étincelante et hardie, la pièce de de M. Stève Passeur n'eût pas possédé tout l'attrait que nous lui reconnaissons volontiers.

Une femme, vraiment femme, toute d'intelligence, d'intuition et de sentiments a quitté, il y a une dizaine d'années, son mari, gros brasseur d'affaires, autoritaire et violent, elle s'est remariée avec un industriel qui, à la tête d'une belle fortune, se voit tout à coup ruiné par les agissements du premier mari. Avec une crânerie et une force morale étonnante, elle va trouver ce dernier au Cap Martin, dans un milieu où évoluent sa nouvelle épouse, ses amis et même sa maîtresse du jour. Elle livre bataille et de ce duel magnifique ressort petit à petit l'attachement profond qui existe entre les deux antagonistes. Les divorcés de jadis se retrouvent complètement, conscients, qu'ils ne peuvent se passer l'un de l'autre.

C'est Mme Marthe Regnier qui tient le rôle de la femme toute d'intelligence et de volonté, Pierre Renoir celui de son premier mari et Maurice Bernard celui de l'industriel abattu.

Ainsi que nous le disons plus haut M. Stève Passeur laisse de côté dans cette joute de qualité tout ce qui n'est pas l'expression même des sentiments intimes de ses personnages.

C'est ce fin du fin dans l'art de disséquer la pensée même des individus qui est un régal intellectuel depuis le début jusqu'à la fin, mais cette union psychologique persistante que l'auteur crée entre ses personnages et ses auditeurs, si elle n'est pas à proprement parler une fatigue n'est certes ni un repos ni un délassement.

Nous mettant à la place des interprètes et de leur tâche, combien ne devons-nous pas les combler d'éloges, dans l'incarnation de leurs personnages ! Qu'un texte si difficile, si châtié, si profond soit rendu avec tant de simplicité et de vérité, cela indique d'exceptionnelles natures d'artistes que nous saluons bien bas avec ferveur et ardente sympathie.

Jean Séjournet

de la Société des Auteurs

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Travaux pratiques de médecine opératoire spéciale** (Professeur : M. Pierre Duval). — *Urologie.* — Premier cours par M. Y.-J. LONGUET, prosecteur, sous la direction de MM. les Professeurs MARION et CHEVASSU. Ouverture du cours le mardi 2 mars 1937, à 14 heures.

A. *Chirurgie du rein et de l'uretère.* — 1° Découverte du rein par voie lombaire. Ouverture des abcès périnéphrétiques. Néphrectomie lombaire. — 2° Chirurgie de la lithiase rénale. Pyélotomie. Pyélotomie élargie. Petite néphrotomie. Grande néphrotomie. — 3° Néphrostomie. Néphropexie. Décapsulation des reins. — 4° Néphrectomies trans et para-péritonéales. — 5° Découverte de l'uretère. Ablation des calculs de l'uretère. Urétéro-cysto-néostomie.

B. *Chirurgie de la vessie, de la prostate, de l'urètre et des organes génitaux de l'homme.* — 1° La cystostomie. Les voies d'abord de la vessie. — 2° Chirurgie des tumeurs vésicales. Les cystectomies partielles et totales. — 3° Chirurgie de la prostate. Ouverture des abcès de la prostate. Prostatectomies transvésicale et périnéale. — 4° Chirurgie de l'urètre. Urétrotomie. Chirurgie des ruptures traumatiques de l'urètre. Autoplasties de l'urètre. — 5° Cure des hypospadias. Epididymectomie. Castration.

Les cours auront lieu tous les jours. Les élèves répéteront eux-mêmes les opérations sous la direction du prosecteur.

Le nombre des élèves admis à ce cours est limité. Seront seuls admis les docteurs en médecine français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. Le droit à verser est de 300 francs, pour ce cours.

S'inscrire à la Faculté de médecine ou bien au secrétariat, les lundis, mercredis et vendredis (guichet n° 4 de 9 à 11 heures et de 14 à 16 heures) ; ou bien tous les jours de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi), à la salle Béclard (A. D. R. M.)

— **Puériculture.** — M. B. WEILL-HALLÉ, chargé de cours à la Faculté, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, commencera son cours le mardi 9 mars, à 14 h. 30, à l'École de Puériculture, 26, boulevard Brune.

1° Le mardi à 14 h. 30, au dispensaire d'hygiène de l'enfance de l'école de puériculture, exposé pratique de puériculture sociale ;

2° Le jeudi à 10 heures, à l'hôpital des Enfants-Malades, consultation de vaccination contre la tuberculose.

3° Le samedi à 15 heures, à l'École de puériculture, leçon sur la prophylaxie de l'enfance contre la tuberculose et la vaccination par le B. C. G.

PROGRAMME DES LEÇONS. — I. L'infection tuberculeuse dans l'enfance. Les conditions de son évolution. — II. Moyens généraux de protection contre la contagion. — III. Prophylaxie spécifique : Les conditions de la résistance à l'infection tuberculeuse. Etude des réactions tuberculiniques. Technique. Historique de la vaccination contre la tuberculose par le B. C. G. Techniques de la vaccination au B. C. G. Suites immédiates et suites éloignées de la vaccination au B. C. G. Indications de la vaccination et de la revaccination. Premier âge. Enfance. Adolescence. Etudiants et infirmières. Résultats de la vaccination, en France et à l'étranger.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers

— **Concours de chirurgien des hôpitaux** — *Admissibilité. Questions données* : Symptômes, diagnostic et traitement du cancer du testicule. Anatomie du nerf cubital à partir de la gouttière épitrochléo-olécranienne.

Questions restées dans l'urne : Appendicite pelvienne, Rapport de l'œsophage thoracique et abdominal. Rapport du canal cholédoque. Symptômes, diagnostic et traitement du cancer du pylore.

— **Concours d'électro-radiologiste des hôpitaux.** — Un concours pour deux places d'électro-radiologiste des hôpitaux sera ouvert le 8 avril 1937, à la salle des concours, 49, rue des Saints-Pères.

Les inscriptions sont reçues du 8 au 17 mars 1937 au Bureau du Service de santé de l'Administration de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria, de 14 à 17 heures.

— **Concours de l'internat.** — ORAL. *Séance du 5 février. Questions données* : Symptômes, diagnostic et complications des fractures du rocher. Symptômes, diagnostic et traitement d'urgence de l'œdème aigu du poumon.

Ont obtenu : MM. Douville, 19 ; Molimard, 19 ; Nick, 25 ; Champagne, 21 ; Lesca, 22 ; Fischgrund, 24 ; Bernard Pierre, 21,5 ; Thorel, 21 ; Demassieux, 17 ; Thoyer-Rozat, 20.

Séance du 6 février. Questions données : Symptômes, diagnostic et complications du mal de Pott sous-occipital. Symptômes et diagnostic de la pneumonie du sommet à pneumocoque.

Ont obtenu : MM. Feuillette, 14 ; Sevicano Eugène, 23 ; Mlle Lindeux, 21 ; MM. François, 21 ; Loeper, 26 ; Costa, 21 ; Lecœur, 21 ; Fénelon, 19 ; Mlle Sachmine, 24 ; M. Deuil, 28.

Séance du 9 février. Questions données : Symptômes diagnostic et complications des goîtres (goîtres exophtalmiques exceptés). Diagnostic de l'épilepsie Bravais-Jacksonienne.

Ont obtenu : MM. Desfosses, 21 ; Joinville, 21 ; Raynaud, 21 ; MM. Etienne, 20 ; Granjon, 22 ; Renault, 20 ; Marchon, 22 ; Mlle Eyraud, 21 ; M. Goury-Laffont, 21.

Séance du 10 février. Questions données : Phlegmon périnéphrétique. Symptômes et évolution de la poliomyélite antérieure aiguë.

Ont obtenu : MM. Israel, 18 ; Bareau, 18 ; Prin, 17 ; Veyrières, 22 ; Bolo, 17 ; Lartigue, 17 ; Mlle Feder, 19 ; MM. Pinet, 23 ; Feldmann, 17 ; Aubourg, 14.

— **Concours de chirurgien des hôpitaux.** — *Admissibilité.* — Noms des candidats : MM. les Docteurs Aboulker, Audouin, Baumann, Billet, Boudreaux, Cordier, Dreyfus-le-Foyer, Dufour, Guillot, Hepp, Lance, Lecœur, Monod, Padovani, Petit, Poilleux, Rudler, Sauvage, Vuillième, Zagdoun.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Léon GERNEZ, chirurgien de l'hôpital Tenon ; du docteur LESPINNE, ancien président de la Société belge de dermatologie et syphiligraphie.

— **En Espagne.** — D'après le Docteur Corachan, ex-président de l'Association des médecins de Barcelone, nos confrères espagnols ont déjà payé un lourd tribu à la guerre civile. Un grand nombre de médecins dans la péninsule ibérique ont été emprisonnés, soit pour leurs opinions politiques, soit pour de soi-disant fautes professionnelles. Plus de soixante d'entre eux ont été assassinés ; plusieurs n'ont dû le salut qu'à leur fuite.

A ces renseignements, *la Presse Médicale,* dans son numéro du 27 janvier, ajoute le nom d'une nouvelle victime médicale de cette guerre particulièrement cruelle : le grand pédiatre espagnol J. Roig y Reeventos.

— **IVe Congrès national des médecins amis des vins de France.** (Alger, 19-26 mars 1937.) — *Programme* : Samedi 20 mars, 9 h. 30 : Réception des congressistes dans les salons de la gare maritime de Marseille-Joliette par la section provençale des Médecins amis des vins de France ; 10 h. 30 : Départ des congessistes par le *Ville d'Oran.*

Dimanche 21 mars, 7 heures : Arrivée à Alger ; 14 h. 30 : Grand Amphithéâtre de la Faculté de médecine d'Alger, ouverture du Congrès par M. le Gouverneur général de l'Algérie.

Lundi 22 mars, 9 heures : Séance du Congrès à la Faculté de médecine d'Alger ; 20 heures : Dîner officiel.

Mardi 23 mars, 9 heures : Faculté de médecine d'Alger, clôture des travaux du Congrès ; 11 heures : Départ pour les excursions ; 12 heures : Déjeuner arabe à Boufarick ; 20 heures : Banquet de clôture du Congrès.

Mercredi 24 mars, 9 heures : Visite du Jardin d'essai et des environs d'Alger ; 14 heures : Visite des vignobles algériens.

Jeudi 25 mars, pour les congressistes rentrant en France, 14 h. 30 : Départ par le *Ville d'Oran.*

Droit d'inscription forfaitaire : 1.200 francs, s'adresser au Commissariat général du Congrès, 57, cours Clemenceau, Bordeaux.

— **Le Congrès de l'enfant à la mer et à la montagne.** (2e session, 21-28 mars 1937.) — Les questions inscrites à l'ordre du jour de ce Congrès sont les suivantes : *Influence du climat sur la nutrition* ; *Modification des climats selon les lieux* ; *Education et Installation.*

Le programme des réceptions, fixé par le Comité régional comporte des séances à Hyères le 21 mars, à Saint-Raphaël le 22, à Cannes le 23, à Grasse et à Vence le 24, à Nice le 25, à Menton le 26, à Monaco le 27. La séance de clôture aura lieu à Nice le dimanche matin 28. Le Congrès sera reçu par le Centre universitaire de Nice les 25 et 28 mars et par l'Académie méditerranéenne à Monaco le 27 mars. Des réceptions du Gouvernement de Monaco et des Municipalités des stations du littoral sont également prévues.

Ce Congrès est organisé sur l'initiative de la Société médicale de climatologie et d'hygiène du Littoral méditerranéen et de l'Association internationale pour l'étude des radiations solaires, terrestres et cosmiques et de leurs effets physiologiques et pathologiques. Le secrétaire général du Congrès est le Docteur M. Faure, président de la Société médicale.

L'Office de renseignements climatiques de la Société médicale du Littoral prévoit les parcours et le séjour à un prix forfaitaire. Des excursions facultatives seront proposées à la suite du Congrès, dans les Alpes et en Corse. Le programme et les renseignements complémentaires sont donnés au secrétariat, 24, rue Verdi, à Nice.

— **VIe Congrès français de gynécologie.** — Le VIe Congrès organisé par la Société française de gynécologie se tiendra à Toulouse du 15 au 18 mai 1937 (fêtes de la Pentecôte), sous la présidence d'honneur de M. le Professeur Daniel, de Bucarest, et la présidence de M. le Professeur Mériel, de Toulouse.

Le sujet à l'ordre du jour est le *cancer du col utérin.*

Rapporteur général : M. le Professeur Ducuing, de Toulouse.

Neuf rapports seront présentés :

I. Quelques notions étiologiques et anatomo-pathologiques sur le cancer du col utérin, par M. X. BENDER (Paris).

II. Dépistage et diagnostic du cancer du col, par MM. Max ARON (Strasbourg), HAMANT et CHALMOT (Nancy).

III. Retentissement du cancer du col utérin non-traité sur l'appareil urinaire, par MM. CHAUVIN (*Marseille*), Maxime LEROY (Paris) et GISCARD (Toulouse).

IV. Traitement chirurgical du cancer du col pendant la gestation, par MM. Louis MICHON (Lyon) et R. DIEULAFÉ (Toulouse).

V. Le traitement par la radiothérapie (Radium et rayons X). L'électro-coagulation, par MM. P. LEHMANN (Paris), et MARQUÈS (Toulouse).

VI. Complications du traitement du cancer du col par la radiothérapie, par M. DUCUING (Toulouse).

VII. Le cancer du col restant, par MM. LEFEBVRE et COUZY (Toulouse).

VIII. Récidives et métastases dans le cancer du col, par MM. R. DIEULAFÉ (Toulouse) et CURTILLET (Alger).

IX. Le traitement du cancer du col au cours de la gestation, par MM. PAUCOT (Lille) et GUILHEM (Toulouse).

Pour les inscriptions à ce Congrès et tous renseignements, s'adresser à M. Maurice Fabre, secrétaire général, 1, rue Jules-Lefebvre, Paris (IXe).

Le Gérant : R. THIRON

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

Fédération corporative des médecins de la Région parisienne

Nous recevons le communiqué suivant de la Fédération corporative des médecins de la Région parisienne Désireux de renseigner nos lecteurs sur tout ce qui concerne notre profession nous croyons nécessaire d'insérer la note ci-dessous :

A propos des mesures transitoires concernant les chirurgiens-dentistes prévues dans le projet de loi réformant le doctorat en médecine

Dans son assemblée générale annuelle tenue le 5 février 1937, la Fédération corporative des médecins de la région parisienne a entendu le rapport de sa Commission chargée d'étudier ces mesures transitoires. On sait, en effet, que l'avant-projet de loi ayant pour objet de remplacer le diplôme actuel de doctorat en médecine par un diplôme de doctorat en médecine avec mention obligatoire prévoit comme conséquence, la rentrée de l'art dentaire dans la médecine et la cessation de la délivrance du diplôme de chirurgien-dentiste.

Dans cet avant-projet de loi, les chirurgiens-dentistes en exercice et les étudiants en chirurgie dentaire en cours d'études font l'objet des mesures transitoires suivantes :

Art. 4. — Les chirurgiens-dentistes et dentistes conservent les droits qu'ils tiennent de la loi du 30 novembre 1892, de la loi du 26 juillet 1935 et de différentes lois fixant le statut des dentistes alsaciens-lorrains.

Ils pourront remplacer l'appellation de « chirurgien-dentiste » par celle de « docteur-dentiste » figurant sans disjonction à la suite immédiate du nom patronymique.

Art. 5. — Un règlement rendu en Conseil supérieur de l'Instruction publique fixera les conditions dans lesquelles les chirurgiens-dentistes pourront acquérir le diplôme de docteur en médecine avec mention, tel qu'il est institué par la présente loi, sans qu'il puisse y avoir dispense des titres initiaux requis par les règlements et sans que la dispense de scolarité puisse excéder trois ans. Il ne pourra être accordé de dispenses d'examens que pour les matières concernant l'art dentaire.

Art. 6. — Les étudiants qui seront pourvus d'une inscription en vue du diplôme de chirurgien-dentiste, soit au jour de la promulgation de la loi, soit dans l'année qui suivra cette promulgation, pourront continuer leurs études et obtenir ce diplôme.

Sans discerner la question de l'institution d'un doctorat en médecine à mention obligatoire, la Fédération corporative a étudié ces trois articles et adopté sans modifications l'alinéa 1 de l'art. 4 et l'art. 6 ;

elle a rejeté à la quasi-unanimité (un avis contraire et trois abstentions), l'alinéa 2 de l'article 4, et en conséquence, repoussé la possibilité pour les chirurgiens-dentistes de remplacer leur titre de « chirurgien-dentiste » par celui de « docteur-dentiste » ; elle s'est enfin prononcée à l'unanimité (moins une abstention), en faveur d'une modification de l'art. 5, dont la rédaction serait la suivante :

Art. 5. (*nouveau*). — Un règlement rendu en Conseil supérieur de l'Instruction publique fixera les conditions dans lesquelles les chirurgiens-dentistes pourront acquérir le diplôme de docteur en médecine, sans qu'il puisse y avoir dispense des titres initiaux requis pour le doctorat en médecine d'Etat, et sans que la dispense de scolarité puisse excéder trois ans. Il ne pourra être accordé de dispenses d'examens que pour les matières concernant l'art dentaire : ces dispenses ne pourront être concédées qu'aux chirurgiens-dentistes ayant au moins cinq années d'exercice.

Aux yeux de la Fédération corporative des médecins de la Région parisienne, ces trois articles (avec la rédaction qu'elle a approuvée), répondent à l'équité, aussi bien vis-à-vis des chirurgiens-dentistes que des docteurs en médecine, et sauvegardent l'intérêt des malades.

Le Président : G. Bourguignon.

Le Secrétaire général : Ch. Dévé.

NOTRE CROISIÈRE DE PÂQUES

Nous rappelons aujourd'hui à nos lecteurs le programme de notre Croisière de Pâques : Adriatique Méditerranée orientale.

Le départ doit avoir lieu de Paris le 18 mars. Après un arrêt à Venise, les touristes s'embarqueront à Susak sur le plus luxueux paquebot du Lloyd Yougoslave la *Reine-Marie* de 17.000 tonnes. Après avoir longé la côte dalmate et s'être arrêté à Split, (restes magnifiques du palais de Dioclétien), puis à Corfou, le paquebot suivra les côtes de Grèce et fera escale à Athènes, où un séjour suffisant pour visiter longuement la ville est prévu.

De là, se dirigeant sur Istanbul où l'on aura le loisir de s'arrêter deux jours, il se dirigera sur Rhodes, puis sur Beyrouth (excursions aux ruines romaines grandioses de Baalbeck et à Damas), et Alexandrie (remontée jusqu'au Caire et aux Pyramides). Le retour aura lieu par la côte dalmate et après un arrêt à Dubrovnik, l'ancienne Raguse, puis de nouveau à Susak, l'arrivée s'effectuera à Paris, le 12 avril.

Les prix de cette croisière sont à partir de 3.625 francs par personne.

Pour ceux de nos lecteurs que cette croisière intéresse, s'adresser au Bureau de Tourisme du *Concours Médical*, 37, rue de Bellefond, à Paris. Téléphone Trudaine, 33.66.

CORRESPONDANCE

QUESTIONS DIVERSES

858. — Prélèvement sur les dépenses publiques

Je vous serais très obligé de bien vouloir me faire connaître si le décret du 16 juillet 1935, instituant un prélèvement de 10 % sur les mandats administratifs est abrogé.

Dr V.

Réponse

Le décret-loi du 16 juillet 1935 instituant un prélèvement sur les dépenses publiques comportait deux dispositions bien distinctes : dans son article premier, il prévoyait un prélèvement de 10 % applicable en principe à toutes les dépenses publiques, c'est-à-dire à toutes les dépenses supportées par des collectivités publiques ou des entreprises concessionnaires ou subventionnées assurant un service public (Compagnies de chemins de fer par exemple).

Dans son article 2, il prévoyait une dérogation aux dispositions de l'art. 1er, c'est-à-dire l'application d'un prélèvement dégressif concernant les dépenses de personnel, c'est-à-dire les rémunérations ayant le caractère d'un traitement du moment que les émoluments nets totaux reçus par l'intéressé à titre de traitement des collectivités publiques sus-indiquées ne dépassent pas un certain plafond dont le taux a été fixé successivement à 10.000 francs par le décret lui-même, à 12.000 francs par la loi de finances du 31 décembre 1935 et à 40.000 francs par la loi du 20 juin 1936.

L'art. 1er du décret-loi n'a subi à l'heure actuelle aucune modification ni abrogation. Il s'ensuit que toutes les sommes reçues par les médecins de collectivités publiques en dehors de l'exécution d'un contrat de louage de services, c'est-à-dire constituant des honoraires et non un traitement, restent passibles du prélèvement de 10 % fixé par cet article. Il en est ainsi notamment des mémoires d'honoraires pour soins donnés aux assistés médicaux gratuits, aux assurés sociaux notoirement indigents ou aux pensionnés de guerre. Dans ces trois cas, en effet, le médecin intéressé n'est nullement au service de l'administration débitrice et donne ses soins dans les mêmes formes et conditions qu'aux clients ordinaires.

Par contre, les rémunérations touchées par les médecins de collectivités publiques à titre de traitement (médecins hospitaliers, médecins de dispensaires, médecins de compagnies de chemins de fer, etc...) ne relèvent que du prélève-

ment dégressif institué par l'art. 2 précité et ne doivent même subir aucun prélèvement si les traitements totaux de l'intéressé sont inférieurs à 8.000 francs en ce qui concerne la période comprise entre le 1er janvier et le 20 juin 1936, et à 12.000 francs depuis cette date. L'administration avait bien contesté l'applicabilité de cet article 2 aux rémunérations destinées à rétribuer les activités accessoires et venant s'ajouter aux revenus d'une profession principale, mais cette thèse a été considérée comme non fondée par la jurisprudence administrative (Conseil de préfecture de Rouen, 21 juin 1936, Conseil de préfecture de Versailles, 18 novembre 1936, Conseil de préfecture de Nantes, 21 janvier 1937), si bien que l'Administration elle-même a été obligée de revenir sur ses instructions antérieures par une Circulaire ministérielle du 8 octobre 1936 (*Journal Officiel*, 9 octobre, page 2644).

Nous vous signalons d'autre part à ce sujet qu'en vertu de la loi budgétaire du 31 décembre 1936, le prélèvement sur les dépenses de personnel, lorsqu'il existe, sera réduit d'un tiers entre le 1er janvier et le 1er juillet 1937 et de deux tiers entre le 1er juillet et le 31 décembre, et sera complètement supprimé à partir de cette date.

---

842. — Application de la loi sur les allocations familiales

Auriez-vous l'amabilité de me dire si actuellement l'adhésion aux Caisses d'allocations familiales est étendue complètement aux situations libérales ?

Jusqu'à présent, le médecin ne devait déclarer que le personnel se rattachant à sa profession.

Est-ce que maintenant les domestiques et gens de maison doivent l'être également, ainsi que tendrait à le faire croire la publicité des Caisses d'allocation.

Dr P.

Réponse

La loi du 11 mars 1932 sur les allocations familiales n'est pas encore applicable à l'heure actuelle aux domestiques et gens de maison. Elle vise par contre les employés des professions médicales et est entrée en vigueur en ce qui les concerne à depuis le 1er janvier 1935.

En ce qui concerne les employés mixtes, c'est-à-dire utilisés à la fois par le médecin pour son service personnel et pour son service professionnel, il y a lieu d'appliquer la règle posée par la réponse ministérielle n° 2021 parue au *Journal Officiel* du 25 janvier 1935.

Aux termes de cette réponse, le médecin qui se trouve dans ce cas est assujetti à la loi du 11 mars 1932 si le domestique qu'il emploie consacre la plus grande partie de son activité

à son service professionnel. Il y a lieu de se référer d'ailleurs à ce sujet à la règle observée par le médecin pour la déclaration de ses bénéfices professionnels. S'il compte sa domestique dans ses dépenses professionnelles pour plus de moitié, il devra en conséquence s'affilier pour elle à une Caisse de compensation et payer à cette Caisse une cotisation sur son salaire annuel. Si par contre les frais de cette domestique entrent pour moins de moitié dans les dépenses déductibles, il n'est assujetti jusqu'à présent à aucune obligation au regard de la loi sur les allocations familiales.

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

761. — Soins aux gendarmes

1° Les gendarmes en activité ont-ils droit d'être soignés au compte de l'article 64, loi du 31 mars 1919, lorsqu'ils sont titulaires d'une pension d'invalidité leur conférant les soins gratuits ?

Comment faut-il interpréter les Circulaires 16.143 K du 3 novembre 1922 (*B. O.*, 1922, 4e trimestre, page 3549) et Circulaire 773 K du 30 janvier 1925, (*B. O.*, 1925, 1er trimestre, page 184). et *B. O.*, 1926 2e trimestre, p. 1460.

2° Je donne mes soins gratuits à la brigade de gendarmerie de X. et à leur famille, j'aimerais en conséquence savoir si je peux me faire rétribuer au compte de l'article 64, en ce qui concerne exclusivement bien entendu les gendarmes pensionnés ;

3° La croix de chevalier du « mérite social », nouvellement créée peut-elle être méritée pour soins gratuits donnés à la gendarmerie ?

Dans quelles conditions cette décoration est-elle accordée aux médecins ?

N'y aurait-il pas lieu de demander aux ministères compétents de récompenser peut-être un peu plus généreusement les médecins qui ont donné des soins gratuits aux gendarmes et à leur famille, ce qui représente quelques visites par an, car les sympathiques représentants de l'autorité publique sont généralement pourvus d'une nombreuse progéniture, et ce, pendant XXX années. Il me paraît que le « mérite social » serait une légitime récompense à ces services gratuits, pour les médecins de campagne, trop souvent oubliés.

Dr X.

Réponse

1° Les Circulaires en question prescrivent que les soins gratuits (art. 64) aux militaires en activité pensionnés doivent être exclusivement assurés à l'aide du personnel et des ressources du Service de santé militaire, par conséquent par des médecins militaires ou par des médecins civils conventionnés. Aucun carnet de soins gratuits ne leur est donc délivré.

Par conséquent, au cas d'une brigade de gen-

darmerie isolée, le médecin civil doit se faire « conventionner » par le Directeur régional du Service de santé : formalités à accomplir par l'intermédiaire du Commandant de la Légion de gendarmerie.

Si, cependant, le médecin civil intéressé soigne gratuitement les gendarmes de cette brigade isolée, la question de la « convention » ne se pose pas ; il suffit à ce médecin de se conformer aux prescriptions réglementaires pour l'établissement des bons de médicaments.

2° Le Mérite Social, institué par le Décret du 25 octobre 1936 n'est pas destiné à récompenser des soins médicaux donnés gratuitement aux gendarmes. Il peut être accordé aux médecins, comme l'étaient précédemment les récompenses de la Mutualité, de la Prévoyance sociale, des Assurances sociales (voir supplément documentaire du *Concours Médical*, novembre 1936, page 3471).

ASSURANCES SOCIALES

11.506. — Assujettissement d'un domestique mixte

J'aurai à monservice, à partir du 1er janvier 1937, en plus d'une bonne à tout faire, un jeune homme de 23 ans qui remplira à la fois les fonctions de chauffeur, pourra à l'occasion s'occuper de mon laboratoire (entretien locaux professionnels et instruments) et qui s'occupera aussi à soigner mon jardin, etc., occupations non-professionnelles.

Ce jeune homme touchera en espèce, 350 francs par mois. Je le nourrirai, et m'occuperai de son entretien matériel (vêtements, etc.) toutefois il couchera chez ses parents.

Je suis évidemment tenu de le déclarer aux Assurances sociales, mais :

1° Sous quelle rubrique dois-je le faire figurer et à combien puis-je évaluer son salaire ?

2° Au point de vue dépenses professionnelles à déduire quand le moment sera venu de mes bénéfices, pour combien un tel employé peut-il figurer ? Est-ce un chiffre forfaitaire, comme les 3.600 francs pour la bonne à tout faire ?

Dr C.

Réponse

Il est évidemment fort utile de déterminer si votre jeune domestique doit être affilié aux Assurances sociales au titre des gens de maison ou comme employé professionnel. Dans le premier cas, en effet, les doubles cotisations ouvrières et patronales le concernant seraient calculées d'après l'article 2, § 14 du décret-loi sur un salaire forfaitaire annuel fixé par arrêté ministériel. Ce salaire s'élève à 6.000 francs par an, pour les hommes, dans les villes de moins de 80.000 habitants ; la double cotisation se monte

alors, pour l'année 1937, à 40 francs par mois, soit 480 francs par an.

Si, par contre, il a la qualité d'employé professionnel, les cotisations le concernant seront calculées sur la base de son salaire réel, c'est-à-dire des rémunérations en espèces que vous lui versez augmentées de la valeur des avantages en nature. Cette valeur est déterminée forfaitairement par un arrêté ministériel du 10 janvier 1936 : la nourriture est évaluée à 64 fr. 50 par mois et les avantages accessoires à 9 francs dans les communes de moins de 5.000 habitants. La rémunération totale mensuelle de votre employé s'élève donc ainsi à 350 francs plus 64 fr. 50 plus 9 francs = 423 fr. 50 ; la double cotisation patronale et ouvrière serait alors de 8 % de 423 fr. 50 = 33 fr. 90.

Vous avez donc tout intérêt à ce que ce jeune homme soit considéré comme professionnel et non comme domestique. Pour déterminer s'il a cette qualité, il y a lieu de rechercher s'il consacre la majeure partie de son activité à votre service professionnel ; c'est, en effet, ce critère qui est appliqué, d'après la doctrine administrative elle-même pour l'application de la loi sur les allocations familiales. D'autre part, si ce domestique a la qualité d'employé professionnel, vous serez fondé à déduire de vos recettes, pour la détermination du bénéfice net imposable, la plus grande partie de ses gages et de ses frais de nourriture et d'entretien ; pour ces frais, vous serez en droit d'en opérer la déduction réelle en les évaluant d'après leur coût effectif et non pas d'après le barême forfaitaire applicable pour le calcul des cotisations des Assurances sociales.

---

744. — Assujettissement d'un salarié intermittent

Je lis dans le *Concours* (n° du 10 janvier, page 127) que sont assurées obligatoirement toutes personnes travaillant à quelque titre et en quelque lieu que ce soit, pour plusieurs employeurs.

J'ai une petite propriété où un bonhomme de 72 ans vient de temps en temps travailler pendant quelques heures. Comme il est mon voisin, il vient, à ses moments perdus, passer tantôt une heure, tantôt davantage et reste parfois des semaines sans travailler pour moi. Il a même fait une crise de rhumatisme qui l'a immobilisé plus d'un an. En un mot, je l'occupe d'une façon des plus irrégulières, et je le paie d'une manière qui ne l'est pas moins, tantôt par espèces, tantôt en lui permettant de se fournir de légumes ou de bois sur ma propriété.

Dois-je, dans ces conditions, le faire inscrire aux Assurances sociales ? Et si oui, comment fixer le taux des cotisations ?

Vous m'obligeriez en me renseignant à ce sujet.

D[r] B.

Réponse

Il est exact que d'après l'art. 1er du décret-loi du 28 octobre 1935 instituant le nouveau régime des Assurances sociales, le champ d'application de l'Assurance obligatoire a été étendu par la définition plus large de ces assurés. D'après cet article, « sont assurés obligatoirement tous les salariés et, d'une façon générale, toutes les personnes de nationalité française de l'un ou l'autre sexe travaillant à quelque titre et en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs ».

Mais, tout d'abord sont exclus de l'assurance obligatoire, les personnes dont le salaire habituel au cours de l'année est inférieur à 1.000 francs. D'autre part, dans certains cas, les formalités de déclaration et d'immatriculation n'incombent pas à l'employeur, mais à l'assuré lui-même.

Il en est ainsi particulièrement d'après l'art. 1er, paragr. 5 pour les salariés occupés par un employeur de manière intermittente, c'est-à-dire, les hommes de journée ou les auxiliaires occupés par quelqu'un de temps à autre.

Puisque tel paraît bien être le cas en l'espèce, vous n'avez aucune obligation à remplir à l'égard des Assurances sociales pour votre domestique et ce dernier n'a même pas à se faire immatriculer aux Assurances sociales, puisqu'il est âgé de plus de 60 ans.

---

152. — 1° Montant de la pension d'invalidité ; 2° Radiation des Assurances sociales.

1° Un de mes malades assuré social tuberculeux ouvert a droit aux soins gratuits (Assurances sociales) durant cinq ans. Il touche par ailleurs (des Assurances sociales) une pension d'invalidité de 800 francs par an. Etant inapte à tout travail, il désirerait savoir s'il peut obtenir des Assurances sociales une augmentation de sa pension annuelle et quelles seraient éventuellement les modalités de la demande?

2° Un assuré social, ouvrier mineur, devient patron d'une petite carrière. La Caisse départementale, sur sa demande, lui fait connaître qu'étant patron il ne peut être inscrit à aucune combinaison des Assurances sociales. Mon client est marié et père de trois enfants dont l'aîné a 14 ans. Peut-il être admis au bénéfice de l'assurance et dans quelles conditions ? Quelle est la marche à suivre pour lui permettre d'obtenir satisfaction ?

Dr T.

Réponse

Les prestations de l'assurance-invalidité sont absolument indépendantes du taux d'incapacité de l'intéressé. Il suffit, pour que ce dernier y ait droit, qu'il soit atteint d'une invalidité égale au moins à 66 %.

Mais le montant de sa rente est calculé d'après

le chiffre des versements qu'il a à son compte et ne saurait par conséquent être augmenté ou diminué si le taux d'invalidité augmente ou diminue dans la limite des deux tiers.

2° Il est exact que l'assuré social qui cesse d'être salarié et perd sa qualité d'assuré obligatoire doit être radié de l'Assurance et ne saurait conserver le bénéfice de la loi. En effet, le nouveau régime institué par le décret-loi du 28 octobre 1935 a supprimé les dispositions de la loi de 1928-1930 relatives à l'assurance facultative.

Votre client ne conservera donc le bénéfice des prestations des Assurances sociales que tant qu'il a à son compte les cotisations requises pendant les périodes de références. Mais il ne peut plus faire aucun versement depuis qu'il a perdu sa qualité d'assuré.

489. — L'acte global KX comporte les soins consécutifs pendant vingt jours

Je vous serais très obligé de bien vouloir me préciser les droits au remboursement d'actes médicaux pour un de mes clients assuré social :

Atteint de luxation compliquée, plaie articulaire palmaire, interphalangienne du pouce, je pratique le 10 novembre 1936, une réduction sanglante tarifée CHI K. 10 ; je vois ce malade chaque jour (consultation les 11, 13, 14, 15) ; le 16 novembre des complications infectieuses (arthrite suppurée) m'obligent à pratiquer sous anesthésie générale une arthrotomie CHI K 10 ; je revois ce blessé quelques fois : immobilisation plâtrée.

Le 1er décembre, l'extension de l'infection m'oblige à pratiquer sous anesthésie générale, une amputation du pouce CHI K 20.

Pansement quotidien, puis bi-quotidien jusqu'au 30 décembre.

La Caisse d'Assurances sociales a remboursé à l'assuré, les interventions, mais aucune des consultations faites entre les actes chirurgicaux des 10 novembre, 16 novembre et 1er décembre, non plus que les consultations comprises entre le 1er et le 20 décembre (le K.20 précise-t-elle comprenant les soins pour les vingt jours consécutifs).

Dr B.

Réponse

Le prix global (marqué Kx d'après la Nomenclature générale et dont la *valeur* varie suivant celle de K dans chaque département) comporte la rémunération des aides et les soins consécutifs pendant une durée maxima de vingt jours. Le médecin spécialisé après la mention portée sur la feuille du jour de l'intervention n'a aucune signature à donner pour les soins qui suivent jusqu'à l'expiration des vingt jours » (voir « Nomenclature générale » explications, page VI).

L'assuré n'avait donc pas à réclamer à la

Caisse les consultations faites entre les actes chirurgicaux, lesquelles n'avaient d'ailleurs pas à être mentionnées, dans ce but, par vous.

Dr F. DECOURT.

11.400. — Droit d'un assuré venant d'être radié, aux prestations de l'assurance-maladie

Je vous serais très obligé, si vous pouvez me donner à la question suivante une « réponse précise » !

Un de mes clients, employé d'une laiterie fait partie des Assurances sociales, paiements en règle depuis plusieurs années.

Au 15 octobre dernier, il prend une tournée de ramassage de lait à son compte et, par conséquent, directeur de la laiterie, cesse à cette date les versements aux Assurances sociales ; lui-même aurait dû continuer à verser pour son propre compte.

Le 8 novembre, sa fille âgée de 14 ans atteinte d'une crise d'appendicite aiguë est opérée.

Mon client a-t-il droit pour sa fille aux prestations des Assurances sociales ? Dr S.

Réponse

D'après l'art. 6 § 1er du décret-loi du 28 octobre 1935 instituant le nouveau régime des Assurances sociales, l'assurance-maladie couvre les frais de médecine générale et spéciale et les frais d'interventions chirurgicales nécessaires pour l'assuré, son conjoint et les enfants à la charge de l'un d'eux, c'est-à-dire âgés de moins de 16 ans et non salariés.

D'autre part, d'après l'art. 7 § 2, pour avoir droit ou ouvrir droit aux prestations en nature et en espèce, l'assurés devra avoir subi, par précompte sur son salaire, une retenue au moins égale à 30 francs pendant les deux derniers trimestres civils précédant celui de la maladie ou l'accident, ou, s'il ne remplit pas ces conditions, d'au moins 60 francs pendant les quatre trimestres civils précédents.

Si donc votre client a rempli les conditions légales de cotisations durant les second et troisième trimestres 1936 ou durant les premiers, deuxième, troisième de 1936 et quatrième de 1935, il est indubitablement en droit de prétendre aux prestations en nature de l'assurance maladie pour l'opération concernant sa fille, encore bien qu'il ait perdu depuis le 15 octobre, la qualité d'assuré obligatoire. Il est en effet reconnu par l'Administration elle-même que le droit aux prestations subsiste même en cas de radiation de l'assurance, tant que les conditions de cotisations requises par la loi se trouvent remplies. Au cas où la Caisse d'assurances sociales opposerait un refus injustifié, il y aurait donc lieu de la poursuivre devant la Commission d'arrondissement de son siège, par lettre recommandée adressée au Président de la Commission,

dans les dix jours de la réception de la décision de refus.

Mais votre client ne peut plus conserver, pour l'avenir, le bénéfice du régime des assurances sociales. En effet, le décret-loi du 28 octobre 1935 a supprimé l'assurance facultative. Celle-ci ne subsiste plus que pour les assurés sociaux agricoles définis par l'art. 14 du décret-loi du 30 octobre 1935. Aux termes de cet article l'assurance facultative ne peut concerner que les propriétaires exploitants, les fermiers, les métayers, les petits exploitants ruraux visés à l'art. 9 du décret du 9 février 1921, sousréserve qu'ils n'emploient pas plus de deux ouvriers d'une façon permanente, les entrepreneurs de battage, et de travaux agricoles et les membres de la famille de l'exploitant agricole. Il est en outre nécessaire que le produit annuel du travail des intéressés n'excède pas le taux de 21.000 francs (25.000 en cas de charges de famille.)

---

714. — Action des assurés sociaux pour le remboursement des prestations

Quel recours un assuré social peut-il avoir contre une Caisse qui ne le règle pas ?

J'ai des malades de cette Caisse qui attendent (quoiqu'en règle), le règlement de leurs prestations, demi-salaire, etc., depuis quatre mois et plus ?

Avec quoi peuvent-ils vivre et avancer l'argent pour leurs médicaments et leur frais médicaux ?

En résumé : à un malade en règle pour ses cotisations, la Caisse doit lui payer ses prestations tous les combien ?

Devant quelle juridiction la conduire pour obtenir satisfaction légale ? Dr P.

Réponse

Les assurés sociaux ne sont nuellement dénués de moyens de recours à l'égard de leur Caisse lorsque celle-ci retarde sans cause le règlement des prestations qui leur sont dues.

Pour obtenir satisfaction, l'assuré doit mettre en demeure la Caisse par lettre recommandée avec avis de réception, d'avoir à lui verser les sommes qui lui sont dues.

Dans les dix jours de la réception d'une décision de refus ou en cas de non réponse après l'expiration d'un délai de deux mois, l'assuré doit saisir la Commission d'arrondissement du siège de sa Caisse par lettre recommandée adressée au Juge de paix, président, au Greffe du Tribunal civil.

Nous attirons tout particulièrement votre attention sur l'observation du délai de dix jours qui est prescrit par la loi à peine de forclusion.

Lorsque l'assuré aura obtenu de la Commission d'arrondissement une décision ayant force exécutoire, la Caisse ne pourra faire autrement que

de payer. Au cas où elle ne le ferait pas de bon gré, il serait possible d'exercer contre elle des voies d'exécution de droit commun puisque les Caisses d'Assurances sociales sont, d'après la jurisprudence, des personnes privées ordinaires.

La périodicité des versements d'indemnité journalière n'a pas été fixée par la loi. Mais celle-ci s'exprime de la manière suivante : « si l'assuré malade ne peut, d'après attestation médicale, continuer ou reprendre le travail, il a droit dès le sixième jour qui suit le début de la maladie, à une indemnité par jour ouvrable ». Par conséquent, l'assuré est en droit théoriquement d'exiger ces versements au bout de n'importe quelle période de temps à partir de l'expiration du délai de carence.

---

806. — Valeur de l'acquit des prestations d'assurance-maladie

Radiographe spécialisé : j'ai eu à examiner la femme d'un assuré social pour l'estomac et le duodénum en série. Et l'assuré m'a réglé mes honoraires, soit pour ces deux actes la somme de 400 francs. Je lui ai signé correctement sa feuille Assurances sociales de soins spéciaux. Il prétend que la Caisse d'Assurances sociales en plus de cette feuille spéciale exige un reçu en plus sur papier ordinaire. Cela est-il normal ? Dois-je lui délivrer ce reçu ? Je lui ai signé régulièrement sa feuille d'Assurances en indiquant le règlement de K 10 + K.16 = K 26

Jusqu'ici, je n'ai pas voulu faire de reçu spécial, puisque je lui avais signé sa feuille de soins spéciaux certifiant le paiement.

Dr M.

Réponse

Si vous avez indiqué par votre signature sur la feuille de maladie que vous avez reçu le montant de vos honoraires, la Caisse d'assurances sociales doit verser à son assuré la somme prévue par son tarif de responsabilité pour l'acte médical que vous avez accompli et n'est nullement fondée à exiger que cet assuré produise en outre un reçu de vos honoraires.

Ce reçu ne serait utile qu'au cas où vous auriez demandé à votre client comme honoraires une somme inférieure au tarif de responsabilité de sa Caisse. En effet, il est nécessaire, en ce cas, que la Caisse connaisse ce qui a été effectivement déboursé par l'assuré afin qu'elle puisse limiter à ce chiffre le montant de son remboursement et éviter que l'assuré n'effectue un bénéfice dans l'opération.

Dans ce cas, en vertu de l'art. 10 du règlement d'administration publique du 19 mars 1936 le remboursement n'intervient que si le médecin traitant, légalement qualifié à cet effet, a délivré à l'assuré un reçu d'honoraires indiquant la date, la nature et le prix des soins administrés.

Cinquante-neuvième année N° 9 28 Février 1937

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE



Partie Professionnelle

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	60 fr.	Belgique et Luxembourg...	70 fr.
Etudiants	35 fr.	Première Zone	85 fr.
Le Numéro	1.25	Deuxième Zone	110 fr.

Demi-Colonnes

Renseignements

AVIS

Envoi de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — ***Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)***

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du **CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.***

Nº 48. — Paris, quart. populeux, dispensaire libre l'après-midi, conviendrait à spécialiste, sauf accid. travail. Très faible indemnité.

Nº 49. — Dr et sa femme aimant beaucoup les enfants, prendraient pensionn. enfant après 4,5 ans, année entière, dont plus. mois campagne.

Nº 50. — A louer gr. propriété au-dessus baie Mt St-Michel, 21 p., communs, parc 2 ha, potager, verger, climat. except. 800 m. mer. Conviendr. à préventor. maison repos, colonie vacances, etc. S'ad. 2, rue Marcel Renault (17e) et chez Mr. Grenet, rue des Moulins, Granville (Manche).

Nº 51. — Sud Bretagne. A céder poste agréab., chiffre moyen, suscept. augmentat., maison tout confort, loyer intéress.

Nº 52. — Station hydromin. du Centre, très connue, méd. céder. client., situat, ancienne et import., location villa meublée suivant désir. On présenter. correspond.

Nº 53. — Veuve, sœur de méd., baccalauréats, ayant fait stage bactériologie et pharmacie, habitant Côte d'Azur et ayant relations dans milieu médical, demande représentat. pour le Sud-Est d'une spécialité pharmac. Déjà sous-agent d'un laborat.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet BREITEL & GORET

1, rue Dante, Paris (5e). Tél. : Odéon 36-46

Paris. Quartier central et commerçant. Belle client. tenue 30 ans par cédant, appart. 5 p. Conditions intéressantes.

Sud-est. Gros centre, très import. cabinet (gros chiffre touché) habitat. très confort. Indemnité avantag. à déb. vu l'urgence.

Ville grande banlieue. Méd. gle, grosse partie consultations, petit loyer. Belle maison. Prix à débattre.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.** *Elections.*— M. TRILLAT est élu membre libre de l'Académie.

MM. VERHOOGEN, de Bruxelles, et GIORDANO, de Venise, sont élus correspondants étrangers dans la deuxième division (*chirurgie et spécialités chirurgicales*).

— **Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris.** — M. SOULIÉ, médecin des hôpitaux de Paris, fera le dimanche 14 mars 1937, à 10 heures, au Petit amphithéâtre de la Faculté de médecine, une conférence sur : *Cœur et corps thyroïde.*

— **Association générale des médecins de France.** — Le Docteur CHRISTEN, de Versailles, Chevalier de la Légion d'honneur, décédé le 30 novembre 1936, a légué une somme de 25.000 francs en faveur des confrères âgés et des veuves et orphelins secourus par l'Association. Ceux-ci ne manqueront pas d'apprécier la délicatesse de ce geste d'un généreux et regretté confrère qui a bien voulu se souvenir du rôle d'assistance de l'Association générale des médecins de France.

— **Faculté de médecine de Paris.** — *Cours de perfectionnement de gynécologie.* — Un cours de perfectionnement de gynécologie aura lieu à l'hôpital Broca (111, rue Broca), sous la direction du Professeur Pierre MOCQUOT, du 8 mars au 20 mars 1937. Droit : 200 francs. S'adresser au secrétariat de la Faculté les lundis, mercredis, vendredis de 14 à 16 heures.

— **Clinique médicale thérapeutique de la Pitié.** — Une série de dix conférences sur les thérapeutiques nouvelles sera faite à l'amphithéâtre des cours de l'hôpital de la Pitié, le dimanche à 10 h. 30. Ces conférences sont libres.

Première conférence le 7 mars. M. le Prof. Rathery : La thérapeutique insulinique dans le diabète sucré.

— **Hôpital de la Pitié.** — *Cours pratique de sympathologie clinique.* — Le Professeur Laignel-Lavastine, avec la collaboration de MM. Rosenthal, Delherm, Pasteur Valléry-Radot, Alajouanine, Paul Chevallier, Tinel, Bailliart, Justin-Besançon, Gallot, Vinchon, Largeau, Fay, G. d'Heucqueville, Mme Michel Gaultier, MM. Sambron, Nouaille et Fischer, commencera le lundi 1er mars 1937 à 10 heures, à la Pitié, service 4, un cours pratique sur les Actualités sympathologiques, en dix leçons avec présentation de malades et exercices de laboratoire.

Ce cours, fait les lundis, mercredis et samedis à 10 heures, comprendra une introduction anatomo-physiologique par M. Laignel-Lavastine, une conférence et des exercices de laboratoire.

ORDRE DES LEÇONS. — Lundi 1er mars, M. LAIGNEL-LAVASTINE : Anatomo-physiologie du sympathique (avec projections). — Mercredi 3 mars, M. TINEL : Circulation cérébrale. — Samedi 6 mars, M. BAILLIART : Circulation rétinienne. — Lundi 8 mars, M. PASTEUR VALLÉRY RADOT : Migraine. — Mercredi 10 mars, M. ALAJOUANINE : Arthropathies. — Jeudi 11 mars, M. Paul CHEVALLIER : Urticaire. — Samedi 13 mars, M. ROSENTHAL : Sympathique des tuberculeux. — Lundi 15 mars, M. JUSTIN-BEZANÇON : Corps sympathomimétiques. — Mercredi 17 mars : M. DELHERM : Physiothérapie des sympathalgies. — Samedi 20 mars, M. LAIGNEL-LAVASTINE : Actualités sympathologiques.

— **Ecole de médecine de Limoges.** — Par arrêté de M. le ministre de l'Education nationale en date du 4 janvier 1937, M. le Docteur G. LORY est nommé professeur de pathologie médicale et de médecine expérimentale à l'Ecole de médecine de Limoges.

Nous prions M. le Professeur Lory d'agréer nos plus sincères félicitations.

— **Ecole de médecine de Rouen.** — Le Docteur NÉE vient d'être nommé directeur de l'Ecole de médecine de Rouen, en remplacement du Docteur HALIPRÉ, admis à la retraite. Le nouveau directeur de l'Ecole de Rouen jouit d'une grande et légitime réputation parmi nos confrères rouennais et nous sommes heureux de lui adresser les plus sincères félicitations du *Concours Médical*.

— **L'A. D. R. M.** apprend la mort du Professeur Frank SMITHIES (de Chicago), directeur de l'*American Journal of digestive diseases and Nutrition*. Le Professeur Smithies était de ceux qui cherchaient à faire connaître en Amérique les travaux français. Il avait fondé aux Etats-Unis une filiale de l'A. D. R. M.

— **Conseil général des Sociétés médicales d'arrondissement de Paris et de la Seine.** — Le *bureau pour* 1937 est ainsi constitué : président, M. Bourguignon ; 1er vice-président, M. d'Ayrenx ; 2e vice-président, M. Sénéchal ; secrétaire général, M. Grimbert ; secrétaire général adjoint, M. Lebègue ; trésorier, M. Stuhl ; secrétaires annuels : MM. Bruder et Schwob.

— **Hopital-hospice d'Argenteuil.** *Internat.* — Un concours pour la nomination de six internes titulaires et six internes provisoires aura lieu à l'hôpital d'Argenteuil, le 20 avril.

Pour les inscriptions et renseignements, s'adresser au directeur de l'hôpital.

— **Ministère des pensions.** *Postes vacants.* — Le Docteur M. Sureau, secrétaire général de la Commission spéciale de classement des médecins, pharmaciens, dentistes, vétérinaires, bénéficiaires de la loi du 12 août 1933, porte à la connaissance des confrères que les postes suivants sont déclarés vacants :

Médecin du personnel des dépôts d'étalons de Saintes et Compiègne ;

Vétérinaires à l'abonnement aux dépôts d'étalons de Lamballe, Pau et Rosières-aux-Salines.

— **Association française des femmes médecins.** — La prochaine réunion se tiendra le jeudi 11 mars, à 17 heures, 4, rue de Chevreuse, Paris (VIe)

Pour tous renseignements, s'adresser à la secrétaire générale, Mlle Sérin, 11, boulevard de Port-Royal, Paris (XII e).

—**Association professionnelle des journalistes médicaux français.** — Au cours de sa récente assemblée générale l'Association a constitué comme suit son bureau pour 1937 : président, M. Paul Boudin ; vice-présidents, MM. J. de Fourmestraux (de Chartres) et O'Followell ; secrétaire : MM. Albert Garrigues ; secrétaire adjoint, M. Pierre Labignette ; trésorier, M. Lucien Mathé ; membres du Conseil d'administration, MM. O. Béliard, J. Crouzat, J. Minet (de Lille), R. Molinéry.

—**Caisse mutuelle de retraites des journalistes médicaux français.** — Le bureau est constitué comme suit pour 1937 : président, M. Molinéry ; vice-président, M. R. Jodin ; secrétaire, M. Pierre Labignette ; secrétaire adjoint, M. R. Lehmann ; trésorier, M. Albert Garrigues ; administrateurs, MM. J. Crouzat, J. Minet, M. Poumailloux.

A TRAVERS L'OFFICIEL

9 FÉVRIER

Assistance médicale gratuite

Loi du 7 février 1937 tendant à compléter la loi du 15 juillet 1893 instituant l'Assistance médicale gratuite obligatoire

Art. 1er. — L'article 3 de la loi du 15 juillet 1893 sur l'Assistance gratuite obligatoire est complété comme il suit :

« La durée de l'hospitalisation ordonnée en vertu de ce certificat et ouvrant le droit au remboursement des frais de journée ne pourra excéder trois mois. Passé ce délai, si la maladie nécessite une prolongation de séjour dans l'établissement, cette prolongation ne pourra être ordonnée pour une nouvelle période de trois mois que sur production d'un nouveau certificat médical indiquant expressément que la maladie de l'intéressé est curable et ne relève pas d'un autre mode d'assistance (lois du 14 juillet 1905 ou du 7 septembre 1919). Ce nouveau certificat devra être contresigné par le maire de la commune ou le préfet du département du domicile de secours. »

Art. 2. — L'article 21 de la loi du 15 juillet 1893 est complété ainsi qu'il suit :

« Le recours contre la collectivité du domicile de secours devra être exercé dans un délai maximum de deux mois à dater du jour de l'hospitalisation du malade. Passé ce délai, le recours ne sera plus recevable et les frais resteront à la charge du département d'hospitalisation. »

Art. 3. — La première phrase de l'article 21 de la loi du 15 juillet 1893 est complétée comme suit :

« Toutefois, s'il s'agit d'un accident survenu sur la voie publique, les frais sont remboursés par le département, même si le traitement n'a pas duré dix jours. »

11 FÉVRIER

Service de santé militaire

Par décision du 5 février 1937, et par application des articles 23 et 45 de la loi du 8 janvier 1925 sur l'organisation des cadres des réserves de l'armée de terre :

Wallet, médec. capit. rés., rayé cadres, est placé dans la position d'offic. honor., à compter du jour de sa radiation des cadres.

Exercice de la médecine aux Colonies

Décret du 7 février 1937 relatif à l'exercice de la médecine payante par les médecins fonctionnaires

Art. 1er. — Les médecins militaires et civils appartenant à des cadres régis par décret, en service en Afrique occidentale française, reçoivent, lorsqu'ils sont appelés à donner leurs soins en cession pour le compte de l'Administration, à une clientèle payante, conformément aux règlements en vigueur, les allocations prévues en pareil cas pour les médecins fonctionnaires des cadres locaux.

Art. 2. — Le ministre des Colonies est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié aux *Journaux officiels* de la République française et de l'Afrique occidentale française et inséré au *Bulletin officiel* du ministère des Colonies.

12 FÉVRIER

Médecine coloniale

Art. 1er. — Est nommé membre de la Commission consultative de la lèpre aux Colonies, par application de l'article 3 de l'arrêté du 24 septembre 1931 :

M. le Docteur Charles Flandin, médecin des hôpitaux.

14 FÉVRIER

Sanatoriums publics

Ont été nommés : M. le Docteur Corre, médecin adjoint au Sanatorium d'Helfaut (Pas-de-Calais) ; Mme le Docteur Rasse-Calvet, médecin adjoint au

Sanatorium Etienne-Clementel, à Saint-Jean-d'en-Haut (Puy-de-Dôme), et Mlle le Docteur Roudière, médecin adjoint au Sanatorium de Nouvielle, à Bretagne (Landes).

Assistance sociale

Circulaire du 10 février relative à la mise en vigueur du décret du 30 octobre 1935 prévoyant l'unification et la simplification des barèmes en vigueur pour la répartition des dépenses des lois d'assistance.

Cette Circulaire sera publiée ultérieurement.

La Ligue médicale de Défense professionnelle « Le Sou Médical » a deux objets principaux :

1° Tout d'abord elle garantit ses membres contre les risques de responsabilité professionnelle à concurrence d'une somme de 100.000 francs. Et cette garantie est portée à 500.000 francs pour ceux d'entre eux qui sont en même temps abonnés au *Concours Médical.*

2° En outre, elle leur donne conseils et soutien dans toutes les difficultés et les procès d'ordre professionnel.



Une baisse de prix sur NOTRE CROISIÈRE MÉDICALE DE PAQUES

Nous sommes heureux de pouvoir signaler à nos lecteurs que notre Bureau de Tourisme, ayant pu conclure des arrangements qui lui ont permis de se procurer des dinars yougoslaves à un cours inférieur à celui du change, le prix de notre croisière subira une baisse sensible.

Il est impossible de publier pour le moment une table donnant les prix nouveaux des cabines et des excursions, mais d'ores et déjà, nous pouvons indiquer qu'une réduction variant de 10 à 15 %, suivant les cabines et les excursions, sera consentie à nos lecteurs.

Rappelons que notre croisière aura lieu sur le *Reine-Marie*, un paquebot de 17.000 tonnes, la plus belle unité yougoslave, en Adriatique et Méditerranée orientale. Escales à Split (palais de Dioclétien), Corfou, Athènes, Istambul, Rhodes, Beyrouth (ruines romaines de Balbeck et Damas), Alexandrie (Le Caire et les Pyramides) et Dubrovnik, l'ancienne Raguse. Le départ aura lieu de Paris le 18 mars, et le retour le 12 avril.

Renseignements à notre Bureau de Tourisme, 37, rue de Bellefond, Tél. Trudaine 33-66.

MÉDECINE ET FAMILLE

L'Association des familles nombreuses médicales, groupement d'études et d'action pour la famille et la natalité ouvert à tous les médecins de France et d'Outre-Mer, quelle que soit leur situation de famille (siège social : 84, rue de Lille, Paris-VIIe) nous communique l'appel qu'il va adresser à tous les amis de la famille, appel auquel nous souscrivons de tout cœur :

Il est superflu de rappeler à des médecins le déclin de la Famille et de la Natalité. Mieux que d'autres, ils connaissent la nature et la gravité du mal. Ils savent la menace qui pèse, de ce fait, sur notre race et notre civilisation.

A l'heure où les Nations ébranlées se débattent douloureusement dans l'enfantement d'un ordre nouveau, où les Etats inquiets cherchent sur quelles forces s'établira leur puissance, il importe de demander si l'on songe en France à maintenir la Famille, matrice de l'ordre et source du nombre. Il convient de se demander si la famille féconde pourra trouver dans les conditions nouvelles un climat moral et des ressources économiques pour subsister et s'épanouir.

Beaucoup d'entre nous ont pensé qu'au sein même du Corps médical, il y avait un devoir social à accomplir dans ce sens, autant pour l'orientation des idées que pour l'action pratique à réaliser. Et il a semblé possible de créer un organisme capable de s'adresser à tous les confrères, quelle que soit leur propre situation, qui comprennent qu'il faut aujourd'hui se prononcer *pour ou contre la Famille*.

Nous cherchons, dans ce but, le concours de tous les hommes de bonne volonté. La défense de la famille n'appartient pas en propre ou exclusivement à ceux qui sont pourvus d'une famille nombreuse. Il est nécessaire d'appeler à cette œuvre de salut public, tous ceux qui ont l'esprit familial, tous ceux qui respectent l'institution familiale menacée, tous ceux qui estiment opportun de favoriser la natalité compromise et qui comprennent qu'il faut aider et honorer la famille nombreuse.

Plutôt que de laisser aux seules familles nombreuses le soin de se poser en élite de la Société et créancières de la Nation, afin de taxer les autres familles, plutôt que de compter sur les familles nombreuses pour aider les familles nombreuses, il convient de permettre à tous ceux, hommes et femmes qui n'ont pas eu les joies mais non plus les charges de la famille, de manifester leur estime pour la fécondité et de tendre la main aux familles trop chargées. Car il s'agit d'une cause commune en faveur de laquelle tous doivent se sentir engagés.

S'il y a une justice à rétablir en faveur des

familles nombreuses trop délaissées, il y a aussi une injustice à éviter vis-à-vis des familles inféccondes qui ne méritent pas indistinctement l'accusation d'égoïsme et dont la disgrâce est parfois profondément digne de respect ou de pitié.

Il est difficile de se faire juge des situations particulières, quand on ignore quelles furent les causes intimes de l'infécondité. Pour beaucoup ce fut la nécessité économique d'un mariage tardif. Quelques-uns même ont cru sincèrement avoir des raisons très dignes de ne pas fonder un foyer et sont victimes d'une scrupuleuse honnêteté. Certains, malgré leur goût vif pour la famille, ont rencontré au foyer la maladie et la stérilité. D'autres ont dû regretter trop tard les conséquences lointaines d'une erreur de jeunesse. Ou bien, dans leur ménage, ne s'est pas révélé un égal désir de la fécondité, parfois pour des considérations sincères. Même pour ceux qui n'ont pas compris, ou ont compris trop tard, le devoir conjugal ou les joies d'un foyer peuplé, nous n'avons pas à connaître leurs mobiles intimes et à juger les raisons profondes de leur attitude. Mais il nous appartient d'offrir à tous le moyen de faire un geste en faveur de ceux à qui fut réservée, en fait, la charge de la fécondité.

Ainsi, chacun pourra trouver sa juste place. Telle femme désolément stérile, mais gardant amèrement la nostalgie de la maternité, trouvera une sorte de consolation en se penchant vers les enfants des autres. Il en est à qui, de la sorte, s'est révélée une véritable vocation et qui ont trouvé à leur vie manquée un sens transcendant.

Pour le moins, tel ménage délibérément infécond estimera juste et nécessaire de réparer, dans une large mesure, une situation dont l'inégalité pourrait lui être un reproche et de rétablir un peu la justice en donnant généreusement à l'œuvre commune.

Il ne peut s'agir d'indemniser la maternité. La fécondité doit rester une charge et un honneur. Mais le poids ne doit pas être rendu trop lourd du fait des situations voisines trop facilement allégées.

L'inégalité des charges familiales s'accusant aujourd'hui de plus en plus, un jour on arrivera à comprendre qu'une certaine compensation est légitime et nécessaire entre ceux qui ont et ceux qui n'ont pas d'enfants, qui en ont peu ou beaucoup. Il serait sans doute élégant de le faire dès aujourd'hui, de bon gré et avec mesure.

Aucune homme, aucun ménage, quelles que soient ses facultés, ne peut se dérober devant le problème de la péréquation interfamiliale, ni devant celui de la perpétuité de la race et du maintien de la population, à quoi tout citoyen a le devoir de contribuer.

Si une ère nouvelle doit s'ouvrir, où s'instituera un droit familial et s'imposera une politi-

que de la maternité, cela peut être introduit librement dans les mœurs par le bon vouloir de tous, plutôt qu'imposé par la volonté du législateur.

Le Français, le médecin plus encore, s'il se montre peu docile à la coercition, est enclin plus volontiers aux gestes spontanés d'une libre générosité. Nous pouvons attendre d'une profession, jalouse de sa liberté et consciente de son rôle d'exemple, qu'elle saura d'elle-même et largement apporter des solutions libérales aux problèmes de la famille.

Le Corps médical, cette grande famille, a su, dans le passé, maintenir une tradition touchante d'affectueuse entr'aide. Il n'a pas attendu les lois pour prendre conscience de la solidarité professionnelle : il ne les attendra pas pour comprendre les problèmes nouveaux que pose la situation nouvelle de la famille.

Nous faisons appel à tous ceux qui, pourvus ou non de charges de famille, comprennent qu'à cette heure, il faut relever en France cette force sociale qu'est la famille devant l'Etat et, par conséquent, favoriser son développement. Nous les convions tous à constituer dans ce but une puissante Union médicale des Amis de la Famille. C'est ce que se propose notre groupe « Médecine et Famille ».

Nous demandons surtout aujourd'hui des noms : des noms d'avant-garde.

Une proposition aussi originale que rationnelle

Le Docteur J. Rémon-Beauvais (de Domfront) nous écrit :

Mon cher Confrère,

Il m'est venu à l'esprit une idée sans doute saugrenue. La voici :

Le médecin ouvrier intellectuel, a autant besoin de vacances que les autres ouvriers.

Ses frais de vacances sont payés par sa propre caisse, au lieu de l'être par la caisse du patron.

Le médecin ne pourrait-il pas mettre dans ses dépenses professionnelles (en faisant sa déclaration pour l'impôt général sur le revenu) quinze jours de vacances à raison par exemple de 50 francs par jour ?

Veuillez agréer, mon cher Confrère, l'assurance de mes meilleurs sentiments confraternels.

Dr Rémon-Beauvais.

Nous craignons fort que MM. les Contrôleurs des Finances ne partagent pas l'opinion de notre confrère.

Voir la suite page LI-653

PROPOS DU JOUR

DE LA NÉCESSITÉ D'INTENSIFIER LES RELATIONS MÉDICALES FRANÇAISES AVEC LES AUTRES NATIONS

Dans notre numéro du 7 février, nous avons publié une lettre du Docteur Blanc, de Pézenas, constatant que le nombre des étudiants en médecine diminuait :

Cette constatation n'est pas parfaitement exacte, elle nous a valu la lettre suivante de M. le Professeur Hartmann, président de l'A. D. R. M. :

Mon cher Ami,

Dans votre dernier Propos du jour, je lis sous la plume de notre honoré confrère le Docteur Blanc, qu'il y a un progrès au point de vue de la pléthore médicale : « Le nombre des étudiants en médecine diminue, » écrit-il. C'est vrai au point de vue absolu, mais pas à celui qui nous intéresse, ainsi que je l'ai établi à l'Assemblée générale de l'A. D. R. M. il y a une dizaine de jours. En novembre dernier, 1936, il s'est inscrit à la Faculté 463 étudiants français au lieu de 423 en novembre 1935, leur nombre a donc augmenté. S'il y a une diminution et une diminution considérable du nombre global des étudiants, c'est que les étrangers, venant s'inscrire uniquement pour faire leurs études et repartir ensuite dans leur pays, ont presque entièrement disparu de notre Faculté : sept seulement se sont fait inscrire cette année pour le diplôme universitaire ; il y a bien vingt-deux autres étrangers, mais ils se sont inscrits en vue du diplôme d'Etat, avec l'idée, par conséquent, de se faire naturaliser et de s'établir chez nous. Le nombre des futurs praticiens dans notre pays ne semble donc pas devoir diminuer, mais plutôt augmenter.

Les constatations du Professeur Hartmann, constatations officielles, sont malheureusement exactes ; les étudiants en médecine étrangers s'éloignent de la France et cela au grand préjudice du rayonnement scientifique et moral de notre pays. Nous croyons intéressant de reproduire le passage du rapport moral sur le fonctionnement de l'*Association pour le développement des relations médicales*, lu par M. Hartmann, à l'Assemblée générale, passage ayant trait au *Mouvement de la population scolaire* :

L'an dernier, je vous ai apporté, pour une période décennale, le mouvement des étudiants dans notre Faculté, je vous ai montré que le nombre des étudiants étrangers venant à Paris prendre leur première inscription de médecine, après avoir été en augmentant jusqu'en 1929, avait constamment diminué depuis cette époque, 293, 257, 256, 175, 107, 94 enfin 71 en 1935. Alors que le nombre des étudiants français commençant leur médecine s'est accru cette année, 463 à la rentrée de novembre 1936 au lieu de 423 à celle de novembre 1935, celui des étudiants étrangers a continué à diminuer, 31 seulement au lieu de 71. De plus, sur ces 31, 22 se sont inscrits pour le diplôme d'Etat, 9 seulement pour le diplôme universitaire. C'est la première fois que nous voyons le nombre des étrangers s'inscrivant pour le diplôme universitaire être inférieur à celui de ceux s'inscrivant pour le diplôme d'Etat. L'an dernier nous avions encore 44 inscriptions pour le diplôme universitaire, 27 seulement pour le diplôme d'Etat.

	1929	1935	1936
Diplôme universitaire........	144	44	9
Diplôme d'Etat	36	27	22 (1)

Le relevé global des étudiants de notre Faculté, comprenant non seulement ceux inscrits à Paris depuis le début de leurs études, mais aussi ceux ayant accompli la plus grande partie de leur scolarité dans une école secondaire ou de plein exercice, venant simplement terminer leurs études à Paris, était en 1935 de 5.353 Français et de 2.204 étrangers; en 1936 il est de 5.423 Français et de 1.648 étrangers, soit pour les Français une augmentation de 70, pour les étrangers une diminution de 556.

Nous avons perdu presque tous les étudiants qui, venant s'instruire chez nous, repartaient dans leur pays et y faisaient aimer la France ; nous n'avons conservé que ceux qui espèrent pouvoir un jour pratiquer dans notre pays.

Cet examen du mouvement scolaire dans notre Faculté est attristant. Les causes en sont multiples. La crise économique, les restrictions apportées à l'exportation des devises ont, croyons-nous, joué le rôle principal. Les manifestations contre les étrangers, les mesures vexatoires, prises dans certaines circonstances, ont aussi contribué à éloigner les étudiants qui, auparavant, venaient chez nous. Il y a encore, croyons-nous, d'autres raisons. Les ressortissants de l'Amérique du Sud entraient autrefois, pour une large part, dans notre population scolaire. C'est qu'autrefois, il y a une quarantaine d'années, il

(1) Nous avons dans cette statistique laissé de côté les étudiants roumains qui jouissaient d'un privilège aujourd'hui supprimé. Les Roumains venaient presque tous pour s'installer en France. Au point de vue de l'expansion de nos idées à l'étranger, leur disparition n'est donc pas une perte. Il nous est venu cette année, des colonies ou des pays de protectorat, 12 étudiants, 1 Cochinchinois inscrit pour le diplôme universitaire, 8 Tunisiens, 1 Malgache, 1 Marocain, 1 Syrien, inscrits en vue du diplôme d'Etat.

n'existait dans ces pays presque rien au point de vue médical ; aujourd'hui, comme nous avons pu le constater en Argentine, en Uruguay et au Brésil, on a édifié de magnifiques hôpitaux avec des laboratoires luxueusement installés, on y trouve des chirurgiens et des médecins excellents. Laboratoires et hôpitaux sont même richement dotés, alors que nous manquons souvent du nécessaire. Disons cependant que dans ces derniers temps, un effort à été fait chez nous. La Cité universitaire, l'Institut du cancer de Villejuif, le nouveau Beaujon, l'hôpital en construction, annexe de l'Institut Curie, la nouvelle Ecole pratique de la Faculté dont on commence en ce moment les fondations, les améliorations que l'on va apporter aux cliniques, vont nous mettre en état de soutenir la comparaison avec les établissements modernes de l'étranger. Arriverons-nous à retrouver notre ancienne clientèle ? C'est douteux ; il est toujours difficile de ramener un courant qui s'est détourné. L'internat autrefois attirait chez nous beaucoup d'étrangers qui repartaient dans leur pays et y devenaient chefs de service ou professeurs, contribuant ainsi à l'expansion de la France. On en voit encore quelques-uns chaque année, mais en bien petit nombre : en 1930, 7 sur 91 internes ; en 1931, 4 sur 86 ; en 1932, 8 sur 108 ; en 1933, 7 sur 91 ; en1934, 4 sur 84 ; en 1935, 7 sur 87, proportion minime malheureusement et qui va probablement diminuer encore dans les années ultérieures. La promotion de 1935 correspond à des étudiants ayant commencé leur médecine en 1929-1930, époque où le nombre des étrangers était chez nous au maximum ; ce nombre allant, depuis cette époque, en diminuant d'année en année, il est à craindre que le nombre des internes étrangers aille parallèlement en diminuant.

Il convient d'être très prudent dans les manifestations destinées à soutenir une cause juste ; elles dégénèrent, donnent à certains l'impression de xénophobie et habilement exploitées par nos rivaux, nous causent un grave préjudice. Certaines mesures, cependant bien anodines, telles que l'admission des étrangers en surnombre au concours de l'internat des hôpitaux de Paris, ont été fâcheusement interprétées, notamment par de hautes personnalités médicales grecques qui ont adressé une protestation au Président de la Société de l'Internat, laissant entendre qu'ils considéraient cette mesure comme une tendance à exclure les étrangers de l'internat. Il importe de soutenir le plus que nous pourrons les personnes dévouées qui s'efforcent de favoriser les relations médicales avec les étrangers, avec des moyens insuffisants. A l'A. D. R. M., ce sont MM. Hartmann, Lemaître, Mathé, si activement et intelligemment secondés par Mlle Huré, qui, grâce à son inlassable complaisance, a fait de la salle Béclard, siège de l'A. D. R. M. à la Faculté, un bureau de renseignements précieux non seulement pour les étrangers mais encore pour les Français.

L'A. D. R. M. est une Association officieuse qui établit un lien entre les Facultés et plus particulièrement la Faculté de Paris et les médecins et les étudiants étrangers, organise des cours de perfectionnement, des conférences à l'Etranger par des professeurs français, à Paris par des professeurs étrangers, provoquant des réceptions à la Faculté de médecine.

A côté de l'A. D. R. M. l'*Union médicale latine* (la vieille UMFIA), grâce à l'activité de son président, Dartigues, et de son secrétaire général, R. Molinéry, intensifie ses efforts dans un cercle plus restreint mais encore fort étendu, celui des nations de langue latine. L'Union médicale latine, par ses nombreuses sections à l'étranger, a un caractère plus international. Ses conférences des *Voix latines* à l'Institut océanographique, conférences confiées aux maîtres les plus distingués, français ou étrangers, ont un succès que nous ne saurions trop souligner et attirent un public international d'elite. Ses banquets donnés, tour à tour, en l'honneur de chaque nation latine, présidés par de hauts personnages de la diplomatie, de la politique, de la science médicale, ont un grand retentissement tant en France qu'à l'Etranger.

Elle fait encore plus. En relations suivies avec les Comités France-Italie et France-Espagne, elle s'efforce dans des circonstances difficiles et en dehors de toute action politique de maintenir et même de resserrer les liens entre les médecins français et leurs confrères latins. C'est ainsi que, sans savoir à quel parti ils se trouvaient attachés, l'Union médicale latine est parvenue à secourir quelques confrères espagnols dans la plus pitoyable détresse. C'est ainsi qu'elle contribue à organiser un voyage en Italie auquel prendront part quelques étudiants affiliés à la jeune UMFIA, voyage dirigé par le Professeur Cunéo, président du Comité médical France-Italie et organisé par le secrétaire général de ce comité, le Docteur Martiny.

***

Cette année à Paris, où l'Exposition de 1937 attirera de nombreux médecins venant de toutes les parties du monde, il convient de faire un effort pour les recevoir dignement, et leur montrer que la France est toujours la nation hospitalière par excellence, qu'elle peut soutenir avec succès au point de vue médical toutes les comparaisons et que les médecins étrangers, latins et autres, trouveront toujours chez nous l'accueil le plus courtois et le plus confraternel.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

CLINIQUE CHIRURGICALE

Le traitement des rétrodéviations

Par M. J.-P. Tourneux

Chirurgien chef des Hôpitaux de Toulouse

Pendant le cours de ce semestre, vous m'avez vu opérer un certain nombre de malades atteintes de déviations utérines à divers degrés, les unes simples, les autres compliquées de lésions annexielles, et je tiens à profiter de ce fait pour attirer pendant quelques instants votre attention, non sur les rétrodéviations elles-mêmes, dont je vous ai déjà entretenu à plusieurs reprises, mais sur leur thérapeutique.

Dans tous les différents cas qu'il vous a été donné d'observer, il s'agissait de lésions acquises (les rétrodéviations congénitales étant en effet exceptionnelles), et dues soit à des suites de la puerpéralité, soit à l'affaiblissement de l'action des ligaments utérins. Vous devez vous rappeler que je vous ait dit précédemment qu'à la suite des accouchements ou même des avortements, quand l'involution utérine reste incomplète, quand la femme se lève trop tôt, ou quand il se produit quelques phénomènes inflammatoires, les ligaments deviennent ou restent distendus au lieu de garder ou de reprendre leur tonicité normale. Il en résulte que l'utérus ne conserve plus sa position habituelle en légère antéversion, mais qu'il bascule au contraire en arrière dans le cul-de-sac de Douglas, réalisant une *rétroversion* ou une *rétroflexion*, suivant que les ligaments utéro-sacrés auront ou n'auront pas subi également ce degré de relâchement. De même, certaines affections utérines, telles que la métrite simple, le prolapsus ou encore certaines lésions annexielles peuvent-elles aussi déterminer cette bascule de la matrice.

L'utérus ainsi prolabé dans le cul-de-sac de Douglas reste mobile pendant un certain temps, et peut alors être ramené dans sa position normale par des manœuvres externes. Mais bientôt, soit par la seule présence de ce véritable corps étranger, ou mieux encore par suite des phénomènes inflammatoires qui existent déjà dans la région du fait des lésions annexielles, il ne tarde pas à se former un certain nombre d'adhérences réactionnelles entre le péritoine pelvien et les organes ectopiés, adhérences qui ont pour résultat de fixer ces derniers dans cette nouvelle position.

Il vous est ainsi facile de vous rendre compte des différences profondes qui existent entre ces deux formes de déviations, libres ou fixées, et vous verrez vous-mêmes dans un instant pourquoi certains procédés opératoires, longtemps en honneur, doivent être délaissés d'une façon complète.

Toutes nos malades, dont l'âge variait depuis 23 jusqu'à 65 ans, présentaient à peu près les mêmes symptômes. Toutes accusaient des douleurs lombaires assez intenses, et des phénomènes de pesanteur anale, troubles mécaniques, relevant des compressions nerveuse et rectale occasionnées par l'utérus prolabé. Elles éprouvaient encore des menstruations douloureuses et irrégulières, de la leucorrhée, quelques pertes sanguines dues à des phénomènes congestifs relevant de la coudure utérine, ainsi qu'une douleur toute spéciale pendant les relations sexuelles tenant au prolapsus ovarien.

Le diagnostic de cette affection n'a jamais été bien difficile : par suite de l'interrogatoire de nos malades, nous soupçonnions la lésion dont elles étaient atteintes, et le seul examen local nous a permis de confirmer l'existence d'une rétro-déviation. Par le toucher vaginal combiné au palper abdominal, nous avons obtenu des renseignements importants sur l'état du col utérin demeuré à sa place normale, ou repoussé contre le pubis et provoquant alors des phénomènes cystalgiques : mais surtout, nous avons relevé l'absence complète du corps utérin de sa position habituelle. Abandonnant à ce moment le toucher vaginal pour le toucher rectal, nous avons alors senti dans le cul-de-sac de Douglas une masse dure, irrégulière, comprimant assez fortement la paroi antérieure du rectum, et qui n'était autre chose que le corps utérin.

Notre diagnostic de rétro-déviation était donc posé : mais nous n'avons pas manqué d'aller plus

loin, et de rechercher d'abord si nous avions affaire à un utérus réductible, et, en second lieu, s'il n'existait pas de lésions annexielles. Dans certains cas, nous avons réussi à mobiliser la tumeur, mais dans d'autres nous n'avons pu y parvenir, et enfin, à plusieurs reprises nous avons constaté, à côté de l'utérus prolabé, la présence de masses douloureuses, indices d'une ovarite ou d'une salpingo-ovarite. C'est pourquoi il convient de reconnaître que si, dans un grand nombre de cas, dans la majorité même, les troubles fonctionnels relevés dépendent bien directement de la déviation utérine, dans un certain nombre d'autres, ils tiennent aux lésions concomitantes existant au niveau des annexes. Il s'ensuit donc que dans ces derniers cas, un traitement qui ne s'adresserait qu'à la seule déviation utérine serait tout à fait insuffisant, car il laisserait subsister des foyers inflammatoires contre lesquels aucune action n'aurait été portée.

Que devrez-vous donc faire en présence d'un utérus basculé dans le cul-de-sac de Douglas ? Vous devrez intervenir chirurgicalement et cela le plus tôt possible, car de cette manière vous éviterez la formation d'*adhérences*, qui ne tarderaient pas à se développer du fait de l'irritation péritonéale, ainsi que l'apparition de lésions de *sclérose utérine*, qui s'opposeraient ultérieurement à toute tentative de redressement de l'organe.

Je n'ignore pas que l'on a signalé l'existence d'un certain nombre de *rétrodéviations silencieuses*, ne s'accompagnant ni de gêne, ni de douleurs, et qui ne réclament par suite aucun traitement. Mais il est bien évident qu'il ne s'agit là que de formes assez rares que vous n'aurez guère l'occasion de rencontrer. La raison en est des plus simples : les malades ne ressentant ni gêne ni douleur n'éprouvent aucun besoin de se soumettre à un examen médical quelconque, et ce ne sera jamais qu'à l'occasion d'une autre affection pour laquelle on sera venu vous consulter, que fortuitement vous vous rendrez compte de l'existence d'un déplacement utérin.

Pendant très longtemps, alors que l'on n'osait pas encore intervenir d'une façon directe sur les organes génitaux internes, on a essayé de corriger les déviations utérines par des manœuvres de réduction manuelle que l'on combinait à du massage gynécologique. Ces réductions étaient relativement faciles dans les cas où le corps utérin était encore libre de toute adhérence, elles ne l'étaient plus quand la déviation était fixée. Aussi certains gynécologues avaient-ils tenté des réductions sous anesthésie générale, en dégageant plus ou moins brutalement la matrice, soit à l'aide de la main, soit à l'aide d'un hystéromètre ou d'un redresseur utérin. Je me hâte de vous dire que ces manœuvres constituent un procédé extrêmement dangereux et qui n'a été que trop souvent suivi d'accidents graves. Assurément, une déviation libre, non fixée, est facile à réduire : mais le difficile n'est pas d'amener la réduction, c'est de la maintenir, c'est même presque toujours impossible et c'est ce qui vous explique que ces manœuvres sont à l'heure actuelle à peu près abandonnées.

Je ne vous ferai pas non plus un bien grand éloge du *pessaire*, qui a joui et qui jouit encore auprès de certains d'une grande vogue, alors qu'il devrait être complètement tombé dans le plus juste des discrédits depuis les beaux succès de la chirurgie abdominale. Vous ne devrez conseiller son emploi que chez les personnes pusillanimes ayant refusé toute intervention.

Les procédés opératoires mis en œuvre pour maintenir l'utérus en bonne position sont extrêmement nombreux, et je perdrais mon temps à vouloir vous les décrire tous. Je vous rappellerai seulement qu'on ne pratique plus aujourd'hui de fixation utérine sans laparotomie préalable : certes, le *raccourcissement extra-péritonéal du ligament rond* (opération d'Alquier-Alexander) ou la *vagino-fixation* (opérations de Mackenrodt, de Le Dentu-Pichevin) ont donné à un moment donné d'assez bon résultats, il s'agissait d'interventions bénignes et quand le périnée, bien étoffé, était suffisant, l'utérus se trouvait alors maintenu en bonne position.

Ces opérations présentaient toutefois un défaut capital, celui d'être complètement *aveugles*, de ne pas permettre l'examen si important de l'utérus et de ses annexes, et par suite de ne pas apporter de traitement approprié aux lésions si fréquentes de salpingo-ovarite. C'est donc vous dire que si ces interventions se concevaient encore au début de l'ère antiseptique, au moment où la crainte de l'infection péritonéale faisait reculer les chirurgiens, actuellement, de par les progrès réalisés, elles ne sont plus de mise, elles ont fait leur temps.

Aussi ne pratique-t-on plus maintenant de fixation qu'après une laparotomie, qui permet, avant de prendre une décision définitive, de se rendre compte de la mobilité utérine, de voir directement l'état des annexes, et il vous a été permis de reconnaître récemment que cet examen n'était pas superflu, car il m'a conduit plusieurs fois à pratiquer de petites interventions supplémentaires consistant en ovariotomie ou en salpingectomie.

Le ventre une fois ouvert, l'utérus et ses annexes bien examinés et traités ainsi qu'il convient, il ne reste plus qu'à fixer l'utérus dans la situation qu'il doit occuper normalement, c'est-à-dire en légère antéversion.

Pendant longtemps, pour obtenir ce résultat, on réalisait une fixation directe du corps utérin à la paroi abdominale, une *hystéropexie*. **Pour** cela, on passait à travers la paroi antérieure **de**

la matrice trois ou quatre fils de catgut, de soie ou de fer, que l'on nouait sous la peau après leur avoir fait traverser les muscles droits de l'abdomen. Cette hystéropexie pratiquée au niveau du corps utérin constituait un excellent procédé opératoire, car, en solidarisant ainsi intimement la matrice avec la paroi abdominale, on empêchait toute reproduction ultérieure de la rétrodéviation. Malheureusement, cette union était par trop intime, car elle a eu une influence des plus fâcheuses sur l'évolution des grossesses et des accouchements. La fixation utérine réalisée au niveau du corps empêche en effet la matrice de pouvoir s'élever librement dans l'abdomen, et a amené, de ce chef, des troubles et des accidents dans plus de la moitié des cas, ce qui a entraîné nécessairement l'abandon de ce procédé.

On a recherché alors si une fixation réalisée, non au niveau du corps, mais au niveau de l'isthme utérin, ne pourrait pas donner de meilleurs résultats, non seulement au point de vue immédiat chirurgical, mais encore au point de vue ultérieur obstétrical. On dut hélas reconnaître que l'union ainsi réalisée était beaucoup moins solide et que dans de nombreux cas la lésion initiale ne tardait pas à se reproduire : aussi l'*hystéropexie isthmique* est-elle maintenant complètement rejetée. Vous pourrez cependant ne pas abandonner tout à fait l'hystéropexie haute, mais en ayant le soin de ne la pratiquer que chez des femmes qui ne peuvent plus avoir d'enfant, soit du fait de la ménopause, soit du fait de l'ablation des annexes.

Dans tous les autres cas, c'est-à-dire dans leur immense majorité, vous vous adresserez pour corriger les déviations utérines aux procédés qui agissent sur les ligaments ronds pour ramener les organes à leur place normale, et vous pourrez pratiquer le raccourcissement intra-péritonéal de ces ligaments, *plicature simple à la partie moyenne* (procédé de Wylie), *plicature avec suture à l'utérus* (procédé de Baldy-Dartigues), soit, ce qui vaudra mieux leur fixation à la paroi abdominale, la *ligamentopexie*.

C'est cette dernière opération que vous m'avez vu exécuter à différentes reprises dans le service et qui a toujours donné les meilleurs résultats : je pense pour ma part, qu'elle est supérieure aux procédés de plicature, car le ligament rond est par lui-même assez mobile et le poids seul de l'utérus suffit parfois à l'étirer de nouveau.

Je ne vous décrirai pas en détail la technique indiquée par Doléris, que nous suivons ici, et je me bornerai à vous rappeler que ce procédé consiste essentiellement à fixer les ligaments ronds à la paroi abdominale à travers des boutonnières pratiquées dans les muscles droits. De cette manière, l'utérus est bien fixé, solidement maintenu, mais son fond reste libre et mobile, ce qui est absolument indispensable dans le cas de grossesse ultérieure.

NÉCROSE CHIMIQUE PAR CRAYON D'ANILINE

Les accidents provoqués par les piqûres pénétrantes de crayons d'aniline ont été étudiés en 1920, par Erdheim, de Vienne, et en 1927 par Marc Iselin. Ce dernier auteur, dans son livre sur la *Chirurgie de la main*, paru en 1933, évalue à soixante environ le nombre des cas publiés à cette époque.

Ce qui caractérise ces lésions de nécrose aseptique, c'est qu'elles ne se limitent pas aux tissus qui entourent la parcelle d'aniline restée comme corps étranger. Elles comportent une infiltration du colorant et une diffusion de la nécrose. L'opération doit être en conséquence précoce, si possible, et comprendra, outre l'ablation du fragment d'aniline, l'exérèse large des tissus voisins.

M. Moure vient de présenter à l'Académie de chirurgie, au nom de MM. Mégnin et Abitboul (d'Alger) une observation intéressante d'accidents de nécrose chimique consécutifs à une piqûre profonde de l'éminence thénar par un crayon d'aniline. MM. Mégnin et Abitboul ont apporté une heureuse modification au traitement. Après incision en ellipse de la région, ablation d'un fragment de pâte d'aniline, ils ont lavé les tissus teintés en violet avec des mèches imbibées d'alcool, dissolvant et enlevant ainsi les parcelles d'aniline déjà infiltrées dans les interstices musculo-aponévrotiques de l'éminence thénar atteinte. L'étendue de l'exérèse a pu, grâce à ce moyen, être limitée.

P. LACROIX.

POURQUOI EST-IL SI DIFFICILE DE FIXER LA DATE DE L'ACCOUCHEMENT ?

Par le Docteur Marie TISSERAND
Ancien interne des Hôpitaux de Paris
Ancien chef de Clinique à la Faculté

Il semble extraordinaire qu'à notre époque si féconde en découvertes nous soyons encore dans une ignorance aussi totale à l'égard d'une question qui intéresse pourtant au premier chef l'humanité, c'est-à-dire de la durée de la grossesse.

Quotidiennement la question se pose pour des milliers de femmes et des centaines d'accoucheurs et cependant la même incertitude continue à planer sur la date même approximative de l'accouchement et l'on se trompe à chaque fois presque aussi régulièrement que lorsqu'on essaye de prédire aux parents le sexe du futur nouveau-né.

Cet état de choses tient évidemment aux difficultés extrêmes que l'on rencontre pour établir le début exact et la durée de la grossesse plus qu'à une insuffisance de travaux sérieux sur la question (1).

Nous ne sommes plus en effet à l'époque métaphysique de la médecine où les mystères de la fécondation étaient aussi impénétrables que celui de l'incarnation. A l'heure actuelle la question est connue ; mais comme pour tous les phénomènes biologiques, on ne peut arriver à une certitude mathématique, car le propre des phénomènes vitaux c'est d'être variables avec les espèces, avec les individus et même pour chaque individu avec le moment, l'année ou mieux le mois où ils se produisent. Nous allons cependant reprendre les *principaux éléments du problème* et montrer qu'une étude analytique faite soigneusement, et pour chaque femme, devrait permettre dans quelques cas chez les sujets se rapprochant de la normale idéale d'arriver à une approximation satisfaisante.

Pour déterminer le jour exact de l'accouchement il suffirait de connaître :

1° Le début précis de la grossesse, c'est-à-dire le moment de la fécondation ;

2° La durée de la grossesse.

3° Une vérification pouvant être fournie par quelques petits signes (premiers mouvements fœtaux perçus, hauteur utérine à terme, engagement ou non-engagement de la présentation).

1° *Le début de la grossesse.* — On sait à l'heure actuelle que pour que la fécondation ait lieu, il faut qu'il y ait ovulation et maturation de l'ovule, puis pénétration du spermatozoïde au niveau du tiers externe de la trompe dans l'ovule, enfin nidation de l'œuf ainsi formé dans l'utérus. Or tous ces phénomènes demandent pour se produire certaines conditions et ne sont pas uniquement fonction des rapports sexuels.

En effet, depuis les mémorables travaux de Knaus et d'Ogino on sait qu'il y a au cours du cycle menstruel des périodes de fécondabilité et d'infécondabilité pour la femme, en particulier toute la période initiale du cycle et les derniers jours de la période terminale sont en principe stériles.

L'ovulation schématiquement se produirait du douzième au seizième jour du cycle menstruel à peu près au moment de la période intercalaire de l'intermenstruum. On aurait donc en se donnant trois jours de délai variable avant et après, une période fécondable de huit jours pour Knaus et de douze jours pour Ogino qui se situerait à l'entour du quatorzième jour. Cette théorie étayée par de nombreuses observations et par quelques tests (épreuve de l'hypophyse de Knaus) concorde avec le fait qu'en cette même période de l'intermenstruum existent souvent des petits phénomènes qui rappellent en petit le rut des animaux : hyperexcitation génitale, gonflement des organes génitaux externes, pertes séro-sanguinolentes, douleurs portant sur l'un ou l'autre des ovaires (celui qui donnerait lieu à l'ovulation.)

C'est également à ce moment que les glaires du col de visqueux qu'ils étaient deviennent fluides et transparents et que l'alcalinité des sécrétions est à son maximum ainsi que l'ont montré Séguy et Vimeux.

Tous ces phénomènes se produisent en vue de permettre plus facilement à la fécondation de s'opérer car l'éclatement du follicule étant produit l'ovule ne reste fécondable que quelques heures. Donc, si l'on a affaire à une femme ayant eu plusieurs rapports durant cette période de conception optima on aura déjà une approximation de huit à douze jours comme date de début de la grossesse. Malheureusement cette approximation satisfaisante n'est pas toujours atteinte car : 1° l'ovulation peut se produire à n'importe quel moment du cycle par suite d'influences extérieures (excitation sexuelle, fausse-couche, sport exagéré, changement de régime, maladies) ; 2° les glaires

(1) Consulter à ce sujet l'excellente mise au point de H. VIGNES, La durée de la grossesse et ses anomalies. Un vol., Masson, 1933.

translucides nécessaires à la bonne pénétration des spermatozoïdes au lieu de coïncider avec la période classique d'ovulation, peuvent apparaître à un autre moment du cycle ; 3° les phénomènes d'hyperexcitation de l'appareil génital n'existent pas chez toutes les femmes et ne prouvent du reste pas toujours qu'il y ait ovulation donc nous ne pouvons savoir que dans les quatre cinquièmes des cas environ la date approximative de l'ovulation (Séguy).

Quant à la date du onzième au dix-septième jour du cycle menstruel elle n'est valable que pour les cycles d'une durée déterminée. En effet, pour un cycle de vingt-six jours l'ovulation se produit le douzième jour à partir du début des règles précédentes, pour un cycle de vingt-huit jours le quatorzième jour pour un cycle de trente jours, et ainsi de suite, il n'est donc pas nécessaire pour calculer le temps de l'ovulation de faire préciser à la femme la durée exacte de ce cycle.

Une fois l'œuf fécondé on admet qu'il subit dans la trompe les premiers stades de la segmentation et qu'il gagne l'utérus à l'état de morula entouré déjà d'une double enveloppe, le chorion en dehors, l'amnios en dedans. C'est alors qu'il pénètre par effraction dans la muqueuse utérine et que commence réellement la grossesse. Cette migration s'effectue environ dix jours après la fécondation. C'est ce qui explique qu'une grossesse avorte même si la fécondation a eu lieu normalement si les règles apparaissent avant que se soit produit la fixation de l'œuf dans la muqueuse utérine. Si l'ovulation est retardée, il faut pour qu'il y ait conception que la menstruation soit elle-même en retard.

Notons que dans certaines espèces animales (exemple des rats étudiés par Lataste), le moment de la nidation peut varier, on peut donc en conclure que chez l'homme il en est de même et que cette donnée de dix jours exacte pour la plus grande partie des femmes n'est cependant que schématique.

2° *La durée exacte de la grossesse.* — Il est admis que la grossesse arrive à terme au bout de 9 mois solaires ou de 10 mois lunaires ou plus exactement après dix cycles menstruels révolus soit 280 jours pour un cycle de vingt-huit jours. Mais cela n'est qu'un schéma, en effet comme le fait remarquer Henri Vignes dans sa physiologie obstétricale les cycles menstruels longs comportent une possibilité de durée plus longue pour la grossesse mais « cette augmentation reste dans la mesure que représente l'excès de longueur du cycle sur la durée normale et non pas dans la mesure qui représenterait ce cycle multiplié par 10. Une femme qui serait réglée tous les trente-cinq jours n'aurait pas une grossesse de 350 jours mais une grossesse de 280 jours + 7.

Voici du reste le tableau des durées de grossesse d'après une statistique de l'auteur par rapport aux cycles menstruels.

Cycle menstruel	Durée moyenne de la grossesse
30 jours	288 jours
— de 30 jours	284 jours
+ de 28 jours	278 jours
— de 28 jours	277 jours

Ceci étant mis à part la durée de la grossesse a été obtenue en prenant la moyenne des chiffres trouvés en la calculant par rapport à un coït unique ou par rapport aux dernières règles. Par rapport à un coït unique Depaul a publié trente observations ou l'accouchement avait eu lieu du 265e au 270e jour. Siegel à l'occasion d'études faites sur les permissionnaires allemands pendant la guerre de 1914-1918 a montré que la durée moyenne était de 272,6 jours pour les naissances masculines et de 276 jours pour les naissances féminines.

Si au contraire on tient compte de la date des dernières règles on obtient un chiffre qui avoisine 280.

Statistiques comparées de :

	Hommes	Femmes
Siegel	282,8	282
Robertson	282,5	284,5
Loriot, ...	282,7	281,9

Retenons donc le chiffre de 282 qui est la moyenne arithmétique. Cela correspond donc à deux jours près au calcul que l'on fait automatiquement en face d'une parturiente des neuf mois et dix jours après les dernières règles et non pas les neuf mois et cinq jours comme le voulaient Tarnier et Chantreuil, mais en réalité 4 % seulement des femmes ont accouché ce jour-là. Cependant ce chiffre a une certaine valeur car les écarts de moins de cinq jours (cinq jours d'avance ou cinq jours de retard, 277 à 287 jours) forment un total de 42 %. Les écarts un peu plus élevés de cinq à dix jours 272 à 277 et 282 à 292 forment 25 % et les écarts de plus de dix jours, c'est-à-dire tous les enfants viables d'un peu moins de neuf mois ou près de 300 jours forment un total de 29 %.

Rémy donne comme plus constant neuf mois et 14 à 18 jours après le premier jour des dernières règles.

Henri Vignes trouve que le groupe des femmes accouchant du 280 au 290e jour après les règles est le plus important, mais que le groupe 270 à 280 le suit de près, vient ensuite le groupe 290 à 300 et enfin le groupe 260 à 270.

Il y aurait lieu en tenant compte de cet élément statistique important de recalculer la durée de la grossesse en tenant compte de la date présumée de l'ovulation et de la nidation on verrait ainsi, si l'on arrive à une approximation plus intéressante. Les grossesses après

fécondation artificielle pourraient également permettre la détermination de cette durée d'une manière assez exacte. Mais quoi que l'on fasse, on n'arrivera jamais à pouvoir à coup sûr affirmer le jour exact de l'accouchement, en raison de toutes les exceptions qui infirment ces règles, et qui sont soumises à des facteurs qu'il est difficile pratiquement d'estimer exactement.

3° *Vérification de la date de l'accouchement.* — On le peut par la recherche de la date des mouvements actifs perçus par la femme et qui se produisent à 4 mois 1/2. Inutile d'insister sur l'irrégularité et le peu d'importance que l'on peut ajouter à ce renseignement essentiellement subjectif. La date de l'apparition des bruits du cœur est également variable, la hauteur utérine a été établie pour chaque période de la grossesse. A terme et en cas de non engagement elle est de 34 centimètres (d'après Guérin, Valmade) en réalité il faut là aussi tenir compte des variations individuelles dans le poids et la taille de l'enfant, de la tonicité utérine et de la quantité de liquide amniotique.

La solution du problème n'a donc pas beaucoup évolué depuis Starck (1789) qui fixait la date habituelle de l'accouchement à l'époque à laquelle la menstruation aurait dû arriver pour la dixième fois après la conception, malgré la compréhension claire des phénomènes de la fécondation. Cela tient peut-être à ce que l'on n'essaye pas encore de les faire entrer dans la pratique et que l'on continue à appliquer automatiquement à toute grossesse la vieille règle des 9 mois et 10 jours. Quand chez toute femme enceinte on s'essaiera à faire préciser la date de l'ovulation et du rapport fécondant on arrivera peut-être à déterminer la date de l'accouchement d'une manière plus exacte.

LA BIOPSIE DU FOIE

La biopsie du foie peut se pratiquer, en clinique, de deux façons : par biopsie proprement dite, chirurgicale, et par ponction du foie, acte médical.

La biopsie chirurgicale n'a pas été faite jusqu'à ce jour très fréquemment. C'est Graham qui, en 1918, pratiqua le premier, sur un sujet vivant, un prélèvement aseptique d'un fragment de foie, au cours d'une intervention. Dans la suite, Flint, le Professeur Carnot, Harvier et Caroli, etc. , en ont présenté des observations. Dans son intéressante thèse inaugurale (Bordeaux, 1936), le Docteur Pierre Caris en signale de son côté vingt-quatre cas étudiés au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté de Bordeaux. Dans la moitié des cas, l'examen biopsique a permis ou de rectifier un diagnostic clinique déjà posé ou de fixer un diagnostic demeuré cliniquement incertain. La biopsie du foie, méthode chirurgicale, pourra être utilisée avec avantage au cours d'une intervention opératoire ou d'une laparotomie exploratrice. Elle est inoffensive et permet d'obtenir des renseignements directs sur la lésion. Elle ne renseigne, il est vrai, que sur la partie du parenchyme hépatique prélevée.

La ponction du foie est un acte médical, plus simple. Elle se pratique avec une aiguille de 10 cent. de longueur, de 1/2 millim. de diamètre, au niveau des derniers espaces intercostaux, sur la ligne axillaire antérieure, le malade étant en décubitus latéral gauche, la main droite relevée, et retenant sa respiration. Elle est plus aveugle que la biopsie chirurgicale. Elle peut renseigner sur les cellules rencontrées dans la substance extraite, sur la fonction glycogénique, etc.

P. Lacroix.

QUELQUES CONQUÊTES RÉCENTES DANS L'ÉTUDE DU CANCER [1]

C'est à un groupe de chercheurs anglais, le Professeur Kennaway et ses collègues de l'Institut de recherches du « Royal Cancer Hospital », à Londres, qu'est due la découverte des premiers agents cancérigènes.

Après avoir fait porter leurs recherches sur 140 corps chimiques (en badigeonnages sur la peau de la souris) ils trouvèrent trente agents cancérigènes ; parmi ceux-ci le premier fut un hydrocarbure de la série aromatique ; le 1-2-5-6 dibenzanthracène.

En Amérique le Service de la Santé publique et le laboratoire du Docteur Fiesu, à l'Université Harvard, en trouvèrent sept ; et l'Institut de technologie du Massachusets : deux.

Un chercheur japonais, étudiant le 0-amido-azotoluol, découvrit qu'en faisant absorber ce corps à des rats et des souris il provoquait l'apparition de carcinomes primaires du foie.

En Ecosse un groupe de travailleurs s'appliquant à la thérapeutique de la trypanosomiase expérimentale des souris vit apparaître une tumeur chez un animal au point exact où avait été injectée dans la peau une dose d'un corps appelé « styryl 430 ».

Enfin l'hormone sexuelle, l'œstrine, a produit des tumeurs sur des animaux d'expérience.

En somme, depuis 1930, environ 45 composés chimiques cancérigènes ont été découverts. Si la plupart sont des hydrocarbures, l'agent découvert par le Japonais, celui qui fut trouvé en Ecosse et l'hormone sexuelle ne le sont pas.

De sorte qu'on ne peut jusqu'à présent attribuer le pouvoir cancérigène à une structure moléculaire quelconque, et que la seule propriété commune à ces 45 corps est la présence d'au moins deux chaînes benzéniques.

Les trois agents cancérigènes les plus puissants sont, jusqu'à présent, le benzpyrène, le méthylcholanthrène et le cholanthrène, tous trois des hydrocarbures. Une seule injection sous la peau de 5 à 10 milligrammes de l'un de ces trois corps produit pratiquement, chez la souris, 100 pour cent de sarcomes en l'espace de quatre mois.

Le benzpyrène et le seul agent cancérigène isolé du goudron. Le métylcholanthrène présente un intérêt spécial du fait qu'il a été obtenu de la dégradation de l'acide dioxycholique et de l'acide cholique, éléments constituants de la bile. Il serait donc possible que dans la nature quelques tumeurs malignes eussent leur origine dans la production de substances cancérigènes à partir des acides biliaires, des stérols et des hormones sexuelles.

Les isomères des agents cancérigènes sont très inégalement aptes à produire des tumeurs. L'on avait tendance à incriminer l'action irritante sur les tissus ; en réalité un corps peut être irritant sans produire de tumeurs ; à l'inverse des isomères non irritants peuvent en produire.

Des études ont été entreprises à l'effet de déterminer la dose de produit cancérigène nécessaire pour obtenir une tumeur. Une quantité connue de 1-2-5-6 dibenzanthracène dissoute dans du cholestérol est introduite dans une capsule et placée dans le corps d'une souris. Une fois la tumeur déclarée cette capsule est retirée et l'on dose la quantité de dibenzanthracène restante par l'analyse spectrale, méthode qui décèle ce composé jusqu'à une concentration d'environ 0,01 milligramme par centimètre cube. L'on voit ainsi qu'une quantité presque indosable a disparu de la capsule.

Par contre l'analyse spectrale démontre qu'une quantité appréciable de dibenzanthracène est présente dans les tumeurs provoquées par des solutions huileuses de ce corps injectées 6 à 8 mois auparavant. Mais elle disparaît dans les transplants de la cinquième ou sixième générations de ces mêmes tumeurs. C'est donc que le dibenzanthracène n'est pas essentiel à la croissance des cellules cancéreuses une fois acquis leur caractère malin.

Si l'on injecte à la fois du dibenzanthracène à un lot de souris très enclin aux tumeurs spontanées et à un autre lot peu enclin à ces mêmes tumeurs, les deux lots réagiront de la même façon en faisant des tumeurs anthracéniques ; preuve qu'il n'y a pas ici question de prédisposition.

L'on admet généralement que le dibenzanthracène comme tous les hydrocarbures cancérigènes peut produire une grande variété de tumeurs dans les différents tissus : épithéliomas sur la peau, sarcomes ou épithéliomas par voie sous-cutanée, carcinomes dans les différents organes.

Le composé du savant japonais, donné à des rats par voie digestive, provoque des tumeurs des voies biliaires et du foie.

L'œstrine en provoque dans les glandes mammaires et pituitaires.

Les agents cancérigènes agissent non seulement sur les tissus qui sont à leur contact mais

(1) Staff meetings of the Mayo Clinic, december 9216, 1936.

aussi sur des organes éloignés, comme les poumons.

Dans l'ignorance où l'on continue d'être de la nature exacte du cancer ces recherches pleines de promesses n'ont cependant pas fait abandonner la théorie du virus filtrant.

Depuis la découverte de microorganismes à l'origine de certaines maladies, dit James B. Murphy de l'Institut Rockefeller de New-York, il y a eu des tentatives répétées d'associer quelque gent spécifique au processus malin. Non seulement personne n'a pu démontrer l'existence d'un agent unique et responsable de tous les cancers, mais il semble que la théorie infectieuse ne résiste pas à l'examen. Pourtant il est hors de doute qu'un certain nombre d'agents infectieux jouent leur rôle dans l'étiologie de certains types de néoplasmes. A la lumière des travaux récents ce rôle serait de même ordre que celui joué par les agents chimiques et physiques, c'est-à-dire qu'il déclencherait une action proliférante dans les tissus, laquelle peut conduire « à la malignité » Mais ni les uns ni les autres n'auraient à entretenir cette malignité.

Le fait que certaines tumeurs pouvaient, chez les oiseaux de basse-cour, être transmises par des filtrats dépourvus de cellules amena beaucoup de biologistes à admettre un virus à l'origine de ces tumeurs. Il n'est pas douteux que la malignité de ces tissus dépend de la présence d'un facteur indépendant des cellules et que ce facteur semble se multiplier à mesure que croit la tumeur : de là l'idée qu'il est vivant. Toutefois il ne faut pas oublier que beaucoup de produits cellulaires non organisés, non vivants se multiplient avec la même évidence.

Une connaissance plus approfondie des tumeurs des oiseaux de basse-cour a fait apparaître de nouvelles difficultés à accepter le rôle des virus. Il existe de nombreux types distincts de ces tumeurs : chacun fournit un facteur capable d'engendrer seulement le type d'où il est tiré ; il faudrait donc admettre la multiplicité de ces facteurs. Ceux-ci résistent à des doses d'ultra-violets ou à des actions chimiques considérablement plus fortes que n'en peut supporter aucun virus connu. L'étude de leurs propriétés antigéniques n'a montré, d'autre part, aucune parenté avec les virus ; les agents isolés des protéines tumorales ne provoquent pas la formation d'anticorps. Leur grosseur serait de l'ordre des virus ténus mais pas plus grande que celle de nombreuses molécules protéiniques.

Récemment l'on a attaché beaucoup d'importance aux résultats de l'étude du virus du papillome chez le lapin. Cet agent infectieux, cause d'une dermatose épidermique verruqueuse chez les lapins sauvages, produit par inoculation sur le lapin domestique une excroissance papillomateuse ; mais il apparaît que ce virus ne survit pas longtemps sur l'espèce domestique.

En nombre de cas un processus malin s'est développé dans de tels papillomes alors que la présence du virus ne pouvait être décelée. Ce fut à la suite d'une longue période où les ulcérations et les infections secondaires avaient eu une part prépondérante. Jusqu'à présent il n'a pas été possible de récupérer le virus à partir du néoplasme ou des métastases. Tout ce tableau évoque bien l'action du goudron ou de tout autre agent cancérigène.

La question importante dans ce problème, ce n'est pas de savoir si les virus en général sont vivants ou inanimés ou à la limite de ces deux états, mais bien de savoir si les agents des tumeurs de la volaille sont d'origine intrinsèque ou extrinsèque.

Si la théorie du virus devait être admise, il faudrait en même temps admettre que ce virus se trouve partout dans la nature, dans tous les tissus et en tous temps. Comment expliquer autrement la relative facilité avec laquelle on provoque des tumeurs malignes dans les différents tissus d'espèces animales différentes et cela dans toutes les parties du monde ?

Sans preuve que les tissus normaux hébergent le virus cancéreux, conception fantastique et bien difficile à démontrer, la théorie du virus n'est pas soutenable.

En conclusion l'on peut dire que tous les agents cancériformes découverts jusqu'à présent ne font que déclencher le processus malin : la tumeur évolue ensuite pour son propre compte et par une action autonome.

G. Lavalée.



LA CLINIQUE AU GOUT DU JOUR

Une recherche indispensable en urologie clinique :

L'acétone et les corps cétogènes

D'après le Professeur P. Legac, de Rennes

Il s'agit là d'une donnée importante, que l'on réserve volontiers à certains cas particuliers, tels le diabète ou les vomissements périodiques de l'enfance. Cependant, elle se révèle, à elle seule, capable de nous renseigner, d'une manière fort simple et rapide, sur le métabolisme des graisses ; or, celui-ci est troublé dans un certain nombre d'affections, et, de plus, ses altérations se montrent capables de nous expliquer la genèse d'accidents, dont nous ne pouvions *a priori* soupçonner le mécanisme intime.

Nous comprendrons mieux l'intérêt de cette question, grâce à quelques données de chimie biologique.

La combustion complète des acides gras, aboutit à la formation ultime de CO^2 et d'H^2O, avec pour stades intermédiaires, l'acide butyrique, l'acide B-oxybutyrique, l'acide di-acétique et enfin l'acétone.

Le stade de l'acide butyrique est généralement atteint sans difficultés. Il n'en est pas de même de ceux des corps cétogènes (acides B-oxybutyrique et di-acétique), et de l'acétone. Or, c'est ici que les viciations de ce métabolisme vont arriver à traduire des troubles graves de l'économie organique. Il est démontré, en effet, que l'acide butyrique est un corps chimiquement très condensé en corps simples combustibles (carbone et hydrogène), mais pauvre en oxygène. Dès lors, il résiste relativement bien à l'oxydation, et ne peut être brûlé dans l'organisme que grâce à la destruction *simultanée* d'un corps moins réfractaire, de telle sorte que l'énergie empruntée à cette deuxième réaction entraîne l'accomplissement de la première. *Ce corps complémentaire est le glucose.* Si une quantité adéquate de ce dernier n'est pas utilisée, la dégradation des acides gras ne sera pas complète, et l'on verra apparaître dans le milieu intérieur, et en conséquence *dans les urines,* les termes intermédiaires, c'est-à-dire les corps cétogènes ou cétoniques.

Voilà le point capital de ce métabolisme vicié, en ce qu'il est lié dans ses manifestations aux variations du glucose organique, et en ce que nombreux sont les facteurs de ces variations.

Il y a tout d'abord le facteur pancréas-insuline, puisque c'est l'insuline, qui déclanche le métabolisme du glucose. Un déficit d'insuline laisse intacte une certaine quantité de glucose, et par suite entraîne un arrêt dans la réaction couplée d'oxydation des acides gras. Suivant les conditions de cet arrêt, on trouvera dans les urines plus d'acide B oxy-butyrique, ou plus d'acétone (quand le processus a été davantage accentué). Un excès d'insuline, détruisant plus vite la glucose organique dans un temps déterminé, aboutira finalement au même résultat d'une oxydation incomplète des acides gras, par suite d'une hypoglycémie, factice en somme.

Même résultat encore, quand l'hypoglycémie résultera d'une hypoalimentation, ou d'une période de jeûne, où d'une perte en excès des matières alimentaires, enfin de quelqu'intoxication.

Et pour terminer, une alimentation hyper grasse correspondra aussi à un métabolisme vicié des graisses, car la quantité normale de glucose ne suffira pas à assurer leur combustion par le système de l'oxydation couplée. Il en sera de même dans certains cas d'obésité, qui se compliqueront de troubles des secrétions exocrines du pancréas.

Les *répercussions* de ces troubles dans le métabolisme des graisses sont bien connues.

Ainsi en est-il dans le diabète pancréatique, où l'acétonémie s'accompagne d'une menace de coma.

De même dans les vomissements incoercibles, dans les vomissements périodiques avec acétonémie.

Il existe d'autres accidents, dus à l'acétonémie ; ceux-ci sont parfois mortels, et le clinicien doit savoir rapidement en dépister l'étiologie. D'une manière générale, ce seront ou bien des *troubles comateux inexpliqués,* ou bien des manifestations cliniques rappelant le *pré-coma* diabétique, alors qu'il n'existe aucun indice de diabète.

On a signalé pareilles manifestations au cours de gastro-entérites aiguës (surtout chez l'enfant), de vomissements gravidiques intenses ou d'affections fébriles diverses, de l'alcoolisme aigu.

Il existe aussi une *céto-acidose opératoire,* qu'il faut connaître, et qui semble due à une insuffisance de glucose comme d'insuline. En vue d'une intervention chirurgicale, un malade est soumis à un jeûne partiel, et il en résulte de l'hypoglycémie. D'autre part, la durée exagérée

(1) Acétonurie (*L'Essor médical,* 1934, n° 2).

de l'opération amène une saturation prolongée de l'organisme en éther ou en chloroforme, anesthésiques qui choquent le pancréas, d'où hypoinsulinémie. Il y a ainsi après l'acte chirurgical hypoglycémie et hypoinsulinémie conjuguées, qui entraînent, avec toutes ses conséquences la formation d'acide B-oxybutyrique et de ses dérivés. On injectera glucose et insuline.

Le jeûne, volontaire ou forcé, surtout hydrocarboné, trouble également le métabolisme des graisses en raison d'un déficit de glucose.

D'autre part, certaines *tumeurs du pancréas* entraînent, avec toutes ses conséquences analogues, un hyperinsulinisme spontané, et il en est de même par sécrétion endo-pancréatique réflexe chez certains sujets nerveux.

Par contre, une pancréatite aiguë chez un obèse produira parfois le double résultat suivant : la sécrétion endocrine du pancréas deviendra nulle ou faible, d'où hypoinsulinémie, et le sujet utilisera, dans la mesure du possible, ses réserves adipeuses, d'où hyperlipémie.

Dans tous ces cas, il conviendra, indépendamment des mesures appropriées, de restreindre l'alimentation en corps gras.

Enfin l'acétonémie dangereuse peut être l'aboutissant d'un *excès de traitement*, qu'il convient de reconnaître à temps. On sait, en effet, que l'alimentation hyper-grasse est parfois recherchée, sous le nom de régime « cétogène », comme une cause d'acidose, dans le traitement de certains cas d'alcalose, et de cas d'excitations diverses (épilepsie en particulier), dans lesquelles le sang serait toujours trop alcalin ; ce régime serait encore plus cétogène à la condition de diminuer l'apport des glucides, tout en augmentant l'ingestion des graisses. La mesure se révèle souvent excellente mais à la condition de ne pas la dépasser.

Comme *conclusion pratique*, le médecin doit savoir que l'acétonurie n'est pas spéciale à certaines maladies, qui sembleraient s'en réserver l'apanage. Le trouble, qu'elle révèle dans le métabolisme des graisses, peut se produire dans un nombre appréciable d'affections les plus diverses. Il est donc nécessaire, surtout dans certaines manifestations insolites, de ne pas négliger la recherche des corps cétogènes dans les urines ; des accidents graves pourront ainsi être évités grâce à quelques précautions de thérapeutique et de diététique.

***

Des méthodes fort simples sont à la disposition du praticien ; elles servent simplement à déceler la présence des corps cétogènes ; quant à leur dosage, il convient de s'en référer aux chimistes.

Parmi ces réactions, celle de Gerhardt décèle l'acide diacétique, celle de Legal l'acide diacétique et l'acétone ; la réaction de Lieben décèle l'acétone

Ces réactions, faciles à exécuter en dehors de tout laboratoire peuvent même être confiées au malade, notamment celle de Gerhardt. Elles sont ordinairement suffisantes pour la surveillance du malade, surtout que l'intensité de coloration obtenue avec le Gerhardt et le Legal, permet d'apprécier approximativement l'abondance des corps cétoniques.

Réaction de Gerhardt : acide diacétique.

Dans un tube à essai, contenant 9 centicubes d'urine, verser 1 centicube de la solution officinale de *perchlorure de fer*. Après agitation il se forme un précipité brunâtre, qui se redissout rapidement. On examine alors la coloration ; si *la réaction est négative*, l'urine est teintée en jaune par le perchlorure de fer ; *si elle est positive*, la coloration vire au *rouge*, et elle est d'autant plus foncée que la quantité d'acide diacétique est plus grande : d'où les comparaisons, suivant l'intensité de la réaction, avec le vin de Porto, le vin de Bourgogne vieux, le vin de Bordeaux, le vin de Malaga. L'intensité de la réaction se juge ainsi à l'intensité de la coloration.

Il ne faut pas oublier que l'antipyrine, l'aspirine et les autres dérivés salicylés donnent la même réaction et peuvent être une cause d'erreur. En cas de doute, on fait bouillir l'urine, avant de pratiquer la réaction ; si la réaction est négative dans ces conditions, alors qu'elle doit être positive avec l'urine fraîche, c'est qu'elle était bien due à l'acide *diacétique*, qui, volatile, a été chassé par l'ébullition.

Réaction de Legal : acide diacétique et acétone.

Dans un tube à essai contenant 10 cent.cubes d'urine, faire tomber cinq à dix gouttes de réactif ; acide acétique cristallisable, 10 grammes ; solution de nitro-prussiate de soude au 1/10 10 cent. cubes. Puis verser lentement le long du tube 1 centimètre cube d'ammoniaque liquide de façon qu'il surnage le reste du liquide, sans se mélanger. A la limite des deux liquides, apparaît un anneau violet-rouge, lorsque l'urine contient de l'acétone, anneau d'autant plus foncé que les corps acétoniques sont plus abondants.

Réaction de Lieben : acétone.

Mélanger dans un tube à essai deux parties d'urine et une partie de solution de soude normale ; agiter et filtrer ; sur le liquide filtré, verser lentement, pour éviter le mélange, vingt à trente gouttes de solution iodo-iodurée de Gram. Au cas d'acétonurie, un disque blanc jaunâtre apparaît à la limite des deux liquides.

G. Fischer.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Considérations sur la néphrose lipoïdique

Le Professeur Le Gac, par une intéressante mise au point, montre que le terme de néphrose a fixé l'attention des chercheurs sur un trouble rénal primitif ou secondaire quand, en réalité, il s'agit d'un trouble initial des humeurs, d'une maladie de la nutrition, d'une hypercholestérolémie précipitante néphrosogène. Ainsi conçue, la néphrose lipoïdique serait la conséquence dans le milieu animal, d'un état de défense démesurément important — créant l'hypercholestérolémie— puis de la démolition physique du complexe colloïdal lipidique, dont les floculats viennent bloquer le rein. Ce dernier se bourrant des lipido-lipoïdes est lésé mécaniquement et par la paroi altérée des tubes passent les éléments du plasma, qui viennent se mélanger à une urine normale sécrétée par un organe physiologiquement sain. (*Bull. Soc. Scient. de Bretagne*, fasc. 1 et 2, 1936.)

Recherches bactériologiques sur le problème étiologique du rhumatisme aigu et chronique

Le rhumatisme articulaire aigu ou maladie de Bouillaud, et le rhumatisme chronique sont des affections dont le germe peut, soit directement soit indirectement par sa toxine, toucher non seulement les systèmes articulaire, musculaire et nerveux, mais également tous les organes, tous les tissus, n'importe quelle cellule de notre organisme. Le Docteur L. Bertrand considère ce germe comme responsable des troubles du métabolisme observés au cours de ces affections. Cette opinion est appuyée sur l'observation de centaines de mal des chez qui fut appliquée, la plupart du temps avec succès, une thérapeutique antibactérienne appropriée, et cela sans que ces malades fussent soumis à un régime diététique quelconque. (*Le Scalpel*, 16 janvier 1937.)

Chirurgie algo-sympathique ; maladie de Raynaud

Le Docteur Gariepy démontre que la maladie de Raynaud est une affection des ganglions sympathiques dont le mécanisme thermo-vasculo-régulateur troublé réagit sur les capillaires périphériques des extrémités des membres pour y déterminer des phénomènes vaso-algo-moteurs dont le principal est le spasme artériel, qui produit des crises alternées de syncopes bleue et blanche. L'évolution peut indéfiniment se confiner à la constriction dans un grand nombre de cas, mais peut aussi parfois, par le resserrement spasmodique répété des parois artérielles, amener une oblitération des vasa-vasorum avec dégénérescence secondaire des tuniques des vaisseaux et créer une endartérite oblitérante qui se terminera par des ulcérations parcellaires de la pulpe des doigts.

Les traitements médical et physiothérapique ne peuvent rien pour améliorer ou guérir un mal dont la thérapeutique est essentiellement chirurgicale, prouvée par les résultats obtenus.

Il importe donc de faire un examen clinique serré de toutes les jeunes personnes à mains moites et froides ou se plaignant de douleurs dans les doigts. Un dépistage systématique révélera que dans le climat humide du Canada, plus nombreux qu'on ne le croit sont les cas qui relèvent de la maladie de Raynaud ou de son acolyte l'acrocyanose. Un esprit médical attentif découvrira les troubles circulatoires périphériques à la période primaire du spasme et évitera d'attendre l'apparition des signes probants caractérisés par les menues plaques de sphacèle cutané qui compromettront l'acte chirurgical bienfaisant et curateur. (*L'Union médicale du Canada*, décembre 1936.)

Les septicémies post-angineuses

M. R. Maspétiol, en décrit la symptomatologie et les aspects cliniques. Mais si le diagnostic des septicémies post-angineuses est déjà fortement suspecté par la clinique, il doit être confirmé par l'hémo-culture. En présence d'un malade au décours d'une angine, qui présente des frissons répétés, une température élevée, une atteinte de l'état général, sans attendre les métastases pleuro-pulmonaires, le diagnostic de septicémie post-angineuse doit s'imposer à l'esprit du médecin. Rarement on aura à discuter une diphtérie, certaines affections sanguines à manifestations bucco-pharyngées, et d'ailleurs un examen hématologique permettra d'éliminer rapidement une leucémie aiguë, une agranulocytose, une angine à monocytes.

Une hémoculture doit être pratiquée ; elle a une valeur considérable, elle permet de poser un diagnostic précoce de certitude, elle permet d'établir un pronostic plus précis basé sur le germe microbien en cause. Une hémoculture simple ne permettrait de mettre en évidence

que l'existence de germes banaux, ce qui serait insuffisant au cours de ces septicémies où les anaérobies sont si fréquemment en cause. Aussi, est-il indispensable de recourir à une hémoculture anaérobie. Celle-ci, pratiquée généralement selon la méthode de Veillon, exige le concours d'un bactériologiste particulièrement expérimenté, les résultats étant d'interprétation souvent délicate.

Traitement. — Le traitement des septicémies post-angineuses est en principe double. D'une part, suppression chirurgicale du foyer infectieux, d'autre part, lutte contre l'infection générale.

Deux actes opératoires peuvent être envisagés : l'amygdalectomie, la ligature de la jugulaire. Quelle que soit la technique envisagée, il est un point qu'il convient de souligner, c'est la nécessité d'une intervention précoce. Un frisson violent, une ascension thermique au décours d'une angine sont des signes suffisants.

Etant donné la quasi-constance de la thrombophlébite, certains préconisent une ligature veineuse systématique, ligature pratiquée au niveau de la jugulaire et si celle-ci est saine, au niveau de la faciale. Mais cette intervention n'a pas toujours donné d'aussi beaux résultats et son peu d'efficacité constaté par certains auteurs a été mis sur le compte de la multitude des anastomoses veineuses.

La nécessité de supprimer le foyer septique fait pratiquer à d'autres auteurs une amygdalectomie précoce et systématique. Ligature veineuse et amygdalectomie peuvent être associées ou successives.

Le traitement médical, bien que souvent peu efficace, ne sera pas négligé : sérothérapie, sérum de Vincent dans le cas de septicémie à streptocoques ; mais lorsqu'il s'agit de septicémie à anaérobies, étant donné le faible pouvoir antigène des anaérobies, on conçoit qu'il soit bien difficile d'obtenir des sérums anti-toxiques. On a proposé également les transfusions, les immuno-transfusions, l'abcès de fixation. Différentes substances colorantes ont également été étudiées : violet de gentiane, jaune d'acridine, bleu de méthylène, carbone intra-veineux, etc.
(*La Science Médicale Pratique*, 1er décembre 1936.)

A propos de l'accouchement dirigé

Les Professeurs Voron et Pigeaud restent persuadés que la rupture artificielle précoce des membranes associée à l'emploi de la spasmalgine et complétée s'il y a lieu par l'utilisation opportune de petites doses bien précisées de produits ocytociques est susceptible d'accélérer notablement le travail normal et cela sans faire courir aucun danger réel à la parturiente non plus qu'au fœtus. Certes, cette action thérapeutique est assez souvent inutile, cependant elle n'est ni nuisible ni dangereuse. En effet, les auteurs ne prétendent intervenir que dans les cas normaux, non seulement normaux au point de vue de la présentation fœtale et du point de vue des dimensions de la filière pelvienne, mais encore normaux quant à l'état anatomique de l'utérus et de son col. Il faut attendre que la femme soit réellement en travail : attendant pour agir que la dilatation soit spontanément arrivée à 4 centimètres, il est plus facile de juger de l'état du col et de se mettre à l'abri de toute cause d'erreur. Bref, pour que l'accouchement dirigé puisse être légitimement mis en œuvre et donner des résultats heureux, il faut que tout soit normal, et que l'on puisse à coup sûr éliminer les facteurs pathologiques. Il est donc indispensable qu'une pareille action thérapeutique soit ordonnée par un accoucheur expérimenté entouré d'un personnel spécialisé. Ainsi comprise, la méthode est appelée à rendre de très grands services, en ce qu'elle raccourcit de façon notable la durée de l'accouchement et qu'elle le rend moins pénible pour les parturientes (*Rev. Franç. de Gynécologie et d'Obstét.*, octobre 1936.)

La forme pseudo-méningée de la spondylite staphylococcique

MM. J. Troisier, M. Bariéty et H. Brocard attirent l'attention sur le fait qu'il existe une forme de spondylite staphylococcique qui, pendant les 10 à 15 premiers jours de son évolution, se présente avec tous les signes cliniques d'une méningite d'abord diffuse, puis purement rachidienne. Il est indispensable, dans ces cas, de ne pas admettre d'emblée le diagnostic de méningite, mais de penser à l'ostéomyélite vertébrale. Il faudra rechercher les antécédents staphylococciques et s'attacher à déceler les premiers signes d'atteinte vertébrale.

Lorsqu'on aura envisagé la possibilité d'une spondylite, on aura évité des catastrophes, car on n'osera plus avoir recours sans précautions à la ponction lombaire. Cette manœuvre peut être utilisée avec grande prudence dans le but de ponctionner l'espace épidural. Les auteurs pensent qu'il vaut mieux s'en abstenir complètement et, pour éliminer la méningite, avoir recours à une ponction rachidienne haute, ou même à une ponction sous-occipitale.

C'est ce problème diagnostique et les difficultés de sa solution qui font l'intérêt de la forme sur laquelle les auteurs ont insisté. Le pronostic et le traitement n'ont, en effet, aucune particularité et sont ceux de la spondylite staphylococcique aiguë en général. (*Annales de Médecine*, novembre 1936.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Sur l'examen médical des candidats à la naturalisation

(M. TANON ; 19-1-1937)

Au nom d'une Commission composée de MM. Sergent, Jules Renault et Tanon, et comme suite à une proposition de M. Jayle relative à l'examen médical des candidats à la naturalisation, M. Tanon propose à l'Académie le vœu suivant, qui est adopté, pour être transmis à M. le ministre de la Santé publique :

« L'Académie estime que les demandes de naturalisation devraient être accompagnées d'un examen de santé complet mentionnant l'absence de toutes maladies ou de tares organiques, et comportant notamment les résultats des recherches sérologiques, radiologiques, bactériologiques et mentales. Ces examens seraient pratiqués par des médecins spécialisés désignés par M. le ministre de l'Hygiène ou par des laboratoires officiels. Ils devraient être exigés également pour tous les membres de la famille ».

Danger de la vente libre des substances alimentaires irradiées

(M. E. LESNÉ ; 22-12-1936)

M. Lesné propose à l'Académie le vœu suivant qui est adopté :

« Les aliments artificiellement vitaminés en facteur D, quelle que soit leur nature : lait (frais, concentré, sucré ou non, en poudre, etc.), farines, pâtes, sucre, chocolat, etc., ne peuvent être vendus qu'en pharmacie, sur prescription médicale et cela avec l'autorisation des pouvoirs compétents. Ces denrées ne peuvent être mises en vente avant qu'il ait été démontré qu'elles ne renferment aucune substance toxique, qu'elles ne peuvent avoir aucune influence fâcheuse sur la santé, et que la teneur en vitamine par gramme d'aliments ait été déterminée par des essais biologiques faits régulièrement dans un laboratoire officiel ».

Le « chromisme » et sa prophylaxie

(M. LEROUX-ROBERT ; 22-12-1936)

Les dérivés du chrome sont utilisés dans de nombreuses industries : le chromage électrolytique des métaux, dont l'emploi se multiplie de jour en jour ; la préparation de certaines couleurs en poudre ; le tannage au chrome des peaux ; la teinture des tissus et fourrures ; la teinture de certains bois ; la photogravure ; la préparation des allumettes suédoises, etc...

Le chrome n'est ni toxique, ni caustique par lui-même. Par contre, ses sels ont une toxicité et une causticité qui peuvent être relevées aux différents temps de leur préparation et de leur utilisation, d'où la nécessité de mesures à prendre, dans l'industrie, pour préserver les ouvriers des accidents du chromisme. Certains procédés utilisant des sels de chrome (blanchiment des huiles, protection des bacs à glace des pâtissiers), et certains produits contenant ces sels (poussières de linoléum, de papier peint, etc.) sont aussi à surveiller ou à proscrire.

Les lésions du « chromisme » sont externes et internes. Les premières sont les plus fréquentes. Elles peuvent relever de l'effet corrosif, par acidité (érythèmes), de l'effet oxydant (perforation de la cloison nasale), de l'effet propre du chrome (eczéma, pigeonneau).

L'érythème s'accompagne de cuisson, de démangeaisons. L'eczéma survient le plus souvent chez les prédisposés et peut apparaître à distance, en une région non touchée par le chrome. Le « pigeonneau » est caractérisé par une ulcération douloureuse siégeant sur les parties latérales des doigts, en général. L'ulcère perforant de la cloison se localise au niveau de la partie moyenne et inférieure de la cloison nasale ; il n'est pas douloureux et peut se faire à l'insu du malade. L'anémie est caractérisée par une hypoglobulie avec hyperleucocytose

L'auteur énonce, en terminant, les mesures générales à prendre pour la prophylaxie du chromisme :

1° Déclaration obligatoire des accidents observés ;

2° Instruction de l'ouvrier des dangers de la profession qu'il exerce et des moyens de s'en préserver ;

3° Prise de mesures générales par les directeurs d'usine ;

4° Devoir et non simple droit, de l'ouvrier de se protéger.

— M. POUCHET remarque que c'est par les ulcérations de la cloison nasale que l'attention a été appelée sur les composés chromiques. Il s'agit d'une décalcification des os, se traduisant par une augmentation du calcium éliminé par l'urine et la présence d'oxalate de calcium. Le chromisme se rapproche beaucoup de l'hydrargyrisme chronique. L'analyse des urines, pratiquée à intervalles rapprochées (recherche de l'acide oxalique, dosage du calcium), pourrait sans doute faire prévoir et même éviter les accidents graves du chromisme.

P. L.

Société médicale des hôpitaux de Paris

Un cas mortel de septicémie à « diplococcus crassus » avec endocardite

(MM. R. Moreau, Langle, Fort et Morel ; 30-10-1936)

D'abord considéré comme une simple variété de méningocoque de Weichselbaum, le Diplococcus crassus a été ensuite bien étudié et individualisé par von Lingelsheim. Fréquemment trouvé à l'état de saprophyte dans la naso-pharynx, ce germe peut devenir l'agent de septicémies graves et d'infections à localisations diverses. Les plus habituelles demeurent des manifestations méningées : soit qu'il détermine d'emblée une méningite suppurée, soit qu'au terme d'une infection générale ou pulmonaire la localisation méningée apparaisse. Mais il peut également entraîner des pneumonies et des septicémies avec troubles sanguins et purpura. Dans tous ces cas, l'infection à Diplococcus crassus s'avère grave et se termine fréquemment par la mort.

Mais à côté de ces infections sévères, connues de longue date déjà, on a fait connaître des septicémies à évolution moins brutale, à terminaison favorable, et qui se caractérisent essentiellement par de l'asthénie, une fièvre modérée, irrégulièrement ondutante, et parfois, comme dans l'observation de Cathala, par des troubles qui évoquent l'idée d'une fièvre typhoïde.

Les auteurs ont eu l'occasion d'observer un cas de septicémie à Diplococcus crassus qui, s'il présente de nombreuses analogies avec les formes graves de cette infection, s'en distingue par sa localisation à l'endocarde.

Il s'agit d'un homme de 58 ans, atteint de pharyngite rebelle, d'otite ancienne, porteur d'une insuffisance mitrale d'origine rhumatismale, chez lequel se sont manifestées à un an d'intervalle des névralgies sciatiques avec fièvre, rapidement suivies d'une septicémie caractérisée par des accès pseudopalustres, l'apparition d'une endocardite aortique avec élément cutané, albuminurie et hématurie microscopique. Un même agent microbien, le Diplococcus crassus a été isolé dans le sang, dans le rhinopharynx et dans l'expectoration du malade. En trois mois, cette septicémie diplocrassienne a entraîné la mort sans avoir à aucun moment déterminé de signe méningé.

Chez ce malade, l'infection partie du naso-pharynx s'est généralisée, touchant le système nerveux périphérique sous forme de névralgies sciatiques et s'est fixée sur l'endocarde déjà atteint par un rhumatisme ancien. Au lieu de réactiver simplement la lésion mitrale ancienne, la septicémie diplocrassienne a lésé les sigmoïdes aortiques, déterminant une insuffisance aortique végétante et entraînant la mort par embolie

Société de médecine de Paris

Séance du 13 novembre 1936

Hémocrinothérapie dans les affections staphylococciques cutanées

M. Filderman présente 108 observations d'affections staphylococciques cutanées (furonculoses, anthrax, etc.), au cours d'une période de 11 ans, soumises à l'hémocrinothérapie. 83 malades ont guéri sans récidive, 10 après récidive, 6 ont des récidives insignifiantes ne demandant pas de traitement. Cela fait 93 bons cas et 6 relativement bons, sur 108. Des 9 cas restant, 3 seulement sont des échecs véritables. Les autres 6 malades avaient guéri, mais ils ont récidivé et ont guéri par des traitements appliqués par d'autres médecins. La méthode de l'auteur présente l'avantage d'une action heureuse sur de nombreuses affections associées, simultanément ou non, et dépendant d'un trouble endocrinien.

Note sur les indications thérapeutiques des U. V.

M. Lobligeois insiste sur l'avantage peu connu de l'emploi des rayons U. V. en cas de dysménorrhée douloureuse. Il cite à ce sujet, toute une série de cas très encourageants.

Indications thérapeutiques dans les complications de l'avortement criminel et lors des perforations de l'utérus

M. Robert Kaufmann est d'avis qu'en matière d'avortement criminel, il faut tenir l'interrogatoire pour à peu près nul. Le curettage est une opération difficile et aveugle, qui a une indication formelle, mais absolument restreinte : la rétention de matières infectées. Celui qui l'exécute hérite souvent d'une inoculation ou d'une perforation causées par les manœuvres antérieures. Si les phénomènes infectieux ou péritonéaux se généralisent, il faut toujours ouvrir le ventre. Toute opération conservatrice sera drainée. Si l'on doit sacrifier l'utérus, rien ne draine si bien que l'hystérectomie totale.

Mission au Brésil

M. G. Luys rend compte d'une mission dont il a été chargé dans ce pays en septembre dernier. Il fit des conférences à l'Académie de médecine, à la Société d'urologie brésilienne et à la Société de médecine ainsi que des séances opératoires dans divers hôpitaux. Partout, il reçut l'accueil le plus flatteur et le plus chaleureux et il recueillit ainsi un faisceau de faits scientifiques des plus intéressants qu'il expose à la Société de médecine de Paris.

G. F.

Les Congrès

XXIVe SESSION D'ASSISES MÉDICALES DE L'ASSEMBLÉE FRANÇAISE DE MÉDECINE GÉNÉRALE

La primo-infection tuberculeuse de l'adolescent et de l'adulte

Par Germain BLECHMANN

Les Assises nationales se sont tenues le 10 janvier 1937, à l'Hôtel-Dieu de Paris, sous la présidence de M. le Professeur Fernand BEZANÇON.

Au Docteur QUIGNARD, de Châteauneuf-du-Cher, est attribué le XVe prix Debat, aux applaudissements de l'Assemblée.

Problème complexe que celui de la primo-infection tardive bien posé par M. BEZANÇON, aux paroles duquel nous faisons de larges emprunts.

Reconnaissons que la discussion sur la cuti-réaction *seule* aurait suffi à alimenter le débat. Certains orateurs animés par la question ont paru surpris que la cuti-réaction puisse rencontrer quelque difficulté à devenir « universelle ». Tous les médecins praticiens savent que son application dans les familles n'a rien de commun avec la simplicité de cette recherche en milieu hospitalier.

Voici la synthèse des CONCLUSIONS DES ASSISES DÉPARTEMENTALES rédigée par le secrétaire général H. GODLEWSKI.

La primo-infection tuberculeuse est la première atteinte de l'organisme par le bacille de Koch. La tuberculose n'est pas toujours consécutive à une contamination dans l'enfance, nombre d'adolescents et d'adultes n'ont pas encore réalisé l'état allergique et sont exposés aux dangers de la primo-infection.

Les réactions à la tuberculine. — *L'ophtalmo-réaction*, d'une grande sensibilité, n'est pas toujours tolérée ; *l'intradermo-réaction* de Mantoux, méthode fidèle, tend à servir de contrôle à la cuti-réaction.

La cuti-réaction, la plus répandue, n'est pas encore de pratique courante en maintes régions, où les médecins d'ailleurs le déplorent. Si l'interprétation du résultat est parfois délicate — la réaction est parfois même paradoxale — la répétition des épreuves apporte un élément généralement précieux à la connaissance approfondie du sujet. Sur un nombre important d'adolescents et de jeunes adultes (environ un tiers) à réaction négative et considérés comme anergiques, on peut guetter, tout spécialement à la puberté et à la période des premiers surmenages (changement de vie, concours, etc.), l'apparition d'une réaction positive ; suivant une expression imagée, ce *virage* est le test de la primo-infection.

La radiographie. — L'apparition d'une tuberculino-réaction positive impose la radiographie thoracique, avec examens répétés et épreuves de face et de profil, afin de juger l'extension, la fixité ou la régression des lésions, un examen séparé étant souvent d'interprétation difficile et pouvant être erroné.

Cliniquement, on assiste à une primo-manifestation de la tuberculose en constatant un complexe ganglio-pulmonaire, une pleurésie séro-fibrineuse, un érythème noueux, une typho-bacillose, une méningite tuberculeuse, révélations cliniques de la maladie, le plus souvent rapportées.

La constatation d'une primo-infection nécessite la recherche de la contamination originelle. *Le médecin de famille joue, dans ce but, un rôle capital.* Malheureusement les modalités de la primo-infection, très variées, et le plus souvent très discrètes, passent inaperçues ; bien des accidents fébriles avec fatigue générale restent sans étiquette.

Pronostic. — Les médecins considèrent en général que les formes graves sont rares chez l'adolescent et l'adulte et que la primo-infection aboutissant le plus souvent à une localisation minime ganglionnaire ou parenchymateuse, le pronostic immédiat est favorable dans beaucoup de cas.

Ces Assises ont enregistré dans le Bas-Rhin et dans les Alpes-Maritimes l'intérêt pronostic de deux tests (floculation à la résorcine et vitesse de sédimentation globulaire), à la condition que leurs résultats soient concordants et répétés.

Prophylaxie. — La vaccination au B. C. G. est de plus en plus étendue aux collectivités : elle ne doit pas dispenser du souci du maintien d'un bon état général, condition prophylactique sur laquelle les médecins à ces Assises ont le plus souvent insisté. Il faut avant tout et toujours rendre le sujet fort et résistant, dit-on aussi bien en Anjou qu'en Lorraine et en Provence et veiller, dans ce but, à une alimentation constamment saine — notamment pour le lait — et substantielle.

Il est notoire que si le médecin tient compte du terrain tuberculisable, *partout il a affirmé, avec force qu'il y a à l'origine de la primo-infection un élément de contagion* et l'on admet que les jeunes gens à réaction négative à la tuberculine risquent une contamination dont la gravité ne saurait être prévue. La prophylaxie doit donc comprendre une lutte intensive contre le bacille, spécialement dans la famille (parents et domestiques), à l'école (surveillance des maîtres et élèves) et naturellement au taudis — honte d'une société moderne ; (les médecins requièrent l'extension de l'œuvre Grancher).

La constatation de la primo-infection impose temporairement la suppression de tout surmenage manuel ou intellectuel et même le repos à la période de la puberté. Une attention spéciale est souvent signalée concernant les mesures de surveillance en faveur du personnel hospitalier et des étudiants, victimes fréquentes des infections et surinfections.

***

M. le Prof. F. BEZANÇON ouvre le débat et rappelle les doctrines en présence, apportant les conclusions de sa longue expérience.

On se trouve en présence de deux grandes doctrines : *a*) La doctrine classique jusqu'à ces dernières années, admettant qu'il faut distinguer dans l'infection tuberculeuse : 1° une étape de primo-infection s'observant surtout chez le nourrisson et chez le jeune enfant dans les villes dont la gravité est pour une très large part en rapport avec l'intensité de la contagion et avec l'âge où celle-ci se contracte ; cette primo-infection se traduisant soit par une tuberculose maladie mortelle, soit par une tuberculose maladie curable, laissant après elle des lésions de tuberculose latente importantes pouvant se réveiller dans la suite, soit par une simple sensibilité à la tuberculine démontrée par l'existence d'une cuti-positive ou d'une intra-dermo-réaction de Mantoux ; 2° une étape de réinfection pouvant s'observer même chez l'enfant, mais se voyant surtout à l'adolescence ou à l'âge adulte, réinfection due en général non à une contamination nouvelle, mais au réveil de lésions restées latentes, et ceci sous l'influence de causes secondes qui deviennent de plus en plus importantes et de plus en plus nombreuses au moment de la puberté et de l'âge adulte.

b) La théorie scandinave bien nettement formulée par Scheel d'Oslo. Il y a deux vagues de contagion qui toutes deux déterminent une primo-infection dont les effets suivent rapidement la contagion, mais s'épuisent aussi rapidement, aboutissant soit à la mort, soit à la guérison. Il n'y a aucun lien entre les deux phases. Il s'agit d'états absolument distincts.

Une troisième opinion soutenue chez nous, en particulier par Courcoux et Alibert, par Troisier et Bariéty, et qui est celle d'un très grand nombre de phtisiologues, est que l'on a trop oublié la possibilité des contaminations tardives, des primo-infections tardives ; qu'elles jouent plus ce rôle qu'on ne l'a pensé et ceci d'autant plus qu'on observe dans des milieux ruraux ou des milieux aisés des villes, et d'autant plus que depuis une vingtaine d'années, les progrès de l'hygiène générale et de la lutte antituberculeuse ont diminué les causes de contamination vis-à-vis des nourrissons et de l'enfant, mais qu'il ne faut pas sous-estimer l'opinion ancienne classique que dans un très grand nombre de cas la tuberculose maladie de l'adolescent et de l'adulte n'est que le réveil d'une tuberculose contractée dans l'enfance.

Ne serait-il pas sage de dire qu'à l'heure actuelle, il y a un problème que l'on croyait résolu et qui se pose à nouveau, et qu'en attendant il y a un fait qui lui n'est pas discutable, c'est la gravité de la tuberculose à la puberté, à l'adolescence, au début de l'âge adulte, que l'on doit donc à cet âge sans doute éviter toute contamination nouvelle, toute contamination massive, mais surtout chercher à éviter toutes les causes secondes d'éclosion de la tuberculose qu'il s'agisse de primo-infection ou de réveil. Causes secondes qui sont indiscutables puisque l'on meurt dix fois plus dans le quartier des Epinettes que dans le quartier Monceau, puisque l'on meurt dix fois plus à la puberté et à l'adolescence que dans la seconde enfance, puisque le relèvement de la courbe de mortalité est plus précoce chez les filles que chez les garçons.

M. le Prof. Sergent. — La primo-infection, tout comme la réinfection, peut se présenter sous les formes les plus variées, *a*) suivant l'importance, en nombre et en virulence, du germe envahisseur ; *b*) suivant les conditions favorisantes ou réfractaires du terrain, liées elles-mêmes aux circonstances occasionnelles déclenchantes ; *c*) suivant la voie de pénétration ou de propagation du germe (voie vasculaire, sanguine ou lymphatique, voie digestive, voie respiratoire...).

M. d'Œlsnitz. — Il est très désirable que pour les adolescents et les adultes jeunes, n'ayant pas encore subi leur primo-infection tuberculeuse, l'accord soit fait sur l'opportunité d'une méthode de prémunition exempte de tout inconvénient ultérieur.

M. E. Vaucher, de Strasbourg. — Les résultats des cuti-réactions en série, pratiquées chez les étudiants, les infirmières, les apprentis d'un réseau du chemin de fer, donnent toujours une proportion de 30 à 35 % de cuti-réactions négatives. Il faut, si les résultats sont négatifs, refaire la cuti-réaction et pratiquer une intradermo-réaction. Ces examens n'ont véritablement de valeur que s'ils sont répétés à intervalles réguliers pour suivre le virage de la cuti-réaction.

M. B. Weill-Hallé. — C'est à tous les médecins traitants que doit revenir le soin d'explorer tous les ans, voire deux ou trois fois par an, la susceptibilité à la tuberculine, des enfants soumis à leurs soins. Ils ne sauraient trop s'engager dans cette voie de la médecine préventive où leur activité trouvera de plus en plus à s'employer, si les occasions de médecine curative deviennent, par contre, plus restreintes. Quant à la visite périodique des étudiants en médecine que de difficultés pour l'effectuer sérieusement ?

M. Mantoux. — Nous avons vu à plusieurs reprises, des confrères considérer comme négatives des cuti-réactions parfaitement positives, parce que la réaction se réduisait à « presque rien ». Il faut savoir que la moindre induration, la moindre saillie perceptible au toucher est l'indice d'une réaction positive.

M. Courcoux. — La technique d'examen est indispensable pour étudier la primo-infection retardée du jeune adulte.

Toute cuti-réaction négative doit être dûment contrôlée par d'autres cuti-réactions et souvent par une intradermo-réaction. La cuti-réaction doit être répétée à intervalles réguliers.

Lorsque la cuti-réaction devient ultérieurement positive, le sujet doit être soumis à un examen clinique et radiographique répété régulièrement.

M. Martel. — J'ai eu l'occasion de faire de nombreuses cuti-réactions et intra dermo-réactions pour une autre maladie, la morve, chez les chevaux, il y a quelque trente ans maladie encore fréquente. Chez un grand nombre de sujets, guéris de morve, des cuti-réactions sont encore positives. J'en suis un exemple : après quarante ans, j'ai encore une cuti-réaction à la malléine. Chez deux personnes morveuses guéries, au bout de trente et quarante ans, j'ai vu des réactions formidables non seulement cutanées avec induration, mais avec ganglions axillaires.

M. Amsler, à Angers. — Il est un fait particulièrement troublant que plusieurs vétérinaires tiennent à mettre en évidence à propos des réactions à la tuberculine : certaines races de bovidés calcifient, paraît-il, avec une certaine rapidité leurs lésions de tuberculose. Eh bien, ces animaux qui d'abord réagissent normalement à la tuberculine, plus tard, lorsqu'ils sont guéris, cessent totalement de réagir aux épreuves tuberculiniques. Et il ne s'agit pas là des phénomènes connus d'accoutumance aux réactions pratiquées en série : c'est d'une façon définitive qu'ils deviennent non réagissants.

Ces faits s'opposent de façon impressionnante à ceux que nous connaissons en pathologie humaine.

M. Jean Paraf. — Chez un certain nombre d'enfants de notre entourage immédiat, nous avons pu répéter périodiquement pendant plus de huit ans, l'épreuve tuberculinique et avons ainsi pu assister au virage de la cuti-réaction.

Dans tous ces cas, nous avons pu vérifier par une enquête soignée qu'elle était en rapport non pas avec une contamination anonyme par un bacille ubiquitaire,

mais après un contact précis avec un tuberculeux cracheur de bacilles que nous avons pu retrouver.

M. ESTRABAUD, d'Ecommoy. — Pour les médecins sarthois la primo-manifestation clinique semble d'autant plus grave, qu'elle survient chez un sujet plus jeune.

M. Marcel GALLAND, de Berck. — Nous nous plaisons à faire remarquer que, malgré des séjours de deux et trois ans dans un hôpital de tuberculose osseuse, en contact permanent et intime avec des sujets atteints de tuberculose osseuse fermée ou fistulisée mais bien pansés, nous n'avons vu aucune cuti-réaction négative virer à la positivité.

M. Etienne BERNARD. — Malgré l'importance des faits récemment rapportés sur la fréquence de la primo-infection chez l'adulte jeune, et tout en reconnaissant l'immense intérêt de ces faits, nous restons fidèles à la conception classique : contamination familiale, réveil de la tuberculose chez les jeunes adultes à l'occasion de divers facteurs physiologiques, pathologiques, et de diverses conditions sociales, sans oublier la notion de forte ou faible résistance raciale à la tuberculose.

M. le Prof. agr. HUGUENIN. — Avec P. Foulon, nous avons montré, en 1929, que la cuti-réaction à la tuberculine était habituellement négative, ou très faible et très retardée, dans la maladie dite de Hodgkin. Mais cette négativité subit de multiples variations. Ainsi, si chez un même malade, on pratique peu de temps après une seconde cuti-réaction dans le voisinage de la première et une autre à grande distance, cette dernière restera négative, alors que la cuti-réaction de voisinage sera positive : tout se passe pour celle-ci comme si on avait fait une charge locale, absolument comme dans l'expérience avec le sérum d'asthmatique.

M. LE NORCY, de Rennes. — En milieu infecté, école, collège ou caserne, la voie d'entrée de la tuberculose de primo-infection peut être dans un grand nombre de cas, la voie dentaire un peu trop oubliée.

M. LAFOSSE, de Saint-Mandé. — Chez des enfants malingres, chétifs, la négativité répétée de la cuti nous amène à croire qu'il faut relever l'état général, par exemple, par une cure en préventorium, pour que, si une contamination se produit, ces sujets puissent en faire les frais.

M. Paul DURAND, de Courville. — On parle de cuti-réactions à pratiquer en séries et systématiquement dans la population scolaire et dans les collectivités en général.

Mais n'oublions pas auparavant de faire l'éducation du public, que nous risquerions de nous mettre à dos sans cette précaution préliminaire.

M. AMSLER, d'Angers. — Lorsque, on trouve en série des cuti-réactions virant au positif dans le même milieu scolaire, il faut rechercher le maître malade qui contamine les écoliers ou les étudiants.

M. Maurice COFFIN. — Sur la difficulté de pratiquer la cuti-réaction à l'école, s'il n'y a aucune opposition des parents, il y a malheureusement des difficultés sérieuses vis-à-vis du corps enseignant. Alors que le peuple accepte sans chercher à comprendre, les maîtres ont voulu saisir l'opportunité de ces mesures et ils ne l'ont pas toujours bien compris.

Ce n'est pas au médecin qu'il appartient d'éliminer un professeur, ni même un élève. Le médecin, doit communiquer sa décision à l'autorité compétente qui prendra la responsabilité de son exécution. Il est certain que tant que des rapports de ce genre n'auront pas été établis entre le médecin et l'autorité scolaire, les examens médicaux resteront parfaitement inutiles puisque dépourvus de sanction.

Le vœu que vous désirez émettre sur l'organisation de la médecine scolaire en vue d'une prophylaxie antituberculeuse sera l'un des fondements principaux de la médecine sociale. Instituant la nécessité d'examens individuels renouvelés à dates régulières, il permettra d'assurer une sécurité collective. Ce vœu prendra une valeur particulière en s'associant à d'autres résolutions qui, concernant l'individu à des dates ultérieures de sa vie, concourent au même but. Ainsi doit se comprendre le vœu émis par la Société médico-chirurgicale des hôpitaux libres de Paris et de province, sur la proposition de M. Blechmann et de moi-même (1).

M. JOANNON. — Tous les enfants chez lesquels, la cuti est positive depuis peu, doivent être secourus.

Le médecin lieutenant-colonel SIEUR. — L'armée est particulièrement qualifiée pour donner son avis sur les sujets qui font l'objet de la XV[e] session des assises de médecine. Elle obéit en cela à la consigne très générale que lui a léguée le Maréchal Lyautey, qui, parmi ses grands chefs, a été celui qui a dit et prouvé quel était le rôle social du médecin sous l'uniforme ou sans uniforme « L'armée arbitre de toutes les classes sociales, pour demeurer la synthèse des forces nationales. »

M. LESNÉ propose les conclusions suivantes :

Considérant la valeur capitale de la cuti-réaction à la tuberculine au point de vue du diagnostic précoce de la tuberculose ;

Considérant les déductions prophylactques et thérapeutiques importantes qui découlent de ce dépistage précoce ;

L'Assemblée française de médecine générale émet le vœu que la cuti-réaction soit pratiquée aussi longtemps qu'elle reste négative, au moins une fois par an, chez les enfants d'âge scolaire, par le médecin de famille ou, à son défaut, par le médecin d'école, et qu'une attestation de cette investigation soit demandée au début de chaque année scolaire.

Ce vœu est adopté à l'unanimité ainsi que les conclusions présentées par M. BEZANÇON.

La pratique systématique de plus en plus répandue et qu'il faut encourager le plus possible de la cuti-réaction, et, quand celle-ci est négative, de l'intra-dermo-réaction a apporté un fait nouveau dont il importe de préciser la signification pratique. L'opinion ancienne basée sur les premières statistiques de cuti-réaction que la plupart des adolescents et adultes ont une cuti-réaction positive est inexacte, et il est indiscutable qu'une proportion assez importante d'individus, même dans les grandes villes arrivent à l'âge adulte ayant encore une cuti-réaction négative, et que l'on assiste au « virage tardif » de cuti-réaction.

Cette constatation pose le problème de la primo-infection tardive, et il importe à l'heure actuelle de rechercher à côté des cas qui semblent cependant les plus nombreux où il ne s'agit que de réveil d'une infection contractée dans l'enfance, quelle est la part de la primo-infection tardive. Les milieux ruraux offrent à ce point de vue un terrain d'études très intéressant.

En même temps que la recherche de la cuti-réaction doivent toujours être pratiqués l'étude clinique et l'examen radiologique systématique.

Même lorsque l'on ne constate que le virage de la cuti-

(1) Voir G. BLECHMANN et M. COFFIN. — De l'examen préventif des étudiants en médecine. *Le Concours Médical*, no 8, 21 février 1937.



négative à la cuti-positive, la surveillance clinique et radiologique de l'individu s'impose particulièrement, de façon à pouvoir prendre les mesures prophylactiques indispensables au moindre soupçon de début de maladie.

Il est difficile à l'heure actuelle de prendre des mesures plus rigoureuses et il faut encore observer davantage avant de décréter que des jeunes gens à cuti-négative, lors de leurs premiers contacts hospitaliers, courent plus de risques que leurs camarades et aussi que ceux à cuti-positive sont, de ce fait à l'abri de la réinfection ou d'un réveil.

Dans l'état actuel de la science, il semble qu'il faille étudier d'une façon plus précise les causes du virage de la cuti-réaction à la positivité et, du point de vue pratique, on doit retenir surtout le fait suivant : c'est que si la mortalité par tuberculose, après avoir été très fréquente chez le nourrisson, est devenue très faible dans la seconde enfance, elle redevient très grande à la puberté, à l'adolescence et au début de l'âge adulte, qu'il importe donc, en dehors de toute théorie, de considérer qu'à la puberté et à l'adolescence, en particulier, on doit éviter toute cause de contamination massive et surtout toutes les causes qui peuvent soit, entraîner le réveil d'une tuberculose restée jusque-là latente, soit, s'il se fait une contamination nouvelle, entraîner une gravité particulière de cette infection par suite des causes secondes qui en favorisent le développement.

L'importance des causes secondes, du surmenage, de la sous-alimentation, des passions tristes selon l'expression de Laënnec, des maladies intercurrentes déclenchantes ne doit jamais être oubliée.

En aidant au dépistage de la contagion en foyer domestique ou collectif, en veillant au maintien du bon état général des adolescents, le médecin de dispensaire et aussi le médecin de famille joueront ainsi dans la lutte antituberculeuse un rôle prophylactique capital.

***

Au programme des prochaines Assises XXVe session (février-mars 1937) : La natalité et ses variations (Etudes régionales et locales comparées).

Les Assises nationales auront lieu le dimanche 7 mars, sous la présidence de M. Siredey, ancien président de l'Académie de médecine.

Les livres qui viennent de paraître....

Edition Labergerie,
11, rue Cujas, Paris (V^e).

Dr Joseph Okinczyc, professeur agrégé à la Faculté. — **Humanisme et médecine.** Premier volume de la collection « Au service de l'homme ». Un vol. 148 pages. Prix : 12 francs.

Editions du Foyer Familial,
Pierre Maury, à La Rochefoucauld (Vendée)

Dr Georges Martini. — **Pour maman et pour bébé.** Traité de puériculture. Méthode pratique pour élever les enfants. Un vol. 188 pages avec figures.

Librairie du Monde Médical,
47, rue du Docteur Blanche,
et Vigot frères, éditeurs,
23, rue de l'Ecole-de-Médecine

Formulaire Astier. 7e édition, 1937, Préface du Prof. F. Bezançon. Un vol. in-16, 1.200 pages, reliure peau souple. Prix : 30 francs.

Desclée de Brouwer et Cie, éditeurs,
76 *bis* et 78, rue des Saints-Pères, Paris (VIIe)

Jean Torlais. — Un esprit encyclopédique en dehors de l'« Encyclopédie ». **Réaumur** d'après des documents inédits. Un vol. in-8, 448 pages et 12 illustrations. Prix : 20 francs.

H. K. Lewis & Co
136, Gower Street, Londres W. C. I.

R. Fortescue Fox, M. D., F. R. C. P. — **Arthritis in women (A clinical Survey).** Un brochure 36 pages. Prix : 2 sh. 6 d.

Chez Vigot frères
23, rue de l'Ecole-de-Médecine

Dr Naamé, ancien médecin de l'hôpital civil de Jérusalem. — **L'idée directrice. L'évolutionnisme dans Saint-Augustin.** Introduction du Dr Ch. Fiessinger. Un vol. 110 pages. Prix : 12 francs.

Chez Masson et Cie,
120, boulevard Saint-Germain

Quelques vérités premières (ou soi-disant telles) :

En chirurgie infantile, par le Professeur L. Ombrédanne. Un vol. 86 pages. Prix : 24 francs.

Sur les maladies du foie, par le Professeur Noël Fiessinger. Un vol. 82 pages. Prix : 24 francs.

En urologie, par le Professeur G. Marion. Un vol. 62 pages. Prix : 24 francs.

Chez J.-B. Baillière et Fils,
10, rue Hautefeuille, Paris (VIe)

Dr Maurice Dérot, et Mme Renée Dérot-Picquet. — **Les hépatonéphrites.** Préface du Docteur Pasteur Vallery-Radot. Un vol. 100 p., 1937. Prix : 25 francs.

Librairie Plon, Paris

C.-A. Fusil. — **Sylvain Maréchal** ou l'Homme sans Dieu. H. S. D. (1750-1803). Un vol. 276 pages. Prix : 15 francs.

Les Livres

Imprimerie ANGER,
rue Noël-Donval, Lannion (Côtes-du-Nord)

Marcel LE BRAS, administrateur de l'Inscription maritime. — **Recueil des renseignements administratifs pour les médecins des régions maritimes.** Un vol. 132 p. Prix : 25 francs, franco : 26 francs.

Les médecins de l'Administration de la Marine marchande et ceux qui ont une clientèle maritime trouveront dans ce livre un vade mecum précieux qui facilitera leurs rapports avec leurs malades et les services de l'Inscription maritime.

La première partie est consacrée aux conditions d'aptitude exigées des candidats à la Marine militaire et à l'Administration de la Marine marchande : la seconde étudie le régime médical des marins de commerce et la troisième vise le règlement des honoraires soit par la Marine, soit par les intéressés eux-mêmes.

A. COSTES, éditeur,
8, rue Monsieur-le-Prince, Paris

Docteur M. AMELINE, licencié ès sciences. — **La radiesthésie devant la physique.** Un vol. 160 p., 1937. Prix : 15 francs.

On sait que « radiesthésie » désigne une « sensibilité » à des *radii* hypothétiques appelés rayonnements, radiations, vibrations, ondes, etc... Le Docteur Ameline conclut de son travail que la physique moderne a abandonné tous les radii, rayons de forces, de matière ou d'éther, sans existence réelle. A moins de nier systématiquement les progrès de la science, on doit affirmer, dit-il, que la radiesthésie ne peut subsister devant la physique.

J.-B. BAILLIÈRE et FILS, éditeurs
19, rue Hautefeuille, Paris (VIe)

Raymond IMBERT, Michel MOSINGER et H. HAIMOVICI, de Marseille. — **Les métrorragies ménopausiques et post-ménopausiques.** (*Etude étiologique, clinique et biologique*). Préface de M. le Professeur J. Fiolle. Un vol. in-8 de 200 pages avec 28 fig. Prix : 20 francs.

Les métrorragies mono-symptomatiques jouissent après la ménopause d'une si fâcheuse réputation que certains chirurgiens ont préconisé l'hystérectomie totale d'emblée comme solution thérapeutique, en se basant sur le fait que la grande majorité d'entre elles étaient d'origine néoplasique.

Les auteurs ont recherché dans les archives de divers services hospitaliers marseillais si une pareille opinion était fondée. Ils sont arrivés à cette conclusion que le cancer n'est en cause que dans la moitié environ des cas. Cette constatation justifie la mise en œuvre de tous les moyens possibles pour aboutir à un diagnostic étiologique qui peut dans la moitié des cas environ, éviter à la malade une opération mutilante et quoiqu'on en dise dangereuse. On trouvera ici l'étude critique du curetrage explorateur, du toucher intra-utérin, de l'hystérographie, de l'hystéromucographie, de l'hystéroscopie. Enfin, MM. Raymond Imbert, Mosinger et Haimovici ont fait suivre ces développements de considérations anatomo-pathologiques et biologiques, reprenant les idées de leurs maîtres MM. Cornil et Chevallier.

Cet ouvrage, écrit sous l'inspiration de M. le Prof. Fiolle, est « un manuel pratique où les médecins et chirurgiens trouveront les indications les plus précises ».

J.-B. BAILLIÈRE ET FILS, éditeurs,
19, rue Hautefeuille, Paris (VIe)

Duchenne de Boulogne, par Paul GUILLY, ancien interne des hôpitaux de Paris. Un vol. grand in-8 de 240 pages avec 32 illustrations. Prix : 40 francs.

Duchenne de Boulogne prend place, au tout premier rang, parmi les grands médecins du XIXe siècle.

Sa carrière est absolument unique dans les annales médicales. Simple praticien de Boulogne-sur-Mer, ne trouvant pas en sa ville natale un champ suffisant à l'épanouissement de sa personnalité, il eut le courage, à près de 40 ans, de partir s'installer à Paris. En quelques années, cet homme absolument inconnu, sans relations médicales, sans titre, arriva à imposer son nom, sa sagacité de clinicien, à faire triompher une méthode discréditée : l'électricité médicale.

Le biographe, après avoir évoqué la vie de Duchenne, parle de son œuvre qui est considérable et continue à faire notre admiration. Ses descriptions de l'atrophie musculaire progressive, de la paralysie labio-glosso-laryngée, de l'ataxie locomotrice furent d'emblée d'une telle précision qu'aujourd'hui encore elles peuvent servir de modèle.

Les Thèses

P. — Dr E. Suau. — **Contribution à l'étude des kystes dits « synoviaux »**. (Thèse 1936).

La clinique permet de diviser les kystes dits synoviaux en kystes arthrosynoviaux et kystes ténosynoviaux, ces derniers étant de beaucoup les plus rares. Elle met en évidence la plus grande fréquence des kystes chez la femme, et leur tendance à se localiser du côté gauche.

Les causes sont à peu près inconnues : le rôle des traumatismes semble minime ; celui de la tuberculose est très douteux.

Ces tumeurs récidivent fréquemment après ablation.

Le traitement par les injections de quelques gouttes de teinture d'iode est facile, rapide, et souvent efficace. Il doit servir d'intermédiaire entre le simple écrasement et l'opération chirurgicale, qui ne guérit pas toujours et laisse une cicatrice indélébile, pouvant être adhérente et douloureuse, et souvent disgracieuse.

P. — Dr P. Gérard. — **Du traitement de la syphilis par les injections simultanées et prolongées, intra-musculaires, d'arsenic trivalent et de bismuth**. (Thèse 1936).

Le Dr P. Gérard considère que le traitement d'attaque de la syphilis à la période primaire et secondaire doit bénéficier dans la plupart des cas de l'association arsenic trivalent et bismuth.

L'injection intramusculaire d'arsenic trivalent et de bismuth soluble semble remplacer avantageusement le traitement mixte par arsenic intra-veineux et bismuth intramusculaire.

Ce traitement n'a pas donné à l'auteur d'accidents et lui a permis d'obtenir de bons résultats dans le traitement de la syphilis primaire et secondaire.

P. — Dr Rubinstein. — **Le rôle des facteurs sociaux et moraux dans la bilatéralisation au cours du pneumothorax artificiel**. (Thèse 1936.)

Alors qu'une lésion tuberculeuse, jusque-là unilatérale et traitée par le pneumothorax artificiel, se trouve apparemment guérie, on peut voir survenir, et souvent très tardivement, même après la cessation du premier pneumothorax, une lésion du côté opposé.

Parmi les causes qui déterminent l'apparition de ce nouveau foyer, une large place doit être faite aux facteurs sociaux et moraux. Les chocs moraux, les peines d'ordre affectif, les difficultés familiales, sociales et professionnelles constituent souvent des causes déclenchantes de bilatéralisation.

D'où l'utilité d'une surveillance des conditions de vie du tuberculeux apparemment guéri, un éloignement parfois du milieu familial, s'il y retrouve des oppositions sentimentales. Il faut veiller aux conditions de travail du sujet, à sa mise au repos s'il y a fléchissement de sa santé, à la suppression ou à la diminution des responsabilités familiales et professionnelles qui lui incombent.

P. — Dr P. Girard. — **Statistiques de dix-huit années de lutte antisyphilitique au Dispensaire anti-vénérien d'Angers** (1918-1935). (Thèse 1936).

L'auteur présente les statistiques du Dispensaire antivénérien d'Angers, au cours de ces dix-huit dernières années. Le service du Dispensaire, purement externe, peut dans la majorité des cas dépister, traiter et peut-être conduire une syphilis suivie dès son début à sa guérison apparente clinique et sérologique. Il permet aux malades de se traiter d'une façon active et discrète.

Str. — Dr S. Calihman. — **Traitement des ulcères gastro-duodénaux perforés et résultats immédiats**. (Thèse 1936.)

Cette étude porte sur 163 cas d'ulcères gastro-duodénaux perforés, observés de 1907 à 1935, à la Clinique chirurgicale B, de Strasbourg, dirigée par M. le Professeur Stolz.

D'après M. Calihman, depuis 1933, la technique exclusivement chirurgicale de la Clinique a été profondément modifiée, tous les ulcéreux qui entrent étant traités systématiquement par les injections d'histidine (laristine).

Cette ligne de conduite a été adoptée consécutivement aux recherches expérimentales poursuivies dans le laboratoire de la Clinique chirurgicale B par les Professeurs Weiss et Aron, recherches qui ont été suivies par de multiples travaux parus tant en France qu'à l'étranger.

Cette méthode (injections de laristine) est mise en œuvre non seulement pour le traitement de la maladie ulcéreuse gastro-duodénale en évolution, mais encore, à titre prophylactique, chez tous les malades qui ont subi une intervention pour ulcère : les résultats que cette thérapeutique a donnés pour l'ulcère simple l'ont fait appliquer également aux cas d'ulcères gastro-duodénaux perforés pour prévenir, après l'intervention, le retour offensif des poussées ulcéreuses. Dans l'état actuel de la question, les résultats obtenus paraissent des plus encourageants.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Bulletin de l'Actualité

SERAIT-CE LA DÉFAITE DU MICROBE SPÉCIFIQUE ?

La grande œuvre de Pasteur a permis à la Médecine de réaliser des progrès analogues à ceux de sa grande sœur la Chirurgie et même de lui venir en aide dans maintes circonstances. Certes le microbe, pathogène ou saprophyte, n'est pas tout, et il faut accorder au terrain lui-même une grande part dans l'équilibre normal des forces organiques, qui traduit l'état de santé.

Néanmoins, certaines inconnues demeurent en bactériologie ; des problèmes nouveaux surgissent avec la perfection des méthodes de recherche. Le polymorphisme microbien, crée parfois des confusions. La question des porteurs sains de germes se complique de celle des « microbes de sortie ». On se demande parfois pour quelles raisons l'agent pathogène d'une maladie n'apparaît dans l'organisme malade qu'au bout d'un certain temps, pourquoi il disparaît brusquement ou persiste un long temps. On explique mal la résistance de certains microbes aux agents thérapeutiques. Le réveil épidémique des maladies infectieuses, en des saisons bien déterminées, celui de la contagion présentent encore des obscurités. Et ainsi de suite.

Les esprits chercheurs ne cessent de travailler dans le silence et le recueillement du laboratoire. Quelques-uns, inquiets de certains résultats décevants, vont même jusqu'à se demander si nous sommes dans le vrai avec la théorie du microbisme. En 1904-1907, le Dr J. Rivière affirmait que la tuberculose, véritable maladie endogène « était le produit d'une intoxication multiple due aux déchets cellulaires organiques virulents : *le microbe était l'effet et non la cause de la dystrophie* ».

Aujourd'hui, M. J. Tissot, professeur de physiologie générale du Muséum, dont la valeur scientifique est indiscutable, expose le résultat de ses minutieuses recherches d'histo-pathologie entreprises depuis 1926 ; il conclut que les bactéries n'ont pas d'individualité et ne sont que des éléments de segmentation de certaines cellules. Notamment en ce qui concerne la tuberculose, dans les cellules géantes de la trame intra-alvéolaire, apparaîtraient des éléments en formes d'haltères, terminées par deux boules réfringentes, et ces éléments figureraient les bacilles de Koch : ils se développeraient parfois en de longs filaments, qui se segmenteraient.

Par une singulière coïncidence, nous recevons de Grèce un long mémoire dans lequel le Docteur S. Camilatos, étudie « la loi de patrogonie et la pathologie ». Se basant sur des données philosophiques et historiques, il aboutit, dans les mêmes préoccupations, à détruire la spécificité microbienne. Son travail ne repose pas, comme le précédent, sur des données de l'histopathologie, mais uniquement sur des hypothèses ; il n'en est pas moins curieux de connaître les déductions, auxquelles il arrive.

D'abord une première hypothèse : le virus X.

En présence de l'impossibilité actuelle d'expliquer tous les paradoxes de la vie et de la santé, le problème apparaîtrait simple si l'on admet, avec cet auteur, l'existence d'un agent inconnu, le *virus X*. Cet agent, ultra-microscopique et intracellulaire, pénètre toute la vie animale et végétale au *même titre que le protoplasma*. Comme lui, il est soumis à la loi évolutionniste de l'adaptation ; agent de décomposition de la matière organique morte, animale et végétale, il devient ensuite contemporain de la vie et symbiote du protoplasma, durant l'époque de carence des saprophytes que l'on observe à l'origine de la vie de l'être humain d'abord, puis d'une manière générale de tout nouveau-né.

C'est au niveau de l'intestin que sont apparus, au cours des siècles, les premiers saprophytes, puis les colibacilles, les premiers bacilles avant tous les autres.

« En effet, chez l'homme primitif, un régime obligatoirement anarchique et désordonné, avec naturellement l'hypo-alimentation comme base, devait fatalement finir par retentir d'une manière défavorable sur le fonctionnement de l'intestin, partant y provoquer des désordres ; et l'irritation continuelle, l'instabilité permanente que maintenaient dans l'intestin les troubles en question, ont eu pour résultat, dans le cours des temps, de déterminer le virus inconnu, le virus X, cantonné dans le territoire intestinal, à réagir, à se défendre, à s'adapter, et par conséquent à évoluer et à se transformer ; bref, il est sorti sous les traits d'un élément plus élevé en organisation, plus élevé morphologiquement, sous les traits d'un organisme microscopique, qui a été le colibacille. Une fois le branle donné, le virus X du territoire intestinal, continuellement irrité, a fini, au jeu normal de la fonction, par sortir sous les traits du colibacille, en dehors de tout trouble intestinal. Dès lors, on s'explique que celui-ci soit le plus répandu de

tous les microbes saprophytes ; au cours des affections les plus diverses, qui s'accompagnent de troubles digestifs, il pullule avec une abondance, qui lui permet d'étouffer toutes les autres bactéries de l'intestin. On comprend aussi que le premier, il sorte dans l'intestin du nouveau-né, quelques heures après la naissance, et avant toute alimentation, toute irritation. C'est son ancienneté de sortie chez l'espèce, qui conditionne, conformément à la loi de patrogonie son ancienneté chez l'individu, sa fréquence, au moindre trouble intestinal ou para-intestinal.

Si les troubles de l'intestin viennent cependant à revêtir d'autres formes, le virus X pourra parallèlement se transformer en d'autres formes, sous les traits, par exemple, du bacille de Shiga, du bacille d'Eberth, du vibrion cholérique. Ailleurs, il pourra ne pas se transformer, ne pas « sortir » sous forme visible ; « il se transformera dynamiquement, et cela — soit sans adaptation, et ce sera un choléra infantile, — soit avec adaptation sur place et ce sera un virus filtrant, le virus ourlien, par exemple ; ou bien il se transformera en deux étapes : une première d'adaptation régionale correspondant au virus filtrant, une seconde de transformation de celui-ci en microbe visible, qui sera « un microbe de sortie ». Il n'y aurait en somme que des microbes de sortie. « Il résulte ainsi de toute évidence que le microbe a été postérieur à la maladie. »

On peut affirmer qu'après les affections intestinales ce furent les traumatismes, qui influèrent le plus anciennement sur la pathologie de l'homme primitif ; dès lors le virus X, existant dans le territoire traumatisé, s'est trouvé mis en contact direct avec un milieu offensif, le milieu extérieur ; constamment irrité, il s'est défendu, il s'est adapté pour « sortir » sous les traits du streptocoque ou du staphylocoque. Ceux-ci sont, après le colibacille, parmi les plus anciennement « sortis ». Pour la tuberculose, elle n'est apparue qu'à « l'âge adulte de l'espèce prise dans son ensemble », au moment où l'homme a vu fléchir son immunité naturelle par la conquête de la station debout contraire aux lois naturelles, car celle-ci rendait déficitaire la ventilation pulmonaire, au moment précis de la grande disette alimentaire de la période tertiaire lors de l'arrivée des mammifères à leur apogée. C'est pourquoi, d'après la loi de patrogonie, la tuberculose apparaîtra, non chez l'enfant après la rougeole, maladie anergisante, mais à l'âge adulte. Après une longue période déficitaire, le virus a fini par évoluer en bacille de Koch au point pulmonaire le moins bien ventilé et irrigé.

L'auteur énonce à ce propos la loi suivante, assez curieuse : « Plus un microbe est adapté à la vie saprophytique, c'est-à-dire plus il est banal, commun, répandu, et plus, dès lors, il compte de quartiers de noblesse, plus ancienne est son évolution, sa « sortie » ; par voie de conséquence tous les microbes visibles finiront avec le temps par être aussi ubiquitaires, aussi neutres, que le colibacille ».

Un seul et même microbe peut se retrouver dans plus d'une maladie, et le fait n'a rien d'étonnant puisqu'il ne s'agit là d'aucune spécificité, mais d'un simple acte de présence.

Le microbe étant d'apparition postérieure à la maladie, sa présence n'est pas nécessaire pour que celle-ci continue à évoluer ; le bacille de Shiga et le proteus disparaissent bien avant la fin de l'évolution pathologique de la dysenterie bacillaire, du typhus exanthématique. De même le microbe visible n'hérite pas obligatoirement « de toutes les propriétés que le virus X, ou son substitut, le virus filtrant, avaient assumées lors du décenchement de la maladie : ainsi le proteus vulgaris ne peut reproduire le typhus exanthématique ; les microbes de laboratoire ne reflètent que de très loin les propriétés du microbe à l'état nature. Parfois le virus X n'a pas besoin d'évoluer en bacille pour tuer, tels le bacille de Koch dans la méningite tuberculeuse, dans la granulie ; le vibrion cholérique dans le choléra infantile.

Quant aux porteurs sains de germes, il s'agit de sujets, chez lesquels une maladie a commencé son évolution ; leur organisme a été assez sensible pour faire sortir *quelques* germes ; mais l'affection a tourné court aussitôt, en raison d'une immunité originelle ou ancestrale. Il n'existe *aucune menace de contagion* dans le voisinage, et cela en raison de la loi des quantités de germes infectants qui sont nécessaires pour que se déclenche la contagion : de simples unités bacillaires ne produisent aucun effet nocif.

Pour la tuberculose, pas de contagion non plus ; on ne prend pas cette maladie si on s'est « cuirassé » progressivement par des contacts plus ou moins répétés avec des « circumfusa » toxiques ; et inversement, sortant d'une atmosphère vierge à laquelle on est habitué, un seul contact avec une atmosphère toxique suffit. Il ne saurait donc être question d'une immunisation par une ou des atteintes antérieures de bacillose ; « c'est l'habitude d'évoluer dans une atmosphère aussi toxique que possible, qui vous cuirasse contre la tuberculose. Jamais il n'y aura de tuberculose dans la descendance, si la fécondation se fait sous d'heureux auspices d'hygiène et de santé. »

En résumé, S. Camilatos revient à la théorie de la *maladie spontanée* de Pidoux : « La maladie est en nous, par nous, et procède de nous ». Elle ne résulte pas du microbe ; mais le microbe résulte d'elle ; celui-ci ne vient pas du dehors, mais il naît de l'organisme, par une irritation du protoplasma, auquel est incorporé le virus X.

G. Fischer.

DROITS ET DEVOIRS DES MÉDECINS DE SANATORIUM

A propos d'un de mes articles paru dans le *Concours Médical* du 15 novembre dernier, le Docteur Hervé, président du Syndicat des médecins de sana et directeur de la station climatique et sanatoriale des Escaldes m'a écrit la lettre suivante :

Vous savez quel respect et quelle confiance j'ai pour vos décisions juridiques ; permettez-moi cependant de vous dire que, dans l'espèce, je ne partage pas entièrement votre opinion.

Sur la première question, nous sommes d'accord.

Sur la troisième je pense, comme vous probablement, que le droit pour un médecin assistant de faire de la clientèle après agrément bien entendu du médecin-directeur et de son Administration, est limité par le paiement d'une patente annuelle.

Sur la deuxième et la quatrième question, je vous demande la permission de vous exposer mon point de vue.

Il ne peut être question dans la circonstance, d'assimiler aux médecins praticiens, un médecin de maison de santé et si le médecin praticien peut invoquer le principe du libre choix dans le recrutement de sa clientèle, il n'en est pas ainsi pour le médecin de maison de santé.

Lorsqu'en effet, un médecin entre dans une Administration, qu'elle soit de l'Etat, qu'elle soit privée, il aliène une part de son indépendance. Il n'a plus comme limite à l'exercice de sa profession sa seule conscience, mais il doit tenir compte des règlements et des intérêts de l'Administration dont il devient le collaborateur.

Ainsi fonctionnarisé, le médecin trouve, en contrepartie, dans sa nouvelle situation, des avantages immédiats :

1° Des émoluments fixes, souvent accompagnés d'avantages en nature, voire même de retraite ;

2° Suppression de certaines obligations fiscales, comme la patente sous la seule réserve bien entendu que l'exercice de la profession sera limité aux seuls malades de la maison de santé qui l'abrite ;

3° La restriction si ce n'est l'aliénation totale de sa responsabilité professionnelle.

Sur la question des responsabilités, il me semble bien que, en cas de faute professionnelle grave, à côté de l'auteur responsable, la Justice étendra la responsabilité tant au médecin-directeur, qu'à l'Administration de l'Etablissement.

Vous savez avec quelle sévérité les Tribunaux jugent maintenant ces cas de responsabilité professionnelle et qu'ils n'hésitent pas à frapper de forts dommages-intérêts, les médecins ou chirurgiens responsables.

Imaginez un médecin-assistant dont la seule ressource serait son traitement mensuel. Croyez-vous que le Tribunal hésitera à faire partager la responsabilité dans l'accident et au médecin-directeur et à l'Administration ? Pour moi, la responsabilité dans l'esprit des Tribunaux sera certainement partagée et je vais vous en citer immédiatement une preuve.

Il y a très peu d'années, dans une maison de santé que je connais, à la suite d'actes médicaux d'un médecin assistant où l'Administration de l'Etat avait voulu voir — peut-être à tort — des faits regrettables sinon répréhensibles, elle exigeait le remboursement d'honoraires prétendus indûment perçus et des frais pharmaceutiques qui en avaient été la conséquence. Elle rendit solidairement responsable de reversement et l'Administration et le médecin-directeur de cet Etablissement, qui avaient totalement ignoré les actes médicaux mis en cause.

Administration et médecin-directeur acceptèrent provisoirement et jusqu'à décision du Conseil d'Etat, cette décision. Ne croyez-vous pas que, dans la circonstance, si le médecin-assistant avait mis au courant, comme il le devait, son Administration et son directeur, de son geste médical, il eût pu en éviter les conséquences ?

Vous voyez par ce jugement que votre réponse sur la quatrième question dont j'extrais cette phrase : « C'est d'ailleurs en vertu de ce principe, que le médecin-adjoint est seul responsable de ses actes cliniques ou thérapeutiques et qu'il ne saurait entraîner la responsabilité du médecin-chef, si celui-ci n'a pas participé au traitement du malade plaignant » est en contradiction avec la question jugée, d'autant mieux que, dans la circonstance, l'imputation des sommes à reverser portait sur des mémoires pharmaceutiques, par suite sur l'acte essentiellement médical du médecin-assistant.

Voulez-vous un autre exemple, le voici :

Tout récemment un malade de sanatorium vient, avec le médecin-assistant, consulter le médecin-directeur sur la possibilité d'appliquer une de ces thérapeutiques nouvelles, comme il en sort encore fréquemment, mirobolante, mais sans aucune consistance.

Le médecin-directeur s'est opposé et le malade a quitté la maison. Imaginez que, sans avertissement, le médecin-assistant ait consenti à la demande du malade et qu'il en soit résulté des accidents graves ou que, ainsi qu'il arrive parfois, les premières applications de cette nouvelle thérapeutique aient donné des résultats en apparence satisfaisants et qu'une propagande habilement conduite amena un grand nombre de malades à réclamer l'application de cette méthode. Voyez le désordre qui en résulterait dans la maison de santé.

Poussons même les choses plus loin. N'est-il pas possible de songer, même sans évoquer la question intérêt, qu'un médecin assistant séduit par la décou-

verte d'un ami extérieur, veuille lui-même introduire une thérapeutique nouvelle dans la maison de santé sans en référer au médecin-directeur. Vous connaissez la psychologie des foules de malades. Vous voyez le désordre qui résulterait d'un tel mouvement.

Je sais pour ma part un établissement ou la sagesse et la prudence du médecin-directeur, ont évité la diffusion excessive d'une méthode thérapeutique hier encore florissante et combien déchue aujourd'hui.

Je prétends que la direction médicale d'un établissement confiée au médecin-directeur, doit s'étendre non pas seulement ainsi que vous le dites aux fonctions administratives, mais aussi à une surveillance, discrète, bien entendu, mais indiscutable, sur les faits et gestes des médecins-assistants. Il ne s'agit pas d'apporter d'entrave à l'exercice professionnel — il faut comme vous le dites, éviter le caporalisme — mais d'empêcher des écarts, des abus, dont les conséquences rejailliraient et sur l'Administration et sur le médecin-chef.

Vous concluez d'ailleurs avec beaucoup de sagesse : « Cependant pour le bon ordre intérieur, il peut être utile que les malades soient inscrits sous la surveillance du médecin-directeur quitte ensuite à être dirigés vers tel ou tel médecin adjoint auquel ils sont envoyés ou recommandés ».

Je crois que votre conclusion et la mienne sont tout près de se rapprocher. Il est bien entendu que 95 fois sur 100, si un malade est dirigé sur un des médecins-assistants, la direction médicale n'hésitera pas à tenir compte du désir du médecin praticien ou de la famille, mais ceci est un geste de bonne confraternité et n'implique aucun droit, car le médecin-assistant d'une maison de santé doit accepter la direction du médecin-directeur qui a la responsabilité des malades confiés à l'Etablissement et parmi les attributs du médecin-directeur, doit figurer en première ligne, la répartition des malades.

J'en appelle d'ailleurs à tous mes confrères de maisons de santé, dont je prévois la réponse à ce sujet.

Voilà mon cher ami, les idées qu'en face de votre consultation, j'ai cru bon de vous exposer.

Je vous prie de m'en excuser et d'accepter l'assurance de mes sentiments bien cordiaux.

Dr Hervé,
Président du Syndicat
des médecins-directeurs
de Maisons de santé

Réponse

Nous sommes pratiquement bien près de nous entendre. Mais la divergence apparente qui existe entre nous consiste en ce point : c'est que dans ma réponse aux questions qui m'avaient été posées, je me suis laissé guider par des conceptions juridiques de droit pur, alors que vous m'opposez des problèmes particuliers de pratique courante.

Aussi, en tenant le plus grand compte de vos observations qui sont très judicieuses, je crois que nous pourrions conclure ensemble sur les points suivants :

Si, théoriquement, le médecin adjoint d'une maison de santé ou sanatorium est maître de ses actes cliniques et thérapeutiques, pratiquement il est lié à l'établissement ou au médecin-directeur par un contrat oral ou écrit qui peut aller de la simple permission de traiter des malades dans l'établissement jusqu'au véritable contrat de louage de services de salarié à employeur.

Par conséquent, le droit théorique et absolu que le médecin tient de son grade de docteur en médecine peut être tempéré, diminué, quelquefois annihilé par le contrat qui le lie à l'Administration dont il dépend.

A celle-ci de réglementer la discipline intérieure comme elle l'entend et de faire régner le bon ordre entre confrères en stipulant si besoin en est une hiérarchie entre ces derniers.

Quant à la question de responsabilité civile, il faut encore la considérer du point de vue théorique et pratique.

Théoriquement, le docteur en médecine est seul responsable de la conséquence de ses actes. Pratiquement, l'adversaire essaye d'entraîner la conviction des Tribunaux, pour pouvoir obtenir des dommages-intérêts et pousser les juges à prononcer la responsabilité solidaire de l'Administration et du médecin traitant.

Certains arrêts de jurisprudence ont décidé, suivant les cas d'espèce qui leur ont été soumis que tantôt le médecin d'hôpital est seul responsable civilement de ses actes, tantôt que cette responsabilité est partagée par la Commission administrative de l'établissement pour des motifs d'ordres divers.

Aussi m'arrive-t-il fréquemment d'établir des directives générales dans mes consultations médico-juridiques pour donner à mes confrères une ligne de conduite.

Lorsqu'on nous soumet un cas particulier, nous étudions le litige tant en droit qu'en fait avec nos avocats spécialisés pour savoir de quelle manière résister victorieusement aux attaques de nos adversaires.

J'aime à croire, mon cher Président et Ami, que votre état est amélioré et que vos radiodermites régressent. Vous êtes une victime de la science et du devoir professionnel et tous ceux qui ont appris à vous connaître souhaitent de grand cœur une amélioration de votre santé.

Dr Paul Boudin.

MÉDECINE LÉGALE

Les morts rapides par suppurations méningo-encéphaliques discrètes

Ces complications revêtent une importance médico-légale considérable, quand elles restent entièrement latentes jusqu'aux accidents subits terminaux. Ce sont la méningite purulente aiguë latente, puis l'abcès du cerveau latent à symptomatologie fruste, découvert à l'autopsie et évoluant depuis longtemps, comme l'attestent son volume et son enkystement.

Voici à cet égard deux observations intéressantes.

1° *Méningite purulente aiguë au cours d'une sinusite à symptomatologie fruste.*

Le cas rapporté par le Docteur A. Lapeyre (1) montre bien la place que prennent les suppurations des sinus à côté des suppurations de l'oreille moyenne dans l'étiologie des abcès du cerveau et des méningites aiguës ou suraiguës.

Le 23 janvier, dans la soirée, le garde républicain G..., atteint de céphalées assez vives, sans autre symptôme pathologique, demande à l'infirmier de service deux comprimés d'aspirine. Nuit calme. Le lendemain matin, la céphalée a disparu ; mais la température est à 38°3. L'infirmière propose alors de faire appeler un médecin. G... refuse : il estime qu'un jour de repos suffira pour lui permettre de reprendre son service. Et dans les heures qui suivent, les événements semblent lui donner raison : à 16 heures, la température est tombée à 37°5. S... se sent très bien. Il est revu à 21 h. 30 par l'infirmier.

L'amélioration constatée l'après-midi persiste. Le 25 janvier à 7 heures, un camarade entre fortuitement dans la chambre du malade ; il le trouve étendu sans connaissance sur son lit. Un médecin est immédiatement alerté... La mort survient à 7 h. 15.

Rien d'anormal n'est constaté dans la chambre Le cadavre présente des lividités nombreuses aux régions déclives, mais ne porte aucune trace de violences.

Il s'agit donc d'un cas de mort subite ou du moins de mort rapide d'origine suspecte, dont la cause ne saurait être déterminée que par l'autopsie médico-légale.

Par une rapide enquête, on apprend que G. passait pour un sujet vigoureux, doué d'une excellente santé, que seules venaient troubler des céphalées fréquentes, traitées par l'aspirine ou autres analgésiques.

A l'examen nécropsique aucun des différents organes thoraco-abdominaux n'apporte un élément susceptible d'expliquer le décès. L'autopsie du crâne est par contre intéressante. L'ouverture des méninges fait sourdre un écoulement purulent abondant, à odeur gangréneuse, baignant tout l'hémisphère droit et masquant les sillons de la corticalité. A la coupe, aucune lésion de la corticalité de la substance blanche. Hémisphère gauche, 4e ventricule, cervelet, protubérance et bulbe sont normaux. L'attention est attirée sur un sinus frontal droit très dilaté, plein de pus, dont les parois sont noirâtres, amincies, décalcifiées. La paroi postérieure est la plus atteinte ; son amincissement est extrême, elle se laisse effondrer par la moindre pression.

L'intéressé a donc fait une sinusite suppurée frontale droite, évoluant avec une symptomatologie extrêmement réduite, avant de se terminer par une méningite purulente aiguë. Début insidieux, évolution silencieuse, terminaison rapide, tels sont les caractères primordiaux de cette forme médico-légale des complications méningées déterminées par les sinusites frontales. Il est indiscutable que bon nombre de morts subites ou de morts rapides, classées trop aisément dans la catégorie des « ictus apoplectiques » trouveraient souvent une explication plus exacte et plus satisfaisante, si elles étaient soumises au contrôle de la nécropsie.

2° *Abcès du cerveau, suite de fracture de la voûte orbitaire.*

M. Leclercq (1) rapporte une observation de ce genre, qui concernait un ouvrier, mort au cours de son labeur. On avait pensé qu'il s'agissait d'un accident du travail et en ordonna l'autopsie. On trouva un abcès du lobe antérieur du cerveau et une fracture de la voûte orbitaire.

Or, une enquête révéla que trois jours auparavant, au cours d'une bagarre, l'intéressé avait reçu un coup de parapluie-aiguille, dont l'extrémité très fine s'était immiscée entre l'œil et la paupière et avait fracturé la voûte orbitaire. Cet homme était rentré chez lui, s'était couché comme d'habitude. Il avait travaillé normalement pendant trois jours et l était mort ensuite d'un abcès du cerveau.

G. FISCHER.

(1) *Annales de Médecine légale*, octobre 1936.

INTRODUCTION A LA VIE DE MÉDECIN DE CAMPAGNE

XXXVI[e] LETTRE

Sur la phtisio-phobie

Par le Docteur CAMESCASSE
Ex-médecin praticien à St-Arnoult-en-Yvelines

J'ai tourné sept fois ma langue dans ma bouche — et onze fois ma plume dans son encrier — avant de me décider à aborder ce sujet brûlant.

Ma décison *positive* a été provoquée par la connaissance qui m'est revenue de deux notions *négatives* : il paraît (?) que les très jeunes enfants ne donnent pas une CUTI + parce qu'ils ne *savent* pas encore, et que les vieillards font de même parce que ils ne peuvent plus.

Quant aux gens d'âge moyen, c'est bien simple et je n'ai qu'à copier, dans le *Concours* (1) même, les six lignes que voici :

En mai 1934, M. Courcoux, médecin des hôpitaux publia dans la *Revue de la Tuberculose* ses recherches sur la primo-infection des étudiants et des infirmières. Sur 380 sujets, il nota que 90 avaient une cuti-réaction négative et que, parmi eux, 19 furent victimes... d'une primo-INFECTION SÉRIEUSE.

Les points... que j'ai interposés dans la seconde phrase, représentent le temps écoulé entre la constatation des CUTIS — et l'apparition de la primo-infection.

Mais ce n'est là qu'un détail quand on veut tirer de ces faits — et d'autres en tout point comparables — une conclusion pratique qui ne saurait être autre que celle-ci : les porteurs d'une CUTI — sont en danger dans nos hôpitaux sinon, et plus simplement, dans nos villes.

Quoique l'humour ne soit pas de mise en une matière si grave on pourrait dire que nul ne doit être admis à faire ses études médicales avant d'avoir acquis une CUTI +.

[Il devrait en aller de même pour les futures infirmières, comme de bien entendu.]

Sans citer M. Lumière qui, pour le vieux praticien que je suis, exagère l'importance du facteur hérédité (infection par la mère) et sousestime celle des contagions, je peux rapprocher de ma proposition fantastique les conclusions auxquelles arrive M. Dumarest (2) :

a) Les mesures prophylactiques qui tendent, soit à la suppression des foyers infectieux, soit à la protection des jeunes sujets, sont justifiées, — mais elles n'ont qu'une portée limitée : *l'individu et surtout la race se défendant mieux par la lutte* que par la fuite.

b) *Du fait de l'immunisation progressive*, héréditaire et individuelle, la contamination directe « entre adultes » est rare. La PHOBIE de la contagion tuberculeuse, qui exerce dans trop de milieux un désastreux effet, n'est donc pas justifiée. Les efforts des médecins doivent tendre à accréditer *dans le public* (?) une notion juste de la contagiosité de la tuberculose (notion qui serait aussi) éloignée d'une phobie panique et ridicule (2) que d'une insouciance coupable.

Notre confrère m'excusera d'avoir quelque peu modifié son texte, mais j'espère qu'il ne sera pas trop choqué par le point d'interrogation que j'ai insinué après « dans *le public* ».

Mon idée, comme je vais dire, est qu'il serait bon de commencer *parmi les médecins* car, ou bien je n'y entends goutte, ou bien nous sommes actuellement victimes d'une véritable épidémie de PHTISIO-PHOBIE.

Si je m'en tiens, pour commencer, au cas des étudiants en médecine, je ne soutiendrai pas mordicus qu'il faut exiger d'eux le critère d'une CUTI + avant de leur ouvrir les portes de la Faculté, mais je préciserai que, parmi les impétrants, ceux qu'on doit surveiller, les vulnérables, ce sont les CUTIS —. A eux le thermomètre, les pesées régulières, les radioscopies multiples... le dossier sanitaire.

Aux autres la liberté d'entretenir par des ensemencements, discrets mais suffisamment répétés, cette singulière immunisation qui nous vient de notre état de perpétuelle alerte... quelque chose comme le soin d'entretenir, dans la ligne Maginot, une garnison assez nombreuse pour mettre *instantanément* en œuvre ses mécaniques compliquées.

Mais il n'est pas nécessaire d'aller chercher aussi loin des termes de comparaison. Il est permis d'imaginer que certains bacilles acido-résistants (ceux, par exemple, inclus dans les ganglions trachéo-bronchiques) ne *distillent leur venin qu'à petites doses*, à l'imitation des complexes crypto-toxiques du Professeur Vincent, et assurent ainsi dans et par notre organisme la formation continue des anticorps défensifs.

Une des conclusions pratiques serait celle-ci : la *première pièce* du dossier que doit fournir un médecin (une infirmière, de même) candidat à un emploi dans un sanatorium c'est la constatation

(1) *Concours*, 23-VIII-36, page 2449 (2[e] paragraphe). Docteur Noir.
(2) *Bulletin Médical* : 30 mai 1936.
L'auteur a souligné les mots *entre adultes*, mais c'est moi qui ai souligné les deux autres passages, placé le point d'interrogation et interposé le conditionnel *serait*.

d'une CUTI + (1). Or nous sommes, — nous médecins — très loin de cet état d'esprit.

C'est ainsi qu'il en est, — de ces médecins et des meilleurs, — qui cherchent à classer le personnel des hôpitaux d'enfants en CUTIS — et en CUTIS +, tenant ceux-ci pour des suspects auxquels on ne confierait que des clients à CUTI +.

Je sais bien que la radioscopie interviendra. Je comprends aussi qu'on éliminera, après analyse des crachats, les bacillifères. Mais je me demande pour combien de mois vaudra une CUTI — qu'elle soit constatée sur le client ou bien sur la soignante ? Car cette soignante, comme cet enfant traverseront bien quelquefois la salle de consultation — et cela suffit pour assurer leur contamination.

Qu'on réalise, presque complètement, l'isolement des nouveau-nés pendant leurs premières semaines, c'est possible... à quel prix (en argent) dans une maternité modèle. Mais que deviendra ce petit CUTI — quand il rentrera dans la VIE COMMUNE ?

Le B. C. G. lui inoculera-t-il juste la dose nécessaire — qualité et quantité — de bacilles suffisamment actifs : *suffisamment mais pas trop* ?

Que deviendront, chez ces sujets à B. C. G., nos points de repère : CUTI —, CUTI + ?

Comme le nombre des individus qui ont bénéficié de ce B. C. G. n'est encore que le petit nombre, il est permis d'envisager la question sous un autre aspect.

Je veux ici essayer de mesurer le danger — de contamination — que font courir à leurs voisins, commensaux et concitoyens en général, — à la race, comme dit Dumarest, — d'une part, ces infectés qui font une réaction positive, d'autre part ces vulnérables qui jouissent, ce jour-là, d'une réaction négative.

Soumis les uns et les autres aux infections... de la rue, des omnibus et autres lieux... aux infections discrètes ou massives, ils réagiront différemment : la probabilité pour les infectés, les CUTI +, est d'une réaction bénigne, de courte durée, qui ne sera pas chez nous l'occasion de pulvériser des bacilles — et, en tout cas de ne pulvériser que des bacilles à virulence, *atténuée*.

Au contraire, les CUTI + sont menacés de faire des réactions virulentes, des formes graves, destructives de tissus, ulcérantes comme on dit. Non seulement ils dissémineront le contage, mais ils auront, par la culture en terrain neuf, *réactivé* ce contage.

Or, sur ce terrain, le médecin de campagne est remarquablement informé. Voici quelques exemples de ce qu'il a vu :

1° D'une famille pauvre mais exempte de toute manifestation tuberculeuse, une fille nubile va *en place* à la ville — et revient... crachant ses poumons. Comme cela se passe à une date déjà ancienne l'avis du médecin de la ville, transmis par les patrons qui avaient essayé de soigner puis fait hospitaliser leur bonne, est désespérant.

Il n'y a rien à faire donc on n'appelle pas le médecin de village qui aurait pu, au moins empêcher ce qui suit : dans un grand lit, on fait coucher la malade avec une de ses jeunes sœurs, — qui ne toussera d'une façon inquiétante que le jour du décès de l'ex-parisienne.

On aurait pu s'inquiéter de l'amaigrissement, de la perte de l'appétit de la fièvre, tous symptômes tels que le médecin, venu pour constater un décès déjà acquis, aurait pu en annoncer un second séance tenante.

Sans agir avec cette brutalité, ce médecin a dû cependant s'informer. Le partage du lit lui est ainsi révélé, qu'il devra interdire pour les autres sœurs... Aussitôt toute la famille *sait* que Laura a attrapé la maladie d'Antonine. Mort de Laura.

Bernardette, troisième sœur, se défendra mieux. Elle n'a d'ailleurs fait qu'aller et venir auprès de Laura, la fenêtre largement ouverte et n'a point co-habité. Les secours publics fonctionnent un peu mieux : Bernadette bénéficiera d'un pneumothorax qu'on pourra entretenir pendant plusieurs années et qui semble avoir assuré une guérison compatible avec le travail.

De telles histoires étaient fréquentes autrefois : un fils, expulsé du régiment, viendra contaminer sa mère qui le soigne, jour et nuit, de trop près, deux décès. Mais voici mieux :

A) Un père, devenu vagabond (on dit maintenant *clochard*) vient terminer sa phtisie d'*ivrogne* dans la maison natale qu'a su conserver la mère. Il contaminera tous les siens, seulement les sorts des victimes seront différents, car des facteurs individuels interviendront

B) Une fillette qui fait tardivement sa puberté, fait en même temps une granulie dramatique et meurt.

C) La mère est menacée pendant un court temps par une localisation sous-claviculaire droite, mais elle guérit.

D) Un fils, qui travaille ailleurs et qui ne vient que le dimanche *pour se changer*. Quoique bien nourri, il fait une pleurésie. Ses patrons le soignent chez eux. Il guérira complètement... il est, en 1936, en passe de devenir grand-père.

E) Un autre fils toussera un peu, semblera guérir, mais plus tard fera une tumeur blanche du genou. Résection. Longue survie à la campagne ; histoire de femme... il se met à boire... Phtisie à marche lente.

F, *H*) Deux autres enfants semblent n'avoir jamais été malades.

G) Mais l'unique fils de l'un d'eux succombe à une méningite survenue... *en pleine paix*, oserai-je dire.

Quoique je n'arrive pas à comprendre comment le spermatozoïde peut apporter, avec ses chromosomes, le virus filtrant — je ne disputerai pas à M. Lumière la genèse héréditaire de cette méningite.

Il en va tout autrement du cas de tous les autres membres de cette famille, où la contamination directe paraît certaine quoique les formes transmises n'aient pas eu toute la gravité que signalent... les médecins des villes.

Personne ne conteste d'ailleurs que le grand air et la lumière n'apportent, au terrain menacé, des moyens de résistance très sérieux. Dans le cas

(1) Je me répète, mais à la chasse d'un si gros lièvre il faut employer plus d'une cartouche (septembre 1936).

particulier du groupe A, B,... G, il fallait *aussi* tenir compte probablement de la vigueur remarquable de la mère... qui fut, à proprement parler, une femme infatigable.

Ces gens, élevés à la dure cependant, avaient toujours vécu dans un logis isolé et, en fait, ils ont montré que cet *isolement* rend ses bénéficiaires singulièrement *vulnérables* : tous sauf deux, ils ont été touchés.

Il y a cependant campagne et campagne, village et village. De ces villages j'en ai connu un où le travail abondait en raison de la présence d'une fabrique de chaussons qui utilisait des déchets d'étoffes, de lainages surtout.

Dans ce village de X, la tuberculose régnait sous toutes ses formes, mais surtout sous la forme de phtisie pulmonaire à marche lente. On en accusait les poussières des déchets manipulés, ce qui m'a troublé considérablement lors de mes débuts et qui me trouble encore... rétrospectivement.

Car la fabrique a disparu ; puis, mais il y a fallu plus de vingt années, la phtisie a disparu à son tour.

Seulement, dans l'intervalle et faute d'ouvrage, le nombre des habitants a diminué de moitié, laissant ainsi à la disposition des persistants de *larges logis*, — au lieu du surpeuplement, de l'entassement que j'ai connus naguère.

Je précise que c'est le manque de travail, et non la phtisie, qui fut la cause de cette dépopution.

Quoiqu'il soit fort difficile de rejoindre les dispersés, un fait assez brutal m'a donné à penser qu'un assez grand nombre est allé mourir ailleurs de la tuberculose contractée à X : la mère, du groupe A, B... avait une sœur mariée à X. Cette sœur avait plusieurs enfants. Or il ne reste, dès longtemps, aucun survivant de ce cousinage.

***

J'avais l'intention de terminer cette lettre en invoquant le cas des médecins de ma génération, qui, tout ignorants qu'ils étaient des cuti-réactions ont su, à de certaines heures, qu'ils étaient touchés — et dont quelques-uns vivent tout de même, cinquante et des années après l'alerte.

Je m'abstiens d'insister sur cet aspect de la question, car j'espère en avoir assez dit pour montrer que mon idée n'est pas complètement folle ; que, dans notre état de civilisation dans la conjoncture actuelle, les gens à CUTI — sont plus en danger et plus dangereux que les gens à CUTI +.

Puis, pour conclure, je me répète : si j'habitais la ville et si je cherchais une bonne, je la choisirais parmi ces femmes qu'une réaction positive me montrerait en état de LUTTE SOURDE, — sauf à demander aux autres tests d'éliminer les candidates en état de *lutte active*.

SANATORIUMS ? SANATORIA ? ?

Cette simple question a fait passer parmi nos lecteurs un long sursaut d'indignation.

Ce qui prouve deux choses :

1° Que les médecins sont des lettrés et ne badinent pas avec la pureté de la langue.

2° Que ce sont des lettrés avertis puisque l'unanimité s'est faite sur le pluriel « sanatoriums ».

Ils repoussent du pied, et avec dégoût, « sanatoria », vocable de calicots ou, qui pis est, de primaires infatués et ignorants. Pourquoi pas des aquaria ? des harmonia ? des gerania. Et aussi, par compensation, un hortensium ? s'exclament-ils.

Mais voici des références :

Le Docteur Delamarre rappelle que, dans sa « Vie drôle », Alphonse Allais (voici un nom qu'on ne s'attendait pas à voir survenir en ce docte débat) proposait de dire : des « séra » au lieu de « sérums » afin d'embêter les gens qui disent « sanatoria ».

Le Docteur Paul Farez, le talentueux chroniqueur du « *Journal des Débats* » cite Gaston Boissier, du Collège de France et de l'Académie française, qui demandait : « Est-ce que vous dites des pensa ? »

Et enfin voici le mot du très érudit Docteur Blondeau, de Mamers :

« Sanatorium n'est français, officiellement du moins, que depuis 1935. Le dictionnaire de l'Académie de 1878 l'ignore. L'édition de 1935 l'a adopté mais avec pluriel en *s*. Larousse dit bien : sanatoriums ou sanatoria ; mais il n'est pas à un barbarisme près. Seule l'Académie fait foi ».

Après ce coup de boutoir il n'y a plus qu'à tirer l'échelle ! Nous dirons donc : sanatoriums, et honni soit qui parle autrement.

G. LAVALÉE.

A PROPOS DE LA CUTI-RÉACTION TUBERCULINIQUE

Le Parlement médical (très ingénieusement assemblé sous le nom d'Assemblée française de médecine générale par mon éminent confrère et ami Godlewski) vient de mettre à la mode, dans l'ensemble des praticiens et malheureusement aussi du grand public la cutiréaction tuberculinique : « *seul test* qui permette de connaître si tel ou tel sujet a été INFECTÉ antérieurement par le B. K. » (conclusion de la réunion du 20 novembre 1935, *Montpellier Médical*, janvier 1937, p. 371). D'autre part dans les « comités » où l'on s'occupe de médecine sociale un effort se dessine, en vue de la *répétition* de la cuti chez les enfants des écoles, dans l'armée, etc. (*Cf.* Société de pédiatrie, 17 nov. 1936, Mlle Dreyfus-Sée, M. Weill-Hallé, etc.). Voici donc l'ensemble des Français du premier âge adulte soumis périodiquement au coup de griffe chargé de tuberculine : rougira, rougira pas — et voici aussi le sujet qui, porteur de sa cuti +, considéré comme tuberculiné va être soumis à enquête, surveillance, sera probablement *interdit de séjour*, heureux encore s'il échappe au pneumothorax « en série ».

Nous ne doutons pas que l'immense majorité des praticiens qui ont charge, souci, responsabilité de la santé présente et future des clients qui les honorent de leur confiance, comprendra le danger de l'erreur collective de cette médecine « de masses », fondée sur l'interprétation abusive des résultats d'un test, trop facile, trop élégant et *sans valeur*.

1° Une cuti positive révèle sans doute l'infection tuberculeuse chez un sujet tuberculeux, mais dans l'immense majorité des cas elle veut dire simplement que le sujet observé a été en contact avec des « produits tuberculeux » sans pour cela être porteur d'une tuberculose-maladie.

2° Il suffit de se reporter au travail princeps de von Pirquet (*Wien. Klin. Woch*, 1908, 20, 1123, cité par Calmette ; l'infection bacillaire 3e édition, p. 593) pour lire que « les cuti-réactions *répétées* chez le même sujet *deviennent positives alors que la première a été négative* ». Pourquoi ? parce que la cuti fait pénétrer dans l'économie des doses suffisantes de tuberculine pour provoquer à elles seules le *virage* de la réaction.

Conclusions : une première cuti-positive ne suffit pas à faire la preuve de l'existence chez un sujet d'une tuberculose-maladie. Pas plus que n'impose le diagnostic de tuberculose la découverte d'une « bacillémie ». Cuti + = redoublement de la sagacité clinique du médecin traitant.

— La répétition des cuti chez un sujet, d'abord négatif, peut à elle seule provoquer le *virage* du test. Ce dernier point nous a paru tellement important que nous avons demandé à l'un de nos maîtres de reprendre une série d'expériences dans son laboratoire. Vous demanderez aux praticiens, qui comme nous, n'acceptent pas sans réserve les pratiques modernes de la médecine en série, d'attendre les résultats que nous nous ferons un devoir de leur communiquer.

M. JULLIEN
(Joyeuse)

BIBLIOGRAPHIE

Dr Jean MARVAUD. — **En Epidaure. Satires médicales.** Edit. Librairie Charles Bosse, 16-18, rue de l'Ancienne-Comédie, Paris.

Faisant suite à ses satires politiques et médicales, ce petit recueil de vers est écrit avec le même esprit que son devancier.

L'auteur est un aimable dilettante qui, en plus, juge la vie sous un angle assez sceptique et qui fait partager son point de vue à ses lecteurs. Aussi ces pages, doucement railleuses, ne peuvent soulever la critique, car toujours elles font sourire. Le Docteur M. n'est pas méchant, surtout quand il reporte toute sa verve sur ses confrères. Qu'il traite du médecin spécialiste, du chirurgien de sous-préfecture, de la directrice du dispensaire, il le fait d'un œil amusé et doucement ironique. Plutôt que de dire comme son candidat au concours :

Un jour, j'aurai l'investiture,
Je serai nommé professeur,
Et jouirai de la nature,
Avec ma goutte et mon chauffeur,

il préfère cultiver chaque jour tranquillement son jardin.

P. S.

IL FAUT VENIR EN AIDE AUX VIEILLARDS

Le désir de tout homme à part de rares exceptions maladives est de garder sa santé et de vivre le plus longtemps possible.

La vieillesse est donc le but vers lequel tous se dirigent et tendent leurs efforts. C'est la raison d'être de tous les médecins qui s'emploient de leur mieux à conduire les organismes parfois frêles et délicats dans ce sentier si rugueux et ardu qu'est celui de la vie. C'est aussi le motif de toutes les lois d'hygiène qui cherchent à écarter de leur mieux les épidémies et maladies pouvant entraîner l'homme à une mort prématurée.

Faire partie un jour du noble cortège des vieillards est donc le but évident de tout homme logique qui cherche à garder ainsi son bien le plus précieux : la vie. La vieillesse constitue de ce fait l'ult me étape avant la mort vers laquelle nous allons et par laquelle tous, sauf accident, nous devrions passer.

Pouquoi faut-il donc que la Société semble ne s'y intéresser que d'une manière secondaire, préoccupée de donner le plus de bonheur possible à la jeunesse ?... Pourquoi les années physiquement et psychiquement les plus dures ne sont-elles pas entourées pour tous, sinon de bonheur, du maximum de tranquillité et de paix ?...

De tous les habitants de notre Pays les vieillards sont les plus dignes d'intérêt. Or, la plupart ont beaucoup de mal pour vivre et pour subvenir matériellement à leurs besoins. Beaucoup misèrent d'une manière lamentable et se voient obligés de recourir à des organismes charitables pour les secourir, c'est-à-dire à tendre la main. Peut-on faire mieux ? ? ? Il nous semble qu'on peut venir en aide à nos bons vieillards d'une manière plus efficace et plus pratique, plus habile et plus douce, moins humiliante et certainement en définitive moins coûteuse pour l'Etat.

La manière de donner vaut encore mieux que ce que l'on donne.

Dans toute société et dans tout état la vieillesse doit être aimée et respectée

Les vieillards constituent sans aucun doute, la classe de la Société la plus vénérable et celle vers laquelle doivent aller toutes les attentions et même, si on peut dire, les faveurs de l'Etat.

Ne représentent-ils pas en quelque sorte la France d'hier et ne sont-ils pas à un titre quelconque ses vaillants serviteurs ? *N'ont-ils pas dépensé toute leur intelligence, tous leurs talents, toutes leurs forces pour le pays ? N'ont-ils pas contribué de leur mieux à augmenter la richesse de la France* en travaillant pour Elle dans un domaine quelconque et en lui laissant une grosse partie des biens ou de l'argent amassés ?...

Si vous les interrogez, ils ont tous occupé une place, parfois même très importante, et ont en général donné toute leur mesure dans le sillon qui leur était confié. Ils ont connu toutes les vicissitudes de la vie et ses tribulations. Pas un n'est sans avoir une histoire ou une épreuve douloureuse dont il garde le secret dans l'intimité de son cœur et dont le souvenir lui fait monter de temps à autre des larmes.... Et qu'ont-ils désormais ces braves gens à attendre de la vie sinon ingratitude, abandons, tristesses, souffrances ou maladies.

S'ils sont pauvres sur leurs vieux jours, est-ce qu'une grosse partie du fruit de leur travail ou de leur trésor n'a pas été donnée à la France pour le bien du pays ?... Achats de toutes sortes Impôts divers, Secours à leurs semblables. Voilà ce qu'ils ont fait et donné quand la vie, la jeunesse, la santé et la force leur souriaient.

N'est-ce pas donner au pays un véritable trésor presque inestimable que celui de lui léguer des enfants, les citoyens de demain, ou de passer une partie de sa vie à les former. Et d'ailleurs, sans ce magnifique don, l'Etat ne pourrait plus subsister.

Emportés par le courant de la vie, préoccupés par la lutte quotidienne et le travail journalier, ils ont voulu regarder comme trop lointains les jours de la vieillesse qui s'est présentée très vite à eux et d'autant plus que le surmenage des affaires les accaparait davantage..... Saluons bien bas ces Nobles victimes du devoir et du travail et ayons pour eux de la reconnaissance plutôt que de l'ingratitude ! ! ! et secourons les de notre mieux ! ! ! ! !

Le sort actuel des vieillards comparé aux autres citoyens

L'Etat cherche incontestablement à améliorer le sort de tous. Mais si nous examinons la législation actuelle, *il semble que toutes ses préoccupations et ses soucis sont dirigés surtout vers la jeunesse et l'âge mur.* Presque toutes les réformes et améliorations sociales ont pour but le développement de la force et de la santé de ceux qui sont appelés à servir le pays et l'amélioration des conditions d'existence des travailleurs.

Beaucoup de réformes, et il faut s'en réjouir *ont été faites en faveur de ceux qui sont appelés chaque jour à fournir un dur labeur pour gagner leur existence* et pour faire vivre leur foyer. Il est juste de chercher à donner à tout homme pendant sa vie un peu de bonheur auquel il est en droit d'aspirer et de semer un peu de joie dans

tous les foyers. Réduction des heures de travail. Vacances obligatoires et payées pour tous. Augmentation des salaires... allocations de chômage, secours pendant les maladies et les accidents.

Voilà de belles réformes, coûteuses sans aucun doute pour le Pays, mais qui font honneur à ceux qui les ont proposées et qui les ont réalisées.

Ce qui a été fait pour garder la santé et augmenter la force des gens est peut-être plus grand.

Consultations prénatales... Consultations des nourrissons... Allocations aux femmes en couches et primes d'allaitement... Inspection médicale des enfants dans les écoles... Dépistage des maladies par tous moyens... Institution d'infirmières visiteuses pénétrant dans les familles pour donner des conseils d'hygiène... Création de dispensaires de toutes sortes... Préventoria... Sanatoria... Hôpitaux, Centres médicaux ou chirurgicaux spécialisés pour telle ou telle maladie...

Rien ou peu s'en faut, semble-t-il ne manque à l'heure actuelle pour atteindre dans ce sens le summum de la perfection.

Le même but eut pu cependant être atteint d'une manière moins onéreuse, en créant moins de fondations publiques hospitalières dont l'entretien coûte très cher et en obligeant tout citoyen à passer régulièrement une visite médicale annuelle chez le médecin de son choix, comme nous l'avons demandé il y a quelques mois dans un précédent article. Les charges de l'Etat s'en seraient trouvées très allégées et de ce fait les impôts et le coût général de la vie.

En comparaison de toutes ces magnifiques réformes sociales atteignant les jeunes, la corporation des travailleurs et les malades, *qu'a-t-on fait pour nos bons vieillards*, pour ceux qui ont épuisé leurs forces pour la collectivité, et pour tous ceux qui ne peuvent plus travailler ?...

Jusqu'à 60 *ans tout est désormais prévu.* Tout homme peut vivre d'une manière convenable. Il sera employé dans de bonnes conditions surveillées à un travail quelconque ou touchera une allocation quelconque dite de chômage variant selon l'importance de la famille de 6 à 18 francs par jour. Cette indemnité lui permet, le cas échéant d'attendre la place convoitée et de subvenir à son entretien et à celui des membres du foyer, d'une manière modeste sans doute mais cependant acceptable et possible.

Mais, pourquoi faut-il que le jour où cette personne arrive à 60 *ans* ce secours de vie plus nécessaire que jamais cesse subitement. Les 6 à 18 francs jusqu'alors alloués aux sans travail sont remplacés par une somme misérable de 2 francs par jour et encore accordée après une attente douloureuse, souvent pénible, et en tout cas d'une manière incertaine.

Si on accorde le privilège d'une allocation de chômage aux jeunes et aux hommes robustes sans travail, pourquoi le refuse-t-on aux pauvres vieux sans travail ?... Pourquoi cette différence ?... La nourriture et le logement ne sont-ils pas toujours aussi nécessaires ? Pourquoi un homme de 59 ans peut-il vivre en toute tranquillité s'il n'a pu trouver du travail et pourquoi faut-il qu'un homme de 61 ans soit plongé dans l'angoisse et on peut le dire dans la misère ?

Personne ne peut vivre dans les conditions actuelles avec 2 francs par jour quand il faut s'acquitter du logement et de la nourriture. Deux francs représentent tout au plus la valeur d'un litre et demi de lait.

Un litre de lait pris dans une misérable chambrette payée avec difficulté, voilà ce qu'on offre comme consolation à tous nos bons vieillards dans le besoin.

C'est la misère avec tout son cortège de souffrances physiques et morales. Et bon gré, mal gré, celui qui est sans ressources est obligé à contrecœur de rentrer dans un hôpital ou un asile de vieillards pour pouvoir au moins vivre et trouver la nourriture qui lui est indispensable.

Pour vivre, l'Homme devenu vieux est donc obligé malgré lui de perdre la liberté et l'indépendance que l'Etat Républicain lui avait accordées jusque-là.

Le vieillard sans ressources ne peut donc vivre seul, et pour vivre même s'il n'est pas malade est obligé en rentrant dans cet asile ou hospice de perdre ce qu'il a de plus cher : son indépendance et sa liberté.

Du fait de sa rentrée comme pensionnaire dans un établissement quelconque il en résulte d'une manière certaine des frais de pension qui seront approximativement de 25 à 35 francs selon les établissements et qui doivent être payés par les communes et par l'Etat, c'est-à-dire en fin de compte par la collectivité.

Rien de plus juste et de plus légitime que de payer le séjour dans un hospice pour tous les vieillards qui en raison de maladie ne peuvent plus vivre seuls dans leur foyer ou ne veulent plus diriger leur foyer. La moitié de nos bons vieillards rentrent dans ce cas, ce qui montre d'une manière indiscutable la nécessité de ces établissements.

Mais pourquoi vouloir faire suivre un régime aussi coûteux et aussi peu agréable aux milliers de vieillards bien portants ? Pourquoi vouloir leur imposer en échange de la nourriture et du logement une vie de lycée ou de collège nécessaire sans doute à la jeunesse mais inexplicable pour la vieillesse.

Ainsi donc les plus de 60 *ans non fortunés et respectables à tous points de vue sont placés dans le dilemne suivant :*

Ou vivre indépendants et mourir de faim avec 2 francs par jour.

Ou vivre tranquilles dans un établissement quelconque mais en perdant sa personnalité, son indépendance, la liberté si chère au cœur de tous ; et en coûtant quinze fois plus au budget de l'État ? ! ! ! !

Comment améliorer le sort des vieillards

Il est facile de comprendre après ce qui précède que ce qui existe actuellement pour les vieillards n'est pas l'idéal et que leur sort mérite d'être amélioré.

Puisqu'on vient tant en aide aux jeunes tant qu'ils sont valeureux et forts, ne doit-on pas s'occuper et veiller encore davantage sur eux pour les aider à franchir l'étape la plus douloureuse et la plus dure de l'existence.

L'homme doit rester toujours maître de lui et ne doit subir aucune contrainte quel que soit son âge ou sa classe.

Si la liberté est un principe intangible de l'État Républicain, celui de l'égalité ne l'est pas moins. Et, on est obligé d'admettre que les hommes devenus vieux doivent être traités sur les mêmes bases que les jeunes. De ce fait les mêmes allocations doivent subsister quel que soit l'âge quand on n'a plus de travail ou quand on ne peut plus travailler.

Proposer à un homme âgé qui vient demander un secours financier pour vivre de le faire entrer dans un pensionnat d'Assistance et l'y contraindre par les dures nécessités de la vie est vraiment pour le moins bizarre ! ! N'est-ce pas vis-à-vis de ces bons vieillards être maladroit en refusant de leur donner l'allocation des jeunes ? ... N'est-ce pas vouloir les traiter comme des enfants que de les mettre en pension ?.. Ne faudra-t-il pas verser à ces établissements une allocation trois ou cinq fois supérieure à celle du chômage pour faire vivre un seul homme âgé ?...

S'il y a un âge où l'allocation doit être maintenue plus que jamais et être même encore plus forte, n'est-ce pas celui où la frilosité est la plus grande, le besoin de chauffage plus fort, l'appétit plus capricieux et la nourriture plus douce. Pourquoi ne pas donner à tous les vieillards un rang convenable. Touchant eux-mêmes une indemnité ils payeraient eux-mêmes leur entretien les aides dont ils ont beosin, le médecin en cas de malade et l'hôpital en cas d'envoi pour incurabilité.

Ne vaut-il pas mieux faire des vieillards des « RETRAITÉS » plutôt que des « NÉCESSITEUX » à qui il faut cependant d'une manière quelconque tout payer ? ? ? .....

« GARDER A TOUT HOMME QUEL QUE SOIT SON AGE L'INDEMNITÉ PRÉVUE EN CAS DE NON TRAVAIL ». Voilà ce que nous demandons de tout cœur pour nos bons vieillards à l'État.

Quelle joie ne verrait-on pas sur ces bons visages ravagés souvent hélas ! par les dures épreuves de la vie et par les souffrances physiques ou morales qu'ils ont endurées. Comme ils seraient heureux de voir l'avenir sous un jour plus riant. Ce serait la certitude du lendemain. On ne verrait plus dans le désespoir ces braves gens quand ils perdent leur fortune ou leur santé d'une manière quelconque et quand les jours malheureux succèdent aux jours heureux.

« Être certain de pouvoir avoir jusqu'au dernier jour de sa vie quelles que soient les circonstances de quoi subvenir à sa nourriture à son existence et à son logement » ! ! ! !

Quel réconfort pour tous, vieillards d'aujourd'hui !... Quel soutien dans la vie, vieillards de demain ! ! ! ! ....

Donner aux vieillards l'allocation des « sans travail » jusqu'ici réservée aux jeunes est donc juste et nécessaire.

Ce n'est pas une charge nouvelle que nous demandons pour l'État, mais une répartition plus équitable de ses moyens de secours.

Ne faisons donc plus de distinction pour les indemnités entre les jeunes et les vieux.

Tous ont droit au soutien du pays. Mais si tous y ont droit, ceux qui ont fait beaucoup pour le pays en sont encore plus dignes. On les a hélas jusqu'à présent un peu oubliés ou défavorisés. Donnons leur les mêmes avantages.

Que l'État Républicain leur donne une allocation de retraite et en même temps la liberté qu'on n'aurait jamais dû leur enlever. Que nos bons vieillards en profitent le plus possible. Assurons leurs vieux jours d'une vie tranquille et paisible dans le même foyer où ils ont vécu leurs jours de jeunesse ou en cas d'impossibilité dans un logement convenable ! ! ! ... Qu'ils ne soient plus obligés que malades ou impotents ou de leur propre gré de rentrer dans les établissements prévus et organisés à cet effet.

En donnant cette allocation ou cette retraite à ceux que nous avons le droit et le devoir de respecter et d'aimer le mécontentement de toute une catégorie de citoyens disparaîtra. De la joie et du bonheur rentreront chez tous les citoyens quels qu'ils soient. L'angoisse et l'amertume disparaîtront d'un grand nombre de cœurs... La confiance renaîtra dans le Pays, et la France en le faisant s'honorera une fois de plus. Elle trouvera en faisant respecter et aimer les vieillards le moyen d'être un modèle auprès des autres nations qui ne tarderont certes pas à vouloir rester en arrière sur ce point.

Dr H. BRIAND (Rennes)

LA PAGE SANS MÉDECINE

..... *Tant d'hôtes inconnus nous invitent à boire le vin des grappes que nous n'avons pas écrasées et à manger le pain d'un blé que nous n'avons pas moulu.....*

(Mario MEUNIER).

1. — Gabriel SOULAGES. — **Le malheureux petit voyage.** Un vol. 16 × 25 rehaussé d'illustrations de Carlègle, tiré à 1.000 exemplaires sur les presses de Darantière. *Editions Valère*, à Paris, 1936.

GABRIEL Soulages faisait preuve d'une remarquable maîtrise dans ces pastiches teintés d'un délicat humanisme. Il avait écrit ainsi ces délicieux « *Graffiti* » dont j'eus l'occasion de vous entretenir voici quelques années et que je vous conseille de mettre dans votre bibliothèque si vous parvenez contre toute vraisemblance à les saisir chez le marchand de livres. Carlègle était comme aujourd'hui le collaborateur ès images de ces textes aériens où la friponnerie et le badinage musent sous un style d'une parfaite ordonnance classique et d'une toute académique pureté. On n'en saurait dire autant des mésaventures proprement dites survenues au carrosse de Madame la Princesse de la Marsaille et à ses occupants au cours du périple accidenté que Soulages fait raconter par Marie-Toinon Cerisette, soubrette avertie de la princesse. Et justement nommée si l'on veut bien tenir compte des émois constants où la jette ce singulier voyage au pays de Tendre. La narration de ces relais est minutieuse ; la phrase persifle et ironise virevolte et effleure ces égarement épicuriens que tour à tour Toinon et Soulages justifient en accusant sereinement la canicule ou l'inconfort du véhicule et des auberges, ou même l'effroi qui rapproche les cœurs si l'on peut dire. Ce conte tout empreint d'une touchante « non-résistance » comme d'une candide ingénuité dans les ébats, est encore tout enluminé par l'alerte illustration largement jetée par Carlègle sur les pages. Les lettrines sont cardinal et vives toutes les teintes. Il est inutile de vous redire la sobre manière de l'artiste qui ne retient des volumes que les lignes essentielles sans jamais verser dans le schéma ! Et dont le trait est d'une ferme sûreté. Cette constante simplication ne l'empêche pas de commenter ingénieusement l'esprit du texte. Et d'ajouter à son tour paradoxalement aux finesses de la langue, la prestigieuse impertinence de son crayon,

2. — André GIDE. — **Retour de l'U. R.S.S.** Un vol. 12 × 19. *Editions de la N. R. F.*, Paris, 1936.

3. — Marie-Louise BOUDAT. — **Cybèle.** Poème. Un vol. 14 × 19 tiré à 725 exemplaires numérotés. *Editions du Divan*, Paris, 1937.

PAS d'emphase, pas de lieux communs, pas de fausse sentimentalité dans cette puissante et toute parnassienne évocation de la terre. D'amples alexandrins lourds de belles images comme des branches, de fruits mûrs. Une métrique rigoureuse sans raideur, un solennel panthéisme qui a su garder une constante émotion et qui sourd au long des pages avec la luxuriante vigueur d'une sève.

4. — J.-P. LOCKHART-MUMMERY. — **L'origine du cancer.** Un vol. 12 × 19 de la Collection l'Avenir de la science. *Editions de la N. R. F.*, Paris 1937.

LES arguments clairement exposés en faveur de la théorie morphologique du cancer ne réussi pesss antà élucider l'énigme qui déjoue ce nouvel essai de pathogénie.

5. — Octave AUBRY. — **Le Roi de Rome.** Tome premier. Un vol. 18 × 24 enrichi de plus de 120 illustrations. Collection Ars et Historia. *Editions Plon*, Paris 1936.

LA documentation de Monsieur Aubry suit pas à pas le tragique et mélancolique destin de cet enfant écrasé par son nom, traqué par la politique et les diplomates qui ne respireront que lorsque le silence du tombeau aura parachevé l'in-pace.

6. — Antoine REDIER. — **Les Radios.** Un vol. 12 × 19. *Editions Flammarion*, Paris, 1936, 15 francs.

IL s'agit des opérateurs de T. S. F. dont Antoine Redier a recueilli quelques exploits: dramatiques aventures, vécues pour sauver quelques existences humaines isolées du secours et qui ne tiennent à la vie que par cette minuscule étincelle.

7. — Comte de GONTAUT-BIRON. — **Le Duc de Lauzun.** Un vol. in-8° préfacé par le Général Weygand. *Editions Plon*, Paris, 1936, 25 francs.

LA personnalité de Lauzun généralement rapportée à ses « *Mémoires* », de fâcheux

renom est réhabilitée par le Comte de Gontaut-Biron jugeant sur des pièces moins fantaisistes. Ce fut un politique avisé, un chef qui eut même la consécration de l'échafaud révolutionnaire.

Varia***

De nos amis *Raymond* et *Pierre Molinéry* une élégante plaquette sur Luchon dans l'histoire de l'hydrologie ; agrémentée d'un copieux chapitre sur le curieux *Vaporarium* luchonnais ; aux éditions René Lépine, 39, rue d'Amsterdam, Paris.

* Du Docteur *Vallée* une thèse soutenue devant la Faculté de médecine de Lyon et que je me permets de signaler ici puisque pour nombre de lecteurs son sujet n'est pas de « médecine-pure » et intitulé : « *L'organisation actuelle de l'homéopathie en France* » ; aux éditions Bosc, 42, quai Gailleton à Lyon.

* Dans le *Mercure de France* du 15 janvier notes sur l'esprit encyclopédique, de Duhamel ; l'humanisme et les nécessités d'aujourd'hui ; Irlande et Angleterre ; autour du matérialisme dialectique.

* Dans la *Nouvelle Revue française* de janvier un étincelant « Microcosme de Léon-Paul Fargue » ; Journal intime de Joubert

* Dans le *Divan* de janvier, Stendhal jugé par Carducci ; marines de Gilbert Charles.

* Dans la belle revue de culture latine *Dante* (numéro de janvier) des lettres inédites de Verlaine et un copieux bouquet de fioretti latines.

* Dans le *Figaro illustré* de Noël : robes de maitres ; l'école des skieuses, pistards et routiers de neige ; éclairage 37 ; plaisir de lire ; au temps des victorias ; les boursiers de la Seine et une claire profusion de gravures

24 janvier 1937.

Dr Jean SÉVAL.

SYNDICAT DES MÉDECINS DU BUGEY ET DU PAYS DE GEX

Réunion du Syndicat du 29 novembre 1936 à Bellegarde

I. **Commission départementale de coordination.** — En exécution des prescriptions de la Circulaire du 26 septembre 1936 de M. le ministre de la Santé publique concernant la coordination des services et institution d'hygiène et d'assistance sociales, une réunion s'est tenue à la Préfecture de l'Ain, à laquelle assistaient les délégués du Syndicat. A l'exposé du compte rendu de la séance présenté par le Docteur Temporal, le Syndicat approuve les conclusions et est heureux de ratifier l'élection, au sein du comité, au titre de représentant des Syndicats médicaux, du Docteur Hubert, président de la Fédération de l'Ain.

II. **Proposition de loi Pomaret.** — Après discussion, le Syndicat approuve entièrement l'ordre du jour du Conseil d'administration de la Confédération des Syndicats médicaux français, en date du 19 juillet 1936.

III. **Prélèvement sur les payements (A. M. G.) et honoraires des médecins d'hôpitaux.** — Le Syndicat considérant que les tarifs actuellement pratiqués sont déjà considérablement réduits (pour certains de plus de 50 %), demande expressément que le prélèvement de 10 %, soit supprimé (1).

IV. **Augmentation de la cotisation confédérale.** — Les membres du Syndicat des médecins du Bugey et du Pays de Gex, faisant confiance à la Confédération des Syndicats, dont ils reconnaissent le dévouement à l'égard des intérêts médicaux, et répondant à l'appel du relèvement de la cotisation confédérale qu'ils estiment justifiée, décident de porter la taxe de cette dernière de 50 francs à 100 francs. En conséquence, la cotisation annuelle sera dorénavant, de 150 francs, soit 50 francs (Syndicat), 100 francs (Confédération).

V. **Examen périodique des assurés-vie.**—Le Syndicat accepte de prêter son concours à l'examen médical périodique des souscripteurs en cours de contrat à une Compagnie d'assurance sur la vie, suivant les modalités proposées (honoraires basés sur le tarif des accidents loi 1898 X 2).

VI. **Malades payants dans les hôpitaux.** — La Circulaire du 28 septembre 1936, du ministère de la Santé publique, impose aux Commissions administratives des hôpitaux ou hospices, l'obligation de reviser leur règlement pour fixer d'une part les tarifs de remboursements de malades payants, et, d'autre part, le mode de rémunération de médecins, le Conseil d'Etat dans un jugement récent, ayant estimé que l'entente directe ne saurait être tolérée entre les praticiens et les malades usagers d'un service public.

Le Syndicat déclare à ce sujet rester fidèle aux principes mêmes de la charte médicale : libre choix et entente directe, des dérogations, tout à fait exceptionnelles ne pourront être envisagées qu'après avis du Syndicat.

XI. **Médecine préventive.**— Le Syndicat décide de collaborer à l'organisation de la médecine préventive.

(1) Il est rappelé à cet égard que le prélèvement de 10 % opéré sur les traitements des médecins attachés aux collectivités publiques telles que les établissements hospitaliers a été reconnu comme illégal par la jurisprudence administrative, et par la Circulaire ministérielle du 8 octobre 1936.

CONSTANTIN GUYS AU MUSÉE DES ARTS DÉCORATIFS

L'exposition de Constantin Guys au pavillon de Marsan est peut-être moins intéressante par le talent de l'artiste, que par l'évocation des mœurs du second-empire, nous présentant des tranches de vie, des instantanés pris au vif par des croquis à la plume rehaussés d'aquarelle ou de lavis.

Un passage de Théophile Gautier rappelé par M. Messelet dans la préface du catalogue nous dépeint bien le peintre : « Il était à la fois un grand voyageur, un observateur profond et rapide, et un parfait humoriste ; d'un coup d'œil il saisissait les côtés caractéristiques des hommes et des choses ; en quelques coups de crayon, arrêtait à la plume ce trait cursif comme la sténographie et le lavait hardiment d'une teinte plate pour en indiquer la couleur ».

Ses œuvres exposées forment plusieurs séries ; d'abord la vie mondaine et les cérémonies mettant en scène l'Empereur et l'Impératrice, les loges et le foyer des théâtres et le Derby d'Epsom. Dans d'autres salles ayant pour titres : les femmes et les filles, nous voyons des femmes appartenant à tous les milieux, portant crinolines et chales, coiffées de chapeaux volumineux, dans des séries de scènes galantes ayant pour cadre le café, Mabille, Vaux-hall, bals musettes existants déjà à cette époque, avec une variété inouïe de types qui s'apparentent avec ceux de Gavarni.

Plus loin nous voyons chevaux et voitures, le grand triomphe de l'artiste, qui fait défiler à nos yeux, cavaliers et amazones, carrosses de gala, berlines, coupés, daumonts, victorias, cabriolets où se prélassent les élégantes et les biches en toilettes tapageuses.

Plus loin encore, aperçus de la vie militaire consistant surtout en revues aux brillants uniformes de l'époque. Mention spéciale pour les funérailles du Maréchal Exelmans.

D'autres salles nous présentent des scènes de la guerre de Crimée, et de la vie en Turquie, en Italie et en Espagne. Quelques souvenirs personnels de Constantin Guys se voient dans plusieurs vitrines.

Dr M. VIMONT.

JOSEPH JADASSOHN

L'illustre dermatologiste est mort à Zurich, où il avait pris sa retraite, à 73 ans. Il était l'élève de Neisser et commença sa vie de professeur comme directeur de la Clinique dermatologique de Berne, de 1896 à 1917 ; puis il occupa à Breslau, dans sa Silésie natale, jusqu'en 1931, une chaire célèbre de dermatologie. Jadassohn a exercé une influence considérable. Il la devait à une grande intelligence combinée avec une mémoire merveilleuse. Un de ses élèves, Bloch, put un jour dire avec exactitude que Jadassohn était un de ces rares exemples d'un savant n'ayant jamais fait d'erreurs dans ses écrits scientifiques. Il sut unir dans une harmonieuse synthèse les écoles de Vienne et de Paris ; il suscita les travaux de la jeune école germanique et dirigea pendant près de quarante ans les travaux de la Société dermatologique allemande. Il fut également le représentant de l'Allemagne au Comité d'hygiène de la Société des Nations. Il a publié, entre autres, un *Manuel* devenu classique des maladies cutanées et vénériennes.

Dans ces derniers temps, il avait rédigé un autre manuel de dermatologie qui ne fut pas imprimé, parce qu'il ne trouva pas d'éditeur en Allemagne : Jadassohn était juif. Ce fut la cause de son exil volontaire en Suisse. Il est à remarquer, d'ailleurs, que les journaux allemands ont oublié d'annoncer son décès, ou bien se sont bornés à le mentionner en quelques froides lignes.

Ph. DALLY.

CHRONIQUE AUTOMOBILE

Les extincteurs d'incendie (*Suite*)

Comme suite à notre dernière chronique nous allons considérer successivement chaque catégorie d'extincteurs.

1° *Les extincteurs ignifuges*

Ce sont des appareils qui, en principe, déversent sur le foyer de l'eau chargée d'acide carbonique.

La réaction d'un acide sur un bicarbonate alcalin donne naissance à un abondant dégagement de gaz carbonique, qui agit comme propulseur et comme extincteur. Les liquides mis en présence au moment de l'emploi sont généralement de l'acide chlorhydrique ou sulfurique, et une dissolution de bicarbonate de soude dans l'eau pure, avec addition d'une substance ignifugeante, telle que l'alun, le borax, le sulfate d'alumine, etc...

Ce genre d'extincteurs est à employer sur les feux secs ou ordinaires (classe A).

2° *Les extincteurs à mousse*

Ces extincteurs déversent une émulsion savonneuse, obtenue au moment de l'emploi, par la réaction chimique entre un acide (sulfate d'alumine) et une base carbonique (bicarbonate de soude), additionnée d'un émulseur (colle, gomme, suc de réglisse, saponine, bois de panama, etc.).

En présence de l'eau, le sulfate d'alumine réagit sur le bicarbonate de soude et dégage de petites bulles de gaz carbonique, qui se trouvent immédiatement enrobées d'eau saponifiée, formant ainsi une mousse.

Le volume de mousse produit est en moyenne dix fois plus grand que celui des solutions aqueuses utilisées pour sa formation. La mousse forme à la surface des matières enflammées une surface protectrice, se conservant pendant plusieurs heures, s'opposant ainsi à l'arrivée de l'air et, par conséquent, à l'oxygène nécessaire à la combustion. L'eau et les bulles de gaz carbonique agissent comme extincteur, et les sels qu'elle renferme, forment en se déposant, un enduit ignifuge.

Les extincteurs à mousse éteignent, en principe, les feux gras (classe B) et peuvent être également utilisés sur les feux secs (classe A) et même sur les feux d'origine électrique basse tension. Ils sont donc tout particulièrement indiqués pour les propriétaires d'automobiles, comme appareils mixtes de maison et de garage. (Voir plus loin paragraphe IV, les extincteurs spéciaux pour voitures automobiles).

3° *Extincteurs à tétrachlorure de carbone*

Ces appareils conviennent pour les feux d'hydrocarbures, d'appareils électriques (classes B et C).

Le tétrachlorure de carbone est un extincteur très efficace, agissant par refroidissement et étouffement ; il ne détériore pas les objets qu'il atteint.

Il possède toutefois deux gros inconvénients :

1° Il dégage d'abondantes fumées noires qui peuvent gêner les travaux d'extinction ;

2° Fortement chauffé, dans une atmosphère chargée de vapeur d'eau, il libère des gaz toxiques.

Il est donc prudent de n'utiliser ce moyen d'extinction qu'en plein air ou dans des locaux très aérés.

4° *Extincteurs à liquides très réfrigérants.*

Ces extincteurs servent surtout sur les feux gras et surtout sur ceux qui se produisent sur les moteurs et sur les installations électriques (classe B et C).

Ils fonctionnent, généralement, au bromure de méthyle, dont la densité est : 1,5, le point de congélation — 91°, le point d'ébullition + 4°.

Ces extincteurs fonctionnent au-dessus de 4°, car la tension de vapeur du bromure de méthyle suffit pour projeter le liquide à plusieurs mètres.

Pour qu'ils puissent fonctionner à une température au-dessous de 4°, on produit, au moment du chargement, une pression auxiliaire.

Les appareils à bromure de méthyle sont principalement utilisés pour la protection des voitures automobiles et des bateaux, etc. Ces appareils sont actuellement les seuls homologués par l'Assemblée plénière des Compagnies d'assurances contre l'incendie, pour la protection des véhicules automobiles affectés aux transports publics en commun de personnes.

5° *Extincteurs à poudre*

Ces extincteurs sont utilisés pour les feux ordinaires et les feux d'hydrocarbures. On les emploie aussi pour les feux électriques, à la condition de se servir de poudre non conductrice. La poudre employée est généralement du bicarbonate de soude, additionné d'un colorant et d'un produit empêchant son agglomération sous l'influence de l'humidité.

6° *Extincteurs à acide carbonique liquide*

Ils sont surtout utilisés pour éteindre les feux d'origine électrique (haute et basse tension) (classe C) et les feux d'hydrocarbures (classe B). L'acide carbonique liquide libère environ 500 fois son volume de gaz.

L'extinction est obtenue par refroidissement (79° au-dessous de 0) et par étouffement.

Il y a lieu de s'assurer qu'un glaçon ne s'est pas formé à l'orifice de l'appareil en service, ce qui déterminerait une obturation suivie d'une explosion.

7° *Extincteurs « défense passive »*

Utilisés pour la protection des immeubles, usines etc., contre les attaques aériennes. Ces extincteurs permettent : 1° La projection de mousse ; 2° la projection d'une solution ignifugeante ; 3° la projection de liquides ou de solutions adaptés aux gaz de guerre.

Cette documentation technique m'a été communiquée courtoisement par les Etablissements Bouillon frères, extincteurs Knockout. Marcel Toussaint.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Hygiène et clinique de la première enfance** (Clinique Parrot ; hospice des Enfants-assistés, 74, rue Denfert-Rochereau, Paris). — *Cours de revision et de perfectionnement consacré à l'hygiène et au traitement des maladies de la première enfance.* (Cours de vacances, Pâques 1937). — Un cours sur les notions actuelles en hygiène et clinique du premier âge sera fait à la clinique Parrot, à l'hospice des Enfants-Assistés sous la direction de M. le Professeur Lereboullet, avec le concours de MM. Cathala et M. Lelong, agrégés, médecins des hôpitaux ; MM. Bohn, Baize, Benoist, Garnier, Gournay, Odinet, Gavois, Joseph et Mme Wertheimer, chefs et anciens chefs de clinique ; M. Detrois, chef du laboratoire ; MM. SaintGirons et Roudinesco, assistants du service ; M. Aimé, électro-radiologiste de l'hospice des Enfants-Assistés.

Ce cours commencera le lundi 15 mars et se terminera le mercredi 23 mars.

Sont admis à ce cours les docteurs en médecine, les étudiants en médecine, français et étrangers, sur la présentation de la quittance du versement.

L'inscription à ce cours doit être annoncée à M. le chef de laboratoire des Enfants-Assistés, 74, rue Denfert-Rochereau, avant le 7 mars, le cours ne devant avoir lieu que s'il y a un nombre d'élèves suffisant. Droit d'inscription : 150 francs.

Les bulletins de versement du droit sont délivrés à la Faculté, au secrétariat (guichet no 4), les lundis, mercredis, vendredis, de 14 à 16 heures, et salle Béclard (B. R. M. E.) tous les jours, de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures, sauf le samedi après-midi.

— **Concours pour le prosectorat.** — Un concours pou deux places de prosecteur s'ouvrira le mercredi 7 avril 1937, à midi, à la Faculté de médecine de Paris.

MM. les aides d'anatomie sont seuls admis à prendre part à ce concours. Ils devront déposer les pièces anatomiques prévues par l'article 17 de l'arrêté ministériel du 30 avril 1935, au plus tard le 5 avril. Le registre d'inscription est ouvert au secrétariat de la Faculté, de 15 heures à 17 heures, tous les jours, jusqu'au mercredi 17 mars inclusivement.

— **Concours pour l'adjuvat.** — Un concours pour cinq places d'aide d'anatomie s'ouvrira le jeudi 8 avril 1937, à midi, à la Faculté de médecine de Paris.

Tous les internes des hôpitaux de l'Assistance publique de Paris de 1re, 2e ou 3e année sont admis à prendre part à ce concours. Ils devront déposer les pièces anatomiques prévues par l'article 2 de l'arrêté ministériel du 30 avril 1935, au plus tard le 5 avril. Le registre d'inscription est ouvert au secrétariat de la Faculté, de 15 heures à 17 heures, tous les jours, jusqu'au mercredi 17 mars inclusivement.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers

— **Concours de chirurgien des hôpitaux.** — ADMISSIBILITÉ. ANATOMIE. *Séance du 11 février. Questions données* : Ligature de l'artère axillaire sous la clavicule. Désarticulation du pouce et du métacarpe.

Ont obtenu : MM. Padovani, 7 ; Olivier-Monod, 5 ; Lecœur, 5 ; Lance, 5 ; Petit, 9 ; Billet, 6 ; Vuillième, 9 ; Sauvage, 10 ; Hepp, 9 ; Guillot, 4.

Séance du 13 février. Questions données : Ligature de l'artère iliaque externe. Désarticulation médiotarsienne dite opération de Chopart.

Ont obtenu : MM. Dreyfus-le-Foyer, 4 ; Boudreaux, 8 ; Aboulker, 9 ; Zagdoun, 4 ; Poilleux, 5 ; Cordier, 5 ; Dufour, 9 ; Audouin, 9 ; Baumann, 9 ; Rudler, 7.

— **Concours de médecin des hôpitaux.** — ADMISSIBILITÉ. *Liste des candidats* : MM. Albeaux-Fernet, Albot, Antonelli, Benoist, Bernal, Bernard, Bolgert, Bonnard, Boudin, Bousser, Busson, Cachin, Cahen, Chabrun, Delamare, Delay, Deparis, Derot, Desoille, Ducas, Even, Fauvert, Fechrer, Fouquet, Frumusan, Gabriel, Gilbrin, Goldberg, Gouyen, Guillain, Hamburger, Hesse, Horowitz, Hurez, Joseph, Klotz, Lafitte, Laplane, Launay, Lehmann, Lenègre, Lereboullet, Mauric, Merklen, Meyer, Moussoir, Netter, Pautrat, Perrault, Poumeau-Delille, Ribadeau-Dumas, Rudaux, Salles, Schwob, Sée, Sigwald, Sterne, Thiébaut, Thoyer, Uhry, Weill, Zadoc-Kahn.

— **Concours de l'internat.** — ORAL. *Séance du 12 février. Questions données* : Symptômes et diagnostic du cancer du côlon iléo-pelvien. Symptômes, diagnostic et traitement d'urgence du coma diabétique.

Ont obtenu : M. Enel, 12 ; Mlle Benskowski, 17 ; MM. Lenoel, 18 ; Poissonnet, 21 ; Kaepplin, 21 ; Benhaim, 15 ; Tétreau, 22 ; Minkowski, 22 ; Deprez, 21 ; Metzger, 14 ; Chalochet, 19.

Séance du 17 février. Questions données : Symptômes et diagnostic de la néphrite mercurielle. Complications des fractures des côtes.

Ont obtenu : MM. Aurenche, 19 ; Coville, 20 ; Mlle Stahland, 17 ; M. Belletoille, 20 ; Mlle Giret, 20,5 ; MM. Darricau, 17 ; Bourdon, 20,5 ; Mlle Corre, 21 ; M. Cohen, 20.

— **Concours pour dix-huit places de médecin de l'Assistance médicale à domicile.** — Ce concours sera ouvert le mercredi 19 mai 1937, à 9 h. 30. MM. les docteurs en médecine qui désireront concourir devront se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria (Bureau du Service de santé) de 15 à 17 heures, du mardi 20 avril 1937 au lundi 3 mai 1937 inclusivement.

— **Répartition dans les services hospitaliers des élèves internes et externes en médecine pour l'année 1937-1938.** — MM. les élèves internes et externes en médecine actuellement en fonctions et ceux qui ont été nommés à la suite des derniers concours sont prévenus qu'il sera procédé, aux jours et heures fixés ci-après, dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, no 49, à leur répartition dans les établissements de l'Administration pour l'année 1937-1938, savoir :

MM. les élèves internes (pour entrer en fonctions le 15 avril 1937) : Internes entrant effectivement en 4e et en 3e année, le mercredi 17 mars 1937, à 15 heures, internes entrant effectivement en 2e année, le jeudi 18 mars 1937, à 15 heures ; internes entrant effective-

ment en 1re année, le vendredi 19 mars 1937, à 15 heures.

MM. les élèves externes en premier (pour entrer en fonctions le 15 avril 1937), le samedi 20 mars 1937, à 15 heures.

MM. les élèves externes (pour entrer en fonctions le 1er mai 1937) : ceux de 6e année (externes ayant concouru en 1931), le lundi 19 avril 1937, à 15 heures ; ceux de 5e année (externes ayant concouru en 1932), le mardi 20 avril 1937, à 15 heures ; ceux de 4e année (externes ayant concouru en 1933), le mercredi 21 avril 1937, à 15 heures ; ceux de 3e année (externes ayant concouru en 1934), le jeudi 22 avril 1937, à 15 heures ; ceux de 2e année (externes ayant concouru en 1935), le samedi 24 avril 1937, à 15 heures ; ceux de 1re année (externes ayant concouru en 1936) du no 1 au no 200 (rang de classement au concours), le lundi 26 avril 1937, à 15 heures ; ceux de 1re année (externes ayant concouru en 1936) du no 201 à la fin (rang de classement au concours), le mardi 27 avril 1937, à 15 heures.

N. B. — MM. les élèves seront appelés suivant leur numéro de classement aux concours.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Nécrologie.** — Nous apprenons la mort du Docteur Alexandre Morin, décédé à Rouen, le 4 février 1937, dans sa 66e année.

Trésorier de l'Association des médecins de la Seine-Inférieure et de la Société des Amis des monuments rouennais, le Docteur Alexandre Morin était un archéologue érudit. Il avait fait des études très remarquées sur les monuments historiques de la ville de Rouen.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Léon Fargier, médecin-chef à l'asile d'aliénés de Sainte-Marie de l'Assomption de Privas, vice-président de l'Association des médecins de Drôme-Ardèche, décédé le 7 février 1937, à l'âge de 64 ans.

— **Congrès international pour les maladies rhumatismales.** — Le VIe Congrès pour les recherches et la lutte contre le rhumatisme, de la Ligue internationale contre le rhumatisme se tiendra fin mars 1938 à l'Université d'Oxford. Il sera célébré ensuite le 10e anniversaire du Bureau de la Ligue internationale en même temps que le 200e anniversaire de la station thermale de Bath. Les sujets à traiter et les noms des rapporteurs seront communiqués ultérieurement.

Pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Ligue internationale contre le rhumatisme : Dr J. Van Breemen, Keizersgracht 489/491, Amsterdam.

— **Comité consultatif de biologie aérienne de l'armée de l'air.** — Le Comité consultatif de biologie aérienne de l'armée de l'air sera constitué pendant l'année 1937 par les membres titulaires ci-après :

Le médecin général, inspecteur des services médico-physiologiques, président. — M. Léon Binet, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Paris. — M. Jean Gautrelet, professeur agrégé de physiologie des Facultés de médecine, directeur du laboratoire de biologie expérimentale de l'Ecole des Hautes Etudes. — M. André Mayer, professeur au Collège de France (chaire d'histoire naturelle des corps organisés), membre de l'Académie de médecine. — M. André Strohl, professeur de physique à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine. — Le médecin adjoint à l'inspection des services médico-physiologiques de l'armée de l'air remplira les fonctions de secrétaire du Comité.

— **Diplômes de docteur en médecine de l'année scolaire 1935-1936.** — Le nombre des diplômes de docteur en médecine délivrés par les Facultés françaises pendant l'année scolaire 1935-1936 est de 1.758, soit 61 de moins que l'année précédente. Il se décompose comme suit :

Facultés	Diplômes d'Etat	Diplômes d'Université (mention médecine)	Total
Alger	38	»	38
Beyrouth	24	»	24
Bordeaux	158	5	163
Hanoï	12	»	12
Lille	58	1	59
Lyon	162	25	187
Marseille	66	2	68
Montpellier	81	26	107
Nancy	45	23	68
Paris	724	150	874
Strasbourg	45	15	60
Toulouse	83	15	98
	1.496	262	1.758

(*Vie médicale*)

— **P. L. M.** — *Visitez l'Algérie à bon compte.* — Un voyage plein d'attrait et d'imprévu, en Algérie, à l'époque la plus favorable et à un prix très réduit, voilà ce qui vous est offert par les grands réseaux de chemins de fer français.

En effet, à l'occasion des fêtes indigènes organisées à Touggourt, la « perle du Désert », point de départ de délicieuses excursions, des billets spéciaux d'aller et retour, valables vingt jours, avec gratuité du retour sont délivrés du 23 mars au 2 avril 1937, par leurs principales gares pour Port-Vendres ou Marseille.

Pour voyager gratuitement au retour, une seule formalité est à remplir ; le coupon doit être visé par le Syndicat d'initiative de Touggourt.

Le Gérant : R. Thiron

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

CORRESPONDANCE

ASSURANCES SOCIALES

11.692. — Droit aux prestations de l'assurance-maternité

J'ai encore recours à vos bons offices pour une question Assurances sociales.

J'ai eu à mon service une bonne durant une partie du troisième trimestre 1935 (août et septembre), le quatrième trimestre et janvier-février 1936. J'ai payé aux Assurances sociales 48 francs pour le troisième trimestre 1935 et 72 francs pour le quatrième trimestre 1935, en tout 120 francs, y compris sa cotisation et n'ai rien pu verser pour janvier et février 1936, n'ayant jamais reçu les feuilles d'Assurances sociales que j'ai vainement réclamées à l'administration des Assurances sociales, en deux lettres auxquelles je n'ai pas reçu de reprise.

Or, cette bonne a accouché en octobre ou novembre 1936, et n'a jamais travaillé depuis son départ de chez moi (elle est partie sans laisser d'adresse).

Pourriez-vous me dire :

1° Si je suis en règle avec les Assurances sociales au sujet de son accouchement ;

2° Sinon, puis-je me mettre en règle, ce que je n'ai jamais pu faire, les Assurances sociales ne m'ayant jamais adressé les feuilles. Dr L.

Réponse

En vertu de l'art. 9 du décret-loi du 28 octobre 1935 instituant le nouveau régime des Assurances sociales, pour avoir droit ou ouvrir droit aux prestations maternité, l'assurée doit avoir subi, par précompte, sur son salaire, une retenue d'au moins 60 francs au cours des quatre trimestres civils précédant celui de l'accouchement dont 15 francs au moins durant le premier de ces trimestres.

Si, en l'espèce, l'accouchement de votre domestique a eu lieu dans le courant du quatrième trimestre 1936, les trimestres de référence à considérer pour déterminer son droit aux prestations sont le quatrième trimestre 1935 et les premier, deuxième et troisième trimestres de 1936. Or, votre domestique n'a durant cette période, à son compte, que 72 francs de cotisations, c'est-à-dire n'a subi, comme retenue, sur son salaire, qu'une somme de 36 francs. Il s'en faut donc de 24 francs pour que les conditions légales se trouvent remplies. Or, cette somme aurait dû être versée durant le premier trimestre 1936 au cours duquel cette domestique a été à votre service. Il s'ensuit que le refus de prestations que lui opposera sa Caisse d'assurances sociales est la conséquence de la faute que vous

avez commise en ne versant pas régulièrement vos cotisations au service régional des Assurances sociales et que vous vous trouvez civilement responsable, à son égard, de la perte de ses prestations. Il ne servirait de rien, à l'heure actuelle, de verser à la Caisse d'assurances sociales, les cotisations arriérées même majorées des intérêts de retard. En effet, ces cotisations ne peuvent ouvrir droit aux prestations que si le salarié a subi, en temps voulu, le précompte de sa cotisation personnelle sur son salaire ; ce précompte n'ayant pas été exercé, en l'espèce, la Caisse serait fondée à refuser les prestations bien qu'ayant touché les cotisations.

La seule chose à faire est donc d'attendre que vous ayez reçu une réclamation de la part de votre ancienne domestique et de vous entendre avec elle pour son indemnisation. Toutefois, il est certain que vous pourriez faire valoir, comme circonstances atténuant votre responsabilité, la passivité du service régional des Assurances sociales qui ne vous a jamais fait parvenir les imprimés nécessaires ; certes, ces imprimés n'étaient pas indispensables pour opérer le versement des cotisations, celles-ci pouvant être payées en espèces à la poste ou par virement au compte de chèque postal au service régional ; mais vous étiez fondé à croire le contraire et pouvez ainsi expliquer les circonstances de votre oubli.

653. — Droit des assurés sociaux en cas de maladie ou blessure provenant de leur faute

Un jeune homme assuré social cotisant depuis plusieurs années, a un accident de moto (collision avec un auto) ; il n'a pas de permis de conduire ; d'autre part, les témoignages et le constat montrent que les torts sont de son côté. Sa Caisse d'assurances prétend ne lui accorder aucune prestation ; il a présenté une fracture du fémur, est resté quatre mois à l'hôpital et (l'accident étant de juin dernier), il n'a pas encore pu reprendre son travail. Le refus qui lui a été opposé était celui du Directeur de la Caisse répondant à son sujet téléphoniquement au Directeur de l'hôpital où il a été transporté au moment de l'accident.

Oui ou non, ce pauvre garçon a-t-il droit aux prestations de l'assurance-maladie ?

Autre cas un peu analogue : un ouvrier cotisant régulièrement, au cours d'une rixe, a une fracture de jambe. Son adversaire est connu... et d'ailleurs insolvable. Le blessé peut-il compter sur les prestations des Assurances sociales ?

Dr V.

Réponse

En vertu de l'art. 25, paragr. 2 du décret-loi du 28 octobre 1935 instituant le nouveau régime des Assurances sociales, « ne donnent lieu à aucune prestation en argent les maladies, bles-

sures ou infirmités résultant de la faute intentionnelle de l'assuré ». Cette disposition est généralement interprétée comme signifiant que les Caisses d'assurances sociales sont fondées à refuser le versement des prestations en espèces dans tous les cas où la maladie ou l'accident est dû à une faute commise par l'assuré lui-même en connaissance de cause.

Il a été ainsi jugé par le Tribunal civil d'Orthez que les Assurances sociales n'ont pas à intervenir pour couvrir un assuré blessé par suite de ses agissements délictueux. Il est certain qu'en l'espèce votre client commettait une faute et un acte pénalement réprimés en conduisant une motocyclette alors qu'il n'était pas pourvu du permis de conduire. Dans ces conditions, il semble que la Caisse est dans son droit en lui refusant l'indemnité journalière durant sa période d'incapacité.

Par contre, les dispositions de l'art. 25, parag. 2 précité ne concernent en aucune manière les prestations en nature de l'assurance-maladie, c'est-à-dire le droit aux frais médicaux et pharmaceutiques occasionnés par l'accident. Votre client devrait donc ne pas s'incliner devant le refus qui lui est opposé, mais demander formellement à sa Caisse le versement de son tarif de responsabilité, et, en cas de refus, saisir dans les dix jours la Commission d'arrondissement par lettre recommandée adressée au Juge de paix, président, au Greffe du Tribunal civil d'arrondissement.

Mais lorsque l'accident ne résulte pas de la faute de l'assuré, le droit de ce dernier aux prestations en espèces et en nature de l'assurance-maladie est absolument incontestable, dès lors que cet accident n'est pas susceptible d'ouvrir droit aux indemnités légales prévues par la législation sur les risques professionnels.

Lorsque cet accident provient de la faute d'un tiers, les Caisses d'assurances sociales sont toutefois subrogées de plein droit à l'intéressé ou à ses ayants droit dans leur action contre le tiers responsable pour le remboursement des dépenses que leur occasionne l'accident ou la blessure. D'autre part, l'intéressé doit, lors de l'introduction de l'instance contre le tiers, indiquer à peine de nullité, sa qualité d'assuré social et la Caisse d assurances à laquelle il est affilié (art. 25, paragr. 3).

Dans le cas d'un ouvrier blessé au cours d'une rixe, la Caisse serait fondée à opposer à son assuré les dispositions de l'art. 25, paragr. 2 au cas où cette rixe se serait produite par sa faute. Par contre, elle devrait verser à cet assuré les prestations ordinaires, si celui-ci n'avait agi qu'en état de légitime défense. Elle serait naturellement en droit de demander au partenaire de son assuré le remboursement des prestations qu'elle a dû lui verser.

792. — Paiement des honoraires pour soins aux assurés sociaux notoirements indigents

Vous n'ignorez pas les difficultés que les médecins éprouvent à être réglés des mémoires d'assurés sociaux indigents (art. 59 maintenant art. 19) En particulier, alors que j'ai eu satisfaction pour l'année 1935, il me reste deux mémoires impayés du quatrième trimestre 1934 (soit 263 et 267).

Plusieurs fois j'ai signalé au Préfet ce retard inexplicable, je n'ai jamais eu de réponse ! En septembre 1936, je me suis adressé au secrétaire du Syndicat des médecins qui a promis de me communiquer la réponse du Préfet dès qu'il la connaîtrait. Hélas, j'attends toujours cette réponse !

De guerre lasse, je m'adresse à vous...

Dr D.

Réponse

Nous avons bien reçu votre lettre nous exposant les difficultés que vous rencontrez pour recouvrer vos honoraires pour soins donnés à des assurés sociaux notoirement indigents. Une chose est tout d'abord certaine, c'est qu'aucune prescription ne saurait vous être opposée dès lors que vous avez produit dans les conditions réglementaires la justification des sommes qui vous sont dues pour les dépenses prévues par l'art. 59 de la loi sur les Assurances sociales (Réponse ministérielle n° 6697, parue au *Journal Officiel* du 8 août 1934.)

Mais si vous ne pouvez obtenir satisfaction à l'amiable, vous pouvez suivre la voie contentieuse, c'est-à-dire obtenir contre la collectivité débitrice de vos honoraires une décision ayant force exécutoire et en poursuivre ensuite l'exécution par les voies du droit administratif.

Aux termes de l'art. 151 du règlement d'administration publique de la loi de 1928-1930, cette collectivité débitrice est non pas le Service départemental d'assistance, mais la commune du domicile de secours de vos clients. Elle doit être poursuivie aux termes des arrêts de la Cour de cassation du 15 juillet 1933 et du 8 janvier 1935, devant la Commission d'arrondissement dans le ressort de laquelle elle a son siège. Pour ce faire il vous suffit d'adresser au Maire de la commune une lettre recommandée avec avis de réception, par laquelle vous le mettrez en demeure de vous régler les sommes qui vous sont dues. La Commission sera ensuite saisie par lettre recommandée adressée à son président au greffe du Tribunal civil, dans un délai de dix jours à compter soit de la notification de la décision de refus, soit, en cas de non réponse, à l'expiration d'un délai de 2 mois.

Lorsque la Commission d'arrondissement aura prononcé contre le Maire de la commune une décision ayant force exécutoire, vous serez

fondé à exiger de cette commune le paiement de votre mémoire. Au cas où le Conseil municipal n'allouerait pas les fonds exigés par cette dépense qui aura pris ainsi un caractère obligatoire, vous serez fondé à demander l'inscription d'office de votre créance au budget de la commune par arrêté du Préfet, dans les formes et conditions de l'art. 19 de la loi du 5 avril 1884 modifiée par l'art. 32 du décret du 5 novembre 1920. D'après ce texte, aucune inscription d'office ne peut être opérée sans que le Conseil municipal ait été au préalable appelé à prendre une décision spéciale à ce sujet. Cette décision doit être demandée par le Préfet saisi de l'affaire par le créancier porteur du titre exécutoire. Au cas où le Conseil se refuserait à l'inscription de la dépense, celle-ci serait faite par le Préfet lui-même qui l'imputerait sur les fonds libres sur le crédit pour dépenses imprévues ou même par compression ou réduction des autres crédits, et éventuellement au moyen d'une contribution extraordinaire établie d'office par un décret pris après avis du Conseil d'Etat.

Au cas où le Préfet refuserait de procéder à aucune inscription d'office, un recours pourrait être formé contre son refus dans les deux mois devant le Conseil d'Etat.

Vous voyez que vous ne manquez pas de moyens de recours contre le retard dont vous vous plaigniez justement. Mais d'autre part, nous vous signalons que ce retard, qui a pour cause certaine un manque de crédit, ne saurait subsister puisqu'en vertu de la loi de finances, il a été alloué aux collectivités locales sur le budget de la Santé publique un crédit de 350 millions pour le paiement des arriérés d'assistance. Il est donc à espérer que vous pourrez obtenir satisfaction à l'amiable prochainement.

ACCIDENTS

996. — Accident du travail. Accouchement laborieux

Mme A..., cultivatrice et enceinte d'environ sept mois, fait en novembre dernier, exactement le 9, une chute avec cette circonstance aggravante qu'elle tenait un enfant dans ses bras. Elle en a subi une émotion considérable, mais ne porte sur le corps aucune trace de sa chute, constatée d'ailleurs par témoin.

Le 13 novembre au soir, on m'appelle auprès d'elle, elle ressent des coliques utérines et perd du sang assez abondamment. Repos absolu, hémostatique et apicaux. Les coliques et du même coup l'hémorragie disparaissent. Le 19 dans la nuit, elle est reprise de coliques et d'hémorragie. Etant donnée l'existence d'un placenta trop bas, elle est transportée en surveillance dans une clinique où quelques jours

après elle est opérée aux environs du terme d'une césarienne au cours d'une hémorragie très grave.

Une déclaration d'accident a été faite à sa Compagnie, qui envoie un de ses médecins pour enquêtes et examiner la malade, il arrive deux jours je crois après l'intervention.

Nous convenons tous les trois, médecin enquêteur, le chirurgien et moi-même, qu'il faut dans le cas considérer deux choses :

1° L'insertion vicieuse du placenta dont la Compagnie ne saurait être rendue responsable ;

2° Le choc physique et moral ressenti par la blessée qui a déterminé quelques jours plus tard, les coliques utérines et secondairement des hémorragies ;

3° Si la Compagnie ne saurait être rendue responsable de l'opération césarienne, et des conséquences éloignées que cette opération peut avoir sur la santé de l'accidentée puisque même à terme et dans les meilleures circonstances, cette opération aurait dû avoir lieu ;

4° En revanche, la Compagnie doit être tenue pour responsables des menaces d'accouchement prématuré et des hémorragies, donc de la surveillance prolongée, que ce cas a dû occasionner, et en fin de compte de tout ce qui s'est passé entre l'accident et l'opération elle-même.

Ces conclusions prises d'un commun accord l'ont été dois-je ajouter, seulement verbalement.

Or, à l'heure actuelle, en présence de ma note d'honoraires et des frais de clinique, la Compagnie déclare, qu'il n'y a pas de relation de cause à effet entre l'accident survenu de la dame A. et les soins qui lui ont été donnés à l'occasion d'une insertion vicieuse du placenta.

A-t-elle le droit de ne pas accepter notre théorie, et ne connaissez-vous pas de jugements rendus dans des cas analogues ?

Certains accouchements normaux ou anormaux n'ont-ils pas été déclenchés par un choc physique et moral ?

Dr V.

Réponse

La jurisprudence constante de la Cour de cassation décide qu'est justiciable de la législation des accidents du travail, toute lésion survenue à l'occasion du travail.

D'autre part, il faut remarquer que le tarif des honoraires médicaux mis à la charge du chef d'entreprise, fixé par arrêté ministériel, ne fait mention que « d'accouchement traumatique ».

Dans votre cas particulier, vous devez réclamer vos honoraires soit à la malade, soit par action directe au chef d'entreprise.

Si la Compagnie d'assurances conteste l'applicabilité de la loi du 9 avril 1898, il appartiendra à la blessée de citer son employeur ou son Assurance devant le Juge de paix du lieu où s'est produit l'accident.

Le magistrat désignera s'il y a lieu un méde-

cin expert, lequel donnera ses conclusions. En réalité, nous pouvons considérer que bien que présentant un placenta inséré un peu bas, la cultivatrice pouvait néanmoins vaquer à ses occupations habituelles avant le traumatisme. C'est celui-ci qui a déclenché le commencement de travail qui a abouti à un accouchement prématuré.

Il n'est pas possible de soutenir que s'il n'y avait pas eu d'accident et que la grossesse soit arrivée à son terme, une opération césarienne eût été absolument nécessaire.

La malade peut donc prétendre avec apparence de raison que c'est le traumatisme qui a été le facteur initial de tous les accidents qui lui sont arrivés et que sans son accident, elle aurait pu avoir un accouchement difficile peut-être, mais sans intervention chirurgicale.

Dr Paul Boudin.

---

993. — Les appareils de prothèse ne sont pas à la charge du patron

Un de mes clients, accidenté du travail, reçoit un coup de pied de cheval qui lui broie les incisives supérieures et inférieures. Incapacité de 20 %. Nécessité absolue d'un appareil de prothèse.

La Compagnie se refuse à payer le dentier et déclare n'avoir pas à connaître de l'incapacité résultant de cet accident. Dr C.

Réponse

Suivant la loi du 9 avril 1898, les victimes d'accidents du travail ne peuvent prétendre qu'aux indemnités strictement prévues par celle-ci. Elles consistent dans le demi-salaire pendant la durée de l'indemnité temporaire, dans le paiement des frais médicaux et pharmaceutiques et dans le versement d'une rente en cas d'incapacité permanente partielle ou totale.

Or, seuls peuvent rentrer parmi les frais médicaux et pharmaceutiques, les appareils destinés à concourir au traitement, mais non les appareils de prothèse définitive. Cette solution est évidemment très rigoureuse pour les blessés et il est question de la modifier dans un projet de remaniement de la législation des accidents du travail.

Mais tant que cette législation n'aura pas été modifiée, les appareils de prothèse resteront à la charge des blessés eux-mêmes.

Sur ce point, la Compagnie d'assurances a donc raison, mais si, abstraction faite de la correction qui peut résulter du port de l'appareil de prothèse, le blessé reste atteint d'une incapacité permanente partielle, il a droit à l'allocation d'une rente proportionnelle au taux de cette incapacité, sans qu'on puisse lui objecter l'amélioration résultant pour lui de l'appareil.

QUESTIONS DIVERSES

875. — Estimation de la valeur d'un cabinet médical

Honoré par mes confrères depuis novembre dernier des fonctions de secrétaire du Syndicat je viens une fois de plus faire appel à votre compétence pour un renseignement qui m'a été plusieurs fois demandé et pour lequel je n'ai pu donner de réponse sûre ; il s'agit de l'estimation de la valeur pécuniaire d'une clientèle au point de vue de sa cession : avant la guerre, ce prix était habituellement celui d'une annuité moyenne calculée sur les trois dernières années ; cette règle est-elle toujours appliquée ? Sinon quelles sont les habitudes actuelles ?

Je vous serais reconnaissant de me donner votre avis au plus tôt car, il s'agit dans l'espèce, de la cession de la clientèle d'un bon confrère mort prématurément tout récemment et dont le poste sera probablement repris par le remplaçant encore en fonction ; il s'agit donc de l'intérêt des quatre orphelins au nom desquels je vous adresse cette demande.

Dr C.

Réponse

Il n'y a aucune règle bien précise pour l'estimation d'une clientèle, étant bien entendu que juridiquement celle-ci n'est pas cessible, car la confiance des malades est hors commerce.

Néanmoins, en masquant cette cession par des obligations de faire ou de ne pas faire, le vendeur peut s'entendre avec son acheteur sur les bases suivantes :

En dehors de la fixation d'un prix pour la cession d'un mobilier professionnel ou meublant, on peut dire que le prix de la clientèle elle-même oscille entre la moitié ou la totalité du produit annuel et la moyenne des trois dernières années.

Cette marge d'estimation s'explique parce que fort souvent l'acheteur ne remplira pas aux yeux de la clientèle, les mêmes conditions que le vendeur.

La confiance des malades est faite d'impondérables et le facteur personnel joue un très grand rôle.

D'autre part, lorsque le vendeur cède son cabinet qui est en plein rapport, il est probable que l'acheteur subira une diminution du revenu parce que forcément certains clients ne s'adresseront pas à lui et iront dans d'autres cabinets.

Au contraire, si une clientèle est tombée progressivement soit par la maladie, soit par la vieillesse, soit même par le décès du médecin qui remonte à quelques semaines, l'acheteur peut avoir des chances de remonter à son profit, un cabinet dont les revenus ont baissé d'une manière plus ou moins considérable.

Entre enfin en jeu la question du paiement.

Si l'acheteur règle comptant au moment de la cession, il paiera moins cher que s'il ne donne

qu'une somme modique pour se libérer progressivement par des billets trimestriels ou annuels.

Aussi puis-je conclure que la cession de clientèle, qui n'est pas juridique en soi, mais qui est entrée dans nos mœurs professionnelles, doit voir son prix arbitré non seulement par le revenu annuel du cabinet, mais par d'autres considérations qui peuvent en faire baisser ou monter le prix de vente.

Dr Paul Boudin.

---

868. — Droit d'admission dans un syndicat

Une sage-femme de la région demande son admission à notre Syndicat. Or, d'après les renseignements recueillis, il apparaît que la personne en question a subi une peine d'emprisonnement pour délit d'avortement.

Ce cas ne s'étant pas encore présenté depuis la création de notre Association professionnelle, je me permets de venir solliciter votre avis sur la possibilité de faire droit à la demande de l'intéressée.

Doit-on considérer que celle-ci ayant payé sa dette pour le délit commis est réhabilitée de ce fait, vis-à-vis de la corporation ?

Si son admission dans ces circonstances pouvait le cas échéant être envisagée comme simple membre n'y aurait-il pas, au point de vue moral incompatibilité avec une fonction quelconque dans notre association comme présidente de groupe ou de section par exemple.

Mme J.,
sage-femme

Réponse

Théoriquement, un Syndicat a le droit absolu de n'admettre en son sein que qui plaît à l'assemblée.

Une demande d'admission peut être écartée sans qu'on ait à donner des motifs à la personne ainsi refusée. Les Tribunaux se sont maintes fois prononcés en ce sens.

Il en résulte que si une praticienne qui a déjà été condamnée vous paraît de ce fait indésirable, votre Syndicat a parfaitement le droit de repousser son admission. Si, au contraire, cette praticienne a racheté son erreur passée par une conduite déontologique devenue sans reproches, vous pouvez lui donner par son admission au Syndicat une réhabilitation professionnelle.

Vous verrez si ultérieurement vous pouvez ou non lui confier un poste officiel. D'ailleurs, ces situations syndicales sont toujours soumises à l'élection de l'Assemblée générale et c'est cette dernière qui est souveraine maîtresse de ses décisions.

A vous donc d'apprécier les faits et l'opportunité de cette candidature.

Dr Paul Boudin.

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

216. — Epluchage avec interventions importantes

J'ai soigné le 1er décembre dernier un blessé du travail atteint de :

Longue plaie irrégulière de la face palmaire de l'avant-bras gauche au tiers inférieur avec section de l'artère radiale et des tendons des muscles grand palmaire et petit palmaire.

J'ai effectué la ligature de l'artère, la suture des tendons au tendon de renne, sérum antitétanique.

Réunion par première intention. Consolidation obtenue le 8 janvier avec légère incapacité permanente partielle par un peu de diminution de l'extension du poignet.

Voudriez-vous avoir l'amabilité de me dire comment je dois établir ma note pour ces interventions?

Dr C.

Réponse

Voir art. 20-C : « Régularisation, épluchage, etc., avec ligature de gros vaisseaux, sutures tendineuses, etc. : 375 francs ». Cette énumération renferme ce que vous avez eu à faire en l'espèce : mais ne manquez pas de donner le détail de vos interventions. Ajoutez sérum antitétanique 20 francs et enfin certificat qui me paraît avoir dû être descriptif : 15 francs. Dr F. DECOURT.

710. — Fracture d'avant bras chez un assuré social notoirement indigent

Je vous saurais gré de vouloir bien me conseiller pour la tarification suivante :

1° Assuré social indigent : fracture avant-bras (réduction par appareil plâtré).

En outre, je vous prie de me dire s'il y a lieu de compter les consultations consécutives.

Dr L.

Réponse

La nomenclature générale porte en K 20 : « fractures fermées réduction et contention d'une fracture par appareil plâtré au silicaté : avant-bras, bras ou jambe ». Ceci est marqué avec vingt jours de soins consécutifs compris. Voilà pour les Assurances sociales ordinaires, vous n'avez plus qu'à multiplier par 20 la valeur de K (qui varie suivant le département) pour connaître le prix à réclamer à votre blessé.

Mais il s'agit ici d'assurés sociaux « notoirement indigents ». Or, depuis les décrets-lois, le prix à marquer par le médecin sur sa note d'honoraires est « le Tarif de responsabilité de la Caisse intéressée » (ne pas confondre avec le Tarif de remboursement). Ce prix, d'ordre local, vous sera fourni par votre Syndicat qui doit posséder le dit tarif de responsabilité d'après son contrat Syndicat-Caisse.

Dr F. DECOURT.

892. — Le prix des visites et interventions pour les assurés sociaux « dits » notoirement indigents

J'ai dernièrement extirpé à une malade, assistée médicale, cinq loupes du cuir chevelu, ayant nécessité quatre incisions en différents points. Comment dois-je facturer ces petites interventions, faites à mon cabinet, sans aide et sous-anesthésie locale, lors de l'établissement de mes mémoires trimestriels. Ce n'est pas un tarif que je vous demande, puisque les tarifs en matière d'Assistance médicale gratuite varient suivant les départements, mais une simple indication. Quelle rubrique courante adopter par analogie, puisque ces petites interventions ne sont pas mentionnées sur le barème édité par le Syndicat de mon département ? Peut-on les assimiler à des incisions d'abcès superficiels, à des sutures simples de la peau ? Faut-il purement et simplement multiplier par quatre (quatre incisions, quatre sutures) ?

Deuxième question : sur quel tarif, devons-nous nous baser lorsqu'il s'agit d'établir les mémoires trimestriels relatifs aux soins donnés aux assurés assistés ?

Les mémoires que la Préfecture nous délivre ne mentionnent que la consultation et la visite à 12 francs. Mais ce ne sont pas là, les seuls actes médicaux. Comment sont tarifés les actes de petite chirurgie, les visites demandées les jours fériés, la nuit, l'indemnité kilométrique enfin.

Le Tarif « accident du travail » n'est sans doute plus en vigueur pour les assurés assistés.

Devons-nous demander des précisions à la Préfecture ?

Je vous saurai gré de vouloir bien me donner quelques indications à ce point de vue. D'ailleurs, beaucoup de confrères « nagent » comme moi.

Encore une fois, merci de votre obligeance.

Dr B.

Réponse

1° Il me semble que vous pourriez vous baser, comme analogie, sur « extraction de corps étranger superficiel » laquelle en matière d'accident du travail est tarifé 20 francs, ce qui pour cinq extirpations ferait 100 francs.

2° Cela différencie, comme prix, suivant non seulement chaque département mais même chaque Caisse puisque, depuis les décrets-lois, c'est le tarif de responsabilité (pas de remboursement) de la Caisse qui fait loi. Il en résulte une véritable anarchie à l'heure actuelle pour établir les notes d'honoraires. Il appartient aux représentants du Syndicat local de renseigner les confrères sur le tarif de responsabilité de chaque Caisse puisque celui-ci a dû leur être communiqué à la suite de la Convention Syndicat-Caisse, de même que lui, syndicat, a dû communiquer à chaque Caisse son tarif syndical minimum.

Dr F. Decourt.

EAU DE S^T. CYPRIEN

de La Roche-Posay (Vienne)

Eau des Arthritiques et des Rénaux :

rénaux uratiques : Graveleux, Calculeux ;

rénaux scléreux : Azotémiques, Hypertendus.



SAINT-CYPRIEN se recommande par son *Calcium* et par sa *Silice* (0 gr. 45 et 0 gr. 03 par litre). C'est une eau puissamment diurétique, lixiviante ; c'est aussi une eau préventive des scléroses menaçantes et même modificatrice des scléroses constituées (sclérose rénale, artériosclérose, rhumatismes fibreux et ankylosants). C'est l'eau de régime des uratiques, l'eau de table des bien portants.

En vente chez tous pharmaciens et marchands d'eaux minérales.

La caisse de 50 bouteilles :
106 fr. 50, *gare La Roche-Posay*

SAINT-CYPRIEN est par excellence l'eau des ARTHRITIQUES, des RENAUX, des HYPERTENDUS ; l'eau de tous ceux que tourmente l'acide urique. Elle est délicieuse, légère, rapidement diffusible. Son pouvoir diurétique est énergique et rapide. Elle expulse les graviers et calculs du rein et de la vessie. Sa silice la recommande aux hypertendus et aux scléreux.

LE CONCOURS MÉDICAL

SUPPLÉMENT DOCUMENTAIRE

" L'Officiel Médical "

Médecine sociale - Législation - Décrets - Règlements

Pièces officielles - Tarifs, etc.

SOMMAIRE

Tarif Chirurgical du Syndicat des Chirurgiens de Paris, et de la Région Parisienne, pour la Clientèle moyenne

I. — Le prix indiqué pour chaque opération est un *prix global* : il fixe l'ensemble des honoraires dus au chirurgien pour :

1º L'acte opératoire (*non compris les honoraires des assistants*) ;

2º Les soins post-opératoires (*pendant vingt jours au maximum*).

II. — Les prix ont été fixés dans les limites *suivantes :*

minimum : 250 francs ;

maximum : 5.000 francs.

CHAPITRE I

Chirurgie des traumatismes

PLAIES

Parties molles :

Plaie sans lésions importantes : vaisseaux ou nerfs ou tendons (régularisation, épluchage, suture) : *selon importance et étendue*...... 500 à 1.000

Doigts, orteils :

Plaie avec section de tendons et ouverture des articulations (régularisation, épluchage, suture) : *avec suture des tendons extenseurs*... 1.000

avec suture des tendons fléchisseurs................ 1.500

Main, pied, membres :

Plaie, avec : ligature de gros vaisseaux, — ou suture nerveuse, — ou suture tendineuse profonde, — ou plaie articulaire (régularisation, épluchage, suture)........ 2.000 à 3.000

Paroi thoraco-abdominale (régularisation, épluchage) suture) 2.000

Viscères :

Voir : *Chirurgie des Régions et des Viscères.*

CORPS ÉTRANGERS

Main (aiguille ou autre corps étranger) .... 500 à 800

Œsophage, urèthre, rectum :

Extraction de corps étranger par les voies naturelles.. 1.000

Vessie :

Extraction de corps étranger par les voies naturelles 1.500

Parties molles :

Extraction de corps étranger profond 1.000

Intervention compliquée pour extraction de corps étranger :

Voir : *Chirurgie des Régions et des Viscères* ....

	FRACTURES FERMÉES			FRACTURES COMPLIQUÉES
	TRAITEMENT ORTHOPÉDIQUE		TRAITEMENT SANGLANT	TRAITEMENT SANGLANT
Crâne *Maxillaire supérieur* *Maxillaire inferieur* Voir : *Chirurgie des Régions* (Tête)	Réduction. Pose du premier appareil, (plâtré ou amovible).	Ensemble du traitement jusqu'à consolidation.	Avec ou sans ostéo-synthèse. Appareillage. Traitement jusqu'à consolidation	Débridement. Réduction. avec ou sans ostéo-synthèse. Traitement jusqu'à consolidation.
Membre supérieur :				
Phalanges et métacarpiens	500	500	1.000	1.000
Carpe	500	1.000	1.500	1.500
Poignet	1.000	1.500	2.000	2.500
Poignet avec lésions du carpe	1.200	1.800	2.000	2.500
Un os de l'avant-bras	1.000	1.500	2.000	2.500
Olécrane	1.000	1.500	2.000	2.500
Deux os de l'avant-bras	1.000	2.000	2.500	3.000
Coude	1.500	2.000	2.500	3.000
Humérus	1.500	2.000	2.500	3.000
Membre inférieur :				
Orteils, métatarsiens	500	500	1.000	1.000
Tarse, astragale	1.000	1.500	2.000	2.500
Calcanéum	1.000	1.500	2.000	2.500
Uni-malléolaire	1.000	1.500	2.000	2.500
Bi-malléolaire	1.500	2.000	2.500	3.000
Péroné	500	1.000	1.500	2.500
Tibia (diaphyse)	1.000	1.500	2.000	2.500
Deux os de la jambe	1.500	2.000	2.500	3.000
Rotule	1.000	1.500	2.500	3.000
Extrémité supérieure du tibia	2.000	2.500	3.000	3.500
Extrémité inférieure du fémur	2.000	2.500	3.000	3.500
Fémur (diaphyse)	2.000	2.500	3.000	4.000
Fémur (col)	2.000	2.500	3.000	4.000
Ceinture scapulaire :				
Omoplate	1.500	2.000	2.500	3.000
Clavicule	1.500	2.000	2.500	3.000
Sternum et côtes	1.000	1.500	2.500	2.500
Ceinture pelvienne. Rachis :				
Pubis (fracture isolée de la ceinture pelvienne)	1.500	2.000	2.500	3.000
Bassin (fracture complexe)	2.000	2.500	3.000	4.000
Rachis	2.000	2.500	3.000	3.500

A l'exception de la première colonne, les prix indiqués comportent le traitement jusqu'à la consolidation, *pseudarthrose exceptée.*

LUXATIONS

Luxation récente (Réduction et contention) :

Doigts ou orteils. Temporo-maxillaire 500
Hanche 2.000
Autres articulations........ 1.000

Luxation ancienne :

1° *Réduction non sanglante par méthode de force* :

Pouce ou autres doigts...... 1.000
Hanche 2.500
Autres articulations 1,500

2° *Réduction par méthode sanglante* :

Pouce ou autres doigts...... 1.500
Hanche 3,500
Autres articulations........ 2.500

APPAREILS PLATRÉS

en dehors des fractures, pour lésions diverses : tuberculose, syphilis, ostéite, ostéo-arthrite, etc.

Doigts. Métacarpe 250
Poignet. Avant-bras........ 300
Coude. Humérus. Epaule.... 500
Orteils. Métatarse.......... 250
Tarse. Tibio-tarsienne. Jambe. Genou 500
Cuisse. Hanche. Ceinture pelvienne 800
Rachis (y compris lésions sous-occipitales) 1.000

CHAPITRE II

Chirurgie des tissus

PEAU ET TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ

Abcès chaud,
selon importance et étendue... 250 à 1.000
Anthrax,
selon importance et étendue.. 500 à 1.500
Phlegmon diffus profond,
selon importance et étendue.. 1.500 à 2.500
Plaie superficielle (suture secondaire, avivement),
selon importance et étendue.. 500 à 1.000
Greffes de Reverdin ou de Thiersch,
selon importance et étendue.. 500 à 1.000
Autoplastie à lambeau,
selon importance et étendue.. 1.500 à 3,000
Tumeur cutanée, tumeur sous-aponévrotique (kyste sébacé cancroïde, lipome, etc.),
selon importance et étendue.. 500 à 2.000

MUSCLES, TENDONS, SYNOVIALES, BOURSES SÉREUSES

Rupture musculaire, hernie musculaire, ostéome, tumeurs des muscles 1.500
Plaie des tendons (suture tendineuse),
selon importance .... 1.000 à 2.000
Anastomose et greffe tendineuse 2.000
Ténotomie 1.000
Hygroma, kyste *dit* synovial.. 1.000
Synoviales tendineuses (Extirpation des) 2,000

VAISSEAUX SANGUINS

Artères:

Ligature, en temps qu'opération spéciale :
— artères des membres (sauf axillaire et fémorale)..... 1. 000
— axillaire, fémorale....... 1.500
— carotides, sous-clavière.... 2.500
— hypogastrique 3.000
Anévrisme (circonscrit, diffus, artério-veineux) :
— fémorale, poplitée, axillaire, sous-clavière, carotides 3,000
— autres artères........... 1.500
Anastomose et suture vasculaire 3,000
Angiome,
selon importance et étendue.. 1.000 à 1,500

Veines :

Varices.
ligature simple 500
ligatures étagées 1.000
résections ; intervention complexe 2.000

Transfusion sanguine :

Transfusion (non comprise la rémunération du donneur), 1.000

VAISSEAUX ET GANGLIONS LYMPHATIQUES

Adénopathie suppurée (incision)
selon importance........... 250 à 500
Adénopathie multiple (inflammatoire, tuberculeuse, syphilitique, néoplasique) —

(incision et excision, extirpation),
selon importance.......... 1.000 à 2.500
Tumeur des ganglions,
selon nombre et importance... 1.000 à 2.500
Lymphangiome (extirpation). 1.000

Abcès froids

a Ponction simple ou ponction avec injection modificatrice :
— abcès superficiel....... 250
— abcès profond (mal de Pott, coxalgie, etc.),
pour la première intervention 500
pour chacune des suivantes.. 250
b) Extirpation :
selon importance.......... 1.000 à 2.000

Nerfs

Libération d'un nerf comprimé 2.000
Elongation nerveuse........ 2.000
Sympathectomie 3.000
Tumeur nerveuse (ablation). 3.000
Suture nerveuse secondaire.. 4.000

Os

Curetage, grattage.......... 1.000
Exostose (ablation, résection) 2.000
Ostéotomie,
selon région et importance.. 1.500 à 3.000
Trépanation, évidement (os longs)................. 2.500
Greffe osseuse,
selon région et importance.. 2.000 à 4.000

Articulations

Arthrotomie de drainage :
Coude. Epaule. Genou....... 2.000
Hanche..................... 2.500
Autres articulations........ 1.500
Résection et arthrodèse :
Petites articulations (doigts, orteils) 1.000
Pied. Poignet.............. 2.000
Genou. Epaule............. 3.000
Hanche 4.000
Arthroplastie :
Petites articulations 2.000
Grandes articulations....... 4.000
Arthrotomie avec intervention aseptique articulaire :
Petites articulations 1.500
Grandes articulations....... 3.000
Corps étranger articulaire :
Petites articulations........ 1.500
Grandes articulations (genou) 2.500

CHAPITRE III

Chirurgie des régions

Membres

Affections congénitales
Syndactylie................. 1.500
Pied bot *unilatéral* :
Réduction par manœuvres modelantes avec appareillage 1.000
Réduction par manœuvres modelantes et section tendineuse 1.500
Réduction avec résection osseuse 2.500
Pied bot, *bilatéral* :
Honoraires ci-dessus, augmentés de 50 %
Luxation congénitale de la hanche, *unilatérale*
Réduction et premier plâtre 2.500
Chacun des plrâtes suivants. 500
Luxation congénitale de la hanche, *bilatérale* :
Réduction et premier plâtre 3.500
Chacun des plâtres suivants 800
Affections acquises :
Ongle incarné 500
Orteil en marteau........... 1.000
Hallux valgus............... 1.500
Malformations du pied (pied plat, pied creux, etc.) : Réduction par manœuvres non sanglantes et appareil plâtré 1.000
Réduction par opération osseuse ou tendineuse...... 2.500
Genu valgum, genu varum, etc.
Courbures rachitiques des os longs.
Voir : *Chirurgie des tissus* (*Os* : Ostéotomie).
Panaris superficiel......... 500
Panaris profond............ 1.000
Phlegmon interdigital....... 500
Phlegmon superficiel de la paume de la main 500
Plegmon des gaines :
limité aux doigts 1.000
avec collection palmaire..... 2.000
avec collection antibrachiale.. 2.500
Kyste *dit* synovial :

poignet et autres régions	1.000
creux poplité	1.500
Rétraction de l'aponévrose palmaire	2.000
Rétraction ischémique des tendons fléchisseurs de l'avant-bras	3.000
Amputations et désarticulations :	
Doigts et orteils	500
Métacarpiens et métatarsiens.	1.000
Du poignet jusqu'à l'épaule (*incluse*)	2.500
Du tarse jusqu'à la hanche (*incluse*)	3.500
Désarticulation interscapulo-thoracique	4.000
Désarticulation de la hanche	4.000
Dés rticulation interilio-abdominale	5.000
Divers :	
Réfection des moignons :	
doigts et orteils	500
autres segments de membres	2.000
Méniscectomie	2.500
Astragalectomie	2.500
Luxations, fractures. Voir : *Chirurgie des Traumatismes.*	
Arthrotomies, résections, arthroplasties, corps étrangers articulaires. Voir : *Chirurgie des Tissus (Articulations).*	
Arthrites tuberculeuses. Voir : *Chirurgie des Tissus (Articulations). Chirurgie des traumatismes (Appareils plâtrés).*	

TÊTE

Affections congénitales :	
Bec-de-lièvre simple	1.500
Bec-de-lièvre compliqué	3.000
Urano-staphylorraphie	4.000
Méningo-encéphalocèle	3.000
Affections acquises :	
Abcès rétro-pharyngien	1.000
Abcès de l'amygdale	800
Phlegmon du plancher de la bouche	2.500
Grenouillette (excision)	2.000
Calcul salivaire	1.000
Fistule salivaire	2.000
Voile du palais (Tumeur bénigne du)	1.000
Parotide :	
tumeur bénigne	1.500
tumeur maligne	4.000
Parotidite phlegmoneuse	2.000
Lèvres :	
tumeur bénigne	1.000
cancer :	
ablation simple	2.000
ablation avec curage ganglionnaire	3.000
Langue :	
tumeur bénigne	2.000
cancer :	
ablation simple	2.000
ablation avec curage ganglionnaire	3.000
Constriction permanente des mâchoires	4.000
Dent incluse. — ex. : dent de sagesse (Intervention pour)	2.500
Maxillaire supérieur :	
Résection partielle pour tumeur (kyste, ostéome), etc.	3.000
Maxillaire inférieur :	
Résection partielle pour tumeur (kyste, ostéome), etc.	2.500
Fractures des maxillaires (avec appareillage) :	
maxillaire supérieur	2.500
maxillaire inférieur	2.500
Trépanations crâniennes :	
trépanation pour fracture, — enfoncement, — plaie pénétrante	3.000
trépanation décompressive	3.000
trépanation pour extraction de corps étranger intra-cérébral	4.000
trépanation pour tumeur cérébrale	5.000

COU

Torticolis (Traitement du) :	
sans plâtre	1.500
avec plâtre	2.000
Kystes du cou (Ablation des).	2.000
Fistules congénitales (Ablation des)	3.000
Sympathique cervical (Résection du)	4.000
Phrénicectomie	2.000
Plaies du cou (Traitement des) :	
avec intervention sur les gros vaisseaux ou les viscères	3.000
Goîtres (Traitement chirurgical des) :	
Goître simple, nodulaire	2.000
thyroïdectomie pour maladie de Basedow ou cancer thyroïdien	3.000
Trachéotomie	1.500
Laryngectomie	5.000
Œsophagotomie externe	3.000
Diverticules de l'œsophage (Traitement chirurgical des)	3.000

Thorax

Sein :
- *abcès* (incision, drainage) .. 1.000
- *tumeur bénigne* (ablation) .. 1.500
- *tumeur maligne* :
  - amputation du sein avec curage ganglionnaire ... 4.000

Péricarde (Ponction du) 1.000
Péricardotomie 3.000
Pleurotomie 3.000
Thoracoplastie 4.000
Poumon (Traitement chirurgical des lésions du) :
- *gangrène, kyste hydatique, etc.* 5.000

Cœur (Traitement chirurgical des plaies du) 5.000
Médiastin (Traitement chirurgical des lésions du) 5.000

Rachis

Abcès, phlegmon (incision) ... 1.000
Spina bifida (Traitement chirurgical du) 3.000
Laminectomie :
- *sans ouverture de la dure-mère* 4.000
- *avec ouverture de la dure-mère* 5.000

Ostéosynthèse vertébrale, avec greffe osseuse 4.000

Parois abdominales et hernies

Abcès (incision) 1.000
Tumeur (Ablation de) :
- *fibrome de la paroi, tumeur congénitale de l'ombilic* 2.000

Hernie inguinale unilatérale ou hernie crurale unilatérale (cure radicale) 2.000
Hernie inguinale double ou hernie crurale double (cure radicale) 3.000
Hernie ombilicale (cure radicale) :
- *petite* 1.500
- *volumineuse* 3.000

Volumineuse hernie incoercible ou irréductible (cure radicale) 3.000
Hernie avec résection intestinale 4.000
Hernie étranglée :
- *inguinale, — crurale — petite hernie ombilicale* 3.000
- *grosse hernie ombilicale* 4.000

Appareil digestif

Laparotomie exploratrice 2.000
Laparotomie d'urgence pour syndrome péritonéal aigu (perforation de l'estomac ou d'un autre viscère, occlusion intestinale avec ou sans anus iliaque, torsion, coudure, etc.). 4.500

Estomac :
Gastrotomie pour corps étranger 3.000
Gastrostomie 3.000
Gastro-entérostomie 4.000
Gastrectomie 5.000

Foie :
Plaie ou rupture (tamponnement ou suture) 3.500
Abcès (Intervention pour) 4.000
Kyste hydatique (Intervention pour) 4.000

Voies biliaires :
Cholécystostomie 3.000
Cholécystectomie 4.000
Cholédocotomie avec ou sans drainage 4.500

Pancréas, Rate :
Plaie ou rupture (tamponnement) 3.500
Kyste, tumeur (Intervention pour) 4.500
Splénectomie 4.500

Mésentère :
Kyste, tumeur (Intervention pour) 4.000

Intestin grêle :
Entérotomie pour corps étranger 3.000
Dérivation, — anastomose, — résection 4.500

Côlons :
Tumeur :
- *résection en un temps* 5.000
- *résection en plusieurs temps* :
  - l'opération principale ... 4.000
  - chacune des opérations complémentaires (Voir : *Addenda*, paragraphe 1).

Anus cæcal ou iliaque 2.500
Fermeture d'un anus contre-nature ou de toute autre fistule intestinale 3.000

Appendice :
Appendicectomie :
- *à froid* 3.000
- *à chaud* 3.500

Abcès appendiculaire :
- *sans appendicectomie* 2.500
- *avec appendicectomie* 3.500

Péritonite appendiculaire généralisée (Intervention pour) 4.000

Rectum et Anus :
Dilatation simple de l'anus ... 1.000
Abcès de la marge de l'anus (incision) 1.000

Abcès de la fosse ischio-rectale (incision) 2,500
Fistule anale (Intervention pour :
sous-cutanéo-muqueuse 1.000
trans et extra-sphinctérienne. 2,500
Hémorroïdes :
résection limitée 1,500
résection circulaire 3.000
Prolapsus rectal (Intervention pour) :
muqueux 2.000
total 3.000
Imperforation anale (Traitement de l') :
incision simple.......... 1.000
intervention complexe 3.000
Tumeur ano-rectale :
tumeur bénigne :
de l'anus 1,000
du rectum 2.000
tumeur maligne ou rétrécissement du rectum :
amputation périnéale 5.000
amputation abdomino-périnéale 5.000
Corps étranger du rectum (Intervention complexe pour). 3.000

Appareil urinaire

Urèthre :
Malformation uréthrale (Intervention pour) 4.000
en un temps............. 4.000
en plusieurs temps :
l'opération principale... 3.000
chacun des temps ultérieurs (voir : *Addenda*, paragraphe 1).
Rupture de l'urèthre (Intervention pour) 3.000
Uréthrotomie interne 1.000
Uréthrotomie externe....... 3.000
Cure des fistules périnéales.... 3.000
Phlegmon périnéal (incision) 1.000
Infiltration d'urine (Intervention pour) 3.000
Prostate :
Abcès (incision par voie périnéale ou rectale) 2.500
Prostatectomie hypogastrique ou périnéale :
en un temps 3.000
en deux temps........... 4.000
Vessie :
Cystostomie ou cystotomie avec ou sans extraction de calcul ou de corps étranger.. 2.000
Taille avec ablation de *tumeur vésicale* 4.000
Lithotritie. 2.000
Fistule vésico-cutanée (Cure de) 1,500
Exstrophie vésicale (Traitement chirurgical de l')..... 5.000
Uretère :
Uretérotomie :
unilatérale 3.000
bilatérale 4.000
Rein et Bassinet :
Phlegmon périnéphrétique (incision)................. 2.000
Intervention conservatrice : décapsulation, pexie, stomie, tomie 3.000
Néphrectomie 4,000

Appareil génital de l'homme

Verge :
Circoncision 1.000
Phimosis ou paraphimosis (Intervention pour).......... 1.000
Néoplasme (Amputation pour) 3.000
Bourses :
Hydrocèle ou kyste du cordon (Interventions pour)... 1.000
Varicocèle :
résection cutanée simple.... 1.000
résection veineuse 2.000
Testicule et Epididyme :
Epididymectomie : *unilatérale* 2.000
bilatérale . 3.000
Ablation d'un testicule :
pour bacillose 2.000
pour tumeur maligne...... 3.000
Orchidopexie :
unilatérale 2.500
bilatérale 3.500
Emasculation totale 4.000

Appareil génital de la femme

Vulve et Vagin :
Tumeur bénigne (Ablation de). 1.000
Bartholinite :
incision 500
extirpation................ 1.500
Néoplasme du clitoris (ablation) 3.000
Imperforation ou atrésie du vagin (Intervention pour).. 2.000
Création d'un nouveau vagin. 5.000
Colpotomie 1.500
Fistule vésico-vaginale ou recto-vaginale (Traitement de) : ....
avivement et suture........ 2.500
procédé complexe......... 4.000
Périnée :
Déchirure :
réfection d'urgence 1,500
Prolapsus (Cure des) :

colpo-périnéorraphie sans amputation du col	3.000
colpo-périnéorraphie avec amputation du col	3.500
colpo-périnéorraphie avec hystérectomie vaginale ou intervention abdominale (pexie)	4.000
Utérus et Annexes :	
Curetage	1.000
Polype pédiculé (ablation)...	1.500
Amputation du col ou stomatoplastie	2.000
Hystérectomie vaginale.....	4.000
Hystérectomie abdominale totale ou subtotale	4.000
Hystérectomie abdominale élargie pour cancer.......	5.000
Lésions inflammatoires des annexes (Intervention pour) :	
sans hystérectomie	3.000
avec hystérectomie.........	4.000
Tumeur des annexes (kyste de l'ovaire ou du ligament large, tumeur maligne)......	4.000
Grossesse extra-utérine ou hématocèle (Intervention pour)	4.000
Application chirurgicale du radium (*Location du métal non comprise*) : *suivant région*	1.000 à 3.000

OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES

Incision du col au cours du travail	500
Forceps au détroit inférieur et à la vulve................	1.000
Forceps à la partie haute de l'excavation	3.000
Version podalique	1.500
Avortement thérapeutique...	1.500
Accouchement provoqué.....	3.000
Embryotomie	3.000
Césarienne vaginale	3.000
Césarienne abdominale suivie ou non d'hystérectomie ou d'extériorisation	4.000

ADDENDA

1° OPÉRATIONS MULTIPLES PRATIQUÉES DANS LA MÊME SÉANCE OPÉRATOIRE

Si l'on opère un blessé atteint de multiples lésions, l'opération principale est comptée au prix indiqué dans le présent tarif et chacune des autres à la moitié du prix marqué.

2° OPÉRATIONS EN PLUSIEURS TEMPS.

(exemples : prostatectomies, colectomies, autoplasties, etc.)

En dehors des cas prévus dans le tarif et pour lesquels le prix du deuxième temps est indiqué, toute opération faite en plusieurs temps donne droit à une augmentation de 50 % du prix qui a été fixé dans le tarif pour cette opération pratiquée en un seul temps.

3° OPÉRATIONS SUCCESSIVES NÉCESSITÉES PAR UNE MÊME MALADIE

La première opération est comptée au prix marqué dans le tarif ; les suivantes à la moitié de ce prix ; — à condition que ces opérations successives soient faites au cours de la même hospitalisation et par le même chirurgien.

4° OPÉRATIONS FAITES SOUS LE CONTRÔLE RADIOLOGIQUE.

(exemples : extraction de cors étranger, réduction de fracture).

Les honoraires du radiologiste doivent être comptés à part (voir : tarif des radiologistes).

5° HONORAIRES DES ASSISTANTS.

Les honoraires de chacun des assistants sont de 200 francs et sont comptés à part des honoraires du chirurgien.

En principe, toute opération ne comporte que deux assistants à rétribuer (aide direct et anesthésiste) ; — soit, en tout, 400 francs d'honoraires pour les assistants.

Assistance Sociale

Décret du 23 mars 1936 sur l'organisation du Service des enfants assistés en Algérie

Art. 1er. — Le décret du 6 mars 1907 déterminant les conditions d'application à l'Algérie de la législation sur les enfants assistés est modifié ainsi qu'il suit :

Art. 4. — Rédiger ainsi cet article : « Est dit enfant en dépôt l'enfant qui, laissé sans protection, ni moyens d'existence par suite de l'hospitalisation, de la maladie grave ou du décès de ses père, mère ou ascendants, est recueilli temporairement dans le Service des enfants assistés ».

Art. 21. — Rédiger ainsi le premier paragraphe de cet article : « Les pupilles âgés de moins de 13 ans sont, suivant les nécessités de leur élevage et de leur éducation, confiés à des familles habitant la campagne, placés dans des centres d'élevage et dans des établissements et œuvres contrôlés par le Gouvernement général ».

Art. 23. — Ajouter à la fin du premier paragraphe de cet article : « Et éventuellement des allocations en nature ».

Art. 26. — Rédiger ainsi le premier paragraphe de cet article : « La pension est payée aux nourriciers jusqu'à ce que le pupille ait dépassé l'âge de la scolarité obligatoire, sauf les cas de prolongation prévus par le Conseil général ».

« Le pupille qui n'est plus astreint à des obligations scolaires et dont le Préfet n'aura pas jugé nécessaire de prolonger la scolarité, est mis en apprentissage de préférence dans les professions agricoles ou placé dans une école d'apprentissage. »

(Le reste sans changement.)

Art. 2. — Un arrêté du Gouverneur général, pris en Conseil de Gouvernement, précisera les conditions d'application du présent décret.

Art. 3. — Le président du Conseil, ministre de l'Intérieur, et le ministre des Finances sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret.

(*J. O.*, 27 mars 1936).

Décret du 2 janvier 1937 portant organisation de l'inspection générale des services de l'enfance

Art. 1er. — Le contrôle permanent des institutions et œuvres de protection de l'enfance et notamment des inspections départementales de l'Assistance publique est assuré, en dehors des tournées d'ensemble effectuées par l'inspection générale des services administratifs du ministère de l'intérieur, par l'inspecteur général des services de l'enfance, assisté d'un inspecteur général adjoint.

Ces fonctionnaires sont placés sous l'autorité directe du ministre de la Santé publique.

Art. 2. — L'inspecteur général des services de l'enfance est désigné par décret parmi les fonctionnaires de l'Administration centrale du ministère de la Santé publique ayant au moins rang de sous-chef de bureau et possédant une ancienneté minimum de cinq ans dans leur grade, ou inscrits au tableau d'aptitude pour le grade de chef de bureau, ou exerçant les fonctions de chef de bureau. Toutefois, les candidats à ce poste doivent être spécialement versés dans les questions de la protection de l'enfance.

Le traitement de l'inspecteur général est fixé par l'échelle suivante :

6e classe	45.000	francs.
5e classe	50.000	»
4e classe	55.000	»
3e classe	60.000	»
2e classe	65.000	»
1re classe	70.000	»
Hors classe	75.000	»

Les avancements de classe sont attribués après deux années d'ancienneté au minimum.

Art. 3. — Les fonctions d'inspecteur général adjoint sont assurées par l'inspecteur départemental de l'Assistance publique de la Seine. Ce fonctionnaire ecevra à ce titre une indemnité annuelle de 5.000 francs.

Art. 4. — Les dispositions du titre 3, article 14 du décret du 10 septembre 1930 portant organisation de l'Administration centrale du ministère de la Santé publique sont applicables à l'inspecteur général des services de l'enfance.

Art. 5. — L'inspecteur général et l'inspecteur général adjoint prêtent serment devant le ministre de la Santé publique.

Art. 6. — Les frais de tournées de l'inspecteur général sont prélevés sur la dotation du chapitre II du budget du ministère de la Santé publique.

Ce fonctionnaire est classé pour le remboursement desdits frais dans le groupe I des services annexes et extérieurs mentionné à l'article 1er du décret du 23 mars 1935 portant fixation des frais de mission ou de tournées des fonctionnaires dépendant du ministère de la Santé publique.

(*J. O.*, 9 janvier 1935.)

Hygiène publique

I

MALADIES VÉNÉRIENNES

Circulaires Ministérielles du 10 décembre 1936 relatives à la prophylaxie

1°) *Le ministre de la Santé publique à MM. les préfets.*

Mon attention est attirée sur l'intérêt qui s'attache à connaître, de façon aussi exacte que possible, les modifications qui sont survenues dans la fréquence de la paralysie générale depuis l'emploi des méthodes thérapeutiques nouvelles (en particulier arsénothérapie, bismuthothérapie et malariathérapie), le perfectionnement de la sérologie et la constitution d'un important armement antivénérien.

Il est également intéressant de vérifier si le tableau clinique général de la paralysie générale s'est ou non profondément transformé, et de préciser dans quelles proportions approximatives les formes paralytiques terminales de cette affection sont encore observées. Il faut aussi essayer de déterminer pour quelles raisons :

1° Le traitement de la syphilis n'a pas empêché l'apparition de la paralysie générale ;

2° Le traitement de la paralysie générale elle-même a échoué ou réussi.

Sans doute les rapports annuels qui me sont fournis par les asiles contiennent-ils de nombreux renseignements, mais le fait que ces rapports, établis d'ailleurs sur des modèles variés, ne contiennent pas toujours l'ensemble des précisions que je désirerais maintenant réunir, m'amène à vous prier de demander aux médecins des asiles de bien vouloir participer à une enquête, dont ils seront les premiers à reconnaître tout l'intérêt.

Je vous serais, en conséquence, reconnaissant de leur demander de remplir les questionnaires dont vous trouverez ci-joint le modèle et de comprendre dorénavant les renseignements demandés pour la présente enquête dans leurs rapports médicaux annuels.

Vous voudrez bien, d'autre part, avant de me retourner les dossiers établis pour votre département, les communiquer conformément au tableau ci-joint aux professeurs de psychiâtrie et de dermato-syphiligraphie en leur demandant de bien vouloir donner leur avis sur les différentes questions posées par la présente enquête.

Vous voudrez bien enfin attirer l'attention de MM. les médecins, directeurs et médecins-chefs de service des asiles d'aliénés et de MM. les médecins-chefs des dispensaires antivénériens sur l'intérêt qui s'attache à ce qu'une liaison effective s'établisse entre eux.

Fréquemment, en effet, le conjoint et les enfants du paralytique général sont atteints, eux aussi, par la syphilis, et sont exposés à ses redoutables suites.

L'intervention du « Service social » pourrait permettre de traiter à temps ces malades qui ignorent trop souvent de quelle affection ils sont atteints.

Ce travail social est sans doute difficile, il nécessite, de la part des assistantes sociales, d'autant plus de tact que le secret professionnel doit être strictement respecté.

J'estime néanmoins qu'il est du devoir de ceux qui ont, à tous les degrés, la charge de protéger la santé publique, de tout tenter afin d'éviter à la famille du paralytique général le sort cruel, qui atteint si souvent le syphilitique, qui ne se soigne pas et sa descendance, et je ne saurais trop insister pour que les médecins-chefs des asiles d'aliénés se mettent en rapport avec les médecins-chefs des services antivénériens, dotés d'assistantes sociales spécialisées, en vue d'amener éventuellement les familles des malades à se soigner, soit en recourant à leur médecin, soit, si cela est nécessaire, en profitant de l'aide que peuvent leur apporter les services antivénériens, les consultations de neuro-psychiâtrie et les centres de malariathérapie.

Vous voudrez bien m'accuser réception de la présente circulaire et prendre les dispositions nécessaires pour que les réponses à la présente enquête me parviennent avant le 1er mai 1937.

Henri SELLIER.

2°) *Le ministre de la Santé publique à MM. les préfets.*

Au moment où vient d'être déposé un projet de loi tendant à supprimer l'organisation du contrôle sanitaire de la prostitution par les soins des services de police et à la remplacer par des dispositions plus générales confiant à l'autorité sanitaire le soin de dépister et de traiter les malades vénériens contagieux ou susceptibles de le devenir, j'attache une

importance toute particulière à ce que les dispensaires antivénériens, s'inspirant de l'esprit « épidémiologique », développent dans toute la mesure compatible avec les lois actuellement en vigueur le « service social » antivénérien.

Celui-ci seul permet aux médecins chefs des dispensaires antivénériens d'être régulièrement renseignés sur les foyers de contagion, d'agir effectivement en vue de leur suppression et d'amener au traitement les malades contagieux et leurs proches.

Je vous serais en conséquence reconnaissant de bien vouloir me faire connaître l'état exact de l'organisation du service social antivénérien dans votre département.

Vous voudrez bien prier votre inspecteur départemental d'hygiène de m'adresser, dans le plus bref délai possible, un rapport sur le service social de chacun des dispensaires antivénériens existant dans votre département, rapport qui devra être établi après une enquête sur place auprès de leurs médecins chefs et de leurs assistantes sociales.

Ce rapport devra, non seulement étudier ce qui existe, mais également présenter, si aucun service social ne fonctionne encore, des propositions tendant à l'instituer dans chaque dispensaire antivénérien, soit par la mise en service d'une assistante sociale spécialisée, soit par la mise à la disposition du médecin du service antivénérien d'une assistante sociale qualifiée, exerçant déjà des fonctions analogues dans d'autres services et qui deviendrait en conséquence polyvalente.

Vous soumettrez, pour avis, le dossier ainsi constitué au directeur du Centre régional auquel est rattaché au point de vue antivénérien votre département, et vous me le transmettrez ensuite avec vos observations personnelles.

J'estime, d'autre part, indispensable de donner une suite effective au vœu exprimé par la Commission de préservation des maladies vénériennes, tendant à ce que chaque Service antivénérien établisse des dossiers concernant ses interventions épidémiologiques, pour pouvoir en informer et votre Administration (sous le timbre de l'Inspection départementale d'hygiène) et mon département. Dans le but de faciliter le récolement des renseignements nécessaires et d'éviter une perte de temps aux chefs des Services ou à leurs assistantes, j'ai fait établir et remettrai aux services une feuille épidémiologique sur laquelle devront figurer dans les colonnes prévues à cet effet :

1° La date de consultation :

2° Le numéro du dossier ;

3° Le sexe du malade ;

4° Le diagnostic sommaire (S1 ou S2) ;

5° L'origine du nouveau cas de syphilis :

A. — Prostitution surveillée :

a) Par femme de maison de tolérance ;

b) Par femme cartée.

B. — Prostitution libre.

C. — Contamination conjugale.

D. — Origines diverses ;

6° Le résultat de l'enquête effectuée par le service social.

A. — Contamination prouvée, avec le numéro du dossier de l'agent contaminateur s'il y a lieu.

B. — Contamination restée inconnue ;

7° Les résultats obtenus ;

8° Les observations.

Vous prierez MM. les chefs de service :

1° D'effectuer, pour chaque cas nouveau de syphilis constaté dans un dispensaire antivénérien, une enquête ayant pour but de préciser aussi exactement que possible l'origine de la contamination ;

2° De faire tenir régulièrement à jour les feuilles épidémiologiques, ce qui facilitera la tenue des statistiques mensuelles, puis annuellement, de chaque service ;

3° De les joindre aux comptes rendus trimestriels.

Il est bien entendu, toutefois, que si je ne prescris l'envoi de ces feuilles que trimestriellement, il appartient cependant à chaque chef de service, sous sa responsabilité, de me fournir immédiatement, sans attendre le compte rendu trimestriel, toutes indications concernant soit des foyers étendus de contaminations vénériennes, soit des foyers, même minimes, mais contre lesquels il leur serait impossible d'agir avec efficacité.

Je vous prie également de bien vouloir informer MM. les inspecteurs départementaux d'hygiène qu'il leur appartient de lutter contre la syphilis, maladie contagieuse, comme ils le font déjà contre les autres maladies contagieuses.

Ils doivent, en conséquence, prêter un concours constant et apporter une collaboration effective aux dirigeants des organisations antivénériennes, étant entendu qu'ils n'ont ni à se substituer à ces derniers, lorsque ceux-ci sont en état de remplir leurs fonctions, ni à se désintéresser de la lutte antivénérienne lorsque celle-ci est insuffisamment organisée. Il leur appartient, en particulier, d'établir la liaison nécessaire entre les services antivénériens et l'autorité militaire ou l'autorité maritime, qui est généralement bien informée des foyers de contagion syphilitique, que ceux-ci proviennent de la prostitution non contrôlée, dite clandestine, ou de la prostitution contrôlée, dite officielle.

Enfin, les inspecteurs départementaux d'hygiène devront, dorénavant, exposer les ré-

sultats de la lutte antivénérienne dans les rapports qu'ils présentent aux conseils généraux ; ces rapports devront :

1° Contenir l'indication précise résumée de l'activité antivénérienne dans le département sur le modèle standard en usage au ministère de la Santé publique ;

2° Exposer les résultats de leur activité et de leur intervention personnelle ;

3° Etre accompagnés des rapports présentés par les organismes gestionnaires des Services et dispensaires antivénériens existant dans le département.

Je suis convaincu qu'au moment où le Gouvernement met au point le statut définitif des médecins des Services de la santé publique, je ne fais pas en vain appel à leur zèle et à leur activité.

Henri SELLIER.

(*J. O.*, 24 décembre 1936).

Circulaire du 12 janvier 1937 relative à la propagande antivénérienne

Le ministre de la Santé publique et le sous-secrétaire d'Etat à l'Education physique à MM. les Préfets.

L'avenir d'un pays étant fonction de la bonne santé de la race, on ne saurait veiller trop attentivement sur le développement harmonieux et normal de la jeunesse.

Elle peut, elle-même, nous apporter son aide dans ce travail de préservation, si elle est prévenue des dangers qui la menacent et des moyens mis à sa portée pour échapper à ces dangers.

Si l'amélioration physique de notre race est une nécessité que nous ne saurions méconnaître, nous ne pouvons davantage nier l'utilité de l'éducation sanitaire, introduite dans les milieux d'éducation physique, c'est-à-dire parmi les jeunes gens. En général, ceux-ci restent dans une ignorance néfaste ou asservis à des préjugés dangereux, en face d'un des plus redoutables fléaux sociaux, le péril vénérien. Cependant, les maladies vénériennes fauchent, tous les ans, d'innombrables victimes dans tous les rangs de la société, et, dans tous les rangs de la société aussi, arrivent à désorganiser les foyers et à faire peser sur l'enfant les tares les plus lamentables.

Dans ces conditions, je crois devoir vous signaler l'action éducative de la Société française de prophylaxie sanitaire et morale, dans son efficace propagande antivénérienne. L'importance essentielle de cette propagande pour l'avenir de nos jeunes générations et, par suite, de nos pays, ne peut vous échapper.

Je vous demande donc d'accorder à cette propagande votre précieux appui et de favoriser ses succès par votre action personnelle.

En conséquence, vous voudrez bien, auprès des présidents des Fédérations sportives et de toutes les autorités de ces mêmes Sociétés, recommander instamment la propagande d'hygiène sociale et de préservation antivénérienne entreprise par la Société de prophylaxie sanitaire et morale, afin que, le cas échéant, ses conférences, ses films, ses documents imprimés soient, pour le plus grand bien de nos jeunes gens, d'abord parfaitement accueillis ensuite largement favorisés dans leur action et leur diffusion.

Pierre DÉZARNAULD. Henri SELLIER.

II

MALADIES CONTAGIEUSES

Décret du 11 *novembre* 1936 *relatif à la déclaration des maladies contagieuses*

Art. 1er. — Le paragraphe 3 de l'article 2 du décret du 16 mai 1936 est modifié comme suit :

« La lettre C ou la lettre T inscrite sur le carnet de déclaration, à la suite du nom de chaque maladie, indique le mode de désinfection exigé (C pour la désinfection en cours, T pour la désinfection terminale). La désinfection est assurée au choix des familles, soit par leurs soins, soit par une entreprise privée et, dans ces deux cas, sous la direction du médecin et le contrôle de l'Inspecteur départemental d'hygiène, soit enfin par les Services publics. »

Art. 2. — Le ministre de la Santé publique est chargé de l'exécution du présent décret.

Décret du 21 *décembre* 1936 *fixant les conditions de déclaration de certaines maladies contagieuses.*

Art. 1er. — Les cas de maladies contagieuses énumérées par l'article 1er du décret du 16 mai 1936, pris en application de l'article 3 du décret-loi du 30 octobre 1935, sont obligatoirement déclarés à l'autorité sanitaire.

La déclaration est obligatoire :

D'une part pour tout docteur en médecine qui a constaté l'existence d'une de ces maladies, dès qu'il a établi un diagnostic suffisant. En ce qui concerne les infections puerpérales, la même obligation incombe aux sages-femmes, lorsqu'elles ont présidé à l'accouchement sans l'assistance d'un docteur en médecine ;

D'autre part, pour le principal occupant —

chef de famille ou d'établissement — des locaux où se trouve le malade et, à son défaut dans l'ordre ci-après pour le conjoint, pour l'ascendant, pour le plus proche parent du malade, ou pour toute autre personne résidant avec lui ou lui donnant des soins.

Art. 2. — L'autorité sanitaire chargée de recevoir les déclarations est représentée par l'inspecteur départemental d'hygiène.

Dans les communes non dotées d'un Bureau municipal d'hygiène, la déclaration est adressée sous le couvert du préfet à l'inspecteur départemental d'hygiène.

Dans les communes où fonctionne un Bureau municipal d'hygiène, la déclaration est adressée, sous le couvert du maire, au directeur de ce Bureau ; celui-ci en informe, dans les vingt-quatre heures, l'inspecteur départemental d'hygiène.

A Paris, la déclaration est faite à l'inspecteur général des Services techniques d'hygiène à la préfecture de police.

Art. 3. — La déclaration se fait à l'aide de cartes-lettres détachées de carnets à souches, mis gratuitement à la disposition de tous les docteurs en médecine et sages-femmes.

Chaque carte-lettre contient : un feuillet A réservé au médecin et un feuillet B réservé à la famille.

Sur chacun des feuillets sont inscrits la date de la déclaration, le nom du malade, l'indication du local contaminé, la nature de la maladie désignée par un numéro d'ordre suivant la nomenclature reproduite à la première page du carnet.

En outre, le feuillet B précise la qualité du déclarant, par rapport au malade.

Le médecin remplit le feuillet A et l'adresse à l'autorité qualifiée ; il remet le feuillet G à la famille ou à son représentant qui le remplit, le signe et en assure l'envoi.

Art. 4. — Il est tenu, dans chaque département, par l'inspecteur départemental d'hygiène un registre spécial où sont inscrits, pour chaque arrondissement et par ordre chronologique les cas de maladie, la date de la déclaration, la désignation des localités et des immeubles où ils se sont produits.

A la fin de chaque mois, le registre est récapitulé sur un état, qui est immédiatement transmis au ministre de la Santé publique.

Art. 5. — La déclaration de tous cas de décès consécutifs à l'une de ces maladies contagieuses soumises à la déclaration obligatoire se fait dans des conditions fixées par les articles 1er, 2 et 3 du présent décret.

Art. 6. — Sera puni des peines portées à l'article 471 du Code pénal quiconque en dehors des cas prévus par l'article 21 de la loi du 30 novembre 1892, aura commis une contravention aux articles 1er et 5 du présent décret.

Décret du 18 *décembre* 1936 *relatif à la protection de la Santé publique en Nouvelle-Calédonie*

Art. 1er. — Les articles 2, 8 et 23 du décret du 20 septembre 1911 sont modifiés comme suit :

Art. 2. — Les maladies auxquelles sont applicables les dispositions du précédent article sont celles dont la liste est déterminée par arrêté du ministre des Colonies, maladies dont la divulgation n'engage pas le secret professionnel et dont la déclaration est obligatoire aux colonies.

Cette liste pourra être revisée dans la même forme.

La déclaration à l'autorité publique de tout cas de l'une des maladies visées par l'arrêté du ministre des Colonies est obligatoire, d'une part, pour tout docteur en médecine qui en constate l'existence, d'autre part, pour le principal, occupant chef de famille ou d'établissement, des locaux où se trouve le malade et, à son défaut, dans l'ordre ci-après, pour le conjoint, l'ascendant le plus proche du malade ou toute autre personne résidant avec lui ou lui donnant des soins. La même obligation est imposée aux sages-femmes en ce qui concerne la fièvre puerpérale et les conjonctivites des nouveau-nés.

En outre, les causes de tout décès dû à l'une de ces maladies doivent être déclarées à l'autorité publique dans les conditions fixées au paragraphe précédent.

....

Art. 8. — La désinfection est obligatoire pour tous les cas de maladies dont la déclaration est obligatoire, et facultative pour tous les cas de maladies dont la déclaration est facultative.

Aucun procédé de désinfection ne peut être appliqué, s'il n'a été préalablement approuvé par le gouverneur en Conseil privé, après avis du Conseil colonial d'hygiène.

Les mesures de désinfection sont mises à exécution par les soins du service local dans les centres de colonisation européenne qui ne possèdent pas de bureau d'hygiène, ainsi que dans toutes les tribus indigènes.

Les dispositions concernant les machines à vapeur sont applicables, le cas échéant, aux appareils de désinfection.

Ces appareils doivent remplir, au point de vue de l'efficacité des opérations à y effectuer, les conditions déterminées par les règle-

ments d'administration publique en vigueur dans la métropole.

....

Art. 23. — Est puni de peines portées à l'article 471 du Code pénal quiconque, en dehors des cas prévus à l'article 21 de la loi du 30 novembre 1892, a commis une contravention aux prescriptions des articles 2, 6, 7, 8 et 13.

Celui qui a construit une habitation sans la permission du maire est puni d'une amende de 16 à 500 francs.

....

Art. 2. — Le ministre des Colonies est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française et au *Journal officiel* de la Nouvelle-Calédonie et inséré au *Bulletin officiel* du ministère des Colonies.

Arrêté du 4 janvier 1937 établissant la liste des maladies dont la déclaration est obligatoire en Nouvelle-Calédonie.

Art. 1er. — La liste des maladies dont la divulgation n'engage pas le secret professionnel et dont la déclaration est obligatoire en Nouvelle-Calédonie, en vertu du décret du 20 septembre 1911 modifié par le décret du 10 décembre 1936, est fixée comme suit :

Maladies pour lesquelles la déclaration et la désinfection sont obligatoires

La fièvre typhoïde et les fièvres paratyphoïdes.
Le typhs exanthématique.
La variole.
La scarlatine.
La diphtérie.
La suette miliaire.
Le choléra.
Les dysenteries (amibienne, bacillaire, etc.).
La peste.
La fièvre jaune.
Les infections puerpérales.
L'ophtalmie des nouveau-nés.
La rougeole.
La fièvre de Malte ou ondulante.
La lèpre.
La fièvre récurrente.
La méningite cérébro-spinale.
La piroplasmose aiguë ou splénomégalie tropicale (kala-azar).
La polyomyélite antérieure aiguë.
Le trachôme.
La spirochétose ictéro-hémorragique.

Art. 2. — Les maladies pour lesquelles la déclaration est facultative sont :

La tuberculose pulmonaire.
La coqueluche.
La grippe.
La pneumonie et la broncho-pneumonie.
L'érysipèle.
Les oreillons.
La teigne.
Le paludisme.
La filariose.
La bilharziose.

Art. 3. — Tout docteur (ou sage-femme lorsqu'il s'agit d'infection puerpérale ou d'ophtalmie des nouveau-nés) qui a diagnostiqué un cas de l'une des maladies à déclaration obligatoire doit en faire la déclaration aussitôt au directeur du Service de santé qui représente l'autorité publique.

Lorsque l'une des personnes énumérées à l'article 2 du décret du 20 septembre 1911, modifié par le décret du 18 décembre 1936, a des raisons de croire que le malade qui habite avec lui ou qui reçoit ses soins est atteint de l'une de ces maladies, cette personne avertit immédiatement de vive voix ou par lettre signée recommandée :

1° A Nouméa, le médecin bur. du d'hygiène ;

2° Dans les centres de colonisation européenne de l'intérieur le médecin de la circonscription médicale ;

3° Dans les tribus indigènes le syndic des affaires indigènes intéressé qui saisit aussitôt le médecin de la circonscription médicale.

Dans les corps de troupe cette déclaration devra être faite par l'autorité militaire locale.

Le directeur du Service de santé est ensuite mis au courant aussitôt le diagnostic établi, soit par le médecin du bureau d'hygiène pour Nouméa, soit par le médecin de la circonscription médicale dans l'intérieur.

Art. 4. — La déclaration est faite par le médecin (ou la sage-femme) à l'aide de cartes détachées d'un carnet à souches qui porteront la date de la déclaration, l'indication du malade et de l'habitation contaminée, la nature de la maladie désignée par un numéro d'ordre, suivant la nomenclature inscrite à la première page du carnet. Cette carte peut contenir, en outre, l'indication des mesures prophylactiques jugées utiles.

Les carnets sont remis gratuitement à tous les médecins et aux sages-femmes. Les cartes bénéficient de la franchise postale.

Art. 5. — L'arrêté ministériel du 7 février 1911 est rapporté en ce qui concerne la Nouvelle-Calédonie.

Art. 6. — Le gouverneur de la Nouvelle-Calédonie est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française et au *Journal officiel* de la colonie.

(*J. O.*, 7 janvier 1935).

Sanatoriums

Décret du 29 *octobre* 1936 *modifiant le décret du* 10 *août* 1920 *relatif à l'établissement, au fonctionnement et à la surveillance des sanatoriums*

Art. 1er. — L'article 3 du décret du 10 août 1920, modifié par le décret du 30 mai 1932, est modifié ainsi qu'il suit :

« Ce projet doit comprendre :

« 1° Une description détaillée de l'emplacement sur lequel le sanatorium sera construit ou aménagé ;

« 2° La contenance des terrains qui y sont affectés ;

« 3° Les plans et les devis de construction ;

« 4° L'indication du genre de malades qu'il est destiné à recevoir ainsi que de leur nombre et de leur sexe ;

« 5° La désignation du ou des dispensaires auxquels il sera rattaché ;

« 6° La justification des ressources destinées à la création et au fonctionnement de l'établissement ;

« 7° Un questionnaire (dont le modèle sera déterminé par le ministère de la santé publique) dûment rempli.

« Le dossier, ainsi constitué, sera adressé au préfet, qui le transmettra au ministère de la Santé publique avec :

« 8° L'avis du maire de la commune où doit être édifié le sanatorium ;

« 9° Un rapport de l'inspecteur d'hygiène (ou de l'autorité technique en tenant lieu) du département où le sanatorium doit être créé ;

« 10° L'avis du Conseil départemental d'hygiène ;

« 11° L'avis personnel du préfet ;

« 12° L'avis de la Chambre d'industrie thermale, climatique ou uvale ou de la chambre d'industrie touristique, si le sanatorium doit être édifié sur le territoire d'une station thermale, climatique ou uvale ou sur le territoire d'une station touristique.

« Le dossier, parvenu au ministère, sera complété par :

« 13° Un rapport faisant connaître, avec tous renseignements et conclusions motivées, le résultat d'une enquête sur place confiée à un inspecteur général des services administratifs ou un délégué qualifié, désigné par le ministre ;

« 14° L'avis de la Commission permanente des stations hydrominérales, climatiques et uvales ou du *Comité consultatif du tourisme*, du thermalisme et du climatisme, dans les cas où le sanatorium doit être érigé sur le territoire d'une station hydrominérale, climatique ou uvale ou sur le territoire d'une station touristique. ».

(Le reste sans changement).

Art. 2. — L'article 13 du décret du 10 août 1920 est complété par les dispositions ci-après :

« En cas d'urgence, l'admission au bénéfice de l'Assistance médicale gratuite des tuberculeux proposés pour un séjour dans un sanatorium est prononcée par le préfet du département du domicile de secours.

« L'admission d'urgence a lieu dans les cas ci-après :

« 1° Le malade, reconnu contagieux, cohabite avec des enfants ;

« 2° Le dispensaire d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse ou le médecin traitant, s'il n'existe pas de dispensaire, estime que l'état de santé du malade exige son placement, d'urgence, dans un sanatorium.

« La demande, accompagnée du certificat médical et de la fiche de renseignements sociaux établie par le dispensaire, est adressée au maire de la commune de la résidence qui la transmet, dans un délai de huit jours, au préfet du département du domicile de secours en y joignant, si possible, l'avis du Bureau d'assistance et toutes indications utiles sur les dernières résidences de l'intéressé, sa situation propre et celle des personnes tenues à la dette alimentaire. Le préfet statuera dans les huit jours qui suivront l'arrivée du dossier.

« Lorsqu'il y aura contestation au sujet de la détermination du département du domicile de secours, le préfet saisi de la demande, transmettra le dossier au ministre de la Santé publique qui statuera dans les huit jours.

« Dans le cas où l'instruction des demandes ne pourrait être achevée en temps utile, l'admission d'urgence, dans les délais ci-dessus, sera prononcée, à titre provisoire, en attendant la décision définitive, sous réserve des recours

éventuels à exercer ultérieurement soit contre la collectivité du domicile de secours, soit contre l'intéressé et les personnes tenues à la dette alimentaire, dans les conditions fixées pour l'application de la loi du 15 juillet 1893. »

Art. 3. — Le dernier paragraphe de l'article 27 du décret du 10 août 1920, modifié par le décret du 21 novembre 1935, est modifié ainsi qu'il suit :

« Les emplois de médecins adjoints dans les sanatoriums publics de toutes catégories et les emplois de médecins directeurs dans les sanatoriums publics de femmes et d'enfants pourront être remplis par des femmes. »

Art. 4. — L'article 35 du décret du 10 août 1920 est remplacé par les dispositions ci-après :

Art. 35. — Les médecins des sanatoriums privés, assimilés aux sanatoriums publics, sont nommés par l'organisme gestionnaire, dont les décisions seront soumises à l'agrément du ministre de la Santé publique, qui consultera la Commission de la tuberculose.

Art. 5. — Les articles 38, 39 et 40 du décret du 10 août 1920, modifiés par le décret du 30 mai 1932, sont remplacés par les dispositions ci-après :

Art. 38. — En adressant au préfet la demande d'autorisation prescrite à l'article 8 de la loi du 7 septembre 1919, modifiée par le décret du 30 octobre 1935, la collectivité ou la personne qui se propose de créer un sanatorium privé devra y joindre, en outre des pièces et renseignements exigés sous les numéros 1°, 2°, 4° et 7° de l'article 3 ci-dessus, un plan d'ensemble de l'établissement et de ses dépendances, ainsi que les plans détaillés des services généraux et des bâtiments affectés au logement et au traitement des malades, avec indication de l'orientation desdits bâtiments et, pour chaque chambre ou dortoir, indication des dimensions et du nombre des lits. Avant de délivrer le récépissé de la demande d'autorisation, le préfet s'assurera que le dossier a été constitué conformément aux dispositions du présent paragraphe.

Le préfet fait ensuite compléter le dossier par les pièces et renseignements prescrits sous les numéros 8°, 9°, 10°, 11° et 12° de l'article 3 susvisé.

Le dossier est enfin transmis au ministre de la Santé publique qui fait procéder à une enquête sur place par un délégué qualifié et provoque, s'il y a lieu, les avis prévus au paragraphe 14° dudit article 3.

Art. 39. — Dans le délai de six mois prévu à l'article 8 de la loi du 7 septembre 1919, modifié par le décret du 30 octobre 1935, il sera statué par le ministre de la Santé publique, après avis du Comité technique institué en vertu de l'article 3.

L'absence de toute décision ministérielle, au cours du délai susvisé, sera considérée comme une autorisation.

Art. 40. — Le ministre de la Santé publique et le préfet ont le droit de faire surveiller et inspecter les sanatoriums privés par leurs délégués ; ils se font rendre compte de la tenue hygiénique, ainsi que du fonctionnement de ces établissements et s'assurent qu'ils se conforment aux conditions qui leur sont imposées.

L'inexécution constatée des prescriptions du décret entraînera la fermeture de l'établissement qui sera prononcée dans la forme prévue par l'article 9 de la loi du 7 septembre 1919, modifié par le décret du 30 octobre 1935.

Art. 6. — Le ministre des Finances et le ministre de la Santé publique sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret.

(*J. O.*, 10 novembre 1936).

● ● ●

Le Gérant : R. THIRON

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. CLERMONT 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

Cinquante-neuvième année — N° 10 — 7 Mars 1937

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	60 fr.	Belgique et Luxembourg...	70 fr.
Etudiants	35 fr.	Première Zone	85 fr.
Le Numéro..........	1.25	Deuxième Zone	110 fr.

Abonnés du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos abonnés qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Adda, Dana, Picard.
Amélie-les-Bains : Alardo, J. Bouix.
Arcachon : Jean Doche.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Bandol : Charmot et Rozet, (*Mais. cur. hélio-mar.*), Marçon.
Beaulieu-sur-Mer : Bertier, Ricoux.
Beausoleil : Andoly.
Biarritz : Clavel Pierre, Lacour.
Biskra (Sud-Algérien) : Chatenier (*ophtalm.*)
Cambo-les-Bains : A. Camino, Chatard, Colbert, Trotot.
Cannes : Bourgeois-Gavardin, P.-E. Bousquet, Fournier, P. Houssiaux, Joublot, P. Roques (*Y. O. R. L.*), Makereël, Monod, R. Stauder.
Cap-d'Ail : Lyons.
Carnac-plage : E. St-Martin.
Cassis-sur-Mer : Agostini.
Chamonix : de Chabanolle.
Ciboure : P. Sousbielle.
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Brody, Chaumet.
Hyères : Fohanno, Pierruhgues, Valmyre, Verrier.
Jougne : P. Charlin.
Juan-les-Pins-Antibes : Claudel (*chir.*).
La Seyne : Grandjean, J.-M. Jaubert, Makereël.
Magagnose-de-Grasse : Gordon.
Mégève (Hte-Sav.) : M. Grenet, Jacqueline Grenet.
Menton : Camaret, P. de Lengenhagen, Paul Ray.
Monte-Carlo : S. Vivant.
Nice : Bernard, Brouxel (*Chir.*), Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Daniel, Dormoy, Drapier, M. Faure, Gazzola, Gaudichon (*O. R. L.*), Guerry, E. Guérin, G. Henry (*Ray. X*), Kent-Monnet, Larue, Le Geard, (*mal. nerv.*) Lelongt Max, Liotard, Malaussène, (*Pn. art.*), Nafilyan, Nicolas, Phipps (*derm.*), Piettri, Rouvière, Sineau (*acc.*), Trutié de Vaucresson (*chi. acc.*), Vizerie.
Pau : Bajac, Carcy, Cornet.
Rousses (Les) : R. Veisenburger (*Enf.*).
St-Didier : A. Masquin.
St-Gervais-les-Bains : Roux.
Ste-Maxime-sur-Mer : Bausset, Ficonetti.
St - Raphaël - Valescure : Léon Clément, (*clin. chir.*), Marcel Rochette (*stom.*), Théo Roux de Laroque.
Sanary-sur-Mer : P. Gaillard.
Saujon : Dubois.
Toulon : Jamin (*chir.*), Pignet (*urol., derm.*)
Vernet-les-Bains : Ponson.
Villefranche-sur-Mer : Alfonsi-Baud.
Villard-de-Lans : Bassaget (*Mal. des enf.*), Hérault (*mal. enf.*), Suau (*Mal. enf.*)

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* **167-95.**

N° 54. — Jne doct. ayant exercé pend. 2 ans à la campagne, cherche remplacem. toute durée, toute région.

N° 55. — A louer, banl. sud proche, dans immeub. bonne apparence, rez-de-chaussée 4 p. et entrée, garage, et 1er étage 3 p., cuisine entrée et w. c. Chauff. ent indépend. Ensemb. 7.500 frs.

N° 56. — Doct. bientôt 65 ans, encore bien alerte, cherche situat. para-médic. lui permett. de céder sa clientèle à son fils venant de passer sa thèse.

N° 57. — Neuilly-sur-Seine, II av. Madrid. Cab. dentaire à reprend. contre remboursem. frais d'installat. neuve, quart. neuf, métro, 5 p. au 1er ét. sur avenue, confort loyer 9.000 charges comprises. Raisons santé.

N° 58. — Méd. ayant ms au point formule remarquab. de fortifiant à base eau de mer, recherche labor. français ou suisse, ou commandit, que ce produit intéresser.

N° 59. — Paris, quartier popul. dispens. en bout. libre après-midi, conviendr. à conf. pour consult. méd. génér. ou toute spécialité sauf accid. trav. infirm. à demeure, très faible indemn.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet BREITEL & GORET

1, rue Dante, Paris (5e). Tél. : Odéon 36-46

150 km. Paris. Seul médecin. Bon rendem., fixe chem. de fer. A céd. d'urgence 35.000 ; cpt. à déb.

Normandie. Centre riche, prox. grande ville, import. populat., à desserv. très anc. poste. Maison confort. Prix 50.000.

Station thermale. Belle client. datant de 40 ans. Cession avec présentation. Indemn. : 40.000 f.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Faculté de médecine de Paris.** — M. le Professeur POLONOVSKI, professeur de chimie médicale, fera la leçon inaugurale de son cours, le jeudi 11 mars 1937, à 18 heures, au grand amphithéâtre.

— **Association pour le développement des relations médicales (A. D. R. M.).** — L'Assemblée générale de l'A. D. R. M. vient d'avoir lieu à la Faculté de médecine sous la présidence de M. Mourier, directeur général de l'Assistance publique à Paris.

Le Professeur Hartmann fait l'exposé de l'activité de l'Association au cours de l'année qui vient de s'écouler. Si le nombre des étudiants étrangers, accomplissant à Paris leur scolarité a considérablement diminué, il n'en est pas de même des docteurs venant suivre les cours de perfectionnement, ce dont nous devons nous féliciter. Pour la première fois, l'A. D. R. M. a organisé, pendant les vacances, des échanges d'étudiants avec la Tchécoslovaquie et la Yougoslavie.

M. le Doyen Roussy, dans une belle allocution, expose le rôle de la pacifique et salutaire activité de l'A. D. R. M. Pendant la durée de l'Exposition, qui, dans quelques mois ouvrira ses portes, elle aura à

cœur d'accueillir les savants et les nombreux étudiants qui seront nos hôtes.

Le Professeur Lemaître, trésorier, expose la situation budgétaire de l'Association.

Renouvellement du tiers des membres du Conseil d'administration. Sont élus : MM. Arloing, Armand-Delille, Boudin, Cohen, Desfosses, Gastou, Heitz-Boyer, Lenormant, Loeper, Molinéry, Mouchet, Okinczyc, Pierret, Roussy, Villaret.

M. Mourier fait l'éloge de l'A. D. R. M. qui contribue au rapprochement des élites. Il espère que 1937 va voir s'intensifier les échanges médicaux, de nombreux médecins étrangers devant venir pour assister au Ve Congrès des hôpitaux.

— Umfia ou Union médicale latine. — *Assemblée générale du* 11 *février* 1937. — L'Assemblée générale annuelle de l'UMFIA s'est tenue dans les salons du siège social, 81, rue de la Pompe, Paris.

Le Docteur Dartigues, président-fondateur, en ouvrant la séance, évoque le souvenir des membres disparus : Pino-Pou (de Caracas), Lutrario (de Rome), Reinburg (de Paris) et Dausset, chef de Laboratoire de physiothérapie à l'Hôtel-Dieu.

Le Docteur Molinéry donne lecture de la nécrologie qu'il a consacrée à la mémoire du regretté Docteur Dausset.

M. Pierre Molinéry, interne des hôpitaux de Paris, après avoir rendu hommage à Mlle Suzanne Roule qui, pendant de nombreuses années, assuma la charge et la fonction de secrétaire générale de la Jeune Umfia, expose la marche de la filiale et les démarches qui ont été récemment faites au sujet d'un voyage d'étudiants de Paris à Milan, Bologne, Rome et Florence en accord avec le Comité France-Italie.

Le Président expose le but des conférences des Voix latines, et insiste sur le succès qu'elles ont obtenu. Il fait part de l'activité du Comité France-Espagne et du Comité France-Italie dans leurs rapports avec l'UMFIA et souligne, au sein de ces comités, l'action de M. Bouvier, pour le premier, et celle de M. Martiny, pour la section médicale du second.

En ce qui concerne le prochain dîner de l'UMFIA, la date en sera fixée par le Conseil d'administration et sur la proposition de M. Buizard, ce dîner sera offert en l'honneur de la France, nation latine.

Le Docteur Dartigues expose le projet d'une croisière hélléno-latine à l'occasion du vingt-quatrième centenaire de la naissance d'Hippocrate.

Le bureau est maintenu à l'unanimité dans ses fonctions. M. le Docteur Chauvois, lauréat de l'Institut et de l'Académie de médecine, a été élu secrétaire général adjoint, en remplacement du Docteur Dausset, décédé ; MM. Faulong, Mabille et Schneider ont été élus membres du Conseil d'administration en remplacement de MM. Reinburg, Livet et Dausset, décédés.

— Les médecins de Toulouse à Paris. — Le jeudi 18 février dernier, la Société amicale des médecins

de Toulouse à Paris, a consacré sa première réunion de 1937 à célébrer les cinquante ans d'enseignement du Professeur Roule, qui fut le maître au P. C. N. de la Faculté de Toulouse de la quasi-unanimité des membres parisiens actuels de la Société. Il est rare de voir un maître réunir autour de lui, cinquante ans après ses débuts dans l'enseignement, un tel nombre d'élèves qui lui conservent une si constante, une si affectueuse et une si reconnaissante amitié. Les Docteurs Groc, Jausion, Molinéry et Dartigues dirent sur des modes divers, mais tous avec une évidente émotion, une sincérité profonde, leur reconnaissance, leur affection, leur admiration envers le maître qui sut donner à plusieurs générations d'étudiants de fortes disciplines scientifiques, utiles et fécondes bases aux **études** médicales. Très ému, le Professeur Roule remercia affectueusement tous ses amis et la réunion prit fin dans une atmosphère de chaleureuse cordialité. Etaient présents : les Docteurs Bourguet, Flurin, Doazan, Quériaud, Faulong, Privat, Montagne, Esclavissat, Cany, Tailhefer, Delater, Dartigues, Groc, Lévy-Lebhar, Molinéry, Vasselin, Bory, Peloûs, Junquet, Malavialle, Duraud, Foures, Aujaleu, Jausion, Mont-Refet, Jeannel, Capmas, Armengaud, Marcroelles, Babou, Caraven, Soubiran, Cambiès, Monziol, Constantin. S'étaient excusés, les Docteurs de Parrel, Perrin, Caujole, Delherm, Dupau, Fau, Estrabaut, Valdignac, Busquet, Mirabail, Digeon, Millas, Clavel, Virinque, Loze, Massip, Pouy. La prochaine réunion de la Société amicale des médecins de Toulouse à Paris, aura lieu à la fin du mois d'avril prochain.

— **Union des médecins mutilés de guerre.** — L'Union des médecins mutilés de guerre a tenu son assemblée générale annuelle au Cercle militaire, le 13 février dernier.

Après l'allocution du président, le rapport moral du secrétaire général et le rapport financier du trésorier, on a procédé au renouvellement des membres du Comité.

Le nouveau bureau est ainsi composé : président, G. de Parrel ; vice-présidents, Garnier-Claudon, O'Followell, Villetard de Laguerie ; secrétaire général, Fernand Masmonteil ; secrétaire adjoint, Dumont ; trésorier général, Beau ; trésorier adjoint Constantin.

Pour tous renseignements, écrire au secrétaire géral : Docteur Fernand Masmonteil, 23, rue du Landy, à Saint-Ouen (Seine). Tél. : Marc : 35-57 ; Cli : 00-68.

— **Ecole française de stomatologie.** — Un concours pour une place de professeur adjoint aura lieu le mardi 16 mars 1937, à 9 h. 30, à l'Ecole française de stomatologie.

S'inscrire au Secrétariat, 20, passage Dauphine, avant le 10 mars 1937.

— **L'Association française d'études et de recherches sur la surdité** vient de tenir son Assemblée générale constitutive et a élu comme suit son Comité direc-

teur : président, M. Auguste Lumière ; vice-présidents, Docteurs Constantin, Martinaud, Molinéry et Tyrand ; secrétaire général, Docteur Robert Morche ; membres, Docteur G. de Parrel, Mme J. Davaine et MM. Jean Labrosse et Laplanche.

Cette nouvelle Association a pour but principal d'étudier et de vulgariser les causes de la surdité ainsi que la prophylaxie et les divers traitements de cette infirmité répandue chez des millions d'êtres humains.

L'Association a encore pour objet la recherche des nouveaux moyens aptes à remédier au fléau de la surdité et l'amélioration des méthodes thérapeutiques ou prothétiques actuellement en usage.

Le secrétariat général de l'Association est à Nice, 143 *bis*, Promenade des Anglais. La cotisation est de cinq cents francs pour les membres fondateurs à vie et de cinquante francs pour les membres annuels.

— **Association amicale des médecins bourguignons.** — Le banquet annuel de l'Association amicale des médecins bourguignons a eu lieu le 6 mars au Restaurant de l'Ecu de France, sous la présidence du Docteur Leclerc, directeur de l'Ecole de Médecine de Dijon.

Pour tous renseignements concernant cette Association, s'adresser au Docteur Maurice Gaucher, 36, avenue de la Bourdonnais, Paris (VIIe).

— **Hôpital Paul-Brousse.** — Un concours est ouvert en vue de la nomination d'un chef de laboratoire de radiologie à l'hospice Paul-Brousse, à Villejuif.

Les inscriptions sont reçues jusqu'au 15 mars 1937 inclusivement, de 10 à 12 heures et de 15 à 17 heures, à la Préfecture de la Seine (Direction des Affaires départementales, 3e bureau, annexe de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, porte 227), dimanches et fêtes exceptés.

Les candidats absents de Paris ou empêchés devront adresser leur demande et les pièces jointes par lettre recommandée, de manière qu'elles parviennent au plus tard à la date ci-dessus indiquée.

L'indemnité annuelle est fixée à 8.500 francs.

— **Société française de prophylaxie sanitaire et morale.** — L'*Assemblée générale* de la Société française de prophylaxie sanitaire et morale aura lieu le jeudi 11 mars 1937, à 17 heures, à l'Institut Alfred-Fournier, 25, boulevard Saint-Jacques.

— **Hôpital de Dieppe.** — Deux postes d'interne seront incessamment vacants à l'hôpital-hospice de Dieppe. Pour renseignements, s'adresser au Directeur de l'hôpital.

— **Hôpital de Philippeville.** — Un concours sur épreuves s'ouvrira à Alger, le 31 mai 1937, pour un poste de chef de service du laboratoire d'analyses médicales à l'hôpital de Philippeville.

Liste d'inscription close le 5 avril 1937. S'inscrire à la direction de la Santé publique, G. G. de l'Algérie.

— **Hôpital Saint-Michel** (33, rue Olivier-de-Serres, Paris). — Un poste d'interne sera vacant le 1er mai dans le service de gastro-entérologie du Docteur Maurice Delort.

Les internes nommés pour un an reçoivent une allocation mensuelle de 300 francs. Ils sont logés et nourris à l'hôpital.

Les femmes ne sont pas admises à concourir.

En principe les internes de l'hôpital Saint-Michel doivent être de nationalité française et catholiques.

Adresser les demandes du 15 au 31 mars, à Mme la Supérieure de l'Hôpital Saint-Michel, 33, rue Olivier-de-Serres.

— « **Musique et poésie à l'hôpital** ». — L'Œuvre « Musique et Poésie à l'Hôpital » donnera gratuitement un concert le vendredi 12 mars, à 20 h. 30, salle des Centraux, 8, rue Jean-Goujon.

Les artistes dont les noms suivent prêteront leur concours : Marcelle Gavanier (chant), Michèle et Claude Loirat (violon et piano), Suzanne Rémion (piano), Suzanne Riêthe (piano), Jane Sorrazin (diction), la petite Janine Charrat (danse).

Une quête, seulement sera faite pour couvrir les frais de déplacements des professionnels qui assurent avec abnégation deux fois par semaine les concerts des hôpitaux et des sanatoria parisiens.

Prière de demander des cartes d'invitation, soit chez Mme Georges Dupau, 15, rue Hégésippe-Moreau (XVIIIe), (télé. Mar. 27-28), soit chez Mlle Gavanier, 193, rue de l'Université (télé. Inv. 00-83).

— **Tennis.** *Championnat national médical.* — Le Tennis Club Médical de Paris organise à nouveau cette année, *un championnat de tennis de simple ouvert à tous les confrères français.*

Ce championnat de tennis se déroulera, pour les confrères de Paris et de la région parisienne, sur un des trois courts de tennis du T. C. M. P. Pour les confrères de province ne pouvant disputer leurs matches à Paris, des eliminatoires régionales sont prevues.

Le titre de « Champion médical 1937 » sera décerné au vainqueur. Le Docteur Martinet, de Paris, fut notre champion médical 1936.

De nombreux prix offerts par plusieurs laboratoires (4.000 francs en bons de séjour, de marchandises, etc.), seront distribués aux demi-finalistes et aux finalistes.

La date extrême des engagements est fixée au 1er juin ; le premier tour commencera le 5 juin, la finale aura lieu à Paris, le jeudi 8 juillet.

Engagements. — *Pour les non sociétaires du T. C. M. P.*, les engagements (30 francs), doivent être adressés avant le 1er juin au siège social du T. C. M. P., 77, boulevard Suchet, Paris, au président, le Docteur André Galand.

Pour les sociétaires du T. C. M. P., les engagements (15 francs) doivent être remis à l'inscription à la Secrétaire du Club, 77, Bd Suchet (XVIe).

Finale. — La finale aura lieu à Paris le 8 juillet et sera suivie d'un dîner.

— **Association des internes et anciens internes des hôpitaux de Paris.** — *Remplacements.* — Nous rappelons que les médecins désirant se faire remplacer par un interne des hôpitaux de Paris (médecine, chirurgie et toutes spécialités), peuvent adresser leur demande au secrétariat de l'Association, 2, rue Casimir-Delavigne, Paris (VIe). Tél. : Danton 09-60.

— **Le « Jasmin d'Argent ».** *Concours de Poésie.* — Le « Jasmin d'Argent » ouvre son concours annuel jusqu'au 1er mai 1937 à tous les poètes français ou gascons.

Sujet : Au choix des candidats. Poésie inédite ; cent vers au maximum.

Les manuscrits (six exemplaires obligatoires pour le français, trois exemplaires pour le gascon), de préférence dactylographiés, devront être envoyés avant le 1er mai 1937 à M. Jacques Amblard, avocat à la Cour, 1, rue Floirac, à Agen.

— **Pour la réadaptation de l'enfant.** — L'Assemblée générale annuelle de l'*Œuvre de la réadaptation de l'enfant et des centres sociaux de rééducation Gérard de Parrel*, s'est tenue le 27 février dernier, au siège social de l'Association, 13, rue de l'Ancienne-Comédie (VIe) sous la présidence du Docteur G. de Parrel.

Les rapports présentés par le secrétaire général de l'Œuvre et par la fondatrice-directrice générale des Centres sociaux, Mme Louise Matha, ont montré l'essor remarquable de cette organisation. En moins de deux ans l'activité de l'Œuvre a plus que décuplé et à l'heure actuelle 800 enfants sont en cours de réadaptation fonctionnelle et sociale dans les onze centres de rééducation répartis dans Paris, la Seine, la Seine-et-Oise et le Calvados. Un *Atelier de travaux manuels* fonctionne au Dispensaire « Enfance et Famille », 6, rue Clavel (XIXe) et une *Annexe Familiale* a été ouverte, 66, avenue Théophile-Gautier (XVIe) pour la prise en pension des enfants dont les parents habitent la province ou l'étranger. L'Académie française vient de décerner à cette œuvre un de ses prix annuels et le Conseil municipal de Paris lui a récemment voté une nouvelle subvention.

— **Dîner des hospitaliers lyonnais à Paris.** — Ce groupe amical est composé de droit par les anciens internes et externes de Lyon qui peuvent servir de parrains pour amener aux agapes de la Société des médecins lyonnais habitant Paris ainsi que les médecins militaires qui ont été élèves de l'Ecole de santé de Lyon.

Le banquet a lieu tous les trimestres. Le prochain aura lieu le mardi 9 mars à 19 h. 30, au restaurant « Les Vosges », 36, rue Ballu.

Envoyer les adhésions au Docteur Paul Boudin, 186, rue de Vaugirard, Paris.

— **Mariage.** — Nous sommes heureux d'annoncer le prochain mariage de Mademoiselle Marguerite

Roimarmier, fille de Monsieur Fernand Roimarmier, préfet honoraire, petite-fille du Docteur Smester, avec Monsieur Jacques Le Fort, ingénieur des Arts et Manufactures, fils du Docteur René Le Fort, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lille.

La bénédiction nuptiale leur sera donnée le samedi 13 mars 1937, à midi précis, en l'église Saint-Augustin.

Nos meilleurs souhaits de bonheur aux futurs époux.

— **Fiançailles.** — Nous apprenons avec plaisir les fiançailles de M. Jacques Mignon, fils de Madame et du Docteur Marcel Mignon, neveu du Docteur Henri Mignon, et frère de notre collaborateur Jean Mignon, avec Mademoiselle Françoise Sibut.

Nos plus sincères compliments aux futurs époux et à leurs familles.

— **Nécrologie.** — Nous avons le vif regret d'annoncer la mort du Docteur V.-M. Bugiel, officier de la Légion d'honneur, ancien président de la Société d'anthropologie. Polonais d'origine, le Docteur Bugiel s'était livré à d'intéressantes études sur le folklore de la Pologne et de la Petite Russie. Nous adressons l'expression de nos sincères condoléances à Madame Veuve Bugiel et à son fils notre jeune confrère, le Docteur Jean Bugiel.

• • •

A TRAVERS L'OFFICIEL

16 FÉVRIER

Stupéfiants

Arrêté du 15 *février* 1937 *relatif à la limitation de la fabrication et de la distribution des produits stupéfiants.*

Cet arrêté sera publié ultérieurement.

17 FÉVRIER

Infirmières

Circulaire du 10 *février* 1937 *relative aux conditions de nomination des infirmières visiteuses et des assistantes sociales.*

Circulaire du 11 *février* 1937 *relative à l'enseignement des infirmières.*

Ces Circulaires seront publiées ultérieurement.

Pharmacie

Circulaire du 9 *février* 1937 *relative aux conditions de vente des médicaments irradiés.*

Le ministre de la Santé publique à
MM. les Préfets (inspections départementales d'hygiène),

Paris, le 9 février 1937,

Dans sa séance du 28 décembre 1936, l'Académie de médecine, saisie de la question de la vitaminisation artificielle de certains produits alimentaires (lait sous toutes ses formes, farines, pâtes, sucre, chocolat, etc.), constatait que, si ces produits étaient susceptibles d'avoir, dans certains cas, une action utile, ils étaient aussi capables d'engendrer des troubles graves pouvant même entraîner la mort.

Il m'apparaît que des aliments qui ont subi un traitement spécial en vue d'acquérir des propriétés thérapeutiques doivent être considérés comme de véritables médicaments.

C'est pourquoi, en application de la loi du 21 germinal an II sur l'exercice de la pharmacie et de la loi du 4 septembre 1936 sur le colportage des médicaments, j'estime que la vente de ces produits ne doit être autorisée que par l'intermédiaire d'un pharmacien.

Je vous serais très obligé de bien vouloir communiquer ces prescriptions aux Syndicats de pharmaciens et aux Syndicats de l'alimentation de votre département.

Vous voudrez bien, par ailleurs, donner aux inspecteurs des pharmacies toutes directives utiles en vue d'instituer les contrôles nécessaires.

Je vous prie de bien vouloir, sous le timbre Cabinet du ministre. — Service d'études techniques, m'accuser réception de la présente Circulaire et de me tenir informé des mesures prises en vue de son application.

Henri SELLIER.

18 FÉVRIER

Médaille d'honneur des épidémies

Par arrêté du ministre de la Santé publique en date du 16 février 1937, la médaille d'honneur des épidémies en argent est décernée à M. le Docteur Leclercq (Jean), demeurant à Bondy (Seine), pour infection grave contractée dans l'exercice de ses fonctions.

19 FÉVRIER

Déclaration des décès

Circulaire du 1er Janvier 1937 relative à la déclaration des causes de décès.

Cette Circulaire, qui sera applicable le 1er juillet 1937, sera publiée ultérieurement.

Voir la suite page LXIII-745

PROPOS DU JOUR

LA CRISE MÉDICALE. LA SOLUTION DU PROBLÈME

La crise médicale, intéressant toujours nos lecteurs, nous vaut une correspondance qu'à notre grand regret nous ne pouvons entièrement utiliser.

Pour remédier aux effets de cette crise, il convient d'en rechercher les causes. On nous en signale quelques-unes :

1° *La crise économique actuelle.* Certes, elle accroît singulièrement le malaise, mais elle n'en est pas la cause, car elle lui est postérieure ;

2° *L'encombrement médical* accru par le nombre des médecins étrangers.

De tous temps, les praticiens se sont plaints de l'encombrement de leur profession. Munaret écrivait en 1840 que « le chiffre des médecins diplômés suit d'une année à une autre, une progression effrayante pour les malades », et 60 ans plus tard, Brouardel faisait les mêmes constatations.

Nous croyons, étant donné le développement considérable des moyens de communications, que les médecins sont surtout mal répartis. Quant aux médecins étrangers établis dans notre pays, la législation nouvelle paraît mettre un frein à leur invasion.

3° Le *relâchement des mœurs médicales.* — Il est plus apparent qu'autrefois du fait de la publicité qu'on donne aux scandales. Cependant, il y en avait tout autant aux siècles précédents.

Notons que ce relâchement est plus un effet de la crise médicale qu'une de ses causes.

4° *La multiplication des charlatans* médicaux, pharmaceutiques et autres qui exploitent le public sans vergogne, soutenus par la grande presse. De tous temps, les médecins se sont plaints des charlatans ; la répression de l'exercice illégal de la médecine a toujours été un leurre. Mais le mal a pris dans ce siècle une telle ampleur qu'il devient un fléau dangereux, moins pour les médecins que pour les malades :

5° *L'évolution sociale et le progrès technique* qui sont les *vraies causes* de la crise dont nous souffrons, causes que nous ne saurions supprimer, mais auxquelles les médecins devraient s'adapter en s'ingéniant à trouver une organisation nouvelle à l'exercice de leur profession.

Nous trouvons dans la lettre suivante, que le Docteur Brunier nous adresse de Châtel-Guyon, une ébauche de ce qu'il conviendrait de faire pour remédier à la crise, mais l'auteur paraît à la fin de sa lettre effrayé des conséquences de la solution qu'il propose.

Nous sommes certainement nombreux à suivre avec grand intérêt votre enquête sur la crise médicale. Pour ma part, je ne doute pas que vous puissiez nous présenter dans quelque temps une synthèse fructueuse ; et je voudrais m'efforcer d'apporter à votre construction la modeste pierre d'un pas tout à fait jeune (diplôme en 1924).

Je dois dire tout de suite que la solution fonctionnaire d'*Etat* me répugne. Je m'étais justement fait médecin pour m'éviter d'être fonctionnaire. Comme je ne compte pas finir dans la peau d'un général, je craindrais de rester garde-champêtre comme le fait pressentir le Docteur Mélé et je sais combien pourraient m'être odieuses les tracasseries, délations et demandes de déplacement de politicaillons ruraux qui représentent la personnalité de l'Etat politique au dernier échelon constitué par un *clocher* de village. D'ailleurs, nous ne serions pas, du fait de notre fonctionnarisation, à l'abri des difficultés du métier, difficultés qui tiennent à la nature des choses, et qui se résument à la difficulté de manier de la matière vivante et pensante (oh ! combien peu ! et souvent de travers).

Croyez-vous enfin que, nous mettant sous l'aile de l'Etat, tel qu'il fonctionne actuellement, nous assurerions notre matérielle et la protection de nos vieux jours. J'estime que cette aile déplumée sera bientôt contre l'averse un parapluie percé.

Nous retombons ainsi, allez-vous dire, dans le libéralisme cher au Docteur Mélé et nous conserverons intacte la liberté de mourir de faim après avoir trébuché sur les monceaux de papier de l'administration « totalitaire ». Je n'en veux pour preuve que la lettre résignée mais logique du Docteur Blanc ; il a, du reste, omis, avec une délicatesse dont il faut lui savoir gré, que si l'infirmité nous échoit avant l'heure du repos éternel, nous risquons même de ne pouvoir cultiver notre jardin de campagne. Dans ce cas, et si nous n'avons pas le bonheur d'avoir des enfants capables de nous recueillir, il ne nous resterait plus qu'à mendier une chambre dans l'hôpital cantonal où nous avons chaque jour fait notre devoir en soignant gratuitement les pauvres de la commune...

Et maintenant que répondre à l'analyse magistrale du Docteur Casteran qui me permettra d'ad-



mirer, sans ambages, le magnifique sens clinique qui lui permet de mettre si bien ses doigts sur les plaies. Il faut relire les paragraphes : « J'ai la conviction qu'en luttant pour conserver..., etc. », et celui-ci : « et cependant la médecine trop chère pour le malade ne nourrit pas le médecin..., le médecin isolé », anachronisme admirable, défi vivant à toutes les impossibilités, etc...

Le Docteur Casteran doit être un fervent de Pascal !

Voici donc comment nous pourrions jalonner la route à parcourir dans les années prochaines.

1° La charte médicale soutenue actuellement par nos syndicats et basée sur l'individualisme ne tient qu'en thérapeutique (travail de médecin à malade excluant la série). Elle ne pourra résister aux coups répétés de l'organisation de dépistage et de prophylaxie qui repose sur l'étude de réactions de « masses ». Il est bien évident que les non malades ne consentiront pas à rétribuer le médecin et que le tarif à l'acte ne pourra y être établi ; l'acte d'ailleurs ne portant pas sur un individu mais sur un ensemble d'individus toutes les fois qu'il s'agira de maladies contagieuses ;

2° Les progrès de la technique ont déjà fait de nous les esclaves d'un matériel, que bien peu d'entre nous peuvent amortir et dont les services atteignent du fait de sa complexité des prix prohibitifs pour les malades. Comment par exemple résoudre *dans notre système actuel*, le problème pécunier de l'examen radiologique pulmonaire annuel de tous les enfants des écoles, de tous les candidats aux sports, de tous les jeunes conscrits ? Comment assurer le dépistage de tous les porteurs de germes sains dans une école touchée par la diphtérie et la vaccination de tous les porteurs d'une réaction de Schick positive ?

On ne peut réaliser toutes ces choses nécessaires qu'en contraignant les bien portants à constituer, par une assurance obligatoire et générale, un fond affecté à la prophylaxie et la thérapeutique.

3° Il s'agit en ce qui nous concerne de savoir comment nous pouvons utiliser ces fonds : c'est tout le problème du rôle social qui nous incombe ; et ceci entraîne une profonde modification dans l'orientation et la composition de nos syndicats, jusqu'ici organes de défense professionnelle à activité unilatérale où il est toujours parlé de nos droits et jamais de nos devoirs ; organes détestés du public où les médecins apparaissent comme d'éternels revendicateurs oublieux du bonheur de leurs malades. Commençons par faire savoir que nous voulons prendre en main les intérêts de nos malades. Sachons convenir que l'intérêt de leur santé est indissociable de la gestion des fonds qui y sont affectés et que, pour prendre en main la protection des santés, nous voulons être responsables de la gestion des fonds.

4° Si nous ne voulons pas accepter cette rude charge, l'Etat va s'en saisir, car je ne vois pas vraiment qui pourrait en dehors de lui et de nous la prendre. Et, dans ce cas, je nous plains ; nous saurons ce qu'il en coûte de mettre notre tête dans la gueule du loup. Car n'oublions pas que l'Etat actuel a, comme base, le suffrage politique d'une majorité, et que cette majorité nous est et nous sera hostile, l'humanité étant composée depuis toujours de quelques intelligences, (peu choyées par l'ordre de chose moderne) et de beaucoup d'ignorants ou de nigauds. (Docteur Carrel, *dixit*).

L'histoire des moindres perfectionnements sociaux montre qu'ils ont toujours été *imposés* à ceux à qui ils devaient profiter et réalisés, du moins dans le début de leur exécution, *malgré* les bénéficiaires. Voir les constructions de voies ferrées, l'installation d'eau sous pression ou l'électrification des villages.

5° Arrivé au terme de cette modeste étude, nous trouvons les deux notions capitales :

Obligation pour tous les citoyens français de s'assurer contre la maladie.

Obligation pour le Corps médical de prendre en charge, la gestion du produit de cette assurance.

Si nous ne voulons pas que l'Etat serve d'intermédiaire entre les « assurés et les médecins », il faut que les assurés et les médecins soient organisés en « Corps de métiers », capables de *collaborer* entre eux au bien commun.

L'Etat devant gouverner et non administrer, il lui restera la surveillance de ces corps de métier et la prise en charge des « sans-professions », ces débris sociaux inéluctables retombant toujours en fin de compte à la charge de l'Etat.

Il va sans dire que la corporation médicale répartissant au sein d'elle-même les deniers affectés à la santé publique pourrait protéger ses membres contre la maladie et la vieillesse sans demander ni devoir rien à personne. Cette protection de chacun de nous par ses pairs sera plus efficace, plus juste et moins coûteuse que celle de l'Etat. Et si malgré tout et tout, vous tenez à ce que ce soit l'Etat qui, au lieu de gouverner, se mette à administrer ; si vous lui permettez les opérations de pompage et de distribution, commencez alors par le guérir de sa tare congénitale : l'emprise du suffrage universel politique et majoritaire de laquelle il est et vit. Celle-ci l'empêchera toujours d'être un honnête « pompiste » et un juste distributeur. Alors, il nous faut entamer la lutte politique et la lutte politique est presque incompatible avec notre fonction sociale de guérisseurs et de consolateurs. Je ne veux pas m'aventurer sur ce terrain.

Docteur Brunier.

Nous avions donné la même solution que M. le Docteur Brunier dans l'Allocution que nous avons prononcée en 1909 (il y a 28 ans) comme secrétaire général à la célébration du vingt cinquième anniversaire de la fondation de l'*Union des Syndicats médicaux de France*. Dans un prochain article nous exposerons comment il conviendrait à notre avis de tenter actuellement de résoudre la crise.

J. Noir

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOPITAL SAINT-ANTOINE

(Professeur LOEPER)

LE DIAGNOSTIC DES TUMEURS DE LA MOELLE (1)

Par M. Jacques DECOURT

Médecin des Hôpitaux de Paris

Sous le nom de tumeurs de la moelle, on désigne non seulement les *tumeurs intramédullaires,* développées aux dépens des éléments propres de la moelle, mais encore les *tumeurs juxta-médullaires,* nées des racines rachidiennes ou des enveloppes de la moelle.

Ces dernières sont les plus fréquentes. Ce sont aussi les plus intéressantes, car elles sont extirpables, grâce aux progrès de la neuro-chirurgie moderne. Et, comme elles sont le plus souvent de nature histologique bénigne, leur ablation, si elle est suffisamment précoce, peut être suivie d'une guérison complète, sans récidive. Ce chapitre constitue donc l'un des plus importants de la neurologie.

***

J'envisagerai d'abord la FORME TYPIQUE réalisée par une TUMEUR JUXTA-MÉDULLAIRE DE LA RÉGION DORSALE.

C'est d'ailleurs la forme la plus fréquente.

Limitée en dehors par les parois rigides du canal rachidien, une telle tumeur comprime en dedans la moelle et ses racines. Son développement se traduit donc, en clinique, par un double syndrome de compression radiculaire et de compression médullaire.

I. Le SYNDROME DE COMPRESSION RADICULAIRE est généralement le premier en date. Il peut précéder de plusieurs mois ou de plusieurs années le syndrome médullaire.

Il est essentiellement caractérisé par des *douleurs,* qui traduisent l'irritation des racines postérieures de la moelle.

Ces douleurs ont une topographie radiculaire, et affectent donc, dans la forme que nous avons prise pour type, un trajet transversal, en ceinture ou en demi-ceinture. Elles sont fixes, continues ou subcontinues, parfois cependant sujettes à des rémissions inexpliquées.

Fait important, elles sont généralement réveillées par les efforts, par la toux, les éternuements, par les mouvements de flexion de la tête ou du rachis.

L'examen ne révèle pas de points douloureux à la pression des nerfs intercostaux. Par contre, la pression ou la percussion des apophyses vertébrales peut réveiller un paroxysme douloureux.

Unilatérales au début, et rebelles aux analgésiques habituels, les douleurs deviennent ensuite bilatérales.

Peu à peu l'irritation des racines s'associe à leur destruction. L'examen révèle alors des *troubles objectifs de la sensibilité,* commençant par une hypoesthésie tactile, et aboutissant tardivement à une anesthésie plus ou moins complète pour les différents modes de la sensibilité cutanée. A ce stade, les douleurs disparaissent parfois. Le plus souvent, elles coexistent avec l'anesthésie, réalisant un type d' « anesthésie douloureuse ».

Comme les douleurs, les troubles objectifs de la sensibilité affectent une topographie radiculaire, répondant au territoire intéressé, formant donc une bande transversale ou oblique au niveau du thorax ou de l'abdomen.

Dans le même territoire, les *réflexes sont abolis.* En cas de tumeur dorsale, ce sont les réflexes cutanés abdominaux qu'il faut explorer.

Les racines antérieures souffrent aussi de la compression. Leur irritation provoque parfois des secousses fasciculaires ou même de véritables crampes. Mais il s'agit le plus souvent de *paralysies,* suivies tardivement d'amyotrophie et de troubles des réactions électriques. Bien entendu, ces paralysies ont, comme les troubles sensitifs, une topographie radiculaire. Peu appréciables au niveau du tronc, elles prennent au contraire, une grande importance en cas de tumeur cervicale ou lombaire.

(1) Leçon recueillie par Mme le Dr Rodzevitch, et revue par l'auteur.

II. Le SYNDROME DE COMPRESSION MÉDULLAIRE apparaît généralement plusieurs mois après le début du syndrome radiculaire. En réalité, un examen minutieux pourrait permettre souvent de le dépister de façon très précoce : nous y reviendrons.

Dans sa forme typique et complète, la compression de la moelle réalise un double syndrome : 1° un *syndrome lésionnel* traduisant l'altération des segments radiculaires de la moelle au niveau même de la tumeur ; 2° un *syndrome sous-lésionnel,* résultant de l'interruption des voies motrices et sensitives de la moelle.

Le syndrome lésionnel se superpose plus ou moins, en pratique, au syndrome radiculaire que nous venons d'étudier. Il se traduit par une anesthésie et des paralysies amyotrophiques à topographie radiculaire.

Le syndrome sous-lésionnel est de beaucoup le plus important.

L'interruption de la voie motrice, pyramidale, se traduit par une *paraplégie spasmodique,* dont le degré varie naturellement avec l'importance de la compression.

Au début la marche reste possible, et se fait selon les types classiques que je n'ai pas à décrire. La contracture l'emporte sur la paralysie, celle-ci affectant surtout les muscles raccourcisseurs, celle-là, au contraire, les muscles allongeurs. C'est le type classique de la paraplégie en extension. L'examen objectif révèle l'exagération et la diffusion des réflexes tendineux, de la trépidation épileptoïde du pied, un signe de Babinski bilatéral.

Mais, dès ce moment, on peut généralement mettre en évidence des *signes d'automatisme médullaire,* qui, sans être propres aux paraplégies par compression, en constituent cependant une des caractéristiques essentielles. La flexion forcée des orteils, la pression transversale du tarse, le pincement ou la réfrigération des téguments du pied ou de la jambe déclenchent un triple retrait brusque et simultané des trois segments du membre : flexion dorsale du pied, flexion de la jambe sur la cuisse et de la cuisse sur le bassin. C'est le *phénomène des raccourcisseurs.*

Plus rarement, on peut noter le phénomène inverse : les membres inférieurs étant fléchis, l'excitation provoque leur allongement (*phénomène des allongeurs*). Ou bien, l'un des membres étant fléchi, l'autre étendu, l'excitation du second provoque l'allongement du premier (*phénomène de l'allongement croisé*).

Ces différents phénomènes ont toute leur valeur lorsqu'ils apparaissent chez un sujet privé de toute motilité volontaire.

On peut d'ordinaire les mettre en évidence par l'excitation cutanée (pincement, refroidissement) de toute la partie du corps située au-dessous de la compression. La zone réflexogène s'interrompt brusquement au niveau de la zone lésionnelle.

A un stade plus avancé, alors que le malade est depuis longtemps confiné au lit, la moindre excitation, l'ébranlement du lit, le simple contact des draps suffisent à déclencher le retrait des membres. Ceux-ci fléchis peuvent, inversement, subir un allongement spontané sous forme de crampes horriblement douloureuses, mettant le membre en extension forcée. Ces *mouvements de triple retrait spontané,* ces *spasmes toniques d'extension* caractérisent la *paraplégie hyperspasmodique,* très caractéristique des compressions médullaires.

A la longue, peut s'installer la *paraplégie en flexion,* dite cutanéo-réflexe par Babinski. Une contracture très intense empêche d'étendre les membres inférieurs dont les différents segments sont fléchis : les pieds sur les jambes, les jambes sur les cuisses et les cuisses sur le bassin. A ce stade, les réflexes tendineux ne peuvent plus être mis en évidence. Il existe toujours de très gros troubles de la sensibilité.

L'interruption de la voie sensitive au niveau de la compression marche en effet de pair avec l'interruption de la voie motrice. Elle se traduit par des *troubles objectifs de la sensibilité* dans tout le segment du corps situé au-dessous de la tumeur.

Au début, l'anesthésie est incomplète et souvent dissociée, les sensibilités thermique et douloureuse pouvant être plus précocement et plus profondément altérées que la sensibilité au tact. Il en résulte parfois un type plus ou moins net de dissociation de la sensibilité selon le mode syringomyélique. Mais, fait important, la limite supérieure des troubles de la sensibilité est toujours franche, linéaire. Elle répond à la limite supérieure du segment médullaire comprimé.

A un stade plus avancé, l'anesthésie est complète et globale, affectant à la fois les différents modes de la sensibilité cutanée et de la sensibilité profonde.

Aux troubles moteurs et sensitifs s'ajoutent des *troubles sphinctériens* de degrés divers : simple retard de la miction, rétention d'urine, fausse incontinence par regorgement. A ce dernier stade, les soins les plus minutieux doivent être pris pour éviter l'infection urinaire, complication grave. Mais, bien souvent, malgré une paraplégie grave et une anesthésie marquée, des *mictions automatiques* peuvent se faire, sous l'influence de réflexes dont le point de départ peut être non seulement vésical ou rectal, mais même cutané.

On note enfin, au-dessous de la compression, des *troubles sympathiques* : refroidissement des téguments, modifications des réactions vasomotrices, troubles sudoraux, etc... L'étude du réflexe pilo-moteur est intéressante : une exci-

tation portant au-dessus de la compression fait naître un réflexe qui descend jusqu'à la limite supérieure du territoire lésionnel ; une excitation portant au contraire au-dessous de la compression provoque un réflexe dans le segment inférieur du corps, et ce réflexe remonte jusqu'à la limite inférieure du territoire lésionnel.

Parmi les *troubles trophiques*, les plus importants sont les *escarres de décubitus*, que des soins minutieux doivent entraver, car elles constituent des complications redoutables : je n'ai pas besoin d'y insister.

***

Lorsque les tumeurs médullaires réalisent le tableau typique que je viens de décrire, leur DIAGNOSTIC CLINIQUE est généralement aisé.

Les *myélites transverses* arrivées à la phase de contracture peuvent réaliser un tableau voisin. Mais l'interrogatoire révèle leur début aigu et la phase de paraplégie flasque qui a précédé l'installation de la paraplégie spasmodique. En outre, les douleurs sont généralement absentes, et les troubles de la sensibilité sont rarement très accentués.

La *paraplégie spasmodique progressive du type Erb* ne s'accompagne qu'exceptionnellement de signes d'automatisme médullaire ; et ceux-ci, lorsqu'ils existent, demeurent très atténués. L'affection n'est pas douloureuse. Il n'existe pas de troubles objectifs de la sensibilité.

Certaines formes de *syphilis médullaire* avec infiltration gommeuse peuvent cependant réaliser de véritables formes pseudo-tumorales, d'un diagnostic difficile. C'est alors l'examen complet du liquide céphalo-rachidien qui le tranche.

La *sclérose en plaques* est aisément reconnue lorsque des signes cérébelleux évidents s'associent aux signes pyramidaux. Mais ceux-ci peuvent être à peu près purs. Le tableau est alors celui de la paraplégie d'Erb. L'évolution fréquente par poussées, l'examen du liquide céphalo-rachidien sont les éléments différenciateurs.

Le seul diagnostic qui mérite vraiment d'être discuté est celui de la *paraplégie pottique*, qui relève également d'une compression médullaire, et dont le tableau est analogue à celui des tumeurs médullaires. A vrai dire, en raison de sa plus grande fréquence, c'est au mal de Pott que l'on songe d'abord. Celui-ci, chez l'adulte, ne se révèle pas toujours par une déformation vertébrale. La douleur à la pression des apophyses épineuses peut exister, nous l'avons vu, au cours des tumeurs médullaires. Il en est de même de la contracture des muscles vertébraux. Mais la paraplégie pottique est généralement d'installation plus rapide. Dans les cas difficiles, un signe clinique peut servir au diagnostic. Il est fourni par l'étude minutieuse de la limite supérieure des troubles de la sensibilité : celle-ci, nous l'avons vu, est toujours nette, précise, linéaire, en cas de tumeur médullaire ; elle est au contraire dégradée et floue, souvent variable d'un jour à l'autre, dans les paraplégies pottiques. Mais, en définitive, c'est l'étude soigneuse des clichés radiographiques, de face et surtout de profil, qui permet d'affirmer le mal de Pott.

Le *cancer vertébral* peut réaliser aussi un tableau de compression médullaire. Le plus souvent, il est secondaire ; et la notion du cancer primitif le fait soupçonner. La radiographie révèle en tout cas les images caractéristiques du néoplasme vertébral.

Il me faut citer enfin certaines *arachnoïdites spinales* qui réalisent un tableau assez comparable à celui des tumeurs médullaires. Lorsqu'elles sont diffuses, il n'y a pas toujours accord topographique entre les signes radiculaires et les signes médullaires ; et l'épreuve du lipiodol fournit une image d'égrénement très spécial. Lorsque l'arachnoïdite est circonscrite elle se comporte comme une tumeur et n'est souvent reconnue qu'à l'intervention chirurgicale, qu'elle justifie également.

***

Mais le diagnostic d'une tumeur médullaire ne doit jamais être formellement affirmé sur les seules données de la clinique. Il doit reposer encore sur les DONNÉES DE L'EXPLORATION RACHIDIENNE.

Le *liquide céphalo-rachidien*, recueilli par ponction lombaire, est profondément altéré. On y trouve un chiffre élevé d'albumine, atteignant et dépassant souvent un gramme pour 1.000, alors que le nombre des lymphocytes est normal ou à peine augmenté. Cette *dissociation albumino-cytologique* est un signe très important.

Dans certains cas, l'hyperalbuminose atteint des chiffres considérables : 4, 6 grammes et plus. Le liquide céphalo-rachidien prend alors une teinte jaune (*xanthochromie*) ; et parfois, abandonné à lui-même, il présente une *coagulation spontanée* massive. Ces deux caractères constituent le *syndrome de Froin*.

Ces altérations profondes du liquide entraînent parfois l'apparition d'une réaction de Wassermann positive et d'importantes modifications de la réaction du benjoin colloïdal de Guillain, en dehors de toute syphilis.

Au cours de la ponction lombaire, et avant de recueillir le liquide, on doit toujours étudier la perméabilité du canal rachidien par l'*épreuve de Queckenstedt*. L'aiguille de ponction est reliée à un manomètre. A l'état normal, une pression exercée sur les deux veines jugulaires provoqua une élévation importante et rapide de la pression du liquide céphalo-rachidien, suivie d'un

retour au chiffre initial dès que l'on cesse la compression. En cas de blocage du canal rachidien, l'hypertension provoquée au niveau des ventricules cérébraux par la compression jugulaire ne se transmet pas au-dessous de la lésion compressive. Par contre, le manomètre reste sensible à la compression abdominale. Cette contre-épreuve est nécessaire pour éliminer toute cause d'erreur due à un mauvais appareillage.

D'une façon plus précise encore on peut affirmer l'existence d'une compression médullaire, et dans une certaine mesure suspecter sa nature, par l'*épreuve du lipiodol sous-arachnoïdien* de Sicard et Forestier. Un à deux centimètres cubes de lipiodol sont injectés dans le liquide céphalo-rachidien par voie inter-atloïdo-occipitale. Le malade est alors examiné à l'écran radioscopique. La tache de lipiodol, opaque aux rayons, suit les lois de la pesanteur, si bien qu'à l'état normal, le sujet étant en position verticale, on la voit descendre jusqu'au cul-de-sac arachnoïdien inférieur, dans la région lombo-sacrée. Si l'on met ensuite le sujet en position déclive, la tête plus basse que le bassin, on voit le lipiodol remonter jusqu'à la partie supérieure du canal rachidien. En cas de compression médullaire la tache lipiodolée s'arrête au niveau de l'obstacle. Des clichés de contrôle doivent être pratiqués une demi-heure et vingt-quatre heures plus tard, pour affirmer que l'accrochage est permanent, car un arrêt fugace peut être dû à une simple adhérence méningée.

Un arrêt durable peut être dû à un mal de Pott, à un cancer vertébral ou à une pachyméningite. Mais, en cas de tumeur, l'ombre lipiodolée prend une forme assez caractéristique, à limite inférieure concave.

Cette épreuve permet non seulement d'affirmer l'existence d'un obstacle, mais encore de préciser son siège, notion très importante pour le chirurgien.

***

Telles sont les données cliniques, humorales, manométriques et radiologiques sur lesquelles se base le diagnostic des tumeurs de la moelle.

Il s'en faut cependant que ce diagnostic soit toujours aisé. Il n'est aucun de ces éléments qui ne puisse être en défaut, ou d'interprétation délicate.

L'aspect clinique n'est pas toujours celui que j'ai pris pour type de description. Il varie, en particulier, avec le siège de la tumeur.

Au cours des TUMEURS DE LA RÉGION CERVICALE, le syndrome radiculaire prend une grande importance. Le territoire étendu de C^7 à D^1 comprend, en effet, le renflement cervical d'où partent les racines du plexus brachial. Une tumeur siégeant à ce niveau provoquera donc des douleurs et des paralysies affectant les membres supérieurs, selon les différents types classiques : radiculaire supérieur (type Duchenne-Erb), radiculaire moyen (paralysie radiale) ou radiculaire inférieur (type Aran-Duchenne). Bien entendu on trouvera dans les territoires correspondants des troubles objectifs de la sensibilité, une abolition des réflexes ostéo-tendineux et des atrophies musculaires.

Ces paralysies des membres supérieurs à topographie radiculaire, jointes à des signes de paraplégie spasmodique, pourraient faire songer, au premier abord, à une *sclérose latérale amyotrophique*. Mais cette affection ne s'accompagne d'aucun trouble sensitif, ni subjectif, ni objectif. Par contre, des signes d'atteinte bulbaire y apparaissent précocement.

La *syringomyélie* pourrait prêter davantage à la confusion, car elle s'accompagne de troubles objectifs de la sensibilité. Mais ceux-ci sont d'ordinaire suspendus, et rigoureusement dissociés : la sensibilité tactile étant parfaitement conservée, tandis que la sensibilité à la douleur et surtout à la température est profondément altérée. Si, d'aventure, les troubles sensitifs se montrent plus massifs et plus étendus, ils vont toujours en diminuant de haut en bas, tandis qu'en cas de compression médullaire, ils sont d'autant plus accentués qu'on se rapproche davantage des extrémités inférieures. Par ailleurs, les douleurs manquent habituellement dans la syringomyélie. Et enfin, l'affection présente une évolution très lente ; la paraplégie spasmodique reste généralement compatible avec la marche et l'existence d'une cypho-scoliose est de règle.

La *pachyméningite cervicale hypertrophique* peut être d'un diagnostic plus difficile. Mais son évolution très lente, l'apparente davantage à la syringomyélie. Lorsqu'elle est de nature syphilitique, l'examen du liquide céphalo-rachidien peut mettre sur la voie du diagnostic, en montrant, à côté d'une hyperalbuminose importante, un certain degré de lymphocytose et une réaction de Wassermann positive.

Les TUMEURS DE LA RÉGION LOMBAIRE prêtent aux combinaisons les plus variées. Ici encore le syndrome radiculaire est au premier plan du tableau clinique, en raison de l'importance des racines qui naissent du renflement lombaire. Si la tumeur siège en L^3-L^4, les douleurs et la paralysie radiculaire affectent le territoire crural ; les réflexes rotuliens sont abolis, tandis que les achilléens sont exagérés.

Une erreur grossière consisterait à prendre l'affection pour un *tabès* ou une *sclérose combinée tabétique*.

Les TUMEURS DE LA RÉGION LOMBO-SACRÉE déterminent des douleurs à type de névralgie sciatique, des troubles objectifs de la sensibilité dans le territoire des racines sacrées, une paralysie flasque et amyotrophique portant sur les

muscles fessiers et les muscles de la loge externe de la jambe, une abolition des réflexes achilléens, médio-plantaires et périnéo-fémoraux postérieurs.

Tout se réduit en somme au syndrome radiculaire ; car, le faisceau pyramidal n'existant plus à ce niveau, il n'y a pas de paraplégie spasmodique, pas de signe de Babinski.

Quant aux tumeurs de la queue de cheval elles n'entrent pas à proprement parler dans notre sujet.

Dans toutes ces variétés topographiques des tumeurs médullaires, les diagnostics qui restent le plus à discuter, en dehors de ceux que nous avons énumérés avec chaque forme, restent, bien entendu, le mal de Pott et le cancer vertébral. Je n'y reviendrai pas.

***

A vrai dire, ce sont les FORMES DE DÉBUT qui prêtent surtout à discussion.

Nous avons vu que les tumeurs de la moelle, qui sont le plus souvent juxta-médullaires, ne se traduisent d'abord, pendant des semaines, des mois, des années même, que par des signes radiculaires.

Tout au début, on croit bien souvent n'avoir affaire qu'à une simple *névralgie*, cervico-brachiale, intercostale, crurale ou sciatique. Il faut savoir penser à une compression médullaire, et en particulier à une tumeur, en présence de toute névralgie rebelle, progressive, qui tend à devenir bilatérale, qui ne s'accompagne pas de douleurs à la pression sur le trajet des nerfs périphériques, et qui, peu à peu, se complique de troubles objectifs de la sensibilité, de paralysies et d'amyotrophies avec troubles des réactions électriques.

Il est rare qu'une simple *funiculite rhumatismale*, accompagnant un rhumatisme vertébral, soit aussi tenace et aussi riche en symptômes objectifs. Celle-ci d'ailleurs s'accompagne habituellement de points douloureux de Valleix. Elle peut s'associer à une hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien, mais qui reste généralement discrète, dépassant rarement 0 gr. 50 p.1.000.

C'est surtout avec une *radiculite syphilitique* que le diagnostic se pose à ce stade. Il est tranché par l'examen complet du liquide céphalo-rachidien.

La compression médullaire devient infiniment probable lorsqu'aux signes radiculaires précédents s'ajoutent les premiers symptômes sous-lésionnels : la paraplégie spasmodique et les troubles objectifs de la sensibilité dans le territoire sous-jacent à la tumeur.

Mais ces symptômes doivent être minutieusement recherchés au début, car ils ne sont pas toujours très évidents. La marche peut être à peine troublée, alors que l'examen objectif révèle déjà une exagération et une diffusion des réflexes tendineux, du clonus du pied, une inversion du réflexe cutané-plantaire et parfois une ébauche du signe des raccourcisseurs, quelques troubles discrets de la miction.

La recherche des troubles objectifs de la sensibilité demande plus de soin encore ; car ils peuvent être frustes, n'affecter encore que la sensibilité thermique. Il faut étudier avec une attention particulière leur limite supérieure qui, en cas de tumeur médullaire, se montre toujours franche, linéaire, marquant nettement, à quelques millimètres près, la différence entre une zone supérieure où la sensibilité est intacte, et une zone inférieure où les troubles commencent à apparaître pour s'accentuer progressivement de haut en bas.

Il faut savoir aussi que les symptômes paraplégiques affectent parfois, au début, un TYPE ATAXOSPASMODIQUE, dû à la compression élective des voies cérébelleuses ou des voies de la sensibilité profonde. Le tableau peut alors rappeler celui d'une sclérose en plaques ou d'une sclérose combinée.

J'ai rapporté un fait de ce genre, où le diagnostic était rendu particulièrement difficile par l'absence complète de douleurs, par l'altération minime du liquide céphalo-rachidien dont l'hyperalbuminose ne dépassait pas 0 gr. 40. Les troubles sensitifs objectifs étaient discrets, mais leur limite supérieure nette me fit soupçonner une tumeur. Celle-ci fut affirmée par l'épreuve de Queckenstedt et par l'épreuve du lipiodol. Il s'agissait d'un fibro-endothéliome calcifié de siège prémédullaire, dont l'ablation pratiquée par M. Petit-Dutaillis amena la guérison complète, succès particulièrement brillant, car il s'agissait d'une malade âgée de 71 ans.

Assez souvent, à une certaine phase de leur évolution, les tumeurs médullaires réalisent le SYNDROME DE BROWN-SÉQUARD. Il s'agit alors de tumeurs latérales ne comprimant qu'une moitié de la moelle. A vrai dire, le syndrome est rarement typique. D'ordinaire, on voit seulement prédominer les signes pyramidaux d'un côté et les troubles de la sensibilité cutanée de l'autre côté. Ce tableau clinique, lorsqu'il se développe progressivement, est assez caractéristique d'une compression de la moelle par tumeur.

Il existe enfin des FORMES NON DOULOUREUSES dont le cas personnel, que je viens de citer, fournit un bel exemple ; des FORMES A DÉBUT BRUSQUE, qui se révèlent à l'occasion d'un traumatisme ou d'un effort ; des FORMES RACHIALGIQUES, PSEUDO-POTTIQUES, où l'intensité de la rachialgie et la contracture des muscles para-vertébraux en imposent, au premier abord, pour un mal de Pott. Les TUMEURS MULTIPLES sont d'un diagnostic très difficile, tout le tableau clinique

risquant d'être rapporté à la tumeur la plus haute. Le radio-diagnostic lipiodolé est d'un grand secours. La multiplicité des tumeurs peut être soupçonnée lorsque le sujet présente les signes cutanés de la maladie de Recklinghausen.

Quant aux TUMEURS INTRAMÉDULLAIRES, j'y reviendrai, à propos du diagnostic topographique.

***

On conçoit que, dans toutes les formes incomplètes ou atypiques, le syndrome biologique fourni par l'examen du liquide céphalo-rachidien et l'étude de la perméabilité du canal rachidien soit de première importance dans l'établissement du diagnostic.

La *dissociation albumino-cytologique* a une valeur considérable. Pourtant on peut la rencontrer en dehors des compressions médullaires (myélites aiguës, myélite nécrotique, poliomyélite antérieure aiguë) ; mais ces affections sont cliniquement différentes. Il est rare d'ailleurs que l'hyperalbuminose atteigne, dans ces cas, un chiffre aussi élevé qu'au cours des tumeurs de la moelle.

L'*épreuve du lipiodol* peut être trompeuse par excès ou par défaut. Une simple adhérence méningée, accompagnant une myélite par exemple, peut fournir un accrochage passager ; c'est pourquoi des clichés en série doivent préciser la durée de cet accrochage et la forme de l'image. Inversement, une tumeur au début peut n'arrêter le lipiodol que de façon temporaire. Là encore, la forme de l'image est d'un grand intérêt pour le diagnostic. Il va sans dire, d'ailleurs, que la clinique doit être corroborée avec les données de l'exploration biologique, et qu'une grosse paraplégie, par exemple, ne saurait être attribuée à une tumeur extra-médullaire si l'exploration rachidienne ne révèle qu'un arrêt fugace du lipiodol.

Enfin, le blocage du canal rachidien ne fait que révéler l'existence d'une compression de la moelle, sans préjuger de sa nature : mal de Pott, cancer vertébral, arachnoïdite ou tumeur.

***

Une compression médullaire par tumeur étant reconnue, il importe d'en préciser très exactement le siège avant de confier le malade au chirurgien.

Ce DIAGNOSTIC DE LOCALISATION peut être établi sur des données cliniques. La limite supérieure des troubles de la sensibilité répond à la limite supérieure de la zone médullaire comprimée. Quand les signes d'automatisme médullaire sont nets, la zone cutanée la plus élevée dont l'excitation par pincement ou refroidissement permet de les faire apparaître indique la limite inférieure de la compression.

Les signes radiculaires, douleurs, amyotrophies, troubles des réflexes, fournissent également des signes de grande valeur localisatrice.

Mais, ayant précisé le siège de la tumeur au niveau de tel ou tel segment radiculaire, il importe encore de fixer ses RAPPORTS AVEC LES VERTÈBRES et leurs apophyses épineuses. L'obliquité croissante des racines de haut en bas de l'axe médullaire fait que ces rapports varient selon l'étage considéré. Ils sont fixés par les règles classiques de Chipault.

A vrai dire, aujourd'hui, c'est à l'épreuve du lipiodol que l'on recourt pour repérer de façon précise le niveau de la tumeur.

Il est utile également de déterminer autant que possible les RAPPORTS DE LA TUMEUR AVEC LA MOELLE.

En cas de *tumeur antérieure*, les premiers signes en date sont les troubles radiculaires du type amyotrophique, puis les signes de paraplégie spasmodique. Les troubles sensitifs sont plus tardifs.

Une *tumeur postérieure* se traduit, au contraire précocement par des douleurs et par une bande d'anesthésie à topographie radiculaire.

Une *tumeur latérale* donne d'abord un syndrome de Brown-Séquard plus ou moins typique.

Mais l'intérêt est surtout de préciser si la tumeur est intra ou extra-médullaire.

Les *tumeurs intra-médullaires* sont souvent indolentes et peu spasmodiques. Elles s'accompagnent souvent de troubles sensitifs dissociés selon le mode syringomyélique. Mais ces caractères n'ont pas de valeur différentielle absolue. On tiendra un plus grand compte du fait que les réflexes d'automatisme remontent presque au même niveau que les troubles objectifs de la sensibilité. On se basera enfin sur l'épreuve du lipiodol, qui, en cas de tumeur intramédullaire, ne fournit généralement pas un arrêt franc. Dans les cas typiques, on voit la tache opaque se prolonger en bas par une ou deux lignes verticales tendant à contourner la tumeur ; et bien souvent le lipiodol finit par franchir l'obstacle.

CONSTIPATION OU VICTOIRE DE L'INTELLIGENCE SUR L'INSTINCT

Par le Docteur H. GAEHLINGER

La grande difficulté dans le problème de l'étude étiologique de la constipation, c'est que nous voyons le plus habituellement des malades qui, non seulement souffrent de leur trouble d'évacuation depuis des années, mais encore ont, pendant tout ce temps, cumulé des erreurs d'interprétation et des fautes de traitement. Quand ils viennent nous consulter, ils sont bien souvent, au stade de la constipation compliquée ; on constate chez eux des altérations de la motricité, des modifications du calibre, des allongements segmentaires, des troubles sécrétoires et des perturbations endocriniennes. De là, une tendance trop facile à attribuer aux constatations cliniques ou radiologiques, une prédominance étiologique.

De ce qu'un intestin est spasmé, dilaté ou allongé, avons-nous le droit de penser que le trouble moteur que nous constatons est la modification primitive, essentielle, contre laquelle devra être dirigée toute notre thérapeutique ?

La conclusion est souvent prématurée. Lorsque nous constatons qu'une vessie se vide mal et se laisse distendre, nous n'avons nulle tendance de conclure qu'il s'agit là d'une altération primitive du muscle vésical ou d'une malformation anatomique congénitale. Nous recherchons l'obstacle à l'évacuation au niveau du sphincter, de la prostate et de l'urèthre et nous arrivons ainsi à la notion que les perturbations motrices essentielles sont bien exceptionnelles.

Au point de vue intestinal, il serait utile de faire le même raisonnement et de se demander si ce muscle que nous voyons tantôt contracturé, tantôt affaissé, tantôt distendu, ne s'est pas contracté, spasmé, puis épuisé contre un obstacle permanent, l'obstacle ano-rectal. La perturbation motrice n'est alors que secondaire et il est infiniment probable que l'intestin se comporterait tout autrement s'il n'existait pas un arrêt à la partie inférieure.

Simple hypothèse, me direz-vous et rien ne vous permet de réhabiliter ainsi un intestin que nous persistons à considérer comme troublé primitivement dans sa motricité ou dans son innervation.

En présence de deux positions aussi différentes, l'une considérant la constipation comme une affection intestinale primitive, l'autre la regardant comme le plus souvent provoquée à son début par un déficit de l'exonération rectale, il serait difficile de trancher si l'observation clinique ne nous fournissait en faveur de la seconde thèse un argument de premier plan et jusqu'ici sans réfutation.

Il nous arrive de temps à autre que, chez des malades qui nous ont fourni le tableau de la constipation la plus irréductible, nous soyons obligé pour une raison ou pour l'autre, de devoir faire pratiquer un anus artificiel sur le côlon sigmoïde. Comme l'a montré A.-C. Guillaume, cet anus contre nature fonctionne toujours régulièrement plusieurs fois par jour, à peu près autant de fois qu'il y a de repas.

Devant une telle constatation, que deviennent donc toutes les perturbations motrices et sécrétoires puisqu'il a suffi de supprimer le passage par le rectum et par l'anus pour obtenir un transit régulier ? La théorie basse de la constipation en sort singulièrement renforcée.

* * *

Comme l'a fait remarquer le Professeur Hayem, il existe une sorte de balance entre l'instinct et l'intelligence ; l'instinct est d'autant plus développé que l'intelligence est plus rudimentaire ou nulle ; au contraire, chez les êtres intelligents, l'instinct est peu développé ou même aboli. Cette conception est un peu excessive, mais il n'en est pas moins vrai qu'il existe une force instinctive avec laquelle il faut compter.

Dans le cas présent, la fonction instinctive est l'exonération et tous les animaux remplissent cette fonction, sauf le chien d'appartement qui est obligé d'attendre le bon plaisir de sa maîtresse.

L'homme non civilisé en fait autant ; par contre, dans nos pays civilisés, l'homme ne peut satisfaire ses besoins que dans des conditions déterminées. Alors commence la lutte de l'instinct qui ordonne l'exonération et d'une fonction intellectuelle, la volonté, qui lui résiste. Ce conflit commence dès les premiers mois de la vie lorsque la mère et la nourrice veulent obliger le bébé à devenir propre, c'est-à-dire à garder dans son rectum des matières que son instinct lui recommandait d'évacuer. L'enfant avance en âge et on lui apprend qu'il ne faut pas s'exonérer n'importe où et qu'il est indispensable de quitter ses amusements pour aller s'enfermer dans un endroit spécial. Plus tard, en classe, dans les affaires, dans la vie de tous les jours, l'homme est

obligé de résister à l'envie d'évacuation. La chose devient d'ailleurs de plus en plus facile parce que la sensibilité rectale s'estompe et que le réflexe exonérateur devient de moins en moins vif. On en arrive peu à peu à la perte totale de la sensibilité rectale et nombre de nos malades de Châtel-Guyon ne savent plus du tout quand elles ont une selle dans l'ampoule rectale.

On aboutit ainsi à la victoire de l'intelligence, à une constipation d'origine sociale ; la diminution, puis la disparition de la sensibilité de la muqueuse permettent le dessèchement des matières dans le rectum ou la sigmoïde, rendent leur expulsion plus difficile et favorisent la production d'irritations ano-rectales qui provoquent à leur tour des réactions spasmodiques des sphincters et aggravent la rétention. Derrière les matières ainsi accumulées, l'intestin se contracte sans résultat, se fatigue et se contracture.

Quelquefois les lavements ont irrité et distendu l'ampoule rectale ou bien encore le releveur de l'anus traumatisé au moment de l'accouchement reste partiellement atrophié. Souvent aussi, il existe un spasme de l'anus, soit à l'état pur, soit résultant d'une lésion de voisinage (hémorroïdes, fissure, fistule, rectite) ou d'un retentissement d'une affection des organes génito-urinaires.

Rappelons enfin que la bile normale est l'excitant physiologique de la sensibilité rectale et que les insuffisances biliaires pourront faciliter la disparition du réflexe rectal d'exonération.

***

Certes, lorsque le malade se présente à notre examen après des années de constipation, il est parfois difficile de retrouver l'épisode rectal primitif et les symptômes terminaux sont trop facilement considérés comme secondaires au tableau intestinal. Cependant si l'on veut s'en donner la peine, la reconstitution de l'histoire clinique est souvent possible et comme le rappelle Leven, l'observation bien prise enseigne qu'une jeune fille qui n'a jamais été constipée dans le passé commence à l'être peu après son entrée au pensionnat.

Ces notions étiologiques ont d'ailleurs un intérêt pratique et il est toujours intéressant de se rappeler que lorsqu'un tuyau ne se vide pas, il faut commencer par regarder s'il n'existe pas au bout de ce tuyau, un obstacle qui empêche l'évacuation. Il faut donc faire un toucher rectal ou même une rectoscopie, rechercher les hémorroïdes, les fissures, les réactions spasmodiques locales, se renseigner sur la persistance où la disparition de la sensibilité rectale.

La place nous manque pour détailler les diverses thérapeutiques rectales de la constipation terminale et toutes les précautions à observer. Rappelons cependant que cette notion est très ancienne et que nos grand'mères connaissaient la valeur des bains de siège et l'action des vapeurs chaudes sur l'anus. Rappelons aussi que la meilleure façon de vider un rectum est d'avoir l'anus largement ouvert et qu'à ce point de vue rien ne vaut la position accroupie.

Dans les constipations compliquées et dans les stases, la libération de l'obstacle rectal ou anal constitue un utile adjuvant et cette association avec la thérapeutique intestinale permet d'arriver beaucoup plus rapidement à un résultat satisfaisant.

***

En conclusion, l'étiologie terminale explique très bien la genèse de la constipation habituelle que nous rencontrons dans la pratique journalière. Il existe des constipations intestinales primitives sans intervention du facteur rectal, mais elles nous paraissent nettement moins fréquentes que les premières.

LES FISTULES ŒSO-TRACHÉALES DANS LE CANCER DE L'ŒSOPHAGE

D'après MM. Ch. AUBERTIN et A. PERGOLA

Les fistules œsophago-trachéales survenant au cours du cancer de l'œsophage ne sont pas très fréquentes ; sur 134 cas de cancer œsophagien, Lamy note trois cas de perforation trachéale et deux cas de perforation bronchique ; ces complications sont, on le conçoit, considérées comme très redoutables et entraînant rapidement la mort ; elles se produisent soit par ulcération néoplasique, soit par ouverture dans la trachée d'un abcès péri-œsophagien. D'après Bocca elles se traduisent par une toux quinteuse avec asphyxie à l'occasion de la déglution des liquides ; il faut recourir à l'alimentation rectale et pratiquer d'urgence une gastrostomie : la mort survient rapidement soit par asphyxie, soit par pneumonie de déglutition, soit par gangrène pulmonaire.

C'est dire qu'on a rarement eu l'occasion de faire le diagnostic de ces fistules par la radiographie.

A ce point de vue le fait étudié par MM. Aubertin et Pergola (1) est tout à fait particulier puisque chez un malade atteint de rétrécissement œsophagien, une radiographie faite par principe permit de découvrir une fistule œso-trachéale qui avait passé complètement inaperçue car ni la clinique ni l'œsophagoscopie n'avaient permis de la déceler. D'autre part il n'existait aucune complication pulmonaire, ni toux, ni expectoration, et les signes fonctionnels se bornaient à une dysphagie intense.

Il s'agit d'un homme de 45 ans, syphilitique, entré à la Pitié pour une dysphagie progressive datant de cinq mois et assez intense pour interdire depuis peu toute alimentation et entraîner un amaigrissement très rapide.

La dysphagie est extrême et la moindre tentative d'alimentation entraîne une régurgitation presque immédiate ; cependant l'appétit est conservée. Il n'existe aucun signe de compression médiastinale, aucun signe pulmonaire, aucune adénopathie perceptible. D'autre part le sujet présente une aortite caractérisée par un souffle systolique rude, une aorte dilatée à l'orthodiagramme, et une réaction de Bordet-Wassermann fortement positive.

A la radioscopie on a la surprise de constater que la baryte s'engage au niveau du larynx dans un trajet situé en avant de l'œsophage et on assiste à l'injection de la trachée et des deux bronches. Il existe donc une fistule œsophago-trachéale consécutive à une sténose œsophagienne vraisemblablement néoplasique (malgré la spécificité certaine) en raison de la sinuosité et de l'irrégularité de l'image de réflexion de l'œsophage.

Dans les radiographies on voyait nettement une injection très irrégulière de l'œsophage avec grosses images lacunaires, et, à cette image œsophagienne se superposait celle de la trachée pleine de baryte située dans un plan antérieur à l'œsophage, et celles des bronches également injectées par la baryte.

L'œsophagoscopie faite peu de jours après montra au-dessous de la bouche œsophagienne (située au niveau du cartilage cricoïde) une masse violacée occupant la paroi droite de l'œsophage sur une longueur de 3 cm. environ ; cette masse est difficilement dépassée et on voit au-dessous la lumière œsophagienne réduite à un défilé linéaire infranchissable par l'œsophagoscopie.

La gravité du pronostic était donc extrême et l'on s'attendait à voir survenir des phénomènes infectieux broncho-pulmonaires, voire même de la gangrène pulmonaire. Il n'en fut rien, on ne constata ni fièvre, ni apparition de signes stéthoscopiques du côté des poumons de sorte qu'on dut se demander si cette fistule n'existait pas depuis assez longtemps étant donnée sa latence absolue.

Le malade survécut plus de quinze jours après la découverte de cette fistule œso-trachéale et la mort survint du fait de la dénutrition et non de complications septiques locales.

L'autopsie montra en effet l'existence d'une masse dilatée obstruant la lumière œsophagienne ; il existait à ce niveau un conduit permettant l'admission d'une sonde cannelée de gros calibre et conduisant directement de l'œsophage dans la trachée ; les poumons étaient sensiblement normaux et il n'existait même pas de bronchite purulente. L'examen histologique confirma le diagnostic de cancer œsophagien à forme d'épithélioma atypique.

***

Les cas de fistule œso-trachéale diagnostiqués par la radiographie sont peu nombreux : citons ceux de Goinard (1913), Gerber (1919), Mitchell (1920), Berger (1922), Hauers et Joublot (1923), Butler et Campo (1923), Bocca (1935). Dans l'ob-

(1) Fistule œsophago-trachéale d'origine néoplasique diagnostiquée radiologiquement. (*Le Documentaire médical*, mai 1936).

servation de ce dernier auteur (1) il s'agit d'un malade qui ne présentait pas de dysphagie et qui après une hémopthysie avait présenté une paralysie récurrentielle gauche de sorte qu'on avait pensé à une compression médiastinale d'origine syphilitique malgré l'absence d'ombre radiologiquement visible.

Brusquement, sans aucune période de dysphagie préalable, le malade se mit à vomir tous les aliments solides et liquides ; toutes les tentatives de déglutition s'accompagnent de crises de suffocation et la voix est très enrouée. C'est alors que la radiographie montra le passage de la baryte déglutie dans les deux bronches ; le diagnostic de cancer de l'œsophage fut fait à ce moment et l'on pratiqua d'urgence une gastrostomie rendue nécessaire par les vomissements incessants et les crises de suffocation ; le malade mourut trois jours après et l'autopsie montra la fistule, une congestion intense des deux poumons et une hypertrophie ganglionnaire comprimant le récurrent.

Dans ce cas donc, des phénomènes aigus (vomissements et suffocation) avaient marqué le début de la perforation œso-trachéale et la mort avait rapidement suivi l'apparition de cette complication ; c'est néanmoins la radiographie qui avait permis d'en faire le diagnostic comme d'ailleurs dans tous les cas publiés. Toutes ces observations, et particulièrement celle de MM. Aubertin et Pergola, montrent donc l'extrême importance de la radiologie dans le diagnostic de cette complication rare du cancer de l'œsophage.

(1) Fistule œso-trachéale dans un cas de cancer œsophagien. (*Lyon Médical*, 1er décembre 1935.)

LES HÉMATURIES DE L'ADÉNOME PROSTATIQUE

L'adénome prostatique, à toutes les périodes de son évolution, est fréquemment le siège d'hémorragies. L'adénome saigne, au moins autant que le cancer de la prostate, sous l'influence de poussées congestives, et il constitue même, de toutes les maladies de la prostate, celle qui cause le plus de phénomènes hémorragiques.

Dans sa thèse inaugurale (Bordeaux, 1936), le Docteur Robert Bouquet a étudié cette intéressante question et il en a exposé le diagnostic et le traitement.

Les hémorragies de l'adénome sont quelquefois spontanées, mais le plus souvent provoquées, à la suite d'un sondage par exemple. Elle se produisent en général pendant une période de rétention, avec ou sans distension, lorsque se fait une poussée congestive des organes du petit bassin. Elles sont initiales, terminales, et, assez rarement, du type urétrorrhagique. La prostate saigne par la muqueuse qui la recouvre, muqueuse vésicale ou muqueuse de l'urèthre postérieur. Les hémorragies interstitielles sont rares.

Le diagnostic repose sur l'examen clinique du malade, l'examen des urines, l'uréthroscopie, la cystoscopie. Les urines sont sanglantes, au début ou à la fin de la miction, ou totalement, voire en dehors de la miction (uréthrorrhagie). Les renseignements les plus précis sont fournis par la cystoscopie et le Professeur Marion insiste sur la mise en œuvre systématique de cette opération chez tout malade qui saigne des voies urinaires.

Le Docteur Robert Bouquet résume, comme suit, le traitement : en présence d'une hémorragie abondante, dans l'adénome, il faut commencer par mettre une sonde à demeure et évacuer les caillots. Si l'hémorragie continue, recourir à la cystostomie et même à la prostatectomie d'urgence.

L'hématurie peut ainsi créer à elle seule une indication opératoire au cours de l'évolution de l'adénome prostatique. Parfois, le premier temps opératoire (la cystostomie) jugule l'hémorragie.

Si le saignement persiste, il faut hâter le deuxième temps. Si l'hématurie est abondante et inquiétante, il est plus sûr de faire la prostatectomie d'urgence en un temps.

P. Lacroix.

LES REINS QUI TROMPENT

A propos de l'article de M. le Professeur Marion (*Concours Médical* du 17 janvier 1937)

Je fus plusieurs fois sur le point de vous envoyer l'observation suivante, mais j'hésitais, me demandant si elle intéresserait les lecteurs du *Concours*. Or, hier, je reçus le numéro daté du 17 janvier, et tout de suite l'article de M. le Professeur Marion retint spécialement mon attention : *affections rénales prenant un masque* ! Il n'en fallait pas plus pour me décider à rédiger mon observation, que voici :

M. A. M... est un homme de 60 ans, que je connais depuis une trentaine d'années. Il est directeur d'une usine importante, et je l'ai toujours vu mener une vie très active, tant professionnelle que privée. J'avais bien eu déjà, parfois, l'occasion de le soigner, mais toujours pour des indispositions banales.

En 1932, un accident d'auto (un magnifique capotage sur du goudron frais, terminé par « les quatre roues en l'air », lui valut une ecchymose impressionnante qui occupa une bonne moitié de la surface du dos. Sa résorption s'effectua sans incidents sérieux.

Et puis, au début de septembre dernier, mon client fut pris brusquement de douleurs très violentes qui, par leur mode de début, leur siège, etc., affectèrent absolument le caractère de coliques hépatiques. Une coloration nettement ictérique des conjonctives, ne pouvait, jointe à une diminution certaine de l'aire de matité hépatique, que confirmer ce diagnostic.

L'intensité de la douleur, contre laquelle j'essayai d'abord de lutter par de petits moyens, exigea le soir une injection de morphine.

Le lendemain, le malade allait mieux, mais j'éprouvais déjà une hésitation (imprécisée dans mon esprit), sur la certitude de mon diagnostic. Ayant dû appeler en consultation pour un autre malade le Docteur Chauvel, de Quimper, je lui demandai de voir également celui-ci. L'action de la morphine n'était pas encore terminée, l'examen — palper surtout — était donc plus facile, mais le siège de la douleur n'était pas précis à ce moment. Ce fut donc par exclusion, et faute de trouver une autre cause apparente, que M. Chauvel formula à son tour le diagnostic probable de colique hépatique.

Cependant, les urines étaient très claires, elles le restèrent et étaient, en outre très abondantes. La douleur n'avait pas, et n'eut jamais de siège en arrière, ni d'irradiations vers le testicule. Son siège ne descendit pas le long de l'uretère ; le malade portait constamment la main à son ventre, *en avant*.

Peu à peu, la situation s'améliora, mais le malade restait dolent, et, le voyant fréquemment, je pensais de plus en plus, (dans mon subconscient) que cette colique hépatique avait une allure, bizarre !

Le 19, une crise, encore très violente, exigea à nouveau de la morphine, puis tout se calma, et j'espérai que c'était terminé.

Le 2 octobre, allant à Quimper pour un autre client, je donnai rendez-vous à M. M... pour le montrer une autre fois au Docteur Chauvel, à cause de mon scrupule sur le diagnostic.

Ce nouvel examen ne permit pas encore de conclusion ferme ; le foie était toujours petit, contracté ; les conjonctives restant toujours jaunes, nous en restâmes au même point, — toujours faute de pouvoir conclure à autre chose !

Les urines continuaient à rester claires et abondantes.

Mais voici que le 5 octobre, de nouveau se produisait une crise très douloureuse. Le malade me rappela, désirant une piqûre de morphine. Mais, l'examinant encore, je trouvai moins nette la localisation hépatique, — c'était cette fois tout le *haut* ventre qui était douloureux. Je lui dis cette fois ce que je pensais de son diagnostic.

Avec son assentiment, je rentrai chez moi pour stériliser une seringue dans sa boîte, puis je revins avec ma voiture et emmenai M. M... à Quimper, me réservant de ne le piquer qu'en cours de route, si cela devenait indispensable.

Ceci me permit de le faire examiner en clinique, présentant encore sa douleur, dont le siège pouvait donner des indications. Mais l'examen direct ne permit pas encore de conclure.

On décida donc de passer au cabinet de radio. Mais alors : surprise ! Une image parut, qui pouvait être celle d'une vésicule (quoique bien rapprochée de la ligne médiane). Opacité très prononcée, de forme ovale, assez nettement délimitée, étranglée en son milieu, longue d'environ 6 centimètres, large de 3 cent. 1/2.

Nous décidâmes que mon malade resterait là, pour une observation méthodique après les préparations nécessaires : tétra-iode, ténébryl, etc.

Ceci permit de constater que « l'ombre était *toujours* là », mais qu'elle était indépendante de la vésicule. Un examen oblique la situa très en arrière ; elle ne pouvait être que rénale. (Voir les calques ci-joints.)

On conclut à un gros calcul, probablement enclavé dans le bassinet, bien qu'il n'y eût pas eu dans le passé de coliques néphrétiques. Il y avait bien eu parfois des douleurs, que le sujet avait prises pour des coliques intestinales, et qui

avaient cédé à des petites doses de laudanum.

Que faire ? Une intervention chirurgicale s'imposait. Elle fut retardée par un épisode fébrile dont la nature urinaire et la cause colibacillaire apparurent tout de suite. Un traitement spécifique y mit rapidement fin, et permit d'intervenir.

L'opération eut lieu le 4 novembre, et fut pratiquée par MM. les Docteurs Bodolec et Querneau, chirurgiens.

Elle ménageait encore une surprise : quand on eut pénétré dans la loge rénale... on n'y trouva pas de rein ! Il ne s'y trouvait plus qu'une masse constituée par deux calculs superposés, gros chacun comme une noix, entourés d'une sorte de coque membraneuse et c'était tout. Le pédicule vasculo-nerveux, lui-même était réduit à un mince cordon que peut-être ou eut pu se dispenser de lier, — on préféra cependant le faire.

Quand on examina la pièce, on constata que la coque adhérait très intimement à la surface des calculs. Mais il n'y avait plus de parenchyme rénal, ni même de bassinet.

L'hésitation n'était pas permise, il n'y avait qu'à enlever cela, qui n'était plus qu'un corps étranger, ne pouvant que produire à délai plus ou moins long, des complications peut-être graves.

Ce fut donc ce qu'on fit, et les suites opératoires furent excellentes.

Là se termine, je l'espère, l'histoire de ce rein. Mais on peut se demander quelle en fut l'histoire antérieure. A-t-il été bon ? A-t-il été détruit peu à peu, rongé par ces énormes calculs ? Mystère. Le seul fait certain, c'est qu'avant la « colique hépatique », relatée ci-dessus, il n'y avait pas eu de symptômes urinaires ; pas de pyurie, pas d'hématurie, pas de coliques à caractère néphrétique. Le malade n'avait de raisons de penser qu'à des troubles intestinaux ou hépatiques.

Je dois dire que ses conjonctives sont encore jaunes et que nous nous proposons de soigner son foie, car nous sommes certains qu'il en a aussi besoin. Les urines continuent à rester claires et abondantes.

Voilà donc un cas où l'affection rénale, qui ne prit pas, elle, le masque de l'appendicite comme la plupart de ceux que rapporte M. le Professeur Marion, n'en fut pas moins *bien déguisée.* C'est pourquoi la lecture de l'article du *Concours Médical* m'a incité à en rédiger l'observation.

Douarnenez, 19 janvier 1937.

Docteur E. DAMEY.

APHORISMES DE CHIRURGIE INFANTILE

sur les hernies des nourrissons

Les « aphorismes » qui suivent sont extraits de l'excellent petit ouvrage du Professeur OMBRÉDANNE, intitulé : « *Quelques vérités premières* (ou soi-disant telles) en chirurgie infantile », récemment paru (Masson, éditeur). Les auteurs qui collaborent à cette *Collection* se sont d'ailleurs défendus d'écrire des aphorismes définitifs ; ils ont seulement cherché à présenter des vérités cliniques guidant les praticiens.

Hernies ombilicales simples. — Les hernies ombilicales complètement couvertes de peau, qu'on observe chez le jeune enfant, guérissent souvent seules pendant les six premiers mois de la vie, en faisant porter un bandage ombilical en caoutchouc à pelote plate. On en voit encore guérir par ce procédé simple jusqu'à dix-huit mois, deux ans. Au delà, la chose est douteuse. En tout cas, après six ans, on peut affirmer qu'une telle hernie ne disparaîtra pas par le port d'un bandage, et l'indication opératoire devient formelle.

Hernie inguinale étranglée du nourrisson. — Mêmes signes que chez l'adulte (douleur locale, irréductibilité, arrêt des matières et des gaz, vomissements). Chez le nourrisson, où l'accident est particulièrement fréquent avant six mois, mettez l'enfant dans un bain chaud, une main soulevant la tête et attendez. La douleur diminue, puis disparaît, et souvent au bout d'un quart d'heure, une demi-heure, l'enfant s'endort dans son bain. A ce moment, parfois la hernie se réduit spontanément. Sinon, glissez la main dans le bain, et par surprise cherchez à réduire rapidement la hernie. Mais n'usez jamais de force. Si vous échouez, il faut opérer sans délai.

P. LACROIX.

LA VITAMINE K EST-ELLE ANTIHÉMORRAGIQUE ?

Par Pierre LABIGNETTE

Chef du Laboratoire de la Maternité de l'Hôpital Boucicaut

Deux récentes communications parues dans le *Biochemistry Journal*, de 1936, et un article plus récent du *British Medical Journal* viennent de mettre au point le rôle de la vitamine K dans l'organisme

On se rappelle les propriétés chimiques de la vitamine K. Les deux principales sont d'être solubles dans les graisses et de se trouver assez peu influencée par les variations de la température. On sait aussi qu'elle est nettement individualisée par rapport aux vitamines A, D et E.

On la trouve principalement dans le foie de porc, dans la plupart des légumes verts et notamment dans les épinards. Il en existe aussi de notables proportions dans le chenevis et l'alfalfa.

L'action de cette vitamine serait d'être antihémorragique. Peut-être lui reconnaîtra-t-on d'autres propriétés ultérieurement mais jusqu'à ce jour il semble que ce soit seulement cette action qui lui soit reconnue comme certaine. Les auteurs qui ont ainsi étudié sa valeur antihémorragique sont : d'abord, Dam ; puis un peu plus tard Schönheyder ; enfin, Tage-Hansen. Voici d'ailleurs à la suite de quelles expériences ils ont été amené à penser que la vitamine K avait un rôle effectif dans la coagulation du sang.

Leur animal d'expérimentation a été le poulet domestique. Tout d'abord, Dam a observé que la carence « d'une substance qu'on désigne sous le nom de vitamine K » se traduit par une augmentation du temps de coagulation du sang. Schönhyder constate de son côté le même phénomène. En effet, alors que la formation du caillot sanguin se fait au bout d'une dizaine de minutes lorsqu'il s'agit du sang d'un poulet normal la formation du même caillot n'a lieu qu'au bout de quelques heures avec le sang d'un poulet de même espèce mais privé de vitamine K. Le temps anormal de coagulation n'est dû ici ni à l'insuffisance de la thrombokinase, ni à celle des plaquettes sanguines, ni à celle du fibrinogène. On ne saurait pas davantage l'attribuer à une accumulation de substances anticoagulantes dans le plasma. Cela pourrait-il provenir d'une absence du calcium rencontrée dans des poulets carencés ? Non, puisque l'addition de calcium au plasma ne raccourcit pas le temps de coagulation. Les auteurs, ayant constaté en outre que l'adjonction de th ombokinase dans un plasma sanguin anormal amène une formation bien moins grande de prothrombin que lorsqu'il s'agit d'un plasma normal, il semble que le plasma des poulets carencés soit déficient en prothrombin.

Or, cette anomalie du sang de poulet a été modifiée uniquement par l'administration d'une nourriture contenant de la vitamine K, considérée comme facteur antihémorragique. Pour cela, il suffit de donner chaque jour pendant trois jours une certaine quantité de foie de porc écrasé.

Puisque l'on a pu montrer que chez le poulet, la carence en vitamine K expose l'animal aux hémorragies, il paraît logique de considérer la vitamine K comme facteur antihémorragique.

Mais quelle est exactement la valeur antihémorragique de cette vitamine ? Les récentes communications étrangères lui en donnent une assez grande. En tout cas, il est évident que l'administration de foie de porc à des sujets ne peut être nullement néfaste et il y a peut-être là une thérapeutique qui est susceptible de rendre de réels services et de prendre rang parmi les autres médications antihémorragiques.

Il est également curieux de constater en passant que, sans être un apanage exclusivement britannique, l'étude des vitamines a été pour beaucoup de physiologistes anglais un objet d'études constantes et minutieuses. N'est-ce pas en effet au Collège des médecins de Londres que Glisson parla le premier en 1550 du rachitisme et n'est-ce pas à Manchester que fut fait, en 1776, le premier usage médical de l'huile de foie de morue ? Nombreux furent ensuite les auteurs anglo-saxons qui collaborèrent à la recherche des autres vitamines et qui actuellement s'intéressent à l'action physiologique et thérapeutique de la vitamine K.

BIBLIOGRAPHIE

SCHÖNHEYDER. — *Biochem. Journal*, 1936, XXX, 890.

TAGE-HANSEN. — *Biochem. Journal*, 1936, XXX, 1075.

The British Medical Journal, 1936, oct. 24, p. 822.

LA CLINIQUE AU GOÛT DU JOUR

Quelques difficultés de diagnostic au cours de la fièvre typhoïde

D'après le Docteur Louis RAMOND (1)

A LA PHASE INITIALE UNE CONFUSION POSSIBLE AVEC L'APPENDICITE AIGUË

Ce diagnostic erroné est plus grave que celui d'état grippal ou de congestion pulmonaire, car il entraîne la sanction chirurgicale. Cependant, on peut facilement le redresser, car l'appendice enlevé ne paraît pas malade, car aussi l'opération n'empêche pas la température de se maintenir en plateau. Enfin, même en l'absence des signes classiques, le laboratoire ne tarde pas à confirmer l'existence d'une dothiénentérie.

Voici, à cet égard, une observation pleine d'intérêt.

Un jeune homme de 20 ans, souffrant depuis dix jours de la tête et de courbatures générales, va consulter son médecin. Celui-ci lui trouve la gorge un peu rouge, une température à 38°5, une tension artérielle plutôt basse (10 × 7 au Vaquez) ; mais il n'entend rien d'anormal ni au cœur, ni aux poumons. Il conclut à l'existence d'un léger « *état grippal* », pour lequel il prescrit une médication appropriée et conseille au malade de rester à la chambre.

Cependant, le onzième jour (12 octobre) l'examen du patient (fatigue générale, température 38°8, pouls 80) révèle au niveau de l'abdomen, en dehors de toute douleur spontanée, une sensibilité des plus nette par la pression au point de Mac-Burney, avec défense musculaire très marquée à ce niveau. Redoutant une *appendicite aiguë*, on prescrit diète hydrique absolue, et glace en permanence sur la région cæco-appendiculaire. Le lendemain matin (13 octobre), situation légèrement aggravée : fièvre à 39°1 ; pas de douleur spontanée dans le ventre, mais persistance aussi nette de la douleur locale à la pression, ainsi que de la défense musculaire. Un chirurgien vu le jour même, confirme le diagnostic d'appendicite aiguë. Quelques heures plus tard, alors que la température atteint 39°9, appendicectomie : l'appendice très long et incurvé ne paraît pas malade ; il est un peu plus rouge que normalement à la coupe.

Mais l'opération n'a amené aucune détente, la température (14 octobre) atteint 39° le matin, et 40° le soir.

Médecin et chirurgien se méfient alors d'une *fièvre typhoïde possible*, malgré l'absence de signes cliniques : pas de tuphos, pas de diarrhée, pas de taches rosées lenticulaires, une rate à peine percutable, une céphalée légère. Le séro-diagnostic reste négatif ; il est vrai que le sang a été prélevé le dixième jour de la maladie.

Le Docteur Ramond, consulté le 15 octobre (quatorzième jour) ne constate pas davantage de signes évidents de dothiénentérie. Il porte cependant le diagnostic de « fièvre typhoïde probable », en se basant : sur le début lentement progressif de la maladie ; sur l'existence d'une *fièvre en plateau à* 40° depuis une huitaine de jours ; sur la dissociation du pouls (80) et de la température (40°) ; sur la *céphalée persistante*, quoique légère ; sur la *splénomégalie* appréciable à la percussion sur une large paume de main. Un argument de plus se trouve dans la douleur de la fosse iliaque droite, qui a été telle qu'elle a fait prendre à tort la maladie pour une appendicite aiguë (erreur, qui n'est pas rare). Le diagnostic est d'ailleurs confirmé par un séro-diagnostic franchement positif (sang prélevé au douzième jour).

Cette dothiénentérie évolue ensuite sans incidents jusqu'au vingt-cinquième jour : température en plateau aux environs de 40°, pouls régulier entre 80 et 92 ; tension un peu basse (9 × 5), mais habituelle chez ce malade ; constipation de règle ; urines abondantes : 2 litres par jour avec des traces indosables d'albumine.

***

AU DÉCLIN, L'ÉNIGME D'UNE DÉFERVESCENCE BRUSQUE

Mais reprenons l'histoire de ce patient au vingt-cinquième jour, car c'est alors qu'elle va susciter la perplexité. A ce moment (30 octobre) la température se met à descendre en lysis, et déjà le 1er novembre, elle n'atteint plus que 38°4 le matin et 39°4 le soir. Mais, ce jour-là, vers 19 heures, pour la première fois depuis le début, ce jeune homme est pris d'un *vomissement*, et il

(1) L. RAMOND. — Chute thermique brusque au cours d'une fièvre typhoïde. (*La Presse Médicale*, 5 septembre 1936.)

rejette tout le lait, qu'il vient d'avaler quelques instants auparavant. Vers minuit, nouveau vomissement, bilieux celui-là, car le malade n'a plus rien absorbé depuis. En même temps, émission, d'une petite *selle diarrhéique* jaunâtre. Puis angoisse, état perpétuellement nauséeux, avec une sensation constante de *défaillance imminente* : lividité, sueurs froides.

A 7 heures le 2 novembre, survient un troisième vomissement, bilieux, et la *température*, qui la veille encore était de 39°4, est *brusquement tombée* à 36°5. Malgré la gravité apparente du tableau clinique, aucun symptôme d'une hémorragie abondante ou d'une perforation intestinale, qu'on aurait pu redouter.

A 11 heures le malade est parfaitement lucide ; ses traits ne sont pas tirés ; son nez n'est pas pincé. Malgré la chute brutale de la température, le *pouls n'a pas varié* ; il reste régulier à 80. La *tension artérielle* reste la même (9 × 5). Le cœur a ses bruits bien frappés et non assourdis : rythme normal sans galop ; *ventre souple*, nulle part douloureux, sans aucune défense musculaire. Les urines sont toujours abondantes et normalement colorées. Le malade se sent mieux, et n'éprouve plus de nausées.

Pourquoi il ne s'est agi ni d'une perforation, ni d'une hémorragie intestinale

Voici les arguments contre la *perforation intestinale* : on avait affaire à un typhique parfaitement conscient ; il ne s'est produit aucune douleur abdominale plus ou moins violente, d'apparition brusque (et qui aurait encore persisté au moment de l'examen), ni aucune contracture abdominale ou tout au moins aucune défense musculaire localisée en un point du ventre ; pas d'altération du facies, qui eût été crispé, pincé « péritonéal » en un mot ; ni accélération ni petitesse du pouls, etc...

En faveur de *l'hémorragie intestinale* : outre l'hypothermie brutale, l'absence de douleurs abdominales, la pâleur du visage et les sueurs froides profuses avec sensation de lipothymie, s'inscrivait encore l'évacuation alvine de la nuit précédente, qui semblait étonnante chez ce sujet habituellement constipé. Pourtant, bien des raisons invitaient à repousser ce diagnostic, à savoir : l'époque tardive de la maladie, à laquelle se serait produite cette soi-disant hémorragie intestinale ; l'absence de rapidité et de petitesse du pouls ; le maintien de la pression artérielle à son chiffre habituel ; l'absence de bourdonnements d'oreilles, de vertiges, de soif vive... D'autre part, les matières évacuées la nuit n'avaient pas été sanglantes ; l'hémorragie intestinale n'avait donc pas fait sa preuve en s'évacuant au dehors. Il est vrai que le sang extravasé dans la cavité intestinale aurait pu fort bien s'y être accumulé, sans s'extérioriser encore par du mélæna ; la perte de sang dans ce cas ne se serait traduite que par des signes d'hémorragie interne, c'est-à-dire par un syndrome clinique très voisin de celui qui s'est manifesté chez notre malade. Mais l'épreuve de la garde-robe suivante, non sanglante, fut la preuve qu'il ne s'était pas produit d'hémorragie intestinale.

Autres hypothèses

Il ne pouvait être question d'une *hypothermie par balnéation trop froide ou trop prolongée*, puisque le malade n'avait jamais été baigné ; pas davantage d'une défervescence thermique brutale d'origine médicamenteuse, en rapport avec l'administration trop brutale d'antithermiques tels que le pyramidon, la cryogénine, l'aspirine, la quinine, etc., puisqu'on n'avait prescrit que de l'uroformine, de l'adrénaline et du solucamphre (par voie hypodermique).

Même considération pour une *hypothermie par insuffisance hépatique*, car le malade, sans passé hépatique, n'avait aucune raison de faire une fièvre typhoïde à forme hépatique ; d'ailleurs pas d'épistaxis, d'ictère, ni de subictère ; aucune ecchymose spontanée sur le corps ; foie ni gros, ni douloureux.

On éliminait facilement aussi une *hypothermie par azotémie*, à laquelle il faut toujours penser chez un typhique, dont la température s'abaisse sans raison évidente. Cependant si, dans le cas présent, les vomissements et l'abaissement de la température cadraient bien avec le soupçon d'azotémie, l'*absence d'albuminurie* et de modifications des urines, l'état de la tension artérielle, et surtout l'inexistence de toute manifestation nerveuse (ni délire, ni somnolence) plaidaient si franchement contre cette hypothèse qu'on n'entrevit même pas la nécessité de faire pratiquer un dosage de l'urée dans le sang de ce typhique.

D'autre part une *insuffisance surrénale aiguë* pouvait fort bien, au cours de la dothiénentérie, réaliser un tableau clinique, rappelant par certains côtés celui devant lequel on se trouvait. Cependant, si la chute thermique avait pu être la même, il y aurait eu beaucoup de chances qu'elle y fût plus accentuée encore (jusqu'à 35° peut-être) ; l'hypotension artérielle eût été très marquée, l'adynamie profonde, et on aurait noté encore des douleurs abdominales, des vomissements plus répétés et une diarrhée incoercible.

Le diagnostic de *collapsus typhique* méritait de retenir davantage l'attention.

En effet, ce syndrome survient brusquement et inopinément, par accès, au cours de la fièvre

typhoïde, quelle que soit sa forme, mais plutôt dans les formes de gravité moyenne que dans les formes graves. Il apparaît aussi bien depuis le début de la deuxième semaine de la maladie que dans le cours de la défervescence, comme ici. La chute thermique brutale, au-dessous de 37° et même parfois jusqu'aux environs de 35°, ou plus bas encore, en est l'un des symptômes capitaux. C'est précisément ce qui pouvait en faire envisager la possibilité.

Mais il est un deuxième élément primordial du collapsus typhique qui manquait ici, c'est la chute de la pression artérielle, puisque la tension artérielle du malade — très basse, il est vrai, avant les accidents actuels — ne s'est pas abaissée d'un point depuis leur apparition.

D'ailleurs, on ne retrouvait chez lui aucun des trois signes qui, dans le collapsus typhique, sont corrélatifs de l'abaissement de la pression artérielle et qui constituent à proprement parler l'état de collapsus : la cyanose, le refroidissement périphérique et l'altération du facies.

Le malade n'avait ni la tachycardie, ni la polypnée, que l'on peut voir (sans qu'il en soit la règle) dans les collapsus typhiques très graves.

Il fallait éliminer enfin la myocardite typhique, en l'absence de troubles cardiaques (tachycardie, embryocardie, bruit de galop, assourdissement des bruits du cœur) ; celle-ci n'aurait d'ailleurs pas pu expliquer la chute thermique, la pâleur et les vomissements.

Hypothèse plausible et épilogue

On se trouvait, plus que probablement, en présence d'une de ces DÉFERVESCENCES BRUSQUES ET DÉFINITIVES, qui terminent parfois la fièvre typhoïde en douze, vingt-quatre ou quarante-huit heures par chute brutale, et parfois considérable, de la température jusqu'à l'hypothermie.

Ces défervescences brusques, moins rares qu'on ne le croit, semblent plus fréquentes chez l'homme. Elles surviennent surtout dans les formes courtes, dont elles sont probablement une des causes principales, en supprimant la période des oscillations descendantes ; mais elles peuvent terminer une forme grave ou une forme prolongée. Elles se produisent le plus souvent dans le cours du deuxième ou du troisième septenaire, mais quelquefois plus tardivement : au vingt-huitième jour et même jusqu'au quarante-quatrième jour.

La plupart du temps, la chute brutale de la température s'accompagne de phénomènes critiques : vomissements, pâleur, sueurs profuses (comme chez le malade observé) ou encore : accentuation momentanée du tuphos, adynamie, troubles nerveux (céphalée, raideur de la nuque, signe de Kernig, ralentissement et instabilité du pouls).

Ce diagnostic de défervescence brusque dans la fièvre typhoïde, auquel on aboutissait, comporte un PRONOSTIC favorable, puisque, malgré le cortège bruyant et impressionnant des phénomènes critiques qui les accompagnent parfois, pareilles défervescences sont toujours définitives et marquent le début de la convalescence.

Le TRAITEMENT se borna :

A prescrire X gouttes de la solution d'*adrénaline au millième* trois fois par jour, et à continuer les *injections de solucamphre* qu'on pratiquait matin et soir ;

A faire *supprimer la vessie de glace* qu'on maintenait en permanence sur l'abdomen.

Les événements confirmèrent la manière de voir adoptée. Jamais les garde-robes ne furent sanglantes, et jamais non plus la température ne remonta au-dessus de 37°5 après la date du 2 novembre, qui avait réellement marqué le début de la convalescence. Une quinzaine de jours plus tard le malade était définitivement guéri.

G. FISCHER.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Les rachialgies consécutives à la ponction lombaire

Plus encore que pour toute autre ponction, la rachicentèse doit être un geste doux, méthodique et précis. Le cheminement de l'aiguille doit être lent jusqu'au moment de la traversée de la dure-mère que l'expérience permet facilement de sentir et qui, seule, permet de savoir que l'on est dans l'espace sous-arachnoïdien. Le Docteur SICARD a l'habitude de faire précéder toute ponction lombaire d'une légère infiltration de novocaïne et a ainsi beaucoup plus de facilité pour remettre, en cas d'hésitation, l'aiguille dans la bonne direction. Chez l'enfant l'attention sera encore plus grande. S'il n'est pas docile, il sera bon de le faire bien maintenir pour éviter le geste brutal et involontaire d'où peut résulter un traumatisme du disque intervertébral. Enfin, si l'on soupçonne un liquide purulent, cette même attention s'impose davantage.

Il y aurait intérêt chaque fois qu'il est indiqué de ponctionner le liquide céphalo-rachidien dans un but diagnostique ou thérapeutique, de préférer à la ponction lombaire la ponction sous-occipitale. Tous ceux qui en ont l'habitude sont unanimes à en reconnaître la bénignité et la facilité d'exécution, même chez l'enfant. Elle a en outre l'avantage de ne pas nécessiter l'immobilisation du malade et de ne pas entraver ses occupations. L'éventualité de séquelles douloureuses rachidiennes à la suite d'une ponction lombaire est donc un nouvel argument, médiocre il est vrai, en faveur de la ponction sous-occipitale. (*Le Bulletin Médical*, 12 décembre 1936.)

Diagnostic de la blennorragie

Le gonocoque nous est toujours apparu comme un germe bien défini, stable, difficile à cultiver et susceptible seulement de transformations presque imperceptibles sur le vivant, peu accentuées sur les cultures (formes de résistance, hypertrophiques). Les autres germes urétraux, au contraire, participent bien davantage au polymorphisme microbien, du fait de leur facilité de culture qui leur permet d'assimiler des nourritures très différentes, de s'adapter à des milieux variés, à des ambiances diverses. C'est ainsi que beaucoup parmi ce qu'on est convenu d'appeler « les pseudo-gonocoques » sont des germes instables qui, passagèrement, peuvent prendre l'aspect de diplocoques à Gram négatif et prêter ainsi à l'erreur.

Un genre bien fréquent, le colibacille, est coutumier de ces métamorphoses. Tout récemment encore dans le culot de centrifugation de l'urine d'un rétréci, le Docteur BARBELLION trouvait des diplocoques Gram négatif intra leucocytaires d'aspect typique, en imposant pour le gonocoque. Leur nombre excessif, le fit douter de leur identité. Effectivement, ces germes repiqués se montrèrent sous forme de bâtonnets courts, très mobiles, colibacilles caractéristiques.

En résumé, le gonocoque stable de forme et de coloration doit être opposé à beaucoup de germes des voies urinaires dont le polymorphisme bien démontré prête souvent à erreur. (*Revue Médicale Française*, décembre 1936.)

L'épreuve de la phénolsulfonephtaléine en un quart d'heure

Il résulte des faits exposés par MM. PASTEUR VALLERY-RADOT, DELAFONTAIRE, ISRAEL et PORGE que, pour explorer le fonctionnement rénal par la P. S. P., il est suffisant de pratiquer l'épreuve en un quart d'heure. Cette épreuve écourtée est même préférable à l'épreuve prolongée, telle qu'elle s'effectue d'une façon courante : leurs observations ont montré que, plus l'épreuve a une durée longue, plus les éliminations du colorant tendent à s'égaliser, que les reins soient normaux ou pathologiques. Le taux de P. S. P. éliminée en deux heures n'a donc pas la valeur que l'on a voulu lui reconnaître pour la discrimination d'un trouble fonctionnel du rein.

La P.S.P., comme tous les tests rénaux, n'est pas à l'abri de critiques. De même que les autres épreuves rénales, elle ne saurait suffire pour juger intégralement le fonctionnement du parenchyme des reins. Il n'en reste pas moins que, de l'avis presque unanime des médecins et des urologues, la P. S. P. s'avère comme un des procédés les plus fidèles de l'exploration de la perméabilité rénale. L'épreuve en un quart d'heure semble comporter un double avantage sur la technique classique : elle est plus rapide et plus sensible. (*La Presse Médicale*, 21 décembre 1936.)

Dystocie des épaules

Le Docteur R. DESNOYERS expose que la dystocie des épaules dans les présentations céphaliques — en rapport presque toujours avec l'ex-

cès de volume du fœtus — est un des types caractéristiques de la complication — sinon « fabriquée » — du moins aggravée par l'accoucheur ou la sage-femme. Les tractions sur la tête fœtale, représentent en pareil cas la manœuvre la plus inefficace et la plus dangereuse, risquant de tuer l'enfant ou d'entraîner une paralysie définitive.

L'abaissement du bras antérieur dans les dyscies basses, du bras postérieur dans les dystocies élevées, est d'une exécution presque toujours facile. Il suffit de connaître ces manœuvres, de les avoir présentes à l'esprit au moment opportun, de les exécuter tranquillement, sans hâte et sans brutalité, pour terminer avec élégance et sans dommages une extraction fœtale qui s'avérait pleine de dangers. » (*La Puériculture*, 10 novembre 1936.)

Les séquelles vésicales de la tuberculose rénale

Voici les conclusions du travail de M. J. Pérard : On sait, depuis qu'Albarran l'a démontré de façon indiscutable, que dans la tuberculose réno-vésicale, l'atteinte de la vessie est secondaire à celle du rein et que la suppression chirurgicale du rei n malade entraîne, dans une relation de cause à effet, et d'autant plus sûrement qu'elle est plus précoce, la disparition des troubles vésicaux.

On sait aussi, car toute règle comporte des exceptions, qu'il y a pourtant, dans 10 % des cas environ, des cystites rebelles qui ne sont guère améliorées par la néphrectomie.

Ce qu'on sait moins, certes, c'est qu'il ne faut pas se considérer *a priori*, comme désarmé en présence de ces cystites rebelles. Elles ne relèvent pas invariablement du même processus et il est possible, par la détermination exacte de leur cause, de leur opposer, bien souvent, un traitement très efficace, parfois endoscopique, parfois, si l'intensité des lésions l'exige, chirurgical. (*Revue médicale Française*, décembre 1936.)

Les applications de forceps sur la tête dernière

On connaît les dangers que présente l'extraction de la tête dernière au cours des accouchements par le siège. En dehors des lésions directement causées à l'organisme fœtal par les tractions manuelles sur le cou et le maxillaire inférieur, la durée seule de ces manœuvres, lorsqu'elles sont malaisées, provoque la mort de l'enfant dont le réflexe respiratoire est établi. La raison la plus évidente de l'inefficacité ou de la lenteur des procédés non instrumentaux utilisés dans ces cas réside d'une part, dans la difficulté de tirer sur une tête par un point excentrique comme l'arc maxillaire, et, d'autre part, dans l'impossibilité de développer une force suffisante sur les régions fragiles auxquelles on l'applique. Le forceps agent de préhension et agent de traction doit permettre aux mêmes titres que dans les présentations de la tête de parer à ces inconvénients.

Au cours d'un accouchement par le siège, après le dégagement du tronc et des épaules, la tête peut s'arrêter au cours de la descente dans les trois conditions schématiques suivantes :

1° La tête est retenue au-dessus du détroit supérieur par les os ;

2° La tête est retenue dans l'excavation par le col utérin qui cravate le cou ;

3° La tête est retenue au bas de l'excavation par les parties molles et le coccyx.

MM. A. Brochier et P. Magnin estiment que de ces trois conditions la dystocie due aux parties molles et au coccyx reste la seule véritable indication du forceps. C'est d'ailleurs et heureusement la cause de beaucoup la plus fréquente des difficultés de la tête dernière. Pour fixer le critère, qui règle le recours au forceps, la notion de souffrance fœtale, la notion de temps écoulé, l'appréciation par l'accoucheur de la résistance des parties molles et des chances de succès des manœuvres manuelles sont les trois éléments à envisager ; la première est importante et la deuxième est capitale. Cependant l'indication du forceps sur la tête dernière ne peut pas être une indication systématique. Il semble qu'un accoucheur qualifié ne doive pas entreprendre un accouchement par le siège sans avoir un forceps préparé auprès de lui, et qu'il ne doive pas pour s'en servir attendre un temps trop long d'insuccès des manœuvres manuelles, à condition toutefois que la tête du fœtus, ayant terminé sa descente, ne se trouve plus gênée que par le plancher pelvi-périnéal. Si au bout de deux à trois minutes la tête ne vient pas, l'accoucheur doit apprécier rapidement les possibilités de succès que lui offre l'état des parties molles d'après la sensation de résistance du périnée à ces tractions et la façon dont semble se comporter la tête. Au moindre doute sur l'efficacité ultérieure rapide des manœuvres employées jusque-là, il doit intervenir avec le forceps, qui lui permet de dégager l'enfant, sans manœuvres de force, dans un laps de temps souvent inférieur à 2 minutes. L'enfant engagé tête dernière, ne peut guère vivre que 10 minutes dans cette situation, et même parfois des enfants extraits au bout de 5 à 6 minutes n'ont pu être ranimés. (*Rev. Franç. de Gynéc et d'Obstét.*, octobre 1936.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Académie de médecine

L'hygiène du réveil et l'exercice

(M. Maurice Boigey ; 12-1-1937)

Il existe, dit M. Boigey, une hygiène du réveil dont l'importance s'accroît à mesure que l'on avance en âge. Se lever rapidement en sortant du sommeil et passer sans transition de l'état d'inertie complète à une activité musculaire généralisée est un acte imprudent, après la cinquantaine. Bien plus imprudent encore est de se livrer à des exercices physiques dans le décubitus dorsal, dès le réveil, et à cette période de la vie.

Pendant le sommeil, la circulation se ralentit, la tension s'abaisse, le cerveau est dans un état d'anémie relative. Au moment du réveil, la circulation reprend peu à peu son rythme normal. Si, pendant la période de transition entre l'état de sommeil et l'état de veille, on se livre, surtout dans le décubitus dorsal, à des mouvements musculaires qui accélèrent la circulation, on introduit un élément de perturbation dans l'état congestif des centres nerveux. Il peut en résulter des accidents et l'auteur en signale des exemples. Un homme de cinquante-six ans, apparemment indemne de lésion organique, mourut subitement pendant l'accomplissement de ces mouvements au réveil, étendu sur sa descente de lit. Un homme de cinquante-deux ans fut pris dans les mêmes conditions de vertiges, somnolence et d'hémiplégie.

Donc, si l'exercice est nécessaire à l'homme, plus peut-être à l'homme mûr qu'à l'homme jeune, il convient d'en user avec mesure dans la position et au moment opportun : après la cinquantaine, ce n'est pas le matin, c'est à la fin de l'après-midi, entre 16 et 18 heures, à cette période de la journée où la température organique, la force musculaire et la vitalité sont à leur apogée. Il faut, d'autre part, que l'exercice soit progressif et ne cause pas une fatigue réelle.

Académie de chirurgie

Infarctus du grêle post-opératoire

(M. Anselme Schwartz ; 4-11-1936)

Un enfant de huit ans est opéré par M. Schwartz d'appendicectomie. Opération laborieuse, en raison des adhérences. Le lendemain, la température est tombée à 37°2 mais le pouls reste à 120. Revu à 18 heures, l'enfant a eu des vomissements noirâtres ; aucune évacuation de gaz. Pouls toujours rapide. L'administration d'un lavement hypertonique à 10 p. 100 provoque une selle formée de sang noir, presque liquide. On pense à un infarctus du grêle. On fait une injection d'adrénaline, répétée le lendemain. Guérison.

M. Anselme Schwartz a l'impression très nette que l'amélioration a été due principalement à l'adrénaline et qu'il s'est agi d'une variété curable d'infarctus de l'intestin.

— M. Sauvé a fait antérieurement une longue étude des entérorrhagies post-opératoires. Sans parler de l'infarctus, qui n'a pas eu de vérification anatomique dans le cas de M. Schwartz, on peut invoquer : le traumatisme opératoire, les troubles neuro-sympathiques et même les troubles de la crase sanguine. Les entérorrhagies peuvent se produire dans des conditions bien plus mystérieuses encore. En voici un exemple. M. Chastenet de Géry opère un jour dans le service du Professeur Quénu une hernie. Opération simple. Le sixième jour, entérorrhagies ; le huitième jour, mort. A l'autopsie, exulcérations de la partie gauche du gros intestin. Rien d'autre.

— M. Raymond Grégoire croit à la réalité de l'infarctus dans le cas de M. Anselme Schwartz. A défaut de constatation anatomique, on trouve des phénomènes rappelant bien l'infarctus : faiblesse du pouls, état de lipothymie, douleur localisée de l'abdomen, hémorragie intestinale. L'action rapide de l'adrénaline sur les troubles morbides est, en tout cas, à remarquer et cadre avec la notion de choc d'intolérance, choc auquel M. Grégoire rattache, on le sait, tout un groupe d'infarctus de l'intestin.

— M. Mondor n'est pas convaincu, par contre, que l'observation de M. Schwartz concerne bien un cas d'infarctus intestinal. Le début clinique de l'infarctus est presque toujours marqué par des douleurs atroces, qui ont complètement fait défaut ici. L'entérorrhagie est bien un signe, d'ailleurs incertain, de l'infarctus, mais il y a d'autres entérorrhagies post-opératoires.

— M. Schwartz répond qu'en pathologie aucun symptôme n'est absolument caractéristique et constant. La douleur peut manquer dans l'infarctus. *Nimium ne crede dolori*, disait le Professeur Reclus. N'a-t-on pas vu des sujets atteints de péritonite aiguë venir à pied à l'hôpital ? Il ne faut pas rejeter un diagnostic d'après un seul indice, quelque exceptionnelle que soit son absence.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

Cachexie hypophysaire

(M. L. DE GENNES ; 13-11-1936)

Il s'agit d'une malade qui, atteinte dans l'enfance de rhumatisme articulaire aigu et de chorée grave suivie d'un embonpoint exagéré, vit brusquement à dix-sept ans ces troubles disparaître pour faire place à une cachexie croissante. Celle-ci s'accompagne d'arrêt des règles, de chute presque immédiate des poils axillaires et pubiens, de chute de dents, de gros œdèmes et d'hypoglycémie, et secondairement de troubles psychiques.

Tous ces troubles s'exagérèrent et résistèrent à toute thérapeutique jusqu'au jour où intervint l'extrait anté-lobaire. Deux cent quatre injections consécutives de cet extrait permirent à la malade de reprendre 15 kilogrammes, une euphorie et une activité normales, cependant que les phanères repoussèrent et que l'hypoglycémie disparut.

L'ensemble de ces caractères cliniques et surtout l'heureux succès de l'opothérapie spécifique semblent ici permettre d'affirmer le diagnostic de cachexie hypophysaire.

Episodes d'expectoration bacillifère dans les abcès du poumon

(M. P. AMEUILLE, Mme DUBOIS-VERLIÈRE et M. HERCELLES ; 20-11-1936)

Il s'agit de la possibilité de passage épisodique de bacilles tuberculeux dans l'expectoration de sujets atteints d'abcès du poumon, sans que la clinique ni même l'examen anatomique n'arrivent à montrer dans ce poumon de foyers tuberculeux actifs. La présence de bacilles tuberculeux dans des suppurations pulmonaires qu'ils ne causent pas, et dont ils ne modifient pas la destinée, est actuellement une possibilité bien établie et suffisamment expliquée. Mais sa fréquence méritait d'être appréciée ; est-ce un fait exceptionnel ? ou un incident banal ? Pour s'en rendre compte, il faut chercher méthodiquement le bacille tuberculeux dans les crachats de sujets atteints de suppuration pulmonaire. Mais, chez ces malades, l'expectoration est très abondante et on a des raisons de penser que les bacilles qu'elle contient sont peu nombreux. Il convient donc d'examiner de grandes quantités de crachats pour trouver seulement quelques bacilles. Il a semblé aux auteurs que l'inoculation de 10 c. c. de pus expectoré au cobaye leur permettrait peut-être de trouver plus facilement les bacilles à l'état d'extrême dilution où ils doivent être. Cependant, cette inoculation ne peut se faire sans préparation, car la septicité des crachats d'abcès est telle que leur inoculation aux cobayes les tue presque en vingt-quatre heures. Grâce à un procédé choisi par eux, ils ont déjà pu calculer que la sortie de bacilles tuberculeux dans les abcès du poumon se produit dans plus de 60 % des cas.

M. Emile SERGENT veut envisager seulement le *cas des suppurations pulmonaires et particulièrement* des abcès, au cours desquels survient une manifestation tuberculeuse.

Deux conditions doivent être envisagées. Dans la première, le foyer de suppuration, par son extension progressive, atteint un ancien foyer tuberculeux en sommeil, l'effondre et met en liberté des bacilles ; ceux-ci peuvent être éliminés par l'expectoration, pendant quelque temps, parfois même par décharges intermittentes, ou essaimer à distance et provoquer l'apparition de nouvelles localisations tuberculeuses. Ce processus est identique à celui qu'on peut observer au cours de l'évolution d'un cancer du poumon. Dans la seconde condition, la tuberculose est la conséquence d'un réveil provoqué par une déficience générale due à la suppuration prolongée ; elle est complètement indépendante de toute cause locale. Tandis que, dans la première éventualité, la décharge bacillaire — le plus souvent, pauci-bacillaire — ne se complique d'aucune poussée évolutive — tout au moins dans la majorité des cas, — dans la seconde éventualité un processus évolutif plus ou moins intense est déclenché et aggrave la situation générale.

Sur plusieurs centaines d'observations d'abcès pulmonaires qu'il a réunies dans ces dernières années, l'auteur a relevé ces complications tuberculeuses dans un assez grand nombre de cas.

Erythème noueux au cours de la maladie de Nicolas-Favre

(MM. MILIAN et GRUPPER ; 6-11-1936)

Sans qu'on puisse éliminer d'une manière absolue la chancrelle, il s'agit d'un jeune garçon atteint d'un bubon inguinal ayant pour cause la maladie de Nicolas-Favre. Or, au cours de l'évolution de ce bubon, après une courte angine, survint une éruption cutanée à type d'érythème polymorphe mêlée de quelques éléments noueux. Les auteurs qui ont observé des cas de ce genre n'hésitent pas à attribuer à la maladie de Nicolas-Favre elle-même cette complication cutanée et, dernièrement encore, Carnot et ses collaborateurs considéraient que cet érythème était une réaction allergique de la maladie de Nicolas-Favre. Or, il est incontestable que cet érythème mixte, polymorphe ou noueux n'est pas l'apanage de la maladie de Nicolas-Favre. Ici le germe spécifique a mobilisé celui de l'érythème noueux, c'est-à-dire pour parler d'une manière condensée, que l'érythème noueux a été ici un accident biotropique de la syphilis secondaire.

Il est permis de penser que ce streptocoque ganglionnaire peut avoir été l'auteur, là comme ailleurs de cet érythème noueux. Ce streptocoque est entré dans le ganglion, sans doute à la faveur de l'ulcération anale dont les auteurs ont rapporté l'existence au cours de l'observation. Sa mobilisation générale dans le torrent circulatoire peut être le résultat biotropique soit de l'angine, soit des médicaments qui étaient injectés au patient. G. F.

Société médico-chirurgicale des hôpitaux libres

3 *novembre* 1936

Le traitement du décollement de la rétine par l'électrolyse bipolaire perforante

M. A. Hudelo. — Présentation d'une série de six cas personnels et évocation de cinq autres cas opérés par d'autres oculistes, selon la technique préconisée par l'auteur il y a un an. Le pourcentage des succès est jusqu'ici identique à celui des meilleures méthodes, mais l'intérêt du procédé réside, à égalité de succès, dans l'extrême simplicité de la technique et du matériel employés. Le principe de cette méthode est le suivant : faire passer un courant de quelques milliampères dans le globe en plein décollement, les deux aiguilles-électrodes étant pénétrantes. Cette double pénétration des électrodes évite la diffusion du courant en l'obligeant à passer par un très court trajet, bien localisé, qui se tient ainsi à l'écart des parties du globe qu'il faut respecter, le vitré en particulier. A signaler, également la possibilité de traverser les muscles et la conjonctive sans les désinsérer.

Contribution expérimentale à l'étude de quelques propriétés pharmacodynamiques du Totum glycosidique de digitalis lanata

M. A. Dugay (présenté par M. Tison). — Les propriétés pharmaco-dynamiques de la nouvelle digitale peuvent se résumer ainsi :

a) Innocuité à doses thérapeutiques ; *b*) élimination régulière sans accumulation ; *c*) absence d'action sclérosante ; *d*) action cardio-tonique (rapide, intense, cyclique et sans séquelle pathologique).

Héliothérapie de la tuberculose cutanée

M. J. Meyer. — L'Association française pour l'aide aux lupiques mène campagne en faveur de l'héliothérapie du lupus. Les observations prises depuis trois ans confirment que l'héliothérapie générale doit constituer la base même du traitement. Mais le soleil ne fait qu'améliorer les lupus. Seul le traitement local peut les guérir et les bains de soleil maintiennent la guérison. On pourrait prévoir des cures sanatoriales pour les grands malades et, pour les autres, un mois de vacances au grand air, et une cure complémentaire ambulatoire, comportant 20 à 40 bains de soleil.

M. Jausion souhaite, comme J. Meyer, la création de centres héliothérapeutiques proches de Paris, où photo-sensibilisation, simio et vaccinothérapie pourraient aider le traitement local par les rayons.

Société de médecine militaire française

Séance du 12 *novembre* 1936

Fracture des deux os de la jambe, retard de consolidation, greffe d'Albee, guérison

MM. Perrignon, de Troyes, et du Bourguet présentent l'observation d'un blessé atteint de fracture directe des deux os de la jambe avec plaie contuse des parties molles qu'ils ont traité par épluchage chirurgical et immobilisation en bonne position (suture primitive).

Deux mois après, il n'y a pas encore de cal osseux. Ils pratiquent alors une greffe d'Albee avec greffon prélevé sur le tibia du côté opposé. Un mois et demi après, la consolidation semble se faire. Au troisième mois, après la greffe, le blessé est complètement guéri et jouit de la parfaite fonction de sa jambe.

Malformations multiples des corps vertébraux

MM. Culty et Cousty rapportent l'observation d'un malade de vingt ans présentant des lésions acquises multiples des corps vertébraux caractérisées essentiellement par des déformations des rebords irréguliers avec épiphyses détachées sur les faces antérieures.

Ils rattachent ces anomalies à l'épiphysite vertébrale, dont ils discutent la pathogénie et les rapports avec l'ostéochondrite déformante.

Sur un cas d'embolie après injections sclérosantes

A l'occasion d'un cas d'embolie aseptique d'évolution bénigne chez un sujet porteur de varices traitées par des injections intraveineuses de chlorhydrolactate double de quinine et d'urée, M. Chappoux rappelle les différents accidents qu'il a pu relever dans la littérature.

Ces accidents, très rares dans la pratique, évoluent sans gravité lorsqu'ils ne sont pas dus à des phénomènes septiques.

Mais, ni les théories pathogéniques de sclérose veineuse chimique, ni les faits cliniques ne permettent d'affirmer que les embolies n'existent pas et qu'elles ne doivent pas exister.

Les avantages du procédé de désinsectisation par la choropicrine

MM. H. Gounelle et Y. Raoul soulignent les avantages de la désinsectisation par la chloropicrine.

En raison de l'action stérilisante de la chloropicrine sur les œufs de punaises, une seule opération annuelle apparaît suffisante. Elle peut être effectuée à n'importe quelle période de l'année, contrairement à la nitrosulfuration qui nécessite trois opérations au printemps et en été. Pas de risques d'incendie ; pas de détérioration d'objets métalliques, d'étoffes, ni de peintures ou papiers peints.

La désinsectisation dans l'armée par des équipes spécialisées d'hygiène

Pour M. H. Gounelle, les opérations d'hygiène dans l'armée pourraient être avantageusement confiées à des équipes *mobiles spécialisées* d'hygiène



opérant dans le cadre du corps d'armée selon un plan d'ensemble rationnel conçu à l'avance.

Résultats et valeur d'aptitude militaire de la greffe d'Albee dans le traitement du mal de Pott

M. Sarroste présente vingt-cinq observations de greffe d'Albee pour mal de Pott avec résultats datant de deux à trois ans. Il insiste, malgré le pourcentage très élevé d'excellents résultats, sur l'impossibilité qu'il y a à garder les opérés dans l'armée. Ils restent incapables des efforts physiques nécessités par l'exécution du service actif. La greffe d'Albee, de valeur sociale incontestable, n'a aucune valeur d'aptitude militaire.

Société d'hygiène et de médecine tropicale de Paris

Sur un nouveau traitement de la Lambliase par un dérivé d'acridine

(M. P. Martin ; 17-12-1936)

Le Docteur Pierre Martin, de Châtel-Guyon, présente un nouveau traitement de la Lambliase dont les résultats heureux permettraient d'envisager avec plus de sérénité l'avenir thérapeutique de cette parasitose.

L'auteur a utilisé un dérivé de l'acridine : la quinacrine, déjà employée dans le traitement de la malaria.

Après avoir rappelé comment il a été amené à prescrire cette drogue, le Docteur Martin signale que ses essais ont porté sur 54 cas de Lambliase confirmés par des examens des matières ou par des tubages duodénaux. Après une seule cure à la quinacrine, 51 lambliens sur 54 ont été déparasités. D'autres porteurs de Flagellés (Trichomonas) ont également subi avec avantage l'épreuve du même agent thérapeutique.

L'auteur fait remarquer qu'il ne s'agit pour le moment que de résultats immédiats. On n'appréciera, dit-il, qu'à la longue et grâce à de nouveaux examens de laboratoire la valeur parasiticide du médicament. Il se peut, en effet, que ces Lambliens aient été seulement blanchis par le produit. Il se peut aussi qu'ils se reparasitent un jour au contact de leur entourage.

Quoi qu'il en soit et dès maintenant, la quinacrine peut être considérée comme un médicament antilamblien efficace. Son action est certaine sur les Lamblias vivants et, si par hasard, on se trouve en présence de formes enkystées et tenaces, deux, trois ou quatre séries de traitement pourront sans doute permettre un déparasitage.

Cette puissance antilamblienne s'explique par le fait que la quinacrine s'élimine par la bile et qu'elle peut ainsi atteindre et attaquer le parasite dans ses repaires hépatiques généralement inaccessibles.

La posologie ainsi que les précautions à prendre pour éviter les phénomènes d'intolérance, sont les mêmes que celles préconisées dans le traitement du paludisme.

Montpellier

Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen

Séance du 20 novembre 1936

Maladie de Cushing avec paraplégie très améliorée par le traitement. Présentation de malade

MM. Rimbaud, Anselme-Martin et Fassio présentent un malade suivi par eux en 1932 et qui avait tous les signes d'un syndrome de Cushing, avec en outre, une paraplégie par compression médullaire localisée par lipiodo-diagnostic entre D_2 et D_3.

Les auteurs soulignent l'évolution heureuse assez inattendue obtenue par des irradiations à la fois hypophysaires et surrénaliennes qui ont fait de ce sujet obèse, grabataire et presque agonisant, un splendide jeune homme svelte, à la démarche absolument normale.

L'analyse clinique révèle encore des séquelles pyramidales discrètes dans les membres inférieurs.

Vu l'heureux effet de la thérapeutique appliquée, l'hypothèse d'un surrénalome est soulevée par les auteurs.

Séance du 27 novembre 1936

Le traitement de la luxation congénitale de la hanche avant la marche

MM. Etienne, Lapeyrie et Cabanac présentent pour le traitement des luxations congénitales de la hanche avant la marche, un appareil amovible en forme de trapèze rectangle dont les deux côtés sont constitues par deux gouttières plâtrées dans lesquelles s'encastrent les pieds, les jambes et les genoux et dont les bases sont constituées par deux feuillards renforcés par des bandes plâtrées.

Cet appareil laisse libre le haut des cuisses et le périnée et maintient d'une façon parfaite les deux membres inférieurs en position de réduction (abduction et rotation interne).

Durée du port de l'appareil : six mois.

Appareil pour la mise en rotation interne dans le traitement de la luxation congénitale de la hanche

MM. Etienne, Lapeyrie, Cabanac et Keneff présentent un dispositif nouveau pour obtenir en fin de traitement des luxations congénitales de la hanche la mise en abduction et rotation interne des membres inférieurs.

Ce dispositif présente comme caractéristique essentielle de permettre une double traction avec mouvement de rotation interne assuré par un « tracteur chenille » dont les deux chefs antérieurs réunis par un tube en caoutchouc, en assurant la rotation interne, tendent à rapprocher les genoux l'un de l'autre, mais dont les chefs postérieurs, auxquels est fixée une extension continue se faisant dans le sens latéral vers l'extérieur, assurent le maintien de l'ab-

duction en même temps qu'elle vient renforcer l'action de la rotation interne du premier chef.

Historadiographie et localisations médicamenteuses. Détection de sels d'or

MM. Lamarque, Turchini et P. Castel. — Comme suite à leurs travaux précédents, les auteurs ont recherché par la technique de l'histo-radiographie, la localisation histologique d'un sel d'or fort employé, l'allochrysine. Ce sel est très nettement décelé par ce moyen et se retrouve plus spécialement au niveau des émonctoires et de divers éléments du système réticulo-endothélial.

Lille

Société médicale et anatomo-clinique

Séance du 24 novembre 1936

Sclérose combinée de la moelle d'origine syphilitique (présentation de malade)

M. Dereux, Mlle Pernet et M. Brocard. — L'origine syphilitique est prouvée par la réaction de Bordet-Wassermann positive dans le sang et par l'existence d'une méningite spécifique, des plus nettes. Le début des troubles remonte à cinq mois. Sur un tabes ignoré de la malade et préexistant, l'atteinte surajoutée des cordons latéraux s'est révélée par la parésie des muscles des mains et par l'apparition d'un signe de Babinski, à gauche.

Le fonctionnement des reins chez les cardiaques ; diagnostic des états cardio-rénaux

MM. Langeron, Paget et Fruchart rappellent les difficultés d'apprécier le fonctionnement du rein chez les cardiaques asystoliques et de distinguer entre eux les divers états cardio-rénaux. Après avoir montré l'insuffisance des épreuves classiques, ils s'arrêtent à trois méthodes plus récentes : densimétrie, chlorémie, débit urinaire ammoniacal, qui, même en période d'asystolie, permettent de faire ces discriminations. Ils renvoient pour le détail à un ouvrage qu'ils ont publié sous ce titre.

On apprécie aussi aisément l'état du rein par l'étude de ses deux grandes fonctions : le pouvoir concentrateur (densimétrie) et la régulation acide-base (chlorémie, débit ammoniacal).

Nouvelle méthode d'identification rapide des composés barbituriques

MM. Paget et Tilly étudient l'action d'un réactif-type, préparé suivant la formule de Denigès, qui leur permet une identification prompte et certaine de tous les composés barbituriques : véronal, dial, prominal, gardénal, rutonal, évipan, sonéryl, etc. Ils donnent des tableaux qui facilitent l'analyse et soulignent l'intérêt de leur méthode pour l'expert toxicologique.

Toulouse

Société de médecine

Biochimie comparée du cobalt et du nickel

M. Caujolle. — Malgré la grande analogie chimique du cobalt et du nickel et la similitude de leurs masses atomiques, les deux métaux présentent des caractères biologiques différents. L'auteur, après avoir rappelé le développement historique de nos connaissances sur la pharmacologie du cobalt et du nickel, rapporte les résultats de ses recherches expérimentales sur leur élimination. Il indique que si l'élimination urinaire de ces deux métaux présente une prépondérance accusée sur toute autre voie d'élimination, le passage du cobalt dans la bile peut être facilement mis en évidence, tandis que l'élimination biliaire du nickel est nulle ou sensiblement nulle.

Ce point particulier est caractéristique de l'impuissance où se trouve la biochimie de prévoir l'orientation dans l'organisme d'une substance chimique quelconque.

Sur les lésions pulmonaires de la maladie de Besnier-Bœck

Observation d'une femme de 63 ans, chez laquelle s'est constitué en quatre ans, un syndrome composé d'un lupus pernio-typique avec lésions classiques des doigts et des orteils (ostéite cystique de Jungling) et adénopathies minimes. La malade accusait une toux persistante depuis deux ans, sans expectoration : l'auscultation restait muette, la radiographie décela des lésions à type de tuberculose fibro-caséeuse avec cavernes multiples.

Il peut donc exister, à côté des lésions pseudo-granuliques et des infiltrations péribronchiques avec adénopathies décrites par M. Pautrier, des signes radiographiques en imposant pour une tuberculose fibro-caséeuse.

Les recherches bactériologiques demeurèrent sans résultat : absence de bacille de Koch dans l'expectoration provoquée ; intradermo à la tuberculine négative ; hémoculture au Lœwenstein négative ; inoculation au cobaye d'un fragment de peau et de ganglion négative ; inoculation négative au lapin.

Le traitement par les rayons mous de Bucky amena une régression manifeste des lésions cutanées.

Les Livres

Les livres qui viennent de paraître. . .

Chez MASSON et Cie
120, boulevard Saint-Germain

A. POLICARD, professeur à la Faculté de Lyon. — **Physiologie générale des articulations à l'état normal et pathologique.** Un vol. 214 pages, 25 fig. Prix : 36 francs.

J. LEVEUF, prof. agrégé à la Faculté de Paris, avec la collaboration de MM. Iv. BERTRAND et H. STERNBERG. — **Etudes sur le spina bifida.** Un vol. 330 pages, 176 fig. Prix : 75 francs.

Editions RIEDER
108, boulevard Saint-Germain

Lucienne ERCOLE. — **Jeux du ciel.** Roman, 8e édition, Un vol. 266 pages. Prix : 15 francs.

Amédée LEGRAND, éditeur
93, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe)

Dr G. FRANCK. — **Acquisitions nouvelles dans le domaine de la blennorrhagie.** 3e série : LES DEUX DOCTRINES EN PRÉSENCE. Un vol. 118 pages. Prix : 15 francs.

GIRARDOT et Cie, éditeurs
27, quai des Grands-Augustins, Paris (VIe).

R.-M. GATTEFOSSÉ. — **Aromathérapie.** LES HUILES ESSENTIELLES, HORMONES VÉGÉTALES. Préface du Docteur Foveau de Courmelles. Un vol. 188 p. Prix : 20 francs.

FASQUELLE, éditeur
11, rue de Grenelle

***. —**Résurrection française.** ERREURS POLITIQUES ET VÉRITÉS HUMAINES. Un vol. 188 p. Prix : 12 francs.

GALLIMARD, éditeur,
43, rue de Beaune, Paris

Wilhelm STEKEL. — **La femme frigide.** Traduit de l'allemand, par le Docteur Jean DALSACE. Un vol. 520 p. Prix : 24 francs.

ENCYCLOPÉDIE MÉDICO-CHIRURGICALE
18, rue Séguier, Paris (VIe)

Traité de médecine et de chirurgie, SUR FASCICULES MOBILES *constamment tenus à jour.*

Bronches. Poumon. Plèvre. Médiastin, publié sous la direction du Professeur SERGENT et de R. MIGNOT. Un vol. fasc. 6.001 à 6.060.

Glandes endocrines et maladies de la nutrition, publié sous la direction de A. SÉZARY, professeur agrégé, et du Prof. Marcel LABBÉ. Un vol. fasc. 1.0001 à 1.0032 et 10.500 à 10.550.

Librairie MALOINE
27, rue de l'Ecole-de-Médecine

R. DEGOS, médecin des hôpitaux de Paris. — **La syphilis acquise et héréditaire.** Un vol. de la collection « Les Petits Précis », 1937, 192 pages. Prix : 14 francs.

Ce précis, sous une forme succincte, constitue une mise au point complète des idées actuelles sur l'évolution clinique, la sérologie et le traitement de la syphilis.

Après une vue d'ensemble de l'évolution de la syphilis, l'auteur décrit les lésions cutanéo-muqueuses et viscérales de cette affection ; il en discute les diagnostics usuels. Sans entrer dans le détail des techniques sérologiques, il précise la valeur et la sensibilité des différentes réactions humorales et l'interprétation exacte que doit donner le médecin aux réponses du laboratoire. L'étude des médications antisyphilitiques précède un exposé détaillé de la conduite du traitement dans chaque cas particulier. Des considérations sur la contagiosité, l'immunité, le mariage et la procréation des syphilitiques terminent cet ouvrage.

Editions de la S. E. P.
16, rue Pavée, Paris

Dr Léon BONAFÉ (d'Hauteville). — **La tuberculose intestinale des tuberculeux pulmonaires.** *Etude médicale et pratique.* Préface du Docteur L. Bouchut, médecin des hôpitaux de Lyon. Un vol. 224 pages, Prix : 30 francs.

Dans cet ouvrage, après un exposé d'anatomie pathologique, l'auteur étudie l'étiologie, les circonstances d'apparition de la tuberculose intestinale, les éléments principaux du diagnostic et du pronostic de cette maladie. Il expose dans une dernière partie, le traitement, médical et chirurgical. Il est des formes curables par une thérapeutique médicale, d'autres par une thérapeutique chirurgicale. L'auteur s'est, en effet, efforcé de montrer qu'on ne doit plus aujourd'hui considérer la tuberculose intestinale comme une maladie toujours incurable.

Les Thèses

P. — Dr Y. Martin. — **Contribution à l'étude du traitement des arthrites gonococciques par la sérothérapie.** (Thèse 1936).

Le sérum antigonococcique de l'Institut Pasteur (sérum Nicolle) est le seul traitement véritablement spécifique des arthrites blennorragiques. Son efficacité est indiscutable.

La voie intraveineuse, préconisée par Ravaut, est très active mais n'est pas exempte de dangers. Les voies sous-cutanée et intramusculaire semblent aussi actives. Tous les malades de l'auteur ont bénéficié largement de la sérothérapie ainsi instituée, sans qu'il ait été enregistré d'accident dû au sérum.

La sérothérapie doit être appliquée de très bonne heure, dès les premiers signes de l'arthrite ; c'est là une condition essentielle de son efficacité. Elle doit être faite à forte dose (80 centimètres cubes au moins), et cette dose doit, en général, être répétée pendant deux ou trois jours.

La sérothérapie est suivie, en général, de la sédation de la douleur, de la disparition des phénomènes inflammatoires, et de la chute thermique.

Elle permet ainsi la mobilisation précoce et évite l'ankylose.

P. — Dr Ch. Crescenci. — **Etude de la primo-infection tuberculeuse par voie cutanée.** (Thèse 1936).

La primo-infection par voie cutanée, très rare en général, se rencontre surtout dans l'enfance. Les cas les plus connus ont trait aux circoncisions rituelles.

En dehors de ces cas, la fréquence aux différents âges de la primo-infection par voie cutanée paraît à peu près parallèle à celle des inoculations par autre voie (aérienne ou digestive).

Une fois constituée, la lésion de primo-infection comprend deux éléments principaux : le chancre d'inoculation et les ganglions.

Cliniquement, le chancre, mis à part les cas où il survient après circoncision, siège le plus fréquemment à la face et aux membres inférieurs, c'est-à-dire aux endroits les plus exposés à l'infection. Il se présente sous l'aspect d'une ulcération torpide peu étendue, suintante, *indolente*. Les ganglions, toujours volumineux, siègent dans le territoire homologue du chancre et évoluent vers la fonte caséeuse.

L'état général est peu touché au début. Les modifications humorales se traduisent par l'apparition d'une *cuti-réaction à la tuberculine très fortement positive.*

Lorsque l'évolution se fait vers la mort, l'état général décline rapidement et peuvent apparaître des signes de lésions méningées, pleurales, digestives, etc.

Le pronostic est variable suivant l'âge.

Dans la première année, il est grave (mortalité d'environ 50 %).

Dans les années suivantes, le pronostic paraît infiniment meilleur que lorsqu'il s'agit d'une autre inoculation.

P. — Dr A. Fouassier. — **L'avortement médicalement provoqué chez la femme atteinte de tuberculose pulmonaire chronique.** L'Expérience de la Clinique Baudelocque (thèse 1936).

La valeur thérapeutique de l'interruption de la gestation chez les femmes tuberculeuses est extrêmement difficile à juger.

Ni l'utilité, ni l'efficacité de cette opération ne sont démontrées avec certitude par l'expérience effectuée à la Clinique Baudelocque.

Souvent inefficace et même quelquefois dangereuse dans les formes sérieusement évolutives, on peut se demander si l'opération au contraire est réellement utile dans les formes qui ne sont plus évolutives.

Le sacrifice des enfants est certain. Le bénéfice maternel est très souvent discutable.

L'auteur estime que la tuberculose ne constitue jamais une indication impérieuse d'interrompre une gestation. Mais l'opportunité de cette opération peut être discutée dans certains cas particuliers et spécialement lorsqu'une gestation vient compromettre une stabilisation difficilement amorcée et que les circonstances concomitantes sont favorables.

P. — Dr Saïe. — **L'endoscopie pleurale dans les perforations pulmonaires.** Travail du sanatorium de Saint-Hilaire-du-Touvet (Thèse 1936).

On connaît les applications de l'endoscopie pleurale pour la section des adhérences, en vue de l'obtention d'un collapsus plus parfait chez les malades soumis au penumothorax artificiel. Les sections rapides d'adhérences pleurales ont été aussi utilisées dans la thérapeutique de certaines hémoptysies graves.

Une autre indication de l'opération de Jacobaeus d'urgence signalée par M. Rist, est le traitement des perforations pulmonaires survenant au cours du pneumothorax lorsqu'il y a des adhérences implantées en regard de la zone pulmonaire ulcérée. Sur cette question, M. Saïe apporte quatre observations et il envisage les diverses méthodes d'occlusion fistulaire sous endoscopie : occlusion par pâte de bismuth, par injection para-fistulaire de tuberculine. Une conclusion précise ne saurait encore être donnée à ce problème de thérapeutique phtisiologique.

P. L.

THÉRAPEUTIQUE



A propos des thérapeutiques de la tuberculose

Le Docteur Périsson, ancien interne des hôpitaux de Paris, déplore l'*empirisme* de la thérapeutique classique de la tuberculose, « alors que nous avons à notre disposition des thérapeutiques *spécifiques* d'une efficacité tout à fait comparable par exemple, à celle du traitement chimique antisyphilitique, savoir la sérothérapie antibacillaire (*sérum de Jousset*) et la vaccinothérapie par l'*Allergine* (mise au point par le même auteur.) »

« Ces méthodes convenablement appliquées ont une efficacité certaine, mais à une seule condition : il est nécessaire de les instituer de très bonne heure, à une phase toute initiale de l'évolution morbide. Il nous semble qu'il faut considérer le traitement de la tuberculose sous un jour très spécial, qui s'imposera à tous dans l'avenir devant la réalité des faits. Il ne faut pas croire que les thérapeutiques spécifiques que nous préconisons à la suite de notre maître André Jousset doivent être opposées de parti-pris aux méthodes classiques, qui seules sont enseignées aux praticiens. En réalité, ces diverses méthodes ne sont pas faites pour se combattre et ne s'excluent pas mutuellement. Elles s'adressent seulement à des cas différents et il arrive que, dans un grand nombre de faits, leur association doive être envisagée pour le plus grand bien des malades.

1° *Les traitements spécifiques s'adressent surtout aux infections initiales et doivent être considérées comme des traitements éminemment prélésionnels.*

La sérothérapie antibacillaire est le traitement de choix des primo-infections tuberculeuses qu'elle guérit avec une rapidité surprenante toutes les fois qu'un diagnostic suffisemment précoce permet son intervention rapide.

2° *Les traitements classiques qui sont des traitements symptomatiques s'adressent au contraire à des lésions constituées plus ou moins anciennes.*

Ce sont les diverses méthodes chirurgicales ou semi-chirurgicales, bien connues des praticiens. Elles méritent d'être seules opposées aux vieilles lésions scléreuses représentant des séquelles à une phase évolutive où le bacille de Koch ne joue bien souvent qu'un rôle effacé. Mais ce sont là des circonstances très rares et les cas les plus nombreux sont ceux dans lesquels une lésion scléreuse irréductible est le fait d'un bacille encore virulent et actif. C'est alors que l'association des deux méthodes thérapeutiques mérite d'être envisagée. D'un côté, le traitement spécifique, institué le premier, combat l'infection et la limite dans la mesure du possible, en prévenant les complications que le traitement lésionnel pourrait déterminer. Par ailleurs, le traitement symptomatique s'attaque à la lésion et permet souvent d'en chasser définitivement le bacille bien défendu dans sa prison fibreuse. C'est ainsi que le traitement spécifique bien conduit et institué chez un malade dont l'état général est encore suffisamment résistant peut prétendre à refroidir une lésion pulmonaire et à permettre la réalisation plus ou moins rapide et inoffensive d'un pneumothorax qui, fait à chaud, aurait pu être suivi d'une évolution très grave, trop souvent même mortelle. C'est ainsi également que des abcès froids, d'origines diverses, traités suffisamment tôt par une intervention chirurgicale que l'on aura soin de faire précéder et de faire suivre par une vaccinothérapie bien conduite guériront dans la règle comme des abcès chauds.

On pourrait multiplier les exemples. Ce sont des faits qui deviendront un jour familiers à tous les médecins. Ils le sont déjà à quelques-uns, malheureusement en trop petit nombre, et nous espérons avoir ici fait œuvre utile en répandant des notions qui ne sont pas encore officielles, et dont l'importance n'échappera certainement pas à ceux qui liront ces lignes. (*L'Année Médicale Pratique.*)



PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Bulletin de l'Actualité

LES SOINS AUX MÉDECINS

En abordant avec une certaine hésitation cette question délicate, il y a quelques semaines, je n'aurais jamais cru recevoir tant de lettres confraternelles contenant toutes des suggestions, des doléances, des récriminations.

D'aussi nombreux avis me mettent dans la nécessité de revenir aujourd'hui sur un article de notre Code de déontologie qui, si j'en crois mes lecteurs, mériterait vraiment d'être révisé.

Les réponses qui me sont parvenues peuvent se diviser en deux groupes, celles des médecins qui envisagent les soins reçus par eux ou leur famille, celles des médecins qui donnent leurs soins, et dont la plupart sont des spécialistes connus, plus particulièrement des radiologistes, des stomatologistes ou des biologistes.

Le médecin qui reçoit des soins, est toujours extrêmement gêné pour dédommager son confrère de la peine qu'il lui donne : même si le cas lui paraît sérieux, il hésite souvent à téléphoner à réclamer une présence, que n'importe quel client aurait depuis longtemps sollicitée. Si la maladie est longue, la situation est encore plus gênante, car ce sont des honoraires très importants qui devraient être réclamés et cette impossibilité où le médecin se trouve de s'acquitter de la dette toute morale qu'il a contractée est souvent à l'origine d'une certaine gêne.

Nous aurions tous intérêt à trouver une solution pratique à cette question, et parmi les lettres qui m'ont été adressées, j'ai retenu celles qui me paraissaient les plus originales. Un de mes correspondants des Alpes-Maritimes m'écrit :

Ne pensez-vous pas que cette question pourrait être réglée de la façon suivante : tout médecin qui aurait recours aux soins d'un confrère pour les siens, comme pour lui, verserait au dit confrère une somme qui serait à déterminer pour qu'elle soit remise à une des œuvres de bienfaisance du Corps médical, par exemple la Maison du médecin, ou aux veuves et orphelins de médecins. On éviterait ainsi bien des petits froissements et aussi la gêne que souvent on éprouve à déranger un confrère que l'on ne peut dédommager en aucune manière, parce que l'on exerce aux colonies ou dans une ville éloignée de la sienne.

Je crains beaucoup que ce payement à un tiers ne contente personne ; il sera pratiquement impossible de s'entendre sur, ce que chacun devra verser et loin de diminuer les conflits, il leur donnera une acuité dont nous n'avons aucune idée.

Je ne partage pas plus l'avis de ce confrère exerçant en Normandie qui propose simplement d'appliquer sur nos tarifs habituels qui, en somme, sont actuellement établis pour la plupart de nos actes, un abattement de 30 à 50 %. Agir ainsi c'est introduire des procédés par trop commerciaux dans des rapports confraternels et remplacer par un véritable tarif ce qui jusqu'ici a constitué une obligation morale Je suis persuadé que cette manière de contrat fera bien des mécontents et supprimera la gratitude et la reconnaissance, en monnayant le service rendu.

Et cependant je sais bien des confrères auxquels cette solution très simple apparaît comme la meilleure, justement parce qu'elle est voisine de toutes celles qui sont usitées dans le commerce, lorsqu'on veut faire plaisir à un acheteur qui est un ami. Je retiendrai comme bien préférable une solution qui me vient de la Haute-Garonne et qui a l'avantage de faire intervenir dans les rapports entre médecins, les créations les plus modernes du corps médical, les Caisses chirurgicales mutuelles.

Voici la lettre de ce confrère :

Le médecin qui est soigné ou dont la famille est soignée par un confrère est toujours fort embarrassé pour marquer sa reconnaissance.

Si pour la pratique courante de la médecine il n'y a à l'heure actuelle aucune façon *élégante* de s'en tirer, si ce n'est pas un cadeau, je crois qu'au point de vue chirurgical, il y a mieux à faire.

Il existe à l'heure actuelle un assez grand nombre de Caisses chirurgicales mutuelles (C. C. M.)

Pourquoi les médecins ne s'inscriraient-ils pas, ainsi que leurs familles, à une C C. M. ?

Les chirurgiens ou spécialistes toucheraient ainsi une rémunération pour leur acte opératoire et de plus, les frais de clinique payés par la Caisse éviteraient à la famille du confrère dont la femme ou un enfant ou lui-même est malade, une dépense souvent importante.

Je suis président d'une C. C. M. et parmi nos adhérents, nous comptons plusieurs familles médicales ; il serait bon que cette mesure d'élémentaire prévoyance se généralise, ainsi se trouverait solutionnée « la dette de reconnaissance dont on ne sait jamais si l'on s'est assez bien acquitté ».

Cette suggestion me paraît excellente pour tous les endroits où existe une C. C. M., elle a le double avantage d'apporter à des Caisses qui se fondent la participation effective du Corps médical, elle amène des nouveaux adhérents, elle constitue un excellent exemple et elle solu-

tionne très simplement une question qui jette trop souvent le trouble dans nos rapports confraternels.

Car, si j'en crois les lettres reçues, émanant des confrères qui donnent bénévolement leurs soins à des médecins et à leurs familles, trop souvent les bonnes relations sont faussées par le service rendu.

Un de nos lecteurs médecin, directeur d'un important laboratoire de biologie, m'écrit :

J'arrive à ne plus désirer faire d'examens de laboratoire pour certains de mes confrères, j'y perds mon temps, beaucoup d'argent pour n'avoir jamais de leur part la moindre marque de gratitude, pas même le plus petit client.

L'un d'eux m'a fait faire pour son père malade plus de 2.000 francs d'examens, certains nécessitaient des inoculations à des animaux, des déplacements fréquents et urgents, et jamais je n'ai eu depuis à faire pour ce confrère le moindre examen.

J'en suis arrivé à ne plus vouloir faire, dans les milieux médicaux que je ne connais pas, de réactions pour la grossesse, car toujours j'en suis de ma poche et n'en retire que des ennuis.

La lettre de ce biologiste m'a tellement stupéfait, que je suis allé le voir, il m'a montré les dépenses engagées par lui, il m'a cité des noms et j'ai dû me rendre à ses raisons.

J'ai gardé pour la fin une longue lettre que m'a adressée un chirurgien connu.

Cette question très délicate intéresse tous les médecins aussi bien ceux qui donnent les soins que ceux qui les reçoivent......

Combien ai-je vu de collègues qui, sous le prétexte de leurs jours et heures de consultation, ne font aucun effort pour se mettre à la disposition du médecin qui doit les soigner. Il semble que ce soit ce dernier qui doive se mettre à leur disposition pleine et entière. Ils savent bien pourtant, combien est gênant le client qui fait de même.

Combien en ai-je vu aussi dont je n'ai jamais plus entendu parler depuis qu'ils sont guéris ou bien qui se sont rappelés uniquement à mon souvenir, en m'adressant successivement et exclusivement tous les membres de leur famille.

N'avez-vous donc jamais remarqué ce changement d'attitude assez curieux que montrent certains confrères après les soins qu'ils ont reçus ; collaborateurs aimables auparavant, ils ne donnent plus aucun signe de vie après l'opération et la guérison d'un des leurs, comme s'ils étaient gênés de vous rencontrer ultérieurement et d'avoir à vous témoigner quelque reconnaissance.

J'applaudis de tout cœur à votre proposition de fixer un taux de remboursement des frais engagés par certains spécialistes, tels que les stomatologises et les radiothérapeutes, auxquels il faudrait adjoindre les chefs de laboratoire. Il est en effet inadmissible que sous prétexte de confraternité, ces spécialistes aient, en plus de leur temps, à donner leur argent.

Cette question importante devrait être résolue d'une manière définitive et officielle.

J'aurais aimé vous voir aborder un autre problème, celui de la « famille médicale ». Il serait nécessaire de définir ce que l'on doit entendre par famille médicale. N'ai-je pas entendu un jour une cliente me dire, avant de me remettre ses honoraires : « Vous oubliez, docteur, que je suis la cousine du docteur X ».

Ne croyez-vous pas qu'il serait extrêmement utile de préciser quelques règles déontologiques concernant les membres apparentés aux médecins ?

Par exemple, la gratuité est-elle un droit pour le fils d'un médecin, quand ce fils a une situation qui ne touche en rien la médecine et qui, souvent, est particulièrement lucrative ?

De même la fille d'un médecin conserve-t-elle ce privilège attaché à la famille médicale, quand elle a épousé un négociant ou un industriel dont la fortune ne fait aucun doute ?

Le beau-frère d'un médecin a-t-il droit à la même gratuité ?

Je vous soumets toutes ces réflexions car à notre époque où les resquilleurs sont rois, il serait extrêmemement utile de pouvoir se référer à un texte pour réfréner ces tendances qui nuisent à la cordialité des rapports entre les médecins, en ce qui concerne les soins donnés à eux-mêmes et à leur famille.

Cette longue lettre mérite une réponse détaillée et je voudrais dès maintenant dire à mon éminent collègue que la famille du médecin se limite dans notre esprit, aux enfants qui sont à sa charge, qu'en aucun cas un fils ou une fille mariés, établis dans la vie, ne doivent bénéficier de soins gratuits. Qu'on les traite amicalement, la chose me paraît naturelle, mais je crois que ce serait les gêner, les empêcher de se soigner comme ils le désirent, que de les laisser sans leur adresser d'honoraires. Je sais que pour ma part, j'agis toujours ainsi et que j'entretiens d'excellents et de durables rapports avec des fils ou des filles de confrères dont les situations, sans être exceptionnelles, sont honorables.

Par contre les parentés par alliance, les beaux-frères, et toute la belle-famille en général ne méritent aucun traitement spécial. Il est d'ailleurs curieux de voir et j'ai pu le remarquer, que ce soit souvent dans les belles-familles qu'on trouve ces profiteurs, ce sont parfois des gens très éloignés du milieu médical, pour lesquels toute dépense évitée est une affaire et qui, sans même se rendre compte de leur sans-gêne, proposent, d'eux-mêmes, une grosse réduction ou même la suppression pure et simple des honoraires.

Lorsque pareil cas se présente, il faut expliquer simplement que la coutume qui veut que les médecins ne se réclament point d'honoraires est strictement limitée au médecin, à sa femme, *aux personnes qui sont à sa charge*, c'est-à-dire à celles pour lequelles il serait légalement contraint de payer. La famille doit se limiter à cela, n'être point indéfiniment extensible et toutes les autres personnes doivent toujours être traitées comme des clients pour lesquels on a plus ou moins d'amitié.

Je reste persuadé qu'il suffit de réfléchir un instant à ce qu'on ferait, *si l'on était à la place de l'autre confrère*, soit qu'on donne les soins soit qu'on les reçoive, pour trouver la manière élégante de se conduire et pour éviter de jeter le trouble dans des relations confraternelles qui doivent toujours être empreintes de franchise, de simplicité et de correction.

Dr Raphaël MASSART.

UN MÉDECIN DOIT-IL SES SOINS GRATUITS A UN CONFRÈRE ET A LA FAMILLE DE CE DERNIER ?

La question vient d'être posée à un Conseil de famille syndical, à l'occasion d'un conflit entre deux confrères. Un spécialiste donna ses soins à la femme et à la fille d'un praticien ; il s'agissait de soins dentaires, traitement et travaux de prothèse. A la fin du traitement, le spécialiste adressa à son confrère une note d'honoraires, calculée d'aprè le tarif syndical moyen, sur laquelle il consentait une réduction de 50 %: ceci conformément aux accords qu'il avait données avant d'entreprendre le traitement.

Discussion, propos aigres-doux, refus de payer et intervention du Conseil de famille.

Ceclui-ci exhuma un certain article 41 du Code de déontologie, ainsi conçu :

« Le médecin ne doit pas réclamer d'honoraires « à un confrère, aux parents à la charge d'un « confrère, à un étudiant en médecine. Le mé- « decin est autorisé à accorder des conditions « spéciales aux membres des professions con- « nexes et à ses auxiliaires habituels. »

Certains, qui ont connu ce différend, se sont demandé la valeur juridique de ce règlement de déontologie, alors qu'ils savaient que des accords amicaux s'établissent de plus en plus entre celui qui donne ses soins et son obligé, parce que fréquemment, le cadeau, qui prouve la reconnaissance du second à l'égard du premier, encombre le salon et ne provoque qu'un plaisir relatif. Aussi m'a-t-il été demandé si la jurisprudence avait déjà fixé des règles en pareille matière et si les Tribunaux de droit commun, appelés à résoudre ces conflits d'honoraires n'étaient pas d'un avis contraire au règlement de déontologie.

D'autres ont manifesté leur étonnement à leur Syndicat. Un spécialiste peut être appelé non seulement à donner ses soins, mais à faire exécuter, dans les ateliers spéciaux, des travaux de prothèse ; d'autres, tels les radiographes, supportent des dépenses personnelles, alors qu'il leur faut traiter avec des appareils coûteux, tirer et développer des clichés, exécuter des séances prolongées de radiothérapie profonde, etc.

Certains médecins praticiens m'ont cité des cas où il leur a fallu se déplacer fréquemment, plusieurs fois par jour pour donner des soins à un confrère, ou à la famille de ce dernier pour une affection grave. C'étaient des frais de transport, des pertes de temps : bref beaucoup préfèrent recevoir de l'argent, plutôt qu'un cadeau inutile.

Ne conviendrait-il pas, dès lors, de demander à la Confédération des Syndicats médicaux, d'abroger cet article 41 ou de l'adapter aux besoins du jour, en décidant que sauf accords particuliers, intervenus entre deux confrères, au début d'un traitement long et coûteux, les conflits d'honoraires seront arbitrés sur la base du tarif syndical local, ou de spécialistes diminué de 50 % pour un confrère, sa famille immédiate, un pharmacien, et une sage-femme, etc... De la sorte seraient évités beaucoup de conflits. De plus, le confrère obligé préférera donner une somme d'argent, plutôt que d'avoir à se creuser la tête pour dénicher le cadeau susceptible de faire plaisir. En plus, les spécialistes seront certains de rentrer au moins dans leurs débours.

Ainsi, me faisaient remarquer quelques stomatologistes et chirurgiens-dentistes, ce n'est pas la valeur du métal, qui est en cause, lorsque ce métal sert à l'aurification d'une dent, à la confection d'un bridge, ou d'un dentier : ce qui coûte le plus c'est le travail de l'atelier, l'œuvre de l'ouvrier d'art, appelé mécanicien dentiste, qui devra travailler d'après un moulage, précédemment pris, d'après des empreintes ; puis il faut essayer l'appareil, le faire ajuster, le faire retourner à l'atelier, pour des retouches, etc., etc.

Or, ce personnel ouvrier coûte fort cher, surtout depuis l'application des lois sociales ; en sorte que le stomatologiste, ou chirurgien-dentiste donne non seulement des soins, pour préparer une dent, en vue de l'obturation, mais doit également supporter des frais divers qu'en toute justice, le patient, même lorsqu'il est médecin, doit prendre à sa charge.

Aussi m'a-t-il été demandé de faire des recherches dans la jurisprudence, pour préciser le débat sur son véritable terrain, en supposant qu'un praticien, non-syndiqué, traduirait un confrère devant les Tribunaux, pour se faire payer des honoraires inférieurs à ceux demandés à la clientèle, frais que le praticien n'entend pas supporter à lui seul.

Les données de la jurisprudence

A plusieurs reprises, et à propos des décisions que nous allons tour à tour rapporter, les Tribunaux ont été unanimes à déclarer que le médecin n'est forcé par aucune loi à donner gratuitement ses soins à quiconque. Toute peine mérite salaire : il en résulte que, de toutes manières, le droit aux honoraires est incontestable envers quiconque, sauf si une convention est intervenue entre malade et médecin.

Le fait, de donner ses soins gratuitement à un pharmacien, ne constitue qu'un procédé pure-

ment volontaire et gracieux, mais ne saurait constituer une règle qui doive empêcher un médecin de réclamer le prix des soins qu'il a donnés (Justice de paix de Paris, XIe arrondissement, 5 avril 1899).

De même à propos des soins donnés par un médecin à un de ses confrères, ayant nécessité plusieurs déplacements : le Tribunal civil de la Seine, 6e Chambre, 1924, estima que malgré l'usage invoqué par le défendeur, il ne saurait cependant priver le droit au médecin de recevoir des honoraires pour les soins qu'il a donnés.

Plus près de nous, le Tribunal civil de la Seine, 2e Chambre, par jugement du 25 juin 1932, a décidé que lorsqu'un malade fait appel à un médecin, il se forme entre eux un contrat à titre onéreux, qui ouvre droit à la réclamation d'honoraires. Cependant si le praticien se conformant à un usage, soigne gratuitement un confrère, le contrat à titre onéreux se transforme, en contrat désintéressé, que l'article 1105 du Code civil appelle contrat de bienfaisance ; mais, dans ce cas, s'il y a contestation, c'est au débiteur qu'il appartient d'établir que le médecin a explicitement par ses propos, ou implicitement, mais de manière non douteuse, affirmé son intention libérale.

C'est au débiteur à apporter la preuve de la convention de gratuité

En plus du jugement de la Seine que nous venons de citer nous pouvons citer d'autres décisions analogues. Un jugement du Tribunal civil de la Seine, du 9 février 1906 précise qu'en principe, les soins sont donnés à titre onéreux ; mais rien n'empêche le médecin, en raisons de circonstances particulières de les donner gratuitement ; mais, en cas de difficultés, le juge doit rechercher à la fois quelle a été l'intention du médecin et quelle a pu être la volonté de la personne soignée, qui, escomptant la gratuité des soins, a donné certains cadeaux au praticien,

La 6e Chambre du Tribunal civil de la Seine le 11 mars 1903, avait déjà statué d'une manière analogue.

Le Tribunal de la Roche-sur-Yon, le 19 juin 1906 décida que ce n'est pas parce qu'un médecin néglige de faire parvenir rapidement sa note d'honoraires à un de ses amis que celui-ci peut en déduire qu'il ne doit aucun honoraire pour les soins qu'il a reçus. C'est au débiteur à rapporter la preuve que l'intention du médecin était bien de soigner à titre gratuit, par exception à la règle générale. Dans le même sens, Justice de paix de Paris, XVIIIe arrondissement, 14 octobre 1927.

La Cour d'appel de Grenoble, par arrêt du 14 octobre 1927 a déclaré qu'un médecin est en droit de présenter sa note d'honoraires lors de la liquidation de la succession d'un de ses parents proches : ce n'est pas sa qualité de cohéritier qui doit faire déroger au principe général : les soins sont donnés, sauf stipulation contraire, à titre onéreux à quiconque, parents ou amis.

Par jugement du 5 février 1929, le Tribunal civil de Morlaix, accorda des honoraires à un médecin, qui avait été appelé au chevet de son frère mourant et qui collabora avec le médecin traitant, pour essayer de sauver le malade.

Exemples pratiques

Rarement les Tribunaux ont eu à s'occuper de litiges survenus à l'occasion de soins donnés par un médecin à un confrère, sauf dans le cas du jugement de la Seine, de 1924. Souvent un cadeau est le remerciement du service rendu, à moins que le débiteur puisse se reconnaître, en adressant des malades à son confrère, lorsque celui-ci exerce une spécialité.

Cependant, il appartient au débiteur de faire la preuve qu'il était bien dans l'intention du médecin de donner ses soins exceptionnellement à titre gratuit, puisque les Tribunaux ont reconnu que le praticien avait droit à des honoraires pour soins donnés à son propre frère (Tribunal civil de Morlaix, précité), à un parent dont il est co-héritier (Cour d'appel de Grenoble précité), à un pharmacien (Justice de Paix, XIe arr., précité), à une sage-femme (Tribunal civil Seine, 25 juin 1932, précité), à des amis (Tribunal civil Seine, 11 mars 1903, Trib. civil Seine, 9 février 1904 ; Trib. civil La Roche-sur-Yon, 1906, précités).

Conclusions

La jurisprudence est donc en désaccord avec le Règlement de déontologie. Certes, ce dernier peut servir de convention entre médecins syndiqués ; mais s'il s'agit d'un non-syndiqué, celui-ci obtiendra satisfaction devant le Tribunal civil, alors que le syndiqué sera privé d'honoraires en cas de litige avec un confrère.

D'autre part, nombreux sont les praticiens qui, soit pour eux-mêmes, soit pour leur famille, s'entendent avec un confrère, pour que les soins soient donnés à prix réduits, mais cependant contre versement d'une somme d'honoraires. A l'heure actuelle, les progrès de la science obligent à des examens ou à des traitements de spécialistes. Ce n'est plus comme dans le temps, où le rôle du confrère consulté se bornait souvent à établir un diagnostic dans un seule séance.

Aujourd'hui, les examens peuvent être répétés, onéreux pour le spécialiste ; les traitements sont longs ; les travaux de prothèse, ou autres sont plus nombreux. D'où le résultat, c'est que contrairement aux termes du règlement de déontologie, nombre de confrères honorent le praticien qui leur donne des soins, ou soigne leur famille.

Le règlement de déontologie doit donc se moderniser, en prenant par exemple ce que font certains Instituts, écoles de stomatologie ou dentaires, maisons de santé, etc., qui consentent des prix de faveur aux médecins et à leurs familles, mais ne dispensent pas de soins gratuits.

Nous pourrions donc proposer soit l'abrogation de l'article 41 au Code de Déontologie, soit son remplacement par la formule suivante :

Sauf convention, ou stipulation préalable, le médecin, qui donne ses soins à un confrère ou à la famille que celui-ci a à sa charge, ou à un pharmacien, une sage-femme, étudiants en médecine, a droit à des honoraires, qui seront calculés selon le tarif syndical local (ou du Syndical général de spécialistes) minoré de 50 %, à titre confraternel.

Dr Paul Boudin.

SAPEUR-POMPIER BLESSÉ EN SERVICE COMMANDÉ CUMUL ENTRE L'ASSURANCE DE LA MAIRIE ET UNE ASSURANCE INDIVIDUELLE

Un de nos confrères (dossier 271) nous expose le cas d'un de ses malades, sapeur-pompier, qui, au cours d'un incendie, fut grièvement blessé. Il nous dit que la Compagnie d'assurances de la mairie fait des difficultés, pour payer les indemnités dues, car il ne s'agirait pas, d'après elle, d'un accident du travail mais d'un acte de sauvetage.

De plus le blessé a contracté une assurance individuelle contre les accidents. Peut-il cumuler les deux indemnités journalières et les deux rentes, au cas où il existerait une incapacité permanente partielle de travail ?

Nous devons tout d'abord répondre qu'en l'espèce, la loi des accidents du travail ne s'applique pas aux sapeurs-pompiers blessés au cours d'un incendie. Un arrêt de la Cour de cassation, Chambre civile du 29 juin 1926 est très net sur ce point, en décidant que ce n'est pas la loi du 9 avril 1898 qui est applicable à l'espèce, mais celle du 5 avril 1851 sur la protection légale des fonctionnaires.

De son côté, le Conseil d'Etat a décidé, par arrêt du 11 février 1916, que le contrat qui lie les sapeurs-pompiers à une commune est de nature administrative et est du ressort de la justice administrative et non de celle des Tribunaux de droit commun.

Les droits des sapeurs-pompiers ont été réglés d'abord par la loi du 5 avril 1851, puis par celle du 13 avril 1898, article 59, décret du 12 juillet 1399 et enfin loi du 31 juillet 1907, modifiée par la loi du 4 janvier 1922.

Dans ces conditions, le sapeur-pompier peut prétendre non pas à son demi-salaire (comme dans la loi sur les accidents du travail) mais à l'indemnité journalière qui est prévue dans le statut communal local des pompiers. Il en sera de même pour la rente à lui servir, s'il est atteint d'une incapacité permanente partielle de travail.

Il s'en suit que l'Assurance de la commune a mauvaise grâce de vouloir se débarrasser de la charge de ces indemnités, sous prétexte qu'il ne s'agit pas d'un accident du travail, mais d'une lésion occasionnée par un acte de dévouement. Elle doit payer selon les termes du contrat qui la lie à la commne, pour la garantie des fonctionnaires communaux et en particulier du corps des sapeurs-pompiers, lorsque ces derniers sont blessés en service commandé, c'est-à-dire au cours d'un incendie.

La commune doit également supporter les frais médicaux, pharmaceutiques et funéraires.

Sur le second point, le pompier doit bénéficier de l'acte de prévoyance qu'il a fait en contractant une police individuelle d'assurance contre les accidents. Du moment où il a égulièrement payé ses cotisations et primes, il doit toucher le montant des indemnités prévues par sa police, lorsqu'il est arrêté dans son travail du fait d son accident.

Vainement l'Assurance essayerait-elle de se dérober à son obligation contractuelle, sous le fallacieux prétexte que le pompier est déjà indemnisé par l'Assurance de la mairie. Ce cumul entre les indemnités provenant de différentes assurances est un droit incontesté pour le bénéficiaire, selon les dispositions de l'article 35 de la loi du 13 juillet 1930.

Dr Paul Boudin.

RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE

Perversité — Trois internements — Homicide — Responsabilité

Par R. BENON

Médecin du Quartier des Maladies mentales de l'Hospice général de Nantes

SOMMAIRE. — *Alcoolisme-perversité. Alcoolisme professionnel. Dipsomanie. Un cas spécial : confusion avec la paralysie générale. Trois internements* : 1924, 1930, 1932. *Homicide en* 1936. *Pas de syphilis. Pseudo-paralysie générale alcoolique ? Responsabilité, pratiquement, totale.*

La nécessité de distinguer et de bien séparer les maladies mentales et nerveuses des *anomalies* mentales et nerveuses nous apparaît comme de plus en plus impérieuse ; la neuro-psychiatrie se doit à elle-même, dans les temps actuels, de préciser sa nosologie et sa terminologie. Là seulement, elle trouvera son indépendance, sa force et sa grandeur. L'exemple ici rapporté nous semble démonstratif de l'urgence qu'il y a à aborder de face certains problèmes que pose la notion de responsabilité pratique.

***

Le sujet dont nous allons relater l'histoire est un homme de 46 ans (en 1936). A notre avis il représente un type d'*alcoolisme-perversité* (passion de l'alcool avec paresse). Cet alcoolisme-perversité, variété de perversité-récidivisme, doit être bien différencié de l'alcoolisme professionnel et de l'alcoolisme-dipsomanie (1). L'alcoolisme professionnel est en relation directe avec le travail quotidien excessif du sujet : celui-ci combat le surmenage par l'absorption de quantités exagérées de boissons alcooliques ; sans l'appui de cet excitant, il serait incapable de fournir la tâche qu'il s'impose ou qui lui est imposée. Cet alcoolisme devrait diminuer sous l'influence des nouvelles lois sociales appliquées aujourd'hui à peu près dans tous les pays. L'alcoolisme —dipsomanie est plus difficile à distinguer de l'alcoolisme — perversité : il ne saurait en être séparé nettement que si les accès d'alcoolisme, qui sont déterminés par un besoin irrésistible d'absorber du vin ou des liqueurs alcoolisées diverses, sont séparés par de longues périodes d'état tout à fait normal. Notre sujet n'était atteint ni d'alcoolisme professionnel, ni de dipsomanie.

Cet homme a été considéré en 1924, à 34 ans, comme étant affecté de *paralysie générale*, d'une part parce qu'il avait déclaré qu'il avait, en 1914, contracté la syphilis, d'autre part parce qu'il présentait, en particulier, de l'inégalité pupillaire et de la dysarthrie. Or il a été établi en 1930 et 1931, par l'examen du sang et par la ponction lombaire, que cet homme n'était pas syphilitique. Enfin en 1936, vu son état mental, vu sa mémoire et sa lucidité, on peut affirmer qu'il n'est pas un paralytique général : l'affaiblissement global des facultés mentales, malgré les confusions des auteurs actuels, reste l'élément essentiel pour reconnaître la méningo-encéphalite paralytique. La ponction lombaire positive, avec des troubles mentaux grossièrement évidents, suffit dans 95 % des cas pour poser un diagnostic très ferme, mais il reste quelques exemples fameux d'erreur que nul ne doit oublier et qui obligent le clinicien à faire des réserves, ou mieux à prolonger l'observation.

Il y a un autre diagnostic qui expliquerait mieux l'erreur commise : c'est celui de pseudo-paralysie générale alcoolique. Le syndrome physique de la paralysie générale (ponction lombaire mise à part), syndrome caractérisé par les troubles de la parole, le tremblement de la langue et des lèvres, l'altération des réflexes patellaires, l'inégalité pupillaire, mais il est vrai sans signe d'Argyll-Robertson, ce syndrome s'observe dans l'alcoolisme ; c'était la pseudo-paralysie générale des auteurs de la fin du dix-neuvième siècle. Des controverses, à ce jour, seraient vaines puisque la paralysie générale est d'origine syphilitique et que la ponction lombaire donne des précisions remarquables touchant l'infection encéphalitique spéciale. Cependant il faut se défier de ces précisions organiques et savoir que les signes somatiques ne sont jamais suffisants pour affirmer l'existence de la paralysie générale et que l'affaiblissement mental global (perte des idées, non pas perte de la mémoire, perte de l'auto-critique, approbativité) est seul pathognomonique.

Y a-t-il eu, chez le sujet, lors des internements, au nombre de trois, un épisode délirant, de l'onirisme, de la confusion mentale, une vague dépression ? C'est possible. Mais l'évolution a bien démontré que les troubles mentaux constatés étaient tout à fait accessoires. Un médecin a parlé chez le sujet de kleptomanie : elle n'était

(1) V. R. BENON. — *Alcoolisme et pathologie mentale. Clinique. Médecine légale. Traitement.* Paris, 1936, 299 p., édit. M. Vigné.

pas plus en cause que la dipsomanie, névropathie alcoolique curieuse et plutôt rare. A aucun moment l'inculpé n'a cherché, devant nous, à simuler les troubles mentaux, ou à exagérer des manifestation psychiques particulières. On gardait toutefois le sentiment, lors des examens, qu'il avait la certitude d'être reconnu aliéné et partant irresponsable. Il fut déclaré sain d'esprit et *non* porteur d'anomalies mentales ou psychiques susceptibles de contribuer à la diminution de sa responsabilité (Circulaire Chaumié du 12 décembre 1905).

***

RÉSUMÉ. — *Homme, 46 ans en* 1936. *Homicide le* 24 *mars* 1936. *Trois internements antérieurs : octobre* 1924 — *juillet* 1925, *novembre* 1930 — *décembre* 1931, *novembre* 1932 — 8 *octobre* 1935. *Syphilis alléguée en* 1914. *Diagnostic de paralysie générale porté en* 1924. *Examens biologiques négatifs en*1930 *et* 1931. *Alcoolisme perversité : responsabilité totale, pratiquement, en* 1936.

Le nommé Ervaig... (Aimé), menuisier, 46 ans, demeurant à X..., rue du Bastion, n° 30, né le 25 mars 1890, est inculpé de meurtre et de vol.

Le fait homicide. — Le 24 mars 1936, l'inculpé a soustrait une somme de six mille francs environ à Mme veuve N..., et, ensuite, il lui aurait donné volontairement la mort : cette personne était âgée de 64 ans. Les déclarations de E... sont précises et les voici résumées. Il était allé, quelques semaines auparavant, au lieu-dit le Petit-Poiré, avec sa femme, pour y voir Madame N..., qui est sa cousine. Celle-ci lui avait demandé de repasser sa faulx et sa scie. Il a fait ce travail. Elle l'a prié de revenir pour réparer un fauteuil. Il y est allé le 24 : il avait déjeûné chez lui vers 11 h. 1/2 et il a pu arriver chez sa cousine vers deux heures. Auparavant, il avait pris dans un débit sur le quai une moque (un quart de litre de vin). Sa cousine faisait la lessive. Il s'assoit. Il accepte de boire un coup et absorbe trois verres de vin blanc. Il va voir le fauteuil avec sa cousine dans une pièce à côté. Sa cousine se baisse pour lui montrer quelle réparation il y a à faire au fauteuil. A ce moment, il lui porte un coup de poing sur la nuque, puis deux au menton. Il voulait « l'endormir » et en profiter pour lui prendre son argent. Il ne savait pas où elle cachait son argent. Elle lui révèle qu'il est dans une boîte en fer placée dans la cuisinière. Elle lui aurait dit : « Ne me fais pas de mal, je vais te donner l'argent ». Elle se relève. Il la jette à terre. Elle se relève encore et lui dit : « Viens, mon petit gars, je vais t'offrir un verre ». Et, en effet, il boit dans la cuisine, un nouveau verre de vin. Comme il ne croit pas que l'argent soit caché dans la cuisinèire, il la frappe au visage et la « flanque » dans un coin. Elle aurait dit à ce moment : « Mes petits enfants ne viendront donc pas ! » Alors, il a pris un foulard qu'elle portait autour du cou et le lui a introduit dans la gorge pour l'empêcher de crier. Il a bouché le trou de la serrure. Il l'a frappée avec un fer à repasser, à cinq, six ou sept reprises. Il a pris l'argent dans la cuisinière, il a fouillé l'armoire, il s'est lavé les mains. Il est sorti par une fenêtre sur les champs, vers 4 heures moins le quart.

Rentré chez lui, il a caché l'argent sur une poutre dans un hangar. Sa femme a vu son pantalon taché, il a dit que c'était de la rouille. Il s'est couché. Il a dormi. Il s'est levé à 5 heures 1/2. Il est sorti, a bu sur les quais, s'est acheté un complet neuf, a fait un paquet de ses vieux effets, les a ficelés avec une pierre et jetés à la mer. Il a pêché, il a bu et mangé sur les quais. Il a fait timbrer sa carte de chômeur. Les gendarmes l'ont arrêté l'après-midi devant la mairie, sur la place. Il a répondu à M. le Juge d'instruction qui lui demandait ce qu'il voulait faire de cet argent : « C'était pour boire. J'aurais toujours bien pris de bons verres de vin blanc J'en aurais eu pour plusieurs mois. Sept ou huit litres de vin par jour ne me font pas peur ». Ayant été interné trois fois à l'Asile des aliénés du département de la Mayenne, il a déclaré ne pas vouloir y retourner parce qu'il ne s'y trouvait pas bien. Il a dit encore qu'en quittant son domicile pour aller chez sa cousine, il n'avait pas l'intention de la voler ni de la frapper, et que cette idée lui était venue quand elle lui avait proposé à boire.

Internements. — Le nommé E... a été placé trois fois à l'Asile des aliénés de X... : 1° le 31 octobre 1924 ; 2° le 22 novembre 1930 ; 3° le 11 novembre 1932. Le premier certificat d'admission daté du 23 octobre 1924, porte : « Troubles cérébraux. L'état (du sujet) nécessite des soins spéciaux qu'il ne peut recevoir que dans un asile et il serait imprudent pour la sécurité du malade et pour celle de son entourage de le laisser libre dans sa famille, en raison de l'évolution progressive de ces troubles. Il serait donc désirable (?) de l'interner le plus tôt possible à l'asile... où pourraient être continués les traitements spécifiques commencés ». Le certificat de vingt-quatre heures, le 1er novembre 1924, est ainsi rédigé : « Gervais... présente un état délirant caractérisé par : affaiblissement intellectuel léger ; amnésie, velléité de travailler à chaque instant, sans rien faire ; inégalité pupillaire ; dysarthrie, facies euphorique, paralysie générale probable... ». Certificat de quinzaine du 15 novembre 1924 : « Affaiblissement intellectuel commençant, avec syndrome physique de paralysie générale, amnésie, dysarthrie, euphorie ». Sortie à titre d'essai le 28 juillet 1925.

La seconde entrée à l'Asile des aliénés est du 22 novembre 1930. Elle eut lieu après expertise mentale à la suite d'un vol, et le rapport de l'expert disait : « 1° E... est atteint d'aliénation mentale de forme démentielle : paralysie générale des aliénés ; 2° son intelligence est très affaiblie ; il est devenu incapable de se conduire, et n'est pas responsable de ses actes ; 3° il est dangereux pour l'ordre public et doit être interné dans un établissement d'aliénés ». Le certificat de paralysie générale parut devoir être confirmé à l'asile ; on y ajoute le diagnostic de dipsomanie. E... sort de l'asile le 7 décembre 1931 (sortie d'essai ; amélioration très considérable).

Troisième internement, le 11 novembre 1932, après expertise, à la suite d'un nouveau vol. Même diagnostic de paralysie générale. On note aussi excès alcooliques. Sortie d'essai le 8 octobre 1935.

Le meurtre du 24 mars 1936 a provoqué une troisième expertise de la part du Docteur N..., qui a conclu son rapport de la façon suivante : 1° E... présente depuis la guerre, où il fut blessé au maxillaire supérieur et au front par éclats d'obus, et où il fit une infection intestinale d'une certaine gravité, des habitudes de dipsomanie, et lorsqu'il a bu, de kleptomanie, même sans aller jusqu'à l'ivresse ; l'alcool détermine chez lui des réactions anormales ; 2° c'est sous l'influence de ces causes, mais consciemment et méthodiquement, sans pitié, en pleine connaissance de ses actes et de leur but, que Ervaig... a commis le crime, objet de l'inculpation ; 3° eu égard aux prédispositions pathologiques qui ont pu, en la circonstance, contribuer à faire surgir l'idée criminelle, E... doit être considéré comme d'une responsabilité atténuée de moitié environ. »

Antécédents. — Les antécédents héréditaires et personnels ont été précisés soit à l'aide du dossier constitué, soit avec les renseignements fournis par l'inculpé lui-même. Son père, marin, est décédé à 46 ans, en 1906, d'une tumeur de l'estomac : il faisait des excès de boisson. Sa mère est morte à 73 ans, en 1934, de fatigue (?), de vieillesse ; elle aurait mis six enfants au monde : deux de ses frères ont succombé en bas-âge, aux envi-

rons de 2 ans et 3 ans, à des affections méningées (?) ; il déclare que la conduite d'une de ses sœurs aurait laissé à désirer. Son grand-père, du côté paternel, aurait commis des excès de boisson. Personnellement, l'inculpé, né à terme, n'a pas présenté de maladie grave dans sa première enfance ; il n'a été en retard ni pour parler, ni pour marcher. Mis à l'école, chez les Frères du Cours Bessac, à X..., il a montré une certaine facilité à apprendre et il aurait obtenu son certificat d'études à douze ans. Apprenti-menuisier à 13 ans, il continua à travailler, à 16 ans, durant quelques mois chez son premier patron. Puis il se plaça à Bordeaux à l'usine Carde, grâce à un de ses oncles. Là, il eut la fièvre typhoïde et resta sept mois à l'hôpital, car sur la demande d'une religieuse, il y travaillait comme menuisier au bout d'un mois ou deux. Pris bon, service armé, en 1910, affecté au VIe régiment d'artillerie à pied, il fut incorporé à Toul le 11 octobre 1911. Rentré chez lui en novembre 1913, il avait obtenu son certificat de bonne conduite. Il fut rappelé le 3 août 1914 : il a servi à l'intérieur du 3 août 1914 au 1er décembre 1915, puis aux armées du 2 décembre 1915 au 22 mars 1918, et enfin de nouveau à l'intérieur du 23 mars 1918 au 11 novembre 1918 : il fut démobilisé le 5 août 1919. Il a été réformé n° 2 le 10 décembre 1930 et maintenu le 13 décembre 1932. Il a été blessé par éclats d'obus à la face (régions frontale et maxillaire supérieure gauches) à Verdun, en 1917 (pas de séquelle spéciale). Il porte une autre trace de blessure au genou gauche qui serait de 1915. Marié pendant la guerre, le 17 octobre 1916, il aurait six enfants de sa femme ; l'un d'eux est mort en bas-âge, les autres ont de trois à quinze ans : le dernier serait en traitement à Saint-Trojan, Ile d'Oléron, pour rachitisme. Sa femme aurait fait deux fausses-couches, en 1922 et en 1924. Il déclare avoir commis des excès de boisson, mais n'avoir jamais été atteint de la syphilis. Au reste, les examens du sang (6 décembre 1930 et 26 juin 1931), l'examen du liquide céphalo-rachidien (9 octobre 1931), n'ont pas décelé la vérole chez lui. D'après ses dires, il se livre à l'alcoolisme surtout depuis 1923-1924 (date de son premier internement : 31 octobre 1924). Après la guerre, il a travaillé tantôt comme menuisier, tantôt comme manœuvre (notamment au titre d'employé de la ville). Inculpé de vol de bouteilles de liqueurs (9 octobre 1930), de vol de dix-neuf cents francs (le 18 août 1932), il fut expertisé, déclaré aliéné et interné. D'après le rapport de M. le Commissaire de police de X..., E... est de caractère sournois, cause peu, s'adonne à la boisson et dépense dans les cafés la majeure partie de son gain. Il serait violent et brutal envers ses enfants, il se soucie peu de leur éducation et de leur entretien. Sa femme, couturière, travaille de son métier et subvient aux besoins des trois enfants qui sont avec elle (le plus jeune est hospitalisé, l'aîné est placé comme domestique).

Examen spécial : état actuel, 1936. — L'examen direct, psychique et somatique, a donné les résultats suivants : cet homme, physiquement bien développé, vigoureux, répond aisément à toutes les questions qui lui sont posées. Il est attentif, il a de la suite dans les idées, sa mémoire est bonne, on pourrait dire parfaite. Il s'exprime sur son curriculum vitæ, sur ses antécédents personnels, avec une précision digne d'être remarquée. Il est exactement orienté dans l'espace et dans le temps. Il évoque les dates presque aussi bien que les lieux ; s'il ne retrouve pas immédiatement une date, il repère des faits qui vont lui permettre de jalonner son existence et d'évoquer finalement la date recherchée. Très conscient de sa situation actuelle, il se comporte devant nous comme un individu tout à fait normal et tout à fait maître de lui. C'est dire qu'on ne saurait mettre en évidence chez lui aucun signe d'affaiblissement des facultés mentales, et, en particulier, ni perte des idées, ni approbativité, ni perte de l'auto-critique, ces symptômes qui sont propres à la méningo-encéphalite diffuse ou paralysie générale. On ne constate pas chez lui de délire : il n'émet ni thème de persécution, ni thème d'auto-accusation, ni thème de grandeur, etc. ; il n'accuse ni illusions, ni hallucinations, ni interprétations multiples, mobiles, fantastiques. Il n'est pas plus en proie à la manie qu'au délire ; calme, bien présent aux questions à lui adressées, il n'a ni agitation motrice, ni fuite des idées. Enfin, on ne constate ni dépression ou asthénie, ni confusion mentale, ni obsessions-phobies, ni signes d'épilepsie ou d'hystérie. L'état physique est satisfaisant et cela malgré l'alcoolisme ancien : pas de troubles de la motilité, sauf un léger tremblement de la langue et des doigts ; pas de troubles de la sensibilité bien caractérisés ; les réflexes sont vifs, mais sans clonus. La verge, la bouche, ne portent pas de lésions spécifiques. Les pupilles sont égales, non déformées, sans signe d'Argyll-Robertson (signe de syphilis nerveuse chronique). Le champ visuel est normal. On note des signes de sympathicotonie. La tension artérielle est 17 (maximum) et 10 (minimum), donc normale. Les cicatrices de la face et du tibia gauche (région antérieure et supérieure) n'ont pas de caractères spéciaux.

Au temps de l'action, *quid* de l'état mental ? Rien ne permet de supposer l'existence de troubles cérébraux soit avant, soit pendant, soit après l'acte. L'inculpé a d'abord hésité, devant nous, à avouer les faits, à les détailler. Puis on lui a lu ses déclarations, lors de l'instruction : il n'a pas élevé la moindre protestation touchant la relation écrite de l'acte criminel. Enfin, l'examen spécial rétrospectif du fait n'a mis en évidence ni délire, ni hallucinations, ni illusions, ni excitation de forme maniaque, ni obsessions pathologiques, ni crises de nerfs épileptiques ou autres.

***

L'alcoolisme-perversité représente une anomalie nerveuse simple ; ce n'est pas une maladie. Il faut le bien distinguer de l'alcoolisme professionnel qui peut engendrer du délire, de l'onirisme, de la confusion mentale, mais aussi une affection organique précise, en particulier rénale ou hépatique. Il faut le distinguer encore de la dipsomanie. Le sujet dont l'observation a été rapportée ci-dessous a été pris pour un paralytique général (syphilis alléguée et non existante en fait). Après homicide, il a été considéré, pratiquement, comme pleinement responsable de ses actes, et ce malgré trois internements antérieurs.

L'ACTUALITÉ PROFESSIONNELLE

La Presse et les Sociétés

L'action préventive et curative de l'assurance-invalidité en Hongrie

Un récent arrêté est venu instituer en Hongrie un système d'action préventive et curative destinée à compléter et à intensifier les traitements et soins dont les assurés peuvent bénéficier au titre de l'assurance-maladie, afin d'empêcher ou tout au moins de retarder l'avènement de l'invalidité chez les assurés ou les bénéficiaires de l'assurance.

L'action préventive tout d'abord se propose de maintenir l'intégrité physique et psychique et de relever l'état de santé des assurés et de leur famille. Elle comporte en premier lieu une surveillance systématique des conditions sanitaires, effectuée par le service médical de l'Assurance sociale, au moyen des facilités diagnostiques dont dispose l'assurance. A la base de cette action se trouve une bonne statistique de morbidité donnant la répartition des cas de maladie par sexe, âge et profession. En second lieu est entreprise une éducation hygiénique mettant en relief la nécessité de bonnes conditions de travail, d'une judicieuse organisation des loisirs, d'une alimentation rationnelle, de logements sains et de l'orientation professionnelle ; des examens prénuptiaux sont prévus pour la protection de la race contre les maladies héréditaires ; un ensemble de mesures sont destinées à conserver et raffermir la santé de la jeunesse. Une lutte contre les maladies sociales (tuberculose, maladies vénériennes, rhumatisme, maladies nerveuses, alcoolisme) est entreprise sous les formes suivantes : assistance aux familles, conseils hygiéniques, mise en rapport du malade avec les établissements spécialisés, etc... D'autre part, les personnes menacées d'une affection pouvant entraîner l'invalidité ou incomplètement rétablies sont l'objet d'une surveillance post-thérapeutique et reçoivent des aliments et des fortifiants ; les personnes exposées à la contagion sont munies de moyens de prévention. Lorsqu'un assuré est menacé d'invalidité par suite de sa profession, l'assurance intervient pour lui permettre de s'adapter à un autre métier ; pendant la durée de la rééducation, l'assuré reçoit une indemnité journalière. Enfin, l'Institut national d'Assurances sociales peut faire procéder à des visites médicales périodiques.

L'action curative a lieu au profit d'assurés ou de pensionnés sociaux qui ont besoin d'un traitement pour faire cesser ou prévenir l'invalidité et qui ne sont pas à même d'en bénéficier au titre de l'assurance-maladie ou accident soit parce qu'ils ne remplissent pas ou ne remplissent plus les conditions y ouvrant droit, soit parce qu'un tel traitement dépasse les possibilités de ces assurances. Cette assistance curative a lieu par intervention de l'assurance-invalidité, soit d'office, soit sur demande de l'intéressé. Elle est accordée de préférence par hospitalisation dans un établissement sanitaire ou un sanatorium. Celle-ci n'a lieu en principe qu'avec l'assentiment du malade ; dans certains cas (absence de soins, contagion, nécessité d'une surveillance médicale constante) cet assentiment n'est pas nécessaire. L'assuré bénéficie également de l'assistance pharmaceutique, et sur sa demande, de cure d'air ou de séjours à la campagne lorsqu'il peut en résulter une amélioration durable. Les mesures curatives décidées d'office ne sont pas liées à l'accomplissement d'un stage. Dans le cas où le traitement a lieu sur la demande de l'intéressé, il doit avoir versé pour son compte au moins cent cotisations hebdomadaires.

Les frais de l'assistance préventive et curative sont couverts par un fonds spécial alimenté par un prélèvement sur les cotisations. (*Informations sociales*, 3 août 1936.)

J. M.

Guide familial pratique de défense passive

La ville du Havre, convaincue qu'en cas de guerre sa situation stratégique et les nombreuses industries installées sur son territoire la désigneraient à une attaque de l'aviation ennemie, a mis sur pied un plan de défense collective qu'elle accompagne de recommandations individuelles aux habitants (1).

La ville est divisée en secteurs de défense pourvus chacun d'un poste de commandement et d'un poste de secours.

Le poste de commandement comprend un chef de secteur, un personnel comprenant infirmiers, brancardiers et dégazeurs, un service de liaison avec les pompiers et la police.

Le poste de secours comprend un médecin, chef de poste, et un personnel sédentaire capable de donner des soins aux blessés intransportables, soit à cause de leur état, soit à cause des circonstances.

(1) *Archives médico-chirurgicales de Normandie*, décembre 1936, E. Longuet.

Le péril aérien se présente sous trois aspects différents, seuls ou simultanés : explosif, toxichimique, incendiaire.

Il semble qu'il faille renoncer maintenant aux abris souterrains ; la force de pénétration et la puissance explosive des projectiles modernes nécessiteraient un blindage qu'il est pratiquement impossible de réaliser, du moins dans le cadre familial. De plus si cet abri est sous un immeubles, les bombes incendiaires risquent de mettre le feu à celui-ci et de rendre impossible l'accès des caves.

Mieux vaut se contenter d'une tranchée bien établie. Contre le péril toxi-asphyhiant, il faut envisager la protection individuelle par les masques, et la protection collective par des abris étanches, ceux-ci fonctionnant soit en milieu surpressé, de façon à empêcher l'entrée du gaz, soit en milieu confiné et strictement isolé de l'extérieur.

Tout cela n'est évidemment pas très commode à réaliser, surtout dans une ville surpeuplée.

Et l'auteur ne craint pas de poser ces principes essentiels valables dès l'état de tension diplomatique.

Si aucune obligation professionnelle ou morale ne vous retient au Havre, si vous avez la possibilité de vous retirer dans une propriété de banlieue, *n'hésitez pas : partez.*

Si vous possédez un pied-à-terre à proximité du Havre, *installez-y à demeure votre famille* que vous rejoindrez le soir venu.

Si vous avez un jardin attenant à votre habitation, creusez-y une tranchée selon le gabarit indiqué, loin des habitations voisines afin de ne pas être enseveli sous l'éboulement de celles-ci.

Si vous habitez un appartement, aménagez-en une partie en refuge contre les gaz.

Et priez le Ciel (ajouterai-je personnellement) que les bombes explosives, incendiaires et même asphyxiantes veuillent tomber à bonne distance de votre domicile.

G. L.

A propos du chômage des travailleurs intellectuels

Sous les auspices de l'Institut international de coopération intellectuelle du B. I. T., s'est réuni le 6 et le 7 juillet 1936 le Comité d'entente des grandes Associations internationales, dans le but d'étudier la question du chômage des « travailleurs intellectuels ». Nous résumons ci-dessous les vœux qui ont été adoptés à ce sujet :

Le Comité estime que ce chômage est pour une grande part fonction de l'inadaptation des Institutions économiques et sociales aux besoins actuels. Il croit nécessaire d'attirer l'attention du public sur ce problème et sur le danger qu'il fait courir à la culture intellectuelle et morale des peuples.

En ce qui concerne les remèdes, le Comité souligne tout d'abord les redoutables inconvénients du *numerus clausus* et des mesures tendant à limiter l'accès à la culture. Il propose d'y substituer un ensemble de réformes tendant à la meilleure organisation de l'instruction et du « marché » de l'emploi intellectuel. Le premier travail qui paraît s'imposer est de prendre connaissance de l'état de ce marché par l'organisation dans chaque pays d'un *centre de documentation universitaire et professionnelle* et la coopération internationale des divers centres ainsi constitués. Il serait souhaitable qu'il existe une liaison étroite entre les centres de documentation et les services de placements ; ainsi pourrait-on réaliser une véritable orientation professionnelle, et une répartition plus rationnelle des travailleurs intellectuels.

Considérant d'autre part que l'on peut reprocher à l'enseignement secondaire, tel qu'il est actuellement conçu, de contribuer à l'encombrement des Universités et à la pléthore des travailleurs intellectuels faute d'orienter les jeunes gens vers un plus grand nombre de professions, le Comité souhaite une réforme des programmes s'inspirant à la fois des besoins des diverses professions et du souci d'assurer le développement intellectuel du pays.

Parmi les autres mesures susceptibles de jouer un rôle efficace, le Comité préconise d'autre part la protection des titres des divers enseignements et la réglementation stricte de l'exercice des professions libérales afin que les diplômés ne soient pas évincés des emplois qu'ils doivent normalement occuper par la concurrence de personnes dépourvues de toute formation sérieuse, l'abaissement de la limite d'âge de mise à la retraite dans les Administrations publiques, compte tenu des besoins des retraités, et la réglementation des cumuls d'emplois publics et privés. (*Informations sociales*, 26 octobre 1936.

J. M,

ASSURANCES SOCIALES

Les dispositions du Règlement intérieur-type des Caisses d'Assurances sociales

Le décret-loi du 28 octobre 1935, et le règlement d'administration publique du 19 mars 1936, instituant le nouveau régime des Assurances sociales, avaient prévu qu'il appartiendrait au ministre du Travail d'établir un règlement intérieur type des Caisses d'assurances sociales, contenant à la fois des dispositions obligatoires, communes à toutes les Caisses, et des dispositions facultatives que chaque Caisse pourrait adapter à son cas particulier. Ce règlement type s'est fait longtemps attendre. Il vient enfin de faire l'objet d'un arrêté ministériel du 30 janvier 1937, publié au *Journal Officiel* du 5 février dernier. Certes ce texte n'est pas susceptible d'apporter de bien grandes innovations, ses dispositions essentielles figurant déjà dans l'article 115 § 3 du règlement d'administration publique, que nous avons déjà étudié antérieurement. Mais il fournit cependant sur certains points des précisions qu'il était utile de porter à la connaissance de nos lecteurs, et même dans certains cas, apporte aux dispositions antérieures des adjonctions dont la légalité peut paraître contestable.

Le règlement type comporte trois partie, essentielles : Admission, Radiations et Prestations, Administration de la Caisse, et enfin une annexe relative aux appareils de prothèse dentaire.

La seconde partie relative aux prestations de l'assurance-maladie et de l'assurance-maternité est évidemment la plus importante. Nous suivrons pour l'étudier le même plan que celui adopté pour l'étude du nouveau régime : les conditions d'ouverture du droit aux prestations, les prestations, le contrôle de l'assuré.

A) Conditions d'ouverture du droit aux prestations

1° COTISATIONS. — Nous ne reviendrons pas sur les conditions de cotisations requises par la loi pour l'ouverture du dro t aux prestations maladie ou maternité. Signalons seulement quelques cas partiucliers :

a) *Versement tardif des cotisations par le chef d'entreprise.* Dans ce cas l'assuré garde son droit aux prestations s'il a subi en temps voulu le précompte sur son salaire de la cotisation lui incombant. La preuve de ce précompte est faite par la production de la pièce justificative qui doit être délivrée à tout salarié en application de l'art. 44 a du Livre I du Code du travail, pièce qui indique la rémunération brute ainsi que la nature et le montant des diverses retenues opérées.

b) *Maladies. Accidents du travail.* Des dispositions ont été prises pour permettre dans ces trois cas à l'assuré de conserver ses droits aux prestations. Tout d'abord lorsqu'une maladie indemnisée a duré plus d'un mois, la caisse verse pour le compte de l'assuré une cotisation forfaitaire par quinzaine égale au montant de l'indemnité journalière. Une cotisation analogue est versée par le chef d'entreprise en cas d'accidents du travail. Pour toute maladie survenant durant un accident du travail, la période de référence à considérer est celle précédant l'accident.

2° NATURE ET ORIGINE DE LA MALADIE. — Contrairement à ce que l'on a pu soutenir le nouveau régime des assurances sociales, ainsi que le prouvent les dispositions du règlement intérieur, indemnise une *affection déterminée*, et non point l'*état de maladie*. Il y a donc lieu de rechercher, pour déterminer le droit aux prestations de l'assuré, quelle est la nature de son affection afin de savoir si elle ne relève pas d'un autre régime d'indemnisation, ou si l'intéressé n'a pas déjà épuisé ses droits en ce qui la concerne.

a) *Maladies relevant d'un autre régime.* Le régime des assurés sociaux bénéficiaires de l'*assistance médicale gratuite* est réglé par l'art. 19, nous l'avons déjà exposé. Sous peine des sanctions prévues en cas de fausses déclarations, ces assurés devront justifier auprès du praticien traitant qu'ils sont inscrits à l'Assistance, et faire connaître si cette assistance est totale ou partielle. Le praticien doit porter ces renseignements à la connaissance de la Caisse dans les trois jours suivants, en utilisant la carte-lettre que doit leur fournir l'assuré. Sous peine des mêmes sanctions, l'assuré doit indiquer au médecin traitant qui le relate sur la feuille de maladie s'il est titulaire d'une *pension de guerre*, si la maladie ou l'accident est survenu dans l'exercice de la profession (*accident du travail*), ou enfin si l'accident dont il a été victime est dû *au fait d'un tiers*. En ce qui concerne les pensionnés de guerre, les prestations en nature ne sont dues que pour l s affections distinctes de celle ayant motivé l'attribution de la pension. En cas de contestation la preuve incombe à l'assuré. D'autre part, les affections ou blessures susceptibles d'être indemnisées a titre de la loi sur le risque professionnel ne donnent pas lieu aux prestations ni en

nature ni en espèces. En cas de doute, elles peuvent cependant être alloués à titre provisionnel, si une action a été entreprise contre le patron responsable.

b) *Maladie ayant déjà fait l'objet de prestations antérieures.* Les prestations ne sont dues, *pour une maladie déterminée,* que pendant une période totale de soins de six mois (art. 12 et 13 du règlement). Lorsqu'il y a *interruption* de prestation pour cette affection *pendant moins de deux mois,* le délai de six mois se compte en ajoutant les unes aux autres les périodes de prestations (c'est-à-dire les périodes de validité des feuilles de maladie) sans tenir compte des périodes de non prestations. *S'il y a interruption de plus de deux mois,* les prestations peuvent être servies à nouveau pendant six mois, si l'assuré a fait constater sa guérison apparente sur la feuille de maladie et en a avisé sa Caisse dans les huit jours. Si la Caisse, dans la quinzaine qui suit, n'a pas contesté la réalité de la guérison, celle-ci, est considérée comme acquise. Bien entendu si l'assuré établit que sa nouvelle *affection est indépendante* de celle ayant déjà motivé les prestations, celles-ci peuvent dans tous les cas (c'est-à-dire qu'il y ait ou non eu interruption de deux mois) être servies pendant un délai de six mois. Le règlement intérieur-type consacre donc la thèse que nous avons soutenue en ce qui concerne l'application de l'article 6 § 13 de la loi.

Toutefois la limitation à six mois de soins ne s'applique qu'aux prestations ordinaires. Quant aux *prestations spéciales* prévues par l'art. 6 § 16 en cas de maladie n'entraînant pas cessation du travail ou ne nécessitant que des soins préventifs, la durée d'attribution des prestations est fixée à *deux années.* Il s'agit là non pas d'un délai de soins, mais d'un délai de temps courant, pour chaque affection déterminée, à partir de sa première constatation médicale.

3° Observations des prescriptions du règlement intérieur. — Un exemplaire du règlement intérieur doit être remis à tout assuré ; d'autre part à la feuille de maladie doit être annexée une notice sommaire indiquant à l'assuré les formalités auxquelles il doit se soumettre pour obtenir les prestations et éviter les déchéances qu'il peut encourir. En contrepartie le règlement est opposable à l'assuré qui doit en respecter les prescriptions. Il y a lieu de penser toutefois que leur inobservation ne doit pas entraîner déchéance de plein droit, et qu'il faut tenir compte dans chaque cas particulier, conformément à la jurisprudence de la Cour de Cassation (arrêt du 28 novembre 1933) des circonstances de fait, et des conséquences du manquement quant aux intérêts légitimes de la Caisse. La déchéance ne peut être automatique que lorsqu'elle est prévue expressément par les textes dans les cas que nous verrons plus loin.

B) Les prestations

En ce qui concerne les prestations en espèces le règlement intérieur type ne fait que reproduire les dispositions légales sur lesquelles nous ne reviendrons pas.

Quant aux prestations en nature nous les étudierons successivement sous les quatre paragraphes suivants : les soins à domicile ou au cabinet du médecin, les frais pharmaceutiques, les frais d'hospitalisation, et les prestations spéciales.

1° Soins à domicile ou au cabinet du médecin

Assurance-maladie

Il y a lieu d'étudier comment ont été appliqués par le règlement les principes fondamentaux posés par la loi, à savoir : le libre-choix, la liberté de traitement et de prescription, l'entente directe et le remboursement forfaitaire par la Caisse.

a) *Libre-choix.* Il est consacré par deux articles (art. 15 et art. 54). Toutefois le règlement y apporte une limitation qui nous paraît juridiquement d'une validité contestable. Ce choix ne peut en effet s'exercer qu'entre les praticiens ayant adhéré aux Conventions Syndicat-Caisse, ou à ceux qui sont considérés comme y ayant adhéré du fait qu'ils se conforment aux prescriptions de la Caisse en apposant leur signature sur ses imprimés. Cette disposition est en contradiction avec l'article 10 § 2 du règlement d'administration publique du 19 mars 1936 qui prévoit formellement le droit pour un médecin de ne pas signer les imprimés des Caisses, et par conséquent de ne pas adhérer aux conventions, en délivrant à l'assuré un reçu d'honoraires indiquant la nature, la quantité et le prix des soins administrés. En tout cas, si cette règle est admise, elle a en pratique l'heureuse conséquence de donner aux Conventions une généralité absolue et, aux juridictions syndicales, un fondement solide leur permettant d'étendre leur compétence même aux médecins non syndiqués.

b) *Liberté de traitement et de prescription.* — La liberté de traitement, tout d'abord, existe de manière absolue dans les rapports entre le médecin et le malade. Mais elle est limitée en ce qui concerne les rapports entre le malade et la Caisse. Tel est le principe, mais en pratique l'indépendance du médecin à l'égard du mode de remboursement de la Caisse ne saurait être entière, car le médecin est amené à tenir compte dans l'intérêt de son client des prescriptions de son règlement en ce qui concerne les soins spéciaux. Cette question est réglée par l'art. 24, qui reprend les dispositions de l'art. 115 § 3

alinéa K du règlement d'administration publique, en y apportant diverses modifications et adjonctions : « *si le praticien traitant estime nécessaire la consultation d'un second médecin, spécialiste ou non, une intervention chirurgicale, des soins spéciaux, ou l'intervention d'un auxiliaire médical, les prestations correspondantes ne peuvent être remboursées que si la Caisse adresse à l'intéressé, préalablement au traitement et sur demande de l'assuré, une acceptation de prise en charge qui est annexée à la feuille de maladie en cours ou apposée sur ladite feuille.* »

La première modification a consisté à substituer au mot primitif d' « autorisation » le terme plus propre de « prise en charge ». Il y a là une satisfaction symbolique pour la liberté du médecin traitant, qui est au point de vue pratique dénuée d'intérêt. Par contre ce texte contient une restriction importante quant à la liberté de l'assuré. L'art. 115 n'exigeait d'autorisation de la Caisse que pour l'intervention d'un second médecin, spécialiste ou non, le médecin traitant pouvant aux conditions ordinaires donner des soins spéciaux à son client. Désormais la prise en charge doit intervenir dans tous les cas où des soins spéciaux sont entrepris, qu'ils le soient par le médecin traitant ou par un spécialiste.

Enfin l'art. 24 §2 prévoit que : « *dans le cas où l'urgence ne permet pas d'attendre la délivrance de la prise en charge, une justification doit être adressée au médecin contrôleur de la Caisse par le praticien traitant, le spécialiste ou l'assuré dans les trois jours de l'intervention ou de la consultation* ». Cette disposition constitue une atteinte grave à l'indépendance du médecin à l'égard de la Caisse. Mais elle est en outre une dérogation à l'art. 378 du Code pénal, dérogation dont l'illégalité est certaine, car il n'appartient à un arrêté ministériel d'abroger, fut-ce partiellement, une loi, alors que rien dans la législation sur les Assurances sociales n'autorisait une telle dérogation. On objectera il est vrai qu'il serait fort souhaitable que le médecin traitant soit délié du secret professionnel à l'égard du médecin contrôleur, afin de pouvoir soigner son malade en collaboration avec lui, et que le médecin-contrôleur pourrait de son côté s'astreindre à ne révéler à sa Caisse aucun fait d'ordre médical. Une telle conception peut se défendre en principe, mais elle ne saurait être instituée que par une loi ; elle est actuellement dépourvue de toute base juridique. On pourrait soutenir aussi que l'obligation au secret n'est pas, d'après la jurisprudence, aussi absolue que le soutiennent les médecins, et que ceux-ci peuvent révéler les faits non secrets de leur nature, en particulier ceux qui ne sont pas susceptibles de causer un préjudice au malade (Cass. civ., 13 juillet 1936). Mais l'article 24 du règlement intérieur ne fait aucune distinction et paraît exiger même la révélation des faits secrets. Il est donc absolument indéfendable, et l'on ne peut que conseiller aux médecins de ne pas l'observer. S'ils veulent éviter pour leurs clients toute contestation avec leur Caisse, ils n'auront qu'à donner à ces derniers les indications nécessaires sur leur état en les chargeant de transmettre eux-même à leur Caisse cette justification, comme le règlement le prévoit d'ailleurs lui-même. Il n'y aura ainsi aucune révélation prohibée puisque la jurisprudence reconnaît qu'il n'existe pas d'obligation au secret entre le médecin et le malade (Trib. civ., de Casablanca, 16 mars 1936).

Quant à la *liberté de prescription* elle est en principe aussi absolue que la liberté de traitement, le médecin pouvant ordonner à un assuré tout médicament de vente légale en France, sous la seule réserve qu'il agisse avec la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement, ce qui ne relève évidemment que de l'appréciation du contrôle technique des Syndicats. Mais les droits de l'assuré à l'égard de sa Caisse sont limités par une série de dispositions que nous verrons plus bas, à propos des « Frais pharmaceutiques ».

c) *Entente directe.* — Elle est consacrée par l'art. 20. Toutefois l'indépendance du médecin dans la fixation de ses honoraires n'est pas absolue. Il ne saurait en effet permettre à son client de réaliser un bénéfice ou même d'échapper à la participation obligatoire de 20 %. S'il prend à titre d'honoraires une somme inférieure au tarif de responsabilité, il ne doit pas signer les feuilles ordinaires, mais délivrer un reçu indiquant la nature, la quantité et le prix des soins administrés. L'assuré ne sera remboursé ainsi que dans la limite des frais exposés par lui, défalcation faite du ticket modérateur de 20 %.

d) *Remboursement forfaitaire.* — Pour avoir droit au versement des sommes prévues par le Tarif de responsabilité de sa Caisse, l'assuré doit tout d'abord, sous peine de déchéance, prévenir dans les trois jours sa Caisse de la première constatation médicale, au moyen d'une carte-lettre qui lui est remise en même temps que la feuille de maladie. Dans les cas urgents, le malade non porteur d'une feuille de maladie qui consulte un médecin doit lui réclamer une attestation de visite qui est remise dans les trois jours à la Caisse. L'assuré doit conserver entre ses mains la feuille de maladie qui lui a été délivrée. Cette feuille, portant la signature d'acquit du médecin, lui permettra d'obtenir les prestations prévues par le Tarif de responsabilité de sa Caisse. Il est en principe nécessaire, pour que leur paiement ait lieu, que le médecin ait été désintéressé. Toutefois si l'assuré est dans l'impossibilité de payer un acte médical, la caisse peut lui en faire *l'avance*, une fois que l'acte médical en question

a été dispensé. Elle ne peut consentir de nouvelles avances que sur justification du payement de l'acte médical antérieur. Le paiement des prestations a lieu à la fin de la période de validité de chaque feuille de maladie. Il peut être fait entre les mains d'un *tiers délégué* par l'assuré, la délégation devant toutefois être spéciale pour chaque maladie.

Le remboursement de la Caisse est *forfaitaire*, c'est-à-dire indépendant en principe des frais médicaux effectivement exposés par l'assuré (sauf toutefois, comme nous l'avons vu plus haut, lorsque ces frais sont inférieurs au tarif de responsabilité). Il semblerait donc que les médecins puissent se désintéresser de ces prescriptions. Il ne doit rien en être, car il ne faut pas oublier que c'est en application du tarif de responsabilité des Caisses que sont réglés les honoraires médicaux pour soins donnés aux assurés indigents.

Voici quelques précisions à ce sujet. Tout d'abord les tarifs de responsabilité ne doivent comporter qu'un prix pour une prestation quelle que soit la catégorie professionnelle du praticien qui l'a fournie. Quant aux frais de déplacement du médecin, ils ne sont remboursés à l'assuré que si ce dernier était dans l'impossibilité de se déplacer. Ils s'entendent de la distance séparant le domicile du malade du médecin le plus rapproché, sauf le cas où l'assuré fait appel à un médecin consultant ou spécialiste, dans les conditions prévues à l'art. 24 précité. Les visites de nuit et du dimanche ne peuvent être demandées qu'en cas d'urgence.

Assurance-maternité

Les principes relatifs à l'assurance-maladie sont en principe applicable en ce cas. Pour avoir droit aux prestations, l'assurée doit, dès qu'elle a connaissance de son état, et au plus tard quatre mois avant la date présumée de l'accouchement, adresser à la Caisse un certificat établi par le médecin ou la sage-femme. Elle est obligée d'autre part, sous peine de déchéance, de fréquenter régulièrement les visites pré- et post-natales, ainsi que les consultations maternelles ou de nourrissons. Le règlement-type a conservé, pour ces diverses visites et consultations, le principe du libre-choix ; afin de n'y porter aucune violation même indirecte, il a été prévu qu'au cas où les Caisses organiseraient elles-mêmes de telles consultations, leur prix en serait déduit de la prestation forfaitaire. Enfin l'intéressée doit faire parvenir à la Caisse un certificat d'accouchement, dans les trois jours suivants.

Rappelons que les prestations en nature se composent d'une prestation forfaitaire représentant l'ensemble des frais médicaux et pharmaceutiques relatifs à l'accouchement, à la grossesse et à ses suites. Ce forfait peut subir des majorations en cas d'accouchement dystocique ou plural. Il est d'autre part remplacé par le régime de l'Assurance maladie, en cas de grossesse ou de suite de couches pathologiques.

2° Frais pharmaceutiques

Assurance-maladie

Les ordonnances prescrites par le médecin traitant, et exécutées par le pharmacien du choix de l'assuré sont prises en charge par la Caisse pour 80 % jusqu'à 25 francs, et pour 60 % pour le surplus. Que faut-il entendre par ordonnance ? Sont considérés comme constituant une seule ordonnance tous les médicaments prescrits à l'occasion d'un même acte médical. Le médecin traitant peut, dans les conditions prévues par la Convention Syndicat-Caisse, indiquer le renouvellement de ses prescriptions ; ce renouvellement constitue une ordonnance distincte. Mais, en aucun cas l'ordonnance prescrivant des médicaments à renouveler n'est valable pour plus d'un mois.

Des exceptions aux maxima ci-dessus indiqués sont prévus par la loi et le règlement : peuvent être remboursés au tarif de 80 % les produits thérapeutiques injectables autorisés en vertu de la loi du 14 juin 1934, à condition que le médecin le mentionne expressément sur l'ordonnance, ainsi que les frais élevés nécessités par des cas spéciaux, sur proposition du médecin traitant, et avis conforme du médecin-contrôleur.

Le remboursement des frais autres que l'achat de médicaments, tels qu'analyses, auto-vaccin, etc., n'a lieu que sur avis conforme du médecin-contrôleur. Quant aux appareils et accessoires ils nécessitent une prise en charge préalable par la Caisse et doivent être délivrés par les fournisseurs agréés.

Assurance-maternité

Les frais pharmaceutiques sont en principe compris dans la prestation forfaitaire. Ils ne peuvent donner lieu à un remboursement spécial qu'en cas de grossesse ou de suite de couches pathologiques mettant en jeu l'assurance-maladie.

3° Hospitalisation

Assurance-maladie

Tout assuré dont l'état l'exige peut être hospitalisé, sur sa demande et sur attestation de son médecin traitant. Il doit en aviser sa Caisse si cette hospitalisation a lieu en hôpital public ; il *doit obtenir de cette dernière une décision de prise en charge* s'il veut se faire traiter dans un *établissement privé*, ou dans un *établissement spécial*, public ou non, tel que préventorium ou sanatorium. Dans le premier cas il doit en outre lui

indiquer le nom de l'établissement où il désire se faire hospitaliser. En contre-partie la Caisse doit lui délivrer la liste des établissements qu'elle a agréés ou avec lesquels elle a passé des conventions (articles 33 et 35).

Ces dispositions,qui tendent à aiguiller les assurés vers les hôpitaux publics, ou les maisons privées agréées par les Caisses, constituent un mode de violation indirecte du libre choix de l'assuré, faculté dont l'existence en matière d'hospitalisation a cependant été formellement reconnue par la section permanente du Conseil supérieur des Assurances sociales (Avis du 11 septembre 1932). Il s'agit-là encore d'une adjonction apportée par le règlement intérieur type aux dispositions de la loi et du règlement d'administration publique, dont la légalité est fort douteuse.

Par contre, l'article 36 du règlement intérieur n'a pas reproduit les dispositions anciennes d'après lesquelles « le choix par l'assuré d'un régime d'hospitalisation autre que le régime commun de l'hôpital public ne pouvait être une cause de dépenses supplémentaires pour les Caisses. « C'est là un incontestable succès pour le Corps médical libre. La solution adoptée pour le paiement des frais d'hospitalisation et des honoraires médicaux est celle que nous avons préconisée à propos des arrêts de la Cour de Cassation sur cette matière. La distinction entre frais de séjour et honoraires médicaux, qui résulte de la loi, est maintenue ; leur mode de calcul est le même qu'il s'agisse d'un établissement ayant ou n'ayant pas passé de convention avec la Caisse ; autrement dit l'assuré se faisant traiter dans un établissement n'ayant pas contracté n'est plus considéré comme soigné à domicile. Mais le tarif de responsabilité de la Caisse ne doit pas être unique. Il doit prévoir au contraire des taux différents suivant qu'il s'agit d'un hôpital public, d'un établissement spécial (préventorium, sanatorium, asile d'aliénés), d'un établissement privé ayant contracté avec la Caisse ou agréé par elle, ou d'un établissement privé ne remplissant pas ces conditions mais ayant accepté le contrôle général des Caisses. Rappelons que les conventions, l'agrément, et l'établissement de ce tarif de responsabilité différencié relèvent du contrôle de la Commission régionale tripartite instituée par l'art. 8 § 4 du décret-loi.

Assurance-maternité

L'hospitalisation des femmes en couches a lieu dans les mêmes conditions que pour l'assurance-maladie. Toutefois la Caisse ne prend en charge, dans ce cas comme dans celui de soins à domicile, que la prestation forfaitaire prévue par l'art. 9 du décret-loi, qui représente à la fois les frais de séjour et les honoraires médicaux et est versée soit à l'assurée soit à l'établissement ayant contracté avec sa Caisse. Rappelons toutefois que le régime de l'assurance-maladie reprendrait effet si l'hospitalisation avait pour cause une grossesse ou des suites de couches de nature pathologique.

4° Les prestations spéciales

Conformément à l'art. 6 § 16 du décret-loi, le règlement intérieur type fixe, dans son art. 38, le régime des prestations spéciales concernant le cas de l'assuré ou de l'ayant droit dont l'état nécessite des soins préventifs ou qui est atteint d'une maladie ne comportant pas cessation du travail. Le régime possède comme il convient une très grande souplesse : le tarif de responsabilité fixe simplement le maximum mensuel des indemnités, et leur montant réel ainsi que leur durée sont déterminés dans chaque cas particulier par la Caisse sur proposition du médecin traitant et du médecin contrôleur. Leur payement n'a lieu que sur justification de l'exécution du traitement prescrit. Rappelons que ces prestations, qui concernent surtout les affections chroniques, ne comportant qu'un traitement d'entretien, ainsi que les périodes de prévention ou de convalescence, ne sont pas limitées par le délai de six mois. Elles peuvent être versées pendant les deux années courant de la première constatation médicale de la maladie.

Une seule critique paraît devoir être faite au règlement-type à ce sujet : le choix entre le régime des prestations ordinaires et celui des prestations spéciales est laissé à la Caisse. Il semble qu'il eut été préférable de laisser ce choix à l'assuré.

C) Le contrôle de l'assuré

L'assuré est obligé de se soumettre au contrôle de la Caisse ; tout refus peut entraîner la suspension des prestations, de même d'ailleurs que l'inobservation des prescriptions du médecin traitant. Pour faciliter l'exercice de ce contrôle diverses mesures ont été prises par le règlement-intérieur : le malade ne doit quitter son domicile que si le médecin traitant le prescrit dans un but thérapeutique. Encore ces heures de sortie sont-elles comprises entre certaines limites fixées par le règlement de la Caisse. Il lui est interdit de se livrer à un travail rémunéré sans autorisation de son médecin, et de quitter la circonscription de sa Caisse sans que cette dernière l'ait accepté. Si le déplacement est ordonné par le médecin dans un but thérapeutique, la Caisse doit donner son autorisation après avis du médecin-contrôleur. Toutes ces prescriptions sont indiquées à l'assuré par la notice sommaire jointe à la feuille de maladie.

En contre-partie, l'assuré est toujours en droit d'exiger pour tous les actes du contrôle médical, l'assistance de son médecin-traitant,

mais les honoraires de ce dernier restent à sa charge exclusive. Au cas où le médecin traitant et le médecin contrôleur seraient en désaccord au sujet de l'état du malade, rappelons que le différend devrait être tranché par la Commission technique.

Conclusions

Toutes les dispositions que nous avons analysées ci-dessus présentent un caractère obligatoire, c'est-à-dire doivent figurer dans le règlement intérieur de toutes les Caisses, et celles-ci ne sont en droit ni de les modifier, ni de les aggraver. Les dispositions facultatives sont, en matière de prestations, fort peu nombreuses, et ne concernent que des points accessoires.

Ces textes qui vont ainsi constituer le règlement général des Caisses, ayant été établis par le ministre du Travail, auraient donc dû respecter scrupuleusement les dispositions du décret-loi et du décret d'application qui leur servent de base légale.

Or il n'en a pas été ainsi, au moins sur deux points importants. Il y a en effet violation de la loi lorsque le règlement intérieur prétend imposer au médecin traitant la révélation de son diagnostic au médecin-contrôleur. Il y a violation de la loi, lorsqu'il restreint la faculté pour le malade de choisir librement son praticien et surtout son établissement de soins, et tend à aiguiller les assurés pers les hôpitaux publics. Dans ce cas l'assuré social serait fondé à opposer au règlement intérieur, l'art. 92 de ce même règlemênt, d'après lequel les Caisses ne peuvent invoquer aucune disposition contraire aux dispositions de la législation sur les Assurances sociales. Les autres intéressés, à savoir les médecins ou les syndicats médicaux, pourraient même envisager de former devant la juridiction administrative un recours pour excès de pouvoir.

Jean MIGNON.

PATHOLOGIE COMPARÉE

L'angine contagieuse des chats à la campagne

Le Docteur A. Perreau, vétérinaire (1) attire l'attention sur une épidémie redoutable qui, depuis de longs mois, a fait son apparition dans certains villages, entraînant rapidement la mort de tous les jeunes sujets, et dans certains cas celle des adultes.

Cette maladie, qui depuis des années déjà sévit dans les villes, semblait devoir épargner les campagnes. Il n'en a rien été ; nombreuses sont les exploitations qui ne peuvent élever un seul chat, et sans lesquels les dégâts des rongeurs deviennent inquétants.

Voici les symptômes les plus souvent observés : un jeune chat, qui la veille encore était gai, en pleine santé, qui jouait et mangeait bien, est somnolent, refuse toute nourriture, vomit fréquemment un liquide jaune mousseux. A chaque vomissment, il pousse un cri bizarre, pénible à entendre. Après trois ou quatre jours pendant lesquels il a someillé, il meurt dans un état de maigreur extrême. Si la ferme possède un chat du même âge, ce dernier tombe malade les jours suivants et, après avoir présenté les mêmes symptômes, périt en moins de deux jours. Puis les adultes sont atteints et en quelques semaines tous les chats d'une exploitation ont disparu.

Cette maladie infectieuse sévit de préférence en automne, en hiver, au printemps. La marche est si rapide, que certains propriétaires croient leurs animaux empoisonnés. On l'observe non seulement en France, mais aussi en Allemagne, en Suisse et surtout aux Etats-Unis.

L'agent de cette angine contagieuse est un virus filtrant, analogue à celui de la maladie du jeune âge des chiens. Il détermine des lésions congestives de la gorge et de la langue, qui ont fait donner à cette maladie le nom d'angine contagieuse.

Les races de luxe , Siamois, Persans, semblent plus sensibles encore à cette infection.

La marche de cette maladie est tellement rapide qu'il y a lieu de vacciner préventivement tous les jeunes chats en milieu contaminé et de soigner énergiquement les malades, dès l'apparition des premiers symptômes. Les isoler et les tenir au chaud. Couper les poils sous la gorge et badigeonner de teinture d'iode, envelopper d'une cravate de flanelle. Tamponner le fond de la gorge et la langue à la glycérine, au bleu de méthylène, administrer par demi-cuillerée à café une potion calmante dès vomissement, et, de temps en temps, un peu de lait tiède additionné d'eau de Vals la Reine. Injecter sous la peau du sérum curatif et de l'huile camphrée, qui soutienront les forces du malade.

Pendant la convalescence, administrer de la viande fraîche et de l'huile de foie de morue.

Désinfecter soigneusement tout ce qui aura été souillé par les excréta du malade.

(1) *Journ. de méd. de Bordeaux*, 20 octobre 1936.

MŒURS MÉDICALES AMÉRICAINES

L'exposé qui suit est tiré d'une étude parue dans l'importante revue *The American Mercury.* L'auteur de cette étude est le Docteur Lewis G. Arrowsmith, membre de nombreuses sociétés professionnelles et notamment de l'Association médicale américaine ; exerçant à New-York depuis de nombreuses années il semble parfaitement placé pour décrire le milieu médical des Etats-Unis. Certaines de ses assertions étonnent pourtant, et lorsque l'écrivain présente un médecin new-yorkais profondément différent du médecin français de type classique pour qui la probité en toutes choses est une règle fondamentale, le lecteur, du moins le lecteur français, éprouve un doute. Quelles parts de vérité, de déformation ou d'exagération y a-t-il dans les pages qu'on va lire ? Seul un autre médecin exerçant aux Etats-Unis pourrait l'établir.

Le nombre des médecins étrangers est infiniment plus considérable à New-York qu'à Paris : près de un sur deux ; on compte un tiers d'Israélites, environ un cinquième d'Italiens, des Irlandais, des Allemands, des Polonais, des Tchèques, des Espagnols et des Syriens. Bien qu'il prétende n'éprouver aucune animosité àl'égard des noirs, le Docteur Arrowsmith qui dit pourtant connaître plus d'un millier de ses confrères et en rencontrer environ trois cents à intervalles réguliers, souligne qu'il n'a jamais eu de rapports avec un médecin nègre.

A de rares exceptions près, le jeune médecin new-yorkais débute dans la carrière tout enflammé par un zèle de dévouement et de sacrifice dont on ne trouve l'équivalent dans aucune autre profession. Il brûle d'accroître son bagage scientifique et de l'utiliser au profit de l'humanité souffrante. Bien des pièges cependant guettent sa conscience encore innocente et pure ; parmi ces pièges, celui des « ristournes » n'est pas l'un des moindres. Il s'agit là d'une pratique très généralisée quoique peu morale ; certains jeunes médecins résistent longtemps avant de l'adopter ; c'est souvent presque malgré eux qu'ils s'y soumettent, uniquement parce que sans cela ils n'arriveraient point à boucler leur budget. Le coût élevé des études médicales, les soins qu'ils donnent gracieusement ou presque gracieusement dans des dispensaires et des cliniques, leurs frais de cabinet et d'installation professionnelle, leurs dépenses d'intérieur, de cercle, d'automobile, des subventions de toute espèce, l'exploitation à laquelle ils sont soumis par les parents, les amis et les écornifleurs en général, font qu'il leur est à peu près impossible de joindre les deux bouts sans en passer par là.

Le Docteur Arrowsmith a lui-même fait l'expérience de cette exploitation à l'époque où il débutait : des amis n'hésitaient pas à lui demander d'assister à un enterrement pour y prêter éventuellement secours à des membres du cortége qui auraient pu se trouver mal ; on sollicitait de lui le même service pour des réunions variées et cela, bien entendu, *gratis pro Deo* ! Ces mêmes amis se montraient infatigables pour lui recommander des patients ayant besoin de ses soins mais se trouvant toujours, tous, dans l'impossibilité de le rémunérer.

L'auteur observe que si dans l'esprit du public aucun paiement n'est, d'une manière générale, dû au médecin, c'est parce que celui-ci ne donne rien de tangible ou de substantiel en contre-partie. Certains clients pensent qu'une rétribution des plus minimes, presque insignifiante, serait légitime. Enfin il existe, en ce qui concerne les honoraires médicaux, ce que nous appellerons l'esprit du moment : dans des instants critiques, lorsque par exemple un enfant est en danger, ses parents disent au docteur ou au chirurgien, certainement avec la meilleure foi du monde :

— Peu importe la question d'argent, faites ce qu'il faut.

Mais dès le danger passé ils croient avoir été fous de s'engager ainsi et font des difficultés pour régler le praticien. Ce sont en somme ces mauvais payeurs, ces « resquilleurs » qui conduisent souvent les jeunes médecins à des actes discutables. Des débutants, par exemple, pour convaincre leur clientèle qu'ils ont réellement mérité des honoraires, pratiqueront sans nécessité l'anesthésie générale pour une réduction de fracture simple ou bien encore, et ceci très fréquemment, feront au malade des piqûres que son état n'implique pas. Grâce à ces traitements plus visibles, le client, généralement, sera moins porté à penser qu'on lui a pris trop cher.

Le jeune docteur ne tarde pas à apprendre que des médecins, et parmi eux des maîtres réputés, abandonnent une partie de leurs honoraires aux confrères qui leur adressent des malades ; celui qui refuse une ristourne de leur part est taxé de niaiserie. Des médecins accordent ou reçoivent ouvertement et fréquemment des ristournes, d'autres ne le font que rarement, certains enfin manœuvrent par voie détournée : tel oculiste envoie ses pratiques à un opticien. Apparemment, c'est sans profit pour lui ; cependant tous les trois ans il reçoit une auto neuve ; ni la voiture ni l'entretien ne lui coûtent un sou : toutes les factures vont chez l'opticien. Les médecins à ristournes ne sont pas forcément des incapables ou des malhonnêtes ; il ne leur manque souvent

que l'appui politique ou la relation influente nécessaire pour obtenir un bon poste d'hôpital, poste indispensable au praticien, observe le Docteur Arrowsmith, aussi bien à New-York que partout ailleurs, pour acquérir la grande notoriété.

Et là-dessus coup de patte aux célébrités ou aux spécialistes connus que le médecin de famille appelle en consultation ou à qui il adresse un client : ce médecin ne reverra ni le malade ni sa famille. Si le prix de la visite ou de l'opération du consultant est élevé, on le fera attendre longtemps lui-même avant de le payer... si on le paye ; souvent le chirurgien au lieu de renvoyer l'opéré à son médecin, le passera à un de ses jeunes assistants pour les soins post-opératoires. Mais malgré cela si quelque chose cloche, ce sera le médecin de famille que l'on rendra responsable.

Au sujet des ristournes, des protestations se sont élevées, nombreuses, et le Collège américain de chirurgiens a tenté, en vain d'ailleurs, d'y mettre fin. Ses membres doivent s'engager par écrit à ne pas en donner et à n'en pas recevoir. Le président du Collège a, non sans humour, dénoncé le système comme une véritable maladie. Il en a décrit la cause, l'effet, les symptômes, le diagnostic, le pronostic et le traitement. Le mal n'en continue pas moins à sévir, non seulement à New-York mais dans les autres villes, malgré les censeurs dont l'action ne peut s'exercer qu'en présence de cas absolument flagrants.

Mais voici qui suffirait à nous prouver, si besoin était, qu'usages américains et usages français diffèrent profondément : lorsque le Docteur Arrowsmith s'est installé, ce fut, parce qu'il n'avait pas découvert d'autre appartement libre, dans une maison contiguë à celle d'un médecin établi depuis longtemps. Il ne fui fit pas visite ; le confrère ressentit quelque amertume de ce voisinage, en fit part à d'autres médecins et ne la cacha pas au nouveau venu un jour qu'ils se trouvèrent face à face. Le Docteur Arrowsmith s'exprime en ces termes : « J'avais pensé que lui et les autres docteurs des environs me feraient bon accueil, peut-être même me rendraient visite, mais ils n'en firent rien ». Il faut donc croire qu'à New-York les règles de la courtoisie n'imposent pas *à l'arrivant* la première visite de politesse.

La relation de cet incident est le point de départ d'une nouvelle charge, dirigée, celle-ci contre la conduite des médecins vis-à-vis de leurs jeunes confrères ; l'aîné, s'il assiste un cadet, fera des réflexions désagréables, mettant en doute l'exactitude du diagnostic formulé ou l'utilité du remède prescrit. Il se moquera du remède, même s'il ne sait ce que contient la bouteille, et la videra avant d'ordonner lui-même peut-être le même médicament mais présenté avec un ingrédient d'une saveur différente. Si l'aîné sait ce qui a été prescrit, il formulera souvent les mêmes substances, mais maquillées par une couleur distincte. Par exemple, la prescription usuelle contre l'amygdalite est la *mixture jaune*, dénommée ainsi en raison de son aspect ; c'est une teinture de chlorure de fer. En ajoutant un grain d'antipyrine dans une fiole de deux onces la couleur devient rouge vif, ce qui modifie l'apparence du médicament sans en changer l'action.

Dans les dispensaires importants de New-York les postes médicaux subalternes peuvent s'obtenir assez aisément mais le médecin ne peut conseiller aux malades de venir le consulter à son domicile : surpris ou dénoncé, il serait immédiatement congédié. Du reste, le nom et l'adresse des chefs de service figurent sur les papiers remis aux patients, par conséquent ceux-ci savent où les trouver et c'est chez eux qu'ils se rendent. Dans les dispensaires moins importants les postes avantageux sont moins facilement accessibles. Le médecin y prendra tout le temps voulu pour convaincre le malade de venir chez lui où il le traitera en particulier. Dans ces dispensaires c'est la principale occupation du docteur. Tout en parlant avec un malade et en lui démontrant les avantages énormes de soins reçus à son cabinet, aux conditions les plus réduites, il peut entendre de chaque côté de la cloison ou de la cabine ses confrères tenir le même discours. De nombreux clients des dispensaires pouvant, s'ils le veulent vraiment, supporter les frais d'un traitement particulier, un médecin persuasif arrive de cette manière à en amener un bon nombre à son cabinet.

Selon le Docteur Arrowsmith la science médicale n'est pas indispensable au praticien ; sa bonne mine, son aspect général, sa voix y peuvent suppléer en partie et ce n'est pas surprenant, dit-il, puisque 85 % des maladies guérissent spontanément ; sur le restant, la science n'obtiendrait d'amélioration que pour un faible pourcentage.

Le narrateur a donné ses soins dans un dispensaire d'enfants situé en quartier populaire à l'est de New-York ; c'était la cohue et les pauvres petits êtres ne recevaient certainement pas toutes les attentions qu'eût nécessitées leur état : l'installation des plus défectueuses et le trop grand nombre de malades ne permettaient pas d'examen approfondi. Parmi les enfants amenés à la visite se trouvaient des malades, des moribonds et même des morts ; rares étaient les jours où l'on n'apportait pas de cadavre d'enfant aux trois médecins du dispensaire. Pour les vivants, après un court interrogatoire posé aux parents et une consultation extra-rapide, les docteurs prescrivaient : mixture contre la diarrhée,

sirop n° 1 ou n° 2 contre la toux, potion contre la fièvre, etc.

Dans un hôpital de l'Ouest, le milieu était moins lugubre et l'élément noir dominait. Le Docteur Arrowsmith se sentait quelquefois envahi par la somnolence lorsqu'une négresse balançant son corps, fermant les yeux et renversant la tête, égrenait d'une voix chantante toutes ses « mi-i-i-i-sères ».

Voici d'autres détails sur la question hospitalière. Dans les grands hôpitaux un médecin ne peut, sans appui, obtenir de poste, principalement au début de sa carrière. En fait tous les médecins des hôpitaux sont parents ou amis d'un des membres du Conseil d'administration.

Dans de nombreux hôpitaux d'importance moyenne les situations médicales sont vénales. Les prix varient entre 3.000 dollars pour le poste le moins élevé et 25.000 dollars ou davantage pour les situations supérieures. Pour celles-ci on s'efforce, paraît-il, d'y nommer des titulaires aptes à leurs fonctions et quelquefois on en accepte sans contribution pécuniaire de leur part. L'argent versé entre dans la trésorerie de l'hôpital mais la situation du médecin n'est pas garantie. Le personnel médical doit apporter son aide financière à l'établissement lorsque le budget est déficitaire. On requiert de lui des subventions ; la non-possibilité ou le refus d'y répondre ont souvent pour conséquence la perte de l'emploi. Des dîners sont organisés à 100 dollars le couvert auxquels la présence du personnel médical est obligatoire et dont la fréquence varie avec le montant du déficit. Les médecins soutiennent encore leurs hôpitaux en y envoyant des malades payants à qui l'*exeat* n'est ensuite accordé que le plus tard possible.

Le Docteur Arrowsmith raconte qu'à un moment donné un nouvel hôpital devant être construit non loin de chez lui, il avait fait acte de candidature pour une situation subalterne. Grâce à des recommandations il avait obtenu de ne verser que 3.000 dollars alors que ses confrères pour un poste identique devaient en payer 5.000. C'était encore trop s'avancer : impécunieux, il ne put réunir les fonds ; plus tard un chef de service sollicita son assistance sans aucun versement mais à des conditions, d'autre part si humiliantes que l'affaire n'eut pas de suite. Pour un autre hôpital en construction on vint aussi le pressentir et lui offrir un poste moyennant une « donation ». Il discuta, marchanda et finalement le marché s'établit au chiffre de 300 dollars qu'il ne versa du reste pas, heureusement pour lui, car l'hôpital ne fut pas achevé, la Fédération des Œuvres de charité s'y étant opposée. D'autres docteurs avaient payé leur souscription qu'ils ne récupérèrent pas ; on répondit aux réclamations qu'un don ne se reprend pas et que la « condition » que les souscripteurs y avaient mise n'était pas officielle.

Quant aux hôpitaux privés, certains peuvent être qualifiés de bons hôpitaux, alors que la principale raison d'être de nombreux autres ne semble être que les opérations interdites ou inutiles. Quelques-uns sont de véritables coupe-gorge et n'auraient jamais dû être autorisés ; l'Administration de la Santé publique prend tardivement des mesures en vue de leur contrôle.

Le Docteur Arrowsmith s'indigne contre la catégorie de clients soi-disant toujours à court d'argent lorsqu'ils doivent payer les honoraires raisonnables d'un médecin de quartier et qui se découvrent quelquefois assez fortunés pour faire appel à une célébrité. Il cite à ce sujet un cas personnel : un de ses co-locataires l'avait prié d'accoucher sa sœur mais en le prévenant que ni elle ni lui ne pourraient, en raison de leur extrême pauvreté, verser les 15 dollars, tarif du Docteur Arrowsmith à cette époque. Hésitations puis acceptation du médecin en raison de l'insistance de son voisin qui lui promet sa reconnaissance éternelle et l'envoi de nombreux malades. L'accouchement a lieu, normalement ; quelques jours plus tard, allant voir la mère et l'enfant, le docteur rencontre un confrère qui sort de l'appartement. Etonné, il l'interroge et « le professeur » lui apprend qu'un symptôme, d'ailleurs sans gravité, étant apparu la nuit précédente, on l'a fait appeler.

— Vous a-t-on réglé ? s'informe le Docteur Arrowsmith.

Le confrère répond qu'il vient de toucher les 50 dollars qu'il a demandés et ajoute qu'il ne doit pas de ristourne à son interlocuteur puisqu'il n'a pas provoqué la consultation. Résultat : c'est en vain que le Docteur Arrowsmith tenta de convaincre ses voisins que puisqu'ils avaient pu consulter une célébrité et la payer, ils devaient à plus forte raison lui régler sa note beaucoup plus modeste ; on lui rappela seulement qu'il avait accepté de prêter gracieusement son assistance.

Les opérations illégales semblent avoir une particulière importance aux Etats-Unis, et plus que toutes autres, elles alimentent le commerce des ristournes. Quelles sont-elles exactement ? L'avortement y occupe sans doute la première place et des praticiens qui s'intitulent « chirurgiens gynécologues » ne font pas autre chose. Nombre de clientes, jeunes filles ou jeunes femmes enceintes, sont dirigées sur leurs cliniques par les médecins ordinaires. Mais les opérations illicites sont souvent la cause d'ennuis graves pour les docteurs qui directement ou indirectement ont prêté leur concours. Les malades qui

viennent et qui à genoux et les larmes aux yeux supplient qu'on les opère ne sont parfois que des maîtres-chanteurs : même si le médecin les a mis par avance en garde contre les inconvénients possibles d'une intervention, ils lui réclameront une indemnité et le menaceront d'un scandale si l'aventure tourne mal.

Quant aux réticences des malades, à leur manque de franchise, ils sont notoires, sauf pour le débutant. De jeunes mariées consultent longtemps avant de se décider à avouer leur état de grossesse. Citons un instant textuellement le Docteur Arrowsmith : « Toutes les maladies vénériennes sont, bien entendu, innocemment contractées au contact de la serviette de bain. A mes débuts, je fis la sottise d'énoncer brutalement le diagnostic et perdis ainsi de nombreux clients. Je n'avais pas à leur dire quel était le mal : ils le savaient. Il vaut mieux ne pas poser trop de questions. Lorsqu'une femme arrive à votre cabinet avec un œil tuméfié, le nez cassé ou une côte enfoncée et vous fournit une explication peu plausible, il est préférable de ne pas insister pour découvrir que son mari est l'auteur du dommage survenu au cours d'une petite querelle familiale ; la cliente pourrait alors se sentir mal à l'aise et ne reviendrait pas.

A New-York le jeune médecin doit savoir se sauver promptement lorsque meurt un enfant étranger qu'il a soigné. J'ai connu un docteur qui n'a dû son salut qu'à la fuite par une fenêtre pendant qu'un voisin, ami, tenait les parents de l'enfant en respect avec un fusil. Un autre confrère n'eut la vie sauve que grâce à l'intervention inopinée d'un policier ; un autre encore, en dépit de tout ce qu'il avait certainement tenté, ne put empêcher un enfant de mourir. Lorsque le cortège funèbre passa devant sa demeure, la mère descendit de voiture et, s'arrêtant, cria que le meurtrier de son fils habitait là, puis brisa les vitres avec une brique. »

Que font à New-York, de leur temps libre, les jeunes médecins ? Certains en ont beaucoup ; généralement l'après-midi, lorsqu'ils n'exercent pas leur activité professionnelle ils dorment, et le soir, ils jouent au poker. Dix ans plus tard, ces débutants se trouvent classés à divers degrés de l'échelle sociale, avec des réussites plus ou moins brillantes.

De plus en plus le bon vieux médecin de famille, autrefois rempart et soutien contre la maladie et le chagrin, tend à disparaître. « Ce genre de médecin est très peu demandé à New-York » conclut le Docteur Arrowsmith qui en attribue l'éclipse au déplacement plus fréquent de la population et au trop grand nombre de spécialistes souvent incompétents dont les méthodes ont jeté un discrédit sur l'ensemble du corps médical. Enfin les établissements du service de la Santé publique, les cliniques payantes, les organisations soutenues financièrement par les Compagnies d'assurances causent un préjudice des plus sérieux à la profession, particulièrement en ce qui concerne son exercice dans les classes populaire et moyenne.

Michel RENAULT.

LE LIBRE-CHOIX A VIENNE

La nouvelle loi sur les Assurances sociales, pour la ville de Vienne, en Autriche, assure aux bénéficiaires les soins médicaux, obstétricaux, dentaires, et la fourniture des médicaments et appareils. Des dispositions sont prises pour l'assistance d'une infirmière ; des organisations hospitalières se chargent des malades qui ne peuvent être soignés à domicile.

Pour les soins médicaux proprement dits, des contrats ont été passés entre l'Union des Sociétés d'assurance contre la maladie et la profession médicale organisée, ce qui a amené la suppression du paiement collectif anciennement pratiqué. Le malade a le droit de choisir son médecin, sur une liste de 258 praticiens de médecine générale, 114 spécialistes et 92 dentistes.

Le malade paie une certaine somme à son médecin, lequel reçoit de l'Union le complément ; en général, la part incombant au malade est de 50 %. Les sommes déboursées par les Unions pour remboursements aux médecins représentent environ 25 à 30 % des cotisations.

Une Commission composée de 50 représentants des médecins, et de 50 représentants des assurés, règle toutes les questions litigieuses et assure le contrôle.

Ce système ressemble au nôtre, sauf que le libre choix n'est possible que sur une liste de médecins agréés par les Unions. Il diminue encore le champ déjà très restreint, à Vienne, de la pratique libre, et, en conséquence la situation matérielle et morale du médecin.

Ce n'est d'ailleurs qu'un essai, indiquant une direction plutôt que des principes. Il est à craindre que les passions politiques, raciales, confessionnelles, qui sont là-bas le même poison social qu'ici, ne dénaturent cette expérience et ne lui retirent toute valeur et toute force constructive.

Ph. DALLY.

BORODINE, « MUSICIEN DU DIMANCHE »

L'expression surprendra et choquera les admirateurs du grand musicien russe, ceux qu'ont enchantés le « Prince Igor » et ses sauvages danses Polovtsiennes, la large fresque « Dans les steppes de l'Asie centrale » où l'on voit poindre sur l'horizon la lente caravane venue de Mongolie ; elle irritera les amoureux des quatuors et des mélodies.

Personne ne se permettrait une telle dérision ; il a fallu que Borodine lui-même en prît la responsabilité. C'est dans sa correspondance qu'il se qualifie de la sorte.

Le Docteur Pierre Lacombe (1) vient de consacrer au « cas de Borodine, musicien du dimanche », une thèse qui mérite d'être signalée à l'attention des médecins mélomanes. Et les médecins fervents de musique sont nombreux !

Alexandre Porphyriewitch Borodine naquit à Saint-Pétersbourg le 31 octobre 1834, fils naturel du prince Gedeanow. Sa mère était de condition modeste.

Tout jeune il montre un goût et des aptitudes remarquables pour la musique, en même temps qu'une inclination vers les sciences. Et telle est la dualité qui le minera toute sa vie.

Devenu étudiant à l'Académie de médecine et de chirurgie il fréquente le laboratoire de chimie du Professeur Zinine qui, frappé de l'intelligence de son jeune élève, s'attache à lui et songe bientôt à faire de lui son futur successeur.

En même temps Borodine continue à s'adonner à la musique : il commence à composer ses « romances », fait de l'exécution dans des soirées musicales de salon, enfin noue connaissance avec Balakirew qui devient son vrai et seul maître, comme il avait été celui de Moussorgsky, du Cui et de Rimsky-Korsakow. Et Balakirew parvient à persuader Borodine qui, jusque-là n'attachait pas d'importance à ses compositions, d'avoir plus de considération pour le côté musicien de son personnage.

En 1862, Borodine est nommé assistant de chimie à l'Académie de médecine et chirurgie, le Professeur Zinine le considérant comme un fils adoptif et le faisant collaborer à tous ses travaux. Devenu professeur lui-même, Borodine est l'ami et le protecteur de tous ses élèves pour qui il quémande les places. Et jusqu'à sa mort Borodine ne cesse de professer la chimie organique. Il publie des mémoires sur le fluorure de benzol, la solidification des aldéhydes, qui attirent l'attention du monde savant.

(1) Librairie Maloine, Paris, 1936.

Tel est l'homme de science ; c'est cependant le musicien qui est aujourd'hui universellement connu. Liszt, comme il avait été le premier à déceler le génie de Wagner, est aussi le premier à reconnaître la valeur de Borodine. Il encourage celui-ci à laisser libre cours à son tempérament et applaudit la première symphonie, exécutée en 1869. C'est à ce moment que se constitue le fameux « cercle des cinq » (Balakirew et ses quatre élèves), les Cinq dont les trois grands sont Borodine, Rimsky-Korsakow et Moussorgsky. De cette association devait partir le mouvement d'insurrection contre l'hégémonie musicale étrangère ; la nouvelle école russe naissait.

Et en 1870 Borodine aborde son œuvre capitale : Le Prince Igor. Au bout d'un an il l'abandonne, découragé, commence une deuxième symphonie, un autre opéra, revient au « Prince Igor » et meurt avant de l'avoir achevé. C'est Korsakow et Glazounow qui orchestrèrent certaines parties et le présentèrent au public.

Borodine était apprécié en Russie ; en Allemagne, en Belgique il avait connu de véritables triomphes. Une aspiration ardente l'entraîne vers la musique. Et cependant le « Prince Igor » une troisième symphonie, d'autres œuvres encore, restent inachevées.

Et il se qualifie de « musicien du dimanche ».

Il est certain que, le musicien ayant depuis longtemps éclipsé le savant, ce dilettantisme a de quoi surprendre.

Le Docteur Pierre Lacombe l'estime affecté et, en psychanaliste convaincu, y flaire un refoulement. Il propose une analyse du tempérament de Borodine dans les subtilités de laquelle je ne saurais le suivre : résistance interne à la musique, résistance à base de culpabilité, conflit personnel projeté dans le livret du « Prince Igor ».

Peut-être suffirait-il, de se reporter à ces fragments d'une lettre écrite en 1876 (page 47) :

« — J'aime ma profession et ma science. J'aime l'Académie et mes élèves... J'ai à cœur les intérêts de l'Académie. Si, d'une part, je désire finir mon œuvre, d'autre part, je crains de m'en occuper trop assidûment et de jeter un mauvais reflet sur mes travaux scientifiques. »

Et l'on se trouve en face d'un homme curieux, très épris de son laboratoire et de ses cours et bien déterminé à leur donner le principal de son temps. La musique le délasse et le compose comme d'autres râtissent leurs plates-bandes. Il est bien, comme il l'a dit, un « musicien du dimanche ».

G. Lavalée.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Clinique d'accouchements et de gynécologie Tarnier** (Professeur M. Brindeau). — *Cours de vacances de pratique obstétricale* par MM. les Docteurs Marcel Metzger, agrégé, accoucheur de l'hôpital Bichat ; Paul Chevallier, agrégé, médecin de l'hôpital Cochin ; Vaudescal, agrégé, Lantuéjoul, agrégé, accoucheur des hôpitaux ; Suzor, accoucheur des hôpitaux ; Desoubry, De Peretti, Bidoire, Bompart, A.-M. Weill, Merger, anciens chefs de clinique ; Gorse, chef de clinique ; de Manet, ancien chef de clinique adjoint.

Le cours est réservé aux étudiants et aux docteurs français et étrangers. Il commencera le samedi 20 mars 1937, et comprendra une série de leçons cliniques, théoriques et pratiques, qui auront lieu tous les jours à partir de 9 h. 30 et de 16 heures. Les auditeurs seront personnellement exercés à l'examen des femmes enceintes et en couches, à la pratique des accouchements et aux manœuvres obstétricales. Un diplôme sera donné à l'issue de ce cours.

Programme du cours. — Samedi 20 mars, 9 h. 1/2 : Examens des femmes en travail et des accouchées. — 10 h. 1/2 : Leçon par M. Lantuéjoul. — 17 heures : Présentation de malades (M. A.-M. Weill). — 18 heures : Examen du bassin chez la femme enceinte (M. A.-M. Weill).

Lundi 22 mars, 9 h. 1/2 : Examens des femmes en travail et des accouchées. — 10 h. 1/2 : Consultations de nourrissons. — 17 heures : Présentation de malades (M. Merger). — 18 heures : Diagnostic de la grossesse au début (M. Merger).

Mardi 23 mars, 9 h. 1/2 : Examens des femmes en travail et des accouchées. — 10 h. 1/2 : Leçon par M. Lantuéjoul — 16 heures : Visite du musée (M. De Manet). — 18 heures : Traitement de l'éclampsie (M. de Peretti).

Mercredi 24 mars, 9 h. 3/4 : Conférence clinique par M. Chevallier, agrégé (hôpital Cochin) ; 16 heures : Exercices pratiques : forceps. — 18 heures : Hémorragies rétro-placentaires (M. Merger).

Jeudi 25 mars, 9 h. 1/2 : Leçon clinique par M. Metzger, agrégé, accoucheur de l'Hôpital Bichat. — 16 heures : Exercices pratiques : forceps. — 18 heures : Traitement de l'infection puerpérale (M. Weill).

Vendredi 26 mars, 9 h. 1/2 : Consultations des femmes enceintes. — 16 heures : Exercices pratiques : forceps. — 18 heures : Placenta inséré sur le segment inférieur (M. Suzor).

Samedi 27 mars, 9 h. 1/2 : Examen des femmes en travail et des accouchées. — 10 h. 1/2 : Leçon par M. Lantuéjoul. — 16 heures : Exercices pratiques : forceps. — 18 heures : Fibromes et puerpéralité (M. Bompart).

Mardi 30 mars, 9 h. 1/2 : Consultations des nourrissons. — 10 h. 1/2 : Présentation de malades (M. Lantuéjoul). — 16 heures : Exercices pratiques. Extraction du siège. — 18 heures : Tuberculose et grossesse (M. Desoubry).

Mercredi 31 mars, 9 h. 1/2 : Consultations des femmes enceintes. — 16 heures : Exercices pratiques : forceps. — 18 heures : Conduite à tenir au cours de l'avortement (M. A.-M. Weill).

Jeudi 1er avril 9 h. 1/2 : Opérations gynécologiques. Consultations des nourrissons. — 16 heures : Exercices pratiques : La version. — 18 heures : Anomalies de la contraction utérine (M. Merger).

Vendredi 2 avril, 9 h. 1/2 : Présentation de malades, Maternité de l'hôpital Bichat (Service de M. Metzger, agrégé). — 16 heures : Exercices pratiques : Les embryotomies. — 18 heures : Présentation de l'épaule (M. Bidoire).

Samedi 3 avril, 9 h. 1/2 : Examens des femmes en travail et des accouchées ; 10 h. 1/2 : Leçon clinique par M. Lantuéjoul. — 18 heures : Conduite à tenir dans les bassins rétrécis rachitiques (M. Vaudescal).

Pour renseignements, s'adresser à M. le chef de clinique, à la clinique Tarnier. Les bulletins de versement, relatifs au cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures. Le droit à verser est de 200 francs.

— **Chaire d'hygiène.** *Cours des grandes endémies tropicales* (Etudes de pathogénie et de prophylaxie). — Cet enseignement d'hygiène coloniale, complémentaire du cours d'hygiène, sera donné sous la direction de M. le Professeur L. Tanon et de M. le médecin général inspecteur Sorel, inspecteur général du Service de santé des colonies, au Grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, à 17 heures, à partir du mercredi 7 avril 1937, par des médecins et pharmaciens du Corps de santé des Troupes coloniales. Il aura lieu les vendredi, lundi et mercredi suivants, à la même heure, et sera accompagné de projections.

Programme du cours. — Mercredi 7 avril, M. Gastaud : Les stations thermales et climatiques dans les colonies françaises. — Vendredi 9 avril, Docteur Blanchard : Le neurotropisme des maladies infectieuses tropicales. — Lundi 2 avril, Docteur Pales : Géographie médicale du Tchad. — Mercredi 14 avril, Docteur Advier : Les syndromes lymphatiques. — Vendredi 16 avril, Docteur Beaudiment : Un Institut d'hygiène dans une grande ville coloniale. — Lundi 19 avril, Docteur Salomon : Nosographie du Dahomey. — Mercredi 21 avril, Docteur Millous : Les équipes médicales mobiles. — Vendredi 23 avril, Docteur Pautet : Nosographie de la Chine. — Lundi 26 avril, Docteur Labernadie : Le kala-azar.

— **Clinique médicale propédeutique** (Fondation de la Ville de Paris. Professeur : M. Emile Sergent. Hôpital Broussais-La-Charité, 96, rue Didot). — *Cours de perfectionnement sur l'exploration radiologique de l'appareil respiratoire*, du lundi 15 mars au samedi 20 mars 1937 inclus, par MM. Sergent, Benda, Francis Bordet, Cottenot, Couvreux, Henri Durand, Kourilsky, Mignot, Pruvost et Turpin.

Ce cours comprendra des leçons théoriques et des exercices pratiques qui auront lieu tous les matins et tous les après-midi. Les exercices pratiques seront réservés aux assistants qui auront versé un droit d'inscription de 250 francs.

Les exercices pratiques auront lieu tous les matins, à 9 h. 30 (examen des malades), et tous les après-midi (démonstration des principales techniques radiologiques, par le Docteur Couvreux).

S'incrire à la Faculté de médecine ; ou au secrétariat, les lundis, mercredis et vendredis, guichet n° 4, de 14 à 16 heures ; ou bien tous les jours de 9 à 11 heures et de 14 17 heures (sauf le samedi), à la salle Béclard (A. D. R. M.)

— **Thèses.** — Mardi 19 janvier 1937. — I. Jury : MM. Bezançon, Laubry, Huguenin, Mouquin. — M. SOULIGNAC : Asthme sympathicotonique. — M. THIRARD : Cavernes superficielles et traitement par le pneumothorax. — M. HERTZ : Le rôle du vague dans les états pulmonaires.

II. Jury : MM. Sergent, Tanon, Hazard, Joannon. — M. BASSOT : Les famines et disettes dans l'histoire de la France. — M. HIRSCH : Examen radiologique de la vésicule et des voies biliaires. — Mlle LE BACGON : Géographie médicale de la Bretagne. — M. SCHMITT : Etude des accidents dans l'industrie de l'aniline et de ses dérivés.

Mercredi 20 janvier. — Jury : MM. Couvelaire, Robert Debré, Loeper, Lacomme. — M. GODONÈCHE : La mort in utero d'un des fœtus dans la grossesse gemellaire. — Mlle LEMAIRE : Instabilité organique chez les jeunes enfants tuberculisés. — M. FOUILLOY : Troubles abdominaux au cours des affections thoraciques chez l'adulte. — M. LEVOKOWICZ : Etude du cancer du pylore à forme ascitique. — M. Guy NICAISE : Action thérapeutique de l'association créosote-camphre par voie rectale. — Mlle TSIRICAS : Etude du traitement radiothérapique du zona.

Jeudi 21 janvier. — Jury : MM. Nobécourt, Gougerot, Guillain, Gastinel. — M. VIAL : Résultats éloignés de la malariathérapie dans la paralysie générale. — M. DEMANGE : Etude de la lipodystrophie dite progressive. — M. SYDNEY DINKIN : Les méningiomes en plaques entre l'étage supérieur et moyen. — M. DEROIDE : Etude clinique des encéphalites et de la coqueluche. — M. LEMOINE : Les néphrites aiguës hématuriques chez les enfants.

Samedi 23 janvier. — I. Jury : MM. Brindeau, Rouvière, Terrien, Vaudescal. —M. FERNANDEZ-GONZALEZ : Etude des hémorragies rétro-placentaires. — M. SAUVAIN : L'espace ponto-rétro-cérébelleux . — M. DESVIGNES : Syndrome de compression du nerf optique intra-cranien.

II. Jury : MM. Carnot, Rathery, Maurice Villaret, Justin-Besançon. — M. SAIDI ALI : Fièvre isolée chronique d'origine dentaire. — M. KLOTZ : La polynévrite alcoolique.

Thèse vétérinaire. — Jeudi 21 janvier. — Jury : MM. Tanon, Lesbouyries, Létard. — M. RANOUEL Tendances actuelles de l'élevage ovin au Maroc.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers

— **Cours théorique et pratique de broncho-œsophagoscopie.** — Le Docteur André AUBIN, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux fera, avec le concours de ses assistants, un cours de broncho-œsophagoscopie, qui aura lieu du 10 mai au 15 mai inclus.

1° COURS THÉORIQUE. — Six leçons théoriques seront faites par le Docteur AUBIN, à l'hôpital Lariboisière, dans le service de clinique O.-R.-L. du Professeur Lemaître. Elles commenceront chaque jour à 10 heures :

Première leçon (le 10 mai) : Technique de la laryngoscopie directe, de la bronchoscopie, de l'œsophagoscopie et de la gastroscopie.

Deuxième leçon (le 11 mai) : Corps étrangers des voies aériennes et digestives ; diagnostic clinique, endoscopique et radiologique.

Troisième leçon (le 12 mai) : Problèmes mécaniques soulevés par la technique de l'endoscopie transbuccale et de l'extraction des corps étrangers des voies aériennes et digestives. Multiplicité des procédés d'extraction.

Quatrième leçon (le 13 mai) : Sur l'aide apportée au médecin par l'endoscopie dans le diagnostic des suppurations et des néoplasies des bronches et des poumons. Thérapeutique endoscopique de la bronchectasie et de l'abcès du poumon. Technique des prélèvements de sécrétions et des biopsies.

Cinquième leçon (le 14 mai) : Application de l'endoscopie au diagnostic et au traitement des maladies de l'œsophage.

Sixième leçon (le 15 mai) : Examen de malades atteints d'affections broncho-pulmonaires et de l'œsophage, Présentation de résultats.

2° COURS PRATIQUE. — Le cours pratique comportera six leçons pratiques ; trois sur le cadavre, trois sur le chien vivant. Chaque élève fera lui-même tous les exercices et toutes les manipulations sous la direction et le contrôle du Docteur AUBIN.

Le programme est le suivant :

A) *Sur le cadavre.* — *Première séance* (le 10 mai) : Démonstration de la position du malade. Technique d'introduction des instruments. Anatomie endoscopique. Points de repère. Laryngoscopie. Bronchoscopie. Œsophagoscopie. Gastroscopie.

Deuxième séance (le 11 mai) : Corps étrangers des voies aériennes. Technique des différents procédés d'extraction.

Troisième séance (le 12 mai) : Corps étrangers des voies digestives.

B) *Sur le chien vivant.* — *Quatrième, cinquième et sixième séance* (les 13, 14 et 15 mai) : Même programme que sur le cadavre. Application au chien vivant.

Ces travaux pratiques auront lieu à l'amphithéâtre des hôpitaux, 17, rue du Fer-à-Moulin, tous les jours, de 14 heures à 16 h. 30.

Ce cours comportera au maximum douze auditeurs. Droits d'inscription : 500 francs.

Se faire inscrire, 17, rue du Fer-à-Moulin, jusqu'au 6 mai.

— **Hôpital Necker.** *Cours de perfectionnement,* du 8 au 20 mars 1937, sous la direction du Professeur Villaret. — Ce cours, consacré à la *thérapeutique des affections vasculaires, rénales, rhumatismales et endocrino-végétatives,* commencera le 8 mars. Droit d'inscription : 300 francs.

— **Concours de médecin des hôpitaux** (admissibilité). — EPREUVES ÉCRITES. — *Questions sorties* : Série A. Les artérites oblitérantes des membres inférieurs. — Série B. Formes cliniques de la tuberculose granulique des poumons.

Questions restées dans l'urne : Série A. Coma urémique, Des syndromes yhpothyroïdiens. — Série B. Amylose rénale. Arthropathies tabétiques.

— **Concours de l'internat.** — ORAL. — *Séance du 19 février. Questions posées* : Diagnostic des sténoses pyloriques non-cancéreuses. Examen clinique d'une fièvre typhoïde à la période d'état.

Ont obtenu : MM. Aubregan, 15 ; Tiret, 23 ; Fressinaud-Masdeleix, 17 ; Lebel, 16 ; Mlle Aubin, 28 ; MM. Cossart, 21 ; Eman-Zadek, 22 ; Delatour, 21,5 ; Motte, 22 ; Carasso, 20 ; Vivien, 21.

Séance du 20 février. — *Questions données* : Symptômes et complications des kystes hydatiques du foie. Diagnostic de la scarlatine.

Ont obtenu : MM. Courchet, 10 ; Loiseau James, 21 ; Arnavielhe, 20 ; Comte, 21 ; Schneider, 26 ; Maillard, 20 ; Philippe, 21 ; Ebstein, 24 ; Bretton, 18.

Séance du 23 février. Questions posées : Symptômes, diagnostic et complications de la tuberculose iléo-cæcale. Symptômes et diagnostic du pneumothorax spontané total de la grande cavité.

Ont obtenu : MM. André, 18 ; Lemanissier, 19 ; Sénéchal Robert, 21 ; Lajouanine, 22 ; Bouche, 21 ; Claracq, 21 ; Gertzberg, 19 ; Gimant, 20 ; El Baz, 19 ; Stefani, 20

Séance du 24 février. Questions posées : Symptômes et diagnostic des rétrécissements du rectum. Symptômes et diagnostic de l'insuffisance aortique syphilitique.

Ont obtenu : MM. Audoly, 16 ; Bauer, 15 ; Le Bozec, 17 ; Froissant, 22 ; Denizet, 19 ; Nadiras, 18 ; Villanova, 19 ; Mantoux, 21 ; Bastin, 15 ; Caufment, 20.

— **Internat de Brévannes, Sainte-Périne, Chardon-Lagache, Garches et Hendaye.** — Jury : MM. Boltansky, Caroli, Bernard (Raymond).

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Ve Congrès international de radiologie.** — Ce Congrès se tiendra du 13 au 17 septembre 1937 à Chicago (Illinois, U. S. A.), au Palmer House, sous la présidence de M. Arthur C. Christie, de Washington (D. C.) ; le secrétaire général est M. Benjamin H. Orndoff, de Chicago.

Les problèmes suivants feront l'objet de conférences plénières faites tant par des Américains que par des étrangers :

L'éducation médicale, en particulier au point de vue de la radiologie.

Les rapports du radiologiste et de la radiologie à l'hôpital.

Les langues officielles du Congrès sont l'anglais, l'allemand et le français.

Des dispositions ont été prises par le Bureau pour faciliter, et le voyage maritime, et le voyage terrestre vers Chicago, comme aussi pour envisager l'organisation d'excursions collectives après la clôture du Congrès.

Toutes les communications ayant trait au programme scientifique doivent être adressées au président du Congrès, M. Arthur C. Christie, 1835, Eye Street, N. W., Washington (D. C.). — Toutes les autres communications devront être adressées au Secrétariat général, 2.561 North Clark Street, Chicago (Illinois).

— **Union internationale contre la tuberculose.** — Le Comité exécutif de l'Union internationale contre la tuberculose (secrétaire général : Professeur Fernand Besançon) s'est réuni à Paris, le samedi 9 janvier 1937. Cette séance avait pour but principal de prendre une décision au sujet de la date de la Xe conférence de l'Union internationale, qui aurait dû se réunir à Lisbonne au mois de septembre 1936, sous la présidence du Professeur Lopo de Calvalho et qui, par suite des circonstances, avait dû être ajournée.

Il a été entendu que la Conférence aurait lieu en septembre 1937, soit au début du mois si la conférence pouvait se réunir à Lisbonne, soit à une date à fixer si elle devait se réunir dans une autre ville.

Désireux de rendre hommage à l'activité et à l'intelligente initiative de leurs collègues portugais qui avaient préparé la Xe Conférence de manière à lui assurer le plus grand succès, les membres du Comité ont exprimé l'espoir que la réunion pourrait avoir lieu à Lisbonne au mois de septembre prochain, une décision ferme ne devant intervenir qu'à la fin d'Avril ou au début de mai 1937.

Le Comité exécutif a pris, d'autre part, la décision formelle de convoquer la XIe conférence de l'Union Internationale contre la tuberculose en 1939, au lieu de 1938, à Berlin, sous réserve de l'approbation statutaire de la prochaine Assemblée générale de l'Union.

Les membres du Comité ont été unanimes pour exprimer leur reconnaissance au Gouvernement italien, qui a mis à la disposition de l'Union six places de stagiaires à l'Institut Carlo Forlanini, à Rome.

Ils ont approuvé le règlement de la Fondation Léon Bernard, aux termes duquel un prix bisannuel sera décerné par le Comité exécutif à l'auteur d'un travail, rédigé en anglais ou en français, sur la tuberculose envisagée au point de vue social.

Enfin, il a été résolu que le secrétariat de l'Union demanderait aux membres conseillers dans les différents pays de choisir certaines questions scientifiques qui seraient proposées comme sujets de travail à longue échéance et qui seraient susceptibles d'être inscrites éventuellement à l'ordre du jour des futures conférences de l'Union.

— **Congrès des gynécologues et obstétriciens de langue française.** — Le prochain Congrès des gynécologues et obstétriciens de langue française se tiendra à Paris du 30 septembre au 2 octobre 1937.

Les sujets des rapports seront les suivants : 1° Traitement de l'incontinence d'urine chez la femme : *a*) Traitement de l'incontinence. Rapporteurs : MM. Muret et Rapin (Lausane) ; *b*) Traitement des fistules vésico-vaginales. Rapporteur M. André (Nancy). — 2° Pathogénie et traitement de l'apoplexie utéro-placentaire : *a*) Pathogénie. Rapporteur : M. Couvelaire (Paris) ; *b*) Traitement. Rapporteur : M. Weymeersch (Bruxelles). — 3° Le traitement du prurit vulvaire : *a*) Traitement médical. Rapporteur : W. Vayssière (Marseille) ; *b*) Traitement chirurgical. Rapporteur : M. Cotte (Lyon).

Le Gérant : R. THIRON

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

Réponses des ministres aux questions des parlementaires

Droit du médecin d'une entreprise aux congés payés

1149. — M. Georges Lévy demande à M. le ministre du Travail si les dispositions de la loi du 20 juin 1936, modifiant l'article 54 du Code du travail et accordant à tout employé occupé dans une entreprise industrielle, commerciale ou libérale le droit à un congé annuel payé, peuvent être invoqués par un médecin au service depuis plusieurs années d'une Compagnie minière et d'une Caisse de secours mutuels, nommé par décision du Conseil d'administration de ces organismes et rémunéré par un traitement fixe mensuel, et s'il n'y a pas lieu d'assimiler ce médecin aux autres employés de ces établissements pour l'application des lois sociales. (*Question du 21 octobre* 1936).

Réponse. — Le médecin dont il s'agit doit être considéré comme un employé, et admis, de ce fait, au bénéfice des congés annuels payés, s'il est lié à la Compagnie minière et à la Caisse de Secours mutuels dont il relève par un contrat de louage de services. Un lien d'une telle nature juridique impliquerait, semble-t-il, outre la fixité de la rémunération, une certaine régularité des heures pendant lesquelles le médecin en cause doit consacrer chaque jour son activité tant à la Compagnie minière qu'à la Caisse de Secours mutuels qui l'emploient. En tout état de cause, il n'appartient qu'aux Tribunaux d'apprécier la nature du contrat dont il s'agit.

(*J. O.*, 5 février 1937).

Les agents des postes fonctionnaires ne bénéficient pas de la législation sur les accidents du travail

2090. — M. Louis Dubosc expose à M. le ministre des Postes, Télégraphes et Téléphones qu'un facteur a, en 1929, fait en service, une chute de bicyclette qui a entraîné à ce moment-là un arrêt du service ; que les lésions de la colonne vertébrale auxquelles l'accident de 1929 n'est pas étranger (sans en être peut-être la cause unique) se manifestent en 1936 provoquant un nouvel arrêt de service ; que le comité médical est d'accord pour donner à ce facteur un service réduit alors qu'il faisait 42 kilomètres par jour à bicyclette et pour estimer qu'une ceinture orthopédique est indispensable ; et demande si ce fonctionnaire a droit : 1° au remboursement intégral ou partiel des frais de maladie (médecin, radio) ; 2° au remboursement intégral ou partiel de la ceinture orthopédique conseillée. (*Question du 21 janvier* 1937).

Réponse. — En vertu des dispositions de l'article 16 du décret du 9 novembre 1853, les agents affiliés au régime des pensions civiles, perçoivent dans le cas d'accident survenu en service, leur traitement inté-

gral jusqu'à leur guérison ou leur mise à la retraite, mais aucune disposition légale ne fait obligation à l'administration de prendre à sa charge les frais médicaux, pharmaceutiques ou autres consécutifs à ces accidents de service. Toutefois, à titre gracieux, l'Administration s'efforce d'indemniser lesdits agents dans la mesure où le permettent les crédits dont elle dispose. En ce qui concerne les maladies se déclarant plusieurs années après un accident et ayant avec celui-ci une relation directe, il peut seulement être alloué un secours aux intéressés après examen de leur situation pécuniaire et de leurs charges.

(*J. O.*, 6 février 1937).

Contrôle médical des assurés sociaux tuberculeux

915. — M. Charles Saint-Venant demande à M. le ministre du Travail : 1° si la circulaire du 3 janvier 1934 relative à la surveillance et au contrôle médical des tuberculeux en cure libre, précise une obligation formelle pour le contrôle médical d'une Caisse d'assurances sociales (répartition maladie ou invalidité) de prévenir le médecin-chef du dispensaire de la circonscription à laquelle appartient le malade, en vue d'assurer le contrôle périodique de ce malade ; 2° si un médecin de dispensaire peut se refuser à donner au contrôle médical de ladite Caisse, les renseignements médicaux concernant l'état de l'assuré, notamment en vue d'instruction du dossier de demande de pension invalidité, ajoutant que la fréquence de pareils refus qui ne laissent pas d'apporter un trouble considérable dans l'établissement de dossiers invalidité, occasionnent souvent à des assurés privés de ressources par la longue durée de leur maladie, des dépenses qui pourraient être facilement évitées. (*Question du 22 août 1936*).

Réponse. — 1° Aux termes de la Circulaire du 3 janvier 1934, le médecin-chef du dispensaire d'hygiène sociale de la circonscription où le malade effectue sa cure libre est avisé directement par le préfet du département où l'assuré se rend. Le préfet est informé par les soins de la Caisse ayant accordé à son adhérent l'autorisation de la cure et prévu, à cet effet, les dispositions que cette situation comporte, notamment en ce qui concerne la prise en subsistance de l'assuré par une caisse-maladie. Quant au contrôle médical, il est effectué exclusivement et obligatoirement par le médecin du dispensaire, sans préjudice pour l'assuré de son droit de recourir au ministère de son médecin traitant ; 2° les dispensaires sont chargés d'adresser aux Caisses et aux préfets, chaque trimestre, un état justifiant l'inscription de l'assuré et la fréquentation régulière des consultations. Le dispensaire ne saurait se refuser à fournir aux Caisses par l'organe de son médecin-chef, les renseignements qui peuvent être utiles au contrôle médical de la caisse en vue de la constitution éventuelle d'un dossier d'invalidité.

J. O., 5 février 1937).

CORRESPONDANCE

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

743. — Un avortement à trois mois, acte pathologique, n'est pas un accouchement et est en dehors de la sphère professionnelle d'une sage-femme

Je me permets de soumettre à votre appréciation le cas ci-dessous.

Une femme, assurée sociale est vue par une sage-femme qui l'assiste pour « avortement trois mois et demi », telle est la mention portée le 7 novembre 1936 par la sage-femme sur la feuille-maternité.

Sur une feuille de soins spéciaux, un chirurgien inscrit : catégorie 11, prix global (correspondant vraisemblablement à un curetage), ce même jour, 7 novembre 1936.

La Caisse d'assurances sociales rembourse la somme correspondant à la catégorie 11, mais refuse de régler la feuille-maternité signée par la sage-femme. Est-ce normal ? L'intéressée n'a-t-elle pas à toucher des prestations correspondant aux honoraires qu'elle a réglés à la sage-femme ?

Dr W.

Réponse

1° La nomenclature du département du Nord est la seule en France qui ne soit pas conforme à la nomenclature générale de la Confédération, acceptée par l'Etat et parue au *Journal officiel.* Il s'ensuit que « catégorie 11 », etc., ne se rapporte plus à la nomenclature générale, attendu entre autres que cette nomenclature nordique spéciale comporte des prix à l'acte global et à l'acte isolé qui n'existent plus dans la nomenclature générale.

Ceci précisé, j'ajouterai qu'un avortement de trois mois et demi est un acte pathologique ne relevant pas de la feuille de maternité, acte physiologique. En principe. De plus, voyant qu'il s'agissait d'un tel cas, la sage-femme n'avait qu'à décliner toute compétence et à dire à la malade de s'adresser à un médecin — en dehors naturellement s'il y avait lieu, des soins d'urgence en attendant l'arrivée du médecin.

Dr F. DECOURT.

935. — Contention par plâtre d'une fracture du péroné

Vous serait-il possible de me dire à quel tarif des accidents du travail je puis compter : plâtre pour fracture du péroné ?

Dr G.

Réponse

Si vous avez été techniquement obligé de faire un appareil plâtré pour une fracture du péroné, vous pourriez demander 100 francs comme pour « réfection plâtre ordinaire : 100 francs » (art. 18, *in fine*). Mais dans ce cas vous auriez à justifier techniquement ce prix spécial pour une réduction et contention de fracture du péroné qui (sans appareil plâtré) est tarifée 30 francs.

Dr F. Decourt.

798. — Réduction de fracture de la clavicule par extension continue

Comment tarifer pour accident de travail, le dimanche : réduction et contention par un appareil à extension continue (appareil de Leveuf) d'une fracture complète de la clavicule avec chevauchement des fragments ?

Dr F.

Réponse

La réduction et contention de fracture de la clavicule est tarifée 50 francs (art. 18). Mais lorsqu'il n'y a ni appareil plâtré ou silicate, ni extension. Or, vous avez « réduit et contenu », cette fracture, avec un appareil à extension continue. Ce qui n'est pas prévu dans le tarif. Equitablement, il y a donc lieu de chercher une analogie. Je proposerais celle de la réduction d'extrémité inférieure du radius 100 francs, parmi les prix des réductions et contention par plâtre ou extension continue.

Dr E. Decourt.

1.162. — Pansements multiples sur un même segment de membre

J'ai recours à votre obligeance pour trancher un petit différend d'honoraires d'accident du travail.

J'ai soigné dernièrement un blessé atteint de plaie contuse du médius droit et éraflure de l'annulaire droit. J'ai compté :

Certificats, 8 fr., trois pansements multiples à 20 francs = 60 francs (art. 16) ; un pansement simple à 15 francs, Total : 83 francs.

La Compagnie me répond qu'elle ne consent pas à payer 20 francs, les pansements à deux doigts en raison du même art. 16 ; elle offre 15 francs pour chaque pansement.

Est-ce moi qui ai raison, est-ce la Compagnie ?

Dr R.

Réponse

Autrefois, avant le tarif de 1932, on lisait : « pansements multiples sur le même segment de « membre », tandis qu'aujourd'hui, il est dit « pansements multiples sur le même membre ».

La différence provient de ce que, le plus souvent, des pansements multiples sur un même segment de membre, rares en pratique parce qu'étant trop rapprochés, étaient résultés des abus flagrants de notation par trop fréquents. J'ajouterai d'ailleurs qu'à la suite de la première notation, il y avait : « autres que doigts et orteils en cas de plaies superficielles ». En sorte que, même avec le tarif de 1920, vous n'auriez pu compter « pansements multiples », pour plaies de deux doigts alors que l'annulaire n'avait que des « éraflures ».

Dr F. Decourt.

1.025. — Ablation d'ongle

J'ai soigné dernièrement un blessé pour un hématome sous-unguéal infecté du pouce droit. J'ai dû, après anesthésie en bague à la base du doigt, procéder à l'ablation de l'ongle.

Quel tarif faut-il appliquer ?

La perte d'un ongle peut-elle faire l'objet d'une incapacité permanente partielle ?

Dr R.

Réponse

a) L'ablation d'un ongle en matière d'accident du travail, n'est pas l'objet d'une tarification spéciale, celle-ci nous ayant été refusée à la Commission parce que, nous a-t-on dit, en matière d'accident du travail, on n'a à extraire un ongle que lorsqu'il est déjà traumatisé et plus ou moins décollé.

b) Naturellement la perte d'un ongle ne peut faire l'objet d'une incapacité permanente partielle.

Dr F. Decourt.

FISCALITÉ

1.220. — Obligations fiscales du médecin propharmacien

Depuis juillet dernier, je suis installé médecin propharmacien.

Je désirerai savoir si je dois faire connaître au fisc mon chiffre d'affaires pharmaceutiques.

L'article 27 de la loi de Germinal IX n'assimile pas le propharmacien au pharmacien.

Nous ne payons pas de patente de pharmacien, nous ne sommes pas assujettis à l'immatriculation au registre de commerce. Nous sommes exempts paraît-il de la taxe sur le « chiffre d'affaires ».

Au point de vue pratique, à quoi tout cela correspond-il ? Puis-je faire, dans ma déclaration d'impôts, table rase de tout ce qui est pharmaceutique ?

J'espère que vous voudrez bien m'éclairer sur ce point.

Dr C.

Réponse

Le médecin qui, dans une localité dépourvue de pharmacien, se borne à fournir aux malades qu'il soigne les médicaments nécessaires sans tenir officine et sans vendre à tout venant ne fait pas acte de commerce.

Par suite, il reste soumis, pour l'ensemble des profits qu'il retire de l'exercice de cette profession, à l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales.

Seulement vous auriez avantage à tenir une comptabilité séparée afin, qu'en cas de litige vous puissiez prouver le chiffre exact de vos bénéfices pharmaceutiques et ne pas être forcé de subir une évaluation qui pourrait être arbitraire. Nous avons traité cette question, trop longue à développer ici, mais que vous pourrez vous procurer au *Concours Médical* en demandant le n° 25 du 7 juin 1936. *Chronique fiscale* : « Les propharmaciens », dans laquelle, vous trouverez tous les renseignements utiles au sujet de cette question.

A. Martinot
Conseil fiscal

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

1.072. — Droits des parents d'un militaire mort au service

1° Un rengagé rapatrié de Syrie pour maladie, tombe malade dans sa famille, et jugeant son cas très grave, je décide de le faire hospitaliser. Mais avant son départ, j'ai eu à lui donner mes soins. La famille peut-elle prétendre au remboursement des frais de maladie ? Je le pense. Le major de la place de R. prétend que non. A qui faut-il s'adresser ;

2° Le soldat meurt à l'hôpital de méningite tuberculeuse. Les parents ont-ils droit à la pension d'ascendant.

Le malade avait été hospitalisé en Syrie pour apoplexite de la colonne vertébrale, avait été rapatrié sanitaire, pendant son incorporation en France avait fait des poussées de bronchite. On peut donc je crois imputer l'affection au service, d'autant que son examen au moment du rengagement l'avait déclaré apte au service.

Dr F.

Réponse

1° Un militaire, malade dans ses foyers, n'a pas droit au remboursement des frais nécessités par une maladie ; il bénéficie en effet de la ressource de se faire hospitaliser dans une formation de l'armée. C'est donc à la famille qu'il incombe de régler vos honoraires ;

2° Les parents d'un soldat décédé en service n'ont droit à une pension que si la maladie, cause de la mort, peut être imputée au service. Cette preuve est plus facile à établir puisque l'intéressé avait servi en Syrie et que dès lors il bénéficiait durant son séjour aux T. O. E. de la présomption légale d'origine. La demande de pension doit être adressée à l'Intendant départemental des Pensions.

1.165. — Promotion au grade de médecin sous-lieutenant

Médecin auxiliaire depuis le 1er janvier 1936, libérable le 15 avril 1936, maintenu sous les drapeaux jusqu'au 15 mai 1936, temps comptant pour une période d'après les déclarations du ministre. Quand dois-je espérer être promu sous-lieutenant de réserve ? Les conditions obligatoires pour passer de sous-lieutenant à lieutenant (quatre années de grade plus une période), sont-elles toujours en vigueur ?

Dr R.

Réponse

Il faut aussitôt adresser à votre directeur régional du Service de santé une demande en vue d'être promu au grade de médecin sous-lieutenant en lui indiquant vos états de services, la date et le lieu de votre soutenance de thèse et en le priant de vous faire connaître les pièces nécessaires à la constitution de votre dossier.

Hâtez-vous ; nous sommes à l'époque où se font les propositions.

Cependant n'oubliez pas que ces promotions ne sont plus automatiques dès la soutenance de thèse ; car, d'une part, les cadres sont complets, et d'autre part, il est besoin de médecins auxiliaires pour les formations sanitaires ; un certain délai est donc parfois nécessaire.

QUESTIONS DIVERSES

Assurance automobile

Jusqu'à présent, j'étais assuré, pour mon automobile, à la X....

Cette dernière n'a pas été autorisée par le ministère à continuer ses opérations et elle me propose de passer mon dossier à la Y... aux mêmes clauses et conditions. Puis-je accepter ? Le contrôle me donne-t-il toute sécurité ?

Dr B.

Réponse

Le Docteur G. B... peut parfaitement refuser le transfert de sa police et en demander la résiliation de plein droit.

Si la X... n'a pas été habilitée par le Ministère à pratiquer les garanties automobiles, c'est

parce qu'elle n'a pu représenter des réserves suffisantes. Il s'agissait d'une société pratiquant l'assurance « au rabais » ; il est malheureusement à craindre que la Compagnie qui se substitue à l'ancienne ne se trouve dans le même cas et qu'elle n'accepte des risques très graves au-dessous du prix de revient parce qu'elle a besoin d'argent frais. Un certain nombre de Sociétés de ce genre courent à la catastrophe et elles n'ont pu verser le cautionnement au Ministère que grâce au concours financier de banquiers.

Il y a là un très grave danger, car leur budget a une charge nouvelle dans les arrérages des emprunts. Plusieurs de ces sociétés vont être obligées d'augmenter encore le nombre de leurs assurés, ce qu'elles ne pourront faire qu'en diminuant le montant des primes, en acceptant n'importe quel risque et cette façon de procéder entraîne inéluctablement la faillite.

Un certain nombre de ces groupements vont intensifier d'ailleurs leur production en faisant ressortir le contrôle de l'Etat. Or, il ne faut pas confondre « contrôle » et « garantie ».

En matière accidents du travail par exemple, l'Etat se substitue à l'assureur défaillant pour payer les indemnités et l'assuré ne perd en quelque sorte que le montant des primes versées d'avance.

En matière d'assurance automobile, il n'y a pas garantie, mais simple *contrôle*, ce qui a pour conséquence de retirer à une Compagnie l'autorisation de continuer ses opérations, mais qui ne couvre pas le déficit.

En conclusion, il est bon de ne souscrire ses assurances qu'à une Compagnie de premier ordre. La souscription d'une Police est un chèque — souvent fort important — que l'on tire sur une banque : il faut être certain que cette dernière paiera sûrement et sans difficultés.

P.-R. Baglin
Docteur en droit
Conseil technique d'assurance

I.203. — Application aux femmes de ménage de la loi sur les allocations familiales et sur les assurances sociales.

Pouvez-vous me donner les précisions suivantes que je n'ai pas trouvées dans les articles, déjà nombreux, du *Concours Médical*, et ayant trait à l'immatriculation des femmes de ménage (Assurances sociales).

1° J'occupe chaque matin, une femme de ménage qui est immatriculée, et dont les versements sont régulièrement faits. Je déduis de mon bénéfice annuel, à titre de frais généraux professionnels, la moitié de son salaire.

- Suis-je, pour elle, assujetti aux allocations familiales (je n'ai encore adhéré à aucune Caisse de compensation) ;

2° J'occupe en outre : une laveuse (un jour par semaine), au salaire moyen de 12 francs plus la nourriture. Une repasseuse (même temps et même salaire, sauf nourriture).

Toutes deux ont plus de 60 ans, gagnent chez moi, moins de 1.000 francs par an (mais travaillent tous les autres jours chez d'autres employeurs) et n'ont jamais été assurées sociales.

Question : De même qu'il y a un plafond au-dessus duquel le salaire ne peut monter sans ôter à son porteur la qualité d'assuré social, n'y a-t-il pas une limite inférieure de salaire (1.000 francs par an, je crois), en dessous duquel on n'est pas assuré ?

Dans le cas de plusieurs patrons, doit-on tabler chacun sur le salaire qu'on donne à l'employé pour vérifier si ce chiffre limite est atteint ou non ; ou bien faut-il faire état des salaires reçus par l'employé dans les diverses maisons qui l'occupent (tout en ne cotisant évidemment que pour la part qu'on donne soi-même de ce salaire).

Dr A.

Réponse

La loi du 11 mars 1932, sur les allocations familiales est en vigueur depuis le 1er janvier 1935, en ce qui concerne les professions médicales. Par contre, elle n'a pas encore été étendue à l'heure actuelle aux domestiques ou gens de maison.

Par conséquent, si votre femme de ménage est utilisée par vous, à la fois pour votre service personnel et pour votre service professionnel il y a lieu d'appliquer les règles préconisées par la réponse ministérielle n° 2.981, parue au *Journal Officiel* du 25 janvier 1935. Aux termes de cette réponse, le médecin qui emploie une domestique à la fois pour son service personnel et pour son service professionnel est assujetti à la loi du 11 mars 1932, si celle-ci consacre la plus grande partie de son activité à son service professionnel.

Puisqu'en l'espèce, vous comptez le coût de cette femme de ménage dans vos dépenses professionnelles pour moitié, elle ne se consacre donc pas principalement à votre profession et vous n'êtes pas assujetti en ce qui la concerne aux obligations résultant de la loi du 11 mars 1932. Vous n'avez donc en particulier, aucunement à adhérer à une Caisse de compensation.

Si vous occupez votre laveuse et votre repasseuse une seule fois et « par intermittence » vous n'avez aucunement à les faire immatriculer aux Assurances sociales, car vous êtes dispensé de cette obligation par l'art. 1er, paragr. 5 du décret-loi du 28 octobre 1935 instituant le nouveau régime. Pour vous justifier aux regards du service régional des Assurances sociales, il vous suffira d'exiger de vos employées un certificat attestant qu'elles rentrent dans la catégorie des employées occasionnelles et intermittentes, prévue par l'art. 1er, paragr. 5 précité. D'autre part,

ces employées n'auront pas elles-mêmes à remplir les formalités. Puisqu'elles sont âgées de plus de 60 ans, elles ne sont plus susceptibles de bénéficier à l'heure actuelle de la loi sur les Assurances sociales.

ACCIDENTS

1.242. — Rixe survenue au temps et au lieu du travail

Un ouvrier en chômage est employé par l'Administration des Eaux et Forêts. Cet ouvrier, au cours de son travail sur son chantier, est attaqué par un autre ouvrier en chômage travaillant sur un chantier voisin. Bousculé, il fait une chute et se luxe le coude.

Il vient me trouver et je le prie de se procurer une attestation de son chef, reconnaissant qu'il s'agit d'un accident du travail.

Le brigadier, puis le lieutenant des Eaux et Forêts refusent de reconnaître cette blessure comme un accident du travail.

J'ai conseillé au blessé de faire citer en justice de paix ses chefs, car j'ai lu, il y a quelque temps qu'un jugement en cassation reconnaissait l'appellation d'accident du travail à un accident ne se rattachant pas à la profession, pourvu qu'il ait eu lieu à l'heure et au lieu de travail.

Si je ne me trompe pas, je vous serais obligé de me faire connaître les jugements rendus dans des cas semblables, afin que je puisse les communiquer au blessé qui s'en prévaudra devant le Juge de paix.

Dr M.

Réponse

Il est exact qu'en vertu de la jurisprudence tout accident survenu à l'heure et sur le lieu du travail doit être considéré comme occasionné par le travail, sans qu'il soit besoin qu'il soit rattaché par un lien direct aux occupations mêmes de l'ouvrier. Bénéficient ainsi des dispositions de la loi du 9 avril 1898, les ayants droit d'un ouvrier décédé des suites de coups échangés au cours d'une rixe avec un camarade (V. notamment cour de Rennes, 15 octobre 1935. *Revue générale des Assurances sociales et des accidents du travail*, janvier 1936, p. 61). Puisqu'en l'espèce, il n'est pas contesté que la rixe, cause de l'accident, se soit produite alors que l'ouvrier était sur le lieu et au temps du travail, il n'est pas douteux que la loi sur les risques professionnels doive trouver application sans qu'il importe que les motifs de cette rixe soient ou non dûs au travail lui-même.

Le chef d'entreprise serait seulement fondé à réduire le montant des indemnités légales au cas où la dispute en question se serait produite par suite d'une faute inexcusable de la victime, c'est-à-dire, au cas où elle l'aurait provoquée. Toutefois, il a été reconnu par la jurisprudence

que la provocation ne peut constituer une faute inexcusable qu'autant qu'elle aurait été exceptionnellement grave et qu'elle aurait dû nécessairement motiver une riposte violente (Cour de Rennes, arrêt précité).

En définitive, nous conseillons donc à votre client de poursuivre son chef d'entreprise en l'espèce l'administration des Eaux et Forêts, devant le Tribunal de paix du lieu de l'accident afin de faire reconnaître l'applicabilité de la loi de 1898. Lorsque ce point aura été tranché, vous aurez alors le droit d'actionner l'administration responsable en paiement de vos honoraires établis d'après le tarif ministériel en vertu de l'action directe que vous donne l'article 4, paragr. 4, de la loi de 98.

I.164. — Prêt de main d'œuvre. Responsabilité de l'employeur principal

Un domestique au service d'un patron X (assuré) est envoyé bénévolement à la batteuse chez un voisin Y. (également assuré). Il est victime d'un accident : coup de couteau qu'il se donne lui-même en coupant un lien de gerbe, il ne s'agit donc pas d'un accident provoqué par le matériel du batteur Z, bien que sa responsabilité ait été la première mise en cause.

Quelle est parmi ces trois assurances, à votre avis, la Compagnie responsable ?

Je crois que ce doit être celle du patron du domestique et non celle de l'employeur occasionnel : je sais qu'il existe une jurisprudence à ce sujet, je crois même qu'il y a eu une entente entre les Compagnies.

Il vous sera certainement facile de me donner ce renseignement.

Dr T.

Réponse

Suivant un arrêt de la Chambre civile de la Cour de cassation du 4 novembre 1935, publié dans la *Revue générale des Assurances sociales et des accidents du travail* (1936, p. 1921) et dans le *Recueil des sommaires* (1935, p. 578), un ouvrier victime d'un accident du travail alors qu'il a été mis par son patron à la disposition d'un autre, n'a d'action que contre son employeur dont il n'a fait qu'exécuter les instructions en allant travailler chez autrui. Il n'est donc pas douteux dans le cas que vous nous soumettez que le patron du blessé reste responsable de l'accident bien que celui-ci soit survenu à un moment ou sur son ordre son ouvrier travaillait pour le compte d'un autre patron.

ASSURANCES SOCIALES

966. — Signature de l'acquit avant paiement

Vous avez dernièrement fait un article au sujet des doléances d'un confrère qui n'avait pas donné quittance sur une feuille de maladie d'Assurances sociales, et que la Caisse voulait payer directement, contrairement à toute convention. Cette question est très épineuse : les Caisses ne veulent pas faire d'avance, et les clients ne veulent pas payer d'avance. Il n'y a à mon avis qu'un moyen d'éviter toute contestation.

Le médecin devrait seulement indiquer sur les feuilles de maladie, les prestations effectuées sans indiquer s'il les a touchées ou non ; la Caisse paierait à l'assuré son tarif de responsabilité, sans avoir à s'occuper s'il a honoré son médecin ou non. Après il resterait au médecin à se faire régler, comme avant l'existence de la loi d'Assurances sociales ; car autrement, si on donne quittance avant d'avoir perçu, il y a escroquerie et l'intéressé peut ne pas payer son médecin.

Si on ne donne pas quittance l'intéressé malhonnête s'en f.... et ne paie pas plus qu'avant la loi.

Que les Caisses versent ce qu'elles doivent verser et à nous de nous faire honorer sans interposition de tiers payant.

La liberté républicaine avant tout !!!

Dr M.

Réponse

Il appartient aux Syndicats médicaux et à leur Confédération de préciser une fois de plus, ce qu'il faut admettre par « entente directe ».

Théoriquement, le médecin reste absolument en dehors de la loi des Assurances sociales. En principe, il ne connaît que son malade et n'a à faire qu'à lui seul.

Mais les conventions intervenues entre Syndicats et Caisses ainsi que les règlements intérieurs de ces dernières décident que les assurés sociaux ne toucheront leurs prestations en argent que lorsqu'ils apportent la preuve qu'ils ont payé le médecin.

Ces dispositions sont donc en théorie contraires au principe de l'entente directe bien que, cependant, elles soient dictées par la nécessité qu'ont les Caisses d'avoir la certitude que le praticien a été honoré et que, par conséquent, les frais médicaux sont « remboursés » à l'assuré selon le tarif de responsabilité diminué du ticket modérateur.

La conclusion qui s'impose, c'est que les Syndicats médicaux et leur Confédération n'ont qu'à mettre à leur ordre du jour, les modalités de paiement du médecin au regard du principe de l'entente directe qui fait partie de la charte médicale.

Dr Paul Boudin.

Cinquante-neuvième année — N° 11 — 14 Mars 1937

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	60 fr.	Belgique et Luxembourg...	70 fr.
Etudiants	35 fr.	Première Zone	85 fr.
Le Numéro..........	1.25	Deuxième Zone	110 fr.

Renseignements

A céder, cause maladie. Côte d'Azur. Importante Maison santé en pleine exploitation. Existe depuis 28 ans. Situation magnifique. Installation moderne.

« **La Soleillette** » Bandol-sur-Mer (Var). Soleil. Régime.

La meilleure et la plus rapide des méthodes pour absorber un médicament, c'est l'**absorption perlinguale.** Donnez donc du manganèse sous forme de TABLETTES DE MANGAÏNE, dans les dyspepsies par auto-intoxication.

Héliothérapie. Maison santé Hélios. Dr Brody, Grasse.

« La Colline » à Saint-Antoine - Nice. Maison repos, régimes, convalescence, fondée en 1909. Situation idéale. Altitude 250 mètres. Hydro-électro-héliothérapie. Deux médecins. Infirmières. Prospectus sur demande.

AVIS

Envoi de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

***Concours Médical*, Paris, 167-95.**
***Sou Médical*, Paris, 182-31.**
***Mutualité Familiale*, Paris, 182-32.**

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)*

***Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du* CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.**

N° 60. — Jne doct. nat. franç., diplôme d'Etat., Fac. Paris, possédant voiture 5 CV. cherche remplacem. Libre de suite et jusqu'au 1er juillet. Excell. références. Ecr. Dr, 19, rue du Commerce, Tours (I.-et-L.).

N° 61. — A vend. moitié prix de sa val. d'achat, machine à laver la vaisselle Moto-laveur L. A. C. A. M., type C. N., mot. électr. 110 v., lavant, rinçant, stérilisant et séchant 600 assiet. à l'heure. Etat de neuf, prix 2.500. S'ad. Maison de retraite, 6, av. Foch., Gaillac (Tarn).

N° 62. — Vittel. Pour raison âge et santé, client. thermale de 25 ans à céder dès la saison 1937. Conditions avantag. Ecr. Dr Adda, 98, rue Michelet, à Alger, ou aller le voir si on prend part au Congrès d'Alger.

N° 63. — Les lab. du Dr Roussel recherch. un doct. médecine français pour assurer représentat, dans un secteur de province (Sud-Est) avec point d'attache à Marseille. Les confr. sont invités à poser leur candidat. par lettre adressée 89, r. du Cherche-Midi, Paris (6e).

N° 64. — Dr Algan, d'Epinal (Vosges), demande à acheter d'occas. squelette entier bon état. Faire offres.

N° 65. — A céder belle clientèle rurale chef-lieu canton Côte-d'Or. 23 communes à desservir. Ch. de fer, P. T. T., chasse et pêche. Fixes importants. Prix à débattre.

N° 66. — Pour raison santé, cllient. ancienne d'O. R. L. à céder dans grande ville Côte-d'Azur. Très bonnes conditions.

N° 67. — A louer gr. propriété au-dessus baie Mt-St-Michel, 21 p., communs, parc 2 ha, potager, verger, climat. except., 80 m. mer. Conviendr. à préventorium, maison repos, colonie vacances, etc. S'ad. 9, rue Marcel-Renault (17e) et chez Me Grenet, rue des Moulins, Granville (Manche).

N° 68. — Dr disposant capitaux cherche situat. médic ou paraméd. Paris, banlieue.

N° 69. — Jne doct. franç. meilleures référ., cherche long remplace. en vue succession, de préfér. en Bretagne.

N° 70. — Emmènerais auto un ou deux confr. pêcheurs saumon ou truite dans région Pyrénées 25 mars, 4 avril. Dr Gaudichon, Pacy-sur-Eure.

N° 71. — Jne doct. ayant exercé pendant deux ans à la campagne, cherche remplacem. toute durée, toute région.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet BREITEL & GORET

1, rue Dante, Paris (5e). Tél. : Odéon 36-46

Normandie. Gros bourg et environs. Bonne clientèle, possibil. pro-pharmacie. Faible indemnité. Très urgent pour cause santé.

150 km. Paris. Import. chef-lieu canton. Belle clientèle (centre industriel), maison avec conf., jardin. Prix 40.000, 25.000 cpt.

Franche-Comté. Belle résidence. Seul médecin. Fixes transmissibles. Prix 20.000 cpt. à débat.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.** *Elections.* — MM. Austregesilo (de Rio-de-Janeiro) et Le Sage (de Montréal) sont élus correspondants dans la première division (*médecine et spécialités médicales*).

— **Hommage au professeur E. Leclainche.** — Une cérémonie, organisée par le Syndicat national des vétérinaires, aura lieu le jeudi 18 mars 1937, à 17 heures, à la Maison des vétérinaires, 28 rue des Petits-Hôtels, Paris (Xe), en l'honneur du professeur E. Leclainche, directeur honoraire des services vétérinaires au Ministère de l'Agriculture, directeur de l'Office international des Epizooties, à l'occasion de son 75e anniversaire et de son accession à la Présidence de l'Académie des Sciences.

— **Amicale des médecins parisiens de Paris.** — Le 64e dîner de l'Amicale a eu lieu le 18 février, au restaurant de La Cigogne, sous la présidence du Docteur Aubertin.

Par suite de la démission, pour raison de santé, du Docteur Bongrand — élu par acclamations secrétaire général honoraire au précédent dîner — le Docteur Thuillant indiqua les noms des nouveaux candidats.

Il fut raconté — comme de coutume — de bien amusantes histoires, confirmant ainsi qu'« il n'est bon bec que de Paris ».

Etaient présents : les Docteurs Aubertin, Baillière, Blondel, Capette, Chatellier, Denicker, Doin, Dufour, Fège, Fouineau, Gallet, Gérard (Léon), Girard (Lucien), Grollet, Guebel père, Jodin (R), Jousset, Le Clerc, Le Normand, Mlle Lévy, Lutaud, Luys, Merville, Mock, Molina, Prost, Talheimer, Thuillant, Tixier, Trèves, Valentin, Veil (Prosper), Vitry.

Pour tous renseignements consernant cette Amicale s'adresser au Secrétaire Général : Docteur Thuillant, 43 rue de Rennes, Paris (VIe).

— **Prix Etienne Taesch.** — Donation faite par Mme Constance-Françoise Nicolay, sa veuve. — Ce prix est décerné annuellement à un docteur en médecine français ou à un étudiant en médecine français, de préférence ancien interne ou interne des hôpitaux, âgés l'un ou l'autre de moins de trente ans ,ayant peu de ressources, dont il paraît utile pour la science de favoriser les recherches scientifiques.

Les candidats au prix Etienne Taesch doivent faire acte de canditature avant le premier juin de chaque année, par lettre adressée au secrétaire général de l'Association Française d'Urologie.

Ils joindront à leur candidature la liste des travaux déjà publiés par eux et le texte original de ceux de ces travaux qu'ils jugent particulièrement dignes de retenir l'attention du jury.

Les candidats devront joindre également à leur candidature un aperçu sur les recherches qu'ils ont l'intention de d'effectuer.

Ils s'engageront, si le prix leur est décerné, à publier dans les deux ans qui suivront la proclamation du prix, un travail sur ces recherches et sur leurs résultats.

Ce travail ou un résumé pourra être publié à la suite des comptes rendus du Congrès Annuel de l'Association Française d'Urologie.

Le prix sera publiquement décerné pendant l'Assemblée générale du Congrès de l'Association.

Pour l'année 1937, le Prix Etienne Taesch sera de 7.000 francs. Adresser les inscriptions avant le 1er juin 1937, à M. le Dr L. Michon, secrétaire général de l'Association Française d'Urologie, 40, Rue Barbet-de Jouy, Paris 7e.

— **Faculté de médecine de Bordeaux.**— M. le Professeur CELESTINO DA COSTA, doyen de la Faculté de médecine de Lisbonne, fera le lundi 15 mars, à 17 heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux, une conférence sur *Les conceptions modernes du fonctionnement nerveux et leurs bases morphologiques.*

— M. le Professeur Pierre MAURIAC, doyen de la Faculté de médecine, a fait à Mons et à Bruxelles, les 6 et 9 mars 1937, une conférence sur *Charles Nicole.*

— **Association amicale des cardiaques.** — Cette œuvre sociale (Docteur LIAN, président-fondateur) vient de tenir son Assemblée générale à l'Hôpital Tenon, sous la présidence du Docteur LECLAINCHE, représentant M. le Ministre de la Santé publique.

L'œuvre a récemment reçu sa consécration dans la reconnaissance d'utilité publique qui lui a été conférée par le Conseil d'Etat. Par sa constitution originale, elle n'est pas seulement formée de membres bienfaiteurs (20 francs à 100 francs par an) ; ses membres les plus nombreux (actuellement plus de 1200) sont, en effet, des cardiaques de situation modeste appelés à bénéficier des secours de l'Association et versant une cotisation minime (5 à 20 francs par an). Dans cette constitution même, les cardiaques puisent un grand réconfort moral; ils sentent qu'ils font partie d'une grande famille ; ils savent que, s'ils ont besoin d'un secours, il leur suffira de s'adresser à leur Association.

Grâce à des subventions, à une excellente gestion et à des concours bénévoles, l'Association a pu distribuer 30.000 francs de secours en 1936. Elle fournit chaque semaine une femme de ménage aux femmes cardiaques. Elle envoie les cardiaques en convalescence, a organisé une colonie de vacances pour enfants cardiaques. A l'hôpital Tenon, elle a un centre d'orientation professionnelle et de leçons particulières pour les enfants et adolescents cardiaques, qui complètent leur instruction et sont adressés aux écoles d'apprentissage. Les cardiaques adultes

sont envoyés dans des ateliers spéciaux où ils apprennent un nouveau métier peu pénible. Un véritable bureau de placement a été organisé. Un service de travail à domicile fonctionne régulièrement (8.500 francs de secours-travail ont été ainsi distribués en 1936). On distribue des médicaments aux malades nécessiteux. Une séance de traitement a lieu chaque soir à l'hôpital Tenon où les ouvriers cardiaques se rendent après leur journée de travail. Enfin deux matinées récréatives et instructives sont offertes chaque année aux membres de l'Association.

Aussi cette œuvre, fondée il y a six ans, voit-elle le nombre de ses membres augmenter avec rapidité, non seulement à Paris et dans le département de la Seine, mais aussi en Province.

— **Œuvre de préservation de l'enfance contre la tuberculose** (œuvre Grancher). — La 34e Assemblée générale annuelle de l'Œuvre de préservation de l'enfance contre la tuberculose aura lieu à l'Institut Pasteur, 25, rue du Docteur-Roux (15e), à Paris, salle de la Bibliothèque, le jeudi 18 mars 1937, à 17 heures, sous la présidence de M. Henri Sellier, ministre de la santé publique, assisté de M. le Docteur Dézarnaulds, sous-secrétaire d'Etat à l'Education physique, président de la filiale du Loiret.

— **Ligue nationale française contre le péril vénérien.** Cours *de Service social antivénérien pour les infirmières, les assistantes sociales et les personnes s'intéressant à la lutte contre les maladies vénériennes.* — Ce cours aura lieu du 26 avril au 1er mai 1937, à l'Institut Alfred-Fournier, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (XIVe), et à la Clinique Baudelocque. Droit d'inscription : 10 francs. Pour renseignements, s'adresser à la Ligue, 25 boulevard Saint-Jacques.

— **La fédération intersyndicale des maisons de Santé de France** croit devoir attirer particulièrement l'attention des médecins directeurs ou propriétaires de maisons de santé privées sur les modalités d'application de la nouvelle loi sur le chiffre d'affaires ; de la loi sur la semaine de 40 heures ; de la loi de l'arbitrage obligatoire ; du nouveau règlement concernant le remboursement des frais d'hospitalisation aux assurés sociaux soignés en Cliniques privées ; et des divers décrets intéressant les Cliniques selon leur spécialisation.

Tous les renseignements utiles, mis au point par le bureau et les Conseils de la *Fédération*, leur sont communiqués au fur et à mesure et selon leur spécialité. Maladies mentales, Tuberculeux, Chirurgie et Obstétrique, par l'un des trois Syndicats Nationaux spécialisés affiliés à la Fédération auxquels ils peuvent adhérer et dont voici les adresses : 1° *Syndicat national des directeurs et médecins de maisons de santé privées pour maladies nerveuses et mentales*, secrétaire général : Docteur Bussard, 8, avenue du 11 novembre, Bellevue (Seine-et-Oise) ; 2° *Syndicat national des sanatoria privés et agréés*, secrétaire général : Doc-

teur Chatard, Cambo-les-Bains (Basses-Pyrénées) ; 3° *Syndicat national des Maisons de Santé de médecine, de chirurgie, et d'obstétrique de France et des Colonies*, secrétaire général : Docteur Desgranges, 10, rue du Belvédère (Boulogne-sur-Seine).

— **Hopitaux de Tunis.** — Un concours aura lieu en avril à la Faculté de médecine de Paris pour les postes suivants : 1° Un poste de chirurgien de l'hôpital civil français à Tunis ; 2° Un poste de chirurgien à l'hôpital Sadiki ; 3° un poste de chirurgien à l'hôpital E. Conseil à Tunis ; 4° un poste de médecin à l'hôpital civil français de Tunis.

Les candidats doivent adresser avant le 20 mars 1937 une demande à la direction de l'intérieur à Tunis (service de la Santé publique).

Les pièces à fournir sont : 1° extrait de naissance (limite d'âge de 40 ans, plus durée des services militaires) ; 2° copie du diplôme de docteur en médecine ; 3° extrait du casier judiciaire et certificat de bonne vie et mœurs ne remontant pas à plus de trois mois ; 4° notice sur titres, travaux, services antérieurs.

— **Société des médecins inspecteurs des écoles de Paris et de la Seine.** *Réunion du 17 février* 1937. — M. Guilmain, instituteur dans une classe de perfectionnement, étudie les rapports du médecin scolaire et du maître dans ces classes. Il désirerait que l'inspection médicale soit assurée par un psychiatre, qui déciderait du maintien ou du renvoi des élèves.

Le Docteur Heuyer est d'un avis différent. Le médecin-inspecteur de l'école, dit-il, n'est chargé que du dépistage. Tout enfant soumis à son examen par le maître pour déficience mentale doit être adressé par lui dans un centre de psychiatrie avec tous les renseignements désirables.

Le médecin du centre lui envoie ensuite le résultat de ses observations sur la curabilité de l'affection et sur l'établissement dans lequel il conviendrait de placer le déficient.

Les Docteurs Grosset et Funck-Hellet présentent les critiques de la Circulaire du ministre de l'Education nationale sur les constructions scolaires. Ils regrettent que des règles sévères ne soient pas imposées aux municipalités qui n'ont, pour des raisons d'économies mesquines faites au détriment de la santé des écoliers, que trop de tendance à violer les règlements.

Le Docteur Laufer expose un projet de création d'une Association tendant à réunir tous les médecins scolaires français.

— **Ligue française contre le rhumatisme.** (Secrétariat : 2, rue Guynemer, Paris). — *Assemblée générale.* — L'Assemblée générale de la Ligue française contre le rhumatisme s'est tenue le mardi 23 février 1937.

Une réunion clinique a eu lieu le matin à l'hôpital Cochin, amphithéâtre de la Clinique du Professeur Marcel Labbé, ancien président et fondateur de la Ligue.

Une séance administrative a eu lieu l'après-midi à 16 heures, à la Faculté de médecine.

Au cours de cette Assemblée, le Professeur Laignel-Lavastine, président de la Ligue française contre le rhumatisme, a fait l'éloge funèbre du regretté Docteur Dausset, membre du Conseil de la Ligue.

L'Assemblée générale a été suivie d'une séance scientifique sur les manifestations rhumatismales de la colonne cervicale.

Premier rapport : Les manifestations vertébrales. M. J. Forestier. Discussion : MM. Coste, Hagueneau, Mathieu-Pierre Weil.

Deuxième rapport : Les manifestations extra-vertébrales. MM. Crouzon et Gaucher. Discussion : MM. Coste, Joltrain, Lacapère, Lance, Rœderer, Saidman, de Sèze, Terray, M.-P. Weil.

— **Hôpital Fondation de Rothschild,** (15, rue Santerre, Paris, (XIIe). *Internat.* — Un concours pour la nomination de six internes titulaires et de trois internes provisoires s'ouvrira à l'hôpital de Rothschild le 12 avril 1937.

Conditions : seize inscriptions ou quatorze inscriptions et un an d'externat des hôpitaux de Paris.

Les internes titulaires sont nommés pour trois ans, et les internes provisoires pour un an. Entrée en fonctions le 1er mai.

L'hôpital comprend des services hospitaliers de médecine, chirurgie, maternité et des services des consultations.

En 1936, 2.200 malades ont été hospitalisés et 18.400 malades sont venus aux consultations.

Pour les inscriptions au concours et pour tous renseignements, s'adresser au Bureau de la Direction, 15, rue Santerre (XIIe), de 9 heures à 12 heures (dimanche excepté).

Le registre des inscriptions sera clos le 31 mars à midi.

— **Le XIe Bal de la médecine.** — Le XIe Bal de la médecine a eu lieu le mercredi 3 mars, veille de la Mi-Carême, au Centre Marcelin-Berthelot (Maison de la Chimie).

Le succès du Bal a dépassé celui des années précédentes. Les dames et les jeunes filles qui étaient accourues en foule, rivalisaient de goût dans leurs élégantes toilettes.

M. le Docteur Siredey, ancien président de l'Académie de médecine, président de la Société F. E. M., a reçu M. Albert Lebrun, président de la République qui, accompagné du sous-secrétaire d'Etat aux loisirs, M. Léo Lagrange, a assisté au concert auquel il s'est tout particulièrement intéressé.

Le bal a été fort animé et le souper, organisé par le Docteur de Pomiane et servi par de charmantes jeunes filles de familles médicales, a eu son succès habituel.

La Société des femmes et enfants de médecins

(F. E. M.), bénéficiera du produit de cette belle fête, dont le mérite de l'organisation revient aux dames du Comité et, en particulier, de Madame Jayle qui, depuis l'origine, se dévoue au succès du Bal de la Médecine. Ce dont le Corps médical ne saurait lui être trop reconnaissant.

— **Nécrologie.** — Le Docteur Pierre PECKER, de Saint-Germain-en-Laye. — Nous avons appris avec tristesse le décès du Docteur Pierre PECKER, de Saint-Germain-en-Laye.

Le Docteur P. Pecker s'installa en 1892 à Maule, en Seine-et-Oise. Ami de notre prédécesseur, le Docteur H. Jeanne, qui exerçait alors à Meulan, il collabora avec lui à l'organisation de l'hygiène par les médecins dans cette région.

Le Docteur Pierre Pecker, en Assistance et en Hygiène, fut un précurseur ; il contribua puissamment à la fondation et au fonctionnement de l'*Association des Dames mauloises*, société qui organisa dans la commune de Maule, l'*Assistance à domicile des femmes en couches* et distribua les *Trousseaux maternels*.

Le *Concours Médical* dont le Docteur Pierre Pecker fut toujours un ami, adresse à sa famille et en particulier au Docteur André Pecker, de Paris, l'expression sincère de sa vive sympathie et de ses profonds regrets.

Nous publierons dans le prochain numéro, un article de notre collaborateur, le Docteur Ichok, sur l'œuvre du Docteur Pecker.

A TRAVERS L'OFFICIEL

23 FÉVRIER

Enseignement de la médecine

La chaire de clinique ophtalmologique de la Faculté de Strasbourg est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à partir de la publication à l'*Officiel*, est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

Fiscalité

Décret du 20 février 1937 relatif à la constitution des Commissions techniques de taxation instituées en vue de l'établissement de l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales.

Art. 1er. — Pour chacun des membres de la Commission visée à l'article 87 du Code général des impôts directs, il peut être désigné, dans les conditions prévues au paragraphe 1er dudit article, un ou plusieurs suppléants.

Art. 2. — Les sections que la Commission est autorisée à constituer en vertu du paragraphe 2 de l'article 87 du Code général des impôts directs, modifié par l'article 32 de la loi du 31 décembre 1936, doivent comprendre :

Le président de la Commission ou un juge désigné pour le suppléer.

Un inspecteur principal ou un inspecteur des Contributions directes.

Deux des fonctionnaires visés au troisième alinéa du paragraphe 1er de l'article 87 du Code précité.

Deux contribuables désignés, l'un par le Directeur des Contributions directes parmi les répartiteurs du chef-lieu de département, l'autre par les Chambres de discipline ou Associations professionnelles parmi les représentants de la profession intéressée.

Pour la constitution de ces sections, il peut être fait appel aux membres suppléants.

Asiles publics d'aliénés

Mme le Docteur Piquemal-Lévêque, médecin-chef de service à l'Asile public d'aliénés de Limoux (Aude), a été nommée, sur sa demande, médecin directeur de l'Asile public d'aliénés de Braqueville, (Haute-Garonne).

Sanatoriums publics

M. le Docteur Gourfinkel, médecin directeur du Sanatorium de la Meynardie (Dordogne), a été nommé, sur sa demande, médecin directeur du sanatorium de Plougonven (Finistère).

M. le Docteur Calvet, médecin adjoint des sanatoriums publics, a été nommé médecin directeur stagiaire au sanatorium de la Meynardie (Dordogne).

Mlle le Docteur Rénié, médecin adjoint au Sanatorium interdépartemental d'Hauteville (Ain), a été nommée, sur sa demande, médecin adjoint au sanatorium de la Bucaille, à Aincourt (Seine-et-Oise).

Mlle le Docteur Roche, médecin-adjoint au sanatorium de Plougonven (Finistère), a été nommée, sur sa demande, médecin adjoint au sanatorium interdépartemental d'Hauteville (Ain).

M. le Docteur Lasserre, médecin adjoint au sanatorium d'Helfaut (Pas-de-Calais), a été nommé médecin adjoint au sanatorium du département du Rhône à Saint-Hilaire-du-Touvet (Isère).

M. le Docteur Lansac-Fatte a été nommé médecin adjoint au sanatorium de Plougonven (Finistère).

Mlle le Docteur Peraud a été nommée médecin adjoint au sanatorium de Plougonven (Finistère).

Service de santé de la Marine militaire

Instruction relative à l'admission à l'Ecole principale du Service de santé de la Marine en 1937

Cette instruction sera publiée ultérieurement.

24 FÉVRIER

Service de santé militaire

Décret du 10 février 1937 portant réorganiasation du Comité consultatif de santé

Ce décret sera publié ultérieurement.

25 FÉVRIER

Service de santé de la marine militaire

Avis relatif aux incorporations en avril 1937 dans le Service de santé de l'armée de mer

Un certain nombre d'étudiants en médecine, possédant au moins douze inscriptions validées, pourront, sur leur demande, être incorporés dès avril prochain dans l'armée de mer en qualité d'élèves médecins auxiliaires.

Les étudiants admis accompliront six mois de service en qualité de matelots infirmiers. Ils pourront, aux termes de cette période, être nommés au grade de médecin auxiliaire. Après un an de service, le grade de médecin de 3e classe de réserve pourra leur être conféré s'ils possèdent ou obtiennent le diplôme de docteur en médecine.

Les demandes d'incorporation devront être adressées avant le 15 mars 1937, au ministère de la Marine militaire (bureau du recrutement et des réserves), accompagnées des pièces suivantes :

a) Pièces officielles établissant la situation universitaire ;

b) Certificat de position militaire délivré par le bureau militaire de recrutement dont dépend chaque intéressé ;

c) Certificat médical constatant l'aptitude au service de la flotte (à faire établir soit par un médecin de la marine dans un port militaire, soit par un médecin de l'armée dans une ville de garnison).

Syndicat des médecins de la Seine et des communes limitrophes

Un médecin meurt, victime du devoir professionnel

Le dimanche 14 février 1937, le Docteur Edouard DUBOS, exerçant à Paris, 135, rue de Vanves, est appelé d'urgence auprès de l'enfant N..., rue du Moulin-Vert.

Il constate une diphtérie et fait conduire immédiatement l'enfant à l'hôpital des Enfants-Malades, où l'examen clinique et bactériologique confirme son diagnostic.

Au cours de l'examen, l'enfant tousse, et le Docteur Dubos reçoit à la figure des particules de salive infectée.

Le mercredi 17 février, le Docteur Dubos qui, malgré un état fébrile datant de la veille, a continué néanmoins à soigner courageusement ses malades, s'alite.

Il est vu le jeudi soir, 18 février 1937, par son confrère, le Docteur Philippe Tran-Ba-Huy, 134, boulevard Brune, Paris (XIVe). Ce dernier constatant l'existence d'une diphtérie hypertoxique avec cou proconsulaire, pratique immédiatement une injection de sérum. Il reste auprès du Docteur Dubos jusqu'à minuit, et inquiet, revient avec le Docteur Pierre Crébessac, 156, avenue d'Italie,

Voir la suite page LXIII-821

PROPOS DU JOUR

AUX VOIX LATINES

Impressions de voyage d'un chirurgien français, d'un latin en U. R. S. S.

C'est M. le Docteur Jules ABADIE, chirurgien de l'Hôpital civil d'Oran, membre correspondant de l'Académie de médecine et membre d'honneur de l'Union médicale latine (UMFIA), qui a fait dans le grand amphithéâtre de l'Institut océanographique, sous la présidence de M. Georges DUHAMEL, de l'Académie française, la dernière conférence des *Voix latines*. Le sujet était : *Impressions de voyage d'un chirurgien français, d'un latin en U. R. S. S.*

Une fâcheuse laryngite, empêchant M. Georges Duhamel de parler, ce fut le Docteur DARTIGUES, président-fondateur de l'Union Médicale latine, qui présenta le conférencier au public très distingué et exceptionnellement nombreux qui remplissait l'amphithéâtre.

M. Jules Abadie, dit-il, est un grand chirurgien : il fut chef de clinique à Montpellier du Professeur Forgue qui inaugura brillamment, il y a quelques années, les conférences des *Voix latines*. Le Docteur Abadie qui est chirurgien du grand hôpital d'Oran, dirige un service remarquablement organisé et d'une grande importance. Depuis une trentaine d'années qu'il exerce, il a pratiqué au moins 18.000 opérations, et sa grande habileté l'a fait qualifier par le Professeur J.-L. Faure, de l'Institut, « le grand chirurgien de l'Afrique du Nord ». Pendant la guerre, bien que libéré de toute obligation militaire, le Docteur J. Abadie vint en France offrir ses services au Corps de santé militaire et obtint à grand peine d'être attaché à une formation du front où il rendit les plus grands services.

Le docteur J.-A. Abadie est un grand voyageur, il aime à observer, à juger par lui-même et à tirer des enseignements de ce qu'il a vu. Aussi se rendit-il en juin 1936 en U. R. S. S., seul, pour se rendre compte exactement et en toute impartialité de l'organisation de ce pays, sur laquelle tant d'opinions contradictoires ont été émises. Ses impressions d'un mois de séjour en U. R. S. S. font l'objet de la Conférence.

***

Le Docteur Jules Abadie est un homme simple, mince, de petite taille, mais d'allure élégante et distinguée. Dartigues nous a dit qu'il était un chirurgien émérite, nous le croyons sans peine, mais ce que nous pouvons affirmer, parce que nous l'avons constaté nous-même avec le nombreux auditoire d'élite qui était venu l'entendre, c'est que M. J. Abadie est un grand orateur et un très agréable conférencier.

Le Docteur J. Abadie a débuté par faire une sorte de confession. D'opinions très avancées, fréquentant même les milieux internationalistes de Montpellier durant ses études, il s'est rapidement aperçu en réfléchissant qu'il est nécessaire de faire partie de la nation dont on est originaire et de servir et d'aimer une patrie.

Après son voyage il n'a d'autre prétention que d'exposer ce qu'il a vu en toute bonne foi.

Pour bien voir, bien observer, juger en toute impartialité, il faut voyager seul, demeurer assez longtemps dans le pays qu'on veut connaître pour corriger peu à peu par des observations nouvelles, les premières impressions souvent trop vives en bien comme en mal.

Pour juger avec une parfaite objectivité en U. R. S. S., on se heurte d'abord à certaines difficultés : c'est l'incertitude sur la valeur des documents sur lesquels doit s'exercer votre critique, c'est l'absence de tout contrôle sur les chiffres des statistiques, et la limite étroite mise à l'observation des faits que vous êtes autorisé à voir.

Si l'on a le souci d'être impartial, il convient de pouvoir savoir, de pouvoir comparer pour apprécier. Tout le monde n'est pas à même d'apprécier de la même façon.

Un Russe des temps révolus ne pourra juger les choses comme un jeune communiste, modelé dès le berceau par une discipline du nouveau régime et qui, ne sachant comment on vivait avant la révolution et comment on vit au-delà des frontières de l'U. R. S. S., est dans l'impossibilité de baser son jugement sur des comparaisons. De même, un Français ne réagira pas de même, si les conditions de son existence laissent place à l'élégance de la vie que constitue le culte des idées, ou s'il est tenaillé chaque jour par l'anxiété de ne pouvoir assurer sa vie matérielle.

Après avoir indiqué son itinéraire et rappelé rapidement les spectacles souvent monotones que lui offraient les pays qu'il survolait, spectacles que bien des voyageurs ont déjà décrits, le Docteur Abadie cherche à dégager les dominantes de ce qu'il a admiré en U. R. S. S., car il n'a pas hésité à reconnaître, lui qui avait visité jadis l'ancienne Russie, que les Soviets ont réalisé des choses dignes d'admiration. L'ampleur et la rapidité semblent être les caractéristiques les plus indiscutables des créations vraiment gigantesques réalisées en U. R. S. S.

Ce qui frappe tout d'abord, c'est le souci de protection de l'enfant ; ce qui exige celle de la mère.

◆◆

Vient ensuite l'organisation de la lutte contre l'ignorance qui se manifeste comme une véritable fièvre, fièvre d'apprendre et d'enseigner. Et cela se manifeste partout, dans les universités, les écoles, au cours du soir, lors de la visite des musées où des gens du peuple sans culture écoutent avec un silence religieux les explications de moniteurs volontaires. Il en est de même dans les usines, dans l'armée qui est une vivante démonstration de l'effort fait pour lutter contre l'ignorance et donner à chacun un sentiment de dignité qui n'existait pas autrefois et que l'on constate aujourd'hui. De là, résulte un unanimisme dynamique, tout au moins apparent, à l'avantage de ce régime dont la devise est : Tous pour le peuple et par le peuple.

Mais, dès maintenant peuvent se manifester des inquiétudes. Sans doute, l'on peut admettre que la plupart des difficultés matérielles sont vaincues ou sur le point de l'être, mais le Docteur Abadie entrevoit des difficultés psychologiques inhérentes à la nature humaine qui commencent à apparaître et paraissent ouvrir une ère de malaise et de troubles.

Le système du stakanovisme qui crée des inégalités trop marquées des salaires en faveur des ouvriers qui produisent beaucoup, provoque des protestations dans les masses ouvrières imbues du principe communiste : A chacun selon ses besoins, et non à chacun selon le résultat de son travail.

En outre, la nouvelle constitution imposant des frais à chaque divorce, surtout s'il y a des enfants, frais qui sont fortement progressifs si le divorce se répète, rend en pratique le divorce difficile à réaliser. Or, les Russes qui n'ont pas le sentiment de la famille très développé, avaient pris l'habitude d'user et d'abuser du divorce. C'est une nouvelle cause de mécontentement.

Il en est de même de la pratique des avortements, sévèrement réglementée, dont on avait naguère apprécié les facilités.

L'établissement du suffrage universel effectif provoque l'opposition du « Parti » jusqu'alors tout puissant.

En somme, le régime soviétique paraît glisser vers un opportunisme imprécis qui se dégage des grands principes marxistes. Les menaces extérieures compliquent encore les difficultés auxquelles ont à faire face les dirigeants, pris entre l'action internationale du Komintern et la nécessité pressante d'organiser la défense nationale et d'en faire admettre la nécessité par le peuple. En somme, l'expérience bolchevique est en cours, évolue et est loin d'être terminée.

***

M. Abadie constate que de ce qu'il a observé en U. R. S. S., on peut tirer des enseignements, mais qu'il faut se garder d'adopter quoique ce soit. Il y a loin du génie latin, du français à la mentalité slave remaniée par le bolchevisme. La France est un pays homogène où les diverses races qui l'ont peuplée se sont fondues ; sa civilisation est très ancienne. Les Français ont l'esprit critique, parfois un peu trop ; ils sont jaloux de leur liberté et de leur individualité.

Qu'il y a -t-il de commun entre cette France, les pays latins et occidentaux et l'U.R.S.S., formée de plus de vingt peuples différents, de races disparates, parlant des langues différentes, de civilisation sommaire et récente à des stades divers de leur évolution.

L'admiration, d'ailleurs atténuée, manifestée au début de cette conférence pour les progrès que les Soviets ont rapidement effectués en Russie, trouve sa rançon dans la perte de la liberté, de toutes les libertés et à ce prix le progrès matériel est payé trop cher. M. Abadie montre l'atmosphère de suspicion, d'espionnage, de délation qui règne partout et que jamais on ne tolérerait en France. Chemin faisant, il dit un mot de l'armée russe qui paraît bien disciplinée et outillée, mais pourrait-elle efficacement aider la France et ne serait-il pas à craindre que notre pays fût la victime d'un premier choc dont bénéficierait ensuite l'U. R. S. S. Il faut se méfier des manifestations spectaculaires qui n'enthousiasment pas ceux qui se donnent la peine de réfléchir. On est loin de pouvoir faire descendre en parachute derrière les lignes ennemies un régiment avec ses armes, ses munitions et ses bagages. Le conférencier cite une anecdote caractéristique. Voulant étonner un attaché militaire par le nombre et la puissance de sa cavalerie, un maréchal soviétique fit exécuter une charge impressionnante. « Vingt-mille cavaliers ! » dit-il fièrement à l'officier étranger. « Vingt-mille morts ! » répliqua froidement ce dernier qui n'avait pas du tout été ébloui.

Le Docteur Abadie, après avoir donné ses impressions, adjure ceux qui président aux destinées du pays de sauvegarder, de créer même au besoin à nouveau un idéal commun à tous les Français, car sans idéal, il n'y a plus d'aptitude au sacrifice et sans cette aptitude, il ne saurait y avoir ni force, ni grandeur.

En terminant, le conférencier lit deux lettres qui lui ont été adressées : l'une émane d'un homme d'Etat d'un pays voisin, favorable à l'idéal bolchevique ; l'autre d'un Russe très instruit, qui compare et juge les soviets avec grande sévérité. Il y a quelque chose de vrai dans chacune de ces lettres qui peuvent donner aux auditeurs matière à des méditations personnelles.

Le conférencier qui avait été à diverses reprises très applaudi, fut l'objet d'une longue et enthousiaste ovation de tout l'auditoire.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

L'ÉPILEPSIE PSYCHIQUE TOXIQUE

Par MM.

H. Claude et J. Borel

Professeur de clinique Ancien chef de clinique
des Maladies mentales

La notion d'épilepsie psychique, indépendante des accidents convulsifs et considérée comme leur équivalent, n'entra pas dans la science du fait même de sa description. La plupart des auteurs nièrent d'abord son existence. L'épilepsie larvée, décrite par Morel, fut en butte aux mêmes critiques. Autant les accidents moteurs sont, en effet, aisément rattachés à l'épilepsie, et il faut reconnaître qu'ils constituent toujours le critère le plus sûr d'un état comitial, autant on hésite au diagnostic des accidents psychiques. Pourtant il a bien fallu admettre leur réalité ; il a bien fallu admettre aussi les cas, rares sans doute, d'épilepsie consciente et mnésique.

Il n'existe d'aileurs pas, entre les manifestations neurologiqus et mentales de l'épilepsie une séparation absolue. Plus exactement, si ces manifestations apparaissent sous des formes aussi éloignées les unes des autres que le sont par exemple des convulsions et des idées délirantes, elles n'en ont pas moins des caractères communs, une séméiologie générale commune. Le début soudain des accidents, leur brièveté, leur brutalité, leur disparition brusque, l'inconscience pendant l'accès et l'amnésie consécutive, enfin l'évolution paroxystique et la tendance à la stéréotypie, ces traits appartiennent à toutes les manifestations de l'épilepsie et solidarisent les deux groupes nerveux et mentaux de symptômes.

Les travaux contemporains ont montré dans la pathogénie de l'épilepsie l'intervention d'un facteur toxique humoral. Mais ce facteur, dont l'importance pathogénique paraît de premier ordre, ne fait pas sa preuve clinique. Il reste latent. Si donc, en définitive toute épilepsie requiert une origine toxique, on entend par épilepsie toxique celle qui se manifeste en concomitance avec une intoxication clinique décelable.

On connaît depuis longtemps l'épilepsie convulsive toxique et spécialement alcoolique. Le plus souvent, comme dans les cas envisagés par Gelma dans sa thèse sur les rapports de l'épilepsie latente avec l'alcoolisme, il s'agit d'épileptiques vrais, à crises rares ou atténuées et dont la maladie s'aggrave sous l'influence de l'alcool. Ou bien ce sont des traumatisés craniens, chez qui les crises apparaissent lorsqu'ils deviennent alcooliques. Mais il s'agit parfois de sujets non épileptiques ; à l'occasion d'une ivresse, ou au cours d'accidents aigus sur fond d'alcoolisme chronique, apparaît une crise d'epilepsie, avec perte de connaissance, convulsions, morsure de langue, urination et amnésie consécutive. La crise reste unique ou se renouvelle selon les excès ultérieurs.

L'alcool peut, dans les mêmes conditions, donner lieu à des manifestations d'épilepsie psychique. Mais les rapports entre l'épilepsie psychique et l'alcoolisme semblent avoir été peu étudiés. L'opinion des auteurs à leur égard reste le plus souvent imprécise, ils remarquent seulement les analogies d'aspect entre l'ivresse maniaque ou excito-motrice et la fureur épileptique. La plupart des ouvrages ignorent l'épilepsie psychique toxique. Dans le Traité de Ballet, Roubinovitch cite, à propos des accidents d'alcoolisme aigu, l'ivresse amnésique, décrite par d'anciens auteurs sous le nom de somnambulisme alcoolique, épisode d'activité automatique pouvant durer plusieurs jours, avec inconscience et amnésie ; mais il n'envisage pas sa parenté avec l'épilepsie. En revanche, Duthil dit très bien que « les équivalents peuvent se rencontrer chez des malades atteints des diverses variétés de l'épilepsie (forme convulsive et vertigineuse) et cela, quelle qu'en soit l'origine (traumatisme, alcool, syphilis) ». Il n'insiste pas davantage sur les manifestations psychiques de l'épilepsie alcoolique.

P. Garnier, qui étudie dans son livre sur « la folie à Paris », les ivresses pathologiques, rapproche au point de vue clinique l'ivresse excito-motrice de l'épilepsie. « C'est une véritable décharge motrice engendrant l'irrésistibilité de l'impulsion, déchaînant cette fureur aveugle

automatique qui s'attaque frénétiquement aux êtres et aux choses, brise, frappe et tue, dans un paroxysme de folie destructive. Par la soudaineté de l'invasion ; c'est un vertige qui n'est pas sans analogie avec la propulsion vertigineuse comitiale ». Mais Garnier distingue complètement cette *furor a potu* de l'épilepsie.

Dagonet décrit encore l'ancienne *folie transitoire* liée à l'ivresse, au cours de laquelle apparaissent des impulsions irrésistibles, suicide, homicide, incendie. Dans l'alcoolisme chronique, il signale le délire impulsif, souvent associé à des attaques convulsives. Mais il ne fait aucun rapprochement entre ces états et l'épilepsie. Les traités de Marcé, de Falret restent muets sur l'épilepsie toxique.

Magnan seulement, dans ses *Leçons cliniques*, rapporte l'observation d'un homme devenu épileptique par suite d'excès d'absinthe, qui présente par moments un délire transitoire et inconscient dont il ne conserve nul souvenir alors qu'il se rappelle parfaitement ses hallucinations liées à l'alcoolisme » ; et il ajoute que « dans l'épilepsie, acquise, les choses se passent absolument comme dans l'épilepsie congénitale ». Il est étonnant que Magnan, qui s'est particulièrement intéressé aux alcooliques, aux épileptiques et aux dégénérés, n'ait pas davantage insisté sur les rapports de l'alcoolisme avec l'épilepsie à forme mentale.

L'épilepsie psychique toxique est réalisée par l'apparition de manifestations délirantes de type comitial, en rapport direct avec des excès toxiques. Comme pour l'épilepsie convulsive, il peut s'agir d'épileptiques avérés ou larvés, dont les troubles s'aggravent sous l'influence de l'alcool. Mais il peut s'agir également de sujets non-épileptiques, chez lesquels seul le toxique détermine l'apparition des troubles ; en dehors du toxique, ils ne présentent jamais d'accidents quelconques de nature comitiale.

Ces cas sont les plus intéressants par les considérations d'ordre clinique et médico-légal auxquelles ils donnent lieu, et ce sont eux que nous allons spécialement étudier, en en rapportant plusieurs observations.

***

OBSERVATION I. — Fais., 25 ans. — Cuisinier à Colmar ; entre à la Clinique à la suite des événements suivants. Deux mois auparavant, un jeudi, son patron le renvoie. Inquiet des reproches que lui ferait son père, il ne rentre pas à la maison, erre pendant deux jours, couche à l'hôtel. Le samedi matin, il se réveille avec la vision de son père mort. Il le voit sur son lit, des gens en pleurs autour de lui, tous en deuil. Cet épisode est mnésique, mais la période qui suit serait totalement amnésique. Il va acheter un costume de deuil, puis une couronne ; se rend au cimetière. Et là, à 5 heures du soir, brusquement, il revient à la réalité. Un ami est auprès de lui. Etonné, il lui demande ce qu'ils font. L'ami lui raconte qu'il l'accompagne, que Fais, est allé le chercher en lui disant que son père était mort ; l'ami lui précise toutes les démarche qu'ils ont faites dans la journée, jusqu'à l'insertion de l'annonce du décès dans un journal local.

La journée du dimanche, il la passe chez des amis qui lui trouvent un visage bouleversé. Le lundi, il part brusquement, de façon impulsive. Il fait quarante kilomètres à pied et arrive à Strasbourg emprunte une bicyclette et se rend à Haguenau où il a des oncles ; ceux-ci sont absents. Il se sent dans un état marqué d'impatience, d'énervement, ne peut rester en place.

Il décide d'aller à Paris. Il arrive à Saverne, descend à l'hôtel où il prend une chambre et deux repas et s'en va sans payer, en quittant la bicyclette à l'hôtel, dans l'espoir, dit-il, qu'on la renverra à son propriétaire, mais, en réalité, pour partir sans éveiller l'attention. Il emprunte une autre bicyclette à un loueur, arrive à Sarrebourg et recommence ; laisse sa bicyclette à l'hôtel et part sans payer ; il n'avait d'ailleurs aucun argent. Il loue une autre bicyclette, se rend à Lunéville, descend à l'hôtel, part sans payer, laissant toujours sa bicyclette, en emprunte une autre à un loueur et arrive à Toul. Il mange et dort à l'hôtel, laisse sa bicyclette, en loue une autre et arrive à Châlons ; à l'hôtel il laisse encore sa bicyclette volée en guise de paiement, veut en emprunter une autre, mais le loueur exigeant des arrhes, il va prendre un taxi, se disant représentant de commerce pressé de rentrer à Paris. A Paris, il invite à dîner, le chauffeur et à la fin du repas, s'esquive du restaurant par la porte du fond.

Le voyage avait duré trois jours.

Le lendemain, il était arrêté, sur la plainte d'un hôtelier qui l'avait surpris dérobant une serviette et avait réclamé d'être payé. Conduit à la Santé ; Fais, aurait fait une tentative de suicide, consciente et intentionnelle, en essayant de s'étrangler avec un lacet de soulier. Auparavant, libre dans Paris, il aurait tenté de se jeter dans la Seine. La sincérité de ces deux tentatives reste fort douteuse.

Il est envoyé à l'Asile avec un rapport d'expertise qui conclut : inculpé de vol, abus de confiance, filouterie, a commis les faits qui lui sont reprochés au cours d'un état confusionnel avec onirisme, craintes imaginaires, visions terrifiantes, anxiété, errance, vagabondage, actes étranges et inconsidérés. Aurait fait deux tentatives de suicide. Aurait annoncé faussement la mort de sa femme, puis celle de son père et commandé les vêtements de deuil et même leur cercueil. Attitude bizarre et discordante. Possibilité de schizophrénie.

A l'examen, Fais. apparaît calme, docile, placide, attentif, syntone, sans aucune discordance ; la présentation sera toujours la même pendant tout le temps de l'observation ; on note seulement un certain degré d'hyperémotivité avec sensiblerie.

De sa fugue, il dit qu'il savait fort bien ce qu'il faisait, mais se sentait énervé ; il avait l'idée de retrouver sa femme à Paris, mais sans but fixe ; il agissait sans réflexion, rien ne l'obligeait à venir à Paris ; il volait les bicyclettes, car c'était le seul moyen d'avancer. S'il a le souvenir complet de sa fugue, en revanche, il ne se rappelle pas ce qu'il a fait d'anormal dans les jours précédents, c'était une autre période ; il ne le sait que parce qu'on le lui a dit. Il a cependant le souvenir de la vision de son père mort, au réveil. C'est à partir du moment où il s'est levé qu'il n'a plus aucun souvenir des actes de la journée.

Un épisode analogue se retrouverait en 1931. A la suite d'une émotion, d'ailleurs banale (il apprend par un coup de téléphone qu'une cousine malade a été conduite à l'hôpital), il serait tombé sans connaissance.

Deux jours après, à son réveil, il eut la conviction que sa femme, domiciliée à quelques kilomètres, était morte ; il prit un taxi et se fit conduire chez ses beaux-parents où il eut la surprise de trouver sa femme en bonne santé.

Depuis trois ans, d'autres manifestations ont eu lieu. En 1931, à la suite d'une discussion avec sa femme, il tomba sans connaissance. Deux jours après, il dut s'aliter, dans un état d'agitation anxieuse ; il voyait de grosses bêtes qui ne ressemblent à aucun animal connu.

A plusieurs reprises, il a eu des troubles du sommeil, des cauchemars, des zoopsies, tigres, rats, serpents ; il se réveillait en sursaut, anxieux et couvert de sueurs. Parfois, rêvant qu'il descendait un escalier, il se serait réveillé en train de se lever et de marcher et il y aurait là une ébauche de somnambulisme.

Fais. allègue, en outre, des crises nerveuses constituées par une chute avec perte de connaissance. Depuis l'âge de 19 ans, il en aurait eu quatre. Ces crises surviennent toujours à la suite d'une émotion, une contrariété, en général une discussion. Sans caractère précis, elles ne s'accompagnent ni de morsure de langue, ni d'urination, ni de convulsions. Il n'a jamais présenté de crise comitiale franche ; jamais de fugue inconsciente et amnésique.

Fais. se révèle comme un déséquilibré, instable, mythomane, hypomoral et occasionnellement alcoolique A 14 ans, il a appris le métier de cuisinier. Il a fait de très nombreuses places, souvent congédié.

Vaniteux, menteur, il aime raconter des histoires à ses camarades, bluffer ; il les invite au restaurant, quand il a de l'argent, faisant ostensiblement le grand seigneur. Il fait croire qu'il est instruit, qu'il a fait ses études au lycée, qu'il a des brevets.

Il s'est marié avec une femme légère dont il venait de faire la connaissance dans un bal et qui le quitta au bout de quelques mois.

Il a subi deux condamnations, la première en 1927, à trois mois de prison avec sursis, pour vagabondage et vol ; la deuxième en 1934, pour grivèlerie, à 25 francs d'amende.

Il boit un litre de vin et deux litres de bière chaque jour et se livre épisodiquement à des excès d'apéritifs.

Au point de vue physique, pas de stigmates de dégénérescence, cœur normal, tension artérielle 13-8, tendance au pouls lent, de 50 à 60. Pas de signe neurologique. Sang et liquide céphalo-rachidien normaux. Absence du testicule droit.

Dans les antécédents héréditaires, on relève, chez la mère, un goitre avec exophtalmie ; un frère interné pendant un mois à l'Asile de Rouffach, pour des troubles du caractère, également cryptorchide.

En somme, on trouve dans cette observation d'abord des épisodes amnésiques ; l'un au moins est connu, qui précéda la fugue à Paris. Il représente un état second. A vrai dire, quelque chose étonne dans cet état, c'est l'allure coordonnée, rationnelle de l'activité automatique : vêtements de deuil, achat de la couronne, visite au cimetière. Mais il n'est pas exceptionnel, d'observer des activités comitiales d'allure consciente, logique et volontaire. Précédant l'épisode amnésique, se situe la vision du réveil, mnésique ; on peut admettre qu'elle représente une aura et, en ce sens, le souvenir est légitime. Il faut noter que depuis quelques jours Fais. était fortement préoccupé au sujet de son père, dont il avait peur. Les psychanalistes pourraient voir dans ce rêve pathologique le désir de la mort du père. Le surlendemain survient la fugue consciente et mnésique, avec sa délinquance à répétition. Il ne paraît pas possible de 'assimiler aux états comitiaux conscients et mnésiques ; ependant, elle a eu lieu sans but précis et utile, sorte l'idée obsédante et de besoin impulsif de marcher, de se éplacer, au cours d'un état de malaise, d'inquiétude, d'énervement et d'insomnie.

Antérieurement, on relève des troubles du sommeil, avec zoopsies, une ébauche de somnambulisme, un épisode de délire onirique. Enfin, quelques crises nerveuses, constituées par une simple perte de connaissance, et survenant toujours à la suite d'une contrariété. Quoiqu'il soit indiscutable que l'émotion puisse déclencher une crise d'épilepsie, l'absence de tout caractère précis, l'absence d'une seule crise authentique, la constante étiologie émotive ne permettent pas de les considérer comme de nature épileptique.

L'étiologie toxique de la plupart de ces troubles (zoopsie, onirisme, etc.), est évidente ; l'épisode amnésique et la fugue consciente se rattachent à la même étiologie. C'est après une période préparatoire, sorte de période d'incubation, pendant laquelle à des excès relatifs, mais constants se sont ajoutés des excès supplémentaires à l'occasion de l'oisiveté et de l'inquiétude, qu'ont éclaté les troubles. Ceux-ci se présentent avec une expression clinique particulière, de type comitial.

Sans l'alcool, Fais. n'est pas épileptique. Il n'a jamais présenté de crise caractéristique ; au cours d'une observation de plus de deux mois, on n'a constaté aucun trouble ; l'épreuve du gardénal est restée négative.

En revanche, Fais. est un déséquilibre instable, hyperémotif, mythomane et pervers, avec appétence toxicomaniaque. Sur ce terrain prédisposé aux épisodes délirants de toute forme, le toxique détermine une ivresse délirante au cours de laquelle se constitue un syndrome d'épilepsie psychique.

Observation II. — Tan., 47 ans, entre à la Clinique, venant de la Santé où on l'avait conduit deux mois auparavant pour menaces de mort à l'égard de son ex-femme. Il est interné après un rapport d'expertise qui dit : « troubles mentaux caractérisés par des impulsions intermittentes plus ou moins incoercibles, notamment aux fugues et aux meurtres. Paraît présenter des symptômes d'épilepsie larvée, tels qu'absences, malaises, vertiges, troubles du caractère ».

Tan. est né en 1887, dans l'Ain. Il fréquenta peu l'école, devint jardinier. Instable, il quittait facilement son emploi, sans raison. C'était quelque chose de plus fort que lui ; butté, il ne revenait jamais. Il fit plusieurs fugues, plus ou moins motivées, mais conscientes. A 24 ans, on l'arrêta à Paris, pour vagabondage ; il avait quitté son emploi à Lyon, avait dépensé tout son argent dans la capitale et essayait de prendre le train avec un simple billet de quai.

Tan. présente, en réalité, des troubles du caractère. Extrêmement susceptible, jaloux et méfiant, il n'acceptait aucun reproche, restait boudeur et silencieux pendant des jours ou partait brusquement. Jeunes, déjà quand il voyait deux personnes parler entre elles, il avait l'impression qu'on disait du mal de lui.

Pendant la guerre, il devient caporal, sergent, adjudant. Dans cette période se produisent à quelques mois d'intervalles deux épisodes d'automatisme ambulatoire d'allure comitiale. En 1915 étant adjudant, il quitte le mess, un soir ; on le voit errer autour du village puis il disparaît et le lendemain, on le retrouve dans une maison où il avait séjourné un mois auparavant. Il reprend sa connaissance à l'hôpital militaire ; sa fugue est totalement inconsciente et amnésique ; il ne connaît que ce qu'on lui a raconté.

En 1917, toujours adjudant, il se retrouve dans sa famille, dans l'Ain, sans permission. La conscience lui revient le second jour. En instance de conseil de guerre, on le déclare irresponsable après expertise et on l'envoie à Maison-Blanche d'où il rejoint son dépôt après un séjour d'un mois.

Dans les deux cas, Tan. avait commis des excès de boisson dans les heures qui précédèrent la fugue. Celle-ci survint chaque fois à la fin d'une journée où il n'était pas de service et qu'il avait consacrée aux libations.

En 1917, il fait connaissance de sa femme, infirmière

à l'hôpital, où on l'avait admis après sa fugue, et se marie en 1918. Sa femme nous donne sur son caractère et son comportement, des renseignements plus précis et moins favorables qu'il ne veut les donner lui-même.

Trois jours après son mariage, un matin, pour un motif futile, un bouton mal fixé à son vêtement, il entre dans une colère terrible, bat sa femme, la jette à terre. Les voisins accourant, il s'enfuit, reste deux jours dehors, revient et demande pardon. Mais le ménage a été un enfer.

Jaloux, il s'imaginait que tout le monde courait après sa femme ; les scènes et les coups ne cessaient pas. Il buvait, tout seul, dans l'après-midi par exemple, trois à quatre litres de vin et de l'alcool. Sa femme le retrouvait en état d'ivresse ; si elle faisait la moindre observation, il entrait en fureur, l'injuriait, la battait. Une fois, il tenta de l'étrangler avec une ficelle. Elle fut obligée de partir ; elle revint, espérant qu'il changerait. Il avait, d'ailleurs, d'assez bonnes périodes, jurait de ne plus recommencer.

Démobilisé, il entre comme magasinier dans une usine à Clichy, y reste trois ans, mais est renvoyé pour cause d'ivresse. Dans sa nouvelle place, il demeure sept ans. Il montrait, en effet, de grandes qualités au travail ; orgueilleux, très fier de la tenue de son magasin, il faisait l'important, se croyait quelqu'un, se prenait pour le patron, dit sa femme. Mythomane et extrêmement vaniteux, il inventait pour ses camarades d'occasion, toutes sortes d'histoires ; voulait passer pour un grand personnage, portait beau, s'habillait avec recherche. Il faisait croire qu'il avait voiture et château. Dans les réunions d'anciens combattants, il prenait la même attitude, faisait le généreux, se dévouait ; il s'était d'ailleurs acquis une excellente réputation.

Tan. buvait de plus en plus, à la maison et au dehors. Depuis des années, il présentait des troubles du sommeil, cauchemars, visions de serpents, de chiens, de précipices ; parfois, même de l'onirisme, les serpents se transformaient en boules de feu qui roulaient dans la chambre.

Très menteur, il trouvait d'invraisemblables prétextes pour obtenir de l'argent de sa femme. En 1932, il extorque 1.000 francs à son directeur en lui faisant croire qu'il avait des parents dans la misère. Puis, il vole 500 francs dans la caisse et disparaît.

La déchéance sociale, dès lors, fut rapide. Sa femme le rencontra dans la rue, quelques mois après, loqueteux, clochard ; il couchait sous les ponts. Elle lui remit un peu d'argent et il prit l'habitude d'aller de temps en temps lui en demander. De plus en plus, il se mit à rôder autour d'elle ; celle-ci l'évitant, il lui écrivit des lettres réclamant de l'argent ; enfin, en août 1934, il lui adressa une lettre avec menaces de mort, si elle ne répondait pas ; il fut arrêté dans la rue et trouvé porteur d'un rasoir.

Dans le service, Tan. déjà sevré pendant le séjour à la prison, se comporte normalement. Au point de vue physique, il présente une sénilité précoce, avec état général médiocre, amaigrissement et quelques stigmates d'éthylisme chronique. Au début, légèrement subconfus, il s'améliore rapidement.

Dans ses antécédents, on relève seulement la scarlatine et les oreillons à 20 ans ; une commotion de guerre.

Père alcoolique. On ne retrouve aucun symptôme d'épilepsie. Il n'a jamais eu de crise convulsive, ni de perte de connaissance, ni de vertige, ni d'absence. Sa femme nous confirme n'avoir jamais observé aucun de ces phénomènes.

En somme, Tan. est un déséquilibré, instable, hypomoral, mythomane et alcoolique. Il présente, en outre, des troubles constitutionnels du caractère, irritabilité, impulsivité, brutalité, aggravés par l'alcoolisme chronique. Nous avons insisté sur ces troubles qui appartiennent également au caractère épileptique. Mais Tan. n'est pas un épileptique.

Cependant, par deux fois, les excès alcooliques ont déterminé des manifestations d'épilepsie psychique automatisme ambulatoire, inconscient et amnésique.

Observation III. — Pol., 36 ans, entre à la Clinique en avril 1935, venant de la Santé, avec un rapport médico-légal qui conclut ainsi : « déséquilibre psychique avec épilepsie très vraisemblable. Aurait eu plusieurs crises convulsives ; serait sujet à des absences et paraît avoir commis son exhibitionnisme au cours d'un équivalent épileptique inconscient, suivi d'amnésie totale. Appoint éthylique ; ancien paludéen. »

Pol. avait été arrêté au moment où, en pleine rue Saint-Denis, à quatre heures de l'après-midi, ayant rabaissé son pantalon sur ses genoux, il se masturbait, d'après le rapport de police, à la vue du public. Il répondit au commissaire qu'il ne se rappelait rien, qu'il était atteint de paludisme et avait bu.

A son arrivée, Pol. proteste contre son internement, mais sans hostilité ; il proteste surtout contre l'inculpation d'outrage à la pudeur ; il déclare ignoble le rapport de police ; probablement en se débattant, il a laissé tomber son pantalon, mais c'est tout. Il n'a aucun souvenir de ce qui s'est passé.

C'est la première fois qu'il est arrêté dans de telles circonstances. Mais à plusieurs reprises, il a été sujet à des troubles de même nature ; on lui a dit une fois qu'il s'était déboutonné dans la rue ; à plusieurs reprises, il se serait retrouvé dans des endroits inconnus, sans savoir comment ni pourquoi il y était allé.

En outre, depuis quelques années, il présente des crises nerveuses, très espacées. La crise est précédée d'une aura sensitive, impression de froid glacial dans les membres. Il tombe aussitôt et se réveille dans un lit d'hôpital, courbaturé. On lui dit qu'il fait des mouvements de bras et de jambes ; pas d'urination, pas de morsure de langue. La crise survient toujours en fin de journée.

Pol. reconnaît sans difficulté qu'il avait chaque fois fait de gros excès de boissons. En dehors des excès de boisson, il n'a jamais eu de crise nerveuse, il ne s'est jamais livré à aucun désordre de la conduite. Il n'est pas épileptique ; il n'a jamais eu de crise spontanée, de perte de connaissance, de vertige. Pas de convulsions infantiles, pas de somnambulisme. C'est depuis l'âge de 30 ans et en rapport direct avec l'alcoolisme que se produisent les accidents.

Pol. apparaît comme un déséquilibré. Elevé chez ses parents jusqu'à l'âge de douze ans, il fréquenta irrégulièrement l'école, qui ne l'intéressait pas. A quinze ans, prisonnier civil en Allemagne, rapatrié en 1915, il vint à Paris. Instable, il fit de très nombreuses places, plongeur valet de chambre, domestique. Il n'aimait pas rester longtemps enfermé ; jamais renvoyé, assure-t-il, ce qui paraît fort improbable, il partait de lui-même, par amour du changement. Mobilisé en 1917. En 1919, domestique. En 1924, rengage au 6e colonial pour cinq ans, passe trois ans en Indochine. Libéré en 1928, travaille très irrégulièrement dans les hôtels en diverses villes. En 1930, rengage pour cinq ans au 1er régiment étranger ; séjourne au Maroc. Libéré en 1934, travaille irrégulièrement. Il n'a pas de domicile fixe.

A part, l'instabilité, on ne relève pas de troubles appréciables de l'humeur et du caractère. A 17 ans, il eut ses premières relations sexuelles ; il se dit peu préoccupé à cet égard, assure n'avoir jamais souffert d'obsessions sexuelles, n'avoir jamais éprouvé de tendance à l'exhibition ou à toute autre perversion. En revanche, il a manifesté de bonne heure, une appétence marquée aux boissons alcooliques ; depuis, plus de dix ans, il boit beaucoup de vin et d'alcool et s'enivre fréquemment. Il a subi deux condamnations, l'une à un jour de prison pour outrages à agents au cours d'une ivresse ; l'autre à sept jours pour mendicité.

Au point de vue physique, on note quelques signes d'éthylisme chronique ; la tension artérielle est à 17-9. Sang et liquide céphalo-rachidien normaux. Dans les antécédents, pneumonie à 19 ans, paludisme en 1927. Une tante maternelle internée pendant un an. Un frère né avant terme et mort rapidement ; un autre mort à sept ans, de tuberculose. Père alcoolique.

En somme, on trouve ici réunies les manifestations motrices et psychiques de l'épilepsie. Mais Pol. n'est épileptique qu'en raison d'excès alcooliques directs et immédiats. En dehors du toxique, il n'a jamais présenté le moindre phénomène de nature comitiale. Son exhibition ne saurait être, d'autre part, considérée comme le fait d'un obsédé sexuel ayant passé à l'acte sous l'influence de l'alcool. L'acte porte la marque de l'état comitial, par son exécution en plein jour, en pleine rue, sans aucune précaution ; c'est une exhibition indirecte, liée au simple débraillé de la tenue et peut-être à une sollicitation urinaire. La notion des crises motrices également d'origine alcoolique, confirme la nature du trouble mental. Pol. est un déséquilibré instable, vagabond ; les excès de boissons déterminent sur ce terrain prédisposé tantôt des ivresses simples, tantôt des crises convulsives, tantôt de l'épilepsie psychique.

Observation IV. — Dje..., 22 ans, entre à la Clinique avec le certificat suivant : « épilepsie psychique. Fugues. Crises de fureur avec amnésie consécutive. Agitation violente et agressive, bris d'objets, menaces de mort envers l'entourage. Aurait présenté des idées de suicide. Depuis quatre ans, fugues à peu près toutes les six à huit semaines ; courte durée, semble-t-il, pas plus d'une heure. Retrouve la conscience dans la rue, s'étonne, recherche ses papiers, etc... Peut-être élément alcoolique. Arrêté au cours d'une crise furieuse, menaçait les voisins et sa famille avec un couteau. »

Dje... présente depuis l'enfance des troubles du caractère, impulsivité, irritabilité, colères violentes.

A l'école jusqu'à 13 ans, il fut un mauvais élève. A 15 ans, on le fit s'engager aux Mousses et il reste cinq ans dans la Marine, jusqu'en 1934. Il reprit alors son ancien métier de serrurier.

Dès son entrée dans la Marine, il s'était mis à boire. Depuis un an, il buvait davantage encore, du vin blanc et des apéritifs de préférence, souvent jusqu'à l'ivresse. Les troubles du caractère se sont aggravés ; colères violentes, disputes avec les siens, menaces, bris de vaisselle et de mobilier. Ces crises coléreuses sont conscientes et mnésiques. Cependant, d'après sa mère, il aurait aussi des crises de colère dont il ne se souviendrait pas Il faut d'ailleurs peu de toxique pour déclencher les manifestations agressives ; dès qu'il boit un peu, il cherche querelle à ceux qui l'entourent.

Depuis des mois, son sommeil présente des troubles croissants, réveils en sursaut avec sueurs abondantes, cauchemars ; il croit qu'on veut le tuer ou qu'il est en train de tuer les autres ; il tombe dans des trous, se voit en dispute avec ses camarades et les menace d'un couteau, d'un revolver. Il veut tuer des chevaux ; un cheval lui mord le cou et pour se défendre, il lui coupe les pattes avec une scie. D'autres fois, il rêve des scènes mystiques, il se voit au ciel, dans un nuage, avec le bon Dieu et les anges.

Depuis quelques années, il est sujet de loin en loin à des fugues, brèves, inconscientes. Un jour, il s'est retrouvé assis au bord d'un trottoir, se demandant ce qu'il faisait. Une autre fois, sur son bateau, il était assis dans la soute à charbon, ne sachant pourquoi. Un jour, il s'est retrouvé dans les bois, à deux kilomètres de sa maison, sa bicyclette à côté de lui. Récemment enfin, ayant passé l'après-midi du dimanche à boire du vin blanc, il quitta un camarade vers dix heures du soir et se retrouva à deux heures du matin assis contre un mur, dans le même quartier.

Le dernier épisode, qui motive l'internement, fut une crise de fureur, beaucoup plus violente que les autres partiellement amnésique et surtout dysmnésique. Il avait passé quatre heures au café, à boire du vin blanc ; de retour à la maison, il absorba plusieurs verres de vin. Il se mit alors à briser la vaisselle, puis s'empara d'un couteau, disant qu'il allait tuer. Il se rappelle bien qu'il a renversé la table, qu'il a saisi les couteaux, qu'il voulait se tuer. On fit venir les agents, auxquels il ne résista pas ; il passa la nuit au commissariat, sans dormir. Relâché de bon matin, à son arrivée à la maison, il but un verre de vin. Sa grand'mère, lui faisant des reproches, il s'empara d'un couteau et sortit en tenant des propos bizarres, qu'il voulait embrasser sa grand'mère, tuer les poules, se défendre à coups de revolver si on l'arrêtait.

Dans le service, Dje... se montre calme, tranquille, docile. Pendant toute la durée de l'observation, on ne note aucune manifestation comitiale ; l'épreuve du gardénal est négative. A l'examen physique, stigmates d'éthylisme chronique. Sang et liquide céphalo-rachidien normaux. Dans les antécédents, pas de convulsions infantiles, pas de crises motrices, pas d'absences, ni de vertiges. Pas de somnambulisme. Scarlatine à 16 ans. Bronchites fréquentes ; aurait eu de petites hémoptysies à 17 ans. Ostéomyélite chronique de la jambe gauche ; a séjourné plus de trente mois dans les hôpitaux militaires. Le père, mort à 52 ans de maladie du foie, était alcoolique, ivrogne et très brutal ; non épileptique. Une sœur en traitement dans un sanatorium. Un oncle et une tante morts de tuberculose pulmonaire.

Peut-être ne peut-on affirmer que Dje... n'est pas un épileptique primitif, simplement aggravé par l'alcool. Son caractère impulsif et violent, certains rêves à contenu mystique, l'alcoolisme grave du père semblent en faveur de cette hypothèse. Mais on n'a jamais observé chez lui de crise convulsive ; soumis à notre observation, il n'a présenté aucun trouble, même du caractère ; l'épreuve du gardénal a été négative ; enfin, on retrouve l'alcool à l'origine immédiate des accidents.

Ceux-ci sont apparus depuis quelques années, avec les habitudes alcooliques. Dans l'enfance et l'adolescence, on n'a jamais constaté de manifestation comitiale quelconque, crise nerveuse, somnambulisme, absence, vertige. Sur ce terrain prédisposé, l'alcool détermine ses troubles habituels, zoopsies, subonirismes, irritabilité impulsive. Mais les excès supplémentaires déclenchent parfois, au lieu d'une ivresse coléreuse ordinaire, soit une ivresse excito-motrice, soit de véritables manifestations d'épilepsie pyschique.

Observation V. — Dach. (Louis), 29 ans, entre à la Clinique par voie de placement d'office, avec le certificat suivant : « troubles du caractère à déclenchement apparemment impulsif. Agressivité sans raison connue ; sur la voie publique, frappe une femme, la précipite à terre en chantant des choses incohérentes. Depuis deux mois, dit avoir fait trois crises. Description très atypique : douleur du thorax à gauche et en arrière, sensation d'étouffement, se débattait. En demeure conscient. Aucune trace de morsure de langue. Cicatrice de plaie du cuir chevelu à la région frontale supérieure droite qui remonterait à l'enfance. Avoue ingestion de vin. Hyperréflexie tendineuse. Pouls 120. Aspect comitial ».

A l'examen, Dach. se montre calme, lucide, bien orienté dans le temps et l'espace. Il prétend se rappeler les conditions dans lesquelles, il a été arrêté. Son souvenir, en réalité, n'est que grossièrement exact ; on y relève des hésitations, des erreurs, des variations de détail aux différents interrogatoires ; en somme, un certain degré de dysmnésie.

Après s'être couché, il s'était endormi tout de suite, mais fut réveillé en sursaut peu après par un cauche-

mar qu'il a oublié. Il se leva, s'habilla, descendit dans la rue, et se mit à marcher sans but, sans intention. Il savait bien ce qu'il faisait, mais se sentait énervé, crispé, pas maître de lui. Il chantait à haute voix. Il ne titubait pas, n'était pas ivre. Passant près d'une porte, il aperçut une femme ; il ne sait pas si elle était seule ou non. Elle rit à son passage. Il la poussa et elle est tombée. Il nie l'avoir frappée, malgré les déclarations de la femme qui prétend que lorsqu'elle fut à terre, il saisit sa sête et la heurta à plusieurs reprises contre le trottoir, tout en chantant. Il affirme pourtant qu'il se rappelle l'avoir simplement poussée. Il se rappelle que les agents l'ont arrêté un peu plus loin, qu'on l'a amené à la pharmacie où il a payé le pansement, puis au commissariat. Il lui semble à présent qu'au moment où on l'a arrêté, il avait l'impression qu'il allait tomber ; il croit avoir crié : de l'air, de l'air. Il n'a pas dormi de la nuit. Le souvenir de son transfert à Sainte-Anne est très vague.

Depuis trois mois, il se sentait malade, fatigué, sans appétit, le sommeil de plus en plus troublé de cauchemars, d'insomnie et d'agitation. Il a dû faire un premier séjour d'une semaine à Bichat ; le mois suivant, il se fit hospitaliser à Lariboisière où il est resté également huit jours, confus et agité. Son caractère est devenu irritable, coléreux.

Depuis plusieurs années, Dach. s'alcoolise, avec du vin, de la bière, des apéritifs, des alcools et, avec les progrès de son alcoolisme, s'accuse sa déchéance sociale. Il y a sept à huit ans, il était argentier dans un des plus grands hôtels de Paris ; trois ans après, il passait dans un hôtel un peu moins élevé ; deux ans après, on le prenait dans un hôtel encore important, mais de deuxième ordre. L'année suivante, il ne trouvait plus que de modestes places où il restait quelques semaines. Enfin, son travail devenait de plus en plus irrégulier ; dernièrement, il était plongeur et la veille de son internement, il essayait de se faire inscrire au chômage.

Dach, est un enfant naturel, élevé par l'Assistance publique. Il n'a rien appris à l'école. Domestique de ferme jusqu'à 20 ans, après son service militaire, il est venu travailler à Paris. Pas de condamnations.

Dans ses antécédents morbides rien de notable, jamais de crises de nerfs, de convulsions, de vertiges, de pertes de connaissances. L'examen physique montre une asymétrie faciale, des signes d'alcoolisme chronique et, en outre, une glycosurie de vingt-deux grammes par litre avec glycémie normale. Liquide céphalo-rachidien normal.

Pendant le séjour dans le service, la glycosurie disparut. Le malade fut rapidement amélioré ; il se disait très étonné de ce qu'il avait fait. L'épreuve de l'hyperpnée expérimentale fut négative.

En somme, Dach. est un débile déséquilibré alcoolique. Sur le fond chronique, des accidents subaigus se sont produits à plusieurs reprises. Le dernier épisode, constitué par un état d'énervement avec déambulation, au cours duquel surgit un raptus impulsif dysmnésique, représente peut-être un équivalent d'épilepsie toxique.

Nous ne faisons que rapprocher cette observation des précédentes. L'imprécision sémiologique laisse un doute sur la nature du trouble.

* * *

Les observations qui précèdent confirment la notion d'une épilepsie psychique toxique. Chez certains prédisposés non-épileptiques, l'alcool détermine, au lieu de troubles moteurs, des manifestations mentales de type comitial.

L'étude séméiologique de ces manifestations montre leur identité avec celles de l'épilepsie psychique essentielle. Ce sont des épisodes d'activité automatique inconsciente, des états seconds : automatisme ambulatoire de brève durée ou bien fugues ; crises d'agitation furieuse avec impulsion au suicide et à l'homicide ; somnambulisme ; actes inconsidérés avec exhibition ; peut-être enfin états oniroïdes avec impulsivité, mnésiques ou plus exactement dysmnésiques. Ces accidents portent la marque générale des phénomènes épileptiques, début brusque, évolution brève, terminaison rapide, inconscience et amnésie consécutive, enfin tendance à la stéréotypie.

Leur caractère étiologique les distingue de l'épilepsie essentielle ; ils sont en rapport direct et nécessaire avec un toxique, d'ordinaire l'alcool peut être l'ivresse cocaïnique. Supprimé le toxique, l'épilepsie disparaît. On ne la trouve ni dans les antécédents éloignés, ni durant tout le cours de la mise en observation. Les épreuves de l'épilepsie provoquée, par l'hyperpnée, le gardénal demeurent négatives. Il faudrait faire la contre-épreuve au toxique ; sa réalisation se heurte à des difficultés pratiques sinon morales, le refus du malade entre autres. Mais on retronve toujours les excès d'alcool à l'origine immédiate des accidents.

Un fond mental commun et constant se révèle chez tous les malades, le déséquilibre psychique, avec ses traits bien connus : l'hyperémotivité, la sensibilité exagérée et les réactions disproportionnées aux incitations d'ordre physique ou moral, l'instabilité constitutionnelle, l'hypomoralité, le goût de la mythomanie, l'appétence toxicomaniaque, enfin l'hérédité névropathique habituelle. C'est le terrain de choix des épisodes délirants, des délires à répétition, spontanés ou provoqués, des bouffées polymorphes, des ivresses pathologiques. Remarquons qu il se distingue tout à fait de ce qu'on pourrait appeler le terrain épileptique, quoiqu'ils puissent parfois y avoir coexistence. L'alcool, doué à doses fortes d'un pouvoir épileptogène convulsif, détermine pour des doses relativement faibles, chez certains déséquilibrés, à la fois sensibles au toxique et aptes aux manifestations délirantes, une épilepsie à forme mentale.

De cette double étiologie, toxique et dégénérative, résulte une certaine imprécision dans les limites de ce syndrome d'épilepsie psychique alcoolique. Rarement on le trouve isolé ; il apparaît d'ordinaire au milieu d'autres accidents, qui relèvent tantôt de l'alcoolisme aigu, ivresses simples ou anormales ; tantôt de l'alcoolisme chronique, troubles du sommeil allant jusqu'à l'onirisme, états confusionnels, troubles du caractère.

C'est en somme du groupe des délires toxiques qu'il faut le distinguer, mais il n'en représente qu'une variété. Plusieurs observations, publiées autrefois sur des cas analogues aux nôtres, ont donné lieu à des discussions sur la nature toxique ou épileptique du délire ; la notion même de l'épilepsie psychique toxique apporte une conclusion au débat. Il s'agit indiscutablement d'un délire alcoolique, une ivresse délirante, au cours de laquelle se constitue, souvent au milieu d'éléments oniriques, mnésiques ou dysmnésiques, un syndrome comitial plus ou moins complet.

Plus anciennement, l'hystérie eut réclamé la plupart de ces cas. L'activité onirique consciente ou subconsciente, la fugue, le somnambulisme, les crises nerveuses émotives, représentaient les classiques manifestations hystériques, sur le terrain névropathique, mythomaniaque et pervers qui réalisait le fonds mental de l'hystérie. Le diagnostic ne se pose plus aujourd'hui dans les mêmes conditions et l'étiologie rigoureusement toxique des troubles suffirait à les situer en dehors de l'hystérie.

Au point de vue du diagnostic pratique, il faut rechercher l'épilepsie par l'enquête rigoureuse et l'observation surveillée qui s'imposent dans tous les cas où l'on soupçonne l'épilepsie. On élimine ainsi l'épilepsie essentielle. En même temps l'étude du fonds mental, des antécédents, l'enquête sociale permettent facilement de reconnaître le déséquilibre. On note enfin les stigmates d'intoxication. Mais ceux-ci peuvent être discrets ou même absents, car l'épilepsie psychique toxique représente essentiellement un accident d'alcoolisme aigu, assimilable à l'ivresse beaucoup plus qu'aux délires qui éclosent chez l'alcoolique chronique. Tandis que chez le chronique, c'est moins souvent le fait d'excès nouveaux, qu'une affection intercurrente, une fièvre, un traumatisme, voire le sevrage, qui déclenchent les accidents ceux-ci, chez nos malades, dérivent d'excès immédiats pas toujours avoués mais qu'on peut retrouver.

La conception de l'épilepsie psychique toxique et particulièrement alcoolique comporte un intérêt médico-légal comme l'a indiqué Simonin au Congrès des aliénistes et neurologistes.

La simple ivresse, génératrice de délits et de crimes, ne saurait, en principe, être considérée comme un motif d'irresponsabilité. Elle ne constitue pas l'excuse légale de l'article 64 du Code pénal. Au contraire, on a pu la considérer comme cause aggravante et il est, en effet, des cas dans lesquels le criminel cherche dans l'excitation ébrieuse le courage nécessaire à l'exécution de son acte. En pratique l'ivresse pose un problème difficile à l'expert ; il faut surtout déterminer si l'ivresse seule est en cause, ou ce qui revient au même s'il s'agit d'une ivresse simple. C'est toujours un cas d'espèce à trancher. Mais l'ivresse pathologique, qui représente un délire éclos sur un fond dégénératif, réalise un véritable psychose momentanée et transitoire sans doute, mais qui entraîne l'irresponsabilité pénale.

La délinquance, fréquente au cours des états d'épilepsie psychique toxique, prend la lorme habituelle de la délinquance chez l'épileptique vrai : désordre des actes, vagabondage, outrage public à la pudeur, fugue, abandon de poste, etc... La preuve faite, par l'étude séméiologique, du type comitial réalisé par les troubles, entraîne l'irresponsabilité au même titre que l'épilepsie essentielle en rapport avec la suppression brusque, totale de la conscience.

L'épilepsie psychique toxique ne nécessite pas le traitement propre de l'épilepsie ; seule la désintoxication est utile. Admis à l'asile, le malade doit être conservé longtemps, non point certes dans l'espoir qu'on modifiera son équilibre, mais pour que la crainte de l'asile exerce à l'avenir une influence inhibitrice sur ses tendances alcoomanes. Enfin et surtout parce que, chez les jeunes, la cure de désintoxication prolongée aura pu modifier certaines altérations organiques (foie, système nerveux) et mettre le sujet à l'abri des récidives.

LA SUBSTANCE D'ORIEL OU LE TRAITEMENT DU MALADE PAR SES URINES

Par R. FASQUELLE SAINT-YVES MÉNARD

Interne des Hôpitaux de Paris

Son nom semble tiré de l'Ancien Testament ; mais à côté de cet attrait terminologique, la substance d'Oriel offre deux inconvénients :

1° au point de vue pratique, substance essentiellement spécifique et de préparation délicate, elle ne paraît pas pouvoir être utilisée par le médecin praticien ;

2° au point de vue théorique, elle fait intervenir les notions, ou plutôt les mots d'allergie, de sensibilisation et d'anaphylaxie, dont il suffit qu'ils soient prononcés pour que personne ne soit d'accord et que la discussion sombre dans l'hermétisme le plus abstrait.

Néanmoins, puisque plusieurs lecteurs du *Concours Médical* ont sollicité des précisions sur la substance d'Oriel, nous oserons aborder ce sujet ; mais d'emblée nous les mettrons en garde d'y trouver une utilisation pratique, et d'autre part nous nous refuserons à employer les mots fatidiques : allergie, sensibilisation, anaphylaxie.

Qu'est-ce, en termes simples, que la substance d'Oriel ? Voici : au cours de certaines maladies (urticaire, eczéma, asthme), on pourrait extraire des urines du malade une certaine substance qualifiée, à défaut de rubrique plus précise, substance P d'Oriel ; cette substance introduite dans le derme du sujet y provoquerait une réaction spécifique (intradermo-réaction positive) qui aurait un intérêt diagnostique sur la nature de la maladie ; injectée à plusieurs reprises dans le derme ou l'hypoderme du malade, cette substance aurait une valeur thérapeutique et aiderait à la guérison.

Telles furent les affirmations de l'Anglais G.-H. Oriel, aussitôt combattues par son compatriote Freeman, qui discuta ses expériences et ses résultats. Par contre, en France, Gaté, de Lyon, reprenant les travaux d'Oriel, confirma au moins en partie ses conclusions. Il est à noter d'ailleurs que, en France même, avant la découverte d'Oriel, Jausion avait prôné l'auto-ourothérapie (injections au sujet qui les a émises de ses propres urines, dans un but thérapeutique) et laissé entrevoir l'existence dans les urines de tels malades d'une propriété, dont la substance d'Oriel ne serait que la matérialisation.

Pour la préparation, voir la technique de Thiers, de Lyon (*Bulletin de la Société française de Dermatologie et Syphiligraphie*, réunion du 29 juin 1933).

La substance extraite des urines présenterait quatre propriétés :

1° elle n'existerait dans les urines qu'au cours des paroxysmes de certaines maladies ;

2° les substances extraites par le même procédé chez des sujets normaux, ou chez les malades, en dehors des paroxysmes, ne donneraient aucun résultat ;

3° la substance P serait spécifique ; elle ne donnerait de résultats que chez le sujet, des urines duquel elle a été extraite, ne donnerait pas d'intradermo-réaction positive chez un sujet normal, ou un malade atteint d'affection voisine ;

4° par contre, cette substance pourrait donner des résultats chez les sujets atteints de même maladie (ainsi la substance P d'un asthmatique donnerait des résultats chez un autre asthmatique).

Quelle est cette substance ? Il semble qu'elle soit un mélange de substances intermédiaires entre les protéines et les polypeptides, sorte de produit de destruction cellulaire, ou de poison élaboré par le foie.

Au cours de quelles maladies peut-elle être mise en évidence ? On a cité : l'urticaire, l'eczéma les érythrodermies chimiothérapiques, l'asthme, les fièvres éruptives, les accidents sériques, des vertiges, migraines, certaines « crises de foie » ; et cette énumération est assez impressionnante par elle-même, pour laisser entrevoir une certaine parenté entre ces divers états, sans que nous affublions cette parenté d'une des étiquettes fatidiques que nous avons promis d'éviter — et qui, au surplus, n'ajouteraient rien.

Comment conduit-on le traitement ? Cordier, Enselme et Valin conseillent la technique suivante : on fait une intradermo avec la solution au 1/10 ; si elle est positive, on peut espérer un résultat du traitement ; on fait alors des injections sous-cutanées de 1 c. c., au rythme de trois par semaine : d'abord trois à six de la solution au 1/1.000e, puis trois à six de la solution au 1/100, enfin trois à six de la solution au 1/10, en se laissant guider par les résultats.

Comment agit la solution ? petits chocs, a-t-on dit !... avouons plutôt notre ignorance.

LA SONORITÉ ANGULAIRE PRÉ-HÉPATIQUE, SIGNE DE PÉRIVISCÉRITE DU CARREFOUR SUPÉRIEUR

Par M. F. TRÉMOLIÈRES

Médecin de l'Hôpital Boucicaut

Lorsque le praticien, au cours de l'examen physique, porte ses investigations sur le foie, il s'efforce d'apprécier, par la palpation, la situation, la forme et la consistance de son bord antérieur, et, par la percussion, l'étendue de sa matité. Parfois, dans une recherche trop hâtive, il se borne à distinguer la matité hépatique de la sonorité côlique, risquant ainsi, en ne situant pas la limite supérieure du viscère, d'en confondre la ptose avec l'hypertrophie. D'ordinaire, la limite antérieure du foie étant précisée par la palpation et la percussion douce, il remonte vers le haut de la cage thoracique pour rechercher, par la percussion forte, sa limite supérieure.

Mais il n'est pas dans ses habitudes cliniques d'explorer la matité hépatique en percutant parallèlement aux côtes, de la base de l'appendice xyphoïde vers l'aisselle. S'il le faisait, il constaterait assez souvent l'interruption de la zône de matité par un segment de sonorité. Ce n'est pas l'étroite bande de sonorité parallèle au bord antérieur de l'organe et étendue tout le long du bord costal que l'on trouve au cours de la péritonite par perforation ou du simple météorisme intestinal. C'est une sonorité de forme angulaire à sommet supérieur, qui se dessine sur la ligne mamelonnaire le plus souvent, parfois dans la région axillaire ou dans leur intervalle. L'examen minutieux de cette zône sonore par la percussion et la phonendoscopie montre qu'elle est de même timbre que la sonorité côlique, qu'elle prolonge en avant du foie. (*Fig. I et II*)

Vient-on à en rechercher l'origine par l'examen radiologique sans préparation, l'on aperçoit, au-dessous de la coupole diaphragmatique, tantôt au milieu de l'ombre hépatique, tantôt en dehors d'elle, une plage claire, d'étendue variable, uniforme ou sillonnée par les plis côliques, qui peut atteindre les dimensions de la main.

Un bol opaque ingéré la veille de l'examen, un lavement baryté administré sous l'écran, montrent que c'est le gros intestin qui constitue cette zône sonore. (*Fig. III*) Il est littéralement coincé entre le foie et le diaphragme doublant la paroi costale, comme permet de s'en rendre compte l'examen pratiqué sous diverses incidences : frontale, oblique, sagittale. Il s'agit d'une *interposition hépato-diaphragmatique du côlon.*

Presque toujours, le segment côlique interposé est l'angle sous-hépatique. Plus rarement, c'est un dolichocôlon sigmoïde refoulé jusqu'à l'hypocondre droit par l'aérocôlie générale. Ce peut être aussi, exceptionnellement, le cæcum récurvé. Le tractus pyloro-duodénal peut être, dans de rares cas, interposé comme le côlon.

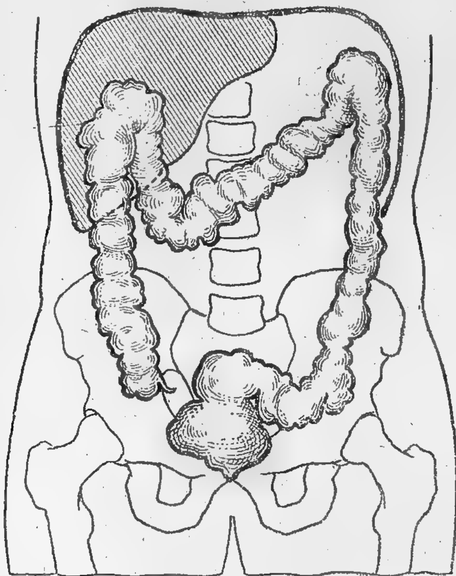


FIG. I. — La sonorité angulaire pré-hépatique.

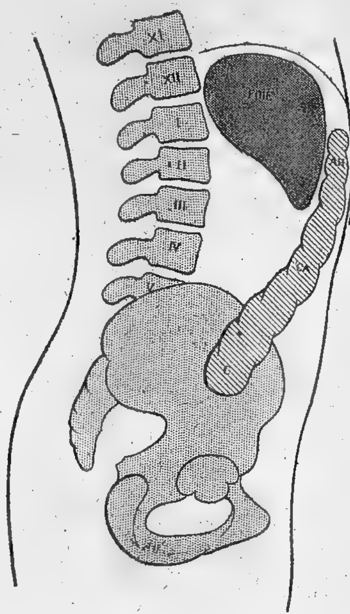


FIG. II. — Schéma.

Parfois, la découverte de la sonorité angulaire pré-hépatique ayant fait soupçonner une interposition côlique, l'on constate sur l'écran que, si cette sonorité, d'ailleurs moins accusée qu'à l'ordinaire, correspond bien à l'angle sous-hépatique, celui-ci est situé, non en avant, mais en arrière du bord antérieur du foie, auquel il est étroitement et solidement accolé.

***

Cette *sonorité angulaire pré-hépatique*, qui révèle l'interposition hépato-diaphragmatique du côlon, est le *symptôme fidèle d'une périviscérite sous-hépatique.*



Fig. III. — L'interprétation hépato-diaphragmatique après lavement baryté.

Dans les antécédents de tous les malades, chez lesquels mon collaborateur et ami A. Tardieu et moi avons décelé à l'examen physique et étudié cette sonorité angulaire, existait toujours une des affections capables de provoquer, *in situ* ou par propagation, une péritonite adhésive sous-hépatique : ulcus pylorique ou duodénal, cholécystite, appendicite chronique d'emblée ou consécutive à une poussée aiguë opérée ou non, typhlo-côlite chronique.

Chez tous ces malades, l'examen radiologique révélait des indices d'adhérences entre les organes du carrefour supérieur : estomac en écharpe, accolement de l'antre pré-pylorique déporté à droite et de l'antre colique droit attiré en haut et à gauche, modifications de la direction et de la forme du bulbe duodénal ou de D2, stase duodénale. Souvent, la fixation du cæcum, les déformations iléales avec stase par bride de Lane ou de Lardennois, l'accolement indissociable du côlon ascendant et de la partie droite du transverse, accompagnant les signes de périviscérite sous-hépatique, permettaient d'attribuer les adhérences du carrefour supérieur à une péricôlite ascendante venue de la région cæco-appendiculaire.

Dans tous les cas où l'intervention chirurgicale a permis de constater les lésions, l'on a trouvé à la fois les altérations appendiculaires, vésiculaires, duodéno-pyloriques originelles et les adhérences qu'elles avaient provoquées dans l'un et l'autre carrefours.

C'est, en effet, toujours la péricôlite, d'origine variable, mais, dans tous les cas, située sous le foie, accolant à cet organe l'angle côlique droit ou, plus rarement, tout autre segment côlique, le bridant, le comprimant, jusqu'à l'étrangler, qui

est la condition anatomique essentielle de l'interposition hépato-diaphragmatique et de la sonorité angulaire qui la signale à l'examen clinique.

Elle en est la cause nécessaire, mais non suffisante. La distension côlique par aérophagie ou fermentation doit s'y ajouter pour forcer le passage entre le foie et le diaphragme. A l'examen clinique, à la radioscopie, à l'opération même, on constate le météorisme intestinal, et ses variations expliquent celles de la sonorité angulaire pré-hépatique.

***

La coïncidence de la sonorité angulaire pré-hépatique et de la périviscérite du carrefour supérieur, accompagnée de ses diverses lésions causales, est donc constante. Si la périviscérite du carrefour supérieur ne provoque pas nécessairement la sonorité angulaire, celle-ci ne peut pas exister sans adhérences de la région duodéno-vésiculaire. Elle en est le témoin irrécusable, l'indice révélateur.

Aussi n'est-elle pas une simple curiosité clinique et possède-t-elle, au contraire, une haute valeur séméiologique. Quand le praticien la constate, il peut être certain que l'ulcus duodénal, que la cholécystite, a provoqué la formation d'adhérences sous-hépatiques, que, du cæcum ou de l'appendice enflammé, la péricôlite ascendante s'est étendue jusque sous le foie. Et ce sera pour lui une indication d'ajouter au traitement médical de la lésion duodénale ou de l'inflammation vésiculaire celui de la périviscérite du carrefour supérieur et de ses manifestations. Au cas d'appendicectomie, il préviendra son malade que l'intervention ne suffira pas à le guérir et qu'il lui faudra, pendant plus ou moins longtemps, être traité pour les adhérences dues à l'inflammation appendiculaire.

La constatation de la sonorité angulaire pré-hépatique peut suppléer à l'examen radiologique. Lorsque celui-ci, qui, en gastro-entérologie, apporte au diagnostic un appoint plus important que l'examen physique, ne peut être pratiqué, elle est aussi significative que les déviations et les déformations viscérales par lesquelles se traduisent, à l'écran ou sur les films, les adhérences formées sous le foie.

Ainsi, *la sonorité angulaire pré-hépatique, symptôme physique révélateur de la périviscérite du carrefour supérieur, aide au diagnostic et fournit au traitement une indication de haute valeur.*

POUR APPRÉCIER UNE AZOTÉMIE

DE L'INFLUENCE POSSIBLE DE QUELQUES IMPONDÉRABLES

L'absorption quotidienne d'un demi-litre de chocolat assez fort le matin et d'une tasse de café très fort à midi peut-elle être une cause d'erreur dans un dosage d'urée sanguine? Les bases puriques contenues dans ces aliments ne donnent-elles pas un dégagement d'azote à l'analyse ? Y a-t-il d'autres aliments, qui pourraient être une cause d'erreur dans l'appréciation d'une azotémie ?

Telles sont les questions, qui nous ont été posées par un de nos lecteurs. Pour en obtenir la juste solution, nous ne pouvions mieux faire que de nous adresser à la compétence bien connue du Docteur Doubrow, chef de laboratoire à la Faculté. Nous transcrivons textuellement sa réponse :

« Je ne crois pas qu'un demi-litre de chocolat « et une tasse de café puissent avoir une influence « quelconque sur le taux de l'urée sanguine. « Quand on recherche la concentration maxima « de *l'urée urinaire*, on fait absorber au malade « 140 *grammes d'albumine* par jour sans que « pour cela le taux d'urée sanguine s'élève chez « les sujets normaux. Chez les brightiques un « régime en azote (mais ce n'est pas d'une tasse « de chocolat qu'il s'agit-là) peut déterminer « de petites variations de taux de l'urée dans le « sang, mais ces variations seront à peine de « l'ordre de 10-15 centigrammes.

« Dans l'étude des azotémies, ce qui importe, « c'est son *caractère permanent*. Une azotémie « *passagère*, même élevée, n'a aucune signification « fâcheuse (le meilleur exemple en est fourni « par les azotémies des néphrites aiguës, qui peu- « vent atteindre 3-4 grammes et cependant « *guérir complètement*).

« D'autre part, il faut toujours tenir compte « de la diurèse au cours des azotémies. Chez les « cardiaques oliguriques, chez des fébricitants « au volume d'urine réduit, on peut voir des « élévations *passagères* de l'urée sanguine, sans « aucune gravité ».

G. F.

ÉPREUVES D'HYPERTENSION

Dans une réponse récente à la curiosité d'un lecteur, *The Journal of the american medical Association* donne une intéressante énumération de divers tests utiles pour l'étude des hypertensions artérielles.

Ces tests sont les suivants :

Evreuve du nitrite d'amyle ;

Epreuve du fonctionnement rénal.

Epreuve de concentration (Fishberg) ;

Epreuve de concentration-diurèse (Rosenthal);

Epreuve d'élimination uréique ;

Epreuve de valeur glomérulaire par le ferrocyanure de soude.

I. Epreuve du nitrite d'amyle

Son objet est de mesurer le degré d'élasticité des parois vasculaires, et par conséquent le degré de sclérose artérielle. Il n'a pas de valeur thérapeutique. Les médicaments ayant un effet vaso-dilatateur immédiat déterminent une chute rapide et complète de la tension artérielle, quand l'hypertension est due à une tonicité exagérée des muscles des artérioles ; mais rien ne peut assouplir, temporairement ou pour toujours, la sclérose artérielle.

La technique de ce test est simple. Le sujet est confortablement assis, ou couché, dans un repos musculaire complet. On détermine la tension artérielle, puis on fait inhaler profondément deux perles de nitrite d'amyle, en mesurant vite et souvent les modifications de la tension, qui diminue rapidement, et atteint en trente ou cinquante secondes son minimum. Ce minimum coïncide avec l'afflux du sang à la face : puis la tension augmente, mais plus lentement.

Il est essentiel de mesurer très rapidement la tension, car le chiffre utile de l'épreuve est le minimum diastolique, et il ne faut pas le manquer.

L'interprétation est basée sur la tension diastolique.

Supposons, par exemple, que trois malades, A, B et C, ayant approximativement le même âge et des degrés analogues d'hypertension, comme 200/130, répondent d'une manière différente au nitrite d'amyle. A montre une tension diastolique minimum de 110 mm., B de 100 mm. et C de 80 mm. Le chiffre normal étant de 90 mm., l'excès est de 50 % pour A, de 75 % pour B, et de 100 % pour C. Le degré d'artériosclérose correspond à l'inverse de ces chiffres, et les pronostics sont très différents : on ne peut pas grand'chose pour le cas de A, celui de C, s'il reçoit aes soins appropriés, peut être grandement amélioré.

II. Epreuve de la concentration rénale

Ce test est basé sur le fait que la concentration des urines demande un certain travail de la part des reins. Cette activité peut être déterminée par la suppression de l'eau, et la faiblesse de l'appareil rénal devient manifeste si on lui demande cet effort anormal.

Ce test a été proposé d'abord par Volhard, puis souvent modifié : voici la technique de Fishberg, la plus pratique :

Le malade n'absorbe ni aliment, ni boisson, entre le repas du soir et 10 heures du matin. On jette les premières urines du matin, et l'on garde celles de 8 heures, 9 et 10 heures, dont on détermine la densité à la température de la chambre.

Chez le sujet normal, cette densité doit atteindre ou dépasser 1,025 ; le défaut à partir de ce chiffre mesure le trouble de la fonction rénale de concentration.

Ce test est physiologique, pratique et simple : il a une grande valeur pour l'évaluation précoce des troubles rénaux. La seule cause d'erreur est la présence d'un œdème, qui abaisse la densité des urines même s'il n'y a pas d'absorption de liquide. Il faut donc éviter de l'employer chez les œdémateux.

III. Test de diurèse concentration de Rosenthal

Ce test, qu'on appelle test des deux heures, consiste brièvement à contrôler l'absorption de liquide pendant trente-six heures, puis à examiner l'urine à des moments déterminés.

On permet l'absorption de 600 grammes de liquide au cours de trois repas, à 8 heures, 12 heures et 18 heures, soit en tout 1.800 grammes On recueille les urines complètes à 10 heures 12 heures, 14 heures, 16 heures, 18 heures et 20 heures, puis celles de 12 heures jusqu'au lendemain à 8 heures. On détermine le volume et la densité de chaque échantillon.

On peut ainsi contrôler la rapidité de la diurèse et l'aptitude des reins à concentrer l'urine.

IV. Test d'élimination azotée

De l'avis de Van Slyke et de beaucoup d'autres, le meilleur indicateur de l'état de la fonction rénale est l'étude de l'urée sanguine, c'est-à-dire le nombre de centimètres cubes de sang dont l'urée a été éliminée par les reins chaque minute. Le volume des urines doit donc être pris en considération. Le chiffre normal d'extraction de l'urée sanguine est chez l'adulte de 54 c. c. de sang environ par minute. Ce chiffre peut descendre de 40 % dans les néphrites.

V. Test du ferrocyanure de sodium

Ce test est encore à l'étude et ne peut actuellement être conseillé dans la pratique courante.

Ph. Dally.

LA CLINIQUE PHTISIOLOGIQUE AU GOUT DU JOUR

Devenir ou ne pas devenir tuberculeux

D'après H. BARTH, médecin honoraire de l'hôpital Necker (1)

LES PRÉDISPOSÉS, LES RÉFRACTAIRES

Le bacille de Koch ne se développe pas indifféremment chez tous les sujets. Si, à Paris et dans les autres grandes villes, tout le monde ou à peu près est contaminé, la première atteinte (ou primo-infection) n'est guère suivie de lésions plus ou moins étendues et destructives, capables d'altérer la santé et même d'amener la mort, que dans une proportion de 8 à 9 %. Cette catégorie de sujets, devenus tuberculeux, à forme pulmonaire surtout, est composée des prédisposés : enfants de tuberculeux, ou patients de tout âge, dont l'organisme a été affaibli par une maladie générale (grippe, fièvre typhoïde), ou dont la résistance nerveuse a fléchi à la suite d'épreuves physiques ou morales excessives (misère, inanition).

Ils sont sans résistance contre le bacille tuberculeux : soit que le foyer de primo-infection se développe, soit qu'une contamination nouvelle, d'origine extérieure, les atteigne ; chez eux les lésions pulmonaires se manifestent sous une forme évolutive qui, lorsqu'elle n'est pas traitée, aboutit dans la majorité des cas à la phtisie.

D'une manière générale, on rencontre, chez ces deux variétés de *prédisposés*, des caractères communs. Ce sont : la pâleur, l'anémie, avec un pouls fréquent et *hypotendu* ; *un abaissement du potentiel nerveux*, avec torpeur gastro-hépatique, manque d'appétit, débilité musculaire et viscérale, désassimilation excessive ; une température instable, qui s'élève à la moindre fatigue, à la plus légère indisposition.

Les réfractaires, par contre, présentent des caractères inverses. Le type en est constitué par les arthritiques-goutteux notamment, à bon estomac, qui présentent un sang riche en acide urique et en cholestérine, avec ralentissement des échanges et tendance à l'*hypertension*, par ceux aussi dont l'*énergie nerveuse est intacte*. On en voit qui, mariés à une femme phtisique et exposés de ce fait à des contaminations journalières, n'en éprouvent aucun effet fâcheux, conservent leur santé et leur équilibre, en dépit des nombreux bacilles qu'ils inhalent ou ingèrent.

TRANSFORMER EN RÉFRACTAIRES LES PRÉDISPOSÉS OU LES MALADES

Les moyens passifs ne suffisent pas ; ils doivent être renforcés par des moyens actifs, et c'est ici que l'arsenal thérapeutique nous offre des armes précieuses ; sachant les manier, on obtient des résultats plus prompts.

Les méthodes passives « créent des conditions plus ou moins favorables à la guérison, mais elles ne la produisent pas ».

« Ni la cure hygiéno-diététique, qui se borne à mettre l'organisme au repos et à lui fournir en abondance l'air pur et des aliments sains, ni le pneumothorax qui supprime ou restreint l'activité du poumon malade ne constituent de véritables traitements de la tuberculose pulmonaire ». Le soleil, lui aussi, est un puissant modificateur de la nutrition, qui aide ces malades à recouvrer la santé ; ainsi en est-il pour les stations d'altitude. Dans les montagnes, à l'action de la lumière se joignent celles de l'air raréfié, de l'ozone et de multiples radiations électriques encore mal connues.

Bien plus puissants sont les agents chimiques: fer, arsenic, iode, etc., quand on sait les employer ; car il n'existe *pas de thérapeutique en équations*. Il faut prendre la peine de considérer chaque malade en particulier, d'*analyser les indications*, d'étudier dans quelle mesure elles se recoupent et quelquefois s'opposent .

Les indications *principales*, celles qui se présentent chez la majorité des tuberculeux pulmonaires, sont les suivantes :

a) Relever la tension artérielle et modérer le métabolisme basal ;

b) Combattre l'amaigrissement et l'asthénie nerveuse ; se rappeler que le système nerveux est le régulateur suprême, et ne pas négliger la psychothérapie ;

c) Provoquer la résorption des exsudats inflammatoires, des débris caséeux ganglionnaires et parenchymateux.

Les indications complémentaires se résument ainsi : calmer la toux et l'expectoration, lutter contre l'anémie, réveiller l'activité du tube digestif et du foie.

Quant à la fièvre, s'il y en a, elle est symptomatique de la résorption des toxines tuberculeuses ;

---

(1) H. BARTH. — Sur quelles bases établir un traitement rationnel de la tuberculose pulmonaire (*La Presse médicale*, 13 février 1937).

elle cède avec celle-ci, sans qu'il soit besoin de la combattre directement.

« On remplit la première indication (comme l'ont montré Lemoine et Hervouët) en administrant soit la cholestérine, soit les produits cholestérinogènes, et notamment les solutions d'acides aminés, telle que l'okamine. Ces médicaments déterminent le ralentissement des échanges et la tendance à l'hypertension, qu'on constate chez les arthritiques goutteux. Ils peuvent même, si l'on en abuse, provoquer l'apparition de la lithiase biliaire, aussi faut-il en user avec précaution, à intervalles suffisants et pendant un temps limité ».

Pour lutter contre l'asthénie et restaurer l'embonpoint, rien ne vaut les arsénicaux, notamment le cacodylate de soude, à la dose de 10 à 30 centigr. Administré en injection sous-cutanée une fois (ou deux au plus) par semaine, il est parfaitement supporté même par les fébricitants, améliore promptement l'assimilation et combat l'amaigrissement. Il agit en même temps sur le système nerveux central, comme un puissant toxique, et relève promptement les forces, surtout si on lui adjoint le glycéro-phosphate de chaux. Chez les malades très asthéniques il sera bon de donner, en plus, des produits riches en vitamines, comme les embryons de céréales.

La résorption des amas caséeux et des détritus cellulaires s'obtient par l'iode, à doses faibles et longtemps continuées. Mais il faut se méfier de ce médicament, surtout chez les congestifs, chez ceux qui ont craché du sang, de son influence irritante sur la muqueuse laryngo-bronchique. Son administration en suspension huileuse évite tout risque : ainsi une injection sous-cutanée de 2 c. c. de lipiodol, répétée chaque semaine, suffit généralement à faire disparaître en deux ou trois mois les dépôts caséeux les plus importants, qu'ils soient ganglionnaires ou parenchymateux. Les adénopathies cervicales suppurées, d'origine bacillaire, qui se fistulent si facilement, et qui n'ont qu'une faible tendance à la guérison spontanée, disparaîtront souvent très vite sous l'influence de ces injections.

Si l'anémie est prononcée, on ajoute les ferrugineux ; contre l'inertie gastro-hépatique, les amers et les alcalins ; contre la toux et l'abondance des sécrétions bronchiques, les balsamiques et les calmants.

Voici, à présent, un *plan d'action* commode pour les malades apyrétiques, porteurs de lésions circonscrites, ulcérées ou non.

Pendant trois mois au moins, injection sous-cutanée d'une ampoule d'okamine et d'une ampoule de cacodylate de soude à 20 centigr. une fois par semaine ; injection sous-cutanée de 1 à 2 c. c. de lipiodol, une fois par quinzaine.

Les injections doivent être faites par le médecin ou en sa présence ; la visite hebdomadaire, qu'elles nécessiteront de sa part, lui permettront de suivre de près les signes stéthacoustiques et de surveiller le malade, surtout de pratiquer une psychothérapie vigilante. Les tuberculeux sont, en effet, craintifs, moroses et se dépriment facilement, ce qui aggrave toujours leur état. Il faut se garder de leur décrire leur lésion, et surtout de leur en montrer une radiographie. On leur exposera au contraire, que leur maladie est bénigne, qu'elle guérira facilement, à la condition de rendre le terrain réfractaire, but que poursuit le traitement institué.

En même temps que ce traitement hypodermique, on prescrira, une semaine sur deux : fer et glycéro-phosphate de chaux ; pendant la semaine intermédiaire, vitamines, etc.

A moins d'impossibilité, le tuberculeux au début n'abandonnera pas ses occupations et ne quittera pas sa famille. Pour préserver celle-ci de toute contamination, il suffira que le malade s'astreigne à tousser et à cracher dans des serviettes de papier, qu'il froissera aussitôt pour être brûlées. « Cette pratique est bien préférable au classique crachoir de poche, qui n'empêche pas le postillonnage, principal mode de diffusion des microbes virulents ».

L'alimentation variera suivant les goûts et les capacités du malade, et pourra comprendre viande et poissons fumés.

Ce schéma comporte de nombreuses variantes ; mais, s'il est bien adapté au cas particulier, on en obtiendra dans tous les cas traitables des résultats excellents. Très vite le malade reprend son équilibre, retrouve le bien-être et le courage ; l'appétit renaît et l'embonpoint à sa suite ; la toux et l'expectoration disparaissent. Au bout de trois mois, le sujet a retrouvé, avec l'énergie perdue, tous les signes de la santé. Dès lors, on peut se borner à une surveillance moinétroite et cesser les injections, tout en continuant la médication interne.

Si, au bout d'un an, aucun incident ne s'est produit et si les symptômes, tant locaux que généraux, restent négatifs, le malade peut être considéré comme pratiquement guéri, pourvu qu'il observe une bonne hygiène, et qu'il se maintienne dans des conditions qui l'ont rendu réfractaire à l'évolution tuberculeuse.

« Avec cette méthode, si elle se généralisait, les sanatoriums pourraient être réservés aux formes aiguës ou compliquées, et aux malades indigents, qui ne peuvent absolument pas se soigner chez eux. On y admettrait aussi les chroniques incurables, qui actuellement circulent en liberté, dans les campagnes comme dans les villages, en répandant partout leurs bacilles.

G. Fischer

SÉQUELLES DE PALUDISME

I

Nous recevons la lettre suivante :

L'article sur les « Séquelles du paludisme. Vingt ans après », paru dans le *Concours Médical*, n° 6 *bis*, du mercredi 10 février 1937, pages 427 et suivantes m'a particulièrement intéressé.

Puis-je, maintenant, avoir recours à votre complaisance habituelle pour vous prier de vouloir bien me faire éclairer davantage sur les séquelles possibles et tardives de cette affection, si, toutefois, on peut affirmer qu'au bout d'un certain temps de séjour dans une région non malarique, l'individu qui en a été atteint, est complètement guéri de son paludisme ? Je tiens à appuyer sur le fait suivant : oui ou non peut-on, étant guéri du paludisme, en conserver des séquelles, des reliquats ? Dans l'affirmative, quels sont-ils ?

Nos confrères coloniaux ou ceux qui s'intéressent aux maladies exotiques pourront s'exprimer nettement sur ce sujet. J'ouvre les débats par un point me concernant personnellement.

Ayant séjourné, en Macédoine, lors de la dernière guerre, pendant près de 27 mois, au moment de mon retour et avant de quitter l'armée d'Orient, j'ai contracté simultanément le paludisme et l'amibiase, soignés, d'abord, dans un hôpital de Salonique de décembre 1918 à février 1919 et, ensuite, chez moi, après mon retour en France.

Depuis cette époque-là, je n'ai cessé d'avoir divers troubles dyspeptiques accompagnés de vomissements alimentaires, de fatigue générale, d'asthénie, quelques accès de fièvre, avec un état fréquent subfébrile et congestif dont les causes paraissaient obscures. Le foie, débordant, par intermittences, de deux à trois travers de doigt, est resté sensible avec des intervalles de vives douleurs. La région splénique prouve son existence aussi par de légères douleurs. Je n'ai pas de coliques hépatiques, pas de calculs de la vésicule biliaire. J'ai constamment mené une vie sobre.

En outre, je dois signaler la présence de nombreuses amibes dysentériques avec des kystes, il y a encore quelques mois, dans mes selles qui sont, tantôt diarrhéiques, fréquentes, spumeuses, sanguinolentes, à forme de bouse de vache, tantôt sèches, dures, consécutivement à des périodes de constipation. De temps à autre, je ressens un ténesme anal avec une douleur aiguë, durant parfois, une à deux heures. Toute la partie de l'anse sigmoïde s'est déplacée et s'est accrochée au foie, après avoir provoqué de nombreuses adhérences. Par la suite, un dolichocôlon s'est formé. Ces adhérences n'ont-elles pu se produire au moment où le foie, sous l'action du paludisme, s'est trouvé en contact avec des intestins subissant les effets de l'amibiase, par une action combinée ?

Ayant interrogé plusieurs confrères sur tous ces points, il m'a été souvent répondu qu'il n'était pas possible d'établir une entière discrimination entre ce qui appartient aux séquelles du paludisme et tout ce qui doit revenir à l'amibiase ; mais que, sans aucun doute, une association des deux affections était susceptible de donner les symptômes constatés.

D'autres confrères, plus rares, considèrent que, les examens de laboratoire étant négatifs, il n'y a ni paludisme, ni même des séquelles de paludisme.

Pour compléter cette auto-observation, j'ajoute qu'après un grave accident remontant au 2 juillet, sans signes infectieux, mais non guéri encore, j'ai eu de nombreux accès de fièvre et, tout récemment, les 2, 4 et 6 février, ces accès sont allés jusqu'à 41°, avec frissons et, finalement, transpirations profuses, suivies d'une intense courbature générale.

Des auteurs ont signalé le réveil du paludisme postérieurement à des traumatismes reçus. Ce réveil peut-il avoir lieu après dix-huit ans, si le paludisme n'avait pas continué à exister d'une manière latente ?

Victimes de la guerre et médecins praticiens ont besoin de savoir à quoi s'en tenir sur ce sujet.

Dr M. S.

II

Autre communication :

Je viens de lire dans le numéro du *Concours Médical* du 10 février courant, les articles publiés sur le paludisme, sur son traitement et sur ses séquelles en France, vingt ans après la guerre.

Et ceci me remet en mémoire un curieux cas de bilieuse hématurique autochtone, que j'ai eu l'occasion d'observer à Toulon peu d'années après la guerre.

Certes, les cas de paludisme autochtone sont connus, surtout dans nos ports. Mais je ne pense pas que de nombreuses observations de bilieuses aient été signalées.

Voici cette histoire : Je suis appelé chez une de mes clientes de la ville, qui, brusquement, a été prise de frissons, de courbature, d'arthralgies et de forte température à 40°. C'est une Italienne de 40 ans, habitant Toulon depuis plus de vingt ans, ne l'ayant jamais quitté depuis et n'ayant jamais fait de séjour colonial. Elle est habituellement bien portante, et n'a aucun antécédent notable.

Au moment où elle me fait appeler, nous sommes en épidémie grippale ; aussi en présence des symptômes observés et, malgré l'absence absolue de soins pulmonaires, je porte le diagnostic de grippe.

Mais les deux jours suivants, l'état devient sérieux ; rapidement apparaissent des taches de purpura et de véritables placards purpuriques. Très vite, la malade se met à saigner abondamment : épistaxis, gingivorrhagie, métrorrhagie, enfin, hématurie.

La situation s'aggrave d'heure en heure. Je porte le diagnostic de purpura hémorrhagique infectieux. Aussi bien pour assurer à une malade les soins que nécessite son état, que pour élucider, si possible, l'étiologie de ce purpura, je décide ma malade à entrer dans mon service d'hôpital.

A la suite des divers examens de sang pratiqués, à ma grande surprise, le laboratoire me répond, présence d'hématozoaires. Plasmodium Falciparum. Comme pour confirmer encore le diagnostic porté par le laboratoire, s'installe un ictère important.

L'état est toujours extrêmement grave. Le foie est augmenté légèrement de volume et douloureux, la rate est percutable, sans être très grosse. La température toujours à 39°5-40°.

A partir de ce moment, une semaine environ après le début de sa maladie, la malade traitée prudemment par de la quinine, suivant les règles classiques et par des moyens adjuvants appropriés, transfusion, sérum, tonicardiaques, etc., s'améliore assez rapidement et guérit.

Elle sort de l'hôpital dans le délai d'un mois environ.

Plusieurs années après, elle est actuellement en excellente santé. Je ne pense pas qu'elle ait présenté depuis d'autres accès palustres.

Voici donc un cas caractérisé de bilieuse hématurique autochtone, intéressant par sa rareté.

Il est vrai que cette malade habitait Toulon où les paludéens coloniaux sont nombreux ; dans un quartier de la ville voisine de la rivière de l'Eygout, aux eaux la plupart du temps stagnantes.

Aussi, avec à peine un peu d'exagération, pourrait-on dire que ce cas autochtone est... presqu'un cas colonial !

Dr M.
Médecin des hôpitaux civils de Toulon

III

A la dernière minute, nous recevons cette lettre du Docteur Guyard, de Pau :

« Les différents articles sur le « Paludisme » parus dans *Le Concours Médical*, du 10 février 1937 m'incitent à vous adresser le *Bulletin* n° 2 de la Société médicale de Pau » (1935).

« J'y résume mes idées, vieilles de plus de vingt ans, toujours inchangées, parce que confirmées avec le temps, et publiées principalement dans mon opuscule « *Paludisme et Quinine* » paru en 1933 (*Maloine*, édit.).

« Les auteurs de vos différents articles pourront ainsi compléter leur bibliographie et leur documentation. »

Et pour finir, voici les conclusions d'une communication, faite par cet auteur à la Société médicale de Pau en 1935 :

« Pratiquement il convient de demeurer sceptique sur le « paludisme » de l'ancien paludéen, qui vient consulter : il vient d'ailleurs généralement moins parce qu'il souffre, que parce qu'il espère un taux d'invalidité avec pension. L'examen clinique révélera 90 fois sur 100 un éthylique plus ou moins avéré, avec gros foie et subictère, parfois rate grosse ou percutable, tremblement des extrémités, exagération des réflexes, éclat du regard.

« Il convient de s'aider du laboratoire : Recherches des parasites dans les selles, examen du sang, etc...

....

« Tout en soumettant sans crainte à la critique des milieux scientifiques quelques idées... subversives, que consacre une expérience de vingt ans, suivie particulièrement au Maroc, nous souhaitons surtout les voir contrôler par les praticiens sur place et au lit du malade C'est là, en effet, et là seulement, que peut vraiment s'exercer le contrôle d'idées nouvelles consacrant des faits indiscutables, quoique contraires aux idées en cours.

« Nous souhaitons :

« Qu'après un contrôle suffisant de notre expérience, le paludisme protéiforme classique soit ramené à sa juste valeur d'affection aiguë cyclique, généralement bénigne, et n'entrant guère que pour un cinquième dans la morbidité des pays chauds ; que l'opinion médicale, et, après elle, celle du public (à éduquer dans ce sens), s'attache à combattre surtout par l'hygiène individuelle et collective les affections si fréquentes, tenaces et souvent graves, du tube digestif ;

« Que la quinine occupe, dans la thérapeutique, la place limitée qui lui revient ;

« Que l'argent si généreusement dépensé dans la propagande antipaludique (tracts, affiches, articles de presse, mesures préventives), soit plutôt réservé à répandre aux colonies la crainte du péril fécal, avec les notions élémentaires d'hygiène alimentaire si généralement méconnues ;

« Que les frais élevés, qu'occasionne, chaque année dans l'armée, la quininisation préventive imposée, servent en partie à améliorer la nourriture et les conditions d'habitabilité des troupes en campagne ou dans les postes ;

« Que l'épouvantail « paludisme » ne se dresse plus enfin devant tout colonial malade, et que tous sachent les vrais dangers, auxquels ils s'exposent, aux colonies, par méconnaissance habituelle des règles d'hygiène les plus élémentaires. »

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

L'hémopneumothorax spontané

Un tableau clinique de cette entité est en train de se profiler, puisque ses signes et symptômes vont en se répétant avec des attributs similaires. M. M. R. Castex et M. E. S. Mazzei se sont proposé un triple but : 1° ajouter à la statistique connue deux observations personnelles ; 2° réaliser une étude d'ensemble, caractéristique et définie au point de vue clinique et doctrinaire ; 3° communiquer la constatation radiologique de bulles sous-pleurales permettant le diagnostic causal sur le vivant.

La différence de proportion et d'intensité entre les deux composants : pneumothorax et hémothorax, conditionnent des variétés symptomatiques dont voici deux formes cliniques typiques :

1° Hémopneumothorax à petit épanchement. Ici dominent les symptômes d'épanchement gazeux ; l'hémorragie joue un rôle insignifiant dans le tableau clinique au point de passer inaperçue si une ponction n'est pas pratiquée.

2° Hémopneumothorax à grand épanchement dominé par les phénomènes morbides d'hémorragie interne profuse et qui évolue vers la mort.

Quant au diagnostic différentiel, il n'est pas besoin de le faire avec les états voisins tels que les pleurésies hémorragiques. En effet, la tuberculose mise à part, les causes de cette dernière (néoplasies pleurales et pulmonaires, infarctus pulmonaire, maladies hémorragipares, pneumopathies aiguës, varices pleurales, alcoolisme) ne produisent jamais en même temps un pneumothorax. Il est donc seulement étiologique et se fait avec les autres hémopneumothorax. L'hémopneumothorax traumatique une fois écarté de par les antécédents de traumatisme, seul reste à considérer l'hémopneumothorax tuberculeux.

Les éléments en faveur de l a nature non tuberculeuse d'un hémopneumothorax spontané sont les suivants : *a*) La survenue chez des sujets jusque-là bien portants ; *b*) L'âge des sujets, compris entre vingt et trente ans. *c*) L'absence de manifestations de tuberculose évolutive, et les caractères de la fièvre, qui, lorqu'elle existe (résorption sanguine), disparaît en quelques jours. *d*) L'évolution spontanée vers la guérison lorsque l'hémorragie pleurale s'arrête. *e*) Les caractères des réactions tuberculiniques quantitatives qui sont ceux des sujets sains et non évolutifs. *f*) La présence possible de subtiles images annulaires des bulles sous-pleurales. *g*) L'absence d'altérations radiologiques de filiation tuberculeuse dans le poumon une fois que la résorption de l'épanchement hémo-aérien s'est produite. (*La Presse Médicale*, 26 décembre 1936.)

Sur quelques difficultés diagnostiques de l'angine de poitrine

Le Docteur Mouquin attire l'attention sur trois causes d'erreurs principales, qui ont une importance plus grande qu'on ne le croit généralement. Ce sont : les affections vésiculaires, les arthrites de la colonne vertébrale et le goitre plongeant.

Dans la première catégorie, les cas les plus intéressants sont ceux où le syndrome angineux apparaît au cours d'une affection vésiculaire à symptomatologie peu bruyante, ou même tout à fait silencieuse. Chez certains malades il s'agit de phénomènes précordiaux, n'évoquant qu'imparfaitement l'idée d'angine de poitrine. Le médecin sera donc conduit à ne porter un diagnostic qu'après un examen complet, qui permettra de trouver des signes cliniques vésiculaires, lesquels, d'ailleurs, disparaîtront peu à peu sous l'influence d'un traitement approprié.

Dans un autre ordre de faits, il s'agit de véritables crises d'angor : influence provocatrice de l'effort , caractère constrictif de la douleur, irradiations typiques dans les deux bras et les deux épaules, angoisse et sensation de mort imminente, brève durée de la crise (quelques minutes). Ces crises sont sans relation avec l'heure de la digestion. Elles sont typiques mais c'est un angor réflexe. Le diagnostic est loin d'être toujours aisé, même au cours d'une recherche très approfondie. Un seul critère reste à notre disposition. C'est la thérapeutique. Le traitement diététique et médicamenteux des cholécystites peut faire régresser parallèlement la douleur au point vésiculaire et les crises angineuses. Cette disparition progressive des crises présente certes une grosse valeur diagnostique ; mais plus démonstrative encore sera la cholécystectomie lorsque celle-ci est indiquée ; elle peut en effet faire disparaître les douleurs angineuses du jour au lendemain, et définitivement.

Assez fréquemment aussi les arthrites de la colonne vertébrale donnent des phénomènes

douloureux, qui peuvent simuler l'angor. A vrai dire il y a un certain nombre de différences : les crises sont beaucoup plus longues et moins violentes que celles de l'angor ; elles n'ont pas un caractère constrictif ; elles ne sont pas provoquées par l'effort, ni par l'émotion ; elles ne sont pas calmées par les nitrites. Mais il existe des formes si atypiques d'angine de poitrine, qu'un doute est toujours possible pour le médecin et qu'une erreur est fréquemment commise par le malade obsédé par la crainte de l'angine de poitrine. La palpation est des plus importantes pour le diagnostic : elle montre une sensibilité des apophyses épineuses cervicales inférieures, mais surtout une sensibilité très nette des apophyses transverses du côté intéressé. Il existe aussi parfois une hyperesthésie de la paroi thoracique ant rieure. Mais le signe le plus fréquent est le suivant : la pression révèle une douleur exquise, en un point situé latéralement, à l'union du cou et de l'épaule, un peu en arrière du plan frontal médian. C'est surtout par comparaison avec les réactions du côté opposé que l'on appréciera la valeur de cette réaction douloureuse. On constate parfois aussi l'existence d'un syndrome de Claude Bernard-Horner, qui parfois est le premier à attirer l'attention. Une radiographie du rachis cervical montrera parfois toute une série de déformations rhumatismales. Il suffit donc d'examiner le malade avec soin pour reconnaître la véritable nature de ce syndrome douloureux. Seul un examen incomplet expose à le confondre avec l'angine de poitrine, mais l'erreur est fréquente et elle a pu être commise par des médecins qui n'étaient pas des moindres.

Assez rarement le goître plongeant cause des douleurs susceptibles d'être prises pour de l'angor. La palpation et surtout la radiographie seront significatives. (*Le Bulletin Médical*, 26 décembre 1936.)

A propos des calculs salivaires

Le Docteur Eloy, après quelques considérations anatomiques et pathogéniques, envisage ainsi qu'il suit le traitement de cette affection. L'existence d'un calcul sera facilement établie par la palpation bi-manuelle et par la radiographie.

La présence d'un calcul salivaire a pour effet, à l'occasion des repas, de provoquer une accumulation de salive en amont. Ne pas intervenir c'est courir le risque de complications infectieuses d'abord et ensuite de permettre à la tuméfaction de devenir le siège de douleurs irradiées.

S'il est microscopique, il peut s'éliminer au cours d'un ténesme provoqué sous l'influence de la mastication. Sinon, il s'enlève par une simple incision à l'endroit où on le perçoit, sans crainte d'une fistule du canal de Wharton qui serait sans inconvénient. Mais, s'il s'agit de lésions anciennes avec poussées aiguës successives, avec altération et sclérose de la glande, le seul traitement rationnel est l'éviscération, soit par voie buccale ou sus-hyoïdienne : la seule extraction des calculs laisserait la glande altérée et sous la menace de récidive. (*Le Scalpel*, 26 décembre 1936).

Les complications de la curiethérapie en gynécologie

MM. Reiles et Fobe démontrent que le radium n'est pas une arme thérapeutique que l'on emploie aussi impunément que l'on serait tenté de le croire. Son application peut entraîner des complications. La plus redoutable est, d'après les constatations des auteurs, l'embolie pulmonaire mortelle.

Ils en ont observé dans les cas de métrorragies, 1 % ; dans les cas de cancers du col, 1 % ; dans les cas de cancers du corps, 28,5 %.

Cependant il faut tenir compte du fait que les cas qui lui ont payé un si large tribut (cancers du corps) relevaient de contre-indications opératoires. Cette complication incombe par conséquent autant et même plus à la malade qu'à la thérapeutique mise en œuvre.

Les complications inflammatoires (7 % dans le cancer du col, 2-3 % dans les métrorragies) pourront-elles être prévenues en partie moyennant certaines précautions supplémentaires ? Tout en restant sceptiques sur ce point, les auteurs se proposent d'apporter de légères modifications à la technique d'application suivie jusqu'à présent. Ils pensent qu'il y aurait avantage à employer dans la thérapeutique des cancers utérins des doses moins massives, interrompues et reprises à plusieurs fois, de manière à diminuer les effets néfastes du tamponnement sur l'infection, et l'action trop brutale du radium sur les tissus.

(*Rev. franç. de gynéc. et d'obst.*, novembre 1936).

Traitement de l'hypertrophie prostatique : Chirurgie ou électricité ?

Le Docteur Laffitte schématise la question, en disant : 1° que la prostatectomie est une opération excellente et reste l'opération de base chez le prostatique normal ; 2° que la résection endo-urétrale s'applique non pas tant aux cas classiques qu'à ceux qui ne le sont pas, à savoir : les malades trop fatigués pour subir une intervention importante, ou ceux qui trop jeunes ou qui présentent des lésions trop légères pour qu'on puisse leur appliquer autre chose que le traitement médical.

A la prostatectomie : l'adénome normal. A la résection endo-urétrale : les jeunes, parce que les lésions sont légères et les très âgés ou les fatigués, parce que la prostatectomie est trop importante pour eux. (*L'Actualité médico-chirurgicale*, novembre 1936).

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

A propos de l'origine de l'hypertrophie de la prostate

(M. MARION ; 26-1-1937)

Répondant à une communication antérieure de M. Cunéo sur ce sujet, M. Marion ne se déclare pas favorable à la théorie de l'origine hormonienne de l'adénome prostatique.

Les résultats obtenus par M. Cunéo à la suite de l'administration d'hormones mâles n'ont pas une signification suffisante. C'est une erreur de considérer l'hypertrophie de la prostate comme une affection à tendance régulièrement progressive et évoluant sans pouvoir régresser. A chaque instant, on voit des malades qui, dans le cours d'un adénome prostatique, présentent des phases d'aggravation et des phases d'amélioration, qui peuvent coïncider avec l'emploi d'un traitement sans dépendre de celui-ci.

Les considérations anatomiques ne conduisent pas non plus à la confirmation de la théorie hormonienne comme pathogénie de l'hypertrophie prostatique.

— M. CHAMPY estime que les hormones jouent un rôle dans cette affection, mais pas aussi simple qu'on l'imaginait *a priori*.

Action de la folliculine sur la mamelle du cobaye mâle

(MM. MUSSIO-FOURNIER, ALBRIEUX et BUNO ; présentation par M. SOUQUES ; 12-1-1937)

Le rapport hormonal entre la glande mammaire et l'ovaire est depuis longtemps connu. De leurs expériences sur le cobaye mâle, les auteurs concluent que la folliculine exerce une action locale sur la glande mammaire, qu'elle soit administrée par injections ou par frictions sur la mamelle elle-même.

Sur un traitement de la coqueluche par le parabenzoate de méthyl-propyl-diphénol

(M. LIÈVRE-BRIZARD ; 22-12-1936)

M. Lièvre-Brizard a traité une trentaine de cas de coqueluche, au cours d'une épidémie survenue dans un préventorium, par la médication suivante : pulvérisation, dans une salle spéciale où sont réunis les malades, deux fois par jour, à l'aide d'un appareil analogue au « pistolet » qui sert à l'application de la peinture cellulosique, d'une solution huileuse à 40 p. 100 de paraoxybenzoate de méthyl-propyl-diphénol. Le produit n'étant ni d'odeur désagréable, ni irritant, les enfants ont été laissés pendant une demi-heure dans l'atmosphère chargée du médicament.

En peu de temps, l'auteur a constaté la diminution notable de la fréquence et de l'intensité des quintes.

La même solution, vaporisée dans la chambre d'un malade atteint d'affection pulmonaire avec hyperthermie, semble avoir eu une action nette sur celle-ci, action qu'une étude plus approfondie pourra mieux établir.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Ovarite kystique et signes de grossesse

(M. L. PORTES. — Rapport de M. MOULONGUET ; 4-11-1936)

Mme X. entre à la Maternité après une aménorrhée complète de trois mois, pendant laquelle elle a présenté des troubles sympathiques analogues à ceux qu'elle avait eus au début d'une gestation antérieure normale. Depuis cinq jours, elle perd du sang rosé.

A l'examen, le col est ramolli, le corps, globuleux, est dépressible, mais son volume (il n'atteint pas le bord supérieur de la symphyse) est en discordance avec la date des dernières règles. On perçoit dans le cul-de-sac droit une masse arrondie, dans le cul-de-sac gauche un ovaire peu volumineux. Le diagnostic posé est celui de grossesse ectopique non rompue ; il paraît confirmé par la réaction de Brouha-Friedmann qui est positive.

Laparotomie. L'utérus est turgescent, ramolli. La masse droite est un kyste de l'ovaire du volume d'un gros œuf. L'ovaire gauche est scléro-kystique. On enlève le kyste droit. Dès les premiers jours qui suivent l'opération, les signes de grossesse (modifications des seins, etc.) disparaissent. Huit jours après, l'utérus est normal. Une nouvelle réaction de Zondek est négative.

Ainsi, une ovarite kystique a pu provoquer le tableau clinique habituel de la grossesse : aménorrhée, augmentation de volume de l'utérus, augmentation de volume des seins, troubles sympathiques, et même réaction de Zondek-Ascheim positive.

Des observations analogues ont été publiées par MM. Brindeau et Hinglais. Sont-elles de nature à troubler notre confiance dans la réaction de Zondek ou ses analogues ? Non, si l'on s'astreint, comme le recommande M. Brindeau, à faire dans tous les cas douteux un dosage des hormones de la grossesse. Les réactions biologiques de grossesse, d'une très grande valeur, demandent à être recherchées avec beaucoup de minutie et envisagées dans la totalité des renseignements qu'elles peuvent fournir.

P. L.

Société médicale des hôpitaux de Paris

Atélectasie pulmonaire, apnée du nouveau-né et hémorragie méningée

(MM. Robert Debré, Julien Marie, Maurice Lamy et P. de Font-Réaulx ; 4-12-1936)

1° L'atélectasie pulmonaire pure, cliniquement primitive, du tout petit enfant peut être provoquée par une hémorragie méningée ; 2° cette atélectasie peut s'accompagner de troubles graves du rythme respiratoire ayant la même origine ; 3° l'hémorragie méningée peut, en pareil cas, être tout à fait latente, par ailleurs le liquide rachidien étant normal.

Il importera donc dans l'avenir, dans tous les cas appartenant à ce groupe morbide, d'étudier chez le nouveau-né à la fois, les troubles du rythme respiratoire et du pouls, les caractères de la toux, de vérifier l'existence ou l'absence de l'atélectasie pulmonaire et de l'hémorragie méningée. On ne devra pas oublier à cet égard que l'hémorragie méningée du nouveau-né n'est pas très rare, que son origine est obscure (le traumatisme obstétrical et l'hérédo-syphilis ne pouvant qu'être rarement invoqués), que sa traduction clinique est peu accentuée, que notamment les hémorragies du fond de l'œil, si importantes à connaître, peuvent manquer, que la ponction lombaire peut donner issue à un liquide rachidien strictement normal, alors que la ponction sous-dure-mérienne (et non ventriculaire) peut donner issue à un liquide teinté.

Forme anurique de la lymphogranulomatose maligne

(MM. M. Duvoir, L. Pollet, A. Basset et Mme Logeais ; 4-12-1936)

Il est de notion maintenant classique que, si elles sont rares, les déterminations rénales sont cependant possibles au cours de la maladie de Hodgkin ; mais, semble-t-il, l'anurie n'a jamais été signalée en pareil cas.

Il s'agit d'un cas d'anurie récidivante que, sans pouvoir toutefois en préciser le mécanisme pathogénique, les auteurs se croient autorisés à attribuer à la lymphogranulomatose maligne.

Anurie complète récente, accompagnée de légère anasarque, chez une malade traitée depuis trois ans pour une lymphogranulomatose maligne. L'absence de toute douleur, le début progressif bien que rapide, permettent d'éliminer la lithiase rénale. En l'absence d'absorption volontaire ou accidentelle de toute substance nocive, la néphrite toxique peut être éliminée.

On ne relève non plus aucun signe susceptible d'orienter vers une infection préalable : en particulier, il n'y a pas d'angine, pas d'affection *a frigore*. S'agirait-il d'une poussée aiguë au cours d'une néphrite chronique ? Rien dans les antécédents de la malade ne peut permettre de légitimer une telle hypothèse. Enfin, l'examen clinique ne décèle aucune cause de compression pelvienne telle que cancer de l'utérus ou du rectum, ni aucune anomalie circulatoire susceptible de provoquer une pareille anurie.

Et c'est ainsi que l'on fût conduit, par exclusion, à se demander s'il n'existerait pas un lien pathogénique entre l'anurie et la maladie de Hodgkin.

Moins d'un mois après la malade est de nouveau hospitalisée pour un second épisode d'anurie complète, qui dure depuis trente-six heures. Il est analogue au précédent, mais, cette fois, s'accompagne nettement d'une poussée évolutive lymphogranulomateuse.

Pareille récidive d'anurie, coïncidant avec une poussée évolutive lymphogranulomateuse, apporte un argument fondamental en faveur du rapport que, surtout par exclusion, les auteurs ont été, lors de la première poussée anurique, amenés à admettre entre l'anurie et la maladie de Hodgkin.

Ostéopathie de carence au cours d'un scorbut fruste

(MM. A. Caïn, R. Cattan et S. Hertz ; 20-11-1936)

Il s'agit d'un exemple de scorbut fruste qui, fait non encore mentionné, s'est accompagné d'altération osseuse ; d'autre part, l'acide ascorbique s'est montré d'une efficacité remarquable contre les accidents de l'avitaminose C.

L'observation rapportée est un remarquable exemple de scorbut fruste puisque, sans la constatation d'un purpura péripilaire très discret, le scorbut aurait eu grande chance d'être méconnu. Son diagnostic n'aurait pu, en effet, être basé sur la gingivite fongueuse qui entourait quelques chicots dans une mâchoire édentée.

L'amélioration extraordinairement rapide qu'ont déterminée les injections d'acide ascorbique apporte la preuve de la nature scorbutique des accidents. On ne peut parler de guérison spontanée de ceux-ci, ainsi qu'il advient dans certains scorbuts, dès qu'une alimentation convenable est assurée. Bien loin de s'améliorer, l'état du sujet ne fit d'abord qu'empirer ; la cachexie et la prostration s'accusèrent, l'épiphysite aiguë tibiale se constitua. Moins de huit jours après le début des injections d'acide ascorbique, la guérison était presque complète.

G. F.

Société médico-chirurgicale des hôpitaux libres

Séance du 4 décembre 1936

Deux cas d'ulcération rectale après curiethérapie d'un cancer du col de l'utérus (radio-nécrose)

M. R. Savignac présente deux observations de radio-nécrose de la paroi antérieure du rectum dont l'une est illustrée, pour la première fois, d'aquarelles de la lésion prise sous rectoscope. Cette lésion quoique bien connue a été peu étudiée, à part un travail de Rubens-Duval et Oppert. Il en fait le diagnostic avec l'ulcération cancéreuse, et insiste sur le caractère différentiel d'indolence.

Leucose tumorale aiguë particulière

MM. Germain Blechmann, Paul Chevallier, P.-P. Lévy, Mme J.-H. Montlaur. — C'est par hasard — avant une intervention sur les amygdales — que l'on découvre chez un enfant de 7 ans 1/2 des ganglions sous-maxillaires. En quelques jours, il se produit une polyadénie considérable avec tuméfaction d'origine thymique. Un examen de sang pratiqué est alors normal : cependant, des signes de compression médiastinale s'accusent, s'accompagnant d'hépato-splénomégalie. La radiographie montre une énorme masse thoracique qui englobe l'aire cardiaque. Or, l'application de rayons X produit un résultat quasi miraculeux : en deux jours, tous les ganglions disparaissent ; la dyspnée n'existe plus (la radiographie montre la fonte de la tumeur médiastinale) et un nouvel examen de sang reste satisfaisant. Mais après cette apparente résolution, malgré la réitération du traitement radiothérapique, les signes leucémiques reparaissent et s'accusent de plus belle ; les ganglions redeviennent considérables, les signes de compression s'accompagnent d'œdème et souffrances intolérables. L'enfant meurt d'hématémèse foudroyante un mois jour pour jour après le début des accidents. Ce n'est que tardivement qu'apparaissent les cellules-souches qui permettent d'assurer le diagnostic hématologique de cette leucose à évolution si surprenante, que la clinique avait soupçonnée dès le premier jour.

Etapes radiographiques de régression d'une tumeur du médiastin irradiée

M. Joly donne tous les détails cliniques et radiologiques d'une observation de lymphocytome du médiastin cliniquement guéri un an et demi après rœntgenthérapie : il rappelle la radio-sensibilité de cette variété histologique de tumeur maligne.

Mort par argyrie aiguë après urétrographie (avec quelques considérations sur le danger de cette exploration)

MM. J.-E. Marcel et V. Brochard. — Il s'agit d'un malade âgé de 68 ans cystostomisé pour hypertrophie de la prostate et chez lequel une urétrographie pratiquée à défaut de lipiodol avec une solution fraîche à 10 % de collargol entraîne un collapsus immédiat avec coloration particulière de la face et des muqueuses. Le malade succombe quatre jours après à une myocardite.

A cette occasion, les auteurs passent en revue les différentes variétés d'argyrie, connue surtout sous sa forme chronique et exceptionnellement aiguë. Ils considèrent ensuite les accidents dus à l'urétrographie, en rapport toujours avec un reflux urétro-veineux et qui peuvent entraîner avec les substances huileuses, des accidents pulmonaires sévères. Ils recommandent donc un ensemble de précautions, qui paraissent mettre à l'abri d'accidents au cours de l'urétrographie (méthode simple et particulièrement utile), comme au cours de toute exploration de l'urètre sous anesthésie locale, la toxicité de l'anesthésique important moins dans l'occurrence que la façon dont il est employé.

Société d'hydrologie et de climatologie médicales de Paris

Les variations de la cholestérolémie chez les asthmatiques sous l'influence de la cure du Mont-Dore.

(M. A. Debidour ; 1-3-1937)

L'auteur a constaté que la cholestérolémie chez les asthmatiques dépassait très souvent le taux physiologique normal (1 gr. 80) pour atteindre 2 grammes, 2 gr. 50 et même 3 grammes.

Il attribue cette hypercholestérolémie à l'insuffisance habituelle chez les asthmatiques du foie et du poumon, centres régulateurs importants de la cholestérolémie chez l'homme et les animaux. Et il considère l'hypercholestérolémie comme une des « anomalies humorales » qui constituent le terrain asthmatique.

Après la cure hydrominérale d'altitude du Mont-Dore, il a constaté chez tous les asthmatiques le retour à la normale de la cholestérolémie avec une amélioration clinique évidente.

L'évolution parallèle de l'éosinophilie sanguine constatée dans les mêmes conditions chez les asthmatiques par d'autres auteurs semble l'autoriser à établir un rapport entre l'hypercholestérolémie et l'hyperéosinophilie.

Ces deux tests biologiques sont considérés par l'auteur comme les deux aspects d'un processus de défense de l'organisme contre certaines toxines microbiennes ou contre des albumines en voie de désintégration, qui aurait pour but de neutraliser et de transformer ces dernières pour en faciliter l'élimination.

En rétablissant dans leur intégrité les fonctions du foie et du poumon, en « normalisant » tous les grands équilibres organiques et humoraux, la cure du Mont-Dore rend inutile ce processus de défense et fait



disparaître chez les asthmatiques l'hypercholestérolémie et l'hyperéosinophilie dont l'interdépendance semble très probable à l'auteur.

Montpellier

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET BIOLOGIQUES DE MONTPELLIER ET DU LANGUEDOC MÉDITERRANÉEN

Séance du 4 décembre 1936

La valeur des réactions sérologiques de la tuberculose chez les tuberculeux pulmonaires

MM. PUECH et DEVEZE ont recherché dans 152 sérums prélevés sur 123 malades la valeur de la réaction de fixation du complément avec l'antigène de Besredka et avec un nouvel antigène préparé par M. Debains (de Versailles), et de la séro-floculation de Vernes à la résorcine. Ils confirment la haute valeur de cette dernière, encore que son intensité ne soit pas exactement en rapport avec l'impression clinique d'évolutivité. La réaction de fixation de Besredka lui est souvent parallèle, mais se montre plus particulièrement positive dans les formes inactives ou peu actives et anciennes. La réaction de Debains paraît moins spécifique et moins sensible.

Séance du 11 *décembre* 1936

Un nouveau cas de cancer aberrant de la glande mammaire

MM. MASSABUAU, R. JOYEUX ET DROUET rapportent un cas de cancer (du type squirrheux), du prolongement axillaire de la glande mammaire chez une femme de 47 ans. Cette tumeur, du volume d'une noisette, avait gardé ses mêmes caractères de bénignité pendant trois ans, mais il existait une adhérence cutanée à la surface de la tumeur.

Elle a nécessité l'amputation large du sein avec évidement ganglionnaire de l'aisselle, l'exérèse cutanée large en rapport avec le siège de la tumeur et sans préoccupation de réunion.

A propos des perforations diastasiques du cæcum. Un cas de perforation spontanée au cours d'une intervention pour occlusion

MM. MASSABUAU, R. JOYEUX, GINESTIE ET DROUET. — Il s'agit d'un nouveau cas de perforation diastasique chez un sujet atteint d'occlusion du gros intestin due vraisemblablement à un cancer du côlon. Survie de quinze jours par la mise en place d'un tube de Paul par l'orifice de perforation cæcale.

Cette observation confirme l'appellation de « perforations ulcéro-diastasiques » proposée en 1929 par MM. RICHE et GUIBAL, à la place de « perforations diastasiques » de Heschl ou d' « ulcérations diastasiques » d'Okinczyc.

Trois cas d'occlusion intestinale aiguë après appendicectomie suivie de drainage à la Mickulicz. Guérison après opération (fistulisation du grêle, cæcostomie ou libération)

M. CABANAC. — Les deux premiers cas concernent des occlusions précoces, survenues le quatorzième jour (obs. I) et le douzième jour (obs. II) après appendicectomie pour appendicite gangréneuse ou perforée, avec péritonite, et drainées largement à la Mickulicz.

Guérison après fistulisation du grêle *in situ.*

La troisième observation est celle d'une femme de 82 ans qui fit un ileus 1 an 1/2 après un drainage à la Mickulicz pour appendicite grave. A l'intervention, le quatrième jour, adhérences multiples et volvulus longitudinal d'une anse grêle. Libération du grêle, péritonisation. Guérison.

Ces occlusions posent la question de la légitimité de l'iléostomie qui a été discutée à plusieurs reprises devant l'Académie de chirurgie.

M. LAPEYRIE se demande si la manière dont sont disposées les mèches de drainage ne joue pas un certain rôle ; et aussi les accidents sériques.

M. JOYEUX apporte une observation personnelle d'occlusion post-opératoire après appendicectomie.

A propos du diagnostic de la maladie de Parrot

MM. LEENHARDT, BOUCOMONT et BARNAY présentent deux observations : l'une correspond à la description classique et l'image radiographique est probante tandis que les réactions sérologiques sont négatives. Dans la seconde observation on constate seulement une périostite, seul témoignage d'une lésion syphilitique, prouvée par des réactions sérologiques très fortement positives. Il est possible que l'ostéochondrite classiquement nécessaire à la constitution de la maladie de Parrot ait guéri en laissant comme seul vestige, la périostite.

Injection de lipiodol à la sonde, sous-laryngoscopie directe chez les enfants

MM. TERRACOL et Jean ROUX. — Parmi les techniques de lipiodolage chez les enfants en bas âge, il semble que l'injection du liquide opaque à la sonde sous laryngoscopie directe et sous le contrôle de la vue, sans aucune anesthésie, soit la méthode de choix.

Les Livres

P. Lereboullet, professeur à la Faculté de médecine de Paris, avec la collaboration de F. Saint Girons et A. Zuber, assistants à l'institut de puériculture. — **Manuel de puériculture.** Deuxième édition revue et corrigée. Un vol. de 230 p. avec 56 fig. 22 francs.

Bien que le rapide épuisement de ce volume ait laissé peu de temps s'écouler avant la mise en vente de cette nouvelle édition, l'auteur l'a revisé soigneusement et a tenu compte, notamment, des changements récemment apportés à la direction de l'alimentation du premier âge.

Rappelons qu'on trouve dans ce manuel, les règles de l'hygiène des tout-petits, leur justification et l'énumération des moyens pratiques susceptibles d'être employés pour les mettre en œuvre. Tout en se bornant à l'étude de l'enfant normal et sans empiéter sur la pédiatrie proprement dite qui a pour but les soins de l'enfant malade et sa guérison, ce livre s'appuie sur l'expérience acquise par l'observation des maladies du jeune enfant et la recherche de leurs causes.

Ces notions médicales élémentaires montreront aux jeunes filles et aux jeunes femmes qui le liront l'utilité des conseils du médecin et la nécessité de faire appel à celui-ci pour diriger la santé du jeune enfant et le soigner dès l'apparition du moindre trouble.

Librairie du Monde Médical,
47, rue du Docteur-Blanche
et Vigot frères, éditeurs,
23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris

Formulaire Astier, 7e édition, 1937. Préface du Professeur Fernand Bezançon. Un vol. in-16, 1.200 p., tête dorée, reliure peau souple. Prix : 30 francs.

Le Formulaire Astier connaît un succès grandissant et la 7e édition est digne de ses devancières. Elle a été l'objet d'une mise à jour très complète dans chacun de ses chapitres, qu'il s'agisse de la partie « Pharmacologie » ou de celle consacrée à la « Thérapeutique ». Suppressions, remaniements, rectifications et additions ont été effectuées en tenant compte de l'évolution incessante de la science médicale dans ses applications pratiques. Plus que jamais le Formulaire Astier justifie son titre de « vade-mecum de médecine et de thérapeutique » et le Professeur Fernand Bezançon dans sa préface a remarquablement résumé tous ses mérites en quelques lignes. « C'est vraiment, dit-il, le livre qui répond à toutes les questions de quelque nature qu'elles soient, dispense des recherches longues et parfois infructueuses, dissipe les doutes, ravive les souvenirs et offre à chaque instant le réconfort de ses précisions, la réponse aux problèmes les plus compliqués ».

Mlle M.-L. Nappée. — **Manuel pratique de l'infirmière soignante.** Préface du Dr Delassus. Un vol. 384 pages, 168 fig., 28 francs.

La formation professionnelle de l'infirmière moderne exige un enseignement pratique complet et ce qu'il faut de cours théoriques pour donner une base scientifique à cette éducation pratique ; ce manuel s'adapte à ce but.

Bien que ce petit livre ait été écrit pour former des praticiennes, pour la préparation des examens, pour la formation des monitrices, il présente un intérêt réel dans un foyer ; l'auteur y présente en effet quantité de techniques applicables à maintes circonstances de la vie.

Chapitres de l'ouvrage. — L'infirmière. Accueil du malade à l'hôpital. La chambre du malade. Le lit du malade et ses accessoires. Différentes manières d'installer un malade alité. Alimentation des malades. Toilette. L'escarre. Fonctions vésicales et intestinales. Lavements, cathétérismes et lavages des cavités naturelles. Comment soulever, transporter, retourner un malade. La respiration. Toux, expectoration. Le pouls. La température. Méthodes usuelles de révulsion. Injections hypodermiques. Procédés de dérivation. Les ponctions. Pansements. Chirurgie. L'infirmière à la salle d'opération. Préparation de l'acte opératoire proprement dit. L'anesthésie. Préparation des interventions courantes. Soins aux femmes en couches. Soins aux nouveau-nés. Malades contagieux. Hémorragies. Brûlures. Fractures. Asphyxie. Agités.

Editions Spes,
17, rue Soufflot, Paris (Ve)

Dr Fernand Raoult. — **Vie subie. Vie voulue. Vie rêvée.** Un vol. Prix : 15 francs.

On nous informe que les trois mille exemplaires du premier tirage de cet intéressant livre étant épuisés, on a mis en vente en décembre 1936 les trois mille autres volumes du second tirage.



Les Thèses

P. — Dr R. Vidal. — L'intoxication aiguë par les barbituriques chez la femme enceinte. (Thèse, 1936.)

L'intoxication aiguë par les barbituriques chez la femme enceinte est généralement le résultat d'une tentative de suicide, due elle-même aux difficultés matérielles et morales auxquelles certaines jeunes femmes se trouvent malheureusement exposées parfois, du fait d'une grossesse commençante.

L'influence de cette intoxication sur la gestation paraît indiscutable aux fortes doses, et l'avortement assez fréquent. Les guérisons pourraient se voir lorsqu'il s'agit de faibles doses.

La grossesse ne paraît pas, en général, aggraver l'évolution de l'intoxication.

Le fœtus est toujours incommodé et le plus souvent victime des doses fortes.

L'intoxication aiguë grave de la femme enceinte par les dérivés barbituriques est encore justiciable de la mise en œuvre du traitement strychnique, à condition qu'on puisse exercer une surveillance médicale ininterrompue.

La question de ces intoxications pose un problème médico-légal et social dont la seule solution actuelle réside dans la réglementation de la vente de tous les dérivés de la malonylurée.

P. — G. Charton. — Orifice d'entrée des plaies par armes à feu dans les tirs obliques. (Thèse, 1936.)

De l'étude de l'auteur se dégagent trois séries de faits concernant la morphologie de ces plaies suivant les inclinaisons différentes de la cible :

1° *L'orifice d'entrée* proprement dit des plaies par armes à feu dans les tirs obliques perd sa forme circulaire au fur et à mesure que l'obliquité du plan récepteur est plus grande. Il tend à prendre une forme de plus en plus allongée jusqu'à se transformer en la fissure linéaire du tir tangentiel ;

2° *Les craquelures* de la zone de tiraillement augmentent en nombre et en densité du côté de l'angle aigu du tir, à mesure que cet angle diminue ;

3° *A partir de* 10°, l'orifice d'entrée disparaît, il n'y a plus de perforation de la peau.

P. — Dr R. Miquel. — Les manifestations cutanées de la sclérose tubéreuse. (Thèse, 1936.)

Les adénomes sébacés symétriques du visage réalisent une malformation souvent familiale et héréditaire qu'il convient de faire entrer dans le groupe des génodermatoses. Ils sont fréquemment liés à la sclérose tubéreuse du cerveau, l'ensemble constituant une neuro-ectodermose. Ils peuvent aussi s'associer à une autre génodermatose plus complexe, la neuro-fibromatose de Recklinghausen.

Ces associations s'expliquent par une véritable « évolution anarchique » du feuillet neuro-ectodermique.

P. — Dr F. Maurage. — Formes rénales de l'endocardite maligne lente. (Thèse, 1936.)

A côté des formes habituelles de l'endocardite maligne lente où l'atteinte rénale est d'ailleurs constante, on peut décrire des formes rénales pures, où l'atteinte rénale est, pendant longtemps, la seule manifestation nette de la maladie. Ces formes rénales sont de connaissance relativement récente. Elles sont rares.

Au premier plan sont les symptômes rénaux. Ils revêtent le plus souvent l'aspect d'une néphrite hématurique : tantôt néphrite hématurique presque pure, tantôt néphrite hématurique avec rétention chlorurée.

Au second plan sont les signes d'endocardite (hyperthermie, anémie, splénomégalie, souffle). Ces signes sont le témoin de lésions ne changeant pas l'évolution de la maladie qui reste celle d'une néphropathie.

P. — Dr J. de Vaulx. — La cure déclive, position de détente dans les adhérences pariéto-pulmonaires du sommet non sectionnables, au cours du pneumothorax. (Thèse, 1936.)

Nombre de pneumothorax restent sans effet, par suite de la présence de brides insectionnables. L'auteur a été amené à faire l'essai de la cure en position déclive, dans cette catégorie de cas où la section des adhérences s'avère impossible.

La cure déclive au cours des pneumothorax avec brides apicales est simple comme technique, mais nécessite une certaine surveillance. Elle consiste à placer sous les deux pieds du lit des briques de 20 à 30 centimètres et à supprimer les oreillers. Elle permet de soustraire les lésions du sommet partiellement au « traumatisme » respiratoire.

Pour obtenir un résultat satisfaisant, il sera bon de n'appliquer la méthode que dans des cas de pneumothorax incomplets répondant aux conditions suivantes : *a*) lésions apicales ou sous-apicales ; *b*) système adhérentiel apical ou sous-apical non sectionnable, avec liberté du poumon sur ses faces costales et sur sa face diaphragmatique.

P. L.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Bulletin de l'Actualité

LE ROCHER DE SISYPHE

Aux enfers Sisyphe était condamné à rouler un énorme rocher au sommet d'une haute montagne. Lorsque, trempé de sueur, il touchait au but, le rocher s'ébranlait, bousculait l'infortuné Sisyphe et, en quelques bonds terrifiants, retombait jusqu'au fond de la vallée.

Tel est exactement le supplice que nous infligeons à nos tuberculeux soignés au compte de l'Etat !

Après les avoir envoyés dans un sanatorium, brisé les liens de famille et fait peser sur eux la même sorte d'interdit qui, au Moyen-Age, séparait les lépreux du reste des humains ; après les avoir, au nom de cet idéal que nous faisons miroiter à leurs yeux : guérir, maintenus dans leur maladrerie pendant six mois, dix mois, un an ; au moment où l'avenir leur paraît s'ouvrir à nouveau devant eux, nous leur disons « maintenant rentrez chez vous ».

Ils n'attendaient que ce mot : ils courent à la gare sans demander leur reste, comme des soldats libérés. Arrivés dans la grande ville ils la regardent avec du défi plein les yeux: elle avait voulu les tuer, et les voici pourtant revenus. Revenus oui ! pas pour longtemps !

Tout à l'heure, j'ai vu mourir un homme, celui-là même dont, il y a quelques mois, j'avais raconté les souvenirs de sanatorium.

L'Office public d'hygiène sociale l'avait envoyé dans un établissement des environs de Paris ; il y est resté une dizaine de mois. A son retour, en avril dernier, il n'était certes pas brillant. Mais son logement n'était guère fait non plus pour le remettre en état. Tout le printemps et puis tout l'été je l'ai visité dans cette chambre en sous-sol, donnant sur une cour, maigrement éclairée. Quand je lui disais « Il faut partir d'ici », il me répliquait « Encore abandonner les miens ? » ; et si, lui montrant le soleil sur les toits d'en face, j'ajoutais « Au moins sortez une heure le matin et une heure l'après-midi », il me faisait tâter son poignet moite ; et à le voir haleter pour ce simple mouvement, je ne savais plus que dire.

L'automne est venu, et l'hiver : les journées de pluie et de brume. Une hémoptysie l'a terrassé ; une seconde. Il est mort tout à l'heure. Et c'est à sa mémoire que je dédie cet article.

***

Quelqu'un pourrait-il me dire exactement à quoi rime cette inepte conception des sanatoriums ?

N'est-il pas convenu que le malade qui a fait, à un moment quelconque, une évolution tuberculeuse doit-être considéré, sa vie durant, comme fragile et suspect ?

Si la cure hygiéno-diététique est indispensable au tuberculeux évolutif (et elle l'est à n'en pas douter, quoi qu'il en soit par ailleurs des conceptions scientifiques) l'est-elle moins pour le tuberculeux stabilisé alors que nul au monde ne peut dire si la cicatrice ne va pas se rouvrir demain ?

Au syphilitique l'on prescrit quatre à cinq ans de traitement par des agents chimiques d'efficacité évidente parce que l'on s'attend toujours à un réveil possible du virus.

Au tuberculeux l'on adjuge quelques mois de repos au grand air (la seule ressource, avec le pneumothorax, dont nous disposions). Et puis on le replonge dans son sous-sol donnant sur une cour, là même où il a, des années durant, couvé sa maladie.

Ou bien laissez-le mourir tout de suite et sans tant d'histoires ; ou bien, puisque vous lui aviez ouvert les portes du salut, ne les lui claquez pas au nez au moment où il allait les franchir.

Ne dites pas que je fais un éclat à propos d'un exemple malheureux ! Vous savez bien qu'ils sont légion les cas de ce genre. Cette même semaine j'ai vu revenir en « permission » d'un sana une jeune femme qui, voici environ un an, fit une poussée bacillaire à la suite d'un accouchement. Elle était alors domestique à Paris ; naturellement c'est une fille-mère, le séducteur est loin ; elle n'a à compter que sur elle-même. Elle a grossi et ne tousse guère ; dans deux mois elle sort du sanatorium. Je lui ai demandé ce qu'elle comptait faire «Chercher une place à Paris», m'a-t-elle dit. Le cycle recommencera donc ; en la regardant j'ai cherché à évaluer le temps qu'elle avait encore à vivre. Un an ? peut-être, si elle tombe sur une bonne place.

La lutte antituberculeuse s'est révélée un

fiasco lamentable, un fiasco aussi évident qu'il est dispendieux pour les finances publiques.

Messieurs les parlementaires, c'est vous qui, avec quelques conseillers médecins, êtes les coupables !

« L'alcool fait le lit de la tuberculose » a-t-on dit et répété. Qu'avez-vous fait contre l'alcool ? Rien. La France est le pays le plus alcoolisé du monde. Aussi pouvons-nous nous flatter de brillantes statistiques de mortalité. Regardez-les !

« Le taudis et le surpeuplement engendrent la tuberculose », a-t-on dit et répété. Qu'avez-vous fait contre eux ?

Ce n'est pas moi qui vous répondrai.

***

M. Marcel Moine, statisticien du Comité national de défense contre la tuberculose, a fait le 27 janvier 1937, un intéressant rapport sur « L'étiologie de la tuberculose dans un cadre topographique restreint : la commune » (1).

Son enquête, pour plus de commodité et d'exactitude, s'est bornée au département de la Seine où vivent, au recensement de 1931, tout près de 5 millions d'habitants, soit le 1/8 de la population française. Agglomérée selon la densité du IIIe arrondissement de Paris toute l'espèce humaine, soit plus de 2 milliards de sujets, évoluerait dans un espace comprenant : Seine, Seine-et-Oise, Seine-et-Marne, Oise, Loiret, Eure-et-Loir et Eure, en somme tout juste la grande banlieue.

Dans l'agglomération parisienne la déclaration des causes de décès est, pour ainsi dire, parfaite puisque *tous* les décès sont constatés médicalement et que la fréquence des causes inconnues ne dépasse pas 2 % alors qu'elle est de 16 % pour l'ensemble du pays.

M. Moine tient compte de ce fait que, la déclaration du décès se faisant sur les registres de la commune où il se produit, certaines communes possédant un service hospitalier ou un asile important voient de ce fait leur mortalité accrue (Beaujon à Clichy, sanatorium Clemenceau au Kremlin-Bicêtre, etc.).

De plus certains tuberculeux parisiens envoyés dans des sanatoriums en province y meurent et allègent d'autant la mortalité parisienne.

Ceci étant, M. Marcel Moine publie un plan saisissant de la Ville de Paris où il teinte en noir les quartiers qui comptent le plus de décès par tuberculose et où il indique d'un signe les îlots insalubres. A part deux ou trois exceptions la teinte noire entoure ces îlots ; il s'agit, dans le centre, de certains quartiers des IIe, IIIe et IVe arrondissements, à la périphérie d'une partie des XIIe et XIVe, de la plus grande partie du XIe, Xe et XIIIe, et des XIXe et XXe en entier. Un simple exemple :

Mortalité tuberculeuse par 100.000 habitants dans le XXe arrondissement : environ 300.

Mortalité tuberculeuse par 100.000 habitants dans le XVIe : entre 99 et 147 suivant les quartiers.

Quant au quartier Saint-Merri il s'inscrit en tête de ce triste palmarès avec 547 décès !

Comparez avec les 60 décès du quartier des Champs-Elysées et concluez !

La banlieue proche, elle, n'est pas mieux lotie ; on pouvait s'en douter ! La sinistre teinte noire déborde largement les anciennes fortifications et envahit : Bagnolet, Montreuil, Pantin à l'est, Aubervilliers, Saint-Ouen, Saint-Denis, Gennevilliers au Nord ; Ivry, Kremlin-Bicêtre, Villejuif, Choisy-le-Roi au Sud ; Boulogne, Bagneux, Sceaux, Clamart à l'Ouest.

M. Moine signale en outre que la mortalité tuberculeuse des îlots diminue à chaque destruction nouvelle de taudis.

Il assure, et je me fais un devoir de le transcrire **ici**, qu'elle ne cesse de baisser à Paris comme dans la France entière. Cette assertion contredit de façon flagrante ce que disent nombre d'auteurs et l'impression générale des médecins.

Par contre la morbidité augmente, et de son aveu même. Il attribue le fait à ce que les dispensaires dépistent la tuberculose plus souvent aujourd'hui qu'autrefois. Je souscrirai volontiers à cet hommage rendu aux dispensaires qui sont une des créations louables de la campagne antituberculeuse. Cependant pour que la tuberculose puisse être dépistée, il faut qu'elle existe ! Le nombre des tuberculeux ne diminue donc pas ; le bacille est amplement ravitaillé de victimes nouvelles, et cela par l'alcool et le taudis.

Concluons : lutter *socialement* contre la tuberculose à coups de sanatoriums c'est une conception désuète et mesquine.

Désuète parce que la médecine d'aujourd'hui se flatte d'être préventive chaque fois qu'elle le peut et curative seulement quand elle n'a pu mieux faire.

Mesquine parce qu'envoyer un tuberculeux en sanatorium c'est simplement lui voter un sursis. Tant mieux pour lui si, entre temps, il s'est débrouillé et *a compris*. Tant pis si en sortant, il se croit assez fort pour revenir sur la brèche. Le premier feu de salve sera pour lui.

Pour faire œuvre utile et effective, Messieurs du Gouvernement, pourchassez le bacille non dans ses victimes mais dans ses repaires. Ils sont connus ! Qu'attendez-vous donc ?

G. Lavalée.

(1) *Le Mouvement sanitaire*, décembre 1936.

COLLABORATION D'UN MÉDECIN AVEC UN RADIESTHÉSISTE

Un membre du Sou Médical (dossier 99) nous demande si l'on peut taxer d'exercice illégal et de complicité les pratiques d'un docteur en médecine qui, avec l'aide d'un radiesthésiste non médecin, procède ainsi :

Le malade est examiné avec grande minutie par le docteur en médecine. A son tour le radiesthésiste procède à ses investigations, dont il fait part au docteur, lequel est également radiesthésiste. Discussion sur le diagnostic à porter, puis rédaction de l'ordonnance par le praticien diplômé.

Jusqu'à quel point un médecin peut-il recourir légalement aux avis et indications d'un radiesthésiste pour guider son diagnostic et, par suite, préciser son traitement ?

En théorie et en nous plaçant du point de vue strictement juridique, nous pourrions dire qu'exerce illégalement la médecine celui qui, n'étant pas muni du grade de docteur en médecine, prend part habituellement et par une direction suivie au traitement des maladies et non celui qui ne pose que des diagnostics.

Mais en pratique, pour qualifier le délit, il faut rechercher l'intention des personnes qui exercent, le but qu'elles essaient d'atteindre et le profit que cela peut leur apporter.

Un docteur en médecine s'adjoint un radiesthésiste pour qu'ensemble ils puissent faire des diagnostics aussi exacts que possible, d'où découleront les traitements à intervenir.

La radiesthésie est, comme le magnétisme, ou toute autre science d'ordre subjectif, le résultat de phénomènes inexplicables et qui resteront longtemps encore inexpliqués.

Que certains cherchent à découvrir cet inconnu, c'est leur droit absolu. Mais que par l'exploitation de méthodes empiriques on puisse aboutir à gagner de l'argent en tablant sur la crédulité des malades et leur désir de guérison, cela frise la situation illicite.

En effet, dans une association d'ordre quelconque entre un docteur en médecine et un radiesthésiste, celui-ci aura tendance à imposer ses pratiques d'ordre subjectif et quasi surnaturel au praticien qui examine ses malades avec sa science et son expérience.

Il en est ainsi lorsqu'un docteur en médecine tente de rechercher les causes des maladies en s'associant avec un magnétiseur, un rebouteux, etc., etc...

Le surnaturel a une tendance, non seulement à se juxtaposer ou superposer à la science clinique, mais à prendre la prédominance et la priorité sur cette dernière.

Aussi en résulte-t-il que, sous prétexte de contrôle d'un diagnostic médical par un radiesthésiste, ce sont les trouvailles de ce dernier qui détermineront le diagnostic du praticien légalement diplômé et influenceront d'une façon considérable le traitement des malades examinés.

D'où le résultat : c'est que d'une manière indirecte le radiesthésiste aura pris part au traitement des maladies.

Laissant donc de côté toutes les discussions en apparence scientifiques qu'un avocat pourra exposer devant des juges correctionnels, pour faire absoudre ses clients, je donne mon opinion du point de vue pratique.

Un médecin a le devoir d'examiner ses malades et de les traiter avec le secours de sa science et de son expérience. S'il croit, par exception, devoir recourir à des expériences provenant de méthodes mal élucidées, basées sur l'empirisme et sur de simples constatations matérielles, mais ne reposant pas sur des données scientifiques bien définies, c'est-à-dire s'il a recours à un magnétiseur, à un rebouteux, à un radiesthésiste pour établir ou étayer son diagnostic, il ne peut le faire qu'en demandant à ces sciences accessoires des indications accessoires dont la valeur est discutable.

Dans tous ces phénomènes d'ordre psychique, subjectif, magnétique ou électrique, que d'aucuns pensent pouvoir attribuer au surnaturel, l'homme de l'art à l'obligation de conserver le doute scientifique et de demander à ces méthodes, non une directive, mais un simple complément pour la pose du diagnostic et l'institution du traitement.

Si le docteur en médecine se laisse plus ou moins influencer, ou même guider par celui qui n'est pas diplômé, il faut craindre que cette association plus ou moins occulte ne soit évoquée devant le Tribunal correctionnel qui aura à décider si celui qui n'est pas docteur en médecine, exerce ou non illégalement l'art de guérir et si le diplômé n'est pas son complice en tentant de couvrir de son grade des pratiques médicales interdites par la loi.

Loin de moi l'idée de traiter de supercherie ou de charlatanisme les pratiques radiesthésistes, que d'aucuns déclarent en avoir constaté des résultats troublants. Mon seul devoir de juriste médical est de recommander à mes confrères une prudence extrême, lorsqu'ils sont sollicités de contracter une association plus ou moins occulte avec quelqu'un qui n'a pas le droit légal de prendre part au traitement des maladies.

Qu'il le veuille ou non, le praticien se laissera plus ou moins influencer par celui qui croit déte-

nir un pouvoir quelque peu surnaturel, parce qu'encore non expliqué.

Dans ces collaborations qui voisinent l'illégalité, il faut toujours craindre que le Procureur de la République et le juge d'instruction ne voient, dans ces associations irrégulières, non pas un désir de rendre service aux malades, mais plutôt un but de lucre. Accusés d'exploitation de la crédulité des patients et de leur penchant pour les pratiques qui leur en imposent, les deux associés peuvent être suspectés par le Parquet de n'avoir qu'un seul objectif, celui de gagner de l'argent en ayant recours à des méthodes qui frappent l'imagination des foules, laissant accroîre à ces dernières que la science humaine, apprise dans les Facultés de médecine n'est pas grand'chose par rapport au « don » que possèdent certains.

Je conclus en disant que si le confrère en question ne veut pas avoir à se défendre un jour sur les bancs de la correctionnelle, même s'il devait être acquitté, mieux vaut pour lui d'exercer la médecine avec les méthodes officielles, légales, laissant à d'autres le soin de rechercher expérimentalement et selon la rigueur des méthodes scientifiques ce que peut donner la radiesthésie dégagée de tout empirisme et de toute supercherie.

Dr Paul Boudin.

POSSIBILITÉS D'INSTALLATION DE MÉDECINS ÉTRANGERS EN TUNISIE

Pas mal d'étrangers, venus en France pour faire leurs études de médecine, ne veulent pas quitter notre pays, leur diplôme obtenu. Ils trouvent que la vie est plus facile, plus douce, dans nos régions et ils tendent par tous moyens à s'installer chez nous, même et surtout, lorsqu'ils ne remplissent pas les conditions requises par les loi des 30 novembre 1892 et 26 juillet 1935.

Ils cherchent à épouser une Française — et ils arrivent aisément à leur but — espérant qu'ainsi la naturalisation française leur sera plus facilement accordée. Après quoi, ils sollicitent la transformation de leur diplôme d'Université en grade d'Etat, pour acquérir le droit légal d'exercer en France.

Je suis assez souvent consulté sur ces possibilités d'installations et je m'efforce à faire comprendre à ces étrangers que le diplôme d'Université est destiné à des étudiants de nationalité étrangère, désireux d'acquérir la culture et la science françaises, mais à la condition que les études terminées, ils regagnent leurs pays d'origine, pour y répandre le renom de la France.

Veulent-ils cependant ne pas rentrer parmi leurs compatriotes, ont-ils des raisons sérieuses de s'expatrier, je leur déclare que les possibilités d'installation en France sont minimes, alors qu'il leur faut conquérir le baccalauréat, puis le P. C. B., après quoi, ils pourront solliciter quelques exemptions d'inscriptions et d'examens en vue du doctorat d'Etat, sans parler des difficultés et des formalités en vue de l'obtention de la naturalisation française.

Veulent-ils s'installer dans une colonie française il faut solliciter l'autorisation du ministère des Affaires étrangères. Encore faut-il bien spécifier que la plupart de nos grandes colonies leur sont fermées et qu'ils ne pourront obtenir le droit de pratique que dans des contrées peu attrayantes, telles que le Togo ou le Cameroun.

Restent les pays de protectorat. La Tunisie est souvent demandée et on m'a prié d'indiquer quelles sont les formalités à remplir, pour un étranger, pour s'installer en Tunisie.

Le postulant étranger a-t-il obtenu, en France, le diplôme d'Etat de docteur en médecine ? Rien ne lui est plus facile : sa demande, adressée au Directeur de l'Intérieur, à Tunis, avec la copie des diplômes français, sera accueillie très aisément.

Est-il titulaire du diplôme de docteur en médecine, délivré régulièrement par un Etat étranger et donnant le droit légal d'exercer dans le pays où le grade a été délivré ?

Une enquête est faite par le gouvernement tunisien, pour vérifier l'authenticité des pièces produites et l'autorisation d'exercer est facilement accordée.

Ne possède-t-il que le diplôme français de doctorat en médecine d'Université ? Une enquête assez longue et minutieuse est faite, non seulement en France, mais dans le pays d'origine du candidat. L'autorisation peut être donnée, car il existe en Tunisie pas mal de diplômés d'Université qui ont été admis à pratiquer la médecine.

De toutes façons, les demandes doivent être adressées à M. le Directeur de l'Intérieur, à Tunis, en y joignant la copie conforme des diplômes et titres, que le candidat produit à l'appui de sa demande.

Inutile d'ajouter que je fais savoir à mes interlocuteurs qu'ils devront exercer, s'ils en reçoivent l'autorisation, selon toutes les règles de la déontologie française et qu'ils auront le plus grand intérêt à se faire admettre dans les rangs des syndicats médicaux tunisiens français.

Dr Paul Boudin.

LES FRACTURES DU BASSIN ET LEURS RAPPORTS AVEC L'ACCOUCHEMENT AU POINT DE VUE MÉDICO-LÉGAL

Actuellement, la rubrique des faits divers montre une progression des accidents de la voie publique (plus spécialement des accidents d'automobiles), et cette question devient d'une brûlante actualité.

Les fractures du bassin, chez la femme, ne doivent pas être seulement considérées au point de vue médico-chirurgical, mais également sous l'angle médico-légal, dont l'intérêt s'est ainsi accru avec le développement de l'activité économique moderne.

Paul Gouin (1) fait remarquer qu'anatomiquement ces fractures entraînent les déformations pelviennes les plus variées, et font ranger ces bassins accidentés dans la classe des « bassins atypiques ».

Si l'on considère les différentes fractures, on remarque que les fractures isolées, et surtout celles du sacrum, ont un gros intérêt obstétrical ; elles peuvent modifier gravement la filière pelvienne et créer des obstacles importants à l'évolution du fœtus dans les différentes phases de l'accouchement ; quant aux fractures de la ceinture pelvienne, et en particulier à celle de Malgaigne, elles ont aussi une sérieuse influence sur l'accouchement, qui peut se compliquer d'un retentissement viscéral marqué. Aussi, la cavité pelvienne sera plus ou moins déformée suivant le siège du trait de fracture, et aussi suivant le cal qui peut être plus ou moins volumineux.

Pour ces raisons, le médecin-expert ne doit pas considérer seulement la fracture en elle-même, mais surtout la manière dont s'est faite la consolidation et la forme nouvelle de la cavité pelvienne, qui résulte de celle-ci. Par ailleurs, pour établir son pronostic, il doit faire entrer en ligne de compte, non seulement les phénomènes mécaniques de l'accouchement, mais aussi les phénomènes physiologiques, car il est constant qu'un trouble mécanique entraîne d'importantes modifications vis à vis des phénomènes physiologiques (contractions utérines anormales, rupture précoce de la poche des eaux, infection amniotique, etc.).

En somme, si les fractures du bassin, chez la femme, sont relativement rares, — lorsqu'elles existent, elles sont presque toujours la cause de dystocies. Quelques observations rapportées par l'auteur montrent, en admettant qu'une fracture puisse guérir, avec un minimum de troubles fonctionnels, qu'il faut toujours envisager les risques d'accidents au cours d'accouchements ultérieurs.

Si on se place au point de vue médico-légal, on doit considérer deux hypothèses :

a) ou le bassin sera insuffisant pour permettre l'accouchement par les voies naturelles, et la femme devra subir une opération césarienne, intervention qui, malgré sa technique parfaitement réglée, comporte néanmoins un risque certain ;

b) ou le bassin sera suffisant, mais même dans ce dernier cas, l'accouchement pourra comporter un certain nombre d'anomalies, qui nécessiteront des interventions diverses, susceptibles d'entraîner également un aggravation.

Ce sont ces considérations que le médecin-expert devra avoir présentes à la mémoire, chaque fois qu'il devra à apprécier le dommage causé à une femme, lorsquelle aura été victime d'un accident entraînant une fracture du bassin. Rappelons que par l'inspection minutieuse du bassin, la pelvimétrie externe et l'exploration interne, et quelquefois aussi par la radio-pelvimétrie, à son défaut par la radiographie, il pourra réunir un faisceau de symptômes cliniques, qui lui permettront d'établir un diagnostic et un pronostic solidement étayés.

Mais il n'est pas douteux que l'évaluation du préjudice, dont pourra se prévaloir la femme victime d'un accident ayant entraîné une fracture du bassin, sera particulièrement délicate. Il y a, en effet, deux éléments à considérer dans l'appréciation du dommage :

1° L'incapacité permanente due à la fracture du bassin ;

2° le préjudice causé à la femme encore jeune, et susceptible de grosseses futures, problème pronostique des plus difficiles.

Il est intéressant de remarquer, à cet effet, que, lorsqu'il s'agit d'une femme bénéficiant de la loi du 9 avril 1898, sur les accidents du travail, la dite loi ne peut s'appliquer qu'à la fracture du bassin, en ce qui concerne l'incapacité qui en résulte, mais non au pretium doloris qui devra être déterminé selon le droit commun.

Enfin le médecin-expert devra tenir compte de l'opération césarienne, non seulement en raison du risque que court présentement la

(1) *Annales de médecine légale*, janvier 1937.

femme, mais aussi en raison des dangers d'interventions ultérieures qui ne pourront être répétées qu'un nombre de fois limité. Pour ces considérations obstétricales, il faut admettre que l'avenir d'une femme jeune encore, et en particulier celui d'une jeune fille, se trouvera presque toujours grevé d'une hypothèque certaine.

L'auteur estime donc que, même dans les cas où le médecin-expert pourra penser à la possibilité d'accouchements spontanés, il devra toujours faire des réserves dans un rapport d'expertise, en tenant compte de l'âge auquel s'est produit l'accident, la gravité étant en général plus grande si le squelette n'était pas encore formé.

Pour toutes ces raisons, et du fait de l'atypie des bassins viciés par fractures, il ne faut pas tenter de déterminer une échelle de gravité, et on doit laisser au médecin-expert le soin de fixer, dans chaque cas particulier, une évaluation basée sur son examen et son sens clinique, en lui conseillant toutefois de rechercher dans les observations déjà publiées des éléments d'appréciation.

Pour conclure, P. Gouin pense que le médecin-expert, appelé à se prononcer sur les conséquences médico-légales des fractures du bassin dans leurs rapports avec l'accouchement, devra, sans être trop pessimiste, s'efforcer de faire accorder une juste réparation à la jeune fille, qui ne pourra peut-être plus penser qu'avec crainte à fonder une famille, de même qu'à la femme, dont l'avenir pourra se trouver, dans bien des cas, gravement compromis. En agissant dans ce sens, il suivra l'esprit de nos Tribunaux qui, aux prises avec les exigences de la vie moderne, ont su heureusement concilier notre vieux Code avec les nécessités de la pratique, en unissant harmonieusement le droit et l'équité.

G. FISCHER.

ACCIDENTS DE LA ROUTE

Etrange proposition d'un Agent d'affaires

Un de nos confrères de l'Est a reçu la lettre suivante, envoyée à de nombreux médecins de sa région. Tous ont répondu par une fin de non recevoir motivée. N'empêche que quelques jeunes inexpérimentés pourraient être dupes et qu'il est bon de divulguer cette étrange tentative :

Monsieur le Docteur,

La X, Y, Z a bien voulu me confier le soin de la représenter dans votre région.

Afin de travailler très sérieusement, il importe que je sois avertit (*sic*), le plus rapidement possible des accidents.

Il m'est donc indispensable pour être utilement renseigner (*sic*) de m'adresser à des personnes susceptible (*sic*) d'être avertit (*sic*) les premiers.

Votre qualité me laisse espérer que vous ne me refuserez pas, dans l'intérêt même de l'accidenté, à m'avertir, par télégramme, « modèle ci-joint » des accidents assez grave (*sic*) dont vous seriez appelé à donner les premiers soins, et dont l'accidenté vous semblerait être dans son droit.

Je vous rembourserai aussitôt du coût du télégramme, et au cas où l'accidenté nous confierai (*sic*) sa défense, je me ferai un plaisir de vous récompenser de votre obligeance.

Les accidents nous intéressant, sont les accidents de la voie ou lieu public (accidents de la circulation) dont l'accidenté semble être dans son droit, et dont ses blessures sont assez sérieuses, au moins une fracture.

Dès que la responsabilité de l'auteur de l'accident est établit (*sic*) la « X, Y, Z » fait à l'accidenté l'avance de tous les frais de procédure, à ses risques et périls.

Vous comprendrez tout l'intérêt qu'a un accidenté à s'adresser pour sa défense à des gens de métiers (*sic*) afin d'obtenir de l'auteur de l'accident ou de sa Compagnie d'assurances, le maximum d'indemnité et dommages-intérêts étant dus à raison de l'accident dont il s'agit.

Espérant vous lire favorablement par prochain courrier.

Veuillez agréer, Monsieur le Docteur, mes sentiments les plus distingués.

P. L.

P. S. — Ci-joint timbre pour réponse.

Nous avons tenu à reproduire le texte tel quel sans modification, émaillé de quelques fautes d'orthographe, qui indiquent dans que milieu la X. Y. Z. recrute ses agents.

Il ne faut pas réfléchir beaucoup pour se rendre compte combien fallacieuses sont les offres de M. P. L. et avec quelle facilité il pourrait se dégager, si, par inadvertance, un médecin, violant le secret professionnel, faisant litière de toute dignité, consentait à devenir le pourvoyeur de cet entremetteur maladroit d'une Agence d'Affaires.

L'HYGIÈNE INDUSTRIELLE ET LA RÉPARATION DES MALADIES PROFESSIONNELLES (ET DE LA SILICOSE) A NEW YORK ET DANS DES ÉTATS AMÉRICAINS VOISINS

Le médecin n'aura demain que l'embarras des matériaux devant la page d'histoire, à écrire, de la médecine du travail en développement dans tous les pays. Beaucoup d'unité foncière se dessinera peut-être à ses yeux, sous la diversité des étiquettes et le frein des règles d'application ! Que d'attention, de scrupule lorsqu'il devra séparer, de l'écheveau admirable de quarante ans de législation sociale, ce qui dans les pays fut ici la part de la médecine industrielle (1), là le jeu intéressé du politicien, l'avance de la protection légale du travail, l'échange d'influences des industries ou des nations ! Sans doute l'écrivain, chez nos proches voisins de l'Atlantique, se préservera-t-il des lacunes, s'il considère à ce moment les drames du Vieux monde, en y opposant tout d'abord le doute doctrinal et distant. Le lecteur fera prudemment d'observer la même règle d'objectivité s'il veut bien, comme nous l'y invitons pour conclure, passer avec nous l'Océan.

Nous referons d'étape en étape la route parfois dramatique qu'a suivie — ces trois derniers ans — la médecine du travail, fille de l'industrie, dans des états américains. A la tête du mouvement de la protection légale, au milieu de l'élan qui sous l'impulsion que l'on sait rendait au pays ses méthodes et le goût de vivre, nous allons trouver, conduites à cette mission par les événements, deux femmes auxquelles nous devons hommage : Miss Frances Perkins, pendant vingt années appelée successivement, dans l'Etat de New-York, à de hauts postes de directio de l'économie ; membre puis, de 1926 à 1929, pré sidente du conseil industriel ; aujourd'hui ministre fédéral du Travail ; et le Dr Alice Hamilton, en 1910 rapporteur pour les maladies professionnelles devant la commission de l'Illinois, professeur de pathologie, puis de médecine industrielle, savant toxicologiste des plus écoutés, appelée à Washington auprès de la Division des Standarts du travail, comme Médecin-Conseil ; deux physionomies élevées, souriantes, énergiques, dont le monde du travail a salué la carrière et l'action.

Nous n'aborderons guère le domaine de l'économiste, qui a tenu longtemps seul les premiers plans de la presse publique et privée, si ce n'est pour observer la part faite dans le même temps à la législation sanitaire du travail, parente pauvre.

« Jane Addams me disait il y a vingt-cinq ans, — écrit un des protagonistes les plus éminents de l'évolution légale, dans une revue des lois du travail de New-York, — qu'avant toute marche importante dans le progrès de la législation protectrice, il serait toujours nécessaire, sans doute, qu'un drame soudain vienne à imposer l'action » (1).

I. L'hygiène industrielle

Dès le premier effort de redressement de l'économie, c'est sous un jour humain qu'allait devoir être examinée la question du prix de la main-d'œuvre, comme élément décisif de la concurrence mondiale. L'hygiène, la plus exposée à souffrir de la compression des frais d'entreprise, devait être amenée à un niveau minimum, toute développée qu'elle eût été pas à pas depuis le début du siècle.

Déjà la possibilité de la coopération, si nécessaire, du Gouvernement et du mouvement syndical, permettait au ministre du travail, au Congrès de l'*American Federation of Labor* à Washington (2 oct. 1933) d'annoncer comme prochaine la création de la Division des standards du travail au Ministère. Ainsi l'on pourrait serrer la collaboration, jusque là bien petite, avec le Service public de Santé (Hygiène industrielle). Un premier souci, en haut lieu, celui de faire converger les recherches, vers ces conditions de travail non seulement minimum, mais aussi *optimum*, que d'ailleurs des médecins techniciens du travail (2) ne cessent d'avancer pour base d'une organisation physiologique, devant les abus de ce qu'on appelle la rationalisation.

A pied d'œuvre, le ministre appelait à Washington, le 14 février 1934, la première conférence nationale de la législation du travail. Les Etats avaient été répartis dans ce but en six régions. De trente-neuf d'entre eux étaient réunies les autorités du travail, Gouvernements et Fédérations. Onze commissions se mirent à l'élaboration du nouveau code de la législation du travail américaine.

(1) Vid. B. Ramazzini. — Les maladies des travailleurs (De morbis artificum diatriba). Modène, 1700, Padoue, 1713, édition du tricentenaire, 145 p. *Minerva Medica*, Turin, 1933. Cf. *Concours Médical*, n° 5 bis, 7 févr. 1934, pp. 383-384, Paris ; *La Méd. du Trav.* novembre 1935, pp. 248-254, Lyon.

(1) Andrews, J. B. « The tragedy of silicosis », *The American labor legislation Review*, March 1936, pp. 3-5, New-York.

(2) *L'Année sociale*, 1934. La médecine du travail, p. 156. Bureau intern. du travail, Genève, 1935.

Les rapports sur l'hygiène industrielle et la réparation des maladies professionnelles allaient définir ce que devraient être les normes nationales pour servir de base à la législation des Etats. La même année, le Ministère fédéral publiait après les travaux d'un Comité technique les « Standards minima pour la sécurité et la santé des travailleurs », s'attachant encore à l'adaptation successive à différentes industries (1).

Les obligations patronales, dont ces normes allaient faciliter la mise en œuvre, figurèrent, sous les stipulations au titre de l'hygiène industrielle, dans les *codes de concurence* adoptés en vertu de la loi, alors en vigueur, de redressement industriel national (la N. R. A.) (2).

***

Le progrès devait cependant être assuré avec, à la fois, la collaboration des médecins et celle des Etats.

Notons que le 11 avril 1935, se fondait à New-York une nouvelle association pour le développement de la médecine et de la chirurgie du travail. « Nombre de médecins et de chirurgiens, était-il dit, quotidiennement appelés à la connaissance ou à la surveillance des faits industriels, se heurtent à divers problèmes, tout à fait étrangers à ceux qui ne pratiquent pas ce champ de recherches. Unis dans une société professionnelle et scientifique nous rendrons service avec plus d'efficace, à nos malades, à l'industrie et finalement à la communauté dans laquelle nous exerçons ». Constituée d'abord entre les directeurs médicaux des corporations de New-York, elle recevait l'adhésion de plus de cinq cents médecins, spécialisés, dès la fondation.

Mais que d'autres carrières vont encore s'ouvrir au même mouvement, avec sur tous les plans la même préoccupation.

A Asheville, dans la Caroline du Nord, avait lieu le 30 septembre la Convention de l'Association internationale (lisez : canadienne et américaine) des conseils et commissions des accidents industriels. Créée depuis plus de vingt ans entre services techniques des états américains, et tendant à une unité nationale raisonnable sans compromettre l'intégrité et le caractère des juridictions des Etats, elle devait s'occuper, elle encore, de la prévention et de la réparation des maladies professionnelles (notamment de la silicose et de l'asbestose), de leur coût, des examens médicaux et des litiges auxquels elles donnent lieu.

Poursuivant les fins qu'il s'était assignées à Washington l'année précédente, l'effort administratif donnait lieu (Asheville, 4 octobre 1935) à la deuxième Conférence nationale de la législation du travail, (1) à laquelle la Commission de l'hygiène et de la sécurité industrielles demandait, en résolution, que les ministères traitant de la législation du travail dans les Etats, fussent investis légalement de l'autorité nécessaire pour l'établissement des réglements dans le cadre des normes approuvées, avec l'assistance de Commissions tripartites (employeurs, ouvriers, techniciens).

Ouverture de laboratoires centraux de recherches d'hygiène (Détroit, New-York, Bethseda) de cours de perfectionnement pour les inspecteurs des fabriques et les techniciens publics ou privés de l'hygiène et de la sécurité (Baltimore, Washington) sont accompagnés de l'aménagement de cliniques nouvellement conçues (New-York). C'est un mouvement très vaste, très considérable, dont on a pu sévèrement critiquer le « planisme d'Etat » et les bureaux, mais que tout compte fait les écueils — les mêmes depuis qu'il y a des hommes — n'empêchent pas d'illustrer aujourd'hui à distance le progrès des mœurs, et que l'ancre lourde de la machine maintient sur le flot de la nécessité.

Elle aussi, la loi (2) sur la sécurité sociale (14 août 1935), qui consacre un vaste programme d'assurances sociales, disposait, en son titre VI en faveur de l'hygiène. Une affectation, mise à la disposition du Service de santé fédéral, de 8.000.000 de doll. par exercice à compter de 1936, allait lui permettre d'aider les Etats, comtés, districts sanitaires et autres subdivisions politiques des Etats à établir et maintenir des services publics de santé (hygiène industrielle); une autre de 2.000.000 de doll., à pousser l'étude des maladies et des problèmes d'hygiène sur le champ du travail.

Après quelque retard du crédit, à la date du 10 avril dernier, un service d'hygiène industrielle était en cours de création dans cinq Etats (Ark. Maryl., Misso., Missi., Tex.), ou établis dans dix autres (Conn. Kan., Mich., N. Car., Oh.

(1) *Minimum Standards for the Security and Health of Workers in the Manufacturing Industries. U. S. A. Depart. of Labor, Serial N° R. 117, Washington, 1934.*

(2) La loi N. R. A. (*National Industrial Recovery Act*) avait été votée le 2 juin 1933. Les premiers codes entrèrent en application en juillet. La Cour Suprême des Etats-Unis, se prononçant en appel, le 27 mai 1935, sur un jugement de la Cour d'un district de New-York, condamnant des marchands de volaille de cette ville pour violation du Code de la volaille vive, a annulé cette condamnation, et déclaré inconstitutionnelle la loi de redressement national (en fait l'art. 3 de la loi, donnant pouvoir au Président de promulguer les codes de concurrence loyale). Six cents codes, couvrant les 90 % de l'emploi, et que treize Etats avaient adoptés, cessèrent automatiquement, à peu d'exceptions près, de fonctionner dès que la Cour eut déclaré inconstitutionnelle la loi.

(1) La III[e] Conférence nationale de la législ. du trav. vient de se réunir à Washington (9 nov.).

(2) *Bull. de l'Office international d'hygiène publique*, mai 1936, pp. 823-834, Paris.

Penn, Rh. Isl., S. Car., Virg., W. Virg.) et quatre villes, puis dans la Louisiane. Tous les Etats intéressés participaient, certains avec laboratoires modestes mais outillés, à des études entreprises sur les risques et la préservation des maladies professionnelles (1).

Et voici que, cette année, à Washington (4 avril 1936), c'est la Conférence panaméricaine des directeurs nationaux de la santé (dont la convocation périodique — la troisième cette fois-ci — a été décidée comme on sait, à la session de Santiago du Chili en 1923, par la Conférence internationale des Républiques américaines, lisez Pan American Union). Elle décide, pour suggestion aux Etats, de souligner l'importance des maladies professionnelles, d'améliorer et amplifier les mesures d'hygiène, d'assurer le niveau de travail et de santé de l'ouvrier, de contrôler ce niveau par des examens médicaux périodiques, de le fonder sur une alimentation adéquate en quantité et en qualité et sur une habitation saine ; en outre de suivre le problème des pneumoconioses sous ses divers climats.

Il n'est pas jusqu'à l'Université Harvard, de Cambridge (Mass.) qui, à l'occasion de son tricentenaire (1636) ne voit s'ouvrir à l'école de santé publique un « séminaire » de quatre jours (24 août) pour lequel sont assurées les contributions d'hygiénistes et de médecins éminents sur les questions urgentes de la spécialité.

Comment enfin ne pas lire avec attention « ce que les employeurs font pour les ouvriers de leurs entreprises », une brochure qui est présentée (1936) par le bureau de la Conférence nationale industrielle et qui montre quels progrès ont été faits depuis vingt ans dans la section des soins d'hygiène et de santé.

II. La silicose pulmonaire

L'intérêt, largement répandu aux Etats-Unis, en matière de maladies professionnelles, y serait justifié par le fait que suivant le recensement de 1930, plus de 4,5 millions d'ouvriers étaient engagés dans des industries manufacturières, mécaniques et minières portant avec elles quelque risque : l'importance économique, parce que, faute de lois opérantes, 500.000.000 de doll. de procès « en négligence » avaient pu être engagés dans les instances de droit commun. Nous verrons comment, apaisant les intérêts les plus légitimes, certains Etats ont fait tête à la difficulté et l'ont résolue.

Quant à la réparation et à la prévention raisonnables de la silicose, l'attention qui s'y attache en Amérique semble bien aujourd'hui comparable à ce que fut, il y a vingt ans, l'accueil des premières lois de réparation et de prévention (1).

Certes, on ne contraint pas à l'immobilisation sans souffrance le vieux nomade qu'est l'homme, et pas davantage au suicide muet lorsqu'il s'est avec ses pareils constitué en ces petits clans que l'on nomme les intérêts. Si derrière le nomade il y a sans doute partout la vie, derrière les intérêts il y a souvent les justes nécessités de la production.

Les choses allaient leur cours, non sans le flux des événements lorsque, au grand jour, éclate en 1936, la tragédie, à peine exagérée, du « tunnel de la mort. »

Fin 1929, une compagnie entreprenait, pour le compte de la filiale d'une puissante société américaine de produits électro-chimiques, la construction d'une centrale hydro-électrique à Gauley-Bridge (Virginie Occidentale). Un tunnel de déversement des eaux devait être creusé dans une roche siliceuse très dure. Dès la première année, le risque, aggravé peut-être par le manque de précautions (absence (?) de masques, d'arrosage, etc.) mais surtout par le nombre, la grande vitesse et l'efficacité des outils pneumatiques les plus modernes et par la finesse de la poussière qui s'élevait du travail à sec (?) — il a été dit que par moment l'on y voyait mal la lueur d'une lanterne à cinq pas — eut des conséquences. Beaucoup d'ouvriers mouraient, sans mystère. On affirma de divers côtés qu'il s'agissait de la silicose pulmonaire.

Personnel de couleur, inspecteurs des mines, médecins, hommes de lois, accusèrent et se récusèrent. Un certificat médical disait: tunnélite ! Les procès en négligence se terminaient par des compromis sans portée et de surcroît, dit l'enquête, recouvraient des partages... moitié-moitié. Les victimes affolées et ignorantes se taisaient.

Une mère, assez obstinée, qui s'était vu enlever ses trois fils et son mari, le premier en 1932

(1) C'est un postulat médité qui entrait là, sans bruit dans la réalité des faits. Loin de décourager l'initiative privée, qu'il faut soutenir de toute façon, lit-on depuis des années, « non seulement à cause de l'ampleur du problème, mais aussi à cause de sa nature, *la prévention* des maladies professionnelles est proprement une fonction de gouvernement ». Les recherches sont coûteuses. La propagande est coûteuse. Administrer est essentiel (John B. Andrews, Législation and Government tal Study for Prevention of Occupational Diseases. *In* : Kober and Hanson, Diseases of Occupation and Vocational Hygiene, Blakiston, Philadelphia, 1916).

(1) L'adoption des premières lois de réparation des accidents par les divers Etats eut lieu respectivement de 1908 à 1917. C'est aux Etats-Unis qu'a été le plus en faveur la formule couvrant le risque général dû à la profession, qu'il s'agit indifféremment de l'accident ou de la maladie du travail, et que l'on a souvent appelée le « blanket coverage », (la garantie en blanc »). Huit Etats ont adopté ce système. Six Etats ont, par contre limité la réparation concernant les maladies professionnelles, à celles d'une liste énumérative, que, par exemple possède New-York depuis 1920. Les premières dispositions ou interprétations visant la silicose ne prirent d'ampleur que bien postérieurement.

après un an de maladie ; l'année suivante, une visiteuse du service social (Social Worker), dénoncèrent opiniâtrement ces étonnantes pratiques. Cependant, sous la pression patronale, la législature de la Virginie Occidentale mettait en vigueur (art. VI nouveau du Code) le 8 mars 1935 une loi de réparation...

Le 16 janvier 1936, on interpelle à Washington à la Chambre des représentants :

« La Commission du travail de la Chambre est saisie d'une résolution tendant à instituer une enquête fédérale sur les conditions de travail susceptibles de nuire à la santé des personnes occupées aux travaux de construction et d'entretien d'utilité publique ».

Les crédits et l'enquête sont ouverts. La résolution demande la pleine recherche de la silicose pulmonaire à travers les Etats-Unis, traçant les bases d'une législation de nature à régler une préservation et une réparation jusque-là inopérantes... 476 ouvriers dit-on sont morts, 1.500 autres seraient atteints !

Bien que la défense se tienne à des chiffres beaucoup moins impressionnants, l'indignation éclate et notamment dans la presse : révélations navrantes, dignes des âges les plus tristes de l'histoire du travail ; plaintes étouffées par les puissances. On écrit, ce qui surprend : drame à la Victor Hugo (!). La silicose est un sujet du jour.

La résolution de la Chambre était urgente ; aussi le ministre du Travail ne perd pas un instant ; pour le 26 février, tous les gouvernements et techniciens intéressés sont convoqués à Washington. Quelle est la question ? « Donnez-nous, dit le ministre, un programme coordonné pour l'élimination et le contrôle de la poussière et des risques dus à la silice dans l'industrie, pour l'estimation du risque, pour l'élaboration d'une formule bien arrêtée et bien fondée de surveillance et de contrôle ». La Conférence réunit 144 membres, ouvriers, patrons, médecins, ingénieurs, assureurs, gouvernements des Etats. En l'absence d'un terrain suffisamment précis pour le débat, un comité, le 11 mars, dresse le programme des recherches que, le 14 avril, la Conférence adopte, désignant les membres de quatre commission (prévention médicale, prévention technique, problème juridique, problème administratif) dont les travaux vont se poursuivre au delà de l'été et doivent venir avec conclusions devant elle, pour discussion et peut-être pour adoption. La réparation de la maladie ne devrait pas être envisagée sans l'obligation parallèle de la prévention du dommage. Les ouvriers n'ont d'ailleurs pas manqué d'affirmer qu'il y avait bien autant d'intérêt pour eux à la préservation de leur santé qu'à la règle étroite de la compensation à la maladie et au décès.

Mais d'autre part des batailles longuement voulues ont été livrées dans les Etats. La Caroline du Nord a clairement inscrit la silicose et l'asbestose dans sa liste énumérative toute nouvelle (amend. 26 mars 1935) et a créé un Comité médical consultatif pour l'application ; la Virginie Occidentale (8 mars 1935, comme nous l'avons vu plus haut), le Kentucky (sect. 4.880, 1934), avaient amendé leurs Codes. Le Wisconsin, où la réparation des maladies professionnelles est assurée depuis quelque dix-sept ans (1919) par une garantie générale (blanket coverage) allait faire connaître l'expérience satisfaisante, acquise.

L'ILLINOIS

C'est un représentant écouté du patronat (Association des aciéries) qui fit connaître aux réunions de Washington la position de l'Illinois. La loi de 1911-1931 couvrait la maladie professionnelle, au même titre que l'accident, par définition générale du risque, notamment dans les occupations impliquant un dégagement excessif de poussières nocives ou toxiques. Le mouvement en faveur de la réparation de la silicose venait à peine, là, de s'esquisser que, dans les industries à poussières, les chasseurs d'ambulance (Ambulance Chasers), un *racket* incontrôlable furent la cause, soutient-il, d'une épidémie inattendue et sans précédent de procès en réparation, surprenant les défendeurs pleinement impréparés, et profitant surtout à d'infatigables affairistes... La clientèle se recrutait (Help Wanted !) selon les besoins du moment.

La situation se modifia complètement en 1935. D'abord le 17 avril, la Cour Suprême de l'Illinois cassait la loi, comme « inconstitutionnelle » (manques de clarté dans le texte des articles fondamentaux). Puis, comme tous les procès revenaient cette fois, « en négligence », la Cour des Appels à son tour, ayant à se prononcer, en juillet, déclara que l'invocation du droit commun pour la réparation de maladies professionnelles n'était pas fondée. Le flot des procès s'arrêta. Mais en même temps s'ouvrait, pour les victimes et les plaintes de bonne foi, une longue période de dénûment. Employeurs, ouvriers, assureurs, furent obligés de s'entendre. Le 17 mars 1936, après sept mois de pourparlers, cinq bills nouveaux, passés à l'unanimité par la législature, étaient signés par le Gouverneur de l'Etat, réglant à la fois la réparation et la prévention des dommages.

Il ne faut pas (1) ajoutait le plaidoyer, créer parmi les ouvriers non affectés de la maladie, qui sont légions, la psychose, l'état d'alarme que l'on rencontrait chez les mordus avant que, con-

(1) National Conference on Silicosis and Similar Dust Diseases, Washington, 14 avril 1935.

tre la rage, Louis Pasteur eût découvert son sérum.

New-York

Là ce fut une autre tactique. L'Etat de New-York le premier des Etats-Unis a tracé en 1910 dans sa loi du Travail les principes essentiels de la réparation (puis Wisconsin en 1911, Minnesota en 1913) et surmonté les cdifficultés constitutionnelles (1). Ayant institué à la même. époque avec un certain nombre d'autres Etats la déclaration obligatoire, le premier encore adoptait en 1920 (l'état d'Ohio en 1921), le système de la réparation des maladies professionnelles suivant une liste limitative, où jusqu'en 1935 la silicose ne figura pas.

Déjà en 1922, une enquête pendant e percement d'un tunnel de New-York à Brooklyn avait révélé au public le pourcentage dangereux de la lésion dite silicotique.

Dans les milieux en faveur du mouvement pour la protection légale, où depuis la Première Conférence nationale sur les maladiesprofessionnelles (Chicago, 1910), la question était posée on faisait observer que, pour la poursuite de l'étude, il s'était trouvé encore et toujours des fonds, mais aucuns jusque-là pour l'action légale. Une enquête de 1934, à la fois du ministère du Travail, de l'Association pour la lutte contre la tuberculose et de la Metropolitan Life Insurance Cy., en collaboration avec les patrons et les ouvriers, portait sur 125 tailleurs de granit et avait montré qu'aucune mesure n'était prise pour parer au danger de l'exposition aux poussières, que des réformes immédiates s'imposaient, avec propagande infatigable en faveur des mesures de prévention les meilleures et de l'inscription de la silicose dans la loi sur la réparation.

L'action s'engagea à la fin de 1934. Au nombre des bills passés par la légslature, il s'en trouvait deux qui, doublant le cap des débats, devaient l'un et l'autre modifier la situation.

Quant au premier, un bill sur la silicose, pour dommages résultant de l'inhalation de poussières nocives, il rencontra immédiatement la résistance insurmontable de nombreux industriels et assureurs, parmi ceux mêmes qui en avaient pris la responsabilité et la rejetaient devant la charge énorme de 10.000.000 de dollars de primes, que l'on calculait pour l'assurance de l'obligation nouvelle. Le veto du Gouverneur, obtenu finalement, devait cependant être tourné au moins pour quelque temps, par le second bill, celui que l'on appelait « All Inclusive » (c'est a dire, comprenant tout). Celui-là (chap. 254, 26 mars 1935) innovait. A la liste existante de 27 maladies désignées, dans 27 groupes professionnels, le législateur — et l'approbation du Gouverneur — ajoutaient simplement un 28e alinéa :

Quelque et toutes maladies professionnelles.	Dans quelque et toutes occupations...

(*N. D. R. — Il s'agissait des occupations dangereuses énumérées à la subd.* 1 *de la section* 3 *du chap. de la réparation des accidents.*)

En même temps, des dispositions minutieuses paraient aux *abus médicaux* et organisaient la eollaboration du médecin, dont elles assuraient à la victime *le libre choix* (amendements à la loi de réparation, Ch. 258 et 930 de 1935 et règlements d'application).

Du coup, tous les risques étaient couverts et, bien entendu, celui de la silicose ne faisait pas exception.

Ce fut le *tolle.* La loi entrait en vigueur le 1er septembre. Certaines Compagnies d'assurance déclinèrent aussitôt la responsabilité de la couverture. D'autres demandèrent des primes extrêmement fortes. Elles proposaient que tous les ouvriers exposés au risque de poussière fussent soumis *à l'examen médical obligatoire,* et ce sous menace de renvoi après le 1er septembre, faute de quoi les employeurs ne seraient pas admis à la couverture de l'assurance après cette date. Les ouvriers élevèrent des protestations peut-être justifiées contre cette « sélection » qui, pensaient-ils, masquait assez mal la réalité, c'est-à-dire l'embauche exclusive de travailleurs à haut degré d'aptitude physique, et pour les douteux le licenciement.

En vain, d'un autre côté, le Compensation Insurance Rating Board offrait le choix entre deux systèmes l'un avec prime fixe basée sur une perte probable de 1 % (nombre des ouvriers exposés) pour la période expérimentale de la nouvelle législation ; l'autre avec prime variable, basée sur une perte probable de 2 % (l'expérience des Etats du Massachusetts et du Wisconsin conduisant à penser que l'importance du risque se trouvait entre 1 et 3 %). L'Etat proposait d'organiser aussi l'assurance sur la base du non-profit et de la ristourne !

Pendant ce temps certaines entreprises trans-

(1) Le chap. 352 de 1910 avait introduit dans la Loi du travail (Labor. Law) un art. 14, sect. 200-212 sur : « *La responsabilité, la déclaration, etc.* » et un art. 114 sur « *la réparation dans certains emplois dangereux* » ». Cette *Workmen's Compensation in certain Dangerous employments* (c'est-à-dire l'art. 14 a, sections 215 à 219 g du chap. 36 des L. de 1909, chap. 674 des L. de 1910 fut déclarée inconstitutionnelle par la Cour des appels dans un procès, en 1914. Elle servit de base à la Workmen's Compensation Law Chap. 816 des L. 1913, laquelle, votée, abrogea la précédente, fut déclarée constitutionnelle par la Cour suprême des Etats-Unis et, cent fois amendée, est jusqu'ici en vigueur.

portaient, écrivait-on, leurs sièges hors de l'Etat, laissant leurs anciens personnels sans emploi. D'autre part, les extracteurs de marbre et de pierre calcaire prétendaient à l'exemption, la poussière de leur industrie, soutenaient-ils, ne produisant pas la silicose, devait être exclue des causes nocives visées par la loi.

Au Ministère, la Division d'hygiène industrielle poursuivait avec ténacité des recherches d'une actualité piquante et qui, très avancées allaient devoir permettre de préciser l'incidence de la maladie, de faire admettre l'évidence de l'exposition en vue d'un effort d'ajustement de la prime, de recommander l'adoption d'une échelle d'assainissement, pour un abaissement des primes basé sur le degré de prophylaxie atteint par l'entreprise, d'inaugurer enfin une campagne vigoureuse pour la prévention des poussières.

Toutefois d'un accord à l'autre, des entreprises pouvaient rouvrir, les représentants du travail recevoir satisfaction. Mais c'est que les dommages dus à l'inhalation nocive étaient déjà réglés sur des bases nouvelles. Le 6 juin 1936, le Gouverneur de l'Etat de New-York signait trois lois passées par la législature de 1936 (chap. 887, 888, 889) amendant et limitant la loi « tout inclus » de 1935 pour ce qui était de la silicose, créant un fonds de 100.000 doll. pour l'application, instituant aussi une dotation de propagande (50.000 doll. par an pendant cinq ans) et entamant la lutte technique pour la préservation de la maladie. L'action s'est poursuivie depuis.

Voilà quelles furent, en Amérique, ces trois dernières années, autant que la presse technique en apporte l'écho, les grandes lignes, le support d'un mouvement dont les médecins du travail la collaboration parfois bruyante des événements ont été sans chimère les bâtisseurs, si les charte, politiques n'y ont pas eu de part décisive... N'est-ce pas la meilleure réponse à l'exergue voulu par Virchow : « Les médecins, disait-il, sont les avocats naturels de ceux qui n'ont pas accès aux richesses et c'est d'eux qu'en très grande partie relève la question de justice sociale ! » Mais ceci nous ramène il est vrai parmi les Etats désunis de l'Europe et aux débuts de l'ère industrielle, puisque c'est d'un article de la *Medizinische Reform* qu'il s'agit et du 10 juillet 1848.

H. ROSENHEIM.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Henri RAMET-Paul VOIVENEL : **La Madone de l'Arsenic** (L'affaire Lafarge).

Librairie des Champs-Elysées, Paris.

Sans doute il est bien tard pour parler encor d'elle.

On a tant écrit et dit sur Madame Lafarge et son procès que le sujet peut paraître épuisé. Cependant M. Henri Ramet conte cette histoire de façon si attrayante qu'on lit son livre comme le plus passionnant des romans.

Mme Lafarge fut condamnée sans preuves suffisantes et en bonne justice, le doute devant bénéficier à l'accusée, elle aurait dû être acquittée. Mais il ne convient pas d'en faire une sainte. Elevée dans un milieu aristocratique, elle mène plusieurs intrigues étant jeune fille, notamment avec son amie, Marie de Nicolaï qui épousa plus tard M. de Léautaud-Domine. Elle fut très sérieusement compromise dans le vol des diamants de cette dernière.

A 24 ans, cette fille, plus qu'avertie, munie d'un grand pouvoir de séduction, instruite, intelligente, possédant une dot d'au moins cent mille francs, somme relativement importante pour l'époque, se marie, chose étrange pour une personne ayant de nombreuses relations, par l'intermédiaire d'une agence matrimoniale avec Ch. Puech-Lafarge, maître de forges limousin, sorte de rustre qu'elle ne se donne pas même la peine de connaître. Il eut été étonnant qu'un mariage ainsi bâclé eut été heureux.

Le milieu est si différent qu'elle ne peut le trouver sympathique. Elle se laisse aller au début de son union à des scènes qui paraissent étranges. Elle écrit inconsidérément dans une lettre à son mari, auquel elle se refuse : « Si vous le voulez, je prendrai de l'arsenic, j'en ai ».

La maladie singulière de Lafarge pendant un séjour à Paris après avoir mangé un gâteau envoyé par sa femme, semble suspecte. Il en est de même des achats répétés d'arsenic sous prétexte de tuer les rats. Après s'être réconciliée avec son mari, elle lui témoigne un amour, de la sincérité duquel il est permis de douter. Tout cela explique le verdict du jury et les sentiments hostiles de l'opinion publique.

Le livre se termine par une remarquable étude du Docteur Paul Voivenel intitulée : *De la lettre anonyme au Poison*, où l'auteur de la *Chasteté perverse*, avec sa grande compétence de neuropsychiatre et médecin légiste, évoque la mythomanie, les accusations calomnieuses surtout des enfants et des femmes, l'anonymographie (affaire des lettres anonymes d'Angèle Laval à Tulle), enfin les empoisonneuses célèbres. Il termine par l'examen de l'affaire Lafarge, ses raisons de douter, et reproduit la lettre que Marie Capelle, femme Lafarge, écrivit de sa prison de Montpellier à Orfila, lettre publiée par Boyer d'Agen, et qui est bien, avec sa fin si édifiante, le plus solide argument en faveur de son innocence.

J. NOIR.

LA MÉDECINE RESTE-T-ELLE L'ART DE GUÉRIR ?

Dans un récent ouvrage (1), M. le Professeur Paul Savy (de Lyon) répond affirmativement, mais sans aucun dogmatisme *ex cathedra*, car sa philosophie est celle des praticiens de grande lignée d'autrefois, dont il sait avec tant de maîtrise faire revivre l'image et la parole.

Et ce n'est certes pas le hasard qui lui a fait mettre en tête de son beau Traité, en guise d'introduction « *Le scepticisme en thérapeutique* ».

« On ne saurait méconnaître », dit M. Savy, « tout le charme d'un scepticisme élégant qui se souvient à chaque instant que l'esprit est faillible, et qui, plus dilettante que passionné, plus nonchalant qu'enthousiaste, assiste avec indulgence aux discussions stériles du dogmatisme intransigeant... A vrai dire, les maladies sont nombreuses qui, marquées dès leur naissance pour la guérison ou pour la mort, poursuivent implacablement leur évolution dans le sens heureux ou malheureux, où les entraîne leur véritable destinée, soumises à la souveraineté du génie épidémique dont nous sentons toujours dans l'ombre planer la mystérieuse présence ».

Mais au doute systématique et stérilisant, M. Savy,—trop homme d'action,—substitue le doute « méthodique » de Bacon et de Descartes pour l'élever à la formule de Pascal « l'homme peut plus qu'il ne sait » ; et le Maître donne ainsi la *directive thérapeutique* qui consiste dans l'intelligence d'adaptation des moyens thérapeutiques à la forme et à la période évolutive de l'affection ; dans l'aptitude aussi à discerner, dans chaque cas individuel, les éléments d'action véritablement utiles, en tenant compte non seulement de la résistance physique du malade et de ses réactions particulières, mais aussi de son état moral et de son milieu social.

Et je ne saurais passer sous silence cette autre directive, d'ordre moral, que le Maître met en pleine lumière, c'est de répondre à ce besoin de sécurité que le malade demande à son médecin.

« Cette impression de sécurité, nous ne parviendrons à la créer ni par une affirmation solennelle et dogmatique, ni par un optimisme systématique et puéril, ni par une compassion éplorée et maladroite. Notre autorité ne saurait exister en dehors d'éléments multiples, complexes et d'un ordre particulièrement élevé : science médicale proprement dite, qui rend notre marche assurée et libère notre conscience en nous donnant le droit de penser, à l'heure de la défaite, qu'un autre n'aurait pu mieux faire ; valeur morale et culture générale qui, dans tous les milieux, doivent nous assurer la supériorité ou l'égalité et faire de nous autre chose que des artisans habiles sortis d'une école professionnelle ; respect et amour d'une vie harmonieuse et saine ; sens profond de la pitié qui, chaque matin, chez les humbles, à l'entrée dans le service hospitalier, devant les visages défaits et les yeux angoissés, nous permet de comprendre la tritesses infinie de la nuit qui vient de s'écouler, dans la douleur et dans l'isolement, au rythme désespérément ralenti des heures qui sonnent en appelant le jour ». Belle page, bel hommage à la noblesse, à la grandeur de notre profession où beaucoup des nôtres puiseront un réconfort et retrouveront une calme sérénité aux heures du découragement. Quelques-uns y trouveront une source d'énergie nouvelle, et quelques lèvres, après s'y être désaltérées, murmureront peut-être : merci, Monsieur Savy.

***

Pour donner une idée de la valeur technique de cet ouvrage, je dirai avant tout qu'il est extraordinairement complet ; les acquisitions les plus récentes de la thérapeutique s'y trouvent exposées avec méthode et clarté. Je signalerai, entre autres, le traitement de l'intoxication barbiturique ; l'emploi du méthylène-sulfoxylate dans l'intoxication mercurielle ; la cystéine et la rechloruration intense dans la maladie d'Adison, le glycocolle dans les myopathies.

Les méthodes chirurgicales sont exposées avec un soin tout particulier. Il ne s'agit pas de faire de chacun de nous un virtuose du bistouri, et l'exemple fameux d'un service de médecine parisien qui fait autorité en matière de neuro-chirurgie reste encore une heureuse exception. Mais c'est le médecin qui arme la main du chirurgien et, souvent, la guide. Un traité de thérapeutique moderne ne saurait l'oublier. Aussi M. Savy fait une part méritée à cette branche de l'art de guérir : les méthodes chirurgicales de la collapsothérapie dans la tuberculose pulmonaire, traitement chirurgical des pancréatites chroniques ictérigènes, indications et contre-indications de la splénectomie, traitement chirurgical de l'angine de poitrine autant de chapitres que médecins et *chirurgiens* auront le plus grand intérêt à consulter et à méditer.

Sans doute, la richesse même des faits m'interdit une analyse complète de l'ouvrage de M. Savy, véritable encyclopédie de thérapeutique ; je limiterai donc mon aperçu analytique à un chapitre appartenant à la spécialité de l'auteur.

(1) Professeur Paul Savy. — Traité de thérapeutique clinique, 3 vol. Masson, édit., Paris 1936.

Traitement de l'ulcère gastrique et duodénal

Ce chapitre de pathologie digestive — véritable monographie de quarante pages — est un des plus beaux joyaux dont le Traité de M. Savy est paré. Pour ordonner un traitement, il faut pouvoir en apprécier impartialement les effets. Or, cette maladie à éclipse, par son évolution même, se joue constamment de l'esprit médical le plus sagace. Aussi M. Savy met-il en garde contre l'enthousiasme irréfléchi de tant d'auteurs, souvent même de la meilleure foi du monde.

« Il n'est pas d'affection où l'esprit critique doive intervenir davantage pour ne pas attribuer à la médication ce qui revient à l'évolution naturelle de la maladie. Ce n'est pas parce qu'après un traitement déterminé le sujet aura cessé de souffrir pendant des mois qu'on aura le droit d'affirmer et la guérison de l'ulcère et le rôle bienfaisant de la thérapeutique.

L'auteur a choisi une méthode analytique pour exposer tout son sujet. Il donne d'abord un aperçu historique divisé en trois périodes : celle de Cruveilhier, celle de Kussmaul, avec ses régimes systématiques, enfin la période actuelle médico-chirurgicale

« Du rapport de Linossier au *Congrès de médecine* en 1907 au *Congrès de thérapeutique* de Paris, en 1933, d'innombrables travaux jalonnés et dirigés par des conceptions pathogéniques nouvelles se sont efforcés à établir un traitement rationnel de l'ulcus gastrique et duodénal. A l'hypothèse d'un trouble humoral par carence favorisant l'apparition de la lésion correspond la médication organique par les extraits pancréatiques, para-thyroïdiens, post-hypophysaires, la peptone et par les éléments chimiques tels que le calcium, benzoate de soude, amino-acides ; à l'idée d'un processus infectieux s'adaptent les méthodes de vaccination et de protéinothérapie ; à la possibilité d'une muqueuse privée de ses moyens de défense contre la sécrétion chloropeptique répond l'action thérapeutique des pansements protecteurs des alcalins neutralisant, des antisécréteurs, des producteurs de mucus, etc. »

Les considérations générales sur l'ulcus gastrique et duodénal portent d'abord sur la *reconnaissance* de l'ulcère gastrique : l'ulcère est-il en cause ? Est-il récent ou ancien ? Où siège-t-il ? Une étude de l'évolution de l'ulcère est suivie de celle de sa pathogénie. Ces éléments généraux rappelés comme il convient, l'auteur expose très complètement la thérapeutique de l'affection : la cure de repos d'abord. « *Le repos moral est nécessaire.* Si étrange que cela puisse paraître, les émotions et les soucis provoquent ou accentuent les douleurs d'une maladie essentiellement organique comme l'ulcère gastrique. » Le repos physique est non moins utile.

La diététique de l'ulcus est très soigneusement étudiée : cure de jeûne et diète hydrique, régime lacté, régime lacto-ovo-végétarien, les règles générales, tous ces éléments diététiques sont exposés dans leurs détails techniques qui rendront aux praticiens les plus signalés services.

Le traitement médicamenteux : les sédatifs : bismuth, alcalins, opiacés, belladone ; l'opothérapie : insuline, extraits parathyroïdiens, injections de pepsine ; la protéinothérapie, la vaccinothérapie, la chimiothérapie avec ses données les plus récentes, tels les acides aminés et le mucus, toutes ces médications sont étudiées avec clarté et impartialité. Mais dans ce chapitre, si familier à l'auteur, ce que nous avons le plus apprécié, c'est son sentiment personnel qu'il donne en guise de conclusion :

« Au total, parmi ses nombreux traitements, je donne nettement la préférence à la thérapeutique bismuthée ; aussi rapidement qu'avec toute autre méthode plus compliquée, on observe une interruption des paroxysmes douloureux. La possibilité, en prescrivant le carbonate de bismuth au début des paroxysmes de réduire leur durée à quelques jours au lieu de plusieurs semaines, est un avantage qui n'échappe pas aux malades. »

La thérapeutique chirurgicale de l'ulcère gastrique tient évidemment une très large place dans le Traité.

La gastro-entérostomie : ses principes, sa bénignité, ses heureux résultats ne sont pas sous-estimés par l'auteur, mais ses échecs ne sont pas non plus passés sous silence, aussi l'auteur énumère très soigneusement ses indications pour étudier ensuite la gastrectomie, ses résultats et ses indications propres.

Une pareille richesse de dialectique fait de cette étude analytique *un tout* qui pourrait se suffire à lui-même. Mais M. Savy sait par expérience combien il est nécessaire de lui adjoindre une étude synthétique. Aussi dans le chapitre d'*application du traitement de l'ulcère gastrique et duodénal* en brasse-t-il une large synthèse. Il lui consacre quatre chapitres : ulcère douloureux, ulcère hémorragique, ulcère sténosant, ulcère perforé.

Ce chapitre, choisi à titre d'exemple, ne donne qu'une faible idée de ce bel ouvrage. Je voudrais que beaucoup des praticien trouvassent dans sa lecture autant de plaisir et de profit que j'y ai trouvé moi-même. Je voudrais surtout qu'une large diffusion lui fût assurée à l'étranger, car ce n'est pas seulement un monument à la gloire passée de la clinique française ; c'est un témoignage vivant de la vigueur, de l'éternelle jeunesse de cet esprit de clarté, de solide bon sens et aussi de scrupuleuse conscience professionnelle qui assurent au Français sa suprématie intellectuelle.

Dr S. DOUBROW.

SCÈNES DE LA VIE MÉDICALE A LA CAMPAGNE

I

« MADEMOISELLE LADOUANIE »

La première fois que je vis Mademoiselle Ladouanie, la « demoiselle » du château de Laserve, j'étais tout jeune médecin, encore peu familiarisé avec le pittoresque de la vie médicale à la campagne. J'étais allé voir un malade dans une pauvre métairie entre les Eyzies et Marquay. J'avais traversé cette sauvage région où les créneaux de Lossel et la masse sombre de Commarque, se faisant face et paraissant se défier comme autrefois, dressent au-dessus du marais des Beunes, leurs vieilles pierres qu'entoure le vol noir des corneilles.

J'étais passé devant le « Cap Blanc » qui conserve sur les parois de sa grotte, à travers les millénaires, les chevaux sculptés au silex par l'artiste de Cromagnon.

Le « sendorel » qui grimpe au flanc du tertre m'avait amené au village désertique du « Repaire » habité par mon malade. Celui-ci était le bordier du château de Laserve ; vieux et seul, il cultivait son champ. Il apportait son blé au moulin de « Gazel » et chauffait la farine de son grain dans le four de ses ancêtres. Comme eux, il mangeait le pain du Repaire et c'était pour cela, peut-être, que, malgré sa misère, il paraissait heureux.

Lorsque j'eus terminé ma visite, donné mes prescriptions et recueilli de ce vieux paysan, une leçon de sagesse, j'appris par lui que Mademoiselle Ladouanie demandait à me voir.

Le château de Laserve, tout proche, est une maison au toit de pierres grises, s'appuyant sur d'énormes étais, entourée de murs écroulés qui cachent leurs blessures sous le lierre et les broussailles.

Sur le seuil d'une porte basse donnant accès dans une vieille cuisine pavée de petits cailloux à la mode périgorde, je fus reçu par une femme d'une cinquantaine d'années qui, en se nommant, me montra dans le cadre d'un visage maigre qu'éclairait la lumière de petits yeux gris, le sourire jauni d'une bouche mutilée, tandis que sous un bonnet de dentelle des cheveux roux folâtraient en désordre. Le torse menu était serré dans un casaquin bariolé.

Son air était cérémonieux ; c'était Mademoiselle Ladouanie.

Elle s'excusa de m'avoir fait prévenir par son bordier et de profiter de mon passage près de Laserve pour me prier d'examiner sa mère.

Une octogénaire se chauffait dans le cantou. J'allais m'enquérir de la pauvre vieille, lorsque Mademoiselle Ladouanie, confuse, me disait-elle, de m'avoir reçu dans la cuisine, m'invita à monter dans « le grand salon » où je serais mieux pour examiner a malade.

Je m'effaçai devant la mère et la fille et je les suivis dans l'obscurité d'un vieil escalier aux marches de pierre usée.

Nous arrivâmes dans une grande pièce, semblable à une salle de corps de garde, éclairée par deux fenêtres Renaissance ; c'était le grand salon...

Des sièges dormaient sous leurs housses, un vaisselier sur un bahut vermoulu exposait ses vieux étains. Dans sa boîte de noyer, toute droite, comme dans une armure, une pendule rythmait le temps avec les battements de son balancier de cuivre.

Une cheminée de pierre, monumentale, logeait deux grands landiers de fonte et une plaque noircie d'où se détachait, en relief, une tête d'ange joufflu, encadrée de fleurs de lys.

La vieille dame essoufflée par la montée s'était assise et je pus enfin ausculter son vieux cœur et son catarrhe.

La consultation finie, je ne me hâtais pas de partir, intrigué par le cadre et par les personnages.

Pour être aimable, j'admirais la cheminée du grand salon. Mademoiselle Ladouanie parut flattée. Elle me dit que mon oncle, « Monsieur Paul », chaque fois qu'il venait à Laserve, ne se lassait pas de contempler la cheminée de pierre. Mademoiselle Ladouanie était heureuse de donner plus d'intimité à la conversation en y mêlant le souvenir de mon oncle, vieux médecin. La glace était rompue ; la vieille fille m'annonça que je devais faire comme mon oncle qui, familier de Laserve, acceptait de « prendre quelque chose » lorsqu'il venait. Sans me laisser le temps de me récuser, Mademoiselle Ladouanie avait apporté sur la table des gaufres « cuites du matin » et du vin, « du pur Noa, Docteur » !

La demoiselle était en verve. Elle m'apprit que, jadis, Laserve était un château qui « voisinait » avec Lossel et Commarque, lorsqu'il ne se battait pas avec eux. Il avait été un des fiefs des marquis de Nersac. Et après un second coup de Noa, Mademoiselle Ladouanie me fit la confidence qu'elle descendait des de Nersac :

Sa bisaïeule Eléonore de Nersac, à sa sortie du couvent, avait été élevée sans autorité, un peu à la diable, par un père qui se consolait d'un lointain veuvage, dans des aventures galantes. La jeune fille chassait dans la forêt, accompa-

gnée par le fils d'un métayer, un beau gars qui, depuis l'enfance, admirait sa maîtresse et cédait à tous ses caprices. Eléonore était sensuelle, le fils du paysan était bien bâti et, un jour, malgré la fureur du vieux marquis, Mademoiselle de Nersac épousa le roturier ; elle devint Madame Ladouanie. Elle eut plus tard la part congrue de l'héritage paternel ; Laserve lui échut.

Le vieux bourg d'où jadis un de Nersac était parti avec ses meilleurs gens d'armes rejoindre ses cousins de Groljeac et de la Mothe-Fénelon pour défendre la noble cité de Sarlat assiégée par le vicomte de Turenne, était devenu, depuis la mésalliance, une maison paysanne. Ainsi, à travers trois générations roturières, le sang noble s'était affaibli. « Mais il en reste encore quelques « gouttes dans mes veines », s'était écrié Mademoiselle Ladouanie en se versant un dernier coup de Noa...

Elle continua de m'expliquer qu'ayant perdu l'espoir d'une alliance digne d'une descendante des marquis de Nersac, elle avait décidé de rester « demoiselle ». Elle me parla de sa vie, pauvre, presque aussi pauvre que celle de son bordier. Elle soignait sa vieille mère, gardait ses moutons dans la combe de la Mustardie, et une fois la semaine réunissait dans le grand salon, les enfants du Repaire pour leur apprendre le catéchisme. Le reste du temps était consacré à relire de vieux papiers où était écrite l'histoire de la terre de Laserve et de la seigneurie de Nersac. Dans le grenier, une vieille malle en était pleine ; elle me les montrerait un jour.

Mademoiselle Ladouanie s'était tue. Dans le cadre de la fenêtre ouverte, j'apercevais, par delà les Beunes, les bois de Sireuil que roussissait un splendide couchant d'octobre. L'octogénaire somnolait dans son fauteuil.

Je pris congé, Mademoiselle Ladouanie me tendit la main, je remarquai que cette main était fine...

Bien des fois, je fus appelé à Laserve ; Mademoiselle Ladouanie vécut de nombreuses années.

Un jour d'hiver, ayant bu du « Noa » plus que de coutume, la vieille demoiselle eut un ictus. On l'avait couchée sur son lit, presque un grabat, dans le grand salon. Les lèvres convulsées s'agitaient dans des fragments de phrase inintelligibles où je devinais pourtant, revenant avec un rythme stéréotypé, les deux syllabes : « Nersac ».

Le délire avec lequel elle avait embelli sa vie intérieure dans le cadre de sa misérable existence, semblait l'accompagner jusqu'au bout du chemin où l'on s'arrête pour mourir.

Dans une dernière vision, Eléonore de Nersac lui apparut, peut-être, courant dans les bois de son père, suivie de Ladouanie, le fils du paysan et sans doute, crut-elle, dans cette apparition suprême se confondre avec sa lointaine aïeule et recevoir le baiser de la chimère.

Dr P. BERNARD,
Le Bugue, janvier 1937.

II

SOUVENIRS DE DÉBUTS

J'ai déjà fait, ici-même, allusion aux surprises que la pratique professionnelle réserve aux débutants ; qu'on me permette de rappeler encore quelques souvenirs de cet ordre.

L'étudiant ne pense guère que les malades qu'il voit ont une personnalité. Il s'en sert pour apprendre les maladies, il parle au genre neutre, si j'ose dire, d'un malade ou « d'un macchabée » sans beaucoup se dire que ce sont là « des hommes et qui pensent » (ou qui ont pensé) tout comme lui. Mais à peine est-il établi qu'il s'aperçoit qu'il n'a plus affaire à des malades... maintenant, ce sont *des clients*, et ce n'est plus du tout la même chose !

A ce propos, je m'étais souvent étonné, m'entretenant avec des jeunes, de voir que la fonctionnarisation, (qui nous apparaît à nous, vieux praticiens, comme une chose peu souhaitable) ne leur paraissait pas du tout aussi redoutable !

Et puis, je me suis dit que les étudiants, tout comme les médecins fonctionnaires, ont affaire à des malades, à des sujets, et non à des clients, c'est-à-dire à des gens qui devront les payer directement.

Ce n'est qu'une fois établis qu'ils pourront constater la différence ce qui les fera vivement changer d'avis... à moins que se disant comme je ne sais plus qui : « ce serait si beau la médecine... s'il n'y avait pas les clients ! », ils ne choisissent le fonctionnariat qui apporte *une* solution du problème ainsi posé. Mais revenons à nos moutons, ce n'est pas de cela que je voulais parler, mais des surprises des débuts.

La première se rapporte au caractère des populations : c'est ainsi qu'ayant eu pour ma part affaire à des Bretons de la région rennaise, les hasards de la vie me firent passer en Normandie. Je dus bien vite constater qu'une simple prise d'observation médicale ne pouvait plus se faire ici comme là. Chacun connaît le : « çà n'dit pas oui, — çà n'dit pas non ». Il fallait commencer par l'apprendre. Ensuite, çà pouvait aller !

Une fois le diplôme décroché, il fallut penser à trouver un poste. Les hasards intervinrent à nouveau, et me firent revenir dans ma Bretagne originelle. Alors : première difficulté — la langue. C'est que c'est bien une langue, et non un patois comme trop de gens le croient, et c'est une langue difficile. Mais enfin, j'avais sucé le lait d'une mère bretonne, je n'avais eu dans ma

petite enfance que des domestiques qui ne parlaient pas un mot de français, — il devait bien m'en rester quelque chose. De fait, je m'y « remis » sans trop de difficulté.

Mais je dus constater que cela ne tranchait pas du tout. Je dus me rendre compte que tous les mots n'avaient pas la même signification pour les clients et pour moi. Bien mieux, le secours d'un dictionnaire était illusoire. C'est ainsi que nos Bretons ont bien un cœur, un estomac, une poitrine, etc., mais le rôle de ces organes n'est pas du tout le même pour eux que pour les Français. Je m'explique : l'estomac, par exemple, leur sert à respirer, le cœur à manger, etc., etc...

Il en résulte au début des quiproquos, parfois amusants. Supposons, en effet, qu'un homme vous dise : « ar chalon a zo digor ». Si vous traduisez littéralement, vous aurez : le cœur est ouvert. Eh bien ; rassurez-vous, ce n'est rien de grave. Il ne s'agit pas du tout d'une plaie du cœur, cela veut dire tout simplement que c'est l'appétit qui est ouvert !

En sens inverse, si vous dites à un individu qu'il a le cœur malade, vous manquerez rarement de vous attirer la réponse : « oh ! ce n'est pas possible, parce que je digère très bien ».

D'où la nécessité d'un petit cours de physiologie *comparée* pour expliquer que le cœur (des Français) a pour mission de faire circuler le sang, etc...

Une autre difficulté réside encore dans l'impossibilité d'expliquer en breton bon nombre de diagnostics. Le langue bretonne, (et pour cause !) ne possède pas la traduction de beaucoup de nos termes médicaux. Dans le langage usuel, on est bien arrivé à des néologismes assez ahurissants, tel « March houarn tan » (cheval de fer à feu) qui signifie motocyclette. Mais en médecine, il est difficile d'en faire autant. Et puis, il faut tout ramener à un petit nombre de rubriques : le sang (ou le coup de sang) et ceci englobe : les abcès, les lymphangites, les phlegmons, les congestions, les apoplexies, etc., ou les nerfs (et il est difficile de faire distinguer les tendons des nerfs), les vers (oh, les vers !) ou la fièvre miqueuse (*sic*), encore un pavillon qui couvre bien des choses ! ou le dessèchement (an dizerch) qui définit toutes les cachexies.

Allez donc parler de colibacillose, d'urémie, de cirrhoses, de diabète, voire de spondylose rhizomélique ou de lymphogranulomatose ...... à moins que vous ne teniez à passer pour fou !

C'est pourquoi je ne fus pas surpris d'apprendre que le vieux confrère auprès duquel je débutai, s'était toujours borné à une thérapeutique qui n'allait même pas jusqu'aux vingt médicaments, chers au Docteur Huchard. Il ne connaissait guère que l'opium (et la morphine, évidemment, — il en avait toujours *un flacon* dans la poche), l'iodure et le bromure (de potassium), le mercure, la quinine, et les purgatifs. Avec cela, des cataplasmes, des vésicatoires et des ventouses, il soignait *tout*, et pas plus mal qu'un autre ! Il est vrai qu'il s'était acquis une belle clientèle par une qualité, dont je reparlerai tout à l'heure.

Il y a encore une difficulté qui provient du fait que la plupart des Bretons, quand ils s'expriment en français, ont d'abord pensé en breton, et ont du traduire leur pensée avant l'élocution. Cela produisit un jour une réplique fort drôle, qui me prouva que, même de la meilleure foi du monde, traduttore équivaut à traditore.

Je venais de panser un pauvre bougre dont la main, écrasée, avait été bien « amochée ». Le pansement avait évidement été très douloureux.

Comme on s'apitoyait, et que quelqu'un disait : « Vous avez dû bien souffrir », le bonhomme répondit : « oh, vous pensez bien que je ne suis pas resté regarder ». Nous ne pûmes nous retenir de rire, et pourtant cette phrase n'était que la traduction d'une pensée qui, formulée en breton, n'y eût nullement prêté.

Pareilles occurrences sont fréquentes chez nous, et certainement si des confrères bretons me lisent, cela leur en rappellera.

Mais je repense au vieux confrère dont je parlais tout à l'heure et cela me fait souvenir d'une leçon qu'il me donna, bien à son insu d'ailleurs.

Quelqu'un a dit, — et ceci va montrer combien il avait raison, — que le principal pour réussir n'est pas de formuler des diagnostics savants (voir plus haut), de prescrire des traitements épatants (voir plus haut), mais bien de *soigner ses pronostics.*

Or, lors de mon établissement, je procédai aux nombreuses visites de présentation qui étaient alors de rigueur. Il me fallut ainsi aller à tous les maires et aux notables de la région. Vous vous dites déjà que cela dut me valoir des conversations de la plus grande variété. J'en conviens, mais pourtant il y eut *une* de ces visites que je ne pus jamais oublier.

Ce fut un brave maire d'apparence fort épaisse qui me dit : « ah, vous venez vous établir ici ? Sachez que vous aurez fort à faire pour réussir, car il vous faudra lutter contre le Docteur X..., or le Docteur X... est un médecin de grande valeur, *chaque fois qu'il a dit que quelqu'un était foutu, eh bien : c'était vrai, le malade était foutu !* » (1)

Et voilà comment se font les réputations.

Dr E. DAMEY.

(1) *P. S.* — Il avait d'ailleurs une manière bien à lui de le dire : après avoir procédé à son examen, il ne disait d'abord rien, mais pendant de longs moments il allait et venait dans la pièce, tout comme s'il y avait été seul. Il se tenait la tête dans les mains en une profonde méditation, puis, quand le pronostic lui avait paru mauvais, il continuait sa promenade, encore quelque temps, en sifflottant : f...ttu, — f...ttu. Et parfois, il s'en allait ensuite, sans ajouter un mot à la famille.

LA PART DE L'OCÉANOGRAPHIE DANS LA DÉCOUVERTE DE LA CIRCULATION DU SANG

Conférence du Docteur Louis CHAUVOIS

Longtemps avant l'heure, dans l'immense amphithéâtre de l'Institut océanographique, toutes les places étaient occupées ; aux premiers rangs, des maîtres éminents de la science et de la médecine avaient tenu à témoigner par leur présence tout l'intérêt qu'ils portaient à la fois à la personne du conférencier, et au curieux sujet qu'il avait choisi.

D'emblée, avec son enthousiasme plein de jeunesse, sa verve, son éloquence directe, le Docteur Chauvois captive son auditoire.

L'Océanographie ? la Circulation du sang ? Quel rapport ? — Un rapport étroit : c'est par l'étude des animaux marins que Harvey a été conduit à la découverte de la circulation du sang.

Le Docteur Chauvois montre comme il est émouvant de penser que ce n'est que depuis 300 ans que l'homme connaît l'exact parcours du sang dans son propre organisme. Pendant les millions d'années qui se sont écoulés de l'apparition de l'homme sur la terre jusqu'à l'immortelle découverte d'Harvey en 1628, l'homme a ignoré l'essentiel de la circulation de la vie en lui.

Avant 1628, quelle était donc la conception des savants et des philosophes ? Sans remonter au déluge, sans rechercher les hypothèses antiques de la Chine et du Thibet, bornons-nous à l'étude des conceptions en honneur dans notre Monde occidental. Hippocrate, Platon, Aristote, Pline s'étaient intéressés à ce problème ; mais c'est Galien, médecin grec de Pergame, au IIe siècle, qui a échafaudé la théorie la plus complète et la plus scientifique ; et il est curieux de noter que pendant quinze siècles, c'est cette théorie qui, malgré ses complications, son obscurité sur de nombreux points a été à la base de tout enseignem nt classique sur ce sujet. Quelle était cette théorie ? Avant tout, un fait nous frappe ; chez les Anciens, jamais le soupçon ne s'est fait jour, que le sang pût tourner en rond. Ils se représentaient la circulation sous la forme d'un arbre — ou mieux de deux arbres accolés, l'un réservé à la sève veineuse, sève végétale ; l'autre à la sève artérielle ou sève vitale — ces deux sèves ne communiquant pas, sauf légèrement au niveau du cœur.

L'arbre veineux, essentiel, souche initiale de tout, plongeait ses racines dans les parois de l'estomac et de l'intestin (ce qui n'était pas « si bête » après tout, fait remarquer le Docteur Chauvois) ; de cette origine la sève nourricière était conduite au foie : à la sortie du foie, bifurcation : deux conduits l'un ascendant, l'autre descendant conduisaient la sève végétale à la partie supérieure et à la partie inférieure du corps. C'est sur la branche ascendante qu'à la manière d'un bourgeon se développait le cœur droit, destiné à nourrir de sève végétale les poumons. Tel était l'arbre veineux.

L'arbre artériel était l'arbre de la sève vitale, caractéristique des êtres supérieurs ; ses conduits différaient de ceux de la sève végétale en ce qu'ils contenaient un sang spiritueux ; ce sang, chargé d'air, était soufflé par les poumons dans le cœur gauche, d'où les vaisseaux artériels le conduisaient à tout l'organisme.

Ici, un inconvénient de la théorie : les veines pulmonaires étant destinées à amener l'air des poumons vers le cœur, il n'existait plus de vaisseaux pour conduire aux poumons la sève vitale. Qu'à cela ne tienne ? et aussitôt on admettait qu'à certains moments, la nuit en particulier, le cours de ces vaisseaux s'inversait, pour permettre aux poumons de recevoir leur part de sève vitale ; et ainsi les veines pulmonaires étaient dotées d'un courant tantôt dans un sens, tantôt dans l'autre.

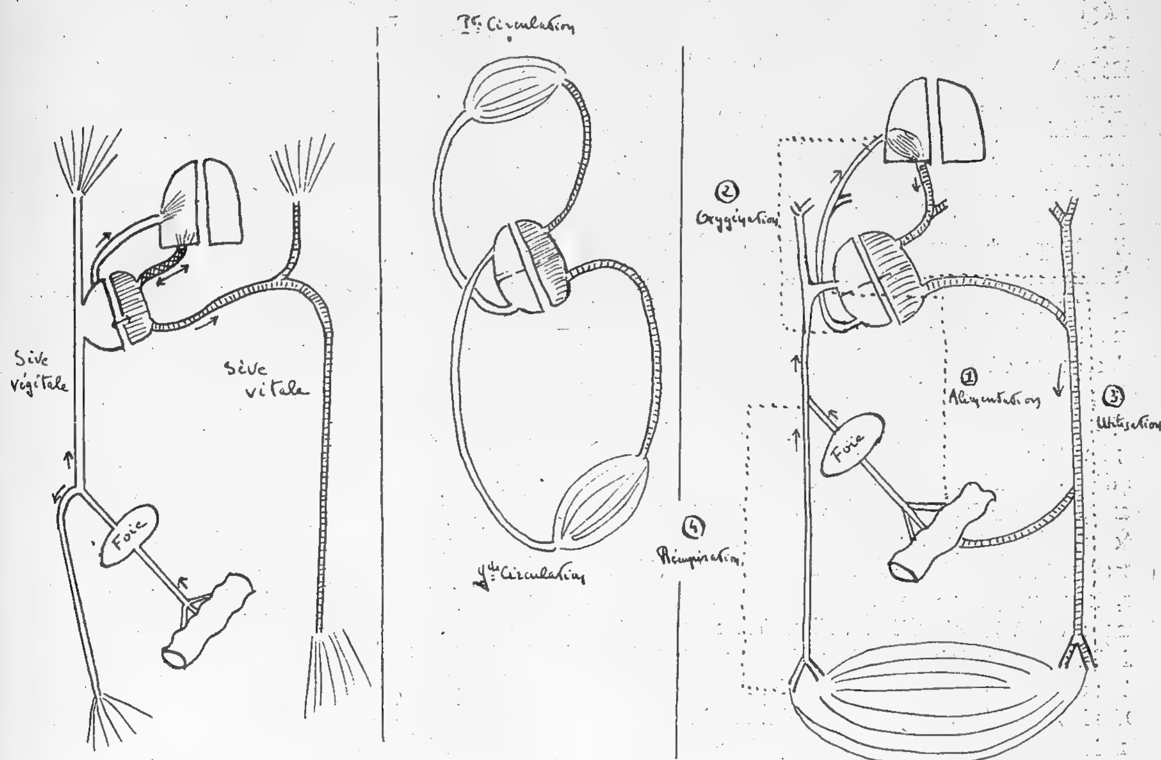
Telles étaient les connaissances classiques, uniformément admises à l'époque de William Harvey. Il faut reconnaître d'ailleurs qu'avant lui, certains auteurs avaient entrevu quelques rudiments exacts de la véritable circulation : Michel Servet, brûlé comme hérétique à Genève, en 1552, sur l'ordre de Calvin — les Italiens Réardo Colombo (1559) et André Cesalpino (1569). Mais ces aperçus partiels n'étaient pris en considération par personne. Nous n'en voulons pour preuve que les leçons que reçut Harvey de son célèbre maître Jérôme Fabrice d'Acquapendente, dont l'enseignement était un ramassis de toutes les erreurs datant de Galien et reprises par ses successeurs.

Il faut se représenter ce qu'étaient les connaissances admises à cette époque pour comprendre combien était révolutionnaire le livre que William Harvey fait paraître en 1628 : *Exercitatio anatomica de motu cordis et sanguineis in animalibus*, livre imprimé aux frais de l'éditeur (cela, paraît-il, se faisait à cette époque, remarque malicieusement le Docteur Chauvois) : ce petit livre est un vrai chef-d'œuvre, une véritable « introduction à l'étude de la médecine expérimentale » avant Claude Bernard ; il est curieux de noter les rapports de dates du livre d'Harvey (1628) avec le Novum organum de François Bacon (1620) et le Discours de la

méthode de Descartes (1637) : partout c'est le triomphe de l'esprit d'observation sur le dogmatisme scholastique. En soixante-dix pages, Harvey résume trente années d'études ; on admettait que le cœur aspirait du sang et de l'air, et en se gonflant venait heurter la paroi thoracique (choc de la pointe) ; par l'étude du cœur des animaux à sang froid, des grenouilles, crapauds et surtout des poissons, Harvey précise la signification de la diastole et de la systole ; il analyse ces mouvements : le cœur s'élève — toutes ses parois se contractent, il devient à la fois moins large et plus long (ce qui est manifeste sur le cœur arraché de l'anguille) ; en même temps, il devient dur, durcissement dû à la contraction, comme celui de tout muscle — au cours de cette contraction, le cœur pâlit (ce que Harvey note chez les poissons et la grenouille) ; le choc du cœur répond à la contraction, à la systole.

Dans un autre chapitre, Harvey étudie les mouvements des vaisseaux ; il montre que les mouvements des artères ne sont que la conséquence des mouvements du cœur : le gonflement des artères n'est que le contre-coup de la systole cardiaque, leur aplatissement le contre-coup de la diastole : Harvey le prouve en sectionnant, chez les poissons, les canaux qui relient le cœur aux branchies ; on voit le sang s'écouler de ces canaux, rythmiquement, synchroniquement à la systole du cœur (il est à noter d'ailleurs qu'Harvey n'a pas soupçonné la signification des branchies). Harvey distingue aussi les mouvements des diverses parties du cœur ; il a vu que les oreillettes étaient douées de mouvements actifs, en observant l'évolution des mouvements sur un cœur de poisson : ce cœur qui commence à mourir devient plus languissant ; un repos survient entre les mouvements des oreillettes et des ventricules ; le cœur subit une légère inclinaison ; quelques mouvements sont encore perceptibles sur les oreillettes, enfin plutôt un signal de mouvement qu'un mouvement lui-même... Il élargit son exposé, montre comment tous les animaux, les crustacés, même les guêpes et les mouches ont un cœur. Il remarque sur le cœur de l'embryon, la communication interventriculaire, il note l'absence chez lui de circulation pulmonaire ; il voit qu'il existe un grand mouvement du sang des veines vers les artères ; il en conclut que ce grand mouvement des veines vers les artères ne peut s'inverser ; la seule chose qui puisse changer, c'est avec la disparition de l'orifice interventriculaire, l'apparition de la circulation pulmonaire.

I. — Schéma des anciens. II. — Schéma classique d'Harvey. III. — Schéma du Dr Chauvois.



Le génie d'Harvey avait découvert la circulation du sang, dont le schéma classique, par trop simplifié, nous résume l'essentiel.

Ainsi le Docteur Chauvois, après avoir montré la conception des Anciens sur la circulation, dans la première partie de son exposé, dans la deuxiè-

me partie a fait ressortir la part des études océanographiques dans la découverte d'Harvey. Le Docteur Chauvois annonce qu'il pourrait borner là sa conférence ; s'il ne le fait pas, c'est justement parce qu'il trouve regrettable que, dans les exposés actuels sur la circulation, on ne tienne pas compte des découvertes faites depuis Harvey sur cette même circulation. Depuis 1628, ont été découverts l'oxygène par Lavoisier, l'oxygénation des tissus par Claude Bernard, et combien d'autres précisions sur la nutrition ! Certes, l'essentiel était de reconnaître que le sang tourne en rond ; mais sans rien retirer au génie de Harvey, pourquoi continuer à s'en tenir à sa description qui commence la description de la circulation au cœur ; Harvey avait une raison : pour lui et ses contemporains, le cœur était le siège de l'esprit. Cette raison, nous ne l'avons plus.

Et le Docteur Chauvois nous propose alors son propre schéma, qui s'inspire naturellement de celui d'Harvey, mais qui tient compte des découvertes récentes, et se rapproche en même temps — chose curieuse — du schéma des Anciens.

Plutôt que de considérer comme origine de la circulation le cœur, simple moteur, il paraît plus logique au Docteur Chauvois de prendre pour début de sa description, les parois de l'intestin et de l'estomac où plongent les racines de la veine-porte ; c'est en effet à ce niveau que le sang se charge des éléments nutritifs nécessaires à la vie ; la veine porte représente véritablement *la voie d'alimentation* essentielle de la circulation ; ce sang, le cœur droit l'envoie dans le poumon, où il se charge de l'oxygène nécessaire à l'utilisation de ses éléments : c'est le *circuit d'oxygénation* ; puis, le cœur gauche la lance dans tout l'organisme : c'est le *circuit d'utilisation* ; une fois utilisé, le sang rejoint par la veine-cave, le sang porte ; c'est le *circuit de récupération.*

Décrire la circulation sans donner un rôle essentiel à la voie d'alimentation, c'est se placer dans la situation de l'ingénieur qui chargé d'organiser l'irrigation d'une région, se contenterait de l'établissement d'un canal circulaire, sans prévoir un canal d'alimentation, qui pourtant représente l'essentiel de son projet.

Et, à l'appui de son opinion, le Docteur Chauvois présente un admirable petit film, où les dessins animés succédant à de courts et lumineux textes, imagent admirablement sa manière de voir ; au cours de ce même film (qui devrait bien être passé dans les écoles et les lycées, et aussi, au cinéma de l'Exposition de 1937 pourquoi pas ? il rappelle sa comparaison de la circulation humaine à la circulation du moteur automobile, comparaison qui, en notre siècle de la mécanique, est un merveilleux procédé de vulgarisation et d'enseignement.

Le conduit d'alimentation, le tuyau d'essence, qui dans le moteur, amène l'essence du réservoir c'est chez l'homme la veine porte ; la cuve à niveau constant du carburateur, c'est le foie.

Le circuit d'oxygénation : dans le moteur, le gicleur qui projette l'essence pour qu'elle se mélange au comburant oxygène, chez l'homme, c'est le cœur droit qui projette le sang dans le poumon où il se charge d'oxygène.

Le conduit d'utilisation : dans le moteur, le tuyau qui mène le mélange oxygène-essence dans le cylindre, chez l'homme, c'est l'aorte qui mène le mélange sang-oxygène aux tissus qui l'utiliseront.

Enfin le circuit de récupération, qui n'existe que dans quelques moteurs automobiles pour récupérer les gaz d'échappements et les utiliser jusqu'au bout, atteint sa perfection chez l'homme, représenté par la veine cave qui ramène au cœur les substances non utilisées.

Le Docteur Chauvois ajoute que cette conception commode n'est qu'un schéma, n'a qu'une valeur d'enseignement, mais que peut-être ce schéma est plus exact que le schéma classique d'Harvey.

Il se félicite d'avoir eu les appuis de nombreux cardiologues, en particulier le Professeur Laubry, qui a bien voulu reconnaître une valeur à sa conception ; il montre qu'elle a l'avantage de mettre en évidence le rôle de la circulation périphérique, un peu trop oubliée par le schéma classique — de faire mieux comprendre le rôle de cette circulation périphérique dans certaines affections :

Rôle de la vaso-constriction périphérique dans la pathogénie de l'œdème aigu du poumon, puisqu'elle pousserait le sang, tel un véritable ras de marée, de la périphérie vers les alvéoles pulmonaires ;

Rôle de la vaso-dilatation périphérique dans la pathogénie de la syncope, où le sang, retenu à la périphérie, n'arrive plus qu'en quantité insuffisante, au cœur.

Certes, je sais bien ce qu'on peut reprocher au schéma du Docteur Chauvois ; du moment qu'il s'agit d'un mouvement continu circulaire, c'est un jeu de l'esprit que de choisir tel point de départ plutôt que tel autre ; au lieu de l'origine de la veine porte, pourquoi ne pas prendre l'origine des veines pulmonaires ou même la veine rénale.

A la vérité, la conception du Docteur Chauvois a surtout une valeur d'enseignement et de vulgarisation. Sa conférence fut, par tout l'auditoire, applaudie longuement et avec enthousiasme.

R. Fasquelle Saint-Yves-Ménard.

COMMENT ON PREND SOIN DES PARLEMENTAIRES EN AMÉRIQUE

G.-W. Calver, M. D., médecin de la marine, est depuis huit ans attaché au Congrès (Parlement) de Washington. Pendant les sessions il se tient au Capitole, prêt, à tout moment, à répondre à un appel.

C'est lui qui, dans une conférence faite à la Clinique Mayo (1), a traité le sujet ci-dessus sous le titre « L'homme passé la quarantaine ».

« Je me suis rapidement rendu compte, dit-il, que le champ principal de mon activité ce n'était pas les cas d'urgence, qu'on avait cependant en vue en me détachant à ce poste. J'ai été appelé à donner mes soins à des évanouissements, des accidents cardiaques et circulatoires résultant principalement d'un excès de travail. Muni de ces notions j'ai fait la réflexion que mieux valait adopter le système de la Marine. Dans la marine on fait un examen annuel, examen tout à fait détaillé. Les officiers qui ne pourraient supporter le service actif, qui seraient un *impedimentum* et capables ensuite de provoquer des accidents sont relevés, remis en état et réincorporés quand cela devient possible. En matière de bilans sanitaires de cette sorte, il est de la plus haute importance de faire une étude détaillée de chaque individu envisagé comme un problème défini et autonome.

« Par là j'entends que bien des points en dehors de constatations cliniques sont à prendre en considération.

« D'abord, quels sont les antécédents héréditaires du malade ? Est-il d'une famille hypertendue, cardiaque, ou à épisodes pulmonaires ? Ensuite combien d'heures consacre-t-il par jour à son travail ? Quelles sont ses habitudes alimentaires ? On ne s'imagine pas la vie irrégulière que mène un homme public et à quel point cette vie influe sur la façon de s'alimenter. Il s'agit encore de déterminer ce qu'il absorbe de liquides. Beaucoup de gens ne boivent pas assez d'eau, et je pense que l'une des grandes causes de la constipation est précisément cette réduction du liquide d'où résulte une déshydratation du contenu intestinal.

« Les distractions constituent un autre point où porter son attention. Comment l'homme emploie-t-il ses loisirs? Quelles possibilités a-t-il dans sa soirée, de s'abstraire de ses soucis quotidiens. Enfin quels sont ses antécédents personnels ? A-t-il quelque histoire de maladie infectieuse ? A-t-il eu du rhumatisme ? Comment se comporte sa prostate ? A-t-il eu des infections du nez, de la gorge, des accidents dentaires ?

« Il ne s'agit pas, en tout ceci, de rassembler des signes cliniques, *mais bien plutôt « précliniques »*, quelque fétu qui nous mette sur la bonne voie pour pouvoir l'aider à mieux accomplir sa tâche.

« L'examen lui-même se divise en deux parties.

« D'abord examen physique dans mon bureau ; antécédents, auscultation du cœur et des poumons. J'use d'un test très simple pour éprouver la fonction cardiaque. Je demande au sujet de sauter à cloche-pied vingt fois sur un pied, vingt foi sur l'autre. La façon dont il s'acquitte de cette épreuve est déjà symptomatique. En outre, si la tension monte légèrement et que le pouls s'accélère mais revient à la normale, il y a bonne compensation. Si la tension ne bouge pas et que le pouls s'accélère, c'est déjà moins bon. Si la tension baisse le sujet n'a pas une réserve myocardique suffisante.

« Ensuite il est procédé à divers examens : formule leucocytaire, analyse d'urines, examen chimique du sang, réaction de Kahn, temps de sédimentation, électro-cardiogramme. L'on fait aussi un examen dentaire, à la fois clinique et radiographique, pour déceler les foyers d'infection possibles.

« Tout ceci fait je rassemble les résultats et tâche de me faire une idée de la valeur physique du sujet. Volontiers je fais connaissance avec sa famille afin de le situer dans son milieu psychologique. J'essaye de m'informer de sa situation politique. Y a-t-il conflit entre ses sentiments personnels et l'attitude imposée par son parti ?

« A-t-il un domicile où, le soir, se détendre ? Est-il célibataire, va-t-il, après dîner, s'asseoir dans le hall de son hôtel, prendre un verre ou deux, fumer, discuter les événements du jour ? et, finalement, se couche-t-il tard ?

« Dans l'étude des protocoles de laboratoires, j'attache la plus grande importance à l'hématologie, aux taux d'azote non protéique, d'urée et d'acide urique ; je regarde si le cholestérol et les composés de l'anhydride carbonique sont en proportion convenable. Si le taux de sédimentation est de 15 ou 18, cela n'a pas grande importance : le sujet peut avoir été malade. Mais s'il accuse une baisse soudaine suivie d'une remontée, le même taux signifiera que quelque chose va mal : il s'agit de le découvrir. Les électro-cardiogrammes sont utiles mais il ne faut pas trop leur demander. Quand on prend un homme en main, et qu'il s'agit de préserver sa santé, les épreuves de laboratoire ont moins de valeur que les problèmes humains. Il faut ici beaucoup de bon sens : un être en pein rendement si vous lui imposez des prescriptions telles qu'il ne puisse plus gagner sa vie, vous ruinez son rôle dans la

(1) *Staff meetings of the Mayo clinic,* novembre 4-1936.

société en même temps que ses moyens d'existence. Ainsi en est-il surtout des hommes politiques.

« Les recommandations usuelles se rapportent à cinq points : d'abord le sommeil. Il faut chaque jour un certain répit, au moins huit heures de repos au lit. Qu'on dorme ou non tout ce temps-là, peu importe : mais qu'au moins l'appareil circulatoire se détende. Je n'insiste pas sur le renoncement au tabac, à moins d'avoir l'évidence qu'il lèse le cœur, car rien ne repose un homme comme un siège confortable et un bon cigare. Pour obtenir une absorption de liquide suffisante je recommande de prendre au lever deux grands verres d'eau et chaque jour, un fruit cru, un fruit cuit, et des légumes verts: c'est un très important facteur de santé chez l'homme qui a passé la quarantaine que d'obtenir chaque jour une exonération intestinale sans avoir recours aux laxatifs.

« Dans la question du régime, il faut considérer l'individu en cause : impossible, par exemple, de prescrire à un homme vivant à l'hôtel le régime strict de l'hypertension. Expliquez-lui les fondements du problème et qu'il choisisse lui-même dans le menu. C'est la meilleure manière d'obtenir sa collaboration.

« Pas de meilleur exercice pour le quadragénaire que la marche. Mais j'ai, en outre, fait installer dans les sous-sols du nouveau building des « House Office » un gymnase ou plutôt une salle de jeux avec des courts de « volley ball » ; des tennis de table et du deck tennis. Il y a aussi des barres parallèles et tout un équipement de gymnase, mis si vous voulez obtenir de l'homme qu'il prenne de l'exercice, il faut prendre soin de dorer la pilule. Vous ne pouvez imposer à un civil les disciplines militaires.

« Ce que je cherche c'est de leur mettre de l'oxygène dans le sang : ces sédentaires ont à brûler les déchets de leur métabolisme ; pour cela il leur faut de l'oxygène.

« Le parlementaire moyen arrive au travail entre 8 heures et demie et 9 heures. Il siège en commission de 10 à 12. La séance commence à midi. Si la loi en discussion ne concerne pas sa circonscription il peut retourner à son bureau mais souvent divers points l'intéressent et il reste. La séance dure jusqu'à 5 ou 6 heures. Après quoi il va au bureau signer son courrier. Le parlementaire moyen reçoit 150 lettres par jour ; il faut les lire, les classer ; il répond personnellement à 35 ou 40. 7 heures arrivent et souvent, dans la soirée, il a encore des obligations sociales ou emporte du travail chez lui.

« Il faut encore tenir compte du sentiment de responsabilité que peut avoir un homme investi de hautes fonctions.

« Notre objectif est de préserver la santé de cet homme et de l'aider à être un citoyen utile et efficient. »

Ce qui importe, en somme, à G.-W. Calver, M. D., ce n'est pas tant la santé personnelle du parlementaire moyen que de préserver en cet homme public toutes les ressources dont peut bénéficier l'Etat. Point de vue qui peut sembler cynique mais qui, tout de même, a quelque chose de cornélien. G. LAVALÉE.

ECOLES DE PERFECTIONNEMENT POUR LES OFFICIERS DE RÉSERVE

Il a été signalé au ministre que le contrôle de l'identité des officiers et sous-officiers de réserve, participant aux séances des écoles de perfectionnement était parfois effectué d'une façon imparfaite.

Le ministre fait connaître qu'à l'avenir les officiers et sous-officiers de réserve devront obligatoirement présenter une pièce d'identité à l'entrée des bâtiments militaires ou civils où ont lieu les séances d'instruction.

Cette pièce d'identité pourra être :

— soit la carte de surclassement de l'année en cours ;

— soit la carte d'identité d'officier de réserve qui a fait l'objet de la circulaire n° 7.226 K, du 6 juin 1923 (*B. O.*, P. P., page 1.598) ;

— soit le livret individuel (pour les gradés non officiers) ;

— soit une pièce établie par le directeur de l'école et portant sa signature et son cachet (à renouveler au début de chaque année scolaire).

Ces dispositions seront portées à la connaissance des officiers et des sous-officiers de réserve ; prescrire les mesures de détail nécessaires pour que le contrôle exercé soit effectif.

En outre, il sera rappelé aux cadres de réserve que le caractère secret de certaines parties de l'enseignement, qui leur est prodigué au cours des séances d'instruction nécessite, de leur part, une discrétion absolue et qu'en particulier, ils doivent éviter tout commentaire à ce sujet dans des endroits publics, où leurs propos peuvent être recueillis par des auditeurs étrangers à l'armée.

(*Circulaire n°* 3.640-3 /*E.-M. A.-R., du* 20 *février* 1937.)

NOS RÉUNIONS MÉDICALES

I

L'Organisation sanitaire technique de la Protection de la Santé de l'Armée, de la Marine et de la population civile en Ethiopie

L'occupation de l'Ethiopie par les troupes italiennes a été un coup de maître en ce sens qu'elle a coûté un nombre insignifiant de vies humaines du côté italien, étant donné le nombre de troupes blanches envoyées en Abyssinie, plus de 500.000 hommes. Les journaux de toutes les nations prédisaient un échec trrible à l'Italie. Ce ne serait pas les guerriers éthiopiens qui décimeraient les troupes, mais les maladies. L'expérience faite par les diverses nations coloniales avait démontré le danger sanitaire des expéditions dans les régions intertropicales. Or il n'en a rien été pour les armées italiennes et cela parce que l'organisation sanitaire a été merveilleusement réalisée et que les mesures d'hygiène ont été scrupuleusement respectées. C'est ce que le professeur Aldo Castellani, directeur à l'Ecole d'hygiène et de médecine tropicale de Londres, inspecteur général du Corps de santé militaire durant la campagne d'Abyssinie, a admirablement exposé dans une brillante conférence à la Sorbonne, conférence faite sous les auspices du Ministre de la Santé publique.

Le Directeur de l'Institut Pasteur, Louis Martin, représentant le Ministre, présidait la conférence où les Ministres de la guerre et de la Marine avaient envoyé des délégués. Le doyen Roussy, empêché, avait chargé le professeur Brumpt de prendre la parole à sa place. Le Maréchal Franchet d'Esperey, l'Ambassadeur d'Italie, S. Exc. Vittorio Cerruti, étaient parmi les assistants qui en très grand nombre remplissaient l'amphithéâtre.

Après une allocution du professeur Louis Martin, souhaitant au nom du Ministre, la bienvenue au conférencier, M. Brumpt présenta le professeur A. Castellani. Né à Florence en 1874, Aldo Castellani fut d'abord assistant de Grocco, puis de Kruv à Bonn, il découvrit alors la réaction d'absorption qui facilite le diagnostic des infections mixtes. Après un séjour à Londres, il fut envoyé dans l'Ouganda pour y étudier la maladie du sommeil. Il découvrit l'agent infectieux, un tréponème, le trypanosome, dans le liquide céphalo-rachidien et le sang des malades. Il continua ses études sur les maladies tropicales, notamment sur le framboësia et la broncho-spirochétose hémorragique, publia en anglais et en français un traité des maladies tropicales dont la troisième édition est épuisée. Il fut appelé à une direction à l'Institut d'hygiène et de médecine tropicale de Londres, est à la tête du grand Institut de Pathologie de la Nouvelle Orléans. Le gouvernement britannique en fit un baronnet, il fut nommé sénateur du royaume d'Italie et comte héréditaire, titre donné très rarement dans son pays, il est officier de la Légion d'honneur et décoré d'un grand nombre d'ordres étrangers. Le gouvernement italien le chargea à titre d'inspecteur général de créer et de surveiller l'organisation sanitaire durant l'expédition d'Ethiopie et ce fut l'objet de sa conférence.

Avec une grande simplicité et parfois avec humour M. Aldo Castellani exposa l'organisation du service de santé en Ethiopie et les résultats obtenus.

L'armée était constituée de 500.000 hommes, soldats, miliciens et ouvriers. Tous avaient été soigneusement sélectionnés avant d'être envoyés à Massauha et avaient été vaccinés avec un vaccin multivalent contre la fièvre typhoïde, les paratyphoïdes A et B et le choléra.

Près de deux cents hôpitaux furent organisés et huit navires hôpitaux furent chargés de l'évacuation des malades. 15.500 infirmiers militaires, 584 infirmières de la Croix Rouge et religieuses, deux mille cinq cents médecins formaient le personnel sanitaire.

Les médicaments, les objets de pansements, des conserves formaient des stocks abondants prévus pour une campagne de dix-huit mois de durée. La stérilisation de l'eau potable était assurée. L'atmosphère des navires hôpitaux était renouvelée par des appareils d'air conditionné, rafraîchi et légèrement ozonisé qui rendit les plus grands services aux malades. Les vêtements, les casques des soldats avaient été judicieusement choisis.

Sur les 500.000 hommes, on ne compta que 599 décès de maladie en huit mois ; beaucoup moins que les décès par blessures de guerre qui atteignirent le nombre de 1.099. C'est la première fois que pareil résultat fut obtenu dans une expédition coloniale et M. Castellani établit, non sans une satisfaction quelque peu malicieuse, la comparaison de cette statistique avec celles de notre occupation de Madagascar, de la guerre des Anglais contres les Boers au Transvaal, de celle des Américains contre les Espagnols à Cuba, de l'expédition des Anglais contre les Allemands en Afrique Orientale, des campagnes de Gallipoli et de Macédoine pendant la grande guerre.

L'administration régulière et contrôlée de 0 gr. 60 de quinine par jour et par homme préserva les soldats contre le paludisme qui fit très peu de victimes. La dysenterie ne donna lieu à aucun décès. La fièvre typhoïde, les paratyphoïdes, le choléra furent inconnus ; de même la variole, le scorbut, le typhus. Pendant ce temps toutes ces maladies sévissaient cruellement dans l'armée et la

population abyssines et les missions étrangères de la Croix de Genève ont signalé le nombre très important des Ethiopiens morts de maladies. M. Castellani illustra sa conférence de nombreuses projections.

Le Docteur Dartigues, prié de parler au nom de l'Union Médicale latine, l'Umfia, rappela les liens confraternels qui unissent les médecins italiens à cette Association, évoqua les brillantes conférences faites aux *Voix latines* par le Pr Lutrario sur l'assainissement des Marais pontins, par le célèbre chirurgien Donati, et par le grand endocrinologiste Pende. Il proclama dans un élan enthousiaste que ce fut surtout l'organisation sanitaire parfaite qui assura la Conquête si rapide de l'Ethiopie.

Des applaudissements prolongés et une ovation chaleureuse de tout l'amphithéâtre salua le professeur Castellani.

J. Noir.

II

Réceptions après les Conférences

Le Ministère de la Santé publique ayant organisé pour le séjour de M. le Professeur Castellani à Paris, un ensemble de réceptions, l'Umfia avait été chargée de recevoir l'éminent professeur dans l'après-midi du dimanche 21 février 1937.

M. le Docteur Dartigues, président-fondateur de l'Unfia assisté de M. le Docteur Molinéry, secrétaire général et de la plupart des membres du bureau, reçurent dans les salons du Palais d'Orsay, S. Exc. Vittorio Cerruti, Ambassadeur de Rome à Paris, en même temps que M. le professeur Castellani et M. Salembini, de l'Institut Pasteur de Paris.

La réception fut des plus courtoises et au cours de celle-ci, le Docteur Dartigues, président-fondateur, souhaita la bienvenue à l'homme illustre qui, par sa connaissance des maladies tropicales, avait pu préparer l'expédition italienne en Ethiopie et réduire d'une façon tout à fait inattendue mais admirable, la morbidité et la mortalité des soldats italiens au cours des sept mois de la récente guerre.

M. le Docteur Joseph Rivière, vice-président d'honneur de l'Umfia, commandeur de la Légion d'honneur, a donné le 27 février un déjeuner en l'honneur du Docteur Cibadin, déjeuner auquel ont assisté les membres du Bureau de l'Umfia et les organisateurs des *Voies latines*. La cordialité la plus confraternelle a régné durant cette aimable réception.

III

Une conférence tumultueuse au Muséum d'histoire naturelle

Le Directeur et les Professeurs du Muséum national d'histoire naturelle avaient organisé au grand amphithéâtre du Muséum une conférence pour permettre au Docteur Tissot, professeur de physiologie générale, d'exposer ses recherches tendant à prouver que *la tuberculose est autogène* et que *le bacille de Koch est formé par les Mitochondries des tissus malades*. Nous avons déjà assez analysé dans nos numéros du 10 janvier (page 74) et du 21 février (page 553) les travaux du Professeur Tissot pour ne pas y revenir. Contentons-nous de signaler que le professeur Germain, directeur du Muséum, fit remarquer que les professeurs de ce célèbre établissement scientifique, ne voulaient ni approuver, ni désapprouver leur collègue, étant pour la plupart incompétents sur ce sujet, que leur but était de provoquer l'examen sérieux et les critiques des affirmations de M. Tissot. A la fin de la séance alors que le public nombreux avait applaudi longuement le conférencier, un auditeur d'un certain âge, se disant biologiste, demanda la parole et en termes violents, se fit fort de réduire à néant en moins de dix minutes les démonstrations faites par M. Tissot.

Comme le Directeur du Muséum faisait remarquer que la conférence ne devait pas se terminer par une polémique et qu'il priait l'interrupteur de lui adresser ses critiques par ecrit ou de les réserver pour une publication ou une autre conférence, ce dernier insista violemment, proférant des injures contre M. Tissot et exprimant le regret que l'argent consacré par l'Etat aux laboratoires fut aussi mal employé. Le public fut péniblement impressionné, car les injures ne furent jamais des arguments, surtout en matière scientifique. D'ailleurs les appréciations violentes proférées portaient atteinte non seulement au professeur Tissot, savant laborieux et consciencieux, qui a rendu de grands services à la France (1), mais à tous ses collègues du Muséum d'histoire naturelle qui l'estiment. Ceux qui ont été les témoins attristés de cette scène en garderont un pénible souvenir.

Tant de fiel entre-t-il dans l'âme des bactériologistes !!

J. Noir.

(1) M. Tissot fut l'inventeur pendant la guerre du masque qui préserva nos soldats contre les gaz toxiques.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Clinique médicale thérapeutique de la Pitié.** (Professeur : M. F. Rathery). — *Leçons du dimanche sur les thérapeutiques nouvelles.* — Une série de dix conférences sur les thérapeutiques nouvelles sera faite à l'amphithéâtre des cours de l'hôpital de la Pitié, le dimanche matin à 10 h. 30.

Programme des conférences. — 14 mars, M. le Docteur Delherm, électro-radiologiste de la Pitié : Le traitement physiothérapique des rhumatismes chroniques. — 11 avril, M. le Docteur Moline, ancien chef de clinique : La thérapeutique des eczémas. — 18 avril, M. le Docteur F. Trémolières, médecin des hôpitaux : Le traitement de la colopathie muco-membraneuse. — 25 avril, M. le Docteur A. Courcoux, médecin des hôpitaux : Le traitement de la pleurésie séro-fibroneuse. — 2 mai, M. le Professeur Grégoire : Les indications de la splénectomie dans les affections médicales. — 9 mai, M. le Docteur Chiray, agrégé : Le traitement de la soi-disant insuffisance hépatique. — 23 mai, M. le Docteur Garcin, médecin des hôpitaux : Le traitement de l'épilepsie. — 30 mai, M. le Docteur Cathala, agrégé : Le déséquilibre alimentaire et son traitement chez les enfants du premier âge.—6 juin, M. le Docteur M. Derot, ancien chef de clinique : Traitement du rhumatisme gonococcique.

Ces conférences sont libres, mais elles sont plus particulièrement réservées aux médecins praticiens.

— **Clinique obstétricale Baudelocque,** 121, boulevard de Port-Royal. Professeur : A. Couvelaire. (Vacances de Pâques). —*Cours de pratique obstétricale.* — Cours d'une durée de deux semaines, du lundi 22 mars au samedi 3 avril, sous la direction de M. Sureau, accoucheur des hôpitaux, avec la collaboration de MM. Desnoyers, Ravina, Digonnet, accoucheurs des hôpitaux, de M. Powilewiez, Mmes Anchel-Bach, Fayot Petit-Maire, anciens chefs de clinique, MM. Lepage et Coen, chefs de clinique, MM. Grasset, Landrieu, anciens internes des hôpitaux, M. Mouchotte, aide de clinique.

Le cours est réservé aux étudiants et aux docteurs français et étrangers. Il comprendra une série de leçons cliniques, théoriques et pratiques, qui auront lieu tous les jours à partir de 10 heures et de 14 h. 1/2. Les auditeurs seront personnellement exercés à l'examen des femmes enceintes et en couches, à la pratique des accouchements et aux manœuvres obstétricales. Un certificat sera doné à l'issue de ce cours. Un minimum de douze élèves est nécessaire pour que le cours ait lieu. Droit : 150 francs.

Pour renseignements, s'adresser à M. le chef de clinique.

— **Laboratoire d'hygiène.** — *Cours préparatoire aux fonctions de médecin-contrôleur des Assurances sociales.* — En vue de préparer les docteurs en médecine candidats aux fonctions de médecin-contrôleur des Assurances sociales, un cours spécial aura lieu au Laboratoire d'hygiène sous la direction du Professeur Tanon, professeur d'hygiène et de M. Marcel Martin, directeur de la Caisse interdépartementale de Seine et Seine-et-Oise, avec la collaboration du Docteur Legros, médecin-contrôleur des Assurances sociales de Seine et Seine-et-Oise, ancien député, rapporteur du projet de révision de la loi sur la protection de la Santé publique, et du Docteur Forestier, médecin-chef de l'Union des Caisses d'assurances sociales de la région parisienne, inspecteur départemental d'hygiène, ancien membre de la Section d'hygiène de la Société des Nations (Assurances sociales).

Les médecins-contrôleurs et fonctionnaires administratifs des Assurances sociales, les docteurs et étudiants en médecine, ainsi que toutes personnes s'intéressant aux Assurances sociales peuvent assister à ce cours.

Le cours comprend huit conférences qui auront lieu à 18 heures, à l'amphithéâtre Cruveilhier (entrée : 15, rue de l'Ecole-de-Médecine) du 6 avril au 22 avril, et des stages pratiques dont l'organisation sera indiquée au cours des conférences.

S'inscrire au Laboratoire d'hygiène, 15, rue de l'Ecole de-Médecine, Escalier D, 2e étage, ou écrire. L'inscription est gratuite.

Programme des conférences. — 6 avril, Docteur Legros : Bref historique de l'évolution des lois sociales. La Mutualité. Les grands principes de la loi des Assurances sociales. — 8 avril, Docteur Legros : Les abus en médecine sociale. Nécessité et raisons du contrôle. — 10 avril, Docteur Legros : Contrôle des malades et contrôle des traitements. Contrôle des procédés nouveaux de traitement. Le charlatanisme. — 13 avril, Docteur Legros : Le secret médical dans l'application des lois sociales. — 15 avril, Docteur Legros : Le médecin-contrôleur. Son rôle moral. — 17 avril, Docteur Forestier : Assurances sociales et prévention de l'invalidité. — 20 avril, Docteur Forestier : Assurances sociales et protection de la maternité et de l'enfance. — 22 avril, Docteur Legros : Avenir de la médecine professionnelle. Médecine collective et médecine libre. Le médecin social.

— **Chaire de pathologie expérimentale et comparée.** (Professeur : M. Noël Fiessinger).— M. le Docteur Troisier, agrégé, a commencé ses conférences le mardi 23 février 1937, à 18 heures, au Petit amphithéâtre de la Faculté, et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Sujet du cours : Maladies infectieuses expérimentales.

— **Hôpital Cochin.** *Clinique chirurgicale de la Faculté.* — (Professeur: M. Ch. Lenormant). — M. le Professeur Ch. Lenormant a commencé son cours de clinique chirurgicale le mardi 9 mars 1937, à 10 heures du matin, et le continuera les jeudis et mardis suivants, à la même heure.

Programme de l'enseignement. — Mardi et jeudi, à 10 heures: Leçon clinique avec présentation de malades. — Lundi et vendredi : Opérations. — Mercredi et samedi : Visite dans les salles.

Enseignement complémentaire. — Leçons de sémiologie et de thérapeutique chirurgicales avec démonstrations pratiques, par MM. Wilmoth et Ménégaux, agrégés, chirurgiens des hôpitaux ; Calvet, Pergola et Moyse, chefs de clinique ; Mouchet, ancien chef de clinique, les lundis, mercredis, vendredis et samedis, à 9 h. 30.

— **Cours de pathologie chirurgicale.** — M. le Professeur Maurice Chevassu a commencé son cours et le continuera les jeudis, samedis et mardis à 17 heures, au Petit amphithéâtre de la Faculté.

Programme : Pathologie de l'appareil génito-urinaire de l'homme.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers

— **Concours de l'internat.** — *Séance du 26 février. Questions posées* : Symptômes et diagnostic des contusions de l'abdomen. Symptômes et diagnostic de l'hémiplégie syphilitique.

Ont obtenu : MM. Seyer, 20 ; Bessil, 21 ; Azoulay, 24 ; Thiéblot, 16 ; Mariani, 18 ; Dugrenot, 21 ; Cotillon, 19 ; De Lignières, 21 ; Callerot, 20 ; Verriez, 17 ; Bourdin, 22.

Séance du 27 février. Questions posées : Symptômes, diagnostic et complications des fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus. Formes cliniques des endocardites malignes.

Ont obtenu : MM. Mouchot, 19 ; Weill, 23 ; Tulon, 21 ; MM. Feld, 22 ; Serreau, 20 ; Magder, 18 ; Pahmer, 22.

— **Concours de l'internat.** — *Liste par ordre de mérite des candidats reçus à la suite de ce concours.* — Sont reçus internes :

MM. Nick, 68 ; Klotz, 65 ; Goulesque, 62 ; Thoyer-Rozt, Beaufils, Villanova, 61 ; Ebstein, Schneider, Lenoel, Costa, 60 ; Cuvereaux, Sérane, Brille, Loiseau (James), Germain, 59 ; Cornet, Raymondaud, Aurenche, Mlle Mage, 58 ; MM. Lajouanine, Tulon, 57 ; Musset, Bancaud, Mlle Damiens, 56 ; MM. Frehet, 55,5, Thorel, Sénéchal (André), Robert (Jean), Audry, Azoulay, Coblentz, 55.

MM. Grislain, Fischgrund, François A., Lartigue Claracq, Mlle Lotte, MM. Wintrebert, Stéfani, 54 ; Trémolières, Mlle Dreulle, MM. Bibas, Rouzaud, Weill Rousset, Mlle Pinard, MM. Rochlin, Albahary, 53 ; Guiot, Mlle Eyraud, MM. Pinet, Meyer, De Lignières, Philippe-Statlender, Magder, El Baz, Vermenouze, 52.

MM. Vivien, Carasso, Bonduelle, Mlle Sachnine, MM. Loeper, Freret, Wolfromm, Bretton, Lesca, André (Paul) Dufourmentel, 51 ; Gougerot, 50,5 ; Deuil, Mlle Montalant, MM. Deguillume, Feld, Placa, Gallant, Castany, Chalochet, Mlle Aubin, MM. Champagne, Fressinaud-Masdefeix, Torre, 50.

Sont reçus externes en premier :

MM. Deprez, Kaepplin, 50 ; Eudel, Lecointe, Lange Miagnan, Vernes, Hardel, Boudon, Deltuour, 49,5 ; Tiret, Mlle de Lerminat, MM. Pahmer, Bareau, Froidefond, Mlle de Neyman-Gimaut, Mlle Rist, MM. Mantoux, Granjon, Bricaire, 49.

Mlle Huber, 48,5 ; Lacroix, Bessil, Tetreau, Comte, Lacombe, Etienne (Roger), Binder, Metzger, Raynaud, Mlle Corre, MM. Brault, Blancard, Soulier, Brochiantz, Sevileano (Eugène), Alison, 48.

MM. Desfosses, Labayle, Bouche, Froissant, Douville, Poissonnet, Caufment, Mlle Lindeux, MM. Bourdeau, Vakili, Mlle Bentkowski MM. Fenelon, Barbier, Mlle Dahowsky, MM. Marchon, Eman-Zadeh, Joinville, Renault, Castaigne, Toufesco, 47 ; MM. Bernard (Pierre), 46,5 ; Bourdin, Dugrenot, Oudot, Mlle Stahland, MM, Thaon, Butzbach, Delarboise, Wetterwald, Moulle. Poussier, Langevin, Minkowski, Seyer, Scebat, 46.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Prix Besredka.** — Les Laboratoires « La Biothérapie » viennent d'instituer un prix annuel de 15.000 francs sous le nom de Prix Besredka, dont voici le règlement : 1° L'objet du prix consiste en un travail original, manuscrit ou imprimé, sur *l'Immunité locale dans ses applications thérapeutiques.*

2° Les manuscrits ou travaux imprimés devront parvenir à La Biothérapie, 5, rue Paul-Barruel, Paris (XVe), avant le 31 décembre de chaque année, soit dactylographiés, soit imprimés, en cinq exemplaires.

Les travaux imprimés ne devront pas être antérieurs au 30 novembre de l'année précédente. Pour les travaux manuscrits l'anonymat est facultatif.

Le jury est composé de M. le Professeur Ch. Achard, membre de l'Institut, M. le Professeur A. Lisbonne, de Montpellier, M. le Professeur Ach. Urbain, du Muséum d'histoire naturelle, M. le Docteur Devraigne, accoucheur des hôpitaux.

Les résultats du concours seront proclamés, chaque année, dans le courant du mois de juin, par conséquent, la première fois au mois de juin 1938.

— **Société française d'ophtalmologie.** — La Société française d'ophtalmologie célébrera son Cinquantième Congrès les lundi 28, mardi 29 et mercredi 30 juin dans le Grand amphithéâtre de la Faculté de médecine. Le rapport annuel sera présenté par le Docteur Bollack (de Paris) sur les *Arachnoïdites opto-chiasmatiques.*

Le Congrès est retardé cette année en raison de l'Exposition universelle. Pour cette même raison, il ne durera que trois jours et ne comportera pas d'excursion aux environs de Paris. Un banquet sera offert à l'occasion de ce Cinquantième Congrès.

Pour tous renseignements s'adresser au secrétariat général de la Société française d'ophtalmologie, Docteur René Onfray, 6, avenue de La Motte-Picquet, Paris (VIIe).

Le Gérant : R. THIRON

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux

Paris (XIIIe), à quatre heures du matin. Devant la gravité du cas, et sur l'insistance du malade lui-même, parfaitement conscient de son état, tous les deux pratiquent une nouvelle injection de sérum.

Ils quittent le Docteur Dubos, à six heures du matin et reviennent le voir à 11 heures, pour le quitter seulement à 13 heures.

A ce moment, parvient le résultat du Laboratoire confirmant le diagnostic de diphtérie.

On pratique une nouvelle injection de sérum. Parallèlement à ce traitement, une médication tonicardiaque avait été instituée d'emblée.

Alertés tous les deux à 15 heures par Madame Dubos, ils ne purent, à leur arrivée, que constater le décès de leur camarade.

***

Ordre du jour voté à l'unanimité par la Société médicale et la Section syndicale du XIVe arrondissement.

Les médecins de la Société médicale et de la Section syndicale du Syndicat des médecins de la Seine du XIVe arrondissement,

Douloureusement émus du décès de leur confrère, unanimement estimé, le Docteur Dubos, mort à 36 ans, victime du devoir professionnel (diphtérie maligne contractée au cours de l'examen d'un enfant).

Demandent que lui soit attribuée d'urgence, et comme manifestation de reconnaissance nationale, la plus haute récompense décernée par les Pouvoirs publics aux victimes du devoir professionnel.

Paris, le 1er mars 1937.

***

Preuves incontestables de la contagion diphtérique directe

Examen de l'enfant le dimanche 14 février par le Docteur Dubos. L'ensemencement de la gorge montre une diphtérie.

Le Docteur Dubos sent les premières atteintes du mal le mardi 16 février, donc environ cinquante heures après la contagion directe.

L'examen de la gorge du Docteur Dubos montre l'identité du germe diphtérique.

Le fait de la projection de salive bactériogène sur la face du Docteur Dubos est, du reste, reconnue par les parents.

Le Docteur Dubos, né le 5 mai 1900, est décédé à l'âge de 36 ans, laissant une femme et deux enfants de 12 ans et 7 ans.

Unanimement estimé de ses confrères, auprès desquels il laisse le souvenir du plus affectueux et du plus dévoué des camarades, il avait été secrétaire général, puis trésorier de la Société médicale du XIVe arrondissement.

Il était ancien externe des hôpitaux de Paris. Il avait passé sa thèse en 1928 et exerçait depuis dans le XIVe, 135, rue de Vanves.

CORRESPONDANCE

QUESTIONS DIVERSES

959. — Les journalistes et le secret professionnel

D'après l'article 378 du Code pénal, le médecin est tenu au secret professionnel : les journalistes y sont-ils tenus aussi ? ? ?

Je viens de soigner un enfant décédé dans des circonstances dramatiques et qu'il serait trop long à vous expliquer. Or, je lis dans un journal régional à propos de ce décès :

« Jeudi matin, la diphtérie se déclarait avec une « intensité foudroyante.........................

Le correspondant qui a écrit cela tombe-t-il sous le coup de l'article 378 ou bien n'y aurait-il pas lieu de l'inviter à une plus grande discrétion, car il a affolé toute une région.

Il a parlé de diphtérie (!!!), sans en avoir la preuve bactériologiquement, du sérum a été injecté sans résultat. Il pouvait s'agir aussi bien d'œdème de la glotte ou de spasmes glottiques échappant à toute thérapeutique.

Je vous serais donc reconnaissant de me donner votre avis compétent et de me dire si cette divulgation publiée ne tombe pas sous le coup de l'article 378, ou tout au moins s'il ne serait pas possible d'inviter le journal à plus de discrétion.

Dr M.

Réponse

Si le secret professionnel s'impose à quelqu'un, ce n'est certes pas aux journalistes. Ces derniers ont pour mission sociale d'informer le public et de répandre des nouvelles, qui parfois sont vraies, parfois sont fausses.

L'erreur du journaliste peut être involontaire ; elle est quelquefois volontaire, lorsque pour des motifs d'ordre divers, le journal veut égarer l'opinion publique ou amorcer une campagne.

Mais si l'article 378 n'est pas applicable aux journalistes, ces derniers n'en restent pas moins soumis au droit commun c'est-à-dire qu'ils sont responsables selon les termes de l'article 1382 du Code civil : « Quiconque par son fait cause un dommage à autrui est obligé de le réparer. »

Dr Paul Boudin.

1.045. — Privilège pour frais de dernière maladie

Un client me doit des honoraires pour soins donnés à sa famille depuis 1933, plus une visite au mari en janvier 1935 et famille en 1935.

Depuis, ce créancier, cultivateur, a été obligé de vendre volontairement son matériel. J'ai présenté

ma note d'honoraires pour répartition, et à mon grand étonnement, j'apprends que le propriétaire de la ferme, celui des terres, le vétérinaire et le maréchal ainsi que le boulanger ont priorité sur le médecin et absorbent tout l'avoir.

Je vous serais reconnaissant de me dire à quoi j'ai droit, si les soins donnés à la famille ne sont pas privilégiés.

Le Dalloz dit bien que le propriétaire n'a droit qu'à deux années de privilège plus celle en cours, que le vétérinaire et le maréchal ont amélioré la chose vendue, mais je ne comprends pas pourquoi le boulanger serait compris dans la répartition, à l'exclusion du médecin.

Pouvez-vous me faire connaître s'il n'y a rien de nouveau à ce sujet, et quels peuvent être mes moyens de revendication ?

Dr G.

Réponse

Il est exact que l'art. 2101-3° du Code civil déclare privilégiés les frais de dernière maladie quelle qu'en ait été la terminaison. Mais, d'après la jurisprudence, ce privilège concerne uniquement les honoraires pour soins donnés au débiteur lui-même et ne s'applique pas, par contre, aux frais de maladie des autres membres de la famille du failli (voir notamment Tribunal de Commerce de Toulouse, 19 mars 1935. *Gaz. du Pal.*, 17 juin 1935).

D'autre part, il s'agit là d'un privilège général c'est-à-dire portant sur tous les biens meubles ou immeubles du débiteur. Or, il est admis par la doctrine et la jurisprudence qu'en cas de concours entre privilèges généraux ou privilèges mobiliers spéciaux (c'est-à-dire privilèges s'exerçant sur le prix de certains meubles), les privilèges spéciaux priment les privilèges généraux, exception faite toutefois du privilège pour frais de justice qui passe en premier rang et des privilèges du vendeur qui passent en dernier rang.

En l'espèce, les créances privilégiées qui passent avant vous dans la liquidation sont le privilège du bailleur sur les biens meubles garnissant les lieux loués et le privilège du vétérinaire et du maréchal-ferrant sur les animaux auxquels ils ont consacré leur travail. Ces deux derniers créanciers bénéficient en effet des dispositions de l'art. 2102 du Code civil accordant un droit de préférence pour les créances concernant des frais « faits pour la conservation de la chose » (c'est-à-dire en l'espèce conservation du bétail).

Par contre, le privilège du boulanger n'est pas un privilège mobilier spécial, mais constitue un privilège général comme le vôtre ; il est, en effet, prévu par l'art. 2101-5° du Code civil concernant les fournitures de subsistance faites au débiteur et à sa famille pendant les six derniers mois par les marchands en détail, tels que boulanger, boucher et autres.

Ainsi qu'il ressort du numérotage même de cet article, ce privilège doit s'exercer après celui pour frais de dernière maladie (qui est classé sous le nº 3).

Vous vous trouvez donc en droit de protester contre ce classement pour la part de votre note qui a un caractère privilégié, c'est-à-dire pour vos honoraires concernant les soins donnés au cultivateur lui-même. Par contre, en ce qui concerne les soins donnés à sa femme ou à ses enfants, votre créance n'aura qu'un caractère chirographaire et vous ne pourrez venir sur l'actif de votre client qu'après désintéressement des créances possédant un droit de préférence.

1.099. — Application de la loi sur les allocations familiales au chauffeur d'un médecin

Le chauffeur que j'ai à mon service dans les conditions suivantes (quatre enfants) me demande aujourd'hui les allocations familiales. Les lui dois-je ?

Pendant toute l'année prépare l'auto de 7 heures à 8 h. 45. Le mercredi de 8 h. 45 à 9 h. 1/2 aide à la maison. Le reste de toutes les matinées est libre. L'après-midi pendant trois mois d'hiver me conduit de 12 h. 30 à 20 h. 30 ; pendant neuf mois, jeudi de 14 heures à 16 h. 1/2. Conduit auto de 16 h. 1/2 à 20 h. 1/2. Dr F.

Réponse

La loi du 11 mars 1932 sur les allocations familiales est applicable depuis le 1er janvier 1935 aux professions médicales. Par contre, elle n'a pas encore été étendue à l'heure actuelle aux domestiques et gens de maison. Si donc votre chauffeur est employé uniquement pour votre service professionnel, vous auriez dû vous affilier pour lui depuis la date précitée à une Caisse de compensation et payer une cotisation annuelle sur son salaire. Il aurait pu prétendre alors au versement de l'allocation prévue par le Tarif de son département, le service de ces allocations incombant à la Caisse intéressée.

Si votre chauffeur est utilisé à la fois pour votre service professionnel et pour votre service personnel, il y a lieu d'appliquer la règle posée par la Réponse ministérielle nº 2921 parue au *Journal officiel* du 25 janvier 1935. D'après cette réponse, le médecin qui emploie une domestique partie pour son service personnel, partie pour son service professionnel, est assujetti à la loi du 11 mars 1932, si cette domestique consacre la plus grande partie de son activité à son service professionnel

Pour la détermination de cette proportion, il y a lieu de vous référer entre autres éléments à la façon dont vous comptez le coût de ce chauffeur dans vos dépenses professionnelles.

Au cas où vous auriez été assujetti à la loi sur les allocations familiales depuis le 1er janvier 1935, votre chauffeur ne saurait être privé des allocations par suite de l'oubli que vous avez commis. Aux termes de la loi du 11 mars 1932, vous êtes civilement responsable à son égard des allocations dont il se trouve privé et devez lui verser une indemnité égale à leur valeur. Pour déterminer le taux de ces allocations, il y aurait lieu de vous informer auprès de la Caisse de Compensation départementale.

La recherche de la maternité. Secret professionnel de l'accoucheur

Un enfant naturel, fils de père et mère non dénommés, est-il dans son droit, à sa majorité, de rechercher sa mère et de réclamer son vrai nom de famille ?

La mère a abandonné son enfant, sans ressources, à l'âge de 5 ans, pour cause de mariage. Depuis, elle ne l'a jamais plus réclamé.

Dans ce cas, est-ce qu'il y a obligation légale pour le praticien qui a fait l'accouchement, de dénoncer le secret professionnel en faveur de ce jeune homme ? Quelles sont les autorités judiciaires qui ont le pouvoir d'autoriser cette dénonciation, sans faire encourir les peines prévues par l'article 378 du code pénal ?

Madame S., sage-femme.

Réponse

La recherche de la maternité doit se faire d'après les dispositions de l'article 341 du Code civil.

L'enfant qui réclame sa mère est tenu de prouver qu'il est identiquement le même que celui dont elle a accouché. Il ne sera reçu à faire cette preuve par témoins que lorsqu'il y aura déjà un commencement de preuve par écrit, ou par état.

Il en résulte qu'il ne suffit pas que l'enfant se prétende être le fils de telle ou telle femme pour que sa demande soit automatiquement prise en considération par le Tribunal civil. Il faut un commencement de preuve indiscutable.

Quant au médecin ou à la sage-femme qui a pratiqué l'accouchement, il est tenu au secret professionnel *erga omnes*. Il ne saurait délivrer à l'enfant un certifictat attestant l'identité de la mère, puisque ce même médecin est tenu au secret professionnel vis-à-vis de l'officier de l'état-civil lors de la déclaration de la naissance si le secret lui a été demandé par l'accouchée.

Dr Paul BOUDIN.

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

11.507. — A propos du repérage sous écran, après radiographie en cas de corps étranger

Dans ma réponse 5.156, parue dans le *Concours*, sous le nº 11.507, j'avais déclaré ce qui suit, en substance : « Pour un corps étranger (de la main), faire d'abord une radiographie avec calque et compter 80 francs + 80 francs = 160 francs, j'avoue que je ne saurais personnellement expliquer ce luxe d'investigations, etc... ». Or, quelques jours après, je recevais d'un radiographe une explication disant qu'il n'y avait là nullement « luxe », mais souvent « nécessité » et m'en donnant les raisons.

Je transmis ma réponse du *Concours* et la lettre du radiographe au secrétaire général du Syndicat des radiologistes qui me répondit : « L'opinion du Docteur X, traduit à peu près certainement l'opinion unanime de ses confrères. J'ajouterais même que la radiographie suivie de repérage sous écran ne suffit pas toujours pour mener à bien l'extraction du corps étranger et qu'il est très utile, souvent même nécessaire, de procéder à une extraction à l'aide de la bonette. »

Il va sans dire que je ne puis que m'incliner devant cette opinion autorisée — que j'avais d'ailleurs sollicitée, suivant mon habitude, en cas de doute.

Je crois donc devoir revenir sur ma première réponse parlant de « luxe d'investigations », et déclarer qu'il est certains cas où double radiographie suivie de radioscopie ne sont nullement un « luxe » mais une triple investigation légitime et nécessaire. Dont acte.

Dr F. Decourt.

1.389. — Luxation du cou de pied

Je vous serais reconnaissant de vouloir bien me faire savoir quel est le tarif à appliquer à une luxation totale, en dehors, du cou-de-pied, en matière d'accidents du travail.

Le tarif 1932-1934 n'en fait aucunement mention. Seul, celui de 1926-1928-1930 indique : 400 francs, que ce soit une réduction par méthode sanglante ou non.

Quelle somme dois-je porter sur ma note pour la Compagnie d'assurances ?

Dr P.

Réponse

La réduction d'une luxation du cou de pied par la méthode non sanglante, me paraît, par analogie avec « luxation du genou (y compris luxation de la rotule) pouvoir équitablement être tarifée 200 francs.

Dr F. Decourt.

1.190. — Tarifs des consultations ou des interventions d'omnipraticien ou de spécialiste

Jusqu'à ce jour, les Compagnies d'assurances me réglaient les consultations dites de spécialiste (O.R.L., ophtalmologie), à 20 francs (extraction de corps étranger et consultations suivantes).

Pour la première fois « Le S. » réduit ces consultations à 15 francs pour deux blessés :

1° L'un avait collé sur la cornée, une balle de blé depuis quatre jours. sous le corps étranger une ulcération. Après diverses tentatives faites par les voisins, le pharmacien, etc., pour enlever cette balle, il vient me voir. Extraction facile. Je le revois deux jours après ; l'ulcération va mieux, l'iritis disparaît, je fais cesser l'atropine instillée et le blessé reprend son travail bientôt.

Je compte deux consultations de spécialiste, 40 francs ;

2° Le deuxième cas est exactement le même ; balle de blé, tentatives diverses d'extraction par le voisin, etc...

Trois consultations de spécialiste, 60 francs.

La Compagnie me répond que le prix de 20 francs ne concerne que la consultation donnée par un spécialiste (article 1er), alors que l'appliquai l'article 25, faisant œuvre de spécialiste tout en étant médecin général.

Qui des deux a raison et dois-je accepter la thèse de la Compagnie ?

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir me répondre ; il me semble que vous avez déjà répondu plusieurs fois à semblable question dans le *Concours.*

Dr P.

Réponse

La consultation d'un spécialiste est de 20 francs, celle d'un omnipraticien de 15 francs (art. 1er). Comme vous n'êtes pas spécialisé en ophtalmologie, d'après l'en-tête même de votre lettre, vous ne pouvez compter que 15 francs. Il n'en serait pas de même s'il s'agissait d'interventions, à tarif spécial, auquel cas l'art. 15 vous donnerait le droit d'être rémunéré pour ces interventions au tarif où elles sont inscrites dans chacune des spécialités techniques.

Dr F. DECOURT.

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

1.455. — Infirmités multiples

Un de mes malades est proposé devant le Tribunal départemental des pensions pour l'invalidité définitive totale suivante :

1° Infirmité 100 % (cent pour cent),
2° Infirmité 40 % (quarante pour cent), art. 12.
3° Infirmité 10 % (dix pour cent), art. 12.

Pension définitive de 100 % (cent pour cent), plus art. 12, 5e degré avec effet de la date de la Commission de réforme aux termes de l'art. 3 de la loi du 31 mars 1919.

N'y a-t-il pas une erreur dans le calcul de degré ? N'est-ce pas le 6e degré, au lieu du 5e ?

Le calcul a l'air d'avoir été fait en vertu de l'art. 11 au lieu de l'être d'après l'art. 12 seul applicable dans ce cas.

La première infirmité à elle seule valant 100 %, les autres donnent droit à la suspension, par conséquent à l'art. 12.

D'ailleurs, tel était bien l'avis de l'expert puisqu'il indique lui-même :

Pension définitive de 100 % (cent pour cent) plus article 12, 5e degré ; je crois qu'il y a là, une simple erreur de calcul ? Qu'en pensez-vous ?

Dr B.

Réponse

Vous avez tout à fait raison, il y a mauvaise interprétation de l'art. 12. Celui-ci dit en effet, dans son deuxième alinéa, que s'il y a deux ou plusieurs infirmités en plus de celle qui détermine l'invalidité totale, il y a lieu d'ajouter à chacune d'elles les mêmes coefficients que ceux de l'art. 11 (c'est-à-dire 5, 10, 15, etc.). Le total de toutes les infirmités supplémentaires est ensuite additionné suivant le mode arithmétique, et non pas en tenant compte de la validité restante.

Le calcul de votre malade doit donc se faire ainsi qu'il suit :

Première infirmité.	100 %	
Deuxième infirmité. . . .	40 %	+ 5
Troisième infirmité. . . .	10 %	+ 10
Au total	100 %	+ 7e degré

(puisqu'on arrondit à la dizaine supérieure) et non pas 100 % + 5e degré.

1.445. — Droits et obligations des officiers honoraires

Je viens de recevoir une note de la Direction du Service de santé me disant que je serais rayé des cadres, le 16 mai, et me demandant si je désire obtenir l'honorariat de mon grade.

Vous m'obligeriez infiniment en me disant quels avantages et quelles obligations comporte l'honorariat d'un grade.

Dr P.

Réponse

Les officiers honoraires ne sont plus tenus à aucune obligation militaire, périodes, etc... Toutefois, ils peuvent continuer à concourir pour la Légion d'honneur, à la condition de rendre des services à la Préparation militaire.

Enfin, ils sont autorisés à porter l'uniforme

aux revues, réunions, fêtes et cérémonies privées ou officielles, à l'exception des réunions publiques ou privées ayant un caractère politique ou électoral.

I.565. — Droit à la retraite du combattant

J'ai fait la guerre dans des régiments d'infanterie comme médecin sous-lieutenant et médecin lieutenant, et au début huit mois comme médecin auxiliaire.

J'ai la carte de combattant. Est-ce que j'ai droit à la retraite du combattant, à laquelle ont droit tous les poilus ?

J'ai 52 ans, et je paye l'impôt sur le revenu.

Dr M.

Réponse

Puisque vous avez atteint l'âge de 50 ans vous avez droit à la retraite du Combattant. Adressez-vous aussitôt à votre Office départemental du combattant ou à votre mairie, afin de lui demander l'imprimé qu'il vous faudra remplir pour obtenir la retraite ; vous y joindrez ensuite un bulletin de naissance et deux photos identité.

Il n'est pas certain que vous puissiez toucher les arrérages de cette retraite, avec un rappel supérieur à une année à partir de votre demande.

FISCALITÉ

I.720. — Le médecin qui fait uniquement des remplacements n'est pas patentable

Je vous serais reconnaissant de vouloir bien me dire si un médecin retiré et qui n'exerce par dans la ville qu'il habite peut faire des remplacements avec son auto, sans payer de patente ?

Dr N.

Réponse

Un médecin est patentable lorsqu'il possède un cabinet de consultations, papier à en-tête, plaque, etc., et est imposé à cette contribution sur la valeur locative de ses locaux professionnels et garage.

Si vous faites uniquement des remplacements vous serez considéré comme salarié et non imposable à la patente à condition de ne pas avoir de clientèle à votre nom.

A. Martinot
Conseil fiscal

I.805. — Impôts à porter dans les dépenses professionnelles

Je vous serais bien reconnaissant de me dire si, dans ma prochaine déclaration fiscale, je puis faire figurer dans mes dépenses professionnelles la part d'impôt foncier correspondant aux locaux profes-

sionnels existant dans la villa dont je suis propriétaire.

Dr G.

Réponse

Comme propriétaire des locaux dans lesquels vous exercez vous avez droit de faire figurer dans vos dépenses professionnelles :

1º Le revenu net cadastral servant de base à l'impôt foncier ;

2º Les charges immobilières (entretien et amortissement) ;

3º L'impôt foncier ;

afférents à vos pièces professionnelles.

A. M.

ASSURANCES SOCIALES

998. — Contestation sur l'état du malade. Recours à la Commission technique

Un de mes clients, dont la femme qui travaille également, a dû arrêter son travailassez longtemps, est en discussion avec la Caisse d'assurances : celle-ci ne veut pas lui régler une grosse partie de ses journées d'arrêt sous prétexte que la malade allait se faire soigner à B., et que partant elle aurait pu travailler, puisqu'elle faisait bien le voyage.

Or la femme de mon client a ses parents à B. et y est demeurée le temps du traitement.

Malgré ces explications, la Caisse veut pas payer et il s'agit de 400 francs environ.

J'ai conseillé à mon client d'aller trouver le Juge de paix de son ressort. Celui-ci arguant que c'était trop de travail pour lui (!) lui a dit de s'adresser au Juge de paix de L. juge du ressort de la Caisse.

Que conseillez-vous à mo n avoué de faire ?

Que faut-il entendre par refus de la Caisse ? car je sais qu e l'assuré n'a que huit jours pour s'adresser au Juge de paix dans ce cas. Je ne crois pas qu'il ait jamais reçu directement de refus formel.

D'autre part, la procédure est-elle totalement gratuite dans ces cas pour les assurés sociaux, car je ne voudrais pas exposer mon client à des frais.

Dr V.

Réponse

Si le différend qui s'est élevé entre la Caisse d'assurances sociales de votre client et cette dernière, porte sur l'état du malade, il doit être soumis à la Commission technique prévue par l'art. 8, paragr. 3, du décret-loi du 28 octobre 1935. Cette Commission a en effet, pour rôle de trancher les litiges portant sur des questions d'ordre médical et scientifique. Elle est composée du médecin traitant, du médecin contrôleur et d'un troisième médecin choisi par le président du Tribunal civil.

Son fonctionnement est réglé par l'arrêté ministériel du 4 juillet 1936, elle est saisie par lettre

recommandée adressée au greffier du Juge de paix du domicile de l'assuré. Cette lettre doit être accompagnée d'un certificat du médecin traitant indiquant la nature de l'affection en vue de permettre au président du Tribunal civil de désigner à titre de troisième médecin, un praticien qualifié.

La Commission se réunit à la Justice de paix du domicile de l'assuré ; elle est libre de procéder par les moyens qui lui paraissent les meilleurs à l'instruction de l'affaire, soit en jugeant sur ces pièces, soit en examinant le malade. L'examen peut avoir lieu à son domicile ou au lieu désigné par la Commission.

Celle-ci se prononce exclusivement sur l'état du malade. Elle doit se borner à déterminer cet état avec toute la précision possible en indiquant notamment les origines du mal, ses caractéristiques et sa durée probable. Mais ces décisions qui ne sont pas susceptibles d'appel n'ont pas force exécutoire. Si la partie perdante refuse d'en faire état, l'autre partie doit saisir la Commission d'arrondissement par lettre recommandée adressée au Juge de paix, président, au Greffe du Tribunal civil dans les dix jours de la notification de la décision du refus.

En ce qui concerne les frais, chaque partie supporte les honoraires de son propre médecin ; la partie perdante a, en outre, la charge des honoraires du médecin président ainsi que les frais du greffe. Toutefois, lorsque l'assuré est privé de ressources et se trouve dans l'impossibilité de faire l'avance des honoraires du troisième médecin, la Caisse peut prendre à sa charge provisoirement, cette avance, sous réserve d'imputer les sommes qui lui seraient dues en définitive sur le montant des prestations à allouer ou à défaut des cotisations apportées au compte de l'assuré. Les honoraires du troisième médecin président ne sont fixés par aucun tarif officiel, mais ils sont assimilés généralement aux honoraires des médecins experts sont taxés à 150 francs. Les frais de greffe se montent à environ à une vingtaine de francs.

Nous vous signalons qu'à l'inverse de ce qui se passe pour les Commissions d'arrondissement, aucun délai n'a été fixé par la loi pour saisir la Commission technique ; votre cliente n'a donc pas, en l'espèce, à craindre la forclusion.

1.206. — Versement tardif de cotisations. Responsabilité de l'employeur

Un patron, agriculteur, a occupé une bonne de ferme du 21 août 1934 au 24 juin 1936.

Il n'a fait inscrire aux Assurances sociales, cette bonne, que le 1er janvier 1936.

En 1936, elle tombe enceinte, sort de chez son

patron le 24 juin et se marie et accouche en octobre 1936.

La Caisse prévient le patron qu'elle ne peut payer l'intéressée, celle-ci n'étant pas en règle pour l'assurance-maternité, et invite le patron à payer ce qu'il aurait dû payer depuis août 1934. Celui-ci s'exécute.

Mais l'intéressée ne pouvant se faire payer par la Caisse, réclame des dommages-intérêts à son patron :

1° Celui-ci ayant payé l'arriéré à la Caisse, est-il dégagé de toute responsabilité ?

2° La Caisse ayant été réglée, doit-elle, ouiou non, régler à l'intéressée, l'assurance-maternité ?

Dr P.

Réponse

Il est exact qu'en vertu de l'art. 9, de la loi du 28 octobre 1935, pour avoir droit aux prestations de l'assurance-maternité, l'assurée doit avoir subi sur son salaire une retenue d'au moins 60 francs au cours des quatre trimestres civils précédant celui de l'accouchement, dont 15 francs au moins durant le premier de ces trimestres. Aucune cotisation n'ayant été versée durant le premier de ces trimestres de la période de référence, c'est-à-dire le quatrième trimestre 1935, la Caisse était juridiquement dans son droit en refusant le versement des cotisations. Il importe peu que l'employeur ait versé depuis l'ouverture du risque le montant des cotisations arriérées même majoré des intérêts de retard. En effet, en vertu de la jurisprudence de la Cour de cassation (V. notamment arrêt du 29 janvier 1935), la Caisse est fondée à refuser tout versement en cas de paiement tardif des cotisations, s'il n'est pas établi que l'assurée a subi en temps voulu le précompte sur son salaire de la cotisation ouvrière. Cette preuve ne pouvant être apportée en l'espèce, l'assurée n'ayant pas été immatriculée aux Assurances sociales, nous ne saurions conseiller à votre cliente d'exercer un recours quelconque contre la Caisse.

Mais, par contre, elle est fondée à invoquer à l'égard de son patron, la jurisprudence aux termes de laquelle le salarié affilié obligatoirement que son patron n'a pas fait immatriculer peut lui réclamer en cas de maladie ou de maternité une indemnité égale à la valeur des prestations dont il a été privé, en application de l'art. 1382, du Code civil (V. notamment Cour d'Angers, 13 octobre 1933, D. H., 1933.547 — Cour de Poitiers 6 mars 1935 et enfin, Cour de cassation, 22 juillet 1935, *Gaz. Pal.*, 23 octobre 1935).

Cette action doit être portée non pas devant la juridiction des Assurances sociales, mais devant la juridiction prud'hommale s'il en existe une, ou à défaut devant le Tribunal de Paix.

Cinquante-neuvième année — N° 11 *bis* — 17 Mars 1937

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

SERVICE DE PROPAGANDE du " CONCOURS MÉDICAL "

Les docteurs en médecine et les étudiants qui en feront la demande recevront gracieusement le *Concours Médical* pendant deux mois, afin de leur permettre de se rendre compte des services que ce journal peut leur rendre.

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteur en Médecine	60 fr.	Belgique et Luxembourg..	70 fr.
Etudiants............	35 fr.	Première Zone.........	85 fr.
Le Numéro..........	1.25	Deuxième Zone..........	110 fr.

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE
« Le Sou Médical »

« La crainte du Sou est le commencement de la... probité »

C'est en ces termes que commence la lettre d'un confrère ; ils sont à méditer par ceux, qui hésitent encore à faire partie de notre Ligue. Voici, d'ailleurs la suite de cette missive.

« Je vous avais écrit pour vous demander votre avis au sujet d'une assurance qui me refusait 80 francs d'honoraires pour un *A-vie* refusée par le candidat.

« J'ai communiqué votre réponse à l'agent d'assurances *qui se confond en excuses* et me règle immédiatement ! ! ! sans commentaires ! !

« J'ai eu, il y a quelques années un incident de ce genre avec une autre compagnie qui me refusait 500 francs d'honoraires.

« J'ai écrit à l'agent que si je n'étais pas réglé dans la quinzaine j'adresserais le dossier au « Sou ». L'agent a transmis ma lettre à Paris et *télégraphiquement* il a reçu l'ordre de me régler ! !

« Ce sont les deux seuls incidents survenus entre les assurances et moi-même depuis trente-six ans que j'exerce ! !

« Merci encore et sentiments bien dévoués. »

Dr L. A.
adhérent au « Sou » depuis 1900 ! ! !

Voici maintenant un aperçu d'ensemble qui rend bien compte de l'action du Sou dans ses différents domaines.

1° Accidents du travail

Tous les médecins connaissent la fameuse disposition de la loi de 1898 suivant laquelle le patron est seul tenu, en cas d'hospitalisation de l'accidenté, pour responsable des frais qui ne peuvent dépasser « tout compris » le tarif de l'Assistance médicale gratuite majoré de 30 %. La jurisprudence a déjà reconnu que cette limitation n'était pas absolue, et qu'elle devait, au contraire, souffrir des exceptions dans le cas d'hospitalisation en clinique privée, pour cause d'urgence, de gravité exceptionnelle de la lésion, ou de nécessité de soins et de traitements spéciaux. Mais les patrons et les Compagnies d'assurances responsables se refusent généralement à appliquer cette jurisprudence.

Tel fut le cas du Docteur G., d'Annemasse, que se vit refuser le paiement de sa note établie selon le tarif de droit commun pour soins donnés en cas d'urgence à des accidentés. Sur les conseils du « Sou Médical », des poursuites furent engagées devant le Juge de paix puis le Tribunal civil, et ces deux juridictions donnèrent totalement gain de cause aux patrons. Un pourvoi en cassation fut donc formé par les soins de la Ligue, et la Cour supérieure par deux arrêts du 15 juillet 1936 consacrait une fois de plus, le droit des médecins à des honoraires dépassant le « tout compris » dans ces cas spéciaux.

A ce propos, le Docteur G. a écrit au « Sou Médical » la lettre suivante, qu'il nous autorise à publier : « Le Sou Médical, auquel je viens rendre ici un public hommage a engagé la lutte partout et m'a suivi pied à pied, me soutenant constamment car une lutte qui a duré cinq ans risque d'amener des gestes d'impatience de la part du combattant. Durant tout ce temps, la Ligue Médicale ne cessa de me réconforter et de m'inoculer sa foi dans le succès final. Ce succès, elle vient de le remporter, il est éclatant. Si j'en suis heureux pour moi, j'en suis fier pour le « Sou Médical » auquel j'appartiens depuis quinze ans. La portée de ces deux arrêts est considérable. Notre droit médical vient donc de s'enrichir de textes nouveaux, et nous le devons à la Ligue « Le Sou Médical ».

2° Assurés sociaux indigents

Le rôle du « Sou Médical » de faire consacrer, à propos du cas particulier de l'un de ses adhérents, les droits du Corps médical tout entier, quelles que soient les difficultés, la longueur ou le coût de la procédure, nous le retrouvons encore à propos du statut des assurés sociaux indigents.

Le « Sou Médical » a toujours soutenu contre l'Administration, l'assimilation des assurés indigents aux assurés ordinaires, ce qui entraîne pour le malade le libre choix du médecin, et pour le dernier la liberté de traitement et de prescription. Il a réussi récemment à faire consacrer cette thèse par la plus haute juridiction française à savoir le Tribunal des conflits, qui, comme couronnement à une procédure de plusieurs années, a reconnu la prédominance de l'assurance sur l'assistance dans le statut des assurés indigents (Aff. Dr Vermeil c/ Ville de Rambouillet et Préfet de Seine-et-Oise).

D'autre part, les médecins traitants d'assurés indigents se voient trop souvent payés au tarif de l'Assistance médicale gratuite sous prétexte que leurs clients n'étaient pas en règle à l'égard de leur Caisse. Le Dr D., d'Epinal, victime d'une telle aventure, résolut de résister, avec l'appui du « Sou Médical », pour obtenir le paiement de ses honoraires au tarif auquel il avait accepté de donner ses soins. Cette affaire dut être soumise à six tribunaux différents, nécessita un arrêt de la Cour de cassation, et aboutit enfin à un jugement du Tribunal civil d'Epinal en date du 5 décembre 1936 condamnant la Caisse à des dommages-intérêts envers le médecin pour l'avoir induit en erreur en délivrant à un assuré social non en règle des pièces faisant croire à sa qualité d'assuré indigent.

3° Prélèvement de 10%

Malgré l'existence de textes clairs et formels, l'Administration persistait à prélever uniformément 10 % sur les traitements des médecins au service des collectivités publiques, alors que ces traitements ne relevaient que du prélèvement dégressif, applicable aux dépenses de personnel et ne devaient même subir aucune retenue s'ils étaient inférieurs, au total, à 8.000 francs pour la période comprise entre le 1er janvier et le 20 juin 1936, et à 12.000 francs depuis cette date.

Devant ces faits, le « Sou Médical » décida de réagir, et de nombreuses instances furent engagées dans toute la France devant les divers Conseils de préfecture. Celles-ci commencent à aboutir, et tous les arrêtés obtenus ne font que consacrer la thèse que nous avons soutenue (Conseil de préfecture de Rouen, 21 juin 1936, Conseil de préfecture de Versailles, 14 novembre 1936, Conseils de préfecture de Nantes, deux décisions du 21 janvier 1937). Des solutions amiables ont pu ensuite intervenir entre les Administrations intéressées et les médecins, sur la production de ces documents de jurisprudence.

4° Affaires syndicales

Le « Sou Médical » ne fait pas que de la défense individuelle. Il soutient aussi les Syndicats médicaux qui lui demandent son appui, proportionnellement au nombre de ses membres que font partie de la Ligne.

Ainsi le « Sou » a-t-il pris part à la défense du Syndicat de La Bourboule, dans un procès en dommages-intérêts qui lui était intenté par un médecin non syndiqué dont le nom avait été omis volontairement sur une affiche indiquant la liste des « médecins membres du Syndicat ou reconnus par lui. « Le Tribunal civil de Clermont-Ferrand par un jugement fort intéressant du 25 mai 1936, a débouté le demandeur de son action et a reconnu le rôle d'intérêt public des Syndicats médicaux pour la défense de la profession tout entière.

Dans ce même ordre d'idées, le « Sou Médical » a soutenu aussi l'action d'un Syndicat contre un médecin discréditant la profession en arborant des titres auxquels il n'avait aucun droit. Divers appuis ont été accordés en outre pour des poursuites contre des illégaux de la médecine, magnétiseurs, radiesthésistes, etc...

***

Une cotisation annuelle de 100 francs permet aux Confrères d'être ainsi défendus et conseillés ; elle assure *de plus* la garantie pour une somme de CENT MILLE FRANCS. Mais si, membres du « Sou Médical », ils sont en même temps abonnés au journal *Le Concours Médical*, leur garantie se trouve portée jusqu'à un maximum de CINQ CENT MILLE FRANCS (500.000 francs). *Cinq cent mille francs* pour une cotisation annuelle de CENT SOIXANTE FRANCS avec l'avantage, non négligeable, de recevoir en outre un journal scientifique de premier ordre, très bien documenté aussi sur les questions d'intérêts professionnels.

Les cent premiers mille francs étant garantis par le « Sou Médical », le *Concours Médical* a passé une convention avec une Compagnie d'Assurances de premier ordre, pour que cette garantie fut augmentée de quatre cent mille francs, au bénéfice de ses abonnés.

A noter qu'il n'existe aucune incompatibilité entre ces garanties et celle qu'auraient pu obtenir les membres du « Sou Médical », en s'assurant d'autre part, à un Compagnie d'assurances pour augmenter leur garantie totale.

Confrères qu'attendez-vous pour venir à nous et faire partie de notre groupement, qui compte plus de onze mille médecins dans ses branches diverses ? A la page 886 de ce numéro spécial, vous trouverez un bulletin d'adhésion. Remplissez-le ; satisfaites aux conditions statutaires requises, — car on n'entre pas au « Sou Médical » comme dans un moulin ; abonnez-vous aussi au *Concours Médical*, et vous n'aurez pas à regretter votre détermination.

Dr G. FISCHER
Secrétaire général adjoint

• • •

A TRAVERS L'OFFICIEL

Réponses des ministres aux questions des parlementaires

Un étudiant étranger peut-il faire des remplacements ?

3996. — M. Louis LINYER, sénateur, expose à M. le ministre de la Santé publique qu'un sujet de nationalité russe, ancien combattant (quatre ans de guerre, carte de combattant) naturalisé Français en 1926, inscrit par erreur à l'obtention du diplôme d'université de docteur en médecine, a obtenu ce diplôme d'université en 1930, qu'il est marié avec une Française ayant conservé sa nationalité, et a recommencé ses études classiques en France et obtenu le baccalauréat français en 1933, en vue de l'obtention du diplôme d'Etat, pour laquelle il compte actuellement seize inscriptions, et demande si l'intéressé peut être admis à faire des remplacements et, dans la négative, si la rigueur de l'application de la loi du 26 juillet 1935 sur l'exercice de la médecine ne pourrait exceptionnellement être atténuée en raison de l'ensemble exceptionnel de faits exposés ci-dessus, notamment de cette circonstance anormale que l'intéressé a été admis par erreur à l'obtention du diplôme d'université, lequel est exclusivement réservé aux sujets de nationalité étrangère, alors que, naturalisé Français depuis 1926, ledit intéressé aurait dû, semble-t-il, être admis dès l'origine à l'obtention du diplôme d'Etat qu'il aurait sans nul doute obtenu avant le vote de la loi Nast précitée du 26 juillet 1935. (*Question du 26 décembre 1936.*)

Réponse. — 1° L'étudiant en médecine en question ne peut pas effectuer des remplacements, car il ne se trouve pas dans les conditions prévues par l'article 7 de la loi du 26 juillet 1935 pour pouvoir exercer sans délai lorsqu'il aura le diplôme d'Etat.

2° La question d'inscription en vue d'un diplôme d'Etat ou d'université est du ressort de M. le ministre de l'Education nationale. (*J. O.*, 10 février 1937.

L'impôt sur les places des médecins de théâtre

1774. — M. COUSIN demande à M. le ministre des Finances s'il ne serait pas possible, dans les théâtres, de supprimer la taxe de la deuxième place allouée ordinairement à la personne qui accompagne le médecin de service, alors que celui-ci ne touche cependant aucune rémunération même s'il est appelé à donner des soins. (*Question du 22 décembre 1936*).

Réponse. — Sont exemptées de l'impôt, les places occupées par les personnes tenues d'assister au spectacle, en raison de l'exercice de leurs fonctions, médecin de service, commissaire de police ou chef de la police municipale de service. Cette disposition n'est pas susceptible d'être étendue à la personne qui

peut accompagner le médecin de service, car aucune obligation professionnelle n'oblige cette personne à assister au spectacle. (*J. O.*, 11 février 1935).

Le forfait n'est pas applicable, en matière d'assurance-maternité, lorsqu'il y a grossesse pathologique.

2094. — M. Boux de Casson expose à M. le ministre du Travail : *a)* que, pour une maternité, la femme d'un assuré social, non assurée elle-même, a dépensé :

1° Intervention inopérante d'une première sage-femme	200 »
2° Intervention inopérante d'un médecin	500 »
3° Transport à l'hôpital départemental	260 »
4° Frais de séjour à l'hôpital	253 75
5° Intervention de la sage-femme de l'hôpital	200 »
6° Ceinture	140 »
7° Frais pharmaceutiques	75 »
Soit un total de	1.628 75

b) Que la Caisse départementale de la Vendée a payé d'abord 377 fr. 85, puis, après réclamation, 180 francs et demande : 1° dans quelles conditions l'assuré peut obtenir de la Caisse le règlement intérieur et le tarif de responsabilité ; 2° si les difficultés qui peuvent s'élever dans cette affaire relèvent de la Commission technique comme le prétend la Caisse ou de la Commission d'arrondissement ; 3° de toute manière, s'il n'y a pas là abus susceptible de provoquer la bienveillante intervention du ministre. (*Question du 21 janvier 1937.*)

Réponse. — 1° L'article 9, paragraphe 1er, du décret-loi du 28 octobre 1935 ne prévoit, au titre des prestations en nature de l'assurance-maternité, qu'une somme forfaitaire correspondant à l'ensemble des frais médicaux et pharmaceutiques relatifs à la grossesse, à l'accouchement normal et à ses suites. Cette somme forfaitaire a été fixée par certaines Caisses à 250 francs environ, en attendant la publication du tarif limite visé à l'article 6, paragraphe 18, du décret-loi. Mais il convient de préciser que ce forfait ne joue pas en cas de grossesse ou de suites de couches pathologiques, ce qui paraît être le cas envisagé par l'honorable parlementaire. Dans cette hypothèse, ce sont les règles de l'assurance-maladie qu'il y a lieu d'appliquer, notamment en ce qui concerne le taux des prestations relatives aux interventions du médecin, et aux dépenses d'hospitalisation ; 2° l'assuré est en droit d'obtenir communication du règlement intérieur et du tarif de responsabilité de la Caisse à laquelle il est inscrit ; en vertu de l'article 31, paragraphe 4, du décret-loi du 28 octobre 1935, le règlement n'est opposable à l'assuré qu'autant qu'il a été porté à sa connaissance ; 3° s'il s'élève une contestation entre la Caisse et l'assuré sur le caractère pathologique de la grossesse ou de l'accouchement, c'est la Commission technique visée à l'article 8, paragraphe 3, du décret-loi précité, qui est seule compétente pour l'examiner.

(*J. O.*, 12 février 1937).

CORRESPONDANCE

QUESTIONS DIVERSES

1.491. — Association entre un radiesthésiste et un docteur en médecine

1° *Un médecin peut-il légalement collaborer avec un radiesthésiste ?*

Sous quelle forme ?

La loi n'a pas à intervenir entre les Associations qui pourraient se faire entre docteur en médecine et radiesthésiste, étant bien entendu que ce dernier n'est pas muni du diplôme de docteur en médecine et ne remplit pas les conditions exigées par la loi du 30 novembre 1892 et par celle du 26 juillet 1935 pour exercer régulièrement l'art de guérir en France.

Une Association entre un non-médecin et un médecin peut être reconnue valable par les tribunaux, mais à trois conditions essentielles :

La première, c'est que le médecin reste entièrement libre d'exercer son art sans aucune ingérence du non diplômé.

La seconde, c'est que cette association n'aboutisse pas à favoriser, ou à masquer l'exercice illégal de la médecine par le non diplômé, qui se croit à couvert derrière le diplôme du docteur.

La troisième, c'est que pareille association n'ait pas pour résultat d'exploiter la crédulité des malades, en laissant croire à l'efficacité de méthodes occultes ou surnaturelles de diagnostic ou de guérison.

Il en résulte que peut être valable un accord sous seing privé, qui laisserait chacun à sa place bien déterminée. Le docteur en médecine tient de son diplôme le droit exclusif de poser des diagnostics et d'instituer des traitements. Le radiesthésiste, qui n'est pas docteur en médecine, doit borner son action à celle d'un infirmier, c'est-à-dire qu'il ne peut pas prendre part habituellement, ou par une direction suivie, au traitement des maladies, sans encourir les pénalités correctionnelles prévues par l'article 18 de la loi du 30 novembre 1892.

2° *Le radiesthésiste peut-il ouvrir un centre médical dont il confiera* exclusivement *au médecin les malades et les prélèvements faits sur le malade (le radiesthésiste ne voyant pas lui-même les malades) ?*

N'importe qui peut ouvrir un centre commercial, faire les frais de l'installation et supporter les dépenses d'exploitation. Mais il reste dans l'obligation de confier toute la partie médicale à un docteur en médecine et de ne s'ingérer en aucune manière dans cette direction médicale.

En d'autres termes, il est interdit au radiesthésiste de prendre part d'une manière directe ou indirecte au diagnostic et au traitement des maladies.

Voir la suite page XXXVII-879.

PROPOS DU JOUR

COMMENT POURRAIT ÊTRE ORGANISÉ UN OFFICE CENTRAL D'ENTR'AIDE DES GROUPEMENTS MÉDICAUX

La Société Centrale de l'Association générale des médecins de France a adopté les conclusions d'un lumineux rapport du Docteur O'Followell, tendant à l'organisation d'une institution établissant un lien permanent entre les divers groupements médicaux, leur permettant de s'entr'aider et de concerter leurs efforts tout en gardant leur complète autonomie. Le Docteur O'Followell a bien voulu rappeler ce que nous fîmes en 1928, pour créer une institution de ce genre, nous inspirant de l'*Office central des Œuvres de bienfaisance* qui fonctionne admirablement depuis 1890 et dont le siège est à Paris (VIe), 175, boulevard Saint-Germain.

Depuis de longues années, cette idée avait hanté notre esprit. Le 12 juin 1921, nous avions écrit dans le *Concours Médical* sous le titre : « *Un peu d'ordre et de méthode dans le fonctionnement de nos groupements et de nos œuvres* », les phrases suivantes :

« Nous voudrions voir régner une entente parfaite entre nos groupements, créés et organisés le plus souvent par les mêmes hommes. Nous voudrions les voir s'entraider et se seconder au lieu de se jalouser. Nous voudrions les convaincre que tous servent utilement, mais à leur façon, les intérêts médicaux, et que lorsqu'on marche dans les plates-bandes du voisin, c'est la propriété du Corps médical tout entier qu'on saccage.

Nous voudrions toutes les fois qu'un projet nouveau montrera la nécessité d'une création, voir charger une œuvre déjà existante d'en poursuivre la réalisation, ou fonder, si cela en vaut la peine, par entente entre les œuvres déjà existantes, un groupement nouveau dont le but serait nettement circonscrit. »

Ce vœu attendit près de huit ans pour recevoir un commencement de réalisation. Une réunion des délégués de la plupart des groupes médicaux ayant leur siège social à Paris, eut lieu, 5, rue de Suresnes, dans les locaux de l'Association générale des médecins de France, fonda l'*Office central des Œuvres médicales*, en confia la direction au Docteur Jules Bongrand, trésorier général de l'Association, et nomma un comité, composé des Docteurs Barlerin, Cottard, Madame Montlaur, Noir et Thiéry. Ce Comité ne se réunit jamais et l'Office, à peine né, s'engourdit dans un profond sommeil.

A notre avis, la cause de cet échec tint au but trop restreint, trop mesquin que l'on donna à la nouvelle institution.

Elle se bornait à indiquer aux médecins malheureux ou à leurs familles les œuvres qui, à la rigueur, pourrait les secourir, et à tenir une sorte de fichier dans le but de dépister ceux qui, allant frapper à toutes les portes, abusaient de la générosité de leurs confrères.

Nous concevons tout autrement une institution de ce genre. Pour bien montrer l'ampleur que nous désirerions lui voir prendre nous lui donnerions le nom de :

Office central d'entr'aide des Œuvres et Groupements médicaux.

Cette entr'aide n'aurait pas trait qu'à la seule Bienfaisance ; ce serait un véritable bureau de renseignements, dont pourraient bénéficier tous les médecins.

Son programme devrait être sérieusement élaboré par une Commission après longue réflexion. Aussi l'ébauche que nous en donnons ici n'a pas la prétention d'être un projet, pas même un avant-projet, mais simplement une indication des services très divers que pourrait rendre l'Office d'Entr'aide.

Dans sa section de *Bienfaisance et d'Assistance*, il pourrait indiquer les *Caisses de secours* et de *prêts gratuits* et effectuer une enquête préalable pour s'assurer de la légitimité de l'aide qui pourrait être consentie et de son efficacité.

L'*Assistance par le travail* ferait l'objet d'une attention toute particulière. L'Office centraliserait les emplois vacants qu'on lui signalerait et, avant de les indiquer aux postulants, médecins, veuves ou enfants de médecins, il s'enquerrait si ces emplois pourraient leur convenir et s'ils seraient capables de bien les remplir.

Dans une liste des *Maisons de retraites* qui pourraient accueillir les vieillards et les infirmes, avec le nombre des places vacantes, les conditions pour y être admis, les prix de pensions exigés seraient indiqués. En outre, l'Office pourrait s'inquiéter des Sociétés médicales dont fait

partie le postulant et de l'appoint qu'il pourrait obtenir de certaines œuvres pour l'aider à payer sa pension.

A cette section d'Assistance, nous ajouterions, si possible, un *bureau de renseignements* indiquant des lieux de *villégiature* à prix variés pour les médecins praticiens ayant besoin de se reposer, des établissements à la campagne, à la montagne ou à la mer, qui accueilleraient les enfants de médecins ayant besoin de faire une *cure d'air*, et les confrères de la région qui voudraient bien leur assurer une surveillance médicale.

Nous voudrions pousser encore plus loin, l'entr'aide confraternelle en créant des *Comités de protection des fils et des filles de médecins étudiant dans les villes universitaires* et en indiquant des *correspondants* aux confrères qui, dans ce but, auraient recours à l'Office.

Nous irions jusqu'à tenir un registre pouvant donner des indications sérieuses, en utilisant l'A. P. I. M., l'A. D. R. M., l'U.M.F.I.A., pour *placer à l'étranger* les enfants de médecins français qui désireraient apprendre ou se perfectionner dans la connaissance des langues étrangères et au besoin organiser des *interéchanges familiaux* entre les médecins étrangers et les médecins français.

Enfin, notre distingué confrère, le Docteur Renaudeaux, qui s'occupe très activement de la nouvelle Association *Médecine et Famille*, nous suggérait dans une lettre récente la possibilité d'organiser un *bureau de recouvrement des cotisations* des diverses sociétés médicales.

Nous savons bien que les services de cette longue liste que nous désirerions voir rendre par l'Office d'Entr'aide ne sauraient du jour au lendemain devenir réalités, mais l'on pourrait commencer par l'organisation de l'Assistance et de la Bienfaisance, puis s'occuper du placement des vieillards et des infirmes et plus tard, quand l'Office serait prospère et en plein fonctionnement, ce serait un jeu d'en faire un centre de renseignements et d'intermédiaire, tel que nous voudrions le voir fonctionner.

Il va sans dire que l'Office étant une œuvre de coopération des groupements médicaux qui en couvriraient les frais, ne pourrait être saisi d'une demande quelconque et la prendre en considération que si elle lui parvenait par l'intermédiaire d'un de ces groupements.

Il n'est pas douteux que les idées que nous venons d'émettre peuvent être considérées comme des utopies et soulever bien des objections et bien des critiques, mais nous croyons qu'en les soumettant aux réflexions de nos lecteurs, nous pourrons créer un mouvement d'opinion dans les divers et nombreux groupements médicaux, dont pourra peut-être sortir une œuvre utile non seulement aux confrères malheureux et à leurs familles qui demandent à être efficacement secourus, mais à tous les médecins praticiens.

J. NOIR

***

Nous avions écrit cet article quand le Dr Mathez qui exerce à Baume-les-Dames (Doubs), nous a adressé la lettre suivante qui démontre combien il serait facile à l'Office d'Entr'aide projeté, d'obtenir des renseignements utiles et précis :

J'ai lu avec beaucoup d'intérêt dans le *Concours* du 7, 14 novembre 1937, votre article intitulé : *Prévoyance. Assistance et Bienfaisance médicales*, et surtout le paragraphe concernant le projet de Maison de retraite des veuves de médecins.

La solution Veillard me paraît, comme à vous, intéressante et d'application facile.

Je vous signale, et c'est là le but principal de ma lettre — que Baume-les-Dames possède un petit hôpital-hospice où un certain nombre de pièces indépendantes sont réservées à des pensionnaires âgés. Comme l'indique Veillard pour le Loiret, chambre seule, chauffée, blanchissage et alimentation compris, liberté de sortir, service fait par des religieuses. Le prix qui était ces années dernières de 15 francs, vient d'être porté à 20 francs par la Commission administrative. Il y a actuellement trois chambres vacantes qui peuvent être occupées de suite.

Je suis persuadé qu'en faisant le recensement des maisons analogues dans toute la France, on arriverait à satisfaire toute la clientèle des veuves de médecin qui pourraient choisir leur « résidence », et que cette combinaison serait la moins onéreuse pour l'organisme qui prendrait à sa charge cette création. Vous pouvez d'ores et déjà transmettre à la Société des femmes et enfants de médecin, les renseignements contenus dans ma lettre.

Veuillez agréer, très honoré confrère, l'expression de mes sentiments très distingués et très dévoués.

Dr M.


URASEPTINE
ROGIER

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

ANOREXIES INFANTILES D'ORIGINE THÉRAPEUTIQUE

Par le Professeur V. GILLOT (d'Alger)

Le symptôme important qu'est en médecine infantile l'anorexie, c'est-à-dire le manque d'appétit ou le refus de nourriture ne saurait trop être envisagé suivant ses multiples causes. Les remèdes à lui apporter dépendent en effet, et avant tout, de la connaissance exacte de celles-ci.

C'est pourquoi les pédiatres modernes ont tenté de donner une classification des anorexies infantiles d'après l'étiologie. Elle reste forcément un peu artificielle, car si les causes de ces anorexies sont quelquefois isolées, elles sont bien plus souvent multiples et intriquées. Mais c'est encore la meilleure méthode pour mettre un peu d'ordre dans l'analyse clinique.

Les anorexies infantiles sont devenues, surtout dans les pays dits civilisés, beaucoup plus nombreuses qu'autrefois. Aussi ne comportaient-elles point de chapitres spéciaux dans les ouvrages anciens concernant la médecine des enfants.

Dans ces derniers temps certains auteurs : Comby, Tixier, P. Lereboullet, Sédillot, etc., ont insisté sur le caractère mental de quelques anorexies, même chez les nourrissons. C'est une question plus pathogénique qu'étiologique.

Un point, qui nous semble trop négligé dans l'enseignement, c'est celui de l'étude d'anorexies d'origine thérapeutique, médicamenteuse ou autre. Cette origine est loin d'être rare et il est opportun d'attirer sur elle l'attention des praticiens.

L'anorexie chez les enfants grands ou petits présente, on le sait, des degrés bien divers. Elle peut être légère, passagère, continue ou subir des fluctuations.

Elle se montre élective pour quelques aliments ou étendue à toute nourriture. Elle est de courte durée ou au contraire désespérément prolongée, entraînant dans ce cas des troubles de nutrition importants et dangereux. L'analyse de ce symptôme n'est donc jamais, et dans aucun détail, négligeable.

Il est important d'insister d'abord, comme le font les classiques français, sur la distinction que l'on doit établir entre les vraies et les fausses anorexies. Ces dernières proviennent de la gêne mécanique apportée pour la tétée, la mastication ou la déglutition par des malformations ou des lésions des lèvres et de la bouche (bec-de-lièvre, muguet, etc.) du nez et du pharynx (rhinites, adénoïdites, etc.) ou des troubles nerveux (paralysie, encéphalopathies, etc.).

Les vraies anorexies ont des causes, qui peuvent être envisagées suivant l'âge des enfants.

Chez les nourrissons, elles sont souvent provoquées par des fautes d'alimentation ou par des troubles dyspeptiques. Il en est ainsi de la *dyspepsie lactée*, laquelle est souvent attribuable à l'emploi du lait condensé hypersucré (Lereboullet) et de la *dyspepsie des farineux*, quand on a donné de trop bonne heure des féculents.

Les pertes d'appétit des nourrissons par *avitaminose* ont été particulièrement bien étudiées, en France, dans ces dernières années, par Mouriquand, Nobécourt, R. Clément et d'autres. Elles ont lieu dans l'allaitement artificiel fait avec des laits conservés industriellement et très stérilisés (manque de vitamine C) ou quand on donne au nourrisson, plus tôt qu'il ne faudrait, des farines du commerce trop blutées et aussi stérilisées à outrance (carence de vitamine B). Dans le premier cas les jus de fruits, l'acide ascorbique ; dans le deuxième, la levure de bière ou des légumes frais arrivent à corriger l'inappétence du bébé.

L'anorexie ressort certainement aussi bien souvent des difficultés de la dentition, s'accentuant au moment des poussées congestives douloureuses de la muqueuse, justement incriminées par Cassoute.

Chez les sujets nerveux, les petits névropathes par hérédité, surviennent ces pertes d'appétit et ces refus d'alimentation si décourageants pour l'entourage. Chaque repas devient ce drame, mainte fois décrit, où maman et nurse se voient obligées à user de toute sorte de procédés et de manœuvres pour faire prendre à l'enfant, par distraction et par hasard, une cuillerée de nourriture. C'est dans ces cas que l'on peut avoir affaire à l'*anorexie mentale*, bien souvent déclenchée

par de très futils motifs, et qu'il devient nécessaire, comme le préconise Lereboullet, de recourir à un isolement rigoureux du milieu familial. D'autres fois l'inappétence de l'enfant dépendra de troubles de l'état général, de troubles *endocriniens*, d'infections aiguës ou d'infections chroniques comme la syphilis et la tuberculose. On doit songer à tout.

Chez les enfants d'âge moyen, principalement chez les jeunes écoliers, il faut toujours avoir présent à l'esprit la possibilité d'une anorexie d'origine *vermineuse*. Le médecin a encore trop de tend nce à négliger cette cause et même à refuser de l'admettre. Cette anorexie peut être accompagnée d'autres signes, qui mettent sur la voie du diagnostic. En fait, il s'agit de l'oxyurose et M. Lœvy, de Vienne, en Autriche, a bien fait de lui donner une place spéciale dans sa classification de l'anorexie de la petite et de la seconde enfance (1935).

Le déclenchement et la production de l'anorexie infantile peuvent trouver leur source dans l'emploi de certains *médicaments* ou médications ou dans des *défauts de technique* de soins. Il ne faut pas ignorer cette éventualité, plus fréquente qu'on ne pense.

A titre d'exemple voici l'histoire d'un enfant ; un petit garçon soigné à l'hôpital de Mustapha en mars 1929. C'était un enfant chétif, âgé de 7 mois, nourri au sein, qui, à la suite de quelques légers troubles intestinaux, avait un appétit diminué et avait maigri. Des injections d'insuline (deux unités) conjointes à des injections de sérum glucosé le remirent vite d'aplomb. A quelques semaines de distance survint une bronchite très bénigne, la température n'ayant pas dépassé 38° et l'appétit persistait. Tout paraissait bien lorsque, tout d'un coup, le bébé se mit à refuser le sein et l'anorexie devint inquiétante. On s'aperçut alors que la mère avait continué à lui administrer de force une potion ordonnée auparavant contre la toux. Cette potion contenait à parties égales vingt grammes de sirop de tolu et de sirop de Desessartz. Elle lui en donnait régulièrement deux à trois cuillerées à café par jour avant la tétée. La suppression de ce médicament fut immédiatement suivi de la reprise de l'appétit.

Le sirop Desessartz contient cinq centigrammes d'ipéca par cuiller à soupe. Il entre dans la composition de beaucoup de potions. C'est une drogue, dont l'emploi ne doit jamais être continué trop longtemps chez les petits enfants. Quand elle est nécessaire, il faut leur donner 1 gr. 50 au maximum par jour de ce sirop de Desessartz, et pas trop longtemps. Dans les consultations d'enfants, devenues si nombreuses depuis quelque temps, cette règle est bien souvent transgressée et dans les familles on continue l'usage du sirop trop fréquemment à l'insu du médecin, qui ne saisit pas alors la raison de l'anorexie de son petit malade.

Qu'il s'agisse d'intoxication ou de dégoût, peu importe, le fait patent est que la thérapeutique peut déterminer l'anorexie infantile.

D'ailleurs dans l'allaitement au sein ne sait-on pas combien il convient d'être sobre de médicaments pour la nourrice, certaines drogues pouvant, en s'éliminant par le lait, influencer l'appétit du nourrisson, en dehors même de gros troubles gastro-intestinaux. Marfan a beaucoup insisté sur ce point, incriminant l'acide oxalique du chocolat, l'arsenic, la colchique, le mercure, l'alcool comme particulièrement nuisibles.

Toute substance irritante ou tonique pénétrant dans le tube digestif du nourrisson peut supprimer son besoin de la faim. Chez les tout petits, Marfan condamne les purgatifs. « Il faut, dit-il dans son traité des affections des voies digestives dans la première enfance, proscrire aussi bien l'huile de ricin que le sirop de chicorée », mais c'est surtout du calomel dont il recommande de se bien méfier. Outre l'ipéca il accuse encore de méfaits tous les composés d'antimoine. Et Mouriquand nous a mis en garde vis-à-vis de l'huile de foie de morue pour les très jeunes enfants.

En dehors de la qualité même des médicaments une thérapeutique mal comprise ou de mauvaise technique peut être *primum movens* des anorexies infantiles. En notre époque la médication, sous prétexte d'être active, est bien souvent *trop agressive*. Il faut spécialement stigmatiser l'abus des piqûres comme l'on dit en langage commun. Les infirmières, genre nouveau, y sont très portées.

Un jeune garçon de 13 ans était en convalescence d'une fièvre typhoïde, mais il ne reprenait pas l'appétit. C'est qu'il n'avait pas un instant de repos tant étaient nombreux les remèdes administrés jour et nuit par injections sous-cutanées. Le médecin consultant ayant fait supprimer ces soins brutaux, le résultat ne se fit pas attendre. Le réveil de l'appétit fut prompt et par suite le rétablissement complet du petit malheureux, victime des intentions thérapeutiques les meilleures autant que maladroites.

En fin de compte, concluons qu'en présence de l'anorexie chez un enfant que l'on soigne, il faut, en plus de toutes les autres causes, songer à la possibilité d'une étiologie d'ordre thérapeutique de cette anorexie.

gardénal, à la dose quotidienne de 0 g. 10, en cinq prises ;

papavérine : cinq à vingt centigrammes en globules glutinisés où en solution aqueuse non sucrée.

Dans les *formes graves*, un seul remède, la *morphine* (Dujardin-Beaumetz) sous forme d'injections sous-cutanées d'une solution fraîche contenant, pour 1 cm³. d'eau distillée bouillie, un centigramme de sel. Cette injection pourrait, à la rigueur, être renouvelée au bout de quelques heures, au cas où les douleurs ne seraient pas calmées.

Si les avantages de la morphine sont évidents, ses inconvénients ne le sont malheureusement pas moins. Faisons-en une brève énumération :

Anorexie et constipation ;

Inhibition des fonctions du foie (Pavel). Elle trouble la sécrétion de la bile, qui devient filante, visqueuse, plus riche en mucine ; ces modifications apparaissent un quart d'heure après l'injection, atteignant leur maximum au bout de 2 à 3 heures, et durant de 6 à 7 heures. Simultanément, elle atténue la fonction antitoxique, ainsi qu'en témoigne l'épreuve du rose bengale et l'augmentation de l'urobilinurie ;

Action dépressive générale ;

Danger de morphinomanie, chez les névropathes sujets à des coliques hépatiques rapprochées ;

Exceptionnellement, risques de mort subite (A. Chauffard et J. Castaigne).

On peut pallier à certains de ces inconvénients en associant à la morphine, soit des toni-cardiaques : éther en injections sous-cutanées, huile camphrée et dérivés hydro-solubles du camphre, soit de l'atropine qui, par son action paralysante sur les terminaisons parasympathiques, modère les spasmes biliaires et calme les nausées et les vomissements (P. Savy), encore qu'expérimentalement, elle paraisse dépourvue de toute action sur la motricité de la vésicule biliaire (M. Chiray) : on l'administrera sous forme d'injections sous-cutanées de sulfate neutre d'atropine, à la dose d'un tiers ou d'un demi-milligramme. En se fondant sur les expériences du Professeur H. Roger, montrant que l'augmentation du sucre hépatique accroît le pouvoir antitoxique du foie, on pourra conseiller aux malades le glucose, soit en solution de soluté isotonique injectable (à 50 p. 1.000, *Codex*, 1926), soit en goutte à goutte rectal.

Qu'il s'agisse de formes sévères ou bénignes, mais naturellement plus dans celles-là que dans celles-ci, il faudra, à la convalescence, recourir aux *antiseptiques biliaires*, administrés *per os* à petites doses : benzoate et salicylate de soude, urotropine.

Cachets

1. Benzoate de soude .... } ââ 0 gr. 50
   Urotropine .... }

Pour un cachet n° 20 (Provision).
Un une heure avant chacun des deux principaux repas.

2. Benzoate de soude .... 0 gr. 25
   Salicylate de soude .... 0 gr. 50

Pour un cachet n° 20 (Provision).
Un une heure avant chacun des deux principaux repas.

Paquets

Benzoate de soude .... }
Bicarbonate de soude .... } ââ 0 gr. 50
Salicylate .... }

Pour un paquet n° 20 (Provision).
Deux par jour dans un verre de limonade citrique.
(P. Carnot).

Aux antiseptiques biliaires, il est parfois utile, si le malade est affaibli, d'ajouter les *stimulants du système nerveux* : acide phosphorique, kola, glycérophosphates, strychnine, etc.

Régime. — Il se réduit à peu de choses : eau lactosée prise à petites doses, glacée au besoin ; tisanes ; bouillon maigre ; eaux minérales indifférentes (Evian), additionnées, au besoin, d'un peu de champagne battu ; lait qui, même dégraissé, même pris glacé, n'est pas toujours bien supporté.

Le malade doit être laissé au *repos absolu*, tenu au chaud, dans une chambre bien aérée ; on veillera, chez lui, à la liberté du ventre par des moyens qui n'aient rien d'offensif : suppositoires à la glycérine solidifiée, petit lavement donné à la poire, avec du sérum physiologique, ou une décoction mucilagineuse (eau de camomille, de tilleul).

Ce qu'il ne faut pas faire ?

Il ne faut, *sous aucun prétexte, se livrer à des manœuvres locales intempestives* : massages, etc., dont les conséquences peuvent être désastreuses : telle la rupture de la vésicule ; *recourir aux médicaments dits cholérétiques ou cholékinétiques* (A. Gilbert) ; *laisser les malades se lever trop tôt*, avant deux semaines (P. Savy) ; *envoyer à une station thermale* ceux qui sont en imminence de crise ou qui viennent d'en avoir une : le délai minimum étant de deux mois (A. Chauffard).

II. — Traitement de la période intercalaire

La crise une fois terminée, le médecin doit se proposer d'en éviter le retour. Tache délicate et qui nécessite, de sa part, beaucoup de doigté. Ici encore, il devra, pour arriver à ses fins, utiliser toutes les ressources de la thérapeutique, sans oublier un régime approprié.

Traitement externe. — On lui demande aujourd'hui, une action non plus lithotriptique, mais sédative, que l'on obtient, soit par la chaleur, soit par l'hydrothérapie.

Les *effets thermiques* (Dausset et Delherm) peuvent être réalisés de diverses façons : applications

chaudes locales, bains chauds ; diathermie (1.200 à 1.500 milliampères) tous les jours, puis deux fois par semaine, jusqu'à un total de 20 séances ; rayons infra-rouges, etc.

Quant à l'*hydrothérapie*, elle est représentée, en première ligne, par Vichy et Carlsbad, en seconde, par les stations des Vosges : Contrexéville, Martigny, Vittel.

Les eaux de Vichy contiennent, comme tout le monde sait, environ 5 g. de bicarbonate de soude par litre. La plus active est la Grande-Grille, qui, prise inconsidérément, peut, à elle seule, réveiller une crise ; on lui préfère souvent aujourd'hui Chomel, dont les propriétés sont intermédiaires à celles de la Grande-Grille et de l'Hôpital. La cure, d'une durée de vingt et un jours, doit être complétée par une cure d'altitude, d'une durée de deux semaines, au moins.

A Carlsbad (Tchécoslovaquie), on emploie non seulement les eaux bicarbonatées chlorurées sulfatées en boisson, mais aussi des cataplasmes de boue très active (Moorumschlag).

Les eaux du bassin des Vosges sont des eaux sulfatées calciques froides, qu'on prend en boisson et en bains.

Ces cures, quelles qu'elles soient, sont contre-indiquées lorsque la dernière crise de colique hépatique est toute récente, comme nous l'avons dit ; elles le sont aussi en cas d'hypertension, de cachexie, de tuberculose évolutive, d'insuffisance rénale marquée. Elles doivent toujours être effectuées sous la surveillance d'une personnalité compétente : dans ses *Leçons sur la lithiase biliaire* (1914), le Professeur A. Chauffard a écrit, à ce sujet, des pages qui n'ont pas vieilli et montré les bienfaits, pour le malade, d'une collaboration confiante entre son médecin habituel et celui de ses confrères qui sera appelé à diriger le traitement thermal.

Traitement interne. — A sa disposition sont deux procédés :

L'emploi des *antiseptiques biliaires* : benzoate et salicylate de soude, calomel, urotropine, donnés à petites doses, et avec toutes les interruptions nécessaires, retarde ou empêche l'apparition des phénomènes infectieux : il ne doit donc jamais être négligé.

Les *cholagogues* et *cholérétiques* sont très à la mode, et l'on trouve, dans le commerce, d'innombrables spécialités, pour la plupart excellentes, à base d'acide oléique, de boldo, de combretum, de sels sodiques, de sulfate de magnésie, qui, mis au contact de la muqueuse duodénale, relâche le sphincter d'Oddi (Meltzer, 1917), etc. Le Professeur P. Savy rappelle toutefois qu'ils peuvent, de par leur action cholécysto-kinétique, réveiller des phénomènes inflammatoires latents et provoquer une crise. *Quieta non movere*, disaient avec raison les anciens. Comme M. Savy, nous avons vu des cas, où les douleurs vésiculaires cessaient du jour où l'on supprimait les cholagogues. Il convient donc de ne les utiliser qu'avec prudence.

Traitement chirurgical. — Il est indiqué si les crises paroxystiques mettent en danger l'existence par leur répétition ou par l'apparition de symptômes d'ordre infectieux : grands frissons, fièvre de suppuration. On peut aussi l'envisager lorsque l'examen clinique et radiologique a permis de conclure à l'existence d'un calcul du bassinet ou du cystique. Pour le réaliser, on a le choix entre la *cholécystectomie*, opération plus complète, mais plus sévère, et la *cholécystotomie*, que l'on réserve aux sujets fragiles.

Régime. — Il comporte, par définition (P. Savy), l'élimination des aliments suivants :

1º Aliments dont le contact avec la muqueuse duodénale provoque les contractures violentes du cholécyste ;

2º Aliments riches en cholestérine : jaune d'œuf, cervelle, viscères, etc. ;

3º Mets épicés, fermentés ou alcoolisés.

Nous n'insisterons ni sur ces données, qui ne rentrent qu'indirectement dans notre sujet, ni sur la nécessité, mise en relief par le Prof. A. Gilbert, des petits repas espacés de 3 à 4 heures, préférant rappeler, avec le Professeur A. Chauffard, que les régimes trop stricts conduisent inévitablement à la tuberculose. Il est donc bon, d'une part, de les appliquer avec discernement, de l'autre, de peser régulièrement les malades.

N'oublions pas, non plus, que les mauvaises conditions hygiéniques : surmenage physique et intellectuel, exposition au froid, tachyphagie, secousses telles qu'en produisent les longues randonnées en automobile, les combats de boxe, les matchs de foot-ball, jouent un rôle indéniable dans le déclenchement, chez les sujets prédisposés, de la colique hépatique.

FONDEMENTS THÉORIQUES ET APPLICATION PRATIQUE DE L'ASSOCIATION GLUCOSE-INSULINE DANS LES MALADIES DU FOIE

Par Jean MINET et H. WAREMBOURG

On sait, depuis Cl. Bernard, que le foie joue un rôle de premier plan dans le métabolisme des glucides, emmagasinant les hydrates de carbone d'origine alimentaire sous la forme de glycogène, puis les déversant dans le milieu sanguin sous la forme de glucose, au fur et à mesure des besoins : il assure ainsi la constance de la glycémie. Peut-être est-il aussi le siège d'une réserve protéido-glucidique, appelée par Rathery et ses élèves : glucidogène, et qui assurerait l'apport convenable de sucre protéidique dans le sang. Le foie exécute encore la resynthèse de l'acide lactique libéré au cours de la contraction musculaire. Enfin, pour certains, il constituerait le champ d'action, en quelque sorte, de l'hormone insulinienne, dont l'effet ne serait autre que de freiner la glycogénolyse ou de favoriser la glycogénopexie au niveau de la glande hépatique.

Il n'est pas besoin d'insister davantage pour établir l'importance majeure du foie dans le métabolisme glucidique. On conçoit que, dans ces conditions, les maladies de la glande hépatique s'expriment souvent par une dysrégulation de ce métabolisme : d'où la fréquence de la glycosurie permanente ou alimentaire, de l'hyperglycémie à jeun chez les hépatiques, d'où aussi la multiplicité des épreuves qui ont été imaginées pour interroger la fonction glycorégulatrice du foie : épreuve de Colrat qui décèle la glycosurie après ingestion d'une forte dose de sucre ; recherche de l'hyperglycémie alimentaire qui se montre, dans les maladies du foie, anormalement élevée et prolongée, avec un triangle hyperglycémique, dont l'aire se trouve comprise entre 0 cm2 50 et 1 cm2 50 (M. Labbé) ; épreuves de la lévulosurie et de la galactosurie expérimentales qui montrent, dans l'insuffisance hépatique, l'élimination urinaire, en quantité excessive, de lévulose ou de galactose ingérés ; ce sont là les épreuves le plus couramment employées ; nous ne ferons que citer le nom de quelques autres d'un usage moins habituel : épreuve amphogyre de Fiessinger et Dicryck, test d'hyper-hypoglycémie provoquée d'Althausen, test d'hypoglycémie provoquée, test d'hyperglycémie adrénalinique de Loeper et Verpy, recherche de l'indice chromique résiduel de Polonovski et Warembourg, etc...

Ces nombreux moyens, dont nous disposons pour explorer la fonction glycorégulatrice du foie, ont permis aisément de montrer la fréquence, la quasi-constance même des troubles du métabolisme glucidique dans les affections hépatiques, dont le traitement par l'association sucre-insuline reçoit ainsi une première justification.

Effectivement, dans les cirrhoses hépatiques, on observe fréquemment une augmentation de la glycémie de base (Chauffard, Brodin et Zizine); une augmentation de l'aire d'hyperglycémie provoquée (M. Labbé et Nepveux), une galactosurie expérimentale excessive (Bauer, Wagner). L'hyperglycémie alimentaire est, de même, exagérée dans l'ictère (Horsters et Rovenham), tandis que l'épreuve de galactosurie expérimentale, négative dans l'ictère d'origine mécanique, se montre positive dans l'ictère par hépatite, contribuant ainsi, dans certains cas difficiles, au diagnostic différentiel entre ces deux types d'affections (Albot et Caroli).

Dans bien d'autres affections hépatiques, les épreuves, qui interrogent le métabolisme des sucres, se montrent positives : hépato-néphrites (Olmer et Vague), congestion hépatique (Labbé, Tachau), insuffisance hépatique de la grossesse (Labbé et Monzaffer-Chevki) ou des maladies infectieuses (Schmidt), affections vésiculaires enfin, dont le retentissement inévitable sur le fonctionnement hépatique reçoit ainsi une nouvelle confirmation (Chiray, Albot, Déparis et Tsangridis).

La grande fréquence des troubles glycorégulateurs dans les maladies du foie se trouve ainsi démontrée : pour corriger ces troubles, une seule thérapeutique est à notre portée, l'association sucre-insuline, sur le mode d'application exact de laquelle nous reviendrons. Mais les faits biologiques nous prouvent qu'une autre justification, plus importante encore, peut être donnée de l'opportunité de ce traitement dans les affections hépatiques : l'influence du taux de glycogène du foie sur le fonctionnement général de celui-ci est, en effet, démontrée.

D'abord, toutes les insuffisances fonctionnelles graves du foie s'accompagnent d'un épuisement partiel ou complet de cet organe en glycogène ; il en est ainsi à la suite de la ligature expérimentale du canal cholédoque, dans l'atrophie jaune aiguë du foie, dans la fièvre jaune, etc...

Umber relève, pendant la guerre, un bien plus grand nombre d'atrophies aiguës du foie, en raison, pense-t-il, de la disette alimentaire, et de l'appauvrissement en glycogène hépatique, qui en résultait.

Ainsi, l'intégrité du foie paraît en rapport direct avec la richesse de cette glande en glycogène,

De plus, le retentissement du taux de glycogène hépatique, sur les diverses fonctions du foie considérées à part, a pu être prouvé de façon certaine dans nombre de cas :

C'est ainsi que l'allongement du temps de coagulation des insuffisances hépatiques est réduit par l'injection de dextrose (Morrison et Ravin).

D'autre part, l'insuline, dont on connaît, à faible dose, l'action glycogénopexique, agit avec efficacité sur les troubles du métabolisme protidique ressortissant à l'insuffisance hépatique (M. Labbé et Nepveux).

La richesse du foie en glycogène influerait aussi sur la fonction pigmentaire dévolue à cet organe : au décours de l'ictère catarrhal, le traitement insulinique accélère de façon très nette, la disparition de l'hyperbilirubinémie (Pavel, Bratesco et Negresco). Chez l'insuffisant hépatique, ou même l'individu normal, la diète glucidique accentue rapidement l'urobilinurie.

Enfin, la fonction antitoxique et anti-infectieuse du foie dépendrait étroitement de la richesse de cet organe en glycogène. Roger a fortement insisté sur ce point : « Un foie, dit-il, qui ne contient pas encore, ou ne contient plus de glycogène, n'agit pas ou n'agit plus sur les substances toxiques qu'il doit retenir ou transformer. »

Tous ces faits montrent combien un exercice normal du système glycorégulateur est indispensable au bon fonctionnement du foie : or, l'association sucre-insuline est, dans les dysrégulations de ce système, un correcteur de premier ordre. Son emploi dans les affections hépatiques ne devait donc pas manquer d'être préconisé et essayé par de nombreux auteurs. Et, de fait, si l'on admet le maintien d'un taux suffisant de glycogène dans le foie comme une condition importante au bon fonctionnement de cet organe, il est logique, au cours des insuffisances hépatiques, de favoriser la glycogénopexie, en particulier par l'administration de glucose, d'insuline, ou de ces deux médicaments à la fois.

L'insuline présente, d'autre part, l'avantage de lutter directement contre l'intoxication cétosique ou les troubles du métabolisme protidique redevables de l'insuffisance hépatique : ceci constitue, à l'emploi de ce médicament, une indication de plus (M. Labbé).

La cure glucose-insuline, dans les maladies du foie, doit toutefois rester prudente ; il ne faudrait pas, en effet, sous le prétexte de favoriser la glycogénopexie, provoquer une hypoglycémie, que l'insuffisance hépatique grave a elle-même trop tendance à engendrer. De cette considération essentielle tiennent compte les diverses techniques, qui ont été préconisées dans la mise en œuvre de la cure glucose-insuline au cours des maladies hépatiques.

Dans l'atrophie jaune aiguë du foie, Richter recommande l'administration journalière de 20 unités d'insuline et de 50 à 100 grammes de glucose. Eppinger préconise l'injection quotidienne de 20 à 40 unités d'insuline.

Certains auteurs préconisent, dans les cas très graves, des doses d'insuline plus élevées : Grünenberg, dans ces conditions, injecte jusqu'à 300 unités dans la même journée.

Il faut signaler d'ailleurs que l'efficacité du traitement sucre-insuline dans l'insuffisance grave du foie est loin d'être constante, ainsi qu'y ont insisté en particulier M. Labbé et Zamfi.

Dans l'ictère catarrhal, l'association sucre-insuline a été essayée avec succès par von Jaksch, Umber, etc... qui ont utilisé de fortes doses d'insuline variant de 40 à 100 unités. D'autres préfèrent l'utilisation de doses plus faibles, n'excédant pas 20 unités journalières. Leur conduite semble plus judicieuse. D'ailleurs, la mise en œuvre d'une telle thérapeutique perd de l'intérêt dans une affection dont la guérison spontanée est de règle.

Dans les cirrhoses, Ichok, von Jaksch, Klein, se trouvent bien d'injections journalières de 40 à 100 unités d'insuline.

Dreyfus administre chaque jour 15 unités d'insuline et 40 grammes de glucose.

Dans le cancer du foie, Richter, Orator, Morrachini ont essayé la médication insulinique, ne recherchant évidemment, dans cette entreprise, qu'une action sur l'état général, et non sur l'affection elle-même.

Enfin, Elias et Violin signalent les bons résultats du traitement insulinique dans les cholécystites et les cholélithiases, avec ou sans ictère.

La cure glucose-insuline apparaît donc comme une méthode à retenir dans le traitement des affections hépatiques : parmi celles-ci, l'ictère grave et la cirrhose semblent les plus aptes à profiter de cette thérapeutique. Les doses faibles d'insuline paraissent devoir être préconisées : 15 ou 20 unités journalières suffisent en général. Il faut toujours avoir soin de couvrir cette dose par l'administration d'une quantité convenable de glucose : 2 grammes à 2 gr. 50 pour une unité d'insuline, soit environ 50 grammes par jour. Ce glucose peut être administré par les voies orale, rectale, intra-veineuse. L'utilisation des deux premières est plus judicieuse, la glycogénopexie hépatique constituant le but de cette thérapeutique.

Pratiquement donc, un quart d'heure environ après ingestion de 40 à 50 grammes de glucose ou de saccharose, administrés sous une forme quelconque, on pratiquera une injection intramusculaire de 20 unités d'insuline. Ce traitement sera répété quotidiennement pendant un temps variable avec la nature de la maladie. Plusieurs cures successives pourront être faites sans inconvénients.

Ainsi comprise, la cure glucose-insuline peut rendre, en pathologie hépatique, des services certains, et constitue, dans le traitement des maladies du foie, un progrès indéniable.

ÉTAT ACTUEL DU TRAITEMENT DE LA BRONCHO-PNEUMONIE DU NOURRISSON

Par M. Georges SCHREIBER

Ancien interne des Hôpitaux

Ancien chef de Clinique adjoint à la Faculté à l'Hôpital des Enfants-malades

La broncho-pneumonie reste une des affections redoutables du premier âge, mais en évitant certaines erreurs qui risquent de compromettre les moyens de défense naturels du nourrisson et en ayant recours à certains procédés thérapeutiques d'acquisition récente, on peut améliorer d'une façon très appréciable, le pronostic de cette maladie, si courante.

Erreurs à éviter

Il en est deux, sur lesquelles je crois devoir attirer tout d'abord l'attention.

En premier lieu, il faut, autant qu'il est possible, *éviter la sous-alimentation du nourrisson.* Une bonne part des échecs sont, en effet, attribuables à l'aggravation de l'infection par l'insuffisance des apports alimentaires. Les symptômes d'inanition viennent alors se surajouter à l'anoxhémie et accentuent la défaillance cardiaque.

J'ai maintes fois insisté sur ces faits et dans un article récent (1), je m'étonnais que, dans une revue générale consacrée à la broncho-pneumonie des enfants du premier âge, l'auteur ait cru bon de conseiller la dilution du lait avec une quantité égale d'eau bouillie ou de décoction d'orge.

Pour ma part, je désapprouve cette technique. Je nourris d'emblée les nourrissons broncho-pneumoniques en leur donnant du *lait pur* sucré (s'ils le supportent bien et si leur âge ne comporte pas le coupage) ou des aliments de digestion facile : farine lactée à l'eau, bouillie maltée à la crème de riz et au lait sec, purée de pommes de terre délayée dans du lait, marmelade de pommes, bouillon de légumes ou de jarret de veau avec tapioca ou semoule et parfois jaune d'œuf, jus de viande crue, etc...

Si l'enfant conserve tant soit peu d'appétit, je lui laisse prendre cinq ou six repas par vingt-quatre heures, sans l'obliger à absorber les doses habituelles, mais en conseillant aux mères d'insister pour lui faire avaler un minimum de ration.

Si, comme il arrive le plus souvent, le nourrisson fait des difficultés pour s'alimenter, je lui fais présenter les aliments précédents très souvent, tous les quart d'heure ou toutes les demi heures, par petites doses, *lorsqu'il ne dort pas.*

La seconde erreur à éviter, consiste, en effet, *à éviter de fatiguer l'enfant par des soins incessants.* La lutte contre l'infection, la dyspnée et l'insuffisance cardiaque nécessite la mise en œuvre d'une série de procédés énergiques. Encore faut-il ne pas les utiliser tous, les uns après les autres, sans discrimination, sous peine d'exposer l'enfant aux dangers inhérents à l'intoxication et à l'inhibition des moyens de défense naturels qui résultent d'un excès de fatigue.

Pratiquement, on recommandera à la mère ou à l'infirmière de laisser entre les repas et entre les soins un délai suffisant pour que le nourrisson puisse bénéficier d'un repos indispensable et durant la nuit notamment, on respectera autant que possible le sommeil du petit patient.

Une autre erreur à éviter est l'*emploi d'un vomitif.* L'ipéca est encore trop souvent prescrit, alors qu'il épuise le petit malade sans améliorer la situation. On le considèrera donc comme formellement contre-indiqué.

Thérapeutique antithermique

Les méthodes en cours depuis de nombreuses années conservent leur valeur, et l'*hydrothérapie* doit être utilisée méthodiquement.

Si la température dépasse 39°, on donnera trois fois par jour un *bain chaud.* Certains conseillent d'en prolonger la durée et de laisser l'enfant dans l'eau pendant trente miuntes. Une dizaine de minutes me paraissent généralement suffisantes.

Les bains devront être évités lorsque l'enfant présente une cyanose un peu accentuée, ou lorsque les signes d'insuffisance cardiaque sont manifestes. Dans ces cas on donnera la préférence aux *enveloppements humides et chauds du thorax,* qu'on laissera en place une demi heure à une heure, et l'un des enveloppements de la journée pourra être sinapisé.

En cas d'*hyperthermie* avec *agitation* accentuée, on pourra, en outre, introduire une ou deux fois par vingt-heures un suppositoire :

Pyramidon	cinq centigrammes
Beurre de cacao........	1 gr. 50

pour un suppositoire n° 6.

Thérapeutique antiinfectieuse

VACCINOTHÉRAPIE. SÉROTHÉRAPIE. — La vaccinothérapie, comme traitement de base de la broncho-pneumonie, a connu une très grande vogue; il est difficile d'en affirmer le bien fondé.

Le *vaccin pneumo-entéro-staphylococcique de Weill et Dufourt, le vaccin à base de lysat diphtérique de Duchon, le vaccin adapté de Minet, le vaccin polyvalent III, I. O. D. de Ranque et Senez, le vaccin polyvalent de Bruschettini,* etc.,

(1) G. SCHREIBER. — Fièvre et alimentation. *Le Concours médical,* 20 mars 1935.

auraient donné des résultats satisfaisants à beaucoup d'auteurs, mais de nombreux pédiâtres (Apert, Cathala, Ribadeau-Dumas, etc.), restent sceptiques au sujet de l'efficacité de cette méthode contre la bronchopneumonie.

Pour ma part, je me rallie volontiers à l'opinion ainsi formulée par Babonneix : « Comme d'une part, les vaccins n'exposent à aucun danger, si les injections sont faites, selon les règles, à des enfants déjà grands et que de l'autre, les familles pourraient reprocher au médecin de n'avoir pas recouru aux « piqûres », *on peut traiter la broncho-pneumonie* par les vaccins, sous la condition formelle que cette méthode, soit associée et non substituée aux autres ». Mieux vaut employer de faibles doses. On commencera par exemple par une injection de 1/8e de c. c. dilué dans 1/2 c. c. de sérum physiologique stérile, puis on injectera 1/4, 1/3, 1/2 c. c. à raison d'une injection par jour, pour atteindre — sauf contre-indication — 1 c. c. qu'on injectera tous les deux jours, jusqu'à la défervescence.

SÉROTHÉRAPIE. — Ses indications sont limitées. *La sérothérapie antistreptococcique* n'a fourni aucun résultat probant.

La *sérothérapie antipneumococcique* a été appliquée surtout à la suite des travaux du Professeur Nobécourt et de ses élèves Paraf et Bonnet, qui ont montré que la plupart des broncho-pneumonies du nourrisson sont d'origine pneumococcique, succédant à des rhinites ou à des pharyngites de même nature. Le Prof. Nobécourt considère que les injections intramusculaires de sérum anti-pneumococcique, répétées plusieurs jours de suite, à la dose de 5 à 15 c. c., ont une action utile. Cette opinion est partagée par Rocaz qui injecte jusqu'à 20 c. c. et davantage, après l'âge de 18 mois.

D'autres pédiâtres avec Babonneix estiment, au contraire, que la sérothérapie antipneumococcique n'offre ici aucun intérêt.

La *sérothérapie antidiphtérique* est recommandée, quand la participation du bacille de Klebs-Lœffler est suspectée, surtout en milieu hospitalier.

CHIMIOTHÉRAPIE. — *Produits sulfamidés.* — Les expériences fondamentales de Domagk sur la souris ont ouvert la voie à la chimiothérapie antibactérienne. Cet auteur a démontré l'activité thérapeutique manifeste dans les affections provoquées par le streptocoque d'un nouveau colorant azoïque dérivé de la chrysoïdine (*rubiazol*).

Etant donné, d'une part, le rôle important joué par le streptocoque dans l'apparition ou l'aggravation des broncho-pneumonies, d'autre part, les échecs habituels de la vaccination et de la sérothérapie antistreptococcique, il devait venir naturellement à l'esprit de recourir au *rubiazol* pour combattre les broncho-pneumonies du premier âge ; d'autant plus que ce produit paraît également actif contre certains autres agents microbiens, notamment le staphylocoque.

Je l'ai employé à diverses reprises chez des nourrissons atteints de broncho-pneumonie sévère. Il a été très bien supporté par eux et a pu rendre les plus appréciables services.

En février 1936, j'ai été appelé en consultation boulevard Saint-Marcel auprès d'un garçon de 3 ans dont l'état était extrêmemeant alarmant. Cet enfant était au 21e jour de sa maladie qui avait débuté par une infection grippale avec bronchite. La température, aux environs de 40° les premiers jours, était redescendue à 37° le 7e jour, mais le 8e jour elle remontait à 40°, pour évoluer entre 39° et 40° sans interruption.

Cette rechute était le fait d'une broncho-pneumonie grave. Lorsque j'examinai l'enfant pour la première fois la fièvre atteignait 40°4. La dyspnée était extrêmement accusée, avec battement permanent des ailes du nez, tirage sus et sous-sternal. La percussion révélait la submatité aux deux bases pulmonaires, plus accusée à gauche. A l'auscultation on entendait des râles souscrépitants fins généralisés aux deux poumons, aussi bien en avant qu'en arrière. L'état général était extrêmement mauvais et le pronostic des plus sombres.

Cependant cet enfant guérit, résultat inespéré, grâce aux deux mesures prises immédiatement. Pour lutter contre l'asphyxie, je fis installer au-dessus du lit *la cloche de Janet et Bochet* dont je parlerai tout à l'heure et pratiquer des inhalations répétées d'oxygène

Pour lutter contre l'infection je prescrivis l'administration par voie buccale de *rubiazol* à doses élevées : pendant trois jours, cinq comprimés, puis chaque jour pendant deux jours quatre, trois, puis deux comprimés.

L'état de l'enfant s'améliora très rapidemnt. Dès le surlendemain, la température descendit au-dessous de 39°, pour descendre au-dessous de 38° en quatre jours et atteindre 37°4 huit jours après le début de l'administration du médicament.

Le *rubiazol* sera généralement utilisé sous forme de comprimés à 0 gr. 20. Chez les jeunes enfants, on ne dépassera pas, en général, la dose de deux à trois comprimés par vingt-quatre heures, en les administrant par demi-comprimés à la fois. Dans certains cas, on peut être amené à augmenter ces doses (1). Il peut être prescrit sans inconvénient chez les plus petits. Aux nourrissons de moins d'un an, on fera absorber par jour de un demi à quatre demi comprimés écrasés et mélangés à du sucre en poudre ou à de la confiture. On peut aussi utiliser pour les nourrissons des ampoules de rubiazol en solution aqueuse, titrée à 5 % et leur en faire absorber le contenu (1/2 à une ampoule par vingt-quatre heures), ou bien pratiquer des injections intramusculaires aux mêmes doses.

Ce traitement ne devra pas être interrompu brusquement, mais continué à doses décroissantes lorsque les symptômes infectieux s'atténuent.

A la suite de son administration par voie digestive, ou par voie parentérale, les urines, parfois la peau et les muqueuses, prennent

(1) Dans le cas que j'ai relaté ci-dessus, j'ai prescrit 5 comprimés par 24 heures, au début, parce que j'instituais la médication tardivement, au 21e jour de l'infection. Cette dose a été fort bien supportée.

une teinte saumonée passagère ; mais le colorant azoïque, peu toxique, est généralement très bien supporté (1).

Lavements créosotés. — M'inspirant de la méthode systématique de L. Weiller(2), j'ai souvent soumis les petits broncho-pneumoniques à l'imprégnation créosotée avec le lavement suivant, deux fois par jour, pendant trois à quatre jours.

Créosote de hêtre....... deux à quatre gouttes
Lait bouili tiédi........ 60 à 100 c.c.

Bien émulsionner et pousser ce lavement sous faible pression, pour qu'il soit gardé le plus longtemps possible.

Transfusions de sang. — Les broncho-pneumonies graves sont justiciables de cette méthode. Le Professeur Rohmer (3) s'en déclare très partisan. Avec ses élèves Tassovatz et Schneegans il a été amené à formuler ainsi qu'il suit les indications de cette hémothérapie :

La forme simple ne nécessite pas la transfusion, sauf dans les cas, d'ailleurs assez fréquents, où l'infection se prolonge ou s'aggrave. Une seule transfusion suffit alors pour amener la guérison.

Dans les formes graves (toxi-infectieuse, bleue, blanche), le pronostic est considérablement amélioré par les transfusions à condition qu'elles soient pratiquées dès le début de la maladie et qu'elles soient répétées systématiquement jusqu'à ce qu'on obtienne l'apyrexie. Grâce à cette technique, la mortalité très élevée des formes graves aurait été abaissée de 70 à 30 et même 20 %.

Les doses de sang à injecter varient suivant les auteurs : Carlton préconise 15 c. c. ; Davidson 10 à 20 ; Rothmann, 10 à 40, Park 5 à 40, Rohmer 15 à 20 par kilo de poids. Certains auteurs emploient le sang pur, mais la plupart préfèrent le sang citraté, additionné de 0,3 % à 0,8 % de citrate de soude.

Les veines les plus diverses sont utilisées : jugulaire, veine du pli du coude, sinus, cependant ce dernier est déconseillé par Meyenburg, Davidson, Opitz, Petterson.

L'*exsanguino-transfusion* préconisée par Robertson, Brown et Simpson est également adoptée par Rohmer, toutes les fois que l'enfant présente une atteinte cardio-vasculaire : on retire une quantité de sang égale ou un peu inférieure à celle qu'on se propose d'injecter.

L'*immuno-transfusion*, qui utilise un donneur ayant eu de multiples infections pulmonaires, est préférée par certains auteurs.

La transfusion de sang a pu donner des résultats favorables dans certains cas de broncho-pneumonie considérés comme très graves ou même désespérés. Cependant, son efficacité est contestée par certains pédiâtres (Lesné et Mlle Dreyfus-Sée, Abricosoff, etc.). D'autre part, cette méthode héroïque n'est pas exempte d'accidents d'ordre mécanique ou anaphylactique.

(1) Des produits analogues au rubiazol, sont également utilisés contre les infections streptococciques entre autres le p. benzylamino-benzine-sulfamide (*septazine*).
(2) L. Weiller. — *Acad. de médecine*, 20-XII-1927.
(3) Rohmer et Tassovatz. — *Revue française de pédiatrie*, tome XI, n° 2, 1935. Rohmer et Schneegans. — *Le Concours médical*, 12 janvier 1936.

Thérapeutique antidyspnéique

La dyspnée au cours de la broncho-pneumonie n'est pas exclusivement mécanique. Elle reconnaît souvent une origine nerveuse ou toxique. Néanmoins, la suppression fonctionnelle de zones pulmonaires plus ou moins étendues entraîne une insuffisance respiratoire qui risque d'engendrer une asphyxie blanche ou bleue, et qui peut mettre d'une façon brutale la vie du nourrisson en danger. L'oxygène n'est plus fixé en quantité suffisante sur les globules rouges : il y a anoxhémie et il faut mettre en œuvre tous les moyens susceptibles de suppléer à cette carence. « De même qu'un sujet altéré doit être hydraté, un malade oppressé doit recevoir de l'oxygène, déclarent le Prof. Binet et Madeleine Bochet (1) ».

Oxygénothérapie. — Elle est réalisée habituellement au moyen d'inhalations, plus rarement au moyen d'injections sous-cutanées.

Inhalations d'oxygène. — Elles sont généralement effectuées par *voie buccale.* A défaut d'un dispositif meilleur, on peut utiliser les *ballons ordinaires d'oxygène*, mais comme il est nécessaire d'en employer un grand nombre, il est bon de pouvoir les alimenter au moyen d'un obus d'oxygène à haute pression. Il est également préférable de faire passer le courant d'oxygène à travers un flacon à deux tubulures contenant de l'huile goménolée. Les séances d'inhalation, d'une durée d'une demi-heure, pourront être répétées toutes les trois heures.

Les *appareils oxygénateurs* spéciaux donnent à n'en pas douter de meilleurs résultats. L'appareil de Henri Janet et Madeleine Bochet me paraît particulièrement recommandable. Il consiste en une cloche de verre qui s'insère sur un cercle métallique caoutchouté. A ce cercle est adapté, d'autre part, un large volant de tissu imperméable. La cloche est suspendue au moyen d'un support coudé au devant du visage de l'enfant ; le volant s'étale sur les couvertures du lit, réalisant une enceinte de petite capacité, communiquant par quelques interstices avec l'air extérieur. Un dispositif réfrigérant démontable permet de rafraîchir l'atmosphère de l'enceinte. Le reste de l'appareillage se compose d'un obus d'oxygène comprimé, muni d'un mano-détenteur

(1) Léon Binet et Madeleine Bochet. — La pratique des inhalations d'oxygène. *Presse médic.* 5-XII-1936.

dont l'un des cadrans indique la pression d'oxygène et l'autre, la valeur du débit.

Le débit d'oxygène varie suivant les besoins et l'âge du nourrisson, le débit de 5 litres à la minute étant le plus généralement employé. Les séances d'inhalation peuvent être de durée variable, de quinze à trente minutes en moyenne.

J'ai très souvent employé cet appareil qu'il est aisé d'obtenir à Paris en location (1) : il améliore sensiblement le pronostic de la broncho-pneumonie du premier âge, en particulier lorsqu'il existe un certain degré d'œdème pulmonaire.

A la suite de cette oxygénothérapie massive, j'ai vu en moins d'une heure, l'état d'angoisse de certains petits malades se dissiper, leur cyanose disparaître et leur dyspnée intense avec tirage accentué faire place à une respiration moins fréquente et plus régulière.

Les inhalations d'oxygène sont parfois effectuées par *voie naso-pharyngée* (Rist), lorsqu'on utilise les ballons ordinaires et qu'on se trouve en présence d'un nourrisson agité ou indocile. Dans ce cas, on peut mettre le ballon en communication avec une sonde de Nélaton que l'on introduit par une narine et que l'on maintient fixée soit à la joue, soit aux cheveux de l'enfant.

Injections sous-cutanées d'oxygène. — Ces injections, recommandées pour la première fois en 1911 par Ramond, peuvent donner des résultats inespérés dans les bronchites capillaires qui fournissent une mortalité de plus de 80 pour 100. (Taillens, Hallé). On peut utiliser un dispositif de fortune, mais il est préférable d'employer un des nombreux oxygénateurs spéciaux : *oxygénateur Bayeux-Richard, oxy-injecteur de Falip, appareil Dupuis,* etc... L'oxygène doit être in-injecté dans des zônes à tissu cellulaire lâche : région scapulaire, face externe des cuisses, abdomen. La dose maxima pour un nourrisson est de un demi-litre à l'heure, et un à deux litres par vingt-quatre heures. Ces doses fortes nécessitent la multiplication des lieux d'injection et leur résorption est souvent laborieuse.

Carbogénothérapie. — Les travaux des auteurs américains et français (Thalheimer, C. Cot, Gaudier) ont montré le rôle de premier plan de CO^2, sous la forme d'inhalation de *carbogène,* dans le traitement du syndrome asphyxique. Les auteurs qui utilisent les cloches à oxygène ont d'ailleurs pu également constater que le gaz carbonique produit sous la cloche par le malade est utile en stimulant le centre respiratoire bulbaire.

(1) Chez Rainal, frères, 23, rue Blondel, Paris (2e).

C. Cot souligne l'influence heureuse de CO^2 sur les états pleuro-pulmonaires aigus. L'inhalation de ce gaz diminue la sensation d'angoisse et d'étouffement en atténuant notablement la dyspnée et l'asphyxie. D'où l'indication de son emploi en inhalations dans le traitement des broncho-pneumonies à forme asphyxique.

Dans un article récent, Louis Béthoux (1) déclare même que la carbogénothérapie doit remplacer l'oxygénothérapie dans la plupart des cas. A son avis le carbogène est notamment indiqué lorsqu'il existe une diminution du champ de l'hématose : bloc pneumonique, broncho-pneumonie, etc.

Thérapeutique tonicardiaque

Les formes suraiguës et les formes prolongées de la broncho-pneumonie entraînent une dépression accentuée de l'organisme avec défaillance cardiaque qu'il faut s'efforcer d'enrayer ou d'atténuer par une médication judicieuse.

Les injections quotidiennes ou bi-quotidiennes d'*huile camphrée,* de *caféine,* d'*ergotine,* de *sérum glucosé* sont souvent indiquées. Il est souvent avantageux, d'autre part, de faire absorber tous les jours dans un peu de thé léger, deux gouttes de la *solution de digitaline à 1 pour* 1000.

Toutes les fois que l'on appréhende une complication cardiaque et particulièrement lorsque celle-ci est liée à une forme œdémateuse, on pourra très utilement pratiquer des *injections intramusculaires d'ouabaïne* à la dose de 1/8e de milligramme et poursuivre cette thérapeutique pendant six, huit et même dix jours consécutifs (Cathala). L'ouabaïne sous cette forme, est très bien supportée par les plus jeunes enfants.

Le traitement actuel de la broncho-pneumonie du premier âge est, à n'en pas douter, nettement plus efficace que celui que la médecine mettait à notre disposition il y a une trentaine d'années, au temps de nos études. La broncho-pneumonie est toujours menaçante et trop souvent meurtrière ; mais, en utilisant avec discernement et avec énergie les différents procédés que je viens d'exposer, le praticien aura souvent la satisfaction de sauver son petit malade.

Des cas désespérés en apparence ont pu être modifiés du tout au tout et rapidement par une intervention thérapeutique appropriée. Il convient de ne pas l'oublier.

(1) Louis Béthoux. — Le carbogène doit-il remplacer l'oxxgène dans la pratique médicale courante ? *Le Concours médical,* 7 février 1937.

LA CLINIQUE AU GOÛT DU JOUR

Chez l'enfant, recherchez la sinusite maxillaire,

au cas de douleurs fronto-pariétales ou de rhino-pharyngites rebelles

D'après le Docteur Lévy-Deker (*)

C'EST UNE SINUSITE LATENTE, QUI JAMAIS NE SE RÉVÈLE PAR UNE SYMPTOMATOLOGIE LOCALISÉE

Subaiguë ou chronique, cette variété de sinusite mérite toute l'attention des praticiens, car elle permet d'expliquer la persistance de rhino-pharyngites, qui se montrent rebelles aux traitements classiques. Jusqu'à ces derniers temps, on ne connaissait, en effet, que certaines sinusites aiguës de l'enfance, que l'on classait en deux catégories ; l'une, observée au cours du premier âge, était en réalité une ostéomyélite des germes dentaires du nourrisson ; l'autre était la sinusite banale purulente, complication relativement peu fréquente des maladies infectieuses (grippe, scarlatine). Celles-ci se traduisaient par une symptomatologie bruyante, *localisée* comme des sinusites purulentes de l'adulte.

La forme, à laquelle il est ici fait allusion, en ne considérant que l'enfant, est bien une sinusite maxillaire, car les sinus frontaux et sphénoïdaux ne se forment qu'à partir de six ans et, de plus, leur développement se révèle lent, et il ne se fait qu'au cours de l'adolescence.

Sous sa forme aiguë, l'inflammation de ce sinus est, certes, facile à déceler, et déjà *bien connue*. C'est ainsi qu'après six ans, on pensera à l'ostéomyélite des germes dentaires de deuxième dentition, qui comblent et soulèvent le plancher de la cavité ; le volume de celle-ci ne dépassait pas, jusqu'à présent, celui d'une noisette ; mais il va se développer progressivement pour atteindre sa morphologie adulte à douze ans. D'autre part, au cours des maladies infectieuses, on envisagera la banale sinusite purulente, dont le diagnostic n'offre pas non plus de grandes difficultés, en raison de ses symptômes bien déterminés.

Mais, dans sa forme *latente*, il n'en est plus de même, car il existe une véritable rétention sinusienne *plus difficile à dépister*. L'infection torpide, partie de la pituitaire, a gagné de proche en proche la muqueuse des sinus, et celle-ci s'est tuméfiée au point d'obturer l'orifice de la cavité. *Les signes cliniques restent imprécis*, au point d'éveiller l'inquiétude du praticien, si l'éventualité d'une sinusite maxillaire ne vient à son esprit, car « rien n'est plus sournois, plus pauvre en symptômes que ces sinusites ».

Elles constituent, avant tout, une infection ocale, latente, qu'il faut savoir rechercher, non par ses signes locaux, mais par ses répercussions à distance, et qu'il est indispensable de confirmer par la radiographie. Localement, aucune douleur spontanée ou provoquée n'attire l'attention vers le sinus. On ne trouve pas ici les névralgies sous-orbitaires ou dentares, si caractéristiques des sinusites de l'adulte.

Les névralgies se font *à distance* ; tantôt l'enfant se plaint de douleurs lancinantes, intermittentes, uni ou bilatérales, localisées dans la région fronto-pariétale ou la région temporo-mastoïdienne. Tantôt les douleurs sont plus diffuses, véritables céphalées survenant par crises, sans cause apparente, et localisées à la région fronto-orbitaire. On ne peut cependant pas dans ces cas incriminer le sinus frontal, peu ou pas développé à cet âge, ainsi qu'il a été dit.

Néanmoins, le plus souvent on note un écoulement nasal intermittent, muqueux ou muco-purulent, d'une abondance extrême, obstruant les fosses nasales, et surtout *rebelle à tout traitement*. Il ne présente aucun caractère distinctif particulier : l'enfant fait des rhumes fréquents, interminables. L'écoulement est unilatéral, fréquemment bilatéral ; c'est un jetage de muco-pus, dont l'abondance seule attire déjà l'attention. Celui-ci se fait également en arrière dans le pharynx pendant le décubitus, et cette éventualité explique les toux quinteuses, « aboyantes » des pharyngo-laryngites, ou des bronchites descendantes. Les mucosités dégluties infectent de façon chronique les voies digestives.

En dehors des périodes de réchauffement, où l'écoulement par son abondance encombre les fosses nasales, l'obstruction du nez est peu marquée ; l'enfant respire normalement la bouche fermée, et dort calmement. Cependant, une toux quinteuse, sèche, survenant le matin au réveil, ou bien aux changements de position doit être remarquée. On comprend facilement qu'un sinus, vidant son trop plein par intermittences, puisse déclencher ces toux rebelles, dont l'origine parfois reste longtemps méconnue.

La sinusite maxillaire latente est également la

(*) Les sinusites de l'enfance (*La Médecine*, janvier 1937).

cause d'otites récidivantes, qu'on ne s'explique pas, et qui résultent en réalité d'une infection propagée par voie naso-tubaire.

Le médecin traitant est encore intrigué par des poussées fébriles, dont il ne saisit pas l'origine, mais qui coïncident avec des périodes de réchauffement de l'infection locale. Il s'agit pourtant d'enfants, qui ont déjà été opérés de végétations adénoïdes et de tonsillectomie, souvent à plusieurs resprises.

Ces sujets deviennent des inaptes au travail ; leur développement est retardé. L'infection chronique finit par déterminer un état d'anémie progressive, qui se traduit par une pâleur des téguments, un teint blafard, de la polynucléose, ou de la lymphocytose.

L'examen local ne permet pas à lui seul d'affirmer l'existence d'une sinusite

En période aiguë ou de réchauffement, les fosses nasales sont pleines de mucosités purulentes, abondantes, irritant les téguments externes. Débarrassées de ces mucosités, les muqueuses apparaissent congestives, vernissées, souvent hypertrophiées au niveau du méat moyen.

A froid, c'est également au niveau du méat moyen, au voisinage de l'ostium maxillaire, que l'on retrouve le plus de sécrétions. Le pituitaire présente tantôt un aspect hypertrophique, tantôt et ceci à un stade plus avancé un aspect atrophique.

La rhinoscopie postérieure montre le cavum infecté par les sécrétions d'origine nasale.

Plus rarement les sinusites se révèlent par un volumineux polype muqueux solitaire évoluant vers le cavum et rattaché par son pédicule au méat moyen. Kilian a montré, il y a fort longtemps déjà, que ces polypes n'étaient que l'extériorisation endonasale d'une sinusite maxillaire latente, que confirment les radiographies.

Deux examens permettent de poser le diagnostic de sinusite : l'éclairage et la radiographie.

Eclairage. — L'éclairage à la lumière blanche peut révéler une opacité sinusienne ; en utilisant une lumière bleutée, la diaphanoscopie est plus démonstrative encore, car les mucosités sont opaques aux rayons bleus ; cette opacité est particulièrement nette pour les sinusites unilatérales, dont l'obscurité contraste avec la transparence du côté sain.

Radiographie. — La différence de transparence des sinus est encore plus nette à la radiographie qui, seule, permet d'affirmer le diagnostic de sinusite. La position de choix pour les sinus maxillaires est la position de face : en mentonez écrasé plaque. On peut utiliser soit un rayon vertical, l'enfant étant couché la face tournée vers la plaque, soit un rayon horizontal, le malade assis face à l'écran. Afin d'éviter la projection des rochers dans la cavité sinusienne, il est bon d'utiliser un rayon incident, faisant un angle de 15 à 20° par rapport au rayon perpendiculaire à la plaque. Normalement la transparence des sinus maxillaires est analogue à celle des cavités orbitaires ou du sinus frontal.

En cas de sinusite, la cavité est estompée, grisaille, plus claire sur le négatif que la cavité orbitaire. *Il faut se méfier de la projection des rochers* dont l'opacité double parfois celle d'un sinus qu'elle pourrait faire croire malade. Le bord supérieur du rocher est en général facile à repérer, et l'épaisseur de la pyramide pétreuse n'occupe que rarement toute la plage du sinus, maxillaire.

En résumé un sinus gris est un sinus malade, infecté.

***

Le traitement est presque exclusivement médical

Et c'est là un contraste frappant, avec celui des sinusites de l'adulte, qui nécessite si souvent des interventions chirurgicales.

La thérapeutique est, en général, très simple et rapide. Il suffit de drainer le sinus malade, afin d'éliminer le muco-pus épais, qui le remplit. On recommande les inhalations ou pulvérisations décongestives (mentol, cocaïne, adrénaline, éphédrine).

Mais il faut également recourir à des lavages du sinus sous pression, afin de le vider de son contenu septique. La présence des germes dentaires au niveau du méat inférieur oblige à le faire par le méat moyen. On y parvient grâce aux canules fines et coudées de Yankauer, qui pénètrent facilement par l'ostium normal du sinus maxillaire.

Un lavage de sérum chasse le muco-pus, bouchon gélatineux que l'enfant mouche au milieu de l'eau de lavage. Trois ou quatre interventions de ce genre, remarquablement tolérées après anesthésie locale par les enfants de 3 à 5 ans, suffisent en général, à drainer le sinus, tarir ses sécrétions et assurer une guérison, qui vient ensuite confirmer la radiographie.

Ce traitement sera utilement consolidé par une cure sulfureuse (Luchon, Les Eaux-Bonnes, Enghien-les-Bains, Cauterêts, Challes). Il faut d'ailleurs signaler que les effets heureux de ces cures sulfureuses, dans les infections rhinopharyngées, et que l'expérience a consacrés depuis de longues années, reposent partiellement sur la guérison de ces *sinusites latentes méconnues* par le traitement thermal.

G. Fischer.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Les érythroblastoses du fœtus et du nouveau-né

Les érythroblastoses du fœtus et du nouveau-né groupent l'anasarque fœto-placentaire type Schridde, l'ictère grave familial et l'anémie grave du nouveau-né. En apparence disparates, ces trois maladies possèdent deux traits communs, le caractère familial, et la présence d'une érythroblastose sanguine élevée. Au surplus, la succession, l'alternance ou la coexistence de ces divers syndromes chez les enfants d'une même famille établit bien qu'il s'agit d'une même maladie.

Le Docteur M. LAMY expose qu'en face d'une anasarque du fœtus, le diagnostic d'érythroblastose doit être soupçonné, si l'examen anatomique ne décèle ni néoplasme du fœtus ni malformation des organes fœtaux ou des annexes et si l'examen de la mère indique l'absence de toute maladie et plus particulièrement de néphrite. L'ictère grave familial est le plus souvent confondu avec d'autres variétés de jaunisse : ictère physiologique, ictère grave par syphilis spléno-hépatique, ictère congénital par malformations des voies biliaires. L'ictère grave infectieux ne sera pas confondu car il s'accompagne de fièvre élevée, d'hémorragies diverses, de cyanose intense.

Quant à l'anémie grave du nouveau-né, elle pourrait être prise pour une anémie hérédo-syphilitique ou une chloro-anémie par carence, par oligosidérémie. C'est l'examen du sang qui tranche le diagnostic. L'existence d'une proportion relativement élevée d'érythroblastes est banale dans toutes les anémies des nourrissons mais leur taux n'est jamais assez élevé pour simuler une érythroblastose authentique.

Il n'existe pas de traitement de l'anasarque fœto-placentaire. La thérapeutique la plus active de l'ictère grave familial est la transfusion sanguine. On injectera dans la jugulaire ou, après dénudation, dans une veine du pli du coude, 20 à 30 c. c. de sang pur ou citraté. Les transfusions seront faites dès le premier jour, si la maladie est reconnue, et répétées tous les deux jours pendant une ou deux semaines. Si la transfusion est impossible, on recourra aux injections intra-musculaires de sang : 15 c. c. tous les jours ou tous les deux jours, jusqu'au moment où l'aspect général du nourrisson sera devenu satisfaisant et la formule sanguine sensiblement normale.

Le même traitement doit être opposé aussitôt que possible à l'anémie grave du nouveau-né. La bénignité relative de cette forme d'érythroblastose explique que la méthode des transfusions sanguines répétées y enregistre des succès particulièrement remarquables. (*Le Bulletin Médical*, 19 décembre 1936.)

Sur l'évolution d'une appendicite aiguë chez un vieillard diabétique

Le malade envisagé par J. BOTTIN fut opéré de l'appendicite dans des conditions particulièrement difficiles ; par ailleurs il était atteint d'un diabète sucré important. A la suite de l'opération et malgré l'administration d'une dose forte d'insuline, on vit le sucre sanguin atteindre un niveau particulièrement élevé et des signes d'intoxication acide faire leur apparition. L'auteur combina à l'insuline une thérapeutique qui exerça les effets les plus heureux sur la courbe du sucre sanguin. Il institua une hydratation massive (car la diurèse restait basse) et dès le lendemain la chute de la glycémie était considérable en même temps que les urines devenaient abondantes ; le taux de l'urée était en décroissance ; les corps acétoniques disparaissaient rapidement de l'urine. J. Bottin a déjà insisté sur l'importance que présente, d'une manière générale, pour la clinique chirurgicale, le syndrome de déshydratation et de déminéralisation qui peut prendre naissance soit à la suite d'une opération chirurgicale, soit à la suite de vomissements et de diarrhées ou d'autres éventualités. Ce syndrome par lui-même ne joue peut-être pas un rôle primordial, mais il permet l'élaboration et l'accumulation dans le sang et les tissus de toxines qui ne peuvent plus être éliminées en raison de la réduction de la diurèse. L'état s'améliore par l'introduction de grandes quantités de liquide mais à la condition d'ajouter à l'eau des éléments minéraux, qui lui permettent de remplir un rôle osmotique satisfaisant, grâce à la présence des ions Na, Cl, K et Ca. Cette thérapeutique permet une désintoxication remarquable en luttant contre la déshydratation et la déminéralisation ; l'insuline seule n'avait pu agir d'une manière efficace. (*Liège Médical*, 27 décembre 1936).

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Syndrome post-opératoire « pâleur-hyperthermie » chez une jeune fille de 17 ans

(MM. ALAJOUANINE et Jean QUÉNU ; 20-1-1937)

Le syndrome post-opératoire « pâleur-hyperthermie », décrit par Ombrédanne et étudié par son élève Armingeat, est une complication grave, qui tue en quelques heures et a été rencontré jusqu'à ce jour seulement chez les jeunes enfants, les nourrissons surtout, en particulier après les opérations de bec-de-lièvre, de mastoïdite, d'angiomes. C'est un aléa redouté des chirurgiens qui opèrent ces tout-petits.

Ce syndrome peut-il s'observer à un âge plus avancé ? Le cas rapporté par MM. Alajouanine et Jean Quénu concerne une jeune fille de dix-sept ans atteinte d'une tumeur anévrismale de la région occipitale, par ailleurs de très bonne santé apparente, ce qu'a confirmé un examen général de son état (cœur normal, urines normales, etc.). Elle est opérée le 7 janvier en un premier temps (ligature des carotides externes), et le 9 janvier en un deuxième temps. A la fin de l'opération, le pouls reste un peu rapide. A 16 heures, on prend la température : 40°7. A 16 h. 45, soit 6 heures après l'opération, M. Quénu visitant la malade est frappé de sa *pâleur* extrême. Pouls rapide, presque incomptable. Soulevée pour être auscultée, la patiente est secouée de mouvements convulsifs et tombe en syncope. Elle reprend connaissance, retombe dans un état sub-comateux. Les extrémités se refroidissent. Le corps est brûlant. Température : 42°3. Mort huit heures après la fin de l'intervention chirurgicale. L'autopsie, faite par M. Alajouanine, montre un œdème cérébral prédominant dans le tuber et les noyaux gris centraux.

Dans la littérature médicale, M. Quénu n'a pas trouvé un seul cas de mort post-opératoire par pâleur et hyperthermie au-dessus de six ans, sauf celui de M. Mondor (treize ans). Presque toutes les observations publiées concernaient des enfants de moins d'un an.

Il existe peu de documents anatomiques sur cette question. Les morts sont fréquentes, mais les autopsies sont rares. On a généralement noté de l'hyperémie et de l'œdème encéphaliques et quelques lésions congestives variables des autres viscères.

MM. Alajouanine et Quénu déduisent de ces constatations que le syndrome pâleur-hyperthermie a comme substratum anatomo-physiologique un désordre vasculaire parfois généralisé à tous les viscères, toujours prédominant sur l'encéphale, où l'on peut noter soit une simple vaso-dilatation, soit à un stade plus avancé de l'œdème cérébral. L'œdème cérébral peut être considéré comme la cause immédiate de la mort. L'atteinte du *tuber*, siège de la fonction thermo-régulatrice et des centres vaso-moteurs supérieurs explique suffisamment l'hyperthermie rapide et excessive.

Au point de vue pathogénique, il est probable qu'il s'agit d'un acte réflexe dont le point de départ est dans le traumatisme opératoire. Le nourrisson a un système neuro-végétatif instable, ce qui rend compte de la fréquence du syndrome chez les jeunes enfants. Pour M. Ombrédanne, les lésions congénitales sont une prédisposition à ce genre d'accident.

La prophylaxie de cette redoutable complication reste bien incertaine. On peut, comme le fait Armingeat, administrer systématiquement avant toute intervention chez le nourrisson des calmants (gardénal, bromure). En présence d'accidents déclarés, au traitement symptomatique par le refroidissement et les toni-cardiaques, il paraîtrait logique d'ajouter un traitement visant l'œdème cérébral (lobe postérieur d'hypophyse, etc.).

— M. Paul MATHIEU a vu des cas très voisins du syndrome pâleur hyperthermie chez des sujets d'une vingtaine d'années. On peut se demander si ce terrible syndrome ne s'observe pas chez l'adulte.

— M. LEVEUF a opéré de colpotomie une femme de 55 ans. Opération rapide, d'une durée de dix minutes. L'après-midi, syndrome de pâleur-hyperthermie (39°5), et mort 8 heures après l'opération.

— M. André MARTIN remarque que le syndrome pâleur-hyperthermie est plus particulièrement à redouter pour certaines interventions opératoires, pour les opérations d'angiome, d'anévrysme cirsoïde. Toutefois, il peut apparaître après l'intervention la plus banale, comme l'incision d'un simple abcès : c'est la hantise des chirurgiens d'enfants.

— M. FÈVRE trouve dans l'observation de M. Quénu la synthèse des trois grandes causes favorisantes du syndrome pâleur et hyperthermie : 1° la lésion congénitale ; 2° la lésion vasculaire (l'angiome) ; 3° la situation péri-cranienne de la lésion. Les opérations sur la tête déclenchent plus facilement le syndrome pâleur-hyperthermie, et les oto-rhino-laryngologistes en ont vu de nombreux cas après des trépanations de la mastoïde chez les nourrissons.

P. L.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Bulletin de l'Actualité

LE MÉDECIN PRATICIEN ET LES CONSULTANTS

Il y a quelques mois, mon excellent ami Micheleau (de Coutras) étudiait dans la *Gironde médicale* un point un peu particulier de déontologie, qui se présente de temps à autre, et risque de nuire aux excellentes relations que doivent toujours avoir entre eux des confrères honorables, qu'ils soient praticiens ou spécialistes.

Voici le cas qu'il nous soumet.

Appelé d'urgence auprès d'une cliente habituelle pour une hémorragie génitale, qui l'avait plus affolée qu'elle n'était grave, notre confrère recueillait ces renseignements curieux :

Cette malade qu'il soignait depuis toujours, avait présenté des troubles colibacillaires graves, qui avaient nécessité l'avis d'un urologue. Il l'avait adressée avec un mot d'observation à un spécialiste qualifié, dont elle lui avait dit être satisfaite. Ce confrère l'avait vue à plusieurs reprises, et il le tenait au courant des soins donnés.

Or, cette malade, sur le conseil d'une voisine, était allée, d'elle-même, consulter dans une grande ville toute proche, un chirurgien non spécialisé dans l'urologie, qui l'avait aiguillée vers un autre confrère, pour l'application d'un traitement diathermique.

C'est ce spécialiste qui, prenant la malade en traitement, lui avait fait une cautérisation du col de l'utérus, à la suite de laquelle la malade saignait et appelait au secours son médecin habituel.

Notre ami, après avoir constaté que l'hémorragie était légère, et qu'il existait un pansement, conseillait à la malade de retourner vers le spécialiste qui lui avait fait l'application diathermique, en le priant de lui dire par lettre ce qu'il pensait de cette malade, pour pouvoir, le cas échéant, intervenir en connaissance de cause.

Il n'a jamais revu la malade, il n'a jamais reçu de réponse.

Je comprends admirablement l'étonnement de Micheleau, et je crois que son cas n'est pas unique dans la pratique médicale quotidienne, car, de plus en plus, le malade échappe à la direction de son médecin traitant, et cherche à se soigner à son idée, auprès d'un spécialiste, qui lui est recommandé par des amis ou même dont il a pu entendre parler.

Il arrive fréquemment aux spécialistes des grandes villes de voir arriver dans leurs cabinets des malades qu'ils ne connaisent point, qui leur répondent, lorsqu'on leur demande quel est leur médecin, qu'ils n'en ont point et qu'ils viennent pour avoir un avis éclairé. Ce n'est souvent que longtemps après, quand on les connaît mieux, qu'on a gagné leu confiance, qu'on apprend qu'ils ont en réalité un médecin, et lorsqu'on leur montre dans quelle situation délicate ils vous ont placé, ils se rendent compte, et alors seulement, de l'attitude incorrecte qu'ils ont eue.

Il y a donc, à la base de ces malentendus, une faute du malade, et je crains fort que dans le cas de Micheleau la malade, rassurée sur la gravité de son hémorragie, n'ait point parlé de lui au spécialiste, et qu'actuellement, allant mieux, et gênée de n'avoir point suivi ses conseils, elle n'ose plus se représenter chez lui.

Je me demande si les choses ne se seraient point passées autrement, s'il avait écrit directement ou téléphoné au confrère, bien que ne l'ayant point choisi, et si une lettre simple, correcte, exposant les faits, n'aurait pas aplani un malentendu.

A l'époque actuelle, où le malade cherche à se soigner un peu à sa guise, où sottement il a peur de dire à son médecin le consultant, qu'il désire voir de préférence à un autre, il est nécessaire qu'un effort soit fait, entre les médecins, pour conserver coûte que coûte les bonnes relations confraternelles.

Il m'arrive souvent de voir dans mon cabinet des malades, qui y sont venus d'eux-mêmes. Je leur explique que l'effort du spécialiste qu'on voit de temps à autre sera vain, s'il ne peut compter sur l'appui du médecin habituel, qui, seul, peut continuer des traitements, voir la manière dont ils sont efficaces, et donner par une lettre, des avis fort utiles, d'après les observations, qu'il a pu faire sur un malade, sur sa famille ou sur son entourage.

La lettre que je donne, après avoir conseillé un traitement, est en général remise, et j'ai pu ainsi, entrer en relations avec des confrères, que j'ignorais et qui sont devenus d'excellents amis.

Je sais bien qu'il en est d'autres, auxquels

ma lettre a été remise et qui ne m'ont jamais répondu. Tant pis, ils ont persévéré dans un mouvement d'humeur parce que ne m'ayant point choisi, ils n'ont pas voulu entrer en relations avec moi, j'ai pris bonne note de leur incorrection et m'en souviendrai à l'occasion, car on se retrouve toujours, et je leur dirai combien leur manière de faire m'a paru critiquable.

Si nos relations confraternelles étaient empreintes de plus de simplicité et de moins de formalisme, les clients nous échapperaient beaucoup moins ; le médecin, mieux que tout autre, devrait comprendre le désir qu'a le malade de ne pas se borner à un seul avis; ce désir, souvent, il n'ose pas l'exprimer à son médecin qui cependant, s'il est lui-même malade ou si l'un des siens est gravement atteint, n'hésite pas à recourir à 2 ou 3 consultants.

La publicité donnée à bien des maîtres frappe les malades, et leur désir de consulter est beaucoup plus précis que le médecin ne le croit, ce n'est point vers tel ou tel maître de la spécialité qu'ils veulent aller, c'est chez *Un tel* dont ils ont entendu parler par des amis, dont ils ont vu la photographie, qu'ils ont rencontré, qu'on leur a montré. Ce désir dont, au fond, ils sentent un peu le ridicule, pour rien au monde ils ne l'exprimeraient à leur médecin ; aussi, sans rien en dire, ils profitent d'un voyage, et mettent leur projet à exécution. Au hasard de voyages en province, où je compte beaucoup de parents et d'amis, j'ai pu me rendre compte de la manière exacte dont les choses se passent, et quand j'entends dire à des parents qu'ils ont été consulter à Paris, pour des troubles urinaires, tel confrère éminent dont la réputation est grande pour les affections du foie ou pour les affections du poumon, je trouve toujours l'ami, le voisin, le parent qui avait été si satisfait de la consultation reçue pour sa vésicule biliaire ou pour son emphysème, et qui n'a eu de cesse jusqu'à ce qu'il entraîne l'ami, dont la prostate est hypertrophiée, chez celui qu'il juge comme le premier médecin de Paris.

Le spécialiste consulté a, comme le dit fort bien Micheleau, le devoir de rechercher comment le malade est venu chez lui, et il doit faire tous ses efforts pour remonter jusqu'au médecin traitant.

Certes, le cabinet du consultant est un terrain neutre, où chacun peut venir librement, mais nous savons tous que le malade, qui vient nous voir, a un médecin et feindre l'ignorer, ce n'est déjà plus de la très bonne confraternité.

Mais le praticien n'a pas toujours rendu faciles les bons rapports, et Micheleau le dit bien avec sa finesse gasconne : « Il faut, lors que le malade revient de chez un spécialiste, qu'il a choisi lui-même, le recevoir avec amabilité et songer avant de s'emporter et d'en appeler à sa dignité froissée, qu'il existe un réel adage dont il est bon de se souvenir au cours de l'exercice de notre profession : « Le médecin est fait pour le malade et non le malade pour le médecin ».

Car ce sont bien des froissements d'amour-propre, qui viennent compliquer tant de situations, dont la simplicité était évidente si les confrères avaient voulu s'en expliquer loyalement. C'est le cas de ces malades, qui arrivent chez un consultant, en déclarant que leur médecin leur applique un traitement qu'ils jugent inefficace, qui leur fait du mal, et qu'ils refusent de continuer. Le problème ainsi posé demande bien de la diplomatie, surtout si, en son âme et conscience, on juge que c'est le malade qui a raison. Si le confrère est un ami, qu'on ait avec lui assez de liberté pour parler avec franchise, une conversation entre malade, médecin et consultant suffit à tout arranger parfaitement, sans qu'il y ait aucun froissement, et souvent on redonne au malade une confiance nouvelle. Mais, avec un confrère que l'on n'a jamais vu, quand, à la première allusion, on sent au bout du fil qu'il est cabré, froissé, que pour rien au monde il ne veut entendre parler de ce malade ou le voir en consultation, vous pouvez avoir la certitude que le consultant ne reverra jamais le malade, le praticien perdra sa clientèle au profit d'un autre confrère, parfois même d'un empirique ou d'un charlatan.

La conclusion de Micheleau est la bonne.

Chirurgiens spécialistes, soyez persuasifs auprès du malade et courtois pour le médecin traitant dans votre cabinet. Médecins traitants, soyez aimables pour l'enfant prodigue qu'on vous renvoie et d'une courtoisie absolue pour le spécialiste, que *Le libre choix* un peu brutal de votre client vous a imposé.

Dr Raphaël MASSART

ASSURANCES SOCIALES

I

La juridiction des Conseils de famille est-elle obligatoire ? Peut-on se dérober au paiement des dépens ? La publication en clair des sentences

Parce qu'il est un syndicaliste fervent et qu'il vient d'avoir une discussion avec un confrère non-syndiqué, un de nos lecteurs nous pose une série de questions, pour qu'à l'aide de nos réponses, il puisse confondre son interlocuteur, qui se riait de la justice corporative et de ses sanctions.

Notre correspondant nous précise que le non-syndiqué lui a soutenu qu'en matière d'assurances sociales, la juridiction des Conseils de famille n'était applicable qu'aux seuls syndiqués et que le décret-loi du 28 octobre 1935, qui modifie la législation des Assurances sociales, permet de soumettre directement et en premier ressort un conflit à la Commission supérieure de contrôle, composée de trois délégués du Conseil supérieur des Assurances sociales.

Seuls, les syndiqués seraient justiciables des Conseils de famille départementaux et du Conseil national.

En second lieu, le non-syndiqué se vante d'échapper ainsi, en cas de condamnation, au paiement des dépens de première instance, qui sont souvent fort élevés et de ceux d'appel, puisque le recours devant la Commission supérieure est gratuit. Il prétend même que s'il était condamné par un Conseil de famille, il ne paierait pas ces dépens et qu'on ne pourrait rien contre lui.

Enfin, dernière question qui nous est posée : est-il vrai que les Syndicats n'ont pas le droit de publier, dans leurs *Bulletins*, les noms, ou même les initiales des condamnés et qu'un non-syndiqué aurait le droit de poursuivre le dit bulletin en diffamation ?

Je dois tout d'abord répondre par une affirmation, qui, à première vue, semble devoir être une Lapalissade : si le praticien ne veut pas être justiciable du Conseil de famille, alors qu'il n'est pas syndiqué, il doit rester complètement en dehors de la loi des Assurances sociales, c'est-à-dire soigner les assurés sociaux comme des malades de droit commun, se refuser à signer leurs feuilles de maladie et donner au client des reçus de droit commun, pour attester le paiement des honoraires, ainsi que la somme perçue, sans, bien entendu, omettre d'apposer un timbre de quittance.

Mais il est probable que, pour répondre aux désirs de son client, le praticien signera les feuilles d'assurances sociales et, pour rendre service au malade, lui donnera toutes les attestations dont celui-ci a besoin, pour toucher de sa Caisse les prestations en nature, ou en argent, auxquelles il a droit.

Dans ces conditions, le praticien devient justiciable des dispositions légales contenues dans la législation des Assurances sociales, ainsi que nous le verrons plus loin. Nous allons les passer tour à tour en revue.

La juridiction des Conseils de famille est-elle obligatoire ?

A première vue, la lecture superficielle de l'article 8, paragraphe 5 du décret-loi semble donner raison au non-syndiqué. Nous lisons en effet que les difficultés nées à l'occasion de l'exécution du contrôle technique sont soumises à une Commission supérieure de contrôle, composée d'un conseiller d'Etat président et d'un représentant des Caisses et des Syndicats de praticiens, ces trois membres étant nommés par le Conseil supérieur des Assurances sociales et pris dans son sein.

Cette Commission supérieure statue en premier et dernier ressort, ce qui semblerait vouloir dire que l'une des parties aurait le droit de porter directement le litige à la connaissance de cette juridiction supérieure, en passant par dessus les juridictions secondaires, telles que les Conseils de famille départemental et le Conseil national.

Cependant la lecture attentive et complète dudit paragraphe nous conduit à décider que pareille assertion est erronée. La Commission supérieure de contrôle ne statue en premier et dernier ressort que sur les litiges qui, en raison de l'absence de convention passée entre les Caisses et les Syndicats professionnels de praticiens, n'ont pas été préalablement soumis aux groupements professionnels nationaux de praticiens. Mais elle ne connaît qu'en appel et en dernier ressort des décisions prises conformément à leurs statuts par les groupements professionnels nationaux de praticiens.

Ce qui revient à dire que la justice des Conseils de famille départementaux, organisée par les statuts de la Confédération, puis celle du Conseil de famille national, jugeant en appel, sont obligatoires pour les praticiens, lorsque localement les Syndicats ont signé des conventions avec les Cais es.

Le non-syndiqué peut-il encore soutenir que, parce qu'il n'est pas adhérent au groupe profes-

sionnel, il échappe à cette juridiction confraternelle ?

Il lui sera répondu en lui opposant les termes de l'article 10, paragraphe premier du décret du 19 mars 1936, portant règlement d'administration publique. « Le praticien qui signe les imprimés, dont la production est exigée par la « Caisse pour l'obtention des prestations, est « réputé avoir adhéré aux clauses de la convention passée entre la Caisse et le Syndicat. »

Il n'y a donc aucune possibilité, pour le praticien quel qu'il soit, d'échapper à la juridiction de ses pairs, en ce qui concerne le contrôle technique et le redressement des abus, lorsque les Caisses d'assurances sociales ont signé des conventions avec les Syndicats de praticiens, c'est-à-dire partout.

La justice disciplinaire des Conseils de famille s'impose ainsi à tous, syndiqués, ou non-syndiqués, du fait que les praticiens donnent leurs soins aux assurés sociaux (en ce sens, Commission supérieure de contrôle, 19 mai 1936). Vainement pourrait-on soutenir que la loi n'a pas reconnu officiellement ces Tribunaux d'exception, que constituent les Conseils de famille. Le décret-loi admet, pour les groupements nationaux de praticiens, la possibilité d'organiser une juridiction disciplinaire, dont le règlement est inscrit dans les statuts annexés aux conventions passées entre Syndicats et Caisses.

La juridiction légale d'exception, innovée par le décret-loi, connaît en appel de ces décisions syndicales et peut donc les modifier, étant bien entendu que le contrôle de la Cour de cassation est toujours possible, en cas où l'une des parties invoquerait une violation de la loi.

Condamné aux dépens, un praticien peut-il se refuser à les payer ?

S'il s'agit d'un praticien syndiqué, la réponse est facile à faire, car les statuts du groupe professionnel prévoient le fonctionnement du Conseil de famille et le paiement des dépens mis à la charge du condamné. Ce ne sera donc que l'exécution d'une convention que le syndiqué a acceptée lors de sa demande d'admission au Syndicat.

En ce qui concerne le non-syndiqué, on peut croire *a priori* qu'il peut échapper au paiement des dépens. Il n'en est rien.

Condamné par le Conseil de famille départemental, le praticien ne pourra interjeter appel qu'en consignant une somme fixe de 500 francs, payable d'avance. Le règlement du Conseil de famille national a été bien inspiré en rendant obligatoire cette provision pour les frais.

Cette juridiction d'appel liquidera les dépens dans sa sentence et partagera ceux-ci entre les parties, selon qu'elles succombent en totalité ou en partie dans leurs prétentions.

Si le sur-appel est interjeté devant la Commission supérieure de contrôle, point d'avance à verser pour les dépens, mais ladite Commission tient du décret-loi le droit de liquider les frais et de rendre sa sentence exécutoire. Autrement dit, le condamné ne peut échapper au paiement des sommes qui sont mises à sa charge, car l'exécution de la sentence sera assurée, s'il y a lieu, par tous les moyens de droit. Bien entendu, le Conseil de famille national, qui interjettera appel principal ou incident, ne négligera pas de demander, dans son instance, la condamnation du praticien aux dépens.

Mais supposons que le condamné par le Conseil de famille départemental n'interjette pas appel et fasse la sourde oreille aux réclamations du trésorier du Syndicat. N'a-t-on aucun recours contre lui ? Ne peut-on pas bénéficier d'une voie d'exécution possible ?

Trois procédés me semblent possibles.

1° Recours devant la juridiction de droit commun

Le président du Conseil de famille départemental peut s'adresser au président du Tribunal civil pour lui soumettre la sentence syndicale, permettre à ce magistrat de vérifier si toutes les garanties légales ont été prises, notamment si les droits de la défense ont été respectés. Après quoi l'exécutoire pourra être accordé.

Mais disons de suite que très probablement, le président du Tribunal civil se refusera à reconnaître force probante à une décision de justice, émanant d'un Tribunal d'exception : le Conseil de famille, qui n'a pas été institué par une loi.

Aussi donnera-t-il plutôt le conseil d'assigner le praticien condamné, pour le faire régulièrement condamner par le Tribunal compétent à avoir à payer les frais du contrôle technique et des conséquences de celui-ci, étant donné que les statuts du Syndicat, annexés à la convention Syndicat-Caisse, prévoient cette comparution devant le Conseil de famille et la mise des dépens à la charge de la partie qui succombe. Le médecin non-syndiqué est réputé par le décret de 1936 avoir pris connaissance des conventions, des statuts et les avoir acceptés.

2° Recours devant la Commission supérieure de contrôle

Cette juridiction, donne force exécutoire à ses décisions. Par le truchement du Conseil de famille national, la décision départementals sera transmise à la Commission supérieure, étant donné que le refus de paiement des dépens constitue un des « litiges, ou difficultés auxquelles « donne lieu l'exécution du contrôle du service « technique. » (article 8, § 5 du décret-loi).

3° Peine accessoire, contrainte pénale

Certains ont pensé qu'on pourrait, dans la sentence, introduire une pénalité supplémentaire, qui ne serait applicable que si le condamné se refusait à payer les dépens, dans un délai déterminé. On pourrait, par exemple, prévoir une suspension de trois à six mois du droit de donner des soins aux assurés sociaux.

A mon avis, pareille clause serait frappée de nullité. Nul ne peut se rendre justice à soi-même et, pour l'exécution des jugements, on doit recourir aux Tribunaux pour permettre l'action de l'huissier, en vertu d'une formule exécutoire.

En matière pénale, la contrainte par corps existe encore, les articles 52 et 53 du Code pénal, ainsi que la loi du 22 juillet 1867 ne prévoient qu'un emprisonnement pour contraindre le condamné au paiement des condamnations.

Il faudrait une loi, pour permettre le prononcé d'une peine complémentaire pour le paiement des dépens envers une juridiction privée d'exception qui n'a pas été créée en vertu d'un texte de loi précis.

4° Contribution pour le contrôle technique

J'avais jadis émis l'opinion que les Syndicats, qui doivent supporter les dépenses du contrôle technique, pourraient percevoir une contribution spéciale sur tous les syndiqués ou les non-syndiqués, versée dans un compte spécial et uniquement affectée au fonctionnement du contrôle et du Conseil de famille.

Ma suggestion n'a pas été retenue ni par la Confédération, ni par le Conseil supérieur des Assurances sociales. Cependant elle eût pu éviter les difficultés actuelles.

Le Syndicat n'aurait-il pas imité le Conseil de famille national qui demande par avance à l'appelant une provision pour les frais d'appel ? De plus, on n'entendrait pas des esprits mal intentionnés prétendre que ces dépens ressemblent quelque peu aux épices, que les plaideurs payaient jadis à leurs juges, sous l'ancien régime.

Certains ont enfin prétendu que, dans un discours prononcé par un président, au cours d'une assemblée générale de Syndicat, il aurait été rappelé aux confrères qu'ayant à juger en appel d'une décision du Conseil de famille, ils devaient se souvenir que si le confrère est acquitté, c'est le Syndicat qui devra supporter les frais du procès. N'est-ce pas, soutiennent les esprits chagrins, inciter les assistants à prononcer une condamnation, même légère, pour éviter cette charge pécuniaire au trésor syndical ?

Conclusion

Il importe que les statuts de la Confédération, en organisant cette justice disciplinaire, visée dans le décret-loi, puissent préciser aux Syndicats locaux la rédaction des statuts qui seront annexés aux conventions Syndicats-Caisses.

Il importe également aux Conseils de famille de respecter toutes les règles du droit, de ne pas se départir des formalités observées par les Tribunaux de droit commun et surtout de permettre à l'inculpé de présenter librement et complètement ses moyens de défense.

Ainsi pourrait-il être plus aisé de recourir aux voies d'exécution légale pour rendre efficaces toutes les décisions syndicales.

Publication des noms des médecins condamnés

Est-il licite de stipuler, dans le jugement, que le nom en clair, ou les initiales du praticien condamné seront publiés dans les journaux professionnels, ou les *Bulletins syndicaux* ?

Une décision de la Commission supérieure de contrôle s'est prononcée pour la négative (16 juin 1936).

« Les peines accessoires de l'insertion des « décisions en clair, ou avec initiales, dans les « publications professionnelles, ne figurant pas « au nombre des sanctions que le décret du 28 « octobre 1935 autorise la Commission supé- « rieure à prononcer, ne sauraient par suite être « maintenues. »

Disons d'ailleurs, qu'en matière pénale, les journaux judiciaires s'abstiennent de publier les noms des condamnés. La seule exception apportée à cette règle existe pour les arrêts de la Chambre criminelle de la Cour de Cassation, car ces arrêts sont rendus en droit, en ne précisant pas les points de fait.

Mais le nom du condamné doit être notifié à la Caisse avec le libellé du jugement, selon les termes de l'article 22, § 3 du décret du 19 mars 1936, portant règlement d'administration publique : « Toute décision est notifiée aux parties, par « lettre recommandée avec demande d'avis de « réception et copie en est adressée aux Services « régionaux pour exécution. »

Les Caisses sont ainsi averties de la pénalité qui a frappé tel ou tel praticien, soit pour l'exécution de la sentence, lorsque celle-ci prononce une suspension temporaire ou à vie du droit de donner des soins aux assurés sociaux, soit pour permettre à la Caisse d'interjeter appel, si bon lui semble.

La caisse peut-elle se refuser à exécuter les sanctions ?

Nous avons eu l'écho de certaines plaintes, accusant des Caisses de ne tenir aucun compte des peines disciplinaires, qui avaient été prononcées contre des praticiens. Notamment, les prestations diverses auraient été payées ou rem-

boursées à l'assuré, alors que ce dernier a reçu les soins d'un praticien exclu du droit de traiter les assurés sociaux. Que faire contre pareils agissements ?

Si les sanctions ont été prononcées par la Commission supérieure de contrôle, la Caisse doit les respecter; car les décisions rendues par cette haute juridiction ont force exécutoire. Les Caisses sont tenues de se conformer à l'avant-dernier alinéa du § 5 de l'article 8 du décret-loi du 28 octobre 1935, à savoir faire supporter au médecin suspendu le poids du remboursement à la Caisse de toutes les prestations que celle-ci a payées ou remboursées à l'assuré, sur le vu de feuilles signées par un praticien, suspendu.

Mais, si les sanctions ont été prononcées par le Conseil de famille national, ou simplement ar un Conseil de famille primaire (local, ou départemental), les Caisses peuvent-elles ne pas tenir compte desdites sanctions, sous prétext que ces Conseils de famille ne sont pas considérés comme juridiction à forme légale, et que leurs décisions n'ont pas force exécutoire ?

A mon avis, pareille attitude de la Caisse serait inadmissible, car le contrôle technique a été instauré par la loi, surtout dans l'intérêt des organismes assureurs. Les Caisses doivent pouvoir faire réprimer les abus, qui leur portent préjudice. Elles défèrent les cas, qui paraissent délictueux, au contrôle technique et à la juridiction des conseils de famille prévus par les statuts de la Confédération des Syndicats de praticiens.

Ne pas tenir compte des sanctions prononcées serait donner une prime à la fraude et violer l'esprit même de la loi sur les Assurances sociales.

Le législateur a voulu faire réprimer les abus, par une action syndicale efficace, puisque l'habilitation serait retirée à tout Syndicat qui se refuserait d'accomplir sa mission de contrôle technique.

Ce serait également violer les termes de la convention, qui lie les Caisses aux Syndicats de praticiens. Nous lisons en effet, dans le modèle de conventions, paru au *Journal officiel* du 8 août 1930, article 7, que les Caisses s'engagent à donner effet aux sanctions prononcées par les Syndicats, lorsque ces sanctions sont devenues définitives, c'est-à-dire n'ont pas été soumises à une juridiction d'appel, ou ont été prononcées en dernier ressort par la Commission supérieure de contrôle.

Il en résulte que pareilles violations seraient de la compétence de la Commission régionale, prévue par l'article 8 § 4 du décret-loi, qui statuerait en premier ressort, l'appel étant porté devant la section permanente du Conseil supérieur des Assurances sociales.

Peut-être pourrait-on encore envisager la voie suivante, mais qui a moins mes préférences. Le Conseil de famille départemental, ayant prononcé une pénalité, notifie cette dernière à la Caisse. Si celle-ci n'en tient aucun compte, et si les délais d'appel ne sont pas expirés (ce qui est fort à craindre), appel a minima est interjeté par le Syndicat devant le Conseil de famille national, puis devant la Commission supérieure de contrôle, aux fins d'obtenir de cette dernière force exécutoire pour la sentence.

Conclusion

Nous pouvons donc rassurer notre correspondant et lui donner des arguments qu'il pourra opposer victorieusement à son contradicteur non-syndiqué. La justice disciplinaire est égale pour tous ceux qui participent au fonctionnement de la loi sur les Assurances sociales. Il ne serait pas admissible que le praticien qui se refuse à payer une cotisation syndicale, tout en bénéficiant des résultats généraux obtenus par les groupes professionnels et leur Confédération, puisse encore narguer la justice disciplinaire et se croire autorisé à exercer comme bon lui semble.

Cette reconnaissance de l'utilisation des Conseils de famille est un grand pas de fait dans la voie de l'extension de la compétence des juridictions corporatives. Il faudrait que les litiges d'accidents du travail, de la loi des pensions, de l'Assistance médicale gratuite, etc., soient désormais de la connaissance et de la compétence des Conseils de famille.

Par voie réglementaire, ou par contrats collectifs la chose est faisable. Ce serait ainsi l'organisation d'un véritable Conseil de l'Ordre, que nous ferions fonctionner nous-mêmes, sans avoir à recourir à l'initiative plus ou moins incompétente du Parlement.

Celui-ci ne serait appelé que plus tard à rendre obligatoire à tous les praticiens de France la juridiction syndicale, pour prévenir, ou réprimer tous les abus, quels qu'ils soient, qui se produisent à l'occasion du fonctionnement des lois dites sociales.

C'est à nous d'organiser notre Conseil de l'Ordre, au lieu de quémander l'initiative de l'Etat.

Dr Paul Boudin.



ASSURANCES SOCIALES (suite)

II

L'hospitalisation des assurés dans les établissements publics et les honoraires médicaux

Le problème de l'hospitalisation des assurés sociaux et des rapports existant à ce sujet entre les Caisses, les établissements publics hospitaliers et le Corps médical, est des plus complexes ; aussi les solutions qui lui sont données diffèrent-elles souvent d'une région à l'autre, en contradiction bien souvent avec les prescriptions légales, et fréquemment aussi avec les intérêts légitimes du Corps médical. Nous avons donc jugé bon de tenter une mise au point de cette question, d'après la jurisprudence et les textes les plus récents. Pour plus de précision, nous envisagerons successivement le cas des assurés ordinaires et celui des assurés indigents.

A) Assurés ordinaires

Une distinction fondamentale, et qui paraît cependant trop souvent oubliée, doit tout d'abord être faite entre la question des frais de séjour proprement dits, et celle des honoraires médicaux ou chirurgicaux. Cette distinction résulte expressément de l'article 6, § 15 du décret-loi, en ce qui concerne le tarif de responsabilité des Caisses, qui doit prévoir « la part à supporter par les Caisses dans les frais d'hospitalisation ainsi que dans les honoraires médicaux ». Nous étudierons donc séparément ces deux questions, en passant rapidement sur la première qui intéresse moins directement le Corps médical.

1° Frais d'hospitalisation

Leur mode de paiement varie suivant que l'hôpital a ou non conclu une convention avec la Caisse de l'assuré.

A défaut de convention, l'assuré hospitalisé doit être considéré comme malade payant ordinaire, étant entendu toutefois qu'il doit être soigné à des tarifs n'excédant pas les tarifs les plus bas des malades payants (art. 6, § 15, alinéa 1er). Il lui appartient donc de faire l'avance des frais d'hospitalisation et de se retourner à l'égard de sa Caisse pour lui demander le versement de l'indemnité prévue par son tarif de responsabilité en cas d'hospitalisation. Il supporte ainsi en définitive en outre de la participation obligatoire de 20 %, la différence existant entre le tarif de l'hôpital et celui de sa Caisse.

Si, au contraire cette dernière a contracté avec l'établissement, celui-ci entre directement en rapport avec elle, et se fait verser l'indemnité prévue par la convention. Il doit ensuite se retourner vers l'assuré pour lui demander le versement de la différence entre la part supportée par la Caisse et le tarif auquel il a été admis.

2° Honoraires médicaux

Dans ce cas encore, il y a lieu de faire la même distinction que précédemment :

a) *L'établissement n'a pas contracté avec la Caisse de l'assuré.*

Suivant le principe exposé ci-dessus, l'assuré constitue un malade payant ordinaire, admis au tarif le plus bas de cette catégorie. Il lui appartient donc de payer à l'hôpital, en sus du prix de journée, l'indemnité pour honoraires médicaux prévue par son tarif. Conformément à la jurisprudence du Conseil d'Etat (arrêt du 21 février 1936), ces honoraires ne sauraient être fixés par entente directe entre le médecin et l'assuré. Le tarif doit en être établi par la Commission administrative « après avis des Syndicats médicaux et compte tenu dans la plus large mesure des tarifs similaires appliqués pour les Assurances sociales » (Circulaire du ministre de la Santé publique du 28 septembre 1936). D'autre part, leur recouvrement contre l'assuré doit être fait par les soins de l'Administration hospitalière, en son nom propre. Il lui appartient ensuite de répartir ces honoraires entre son Corps médical et chirurgical selon ses règles intérieures.

Comment l'assuré est-il remboursé par sa Caisse ? Le nouveau régime des Assurances sociales institué par le décret-loi du 28 octobre 1935, et la jurisprudence de la Cour de cassation (V. not. arrêts des 28 janvier et 11 mai 1936) ont aboli le principe du remboursement sur la base du traitement à domicile, posé que la Circulaire ministérielle du 22 septembre 1930. Dans tous les cas, qu'il y ait ou non convention, l'hospitalisation donne lieu à un mode de remboursement spécial, puisqu'ainsi que nous l'avons vu plus haut, le tarif de responsabilité des Caisses doit prévoir obligatoirement la part à supporter par elles dans les honoraires médicaux pour soins donnés dans les établissements hospitaliers. Mais ce tarif ne doit pas être unique ; il doit au contraire être différencié suivant la nature de l'établissement, et comporter notam-

ment une distinction entre le séjour à l'hôpital public et le séjour dans les établissements spéciaux de traitements tels que préventoriums, sanatoriums, asiles d'aliénés, etc. (article 36 du règlement intérieur-type des Caisses d'assurances sociales). Les honoraires ainsi remboursés à l'assuré ne lui sont naturellement versés que déduction faite de la participation obligatoire de 20 %.

b) *L'établissement a conclu une convention avec la Caisse de l'assuré.*

Il y a lieu d'étudier successivement comment est établi le tarif de responsabilité de la Caisse, si ce tarif coïncide avec celui auquel l'assuré est admis, et enfin comment ces honoraires sont payés au Corps médical.

L'indemnité supportée par la Caisse à titre d'honoraires médicaux est fixée par la convention conclue avec l'établissement, dans la limite de son tarif de responsabilité. Ce tarif doit être conçu selon les règles posées par l'art. 36 du règlement intérieur type, et par la Circulaire interministérielle du 1er octobre 1931 et l'arrêté ministériel du 26 août 1933. Il y a lieu de distinguer suivant qu'il *s'agit ou non d'un hôpital situé dans une ville centre de faculté. Dans le premier cas*, les honoraires médicaux et chirurgicaux sont calculés suivant un tarif forfaitaire à la journée. Ce tarif forfaitaire a été fixé à 4 francs par l'arrêté du 26 août 1933 instituant le tarif limitatif des droits à la réassurance. *Dans le second cas*, le tarif forfaitaire à la journée n'est applicable qu'à la journée de médecine. Pour les soins spéciaux ou chirurgicaux, il est possible d'adopter un tarif à l'acte médical. Ce tarif utilise la nomenclature des médecins spécialistes, en prenant pour base un chiffre clé réduit, qui est fixé par le tarif de réassurance à 3 francs, si le coefficient de l'acte est inférieur à 24 et de 6 francs en cas contraire. Rappelons à ce sujet que le tarif limitatif de réassurance ne constitue ni un minimum, ni un maximum obligatoire ; il ne s'agit là que du tarif que les Caisses ne doivent pas dépasser si elles entendent bénéficier de la garantie en cas de déficit. D'autre part, la convention intervenue entre l'établissement et la Caisse fixe ce que cette dernière doit supporter *dans la limite* de son tarif. Par conséquent, la convention pourrait en principe stipuler des indemnités inférieures. Mais aux termes mêmes de la Circulaire du 1er octobre 1931, elle ne doit être conclue que « le Corps médical entendu » ; d'autre part, elle ne devient obligatoire qu'après homologation par la Commission régionale tripartite instituée par l'art. 8, § 4 du décret-loi, Commission où le Corps médical est représenté et où il peut défendre ses intérêts légitimes.

A quel tarif l'assuré doit-il être admis à l'hôpital ? D'après la Circulaire de 1931, ce tarif doit coïncider avec le tarif de responsabilité de la Caisse, tant en médecine qu'en chirurgie, dans les hôpitaux situés dans des villes centres de faculté. Il en est de même, dans les autres hôpitaux sauf, disent la Circulaire, dans les cas où « l'entente directe entre l'assuré et le médecin traitant sur le montant des honoraires pouvait être admise ». Ceci n'avait lieu que si cette entente directe était prévue pour tous les malades payants par le règlement intérieur, dûment approuvé, de l'hôpital, antérieurement à la mise en application de la loi, ou si l'assuré se faisait traiter dans les quartiers ou pavillons séparés ouverts aux malades payants. Mais n'oublions pas que, depuis l'arrêt du Conseil d'Etat du 21 février 1936, le médecin d'un établissement public hospitalier ne peut plus s'entendre directement avec les malades payants soignés dans cet établissement, quel que soit le titre auquel ils y sont admis. Il y a donc lieu de corriger la Circulaire sur ce point et de dire qu'il peut ne pas y avoir coïncidence entre le prix demandé à l'assuré et le tarif de responsabilité de la Caisse, toutes les fois où l'entente directe était en vigueur à l'hôpital pour les malades payants antérieurement à la loi, et toutes les fois où l'assuré demande à être hospitalisés dans les quartiers payants séparés. Il appartient naturellement à l'Administration hospitalière de fixer elle-même le tarif qui sera appliqué dans ce cas pour les honoraires médicaux et de recouvrer sur l'assuré la différence entre les deux tarifs.

Comment les honoraires médicaux sont-ils perçus ? En ce qui concerne tout d'abord le complément d'honoraires versé par l'assuré, dans le cas où ce complément est possible, il est touché par l'hôpital qui le répartit entre son Corps médical et chirurgical, selon ses règles intérieures, comme dans le cas des malades payants ordinaires. Examinons maintenant le règlement de l'indemnité pour honoraires médicaux prévue par le tarif de responsabilité de la Caisse. Une chose est certaine tout d'abord c'est que cette indemnité distincte et séparée des frais d'hospitalisation proprement dits, est destiné à rémunérer le Corps médical de l'établissement et lui revient en propre. Mais d'après la convention-type établie par le ministre du Travail et parue au *Journal officiel* du 30 juillet 1930, ainsi que d'après la Circulaire du 1er octobre 1931, « le paiement en sera fait directement par la Caisse au représentant du Corps médical, qui sera l'Administration hospitalière, si elle est d'accord avec son Corps médical ». Nous serons même plus catégorique encore que la convention-type et dirons que suivant la nouvelle jurisprudence du Conseil d'Etat (aff. Dufour), seule l'Administration a qualité pour opérer contre la Caisse

débitrice, le recouvrement de cette indemnité. Au cas même où ce recouvrement devrait être fait par les voies judiciaires, l'action devrait être intentée par la Commission administrative, devant la Commission régionale tripartite, compétente aux termes de l'art. 8, § 4 du décret-loi, pour connaître des difficultés s'élevant entre les divers services, en ce qui concerne notamment l'application des conventions.

Le versement de l'indemnité prévue par le tarif de responsabilité de la Caisse a lieu sous déduction de la participation obligatoire de 20 % ainsi que le prévoit d'ailleurs formellement l'art. 36 du règlement-type. Mais cette participation incombe légalement à l'assuré et non au Corps médical. L'Administration hospitalière doit donc lui en demander le remboursement. Elle répartit ensuite cette indemnité entre son Corps médical et chirurgical selon ses règles intérieures.

C'est ici le lieu d'examiner si ces honoraires, qu'il y ait ou non convention, peuvent faire l'objet du prélèvement de 10 % au titre du décret-loi du 16 juillet 1935. A notre avis, la négative s'impose car ce prélèvement ne vise que les dépenses incombant aux collectivités publiques, et la doctrine et la jurisprudence sont d'accord pour reconnaître que les Caisses d'assurances sociales n'ont pas ce caractère mais constituent de simples personnes privées. Le rôle de l'Administration hospitalière n'étant qu'un simple rôle d'intermédiaire, il faut donc en déduire que ces honoraires médicaux échappent aux prévisions du décret-loi. Tel est d'ailleurs le sens d'une réponse ministérielle, n° 3.446 parue au *Journal officiel* du 26 février 1936 ; tel est aussi l'avis du Conseil de préfecture d'Orléans (Arrêté du 23 octobre 1936).

B) Assurés indigents

En règle générale, les assurés sociaux indigents ne doivent pas être assimilés aux assistés médicaux gratuits relevant de la seule loi du 15 juillet 1893. Ils doivent au contraire être traités en principe comme les assurés ordinaires, sauf les cas d'exception expressément prévus par la législation sur les Assurances sociales. Ceci résulte expressément de la jurisprudence (V. not. Tribunal des Conflits, arrêts du 26 octobre 1936 et 11 janvier 1937) et aussi de l'art. 19 du décret-loi, d'après lequel « les prestations à la charge des Caisses pour les assurés indigents sont les mêmes que celles prévues pour les autres assurés, et leur sont accordées suivant les modalités applicables à ces assurés ».

Ceci posé, il nous est facile d'en tirer la conséquence qu'en matière d'hospitalisation, deux indemnités distinctes devront être versées, comme pour les assurés ordinaires : l'une pour frais de séjour proprement dits, l'autre pour honoraires médicaux et chirurgicaux. Cette distinction est au reste expressément prévue par l'art. 19 précité, qui s'exprime de la manière suivante : « les frais dûs aux établissements d'hospitalisation sont réglés... en ce qui concerne les frais d'hospitalisation, *non compris les honoraires médicaux,* conformément au tarif applicable... » Nous étudierons donc successivement le paiement des frais de séjour et celui des honoraires médicaux.

1° Frais d'hospitalisation

Ces frais sont réglés à l'établissement, d'après l'article 19, « conformément au tarif applicable aux bénéficiaires de l'Assistance médicale gratuite ». Il y a seulement lieu de se demander si l'on doit appliquer purement et simplement ce tarif, ou au contraire s'il ne faudrait pas en déduire la fraction du prix de journée qui correspond aux indemnités versées par l'Administration à son Corps médical, ainsi que le prévoit la convention-type du 30 juillet 1930, puisque la rémunération des médecins donne lieu à une indemnité distincte et séparée.

Le mode de paiement a lieu de la manière suivante : la Caisse de l'assuré verse directement à l'établissement les sommes prévues par la convention, ou à défaut de convention, par son tarif de responsabilité. L'assuré n'ayant rien à verser, la différence avec le tarif de l'Assistance médicale gratuite ne saurait naturellement être mise à sa charge. Elle incombe à la collectivité d'assistance et est réglée directement à l'établissement hospitalier par le service préfectoral.

2° Honoraires médicaux

Si l'existence de principe d'une indemnité pour honoraires médicaux résulte expressément de l'article 19, par contre, cet article est muet sur le mode de détermination et de paiement de ces honoraires. Mais en appliquant le principe d'assimilation que nous avons posé plus haut, et en nous souvenant que les assurés indigents n'ont ni à faire l'avance des frais les concernant, ni à y participer, nous en déduirons les règles suivantes :

Les honoraires médicaux et chirurgicaux sont déterminés soit par les dispositions de la convention hôpital-caisse, soit à défaut, par le tarif de responsabilité de la Caisse établi conformément aux règles que nous avons indiquées à propos des assurés ordinaires. Leur paiement est fait, conformément à l'article 19, directement par la Caisse débitrice à l'établissement hospitalier, agissant en tant que représentant de son Corps médical, et ce qu'il y ait ou non convention. Bien entendu le tarif auquel l'indigent est admis coïncide dans tous les cas avec le tarif de la

convention ou le tarif de responsabilité. La Caisse paraît fondée, dans ce cas, comme dans celui des assurés ordinaires, à retenir sur les indemnités ainsi versées, les 20 % de participation obligatoire ; mais celle-ci ne peut plus être récupérée sur l'assuré, et ne saurait incomber au Corps médical. Elle doit donc être prise en charge, comme pour les soins à domicile, par la collectivité d'assistance qui la versera directement à l'établissement hospitalier.

Les sommes ainsi touchées par l'établissement pour le compte de son Corps médical et chirurgical, doivent ensuite lui être reversées, et être réparties suivant les termes du règlement intérieur. Ce reversement ne doit donner lieu au prélèvement de 10 %, aux termes de la réponse ministérielle n° 3.446 précitée, que sur la portion de ces frais (20 %) incombant au service d'assistance.

Au cas où des difficultés s'élèveraient à ce sujet entre les établissements hospitaliers, les Caisses ou les collectivités d'assistance, elles devraient être soumises à la Commission régionale tripartite instituée par l'art. 8, § 4 du décret-loi, par la Commission administrative de l'établissement, qui est, aux termes de la jurisprudence du Conseil d'État, le véritable créancier de ces honoraires à l'égard des organes débiteurs. Si un litige survenait, à ce propos, entre l'établissement hospitalier et son Corps médical, il appartiendrait alors au Conseil de Préfecture de le trancher.

Jean MIGNON.

LE CERTIFICAT PRENUPTIAL EN ALLEMAGNE (1)

« L'ancien régime » (c'est-à-dire avant l'avènement d'Hitler) avait déjà commencé la lutte contre les maladies vénériennes en appliquant les clauses 5 et 6 de la loi du R. G. B. G. : peine de réclusion pouvant aller jusqu'à trois années à toute personne coupable d'avoir contaminé son partenaire, aussi bien dans des rapports conjugaux qu'extra-conjugaux. La poursuite se faisait sur la plainte de la personne contaminée. En pratique, cette dernière condition rendait la loi quasi-inopérante (en 1932 : 206 condamnations pour des rapports extra-conjugaux et deux seulement pour des rapports conjugaux).

Le national-socialisme, en instituant par la loi du 1er juin 1933 les prêts de ménage, a exigé un examen médical préalable des intéressés.

Dans l'espace d'une année 333.776 personnes furent ainsi examinées ; 547 furent reconnue atteintes d'une maladie vénérienne et 209 de stérilité d'origine probablement vénérienne. Tous les malades ainsi dépistés furent dirigés sur des centres de traitement.

La loi agit donc *préventivement*, par opposition avec le R. G. B. G. qui agissait post-factum.

L'examen pré-nuptial est assuré par les services d'eugénisme du Bureau d'hygiène ou par un médecin assermenté.

Le refus du certificat pré-nuptial peut être temporaire, s'il est fondé sur la contagiosité d'accidents vénériens et si le malade suit un traitement adéquat.

(1) *La prophylaxie antivénérienne*, décembre 1936.

La Société allemande de lutte contre le péril vénérien a cherché à unifier les principes suivant lesquels une maladie vénérienne doit être jugée contagieuse :

Syphilis : pendant quatre ans à dater de la contamination.

Blennorragie : pendant 4 mois à dater de la cessation du traitement.

Chancre mou : pendant 3 mois à dater de la contamination.

Ces délais peuvent être réduits par le médecin traitant.

Dans la pratique on prend comme date de contamination l'époque, où la syphilis a été diagnostiquée.

L'évaluation du traitement suffisant pose une question épineuse :

En aucun cas le mariage ne sera autorisé tant que persistent des signes cliniques.

Par contre une séro-réaction positive, n'ayant pas cédé à un traitement énergique et systématique, ne sera pas un empêchement.

Une syphilis nerveuse entraîne le refus du certificat.

Le médecin chargé de l'examen pré-nuptial représente l'Autorité publique réglementant les unions désirables du point de vue de l'intérêt de la race. D'autre part, il est le médecin conseil appelé à diriger, canaliser et dépister les troubles anomalies et perversités sexuelles.

De sorte que le médecin allemand devient aussi un véritable directeur de conscience.

G. LAVALÉE.

L'ACTUALITÉ PROFESSIONNELLE

Informations Judiciaires

Responsabilité professionelle. Le médecin spécialiste est-il obligé de se conformer strictement aux prescriptions du médecin traitant ?

Quels sont les rapports existants entre le médecin traitant d'un malade et le médecin spécialiste auquel il l'adresse ? La direction du traitement continue-t-elle à appartenir au médecin général, ou au contraire le médecin spécialiste est-il en droit de ne pas se considérer comme un simple exécutant des prescriptions de son confrère, et d'apporter au malade le secours de sa spécialité de la façon qu'il estime la mieux appropriée à son état ? Cet important problème de déontologie médicale s'est posé récemment devant la Cour de Paris qui l'a résolu, dans son arrêt du 17 juillet 1936, d'une manière à notre avis fort contestable.

Voici les faits : un malade fut adressé par son médecin traitant à un médecin radiologue, spécialiste s'il en est puisqu'il fut l'un des pionniers de son art, afin qu'il soit procédé à une radiographie permettant le diagnostic de son mal. Le radiologue pratiqua sur son client trois examens radioscopiques, estimant ainsi pouvoir renseigner le médecin traitant de manière plus précise et plus utile. A la suite de ces trois examens le malade fut atteint d'une grave radiodermite dans la région lombo-sacrée.

Des poursuites en responsabilité professionnelles ayant été engagées contre le radiologiste, le Tribunal saisi eut tout d'abord à rechercher si ce dernier n'avait pas commis de faute technique, c'est-à-dire s'il avait observé toutes les précautions nécessaires dans l'usage de son appareil radiologique. Sur ce point les conclusions des experts furent formelles : en ce qui concerne l'appareil lui-même, celui-ci était conforme aux modèles en usage au moment où l'examen fut pratiqué, son réglage avait été correct et rien ne pouvait être reproché à ce sujet au spécialiste. En ce qui concerne le malade, son état physiologique ne comportait aucune contre-indication à un examen aux rayons X, la durée de l'examen n'avait pas paru dépasser la limite de tolérance cutanée que l'on pouvait prévoir, étant entendu d'ailleurs que ces limites ne peuvent être posées de manière absolument mathématique. La cause du mal paraissait, d'après les experts, devoir être recherchée soit dans un déplacement imprévu du malade en cours d'examen soit dans une intolérance particulière au sujet et que rien ne permettait de connaître *a priori*.

Sur le terrain technique la conduite du spécialiste s'avérait donc inattaquable. Et cependant le médecin radiologue fut condamné par la Cour de Paris à de forts dommages-intérêts, car, dit la Cour, en pratiquant sur son client trois examens radioscopiques, « *il n'en a pas moins de son propre chef et sans nécessité absolue, dépassé les limites de la mission dont l'avait chargé son client dans les termes arrêtés par ses médecins traitants. La radiographie simple qui lui était demandée leur avait paru suffisante, et en passant outre pour faire des radioscopies, le médecin spécialiste a commis une faute dont la radiodermite est la conséquence directe* ».

Ces motifs sont extrêmement graves, car ils reviennent à dire que le radiologue et plus généralement le médecin spécialiste doit se borner à exécuter à la lettre les prescriptions du médecin-traitant. Une conception aussi étroite de son rôle est-elle admissible ? Ne peut-on pas dire au contraire que le médecin spécialiste, étant par définition plus compétent que le médecin général sur cette branche particulière de l'art médical, jouit de l'indépendance technique la plus grande quant aux moyens à employer pour obtenir le résultat cherché ?

Combien nous préférons à ce point de vue la solution donnée dans un cas analogue par le Tribunal correctionnel de Mons et relatée dans *Bruxelles Médical* (10 janvier 1937, p. 405). Un médecin radiologue de Mons était poursuivi pour avoir occasionné à une enfant des brûlures graves aux jambes au cours d'un traitement diathermique. Entre autres griefs, il lui était reproché d'avoir substitué ce traitement aux massages électriques préconisés par le médecin traitant, sans en avoir référé à ce dernier. Le Tribunal a rejeté ce motif en disant : « *qu'il serait contraire à la logique et à la pratique médicale qu'un spécialiste consulté confère avec un médecin traitant moins compétent que lui en la matière, sur l'opportunité d'un traitement dont l'idonéité est reconnue par toute la Faculté.* »

Il y a là une importante question qui mériterait, en conclusion, d'être étudiée de près par les associations professionnelles de spécialistes, dont nous serions d'ailleurs très heureux de connaître l'avis sur ce point.

Jean MIGNON.

La Presse et les Sociétés

Le radium, métal français

En 1898 Pierre Curie, Madame Curie et G. Bémont isolaient des résidus barytiques obtenus par le traitement de la pechblende un corps nouveau doué de propriétés surprenantes : le bromure de radium.

En 1910, Madame Curie et A. Debierne obtenaient par électrolyse le radium métallique.

Entre temps H. Becquerel avait décrit le rayonnement des corps radio-actifs et ouvert la voie à leur utilisation thérapeutique, qui devait révolutionner le traitement des tumeurs malignes.

S'ouvre alors l'ère industrielle et commerciale : on cherche des gisements, on édifie des usines. Le radium est bien un agent thérapeutique merveilleux, mais il coûte terriblement cher. Et cette question de prix limite ses bienfaits.

Des chiffres ? en voici : lorsque Madame Curie fut réduite, voici quelque dix ans, à aller mendier du radium en Amérique, le *gramme* dont lui firent cadeau les Américains était estimé 100.000 dollars (un peu plus de deux millions de nos francs actuels !). Depuis quelques années les prix ont baissé graduellement. Actuellement un gramme de radium ne vaut plus que 20.000 dollars ; on espère arriver à 15.000 dollars (300.000 francs).

Que s'est-il passé ? simplement ceci :

Gilbert Labine, né de père canadien-français et de mère écossaise, passa son enfance dans la région minière de Cobalt à écouter les récits des prospecteurs d'or. Arrivé à l'âge d'homme il rêve, lui, de trouver mieux que de l'or : du radium. Armé d'une pelle et d'un marteau il part à l'aventure. Il parcourt la région de Cobalt, arpente le grand Nord ; il va à pied, en raquettes, en skis et ne découvre rien. Sans se laisser décourager, il décide de pousser jusqu'aux territoires quasi-inexplorés du Nord-Ouest, jusqu'aux abords du grand Lac-à-l'Ours, à quelque 4.000 milles de la civilisation. Pour cela les skis ni les raquettes ne suffisent plus ; il faut voler, au-dessus d'immenses territoires sauvages. Il s'abouche donc avec l'aviateur Leigh Brintuell, un as de la guerre, et, après avoir survolé le Fort Révolution et le Lac-des-Esclaves, ils parviennent au grand Lac-à-l'Ours.

Labine se met au travail et voici qu'un jour, enfin, il trouve un caillou noirâtre, qu'il a tôt fait de reconnaître pour de la pechblende. Brintuell repart, laisse Labine tout seul en ces confins inhabités du monde, revient et embarque Labine avec des échantillons de minerai. A Ottawa, l'analyse confirme qu'il s'agit de pechblende et doué d'un grande radio-activité !

Notre Canadien, sûr maintenant de vaincre, regagne le Grand Lac-à-l'Ours et, le 16 mai 1930, découvre la première veine de pechblende.

Reste à l'exploiter, à trouver des commanditaires, des capitaux, beaucoup de capitaux ! Pour un homme comme lui ce n'est pas la moindre difficulté de l'entreprise ! Mais il a la foi qui transporte les montagnes et, en 1932, il part avec des machines pour son étape de 4.000 milles franchis, par terre, par eau, par avion. Un peu plus tard il installe une usine à 60 milles de Toronto.

L'usine produit le premier gramme de radium en 1933 ; de 1933 à 1936 elle en a fabriqué *vingt-neuf grammes* !

Et le confrère canadien à qui j'emprunte ce récit (1) conclut :

A côté des gaz asphyxiants, dont les hommes civilisés se servent actuellement en Espagne, il est réconfortant de songer que le radium canadien va produire en plus grande quantité les gaz vivifiants qui luttent contre l'œuvre meurtrière du cancer !

Le rôle de la Presse médicale

Du beau rapport que le Professeur Le Sage, de Montréal, présenta au Congrès International de la Presse médicale latine à Venise, en septembre dernier, extrayons ces lignes qui tracent le rôle et les devoirs de la presse médicale :

... La presse médicale crée des liens de solidarité qui unissent entre eux les membres d'une élite au sein des peuples et qui résistent, quand même, aux influences délétères d'une politique internationale trop souvent illogique ou périlleuse. Pourquoi ? Parce que le médecin a une conception sociale de la vie humaine qu'il apprécie à sa juste valeur ; parce qu'il parle toujours la même langue : celle de la douleur ; parce qu'il poursuit toujours le même idéal : le bonheur dans la santé de l'individu.

Sans doute le savant a une patrie, mais ses aptitudes, ses longues méditations, ses recherches, le poussent instinctivement vers la paix, la coopération, les ententes nécessaires sur le terrain commun d'une science universelle...

Mais le pouvoir de la presse médicale s'étend plus loin. Malgré l'aridité de son langage elle pénètre jusque dans les couches profondes des masses populaires. Celles-ci croient au miracle scientifique engendré par des découvertes retentissantes qui contribuent à leur conserver la vie. Elles vénèrent les savants ; elles espèrent en eux (2).

G. Lavalée.

(1) *Bulletin de l'Association de langue française de l'Amérique du Nord*, janvier 1937.

(2) L'*Union médicale du Canada*, janvier 1937.

INTRODUCTION A LA VIE DE MÉDECIN DE CAMPAGNE

La Cure au pays des aïeux

Par le Docteur CAMESCASSE, Ancien interne des Hôpitaux de Paris
à Saint-Arnoult-en-Yvelines

OBS. I. — Dernier de six, ce gamin de 9 ans était né à Sonchamp, aux confins de la Beauce. Il avait trois ans quand sa famille l'a amené à Clairefontaine, où on vivait, dans une aisance relative, de la gérance d'une vacherie. Logis plaisant en bordure des bois. La prairie amenait bien quelques brouillards, mais laissait aussi passer le soleil et le grand air. Clairefontaine est un coin ravissant, malgré ses brouillards, mais l'eau de ses sources pèche par un inconvénient auquel on se heurte rarement : le degré hydrotimétrique en est beaucoup trop bas. C'est, avec l'âge un peu avancé des générateurs, la seule explication que j'aie pu *imaginer* de l'ANÉMIE tenace, et lentement progressive, observée chez ce gamin.

Physiquement il demeurait chétif. Psychiquement, malgré une bonne volonté évidente, malgré un véritable désir de bien faire, il devenait un écolier de plus en plus retardataire. « Je ne peux pas » disait-il.

Repos répétés. Huile de foie de morue l'hiver. Phosphates, et même acide phosphorique. Fer, bioxyde de manganèse; viande rouge crue, etc. Rien n'y fit. Ernest n'irait pas au certificat d'études primaires.

A l'occasion du mariage de l'aînée des filles, des cousins vinrent à Clairefontaine, dont un homme qui ressemblait au Père Grosbois tellement que j'y fus pris..... pour la plus grande joie de tous, et par le moyen de cette joie, pour le plus grand bien d'Ernest.

Le cousin ne s'appelait pas Grosbois comme papa : ils étaient fils de deux sœurs, ici présentes, et qui ne pouvaient pas se renier ; autre occasion de rire.

Quand on a si bien ri ensemble, toute conversation devient facile, surtout un deuxième jour de noces.

De fil en aiguille il fut établi que j'avais parlé pour Ernest d'un changement d'air : d'un séjour à la mer ; puis d'un séjour à la montagne. Mais la grand'tante intervint : « Dis-donc, Grosbois, pourquoi que tu ne « donnerais pas ton p'tit gas à ton cousin ; ça le chan- « gerait *d'air* et le maître de chez nous fait des certifi- « cats comme celui d'ici ». Ainsi fut fait. Comme on comptait rarement les globules rouges dans ce temps-là (1898), il fut seulement convenu qu'on me ferait connaître les poids mesurés de temps en temps.

Le 10 juillet. Au départ, je note : AGE : neuf ans. TAILLE : 1 m. 25 ; donc, l'enfant est grand pour son âge, mais cela ne signifie pas grand-chose car toute la famille est de grande race.

POIDS : 19 kilogr. L'enfant est en effet très maigre, mais moins que n'indique cette pesée, qui est dérisoire en ceci que la nuit précédente il a eu une indigestion, pour laquelle il a été purgé.

AU PAYS DES AÏEUX, vacances jusqu'au 1er octobre. Il m'écrit une belle lettre (avec toutes les fautes d'orthographe d'usage) : il a travaillé au jardin, puis aux champs, puis à la forge (?) ; il mène les chevaux ; il est sûr d'avoir grandi.... enfin il est allé se peser à la gare, il pèse 23 kilogr. ; mon médicament l'a sauvé, mais il préfère les pastilles de Mangaïne à mes cachets (1) ; il a fini sa boîte, mais comme il se porte bien maintenant il n'en prendra pas une autre.

Au mois de mai suivant, il écrit à ses parents qu'il serait peut-être bon pour le certificat d'études, mais qu'il est trop jeune. Il pèse 27 kilogr. « Décidément l'AIR du « pays poitevin lui convient mieux que celui de Claire- « fontaine quoique les brouillards ne soient pas rares. »

Je m'informe de l'eau de l'endroit : elle cuit les haricots. Je ne le verrai que l'année en suivant, certificat acquis ; c'est un grand et solide gaillard, un vrai Grosbois qui, sur le chemin de l'Exposition, s'arrête à Clairefontaine où personne n'en croit ses yeux.

Il s'est marié pendant la guerre (cavalier versé dans la tranchée). Il a marié sa fille aînée cette année-ci, 1936. Il pèse dans les 80, ce qui est trop pour sa taille : 1 m. 75. Et ne lui parlez pas de quitter son vrai pays.

Tous ces détails donnés, je pourrai désormais être bref. J'ai retenu l'essentiel de la leçon. Mais l'application n'est pas toujours aussi facile et je dois donner quelques exemples des difficultés auxquelles on se heurte.

Si les Grosbois, en effet, étaient *tous* poitevins, il en va rarement ainsi dans notre région ; il y a presque toujours *deux patries des aïeux*, car les importées, d'ailleurs assez nombreuses, y font prime ; les importés aussi, mais ils sont moins (1). Il y a lieu, d'autre part, de tenir compte de ce facteur ; ces rares hommes immigrés (2) transmettent leur nom patronymique, tandis que les femmes perdent le leur.

OBS. II. — J'ai ainsi été trompé sur le cas d'une chlorotique nommée Césarine Desricus. Tous les Desricus descendaient de deux frères venus de Roscoff.......pour la moisson, demeurés chez nous après s'y être dûment mariés, l'un avec une bretonne, l'autre avec.... une suissesse, détail que j'ignorais.

J'ai donc envoyé Césarine, 16 ans, guérir sa CHLOROSE à Saint-Pol-de-Léon, où ses règles devinrent plus régulières sans que la chlorose ait été amendée..

Dépité de cet échec, j'étais sur le point de jeter le manche après la cognée quand me fut révélée la nationalité de la mère : vexée de ne pas comprendre ce que, racontait, en breton, sa chlorotique, au père Desricus, cette femme me fit reproche d'avoir fait apprendre le breton à cette fille... « dans son pays à elle, la mère, on « parlait français..... au moins ». Son pays à elle ? La Suisse !

Des parents, là-bas ? Oui, et dans la montagne !

J'y ai expédié Césarine.

A six semaines de là, lettre catastrophique : Césarine

---

(1) Bioxyde de manganèse..... } åå un centigr.
Fluorure de calcium....... }
Bromure de calcium........ 5 centigr.
Carbonate de calcium..... }
Silicate de calcium......... } åå 10 centigr.
Glycérophosphate de magnésium .... }
pour un cachet n° 18. Un cachet par jour en mangeant.

(1) J'ai eu l'occasion d'analyser, précisément sur ce point *des lieux de naissance*, le cahier de Recensement de 1806. On comptait dès cette époque, trente femmes mariées venues de loin et pas une seule *vieille fille*, sauf la religieuse garde-malade, pour 369 feux décomptés à Saint Arnoult.

(2) Je ne parle pas des étrangers proprement dits, assez rares. Un provençal, un auvergnat, un breton diffèrent physiologiquement des natifs de l'Ile-de-France et de la Beauce pour qu'il y ait un pays des aïeux.

allait beaucoup mieux, pouvait traire d'une haleine six vaches de suite.... *mais elle ne voyait plus ses règles.*

Mauvaises pensées. Me voilà dans un grand embarras. La cousine hospitalière n'avait pas écrit « mais » ; de plus elle rappelait que, dans leurs montagnes, les filles ne sont pas toujours réglées avant 18 ans d'âge. J'étais tout de même plus qu'ennuyé.

J'en ai écrit à un de nos confrères d'Helvétie, qui m'a répondu du tac au tac : « C'est un phénomène d'observation courante que les filles de vos *plaines* suspendent leurs menstrues pendant un ou plusieurs mois, quand elles séjournent dans nos *montagnes* ».

« *Elles s'en trouvent très bien* ! » Il en fut ainsi. Césarine prendra son temps et reviendra guérie de sa chlorose.

Obs. III. — D'une autre famille, trois petits parisiens avaient fait plusieurs séjours chez nous, sans que leur état général en ait tiré un bénéfice autre que très provisoire, puisque perdu dès le retour à la ville.

Enquête : du côté du père, mélange de gascon et de normand ; du côté de la mère, Lorraine et Charentes.

Comment repérer la *dominante* et écarter les récessifs ?

L'aïeul normand était de Dieppe. Des aïeux charentais, deux de la Rochelle.

J'ai joué la carte séjour au bord de la mer, — d'une mer assez rude. Le Tréport a gagné la partie en moins d'un mois. On y est revenu aux vacances suivantes.

Je pourrais continuer assez longtemps sur ce ton, mais je pense que ce serait abuser. Je me bornerai donc aux résumés de deux observations qui soulignent des aspects inattendus, pour moi, de la question.

Obs. IV. — Une CURE SANATORIALE (instituée avant qu'on eût inventé le pneumothorax), pratiquée en Suisse, dans les meilleures conditions, à Leysin même, ne donne aucune satisfaction. L'année suivante, dans une maison mal organisée, mal gérée aussi, mais située au plus haut de la vallée qu'habitaient *encore* grand-père et grand-mère, les résultats sont si encourageants qu'on descend chez les vieux.

Là, ce grand garçon mettra deux ou trois ans à guérir, *mais guérira*, d'un processus nettement destructif, que la vie des tranchées ne réveillera pas.

Obs. V. — Voici enfin une femme de trente-six ans qui se défend fort bien contre une tuberculisation avérée mais non évolutive et ce, depuis 1919 (nous sommes en 1936). Ses réactions se répètent, — pour répondre aux exigences d'une vie professionnelle très active, — sous forme de fébricules avec amaigrissements passagers, ordinairement compensés sans grande précaution. Elle vous dira « Je suis comme les grives, je maigris « vite mais j'engraisse plus vite. »

En 1935 un incident étranger à notre cause provoque une véritable fièvre avec amaigrissement important (8 kilogrammes) et, phénomène ignoré jusqu'ici, avec dépression physique et morale, inquiétante de par sa ténacité.

De temps en temps on rattrape un kilogramme, et même deux, qu'on reperd aussitôt, mais surtout on est *découragée*. C'est en vain qu'on prend à plusieusr reprises, des vacances *in situ*. La patiente accuse, de ces échecs, la brièveté des dites vacances : quinze jours. Le médecin traitant insiste pour obtenir un séjour au pays natal, loin situé, mais où on sera chez maman.

En dix jours on fait là-bas six kilogrammes et provisions de bonne humeur.

Réflexions. — Le village que j'habite ne connaît aucune cheminée d'usine capable d'empoussiérer notre atmosphère ; les parfums spéciaux, que distillent les moteurs à explosion tout le long de notre route nationale, sont instantanément dispersés par le vent, dont aucun obstacle sérieux ne nous abrite ; si l'eau de mon puits est dure et constipe, les constipés ont le loisir d'aller quérir l'eau douce de la source prochaine, etc...

Au total, les Parisiens, qui choisissent ce village comme lieu de villégiature, se trouvent bien de leur séjour chez nous (1).

Les enfants en particulier... combien en ai-je vu venir et revenir —, d'aucuns y séjourner toutes leurs années d'écolage —, depuis 1886 ?

Quant aux *nés natifs*, ils sont réellement privilégiés... jouissant, en général, d'une remarquable résistance aux maladies.

Mais il m'est arrivé un certain nombre de fois de constater des déficiences, — autres que celles qu'engendre l'extrême désordre familial.

— Un enfant, né ici, entre plusieurs frères et sœurs, ne se débrouille pas ; physiquement, cérébralement, il est insuffisant.

— Un petit parisien qui doit à quelques semaines de notre *bon air*, mine réjouissante et vivacité plaisante, retombe dans son apathie inquiétante peu de jours après son retour à la ville.

(1) *Se trouvent bien*..., malgré l'absence des ÉLÉGANCES qu'exigerait (théoriquement) l'hygiène moderne.

Ici et là quelque chose manque : quelque chose que je ne sais pas encore préciser (en 1936) malgré la science nouvelle des vitamines et des endocrines (1).

Il m'a fallu trouver autre chose. Je dirai, employant le terme dans son acception la plus générale, que l'observation n° 1, ci-avant détaillée, m'a amené à rechercher systématiquement quel CHANGEMENT D'AIR conviendrait à mon petit *indigène*, — puis, par voie de conséquence, quel AUTRE CHANGEMENT D'AIR tonifierait *ce petit pensionnaire* plus solidement que je ne peux faire ici : le pays des aïeux.

Conclusions. — J'ai connu des échecs dans mon recours AU PAYS DES AÏEUX, mais je dois à mes tentatives beaucoup plus de succès.

Beaucoup plus de succès ? Etant entendu que j'ai éliminé les cas où ce succès était évidemment irréalisable. Par contre, je n'ai compté, comme succès véritables, que les cas où le séjour, plus ou moins prolongé, AU PAYS DES AÏEUX, avait mis l'intéressé à même de reprendre le travail dans les lieux où il vivait avant la cure, car.......

« Où la chèvre est attachée, il faut bien qu'elle broute ! »

(1) Malgré aussi notre connaissance ancienne des catalyseurs : le manganèse qui fixe le fer ; le magnésium qui fixe le calcium.

VARIÉTÉ

L'urbanisme et la couleur des maisons

Une de ces lois promulguées après la guerre par la volonté de bien faire de nos gouvernements successifs prescrit à certaines villes d'établir un plan d'agrandissement, d'aménagement et d'embellissement. Les villes visées sont très nombreuses, leur catégorie comprend celles qui comptent un nombre respectable d'habitants (20.000 au moins), celles qui ont eu un accroissement inattendu (lotissements) et celles qui présentent un intérêt thermal, touristique, climatique ou archéologique.

Le but de la loi est d'armer les maires contre la fantaisie des constructeurs, qui n'aiment ni les alignements, ni les autres contraintes d'urbanisme. Elle envisage aussi de mettre la circulation intra-urbaine à la mesure des moyens nouveaux et de l'intensité de la locomotion, dont les progrès dépassent sans cesse les prévisions.

Lorsque les plans d'aménagement ont subi le contrôle des Commissions départementales et de la Commission supérieure du ministère de l'Intérieur, ils sont approuvés par le Conseil d'Etat. Les maires se trouvent alors armés pour établir des servitudes indispensables. L'accès des voies à tracer est sauvegardé. La hauteur des futures maisons et leur orientation est réglée. L'établissement des organisations sanitaires (eau d'alimentation, égouts, ordures ménagères, abattoirs et cimetière) est établi d'avance. Tout cela ne va pas, évidemment, sans heurts divers. Les municipalités reculent longtemps devant les frais de confection des plans, frais qui pour les grands centres sont évidemment d'un ordre majestueux, surtout quand ils s'enrichissent de photographies aériennes. Les enquêtes obligatoires soulèvent des oppositions tumultueuses, surtout de la part des propriétaires dont les domaines et quelquefois les maisons doivent être traversés par les rues nouvelles. Dans un sens opposé protestent ceux qui ne sont pas touchés par les améliorations envisagées.

Les dossiers qui sont proposés à l'approbation de la Commission supérieure contiennent, en plus des plans divers, un projet de règlement de voirie rédigé par le maire. Certains maires copient purement et simplement des modèles tout prêts, des modèles omnibus. Cela leur évite toute observation de la part des examinateurs. Mais d'autres font preuve d'originalité, tel celui d'une petite ville thermale qui a émis dernièrement la prétention suivante : la couleur des futurs immeubles devra être soumise d'avance à son approbation. Cette prétention a soulevé une grande discussion parmi les architectes notoires, qui composent le haut aéropage. Ils ont bien compris l'idée de ce maire novateur. Il voudrait éviter dans le paysage dont il s'estime responsable, la discordance des couleurs trop vives ou saugrenues. Il a dû être frappé comme nous tous, par les extravagances auxquelles se livrent trop souvent les constructeurs de villas : non seulement sur la Côte d'Azur, où le soleil autorise beaucoup d'indulgence, mais aussi dans les grandes banlieues et les lotissements.

La grande objection est celle-ci : quelle compétence le maire peut-il avoir pour déterminer les couleurs, qui s'harmonisent ou qui jurent avec le paysage qu'il administre ? C'est le Conseil d'Etat qui devra en dernier ressort décider du sort de cette singulière prétention d'un maire zélé : des goûts et des couleurs !...

Les hygiénistes qui, conjointement aux architectes ont voix au chapitre dans l'examen des dossiers, ne pouvaient guère prendre parti dans la discussion de la couleur des immeubles.

La question se pose, comme paraissant de pure esthétique. Et cependant ?... La couleur a une importance biologique qui n'est pas négligeable. On doit se rappeler un fait qui sert de base à des théories originales. Dans une grande usine de produits photographiques, les ouvrières travaillaient dans des ateliers éclairés en rouge, lumière inactinique. Si la matière du travail grâce à cette précaution, n'était pas influencée, les ouvrières l'étaient grandement, les disputes, les batailles, l'excitation générale du personnel causaient à l'administration les plus graves embarras. En changeant le rouge des vitraux contre un mélange bleuâtre, également inactinique, elle réussit à rétablir le calme ; mais ce fut au détriment du rendement : car les femmes ne perdirent pas seulement leurs ardeurs guerrières, mais encore leur ardeur au travail.

Au point de vue urbanisme, on pourrait, sur des données du même ordre, essayer de classer les couleurs des immeubles. Il faudrait proscrire le rouge dans les centres batailleurs. Les luttes électorales seraient moins ardentes, si toutes les maisons étaient bleues. On laisserait le rouge aux populations par trop calmes, qui négligent la culture des champs et les intérêts de la repopulation.

Les maisons blanches sont réfrigérantes dans les pays froids, et au contraire multiplient par réflexion les ardeurs du soleil dans les pays chauds. L'ocre jaune gaspillé dans les villas de Sainte-Maxime et de la Côte d'Azur, est une couleur évidemment réchauffante et éclairante, qui serait mieux utilisée dans les brumes du nord.

Le vert égaillerait les paysages boisés à feuillage caduc, quand les branchages sont dénudés par l'hiver. Il apporterait l'espoir du retour des feuilles, dans la saison désolée. Il est déjà très utilisé dans les habitations forestières pour les contrevents et volets.

La nature est complice dans ce cas, puisqu'elle peint elle-même en vert tendre, avec ses moisissures, des murailles primitivement blanches.

Que penser du bigarré, si cher à la Normandie ? La juxtaposition des losanges de plâtre blanc et des diagonales de poutres colorées en « brou de noix » distrayent les yeux, qu'ennuient les paysages trop verts, trop plats et trop gras des interminables pâturagess. Les vaches n'ont pas toujours des trains à se mettre sous les yeux.

La grande erreur, c'est de transporter la maison normande dans d'autres climats. Plus que des fantaisies des constructeurs, il faut tenir compte de cette bonne vieille sagesse des nations. Elle doit garder voix prépondérante. Les Parisiens qui vont à Saint-Tropez, à Villefranche-sur-Mer reviennent émerveillés des maisons multicolores des quais de ces ports : mais voyez-vous les maisons rouges à volets verts ou bleus qui font si bien là-bas, se presser les unes contre les autres sur le quai des Grands Augustins, sur la quai d'Orsay ou le quai Bourbon ?

Laissons donc à Saint-Tropez sa maison Eiffel d'un rouge, qui rappelle une belle aurore, et qui est le coin de France le plus souvent peint. Mais il n'est pas mauvais, tout en respectant les enseignements de la tradition immortelle, de mettre de la couleur dans les mortiers de recouvrement. Faut-il laisser l'ingénieux maire de X... et ses émules juger sur place de l'opportunité des mélanges ? C'est à l'infaillible Conseil d'Etat d'en décider. Les couleurs, en plus de la gaité qu'elles procurent, ont peut-être un rôle, beaucoup plus profond qu'on ne le croit, sur le comportement des populations. Vous rappelez-vous les anciennes illuminations par rampes à gaz les jours de liesse : comparez-les à l'éclairage multicolore de nos rues actuelles, qui transforment la publicité en une féerie quotidienne. Elles revigorent le moral des promeneurs et les aident à supporter les ennuis de la vie.

Une seule couleur est à bannir de nos maisons, c'est celle du manteau des conspirateurs de notre cher Alexandre Dumas : la couleur de muraille, de vieille muraille !

Dr Briau.

BIBLIOGRAPHIE

Editions Labergerie, Paris.

Joseph Okinczic, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. **Humanisme et médecine.**

Contribution à la question toujours pendante de l'insurrection spiritualiste contre les tendances « de masses » de la médecine contemporaine.

La médecine a affaire à l'homme tout entier, dans la complexité de son être fait d'une âme et d'un corps, d'un individu inclus dans une espèce, et d'une « personne » irréductible à rien d'autre.

Pour que règne l'ordre, il faut que l'homme ne perde jamais de vue le bien commun, et que la société, d'autre part, ne sacrifie pas la « personne humaine », l'être établi dans des fins et des besoins éternels.

Le drame de l'époque, c'est justement le conflit entre l'homme opprimé et la Société tyrannique. Ainsi s'affrontent le médecin personnel et le médecin de la société, l'un qui veille au salut personnel, l'autre qui fait prévaloir la « loi du troupeau ».

L'auteur souhaite qu'un pacte s'établisse entre les deux, mais il ne cache pas qu'à son avis c'est surtout l'homme intégral qu'il convient de servir, dans le respect d'un humanisme intégral.

G. L.

Édition de la Revue des Indépendants, Paris

Vanité. Poèmes, par Augustin Mancier. Chez l'auteur, 48 *bis*, rue Delagrave, à Fontenay-sous-Bois.

Cette plaquette, illustrée de bois intéressants, exprime en vers un peu gauches, mais qui ne manquent pas de fraîcheur, l'inquiétude des jeunes qui, parvenus au seuil de la trentaine, sentent pour la première fois fuir le temps. Est-il rien de plus mélancolique que « ces jours à venir, si beaux en espérance » lorsque..... ils sont venus ?

G. L.

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE

« Le Sou Médical »

Extrait des procès-verbaux du Conseil d'administration

Admissions

Au cours de sa réunion du 9 février 1937, le Conseil a prononcé les admissions suivantes :

12.327 BOUFLARD, Vimoutiers (Orne). Syndicat d'Argentan.
12.328 CADÈNE, Saint-Laurent-de-la-Salanque (Pyrénées-Orientales). Syndicat médical des Pyrénées-Orientales.
12.329 COLLENOT, Chagny (Saône-et-Loire). Parrains : Docteurs Planson et Combier.
12.330 DARFEUILLE, Vierzon (Cher). Syndicat des médecins du Cher.
12.331 DUFRESNOY, Valmont (Seine-Inférieure). Parrains : Docteurs Maupas et Vergez.
12.332 DUPARC, Les Abrêts (Isère). Syndicat médical de La Tour-du-Pin.
12.333 FAYE, Drancy (Seine). Parrains : Docteurs Rousseau et Espenel.
12.334 FELDSTEIN, 3, rue du Cirque, Paris (VIIIe). Parrains : Docteurs Paul Boudin et Lob.
12.355 FOIX, Oloron-Sainte-Marie (Basses-Pyrénées). Syndicat médical du Béarn.
12.336 GATTÉ, Rostrenen (Côtes-du-Nord). Parrains : Docteurs Courtois et Saliou.
12.337 GUISLAIN, Roubaix (Nord). Syndicat médical de Roubaix.
12.338 JOSEPH, Levallois (Seine). Parrains : Docteurs Boëlle et Dollé.
12.339 LAHERRÈRE, Aubervilliers (Seine). Parrains : Docteurs Massart et Vidal-Naquet.
12.340 LALESQUE, Arcachon (Gironde). Syndicat médical d'Arcachon.
12.341 MOZZICONACCI, 274, rue de Vaugirard, Paris (XVe). Parrains : Docteurs Boissonnat et Boulle.
12.342 ORLIAC, Etain (Meuse). Syndicat des médecins de la Meuse.
12.343 VIAL, Bar-le-Duc (Meuse). Syndicat des médecins de la Meuse.
12.344 M. BAILLET.
12.345 M. BAUD.
12.346 M. BEAUFILS.
12.347 M. CAILLAUT.
12.348 M. GOVAERTS.
12.349 Mlle KLETTER.
12.350 Mlle KOUINDJY.
12.351 M. MIQUELINO.
12.352 M. NESPOULOUS.
12.353 Mlle REIFMAN.
12.354 M. RIALLAUD.
12.355 M. SACQUÉPÉE.
12.356 M. SEIMBILLE.
12.357 Mme WAGNER.
12.358 Mlle ZYMAN.

Ces quinze derniers adhérents ont été admis au titre d'élèves de l'Ecole française de stomatologie.

Les admissions ci-dessus deviendront définitives à défaut de protestation dans les quinze jours de la présente publication. (Art. 5 des statuts).

Les Docteurs F., R. et C., satisfaits des services que leur a rendu la Ligue, font don à la Caisse, les deux premiers, de 25 francs chacun, le dernier de 100 francs.

Le Conseil leur adresse ses remerciements.

A la suite de l'admission, par la Chambre des Requêtes de la Cour de Cassation, du pourvoi formé avec l'appui de la Ligue contre un jugement rendu dans une affaire d'accidents du travail, l'adversaire du Docteur M. s'est incliné et a réglé le principal, les intérêts et tous les frais.

Me Auger, qui a formé le pourvoi, a fait parvenir à la Ligue, la somme de 1.606 fr. 30, sur laquelle celle de 713 fr. 30 montant du principal et des intérêts, est ordonnancée au profit du Dr M.

Le Dr J. a obtenu la condamnation d'un client au paiement de ses honoraires, mais le débiteur, qui est actuellement en prison, n'a versé que 435 francs sur le principal, qui sont ordonnancés au profit du Dr J., la Ligue gardant à sa charge les 299 fr. 70 de frais qui restent à acquitter.

Le Dr A. a été l'objet, d'une façon irrégulière, d'un rehaussement sur ses bénéfices professionnels de 1932.

M. Martinot ayant estimé, après examen du dossier, qu'il y avait lieu de présenter une réclamation au Directeur des Contributions directes et en ayant rédigé le texte, le Conseil décide de faire bénéficier à cet effet, le Dr A. de l'appui moral et pécuniaire de la Ligue.

Le Dr G. a été imposé à la patente sur la valeur locative d'un garage qu'il n'utilise pas pour ses besoins professionnels.

Suivant l'avis de M. Martinot, le Conseil décide de faire bénéficier le Dr G. de l'appui moral et pécuniaire de la Ligue pour présenter une réclamation au Directeur des Contributions directes.

Le Dr S. a sur la demande, dont il pourrait faire la preuve, de l'auteur d'un accident d'automobile, donné ses soins aux victimes dudit accident. Il ne veut pas entrer en relations avec l'Assurance de l'auteur de l'accident, mais exige de celui-ci le paiement de ses honoraires, qui s'élèvent à 1.200 francs.

Le Conseil décide de le faire bénéficier de l'appui moral et pécuniaire de la Ligue pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires contre l'auteur et les victimes de l'accident.

Le Dr R. ne peut obtenir paiement d'une note d'honoraires de 7.000 francs, dont 3.000 bénéficiant du privilège de dernière maladie, par une succession gérée par un administrateur, à la suite de la renonciation des héritiers.

Le Conseil décide de faire bénéficier, le Dr R. de l'appui moral et pécuniaire de la Ligue pour faire valoir ses droits.

Le Dr D. a donné ses soins à un pensionné de guerre pour une maladie sans rapport avec celle qui a causé la pension. Le malade étant décédé, sa veuve voudrait qu'il se fasse payer par le service des soins aux pensionnés de guerre et refuse de payer la note, qui s'élève à 80 francs.

Le Conseil décide de faire bénéficier le Dr D. de l'appui moral et pécuniaire de la Ligue pour poursuivre contre la veuve le recouvrement de ses honoraires.

Le Dr H. a été appelé à donner ses soins à une jeune fille en villégiature et a diagnostiqué une appendicite, pour laquelle une intervention a été effectuée le lendemain dans une ville voisine. Il a demandé 220 francs pour les visites et le déplacement nécessité par l'opération. Le père lui a envoyé 40 francs, en mettant en doute la nécessité de l'intervention.

Le Conseil décide de faire bénéficier le Dr H. de l'appui moral et pécuniaire de la Ligue pour poursuivre le recouvrement du solde de ses honoraires.

Le Dr G. ayant donné ses soins à un enfant atteint de brûlures des deux mains, a présenté à la mère une note de 360 francs pour treize pansements. La mère, qui a versé 200 francs, refuse de payer la différence, en prétendant que les pansements auraient pu être faits par la nurse.

Le Conseil décide de faire bénéficier le Dr G. de l'appui moral et pécuniaire de la Ligue pour poursuivre le recouvrement du solde de ses honoraires.

Le Dr G. a vu mettre à sa charge, par décision de la Commission supérieure des soins aux pensionnés de guerre, une somme de 560 francs pour prétendus abus d'actes médicaux et de prescriptions pharmaceutiques.

Me Auger estimant qu'il y a lieu de former un recours devant la Commission spéciale de Cassation, notamment en raison du fait que le Dr G. n'a pas été partie en première instance, le Conseil décide de faire bénéficier à cet effet le Dr G. de l'appui moral et pécuniaire de la Ligue.

Les Docteurs R. et T., menacés de poursuites en responsabilité professionnelle, obtiennent l'appui de la Ligue et la garantie de la Caisse spéciale, pour le cas où il serait donné suite aux menaces qui leur ont été adressées.

Le Dr A., médecin d'un Dispensaire mutualiste, en vertu d'un contrat sans détermination de durée, a été avisé le 28 décembre que son poste était supprimé à compter du 1er janvier. Ayant réclamé une indemnité, il n'a pas reçu de réponse.

Le Conseil décide de faire bénéficier le Dr A. de l'appui moral et pécuniaire de la Ligue pour former contre la Société une demande en dommages-intérêts pour brusque renvoi.

Le Dr M. ne peut obtenir paiement d'une note d'honoraires et frais de clinique de 2.498 fr. 75, pour soins donnés à un jeune homme victime d'un accident au cours d'une partie de foot-ball. L'Assurance de la Société sportive offre seulement 1.500 francs.

Le Conseil décide de faire bénéficier le Dr M. de l'appui moral et pécuniaire pour poursuivre le père du blessé et la Société sportive, qui s'était engagée à régler en cas de défaillance de son Assurance.

Le Dr P. demande l'appui pour poursuivre une action en paiement de 1.977 fr. 75 pour honoraires et 5.000 francs de dommages-intérêts, qu'il a engagée contre des clients qui ont refusé de la payer par des lettres injurieuses et ont même écrit à ce sujet au Préfet qui, de son côté, a alerté le Syndicat médical.

Le Conseil décide de faire bénéficier le Dr P. de l'appui moral et pécuniaire de la Ligue pour poursuivre l'action engagée par lui.



CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ FAMILIALE

● ● ●

La combinaison idéale

Nous avons dit dans un article précédent que la Mutualité familiale avait élevé le plafond de ses prestations d'indemnités maladies et accidents jusqu'au taux de 75 francs d'indemnité journalière et de 750 francs d'indemnité mensuelle.

Parallèlement, les maxima de pensions de retraites étaient portés à 6.000 francs.

Puisque l'effet des combinaison d'indemnités pour incapacité d'exercice cause pathologique cesse au 1er janvier qui suit l'année où le sociétaire atteint ses 65 ans, — puisque d'autre part, la pension de la combinaison R est servie le 1er janvier qui suit cette même année des 65 ans, — il en découle tout naturellement que le médecin qui veut s'assurer une indemnité passagère ou permanente en cas d'invalidité par maladie, accident ou sénilité, trouve chez nous une combinaison toute prête à assurer l'ensemble de ce risque ; c'est la combinaison **MA — R** (1), **c'est la combinaison idéale**

D'ailleurs autrefois, du temps que notre Mutualité familiale s'appelait l'Association amicale, les dirigeants de cette époque, bloquant l'indemnité maladie accidents et la retraite à 65 ans, avaient ouvert une combinaison C qui a dû s'effacer devant les nouvelles organisations mises sur pied lors de la transformation de l'Amicale en Mutualité familiale.

Sans revenir sur ce qui a été abandonné comme présentation des services, j'estime que la combinaison qui, avant toutes les autres, doit intéresser le médecin prévoyant, est justement, cette ancienne combinaison en symbiose que j'appelle aujourd'hui MA — R.

A un médecin de 30 ans par exemple, elle assure une **indemnité quotidienne de 75 francs** dès le cinquième jour de son incapacité de travail jusqu'au 65e jour de ladite incapacité. Dès le 66e jour, si la maladie continue, l'indemnité servie est de 750 francs par mois jusqu'à guérison. Si la maladie devient chronique, quel que soit l'âge du malade, cette mensualité de 750 francs lui sera servie jusqu'au 31 décembre de l'année de ses 65 ans. Et s'il tombe chronique à 45 ans par exemple, — cela arrive, croyez-le bien, — c'est en somme, une retraite de 9.000 francs qui sera servie pendant 20 ans.

Mais **à 65 ans**, sans être malade, on devient moins allant, moins actif, on est un vieux dont le client se détourne, et qui ne garde que quelques fidèles, vieux comme lui. D'autre part, si on est un malade chronique que va-t-on devenir à l'heure où cessera le service de ces 9.000 francs ?

C'est alors qu'intervient le rôle de la combinaison R qui assure **6.000 francs de retraite viagère** dès le lendemain du jour où cesse le revenu des 9.000 francs d'indemnité maladie.

Et pour ces 4.500 francs d'indemnité aiguë, ces 9.000 francs annuels d'indemnité chronique, ces 6.000 francs de retraite aux 65 ans, qu'aura à payer le médecin prévoyant de 30 ans ? 675 francs (MA.75) + 910 francs (R) dont à ce prix, le remboursement du capital est assuré aux ayants droit quelle que soit l'époque du décès, arrérages reçus déduits, soit en tout 1.585 francs + un droit de gestion de moins de 150 francs.

Quel est le médecin de 30 ans en pleine activité qui ne peut pas utiliser **1 750 francs par an** pour se garantir ainsi contre maladies, accidents, invalidités de toutes sortes et vieillesse ?

N'est-ce pas le meilleur emploi que l'on puisse faire de ses capitaux ?

Avec ses **dix millions de réserve**, avec sa gestion si scrupuleusement honnête, et si bon marché, avec son esprit si confraternel et si amical, est-ce que la Mutualité familiale ne répond pas victorieusement aux besoins les plus essentiels du médecin prévoyant ?

Aussi, avant d'écouter les critiques intéressées que certains agents plus ou moins mal documentés, que certains esprits chagrins, — il y en a toujours — pourraient nous opposer, nous prions nos lecteurs de nous demander toutes les explications nécessaires, de venir même sur place, se documenter sur tous nos services. Nous administrons dans une cage de verre. Et la seule chose que nous puissions regretter, c'est que nos confrères ne prennent pas davantage la peine d'apprendre à nous connaître.

C'est à cette connaissance que nous les convions. Mieux avertis, mieux renseignés, ils n'hésiteront plus à venir à nous, car ils verront avec quelle souplesse la Mutualité sait et peut se plier à tous leurs besoins légitimes.

Le secrétaire général :
H. MIGNON.

(1) MA = Maladies-Accidents.
R = Pension de retraite à 65 ans.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Ve Congrès international des hôpitaux** (Paris, 5-11 juillet 1937). — PROGRAMME : Lundi 5 juillet, 15 heures Séance solennelle d'ouverture et première réunion plénière. Conférence du Professeur Roussy, sur « Les soins des cancéreux à l'hôpital ». 18 heures : réception à l'Hôtel-de-Ville de Paris.

Mardi 6 juillet, 9 heures. Deuxième réunion plénière : Le développement historique et l'état présent de l'hôpital en France, rapporteur : M. Cros-Mayrevielle, de Narbonne ; 2° Principes généraux de l'organisation et de la construction de l'hôpital en France, rapporteurs : M. le Professeur Piéchaud et M. le Docteur Latier, de Bordeaux ; 3° L'infirmière et l'infirmier en France, rapporteur : M. Chenevier, Paris ; 4° Le service social en France, rapporteur : M. le Professeur Parisot, Nancy. — 14 heures : Séances des Commissions d'étude. Ordre du jour : « Technique de la construction pour les soins à donner aux cancéreux ».

Mercredi 7 juillet, 9 heures. Troisième réunion plénière : Ordre du jour : Comment l'hôpital peut-il augmenter ses recettes et diminuer ses dépenses, sans inconvénient pour son action ? : 1° Considérations générales, M. le Docteur Frey, Berne ; 2° La standardisation à l'hôpital, M. le Docteur Mac Eachern, Chicago ; 3° La normalisation, M. le Docteur Zeiler, Berlin ; 4° Constructions et aménagements, M. le Docteur Uklein, Prague. 14 heures : Visites techniques.

Jeudi 8 juillet. Séance des Commissions d'étude. Thème : « La chambre du malade ». Rapporteurs : M. le Docteur Frey, Berne ; M. l'abbé Rekas, Lvow. Les possibilités psychothérapeutiques des soins spirituels à l'hôpital.

Vendredi 9 juillet. 9 heures. Quatrième réunion plénière.

Ordre du jour : Organisation méthodique du fonctionnement de l'hôpital. 14 heures : Visites techniques.

Samedi 10 juillet. 9 heures. Cinquième réunion plénière : 1° La visite de l'hospitalisé : M. le Docteur Mouttet, Berne ; 2° Le droit de l'hôpital à l'égard des documents établis pour le service des hospitalisés (films, courbes, etc.) : M. le Docteur Plank, Nuremberg ; 3° Le problème de l'hospitalisation des aliénés : M. le Docteur Hincks, Toronto et M. le Prof. Griffini, Milan.

Dimanche 11 juillet. 9 heures. Sixième réunion plénière : 1° L'hôpital, sa publicité, sa propagande et la presse : M. l'abbé Sbovoda, Vienne ; 2° L'hôpital et la publicité. L'éducation du public et la presse : M. le Docteur Wickenden, New-York.

Le prix des cartes de Congressiste qui donneront également droit à l'entrée à l'Exposition internationale 1937, est de 60 francs pour les membres de l'Association internationale, et de 100 francs pour les personnes non membres de l'Association.

De plus, une carte d'auditeur, à 30 francs, valable pendant toute la durée du Congrès, permettra d'assister aux séances plénières, sans prendre part aux délibérations ni aux votes.

Le Congrès sera précédé d'un voyage d'étude dans le Sud-Est de la France ; il sera suivi d'un voyage d'étude, de diverses excursions en Ile-de-France, ainsi que de circuits touristiques.

Le secrétariat du Congrès est fixé à la Direction générale de l'Administration de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria, Paris (IVe), jusqu'à l'ouverture du Congrès. Après cette date, il aura son siège, 9 *bis*, avenue d'Iéna.

— **Thèses de la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux.** — Lundi 1er février 1937. — Jury : MM. Réchou, Creyx, De Grailly, Wangermez. — M. BARRY : Radi-diagnostic du cancer primitif du poumon.

Vendredi 5 février. — Jury : MM. Duvergey, Papin Jeanneney, Darget. — M. DAIGNAS : Contribution à l'étude des pyélonéphrites hématuriques d'origine colibacillaire.

— **La XVIe réunion neurologique internationale** se tiendra à Paris du jeudi 8 juillet au mercredi 14 juillet 1937 inclus.

La séance d'ouverture aura lieu le jeudi 8 juillet à 14 h. 30, à l'Exposition internationale. Les séances ultérieures se tiendront à la Salpêtrière, 47, boulevard de l'hôpital (amphithéâtre de l'École des infirmières). — Les séances auront lieu le matin de 9 heures à 12 heures et l'après-midi de 15 heures à 18 heures.

LA QUESTION SUIVANTE A ÉTÉ MISE A L'ÉTUDE : *La douleur en neurologie.* — 1° Physiologie et pathologie générales de la douleur : MM. A. Baudouin et H. Schaeffer (Paris). — 2° La douleur dans les maladies organiques du système nerveux : *a*) Système nerveux central : MM. Riddoch et Critchley (Londres) et Garcin (Paris) *b*) Nerfs périphériques : M. Dechaussu (Lyon). — 3° Douleur sympathique et douleur viscérale : M. Ayala (Rome). — 4° La douleur vue par un psychiatre : M. Noël Péron (Paris). — 5° Le diagnostic objectif de la douleur. Considérations médico-légales : MM. Crouzon et Desoille (Paris). — 6° La thérapeutique de la douleur : *a*) La neuro-chirurgie de la douleur : M. Leriche (Strasbourg) ; *b*) La radiothérapie de la douleur : MM. Haguenau et Gally (Paris).

Une excursion aux environs de Paris sera organisée après la réunion neurologique.

La Société de neurologie tiendra sa séance mensuelle le jeudi 8 juillet, à 9 heures, au siège de l'Académie de chirurgie, 12, rue de Seine. Cette séance sera consacrée aux communications portant sur des questions diverses.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire général : M. Crouzon, 70 *bis*, avenue d'Iéna, Paris (16e).

— **La loi sur l'euthanasie en Angleterre.** — La Chambre des Lords a rejeté la proposition de loi qui aurait établi l'euthanasie volontaire en Angleterre. Cette proposition de loi visait à accorder aux personnes âgées de plus de 21 ans, atteintes d'affections incurables, la faculté d'adresser au ministère de l'Hygiène une requête en vue d'être soumises à une intervention libératrice de leurs souffrances. La demande devait être accompagnée de deux certificats médicaux et de l'autorisation des proches parents.

Cette question de l'euthanasie a donné lieu, on le sait, ces temps derniers, à de nombreuses controverses en Angleterre. Elle a suggéré aussi à un écrivain de grand talent, Claude LILLINGSTON, un roman intitulé : *His patients died*, dont la lecture est particulièrement intéressante pour les médecins.

Le Gérant : R. THIRON

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

4° et 5° *Le prélèvement de salive et d'une goutte de sang (lobe de l'oreille) peut-il être fait par une infirmière diplômée de la Croix-Rouge, quand le médecin est trop occupé par des examens ?*

Cette infirmière peut-elle (toujours quand le médecin est trop occupé par des examens) remettre au malade qui vient les chercher les résultats, conclusions et prescriptions thérapeutiques ?

L'infirmière, qui est titulaire du diplôme d'Etat institué par le décret du 27 juin 1922, ne possède absolument pas le droit de « prendre part habituellement et par une direction suivie au traitement des maladies ».

Il en résulte que si le médecin est trop occupé, il ferait mieux de prendre comme collaborateur un docteur en médecine — et il y en a beaucoup parmi nos confrères qui seraient très heureux de gagner leur vie, en étant les aides de praticiens trop occupés ; il vaut mieux faire gagner des docteurs en médecine que des infirmiers, d'autant que si ces derniers outrepassent leur devoir, ils risquent d'être poursuivis devant les tribunaux correctionnels pour exercice illégal de la médecine et le praticien qui croit les couvrir de son diplôme sera également inculpé pour complicité d'exercice illégal.

Dr Paul Boudin.

893. — Conditions d'exercice de la propharmacie

Je fais appel à votre obligeance pour vous demander des précisions sur la question suivante : pour pouvoir exercer la propharmacie, un médecin doit, je crois, être distant d'au moins quatre kilomètres d'un pharmacien.

Mais cette distance s'entend-elle du domicile du pharmacien, à celui du médecin, ou de celle qui sépare le centre des deux communes (qui sont limitrophes dans le cas qui m'intéresse) ou du domicile du médecin, désirant exercer la propharmacie, à la limite de la commune où est installé un pharmacien ?

Dr B.

Réponse

L'art. 27 de la loi du 21 Germinal an XI autorise les médecins établis dans les bourgs, villages ou communes où il n'y a pas de pharmacien ayant officine ouverte, à fournir des médicaments simples ou composés aux personnes près desquelles ils sont appelés, mais sans avoir le droit de tenir officine ouverte.

Cet article de la loi de Germinal est le seul qui régit encore actuellement l'exercice de la propharmacie.

C'est donc à tort que vous croyez qu'il existe une distance minima imposée entre le cabinet du médecin propharmacien et la plus proche officine de pharmacie.

Pour qu'un médecin puisse vendre les médicaments, il faut et il suffit qu'il soit établi dans une commune dépourvue de pharmacien, même s'il existait des pharmaciens établis dans une commune limitrophe. Nous avons encore fait trancher la question par un Jugement du Tribunal civil de Montmédy du 1er août 1930 que nous avons publié dans le *Concours Médical* du 25 janvier 1931 et qui a été publié également dans la *Gazette du Palais* du 7 décembre 1930.

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

1.159. — Extraction de corps étrangers multiples dans les deux yeux

Le 1er janvier 1937 s'est présenté à mon cabinet, un blessé qui, au cours de son travail, avait reçu dans les deux cornées une projection de plusieurs corpuscules d'émeri.

J'ai procédé à l'extraction, sous anesthésie locale, de huit de ces corps étrangers répartis dans les deux yeux ; ceci d'ailleurs en deux séances à un jour d'intervalle.

Puis, craignant, en raison de certains symptômes et de l'importance particulière de cet accident, que le blessé ne conserve encore, sur ou dans sa cornée quelque corps étranger microscopique capable de lui occasionner des troubles ultérieurs, d'accord avec la Compagnie d'assurance, je l'adressai à l'un de mes confrères ophtalmologiste, afin qu'il soit soumis à un examen au microscope cornéen. De fait, ce dernier examen révéla au spécialiste, la présence d'un dernier corps étranger microscopique à l'ablation duquel il procéda.

Je désirerais savoir :

1° Comment je dois établir ma note d'honoraires, eu égard au fait que :

a) Il y eut, pour ma part, deux interventions (pour des raisons techniques, faciles à faire valoir), dont l'une eut lieu d'urgence un jour férié ;

b) Que ces interventions ont porté sur les deux yeux ;

c) Qu'il s'est agi de l'extraction de corps étrangers multiples, alors que le tarif légal en la matière ne comporte que la mention « extraction sous-anesthésie locale d'un corps étranger profond fixé sur la cornée, la conjonctive, ou sous-conjonctivale : 30 francs ».

2° Quel tarif doit appliquer mon confrère spécialiste ?

Dr D.

Réponse

1° Vous avez extrait, dites-vous, des corps étrangers multiples des deux yeux. En ce cas, vous avez à compter 30 francs pour chaque œil. Votre citation du tarif n'est pas complète. Il y a, en effet, « extraction de corps étrangers profonds ou de corps étrangers multiples superficiels.

fixés, etc..., 30 francs ». Ce qui est précisément votre cas pour chaque œil.

2° Quant à l'oculiste, il a eu à pratiquer « une extraction de corps étrangers profonds dans un œil», soit 30 francs.

Dr F. DECOURT.

989. — Extraction de corps étrangers profonds de la cornée

J'ai extrait deux corps étrangers de la cornée d'un accidenté du travail. J'ai établi ma note ainsi : deux extractions de corps étrangers de la cornée : 60 ; un certificat, 8 francs. Total : 68 francs.

La Compagnie me répond : « Conformément à « l'article 25-A du tarif fixé par l'arrêté ministériel « du 13 février 1933, corps étrangers multiples superficiels, fixés sur la cornée, 30 francs et non « 60 francs ».

Je possède le tarif de 1932 dans lequel il n'est pas question des corps étrangers multiples profonds de la cornée.

Est-il exact que le tarif de 1933 porte un prix de 30 francs pour les corps étrangers multiples et profonds de la cornée ? Car, chez le blessé que j'ai soigné, il s'agissait de corps étrangers profonds.

Dr B.

Réponse

a) Ce n'est ni trente, comme dit la Compagnie, ni 60 francs, comme vous l'aviez marqué. Vous lirez en effet, art. 25, A *bis* : « Opération à 40 francs : extraction sans anesthésie locale de corps étrangers profonds fixés sur la cornée, la conjonctive ou sous conjonctivale ». Vous remarquerez *ibidem* en A : corps étranger profond (au singulier) : 30 francs et ici (au pluriel) 40 francs.

b) Ce qui est en vigueur actuellement c'est « l'arrêté ministériel du 5 février 1932, modifié et complété par l'Arété ministériel du 13 février 1933 ».

Dr F. DECOURT.

999. — Le médecin traitant n'est nullement obligé de fixer le taux d'une incapacité partielle permanente

Un juge de paix est-il en droit d'exiger du médecin traitant que son certificat final de consolidation pour accident du travail porte mentionné le pourcentage d'invalidité alors que ce médecin a écrit en toutes lettres sur ce certificat que : «... l'incapacité minime dont est atteint le blessé est à fixer par expert ».

En effet, un de mes malades accidenté du travail ayant tenté de simuler une perte de vision qui n'existe pas et exigeant un pourcentage d'incapacité que je ne puis lui accorder en toute équité, j'ai estimé, afin de ne pas avoir avec cet individu une discus-

sion, que la présence d'un expert était tout indiquée en ce cas et j'ai porté sur ledit certificat terminal de consolidation, la mention suivante sur laquelle je vous prie de vouloir bien me donner votre appréciation :

« Du fait de ce accident subsiste une tare paracentrale de la cornée..... entraînant pour M. X. une incapacité minime à fixer par expert ».

Suis-je dans mon droit, ou bien dois-je obligatoirement mentionner un pourcentage d'invalidité sur mon certificat, ainsi que me le réclame impérieusement le Juge de paix.

Quelle conduite dois-je tenir ?

Vous m'obligeriez bien vivement, mon cher confrère, si vous pouvez me renseigner. Dr M.

Réponse

Non seulement vous n'avez pas à obtempérer à la réclamation «impérieuse» du Juge de paix, mais il ne vous appartient pas à vous médecin traitant de formuler un pourcentage d'incapacité permanente partielle, à moins que ce ne soit à la demande de votre blessé lui-même et pour l'aider à soutenir ses droits devant une Compagnie qui offre un pourcentage insuffisant à vos yeux. En tous cas, puisque vous émettez un doute sur le pourcentage à évaluer, il est de votre devoir strict de vous retrancher devant l'avis d'un oculiste désigné officiellement comme expert. Dr F. Decourt.

1.087. — Acte de confraternité et non acte tarifable

Il arrive fréquemment qu'un médecin contrôleur d'assurances demande au médecin traitant de contre-visiter un blessé déjà guéri depuis deux ou trois jours, le médecin contrôleur n'étant pas averti de cette guérison par la Compagnie qui lui a demandé le contrôle.

Dans ce cas, je donne un coup de téléphone au médecin contrôleur et le rendez-vous est annulé.

Mais ce sont là perte de temps et même dépense. Que compter sur la note ? Jusqu'à présent, je n'ai rien compté, mais c'est là une question à trancher.

Dr C.

Réponse

Il est de bonne confraternité de prévenir le médecin de contrôle que le blessé est guéri, afin qu'il ne se déplace pas inutilement. C'est ce que j'ai personnellement toujours fait à l'occasion, mais ceci est en dehors de toute question de « tarif de responsabilité patronale ».

Dr F. Decourt.

FISCALITÉ

1.049. — Amortissement de l'appareillage professionnel

Comme membre du Sou Médical et abonné au *Concours*, je me permets de vous demander un renseignement fiscal un peu détaillé et précis.

Ayant en 1936 acheté pour ma profession un appareil m'ayant coûté 12.250 francs tous frais compris, comment dois-je cette année comprendre cette somme dans mes frais professionnels ?

Dois-je soustraire la somme totale ? Dois-je amortir ce chiffre en trois ou quatre années et à quel taux ? J'estime que comme amortissement cet appareil devrait l'être en trois ans, car passé ce laps de temps mon appareil aura perdu sa valeur, et peut-être ayant besoin de réparations serai-je obligé de le remplacer.

Dr L.

Réponse

Les appareils s'amortissent suivant le nombre d'années nécessaires à leur dépréciation totale. Puisque votre appareil subira, à votre avis, cette dépréciation dans trois ou quatre ans, vous devez l'amortir en trois ou quatre ans et porter cette somme dans vos frais professionnels, soit : 12.250 : 3 = 4.083 francs ou 12.250 : 4 = 3.062 francs

A. Martinot
Conseil fiscal

ACCIDENTS

1.277. — La synovite crépitante des tendons est-elle un accident du travail ?

La synovite crépitante des tendons extenseurs des doigts de la main est-elle un accident du travail ? Un syndicat régional de garantie vient de le contester en me renvoyant ma note d'honoraires. Il doit cependant y avoir de nombreux jugements à ce sujet, que je serais heureux de connaître, pour les soumettre à la compagnie d'assurances.

Je vous remercie à l'avance des renseignements que vous pourrez me donner.

Dr R.

Réponse

D'une manière générale, on admet que la synovite crépitante ou à grains riziformes serait de nature probablement tuberculeuse.

Par conséquent, une prédisposition bacillaire serait à la base de l'apparition de cette affection.

Quoi qu'il en soit, la jurisprudence constante de la Cour de cassation décide que doit être considérée comme un accident du travail toute lésion qui est occasionnée ou aggravée par un traumatisme survenu pendant le travail ou à l'occasion du travail et sur le lieu du travail.

Il en résulte qu'à la victime incombe la preuve

d'établir la relation de cause à effet entre la lésion dont il se plaint et le traumatisme dû au travail.

Si le début de l'affection a été brusque, soudain, la loi de 1898 sera applicable. Si, au contraire, la lésion ne s'est développée que progressivement, petit à petit, d'une manière insidieuse et qu'elle se soit révélée, non pas à l'occasion d'un traumatisme brutal et soudain, mais à la suite d'un très léger traumatisme journalier et de minime importance, on qualifiera l'état pathologique de maladie professionnelle.

Or, pour que cette dernière soit tributaire de la loi des accidents du travail, il faut qu'elle puisse entrer dans un cadre étiologique déterminé par la loi (saturnisme, hydrargyrisme, etc.).

Si votre blessé peut apporter la preuve par témoin du traumatisme brutal, son patron doit le garantir pour sa synovite tendineuse ; sinon, c'est lui seul qui est responsable de vos honoraires médicaux.

ASSURANCES SOCIALES

882. — Immatriculation des femmes de ménage aux Assurances sociales

Je voudrais vous demander quelques renseignements complémentaires dans un cas d'espèce au sujet de l'immatriculation d'une femme de ménage aux Assurances sociales. Suite au nº 10.729 du *Concours Médical* du 24 janvier 1937.

Il s'agit d'une femme qui fait des heures de travail d'une façon non régulière. Elle vient deux heures le matin, mais ne vient ni les dimanches ni les jours de fête, ni les jours de foire, et de plus, ne vient pas s'il lui plaît de rester chez elle pour laver son linge personnel ou faire son propre ménage, ou bien aller chez ses parents où elle reste trois ou quatre jours. En somme, elle vient quand cela lui fait plaisir. Quand elle vient, elle fait deux heures et emporte 5 francs chaque jour comme payement comptant. En somme, on la prend quand elle veut bien venir et bien souvent ne prévient même pas qu'elle ne viendra pas. Comme elle est payée comptant pour les heures qu'elle fait, il ne peut y avoir de contestation pour un règlement de fin de mois qui n'est jamais le même.

Cette femme étant italienne mariée à un belge n'a jamais voulu se faire immatriculer aux Assurances sociales. A ma connaissance, elle va dans quatre maisons différentes. Le mari n'avait jamais été immatriculé aux Assurances sociales parce qu'étranger, paraît-il !

Ces jours derniers, il vient d'être forcé à l'immatriculation et sa femme dit qu'elle sera considérée comme conjointe d'un assuré social quand elle voudra profiter des Assurances sociales, mais qu'elle n'a pas besoin d'être inscrite elle-même.

Mais, dans ce cas, les Caisses n'auraient-elles pas recours contre elle et ses employeurs? Peut-on tracasser l'employeur qui l'emploie d'une façon intermittente sans qu'on puisse dire qu'il paye au mois puisque cela varie continuellement et que c'est au comptant? Dans ces conditions, auquel des employeurs peut-on s'adresser puisqu'il y en a quatre avec chacun un nombre d'heures différent?

Dans les conditions où j'emploie cette femme puis-je être ennuyé car elle persiste à ne vouloir pas faire partie des Assurances sociales en dehors de son droit de conjointe?

Je dois ajouter que je suis assuré contre les accidents du travail pour une personne employée par moi à la journée quelle que soit cette personne pourvu que je n'en emploie qu'une à la fois, homme ou femme.

Dr B.

Réponse

Il est exact qu'en vertu du nouveau régime institué par le décret-loi du 28 octobre 1935, les femmes de ménage doivent obligatoirement être immatriculées aux Assurances sociales par chacun de leurs patrons quand bien même elles sont au service de plusieurs employeurs.

Toutefois, il n'en va ainsi que si cette femme de ménage travaille pour chacun de ses patrons d'une manière périodique et continue. Par contre si elle rentre dans le cas prévu par l'art. 1er, paragr. 5 du décret-loi, c'est-à-dire si elle est occupée par le même employeur une seule fois ou par intermittence, l'immatriculation reste à sa charge. Elle doit seulement dans ce cas remettre à son employeur, une attestation par laquelle elle certifiera appartenir aux catégories énumérées à l'art. 1er, paragr. 5 et déclarera prendre à sa charge sa propre immatriculation.

Cette attestation permettra à l'employeur de justifier éventuellement de sa situation au regard des obligations de la loi (règlement d'administration publique, art. 3, paragr. 2).

De toute manière, l'observation des obligations posées par la loi doit avoir lieu sans qu'il importe que l'intéressée y consente ou non. Le refus opposé par la femme de ménage de faire partie des Assurances sociales ne saurait vous exempter du versement des cotisations patronales et ouvrières au Service régional des Assurances sociales et ne vous libèrerait même pas de toute responsabilité à l'égard de l'intéressée au cas où elle viendrait à être malade.

Dans ce cas, en effet, elle serait en droit de vous réclamer une indemnité égale à la valeur des prestations dont elle a été privée par votre faute. étant entendu toutefois, d'après la jurisprudence, qu'elle devrait participer pour une part à cette indemnité puisqu'elle a participé à la faute.

LA DÉFENSE PROFESSIONNELLE DU MÉDECIN

par le SOU MÉDICAL

Plus de sept mille praticiens français sont membres de la Ligue médicale de Défense professionnelle, le « Sou Médical », et ce nombre s'accroît chaque jour. S'ils ont adhéré aussi nombreux à cette Société, c'est qu'elle est la seule capable de les défendre contre tous les risques professionnels, dont ils sont menacés dans l'exercice de la profession médicale, tout en prenant une part active à la défense générale des intérêts médicaux.

Le service juridique du « Sou Médical » compte six juristes, parmi lesquels un avocat à la Cour d'appel de Paris et un avocat à la Cour de cassation et au Conseil d'Etat. Une permanence fonctionne tous les jours au Secrétariat général de cette Société, pour recevoir les sociétaires, écouter l'exposé de leurs litiges, les conseiller dans les affaires courantes qui ne comportent aucune difficulté de solution, constituer leur dossier pour le soumettre aux avocats conseils, pour les affaires plus importantes.

Le « Sou Médical » possède une Caisse spéciale de garantie dotée d'une réserve de 1.740.000 francs destinée à faire face, jusqu'à 100.000 francs, *en outre* des frais du procès, à toutes les demandes en dommages-intérêts motivées par la mise en cause de la responsabilité professionnelle de ses membres.

S'ils sont en même temps abonnés au *Concours Médical*, les membres de la Ligue bénéficient d'une couverture supplémentaire de 400.000 francs, soit au total **cinq cent mille francs.**

Pour être membre du « Sou Médical », il faut faire partie d'un Syndicat ou d'une Association médicale, ou être présenté par deux parrains déjà membres de cette Ligue.

La cotisation annuelle est de cent francs, comprise la participation à la Caisse de garantie.

Les membres ne sont admis qu'après envoi de leur adhésion, payement de la cotisation, et publication au *Concours Médical*, n'ayant donné lieu à aucune protestation.

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE

"LE SOU MÉDICAL"

Siège social : **37, Rue de Bellefond, PARIS (9e)**

C. M. 3-37

BULLETIN D'ADHÉSION

Je soussigné (nom, prénoms, qualités) ____________________

médecin à ____________ *Rue* ____________ *Dépt* ____________

né le ____________ *à* ____________

reçu devant la Faculté de ____________ *le* ____________

membre de (1) ____________________

ou présenté par MM. (2) ____________ *déclare*

adhérer à la Ligue médicale de défense professionnelle (LE SOU MÉDICAL)

J'envoie en même temps ma cotisation pour l'année 1937 (3) par (*) ____________

Je déclare, en outre, être déjà assuré contre la responsabilité civile à ____________

____________ *jusqu'à concurrence de* (4) ____________

et abonné au « Concours Médical » (5) *A* ____________, *le* ____________

SIGNATURE :

(1) Syndicat médical ou Association médicale.
(2) Deux confrères membres du Sou Médical.
(3) 100 fr. pour l'adhésion donnée du 1er Janvier au 31 Mars.
75 fr. — — 1er Avril au 30 Juin.
50 fr. — — 1er Juillet au 30 Septembre.
25 fr. — — 1er Octobre au 31 Décembre.
(4) En cas d'assurance antérieure, indiquer la ou les Compagnies, auxquelles l'adhérent est déjà assuré et la somme assurée.
(5) Rayer cette mention, s'il y a lieu.

(*) Envoyer ce Bulletin au Siège Social, 37, rue de Bellefond, Paris (9e), avec la cotisation, soit par chèque ou virement postal (*Sou Médical*, Paris 182-31), soit par mandat-poste ou chèque bancaire.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	60 fr.	Belgique et Luxembourg...	70 fr.
Etudiants	35 fr.	Première Zone	85 fr.
Le Numéro........	1.25	Deuxième Zone	110 fr.

Abonnés du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos abonnés qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Adda, Dana, Picard.
Amélie-les-Bains : Alardo, J. Boulx.
Arcachon : Jean Doche.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Bandol : Charmot et Rozet, (*Mais. cur. hélio-mar.*), Marçon.
Beaulieu-sur-Mer : Bertier, Ricoux.
Beausoleil : Andoly.
Biarritz : Clavel Pierre, Lacour.
Boulou (le) : Jean Noguès.
Biskra (Sud-Algérien) : Chatenier (*ophtalm.*)
Cambo-les-Bains : A. Camino, Chatard, Colbert, Trotot.
Cannes : Bourgeois-Gavardin, P.-E. Bousquet, Fournier, P. Houssiaux, Joublot, P. Roques (*Y. O. R. L.*), Makereël, Monod, R. Stauder.
Cap-d'Ail : Lyons.
Carnac-plage : E. St-Martin.
Cassis-sur-Mer : Agostini.
Chamonix : de Chabanolle.
Ciboure : P. Sousbielle.
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Brody, Chaumet.
Hyères : Fohanno, Pierruhgues, Valmyre, Verrier.
Jougne : P. Charlin.
Juan-les-Pins-Antibes : Claudel (*chir.*).
La Seyne : Grandjean, J.-M. Jaubert, Makereël.
Magagnose-de-Grasse : Gordon.
Mégève (Hte-Sav.) : M. Grenet, Jacqueline Grenet.
Menton : Camaret, P. de Lengenhagen, Paul Ray.
Monte-Carlo : S. Vivant.
Nice : Bernard, Brouxel (*Chir.*), Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Daniel, Dormoy, Drapier, M. Faure, Gazzola, Gaudichon (*O. R. L.*), Guerry, E. Guérin, G. Henry (*Ray. X*), Kent-Monnet, Larue, Le Geard, (*mal. nerv.*) Lelongt Max, Liotard, Malaussène, (*Pn. art.*), Nafilyan, Nicolas, Phipps (*derm.*), Piettri, Rouvière, Sineau (*acc.*), Trutié de Vaucresson (*chi. acc.*), Vizerie.
Pau : Bajac, Carcy, Cornet.
Rousses (Les) : R. Veisenburger (*Enf.*).
St-Didier : A. Masquin.
St-Gervais-les-Bains : Roux.
Ste-Maxime-sur-Mer : Bausset, Ficonetti.
St - Raphaël - Valescure : Boulle (*Gyn. v. u.*), Léon Clément, (*clin. chir.*), Marcel Rochette (*stom.*), Théo Roux de Laroque.
Sanary-sur-Mer : P. Gaillard.
Saujon : Dubois.
Toulon : Jamin (*chir.*), Pignet (*urol., derm.*)
Vernet-les-Bains : Ponson
Villefranche-sur-Mer : Alfonsi-Baud.
Villard-de-Lans : Bassaget (*Mal. des enf.*), Hérault (*mal. enf.*), Suau (*Mal. enf.*)

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — ***Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)***

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du Concours Médical, Paris 167-95.

Nº 72. — Vittel. Pour rais. âge et santé, client. thermale de 25 ans à céder dès saison 1937. Condit. avantag. Ecr. Dr Adda, 98, rue Michelet, à Alger, ou aller le voir si on prend part au Congrès d'Alger.

Nº 73. — Paris. A louer bel appartem. conven. à doct. de préfér. radiol., compren. : 1 belle entrée, 1 très gr. salon de récept., 1 salle à m., 3 autres belles pièces. Confort moderne.

Nº 74. — Dr recomm. jeune veuve qui prendr. pensionnaires, femme seule âgée ou jeunes enfants. Vie de famille agréable. Tout confort, belle maison, grand jardin. Bord de la Garonne, près Bordeaux. Prix raisonnab. Pour renseign. écr. Dr Bourrus, Portets (Gironde).

Nº 75. — Dr dans sous-préfect. grande ligne, client. demi-repos, voudrait connaît. confrère remplaçant français, expérimenté, qu'il occuper. plus. fois par an. Indiquer condit. et référ.

Nº 76. — Médecin spécialiste désirant créer clinique hélio-marine, climat marin idéal, recherche commanditaire, associé non médecin, ou œuvre philantropiq. française ou suisse.

Nº 77. — Pour raison santé, client. ancienne d'O.R.L. à céder dans gr. ville Côte d'Azur. Très bonnes condit.

Nº 78. — A céder belle client. rurale chef-lieu canton Côte-d'Or. Vingt-trois communes à desservir. Ch. fer, P. T. T. chasse et pêche. Fixes import. Prix à débattre.

Nº 79. — Sud Bretagne. A céder poste méd. très agréable, chiffre moyen, suscept. forte augmentat. Maison tout confort.

Nº 80. — Méd. français, diplôme d'Etat, permis conduire, cherche remplacem. ou place assistant toute région, toute durée.

Nº 81. — Secrét. dactylo est demandé pour clin. yeux, matinées et samedi ap.-midi. Se présenter L. M. V. 2 à 7 h. Dr L., 4, rue Margueritte, XVIIe.

Nº 82. — Méd. français, soixantaine, exerçant encore, cherche Paris, place assist. clinique, maison santé, ou près confr. surchargé. Prétentions modestes.

Nº 83. — Jne doct. ayant exercé pend. 2 ans à la campagne, cherche remplacem. toute durée, toute région.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet Breitel & Goret

1, rue Dante, Paris (5e). Tél. : Odéon 36-46

Environs de Paris. Jolie résid. (bord de la Marne) gro rap. Villa conf. Loyer : 8.500. Prix : 80.000, 1/2 cpt.

Grande banlieue. Ville gréable. Belle client. avec fixe chemin de fer. Prix : 70.000, 50.000 cpt.

1 h. 1/2 Paris., près ville, pro-pharmacien, rendement intéres. Prix : 20.000, cpt : 12.000 fr.

Renseignements

Changements d'Adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 fr. 50 pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande.)

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.** *Prix Albert 1er de Monaco.* — L'Académie a attribué le prix Albert 1er de Monaco (100.000 francs), à MM. Bovin, professeur d'histologie à la Faculté de médecine de Strasbourg et Ancel, professeur d'embryologie à la même Faculté, pour l'ensemble de leurs travaux sur les hormones sexuelles.

— **Institut Alfred Fournier.** — Le Conseil d'administration de la Ligue française contre le péril vénérien a nommé M. Levaditi, de l'Institut Pasteur, directeur scientifique de l'Institut Alfred Fournier.

— **Association nationale et Congrès international de médecine scolaire.**— La Société des médecins scolaires de Paris et de la Seine a décidé la création d'une Association nationale médico-scolaire pour la défense professionnelle dans ce domaine et pour l'étude de l'hygiène scolaire. Elle adresse un appel à tous les confrères de France s'occupant de médecine scolaire (enseignements primaire, secondaire ou technique, écoles professionnelles, écoles privées) ou s'intéressant à la prophylaxie et à la pathologie scolaires.

Cotisation annuelle : 25 francs, donnant droit à l'envoi de la revue *La Médecine scolaire.*

Adhésions à Mme le Docteur Dreyfus-Sée, 12, avenue Pierre 1er de Serbie, Paris (16e).

En outre, un Congrès international de médecine scolaire est organisé à Paris du 1er au 3 juillet prochain à l'occasion de l'Exposition. Toutes communications concernant soit l'hygiène scolaire soit la physiologie de l'éducation peuvent être présentées.

Pour renseignements s'adresser à M. le Docteur Dufestel, secrétaire général, 10, boulevard Magenta, Paris (10e).

— **Noces d'or professionnelles.** — Le cinquantenaire de la promotion du Docteur Robert KAYSER, de Colmar, a été fêté par toute l'Alsace médicale. Un banquet offert par le Syndicat des médecins de Colmar réunit autour du jubilaire une foule de ses confrères.

Nous adressons au Docteur Robert Kayser, dont le *Concours Médical* publiait récemment les intéressants « Souvenirs de guerre d'un médecin volontaire alsacien », nos plus sincères compliments.

— **Ecole de médecine de Nantes.** — Après concours, M. de Ferron a été nommé chef de clinique médicale.

M. Colas a été nommé chef de clinique chirurgicale.

M. Viaud a été nommé aide d'anatomie.

— **Hôpitaux de Bordeaux.** — M. Carles, médecin de l'hôpital Saint-André, est nommé médecin honoraire des hôpitaux.

M. Etienne Dubourg, médecin de l'hôpital des Enfants, est affecté à l'hôpital Saint-André.

M. Boisserie-Lacroix, chef du service de dermatologie à l'hôpital des Enfants, est nommé médecin titulaire au même établissement, en remplacement de M. le Docteur Dubourg.

M. François Leuret, médecin adjoint à l'hôpital Saint-André, est nommé médecin titulaire et affecté au service de dermatologie de l'hôpital des Enfants.

— **Cours de laryngo-phoniatrie.** — Dix leçons seront données dans la salle des conférences de l'hôpital Bellan, 7, rue du Texel, Paris (14e) du lundi 31 mai au samedi 5 juin, par le Docteur Jean Tarneaud, avec le concours de MM. R. Husson, P. Kucharski, et Mme Borel-Maisonny.

PROGRAMME : 1. Les conceptions actuelles de la pathologie vocale. — 2. La vibration des cordes vocales. — 3. La séméiologie stroboscopique des affections du larynx. — 4. Les théories modernes de l'audition (M. KUCHARSKI). — 5. Les hyperkinésies laryngées dans la voix parlée et chantée. — 6. Principes et méthodes d'éducation et de rééducation du langage chez l'enfant (Mme BOREL-MAISONNY). — 7. Les données biologiques et mendéliennes de la classification des voix. — 8. Le fonctionnement normal et pathologique du couplage (larynx-résonateurs) (M. R. HUSSON). — 9. Les aphonies centrales et leur traitement. — 10. Le rétablissement de la voix après la laryngectomie et dans la paralysie récurrentielle.

Ces conférences auront lieu le matin à 9 heures et le soir à 17 h. 30 et seront accompagnées de présentations de malades et de projections cinématographiques. Droit d'inscription : 200 francs. Conditions spéciales accordées à MM. les étudiants.

Pour les inscriptions et tous renseignements s'adresser au Docteur Tarneaud, 27, avenue de la Grande Armée, Paris (XVIe).

— **Euphonia.** *Association internationale pour l'étude de la phonologie, le développement et le perfectionnement des arts du chant et de la parole, directs ou microphoniques.* — Cette association cherche à développer les « belles sonorités humaines », les belles voix, et à propager le goût et l'usage du « beau son ».

Les techniques d'action de l'association sont la création de groupements, de filiales, l'organisation de conférences, démonstrations, auditions, représentations publiques ou privées, etc...

Cotisation annuelle : 20 francs. Adresser les adhésions au Docteur Wicart, président-fondateur 92, avenue de Wagram, Paris.

— **XVIIe salon des médecins.** — Le vernissage du XVIIe salon des medecins, dentistes, pharmaciens et vétérinaires a eu lieu le 14 mars 1937, sous la présidence du ministre de la Santé publique et du président du Conseil municipal de Paris, galerie Bernheim jeune, 83, faubourg Saint-Honoré.

Le salon restera ouvert jusqu'au 21 mars 1937, de 10 à 12 heures et de 14 à 18 heures.

Cette manifestation groupe 500 œuvres et 160 médecins, pharmaciens, dentistes ou vétérinaires.

— **Hôpital départemental de Nanterre.** *Internat.* — Un concours pour 6 places d'internes en médecine et chirurgie aura lieu le 26 avril 1937.

Traitement 9.200 : francs, plus indemnités et logement.

Nombre total des internes : 20.

Le registre d'inscription est ouvert à la Préfecture de police, direction du personnel jusqu'au 26 mars.

Pour tous renseignements s'adresser à M. le directeur de l'hôpital de Nanterre.

— **Concours de médecin-adjoint du sanatorium de Montfaucon (Lot).** — Un concours sur titres est ouvert en vue de la nomination d'un médecin-adjoint au sanatorium de Montfaucon (Lot), établissement de la Fédération des Sociétés postales de Mutualité.

Outre les avantages en nature habituels, le traitement de début, y compris les indemnités, est fixé à 30.000 francs.

Les candidats désireux de participer à ce concours doivent adresser, avant le 15 avril 1937, leur demande, au Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, à Paris (VI), accompagnée de leurs titres et références (copies certifiées conformes).

— **Société médicale du Luxembourg.** — *Bureau pour* 1937. — Président, M. Beauvy ; 1er vice-président, M. Jallifier ; 2e vice-président, M. Pasquier ; secrétaire général, M. d'Ayrenx ; secrétaire adjoint, M. Ch. Grimbert ; trésorier, Mme Sorel ; secrétaires annuels, MM. Couvreux, Peyre.

M. Sauvé, président sortant, est nommé président d'honneur.

— **Le deuxième dîner des hospitaliers lyonnais.** — Cette réunion, toute amicale, a eu lieu le mardi 9 mars. Anciens internes, anciens externes des hôpitaux de Lyon, anciens élèves de la Faculté avaient répondu à l'appel.

La présidence de ces agapes avait été donnée au Professeur Hugonnencq, ancien doyen de la Faculté de Lyon. Avec lui, Professeur Noël Fiessinger, prof. agrégé Sawonet, Docteur Maignan, professeur à l'Ecole vétérinaire d'Alfort, etc.

Les souvenirs de promotion furent échangés et la prochaine réunion fut fixée au mardi 8 juin.

Dr Paul Boudin.

— **Deuxième congrès de l'enfant à la mer et à la montagne.** — La persistance du mauvais temps dans presque toute l'Europe et la recrudescence des maladies aiguës qui en résulte, a amené les médecins de l'enfance à demander la remise du Congrès à une date plus propice. D'autre part, les médecins étrangers ayant adhéré au Congrès, témoignent le désir d'utiliser leur voyage en France pour visiter l'exposition de Paris.

En conséquence, le Comité d'organisation a décidé de reporter à la Pentecôte (16 mai), la Session du Congrès, qui devait avoir lieu à Pâques. Le voyage, qui accompagnait le Congrès est également reporté.

Un prochain communiqué fixera le nouveau programme, qui se déroulera sur le même parcours.

— **Hôpitaux de Tunis.** — Les concours de médecin et de chirurgien que nous avons annoncés s'ouvriront les 4 et 5 mai 1937. La clôture des inscriptions est reportée au 3 avril. L'indemnité annuelle d'emploi est de 15.000 francs.

— **Naissance.** — Nous apprenons la naissance de *Marie-Rose* Brunet, fille et troisième enfant de notre confrère le Docteur J. Brunet, de Châteauroux, à qui nous adressons nos plus sincères compliments.

— **Nécrologie.** — Le Docteur François Hue (de Rouen). — Nous avons le grand regret d'annoncer la mort de M. le Docteur François Hue, président de la Société de Secours mutuels des médecins de la Seine-Inférieure, chirurgien honoraire des hôpitaux de Rouen, professeur honoraire de l'Ecole de médecine, membre de l'Académie de Rouen, etc...

Né le 24 janvier 1855, à Beaumont-le-Roger, François Hue appartenait à une famille médicale normande très considérée.

Il fut interne des hôpitaux de Paris de 1879 à 1883 et vint exercer à Rouen où il parvint à se faire une situation hors pair, comme chirurgien habile et prati-

cien jouissant de la plus grande estime et même de l'affection de ses confrères et de toute la population rouennaise.

A ses obsèques, M. le Docteur Née, directeur de l'Ecole de Médecine, vice-président de la Commission administrative des hôpitaux de Rouen, fit un éloge ému du défunt et exprima les regrets unanimes que cause la disparition du Docteur F. Hue.

— Nous avons le regret d'annoncer le décès du Docteur L.- Hilaire NERMORD, oto-rhino-laryngologiste à Paris. Le Docteur Nermord, doué d'un tempérament d'artiste, possédant une très belle voix, était poète, même poète tragique et classique à ses heures. Nos lecteurs se rappelleront sans doute de sa tragédie d'*Ajex* dont nous avons donné un long compte rendu dans le *Concours Médical*. Nermord, très aimé dans le Corps médical, n'y comptait que des amis. Nous adressons à sa veuve et à sa famille l'expression de toutes nos sympathies.

J. N.

— **Erratum.** — Dans notre dernier numéro du 14 mars 1937, page 818, nous avons annoncé sous le titre : *Réceptions après les conférences*, que M. le Docteur Joseph RIVIERE avait donné le 27 février un déjeuner en l'honneur du Docteur ABADIE, le brillant conférencier des *Voix latines*. Par le fait d'une erreur typographique le nom d'*Abadie* a été transformé en *Cibadin* et les *Voix latines* en *Voies latines*. Ce que nous tenons à rectifier. J. N.

A TRAVERS L'OFFICIEL

26 FÉVRIER

Légion d'honneur

Sont promus ou nommés dans la Légion d'honneur, au titre du ministère de la Santé publique :

Commandeur : M. le Docteur Hautant, de Paris.

Officier : M. le Docteur Richerolle, de Montluçon.

Chevaliers : MM. les Docteurs Jourdan et Morali, de Paris ; Meugy, de Rethel.

4 MARS

Lutte antisyphilitique

Circulaire du 1er mars 1937 relative au dépistage et au traitement de la syphilis congénitale

Cette Circulaire sera publiée ultérieurement.

Assistance publique

Médailles d'honneur de l'Assistance publique

Médaille d'argent : M. le Docteur Gaillard, d'Aix-les-Bains.

Médaille de bronze : M. le Docteur Caine, de Rueil-Malmaison.

5 MARS

Assurances sociales

Arrêté du 3 *mars* 1937 *modifiant l'arrêté du* 29 *mai* 1936 *relatif au fonctionnement de la Commission technique regionale d'invalidité.*

Art. 1er. — L'article 11 de l'arrêté du 29 mai 1936, fixant les conditions de fonctionnement de la Commission technique régionale d'invalidité prévue à l'article 10 (§ 3) du décret-loi du 28 octobre 1935, est ainsi modifié :

« *Art.* 11. — L'assuré, la Caisse d'invalidité et l'Union régionale supportent respectivement les honoraires du médecin qu'ils ont désigné.

La partie perdante a, en outre, la charge des frais d'expertise, s'il y a lieu. Ces frais sont fixés, conformément au tarif établi par le premier président de la Cour d'appel. Ils sont, dans tous les cas, réglés par la Caisse d'assurance-invalidité ; s'ils ne lui incombent pas en définitive, le montant en est réclamé par elle à la partie perdante. En cas de non payement par l'assuré desdits frais, le montant en est imputé sur le montant des prestations d'invalidité qui seraient dues à l'intéressé.

Toutefois, lorsque le montant des honoraires du médecin choisi par l'assuré et des frais d'expertise lui incombant est supérieur à 100 francs, la Commission régionale technique d'invalidité peut mettre à la charge de la Caisse d'assurance-invalidité la part de ces frais excédant 100 francs.

Les honoraires du président sont fixés et réglés dans les conditions prévues par le décret visé à l'article 175 du règlement d'administration publique du 19 mars 1936 susvisé.

Art. 2. — Le présent arrêté sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Jean LEBAS.

Légion d'honneur

Est promu officier de la Légion d'honneur, au titre du ministère de la Santé publique, M. le Docteur Carrie.

6 MARS

Médaille d'honneur des épidémies

Par arrêté du ministre de la Santé publique en date du 4 mars 1937, la médaille d'honneur des épidémies en or a été décernée, à titre posthume, à M. le Docteur Dubos (Edouard), médecin à Paris, décédé des suites d'une maladie contractée dans l'exercice de ses fonctions.

Soins aux pensionnés de guerre

Commission supérieure des soins médicaux et pharmaceutiques

Article unique. — Est désigné pour faire partie de

la Commission supérieure de surveillance et de contrôle pendant l'année 1937 comme représentant de l'Administration (membre suppléant) ;

M. le Docteur Magnier chargé du Service des expertises médicales au ministère des Pensions, en remplacement de M. le Docteur Legendre.

7 MARS

Légion d'honneur

Sont nommés chevaliers de la Légion d'honneur, au titre du ministère de la Santé publique : MM. les Docteurs Duclos, de Condom ; Jacquet, de Paris.

Asiles publics d'aliénés

M. le Docteur Humbert, médecin chef de Service à l'Asile de Plouguernevel, a été nommé médecin chef de service à l'Asile public d'aliénés de Quimper (Finistère), en remplacement de M. le Docteur Lagriffe, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

Sanatoriums publics

M. le Docteur Warnery, médecin adjoint des sanatoriums publics, en disponibilité, a été réintégré dans cette fonction et affecté au sanatorium F. Mercier, à Tronget (Allier).

Réponses des ministres aux questions des parlementaires

L'attestation de payement d'un acte médical en matière d'assurances sociales peut être faite par l'économe de l'hôpital

1797. — M. Henri Becquart expose à M. le ministre du travail qu'aux termes de l'article 10 du règlement d'administration publique du 19 mars 1936, l'attestation de payement de chaque acte médical en matière d'assurance sociale, doit en principe, être faite par le praticien sur la feuille de maladie ; et demande si cette attestation peut être, le cas échéant, donnée par l'économe de l'établissement où a eu lieu l'acte médical. (*Question du* 22 *décembre* 1936).

Réponse. — Réponse affirmative.

(*J. O.*, 21 évrier 1937).

Remboursement des frais de séjour dans un sanatorium aux assurés sociaux

2066. — M. Amédée Guy expose à M. le ministre du Travail que si le prix de journée des hôpitaux de médecine générale est, dans certains départements, par suite de circonstances particulières, assez bas, celui des sanatoria publics ou agréés est uniforme, presque toujours de 30 francs ; qu'il en résulte qu'un

assuré social de province (Haute-Savoie, par exemple), malade ou invalide, hospitalisé en sanatorium, se voit rembourser par l'Union des Caisses d'assurances sociales, pour hospitalisation en sanatorium, 23 francs par jour s'il est affilié à la Caisse départementale de la région parisienne, et seulement 13 francs s'il est affilié à une Caisse départementale ; et demande : 1° si l'intéressé a droit au remboursement de la totalité de ses frais de séjour ; 2° si ce droit est acquis d'office ou si le remboursement doit être demandé pour chaque cas : 3° dans cette dernière éventualité, quel organisme doit être sollicité ; 4° s'il est admis que les unions des Caisses d'assurances sociales n'ont comme obligation que le remboursement du tarif moyen d'hospitalisation de leur département, tarif qui varie de 13 à 23 francs, quelles sont les mesures envisagées pour unifier celui-ci en cas d'hospitalisation en sanatorium. (*Question du* 19 *janvier* 1937).

Réponse. — 1° Réponse négative ; 2° si l'organisme d'assurance a passé une convention avec le sanatorium où l'assuré est hospitalisé, il paye directement à cet établissement la partie des frais dont il prend la charge ; dans le cas contraire, l'assuré doit demander à l'organisme d'assurance le payement des sommes prises en charge par celui-ci ; 3° l'assuré doit s'adresser, dans ce dernier cas, pendant les six premiers mois de la maladie, à l'organisme d'assurance-maladie, et ensuite, au cas où il a droit aux prestations de l'assurance-invalidité, soit à cet organisme s'il est chargé par l'Union régionale des Caisses primaires de dispenser les prestations en nature pour son compte, soit, dans le cas contraire, à cette union; 4° les Caisses d'assurance peuvent prévoir un tarif de responsabilité particulier pour les frais de séjour de leurs affiliés dans un sanatorium. Dans ce cas, ce tarif ne peut dépasser celui qu'elles ont adopté pour le séjour dans un hôpital public (prix de journée dans les salles de médecine). Si elles n'ont pas prévu de tarif particulier pour le séjour en sanatorium, c'est le tarif prévu pour l'hospitalisation (médecine), qui est applicable au séjour en sanatorium, étant entendu que le tarif à appliquer est celui admis pour l'hôpital le plus voisin du domicile de l'assuré parmi ceux qui seraient susceptibles d'assurer au malade le traitement que son état exige. (*J. O.*, 17 février 1937).

La Commission administrative d'un hôpital a le droit de choisir son pharmacien

1161. — M. André PARMENTIER demande à M. le ministre de la Santé publique si une Administration communale a le droit de confier librement à un pharmacien de son choix la totalité des fournitures de l'hospice municipal et si cette Administration peut maintenir son choix pendant plusieurs années sans s'adresser aux autres pharmaciens de la commune. (*Question du* 24 *octobre* 1937).

Voir la suite page LV-943



PROPOS DU JOUR

LA CRISE MÉDICALE. VERS LA SOLUTION DU PROBLÈME

Avant de clôturer nos articles sur la crise médicale et d'indiquer comment on pourrait chercher à l'atténuer, nous tenons à donner les raisons de confrères qui accepteraient la fonctionnarisation.

Le Docteur Paul Hervoit (de Paris) félicite le Docteur M. (1) de son courage et de sa franchise. Lui, vieux médecin (il exerce depuis 35 ans) qui a été médecin fonctionnaire, civil et militaire et qui exerce encore à cause de l'incertitude de demain, accepterait la fonctionnarisation surtout pour des raisons de haute moralité, la fonctionnarisation excluant tout esprit de lucre et donnant plus de liberté *réelle* au praticien. Il considère comme périmée la formule : « L'hôpital aux indigents » ; car actuellement quel est le criterium de l'indigence ? On aura beau protester, l'Etat imposera un jour la médecine collective qui permettra à tous les médecins de vivre, et rares seront les médecins individualistes qui pourront exercer à côté. C'est la vérité vraie pour le Docteur Paul Hervoit, qui revendique formellement le droit de la défendre.

D'autre part, le Docteur Léon Achard, de Aïn-Temouchent (Oran), nous écrit :

A mon tour je me permets de vous adresser un mot au sujet de la lettre du Docteur M. et de la crise médicale.

Je suis un vieux praticien (de 1900). J'ai rencontré il y a quelques jours un jeune et aimable confrère. Je lui ai demandé ce qu'il pensait de la question ?

« Ce que j'en pense ? Que je voudrais bien être fonc-« tionnaire. Savoir sur quelle somme je peux compter « à la fin du mois et savoir ma vieillesse à l'abri de la « misère. J'ai déjà deux enfants et je me demande avec « angoisse comment je vais pouvoir les élever.

« Vous, les anciens, avez vécu une époque où vous « aviez la certitude de vivre, vous et les vôtres en tra-« vaillant. Mais nous, ceux d'aujourd'hui, avec l'encom-« brement, avec le développement des œuvres gratuites, « qu'allons-nous devenir ?

« Il est très beau de prêcher la liberté quand on a un « pignon sur rue et quelques bons titres dans son coffre.

« Manger d'abord, voilà le fait brutal... Et si je ne « peux, fonctionnaire, manger que du pain, au moins « j'aurai la certitude de n'en pas manquer........

« Et je puis vous affirmer que cette opinion est celle « de la plupart de mes camrades de promotion.... Je « parle, naturellement, de ceux qui n'ont pas de rentes « ou de lucratives spécialités. »

Voilà, mon cher confrère, ce que j'ai entendu et ce que je crois devoir vous rapporter.

Notre jeune confrère a-t-il tort ? ? ?

P. S. J'ajoute que je ne suis pas fonctionnaire : je suis libre, absolument libre.

Nous allons essayer d'indiquer, nous ne disons pas un remède spécifique à la crise, mais ce qu'il conviendrait de faire pour en faciliter la disparition, en tous cas l'atténuation. Nous constatons qu'à ce sujet, l'opinion des praticiens est loin d'être unanime.

Nous n'avons pas confiance en des procédés brutaux et révolutionnaires, ils font trop de victimes et sont souvent suivis de réactions violentes qui détruisent, tout au moins en partie, les avantages qu'ils avaient paru donner. Nous préférons agir avec une prudente sagesse.

Le Docteur Mauguière, dans le *Bulletin des Syndicats médicaux de l'Aube*, faisant allusion à la réalisation de la médecine préventive, a constaté qu'il n'y a que trois modes possibles d'organisation :

1° Par l'Etat, ou par les organismes qui en dépendent, ce qui conduit à la fonctionnarisation ou au salariat par départements, communes, commissions hospitalières, assurances sociales, mutualités, œuvres subventionnées ;

2° Par la prise en charge par des groupements médicaux (en pratique les Syndicats médicaux) ;

3° Par le médecin à titre individuel.

Nous sommes bien de l'avis du Docteur Mauguière, il n'y a que ces trois moyens d'organisation de l'exercice de la médecine préventive, nous irons plus loin et dirons de la médecine tout court, car il n'y a pas de séparation entre la médecine préventive et la médecine de soins et il y en aura de moins en moins. Le traitement, fait à temps et dont les effets sont périodiquement surveillés par des examens sérologiques, n'est-il pas le seul agent préventif efficace de la syphilis ? Il est appliqué en grand à Paris et depuis bien des années les médecins praticiens ne voient plus de malades atteints d'accidents syphilitiques primaires ou secondaires. Il en est de même pour la tuberculose, pour les porteurs de germes à la suite de maladies infectieuses. La surveillance préventive prénatale, la protection

(1) Le Docteur Roger MAIRE, de Paris, qui ne désire pas garder l'anonymat.

des enfants, l'inspection médicale des écoles, la recherche des troubles mentaux, la culture physique, l'orientation professionnelle, etc., etc..., sont des mesures classées dans la médecine préventive qui grignotteront fatalement la médecine de soins au point de la supprimer tout à fait. Ne faisons donc pas de distinction entre la médecine préventive et la médecine de soins ; déjà à demi confondues, elles sont appelées avant peu à s'unifier. D'ailleurs, les nombreuses ligues contre les maladies (anti-alcoolique, antituberculeuse, contre les maladies vénériennes, contre le cancer, contre le rhumatisme, de protection de l'enfance, de prophylaxie mentale, etc., etc.), ligues auxquelles adhèrent une grande partie de l'élite intellectuelle et parmi elles de très nombreux confrères, aideront puissamment à cette fusion que nous ne saurions empêcher.

Quel est donc le mode d'organisation que nous devons adopter ?

A notre avis, chacun a ses avantages et ses inconvénients et nous sommes persuadés qu'il serait bon de les appliquer tous les trois. Au bout d'un temps plus ou moins long, on s'apercevrait que dans tel centre, dans tel pays plus particulièrement déshérité, seule la médecine d'Etat, ou subventionnée par l'Etat, pourrait répondre aux besoins d'une population. On constaterait que, dans telle autre région où l'entente médicale est complète, la prise en charge de l'organisation médicale par des équipes de médecins sous le contrôle de leurs syndicats serait possible. C'est la thèse que nous avons soutenue depuis plus de trente ans, et le système et que nous préconisons.

En dernier lieu, la médecine individuelle pourrait persister, surtout dans les milieux ruraux, à la condition de mettre à la disposition des praticiens dans les hôpitaux ou dans des centres fondés dans ce but tout l'outillage technique coûteux, tous les procédés de laboratoire qu'exige à l'heure actuelle l'exercice d'une médecine correcte en rapport avec les progrès de la science. Il conviendrait en outre, de créer des services d'ambulances mis à la disposition des médecins pour transporter les malades dans ces hôpitaux ou ces centres, si cela était nécessaire.

Cette expérience d'organisation multiple a été faite pour l'assistance médicale gratuite.

Lors de l'application de la loi du 15 juillet 1893, la plupart des villes et des communes manifestèrent nettement leur préférence pour le système des circonscriptions médicales. Les Syndicats médicaux réclamèrent le système du libre choix et du payement à la visite. Malgré de nombreuses résistances, ce système petit à petit s'imposa et fut généralement adopté en France, surtout dans les campagnes. Cela n'empêche que certains centres et certaines villes comme Paris, conservent le système par circonscriptions.

Nous ne doutons pas que dans une organisation mieux adaptée de l'exercice de la médecine pour remédier à la crise, les trois modes indiqués pourraient être tentés.

Au bout de quelques années, on verrait quels sont les avantages et les inconvénients de chacun et les plus défectueux ne tarderaient pas à se modifier ou à disparaître spontanément.

Mais pour obtenir cette réalisation, il convient que l'Etat et tous ses satellites viennent en aide au Corps médical et lui fournissent le matériel technique qui lui est indispensable pour remplir consciencieusement sa mission.

J. Noir.

LES ERREURS DU BUREAU UNIVERSITAIRE D'INFORMATIONS

Nous ne pouvons laisser passer, sans protester énergiquement, une interview de M. Prasteau, détaché au Bureau universitaire d'informations sur les carrières, ouvert, 2, place de la Sorbonne, à Paris, parue dans *Excelsior* du 21 février 1937. M. Prasteau affirme qu'il est *archifaux* d'affirmer que la carrière médicale est encombrée, que s'il y a trop de médecins à Paris, il y a des départements, notamment en Bretagne, qui n'en auraient pas assez. Du reste, il aurait publié une brochure spéciale sur ce sujet. Nous ferons remarquer à M. Prasteau qu'en 1901, le doyen Brouardel, bien informé, puisqu'il remplissait en toutes occasions le rôle de commissaire du Gouvernement, se plaignait de l'encombrement de la profession médicale qui comptait alors 17.000 médecins. Or, à l'heure actuelle, il y a au moins 28.000 médecins praticiens dans la Métropole. Nous doutons que la population ait depuis augmenté dans la même proportion. Des médecins bretons indignés nous ont écrit pour nous faire remarquer que, s'il est des régions où les médecins sont relativement peu nombreux, c'est qu'elles sont trop pauvres pour leur permettre de vivre. M. Prasteau, avant de donner des conseils de ce genre aux jeunes gens qui s'adressent à lui, ferait bien lui-même de se renseigner plus exactement.

J. N.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

SYPHILIS MUETTES TRANSMISSIBLES

Par le Professeur H. Gougerot

Professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté de médecine de Paris
Médecin de l'hôpital Saint-Louis

L'idée que la plupart des médecins se font de la syphilis a déjà beaucoup varié depuis ma jeunesse médicale, du temps où je faisais en 1902. un remplacement d'externe chez le grand A. Fournier. Actuellement le type classique de la syphilis est une infection à symptômes nets, à réactions humorales positives, réagissant aux traitements chimiothérapiques As, Bi, Hg (sauf la P. G. P.). Mais que d'exceptions ! tous savent que certaines syphilis anciennes dites tertiaires acquises ou héréditaires en pleine activité, ont des B.W. sanguins et céphalo-rachidiens négatifs : par exemple une syphilis osseuse acquise ; par exemple une kératite hérédosyphilitique... et l'on interprète ce mutisme humoral comme témoin de la bénignité de la syphilis et preuve de sa localisation ; tous admettent que ces syphi is si minimes et si localisées ne sont pas contagieuses.

A ces exceptions connues, je voudrais ajouter d'autres faits plus étonnants, qui s'accordent encore moins avec nos conceptions classiques : ce sont d s *syphilis acquises* ou *héréditaires muettes cliniquement et humoralement* et *cependant contagieuses* (1) puisque *transmissibles au conjoint* ou *à la descendance* sous *forme de syphilis virulente* (et non pas de syphilis dystrophique avirulente), *sensibles à la chimiothérapie*, mais souvent *tenaces* et *récidivantes*, moins faciles à éteindre que la plupart des syphilis classiques à symptômes nets et à B. W. positifs, parfois *graves* puisqu'elles tuent les enfants ou donnent une aortite, un tabès.

Ces syphilis muettes transmissibles sont de types multiples et deux séries sont particulièrement probantes :

— Les unes sont connues depuis les généalogies (cliniques) de Alfred et Edmond Fournier jusqu'aux observations si précises de Marcel Pinard (où l'étude humorale a pu être faite) ; elles nous montrent des familles où un ancêtre syphilitique certain (par exemple tabétique ou P. G. P.) a transmis à ses enfants, petits-enfants, arrière-petits-enfants, des syphilis muettes cliniquement et humoralement à certains échelons : les malades avertis disent « la syphilis a sauté une génération » et, quoique muette, elle s'est transmise à la génération suivante sous la forme virulente curable par la chimiothérap e. Sans raison connue, ces syphilis muettes chez les ascendants donne t chez leurs de cendants, tantôt des syphilis à B. W. p s tifs, tant t des syphilis à B. W. négatifs, donc muettes humoralement.

J'y ai insisté à plusieurs reprises.

« L'influence désastreuse de la syphilis sur la grossesse n'est contestée par personne et, systématiquement, les médecins avertis cherchent, avec raison, la syphilis cliniquement et sérologiquement dans tous les cas d'avor ement, accouchement prématuré, enfant mort-né, mort rapide de l'enfant, dystrophies, mais en se gardant d'affirmer la syphilis sans preuve, car il reste d'autres causes de grossesse malheureuse »

« A ces données justement classiques, il faut ajouter trois notions ouvelles de grande importance pratique :

« I. — Des procréateurs hérédo-syphilitiques connus, mais sains cliniquement et « négatifs » sérologiquement, peuvent avoir d s grossesses malheureuses ».

« II. — Des syphilitiques acquis, connus, peuvent, malgré un Bordet-Wass rmann négatif depuis plusieurs années, avoir des grossesses malheureuses. »

« III. — Des familles où l'on ne peut découvrir la syphilis, ni cliniquement, ni sérologiquement, même au Bordet-Wassermann-Desmoulière, même après la réactivation de Milian, peuvent avoir des grossesses malheureuses dues à la syphilis ».

« En effet, la preuve que la syphilis est coupable est donnée par l'Influence heureuse du traitement arsénobenzolique ; avant lui, les

(1) Voir notamment : Gougerot : Grossesses malheureuses dues à la syphilis malgré les B. W. négatifs ; influence heureuse du traitement. *Presse médicale*, 28 juin 1930, n° 52, p. 883, et *La prophylaxie antivénérienne*, octobre 1930, n° 10, p. 602.

grossesses étaient malheureuses, depuis le traitement elles deviennent toutes heureuses. »

« Autrement dit, la syphilis muette cliniquement et sérologiquement peut donner des grossesses malheureuses ; il faut penser à la syphilis et même faire le traitement d'épreuve à titre d hypothèses en cas de fausses couches, etc., même si le Bordet-Wassermann est négatif ; mais il ne faut affirmer la syphilis, en pareil cas, que si les arguments s'accumulent et après une étude approfondie. »

M. Milian a publié dans *Paris Médical*, nº 10, 7 mars 1936, pp. 219-220 des observations semblables.

« Hérédité occulte, ses dangers dans le mariage et pour la descendance »

Voilà donc un fils de paralytique général, dépourvu de toute syphilis acquise, avec des réactions de Wassermann, de Hecht, de Desmoulière et de Kahn négatives à plusieurs années d'intervalle, présentant seulement quelques petits stigmates dystrophiques (exiguïté de taille, érosions dentaires), mais surtout raies transversales des pouces, et qui, sans jamais avoir présenté d'accident au cours de son existence, transmet à sa femme une syphilis occulte qui ne se révèle seulement que par une réaction de Desmoulière positive et un accouchement prématuré avec mort de l'enfant. »

M. Orfanidès (d'Istambul) cite « une forme de syphilis latente (parasitisme syphilitique latent) : le malade est porteur d'un parasite virulent, contre lequel il est pour ainsi dire immunisé et qu'il transmet en déterminant des syphilis graves ». *La Presse Médicale*, nº 98, 7 décembre 1935, p. 1988.

— Les autres, sont des syphilis conjugales : le mari, syphilitique certain, s'est marié avec l'autorisation médicale, donc après trois à cinq ans révolus et avec des B. W. négatifs ; mais il a arrêté les cures, ne faisant pas cette troisième période de traitement, que j'appelle traitement d'assurance contre la maladie ; chez lui la syphilis reste muette cliniquement et humoralement comme le prouvent des séro-réactions négatives répétées périodiquement, et cependant cette syphilis muette se transmet à sa femme ; la preuve en est que celle-ci procrée des enfants hérédo-syphilitiques, ou plusieurs années plus tard s'avère tabétique, aortique, diabétique, etc. Là encore chez la contaminée, et sans raison connue, la syphilis est tantôt muette humoralement, tantôt donne des B. W. plus ou moins positifs.

De ces deux séries je résumerai un exemple.

***

I. Syphilis muettes transmissibles héréditairement.

Aux exemples que je signalais dans ma leçon du 28 juin 1930 s'ajoutent d'autres observations et notamment la suivante :

L'arrière grand-père a été tabétique et aortique, diagnostic certain posé par Charcot et par Potain, l'arrière grand-mère était goutteuse et diabétique. Ils ont eu 3 enfants après plusieurs fausses couches.

La première, mal conformée et très petite, mariée n'aurait eu ni enfant, ni fausse couche, elle est morte d'un cancer du col de l'utérus. Ces trois signes (mauvaise conformation et nanisme, impossibilité de procréer, cancer de l'utérus sans doute dégénérescence de leucoplasie), sont des signes d'hérédo-syphilis.

Le deuxième ne s'est pas marié; il est mort à 50 ans d'hémiplégie, n'était-ce pas par artérite cérébrale hérédo-syphilitique ?

La troisième, grand-mère de la famille que nous étudions, était d'aspect normal et n'a jamais été malade, elle n'aurait pas fait de fausse couche et a eu deux enfants bien conformés, elle est morte en couche au deuxième accouchement à 38 ans. Chez elle la syphilis semble avoir été muette cliniquement (les B. W. étaient alors inconnus).

De ses deux enfants, la cadette est entrée en religion, elle est d'apparence normale. L'aîné, le père actuel, né en 1883 à terme, paraît normal, il n'a jamais été malade ; l'examen le plus complet révèle seulement des incisives « mordillées à la pince » ; ses B. W. faits et refaits plusieurs fois ont été toujours négatifs, même au Desmoulière, depuis 1913, même après réactivation et récemment au Kahn ; il ne s'est donc jamais traité. Il s'est marié en janvier 1914, et sa femme cliniquement et humoralement, même après réactivation, paraît indemne, il n'y a dans sa famille aucun antécédent suspect.

Or, l'histoire des grossesses est du plus grand intérêt. En avril 1914 survient une première fausse couche de 3 mois, que l'on rapporte à du surmenage nullement démontré.

En décembre 1914, elle a une deuxième fausse couche de 6 mois ; on accuse la guerre ; nous n'avons aucun renseignement sur l'enfant ni sur le placenta.

En septembre 1918, une troisième grossesse donne un enfant de huit mois et demi, de poids presque normal, qui semble bien conformé, mais qui meurt sans raison au 3e jour ; le médecin pose la question d'une malformation cardiaque, mais l'autopsie n'est pas faite. Les B.W. des parents refaits après cette catastrophe sont normaux.

En octobre 1919, une 4e grossesse donne un enfant de 9 mois de 4 kilogrammes, d'aspect normal, mais qui meurt subitement au 4e jour sans raison ; le B. W. du sang du cordon ombilical était normal même au Desmoulière ; l'autopsie de l'enfant ne montre aucune lésion macroscopique.

Pour la première fois je vois cette famille en décembre 1919. Malgré l'absence de signes cliniques et humoraux (car les B. W. réactivés sont normaux, même au Desmoulière), en un mot, malgré la mutité de cette hérédosyphilis, je propose à cette famille, uniquement sur l'argument de la loi de fréquence, de faire du traitement antisyphilitique avant la procréation et pendant la future grossesse.

Tous les deux, père et mère, font donc du traitement mercuriel (deux cures de 6 arquéritol) avant de procréer et, fin mai 1930, dès les premiers signes de grossesse, 6 semaines après les dernières règles, je commence les injections de 914 qui seront bien tolérées de 0,15 à 0,75, totalisant 6 grammes à chaque cure, les arrêts sont de 21 à 28 jours ; elle fait donc 3 cures de 914 (sans mercure). Cette 5e grossesse donne le 18 février 1921 un garçon de 3 k. 800, d'aspect normal, à B. W. normal, qui a survécu et est toujours bien portant.

Une 6e grossesse, traitée de la même façon, donne le

25 mars 1922 une fillette normale qui survivra et est toujours bien portante.

Une 7e grossesse est malheureusement très imparfaitement traitée, car la jeune femme se lasse de ces injections veineuses, elle ne fait qu'une seule cure de 914 au 3e mois de la grossesse ; une fillette naît le 10 avril 1924, d'apparence normale avec B. W. du cordon ombilical normal ; mais cette enfant pousse mal et a des convulsions, ces troubles disparaissent par des frictions mercurielles ; l'enfant actuellement vivante est arriérée, nettement en retard sur les enfants de son âge et faisant un contraste frappant avec ses aînés et ses suivants.

Fort de cette leçon, lorsque commence une 8e grossesse, la malade se remet au traitement veineux par le sulfarsénol (3 cures de 6 grammes), et le 14 septembre 1926, naît un garçon de 3.600 grammes bien portant, normal, qui survit.

Et toujours la syphilis reste muette humoralement chez les parents et chez les enfants.

Cette famille, où la syphilis ancestrale est démontrée, doit être rapprochée d'autres familles ayant des grossesses malheureuses, mais chez lesquelles on ne trouve aucun antécédent : la syphilis, si l'on peut dire, est « au maximum de mutité clinique et humorale », et cependant elle est transmissible puisqu'elle tue les enfants, et la preuve que ces grossesses malheureuses sont dues à la syphilis, c'est que les traitements arséno-benzoliques donnent des grossesses normales avec des enfants sains survivants.

Dans ma leçon de 1930, je citais trois familles de « *grossesses malheureuses dues à la syphilis dans des familles où la syphilis est impossible à démontrer.* »

La plus longuement suivie a eu :

« Sept grossesses : la première, sans traitement, donne un fils normal. Les deuxième et troisième grossesses sans traitement donnent des enfants qui meurent en un et quinze jours, ce dernier avec malformation cardiaque. Les quatrième, cinquième, sixième septième grossesses, avec traitement arsenical donnent des enfants viables, tous bien portants, sauf la sixième, une fillette qui a eu au huitième jour des convulsions ; ces convulsions disparaissent sous l'influence des frictions mercurielles. Il est à remarquer que pour cette grossesse moins parfaite le traitement a été commencé plus tardivement, au sixième mois de la grossesse, alors que pour les quatrième, cinquième, septième grossesses les cures arsenicales avaient été commencées au quatrième, troisième, cinquième mois de la grossesse. C'est sans doute ce traitement plus tardif qui explique que le bébé a eu des lésions cortico-méningées, cause de cette épilepsie. »

« Cette observation comporte des difficultés d'interprétation : pourquoi cette première grossesse heureuse sans traitement, alors que les deux suivantes (deuxième et troisième) ont été malheureuses ? Il faut admettre une cause oscillante quelle qu'elle soit. Si l'on accepte l'hypothèse d'hérédo-syphilis, on connaît les observations de virus syphilitiques oscillants et l'on comprend mieux que sous l'influence des traitements arsenicaux les quatrième, cinquième, sixième, septième grossesses aient été heureuses ; on peut expliquer par un traitement trop tardif au sixième mois de la grossesse que le sixième bébé ait eu des convulsions. »

« Les arguments en faveur de la syphilis sont, malgré les B. W. négatifs de la mère, du père, des bébés :

« — la loi de fréquence, la syphilis étant la grande cause de ces morts (mort des deuxième et troisième enfants) ;

« — l'action heureuse des cures arsenicales dans quatre grossesses (quatrième, cinquième, sixième, septième grossesses) ».

« — L'imperfection de la sixième grossesse donnant un bébé en apparence normal mais ayant des convulsions, le traitement arsenical de la grossesse ayant été trop tardif, et la guérison de ces convulsions par des frictions mercurielles ».

« On peut toujours objecter qu'il s'agit de coïncidences, mais ce faisceau d'arguments rend bien probable l'hypothèse d'une syphilis méconnue sans signe clinique ni sérologique. »

J'ai revu cette famille et les grossesses ultérieures confirment. En effet, une huitième et neuvième grossesses bien traitées ont donné de beaux enfants en 1930 et 1932, et, comme nouvelle démonstration, une dixième grossesse peu ou pas traitée a donné en juin 1934 un enfant à terme, qui dès le quatrième jour a eu des convulsions et est mort le quinzième jour.

Nous concluions : « Tels sont les faits. Nous ne saurions trop répéter que des grossesses malheureuses doivent faire systématiquement rechercher la syphilis, que la syphilis peut être en cause même lorsque les signes cliniques manquent, même lorsque le Bordet-Wassermann d'emblée ou après réactivation est négatif, y compris le Desmoulière, qu'en cas de Bordet-Wassermann négatif il ne faut pas affirmer la syphilis mais soulever l'hypothèse, faire le traitement d'épreuve avant et pendant la grossesse : traitement dissimulé en cas de famille inintelligente ou peureuse, ou plutôt traitement avoué en cas de famille intelligente en lui expliquant les raisons, comme nous l'avons fait dans le cas précédent. »

« Autrement dit, il faut, à titre d'hypothèse et « sous bénéfice d'inventaire, et sans rien encore affirmer, étendre aux grossesses malheureuses sans syphilis démontrée, les règles applicables aux familles des syphilitiques. »

« Cette notion nouvelle que la syphilis peut être cause des grossesses malheureuses, même en l'absence de signes cliniques, même avec Bordet-Wassermann négatif et que le traitement antisyphilitique d'épreuve *doit être institué,*

permettra d'obtenir des grossesses heureuses avec enfants viables ; c'est dire son importance pratique. »

***

II. Syphilis muettes transmissibles conjugalement.

La même « virulence muette » est démontrée par la contagion conjugale.

Entre plusieurs, je vous résumerai l'observation d'une famille médicale.

Un jeune médecin a eu la syphilis en 1911, il subit le traitement le plus actif, 606, puis mercure pendant 4 ans, il doit le cesser en août 1914, partant au front ; du reste deux médecins de Saint-Louis le rassurent et lui permettent de ne plus continuer le traitement et de se marier.

Il se mariera en janvier 1918 : sa femme fait deux fausses couches en 1919 et 1920, et cependant les B. W. même au Desmoulière, même après réactivation sont normaux chez les deux conjoints. Aucun traitement antisyphilitique n'est donc fait et il n'y a plus eu de grossesse.

En janvier 1934, cette dame a eu de l'angine de poitrine typique à l'effort, avec les deux bruits aortiques « rugueux » et avec un début de double souffle (= ouchtach) ; à la radiographie, l'aorte est élargie et plus opaque que normalement. L'aortite est donc certaine ; mais quelle est la cause ? On pense à la syphilis du mari ; mais devant les B. W. Desmoulière, Kahn négatifs, on abandonne cette hypothèse, et l'on ne fait plus de traitement antisyphilitique.

Les crises se répétant, s'aggravant, la malade nous est montrée en mai 1934. Malgré la mutité de la syphilis, nous insistons pour qu'un traitement antisyphilitique soit essayé : 0,01 à 0,02 de cyanure d'Hg, trois fois par semaine pendant deux mois. *Dès la 10e injection, les crises d'angine cessent et elles n'ont plus reparu.*

Après 24 injections la radiographie confirme, montrant une grande amélioration.

Les cures antisyphilitiques sont donc continuées en alternant Hg et Bi ; les B. W. restent toujours négatifs.

***

On voit l'importance pratique, diagnostique, pronostique, thérapeutique de ces syphilis muettes transmissibles.

Il est impossible de chiffrer leur fréquence ; elles paraissent exceptionnelles, mais n'est-ce pas parce que nous les méconnaissons, n'étant pas encore habitués à cette idée des syphilis muettes et pourtant virulentes, contagieuses, transmissibles héréditairement ou conjugalement.

C'est qu'en effet, elles accumulent les difficultés :

— *Difficultés de diagnostic*, puisqu'il n'y a aucun signe clinique ni humoral. Heureux lorsqu'il y a un antécédent révélé par l'enquête familiale, ou un stigmate (dentaire ou autre). La clinique est supérieure au laboratoire.

Par conséquent ne nous laissons pas enfermer dans un type de syphilis à Bordet-Wassermann obligatoirement positifs; cherchons dans l'enquête familiale, surtout dans les résultats des grossesse (*critère de l'enfant*) et, si nous avons des soupçons d'hérédo-syphilis, faisons en arguant de la loi de fréquence, le traitement d'épreuve antisyphilitique, comme moyen diagnostic, de même qu'autrefois avant le Bordet-Wassermann.

— *Difficulté pronostique*, car si ces syphilis muettes sont souvent bénignes sur certaines générations, elles sont graves sur d'autres générations, tuant les enfants, donnant des syphilis graves, aortite, tabès, diabète.

Par conséquent, ne mesurons pas le pronostic de la syphilis à l'intensité des signes cliniques et humoraux, ne nous fions pas aux apparences et réservons le pronostic.

— *Difficultés thérapeutiques* : car, si quelques syphilis muettes semblent guérir facilement et définitivement, d'autres sont particulièrement rebelles, tenaces, récidivantes ainsi que le prouvent des grossesses malheureuses lorsque le traitement antisyphilitique est négligé, et ces syphilis récidivantes contrastent avec les syphilis habituelles qu'éteint au moins pour quelques mois un traitement même imparfait, même négligé.

Devant la mutité clinique et humorale, on manque de critère pour décider de l'intensité des cures, de leur nature, de la longueur des arrêts, de la répétition des traitements.

Cette *absence des critères* et le *souvenir des syphilis rebelles récidivant* si l'on cesse les cures, nous *forcent à traiter ces syphilis muettes aussi intensément que des syphilis à Bordet-Wassermann positifs*. En particulier, nos observations de 1930 et celles d'aujourd'hui prouvent la *nécessité de recommencer le traitement* (914 ou sulfarsénol) *à chaque grossesse.*

Ces faits s'ajoutent à ceux de nombreux autres pour démontrer la nécessité non seulement des traitements de consolidation de 2 à 4 ans après le traitement d'attaque, mais aussi *du traitement d'assurance contre la maladie* dont je vous ai tant de fois parlé (1). Ce sera le vrai moyen de sauver les enfants et le conjoint d'une syphilis qui quoique muette est encore virulente et transmissible.

(1) Gougerot. — Traitement de la syphilis. L'indispensable en syphilithérapie.

Gougerot. — Surveillance et traitement des syphilitiques latents (syphilis secondaire latente). Traitement de consolidation. *Journal des Praticiens*, 5 juin 1926, n° 23, p. 369.

Gougerot. — Surveillance et traitement des syphilitiques latents anciens (syphilis tertiaire latente) critères de guérison de la syphilis et « traitement d'assurance contre la maladie ». *Journal des Praticiens*, 14 août 1926, n° 33, p. 545.

LES INOCULATIONS INTRAVEINEUSES DE BACTÉRIOPHAGE

Quelques enseignements fournis par l'étude de 106 cas d'ostéomyélite et de septicémie staphylococciques

Par M. André RAIGA

Ancien interne lauréat des Hôpitaux
Ex-chef de clinique chirurgicale à la Faculté

Le traitement des infections générales par inoculation intraveineuse de bactériophage est d'une très grande efficacité malgré le discrédit jeté sur lui par certains auteurs peu familiarisés, je le crois, avec la phagothérapie.

Cette méthode ne ressemble à aucune de celles qui sont classiquement onseillées ou utilisées. Sans doute est-ce la raison pour laquelle elle n'est pas encore bien comprise ni jugée à sa juste valeur.

Le bactériophage n'est pas un « médicament » pas plus qu'il n'est un sérum ou un vaccin. C'est un être vivant comme l'a montré d'Hérelle et comme viennent de le confirmer les expériences de Bechhold, de Schlessinger, de Burnet et de Schuurman. Si l'on veut obtenir de son utilisation thérapeutique un résultat favorable, il faut et il suffit que les conditions indispensables au succès soient systématiquement recherchées et volontairement réunies. La phagothérapie ne doit donc être mise en œuvre qu'à bon escient, puisqu'elle obéit à des règles précises ; c'est ce qui en fait d'ailleurs l'originalité.

Nombreux sont les travaux parus sur ce sujet. Mais comme dans beaucoup d'entre eux l'on trouve surtout des idées générales et très peu de résultats expérimentaux, le lecteur non averti risque d'en induire que les inoculations intraveineuses de bactériophage appartiennent encore au domaine des hypothèses ou des conceptions empiriques.

Ce serait une erreur. En réalité, ce traitement a fait ses preuves, en particulier dans les infections générales dues au staphylocoque doré ; de même, l'existence des antiphages et des modifications humorales provoquées par l'autohémothérapie reposent sur des faits cliniques et biologiques rigoureusement contrôlés. Pour porter un tel jugement, je suis en mesure de faire état de près de 3.500 observations personnelles parmi lesquelles je compte 108 cas d'ostéomyélite et de septicémie staphylococciques.

Dans l'état actuel de la question, il n'est pas inutile, ne serait-ce que pour établir une fois pour toutes la part légitime qui revient à chacun des chercheurs, de rappeler, avec dates et précisions, l'historique des notions ou techniques qui font aujourd'hui du traitement par le bactériophage un traitement rationnel d'une incontestable efficacité.

C'est en septembre 1928 (1) que, dans le Service de mon maître le Professeur A. Gosset, j'ai observé pour la première fois la coïncidence entre un insuccès du traitement par le bactériophage et la présence d'un anti-staphy-phage dans le sérum sanguin. Cette recherche biologique avait été conseillée par le Professeur F. d'Hérelle, auquel j'avais montré le malade, et fût pratiquée dans son laboratoire personnel (2).

Frappé de cette coïncidence, j'ai poursuivi l'étude comparative des réactions sanguines et des résultats cliniques consécutifs aux applications de bactériophage. J'ai ainsi constaté que, d'une part, les évolutions graves ou compliquées se montraient chez les malades porteurs d'antiphages et que, d'autre part, la guérison rapide s'observait toujours quand le sérum sanguin ne présentait pas de semblables propriétés.

Il semblait donc bien y avoir entre les faits cliniques et les contrôles biologiques une véritable relation de cause à effet. J'ai alors expérimenté une méthode déjà ancienne, l'autohémothérapie, et je me suis rendu compte, par les vérifications sérologiques pratiquées avant, pendant et après les injections de sang, qu'elle provoquait la disparition des propriétés antiphages antérieurement constatées, en même temps que le pronostic de l'infection ainsi traitée s'améliorait progressivement. Cette transformation humorale, tout en expliquant l'action curative de l'autohémothérapie employée isolément, vint ainsi corroborer l'importance du rôle que j'avais été conduit à attribuer aux propriétés antiphages dans l'évolution naturelle ou thérapeutique des infections à microbes pyogènes.

Si l'autohémothérapie peut être d'un grand secours dans cette éventualité nettement définie, je ne suis pas partisan de son emploi systématique, sans indications précises, comme cela est couramment prescrit : agir de la sorte, c'est

(1) A. RAIGA. — Une cause d'insuccès du traitement par le bactériophage de d'Hérelle. *Journal des Praticiens*, n° 48, 1er décembre 1928.

(2) Cette observation a permis à M. Pierre ROSENTHAL de présenter, *en son nom*, le 20 octobre 1928 à la Société de Biologie une première note sur les antiphages.

d'abord se priver d'un guide des plus utiles et c'est ensuite risquer, en cas d'absence d'antiphages, d'en provoquer l'apparition. De même, quand l'autohémothérapie se trouve indiquée, il faut obtenir d'elle tous les avantages qu'elle est capable de nous donner, à savoir la disparition des facteurs humoraux qui, dans ces cas, s'opposent à la production intégrale du phénomène de bactériophagie et par conséquent à la guérison. Aussi, ne saurais-je partager l'opinion de M. E. Halphen qui, par principe, juge inutile une troisième injection de sang « si les deux premières n'ont amené aucun résultat » (1).

Une bactérie lysable « in vitro » n'est donc pas lysable « in vivo » si le sérum sanguin possède des propriétés antiphages ; mais cette lyse devient à nouveau possible dès la disparition des antiphages. Comme le phénomène de bactériophagie représente le processus normal de la guérison naturelle, il s'ensuit qu'un organisme peut, par la présence d'antiphages, s'opposer à cette guérison naturelle, mais qu'il est capable, grâce à l'autohémothérapie, d'acquérir à nouveau la possibilité de guérir : la guérison surviendra alors spontanément ou bien sera obtenue par l'inoculation de bactériophage.

Il est un autre facteur qui joue un rôle important dans le traitement des infections staphylococciques par le bactériophage, c'est l'hyperglycémie (2). L'élévation du taux de la glycémie, indépendamment de toute glycosurie, n'a pas d'action directe sur le phénomène de bactériophagie : elle modifie seulement la rapidité et l'intensité de la multiplication microbienne, si bien que le nombre des staphylocoques qui se trouvent opposés aux corpuscules bactériophages finit par dépasser les possibilités de la lyse. Le Professeur d'Hérelle (3) a en effet montré que le phénomène de bactériophagie n'est pas illimité et que pour une quantité donnée de filtrat bactériophage variant entre 1 c. c. et 1/1.000 de c. c., on peut obtenir la dissolution du staphylocoque jusqu'à 700 millions de germes par centimètre cube d'émulsion ; cette limite ne peut être dépassée pour différentes raisons et en particulier parce que les substances produites par la lyse bactérienne exercent une action empêchante.

En résumé, l'emploi du bactériophage dans un but thérapeutique n'est susceptible de conduire au succès que si l'organisme du malade n'oppose à la destruction microbienne ni antiphages, ni hyperglycémie. L'auto-hémothérapie judicieusement appliquée, l'insulinothérapie employée sans arrière-pensée, permettent de rendre apte à la guérison un terrain organique qui ne l'était pas auparavant. A cette méthode ainsi comprise, il convient de réserver le nom de « phagothérapie ».

(1) E. Halphen. — Le bactériophage en oto-rhino-laryngologie. *La Médecine*, n° 9, juin 1936, pp. 61-63.

(2) A. Raiga. — Considérations cliniques et thérapeutiques sur le rôle de l'hyperglycémie dans la furonculose (en collaboration avec J. Martineau et H. Chabanier). *La Presse Médicale*, n° 10, 2 février 1935.

(3) F. d'Hérelle. — Le bactériophage et son comportement. Masson, édit., 1926.

Les inoculations intraveineuses de bactériophage expérimentées par le Professeur d'Hérelle ont été utilisées plus tard par M. A. Gratia (1) qui, malgré les toutes petites doses employées, a obtenu certains résultats. Les deux premiers cas de traitement et de guérison de septicémie staphylococcique par le procédé de l'injection unique à dose forte qui ont été communiqués à la Société Nationale de chirurgie datent de septembre et octobre 1929 : ils ont été présentés, l'un par M. R. Gouverneur à la séance du 23 octobre (observation de M. Davioud) (2), et l'autre par le Professeur A. Gosset à la séance suivante (observation personnelle) (3). Depuis, j'ai eu recours à l'inoculation du bactériophage par voie veineuse plus d'une centaine de fois ; l'expérience que j'ai ainsi pu acquérir m'a permis de préciser les indications et la technique de ce nouveau traitement des infections générales.

Toutes les septicémies staphylococciques sont justiciables du traitement par le bactériophage et leur guérison sera d'autant plus rapide et d'autant plus complète que l'on aura recours plus précocement à cette thérapeutique.

La guérison provoquée par l'inoculation intraveineuse s'établit après des phénomènes réactionnels très particuliers qui sont l'expression clinique de la lyse bactérienne par le bactériophage. A la séance du 9 mar 1932 de la Société Nationale de Chirurgie, M. Louis Sauvé, communiquant en collaboration avec M. Brulé son premier cas de staphylococcémie traitée de cette façon, a parlé de « choc formidable » ; aussi cet auteur en est-il arrivé à ne plus utiliser cette thérapeutique « que dans les cas désespérés où la mort, si l'on ne fait rien, semble certaine et proche » (4). Je n'ai jamais vu le staphy-bactériophage provoquer des phénomènes aussi dra-

(1) A. Gratia. — La lyse transmissible du staphylocoque et ses applications thérapeutiques. *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*, février 1922.

(2) Davioud. — Septico-pyohémie à staphylocoques traitée et guérie par un auto-bactériophage intraveineux *Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chir.*, t. LV, n° 27, 2 novembre 1929. Rapport de M. R. Gouverneur.

(3) A. Gosset. — Le bactériophage en injection intraveineuse. *Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chir.*, t. LV n°s 28 et 29, 6 novembre 1929.

(4) Louis Sauvé. — Contribution à la thérapeutique des septicémies chirurgicales. *Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chir.*, t. LX, n° 33, séance du 5 décembre 193?, p. 1319.

matiques ; je crois qu'ils sont imputables à la préparation même du bactériophage employé, d'autant plus que, dans le cas envisagé, la dose injectée avait été minime (3 c. c. de bactériophage non peptoné dilué dans 120 c. c. de sérum isotonique). Quant à réserver ce traitement aux cas désespérés, je ne saurais, pour ma part, m'en tenir à des indications aussi restrictives : je me suis rendu compte, en effet, que c'est dans de telles circonstances que le phénomène de d'Hérelle a précisément le moins de chances d'être suivi de succès. Du reste, si l'on admet que l'administration du bactériophage a quelque efficacité, point n'est besoin d'attendre que le malade ait un pied dans la tombe pour y avoir recours.

L'influence des antiphages recherchés en milieu liquide et sur milieu solide est tout particulièrement démonstrative dans les inoculations intraveineuses de bactériophage.

En m'appuyant sur les modifications apportées par le sérum sanguin à la lyse « in vitro » de différents germes microbiens, staphylocoques, streptocoques et B. coli, et en les comparant, avec les résultats obtenus « in vivo » en présence ou en l'absence de ces antiphages, j'ai pu mettre en évidence trois notions qui me paraissent essentielles pour conduire le traitement des états septicémiques par la phagothérapie et pour comprendre la nature des phénomènes observés :

1° L'introduction directe du bactériophage dans le torrent circulatoire ne provoque par elle-même aucune réaction cliniquement décelable. La phagothérapie n'est donc pas une médication de choc.

2° La lyse bactérienne sous l'influence du bactériophage inoculé par voie veineuse se manifeste cliniquement par trois phénomènes successifs : un grand frisson, une élévation de température et une sudation abondante ; c'est à la suite de cette réaction caractéristique que la température tombe définitivement et que la guérison de l'infection est obtenue après une injection unique (1).

3° La lyse bactérienne ne se produit pas ou n'est que partielle après l'inoculation intraveineuse de bactériophage toutes les fois que le sérum sanguin présente des propriétés antiphages sur milieu solide ou seulement en milieu liquide ; la réaction est alors ou bien nulle ou bien incomplète. Dans ces cas, la guérison immédiate et définitive n'est pas obtenue. Donc, quand une inoculation intraveineuse n'a pas été d'emblée suivie de succès, il n'y a aucune raison de la répéter tant que persistent les obstacles humoraux qui ont entravé l'activité curative du bactériophage.

Dans les infections locales, l'influence des antiphages n'est pas moins grande que dans les infections générales : de l'absence ou de la présence de ces propriétés humorales dépendent, soit la stérilisation hâtive, complète et définitive du foyer infectieux, soit la continuation et l'aggravation de la lésion.

J'ai exposé ces notions assez nouvelles dans vingt-six mémoires parus au cours de ces huit dernières années (1).

Sans aucun doute, tous ces travaux sont demeurés inaperçus de M. Ed.-J. Sobieski (2), car cet auteur n'aurait pas manqué d'y faire allusion dans l'article qu'il a récemment consacré aux injections intraveineuses de bactériophage et au cours duquel il a énoncé sans s'en douter des conclusions identiques à celles que j'avais antérieurement publiées.

Telle est également la remarque que l'on est tenté de faire lors de la lecture d'un autre article aussi récent, mais signé par M. Louis Sauvé (3) ; en effet, le rôle que doit jouer le bactériophage dans les infections chirurgicales générales et locales y est exposé avec la plupart des techniques et des principes biologiques que j'ai personnellement mis au point. Bien que les références bibliographiques soient ainsi particulièrement rares dans cette revue générale, il s'y est glissé cependant une erreur, vraisemblablement d'ordre typographique. L'auteur écrit : « Je disais en 1927 à la Société de chirurgie que la bactériophagie était une des plus grandes découvertes bactériologiques depuis Pasteur ». Si telle est également mon opinion sur la valeur de la découverte du Professeur d'Hérelle, qui est véritablement une « grande découverte » avec la signification que donnait Claude Bernard à ce terme, je dois faire remarquer que cette phrase a été seulement prononcée par M. L. Sauvé le 24 avril 1929 à l'occasion d'un rapport rédigé par mon maître, le Professeur A. Gosset, sur une de mes études thérapeutiques (4) ; c'était du

(1) J'ai publié plusieurs courbes de température qui montrent les phases de cette réaction curative (*Société des Chirurgiens de Paris*, séances du 19 juin 1931, des 7 juillet et 20 octobre 1933, du 1er juin 1934). Tout aussi démonstrative est la courbe thermique qui illustre le superbe succès obtenu au moyen de la même technique par M. Paul Flandrin (en collaboration avec Em. Sobieski) chez un prostatique atteint de septicémie staphylococcique. (*Société Française d'Urologie*, séance du 3 avril 1933.)

(1) La bibliographie en est donnée à la fin de mon article paru en 1935 dans *la Médecine Internationale Illustrée* et portant le titre suivant : « Les formes cliniques de la furonculose ».

(2) Ed. J. Sobieski. — La voie intraveineuse dans la bactériophagothérapie. *Archives Hospitalières*, n° 5, 1936.

(3) Louis Sauvé. — Le bactériophage en chirurgie. *La Médecine*, n° 9, juin 1936.

(4) A. Raiga. — Trois cas de phlegmons d'origine dentaire guéris par le bactériophage de d'Hérelle. Extraction secondaire de la dent. *Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie*, t. LV, n° 14, séance du 24 avril 1929 (Rapport du Professeur A. Gosset).

reste la première fois que la question du bactériophage était abordée à la Société Nationale de Chirurgie. Cette communication, dans laquelle je donnais la description initiale de ma technique du traitement des collections suppurées par la ponction suivie d'instillation de bactériophage avec lavage de la cavité par brassage, faisait partie de la série des études que j'ai publiées cette année-là sur le traitement par le bactériophage des furoncles et des anthrax (1), des panaris (2), des phlegmons dentaires (3) et enfin d'un cas de septicopyohémie staphylococcique (4). A la date de cette dernière communication, mon expérimentation groupait déjà 417 observations. Quelques jours plus tard (20 novembre 1929), M. Louis Sauvé présentait à la Société Nationale de Chirurgie son premier travail sur cette question et apportait la statistique de ses 76 premiers essais thérapeutiques (5).

Pour bien comprendre les rapports réciproques qui unissent l'action lytique du bactériophage, l'influence des antiphages et le rôle de l'autohémothérapie, il faut s'élever au-dessu du point de vue purement thérapeutique qui, en général, est seul envisagé, faire abstraction pendant quelques instants des idées et des coutumes qui nous ont été transmises et surtout ne pas oublier que le phénomène de bactériophagie, comme la démonstration en a été magistralement exposée dans les œuvres du Professeur F. d'Hérelle, représente le processus de la guérison naturelle.

Dans une infection, deux éléments se trouvent en présence : le microbe et le malade (6). Pendant très longtemps, le microbe fut considéré comme le facteur principal et même exclusif de la pathologie infectieuse, tandis que le malade était censé n'en subir que passivement les assauts.

Or, le terrain organique apparaît à l'heure actuelle et à juste titre comme ayant une grande importance et nous assistons à une heureuse évolution des idées sur le rôle respectif du germe microbien et du terrain. M. Auguste Lumière, dont les travaux sur la médecine humorale (1) apportent une importante contribution à cette question, rappelait récemment (2) cette phrase bien connue qu'avait prononcée Pasteur obsédé à son lit de mort par le souvenir de ses divergences de vue avec Claude Bernard : « Bernard avait raison, le microbe n'est rien, le terrain est tout ».

Néanmoins, jusqu'ici, la notion du terrain restait très vague en notre esprit, pour la simple raison qu'il nous manquait un moyen d'explorer ce terrain organique. « Nous ne connaissons jamais d'avance, à l'heure actuelle », a dit il y a quelques mois M. Paul Mathieu à l'occasion d'une discussion sur le traitement de l'ostéomyélite aiguë (3), « la virulence du staphylocoque et la résistance du malade, la biologie ne nous a pas encore donné de tests suffisants à ce point de vue ».

De très belles recherches viennent d'être entreprises dans ce sens par MM. Lévy-Solal, Grasset et Mathivat (4). Au moyen de l'intradermo-réaction, ces auteurs sont arrivés à reconnaître, parmi les malades atteintes d'infection puerpérale, celles qui se défendent et celles qui sont anergiques. En même temps, ils ont confirmé les résultats de l'expérimentation particulièrement intéressante de MM. Levaditi et Vaisman (5) au sujet du mode d'action du chlorhydrate de sulfamido-chrysoïdine : ce produit chimique ne détruit pas le streptocoque ; il en modifie seulement la structure et le rend plus sensible à l'action destructive des forces naturelles de défense de l'organisme. L'administration de ce composé azoïque n'est donc suivie d'un effet favorable que chez les sujets ayant conservé intacte leur défense naturelle.

Malgré leur intérêt indiscutable, ces différentes recherches ne nous apprennent pas — comment la guérison se produit, — en quoi consistent ces

---

(1) A. Raiga. — Traitement des furoncles et des anthrax par le bactériophage de d'Hérelle. *Presse Médicale*, n° 12, février 1929.

(2) A. Raiga. — Traitement par le bactériophage de d'Hérelle, des panaris et des plaies infectées des doigts et de la main. *Progrès Médical*, n° 10, 9 mars 1929.

(3) A. Raiga. — Traitement des phlegmons d'origine dentaire par le bactériophage de d'Hérelle. *Revue de Stomatologie*, t. XXXI, n° 8, août 1929.

(4) *Loc. cit.*, 6 novembre 1929.

(5) L. Sauvé (en collaboration avec M. Jacquemaire). Le bactériophage. *Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie*, t. LV, n° 31, séance du 20 novembre 1929.

(6) A. Raiga. — Le rôle du terrain organique dans l'évolution et le traitement de la furonculose. Antiphages et hyperglycémie. *Bulletins et Mémoires de la Société des Chirurgiens de Paris*, t. XXVI, n° 13, séance du 19 octobre 1934.

(1) A. Lumière. — La renaissance de la médecine humorale. Imp. Léon Sézanne, Lyon 1935.

(2) A. Lumière. — La lutte contre l'infection. Le microbe et le terrain *Le Progrès Médical*, n° 19, 9 mai 1936.

(3) Paul Mathieu. — *Académie de Chirurgie*, séance du 4 mars 1936.

(4) Ed. Lévy-Solal, J. Grasset et A. Mathivat. — Un essai de mise au point du traitement des septicémies puerpérales. *La Presse Médicale*, n° 45, 3 juin 1936, pp. 892-894.

(5) C. Levaditi et A. Vaisman. — Action curative et préventive du chlorhydrate de 4-Sulfamido-2-4 diaminoazobenzène et de quelques dérivés similaires dans la streptococcie expérimentale. *La Presse Médicale*, n° 103, 25 décembre 1935, pp. 2097-2102.

forces naturelles de défense, — et surtout de quelle façon on peut arriver à rendre positive, donc favorable, une intradermo-réaction primitivement négative, c'est-à-dire à améliorer un pronostic qui s'avérait mauvais ou même fatal.

Me permettra-t-on d'essayer d'éclairer cette question délicate et angoissante ? Elle en a du reste le plus grand besoin car elle a été rendue plus complexe encore par les multiples expressions qui ont été forgées pour désigner des états ou des réactions dont on devinait l'importance, mais dont on continuait à ignorer l'essence.

Aux trois inconnues de ce problème, la découverte du Professeur d'Hérelle et les recherches que j'ai faites sur les propriétés antiphages permettent, à mon avis, d'apporter une solution :

— la guérison d'une infection bactérienne est due au bactériophage par son action lytique et par les réactions qu'il déclenche : la guérison naturelle est le résultat du phénomène de bactériophagie spontanée ;

— la résistance de l'organisme à l'égard d'une infection dépend des possibilités qu'offre le terrain humoral à la production intégrale du phénomène de bactériophagie spontanée ; les antiphages du sérum sanguin sont les témoins biologiques des difficultés ou des impossibilités opposées par l'organisme à la production de ce phénomène de la guérison naturelle ;

— l'autohémothérapie, en provoquant la disparition des antiphages quand ils existent, contribue à rendre possible le phénomène de bactériophagie et fait de la sorte récupérer à l'organisme la résistance antibactérienne normale qu'il avait antérieurement perdue.

Grâce à l'étude du phénomène de d'Hérelle, on se rend donc compte qu'il est impossible que la guérison d'une infection soit provoquée par l'établissement d'une immunité. L'immunité, en effet, « loin d'être la cause de la guérison, est une conséquence de la guérison » (d'Hérelle. *La Médecine*, n° 9, juin 1936). Encore faut-il, bien entendu, qu'il s'agisse d'une maladie immunisante.

En outre, par cette étude, on acquiert la certitude que la guérison est bien le résultat d'une lutte active engagée par l'organisme contre le germe microbien qui l'attaque. Si les vicissitudes de cette lutte se traduisent *cliniquement* par les différentes évolutions aiguës, subaiguës, chroniques, curables ou mortelles de l'infection, elles sont illustrées *biologiquement* par toute une gamme de propriétés humorales, véritables tests qui permettent d'évaluer à tout instant le potentiel de guérison naturelle présenté par le malade infecté.

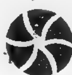
Quant à la sensibilité de la bactérie et à la virulence du bactériophage, je rappellerai seulement qu'elles constituent les facteurs essentiels du phénomène de bactériophagie.

Connaissant donc le processus naturel de la guérison, l'agent causal de cette guérison et les conditions humorales qui régissent son activité, on conçoit qu'un traitement fondé sur de tels enseignements bouleverse nos habitudes thérapeutiques nées d'un empirisme qui leur sert encore à l'heure actuelle de seul soutien. La phagothérapie ainsi comprise et ainsi raisonnée, du moins d'après les résultats de mes recherches, nous offre une précision de geste, une sûreté de pronostic et une garantie d'efficacité qui sont autant de qualités auxquelles les thérapeutiques classiques ne peuvent prétendre. Toutefois, le traitement par le bactériophage ne saurait être assuré du succès qu'à la seule condition d'être mis en œuvre avant que, du fait des progrès de l'infection, des désordres anatomiques incompatibles avec la vie aient eu le temps de se constituer. En conséquence, il ne peut ni ne doit représenter un geste de désespoir.

* * *

Le lecteur qui voudrait se documenter plus complètement sur le traitement des infections par le bactériophage lira avec profit la monographie parue sous la signature du Professeur d'Hérelle dans la *Pratique Médicale Illustrée*, 1933 (G. Doin, édit.) et intitulée : « Le bactériophage et ses applications thérapeutiques. »

A. R.

LUXATION COMPLÈTE DE LA VERGE

Voici une curieuse observation, communiquée par le Docteur P. Bonvoisin (1)

Un jeune gaillard de 17 ans, participait à l'opération saisonnière classique en Normandie du « brassage » avec un broyeur à moteur. Il se penchait sur la trémie pour surveiller la descente des pommes à travers les mâchoires broyeuses. Approchant de trop près sans doute, ses vêtements, à la hauteur de la région pubienne, furent soudain pris, par le bout de l'axe du broyeur, et entraînés dans un mouvement de torsion brutale. Au cri qu'il poussa, l'oncle du jeune homme, qui se trouvait près de lui, le saisit à bras le corps et le tira violemment en arrière. Trop tard malheureusement. Jean fut, en une fraction de seconde, entièrement dépouillé de ses vêtements réduits en papillottes, ne gardant que ses chaussures et ses chaussettes ! Mais, là ne se bornait pas le mal ; le patient avait un phimosis, et cette « peau trop longue recouvrant l'organe », avait subi, partiellement, le sort de ses vêtements. Le prépuce, en effet, avait été saisi et entraîné, sinon dans un mouvement de torsion, au moins dans une traction violente en avant, peut-être aggravée par le geste réflexe de l'oncle athlétique et impulsif. Le résultat, tel qu'on le vit peu de temps après à l'hôpital, éclatait aux yeux de tous après ce déshabillage explosif.

La verge n'existait littéralement plus, et semblait avoir disparu. « Flasque et ridé », le fourreau, entièrement déshabité, s'affaissait comme une petite loque sur la région pubienne du blessé, couché sur la table d'opération. Une plaie curviligne inférieure, mesurant 10 à 12 centimètres de longueur, se trouvait au-dessus de la base de ce qui n'était plus la verge, au niveau du bord inférieur du pubis. L'extrémité préputiale du fourreau de la verge était sectionnée par une plaie irrégulière. Il était facile de penser que la verge, au cours de ce cataclysme dramatique, n'avait pas dû disparaître entièrement. Elle était en effet aisée à retrouver ; on voyait un relief peu accusé, soulevant le raphé médian de la face antérieure du scrotum et, à la palpation, ce relief accusait bien la forme cylindroïde de la verge et conoïde du gland, facilement perçue à travers la peau. Il s'agissait bien là d'une « luxation complète scrotale du pénis », et l'aspect des lésions rendait bien compte de son mécanisme. Dans le mouvement de traction violente du prépuce en avant, entraînant tout le fourreau de la verge, la peau avait cédé en deux endroits : 1° au niveau de la région pubienne ; 2° au niveau même du prépuce, à l'union de la peau et de la muqueuse préputiale. A la suite de cette solution de continuité, la verge, qui n'avait pas été entraînée dans ce mouvement, avait été dépouillée et en était sortie complètement, par en arrière du fourreau. Le scrotum avait été entraîné, lui aussi, violemment en avant ; la verge, ayant quitté son domicile, en avait trouvé un autre singulièrement agrandi.

Le blessé endormi, l'auteur procéda à un nettoyage complet de la région. Trois pinces sur la section préputiale en maintenaient l'orifice béant, une compresse montée nettoyait l'intérieur comme celui d'un verre de lampe. La section préputiale fut régularisée aux ciseaux. Restait à réintégrer la verge en rupture de logement dans celui, qui lui appartenait. Des pressions sur le scrotum se montrèrent tout à fait inefficaces, mais, introduisant l'index gauche dans le fourreau, on sentait dans le fond un orifice arrondi, tranchant, aponévrotique où l'extrémité du doigt trouvait juste sa place. Sur ce guide, la main droite, manœuvrant la verge à travers le scrotum, lui fit subitement retrouver sa place. Le gland était encore recouvert de sa muqueuse préputiale, dont on ne voyait que la face externe cruentée ; l'opération se terminait par une banale circoncision. Traitement de la plaie pubienne par excision de ses bords ; nettoyage ; suture avec drainage aux crins.

Ici les lésions ont été, somme toute, réduites à leur plus grande simplicité : aucune complication et, en particulier, aucune lésion du corps caverneux de l'urètre ; l'infiltration d'urine n'eut pas le temps de se produire ; elle n'aurait guère pu se réaliser que si, l'opération se trouvant retardée le blessé en eut été bien réduit à « pisser dans son scrotum », d'une façon beaucoup plus véridique que dans l'infiltration d'urine, où, disait-on, autrefois « Le malade pisse dans son périnée ».

Comme il est classique dans les lésions par arrachement, il ne s'est produit aucune hémorragie, bien qu'un certain nombre de vaisseaux sous-cutanés eussent été certainement intéressés par le décollement du fourreau ; il n'y eut pas même une ecchymose. Les suites opératoires furent aussi simples que l'opération elle-même et complètement apyrétiques. Actuellement tout est normal.

G. F.

(1) *La Normandie médicale*, décembre 1936.

EXTRACTION DES CORPS ÉTRANGERS DE LA CORNÉE

Par Etienne GINESTOUS (de Bordeaux).

L'extraction des corps étrangers de la cornée est de pratique de plus en plus fréquente par le fait de l'activité industrielle croissante qui, chaque jour expose davantage les ouvriers aux accidents oculaires.

D'après les statistiques de Coppez qui remontent, il est vrai à 1900, mais que nous croyons toujours exactes, sur la totalité des corps étrangers de l'œil ceux de la cornée entrent dans la proportion de 74,08 %. Charles Lafon (1), de Périgueux) dans des relevés à la Clinique ophtalmologique du Professeur Badal du 1er janvier 1906 au 1er janvier 1916 a noté sur 30.000 malades oculaires, 2.816 cas de corps étrangers cornéens, soit 9,4 %.

Certains diront que l'extraction des corps étrangers de la cornée est une petite opération banale, relevant de la petite chirurgie. Sans doute ne faut-il pas la ranger au nombre des grandes interventions et en exagérer la mise en scène ; mais on ne saurait aussitrop en diminuer l'importance. A vouloir en proclamer la bénignité, on risque, ne serait-ce qu'une fois sur mille, les conséquences les plus graves, même les plus désastreuses terminaisons. Nous en avons pour preuve le fait tout récent rapporté par Dagorne (du Havre) (2), d'un cas mortel par méningite à pneumocoques survenue après une vulgaire poussière de la cornée.

Très variables par leur nature, les corps étrangers de la cornée sont ou ne sont pas magnétiques. Suivant leur force de propulsion et aussi suivant la résistance anatomique du point atteint, ils sont plus ou moins implantés dans la cornée et peuvent même, après avoir l'avoir perforée, pénétrer dans la chambre antérieure. La technique d'extraction différera suivant les unes ou les autres de ces variétés.

Quelle qu'elle soit, la petite opération doit se pratiquer — cela va sans dire — en observant les règles de la plus stricte asepsie, sous anesthésie locale par instillations de collyre à la cocaïne à 4 ou 5 %, à laquelle, on peut associer quelques gouttes d'adrénaline (ne pas trop répéter l'instillation de cocaïne qui a l'inconvénient de desquamer la cornée).

(1) Charles LAFON (de Perigueux). — Etude statisique sur les corps étrangers professionnels de la cornée. *Archives d'ophtalmologie*, mai 1911.

(2) DAGORNE (du Havre). — Mortelle poussière dans l'œil. *Le Monde médical*, 1er octobre 1936.

Extraction des corps étrangers pénétrants

La cornée est perforée. A travers cette perforation, le corps étranger, par une de ses extrémités, a pénétré dans la chambre antérieure ; de ce fait, il est pour une partie intra-oculaire. On ne saurait être trop prudent. Une manœuvre d'extraction trop brusque risque de compléter, par conséquent d'aggraver la pénétration. Le blessé étant couché sur la table d'opération, on pratique une paracentèse et on atteint par derrière le corps étranger qu'on fait basculer et sortir par la plaie cornéenne. Dans le cas de corps étranger magnétique, l'extraction peut être obtenue à l'aide de l'électro-aimant soit géant soit à main.

Extraction des corps étrangers non-pénétrants

Les corps étrangers implantés dans la cornée sans perforation de cette dernière sont heureusement les plus fréquents. La manœuvre d'extraction doit éviter, autant qu'il est possible, de gratter la cornée ; car, ces éraillures risquent de se terminer par des séquelles de cicatrisation, des taies qui, non seulement diminuent l'acuité visuelle, mais encore produisent des phénomènes d'éblouissement par dispersion à leur niveau des rayons lumineux. Pour opérer l'extraction, il n'est pas nécessaire de faire coucher le blessé. Il suffit qu'il soit assis. Sa tête étant bien appuyée, l'opérateur écarte ses paupières entre le pouce et l'index gauches et à l'aide soit d'une aiguille à corps étrangers, soit d'une petite gouge, le corps étranger est soulevé et pour ainsi dire énucléé de la cavité qu'il s'est creusée dans la cornée. L'opération en elle-même paraît simple. En réalité, elle est très souvent beaucoup plus délicate qu'on ne pourrait supposer. Trop fréquemment, les blessés ne réclament des soins que tardivement, plusieurs jours après l'accident ; et à ce moment, tout autour du corps étranger, il s'est formé un halo et une zone plus ou moins infectée. En dehors de cette difficulté, il en est une autre, celle-là plus sérieuse parce que plus courante : c'est celle de la localisation exacte du corps étranger, localisation indispensable à une extraction utile et rapide. Il est parfois moins aisé qu'on ne saurait croire de différencier un fragment implanté dans la cornée d'une tache irienne, et certains corps étrangers sont de dimensions tellement minimes qu'on a peine à les

percevoir. On peut alors avoir recours à un éclairage intensif au moyen du photophore électrique et au grossissement par la loupe binoculaire de Berger. Actuellement, à cet appareillage qui avait l'inconvénient du moins pour le photophore de nécessiter l'aide d'un tiers, Rupalley en a substitué un autre à la fois plus simple, plus perfectionné et plus pratique. C'est un manche éclaireur facile à tenir dans la main. La lumière qu'il émet par une petite lampe électrique est concentrée à travers une lentille convergente sur la cornée qui peut ainsi être explorée dans ses plus minimes détails. A l'extrémité du manche est vissé l'instrument d'extraction, aiguille ou gouge. Le petit champ opératoire cornéen étant ainsi fortement éclairé, le corps étranger apparaissant nettement localisé, son extraction en devient d'autant plus aisée.



Fig. 1

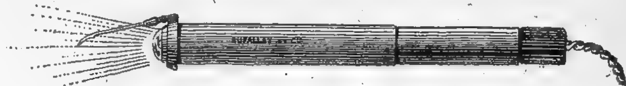


Fig. 2

Il a été de même imaginé par Rupalley, pour l'extraction des corps étrangers magnétiques de la cornée un petit électro-aimant très léger et très maniable pouvant fonctionner au besoin sous un courant 4 volts. Cet appareil peut rendre des services, mais ses indications demeurent limitées. Il faut que le corps étranger soit assez compact pour être attiré dans sa masse ; les agglomérés pulvérulents même magnétiques ne viennent que plus difficilement.

Cet instrument, pensons-nous deviendrait parfait si à l'appareil électro-magnétique était adjoint un manche éclaireur permettant de voir nettement et de mieux localiser le corps étranger à extraire.

Ainsi pratiquée, suivant les règles que nous venons d'exposer, l'extraction des corps étrangers ne laisse généralement aucune trace dommageable. Par précaution, il peut être prescrit l'application d'une pommade antiseptique aristol, ou autre, et une interruption de travail de quelques jours suffit à assurer la guérison.

LA PSITTACOSE

On parle à nouveau de la psittacose.

A la séance du 23 janvier 1937 de la Société de médecine de Paris, a eu lieu sur cette question une discussion à laquelle ont pris part MM. Thalheimer, Laignel-Lavastine, Sacquépée, Jude, Medynski-Chrétien, Stillmunkes, Rosenthal, et Roby.

— M. Marcel Thalheimer a rapporté trois cas de psittacose contractée à la même source. Un vétérinaire parisien, après un contact avec une perruche malade, fut atteint d'une psittacose grave avec foyers pulmonaires mobiles, leucopénie et polynucléose. Un de ses employés et un bactériologiste chargé de recherches de laboratoire contractèrent la même affection. Ces deux derniers malades furent soignés par une injection de sérum de convalescent, seul traitement actuel de cet état morbide. L'auteur estime que la psittacose est plus fréquente qu'on ne le pense, beaucoup de petites épidémies restant méconnues.

— M. Laignel-Lavastine a observé, en 1936, un cas de psittacose s'étant traduit par un syndrome aigu d'allure pneumonique et des céphalées atroces avec névralgie faciale gauche.

— M. Jude insiste également sur la céphalée intense de la psittacose.

— M. Medynski montre la difficulté du diagnostic avant la mort de l'animal. La turbulence du perroquet est un signe à noter. Leur mort a lieu en général la nuit. Le chat, mangeur d'oiseaux, peut aussi être la cause de contamination.

— M. Chrétien demande, au point de vue prophylaxie, une surveillance attentive des frontières. D'autres oiseaux (serins, canaris) sont parfois responsables.

— M. Stillmunkes a observé à Toulouse en 1930 deux cas de psittacose qui ont fait songer à la grippe. L'infection survint après morsure du doigt par une perruche.

— M. Rosenthal rappelle que Rocard a signalé jadis un bacille de la psittacose.

— M. Roby croit que la psittacose est une paratyphoïde dont la déclaration pourrait être rendue obligatoire.

P. Lacroix.

LE VACCIN CONTRE LA POLIOMYÉLITE (1)

Depuis que Brodie et Kolmer ont proposé un vaccin contre la poliomyélite, c'est-à-dire depuis un peu plus d'une année, près de 20.000 personnes ont été inoculées en Amérique avec des préparations de moelle de singe virulente. Pour détruire ou atténuer le virus, on a essayé le phénol, le formol, la formaldéhyde, la dessication, le chauffage. Dans d'autres méthodes, le virus est adsorbé dans un gel d'alumine, puis incorporé dans l'huile d'olive ou l'agar agar, dans l'espoir que ce contact prolongé avec l'animal augmenterait la quantité des anticorps.

Des anticorps neutralisants ont été produits dans presque tous ces essais, mais pas en assez grand nombre pour empêcher l'infection des animaux inoculés par voie intracérébrale ou par application intranasale. Cette infection eut même lieu au cours de la vaccination, dans des cas où le vaccin renfermerait encore des germes vivants. Le vaccin préparé par mélange avec le ricinoléate de soude a donné des résultats analogues.

Plusieurs auteurs, parmi lesquels Flexner, avaient prévu que le virus poliomyélitique, adapté à l'animal depuis de nombreuses générations, serait également virulent pour l'homme, contrairement à ce qui se passe pour diverses autres affections, comme la psittacose, la rage, la vaccine.

Brodie montra que le virus de la poliomyélite traité par la formaldéhyde n'était plus virulent pour le singe, mais, à condition d'être employé frais, provoquait cependant la formation de substances neutralisantes. La phase d'application à l'homme de la vaccination par virus atténués s'ouvrait.

Mais au cours de ces expérimentations sur l'homme, trois communications émanant de plumes autorisées (Schultz et Gebhardt, Olitsky et Cox Gordon), nièrent les effets du virus atténué par la formaldéhyde, par le mélange avec le ricinoléate de so de, ou même par le gel d'alumine. Ils montrèrent que ces vaccins ne garantissaient pas le singe contre la contagion intracérébrale ou même intranasale. Le fait de produire l'infection par apport direct aux centres nerveux est une négation de la valeur absolue de ces vaccinations ; c'est le même cas que pour les vaccins contre la rage, l'herpès ou le tournis.

Les échecs du vaccin prépar par le ricinoléate de soude furent assez nombreux et tragiques pour attirer l'attention des pouvoirs publics ; et, comme le permet la loi, le Service de santé publique des Etats-Unis entama une action judiciaire contre son emploi. Le vaccin avait été utilisé dans neuf cas, dont cinq furent mortels, et dans des conditions qui incriminaient nettement la méthode, car la maladie débuta après la période d'incubation normale. Cette forte mortalité aurait eu pour cause un envahissement précoce des centres cérébraux et l'extension à la moelle épinière. Depuis cette époque, sept autres cas de mort ont été rapportés ; mais il sont survenus au cours d'épidémies et le malade avait été exposé à la contagion avant ou au cours de la vaccination. La paralysie apparut à des dates variables : 5, 14, 17, 23, 42, 23 et 32 jours. Dans aucun de ces cas on ne peut avec certitude rendre la vaccination responsable. Cinq de ces sept cas ont eu lieu en Californie, où Gifford et Bogen ont vacciné, en 1935, 3.723 personnes.

Sur plus d'un millier de personnes ayant été exposées à la contagion, 545 ont été vaccinées ; deux cas seulement (0,37 %) ont été constatés, tandis que 6 (1,26 %) se sont développés chez les 477 non vacc nés. Dans un autre groupe d'écoliers, 1.275 furent vaccinés, et aucun d'entre eux ne fut atteint ; tandis qu'un groupe de non vaccinés de nombre analogue fournit cinq cas de maladie. D'autres expériences comparatives ont donné à New-York et à Philadelphie, le même résultat.

En réalité, la polyomyélite n'est peut-être pas un fléau assez répandu pour justifier des vaccinations hasardeuses : on ne compte, dans les épidémies saisonnières, que 20 à 40 cas pour 100.000 habitants. Mais ses séquelles paralytiques sont cependant assez importantes pour qu'on s'efforce d'en protéger la population infantile.

On en trouvera probablement le moyen, en cherchant à franchir la barrière qui isole le système nerveux central de l'économie et même de la circulation générale ; il faudrait obtenir un contact plus étroit entre la préparation immunisante et la moelle. Il serait également nécessaire, pour mieux juger de la valeur des immunisations, de les poursuivre en dehors des épidémies saisonnières.

De récentes études d'immunologie ont compliqué ce problème. Aycock et Hudson, étudiant des sangs provenant de vaccinés et de non vaccinés de la même région, trouvèrent que les uns et les autres renfermaient une quantité analogue de substances immunisantes. On peut donc soupçonner que les anticorps ne représentent pas exactement l'immunité contre la poliomyélite ; il y a, en effet, un grand nombre de convalescents qui n'en possèdent pas ; et la paralysie chez d'autres individus peut survenir malgré leur présence.

Ph. DALLY.

(1) *The Journal of the american medical Association*, 29 août 1936, p. 716.

CE QUE PRATIQUEMENT LE MÉDECIN DOIT SAVOIR...

des raisons d'intervenir sur le sympathique, origine de réflexes vaso-moteurs nocifs, notamment dans les traumatismes articulaires

D'après le Professeur René LERICHE (*)

D'IMPRESSIONS PATHOLOGIQUES RÉALISÉES SUR L'INFINI CHEVELU SYMPATHIQUE, NAISSENT LA DOULEUR COMME UNE VASO-CONSTRICTION, QUI CRÉE LA MALADIE.

Ces notions, capitales pour la thérapeutique de l'avenir, ont été mises en évidence grâce aux recherches expérimentales et aux observations patientes, grâce à la sagacité et à la science du Maître de la chirurgie du sympathique et de la douleur. Pendant longtemps, dit celui-ci, nous n'étions pas préparés à comprendre le rôle des troubles fonctionnels dans le développement et à l'origine des maladies. Nous ne consentions à voir que l'anatomie pathologique ; nous ne nous rendions pas compte que souvent la symptomatologie clinique se réalisait, non pas tant par le fait de la lésion que par des troubles fonctionnels, que créaient des réflexes vaso-moteurs. Or ces réflexes végétatifs sont une des grandes réalités de la pathologie. L'état anatomo-pathologique dans la maladie a beaucoup obscurci pour nous la notion même de la maladie, car la lésion, qui compte cependant, n'est pas tout. A la considérer seule, elle ne nous explique, en effet, qu'une partie de la symptomatologie, qu'une partie de l'évolution. Elle ne nous rend jamais compte des poussées évolutives, qui sont cependant un élément capital dans les maladies. « En un mot, la maladie est plus vivante que ne le veut l'anatomie pathologique. Nous devons l'étudier avec elle, mais non pas exclusivement ». Nous devons tenir également grand compte de la physiologie pathologique.

Dès 1910, le Professeur Leriche avait étudié la « chirurgie de la douleur ». Il avait fait des sections tronculaires ou radiculaires ; mais les neurotomies de la voie sensible, où qu'elles aient porté, ne donnaient que très rarement des guérisons durables, sauf quand elles étaient faites tous près des centres. Aussi jugea-t-il nécessaire de revenir à la chirurgie du sympathique, que l'on avait pratiquement abandonnée, et il ne tarda pas à se convaincre que les sympathectomies, quel que fut leur siège, agissaient très favorablement sur l'élément douleur ; il conclut dès lors que le sympathique était le grand nerf de la douleur. Il y avait plus : détruire localement le sympathique ne supprimait pas *seulement* l'élément sensitif, mais suspendait encore l'activité tonique des vaso-constricteurs, et par suite instaurait à la périphérie un *régime nouveau de vaso-dilatation active*. « Une chirurgie, nerveuse dans ses actions, devenait une chirurgie vasculaire dans ses effets ».

Le bistouri était utile pour agir au niveau des ganglions sympathiques, des rameaux communicants, du sympathique péri-artériel. Mais il fallait pouvoir pousser l'action plus loin dans l'intimité des tissus, au niveau de ce chevelu délié à l'infini de fibres sympathiques, lesquelles pénétrent l'intrication des éléments cellulaires dans leur profondeur : les injections de novocaïne allaient entrer en jeu pour résoudre le problème ; leurs effets anesthésiques ne serviraient plus que l'accessoire. Elles ne bloqueraient plus seulement la voie sensitive, elles bloqueraient aussi l'excitation, empêcheraient la création ou l'entretien de réflexes dangereux, la naissance ou la conduction de ce qui va devenir trouble vaso-moteur permanent. L'infiltration novocaïnique ne devait plus être une neurotomie sensitive temporaire, mais une suspension plus ou moins longue de l'activité tonique du sympathique, une suspension des actions vaso-constrictives, qui libérerait les puissances vaso-dilatatrices dans le territoire intéressé ; ainsi serait produite une *hyperémie active* de bon aloi, un régime circulatoire, qui transformerait le milieu tissulaire, dans lequel évolue la maladie.

En agissant sur un ganglion, on bloquait d'un seul coup le tableau de distribution de tous ses vaso-constricteurs. Ainsi une intervention sur le ganglion stellaire, par exemple, produisait un arrêt plus ou moins complet des actions vaso-constrictives, non pas dans un segment métamérique périphérique ou viscéral, mais dans une immense région comprenant la moitié de la face, du cou, de la partie supérieure du thorax, d'une partie du cerveau, des organes glandulaires et digestifs du cou, du cœur et des poumons, et de tout le membre supérieur. Et corrélativement, souvent, sans qu'il y ait diminution de la sensi-

(1) Les enseignements et les résultats des infiltrations novocaïniques des tissus et de la chaîne sympathique (*Bruxelles-Médical.*, 27 décembre 1936.)

bilité au contact, au chaud ou au froid, la *douleur disparaissait* dans la tête, dans le cou, dans le thorax et dans les membres supérieurs.

En injectant les premiers ganglions de la *chaîne lombaire*, on observait une action vaso-dilatatrice dans une partie de l'abdomen, et dans tout le membre inférieur, et des douleurs disparaissaient dans le ventre, dans la cuisse, la jambe ou le pied.

D'autre part, l'expérience montra que l'on modifiait, par la novocaïnisation sympathique tissulaire, des douleurs comme des troubles trophiques, des impotences fonctionnelles, des gênes variées : il fallut donc admettre que dans la genèse de ces troubles, l'élément vaso-motricité jouait un rôle prépondérant.

De même, en réséquant une artère thrombosée, on faisait disparaître des douleurs, des troubles trophiques, des phénomènes musculaires, et surtout la cyanose et le refroidissement périphérique. La résection d'une artère oblitérée sans reconstruction de la voie artérielle ne changeait, d'ailleurs, rien à l'hydraulique de la circulation, et cependant elle transformait la situation. Cela ne pouvait s'expliquer que par la suppresion des réflexes pathologiques, nés au niveau de la paroi artérielle.

Un peu plus tard, on vit qu'en agissant sur le sympathique, on pouvait également *modifier considérablement la douleur et les troubles trophiques des moignons* et que, si on injectait de la novocaïne autour du névrome, ou dans le nerf au-dessus du névrome, toutes les misères de certains amputés disparaissaient pour un temps assez long.

Du coup, cette méthode acquérait toutes sortes de possibilités, des possibilités presque illimitées. Depuis dix ans, l'auteur a suspendu l'activité du sympathique dans tous les syndromes, où l'élément vaso-constrictif paraissait pouvoir jouir un rôle, qu'il y ait ou non des phénomènes douloureux.

***

Quelques résultats intéressants dans le traitement des traumatismes articulaires, des fractures, des impotences post-opératoires, etc.

Les *entorses* constituent aujourd'hui un chapitre bien connu.

Un mouvement forcé de distorsion du pied se produit. Ce que nous appelons une entorse se produit : douleurs, gonflement, œdème, hyperhémie, gêne fonctionnelle. Si on laisse les choses en état, suivant la pratique habituelle, ces symptômes vont durer huit, quinze jours ou davantage. Or, si on injecte de la novocaïne contre les ligaments tibio-astragaliens et péronéo-astragaliens, la douleur cesse, la gêne fonctionnelle disparaît, l'accidenté peut marcher. Quelquefois, souvent, sa maladie est définitivement terminée.

Sur quoi a pu agir la novocaïne ? Sur les appareils nerveux ligamentaires, qui ont été contusionnés. La novocaïne suspend leur irritation. Mais, qu'est-ce que leur irritation ? Elle est bien quelque chose, puisque , si on ne bloque pas par la novocaïne, cette irritation s'entretient et dure des jours ou des semaines. Y a-t-il donc une lésion intime, secrète, minime de ces appareils, une lésion qui en trouble le jeu ? Mais, alors comment se fait-il que la novocaïne d'un seul coup la supprime ?

S'il s'agissait d'un simple trouble fonctionnel des corpuscules de Vater-Paccini, de Krauss ou de Ruffini, il ne pourrait durer aussi longtemps sans novocaïne. On a cherché la raison des entorses dans de graves lésions matérielles des ligaments, qui en fait n'existent que très rarement, alors que le déterminisme est quelque chose de bien plus subtil, de plus physiologique, ainsi qu'il a été exposé précédemment.

Voici, entre beaucoup, un exemple frappant de ce que l'on peut obtenir avec les infiltrations tissulaires pour bloquer les réflexes pathologiques, qu'il faut incriminer en pareil cas.

« Il y a quelques années, dit le Professeur Leriche, j'étais en haute montagne dans une station de sport. Le lendemain, de mon arrivée, je fus abordé par un jeune médecin des troupes alpines, ses skis sous le bras. « Je me suis tordu le pied ce matin, me dit-il. Je ne puis plus marcher. Mon articulation est très gonflée. Je vous ai apporté ce qu'il fallait. Voudriez-vous m'infiltrer » ? Je fis le nécessaire. Il s'agissait d'une entorse tibio-tarsienne typique, datant de trois ou quatre heures. Dix minutes plus tard, ce jeune homme repartait sur ses skis. Le lendemain, il est monté à 3.000, et quelques mètres, avec son bataillon. Je ne l'ai revu que le surlendemain : il n'avait plus aucune gêne, presque pas de douleur. Il est venu me voir il y a quelques mois, il n'avait aucune séquelle. »

Certes, il faut parfois deux ou trois injections, et même plus ; mais l'infiltration représente un gain énorme de journées de travail et des économies considérables d'hospitalisation. L'entorse est le triomphe de l'infiltration.

Quant au traitement des *fractures*, nous sommes tous persuadés que l'idéal à poursuivre consiste dans la recherche d'une perfection mécanique, d'une bonne reconstruction anatomique. Mais, il y a des fractures, telles que la

parfaite réduction est difficile ou inutile ; d'autre part, il y a certainement des contre-indications générales à l'opération et à l'appareillage. L'auteur a donc essayé, avec succès, de traiter, par le blocage ligamentaire et la mobilisation immédiate, des fractures articulaires et juxta-articulaires, sans déplacement ou avec minime déplacement.

Voici un cas des plus instructif, où cependant le résultat thérapeutique est peut-être le moins parfait. Une femme de 74 ans, se fait une fracture du col chirurgical de l'humérus, avec fort déplacement suivant les lignes habituelles. Ayant décidé de simples infiltrations, sans tentative de réduction, on infiltre tantôt le foyer, tantôt le stellaire, avec mobilisation active immédiate. Le membre est laissé libre, soutenu par une écharpe, sans fixation d'aucune sorte. En une vingtaine de jours, la malade arrive à l'horizontale, se sert régulièrement de son membre, peut s'habiller, se coiffer, et, au vingtième jour, elle paraît cliniquement et radiologiquement consolidée : une masse d'os nouveau latéral siège au niveau du trait et du col. Il ne semble pas que d'habitude la consolidation soit aussi rapide ; on peut même se demander si le mouvement n'est pas un très grand facteur des conditions physiologiques propres à l'ostéogénèse.

En tout cas, il paraît établi que les infiltrations répétées agissent favorablement sur les contractures musculaires, sur les rétractions aponévrotiques et ligamentaires ; dans les cas traités, les déplacements en fin de traitement, au bout de dix, quinze jours, étaient moindres qu'au début.

Il faut attirer encore l'attention sur la possibilité d'améliorer beaucoup par de simples infiltrations, si l'on a de la persévérance, *les raideurs articulaires post-traumatiques ou post-opératoires*, quand évidemment il n'y a pas une cause mécanique. Un exemple concerne l'infiltration des ligaments du genou, des muscles et du fascia lata chez une femme jeune qui, deux ans et demi après un accident du type entorse, avait le genou extrêmement raide. Un orthopédiste connu de Paris l'avait abandonnée, disant que son état était définitif. Connaissant une amie que les infiltrations avaient beaucoup améliorée, elle demanda d'essayer cette méthode. La possibilité d'un résultat restait douteuse. Pendant deux ans, cette malade vint tous les six mois se faire infiltrer pendant trois jours de suite, puis elle repartait. Elle atteint actuellement l'angle droit.

Les résultats sont particulièrement curieux dans les *impotences post-opératoires*. Un homme, avait été opéré de suite pour une fracture de la rotule, et il avait guéri dans les délais normaux, avec un parfait résultat anatomique et radiographique. Mais, il lui avait été impossible de retrouver une flexion utilisable. La situation durait depuis plus de deux ans, avec les conséquences sociales que l'on imagine. Ne trouvant aucune raison anatomique à son blocage, on infiltra sa cicatrice opératoire. Aussitôt il put commencer à fléchir et à mouvoir sa jambe. En quelques semaines, le gain a été certainement de 50 %.

Les *moignons douloureux* peuvent donner de pareilles satisfactions ; mais, pour eux, d'habitude il faut préférer l'infiltration directe du sympathique ganglionnaire.

Par contre, un nombre considérable de *cicatrices douloureuses*, et créant de l'impotence, peuvent être avec avantage traitées par l'infiltration, cicatrices d'accident et cicatrices opératoire.

Pour terminer, voici le cas intéressant d'une *contusion vertébrale, compliquée de pelade* :

« Un jeune homme, dit le Professeur Leriche, m'est adressé le 20 mai 1935, parce qu'il a des douleurs spontanées à hauteur de la VIIe dorsale. Il les a depuis octobre 1934. En février 1934, à la suite d'une chute en ski, il a dû se reposer quelques jours. Je le fais radiographier : il a une 7e dorsale en coin, non pas très aplatie, mais manifestement tassée. En outre, je suis frappé par l'existence de deux plaques peladiques du cuir chevelu. Je les fais identifier par mon collègue Pautrier, qui me répond : pelade typhique, et donne les indications d'un traitement éventuel. J'accepte le diagnostic, mais non le traitement. Et j'infiltre le corps de la 7e dorsale. La douleur diminue, puis cesse complètement après quelques infiltrations étagées sur un mois. Or, dès la deuxième infiltration, il était manifeste que les cheveux repoussaient sur les plaques peladiques. Vingt jours plus tard, elles étaient couvertes d'un fin duvet. Au bout de cinq semaines, il n'y en a plus trace. J'ai revu ce jeune homme six mois plus tard, complètement guéri. »

G. FISCHER.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

De l'impressionnante fréquence de la haute gravité de l'avortement criminel

Nous nous contentons de signaler l'important travail du Docteur P. BALARD, car son intérêt est tel que nous y reviendrons prochainement avec plus de détails. On sait maintenant que c'est l'avortement criminel qui tient la première place parmi toutes les causes de l'avortement, dans une proportion des trois quarts ; or, sait-on qu'actuellement il faut avouer que l'on compte autant d'avortements que de naissances. Ce qu'il y a de plus sérieux, c'est la gravité particulière de l'avortement criminel. Il entraînerait une mortalité de 3,58 %, alors que celle-ci n'est que de 1,24 pour l'avortement pathologique. Mais en plus, ces manœuvres abortives sont grevées d'une très lourde morbidité, dont les accidents seraient souvent mortels si l'on n'y portait rapidement remède.

Pareille gravité impose une première déduction thérapeutique, très importante, qui consiste à vider le plus rapidement possible l'utérus. Cependant, s'il n'y a que de simples menaces d'avortement, s'il est possible de surveiller de très près la malade et de dépister le début de l'infection, on est autorisé à essayer de conserver la grossesse par le traitement habituel ; mais ce ne sont là que des cas tout à fait exceptionnels. (*Gaz. des Sc. médicales de Bordeaux*, 20 décembre 1936.)

Réflexions à propos des morts subites post-opératoires

MM. M. LARGET, J.-P. LAMARE, J. COURTOIS et R. LECOQ décrivent la mort subite chez les opérés comme la manifestation d'un trouble profond, insoupçonné, qui peut apparaître brusquement au cours de suites opératoires normales alors que les modifications humorales sont restées cliniquement latentes. Les malades les plus susceptibles de présenter ces accidents brusques et graves sont ceux dont le système végétatif ne donne plus qu'un seul type de réponse dans le sens de la vagotonie.

Pour abaisser la mortalité post-opératoire, il faut reconnaître et observer minutieusement les individus susceptibles de mort brutale en étudiant leurs antécédents, leur constitution nerveuse, endocrinienne et humorale. En particulier c'est l'étude de la tension artérielle qui paraît être parmi tous les symptômes soumis à la défaillance endocrinienne contemporaine du dérèglement neurovégétatif, celui que l'on peut observer et mesurer avec le plus de précision. Son examen, fait en série, montre que les sujets que l'on soupçonne être des vagotoniques (cliniquement et par l'étude du R. O. C.) sont précisément ceux qui font les plus grandes variations de tension artérielle après l'opération.

Si le problème n'est pas simple, les actes prophylactiques recommandés peuvent être la cause de nouveaux soucis. Par exemple, en traitant les hémorragies graves par des transfusions, on augmente les chances de thrombose et de choc anaphylactique ou de mort subite. L'administration des anti-coagulants destinés à éviter les thromboses risque de favoriser une hémorragie opératoire mortelle ou une infection générale. Pour avoir su éviter une infection, on peut provoquer une phlébite.

Bref, la prophylaxie de la mort subite et des thromboses ne se conçoit que par l'emploi de procédés qui permettent de rétablir l'équilibre neurovégétatif, caractéristique d'une vie normale. L'utilisation opératoire de certaines radiations ultra-violettes ou infra-rouges en particulier permettra peut-être d'atténuer ou de supprimer le déséquilibre de la maladie opératoire ; mais il faut encore attendre la confirmation expérimentale d'une si belle promesse.

(*Le Bulletin médical*, 9 janvier 1937).

La symphyséotomie dite à la Zarate

Il s'agit de la symphyséotomie sous-cutanée, qu'a décrite Zarate, de Buenos-Ayres. Sous anesthésie générale, après asepsie du champ opératoire, la femme préalablement sondée est tenue en position hyperfléchie des jambes et des cuisses avec « abduction forcée à l'extrême » mais fermement maintenue par deux aides qui jouent un rôle important. L'opérateur doit marquer d'un coup d'ongle le bord supérieur de la symphyse pour que le bistouri n'aille pas se perdre dans le cavum-supra-pubicum ou ne néglige pas la partie supérieure du fibro-cartilage. Le point de ponction est à 5 millimètres au-dessous de ce bord supérieur. L'opérateur introduit l'index et le médius de la main gauche derrière la symphyse pour repousser, s'il en est besoin, la présentation céphalique qui appuie sur elle, et reporter latéralement à droite du point saillant rétro-pubien l'urètre et l'y maintenir.

On introduit, perpendiculairement au ras du

bord supérieur de la symphyse mais au-dessous de lui, la pointe du bistouri dans le sens sagittal jusqu'à pénétration dans le fibro-cartilage, d'une façon continue et avec de légers mouvements de va-et-vient, dont le centre d'oscillation est au niveau du point d'entrée ; pour ne pas agrandir la petite plaie, on continue à couper en descendant et en obliquant le manche du bistouri de manière que la lame coupante suive la direction oblique de la symphyse. La pointe du bistouri transmet une sensation granuleuse, jusqu'au moment où, tenant toujours le bistouri en direction oblique, on arrive à l'arcuatum (ou frein inférieur de la symphyse), dont la résistance fibreuse contraste avec celle du fibro-cartilage. Quand toute la lame du bistouri a disparu dans le trajet intra-ligamenteux, la symphyse commence à s'ouvrir avec de petits craquements; si l'ouverture ne s'effectue pas, on parcourt de nouveau le tunnel fibro-cartilagineux sans retirer le bistouri et on coupe les fibres qui résistent encore. L'articulation s'entrouve graduellement parfois, ou bien avec un léger craquement. Cette ouverture s'apprécie avec la pointe du bistouri car les doigts qui sont dans le vagin ne peuvent pas reconnaître le degré de séparation de la symphyse tant que l'écartement ne dépasse pas 2 centimètres. Il arrive parfois que l'ouverture ne s'accentue pas : on ordonne alors aux aides de forcer un peu plus l'abduction et la symphyse s'entrouve jusqu'à deux travers de doigt.

Le Docteur Devraigne fait une étude critique de ce procédé, auquel il convient de garder une place dans la thérapeutique des bassins limites, mais à la condition que cette place reste modeste ; d'après la statistique personnelle de l'auteur, elle serait de 0,5 pour mille. Elle doit être même pour un spécialiste, une opération de rarissime exception, car elle ne peut donner des résultats satisfaisants que dans les mains d'un accoucheur averti, doublé d'un opérateur. Sa simplicité apparente est un leurre ; un spécialiste, même bien avisé, n'est pas à l'abri de séquelles graves pour la femme ; il n'est pas sûr non plus d'avoir l'enfant vivant. (*La Médecine*, supp. de décembre 1936.)

Sur la syphilis du genou

MM. Weissenbach et Lievre, parmi les faits qui constituent la syphilis du genou, ne retiennent que deux grands types morbides : l'hydarthrose, l'ostéo-arthrite, que sépare la localisation initiale des foyers infectieux, mais qui sont susceptibles de converger en un type commun.

L'ostéo-arthrite est une lésion relativement rare ; l'hydarthrose est plus couramment observée ; la bilatéralité, l'indolence relative ou la conservation paradoxale des mouvements sont des caractères fréquents de ces lésions. Mais aucun d'entre eux n'est constant, et c'est par une recherche systématique, par une étude attentive clinique et sérologique, c'est en pensant toujours à la syphilis qu'on évitera de méconnaître un diagnostic générateur de beaux résultats thérapeutiques. Ceux-ci seront obtenus à condition d'appliquer un traitement réellement actif, mixte, conjugué, continu et prolongé au delà de la période de guérison clinique (arsenic, bismuth, mercure et iodure de potassium). Les auteurs insistent sur les deux notions suivantes : ne pas sous-estimer la durée nécessaire du traitement d'épreuve ; ne pas abandonner la cure après le premier succès, autrement dit appliquer au traitement de la syphilis du genou très strictement les règles du traitement de la syphilis en général et plus spécialement les règles du traitement de la syphilis ostéo-articulaire. (*Revue du rhumatisme*, décembre 1936.)

Indications de l'opothérapie hépatique dans l'asthme

Le Docteur Girbal expose que l'asthme est une maladie toxi-infectieuse avec insuffisance hépatique. L'infection se produit soit au niveau des voies respiratoires, en particulier par le pneumocoque, le streptocoque viridens ou des allergines inhalées (protéines microbiennes) ; soit par affection sanguine (tuberculeuse, syphilitique, rhumatismale). Dans ces conditions, le traitement sera spécifique par auto-vaccins ou stocks-vaccins dans les infections respiratoires. Il sera causal dans les affections sanguines : chrysothérapie et calcithérapie pour l'asthme tuberculeux ; cyanure de mercure intra-veineux pour l'asthme syphilitique ; salicylate de soude intra-veineux ou buccal pour l'asthme rhumatismal.

Dans l'insuffisance hépatique, le traitement du terrain humoral comportera un régime ; de plus, chez les asthmatiques à tension artérielle normale ou hypotendus, avec anémie et souvent décalcification, on emploiera l'opothérapie hépatique par voie intra-musculaire et ampoules buvables. Par contre, chez les asthmatiques hypertendus ou pléthoriques, ce seront les cholagogues et l'opothérapie par cachets de poudre de foie, 0 gr. 50 à chaque repas, quinze jours par mois. Ces traitements devront être répétés systématiquement tous les 6 mois en moyenne. (*Bulletin Médical*, 5 décembre 1936.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Lésions déterminées par une variété d'anémones de mer

(M. SKEVOS SERVOS. — Présentation par M. TANON ; 16-2-1937)

M. Tanon présente un travail de M. Skevos Servos sur les lésions provoquées par une variété d'anémone de mer, l'hellénopolype. Sur le corps humain, même par simple frottement, les tentacules de l'animal déterminent une éruption immédiate, à peine douloureuse, mais prurigineuse, susceptible de persister plusieurs jours.

On peut calmer ces troubles, plus désagréables que graves, avec le vinaigre ordinaire ou l'huile d'olive en onctions.

Les gens de la côte hellénique craignent beaucoup cette anémone, peu redoutable cependant. La substance irritante est contenue dans les cellules urticantes, comme pour les méduses.

Sur l'intoxication saturnine par l'eau d'alimentation

(MM. A. PELLÉ et ARTUS. — Présentation par M. DESGREZ ; 2-2-1937)

Les auteurs ont déjà appelé l'attention sur les intoxications saturnines causées par l'eau d'alimentation. Une eau d'adduction peu minéralisée est susceptible de se charger, dans les conduites en plomb, de sels de ce métal et de devenir ainsi toxique. Des faits de ce genre ont été observés en Bretagne par exemple où les eaux de plusieurs villes, d'origine granitique, sont pures et faiblement minéralisées.

Il est possible d'éviter ce sérieux inconvénient en ajoutant à l'eau au moment de sa purification, une certaine quantité de chaux. Cette reminéralisation par la chaux constitue une méthode efficace, peu coûteuse, d'application facile et qui paraît réellement s'imposer pour préserver la population de redoutables accidents saturnins.

Le fluorure de calcium intraveineux

(MM. P. SIMONIN et A. PIERRON. — Présentation par M. SERGENT ; 9-2-1937)

Le fluorure de calcium peut jouer un rôle dans la régénération du tissu osseux. Les anciens le prescrivaient déjà sous la forme masquée de poudre d'os.

MM. Simonin et Pierron ont employé cet agent en injections intra veineuses, chez l'animal d'abord et ensuite chez l'homme. Les résultats obtenus avec ces injections, utilisées depuis plusieurs mois dans les services chirurgicaux de Nancy, dans certaines affections osseuses, ont été encourageants.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Reconstitution du pouce

(M. B. DESPLAS ; 18-11-1936)

M. Desplas a effectué chez un blessé la reconstitution du pouce gauche, avec un résultat très satisfaisant, dans les conditions suivantes : un ouvrier, au cours d'un accident, subit l'amputation traumatique de la première phalange du pouce, au-dessous de l'articulation avec le métacarpien. M. Desplas pratiqua en temps successifs, une série d'interventions : création d'un greffon cutané tubulé abdominal, incorporation d'un greffon osseux dans le greffon cutané, réunion du greffon cutanéo-osseux et du moignon du pouce, retouches, greffes. Le résultat fut un pouce solide, mobile, qui exécute tous les mouvements de préhension et d'opposition avec les doigts.

Torsion de l'hydatide de Morgagni chez la fillette

(M. Michel SALMON, de Marseille. — Rapport de M. MOUCHET ; 4-11-1936)

Une fillette de neuf ans est atteinte subitement d'accidents faisant porter tout d'abord le diagnostic d'appendicite aiguë : douleur dans la fosse iliaque droite, vomissements, température à 39°3. Depuis un an, survenait d'ailleurs chez elle, de temps en temps, un syndrome douloureux de la fosse iliaque qui durait quelques heures. L'examen local révèle une douleur basse, à trois doigts au-dessous du point de Mac Burney.

La petite malade est opérée. L'appendice est libre, flottant. Les annexes ont un aspect normal. Mais, en écartant les franges du pavillon de la trompe droite, on découvre un petit corps allongé de 10 mm. sur 3, noir violacé, retenu par un pédicule de 6 mm. environ. Il s'agit manifestement d'une torsion de l'hydatide de Morgagni.

C'est là un accident morbide assez rare. L'hydatide est inconstante chez la femme (20. p. 100 chez le fœtus, 8 p. 100 chez l'adulte d'après Williams et Ballantyne). Bien que ce tout petit corps à pédicule remplisse anatomiquement toutes les conditions propices au volvulus, M. Salmon n'a pu relever que sept observations de torsion de l'hydatide, la plupart chez la femme adulte.

Les signes cliniques rappellent ceux de l'appendicite aiguë, de la torsion des annexes, de la salpingite subaiguë. L'hydatide tordue peut se détacher spontanément et les troubles peuvent se calmer ainsi. Il ne faudrait pas trop cependant escompter cette évolution naturelle favorable. Dans le doute, mieux vaut opérer.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

Accidents nerveux graves et troubles profonds de la glycorégulation chez l'enfant

(MM. Robert DEBRÉ, J. MILHIT, Julien MARIE, D. NACHMANSOHN et P. DE FONT-RÉAULX ; 11-12-36)

Une enfant de trois ans et demi est découverte à son réveil en plein coma. La perte de connaissance se prolonge durant plusieurs heures et s'accompagne d'abolition des réflexes tendineux et d'un signe de Babinski bilatéral. En revenant à elle, l'enfant est agitée, trémulante, et non prostrée comme au sortir d'une crise d'épilepsie. Puis, elle retombe à nouveau dans une torpeur profonde, comateuse, avec abolition de la réflectivité tendineuse. L'odeur acétonique de l'haleine attire l'attention et fait examiner avec soin les urines. La réaction de Legal y est fortement positive. Il n'y a, par contre, ni sucre, ni diacétique.

Au sortir de ces crises nerveuses, l'examen clinique de l'enfant est totalement négatif. On ne décèle aucun trouble nerveux organique. Le liquide céphalo-rachidien, le fond d'œil, les clichés du crâne sont normaux.

C'est la constatation d'acétone et de traces de glucose, retrouvées à plusieurs reprises dans les urines qui a incité les auteurs à étudier plus à fond le métabolisme des hydrates de carbone.

Il a été reconnu que la petite malade présentait un déséquilibre du mécanisme glycorégulateur, qu'il paraît juste de rapporter à un trouble neuro-endocrinien portant sur les centres nerveux et les glandes qui ont la charge d'assurer harmonieusement le métabolisme des hydrates de carbone. Les phénomènes morbides ne semblaient pas pouvoir être expliqués, en effet, par la lésion d'un organe isolé ou par la déficience ou la surproduction d'une seule hormone.

Du point de vue pratique, on retiendra que malgré la présence d'acétonurie et même de glycosurie, il ne faut jamais traiter ces états de déséquilibre glycorégulateur de l'enfance par l'injection d'insuline, sans avoir vérifié le chiffre de la glycémie. On risquerait ainsi de déclencher un coma hypoglycémique qui peut être mortel. Il n'est pas impossible que l'on méconnaisse parfois le rôle du jeûne et de l'hypoglycémie dans le déterminisme de certains accidents nerveux graves, particulièrement chez l'enfant.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 28 novembre 1936

Pince automatique pour fermer le vagin dans l'hystérectomie totale

M. G. PASCALIS présente une pince automatique, dérivée de celle de von Petz, permettant dans l'hystérectomie totale de fermer, par des agrafes, le vagin avant de le sectionner.

Traitement chirurgical du cancer du poumon

M. G. PASCALIS après avoir rappelé les difficultés du diagnostic précoce du cancer pulmonaire, insiste pour qu'on n'attende pas de l'évolution, la confirmation de celui-ci, car la chirurgie ne peut rien pour les cas avancés. Seule la pleurotomie exploratrice précoce peut améliorer le pronostic de cette redoutable affection. C'est une opération simple et sans réelle gravité.

Vues nouvelles sur le cancer

(Pathogénie et traitement)

M. Ch. TAGUET attire l'attention sur le rôle important de la médecine de demain dans la lutte contre le cancer. Après avoir passé en revue les thérapeutiques anti cancéreuses les moins discutées, il fait le bilan des résultats obtenus et constate que si les progrès dans la technique opératoire précoce, si une meilleure utilisation des radiations ont amélioré ces résultats, ces derniers sont loin d'être complets. Le perfectionnement de ces moyens thérapeutiques n'empêchera pas que leur champ d'action sera toujours limité ; car ce n'est pas seulement la manifestation locale du cancer qu'il faut détruire, c'est le terrain cancéreux qu'il faut modifier et cela, c'est du domaine de la médecine. A l'appui de ce point de vue, l'auteur dit un mot du cancer expérimental qui, bien que virulent, ne modifie pas le terrain puisqu'il n'est jamais producteur de métastase, et le met en parallèle avec certains corps dits cancérigènes, qui, eux, préparent ce terrain en perturbant les métabolismes. Après un aperçu sur les prédispositions héréditaires, et les causes oxo et endogènes, l'auteur envisage nettement la solution du problème sous l'angle de la prophylaxie et constate que le Congrès international de Bruxelles a officiellement encouragé ces directives nouvelles.

Opacification expérimentale post-mortem de l'appareil circulatoire

M. R. HEIM DE BALSAC présente un certain nombre de clichés d'opacification de l'appareil circulatoire réalisée suivant sa méthode. Les cavités cardiaques et les gros vaisseaux apparaissent mis en évidence à leur place, dans le thorax, par une véritable « dissociation radiologique ». La topographie radiologique de ces organes est ainsi établie avec certitude et précision. L'analyse de la silhouette cardio-vasculaire réalisée sous toutes les incidences par l'auteur, lui permet de décrire une anatomie radiologique cardio-vasculaire très particulière. Divers exemples lui permettent de montrer toutes les déductions radio-cliniques qui résultent de ces recherches exposées par ailleurs en détail.

G. F.

Société des chirurgiens de Paris

Séance du 4 décembre 1936

Un cas d'anthrax avec hypoglycémie

M. Diamant-Berger communique une observation d'anthrax grave de la nuque chez lequel il existait une hypoglycémie de 44 centigrammes. Il fut traité, en même temps que par des injections d'anatoxine, par de fortes doses de sérum glucosé et de sucre alimentaire, et guérit. L'auteur se demande si la question des rapports entre les affections à staphylocoque et la glycémie n'est pas à reprendre sur de nouvelles bases. Il envisage ensuite quelles sont les indications opératoires dans les anthrax et les furoncles. Pour ces derniers, abstention ; pour les anthrax, n'y toucher que lorsque le bourbillon est bien mûr et les enlever alors en totalité sans se contenter d'une simple incision. Il insiste beaucoup sur les dangers des interventions précoces et incomplètes qui favorisent les accidents septicémiques.

Réflexions sur le staphylocoque. A propos d'une septicémie à staphylocoques suivie depuis neuf ans.

M. Bovier communique l'observation d'une malade atteinte, en 1927, de septicémie à staphylocoques, consécutive à un anthrax de la lèvre supérieure et qui, au cours des neuf années suivantes, fit successivement : un abcès de la fesse droite ; une fracture du col fémoral gauche à la suite d'un traumatisme minime ; une tuméfaction douloureuse de la région sacrée durant trois ans, sans suppuration ; une fracture du poignet droit ; une fracture du poignet gauche ; une deuxième poussée sacrée, avec cette fois, un petit abcès aussitôt guéri sans fistulisation ; des signes d'insuffisance ovarienne. L'auteur rattache tous ces phénomènes entre eux et à l'anthrax primitif par persistance de foyers résiduels de staphylococcie atténuée. Il insiste sur la généralité de ces actions à longue distance, sur la périodicité saisonnière du staphylocoque et les influences météoro-pathologiques qui les régissent. Il termine en exposant sa conception du terrain de l'individu dit normal et qui, en réalité, porte l'empreinte indélébile de toutes les atteintes reçues, qu'il s'agisse d'infections, d'intoxications, d'anesthésies, de traumatismes opératoires ou autres. Dans ces atteintes et leurs reliquats, il voit l'origine de nombre d'affections chroniques et de diathèses.

Séance du 8 janvier 1937

La fausse fracture du cotyle chez l'enfant et l'ischium varum

MM. Lamy et J. Vincent signalent une curieuse erreur d'interprétation de radiographies qu'il leur a été donné de rencontrer plusieurs fois. Un enfant présente des signes d'arthrite de la hanche et boite de plus en plus. Le médecin fait faire une radiographie. Il est effrayé par l'aspect de la radiographie : le cotyle est enfoncé dans le bassin et l'ischion paraît fortement dévié en dedans, ce qui renforce les appréhensions. Les auteurs, convaincus qu'il s'agissait là d'une simple apparence et d'une erreur d'interprétation de la radiographie ont entrepris cette étude sur l'enfant sain, sur l'enfant atteint d'arthrites diverses et à l'aide d'un bassin provenant d'un squelette de quatre ans. De cette étude, il ressort que l'ischium varum et l'enfoncement acétabulaire ne sont dûs qu'à une position vicieuse du bassin tant que le cartilage en Y n'a pas régressé, c'est-à-dire jusqu'à l'âge de huit ans environ. Pour obtenir cette image de fausse fracture, il suffit de mettre le bassin en flexion et de le faire pivoter à droite ou à gauche. En prenant un enfant atteint d'arthrite de la hanche et dont la radiographie montre cette image caractéristique, il suffit pour la faire disparaître de ramener le bassin et le fémur en rectitude. Bien plus, sur le même enfant, en fléchissant de nouveau le bassin et en le faisant pivoter dans l'autre sens on obtient l'image de la fausse fracture du côté opposé. Beaucoup de cas publiés surtout dans la littérature anglaise sous le nom de « protusion intrapelvienne » ne sont que des erreurs d'interprétation radiographique.

Lille

Société médicale et anatomo-clinique

8 *Décembre* 1936

Relations entre les diverticules duodénaux et les affections hépato-biliaires

MM. Bernard, Castel et Bédu. — De leurs observations personnelles, les auteurs concluent que, dans la majorité des cas, le diverticule duodénal ne prend aucune part dans l'étiologie des affections hépato-biliaires ; il n'existe qu'une simple coïncidence. Les rares observations où le diverticule agit sur le foie ou les voies biliaires, se rapportent à des diverticules infectés, c'est-à-dire des diverticulites. Il en est notamment ainsi pour les cas qui s'accompagnent d'ictère avec rétention, que le diverticule agisse directement par angiocholite ascendante, ou indirectement par pancréatite avec compression des voies biliaires.

Leucémie lymphoïde aiguë découverte à l'occasion d'un traumatisme testiculaire ; leucémie et manifestations génitales, leucémie et traumatisme

M. Bernard. — Homme de 22 ans, traumatisme des bourses avec ecchymose, hypertrophie du testicule et de l'épididyme, polyadénopathie un mois plus tard ; puis apparition progressive des signes humoraux d'une leucémie lymphoïde qui emporte le malade quatre mois après le traumatisme.

L'auteur note la rareté des lésions génitales dans les leucémies et discute l'influence du traumatisme dans les états leucémiques.

Montpellier

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET BIOLOGIQUES DE MONTPELLIER ET DU LANGUEDOC MÉDITERRANÉEN

Séance du 4 décembre 1936

Sur quelques résultats thérapeutiques obtenus avec des injections intradermiques de dérivés cocaïniques

M. GODLEWSKI (Michel). — Nous apportons quelques remarques seulement suggérées par l'observation clinique.

— Utilité de la méthode dans des syndromes douloureux, étant donné le peu de toxicité de la dose injectée, et la fréquente rapidité d'action.

— Affections dans lesquelles ces injections ont été employées :

Syndromes douloureux traumatiques. Syndromes arthrologiques. Affections viscérologiques, orchites, colique hépatique, crises douloureuses d'origine périviscéritique. Algies cancéreuses. Points de côté pneumoniques.

— La sédation de la douleur ainsi obtenue paraîtrait influencer favorablement l'évolution du processus morbide.

Utilité de la présence des points douloureux à la pression digitale coïncidant, souvent, dans le métamère correspondant à l'organe touché, avec de petites lésions de cellulite.

— Impression douloureuse variable selon le degré d'altération de l'organe sous-jacent.

— Diverses remarques insistant sur le fonctionnement synergique du tandem « viscère et dermatome adjacent ».

Séance du 18 *décembre* 1936

Myopathie traitée par le glycocolle. Etude de la créatininémie et de la créatinémie

MM. LEENHARDT, BOUCOMONT, CAYLA et BARNAY publient l'observation d'un enfant qui a reçu neuf grammes par jour de glycocolle pendant trois mois, sans aucune amélioration clinique. Les dosages de créatine et de créatinine ont été régulièrement effectués pendant toute la durée du traitement.

Etat de mal épileptique, première manifestation d'une maladie de Bouillaud

MM. EUZIÈRE, CASTAGNE, R. LAFON et Mlle BOUGAREL. — L'affection a évolué en plusieurs étapes : au début état de mal épileptique sans ralentissement du pouls, puis syndrome de Stokes-Adams avec dissociation auriculo-ventriculaire complète, intermittente, d'abord isolée, ensuite associée à un syndrome infectieux. Le traitement salicylé a amené en quelques jours la disparition des manifestations paroxystiques et de la dissociation auriculo-ventriculaire et a provoqué l'apparition d'arthralgies. Il a persisté une séquelle électro-cardiographique importante, allongement de P R et anomalies du complexe ventriculaire.

Toulouse

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE, CHIRURGIE ET PHARMACIE

Forme ascitique d'abcès dysentérique du foie guéri par l'émétine

MM. LAPORTE, MOREL et DARNAUD. — Il s'agit d'un malade de 33 ans, qui n'a jamais quitté la France et qui depuis plus d'un an présente des poussées de fièvre et des douleurs hépatiques assez vagues à l'occasion desquelles un médecin avait porté le diagnostic de coliques hépatiques. L'examen montrait un gros foie non douloureux, de l'ascite et un épanchement pleural droit. L'émétine amena la guérison complète en une quinzaine de jours. Les auteurs insistent sur la symptomatologie très anormale de cette hépatite chronique amibienne, sur l' effetprodigieux de l'émétine, sur la fréquence de plus en plus grande des cas autochtones de dysenterie amibienne compliquée ou non d'abcès.

A propos d'un cas d'abcès subaigu temporal gauche guéri par ablation totale sans drainage

MM. DAVID, BÉZY et PETEL rapportent l'observation d'un enfant de 13 ans qui présenta à la suite d'une otite moyenne aiguë avec méningite puriforme aseptique, un volumineux abcès cérébral encapsulé du lobe temporal gauche, et qui fut opéré par l'un d'eux. Ils insistent sur les particularités suivantes :

1° La filiation des accidents : otite compliquée de méningite puriforme aseptique traduisent vraisemblablement le stade intermédiaire de méningo-encéphalite aboutissant à la phase d'abcès collecté ;

2° L'évolution par poussées successives qui paraît caractéristique des abcès en voie d'enkystement ;

3° La présence d'un état mental particulier (anxiété) et la relative fréquence de cette manifestation au cours des tumeurs de la région temporale ;

4° La rapidité et le caractère définitif de la guérison ;

5° L'absence de séquelles opératoires, argument en faveur de l'ablation totale de l'abcès avec sa coque, cette dernière étant responsable des récidives et des réchauffements.

Les Livres

MASSON ET Cie, éditeurs,
120, boulevard Saint-Germain, Paris

A. POLICARD, professeur à la Faculté de médecine de Lyon. — **Physiologie générale des articulations à l'état normal et pathologique.** Un vol. de 214 pages, 25 fig. 36 francs.

Tous ceux que l'étude desarticulations intéresse, les médecins et les chirurgiens, comme leurs auxiliaires les physiothérapeutes, les masseurs, etc., trouveront intérêt à voir rassemble en ces pages ce que nous savons de la structure et du fonctionnement articulaires.

Voici le plan de l'ouvrage : I. Le cartilage articulaire. — II. Les appareils fibro-cartilagineux annexés aux surfaces articulaires, c'est-à-dire les bourrelets marginaux et les ménisques. — III. La membrane synoviale, revêtement interne de la cavité articulaire. — IV. La cavité articulaire et la synovie qui l'humecte. — V. Les dispositifs fibreux de l'articulation c'est-à-dire la capsule et les ligaments. — VI. L'innervation de l'articulation. — VII. Le tissu conjonctif péri-articulaire.

MASSON ET Cie, éditeurs,
120, boulevard Saint-Germain, Paris

H. VIGNES, professeur agrégé à la Faculté de médecine et M. ROBEY, interne des hôpitaux de Paris. — **Périodes de fécondité et de stérilité chez la femme.** Un vol. de 88 pages (Collection Médecine et Chirurgie : Recherches et Applications, nº 2), 14 francs.

La question de l'existence de périodes de fécondité et de périodes de stérilité physiologique est et a été l'objet de multiples controverses depuis les travaux d'Ogino et de Knaus. On sait que deux théories se partagent la faveur des physiologistes et des gynécologues : l'une affirme la rigueur de la délimitation entre la période de fécondité et les périodes de stérilité physiologique, l'autre admet au contraire la possibilité de la fécondation à chaque jour du mois menstruel et c'est à un exposé impartial et détaillé de leurs arguments respectifs que se sont livrés les auteurs.

MM. Vignes et Robey dégagent de leur travail la conclusion qu'autorisent leur expérience pratique et leurs nombreux travaux sur la physiologie de la femme.

Editions DU FOYER FAMILIAL,
Pierre MAURY, à La Rochefoucauld (Charente).

Dr Georges MARTINI. — **Pour maman et pour bébé.** TRAITÉ DE PUÉRICULTURE. MÉTHODE PRATIQUE POUR ÉLEVER LES ENFANTS. Un vol. 188 pages avec figures. Préface du Docteur Louis Tixier.

Le lecteur trouvera dans cet ouvrage tout ce qui concerne l'hygiène de la maman avant l'accouchement, les préparatifs de celui-ci, les soins à la mère et à l'enfant après l'accouchement, l'hygiène du nourrisson, sa croissance, sa dentition, l'application des méthodes thérapeutiques d'usage courant : prise de température, balnéations, révulsions, laxatifs, régimes spéciaux, etc.

L'ouvrage, œuvre d'un pédiatre, s'adresse aux mamans. Il est écrit dans un style clair et contient de nombreux renseignements pratiques.

VIGOT frères, éditeurs,
23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (VIe)

Dr Franck TISSOT (de Saint-Gervais). — **Pronostic et tempérament.** DE L'IMPORTANCE DE LA CONSTITUTION MORPHO-PHYSIOLOGIQUE DANS L'ÉVOLUTION DES MALADIES. Préface de M. le Professeur Sergent. Un vol. 108 pages, 30 figures, 1935, 18 francs.

Table des matières : Documents concernant la gravité des maladies selon le tempérament . Une conception morpho-physiologique du tempérament. Les quatre tempéraments des anciens . Le tempérament selon l'âge et le sexe.

AMÉDÉE LEGRAND, éditeur,
93, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe)

Dr G. FRANCK, ancien chef de clinique dermatologique universitaire de Lausanne. — **Acquisitions nouvelles dans le domaine de la blennorragie.** Un vol. in-12, 118 pages, 15 francs.

Dans cette troisième monographie l'auteur revient sur la question doctrinale des porteurs de gonocoques, des formes involutives, et de la sous-pathologie de la blennorragie. Il expose les critiques qui ont été faites à ses idées et les travaux qui, au contraire, sont venus en confirmation de ses conceptions.

Les Thèses

P. — Dr H. Chevallier. — **Considérations sur le traitement de l'acrodynie infantile.** (Thèse 1936).

L'étiopathogénie de l'acrodynie infantile étant encore imprécise, il ne peut y avoir actuellement de traitement spécifique de cette affection.

C'est à l'hypothèse d'une infection à virus neurotrope (inconnu) se fixant électivement sur les noyaux sympathiques qu'on s'arrête aujourd'hui, d'où l'indication, en thérapeutique, des agents modificateurs du système sympathique, principalement des rayons ultra-violets.

Le traitement actuel de l'acrodynie infantile aura les bases suivantes : isolement, hygiène sévère, régime normal équilibré, complété par des apports supplémentaires en vitamines, sels minéraux ou organiques. On s'efforcera de faire prendre de petites quantités d'aliments utiles : foie de veau, viande crue. On prescrira le chlorure de calcium, les bains carbogazeux, l'ésérine, calmants du système nerveux, et les rayons ultra-violets.

P. — Dr J. Camelot. — **Sténose hypertrophique du cardia.** (Thèse 1936).

Parmi le groupe classique des « méga-œsophages » ou « cardiospasmes », il existe des rétrécissements du cardia présentant un certain nombre de points communs avec la sténose hypertrophique du pylore, et que, par analogie, on peut désigner sous le nom de *sténose hypertrophique du cardia.*

Anatomiquement, cette sténose est constituée par un épaississement de la couche musculaire cardio-œsophagienne. Cliniquement, elle se manifeste par une dysphagie spéciale, caractérisée par des régurgitations à type explosif ; elle entraîne finalement un obstacle absolu à l'alimentation aboutissant à la déshydratation et à la cachexie.

Les signes radiologiques sont : la dilatation cylindrique de l'œsophage se terminant par une pointe effilée, l'intensité des contractions œsophagiennes, la lenteur du passage cardiaque se faisant par un défilé filiforme, l'absence de poche à air gastrique.

Le traitement médical, s'il donne des améliorations passagères, ne peut amener de guérison durable.

Parmi les traitements chirurgicaux, le plus simple, et le plus efficace est l'opération de Heller-Delbet, la cardio-œsophagotomie extra-muqueuse, par la voie abdominale ; elle procure une guérison définitive de la sténose hypertrophique du cardia.

Ly. — Dr P. Fontbonne. — **Indications de l'endo-bronchothérapie dans les affections broncho-pulmonaires.** (Thèse, 1936.)

L'endo-bronchothérapie a acquis droit de cité dans le traitement des affections broncho-pulmonaires. Son champ d'action s'est considérablement développé en raison d'un appareillage perfectionné, d'une technique à la fois plus simple et plus précise.

Les indications de l'endo-bronchothérapie sont assez variées : on peut utiliser cette méthode dans l'atélectasie (désobstruction), les corps étrangers, l'asthme, certaines tumeurs broncho-pulmonaires, la gangrène pulmonaire, et surtout les abcès et les suppurations broncho-pulmonaires chroniques.

P. — Dr M. Goldman. — **Contribution à l'étude de l'encéphalite post-vaccinale.** (Thèse, 1936.)

L'encéphalite post-vaccinale est une complication exceptionnelle de la vaccination jennerienne. Elle a surtout sévi à la manière d'une épidémie, en Angleterre et en Hollande.

Complication redoutable, l'encéphalo-myélite de la vaccine tue dans 40 à 50 % des cas.

Le traitement le plus efficace est l'injection de « sérum homologue ». Ce traitement n'est peut-être pas rigoureusement spécifique.

On ne connaît pas la nature exacte de cette affection

Certains auteurs estiment qu'elle est d'origine vaccinale. Tout un faisceau de preuves plaide, au contraire, pour l'origine non vaccinale de l'encéphalite post-vaccinale, qui serait due à une action biotropique du vaccin sur un virus neurotrope, hébergé à l'état latent dans l'organisme.

Ainsi, l'encéphalite post-vaccinale ne serait qu'un cas particulier des encéphalites qui compliquent les fièvres éruptives.

P. — Dr P. Badinier. — **La tuberculose gastrique primitive.** (Thèse, 1936.)

La tuberculose gastrique est très rare, beaucoup plus rare que la tuberculose intestinale. Sa localisation est variable : courbures ou faces, mais la majorité des observations publiées concerne des *localisations pyloriques* permettant d'individualiser une forme sténosante.

Le diagnostic clinique n'est pratiquement jamais fait ; la symptomatologie se résume en troubles digestifs qui, selon l'âge, sont rattachés à l'ulcère, ou au cancer.

Le diagnostic peut être soupçonné s'il y a intervention et confirmé par l'examen histologique.

De toutes façons, il serait bon, devant toute tumeur sténosante apparue chez un sujet jeune de penser à la tuberculose et de pratiquer des tuberculino-réactions. Négatives, elles permettraient d'éliminer ce diagnostic ; très positives, elles auraient quelque valeur, en l'absence de tout autre foyer bacillaire.

P. L.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Bulletin de l'Actualité

POUR MIEUX CONNAITRE L'ENFANT

Il y a peu de semaines, je déplorais ici l'aveuglement de certains parents qui, avec les meilleures intentions du monde, font le malheur de leur progéniture. Ils ont dit à leur petit garçon : « Tu seras avocat, ou bien : tu seras ingénieur » ; à leur jeune fille ils ont dit « Apprends à t'habiller, nous te marierons richement ». Et la chose est décidée sans recours. Des goûts et des aptitudes de l'intéressé, il n'est pas question : les parents n'ont consulté que leurs propres goûts et souvent aussi leur vanité.

On ne peut prétendre réformer d'un trait de plume le cœur humain et, selon toute probabilité, tant que le monde sera monde, il y aura de ces innocentes victimes. Mais ce qu'il est permis d'espérer c'est que certains conseils judicieux éclaireront à temps ceux des parents qui pèchent surtout par ignorance.

A ceux-là, je ne crois pas pouvoir proposer de meilleure leçon que la lecture d'un livre qui vient de paraître : « Quinze leçons de morpho-psychologie » (1), par le Docteur L. Corman, médecin-chef du service des maladies mentales à l'Hospice de Nantes. A ces parents ignorants, dis-je, mais aussi à tous les médecins curieux de pousser plus avant dans la connaissance de l'être humain.

Etre physionomiste se considère souvent comme un don.

Il est aisé d'acquérir ce don en suivant l'enseignement de notre confrère Nantais. Non seulement aisé, mais fructueux, car cet homme perspicace nous apprend, en déchiffrant un visage, à foncer notre connaissance du sujet de telle sorte que d'emblée nous acquérons sur lui l'avantage du combattant retranché sur le combattant découvert. Et le tête à tête de deux hommes n'est-il pas toujours, en quelque manière, un combat ?

J'ai déjà eu le plaisir d'analyser ici un article (1) où le Docteur Corman résumait ses conceptions en morpho-psychologie. Mais aujourd'hui, je veux extraire de son volume substantiel et lourd d'expérience la leçon consacrée à l'enfant.

***

Pour commencer, quelques définitions indispensables : notre auteur parle du type dilaté, du type rétracté. Qu'entend-il par là ?

Soit un être jeune, sain, placé dans un milieu favorable où il puise à profusion les « nourritures » qui lui conviennent (y compris l'air, la lumière, la chaleur, facteurs physiques indispensables à la croissance).

L'organisme ainsi favorisé tendra à se développer, comme une plante vivace ; il s'épanouit, se « dilate » et s'incorpore joyeusement le milieu où il se sent bien. D'où il s'ensuit que le dilaté sera un bon gros réjoui, impulsif, à l'esprit pratique.

Si, au contraire, le milieu est défavorable, l'être vivant rencontre de bonne heure une hostilité plus ou moins déclarée contre laquelle il lui faut prendre ses sûretés. L'escargot qu'on chatouille cesse de brouter sa feuille de salade et rentre dans sa coquille ; ainsi fait l'être humain : il se rétracte dans son squelette et en laisse saillir les rugosités. Isolé de la sorte, il médite, inspecte les environs avant de s'y aventurer ; par conséquent, le rétracté sera un réfléchi, souvent pessimiste, maître de soi puisqu'il freine ses instincts, doué de vie intérieure, apte à la pensée.

Mais la matière vivante ne se dilate pas, ni ne se rétracte avec la passivité du métal et chez elle, les lois subissent une infinie variété de corrections. Elle peut se rétracter momentanément devant un obstacle, mais aussitôt se mettre en quête d'une échappatoire ; un tel homme, insatisfait, curieux, fera un homme d'action. Elle peut se rétracter, faire son profit de la leçon et silencieusement s'organiser sur place ; et ce sera un homme de pensée. Elle peut enfin se rétracter pour souffrir ; et ce « rétracté de base » sera l'inadapté qui cherche la retraite la plus obscure pour s'y cacher, remâcher ses rancœurs et, à ses moments de loisir, construire des systèmes.

L'enfant, pris tout entier par sa croissance,

(1) Librairie Coiffard, 10, rue de la Fosse, à Nantes, et chez Amédée Legrand, 93, boulevard Saint-Germain, Paris.

(1) *Concours Médical*, 22 mars 1936.

appartient au type dilaté (abstraction faite des tendances différentes que peut lui avoir léguées l'hérédité). Bien à l'abri dans le sein de sa mère, il sera d'abord un dilaté hypoexcitable ; mais, dès le passage de la vie fœtale à la vie aérienne, il est déjà en butte à toutes sortes d'influences (météorologiques, alimentaires) qui en font un hyperexcitable fragile et qui amorcent des possibilités de rétraction. Comme la vie ne lui ménagera pas les heurts, il tendra vers une rétraction de plus en plus accusée, mais plus ou moins rapidement réalisée suivant que l'hérédité l'aura fait plus ou moins susceptible.

Tels sont les principes sur lesquels le Docteur Corman édifie ses conceptions d'hygiène et d'éducation. L'ensemble se tient avec une rigueur si harmonieuse, il est, en même temps, si accessible à l'observation profane et au bon sens que des parents attentifs doivent pouvoir, ce me semble, puiser ici des règles salutaires.

***

Tout d'abord, une règle importante : ne pas brûler les étapes. Favoriser d'abord par tous les moyens, l'épanouissement de l'enfant et lui doser ensuite progressivement les influences qui rétractent.

Des premiers pas à l'âge scolaire : alimentation abondante et naturelle, du repos, du calme, du sourire. Rien de commun avec la vie des grandes personnes.

Avec l'école, débutent les contraintes ; qu'elles soient légères ! pas de longues heures d'immobilité, des classes courtes. Laissez à l'enfant un grand champ de liberté, mais avec des clôtures de discipline. N'intervenez que s'il a franchi ces limites. Il faut qu'il se sente libre, responsable et surveillé.

Vient l'adolescence, l'époque des élans, des passions. Contenez ces élans, ne les combattez pas. Ne réprimez pas une révolte : tâchez de la canaliser. La révolte décèle un tempérament ; n'écrasez pas ce tempérament.

En somme, autant il est nécessaire que le jeune enfant soit entouré de protections, autant il faut l'exposer à des dangers de plus en plus nombreux à mesure qu'il approche de l'âge adulte. Faites (puisque je parle à des médecins !) qu'il ait une « cuti » positive aux virus sociaux, afin de ne pas se laisser surprendre par eux.

Un anergique dans ce sens serait ou un timoré ou un insociable capable de toutes sortes de méfaits.

Ces règles générales n'envisagent qu'une évolution régulière. Mais sur le thème primitif, chacun se livre à des variations personnelles, en fonction du milieu et de l'hérédité.

Si l'on peut, dans une certaine mesure, aménager le milieu, force est de prendre l'hérédité telle qu'elle est. C'est ce qui explique que notre influence sur l'évolution de l'enfant soit limitée ; il serait ridicule de prétendre réformer complètement un caractère.

Dans l'évolution de l'enfant vers l'homme, c'est le rythme de passage du dilaté au rétracté qui est la donnée essentielle. Il y a, en cette matière, les retardataires et les précoces.

Aux premiers (ceux que la médecine appelle des lymphatiques ou des hypothyroïdiens) vous donnerez : climat marin, même rude, bains de soleil, bains de sel, frictions, tout ce qui est excitant.

Aux seconds : de la tiédeur, du calme, du silence, du repos ; très peu de livres.

Mais quel doigté ne faut-il pas pour jouer habilement d'une telle diététique. ? Et, comme il est essentiel de reconnaître l'obstacle infranchissable dont nulle obstination ne viendra à bout.

Prenez par exemple un enfant rétracté de base, un petit Poulbot des milieux ouvriers ou un de ces fils uniques de vieille famille bourgeoise. Il est précoce et, croyant bien faire, les parents le « poussent ». Aux examens et aux concours, partout où il ne faut que connaissance livresque entonnée, il sera brillant. Viennent les traquenards de la vie quotidienne et souvent le malheureux enfant prodige y fera une chute retentissante. Car, pour triompher de la vie, il faut savoir s'adapter, ce que l'enfant n'aura pas appris dans les livres. Il sied donc de ne pas fonder d'espoirs démesurés sur ces précoces. Partir tôt ne signifie pas qu'on ira loin. La recette, pour faire des hommes de valeur, n'est pas d'intensifier, de génération en génération, la culture de l'esprit. S'il en était ainsi, la ville en serait la grande pourvoyeuse ; or, c'est surtout la campagne qui fournit les génies puissants parce qu'elle leur donne un soubassement solide (observation qui corrobore, les lecteurs s'en souviennent peut-être, ce qu'affirmait Bernard Villaret dans sa thèse récente).

***

Nous arrivons ainsi au chapitre capital que le Docteur Corman pourrait valablement dédier aux parents de France. C'est celui où il passe en revue les divers types d'enfants ainsi que les mesures d'hygiène et d'éducation les plus opportunes pour chacun.

L'idéal est de faire évoluer l'enfant de telle manière que, parvenu à l'âge adulte, il réalise une juste proportion de dilatation et de rétraction.

Mais aussitôt il convient d'inscrire en exergue cette règle pratique : la fatigue ramène chaque type à son état antérieur.

Donc que l'action modificatrice s'exerce seu-

lement aux moments où l'enfant est dispos et soit *discontinue*.

Au dilaté lymphatique conviennent les traitements physiques que nous avons déjà énumérés. L'éducation devra s'ingénier à susciter des obstacles proportionnés à ses forces, à mettre en œuvre des disciplines non tâtillonnes mais fermes, à éveiller l'amour-propre, à proposer des buts, à piquer la curiosité.

Le rétracté latéral a un très grand besoin de mouvement ; l'immobilité lui est donc une dure contrainte ; si l'on veut qu'il reste attentif, il ne convient pas de prolonger cette contrainte d'où il s'évaderait en devenant dissipé. Il ne rêve qu'aventures ; on pourra lui imposer une vie sédentaire, mai s ce sera fortifier son désir d'évasion. Pour en venir à bout le mieux sera de lui laisser de temps à autre une complète liberté, ainsi que font les Anglais.

Le rétracté frontal est trop réfléchi, trop méditatif, trop tendu. Il faudra donc lui organiser ses loisirs et modérer la réflexion. Jouir du moment qui passe ; voilà ce qu'il ne sait pas faire. Apprenez-lui à regarder dans la rue ! C'est aussi un volontaire, même un têtu. Le heurter de front, ce serait le fortifier dans son refus. Amenez-le à sourire ; exposez-lui l'intérêt qu'il a à obéir. S'il se bute encore, c'est qu'il est fatigué : laissez-le se reposer. Ou peut-être a-t-il faim : offrez-lui une tartine. Et si la tartine n'agit pas, faut-il frapper ? « Assurément » ne craint pas d'affirmer notre auteur. Des cris, des larmes, et puis, c'est la détente. Mais, pas de contraintes prolongées : de piquet, de longs silences hostiles, de menaces à échéance retardée.

Pour améliorer le rétracté de base, on se trouvera souvent fort démuni. Dans les périodes de fatigue, laissez-le à la chambre. Ensuite : une courte sortie. Choisissez un climat calme, sec, modérément ensoleillé ; une plaine bien aérée, une forêt à petite altitude. Si l'enfant grossit, c'est que le dosage est bien fait ; s'il survient de l'insomnie, reviser le régime. Que la nourriture soit variée et légère ; quant à la nourriture spirituelle, qu'elle soit mesurée. Un tel enfant, s'il est fatigué, laissez-le retourner à ses livres ; il s'y reposera. Ensuite, livrez-le aux jeux en commun, au travail manuel, et observez ses rythmes : si ceux-ci s'accélèrent, l'épuisement est proche. L'enfant qui, au sortir de ses jeux, arrivera à table pâle, le visage creusé, disant qu'il n'a pas faim, cet enfant là, vous le mettrez au repos, avec un livre, une demi-heure avant le repas.

Et ne le frappez jamais ! Il en garderait du ressentiment et le profit serait nul. Usez d'une douce insistance pour combattre ses penchants, et sachez « rendre la main » comme à un cheval nerveux.

Il faut savoir enfin que le progrès d'une éducation n'est pas une ascension continue. Pour un retour en arrière, ne croyez pas que tout soit perdu et ne proclamez pas l'enfant inéducable. L'évolution se fait par poussées, tantôt de dilatation, tantôt de rétraction. A l'éducateur de profiter des unes et de pallier aux autres. On parle de « crises de croissance » ; en réalité, ce n'est rien d'autre que ces alternances qui infléchissent le tempérament et parfois transforment l'être. Des crises de ce genre ne se produisent pas sans absorber une grande partie des forces physiologiques dont l'enfant dispose. Elles sont, du reste, parfois déclenchées par une maladie. L'activité, tant physique qu'intellectuelle, s'en trouvera beaucoup diminuée. Respectez ces périodes de sommeil et bornez-vous à guetter les signes de reviviscence pour reprendre votre lent travail de modelage.

Telle est la méthode éducative du Docteur Corman. Rien de doctrinaire, on le voit, et rien de technique. Il n'y faut que de la patience, du bon sens, de l'amour.

Aux parents dignes de ce nom de la mettre en pratiqu e !

G. LAVALÉE.

PHARMACIES D'HOPITAUX — LA CONCURRENCE FAITE AUX PHARMACIENS ET MÉDECINS PROPHARMACIENS

Un de nos confrères nous signale que dans son département du centre de la France (dossier 1202) de nombreux hospices et hôpitaux font commerce de pharmacie, en vendant des spécialités et préparations officinales, au public, sans le concours d'un pharmacien diplômé.

Comme la contrée n'est pas riche, les pharmaciens ont fort à faire, pour résister à pareille concurrence. De plus, des médecins pourraient vivre dans des communes pauvres, mais à la condition de pouvoir faire de la propharmacie. Ils doivent y renoncer, à cause de cette concurrence faite par les hôpitaux.

D'où le résultat, c'est que l'exercice illégal de la pharmacie prive les communes soit de la présence d'un pharmacien diplômé, soit d'un médecin propharmacien, qui pourrait dispenser les secours de son art aux populations qui hésitent à payer les frais de déplacement d'un praticien éloigné.

Certains hôpitaux croient se mettre à l'abri de toute poursuite, en s'abritant derrière un pharmacien diplômé, qui sert de prête-nom. Tantôt ce praticien est réputé gérer effectivement la pharmacie de l'établissement public en même temps que la sienne propre, ce qui constitue déjà une première irrégularité, du point de vue de la loi, puisqu'un pharmacien ne peut diriger qu'une seule pharmacie.

Tantôt, le pharmacien vend à l'hôpital des produits au prix de gros et est censé surveiller le débit des médicaments aux hospitalisés, tout en fermant les yeux sur la vente au public.

Tantôt, en dehors de l'assistance de tout pharmacien, l'hôpital achète directement aux grossistes, pour revendre ensuite au prix de détail, non seulement les préparations officinales, mais même des préparations magistrales, sur ordonnance de médecin et effectuées par une personne non-diplômée.

L'autorité préfectorale, mise au courant de ces situations illicites, hésite à intervenir, parce que cet exercice irrégulier de la pharmacie procure des bénéfices aux hôpitaux, ce qui permet à ces établissements de diminuer leur prix de journée. Ainsi les finances départementales et celles de l'Assistance médicle gratuite bénéficient-elles de l'illégalité.

Quant au Parquet, il ne tient pas à poursuivre, car il faudrait quelque peu violenter l'opinion publique, qui ne voit pas le but lucratif poursuivi et s'imagine que cet exercice de la pharmacie n'a qu'un seul mobile : la bienfaisance et le secours apporté aux populations besogneuses.

Que faire contre pareils procédés qui violent les lois et laissent s'instaurer des régimes illicites pour un seul but lucratif ?

A n'en pas douter, les pharmacies des hôpitaux constituent trop souvent une concurrence réelle aux pharmaciens des environs, concurrence qui est d'autant plus vexatoire qu'elle est fréquemment entachée d'illégalité radicale.

Examinons tour à tour les obligations légales, qui s'imposent aux pharmaciens et que les hôpitaux violent délibérément, pour en tirer un profit pour l'établissement public.

Seul un pharmacien diplômé peut gérer une officine

Déjà l'article 8 de la Déclaration du Roi du 25 avril 1777 décidait que « Ne pourront les « communautés séculières, ou régulières, même « les hôpitaux et les religieux mendiants, avoir de « pharmacie, si ce n'est pour leur usage parti- « culier et intérieur : leur défendons de vendre « et débiter aucunes drogues simples ou com- « posées à peine de 500 livres d'amende ».

La loi du 21 germinal an XI, qui est toujours en vigueur, ordonne que seuls les pharmaciens diplômés ont le droit de préparer, vendre et débiter des préparations médicinales et drogues composées. Exception est faite pour les médecins dits propharmaciens selon les dispositions de l'article 27 de la loi de germinal.

Dans certains grands hôpitaux, un ou plusieurs pharmaciens diplômés sont attachés à l'établissement, soit d'une manière exclusive, soit pour la surveillance des internes en pharmacie.

Dans d'autres hôpitaux, respectueux des lois, un pharmacien de la ville a la surveillance rigoureuse et effective de la pharmacie de l'hôpital. D'autres fois encore, ce sont les pharmaciens de la localité qui, à tour de rôle, préparent et délivrent les ordonnances prescrites par les médecins, pour les malades hospitalisés.

Mais, dans un esprit d'économie, certains hôpitaux font des achats en gros et, affublant une infirmière du nom usurpé de pharmacienne, autorisent cette dernière à préparer et débiter aux hospitalisés les drogues simples, ou composées prescrites par les chefs de service de l'établissement.

Ce procédé est irrégulier en soi, car il viole délibérément les prescriptions formelles de la loi de Germinal, en permettant ainsi un exercice illégal de la pharmacie, par une personne qui n'est pas munie du diplôme de pharmacien, requis par la loi.

Mais où la chose devient abusive et intolé-

rable, c'est que sous prétexte de réaliser des bénéfices supplémentaires, qui iront grossir les recettes de l'hôpital, cette pharmacie illégale se met à débiter des médicaments au public, à des personnes non hospitalisées.

La propriété de l'officine

Une jurisprudence très abondante décide que le pharmacien doit avoir la propriété absolue de son officine, sans qu'un tiers non diplôme puisse s'ingérer en quoi que ce soit dans la gestion de la pharmacie.

Or, le pharmacien des hôpitaux, nommé par la Commission administrative, ainsi que le pharmacien de ville, qui est chargé de la surveillance de la gestion de la pharmacie de l'hôpital, n'est pas propriétaire de l'officine, puisque cette dernière est organisée et administrée par la Commission administrative de l'établissement public.

Il y a donc, de ce chef, une seconde violation de la loi et de la jurisprudence, puisque la propriété et la gestion de l'officine ne sont pas réunies sur la même tête.

Le jurisprudence

1° *Exercice illégal de la pharmacie.*

Maintes fois des religieuses d'hôpitaux ont été condamnées pour exercice illégal de la pharmacie, alors que n'étant pas munies du diplôme de pharmacien, elles préparent et débitent des médicaments et drogues, tant à l'intérieur de l'hôpital qu'au public du dehors. En ce sens, citons : Tribunal correctionnel de Châteaudun, 11 juillet 1896 ; Tribunal correctionnel de Moutiers, 22 janvier 1897; Tribunal correctionnel de Lorient, 24 juillet 1899 ; Tribunal correctionnel de Chatellerault, 16 novembre 1909 ; Cour d'appel d'Orléans, 12 février 1894 ; Cour d'appel de Nîmes, 14 mars 1896.

La Commission administrative de l'hôpital peut également être comprise dans les poursuites correctionnelles, comme étant complice du délit d'exercice illégal : Tribunal correctionnel de Moutiers, 22 juillet 1897 ; Tribunal correctionnel de Lons-le-Saulnier, 7 avril 1898 ; Cour d'appel de Nîmes, 14 mars 1897.

La supérieure de l'établissement religieux peut être rendue civilement responsable du fait délictueux commis par la sœur : Tribunal correctionnel de Lorient, 24 juillet 1899.

Enfin, si un pharmacien a servi de prête-nom, s'il a fourni aux sœurs les médicaments, sachant parfaitement que ces derniers seraient débités par les religieuses, il pourra également être poursuivi comme complice de cet exercice illégal : Tribunal correctionnel de Toulouse, juillet 1904.

Cependant, malgré ces condamnations nombreuses, pas mal d'officines hospitalières illégales fonctionnent à l'heure actuelle. Les Syndicats pharmaceutiques, les Parquets hésitent à poursuivre, car les hôpitaux se drapent dans un altruisme et une réputation de bienfaisance, pour abuser de l'opinion publique et léser les intérêts légitimes des pharmaciens installés dans les environs.

2° *La propriété de l'officine.*

Un arrêt de la Chambre criminelle de la Cour de Cassation du 31 mai 1862 reconnaît la légalité du fonctionnement d'une pharmacie d'hôpital, alors qu'elle est gérée par un pharmacien diplômé. La Cour suprême admet ainsi d'une manière détournée que le pharmacien peut gérer une officine et débiter au public non hospitalisé, alors qu'il n'est pas propriétaire de son officine.

Allant même plus loin, un arrêt de Cassation, Chambre civile, du 8 janvier 1891, décide contrairement à la jurisprudence presque unanime des Cours, Tribunaux, et même de la Cour suprême, qu'un hôpital peut parfaitement ouvrir une pharmacie accessible au public et en confier la gérance à un pharmacien diplômé, motifs pris que la Déclaration du Roi du 25 avril 1777 qui établit un monopole au profit de la corporation des apothicaires et pharmaciens, n'a plus de valeur, étant donné que ce monopole, ainsi que tous autres ont été abolis par la loi du 2 mars 1791.

Et comme contrairement à l'opinion courante, l'article 25 de la loi du 21 germinal an XI ne contient aucune disposition obligeant le pharmacien gérant d'une officine d'être propriétaire du fonds, la Cour de cassation en déduit qu'une Commission administrative d'hôpital peut parfaitement créer une officine ouverte au public, sous la double condition de l'autorisation préfectorale et de la gérance par un pharmacien diplômé.

3° *La délivrance des médicaments toxiques.*

Les textes législatifs et règlementaires, concernant la détention et la délivrance des médicaments toxiques, notamment les décrets des 14 septembre 1916 et 20 mars 1930, contraignent le pharmacien à des mesures de précaution. Une armoire spéciale est destinée aux poisons et le débit de ceux-ci doit être consigné sur un registre *ab hoc.*

Est donc complice et responsable des irrégularités commises le maire, président de la Commission administrative d'un hôpital, lorsque cet établissement détient, sans autorisation et débite d'une façon irrégulière des produits pharmaceutiques, comportant des substances vénéneuses en dehors des conditions imposées par les décrets des 14 septembre 1916 et 20 mars 1930 (Tribunal correctionnel de Grenoble, 25 juillet 1935).

Ajoutons que la Commission administrative de l'hôpital serait également tenue pour responsable civilement des erreurs et dommages, qui découleraient de l'exercice illégal de la pharmacie, par des personnes non qualifiées pour préparer et débiter des médicaments, tant aux malades hospitalisés, qu'aux clients venus du dehors.

Les impositions

Deux arrêts du Conseil d'Etat décident d'une manière contradictoire. Un premier, en date du 7 juillet 1933, reconnaît que les hospices sont assujettis à l'impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux, bien que la totalité des revenus nets, provenant de la vente des produits de leur pharmacie au public soit inscrite au budget général desdits hospices.

L'autre arrêt, du 23 mars 1934, tout en reconnaissant le caractère commercial de l'exploitation d'une pharmacie d'hôpital, ouverte au public, décharge cependant l'établissement de l'impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux, motifs pris que les dépenses et recettes, provenant de l'exploitation de ladite pharmacie, ont été, conformément à l'article 3 du décret du 30 janvier 1925, portés en compte pour la détermination du prix de journée que doivent payer les collectivités publiques pour leurs assistés et que, d'autre part, il est constant que les recettes, provenant des ventes de produits pharmaceutiques au public, sont inférieures à l'ensemble des dépenses de l'hôpital-hospice.

Il sera donc nécessaire qu'une assemblée plénière du Conseil d'Etat, siégeant au contentieux, puisse, rendre un arrêt définitif sur ce point.

Conclusion

Certes, il ne faut pas mettre en doute l'esprit d'altruisme et de philanthropie, qui pousse les Commissions administratives des hôpitaux à recueillir toutes recettes possibles, pour diminuer les charges du budget des pauvres. Mais encore convient-il que les mesures prises soient conformes aux lois qui nous régissent. Notamment, il ne saurait être toléré, qu'en violation des termes précis de la loi de germinal, les pharmacies de vente des hôpitaux soient gérées par des personnes, certes de bonne volonté, mais ne possédant pas le diplôme de pharmacien, requis par la loi.

Il ne saurait également être toléré que, sous couleur de bienfaisance et d'économies, les Administrations des hôpitaux puissent venir faire une concurrence acharnée aux pharmaciens de la région. Ces praticiens payent des impôts, ils ont de lourdes charges ils ont acquis par leur travail et leur patrimoine personnel le diplôme réclamé par la loi, pour exercer régulièrement la pharmacie.

Il ne faut pas que, sous couleur de faire de l'altruisme et de la philanthropie, les hôpitaux puissent sortir de leur spécialisation. Etablissements publics, il leur est interdit de faire des actes de commerce et surtout de venir concurrencer le libre exercice d'une profession telle que celle du pharmacien.

Cette concurrence est d'autant plus inadmissible que, par raison d'économie, certains hôpitaux favorisent l'exercice illégal de la pharmacie délit prévu et réprimé par la loi de germinal.

Les Syndicats pharmaceutiques ont donc toute qualité pour réclamer du Parquet des poursuites, tant contre les personnes qui, sans diplôme gèrent les pharmacies d'hôpitaux, que contre les Commissions administratives ellesmêmes, représentées par leur président-né, le maire, qui sera rendu responsable de cet exercice de la pharmacie, en violation de la loi.

Dr Paul BOUDIN.

UN MÉDECIN PEUT-IL S'INSTALLER COMME PHARMACIEN DANS UNE LOCALITÉ OU EXERCE DÉJA UN PROPHARMACIEN ?

L'article 27 de la loi du 21 germinal an XI autorise le Docteur en médecine à pratiquer la propharmacie à la condition qu'il n'y ait pas dans le bourg, village, ou commune de pharmacien ayant officine ouverte.

Or, le même article 27 donne l'autorisation aux médecins dits pr pharmaciens de fournir des médicaments simples ou composés aux personnes, près desquelles ils seront appelés, mais sans avoir le droit de tenir une officine ouverte.

De ces termes très précis, il faut donc conclure qu'un médecin, qui s'installe dans une localité où exerce déjà un confrère, faisant de la propharmacie, a également le droit de faire lui aussi de la propharmacie.

Bien entendu, nous laissons de côté toutes questions de déontologie et de bonne confraternité, qui doivent être à la base des relations confraternelles des deux praticiens.

Dr Paul BOUDIN.

L'ACTUALITÉ PROFESSIONNELLE

La Presse syndicale

La question des loyers

Le régime des prorogations légales, institué par les lois du 1er avril 1926 et 29 juin 1929 vient à expiration le 1er juillet de cette année pour de nombreux locaux professionnels (locaux dont la valeur locative en 1914 excédait 2.000 francs dans la région parisienne, 1.000 francs dans les villes de plus de 100.000 habitants, et 500 francs dans les autres communes). Le retour au droit commun sera en tout cas un fait accompli et général le 1er juillet 1938. Il importe donc pour les médecins de prévoir cette éventualité, et d'entrer en rapport d'ores et déjà à ce sujet avec leurs bailleurs.

Si nous en croyons le *Bulletin du Syndicat des médecins de Marseille* (fé rier 1937), cette question se pose dans cette ville d'une manière particulièrement aiguë. Il p araît à craindre que de nombreux congés n'interviennent au moment du retour au droit commun. Les médecins se verraient ainsi obligés de supporter les frais onéreux d'une réinstallation, avec les pertes de clientèle qu'elle comporte. D'autre part, l'abondance des demandes, ainsi que la possibilité pour les bailleurs de spéculer sur le désir du médecin de ne pas s'éloigner de sa clientèle, amèneront certainement une hausse des loyers, avec, pour conséquence, l'augmentation de la patente. C'est pourquoi le Syndicat a adopté à l'unanimité un ordre du jour, par lequel il demande à la Confédération des Syndicats médicaux français « *d'agir instamment auprès de la Commission des loyers et des Pouvoirs publics dans le but d'obtenir — à défaut de l'institution de la propriété professionnelle à l'exemple de la propriété commerciale — que des mesures d'extrême urgence, et en tous cas avant le* 1er *juillet* 1937, *soient prises en vue de maintenir pendant plusieurs années à l'abri du droit de reprise, le statut actuel des locaux à usage professionnel ou mixte.* »

Cet ordre du jour est intéressant parce qu'il pose de manière fort nette les deux solutions à envisager : ou la prolongation du régime des prorogations légales, ou l'institution du droit au renouvellement du bail, à savoir la « propriété professionnelle ».

La première solution, qui semble la plus simple *a priori*, soulève en vérité de nombreuses objections. Il ne faut pas oublier en effet que la législation d'exception sur les loyers est intervenue dans une période de pénurie de locaux, alors que nous nous trouvons plutôt à l'heure actuelle dans le cas inverse. D'ailleurs, cette législation est, à la fois trop générale, en ce qu'elle vise aussi les locaux d'habitation et trop spéciale, en ce qu'elle ne s'applique pas dans toutes les communes et à tous les locaux. Ce qu'il y a lieu de rechercher, au contraire, est une législation spécifiquement professionnelle s'appliquant aussi bien aux locaux d'après-guerre qu'aux locaux d'avant-guerre.

Notons, d'autre part, qu'il n'est nullement nécessaire de recourir à la loi de 1929 pour limiter le taux des loyers. Le décret-loi du 16 juillet 1935, qui n'a pas encore été abrogé, suffit amplement, puisqu'il est reconnu par la jurisprudence qu'il a institué un prix limite des loyers égal à celui payé au 17 juillet 1935 diminué de 10 %, ce, qu'il s'agisse ou non de locaux d'avant-guerre. Il s'en suit notamment qu'*en cas de renouvellement du bail, le propriétaire ne saurait exiger un loyer supérieur au taux limite* (V. not. Trib. civ. de la Seine, 13 mai 1936). Dans le cas contraire, le locataire serait fondé à invoquer la nullité de la clause de son acte locatif relative au loyer, et le tribunal qui ordonnerait la réduction au taux limite pourrait autoriser le maintien du locataire dans les lieux pour une période de trois ans, conformément à l'article 14, alinéa 6 de la loi du 1er avril 1926 auquel renvoie implicitement le décret-loi (V. not. Trib. civ. Seine, 20 mai 1936, *Gaz. Pal.*, 28 août 1936, Trib. civ. de Lyon, 9 février 1937. Répert. Commaille, 1937, no 13485)

La seconde solution, à savoir l'institution légale du droit pour les locataires professionnels au renouvellement de leur bail sous certaines conditions, ou si l'on veut (quoique le mot soit impropre), la création de la *propriété professionnelle* à l'instar de la propriété commerciale, nous paraît de beaucoup préférable. Elle répond, en effet, aux conditions du problème, car elle évite l'expropriation indirecte du médecin de sa clientèle, et s'applique à tous les locaux quel que soit leur âge ou leur situation. Mais elle exige évidemment, non pas la simple prorogation d'une législation existante, mais la création d'une loi nouvelle. Indiquons à cet égard qu'une proposition de loi, contenant des dispositions dans ce sens a été déposée à la Chambre par le groupe socialiste le 9 juillet dernier. Cette proposition est, naturellement, de caractère fort révolutionnaire,

puisqu'elle entend créer le droit de principe pour tout locataire de se maintenir dans les lieux loués, et réglemente de manière précise les cas où le propriétaire pourrait exercer son droit de reprise.

La « propriété professionnelle » s'y trouve donc implicitement contenue, et il faut en retenir que le groupe le plus important de l'actuelle majorité serait certainement favorable à une telle institution.

En attendant, il semble que les médecins pourront essayer d'introduire ce droit nouveau dans l'usage en le prévoyant dans les clauses de leur bail. Ces clauses pourraient être conçues en s'inspirant de la loi sur la propriété commerciale : principe du droit au renouvellement, fixation du nouveau prix par accord amiable ou à défaut par des arbitres désignés à l'avance, droit du médecin à une indemnité au cas où le bailleur ne respecterait par le droit au renouvellement ou les conclusions de l'arbitre, réglementation du droit de reprise du propriétaire. Nous ne croyons pas que de telles clauses soient impossibles à obtenir conventionnellement, car elles respectent parfaitement les droits des parties en cause et n'accordent somme toute au locataire en place qu'un droit de préférence à conditions égales.

Jean Mignon.

Informations parlementaires

L'impôt sur le revenu des valeurs mobilières et les sociétés entre médecins

L'article 50 du décret de codification du 21 décembre 1936, assujettit en principe les « intérêts, produits, bénéfices annuels des parts d'intérêts et commandites dans les sociétés dont le capital n'est pas divisé en actions » à l'impôt sur le revenu des valeurs mobilières. Cet impôt, qui se superpose sur un même revenu à l'impôt ordinaire, se justifie par la théorie de la personnalité morale : une société constitue une personnalité juridique distincte de celle de ses associés. Elle est donc imposée personnellement sur les bénéfices qu'elle réalise ; d'autre part, lorsque ceux-ci sont distribués, c'est-à-dire passe du patrimoine social dans le patrimoine de l'associé, ils donnent lieu à la perception de l'impôt sur le revenu des valeurs mobilières, la « valeur » étant en l'espèce la part sociale de l'intéressé.

Toutefois cet article 50 supporte des exceptions énumérées limitativement par la loi fondées sur l'idée suivante : le législateur n'a entendu imposer ainsi que le revenu des capitalistes, c'est-à- dire « de ceux qui se bornent à placer un certain capital pour le faire fructifier sans participer de façon effective et qui engage sans limite leur responsabilité à la gestion de ce capital ». Sont au contraire formellement exonérés de l'impôt certains revenus sociaux dérivant de l'activité personnelle de l'intéressé, à savoir ceux provenant des sociétés *commerciales* en nom collectif, des sociétés à responsabilité limitée, et de sociétés à caractère non capitalistes telles que coopératives, sociétés mutualistes, etc.

Or, jusqu'à maintenant les sociétés *civiles* de personnes, telles que les sociétés formées entre médecins pour l'exercice de leur profession, n'étaient pas comprises dans les cas d'exonération, bien que par leur forme et leur objet elles ne puissent en rien être assimilées à une société « capitaliste ». Cette lacune légale avait pour conséquence que les associés, après avoir supporté au nom de la société l'impôt cédulaire sur les bénéfices non commerciaux, pouvaient se voir réclamer par le fisc sur leur part dans ces bénéfices un nouvel impôt de 17 %. Cette surcharge fiscale, absolument écrasante, constituait une condamnation à mort pour les associations entre médecins, dont cependant l'utilité, au point de vue organisation professionnelle, et la validité juridique, sont maintenant reconnues de manière incontestable.

Une proposition de loi fut donc déposée par M. Joseph Denais, député, avec l'appui de la Confédération des travailleurs intellectuels, et de la Confédération des syndicats médicaux, tendant à exonérer des dispositions de l'art. 50 « les personnes exerçant en commun une profession non commerciale ». L'Administration des finances, consultée par le rapporteur, se montra hostile, non pas au principe, mais au texte proposé. En effet, les sociétés civiles ne comprennent pas que des sociétés non capitalistes ; rentrent notamment dans cette catégorie les sociétés immobilières qu'il n'y avait pas de raison d'exempter de l'impôt. Un nouveau texte fut donc substitué à celui présenté, en vertu duquel l'art. 148 du code des valeurs mobilières, relatif à l'exonération des sociétés de personnes commerciales, était étendu « *aux parts d'intérêts dans les sociétés civiles de personnes assujetties à l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales, dont le capital ne comprend que les biens mobiliers nécessaires à l'exercice de la profession des associés* ».

Ce texte fut adopté par la Chambre des députés au cours de sa séance du 30 juillet dernier. Transmis au Sénat le 3 août 1936, ce dernier l'acceptait sans discussion. La loi nouvelle vient d'être promulguée le 12 mars 1937, et publiée au *Journal officiel* du 13 mars, page 3034. Dorénavant les sociétés entre médecins pourront donc se développer sans avoir à craindre la menace d'un double imposition.

Jean Mignon.

UN DILEMME INQUIÉTANT,

faire ou ne pas faire de sérothérapie et de vaccinothérapie dans les maladies infectieuses.

Et malgré tout : l'apparition de cas graves ou mortels

QUESTIONS ANGOISSANTES, S'IL EN FÛT, POUR LE MÉDECIN PRATICIEN

Deux facteurs sont, en effet, à considérer. D'une part, l'intervention contradictoire de la Justice, qui a condamné des médecins, en a acquitté d'autres, et cela pour n'avoir pas fait de sérum antitétanique.

D'autre part, l'hésitation bien compréhensible des confrères, quand ils ont été les témoins d'accidents mortels à la suite d'injections de sérum antitétanique pour des blessures, cependant bénignes ; celle d'autres qui ont vu mourir de tétanos des blessés dont la plaie, minime, non souillée, rentrait précisément dans les cas précisés par l'Académie de médecine, où l'injection préventive n'est pas indiquée.

Que doivent penser, enfin, ceux qui n'ont pu contraindre à une sérothérapie préventive un blessé, atteint de plaie anfractueuse, souillée de fumier, — et cependant ont vu la plaie guérir sans apparition de tétanos et sans sérum ?

MM. les Docteurs Courtois-Suffit et Francis Bourgeois, en faisant leur communication à la Société de Médecine légale (1) ont bien compris la situation des médecins praticiens qui, en pareille occurence, éprouvent les pires difficultés journalières, et risquent des poursuites, des enquêtes, des inculpations, et enfin des condamnations diverses.

La jurisprudence ne nous a-t-elle pas appris combien sévères avaient été parfois les juges, qui condamnaient un médecin pour une faute, qu'ils se croyaient en droit de reconnaitre évidente en raison, par exemple ! de ce que l'instrument de la blessure (en l'espèce le sabot d'un mulet) était susceptible de souillure par le crottin de cheval, se basant sur la probabilité d'existence de spores tétaniques dans ce crottin.

Cependant d''autres magistrats, mieux avertis par les médecins experts, ont mieux saisi les raisons d'abstention qu'avaient eues certains praticiens, et ils se sont certainement rendu compte qu'une injection antitétanique n'était pas sans dangers.

Voici deux exemples pour montrer la raison de toutes les hésitations, que peut éprouver le praticien en présence de plaies suspectes ou non.

(1) Société de Médecine légale, 13 janvier 1936.

Premier cas : Un habitant d'une ville manie avec son doigt la terre d'un pot de fleurs sur son balcon. Il se fait une petite excoriation, qu'il ne soigne même pas et... il meurt du tétanos. Qui aurait pu penser à faire une injection de sérum antitétanique en pareil cas ?

Deuxième cas : Le Docteur D... est appelé auprès d'une femme de la campagne qui, en remuant du fumier, reçoit un coup de fourche dans la main. La plaie est profonde, elle est souillée de fumier, siège à l'extrémité d'un membre ; les conditions sont donc aussi favorables que possible au développement du tétanos. Le confrère insiste donc vivement pour pratiquer une injection de sérum ; la blessée refuse non moins vivement... et elle guérit.

Cela prouve une fois de plus qu'on ne saurait poser de règles absolues, quant à l'indication des injections de sérum antitétanique.

Des cas analogues ont été signalés par le Docteur Louis Bazy : c'étaient des mécaniciens de chemin de fer qui, ayant présenté de petites éraflures, pour lesquelles ils n'avaient même pas jugé utile d'aller à l'infirmerie, mouraient quelques jours après du tétanos.

***

Que dire maintenant de la responsabilité médico-légale du médecin lorsque des accidents, graves ou mortels résultent d'une injection de sérum antitétanique ?

Car il faut bien savoir qu'actuellement beaucoup de confrères, pour éviter des poursuites, font systématiquement du sérum préventif à tous les blessés, légers ou graves. C'est là, certes, une mesure de prophylaxie utile pour le médecin, qui pourra ainsi se mettre à l'abri de complications juridiques ultérieures. Il n'en est pas hélas de même pour le blessé, qui ne sera pas à l'abri d'accidents inattendus, voire mortels, dus au sérum injecté intempestivement.

Evidemment ces accidents sont rares, si l'on tient compte des milliers d'injections antitétaniques, qui sont pratiquées. Mais on peut en dire autant, inversement : les cas mortels de tétanos

imputables au médecin par non-injection préventive de sérum, sont au moins aussi, si non plus, exceptionnels.

Il faut cependant rappeler le cas malheureux rapporté par le Professeur Hardouin, de Rennes, où la malade est morte presque aussitôt après une injection de sérum antitétanique.

Au point de vue médico-légal, c'est un cas typique qui montre bien le désarroi dans lequel se trouve un médecin influencé par une jurisprudence malheureuse.

« Une femme au service d'un praticien s'est blessée au poignet en coupant du bois avec une hachette. Le confrère, se rappelant que sa domestique a présenté auparavant de légères crises d'asthme et quelques accidents anaphylactiques, estimant d'autre part la blessure bénigne, juge en son âme et conscience que peut-être une injection de sérum antitétanique serait utile, mais également dangereuse pour la blessée. Il appelle un confrère en consultation ; c'est le Professeur Hardouin qui, très rationnellement, estime qu'il se trouve en présence d'une « blessure de rue », et se rappelle un arrêt fameux qui vient de condamner gravement un médecin du Nord, pour n'avoir pas fait de sérum antitétanique chez un blessé contus de la main, alors que celui-ci était mort quelques jours plus tard du tétanos. Le consultant pense donc que dans ces conditions mieux vaut être prudent ; il conseille quand même l'injection et la malade meurt en moins de cinq minutes. »

D'autre part le Docteur Poisvert a rapporté en 1935 deux observations d'accidents sériques très graves, chez deux asthmatiques également, qui avaient reçu du sérum antitétanique après des blessures souillées de fumier.

On connaît aussi les dangers de *réinjections de sérum* chez d'anciens blessés, et la mort qui peut s'ensuivre malgré toutes les précautions d'usage.

Mais que dire des cas de mort survenue à la suite d'injections pratiquées chez des sujets n'ayant *aucun antécédent pathologique*, n'ayant même jamais mangé de viande de cheval (voir les Assises nationales de Méd. gén. française).

Dans le même ordre d'idées, le précédent auteur avait rapporté peu de temps avant la guerre l'observation d'une enfant de huit ans, blessée à la main par une fourche, à laquelle on fit une injection de 10 c. c. de sérum, et qui mourut presque aussitôt.

Rappelons encore le cas de Moricheau-Beauchant et Fagard : un homme de 53 ans, sans antécédents pathologiques, se blesse au genou le 4 septembre et reçoit 10 c. c. de sérum ; le 17 septembre, accidents sériques graves, mort le 20 septembre.

A l'exposé de tous ces faits, on ne peut s'empêcher de remarquer que dans bien des cas la plaie initiale était minime, pas forcément tétanigène, et que c'est au sérum seul qu'il faut imputer le décès.

Malheureusement le *danger dépasse les injections de sérum.*

On avait toujours considéré que les *injections de vaccin* ne donnaient à peu près jamais d'accidents. Pourtant l'observation rapportée par Jean Olmer et J. Paillas (1) d'un décès à la suite d'injection de vaccin *broncho-pneumonique* mérite de retenir notre attention. Il s'agissait d'un homme de 35 ans, atteint de broncho-pneumonie traînante qui, après trois injections de vaccin, fit une réaction vaccinale du type sérique, rapidement compliquée d'une polynévrite ascendante aiguë, laquelle se termina par la mort par atteinte bulbaire.

Il peut donc exister à la suite de la vaccinothérapie, des accidents absolument identiques aux accidents sériques, qui paraissent relever également d'un choc colloïdoclasique.

De pareils faits avaient déjà été observés avec d'autres vaccins *antistreptococcique, anticholérique*, et surtout *antityphoïdique*. MM. Courtois-Suffit et Bourgeois se rappellent les craintes inspirées autrefois, sans raison d'ailleurs, par la vaccination antityphoïdique.

***

Une solution du problème par la vaccination a l'anatoxine

On conçoit donc toutes les hésitations possibles du praticien en présence d'une plaie, qu'il ne considère pas aussitôt comme une « plaie de rue souillée », ou bien même en présence de maladies qui réclament habituellement la sérothérapie ou la vaccinothérapie, et cela spécialement, lorsqu'il sait son malade sujet à des accidents anaphylactiques ou à des crises d'asthme.

Il envisage les différentes situations suivantes :

les cas inexpliqués de tétanos avec des plaies bénignes :

les cas de plaies graves non suivies de tétanos et cela malgré l'absence de sérothérapie antitétanique ;

les cas mortels inexpliqués à la suite d'injections de sérums ou de vaccins.

(1) *Paris Médical*. 28 septembre 1935.

Et son émotion sera plus grande encore s'il se rappelle une communication récente de Mollo, au sujet des porteurs de germes tétaniques sur la peau (1).

Cette étude précise que sur la peau des membres inférieurs des individus sains, de préférence paysans, on trouve, avec une fréquence variable, des agents tétanigènes à l'état saprophytique. Ceux-ci constituent donc des hôtes habituels, et ne résultent pas seulement d'une souillure accidentelle et temporaire ; ils conservent leur pouvoir pathogène. Aussi l'auteur estime-t-il donc que dès lors le tétanos peut se manifester par la pénétration de ces germes ou de ces spores dans les tissus, *au travers de blessures imperceptibles non remarquées.*

Par ce mécanisme, s'expliquerait la genèse des cas de tétanos, dont on ignorait sans cela la porte d'entrée. Il est donc impossible que le médecin soit rendu responsable de pareils accidents, qu'on aurait tendance à imputer soit à son action, soit à son inaction, puisque sa conduite aura toujours été dictée par le plus pur de sa conscience professionnelle.

Le médecin ne doit pas être entraîné par la crainte de la Justice, tantôt à faire systématiquement du sérum dans le cas du tétanos par exemple, tantôt à s'abstenir non moins systématiquement de toute sérothérapie, ou de toute vaccinothérapie, dans les cas où sa responsabilité pourrait être engagée du fait d'un accident thérapeutique. Car l'évolution de la jurisprudence s'est singulièrement étendue en matière de responsabilité médicale, quant à la sérothérapie ou à la vaccinothérapie, dans le tétanos et les autres maladies infectieuses. Peut-être cependant verrons-nous même un jour un médecin poursuivi pour avoir, plusieurs années auparavant, fait une injection de sérum, qui aura pu rendre inopérante, quelques années plus tard, une nouvelle injection sérique pratiquée pour une autre maladie.

Il faut répéter que dès 1925 le Professeur Marfan avait fait à la Société médicale des hôpitaux de Paris la déclaration suivante : « Si l'on n'est que très vaguement convaincu de l'injection de sérum, il est bon, avant de la faire, de réfléchir qu'elle va mettre le malade en état d'anaphylaxie, c'est-à-dire dans un état d'infériorité le jour où il aura besoin d'une sérothérapie spécifique ». Concluons de même avec Louis Bazy : « Ne pratiquer la sérothérapie qu'à bon escient ? »

Enfin peut-être aurons-nous bientôt la solution à ce dilemme inquiétant, qui est soulevé à propos du tétanos, par la généralisation de la vaccination à l'anatoxine. Tel est l'un des vœux émis par la Soc. de Méd. légale de France. D'ailleurs, il peut s'adapter à toutes les maladies infectieuses, comme au cas particulier du tétanos ; « la vaccinothérapie, combinée ou non avec celle contre la fièvre typhoïde et la diphtérie, est le moyen le plus sûr de protéger contre l'infection les sujets exposés aux traumatismes : il est désirable d'en voir l'usage rapidement étendu dans les écoles, l'industrie, l'armée, etc... » Le Docteur Courtois-Suffit avait déjà remarqué que, chez des sujets insuffisamment vaccinés, on pouvait observer l'évolution d'une fièvre typhoïde atténuée et que, de même, le tétanos pouvait rester localisé au membre traumatisé, lorsque l'immunisation avait été incomplète. Si donc, ajoutait-il, la vaccinothérapie antitétanique (et il est persuadé qu'elle peut éviter complètement l'infection tétanique) limitait les accidents à un tétanos partiel, elle aurait quand même bien mérité de l'humanité ».

En tout cas, en attendant les bienfaits que procurera la généralisation d'une vaccination à l'anatoxine, le médecin-traitant est, et demeure, le seul juge de l'opportunité du traitement par le sérum antitétanique. Puisque que la sérothérapie peut provoquer des accidents graves, voire même mortels dans certains cas prévisibles (asthme, sujets, déjà traités par un sérum ou atteints de lésions rénales ou cardiaques graves), dans d'autres absolument imprévisibles (attribués alors à un choc colloïdoclasique), *on ne peut rendre responsable le médecin : ni de l'abstention de sérum, ni de son emploi en pareil cas.*

A cet égard, il convient de citer un jugement heureux parfaitement sage, que vient de rendre le Tribunal de Besançon, en ce qu'il acquitte un médecin, poursuivi en responsabilité.

« Les héritiers d'un blessé mort par tétanos, à la suite d'une coupure profonde par hache à l'index de la main gauche, avaient attaqué le médecin traitant de ce dernier en responsabilité professionnelle, pour défaut de piqûre antitétanique. Le Tribunal de Besançon, par son jugement du 13 mai 1936, a rejeté la demande : motif pris de ce qu'en l'état actue de la science, on ne sait si, dans tous les cas de coupure, on *doit* pratiquer une piqûre antitétanique, et que l'on ne sait même pas toujours si cette piqûre est prudente. Son omission ne saurait donc constituer une faute de principe. »

G. Fischer.

---

(1) Mollo. — *Gior di Batt. et Imm.*, novembre 1935, analysé in *Revue de Microbiologie appliquée*, janvier-février 1936.

VARIÉTÉS

I

Réaumur esprit encyclopédique en dehors de l'encyclopédie (1)

Savoir de Réaumur qu'il a construit un thermomètre, c'est peu ! C'est même trop peu et c'est injuste.

Dans un beau volume inspiré de documents inédits et magnifiquement illustré, M. Jean Torlais (un de nos confrères !) en fait doucement le reproche à ses contemporains et leur fournit ample matière à mieux connaître, à admirer et aimer le grand Réaumur, gloire nationale, « l'homme le plus curieux de son siècle ».

N'est-il pas beau, pour un savant, d'avoir mérité que, près de 200 ans après sa mort, un commentateur pût dire de lui :

« Dans ces cinquantes premières années du XVIIIe siècle où l'amour du merveilleux séduisait les meilleurs esprits, où la manière dont on envisageait la théologie entravait dangereusement les progrès de toute science humaine, Réaumur, bien que croyant, resta cependant toujours un observateur exact au risque de voir s'ébranler les lois biologiques les plus formellement admises jusqu'alors et d'être en butte aux violences des Jésuites, gardiens vigilants de la théologie et de ses droits imprescriptibles ».

Vivant en un siècle où il était encore possible d'avoir des lumières sur tout, Réaumur fut un grand ingénieur, dotant le monde de procédés de fabrication de l'acier, du fer blanc, de la porcelaine. Il fonda l'entomologie, inventa des méthodes sûres pour conserver les collections. Même il fit des incursions dans le domaine de la biologie et c'est en quoi il mérite de retenir l'attention de médecins.

Tout d'abord, grâce à son thermomètre, il construit des « fours à poulets », des couveuses artificielles et pense à sélectionner les races de poules, à des procédés pour améliorer la ponte et la fécondité.

La multiplication de la volaille entraînant la multiplication des œufs il conçoit l'intérêt de les conserver et trouve un procédé, consistant à huiler la coquille, qui préfigure le procédé moderne à la vaseline.

Tandis qu'il s'intéressait à la volaille, Réaumur, eut, paraît-il, l'occasion d'observer les amours de la poule et du lapin de l'abbé de Fontanes. Cette union incestueuse passionnait tout Paris (il y avait bien de quoi !) et l'on se demandait curieusement quel hybride naîtrait des œufs de la poule. Naturellement il ne vint rien du tout ; les œufs furent trouvés clairs. Et cela fournit l'occasion à Réaumur de se poser toutes sortes de questions sur la fécondation, et de faire des séries d'expériences très analogues à celles d'où Mendel devait tirer ses lois de l'hérédité.

Réaumur aborda ensuite le problème de la digestion. Ce problème passionna le XVIIe siècle qui se demandait comment « des matières de qualité et de nature différentes sont converties en une espèce de liqueur laiteuse qui fournit à l'accroissement des animaux ». Pour Hecquet, médecin du prince de Condé, c'est le « broyement » qui était au départ de « toutes les digestions et toutes les coctions ». Commencé dans la bouche, il se poursuivait dans l'œsophage et augmentait dans l'estomac. Vieussens, médecin du roi, défendait fort logiquement les propriétés du levain de l'estomac. Quant à Helvétius il soutenait que c'est par les liqueurs que les aliments sont digérés, mais qu'ils ne pourraient en être pénétrés s'ils n'étaient auparavant broyés et triturés ». Ce qui n'était pas si mal observé ni si mal exprimé !

Mais à tout cela manquait la preuve expérimentale ; c'est Réaumur qui l'apporta dans « Mémoires sur la digestion des oiseaux » qu'il commençait de lire à l'Académie le samedi 18 mars 1752.

Réaumur, inventant à la lettre les « repas d'épreuve » faisait avaler à un dindon des boules de verre contenant quelques grains d'orge, des cylindres de verre, des tubes de fer blanc qu'il retrouvait, quarante-huit heures après, aplatis. Il avait l'idée de mesurer la force nécessaire à cet écrasement en construisant une tenaille faisant office de levier dont l'une des branches était serrée dans un étau et dont l'autre supportait des poids de grosseurs croissantes.

Restait à envisager l'action du « dissolvant » ; les grains d'orge crus ou cuits, enfermés dans les cylindres de verre étaient retrouvés intacts dans le gésier vingt-quatre heures après ; il fallait donc qu'ils fussent broyés pour être digérés. Réaumur décrivit ainsi l'appareil digestif des oiseaux. « La plupart des espèces d'oiseaux qui ont un gésier peuvent être regardés comme pourvus de trois estomacs : le premier est le jabot, le canal qui conduit les aliments du jabot au gésier est le second estomac, tapissé

(1) Jean Torlais. — Edit. Desclée et Brower, Paris.

de glandes fournissant une liqueur qui arrose les aliments ».

Enfin expérimentant sur une buse il fit avaler à cet oiseau de proie un petit tube de fer blanc ouvert aux deux bouts et garni de viande assujettie à son intérieur par un fil. Le lendemain matin, l'oiseau ayant vomi le tube, Réaumur retrouva celui-ci non déformé mais le morceau de viande réduit à un tiers de sa grosseur primitive et recouvert d'une espèce de bouillie.

Donc la viande pouvait être digérée dans l'estomac des oiseaux carnassiers sans avoir été broyée. Ce qui restait de viande n'était aucunement putréfié, ce qui contredisait la théorie de la putréfaction admise par certains.

Des os furent placés dans les mêmes conditions et également digérés.

Enfin Réaumur eut l'idée des repas d'épreuve complexes : dans un tube il insérait un morceau de mouton, un pois sec et trois grains d'orge ayant leur écorce ; au bout de quarante-huit heures, le pois et les grains d'orge étaient ntacts alors que la viande était en pâte digérée.

Non content de ces résultats Réaumur voulut étudier « *in vitro* » l'action de cette liqueur « qui agit en quelque sorte sur les chairs et sur les os comme l'eau régale agit sur l'or ». Il se servit d'une éponge pour s'en procurer, et arroser des morceaux de viande avec la liqueur qu'il avait pu recueillir. Mais les résultats furent incertains et ne purent prouver que le rôle antiseptique du suc gastrique.

Vingt cinq ans plus tard un médecin écossais, Hevens, ayant rencontré un sujet qui pouvait avaler des pierres et les rejeter, reprit les expériences de Réaumur avec des tubes garnis d'aliments et confirma chez l'homme les résultats obtenus par Réaumur chez des animaux.

Et Spallanzani, inspiré lui aussi par les mémoires de Réaumur, parvint, vingt cinq ans plus tard, à réaliser la digestion artificielle.

L'on est saisi d'admiration en voyant avec quelle rigueur toute moderne ce savant du XVIII[e] siécle savait expérimenter et observer.

Et c'est à bon droit que Claude Bernard, dans ses leçons sur les « Phénomènes de la vie » dit de Réaumur « qu'il a eu l'honneur d'ouvrir la voie dans la période expérimentale de la physiologie gastrique ».

G. LAVALÉE.

II

Nil novi sub sole

A deux reprises, dans des travaux publiés par la *Presse médicale* du 6 octobre 1934 et du 21 novembre 1936, MM. Pagniez, Plichet et Laplane, ont étudié l'épilepsie expérimentale dite de Brown-Séquard.

Qu'est-elle cette épilepsie de Brown-Séquard ?

En sectionnant le nerf sciatique d'un cobaye l'expérimentateur provoque l'aptitude épileptique ; un certain temps après cette section il apparaît sur la face et le cou du côté opéré une sensibilité spéciale, non douloureuse, telle que le pincement de cette région déclenche une crise d'épilepsie jacksonienne. Et Brown-Séquard de déduire : des lésions nerveuses, périphériques ou centrales, jouent un rôle dans la pathogénie de l'épilepsie.

Tous les physiologistes qui ont repris les expériences de Brown-Séquard n'ont pas obtenu des résultats identiques : l'épilepsie ne se révélait pas toujours. Les auteurs des deux études ci-dessus mentionnées ont serré le problème de plus près ; et sans avoir fourni une solution complètement satisfaisante ils ont posé des jalons précieux ; ils disent avec raison que les faits apportés par eux doivent être intégrés à toute future étude d'ensemble sur l'épilepsie.

Ils ont établi ceci : le cobaye dont le sciatique est coupé ne peut plus gratter le côté correspondant de son corps ; il en résulte une pullulation parasitaire ; et cette multiplication crée dans la région cervicale une zone épileptogène. En effet si par la tonte des poils ou par un épouillage chimique on débarrasse la bête de ses parasites, du même coup l'aptitude épileptique disparaît ; si encore pour des raisons mystérieuses les parasites refusent de proliférer sur tel cobaye la section de son sciatique ne déterminera aucune capacité épileptique.

Tels sont les faits. Ils apparaissent incontestables. Et les auteurs de conclure : l'épilepsie de Brown-Séquard n'est pas due à une lésion nerveuse ; elle relève d'une action parasitaire cutanée mal définie dans son essence ; c'est une « maladie à manifestations nerveuses et à poin de départ ectodermique. »

Fort bien ! Nous n'avons que des raisons de souscrire. Toutefois, malgré la déférence due à ces auteurs, à leurs travaux patients, à leurs efforts, je me permets de leur indiquer qu'avant eux on avait adopté une telle conclusion. Brown-Séquard lui-même aurait dû ou pu la connaître. Mais il est difficile de tout savoir ; notre capacité intellectuelle a des limites et la science est immense ; « plus de choses sont sur terre et dans le ciel que dans notre entendement ». Préhistoire et folk-lore sont de dates récentes et n'ont pas encore droit de siéger dans les programmes.

Lorsqu'il y a deux ans j'eus connaissance de la première étude de nos expérimentateurs

centemporains, je déclairai sans vergogne : « Mais je le savais depuis longtemps ».

Et en effet on le savait au Moyen-Age, dans l'antiquité grecque ; le «point de départ ectodermique» était connu dans les âges préhistoriques.

Notre éminent confrère, le Docteur Marcel Baudouin, me l'avait en effet appris ; et je devrais lui céder la plume pour développer comme il convient cette intéressante proposition.

Il en a donné l'essentiel dans deux articles :

1° Le symbolisme de l'Elan et l'origine de ses vertus thérapeutiques. *Concours Médical* du 15 février 1925.

2° Pourquoi la maladie d'Hercule peut être guérie par le pied d'Elan. *Concours Médical* du 7 juin 1925.

Et que dit Marcel Baudouin ?

Il nous cite Pomet, son *Histoire générale des drogues* parue en 1693, où l'on apprend qu'autrefois on utilisait l'onglon du pied gauche de derrière de l'Elan pour guérir l'épilepsie, c'est-à-dire la maladie d'Hercule. « Et on raconte que cet onglon d'Elan guérissait, parce que cet animal est sujet à des attaques épileptiformes et que pour se soigner il se grattait l'oreille gauche avec le pied.... » (1). On saisit l'analogie avec le cobaye de Brown-Séquard. Le grand Hercule était épileptique, chacun le sait ; et vu la nature de ses exploits on peut supposer qu'à l'origine de son mal il y avait quelque traumatisme crânien ; mais ce n'était peut-être qu'un hirsute pouilleux. Quoi qu'il en soit, son mal comitial fut guéri par l'ongle de pied d'Elan. Et Marcel Baudouin en déduit, par des coupements qui nous entraîneraient bien loin dans l'astronomie et la préhistoire, que le mythe herculéen remonte au moins à l'âge du cuivre ! Brown-Séquard, Pagniez et autres étaient loin de soupçonner qu.à une époque si reculée leur problème avait reçu solution.

Né au cuivre, et dans les régions nordiques où la Grande Ourse ne se couche jamais, le mythe d'Hercule a été importé en Grèce par les Scythes.

Et la légende grecque d'Hercule guéri par l'ongle du pied d'Elan a passé au Moyen-Age. On enchâssait autrefois ces onglons dans des anneaux ; on en faisait des bracelets contre le mal caduque, pendeloques guérisseurs de convulsions

Dans l'inventaire de Mazarin on mentionne les *raclures de pied d'Elan, les sabots d'Elan* (2).

(1) La préhistoire de la Grande Ourse, par Marcel BAUDOUIN.
(2) NOIR. — *Concours Médical* du 11 mai 1924.

P. Sédillot, *in* Folklore de France, signale qu'en Sologne, vers 1840, les gens utilisaient un pied d'Elan à titre préventif contre les convulsions. Ce talisman serait encore connu dans le Berry sous le nom de Pédelan.

Le Docteur Noir a montré qu'actuellement l'Elan a été remplacé par le Chevreuil. Et Marcel Baudouin précise que cette substitution est due au fait que le Chevreuil a remplacé l'Elan comme totem à une date récente, à l'époque gauloise, du moins dans l'ouest de la France ; l'ayant remplacé comme totem il le remplace aussi comme talisman thérapeutique.

M. Pagniez et ses collaborateurs devront donc accepter comme devanciers les ancêtres de l'âge du cuivre. Marcel Baudouin voudra peut-être me corriger ; il me dira qu'il n'y a pas de commune mesure entre eux, que Brown-Séquard et Pagniez sont des hommes de science et nos ancêtres de la préhistoire pas du tout ; à l'origine de la thérapeutique, dira-t-il, il y a la mythologie, le totem ; les anciens en utilisant la corne de Cerf et le pied d'Elan n'agissaient pas en scientifiques ni en empiriques ; leur mobile était d'essence religieuse ; les devins et les féticheurs furent les premiers médecins Et dans ce sens ils n'étaient nullement des précurseurs de nos modernes savants. D'accord certes.

Mais j'ajoute une observation qui m'est suggérée par Fustel de Coulanges. Cet auteur, je devrais dire ce génie, a longuement développé dans sa *Cité antique* une idée, une remarque, un fait d'observation ; tel geste rituel se trouve à l'origine de telle pratique familiale, morale ou sociale, de telle loi organique des Etats ; le sens du geste originel a été perdu depuis de longues générations ; mais le geste se perpétue et il est parfois générateur d'effets considérables.

L'Elan totem est certes à l'origine de la corne thérapeutique du Moyen-Age, confirmant la loi de Fustel. Et jusqu'à quel point cette corne d'Elan curatrice de l'épilepsie n'est-elle pas à l'origine des travaux de Brown-Séquard sur l'épilepsie, des études si récentes de Pagniez et de ses collaborateurs ? Pour avoir substitué un cobaye à l'Elan n'étaient-ils pas obéissants à un mystérieux atavisme qui les mouvait selon la dite grande loi de Fustel de Coulanges ?

Dr VOURCH.

APPLICATION DE L'ARTICLE 64 DE LA LOI DES PENSIONS

Une protestation justifiée de la Commission tripartite d'Eure-et-Loir

Si les abus commis par les médecins, les pharmaciens et les pensionnés ont été largement signalés et sanctionnés, il est juste de faire connaître aussi les méfaits administratifs. La loi, la jurisprudence, les arrêts du Conseil d'Etat restent trop souvent lettres mortes et les règles les plus élémentaires du droit de la défense sont dédaignés dans l'application de l'article 64 de la loi des pensions.

La motion suivante que nous recevons d'Eure-et-Loir et l'exemple d'un abus sanctionné en sont la preuve. Cette motion, exprimée en termes très dignes, mais en même temps très énergiques, devraient donner à réfléchir à ceux qui ont le souci de faire appliquer la loi.

J. N.

Motion adoptée par la Commission tripartite départementale d'Eure-et-Loir et envoyée à tous les secrétaires des Commissions départementales :

« Les représentants des pensionnés de guerre à la Commission de contrôle des soins médicaux gratuits (art. 64), après avoir pris connaissance des observations faites par le ministre des Pensions, dans sa dépêche du 16 décembre 1936, n° 121.234, relativement aux soins donnés par les docteurs...............................

....

sont unanimes pour demander que la protestation suivante soit insérée dans le procès-verbal de la séance de la Commission de contrôle du 30 décembre dernier :

« Les représentants des pensionnés de guerre à la Commission de contrôle des soins médicaux gratuits (art. 64).

Considérant que la Commission d'Eure-et-Loir, composée de membres consciencieux et dévoués, examine très attentivement les mémoires présentés par les médecins et les pharmaciens et qu'elle n'hésite pas à faire toutes recommandations utiles aux praticiens qui, dans l'exercice de leur profession, ne font pas une application rigoureuse et rationnelle des dispositions réglementaires de l'article 64 (loi du 31 mars 1919) ;

Considérant que, par un contrôle effectif et l'envoi de nombreuses instructions aux médecins et pharmaciens, la Commission a obtenu une juste application des soins médicaux gratuits et pris, en temps opportun, des sanctions en vue de combattre et d'éviter tous abus ;

Considérant que les décisions de la Commission sont animées par le souci constant d'économiser les deniers de l'Etat tout en permettant aux pensionnés de guerre d'obtenir les soins nécessités par leurs blessures et leurs maladies résultant de la guerre ;

s'élèvent vigoureusement contre les remontrances continuelles de l'Administration centrale qui, en mécontentant, pour des peccadilles, un Corps médical dévoué, consciencieux et honnête, risquent de créer de multiples difficultés aux grands mutilés et malades de guerre qui souffrent des affections pour lesquelles ils sont pensionnés ;

déclarent que, si ces remontrances doivent se continuer à la même cadence et pour des motifs aussi injustifiés que ceux invoqués dans la dépêche ministérielle précitée, ils estimeront que leur présence à la Commission est parfaitement inutile et se trouveront dans l'obligation, afin de pouvoir défendre les droits sacrés de leurs mandants, de reprendre leur liberté d'action en démissionnant de cet organisme départemental de surveillance dont l'activité et le contrôle rigoureux sont trop souvent contestés et méconnus par l'Administration des pensions.

Exemple d'abus sanctionné

Ch. (Marcel), mutilation étendue de la face, 90 %.

D'abord pensionné à 80 %. En janvier 1926, s'adresse au Centre d'appareillage pour obvier à la perte continuelle de salive. Réponse : inappareillable.

La Commission départementale constate à cette époque que le blessé s'est jusqu'alors servi à ses frais, de pansements à tissu caoutchouté (depuis 1919) et que la raison financière l'a incité à recourir aux soins gratuits pour fourniture de draps d'hôpital. Autorise cette fourniture avec les autres objets de pansements.

En 1929, le médecin traitant certifie que le blessé à des plaies de la face, continuant à donner de la sérosité ou du sang, que les mêmes pansements sont indispensables.

Et ainsi de contrôle et d'ordonnances jusqu'en février 1937. Le mutilé vit toujours et la Commission supérieure saisie par appel du ministre du mémoire du médecin et de ses ordonnances constate :

Mutilation étendue de la face, 90 %.

Nombreux objets de pansements sans justification.

Deux draps hôpital double face 0.90 × 0.65, hors du droit : 29 francs.

Retenue de 29 francs pour ce drap et sanction pour actes médicaux de ce genre.

Sans commentaires.

LE RÉGIME FISCAL DES ASSURANCES SUR LA VIE

M. le Docteur Denier nous a signalé un article de *Paris Médical* dans lequel M. Jean Cotton attire l'attention de ses lecteurs sur les conséquences fiscales que présentent les assurances sur la vie souscrites par le mari au profit de sa femme.

Nous avions déjà traité ce sujet dans le *Concours Médical* à la fin de 1933 et nous concluions : s'il est vrai que le domaine fiscal demeure régi par les lois qui lui sont propres, il est non moins vrai qu'en matière d'enregistrement le droit fiscal s'appuie sur le droit civil et qu'on ne peut percevoir l'impôt de mutation par décès sur des biens ne faisant pas partie d'une succession.

Cette thèse était alors si justifiée que l'Administration de l'Enregistrement a cru bon de faire modifier la législation existante.

C'est ce qui a donné lieu à l'article 65 du décret de codification du 27 décembre 1934, ainsi conçu :

« Sont considérés, pour la perception du droit de mutation par décès, comme faisant partie de a succession d'un assuré, sous la réserve des droits de communauté, s'il en existe une, les sommes, rentes ou émoluments quelconques dus par l'assureur, à raison du décès de l'assuré ».

Les bénéficiaires à titre gratuit de ces sommes, rentes ou émoluments sont soumis aux droits de mutations, suivant la nature de leurs titres et leurs relations avec le défunt, conformément au droit commun.

Cette disposition n'est pas applicable lorsque l'assurance a été contractée à l'étranger et que l'assuré n'avait en France, à l'époque de son décès, ni domicile de fait, ni domicile de droit.

La loi ne vise que les bénéficiaires *à titre gratuit*, par conséquent, si ledit bénéficiaire payait lui-même les primes, la somme versée au décès de l'assuré ne pourrait être regardée comme faisant partie de la succession de ce dernier.

Mais, par contre, en cas de décès du souscripteur qui aura versé les primes, la valeur de rachat de la police au jour du décès constituera un élément de l'actif successoral du défunt.

A.-S. Martinot,
Conseils fiscaux du « Sou Médical »

MUTUALITÉ FAMILIALE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Réunion complémentaire de la séance trimestrielle de fin décembre 1936

Cette réunion s'est tenue le 4 février 1937, à 15 h. 30, sous la présidence du Docteur J. Noir.

Etaient présents : Docteur J. Noir, président ; Docteurs Vimont et O'Followell, vice-présidents ; Docteur Fischer, trésorier ; M. Jean Mignon, trésorier-adjoint ; Docteur Mignon, secrétaire général ; M. Collomb, actuaire, assiste à la séance.

1° Le Conseil vote les indemnités suivantes à MM :

Docteurs : Guignot (Vaucluse), fr. 50. — Lefebvre (Aube), fr. 390. — Pichard (Eure), fr. 100. — Seillon (Var), fr. 350. — Turcry (Pas-de-Calais), fr. 550. — Ferrand (B.-du-Rhône), fr. 300. — Gustin (Vendée), fr. 310.

Ces indemnités étant à cheval sur les deux exercices 1936 et 1937, la part se rapportant au mois de janvier 1937 devra être ratifiée à la prochaine réunion du Conseil.

2° Le Conseil vote les nouvelles admissions suivantes dont les dossiers étaient incomplets fin décembre :

Combinaison 50

2059 Theaudière, Clérey (Aube).

Retraite P

434 Barbaro, Brest. — 435 Barbaro (Mme), Brest. — 436 Roussel (Mme), (Bray-sur-Somme).

Retraite R

425 Bonifay, La Seyne-sur-Mer. — 426 Lavalée, Fontenay-sous-Bois. — 427 Roussel (Mme), Bray-sur-Somme.

3° Le Conseil autorise ensuite les passages suivants :

André, Auteuil, passe de la combinaison 50 à 75; Breger, Angers, passe de la combinaison 10 à 75 ; Chaffardon, Goncelin, passe de la combinaison 50 à 75 ; Cheynel, Tournon, passe de la combinaison 30 à 50 ; Cochet-Balmey, St-Etienne, passe de la combinaison 50 à 75 ; Colson, Nancy, passe de la combinaison 50 à 75 ; Duvernoy, Charmes, passe de la combinaison 20 à 50 ; Haton, Paris, passe de la combinaison 50 à 75; Hinschberger, Sarrebourg, passe de la combinaison 50 à 75 ; Hulin, Conlie, passe de la combinaison 50 à 75 ; Kalt Paris, passe de la combinaison 50 à 75 ; Roussel (Bray-sur-Somme), passe de la combinaison 50 à 75.

4° Le Secrétaire général, Docteur Mignon, expose au Conseil que, ne pouvant plus pour raisons personnelles, assurer la charge du secrétariat, il se voit obligé de donner sa démission pour prendre date du 1er avril prochain.

L'ordre du jour épuisé, la séance est levée à 18 heures.

Le secrétaire général,
Dr H. Mignon.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Cours de clinique des maladies cutanées et syphilitiques** (Hôpital Saint-Louis). — M. le Professeur H. Gougerot, médecin de l'hôpital Saint-Louis, continuera ses cliniques aux dates suivantes, les mardis à 11 heures, à l'amphithéâtre Louis Brocq de la Clinique, et les mercredis soirs à 20 h. 30. à la consultation de la Porte à l'hôpital Saint-Louis.

Les traitements des grandes dermatoses : L'indispensable en dermatologie avec présentation de malades et de moulages, projections. — Mardi 20 avril : Méthodes d'examen. Règles des traitements externes ; les erreurs graves à éviter en dermatologie. — Mercredi 21 et mardi 27 avril : Formulaire dermatologique. — Mercredi 28 avril : Traitements externes des eczémas et des dermatoses irritables. — Mardi 4 mai : Traitements internes des eczémas : Désensibilisation, etc. — Mercredi 5 mai : Traitements locaux des lupus tuberculeux et érythémateux. — Mardi 11 mai : Traitements généraux des tuberculoses cutanées. — Mercredi 12 mai : Traitements des mycoses profondes. — Mardi 25 mai : Nouveaux traitements du psoriasis. — Mercredi 26 mai : Traitements des épidermo-mycoses : les complexes des plis, des plantes, etc. — Mardi 1er juin : Diagnostic et traitements de la lèpre. — Mercredi 2 juin : Traitements des pyodermites : vaccins, bactériophages, etc. — Mardi 8 juin : Traitements des érythrodermies. — Mercredi 9 juin : Nouveaux traitements des dermatoses bulleuses. — Mardi 15 juin : Diagnostic et traitements des dermo-épidermites microbiennes. — Mercredi 16 juin : Nouveaux traitements des prurits, lichens, urticaires, etc. — Mardi 22 juin : Traitements des alopécies et des pelades, des hypertrichoses et des dermatoses inesthétiques. — Mercredi 23 juin: Traitements des séborrhées de la face, du cuir chevelu et des acnés. — Mardi 29 juin : Traitement de la gale et des pédiculoses. — Mercredi 30 juin : Traitements des cancers cutanés.

Horaire de la clinique : Les mardis : Consultation de la Porte, à 9 heures, par les assistants, présentation de malades, à 9 h. 30, par le professeur. Leçon clinique à 11 heures, à l'amphithéâtre Louis Brocq. — Les mercredis : Visite des salles du pavillon Bazin, à 10 heures. Physiothérapie et petites opérations, à 9 h. 30, au Pavillon Bazin : Salles Henri-Dominici. — Les mercredis soirs, à la consultation de la Porte, policlinique à 20 h. 30 et leçon clinique à 21 h. 30. — Les jeudis indiqués ci-dessous : Etudes de questions d'actualité par des spécialistes de chaque question, à l'amphithéâtre Fournier de la clinique, à 10 heures. — Les vendredis : Policlinique par le Professeur à l'amphithéâtre Brocq du nouveau dispensaire, à 10 heures.

Les jeudis de la clinique de Saint-Louis fondés sous le patronage de L. Brocq : Etudes de questions d'actualité à l'amphithéâtre A. Fournier de la clinique, à 10 heures. 26 avril, Professeur Joyeux, de Marseille : Les manifestations cutanées des leishmanioses viscérales. — 27 mai, Professeur Favre, de Lyon : Les syphilis musculaires. — 3 juin : M. Raymond Barthélemy, ancien chef de clinique : L'acnitis de Barthélemy. — 17 juin, M. Paul Blum, assistant : Syphilis de l'ovaire. — 24 juin M. Giraudeau, chef du service de radiologie de la clinique : Physiothérapie indirecte des dermatoses. — 1er juillet, M. Jean Meyer, chef du service de physiothérapie de clinique : Physiothérapie des staphylococcies cutanées.

— **Cours de pathologie chirurgicale.** — M. Sénèque, agrégé, a commencé le cours de pathologie chirurgicale le lundi 1er mars 1937, à 17 heures (petit amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Programme : Parois de l'abdomen, estomac, foie, pancréas.

— **Cours de stomatologie.** — M. le Docteur Ch. Ruppe, chargé de cours, commencera le cours de stomatologie, le lundi 5 avril 1937, à 18 heures (salle de thèses n° 2), et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Objet du cours : Pathologie bucco-dentaire.

— **Chaire d'hydrologie et climatologie thérapeutiques.** (Professeur : M. Maurice Villaret). — M. L. Justin Besançon, agrégé, commencera ses conférences du semestre d'été le jeudi 22 avril 1937, à 10 h. 30, à l'amphithéâtre de la clinque médicale de l'hôpital Cochin (Professeur Marcel Labbé) et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

Sujet des dix conférences sur les actualités d'hydroclimatologie clinique : Acquisitions récentes dans le traitement thermal et climatique des maladies de la nutrition, du foie et de l'appareil digestif.

— **Conférences d'hygiène et médecine préventive.** — M. Pierre Joannon, agrégé, a commencé ses conférences le mardi 16 mars 1937, à 17 heures, au Grand amphithéâtre de l'Ecole pratique et les continuera les jeudis, samedis et mardis, à la même heure.

Sujet des conférences : Prophylaxie des maladies infectieuses. Hygiène sociale, hygiène urbaine.

— **Chaire de bactériologie.** (Professeur : M. Robert Debré). — Le Docteur Gastinel, agrégé, a commencé ses conférences, et les continuera à partir du 6 avril, les mardis jeudis, samedis, à 17 heures, à l'amphithéâtre Vulpian.

Sujet des leçons : Les principales bactéries pathogènes pour l'homme (révision du cours de bactériologie).

— **Cours de pathologie chirurgicale.** — M. Wilmoth, agrégé, commencera son cours le lundi 3 mai 1937, à 17 heures et le continuera les mercredis, vendredis et undis suivants, à la même heure, au Petit amphithéâtre de la Faculté.

Programme : Pathologie chirurgicale du membre inférieur.

— **Cours de parasitologie et histoire naturelle médicale.** — (Professeur : M. E. Brumpt). — M. le Professeur G. Lavier, de la Faculté de médecine de Lille, chargé d'enseignement, a repris le cours de parasitologie et histoire naturelle médicale (deuxième semestre), au Petit amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les mardis, jeudis et samedis, à 16 heures.



HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers

— **Concours de l'externat.** — *Liste par ordre de mérite des candidats reçus au concours de l'externat* 1936-1937 : MM. Royer, 60 ; Le Bigand, Alloiteau, 59 ; Stepanoff, Bach, 56,5 ; Mlle Narlian, M. Blancard, 56 ; M. Marche, 55,5 ; MM. Henry, Caplier, Borniche, 55 ; MM. Germond Braillon, 54,5 ; M. Champagne, 54 ; MM. Savouret, Ponsar, Devimeux, Mlle Bourget, 53,5 ; MM. Albon, Bergeron, Medvedeff, Sissmann, Dausset, 53 ; MM. Guy, Cordier, Delater, 52,5 ; MM. Krajevitch, Gibert, Attal, Scherrer, 52 ; MM. Lallemant, Chapelet, Mlle Ferrié, M. Roman, 51,5 ; MM. Couleru, Bouttier, 51 ; MM. Schapiro, Brac, Mouzon, Perissel Guézou, 50,5 ; MM. Caballero y Monteagudo, Brille, Pichot de Champfleury, Hardre, Tricard, Millet, Joly, Joué, Flabeau, Hertz, Kœnig, 50 ; MM. Escomel, Machoire, Mme Filhoulaud, MM. Chaudouet, Jourdan-Laforte, Aublin, Leger, Fues, Bailly, Solal, Loygue, Mlle Grout, M. Dubarry, 49,5 ; MM. Sapir, Keruzoré, Jouve, Brandon, Mlle Ravet, M. Daudet, Mlle Noufflard, MM. Nespoulous, Auquier, 49 ; MM. Cousin, Benidir, Mlle Dehennot, MM. Pnardon, Iagellos, Forgeois, Moulle, Nehlil, Mintz, Duthuit, 48,5 ; Mlle Bousquet, Schauvingt, M. Le Naour, Mlle Klein, M. Descubes, Mlle Bagzadian, MM. Foulon, Hartmann, Kahn-Bruker, Barbier, Biro, 48 ; MM. Manrel, Guy, Meunier, Bory, Boitard, Palacci, Mlle Sikorav, 47,5 ; MM. Fourney, Chaignon, Giudicelli, Morat, Perraudin, Binquet Stagé, Legendre, Le Bourg, 47 ; MM. Samama, Talbot, Congé, Radjaï, Sevestre, Badin, Chaltiel, Mlle Bénézit, MM. Carraud, Lavergne, 46,5 ; MM. Hechevarria, Vaillant, Ichal, Djuvara, Bokser, Mme Demassieux, MM. Van Quthen, Yaïch dit Jaïs, Lacrosaz, Mlle Douroff, MM. Kerschen, Metropolitinski, Mlle Chaillet, M. Edehmann, 46 ; MM. Blanchet, Schuster, Lacour, Mlle Puget, MM. Girard, Cuenca, Corcos, Hans, Perrier, Denis, Drain, Narevsky, Flouquet, Maurice, Monod, Michon, 45,5 ; MM. Vesyi, Méplin, Viard, Zarrabi, Gallant, Fouks, Bernard, Mlle Longeaux, M. Rousset, Mlle Bourbon, MM. Goltz, Sebilotte, Mlle Chevaillier, MM. Sénécal, Foix, Mlle Brissy, M. Gerbaux, 45 ; Mlle Duchamp, MM. Loupias, Halberstadt, Guegan, Simon, Maigne, Rouault de la Vigne, Cayé, Chapuis, Duhamel, Mlle Vettier, MM. Bessis, Lavarde, 44,5 ; MM. Karcher, Gilbert, Dezarnaulds, Mlle Mossel, MM. Holleville, Carillo-Maurtua, Joannès, Mlle Duboin, MM. Rousseau, Estève, Bourdy, Pitollet, Deniziaut, Nalpas, Taïeb, 44 ; MM. Rojas y Lopez, Russak, Bakhchayech, Fouassin, Amirian, Martinet, Renault, Roy, François, Narboni, Mlle Colombe, MM. Pouponneau, Duhamel, Dupré, Tibi, Chateau, Thierry, Richet, Mlle Mirès, M François, 43,5 ; MM. Nicolaïdès, Cottard, Mariage, Mlles Vanhulle, Masson, MM. Anghert, Devraigne, Malekzadeh-Milani, Lallemend, Verdier, Michaud, Kalmar, Mlle Labonde, MM. Calvo-Blatero, Schaap, Laroche, 43 ; MM. Ponpon, Eydieux, Lévy, Lachovsky, Poirier, Tallet, Milstein, Peiffert, Perrotin, Mlle Lorton, M. Legendre, Mlles Redonnet, Bénard, M. Bour, 42,5 ; MM. Detré, Durnerin, Hô-Vinh-Thong, Sevaux, Berthi, Mlles Candau, Marc, MM. Warmé, Coriat, Valentin, Gonault, Libarelli, Sissmann, Lioubtchansky, Mlle Denis, MM. Cacault, Poncet, Poulain, 42 ; MM. Badie, Lanchon, Nguyen-Khac-Than, Drouin, Boursault, Gandelon, Follin, Divisia, Dumas, Boutbien, Gautier, Dupin-Girod, Mlle Allry, MM. Noal, Chtelain, 41,5 ; MM. Racovsky, Chauvisé, Mme Baumann, Mlle Roissart de Bellet, MM. Grünwald, Cardon, Pichereau, Mlle Gavritenko, MM. Buriat, Seiffert, Sersiron, Sethian, Crabol, Baudy, Choubrac, Bignon, 41 ; MM. Toguias, Lévy, Fabre, Nataf, Lec, Attuil, Favre, Wachtel, Garmd, Jouhaneaud, Mlle Kniazeff, MM. Hallot-Boyer, Barbier, Nebout, Wollmann, 40,5 ; MM. Broutin, Cuche, Collet, Mlle Germin, MM. Boschatel, Moncany, Mazillier, Mariux, Goust, Lustak, Lieurade, Pellot, Pertusier, Mlle Proux, MM. Souffrin, Duboit, Tarane, Rey, 40 ; Blériot, Bendit, Giron, Erlich, Seibel, Mme Surleau, MM. de Kermerc'hou de Kerautem, Zyngerman, Dubois, Bey, Jacob, Mlle Alhine, M. Leroy, Mlle Caussé, MM. Lehec, Tillequin, Maugeais, Desjaeux, 39,5 ; Mlle Koo, MM. Farzad, Mion, Mlle Meslin, MM. Denvil, Galopeau, Mlle Dufresne, M. Tillet, Mlle Ligon, MM. Brll, Devaulx, Charnel, Saint-Hilier, Babri, Picot, Lefébure, Harlez, Auvert, Chevallier, Etienne, Legrand, Mlles Chassing, Lagroua, Buottin, MM. Canivet, Guinard, Monié, 39.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* **Dernières Nouvelles** *en tête des* « **Demi-Colonnes** »)

— **XVIIe Congrès international d'anthropologie et d'archéologie préhistorique et VIIe assemblée générale de l'Institut international d'anthropologie.** — La VIIe Session de l'Institut international d'anthropologie et le XVIIe Congrès international d'anthropologie et d'archéologie préhistorique auront lieu en Roumanie, à Bucarest, du 1er au 8 septembre 1937, au Palais de la Faculté de droit (boul. Elisabeta).

Les adhésions à la session, les titres des communications ainsi que les demandes de renseignements seront adressés : soit au secrétaire général du Congrès, Prof. Nicolas Minovici, Institut médico-légal, à Bucarest, soit au secrétariat de l'Institut international d'anthropologie, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, à Paris.

Le Gérant : R. Thiron

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

Réponse. — Réponse affirmative. D'après le règlement intérieur modèle des hôpitaux du 15 décembre 1899, la Commission administrative d'un établissement hospitalier peut conclure un arrangement avec un pharmacien de la localité. Il n'y a pas d'empêchement à ce que cet arrangement soit continué par tacite reconduction. Il est à noter que le choix du pharmacien est de la compétence de la Commission administrative de l'hôpital, et non du Conseil municipal. (*J. O.*, 19 février 1937).

Titres nécessaires à un étudiant en médecine pour faire son service militaire comme officier

2023. — M. Florimond Bonte demande à M. le ministre de la Défense nationale et de la Guerre : 1° Les diplômes ou les titres nécessaires à un étudiant en médecine pour faire son service militaire comme officier de santé ; 2° si le titre d'interne des Asiles d'aliénés de la Seine, de l'infirmerie spéciale des aliénés près la préfecture de police et de l'hôpital Henri-Rousselle (service de prophylaxie mentale) lui confère ce droit. (*Question du* 15 *janvier* 1937).

Réponse. — 1° Docteur en médecine ou interne titulaire des hôpitaux d'une ville de faculté détenteur de seize inscriptions validées. Les nominations sont fonction du classement obtenu à l'examen de fin de cours du peloton des élèves officiers de réserve et des crédits budgétaires accordés ; 2° réponse négative. (*J. O.*, 3 février 1937).

Conditions de prise en charge d'une cure thermale par une Caisse d'assurances sociales

2040. — M. Vardelle demande à M. le ministre du Travail si une Caisse primaire d'assurances sociales est fondée à refuser de payer les prestations « maladie » à un assuré obligatoire qui fait une cure thermale, sous le prétexte que son affection est antérieure à l'application de la loi sur les Assurances sociales. (*Question du* 15 *janvier* 1937.)

Réponse. — Il y a lieu de distinguer suivant que la période de maladie, faisant suite à la maladie primitive, et au cours de laquelle une cure thermale est nécessaire, est ou non antérieure à l'application des Assurances sociales. Si elle est postérieure à cette application, la question posée par l'honorable député comporte une réponse négative sous réserve : 1° que la Caisse d'assurance ait accepté la prise en charge de la cure thermale dans les conditions fixées par son règlement intérieur ; 2° que l'assuré justifie du minimum de versements exigé par les périodes de référence précédant la première constatation médicale de la période de maladie en cours. (*J. O.*, 21 février 1937).

Les séances de rééducation n'incombent pas aux Caisses d'Assurances sociales

2196. — M. Peissel demande à M. le ministre du Travail : 1° Si un enfant muet de naissance, né le *20 février 1932, peut bénéficier des prestations « Assu-*

rances sociales » pour son infirmité ; 2° si, en particulier, le médecin ayant prescrit des séances de rééducation, la Caisse peut rembourser une partie de ces frais et dans quelle limite. (*Question du* 28 *janvier* 1937).

Réponse. — 1° L'enfant dont il s'agit, né muet le 20 février 1932, pouvait obtenir, du chef de son père ou de sa mère, assuré social, les prestations de l'assurance-maladie, pour les soins que son état nécessitait ; 2° les séances de rééducation ne rentrent pas dans la catégorie des frais énumérés au paragraphe premier de l'article 6 du décret-loi susvisé et remboursables au titre des Assurances sociales.

(*J., O.*, 26 février 1937).

Nomination à un autre poste d'un médecin d'asile public d'aliénés

1829. — M. Le Maux demande à M. le ministre de la Santé publique si une Société capitaliste, propriétaire d'un Asile public d'aliénés, peut relever de ses fonctions un médecin du cadre des Asiles publics nommé à son poste par arrêté ministériel en date du 7 juin 1935, afin de le remplacer par un médecin agréé par le ministère, alors que le décret du 8 janvier 1922 exige que les Asiles privés, faisant fonction d'Asiles publics, aient au moins un médecin du cadre des Asiles publics, nommé et non agréé par le ministère. (*Question du* 23 *décembre* 1936).

Réponse. — Dans le cas d'espèce auquel fait allusion l'honorable parlementaire, le médecin dont il s'agit n'a pas été relevé de ses fonctions par les soins de la société privée qui l'employait. Ayant exprimé lui-même le désir d'être nommé à un autre poste, il bénéficie intégralement de son traitement jusqu'à ce qu'il ait obtenu ce poste. (*J. O.*, 27 février 1937).

Dispense du délai d'attente pour exercer la médecine Médecin naturalisé et marié à une Française

1698. — M. Monnerville demande à M. le ministre de la Justice si un étranger, en cours d'études, le 21 avril 1933, et ayant demandé sa naturalisation avant la promulgation de la loi du 26 juillet 1935, marié en France le 4 février 1936 à une Française, qui a conservé sa nationalité, est dispensé du délai d'attente prévu par la loi. (*Question du* 12 *décembre* 1936).

Reponse. — Aux termes de l'article 7, alinéa 6, de la loi du 26 juillet 1935 relative à l'exercice de la médecine et de l'art dentaire : « Seront dispensés du délai d'attente prévu aux alinéas 2 et 3 du présent article, les etrangers qui étaient en cours d'études médicales le 21 avril 1933 et qui, avant la promulgation de la loi, ont demandé leur naturalisation et se sont mariés à des Françaises ayant conservé leur nationalité. » L'étranger signalé par l'honorable député ne paraît pas pouvoir invoquer le bénéfice de ce texte puisque son mariage est postérieur à la promulgation de la loi. (*J. O.*, 6 *mars* 1937).

Docteur Pierre PECKER
(1866-1937)

La lutte contre la maladie évitable et la mort prématurée, c'est le titre d'un ouvrage que M. le Docteur Pecker, assis à sa table de travail, était en train de mettre au point, au moment où la mort l'a terrassé. Ainsi s'est terminée la vie d'un homme qui, jusqu'à la dernière minute, a rempli son magnifique rôle de volontaire infatigable au service d'une cause dont il a été un promoteur hardi et désintéressé.

Croisade sanitaire, action médico-sociale, campagne d'assainissement, tous ces termes, et tant d'autres, pourraient être utilisés pour montrer l'ampleur des idées neuves et originales, défendues par Pecker, un simple praticien qui, sans occuper une situation officielle, sans renoncer à sa dure tâche quotidienne, poursuivie auprès d'une clientèle la plupart du temps humble et modeste, a su prendre des initiatives heureuses, véritables modèles de genre. Leur répercussion a été grande, et nous sommes encore loin du moment où l'on aura épuisé toutes les possibilités, entrevues par le véritable maître ès-sciences médico-sociales.

Rappelons que c'est en 1897 que Pecker et sa femme ont fondé à Maule (Seine-et-Oise), une œuvre de protection des mères et des enfants : « l'Association des Dames mauloises » qui fut la première à réaliser, en France, l'assistance scientifique à domicile. Le Professeur Pinard faisant connaître, en 1899, cette œuvre à l'Académie de médecine, a dit : « l'Assistance maternelle, ainsi conçue, ainsi réalisée, me paraît être, à tous les points de vue, — et j'ose espérer que l'Académie partagera mon opinion — une des plus belles manifestations de solidarité sociale. Je souhaite que bientôt, dans chaque ville et village de France, il y ait une Société des Dames mauloises ».

L'espoir de Pinard n'a pas été déçu, et rien qu'en Seine-et-Oise, plus de 62.000 mères ont été assistées suivant les principes du Docteur Pecker.

Le « moniteur d'hygiène », préconisé par le Professeur Calmette, dès 1902, à Lille, pour lutter contre la tuberculose, l' « assistante sociale », la « visiteuse d'hygiène » dérivent de l' « ambulancière communale » du Docteur Pecker. La liste est d'ailleurs longue des œuvres subventionnées par le ministère de l'Intérieur, qui ont adopté son programme d'assistance et de préservation maternelle et infantile.

A côté de la protection maternelle et infantile, Pecker préconisait l'assistance scientifique à domicile, qui peut rendre, non seulement dans la lutte contre la mortalité infantile, mais aussi dans la lutte contre la tuberculose, les maladies

vénériennes, et, d'une façon plus générale, à l'organisation d'une médecine sociale, destinée à préserver et à accroître les forces vives du pays.

Le Professeur Gougerot, de la Faculté de médecine de Paris, étudiant l'œuvre du Docteur Pecker et son utilisation pour la lutte antivénérienne ,terminait son article en disant : « Pecker est un bienfaiteur de l'humanité ; il a su agir, et il a réussi ; imitons son exemple et adaptons son œuvre à la prophylaxie sanitaire. »

Homme d'action avant tout, Pecker savait merveilleusement manier la plume pour défendre ses idées. Citons, en plus de ses innombrables articles, le livre sur la puériculture, publié en 1904. Cet ouvrage est connu de tous ceux — et leur nombre devient chaque jour plus imposant — qui mettent la puériculture au centre de leurs préoccupations, qui la considèrent, à juste raison, comme la base fondamentale de toute politique sanitaire rationnelle.

Dans les Sociétés scientifiques et aux Congrès, la voix de Pecker était toujours écoutée avec attention. A l'assemblée générale du 18 décembre 1929 de la Société internationale pour l'étude des questions d'assistance, consacrée aux rapports de Pecker sur « l'ambulance communale de santé et de prophylaxie », le président conclut :

« M. le Docteur Pecker est un apôtre et un pré-« curseur. C'est grâce à ses efforts que le départe-« ment de Seine-et-Oise possède maintenant une « organisation complète de protection mater-« nelle et infantile, calquée sur celle créée par « lui à Maule, ayant pour animatrice Mme Pecker « dont le nom mérite d'être à l'honneur aux « côtés de son mari. Pour arriver à cette réalisa-« tion, il a fallu que le Docteur Pecker lutte « longtemps ».

Les conclusions du rapport du Docteur Pecker, appuyées par M. Leredu, ancien ministre de la Santé publique, furent unanimement recommandées à toutes les préfectures de France.

En 1932, au Congrès international de protection maternelle et infantile, le Docteur et Mme Pecker, à la suite de leur rapport sur l'assistance médicale gratuite, présentaient un vœu, adopté à l'unanimité en faveur de l'extension de l'Assistance scientifique à domicile.

Chevalier de la Légion d'honneur depuis 1923, le Docteur Pierre Pecker avait reçu plusieurs récompenses de l'Académie de médecine : prix Vermois en 1899, médaille d'argent en 1900, médaille de vermeil en 1901, rappel de médaille de vermeil en 1904 et 1930. L'Académie des Sciences morales et politiques lui a décerné la médaille d'or du prix Audéoud, en 1900, etc...

Rappelons, enfin, qu'au début de la guerre, le Docteur Pecker, âgé de 48 ans, avait sollicité sa réintégration dans les cadres. Etant médecin chef du dépôt de convalescents du Casino de la

Forêt, à Arcachon, il a suscité la création du foyer du soldat au profit des convalescents originaires des pays envahis. Mis hors cadre pour raisons de santé fin 1915, il revint à Saint-Germain où, durant toute la guerre, il soigna gratuitement de nombreuses familles nécessiteuses, et particulièrement les familles des mobilisés.

Pierre Pecker laisse après lui son admirable compagne qui, pendant presqu'un demi-siècle, a été son bon génie et qui, par des soins affectueux et inlassables, a su combattre, avec un maximum d'énergie et de clairvoyance, les effets d'une longue et grave maladie. En étroite collaboration avec elle, il semait ses idées généreuses, chères à l'une comme à l'autre, sorties d'un cordial contact de chaque jour, après mûres réflexions en commun, à la suite d'une précieuse expérience acquise ensemble, au milieu de difficultés surmontées dans une heureuse atmosphère de mutuelle compréhension. On ne pouvait s'imaginer une séparation de ces deux êtres, qui ne faisaient qu'un, auprès des quatre enfants qui ont eu la chance de se voir inculquer l'amour du prochain dans le sens le plus beau du mot.

L'œuvre de la mort ne saura troubler l'harmonie de cette famille, vers laquelle s'en vont les condoléances attristées d'innombrables amis et admirateurs du cher disparu.

Dr G. Ichok.

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE

« Le Sou Médical »

Au cours de sa réunion du 23 février 1937, le Conseil a prononcé les admissions suivantes :

12.359 Labiche, Louviers (Eure). Syndicat des médecins d'Evreux.

12.360 Chaigneau, Angers (Maine-et-Loire). Syndicat médical de l'Anjou.

12.361 Chastagnon, Lizy-sur-Ourcq (Seine-et-Marne). Syndicat médical de Seine-et-Marne.

12.362 Chomet, Montluçon (Allier). Syndicat des médecins de l'Allier.

12.363 Corpe, Pornichet (Loire-Inférieure). Parrains : Docteurs Carteret et Millet.

12.364 Courriades, 73, rue des Alpes, Bordeaux (Gironde). Parrains : Docteurs Magendie et Jean Villar.

12.365 Delseries, Vic-sur-Cère (Cantal). Syndicat médical du Cantal.

12.366 Fabri, 40, boulevard Philipon, Marseille (Bouches-du-Rhône). Parrains : Docteurs Bourzas et Sigal.

12.367 Facart, Neuville-de-Poitou (Vienne). Syndicat médical de la Vienne.

13.368 Granier, Piolenc (Vaucluse). Syndicat médical de Vaucluse.

12.369 Guillaumont, Thiers (Puy-de-Dôme). Parrains : Docteurs Guillaumont et Béringer.

12.370 HARBONNIER, Marly-les-Valenciennes (Nord). Syndicat de Valenciennes.
12.371 HARDY, Pont-de-l'Arche (Eure). Syndicat des médecins de l'arrondissement des Andelys.
12.372 JOINVILLE, Les Andelys (Eure). Syndicat de l'arrondissement des Andelys.
12.373 JOUEN, Rouen (Seine-Inférieure). Syndicat des médecins de Rouen.
12.374 LAGARDE, Sablé (Sarthe). Syndicat médical de la Sarthe.
12.375 LEBLANC, 10 *bis*, rue de la Gaîté, Paris (XIVe). Parrains : Docteurs G. Boudin et Jodin.
12.376 LE GUERN, Lesneven (Finistère). Syndicat de Brest.
12.377 LEMAÎTRE, 120, avenue Victor-Hugo, Paris, (XVIe). Parrains : Docteurs P. et G. Boudin.
12.378 LIAGRE, Wattrelos (Nord). Syndicat médical de Roubaix.
12.379 MONMIGNAUT, Choisy-le-Roi (Seine). Syndicat d'électro-radiologie.
12.380 MONTEILS, Port-Vendres (Pyrénées-Orientales). Syndicat médical de Perpignan.
12.381 PANNET, Vaucresson (Seine-et-Oise). Parrains : Docteurs Aument et Plichet.
12.382 PARIS, Evreux (Eure). Syndicat de l'Eure.
12.383 PIZON, 67, avenue Henri-Martin, Paris (XVIe). Parrains : Docteurs Portret et Choffat.
12.384 POLLET, Torcy-le-Grand (Seine-Inférieure). Syndicat des médecins de Dieppe.
12.385 POUYANNE, 64, Cours de Verdun, Bordeaux (Gironde). Syndicat professionnel des médecins bordelais.
12.386 TALAYRACH, Perpignan (Pyrénées-Orientales). Syndicat médical des Pyrénées-Orientales.
12.387 TURCHINI, Roisel (Somme). Parrains : Docteurs Mariani et Leforestier.
12.388 TUROT, Mas-Cabardes (Aude). Syndicat des médecins de l'Aude.

Ces admissions deviendront définitives si elles ne font l'objet d'aucune protestation pendant les quinze jours qui suivront la présente publication (art. 5 des statuts).

Masques à gaz pour officiers de réserve

Il est adressé chaque semestre une liste des industriels ayant fait agréer, pour les besoins de la population civile passive, un ou plusieurs appareils respiratoires filtrants de protection individuelle contre les gaz de combat. Il y a lieu de porter régulièrement cette liste à la connaissance des officiers et sous-officiers de réserve fréquentant les écoles de perfectionnement, afin de permettre à ceux-ci de faire, s'ils le désirent, l'acquisition de masques pour eux et leurs familles.

(Circulaire n° 2198-1 /E. M. A., du 25 février 1937).



CORRESPONDANCE

ASSURANCES SOCIALES

1.074. — Assujettissement des infirmières aux Assurances sociales

Voudriez-vous avoir l'obligeance de me renseigner sur l e point suivant :

On m'a dit que je n'étais pas obligé de déclarer aux Assurances sociales, les deux sage-femmes de ma clinique. Est-ce exact. ?

Dr D.

Réponse

En vertu de l'art. 1er du décret-loi du 28 octobre 1935 instituant le nouveau régime des Assurances sociales, « sont assurés obligatoirement tous les salariés et, d'une façon générale, toutes les personnes de nationalité française de l'un ou l'autre sexe travaillant à quelque titre et en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs, quand leur rémunération totale annuelle, quelle qu'en soit la nature, ne dépasse pas 21.000 francs (25.000 francs dans les villes de plus de 200.000 habitants). »

La définition légale du champ d'application des Assurances sociales est donc extrêmement large et ne comprend pas seulement comme autrefois les salariés liés à leur employeur par un contrat de travail, mais aussi toute personne se trouvant sous la dépendance économique d'un patron, quand bien même le contrat qui la lierait avec lui ne rentrerait pas d'une manière expresse dans la catégorie juridique du contrat de louage de services.

Si donc les deux sages-femmes de votre clinique y sont attachées et prêtent leur service non pas de manière accidentelle en vertu d'un simple contrat de louage d'ouvrage, mais de manière continue, elles rentrent en principe dans la catégorie des assurés sociaux obligatoires, encore qu'elles exercent une profession libérale. Si donc les sommes qu'elles reçoivent en exécution de ce contrat sont inférieures au maximum légal, vous devez les déclarer au service régional des Assurances sociales et payer pour elles dans les dix premiers jours de chaque trimestre, une double cotisation patronale et ouvrière égale à 8 % de ce salaire.

Nous vous signalons qu'il ne faut tenir compte, pour déterminer si la rétribution reçue par les deux intéressées est inférieure au maximum légal que des rétributions reçues par elles à titre de salaire ou versées par un employeur ; par contre, on ne saurait y ajouter les revenus qu'elles tirent de l'exercice d'une profession non salariée, c'est-à-dire de leur profession libérale de

sages-femmes en dehors de la clinique (voir notamment : Réponse ministérielle, n° 9.311. *Journal officiel*, 12 août 1930).

1.205. — Cotisations des domestiques et des femmes de ménage

1° Pour ma bonne, je paie aux Assurances sociales : 10 fr. 50 par mois pour ma part et 10 fr. 50 pour la sienne, à la suite des modifications aux tarifs antérieurs apportées, je crois, fin 1935. Mais, pour l'année 1937 et les suivantes, ce tarif n'a-t-il pas été modifié ? Quel est-il ? A... est une ville d'environ 20.000 habitants.

2° Une femme de ménage vient travailler à la maison tous les jours de la semaine, deux heures chaque matin. Suis-je tenu de la faire inscrire aux Assurances sociales ?

Je serai heureux de me mettre, grâce à vous, en règle avec la loi que nul n'est censé ignorer.

Dr S.

Réponse

Le taux des cotisations des Assurances sociales a été porté par la loi de 7 à 8 % depuis le 1er janvier 1937. En conséquence, le montant des cotisations annuelles concernant les domestiques et gens de maison dans les communes de moins de 80.000 habitants et pour les femmes s'élèvera à 8 %, de 3.600 francs, soit 298 francs. Le montant de la cotisation mensuelle sera de 24 francs dont 12 francs à la charge de l'assuré et douze francs à la charge du patron.

Avant le nouveau régime des Assurances sociales, les femmes de ménage travaillant pour plusieurs patrons avaient à leur charge l'accomplissement des formalités de déclaration et d'immatriculation. Mais le nouveau régime institué par le décret-loi du 28 octobre 1935 a modifié la chose, puisqu'en vertu de son article 1er, parag. 2, sont assujettis obligatoirement, tous les salariés et d'une façon générale toutes les personnes de l'un ou l'autre sexe, travaillant à quelque titre et en quels que lieux que ce soit pour un ou plusieurs employeurs et que, d'autre part, en vertu de l'art. 1er, paragr. 4, l'affiliation s'effectue obligatoirement à la diligence de l'employeur dans un délai de huitaine qui suit l'embauchage de toutes personnes encore immatriculées et remplissant les conditions du parag. 2 précité. Il vous appartient donc d'opérer les formalités prescrites par cette loi pour votre femme de ménage du moment que celle-ci ne rentre pas dans la catégorie prévue par l'art. 1er parag. 5, c'est-à-dire est à votre service d'une manière régulière et périodique, et non par intermittence.

1.329. — Situation d'une assurée sociale en cas de mariage

Une jeune fille assurée sociale (employée de magasin) se marie avec un laitier. Elle me demande comment elle pourrait conserver sa qualité d'assurée sociale. En fait, elle aide son mari dans son commerce de détail (vente à domicile). Peut-elle se considérer comme l'employée de son mari et garder, à ce titre, sa qualité d'assurée sociale ?

Y aurait-il une autre combinaison pour qu'elle ne perde pas toutes les cotisations qu'elle a versées ?

D[r] B.

Réponse

Votre cliente ne pourrait conserver sa qualité d'assujettie obligatoire, aux Assurances sociales, que si elle est liée avec son mari, par un contrat de louage de service, ce qui paraît bien peu probable. Mais elle peut conserver, dans une certaine mesure, le bénéfice des cotisations qu'elle a déjà versées, à titre d'assurée obligatoire, si son mari a lui-même la qualité d'assuré social. Dans ce cas, ils pourront bénéficier des dispositions de l'art. 16 du décret-loi du 28 octobre 1935, qui a institué un régime spécial d'assurances pour les femmes d'assurés non salariées.

Par contre, elle serait définitivement exclue du bénéfice de la législation sur les Assurances sociales, au cas où son mari serait commerçant indépendant établi à son compte. Ils ne sauraient en effet, bénéficier des Assurances sociales à titre facultatif, l'assurance facultative ayant été supprimée par le nouveau régime et ne subsistant que pour les professions agricoles.

ACCIDENTS

1.051. — Revision d'un accident du travail

Un ouvrier est blessé (août 1935 fracture du radius). Fin novembre, je lui fais (lui-même me le demandant d'ailleurs) un certificat de guérison. Actuellement (fin janvier 1937) il revient me trouver en accusant des douleurs au niveau du poignet et présente (outre une légère déformation dudit poignet qu'il a depuis l'accident) un peu d'atrophie au niveau du dos de la main qui n'existait pas auparavant, mais conséquence certaine de son accident.

La reprise du travail remontant à quatorze mois, ce blessé peut-il se voir objecter la prescription par la Compagnie d'assurance, si je lui fais un certificat d'incapacité permanente? Il n'y a pas eu d'enquête du juge de paix, mais le certificat initial a été déposé à la mairie, je crois que le certificat final porte le mot de guérison mais non de « guérison sans conséquence ».

La prescription est-elle bien d'un an dans ce cas là, comme je le crois, et n'y a-t-il rien à faire contre? Notez que le patron est, comme moi-même, tout à fait bien disposé à l'égard de cet ouvrier qui est un travailleur et qu'il s'agit d'une incapacité minime (au maximum 7 à 8 %).

L'ouvrier continue son travail et avoue ressentir plutôt une petite gêne qu'une grosse douleur. S'il n'y a pas certitude d'aboutir, il n'insistera pas, mais ne fût-ce qu'au point de vue principe j'aimerais d'être fixé sur ces délais de prescription. Dr C.

Réponse

Puisque l'incapacité permanente partielle dont se trouve atteint actuellement votre client a fait son apparition postérieurement à la guérison et à la cessation du paiement de l'indemnité temporaire, peu importe que plus d'un an se soit écoulé depuis la reprise du travail. En effet, l'action que peut intenter l'ouvrier est non pas l'action en allocation de rente qui se prescrit effectivement par un an, mais l'action en révision prévue par l'art. 19 de la loi du 9 avril 1898 qui peut s'exercer en cas d'aggravation pendant trois ans à compter de la date à laquelle a cessé d'être payée l'indemnité journalière ; votre client se trouve actuellement dans les délais pour agir: son action devra être introduite par simple déclaration au greffe du Tribunal civil dans le ressort duquel l'accident s'est produit.

Un avoué lui sera commis d'office pour assurer sa défense.

Si, après une tentative de conciliation entre le blessé d'une part, son patron de l'autre part, aucun accord ne peut intervenir, l'affaire sera envoyée devant le Tribunal qui statuera définitivement après avoir fait procéder à une expertise s'il y a lieu.

Pour appuyer la demande de votre client, vous devrez lui délivrer un certificat par lequel vous constaterez l'incapacité permanente dont il reste actuellement atteint, en évaluerez le taux et ferez ressortir que cette incapacité s'est développée et n'est apparue que postérieurement à la guérison et à la reprise du travail.

1.008. — Accident survenu à un ouvrier des P.T.T.

Un ouvrier des P. T. T. étant à bicyclette à l'occasion de son travail est heurté par une automobile et se fracture la jambe.

Ce blessé est amené à ma clinique où je lui donne les soins nécessaires.

Etant donné que cet ouvrier est couvert par la loi sur les accidents du travail je ne peux lui demander des honoraires, mais puis-je adresser une note à l'automobiliste, cause de l'accident et dont la responsabilité est certaine ? Dr H.

Réponse

Si l'ouvrier en question est au service de l'Administration des P. T. T., en vertu d'un contrat de travail ordinaire, et n'est pas affilié au régime des Pensions civiles, et si, d'autre part, l'accident cause de sa blessure est survenu au lieu et au temps du travail, c'est-à-dire s'il se trouvait en déplacement sur l'ordre de l'Administration et dans l'intérêt de cette dernière, il s'agit effectivement d'un accident du travail mettant en jeu la responsabilité de l'Administration des P. T.T. dans les termes et conditions de la loi du 9 avril 1898.

Si l'on se place exclusivement sur ce terrain, il est exact en principe qu'en vertu de l'art. 4, paragr. 3 de ladite loi, le chef d'entreprise est seul tenu des frais d'hospitalisation de la victime qui, tout compris, ne pourront dépasser le tarif établi pour l'Assistance médicale gratuite, majoré de 30 %. Nous vous rappelons toutefois qu'en cas d'hospitalisation en clinique privée, la jurisprudence de la Cour de cassation admet des cas d'exception au « tout compris ». Aux termes notamment de son arrêt du 25 juillet 1935 (*Gaz. du Pal.*, 17-18 novembre 1935), le chef d'entreprise peut être tenu au-delà du tarif visé à l'art. 4, paragr. 3 si le transport dans la clinique privée a été commandé par l'urgence ou par la nature exceptionnelle de la lésion.

D'autre part, il s'agit en l'espèce d'un accident du travail dû au fait d'un tiers. Il y a donc lieu d'appliquer en cette circonstance, les dispositions de l'art. 7 de la loi du 9 avril 1898. D'après cet article, la victime possède en ce cas une option ; elle peut se placer sur le terrain de la législation des accidents du travail et demander à son chef d'entreprise le versement des indemnités légales, elle n'a dans ce cas aucune autre preuve à apporter que la matérialité de l'accident, mais ne reçoit que l'indemnisation forfaitaire prévue par ladite loi ; elle peut en second lieu se placer sur le terrain du droit commun et poursuivre l'auteur responsable de l'accident en vertu des articles 1382 et suivants du Code civil. Dans ce cas, elle a à sa charge la preuve de la responsabilité de ce tiers et peut obtenir en compensation la réparation intégrale du préjudice subi.

Il est, d'autre part, admis que si la victime s'est placée sur le terrain de l'accident du travail, elle reste en droit d'exercer contre l'auteur de l'accident, dans les mêmes conditions que ci-dessus, une action complémentaire pour l'excédent du préjudice que ne couvre pas la législation sur les risques professionnels.

Les droits du médecin sont en l'espèce subordonnés à ceux de l'ouvrier. Si ce dernier choisit la première option, le médecin doit exercer son action en recouvrement d'honoraires contre le chef d'entreprise dans les conditions de l'article 4

de la loi de 1898 précitée. Si, par contre, le blessé fait trancher la question de la responsabilité de l'auteur de l'accident, le médecin est alors en droit de faire opposition entre les mains de ce dernier ou de son assurance pour se faire payer au tarif de droit commun sur les indemnités revenant au blessé. Il en est de même au cas où ce dernier n'exercerait contre l'auteur responsable, que l'action complémentaire dont nous parlons ci-dessus. On peut même soutenir que le médecin traitant serait en droit d'exercer lui-même cette action au nom de l'ouvrier, en vertu de l'article 1166 du Code civil, au cas où ce dernier négligerait de le faire. Il pourrait ainsi obtenir le paiement de la part de ses honoraires calculés selon le tarif de droit commun, qui n'est pas couverte par la responsabilité patronale.

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

1.100. — Situation d'un médecin dégagé des obligations militaires

Ma classe 1907 étant libérée de ses obligations militaires à la date du 15 octobre 1936, j'ai demandé ma radiation des cadres et l'ai obtenue par décret présidentiel. Quelle serait ma situation, si une mobilisation générale survenait ? Certaines personnes me disent que je serais obligé de partir comme médecin auxiliaire, ce que je ne crois pas. Ma classe étant libérée, je pense qu'elle ne partirait pas et qu'il faudrait une nouvelle loi pour la mobiliser.

Maintenant, si par malheur, et par besoins d'effectifs, ma classe 1907 était mobilisée par loi ou décret, partirai-je avec le grade d'officier, que j'avais au moment de ma radiation des cadres, ou bien comme simple médecin auxiliaire ? En somme, je n'ai pas démissionné, mais simplement demandé ce que l'âge et la loi m'accordent.

On entend tellement d'opinions à ce sujet, que l'on ne sait plus où est la vérité ! D'ailleurs, s'il y avait mobilisation de vieilles classes déjà libérées, je crois que le besoin des cadres à ce moment permettrait de reprendre assez rapidement le grade que l'on avait au moment de la libération.

Dr X.

Réponse

Puisque votre classe est dégagée de toutes obligations militaires, et que vous n'avez pas été maintenu dans les cadres au-delà de la limite légale, vous ne pourrez plus être réquisitionné par l'autorité militaire, lors d'une mobilisation.

Cependant, dès maintenant, vous avez la faculté de vous engager (avec votre grade actuel) pour le cas d'une guerre éventuelle : vous auriez une affectation du territoire, vous auriez des avantages pour le concours de la Légion d'honneur, et pourriez encore obtenir la carte de surclassement (voir le *Concours Médical* du 14 février 1937).

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	60 fr.	Belgique et Luxembourg...	70 fr.
Etudiants	35 fr.	Première Zone	85 fr.
Le Numéro........	1.25	Deuxième Zone	110 fr.

Renseignements

AVIS

Envoi de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, **Paris, 167-95.**
Sou Médical, **Paris, 182-31.**
Mutualité Familiale, **Paris, 182-32.**

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Nº 84. — Sud Bretagne. Jolie région, à céder poste méd. très agréab., chiffre moyen susceptib. forte augmentat.

Nº 85. — Paris. A louer bel appartem. conven. à doct. de préfér. radiol., comprenant : 1 belle entrée, 1 tr. gr. salon de réception, 1 salle à m., 3 autres bel. pièces. Confort moderne.

Nº 86. — Dr dans sous-préfect. gr. ligne, client. demi-repos, voudrait conn. confrère remplç. frnç. expérimenté, qu'il occuper. plus. fois par an. Indiq. condit. et référ.

Nº 87. — Pour raison santé, client. anc. d'O. R. L. à céder ds grande ville Côte d'Azur. Très bonnes condit.

Nº 88. — A céder belle client. rurale chef-lieu cant. Côte-d'Or communes à desservir. Ch. fer. P. T. T. chasse et pêche. Fixes import. Prix à débattre.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

MUTUALITÉ FAMILIALE

Assemblée générale ordinaire

L'Assemblée générale ordinaire de la Mutualité Familiale et Professionnelle du Corps médical français, se réunira le jeudi 29 avril prochain, aux bureaux du *Concours Médical*, à 3 heures et demie précises, pour délibérer sur l'ordre du jour suivant :

1° Allocution du président ;

2° Rapport du secrétaire général. Approbation ;

3° Rapport du trésorier ;

4° Rapport des commissaires aux comptes. Approbation des comptes et du rapport du trésorier ;

5° Fixation du taux des frais de gestion pour l'année 1938 ;

6° Démission du secrétaire général. Nomination du Docteur H. Mignon comme secrétaire général honoraire. Ratification par l'Assemblée de la nomination du Docteur Lavalée comme secrétaire général en remplacement de M. le Docteur Mignon;

7° Renouvellement des commissaires aux comptes sortants ;

8° Renouvellement des membres du Conseil d'arbitrage.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **VI[e] Congrès français de gynécologie**, Toulouse, 15-18 mai 1937. — Le dîner du 6[e] Congrès français de gynécologie aura lieu le 16 mai, à 20 heures, sous la présidence du Professeur Daniel. La date de l'excursion offerte aux congressistes dans le Comminges (Thermes de Barbazan, d'Encausse et de Gantiès) est fixée au 18 mai.

Les inscriptions au Congrès sont reçues, avant le 15 avril 1937, par le Docteur Maurice Fabre, secrétaire général, 1, rue Jules-Lefebvre, Paris (IX[e]). Cotisation : 60 francs.

— **Association française des femmes médecins.** — La XIV[e] Assemblée générale annuelle se tiendra le samedi 24 avril, à 18 h. 30, à la Maison des Centraux, 8, rue Jean-Goujon, Paris (VIII[e]), et sera suivie d'un dîner, sous la présidence du Docteur Siredey, où l'on commémorera le cinquantenaire de la nomination de Mme Déjerine, première femme interne des hôpitaux de Paris.

Pour tous renseignements, s'adresser à la secrétaire générale, Mlle Serin, 11, boulevard Port-Royal Paris (XIII[e]).

— **Assemblée française de médecine générale.** — Les prochaines Assises nationales, consacrées à la

fièvre typhoïde, auront lieu le dimanche 9 mai, sous la présidence du Professeur Vincent, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine.

— **XIII[e] Congrès national des externes et anciens externes des hôpitaux de France.** — Ce congrès se tiendra à Lille, les samedi 24, dimanche 25, lundi 26 avril 1937.

Des rapports sont prévus sur diverses questions intéressant l'externat notamment : assurance-maladie et tuberculose, remplacements, nouveau régime des études médicales. Pour terminer les fêtes et réceptions une excursion à Bruges est organisée.

Pour tous renseignements, s'adresser au Professeur Duhot, 11, rue Jeanne-d'Arc, Lille.

— **Congrès de médecine et de pharmacie militaires de Bucarest** (2-10 juin 1937). — *Croisière en Méditerranée et en Mer Noire.* — Le Comité permanent organise, à l'occasion du Congrès qui doit se tenir à Bucarest du 2 au 10 juin 1937, une croisière en Méditerranée et en Mer Noire, suivie d'un voyage en Europe centrale, croisière et voyage dont l'itinéraire a été fixé comme suit : Parcours maritime : Marseille, Le Stromboli, Le Détroit de Messine, Le Pirée (Athènes), Les Dardanelles, Istambul (Constantinople), Le Bosphore, Odessa, Constantza. Parcours terrestre : Constantza, Bucarest, Budapest, Vienne, Paris.

Le départ de Marseille a été fixé au lundi 24 mai, par le paquebot *Providence* des Messageries maritimes.

Le prix du voyage comportant la traversée maritime Marseille-Constantza en première classe, le trajet par chemin de fer de Constantza à Bucarest, le séjour à Bucarest du 2 au 8 juin (chambre et petit déjeuner seulement), le trajet en chemin de fer (avec wagons-lits de deuxième classe) de Bucarest à Paris, a été fixé à 1.470 belgas.

Pour tous renseignements et inscriptions, s'adresser au Bureau des Croisières et Voyages médicaux, 29, boulevard Adolphe-Max, à Bruxelles.

— **Manifestation professionnelle en l'honneur du Professeur E. Leclainche.** — Le jeudi 18 mars a eu lieu à la Maison des Vétérinaires, 28, rue des Petits Hôtels, Paris (X[e]), une grande manifestation en l'honneur du Professeur E. Leclainche, directeur honoraire des Services vétérinaires au ministère de l'Agriculture, président de l'Office international des épizooties, à l'occasion de son 75[e] anniversaire et de son accession à la présidence de l'Académie des sciences.

M. Clavet, président du Syndicat national des vétérinaires, a prononcé l'éloge de M. Leclainche et lui a remis un souvenir au nom de la profession.

M. le Professeur E. Leclainche est un des plus grands biologistes de notre époque. Nous citerons parmi ses principales découvertes : la sérothérapie et la vaccination contre le rouget du porc et contre

le charbon symptomatique (en collaboration avec le Professeur Vallée) ; la sérothérapie des gangrènes gazeuses ; le traitement sérique spécifique des plaies, largement utilisé pendant la guerre. Il consacra une série de publications relatives à une conception nouvelle de la police sanitaire qui ont abouti au vote de la loi du 7 juillet 1933 sur la prophylaxie de la tuberculose des bovidés.

Enfin il est l'auteur d'un traité des maladies microbiennes des animaux (en collaboration avec le Professeur Nocard) et tout dernièrement d'un ouvrage remarquable sur « L'Histoire de la médecine vétérinaire ».

— **Ligue française contre le rhumatisme.** Secrétariat : 2, rue Guynemer, Paris. — Par décret du 10 janvier 1937 paru à l'*Officiel* le 4 mars 1937, cette Association vient d'être reconnue d'utilité publique.

— **Société d'histoire naturelle du Doubs.** — Le Docteur Jean Sexe, secrétaire général, 2, rue Victor Delavelle à Besançon, reçoit les titres des communications, avec, si possible, indications des séances auxquelles les auteurs désirent les faire.

Les prochaines séances auront lieu aux dates suivantes : 19 avril, 3 mai, 24 mai (heure et lieu habituels des réunions : 17 heures, Institut botanique Chamars).

— **La pension de retraite des médecins des hôpitaux de Paris.** — Le Conseil municipal de Paris a adopté le relèvement de 6 à 8 francs du prix de la consultation dans les hôpitaux, les consultations restant toutefois gratuites pour les malades nécessiteux.

Sur rapport de M. de Fontenay, le Conseil a émis, d'autre part, un avis très favorable à l'attribution d'une pension de retraite aux médecins et chirurgiens des hôpitaux qui cessent leurs fonctions, à la limite d'âge.

Cette mesure entraînerait une dépense estimée, par le Directeur de l'assistance, M. Mourier, à environ deux millions.

— **Concours de médecin des hôpitaux de Paris.** — Le Docteur Georges Boudin, chef de clinique de dermatologie et syphiligraphie à la Faculté de Paris, fils de notre ami le Docteur Paul Boudin, et collaborateur du *Concours Médical*, vient d'être reçu à l'admissibilité du dernier concours de médecin des hôpitaux.

Nous sommes heureux de lui adresser nos plus cordiales félicitations.

— **Hôpitaux d'Angers.** — *Concours de médecin adjoint.* Un concours pour une place de médecin adjoint des hôpitaux d'Angers s'ouvrira le 26 mai 1937.

Le registre des inscriptions sera clos le 8 mai à 17 heures.

— **Hôpitaux de Saint-Etienne.** — La Commission administrative des hospices civils de Saint-Etienne donne avis de l'ouverture à l'hôpital Edouard-Herriot, le lundi 7 juin 1937, d'un concours public pour la nomination d'un médecin des hôpitaux.

Pour tous renseignements s'adresser au secrétariat général des hospices, 37 *bis*, rue Michelet, à Saint-Etienne.

Le registre d'inscriptions sera clos le vendredi 28 mai 1937.

— **Fiançailles.** — Le Docteur et Madame MÉNIL-PFEIFFER nous font part des fiançailles de leur fille Marie-Thérèse avec le Docteur René GRIMAULT. (Compiègne, 3, rue des Doméliers).

Nos plus sincères félicitations.

— **Syndicat professionnel des médecins de Marseille.** — *Avis syndical.* — Les confrères sollicités par une Société de Secours mutuels de s'installer à Aubagne, sont priés de s'adresser au Syndicat des médecins de Marseille, 19, rue Venture, qui leur donnera tous renseignements utiles.

Confrères, ne signez aucun engagement avant d'en avoir référé au Syndicat.

COMPTABILITÉ DES CLINIQUES

Un certain nombre de nos adhérents nous ayant témoigné leur embarras, au sujet de la comptabilité de leur clinique, nous pensons leur être agréable en les informant que M. MARTINOT, notre Conseil fiscal, se tient à leur disposition pour leur donner tous renseignements permettant à la Directrice de la Clinique de tenir les livres, sans le concours d'aucun comptable de profession.

A TRAVERS L'OFFICIEL

9 MARS

Protection de la vieillesse

Arrêté du 5 mars 1937 portant création d'une Commision permanente de protection de la vieillesse

Cet arrêté sera publié ultérieurement.

Sanatoriums publics

M. le Docteur Couve a été nommé médecin adjoint au sanatorium d'Helfaut (Pas-de-Calais).

Service de santé militaire

Deux décrets du 2 mars 1937 concernant l'Ecole du Service de santé militaire

I

Art. 1er. — Le sixième alinéa de l'article 8 du décret du 19 septembre 1919, concernant la réorganisation de l'Ecole du service de santé militaire modifié en dernier lieu le 5 février 1937, est abrogé et remplacé par le suivant :

« A l'expiration de cette période d'ajournement,

les élèves sont présentés de nouveau devant le Conseil médical de l'Ecole qui doit proposer au ministre soit leur incorporation, soit leur non incorporation. En aucun cas, l'ajournement ne pourra être renouvelé. »

Art. . — Le ministre de la Défense nationale et de la Guerre est chargé de l'exécution du présent, décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

II

Art. 1er. — Le premier alinéa de l'article 2 du décret du 15 juillet 1929, modifié le 22 janvier 1937 est modifié de la façon suivante :

« Nul ne peut être admis à prendre part au concours pour l'admission à l'Ecole du Service de sant militaire s'il doit avoir moins de dix-sept ans le 15 octobre de l'année du concours ou s'il avait, au 1er janvier de la même année, etc..... »

(La suite de cet alinéa ne reçoit aucune modification .

Art. 2. — Le ministre de la Défense nationale et de la Guerre est chargé de l'exécution du présent décret qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Enseignement de la médecine

Un concours pour l'emploi de professeur suppléant des chaires de clinique et de pathologie médicales à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen s'ouvrira le lundi 25 octobre 1937, devant la Faculté de médecine de Paris.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

13 MARS

Assurances sociales

Arrêté du 3 mars 1937 fixant le règlement-type à l'usage des organismes agricoles d'assurances maladie-maternité pour l'assurance-obligatoire.

Arrêté du 10 aout 1936 fixant les statuts modèles pour Sociétés de Secours mutuels faisant application du décret-loi du 30 octobre 1935 modifiant le régime des Assurances soeiales applicable aux assurés des professions agricoles.

Ces documents seront publiés ultérieurement en extraits.

Hygiène publique

Circulaire du 8 mars 1937 relative à l'organisation des centres de donneuses de lait

Cette Circulaire sera publiée ultérieurement.

Infirmières et sages-femmes coloniales

Décret du 10 mars 1937 organisant un cadre général d'infirmières et de sages-femmes coloniales

Ce décret sera publié ultérieurement.

Médecins de la santé

Avis de vacance d'emploi de médecin de la santé

Est déclaré vacant au port de Saint-Nazaire l'emploi de médecin de la santé.

Conformément à l'article 2 du décret du 24 mai 1930, les candidats ont un délai d'un mois, à compter dela publication au *Journal Officiel*, pour adresser au ministère de la Santé publique (direction du personnel, 1er bureau) leur demande, accompagnée de l'exposéde leurs titres et de toutes justifications utiles.

Les candidats devront être nécessairement pourvus du diplôme d'Etat de docteur en médecine. Il leur sera tenu compte des diplômes spéciaux d'hygiène ou d'études médicales coloniales et de leurs connaissances touchant l'hygiène générale et l'hygiène de la navigation, la bactériologie, la parasitologie, l'étiologie, l'épidémiologie et la prophylaxie des maladies exotiques, ainsi que la pratique des services sanitaires, particulièrement en ce qui concerne la désinfection et l'application des règlements en vigueur.

Lescandidatsdevront êtrede nationalitéfrançaise. En cas de naturalisation, ils devront satisfaire aux conditions fixées par la loi du 26 juillet 1935 sur l'exercice de la médecine et ne pourront être nommés à cet emploi que s'ils comptent au moins dix ans de naturalisation à dater de la publication du décret qui leur a conféré la nationalité française (loi du 19 juillet 1934).

Les candidats ne devront pas être âgés de plus de cinquante ans.

Les demandes seront accompagnées des documents ci-après :

1º Extrait de l'acte de naissance ;

2º Certificat de nationalité française et, s'il y a lieu, pièces établissant la naturalisation et indiquant la date d'obtention du droit d'exercer ;

3º Extrait du casier judiciaire ayant moins de trois mois de date ;

4º Copie certifiée conforme des diplômes et, en particulier, du diplôme de docteur en médecine d'une faculté de l'Etat ;

5º Indication des titres de toute nature et des fonctions remplies, avec référence à l'appui ;

6º Un exemplaire de la thèse et des études publiées.

Le traitement de début, est fixé à 6.750 francs et peut s'élever à 11.500 francs par avancements successifs.

La liste sera close le 13 avril 1937.



Les aspirants de réserve du Service de santé

Au nom de la Commission de l'armée, M. René Richard a déposé son rapport sur le projet de loi ayant pour objet la création de médecins, pharmaciens, dentistes et vétérinaire aspirants de réserve.

Le rapporteur rappelle que, par la loi du 6 août 1936, le Parlement a créé définitivement le grade d'aspirant de réserve et a placé l'aspirant dans la hiérarchie des cadres, entre l'adjudant-chef et le sous-lieutenant.

Dans ces conditions, il n'est plus normal de nommer seulement au grade de médecin, pharmacien, dentiste ou vétérinaire auxiliaire, c'est-à-dire à un grade correspondant au grade d'adjudant, les jeunes gens dont la nomination au grade de médecin, pharmacien, dentiste ou vétérinaire sous-lieutenant de réserve est, aux termes de l'article 2 de la loi du 17 mars 1936, différée de six mois. La loi du 5 août 1936 doit jouer évidemment pour tous, fait à juste titre remarquer M. René Richard. Rétablir ce droit, tel est là le but du projet de loi dont voici la teneur :

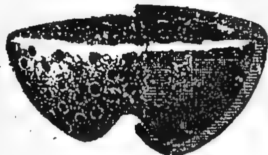
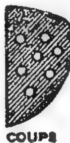
Article 1er. — Par modification aux dispositions du 3e alinéa de l'article 2 de la loi du 17 mars 1936, les jeunes gens dont la nomination au grade de médecin ou de pharmacien de réserve doit, par application des dispositions du 1er alinéa de l'article précité, être différée de six mois, seront nommés au grade d'aspirant de réserve.

Art. 2. — Les médecins, pharmaciens, dentistes et vétérinaires aspirants de réserve bénéficieront des dispositions de la loi du 5 août 1936, créant le grade d'aspirant de réserve.

Fédération des Syndicats médicaux de la Seine

La Fédération des Syndicats médicaux de la Seine regrette que, malgré les conseils et les avertissements maintes fois donnés par les groupements professionnels et les Sociétés scientifiques médicales, on puisse encore trouver dans des journaux d'information des articles (avec photographies des auteurs), dans lesquels ces derniers énumèrent complaisamment leurs propres mérites, se mettant ainsi en contravention avec l'article 3 du Code de déontologie qui proscrit toute réclame personnelle.

• • •

Fédération corporative des médecins de la région parisienne

Contre l'application de la semaine de 40 heures dans les laboratoires d'analyses médicales

Le Conseil d'administration de la Fédération corporative des médecins de la région parisienne réuni le 15 mars 1937 à la Faculté de Paris :

Constatant que par le décret du 3 mars 1937 les Laboratoires d'analyses médicales sont astreints à observer la semaine de 40 heures ;

Considérant que dans ces Laboratoires, le travail par roulement, par équipes, ne peut être institué comme dans l'« industrie chimique » et celle des « cuirs et peaux » auxquelles on les a rattachés (13e section) ;

Considérant que celui qui a commencé une analyse doit la mener jusqu'au bout et accepter toute la responsabilité du résultat ; qu'il doit également tenir compte du caractère d'urgence de certaines analyses et recherches demandées.

Considérant l'impossibilité dans laquelle se trouveraient les laboratoires de trouver immédiatement et les difficultés qu'ils auraient à former rapidement le personnel qualifié nécessaire à la bonne exécution des analyses et recherches médicales ;

Considérant d'autre part que le chômage ne sévit pas dans la profession de biologiste qui ne compte pas plus de 300 techniciens dans toute la France ;

Considérant enfin la protestation qu'élèvent en conséquence les laboratoires d'analyses médicales ;

Fait sienne cette protestation contre l'éventualité d'une fermeture le samedi ou le lundi de Laboratoires déjà fermés le dimanche, ce qui mettrait tous les praticiens dans l'impossibilité de faire faire deux jours de suite, et souvent trois jours de suite, par semaine, nombre de recherches de laboratoire dont le caractère d'urgence est manifeste (diphtérie, fièvre typhoïde, accidents cérébraux et méningés, etc.) ;

Attire l'attention des Pouvoirs publics sur la gravité du retentissement d'une telle mesure sur la santé publique ;

Emet le vœu que cette mesure soit rapportée et qu'au regard de l'application de la semaine de 40 heures les médecins et pharmaciens dirigeant des laboratoires d'analyses médicales soient assimilés aux praticiens de la profession médicale dont ils sont les collaborateurs nécessaires et quotidiens.

(Ordre du jour voté à l'unanimité).

Le Président : Dr G. Bourguignon.

Le Secrétaire général : Dr Ch. Deve.

◆ ◆ ◆

Voir la suite page LI-1007

PROPOS DU JOUR

LE DOCTEUR AUGUSTE BARBANNEAU, UN DES FONDATEURS DU SYNDICALISME MÉDICAL

Un des premiers apôtres du Syndicalisme médical vient de disparaître.

C'est avec un profond et douloureux regret que nous avons appris la mort de notre vieil ami, le Docteur Barbanneau, de Pouzauges (Vendée).

Ceux qui, comme nous, fréquentaient, il y a trente ou quarante ans, les Assemblées générales de nos grandes Associations professionnelles, se rappellent de la belle et noble figure de Barbanneau, au regard droit et franc, exprimant à la fois l'énergie, l'intelligence et la bonté.

Fils d'un chirurgien-dentiste, Barbanneau, une fois docteur en médecine, vint s'installer, il y a une soixantaine d'années, à Pouzauges, au cœur du Bocage vendéen. Ses grandes qualités de cœur et d'esprit, sa valeur professionnelle ne tardèrent pas à lui attirer le respect et l'affection de toute la population. Il devint maire de Pouzauges.

A. Barbanneau collabora à la création et au développement du Syndicalisme médical dont le berceau fut la Vendée. Mignen, en 1881, avait fondé le premier Syndicat médical de France à Montaigu. A. Barbanneau, en 1883, suivit de près l'exemple en créant le Syndicat de Pouzauges. Se rendant compte de la nécessité d'élargir le cadre de ces Syndicats pour leur donner plus d'autorité, il réussit en 1889 à grouper dans un Syndicat départemental les médecins de la Vendée avec le concours dévoué des Docteurs Pépin et Poireau, malgré l'opposition du Docteur Fillon, secrétaire de la Société locale de l'Association Générale, qui finit par se laisser convaincre et ne tarda pas à se rallier au syndicalisme.

A. Barbanneau devint vice-président de l'Union des Syndicats médicaux de France, membre du Conseil général de l'Association générale des médecins de France ; il fut l'ami fidèle du *Concours Médical* et adhéra dès la première heure à ses filiales : La *Mutualité familiale* et le *Sou Médical*.

Nous nous souvenons avec émotion de la belle fête donnée à Pouzauges le 17 octobre 1923 en l'honneur de Barbanneau, par les confrères de la région.

Les organisateurs de la fête, les Docteurs Pacaud, Cullerre et Choyau, nous avaient fait l'honneur de nous inviter. Le Docteur Chapon, alors vice-président de l'Association Générale des médecins de France et directeur de la Prévoyance Médicale, le Docteur Méloche, président de la Fédération syndicale de la Loire-Inférieure, le Docteur Chauvet, président du Syndicat de Nantes, le Docteur Renon, président du Syndicat de Niort et de très nombreux confrères, beaucoup accompagnés de leurs femmes, étaient venus apporter à Aug. Barbanneau, et à Madame Barbanneau, le témoignage de leur reconnaissance et de leur affectueuse vénération.

La cérémonie, suivie d'un banquet, eut lieu dans la salle des fêtes de la belle mairie dont le Maire Barbanneau avait doté Pouzauges.

Au cours d'une courte allocution, nous évoquâmes une cérémonie analogue où, dans le voisinage, à Montaigu, nous avions dix-sept ans auparavant, célébré le vingt-cinquième anniversaire du syndicalisme. — Mignen, Jeanne, Gairal, Barbanneau, tous quatre disparus, vous prîtes part à cette fête, qu'il soit permis à un des derniers survivants de l'époque héroïque du syndicalisme médical, de saluer en vous des apôtres, de nobles exemples du parfait médecin praticien français, du médecin de campagne, vous qui, en défendant vos droits, n'oubliérent jamais qu'avec eux, même au-dessus d'eux, vous aviez de grands devoirs à remplir !

Honneur à votre mémoire ! Honneur à celle du dernier disparu de ces vaillants, de notre ami, le Docteur Auguste Barbanneau !

J. NOIR.

LE CHARLATANISME ET L'EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE QUELQUES-UNS DE LEURS AVATARS

Nos colonnes ne suffiraient pas à signaler les métamorphoses du charlatanisme et de l'exercice illégal que nous adressent nos confrères. Les charlatans excellent à allier la tradition avec les derniers progrès de la science. Tels ces radiesthésistes qui posent le diagnostic en promenant leur pendule sur une photographie et qui indiquent le remède en approchant le même instrument d'une série de fioles contenant des drogues diverses. Cela nous paraît dépasser en burlesque tout ce qu'on peut imaginer en ce genre. N'empêche que ces radiesthésistes font florès, démontrant bien que la sottise humaine est la chose qui nous donne l'idée la plus exacte de l'infini.

Beaucoup de nos confrères reprochent aux Syndicats de ne pas poursuivre assez activement



la répression de l'exercice illégal de la médecine. Le reproche n'est pas fondé pour Paris. L'Office syndical de la répression de l'exercice illégal que dirige notre confrère, le Docteur Boelle, assisté du distingué avocat du S. M. S., Me Vachette, remplit très consciencieusement sa tâche et obtient de nombreuses et assez fortes condamnations ; mais qu'importe aux « guérisseurs ».

Nous livrons aux méditations de ceux qui se plaignent, le petit article ci-dessous publié dans le périodique : *Aux Ecoutes*, du 11 mars dernier :

Le guérisseur

Les médecins se rendent-ils compte qu'en trainant les « guérisseurs » en correctionnelle, ils leur donnent gratuitement une magnifique publicité, qui double leur clientèle.

C'est ce qui est arrivé pour cet extraordinaire Nagel, récemment poursuivi par le Syndicat des médecins de la Seine.

Il a produit, pour sa défense, une telle masse d'attestations de guérisons miraculeuses qu'il ne sait plus maintenant à qui entendre.

Lorsqu'on veut le voir, il faut se présenter à 7 heures du matin, mais il y a déjà une queue de clients qui attendent depuis quatre ou cinq heures, et on ne passe pas avant midi.

Comme à l'Institut pour les grandes séances, de nombreuses places sont tenues par des valets ou des femmes de chambre qui s'effacent au dernier moment devant leurs maîtres prévenus par téléphone.

Mais ce qui est peut-être le plus curieux dans le cas de Nagel, c'est que le tribunal qui l'a condamné, a été tellement impressionné que, peu de temps après, un de ses juges se rencontrait avec l'huissier audiencier dans son antichambre...

D'ailleurs ces guérisseurs font parfois preuve d'une inconscience que l'on serait tenter de prendre pour de la naïveté ou du cynisme, sans doute peut-être les deux.

Ainsi nous racontait-on l'offre, faite à un de nos Syndicats parisiens par un magnétiseur qui venait être condamné, de verser tous les ans 10.000 francs à une Caisse de secours pour les vieux médecins, si on voulait l'autoriser à continuer son fructueux métier. Il fut étonné du refus indigné qui fut opposé à un pareil marché et conclut philosophiquement : « C'est fâcheux ! je vais être obligé de m'adjoindre un médecin diplômé. » Et il en trouvera sans peine dans la région parisienne.

C'est sans doute d'un de ces gangsters de la profession qu'émanait une lettre anonyme qui nous a été envoyée, dont l'auteur faisait une critique acerbe de la répression de l'exercice illégal à Paris.

* * *

Il y a un autre exercice illégal de la médecine qui porte encore un préjudice plus grand aux médecins praticiens, c'est celui de certains pharmaciens. Il affecte des formes variées et nos syndicats ont dû intervenir pour mettre un frein au colportage pharmaceutique qui constituait à la fois l'exercice illégal de la pharmacie et de la médecine.

Mais ce n'est pas tout, avec une inconscience stupéfiante et une méconnaissance vraiment angoissante des responsabilités qui peuvent être encourues, certains veulent favoriser la tentation qu'a le pharmacien à faire de l'exercice illégal de la médecine.

Un de nos confrères de Normandie nous communique le document suivant, qu'il qualifie d'édifiant, paru dans le *Bulletin pharmaceutique de l'Est*, organe de la Fédération des Syndicats pharmaceutiques de l'Est, qui grouperait vingt-quatre départements :

Notes médicales du pharmacien, par R. Cortesi, pharmacien, licencié ès-sciences naturelles. — Un volume cartonné, pleine toile, format 11 × 18. 353 pages sur papier écriture. — 28 francs. — Librairie Maloine, 7, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

D'une présentation brevetée, absolument nouvelle, cet ouvrage permet de donner des conseils précieux et mieux encore, de noter soi-même ses observations personnelles et ses remèdes ou formules particulières.

Les *Notes médicales du pharmacien*, qui viennent de paraître, sont appelées à trouver place en toute bibliothèque pharmaceutique, sinon à demeurer en permanence sur le comptoir de l'officine, tellement elles sont conçues dans le sens pratique, eu égard à la façon dont s'exerce de nos jours la profession.

Actuellement, en effet, il faut considérer la pharmacie, en serrant de près le côté médical et il serait vain de nier qu'il est absolument nécessaire au pharmacien moderne de se tenir rigoureusement au courant de tout ce qui concerne la question *« Conseils » en pharmacie.*

A ces confrères qui veulent être à la page, le second ouvrage de M. Cortesi sera un guide des plus précieux, puisqu'il leur permettra de donner aux clients les conseils qu'ils viennent chercher, conseils qu'il y aurait mauvaise grâce à refuser, tellement il est passé dans les mœurs de s'adresser au pharmacien avant de frapper à la porte du médecin.

Les symptômes des principales maladies y sont clairement, quoique succinctement exposés. *Les questions à poser aux clients pour confirmer le diagnostic parfaitement précisées ; de même que sont soigneusement indiquées les médications à employer, les règles d'hygiène à observer et le régime à suivre* (1).

M. Cortesi étudie ainsi plus de 175 cas où le pharmacien pourra trouver immédiatement la réponse et le remède pour la clientèle courante.

Tout cela se passe de commentaires. Remarquons toutefois que M. R. Cortesi, pharmacien et licencié ès sciences naturelles, n'est pas médecin.

Nous faisons appel aux pharmaciens consciencieux et honnêtes, c'est-à-dire à la grande majorité ; pensent-ils qu'avec les questions que leur indique M. Cortesi, pouvoir poser un diagnostic précis et prescrire un traitement, sans appréhender de nuire au malade et sans engager dangeureusement leur responsabilité pénale et civile ?

J. Noir.

(1) Lignes que nous avons nous-mêmes soulignées.
J. N.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

LA VIE DES LIGAMENTS

M. Raphaël Massart

Ancien Chef de Clinique à la Faculté
Chirurgien de l'Hôpital-Ecole

Quand on aborde l'étude des maladies chroniques articulaires, on est frappé de voir combien sont précaires les notions que l'on peut avoir de l'homme normal et des tissus normaux, en dehors des descriptions histologiques qui ne sont pas tout. C'est pour avoir voulu pénétrer et approfondir la physiologie et le rôle des ligaments, que j'ai été amené à comprendre qu'il est quantité de constatations faciles et d'observations courantes qui sont en contradiction, avec tout ce que nous avons appris.

En étudiant aujourd'hui les ligaments articulaires, leur vie, leurs modifications, leurs troubles physiologiques, je poserai devant vous quelques points d'interrogation utiles et j'essaierai de soulever un coin du voile de notre ignorance.

Le ligament est, avant tout, un organe de contention, il semble peu vasculaire, longtemps on l'a cru pauvre en fibres sensitives, alors que nous admettons actuellement l'inverse, et son intérêt, du fait qu'il apparaissait immuable, n'a jamais beaucoup retenu l'attention.

Anatomiquement, comme les capsules articulaires que physiologiquement il double, mais dont il est différent, étant de formation antérieure, il est constitué par du tissu fibreux disposé en lames plus ou moins épaisses ou en faisceaux parallèles. Ces faisceaux sont plus ou moins gros, ils renferment 10, 20 ou même 50 fibres.

Leur structure les rapproche beaucoup des tendons, dont on les a peut-être trop séparés.

Au milieu des faisceaux conjonctifs, on trouve des fibres élastiques qui varient en abondance selon les régions, et parfois au voisi age de leurs insertions sur des fibro-cartilages, il existe, à côté d'éléments conjonctifs, des éléments cartilagineux. On sait qu'au milieu de ces dispositifs fibreux articulaires, on peut trouver même de petits éléments osseux.

Un point sur lequel il faut s'arrêter, c'est le rapport des ligaments articulaires ou péri-articulaires, avec les muscles et les tendons.

Les muscles adhèrent par un tissu conjonctif lâche aux ligaments et aux capsules et non point aux synoviales, dont on les qualifie cependant de tenseurs et de rétracteurs.

Les tendons eux, vont se confondre avec les ligaments, les renforcer au point que dans bien des régions et à la sacro-iliaque en particulier, il va être pratiquement impossible de les séparer et on se rend compte qu'à la dissection, c'est artificiellement que la démarcation se fait.

Ce rapport étroit entre muscles, tendons et ligaments doit être retenu, car il explique que des lésions des muscles retentiront sur les capsules, et qu'on verra des laxités ligamentaires importantes survenir au cours de lésions nerveuses, dans la paralysie infantile, dans certaines paralysies localisées, alors que si le ligament était immuable; comme on l'écrit, il ne devrait subir aucun allongement, aucune modification.

Par contre, les processus pathologiques qui atteignent muscles et tendons touchent également le ligament et dans bien des affections rhumatismales, c'est la modification des caractères physiques des ligaments qui créent raideurs et ankyloses. Ces modifications se font particulièrement dans le tissu conjonctif lâche qui forme à l'articulation comme une atmosphère et au ligament, comme une gaine, comparable à la gaine des artères, c'est par elle que s'établit la liaison des ligaments et des organes voisins. C'est là que court le système vasculaire, c'est là que sont les terminaisons nerveuses, c'est de là que vont naître les congestions et les œdèmes lorsque les ligaments seront lésés.

Physiologiquement, le ligament possède deux caractères fondamentaux : *la resistance, la flexibilité.*

La résistance est considérable et on apprend à l'école pratique que par le grand ligament sacro-sciatique, on peut soulever tout le cadavre; chez l'enfant l'existence de décollements épiphysaires démontre, de façon certaine, que le ligament résiste, alors que l'os se rompt au niveau de son épiphyse.

La flexibilité du ligament lui permet de se prêter aux différents mouvements articulaires, de faire jouer les segments de l'un sur l'autre,

c'est de ce caractère que dépend la souplesse articulaire.

Cette souplesse est d'ailleurs un caractère qui *se modifie avec le temps* et si chez l'enfant, la flexibilité ligamentaire est extrême, on la voit diminuer avec l'âge et du fait de la sclérose qui s'établit progressivement, le ligament du vieillard est devenu plus sec, plus dense, plus court, parfois même *il se laisse envahir par du tissu osseux.* L'ossification des ligaments si fréquente à observer sur le cadavre, en particulier dans des régions où le mouvement est peu marqué, comme à la Sacro-Iliaque est bien l'évolution naturelle et la transformation terminale du ligament.

A côté de ces deux propriétés essentielles et primordiales, le ligament peut être *extensible*, c'est le cas des ligaments jaunes, ils ont la possibilité, après avoir subi une distension considérable et lorsque cesse la cause qui les distendait, de revenir à leur longueur normale.

C'est cette extensibilité qui permet le mouvement de rapprochement des arcs vertébraux, il est évident que la modification de cette élasticité retentira gravement sur tous les mouvements des pièces rachidiennes les unes par rapport aux autres et c'est à la modification de ces ligaments qu'il faut attribuer maints troubles vertébraux des vieillards.

Cette propriété qui fait du ligament jaune un véritable muscle passif a permis de différencier les ligaments en fibreux et en élastiques, différences qui ne portent pas tant sur leur résistance et leur flexibilité que sur leur élasticité.

De la chimie des ligaments, on sait peu de chose, ils sont pauvres en eau et comme les tendons sont constitués par du *collagène.*

Ils donnent de la gélatine à la coction et la qualité obtenue varie avec l'âge, celle des animaux plus jeunes étant plus blanche.

LA VASCULARISATION ET L'INNERVATION doivent encore nous retenir, avant d'examiner les modifications et les troubles dont le ligament est indiscutablement le siège.

La vascularisation qui est particulièrement riche au niveau de leurs insertions est fournie par les petites branches artérielles voisines qui pénètrent entre les faisceaux fibreux, et vont former de petits réseaux dans la couche conjonctive, séparant la capsule de la synoviale.

Néanmoins le ligament ne paraît pas être grandement influencé par les conditions circulatoires, tout au moins par les chargements brusques car, comme nous le verrons, des modifications morphologiques des ligaments s'observent au même temps que des troubles vasculaires.

L'innervation niée autrefois apparaît aujourd'hui considérable et les importantes formations nerveuses qui les doublent, jouent un rôle utile dans la mécanique articulaire.

Le ligament est aussi abondamment innervé que la peau, Sappey l'avait déjà remarqué et les plexus nerveux rappellent par leur richesse ceux des doigts et des orteils ; Rauber a pu compter jusqu'à 46 corpuscules sensitifs autour de l'articulation du coude ? Cette abondance est nécessaire pour contrôler les nombreux mécanismes qui sont mis en jeu par le moindre mouvement articulaire.

C'est à cette innervation qu'il faut faire remonter la cause de l'hypérémie, des œdèmes, des douleurs, des gênes fonctionnelles qui s'observent dans les entorses et prennent le premier plan sur tous les signes objectifs.

Les infiltrations de liquides analgésiques, en arrêtant net ces phénomènes, montrent justement la part exacte de l'élément nerveux dans la physiopathologie de ces accidents.

Modifications des ligaments

L'ORTHOPÉDIE OPÉRATOIRE nous a permis de constater d'une façon indiscutable tous les changements qu'on détermine sur les ligaments et les capsules et ce sont ces modifications que nous allons passer en revue.

Lorsqu'un ligament est rompu, chaque partie se rétracte, exactement comme le tendon, et contrairement à ce qui se passe pour l'os ou pour le muscle, la réparation se fait mal et il est nécessaire de suturer les bouts rompus.

Cette rupture qui entraîne en même temps, au niveau du tissu conjonctif péréligamenteux celle des ramuscules artériels, veineux, et celle des riches plexus nerveux détermine des troubles douloureux, puis assez vite de l'hypérémie, de l'œdème et une gêne fonctionnelle importante.

Ce sont ces phénomènes qu'on observe *dans l'entorse*, et dont la persistance arrive à provoquer des troubles durables, lorsque la lésion est négligée ou abandonnée à elle-même. Si la rupture au lieu d'être complète n'est que partielle, les troubles liés à l'atteinte des plexus nerveux dominent la scène et on voit le ligament se mettre en position de tension minima. Cette position vicieuse qui entraîne une modification des rapports articulaires a été longtemps considérée. en particulier par Amédée Bonnet, comme correspondant à la capacité maxima de la synoviale, alors qu'il n'en est rien.

Il suffit, en effet, de pratiquer immédiatement, comme l'ont montré Leriche et Fontaine, une infiltration analgésique péri-ligamenteuse, pour arrêter net tous les phénomènes jusqu'alors observés et pour faire la preuve de l'origine nerveuse de ces accidents.

La notion mécanique des troubles déterminés par les lésions traumatiques des ligaments doit donc faire place à la notion d'atteinte des appareils nerveux, entourant le ligament et guider la thérapeutique dans un sens différent.

A la notion classique d'immobilisation qui a été celle qui a jusqu'ici guidé nos traitements, il faut substituer celle d'analgésie supprimant tous les réflexes, ayant pour point de départ le ligament traumatisé.

Une telle manière de traiter les entorses a, sur l'immobilisation, l'avantage de conserver au tissu ligamenteux toute sa souplesse et de supprimer les raideurs articulaires si fréquentes chaque fois qu'un ligament est resté sans fonctionner et auxquelles justement le massage venait porter remède.

Lorsqu'un ligament est immobilisé, que se passe-t-il ?

L'*immobilisation des ligaments et des capsules* constitue en orthopédie une méthode générale dont nous allons voir toute l'importance et montrer les effets.

On a coutume de dire que le plâtre mis autour d'une articulation l'ankylose, le fait n'est point exact.

Si sur un genou fléchi, nous mettons un plâtre l'immobilisant en position vicieuse et que nous le laissions assez longtemps, deux à trois mois par exemple. nous constatons, au sortir de l'appareil, que les mouvements restent limités et que l'extension est très douloureuse voire même impossible.

Les ligaments latéraux ont été immobilisés en position de relâchement, n'étant plus mis en tension, ils se sont rétractés, ils ont perdu leur extensibilité et leur flexibilité, et ils restent raccourcis. Pour rendre à l'articulation sa fonction normale, il va falloir rendre aux ligaments leur extensibilité perdue, les mobiliser pour les allonger, les masser, leur appliquer des traitements physiothérapiques et on n'y réussira pas toujours, le résultat sera d'autant meilleur que le sujet est plus jeune, dans certains cas même, on n'arrivera jamais à redonner au ligament la tension qu'il a perdue.

Cette constatation est importante, car on peut en déduire plusieurs applications pratiques.

La première, c'est que chez un malade, il ne aut jamais laisser une articulation s'immobiliser en position vicieuse, relâchant la capsule et les ligaments, c'est un point important à observer dans la surveillance des membres qui ne fonctionnent plus, qui sont immobilisés, soit du fait d'une paralysie (les paraplégiques, les paralysies infantiles), soit d'un rhumatisme chronique, (genoux fléchis des rhumatisants qui souffrent), soit d'une plaie (cas des blessés de guerre qui, pour une lésion haute de la jambe, faisaient des pieds équins).

La seconde, c'est qu'on peut se servir de cette rétraction pour corriger des fausses attitudes, des laxités, et, en somme, c'est cette rétraction, comme l'a montré Charles Ducroquet, que l'orthopédie utilise bien souvent.

Les plâtres successifs qu'on applique aux hanches luxées congénitalement et que l'on réussit à réduire, n'ont point d'autre but. En laissant trois mois un enfant en position de flexion et d'abduction de la cuisse sur le bassin, on rétrécit une capsule trop lâche ; le puissant ligament de Bertin se rétracte et on arrive à rendre définitive, la contention d'une réduction qui non immobilisée se reproduirait aussitôt.

C'est le principe du traitement du pied plat valgus par des plâtres de coreection en varus, c'est celui des luxations récidivantes de l'épaule qu'on n'utilise point assez et qui cependant améliore de 100 % toutes les interventions qu'on tente à ce niveau.

J'ai, pour ma part, immobilisé trois mois dans un corset plâtré en abduction, rotation interne des luxations récidivantes et sans même les opérer, j'ai réussi à faire disparaître toute récidive, quand le sujet veut bien rester trois mois en plâtre.

Ces phénomènes de rétraction des capsules et des ligaments immobilisés ne sont point assez mis actuellement en valeur, leurs dangers et leurs utilisations orthopédiques méritent d'être mieux connues.

Je dirai même que si l'expérience de l'immobilisation était prolongée outre mesure le ligament se transformerait davantage, que sa rétraction se complèterait de sa calcification et même de son ossification. Je me souviens avoir vu chez mon maître Mauclaire, un jeune enfant dont les deux hanches luxées congénitalement et réduites furent mises en plâtre en flexion et abduction, la mère stupide oublia de revenir. L'enfant fut revu dix-huit mois plus tard, avec son plâtre et la radio montrait des ossifications complètes des capsules et une soudure osseuse absolue du fémur et de l'os iliaque.

Il paraît inutile après de tels faits d'aller parler de l'immuabilité des ligaments dont la vie et la transformation sont l'évidence même.

La modification et la transformation des ligaments peuvent se faire dans deux sens comme tous les phénomènes biologiques et c'est de ce point de vue que nous allons étudier maintenant les laxités et les ankyloses et essayer de démêler les influences qui peuvent les déterminer ou agir sur elles.

Les laxités articulaires. — On peut les observer chez des sujets très jeunes, elles paraissent liées à des troubles congénitaux ou à des troubles de croissance, on peut les voir survenir au cours de maladies, de troubles pathologiques, et produire de véritables infirmités, comme dans la paralysie infantile.

Les laxités congénitales peuvent affecter toutes les articulations du corps, aussi bien la temporo-maxillaire que la hanche, les ligaments qui maintiennent les gaines n'échappent pas à cette

dystrophie et c'est aux tendons peroniers qu'elles sont d'observation fréquente.

Quand toutes les articulations sont ainsi relachées le sujet peut exécuter des mouvements impossibles aux sujets normaux, et réaliser ce qu.on appelle « le clownisme congénital ».

Dans la plupart des cas la laxité est limitée à un nombre restreint d'articulations elle permet des subluxations qui se reproduisent à volonté. C'est ainsi que se font les *articulations à ressort*, hanche à ressort, doigts à ressorts, qui deviennent un *truc* exploité dans un but d'amusement ou de simulation. C'est ainsi que s'expliquent les *subluxations volontaires* qui s'observent à l'épaule, à la hanche et même à la tibio tarsienne ou au genou.

Les laxités acquises s'observent soit au moment de la croissance soit à la suite d'une altération pathologique bien déterminée.

Les modifications dynamiques du travail musculaire allongent des ligaments qui travaillent d'une façon anormale, elles sont d'observation fréquente, telle la laxité des genoux qui détermine le genu recurvatum. Les laxités *de la croissance* doivent nous retenir davantage car elles sont liées à des altérations d'organes dout nous voudrions essayer de démêler l'action.

Une série d'observations extrêmement intéressantes faites par mon ami le Docteur Ferrier à l'Hôtel-Dieu, dans le service de Dausset, lui ont permis de se rendre compte que chez des jeunes femmes, on observait au cours du cycle cataménial d'importantes variations dans les appuis du pied sur le sol ,dont il était facile de prendre l'empreinte avec un papier fumé. En relevant les empreintes plantaires quotidiennes sur une période de 30 jours, à la même heure, avec le même costume, au lever du lit, pour éliminer toutes les causes secondes qui pourraient venir modifier la statique du pied, on trouve que le pied normal subit un affaissement de sa voûte vers le 15e jour du cycle, pour se relever par la suite et reprendre son aspect normal, avec un creux bien accusé.

Ces modifications de la statique chez la femme décelées par des prises successives d'empreintes plantaires, nous montrent que les ligaments de la plante des pied ne sont point des organes immuables, ayant acquis une fois pour toute leur longueur, et qu'au contraire ils subissent au cours du cycle cataménial des variations.

En étudiant parallèlement à ces graphiques l'élimination de la folliculine on se rend compte que la modification de la statique du pied est en étroite relation avec le fonctionnement de deux glandes : l'HYPOPHYSE et l'OVAIRE.

Cette notion nouvelle nous permet de croire que le ligament, les tendons, les capsules sont influencés par l'action de certaines glandes à secrétion interne, qu'ils ont une vie propre, que leurs modifications traduisent des états d'hyper ou d'hypo-fonctionnement glandulaire et qu'on peut par des thérapeutiques endocriniennes, agir sur des ligaments trop lâches, et renforcer les actions mécaniques des appareils et des traitements orthopédiques.

Cette observation importante doit être complétée par des remarques cliniques concernant des altérations importantes de la hanche et de la colonne vertébrale où l'appareil ligamenteux joue un rôle certain.

Les déformations du Rachis du type scoliose, cyphose ou cypho-scoliose essentielle sont des maladies de la puberté. Il nous est permis de penser que les troubles observés au pied et si souvent coexistant avec les déviations du rachis constituent des lésions des ligaments en rapport avec troubles de la fonction de l'hypophyse ou de l'ovaire.

Ces altérations qui ultérieurement arrivent à atteindre le squelette et à se compliquer de troubles du développement des os commenceraient par les ligaments, par les capsules et c'est alors au moment où elles s'installent, qu'il faudrait atteindre les glandes déficientes et modifier leur fonction insuffisante ou exagérée.

C'est peut-être par l'action sur la cavité des ligaments de l'ovaire qu'on pourrait expliquer que sur 100 luxations congénitales de la hanche, il y ait 87 filles.

Ces notions, sur lesquelles depuis quelques mois notre attention est attirée, méritent d'être prises en grande considération, car elles pourraient permettre des thérapeutiques efficaces pour des troubles que nous avons jusqu'ici considérés, du seul point de vue mécanique.

AUX LAXITÉS IL FAUT OPPOSER LES ANKYLOSES. — A côté de toutes les ankyloses de cause locale qui modifient capsules, ligaments, tendons synoviales et amènent la formation autour de l'articulation de productions fibreuses ou osseuses faisant perdre aux tissus peri-articulaires toute flexibilité et toute extensibilité, nous voudrions mettre sur un plan très spécial certaines lésions d'ordre général, dont l'étiologie est mal connue. Telle la polyarthrite ankylosante qui modifie les mouvements articulaires et aboutit à ces spondyloses compliquées d'arthrites ankylosantes de la plupart des grandes articulations.

C'est Oppel qui a montré qu'il y avait une relation entre l'ankylose, l'hypercalcémie et les parathyroïdes et que ces organes régulateurs de la fonction calcique pouvaient être troublés.

On observe une modification de tous les ligaments chez ces malades hypercalcémiques qui paraît liée à des altérations des parathyroïdes et pour lesquelles des interventions ont été faites. Quelques résultats ont montré qu'il y avait une action endocrinienne indiscutable agissant sur la raideur articulaire.

Il y a quelques années, Leriche a rapporté de nombreux faits à l'appui de cette thèse. Je voudrais en détacher un à titre d'exemple :

Un jeune homme de 24 ans lui est adressé avec une polyarthrite ankylosante juvénile du type spondylose rhizomélique.

Depuis cinq ans, après maintes crises douloureuses à la région lombaire, à la racine des cuisses, il a vu son rachis s'enraidir, son cou devenir rigide et être dans l'impossibilité de faire le moindre geste.

Ce malade très pâle, pouvant à peine marcher, donne l'aspect d'un homme complètement soudé, toute sa colonne paraît rigide, ses épaules sont enraidies, ses hanches sont immobilisées en flexion, laissant libres les genoux et les pieds.

Les radios montrent une colonne vertébrale floue, avec des jetées osseuses, et des hanches dont les interlignes peu nets sont cependant visibles.

La forte calcémie 124 milligr. %, avec la méthode de Hirtz, décide Leriche à agir sur la parathyroïde.

A droite, l'artère parathyroïdienne inférieure est liée.

A gauche, l'artère parathyroïdienne inférieure est liée et une parathyroïde enlevée.

Dès le lendemain, le malade est mieux, les cuisses se détendent, reposent sur le lit, il peut lever ses bras, son rachis plus souple n'est plus douloureux et l'amélioration se continue au point que le malade peut facilement rentrer chez lui. Cette observation, que j'ai choisie parmi tant d'autres, semblerait montrer que l'action de la parathyroïde provoquant l'hypercalcémie produit l'ankylose, et qu'il serait peut-être possible avant que les lésions se soient aggravées, aient évolué vers des états anatomiques définitifs, d'agir sur un état fonctionnel par l'action parathyroïdienne.

Actuellement, en dépit de succès, de nombreux échecs ont donné à réfléchir, mais j'ai cru devoir détacherc et exemple, pour montrer comment on a pu concevoir une origine endocrinienne à certaines ankyloses. En envisageant de ce point de vue les laxités et les ankyloses, il devient évident que le ligament est un organe extrêment vivant, sensible à des influences multiples, qu'on a eu tort de considéré du seul point de vue anatomique et dont on a négligé les modifications, d'ailleurs difficiles à apprécier. Il est certain qu'au lieu de lui faire jouer un rôle de premier plan, le ligament a suivie et subi les modifications des os, des synoviales, alors que c'est avec les muscles et les tendons qu'il contracte ses rapports les plus intimes, et qu'il a le plus d'analogies.

A côté de la vie articulaire des synoviales, des cartilages et des os, dont les réactions sont connues, il faut ouvrir un chapitre nouveau sur les troubles dont les ligaments sont le siège, ne point les considérer comme organes d'importance secondaire qui subissent le contrecoup des troubles articulaires, mais au contraire comme un organe vivant ayant ses vaisseaux, ses nerfs, réagissant aux hormones que charrie l'organisme et imprimant aux synoviales et aux surfaces articulaires qu'il maintient, aux muscles et aux tendons qui aboutissent à lui, des modifications qui permettront peut-être d'éclaircir quelques uns des mystères de la pathologie des rhumatismes chroniques.

APHORISME D'UROLOGIE

sur le traitement de la crise de coliques néphrétiques

L'aphorisme ci-après est extrait d'un très intéressant ouvrage du Professeur Marion : *Quelques vérités premières* (ou soi-disant telles) *en urologie* (Masson, éditeur) :

« Au cas de crise de coliques néphrétiques, la morphine ne doit être administrée qu'en désespoir de cause, en présence de douleurs que rien d'autre ne calme et qui sont véritablement pénibles. Le médicament de la colique néphrétique est la belladone et non la morphine.

Et si la crise de colique néphrétique dure, le moyen souverain pour la faire cesser est le cathétérisme urétéral. »

P. Lacroix.

RÉACTION DE KLEIN POUR LE DIAGNOSTIC DU CANCER

En 1910, Freund et Kaminer ont établi que le sérum des non cancéreux détruit les cellules cancéreuses, tandis que les sérums cancéreux ne les détruisent pas. C'est la seule réaction « spécifique » du cancer qui ait été jusqu'ici étudiée.

Le sérum non cancéreux possède donc une substance carcinolytique protectrice, dont la disparition crée la prédisposition au cancer.

Klein a perfectionné la réaction cytolytique de Freund-Kaminer en substituant à la suspension de cellules cancéreuses humaines utilisée par ces auteurs une suspension analogue provenant de l'adéno-cancer de la souris. Il a ainsi augmenté dans de grandes proportions le pourcentage des diagnostics exacts ; mais ceux-ci, dans leur ensemble, présentaient encore certaines discordances. Le bureau de santé national décida en conséquence d'organiser une étude approfondie de la réaction de Klein, et s'associa à cet effet avec la Cecilienhaus de Berlin-Charlottembourg, qui a sous son contrôle un grand nombre de cancéreux. Le Reichsgesundheitsblatt nous apporte aujourd'hui le résultat de cette investigation.

On a tout d'abord constaté l'existence d'un groupe important de facteurs exerçant une profonde influence biologique sur l'organisme, sur la composition des sérums et sur la réaction. Ces facteurs sont :

Le manque d'asepsie dans la récolte du sang :

Récolte du sang chez des malades n'étant pas à jeun ;

Récolte du sang immédiatement après une anesthésie, une absorption de narcotiques, une absorption importante d'alcool, d'insuline, de thyroxine ou de chlorure de sodium, ou bien après une transfusion ;

Récolte du sang dans les six à huit jours suivant une hémorragie ;

Récolte du sang au cours de la fièvre ;

Récolte du sang moins de quinze jours après un traitement par irradiation ;

Récolte du sang au cours de la période cachectique.

Les vérifications qui ont duré un an, ont porté sur 500 sérums de cancéreux, de malades présentant d'autres maladies, ou de personnes saines. Ces échantillons étaient remis à Klein sans diagnostic.

Dans une première période, portant sur 309 cas dont 221 furent retenus après élimination de autres pour les raisons ci-dessus, le diagnostic fut correct 146 fois, soit 66 % et inexact dans 75 cas ou 34 %.

Dans une seconde période, des précautions supplémentaires pour la récolte du sang furent instituées. Sur les 58 échantillons, 40 purent être examinés. Trente furent classés comme corrects positifs, 6 comme corrects négatifs, et 4 comme incorrects négatifs, ce qui donne 90 % de résultats satisfaisants. Naturellement l'anonymat diagnostique des échantillons était toujours respecté.

Dans la troisième période, on examina 149 sérums, dont 82 seulement étaient des sérums de cancéreux.

Sur ces 82 examens, 79 donnèrent un diagnostic correct, et trois seulement furent des erreurs. Sur les 75 sérums de non cancéreux, 96 % furent correctement classés comme négatifs et 3 seulement comme positifs. Dans l'ensemble des 149 examens, les résultats corrects furent donc de 95 %.

Telle qu'elle est actuellement réglée et protégée contre ces diverses causes d'insuccès, la réaction de Klein semble répondre aux assertions de son auteur, et être capable d'indiquer la présence ou l'absence du cancer. Mais ces précautions essentielles rendent la pratique de la réaction très minutieuse et elle doit être faite uniquement dans des cliniques organisées à cet effet.

Reiners, de Wurtzburg, a poursuivi de son côté une étude de deux ans de la réaction de Klein. Observant les mêmes précautions il arriva à une proportion de 93 % de diagnostics exacts. Des résultats analogues ont été obtenus par Gröger, de Prague ; Hepp, de Munich, ne trouva que 90 % de résultats corrects.

Jusqu'à présent, l'étude de la réaction de Klein s'est bornée à la vérification de diagnostics bien établis de cancer, et on n'a pas encore essayé de déceler le cancer insoupçonné ou au début. On n'a pas cherché non plus à avoir ce qu'elle donnait dans les cas supposés guéris.

Bien que son étude soit encore trop incomplète pour qu'elle entre immédiatement dans le domaine pratique, la réaction de Klein semble offrir des possibilités importantes de diagnostic sérologique du cancer.

Ph. DALLY.

EXISTE-T-IL UNE PROPHYLAXIE DE LA MÉNINGITE TUBERCULEUSE ?

Docteur R. LIÈGE

Ancien chef de Clinique médicale infantile à la Faculté

Malgré les essais thérapeutiques de ces dernières années, la méningite tuberculeuse reste une maladie incurable.

Dans son rapport au XXIV[e] Congrès de médecine, R. Cruchet de Bordeaux, étudie les différents traitements tentés pour modifier le pronostic de cette maladie.

Les interventions chirurgicales, les sels d'or, l'allergine ne paraissent pas avoir donné de résultats probants.

Avec Bock (2), nous avons signalé les échecs auxquels nous avait conduit la radiothérapie, méthode de traitement proposée par von Bokay (3) en 1932, vulgarisée par l'un de nous (4), et sur laquelle il nous semblait que l'on pouvait fonder quelque espoir.

Sur quatorze méningites tuberculeuses traitées à l'hôpital des Enfants-Malades de 1932 à 1934, aucune rémission, aucune guérison n'a été observée.

D'autres auteurs, Manicatidi (5), Mogilvicki (6), qui ont étudié les effets de la radiothérapie profonde dans les méningites tuberculeuses arrivent à des conclusions analogues : la radiothérapie n'a donné aucun succès en d'autres mains que celles de son protagoniste.

En vérité, le problème thérapeutique de la méningite tuberculeuse reste entier. Faut-il donc abandonner tout espoir de diminuer la mortalité par méningite tuberculeuse ?

Sans que l'on doive négliger pour l'avenir l'étude des méthodes thérapeutiques qui peuvent être proposées, il faut, pensons-nous, envisager le problème sous un autre angle et voir si l'on peut réaliser la prophylaxie de cette maladie, comme on a tenté de le faire pour d'autres maladies réputées à l'heure actuelle incurables.

(1) R. CRUCHET. — La méningite tuberculeuse est-elle curable ? Rapport du XXIV[e] Congrès de médecine, Paris, 12 octobre 1936.

(2) J. BOCK. — La radiothérapie profonde dans la méningite tuberculeuse. Thèse Paris, 1934,

(3) VON BOKAY. — Ueber die Moglichkeit der Heilung der méningitis tuberculosa mit hilfe von röntgen nefenbest rahlungen jarhbuch für Rinderheilhund, mars 1932.

(4) R. LIÈGE. — La méningite tuberculeuse serait-elle curable. *Bull. Médical* n 53, 31 décembre 1932.

(5) MANICATIDI. — Sur le traitement de la méningite tuberculeuse par les rayons de Röntgen. *Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris*, 1932.

(6) MOGILVICKI. — La röntgenthérapie dans la méningite tuberculeuse chez l'enfant. *Rev. franç. de Pédiatrie*, t. LX, 1933.

Dans l'endocardite lente à streptocoques qui, elle aussi reste incurable malgré la multiplicité et la diversité des traitements, Laubry et Jaubert se sont résolument tourné vers la prophylaxie et ont cherché à diminuer la fréquence de la maladie en essayant de mettre les rhumatisants à l'abri des atteintes du streptocoque par des vaccinations préventives. Certains estimeront sans doute que la vaccination antituberculeuse par le B. C. G. diminuant la fréquence de la tuberculose diminuera du même coup la mortalité par méningite. Cette méthode vaccinale est encore à l'heure actuelle fort discutée, et est par ailleurs trop récente pour que l'on puisse avoir sur ce sujet une opinion de quelque valeur.

Par contre, des notions que nous possédons sur les conditions d'apparition de la méningite tuberculeuse, certaines doivent être retenues si l'on veut chercher à réaliser une prophylaxie de la maladie.

En règle générale, la méningite tuberculeuse de l'enfant est une méningite primitive. Elle apparaît d'une façon insidieuse chez un enfant qui semblait bien portant. Lorsque l'on prend soin dans un service hospitalier de faire une radiographie du thorax à des enfants atteints de méningite tuberculeuse, on ne trouve le plus souvent pas de lésions manifestes des poumons.

Lorsque l'on pratique les autopsies, on trouve en règle générale également des lésions ganglionnaires souvent discrètes.

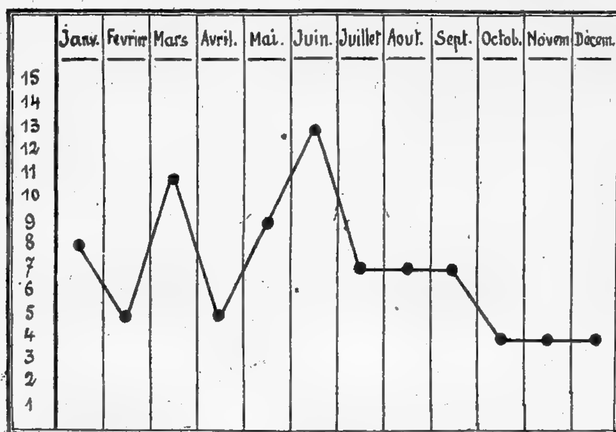
Il est depuis longtemps reconnu et admis que l'allure primitive de la méningite tuberculeuse est beaucoup plus apparente que réelle et que ce sont ces lésions souvent discrètes de l'appareil ganglionnaire qui sont le point de départ de la méningite tuberculeuse.

Somme toute, mis à part les cas de méningite tuberculeuse survenant comme épisode terminal d'une granulie ou d'une tuberculose caséo-ulcéreuse, ceux survenant à la suite de tuberculose ostéo-articulaire, la méningite survient chez des enfants atteints de tuberculose discrète, de tuberculose occulte.

Par ailleurs, il est également acquis depuis longtemps que le maximum de fréquence de la méningite tuberculeuse s'observe à certaines époques de l'année, c'est surtout au printemps que la maladie subit une recrudescence marquée.

Taillens, de Lausanne (1), étudiant les cent derniers cas de méningite tuberculeuse entrés dans son service d'hôpital, note l'importance du facteur saison sur la fréquence de la maladie ; le nombre des cas de méningite tuberculeuse commence à augmenter en décembre, il le fait de plus en plus jusqu'en mars où il atteint son maximum ; et diminue à partir de ce moment-là avec des hauts et des bas, pour atteindre son minimum à l'arrivée de l'automne.

Toutes les statistiques sur ce sujet mènent à des conclusions à peu près identiques. Personnellement, nous avons recherché dans le service du Professeur P. Nobécourt, à l'hôpital des Enfants-Malades, la fréquence des méningites tuberculeuses reçues dans ces quatres dernières années (1931-1936) : la courbe ci-dessous présente pour 84 cas deux maxima : mars (11 cas) et juin (13 cas) pour redescendre ensuite rapidement et passer par un minimum (5 cas) constant pour les trois derniers mois de l'année.



Fréquence de la méningite tuberculeuse en milieu hospitalier d'après les mois de l'année.

En milieu de ville par contre, nous avons été frappé du nombre des méningites tuberculeuses observés en septembre et au début du mois d'octobre.

En milieu hospitalier et en milieu de ville, les facteurs qui favorisent l'éclosion de la méningite ne sont sans doute pas identiquement les mêmes. En milieu hospitalier, les explications de la plus grande fréquence de la méningite tuberculeuse au printemps sont fournies par les conditions de la vie hivernale, le manque d'air et de lumière, la fréquence des maladies aiguës des voies respiratoires des fièvres éruptives.

Il n'est en effet pas exceptionnel de voir survenir la méningite tuberculeuse à la suite de maladies dites anergisantes.

Dans une étude faite avec P. Nobécourt (2) et Mlle A. Herr, nous avons été amené à conclure de la façon suivante quant à l'action de la rougeole sur la tuberculose :

« La rougeole se retrouve dans les antécédents immédiats d'enfants morts de méningite tuberculeuse seulement dans 6,2 p. 100 des cas. Si le pourcentage est assez faible, il ne faut toutefois pas en conclure à une simple coïncidence : les faits cliniques sont en effet beaucoup plus probants que toute statistique. »

Il est également de notion classique que l'érythème noueux est une maladie assez souvent suivie de méningite tuberculeuse. Le fait est reconnu depuis longtemps par les auteurs, avant que l'on ne considère l'érythème noueux comme une manifestation de primo-infection bacillaire.

En Suède où l'érythème noueux est beaucoup plus fréquent que dans nos pays, Wallgren (1) note 25 cas de tuberculose méningée sur 650 cas d'érythème noueux, soit une proportion de 16,25 p. 100.

En milieu de ville, un autre facteur intervient, qui ne nous paraît pas négligeable : les vacances, et, en particulier, le séjour intempestif au bord de la mer.

Des enfants qui présentent une tuberculose occulte et qui font un séjour inopportun au bord de la mer, risquent une tuberculose méningée au retour des vacances. Il nous a été donné d'observer le fait à plusieurs reprises.

Ces différents points de l'étiologie de la méningite tuberculeuse :

a) Méningite d'allure primitive survenant chez des enfants atteints de tuberculose occulte ;

b) Influence saisonnière et rôle de la mer ;

c) Influence des maladies dites anergisantes, de l'érythème noueux, ne sont pas sans conséquence pratique.

En ce qui concerne le premier point méningite tuberculeuse d'apparence primitive, des recherches récentes entreprises par Wallgren (2), peuvent être pleines de portée pratique quant à la prophylaxie de la méningite tuberculeuse. Etudiant 166 cas de méningite tuberculeuse de l'enfant suivis d'autopsie, cet auteur arrive aux conclusions suivantes : « Il est donc évident qu'à peu

(1) Taillens. — Article « Méningite tuberculeuse » ; *in* Traité de médecine des enfants : Nobécourt, Babonneix, t. V.

(2) P. Nobécourt, R. Liège et Mlle A. Herr. — Rougeole et tuberculose. *Archives de médecine des enfants*, n° 1930, t. XXXIII.

(1) Wallgren et Thure Nilson. — Etude sur les conditions d'apparition et la prophylaxie de la méningite tuberculeuse. *Revue française de pédiatrie*, t. XI, n° 1, 1935.

(2) A. Wallgren et Th. Nilson. — *Loco citato.*

d'exceptions près, la méningite tuberculeuse survient comme une complication d'une tuberculose primaire de fraîche date. Aussitôt que la tuberculose primaire commence à s'encapsuler et à se calcifier, les risques de contracter, une méningite diminuent pour l'enfant au plus haut point.

« Au moment où la méningite se déclare, il est extrêmement rare que la tuberculose pulmonaire soit âgée de plus de trois mois, en général, elle n'a pas plus de deux mois ».

On voit toute l'importance pratique de ces constatations. Ce qu'il faut, c'est chercher à saisir chez l'enfant la tuberculisation. Celle-ci ne donne bien souvent lieu à aucun phénomène morbide ou à des troubles si discrets qu'ils passent inaperçus. Le meilleur moyen, en vérité de saisir la tuberculisation de l'enfant est la pratique des cutiréactions à la tuberculine.

En milieu de ville, cette épreuve pourtant anodine rebute les parents qui la considèrent quelquefois comme dangereuse, et il serait souhaitable que ce préjugé disparaisse, que la cutiréaction à la tuberculine soit faite systématiquement au cabinet du médecin comme elle est faite dans les services hospitaliers.

Par ailleurs, il conviendrait que les médecins scolaires soient autorisés à pratiquer des cutiréactions à la tuberculine. La généralisation de l'épreuve de von Pirket dans différents milieux permettrait ainsi de saisir le moment où apparaît l'allergie tuberculinique.

Si l'on tient compte du fait primordial que la méningite tuberculeuse survient chez des enfants atteints de tuberculose occulte, et si les faits observés par Wallgren se confirmaient, à savoir que c'est dans les premiers mois de la tuberculisation que survient la méningite, on voit l'intérêt pratique et prophylactique qui peut se dégager de ces notions. Ce sont les enfants fraîchement tuberculisés qu'il importe au premier chef de surveiller et de soigner. C'est à l'époque d'apparition de l'allergie tuberculinique qu'il faut envoyer les enfants en préventorium.

Par ailleurs, les autres facteurs étiologiques qui paraissent jouer un rôle dans l'éclosion de la méningite tuberculeuse doivent également être pris en considération.

A la suite de la rougeole, la pratique des cutiréactions à la tuberculine est à conseiller. Un enfant qui présente une cuti-réaction positive est un enfant qu'il faut surveiller et envoyer au grand air.

Un enfant qui vient de faire un érythème noueux, doit, comme on l'a, du reste, conseillé de tout temps, être surveillé de près.

Vient-on nous demander avant la période des vacances où un enfant doit séjourner, mer, montagne ? Question de clientèle pour laquelle, la réponse paraît trop souvent quelle qu'elle soit bien anodine, renseignons-nous auparavant sur les réactions tuberculiniques de l'enfant.

LE PROBLÈME DES NERFS TROPHIQUES ET DE L'ACTION NERVEUSE

Les troubles trophiques sont des phénomènes bien connus dans leurs manifestations cliniques (mal perforant plantaire, troubles physiopathiques de Babinski et Froment, altérations trophiques du revêtement cutané des os, etc.)

On les attribue à un désordre de trophisme de la nutrition des tissus, désordre que l'on rattache à une cause nerveuse. Mais quelle est la nature de cette cause nerveuse, quel est le mécanisme pathogénique qui la définit. Sur ce sujet, nos connaissances sont restées longtemps très vagues.

Des travaux récents sont venus éclairer la question, ouvrant peut-être la voie à des indications thérapeutiques nouvelles. Dans une étude publiée par les *Annales de Dermatologie* (nº de février dernier) et dans une communication à l'Académie de médecine (9 mars 1937), M. J. Darier reprend ces travaux et il montre que le processus des dites actions nerveuses paraît être de nature *chimique*.

Un tel mécanisme de l'action nerveuse semble d'ailleurs susceptible d'extension. Des expériences de Bovet, Reilly laissent entrevoir que les manifestations de l'allergie et de l'anaphylaxie dépendraient d'une élimination analogue, par les terminaisons ne veuses, de substances du groupe de la sympathine, d'autres disent de l'histamine. On peut aussi soulever l'hypothèse qui rattacherait les excitations de sensibilité ou sensorielles — voire mentales — à des actions chimiques d'un ordre similaire.

P. Lacroix.

CE QUE PRATIQUEMENT LE MÉDECIN DOIT SAVOIR...

de l'avortement criminel et de l'importance d'un traitement d'urgence

D'après les travaux du Professeur agrégé MULLER, de Lille (1)
et ceux du Docteur P. BALARD, accoucheur des Hôpitaux de Bordeaux (2)

IL NE FAUT MÉCONNAÎTRE NI SA FRÉQUENCE, NI SA GRAVITÉ.

« Autant d'avortements que de naissances », tel est le triste bilan que nous sommes obligés d'avouer (P. Balard). Et , sur ce nombre, combien ont été provoqués ? En l'état actuel des mœurs, nous pouvons conclure à la prédominance très nette des avortements criminels, qui constituent à n'en pas douter les trois quarts du total général. Qui plus est, l'avortement est en progression continue, et ceci dans la plupart des pays du monde. C'est là vraiment « le mal du siècle ».

A New-York, on comptait il y a quelques années 80.000 avortements par an. En Allemagne la progression est passée de 240.000 avortements en 1912 à plus d'un million en 1927 ; en Ukraine de 52.000 en 1924 à 156.000 en 1926. En France, on relevait, en 1912, 500.000 avortements annuels ; aujourd'hui, le nombre est plus que doublé.

Le Docteur Balard arrive aux mêmes considérations pessimistes d'après ses statistiques personnelles, surtout, dit-il, si l'on tient compte du nombre important d'avortements clandestins, qui n'ont jamais fait l'objet de soins médicaux, et qu'un interrogatoire discret permet de soupçonner, lorsqu'on sait gagner la confiance des malades ; les mêmes considérations s'appliquent aux observations de la clientèle ou de l'hôpital.

D'ailleurs, nombre de cas d'hydro-hématorrhées, qu'on a jusqu'ici coutume de passer au compte de l'endométrite, sont en réalité le résultat de tentatives précoces d'avortements par ingestion médicamenteuse ou par manœuvres directes, qui n'ont pas abouti sur le moment, mais qui, après un intervalle libre, se poursuivent par des écoulements intermittents de sang et de liquide, et enfin par l'expulsion de l'œuf, qu'un interrogatoire moins serré pourrait faire croire spontanée.

Par surcroit, on a pu noter chez les femmes examinées par l'Institut Carnegie que 92 p. 100 d'entr'elles avaient pratiqué l'avortement au moins une fois ; beaucoup l'avaient pratiqué plusieurs fois (5,6 p. 100 avaient avorté cinq fois). Audebert cite le cas d'une de ses malades qui, avant d'être emportée par une infection grave, avouait s'être fait avorter vingt-trois fois.

Quant aux moyens mis en œuvre, P. Balard, à l'occasion de 120 cas, distingue :

1° les médicaments dans les proportions suivantes : quinine, 22 fois (dans un cas, 90 cachets); armoise, 16 fois ; apiol, 6 ; pilules emménagogues, 2 ; eau-de-vie allemande, 1 ; à noter l'association fréquente de quinine et d'apiol, d'apiol et d'armoise.

2° les manœuvres directes : sonde, 26 fois ; injections intra-utérines, 38 fois, dont 18 avec de l'eau savonneuse ; tige de persil, 8 fois ; crochet en celluloïde, 8 ; bougie Chaumel, 2 ; paille de balai, 1.

Tout le monde s'accorde sur la *gravité* particulière de l'avortement criminel. D'après Balard, il détermine une mortalité de 3,58 pour cent, contre 1,24 pour cent pour les avortements spontanés. Si, dans ce dernier cas, aucune malade n'est morte des suites directes de l'avortement, mais bien de la maladie causale (bronchopneumonie, pyélo-néphrite, septicémie), — dans le premier cas, toutes les malades sont mortes des suites mêmes de l'avortement criminel, de l'état infectieux que celui-ci avait créé : septicémies streptococciques, péritonites, hépatonéphrites toxi-infectieuses, gangrène utérine, tétanos, etc.

Le Professeur agrégé Muller insiste sur la virulence particulière, qu'il est possible d'observer dans l'infection post-abortum, quand le bacille perfringens et le streptocoque anaérobie sont ceux de la septicémie. Le diagnostic d'infection à B. perfringens peut même être établi, en se basant sur la rapidité de l'évolution, sur la distension gazeuse des téguments, et à l'autopsie : sur la présence de sérosité sanglante dans le péritoine ou les plèvres, ainsi que sur l'allure générale de la putréfaction. Cette constatation anatomo-pathologique, ajoutée à celle d'une putréfaction rapide, frappant simultanément tous les viscères, mais surtout le foie, la rate et le rein, permettrait même au médecin légiste de

(1) Les phénomènes suraigus de putréfaction après certains avortements criminels (*L'Echo méd. du Nord*, 30 août 1936.)

(2) De l'impressionnante fréquence et de la haute gravité de l'avortement criminel (*Gaz. heb. des Sc. méd. de Bordeaux*, 20 déc. 1936.)

présumer que la mort a été causée par un avortement criminel, avec inoculation de l'utérus par manœuvres directes.

Ce qu'il y a de plus curieux, c'est que, du vivant déjà, on peut percevoir les signes de la putréfaction gazeuse due au perfringens, tel le cas du Professeur Leclercq.

Ce dernier, appelé en consultation en 1928, auprès d'une jeune femme enceinte de huit mois, trouve celle-ci dans un état extrêmement grave. Elle présente des signes d'intoxication profonde avec hypothermie et tachycardie très accusée. Elle ne percevait plus les mouvements actifs de l'enfant depuis environ trois semaines. L'abdomen était distendu et très ballonné. Il s'écoulait du vagin un liquide putride d'odeur nauséabonde. Une infiltration gazeuse se percevait au toucher vaginal. On provoqua l'expulsion de l'enfant, dont le cadavre était lui-même distendu par les gaz. La mort se produisit néanmoins quelques heures plus tard, malgré les lavages endo-utérins avec du sérum anti-gangréneux. La putréfaction se développa avec une rapidité foudroyante, en quelques heures. Mais, elle avait commencé, localement pourrait-on dire, avant la mort. Or, il n'y avait certainement pas eu dans ce cas manœuvres abortives. Le milieu, l'âge de la jeune femme, son caractère, le désir d'avoir des enfants, etc., confirmaient les renseignements fournis par le mari.

Et voici une observation du Professeur agrégé Muller :

Le vendredi 24 juin 1932, dans la journée, L... Jeanne, 20 ans, présente, aux dires de sa famille, une hémorragie utérine, alors qu'elle était en parfaite santé jusque-là et avait des règles régulières. Elle est prise le même jour de coliques assez vives. Le samedi 25, elle s'alite avec une température, dont on ignore l'importance. Pas de vomissements. Elle s'alimente encore. Dans la nuit, l'état s'aggrave. Le dimanche matin, le beau-père inquiet appelle un médecin, qui ne peut que constater l'agonie de la malade. La face est bouffie, la langue procidente, des *bulles gazeuses s'échappent de la bouche.* A 11 heures, la malade est morte.

Le médecin, à qui l'on a parlé d'hémorragie vaginale, et qui a trouvé un ventre ballonné, suspecte un avortement malgré les dénégations du beau-pére : il refuse le permis d'inhumer. Le Parquet est avisé de suite, et le lendemain lundi, à 8 heures du matin, moins de vingt-quatre heures après la mort, le cadavre est autopsié.

L'aspect du corps est surprenant. Il est, de l'avis des témoins, doublé de volume. On constate des phlyctènes, pleines de sérosité noirâtre, sur les jambes, le pubis, la paroi abdominale. La face est bouffie au maximum, comme celle d'un noyé ayant quinze jours d'eau en été. La langue est procidente. L'abdomen est distendu, comme d'ailleurs la peau des membres supérieurs et inférieurs. En somme, c'est le tableau d'une putréfaction à marche suraiguë (analogue au bout de vingt-trois heures à celle observée sur les cadavres au bout de plusieurs mois).

Les organes internes avaient subi une putréfaction plus complète encore.

Le foie, les reins, le pancréas étaient transformés en une sorte de masse noire, semi-liquide d'odeur infecte. Dans le péritoine : 160 c. c. de sérosité rougeâtre, sans aucun signe de péritonite. Utérus volumineux, mais vide, sans aucune trace de perforation ; dans la cavité, débris placentaires grisâtres.

Le beau-père, arrêté, avoua qu'il avait pratiqué lui-même les manœuvres abortives de la manière suivante. Le vendredi, il avait introduit dans le col utérin une vieille sonde urétrale en gomme dure, qu'il avait trouvée dans le tiroir d'une table de nuit, et qui avait servi plusieurs années auparavant à un grand-père prostatique, décédé depuis. Le fœtus avait été incinéré dans la cuisinière et les cendres dispersées.

En résumé, les accidents infectieux d'ordre grave s'observent, d'une façon pour ainsi dire exclusive, chez les malades qui avouent des pratiques criminelles, ou chez lesquelles les plus grandes présomptions militent dans ce sens.

***

Evacuer l'utérus le plus rapidement possible, ou s'abstenir

Telle est la méthode, qui résulte du bon sens. C'est par une erreur d'interprétation des observations, que certains ont pu admettre l'abstention systématique de tout traitement évacuateur, car ils n'ont considéré que les méfaits, qui étaient résultés d'*interventions tardives,* en particulier de curettages tardivement pratiqués dans des cas d'infection. On sait, en effet, combien est dangereux un curettage dans les rétentions prolongées, quand elles sont compliquées d'infection : c'est bien lui le véritable responsable des accidents mortels, qui se manifestent parfois. Une innocuité relative dans ces cas pourrait être reconnue au curage.

Dans *les premières heures* seulement, et pour des *malades peu infectées,* les résultats du curage et du curettage sont sensiblement les mêmes.

Le pronostic de l'avortement dépend de la

durée de la rétention ; sa bénignité est surtout fonction de *la précocité des interventions.* Si le curettage ne peut être précoce, qu'on l'abandonne... Par contre, le curage pourra être pratiqué avec moins de risques à une période un peu tardive, mais il gagnera à être fait, le plus près possible du début des accidents.

Ainsi lorsqu'une femme fait un avortement *cliniquement inévitable,* ou si l'on a la *certitude* de manœuvres abortives directes, il convient de hâter l'expulsion rapide de l'œuf.

S'il n'y a que des *menaces* d'avortement, et s'il est *possible de surveiller de très près* la malade, de dépister le début de l'infection, on est autorisé à essayer de conserver la grossesse par le traitement ; mais c'est là une situation exceptionnelle.

Quand la femme fait de la température, même si elle n'avoue pas les manœuvres abortives, évacuer également l'utérus avec *la plus grande rapidité,* c'est-à-dire de jour comme de nuit. Quand le col n'est pas perméable, on met aussitôt en place une tige de laminaire.

La glace sur le ventre et la chimiothérapie anti-infectieuse doivent être également prescrites dans tous les cas infectés, et cela jusqu'à ce que la température ait baissé, soit généralement dix-huit à vingt-quatre heures à la suite de l'évacuation de l'utérus. Si l'infection dure déjà depuis quelques jours et paraît importante, tant en raison des frissons que de l'élévation de la température, si l'état général paraît atteint, une hémoculture fixera le pronostic et orientera la thérapeutique.

A noter encore que c'est dans l'avortement criminel que se pose le plus souvent l'indication de certaines interventions chirurgicales, motivées par les péritonites et les abcès gangréneux de l'utérus, ainsi qu'en témoignent les observations relatées plus haut.

Ce qu'il faut retenir, c'est que la fréquence et la gravité des accidents de l'avortement criminel conduisent à ériger en ligne de conduite l'évacuation de l'utérus dans le plus bref délai , et à instituer la thérapeutique anti-infectieuse, systématique, précoce, intensive, qui souvent finit cependant par triompher de phénomènes graves.

G. FISCHER.

TRAITEMENT DES PARALYSIES DIPHTÉRIQUES

Le sérum peut-il prévenir l'apparition des paralysies diphtériques ?

Le sérum peut-il guérir les paralysies diphtériques ?

(Telles sont les deux questions, auxquelles ont répondu MM. R.-A. MARQUÉZY et M. ECK (1).

Pour la première question, et en s'en tenant uniquement au rôle du sérum dans la prophylaxie des paralysies, il ne semble pas qu'une sérothérapie prolongée, pas plus que la dose de sérum, préviendrait l'apparition des paralysies. On peut dire qu'en l'absence de tout signe de malignité, l'apparition de la paralysie est essentiellement fonction de la persistance et de l'étendue des fausses membranes.

Quant au deuxième point, il n'existe guère, pour traiter une paralysies diphtérique, que les thérapeutiques désormais classiques, et combien précieuses, que représentent la strychnine à haute dose, et l'ouabaïne. En présence d'une polynévrite diphtérique, si le malade a reçu une dose suffisante de sérum au moment de son angine, il n'est plus question de réinjecter du sérum, et cela dans aucun cas : l'apparition d'accidents sériques risque d'aggraver une paralysie diphtérique et peut parfois provoquer la mort.

(1) *La Pratique médicale française,* janvier 1937.

Par contre, si le malade n'a pas reçu de sérum l'angine étant passée inaperçue, le problème de la sérothérapie peut se poser. Une réaction de Schick, est habituellement négative. En pratique cependant, si le malade n'a jamais reçu de sérum, bien peu nombreux sont les médecins qui se refuseront à en faire ; certains, malgré la conviction certaine de son inefficacité, hésiteraient. Seuls des facteurs d'ordre sentimental font alors pencher la balance en sa faveur. Tout ceci ne signifie pas qu'il faut considérer la sérothérapie comme éliminée pour toujours de la thérapeutique des paralysies diphtériques.

Le traitement des paralysies par l'anatoxine a tenté plus d'un clinicien sans grand succès. L'insuffisance des thérapeutiques spécifiques doit faire envisager d'autres médications. L'auteur donnerait la préférence à la méthode de choc, appliquée par M. Tinel à la thérapeutique des polynévriques auto et hétéro-toxiques. Il faut insister à nouveau sur la prophylaxie des paralysies diphtériques, sur la nécessité, dans la majorité des cas, de pratiquer aussi précocement que possible la première injection de sérum. Il faut rappeler aussi l'utilité d'éviter tous les facteurs occasionnels. La prévention de la fatigue, des maladies contagieuses intercurrentes, des accidents sériques, paraît très important si l'on veut diminuer le nombre des paralysies.

CRÉOSOTE ET VOIES RESPIRATOIRES CHEZ L'ENFANT

Par H. JUMON

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

Ayant obtenu d'excellents résultats dans les affections broncho-pulmonaires aiguës de l'enfance avec la créosote en suppositoires, c'est le résultat de nos observations que nous rapportons ici.

La créosote fut longtemps dépréciée, parce qu'employée par la voie gastrique, on observait trop souvent des phénomènes d'intolérance. Aujourd'hui qu'on a pu tourner la difficulté, elle retrouve un succès inconnu jusqu'alors.

NATURE CHIMIQUE DE LA CRÉOSOTE. — Médicament à fonction phénol, le nom de créosote répond à des liquides de composition plus ou moins complexe obtenus par la distillation des goudrons végétaux. La *créosote officinale* est obtenue par distillation du *goudron de hêtre*. Elle fut découverte par Heidenbach en 1882.

Elle doit avoir la composition centésimale suivante :

Monophénols (phénols, crésylols, xylénols)	40 %
Gaïacol	20 %
Ethers monométhyliques de diphénols, (créosol et homocréosol).	40 %

Liquide légèrement oléagineux, incolore, très réfringent, se colorant en jaune à la lumière, d'odeur forte, de saveur brûlante, la créosote de hêtre doit bouillir entre 200° et 220°. Sa densité doit être 1,08 ou 1,09. Peu soluble dans l'eau (1 pour 80 à 1 %), elle est soluble dans l'alcool, l'éther, le chloroforme, les huiles grasses, la glycérine anhydre.

Elle doit être *neutre au tournesol* et se dissoudre entièrement dans les solutions concentrées de K O H ou de NaOH.

MODES D'ADMINISTRATION ET POSOLOGIE (*Tableau C*).

Chez l'enfant, la voie sous-cutanée est peu utilisable, *la voie gastrique* peut être mal tolérée ; au contraire la VOIE RECTALE, très bien supportée, est le mode d'administration de choix.

On peut recourir aux *lavements créosotés* : c'est la technique la plus ancienne, expérimentée par Revillet, Schoull et Weiller. Dans un demi verre de lait tiède, on verse la créosote au compte-gouttes et on *agite fortement* pour obtenir une *émulsion*, qui doit être parfaite, pour éviter l'irritation de l'intestin. Après lavement évacuateur, on injecte avec une poire le lavement à garder *une heure* matin et soir, ou une seule fois par jour, selon le cas clinique. Il faut savoir que *un gramme de créosote* = 41 gouttes.

Posologie : par lavement :

Jeune enfant	I à XX gouttes
Adolescent	XX à XXXV gouttes
Adulte	C à CXX gouttes

Mais aujourd'hui, une technique beaucoup plus simple est celle des *suppositoires créosotés* : 0,10 de créosote par année d'âge.

Créosote pure de hêtre	0,25 à 0 gr. 50
Beurre de cacao	q. s. pour un suppositoire (Enfant, Comby).

Créosote pure de hêtre	0 gr. 50
Beurre de cacao	4 grammes (adulte)

On voit que les doses peuvent être assez élevées, mais chez l'enfant, les *suppositoires dits infantiles* des spécialistes restent dans des doses prudentes, qu'on peut prescrire en général plusieurs fois par jour (0,10 par suppositoire).

1 à 4 ans : un ou deux suppositoires par jour
5 à 11 ans : un à quatre suppositoires par jour.

Cette posologie évite ainsi les fortes doses, qui pourraient créer des accidents d'intolérance. Pour éviter celle-ci on se gardera de l'usage prolongé de la créosote, et on s'efforcera de ne la prescrire qu'à partir de 5 ans (0 gr. 10 à 0 gr. 30 de 5 à 10 ans).

VOIES D'ÉLIMINATION. — Produit volatil, la créosote s'élimine en nature par les *glandes salivaires* (saveur acre dans la bouche), par le *rein* (1/2 heure après l'absorption), *par la peau* et la *muqueuse trachéo-bronchique* (exhalaison intense avec odeur pénétrante de l'haleine). Cette dernière voie d'élimination rend compte de son action thérapeutique.

SIGNES D'INTOLÉRANCE. — Ils sont variables et se produisent par l'abus de doses élevées, ou trop prolongées, ou relèvent d'une idiosyncrasie. La saveur créosotée du pharynx est le degré le plus minime et le plus banal de l'imprégnation et en général sans importance.

Il n'en est pas de même des courbatures, des vertiges avec ébriété, des sueurs profuses avec sensation de refroidissement et parfois hypothermie, de la torpeur.

L'oligurie et la coloration noire des urines indiquent un degré avancé d'intoxication, qui n'est plus atteint, aujourd'hui qu'on a abandonné la pratique des injections huileuses.

La guérison de ces phénomènes toxiques est la règle, mais la notion de leur existence commande la prudence.

Action thérapeutique et indication de la créosote chez l'enfant

1° *Action thérapeutique.*

En s'éliminant par *la muqueuse trachéo-bronchique,* la créosote agit comme un *topique local* d'action *balsamique, antiseptique* et puissamment *bactéricide, modificatrice des sécrétions* (qui diminuent et s'aèrent) et *sédative* sur l'excitabilité des extrémités nerveuses sensitives de l'arbre respiratoire (d'où la diminution de la toux).

Mais son action s'étend plus loin et retentit sur l'état général.

En effet, l'*imprégnation créosotée* agit comme un *tonique et un stimulant de la nutrition*; sous son influence, l'appétit et les forces se relèvent et la fièvre manifeste une tendance à la baisse progressive. Toutes ces propriétés montrent combien la créosote peut être efficace dans le traitement des affections aiguës des voies respiratoires de l'enfant.

2° *Indications.*

Toutes les broncho-pneumopathies aiguës de l'enfance, surtout après cinq ans, sont justiciables de la médication créosotée par les suppositoires : cette forme médicamenteuse a le grand avantage de ne pas obliger le médecin à introduire *per os* des potions ou des sirops presque toujours mal tolérés par le tube digestif, qui doit rester libre pour assimiler l'alimentation habituelle ou une alimentation de régime restreint

C'est ainsi que nous avons obtenu des résultats remarquables et en général plus rapides qu'avec une autre médication :

dans les *bronchites aiguës,* dans certaines *coqueluches,* dans les *états bronchitiques à répétition* de la deuxième enfance, et particulièrement dans ceux qui s'accompagnent d'une *hypersécrétion bronchique.* Dans certains cas d'*asthme infantile* avec séquelles bronchitiques persistantes, la créosote a eu raison des accidents alors que les médications habituelles ne fournissaient aucun résultat.

De même les *petites bronchites descendantes* d'origine rhino-pharyngée sont rapidement guéries par la créosote.

De même encore, nous avons obtenu la cessation rapide des accidents dans des cas de *broncho-pneumonie traînante,* après la période aiguë.

En nous basant sur notre expérience, les plus beaux résultats ont été obtenus dans tous *les états bronchitiques à caractères trainant et torpide.* D'autres auteurs ont signalé les heureux effets de la créosote au *début des bronchopneumonies* (cas classique de Schoull, 1894), — dans la *pneumonie* où, d'après Garelly, la créosote avait une action spécifique sur le pneumocoque, alors qu'elle agirait moins bien en cas d'association microbienne, — dans les *complications pulmonaires de la grippe* (Schoull, Weiller) et même à titre préventif, *dans la grippe* (réduction des complications pulmonaires de 40 % à 3 %), — dans les *fièvres éruptives.* La créosote a également une action préventive sur les complications pulmonaires de l'anesthésie générale et une action sédative des douleurs d'expulsion des gaz chez les opérés.

LES ENQUÊTES EPIDÉMIOLOGIQUES DANS LA LUTTE CONTRE LA SYPHILIS

Il s'agit d'une orientation toute nouvelle, que prend depuis quelques années, la lutte antisyphilitique. MM. L. et A. Spillmann (1) rappellent qu'en 1934, sur 55 enquêtes, ils ont dépisté et traité 28 malades atteints de lésions syphilitiques contagieuses ; en 1935, sur 74 enquêtes, 33 malades. Cette nouvelle organisation est logique puisque la syphilis, maladie épidémique, doit être combattue par des méthodes épidémiologiques. L'enquête sociale, qui permet de remonter à l'origine des contaminations pour isoler et traiter le porteur de germes syphilitiques virulents, est nécessaire. C'est pourquoi cette méthode nouvelle de la prophylaxie antisyphilitique doit être poursuivie et développée. En augmentant le nombre des assistantes sociales, pour étendre le rayon d'action des centres antivénériens, on renforcerait utilement l'organisation actuelle. Les enquêtes étant plus nombreuses, les cas de syphilis nouvellement contractés diminueraient. Appliquée à l'ensemble du territoire national, cette organisation contribuerait sans aucun doute à abaisser d'une façon très sensible le taux de la morbidité vénérienne.

(1) *Paris Médical.* 6 mars 1937.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

L'indication opératoire dans les suppurations pulmonaires

Le Professeur A. BAUMGARTNER rappelle que deux notions fondamentales ont été confirmées par l'expérience : opérer aussitôt que le traitement médical se sera montré insuffisant à guérir complètement la suppuration ; choisir comme opération celle qui intervient directement sur le foyer suppuré. Ainsi les suppurations pulmonaires n'échappent pas aux grandes indications du traitement chirurgical de toutes les suppurations, quelle que soit la région où elles se produisent : 1° En cas d'abcès collecté, ouverture large et drainage ; 2° en cas de suppuration chronique prolongée qui a détruit l'organe atteint, extirpation du foyer.

Le pneumothorax peut certes faciliter l'accollement des deux parois de l'abcès, si celui-ci est largement ouvert dans une grosse bronche et si la zone de réaction qui l'entoure reste purement congestive ou inflammatoire. Mais que peut l'affaissement du poumon s'il s'agit d'un foyer central ou cortical à peine fissuré dans une petite bronche, c'est-à-dire si mal draîné, que même le lipiodol introduit par voie trachéale n'y pénètre pas. Le seul résultat de l'affaissement sera de gêner l'évacuation purulente et d'entraîner une rétention de pus dans la cavité. Que peuvent faire l'affaissement et la compression du poumon dans la pyosclérose qui accompagne les abcès putrides chroniques, dont les multiples cavités sont encombrées d'épais bourbillons purulents ? Le pneumothorax est, en outre, dangereux dans toutes les suppurations corticales, qui sous son influence, menacent de se rompre dans la plèvre, ou inutile si ces suppurations ont provoqué des adhérences entre le poumon et la paroi. Enfin, si son essai est suivi d'échec, l'ouverture de l'abcès qui deviendra indispensable est rendue particulièrement dangereuse du fait de la présence d'air dans une partie de la plèvre.

Les autres moyens de collapsothérapie, phrénicectomie, décollement pleuro-pariétal, thoracoplastie, présentent les mêmes inconvénients, et ne peuvent être envisagés en tant que traitement curatif. Ce sont des méthodes opératoires complémentaires, qui trouvent leur indication précise après l'intervention directe, après la pneumotomie qui draîne au bon endroit, après la pneumectomie qui supprime le foyer ; ils aident au comblement des cavités et facilitent la guérison. Quant à la bronchoscopie aspiratrice, elle apparaît comme une excellente méthode préopératoire, permettant l'évacuation du pus qui encombre les grosses bronches.

Les suppurations pulmonaires à opérer peuvent être rangées sous trois formes différentes : l'abcès aigu simple, la suppuration chronique putride, la gangrène localisée. On peut noter des complications pleurales ou bronchiques ainsi que des foyers multiples dans un même lobe ou un même poumon. Les récents progrès techniques, sous forme de lobectomie ou de pneumonectomie totale permettent d'espérer une diminution de la grande mortalité opératoire. Mais il faut surtout perfectionner le traitement médical pour que, à la phase aiguë primitive, l'infection tourne court, et que la guérison spontanée suive de près la vomique libératrice. Puis, quand il sera reconnu au cours des deux premiers mois, quelquefois plus tôt, rarement plus tard, que le foyer suppuré persiste et que les rémissions dans le cours de la maladie ne sont que temporaires, puisque l'image radiologique est encore probante, recourir sans tarder à l'intervention chirurgicale. (*Le Bulletin Médical*, 30 janvier 1937).

Sur le traitement de la syphilis nerveuse à son début

D'après les résultats de son observation personnelle, le Docteur P. LEFEBVRE estime qu'on ne devra instituer un traitement par le stovarsol sodique pour syphilis nerveuse à son début qu'au cas de symptômes nets de paralysie générale à l'exclusion de signes de tabes. Dans tous les autres cas, on aura recours au traitement arséno-bismuthique ou aux traitements bismuthiques et mercuriels alternés.

Il faut savoir que, dans le traitement de la syphilis nerveuse à son début, plus encore que dans toute autre manifestation de la syphilis, les traitements à dose insuffisante, à cadence irrégulière, les séries incomplètes, les traitements trop rapidement interrompus font courir au malade autant , voire plus de risques qu'une complète abstention thérapeutique. (*Journal de médecine et de chirurgie*, 10 janvier 1937).

De l'influence de l'infection dentaire sur les affections cutanées

Le Professeur WATRIN estime qu'en présence d'un malade atteint d'une dermatose qui a résisté aux moyens thérapeutiques habituels, en pré-

sence d'une éruption cutanée tenace ou récidivante de la face ou du cou, accompagnée ou non de troubles digestifs, il faut toujours songer à une origine dentaire possible, inspecter minutieusement la cavité buccale, et, s'il y a le moindre soupçon d'une infection dentaire ou gingivale, demander le secours d'un spécialiste.

(*Rev. méd. de Nancy*, 1er janvier 1937).

Le hile pulmonaire dans la tuberculose

M. Ch. Lestocquoy et Mme R. Lebreton rappellent que chez l'enfant et chez l'adulte tuberculeux, la radiographie montre assez fréquemment des images anormales, autonomes, dans la région des hiles. Il s'agit parfois de ganglions tuberculeux évolutifs ou calcifiés, mais le plus souvent d'une pneumonie tuberculeuse vraie pré-hilaire ou rétro-hilaire. Le plus souvent il y a contiguité, et non continuité, entre une lésion pulmonaire juxta-médiastinale et une caséification ganglionnaire. Il est probable que les ganglions hilaires constituent le point de départ de certaines formes de tuberculose pulmonaire de réinfection ; mais il ne s'agit pas d'expansion par continuité. Les premières lésions de la tuberculose pulmonaire de réinfection sont vraisemblablement d'origine sanguine et de type pneumonique dans la majorité des cas ; exceptionnellement elles peuvent siéger en d'autres régions, dans les environs du hile par exemple. On ne saurait créer, avec certains auteurs étrangers, une localisation élective nouvelle et il n'est pas légitime de remplacer le début apical par le réveil péri-hilaire.

(*Ann. médico-chir.*, 15 novembre 1936).

Les paralysies d'origine cérébrale chez les anciens traumatisés cranio-cérébraux

Le Docteur R. Targowla continue par cet exposé l'étude qu'il a entreprise sur les lésions nerveuses que l'on peut observer chez les anciens blessés, ou mieux traumatisés cranio-cérébraux, de la guerre 1914-1918. Il envisage d'abord les séquelles paralytiques des contusions du cerveau sans brèche osseuse complète, puis celles des plaies pénétrantes du crâne. Mais le côté intéressant de son exposé a trait aux paralysies tardives, qui peuvent apparaître chez d'anciens blessés craniens. Des observations très intéressantes sont rapportées par l'auteur. De même que pour les accidents neuro-psychiques observés tardivement, le processus artério-scléreux, seul ou associé, joue un rôle important dans le mécanisme des paralysies d'origine centrale, qui se manifestent à l'heure actuelle chez les anciens blessés de guerre. Il peut ou bien aggraver un état post-traumatique, ou bien déterminer une paralysie recouvrant et masquant plus ou moins l'ancien syndrome, ou bien enfin créer des accidents entièrement nouveaux. Il était intéressant d'attirer l'attention sur ces faits, souvent méconnus, car ils comportent, dans certains cas une thérapeutique au moins en partie efficace ; il est, en effet, possible d'enrayer parfois la progression des phénomènes vasculaires et de supprimer les troubles fonctionnels associés : troubles intellectuels et du caractère, hyperémotivité, insomnies, accidents vertigineux et comitiaux, etc...

(*Annales de médecine*, décembre 1936).

Les infiltrations de novocaïne dans le traitement de quelques affections de l'appareil locomoteur du cheval

MM. H. Velu, H. Weyland et Sarthou ont appliqué le procédé du Professeur Leriche, et ils en ont obtenu d'heureux résultats chez le cheval. Ils ont vu que si le clinicien voulait se donner la peine d'analyser, aiguille à la main, les symptômes rencontrés chaque jour, il serait surpris de la part fonctionnelle que l'infiltration novocaïnique permet de déceler et il connaîtrait de surprenants résultats thérapeutiques.

Autrement dit, la méthode des infiltrations mérite de prendre une place prépondérante parce qu'elle comporte en elle-même à la fois un procédé de diagnostic, un élément de pronostic et dans certains cas heureux, une méthode de traitement. (*Maroc Médical*, 15 décembre 1936)

La méningite séro-fibrineuse

A. Savulesco étudie les relations cliniques qui existent entre la méningite tuberculeuse et la méningite séreuse. Pour cet auteur la méningite séreuse est un syndrome de sensibilisation exsudative des méninges. Dans ce stade elle guérit le plus souvent. Au contraire, si elle devient séro-fibrineuse par continuation du processus exsudatif des cellules sensibilisées des méninges, sa gravité augmente. Elle ne guérit plus spontanément. Elle guérit par traitement désensibilisateur. Les cas suraigus, à évolution fatale — si on les laisse évoluer — sont des méningites séro-fibrineuses d'emblée.

Les méningites séro-fibrineuses amènent, par les dépôts fibrineux, constitués le long des centres encéphalo-médullaires, des troubles nerveux. Les troubles des organes des sens, surtout de la vue et de la motilité des globes oculaires, font toujours diagnostiquer : méningite tuberculeuse. Si, dans ces cas, on agit vite, par désensibilisation générale massive, on enraye d'abord l'évolution de l'exsudation et l'on obtient ensuite, par la résolution des dépôts de fibrine, la complète guérison. (*Revue de Sensibilisation*, décembre 1936.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Académie de chirurgie

Injections intra-artérielles antiseptiques dans les infections graves des membres

(M. Ricard, de Lyon. — Rapport de M. P. Huet ; 20-1-1937).

M. Ricard relate quatre observations d'injections intra-artérielles de solutions antiseptiques (mercurochrome) dans des infections graves des membres.

Il s'est agi : 1° d'un phlegmon grave du membre supérieur ; 2° d'un phlegmon diffus du mollet avec état septicémique chez un enfant qui s'était piqué à la région malléolaire ; 3° d'une infection du membre inférieur ayant eu comme point de départ un ulcère variqueux ; 4° d'une gangrène bilatérale extensive des deux membres inférieurs.

Dans ces cas graves, l'injection intra-artérielle de mercuro-chrome a été suivie de très bons résultats. M. Ricard injecte une solution aqueuse de mercurochrome à 2 p. 100, en quantité variable suivant l'étendue du territoire à atteindre (4, 8, 10 cent. cubes). Il n'a observé chez ses malades aucun accident important, sans réaction vaso-motrice brutale dans le territoire injecté.

Toutefois, l'auteur ajoute qu'il ne faudrait pas faire de cette méthode une panacée universelle. Elle ne dispense pas des traitements habituels (incisions des collections, sérothérapies spécifiques, etc.).

Arrachement du petit trochanter par contraction musculaire

(M. Okinczyc ; 18-11-1936)

M. Okinczyc présente la radiographie d'un sujet de quinze ans qui, en jouant au ballon, par contraction musculaire violente, et sans être tombé, éprouva une violente douleur dans la hanche et ne put marcher.

L'examen révèle une impossibilité de la flexion active de la cuisse sur le bassin. La radio montre un arrachement de l'insertion du psoas sur le petit trochanter. Ces arrachements sont rares.

Septicémie à colibacilles après avortement

(M. G. Rouhier ; 2-12-1936)

Le temps n'est plus où les grandes septicémies de la puerpéralité étaient considérées comme dépendant toujours d'un agent unique : le streptocoque. Certes, le streptocoque reste le germe de beaucoup le plus fréquemment rencontré, en pareil cas, mais il n'est pas le seul : les staphylocoques doré et blanc, le perfringens, et le coli-bacille sont quelquefois trouvés à l'hémoculture dans les septicémies puerpérales.

M. Rouhier relate deux observations nouvelles de septicémie à coli-bacilles après avortement. Les deux malades succombèrent, la première malgré l'hystérectomie pratiquée six jours après la tentative d'avortement, elle-même suivie de curetage ; la seconde, non opérable, six jours après l'admission à l'hôpital.

La fièvre puerpérale et les septicémies post-abortum à coli-bacilles ont été signalées par Widal et Lemierre, par Mondor, par Sauvé. On admettait volontiers qu'elles étaient plus bénignes que les formes streptococciques, du moins lorsque le colibacille était rencontré isolément. M. Rouhier soutient une opinion différente puisque ses deux malades ont succombé en peu de jours.

Quant à la pathogénie de ce redoutable accident, elle reste assez hypothétique. On peut admettre que la femme, en état de colibactériémie légère, a vu sa bactériémie s'aggraver du fait de l'avortement. On peut supposer que les colibacilles ont été directement refoulés dans les voies génitales au cours des manœuvres abortives par suite d'une désinfection insuffisante de la région péri-ano-vulvaire. Ce sont là, il est vrai, de simples hypothèses.

— M. Maurice Chevassu apporte une note un peu moins pessimiste que celle de M. Rouhier. Une de ses malades, atteinte de septicémie coli-bacillaire après un accouchement normal, a guéri à la suite d'injections de sérum anticolibacillaire de Vincent.

— M. Mondor remarque que la virulence du streptocoque, en matière de septicémie puerpérale, est parfois égalée par celle de plusieurs autres germes : staphylocoque, coli-bacille ; elle est dépassée par celle du *Perfringens*. Il est donc utile, lorsque cela est possible, que des hémocultures soient faites ; l'utilité est plus grande encore lorsque la thérapeutique antistreptococcique apparaît inefficace. L'interprétation des résultats n'est pas toujours simple. Pour ce qui concerne la septicémie coli-bacillaire, on se souviendra que le coli-bacille peut être associé à d'autres microbes dans le sang ou n'être qu'en bactériémie d'accompagnement.

M. Mondor ajoute ce détail important : les hémocultures, faites pendant le curetage, ou de suite après son exécution, sont assez souvent positives (7 fois sur 35 observations). Assez souvent aussi, les hémocultures ne sont positives qu'à ce moment. Cet examen unique ne saurait autoriser à parler de septicémie.

— M. Rouhier note l'intérêt qu'il y a à connaître l'existence de ces bactériémies transitoires à la suite des curetages.

P. L.



SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

L'oxycarbonémie endogène

(MM. LOEPER, BIOY, GILBRIN et TONNET ; 11-12-1936)

Les auteurs ont eu l'idée de rechercher systématiquement le CO dans le sang chez un certain nombre de sujets pris au hasard : les uns, ouvriers de tout ordre, travaillant au voisinage des usines, dans des atmosphères souillées par des fumées diverses, les autres chauffeurs d'automobiles, voire infirmiers, et aussi habitants de quartiers encombrés ou populeux.

Les différences relevées chez eux sont appréciables, mais minimes, et sur dix cas examinés, ne dépassent guère 2 à 3 p. 1.000 de CO, ce qui est presque négligeable.

Ils ont été, par contre, très surpris de trouver des accroissements notables chez des malades, atteints de maladies de la nutrition comme le diabète ou d'affections hépatiques, de troubles circulatoires ou pulmonaires, congestifs ou nerveux de nature variable.

L'oxyde de carbone n'est pas un véritable poison. Il se substitue à l'oxygène pour former le carboxyhémoglobine plus facile et plus stable que l'oxyhémoglobine. Il agit par anoxhémie. Sans doute, avec de faibles proportions, la quantité d'hémoglobine oxycarbonée est minime. *Elle* ne peut guère atteindre pour 10 à 15 c. c. de CO p. 1000 que 5 à 8 p. 100 d'hémoglobine oxycarbonée. On s'accorde à considérer cette dose comme négligeable, mais on ne peut affirmer son innocuité. L'hypersensibilité même de certains sujets est aussi vraisemblable pour le CO que pour d'autres substances dites toxiques. Il est probable que l'oxyde de carbone a une prédilection pour les centres nerveux, soit qu'il s'y fixe, ce qui est possible et non démontré, soit qu'il y provoque des réactions vasomotrices et même des hémorragies localisées spécialement dans les régions pallidales. Il est assez remarquable de voir un assez grand nombre de ces sujets présenter de la céphalée, de la nervosité, en même temps que des réactions vagotoniques. On est donc en droit d'attribuer certains symptômes nerveux de ces malades au CO. On est en droit de lui attribuer aussi des réactions digestives. Enfin, il est logique de reconnaître au CO une certaine responsabilité dans l'anémie.

Il paraît en tous cas indispensable, devant de tels résultats, de suspecter l'action du CO dans la production de certains symptômes observés dans les maladies chroniques ou dans les états de dénutrition, pour cette raison qu'ils se rapprochent de ceux que l'on observe dans des intoxications authentiques accidentelles ou professionnelles nettement accusées. *L'oxyde de carbone formé in situ* nous apparaît dans certaines maladies comme l'intermédiaire entre le processus morbide et les symptômes observés.

La relation de l'oxyde de carbone, avec certains troubles de métabolisme glucidique, semble donc évidente ; il naît de la combustion incomplète des sucres ou de leurs dérivés, surtout de l'acide oxalique. L'intoxication endogène oxycarbonée doit donc être recherchée chez tout sujet présentant des signes nerveux, vasculaires, pulmonaires, céphaliques ou digestifs.

La spectroscopie est insuffisante pour la déceler. Seul est précis et délicat le dosage chimique suivant la méthode de Nicloux.

L'intoxication doit être combattue par l'oxygénation, qui agit à la fois sur l'élimination du CO et sur la nutrition du sujet. Il a semblé qu'elle pouvait être améliorée aussi par l'ingestion du bleu de méthylène.

Néphrose lipoïdique postérieure à une néphrite aiguë Influence favorable d'une rougeole intercurrente

(M. WEILL-HALLÉ, Mlles PAPAÏOANNOU et M. S. LÉWI ; 4-12-1936)

L'action favorable de la rougeole sur les troubles caractérisant le syndrome de la néphrose lipoïdique a été observée à plusieurs reprises.

Dans ce cas, deux poussées de néphropathie avaient évolué successivement comme une néphrite banale pure (cylindres, pas d'hyperlipidémie, évolution rapide) et comme une néphrose pure, isolée (pas de cylindres, syndrome humoral typique, évolution prolongée).

La néphrose lipoïdique s'est montrée réfractaire au régime carné et à l'extrait thyroïdien.

Cette observation incite à poser la question du rôle qu'a joué la rougeole dans l'évolution de cette affection ; l'aggravation progressive de l'état du malade s'est produite malgré toutes les thérapeutiques ; l'extrême gravité de la situation s'est révélée dans les jours qui ont précédé l'éruption morbilleuse et l'amélioration très rapide, presque immédiate a coïncidé avec cette éruption. Les rapports de cause à effet entre cette infection et l'amélioration du malade ne semblent pas discutables. Ce n'est d'ailleurs pas un fait isolé, puisque des constatations analogues ont été faites par d'autres auteurs.

Ce cas semble infirmer l'hypothèse de l'action exclusive de la pyrexie, puisque dans cette infection, la température n'a jamais dépassé 38°4 et que, par ailleurs, cette température, qui existait pendant les quatre jours d'incubation de la maladie, n'a eu aucun effet salutaire. On doit donc invoquer une action plus complexe encore de l'infection intercurrente non spécifique sans doute, et dont on est encore loin de pouvoir préciser le mécanisme.

G. F.

Société des chirurgiens de Paris

Séance du 8 janvier 1937

Guérison par la phagothérapie d'une ostéomyélite aiguë continuant à évoluer malgré trois opérations successives.

M. Raiga rapporte un cas d'ostéomyélite aiguë intéressant la totalité du tibia, les articulations tibio-tarsienne et médio-tarsienne, ainsi que la totalité du calcanéum. Cette infection continuait à évoluer malgré trois opérations successives assurant un drainage parfait des foyers suppurés. L'auteur a réussi, grâce à la phagothérapie, à éviter l'amputation de cuisse, seule solution qui avait été jugée possible d'après les règles chirurgicales classiques et à provoquer la stérilisation de l'infection. La réossification des segments osseux frappés d'ostéite fut complète. De nombreux examens biologiques, une courbe de température et des radiographies rendent particulièrement évidentes, d'une part les causes humorales de la prolongation de l'infection, d'autre part, l'intensité des lésions osseuses primitives et enfin la qualité du résultat obtenu.

Séance du 22 janvier 1937

L'arthrodèse du genou dans le traitement des arthrites rhumatismales invétérées

M. Raphaël Massart présente un film en couleurs naturelles montrant les différents temps opératoires : l'incision sus-rotulienne avec section du quadriceps, l'exposition large de l'articulation, la résection des adhérences fibreuses et des surfaces articulaires ulcérées (fémur, tibia, rotule, etc..), puis la prise d'un greffon fémoral et sa mise en place pour réunir le fémur et le tibia et hâter la coalescence des surfaces articulaires réséquées.

Extirpation de la glande sous-maxillaire gauche pour lithiase salivaire

M. Cresson communique l'observation d'une femme de 65 ans qui présentait un gros calcul du canal de Wharton et trois calculs du parenchyme glandulaire de la glande sous-maxillaire. Guérison. La malade a présenté pendant quelques jours une légère paralysie du facial inférieur.

Trois cas de septicémies prolongées provoquées par le staphylocoque doré

M. Cresson communique les trois observations suivantes. — 1° Chez un homme de 41 ans, début par un petit anthrax de la région pré-rotulienne droite, traité par auto-vaccin. Un mois après, période de fièvre très élevée ; l'hémoculture montre du staphylocoque doré ; abcès du poumon droit qui guérit par vomique. Trois mois après, phlegmon périnéphrétique droit, nécessitant une néphrectomie, puis anthrax du sein droit. A la suite d'une avulsion dentaire, ostéomyélite de l'extrémité inférieure du radius droit. Trois ans après, pyodermite du cuir chevelu. Quatre ans après, phlegmon de l'avant-bras gauche sans lésion osseuse. La septicémie s'est donc prolongée environ dix ans. A part le traitement chirurgical, tous les traitements médicaux ont été employés sauf l'anatoxine et l'hémocrinothérapie. — 2° Chez un homme de 40 ans, début par un petit furoncle interfessier ; voyage de 200 km en auto ; ouverture et expression du furoncle. Phase fébrile très élevée, pseudo-typhique pendant un mois. L'hémoculture montre du staphylocoque doré ; auto-vaccin sans résultat. Apparition d'un phlegmon sus-périosté au niveau de l'extrémité inférieure du fémur gauche ; pas de lésion osseuse apparente à la radio. Un mois après, signes d'ostéomyélite au même niveau : trépanation. Péritonisme avec orchite droite sans abcès de la prostate. Disparition sans intervention après auto-vaccin. Durée : environ deux ans. Actuellement guéri. — 3° Inoculation directe : ablation par le malade d'un cor au pied droit avec un bistouri ayant servi à ouvrir une vésicule de pyodermite à la face dorsale de la main gauche. Etat typhique très grave avec augmentation du volume du foie et de la rate et douleurs poly-articulaires, puis, apparition successive d'une série d'arthrites purulentes : genou droit, genou gauche, tibio-tarsienne gauche, tibio-tarsienne droite, métatarso-phalangiennes et phalangiennes de la main droite, puis de la main gauche ; ostéomyélite du grand trochanter gauche, ostéite des apophyses épineuses des deux dernières dorsales et des deux premières lombaires ; pleurésie purulente droite. Les divers examens du pus montrent le staphylocoque doré. — Dans ces trois cas, jamais de manifestations cardiaques, aucune furonculose généralisée cutanée préalable. Dans le premier cas et le troisième cas, le staphylocoque se rapprochait morphologiquement du streptocoque.

Lille

Société médicale et anatomo-clinique

Séance du mardi 8 décembre 1936

Traitement chirurgical d'un abcès du poumon à foyers multiples

Présentation de photographies stéréoscopiques et de radiographies

MM. Langeron, Desbonnets, d'Hour et Lamelin rapportent l'observation d'un malade porteur d'une densification pulmonaire limitée à la partie inférieure et externe du lobe supérieur droit. Dans cette zone, l'on notait l'existence de petites cavités. Le malade avait une expectoration abondante fétide, un état général précaire et une température très élevée.

Malgré les traitements médicaux intensifs multiples, aucun résultat ne fut obtenu. Devant cet échec, un traitement chirurgical fut décidé. Une pneumec-

tomie fut pratiquée après repérage radiologique. L'excision de la partie externe de la densification pulmonaire fut faite au thermo-cautère, ainsi que les parois des cavités anfractueuses. La guérison du malade fut obtenue assez rapidement et elle s'est maintenue sans rechute depuis un an.

Un cas d'abcès pulmonaire fétide, guéri médicalement

MM. Langeron, d'Hour, Ledieu et Lugez ont obtenu la guérison d'un abcès pulmonaire fétide, grave, avec un traitement médical (alcool intraveineux, sérum antigangréneux, arsenicaux). Il s'agissait d'un abcès du lobe inférieur gauche constitué par une cavité basale entourée d'une densification parenchymateuse importante. En quelques semaines, l'on assista à la disparition des signes cliniques et radiologiques. Un arrêt du traitement en cours avait permis de constater la reprise des symptômes, montrant bien qu'il ne s'agissait pas, dans ce cas, d'une guérison spontanée.

Ouverture spontanée d'un abcès du poumon à la peau

MM. Langeron et d'Hour. — Garçon de 13 ans, opéré un an plus tôt de pleurésie purulente ; fistule thoracique consécutive, pus assez fétide, amaigrissement. L'examen au lipiodol fait présumer un abcès du poumon.

Il se produit, dans la région mammaire gauche, une tuméfaction chaude, douloureuse et fluctuante : à l'incision, poche anfractueuse, pleine de pus et de débris pulmonaires sphacélés. Mort quelques jours après : l'autopsie montre de nombreux abcès du poumon, vis-à-vis desquels il n'était pas possible d'intervenir.

Cette évolution sur la peau est connue ; l'ouverture se fait toujours dans le 2e ou 3e espace intercostal ; le côté gauche est le plus souvent intéressé.

Tumeur de la région rolandique, avec déformation et dilatation ventriculaire
Hydrocéphalie interne par épendymite chronique

Présentation de pièce

MM. Langeron et Castel. — Homme de 47 ans, amené dans un état presque comateux. Hémiparésie droite, avec aphasie, léger Kernig, Babinski bilatéral. Diagnostic de gliome ; trépanation décompressive. L'autopsie montre une volumineuse tumeur rolandique, ayant envahi la profondeur ; disparition d'un ventricule, refoulement et dilatation de l'autre.

Homme de 63 ans, aveugle depuis huit ans ; état d'excitation intense, mort rapide. Absence de tumeur, mais dilatation considérable des ventricules, véritable hydrocéphalie interne. Il s'agit d'épendymite, par oblitération des orifices normaux.

Les auteurs attirent l'attention sur la rareté de tels faits et ils en précisent le tableau clinique.

Epilepsie cardiaque

MM. Dereux, Coustenoble et Castier. — Grande hypertendue, qui, au cours d'une défaillance cardiaque avec effondrement tensionnel, fit une crise d'épilepsie typique. Le traitement tonicardiaque combattit efficacement et l'insuffisance du cœur, et les accidents nerveux. Les auteurs passent en revue les hypothèses susceptibles d'expliquer de tels troubles et s'arrêtent à celle d'un bouleversement circulatoire, nerveux et peut-être humoral, chez une prédisposée.

Toulouse

Société de médecine

Maladie de Hodgkin familiale

MM. Laporte et Darnaud rapportent un cas où, à quelques années d'intervalle, un père et sa fille ont été atteints de lymphogranulomatose maligne. Tous deux semblaient indemnes de tuberculose ou de syphilis. Les auteurs concluent que de telles observations ne sont pas assez fréquentes pour apporter quelque clarté au problème de la pathogénie de la maladie de Hodgkin.

Contribution à l'étude du mode d'action des eaux sulfureuses

M. Valatx, après avoir rappelé ses travaux sur l'action bactéricide des eaux thermales communique les résultats de ses dernières recherches. Cinq cobayes furent inoculés dans le tibia : le premier reçut une goutte d'une émulsion de culture jeune de staphylocoque virulent provenant d'une ostéite de guerre : six jours plus tard ostéomyélite typique. Le no 2 reçut une goutte d'eau thermale sulfureuse utilisée en bains pour le traitement des suppurations : deux jours plus tard, réaction locale assez forte mais disparaissant rapidement, pas de lésions apparentes, ni à la radiographie ni à l'autopsie. Le no 3 reçut une goutte de l'émulsion de ce germe dans l'eau thermale depuis 24 heures : ostéomyélite dix jours plus tard. Les nos 4 et 5 reçurent une goutte de cette même émulsion, mais datant de 48 heures. Réaction locale pendant deux jours, pas de lésions apparentes à la radiographie et à l'autopsie vingt jours plus tard. A noter que des radiographies de contrôle avaient été faites avant l'inoculation pour tous les cobayes et que la vitalité du germe en émulsion dans l'eau thermale avait été vérifiée par des ensemencements journaliers.

De ces expériences, il semble apparaître que si l'eau a peu d'action bactéricide, elle pourrait atténuer après un contact assez prolongé la virulence du germe.

Les Thèses

P. — Dr M. Jamot. — **Etude de l'intoxication par le tétrachlorure de carbone.** (Thèse, 1936.)

Le tétrachlorure de carbone a des usages industriels nombreux, en teinturerie (nettoyage à sec), pour la préparation des mastics dans l'industrie du caoutchouc, comme agent d'extinction des incendies ; il a aussi des usages médicaux.

La toxicité de cette substance est assez élevée, mais, cliniquement, la dose toxique pour l'organisme humain est mal connue.

Aussi, des précautions doivent-elles être prises dans son emploi :

1° Toujours conserver CCl^4 dans des récipients hermétiquement clos ;

2° N'opérer sa manipulation qu'à l'air libre ou dans les locaux parfaitement ventilés ;

3° Instruire le personnel chargé de la manipulation de $C Cl^4$ des dangers qu'elle peut comporter.

4° Ne pas employer dans les industries faisant usage de tétrachlorure de carbone des alcooliques ni des individus présentant des tares hépatiques, pulmonaires ou rénales.

En ce qui concerne les extincteurs d'incendie, il serait souhaitable que les appareils soient plombés, que leur soit apposée une étiquette indiquant le mode d'emploi détaillé, et prescrivant le port du masque respiratoire, si l'on doit en faire usage dans des locaux fermés.

Au point de vue médical, proscrire l'emploi de $C Cl^4$ par la voie interne et ne l'utiliser en dermatologie qu'à petites doses et avec circonspection.

Mp. — Dr M. Avezou. — **Contribution à l'étude du délire transitoire critique dans la pneumonie.** (Thèse 1936).

Il existe un délire momentané et transitoire, qui s'observe au cours de l'infection pneumococcique pulmonaire et peut être décrit sous le terme de délire critique transitoire de la pneumonie. Il se distingue du délire initial et du délire de la période d'état.

Surgissant pendant la défervescense, le délire critique rentre dans l'extériorisation symptomatique des modalités diverses qui caractérisent cet acte général : la crise. C'est le terrain (prédisposition névropathique) qui conditionne le délire critique.

Mp. — Dr J. Roche. — **Contribution à l'étude du pouvoir agotoxique et phylactique de quelques eaux minérales et notamment des eaux de Vichy** (Thèse 1936).

Des expériences portant sur les gambusia et accessoirement sur d'autres poissons ont permis à l'auteur de mettre en évidence le pouvoir agotoxique, vis-à-vis du novarsénobenzol, de certaines eaux minérales, et en particulier de celles de Vichy, lorsqu'elles sont intégrées au milieu toxique.

Les gambusia acquièrent au contraire une résistance au toxique, considérablement accrue, par un séjour de quelque temps, plusieurs jours en général, dans l'eau minérale, employée à un taux de concentration qui permet la survie sans accidents.

L'auteur n'ose encore affirmer ce pouvoir phylactique. Il n'a cependant jamais manqué dans les différentes séries où il a tenté de le mettre en évidence.

Mp. — Dr P. Chatton. — **Contribution à l'étude des fibro-myomes kystiques de l'utérus** (Thèse 1936).

Les fibromyomes kystiques de l'utérus sont des tumeurs rares, à étiologie très imprécise. Ils se caractérisent cliniquement :

1° Par leur développement rapide ;

2° Par leur symptomatologie mixte tenant à la fois du fibrome utérin et du kyste de l'ovaire.

Leur diagnostic est souvent difficile. Lorsqu'ils sont pédiculés ils sont pris pour des kystes ovariques. Lorsqu'ils s'affirment comme une tumeur utérine, ils peuvent en imposer pour une grossesse ou un sarcome. L'utilisation de l'hystérographie et des réactions biologiques de la grossesse sera d'un précieux secours.

Malgré leur accroissement rapide, ce sont des tumeurs bénignes. L'irradiation étant formellement contre-indiquée ils sont justiciables seulement de l'exérèse chirurgicale.

P. — Dr H. Sauvage. — **Les aspects pseudo-tuberculeux du poumon cardiaque** (Thèse 1936).

La toux, la dyspnée, les épanchements pleuraux et surtout les hémoptysies des cardiaques, dans les cardiopathies latentes principalement, peuvent faire commettre des erreurs avec les affections pulmonaires, la tuberculose en particulier.

Deux notions nouvelles sont à signaler dans l'étude du poumon cardiaque : l'artérite pulmonaire, qui explique notamment la plupart des hémoptysies, et les images radiologiques anormales au niveau de l'ombre cardiaque et dans les champs pulmonaires.

Le diagnostic clinique des complications pleuro-pulmonaires des cardiopathies n'est pas toujours facile, d'autant que cœxistent parfois une affection cardiaque et une tuberculose pulmonaire. Cette tuberculose des cardiaques, suivant la notion classique, est fréquemment discrète, fibreuse, peu évolutive, voire inactive. Cependant elle est plus souvent qu'on ne le croyait d'allure banale.

L'examen radiologique rendra des services, pour le diagnostic. P. L.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

Les dinitrophénols et leurs dérivés en thérapeutique (1)

par René-Maurice TECON

Cet important travail comprend les observations personnelles de l'auteur et les résultats d'un vaste referendum organisé parmi les plus notoires de ses confrères.

R.-M. TECON rappelle longuement les recherches expérimentales sur les dinitrophénols et résume ensuite les conclusions de travaux américains et français (ou de langue française). Ces conclusions thérapeutiques sont d'ailleurs concordantes et se trouvent admirablement résumées dans la récente communication du Professeur Pouchet, à l'Académie de Médecine.

E. Exchaquet, de Montreux, entre autres, précise qu'il n'a plus constaté, depuis un an qu'il emploie Dinitra, les phénomènes d'intolérance constatés antérieurement (ce qui montre l'intérêt d'un produit pur). Il signale quelques cas d'accoutumance qu'il a essayé de réactiver par des cures opothérapiques associées. De toutes façons, le médicament s'est montré actif et inoffensif lorsqu'il est appliqué prudemment.

Tecon rappelle ensuite la polémique engagée en Angleterre autour de la toxicité du dinitro-*crésol* et que termina l'accident mortel retentissant d'une danseuse londonienne.

Il semble donc qu'il faille n'utiliser que les dérivés dinitrophénoliques en thérapeutique. A condition de garder le malade sous une surveillance étroite et de l'avertir des dangers qu'il y a à dépasser les doses prescrites, le médecin possède, dans la médication dinitrée, une thérapeutique active et de grande valeur.

● ● ●

Faut-il ou non combattre la fièvre ?

J. Albert WEIL a publié récemment une intéressante monographie dans laquelle il se fait le protagoniste de la médication dirigée contre la fièvre en soi. Il n'envisage pas le problème dans son ensemble et sa démonstration vise surtout les maladies infectieuses (fièvre typhoïde, grippe, rougeole) dans lesquelles la fièvre peut être considérée, dit-il, comme une manifestation allergique susceptible « non seulement d'exalter la virulence des divers germes morbifiques, mais encore d'entraîner des accidents allergiques sévères et de sensibiliser l'organisme à des toxines diverses ».

Ces notions de pathologie générale confirment, estimons-nous, l'opinion de Renault, sur l'érythrothérapie, qui doit être appliquée non seulement à la rougeole, dont elle est la médication élective (4 gouttes d'érythra par année d'âge toutes les quatre heures, thèse de Marcel Boz), mais encore aux fièvres éruptives en général, à la fièvre typhoïde (thèse de J.-R. Bernard), comme antinévralgique, antithermique de choix (en raison de sa forme soluble et de sa parfaite tolérance) chez les enfants.

● ● ●

La Rhodanémie

Cette liaison constante de la clinique et du laboratoire, qui semble le signe sous lequel s'est peu à peu placée la médecine contemporaine, a permis à Herbert Barker (de Chicago) de découvrir les raisons de certains insuccès au cours des traitements par le rhodanate de potassium.

Dans le *Journal of the American Association* (19 janvier 1935), il signale en effet les excellents résultats qu'il obtient avec le rhodonate dans l'hypertension artérielle depuis qu'il a découvert la notion de « rhodanémie ».

De ces recherches il résulte que le rhodanate de potassium a une action extrêmement puissante, lorsque le taux de « rhodanémie » atteint un certain chiffre (10 à 15 milligr., selon H. Barker). Il se produit alors, en deux semaines, un abaissement de tension artérielle de 1 à 6 cm La proportion des succès dépasse légèrement 60 %

Cette notion de rhodanémie, toute nouvelle est d'un puissant intérêt doctrinal et mériterait d'être longuement reprise et étudiée.

On voit donc l'intérêt de cures prolongées de Rhocya à doses suffisantes (20 gouttes trois fois par jour trois semaines par mois) et le résultat qu'on peut en espérer dans l'hypertension artérielle, les rhumatismes chroniques, les scléroses.

(1) *Praxis*, 10 décembre 1936.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Bulletin de l'Actualité

POUR AMÉLIORER LA RACE

La stérilisation est incapable de résoudre ce problème social

La dénatalité est un fait, qui s'aggrave de jour en jour dans le monde des civilisés. Le Professeur Richet n'a-t-il pas écrit que la civilisation n'aboutissait qu'à la dégradation de l'espèce ? A l'oligogénie, on avait cru pouvoir opposer rationnellement l'eugénie ; que servirait, en effet, à une race d'avoir un plus grand nombre de naissances, si, par la qualité, les individus, qui arrivent à l'âge adulte et naissent à la vie sociale, étaient des minimes et des tarés ?

Parmi les facteurs de l'eugénie, se plaça la stérilisation des sujets tarés. Mais, celle-ci peut-elle par la sélection remédier à la dégénérescence de la race, l'atténuer, la faire disparaître ?

Pour en apprécier les effets, il faut étudier la réglementation qui a été préconisée à son égard dans certains pays. La loi allemande représente le code, le plus précis qui existe à ce jour.

Son article premier précise :

« Toute personne atteinte d'une maladie héréditaire doit être stérilisée au moyen d'une opération chirurgicale si, d'après les expériences de la science médicale, il y a lieu de croire, avec le plus de probabilité possible que les descendants de cette personne seront frappés de maux héréditaires graves, affectant leur constitution mentale ou corporelle, et cela après un minutieux examen.

« Sont considérées, comme atteintes d'une maladie visée par la loi, toutes les personnes présentant l'une des maladies suivantes : faiblesse d'esprit congénitale, démence précoce, folie circulaire, épilepsie héréditaire, chorée héréditaire, cécité héréditaire, surdité héréditaire, difformités graves héréditaires. Peuvent être stérilisés également les alcooliques, qui présentent des accès graves ».

Comme le fait, à juste titre, remarquer le Docteur G. Rey (1), il semble déjà à première vue que les malades stérilisables par cette loi ne pourront guère, vis-à-vis de la dégénérescence de la race, apporter un remède bien efficace. On peut remarquer, en outre, que la plupart des gens, atteints des maladies dont il est question, ne risquent guère de procréer ; leurs tares sont si apparentes que leur entourage, par répulsion seulement, les condamnera à un célibat quasi absolu. Ce qui montre encore la fragilité de cette œuvre, c'est que l'hémophilie, par exemple, à transmission nettement héréditaire, n'y figure pas comme maladie susceptible d'entraîner la stérilisation ; et cela, parce qu'un hémophile présente toutes les apparences d'une bonne santé, et qu'alors le peuple ne comprendrait pas une telle stérilisation.

D'autre part, que deviendrait notre secret professionnel, si cette loi était imposée en France ? On n'imagine pas un médecin, soignant un malade, qui devrait déclarer la maladie au tribunal de stérilisation ? Le médecin deviendrait un dénonciateur, et ses malades se raréfieraient tout naturellement. Si ce rôle était dévolu à l'entourage, ce serait la porte ouverte à toutes les délations, chantages, brouilles et drames familiaux.

Seule pourrait rester autorisée la stérilisation, dans le but précis de remédier à certains troubles des organes génitaux, capables de retentir gravement sur l'état général de la femme, ou d'éviter pour l'avenir des dystocies graves lors de maternités futures. Quant à une stérilisation obligatoire et massive, il faut souligner la fragilité de nos connaissances, concernant les lois, qui régissent l'hérédité de la plupart des maladies.

Et puis, ce que l'on peut essayer chez nos voisins de l'Est, ne pourrait pas être tenté chez nous, où dans beaucoup d'autres pays, cela simplement pour des raisons psychologiques inhérentes à la mentalité et à l'éducation des masses.

MIEUX VAUT PRÉVENIR OU GUÉRIR LE MAL, QUE DE « STÉRILISER ».

Il faut tout d'abord nous rappeler qu'actuellement trois causes principales contribuent non seulement à la dégénérescence de notre race, mais aussi à l'aggravation de la crise de la natalité.

Elles sont essentiellement : l'*alcoolisme*, la *syphilis* et la *tuberculose*. Pourquoi donc ne pas directement les combattre. C'est le fléau, qu'il faut stériliser, et non l'agent transmetteur. Si l'on a enrayé, et, pour ainsi dire supprimé de grandes épidémies qui ravageaient l'humanité

(1) Thèse de Toulouse 1937.

de jadis, c'est par des mesures généralisées de défense collective contre le choléra, le typhus, la peste, et cela grâce à la création de cordons et de visites sanitaires. Dans ces conditions l'eugénie ne devrait-elle pas aussi inculquer dans l'esprit de tous, certaines vérités, qui consistent à savoir que procréer dans certaines conditions, c'est commettre un crime.

Guérir, c'est aussi se pencher sur l'enfance, qui est notre avenir.

Commençons donc par défendre le produit de conception, afin d'éviter les 500.000 avortements, volontaires ou non, qui sont annuels. « Le jour où le législateur, l'opinion, c'est-à-dire le Parlement, la Cour d'assises, auront le grand courage de prendre leurs responsabilités, la France se repeuplera ».

Les dernières *Assises de médecine générale* (7 mars 1937) ont étudié dans tous leurs détails, les causes de la dénatalité ; celles-ci ne sont ni physiologiques, ni pathologiques ; elles sont économiques et morales.

On restreint les naissances par égoïsme, par besoin d'un plus grand bien-être, par soif de jouissance, et c'est ainsi que la courbe de la dénatalité suit la courbe économique. La « restriction volontaire » est mentionnée comme la cause majeure de la stérilité actuelle. Les filles d'aujourd'hui sont plus « savantes » que leurs grand' mères.

Les femmes pauvres avortent pour ne pas augmenter les charges de leur ménage. Les filles-mères avortent pour échapper à la misère ; or, ce sont souvent des plantes solides, qui se sont laissées tromper par des hommes eux-mêmes bien constitués ; ces couples auraient engendré des enfants sains et robustes, produits d'une union passagère ; ceux-ci disparaissent parfois aussi, parce qu'ils seraient une cause de déshonneur.

Que l'État donne des primes au mariage, aux naissances, et l'on obtiendra sûrement un résultat pratique. L'enfant est une gêne. La vie aisée des ménages sans enfant, comparée à celle des familles nombreuses est une des causes les plus agissantes de la dénatalité. D'autre part, on se contente aussi de l'enfant unique par peur des charges et des soucis d'éducation. « Moins d'argent, moins d'enfants ». On désire encore transmettre l'intégrité du domaine à un seul héritier ; et la responsabilité restrictive n'est pas seulement conjugale, mais familiale : parents et beaux-parents y ont leur part.

Et puis, la vie moderne entraîne la femme hors du foyer par goût et par nécessité. Dans certaines régions, l'homme dit ne pas se marier, parce qu'il ne trouve plus de femme sachant tenir un ménage. Les ménages de salariés sont parmi les moins féconds ; il est, en effet, difficile, sinon impossible, pour la femme qui travaille hors de chez elle, d'avoir des enfants de les élever convenablement, suivant ses désirs légitimes.

Comme l'a dit, le Docteur Siredey, chez les jeunes filles, les formations de groupements sportifs ne les préparent nullement à la vie du foyer. Le respect de la vie familiale, l'amélioration du sens moral, le culte des croyances religieuses s'avèrent comme les freins les plus salutaires. (Prof. Ledoux).

Il faut aussi incriminer l'exode rural, comme une cause de dépeuplement des campagnes. Le jeune paysan abandonne la maison paternelle pour jouir seul du fruit de son travail, le plus souvent à la ville, dès qu'il est en état de travailler. Et même à la terre, le développement continu du machinisme, étendu à l'agriculture jusqu'aux plus petits domaines, fait qu'il n'y a plus d'intérêt à avoir une grande famille, qui constituait la main-d'œuvre.

Nous oublions aussi, dès que l'enfant est né, de protéger sa santé ; il meurt, en France, 135.000 enfants par an de gastro-entérites, dues à une alimentation défectueuse. On a créé des « gouttes de lait », des « garderies d'enfants ». C'est bien, mais ce n'est pas suffisant. Il faut que la mère puisse, elle-même garder son enfant ; il ne faut pas que l'obligation de vivre la force à mal nourrir son petit.

C'est enfin dans l'hygiène de l'habitation, que nous retrouverons l'efficacité d'une lutte contre les fléaux sociaux, déjà mentionnés. C'est surtout dans les milieux ouvriers, que s'exerce leur influence néfaste. Que l'on établisse partout des cités ouvrières modèles ; la promiscuité de toute la famille vivant dans la même pièce est la source de toutes les déchéances physiques et morales.

Et voici quelques-unes de conclusions, adoptées par les Assises de médecine générale pour améliorer la race

Il est demandé d'instaurer *une politique de la famille française* exaltant l'esprit, le culte de la famille, honorant comme elles le méritent les familles nombreuses, sous la protection d'une législation appropriée, car les lois actuelles font plus pour l'individu que pour la famille ; la famille, actuellement n'a pas de *statut légal*.

L'ensemble des départements s'élève avec force contre les méthodes néo-malthusiennes.

A ces solutions morales, il est partout demandé de lier l'appoint des solutions économiques et financières du problème : impérativement, il faut que la venue d'un enfant ne soit pas une charge écrasante, « un désastre », mais une félicité. Il faut une *diminution des charges fiscales* pour les familles nombreuses, des *allocations familiales* suffisantes. « *Si l'État veut des enfants, qu'il les paie* ». (J.-L. Faure).

G. Fischer.

Le Secret professionnel dans la déclaration des Décès

TEXTE DE LA CIRCULAIRE DU 1er JANVIER 1937 RELATIVE A LA DÉCLARATION DES CAUSES DE DÉCÈS

Paris, le 1er janvier 1937,

Le Président du Conseil à MM. les Préfets,

Une Circulaire du ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, du 19 juillet 1926 a déchargé les municipalités de l'établissement des tableaux concernant la statistique des causes de décès. Une seconde Circulaire du 19 janvier 1927 a attiré votre attention sur les efforts à accomplir pour obtenir plus d'exactitude dans la désignation des causes de décès figurant sur les bulletins d'état civil envoyés trimestriellement à la statistique générale de la France.

Après une amélioration passagère, en 1927, le nombre des causes de mort non précisées n'a cessé de s'accroître, s'élevant de 70.000 en 1927, à 113.000 en 1933 ; soit, pour cette dernière année, 17 p. 100 du total des décès enregistrés.

Une bonne statistique des causes de décès est cependant indispensable pour apprécier avec quelque sûreté l'état sanitaire du pays, pour diriger avec efficacité la lutte contre les maladies, pour mesurer avec précision les résultats obtenus. Sa valeur repose essentiellement sur la déclaration de la cause de décès par les médecins traitants, nécessité qui doit être conciliée avec les obligations légales et morales imposées par le secret professionnel.

Depuis le 1er janvier 1929, un essai a été poursuivi dans cinq départements (Aisne, Hérault, Saône-et-Loire Seine-et-Marne, Tarn-et-Garonne). Grâce à l'action des inspecteurs départementaux d'hygiène et à l'aide bienveillante des médecins traitants, la proportion des causes de mort non désignées s'est abaissée, dans ces cinq départements, au-dessous de 5 p. 100. Les résultats ainsi obtenus, qui ne peuvent que s'améliorer dans l'avenir, ont fait décider l'application au territoire tout entier d'une méthode voisine de celle qui est en usage depuis plusieurs années dans les cinq départements ci-dessus désignés.

Voici les principes généraux de la méthode qui devra être appliquée *à partir du 1er juillet* 1937, *dans toutes les communes sans exception* :

1° Le service départemental de l'état civil sera placé sous l'autorité du médecin inspecteur départemental d'hygiène.

2° Les bulletins de décès, bulletins verts, au lieu d'être transmis par les municipalités à la fin de chaque trimestre, seront envoyés, *sans délai*, au médecin inspecteur départemental d'hygiène, au fur et à mesure de l'enregistrement du décès ;

3° Chaque bulletin de décès sera accompagné d'un certificat de décès (dont vous trouverez ci-joint le modèle), *rédigé par le médecin traitant, clos par lui*, et rendu entièrement confidentiel par les deux mesures suivantes : impression en noir du certificat, au verso de l'emplacement où figure la cause de décès déclarée par le médecin ; séparation de l'en-tête du certificat, portant le nom du décédé par l'employé de l'état civil, *qui rend ainsi le certificat anonyme*, après y avoir inscrit le numéro d'ordre du décès (1) ;

4° Le médecin-inspecteur d'hygiène transcrit sur le bulletin vert de décès, la cause de mort qui figure sur le certificat médical correspondant. Lorsque les indications figurant sur le certificat médical lui paraissent insuffisantes, ou lorsqu'il n'est pas joint de certificat médical, il s'efforce par tous les moyens dont il dispose (correspondance avec le médecin traitant, le médecin chargé de la constatation du décès), d'obtenir la désignation aussi exacte et complète que possible de la cause de mort.

Il détache ensuite la partie supérieure du bulletin vert de décès, qui porte le nom du décédé. Il garantit ainsi l'anonymat des bulletins destinés à la statistique. Il conserve les bulletins de décès classés, en vue de leur envoi *chaque trimestre* à la statistique générale de la France ;

5° Rien n'est changé aux prescriptions réglementaires concernant les autres bulletins d'état civil (naissances vivantes, mort-nés, mariages, divorces, etc.). En particulier, leur transmission demeure assurée par les mairies, à la fin de chaque trimestre, dans les délais réglementaires. Cette transmission actuellement faite par l'intermédiaire des sous-préfectures, sera effectuée directement à l'avenir, par les mairies à la préfecture (inspection départementale d'hygiène). Sur le bordereau communal trimestriel, *le maire inscrira le nombre total des décès du trimestre*, bien que ces bulletins envoyés au jour le jour ne soient pas joints à l'envoi trimestriel. Cette indication est *indispensable* pour que le médecin inspecteur d'hygiène s'assure qu'il a reçu tous les bulletins de décès du trimestre pour toutes les communes du département ;

6° A la fin de chaque trimestre, le médecin inspecteur d'hygiène ayant centralisé tous les bulletins d'état civil, rédigés durant le trimestre dans toutes les communes du département, établit le bordereau récapitulatif départemental, et envoie bulletins et bordereaux à la statistique générale de la France dans le délai prescrit par les circulaires antérieures.

J'espère que le Corps médical tout entier prêtera son concours dévoué à la nouvelle méthode déjà longuement expérimentée, et qui permet de concilier le secret professionnel des médecins traitants avec la nécessité urgente d'une bonne statistique des causes de décès. D'autre part, le médecin inspecteur départemental d'hygiène aura ainsi connaissance, dans le délai le plus court, de tous les décès dus aux maladies transmissibles, pour lesquelles il convient de prendre des mesures destinées à prévenir leur extension.

---

(1) *Condition essentielle*, : le numéro doit figurer à la fois sur le bulletin vert de décès et sur le certificat médical du décès. L'employé de l'état civil doit s'assurer de cette concordance.

Je vous remets, avec la présente Circulaire, trois exemplaires des nouveaux bulletins verts de décès et des certificats bleus de décès. Ces derniers doivent être remplis par le médecin traitant. Ils seront fournis par le service départemental d'hygiène aux médecins et aux mairies en quantité suffisante pour que les déclarations se fassent très régulièrement et pour que bulletins et certificats de décès parviennent sans retard au médecin inspecteur.

J'ajoute un exemplaire de la Circulaire du bulletin et du certificat de décès pour chaque sous-préfecture de votre département.

Les municipalités pourront utiliser leur stock de bulletins de décès jusqu'au 30 juin 1937, dernier délai.

A partir du 1er juillet 1937, *toutes les communes, sans exception, devront appliquer la nouvelle méthode prescrite par la présente circulaire et n'utiliser, avec les certificats de décès, fournis par le service départemental d'hygiène, que les bulletins de décès, à en-tête détachable, du nouveau modèle.*

Je vous prie de m'accuser réception de la présente circulaire.

Le président du Conseil,
Léon Blum.

Le ministre de l'Economie nationale,
Charles Spinasse.

Le ministre de la Santé publique,
Henri Sellier.

Commentaires

La Circulaire ministérielle du premier janvier 1937, émanant de M. le Président du Conseil et des ministres de la Santé publique et de l'Economie nationale, mérite un certain nombre d'observations et même de réfutations.

Déjà, en 1923, M. Paul Strauss, alors ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociale, avait organisé une Commission, dont j'avais l'honneur de faire partie, aux fins de rechercher les voies et moyens, pour instituer, dans le cadre légal, par les médecins traitants, les déclarations des causes des décès qui seraient transmises directement au médecin inspecteur départemental d'hygiène.

Cette Commission dut interrompre ses travaux, vu la réponse que fit M. le Garde des Sceaux à une question à lui posée par le ministre de l'Hygiène. Nous avions fait demander, au cas où une déclaration, faite par le médecin traitant à son confrère, directeur des services départementaux d'hygiène, serait détournée de sa destination et tomberait entre les mains du Procureur de la République, si le médecin traitant ne pourrait pas être inquiété, comme ayant violé les termes généraux de l'article 378 du Code pénal.

Et le ministre de la Justice de nous faire répondre qu'en l'état actuel de la législation, serait considéré comme ayant violé le secret professionnel le médecin qui, vu l'absence d'un texte de loi, aurait dévoilé la cause d'un décès aux services départementaux d'hygiène, alors même que ceux-ci auraient à leur tête un docteur en médecine, également assujetti à la loi du silence.

Dans ces conditions, je crois nécessaire de revenir sur cette question, d'en étudier les points en litige, pour décider s'il ne serait pas possible de donner satisfaction aux hygiénistes, par un projet de texte de loi à intervenir.

La législation actuellement en vigueur

La vérification des décès — et parfois de leur cause — fait l'objet des articles 77 et 81 du Code civil et de l'article 44 du Code d'instruction criminelle.

La rédaction de ces textes n'envisage que la nécessité soit d'empêcher une inhumation prématurée, soit de rechercher les causes des morts violentes, ou d'un décès dont la cause est inconnue, permettant de supposer qu'il est la conséquence d'un crime, ou d'un délit.

Selon les dispositions de l'article 77 du Code civil, le maire doit se transporter en personne auprès de la personne décédée, pour constater la réalité de l'état de mort.

Dans les grandes villes et pour s'épargner cette besogne peu agréable, les maires désignent un ou plusieurs médecins, dits médecins de l'état-civil, qui vont à domicile vérifier l'état de mort et, si besoin en est, déceler s'il n'existe pas des présomptions de mort violente ou suspecte.

Disons de suite que, pour faire l'économie des honoraires à allouer au médecin de l'état-civil, nombreux maires font réclamer aux familles des défunts une attestation, délivrée par le médecin traitant, aux frais desdites familles.

Le médecin traitant et le respect du secret professionnel

Nous avons vu précédemment que la réponse du Garde des Sceaux au ministre de l'Hygiène en 1923, est formelle : le médecin traitant est lié par le secret professionnel, même à l'égard du médecin inspecteur départemental des services d'hygiène. Dans ces conditions, non seulement le praticien qui a donné ses soins au *de cujus* ne peut ni certifier la cause du décès, ni délivrer aux familles autre chose qu'une attestation certifiant la mort réelle, sans indiquer de cause, ni même accepter les fonctions de médecin de l'état-civil au regard des personnes décédées qu'il a traitées.

En effet, revêtu de la confiance du maire, il doit à ce magistrat la vérité entière sur les causes d'un décès, vérité qui s'accorde mal avec le

devoir au silence, imposé par l'article 378 du Code pénal vis à vis du défunt et de sa famille.

Je ne rappelle du reste que pour mémoire la jurisprudence de la Cour de cassation, non seulement sur l'étendue générale du secret professionnel, mais surtout sur l'interdiction qui est faite au médecin traitant de délivrer un certificat *post mortem* aux parents, ou ayants droit du *de cujus*, certificat destiné à une Compagnied'assurances sur la vie.

L'article 29 du Code d'instruction criminelle

Une autre objection d'ordre légal — et souvent passée sous silence — provient des termes de l'article 29 du Code d'instruction criminelle : « Toute autorité constituée, tout fonctionnaire ou « officier public, qui, dans l'exercice de ses fonc- « tions, acquerrera la connaissance d'un crime, ou « d'un délit sera tenu d'en donner avis sur le champ, « au Procureur de la République.... et de trans- « mettre à ce magistrat tous les renseignements, « procès-verbaux, et actes qui y sont relatifs. »

Parce que fonctionnaire, le médecin directeur des services départementaux d'hygiène est tenu de dénoncer au Procureur de la République les crimes, ou délits parvenus à sa connaissance, par la déclaration des causes des décès, faite par les médecins traitants.

Je fus, il y a quelques années, consulté par un de nos plus distingués médecins hygiénistes, le Docteur Ott, inspecteur du département de la Seine-Inférieure, qui avait tenté l'organisation de déclarations des causes des décès. Ayant appris une mort par avortement, le Procureur de la République avait sommé le Docteur Ott d'avoir à lui communiquer la déclaration faite par le médecin traitant.

Notre confrère s'y refusait, parce que se croyant lié, en sa qualité de médecin, par les termes de l'article 378 du Code pénal.

Je dus lui donner tort et raison au Procureur, vu cet article 29 du Code d'instruction criminelle, qui est toujours en vigueur, au regard de tous les fonctionnaires, médecins ou non.

Discussion

En l'état actuel de la législation, il est impossible au médecin traitant de violer un article du Code pénal pour obéir à une Circulaire ministérielle. Ce praticien doit garder le silence principalement sur les choses secrètes qu'il a connues dans l'exercice de ses fonctions et ne peut, même par voie indirecte, se faire l'auxiliaire de la justice répressive.

De son côté, le médecin directeur des services d'hygiène est tenu, par l'article 29 précité, de dénoncer au Procureur les crimes et délits parvenus à sa connaissance dans l'exercice même de ses fonctions.

Vainement essayerait-on de tourner la loi, par des déclarations, faites par le médecin traitant, sous une forme plus ou moins secrète, ou anonyme : la loi ne doit être violée par personne.

Et cependant, la protection de la Santé publique nécessite, en l'état actuel de la science, la recherche et la poursuite de toutes les causes des décès, non seulement par maladies transmissibles, mais aussi par ces affections diverses, contre lesquelles les Pouvoirs publics pourraient efficacement lutter, s'il était possible d'apporter toutes précisions utiles, tant sur le nombre que sur la répartition géographique des sources des cas mortels.

Aussi, puis-je conclure que seule une loi à intervenir peut rendre obligatoire cette déclaration des causes des décès, tout en sauvegardant autant que faire se peut le secret que le législateur a imposé aux médecins, dans un but d'ordre public, pour l'honneur et le repos des familles.

Je propose donc le texte suivant, qui pourrait servir de base pour un travail entre juristes et médecins, afin d'aboutir à un projet, ou une proposition de loi.

Texte d'un projet, ou proposition de loi

ARTICLE PREMIER. — Ajouter *in fine* à l'article 77 du Code civil : « . . . . . et sur le vu d'un certificat d'un médecin attestant la réalité et la constance de la mort. »

ARTICLE 2. — La loi du 30 novembre 1892 est complétée comme suit : Article 15, § 3 : « Tout docteur en médecine, officier de santé, ou sage-femme est également tenu de faire au médecin inspecteur directeur des services départementaux d'hygiène, la déclaration, dans les trois jours, de la cause exacte de chaque décès qu'il a constaté, ainsi que des circonstances ou anamnestiques utiles.

Cette déclaration, faite dans les formes déterminées par un règlement d'administration publique rendu dans les six mois à dater de la promulgation de la présente loi, ne pourra, en aucun cas, constituer, pour le signataire, une violation de l'article 378 du Code pénal.

Il est formellement interdit à quiconque ne réunissant pas à la fois le grade de docteur en médecine et les fonctions de directeurdéparte-

mental des services d'hygiène, de faire état, ni usage de la teneur desdites déclarations, sous peine d'une amende de 500 à 2.000 francs et d'un emprisonnement, de quinze jours à six mois ou de l'une de ces deux peines seulement.

ARTICLE 3. — L'article 21 de la loi du 30 novembre 1892 est modifié comme suit :

Le docteur en médecine, l'officier de santé, ou la sage-femme, qui n'aurait pas fait la déclaration prescrite par l'article 15 sera puni d'une amende de 50 à 200 francs.

ARTICLE 4. — Les dispositions de l'article 29 du Code d'instruction criminelle ne sont pas applicables aux médecins directeurs départementaux, ou municipaux d'hygiène, en matière de déclarations médicales des causes exactes des décès.

La teneur de ces déclarations doit rester secrète et ne peut en aucun cas, être communiquée à qui que ce soit, par le médecin destinataire.

Note complémentaire

Le règlement d'administration publique, prévu à l'article 2, déterminera d'autre part :

la forme et le libellé des certificats,
les modalités de l'envoi,
la personnalité du destinataire,
sa destination ultérieure (destruction après dépouillement, etc.).

Il spécifiera en outre que la délivrance de ces déclarations donne droit à honoraires médicaux, à la charge des familles, ou, en cas d'indigence, à la charge du service d'A. M. G.

Dr Paul BOUDIN,
Docteur en Médecine
Docteur en Droit

ASSISTANT NON DIPLOMÉ EN RADIOLOGIE

Un assistant non-diplômé a-t-il le droit de se servirde rayons X, radioscopie et radiographie, pour établir un diagnostic ?

Dr E.

Réponse

Un non diplômé n'a pas le droit d'exercer la médecine. Or, est-ce exercer la médecine que de poser des diagnostics, grâce à la radioscopie, ou à la radiographie ?

S'appuyant sur les termes de l'article 16 de la loi du 30 novembre 1892, la Cour de Cassation a maintes fois jugé que, pour commettre le délit d'exercice illégal de la médecine, il faut prendre part habituellement et d'une manière suivie au traitement des maladies.

Dans ces conditions, on peut soutenir que poser un diagnostic, ce n'est pas prendre part au traitement des maladies, puisqu'on ne fait que déceler celles-ci, laissant à l'homme de l'art diplômé le soin d'indiquer le traitement approprié.

Cependant, les Sociétés savantes médicales, qui s'occupent plus particulièrement de rayons X, ont émis l'idée que seuls les radiographies diplômés docteurs en médecine avaient la compétence nécessaire pour interpréter une scopie, ou un cliché.

Oui, si on se place du point de vue responsabilité professionnelle ; non, si on considère l'exercice illégal.

En effet, une erreur de diagnostic entraîne la responsabilité du praticien, non seulement en ce qui le regarde, mais également au regard de ses aides et assistants non-diplomés.

Par suite, si un incompétent établit un diagnostic et que, sans vérifier ce dernier, le diplômé formule un traitement, il y aura négligence de la part du docteur, qui n'aura pas vérifié par lui-même l'interprétation donnée par le non-diplômé.

Mais il n'y a pas exercice illégal de la médecine lorsque le non-diplômé se borne à faire un diagnostic, qu'il soumet pour vérification au diplômé, alors que ce dernier seul aura la responsabilité d'indiquer le traitement.

Il en est de même lorsque le non diplômé ne fait qu'exécuter les ordres du diplômé, en ce qui concerne les traitements divers radiologiques, ou autres, à la condition que le docteur soit te nu au courant des phases dudit traitement, pour qu'il puisse, en connaissance de cause et en conformité avec la loi, changer, modifier, augmenter, diminuer la durée, ou l'intensité du traitement.

Je reste à votre disposition pour préciser mon opinion, si vous ne soumettez les circonstances de fait.

Dr Paul BOUDIN.

COMMENT LES MICROBES SONT DÉTRUITS DANS LA NATURE

Enseignements tirés de l'observation des amibes

Par le Docteur A. GAUDUCHEAU

L'étude de la vie des amibes présente un grand intérêt au point de vue de la biologie, car ces petits êtres sont des phagocytes qui se nourrissent de bactéries et leur activité nous renseigne sur le mécanisme et les conditions de la phagocytose, donc, pour une part, sur l'immunité. Nous allons voir que l'on en peut tirer des indications précieuses touchant le mode d'action de ces vaccins associés que l'on recommande de plus en plus aujourd'hui.

Il existe dans les pays chauds, spécialement en Extrême-Orient, une petite espèce d'amibe, *Amœba phagocytoïdes*, dont la puissance bactériolytique est considérable. Lorsqu'on a pu l'isoler en culture et qu'on lui donne à manger des microbes vivants, on constate qu'elle dévore promptement les colibacilles, les bacilles typhiques, paratyphiques et dysentériques et le vibrion du choléra.

Elle ressemble beaucoup à un leucocyte par l'apparence, la taille et les aptitudes. Nous l'avons trouvée dans l'intestin de l'homme, en Indochine, en 1907. C'est un simple parasite accidentel, vivant également dans les milieux extérieurs et paraissant dépourvu d'action pathogène.

Le Docteur Comandon et son collaborateur, M. de Fonbrune, ont bien voulu l'étudier au cinématographe. Par ce moyen, les scènes de la vie des amibes sont projetées sur l'écran à des grossissements de l'ordre de 25.000 diamètres et très clairement. Alors, on assiste au spectacle étrange de la lutte entre l'amibe, animal primitif, grand ancêtre de l'homme et les bactéries qui l'entourent. On voit les protozoaires se mouvoir et changer de forme continuellement (le mot *amibe* vient du grec *amoïbe* qui veut dire changement). Ils ingèrent ou refusent les bactéries et semblent guidés par un instinct et stimulés ou arrêtés par des facteurs plus ou moins inconnus.

Il y a des millions d'années, alors qu'il n'était pas question de l'homme, la vie sur la terre se réduisait probablement à ces actes relativement élémentaires : des êtres qui se mangent les uns les autres, des espèces qui se détruisent et se succèdent, qui apparaissent puis déclinent en quelques jours, des groupes d'animalcules et de végétaux microscopiques qui croissent, prédominent et disparaissent à tour de rôle.

Dans la nature, les amibes saprophytes font œuvre d'épuration en exterminant les microbes pathogènes et autres qu'elles rencontrent.

Nous avons essayé autrefois de nous servir des cultures d'amibes pour lutter contre diverses maladies infectieuses singulièrement contre le choléra. Nous injections des cultures d'amibes dans l'intestin et le sang d'animaux inoculés de choléra, afin d'y détruire le vibrion. Cet essai de bactériophagie fut fait, il y a une trentaine d'année (1). Il fut négatif, car ces amibes sur lesquelles nous comptions pour guérir le choléra et autres infections ont le grave défaut de manger aussi les globules rouges du sang avec avidité. Leur action utile s'exerce seulement dans les milieux extérieurs.

L'étude de la phagocytose amibienne *in vitro* montre des phénomènes jusqu'ici inexpliqués et suggère des expériences et des applications pratiques intéressantes.

On ensemence sur un tube de gélose nutritive une strie de colibacille et l'on dépose une semence de l'amibe *phagocytoïdes*, dans le bas de ce tube. Après 48 heures environ, on commence à voir se manifester l'activité des amibes, au bas de la colonie bactérienne. Il se forme là une petite aréole claire, une zone ou plage de lyse qui résulte de la dissolution des bacilles par les amibes. Puis, cette zone s'étend peu à peu vers le haut jusqu'à ce que la destruction de la colonie bacillaire soit achevée ; alors, il ne reste presque plus rien de visible macroscopiquement : la gélose est nettoyée. Le phénomène peut se répéter indéfiniment.

Ensemençons maintenant, sur un autre tube, un staphylocoque pyogène doré et disposons au bas de la strie une semence de l'amibe associée avec son colibacille. Après une incubation de quelques jours, nous constaterons que la colonie du staphylocoque commence à être mangée dans sa partie inférieure. Mais, lorsque les amibes ont grimpé vers le haut, lorsqu'elles se sont avancées à deux centimètres environ dans la colonie des staphylocoques, elles s'arrêtent définitivement ; elles laissent intact tout le reste de la culture.

Pourquoi l'amibe mange-t-elle le staphylocoque sur une étendue de deux centimètres et pas au delà ?

La seule explication de ce phénomène que nous ayons trouvée jusqu'ici est la suivante : la semence amibienne déposée au bas de la culture du staphylocoque était associée avec le bacille du côlon, de sorte que ces trois micro-organismes vivaient ensemble. L'amibe a dissous le staphylocoque et le colibacille tant que ce dernier a été présent ; mais, dès qu'ayant progressé vers le haut de la culture et s'étant avancée dans la colonie jaune, elle a perdu en route son associé habituel, elle a perdu, en même temps, la capa-

(1) *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 28 avril 1907 et 13 octobre 1907.

cité de digérer le staphylocoque. Le bacille du côlon se comporterait donc ici comme un stimulant, comme un auxiliaire de la phagocytose amibienne. Il permet à l'amibe de phagocyter le staphylocoque.

Il est bien entendu que l'on n'a pas le droit de conclure de l'amibe au leucocyte ; mais on a le droit de puiser des suggestions dans l'observation des amibes. Nous nous sommes donc demandé si le bacille du côlon se comporte dans la phagocytose leucocytaire comme dans la phagocytose amibienne, s'il est capable de stimuler les leucocytes et d'aider l'organisme à se défendre contre d'autres espèces de microbes.

Diverses expériences donnent à cette question, une réponse affirmative.

Ainsi, on a pu voir que l'injection intra-rectale de culture de colibacille tué chez le lapin provoquait un état d'immunité contre certaines races de bacilles dysentériques et un état d'allergie contre le bacille typhique (1).

Il est donc possible, par le colibacille, de modifier l'immunité, des animaux contre d'autres espèces microbiennes.

On peut également modifier par ce même bacille du côlon, l'évolution de la tuberculose expérimentale (1).

Il faudrait voir maintenant si les antigènes hétérologues vivants ou morts, ajoutés à d'autres virus divers stérilisés, sont capables de renforcer le processus de l'immunité, essayer systématiquement une sorte de synthèse de l'acte vaccinal par l'association de facteurs spécifiques tués avec d'autres bactéries, par exemple ajouter une culture d'un bacille du côlon inoffensif aux antigènes tuberculeux ou syphilitiques stériles, aux vaccins anti-gonococcique ou antistaphylococcique, etc., pour essayer d'augmenter leur efficacité.

En tout cas, les faits observés jusqu'à présent montrent que le bacille du côlon est capable, dans le tube à culture d'amibes, de stimuler la phagocytose et, dans l'organisme animal, de provoquer certaines réactions d'immunité non spécifique.

Il convient de rapprocher ces faits et de les confronter avec ceux relatifs aux antagonismes microbiens et au phénomène que G. Ramon a dénommé « synergie des antigènes » (2).

---

(1) Recherches sur la dysenterie. *Bulletin de la Soc. méd. ch. de l'Indochine*, 13 octobre 1912 et 9 mars 1913. Rappelons à ce propos que la méthode de l'immunisation par lavements microbiens homologues contre la bacille typhique est due à J. Courmont et A. Rochaix. (*C. R. Ac. des sciences*, 20 mars 1911.)

(1) A propos de la phagocytose amibienne (2e note). *Bulletin de la Soc. de pathologie exotique*, t. 29, n° 10, 9 décembre 1936, p. 1069.

(2) G. Ramon. — Les vaccinations associées. Etude théorique, Résultats d'ensemble. Indications pratiques. *Revue d'immunologie*, t. 2, n° 5, septembre 1936, p. 415-436.

On sait que deux ou plusieurs agents pathogènes injectés ensemble font généralement plus de mal qu'un seul. Pourtant, cela n'est pas toujours vrai. Ainsi, nous savons, depuis la découverte de la malariathérapie, que le paludisme injecté au syphilitique peut le guérir de sa paralysie générale. Dans ce cas, l'hématozoaire fait régresser le spirochète. On dit que cette action bienfaisante du paludisme serait due à la fièvre. Le tréponème serait tué par l'élévation de la température provoquée par l'accès paludéen. L'antagonisme de ces deux microbes s'exercerait par un processus indirect d'hyperthermie.

Ce fut Pasteur qui, le premier, observa expérimentalement *in vitro* et *in vivo*, l'antagonisme microbien. En 1877, Pasteur et Joubert constatèrent que la culture de la bactéridie charbonneuse était empêchée ou gênée lorsqu'on associait ce microbe avec des « bactéries communes », et que l'injection du charbon restait sans effet lorsque la bactéridie était accompagnée de ces « bactéries communes » (1).

Beaucoup d'autres cas d'antagonismes microbiens ont été décrits depuis cette époque.

Pasteur expliquait ce phénomène en disant que, « dans la lutte pour la vie entre l'organisme charbonneux et ses congénères », ceux-ci s'emparent de l'oxygène dont la bactéridie a besoin pour se développer. Il ne pouvait pas invoquer le rôle des leucocytes car, en 1877, Metchnikoff n'avait pas encore découvert la phagocytose.

Une importante observation vient d'être faite, à propos des vaccins associés anti-TAB, antidiphtérique et antitétanique, que l'on applique actuellement dans l'armée. M. G. Ramon nous apprend que ces vaccins produisent bien une immunité multivalente et que le degré de cette immunité est particulièrement élevé. Il a vu que l'addition aux antigènes de certaines substances non spécifiques augmente leur activité, que si l'on mélange à du vaccin TAB de l'anatoxine tétanique par exemple, il apparaît de l'antitoxine tétanique et des agglutines typhique et paratyphique en quantités supérieures à celles que l'on obtient lorsque les deux vaccinations sont faites séparément. Mêmes résultats avec les anatoxines diphtérique et staphylococcique, seules ou associées.

Tout cela s'explique, croyons-nous, par un renforcement de l'immunité au moyen des actions réciproques, non spécifiques, auxiliaires de la phagocytose, dont le rôle nous a été révélé par l'observation des amibes.

---

(1) Pasteur et Joubert. — Charbon et septicémie. *C. R. Ac. des sciences*, 16 juillet 1877 ; *Bulletin de l'Ac. de médecine*, 17 juillet 1877. Œuvres de Pasteur réunies par Pasteur Vallery-Radot, tome VI, p. 178.

LE RÔLE DE L'AVIATION SANITAIRE

Par le Docteur PERRIN DE BRICHAMBAULT (1)

En France, le « Comité central d'Aviation sanitaire » dont le siège social est à Paris, 6, rue de Galilée, groupe toutes les activités charitables, qui se proposent de secourir ceux qui souffrent.

Le but de l'Aviation sanitaire, tel qu'on l'entend à l'heure actuelle, consiste au premier chef dans le transport, par avion, de blessés ou de malades, depuis le lieu où ils ne peuvent recevoir les soins que nécessite leur état jusqu'à l'endroit où ils pourront être traités avec toutes les chances de succès. Accessoirement, il pourra s'agir du déplacement par avion du médecin ou du chirurgien au chevet du patient non transportable.

Du rôle principal qui lui est ainsi dévolu, on peut déjà déduire que l'action de l'Aviation sanitaire ne se fera sentir de manière pratique et efficace que dans certaines conditions bien déterminées.

Dans un pays comme la France et la plupart des pays centraux, particulièrement riches en centres importants, en voies ferrées et en réseaux routiers, la nécessité du transport par avion d'un blessé ou d'un malade ne sera qu'exceptionnelle. Je citerai à l'appui de cette affirmation, l'exemple de cet avion sanitaire de la région parisienne qui, en près de deux années, n'a exécuté qu'un seul transport de malade... très rares, en effet, sont les patients qui ne peuvent supporter un voyage en automobile ou par le train, moyen qui leur assure en général un déplacement suffisamment rapide et, sur nos rails ou sur nos routes, tout aussi confortable. Par avion, il faudra toujours joindre en auto l'aérodrome de départ et regagner de même la ville depuis le terrain d'arrivée ; ce qui impose aussi bien une perte de temps qu'un transbordement fâcheux. Au surplus, on ne pourra toujours être sûr que l'étape aérienne sera exempte de remous ou de « coups d'ascenseur ».

Le transport aérien devient d'un intérêt certain lorsque entre en jeu un parcours par mer ; par exemple pour joindre, à la côte, une île comme Oléron, Ré, You, Belle-Ile : l'avion, pratiquement dix fois plus rapide que le bateau, économisant alors un temps considérable.

Le problème se précise lorsqu'on jette un coup d'œil sur la carte d'Europe : la Suède et la Norvège avec leurs côtes découpées et leurs îles nombreuses, le Danemark, le nord de la Hollande, la côte ouest de l'Angleterre, la Grèce..., indiquent une présence beaucoup plus lointaine de centres importants qui ne sont en liaison avec le continent que par le moyen de communication lent et parfois pénible du bateau. Une telle situation justifie pleinement déjà l'organisation d'une Aviation sanitaire, avec son personnel spécial et ses appareils aménagés tout exprès.

C'est ainsi qu'un fonctionnaire suédois, atteint de perforation intestinale, put être amené en moins de deux heures de l'Ile de Grasö, à Stockholm, où il fut opéré et sauvé.

En regardant plus loin de nous encore : qu'il s'agisse de steppes désertiques comme celles de la Russie, des étendues neigeuses ou glacées du Nord, qu'il s'agisse, au Sud, des sables ou des immenses forêts de l'Afrique : partout, là où manquent les moyens habituels ou normaux de communication, le problème de l'Aviation sanitaire se pose impérieusement et l'avion triomphe par sa vitesse.

C'est dans ces conditions, toutes proportions gardées, qu'un avion sanitaire mis en service à Constantine le 15 mars dernier, a effectué sept évacuations urgentes en moins de huit mois. Cette expérience est riche d'enseignements : le premier est que l'avion doit pouvoir non seulement voler de nuit, mais atterrir de nuit ; en effet, lors d'un envol trop tardif, l'avion ne put atteindre avant la nuit le centre chirurgical, fut obligé d'atterrir à 100 kilomètres de lui, et finalement amena son précieux fret à destination en plus de temps qu'il n'eût fallu pour le faire par la piste. Mais, vol et atterrissage de nuit obligent à un équipement spécial, et de l'avion et de l'aérodrome, entraînent l'emploi de la T. S. F. en « phonie », rendent enfin nécessaire la conduite de l'avion par un pilote de transport public qui doit être, de plus, constamment prêt au départ... Et tout ceci augmente le prix du vol. C'est là, le principal écueil ! Et il est d'autantplus grave qu'en France et aux Colonies, les collectivités qui transportent gratuitement les nécessiteux par chemin de fer et quelquefois par ambulance, se refusent à payer les frais de transport par avion.

C'est pourquoi l'expérience du règlement de tels frais, fait en Norvège par une Compagnie de transport contrôlée par l'Etat est des plus démonstratives : il a facilité l'évacuation de plus de 2.000 malades en un an. Il y a là un exemple pour nous et ce sera certainement un des rôles principaux des organismes qui s'occupent d'Aviation sanitaire que de faire comprendre aux Pouvoirs publics et aux particuliers quel puissant intérêt présente son emploi dans les régions où

(1) Extrait d'une causerie faite le 27 novembre 1936 au Salon de l'Aviation.

elle peut s'organiser utilement, et dans celles-là seulement.

Nous n'ajouterons pas que toutes facilités d'alerte, par téléphone ou T. S. F. devraient être données ; cela est par trop évident.

Que penser du convoyage des évacués ?

On a formé un peu partout des « infirmières de l'air ». Etait-ce bien utile ? Je n'en suis pas certain. Examine-t-on les passagers qui naviguent en l'air, et souvent plus longtemps ? Sans doute est-il nécessaire pour l'infirmière de faire la preuve qu'elle n'est pas particulièrement sensible au mal de l'air ; mais l'obliger à totaliser au moins dix heures de vol par an ne paraît pas indispensable ; et décerner des brevets par centaines semble moins désirable, étant donné l'emploi si limité qui peut être fait de leurs capacités.

***

En temps de guerre, il n'est pas douteux que tous les moyens dont disposeront les belligérants seront mis en œuvre afin de décider du sort de la bataille. Malheureusement, bien peu d'appareils militaires pourront être détournés de leurs missions pour procéder à l'évacuation des blessés. Les avions civils, eux-mêmes mobilisés pour la plus grande partie, seront utilisés comme estafettes ou pour la liaison. Quant aux pilotes, il en manquera probablement bien vite !

Par ailleurs, à l'endroit où l'avion serait utile, c'est-à-dire au voisinage des formations sanitaires d'évacuation, la rareté ou l'insuffisance des terrains aménagés restera un obstacle souvent insurmontable. Et nous ne sommes pas encore arrivés, en Europe, au stade d'utilisation pratique des hélicoptères ou des gyroplanes !

A ce moment, tout avion faisant le service occasionnel de sanitaire serait chargé au maximum de blessés à traiter d'urgence, ou bien, il serait frété spécialement pour transporter un grand chef gravement touché. Le prix que le commandement attacherait à la vie de ce capitaine justifiant une mesure qui resterait d'exception. A ce moment, le concours d'une infirmière, à défaut de médecin immédiatement disponible, pourrait être demandé. Mais l'on voit qu'ici encore les occasions offertes seront rares.

Que dire enfin, à ce sujet, des infirmières parachutistes dont un corps spécial a été formé en U.R.S.S. ? Nous pensons, tout en nous gardant bien d'idées préconçues, qu'une telle conception, de par la spécialisation et les difficultés qu'elle comporte, ne peut vraiment entrer dans le domaine pratique.

***

Enfin, l'Aviation sanitaire est indispensable dans les vastes régions inhabitées ou désertiques. C'est pourquoi le domaine colonial offre un champ d'expériences particulièrement instructif et productif aussi.

Mais, un gros effort reste à faire par nous dans nos possessions d'Outre-Mer. Alors qu'en une dizaine d'années, au cours des opérations de pacification du Maroc et du Levant, l'avion avait eu à son actif plus de 7.000 évacuations, la leçon n'a pas été comprise et il ne subsiste, par exemple, dans la région du Tchad, qu'un seul avion pour un territoire de 1.500.000 kilomètres carrés avec un million d'habitants. C'est bien peu ; c'est beaucoup trop peu !

Et cependant, dans cette même région, l'avion sanitaire avait permis de réaliser, par moins de 200 heures de vol, ce que l'on eût fait avec les moyens habituels (auto, bateau, cheval, bœuf, chameau) en sept mois de saison sèche ou en deux ans de saison des pluies, et ceci sans prendre aucun repos...

***

En dehors de ce rôle, ne serait-il pas logique de comprendre dans les attributions de l'Aviation sanitaire l'étude et la mise au point (je ne dis pas le « monopole ») de tout ce qui a trait au « secours aérien ». Elle pourrait ainsi, semble-t-il, s'attacher :

— à l'organisation d'inspections sanitaires dans les Colonies surtout (mais aussi bien en France même) ; inspections qui seraient, grâce à l'avion, rendues plus fréquentes et plus faciles ;

— aux questions de ravitaillement, si nécessaire avec parachute des centres éloignés ou des postes isolés, en vaccins, sérums, médicaments, outillage chirurgical même ; éventuellement en aliments choisis (pour enrayer une épidémie de scorbut, par exemple), ou en eau distillée s'il y avait lieu (sous forme de pains de glace) ;

— à la recherche des blessés ;

— aux secours immédiats sur les lieux d'une catastrophe en jetant, par exemple, des paquets lestés, semblables à ceux qui sont en usage chez nous et dont chacun permet le pansement de quarante blessés ;

— à la lutte par les liquides pulvérisés, les gaz ou les poudres toxiques, contre certains insectes dévastateurs ou porteurs de maladies ;

— aux procédés de désinfection de l'avion de transport public susceptible de véhiculer des parasites porteurs de germes ou des insectes dangereux ;

— au prélèvement, si instructif, des éléments de la flore et de la faune aériennes à différentes altitudes ;

— à l'étude de l'avion porte-amarre qui permettrait de relier à la terre, à plus grande distance et de manière beaucoup plus précise qu'à l'ordinaire, le navire en perdition ;

— enfin, aux organisations extrêmement précieuses de secours sur les terrains d'aviation.

L'INSTITUT ORTHOPÉDIQUE RIZZOLI ET L'UNIVERSITÉ DE BOLOGNE

Nous voici arrivés au sommet de la colline aux flancs recouverts de hautes et magnifiques frondaisons de toutes espèces, où prédominent les masses sombres et étagées des cèdres ; à nos pieds, s'étale immense la ville, aux toits rouges d'où s'échappent des coupoles, des carènes d'églises, des campaniles, et des tours, deux d'entre elles sont penchées... c'est Bologne. Derrière nous, perdu dans la verdure, un vaste établissement, d'allure sévère, de lignes simples, au style d'une sobriété qu'estompent à peine les arcatures à double étage du porche d'entrée. Plus au bout, dominant la vallée, l'église de San-Michelle in Bosco, accolée à l'établissement. C'est qu'en effet, l'institut Rizzoli, le centre orthopédique italien connu du monde entier, a été installé, il y a quelque cinquante ans, dans un ancien couvent. Tandis qu'une partie d'un asile est réservée aux services chirurgicaux, dans des locaux modernisés, pourvus d'un confort luxueux avec ses bois veinés riches, bordés d'aluminium, le reste sert de bibliothèque et de musée. La bibliothèque immense, au plafond élevé, conserve intactes les peintures magnifiques des artistes du XVI[e] et du XVII[e] siècles ; le réfectoire sert de salle pour les réceptions grandioses et c'est là que sera reçu bientôt le prochain Congrès international d'orthopédie ; tout à côté, se trouve l'église richement décorée avec des tableaux de Giosue Carducci et de Guido Reni.

Le travail est facile et agréable dans un si beau cadre, avec ses jardins débordant de guirlandes fleuries, garnis de larges tremies et de bougainvilliers aux fleurs de couleur éblouissante, sa vue étendue sur la ville et les collines avoisinantes. Dans un pavillon isolé habite le chirurgien en chef, le Professeur Putti, qui, logé sur place, donne tout son temps à la marche des services, réalisant ainsi la formule du Full-Time, si chère aux Américains. Beaucoup connaissent cet homme d'allure si jeune, si vivant, dont les yeux marron foncé accusent une intelligence très vive et dont les cheveux blancs adoucissent le masque énergique. Sa démarche vive révèle de suite sa puissance d'activité. Il faut le voir pénétrer le matin, dans les services de radiographie, au milieu de ses dix assistants, discuter les diagnostics, commenter certains cas difficiles, pour se rendre compte aussitôt de l'esprit d'organisation de ce cerveau et de l'activité de cet homme, qui a créé ici un Centre magnifique.

La visite des salles se fait ensuite ; chacune donnant sur un couloir immense de 160 mètres de long, d'aspect grandiose.

Le pavillon opératoire comprend de grandes salles, avec amphithéâtre pour les opérations sanglantes et de salles de plâtre pour les réductions orthopédiques. Dans ces dernières, on trouve, outre les appareils courants, ceux qui ont été imaginés par le Professeur Putti ; c'est un plateau à pompe, pour la réduction des luxations congénitales de la hanche, c'est un ostéoclaste, pour le traitement des pieds bots ; grâce à ce dernier appareil, on peut réaliser le modelage du pied aussi aisément qu'avec la main ; c'est une mécanique souple d'une ingéniosité très réussie.

Les salles de gymnastique et de mécanothérapie, des plus importantes, sont sous la direction du Docteur Bonola (ancien compagnon de Nobile au pôle Nord). La rééducation des paraplégies de la colonne vertébrale est réalisée notamment par des séries d'appareils à secours dégressif : 1° Appareil de suspension et de soutien coulissant sur des rails ; 2° Appareil de soutien roulant ; 3° Parcs à appui ; 4° Béquilles roulantes. A côté se trouve le service d'aérothermothérapie, qui jouit d'une très grande activité, en raison de la présence de nombreux rhumatisants en traitement dans le centre.

Le service de radiographie possède des appareils très modernes pour le diagnostic, les uns fixes, les autres portatifs, des appareils de traitement et une installation toute nouvelle de cinéradiographie. Les films de cinéma obtenus sont des plus intéressants, car ils permettent de suivre les diverses phases des mouvements articulaires chez les sujets normaux et chez les arthroplastisés ; de même, la progression d'un repas dans le tube digestif est révélée jusque dans les moindres détails.

Les laboratoires sont installés dans de vastes locaux et pourvus des meilleurs aménagements ; téléphone, gaz, électricité, aspirateurs ; tables d'autopsie des cobayes, thermostats, appareils microphotographiques, etc... Le chef de service est le Docteur Scaglietti. Près des laboratoires, sont le musée et le service des archives. Photographies, radios, coupes microscopiques, tout est conservé ; mais la partie la plus révélatrice de l'activité du Centre est la salle des pièces anatomo-pathologiques. Des vitrines entières sont garnies de luxations congénitales ; les pièces de fracture de la colonne vertébrale dépassent la centaine et permettent l'étude approfondie de lésions médullaires ; les tumeurs osseuses, de toute nature, sélectionnées depuis des années, constituent une collection unique.

A l'entrée de l'hôpital, se trouve l'ambulatoire, ou service des consultations externes, dirigé par le Docteur Filippi. Pas de pièce commune pour

les examens ; six salles se succèdent dans lesquelles le consultant se transporte.

Dans ce Centre orthopédique qui contient à la fois des adultes et des enfants, il est donné de voir toutes sortes d'affections, mais cependant celles qui prédominent, sont les lésions congénitales de la hanche, les fractures de tous sièges, les tuberculoses et les lésions rhumatismales, ainsi que, toutes d'actualité, quelques blessures de guerre venant d'Ethiopie, éclatements osseux d'aspect explosif, produits par des balles de chasse en plomb. Au cours d'une matinée opératoire, j'ai vu pratiquer une réduction sanglante de luxation congénitale de la hanche récidivée, l'extirpation d'un kyste paraméniscal du genou, une ténotomie pour torticolis, une ostéotomie pour cal vicieux du coude, une bifurcation de Lorenz, pour luxation congénitale de la hanche à type iliaque et une réduction de pied bot congénital-varus équin. Ce qui frappe avant tout, c'est l'organisation du travail en équipe, l'imbrication simple des moyens de diagnostic et de documentation au cours des manœuvres opératoires ; la prise d'une radiographie de contrôle au cours de la réduction sanglante de la hanche ; celle d'une photographie documentaire. Outre la table orthopédique du Professeur Putti, remarquable par ses adaptations multiples, il faut noter la richesse de l'instrumentation osseuse manuelle et électrique, le repéreur de lésions osseuses ou pied à coulisse, à tiges multiples et échelonnées, etc...

Une installation semblable constitue un foyer d'attraction de premier ordre, tant pour les malades qui y viennent de tous les coins d'Italie, depuis le Piémont jusqu'à la Sicile et de tous les pays du Monde, que pour les médecins ; le Livre d'Or de la Maison conserve la trace du passage des plus grands noms de la chirurgie mondiale.

Mais on ne saurait quitter Bologne sans aller se retremper au Foyer de l'Ancienne Université ; la ville avec ses arcades interminables, ses maisons de couleur rouge sombre, ses monuments du XVIe siècle, si caractéristiques et si artistiquement groupées au centre de la cité, donne l'impression d'une vie intellectuelle intense. La visite de l'archiginnasio, ancien siège de l'Université, est particulièrement émouvante ; quoi de plus saisissant que de pénétrer dans ce vaste patio bordé d'un cloître à double étage, dont les voûtes et les parois sont garnies de plus de 5.000 écussons, des recteurs et des docteurs du studio, les uns en fresques et les autres en relief ; une sensation de noblesse et de grandeur vous envahit et vous révèle l'attraction séculaire si puissante de ce centre intellectuel. C'est qu'en effet, des noms prestigieux s'inscrivent au Livre d'Or de cette Faculté ; la Montpellier italienne, la plus ancienne Faculté d'Europe, dit-on. Pénétrons dans la grande salle de dissection, où se firent, sous l'autorisation et le contrôle de l'Eglise, les premières dissections. La salle est majestueuse, au plafond très élevé, garnie de coffres en bois sculpté ; d'un côté, les chaires des professeurs et au-dessus celles des gens d'Eglise, tout autour, des gradins pour les élèves ; au centre, la table sur laquelle s'exécutera la dissection ou plutôt « la fonction d'anatomie ». Dissimulé derrière un guichet à claire-voie, face aux loges professorales, le censeur surveille l'opération, prêt à intervenir en cas d'irrégularité.

C'est dans cette salle que fut enseignée l'anatomie théorique par Varignana, Argelata et par Arantius. Puis ce fut l'inauguration de l'anatomie pratique avec dissection et des noms célèbres se succédèrent dans les chaires diverses : Malpighi, Varolius (qui étudia la protubérance), Fracassatus, Bartolettus, qui remplaça comme hémostatique le fer rouge par le pansement compressif, Toliacozzius, un des créateurs de la chirurgie plastique, dénommé « le refaiseur de nez » pour avoir rapporté d'Orient, une méthode d'autoplastie, Galvani, le physicien qui, le premier, étudia l'action de l'électricité sur les muscles de la grenouille. Mais le plus inattendu est bien certes, de voir, placées côte à côte, les statues de Sbaraqlea et de Malpighi. Le premier enseignait l'anatomie théorique, le second la dissection, cette nouveauté suspecte à la religion ; la lutte était âpre et rude entre ces deux hommes au point que le défenseur de la médecine traditionnelle fit mettre le feu à la maison de son rival à Crevalcore, détruisant ainsi des pièces de dissection et des documents de grande valeur. Curieux, ce voisinage à perpétuité que leur ont imposé les générations suivantes ! Noter aussi deux statues en bois de tilleul, représentant en détail la musculature de deux écorchés.

Faisant un contraste évident à ces souvenirs, c'est l'ospidale Sant'Orsola, dont les services opératoires ont été remis à neuf, il y a à peine deux ans. L'amphithéâtre des cours à gradins, doublés de pupitres en bois veiné, a la simplicité et le chic de l'art moderne qui a le secret d'associer toutes les nouveautés et les perfectionnements de la vie actuelle à la pureté des lignes. Le pavillon opératoire est grand, vaste, haut de plafond, avec deux salles d'opérations jumelées, réunies par la salle de préparation.

En somme, le passé se survit à lui-même et les continuateurs de l'Ecole bolognaise conservent et entretiennent dignement les traditions de leur puissante et si ancienne Université.

(Août 1936) Docteur Fernand MASMONTEIL.

VARIÉTÉ

◆ ◆ ◆

Fantaisie pithécanthropique dans la jungle des Indes

Ce n'est pas moi qui parle. Le maître fut Rudyard Kipling lorsqu'il composa *Le livre de la Jungle* et ces lignes représentent, si l'on veut, comme un interview avec certains des personnages créés, pour tous les temps à venir, par l'auteur.

Rappelons tout de suite le premier commandement de la Loi djangalaire. Il est défendu à toute bête de manger l'homme à moins qu'il s'agisse de montrer aux enfants animaux la manière de tuer. Tabaqui, le chacal, Shere Khon, le tigre, la mère Louve, Baloo, l'ours brun, Bagheera, la panthère et tous les autres fils et filles de la djangala en ont ainsi décidé au Rocher du Conseil. Le motif vrai de l'interdiction est que meurtre d'homme appelle invasion d'hommes blancs armés de fusils et montés sur des éléphants. La raison que formulent les bêtes entre elles est que la créature humaine étant le plus faible et le plus désarmé des vivants, il serait indigne de l'attaquer. Ajoutons à cela que les djangalaires disent et c'est vrai, le sage python Kaa me l'affirma — que les mangeurs d'hommes deviennent galeux et qu'ils perdent leurs dents. Cette répugnance à verser le sang des humains explique la vie sauve du mignon « petit bébé d'homme » baptisé Mowgli par Mère Louve qui le trouva abandonné, nu contre une branche basse dans un fourré. Et de Mowgli je voulus parler avec ses amis Baloo, Bagheera, Mère Louve et Kaa.

— Qu'il était gentil quand je le sauvai, nu, sans défense, le mignon, contre la mort et comme il devint brave, fit avec douceur mère Louve, mais au souvenir de ces jours où elle dut le sauver des dents de Shere Khan, le tigre, ses yeux brillèrent telles deux lunes vertes dans les ténèbres.

Baloo, l'ours brun, toujours endormi, qui enseigne aux tout jeunes la loi de la Jungle, se leva sur son séant et grogna ces paroles :

— Je suis le premier qui ai parlé pour le petit d'homme. Les enfants de l'homme ne connaissent pas le mal. La cruauté humaine naît plus tard. Le don de la parole ne m'appartient pas, mais je dis la vérité. C'est moi le vieux Baloo qui lui ai appris les Maîtres Mots de la djangala, les Maîtres Mots, cuirasse la plus forte contre toutes les menaces, tous les dangers possibles de notre monde animal.

Bagheera, la panthère étira une de ses pattes pour en admirer les griffes dont l'acier bleu s'aiguisait au bout comme un ciseau à froid :

— Oui, Mowgli possédait tous les Maîtres Mots pour tous les peuples et la jungle a beaucoup de langues, celle des loups, celle des oiseaux, des éléphants, des serpents, de toutes les bêtes à quatre pieds... Personne n'était donc à craindre, sauf les membres de sa propre tribu, l'humaine. Les hommes n'ont pas de Maîtres Mots, conclut Bagheera à voix basse.

— Les hommes ne sont pas seuls à ignorer ces vocables magiques. Le peuple singe n'en possède point non plus.

Kaa, le python âgé de plus de deux siècles et sage de toutes les expériences millénaires acquises par les fils de sa race grâce à leur contact indiscontinu, direct, étroit avec les drames de la terre, prenait la parole. Il la garda.

— Le peuple singe qui vit dans les arbres n'a pas de loi ni de patrie. Il ne possède pas de langage à lui, les mots qu'il emploie sont volés, entendus pas hasard lorsque ces simiesques nous écoutent, nous épient là haut à l'affût, dans leurs branches. Le chemin des singes n'est pas le nôtre, ils n'ont pas de mémoire, ils se vantent et jacassent, jurent d'être un peuple puissant toujours prêt à faire des choses sans précédent, mais la chute d'une noix suffit à détourner leurs idées, ils rient et tout est oublié. Nous les appelons les pithécanthropes parce qu'ils descendent de l'homme, qu'ils ont conservé un peu de sa forme et beaucoup de ses défauts et vices. Et c'est la victoire que nous avons remportée sur cette gent vaniteuse que je veux vous rappeler. Dans les Annales de l'Histoire je ne connais page qui me semble aussi glorieuse que celle relatée dans *Les mille Nuits et une Nuit* quand Janschah, fils de roi des hommes, esclave, pour quelques heures, des simiens, dut, par contrainte, les suivre au combat contre les ghouls à tête de bœuf sur corps de chameau, à forme d'hyène, ou d'aspect indescriptible d'horreur, et, ensuite contre les fourmis. Sachez donc que pour avoir un chef et devenir le peuple le plus sage de la jungle, les pithécanthropes imaginèrent de nous voler Mowgli, de l'emporter au-delà de la grande rivière, à la cité des Grottes Froides. Vieille ville abandonnée, perdue, enfouie dans la djangala.

Bagheera attaqua la première. Ce fut tout de suite une horrible mêlée — les hommes doivent se battre ainsi — où les singes trop excités pour s'unir et concentrer leurs efforts vers le but commun se mordaient, se griffaient, se déchiraient, se tuaient entre eux. Notre panthère au milieu de ces hurlements, glapissements et bousculades, rompait, fonçait, plongeait et virait sous les tas compacts de ses ennemis. Mais enfin, elle était seule contre des centaines. Les humains

sont-ils aussi lâches que leurs descendants simiens ? Luttent-ils à trois cents contre un ? Moi lentement je gravissais le mur de l'ouest afin d'atteindre le haut des pierres et de fondre brusquement sur les pithécanthropes à la faveur du sol en pente. Heureusement, l'ours Baloo qui avait fait de son mieux pour arriver plus vite, poussa bientôt son cri de guerre qui s'éleva tel un roulement de tonnerre. Votre frère, Kipling, vous montre très bien toute la puissance de combat que ceux de ma race jettent dans la balance des forces de nos alliés quand ils interviennent à l'heure des batailles. Je vins au secours de Baloo et de Bagheera, toute droite, rapidement. L'invincibilité d'un python réside dans le choc de sa tête appuyée de toute la force et de tout le poids de son corps. Imaginez une lance ou un bélier, ou un marteau lourd d'à peu près une demi tonne. Mon premier coup fut donné au cœur même de la masse des simiens qui s'acharnaient sur Baloo, dirigé au but bouche close et sans bruit. Il n'y en eut pas besoin d'un second. Les pithécanthropes ont été tenus de tous temps, en respect par l'effroi qu'ils éprouvaient au récit de leurs ainés à propos de Kaa. Ils fuirent, bégayant de terreur. Alors j'ouvris la bouche pour la première fois et sifflai un ordre qui se prolongea dans l'espace et tous les singes qui se pressaient au loin de courir à la défense des grottes s'arrêtèrent où ils étaient, cloués par l'épouvante... La victoire nous appartenait. Mowgli, le petit d'homme, revenait parmi nous. Une leçon pour vous les humains. Ne vous attaquez pas à nous : en effet, nous serpents, que nous soyons à venin ou non, nous vous ressemblons si fort que cette ressemblance nous rend vos égaux et, dans la lutte, nous pourrions facilement vous vaincre... Nous avons même un pouvoir que vous avez perdu : celui de nous rendre invisibles et d'apparaître brusquement, réduisant ainsi à la vanité l'usage de vos armes les plus meurtrières. J'ai parlé.

Marc SEMENOFF.

MUTUALITÉ FAMILIALE ET PROFESSIONNELLE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Séance du Conseil d'administration du 11 mars 1937

1° Le Conseil désigne le Docteur Lavalée comme administrateur pour succéder au Docteur H. Mignon, secrétaire général, démissionnaire. Le Docteur Lavalée, fera fonction de secrétaire général en attendant le vote de l'Assemblée générale ;

2° Le Conseil désigne MM. les Docteurs Noir, O'Followell, Pamart, Vimont, Fischer, comme délégués de la Mutualité pour l'élection des membres du Conseil supérieur de la Mutualité ;

3° Le Conseil examine ensuite les admissions, changements de combinaison, et quelques cas litigieux d'indemnité-maladie ;

4° Le Conseil met à l'étude un projet de brochure de propagande et décide que les frais de cette propagande seront imputés sur les fonds de réserve générale.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée à 17 heures.

Dr G. LAVALÉE.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.** (Professeur : M. Paul Carnot). — *Cours pratique de physiothérapie* au Service central de physiothérapie de l'Hôtel-Dieu sous la direction du Professeur Paul Carnot et du Docteur Duhem, chef du Service central de physiothérapie, du lundi 5 avril au samedi 24 avril 1937.

PROGRAMME. — A. *Conférences de* 9 h. 1/2 à 10 h. 1/4. Lundi 5 avril, Docteur DUHEM : Considérations générales sur la physiothérapie. — Mardi 6 avril: Professeur STROHL : Bases physiques de l'électrothérapie. — Mercredi 7 avril, Docteur DOGNON, agrégé : Physique des rayons X. Mesures et filtrations. — Jeudi 8 avril, Docteur Henri BÉNARD, agrégé : Rdiations ultra-violettes : étude physique et physiologique. — Vendredi 9 avril : Docteur JARRY : Indication et technique des rayons U. V. Solarium. — Samedi 10 avril : Docteur DUHEM : Electro-diagnostic. — Lundi 12 avril : Docteur CHENILLEAU : Hydrothérapie médicale. — Mardi 13 avril : Docteur MORO : Radiothérapie des fibromes, etc. — Mercredi 14 avril : Docteur ARRAUD : Diathermie et ondes courtes. — Jeudi 15 avril : Docteur DUHEM : Electrothérapie dans les affections du neurone moteur périphérique. — Vendredi 16 avril : Docteur CHENILLEAU : Physiothérapie et gynécologie. — Samedi 17 avril : Docteur DUBOST : Résistivité électrique du corps humain : angle d'impédance. — Lundi 19 avril : Docteur ARRAUD : Technique de l'électro-coagulation. — Mardi 20 avril : Docteur TAILHEFER : Choix de la thérapeutique dans le traitement des tumeurs malignes. — Mercredi 21 avril : Docteur LEVY-LEBHARD : Radiothérapie des cancers. — Jeudi 22 avril : Docteur DUREY : Massage. — Vendredi 23 avril : Docteur BRACE-GILLOT : Physiothérapie des rhumatismes. — Samedi

24 avril : Docteur CACHERA : Indications physiothérapiques dans les acrocyanoses.

B. *Exercices pratiques individuels, de 10 h. 1/2 à midi à la clinique physiothérapique Gilbert*, par le Docteur DUHEM, chef du service, les Docteurs CHENILLEAU, MORO, ARRAUD, JARRY, MONMIGNAUT, BRACE-GILLOT et PAGES, assistants.

Les auditeurs inscrits seront autorisés à suivre le service pendant le semestre d'été. Il sera délivré un certificat à la fin du cours. Le prix du cours est de 300 francs.

L'inscription aura lieu au secrétariat de la Faculté (guichet nº 4), les lundi, mercredi et vendredi, de 14 à 16 heures et salle Béclard, à l'A. D. R. M., de 9 heures à 11 heures et de 14 heures à 17 heures, sauf le samedi après-midi.

— **Cours complémentaire d'obstétrique.** — M. le Docteur PORTES, agrégé, a commencé le cours complémentaire d'obstétrique, à l'amphithéâtre Cruveilhier et le continuera les jeudis et samedis à 17 heures.

SUJET DU COURS : Syndromes hémorragiques, dystocie, infection puerpérale.

— **Clinique médicale des enfants** (Professeur : M. NOBÉCOURT) **et clinique de la tuberculose** (Professeur : M F. BEZANÇON). — ENSEIGNEMENT COMPLÉMENTAIRE. *Cours de perfectionnement sur la tuberculose infantile.* — Le Docteur P.-F. ARMAND-DELILLE, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, avec le concours du Docteur Ch. LESTOQUOY, médecin-assistant, fera du lundi 12 avril au samedi 8 mai 1937, un cours pratique de perfectionnement sur la symptomatologie, le diagnostic et le traitement des principales formes de la tuberculose infantile et s'étendra, en particulier, sur le pneumothorax thérapeutique et la cure héliothérapique, ainsi que sur l'assistance médico-sociale à l'enfant tuberculeux, la préservation de l'enfance contre la tuberculose et la vaccination de Calmette.

Chaque matin, à 10 heures, visite dans les salles Gillette et Damaschino, avec examens cliniques, examens radiologiques et recherches de laboratoire.

Leçon à 11 heures, dans l'amphithéâtre de la clinique médicale des enfants, hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres.

Droits d'inscription : 250 francs. Les bulletins de versement sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet nº 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

OBJET DU COURS. — 1. Conditions et modes de l'infection tuberculeuse chez l'enfant. La contagion tuberculeuse. Hypothèses sur le virus filtrable. — 2. Primo-infection : Tuberculose pulmonaire du nourrisson. — 3. Primo-infection : Tuberculose des ganglions bronchiques. — 4. Primo-infection. Stade de généralisation (Tuberculose miliaire, granulie). — 5. Tuberculose de réinfection : Spléno-pneumonies. — 6. Tuberculose de réinfection : Pneumonies tuberculeuses et formes ulcéro caséeuses de l'enfant et de l'adolescent. — 7. Pneumothorax thérapeutique chez l'enfant. — 8. Diagnostic de la dilatation bronchique et des affections pseudo-cavitaires du poumon ; injections intra-trachéales de lipiodol. — 9. Tuberculoses atténuées des séreuses ; pleurésies et péritonites. — 10. La fièvre de tuberculisation ; son diagnostic différentiel avec les états infectieux qui peuvent la simuler. — 11. Tuberculoses ostéo-articulaires et leurs complications. — 12. Tuberculoses viscérales ; symphyse péricardique et cirrhose cardio-tuberculeuse.. — 13. Tuberculose rénale. — 14. Tuberculoses cutanées et gommes tuberculeuses. — 15 Erythème noueux. — 16. Méningite tuberculeuse. — 17. Diagnostic bactériologique de la tuberculose chez l'enfant ; Recherche du bacille dans le contenu gastrique. — 18. Culture du sang d'après les méthodes nouvelles ; réactions cytologiques et sérologiques dans les tuberculoses infantiles. — 19. Principes de thérapeutique médicamenteuse et spécifique. — 20. Physiothérapie : Héliothérapie en altitude et thalassothérapie. — 21. Rôle de l'assistance sociale dans la lutte contre la tuberculose infantile. — 22. Prophylaxie : la préservation de l'enfance contre la tuberculose ; l'œuvre Grancher. — 23. La vaccination antituberculeuse de Calmette. — 24. Visite d'un foyer de placement familial de l'Œuvre Grancher.

— **Thèses.** — Mardi 26 janvier. — Jury : MM. Lemaître, Lenormant, Marion, Halphen. — M. MIGNON Les méningites à pneumocoques. — M. CACHIN : L'intervalle libre dans les contusions de la rate.

Mercredi 27 janvier. — Jury : MM. Abrami, Fiessinger, Loeper, Haguenau. — M. MERCIER : L'anatoxine staphylococcique et le traitement des affections à staphylocoques. — M. MAURICE-ANDRÉ : Etude de l'appendicite sous-hépatique avec cæcum recurvatum. — M. TCHERRIAKLOVSKY : Etude de la fonction soufrée des glandes surrénales.

Jeudi 28 janvier. — Jury : MM. Bezançon, Strohl, Dognon, Hazard. — M. LE NOUAL : Etude de primo-infection tuberculeuse de l'adulte de race blanche. — M. RASAMOCLY-LALA : Les rayons de grandes longueurs d'onde et leur action sur l'œil.

Mardi 2 février. — Jury : MM. Bezançon, Laignel-Lavastine, Lereboullet, Mouquin. — M. SAMBRON : Les cheilites glandulaires. — M. TOUATI : A propos d'un cas de septicémie avec endocardite et infarctus pulmonaire chez un nourrisson de trois mois.

Mercredi 3 février. — Jury : MM. Fiessinger, Loeper, Tanon, Troisier. — M. MEURIN : Etude clinique de la leptospirose méningée. — M. BERTIN : Les kystes hydatiques calcifiés du foie. — Mlle LANGLE : Etude des endocardites malignes. — M. GUÉRIN L'opothérapie thymique (Etat actuel de nos connaissances). — M. SCHMITT : Etude des accidents dans l'industrie de l'aniline et ses dérivés.

Jeudi 4 février. — Jury : MM. Lenormant, Terrien, Moulonguet, Velter. — M. BECUVE : Etude de l'anesthésie péridurale segmentaire dans les thorocaplasties pour tuberculose pulmonaire. — M. MEKDJIAN : Etude de la migraine ophtalmique. — M. RATHLE : Etude d'un traitement du trachome.

Samedi 6 février. — Jury : MM. Léon Binet, Maurice Villaret, Nobécourt, Justin-Besançon. — M. RENAUD : Utilité et possibilité d'adjoindre dans tout hôpital un service d'héliothérapie au service de chirurgie osseuse pour le traitement des tuberculoses ostéo-articulaires. — M. BARDIN : L'embolie pulmonaire.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers

— **Concours de chirurgien des hôpitaux.** — *Admissibilité. Epreuve écrite. Ont obtenu* : MM. Aboulker, 28 ; Audouin, 10 ; Baumann, 28 ; Billet, 22 ; Boudreaux, 27 ; Dreyfus-le-Foyer, 19 ; Dufour, 21 ; Guillot, 18 ; Hepp, 28 ; Lance, 25 ; Lecœur, 23 ; Monod, 20 ; Padovani, 22 ; Petit, 21 ; Poilleux, 25 ; Rudler, 22 ; Sauvage, 26 ; Vuillième, 18 ; Zagdoun, 22.

1° *Consultation anonyme. Ont obtenu* : MM. Aboulker ; 16 ; Audouin, 18 ; Baumann, 18 ; Billet, 16 ; Boudreaux, 17 ; Dreyfus-le-Foyer, 16 ; Dufour, 16 ; Guillot, 15 ; Hepp, 18 ; Lance, 17 ; Lecœur, 16 ; Monod, 15 ; Padovani, 18 ; Petit, 18 ; Poilleux, 15 ; Rudler, 17 ; Sauvage, 17 ; Vuillième, 14 ; Zagdoun, 22.

2° *Consultation anonyme. Ont obtenu*. MM. Aboulker, 15 ; Audouin, 15 ; Bauman, 18 ; Billet, 16 ; Boudreaux, 17 ; Dreyfus-le-Foyer, 15 ; Dufour, 17 ; Guillot, 15 ; Hepp, 18 ; Lance, 12 ; Lecœur, 18 ; Monod, 17 ; Padovani, 17 ; Petit, 15 ; Poilleux, 16 ; Rudler, 18 ; Sauvage, 17 ; Vuillième, 18 ; Zagdoun, 15.

Epreuve de médecine opératoire. Ont obtenu : MM. Aboulker, 9 ; Audouin, 9 ; Baumann, 9 ; Billet, 5 ; Boudreaux, 8 ; Dreyfus-le-Foyer, 4 ; Dufour, 9 ; Guillot, 4 ; Hepp, 9 ; Lance, 5 ; Lecœur, 5 ; Monod, 5 ; Padovani, 7 ; Petit, 9 ; Poilleux, 5 ; Rudler, 7 ; Sauvage, 10 ; Vuillième, 9 ; Zagdoun, 4.

Sont déclarés admissibles : MM. Baumann, Hepp, 77 ; Sauvage, 74 ; Boudreaux, 73 ; Aboulker, 72 ; Padovani, 68.

— **Concours de l'internat de Brévannes, Sainte-Périne Raymond-Poincaré, Chardon-Lagache, Hendaye.** — *Composition écrite* : 1° Péritonites aiguës généralisées chez l'homme adulte. Symptômes, diagnostic et indications thérapeutiques ; 2° Cæcum et appendice, configuration extérieure et rapports.

Lecture des copies : lundi 8 mars 1937. — Mlle Fossier, 19 ; MM. Genthon ; 20 ; Godlewski, 9 ; Dupuis, 17 ; Mlles Meunier, 25 ; MM. Petit, 19 ; Rometti, 22 ; Martinet, 28 ; Mlle Lécuyer, 14 ; MM. Hertzog, 27 ; Jouin, 12.

Mercredi 10 mars 1937, MM. Desclaux, 20 ; Florès, 23 ; Lemanisnier, 18 ; Mlle Heulot, 28 ; MM. Jokel, 9 ; Anquetil, 19 ; Attali, 23 ; Danset, 17 ; Dennewald, 21 ; Durier, 15 ; Durnerin, 18.

Epreuve orale du 12 mars, pour Chardon-Lagache. *Question posée* : formes cliniques du cancer de l'estomac.

Ont obtenu : MM. Lemanissier, 14 ; Rometti, 16 ; Petit, 15 ; Mlle Fossier, 11 ; M. Desclaux, 15.

Pour Hendaye. *Question posée* : Rhumatisme articulaire aigu de l'enfant. Symptômes et complications.

A obtenu : M. Jokel, 5.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des Pays de langue française.** — La XLIIe Session du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française se tiendra à Nancy, du 30 juin au 5 juillet 1937.

Président : M. le Docteur M. Olivier, médecin directeur de l'Asile de Blois ; vice-président : M. le Docteur Th. Simon, médecin-chef honoraire des Asiles de la Seine ; secrétaire général : M. le Professeur P. Combemale, médecin-chef à l'Asile de Bailleul (Nord) ; secrétaire annuel : M. le Docteur J. Hamel, de Nancy ; trésorier : M. le Docteur Vignaud, de Paris.

Les questions suivantes ont été choisies par l'Assemblée générale du Congrès pour figurer à l'ordre du jour de la XLIe session.

Psychiatrie : Contribution à l'étude biologique des délires alcooliques aigus. Rapporteur : M. le Docteur Roger Bargues, médecin-chef de l'Asile d'Agen.

Neurologie : Les atrophies cérébelleuses. Rapporteur : M. le Docteur Noël Péron, médecin des hôpitaux de Paris.

Médecine légale psychiatrique : Les règles à observer du point de vue neuro-psychiatrique pour l'incorporation des recrues. Rapporteur : M. le médecin-commandant B. Pommé, professeur au Val-de-Grâce.

Les inscriptions sont reçues par le Docteur Vignaud, trésorier, 4, avenue d'Orléans, Paris (XIVe), c/c postal 456-30, Paris.

Pour tous renseignements, s'adresser au Professeur P. Combemale, route d'Ypres, à Bailleul (Nord).

— **Congrès américain des anesthésistes.** — A l'occasion du Congrès annuel des anesthésistes (Chicago, 25-28 octobre 1937) aura lieu le *Silver Jubilee* (1912-1937) des « Associated Anesthetists of the U. S. A. and Canada ». Il se tiendra à l'hôtel Chelsea, Atlantic City (N. J.) du 7 au 11 juin 1937.

Pour toute communication et pour tous renseignements, s'adresser à M. le Docteur F.-H. Mac Mechan, secrétaire général, 318, Hotel Westlake, Rocky River, Ohio (U. S. A.).

Le Gérant : R. Thiron

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

CORRESPONDANCE

ASSURANCES SOCIALES

752. — Droit aux prestations de l'assurance-maternité pendant le service militaire du mari

1° Un assuré social a payé régulièrement ses cotisations jusqu'à octobre 1936, date de son incorporation pour le service militaire.

Actuellement, sa femme est enceinte : dans quelles conditions a-t-elle droit aux prestations médico-pharmaceutiques, ainsi d'ailleurs que le premier enfant de cet assuré (et aussi celui à venir, puisque le père est incorporé pour deux ans)?

Quelles formalités à faire, si l'agent local refuse de délivrer les feuilles nécessaires, et si la caisse (suivant son habitude) ne répond pas aux réclamations ? Dr P.

Réponse

En vertu de l'art. 9, du décret-loi du 28 octobre 1935 instituant le nouveau régime des Assurances sociales, pour avoir droit ou pour ouvrir droit aux prestations de l'assurance-maternité, l'assuré ou le conjoint de la bénéficiaire doit avoir subi sur son salaire une retenue d'au moins 60 francs au cours des quatre trimestres civils précédant celui de l'accouchement, dont 15 francs au moins durant le premier de ces trimestres. Si, par conséquent, l'accouchement de votre cliente survient au cours du premier trimestre de 1937, la période de référence à considérer pour déterminer les droits aux prestations se compose des quatre trimestres civils de 1936. Il est donc fort possible que les conditions se trouvent remplies en l'espèce.

Mais, en vertu de l'art. 22 du même décret, les versements pour l'assurance et les avantages qu'ils garantissent sont suspendus pendant la période du service militaire ou en cas d'appel sous les drapeaux. Toutefois, il est précisé par le parag. 2 de ce même article que l'assuré qui, à son départ, remplit les conditions légales de versements, confère à ses ayants-droit le bénéfice des prestations prévues à l'art. 9, c'est-à-dire des prestations maternité.

Si donc votre client a subi au cours des quatre trimestres de 1935, une retenue d'au moins 60 francs dont 15 francs au moins durant le premier trimestre de 1936, sa femme peut prétendre aux prestations en nature de l'assurance-maternité. Au cas où la Caisse d'assurance lui refuserait ce versement, elle devrait la poursuivre devant la Commission d'arrondissement de son siège, par lettre recommandée adressée au président de cette Commission au greffe du Tribunal civil dans un délai de dix jours à compter de la notification de la décision du refus.

La signature d'acquit sur les feuilles de maladie des Assurances sociales

Dans le courant de janvier, je vous demandais : Est-il possible à un médecin de remplacer la signature d'acquit des feuilles d'Assurances sociales par un reçu « comme à un client non assuré social » reçu établi sur une de nos ordonnances, par exemple.

A noter que nos clients ne réclamaient jadis ce reçu que s'ils en avaient besoin pour une administration ; ils ne réclamaient pas de reçu à l'homme à qui ils avaient confié la santé et parfois la vie de ceux qui représentaient pour eux ce qu'ils avaient de pluscher au monde.

A ma question, vous avez bien voulu répondre : « En vertu de l'art. 10 § 2 du règlement d'administration publique du 19 mars 1936 pour l'application du décret-loi du 28 octobre 1935, on peut établir ce reçu sur papier libre ».

Ce règlement qui intéresse tous les médecins exerçant en France ou dans les Colonies, a été reproduit dans le supplément d'avril 1935 du *Concours Médical* et je ne saurais trop engager de se le procurer au siège social du journal.

Votre renseignement demande à être complété. Doit-on si l'on adopte ce système d'attestation de payement, de reçu à un assuré social sur une feuille avec en-tête d'ordonnance qui met un honorable médecin spécialiste, ou chirurgien, à l'abri d'erreur pouvant l'entraîner en police correctionnelle, doit on, dis-je, apposer un timbre de quittance, sur le dit reçu, car, comme l'a écrit dernièrement dans ce journal un de vos lecteurs, le médecin n'est pas en mesure d'établir si son malade est assuré social en règle ?

Si le médecin est jeune, actif, il a mieux à faire que de perdre son temps dans des recherches fastidieuses et pour lesquelles il n'est pas qualifié ; s'il est âgé, obligé de continuer à exercer sa profession, comme les vieux chevaux dans les brancards (expression chère au dévoué et excellent défenseur des confrères, l'accoucheur X), ce médecin doit s'efforcer de ménager ses forces déclinantes pour continuer à exercer une profession qui, libérale autrefois, n'assura jamais les vieux jours.

N'en déplaise aux propagateurs de versements aux Caisses si diverses de retraite pour médecins, ces derniers pour élever convenablement leurs enfants ou faire face à des obligations impératives : impôts, loyer, voiture etc... ne purent pas prélever sur les prétendus bénéfices les sommes nécessaires pour la constitution d'une retraite.

Et il faut être vraiment bien naif pour croire que le jeune médecin qui s'installe et a souvent de la peine à payer son loyer, puisse encore restreindre ses dépenses, de manière à verser la somme annuelle qui lui permettra dans trente ou quarante ans de vivre paisiblement à l'abri du besoin dans une bourgade

recuiée où la vie matérielle est réputée bon marché.

Confrère, travaille donc jusqu'au bout de tes forces et estime toi heureux si tu ne finis pas sur un lit de l'Assistance publique, ou, plus prosaïquement, à la manière des personnages de Jehan Rictus, sur un de ces bancs qui sont l'ornement des grandes avenues de la Capitale.

Docteur L.

Réponse

En vertu de l'article 26 du décret-loi du 28 octobre 1935, les pièces relatives à l'application des Assurances sociales sont délivrés gratuitement et dispensées des droits de timbre et d'enregistrement.

Il n'y a donc pas lieu d'apposer des timbres quittances sur le reçu d'honoraires délivré par un médecin à son client assuré social, dans les formes et conditions prévues par l'art. 10, § 2 du règlement d'administration publique. Il suffit que le médecin intéressé porte sur cette quittance la mention « Assurances sociales ».

776. — Les prestations spéciales de l'assurance-maladie

Dans un de vos derniers articles du *Concours Médical*, vous avez traité de la loi relative aux soins à donner pendant deux ans (article 6, § 16, 28 octobre 1935) et vous disiez que l'application de cette loi pour l'ayant droit était laissée à la décision du médecin contrôleur.

Je désirerais savoir si possible :

1° Si l'ayant droit peut nettement profiter de cette loi comme l'assuré lui-même (au titre de la prévention) ;

2° S'il existe un code général prévoyant les cas de cette prévention, quantité d'assurés, en effet, demandant que leurs enfants aient le bénéfice de cette loi.

Or, quantité d'enfants, les adénoïdiens par exemple, ont besoin de soins plus ou moins longs.

En conscience, on peut d'autant moins le refuser que c'est vraiment faire de la prévention chez les jeunes. Mais n'y aura-t-il pas, par la suite, abus généralisé ?

Dr T.

Réponse

L'art. 6, parag. 16 du décret-loi du 28 octobre 1035 s'exprime de la manière suivante : « L'assuré ou l'ayant-droit dont l'état nécessite des soins préventifs ou qui est atteint d'une maladie ne comportant pas de cessation de travail reçoit, s'il y a lieu, pendant une durée de deux ans au plus les prestations spéciales dont le montant maximum et les conditions d'attribution sont fixés par le règlement intérieur de la Caisse.

Il est donc certain, et c'est d'ailleurs une des

innovations du nouveau régime institué par le décret-loi, que ces prestations spéciales sont applicables à la fois aux assurés et aux ayants-droit, c'est-à-dire au conjoint et aux enfants à la charge de l'un d'eux.

D'autre part, ces prestations spéciales, si elles ne sont pas attribuées automatiquement et de plein droit, comme les prestations ordinaires, n'en constituent pas moins en principe un droit pour l'assuré. Il est seulement prévu par la loi que le règlement intérieur de la Caisse devra préciser le montant de ces prestations et la façon dont elles seront distribuées. Mais bien entendu, au cas où le médecin-contrôleur d'une Caisse refuserait cette attribution de manière arbitraire, un recours pourrait être formé soit devant la Commission technique prévue par l'art. 8, paragr. 3 si le refus est fondé sur l'état du malade, soit devant la Commission d'arrondissement s'il est invoqué à l'appui du refus une raison d'ordre juridique.

Il est en général admis que les prestations spéciales devront jouer non seulement dans un but prophylactique, mais encore pour donner aux assurés le moyen de se faire soigner de manière régulière afin de prévenir à la fois le développement des maladies dont ils pourraient être atteints et d'éviter un retour des phases cycliques de leurs affections.

Dans le cas que vous nous citez, il nous semble, en effet, que des prestations spéciales pourraient être allouées et que les Caisses auraient tout intérêt à le faire afin d'éviter elles-mêmes d'avoir à supporter ultérieurement des opérations plus graves qui leur coûteraient beaucoup plus cher.

1.947. — Droits d'une assurée sociale qui, malade, continue à travailler

Auriez-vous l'amabilité de me renseigner sur les droits vis-à-vis des Assurances sociales d'une de mes malades.

Elle est atteinte de sclérose en plaque, et quoique très impotente, continue son travail (employée de ministère). Elle cotise depuis des années sans interruption, 65 francs par mois.

On lui a remboursé 24 piqûres intraveineuses de naïodine de juin à août 1935, et 70 piqûres de novembre 1935 à octobre 1936.

Depuis le mois d'octobre, on refuse de lui payer, d'autres soins pour la même maladie.

Le délai de deux ans s'applique-t-il à elle ?

Ou peut-on lui faire un certificat de guérison en considérant la maladie comme fixée ? Doit-on faire intervenir son invalidité ?

Dr D.

Réponse

Le cas que vous nous exposez rentre de la manière la plus formelle dans les prévisions de

l'art. 6, parag. 16 du décret-loi du 28 octobre 1935 instituant le nouveau régime des Assurances sociales. Aux termes de cet article, l'assuré ou l'ayant droit dont l'état nécessite des soins préventifs ou qui est atteint d'une maladie ne comportant pas cessation de travail, reçoit, s'il y a lieu, pendant une durée de deux ans au plus, les prestations spéciales dont le montant maximum et les conditions d'attribution sont fixés par le règlement intérieur de la Caisse. Elle peut donc prétendre à ces prestations spéciales sans qu'il importe qu'elle ait bénéficié des prestations ordinaires depuis déjà six mois, à condition bien entendu, qu'il ne se soit pas écoulé un délai de plus de deux ans depuis la première constatation médicale de cette affection.

Au cas où sa Caisse lui refuserait l'octroi de ces prestations spéciales, motif pris de ce que son état ne rentre pas dans les définitions de l'art. 6, paragr. 16, elle devrait soumettre le litige à la Commission technique prévue par l'art. 8, par. 3 du décret-loi et qui est compétente pour trancher toute contestation s'élevant entre l'assuré et la Caisse en ce qui concerne l'état du malade. Cette Commission composée du médecin traitant, du médecin contrôleur et d'un troisième médecin choisi par le Président du Tribunal civil, est saisie par lettre recommandée adressée par la partie intéressée au greffe du Juge de Paix de son domicile.

La Commission technique ne peut rendre que des décisions de caractère scientifique et médical. Ces sentences qui ne sont pas susceptibles de voies de recours, n'ont pas force exécutoire. Au cas où la partie perdante refuserait d'en faire état, l'autre partie devrait porter l'affaire devant la Commission d'arrondissement par lettre recommandée adressée à son président au greffe du Tribunal civil dans les dix jours de la notification de la décision de refus.

I 304. — Cotisations des domestiques aux Assurances sociales

Permettez-moi de vous demander une précision par la voie du *Concours* sur les versements à faire pour les Assurances sociales de mon personnel.

J'ai un personnel commun pour ma clinique et mon domicile : infirmières, cuisinière, femmes de chambres et un valet de chambre-chauffeur.

Je verse pour les cuisinière, femme de chambres, 12 francs comme « gens de maison ». Pour les infirmières, 4 % du salaire, y compris une indemnité représentative des avantages en nature ; mais pour le valet de chambre-chauffeur, j'hésite : il est logé avec sa famille dans une annexe de la clinique, mais non nourri. Puis-je le considérer aussi comme « gens de maison » et verser 20 francs pour lui ? Ce serait plus avantageux que de verser 4 % de son salaire de 800 francs.

Réponse

Il est exact que l'art. 2, parag. 41 du décret-loi du 28 octobre 1935 instituant le nouveau régime des Assurances sociales a créé pour les domestiques et gens de maison un mode spécial de calcul des cotisations. Celles-ci ne sont, en effet, pas déterminées par l'application du taux de 8 %, au salaire réel des intéressés. La base de calcul est, au contraire, un salaire forfaitaire annuel déterminé par arrêté du ministre du Travail, salaire qui s'élève à 6.000 francs pour les hommes et à 3.600 francs pour les femmes dans les villes de moins de 80.000 habitants.

Par contre, les employés professionnels au service d'un médecin ou d'une maison de santé, relèvent du régime ordinaire et voient leurs cotisations calculées sur le montant réel de leurs salaires en espèces augmenté de la valeur des avantages en nature.

Il y a donc lieu de rechercher dans votre cas si votre chauffeur valet de chambre, doit être considéré comme entrant dans la catégorie des domestiques et gens de maison ou au contraire comme employés professionnels. Il y a lieu pour cela d'appliquer la règle préconisée par la réponse ministérielle, n° 2921, parue au *Journal officiel*, 25 janvier 1935. Cette réponse a été faite à propos des allocations familiales, mais la règle est la même en matière d'Assurances sociales. D'après cette réponse, il y a lieu de considérer que le domestique d'un médecin a la qualité d'employé professionnel s'il consacre la majeure partie de son activité au service de la profession. Pour déterminer cette proportion, il y a lieu de vous référer entre autres éléments, à la façon dont le coût de ce domestique figure dans vos dépenses professionnelles.

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

1.449. — L'intervention et les soins consécutifs pendant vingt jours sont compris dans le prix global fixé suivant la nomenclature d'après la valeur de K

Je suis appelé par un confrère pour opérer un assuré social atteint de phlegmon de la gaine du pouce. Déplacement : 10 kilomètres.

Anesthésie générale par le confrère. Incision de la gaine de l'extrémité du pouce jusqu'au poignet. Drainage. Le confrère fera chaque jour le pansement.

D'après la nomenclature des actes de chirurgie de la Confédération, je dois porter sur la feuille de maladie :

CHI K20 K = 20 donc 400 francs

pour l'anesthésie générale, l'intervention, les soins pendant vingt jours, soit vingt pansements.

Le déplacement à 1 fr. 50 le kilomètre ferait 30 francs.

L'assuré, pour tout ce travail, sera remboursé sur 430 francs !

Est-ce possible. Il me semble que je fais une erreur monstrueuse !

Veuillez me dire comment il faut interpréter les choses:

Autre cas. Rétention placentaire infectée à 10 kilomètres sur appel de confrère.

Anesthésie générale. Curettage. Traitement consécutif de l'infection utérine. Injections. Sulfarsénol pendant 7-8 jours.

CHI K20

Encore !

Il est certain que les honoraires médicaux s'élèvent à plus de 430 francs.

Mais l'assuré sera-t-il vraiment remboursé sur ce tarif ?

Dr C.

Réponse

1° *a*) Puisque vous avez fait un « débridement de phlegmon de la main ou des gaines digito-palmaires », c'est bien CHI = K20 que vous avez à compter. Si K égale 20 francs, dans votre département, c'est bien 400 *francs*.

b) D'après la « nomenclature », c'est un prix global puisque, d'après l'instruction qui précède la nomenclature, vous lisez (p. VII) : « Le tarif à l'acte isolé concerne les actes qui, par leur nature, ne comportent pas de soins consécutifs, par exemple une radiographie ». Ce qui n'est pas votre cas.

c) Enfin, on lit, *ibidem*, page VI : « Le prix global comporte la rémunération des aides et les soins consécutifs pendant une durée maxima de vingt jours. »

d) Conclusions : Vous avez à demander 400 francs y compris : votre intervention, l'aide anesthésiste et les pansements qu'aura à faire le médecin qui prendra votre place pour « les soins consécutifs » puisque (j'oubliais de citer ce passage, page VII) : « La règle à suivre est la même si les soins consécutifs ne sont pas donnés par l'auteur de l'intervention. »

2° Même réflexion pour ce second cas que pour le premier.

Dr F. Decourt.

1.800. — Refus de radiographies par l'assurance

Il y a deux mois, je donne mes soins d'urgence à un blessé du travail, écrasé par un wagon : amputation traumatique d'un bras, fracture en plusieurs places de l'autre avant-bras, compression thoraco-abdominale. Etat de choc. Garrot, huile camphrée, et je l'envoie à l'Hôtel-Dieu. Il me revient un mois plus

tard. A ce moment, je téléphone à l'agent local de a Compagnie d'assurance (Le S.), pour lui faire part de mon intention de faire procéder à plusieurs radiographies, estimées par moi nécessaires :

1° Radio de l'avant-bras fracturé ;

2° Radio de l'ensemble du thorax ;

3° Radio de l'ensemble de la colonne vertébrale, jusqu'au sacrum exclusivement.

Pour les deux dernières radios, j'expliquais que j'avais des doutes sur la possibilité de fractures costales et vertébrales, que l'examen clinique semblait démontrer.

L'agent local me répond qu'étant donnée la gravité du sinistre, il lui paraît probable que sa Compagnie ne me contredira pas mais que pour plus de sûreté, il me priait d'attendre une réponse. Je reçois hier cette réponse : en voici la copie : « Notre Conseil médical estime que les multiples radios demandées ne sont pas indispensables ; qu'aucune d'elles ne servira pour le traitement, que dans ces conditions, nous ne pouvons les autoriser. »

Naturellement, je maintiens, moi, qu'elles sont nécessaires, quand ce ne serait que pour l'expertise ultérieure !

Je sais bien que je n'ai pas procédé régulièrement (lettre explicative et recommandée, etc.). Mais, ce que je serais très désireux de connaître, c'est la marche à suivre pour obtenir satisfaction, les recours à employer.

Dr G.

Réponse

1° Il est à penser que plusieurs radios furent faites à l'hôpital pendant le mois où ce blessé si grave a été soigné. Avant tout, il faudrait donc s'enquérir si les radios furent faites. Lesquelles ? Et ce qu'elles ont donné. Car la Compagnie en cas de différend aurait beau jeu de dire que c'est là la première chose qui aurait dû être faite avant de « recommencer » ces radios une deuxième fois. En tous cas, le médecin traitant ne peut ordonner une ou des radiographies sans « accord » avec le médecin patronal ou de l'assurance (art. 27, observ.). Toutefois, il est ajouté un peu plus loin : « en cas de divergence, il sera procédé conformément à l'art. 9 ci-dessus », or, que dit cet art. 9 : « ... En cas de divergence, on recourra à l'avis d'un troisième médecin choisi d'accord avec le blessé, le médecin traitant et le médecin du chef d'entreprise ou de son assureur substituée. » C'est donc en se basant sur cet art. 9 que vous pourriez proposer à l'assurance cette sorte d'arbitrage.

2° Au cas où la Compagnie d'assurances n'accepterait pas l'arbitrage proposé par vous dans les termes de l'art. 9 du Tarif, vous pourriez passer outre et procéder à la radiographie.

Si, par la suite la Compagnie refusait d'en payer le montant vous auriez action soit contre

le patron devant le Juge de paix, soit devant la Commission d'arbitrage pour en obtenir le paiement.

Dr F. DECOURT.

1.768. — Ablation d'un kyste synovial

J'ai opéré ces derniers jours un kyste synovial des tendons du cou-de-pied reconnu accident du travail et la Compagnie m'ayant autorisé à effectuer l'intervention.

Je ne trouve pas mentionné le kyste synovial sur les listes du tarif.

Quel prix dois-je demander ?

J'avais un aide. J'y suis, je pense autorisé pour ces délicates opérations.

Dr D.

Réponse

Il me semble qu'on pourrait demander 190 fr. par analogie avec « ablation d'hygroma ». (Art. 20. C. *in fine*). Au cas d'aide-médecin celui-ci pourrait demander 80 francs (art. 11).

Dr F. DECOURT.

1.522. — Visite dite de contrôle à domicile dans les grandes villes. Injection antitétanique plus deux pansements

J'ai de nouveau recours à votre amabilité pour me préciser le point suivant en matière de tarification d'accidents du travail :

Un blessé, plaies des deux mains, peu étendues d'ailleurs, est chez moi l'objet d'un double pansement tous les deux jours, qui est tarifé 30 francs ; — le jour de la contre-visite du médecin contrôleur, quelle tarification doit-elle être adoptée ? Dois-je compter 22 fr. 50 ou 30 francs ?

D'autre part, le blessé a reçu le premier jour une injection de sérum antitétanique ; est-ce faire le cumul interdit à l'art. 13 que de compter, pour cette séance, 30 francs de pansements séparés et 20 francs de sérum antitétanique ?

Dr L.

Réponse

a) Le prix de la visite (soit 15 francs pour toute la France. Art. 1er) est augmenté de 50 %, au cas où il s'agit de la visite dite « de contrôle » dont il est parlé à l'art. 3, *a*). Il s'ensuit que, quel que soit l'objet de cette visite, elle est tarifée 15 plus 7 fr. 50, soit 22, 50, plus les frais de déplacement s'il y a lieu, donc au domicile du malade dans les villes de plus de 100 mille habitants et leur banlieue (ce qui est votre cas). Cette

visite est de 22 fr. 50, plus 3 de déplacement forfaitaire, soit 25 fr. 50.

b) Les 20 francs d'injection anti-tétanique comprennent l'injection plus la visite avec ou sans pansement, sans quoi ce serait le cumul interdit par l'art. 13. Mais, dans votre cas, vous aviez à faire non pas un mais deux pansements. Il s'ensuit que vous avez à compter, en plus le deuxième pansement. Donc : injections de sérum et premier pansement, 20 francs (art. 13) plus deuxième pansement, 15 francs (art. 14), donc au total 20 plus 15 soit 35 francs. Seulement ne manquez pas, pour éviter un différend, de bien donner les explications ci-dessus.

Dr F. Decourt.

DROIT SYNDICAL

1.941. — Les syndicats médicaux peuvent-ils défendre leurs droits contre l'Etat, les départements ou les communes ?

Nous sommes désireux, quelques confrères et moi-même de nous grouper, (médecins et chirurgiens de l'hôpital), afin de pouvoir opposer àl'Administration une force suffisante. Dans le livre de «Droit Médical», de Paul Appleton et Marcel Salama, édité par la librairie du *Monde Médical*, je lis, p. 30, que les médecins sont autorisés à se constituer en associations syndicales... « pour la défense de leurs intérêts professionnels à l'égard de toutes personnes autres que l'Etat, le département et les communes. » Il me paraît résulter de cela que nous n'avons pas le droit de nous grouper en Syndicat. Est-ce vrai ? Et que pouvons-nous faire ?

Dr S.

Réponse

C'est tout un point de l'histoire que vous posez dans votre question.

En effet, la loi du 21 mars 1884 n'a pas été applicable pendant de nombreuses années aux professions libérales et en particulier aux médecins.

Un arrêt de la Cour de cassation du 27 juin 1885 a prononcé l'illégalité des Syndicats de médecins. La loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine reconnaît, par son article 13, aux médecins le droit de se constituer en Syndicats, à la condition que cette constitution ne soit pas faite pour lutter contre l'Etat, les départements ou les communes.

Il en résulte que si le législateur de 1892 accordait au Corps médical le droit syndical, c'était à la condition de ne pas se constituer contre les pouvoirs publics. On pouvait en déduire que si un groupe corporatif était régulièrement créé et que plus tard, au cours de sa vie corporative, il vint à lutter contre l'Etat,

les départements ou les communes, il serait difficile alors de lui appliquer les termes précis du dit article 13 du moment où il ne s'était pas constitué contre l'Etat, les départements ou les communes.

A mes yeux, cet article 13 est implicitement sans valeur du fait que la loi du 12 mars 1920 a reconnu à toutes les professions libérales la possibilité de se grouper en Syndicats professionnels. D'ailleurs, le livre III du Code du travail qui a codifié les lois syndicales, ne comporte actuellement aucune restriction des pouvoirs des Syndicats médicaux.

J'estime donc que les médecins peuvent se grouper librement en Syndicats et faire valoir leurs revendications professionnelles devant toutes les juridictions et contre toutes les collectivités publiques ou privées.

Dr Paul BOUDIN.

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

1.733. — Durée des périodes de service

Mobilisé en 1917, classe 1909, nommé médecin auxiliaire du service auxiliaire, je n'ai pu être nommé sous-lieutenant qu'en juillet 1936, à prendre rang en 1934. Actuellement, on me convoque obligatoirement : *a)* pour une période de dix jours (au lieu de sept) ; *b)* à date fixe 17-27 juin au lieu de choisir ; *c)* à R. au lieu de C. que j'avais choisi, et enfin, le plus beau, en cas d'insuffisance de crédits, on me demande si j'accepterais sans solde.

Evidemment, ce n'est pas là la chose la plus grave, mais j'estime que je bats le record de défaveurs successives.

Or, je connais des lieutenants de 20 ans plus jeunes, n'ayant donc jamais été mobilisés, qui, de sous-lieutenant à lieutenant n'ont fait aucune période.

Depuis deux ans je suis les cours de perfectionnement, une belle fichaise entr'autres. Je me demande quelle brimade nouvelle m'attend.

Y a-t-il vraiment un avantage quelconque à suivre ces fameux cours ?

En résumé, n'y a-t-il pas moyen d'être traité moins défavorablement ?

Dr X.

Réponse

C'est une nouvelle circulaire ministérielle de janvier 1937 (V. l'un des derniers numéros du *Concours Médical*) qui a porté à dix jours (au lieu de sept) la durée des périodes de réserve.

Votre convocation est régulière. Cependant vous avez la partie belle, puisque vous êtes affecté au Territoire, et que, par conséquent, vous êtes dispensé du séjour dans les camps. Demandez simplement à votre directeur d'ajourner votre période à 1938, pour raisons professionnelles, et d'ici là vous irez vous entendre avec

lui sur le lieu et sur la date d'une nouvelle convocation, qui vous agrée tous deux. Il y a un avantage réel à suivre les cours de perfectionnement pour l'avancement et la légion d'honneur, sans compter la carte de surclassement.

1.657. — Annuités pour la Légion d'honneur

1° Quelle fraction d'annuité pour la Légion d'honneur l'assiduité à l'Ecole de perfectionnement donne-t-elle ?

2° Les témoignages de satisfaction obtenus donnent-ils une fraction d'annuité supplémentaire ?

3° J'ai lu avec surprise que les annuités pour la Légion d'honneur couraient, non de la date réelle de l'entrée au service (sursitaires), mais de l'âge de leur classe (*Concours Médical*, 1934, page 2772) : en est-il toujours ainsi actuellement ?

Dr Y.

Réponse

1° L'assiduité aux Ecoles de perfectionnement ayant permis l'attribution de la carte de surclassement donne 10 points.

Les différentes récompenses permettent d'obtenir, suivant leur valeur, de 2 à 10 points.

Voici maintenant comment il est établi une correspondance entre ces points et les annuités :

Une annuité : 30 points.

Une demi-annuité ; entre 13 et 29 points inclus.

Rien n'est compté pour une somme de points qui reste inférieure à 15 points.

2° La première partie de la réponse faite dans le *Concours Médical*, (année 1934) est une mise au point, indiquée pour préparer le renseignement principal ; elle ne concerne pas les décomptes pour la légion d'honneur. Les annuités ont toujours pour point de départ la date du service militaire actif.

1.269. — Pas de rappel d'arrérages de la retraite du combattant

La carte du combattant qui m'avait été primitivement accordée dès le début m'a été retirée en mai 1935.

Elle vient de m'être attribuée à nouveau depuis le 1er février avec droit à la retraite.

Je serais désireux de savoir si les arrérages qui ne m'ont pas été payés depuis mai 1935 doivent m'être reversés.

Dr T.

Réponse

L'article 38 de la loi du 28 février 1934 spécifie :

« En cas de réclamation ultérieure (après suppression), le rétablissement de la retraite ne donne lieu à aucun rappel d'arrérages antérieurement à la date de la réclamation. »

LE CONCOURS MÉDICAL

SUPPLÉMENT DOCUMENTAIRE

" L'Officiel Médical "

Médecine sociale - Législation - Décrets - Règlements
Pièces officielles - Tarifs, etc.

SOMMAIRE

Infirmières

Circulaire du 11 février 1937 relative à l'enseignement des infirmières.
(Diplômes d'Etat et diplôme de la Croix-Rouge. — Exemptions d'études)

Le ministre de la Santé publique à MM. les préfets (inspections départementales d'hygiène).

Je suis saisi de fréquentes demandes émanant de directrices d'écoles d'infirmières, tendant à obtenir en faveur de leurs élèves des exemptions d'études pour la préparation des examens d'Etat d'infirmières hospitalière et de visiteuse d'hygiène sociale.

Ces exemptions d'études sont parfois demandées en faveur d'élèves, titulaires de diplômes de Croix-Rouge, et obtenus à la suite de stages accomplis dans des dispensaires ou dans des établissements hospitaliers, n'offrant pas toujours les garanties qu'exige la formation professionnelle et technique d'infirmières diplômées d'Etat.

Je vous prie de bien vouloir faire savoir aux directrices d'écoles d'infirmières existant dans votre département que, suivant le vœu émis par la section permanente du Conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières soignantes et de service social créé par décret du 28 août 1936, j'ai décidé qu'aucune valorisation d'études ne serait plus accordée, sauf en ce qui concerne les infirmières en exercice pouvant justifier de services professionnels.

J'estime, en outre, que les études préparant aux diplômes de Croix-Rouge ne doivent pas prêter à confusion avec celles exigées des candidates au diplôme d'Etat.

Une distinction très nette doit être établie, dès l'admission à l'école, entre les jeunes filles désireuses d'exercer professionnellement les fonctions d'infirmière et celles qui désirent prêter bénévolement leurs concours aux Sociétés de Croix-Rouge.

Les stages pratiques pour la préparation au diplôme d'Etat d'infirmière ne pourront être accomplis que dans des services agréés par mon département, et dans des conditions déterminées dans chaque cas par mon Administration.

Henri SELLIER

(*J. O.*, 17 février 1937.)

Enseignement de la médecine

Décret du 31 *décembre* 1936 *portant création d'une classe exceptionnelle pour les professeurs titulaires de Faculté*

Art. 1er. — Il est créé une classe exceptionnelle pour l'ensemble des professeurs titulaires des Facultés des Universités de Paris et des départements, y compris l'Université d'Alger.

Art. 2. — Les professeurs de classe exceptionnelle sont nommés par décret pris en Conseil des ministres. Ils sont choisis sur une double liste de présentation établie dans les conditions ci-après.

Art. 3. — Les propositions de nomination à la classe exceptionnelle sont établies chaque année entre le 1er octobre et le 31 décembre par les Conseils des Universités.

Chaque candidature donne lieu à un scrutin unique, distinct et secret.

Pour être proposé, il faut obtenir un nombre de voix au moins égal aux deux tiers de l'effectif total du Conseil.

Une candidature écartée ne peut être reprise avant l'année suivante.

Art. 4. — Les propositions des Conseils des Universités sont transmises au Comité consultatif de l'enseignement supérieur public dont les diverses Commissions établissent, chacune en ce qui la concerne, une liste de propositions au cours de la première session de l'année (janvier-mars).

Aucune candidature n'est recevable devant le Comité consultatif de l'enseignement supérieur public en dehors des propositions des Conseils des Universités.

Les propositions de chaque Commission son établies au scrutin de liste secret, une liste pouvant ne comporter qu'un seul nom.

Il est procédé à deux tours de scrutin au plus.

La liste dressée par chaque Commission comprend au maximum autant de noms qu'il y aura de vacances ouvertes au 1er octobre suivant dans la classe exceptionnelle pour l'ensemble des Facultés. Nul ne peut y être inscrit s'il n'a obtenu, soit au premier, soit au second scrutin, un nombre de voix au moins égal aux deux tiers du nombre des suffrages exprimés.

Art. 5. — Les listes de propositions établies par les diverses Commissions du Comité consultatif de l'enseignement supérieur public sont soumises à la section permanente du Conseil supérieur de l'Instruction publique avant le 1er juin.

Aucune candidature n'est recevable devant la section permanente du Conseil supérieur de l'Instruction publique en dehors des propositions du Comité consultatif de l'enseignement supérieur public.

La section permanente établit au scrutin secret et à la majorité absolue du nombre des suffrages exprimés une liste de présentation en première ligne et une liste de présentation en seconde ligne. Un même nom ne peut figurer sur les deux listes.

Chaque liste comprend au plus autant de noms qu'il y aura de vacances ouvertes au 1er octobre suivant dans la classe exceptionnelle pour l'ensemble des Facultés.

Art. 6. — Un professeur ne peut être proposé par le Conseil de l'Université pour une nomination à la classe exceptionnelle qu'au cours de ses trois dernières années de services, telles qu'elles sont déterminées par la réglementation sur les limites d'âge des fonctionnaires compte tenu des diverses bonifications pour charges de famille.

Art. 7. — Nul ne peut être proposé par le Conseil de l'Université s'il n'appartient depuis au moins le 1er janvier précédent à la 1re classe de son cadre (professeurs titulaires des Facultés de l'Université de Paris, professeurs titulaires des Facultés, des Universités des départements).

Art. 8. — Les professeurs de Facultés nommés à la classe exceptionnelle continuent à percevoir leur traitement antérieur de professeur titulaire de 1re classe.

Art. 9. — L'effectif total maximum de la classe exceptionnelle est fixé au trentième du nombre des emplois de professeurs titulaires de toutes les Facultés.

Art. 10. — A titre exceptionnel, les proposition des Conseils des Universités et du Comité consultatif de l'enseignement supérieur public ne seront pas exigées pour les nominations de professeurs de classe exceptionnelle qui seront effectuées dans un délai de trois mois, à compter de la publication du présent décret.

Art. 11. — Le président du Conseil, le ministre de l'Education nationale et le ministre des Finances sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal Officiel*.

(*J. O.*, 8 janvier 1937.)

Assurances Sociales

Arrêté du 30 janvier 1937 fixant le règlement intérieur-type des Caisses primaires d'assurance maladie-maternité.

Art. 1er. — Le règlement-type d'administration intérieure des Caisses primaires d'assurance maladie-maternité, prévu à l'article 115 du décret du 19 mars 1936 susvisé, est fixé conformément au règlement annexé au présent arrêté.

Art. 2. — Le conseiller d'Etat, directeur général des Assurances sociales et de la Mutualité, est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

***Règlement-type d'administration intérieure pour les Caisses primaires d'assurance maladie-maternité* (1)**

Première partie

Admission à la Caisse. — Radiation

Art. 1er. — Pour faire partie de la Caisse d... tout assuré obligatoire, se trouvant dans les conditions prévues par les statuts, doit établir le bulletin prévu aux articles 1er, paragraphes 3 et 114, paragraphe 1er du règlement d'administration publique du 19 mars 1936 sauf (2) s'il est présumé faire choix deladite Caisse par application de l'article 29, paragraphe 2, du décret-loi du 28 octobre 1935 modifiant le régime des assurances sociales en tant qu'ayant cessé de travailler dans la circonscription d'une Caisse d'assurance-maladie de même affinité.

Ce bulletin doit parvenir au Service régional dans les délais prévus aux articles ci-dessous.

Art. 2. — Les femmes non salariées des assurés peuvent être admises au bénéfice de l'assurance spéciale sur demande adressée au Service régional.

Art. 3. — L'admission des assurés obligatoires (et des assurées spéciales) n'est subordonnée à aucun examen médical préalable.

Art. 4. — Les assurés admis à faire partie de la caisse reçoivent une carte de membre assuré indiquant la date d'effet de leur admission. Un extrait du présent règlement est remis également aux intéressés lors de leur admission ou s'ils en font la demande.

Art. 5. — L'adhésion de l'assuré est valable pour deux années, sauf si celui-ci ayant changé de lieu de travail a fait choix d'une autre Caisse d'assurance-maladie, conformément à l'article 2, paragraphe 1er, du réglement d'administration publique précité, en adressant au service régional un bulletin de changement d'affiliation soit dans le mois suivant le changement de lieu de travail, soit, s'il a fixé son lieu de travail dans la circonscription d'un autre Service régional, dans le mois suivant l'invitation faite par ce service.

L'adhésion se renouvelle de deux en deux années à partir de la fin du trimestre civil où expire la première période de deux ans d'affiliation, si l'assuré ne fait pas parvenir au service régional un bulletin de changement d'affiliation dans le délai prévu à l'article 114 dudit règlement d'administration publique, c'est-à-dire entre la date d'expiration du délai de deux années d'affiliation et la fin du trimestre civil suivant.

Art. 6. — Pendant la période du service militaire ou en cas d'appel sous les drapeaux, les assurés faisant partie de la Caisse continuent d'y être inscrits sans avoir à effectuer de versements. Ils ouvrent droit éventuellement, conformément à l'article 22 du décret-loi du 26 octobre 1935, aux prestations en nature de l'assurance-maternité, à la condition de remplir à leur départ sous les drapeaux les conditions légales de versement auxquelles l'attribution de ces prestations est subordonnée.

A son retour dans ses foyers, l'assuré est considéré pour les assurances maladie et maternité comme ayant subi une retenue de 15 francs par trimestre entier passé sous les drapeaux et de 20 centimes par jour ouvrable en sus.

Art. 7. — Chaque adhérent s'engage à se soumettre aux statuts de la Caisse et aux prescriptions du présent règlement.

---

(1) Les dispositions facultatives sont indiquées par le signe (+).

(2) Les caisses départementales doivent ajouter les mots « sauf s'il est inscrit d'office à la Caisse départementale de... »

DEUXIÈME PARTIE

Prestations

SECTION I

Assurance-maladie

Chapitre Ier

Dispositions générales.

Art. 8. — Sous réserve d'avoir subi sur son salaire les retenues fixées à l'article 7 du décret-loi du 28 octobre 1935, c'est-à-dire une retenue au moins égale à 30 francs au cours des deux trimestres référence ou, à défaut, une retenue de 60 francs au cours des quatre trimestres de référence, ou une retenue de 15 francs au cours du trimestre précédant celui de la maladie ou de l'accident si l'immatriculation est inférieure à six mois au premier jour de ce trimestre, l'assuré peut obtenir pour lui-même les prestations en nature et en argent de l'assurance-maladie et pour son conjoint et les enfants à sa charge ou à la charge de son conjoint, âgés de moins de 16 ans et non salariés, les prestations en nature de l'assurance-maladie, telles qu'elles sont définies par le décret-loi précité et dans les conditions prévues par le présent règlement.

Art. 9. — A l'appui de sa demande de prestations, l'assuré doit présenter les attestations de versement dûment revêtues du timbre de la poste ou du Service régional des Assurances sociales, détachées des feuillets ou du feuillet correspondant aux trimestres de référence.

Art. 10. — Les trimestres de référence s'entendent suivant le cas des deux ou des quatre trimestres civils précédant le trimestre où a lieu la première constatation médicale de la maladie ou de l'accident ou, si cette constatation a lieu dans le premier mois d'un trimestre, des deux ou quatre trimestres antérieurs à celui qui précède la maladie ou l'accident.

Art. 11. — Les assurés qui ne sont pas en possession des attestations de versement susvisées mais qui ont cependant été l'objet du précompte sur leur salaire doivent présenter, à l'appui de leur demande de prestations, outre leur carte d'immatriculation, les pièces prévues à l'article 44 A du livre 1er du Code du travail, sur lesquelles doit figurer le montant de la rémunération gagnée par eux et le montant des déductions opérées sur cette rémunération. Les prestations sont accordées si ces pièces établissent que l'assuré a subi sur son salaire les retenues visées à l'article 8 et si l'intéressé s'est soumis en temps utile au contrôle de la Caisse.

Art. 12. — Les prestations sont dispensées jusqu'à la fin de la maladie et au maximum pendant une période totale de soins de six mois à partir de la date de la première constatation médicale. Les prestations en argent ne sont dues qu'à partir du sixième jour d'incapacité de travail, ou à partir du quatrième jour si l'assuré a au moins trois enfants ou pupilles de la nation à sa charge.

Art. 13. — Lorsque pour une même affection il y a interruption de prestations pendant moins de deux mois, le délai de six mois pendant lequel les prestations sont servies conserve comme point de départ la première constatation médicale de cette affection.

La période pendant laquelle les soins ont cessé d'être dispensés n'entre pas en compte dans la période totale de six mois.

En conséquence, la période totale est calculée en ajoutant les unes aux autres les périodes de validité de chaque feuille de maladie régulièrement délivrée, sauf le cas où le praticien a indiqué sur les feuilles de maladie une date de guérison antérieure à la date de période de validité, ou inversement, celui où le praticien prescrit les soins pendant une durée déterminée supérieure à la période de validité.

Si l'assuré établit que la nouvelle affection est indépendante de celle qui a précédemment motivé l'attribution des prestations, celles-ci peuvent, dans tous les cas et sous réserve des conditions de versements, être servies pendant un délai de six mois.

Lorsqu'il y a interruption des prestations pendant plus de deux mois, celles-ci peuvent être servies pendant un nouveau délai de six mois si l'assuré, au moment où il a cessé de recourir aux prestations, a fait constater sa guérison apparente sur la feuille de maladie en cours par le praticien traitant ou, à défaut, par le médecin contrôleur de la Caisse.

Si la constatation a été faite par le praticien traitant, l'assuré est tenu d'en aviser la Caisse dans la huitaine. Si la Caisse n'a pas, dans la quinzaine qui suit la réception de cet avis, notifié qu'elle conteste la réalité de la guérison, l'état de maladie est considéré comme terminé pour l'application de l'article 6, paragraphe 12, du décret-loi du 28 octobre 1935.

Art. 14 (+). — La date à partir de laquelle l'assuré malade n'a plus droit aux prestations, hors le cas où la période totale de soins de six mois visée à l'article 12 est expirée, est, sous réserve du droit de contrôle de la Caisse et des droits de recours : 1° pour les prestations en argent, la date fixée par le médecin pour la reprise du travail ; 2° pour les prestations en nature, le lendemain du jour où le malade est déclaré par le médecin guéri ou dispensé de recevoir des soins (1).

(1) Toutefois, les ordonnances prescrites dans le derniers jours de la maladie peuvent être exécutées dans les dix jours suivant la date de l'ordonnance.

Chapitre II

Prestations en nature.

a) Soins à domicile ou au cabinet du praticien.

Art. 15. — Pour les soins à domicile et au cabinet du praticien, l'assuré choisit librement son praticien entre tous ceux qui ont adhéré aux clauses des conventions passées entre la Caisse et les groupements professionnels de praticiens, ou qui sont considérés comme ayant adhéré à ces clauses du fait qu'ils se conforment aux prescriptions de la Caisse pour la justification des droits des intéressés.

Art. 16. — En cas de maladie ou d'accident survenant soit à l'assuré, soit à un membre de sa famille bénéficiaire de l'assurance, l'assuré doit se procurer, pour la présenter au praticien, une feuille de maladie en s'adressant, soit au siège social de la Caisse, soit au siège de la section locale, soit au correspondant local. Cette feuille est valable au minimum pour huit jours. La feuille de maladie remise à l'assuré doit porter au minimum ses nom et prénoms, ainsi que la désignation du bénéficiaire malade.

La première constatation médicale de la maladie ou de l'accident doit, sous peine de déchéance du droit aux prestations, être portée à la connaissance de la Caisse dans les trois jours qui suivent, sauf cas exceptionnels que la Caisse se réserve d'apprécier.

A la feuille de maladie remise à l'assuré sont jointes :

1° Une carte-lettre que le malade doit faire parvenir dûment remplie à la Caisse dans le délai susindiqué ;

2° Une notice sommaire indiquant à l'assuré les formalités auxquelles il doit se soumettre pour obtenir des prestations et éviter les déchéances qu'il peut encourir.

La délivrance de la feuille de maladie n'engage pas la responsabilité de la Caisse.

Toute feuille anonyme, même visée par le praticien, ne peut donner lieu à remboursement.

Art. 17. — Dans les cas urgents, le malade non porteur d'une feuille de maladie, qui consulte un praticien, doit lui réclamer une attestation de consultation ou de visite. Cette attestation doit être remise dans les trois jours à la Caisse qui délivre en échange une feuille de maladie.

Art. 18. — La feuille de maladie ne peut être utilisée que pour une seule maladie, celle-ci ne durerait-elle qu'un jour et ne serait-elle qu'une simple indisposition. Si la maladie dure plus de huit jours, l'assuré doit se procurer une seconde feuille de maladie également valable pour huit jours, et à l'expiration de ce délai, une nouvelle feuille valable pour quinze jours. Lorsque la maladie se prolonge au delà, une feuille de maladie doit être demandée à l'expiration de la pérode de validité de la feuille précédemment délivrée.

Chaque feuille de maladie dont la période de validité a pris fin est remise ou retournée aussitôt par l'assuré à la Caisse, qui la classe dans le dossier médical de l'intéressé.

Art. 19. — Pendant l'état de maladie, l'assuré ne doit se dessaisir de la feuille de maladie entre les mains de qui que ce soit. Il doit la présenter au praticien, ainsi qu'aux contrôleurs, visiteurs ou administrateurs de la Caisse, de même que sa carte d'immatriculation et sa carte de membre de la Caisse.

« Aucune prestation en nature ou en espèce ne peut être accordée pour une période ne correspondant pas à la durée de validité d'une feuille de maladie régulièrement délivrée, sauf le cas d'urgence et sauf les cas prévus aux articles ci-dessus en cas d'hospitalisation, de soins préventifs, ou de repos curatif pris en charge par la Caisse ».

Art. 20. — L'assuré paye directement au praticien la totalité des honoraires dus.

Sur le vu des signatures portées sur la feuille de maladie par le praticien qui a effectivement donné les soins et attestant le payement de l'acte médical, l'assuré est remboursé par la Caisse dans la limite de son tarif de responsabilité ou dans la limite des frais exposés par l'assuré s'ils sont inférieurs audit tarif et, après défalcation de la participation de celui-ci au tarif ou aux frais susvisés (20 p. 100).

Art. 21. — Lorsque le malade ne pouvant se déplacer, les frais médicaux comprennent les frais de déplacement du praticien, ceux-ci sont remboursés par la Caisse dans les limites de son tarif de responsabilité. Ils s'entendent, en principe, de la distance séparant le domicile du malade du domicile du praticien le plus rapproché. L'excédent des frais est à la charge exclusive de l'assuré, sauf le cas où le praticien traitant a fait appel à un médecin consultant ou à un spécialiste, dans les conditions prévues à l'article 24 du présent règlement.

Art. 22. — Le remboursement des frais médicaux peut être opéré au gré de l'assuré, soit à la fin de la maladie, soit au cours de la maladie ; mais seulement à la fin de la période de validité de chaque feuille de maladie, au jour et heure fixés par la Caisse.

Ce remboursement est effectué sur le vu de la feuille de maladie, soit en espèces aux guichets de la Caisse, soit par chèque postal ou mandat dont les frais sont à la charge de l'assuré, entre les mains de l'assuré lui-même, de son conjoint, ou, si l'assuré est mineur, du père ou tuteur de ce dernier. La Caisse peut aussi se libérer valablement entre les mains d'un tiers

délégué par l'assuré, mais cette délégation ne peut être accordée que pour une seule maladie.

La Caisse se réserve le droit de surseoir au payement pour procéder aux vérifications nécessaires et de payer par la poste. Dans ce cas, le remboursement doit intervenir, sauf empêchement motivé, dans les quinze jours qui suivent le dépôt ou le renvoi de la feuille de maladie pour laquelle les prestations sont réclamées.

Art. 23. — Si l'assuré est dans l'impossibilité de payer un acte médical, la Caisse peut lui en faire l'avance, dans les limites indiquées aux articles précédents, sur le vu de la feuille de maladie où il est attesté que l'acte médical a été dispensé. La Caisse indique sur cette feuille le montant de l'avance. Elle ne consent une nouvelle avance que sur justification du payement de l'acte médical pour lequel la précédente avance a été accordée.

Art. 24. — Si le praticien traitant estime nécessaire la consultation d'un second médecin, spécialiste ou non, une intervention chirurgicale, des soins spéciaux ou l'intervention d'un auxiliaire médical, les prestations correspondantes ne peuvent être remboursées que si la Caisse adresse à l'intéressé, préalablement au traitement et sur demande de l'assuré — pour être annexée à la feuille de maladie en cours ou apposée sur ladite feuille — l'acceptation de prise en charge des prestations dans les conditions prévues par l'article 115, paragraphes 3 et 4, du décret du 10 mars 1936.

Dans le cas où l'urgence ne permet pas d'attendre la délivrance de l'acceptation de prise en charge, une justification doit être adressée au médecin contrôleur de la Caisse par le praticien traitant, le spécialiste ou l'assuré, dans les trois jours de l'intervention ou de la consultation.

Art. 25. — L'assuré qui désire obtenir pour lui ou les membres de sa famille bénéficiaires de l'assurance des prestations pour soins dentaires demande à la Caisse de lui délivrer une feille de traitement dentaire.

Les obturations dentaires donnent lieu à l'application d'un tarif de responsabilité établi sur la base des obturations en matière plastique ou métal non précieux.

Les dispositions du présent règlement relatives au cas d'urgence ou à l'intervention d'un spécialiste ou d'un chirurgien, de même que celles relatives au remboursement des frais, sont applicables aux soins dentaires.

Les feuilles de traitement dentaire sont valables pour un mois à compter du début des soins et doivent être renouvelées ou visées par les Caisses à l'expiration de cette période.

Art. 26. — La délivrance des appareils de prothèse dentaire n'est faite que conformément à la décision de la Commission technique prévue à l'article 6, paragraphe 1er, du décret-loi du 28 octobre 1935 susvisé, sur le vu d'une feuille de prothèse dentaire délivrée par la Caisse et remplie par le praticien traitant.

Les conditions dans lesquelles les bénéficiaires de l'assurance peuvent obtenir la délivrance desdits appareils sont fixées dans l'annexe du présent règlement.

Art. 27. — L'assuré ayant reçu du médecin, du chirurgien-dentiste ou de la sage-femme une ordonnance pharmaceutique, la fait parvenir, pour exécution au pharmacien ou à l'herboriste diplômé de son choix. Ce praticien exécute l'ordonnance sur présentation de la carte d'immatriculation et de la feuille de maladie de l'assuré. Il appose son cachet sur cette feuille après exécution de l'ordonnance. Il établit, en marge de l'ordonnance, le détail de la tarification. Cette tarification est faite d'après le tarif ordinaire de la clientèle sans qu'elle puisse dépasser le tarif fixé par la convention entre la Caisse et les Syndicats professionnels, ou, à défaut de convention, le tarif national. L'assuré paye directement le pharmacien ou l'herboriste, qui donne quittance sur l'ordonnance des frais relatifs à l'exécution de celle-ci. Sur le vu de l'ordonnance acquittée, l'assuré est remboursé par la Caisse sous réserve de sa participation légale de 20 p. 100 pour la partie de l'ordonnance inférieure à 25 francs et de 40 p. 100 pour le surplus.

Tous les médicaments prescrits même par des ordonnances distinctes, à l'occasion d'un même acte médical sont, pour l'application de l'alinéa ci-dessus, considérés comme constituant une seule ordonnance.

Lorsque, sur une ordonnance, le médecin a expressément indiqué, dans les conditions prévues par les conventions entre les Caisses et les Syndicats médicaux, que certains médicaments pouvaient être renouvelés, le renouvellement de ceux-ci doit être considéré comme une ordonnance distincte.

En aucun cas, l'ordonnance prescrivant des médicaments à renouveler n'est valable pour plus d'un mois.

Lorsque le médecin traitant prescrit un des produits thérapeutiques injectables autorisés en vertu de la loi du 14 juin 1934, il doit mentionner expressément sur l'ordonnance et le pharmacien doit porter en regard l'indication de la date à laquelle le produit a été autorisé. Dans ce cas, et sauf abus de prescription, la participation légale de l'assuré aux frais est de 20 p. 100, quel que soit le montant de ces frais. La participation légale de l'assuré est également de 20 p. 100, quel que soit le montant des frais, dans les cas spéciaux nécessitant des frais pharmaceutiques élevés, sur proposition du praticien traitant et avis conforme du médecin contrôleur de la Caisse.

Art. 28. — Si l'assuré est dans l'impossiblité

d'acquitter le montant des frais pharmaceutiques, la caisse peut lui consentir, sur présentation de l'ordonnance tarifée, une avance pour le règlement de cette ordonnance, dans les conditions prévues à l'article 23. Cette avance ne peut dépasser la moitié desdits frais tels qu'ils sont tarifés sur les ordonnances présentées.

Art. 29. — Les frais pharmaceutiques autres que l'achat de médicaments, tels que ceux afférents à des analyses, recherches biologiques, auto-vaccins, etc., ne sont remboursés que sur avis conforme du médecin contrôleur de la Caisse.

Lesdits frais sont remboursés suivant le tarif admis par la Caisse et sous réserve de la participation légale de l'assuré de 20 p. 100 à ces frais. Ce tarif comprend les frais de prélèvement sauf si celui-ci donne lieu à un acte de petite chirurgie non compris dans la consultation ordinaire. Cette participation est de 20 p. 100 même lorsque les prescriptions ordonnant les analyses, recherches biologiques, auto-vaccins, etc., figurent sur la même ordonnance que des prescriptions médicamenteuses.

Art. 30. — Le remboursement des appareils et accessoires (appareils d'orthopédie, de prothèse, bandages, lunettes, etc.) n'est fait que si la Caisse a préalablement accepté de prendre en charge les frais de délivrance des appareils et accessoires. La délivrance de ces appareils et accessoires est effectuée par le fournisseur choisi par l'assuré sur la liste des fournisseurs agréés par la Caisse.

Les frais afférents auxdits appareils et accessoires sont remboursés suivant le tarif admis par la Caisse et sous réserve de la participation légale de l'assuré de 20 p. 100 à ces frais. Cette participation est de 20 p. 100 même lorsque les prescriptions ordonnant les appareils et accessoires figurent sur la même ordonnance que des prescriptions médicamenteuses.

Les accessoires tels que béquilles, gouttières, coussins, bassins, etc., peuvent être prêtés aux asurés par la Caisse. Ils doivent être maniés avec soin et rendus en bon état après achèvement de la cure.

Art. 31. — Les produits de régime alimentaire n'ouvrent, en aucun cas, droit au remboursement.

Ne donnent lieu de même à aucun remboursement les articles de parfumerie (eau de cologne, parfums, savons, non médicamenteux, etc.).

Art. 32. — Les objets ou produits exclusivement commerciaux (pansements, coton, etc.) pourront être fournis soit par les praticiens, soit par les fournisseurs agréés par la Caisse, soit par la Caisse elle-même, et s'il y a lieu dans la limite des quantités fixées d'avance par la Caisse. Ils sont remboursés suivant le tarif admis par la Caisse.

b) Soins à l'hôpital.

Art. 33. — Le malade peut être hospitalisé ou traité sur sa demande lorsque son état ou sa situation l'exige, sur le vu de l'attestation du praticien traitant, du médecin de l'hôpital ou du médecin contrôleur de la Caisse.

Il doit aviser la Caisse de son hospitalisation lorsque celle-ci a lieu dans un hôpital public. Si une feuille de maladie lui a été précédemment délivrée, elle est retournée à la Caisse par les soins de l'assuré ou de sa famille avec la mention « hospitalisé à ... ». Dans tous les cas l'assuré doit, à moins d'impossibilité matérielle absolue, faire connaître sa qualité d'assuré à l'administration hospitalière dès son admission à l'hôpital.

Lorsque l'assuré désire être hospitalisé ou traité dans un établissement privé, il doit, préalablement à l'hospitalisation ou au traitement et sauf le cas d'urgence en aviser la Caisse et lui indiquer l'établissement dans lequel il a l'intention d'être hospitalisé ou traité. A défaut de réponse dans les huit jours la Caisse est réputée avoir accepté la prise en charge des frais d'hospitalisation ou de traitement dans l'établissement indiqué.

Si l'assuré demande son traitement ou son envoi dans un établissement spécial (préventorium, sanatorium) public ou privé, dépendant ou non d'un hôpital public, il est tenu de demander à la Caisse si elle accepte de prendre en charge les frais de séjour ou de traitement. La Caisse doit donner sa réponse dans le délai d'un mois, faute de quoi elle est censée avoir accepté.

Art. 34. — Le malade hospitalisé est soumis au règlement intérieur de l'hôpital ainsi qu'aux clauses de la convention intervenue entre l'hôpital et la Caisse.

Art. 35. — Une annexe au présent règlement indique la liste des hôpitaux et établissements avec lesquels la Caisse a passé une convention ou qu'elle a agréés et de ceux qui ont accepté son contrôle général, ainsi que le régime applicable à chacun d'eux en ce qui concerne les assurés sociaux, notamment pour le payement des frais d'hospitalisation, de consultation et de soins externes. La Caisse doit indiquer sur la notice spéciale visée à l'article 16 ci-dessus la liste desdits hôpitaux et établissements.

Art. 36. — Les frais d'hospitalisation et les honoraires médicaux afférents, sont remboursés par la Caisse dans la limite de ses tarifs de responsabilité applicables suivant les cas :

1° Au séjour à l'hôpital public ;

2° Au séjour dans les établissement spéciaux de traitements (préventoriums, sanatoriums, asiles d'aliénés, etc.) ;

3° Au séjour dans les établissements privés ayant passé convention avec les Caisses ou

dans ceux qui, soit parce qu'ils ont adhéré aux clauses dedites conventions soit parce qu'ils offrent les mêmes garanties, ont été agréés par elle, sauf recours à la Commission tripartite régionale en cas de refus d'agrément.

Le montant des honoraires médicaux ci-dessus visés donne lieu à la participation légale de l'assuré (20 p. 100). La Caisse rembourse à l'assuré dans les limites de son tarif de responsabilité les frais de transport à l'hôpital, si l'assuré est hors d'état de se déplacer par les moyens ordinaires. Ces frais sont calculés d'après la distance qui sépare le domicile du malade de l'hôpital public le plus voisin, susceptible de donner des soins appropriés à son état ;

4° Eventuellement au séjour dans les établissements privés de soins n'ayant pas passé convention mais se soumettant au contrôle général prévu à l'article précédent.

c) Tarif de responsabilité.

Art. 37. — Le tarif de responsabilité de la Caisse est affiché dans les locaux de la Caisse, ainsi que les modifications ultérieures s'il y a lieu.

Il ne comporte qu'un prix pour une prestation quelle que soit la catégorie professionnelle du praticien qui l'a fournie.

d) Soins préventifs et maladies ne comportant pas la cessation du travail.

Art. 38. — L'assuré ou l'ayant droit dont l'état nécessite des soins préventifs, ou qui est atteint d'une maladie ne comportant pas cessation de travail reçoit, s'il y a lieu, pendant une durée de deux ans au plus, et s'il remplit les conditions de versement fixées à l'article 8 des prestations dont le montant et les conditions d'attribution sont définies ci-dessous.

Dans le cas prévu au paragraphe précédent, la Caisse peut substituer aux prestations ordinaires les indemnités forfaitaires prévues à l'article 6, paragraphe 16 du décret-loi du 25 octobre 1935 dont le maximum mensuel est fixé à son tarif de responsabilité.

La Caisse fixe, sur proposition du médecin traitant et du contrôle médical le montant des indemnités forfaitaires allouées et la durée pendant laquelle elles sont attribuées.

Le payement des indemnités n'a lieu que sur justification de l'exécution du traitement prescrit.

Lorsqu'un assuré remplissant les conditions du présent article n'a pas fait de demande d'admission au régime de ce article la Caisse lui rembourse les prestations dans les limites de son tarif de responsabilité, en ce qui concerne le premier acte médical et les frais pharmaceutiques correspondants.

En ce qui concerne le traitement ultérieur, la Caisse peut, sur proposition du médecin-contrôleur, notifier à l'assuré qu'elle lui fait application de l'indemnité forfaitaire de soins prévue à son tarif de responsabilité.

Les mêmes dispositions sont applicables au conjoint ou aux enfants de l'assuré.

Chapitre III

Prestations en argent.

Art. 39. — Si l'assuré malade ne peut, d'après attestation médicale continuer ou reprendre le travail, il a droit, dès le sixième jour qui suit l'incapacité de travail et jusqu'à la guérison ou la consolidation de la blessure, et au maximum jusqu'à l'expiration d'une période totale de soins de six mois à compter de la première constatation médicale, à une indemnité forfaitaire par jour ouvrable.

Cette indemnité qui ne peut être inférieure à 3 francs ni supérieure à 22 francs est déterminée d'après le barème arrêté par le ministre du Travail et annexé au présent règlement, suivant les conditions servant de base à l'ouverture du droit aux prestations.

Ladite indemnité est due dès le quatrième jour, si l'assuré a au moins à sa charge trois enfants âgés de moins de seize ans, non salariés, qu'ils soient légitimes, naturels, reconnus, recueillis, adoptifs ou pupilles de la nation dont l'assuré est tuteur.

A l'indemnité susvisée s'ajoute, pour les assurés ayant un ou plusieurs enfants à charge au sens de l'alinéa précédent, une allocation de 1 franc par jour et par enfant.

Art. 40. — L'employeur et l'assuré qui se sont mis d'accord pour le maintien des avantages en nature en cas de maladie peuvent en informer la Caisse et demander le versement par elle à l'employeur de la partie de l'indemnité journalière correspondant à la valeur des avantages maintenus.

Art. 14. — En cas d'hospitalisation à la charge de la Caisse, l'indemnité journalière est réduite du tiers si l'assuré a un ou plusieurs enfants de moins de seize ans, ou un ou plusieurs ascendants à sa charge, de la moitié si l'assuré est marié sans enfant ni ascendant à sa charge, des trois quarts dans les autres cas.

Art. 42. — Le règlement de l'indemnité journalière est effectué dans les mêmes conditions que le remboursement des prestations en nature. L'assuré en donne quittance sur la feuille de décompte établie pour ce remboursement.

Chapitre IV

Dispositions spéciales aux assurés bénéficiaires des législations d'assistance et de prévoyance.

Art. 43. — Sous peine des sanctions prévues

par l'article 27, paragraphe 1er, du décret-loi du 28 octobre 1935 contre les personnes qui se rendent coupables de fausses déclarations en vue d'obtenir des prestations auxquelles elles n'auraient pas droit, les assurés doivent, dès la première constatation médicale de la maladie ou de l'accident, justifier auprès du praticien traitant qu'ils sont inscrits sur les listes des bénéficiaires de la législation du 15 juillet 1893 concernant l'assistance médicale gratuite, et dans ce cas, si cette inscription a été prévue pour les soins médicaux et les frais pharmaceutiques ou pour les frais d'hospitalisation, ou pour la totalité de ces avantages. Le praticien traitant doit porter ce renseignement dans les trois jours à la connaissance de la Caisse, si l'assuré ou les membres de sa famille sont susceptibles de bénéficier pour les soins médicaux des dispositions prévues à l'article 19 du décret-loi du 28 octobre 1935 pour les assurés indigents. Le praticien traitant utilise à cet effet la carte-lettre mise à la disposition des assurés. La déclaration de l'assuré est notée par le médecin-traitant sur la feuille de maladie.

Les frais occasionnés par les assurés susvisés ou par les membres de leur famille, qui sont dus aux praticiens en application dudit article, leur sont payés par les collectivités d'assistance. Les frais d'hospitalisation afférents aux mêmes personnes sont payés directement à l'établissement par la Caisse et le service débiteur.

Art. 44. — Sous peine des sanctions prévues à l'article 43 ci-dessus, l'assuré doit indiquer au praticien traitant qui relate cette déclaration sur la feuille de maladie :

1° S'il est titulaire d'une pension de guerre et, dans l'affirmative, la nature de l'affection ou de la blessure qui a motivé l'attribution de cette pension ;

2° Si la maladie ou la blessure a été contractée à l'occasion de l'exercice de sa profession, et dans l'affirmative, si elle a donné lieu de sa part à un commencement de poursuite contre l'employeur ou son assureur ;

3° Si l'accident dont il a été victime est susceptible d'entraîner la responsabilité d'un tiers ou de son assureur.

Dans ces deux derniers cas, l'assuré doit en outre aviser la Caisse de l'accident, conformément à l'article 115, paragraphe 3 *n*), du décret du 19 mars 1936.

Art. 45. — Les assurés malades ou blessés de guerre, qui bénéficient de la législation des pensions militaires, continuent de recevoir personnellement les soins auxquels ils ont droit au titre de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, suivant les prescriptions dudit article et des dispositions réglementaires qui en règlent l'application. Ils ont droit, dans tous les cas, à l'indemnité journalière prévue à l'article 39 ci-dessus, s'ils remplissent, lors de la constatation médicale de l'incapacité de travail, les conditions prévues à l'article 8, pour toute nouvelle période d'incapacité de travail quel que soit le délai écoulé depuis la fin de la période précédente, et pendant une durée maximum de six mois. Ils doivent justifier à cet effet d'une attestation du praticien traitant sur la feuille de maladie indiquant le début et la fin de la période de maladie.

Pour les maladies, blessures ou infirmités non visées au paragraphe 1er du présent article, ils jouissent, ainsi que leur conjoint et leurs enfants non salariés de moins de seize ans, des prestations en nature de l'assurance-maladie mais ils sont dispensés, pour eux personnellement, du pourcentage de participation aux frais médicaux et pharmaceutiques et autres mis à la charge des assurés malades ou invalides.

Si la Caisse conteste l'origine des maladies, blessures ou infirmités, il appartient aux assurés de faire la preuve que celles-ci ne relèvent pas de la législation sur les pensions militaires.

Art. 46. — Les assurés français ou étrangers qui bénéficient de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 ont droit, en cas d'hospitalisation, au titre de l'article 64 précité, à l'indemnité journalière d'assurance-maladie non réduite, quelle que soit leur situation de famille.

Art. 47. — La Caisse ne doit les prestations en nature aux assurés visés à l'article 18 du décret-loi du 28 octobre 1915 que pour les affections distinctes de celle qui a motivé l'attribution d'une pension au titre de la loi du 31 mars 1919. Lorsqu'il est reconnu qu'une maladie résulte directement de cette dernière affection, elle ne donne pas lieu aux prestations des Assurances sociales.

Art. 48. — Ne donnent pas lieu aux prestations en nature et en argent, sous réserve des dispositions ci-après, les maladies et les blessures indemnisées ou susceptibles d'être indemnisées au titre de la loi sur les accidents du travail.

L'assuré victime d'un accident du travail, tout en bénéficiant des dispositions de la loi du 9 avril 1898, conserve pour toute maladie qui n'est pas la conséquence de l'accident, ainsi qu'en cas de grossesse, ses droits aux prestations prévues par le présent règlement, pour lui, son conjoint et les enfants à sa charge, pourvu qu'il remplisse lors de l'accident les conditions fixées par ledit règlement.

Toutefois, l'assuré ne peut cumuler le demi-salaire dû en vertu de la loi du 9 avril 1898 et l'indemnité journalière. A partir de la guérison ou de la consolidation de la blessure résultant de l'accident du travail, il reçoit l'allocation journalière, sans déduction du délai de carence si, à cette date, la maladie remonte à plus de six jours.

L'assuré victime d'un accident du travail ou d'une maladie reconnue comme ayant le caractère professionnel, et dont le droit aux réparations prévues par la loi du 9 avril 1898 ou par la loi du 25 octobre 1919 est contesté par son employeur ou par l'assureur substitué, reçoit à titre provisionnel, les prestations de l'assurance-maladie, si, par ailleurs, il justifie des conditions de versements fixées par le présent règlement, et s'il a engagé, à l'encontre de son employeur ou de l'assureur substitué, une action judiciaire en vue de faire connaître son droit à réparation au titre des lois sus visées. En pareil cas, la Caisse d'assurance peut intervenir dans l'instance. En cas d'échec de l'action entreprise, les prestations versées restent acquises à l'assuré.

Art. 49. — L'assuré qui prétend aux prestations provisionnelles visées à l'article précédent avise la Caisse dans le délai de huit jours de la constatation médicale de l'accident, conformément à l'article 115, n, du décret du 19 mars 1936 et lui adresse une copie du certificat médical initial.

Il est tenu de présenter à sa Caisse, à défaut de l'exploit introductif d'instance, une pièce délivrée soit par le greffier de la Justice de paix, soit par un avoué auprès du Tribunal civil, soit par le secrétaire du Bureau d'assistance judiciaire, attestant qu'il a engagé à l'encontre de son employeur ou de l'assureur substitué une action judiciaire, en vue de faire reconnaître son droit à réparation au titre des lois sur les accidents du travail ou les maladies d'origine professionnelle.

Au cas où la responsabilité de l'employeur est reconnue, en raison du caractère professionnel de l'accident ou de la maladie, les prestations provisionnelles reçues par l'assuré entrent en compte dans le montant de celles qui lui sont dues par l'employeur ou l'assureur substitué et sont remboursées directement à la Caisse par celui-ci.

Art. 50. — Lorsque l'accident ou la blessure dont l'assuré ou ses ayants droit sont victimes est imputable à un tiers, l'assuré, sans préjudice des formalités visées à l'article 16 du présent règlement avise la Caisse dans les huit jours de l'accident ou de la blessure, en faisant connaître les circonstances de l'accident, le nom du tiers responsable ou de sa Compagnie d'assurances et les conditions dans lesquelles une instance a pu être introduite contre eux.

Les Caisses d'assurances sociales sont subrogées de plein droit à l'intéressé ou à ses ayants droit dans leur action contre le tiers responsable pour le remboursement des dépenses que leur occasionne l'accident ou la blessure.

L'intéressé ou ses ayants droit doivent, lors de l'introduction en instance, indiquer, à peine de nullité, la qualité d'assuré social de la victime de l'accident, ainsi que les Caisses d'assurances sociales auxquelles celle-ci est ou était affiliée pour les divers risques.

Dans le cas visé au paragraphe précédent, l'assuré ou ses ayants droit conservent contre le tiers responsable tous droits de recours en réparation du préjudice causé, sauf en ce qui concerne les dépenses de la Caisse d'assurances sociales.

Le règlement amiable pouvant intervenir entre le tiers et l'assuré ne peut être opposé à la Caisse d'assurances qu'autant que celle-ci a été invitée à y participer par lettre recommandée. Il ne devient définitif que quinze jours après l'envoi de cette lettre.

Art. 51. — Dans les cas visés à l'article 50 ci-dessus, le tiers reconnu responsable doit rembourser à la Caisse à laquelle est affiliée la victime, outre les diverses prestations avancées, les cotisations visées à l'article 53 ci-après et les frais exposés, dont le montant sera fixé par le jugement intervenu, dans la mesure de la responsabilité encourue par le tiers.

Chapitre V

Dispositions diverses.

Art. 52. — L'action de l'assuré pour le payement des prestations des assurances maladie et maternité se prescrit par deux ans, à compter de la date de la première constatation médicale.

Ne donnent lieu à aucune prestation en argent les maladies, blessures ou infirmités résultant de la faute intentionnelle de l'assuré.

Art. 53. — Lorsque la maladie a duré plus d'un mois, la Caisse d'assurance verse pour le compte de l'assuré, pour les mois ultérieurs, une cotisation forfaitaire par quinzaine comportant l'octroi des prestations en espèces quel que soit le nombre de journées indemnisées.

Cette cotisation forfaitaire est versée dans les conditions prévues pour le versement des cotisations ouvrières et patronales ; elle est égale au montant de l'indemnité journalière allouée à l'assuré avec un minimum de 6 francs par quinzaine.

Chapitre VI

Règlement des malades. — Contrôle. Sanctions.

Art. 54. — L'assuré choisit librement son praticien. Il ne doit y faire appel qu'en cas de besoin.

Il ne doit demander la visite du praticien que s'il est dans l'impossibilité de se déplacer. Les visites de nuit et du dimanche ne doiventêtre demandées qu'en cas d'urgence.

Les frais payés par le malade pour se rendre

au domicile du praticien sont exclusivement à sa charge.

Le malade doit faire appel soit à l'un des praticiens de sa commune, soit au praticien le plus rapproché. Il supporte dans le cas contraire, l'excédent des frais de déplacement du praticien, sauf dans le cas prévu à l'article 24 du présent règlement.

Les malades sont tenus d'observer rigoureusement les prescriptions du praticien, notamment le repos au lit et à la chambre s'il a été ordonné.

Les malades ne doivent quitter leur domicile que si le praticien le prescrit dans un but thérapeutique. Les heures de sorties autorisées sont inscrites par le praticien sur la feuille de maladie. Elles doivent être comprises,entre... heure et ... heure, sauf autorisation spéciale du contrôle médical de la Caisse.

Les médicaments et remèdes seront employés suivant les indications données par le praticien. Les médicaments ne doivent être demandés la nuit aux pharmacies qu'en cas d'urgence justifiée et constatée par une visite médicale de nuit.

L'assuré malade ne doit se livrer à aucun travail rémunéré ou non, sauf autorisation du médecin traitant.

Durant la maladie le malade ne doit pas quitter la circonscription de la section ou du correspondant de la Caisse à laquelle il est rattaché, sans autorisation de la Caisse. La Caisse peut autoriser le déplacement du malade pour une durée indéterminée si le médecin traitant l'ordonne dans un but thérapeutique ou par convenance personnelle justifiée du malade et après avis du médecin contrôleur.

Tout changement de résidence doit être signalé par l'assuré au représentant de la Caisse.

Le malade dont l'envoi en convalescence est jugé nécessaire par le praticien traitant, doit en aviser la Caisse avant son départ. Il doit, pendant la durée de sa convalescence, se soumettre au contrôle dans les conditions fixées par la Caisse.

En cas d'hospitalisation, le malade doit se soumettre au règlement de l'établissement.

Si l'assuré tombe malade hors de sa résidence, mais à l'intérieur de la circonscription de la Caisse, il doit s'adresser à la section locale ou au correspondant de la Caisse. A défaut de représentant de la Caisse, ou si l'assuré tombe malade hors de la circonscription de celle-ci, il doit dans les quarante-huit heures en aviser le siège social qui lui indique la Caisse locale chargée, pour son compte de lui assurer les prestations et à la surveillance de laquelle il devra se soumettre.

En même temps qu'est remis à l'assuré la première feuille de maladie, il lui est délivré par la Caisse une notice lui énonçant les formalités auxquelles il doit se soumettre pour l'obtention des prestations et des déchéances qu'il peut encourir.

Art. 55. — La Caisse a le droit, à tout moment, de faire contrôler par ses administrateurs, médecins-contrôleurs, visiteurs ou visiteuses, les malades à qui elle sert les prestations maladie.

Les administrateurs, médecins-contrôleurs, visiteurs ou visiteuses doivent communiquer à la Caisse seule, les résultats de leur contrôle, sous les réserves prévues à l'article 15, paragraphe 1er, alinéa 2 du décret du 19 mars 1936.

La Caisse se réserve de contrôler tout particulièrement si le malade était fondé à demander une visite à son domicile au lieu d'une consultation chez le praticien, une visite de nuit au lieu d'une visite de jour, une visite le dimanche au lieu d'une visite de semaine et de ne payer la dépense supplémentaire correspondante que si elle a été justement engagée.

Pour tous les actes de contrôle médical, l'intéressé a le droit de se faire assister de son médecin traitant, mais les honoraires de celui-ci sont à la charge exclusive de l'assuré.

Art. 56. — En cas de contestation sur l'état du malade, cet état est apprécié par la commission technique prévue à l'article 8 du décret-loi du 28 octobre 1935. Dans ce cas, les honoraires des médecins désignés par l'assuré et par la Caisse seront respectivement à la charge de chaque partie. Ceux du troisième médecin seront supportés par la partie perdante.

Art. 57. — Aucun bénéficiaire de l'assurance-maladie ne peut se soustraire aux divers contrôles. En cas de refus, les prestations, tant en argent qu'en nature, sont suspendues et notification en est donnée à l'assuré.

A l'assuré qui aurait volontairement enfreint le règlement des malades ou les prescriptions du praticien traitant, le Conseil d'administration de la Caisse peut retenir, à titre de pénalité, une partie des indemnités journalières dues pouvant aller jusqu'à 25 p. 100 de leur montant total.

Dans tous les cas d'abus, la Caisse poursuit le remboursement des frais inutiles.

SECTION II

Assurance maternité

Art. 58. — Pour avoir droit aux prestations en cas de maternité, l'assurée ou le conjoint de la bénéficiaire doit justifier qu'il a été effectué une retenue au moins égale à 60 francs pendant les quatre trimestres civils précédant celui de l'accouchement dont 15 francs au moins durant le premier de ces trimestres.

L'assurée ou le conjoint de la bénéficiaire doit présenter, pour obtenir les prestations, les attestations détachées des feuillets trimestriels correspondant aux périodes susvisées.

L'assurée ou le conjoint de la béné-ficiaire qui n'est pas en possession des attestations de versements susvisées, mais qui a cependant été l'objet du précompte sur son salaire, doit présenter, à l'appui de sa demande de prestations, outre sa carte d'immatriculation, les pièces prévues à l'article 44 A du livre 1er du Code du travail, sur lesquelles doit figurer le montant de la rémunération gagnée par elle ou par lui, et le montant des déductions opérées sur cette rémunération. Les prestations sont accordées si ces pièces établissent que l'assurée ou le conjoint de la bénéficiaire a subi sur son salaire les retenues visées au paragraphe précédent, et si l'intéressée s'est soumise en temps utile au contrôle de la Caisse.

Art. 59. — La Caisse garantit, en cas de maternité, dans les conditions prévues par le décret-loi du 28 octobre 1935 :

a) A l'assurée, et à l'assuré pour sa femme, une somme forfaitaire représentant l'ensemble des frais médicaux et pharmaceutiques relatifs à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites, et fixée par le tarif de responsabilité annexé au présent règlement ;

b) A l'assurée, le payement d'une indemnité journalière de repos, égale à l'indemnité journalière de maladie, éventuellement majorée d'un franc par enfant à charge, pendant les six semaines qui précèdent et les six semaines qui suivent l'accouchement. Cette indemnité est déterminée d'après les cotisations afférentes au premier des quatre trimestres de référence visées à l'article 58 ci-dessus. Elle n'est due que si l'assurée cesse tout travail salarié durant la période indemnisée et au moins pendant six semaines consécutives ;

c) A l'assurée qui allaite son enfant, l'attribution d'une allocation mensuelle d'allaitement fixée à .... pour le .... mois et à .... pour le .... mois (1).

d) A l'assurée qui, par suite d'incapacité physique ou de maladie, est dans l'impossibilité constatée par le médecin d'allaiter son enfant, mais qui l'élève elle-même à son domicile, l'attribution éventuelle de bons de lait, pour la durée et les quantités indiquées par le médecin, jusqu'à concurrence d'une somme de .... (2). Cette prestation peut être accordée également pour tout ou partie, sur avis favorable du médecin contrôleur, lorsque l'enfant doit être séparé de sa mère pour des raisons médicales.

En cas de naissances multiples, les allocations d'allaitement et les bons de lait ci-dessus prévus sont accordés pour chacun des enfants.

Les dispositions des articles 15 et 37, deuxième alinéa, sont applicables à l'assurance-maternité.

Art. 60. — En cas de grossesse ou de suite de couches pathologiques, l'assurance-maladie court à partir de la constatation médicale de l'état morbide.

Lorsque l'état morbide est constaté avant la période de six semaines précédant l'accouchement, les prestations en nature et en espèces de l'assurance-maladie sont servies jusqu'à la guérison ou l'expiration du délai de six mois qui suit l'accouchement. Il y a lieu à application du délai de carence prévu pour l'attribution des prestations en argent de l'assurance-maladie.

Si l'état morbide se déclare pendant la période légale de repos, il y a lieu à attribution des prestations de l'assurance-maladie, à compter de la date de la constatation médicale de cet état, sans qu'il y ait lieu de faire état du délai de carence.

Si l'état morbide se déclare après la période légale de repos, les prestations en nature et en espèces de l'assurance-maladie sont servies à compter de la constatation de cet état, sans qu'il y ait lieu de faire état du délai de carence, et jusqu'à la guérison ou l'expiration du délai de six mois suivant l'accouchement.

Pendant la période où l'intéressée reçoit les prestations en argent de l'assurance-maladie, elle ne peut recevoir en même temps les prestations en argent de l'assurance-maternité.

Si la guérison intervient avant l'expiration du délai de douze semaines visé à l'article précédent, l'indemnité de repos prévue à cet article est versée pour la période restant à courir.

Art. 61. — Dès qu'elle a connaissance certaine de son état, et au plus tard quatre mois avant la date présumée de l'accouchement, l'assurée ou la femme de l'assuré justifie de son état par un certificat du médecin ou de la sage-femme. La Caisse lui délivre alors une feuille de maternité et lui remet une notice indiquant les prescriptions auxquelles elle est tenue de se soumettre avant et après l'accouchement pour sauvegarder son droit aux prestations. Ces prescriptions sont les suivants :

L'intéressée devra justifier qu'elle a subi ... visites prénatales et ... visites postnatales, et qu'elle s'est rendue chaque ... à une consultation maternelle ou à une consultation de nourrissons.

Les visites prénatales ou postnatales peuvent être effectuées par un médecin ou une sage-femme, ou avoir lieu à leur cabinet.

Le prix de ces visites est compris dans le forfait payé lors de l'accouchement. Néanmoins,

(1) L'ensemble des allocations payées à une même assurée ne doit pas excéder 850 francs pour la période complète d'allaitement. L'allocation prévue pour chacun des quatre premiers mois ne peut être inférieure à 175 francs.

(2) La valeur des bons de lait ne peut excéder 60 p. 100 de la prime d'allaitement fixée par le règlement intérieur.

si la Caisse a organisé elle-même un service de consultations ou s'est entendue à ce sujet avec des institutions existantes, ce prix est, dans la mesure fixée par le tarif de responsabilité, déduit du forfait, pour les assurées ou les bénéficiaires qui ont eu recours à ce service ou auxdites institutions.

Au plus tard dans les trois jours suivant l'accouchement, l'intéressée fait parvenir à la Caisse un certificat d'accouchement signé de la sage-femme ou du médecin accoucheur.

Art. 62. — Les prestations forfaitaires et l'indemnité journalière de repos sont payées par la Caisse dans les conditions prévues pour le payement des prestations de l'assurance-maladie sur le vu de la feuille de maternité remise à l'intéressée, portant l'attestation du médecin ou de la sage-femme qui a donné les soins.

Les allocations mensuelles d'allaitement sont payées soit sur l'autorisation du médecin contrôleur de la Caisse, soit sur une attestation d'allaitement délivrée et datée par un médecin, une sage-femme, une consultation maternelle, une consultation de nourrissons, un dispensaire ou tout autre établissement qualifié et agréé à cet effet par la Caisse.

Les bons de lait sont payés sur le vu du certificat du médecin constatant l'impossibilité pour l'assurée, par suite d'incapacité physique ou de maladie, d'allaiter son enfant, et la déclaration écrite de l'intéressée qu'elle élève elle-même son enfant à domicile, cette déclaration pouvant être contrôlée par la Caisse.

Art. 63. — Les femmes en couches peuvent être hospitalisées sur leur demande, lorsque leur situation ou leur état l'exige, et sur le vu de l'attestation de la sage-femme ou d'un médecin dans les conditions prévues ci-dessus pour les malades hospitalisées. Dans ce cas, la Caisse paye à l'établissement, s'il a passé avec elle une convention à cet effet, le montant des frais d'hospitalisation, jusqu'à concurrence du montant de la prestation forfaitaire pour frais médicaux et pharmaceutiques qu'elle prend à sa charge.

Art. 64. — La Caisse exerce son contrôle dans les conditions prévues pour l'assurance-maladie et applique le cas échéant, les mêmes sanctions.

Art. 65 — La Caisse verse pour le compte de l'assurée qui bénéficie de l'indemnité journalière de repos une cotisation forfaitaire de 24 francs. Cette cotisation est acquittée dans les conditions prévues pour le versement des cotisations ouvrières et patronales.

SECTION III

Soins aux invalides

Art. 66. — Les prestations pour soins aux invalides sont servies pour le compte de l'union régionale des Caisses primaires dont fait partie la Caisse, et dans les conditions fixées par cette union.

SECTION IV

Assurées spéciales

Art. 67. — Les femmes non assurées des assurés, qui on été immatriculées au titre de l'assurance spéciale et inscrites à la Caisse, ont droit aux prestations en nature des assurances maladie et maternité du chef de leur mari, lorsque celui-ci remplit les conditions de taux et de durée de versements ouvrant droit à ces avantages. Elles reçoivent en cas de maternité une indemnité journalière, si elles ont versé 30 francs pendant chacun des quatre trimestres civils antérieurs à leur accouchement et si elles ont été immatriculées avant le début de la grossesse. Ladite indemnité est calculée conformément au barème prévu pour l'assurance-maternité. Elles reçoivent également les primes d'allaitement.

SECTION V

Dispositions concernant les assurés sociaux frontaliers

Art. 68. — Les assurés sociaux frontaliers, c'est-à-dire ceux qui résident à l'étranger et qui travaillent en France, ont droit ou ouvrent droit aux prestations maladie-maternité, dans les conditions du droit commun lorsqu'ils tombent malades et se font soigner en France.

Art. 69. — Si l'assuré frontalier se fait soigner à l'étranger et si une convention diplomatique est intervenue à cet effet avec son pays d'origine, les prestations maladie-maternité sont remboursées suivant un tarif de responsabilité, annexé au présent règlement.

Ce tarif de responsabilité qui tient compte, à la fois, des prix pratiqués dans le pays étranger et des conditions de change, est fixé de telle sorte que la participation de la Caisse aux dépenses soit de même ordre de grandeur que celle prévue pour les assurés français résidant en France.

L'indemnité journalière doit être, par contre, strictement égale à celle versée aux assurés résidant en France.

Art. 70. — Les assurés qui vont résider à l'étranger doivent, avant de quitter la circonscription de la Caisse, avertir celle-ci de leur changement de résidence, en vue de permettre à la Caisse de provoquer éventuellement l'application des accords ci-dessus visés passés avec les organismes du pays de la nouvelle résidence des intéressés.

Les assurés qui tombent malades à l'étran-

ger doivent également, et aux mêmes fins, en aviser la Caisse dans les trois jours suivant la première constatation médicale de leur état.

Art. 71. — Les dispositions du présent règlement concernant les formalités auxquelles est subordonné le payement des prestations pour les frais médicaux, et l'exercice du contrôle général et du contrôle technique prévus par la loi, sont applicables, le cas échéant, aux praticiens de nationalité étrangère, admis légalement à exercer sur le territoire français. Lorsque ces praticiens donnent des soins aux assurés sociaux, ils relèvent notamment des groupements professionnels avec lesquels la Caisse a passé une convention pour l'exercice du contrôle technique et de la commission supérieure de contrôle prévue à l'article 8, paragraphe 5, du décret-loi du 28 octobre 1935.

TROISIÈME PARTIE

Administration de la Caisse

. . . .

QUATRIÈME PARTIE

Observations générales

Art. 92. — Aucune disposition du présent règlement ne pourra être invoquée soit par la Caisse, soit par l'assuré, comme constituant entre eux un accord contractuel contraire aux dispositions de la législation sur les Assurances sociales ou des décrets pris pour son application, ou dérogeant à ces dispositions.

ANNEXE

Les appareils de prothèse dentaire ne peuvent être délivrés que dans les cas prévus à l'article 6 du décret-loi sur les Assurances sociales, à savoir :

1° *Appareils fonctionnels.*

La fonction masticatoire est établie au moyen d'un coefficient calculé sur la valeur nominative de chaque dent ainsi définie :

Les 8 incisives, valant chacune 1, représentent	8
Les 4 canines, valant chacune 2, représentent	8
Les 8 prémolaires, valant chacune 3, représentent	24
Les 12 molaires, valant chacune 5, représentent	60
dont le total égale	100

a) Est considéré comme édenté ayant droit à un appareil de prothèse fonctionnel, tout individu dont le coefficient masticatoire est inférieur à 40 ;

b) Est considéré également comme édenté ayant droit à un appareil de prothèse fonctionnel, tout individu ayant moins de cinq dents masticantes (prémolaires ou molaires) en antagonisme physiologique dans la position d'occlusion normale de la bouche ;

c) L'examen sur moulage est interdit.

2° *Appareils thérapeutiques.*

L'attribution d'un appareil de prothèse dentaire peut être autorisée par la Commission au titre thérapeutique lorsqu'un état de déficience physiologique du sujet dûment constaté est consécutif, même si le coefficient masticatoire est supérieur à 40, à un état pathologique de sa denture.

3° *Appareils nécessaires à l'exercice d'une profession.*

La Commission peut, à titre exceptionnel, considérer comme nécessaires à l'exercice de la profession du bénéficiaire de l'assurance au sens de l'article 6, paragraphe 1er, troisième alinéa, du décret-loi du 28 octobre 1935, les appareils de prothèse dentaire sans lesquels l'intéressé ne pourrait exercer normalement sa profession habituelle, déclarée et reproduite sur la feuille de prothèse délivrée par la Caisse.

Le prix des appareils susvisés n'est remboursé que dans les limites du tarif de responsabilité de la Caisse, et sous réserve de la participation légale de l'assuré de 20 p. 100 prévue à l'article 6, paragraphe 10 du décret-loi. Ce tarif est établi, en ce qui concerne lesdits appareils, sur la base d'appareils exécutés en matière plastique ou en métal non précieux.

(*J. O.*, 5 février 1937.)

Médecine administrative

Décret du 28 mai 1936 portant organisation du service médical du ministère des Finances

Art. 1er. — Le service médical du ministère des finances se compose :

D'un chef du service ;

d'un chef adjoint ;

Six médecins titulaires y sont attachés.

Il comporte en outre, un comité médical, dont la composition et les attributions sont fixées par les articles 6, 7 et 8 ci-après du présent décret.

Le personnel du service médical n'a pas la qualité de fonctionnaire.

Il constitue un personnel auxiliaire, rémunéré par des indemnités ou des vacations.

Le service dispose de deux infirmières, dont l'une peut être une infirmière visiteuse. Leur statut sera fixé par un décret ultérieur.

Art. 2. — Le chef du service est chargé, sous l'autorité du directeur du personnel et du matériel :

D'assurer la bonne exécution du service médical et notamment de préparer toutes instructions concernant le fonctionnement dudit service ;

De transmettre aux médecins titulaires toutes instructions concernant leur service et de veiller à l'application de ces dernières ;

De centraliser les demandes de visites de contrôle et de les répartir entre les médecins ;

De procéder aux contrôles exceptionnels et spéciaux qui lui sont demandés ;

D'assurer le fonctionnement administratif du comité médical.

Le chef du service est enfin plus particulièrement chargé de l'examen et de la préparation des dossiers concernant les agents qui formulent des demandes de congés de longue durée au titre de l'article 41 de la loi du 19 mars 1928 et de l'article 51 de la loi du 30 mars 1929.

Il surveille l'application par les diverses administrations ressortissant au département des finances de cette législation spéciale, formule toutes propositions utiles pour assurer l'unité de doctrine et de jurisprudence et exerce par lui-même ou par l'intermédiaire du chef adjoint, tant à Paris qu'en province, toutes enquêtes ou vérifications jugées nécessaires.

Le chef du service dresse des statistiques périodiques par région et par Administration des congés de maladie de cette nature.

Art. 3. — Le chef adjoint supplée le chef du service en cas d'absence. Il lui succède de droit au terme de ses fonctions. Il concourt à l'exécution du service médical dans les conditions fixées par l'Administration. Le chef adjoint est, par ailleurs, plus spécialement chargé des enquêtes et contrôles exceptionnels en province.

Art. 4. — Le personnel du service médical est nommé par arrêté du ministre des Finances sur l'avis après sa constitution, du Comité médical visé ci-dessous. Il peut être remplacé dans la même forme.

Le chef du service et le chef adjoint doivent, en principe, soit être d'ores et déjà médecins titulaires du ministère en exercice, soit être anciens chefs de clinique de la Faculté de Paris ou anciens internes des hôpitaux de Paris.

Les médecins titulaires sont recrutés de préférence parmi les anciens internes des hôpitaux de Paris ou hôpitaux de villes sièges d'une Faculté de médecine. Les médecins recrutés postérieurement à l'intervention du présent décret sont nommés pour une période de trois ans qui peut être prorogée pour des périodes d'égale durée.

Il peut être mis fin à tout moment à leur mission dans la forme prévue au premier paragraphe du présent article.

Art. 5. — Les médecins titulaires examinent les agents, sous-agents, ouvriers et auxilaires lorsque leur état de santé les oblige à interrompre leur service par suite de maladie ou d'accident, ou lorsque cette visite est demandée par l'Administration. Leurs avis et propositions sont transmis à la direction du personnel par l'intermédiaire du chef de service.

Les fonctions de médecin consistent à renseigner l'Administration sur l'état de santé de son personnel, sur l'état sanitaire ou sur l'aptitude physique des agents spécialement envoyés à la visite par l'Administration ; elles ne comportent, en principe, ni soins ni traitement à donner aux malades. Toutefois, en cas d'urgence, l'Administration peut requérir les soins du médecin chargé sur place de la visite médicale au profit de tout employé dont l'état l'exigerait subitement.

Chaque jour ouvrable, l'un des six médecins reçoit dans un local du ministère, à heure déterminée, d'accord avec l'Administration, le personnel, qui doit se présenter muni d'un bulletin signé du chef hiérarchique désigné à cet effet.

En cas d'empêchement, le médecin de service doit se faire remplacer par un collègue, médecin du ministère, de manière que les séances quotidiennes ne subissent aucune interruption.

Toutefois, pendant la période comprise entre le 1er juillet et le 1er octobre, le nombre des visites médicales peut être ramené de six à trois par semaine.

Les médecins du ministère sont chargés du contrôle médical à domicile, tant à Paris qu'en banlieue. L'Administration peut recourir indistinctement à l'un ou à l'autre des médecins, quel que soit le domicile de la personne à visiter. Les visites de contrôle doivent être effectuées au plus tard le surlendemain du jour où est parvenue la réquisition.

Art. 6. — Il est institué, sous la présidence du directeur du personnel, un Comité médical composé comme suit :

A. — Un médecin de médecine générale ; un médecin spécialiste de la tuberculose ; un médecin spécialiste des maladies nerveuses.

Ces médecins sont choisis parmi les professeurs titulaires ou agrégés de la Faculté de médecine de Paris. Ils sont nommés par arrêté du ministre des Finances.

B. — Le chef du service médical ; le chef adjoint. Ces derniers peuvent remplir devant le Comité les fonctions de rapporteurs.

Art. 7. — Le Comité médical constitue un organe consultatif à la disposition du ministre des Finances, qui peut renvoyer à son examen, pour avis et toutes conclusions utiles, toutes questions de principe ou d'espèce intéressant, du point de vue médical, l'Administration du personnel ressortissant au département des finances. Le Comité médical se réunit sur la convocation du directeur du personnel, président, qui arrête l'ordre du jour.

Il délibère en principe sur pièces, mais il peut décider la comparution de tout intéressé dont la situation est soumise à son examen.

Il est tenu un procès-verbal de ses délibérations. Le procès-verbal est revêtu de la signature de tous les membres présents.

Art. 8. — Les professeurs à la Faculté de médecine ou agrégés, membres du Comité médical, reçoivent par séance une vacation horaire de 100 francs. Toutefois l'allocation maxima susceptible d'être allouée par séance ne peut excéder 200 francs.

Art. 9. — A titre de rémunération les médecins du service médical du ministère des Finances perçoivent annuellement les indemnités forfaitaires suivantes non soumises à retenue et payables par trimestre :

Chef du service, 24.000 francs.

Chef adjoint du service, 12.000 francs. Il reçoit en outre l'indemnité afférente à l'emploi de chef de service quand il remplace ce dernier.

Médecins titulaires, 4.000 francs.

Art. 10. — La rémunération attachée aux visites de contrôle effectuées à domicile par les médecins est fixées aux taux suivants :

Paris, 25 francs.

Seine : Communes limitrophes (lorsque la distance ne dépasse pas 1.500 mètres), 30 francs. Communes limitrophes (lorsque la distance dépasse 1.500 mètres), 35 francs. Communes non limitrophes, 40 francs.

Seine-et-Oise. — Prix variable selon la distance avec minimum de 50 francs.

Art. 11. — Les frais de déplacement des médecins chargés de mission ou de contrôle en province sont déterminés conformément au tarif établi par le décret du 23 septembre 1934.

Il est attribué en outre un honoraire de 100 francs par journée de mission.

Les ordres de missions doivent être revêtus de la signature du directeur du personnel.

Art. 12. — Les dispositions antérieures au présent décret sont abrogées, notamment les arrêtés des 10 août 1925, 5 février 1927 et 22 avril 1930.

Art. 13. — Le ministre des Finances est chargé de l'exécution du présent décret.

(*J. O.*, 4 novembre 1936.)

Pharmacie

Circulaire du 9 février relative aux conditions de vente des médicaments irradiés.

Dans sa séance du 28 décembre 1936, l'Académie de médecine, saisie de la question de la vitaminisation artificielle de certains produits alimentaires (lait sous toutes ses formes, farines, pâtes, sucre, chocolat, etc.), constatait que, si ces produits étaient susceptibles d'avoir, dans certains cas, une action utile, ils étaient aussi capables d'engendrer des troubles graves pouvant même entraîner la mort.

Il m'apparaît que des aliments qui ont subi un traitement spécial en vue d'acquérir des propriétés thérapeutiques doivent être considérés comme de véritables médicaments.

C'est pourquoi, en application de la loi du 21 germinal an II sur l'exercice de la pharmacie et de la loi du 4 septembre 1936 sur le colportage des médicaments, j'estime que la vente de ces produits ne doit être autorisée que par l'intermédiaire d'un pharmacien.

Je vous serais très obligé de bien vouloir communiquer ces prescriptions aux Syndicats de pharmaciens et aux Syndicats de l'alimentation de votre département.

Vous voudrez bien, par ailleurs, donner ux inspecteurs des pharmacies toutes directives utiles en vue d'instituer les contrôles nécessaires.

Le Gérant : R. THIRON

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.
R. C. CLERMONT 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	60 fr.	Belgique et Luxembourg...	70 fr.
Etudiants	35 fr.	Première Zone	85 fr.
Le Numéro..........	1.25	Deuxième Zone	110 fr.

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Nº 89. — Paris. A louer bel appartem, conven. à doct. de préfér. radiol., comprenant : 1 belle entrée, 1 tr. gr. salon de récep., 1 salle à m., 3 autres belles pièces, confort moderne.

Nº 90. — Serais reconnaiss. à confr. indiquant adresse personne campagne pouvant s'occuper acien épileptique sans crise depuis 4 ans, mais débile mental.

Nº 91. — Occasion exceptionn. A vend. matelas Dupont pour incontinent, n'ayant pas servi. Prix modéré.

Nº 92. — Pour rais. santé, client. anc. d'O. R. L. à céder ds gr. ville Côte d'Azur. Très bonnes conditions.

Nº 93. — A céder belle client. rurale chef-lieu canton Côte-d'Or. Vingt-trois communes à desservir. Ch. fer P. T. T., chasse et pêche. Fixes import. Prix à débattre.

Nº 94. — Banlieue imméd., cab. médical à céder après décès. Reprise facultative du matériel, instruments, mobiliers.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet BREITEL & GORET

1, rue Dante, Paris (5e). Tél. : Odéon 36-46

Région basque. Ville d'eau. Clientèle de toute l'année très anc. d'un gros rendem. Belle villa avec parc. Très urgent. Prix à débattre.

Normandie. Belle plage, clientèle agréable. Maison avec conf. loyer 5.000. Indem. 20.000, 1/2 cpt.

Paris. Clinique très ancienne. Médecine gle. A céder faible indem. avec tte l'instal.

Le Docteur Pierre SASSIER

Nous avons la grande douleur d'annoncer la mort du Docteur Pierre SASSIER, stomatologiste distingué des hôpitaux de Paris, secrétaire général adjoint de la *Mutualité familiale et professionnelle du Corps médical français*; Pierre SASSIER était attaché au *Concours Médical* comme administrateur-adjoint.

Il y a un peu plus d'un an, notre jeune et très regretté confrère et ami avait épousé la charmante fille de notre Administrateur, Mademoiselle Colette Boulanger. Jamais mariage ne fut mieux assorti, jamais jeune ménage ne parut devoir être plus heureux. Les jeunes gens s'étaient rencontrés au cours des croisières du *Concours Médical* ; ils s'étaient mutuellement plu et, sous l'œil vigilant et bienveillant de leurs parents, une idylle s'était ébauchée. La jeune fille avait reconnu le caractère droit, franc, loyal du Docteur Pierre SASSIER, avait apprécié son intelligence, son esprit enjoué, la délicatesse de ses attentions. Notre confrère s'était laissé séduire par le charme, la réserve modeste et la culture sans pédanterie de Mademoiselle Colette Boulanger.

Le mariage eut lieu. Les amis du *Concours Médical*, les collègues et les maîtres de Pierre SASSIER furent en foule leur porter à l'Eglise Saint-Vincent-de-Paul leurs félicitations et leurs souhaits.

Au *Concours Médical*, Pierre SASSIER qui était certain de ne trouver que des amis,

fut accueilli à bras ouverts. Nous qui considérions un peu les jeunes époux comme nos propres enfants, qui avions connu la jeune femme depuis sa plus tendre enfance, qui savions que notre nouveau collègue était issu d'une vieille famille médicale, où l'honneur, la dignité, le dévouement, la générosité professionnels étaient de tradition, nous, qui, sur le déclin, étions heureux de nous attacher un jeune docteur de talent, capable de comprendre et d'apprécier notre œuvre, de recevoir le flambeau de nos mains défaillantes, nous faisions les rêves les plus ambitieux sur l'avenir et la pérennité de notre maison.

Hélas ! Hélas ! Combien fut cruelle notre déception ! En quelques semaines, nous avons vu notre jeune et brillant collègue succomber malgré les soins très dévoués et assidus de ses maîtres, princes de la Science Médicale.

Nos beaux rêves d'avenir sont compromis. Adieu le bonheur qui régnait dans des familles qui nous sont plus que jamais chères !

Nous sommes impuissants à exprimer notre douleur et à écrire pour les autres des phrases de vaine consolation ; nous en aurions besoin pour nous-mêmes.

Qu'il nous suffise de joindre nos larmes amères et nos regrets poignants à ceux de notre pauvre et jeune amie Madame Colette Sassier, à ceux des parents et des innombrables amis du Docteur Pierre Sassier, qui vivra éternellement dans la mémoire de ceux qui eurent l'avantage de le connaître, c'est-à-dire de l'aimer.

J. Noir.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Les Journées médicales de Bruxelles de 1937.** — Voici la liste des conférenciers aux Journées médicales belges de 1937 :

Sir Joseph Barcroft (Cambridge), MM. L. Brull (Liège), A. Castellani (Rome), P. Combemale (Lille), D. Danielopolu (Bucarest), J. de Fourmestraux (Chartres) ; J. De Busscher (Gand), A. P. Dustin (Bruxelles), Is. Gunzburg (Anvers) ; R. Jemma (Naples) ; A. Langelez (Bruxelles) ; Lépinay (Casablanca) ; R. Loicq (Bruxelles) ; Oljenick (Amsterdam) ; Pautrier (Strasbourg) ; Rathery (Paris) ; Rouvillois (Paris) ; Ch. Saloz (Genève) ; A. Simonart (Louvain) ; Ch. Sillevaerts (Bruxelles) ; Sorel (Paris) ; F. Stobbaerts (Bruxelles) ; M. Vandemaele (Bruxelles) ; O. Veraguth (Zurich) ; A. Weiss (Strasbourg) et L. Wolff (Utrecht).

— **Syndicat national des médecins-conseils et contrôleurs des Caisses d'assurances sociales.** — Les confrères désireux de se consacrer au contrôle en matière d'Assurances sociales (remplacements ou fonctions définitives) peuvent s'adresser au secrétaire général du Syndicat national des médecins-conseils et contrôleurs, 11, boulevard Vauban, à Lille.

— **Hôpitaux de Lyon.** *Concours de médecin des hôpitaux.* — Un concours sera ouvert le 28 juin 1937, pour la nomination d'un médecin des hôpitaux de Lyon. Le concours comprend trois séries d'épreuves : épreuves de préadmissibilité ; épreuves d'admissibilité ; épreuves d'admission.

Le candidat nommé remplira dans les établissements de l'Administration, les fonctions de médecin suppléant, jusqu'à ce qu'il succède, par rang de nomination, à un médecin titulaire.

Les médecins des hôpitaux de Lyon restent en fonctions pendant dix-huit ans, à partir du moment où ils sont chargés d'un service autre que celui de médecin suppléant.

L'indemnité allouée est fixée à trois mille six cents francs.

— **Faculté de médecine de Nancy.** — Les concours suivants sont ouverts à la Faculté de médecine de Nancy, entre les étudiants français ou anciens étudiants français de ladite Faculté :

Prix Alexis Vautrin : Mémoire sur un sujet de gynécologie, y compris la gynécologie cancéreuse. Premier prix : 3.000 francs ; deuxième prix : 900 francs.

Prix Joseph Rohmer : Mémoire sur un sujet d'ophtalmologie. Prix : 2.700 francs.

Prix Grand-Eury-Fricot : Mémoire sur la tuberculose pulmonaire aiguë ou chronique. Deux prix : 1.450 francs chacun.

Prix Rittor : Mémoire sur un travail original de chimie médicale et fait dans un laboratoire de la Faculté de médecine de Nancy. Prix : 450 francs.

Prix Heydenreich-Parisot (*médecine-chirurgie*) : Concours entre les étudiants de la Faculté de médecine de Nancy et les docteurs en médecine (immatriculés ou inscrits à la Faculté au cours de l'année scolaire) : Travail original sur un sujet de médecine et de chirurgie. Prix : 450 francs l'un.

Les mémoires devront être déposés au secrétariat de la Faculté de médecine avant le 1er juillet 1937.

— **La soirée de bridge de la F. E. M.** — On nous prie d'annoncer que le bridge qui, par suite de circonstances imprévues, n'a pu avoir lieu le soir du bal de la médecine française, est remis au vendredi 21 mai, à 21 heures, dans les salons de l'Hôtel de la Confédération des Syndicats médicaux français, 60, boulevard de la Tour-Maubourg, Paris (VIIIe). Les inscriptions sont reçues le matin, par téléphone (Littré : 01-08).

— **Ve Congrès international des hôpitaux** (Paris, 5-11 juillet 1937). — A l'occasion du Ve Congrès international des hôpitaux, la *Revue hospitalière de France* prépare, sous les auspices et sous le patronage du Comité d'organisation du Congrès et de la Fédération hospitalière de France, une exposition de livres, d'ouvrages, de revues traitant des questions hospitalières.

Cette exposition est destinée à faire connaître les ouvrages les plus récents édités, en toutes langues, sur les questions hospitalières, d'assistance ou de bienfaisance.

— **Association générale des Médecins de France.** *Bourses familiales du Corps médical* (Fondation de M. le Docteur Roussel). — Il est rappelé que des bourses annuelles de 10.000 francs ont été créées par le Docteur Roussel, en faveur des médecins ayant au moins cinq enfants et des veuves en ayant trois à leur charge, et dont la situation est particulièrement digne d'intérêt.

Comme les années précédentes, les demandes devront être adressées au siège de l'Association générale des Médecins de France, 60, boulevard de La Tour-Maubourg, Paris (VIIe), pour le 1er mai au plus tard.

Les confrères ou veuves qui se sont déjà mis en instance devront avertir par lettre du maintien de leur candidature pour 1937.

— **Hospices civils du Hâvre.** *Concours pour la nomination d'internes titulaires.* — La Commission administrative des hospices civils du Havre donne avis qu'un concours pour l'attribution de cinq places d'internes titulaires, aura lieu le vendredi 30 avril 1937 à 9 heures, à l'Hospice général, 55 *bis*, rue Gustave-Flaubert. (Ce nombre pourra être augmenté si besoin est).

Pour être admis à ce concours, les candidats devront être pourvus au minimum de seize inscriptions validées.

Ils devront faire parvenir à la direction des hospices, pour le 20 avril au plus tard, leur demande d'inscription ainsi que les pièces exigées pour y prendre part.

Ces pièces seront soumises aux fins d'examen avant le concours, à la Commission administrative qui statuera sur l'admissibilité des candidats.

Le règlement du concours est tenu à la disposition des intéressés, à la direction des hospices du Havre, 55 *bis*, rue Gustave-Flaubert, où tous renseignements utiles pourront également être demandés.

— **Mariages.** — Nous apprenons le mariage du Docteur André DESTOUCHES avec Mademoiselle Marie GUILBERT.

La bénédiction nuptiale leur a été donnée le mardi 30 mars 1937 en l'Eglise-Notre-Dame-La-Riche, de Tours.

Nous adressons au Docteur et à Madame André Destouches tous nos souhaits de bonheur.

— Le Docteur et Madame LOP nous font part du mariage de leur fille Jacqueline, avec Monsieur Francis GUILLET.

La bénédiction nuptiale leur a été donnée en l'église Saint-Giniez, de Marseille, le mardi 30 mars 1937.

Tous nos souhaits de bonheur aux jeunes époux.

— **Naissance.** — Le Docteur et Madame ROGEAU nous font part de la naissance de leur fils *Jean*.

Fresnes-sur-Escaut, le 19 mars 1937.

Nos plus sincères compliments.

— **Nécrologie.** — M. le Docteur Raymond HERVÉ. — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Hervé, décédé au sanatorium de Villeneuve des Escaldes dont il était le directeur et qu'il avait fondé.

Le Docteur Hervé, après avoir passé sa thèse en 1890, fonda à La Motte-Beuvron, le sanatorium des Pins où il obtint de brillants résultats. Désireux de compléter son œuvre, il créa et organisa après la guerre, le sanatorium des Escaldes dans les Pyrénées-Orientales, sanatorium modèle pourvu des perfectionnements techniques les plus récents.

Le Docteur Hervé dont le dévouement n'avait pas de bornes, s'était consacré dès l'origine à l'examen radioscopique des tuberculeux. Il en fut la victime. A diverses reprises il dut subir plusieurs amputations nécessitées par l'action des rayons X.

C'est des suites de ces lésions qu'est mort le Docteur Hervé, victime de la science et du devoir professionnel.

Le Docteur Hervé, vieil ami du *Concours Médical* et adhérent de ses filiales, était, en outre, président du Syndicat des médecins directeurs de Maisons de santé. Il sera unanimement regretté.

J. N.

A TRAVERS L'OFFICIEL

16 MARS

Légion d'honneur

Est nommé chevalier de la Légion d'honneur, au titre du Ministère de la Santé publique, M. le Docteur Bouvier, de Toulouse.

Sanatoriums publics

M. le Docteur Lefevre a été nommé médecin adjoint au sanatorium de la Savoie, à Hauteville (Ain).

18 MARS

Service de santé militaire

Par décret du 2 mars 1937, sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé et par décision du même jour, reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de médecin sous-lieutenant

Les médecins auxiliaires, titulaires du brevet de préparation supérieure, ci-après désginés :

Rang du 21 janv. 1937 : Euzet, 16e sect. inf. milit., aff. 16e rég. ; rang du 23 janv. 1937 : Maunary, 6e sect. inf. milit., aff. 6e rég.

Par décret du 14 mars 1937 sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé et, par décision du même jour, reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de médecin sous-lieutenant

Les méd. auxil., titulaires du brevet de préparation militaire supérieure, ci-après désignés :

Rang du 21 mars 1937 : Fouilloy, 22e S. I. M., aff. rég Paris ; Caudron, 22e S. I. M., aff. rég. Paris ; Castello, 22e S. I. M., aff. rég. Paris ; Kasatzker, 22e S. I. M., aff. rég. Paris ; Monier, 22e S. I. M., aff. rég. Paris ; Rouyer, 22e S. I. M. aff. rég. Paris ; Fournier, 1re S. I. M., aff. 1er rég. ; Salmon, 1re S. I. M., aff. 1re rég. ; Coucke, 1re S. I. M., aff. 1re rég. ; Delerue, 1re S. I. M., aff. 1re rég. ; Lebourgeois, 2e S. I. M., aff. 2e rég. ; Cerf, 2e S. I. M., aff. 2e rég.

Poirier-Coutansais, 2e S. I. M., aff. 4e rég. ; Badinier, 5e S. I. M., aff. 5e rég. ; Lecocq, 6e S. I. M., aff. 6e rég. ; Gruninger, 6e S. I. M., aff. 6e rég. ; Graux, 6e S. I. M., aff. 6e rég. ; Soichot, 8e S. I. M., aff. 8e rég. ; Lévitte, 8e S. I. M., aff. 8e rég. ; De Vaugelade, du Breuillac, 9e S. I. M., aff. 9e rég. ; Letouzé, 9e S. I. M., aff. 9e rég.

Girard, 9e S. I. M., aff. 9e rég. ; Couillault, 9e S. I. M., aff. 9e rég. ; Chevrier, 9e S. I. M., aff, 9e rég. ; LeGall, 11e S.I.M., aff. 11e rég. ; Faivre, 13e S. I. M., aff. 13e rég. ; Cointre, 13e S. I. M., aff. 13e rég. ; Bouysson, 14e S. I. M., aff. 14e rég. ; Vergues, 15e S. I. M., aff. 15e rég. ; Sarran, 15e S. I. M., aff. 15e rég. ; Navatel, 15e S. I. M., aff. 15e rég.

Clastrier, 15e S. I. M., aff. 15e rég. ; Seigneurin, 16e S. I. M., aff. 16e rég. ; Debay, 16e S. I. M., aff. 16e rég. ; Chatton, 16e S. I. M., aff. 16e rég. ; Roques, 17e S. I. M., aff. 17e rég. ; Dubos, 18e S. I. M., aff. 18e rég. ; Marcade, 18e S. I. M., aff. 18e rég. ; Loublié, 23e S. I. M., aff. 20e

rég. ; Grimal, 23e S. I. M., aff. 20e rég. ; Julien, 23e S. I. M., aff. 20e rég.

Girard, 23e S. I. M., aff. 20e rég. ; Hang, 23e S. I. M., aff. 20e rég. ; Jacops, 23e S. I. M., aff. 20e rég. ; Weber, 23e 23e S. I. M., aff. 20e rég. ; Chevillet, 19e S. I. M., aff. 19e C. A. ; Feuriet, 19e S. I. M., aff. 19e C. A. ; Gauthier, 19e S. I. M., aff. 19e C. A. ; Girod, 19 S. I. M., aff. 19e C. A. ; Portier, 19e S. I. M., aff. 19e C. A.

Torreilles, 19e S. I. M., aff. 19e C. A. ; Garniron, 20e S. I. M., aff. 19e C. A. ; Leclerc, 21e S. I. M., aff. 19e C. A. ; Mandet, 25e S. I. M., aff. tr. Tun. ; Boquet, 25e S. I. M., aff. tr. Tun. ; Le Loch, 25e S. I. M., aff. tr. Tun. ; Rebender, 32e S. I. M., aff. tr. Maroc ; Gaquière, 32e S. I. M., aff. tr. Maroc ; Hurter, 32e S. I. M., aff. tr. Maroc ; Claer, 32e S. I. M., aff. tr. Maroc ; Burgun, 32e S. I. M., aff. tr. Maroc.

Les médecins auxiliaires, non titulaires du brevet de préparation militaire supérieure, ci-après-désignés :

Rang du 21 mars 1937 : Wagner, 22e S. I. M., aff. rég. Paris ; Sagaut, 22e S. I. M., aff. rég. Paris ; Bayle, 22e S. I. M., aff. rég. Paris ; Millies, 22e S. I. M., aff. rég. Paris ; Massy, 1re S. I. M., aff. 1re rég.

Levernieux, 2e S. I. M., aff. 2e rég. ; Machet, 2e S. I. M. aff. 2e rég. ; Depierre, 3e S. I. M., aff. 3e rég. ; Peschard, 5e S. I. M., aff. 5e rég. ; Destouches, 5e S. I. M., aff. 5e rég. ; Brissaud, 6e S. I. M., aff. 6e rég. ; Forgeaud, 6e S. I. M., aff. 6e rég. ; Blanchard, 6e S. I. M., aff. 6e rég.

Lacorne, 6e S. I. M., aff. 6e rég. ; Rohozinski, 6e S. I. M., aff. 6e rég. ; Rougé, 6e S. I. M., aff. 6e rég. ; Lefebvre, 6e S. I. M., aff. 6e rég. ; Roubille, 7e S. I. M., aff. 7e rég. ; Delaroche, 9e S. I. M., aff. 9e rég. ; Guenon des Mesnards, 9e S. I. M., aff. 9e rég. ; Debelut, 9e S. I. M., aff. 9e rég. ; Gaumé, 11e S. I. M., aff. 11e rég. ; Rivoallan, 11e S. I. M., aff. 11e rég. ; Paugam, 11e S. I. M., aff. 11e rég.

Rougier, 13e S. I. M., aff. 13e rég. ; Jacquot, 14e S. I. M., aff. 14e rég. ; Bosson, 14e S. I. M., aff. 14e rég. ; Marre, 14e S. I. M., aff. 14e rég. ; Allouard, 14e S. I. M., aff. 14e rég. ; Lenormant, 14e S. I. M., aff. 14e rég. ; Cartosie, 14e S. I. M., aff. 14e rég. ; Lepintre, 14e S. I. M., aff. 14e rég. ; Jamain, 14e S. I. M., aff. 14e rég. ; Estève, 15e S. I. M., aff. 15e rég.

Colleter, 15e S. I. M., aff. 15e rég. ; Fermaud, 16e S. I. M., aff. 16e rég. ; Deffuant, 16e S. I. M., aff. 16e rég. ; Vincent, 23e S. I. M., aff. 20e rég. ; Droguet, 23e S. I. M., aff. 20e rég. ; Tardieu, 23e S. I. M., aff. 20e rég. ; Casanova, 23e S. I. M., aff. 20e rég. ; Chevalier, 23e S. I. M., aff. 20e rég. ; Debain, 23e S. I. M., aff. 20e rég.

Cahuet, 23e S. I. M., aff. 20e rég. ; Lesieur, 23e S. I. M., aff. 20e rég. ; Ordonneau, 23e S. I. M., aff. 20e rég. ; Hacker, 23e S. I. M. aff. 20e rég. ; Dan, 19e S. L. M., aff. 19e C. A. ; Breton, 21e S. I. M., aff. 19e C. A.

Asiles publics d'aliénés

Un poste de médecin chef de Service est actuellement vacant à l'Asile public autonome d'aliénés de Cadillac (Gironde), par suite du départ du Docteur Regis, appelé à un autre poste.

19 MARS

Assistance publique

Un concours pour dix emplois au minimum de sous-inspecteurs et sous-inspectrices del'Assistance publique aura lieu, le mardi 6 juillet 1937, au ministère de la Santé publique (arrêté du 16 mars 1937).

20 MARS

Enseignement de la médecine

Avis de vacance de chaire

Par arrêté du ministre de l'éducation nationale en

date du 19 mars 1937, la chaire de clinique obstétricale de la Faculté de médecine de Marseille est déclarée vacante.

21 MARS

Asiles publics d'aliénés

Rectificatif au *Journal officiel* du 7 mars 1937, page 2826, lire : « par arrêté en date du 27 février 1937, M. le Docteur Humbert, médecin-chef de service à l'Asile d'aliénés de Plougnernevel (Côtes-du-Nord), a été nommé médecin directeur à l'Asile public d'aliénés de Quimper (Finistère), en remplacement de M. le Docteur Lagriffe, admis à faire valoir ses droits à la retraite ».

Réponse d'un ministre à la question d'un parlementaire

Les assurés facultatifs agricoles sont soumis à un examen médical

4037. — M. HAMELIN, sénateur, expose à M. le ministre du Travail que la loi sur les Assurances sociales dispense de tout examen médical les assurés agricoles obligatoires qui, par suite d'un changement survenu dans leur situation, demandent leur passage dans la catégorie des assurés facultatifs, et demande si cette dispense d'examen médical s'applique indistinctement à tous les assurés agricoles obligatoires ou si elle s'applique seulement à ceux pour lesquels il n'y eut jamais aucune interruption dans la série de leurs cotisations patronale et ouvrière. (*Question du 19 janvier 1937*).

Réponse. — Il résulte des termes de l'article 23, paragraphe 2 du décret du 24 mars 1936 portant règlement d'administration publique pour l'application du décret-loi du 30 octobre 1935 modifiant le régime des Assurances sociales applicable aux assurés de l'agriculture que la dispense de l'attestation médicale n'est prévue que pour les assurés facultatifs qui désirent bénéficier de l'assurance-vieillesse seulement. La nouvelle réglementation n'a pas reproduit la disposition prévue à l'article 38, paragraphe 1er de la loi du 30 avril 1930 d'après laquelle étaient dispensés de ladite attestation médicale les assurés facultatifs provenant directement de l'assurance obligatoire.

(*J. O.*, 5 février 1937).

Voir la suite page LV-1091

PROPOS DU JOUR

ENCORE LA CRISE MÉDICALE

Nous croyions en avoir fini avec la crise médicale, mais nous avons reçu deux documents et nous ne résistons pas au désir d'en faire part à nos lecteurs.

Le premier est une nouvelle lettre du Dr Paul Hervoit, qui exerce depuis 1903 : il nous expose les raisons que lui dictent ses réflexions et son expérience. Cette lettre que nous aurions voulu publier en entier, est fort longue ; nous nous bornerons à en donner les passages les plus intéressants.

Après avoir félicité le Dr Maire, il aborde la question de la crise et de la fonctionnarisation médicales.

Mon cher Confrère,

....

Le débat se situe entre les partisans de la médecine individualiste, dite libre, et les partisans de la médecine fonctionnarisée.

La première, qui, dans d'autres temps, conquit des titres de noblesse, ne peut plus cacher, à notre époque d'économie dirigée, ses défauts et ses insuffisances.

La seconde paraît aux yeux de beaucoup d'entre nous, plus ordonnée, plus sûre, plus efficace, plus motale et plus libre. Il est bien entendu que ce fonctionnariat médical, avec son statut, ses retraites, son affiliation à un Syndicat, à une Confédération, ne saurait être confondu avec le salariat. Celui-ci dont personne ne veut et que pourtant tout le monde recherche, car il faut bien manger, dispense, aux prix les plus bas, de très mauvais soins, aggrave notre misère, attente à notre dignité.

C'est le fonctionnariat véritable, seul, que nous entendons défendre.

Il y a crise médicale, c'est un fait. Il y a crise de toutes les professions et de tous les métiers, c'est un autre fait. L'observation de la simultanéité de ces crises, de leur concordance, de leur nature identique dans tous les pays du Monde, nous fait tout naturellement remonter à leurs causes particulières et générales. Il serait trop long de les analyser toutes et mon intention n'est pas de faire ici un cours d'économie politique. Disons plus simplement qu'elles peuvent se concrétiser en une cause unique : la non adaptation des esprits aux progrès scientifiques et techniques qui, dans ce dernier siècle et surtout dans ces dernières années, ont marché à pas de géant. Le Social est resté en retard sur la Science et la Technique. Ces progrès ont créé une telle abondance de produits que les besoins solvables des individus n'ont pu les absorber tous. Devant l'accumulation des stocks il fallut arrêter les machines, détruire même une partie de la production. Le demi chômage en est résulté, puis le chômage total, enfin la sous-consommation générale. Pour qui veut bien les analyser, ces maux n'ont rien de mystérieux. « Ils n'en mouraient pas tous, mais tous étaient frappés », les médecins en compagnie de beaucoup d'autres hommes.

Alors les médecins, comme les autres, se sont tournés vers l'Etat Sauveur. Et puisque les banques avaient été renflouées, puisque les agriculteurs et les industriels avaient obtenu des primes à l'exportation, des barrières douanières et des contingentements, pourquoi les médecins seraient-ils seuls abandonnés à leur triste sort ? Et l'Etat, représentant des aspirations et des intérêts de la collectivité, gardien de la santé publique, de leur répondre : « Je veux bien vous protéger, mais d'abord organisez-vous dans vos groupements, dans vos Syndicats, devenez des producteurs de soins efficaces à un prix raisonnable, prix social disent déjà quelques économistes ». Ainsi le problème de la crise médicale qui intéresse non seulement les médecins mais aussi les malades, lesquels nous en conviendrons ont la priorité sur nous, mieux situé et posé avec plus de précision, peut se formuler ainsi : Dans les conditions économiques actuelles et tout en sauvegardant les intérêts matériels et moraux des médecins, et aussi l'avenir des Sciences médicales, comment assurer *à tous* une médecine totale, prophylactique et curative, dans le minimum d'espace et de temps, par conséquent au meilleur marché possible, capable de lutter contre les grands fléaux, de diminuer la mortalité et d'augmenter la natalité, d'empêcher enfin la race de mourir ?

Je réponds sans hésiter : par la substitution à la médecine individuelle de la médecine sociale. Or médecine sociale implique fonctionnariat. Et je supplie mes confrères de comprendre que si nous refusons celui-ci, le salariat, avec tous ses désavantages, pourrait bien nous être imposé. Avec le Docteur Casteran, j'ai bien peur de ne pas être entendu. Serons-nous donc balayés, nous et nos vieux dogmes périmés ?..............

Aujourd'hui la mentalité de la majorité de nos confrères n'a guère changé. Je m'en suis rendu compte tout dernièrement. Ecoutons les mots d'ordre : « Guerre aux métèques ! » Ceci ne résoudra pas la crise, et passant les frontières ne servira pas notre prestige. « L'hôpital aux indigents ! » mais quelle est la mesure de l'indigence ? Le Docteur Maire a trop bien répondu pour que j'insiste. « Libre choix ! » les clients si souvent victimes des hableurs et des charlatans sont-ils bien qualifiés pour l'exercer avec compétence ? Ce libre-choix n'a été jusqu'ici réservé qu'aux clients riches. Il est à peu près complètement refusé aux ouvriers trop pauvres pour aller consulter, hors de leur quartier, des médecins réputés ; aux paysans, car le kilomètre est cher ; aux malades de nos dispensaires ; de nos hôpitaux ; aux vieillards de nos hospices ; aux soldats de nos casernes. Cela fait bien les trois quarts de la population. « Secret professionnel ! » battu en brèche par l'inspection médicale des écoles à laquelle collaborent tant de profanes ; par le carnet de santé qui sera bientôt obligatoire ; par les Conseils de revision composés en grande partie de non médecins et devant lesquels toute la population masculine de France, à 20 ans, vient étaler ses formes et ses tares. Enfin : « Entente directe ! » laquelle peut avoir des avantages mais par laquelle s'exerce le plus facilement l'esprit de profit, avec toutes les complaisances et compromissions qui en découlent. La dichotomie est un de ses plus nobles rejetons ? J'ai entendu



aussi chanter des hymnes à la liberté. Sommes-nous donc libres de manger notre bifteack à l'heure ; de coucher tous les soirs dans notre lit ; de déplaire au pharmacien d'en face ou à la commère du coin ; d'envoyer promener la concierge qui nous attend au bas de l'escalier pour savoir le diagnostic ? Sommes-nous libres enfin quand si souvent nous sommes torturés par l'angoisse du lendemain, pour nous et ceux qui nous sont chers ? Sommes-nous libres de ne pas tomber dans la misère ? Les listes de nos sociétés de secours à cet égard sont édifiantes. Même le choix de notre résidence n'est pas libre, Docteur Le Mée ! Nous allons où nous croyons pouvoir gagner notre vie, car la plupart d'entre nous sont pauvres, et nous n'y réussissons pas toujours.

Il est dans notre profession des servitudes qui l'honorent et en font la grandeur. Elles peuvent aller jusqu'au sacrifice de notre vie. Celles-ci nous les acceptons. Mais nous rougissons de certaines humiliations, nous nous révoltons contre les faux jugements des incompétents ou les caprices de nos clients auprès desquels nous faisons trop souvent figure de domestiques. Fonctionnaires, nous n'aurons qu'à nous incliner, après les avoir discutés, devant les jugements de nos pairs et de nos maîtres. « L'homme d'intelligence et de cœur reconnaît la grandeur qu'il y a à servir, la joie qu'on éprouve à obéir, toutes les fois que celui qui commande sert lui-même une noble cause. » Vous les avez reconnues, mon cher confrère. Ce sont les paroles du Docteur Colombani, servant au Maroc sous les ordres du Maréchal Lyautey, que vous nous avez rapportées l'autre jour.

Des hymnes moins bruyants s'élèvent encore en faveur de l'intérêt personnel, de l'argent. Il paraît que, sans ce mobile assez bas, nous ne pourrions faire qu'une mauvaise médecine. Pourtant d'autres mobiles existent : l'habitude, l'amour-propre, l'orgueil, le désir de gloire, le plaisir d'agir, de rendre service, la pitié, le devoir. Faut-il donc rayer ces deux derniers mots de la langue française ? ....

Tous les arguments des partisans de la médecine libre, qui n'est pas libre du tout, ne sont pas plus solides que les dogmes vermoulus auxquels ils se raccrochent. La médecine sociale et le fonctionnariat médical qui en sera la conséquence, seront, parce qu'ils se situent dans le processus économique actuel, qu'ils vont dans le même sens. Sir Buzard et le Professeur Leclainche, cités par le Docteur Casteran, annoncent cet avènement.

Notre fonction ne sera pas une servitude. Elle sera libre et grande si nous avons du savoir et du cœur.

Je n'entends pas décrire ici la structure de cette médecine nouvelle. Il me faudrait encore bien des pages, et j'en ai déjà trop noircies. Le Docteur Duchesne s'y était essayé dans le *Concours* il y a plusieurs années, si je me souviens bien. Et le Docteur Lavalée nous rappelait l'autre jour ses anticipations de 1925 qui commencent à devenir des réalités. Que ce dernier ne croie pas surtout que fonctionnarisation égale mécanisation. Au contraire, délivrés de l'esprit de profit immédiat et de beaucoup d'autres soucis, nous aurons plus de temps pour observer, pour étudier, pour étendre notre culture, pour nous pencher sur « l'homme, cet inconnu ».

L'autre document est un article publié dans une petite revue d'avant-garde : « Plus loin ». Cet article est intitulé : *L'organisation sociale de la médecine*, par notre excellent confrère, le Docteur M. Pierrot, qui exerce à Paris depuis 1898. M. Pierrot reconnaît que si la médecine industrialisée peut convenir en U. R. S. S., elle ne répondrait pas aux exigences morales d'une population aux goûts affinés comme celle de notre pays. Comme les progrès de la technique médicale ne permettent plus d'exercer comme par le passé, M. Pierrot propose, non une médecine d'Etat, soumise à une direction hiérarchisée, encline par conséquent à l'irresponsabilité bureaucratique, au gaspillage et aux intrigues inséparables de la fonctionnarisation, mais la médecine organisée en équipes, en coopération, par associations cantonales ou de quartier entre praticiens, avec maisons de soins bien outillées et équipe volante de spécialistes, sous le contrôle des Syndicats qui s'interposeraient entre les diverses collectivités de « consommateurs de soins » et les groupements médicaux pour établir des contrats collectifs et arbitrer les différends qui viendraient à se produire. Les Maisons de soins pourraient être organisées et outillées par les médecins ou par les « consommateurs ».

Cette conception de M. Pierrot se rapproche singulièrement de celle que nous avons exposée ici il y a plus de 25 ans. Sauvegardant la dignité et l'indépendance du Corps médical, elle nous semble la meilleure solution, mais nos confrères paraissent peu enclins à l'adopter et nous craignons qu'il ne soit bien tard pour en tenter l'essai.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS

(Hôpital des Enfants-Malades)

Leçon de M. le Professeur Nobécourt (1)

Syndrome infectieux fébrile avec grande anémie hypoplastique, hypogranulocytose et leucocytose embryonnaire

Je vais vous parler aujourd'hui d'un petit malade, qui est mort à la salle Bouchut, il y a une vingtaine de jours.

Jean M..., fils unique de parents bien portants, naît à terme le 12 juillet 1933, après un accouchement normal. Il ne reçoit pas de B. C. G. Il est nourri par sa mère jusqu'à deux mois, puis à l'allaitement mixte jusqu'à un an.

Vers le 20 septembre 1936, il se plaint de douleurs vagues dans les membres intérieurs ; sa température s'élève à 38°5, 39°, il a des sueurs abondantes. Les douleurs restent vagues, la température persiste autour de 39°, et surtout apparaît une pâleur qui devient rapidement accentuée.

Jean entre le 6 octobre à la salle Bouchut, une quinzaine de jours après le début des manifestations cliniques. Il est âgé de 3 ans 2 mois.

Il a une taille moyenne de 89 cm. 5, un poids de 11 kgr. 500, un peu inférieur à la moyenne.

Sa température est élevée : 39°, le jour de l'entrée ; le lendemain 39°5 le matin, 40°2 le soir.

Ses membres paraissent un peu douloureux à la palpation, mais on peut les mobiliser facilement.

Il présente une grande pâleur : la peau a une teinte cireuse, surtout à la face ; les lèvres, la muqueuse buccale, les conjonctives sont décolorées.

La bouche, le pharynx ne présentent pas de lésions et notamment pas de lésion ulcéreuse.

Le foie dépasse d'un centimètre environ le rebord costal ; la rate est un peu grosse, on peut la palper sur deux travers de doigt au-dessous du rebord costal.

L'examen des poumons, du cœur, ne révèle rien d'anormal ; le pouls est à 140. Il n'y a aucun symptôme nerveux ; les réflexes tendineux sont normaux. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

La cutiréaction à la tuberculine est négative et elle le sera encore le 5 novembre. Les réaction de Bordet-Wassermann (H^8) et de Kahn sont également négatives.

L'examen du sang révèle une grande anémie du type hypoplastique.

Le 8 octobre, la température tombe brusquement au-dessous de 37°. Elle reste apyrétique pendant quelques jours, puis, à partir du 15 octobre, elle remonte graduellement et, dès lors, elle oscille entre 37°2-37°3, le matin, 38°5-39° et même 39°5 ou 40° certains jours, le soir ; la courbe est irrégulière.

On ne constate aucun signe d'infection pharyngée, d'infection des voies respiratoires ; il n'y a pas de troubles digestifs ; l'appétit est assez bon ; les selles sont normales et on n'y découvre pas de parasites. Le poids ne diminue pas. Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

Mais la pâleur augmente ; l'enfant tombe dans un état de prostration et d'abattement de plus en plus marqué.

A partir du 24 octobre, apparaissent du purpura pétéchial et ecchymotique, des épistaxis répétées et même du sang dans les matières fécales ; mais ce dernier est peut-être du sang dégluti.

Finalement, le 7 novembre, après une nuit agitée, l'enfant s'éteint doucement à 6 h. 45. L'évolution de l'affection a duré une cinquantaine de jours.

Il convient d'insister sur les caractères du sang : Les examens, faits par M. Prétet ont donné les résultats suivants :

(1) Leçon du 28 novembre 1936.

	8 octobre	20 octobre	26 octobre	3 novembre
Hémoglobine	30 %	30 %	30 %	35 %
Hématies par mm. c.	1.780.000	1.980.000	1.850.000	1.345.000
Valeur globulaire	0,84	0,75	0,81	1,30
Hématies nucléées p. 100 leuc.	2	»	1	0
Poïkilocytose, Anisocytose	légères	»	0	»
Polychromatophile	0	»	0	»
Hématies granulo-filamenteuses %	3	»	»	»
Plaquettes sanguines par mm. c.	140.000	»	172.000	»

Résistance globulaire : peut-être un peu augmentée. Avec le sang total et le sang déplasmatisé :
L'hémolyse commence à 4,6 °/oo (normalement elle débute à 4,5 °/oo) ;
L'hémolyse totale se fait à 2,8 °/oo (au lieu de 3,5 °/oo).

Particulièrement intéressantes sont les modifications des *leucocytes.*

	8 octobre	22 octobre	26 octobre	3 novembre
Leucocytes par mm. c.	4.900	19.800	6.300	23.000
Polynucléaires neutrophiles %	23	3	10	4
Polynucléaires éosinophiles	0	0	1	0
Grands mononucléaires	5	5	6	0
Moyens mononucléaires	71	21	34	2
Lymphocytes	0	71	4	82
Myélocytes	0	0	0	3
Cellules indifférenciées	1	0	45	9

Les examens du sang précisent donc les points suivants :

Il existe une grande anémie, du type hypoplastique, presque aplastique : diminution importante du nombre des globules rouges, avec très peu de signes de régénération globulaire ; diminution importante du taux de l'hémoglobine avec valeur globulaire diminuée au début, augmentée à la fin.

Il existe de l'hypoplaquettose.

Il existe une leucocytose variable, modérée, une hypopolynucléose importante, 4 % et enfin une poussée de leucocytes embryonnaires.

L'apparition de cellules embryonnaires, encore appelées cellules indifférenciées, est un phénomène à mettre en valeur : ce sont des éléments volumineux, à cytoplasma plus ou moins développé et assez nettement basophiles ; le noyau est gros, arrondi, assez pâle, avec un réticulum chromatique peu dense et assez souvent des nucléoles visibles. Ces cellules indifférenciées, très rares au premier examen (1 %), ont augmenté au troisième (45 %) et ont diminué ensuite (9 %).

L'autopsie est pratiquée par M. Brunet. Elle nous apprend les faits suivants.

La plèvre est libre d'adhérences et ne contient pas de liquide. Sur la plèvre pariétale, on voit de nombreuses taches hémorragiques, ayant la dimension d'une lentille. Les poumons, d'une coloration rose très pâle, présentent, à la surface, de larges taches noirâtres et, sur la coupe, de gros foyers hémorragiques.

Le cœur, de consistance ferme, présente, à la surface et sur la coupe, de nombreuses taches hémorragiques lenticulaires.

Sur les épiploons et le péritoine, on voit des petits foyers hémorragiques, très nombreux.

Le foie est un peu gros ; il pèse 620 grammes ; il est pâle, assez ferme. La rate est grosse ; elle pèse 100 grammes, alors que chez l'enfant de 3 ans son poids est de 50 à 60 grammes : elle a une couleur ardoisée caractéristique.

Les reins sont pâles, mous, avec de nombreuses taches hémorragiques à la surface et sur la coupe.

La moelle osseuse d'une côte contient également de nombreux foyers hémorragiques.

En somme, il existe un processus hémorragique généralisé.

L'examen microscopique des organes montre qu'il existe peu d'altération en dehors des hémorragies.

Dans les poumons, on trouve des noyaux hémorragiques à type d'infarctus.

Dans le foie, il existe une abondante infiltration par des leucocytes, mais les cellules hépatiques sont normales. Dans la rate, qui est à l'état cadavérique, il y a de nombreux foyers hémorragiques.

Dans les reins on constate dans la zone corticale des petits foyers hémorragiques ; les glomérules sont congestionnés, mais avec peu de sang extravasé ; on trouve du sang dans les tubes urinifères.

La moelle osseuse présente des altérations importantes. Sur les empreintes colorées au Giemsa, on remarque une véritable métaplasie lymphoïde, totale par endroits, partielle dans d'autres. Dans les points les plus typiques, on ne voit guère que des lymphocytes ; la plupart sont identiques à ceux du sang ; certains sont plus grands, ont un noyau plus clair. Les mégaloblastes, les myélocytes sont rares, les mégacaryocites très rares. Le stroma fibrillaire est assez abondant.

Aucun traitement institué n'a empêché l'évo-

lution fatale. Nous avons prescrit un extrait complexe de foie de veau, du suc frais de la muqueuse de l'estomac, de l'antre pylorique, du jéjunum de porc ; puis un extrait hépatique préparé suivant la méthode de Whipple ; de la moelle osseuse ; nous avons fait deux transfusions de 150 et de 120 c. c. de sang : aucune de ces médications n'a eu d'effet appréciable. Cet insuccès thérapeutique est à retenir du point de vue de la classification de l'anémie.

En somme, Jean a été atteint d'une affection caractérisée

par un *syndrome clinique* : fièvre, état infectieux, pâleur intense, indiquant une grande anémie, hémorragies tardives ;

par un *syndrome hématologique* : grande anémie de type pernicieux, hypoplastique plutôt qu'aplastique, avec modifications de la série blanche : hypogranulocytose marquée, présence de cellules embryonnaires ;

par une *évolution rapide* et *fatale*, malgré les thérapeutiques qui agissent dans d'autres cas ; par l'*absence de facteurs étiologiques* appréciables.

L'observation de notre malade se rapproche des observations d'*anémies fébriles aiguës*, publiées à la *Société médicale des hopitaux de Paris* en 1931 et 1932.

Le 16 janvier 1931, MM. Pierre Noël Deschamps et P. Baize relatent l'observation d'une femme de 32 ans atteinte d'une *anémie aplastique cryptogénétique à forme aiguë férile.*

Le 23 janvier 1931, MM. Marquézy et Pierre Flandrin relatent *deux cas d'anémie pernicieuse splénique aiguë fébrile chez l'enfant*, concernant des garçons de 4 ans et de 14 ans.

Le 8 avril 1932, MM. Ed. Benhamou, A. Nouchy et M. Raynaud publient un cas d'*anémie aplastique à forme fébrile et à réaction embryonnaire*, qui concerne une fille de 14 ans.

Ces observations et celle de Jean qui est tombé malade à 3 ans 1 mois vont me permettre de tracer une esquisse de cette variété d'anémie fébrile.

***

Le SYNDROME CLINIQUE est caractérisé par la *fièvre* et un *état infectieux*, un aspect de grande *anémie* et *divers symptômes*.

Le début affecte deux modalités principales.

Dans la *première modalité*, la *fièvre* est la manifestation initiale ; l'enfant ressent des malaises, quelques vagues douleurs dans les membres, parfois des douleurs abdominales. La fièvre est inexpliquée. Les douleurs abdominales font penser pour la malade de M. Benhamou, à l'appendicite chronique et opérer, alors que l'appendice n'est pas en cause.

La fièvre persiste, la pâleur apparaît et augmente.

Dans la *seconde modalité*, la fièvre est tardive. Le malade présente de l'affaiblissement, de l'essoufflement et surtout une pâleur progressive ; puis, au bout de quelques semaines, la fièvre apparaît.

Parfois, après quelques jours de manifestations plus ou moins vagues, survient un syndrome hémorragique. La femme de 32 ans, soignée par M. Deschamps, présente de la fatigue, une pâleur progressive, de la dyspnée ; vers le dixième jour, surviennent des gingivorragies, des épistaxis, des métrorragies abondantes qui font penser à une affection utérine ou annexielle ; quand elle entre à l'hôpital, vers le vingtième jour, on constate de la fièvre.

Analysons les symptômes. La *fièvre* s'installe plus ou moins rapidement. Elle ne présente pas de type défini ; les courbes thermiques sont irrégulières. Tantôt la température est à 38°5-39° ou à 39°-40° ; tantôt elle présente des rémissions plus ou moins longues et il peut même y avoir des phases d'apyrexie entre les périodes fébriles. Parfois elle revêt un type ondulant, comme chez la fille de 14 ans soignée par M. Benhamou, qui, en trois mois, présente cinq grandes ondulations séparées par des phase d'apyrexie.

La *pâleur* devient, en peu de temps, très accentuée ; elle fait penser à une grande anémie. La peau est blanc jaunâtre, vieille cire, surtout au visage, quelquefois cadavérique. Les muqueuses des lèvres, de la bouche, les conjonctives sont décolorées, presque exsangues.

L'état général est très affecté.

L'enfant reste indifférent, anéanti, inerte ; il a le regard vague ; cependant il reconnaît les personnes qui l'entourent. Il ne se plaint pas, gémit doucement ; parfois il paraît souffrir quand on remue ses membres ; il ne réclame rien.

Il présente souvent un peu de bouffissure du visage et il ne perd pas de poids, probablement du fait d'un œdème profond.

L'*examen des viscères* révèle peu de symptômes.

Le cœur et le pouls sont rapides ; le volume du cœur est peu modifié ; les bruits valvulaires sont normaux ; on entend des souffles extracardiaques ou anémiques dans la région précordiale, un souffle veineux au niveau du cou.

Le poumon paraît normal ; il y a de la tachypnée sans gêne respiratoire.

L'abdomen est souvent météorisé. Le foie a

un volume normal ou est un peu gros. La rate est souvent un peu grosse et dépasse le rebord costal d'un ou deux travers de doigt.

L'appétit est plus ou moins diminué.

Les selles sont normales ; ou bien il y a soit de la constipation, soit de la diarrhée.

Les urines sont peu abondantes ; elles ne contiennent pas d'albumine ou en renferment de temps à autre quelques traces ; il n'y a pas de glycosurie.

Il n'y a pas de symptômes neurologiques ; on remarque simplement de la faiblesse et de l'hypotonie musculaires ; les réflexes tendineux sont conservés.

A ces symptômes s'ajoute habituellement un *syndrome hémorragique*. Il apparaît tantôt de façon précoce, tantôt de façon tardive, quelques jours avant la mort.

Il est caractérisé par un purpura pétéchial et souvent ecchymotique de la peau et de la muqueuse buccale, de la gingivorragie, des épistaxis, parfois des hémorragies intestinales et, après l'éclosion de la puberté, par des métrorragies.

Le syndrome hémorragique peut constituer l'élément dominant du syndrome clinique. On porte alors le diagnostic de purpura. Mais l'examen du sang révèle des modifications semblables à celles des malades que j'étudie et établit qu'il s'agit d'une forme spéciale de purpura.

J'en ai relaté un exemple dans ma leçon du 9 avril 1932, qui se trouve dans un de mes livres de *Clinique médicale des enfants* consacré aux *Maladies infectieuses*, sur *Purpura infectieux avec agranulocytose chez un garçon de 2 ans ; l'agranulocytose chez les enfants.*

Bernard a toujours été bien portant. A partir de 2 ans, il présente quelques troubles digestifs, des poussées fébriles, une grande pâleur que rien n'explique, quelques pétéchies et de la tendance aux ecchymoses. A 2 ans 9 mois, survient une otite qui persiste avec des poussées successives. A 2 ans 10 mois, on fait la paracentèse des tympans. La fièvre s'installe, le purpura se précise.

L'enfant entre à la salle Bouchut avec une température de 39°, qui s'élève bientôt à 40°. On constate du purpura pétéchial et ecchymotique, des pétéchies sur les muqueuses buccale et pharyngée ; l'état est très grave.

On porte le diagnostic de purpura infectieux.

L'enfant meurt sept jours après l'entrée à l'hôpital.

Quelques malades présentent des *troubles oculaires*.

La fille de 14 ans, soignée par M. Benhamou, vers la fin de l'évolution, se plaint d'affaiblissement de la vision. A l'examen des yeux, on trouve, des deux côtés, une névrite œdémateuse et des hémorragies de la rétine.

L'*évolution rapide* jusqu'à la mort est la règle. La durée de l'affection est d'un mois, chez la femme de 32 ans ; d'une cinquantaine de jours chez Jean ; de trois mois environ chez les garçons de 4 et 14 ans observés par M. Marquézy ; de quatre mois environ chez la malade de M Benhamou. Le malade tombe dans un état d'affaiblissement progressif et meurt dans la torpeur.

* * *

Le *syndrome hématologique* est caractéristique.

Le nombre des *hématies* est très diminué. Au premier examen, il oscille généralement autour d'un million par millimètre cube, parfois il est soit un peu plus élevé (1.700.000, 1.800.000 par millimètre cube) soit plus faible (5 à 600.000).

A partir de ce premier examen, le nombre des globules rouges tantôt ne se modifie pas, tantôt augmente un peu, tantôt et plus souvent diminue. Chez les malades dont je parle, on en compte, au dernier examen avant la mort 400.000, 600.000, 800.000, 1.300.000, 1.400.000 par millimètre cube ; la diminution est donc très importante.

Les hématies, pour la plupart, conservent leur apparence normale. Sauf quelques-unes, elles ne présentent pas de signes de rénovation sanguine ; il n'y a pas de poïkilocytose, d'anisocytose, de polychromatophilie ; les hématies granulo-filamenteuses, les hématies nucléées font défaut ou sont rares.

Le taux de l'*hémoglobine* est très diminué, il tombe à 30 %, 20 %, 10 %.

La *valeur globulaire* est normale, ou diminuée, ou supérieure à la moyenne ; elle peut soit diminuer soit augmenter jusqu'à la mort : chez le garçon de 4 ans soigné par M. Marquézy, elle passe de 1,34 à 0,93, chez Jean de 0,82 à 1,30.

Le nombre des *plaquettes sanguines* ou *hématoblastes* diffère suivant les malades.

Il est généralement diminué : 129.000, 55.200 chez les garçons de 4 et 14 ans soignés par M. Marquézy ; 68.000 chez la malade de M. N. Deschamps, 140.000 à 172.000 chez Jean. La diminution n'est cependant pas constante : chez la fille de 14 ans soignée par M. Benhamou, leur nombre est de 294.000 au premier examen, de 196.000 au dernier, et, dans l'intervalle, il oscille autour de 300.000.

La *résistance globulaire* a été peu étudiée. Tantôt elle est normale ou un peu augmentée, comme chez Jean, tantôt elle est un peu diminuée comme chez la malade de M. Benhamou ; chez elle, avec les hématies déplasmatisées, le début de l'hémolyse se fait à 4,8 ‰.

Les *globules blancs* présentent des modifications importantes. Au premier examen, leur nombre est généralement diminué ; ensuite, tantôt il se modifie peu, tantôt il continue de

diminuer, tantôt il augmente, tantôt il présente des oscillations.

Il y a des cas où la *leucopénie* est manifeste. On compte aux premier et dernier examens 2.300 et 1.400 leucocytes chez la femme de 32 ans soignée par M. Deschamps ; 2.600 et 2.000 leucocytes, chez le garçon de 14 ans de M. Marquézy.

Chez d'autres malades le taux des leucocytes est normal : 7.200 et 11.400 chez le garçon de 4 ans de M. Marquézy.

Parfois, le taux augmente : chez la malade de M. Benhamou il passe de 1.700 à 6.700. Parfois, il oscille : chez Jean, il est successivement de 4.900, 19.800, 6.300, 23.000.

On constate la diminution du nombre des *polynucléaires neutrophiles* : l'hypopolynucléose neutrophile. Le pourcentage des polynucléaires est plus ou moins diminué au premier examen, puis continue de diminuer : pour les malades de M. Marquézy il est :

Chez le garçon de 4 ans, de 5 %, puis de 2 % ;
Chez le garçon de 14 ans, de 29 %, puis de 5 %.

Dans d'autres cas, les polynucléaires sont moins diminués : 36 et 24 %, chez la femme de 32 ans soignée par M. Deschamps.

Chez notre malade la diminution est importante puisque le taux tombe de 23 % à 4 %.

Les polynucléaires sont souvent altérés ; leur noyau est en voie de lyse, les granulations sont rares.

Les *polynucléaires éosinophiles* font souvent défaut ou disparaissent vers la fin de la maladie.

Les *mononucléaires* normaux du sang se comportent différemment suivant les cas. Chez Jean, les grands mononucléaires disparaissent, le pourcentage des moyens tombe de 71 % à 2 % tandis que celui des lymphocytes s'élève jusqu'à 82 %.

On peut constater la présence de *leucocytes anormaux*.

Les cellules embryonnaires tantôt apparaissent, tantôt font défaut. Chez la malade de M. Benhamou, il y en a au début 3 à 5 %, puis elles disparaissent ; chez Jean, elles apparaissent une douzaine de jours avant la mort, atteignant le taux de 45 %, puis diminuent à 9 %.

Par contre les myélocytes neutrophiles sont exceptionnels et en très petit nombre.

Le syndrome hématologique consiste donc en un état d'hypoplasie ou d'aplasie portant sur les éléments de la série rouge et sur ceux de la série blanche. Il traduit les modifications de la moelle osseuse, l'insuffisance ou l'absence de ses réactions. La moelle osseuse est comme sidérée ; elle est incapable de former des éléments normaux. Si une poussée réactionnelle s'ébauche, elle avorte et aboutit à lancer dans la circulation les leucocytes embryonnaires qui sont la forme la moins évoluée des éléments médullaires.

L'AUTOPSIE a été faite pour le garçon de 14 ans par M. Marquézy, pour la femme de 32 ans par M. Deschamps, pour Jean. Elle ne décèle pas de lésions profondes des viscères, en dehors des hémorragies disséminées.

Les *examens microscopiques* confirment cette notion.

Seule, la *moelle des os* est gravement altérée ; elle présente des lésions d'hypoplasie très accentuée ou d'aplasie.

M. Marquézy, chez le garçon de 14 ans, remarque que « toute espèce de substance médullaire faisait complètement défaut ». Chez la femme de 32 ans, M. Deschamps note la « présence de lymphocytes et moyens mononucléaires, mais aucun polynucléaire ni aucune forme particulière leucocytaire ». Chez notre malade, il y a presque uniquement des lymphocytes semblables à ceux du sang, quelques lymphocytes plus grands et à noyaux pâles, tandis que les éléments normaux de la moelle font presque complètement défaut.

L'ÉTIOLOGIE est muette ; il s'agit d'un *syndrome clinique infectieux* dont on ne peut trouver la cause.

Les hémocultures sont négatives. M. Benhamou, qui exerce à Alger, insiste sur la fièvre à grandes ondulations, présentée par la fille de 14 ans ; il fait remarquer que cette fièvre est semblable à la fièvre décrite par Carré et Vallée, en 1907, dans l'anémie infectieuse du cheval, par Donatien et Lestoquard, en 1926, dans l'anémie pernicieuse du mouton, affections dans lesquelles l'anémie est du type aplastique. Il a inoculé, sans résultat, le sang de sa malade au mouton et au singe.

On n'a pas trouvé de *parasites intestinaux*, chez le garçon de 4 ans soigné par M. Marquézy et chez Jean.

On s'est demandé si un *terrain* particulier ne serait pas à l'origine de l'infection. Or, M. Marquézy remarque que les parents et les six frères ou sœurs du garçon de 4 ans sont bien portants ; qu'il a un développement normal, quoiqu'il soit toujours un peu pâle, que la seule maladie antérieure est une coqueluche à 3 ans et demi ; que le garçon de 14 ans, orphelin sur lequel il n'a pas de renseignements, a une taille normale et est bien musclé.

La fille de 14 ans, soignée par M. Benhamou, a toujours été bien portante ; de même, la femme de 32 ans, soignée par M. Deschamps.

Notre malade a toujours été bien portant.

Les anémies fébriles aiguës sont donc des *anémies dites cryptogénétiques*, c'est-à-dire des anémies dont la cause est ignorée.

Il est à remarquer que, dans d'autres anémies dues à des infections connues, on ne trouve pas les mêmes modifications du sang. Par exem-

ple, dans ma leçon du 2 juin 1928, qui est dans mon livre de *Clinique médicale des enfants* sur les *Affections des organes hémo-lymphopoïétiques et du sang*, sur les *Anémies graves de la première enfance, suite de rougeole ; hémothérapie et hépatothérapie*, j'ai fait remarquer que le syndrome hématologique est d'ordre assez banal.

Il semble donc bien que les anémies envisagées aujourd'hui relèvent d'une étiologie particulière.

***

Les caractères hématologiques complexes et variés que je viens de décrire ne rentrent pas dans un CADRE NOSOLOGIQUE rigide. En réalité, *plusieurs syndromes sanguins sont intriqués.*

Le *premier syndrome* est un *syndrome d'anémie aplastique* ou plus exactement *hypoplastique*, car les signes de régénération sanguine ne font pas toujours complètement défaut. Ces anémies rentrent dans le cadre des *anémies graves du type pernicieux*. Celles-ci comprennent deux grandes variétés : les *anémies plastiques* ou *anémies pernicieuses du type Biermer* et les *anémies aplastiques*, décrites par Ehrlich, en 1888, par Vaquez et Aubertin, en 1904, et par de nombreux auteurs. Actuellement, la plupart des hématologistes considèrent que ces deux types d'anémie sont différents.

L'anémie aplastique se différencie de l'anémie de Biermer par les caractères hématologiques et cliniques ; évolution rapide et fatale, résistance aux méthodes thérapeutiques modernes, notamment à la méthode de Whipple, qui arrêtent l'évolution de la maladie de Biermer.

Le *deuxième syndrome* est un *syndrome d'agranulocytose* ou d'*hypogranulocytose*, caractérisé par la disparition ou la grande diminution des polynucléaires du sang.

Ce phénomène, qui a été constaté depuis longtemps, correspond à des modalités cliniques diverses. C'est tout d'abord l'*agranulocytose* de Werner Schultz, qu'il a décrite en 1922 et considérée comme une affection nouvelle.

Elle est caractérisée par un début brusque, un état infectieux grave, une angine ulcéro-nécrotique à caractère particulier, une évolution rapide ; du point de vue hématologique, par une leucopénie extrême et par la disparition presque complète des polynucléaires. Dans ce syndrome de Werner Schultz, l'élément important est l'angine ulcéro-nécrotique ; Friedmann, en 1923, le dénomme *angina agranulocytosis*.

Ce sont, d'autre part, les *syndromes agranulocytaires*, qu'ont étudiés MM. Aubertin et R. Lévy en 1928. Ils les considèrent comme des « syndromes infectieux cryptogénétiques dans lesquels, à l'agranulocytose proprement dite, s'associent soit une anémie grave, soit un syndrome hémorragique, soit les deux à la fois ».

Dans l'agranulocytose avec anémie, la déglobulisation est intense et rapide : il s'agit d'une anémie à type aplastique, avec leucopénie et grande diminution des polynucléaires.

Or, dans les anémies graves du type aplastique, on retrouve également la leucopénie et l'hypo-granulocytose à des degrés divers : le taux des leucocytes peut descendre à 2.500 par millimètre cube et celui des polynucléaires à 10 et 15 %.

Les syndromes agranulocytaires sont fréquents chez les enfants. Dans une thèse soutenue à Paris, en 1935, sur *La maladie de Werner Schultz chez l'enfant*, Mme Luneau-Touzé en rapporte un certain nombre d'exemples.

Pour les malades que j'étudie, il ne s'agit évidemment pas de l'agranulocytose de Werner-Schultz, car ils n'ont pas d'angine ulcéro-nécrotique ; il s'agit de syndromes agranulocytaires ou hypogranulocytaires, différents de l'un à l'autre. Les uns ont de la leucopénie : le nombre des leucocytes tombe à 2.000 et au-dessous. Cette leucopénie s'accompagne tantôt d'une forte hypogranulocytose, avec 5 % de polynucléaires neutrophiles, tantôt d'une hypogranulocytose modérée, avec 24 % de polynucléaires.

D'autres n'ont pas de leucopénie, mais une hypopolynucléose forte (2 %) ou être modérée.

La leucopénie et l'hypopolynucléose sont donc des phénomènes variables, d'importance inégale, des symptômes de second plan par rapport à l'anémie.

Le *troisième syndrome* est un *syndrome de leucocytose embryonnaire.*

Cette leucocytose embryonnaire est caractérisée par la présence, en nombre plus ou moins grand, de cellules embryonnaires ou indifférenciées. Ces cellules caractérisent la *leucémie aiguë* ainsi que l'ont montré Ebstein, en 1889, Fraenkel, en 1895, A. Gilbert et P.-E. Weil, en 1899.

La leucémie aiguë n'est pas rare chez les enfants de tous âges. J'en ai relaté des observations dans ma leçon du 7 janvier 1933, publiée par la *Gazette des hôpitaux* du 22 mars 1933, sur les *Leucémies à cellules indifférenciées chez l'enfant.* Cette leucémie, du point de vue clinique, est caractérisée par un début rapide, de la fièvre, un aspect de grande anémie, une splénomégalie généralement modérée, des tuméfactions ganglionnaires rarement très fortes, du sphacèle bucco-pharyngé, des hémorragies. Les examens du sang décèlent une grande anémie aplastique ou hypoplastique ; mais il y a des hématies nucléées, surtout des mégaloblastes, dans la proportion de 1 à 5 pour 100 leucocytes, qui d'ailleurs manquent souvent, une augmentation du nombre des leucocytes, qui atteignent 30.000 à

100.000 et plus par millimètre cube. Mais il est des cas où le nombre des leucocytes est soit normal, soit diminué et même où il y a leucopénie, avec 2.000 à 2.500 leucocytes par millimètre cube. Enfin, ce qui caractérise encore cette leucémie, ce sont les cellules indifférenciées dont le taux atteint et dépasse 40 %.

Il y a une grande analogie entre les anémies du type hypoplastique et la leucémie aiguë.

Dans la leucémie aiguë, l'anémie est toujours un symptôme important et, en somme, l'enfant meurt de son anémie ; par contre, il y a des cas où le nombre des leucocytes n'est pas augmenté et est même diminué, où il y a de la leucopénie : on décrit des leucémies aleucémiques.

Dans les anémies du type hypoplastique, la leucocytose embryonnaire peut être importante.

On rencontre une série de faits intermédiaires entre la leucémie à cellules indifférenciées et les anémies graves du type pernicieux, pour lesquels on hésite entre le diagnostic d'anémie pernicieuse et le diagnostic de leucémie.

Chez les malades que nous étudions la leucocylose embryonnaire est inconstante ; elle n'a été constatée que dans deux cas. Elle est discrète et a diminué vers la fin de l'évolution chez la malade de M. Benhamou. Elle est importante, chez Jean.

Comme l'hypogranulocytose, la leucocytose embryonnaire est donc un symptôme inconstant, un symptôme de second plan par rapport à l'anémie qui domine la scène.

Enfin, tous les malades présentent un *syndrome hémorragique* : du purpura, des suffusions sanguines dans les viscères.

Ce syndrome hémorragique est généralement lié à un *syndrome sanguin d'hémogénie.* Ce syndrome est caractérisé par les phénomènes suivants : temps de saignement prolongé au delà de trois ou quatre minutes ; temps de coagulation normal de 7 ou 8 minutes ; la rétraction du caillot nulle, ou tardive et faible ; abaissement du nombre des plaquettes sanguines au-dessous de 250.000 à 300.000 par millimètre cube ; signe du lacet quand le nombre des plaquettes est inférieur à 30.000.

Chez les malades que nous étudions, le syndrome hémogénique n'a pu être recherché complètement dans tous les cas ; cependant, on le trouve plus ou moins au complet chez certains d'entre eux.

Somme toute, dans les syndromes infectieux avec grande anémie, dans les anémies fébriles aiguës, il y a une intrication de divers syndromes hématologiques.

Au premier plan, je le répète, est la grande anémie hypoplastique ou aplastique ; elle est le phénomène dominant et constant. Les autres syndromes sont variables et de second plan.

L'ensemble des altérations du sang témoigne d'une insuffisance ou d'une absence d'activité de la moelle osseuse ; elle est incapable de former les éléments normaux de la série rouge et de la série blanche ; la moelle osseuse est comme épuisée. Cet état de la moelle est l'élément fondamental de tous les syndromes hématologiques que je viens de décrire.

***

Le *syndrome infectieux aigu avec grande anémie hypoplastique, hypopolynucléose et leucocytose embryonnaire,* qu'ont présenté nos malades, n'est pas isolé, n'a pas de frontières bien tracées. Il n'est pas rare chez les enfants.

On rencontre souvent des syndromes cliniques caractérisés par de la fièvre, une grande anémie, des hémorragies, des syndromes hématologiques complexes d'hypoplasie ou d'aplasie médullaire, consistant en des modifications intriquées des éléments de la série rouge et des éléments de la série blanche. On décrit ces syndromes sous des appellations diverses suivant les manifestations qui ont surtout retenu l'attention de l'observateur.

Je ne puis citer les travaux et les opinions. Pour ma part j'ai insisté sur ces faits dans les leçons que je viens de citer sur *Purpura infectieux avec agranulocytose* et sur *La leucémie aiguë à cellules indifférenciées,* ainsi que, antérieurement, dans deux leçons données le 14 et le 21 avril 1924, intitulées : *Splénomégalie avec anémie grave hypoplastique et leucocytose embryonnaire* ; *Leucémies et syndromes paraleucémiques. Syndromes complexes intermédiaires aux leucémies et aux anémies.* Ces leçons se trouvent dans mon livre de *Clinique médicale des enfants* sur les *Affections des organes hémo-lymphopoïétiques et du sang.*

Dans ces leçons j'ai présenté une fille de 12 ans atteinte « d'un syndrome complexe se rattachant par certains caractères aux *anémies hypoplastiques,* par d'autres, aux *leucémies embryonnaires.* A son propos j'ai montré « qu'il y avait des *leucémies* et des *anémies graves pernicieuses* ; qu'entre les formes très caractérisées de ces leucémies et de ces anémies, il y a des *syndromes cliniques* qui occupent un terrain mal délimité, que « les facteurs étiologiques qui déterminent les lésions ou les réactions de la moelle osseuse frappent l'ensemble du tissu hématopoïétique : ils agissent aussi bien sur les éléments de la série blanche que sur ceux de la série rouge ; ils déterminent une maladie de tout le tissu ».

Ces conclusions, que j'adoptais pour ma malade de 1924, peuvent s'appliquer aux malades dont je viens de vous relater l'histoire.

AGRANULOCYTOSE ET AUROTHÉRAPIE

Par M. Ch. Aubertin

Agrégé, Médecin de la Pitié.

Parmi les accidents de l'aurothérapie l'agranulocytose est un des plus importants, et une trentaine d'observations en ont été publiées depuis quelques années. Nous en avons observé deux cas et M. Braillon, qui en fait le sujet de sa thèse, en a étudié neuf cas personnels.

Si nombre de cas sont méconnus c'est parce que les symptômes en sont le plus souvent peu caractéristiques, car il s'agit de tuberculeux chez lesquels la fièvre et l'aggravation de l'état général sont attribuées à une poussée évolutive ; d'autre part les formes frustes, généralement curables, ne sont pas diagnostiquées ; enfin certaines formes foudroyantes peuvent également être méconnues parce qu'on n'a pas le temps de faire un examen du sang. La fréquence de l'agranulocytose au cours de l'aurothérapie serait, pour Braillon, d'environ un pour mille.

La plupart des malades sont des tuberculeux ; mais on a vu des cas chez des rhumatisants chroniques, des lupus, des lupus érythémateux.

Le sel incriminé est généralement la crisalbine française ou la sanocrysine américaine ou suédoise ; mais d'autres sels d'or également soufrés (allochrysine, solganal B) ont pu causer l'agranulocytose. Parfois il s'agit de doses fortes (12 grammes) parfois de doses très faibles (8 centigrammes) et la durée du traitement est parfois assez courte, au dessous d'un mois par exemple. Il ne s'agit donc pas toujours d'un accident tardif de l'aurothérapie.

Il ne faut pas compter sur l'apparition de signes prémonitoires cliniques ni hématologiques pouvant faire prévoir l'apparition prochaine d'une granulocytose : un seul pourrait avoir de la valeur : la constatation d'une leucopénie croissante et d'une diminution progressive des polynucléaires, mais en général elle n'est pas constatée ; au contraire une formule normale a été trouvée de vingt-cinq à quatre jours avant l'apparition des accidents ; quant à l'augmentation du temps de saignement et un signe du lacet positif, ce sont là plutôt des signes faisant prévoir des accidents purpuriques non nécessairement liés à l'agranulocytose.

La fièvre est le symptôme le plus précoce et le seul qui soit constant ; l'angine ulcéro-nécrotique manque une fois sur deux ; elle est souvent peu marquée et elle est toujours secondaire à la fièvre et à la granulopénie.

On peut observer des éruptions bulleuses, du purpura, de l'ictère. Parmi les formes cliniques on peut observer des formes avec anémie et des aleucies hémorragiques qui peuvent exceptionnellement guérir malgré leur gravité ; mais les *formes frustes* sont les plus importantes à connaître ; elle se traduisent seulement par la fièvre et par une chute des neutrophiles avec parfois une assez forte éosinophilie ; leur évolution est rapide et tout guérit en quelques jours.

La durée moyenne est de une à trois semaines ; dans les formes curables, après une vingtaine de jours les polynucléaires reparaissent dans le sang, puis une forte leucocytose se produit ; la fièvre tombe et l'angine guérit. Des rechutes peuvent se produire comme dans l'agranulocytose essentielle.

La mortalité est élevée non seulement du fait de la granulopénie, mais aussi parce que la tuberculose pulmonaire prend souvent une marche rapidement évolutive qui entraîne la mort malgré la guérison des accidents sanguins (Braillon).

L'examen du sang décèle une leucopénie de 3.000 à 150 avec chute des neutrophiles aux environs de 1 % et souvent persistance des éosinophiles qui peuvent monter au-dessus de 10 % dans les formes curables ; en pareil cas, c'est en quelques jours que le taux des neutrophiles remonte à la normale.

Les agranulocytoses auriques sont donc moins graves que les formes essentielles (le fait avait déjà été remarqué par Aubertin et Lévy pour les neutropénies arsenicales ou bismuthiques) ; on doit considérer comme de bons indices le peu d'intensité de la granulopénie, l'éosinophilie au-dessus de 5 %, le fait que le temps de coagulation et le temps de saignement sont normaux.

Le diagnostic en est difficile : il faut considérer comme suspecte toute réaction thermique durable qui survient peu après la dernière injection d'or. L'angine ulcéreuse, les éruptions bulleuses, le purpura, l'ictère devront aussi faire faire un examen du sang.

Le diagnostic précoce permet de suspendre tout d'abord l'aurothérapie. Employer les transfusions, l'hépatothérapie parentérale, le nucléinate de soude (qui compte un succès), le nucléotide de pentose, les injections de moelle osseuse embryonnaire. Ces différents traitements avaient en effet été employés dans tous les cas qui ont guéri (1).

(1) Pour paraître dans l'*Année médicale pratique* de 1937. (Lépine, édit.)

LE TREMBLEMENT

Par Fernand Lévy

Ancien interne des Hôpitaux de Paris
Neurologiste de l'hôpital de Rotschild

Le tremblement est un phénomène solidaire de la contraction musculaire à laquelle il est étroitement lié, et, en dehors de laquelle il n'a pas d'existence propre. Aussi ne l'observe-t-on jamais dans le relâchement complet des muscles, ni dans le sommeil naturel ou artificiel. Il en résulte que l'expression de tremblement au repos ne correspond pas à la réalité et doit être rayée du vocabulaire médical. Dans les cas ainsi dénommés, le repos n'est qu'apparent, et un état de contraction statique des muscles se retrouve constamment. Le tremblement se manifeste dans les deux modalités du mouvement musculaire, actif ou fixé. Le type du tremblement cinétique est le tremblement de la sclérose en plaques, le type du tremblement statique est celui du parkinsonien. En fait, un tremblement est toujours à la fois cinétique et statique : tantôt sa phase cinétique est prépondérante, tantôt sa phase statique s'impose seule à l'attention. Un examen soigneux permet de mettre en évidence cette double nature. Un tremblement statique présente toujours à l'épreuve de la contraction cinétique, une trémulation qui se décèle seulement à la fin du mouvement, et doit être appelée *tremblement terminocinétique*. Elle se produit par exemple, dans l'action de placer lentement la pu pe de l'index sur le bout du nez : au moment où le doigt arrive à son trajet terminus, il plane un temps très court avant de se poser. Inversement, un tremblement cinétique typique, tel celui de la sclérose en plaques, s'accompagne toujours d'une trémulation statique, si l'on place les deux membres supérieurs dans la positon d'extension-pronation.

Le tremblement est donc un phénomène statocinétique appréciable à la vue et au toucher. On peut le dénommer *tremblement clinique*, car il est le plus souvent l'un des symptômes d'un état pathologique. Il représente l'extériorisation, l'amplification d'un fait constant normal, décelable chez tous les sujets, et qui est le *tremblement physiologique*.

L'expression de tremblement physiologique n'est pas nouvelle, et dans son acception primitive (Valenzuela 1879), s'applique à tout tremblement aigu observé chez un individu en bonne santé.

Le vrai tremblement physiologique dont le caractère capital est d'être constant est appréciable par les appareils enregistreurs. C'est par des graphiques, que Busquet (1902) a constaté son existence chez tous les individus en état de contraction musculaire, et que Binet (1918) a confirmé ces faits. Nous-même, avec D. M. Gomez, avons, en utilisant le piézographe, mis en évidence ce tremblement physiologique, qu'on trouve chez tous les sujets normaux, uniquement lorsqu'ils sont en contraction musculaire active ou fixée. Il se traduit par une série de petites oscillations irrégulières qui parsèment le tracé, mais disparaissent lorsque les muscles sont en relachement complet. Le graphique se trouve réduit alors à une ligne droite uniformément horizontale et sans accidents.

Le tremblement physiologique se montre aux yeux de l'observateur lors des émotions (peur, joie, colère), du refroidissement général ou de la douleur, qui amplifient ce tremblement en miniature.

Il existe d'autres moyens de le mettre en évidence.

Un procédé très simple permet de le déceler sur chacun de nous : il suffit de porter à ses yeux une jumelle stéréoscopique. La trémulation des membres supérieurs apparaît déjà avec un grossissement de 4 à 5 diamètres, pour devenir intense avec des instruments qui grossissent au delà de 9 à 10 diamètres.

Une expérience amusante de Tom-Tit ne s'explique que par l'existence du tremblement physiologique. Sur le tranchant d'un couteau, dont l'extrémité du manche est tenue horizontalement du bout des doigts, on place à cheval deux allumettes réunies à angle aigu, par une de leurs extrémités. On s'arrange pour que les deux autres extrémités écartées entrent en contact avec le plan de la table. On voit alors la double allumette, comme animée d'un mouvement spontané, conséquence du tremblement imperceptible, s'avancer en chevauchant le couteau.

L'emploi de certains médicaments est susceptible aussi de révéler le tremblement physiologique en l'amplifiant. C'est ainsi que l'injection d'adrénaline, produit sympathicomimétique, détermine au bout de quelques minutes un tremblement visible, associé à une tachycardie et à de la la pâleur du visage.

Dans la durée et dans le temps, un tremblement clinique est aigu ou chronique ; dans l'étendue, il est localisé ou généralisé : dans l'intensité, il est léger, moyen ou fort ; dans la vitesse, lent, moyen, rapide ; son rythme est ou non régulier. Si certains ont classé les tremblements d'après ces

données, il parait plus logique de les distinguer puisqu'ils extériorisent un état d'hypertonie neuro-musculaire, d'après leur association ou non à des modifications de l'état physique du muscle. On peut en décrire trois variétés :

1° *Tremblements avec hypertonie musculaire évidente* ;

2° *Tremblements avec état musculaire apparemment normal* ;

3° *Tremblements avec état musculaire variable,* tantôt hypertonique, tantôt d'apparence normale.

Traitement. — Toutes les fois qu'on pourra agir sur le syndrome morbide auquel est lié le tremblement, il faudra instituer ce traitement pathogénique. Les médications chimiothérapiques seront indiquées dans les infections neurotropes, la psychothérapie chez les hystériques et les émotifs. On est souvent obligé de traiter le symptôme tremblement lui-même. On connaît l'action de certaines solanées, dont les alcaloïdes (hyoscine, hyosciamine) influent sur l'intensité du tremblement, qu'elles diminuent sans cependant le faire disparaître. Le chlorure de calcium, en injections intraveineuses, a été recommandé (Affolter).

Partant du fait que l'injection d'adrénaline rend visible le tremblement physiologique appréciable seulement par la méthode graphique, l'addrénaline représentant le médicament sympathicomimétique par excellence, nous avons pensé que l'emploi de médicaments inhibiteurs du sympathique se trouvait indiquée. Parmi ceux-ci un des plus inoffensifs, est l'*hexaméthylène tétramine.* Nous l'utilisons depuis plus de 18 mois, en particulier dans les tremblements dits essentiels. On fait une série d'injections intraveineuses de 2 gr. à raison d'une par jour, ou au moins tous les deux jours. Faute d'un recul de temps suffisant, il est impossible de parler de guérison.

Nous nous sommes également servi des *sels de magnésie.* On sait d'après les expériences de Meltzer et Auer, que les sels magnésiens possèdent un remarquable pouvoir d'inhibition sur le système nerveux. C'est ainsi que l'injection souscutanée, intrapéritonéale ou intraveineuse d'une solution concentrée de sulfate ou de chlorure de magnésie provoque chez le lapin et le chien un sommeil artificiel, qui, si l'on a trop injecté de liquide salin, peut amener un arrêt du centre bulbaire de la respiration. La dose nécessaire pour produire ces effets chez l'homme serait considérable, certainement du chiffre de plusieurs centaines de grammes du produit. Aux doses maxima de 8 à 10 grammes *pro die*, il n'y a assurément rien à craindre avec des médicaments qu'on emploie couramment à doses bien plus fortes pour d'autres buts thérapeutiques.

BIBLIOGRAPHIE

BUSQUET. — Le tremblement physiologique. Thèse de Paris, 1904.

BINET. — Recherches sur le tremblement. Thèse de Paris, 1918.

Fernand LÉVY et D. M. GOMEZ. — Etude sur les tremblements. Congrès international de Neurologie, Londres, août 1935.

Fernand LÉVY. — Le tremblement. *Gazette des hôpitaux,* 2 janv. 1937, n° 1 (avec 9 figures).

ACTION DES VINS MAROCAINS SUR LES MICROBES DE LA FIÈVRE TYPHOIDE ET DE LA DYSENTERIE

Il faut connaître l'importance qu'il y a de toujours mélanger du vin à des eaux que l'on peut présumer souillées de bacilles d'Eberth ou de bacilles dysentériques, afin d'éviter une contamination dans certaines conditions.

MM. P. REMLINGER et J. BAILLY démontrent que, comme dans la métropole, le pouvoir bactéricide des vins blancs est supérieur à celui des vins rouges. Quinze à vingt minutes suffisent pour détruire une quantité de bacilles d'Eberth, supérieure à celle susceptible d'être réalisée par les contaminations les plus massives auxquelles l'homme est exposé. Si on se place dans les conditions de la pratique, et qu'on fasse un mélange de deux parties de vin et d'une partie d'eau largement souillée, le bacille d'Eberth disparaît, et par conséquent le mélange est inoffensif après 1/2 heure à 3/4 d'heure (vin blanc) après 2 h. 1/4 à 2 h. 3/4 (vin rouge). Ces délais doivent être portés respectivement à 1 h. 1/2, 2 heures et à 4 h. 1/2 dans un mélange à parties égales de vin et d'eau souillée.

Les vins marocains exercent sur les bacilles dysentériques un pouvoir bactéricide analogue à celui qu'ils possèdent à l'égard du bacille d'Eberth. Il est toutefois moins marqué. Les vins blancs jouissent également ici d'un pouvoir bactéricide supérieur à celui des vins rouges. Les résultats les plus favorables ont été fournis par l'action d'un vin blanc à l'égard du bacille de Shiga (destruction en 35 à 40 minutes), les moins favorables par un vin rouge à l'égard du bacille de Flexner (destruction en 2 h. 1/2 à 3 heures). Dans un mélange de deux parties de vin pour une partie d'eau souillée, les résultats les plus favorables ont été fournis de même par un vin blanc et par le bacille de Shiga (destruction en 1 h. 1/2 à 2 heures), les moins favorables par un vin rouge et ce même Shiga (destruction en 7 heures à 7 h. 1/2). (*Maroc-Médical,* 15 févr. 1937).

FATIGUE EXTRÊME DE L'ENFANT

Stéréotypie clinique

Par le Docteur Albéric Boudry

La fatigue extrême de l'enfant est caractérisée par des signes particuliers qu'il est indispensable d'identifier pour barrer, opportunément, toute suractivité nocive et obvier rationnellement et pharmacodynamiquement s'il y a lieu, aux manifestations périlleuses d'une fatigue-limite.

Malaise, douleur et instabilité psycho-motrice

Douleur et myosite, hyper et hypotonie musculaires, parésie motrice et lassitude caractérisent la fatigue de l'enfant au moment où l'intoxication provoquée par l'acide urique, les purines, les substances albuminoïdes toxiques et l'acide lactique déterminent le sentiment psychique et physique, douloureux et conscient, de la fatigue morbide : « L'organisme fait une dette d'O. et l'acide lactique s'accumule » (Prof. Kayser) ; ce moment est exactement celui où le déficit en O. et l'invasion de l'organisme par des substances toxiques *dolorigènes*, en un milieu partiellement anaérobie, provoque malaise et douleur, d'une part, instabilité psycho-motrice, déséquilibre plastique, statique et dynamique, d'autre part.

Malaise et douleur

Les manifestations douloureuses sont multiples ; la marche progressive et la diffusion de l'intoxication de l'organisme de l'enfant par le poison « lactalgique dolorigène » du muscle, se traduisent par une sensation fort imprécise de malaise : l'enfant geint, crie, ne sait comment et où localiser cette obscure souffrance ; myalgies, douleurs ostéocopes, tibiale et juxta-épiphysaire, scapulalgie ; ligamento, occygodynie ; algies mobiles et toutes anorganiques, peuvent faire irruption, avec un caratère d'acuité variable, et une diffusion plus ou moins généralisée, suivant l'importance de l'intoxication de fatigue ; ces douleurs piquent, dans le moi sensible de l'enfant, un fer rouge ; le sujet, alerté et agacé par ces aiguillons manifeste une activité anormale et soudaine, hautement caractéristique d'une fatigue déjà trop gravement incorporée.

Instabilité psycho-motrice

Sur un même plan, l'instabilité affective, la peur et une émotivité désaccordées, la crainte, l'anxiété, l'irrascibilité peuvent, en une confusion absolue, brouiller et bousculer radicalement la vie sensible de l'enfant qui cédant aux injonctions incompréhensibles de son inconscient souffrant et boiteux, surprend par l'illogisme et la disproportion des réactions de sa sensibilité : il pleure sans raisons, rit hors de propos, inopinément frappé par cette curieuse anomalie qu'avait dénommée risifique ou risolière, Ambroise Paré, la décrivant chez certaines filles prépubertaires fatiguées.

Rupture de l'harmonie plastique, statique et dynamique

Nous avons décrit ailleurs (V. Fatigue de l'enfant, *Presse Médicale.* Dos rond hypotonique et hypotonie générale de l'enfant. Société de Médecine de Paris, 1936), l'hypotonie statique cervicale et dorso-lombaire de l'enfant fatigué ; ses attitudes, normales ou anormales, de travail scolaire, au cours de la fatigue ; son hypotonie dynamique caractérisée par une démarche très spéciale, en fonction d'une primo-hypertonie transitoire, d'une hypotonie et d'une élastophilie motrice ultérieure, ont été successivement envisagées dans ces études (1).

Ces attitudes sont réflexes et économiques ; l'enfant les adopte inconsciemment pour pallier la souffrance de son organisme fatigué.

Manifestations cliniques générales de la fatigue-limite, profondément intégrée à l'organisme de l'enfant.

L'enfant diathésé, plus spontanément enclin que tout autre à rompre ses amarres physiologiques et son rythme vital, sous l'influence de la fatigue, manifestera son désarroi organico-fonctionnel croissant par un porte-à-faux extérieur et intérieur progressif, effet de plus en plus térébrant et disséminé partout des influx asthéniques et toxiques « soufflés » par la fatigue : bonds, ressauts et sursauts hâcheront de plus en plu s fréquemment le mouvement physiologique : une boiterie sensitive et motrice, psychique, intellectuelle et organique, affectera la personnalité de l'enfant ; tous les systèmes seront en proie à une dystonie caractéristique.

La fatigue, ses degrés et ses parentés s'affirmeront donc par un désordre de plus en plus général de toute l'économie de l'enfant :

L'excitation du pneumogastrique (spasme)

(1) Albuminurie essentielle. Céphalée et hypotension, triade clinique de grande fatigue, en pédiatrie. Albéric Boudry. *Le Concours Médical*, 15 décembre 1936.
Fatigue et pathologie essentielles de l'enfant. Albéric Boudry. *Journal de médecine de Bordeaux.*

vasculaires, sécheresse vagale, « dishydrie » bronchique et toux orthostatique fonctionnelles ou du sympathique (spasmes musculaires et réactions exsudatives ; l'aggravation des spasmes (hoquet symptomatique) et des ptoses les plus diverses (glosso-gastro-entéro-ptoses, en particulier des jeunes désanglés abdominaux, qui portent leur ventre large, étalé et mou, tel celui d'un batracien, seront autant de preuves bien évidentes de fatigues localisées à des systèmes différents.

Les perturbations et arythmies vaso-motrices portant stéréotypiquement sur le jeu physionomique : strabisme et nystagmus transitoires, myosis d'intoxication ; somnolence et « figure tirée » ; *oto-érythrie*, signe capital de l'oreille rouge (oto-érythrie, signe de l'oreille rouge, en pédiatrie, Albéric Boudry. *Le Monde Médical*, avril-A, 1936) ; la vaso-motricité irrégulière du visage (rougeur en orthostatisme actif, pâleur en décubitus ; zones apicales bronchiques réflexogènes) ; les manifestations générales et objectives de la vaso-motricité (acro-asphyxies, œdème *sine materia* ; dermographisme passager ; éréthismes cardiaque, artériel, veineux et coefficients cardio-artériels de fatigue des enfants. (A. Boudry. Soc. méd. chir. de Bordeaux) sont autant de poussières importantes de signes par lesquels s'exprime, analytiquement, grain par grain, la fatigue des enfants.

La rupture de la synergie glandulaire (déficiences pluriglandulaire et parathyroïdienne) ; l'insuffisance de la fonction surrénalienne ; l'anomalie fonctionnelle musculaire lisse et sécrétoire sont autant d'autres paquets de syndromes caractéristiques d'une fatigue de plus en plus progressivement et profondément envahissante.

La fatigue évoluant enfin jusqu'aux extrêmes du désordre fonctionnel et organique, se traduira successivement par un tableau clinique dont les signes peuvent, évidemment, coexister ou se manifester plus ou moins complètement : *amaigrissement, inappétence,* dénutrition ; nervosisme, *insomnie* ; *albuminurie essentielle* : notons que l'albuminurie cyclique, avec élimination d'urates et d'oxalates (Pavy et J. Teissier), ayant l'uricémie pour origine et l'albuminurie « prégoutteuse » de l'enfant peuvent exister, mais elles sont rares. L'élimination d'urates, d'oxalates et d'urée, est plus particulièrement fréquente au cours de l'*albuminurie de fatigue*, orthostatique ou digestive (albuminurie intermittente des grands enfants et des adolescents). (Marfan).

Les ravages terminaux de la fatigue peuvent s'exprimer enfin dans tous les domaines de son territoire immense par une perturbation fonctionnelle du cycle entéro-rénal, avec lientérie nauséabonde, diarrhée post-prandiale, frilosité, langue rouge et vomissements acétonémiques fréquents, état saburral marqué, thermogénèse inverse ; *anémie, hypocalcémie* ; hypophosphatémie ; alcalose et spasmophilie ; par une fatigabilité critique, mensurable au moyen de l'ergographe et une impuissance musculaire considérable ; neurasthénie et inattention ; instabilité fondamentale ainsi que par le ralentissement et l'affaiblissement notables des opérations intellectuelles (retard de la perception ; l'enfant est « dans la lune ») .

Les données sphygmomanométriques de la pression artérielle de l'enfant sont, à ce carrefour de la fatigue, d'une importance considérable, car elles nous permettent de suivre « pas à pas », le cheminement de cette fatigue :

La maxima correspond aux forces propulsives de l'organisme, en regard de la *masse*, de la *quantité*, et de l'*intensité* du travail ;

La minima correspond, par ses très minimes oscillations, *à la tenue* de l'organisme, en face du travail.

La maxima, quantitative, enregistre les poids du travail ; la minima, qualitative, nous permet d'apprécier si la répartition du travail est *normale* ou *anormale*.

Une chute en lysis brusque de la maxima concordant à une insensible et progressive ascension de la minima, en « ciseaux » et dans une atmosphère d'hypotension générale, *avec une différentielle*, 2 au Pachon (Chailley-Bert) est un indice très sérieux, non seulement de fatigue-limite extrême, mais aussi, et surtout, de surmenage cardio-artériel, chez l'enfant ; l'application d'une force ou d'un « sureffort » physique assez lourd et prolongé pour provoquer et maintenir le « ciseau » manométrique, avec I.D.2, pourrait déterminer l'accident grave et organique du *cœur forcé* ; aussi avons-nous le plus haut intérêt pratique à prendre la pression artérielle des enfants livrés à une activité inhabituelle.

Le « claquage » organico-fonctionnel et une *céphalée* opiniâtre fréquente engagent enfin la fatigue et la maladie essentielle dans une symptomatologie commune où aboutit et disparaît terminalement la fatigue, mais où débute et d'où s'épanouira la pathologie non différenciée, née de la fatigue.

Le « claquage sportif » du petit ludomane exacerbé est malheureusement fréquent ; la « sportomanie » (Sergent) ne saurait compter, en raison de leur quantité, ses méfaits occultes; aussi devons-nous, par tous les moyens en notre possession, faire observer et maintenir un équilibre parfait et permanent entre les recettes et les dépenses organiques de l'enfant, par une répartition judicieuse et constante des exercices physiques et cérébraux, médicalement ajustés et taylorisés, en vue d'un orthostatisme et d'un équilibre physiologique durables, expressions d'une santé normale.

LA QUESTION DE L' « IRRITATION » DUE AUX SPARADRAPS CAOUTCHOUTÉS A L'OXYDE DE ZINC

Par MM.

G. DILLEMANN et J. HUERRE

Ingénieur-chimiste, licencié ès-sciences — Pharmacien

Parmi les améliorations que l'on peut apporter à la fabrication des sparadraps, la plus importante serait l'élimination des causes d'accidents cutanés. On sait, en effet, que des sparadraps de toutes marques produisent parfois des irritations ou des dermites plus ou moins graves.

Le fabricant de sparadraps, qui se trouve devant ce problème, ne peut pas l'aborder seul. Il est nécessaire qu'il soit guidé par les observations des médecins. Nous avons été ainsi amenés à rechercher ce qui a été publié sur ce sujet dans la littérature médicale.

Cette question a, d'ailleurs, été surtout étudiée à l'étranger, mais le problème est le même dans tous les pays, car la composition des masses de sparadraps ne varie guère, le nombre des ingrédients possibles étant assez restreint.

Au total, nous n'avons trouvé qu'un nombre réduit de publications sur ce sujet et la plupart ne sont que de simples rapports signalant un cas isolé.

Les accidents produits par les sparadraps sont de deux types différents :

1° Les manifestations d'irritation. L'adhésivité des sparadraps les applique si intimement sur la peau que l'enlèvement produit un traumatisme se manifestant par un érythème plus ou moins intense. Cette intensité dépend certainement de la plus ou moins grande adhésivité et aussi de la fragilité plus ou moins grande de la peau du patient. Seeliger (1) a montré que des phénomènes d'irritation se manifestaient sur 5 à 95 % des individus, les variations étant dues à la qualité de la peau (depuis le nudiste à la peau endurcie jusqu'au nordiste à peau blanche) et à la marque du sparadrap. Rien ne prouve d'ailleurs que l'influence de la marque puisse se manifester autrement que par son adhésivité propre. En effet, W. Schmidt (2) a montré que les bonnes marques de sparadraps allemands ne contenaient aucun produit irritant (c'est-à-dire corrosif, caustique, etc...) pour la peau des gens normaux. D'après nos essais, les bonnes marques françaises se comportent identiquement. Pour Kilmer (3) l'irritation aurait une cause supplémentaire : la macération de l'épiderme due aux sécrétions cutanées sous une masse imperméable à l'humidité, mais Schmatalla (4) nie cette influence.

Un sparadrap « collant » bien, irrite donc toujours les peaux fragiles et ces manifestations sont inévitables. Heureusement, elles sont bénignes et elles n'ont fait l'objet d'aucune observation médicale.

2° Tous les mémoires que nous avons lus s'occupent d'une autre catégorie d'accidents que nous appellerons avec L. Schwartz et Samuel M. Peck (5) les dermites proprement dites, bien que souvent on les appelle aussi, très improprement, des irritations.

Ces dermites sont assez rares, mais aussi assez sérieuses. Il est difficile de se faire une idée absolue de leur fréquence. Trois dermatologues allemands donnent comme chiffres : 11 sur 1.100 et 3 sur 800 : Bloch (6), — plus de 1 % : Siemens (7) — 4 % P. Unna (8). De plus, les observations d'un ou deux cas isolés : Biberstein (9), Brown (10), Jantzen (11), Gougerot et Brouet (12), Gougerot (13), J. W. Sever (14), D. W. Montgomery et G. D. Culver (15) appuient l'idée de la rareté de ces accidents.

Quant à la morphologie de ces accidents et à leur fréquence, nous renvoyons aux mémoires originaux, nous contentant de rappeler qu'ils dépassent nettement l'érythème produit par l'arrachement, qu'il y a, en général, des vésicules et que parfois il y a généralisation plus ou moins étendue de ces manifestations.

Ce qui nous intéresse surtout, c'est la cause de ces dermites. Tous les auteurs cités les rapportent à des intolérances dues à une hypersensibilité du patient vis-à-vis d'une substance entrant dans la composition de l'emplâtre. Donc, un sparadrap X parfaitement toléré par 99 personnes pourra produire un accident sur la centième personne et réciproquement, comme l'a montré Brown (10) un rouleau de sparadrap qui avait produit un accident chez un de ses clients fut parfaitement supporté par plusieurs « témoins », ce qui écarte toute idée de vice de fabrication et confirme la nature de ces manifestations.

Mais, ceci complique la recherche que nous nous proposions car, suivant l'opinion de Siemens (7) il est vain d'espérer trouver un sparadrap qui soit inoffensif envers tous les individus puisqu'il pourra toujours s'en présenter un qui

soit hypersensible vis-à-vis de n'importe lequel des produits utilisés.

Et, en effet, on a décrit des accidents avec le caoutchouc (5) avec la graisse de laine (5 et 16) avec les résines, etc...

Cependant, certains produits semblent, à cet égard, plus nocifs que d'autres et on peut espérer au moins réduire le nombre des accidents en les éliminant des formules des sparadraps. Alors se pose le problème de la détection de ces substances indésirables.

Un premier résultat semble acquis dans cette voie : la gomme Damar a été reconnue responsable de nombreux accidents par Biberstein (9), Unna (8), Gougerot et Brouet (12) et surtout par Siemens (7 et 17) qui, dans cinq observations, a démontré l'influence de cette résine et mis en cause la fraction neutre ou Damaroresène. Les recherches de Siemens peuvent être citées comme un modèle du genre puisqu'il a pris la précaution, indispensable d'ailleurs, d'obtenir des fabricants de sparadraps incriminés la composition exacte de leur masse et d'effectuer ses essais avec les produits mêmes qu'utilisaient ces industriels. On conçoit, en effet, que la recherche de la substance à mettre en cause, par une méthode de tests, ne peut être rigoureusement conduite que si on est sûr d'employer les mêmes substances que celles qui entrent dans la composition de la masse du sparadrap.

Nous ajouterons cependant deux observations:

1° Il faut s'assurer que l'accident est bien dû au sparadrap et à lui seul. On peut concevoir, en effet, qu'un accident puisse se produire par application d'un sparadrap sur une peau auparavant traitée par un désinfectant ou toute autre substance. Il serait bon de placer un témoin sur une autre partie du corps non traitée de la même façon.

2° Il nous a été donné de faire des recherches intéressantes dans le Laboratoire de chimie des Etablissements J. Huerre et Cie, à Levallois-Perret. Elles nous ont conduits à vérifier que l'*oxyde de zinc salifiait les acides des résines de la masse des sparadraps quelle que soit la méthode de fabrication* et, en conséquence qu'il n'existait que des résinates de zinc, non des acides « résiniques libres ». Il y a donc lieu de tenir compte de ce fait dans les méthodes de tests et ne pas faire la recherche sur la colophane elle-même. Les résinates de zinc du commerce ne conviendraient d'ailleurs pas non plus, puisqu'ils différeraient par leur origine et leur mode de préparation (impuretés possibles).

Il y a donc lieu de bannir la gomme Damar des formules de sparadrap. Celle-ci était très employée au dé riment de la colophane et de l'industrie française des Landes parce qu'on avait cru pouvoir attribuer l' « irritation » des sparadraps à l'acidité de la colophane (en particulier Schmatolla) (18) qui propose une méthode de détermination de l'irritabilité des sparadraps par un titrage des acides et qu'on avait pensé les améliorer en remplaçant celle-ci par la gomme Damar d'indice d'acidité plus faible, ce qui n'avait aucun intérêt puisque l'acidité est neutralisée par l'oxyde de zinc.

En dehors de la gomme Damar, peut-on tirer une conclusion sur un autre composant des sparadraps ? Nous ne le pensons pas, bien que la colophane et les résines soient souvent mises en cause.

Il y a, en effet, l'ancien préjugé fâcheux contre la colophane qui persiste et aussi la généralisation attribuant à toutes les résines les défauts de la Damar. En dehors de cela, nous n'avons rien trouvé de convainquant dans les mémoires que nous citons. Deux seulement étudient sérieusement la question. Celui de Siemens (7 et 17) si probant pour la Damar, ne contient que des résultats douteux pour la colophane. Quant à celui de Schwartz et Peck (5) il pourrait conduire à la condamnation de la colophane, s'il n'y avait pas plusieurs circonstances à considérer : d'abord la très grande proportion d'accidents : 50 sur 120 personnes, ce qui ne cadre pas du tout avec les résultats de tous les autres auteurs : il faut admettre soit une sensibilisation des sujets, ouvriers dans une usine de sparadraps — soit que de simples irritations ont été considérées comme des dermites — ensuite le fait que, si la colophane (résine 1), a produit six accidents, le caoutchouc en a provoqué cinq et la graisse de laine un. Enfin les résultats obtenus ainsi avec la colophane ne préjugent en rien du comportement de cette même colophane salifiée par l'oxyde de zinc.

Nous en concluons donc que, dans l'état actuel de la question, il est prématuré de vouloir proscrire la colophane des sparadraps. Les reproches qu'on adresse à cette résine auraient besoin d'être appuyés par des essais aussi rigoureux que ceux de Siemens. Il y a, évidemment, bien des obstacles à de tels travaux, à commencer par la difficulté de trouver des malades acceptant de se prêter à ces expériences (Siemens a surtout utilisé des étudiants en médecine).

Il est évidemment possible de faire des sparadraps sans résine, mais au détriment de la conservation et surtout de l'adhésivité et de plus, sans espoir d'obtenir un sparadrap inoffensif pour tous.

Mais il n'est sans doute pas nécessaire d'aller si loin ; la suppression de la gomme Damar dans les sparadraps réduirait dans une forte proportion les accidents, déjà bien rares. Si l'on apporte des preuves rigoureuses de l'influence de la colophane dans des accidents caractéristiques produits par des sparadraps, en tenant compte *de la*

salification de ses acides par l'oxyde de zinc de la masse dans les épreuves de tests, alors, seulement, se posera le problème de sa suppression dans les formules des sparadraps.

BIBLIOGRAPHIE

(1) SEELIGER. — *Klinische Wochenschrift,* 5.1207. 1926.

(2) Dr W. SCHMIDT. — *Munch. Mediz. Wochenschr.*, 1935, p. 384.

(3) F.-B. KILMER, cité par L. SCHWARTZ et Samuel M. PECK (référence 5).

(4) SCHMATOLLA.— *Pharm. Ztg.*, 1925, p. 69.

(5) L. SCHWARTZ et Samuel M. PECK. — *Public Health Reports*, 1935, n° 24.

(6) BLOCH, cité par H.-W. SIEMENS (référence 7).

(7) H.-W. SIEMENS. — *Munch. Mediz. Wochenschr.*, 1925, p. 1323.

(8) P. UNNA jr. — *Archiv. fur Dermatologie and Syphilis*, 1926, p. 85.

(9) BIBERSTEIN. — *Zbl. fur Haut und Geschlechtskrankenheit*, 1929, p. 768.

(10) W.-P. BROWN. — *Archives of Dermaology and syphilology*, 1925, p. 69.

(11) JANTZEN. — *Journal Am. med. Assoc.*, 1924, p. 2070.

(12) GOUGEROT et BROUET. — *Bull. Soc. fr. de dermatologie et de syphiligraphie*, 1935, p. 1599.

(13) GOUGEROT. — *Bull. Soc. fr. de dermatologie et de syphiligraphie*, 1930, p. 1163.

(14) J.-W. SEVER. — *Journal Am. med. Assoc.*, 1924, p. 59.

(15) D.-W. MONTGOMERY et G.-D. CULVER. — *Med. Journal and Record*, 1926, p. 606.

(16) SÉZARY et HOROWITZ. — *Bull. de dermatologie et de syphiligraphie*, n° 7, 1936, p. 1544.

(17) H.-W. SIEMENS. — *Munch. Med. Wochenschr.* 1922, p. 506.

(18) SCHMATOLLA. — *Pharm. Ztg.*, 80, p. 1344.

UN CAS BIZARRE D'OBSTRUCTION INTESTINALE CHEZ UN ENFANT

Ce samedi-là, j'étais en voiture et descendais au petit trot du cheval la longue côte qui mène à S.-V., quand, de loin, je vis un homme, qui semblait venir dans ma direction, s'arrêter et s'asseoir sur le talus longeant la route.

Quand ma voiture fut à peu près à sa hauteur, l'homme se leva et vint vers moi. Je l'avais reconnu, c'était un de mes clients. J'arrêtai mon cheval ; M. le Docteur, me dit-il, j'allais en toute hâte chez vous vous demander de venir voir au plus tôt mon petit Henri, qui paraît bien malade ; mais j'ai reconnu de loin le son du grelot de votre cheval et je vous ai attendu. Tu as bien fait, répondis-je, monte en voiture, je vais directement chez toi et chemin faisant, je demandai quelques renseignements.

L'enfant, âgé de 8 ans, était parti en classe le matin sans paraître malade, mais il était rentré en pleurant se plaignant du ventre et paraissant souffrir beaucoup.

Quelques minutes après, j'étais auprès de l'enfant que je trouvai se roulant dans son lit, criant sans cesse en patois : oh y a em penche (mon ventre).

L'examen, assez difficile, du ventre ne paraissait pas déceler de point particulièrement douloureux, pas de hernie, pas de vomissements, pas de température.

Assez embarrassé pour poser un diagnostic, je recommandai à la mère d'appliquer des compresses chaudes sur le ventre et de donner un lavement émollient avec de l'eau de graine de lin bouillie et de l'huile, car je n'avais aucun renseignement sur la dernière selle. J'ajoutai que j'allais visiter quelques malades dans le village et que je repasserais ensuite voir l'enfant.

A mon retour, je trouvai l'enfant dans le même état avec des cris de souffrance plus accentués encore. A ma demande de renseignements sur le résultat du lavement, la mère me répondit qu'elle n'avait pu le donner, car elle n'avait pas su introduire la canule. Croyant à de l'inexpérience de sa part, j'essayai de donner ce lavement qui était préparé.

Impossible, la canule pouvait à peine entrer et heurtait un corps dur. Justement étonné et me demandant quel pouvait être l'obstacle, je fis un toucher rectal et avec le doigt je provoquai l'expulsion... d'une vingtaine de noyaux de prunes. L'enfant fut aussitôt soulagé. Le lavement émollient et une cuillerée d'huile de ricin amenèrent encore l'expulsion de quelques noyaux et la guérison.

L'explication était facile. Le lendemain dimanche étant le jour de la fête communale, la mère avait fait des tartes aux prunes, dont elle avait enlevé les noyaux. Le petit gourmand, à l'insu de ses parents, avait avalé ces noyaux qui s'étaient amassés dans l'ampoule rectale sans en trouver la sortie.

« Souvenirs d'un vieux médecin ».

Dr P. BLANCHARD,
Avesnes-les-Aubert (Nord).

LA CLINIQUE AU GOUT DU JOUR

I

Les sclérotiques bleues

D'après le Docteur NOVOA (1)

SYNDROME VARIABLE, SUIVANT QU'IL S'ASSOCIE, OU NON, A LA FRAGILITÉ OSSEUSE ET LA SURDITÉ.

Le syndrome total des « sclérotiques bleues » (Lobstein, Van der Hoeve) réunit à la fois des symptômes oculaires, ostéo-articulaires et auditifs, parfois associés à d'autres manifestations d'importance secondaire.

Parmi les *symptômes oculaires,* le plus caractéristique est la couleur bleue de la sclérotique. Il apparait qu'elle soit due à la transparence de la coque sclérale amincie, au devant de l'écran brun foncé, constitué par la couche pigmentaire du tractus rétinien ; c'est d'ailleurs le même phénomène, qui donne la couleur bleue à l'iris non-pigmenté. Il semble cependant que cet amincissement scléral ne modifie pas la résistance de cette membrane, parce que sans doute les fibres élastiques sont normales. Il s'agit d'un bleu ardoisé, d'un bleu porcelaine dans les formes légères ; et la coloration n'excède pas en intensité la teinte délicatement bleuâtre physiologique de l'œil du nouveau-né. Cette couleur bleue est uniforme ; elle est congénitale et reste constamment identique à elle-même. Pareille teinte a été signalée depuis longtemps chez les tuberculeux à la période ultime, et considérée comme une preuve de décalcification extrême de tout l'organisme.

La cornée est fréquemment le siège d'embryotoxon, analogue au gerontoxon.

On a signalé des troubles circulatoires de la conjonctive : exsanguinité ou hypérémie conjonctivale facilement provoquée.

Le cristallin paraît rarement intéressé ; quant aux lésions du fond d'œil, elles sont exceptionnelles.

Une exophtalmie basedowienne a justement attiré l'attention des auteurs du fait de son importance pathogénique, car le rôle de la thyroïde dans la genèse de cette affection paraît primordial.

Les symptômes osseux sont cliniques et radiologiques.

Cliniquement, les manifestations osseuses comportent des *fractures et des déformations.*

Ce sont des fractures pathologiques, qui se produisent avec un traumatisme insignifiant : coup, chute, effort musculaire, tel que le fait de boutonner un gant ou de s'asseoir ; aussi sont-elles fréquentes chez un même sujet. Le choc étant minime, il y a peu de déplacement et la fracture est souvent sous-périostée. Cette fragilité osseuse peut présenter tous les degrés depuis une fracture unique, accidentelle, que l'on est tenté de qualifier de banale jusqu'à la fracture multiple. C'est ainsi qu'on a parlé d' « hommes de verre ».

Ces lésions siègent de préférence au niveau des os longs des membres, mais on les note parfois aussi sur les côtes, les clavicules, le sternum. Quant aux atteintes du crâne et de la colonne vertébrale, elles paraissent exceptionnelles.

Dans la règle, pareilles fractures sont peu douloureuses, amènent peu de réaction et se consolident facilement, rapidement. Les cals sont parfois, exubérants, c'est l'exception. En général, ils sont de petites dimensions et disparaissent vite, de façon complète, même à l'examen radiologique.

Quant aux déformations, elles peuvent n'avoir aucune caractéristique, lorsque, par exemple, elles intéressent la colonne vertébrale (scoliose, cyphose, lordose) ou les membres. Cependant on a très fréquemment signalé une petitesse de la taille ou même un rapetissement progressif : une malade, observée par Borel, vit sa taille diminuer de 45 centimètres.

Mais il existe une déformation typique ; c'est celle du crâne. Il s'agit d'un *crâne à rebord,* remarquable par la saillie occipitale et surtout par des saillies temporales souvent excessives, au point de rabattre les oreilles vers le bas. Tout se passe comme si l'ossification céphalique était très tardive, et que la boîte cranienne dans son modelé obéissait aux lois de la pesanteur : le crâne s'aplatit, et gardant son volume s'étale et s'élargit dans tous les sens. Cette déformation paraît être pathognomonique, et n'avoir pas été signalée en dehors de cette affection.

L'image radiologique est habituellement modifiée. Les signes principaux, que l'on observe,

(1) Le syndrome des sclérotiques bleues. (*Languedoc médical,* août 1936.)

sont les suivants : une perméabilité anormale aux rayons ; une gracilité des os longs, dont la diaphyse tend à s'incurver régulièrement, suivant une courbure à grand rayon, et particulièrement marquée sur les péronés ; amincissement de la couche compacte au niveau de la diaphyse, amincissement plus marqué aux extrémités, avec disparition complète au niveau des épiphyses ; transparence normale des épiphyses, qui présentent parfois une atrophie en îlots ; aux extrémités de la diaphyse, minces lignes noires parallèles à l'interstice diaphyso-épiphysaire ; amincissement du périoste ; structure mousseuse des os. Le crâne présente une ostéoporose généralisée, avec ostéosclérose labyrinthique, et parfois absence de rocher ; il est fortement brachycéphale.

Enfin, l'examen chimique décèle une diminution nette du calcium du squelette, alors que la calcémie reste normale, ou plutôt légèrement augmentée.

Les symptômes articulaires et ligamenteux se réduisent à une laxité ligamenteuse excessive, permettant des dispositions tout à fait anormales. Cette laxité ligamenteuse est responsable des nombreuses *luxations, entorses* et foulures signalées par la majorité des auteurs ; celles-ci sont d'ailleurs aisément réduites, mais elles se reproduisent avec facilité : c'est ainsi que de fréquentes entorses tibio-tarsiennes obligent les sujets à porter des souliers à tige montante, plus ou moins renforcée.

A ces troubles articulaires, on doit rattacher certaines déformations, telles que le genu valgum.

La *surdité* est progressive, bilatérale ; elle est fréquemment observée.

On l'attribue à l'oto-sclérose, ou oto-spongiose, que caractérise une meilleure conservation de la conduction osseuse par rapport à la conduction aérienne. Il y a mise en liberté du calcium non détruit, qui se précipite de façon désordonnée, même dans les tissus conjonctifs voisins : d'où résultent une ankylose de l'étrier et une dégénérescence du labyrinthe membraneux. De plus la membrane du tympan, amincie par ailleurs, prend une situation oblique en raison des déformations craniennes (crâne à rebord).

Parfois, on trouve des *symptômes neuro-musculaires*, avec des troubles de la contractilité électrique : affaiblissement de la contraction au courant faradique, et diminution de l'intensité de la contraction au courant galvanique.

Les lésions des *phanères* ont été souvent signalées. Les dents sont friables, tombant et se cassant facilement, parfois translucides. Il y aurait, dans certains cas, une chute des cheveux, une fragilité particulière des ongles.

Enfin, il peut exister des *troubles vago-sympathiques et endocriniens*, ces derniers ayant été considérés par de nombreux auteurs, comme étant la cause du syndrome des « sclérotiques bleues ». C'est ainsi qu'on noterait parfois : infantilisme, petite taille, frilosité, modifications du système pileux, troubles menstruels, troubles basedowiens, etc... On a relaté une hypertrophie thyroïdienne analogue à celle de certains crétins. Les glandes génitales paraissent souvent insuffisantes.

D'autre part, si l'on tient compte des résultats fournis par les examens de laboratoire, la réaction de Bordet-Wassermann permet d'éliminer le rôle étiologique de la syphilis.

Rappelons les *troubles du métabolisme calcique*, précédemment signalé, ainsi qu'une *phosphorémie diminuée*. On a trouvé que le phosphore total du sérum était de 60 milligr. p. 1.000 (normale : 85 p. 1.000) et les phosphates du sérum étaient de moins de 4 milligr. p. 1.000 (normale 36).

***

Une fragilité osseuse excessive et une surdité ayant éveillé l'attention, c'est le caractère familial et héréditaire du syndrome, qui confirmera le diagnostic.

Cette considération se révèle particulièrement utile pour reconnaître les formes dissociées. Le syndrome total des sclérotiques bleues, avec fragilité ostéo-articulaire et surdité progressive bilatérale n'offre, en effet, pas la même difficulté ; il n'en est pas toujours ainsi pour la forme isolée des sclérotiques bleues, ou la forme sclérotiques bleues avec fragilité osseuse, qui sont les seules formes dissociées, que l'on ait bien mises en évidence jusqu'à présent, à plus forte raison quand les manifestations osseuses ne s'accompagnent d'aucune lésion oculaire.

Dans cet ordre d'idées, on a pu noter que la fragilité osseuse faisait défaut chez tous les membres d'une même famille, ou chez certains seulement. Elle est absente dans certains cas isolés, et manque entièrement dans certaines familles, où l'on a pu suivre parfois plusieurs générations, comprenant de nombreux sujets porteurs de sclérotiques bleues. Les troubles auditifs n'ont pas été trouvés dans certains cas d'une même famille.

Que tous ces syndromes dissociés s'observent isolément sur les membres d'une même famille, et l'on peut affirmer, sans aucun doute, qu'il

s'agit à la base d'un processus univoque : celui des sclérotiques bleues.

Certaines formes seraient particulières au nourrisson, à l'adulte et au vieillard.

Chez le nourrisson, la surdité manquerait ; le crâne à rebord ne serait pas encore produit, mais il y aurait une certaine hypotrophie, et une sensibilité particulière aux infections générales.

Chez l'adulte, la maladie n'apparaîtrait qu'assez tard ; les fractures seraient plus rares que chez l'enfant ; la surdité serait fréquente, de même que les luxations, devenant bien souvent permanentes.

Enfin, chez le vieillard, le syndrome serait difficile à mettre en évidence, à moins que l'on ne connaisse l'hérédité.

Or, le syndrome des sclérotiques bleues est un des exemples les plus typiques des maladies familiales à hérédité continue (type mendélien dominant).

Dans les affections de cet ordre, la descendance d'un sujet sain est parfaitement saine ; par contre, un sujet malade transmet ce caractère à la moitié de ses descendants. Une famille, citée par Hermann Pal, est typique à cet égard : sur 36 descendants d'une personne atteinte, 19 sont normaux, 17 ont été sclérotiques bleues, les deux sexes étant également touchés.

Comme dans toutes les maladies héréditaires, les lois invoquées ne se vérifient pas chez tous les sujets avec une exactitude mathématique. Bien des cas publiés sont apparus soit dans des familles saines, soit dans d'autres, où l'hérédité continue faisait défaut. Pour quelques cas, l'hérédité se transmet d'oncle ou tante à neveu ou nièce.

Dans la plupart des familles, où plusieurs membres sont porteurs de sclérotiques bleues, certains présentent de la fragilité osseuse, d'autres n'en présentent pas ; certains sont sourds, d'autres ne se sont pas. Il est impossible, à l'heure actuelle, de fournir pour ces anomalies une explication rationnelle. On peut supposer que tous ces caractères pathologiques existent, mais avec des différences d'identité, différences telles que certains caractères sont simplement « en puissance », et ne se manifestent jamais. Cependant, on n'a jamais cité chez un descendant l'apparition d'un symptôme que le géniteur n'ait déjà présenté.

A noter que le sexe féminin serait touché plus volontiers que le sexe masculin. Très caractéristique à cet égard est la famille, citée par Duggan et Navarat, où les femmes sont atteintes, à l'exclusion des hommes.

De telles considérations sont importantes à retenir au point de vue *mariage*, puisque, comme dit, les sujets sains d'une famille atteinte ne transmettent rien, et que toute leur descendance reste indemne, alors que les sujets malades peuvent transmettre leur disposition congénitale à la moitié de leur descendance.

G. Fischer.

II

Défervescence brusque au cours de la fièvre typhoïde

Il est au cours de la fièvre typhoïde une cause possible de défervescence brusque, plus rare sans doute que les autres, puisque à ma connaissance, elle n'a été signalée par aucun auteur. C'est la présence, chez le malade, d'un *ascaride* dans les voies supérieures. Je ne l'ai observée que deux fois, au cours d'une carrière médicale déjà longue.

La première fois chez une jeune fille de 15 ans au cours du 3e septenaire. Tout se borne, ou presque, à l'abaissement de la température à 36°, observée à l'occasion de la prise bi-quotidienne. La famille « très avertie » cherchait à m'imposer le diagnostic de perforation, bien qu'il me fût impossible de l'accepter.

Une demi-heure plus tard, l'émission par la bouche d'un bel ascaride ramenait la température à 38°8 et mettait tout le monde d'accord.

Deuxième observation : l'évolution fut courte, mais dramatique. Un garçonnet de 12 ans, au 4e septenaire d'une fièvre typhoïde, par ailleurs bénigne.

Appelé en toute hâte, je trouve l'enfant cyanosé, presque sans pouls, s'asseyant brusquement dans son lit, les yeux hors de la tête, tenant son ventre à deux mains et faisant de violents efforts de vomissement, entrecoupés de cris. La température était au-dessous de 36°. Situation, on en conviendra, énigmatique et inquiétante. Invinciblement, j'en revenais à ma première observation, soupçonant, précisément à cause de l'exagération normale et de l'incohérence des symptômes, l'intervention possible d'une ascaride.

J'avais raison ; l'helminthe présente de lui-même entre les lèvres du malade une de ses extrémités, tiré à l'aide d'un mouchoir, et tout rentre dans l'ordre.

Dr Em. Leroy

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Le traitement chirurgical de l'infection puerpérale

MM. A. Patoir, P. Decoulx et G. Patoir étudient les indications de l'hystérectomie mais ils reconnaissent qu'il est impossible de poser des conclusions formelles.

Il est absolument nécessaire, disent-ils, de démembrer la notion « d'infection puerpérale ». Elle n'a aucune unité, ni étiologique, ni bactériologique, ni anatomique, ni clinique. On doit en accepter une division anatomo-clinique en sachant tout ce qu'elle a d'arbitraire. Mais ce qu'il faut savoir, c'est que pendant quelques jours il existe un foyer localisé. Même lorsqu'il essaime, il reste l'élément primordial de l'infection. C'est sur lui qu'il faut agir.

La thérapeutique médicale est une arme peu spécifique, incertaine. Telle quelle, elle fournit souvent à l'organisme l'adjuvant nécessaire à sa défense. Il faut donc loyalement l'essayer, mais ne pas s'y attarder. L'intervention ne doit pas être un pis-aller, l'ultime ressource du traitement. C'est pourtant dans cet esprit qu'on envisage généralement le traitement chirurgical.

Celui-ci fournit des résultats discutables ; ce qui paraît surprenant, c'est que dans ces conditions il ait été quelquefois efficace.

Si, après deux ou trois jours d'essai, le traitement médical ne fournit aucune amélioration de l'état général, aucune rétrocession des symptômes, il faut songer à l'intervention. Cette intervention, devant l'imprécision habituelle du diagnostic, consiste dans une laparotomie exploratrice. Le ventre une fois ouvert, on reconnaîtra les lésions réelles et on agira en conséquence. Mais presque toujours on sera surpris de l'étendue des dégâts. Effectuée après une préparation médicale sérieuse, rapidement, avec une discipline stricte, l'intervention chirurgicale, quelle qu'en soit la modalité, est la meilleure arme qu'on possède contre l' « infection puerpérale ». (*Rev. Franç. de Gyn. et d'Obst.*, décembre 1936.)

Traitement de la colibacillose par le « procédé de la triple vaccination »

De la triple localisation, intestinale, urinaire et génitale du colibacille est née l'indication du traitement de la colibacillose par la méthode que décrit le Docteur Marcel Gallois sous le nom de « procédé de la triple vaccination ».

Avant de l'appliquer, l'auteur insiste sur la nécessité de poser un diagnostic exact, ce que seuls permettent l'examen bactériologique et la culture des différentes sécrétions de l'organisme. Il faut rechercher le colibacille, agent causal de la maladie : 1° dans les selles ; 2° dans les urines (prélevées aseptiquement avec une sonde) ; 3° dans la sécrétion utéro-vaginale chez la femme (recueillie avec un écouvillon stérile, alors qu'on aura recommandé de ne prendre aucune injection deux jours auparavant).

Avec ces divers éléments, le laboratoire effectue un premier examen par recherche directe, puis procède immédiatement *à la mise en culture* qui permet de conserver les souches microbiennes propres à chaque malade. Elles sont utilisées pour la préparation d'un *auto-vaccin*, que l'on administre par trois voies, à savoir : 1° Absorption buccale de cet auto-vaccin préparé en solution physiologique isotonique. Elle réalise la vaccination intestinale, se fait le matin à jeun et doit être régulièrement suivie pendant environ trois mois ; 2° pansements vaginaux et utérins (compresse de gaze imbibée de vaccin) directement appliqués à l'aide du spéculum et sous le contrôle d'un frontal électrique); 3° instillations vésicales et urétrales de l'auto-vaccin en *solution diluée* en proportions définies quand on a constaté, pendant les premiers jours du traitement, la tolérance des malades.

Les traitements locaux sont faits en général tous les deux ou trois jours, dix-huit fois environ.

Le Docteur Gallois juge inutile l'emploi en piqûres de l'auto-vaccin anticolibacillaire ;pris par la bouche, il ne donne en aucun cas de réaction pénible, ni surtout d'élévation de température. Comme moyens adjuvants il est conseillé : 1° le repos dans la plus grande mesure possible, repos compatible toutefois avec le travail journalier ; 2° un régime alimentaire, qu'il convient de préciser par écrit, mets par mets ; 3° l'absorption de solutions lactiques après prise, au préalable, d'un liquide sucré. Depuis 15 ans qu'il est appliqué, ce procédé a donné de très bons résultats, manifestement supérieurs à ceux des autres traitements. Au surplus il n'exclut en aucune façon l'emploi des médications anti-colibacillaires connues. Il en est de même de l'usage des antiseptiques urinaires par voie buccale, à la condition toutefois qu'ils soient administrés loin de l'heure matinale, où est pris l'auto-vaccin buvable. (*Rev. Prat. Mal. Org. Génito-Urinaires*, sept. 1936.)

L'exploration radiologique des voies urinaires chez le nourrisson et le petit enfant

MM. Bouchard, Lestocquoy et Papaïoannou démontrent que l'examen systématique des voies urinaires est nécessaire dans la pyurie du nourrisson et du petit enfant :

a) Lorsque la période fébrile initiale se prolonge anormalement ;

b) Lorsque la pyurie passe à la chronicité en provoquant l'altération de l'état général. Ici, deux éventualités : Une pyurie avec gros écoulement de pus peut être en rapport avec des lésions rénales étendues. Une pyurie avec écoulement purulent très discret est souvent en rapport avec un rétrécissement serré et une importante rétention. La discrétion de la suppuration ne doit pas faire douter de la gravité des lésions, elle impose au contraire un examen plus minutieux.

L'examen radiographique des voies urinaires comporte l'utilisation de deux techniques :

1° Urétéro-pyélographie, c'est-à-dire cathétérisme urétéral suivi d'injection de liquide opaque dans les voies excrétrices.

2° Urographie, c'est-à-dire radiographie après njection intraveineuse de di-iodométhane sulfoinate de sodium.

Le cathétérisme offre plus de sécurité et donne des renseignements plus complets ; il peut même être utilisé comme méthode thérapeutique Il doit être employé dans tous les cas ; l'urographie est une intéressante méthode complémentaire d'investigation.

(*Annales médi. chir.*, 15 décembre 1936).

La pyrétothérapie des arthrites aiguës ou subaiguës par les agents chimiques ou bactériens

La pyrétothérapie par procédés chimiques ou bactériens donne des résultats extrêmement satisfaisants dans certaines arthrites. La technique en est très simple : MM. Charles Richet et Henry Netter utilisent surtout le vaccin antichancrelleux, car il semble déterminer une élévation thermique facile et graduée, ne s'accompagnant que d'un minimum de réactions parasites ; mais nombreuses sont les substances que l'on pourrait utiliser.

Les arthrites qu'il est bon de traiter par cette méthode sont toutes les arthrites aiguës ou subaiguës, sauf les rhumatismes tuberculeux subaigus où l'on n'a eu que des résultats décevants. La pyrétothérapie n'a pas été essayée dans la maladie de Bouillaud. Les résultats favorables dans les arthrites chroniques, c'est-à-dire datant de plus de huit mois, sont assez rares pour que l'on ne soit incité à poursuivre cette thérapeutique malgré certains succès. Les contre-indications sont : l'âge, la cachexie, la tuberculose, la coexistence de phlébite et peut-être d'albuminurie. Dès qu'il y a des lésions visibles à la radio, le succès est beaucoup plus aléatoire.

Les résultats suivants ont été obtenus : sur dix-huit cas d'arthrite gonococcique, treize succès complets, trois demi-succès et deux échecs. Sur quatre cas d'arthralgies post-angineuses : quatre succès. Sur deux cas d'arthrite goutteuse : deux succès. Sur sept cas d'arthrite cryptogénétique aiguë : six succès et un échec. Sur six cas d'arthrite cryptogénétique subaiguë (de deux à 8 mois) : deux succès absolus, deux améliorations notables, deux améliorations légères.

Les malades ont guéri sans rechute, sans complications ni séquelles. La guérison exigeait une, deux ou trois injections hyperthermisantes, parfois davantage. En général, mais non toujours, l'amélioration est d'autant plus rapide que l'élévation thermique est plus intense et plus durable. Mais les auteurs n'ont jamais essayé de provoquer des températures supérieures à 40°3 ou 41. Parfois une injection hyperthermisante est sans effet thérapeutique alors que la précédente ou la suivante sont efficaces.

C'est le plus souvent au cours ou au début de l'accès fébrile que l'amélioration se manifeste; il y a diminution de la douleur et mobilisation plus facile de l'article. Cette amélioration persiste et semble être en général acquise quand la température redevient normale. (*Revue du Rhumatisme*, janvier 1937.)

Etude comparative des séro-réactions de Bordet-Wassermann et de Kahn

Au cours des intéressantes recherches effectuées par MM. R. Bernard et F. Van den Branden, la réaction de Kahn, qui se montre, en règle générale, plus sensible que le B. W., s'est cependant montrée négative dans des cas de syphilis avérée, alors que le B. W. était positif. Il est donc nécessaire de pratiquer à la fois, sur un même sérum, une réaction de déviation du complément et une réaction de floculation.

La persistance de la réaction de Kahn, malgré l'évolution favorable de la maladie, chez des syphilitiques bien traités , à B. W. négatif, peut s'expliquer par le fait que le sérum conserverait la propriété de floculer malgré la guérison clinique.

La conclusion globale qui s'impose, est qu'il est du plus haut intérêt de pratiquer toujours différentes réactions de contrôle, au moins une réaction de déviation du complément et une réaction de floculation. (*Bruxelles-Médical*, 7 février 1937.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Académie de médecine

Une mission sanitaire en Espagne

(M. Lasnet ; 2-3-1937)

Sur la demande du Gouvernement de la République espagnole, le Conseil de la Société des Nations a envoyé une mission sanitaire, composée de MM. Lasnet, Wroczinski et Laigret, dans les territoires soumis au Gouvernement de Valence. La mission s'est rendue à Valence, Madrid et en Catalogne, dont elle a visité les organisations sanitaires du 1er au 15 janvier 1937.

L'état sanitaire du pays est satisfaisant malgré les mouvements de population et les difficultés de ravitaillement. La variole est rare, il n'y a pas eu de cas de typhus exanthématique. Seules, les infections typhoïdiques — assez fréquentes d'ailleurs en Espagne — ont causé un nombre de décès double des chiffres correspondants de 1934 et 1935.

L'équipement hospitalier est bon. Les médicaments, les sérums et vaccins ne manquent pas.

Les médecins, pour toute l'Espagne, sont au nombre d'environ 20.000. Le territoire soumis au Gouvernement républicain en a conservé à peu près la moitié. La difficulté a porté sur le corps de santé militaire, passé, avec la majorité de l'armée, du côté nationaliste : 40 médecins de carrière seulement sur un effectif de 700 sont restés avec le Gouvernement de Valence, qui a dû faire appel à d'anciens médecins militaires et mobiliser des médecins civils.

On pouvait craindre que le mouvement des populations qui fuient la ligne de combat n'ait une influence sur l'état sanitaire du pays. Les populations se sont repliées vers l'Est, en Catalogne, et surtout à Madrid, dont l'effectif d'habitants passa de 1.200.000 à 1.600.000. Un service d'émigration fut organisé, avec formations de transit, comités locaux de réception. Le total des évacués dépassait un million au milieu de janvier, représentant une proportion de 14 p. 100 environ du reste de la population qui les a absorbés (proportion qui paraît atteindre le maximum en beaucoup d'endroits). Au moment de l'avance des troupes nationalistes vers Madrid, cette ville, loin de servir de refuge, dut alors commencer à évacuer son excédent de population et même une partie de sa propre population, d'où la nécessité d'utiliser des bâtiments collectifs (monastères, casernes, etc.).

Au point de vue alimentaire, la viande et le lait sont rares. A l'Est, aux mains des gouvernementaux, sont des régions productrices de blé, de fruits. A l'Ouest, au pouvoir des nationalistes, sont des régions à pâturages, donnant la viande et le lait.

Madrid, en janvier 1937, avait conservé son chiffre à peu près normal de population, de 1.200.000. La ville reste animée, les magasins sont ouverts une partie de la journée, le métro fonctionne à plein, les trams sillonnent la ville jusqu'à une heure avancée de la nuit. Le ravitaillement (peu de viande, peu de lait), reste en somme suffisant. Les services d'hygiène (balayage, surveillance des épidémies) fonctionnent régulièrement.

En résumé, malgré l'état de trouble du pays et la pénurie de certaines denrées alimentaires, l'état sanitaire s'est maintenu satisfaisant et il n'y a pas eu d'épidémie.

Ces constatations se rapportent à la première quinzaine de janvier.

La bouffissure d'Annam

(M. Léon Normet ; 23-2-1937)

La bouffissure d'Annam, maladie de la population pauvre de ce pays, a pour symptômes l'amaigrissement et la fonte musculaire, l'abaissement de la tension artérielle, l'anémie intense et l'apparition d'œdèmes aboutissant à l'aspect caractéristique qui a valu son nom à la maladie. L'affection sévit dans les régions de l'Annam, d'une part éloignées du bord de la mer, d'autre part à élevage peu développé, où la population ne trouve ni viande, ni poisson, pour composer sa ration alimentaire. A un premier degré, on note seulement de l'anémie, un faible développement musculaire, et un taux d'urée sanguine et urinaire plus faible que la normale. Ces derniers malades ont été dénommés « prébouffis » par M. Léon Normet.

La bouffissure d'Annam est une maladie de carence. Après les grands cataclysmes, qui détruisent les récoltes, elle peut prendre une allure épidémique et causer de très nombreux décès. Etant donné l'origine de cette affection, il semblerait que l'institution d'un régime carné doive en constituer la thérapeutique efficace. Il n'en est rien. L'administration de la viande chez ces sujets provoque des troubles digestifs et de la diarrhée profuse. Le traitement de la bouffissure consiste en injections sous-cutanées de glycocolle à la dose de 0 gr. 20 *pro die* ; il donne des résultats remarquables. Les vitamines extraites du son de riz ont également une action très heureuse.

P. L.

Société médicale des hôpitaux de Paris

Diagnostic du siège et de l'étendue des cavernes pulmonaires par la tomographie

(MM. Etienne Bernard et Mc Dougal ; 8-1-1936)

Il apparaît aujourd'hui qu'un pas de plus a été franchi dans ce diagnostic, grâce à la radiographie limitée à un plan, soit la tomographie (tomos = section).

L'inconvénient pour une radiographie du thorax est d'offrir la superposition de toutes les images qui se trouvent situées dans le cône d'irradiation au moment du temps de pose. Cette superposition peut rendre la lecture du film difficile et même l'entacher d'erreur. De plus, à cette sommation d'ombres pulmonaires normales ou pathologiques, s'ajoutent les ombres des côtes qui recouvrent près des deux tiers du film. L'entrecroisement de ces côtes s'ajoute aux ombres pulmonaires, se superpose à elles sur un même plan et augmente ainsi les causes d'erreurs pour l'interprétation du cliché. Ces difficultés devaient amener les auteurs à rechercher des moyens pour n'avoir plus une synthèse des ombres, mais leur dissociation qui en permette une bonne analyse. Déjà l'examen stéréoscopique a été un progrès dans ce sens.

La tomographie repose sur le principe suivant : le tube de Rœntgen au lieu d'être immobile comme pour un film habituel, est animé d'un mouvement rectiligne coordonné avec une translation synchrone, en sens inverse, de la cassette porte-film. Cette disposition a pour effet que tous les éléments situés au plan focal se projettent constamment sur des mêmes points du film et, de ce fait, leur image est impressionnée. Au contraire, les éléments situés au-dessus ou au-dessous du plan focal sont, à chaque moment, projetés sur des points différents du film et, de ce fait, ils ne sont jamais exposés assez longtemps pour produire une image. Après avoir mesuré la profondeur de la poitrine, on met au plan focal la coupe du thorax que l'on désire obtenir. On peut avoir un grand nombre de tomogrammes en faisant varier la hauteur du tube, sans déplacer le malade. On prend ainsi des clichés en série.

Ce procédé permet d'obtenir notamment les avantages suivants : Certaines cavernes sont une surprise de la tomographie, soit que les radiographies habituelles aient montré des ombres homogènes non excavées, soit qu'elles aient révélé seulement un épaississement de la trame. Une des tomographies permet de révéler une caverne alors que, sur la radiographie ordinaire, cette caverne est masquée par la sclérose pulmonaire ou pleuro-pulmonaire qui est dense sur une de ses faces ou sur ses deux faces. Lors d'une thoracoplastie pour traiter une caverne apicale, la tomographie précisera au centimètre le siège et l'étendue de la perte de substance et conduira ainsi à une plastie partielle bien localisée. Elle permettra parfois de révéler comme une surprise une caverne controlatérale qui fera remettre l'intervention et proposer parfois une collapsothérapie de ce côté.

Puisqu'une lésion aussi caractérisée qu'une caverne pulmonaire peut être une trouvaille tomographique, on comprend que cette méthode soit susceptible d'éclairer certains problèmes de phtisiologie.

Société de médecine de Paris

Séance du 11 décembre 1935

Du développement social du thermo-climatisme international

M. Molinery parle des assises du Congrès International de Belgrade qui se sont terminées auprès de la station thermale de Vrntacdka-Benja où fut exposée l'organisation sociale du thermalisme de cette station. Il développe dans sa Communication ce qu'il a appris à ce sujet auprès des Yougo-slaves, des Hongrois, des Italiens et fait un « tour d'horizon » en Tchéco-Slovaquie, en U. R. S. S., en Angleterre et aux Etats Unis. L'A. termine en montrant ce qui a été réalisé en France. Le thermo-climatisme social est un fait que les médecins ne doivent pas ignorer mais auquel ils doivent apporter leur très attentive collaboration. Des projections ont terminé la Communication de l'auteur.

Traitement des fractures de l'humérus par l'appareil de Séjournet

M. Séjournet présente un film cinématographique exposant son appareil pour toutes fractures de l'humérus, avec la technique d'application et les résultats obtenus. Après avoir appareillé un sujet porteur d'une fracture diaphysaire récente, S. lui fait exécuter, sur le champ, des mouvements actifs et passifs. Au 2ème jour, les exercices de gymnastique sont d'une précision remarquable et réellement impressionnants. Au bout du 2ème mois, le blessé a recouvré une activité fonctionnelle intégrale : nous le voyons reprendre les travaux de son métier. Sur l'écran sont ensuite projetés les remarquables résultats obtenus chez une malade de 91 ans, six mois après une fracture épiphysaire supérieure. L'appareil de Séjournet a le mérite et l'originalité d'immobiliser la fracture sous extension et contre extension continue tout en laissant libres les articulations du coude et de l'épaule. Dans tous les détails, ce film est très démonstratif.

G. F.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 5 février 1937

L'infiltration analgésique des ganglions sympathiques, en particulier du ganglion étoilé et du deuxième ganglion lombaire (étude de 98 cas)

M. Raphaël MASSART expose les résultats de sa pratique, les bons rétsultats obtenus, les échecs et les modifications survenues chez les malades qu'il a pu traiter. L'infiltration stellaire a été faite pour les affections suivantes : torticolis spasmodiques, maladies de Raynaud, épaules ballantes douloureuses, troubles trophiques post- traumatiques de la main et du poignet, maladies de Little atteignant les membres supérieurs. L'infiltration lombaire a été faite pour : des coxarthries rhumatismales, des luxations congénitales devenues douloureuses, des arthrites de la hanche opérées et conservant de la contracture, des retards de consolidation, des troubles postphlébitiques et des arthrites sacrées.

Deux septicémies à staphylocoque guéries depuis 4 et 5 ans. Le processus de la guérison naturelle et son utilisation thérapeutique

M. RAIGA présente deux observations de septicémie à staphylocoque dont le diagnostic est confirmé par des hémocultures positives. Dans l'une, l'infection ne s'accompagne d'aucune localisation suppurée ; dans l'autre, elle est compliquée d'une pleurésie purulente. La guérison a été obtenue dans les deux cas par une simple cure d'autohémothérapie. L'auteur fait suivre sa communication d'une étude du processus naturel de la guérison des infections bactériennes, processus que d'Hérelle a montré être dû au phénomède de la bactériophagie spontanée. Il expose, en fournissant à l'appui de sa thèse les protocoles des analyses biologiques (recherche des antiphages du sérum sanguin, hémocultures, essais de lyse) et les courbes de température de ces deux infections, les raisons pour lesquelles il est convaincu que ces guérisons sont dues à la production de ce phénomène naturel qui a pu se manifester spontanément dès que les obstacles humoraux qui s'y opposaient furent abattus par l'autohémothérapie. La guérison totale sans la moindre récidive staphylococcique se maintient depuis 4 et 5 ans.

Un cas de pierre utérine

M. H. BLANC communique cette observation rare et présente la pièce opératoire. Une femme de 53 ans qui, depuis trois ans, n'avait plus de règles, présente subitement une crise douloureuse du bas-ventre, puis, six mois après, une autre crise plus intense avec rétention d'urine. L'auteur l'examine quinze jours après et porte le diagnostic de fibrome utérin. L'opération montre qu'il s'agit d'un fibrome entièrement cacifié, véritable pierre utérine.

SOCIÉTÉ D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE DE PARIS

Séance du 26 février 1937

Phréno-cardiospasme et cardiotomie

MM. GIRARD et RANJARD n'envisagent que les cas où le cardia, paraissant rétréci ou contracturé, se laisse néanmoins franchir aisément par les grosses bougies alors qu'il ne laisse pas passer les aliments solides ni même parfois les liquides en quantité suffisante pour permettre au malade de subsister. Dans deux cas, où la dénutrition devenait menaçante malgré les dilatations bougiraires, la cardiotomie de Heller fut pratiquée par le Docteur Thellier et fut suivie d'une guérison immédiate qui se maintient depuis deux ans.

Le chirurgien ne constata aucune altération des tuniques œsophagiennes. Ce fait est à rapprocher de l'aisance avec laquelle les bougies pénétraient dans l'estomac et porte à penser que le soi-disant spasme du cardia est une sorte d'impotence à s'ouvrir devant les aliments dont il conviendrait de rechercher la cause dans des troubles de l'innervation. La section opératoire de la tunique musculaire aurait pour effet de rompre l'anneau sphinctérien dont le simple tonus provoquerait la rétention alimentaire.

Traumatisme et otospongiose

M. WEILL. — Peut-on légitimement attribuer à un traumatisme un syndrome d'oto-spongiose progressive se développant dans les années qui suivent l'accident ? L'auteur penche pour l'affirmative ; la dystrophie osseuse peut avoir pour origine soit un trouble vaso-moteur, soit une fissure pétreuse non décelable par la radiographie.

Un diagnostic délicat : tuméfaction rénitente rétro-mastoïdienne chez un enfant de 2 ans 1/2 pouvant faire penser à une mastoïdite extériorisée. Maladie de Schuller Christian

M. PAGÈS étudie le cas d'un enfant de deux ans 1/2 qui présentait au-dessus de la mastoïde, une tuméfaction mollasse, légèrement rénitente, sans fluctuation nette, froide et indolore. On observait également, en d'autres points de la surface du crâne, de petits nodules de consistance identique, mais de volumes différents, répartis irrégulièrement.

La radio du squelette entier permit de constater des lésions d'ostéoporose lacunaire du crâne, au nombre de sept à huit, dont la plus grande au-dessus de la mastoïde ; une lésion d'ostéite raréfiante au niveau du maxillaire inférieur droit, une lésion d'ostéoporose au niveau de l'aile iliaque ; enfin, des lésions du fémur gauche, lésions que la radio permet de ranger dans le groupe des ostéomyélites, mais que l'auteur relie au syndrome de Schuller Christian, lequel est constitué par une ostéoporose lacunaire des os du crâne, une exophtalmie uni- ou bilatérale et un diabète insipide.

Les composés di-azoïques dans le traitement des abcès péri-amygdaliens

MM. Hubert et Leroux. — Les suppurations péri-amygdaliennes étant presque toujours d'origine streptococcique, les auteurs ont appliqué systématiquement à vingt-deux malades porteurs de phlegmons péri-amygdaliens un traitement par simples lavages localement, et par prise *per os* de comprimés di-azoïques, n'intervenant qu'au bout de quelques jours si le traitement n'avait pas amené la guérison.

Dans seize cas, la guérison a été obtenue sans ouverture chirurgicale. Dans six cas, l'ouverture chirurgicale a été nécessaire.

Les auteurs ne concluent pas de leurs observations que le traitement chirurgical des phlegmons péri-amygdaliens ne doive être applqué que dans des cas exceptionnels ; le traitement chirurgical reste pour eux la règle et il doit être pratiqué chez tous les malades présentant une suppuration *collectée* péri-amygdalienne.

Mais ils pensent que, dans les angines à tendance phlegmoneuse, angines presque toujours causées par le streptocoque, les composés diazoïques ont une action certaine et ils peuvent, administrés dès le début de l'affection, faire souvent avorter la formation de l'abcès.

L'abcès collecté et ouvert chirurgicalement, les composés di-azoïques hâtent la guérison du malade.

Lille

Société médicale et anatomo-clinique

Séance du mardi 8 décembre 1936

Sur l'artériographie ; comparaison de radiographies faites sur le membre vivant et sur le membre amputé

MM. Langeron et Desplats. — Se basant sur leur pratique personnelle et avec radiographies à l'appui, les auteurs estiment que l'on a exagéré les avantages de l'artériographie. Ses dangers sont certains et, par contre, elle ne nous apprend rien que ne puissent nous montrer les autres méthodes : niveau d'une oblitération, forme anatomo-clinique d'une artérite. En ce qui concerne la circulation collatérale, si l'on reste dans les conditions — opacité et quantité — nécessaires à une bonne tolérance clinique, les images qu'on obtient peuvent être très infidèles ; par contre, si l'on veut faire rendre son maximum à la méthode, on s'expose à des accidents.

Jusqu'à plus ample informé, les auteurs ne reconnaissent à l'artériographie qu'une seule indication précise, celle de fixer le niveau d'une amputation nécessaire.

Les Livres

Les livres qui viennent de paraître...

Editions Eugène Figuière,
166, boulevard Montparnasse

Francourt. — **L'homme condamné.** Un vol. 190 p., 10 francs.

Girardot et Cº, éditeurs,
27, quai des Grands-Augustins, Paris

R.-M. Gattefossé. — **Aromathérapie. Les huiles essentielles, hormones végétales.** Préface de M. le Docteur Foveau de Courmelles. Un vol. de 188 pages. Prix : 20 francs.

L'auteur s'est efforcé de rénover l'antique thérapeutique par les plantes aromatiques en utilisant les données de la chimie moderne.

Les propriétés chimiques de leurs constituants expliquent, en partie, l'étonnant pouvoir des huiles essentielles, même à des doses très petites.

Les pouvoirs antitoxique, antivirus, cytophylactique, cicatrisant, antiseptique, dynamisant, des huiles essentielles peuvent se rattacher également à la formation même des corps odorants dans les plantes où ils tiennent la place des hormones.

L'auteur établit que les produits aromatiques ont, dans les végétaux, un rôle prépondérant pour la formation des tissus, des organes de reproduction et pour la défense contre les agents extérieurs.

J.-B. Baillière et Fils,
19, rue Hautefeuille, Paris (VIe)

Dr Maurice Dérot et Mme Renée Dérot-Picquet. — **Les hépatonéphrites.** Préface du Docteur Pasteur Vallery-Radot. Un vol. grand in-8 de 100 pages, 1937. 25 francs.

Le plan de cet ouvrage est le suivant : le premier chapitre définit et limite le sujet ; le deuxième chapitre étudie analytiquement les éléments du syndrome clinique et du syndrome humoral. A propos du syndrome humoral, les auteurs abordent le problème de l'azotémie hépatique et font une synthèse des travaux concernant cette importante question. Le troisième chapitre décrit les formes cliniques aiguës et chroniques, dont les auteurs schématisent les principaux aspects. Les chapitres suivants sont consacrés au diagnostic et à l'étiologie, à l'anatomie pathologique, à la classification et au traitement.

Bref, les hépatonéphrites sont abordées ici sous leurs différents aspects.

Les Thèses

B. — Dr R. Darmaillacq. — **L'hyperpolypeptidémie post-opératoire.** Travail du service du Prof. Guyot et du Laboratoire du Professeur Delaunay. (Thèse 1936).

Voici quelques conclusions de l'auteur basées sur l'examen de 42 opérés, chez lesquels il a constaté 38 fois une élévation de la polypeptidémie et 42 fois une augmentation de l'urée :

L'hyperpolypeptidémie post-opératoire existe mais n'est pas isolée et s'accompagne ordinairement d'un trouble du métabolisme des hydrates de carbone. Elle paraît survenir environ vingt-quatre heures après l'opération et doit avoir son maximum vers le cinquième ou le sixième jour.

Elle ne paraît pas être en parallélisme absolu avec l'intensité des manifestations cliniques.

Peut-on trouver un élément de pronostic dans la recherche post-opératoire des polypeptides ? Le fait de les trouver augmentés après une opération ne prouve pas fatalement qu'ils soient responsables de l'intoxication. L'auteur pense qu'ils sont le reflet (assez faible) de la gravité de l'intoxication. Mais s'ils n'interviennent pas sûrement eux-mêmes, ils sont peut-être les témoins de cette intoxication dont ils mesurent indirectement le degré.

Leur valeur pronostique est réelle, et, à ce titre, leur dosage conserve un intérêt appréciable.

P. — Dr R. Tagnard. — **Albuminuries intermittentes juvéniles** (Thèse 1936).

Les albuminuries intermittentes juvéniles surviennent à la période de croissance et revêtent diverses formes : albuminurie orthostatique, albuminurie digestive, albuminurie de fatigue, albuminurie cyclique, albuminuries endocriniennes.

Elles peuvent accompagner une infection récidivante du rhino-pharynx, des troubles digestifs, etc.

Il y a un élément rénal que, parfois, seules les épreuves fonctionnelles montrent ; mais souvent, il est caché et cette débilité rénale apparaît sous l'influence des facteurs extra-rénaux cités.

Le diagnostic doit être posé correctement pour pouvoir appliquer un traitement qui évitera cette grave erreur de soumettre à un régime trop strict de tels malades. Le pronostic étant relativement bénin, le médecin ne devra pas affoler les parents sur l'avenir de leurs enfants atteints de cette albuminurie intermittente juvénile.

P. — Dr A. Strée. — **Les ostéo-arthropathies consécutives aux fractures articulaires.** Travail du service du Docteur Boppe. (Thèse 1936).

Toute fracture articulaire est suivie de phénomènes réactionnels d' « ostéo-arthropathie traumatique » qui sont presque toujours passagers et n'évoluent que rarement vers la chronicité.

Le développement d'une arthropathie ankylosante vraie est chose exceptionnelle après les fractures articulaires bien réduites et correctement immobilisées pendant un temps suffisant. Il nécessite de gros dégâts cartilagineux des deux surfaces articulaires.

Il semble qu'un traitement précoce et correct de la fracture : réduction aussi parfaite que possible, immobilisation prolongée, recours aussi discret que possible au matériel de prothèse, réduise au minimum la fréquence de cette complication.

L'O. A. post-fracturaire se manifeste par des signes radiologiques — et par des signes cliniques en général très frustes : quelques douleurs, une limitation du jeu articulaire, quelques craquements. Ces signes sont difficilement imputables aux seules lésions ostéo-articulaires ; les rétractions tendineuses, les contractures musculaires, les troubles réflexes péri-articulaires jouent souvent un rôle important dans leur genèse.

Ces lésions dégénératives paraissent assez indépendantes de l'âge du blessé, mais non de sa « constitution générale ».

L'O. A. post-fracturaire survient le plus souvent après un intervalle libre, dont l'existence pose des problèmes délicats à résoudre du point de vue médico-légal. Elle n'a pas de tendance nette à l'aggravation et son pronostic évolutif est relativement favorable.

P. — Dr L. Vassor. — **Traitement des fractures de la diaphyse fémorale chez l'adulte par un procédé nouveau de synthèse externe.** Travail du centre chirurgical de Saint-Germain-en-Laye (Thèse 1936).

Les fractures de la diaphyse fémorale nécessitent fréquemment une intervention sanglante. La contention reste alors le problème délicat. Parmi les différentes méthodes de synthèse, la synthèse externe semble devoir être préférée.

L'appareillage des Docteurs Lamare et Larget (de Saint-Germain) paraît particulièrement apte à diminuer les causes de déplacement par le blocage direct des actions musculaires.

La contrainte exercée sur l'os par l'appareillage est répartie sur une grande surface grâce à la « fixation bipolaire ». Ainsi l'os est-il mieux maintenu au prix d'une souffrance moindre, gage de consolidation plus rapide et plus complète.

Cet appareillage comporte en outre les avantages suivants : facilité d'application, facilité d'ablation, mobilisation précoce.

P. L.

THÉRAPEUTIQUE



Considérations sur la pathogénie et le traitement du prurit vulvaire

Par le Docteur J. COULON

Parmi les prurits localisés à un territoire cutané, circonscrit et peu étendu, celui qui se cantonne à la région ano-génitale de la femme est des plus fréquents. Tous les degrés existent dans ce prurit ; parfois la sensation incitant au grattage est légère et la malade peut y résister, parfois au contraire c'est un besoin impérieux qu'il faut satisfaire à tout prix ; il se manifeste souvent par crises de durée variable, certaines ayant un caractère vraiment dramatique. De toute façon, il constitue un trouble pénible qui par sa persistance peut retentir sur l'état général et poser un problème thérapeutique des plus ardus.

Les causes du prurit vulvaire sont multiples ; aussi un examen complet de la malade s'impose pour essayer de trouver la cause efficiente et agir sur elle. Des troubles des grandes fonctions de nutrition et d'élimination peuvent être incriminés, troubles de la glyco-régulation par exemple sous forme d'un diabète vrai ou d'une hyperglycémie moins manifeste mais non moins importante à noter, troubles de la fonction hépatique où un régime approprié, le retour à une hygiène normale soulageront une malade arthritique ou obèse. A côté des facteurs d'ordre général, on ne négligera pas les épines irritatives locales : une lésion du vagin ou de l'utérus, une métrite ou un fibrome dont l'écoulement quoique peu abondant finit par provoquer une irritation chronique. Dans d'autres cas le prurit vulvaire est rythmé par le cycle cataménial qui tantôt le crée de toutes pièces, tantôt amène son exacerbation sur un fond préexistant, mais atténué. Puberté, grossesse, ménopause, sont les périodes où on le rencontre le plus et dans la vieillesse certaines crises de prurit revenant avec une régularité désespérante sont le seul vestige subjectif du passé génital de la malade. De ces constatations est née l'hypothèse justifiée de perturbations endocriniennes comme génératrices de prurit vulvaire et les essais de traitement opothérapique qui en découlent. Montlaur a employé les extraits ovariens et l'extrait de corps jaune ; les travaux de Zondek ont prouvé que la folliculine pouvait être absorbée par voie percutanée et qu'administrée de la sorte elle donnait des résultats. Aussi, à côté des prescriptions générales visant la suppression des excitants et la sédation du système nerveux, on peut conseiller comme traitement local l'œstroglandol « Roche » qui est une pommade à laquelle est incorporée de la folliculine.

Facilement résorbé par la peau et les muqueuses l'onguent d'œstroglandol « Roche » réalise ce traitement local qui, à lui seul, a son importance, que la malade réclamerait d'ailleurs si on ne le lui prescrivait pas, car c'est de lui qu'elle attend un soulagement rapide et il présente l'avantage de traiter en même temps les troubles ovariens existant chez nombre de femmes atteintes de prurit vulvaire. Il s'emploie en onctions suivies d'un léger massage sur les régions prurigineuses, renouvelées deux à trois fois par jour ; la résorption du médicament produit par hyperémie une amélioration considérable et nous avons vu plusieurs cas ainsi traités où la démangeaison a disparu en quelques semaines. Dans une affection aussi pénible que le prurit vulvaire, dont le traitement s'avère si souvent décevant, où toutes les méthodes préconisées comptent des succès et des échecs, cette technique simple et commode est intéressante à connaître et constitue un moyen de réussite que dans bien des cas il faudra savoir choisir.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Bulletin de l'Actualité

ERASME DÉMAGOGUE

L'an dernier fut célébré le quatrième centenaire de la mort d'Erasme, qui alla finir ses jours à Bâle en 1536.

A cette occasion, le grand humaniste est revenu sous les sunlights de l'actualité, et beaucoup de gens se sont mis à parler de lui et de son « Eloge de la folie », qui connaissaient tout juste le nom de l'auteur et n'avaient jamais lu une ligne de l'œuvre.

Tel n'est pas le cas du Docteur Delmas-Marsalet, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux, qui, dans le *Journal de Médecine de Bordeaux* (1) écrit une vigoureuse étude médico-psychologique « Eloge d'Erasme sur la Folie ». A la lumière de l'humaniste moderne l'humaniste ancien apparaît sous un jour curieux. Et notre époque, si proche par son inquiétude et ses remous du XVIe siècle, de la Réforme, ne serait pas, au génie près, dépourvue d'Erasmes de toute doctrine et de tout acabit.

Fils illégitime de la fille d'un médecin de Zevenbergue et d'un prêtre, Erasme porte sa bâtardise comme un opprobre. « Fils de prêtre » lui jetteront plusieurs fois à la face ses ennemis. D'emblée, il a une revanche à prendre sur la vie, d'autant que la protection des princes et les bénéfices ecclésiastiques ne sauraient être accordés à un bâtard et que, d'autre part, un magnifique orgueil habite le cœur d'Erasme.

Pauvre, doué d'un esprit pénétrant et traînant ce boulet d'une situation fausse, il se fait moine probablement moins par vocation que pour trouver un asile commode à ses goûts studieux. De fait il trouve trop lourde la règle monastique, il se plaint de perdre son temps aux cérémonies du culte, il méprise la scolastique, se moque de ses frères en religion, fustige les théologiens, vitupère les mœurs de certains religieux. Le singulier moine !

Aussi s'évade-t-il du cloître à la première occasion, rejoint comme secrétaire l'évêque de Cambrai, vient à Paris où il a obtenu une bourse au collège de Montaigu, part pour l'Angleterre et séjourne en diverses villes, s'embarque enfin pour l'Italie, rêve longtemps caressé, y reçoit des honneurs qu'il apprécie, revient en Angleterre. Un peu partout, à force de savoir-faire et d'entregent, il se recrute des protecteurs pour parer à toute éventualité. En possession de la puissance et de la gloire, il répudie sans ambages l'humilité sacerdotale et se permet de décocher quelques flèches au pauvre prieur du couvent de Steyn, d'où il était parti.

Jamais Erasme n'oublia ce qu'il vaut : il considère que les secours matériels lui sont dus pour lui permettre de poursuivre son œuvre. L'argent qu'on lui donne est toujours trop mesuré, l'hospitalité dont on l'entoure est toujours insuffisante. Et il ne s'estime pas, en retour, tenu à de la reconnaissance. Les malheurs de ses bienfaiteurs ne l'émeuvent que par l'obstacle qu'ils peuvent apporter à son ascension. Esprit purement rationnel, incapable de vibrer à ce qui n'émane pas de l'intelligence de la poésie ou de l'art (n'est-ce pas la disgrâce de beaucoup d'intellectuels chez qui l'intelligence étouffe le cœur ?)

Si pourtant ! il vibre (si c'est là vibrer !) à ce qui ébranle sa chère santé. Il tâche d'émouvoir la pitié pour obtenir des secours pécuniaires ou esquiver les dures prescriptions de la règle monastique. Si grande est son horreur de la maladie qu'il invente des précautions d'hygiène, que ne désavoueraient pas les modernes. En dépit de

(1) 16 et 23 janvier, 6 et 13 février 1937.

quoi, il contractera la gravelle, et vraisemblablement la syphilis : on ne peut penser à tout !

A l'instar de beaucoup d'hypocondriaques, Erasme tantôt croit aux bienfaits de la médecine, tantôt se moque d'elle et des médecins. Il raille la superstition, mais se fie aux remèdes mystérieux. C'est un esprit fort, mais il gobe facilement une bourde ; on voit que rien n'est changé depuis le XVIe siècle.

Son érudition dépasse largement le cadre littéraire, et il témoigne d'aperçus scientifiques qui sont presque de la divination, puisqu'il a pressenti la théorie de la gravitation et les lois de la tension superficielle des liquides.

S'il est vrai que le visage soit le miroir de l'âme, que racontent de lui les portraits dessinés par Holbein et A. Dürer ? Ils disent la volonté tenace, l'amertume, le sarcasme imprimé dans le rictus, la curiosité et une certaine dissimulation. Ils disent une ressemblance frappante avec le Voltaire de Houdon, celui qui révoltait Musset.

***

Tel quel Erasme prend une place de premier plan parmi les hommes de son siècle et joue, à l'égard de la Réforme, le rôle qu'ont joué les Encyclopédistes à l'égard de la Révolution. En 1516, il fait paraître le fameux pamphlet contre le pape où l'on voit Saint-Pierre refuser à Jules II l'entrée du paradis. Tour à tour il approuve Luther et la reine : le moment venu de prendre décidément parti il allègue l'état de sa santé pour ne pas paraître aux diètes d'Augsbourg. Enfin comme la tourmente luthérienne commence à secouer le monde, il dénonce la faiblesse de la nouvelle doctrine : et c'est la critique lumineuse du libre-arbitre.

En tout il a, pour exprimer sa pensée, des procédés de stratège. Il progresse par insinuations et subtilement nuance d'ironie les attaques de ses « colloques » contre les saints, la richesse des ornements religieux, l'infaillibilité du Pape. Rien ne résiste à sa dialectique élégante, et c'est en souriant qu'il amoncelle les ruines.

On sait qu'il a encouru de beaucoup d'auteurs le reproche d'épicurisme. Ce ne fut pas le débauché bassement asservi à ses instincts, mais le jouisseur aimant le confortable, la bonne chère, l'argent et préférant aux chaînes du mariage les agréments de liaisons passagères. Il se pourrait qu'en amour il n'eût pas été d'une orthodoxie parfaite : certaines lettres le font soupçonner d'un certain penchant socratique.

S'il est une chose qu'il n'a pas cessé d'exécrer et de vouer à la haine des hommes c'est la guerre; il a honni les guerriers et même Jules II, le pape belliqueux. Il a dénoncé la guerre civile comme l'ennemi de toute culture. Et sans doute n'a-t-il pas réfléchi que certaines guerres de plumes sont aussi inexplicables et sèment autant de désordre que les autres.

Reprenant, en conclusion, l' « Eloge de la Folie », le Docteur Delmas-Marsalet note que ce n'est pas réellement de la Folie qu'Erasme fit l'éloge, mais de l'optimisme et, par dessus tout, de l'illusion. « L'erreur est énorme de vouloir faire résider le bonheur dans les réalités : il dépend de l'opinion que l'on a d'elles ».

Quatre siècles ont passé, ajoute-t-il. Aujourd'hui un bonheur immense est promis à l'homme : il sait ce qu'il veut, mais ne croit plus l'avoir. La raison bavardante chasse l'illusion du monde moderne. Et les rhéteurs qui nous ont, du miel de leurs paroles, attirés dans le guêpier où nous voici, redisent avec Erasme :

Si j'avais pu prévoir qu'un tel âge viendrait, je me serais abstenu d'écrire sur certains sujets, ou je l'aurais fait tout différemment.

G. Lavalée.

ASSURANCES SOCIALES

Procédés de réclame et de publicité

L'avocat-conseil d'un Syndicat médical nous consulte (dossier 1336) sur ce qu'il est possible de faire contre les agissements d'un praticien, qui, chaque semaine, fait paraître dans les journaux locaux, le placard suivant :

Cabinet dentaire du Docteur X...
Exécution de tous travaux de prothèse dentaire et maxillo-faciale. Nous consulter.
Clinique spéciale des Assurances sociales.
Le cabinet se charge de toutes les démarches administratives pour le remboursement des ristournes dues aux assujettis.

Inutile de dire que ce praticien ne fait pas partie du Syndicat, car les médecins syndiqués se sont interdit de faire toute réclame dans les journaux. Aussi l'avocat du syndicat nous consulte-t-il principalement sur le point de savoir s'il serait possible de poursuivre le praticien réclamiste, pour violation de la loi des Assurances sociales, notamment lorsqu'il écrit, dans sa publicité que « le cabinet se charge de toutes les démarches administratives, pour le remboursement des ristournes dues aux assujettis. »

Et le conseiller juridique de nos confrères ajoute :

Cette dernière phrase surtout a semblé au Syndicat Médical tomber sous le coup de la loi pénale. En effet l'art. 27, paragraphe 3 du décret-loi du 28 octobre 1935 prévoit une amende de 100 à 2.000 francs et un emprisonnement de six jours à deux mois, ou l'une de ces peines, pour quiconque «soit par menace ou abus d'autorité, soit *par offres*, promesses d'argent etc... aura attiré ou tenté d'attirer ou de retenir les assurés sociaux dans une clinique ou cabinet dentaire ».

Dans l'espèce offrir aux assurés sociaux de faire à leur place au cabinet dentaire toutes les démarches administratives, en un mot les assurer qu'on leur rendra un service extra professionnel, n'est-ce pas leur offrir comme une sorte de prime qui constitue l'offre visée par le décret-loi ?

Je le pensais pour ma part, et comme avocat du Syndicat je suis allé trouver le Procureur de la République de notre ville qui ne partage pas cet avis. A son sens l'offre consisterait par exemple dans des commissions promises à une personne ayant de l'influence sur les assujettis dans une certaine localité et pouvant servir de « rabatteur » au cabinet dentaire ?

M. K...
Docteur en droit,
Avocat au barreau.

J'ai répondu en ces termes :

Le cas qui m'est soumis est extrêmement délicat. Certes, à n'en pas douter, le praticien incriminé essaye de racoler des assurés sociaux et de les attirer dans son officine.

Mais devant quelle juridiction convient-il d'actionner ?

Si nous nous reportons aux termes précis de l'article 27 du décret-loi du 28 octobre 1935, modifiant la législation des Assurances sociales, il semble à première vue que ce que le législateur a voulu punir, c'est la ristourne d'argent destinée à attirer ou à retenir des assurés sociaux dans un cabinet ou clinique médicale.

Cette thèse a été consacrée par un arrêt de la Chambre criminelle de la Cour de cassation du 14 mars 1936 (*Gaz. Pal.*, 2 janvier 1936.)

Cependant, il serait peut-être intéressant de faire décider par les Tribunaux répressifs le point de savoir si le législateur n'a pas entendu réprimer toutes les tentatives diverses de racolage, ayant pour but de vicier le libre-choix ordonné par la loi.

Nous voyons en effet dans le troisième paragraphe de l'article 27 du décret-loi du 28 octobre 1935 que sont punis ceux qui auront attiré ou tenté d'attirer ou de retenir les assurés sociaux dans une clinique soit par offre, promesse d'argent, ristourne sur les honoraires médicaux...

On peut soutenir que le mot « offre », séparé par une virgule des mots « promesse d'argent, ristourne sur les honoraires médicaux », doit être entendu dans un sens général. Par ce terme « offre » ne faudrait-il comprendre non pas uniquement la promesse d'un don en argent, mais l'assurance que le cabinet médical dépassant son rôle de donneur de soins, se propose de faire toutes les émarches pour que, sans ennuis aucun, ni dérangements, l'assuré social puisse toucher les prestations en argent ou en nature auxquelles il a droit.

C'est d'ailleurs dans ce sens de prestation qu'il faut interpréter le mot « ristourne », qui est inscrit dans l'annonce que le praticien a fait insérer dans les journaux locaux ?

Non seulement il n'entre pas dans le rôle du médecin de s'entremettre auprès d'une Caisse, pour faire payer par cette dernière à ses ressortissants les prestations légales, mais encore peut-on craindre que cette immixtion puisse aboutir à des dons en argent, à des ristournes occultes qui se passeront entre praticien et assuré social, dans le but évident d'attirer ou de retenir le second dans le cabinet du premier, alors que

le prétexte apparent est de faciliter à l'ayant-droit les prestations définies par la loi.

La fraude sera très difficile à démontrer, parce que les compères ou bénéficiaires ne voudront pas témoigner en justice. On peut cependant demander au juge correctionnel d'interpréter ce mot « offre » dans un sens général et étendu afin de faire respecter entièrement la volonté du législateur.

On peut soutenir, avec apparence de raison, que, sous prétexte de toucher directement de la Caisse, en qualité de mandataire de l'assuré, les prestations auxquelles ce dernier a droit, en ne percevant par conséquent que le remboursement des honoraires, calculés selon le tarif de responsabilité des Caisses, diminué du ticket modérateur, imposé par la loi, le médecin ne vienne ensuite, dans un but de réclame et de publicité, verser à l'assuré plus que ce à quoi ce dernier a droit légalement.

Certes, la preuve sera difficile à rapporter ; mais on peut demander au Tribunal de décider que pareilles manœuvres de racolage des assurés sont irrégulières, le médecin devant se cantonner à ses fonctions de donneur de soins et ne pas se présenter, lui ou ses employés de clinique, comme un agent de recouvrement.

Si le Procureur n'était pas disposé à soutenir cette thèse, qu'au besoin nous pourrions suivre en appel et même en Cassation pour faire fixer le point de droit, nous pourrions nous adresser à la justice disciplinaire syndicale.

En nous reportant en effet à l'article 8, paragraphe 1, du décret-loi du 28 octobre 1935, nous voyons que les Syndicats professionnels doivent contrôler « la façon dont les services techniques sont assurés ».

Au paragraphe 5 du même article, nous lisons : « les difficultés auxquelles donne lieu l'exécution du contrôle technique tel qu'il est prévu par le paragraphe 1er ci-dessus, sont soumises... »

La réclame publiée dans les journaux locaux peut être considérée par le Syndicat local comme un abus, viciant le fonctionnement normal de l'octroi de soins médicaux. Non seulement ces méthodes réclamistes sont réprouvées par l'ensemble des médecins honnêtes, mais encore aboutissent-elles à la viciation du libre-choix.

Dans ces conditions, bien qu'il ne soit pas syndiqué, le praticien peut être cité devant le Conseil de famille du Syndicat local.

En effet, selon les termes du paragraphe 1 de l'article 10 du décret du 19 mars 1936 portant règlement d'administration publique, le praticien est présumé avoir adhéré aux clauses de la convention intervenue entre les Caisses et les Syndicats professionnels, du fait qu'il donne ses soins aux assurés sociaux ès-qualité et qu'il signe les feuilles de maladie.

S'il dédaigne de se défendre devant le Conseil de famille, il sera condamné par défaut. S'il ne fait pas opposition ou qu'il n'interjette pas appel devant le Conseil de famille national, je conseillerais au Conseil de famille de ne pas appliquer le maximum de la peine prévue pour permettre au Syndicat local d'interjeter appel a minima devant le conseil de famille national pour de là faire soumettre en dernier ressort ce litige à la Commission supérieure de contrôle prévue par l'article 8, paragraphe 5 du décret-loi du 28 octobre 1936.

Les décisions de cette commission supérieure ont force exécutoire. Nous pourrons ainsi faire décider si par le terme « offre » de l'article 27, il faut entendre ce dit mot dans une acception large et générale et le traduire par toute proposition faite aux assurés sociaux pour les attirer ou les retenir dans un Cabinet médical.

Nous plaçant enfin dans le cadre purement corporatif, nous pouvons dire que c'est avec raison que le Syndicat local entend faire supprimer pareilles réclames tendancieuses. Le Règlement de déontologie, publié par la Confédération des Syndicats médicaux et par la plupart des groupes corporatifs médicaux, règlement appliqué et respecté par les praticiens consciencieux et respectueux de leur devoir social, interdit la réclame, les affiches, les annonces. Les médecins ont à honneur de réprouver toutes ces pratiques à allure commerciale, utilisant des réclames plus ou moins fallacieuses, voire même charlatanesques.

Le Corps médical ne veut rien changer à sa ligne de conduite ancestrale, basée sur le dévouement, le désintéressement et la probité.

Certes, un praticien non-syndiqué peut prétendre que les règles de déontologie syndicale ne s'appliquent pas à lui, puisqu'il n'a pas fait acte d'adhésion au groupe corporatif. Il n'en reste pas moins acquis que le Syndicat a la garde de la moralité professionnelle et, qu'au nom de la protection de la santé publique, il entend interdire toute publicité tapageuse qui n'a d'autre but que le racolage des clients et la violation du libre choix du médecin par les malades.

Dr Paul BOUDIN.

LES INCAPABLES DE L'ARTICLE 909 DU CODE CIVIL

Un médecin ne peut pas hériter de son malade. Cette interdiction est-elle étendue aux illégaux de la médecine (charlatans, sorciers, rebouteurs, etc) ? Elle ne s'étend pas aux gardes-malades, infirmières.

Par

J. BENZACAR
Professeur honoraire
à la Faculté de droit de Bordeaux

E. GINESTOUS
Lauréat de l'Institut
Lauréat de l'Académie de médecine

L'article 909 (§ 1 et *in fine*) du Code civil est rédigé comme suit : « Les docteurs en médecine ou en chirurgie, les Officiers de santé et les pharmaciens qui auront traité une personne pendant la maladie dont elle meurt, ne pourront profiter des dispositions entre vifs ou testamentaires qu'elle aurait faites en leur faveur pendant le cours de cette maladie... Les mêmes règles seront observées à l'égard du ministre du culte... »

Cet article du Code civil a donné lieu à des interprétations nombreuses tant de la part des juridictions auxquelles des faits particuliers ont été soumis que des ouvrages spéciaux de médecine légale ou professionnelle. Sur ce sujet, des travaux importants ont déjà été publiés (1) Aussi nous nous proposons non pas de présenter sur cette question une étude générale, mais simplement de faire ressortir, en l'état actuel de l'exercice professionnel de la médecine, les conséquences, nous pourrions plus exactement dire les inconséquences , d'un texte dont l'élaboration remonte à 1804.

La liste des incapables de recevoir à titre gratuit incluse dans le texte de l'article 909 *du Code civil est-elle purement énumérative ou bien limitative* ? Sur ce point, doctrine et jurisprudence présentent entr'elles, et à l'intérieur de chacune d'elles, de très notables divergences.

D'une part, la Chambre des requêtes de la Cour de cassation, dans un arrêt du 12 mai 1931, a décidé que « les incapacités édictées par l'article 909 du Code civil ne peuvent être étendues à d'autres professions que celles qu'il énumère » (2). D'autre part, la jurisprudence de la Cour d'appel de Lyon assimile aux médecins diplômés tous ceux, qui se livrent à l'exercice illégal de la médecine (3).

(1) Voir à ce sujet Gaston THOMAS. — La médecine devant la loi, Defresne, éditeur, 1893. Sur l'incapacité des médecins de recevoir à titre gratuit, *Revue de Jurisprudence médicale*, 1er novembre 1892.

(2) G. P., 1931-2-273 ; D. H., 1931-348 et la note.

(3) Tribunal de Lyon, 20 juin 1893, D. 96-2-349 et, sur appel, Lyon, 17 juin 1896, D. 97-2-419.

Dans un arrêt du 5 mai 1931, la Cour de Bordeaux, adoptant des conclusions contraires au dispositif (1) d'un arrêt de la Cour de Lyon du 22 décembre 1909, dégage un principe fort remarquable : « L'art de soigner peut logiquement et juridiquement être assimilé à l'art de guérir, surtout lorsqu'il est pratiqué dans un but incontestablement intéressé » (2).

Où est la vérité juridique ?

Du point de vue purement exégétique, la thèse de la Cour de cassation est irréprochable : elle est conforme à la règle d'interprétation étroite qui gouverne les restrictions du droit de disposer ou de recevoir à titre gratuit (article 902 du Code civil).

Quel est le fondement de cette disposition ?

Il a été nettement défini par le Consul Treilhard dans l'exposé des motifs du Code civil : « Il ne suffit pas que la volonté (du donateur) soit certaine ; il faut encore qu'elle n'ait pas été contrainte ou extorquée par l'empire qu'aurait eu sur l'esprit du donateur celui au profit duquel est la disposition... La loi regarde encore comme ayant trop d'empire, sur l'esprit de celui qui dispose et qui est atteint de la maladie dont il meurt, les médecins, les chirurgiens, les officiers de santé ou les pharmaciens qui le traitent » (3).

Il importe d'observer que de cette directive capitale dérivent les additions introduites dans la rédaction première du futur article 909, rédaction singulièrement concise : « Le malade dans le cours de la maladie dont il décède, ne pourra disposer au profit de l'officier de santé qui le traite ou du ministre du culte qui l'assiste (4). Ainsi primitivement dans la catégorie des incapables de recevoir ne figuraient ni les médecins, ni les chirurgiens, ni les pharmaciens. Le législateur de 1804 a senti les inconvénients de

(1) D. P. 1912-2-358.

(2) G. P. 1931-2-252. *Journal des Arrêts de Bordeaux*, 1930-1932, p. 209 et la note.

(3) Séance du 24 Germinal an II ; Locré, t. II, pp. 784 et 785.

(4) LOCRÉ. — T. II, p. 665.

cette grave omission, mais on peut lui reprocher une trop grande timidité dans sa correction.

Incapacité des illégaux de la médecine (charlatans, sorciers, etc.). — En nous tenant au texte très limitatif de l'article 909, l'incapacité n'atteindrait ainsi que les « docteurs en médecine ou en chirurgie, les officiers de santé (1) et les pharmaciens ». Mais nous avons déjà indiqué que, contrairement à la doctrine restrictive de la Cour de cassation, la jurisprudence de la Cour de Lyon étendait l'article 909 du Code civil à tous ceux qui exercent illégalement la médecine. On doit considérer en effet que les incapables de recevoir sont présumés, à cause même de leur situation sociale vraie ou feinte, avoir paralysé le libre exercice d'une volonté déficiente, affaiblie par une maladie mortelle (2). On observe encore que « cette assimilation était nécessaire parce que ces personnes offrent moins de garanties d'honorabilité que les médecins diplômés et aussi parce que leur clientèle se recrute dans les classes les moins éclairées de la population » (3).

En fait, aussi contraire que cela soit à la raison, il faut bien admettre que les illégaux de la médecine, les magnétiseurs et les sorciers, autant qu'ils abusent de la crédulité publique par leur prétendue puissance issue d'un don surnaturel, jouissent sur les cerveaux malades et affaiblis d'une influence supérieure à tous autres. La confiance qu'ils inspirent est faite à la fois de leur fallacieux art de guérir et d'un pouvoir tout aussi imaginaire de sorcellerie. A ce point de vue, on ne saurait contredire qu'ils sont frappés de l'incapacité prévue sinon dans le texte du moins dans l'esprit de l'article 909.

Cependant, il importe de remarquer que cette extension du texte littéral à cette catégorie d'incapables — qui cependant ne sont ni docteurs en médecine, ni pharmaciens — semble reconnaître une valeur légale à des personnes passibles des sanctions pénales prévues à l'article 18 de la loi du 30 novembre 1892. L'influence délictueuse exercée par un guérisseur sur un moribond ne constitue-t-elle pas une présomption de captation ?

Les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes ne sont pas compris dans l'énumération des incapables de l'article 909. L'interprétation restrictive de cet article fait apparaître des anomalies décevantes. Les docteurs en médecine autorisés à exercer l'art dentaire par l'article 5 de la loi du 30 novembre 1892 sont incapables de recevoir ; les chirurgiens-dentistes échappent à cette incapacité. De même les sages-femmes docteurs en médecine sont incapables de recevoir ; dépourvues du diplôme de docteur, ces sages-femmes conservent la capacité de droit commun.

La liste des lacunes de l'article 909 n'est pas encore close.

L'arrêt de la Cour de Lyon du 22 décembre 1909 (1) a décidé que l'incapacité de l'article 909 ne s'étendait pas aux gardes-malades.

Il existe là, nous semble-t-il, dans cette interprétation limitative du texte, une anomalie. Qu'une garde-malade soit professionnelle ou accidentelle, il apparaît qu'elle a, ou du moins qu'elle peut avoir, un pouvoir de suggestion infiniment supérieur à celui d'un pharmacien, même d'un médecin ou d'un chirurgien. Par la nature des soins intimes et continus pendant le jour et la nuit, soustraite à tout contrôle, la garde-malade a le loisir d'obtenir d'un moribond les plus larges libéralités, voire un legs universel.

Il est vrai qu'au moment où fut rédigé le texte de l'article 909 la garde-malade, du moins celle dont nous concevons actuellement le rôle, n'existait pas encore. Elle est d'origine récente. Nos écoles d'infirmières n'ont été créées qu'au début de notre siècle. La qualité d'infirmière ne s'acquiert que par des examens ayant la valeur et les garanties de diplômes d'Etat. Les infirmières gardes-malades ont aujourd'hui une existence légale. C'est une situation de droit et de fait qu'on ne saurait méconnaître.

Dès lors, pourrait-on plus longtemps les soustraire aux incapacités qui, dans l'esprit du législateur, frappent ceux qui, suivant les termes de l'article 909, « auront traité une personne pendant la maladie dont elle meurt » ?

A notre avis, de même que les rédacteurs du Code civil ont été contraints d'élargir les présomptions d'incapacité, de même, sous la pression d'une longue expérience, de la concurrence croissante de non professionnels, une réforme de l'article 909 du Code civil, protectrice et des malades et de leurs familles, doit les libérer de la spoliation. Dans cet objectif, on pourrait envisager l'insertion d'un amendement dans cet article 909, dont le parag. 1 serait conçu ainsi : « Les docteurs en médecine, les pharmaciens *et généralement tous autres que ceux visés* au parag. 2 al. 2 de cet article qui auront traité ou soigné... » (le reste sans changement).

Cette correction opérée, les Tribunaux pourront désormais saisir et sanctionner une captation présumée, alors que la démonstration directe de la fraude est le plus souvent fort difficile, parfois impossible.

---

(1) Le titre de docteur en chirurgie a été supprimé par l'article 8 de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine. Le diplôme d'officier de santé a été également supprimé.

(2) Cf. BAUDRY-LACANTINERIE et COLIN. — Traité des donations et testaments, 2ème édition, t. I, nº 474.

(3) Marcel PLANIOL. — Traité élémentaire de droit civil, t. II, p. 827, nº 2963.

(1) Lyon, 22 décembre 1909. D. 1912-2-358. P. et S., 1913-2-76.

L'ACTUALITÉ PROFESSIONNELLE

Informations Parlementaires

La proposition de loi Cousin sur la répression de l'exercice illégal de la médecine

Reprenant la proposition de loi déposée par le Docteur Nast au cours de la précédente législature, le Docteur Cousin a présenté à la Chambre, le 19 janvier 1937, un projet de modification de la loi de 1892 tendant à renforcer la répression de l'exercice illégal.

L'exposé des motifs retrace tout d'abord l'histoire législative en cette matière. La Révolution, en supprimant les corporations avait rendu libre l'exercice de la médecine. Cette liberté donna lieu à de tels abus qu'un retour à la réglementation s'avéra rapidement nécessaire, retour qui fut l'œuvre de la loi du 19 ventôse an XI. Elle prévoyait « une amende pécuniaire envers les hospices à la charge de tout individu qui exercerait sans diplôme. » Cette loi ne fut remplacée que par l'actuelle loi du 30 novembre 1892, qui répute exercice illégal, dans son article 16, « le fait de prendre part habituellement ou par une direction suivie au traitement des maladies ou affections chirurgicales. »

Il n'est pas difficile d'établir que cette législation a cependant laissé fleurir l'exercice illégal. D'où vient donc l'insuffisance de la répression ? Elle tient en premier lieu à l'inertie des pouvoirs administratifs et judiciaires dans l'application de la loi. Mais elle a aussi des causes législatives auxquelles il y a lieu de porter remède. Ces causes sont les suivantes :

a) *La loi actuelle définit de manière trop étroite l'exercice illégal.* — Est réprimé, en effet, le fait de « prendre part au traitement » ; on en déduit *stricto sensu* que le seul fait de *poser le diagnostic* échappe aux sanctions légales. Ainsi peuvent se créer des cliniques ou officines où un non diplômé voyant, somnambule, radiesthésiste, etc., diagnostique les maladies, tandis qu'un médecin, associé ou salarié est censé prescrire le traitement. D'autre part, s'il est interdit de traiter les maladies, tout le monde peut donner des *soins d'hygiène aux personnes bien portantes*, employer ainsi des médicaments des vaccins, des traitements électriques dont l'usage peut être dangereux, et ignorer et laisser ignorer au malade des affections qu'on n'est pas à même de déceler.

b) *La loi ne permet pas de réprimer le fait pour un illégal de se faire couvrir par un diplômé,* lequel borne son activité à une simple présence matérielle. (On peut faire observer toutefois au Docteur Cousin que cette lacune n'est pas totale, l'art. 16 actuel réprimant le fait pour un diplômé de prêter son concours à un illégal à l'effet de le soustraire aux prescriptions légales).

c) *Les peines sont insuffisantes.* — Les amendes prononcées contre eux ne sont considérées par certains illégaux que comme de simples frais généraux, et ne met nullement fin à leurs pratiques. Les condamnations civiles envers les Syndicats médicaux ne constituent généralement qu'une compensation insignifiante de préjudice réellement causé au Corps médical.

d) *La protection des titres médicaux est insuffisante.* — Le mot « docteur » est en fait synonyme en France de « docteur en médecine » ; cette situation de fait doit être consacrée par la loi. Enfin, les titres hospitaliers donnent lieu à trop d'abus que la loi devrait rendre impossible.

En définitive, il y aurait donc lieu d'apporter à la législation actuelle les modifications suivantes :

a) Devrait être réputé « exercice illégal » le fait de prendre part, même en présence d'un médecin, à l'établissement des diagnostics et au traitement des maladies, par consultation verbale ou écrite, par correspondance, tracts ou affiches. Seraient assimilés à un traitement les actes qui, dans un but d'hygiène ou d'esthétique nécessitent l'utilisation de la petite chirurgie ou de l'électrothérapie.

b) Ne pourraient prendre part au traitement des maladies, sous la direction d'un docteur, que les élèves en médecine et les aides se bornant à exécuter ses prescriptions sous sa surveillance et sa responsabilité ;

c) Les peines devraient être relevées (500 à 1.000 francs, et quinze jours à trois mois d'emprisonnement). Elles devraient être aggravées en cas de récidive (1.000 à 3.000 francs, trois à six mois) et comporter la confiscation du matériel délictueux.

d) La surveillance des illégaux, diplômés étrangers, serait facilitée par l'obligation pour tout médecin de déclarer ses diverses résidences professionnelles, et de notifier à la mairie de son dernier établissement tout changement de domicile. Serait considéré comme une usurpation du titre de docteur en médecine le fait de s'intituler « *docteur* » ou médecin sans y avoir droit. Les diplômés étrangers devraient faire suivre leur titre, en même caractère et sans abréviation, du nom de leur Faculté. Les peines d'usurpation de titre devraient elles aussi être relevées. Enfin

des peine spéciales (amende de 500 à 1.000 francs) seraient prévus à l'encontre des médecins qui arboreraient des titres hospitaliers sans les faire suivre de la mention des villes ou établissements où ils ont exercés ces fonctions.

Jean MIGNON.

Informations Judiciaires

La jurisprudence de la Commission supérieure de contrôle des Assurances sociales

Le décret-loi du 28 octobre 1935, instituant le nouveau régime des Assurances sociales, a confié, comme la législation antérieure, le contrôle technique des médecins donnant leurs soins aux assurés sociaux, aux Syndicats professionnels ayant contracté avec les Caisses. Mais il a créé,au-dessus des juridictions syndicales, une Commission supérieure, statuant en dernier ressort sur les difficultés auxquelles donne lieu l'exécution du contrôle technique, et dont les décisions, à l'inverse de celle des Conseils de famille, possèdent force exécutoire. La jurisprudence de cette Commission, qui a ainsi pour rôle de dresser les « pandectes » de la déontologie médicale en matière d'Assurances sociales, possède donc un indéniable intérêt, et nous croyons utile d'en analyser les points principaux.

En ce qui concerne tout d'abord *la compétence* des juridictions syndicales, il a été reconnu par la Commission supérieure (décision du 19 mai 1936) que celle-ci s'étend même aux médecins non syndiqués. En effet « la loi a entendu, dans l'hypothèse où une convention a pu être passée entre la Caisse et les Syndicats de médecins, confier à ces derniers l'exercice du contrôle des services techniques sans distinguer entre les médecins syndiqués et les non syndiqués » ; d'autre part, aux termes de l'article 10 du règlement d'administration publique « le praticien qui signe les imprimés dont la production est exigée par la Caisse est réputé avoir adhéré aux clauses de la Convention Syndicat-Caisse ».

Parmi les *abus* sanctionnés par la Commission supérieure, nous retiendrons les faits suivants :

a) *Erreur sur le coefficient.* — Le médecin qui a trompé son malade et sa Caisse sur l'importance de l'opération pratiquée, et ne peut établir qu'il s'agit d'un oubli purement fortuit de sa part, doit être suspendu pendant trois années du droit de donner des soins aux assurés sociaux (décision du 16 juin 1936) ;

b) *Paiement par acomptes.* — Le médecin qui se voit obligé en raison de l'absence de ressources de son client, de ne lui demander qu'un acompte sur le prix total, et d'attendre pour être réglé intégralement, le remboursement effectué par la Caisse dans les limites de son tarif de responsabilité, doit indiquer sur la feuille de maladie, le chiffre des honoraires convenus et le montant de l'acompte versé (décision du 16 juin 1936).

c) *Honoraires inférieurs au tarif de responsabilité.* — Un médecin non syndiqué, qui n'a pas adhéré aux Conventions Syndicat-Caisse peut demander à ses clients assurés sociaux des honoraires inférieurs au tarif de responsabilité à condition d'indiquer à la Caisse le chiffre exact des honoraires par lui perçus (19 mai 1936).

d) *Entente entre médecin et non médecin.* — Constitue une faute professionnelle grave le fait pour un médecin rétribué à forfait dans un établissement dirigé par un non médecin, de signer des feuilles afférentes à des actes médicaux qu'il n'a pas accomplis lui-même et de donner acquit d'honoraires non perçus par lui. « Une telle pratique est, en effet, contraire à l'exercice correct de la médecine et appelle une répression sévère » (5 ans d'interdiction générale). (Décision du 19 mai 1936).

e) *Soins par correspondance.* — Si très exceptionnellement un médecin peut donner par correspondance des conseils à un malade habituel, la pratique consistant à ordonner des prescriptions par correspondance à un malade inconnu, préalablement invité à remplir un questionnaire imprimé, n'est pas conforme à l'exercice normal de la médecine. Cet abus grave appelle une sanction sévère (trois ans d'interdiction générale). (Décision du 27 octobre 1936).

Quant aux *sanctions*, rappelons que la liste en a été dressée par l'art. 8 du décret-loi ; elles comportent l'avertissement, le blâme, et l'exclusion temporaire ou définitive du droit de donner des soins aux assurés sociaux d'une Caisse ou de toutes les Caisses d'un ou plusieurs départements. Il n'appartient pas, bien entendu, au médecin victime d'une telle sanction, de la tourner en se faisant remplacer par un confrère. Agir de la sorte constituerait un abus professionnel nouveau devant être réprimé (décision du 19 mai 1936). Mais l'énumération de ces sanctions est limitative et non énonciative. La peine accessoire de l'insertion de la décision avec le nom du médecin en clair ou avec initiales, dans une publication professionnelle, ne figure pas dans cette liste, et par suite, elle ne peut valablement être ordonnée (décision du 16 juin 1936).

Jean MIGNON.

La Presse et les Sociétés

Rétrécissement cicatriciel de l'œsophage consécutif à l'ingestion d'étincelles de fonte en fusion au cours du travail

Le Professeur J. Leclercq rapporte l'observation suivante, d'un caractère vraiment exceptionnel.

B. F., âgé de 21 ans, poinçonneur, était occupé le 12 mars 1936, vers 10 heures, à une coulée de fonte en fusion. Il se trouva brusquement environné par de multiples étincelles, qui étaient projetées en tous sens. Il éprouva aussitôt une violente sensation de brûlure dans le pharynx et l'œsophage. S'étant éloigné de cette zone dangereuse, il s'aperçut qu'il avait été brûlé par de fines particules au niveau des lèvres, du nez et aux paupières. Immédiatement il reçut les soins d'un médecin, qui constata l'existence de ces brûlures superficielles, et nota aussi de petites traces de brûlures au niveau de la muqueuse pharyngée. Une radiographie pratiquée le 23 mars 1936 ne montra pas de signes nets de rétrécissement œsophagien, et le passage de la bouillie barytée s'effectua normalement. Cependant un cachet opaque marqua un temps d'arrêt au niveau du cardia. Le 31 mars suivant, l'ouvrier fut hospitalisé à l'hôpital Saint-Sauveur de Lille ; on diagnostiqua un rétrécissement de l'œsophage et l'on pratiqua jusqu'au 31 juillet 1936 des dilatations périodiques.

Au moment d'un examen pour expertise, le sujet demeure très gêné pour s'alimenter. Il ne peut guère manger de substances solides, et il doit ingérer uniquement des potages ou des purées claires. Quelquefois même, il ressent en mangeant une gêne importante dans le thorax, vers la partie inférieure de l'œsophage, et régurgite ensuite des aliments enrobés de mucosités. L'état général est demeuré satisfaisant, sauf un léger amaigrissement. On aperçoit sur le rebord des lèvres, sur le nez et sur les joues, quelques rares petites cicatrices superficielles, ponctuées, à peine apparentes. Il en existe également quelques-unes au niveau de la muqueuse pharyngée. On n'en découvre pas sur la langue et sur la face interne des joues.

Un nouvel examen radiographique montre un léger rétrécissement au niveau de l'extrêmité inférieure de l'œsophage, à 2 centimètres au-dessus du cardia. A ce niveau, on aperçoit des spasmes vifs et quelques ondes antipéristaltiques ; pas d'érosions, ni de lacunes apparentes, mais quelques ruptures des plis œsophagiens. Un examen œsophagoscopique décèle quelques rares petites cicatrices blanchâtres au niveau de la muqueuse pharyngée ; la muqueuse de l'œsophage, à sa partie supérieure, n'a pas sa souplesse habituelle ; elle est plus rouge que d'ordinaire, tachetée de points isolés, avec cinq petites cicatrices sur deux centimètres de hauteur de muqueuse. A 25 centimètres des arcades dentaires, apparaissent trois petites zones blanchâtres sous un enduit muqueux. A 37 centimètres du même repère, la lumière du canal se rétrécit ; la muqueuse semble épaissie et cartonnée, une cicatrice relativement plus étendue, de 3 à 4 mm. sur 3 mm. se trouve dans la zone postérieure. Au niveau de l'entonnoir cardiaque, à 2 cm. 1/2 au-dessus du diaphragme, un spasme qui se surajoute à la diminution du calibre de l'organe, cède à la suite de quelques attouchements anesthésiques. Une sonde n° 14 peut alors être admise à ce niveau. En aucun point, on ne trouve d'ulcération en évolution, de végétations, ni de lésions ayant un caractère syphilitique, tuberculeux ou néoplasique.

On peut être surpris de la possibilité d'un accident de ce genre. Il serait logique de penser que de fines particules en ignition ainsi ingérées aient lésé uniquement la bouche, le pharynx et la partie toute supérieure de l'œsophage, alors que que le blessé présente surtout des lésions cicatricielles à la partie la plus basse de l'œsophage, presque au niveau du cardia, où s'est formé un léger rétrécissement cicatriciel accentué par un spasme local. Pareilles lésions semblent dues à un brusque mouvement de déglutition au moment de l'accident, et leur localisation devient ainsi assez particulière, d'où l'intérêt de cette observation. (*Annales de médecine légale*, janvier 1937.)

G. F.

Retour offensif du fléau vénérien

« Le premier devoir de l'Etat, c'est de lutter contre le péril vénérien », a dit Hitler.

En Angleterre, existe un important armement antivénérien.

En Italie, Mussolini a décrété la déclaration obligatoire des maladies sexuelles.

En Russie, Staline a institué le délit de contamination, favorisé la lutte contre le péril social et les recherches scientifiques.

En Espagne, même le « frente popular », si éloigné en tous points de ses prédécesseurs, les avait pourtant suivis en cela et avait fait voter une loi préparée par ceux-ci.

Et en France ?

Hélas ! en France, jusqu'à la crise, la lutte avait été menée assez activement ; 100.000 malades par an trouvaient dans 2.000 services, les soins nécessaires.

Mais la disette d'argent a fait réduire les crédits de 15 millions à 11 et, en 1936, à 9. La propagande et l'éducation du peuple ont vu leurs fonds rognés de la même façon.

Sur le point de vaincre, nos gouvernements ralentissent l'offensive. Et voici la syphilis qui s'étend de nouveau. Il faudra construire des hôpitaux et des asiles ! (*Revue de vulgarisation des Sciences médicales*, novembre 1936.)

G. L.

Les conceptions de M. le Professeur Danielopolu sur l'organisation de la médecine

Lors du Congrès de la *Presse Médicale latine* qui s'est tenu à Venise en septembre-octobre 1936, a été présenté par M. Danielopolu, professeur à la Faculté de médecine de Bucarest, un rapport dont le sujet primitif était « l'enseignement médical et la pratique médicale dans les pays latins », mais où fut traité, en réalité le problème beaucoup plus vaste de l'*organisation de la santé* dans tous les pays. Par les conceptions hardies qu'il expose, ce rapport méritait d'être présenté à nos lecteurs.

Le principe de cette organisation réside en une *collaboration étroite et permanente entre l'enseignement médical, les Institutions s'occupant de la santé publique, et la pratique médicale.* En effet, les Facultés forment surtout jusqu'à présent des médecins curatifs, alors que la santé publique s'occupe surtout de médecine préventive. D'autre part, une bonne organisation de la santé ne peut être faite exclusivement par des médecins fonctionnaires ; il faut donc qu'à la lutte actuelle, se substitue une collaboration entre les institutions de la santé publique et les praticiens ou leurs associations. Mais cette collaboration multiple doit être dirigée par un homme, le ministre de la Santé, qui ne doit pas être un médecin, mais doit appliquer les principes établis par les hommes de science.

En ce qui concerne tout d'abord l'organisation de la pratique médicale et ses rapports avec les institutions publiques, un premier problème se pose : celui de la *pléthore médicale.* En réalité, il s'agit d'une fausse pléthore, c'est-à-dire d'une mauvaise répartition. Il appartient donc à l'Etat de prendre des mesures à cet égard en s'efforçant d'améliorer la santé rurale par l'institution d'un stage obligatoire des médecins dans les campagnes, en réprimanant le charlatanisme et en protégeant le citoyen de son pays contre les indésirables de l'étranger. En tout cas, même devant une pléthore vraie, M. Danielopolu estime qu'on n'a pas le droit de limiter le nombre des médecins, et qu'on ne peut empêcher quelqu'un d'embrasser la carrière qui lui plaît.

Quant à la *médecine collective,* elle est fondée sur un principe admirable et doit être étendue à un nombre aussi grand que possible de citoyens par la généralisation des *Assurances sociales,* à condition que le libre choix du médecin soit respecté. Mais il serait nécessaire que les Assurances sociales travaillent en collaboration très étroite avec les institutions d'assistance, afin d'éviter la dispersion des efforts et de permettre la création de bons *établissements hospitaliers.* Ces établissements devraient être ouverts à *tous* les malades pauvres ou riches, assurés ou non assurés, selon des tarifs établis par les établissements d'accord avec les Associations de médecins, et d'après les revenus du malade (contrôlés par l'institution d'un carnet fiscal permanent). Cette organisation nouvelle exige une *parfaite solidarité* des médecins depuis les plus hautes situations jusqu'au médecin de campagne : « il faut y arriver car la médecine collective existe, on ne peut l'empêcher de progresser et les Associations de médecins doivent s'organiser en conséquence ». Reste la question de la *médecine préventive* ; elle est de l'attribution exclusive de l'Etat « qui doit absolument prévoir les *centres de santé* », dont le personnel médical doit être recruté sur la base du concours.

La liaison entre l'enseignement médical et la santé publique doit avoir lieu par le développement de l'enseignement de l'hygiène et de la médecine sociale. Il faut, en outre, apprendre aux médecins non seulement à guérir, mais encore et surtout à *conserver et à cultiver la santé.* Cet enseignement ne saurait être purement théorique, il doit posséder ses centres d'application qui seront tout naturellement les centres de santé, où tous les étudiants devront faire une partie de leur stage.

Enfin le médecin, praticien ou fonctionnaire, doit rester en contact avec la science médicale. Il doit s'efforcer de créer lui-même quelque chose, dans le domaine où il travaille. Il doit, en outre, se tenir au courant des progrès de la médecine, et pour cela, il faut créer dans tous les centres importants des *cours de perfectionnement* que tout médecin devrait suivre une fois tous les cinq ans. « Il faut, en effet, se rappeler sans cesse que la Santé publique ne peut être réalisée que sur une base purement scientifique et technique, et que tout médecin, qu'il appartienne au corps didactique, qu'il soit médecin fonctionnaire ou libre praticien est en premier lieu un homme de science. » (*Bulletin de l'A. D. R. M.*, octobre 1936.)

Jean Mignon.

COMMENT PRÉVENIR ET ENRAYER LA PRATIQUE NÉFASTE DE L'AVORTEMENT CRIMINEL

Dans un récent numéro du *Concours Médical* (1), nous avons exposé d'après une étude fort intéressante, — due à la compétence particulière du Docteur P. BALARD, accoucheur des hôpitaux de Bordeaux—, la fréquence, la gravité et le traitement d'urgence de cette pratique condamnable. Aujourd'hui nous empruntons au même auteur l'exposé des *mesures sociales*, propres à prévenir et à enrayer l'avortement criminel.

Il faudrait changer radicalement la mentalité de notre époque et instituer une véritable politique de natalité.

Trop de jeunes filles se font avorter, parce qu'elles ont éprouvé la lâcheté de leur partenaire, qui les abandonne à l'annonce de la grossesse. Bien des femmes mariées accepteraient une nouvelle grossesse, si elles n'étaient pas en butte à la mauvaise humeur du mari, qui leur reproche incessamment les nouvelles charges en perspective, dont il lui fait odieusement supporter toute la responsabilité. L'enfant n'est pas seulement une charge, mais c'est une gêne, et c'est peut-être pire dans notre siècle de jouissance. Il s'oppose au luxe et aux distractions, qui sont devenus un besoin impérieux dans les diverses classes de la société.

Le concept individualiste a remplacé de nos jours celui de la famille, qui servait jadis de base à la société. Nous devons donc faire des vœux pour tout ce qui est susceptible de relever le niveau moral de la société contemporaine, et appuyer de notre action personnelle toutes les activités dirigées vers ce but.

Mais, pour que la maternité soit joyeusement acceptée et allègrement supportée, il convient qu'elle soit *véritablement* encouragée. Ce ne sont pas les primes dérisoires données actuellement aux familles nombreuses, qui pourront modifier l'état de choses actuel. Il faut obtenir une péréquation des charges fiscales, payer largement la naissance d'un nouvel enfant au-dessus du troisième , ramener la femme au foyer et élever d'autant le salaire du chef de famille, ce qui permettrait de résorber le chômage et, combien seraient mieux employées les allocations versées aux chômeurs, si elles servaient à entretenir la mère au foyer familial. (1)

Ce sont là des mesures qui heurtent de front nos habitudes actuelles. C'est pourtant elles seules qui pareront aux diverses causes sociales, qui incitent les femmes à se faire avorter et qui servent, tout au moins pour elles, d'excuse absolutoire vis-à-vis de l'opinion publique. En tout cas, ce *sont ces réformes, plutôt que des mesures de police*, qui sont susceptibles d'*enrayer l'avortement.*

L'appareil judiciaire n'est généralement mis en marche que par une dénonciation sur un fait précis, et les avorteurs ne sont pas pourchassés par des enquêtes *policières systématiques*, véritables rondes autour d'officines spéciales, dont la police pourrait aisément établir une liste sinon complète, tout au moins suffisante pour être efficace. Si les avorteurs, en effet, se sentaient véritablement traqués, ils hésiteraient à continuer leurs fructueuses opérations.

Notre enquête personnelle, dit P. Balard, nous a permis, à cet égard, quelques constatations intéressantes.

Un grand nombre de malades pratiquent elles-mêmes des manœuvres abortives directes (sonde injections intra-utérines), aidées parfois par leur mari ou une amie complaisante. Ces manœuvres nécessitent un matériel instrumental sommaire, mais pourtant indispensable que le public se procure avec la plus grande facilité.

Cependant, la loi du 31 juillet 1920, « *réprimant la provocation à l'avortement et à la propagande anti-conceptionnelle* », si *elle était correctement pratiquée*, permettrait aisément de faire disparaître de la vitrine de quelques magasins, ainsi que de leur matériel de vente, certaines sondes ou canules qui ne peuvent être utilisées que dans un but abortif. Il en est de même de bien des médicaments spécialisés ou non, vendus sous le couvert de combattre des retards de la menstruation, et qui ne sont que des offres à peine déguisées de médicaments soi-disant abortifs.

On lit, en effet, dans cette loi :

ARTICLE PREMIER. — Sera puni d'un emprisonnement de six mois à trois ans et d'une amende de cent francs à trois mille francs quiconque.........................

Soit par la vente, la mise en vente ou l'offre, même non publique, ou par l'exposition, l'affichage ou la dis-

(1) *Concours médical*, 28 mars 1937.

(2) De l'impressionnante fréquence et de la haute gravité de l'avortement médical (*Gaz. heb. des Sc. méd. de Bordeaux*, 20 décembre 1936.

(1) Voir ci-après, quelques considérations sur les manières, dont a été redressée la natalité en Allemagne.

tribution sur la voie publique ou dans les lieux publics ou par la distribution à domicile, la remise sous bande ou sous enveloppe, fermée ou non fermée, à la poste ou à tout autre agent de distribution ou de transports, de livres, d'écrits, d'imprimés, d'annonces, d'affiches, dessins, images et emblèmes.........................
aura provoqué au crime d'avortement, alors même que cette provocation n'aura pas été suivie d'effet.

ARTICLE 2. — Sera puni des mêmes peines quiconque aura vendu, mis en vente ou fait vendre, distribué ou fait distribuer, de quelque manière que ce soit, des remèdes, substances, instruments ou objets quelconques, sachant qu'ils étaient destinés à commettre le crime d'avortement, lors même que cet avortement n'aurait été ni consommé, ni tenté, et alors même que ces remèdes, substances, instruments ou objets quelconques proposés comme moyen d'avortement efficace, seraient en réalité inaptes à les réaliser.

La loi, on le voit, est assez générale pour permettre l'action de la police et du Parquet, mais pratiquement elle reste sans effet.

D'autre part, la même catégorie de malades utilise souvent des produits médicamenteux, généralement achetés chez des herboristes, et qui sont susceptibles d'entraîner des hépato-néphrites toxiques. Or, sans recourir à cette loi, on sait que les herboristes ne peuvent vendre que des plantes séparées et non des mélanges emménagogues, comme elles le font couramment ; et ceux-ci contiennent entre autres, de la rue, de la sabine et de l'armoise. Une inspection plus sévère de ces officines pourrait remédier à ces abus. D'autres femmes utilisent de l'apiol acheté chez des pharmacies ou des préparations spécialisées, qui ne sont pas sans danger. L'auteur a personnellement observé plusieurs cas suivis de mort. Tous ceux, qui se sont occupés de la question, réclament l'inscription au tableau B de pareils médicaments.

Enfin, une autre catégorie de malades s'adresse à des avorteurs professionnels : quelques médecins, des sages-femmes, des herboristes, des matrones... C'est vis-à-vis de ces trafiquants que l'action judiciaire devrait s'exercer avec plus de vigueur.

Néanmoins, il ne faudrait pas que les corporations intéressées puissent s'imaginer que l'on généralise à l'ensemble de leurs ressortissants. « *Toute généralisation en pareille matière dépasserait notre pensée*. Il semble toutefois que le fait de posséder à la fois le diplôme d'herboriste et de sage-femme expose leurs titulaires à plus de sollicitations de la part des intéressées et à plus de tentations de la leur... » (P. Balard). On ne devrait pas autoriser une même personne à cumuler le diplôme d'herboriste et de sage-femme. Ce sont là des mesures draconiennes, en désaccord absolu avec le libéralisme de nos institutions, mais l'enjeu en vaut la peine, et on ne prendra jamais assez de précautions pour prévenir l'avortement, et on ne déploiera jamais assez d'énergie pour le combattre.

LE REDRESSEMENT DE LA NATALITÉ EN ALLEMAGNE

On sait qu'une loi du 1er juin 1933 accorde, en Allemagne, aux jeunes gens qui voulaient s'unir des prêts appelés « prêts de mariage ».

Il en a été fait grand usage et d'août 1933 au 30 janvier de cette année 700.000 prêts de cette nature ont été accordés, d'une valeur moyenne de 600 reichsmarks (environ 3.600 francs) ; 420 millions de marks ont été ainsi prêtés et il est prévu qu'à partir de maintenant 15.000 prêts analogues seront accordés par mois.

Le nombre des mariages contractés dans ces conditions s'est accru dans les années 1933 à 1935 *de* 420.000 *par année, soit* 26 *p.* 100 *de plus ; si l'on ajoute à ces chiffres ceux de l'année* 1936, *on arrive à un total de* 500.000.

D'un autre côté, le marché du travail a été déchargé d'au moins 150.000 personnes par suite d'accroissement de travail dans certaines industries ; les allocations pour chômeurs ont diminué de 375 millions de marks ; l'augmentation des revenus et de la consommation du fait des prêts de 420 millions de marks ont amené une augmentation correspondante des rentrées d'impôt.

Dans les unions à base de prêt il est né, *jusqu'à fin janvier* 1937, 500,000 *enfants vivants, en chiffres ronds* ; ceci représente presque le double des naissances constatées depuis 1933 dans les ménages sans base de prêt.

Les prêts de mariage accordés *sans intérêt* sont amortis à raison de 1 pour 100 par mois ; pour chaque enfant né de l'union, on abandonne 25 p. 100 de la redevance ; cette disposition a été cause d'une recrudescence.

Les sommes nécessaires pour accorder les prêts en cause ont été récupérées par une augmentation des impôts visant les célibataires.

Par ailleurs, il est accordé des secours de famille aux familles nombreuses ; d'octobre 1935 à janvier 1937, un premier secours a été accordé à 350.000 familles d'un montant moyen de 350 marks, depuis août 1936, cent mille enfants ont été compris dans ces secours qui ont amené une amélioration réelle de la situtіon sociale des familles intéressées aucune retenue ne pouvant être faite à cet objet.

Ce système doit continuer à fonctionner jusqu'au moment où une caisse nationale de compensation familiale sera instaurée dans le Reich.

(*La France militaire*, 17 mars 1937).

LE SALON DES HUMORISTES

Le 30e salon des Humoristes vient de s'ouvrir 11, rue Royale. Il est toujours attendu avec joie, car il sait répandre un peu de gaieté en ces temps difficiles.

Guillaume nous a présenté une infirmière détaillant à une vieille rombière, un programme complet de chirurgie esthétique pour la modique somme de 75.000 francs. Du même auteur: « *Les divans-lits et l'auscultation* » où nous voyons un malheureux médecin à genoux sur un divan, auscultant une jeune femme. Aux questions qu'elle pose au docteur sur son état de santé, il répond « ce qu'il y a de plus grave c'est que je ne puis plus me relever ».

Un peu croustillante la légende qui accompagne un dessin de Leclerc ayant pour titre *Liberté de conception*. Une femme travaille à son bureau et la domestique répond à un monsieur venant en visite, Madame ne reçoit pas, Madame est dans sa période de fécondité.

Dans son cabinet, un médecin, qui vient de faire un examen gynécologique, dit à sa cliente : « Rassurez votre mari, je ne vois pas du tout en noir, croyez-le bien — est-ce que vous dites cela parce que je suis blonde, réplique-t-elle. De Grelet.

Il va sans dire que la politique comme toujours inspire largement nos dessinateurs qui ne ménagent guère les hommes au pouvoir.

Abel Faivre, toujours si spirituel, nous place devant la cohue d'un quai d'embarquement du métro en soulignant la réflexion d'un quidam : « Vous allez au Congrès de la Natalité, vous trouvez qu'il n'y a pas encore assez de monde dans le métro ». « Il plaisante aussi l'appareil judiciaire. Un juge s'adresse a un témoin féminin d'un âge très mur « Votre âge » 26 ans ». « Maintenant, ajoute-t-il, jurez de dire la vérité, toute la vérité. Autre allusion aux lenteurs de la justice de Legat. C'est un avocat disant à sa cliente : « Votre mari me paraît plus pressé que vous de divorcer — C'est qu'il en a assez d'être cocu, répond-t-elle ».

Poulbot, voisine avec Abel Faivre et nous présente toujours ses gosses souvent pitoyables, comme dans ce croquis. Les parents se battent dans un taudis, l'enfant à terre fait cette réflexion. Pour finir, c'est encore moi qui vais étrenner pour les deux. Voici maintenant des allusions à la guerre civile en Espagne. Vallé a silhouetté un jeune homme dans un abri auquel son camarade dit : « C'est ton frère qui boit à la fontaine, ne le rate pas » et aussi un dessin de Bognard, *Des canons pour l'Espagne* : « D'accord, mais que ça soit équitable, les canons blancs pour Franco et les canons rouges pour les autres ».

Une jeune femme, Calinette, repose les yeux clos, de Nam, qui nous suggère cette devinette : *Calme repos*. Sommeil ou prélude d'un embarquement pour Cythère. Rêve ou réalité ? »

Redon, toujours amusant dans ses exhibitions enfantines, nous montre de jeunes enfants, un garçonnet et une fillette. L'un des enfants a ses doigts dans la bouche et l'autre lui dit « Quand nous serons mariés, faudra que tu mettes les mains autre part ».

Très charmants nus de Millière. Nus également sous le crayon libidineux de Fabiano, dont l'un avec cette suscription « Hors-d'œuvre ou dessert », et encore cette fantaisie — la petite soubrette disant à Madame « Comme je suis la maîtresse de Monsieur, je pense que Madame ne peut plus continuer à être la mienne ».

Suite de délicieux dessins de Jean Droit, *Le rieur*, *Les pommes*, *Les bourgeons* (seins naissants), *Le père Goulden* avec son bonnet de fourrures, *L'inventaire* (jeune fille contemplant ses seins). Jolies fantaisies de Georges Villa dans la comédie humaine très artistique, le *Carosse embourbé* d'Icard Kuhn-Régnier avec ses nus inspirés de l'art grec, nous fait penser à Watteau ou à Boucher. Prat sait jouer sur les lettres — Une jeune fille court vêtue s'adresse à un vieillard qui n'est pas à la page selon le langage actuel, « Vous ne connaissez pas même la T. S. F. Non mon enfant, mais j'ai un aperçu sur T F S. »

Gazan est drôle dans ses croquis pris sur le vif, *Les élections* avec les lecteurs des panneaux ; *Le défilé*, *Le 1er mai* et ses vendeurs et acheteurs de muguet, *Le 14 juillet* et son bal et ses guingettes. Weiluc est toujours spirituel, notamment dans ses silhouettes pour un roman à tiroir et sans clefs, il est évident que l'idiot représenté, est le plus intelligent de tous pour ceux qui le connaissent. Lefort se plait aux scènes de la rue, aux saltimbanques en plein air. Cottenot a dessiné les provinces de France avec leurs habitants en costumes locaux et les spécialités des pays, utiles et instructifs pour les enfants. Plus loin nous trouvons l'image des chansons populaires de France de Robiquetet, les chansons du quartier latin de Touchet. Si on a mis la musique, on a oublié d'y ajouter les paroles.

Il convient de citer la rétrospective de René Vincent et sa variété d'autos, celle d'Avelot et ses clows, Jean Botton avec Joséphine Backer dans ses danses, les drôleries de Genty, les

aquarelles et Gouaches d'Hémard, les caricatures de chiens à la mode d'O. Klein, les pochades pleines d'esprit de Georges Pavis et la série des masques si vivants de Jouanneaux. Une mention particulière dans la section du livre pour les enveloppes, adresses, menus et page sur l'histoire du tabac, de Marcel Miguet ; un jeune qui promet par ses étourdissantes fantaisies.

Dr M. VIMONT.

A PROPOS DE L'HÉRÉDITÉ

Faut-il rejeter la théorie chromosomique ?

C'est avec un vif plaisir que j'ai lu l'intéressant article du Docteur G. Lavalée consacré au problème de l'hérédité (1).

Cependant il me semble difficile de souscrire au scepticisme de l'auteur, en ce qui concerne la valeur des notions actuelles sur la génétique. Certes, on ne peut pas accepter la théorie de Morgan au point d'en faire un dogme, car trop souvent les savants ont tendance d'accorder à l'esprit, ce que nous ignorons de la matière ; mais néanmoins la théorie chromosomique basée sur une expérimentation très considérable est celle qui nous explique actuellement le mieux le mécanisme de la transmission héréditaire.

Nier, *a priori*, l'existence des gènes « agents de transmission » en considérant surtout la disproportion entre l'effet considérable obtenu et l'agent causal imperceptible, revient à nier toute action, toute fonction dont le support morphologique nous échappe. Faut-il nier l'action que nous attribuons couramment et avec juste raison aux virus pathogènes ? Faut-il systématiquement rejeter tout ce qui échappe à l'observation directe ? Le fait de prévoir d'avance les résultats des croisements ne constitue-t-il pas une présomption digne d'être prise en considération ?

L'objection la plus grave à la théorie chromosomique serait celle qui s'opposerait à l'unité de la cellule, et l'auteur écrit : « A cette hypothèse, nombreuses et graves objections au nom de ce que l'on sait de l'unité de la cellule : Driesch a obtenu un oursin entier par le développement de la moitié d'un œuf ».

(1) Voir *Concours Médical*, 24 janvier 1937.

En effet, en 1900, Driesch montra sur l'oursin la possibilité d'obtenir un embryon complet avec un *seul blastomère*. Découverte qui fut confirmée par de nombreux auteurs sur différents œufs. Ces œufs connus sous le nom d' « œufs à régulation » furent opposés aux « œufs à mosaïque ». Or, il n'y a aucune objection à la théorie de Morgan dans le fait qu'un blastomère au stade deux de l'œuf puisse donner un embryon entier, car on sait que les blastomères résultent de la division (par mitose ordinaire non réductionnelle) de l'œuf, qui distribue à chacun des blastomères le nombre intégral de chromosomes. Il n'est donc pas étonnant qu'un tel blastomère ayant un patrimoine héréditaire complet puisse donner un embryon complet.

Dans l'expérience réalisée par Driesch, il ne s'agit pas d'un demi-œuf, mais d'un blastomère ayant une formule chromosomique complète.

Aussi nous semble-t-il qu'il ne faut pas rejeter d'emblée la théorie chromosomique, excellent outil de travail qui s'est montrée extrêmement fertile, si on en juge par les nombreuses recherches qu'elle a suscitées et par les multiples preuves qu'elle reçoit constamment. Nous croyons d'ailleurs que les phénomènes essentiels de l'hérédité, comme tous les phénomènes vitaux, se résument en dernière analyse à des processus physico-chimiques très complexes, dont la théorie chromosonique ne représente que l'image morphologique, mais qui reste actuellement la seule accessible à nos investigations.

H. TUCHMANN.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— Cours de vacances, de révision et de perfectionnement sous la direction de M. le Professeur Maurice Villaret, médecin de l'hôpital Necker. — *La thérapeutique des maladies du tube digestif, du foie et de la nutrition*, à la faveur des acquisitions récentes de la clinique et du laboratoire. — Cet enseignement de vacances, d'ordre essentiellement pratique, commencera le lundi 19 avril 1937, à 9 heures, à l'hôpital Necker (salle Renon), avec la collaboration de M. le professeur Georges LAVIER, de MM. Henri BENARD, agrégé, médecin de l'Hôtel-Dieu ; L. JUSTIN-BESANÇON, agrégé de la chaire d'hydrologie et climatologie thérapeutiques, médecin des hôpitaux ; Maurice BARIÉTY, agrégé, médecin des hôpitaux ; René CACHERA, médecin des hôpitaux ; Henry BITH, ancien chef de clinique à la Faculté, assistant du service ; François MOUTIER, Fr. SAINT GIRONS, chefs de laboratoire à la Faculté ; Robert WAHL, Jean BOURGEOIS, Roger EVEN, anciens chefs de clinique à la Faculté ; René FAUVERT, ancien interne des hôpitaux, préparateur de la chaire d'hydrologie et climatologie thérapeutiques, et BRUNET, assistant de radiologie du service.

Il aura lieu régulièrement, le matin, à 9 h. 30 ; l'après-midi, à 15 heures et 16 h. 30. Il comprendra 40 leçons et sera complet en deux semaines.

Des examens au lit du malade, complément de l'enseignement à l'amphithéâtre, seront faits après la leçon du matin, au cours de la visite dans les salles, à partir de 11 heures, par le Professeur Maurice VILLARET et le Docteur Henry BITH, avec démonstrations radiologiques par le Docteur BRUNET, et des techniques nouvelles de laboratoire par M. Ch. MENTZER, interne en pharmacie.

Des sommaires détaillés, résumant chaque leçon, seront distribués à chaque élève.

Le 45e Voyage d'études hydrologiques des cours de perfectionnement sera organisé les 1er, 2 et 3 mai 1937, à Vichy, où auront lieu les deux dernières leçons du programme. Les élèves de ce cours — et des autres enseignements de perfectionnement que la chaire d'hydro-climatologie thérapeutique organisera pendant l'année — qui seraient désireux de participer à ce voyage, sont priés de s'inscrire à l'avance au laboratoire d'hydrologie et de climatologie thérapeutiques, à la Faculté de médecine, où on leur fera connaître le programme détaillé et les conditions du séjour à Vichy. Les inscriptions sont limitées.

Un certificat sera délivré aux élèves à l'issue du cours.

Le droit d'inscription à verser est de 200 francs pour ce cours.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement du droit. Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet no 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Chaque année aura lieu un cours semblable à la même époque. Il est complété par un autre enseignement de perfectionnement, avant les vacances de Pâques, portant sur la thérapeutique des maladies vasculaires, rénales, rhumatismales et endocrino-végétatives.

Pour tous renseignements, s'adresser au laboraloire d'hydrologie et de climatologie thérapeutiques de la Faculté de médecine de Paris (École pratique).

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers

— Concours de médecin des hôpitaux. — ADMISSIBILITÉ. *Epreuve écrite, série A. Ont obtenu* : MM. Albeaux-Fernet, 13,5 ; Albot, 13 ; Antonelli, 9 ; Benoist, 9 ; Bernal, 15 ; Bernard, 18,5 ; Bolgert, 11 ; Bonnard, 9 ; Boudin, 13,5 ; Bousser, 11 ; Busson, 12,5 ; Cachin, 11 ; Cahen, 9 ; Delamare, 14 ; Delay, 16 ; Deparis, 10 ; Derot, 9 ; Desoille, 16 ; Ducas, 7 ; Even, 8 ; Fauvert, 10 ; Fichrer, 9 ; Fouquet, 15 ; Frumusan, 12 ; Gabriel, 8 ; Gilbrin, 15 ; Goldberg, 12 ; Hamburger, 14,5 ; Horowitz, 13,5 ; Joseph, 15 ; Klotz, 11 ; Lafitte, 16 ; Laplane, 10 ; Launay, 17 ; Lehmann, 9,5 ; Lenègre, 19,5 ; Lereboullet 12,5 ; Mauric, 10 ; Merklen, 12,5 ; Meyer, 9 ; Moussoir, 10 ; Netter, 8 ; Pautrat, 11,5 ; Perrault, 8 ; Poumeau-Delille, 11 ; Ribadeau-Dumas, 15 ; Salles, 14 ; Schwob, 14 : Sée, 7 ; Sigwald, 13 ; Sterne, 10,5 ; Thibaut, 8 ; Thoyer, 12,5 ; Uhry, 10 ; Weill, 15 ; Zadoc-Kahn, 14.

Epreuve écrite, série B. Ont obtenu : MM. Albeaux-Fernet, 12,5 ; Albot, 16 ; Antonelli, 10 ; Benoist, 6 ; Bernal, 10,5 ; Bernard, 14,5 ; Bolgert, 9 ; Bonnard, 8 ; Boudin, 10 ; Bousser, 9 ; Busson, 11 ; Cachin, 14 ; Cahen, 12 ; Delamare, 9 ; Delay, 15 ; Deparis, 9 ; Derot, 14 ; Desoille, 9 ; Ducas, 10,5 ; Even, 7 ; Fauvert, 13,5 ; Fichrer, 6 ; Fouquet, 7,5 ; Frumusan, 15,5 ; Gabriel, 7 ; Gilbrin, 6 ; Goldberg, 7 ; Hamburger, 16 ; Horowitz, 6 ; Joseph, 7 ; Klotz, 10 ; Lafitte, 7 ; Laplane, 11 ; Launay, 11 ; Lehmann, 5 ; Lenègre, 12,5 ; Lereboullet, 7 ; Mauric, 9 ; Merklen, 14 ; Meyer, 7 ; Moussoir, 12 ; Netter, 16 ; Pautrat, 10 ; Perrault, 10,5 ; Poumeau-Delille, 10 ; Ribadeau-Dumas, 6 ; Salles, 14 ; Schwob, 8 ; Sée, 7 ; Sigwald, 6 ; Sterne, 8 ; Thiébaut, 11 ; Thoyer, 11 ; Uhry, 12 ; Weill, 6 ; Zadoc-Kahn, 6.

Epreuve clinique, série A. Ont obtenu : MM. Albeaux-Fernet, 15 ; Albot, 11 ; Antonelli, 13 ; Benoist, 14 ; Bernal, 9 ; Bernard, 13 ; Bolgert, 12 ; Bonnard, 11 ; Boudin, 18 ; Bousser, 9,5 ; Busson, 13 ; Cachin, 13 ; Cahen, 10 ; Delamare, 12 ; Delay, 15 ; Deparis, 11,5 ; Derot, 12 ; Desoille, 15 ; Ducas, 6 ; Even, 15 ; Fauvert, 11 ; Fichrer, 11 ; Fouquet, 17 ; Frumusan, 11 ; Gabriel, 11 ; Gilbrin, 13,5 ; Goldberg, 10 ; Hamburger, 12 ; Horowtz, 12 ; Joseph, 10,5 ; Klotz, 6 ; Lafitte, 12 ; Laplane, 10,5 ; Launay, 10,5 ; Lenègre, 16 ; Lereboullet, 13 ; Mauric, 14 ; Merklen, 18 ; Meyer, 17 ; Moussoir, 11,5 ; Netter, 13 ; Pautrat, 11,5 ; Perrault, 14 ; Poumeau-Delille, 10 ; Ribadeau-Dumas, 11,5 ; Salles, 12,5 ; Schwob, 9 ; Sée, 9 ; Sigwald, 13 ; Sterne, 13 ; Thiébaut, 12 ; Thoyer, 8 ; Uhr , 12,5 ; Weill, 14 ; Zadoc-Kahn, 10.

Epreuve clinique, série B. Ont obtenu : MM. Albeaux-Fernet, 19 ; Albot, 18 ; Antonelli, 14 ; Benoist, 13 ; Bernal, 14,5 ; Bernard, 14 ; Bolgert, 12 ; Bonard, 12 ; Boudin, 18 ; Bousser, 11 ; Busson, 12 ; Cachin, 15 ; Cahen, 10 ; Delamare, 16 ; Delay, 18 ; Deparis, 15 ; Derot, 8 ; Desoille, 14 ; Ducas, 7,5 ; Even, 14,5 ; Fuvert, 15 ; Fich-

rer, 12,5 ; Fouquet, 13,5 ; Gabriel, 10 ; Gilbrin, 15 ; Goldberg, 14 ; Hamburger, 15 ; Horowitz, 5 ; Joseph, 10 ; Klotz, 15,5 ; Lafitte, 13 ; Laplane, 15,5 ; Launay, 16,5 ; Lehmnn, 5 ; Lenègre, 16 ; Lereboullet, 6 ; Mauric, 10 ; Merklen, 16 ; Meyer, 14 ; Moussoir, 15 ; Netter, 11 ; Pautrat, 11 ; Perrault, 13,5 ; Poumeau-Delille, 17 ; Ribadeau-Dumas, 14 ; Salles, 18,5 ; Schwob, 15 ; Sée, 17,5 ; Sigwald, 15 ; Sterne, 19 ; Thiébaut, 12,5 ; Thoyer, 13 ; Uhry, 8 ; Weill, 9 ; Zadoc-Kahn, 15.

Total des points obtenus : MM. Albeaux-Fernet, 60 ; Albot, 58 ; Antonelli, 46 ; Benoist, 42 ; Bernal, 49 ; Bernard, 60 ; Bolgert, 44 ; Bonnard, 40 ; Boudin, 59,5 ; Bousser, 40,5 ; Busson, 48,5 ; Cachin, 53 ; Cahen, 41 ; Delamare, 51 ; Delay, 64 ; Deparis, 45,5 ; Derot, 43 ; Desoille, 54 ; Ducas, 31 ; Even, 44,5 ; Fauvert, 49,5 ; Fichrer, 38,5 ; Fouquet, 53 ; Frumusan, 52 ; Gabriel, 36 ; Gilbrin, 49,5 ; Goldberg, 43 ; Hamburger, 57,5 ; Horowitz, 36,5 ; Joseph, 42,5 ; Klotz, 42,5 ; Lafitte, 48 ; Laplane, 47 ; Launay, 55 ; Lehmann, — ; Lenègre, 64 ; Lereboullet, 38,5 ; Mauric, 43 ; Merklen, 60 ; Meyer, 47 ; Moussoir, 48,5 ; Netter, 45 ; Pautrat, 44 ; Perraut, 46 ; Poumeau-Delille, 48 ; Ribadeau-Dumas, 46,5 ; Salles, 59 ; Schwob, 46 ; Sée, 40,5 ; Sigwald, 47 ; Sterne, 50,5 ; Thiébaut, 43,5 ; Thoyer, 44,5 ; Uhry, 48,5 ; Weill, 44 ; Zadoc-Kahn, 45.

Sont déclarés admissibles : MM. Albeaux-Fernet, Albot, Bernard, Boudin, Delay, Hamburger, Launay, Lenègre, Merklen, Salles.

— **Concours de chirurgien des hôpitaux.** — *Jury, (tirage au sort)* : MM. De Gaudart d'Allaines, Cappelle, Mondor, Grégoire, Chevrier, Okinczyc, Maurice Renaud.

— **Concours d'électro-radiologiste des hôpitaux.** — *Jury (tirage au sort)* : MM. Lobligeois, Guilbert, Gally, Aubertin, Desplas, Brechot, Maingot. *Censeur* : M. Busy. *Lecteurs* : MM. Devois, Foubert.

— **Internat de Brévannes Sainte-Périne. Raymond-Poincaré, Chardon-Lagache, Hendaye.**— Pour Chardon-Lagache, Brévannes. *Epreuve orale du 16 mars. Question posée* : Pneumothorax spontané, signes et diagnostic.

Ont obtenu : MM. Durnerin, 12 ; Dennewal, 15 ; Dauset, 14 ; Lemanissier, 17 ; Jouin, 12 ; Hertzog, 18 ; Dupuis, 12 ; Attali, 16 ; Auquetil, 16 ; Mlle Heulot, 19 ; Florès, 13 ; Mlles Lécuyer, 17 ; Meunier, 16 ; MM. Martinet, 13 ; Genthon, 15 ; Durier, 7 ; Desclaux, 16 ; Mlle Fossier, 16.

Classement. Chardon-Lagache. *Ont obtenu* : MM. Rometti, 38 ; Desclaux, 35 ; Petit, 34 ; Lemanissier, 32 ; Mlle Fossier, 30.

Hendaye. *A obtenu* : M. Jokel, 14.

Brévannes, Raymond-Poincaré. *Ont obtenu* : Mlle Heulot, 47 ; M. Hertzog, 45 ; Mlle Meunier, 41 ; MM. Martinet, 41 ; Attali, 39 ; Dennewald, Florès, Desclaux, 36 ; Lemanissier, Genthon, Anquetil, Mlle Fossier, 35 ; M. Danset, Mlle Lécuyer, 31 ; MM. Durnerin, 30 ; Dupuis 29 ; Jouin, 24 ; Durier, 22.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **A propos de l'avortement légal en U.R.S.S.** — On sait que la loi sur l'avortement légal en U. R. S. S. a été récemment rapportée. Un des arguments qui ont incité le commissaire du peuple à la Santé publique à demander l'abrogation de cette loi fut la constatation des nombreux cas de stérilité définitive observés à la suite des curetages *post-abortum*. Les avortements pratiqués légalement en U. R. S. S. par des médecins spélisés et avec toutes les précautions d'asepsie ont donné lieu, en effet, malgré les conditions opératoires favorables, à des curetages fréquents et à des stérilités secondaires très nombreuses. Ce résultat était intéressant à enregistrer au point de vue gynécologique.

— **Ier Congrès international de l'Union thérapeutique**, (Berne, du 19 au 22 mai 1937), sous le patronage du Gouvernement de la Confédération suisse, et la présidence du Professeur Buergi.

Programme provisoire. — Mercredi 19 mai, à 21 heures : Réception des congressistes au Kursaal du Schänzli, par la Faculté de médecine et la Société des médecins de Berne. (Buffet froid).

Jeudi 20 mai, à 9 heures : Séance solennelle ; ouverture du Congrès par le Conseiller fédéral Etter. De 15 heures à 18 h. 30, premier sujet principal : Pathogénie et thérapie de l'artério-sclérose. Rapporteurs : MM. von Bergmann (Berlin) et Laubry (Paris). M. Leriche (Strasbourg) : Le traitement chirurgical des maladies vasculaires. — 20 heures : Réception par le Gouvernement bernois et par les autorités de la Ville de Berne, au Casino.

Vendredi 21 mai et samedi 22 mai, de 9 à 12 h. 30, et de 15 heures à 18 heures :

Section de chirurgie. — Sujet principal : Anesthésie générale par les matières volatiles et non volatiles. Introduction par M. de Quervain.

Section de pharmacothérapie. Président, M. le Professeur Loeper (Paris). — Sujet principal : M. Bickel (Genève) : Les hormones en thérapeutique cardio-vasculaire.

Section de pharmacodynamie. Président, M. le Professeur Tiffeneau (Paris).

Section de balnéo-climatologie. Président, M. le Professeur Fleisch (Lausanne).

Vendredi 21 mai, à 21 heures : Banquet dans les salles du Bellevue-Palace. Le dimanche 23 mai, aura lieu une excursion par chemin de fer au Jungfraujoch, avec visite de la station scientifique du Jungfraujoch.

Cotisation pour les membres de l'Union thérapeutique, 20 francs, pour les non-membres, 30 francs (suisses).

Pour les dames un programme spécial est prévu pour les journées du Congrès.

Secrétaire général : Docteur T. Gordanoff, Monbijoustrasse, 97, Berne.

Le Gérant : R. Thiron

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE

« Le Sou Médical »

Au cours de sa réunion du 9 mars 1937, le Conseil a prononcé les admissions suivantes :

MM. les Docteurs ;

12.389 Astruc, Damville ((Eure). Synd. des méd. d'Evreux.
12.390 Baude, Fère-en-Tardenois (Aisne). Parrains : Docteurs Petit et Prieur.
12.391 Becmeur, Khouribja (Maroc). Parrains : Docteurs ; Coignerai et Lepinay.
12.392 Bouquet, Camblanes (Gironde). Synd. des méd. sub. de Bordeaux.
12.393 Delignette, Roanne (Loire). Parrains : Docteurs Piet et Rageuneau.
12.394 Griboval (Mlle le Docteur), 14, rue Fabre-d'Eglantine, Paris 12e. Parrains : Mlle G. Dreyfus-Sée et Docteur Sidoun.
12.395 Hurpy, Gisors (Eure). Synd. des Andelys.
12.396 Lainé, 5, rue Cassini, Nantes (L.-If.), Synd. méd. de la L.-Inf.).
12.397 Marton Périgueux (Dordogne). Parrains : Docteurs Bourdier et Perruchet.
12.398 Morel, 20, rue de Marseille, Lyon (Rhône). Ass. des méd. du Rhône.
12.399 Morvan, Pontivy (Morbihan). Synd. méd. arr. de Pontivy.
12.400 Parrain, 233, rue de la Convention, Paris 15e. Parrains : Docteurs H. et J. Judet.
12.401 Romeyer, Evreux (Eure). Synd. méd. de l'Eure.
12.402 Thibairenq, Villefranche-de-Rouergue (Aveyron). Synd. des méd. de Villef. de-Rouergue.

Ces admissions deviendront définitives si elles ne font l'objet d'aucune protestation dans les quinze jours de la présente publication (art. 5 des statuts).

CROISIÈRE EN MÉDITERRANÉE ET MER NOIRE

(Mai-juin 1937)

Ainsi que nous l'avons annoncé dans notre dernier numéro, une magnifique croisière en Méditerranée et en Mer Noire est organisée à l'occasion du Congrès de médecine et de pharmacie militaires de Bucarest.

Le départ de Marseille aura lieu le 24 mai.

Signalons aujourd'hui qu'aux escales du Pirée (visite d'Athènes), d'Istanbul (Constantinople), d'Odessa (U. R. S. S.) et de Constantza, viendra s'ajouter, le 26 mai, une escale à Messine (excursion à Taormina) et ce, sans augmentation de prix.

Pour recevoir le programme détaillé du voyage et pour les inscriptions, s'adresser d'urgence au Bureau des croisières et voyages médicaux, 29, boulevard Adolphe-Max, Bruxelles.

Ajoutons que le nombre des passagers sera limité à 100.

Au sujet du projet de diplôme de docteur-dentiste

Nous venons de recevoir la lettre suivante de la Fédération corporative des médecins de la Région parisienne :

Nous apprenons que l'Office central des Etudes de médecine de l'Union nationale des Etudiants de France a adressé le 24 janvier 1937 aux Présidents des Syndicats médicaux français un état de ses revendications en leur demandant de l'aider à les faire aboutir. Parmi ces revendications figure l'opposition des étudiants en médecine à l'attribution aux chirurgiens-dentistes d'un titre de « Docteur-dentiste » accordé sans diplôme lors de l'éventuelle intégration de l'art dentaire dans la médecine.

L'Union nationale des Etudiants de France est donc tout à fait d'accord avec l'Association corporative des Etudiants en médecine de Paris, et cette unanimité de nos futurs successeurs est un fait assez impressionnant pour qu'il soit pris en très sérieuse considération par leurs aînés.

De leur côté, l'Assemblée générale de la Fédération corporative des médecins de la Région parisienne, et le Conseil général des Soc. médicales d'arrt. de Paris se sont unanimement montrés opposés à l'attribution du titre de docteur-dentiste aux chirurgiens-dentistes qui ne postuleraient pas le doctorat en médecine d'Etat : aussi ces deux organismes professionnels médicaux se font un devoir de joindre leur action à celle des étudiants en médecine parce que la position du Corps médical ne leur paraît pas réglée définitivement, par un vote émis devant une assemblée raréfiée, sans discussion et en fin de séance, lors de la dernière assemblée générale de la Confédération des syndicats médicaux français.

Une décision aussi importante, prise dans ces conditions, a profondément surpris, en effet, et ému la plupart des médecins de Paris et du département de la Seine : cette surprise et cette émotion se sont manifestées notamment à la Fédération corporative au cours des séances de janvier et février : une réaction identique s'est manifestée au Conseil général des Sociétés médicales d'arrondissement et dans nombre de ses Sociétés adhérentes.

L'étude des articles de l'avant-projet de loi qui doit réglementer la situation des actuels chirurgiens-dentistes, lors de l'intégration souhaitable de l'art dentaire dans la médecine, doit être entreprise devant le Conseil confédéral : c'est ce dont nous informait le 22 février le Secrétaire général de la Confédération en accusant réception du communiqué que la F. C. lui avait

adressé. C'est pourquoi le Conseil de la Fédération corporative et le Conseil général des Sociétés médicales d'arrt. de Paris nous ont chargés de demander de bien vouloir examiner de nouveau la question.

Le Président de la Fédération corporative et du Conseil général des Soc. médicales d'arrt.,

Dr G. Bourguignon,

Chef du Service d'électro-radiologie de la Salpêtrière, 15, rue Royer-Collard (5e).

Le Secrétaire général de la Fédération corporat.,

Dr Ch. Devé,

15, rue Chernoviz, (16e).

Le Secrétaire général du Conseil général des Soc. méd. d'arrt.,

Dr Ch. Grimbert.

11, rue Duroc (7e).

P. S. — A titre documentaire, voici les vœux adoptés à l'unanimité le 4 octobre 1936 par l'Association des membres du Corps enseignant des Facultés de médecine de l'Etat :

Premier vœu : Que les Facultés de médecine soient consultées sur la question de savoir si la spécialité d'art dentaire doit être intégrée dans les études médicales, sous la dénomination de spécialité odonto-stomatologique, au même titre que les autres spécialités, et sanctionnée par un diplôme unique, le doctorat en médecine.

Deuxième vœu : Q'un membre du Corps enseignant des Facultés de médecine d'Etat soit associé, en toute circonstance, à la représentation officielle de la Stomatologie française.

Troisième vœu : Que soit rétabli, pour les étudiants en médecine, le caractère obligatoire de l'enseignement élémentaire de l'Odonto-Stomatologie par analogie avec les autres spécialités médico-chirurgicales.

Quatrième vœu : que soit posée et étudiée, par des organismes autorisés, la question de l'opportunité d'une agrégation de la spécialité odonto-stomatologique.

La Ligue médicale de Défense professionnelle « Le Sou Médical » a deux objets principaux :

1o Tout d'abord elle garantit ses membres contre les risques de responsabilité professionnelle à concurrence d'une somme de 100.000 francs. Et cette garantie est portée à 500.000 francs pour ceux d'entre eux qui sont en même temps abonnés au *Concours Médical.*

2o En outre, elle leur donne conseils et soutien dans toutes les difficultés et les procès d'ordre professionnel.

CORRESPONDANCE

ACCIDENTS

1.852. — Fixation de la rente résultant d'une incapacité permanente

J'ai l'honneur de vous demander de bien vouloir me donner quelques renseignements au sujet d'un accident survenu à la concierge d'une parente.

Femme âgée de 70 ans, la dite concierge tombe dans l'escalier et se fracture le radius droit en décembre.

Les soins lui sont donnés par un médecin spécialisé qui, d'accord avec son médecin traitant, la déclare consolidée avec une incapacité de 16 %. Ma tante, mal assurée, doit supporter tous les frais et devra verser une rente d'environ 150 francs, ceci calculé d'après le travail ordinaire de la malade qui ne travaille que quelques heures.

La blessée ne demande personnellement qu'à traiter amiablement.

Ma tante doit-elle néanmoins faire la déclaration d'incapacité au Juge de paix suivant l'usage, ou la faire contrevisiter ? Où peut-elle s'entendre directement avec la blessée lui versant une indemnité forfaitaire la déchargeant complètement (sur signature de la blessée) ? et, dans ce cas, n'y a-t-il pas lieu de craindre ultérieurement aucun recours de la blessée conseillée par ses enfants qui, naturellement, estiment l'indemnité plus ou moins suffisante.

Dr L.

Réponse

Dès lors que la concierge au service de votre parente reste atteinte, à la suite d'un accident du travail, d'une incapacité permanente partielle, la rente à laquelle elle a droit ne peut lui être attribuée que dans les formes prévues par la loi du 9 avril 1898. Conformément à l'art. 16 de cette loi, puisque les parties sont d'accord pour reconnaître le caractère permanent de l'incapacité, elles doivent en informer le président du Tribunal civil sur le territoire duquel l'accident s'est produit, afin que celui-ci les convoque en conciliation et que l'indemnité soit définitivement fixée par ordonnance du président qui doit indiquer, sous peine de nullité, le salaire de base et la réduction que l'accident a fait subir au salaire.

Et au cas où les parties ne pourraient se mettre d'accord devant le président, l'affaire serait renvoyée devant le Tribunal qui statuerait définitivement.

1.688. — Indemnités en faveur des accidentés du travail anciens

J'ai vu aujourd'hui un vieil accidenté du travail. En travaillant au battage du blé, cet homme a eu la main droite blessée. Actuellement, tous les doigts sont en flexion complète, sauf deux qui manquent. Son accident date de 1898.

Une loi a passé, concernant les mutilés du travail. Est-il dans ce cas ?

Dr H.

Réponse

Une loi du 27 juillet 1930 a étendu aux victimes d'accidents du travail de l'agriculture le bénéfice de la loi du 15 août 1929. Cette loi, et la loi du 15 juillet 1926, dont elle n'est que le développement et l'application, ont prévu une indemnité temporaire en faveur des victimes d'accidents du travail même antérieurs à la promulgation de la loi de 1898.

Ces allocations temporaires ne sont accordées qu'à partir de 20 % d'invalidité et elles varient suivant le degré d'invalidité de 300 à 4.735 francs par an.

A condition que son invalidité soit au moins égale à 20 %, votre client a donc droit au bénéfice des allocations temporaires. Pour cela conformément à la loi de 1926, il doit tout d'abord faire reconnaître le caractère professionnel de l'accident, ainsi que le degré d'invalidité qui en est résulté directement, par le président du Tribunal civil du lieu de l'accident, dont l'ordonnance sera rendue sans appel. Pour déclancher cette procédure, il lui suffira d'exposer son cas par écrit au procureur de la République devant le Tribunal du lieu de l'accident en joignant, à sa lettre un certificat médical établissant qu'il reste atteint d'une incapacité consécutive à son accident.

Ensuite votre client devra adresser sa demande d'allocations au ministère du Travail, contrôle des Assurances privées, en donnant les indications nécessaires sur son identité, et en y joignant une expédition de l'ordonnance rendue par le président.

1.160. — Incapacité temporaire partielle d'une accidentée du travail

J'ai vu, le 28 janvier 1937, une ouvrière, se présentant avec l' « avis d'accident », et qui avait une contusion du pouce droit (enflure, immobilité, gêne fonctionnelle). Je lui ai délivré un certificat d'incapacité temporaire de douze jours ; je n'ai pas revu cette blessée. Hier, je reçois une lettre du patron, me demandant de lui indiquer l'état actuel de la blessée, et quand je l'ai vue pour la dernière fois. Lettre, à laquelle je n'ai pas à répondre, n'ayant pas, je crois à renseigner le patron sur les faits et gestes de ses

ouvriers. Aujourd'hui, je reçois une lettre de l'Assurance, me disant que « pour éviter toutes difficultés de règlement, je dois me faire payer mes honoraires par la blessée, à qui on les remboursera, s'il y a lieu » ! Cette lettre m'annonce que la blessée « s'est mariée, et est en voyage de noces sur la Côte d'Azur », choses que j'ignorais.

Je voudrais savoir si le fait d'être en incapacité temporaire pour un accident du travail (ne gênant pas la marche, les allées et venues comme dans le cas actuel) empêche un blessé de se livrer à des actes de sa vie privée — comme se marier, — et si l'on peut, le cas échéant, contester l'accident, et, en conséquence, refuser de payer les honoraires médicaux.

Je vous signalerai qu'il s'agit de l'usine « Y » de Z ; que l'Assurance est la « W... » (agence de N ; que cette usine a ouvert un dispensaire d'usine, il y a deux ans environ. Ce dispensaire fonctionne avec un médecin de Z, un des derniers installés, qui, pour ce fait, a été condamné par le Conseil de famille, et exclu du Syndicat. En réalité, depuis que ce dispensaire fonctionne, les autres médecins ne voient pour ainsi dire plus de malades ou blessés, appartenant à cette usine (qui occupe dans les 1.000 à 1.200 ouvriers). La manœuvre ci-dessus est, en réalité, pour supprimer le libre choix inscrit dans la loi (l'ouvrière en question sera vraisemblablement congédiée), pour le supprimer d'une façon détournée, en faisant bien comprendre aux ouvriers que le congédiement est là, s'ils se permettent de s'adresser à un autre médecin que celui payé par le patron. J'ajouterai que, dans le cas actuel, ce patron est un Suisse-Allemand, ce qui est une indication pour la façon de mener son personnel.

Puis-je exiger le règlement de mes honoraires par l'Assurance ?

Dr L.

Réponse

La législation sur les accidents du travail n'a nullement subordonné le paiement des indemnités temporaires à la condition que l'accidenté soit dans l'incapacité absolue de se livrer à aucune activité durant cette période. Certes la loi de 1898 n'a pas distingué entre l'incapacité temporaire absolue et l'incapacité temporaire partielle et les indemnités versées par le chef d'entreprise sont toujours calculées comme si cette incapacité était de 100 %.

Mais ceci ne veut pas dire que l'accidenté ait l'interdiction de se livrer à un travail ou à une activité quelconque. Il a été ainsi reconnu par la jurisprudence à plusieurs reprises qu'un ouvrier touchant régulièrement son demi-salaire peut, s'il se sent suffisamment rétabli avant la période d'invalidité primitivement prévue, s'embaucher à nouveau et effectuer dans la mesure de ses moyens un travail moins fatiguant. Il faut seulement que cet ouvrier agisse sans dissimulation aucune et sans intention délictueuse. Dans ces conditions, il est en droit de cumuler le salaire qu'il

tire de ce travail et le demi-salaire qui lui est versé par son patron (Tribunal correctionnel de la Seine, 12 mars 1924, *Gaz. du Palais*, juin 1924, Cour de Cassation, Chambre criminelle, 7 avril 1922, *Gaz. du Palais*, 1922-2-206). De même le Tribunal correctionnel du Havre par un jugement du 24 mars 1924 (*Gaz. des Tribunaux*, 13 octobre 1924) a reconnu qu'en accordant à l'ouvrier victime d'un accident du travail un demi-salaire fondé sur une incapacité temporaire, la loi du 9 avril 1898 n'a fait aucune distinction entre incapacité temporaire partielle et incapacité temporaire absolue. Devant le silence de la loi il est donc rationnel d'en conclure que les deux hypothèses peuvent être réglées d'une manière identique. Le droit de l'ouvrier à l'indemnité journalière étant certain, on ne peut donc lui faire grief de ce qu'il a utilisé comme bon lui semble la capacité qui lui restait.

Dans ces conditions, votre cliente, blessée au pouce, était donc parfaitement en droit de se livrer aux actes de sa vie privée et notamment de se marier et de partir en voyage de noces sans que le chef d'entreprise puisse arguer de se fait pour lui refuser le versement des indemnités légales. Nous lui conseillons donc de ne pas s'incliner devant le refus qui lui est opposé, et de poursuivre ce chef d'entreprise ou son assureur substitué devant le Tribunal de paix du lieu de l'accident.

Vous êtes en droit en ce qui vous concerne d'exercer à l'égard du patron ou de son Assurance l'action directe en paiement de vos honoraires établis d'après le Tarif ministériel, que vous accorde l'art. 4 parag. 4 de la loi du 9 avril 1898.

Au cas où ces poursuites s'avéreraient nécessaires, nous pourrions demander à notre Conseil d'administration de vous faire bénéficier de l'appui pécuniaire de la Ligue pour les intenter.

1.916. — Accident survenu à un enfant hors de l'école

Une enfant sort de l'école à quatre heures comme à l'ordinaire, une autre enfant la pousse au moment où elle est dans la rue, et de façon si malheureuse que l'enfant poussée se jette sous un vélo ; fracture des deux os de la jambe, un seul trait sur chaque os, pas de déplacement important.

Je dirige l'enfant sur une organisation sanitaire qui fait à la fois hôpital et clinique et où j'ai l'habitude d'hospitaliser mes malades payants et indigents.

Je cherche ensuite à savoir à qui incombe le soin de régler le dommage survenu à cette enfant. Une discussion longue et pénible avec la direction. J'apprends ce qui suit :

Les enfants ont deux systèmes d'assurance :

Le premier dépendant de la mairie, elle-même

assurée à la Mutuelle Générale Française, pour les accidents survenant entre 7 h. 50 et 8 heures, 12 h. 50 et 13 heures, et pendant les récréations interclasse ;

Le deuxième dépendant d'une organisation d'inspiration « instituteurs », telle que les enfants, moyennant un versement de 2 francs par mois sont assurés pour les accidents survenant en classe ou dans le trajet classe-domicile ?

La mairie estime que cet accident ne la concerne pas, et ne peut pas le prendre à sa charge.

Pour ailleurs, la directrice m'a lu, bien aimablement les statuts de cette « Mutuelle accident-élèves ». J'ai appris ainsi que, à trois reprises différentes, on mettait en garde les instituteurs contre les abus que ne cessent de commettre les médecins quand il est question d'accidents couverts par des Assurances, abus de soins en nombre et durée, abus d'examens, abus de chirurgie, etc., etc... Et la note se termine ainsi : « il faut envoyer les enfants accidentés à l'hôpital des Enfants-Assistés qui est actuellement l'établissement faisant le meilleur marché »...

Et pour obliger la malade a prendre cette décision, ils ont voulu faire signer à la famille un engagement tel que la mairie prendrait à sa charge, service A.M.G., l'hospitalisation de la malade si celle-ci acceptait de rembourser au service A. M. G., les avances ainsi faites. La famille devant ensuite toucher de la Mutuelle accident-élèves, l'équivalent de ce qu'elle avait versé à la mairie.

Voilà qui est joué de façon splendide pour faire sauter les honoraires, médecin, radiologue, chirurgien.

La famille n'a pas signé l'engagement encore.

Je voudrais savoir :

1° Si une Assurance mutuelle de ce genre, peut imposer un mode d'hospitalisation quelconque ;

2° Est-il vrai que des malades soignés dans un hôpital au tarif A.M.G., n'ont pas le droit de faire valoir ensuite leurs droits en cas d'incapacité permanente partielle ? Il me semble avoir vu cela quelque part. Dans ce cas, la Mutuelle se placerait contre les intérêts des élèves.

Pourriez-vous me dire également, en matière d'accident du travail, quelle est la portée et la valeur des réserves formulées dans un certificat de guérison (sans incapacité permanente partielle) ou de consolidation (avec incapacité permanente partielle), dans les suites judiciaires de l'accident (rechute ou demande en révision) ? A-t-on intérêt à guérir ou consolider un blessé « sous réserve de complications ultérieures » ?

Dr B.

Réponse

Puisque l'accident que vous nous relatez s'est produit après la sortie de la classe, à un moment où les enfants regagnaient leurs domiciles et alors qu'ils avaient cessé d'être placés sous l'autorité et la surveillance de l'instituteur, la responsabilité de ce dernier, et par conséquent

de l'Assurance qui le couvre, ne nous paraît pouvoir être retenue à aucun titre.

Les seules responsabilités qui peuvent être engagées sont celles du cycliste (contre lequel d'ailleurs pèse une présomption de faute) et celle des parents de la jeune camarade de la blessée, qui l'a poussée et qui se trouve être ainsi l'auteur principal de l'accident.

Comme médecin traitant choisi par les parents de la victime, vous n'avez d'action que contre eux en paiement de vos honoraires, et conformément au droit commun, sans que l'on puisse vous opposer ni les diverses responsabilités encourues, ni les stipulations de la police contractée par l'école au profit des élèves, moyennant une prime payée par les parents.

Faites-vous donc payer par eux et il leur appartiendra ensuite de faire valoir leurs droits à remboursement auprès des responsables ou de l'Assurance, sans que vous ayez à intervenir dans cette discussion.

L'assurance souscrite par l'école au profit de ses élèves est une assurance de pur droit commun. Elle peut donc légalement prévoir dans quelles conditions les soins doivent être donnés pour pouvoir être pris en charge par la Compagnie et notamment imposer l'hospitalisation dans les établissements publics de préférence aux cliniques privées.

Par contre il est absolument inexact que les malades soignés dans les hôpitaux au titre de l'Assistance médicale gratuite soient déchus de leurs droits à l'égard des tiers responsables pour la réparation des incapacités permanentes dont ils restent atteints. Ces droits leur demeurent toujours réservés. Mais le service de l'Assistance médicale gratuite est légalement subrogé aux droits des victimes pour le remboursement des frais d'hospitalisation avancés par lui.

En matière d'accidents du travail toute aggravation se produisant après la consolidation et avant l'expiration d'un délai de trois ans donne ouverture à une action en révision, sans qu'il soit nécessaire que le certificat terminal contienne des réserves au sujet d'une aggravation possible. Mais il peut être utile de faire des réserves en faveur d'un blessé apparemment guéri, car toute rechute survenant moins d'un an après l'accident peut donner lieu à une nouvelle action en paiement des indemnités temporaires, à la condition de démontrer que la guérison n'était qu'apparente et qu'il s'agit en réalité de l'évolution des mêmes lésions.

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

1.935. — Greffes osseuses

Usant et abusant des précieux renseignements que vous voulez bien nous donner sur toutes les questions

professionnelles, je me permets de venir vous demander ce que je puis et dois tarifer, en matière d'accident du travail, une greffe d'Albee avec minerve consécutive, nécessitée par une fracture de la colonne cervicale.

Dois-je, comme le prévoit le Tarif Laudry « greffes osseuses(ycompris les appareils de contention) 1125 francs » tarifier cette double intervention 1125 francs ou tarifer séparément les trois temps de l'opération, qui constituent en réalité trois opérations distinctes ?

1° Prélèvement d'un greffon osseux sur le tibia du malade. 2° Découverte du foyer de fracture cervicale et mise en place des greffons.

3° Réalisation d'une minerve plâtrée immobilisant la tête, le cou et le thorax.

Je précise que la première opération se fait le malade étant en décubitus dorsal, la deuxième alors qu'il est en décubitus ventral et pour la troisième le malade est maintenu assis par un appareillage spécial ou par des aides supplémentaires.

Je crois le tarif Laudry inapplicable à ce cas particulier, toutefois j'aimerais avoir votre avis autorisé et connaître s'il y a lieu des précédents juridiques en sa matière.

On ne peut en effet tarifer de façon semblable :

1° Une greffe osseuse pour pseudarthose de la jambe et une greffe d'Albee.

2° Une gouttière platrée de jambe et une minerve.

3° Une greffe d'Albee pour les régions dorsale et lombaire, et une greffe d'Albee cervicale. En outre de la difficulté opératoire plus grande dans ce dernier cas, il faut absolument faire un plâtre de contention, une minerve, alors que dans les autres cas il est inutile de faire un appareil plâtré.

Dr B.

Réponse

Il n'y a pas de doute, à mon avis, que suivant les détails que vous me donnez, il y a lieu d'appliquer le poste, art. 10-F-*in fine* « Greffes osseuses (y compris les appareils de contention), 1.125 francs » ce qui correspond exactement aux trois temps opératoires dont vous parlez, puisque l'on ferait difficilement une greffe osseuse sans un prélèvement préalable de greffon osseux et que la contention consiste en votre cas, en la pose d'une minerve plâtrée. Les tarifs généraux comme celui des accidents du travail ont tous le défaut inévitable d'être un peu « forfaitaire » par genre d'intervention sans pouvoir s'adapter exactement à tous les cas d'espèces. Il ne peut en être autrement ; tantôt le médecin y perd, tantôt il y gagne, suivant le cas.

Dr F. Decourt.

1.878. — Massages effectués par un auxiliaire médical

Dans un accident de travail, j'ai prescrit une série de cinq séances de massage, qui ont été exécutés par une infirmière masseuse diplômée.

Aujourd'hui, celle-ci me demande comment elle doit rédiger sa note d'honoraires. Autrement dit, quel est le tarif de ces séances de massage pour une infirmière ?

De mon côté, je n'ai pas averti la Compagnie d'assurances, puisque le nombre des séances ne dépassait pas cinq.

Dr D.

Réponse

1° Vous auriez dû faire « donner avis de votre ordonnance en prescrivant cinq massages effectués par un auxiliaire médical », pour être assuré de n'avoir aucun ennui. Le « série d'interventions à tarif spécial » dont il est parlé, art. 7 (et pour laquelle « avis » doit être donné) ne porte plus, depuis 1932, le chiffre 5 dont vous parlez.

2° Quant au prix du massage, il a été jugé déjà qu'il est le même, effectué par un médecin ou pour un masseur spécialisé.

Dr F. DECOURT.

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

1.909. — Infirmités multiples

Je vous serais reconnaissant de vouloir bien me renseigner sur le cas suivant :

Un de mes clients est pensionné de guerre comme victime civile pour perte de la phalange unguénale du pouce droit et perte de deux phalanges de l'index et du médius droits. Il a 25 % depuis le 14 août 1930.

Or, j'ai un barême qui donne comme taux :

Phalange unguénale pouce droit, 10 % ; deux phalanges index, 10 % ; deux phalanges médius, 5 %.

Je crois qu'en additionnant 10 % + 10 % + 5 % suivant le mode habituel, le total fait environ 35 %.

Si c'est bien exact, l'intéressé peut-il encore réclamer pour obtenir une révision de sa pension.

La demande en révision n'est-elle possible que dans le seul cas où il y a aggravation ?

Si une demande en révision est possible doit-elle être adressée au Centre de réforme ou au Tribunal des pensions ?

Dr L.

Réponse

Le calcul de ces infirmités est exact à 25 %, car en vertu de l'art. 11 de la loi du 31 mars 1919, il faut que l'une des infirmités au moins, atteigne le taux de 20 %, pour que celle-ci et les suivantes puissent être majorées de 5, 10, 15 %, avec calcul suivant la méthode des infirmités multiples.

Les voies de recours sont la réclamation directe au ministre des Pensions, ou bien, dans les six mois à partir du rejet ministériel, la mise en instance devant le Tribunal des Pensions.

2.203. — Durée des périodes d'instruction

Je dois effectuer le mois prochain une période obligatoire de réserve de vingt jours consécutifs comme médecin-lieutenant.

Je dois effectuer dix jours comme membre de la Commission médicale près les Conseils de révision des Côtes-du-Nord.

Les dix jours suivants je suis à la disposition du médecin de la place de Saint-Brieuc.

Durant ces dix jours quel sera mon rôle ? Puis-je me laisser employer comme médecin régimentaire, faire du service de garde, (nuit-dimanche) au quartier. Certains me l'ont dit, je ne le crois pas, étant donné ma convocation pour une période d'instruction et non pour une période de remplacement des médecins de l'active.

A combien de périodes *obligatoires* est astreint un médecin lieutenant ? (J'ai cinq ans de grade).

Une période volontaire peut-elle remplacer une période obligatoire ; oui je crois, et en ce cas on choisit sa garnison.

Faisant partie de la n[e] région, je ne puis, paraît-il, faire ma période à B... qui dépend d'une autre région. Dr V.

Réponse

La Circulaire du 20 janvier 1937 est revenue au maximum fixé antérieurement par la loi de 1928, de quatre mois, soit 120 jours, en douze période de dix jours, à raison d'une tous les deux ou trois ans.

Si, par conséquent, vous êtes convoqué cette fois pour vingt jours, soit deux périodes, nouveau style, vous serez tranquille pour cinq ou six ans.

Les propositions qui vous sont faites, pour les premiers dix jours et les derniers jours, seraient peut-être plus avantageuses pour vous qu'un séjour de dix jours dans un camp. Il est évident qu'étant mis à la disposition du médecin chef de la Place, vous serez appelé à remplir toutes les fonctions qu'il vous fixera ; cela rentre dans l'exécution d'une période d'instruction, puisque vous vous instruisez à la pratique habituelle de la médecine militaire.

Un lieutenant n'est astreint qu'à deux périodes pour l'avancement, mais, pour aucun grade, le nombre des périodes n'est limité, sauf respect du maximum total.

Une période volontaire peut remplacer une période obligatoire : elle permet, d'entente avec le Directeur, de mieux choisir le lieu et l'époque de la convocation. Il faudrait une entente entre les deux directeurs (par l'intermédiaire de votre directeur de mobilisation) pour faire votre période à Brest.

Cinquante-neuvième année N° 15 11 Avril 1937

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	60 fr.	Belgique et Luxembourg...	70 fr.
Etudiants	35 fr.	Première Zone	85 fr.
Le Numéro..........	1.25	Deuxième Zone	110 fr.

• • •

Renseignements

A céder, cause maladie. Côte d'Azur. Importante Maison santé en pleine exploitation. Existe depuis 28 ans. Situation magnifique. Installation moderne.

Rendre un traitement facile, c'est assurer sa continuité. Ordonner à tous les dyspeptiques de sucer 4 à 6 TABLETTES DE MANGAÏNE par jour, c'est les guérir facilement et agréablement.

« La Soleillette » Bandol-sur-Mer (Var). Soleil. Régime.

Héliothérapie. Maison santé Hélios. Dr Brody, Grasse.

« La Colline » à Saint-Antoine - Nice. Maison repos, régimes, convalescence, fondée en 1909. Situation idéale. Altitude 250 mètres. Hydro-électro-héliothérapie. Deux médecins. Infirmières. Prospectus sur demande.

AVIS

Envoi de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

***Concours Médical*, Paris, 167-95.**
***Sou Médical*, Paris, 182-31.**
***Mutualité Familiale*, Paris, 182-32.**

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du **Concours Médical,** *Paris* **167-95.**

N° 95. — Centre. Excell. et vieille client. de méd. interne (surt. consult.), sans accouch. ni pet. chirurgie, ni A. M. G., dans anc. sous-préfect. Peut aussi bien faire poste agréab. de consultant que gros poste de méd. génér. Ecr. Dr Leroy, rue Anat. de la Forge, 9, Paris (XVIIe).

N° 96. — Jeune doct. compt. succèder. à médec. de village pouvant assurer une bonne client. Préfér. rég. Sud-Est.

N° 97. — Paris. Par suite décès, à céder bonne client. de stomatol. quartier Sorbonne. Conditions modérées.

N° 98. — Veuve, bonne référ. au courant serv. Méd. spécialiste pour rendez-vous, stérilisat. instrum. apte à emploi de sécrét. ou de caissière, cherche place. Recommandée par médecins.

N° 99. — Paris. A louer bel appartem. conven. à doct. de préfér. radiolog., compren. 1 belle entrée, 1 très gr. salon de récept. 1 salle à m., 3 autres belles pièces. Confort moderne.

N° 100. — Normandie. Gr. ville bord. mer. à céder client. méd., Seule conditions : location ou achat de pavillon.

N° 101. — A céder au plus offrant, numéros Illustration premier trim. 1937.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet Breitel & Goret

1, rue Dante, Paris (5e). Tél. : Odéon 36-46

Auvergne. Clientèle thermale à céder de suite. Bonnes condit. Présentation.

Bourgogne. Petite ville, à prendre d'urgence 10.000 cpt. intéres. client. m. gle, belle maison, confort.

Picardie. 75 km. Paris, client. agréable, peu dépiacem., maison avec jardin. Indem. : 30.000 fr.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Médecins stagiaires de sanatoriums.** — La formation des médecins de sanatoriums comporte un stage dans des services hospitaliers spécialisés de tuberculeux, suivi, s'il est possible, d'un stage dans les sanatoriums.

Les stages en sanatoriums, en vue de l'inscription sur la liste d'aptitude aux fonctions de médecins-adjoints ont d'autant plus de valeur qu'ils sont accomplis dans les conditions suivantes :

1° Etre docteur en médecine ou étudiant ayant terminé sa scolarité et subi tous ses examens, sauf la thèse ;

2° Produire un certificat justifiant de connaissances en phtisiologie acquises dans un service hospitalier spécialisé de tuberculeux ;

3° S'engager à remplir les fonctions de médecin stagiaire pour une durée de six mois au moins.

Les médecins stagiaires sont en surnombre dans les établissements et en aucun cas ne peuvent prendre la place des médecins-adjoints dont le nombre est fixé par le décret du 25 septembre 1925. Ils bénéficient d'avantages en nature, et, s'il y a lieu, d'une indemnité mensuelle.

Les candidats désirant remplir les fonctions de médecins stagiaires sont invités à s'inscrire au Comité national de Défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, à Paris. D'autre part, les médecins directeurs de sanatoriums qui acceptent de recevoir des médecins stagiaires, dans les conditions sus-indiquées, sont priés d'en aviser le Comité.

— **Premières Journées internationales de pathologie et d'organisation du travail.** — Ces journées se tiendront à Paris, du 1er au 6 juin 1937, sous la présidence du professeur V. Balthazard. Elles comporteront des visites d'usines, une excursion, des fêtes à l'Exposition, ainsi qu'un Banquet.

Parmi les rapports annoncés, citons : l'enseignement de la pathologie du travail ; l'assistance aux cardiaques et tuberculeux ; le benzol ; la conception moderne du médecin d'usines ; le travail et la grossesse, etc, etc . .

Pour tous renseignements écrire au secrétariat général, Docteur G. Hausser, institut médico-légal, Paris.

— **XVIIe Banquet du Syndicat des médecins de la Seine.** — Le XVIIe Banquet annuel du Syndicat des médecins de la Seine aura lieu samedi 24 avril 1937, à 19 h. 30, dans les salons de l'Hôtel Continental, 2, rue Rouget-de-l'Isle, sous la présidence de M. le Professeur Roussy, doyen de la Faculté de médecine de Paris.

Un bal suivra le banquet dès 22 h. 30.

Les parents et amis des membres du Syndicat des médecins de la Seine y sont cordialement invités, ainsi que les étudiants en médecine, civils et militaires (internes des hôpitaux et médecins stagiaires du Val-de-Grâce).

Pour les cartes d'invitation au bal et tous renseignements, s'adresser au siège du Syndicat des médecins de la Seine, 28, rue Serpente.

— **Hôpital Foch**, 60, rue Vergniaud, Paris (13e). — *Conférences médico-chirurgicales gratuites* ouvertes à tous les médecins et étudiants en médecine et faites par les médecins de l'hôpital Foch, le dimanche matin, dans la salle des conférences de l'hôpital.

Programme du mois d'avril : 11 avril, 9 h. 30 à 10 h. 30, M. Deniker : La maladie post-opératoire ; 10 h. 30 à 11 h. 30, M. Devraigne : Médecine sociale : le taudis. — 18 avril, 9 h. 30 à 10 h. 30, M. A. Sicard : Les possibilités de la chirurgie dans les affections cardiaques ; 10 h. 30 à 11 h. 15, M. Thiroloix : Considérations sur quelques types particuliers d'hypertension ; 11 h. 15 à 12 h., M. Antonelli : Quelques aspects cliniques de l'infarctus du myocarde. — 25 avril, 9 h. 30 à 10 h. 30, M. Deval : Les gaz de combat, détection, protection, présentation de masques ; 10 h. 30 à 11 h. 30, M. Escalier : Maladie de Simmonds et maigreur hypophysaire.

— **Conférence.** — Le lundi 12 avril 1937, à 17 heures, le Docteur F. Cathelin fera, au Museum national d'histoire naturelle, 45 *bis*, rue de Buffon, dans l'amphithéâtre d'entomologie et sous les auspices de la Société Nationale d'acclimatation de France, une conférence sur : *Nouvelle contribution à l'étude des migrations des oiseaux.*

— **Bruxelles.** — Par arrêté du 8 février 1937 des Ministres de la Santé publique et de la Marine de Belgique, le Docteur Raoul Bernard a été nommé médecin-conseil du Service de santé interministériel pour les questions maritimes avec assimilation hiérarchique au rang de directeur.

Nous adressons au distingué secrétaire de la rédaction du *Bruxelles médical*, que trente années de contact avec les gens de mer et une ancienne pratique du long cours, ont familiarisé avec toutes les choses de la navigation, nos félicitations bien sincères.

— **Mission chirurgicale en U. R. S. S.** — Un groupe de chirurgiens vient de partir pour aller visiter divers hôpitaux russes. Parmi eux se trouvent le médecin général inspecteur Rouvillois, M. Fredet, ancien président de l'Académie de chirurgie, MM. Robert Monod, Cadenat, Desmaret et Merle d'Aubigné, chirurgiens des hôpitaux de Paris.

— **L'ordre des Médecins en Belgique.** — A Bruxelles, le Conseil des ministres vient d'être saisi par le ministre de la Santé publique d'un projet de loi portant création, en Belgique, d'un ordre des médecins.

— **Hôpital-hospice de Saint-Denis (Seine).** — Un concours sur titres est ouvert à l'hôpital-hospice de Saint-Denis pour la nomination : 1° D'un médecin chef des services de médecine de l'établissement ; 2° D'un médecin-accoucheur, chef du service maternité.

Les inscriptions sont reçues au bureau de l'économe-directeur de l'hôpital-hospice, 7 *bis*, rue du Fort-de-l'Est, à Saint-Denis, jusqu'au 30 avril 1937 (dimanches et fêtes exceptés), de 9 heures à midi et de 14 à 17 heures.

Les candidats ne devront pas avoir plus de 45 ans.

— Un concours sur titres est d'autre part ouvert à l'hôpital-hospice de Saint-Denis pour la nomination d'un pharmacien.

Le titulaire de ce poste devra être susceptible de faire éventuellement du laboratoire.

Traitement annuel : de 35 à 50.000 francs, non logé.

Les inscriptions sont reçues au bureau de l'économe-directeur de l'hôpital-hospice à Saint-Denis, jusqu'au 30 avril 1937.

Les candidats ne devront pas avoir plus de 40 ans.

— **Prix Chauvin.** — Le prix de 6.000 francs (oto-rhino-laryngologie) fondé par M. A. Chauvin, destiné à ré ompenser un mémoire, sera attribué en octobre 1938 lors du Congrès de la Société française d'oto-rhino-laryngologie.

Le sujet du mémoire tiré au sort est le suivant : *L'infection du sinus maxillaire d'origine dentaire.*

Le jury présidé par M. Le Mée sera composé par MM. Aubriot, Batier, Bonnet-Roy, Calvet, Lallemant, Maduro, Piquet, Portmann, Terracol.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. A. Chauvin, docteur en pharmacie, Aubenas (Ardèche).

— **Mariages.** — Nous apprenons le mariage du Docteur Henri Poulet, fils du Docteur Georges Poulet, avec Mademoiselle Yvonne Bardin.

La bénédiction nuptiale leur a été donnée par Monseigneur Grumel, Evêque de Maurienne, le lundi 29 mars 1937, en l'Eglise de Tramayes (Saône-et -Loire).

Nos meilleurs souhaits de bonheur aux jeunes époux.

— Nous avons le plaisir d'annoncer le mariage de M. Robert Spiral, fils du Docteur Spiral, de Montmédy, et neveu du Docteur J. Noir, notre directeur, avec Mademoiselle Marguerite Routa, de Montmédy. Nos vives félicitations aux nouveaux époux et à leurs familles.

— **Syndicat médical de la Creuse.** *Avis syndical.* — Les confrères pressentis pour accepter le poste de chirurgien adjoint à la clinique chirurgicale de Bourganeuf, sont priés, dans leur intérêt, de s'adresser, pour complément d'information, au syndicat

médical de la Creuse (Docteur A. Dufour, secrétaire général, 27, faubourg de Toulouse, à Guéret).

— **Distinctions honorifiques.** — Nous sommes heureux d'annoncer que M. le Docteur O'Followell, vice-président de la *Mutualité familiale et professionnelle du Corps médical français* a été promu commandeur du Mérite social (Rappel de médaille d'or de la Mutualité). Nos plus vives félicitations à notre collègue et ami.

— **Aide aux familles médicales nombreuses.** — Etudiant en médecine, troisième année, fils de médecin, aîné de six enfants, désirerait remplir une place d'interne dans maison de santé provisoirement ou emploi paramédical. S'adresser aux bureaux du journal.

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort de Madame Savatier, femme de notre ami le Docteur Savatier, de Paris, secrétaire de la Société des médecins inspecteurs des Ecoles de Paris. Nos plus cordiales sympathies à notre confrère et à sa famille.

J. N.



A TRAVERS L'OFFICIEL

24 mars

Décret du 22 mars 1937 déterminant les modalités d'application de la semaine de 40 heures dans les hôpitaux, hospices, cliniques, dispensaires, maisons de santé, asiles d'aliénés, et tous établissements hospitaliers.

Ce décret sera publié ultérieurement.

25 mars

Légion d'honneur

Sont nommés chevaliers de la Légion d'honneur au titre du ministère de la Santé publique, MM. les Docteurs :

Kohn, médecin assistant à l'hôpital Lariboisière.
Thiébauld, à Icey-sur-Saône (Haute-Saône).

26 mars

Décret du 17 mars 1937 fixant la composition du jury du concours aux emplois de médecin des asiles de la Seine.

Art. 1er. — L'article 7 du décret du 22 janvier 1937 précité est modifié ainsi qu'il suit :

Art. 7. — Le jury du concours est composé de la manière suivante :

1° Le directeur général de l'Hygiène et de l'Assistance au ministère de la Santé publique ;

2° Un délégué du ministre ;

3° Un membre de l'inspection générale des Services administratifs, médecin, nommé par le ministre ;

4° Un conseiller technique du ministère de la Santé publique, spécialisé en psychiatrie ;

5° Quatre médecins directeurs ou médecins en chef du cadre de la Seine.

Le professeur de clinique de: maladies mentales fait partie de cette catégorie ;

6° Deux médecins directeurs ou médecins en chef du cadre général des hôpitaux psychiatriques ;

7° Un médecin directeur ou médecin en chef appartenant à l'une des catégories suivantes : hôpital Henri-Rousselle, maison nationale de Saint-Maurice, quartiers d'hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière, infirmerie spéciale de la préfecture de police ;

8° Un médecin désigné par le ministre parmi les catégories visées au paragraphe 4 de l'article 5 ;

9° Le directeur adjoint de l'Hygiène et de l'Assistance au ministère de la Santé publique ;

10° Le sous-dir cteur chargé de l'Assistance départementale à la préfecture de la Seine.

11° Le chef du 1er bureau de la direction de l'Hygiène et de l'Assistance au ministère de la Santé publique ;

12° Le chef du 3e bureau de l'Assistance départementale à la Préfecture de la Seine.

En outre, un secrétaire administratif est désigné, par arrêté du Préfet de la Seine, pour assister le jury dans les diverses opérations du concours.

Deux suppléants des médecins directeurs et des médecins en chef du cadre général et du cadre de la Seine seront désignés par le sort parmi les médecins directeurs, médecins chefs du cadre des hôpitaux psychiatriques de la Seine et parmi les médecins directeurs et médecins chefs du cadre général.

Il sera procédé à des tirages au sort complémentaires pour le cas où les médecins désignés une première fois seraient empêchés.

Le ministre désigne le président du jury.

27 MARS

Décret du 22 mars 1937 sur la fixation du prix de journée dans les hôpitaux

Art. 1er. — Pour la fixation du prix de journée, chaque année avant le 15 mars, les Commissions administratives font parvenir à la Préfecture leurs propositions pour la fixation des prix de journée, avec les pièces justificatives et notamment un décompte des prix de revient des journées d'hospitalisation tel qu'il résulte des droits constatés au 31 décembre précédent.

Ces pièces sont soumises par le préfet à l'examen du contrôleur des lois d'assistance, qui vérifie sur

place les dépenses servant au calcul des prix de revient.

Le contrôleur établit un rapport qui est ensuite soumis par le préfet au Conseil départemental de l'Assistance publique et privée et au Conseil général, ou dans l'intervalle des sessions à la Commission départementale.

Le Conseil général, ou sa commission départemental, peut réduire ou supprimer les dépenses abusives.

Art. 2. — Le préfet rectifie, d'après les résultats du compte arrêté au 31 mars, les prix de journée provisoirement calculés avant cette date faisant état de l'instruction à laquelle il a été procédé par application de l'article précédent.

Il décide, soit sur demande présentée avant le 15 avril par les Commissions administratives, les Conseils municipaux, le Conseil général ou sa Commission départementale, soit d'office, s'il y a lieu, de faire application des dispositions des articles 24 (§ 4) de la loi du 15 juillet 1893, 47 (§ 4) de la loi du 27 juin 1904 et 23 (§ 7) de la loi du 14 juillet 1905, modifiés par la loi du 13 juillet 1935.

Art. 3. — L'arrêté préfectoral qui fixe les prix de journée est aussitôt notifié à la Commission administrative intéressée, au président du Conseil général et au président de la Commission départementale si celle-ci a été appelée à donner son avis, ainsi qu'aux maires des communes intéressées.

Il est inséré au recueil des actes administratifs de la Préfecture et transmis au ministre chargé de l'assistance, accompagné du rapport du contrôleur et des avis du Conseil départemental de l'Assistance publique et privée et du Conseil général ou de la Commission départementale.

Il est affiché à la porte de la Préfecture et des mairies des communes intéressées.

Art. 4. — En tout état de cause, et même à défaut des avis prévus à l'article 1er, l'arrêté préfectoral fixant pour chaque année les prix de journée, doit intervenir avant le 1er mai de ladite année ; il est applicable à compter du 1er janvier.

Dans tous les cas, les notifications et insertions prévues à l'article précédent doivent être effectuées dès la signature de l'arrêté.

Art. 5. — Les dispositions contraire du décret susvisé du 30 janvier 1926, modifié par le décret du 4 décembre 1930, sont abrogées.

Arrêté du 26 mars 1937 modifiant le tarif national pharmaceutique pour l'assistance médicale gratuite

MODIFICATIONS APPORTÉES AU TARIF NATIONAL PHARMACEUTIQUE POUR L'ASSISTANCE MÉDICALE GRATUITE

TITRE IV. — *Tarif des médicaments officinaux et magistraux*

Acétone (d = 0,792), 100 grammes	2 40
Ache (racines), 1.000 grammes	20 »
Acide citrique cristallisé, 100 grammes.....	2 60

Acide citrique pulvérisé, 100 grammes	3	»
Acide tartrique cristallisé, 100 grammes	2	80
Acide tartrique pulvérisé, 100 grammes	3	»
Acide thymique cristallisé, 10 grammes	2	»
Agaric blanc, 10 grammes	1	20
Arnica (fleurs), 1.000 grammes	28	»
Beurre de cacao, 100 grammes	7	»
Buchu, 100 grammes	7	»
Bourgeon de pins, 1.000 grammes	15	»
Bromhydrate de quinine, 1 gramme	1	30
Bromhydrate (bi) de quinine, 1 gramme	1	30
Caféine, 10 grammes	2	»
Carbonate de quinine, 1 gramme	3	»
Chiendent coupé, 1.000 grammes	12	»
Ephédrine (base), 1 gramme	2	50
Ephédrine (chlorhydrate), 1 gramme	2	50
Essence de badiane, 10 grammes	0	90
Essence de bergamote, 10 grammes	3	50
Essence d'eucalyptus, 100 grammes	4	60
Essence romarin, 10 grammes	0	80
Essence de térébenthine (d = 0,864), 1.000 grammes	18	»
Essence de térébenthine pour usage interne, 100 grammes	2	50
Extrait mou d'ergot de seigle, 1 gramme	1	40
Extrait de fougère mâle éthéré, 10 grammes	1	50
Extrait fluide d'ergot de seigle, 10 grammes	2	»
Extrait fluide d'hydrastis, 10 grammes	5	50
Extrait fluide de quinquina, 100 grammes	7	50
Farine de lin, 1.000 grammes	4	50

Farine de moutarde, 1.000 grammes	5	50
Fécule de pomme de terre, 1.000 grammes	8	»
Gentiane (racine coupée), 1.000 grammes	14	»
Glycérine, 1.000 grammes	35	»
Glycérine boratée au tiers ou au quart, 100 grammes	4	50
Glycérine phéniquée, 100 grammes	4	50
Glycérine solidifiée, 100 grammes	4	»
Glycérolé d'amidon, 100 grammes	4	»
Glycérophosphate de chaux, 100 grammes	8	50
Glycérophosphate de chaux 50 p. 100, 100 grammes	7	»
Glycérophosphate de magnésie, 10 grammes	3	20
Glycérophosphate de magnésie 50 p. 100, 10 grammes	2	40
Glycérophosphate de manganèse, 10 grammes	4	»
Glycérophosphate de soude, 10 grammes	1	40
Glycérophosphate de soude 50 p. 100, 100 grammes	8	»
Hexaméthylène tétramine, 100 grammes	5	»
Huile d'amandes douces codex, 100 grammes	10	»
Huile camphrée, 1.000 grammes	35	»
Huile de camomille camphrée, 1.000 grammes	35	»
Huile d'olive codex, 1.000 grammes	25	»
Huile d'olive neutralisée, 100 grammes	3	»
Huile de parafine usage interne, 1.000 grammes	20	»
Essence de citron, 10 grammes	2	»

Essence de girofle, 10 grammes	2 »
Gomme adragante pulvérisée, 10 grammes	2 40
Iode, 10 grammes	4 »
Iodoforme, 10 grammes	5 50
Iodure de potassium, 10 grammes	3 20
Iodure de sodium cristallisé, 10 grammes	3 20
Iodure de sodium sec, 10 grammes	3 70
Limonade au citrate de magnésie, la dose	5 »
Massa pour ovules et suppositoires à la glycérine solidifiée, 100 grammes	4 »
Onguent mercuriel double, 100 grammes	8 »
Oxyde de zinc, 100 grammes	1 30
Sedlitz granulé effervescent, 1.000 grammes	20 »
Sel marin, 1.000 grammes	3 50
Sulfate de quinine, 1 gramme	1 10
Sulfate (bi) de quinine, 1 gramme	1 »
Teinture d'hydrastis, 10 grammes	1 20
Teinture de safran, 10 grammes	1 80
Valérianate de quinine, 1 gramme	1 50
Novarsénobenzol (poudre en tubes scellés) et rhodarsan :	
La dose de 0,05, l'unité	2 80
La dose de 0,10, l'unité	3 »
La dose de 0,15, l'unité	3 50
La dose de 0,20, l'unité	4 »
La dose de 0,30, l'unité	5 »
La dose de 0,45, l'unité	6 50
La dose de 0,60, l'unité	8 »
La dose de 0,75, l'unité	9 50
La dose de 0,90, l'unité	11 50

Sparadraps à l'oxyde de zinc :

Rouleau de 1 mètre sur 0,01	1 85
Rouleau de 1 mètre sur 0,02	2 50
Rouleau de 1 mètre sur 0,03	3 25
Rouleau de 1 mètre sur 0,04	3 75
Rouleau de 1 mètre sur 0,05	4 50
Rouleau de 1 mètre sur 0,07	5 75
Rouleau de 1 mètre sur 0,10	8 »
Rouleau de 5 mètres sur 0,01	6 »
Rouleau de 5 mètres sur 0,02	8 50
Rouleau de 5 mètres sur 0,03	11 »
Rouleau de 5 mètres sur 0,04	13 50
Rouleau de 5 mètres sur 0,05	16 50

TITRE V. — *Eaux minérales.*

Vichy-Célestins	2 65
Vichy-Hôpital	2 75
Vichy-Grande grille	2 75
Vichy-Chomel	2 75
Vittel-Grande source	2 55
Vittel-Hépar	2 60
Évian-Cachat	2 55
Pougues, Saint-Léger et Alice	2 70

Voir la suite page LV-1159

PROPOS DU JOUR

LA MORPHO-PSYCHOLOGIE

Dilatés et rétractés — L'homme équilibré

L'art de connaître les hommes d'après leur physionomie a été cultivé de tous temps. Sans remonter à la Grèce antique, nous nous souvenons avoir feuilleté un vieux livre, écrit au milieu du XVII[e] Siècle par Cureau de la Chambre, médecin ordinaire de Louis XIV. Ce Cureau de la Chambre, originaire du Mans, médecin très lettré et aussi théologien retors, patronné par le Chancelier Séguier, avait fait la conquête de Richelieu qui le fit entrer à l'Académie française lors de sa fondation et le fit nommer dès l'ouverture du Jardin du Roi, un des premiers démonstrateurs. Plus tard ayant acheté la charge de médecin ordinaire du Roi, il plut à Louis XIV qui avait une grande confiance dans ses connaissances physiognomoniques. On rapporte que le Grand Roi demandait à Cureau de la Chambre son avis sur chacun de ses nouveaux collaborateurs. Et ce dernier qui avait déjà fait paraître son « *Art de connaître les hommes* » disait assez peu modestement : « Je crains bien que Sa Majesté ne fasse de bien mauvais choix quand je ne serai plus. »

Un de nos confrères de Nantes, le Docteur L. Corman a repris scientifiquement l'étude psychologique de la physionomie humaine et a réuni en quinze leçons, illustrées de 80 portraits de A. Protopazzi, le résultat de ses recherches en morpho-psychologie (1).

Tandis que la physiognomonie était un art divinatoire qui, avec certains hommes très expérimentés comme Bureau de la Chambre, donnait de bons résultats, la morpho-psychologie qui en dérive, est une science d'observation. M. L. Corman considère que la psychologie ne doit pas se borner à être une science livresque enfermée dans l'étude du moi, elle doit être vivante et ne pas séparer l'organisme du milieu où il vit et où il se développe. L'individualité de l'organisme et l'adaptation du milieu où il se trouve sont deux principes qui se contrarient. La vie est la concilisation de ces deux contraires.

Ainsi l'être humain a une individualité qui le fait tendre à répéter certaines formes ancestrales et l'hérédité a une influence considérable sur ce qu'il sera, mais le milieu dans lequel il vit est appelé à le modifier. S'appuyant sur ces bases, la morpho-psychologie, telle que la comprend le Docteur L. Corman, divise les hommes en deux types : le type dilaté et le type rétracté. Ces deux grands types se subdivisent en de nombreux types secondaires et il en est qui servent d'intermédiaires entre eux. Nous ne pouvons ici les décrire tous, il nous faudrait reproduire les quinze leçons du Docteur Corman, nous nous contenterons de décrire les plus caractéristiques.

Le *dilaté* type s'est développé dans un milieu très favorable régulièrement et normalement. Il a le visage large et rond, l'aspect épanoui, la bouche large et saillante, le nez épaté, les narines dilatées. Ses yeux grands, ecartés, sont à fleur de tête. Chez lui la calvitie est précoce. Il est gai, optimiste, spontané, a le geste facile ; il suit son premier mouvement, c'est un impulsif.

C'est en outre un gros mangeur, un bon vivant, souriant, doux et docile. Bon élève dans son enfance, il s'exprime facilement.

Sa pensée est concrète et pratique. Il ne s'embarrasse pas de spéculation intellectuelle, ni d'idées générales. Son caractère a peu d'individualité. Il respecte les traditions, est opportuniste ou conservateur, subit l'influence de son milieu en bien comme en mal. S'il est religieux, il est fidèle à ses convictions, aucun doute n'influence son esprit. Il se lie facilement, a beaucoup d'amis ; on dit de lui que c'est un brave homme qui a le cœur sur la main. Il est homme de famille, a plus de savoir-faire que de savoir, ne manque pas de bon sens. Peu d'originalité, beaucoup de mémoire, il est habile dans la vie pratique, a le sens de la réussite sociale. C'est un bon technicien dans toutes les professions. Il fera un bon vendeur, un bon gérant, un bon placier. Conteur attrayant, il pourra devenir un bon professeur, un bon avocat. S'il devient médecin, ce sera un bon praticien, toujours optimiste. Souvent trop familier, trop débonnaire, il manquera d'autorité. S'il cultive les sciences, il sera observateur mais incapable d'élaborer des hypothèses ; il restera pragmatique et sensualiste.

Le *rétracté*-type est bien différent. Son adaptation au milieu où il s'est développé a été moins bonne et souvent tourmentée. Sa tête pré-

(1) Docteur L. Corman : Quinze leçons de morpho-psychologie, impr. de Bretagne, Nantes, 1937.

sente des creux et des bosses. Son visage est allongé, souvent maigre, sec ; ses pommettes sont saillantes ; ses joues plus ou moins creuses ; le nez et le menton font saillie.

Les yeux et la bouche sont enfoncés. Les cheveux sont drus et foncés. Le rétracté-type est réfléchi, maître de lui, mais se défie de lui-même ; il est irritable et à tendance pessimiste. Il est apte à la spéculation intellectuelle et est doué d'une vie intérieure intense.

Le Docteur L. Corman divise les rétractés en *rétractés latéraux* qui sont des *hommes d'action*, en *rétractés de front* réfléchis et agissants et en *rétractés de base* dont la pensée est spéculative.

Les *rétractés de front* sont à notre avis les plus intéressants. Le Docteur Corman les divise en trois degrés.

Le premier degré se rapproche du dilaté (tête ronde, nuque épaisse, chair plantureuse), mais le visage et plus particulièrement le front et le nez sont allongés. Psychologiquement, il a plus de stabilité, de maîtrise de soi, de réflexion que le dilaté, c'est le type du *praticien* dans tous les les domaines de l'activité.

Le rétracté de front le plus accentué est le type du *doctrinaire*. Son visage est creux et bosselé, tourmenté, les yeux enfoncés dans les orbites, noirs, parfois la sclérotique est jaune, le nez est aquilin, quelquefois crochu, la bouche est pincée, les lèvres sont minces, le menton est en galoche.

Psychologiquement, c'est un esprit très souvent en lutte avec son milieu, volontaire, même opiniâtre, à idée fixe, à système, doctrinaire, théoricien.

Le type du rétracté frontal du second degré est l'*homme équilibré* de beaucoup le plus sympathique, le plus sociable, le meilleur.

Morphologiquement, il a le profil droit qui marque bien objectivement l'équilibre entre les forces internes (individualité) et les forces du milieu (adaptation). Le front est « debout » de grandeur moyenne légèrement sinueux.

L'œil est ouvert, à demi enfoncé sous l'orbite qui le protège ; le regard est franc, lumineux, à la fois ardent et contenu. Le nez presque droit a des ailes délicates. La bouche est peu saillante, les lèvres bien dessinées sont généralement closes ; le menton est droit ou fait légèrement saillie en avant. En un mot, c'est l'*idéal antique*.

Au point de vue psychique, la qualité dominante de ce type est la *mesure* en tout, la maîtrise de soi ; la raison modère toujours les élans du cœur. Le sens pratique est toujours ici associé aux idées générales et le sujet le plus souvent doté d'une vaste culture.

Le sens de la mesure fait de l'homme équilibré, un homme sobre. Il sait garder ses distances ; il ne rit que fort rarement, mais garde un demi sourire. Il est discret, distingué d'allures, parle sans éclats. Il est l'ennemi de toute violence, est conciliateur, évite de mentir, a le respect de la parole donnée. Il sait se plier à une discipline librement consentie, bien que féru d'indépendance. Il est capable de séduire, sait se faire obéir. C'est un chef, autoritaire sans despotisme et ferme sans rigidité. Il adopte des idées modérées qu'il sait choisir et non, comme le dilaté, acceptées toutes faites. Il est aussi éloigné de la licence que du puritanisme. Sa réussite sociale est certaine ; il s'élève sur l'échelle sociale.

Il distingue dans ses relations, les amis réels, des camarades. Réservé avec les derniers, il peut paraître froid et même fier. Il ne se livre entièrement qu'aux premiers.

Dans la famille, le cœur a ses droits, mais la raison n'abdique pas les siens. Il fait régner l'ordre, la bonté, la justice. Il n'est pas avare, mais déteste le gaspillage. Il ne se met jamais en colère, mais sa main est de fer dans un gant de velours. Sa vie sociale est toute de prudence et de retenue. Sa vie intérieure dans le milieu familial est toute de sociabilité.

Sa réflexion est à plus longue portée que chez le praticien, ses synthèses sont plus vastes ; il abstrait davantage. C'est un visuel.

Il allie les capacités pratiques aux idées générales. Il peut réussir dans toutes les activités, mais n'est jamais exclusivement un manuel.

Dans le commerce, l'industrie, il peut devenir un chef à l'esprit clair, aux initiatives heureuses. En art, il allie les qualités du métier aux dons de la sensibilité.

En science, il sait se dégager de l'esclavage du fait, tenter des synthèses et se servir d'hypothèses. A l'exemple de Claude Bernard, il est l'homme de la science expérimentale.

En philosophie, il se refuse à toute attitude rigide ; il considère que la philosophie doit être la synthèse des connaissances toujours ouverte aux acquisitions nouvelles et non un système métaphysique exclusif.

Le Docteur L. Corman a terminé par trois leçons sur l'Orientation professionnelle. L'exposé rapide que nous avons fait de quelques types suffit à montrer que la morpho-psychologie doit intéresser au premier chef ceux qui s'occupent d'Orientation professionnelle.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

CLINIQUE CHIRURGICALE

Le cancer du col utérin

M. J.-P. TOURNEUX
Chirurgien chef des hôpitaux de Toulouse

Bien que depuis la création du Centre régional le nombre des malades atteints d'affections cancéreuses ait considérablement diminué dans nos salles, il ne se passe pas cependant de mois que nous n'ayons l'occasion d'en observer un ou deux cas. Au cours de ce trimestre, nous avons même été favorisés, car pour diverses raisons nous avons eu à en hospitaliser un assez grand nombre parmi lesquels se trouvaient cinq cas de cancer du col utérin, ce qui va me permettre de vous entretenir aujourd'hui de cette affection.

Toutes nos malades nous étaient adressées pour des métrorragies évoluant depuis un temps plus ou moins long : chez trois d'entre elles, âgées de 49, 52 et 54 ans et déjà ménopausées, elles duraient depuis plus d'un an et vous avez pu vous rendre compte en les examinant que le processus néoplasique, parti du col, avait déjà largement dépassé les limites utérines, infiltrant la base des ligaments larges ainsi que le fonds du vagin. Dans ces trois cas, vu l'extension des lésions, il ne pouvait être évidemment question de traitement chirurgical, aussi en ai-je dirigé deux sur le Centre régional en vue d'un traitement par les agents physiques ; pour la troisième malade, qui, en raison de circonstances particulières, tenait à rester dans notre service et chez laquelle d'ailleurs la curiethérapie n'aurait eu aucun résultat éloigné satisfaisant, j'ai dû me borner à un traitement palliatif par le carbure de calcium, qui a arrêté pour quelque temps l'évolution de son néoplasme.

Chez nos deux autres malades les lésions étaient beaucoup moins développées. La première, âgée de 42 ans, qui ne perdait que depuis trois mois, offrait un col uniformément augmenté de volume surmonté d'une ulcération dont les caractères ne permettaient aucune hésitation sur sa nature exacte ; quant à la seconde âgée de 44 ans, qui n'avait eu que des hémorragies très discrètes, survenant seulement à la suite des relations sexuelles, elle ne présentait qu'une légère perte de substance superficielle sur la lèvre postérieure du col, dont seul l'examen histologique a pu nous indiquer la nature cancéreuse. Comme chez ces deux malades, les lésions paraissaient encore uniquement locales, je n'ai pas hésité à intervenir et à pratiquer chez elles une large hystérectomie : les suites immédiates ont été des plus satisfaisantes, espérons qu'il en sera de même des suites éloignées et qu'une fâcheuse récidive ne se manifestera pas au cours des années qui vont suivre.

***

Le cancer du col utérin, qui n'est que le résultat de la prolifération anormale et désordonnée de son revêtement épithélial, est d'une extrême fréquence, puisqu'il représente 33 % des cancers de la femme. Il faut donc toujours s'attendre à le rencontrer, même chez des sujets jeunes, car s'il est vrai que c'est vers la fin de la vie génitale entre 45 et 50 ans qu'il se présente le plus souvent, au moment où la ménopause rend l'utérus plus vulnérable, il n'est pas rare de le rencontrer chez les femmes d'une trentaine d'années. Personnellement, j'ai eu l'occasion d'en voir plusieurs exemples entre 25 et 29 ans ; on en a signalé à 19 ans, à 17 ans ; Moïse en a observé un cas chez une fillette de 10 ans, Ganghofner chez une fillette de 8 ans et Buum chez une enfant de 7 mois. C'est cette notion qui devra toujours être présente à notre esprit : vous devrez songer au cancer chez la femme jeune comme chez la femme âgée et le rechercher avec soin, car c'est de sa découverte précoce que dépendra avant tout la possibilité de guérison.

Sur les causes premières qui président au développement du cancer, nous sommes toujours dans l'ignorance la plus profonde : ce que nous savons seulement c'est que l'hérédité manifeste ici une influence, comme dans les autres localisations du cancer, et que les causes d'irritations locales, soit mécaniques telles que les déchirures à l'occasion des accouchements répétés, soit inflammatoires comme la métrite chronique, soit néoformatives et hyperplasiques, en constituant

un état précancéreux, semblent jouer un rôle adjuvant important dans l'apparition du cancer. Il est à remarquer cependant la rareté du cancer dans les cas de prolapsus, bien que les ulcérations y soient relativement fréquentes.

L'action de la syphilis, incriminée par certains, paraît des plus douteuses, la leucoplasie du col étant extrêmement rare. Dans un autre ordre d'idées, il semble que la question de race exerce une certaine influence, car les gynécologues des Etats-Unis ont remarqué que les négresses, si souvent atteintes de fibrome utérin, sont en revanche bien moins frappées de cancer que les blanches : il en serait de même pour la race juive d'après plusieurs auteurs.

***

Le cancer peut prendre naissance en quatre régions différentes du col : en un point quelconque de la surface extérieure du museau de tanche, dans l'épaisseur du col, au niveau de la muqueuse du canal cervical (cancer cavitaire) dans le cul-de-sac postérieur du vagin au point de réflexion de la muqueuse vaginale sur le col (cancer liminaire de Pozzi).

Il évolue ensuite sous quatre types différents suivant qu'il est végétant, ulcéreux, hypertrophique ou nodulaire.

La *forme végétante*, encore appelée *papillaire*, qui se rencontre presque exclusivement chez des femmes jeunes, débute par une ulcération du museau de tanche qui ne tarde pas à se recouvrir de masses bourgeonnantes formant une sorte de gros champignon, qui peut devenir énorme, masquant l'orifice du col, remplissant et distendant le fond du vagin. Cette masse, en chou-fleur reposant sur une base indurée, est molle, friable, saignant au moindre contact, ses parties les plus superficielles mal irriguées se sphacèlent facilement.

La *forme ulcéreuse* ou *térébrante* succède à une ulcération de l'orifice utérin ou du canal cervical, qui, au lieu de se mettre à proliférer, ronge dans la profondeur et se creuse de plus en plus aux dépens des tissus qu'elle fait disparaître. Les lèvres du col sont ainsi évidées par leur face interne et peuvent parfois disparaître complètement en laissant à leur place une sorte de cavité ulcérée et saignante ouverte au fond d'un infundibulum vaginal. Au niveau de l'isthme, le tissu utérin est souvent presque complètement détruit, ce qui permet à l'infiltration cancéreuse d'envahir le tissu conjonctif périutérin, alors que le vagin reste souvent indemne.

La *forme endocervicale ou hypertrophique* a son point de départ au niveau de la muqueuse endocervicale : le néoplasme s'infiltre dans le tissu sous-muqueux et gagne peu à peu de façon à entourer l'orifice externe d'un anneau cancéreux plus ou moins complet. Par suite de la réaction des tissus des couches externes qui se mettent à proliférer, le col présente une augmentation de volume considérable.

Quant à la quatrième forme, la *forme nodulaire*, elle ne représente qu'un type de début. Elle est constituée par l'existence d'un ou plusieurs petits nodules enchassés dans le col, sous la muqueuse demeurée saine ; mais très rapidement ces nodules ne tardent pas à s'ulcérer et à évoluer vers un des trois types que je vous ai décrits.

Il convient cependant de ne pas oublier que ces distinctions n'ont rien d'absolu et qu'il existe toutes les combinaisons possibles entre ces diverses formes : il peut ainsi y avoir des cancers végétants en un point, ulcéreux en un autre, augmentant le volume d'une lèvre, et détruisant l'autre en presque totalité.

Au point de vue microscopique, sur lequel je serai très bref, le cancer du col utérin se présente sous deux types : d'épithélioma pavimenteux lobulé ou tubulé (spino ou baso cellulaire) ou encore mixte lorsqu'il se développe aux dépens de l'épithélium du museau de tanche et d'épithélioma cylindrique typique, atypique ou métatypique quand il provient du revêtement du canal cervical. C'est la forme lobulée (spino- cellulaire) que l'on observe le plus fréquemment, la forme cylindrique est de beaucoup la plus rare.

Au cours de son évolution, le cancer du col peut rester isolé ou au contraire coexister avec d'autres lésions de l'utérus ou des annexes. C'est ainsi que l'endométrite simple ou suppurée est relativement fréquente, et lorsque les bourgeons néoplasiques oblitèrent plus ou moins complètement le canal cervical, les sécrétions muco-purulentes sont alors retenues en plus ou moins grande quantité dans la cavité qui se distend, constituant ainsi une pyométrie.

Si la coexistence de tuberculose ou de tumeur sarcomateuse du corps est plutôt rare, celle de fibrome est plus fréquente, puisque Piquand en 1905 avait pu en réunir 127 cas ; il semble d'ailleurs que le fibrome précède le cancer et doive jouer un rôle dans sa pathogénie par les altérations mécaniques et les troubles nutritifs de la muqueuse qu'il occasionne. A ce sujet, il convient encore de ne pas oublier que le cancer peut également se développer sur le col de l'utérus fibromateux après hystérectomie subtotale : cette complication se verrait environ une fois sur deux cents hystérectomies.

Le cancer peut encore évoluer sur le col d'un utérus gravide, comme on a signalé des cas de coexistence de lésions inflammatoires des ovaires et des trompes, qui peuvent constituer des contre-indications au traitement par les agents physiques.

***

Le cancer du col utérin ne reste jamais localisé à son point de départ, mais tend au contraire, et cela de très bonne heure, à s'étendre : il marche toujours devant lui gagnant de proche en proche le vagin, le tissu cellulaire périutérin, le corps de l'utérus ainsi que les ganglions tributaires.

Le processus néoplasique, surtout s'il se développe sur la face externe des lèvres du col, s'étend vers les culs de sac vaginaux et ne tarde pas à les envahir : puis il empiète sur la paroi vaginale elle-même et descend irrégulièrement de plusieurs centimètres détruisant la muqueuse et infiltrant plus ou moins profondément la gaine musculaire sous-jacente. Dans certains cas rares il est vrai, on a vu le cancer s'étendre à la totalité du vagin transformé en un canal induré et saignant.

Le tissu cellulaire périutérin (paramétrium des auteurs allemands) est envahi de très bonne heure : dans la base des ligaments larges l'infiltration néoplasique pénètre plus ou moins profondément soit d'un seul côté, soit des deux côtés à la fois. Elle se manifeste au début par un simple défaut d'élasticité et de souplesse, puis par une induration, qui peut s'arrêter près du col laissant encore une mobilité relative aux organes voisins, mais qui ultérieurement s'étend jusqu'aux parois latérales du bassin, englobant les vaisseaux, les nerfs et l'uretère lui-même plus souvent comprimé qu'envahi.

Mais la propagation du cancer dans le tissu cellulaire ne se fait pas seulement dans le paramètre latéral, elle s'effectue également en avant et en arrière. En avant, la zone cellulaire qui sépare la vessie de l'utérus et du vagin est envahie, et l'induration s'étend dans le cul-de-sac antérieur et dans la paroi vaginale antérieure qui devient dure et cartonnée : puis la mobilité de la paroi vésicale postérieure disparaît par suite de l'infiltration néoplasique, qui déterminera plus tard une ulcération donnant lieu à une fistule vésico-vaginale. Il en est souvent de même du côté du rectum, d'abord simplement adhérent, puis envahi, si bien que parfois un cloaque se constitue au fond du vagin, où l'urine et les matières fécales se mélangent au pus et aux sécrétions du cancer.

Le corps utérin reste indemne dans la majorité des cas : la coulée cancéreuse ne dépasse pas en général le niveau de l'isthme, et ce n'est qu'assez rarement, dans des cas de cancer intra-cervicaux, que l'on observe des traînées épithéliales muqueuses ou sous-muqueuses ou des noyaux métastatiques.

L'atteinte ganglionnaire est toujours tardive, ne se produisant que lorsque le néoplasme a franchi les limites utérines pour infiltrer le paramètre. D'ailleurs l'hypertrophie ganglionnaire que l'on note au cours des interventions n'est pas toujours néoplasique, car dans environ un tiers des cas elle est purement inflammatoire. Les premiers ganglions atteints sont les hypogastriques et ceux de la chaîne iliaque externe ; les ganglions sacrés iliaques primitifs et lombaires ne sont pris que secondairement.

Si la généralisation est exceptionnelle, les métastases ne sont pas non plus très fréquentes : elles peuvent s'observer soit dans la cavité abdominale, au niveau des ovaires, des trompes, du péritoine, de l'intestin, du foie, du pancréas, de la rate, soit dans la cavité thoracique dans le poumon, la plèvre, le cœur, ou le canal thoracique. On a encore signalé des métastases exceptionnelles dans le système nerveux central, dans les annexes de l'œil, dans les muscles et dans la peau. Il semble que toutes ces métastases, très rarement observées autrefois, le sont un peu plus fréquemment aujourd'hui, par suite des traitements modernes, qui en prolongeant la vie des malades incurables favorisent la dissémination cancéreuse.

***

Généralement, la période de début du cancer du col demeure silencieuse : la tumeur peut rester de longs mois complètement ignorée de celle qui la porte, et l'on a vu des épithéliomas ayant envahi le vagin et les bases ligamentaires sans avoir manifesté leur présence d'une manière appréciable.

Ce n'est pas que le cancer ne se soit déjà traduit par quelques symptômes, mais ceux-ci attirent à peine l'attention des malades, sans provoquer aucune inquiétude. Ce sont quelques pertes blanches à peine plus prononcées que de coutume, sans odeur spéciale, ce sont des écoulements de sang se produisant à la suite de fatigues, d'efforts ou d'un traumatisme local (coït ou choc d'une canule), parfois ce sont seulement les règles qui sont un peu plus abondantes que de coutume, ou qui reviennent un jour ou deux après avoir disparu.

Les hémorragies constituent le symptôme le plus net, se manifestant sous diverses modalités. Chez une femme ayant dépassé la ménopause après une suspension menstruelle plus ou moins prolongée, survient une perte sanguine qui dure pendant deux ou trois jours, et qui est prise généralement pour un retour de règles. L'abondance de cet écoulement varie dans des proportions extrêmes : il ne s'agit parfois que de quelques gouttes de sang apparaissant par intermittences ou au contraire de véritables hémorragies. La plupart du temps l'écoulement sanguin est modéré, et ne devient inquiétant que par sa persistance et sa continuité. Cette perte doit présenter pour vous une signification considérable,

et vous devez soupçonner l'existence d'un cancer chez toute femme qui, après sa ménopause, voit sans cause connue reparaître un écoulement sanguin même très léger.

Chez la femme encore menstruée, les pertes rouges apparaissent d'abord sous forme de ménorragies, les règles étant anormalement abondantes et prolongées, puis elles surviennent dans l'intervalle des périodes menstruelles, les métrorragies doublant les ménorragies.

Le pertes blanches s'ajoutent et se combinent aux hémorragies : parfois elles les précèdent, souvent elles les accompagnent en les dépassant en importance. Ordinairement, ces pertes revêtent l'aspect d'une sérosité sanguinolente, les malades perdent des eaux rousses, qui empèsent le linge, sans odeur au début, mais qui bientôt, à mesure que les lésions ulcéreuses se développent et s'infectent, acquièrent une odeur âcre et fétide et entraînent un état d'irritation des régions génitales externes. Dans certains cas, ces pertes blanches sont intermittentes, prenant le caractère d'une hydrorrhée abondante, émise par gorgées, dont l'expulsion s'accompagne presque toujours de douleurs utérines : il s'agit alors de l'évacuation de secrétions retenues en arrière d'un col dont l'orifice est en grande partie obstrué par des végétations néoplasiques.

A ce stade, la douleur, qui ultérieurement parvient à un degré si intense, manque totalement, du fait du cancer lui-même, car elle ne s'observe que dans les formes compliquées d'une annexite ou d'une inflammation pelvienne.

Il sera extrêmement rare que vous soyez amené dans cette période de début à pratiquer un examen vous permettant de vous rendre compte de l'état physique du col. Par le toucher, vous auriez à reconnaître soit un petit noyau dur isolé, soit un point de muqueuse cartonnée empiétant sur la berge de l'orifice utérin, soit une petite ulcération saignant facilement, soit enfin un petit bourgeonnement friable sur le pourtour de l'orifice cervical.

A la période dite d'état, les différents symptômes que je vous ai énumérés se sont aggravés en se modifiant quelque peu. C'est ainsi que les hémorragies, tout en augmentant généralement d'abondance et de fréquence, restent de moyenne intensité, sauf chez les femmes jeunes où par suite du caractère végétant de la néoplasie, elles sont abondantes, prolongées, répétées, déterminant très rapidement chez la malade une anémie profonde. Par contre, dans certains cas de formes dures, squirrheuses, l'hémorragie demeure presque insignifiante.

Les pertes blanches augmentent en abondance et en fétidité : cette leucorrhée a pris une odeur nauséabonde caractéristique, et l'évacuation de ces sécrétions s'accompagne fréquemment de celle de petits débris de tissu néoplasique.

C'est à ce moment que les douleurs font leur apparition : elles sont dues soit à des compressions des troncs nerveux par le néoplasme, soit à l'envahissement des ramifications nerveuses qui viennent s'épanouir dans les ligaments larges. Rapidement incessantes, et localisées tout d'abord dans le bassin, elles ne tardent pas à s'irradier dans la région lombaire, à la racine de la cuisse et sur le trajet du sciatique.

A signaler également de la pollakiurie et de la dysurie, ainsi que de la constipation et du tenesme par compressions vésicale et rectale.

Par le toucher vaginal et par l'examen au spéculum, vous reconnaîtrez alors l'existence d'une des différentes formes anatomiques que je vous ai signalées, bourgeonnante, hypertrophique ou ulcéreuse, et vous pourrez juger de l'extension du néoplasme par la souplesse ou par la résistance des culs-de-sac. Il vous sera toujours utile de pratiquer un toucher rectal qui vous rendra compte de l'infiltration plus ou moins grande de la cloison recto-vaginale et des ligaments utéro-sacrés.

Quant aux symptômes généraux, bien souvent ils sont encore nuls : dans certains cas, la malade est asthénique, anémiée par l'hémorragie, et son teint est devenu pâle. On note parfois quelques mouvements fébriles dus à l'infection du col, aux lésions annexielles banales, à la pyométrie.

Enfin *la période de terminaison* est caractérisée par l'aggravation des divers symptômes ainsi que par l'apparition de toutes les complications qu'entraîne l'évolution du néoplasme.

Les pertes fétides blanches ou rouges sont de plus en plus accusées, les douleurs sont plus tenaces et rebelles et les troubles urinaires et rectaux deviennent plus intenses. A la simple compression succède l'envahissement cancéreux, et bientôt surviennent des perforations aboutissant à la formation d'un véritable cloaque, déterminant sur les organes génitaux externes et sur la peau de la face interne des cuisses des lésions d'érythème et d'eczéma. A ce stade apparaissent également les complications soit mécaniques soit infectieuses : si la compression et l'envahissement de l'intestin, provoquant des accidents d'occlusion sont assez rares, il n'en est pas de même de celles de l'uretère qui entraînent de l'urémie aiguë ou chronique, ou de l'anurie progressive. Quant aux complications infectieuses, ce sont des annexites, des phlegmons du ligament large, des phlébites péri-utérines ou des membres inférieurs.

C'est à ce moment que le toucher vous montrerait l'envahissement du vagin, du petit bassin, des cloisons vésico- et recto-vaginales ainsi que les fistules faisant communiquer ces diverses cavités.

L'état général devient très mauvais, la malade s'alimente mal, maigrit ; par suite de l'anémie

et surtout de l'intoxication cancéreuse, le teint devient ciré, de couleur jaune paille.

En dehors de la généralisation et des métastases, la mort survient par cachexie, par urémie, par septicémie, par hémorragie tuant plus par sa répétition que par son abondance : la durée totale de la maladie varie de quinze mois à trois ans. Le pronostic est extrêmement grave, dépendant de l'âge de la malade, de la forme du cancer et aussi de la précocité du diagnostic : plus les femmes sont jeunes, plus le cancer est infiltrant, plus le diagnostic est tardif, et plus grave sera le pronostic.

***

Les symptômes fonctionnels ne peuvent que faire soupçonner le diagnostic, les signes physiques seuls permettent de l'établir : et comme dans le cancer du col, le salut des malades dépend de la précocité du traitement, il faut établir ce diagnostic dès le début, le rechercher dès qu'il peut être soupçonné.

Le cancer en pleine évolution ne ressemble qu'à lui-même et il est pour ainsi dire impossible de le confondre avec d'autres affections. Cependant il est des circonstances dans lesquelles il peut être assez difficile de se prononcer.

Au début, l'ulcération du cancer peut rappeler celle de la *métrite chronique*, mais celle-ci ne présente pas cette induration spéciale, cette infiltration des tissus malades : l'ulcération de la métrite est plus souple et ne repose pas sur une véritable tumeur. Même lorsque la dégénérescence scléro-kystique du col donne lieu à des indurations d'apparence suspecte, on peut reconnaître que celles-ci sont disposées en îlots séparés par des intervalles de tissu sain offrant une consistance normale. Les petits kystes glandulaires ne présentent pas la dureté continue, homogène de l'infiltration cancéreuse : leur surface est rarement ulcérée, et s'ils saignent au contact du doigt, c'est seulement au niveau de la muqueuse qui est molle et friable.

Le *chancre induré* du col se rapproche beaucoup plus du cancer au début, cependant il est rare, il a une forme généralement arrondie assez régulière, son induration est plus limitée que celle de cancer : il atteint assez vite son développement complet et n'a plus de tendance à s'étendre.

La *tuberculose* du col, également très rare, peut ressembler beaucoup à l'ulcération cancéreuse : elle est pourtant moins dure, moins saignante, les bords ne sont pas épais et éversés. Toutefois, ce sont là des caractères un peu théoriques, aussi conviendra-t-il de recourir à un xamen biopsique, comme d'ailleurs dans tous les cas un peu douteux.

Parfois, avant tout examen direct on peut être amené à songer au cancer alors qu'il s'agit d'une toute autre lésion. Il est des femmes qui ont des pertes sanguinolentes, roussâtres, fétides, absolument semblables à celles qui se voient dans le cancer ; on les suppose atteintes de cette affection, et on constate qu'elles ont un col parfaitement sain. C'est que certains *polypes fibreux sphacélés*, certaines *métrites séniles* dans lesquelles la muqueuse utérine est profondément altérée peuvent donner lieu à des écoulements identiques à ceux du cancer : l'intégrité du col, les signes particuliers à ces autres maladies vous permettront de les reconnaître.

Le diagnostic de cancer une fois posé, vous devrez vous rendre compte du degré d'extension des lésions : l'interrogatoire vous indiquera s'il existe des douleurs continues, des troubles rectaux et vésicaux, signes d'un cancer avancé, le palper abdominal et le toucher vous permettront d'apprécier l'état du col, du vagin, des cloisons recto- et vésico-vaginales, des paramètres et de ses prolongements utéro-sacrés, enfin la cystoscopie et la rectoscopie vous aideront à reconnaître l'infiltration cancéreuse du bas-fond vésical et du rectum. N'oubliez pas qu'il existe des néoplasmes faussement mobiles qui adhèrent au rectum et à la vessie et des néoplasmes immobiles par lésions inflammatoires paramétriales, et retenez enfin que le cancer du col est toujours plus étendu qu'il ne le paraît et qu'on ne le croit.

***

Le traitement du cancer du col utérin a subi dans ces dernières années des transformations profondes du fait de l'introduction du radium dans la thérapeutique. Il n'y a pas bien longtemps, cette dernière était exclusivement chirurgicale, et l'exérèse seule, dont les procédés variaient selon le degré d'extension du néoplasme semblait pouvoir assurer une guérison.

En laissant de côté l'amputation du col notoirement insuffisante, c'est à l'hystérectomie, soit vaginale élargie (opération de Schauta), soit abdominale (opération de Wertheim ou de Jonnesco) que suivant les cas on avait recours.

Actuellement, sauf dans les cas tout à fait, au début, analogues à ceux que je vous ai rapportés, pour lesquels l'accord n'est pas encore réalisé, la presque totalité des chirurgiens est d'avis de rejeter toute intervention pour s'adresser à la curiethérapie, moins grave et dont les résultats paraissent plus satisfaisants. Il ne faut pas oublier néanmoins que la mortalité immédiate n'est pas nulle et que environ trois pour cent des femmes irradiées succombent de péritonite, de septico-pyohémie ou d'embolie.

La curiethérapie, sous ses différentes formes, n'est pas seulement utilisée à titre curatif, mais

encore à titre palliatif dans tous ces cas où du fait de l'envahissement des culs-de-sac vaginaux et de l'infiltration des paramètres, aucune espèce de guérison ne saurait être envisagée. Bien supérieur aux anciennes méthodes (curettage et cautérisation) le radium provoque toujours une régression marquée de tous les symptômes, un arrêt des hémorragies et donne des survies de quelques années : ce n'est que dans des circonstances toutes particulières, comme dans celles où je me suis trouvé, que l'on peut encore recourir au traitement par le carbure de calcium, dont les résultats sont très inférieurs à ceux obtenus par la curiethérapie palliative.

NOTIONS ACTUELLES SUR LA CELLULITE ET SON TRAITEMENT

La cellulite, dont on parle beaucoup depuis quelques années, est un état anatomo-clinique dont la définition n'est pas donnée d'une façon univoque par les auteurs qui l'ont étudiée. Cela tient sans doute à l'absence de biopsie des tissus cellulitiques et aussi à ce que la cellulite comprend un ensemble d'altérations du tissu cellulaire portant à des degrés divers sur les lymphatiques, les veines, les éléments adipeux, fibreux et autres (syndrome scléro-lipomateux de Parturier). Selon les cas, on attribuera la prédominance à telle ou telle partie intégrante du tissu cellulaire.

Dans sa thèse inaugurale (Paris, 1936), le Docteur Roger Nicoux donne une excellente définition de ce trouble morbide, définition qui a l'avantage d'être clinique. Quatre particularités, dit-il, caractérisent la cellulite et permettent de la reconnaître : 1° l'augmentation d'épaisseur du tissu sous-cutané ; 2° l'augmentation de sa consistance ; 3° l'augmentation de sa sensibilité allant jusqu'à la douleur ; 4° la diminution de sa mobilité par adhérence à la peau ou aux plans profonds. Il s'agit, en somme, d'un empâtement élastique plus ou moins sensible ou douloureux, affectant la forme nodulaire ou la forme en nappe.

Les localisations les plus communes de la cellulite sont : la fosse sus-épineuse, la nuque, la région thoraco-mammaire, l'abdomen, la partie interne du genou, le cou-de-pied. La cellulite de la région précordiale peut simuler l'angor pectoris, celle de la région thoracique le cancer du sein, celle de la région abdominale différents syndromes douloureux abdominaux, etc...

L'étiologie de cette affection est assez imprécise. Certaines inflammations chroniques (rhino-pharyngites, infections intestinales) peuvent intervenir. Pour Alquier, la cellulite serait une lymphangite non inflammatoire. Pour M. Roger Nicoux, les éléments qui paraissent devoir être principalement incriminés sont : la dys fonction glandulaire, les phénomènes infectieux, certaines circonstances favorisantes. Trois systèmes glandulaires seraient surtout en cause : les gonades, la thyroïde et les parathyroïdes.

Le diagnostic différentiel s'établira, assez facilement d'ailleurs, en général, avec l'œdème banal, l'œdème inflammatoire, l'adipose simple, le lipome, les adénopathies, le sclérème, l'œdème tropho-névrotique, toutes lésions différentes et habituellement indolentes.

Le traitement comporte une association des médications : physiothérapique, hépato-digestive et endocrinienne.

A cette affection, disait Guy Laroche en 1935, n'opposez qu'un seul traitement : la kinésithérapie manuelle. Le massage doit être doux et par séances assez courtes. Le traitement hépato-digestif n'offre rien de spécial. Au point de vue endocrinien, Roger Nicoux, à la suite de Parturier, accorde aux parathyroïdes un rôle particulier dans la production de la cellulite et il déduit une thérapeutique endocrinienne de cette considération.

P. Lacroix.

CONSIDÉRATIONS SUR L'ÉTAT DE DYSTONIE VAGO-SYMPATHIQUE

Par le Docteur GUÉDÉ
Ex-chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris

Quand Eppinger et Hess ont décrit la sympathicotonie et la vagotonie, il semblait que la pathologie se fût enrichie de deux maladies bien individualisées. L'hyper-excitabilité de l'une ou de l'autre voie de conduction neuro-végétative, paraissait être un substratum physio-pathologique qui permettait un groupement logique de symptômes qui, autrefois, restaient au second plan. Cette conception ouvrait, en outre, le chemin à une thérapeutique riche et logique.

On ne tarda pas à constater que cette manière de voir, extrêmement féconde, était par trop schématique. La clinique des déséquilibres vago-sympathiques s'enrichissait de jour en jour et jetait la lumière sur quantités de paradoxes, de contradictions. Les nouveaux moyens d'investigations contribuèrent à souligner ces paradoxes. L'étude expérimentale enfin, a complété le désarroi, en montrant les erreurs que devait obligatoirement entraîner cette première manière de voir trop absolue.

Rien dans l'organisme humain n'est absolu et le système neuro-végétatif ne pouvait désobéir à cette règle. De même que le déprimé mélancolique porte en lui le germe d'une gaîté exubérante, que les humeurs ne sont ni exclusivement alcalines ni exclusivement acides, le sympathique et le para-sympathique ne sont pas strictement antagonistes et réagissent ensemble aux mêmes excitations. La vagotonie et la sympathicotonie pures, si elles existent, sont infiniment rares.

Dès lors, la notion essentielle est celle de l'*amphotonie* et la loi qui régit la pathologie du sympathique n'est plus celle de l'antagonisme, mais celle de la *prédominance.*

Un deuxième point mis au premier plan par les travaux récents est celui du *régionalisme* des manifestations sympathiques. Le système vago-sympathique n'apparaît plus comme un ensemble agissant et réagissant sur un même mode. Les résultats des investigations ne valent que pour un *segment déterminé* du système neuro-végétatif et, parallèlement, les perturbations locales prennent une importance considérable.

L'AMPHOTONIE. — Quand il y a augmentation du tonus et de l'excitabilité du système végétatif, elle existe *simultanément* pour les deux systèmes antagonistes : sympathique et para-sympathique. C'est la prédominance de cette augmentation qui détermine la sympathicotonie ou la vagotonie. Telle est la thèse de Danielopolu. *Cette amphotonie est bipolaire* : elle existe au niveau des centres supérieurs (diencéphale, cortex) en même temps qu'au bout périphérique des nerfs. Une excitation, qu'elle parte du centre ou de la périphérie, suit obligatoirement les deux fils conducteurs sympathique et para-sympathique. Grâce à l'amphotonie il existe normalement un *état d'équilibre permanent.* Mais, même quand l'équilibre est rompu par la prédominance des excitations sur l'un ou l'autre groupe, il persiste toujours un frein et c'est là une notion essentielle.

Avant d'aller plus loin, il est essentiel de s'entendre sur la définition exacte de certaines notions employées couramment et souvent à tort.

1° *Le tonus végétatif* est l'état d'excitation permanente dans lequel se trouve le système neuro-végétatif.

2° *L'excitabilité végétative* est la modification que subit le système neuro-végétatif sous l'influence d'un facteur quelconque.

Il existe un tonus et une excitabilité générale et locale.

Il existe un tonus et une excitabilité isolée du vague et du sympathique.

Ces notions se conçoivent plus aisément à la lumière des épreuves végétatives. Le tonus se mesure uniquement par l'épreuve à l'atropine et de l'orthostatisme.

Les méthodes qui mesurent l'excitabilité sont multiples : retenons les réflexes oculo-cardiaque, sino-carotidien et solaire, et les épreuves à l'adrénaline, à l'ésérine, à la pilocarpine.

Toutes ces épreuves mesurent le tonus et l'excitabilité générale. Quant au tonus et à l'excitabilité locale, ils se mesurent par des méthodes viscérographiques compliquées qui ne sont pas entrées dans la pratique courante. En quoi consistent ces épreuves ?

1° ÉTUDE DU TONUS

Epreuves à l'atropine-orthostatisme.

Technique :

1° On prend le pouls du sujet. Ce pouls traduit l'état de tonus amphotrope, il est la résultante de l'action antagoniste : sympathique para-sympathique.

II. On fait une injection intraveineuse d'un demi-milligramme d'atropine. Le pouls va s'accélérer, et passera par exemple de 80 à 130. Le chiffre 130 représente le tonus isolé du sympa-

thique, car on l'a obtenu en paralysant le vague par l'atropine. La différence entre 80 et 130, c'est-à-dire 50, représente le tonus isolé du vague, autrement dit la valeur du frein que celui-ci opposait au sympathique avant l'injection d'atropine.

III. L'épreuve orthostatique contrôle la section physiologique plus ou moins complète du vague. En effet, lorsque cette section physiologique est incomplète, il existe une accélération orthostatique réflexe et surtout un ralentissement clinostatique. Exemple : après l'injection d'atropine, le pouls est passé de 80 à 100. On met le sujet debout, pouls = 110. On le recouche, pouls = 90 et, ce n'est qu'au bout de quelques minutes qu'il reviendra à 100. Ce phénomène indique la section physiologique incomplète du vague et la nécessité d'une nouvelle injection d'atropine, voire d'une troisième injection avant de l'obtenir.

2° Etude de l'excitabilité

Les diverses épreuves sont toutes amphotropes.

I. *Le réflexe oculo-cardiaque.*

S'il n'est point besoin de décrire sa technique, rappelons seulement qu'il faut faire la compression binoculaire à plusieurs reprises en variant l'intensité. Dans le cas normal, ce réflexe prédomine sur le para-sympathique, il y aura donc un ralentissement modéré du pouls. Quand le tonus du vague est augmenté, ce ralentissement est considérable et peut aller jusqu'à la syncope. Quand, au contraire, c'est le tonus du sympathique qui est augmenté, le pouls ne varie pas ou s'accélère.

II. *Le réflexe sino-carotidien.*

On fait une compression du cou, au niveau de la bifurcation des deux carotides primitives, en même temps qu'on prend le pouls et la tension artérielle. Normalement, on obtient un léger ralentissement du pouls, une diminution de la minima, et une augmentation de la tension différentielle. Dans l'état pathologique, les résultats sont parallèles au réflexe oculo-cardiaque. Ce réflexe qui, primitivement, était considéré comme dû à la compression du nerf de Hering agissant uniquement sur le para-sympathique, est en réalité un réflexe amphotrope comme le réflexe oculo-cardiaque.

III. *Le réflexe solaire.*

On comprime la région solaire en même temps qu'on prend le pouls et les oscillations au Pachon. Le tonus végétatif étant normal, on note de l'accélération du pouls avec diminution légère de l'indice oscillométrique ; quand le tonus du sympathique est exagéré, on obtient alors une accélération marquée du pouls et une diminution très notable de l'indice oscillométrique. Il faut que la compression épigastrique soit lente et progressive.

IV. *Epreuve à l'adrénaline.*

On injecte 1/300e à 1/100e de milligramme d'adrénaline intra-veineux. Les faibles doses au début de l'épreuve produisent une excitation vagale avec ralentissement du pouls et diminution de la tension artérielle. Ce n'est qu'aux doses plus fortes que l'action classique sympathicotrope se fera sentir : accélération du pouls et augmentation de la tension artérielle. Cette action biphasique est une preuve d'amphotropisme, tout à fait remarquable. Elle peut exister pour toutes les autres épreuves décrites. Une autre preuve de cet amphotropisme est fournie par l'inversion de l'effet de l'adrénaline après administration d'un corps sympathicolytique tel que la yohimbine.

V. *Epreuve à l'ésérine et à la pilocarpine.*

Injection intra-veineuse de petites doses. L'effet ne se fait sentir qu'au bout de une à trois heures. Les très faibles doses ont un effet sympathicotrope, les doses plus fortes donnent l'effet vagotrope classique.

Ces notions actuellement classiques rendent la *loi de l'amphotropisme indiscutable*. La prédominance du facteur sympathique ou para-sympathique dépend :

A) De l'intensité de l'action exercée : intensité de la compression oculaire, sino-carotidienne, de la dose d'adrénaline, etc.

B) De l'état de tonus isolé : les substances vagotoniques auront une action intense chez un vagotonique et vice-versa.

C) De l'état de l'organe qui extériorise l'action sur le système neuro-végétatif : dans toutes les épreuves que nous avons signalées on étudie les modifications du pouls et de la tension artérielle ; on conçoit que l'état cardio-vasculaire ne soit pas indifférent pour l'appréciation des résultats.

Comment adapter ces notions à la clinique ?

Il faut, de toute évidence, abandonner la classification schématique, mais trop absolue, qui oppose sympathicotonie et vagotonie, ou alors, conserver ces deux notions pour désigner des états très purs, tout à fait exceptionnels.

En clinique, on aura à faire surtout à des *syndromes de dystonie* où les symptômes de vagotonie et de sympathicotonie s'intriquent chez un même malade, pour réaliser ces complexes végétatifs où le seul fait certain est l'*instabilité des manifestations*, toujours amplifiées par un élément subjectif surajouté. Schématiquement, on parle d'amphotonie, quand le tonus des deux systèmes antagonistes est exagéré et, d'hypo-

amphotonie, quand il y a diminution du tonus des deux systèmes. Quand le tonus de l'un des deux systèmes est exagéré et l'antagonisme diminué, se trouvent réalisés les syndromes de *dystonie à prédominance* sympathicotonique ou vagotonique.

Mais, l'amphotonie est la règle, alors que les trois autres états sont des exceptions. On ne répétera jamais assez qu'il s'agit là non pas de véritables manifestations morbides, mais plutôt d'un *terrain favorable* à l'éclosion de troubles qu'engendrent des causes occasionnelles très diverses.

Ce terrain n'est pas seulement caractérisé par l'hypertonie et l'hyper-excitabilité végétatives ; il est également la conséquence de la diminution du contrôle exercé par les centres de l'activité psychique consciente sur le système nerveux végétatif. Actuellement le *rôle du psychisme conscient*, de la volonté, s'exerçant sur le système vago-sympathique n'est plus douteux. Abrami, Wallich et Bernal ont publié un cas saisissant d'hypertension volontaire. Th. Brosse a vu, chez les Yoguis hindous, des troubles du rythme cardiaque et même des modifications électrocardiographiques survenir sous la seule influence de la volonté. Ce sont là des preuves de l'importance de l'élément subjectif.

Il faut donc, dans l'étude des dystonies neuro-végétatives, faire à la fois la part des symptômes objectifs et du terrain névropathique pour en tenir compte au point de vue thérapeutique. Pour l'étude des manifestations objectives, conservons le schéma commode qui oppose les troubles sympathiques aux troubles parasympathiques.

Les troubles les plus importants de la *série vagotonique* sont la transpiration localisée aux extrémités, la cyanose alternant avec la pâleur des extrémités, la salivation abondante, l'hyperchlorhydrie, la constipation spasmodique ou au contraire la diarrhée les douleurs précordiales parfois pseudo-angineuses, les troubles respiratoires. Dégageons deux signes plus objectifs, la bradycardie et le myosis avec élargissement des fentes palpébrales. Parmi les troubles de la *série sympathicotonique*, retenons la tachycardie, l'éréthisme cardiaque, les battements épigastriques, la sécheresse de la peau et la mydriase avec étroitesse de la fente palpébrale.

Tous ces signes se retrouvent, parfois *mélangés*, d'une façon en apparence paradoxale, dans la symptomatologie d'une foule de maladies parmi lesquelles nous citerons, entr'autres, la tuberculose, l'asthme, l'ulcère d'estomac, l'entérite muco-membraneuse, la colique néphrétique, etc., mais on les retrouve également dans ces états d'*angoisse avec troubles cœnesthésiques* disparates, qui s'observent chez de si nombreux sujets dont le terrain répond à ce que Dupré a décrit sous le nom de constitutions émotives. Ici, pas de lésion viscérale apparente, mais un déséquilibre, une excitabilité particulière du système sympathique, qui fait que ces sujets enregistrent et amplifient toutes leurs sensations végétatives anormales, même légères. A cette catégorie de malades, appartiennent les angoissés, les petits anxieux, les neurotoniques, si fréquemment observés, dans la pratique courante. Ce sont, avant tout, *des amphotoniques*.

Traitement

L'étude des signes objectifs prédominants engage à essayer une thérapeutique rationnelle. Chez les vagotoniques, c'est la belladone, la jusquiame, l'hyosciamine, ou, au contraire, l'adrénaline, l'éphédrine, qui trouvent leurs indications. Chez les sympathicotoniques, les médicaments de choix sont l'ergot de seigle, l'yohimbine et les corps sympathicolytiques actuellement à l'étude, ou, au contraire, la pilocarpine, l'ésérine, l'acéthylcholine.

Pourquoi ces thérapeutiques physiologiques, cependant logiques, donnent-elles souvent des résultats médiocres ? La loi de l'amphotropisme en est la raison essentielle, qui, comme nous l'avons vu, explique la complexité du problème, encore augmentée par la participation si importante de l'élément psychique, de l'émotion, de la tendance interprétative.

La dystonie neuro-végétative, syndrome psycho-physique, relève d'un traitement de fond plus général par des *sédatifs amphotropes* du système nerveux, parmi lesquels les calmants végétaux (cratœgus, ballote, passiflore, paullinia sorbilis, valériane) sont les plus employés. Ce traitement continué pendant longtemps *diminue la réceptivité du sujet* aux causes occasionnelles susceptibles de déclencher des manifestations pathologiques, et *facilite l'action* des substances pharmacodynamiques à effets plus spécifiques, mais qui ne peuvent sans inconvénient être utilisées d'une façon continue.

TRAITEMENT DES CALCULS URINAIRES (1)

I. Traitements palliatifs

Dans la colique néphrétique, la *morphine* soulage bien. Mais ce traitement classique comporte un gros inconvénient : la morphine arrête les mouvements péristaltiques de l'uretère, si nécessaires pour évacuer le calcul. On a donc intérêt à employer autre chose.

La *belladone* est, à l'heure actuelle, le traitement de choix.

Dans l'anurie calculeuse, dont nous rappelons brièvement l'évolution : pendant deux à trois jours, l'absence d'urine dans la vessie est le seul symptôme, c'est la période de tolérance. Puis, le taux de l'urée s'élève dans le sang, les phénomènes d'intoxication apparaissent et le malade meurt au bout de dix à treize jours, suivant la résistance. Que faut-il faire ? Il faut faire passer des *sondes urétérales* et cela dans les deux uretères, sans se demander quel est le rein atteint. Si la sonde urétérale ne passe pas, soit par spasme de l'uretère, soit parce qu'elle ne peut franchir l'obstacle urétéral, il faut inciser, pratiquer la *néphrostomie*.

II. Traitements curatifs

Pour débarrasser le malade de son calcul, deux cas sont à envisager :

1° Le calcul est de dimensions telles qu'il peut être expulsé.

2° Le calcul est de trop grandes dimensions pour pouvoir être expulsé.

1er cas

a) MOYENS MÉDICAMENTEUX.

L'eau : faire boire le sujet de façon abondante en obligeant ainsi le rein à hyperfectionner.

Les eaux minérales : de Vittel, Contrexéville ; il vaut mieux prendre ces eaux à la source, mais elles rendent de grands services même à domicile.

Le cidre, boisson décalcifiante.

b) MOYENS MÉCANIQUES

Dilater l'uretère, à l'endroit rétréci où le calcul est arrêté, par des sondes spéciales.

Prendre le calcul avec des pinces, sous le contrôle de l'écran radioscopique.

Masser : soit massage vaginal, soit massage rectal, si on sent le calcul, essayer ainsi de le faire sortir.

2e cas

Le calcul ne peut être expulsé. S'il ne gêne pas, on peut le laisser, en suivant son malade, en surveillant le calcul pour voir s'il augmente.

Si on veut en débarrasser le malade, il faut *intervenir chirurgicalement.*

Le calcul est dans l'uretère : inciser l'uretère.

Le calcul est dans le rein : enlever le calcul sans altérer le rein, c'est-à-dire sans léser le parenchyme rénal : opérer par le bassinet.

Les calculs sont parfois mobiles à l'intérieur du rein. Aussi, dans la salle d'opération, une fois le rein extériorisé, il faut se servir de la radioscopie pour localiser le calcul, au moment même de l'incision.

Il faut utiliser encore la radioscopie comme mesure de contrôle à la fin de l'opération, pour être sûr de ne laisser aucun calcul.

Récidives des calculs

Quand on a enlevé un calcul, on a laissé un rein non normal, avec la niche dans laquelle le calcul se trouvait ; cette cavité peut suppurer. Le plus souvent, le calculeux opéré reste un infecté et il tend à refaire des calculs.

Pour éviter ou pour retarder le plus possible la formation de nouveaux calculs, il faut prescrire une *hygiène alimentaire.* Mais les médecins abusent bien souvent du régime, ils rendent la vie impossible au malade en leur défendant presque toute nourriture. Il n'est pas nécessaire de prescrire un régime excessif.

En fait : ne rien manger que de très frais, pas de viande altérée ou faisandée (le veau s'altère très vite en été, avant même d'avoir du goût).

Eviter avant tout, toute restriction liquide, boire abondamment et régulièrement, à plus forte raison si on a affaire à un malade qui transpire ou à un diarrhéique. C'est là le grand secret pour éviter la formation des calculs.

(1) Notes prises au cours du Docteur Chevassu, par Madame le Docteur Sjöberg.



LA CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE AU GOUT DU JOUR

Attention aux « faux fibromes » ; pour eux les radiations sont dangereuses

D'après le Professeur M. P. Bégoin, de Bordeaux (1)

Comment les reconnaitre

« Presque toutes les affections de l'utérus, qui s'accompagnent de son augmentation de volume, depuis la grossesse jusqu'au cancer du corps, sont parfois confondues avec le fibrome », cependant il s'agit ici de reconnaître celles qui prêtent plus particulièrement à confusion, et qui sont plus souvent faussement diagnostiquées « fibromes ». Ces faux fibromes se présentent différemment avant et après la ménopause.

Avant la ménopause

On pense au fibrome, dès qu'une femme, avant et surtout aux approches de la ménopause, présente des règles qui, tout en restant régulières, augmentent d'abondance et de durée, au point de devenir de véritables *ménorragies*. Un début brusque de saignements irréguliers en quantité et en durée, avec de véritables périodes d'aménorrhée, indiquerait par contre des hémorragies ovariennes préménopausiques.

Aussitôt une question se pose : *peut-on déceler, ou non,* par le toucher et le palper combinés, *quelque tumeur*, quelques bosselures, une augmentation générale de volume de l'utérus ou même de ses annexes ? Si non, il faut rechercher une « cause générale » à ces ménorragies : hypertension, insuffisance hépato-splénique ou lésion cardio-rénale, hémogénie, troubles endocriniens (ovaires, hypophyse). Si, au contraire, l'examen physique de l'utérus montre une tumeur, le problème se précise : fibrome ? peut-être ; mais parfois aussi : *sarcome, polype intracavitaire, adénomyomatose diffuse, adénomyome.*

A tumeur et ménorragies équivalentes, le sarcome se développe plus rapidement que le fibrome ; sa consistance, plus molle, n'a pas cette dureté élastique, homogène, si spéciale ; enfin il s'accompagne presque toujours de douleurs, alors que celles-ci sont très exceptionnelles dans le fibrome non dégénéré.

Certains polypes intra-cavitaires ne peuvent être pris pour un fibrome banal, car les ménorragies, qu'ils déterminent, les en différencient par leur irrégularité et leur manque de rythme : polypes muqueux, rares cancer sou sarcomes corporaux pédiculés, polypes placentaires du post-partum ou du post-abortum. Il n'en est pas de même des polypes fibreux, qui sont bien des fibromes utérins — quelquefois des adénomyomes — mais des fibromes particuliers, en raison de leur pédiculation dans la cavité utérine. Même si le col n'est pas entr'ouvert, dès l'interrogatoire l'abondance des ménorragies, et surtout l'existence de douleurs sous forme de coliques expulsives, doivent déjà faire soupçonner le polype et amener à le rechercher. A défaut d'une exploration intra-utérine au doigt et à l'hystéromètre, l'hystérographie au lipiodol permettra de le distinguer du fibrome interstitiel banal.

L'adénomyome en endométriome nodulaire est l'affection utérine, dont la différenciation est la plus difficile : ménorragies, volume et consistance de la tumeur identiques ; souvent, c'est à l'examen post-opératoire seulement que l'erreur est reconnue : l'aspect de la tumeur montre aussitôt que la tumeur n'est pas encapsulée, pas énucléable. Cependant, dans quelques cas, le diagnostic peut-être simplement soupçonné en clinique en raison de la dysménorrhée avec irradiations recto-vaginales et vésicales et du petit volume de la tumeur (œuf ou noix).

Diffus, l'adénomyome est moins souvent confondu avec le fibrome, car l'utérus a conservé sa forme générale, quoique de même consistance que cette dernière tumeur.

Après la ménopause

La rareté des fibromes « purs » après la ménopause doit rendre le praticien très circonspect, avant qu'il n'impose le diagnostic. Certes, cliniquement, on observe parfois chez des femmes ménopausées, depuis plus ou moins longtemps, des fibromes qui viennent de se manifester seulement depuis quelques jours ou quelques mois ; comme aussi on peut voir des fibromes, reconnus avant la ménopause, qui n'ont augmenté de volume ou se sont accompagnés de troubles plusieurs années seulement après la cessation des règles. Mais ces cas sont exceptionnels ; le Docteur Begouin, sur 710 fibromes post-ménopausiques qu'il a opérés, a trouvé seulement deux fois des fibromes purs. Le plus souvent, il y a dégénérescence sarcomateuse, dégénérescence calcaire, coexistence avec un cancer du col, etc.

Aussi, lorsque, chez une femme qui a dépassé la ménopause, on trouve une tumeur utérine,

(1) Les faux fibromes utérins (*Paris médical*, 26 décembre 1936.)

qui présente les caractères physiques du fibrome, avec ou sans pertes, on doit avant d accepter ce diagnost c de fibrome, envisager toutes les autres éventualités possibles. Dans le cas, où l'on aurait examiné la malade dans les années précédentes ~~et constaté~~ qu'alors son utérus était normal, où l'on serait par conséquent certain que la tumeur s'est développée depuis la cessation des règles, il pourra s'agir d'un sarcome, car celui-ci parfois apparaît après la ménopause. Mais, le plus souvent, il s'agira d'un cyto-épithéliome de l'ovaire. Un examen attentif de la consistance de la tumeur et de ses rapports avec l'utérus — qui ne sont que de contiguité — permettra presque toujours à un chirurgien averti d'en faire lediagnostic.

Si cependant l'existence de la tumeur était connue avant la ménopause, rien ne s'oppose plus à ce qu'il s'agisse d'un véritable fibrome Mais si ce fibrome, jusque là silencieux, a augmenté de volume, est devenu douloureux, a déterminé des pertes, ou bien a retenti sur l'état général, c'est qu'il a cessé d'être un fibrome pur. Selon toute probabilité, il est devenu le siège d'une complication nécrobiose, suppuration, calcification, dégénérescence sarcomateuse ; plus souvent encore, il est compliqué de tumeur ou d'affection annexielle.

***

L'importance pratique du diagnostic des faux fibromes

L'erreur de diagnostic conduit fréquemment à une erreur de thérapeutique, qui n'est quelquefois que fâcheuse, mais qui peut parfois être désastreuse. Aujourd'hui l'exactitude du diagnostic a une importance qu'elle n'avait pas il y a vingt-cinq ans, avant l'introduction du radium et de la radiothérapie dans le traitement des fibromes. Alors, en effet, l'ablation chirurgicale en constituait la seule thérapeutique active ; si, au cours ou à la fin de l'opération entreprise pour un fibrome, on constatait qu'il s'agissait en réalité d'un sarcome, d'un cancer du corps, d'un cysto-épithéliome de l'ovaire, l'erreur était en somme d'heureuse conséquence.

Aujourd'hui, on ne peut plus s'exposer à soumettre à la radiothérapie, ou au radium, un sarcome, un cysto-épithéliome de l'ovaire, un polype fibreux ou un fibrome compliqué de cancer, de nécrobiose ou de calcification ; on doit pousser très loin la recherche du diagnostic exact, et *s'il persiste un doute, c'est à la chirurgie qu'il faut recourir.*

Avant la ménopause

S'il est reconnu que l'on se trouve en présence d'un sarcome, ou d'un fibrome dégénéré, l'indication thérapeutique est nette ; quelle que soit la nature de la dégénérescence subie par la tumeur, l'intervention chirurgicale est indiquée à l'exclusion de toute radiothérapie et avec d'autant plus d'urgence que la probabilité de la dégénérescence sarcomateuse est plus grande. De même, un cancer intracavitaire ne saurait guérir par la rœntgenthérapie.

Quant aux polypes intra-cavitaires, la radiothérapie doit être interdite, car elle est inefficace et dangereuse ; l'hystérectomie peut, d'autre part, presque toujours être évitée : une simple polypectomie par voie vaginale, après dilatation et incision du col, suffit généralement et procure une guérison définitive, s'il n'y a pas d'autres nodules fibro-myomateux dans l'utérus.

L'adénomyome nodulaire doit indiquer l'ablation ; bien que non encapsulé et infiltrant, il est, comme le fibrome, une tumeur bénigne. Même enlevé incomplètement, il ne récidive pas, à condition que les ovaires aient été sacrifiés ou soient ensuite détruits par la radiothérapie.

Même indication chirurgicale pour l'adénomyome diffus, à condition d'avoir pratiqué, le cas échéant, un curettage pour le distinguer de la simple hyperplasie muqueuse bénigne par dystrophie, qui est liée à un trouble fonctionnel ovarien de la préménopause. Pour cette dernière, le caractère irrégulier des métrorragies permet déjà une présomption sérieuse, et une hystérectomie sera inutile ; il suffira le plus souvent d'une application intra-utérine de radium, ou de quelques séances de rœntgenthérapie.

Après la ménopause.

Dans tous les cas, où un « fibrome » se développe à cette période de la vie, ou bien lorsqu'un fibrome, déjà reconnu avant celle-ci, présente des symptômes nouveaux, le radium et le radiothérapie doivent être proscrits ; l'intervention chirurgicale est formellement indiquée, sans retard, car, pendant que l'on attend, les « fibromes », qui sont en réalité des sarcomes, rompent leur capsule et essaiment autour d'eux. D'autres, qui sont des cysto-épithéliomes de l'ovaire et qui, paraissant silencieux, ont été laissés en observation pendant des années, se présentent compliqués de noyaux cancéreux secondaires dans le péritoine ou l'épiploon, lorsqu'enfin on s'est décidé à les opérer.

Bref, il faut retenir qu'il n'est pas permis de soumettre aux radiations que les fibromes de diagnostic certain, non pédiculés et purs, c'est-à-dire sans altération, ni complications.

G. Fischer.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Quelques histoires de pleurésies purulentes

Le Docteur CROIZIER rapporte quelques observations, qui montrent l'intérêt primordial d'une étroite collaboration médico-chirurgicale. La découverte d'une poche purulente demande beaucoup d'attention et de patience, malgré la grande habitude qu'on peut avoir de la séméiologie pulmonaire et du contrôle radiologique. Il semble inconcevable qu'on ait tant de peine à découvrir une cavité qui, grande et spacieuse, est fort bien vue à l'écran, qu'on ne puisse y accéder par une large plaie thoracique, et qu'il soit besoin, pour trouver le point d'accès, d'une série de ponctions après repérage cependant rigoureux ; à noter que l'on a toujours tendance à faire trop bas la ponction exploratrice. Rien dans l'intervention chirurgicale de doit être laissé au hasard, car un épanchement à liquide citrin existe parfois derrière une poche purulente, car aussi une cavité est parfois si bien cloisonnée qu'à quelques centimètres, en dehors d'un point de ponction, on ne la trouve plus. L'auteur insiste sur la fréquence du cloisonnement des épanchements pleuraux purulents ; certes il est fréquent d'en rencontrer qui sont libres dans la grande cavité ; mais, dès qu'une situation de ce genre se prolonge, les réactions de défense organisent des brides multiples, dont la disposition échappe à toute description et dont la présence ne peut être même soupçonnée. Aussi ne doit-on jamais aller au hasard, quand il s'agit d'ouvrir une pleurésie purulente. Il est élémentaire de faire sitôt avant, sur la table d'opération, une ponction exploratrice de vérification ; après avoir incisé sur l'aiguille, il est encore prudent, une fois la plèvre découverte, de ponctionner avant de l'inciser : sur le bord d'un cloisonnement, on pourrait aborder le poumon et risquer d'ouvrir une poche à liquide séreux ; toutes ces fautes, pour un coup de bistouri malheureux, coûteraient la vie au patient, et l'auteur rapporte le récit d'une catastrophe, précisément due à l'inobservation de ces précautions élémentaires. (*La Loire Médicale*, février 1937.)

Traitement de l'asystolie basedowienne

C'est la gravité et l'incurabilité de l'asystolie basedowienne livrée à elle-même, qui ont amené les différents auteurs, et notamment le Docteur Pierre UHRY, à s'attacher à une thérapeutique rationnelle de ces manifestations cardiaques. Jusqu'à ces dix dernières années toute intervention était formellement contre-indiquée et l'on en était réduit au seul traitement médical. Le traitement toni-cardiaque en demeure la base essentielle ; les sédatifs nervins et modificateurs et l'équilibre vago-sympathique n'ont qu'une action transitoire et restent impuissants devant les signes graves de défaillance de l'asystolie basedowienne. L'iodothérapie vise à neutraliser la sécrétion viciée du corps thyroïde. La physiothérapie a obtenu quelques succès dans les cas de maladie de Basedow accompagnée de troubles du rythme cardiaque ; mais il s'agit d'un traitement de longue haleine, qui s'accompagne souvent d'accidents.

C'est la nécessité d'agir vite et complètement, ainsi que les échecs au moins partiels des autres thérapeutiques, qui ont rallié la plupart des auteurs au traitement chirurgical. Parmi les méthodes employées, le procédé de choix est la thyroïdectomie subtotale, qui laisse une mince bande de tissu thyroïdien à la partie postérieure des lobes. Elle doit être large ; l'ablation presque totale de la glande est nécessaire, si l'on veut obtenir de bons résultats. Elle sera pratiquée en un ou de préférence plusieurs temps, à quelques semaines d'intervalle, suivant l'état du malade au moment de l'intervention. La thyroïdectomie n'est pas une intervention d'urgence, mais une opération qui doit être soigneusement préparée. Pendant une période de dix à vingt jours, il faut prescrire l'isolement, le repos absolu, les sédatifs du système nerveux, surtout les toni-cardiaques. Les résultats de ce traitement pré-opératoire seront suivis par des mesures successives du métabolisme basal, des électro-cardiogrammes, la courbe du poids et du pouls. Immédiatement avant l'intervention, administration d'un lavement chloralo-bromuré, morphine. L'intervention sera faite prudemment et après il ne faudra pas cesser l'iode sans quoi on s'exposerait à voir une poussée d'hyperthyroïdie.

L'insuffisance cardiaque ne donne pas de gravité spéciale à l'intervention, car la thyroïdectomie supprime la cause de la maladie et place le malade dans de meilleures conditions. La mortalité n'est que de 15 %, les accidents sont rares. (*La science Médicale Pratique*, février 1937.)

Quelques considérations sur la radiothérapie des fibromes

Il faut signaler l'intéressante étude que publie le Docteur P. COTTENOT. Il précise tout d'abord en quoi consiste cette méthode de traitement, puis définit la technique employée. Envisageant les indications réciproques du radium ou des rayons X, il précise que les indications des rayons X sont beaucoup plus étendues que celles du radium. Quand le traitement d'un fibrome par irradiation a été décidé, un certain nombre de contre-indications nettes peuvent s'opposer à l'emploi du radium, mais les rayons X sont par contre applicables à tous les cas.

Quant aux résultats du traitement, ils sont de deux ordres : réduction de volume du fibrome, et arrêt des règles.

La radiothérapie doit envisager certains facteurs. Si chez les femmes assez proches de la ménopause, la castration est admise sans difficulté, on a autrefois hésité à irradier des femmes jeunes. Cependant la castration qui, jadis, pouvait offrir quelques difficultés dans ce cas, est maintenant très facilement réalisée par des irradiations très pénétrantes à doses suffisantes. La crainte d'une dégénérescence maligne ne doit pas exister ; les statistiques prouvent en effet que les cancer du col ne sont pas plus nombreux sur les utérus irradiés que sur les utérus non traités, ou sur les moignons du col après hystérectomie subtotale. Quant à l'erreur de diagnostic qui consisterait à prendre pour un fibrome un utérus gravide, elle n'est plus guère à retenir, les examens de laboratoire permettant d'assurer le diagnostic de grossesse si la clinique est défaillante. Quant au cancer du corps utérin, un médecin averti ne risquera guère de l'irradier en le prenant pour un fibrome. C'est en effet un cancer de la femme âgée, qui survient après la ménopause : si dans ces conditions on voit survenir des pertes et se développer une tumeur utérine, indépendamment des signes spéciaux que donne le toucher et des caractères des hémorragies, indépendamment même des résultats de la biopsie et de l'hystérographie qui peuvent tromper, il y aura toujours une très forte présomption en faveur du cancer et l'hystérectomie s'imposera.

Des petits fibromes hémorragiques on a pu dire qu'ils sont le triomphe de la radiothérapie, mais les gros fibromes, même les très gros, dépassant largement l'ombilic, donnent également de très heureux succès et les rayons X semblent ici d'autant plus indiqués que ce sont précisément ces gros fibromes avec pédicules vasculaires énormes, qui offrent le plus de risques opératoires. (*Paris Médical*, 6 février 1937.)

Hypertension artérielle et syphilis (remarques étiologiques et thérapeutiques)

Certains auteurs avaient déjà envisagé avec scepticisme l'action du traitement spécifique sur la pression artérielle des hypertendus syphilitiques. C. LIAN et F. SIGUIER se demandent si la spécificité joue un rôle important et indiscutable dans les nombreuses variétés d'hypertension artérielle rencontrées en pratique courante. Il ne le semble pas et ce fait paraît en harmonie avec les conclusions qu'a tirées l'un des auteurs de statistiques importantes portant sur plusieurs centaines de malades, et qui établissent que la syphilis se montre tout au plus dans un tiers des cas des malades atteints d'une affection artérielle (hypertension, angine de poitrine, aortites simples).

Le rôle de la spécificité n'est vraiment important que dans l'étiologie des anévrysmes aortiques qui sont presque tous d'origine syphilitique (90 % des cas) et dans l'aortite avec insuffisance aortique, qui est souvent d'origine syphilitique (75 % des cas). D'autre part, la cause fondamentale des maladies artérielles observées à l'âge critique est une véritable dyscrasie de la cinquantaine.

L'action du traitement anti-syphilitique chez les hypertendus atteints de syphilis est pratiquement négligeable ; elle peut amener une chute tensionnelle de plusieurs centimètres de mercure, mais la même chute s'observe parfois aussi chez les hypertendus syphilitiques non soumis au traitement spécifique pour des raisons diverses.

Ces remarques faites par A. Raybaud éviteront donc des déceptions aux médecins qui attendraient trop du traitement antisyphilitique chez les hypertendus syphilitiques. Néanmoins ce traitement s'impose, même s'il ne devait lutter que contre les autres manifestations présentes ou futures de la syphilis. (*L'Année Médicale Pratique*, année 1937) (1)

Le traitement des affections à staphylocoques par l'anastaphylotoxine

Les Docteurs NÉLIS et PIÉRARD ont recueilli plus de 400 observations concernant le traitement des staphylococcies par l'anastaphylotoxine. Cette nouvelle thérapeutique, basée sur un principe différent de celui des autres vaccinothérapies, s'est révélée particulièrement active et semble même posséder, dans bien des cas, une supériorité manifeste sur les traitements en usage jusqu'à présent. (*Bruxelles-Médical*, 31 janvier 1937)

(1) 38, rue d'Amsterdam, Paris.

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'industrie des crins de Florence peut-elle être nationale ?

(MM. E. PERROT et P. BRUERE ; 16-2-1937)

Nous avons déjà signalé la « crise » du crin de Florence, crise liée indirectement à la guerre civile en Espagne .

Le crin de Florence fut introduit en France comme article de pêche en 1760, mais c'est sans doute aux Chinois, qui s'en servaient depuis plusieurs millénaires, que l'on doit l'art de fabriquer la soie dévidée du cocon des vers à soie. D'après Liot, c'est vers 1770 que Duber eut l'idée de faire macérer les vers à soie dans du vinaigre, d'en extraire les fils et d'obtenir le crin brut. Pendant longtemps, la seule utilisation fut celle des besoins de la pêche et il semble que la dénomination de *crins de Florence* soit due à des Toscans, venus s'installer dans la vallée du Rhône où ils importèrent cette industrie.

Au point de vue chirurgical, l'emploi du crin de Florence a été vulgarisé par Trélat, en 1877, et par Lucas-Championnière en 1887. Depuis, son emploi s'est considérablement développé et l'on peut chiffrer à plus de deux millions de crins, la quantité utilisée en France, annuellement, par les chirurgiens. On conçoit, dans ces conditions, l'émotion créée par les difficultés actuelles d'approvisionnement de cette importante partie du matériel opératoire, qui provient on le sait de la région de Murcie, en Espagne.

Déjà en 1925, on s'était préoccupé de la création d'une industrie française, nationale, du crin de Florence. Dans le Var, les Basses-Alpes, les Pyrénées-Orientales, les vers à soie sont, en effet, cultivés comme producteurs d'œufs, de « graines » qui sont exportés en Espagne. Il semblait donc possible d'arriver à un élevage industriel du ver à soie et à une fabrication du crin. Une station était d'ailleurs en voie d'organisation, à Alès (Gard), qui parvint à produire un excellent crin de Florence. Pour des raisons diverses, la station d'Alès vit son fonctionnement entravé.

MM. Perrot et Bruère pensent qu'il serait facile de reprendre en France cette fabrication du crin de Florence et ils demandent à l'Académie d'émettre le vœu suivant :

« Que les ministres de la Santé publique, du Commerce et de la Défense Nationale édictent d'urgence les mesures nécessaires pour la reprise de la campagne séricicole dès ce printemps, afin de mettre la France à l'abri du marché étranger, en assurant une production métropolitaine des crins chirurgicaux nécessaires à la consommation normale du pays et indispensable en cas de conflit ».

Les besoins alimentaires dans la première année de la vie

(M. P. LEREBOULLET ; 19-1-1937)

M. Lereboullet présente sur cette question, les conclusions de la réunion tenue à l'organisation d'hygiène de la Société des Nations, les 11 et 12 décembre 1936, à Genève (1).

Ces conclusions affirment, une fois de plus, la supériorité de l'allaitement au sein, total ou partiel. La quantité de lait donnée à l'enfant ne doit pas excéder 750 à 800 grammes par jour et il est bon de la réduire progressivement à partir de six mois révolus en faisant intervenir d'autres aliments. Cette réduction ne saurait cependant descendre, sauf exception, au-dessous de 500 grammes. L'introduction, dans l'alimentation, des céréales, des légumes cuits variés, des fruits frais, plus tard des œufs et de la viande permet, mieux qu'autrefois, l'élargissement du régime alimentaire.

Il est à conseiller de donner une assez grande quantité de céréales dès l'âge de six mois à tous les enfants, alimentés au sein ou artificiellement (par exemple 15 à 25 grammes par jour). Avant l'âge de six mois, des quantités inférieures sont admises (par exemple 5 à 10 grammes par jour).

Les légumes conviennent environ un mois après les céréales. Les épinards, les carottes et les pommes de terre sont les légumes à préférer. La quantité recommandée est de une ou deux cuillerées à soupe de ces aliments cuits.

Les œufs peuvent être donnés au cours du deuxième semestre de la première année, et de préférence vers la fin, sous réserve de leur tolérance. A titre d'exception, on peut donner de petites quantités de viande et de poisson maigres, finement divisés, avant la fin de la première année.

Le fer n'est indispensable que pour les prématurés et les jumeaux. La vitamine C est à ajouter au régime à partir de l'âge de trois mois. Les vitamines D et A conviennent à des conditions spéciales.

La réunion de Genève a souligné, en outre, que l'alimentation d'un nourrisson ne peut donner de bons résultats que si on réussit à le préserver des maladies contagieuses.

P. L.

(1) Voir l'article du Professeur Lereboullet : *Concours Médical*, n° 8 de 1937.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

Rupture spontanée de l'aorte ascendante chez une syphilitique

(M. Th. DUMITRESCO ; 15-1-37)

Le terme « spontané » veut dire que nous ignorons la cause du phénomène, mais pas du tout que la rupture s'est produite sans cause préalable. Si la cause de rupture de l'aorte est assez souvent trouvée à la nécropsie (anévrisme, atteinte des organes voisins, athérome, traumatisme violent, etc.), parfois elle reste assez obscure. Le rôle du paludisme est insuffisamment prouvé. Les ruptures de l'aorte pendant l'hypertension artérielle, essentielle ou par sclérose rénale, restent difficilement explicables. On a invoqué des altérations de la paroi, consécutives aux perturbations dans les vaisseaux nutritifs de l'aorte, notamment par la syphilis ou par l'athérome. Ce dernier cas se présente surtout chez les vieillards, alors que chez les sujets jeunes, comme pour le malade observé, la rupture est presque toujours consécutive à une aortite syphilitique. Le plus souvent le diagnostic de cette rupture n'est pas fait pendant la vie ; il constitue dans la plupart des cas une trouvaille d'autopsie ; en effet, souvent il y a mort subite, souvent aussi, chez les individus qui survivent un certain temps, les signes sont multiples et pas du tout pathognomoniques. En ce qui concerne les ruptures survenues dans la syphilis de l'aorte, on peut dire qu'elles restent assez rares. Le cas observé par les auteurs en paraît un exemple, et d'ailleurs l'examen anatomo-pathologique a fait croire à l'existence d'une maladie septicémique. Une autre complication fut celle d'une hémiplégie et d'infarctus viscéraux énormes, dans le rein et dans la rate ; il semble en conséquence que la rupture n'ait pas été d'emblée totale, et qu'à son origine se soient peut-être formés des caillots, qui se sont déplacés et ont donné naissance aux accidents mentionnés. La malade présentait sur la paroi intérieure de la portion ascendante de l'aorte quelques lésions qui, d'après leur aspect macroscopique, pouvaient être interprétées comme étant une syphilis de l'aorte.

Hippocratisme digital et amibiase intestinale

(MM. M. BRULÉ, P. HILLEMAND et R. GAUBE ; 15-1-1937)

Les auteurs rapportent l'observation de deux malades présentant de l'hippocratisme digital chez lesquels aucune autre cause qu'une amibiase ancienne ne peut être mise en évidence. Il faut insister sur l'extrême rareté de cette déformation au cours de la dysenterie amibienne, puisque les auteurs n'en connaissent que trois cas et que leurs deux malades ont été découverts sur un total de près de 500 amibiens (amibiase de guerre, amibiase marocaine, amibiase syrienne) étudiés par eux dans ces derniers mois.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Cardiogramme avec block de branche disparaissant pendant la compression des globes oculaires.

Séance du 8 janvier 1937

M. A. PRUCHE projette un électro-cardiogramme du type dit block de branche enregistré d'abord dans les conditions habituelles puis, au cours de la compression des globes oculaires. Alors que cette compression permet, dans maints cas, de mettre en évidence des blocks latents, la particularité très remarquable de l'électro-cardiogramme projeté est, au contraire, la disparition du block de branche pendant toute la durée du rythme ventriculaire autonome provoqué par la compression des yeux. Dès que cesse cette compression, le rythme normal de capture se rétablit et en même temps que lui le block de branche reparaît et reste permanent. L'auteur montre que de telles variations, inattendues, de l'électro-cardiogramme, sont peu explicables par la théorie classique. Seule la théorie vestibulaire du mécanisme cardiaque de Géraudel permet d'en donner une interprétation satisfaisante.

De la gastrectomie dans les ulcères gastriques et duodénaux

M. Pierre LE GAC présente six observations recueillies dans ces trois derniers mois, qui tendent à montrer que pour obtenir au prix d'un risque minime, une guérison rapide, durable, certaine, il ne faut pas hésiter à conseiller la gastrectomie large. Il ne nie pas l'efficacité des traitements médicaux et de la gastro-entérostomie, mais la qualité de la guérison obtenue par ces moyens, ne saurait être comparée aux beaux résultats de la gastrectomie qui seule peut rendre le malade à une vie normale.

Cancer du sein ulcéré chez l'homme

M. Pierre LE GAC présente un cas de cancer ulcéré, opéré largement mais tardivement. Il insiste à ce propos sur l'influence du traumatisme, sur la gravité de ce cancer (histologiquement du type cylindrique ou pavimenteux, rarement du type glandulaire), grave par ses métastases ganglionnaires ou à distance Il rapporte des statistiques tendant à prouver que le cancer du sein est plus grave chez l'homme que chez la femme, et il pose la question de la radiothérapie. Y a-t-il intérêt à faire un traitement radiothérapique préopératoire ?

Grossesse gémellaire après irradiation pour fibrome utérin

M. M. JOLY rapporte une observation qui est un argument de poids en faveur de l'opinion qu'une femme jeune, irradiée à doses dites stérilisantes, pour traitement d'un fibrome utérin et ainsi guérie de cette affection, peut être fécondée au bout d'un certain délai et procréer de façon normale des enfants bien constitués et ne présentant par la suite aucune tare.

G. F.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DES HÔPITAUX LIBRES

Séance du 5 janvier 1937

Structure et classification des psychonévroses

M. HARTENBERG expose sa conception personnelle des psycho-névroses. Toute psychonévrose a pour base un état neuro-psychique particulier qui en constitue le fondement et en quelque sorte la substance même. Ces états sont au nombre de trois : la dépression nerveuse, l'irritation nerveuse, l'inquiétude.

Diverses éventualités peuvent se produire. Tantôt, n'existe chez le malade que l'état simple : c'est alors une psychonévrose dépressive, irritative ou nerveuse dont les symptômes sont les manifestations mêmes de ces états.

Mais le plus souvent deux ou même les trois de ces états s'associent pour constituer une psychonévrose et le malade sera en même temps déprimé, inquiet, enclin à des bouffées d'énervement.

D'autre fois, l'état fondamental s'accroche à un élément psychique : sensation, idée, acte, aspiration mentale pour constituer une psychonévrose systématisée. Les symptômes les plus connus sont à base d'anxiété et prennent la forme de phobies et d'obsessions.

Tantôt, enfin, l'état fondamental se fixe sur une fonction corporelle pour constituer une psychonévrose somatique qui peut être sensitive ou viscérale.

A propos de la maladie de Biermer

M. BÉCART estime que l'on use sans assez de discrimination du terme d'anémie pernicieuse, que l'on a une tendance à employer pour désigner n'importe quelle anémie grave cryptogénétique. La maladie de Biermer est une entité morbide bien à part, et qui se différencie nettement des autres états anémiques. Ses caractéristiques sont les suivantes :

Au point de vue hématologique, il s'agit d'un état anémique myélopathique caractérisé par la présence dans le sang circulant et surtout dans la moëlle osseuse (où on les trouve à l'état de pureté) d'érythroblastes à noyau perlé traduisant le retour de l'érythropoïèse à la phase embryonnaire primitive.

Au point de vue clinique, il s'agit d'une maladie de la quarantaine, évoluant en 4 à 5 ans, et caractérisée par des poussées de déglobulisation, entrecoupées de rémissions spontanées.

Au point de vue thérapeutique, ce qu'on peut dire des nouvelles méthodes (Whipple, Castle, Fontès et Thivolle, etc...) c'est qu'elles sont intéressantes, en ce sens qu'elles augmentent le nombre et la durée des rémissions. Mais on ne peut les appeler spécifiques, parce qu'elles ne sont pas capables d'amener la guérison complète et définitive, c'est-à-dire la «restitutio ad integrum» clinique et hématologique.

Après cette communication, la Société propose de reprendre un vœu antérieur de M. Bécart pour standardiser la nomenclature hématologique.

Erysipèle contracté auprès d'un érythème scarlatiniforme du neuvième jour

M. L. KARMAN (de Port Saïd) rapporte le cas d'un garçon de 16 ans traité pour paludisme primaire par un médicament doublement biotropigène (quinine et stovarsol) qui montra au huitième jour un érythème scarlatiniforme. Or, cinq jours après l'éruption, la mère du malade qui occupait la même chambre, présente un érysipèle. Pour l'auteur, tous ces faits sont en corrélation donnant la preuve de la nature streptococcique de l'érythème biotropique.

M. G. BLECHMANN, rapporteur. Tout au moins pour l'érysipèle il peut s'agir tout simplement d'une coïncidence. M. P. RENAULT insiste sur l'intérêt pratique que présentent ces érythèmes biotropiques. Et MM. VAUDESCAL et POCHON rapportent des cas qui paraissent confirmer le rôle joué par le streptocoque dans la pathogénie de la scarlatine.

Anorexie et troubles hypophysaires

M. GILBERT-ROBIN après avoir établi le diagnostic différentiel des anorexies mentales vraies, insiste sur la fréquence de signes frustes de cachexie hypophysaire dans l'anorexie des adolescents : amaigrissement, asthénie, hypotension, aspect sénile des segments, troubles de la pilosité, aménorrhée. Dans bien des cas, l'amaigrissement et l'asthénie et l'aménorrhée précédent l'anorexie et ces constatations fortifiant l'hypothèse de troubles hypophysaires à la base de certaines anorexies permet une thérapeutique active — grâce aux extraits d'hypophyse antérieure.

Pour M. J. A. HUET, l'appui des tests serait précieux pour incriminer la pituitaire.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

Séance du 10 décembre 1936

Syndrome de Claude Bernard Horner au cours d'un myxœdème spontané de l'adulte

MM. FRIBOURG-BLANC, LAPEYRE et GRAU rapportent l'observation extrêmement rare d'un myxœdème spontané de l'adulte associé à un syndrome oculo-sympathique de paralysie de Claude Bernard Horner. Le double syndrome qui évoluait depuis deux ans a remarquablement rétrocédé devant l'opothérapie thyroïdienne. Comme seul diagnostic étiologique possible, ils songent à l'infiltration pseudo-œdémateuse au voisinage de fibres oculo-sympathiques, infiltration qui expliquerait l'évolution parallèle du syndrome de Claude Bernard Horner associé à ce myxœdème spontané.

A propos des calculs vésicaux

MM. PERRIGNON de TROYES et du BOURGUET rapportent deux cas d'extraction de calculs vésicaux pri-

mitifs par *taille suspubienne*. Chez un sujet âgé et taré, l'intervention fut suivie d'un drainage vésical suspubien ; chez un enfant, l'intervention fut terminée par la suture immédiate de la vessie et des plans superficiels. Les auteurs insistent sur la bénignité de la cystostomie, moins nocive au point de vue urinaire que la lithotritie lorsqu'elle n'est pas maniée par un spécialiste entraîné.

Enorme diverticule probable du duodénum

M. Gastay présente l'observation d'un sujet de 56 ans ,très amaigri, présentant depuis 16 ans des crises épigastriques fréquentes et violentes avec périodes de vomissements, chez lequel l'examen radiologique de l'estomac montre ,au niveau de l'angle duodénal supérieur, une énorme poche avec stase prolongée pendant plus de trente heures. L'A. élimine l'hypothèse d'une dilatation pour admettre celle d'un diverticule.

A propos d'un cas de méningite tuberculeuse ; guérison ou rémission de longue durée

MM. Julienne et Liscoet ont observé un sujet, sans antécédents notables, à état général médiocre, atteint de méningite aiguë, qui évolue en un mois vers la guérison. L'examen bactériologique du liquide céphalo-rachidien montre la présence de quelques bacilles acido et alcoolo- résistants, interprétés comme B.-K. Sur cette constatation, les A. pensent à une méningite tuberculeuse, à évolution prolongée, à rémission plus ou moins longue.

Un cas de purpura hérédosyphilitique

MM. Hamon, Villequez et Bolzinger décrivent un purpura ayant évolué chez un hérédo-spécifique avéré, âgé de 21 ans, en dehors de toute chimiothérapie, et donnent les arguments qui leur permettent d'invoquer l'étiologie spécifique.

Névraxite morbilleuse

Farjot rapporte un cas de complication nerveuse de rougeole survenue au sixième jour d'une éruption intense et anormalement prolongée avec évolution rapide mortelle ; il discute la pathogénie de ces accidents.

Rétrécissement congénital de l'isthme de l'aorte avec érosions costales, chez un jeune soldat

MM. Fricker, et Lombard Abaza. Chez un jeune soldat, les A. ont observé un cas typique de rétrécissement congénital de l'isthme de l'aorte. Il s'agissait d'un sujet envoyé en observation pour examen de l'aptitude au service militaire. Ce malade présentait un souffle systolique mésocardiaque organique perçu également avec une grande intensité dans la fosse susépineuse gauche. Les membres supérieurs présentaient une forte hypertension artérielle alors qu'il y avait au niveau des membres inférieurs un effondrement tensionnel et oscillométrique. La radiographie confirmait le diagnostic de rétrécissement congénital de l'isthme de l'aorte car elle permettait de constater la présence de nombreuses érosions et échancrures caractéristiques du bord inférieur des côtes.

Point de côté thoracique et colite amibienne de l'angle gauche

M. Fort attire l'attention, à propos de deux observations, sur ce symptôme qui ne serait que l'expression clinique d'une colite amibienne camouflée.

Deux cas de silicose pulmonaire chez de jeunes soldats

MM. Fort et Blancar présentent les observations de deux jeunes soldats, mineurs de profession, sans aucun signe de tuberculose pulmonaire, chez lesquels l'examen radiologique des poumons montre des images de sclérose qu'ils mettent sur le compte d'une silicose pulmonaire. Ils exposent les arguments en faveur de l'autonomie de cette maladie qui s'oppose aux opinions de différents auteurs qui la considèrent comme une manifestation tuberculeuse.

Lille

Société médicale et anatomo-clinique

Séance du Mardi 22 *décembre* 1936

Syndrome adiposo-génital. Présentation de malade

MM. Dereux, Desorgher et Brocard. — Jeune garçon de 13 ans, présentant un syndrome adiposo-génital des plus typiques. Les auteurs insistent sur quelques points d'ordre symptomatologique, étiologique et pathogénique ; ils font remarquer notamment que divers arguments plaident en faveur d'une origine hérédo-syphilitique de ce syndrome.

Tumeur temporale ; mécanisme de la mort

MM. Dereux, Lambrin, Brocard et Le Coniat. — Au cours d'une tumeur temporale, des accidents subits ont entraîné la mort. L'explication de celle-ci est donnée par l'existence du « cône de pression temporale », bien mis en valeur par MM. Clovis Vincent et ses collaborateurs.

Broncho-pneumonie grave, guérie par injection de sang d'un sujet immunisé

M. Bayart. — Enfant de 4 ans ; après coqueluche, broncho-pneumonie grave d'emblée. Le traitement classique est inopérant. On injecte le sang d'une personne ayant eu auparavant une forte broncho-pneumonie, puis une bronchite aiguë. Après un choc passager, la température tombe, le rein se remet à fonctionner et l'état général s'améliore rapidement. Convalescence assez longue et guérison complète.

Les Congrès

SÉANCE SOLENNELLE DE LA SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE ET DE CLIMATOLOGIE MÉDICALES DE PARIS

(*1er mars 1937*)

La séance solennelle de la société d'hydrologie et de climatologie médicales de Paris avait à son ordre du jour deux questions : l'ovaire et le climat marin, et l'hypercholestérolémie. Elles ont donné lieu à une série de rapports.

L'ovaire et le climat marin

M. Cattier étudie l'organisme féminin sous les divers climats côtiers, tropiques, régions polaires, et présente un essai de classification gynécologique des cures marines.

M. le prof. Jeannin souligne la complexité des problèmes que pose l'action du climat marin sur l'organisme féminin. L'auteur rappelle, au sujet de l'âge de la formation, la précocité relative des races méridionales, la possibilité de grossesses très normales dès l'époque de la formation, grossesses qui ne se produisent que rarement en France pour des raisons seulement d'ordre social.

La mer exerce une influence sur la menstruation, influence variable selon les sujets, selon la température du bain de mer, le bain froid pris au début des règles pouvant amener des crises myalgiques. La mer n'est que très rarement contre-indiquée pendant la grossesse et le bain de mer de courte durée sur une plage du sud peut être alors autorisé, sauf s'il existe de l'albuminurie ou si la température se refroidit brusquement et qu'on redoute des accidents congestifs rénaux. On sait que l'éclampsie est souvent provoquée par une cause occasionnelle, le froid brusque en particulier, ce qui explique sa fréquence en octobre-novembre. Il faut donc que la femme enceinte évite les plages où s'observent de trop grandes variations de température.

L'hypercholestérolémie

MM. Guy Laroche et Grigaut envisagent la signification clinique de la cholestérolémie. Ils décrivent l'hypocholestérolémie des états infectieux, des rachitiques, des basedowiens, des addisoniens, des cirrhotiques graves.

Les hypercholestérolémies peuvent se diviser en deux grandes classes : celle des brightiques, des néphrosiques, des diabétiques, des myxœdémateux, des sujets atteints de certaines maladies de la nutrition (goutte, gravelle, artérites, etc) ; celle des hépatiques, des pléthoriques, des sédentaires, des asthmatiques.

La thérapeutiques des maladies par excès de cholestérol est étudiée par MM. L. Tixier, St. de Seze et Marcel Eck. Les agents thérapeutiques utilisables contre la surcharge cholestérique sont multiples : préparations opothérapiques (extrait thyroïdien, insuline, extraits spléniques), chimothérapiques (iode), phytothérapiques (rhubarbe, cynara), cures hydrominérales.

M. Binet traite de l'hypercholestérolémie chez les hépatiques en clinique hydrominérale (Vichy) ; M. Boucomont du cholestérol et des maladies cardio-vasculaires (Royat) ; M. Debidour des variations de la cholestérolémie chez les asthmatiques sous l'influence de la cure du Mont-Dore.

M. J. Schneider fait un rapport sur le cholestérol dans l'arthritisme considéré dans ses relations avec l'hydrologie. M. Sérane parle de l'hypercholestérolémie des néphrites en clinique hydro-minérale. Des ses recherches poursuivies sur 90 malades à Saint-Nectaire, l'auteur conclut que l'hypercholestérolémie reste fréquente chez les rénaux, surtout chez les azotémiques, mais sa tolérance chez les malades, sa disparition à la phase ultime de la néphrite, permettent plutôt de la concevoir comme un mécanisme de défense dont dispose l'organisme des néphrétiques.

— M. Justin-Besançon distingue quatre ordres de troubles dans le métabolisme lipoïdique : par excès de cholestérol ; par défaut de ce lipoïde ; par désordre de transformation des stérols (états métastérolémiques) ; par perturbation de la solubilité du cholestérol (dyscholestérolémie), celle-ci étant éclairée par nos connaissances actuelles sur l'hydrotropie.

L'hydrotropie est la propriété qu'ont certaines substances de faciliter la dissolution de corps insolubles, sans former avec eux une combinaison chimique définie. Cette hydrotropie joue un rôle important dans la distribution du cholestérol dans nos humeurs et nos tissus. Le cholestérol, d'autre part, est hydrotrope des graisses.

— M. Et Chabrol pose la question de l'action thérapeutique sur l'hypercholestérolémie. Cette action est possible mais il peut être nuisible de vouloir baisser systématiquement l'hypercholestérolémie. Il existe certainement une relation de cause à effet entre elle et certains états pathologiques ; il est probable, toutefois, qu'elle en est plutôt la conséquence que la cause. M. Chabrol la considère volontiers, non pas comme un indice de la défaillance d'un

émonctoire, mais plutôt comme une réaction de défense qu'il faut savoir respecter, qui peut être le reflet de troubles nécessitant, eux, une thérapeutique active.

— M. N. Fiessinger clôt la discussion par un aperçu synthétique de pathologie générale. On distinguera le cholestérol « déposant » et le cholestérol circulant. Les dépôts de cholestérol (tophus, athérome, pleurésie à cholestérol) ne s'accompagnent souvent d'aucune hypercholestérolémie.

Pour ce qui concerne le cholestérol circulant, sa chute coïncide généralement avec une aggravation de la maladie. Il baisse, dans les cirrhoses, la tuberculose, le cancer, les cachexies, l'ictère grave. Il s'élève par contre dans les maladies bénignes en raison de cette bénignité, dans l'ictère réactionnel, au début de certaines lithiases. Le cholestérol sanguin n'est pas le témoin d'une affection hépatique mais de la résistance organique. Les cures thermales modifient la cholestérolémie sans doute par action sur les manifestations morbides (goutte, hépatisme, néphrite) dont le cholestérol est le témoin général.

P. Lacroix.

Les livres qui viennent de paraître....

Chez l'Auteur
16, rue de la Croix Faubin, Paris IIe

L. C. de Hogues. — **Alphabet d'avulsions radiculo-dentaires.** Un vol. 254 p., 56 fig. Prix : 30 francs.

Amédée Legrand, éditeur
93, boulevard Saint-Germain

Michel Conte. — **Les affinités de la toxine streptococcique pour le système neuro-végétatif.** Application a la pathogénie de la scarlatine. Un vol., 192 pages.

Publication de la Société de médecine de Vittel

— **Les Annales médicales de Vittel.** Une broch. 72 pages. Articles de MM. H. Paillard, Schneider, Lhuillier, Marcotte, Amblard, Smelianski, Violle, Boigey, Dareicau, Decaux, Finck et Mme Paillard sur : diurèse et tachycardie paroxystique, réactions intestinales chez les goutteux, traitement de l'obésité à Vittel, le pH urinaire, indications de la cure d'exercice, etc.

Chez Vigot frères, éditeurs,
23, rue de l'Ecole-de-Médecine

Leçons du jeudi soir à la clinique Tarnier, par MM. A. Brindeau, E. Ecalle, L. Ribadeau-Dumas, Pierre Lantuéjoul, Marcel Metzger, Cyrille Jeannin, R.-L. Rochat, Paul Gilbert, L. Chapon, R. Vaudescal, A. Laffont, J. Rhenter et Et. Letard. Un volume 250 pages, 70 figures. Treizième année, 1937.

Prof. A. Brindeau et P. Lantuéjoul, professeur agrégé. — **La présentation du siège. La version.** Collection « Les opérations en obstétrique ». Illustrations de H. Lemeunier. Un vol. 270 pages dont 200 pages de planches, 1937.

Chez Doin et Cie
8, Place de l'Odéon

André Cade, Paul Santy et J. Heitz. — **Tuberculose du tube digestif.** Un vol. « Bibliothèque de la tuberculose », 410 p., 23 fig. et 4 pl. 85 francs.

Georges Lévy. — **Les médications dermatologiques.** Partie pharmacologique, par Paul Chéramy. Un vol. 240 p. Prix : 45 francs.

Jacques Stéphani. — **Sémiologie radiographique.** Interprétations de radiographies pulmonaires. Un vol. 120 p. 155 fig. Prix : 36 francs.

Chez Masson et Cie
120, boulevard Saint-Germain

C.-B. Udaondo. — **Les gastropathies des syphilitiques.** Lettre, préface du Professeur E. Sergent. Un vol. 216 p., 19 fig. Prix : 32 francs.

Etienne Chabrol. — **Doctrines thermales.** Un vol. 156 p. Prix : 35 francs.

Chez J.-B. Baillière et Fils
19, rue Hautefeuille

Collection « Les thérapeutiques nouvelles » :

Pasteur Vallery-Radot. — **Traitement des migraines.** Un vol. 42 p. Prix : 10 francs.

Maurice Loeper et M. Perrault. — **Le traitement des intoxications alimentaires.** Un vol. 74 p. Prix : 14 francs.

Chez Masson et Cie
120, boulevard Saint-Germain

A. Ravina. — **L'Année thérapeutique.** Médications et procédés nouveaux. *Onzième année* 1936. Un vol. 176 pages 1937. Prix : 20 francs.

A. Austregesillo. — **L'analyse mentale en pratique médicale.** Un vol. 130 pages. Prix : 18 francs.

THÉRAPEUTIQUE

●●●

LA MICROCURIETHÉRAPIE INTERNE

La microcuriethérapie interne est de nouveau à l'ordre du jour.

Née il y a vingt-cinq ans à peine, elle n'a pas encore atteint dans l'arsenal thérapeutique la classe définitive qui, à mon sens, lui est due. Elle en est encore à la période d'instabilité bien connue dans l'histoire de la pharmacologie.

Après un premier stade d'engouement, d'emballement pendant lequel on l'a appliquée à tout, de parti pris, avant même que soient fixées expérimentalement les règles de sa posologie exacte, est venu, devant quelques échecs et aussi quelques accidents, le second stade, celui de l'indifférence de la part même (*triste dictu*) de ses premiers et plus ardents pionniers. Nous en sommes arrivés aujourd'hui au stade du dénigrement et de la condamnation.

— Pourquoi cet ostracisme ?

— C'est que des accidents ont été signalés.

— Quels sont ces accidents ?

— Certains sont d'ordre *professionnel* :

C'est d'abord le cas de ces deux ingénieurs qui ont succombé l'un à une leucémie myéloïde, l'autre à une anémie pernicieuse, dues toutes deux à l'inhalation prolongée de Thoron alors qu'ils travaillaient *sans aucune protection* aux premières préparations de thorium X. Des accidents identiques ont été signalés en grand nombre chez les premiers radiologistes.

Ce sont ensuite les cas de nécrose osseuse dus à l'ingestion de radium et de mésothorium par des ouvriers qui, chargés de peindre des cadrans lumineux, effilaient leurs pinceaux entre leurs lèvres.

De même qu'en radiologie, des mesures efficaces sont prises maintenant dans les laboratoires pour la protection professionnelle et, à moins d'imprudence, ces accidents doivent tendre à disparaître.

— *Au point de vue thérapeutique*, les accidents signalés (nécrose des maxillaires, curie dermites, anémies graves, leucémies, néoplasmes) sont des cas exceptionnels que l'on monte en épingle.

Lorsqu'on remonte à la source, on s'aperçoit que presque tous ces accidents sont dus à l'emploi de doses *exagérées* de produits radioactifs.

Poussons plus loin l'analyse : nous verrons que la plupart des cas malheureux signalés sont dus à l'introduction dans l'organisme de corps radioactifs *à vie longue* principalement de doses excessives de mésothorium.

Restent enfin les cas de nécroses et de dermites dus à l'injection de corps radioactifs *à vie courte*, au thorium X en particulier.

Ici, je tiens à insister.

Le thorium X est un produit radioactif dont la vie *moyenne* est de 5 jours 35. Son activité décroît régulièrement de 17 % par jour, de telle sorte qu'au bout de vingt jours, il ne reste plus dans l'organisme *aucune trace* de substance radio-active. Le produit de sa désintégration est un gaz (l'émanation de thorium ou thoron) dont la vie moyenne est de 76 secondes et qui est éliminé par les poumons.

Quelles peuvent être, dans ces conditions, les causes d'accidents tardifs ? Soit l'exagération des doses, soit l'impureté du produit.

Dans les débuts, en Allemagne en particulier, il a été injecté jusqu'à 800 et 1.000 microgrammes *quotidiens*. Il est naturel que ces doses massives, accumulant dans l'organisme le produit radioactif au mépris de tous les avantages qu'offre, au contraire, sa vie très courte, aient causé de graves désastres.

N'en serait-il pas de même si l'on appliquait quotidiennement des doses massives de rayons X ? Je vais plus loin, n'en serait-il pas de même avec un usage immodéré de n'importe quel médicament actif ?

Enfin, le produit injecté doit être rigoureusement pur. En effet, s'il reste dans la solution injectée des traces de radiothorium (père du thorium X) dont la vie moyenne est de 1063 jours, l'accumulation dans l'économie de ce dernier corps risque de causer des accidents (1).

---

(1) J'ai toujours employé dans ma pratique le *Thorix Rhemda*, premier thorium X préparé en France que les laboratoires Rhemda garantissent absolument pur et sans aucune trace de radiothorium.

Ceci dit, faisons le bilan exact des résultats de la thorium X thérapie.

— *A l'actif*, nous trouvons :

1° Son efficacité, d'ailleurs incontestée, dans tous les cas de rhumatismes chroniques, de sciatiques et névrites, de leucémies, de lymphogranulomatoses, de certaines psychoses et de certaines dermatoses. Dans la plupart de ces cas, je ne connais pas de traitement dont l'efficacité soit comparable à celle des injections de thorium X. Les douleurs sont calmées, permettant la mobilité des articulations atteintes, l'état général est amélioré, les échanges activés, l'acide urique drainé. Les cas heureux sont la règle, les échecs complets sont exceptionnels ;

2° Une proportion d'accidents absolument insignifiants et qui, à mon avis, est appelée à devenir nulle le jour où l'on ne dépassera pas les doses actuellement adoptées, et où l'on surveillera bien entendu, attentivement, les réactions et les susceptibilités du malade.

Cette innocuité est telle qu'elle en arrive à confondre les plus ardents détracteurs de la méthode ! Devant les heureux résultats des centaines d'injections pratiquées chaque semaine, tant dans les hôpitaux que dans la clientèle, j'avoue que, malgré les considérations théoriques de quelques-uns, il ne m'est pas possible d'admettre, jusqu'à preuve du contraire, que cette médication bien conduite et bien surveillée, soit une médication danger use ;

3° La maniabilité du produit. Les injections *intramusculaires* sont indolores, ne produisent aucune réaction, aucun ennui. Le ma ade, dans tous les cas, n'a rien à changer à son genre de vie.

— *Au passif* s'inscrivent :

1° Les rares accidents dont j'ai déjà parlé ;

2° La crainte d'en provoquer de nouveaux, basée surtout su des considérations physiques que les réactions cliniquement observées chez les sujets traités ne semblent pas entièrement confirmer.

— De l'examen attentif de ce bilan, il découle qu'en thérapeutique bien peu de traitements ont une si belle part. Qu'il s'agisse de la radiologie (radiodiagnostic et radiothérapie), de tout la gamme des médicaments présentant une certaine toxicité, des vaccins et des sérums, des métaux colloïdaux, de l'opothérapie et même... de la chirurgie, je ne vois dans leur passé et, pour beaucoup, dans leur présent, qu'un passif plus chargé en face d'un actif parfois moins encourageant.

Faudra-t-il donc les proscrire en bloc ? Se priver de ces précieux auxiliaires au lieu de chercher, dans les conditions les meilleures, à en utiliser les vertus curatives ? *Primum non nocere*, oui, certes ! Mais la crainte, si elle est salutaire pour inciter à la prudence, ne doit pas faire de parti pris dégénérer cette prudence en abstention totale.

In medio tutissimus ibis. Gardons-nous de tous les extrêmes, tant de l'emballement qui veut faire d'un produit une panacée sans en connaître suffisamment les indications précises, la posologie exacte, les réactions qu'il est susceptible de provoquer chez certains sujets, et les échecs inévitables, que de la condamnation radicale et définitive basée sur quelques rares cas malheureux dans lesquels le produit lui-même n'est peut-être pas toujours le seul responsable.

Ces quelques réflexions m sont dictées par ma longue pratique personnelle du thorium X et par les résultats thérapeutiques obtenus.

— A la seule condition d'en poursuivre l'application et l'expérimentation avec méthode et prudence, en surveillant attentivement les réactions du malade, cet agent m'est toujours apparu comme très maniable, d'une efficacité certaine et tout à fait inoffensif lorsqu'on s'en tient aux doses normales en surveillant attentivement son malade. Je crois sincèrement que la liste des indications est loin d'être close et que la microcuriethérapie a devant elle un avenir encore insoupçonné.

Dr BAUDON.

Les Livres

Chez G. DOIN et Cie, éditeurs,
8, place de l'Odéon, Paris (VIe)

Gaston LYON, ancien chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris. — **Thérapeutique biologique.**

Nous avons entendu, il y a un demi-siècle, durant nos études, des maîtres proclamer que la thérapeutique devait s'adresser aux causes des maladies. Hélas ! trop souvent ces causes sont inconnues, ou bien l'on ne peut rien contre elles.

Mais il est maints syndromes, maintes modalités biologiques qui constituent, au cours d'une maladie, des dangers que l'on peut et doit combattre. Contentons-nous de citer l'azotémie, la chlorurémie, l'hypercholestérinémie, l'oxalémie, etc., etc... Tous syndromes que mettent en lumière les analyses biologiques de laboratoire.

Aussi, le Prof. Harvier a-t-il pu écrire dans le *Concours Médical* (n°37, septembre 1934) « Les médications biologiques constituent un chapitre nouveau de la thérapeutique ». M. Gaston LYON, ancien chef de clinique de la Faculté de Paris, praticien savant et expérimenté, qui a déjà publié de nombreux traités ou manuels de clinique et de thérapeutique dont les multiples éditions indiquent combien ils furent appréciés, vient de faire paraître une *Thérapeutique biologique.*

Cet ouvrage a demandé à l'auteur un travail considérable ; pour s'en rendre compte, il suffit de lire la liste abondante des références bibliographiques qui suit chaque chapitre. Et puis, il faut bien le dire, le Docteur Gaston Lyon s'avance avec prudence dans une région peu explorée et nombre des agents thérapeutiques dont il indique l'usage font encore l'objet d'études et d'expérimentations.

M. G. Lyon a divisé sa *Thérapeutique biologique* en deux parties :

La première traite des *principales médications biologiques* : sérothérapie, vaccinothérapie, opothérapie, bactériophagothérapie, méthodes de Whipple et Castle, transfusion du sang, protéinothérapie, hémothérapie, abcès de fixation, aminothérapie, aurothérapie et substance d'Oriel, mucinothérapie, levures et ferments, venins, vitamines, sucres, malariathérapie et pyrétothérapie, diathermie, ionisation, corps radio-actifs, gaz, crénothérapie, métaux et régimes.

Toutes ces médications biologiques, certaines d'emploi récent, sont exposées d'une façon succincte mais suffisante pour éclairer le praticien qui veut les appliquer.

La seconde partie de la *Thérapeutique biologique* est consacrée à ses indications, à ses *applications aux maladies et aux syndromes* ; nous ne pouvons les énumérer, car, dans toutes les maladies, dans tous les syndromes, le médecin trouve les indications lui permettant d'appliquer utilement telle ou telle médication biologique.

En somme, en publiant sa *thérapeutique biologique*, M. Gaston Lyon a réalisé une œuvre nouvelle utile et difficile, qui rendra de grands services aux médecins qui désirent faire bénéficier leurs malades des dernières découvertes des sciences biologiques. C'est, croyons-nous, le seul ouvrage d'ensemble publié jusqu'à ce jour sur un aussi vaste sujet.

J. NOIR.

MASSON et Cie, éditeurs,
120, boulevard Saint-Germain, Paris

Quelques vérités premières (OU SOI-DISANT TELLES) :

En chirurgie infantile, par L. OMBRÉDANNE, professeur à la Faculté de Paris. Un vol. 86 pages, 24 francs.

En urologie, par G. MARION, professeur à la Faculté de Paris. Un vol. 62 pages, 24 francs.

Sur les maladies de foie, par Noël FIESSINGER, professeur à la Faculté de Paris. Un volume 82 pages, 24 francs.

Ces trois volumes appartiennent à une collection dont l'idée est nouvelle. Leur but est de formuler, dans les spécialités médico-chirurgicales, des notions pratiques simples et résumées, qui sont des vérités « premières », ou plus exactement des vérités « d'aujourd'hui ». Il semble bien d'ailleurs que ces vérités d'« aujourd'hui », par leur caractère clinique et l'expérience des maîtres qui les exposent, soient des vérités également de demain.

Quoiqu'il en soit, les praticiens trouveront dans ces trois volumes des conseils précis, autorisés, et le rappel de règles qu'il est toujours utile d'avoir présentes à l'esprit.

Les Thèses

Mp. — Dr J. Praliaud. — **Nouvelles observations sur l'action thérapeutique du 440 B (neptal).** (Thèse, 1937).

Les dix-sept observations de l'auteur lui ont permis de préciser certains points sur les propriétés, le mode d'action et les contre-indications du Neptal.

L'élimination aqueuse, après l'injection de Neptal, est, en moyenne, triplée le premier jour, doublée sur un espace de trois jours, en clocher trois fois sur quatre, et exceptionnellement suivie d'une diurèse secondaire notable.

L'élimination chlorurée est quadruplée le premier jour, doublée sur un espace de trois jours, en clocher quatre fois sur cinq ; elle est proportionnellement plus élevée que l'élimination aqueuse, mais ne dure pas davantage.

L'élimination uréique est le plus souvent augmentée (rarement plus du double), assez souvent avec un retard de vingt-quatre heures. Ell peut être abaissée dans certains cas.

L'action du Neptal sur l'ascite est médiocre. Le Neptal n'agit bien qu'après une ponction évacuatrice et à condition que les injections soient répétées.

Les épanchements pleuraux ne paraissent pas influencés par ce médicament.

La dyspnée est un symptôme qui cède généralement bien au Neptal. Six fois sur sept un résultat favorable peut être obtenu quelle que soit l'origine de la dyspnée : cardiaque, rénale ou même pulmonaire. Cette action antidyspnéique est la conséquence de la décharge chlorurée, de la fonte des œdèmes et du soulagement apporté au myocarde.

Le Neptal n'élève pas le taux de l'urée sanguine. Le médicament peut donc être essayé sans danger chez des malades dont l'azotémie oscille autour de 0 gr. 70 à 0 gr. 80 par litre. Les albuminuriques supportent très bien le Neptal qui n'augmente pas le taux de l'albuminurie. La tension artérielle n'est pas influencée, l'hypertension n'est donc pas une contre-indication.

Le Neptal provoque dans les cas favorables une hypocholestérinémie qui est le plus souvent le témoin de la déshydratation tissulaire.

L'action du Neptal est le plus souvent favorisée par l'adjonction du chlorure de calcium.

Si, en présence de manifestations cliniques semblables, chez des malades placés dans des conditions identiques, l'action du Neptal est suivie de résultats brillants chez les uns et nuls chez les autres, ces effets divergents ne sont pas prévisibles et sont encore difficilement explicables. En cas de défaillance de la médication, après trois injections négatives, il est inutile de poursuivre le traitement. L'auteur considère le Neptal comme inoffensif et devant être essayé chez tous les cardio-rénaux, les œdémateux chroniques, lorsque les tonicardiaques et les diurétiques se sont avérés inefficaces.

B. — Dr P. Gentilhe. — **La luxation isolée récente de l'extrémité inférieure du cubitus en avant.** (Thèse 1936).

La luxation isolée de l'extrémité inférieure du cubitus en avant est extrêmement rare, mais sa rareté n'en exclut pas l'intérêt, puisque, méconnue, elle peut donner des séquelles gênantes, constituer une « véritable infirmité ».

Le diagnostic est difficile, malgré la présence de la triade : saillie cubitale en avant, dépression postéro-interne, impossibilité de la pronation, et une radiographie devra être faite.

La réduction précoce de cette lésion, faite sous anesthésie locale à la novocaïne au 1/100, est simple, et évitera le traitement sanglant des luxations de l'extrémité inférieure du cubitus méconnues ou mal traitées au début.

L'auteur rapporte une observation de cette luxation qui est la quatrième publiée.

B. — Dr J. Maur. — **De l'attouchement de la muqueuse nasale par stylets et de quelques-uns de ses effets physiologiques.** (Thèse 1936).

La méthode employée par l'auteur a été « l'attouchement des fosses nasales », ou nervothérapie, terme qu'il préfère à celui de réflexothérapie, de sympathicothérapie ou de centrothérapie, qui préjugent d'un mécanisme mal élucidé encore. L'attouchement de la muqueuse pituitaire a été pratiqué sans tenir compte des cartes du nez hypothétiques.

Les effets physiologiques ont été les suivants : production du réflexe naso-facial (larmoiement, congestion de la conjonctive, etc.) ; ralentissement du pouls ; diminution de l'indice oscillométrique à l'appareil de Pachon.

Les effets physiologiques ont été de peu de durée (quelques minutes).

L'attouchement des fosses nasales ou « nervothérapie », conclut l'auteur, permet d'obtenir des résultats intéressants dans des cas déterminés tenus sous la dépendance du vago-sympathique, mais son action thérapeutique paraît devoir rester limitée.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Bulletin de l'Actualité

L'ART DE RESQUILLER LA MÉDECINE

Resquillons ! Resquillons ! disent les uns, « vieux routiers », et... les autres, égarés parmi les brebis galeuses. Cela ne coûte rien... au contraire, et, avec un peu de savoir faire, on ne risque pas grand chose ; et quel... martel en tête se mettent pourtant quelques-uns !

Le resquilleur, est défini par Larousse : « Celui qui se faufile au théâtre, dans une fête, etc., sans payer ». Ce mot est, depuis quelques années, passé de l'argot dans le langage courant.

Resquiller la médecine doit s'entendre : se procurer des avantages illicites sous le couvert de l'exercice de la médecine.

De tout temps il y eut de ces resquilleurs : tout d'abord, les faux médecins, les charlatans, les rebouteux. Ce furent aussi les mauvais payeurs, ceux qui, pour ne pas régler les honoraires, invoquent la qualité défectueuse des soins donnés. Notre ligue de défense individuelle, le Sou médical, en sait quelque chose.

Avec la crise, le nombre de ces mauvais payeurs ne cesse d'augmenter.

Mais il est un autre facteur, qui a incité le malade non plus à un bénéfice négatif en quelque sorte, mais à un bénéfice réel et tangible : c'est l'avénement des lois d'aide et d'assistance sociales aux blessés et aux malades.

En fait d'Accidents du travail, blessés comme employeurs ne sont-ils pas tentés de demander la reconnaissance d'un accident du travail pour un simple accident de droit commun. S'ils réussissent, ni l'un ni l'autre ne paieront ; c'est l'assureur qui supportera toutes les charges du traitement, et de la rente à l'occasion.

Des cas de resquillage sont également à signaler pour les Assurances sociales : soins après six mois pour la même maladie ; soins accordés sans avoir payé les prestations légales ; acquit des honoraires, qu'on s'efforce d'obtenir du confrère, avant de l'avoir payé ; échange de prescriptions pharmaceutiques contre des vins généreux, de l'eau de cologne, etc.

Que dire aussi des pensionnés de guerre ? Pour mémoire, il suffit de citer l'exagération de certaines infirmités (un sujet atteint d'un certain degré de surdité, exagérera son infirmité en absorbant quelques doses de quinine avant l'expertise etc). D'aucuns voudront faire reconnaître l'imputabilité de certaines affections, en cherchant à les rattacher à une infirmité déjà admise par le ministre ; ils voudront aussi entraîner leur médecin à soigner, au titre de l'article 64, des infirmités non mentionnées sur leur carnet de soins, — à examiner d'autres membres de leur famille. Mais, en connaissant bien quelques points faibles de la loi du 31 mars 1919, par soi-même ou par un ami bien renseigné, peut-être un professionnel du resquillage, certains abusent terriblement. nous en citerons deux exemples :

1° Le barème accorde à tout aliéné un taux d'invalidité de 100 %, pourvu qu'il soit interné. Or, voici le moyen de resquiller. Un sujet a présenté, à certain moment, quelques troubles mentaux, qui lui ont valu un internement provisoire ; examiné à l'époque pour sa pension, il a obtenu d'autorité 100 %. Par la suite, il a été rendu à la vie publique, car son état s'était amélioré. Celui-ci s'est même à l'heure actuelle considérablement amélioré ; le cas est fréquent. Mais... voici venir le moment de la visite biennale : son taux va probablement être ramené à 10 ou 20 %. Que faire ? L'esprit de resquillage apparaît. Or, il n'est pas difficile à un ancien client de l'Asile de se faire interner à nouveau : vite, quelques scènes scandaleuses dans la famille ou dans la rue ; devant la violence ou le danger, l'autorité intervient, et voici notre homme interné à nouveau ; les experts vont le visiter à l'Asile, et il leur suffira de voir le certificat d'internement pour proposer à nouveau le taux de 100 %, et celui-ci sera accepté sans aucune difficulté par le ministre des Pensions, pour la seule raison de l'internement. Le tour est joué. Au bout de quelques semaines, le malade va mieux ; on le rend à sa famille, et le voilà largement pourvu, pour deux ans, d'une belle pension, augmentée de toutes les allocations, qui s'ajoutent automatiquement à l'invalidité absolue.

2° Tout suspect de tuberculose, quels que soient son état général ou ses lésions, a droit au taux de 100 %, si son expectoration est reconnue bacillifère ! Pour des gens honnêtes, il

s'agit là d'une garantie indéniable. Hélas, l'art de resquiller n'avait-il pas inventé, en face de certains centres d'expertises, des lieux de rencontre où les candidats pouvaient se gargariser avec les produits virulents de vrais tuberculeux. Incroyable, mais exact !

En médecine militaire, les amateurs de resquillage sont bien connus, et fort heureusement ils sont le plus souvent dépistés. Jadis on parlait de ceux qui fumaient de la paille pour obtenir une langue blanche, de ceux qui frottaient leur thermomètre dans un morceau de flanelle, ou lui imprimaient de petits coups secs à rebours, pour le faire monter. Certaines recrues recherchent dans la simulation l'exemption du service militaire ; d'autres dissimulent certaines infirmités pour réussir à s'engager, puis à toucher une forte prime d'engagement ; une fois incorporés, ils les dévoilent, au contraire, dans le but d'obtenir une pension d'invalidité (ce qui était plus facile autrefois, alors que jouait la présomption légale). Citons encore les convalescences et surtout les prolongations de convalescences, obtenues sur des déclarations perfides ; les envois aux eaux minérales, etc., etc. ; n'oublions pas qu'en pareils cas les frais de voyages, pour des trajets souvent longs (même au délà des mers) sont concédés gratuitement, ainsi qu'une bonne hospitalisation dans les stations thermales.

A propos d'accidents de la rue simulés, M. Costedoat a pu signaler l'existence d'une bande d'escrocs ingénieux, qui procédaient avec une certaine originalité. » L'un d'eux passait à proximité d'un cheval arrêté le long d'un trottoir, le propriétaire étant absent. Il se mettait brusquement à crier, comme s'il avait été mordu par le cheval, et lorsqu'on accourait et qu'on le déshabillait, il montrait sur le bras ou sur l'épaule de petites plaies semblables à celles d'une morsure ; des complices présents affirmaient l'authenticité des dires du blessé. On a pu savoir, ajoute cet auteur, que ces traces résultaient seulement de l'application d'un appareil spécial sur la peau ; au prix d'une douleur modérée, les lésions, que détermine habituellement la morsure de cheval, étaient assez bien imitées ; il ne restait plus ensuite qu'à feindre la morsure accidentelle ».

***

Récemment, P. Remlinger (1) vient d'attirer l'attention sur les resquilleurs de la vaccination antirabique. Avant la guerre, tous les mordus étaient dirigés, de tout le protectorat du Maroc, sur l'Institut Pasteur de Tanger. Faire un beau et long voyage était pour certains une tentation à la resquille.

(1) *La Presse Médicale*, 13 février 1937.

Voici une observation typique.

Le 21 juin 1913, Aboul..., 2e soldat au 5e escadron du Train est envoyé de Casablanca à Tanger dans les circonstances suivantes. Dans la nuit du 16 au 17 juin, alors qu'il sortait des cabinets du camp n° 4, il aurait été mordu à la face postérieure du mollet droit par un chien, qu'il n'avait pas provoqué, qui s'est enfui et dont il est demeuré sans nouvelles. L'accident n'a eu aucun témoin. On constate à l'endroit indiqué quatre petites excoriations punctiformes, extrêmement régulières, paraissant avoir été faites avec la pointe d'un canif, et ne s'accompagnant d'aucune attrition des tissus. Aboul... montre son pantalon déchiré, mais la déchirure ne correspond nullement aux plaies, et il est impossible que celles-ci aient été faites au travers. On se refuse à faire le traitement. Quelques heures plus tard, Aboul... dépêche un avocat qui commence par menacer en arguant de ses brillantes relations parlementaires ; puis, devant l'échec complet de cette tentative d'intimidation, il avoue la supercherie et plaide les circonstances atténuantes. Aboul... est renvoyé à Casablanca par le premier bateau en partance. »

Les déclarations des pseudo-mordus varient peu. C'est toujours la nuit que les choses se passent... L'homme sortait des cabinets, auquel cas l'accident n'a eu aucun témoin. Il rentrait au quartier à une allure rapide, craignant d'être en retard. Parfois alors, un compère certifie la réalité des faits. Quoiqu'ils ne l'eussent nullement provoqué, un chien s'est jeté sur eux et les a mordus au mollet, à la main, au poignet... Ils sont dans l'impossibilité de retrouver l'animal qu'ils ont à peine vu, parce qu'il faisait nuit ; parce que, sur le moment, ils ne se sont pas rendu compte ; parce qu'ils ont été pris de peur... etc., etc. Quant à la plaie destinée à figurer la morsure, rien de plus facile que de la produire avec un canif, une fourchette, un clou même. Elle siège le plus souvent à la main gauche, le militaire opérant avec sa main droite. « Deux fourchettes aux pointes émoussées et diamétralement opposées, a écrit M. le Médecin commandant Forgues *mordent* le mollet, la main, le bras, grâce à la brusque pression qu'un camarade leur fournit, un bon coup de matraque bien ajusté fournit l'hématome diffus qui impose le diagnostic. On évitera l'erreur, en comparant la morsure artificielle, dont les quatre blessures d'en haut sont parfaitement superposables aux quatre blessures d'en bas, à la morsure vraie, où toujours les canines laissent une trace plus profonde que les incisives voisines. On peut aussi demander au mordu sa propre fourchette, et lui démontrer son mensonge par la simple superposition de l'instrument et des traces visibles. » En réalité, le diagnostic dif-

férentiel de la morsure vraie et de la morsure simulée n'est pas toujours aussi simple et, trop connu aujourd'hui, dans certains corps tout au moins, le *coup de fourchette* est un peu passé de mode. On préfère se faire mordre réellement par un chien méchant... sinon dressé, ou encore se faire écraser le bord de la main avec le talon d'un soulier ferré. Les raisons qui déterminent les soldats à simuler des morsures, afin de suivre le traitement antirabique, sont des plus variées : cafard, désir de voyager, de se soustraire à certaines marches, à certaines manœuvres, voire de courir l'aventure, voire d'aller « passer trois semaines à Paname ». Il n'est pas étonnant dans ces conditions que le nombre des soldats envoyés à un Institut antirabique ne soit pas en rapport avec la densité de la population militaire, avec la stricte application des mesures de police sanitaire... etc.

« Le resquillage civil, écrit P. Remlinger, auquel nous empruntons la fin de cet article, diffère souvent peu du resquillage militaire. En U. R. S. S. il y a quelques années, les camarades ouvriers et paysans, astreints à de rudes travaux, ne se faisaient pas faute de simuler ou de provoquer des morsures, puis d'exiger des camarades directeurs d'Instituts antirabiques un traitement, qui leur procurait plusieurs semaines de distraction et de repos, dans une grande ville. Les chiffres astronomiques des mordus dans certains Instituts n'avaient pas d'autre cause. Aujourd'hui, la décentralisation de la vaccination a complètement coupé court à ces abus. Dans quelques-unes de nos colonies, où l'éloignement de l'Institut nécessite le transport des mordus en avion, la perspective de recevoir gratuitement le baptême de l'air jointe à celle de passer quelques semaines à la capitale ne serait pas — même chez les indigènes — étrangère à la provocation ou à la simulation des morsures : A Madagascar, les déplacements longs et coûteux ne sont pas toujours dictés par des considérations de bon aloi ».

Et le même auteur continue :

Quel que soit l'angle sous lequel on considère le resquillage du traitement pasteurien, ce resquillage est inadmissible, et il est inadmissible également qu'il ne lui soit pas fait obstacle. Civil ou militaire, le médecin qui, le premier, voit une personne contaminée ou censée contaminée par un animal enragé ou suspect, a un rôle important à remplir. Se trouvant sur les lieux de l'accident, il est beaucoup mieux placé qu'un directeur d'Institut antirabique pour prendre la décision qui convient.

Deux choses sont à envisager : la personne mordue et l'animal mordeur. La peau saine n'absorbe pas le virus rabique. Par conséquent il faut qu'il y ait plaie, pour que le traitement soit indiqué. Une simple contusion produite par le museau de l'animal est inoffensive. Une morsure à nu, une griffade à nu, le léchage sur des plaies à vif commandent le traitement, mais une morsure ou une griffade dans une région protégée par les vêtements ne nécessite la cure que si ceux-ci ont tous été déchirés ou perforés. S'il n'existe pas de solution de continuité des vêtements, il n'y a morsure qu'au sens vulgaire que le public attache à ce terme. Il s'agit en réalité d'une plaie, dite par tiraillement ou mieux par ratissage. Il faut savoir distinguer celle-ci d'une morsure, comme il faut savoir distinguer une morsure, d'une plaie produite par la pointe d'un couteau ou d'une fourchette... Au cas de plaie par ratissage ou par tiraillement, on trouve, au lieu de deux traces de crocs, une plaie linéaire, superficielle, le plus souvent et entourée d'une zone ecchymotique. Ces caractères sont toutefois accessoires, et c'est à l'état des vêtements qu'il convient d'accorder le plus d'importance.

La salive des animaux renfermant déjà du virus — mais à la vérité une petite quantité de virus — une quinzaine de jours avant l'apparition des premiers symptômes de la rage, le traitement antirabique est, d'une façon générale, indiqué, non seulement, lorsque l'animal est atteint de rage clinique, mais encore lorsque, moins de quinze jours après la morsure, il est mort, a été tué ou a disparu. S'il est vivant lorsque le médecin est consulté, il sera observé par un vétérinaire. Le traitement antirabique ne sera indiqué que si, au cours de la quinzaine, l'animal vient à prendre la rage ou à succomber soit à la rage elle-même, soit à une maladie à laquelle celle-ci aurait pu être associée.

Il faut également faire preuve d'un peu de bon sens, et rechercher, par exemple, si l'animal mordu n'a pas été provoqué par le sujet, s'il y a réellement une morsure. On doit le plus tôt possible après l'accident examiner encore les circonstances de l'accident, l'absence de témoins, la personnalité morale de l'individu.

Ainsi peut-on réaliser une prophylaxie du resquillage. Cependant il est un moyen, beaucoup plus simple et plus radical, et qui a déjà fait ses preuves en Italie, en U. R. S. S., au Portugal, en Yougoslavie, en Pologne, en Palestine, aux Etats-Unis, au Chili, etc. ; c'est la décentralisation de la vaccination, c'est-à-dire la vaccination au domicile même du mordu, grâce à l'emploi des vaccins phéniqués.

G. FISCHER.

RESPONSABILITÉ DU MÉDECIN TRAITANT ANESTHÉSIE GÉNÉRALE — DÉCÈS

Un adhérent du Sou Médical demande l'appui moral et pécuniaire de la Ligue pour les faits suivants : praticien de petite localité, il donne à un enfant de 6 ans quelques bouffées de chlorure d'éthyle, pour procéder à l'ablation de grosses amygdales et raclage des adénoïdes.

L'enfant est maintenu sur les genoux de la femme du médecin qui assiste son mari. L'anesthésique est donné avec le masque de Camus.

Après l'ablation des amygdales, syncope, dont on vient facilement à bout. L'enfant est alors reporté sur le fauteuil, pour qu'il soit possible de terminer cette opération ; mais, sous l'influence de nouvelles bouffées de chlorure d'éthyle, seconde syncope, mortelle, malgré tous les soins qui furent prodigués par le médecin, assisté de sa femme.

Disons que l'enfant avait été ausculté soigneusement par le praticien, quelques jours auparavant et qu'aucune contre-indication de l'anesthésie n'avait été constatée. Cependant, des poursuites sont engagées contre le médecin, qui est l'objet d'une demande en dommages-intérêts. A-t-il commis une faute, en ne se faisant pas assister par un confrère pour procéder à la narcose ?

Je laisse de côté les questions de fait : un praticien peut avoir certaines raisons, pour ne pas faire appel à un confrère qui pratiquera l'anesthésie générale, soit que les clients sont de condition modeste et qu'il ne faut pas les entr aîner à des frais multiples, soit que le praticien n'ait pas pu avoir recours à l'assistance d'un concurrent : *invidia medicorum.*

Je ne veux que faire une revue de la jurisprudence sur ce point et fournir à l'avocat de notre confrère tous les arguments donnés par les décisions de justice, afin de venir en aide au praticien.

Preuve de la faute

Depuis un arrêt de la Cour de cassation, Chambre des requêtes, du 21 juillet 1862 (S. 62-1-818) les magistrats ne cherchent pas à s'ingérer dans les théories et les méthodes médicales. Ils ont donc recours à la science de médecins experts qu'ils désignent pour renseigner le Tribunal sur des points de pratique médicale.

Cependant, en dehors de toute controverse scientifique les magistrats peuvent rechercher si le praticien a commis une faute lourde et une grave imprudence. En matière d'anesthésie, citons sur ce point un arrêt de la cour d'Amiens, du 14 février 1906 (S. 1909-2-225) et un autre de la Cour de Nancy, du 27 juin 1913 (*Rec. Nancy*, 1913-198).

C'est ainsi que commet une grave imprudence le praticien qui fait endormir un malade, sans avoir pratiqué, au préalable, un examen des organes, ou fait anesthésier trop près du repas (Tribunal civil de Marseille, 28 août 1921 ; *Gaz. Pal.*, 1921-2-162 ; Cour d'appel d'Angers, 30 juillet 1926 ; *Le Temps*, 31 juillet 1926 ; *Bruxelles Médical*, 5 septembre 1926.)

Au contraire, doit être déchargé de responsabilité le praticien qui a pratiqué, au préalable, tous les examens nécessaires, pour déceler les contre-indications à une anesthésie générale (Cour d'Alger, 17 mars 1894 ; *Gaz. Pal.*, 1894-2-196 ; Trib. civ. Montpellier, 9 février 1910 ; *Gaz. Pdl.*, 1910-1-187).

Responsabilité du médecin au regard de ses aides

Si l'opérateur confie l'anesthésie à un docteur en médecine, ce dernier demeure entièrement responsable de ses faits et gestes, en ce qui concerne les accidents d'anesthésie. C'est parce qu'il est titulaire du grade de docteur en médecine, qu'il conserve une indépendance professionnelle complète, pour le travail médical qui lui est confié.

Mais, dans certains cas urgents, comme pour des opérations pratiquées en dehors d'un milieu hospitalier, dans les campagnes, ou petites villes, le médecin peut avoir recours à un aide, qui n'est pas muni du diplôme de docteur en médecine, mais qui cependant sera chargé de l'anesthésie. Que de médecins de campagne ne procèdent-ils pas ainsi, pour pratiquer un accouchement laborieux, confiant à la sage-femme le soin de donner la narcose à la parturiente.

Certes, le docteur surveille son malade et son aide, prêt à intervenir si surgit un accident quelconque, au cours de l'anesthésie.

Cette pratique peut elle être retenue à faute contre le praticien ? Non, décide la jurisprudence. La Cour d'appel de Bordeaux, chambre correctionnelle, 11 juillet 1916 (*Concours Médical*, 1917-43) acquitta un médecin qui s'était fait assister par un pharmacien, alors que le patient était mort sous le chloroforme. Tribunal civil de Dunkerque, 14 juin 1923 ; *Concours Médical*, 1924, 1875, confirmé par Cour de Douai, 23 juin 1924 ; *Rec. Douai*, 1924-318) anesthésie donnée par une infirmière, non munie du diplôme de docteur en médecine ; Tribunal civil du Havre, 6 février 1931, *Gaz. Trib.*, 21 avril 1931) anesthésie donnée par une religieuse.

Absence d'aide

Pour certains motifs et dans des circonstan-

ces déterminées, le praticien procède à l'anesthésie, puis à son intervention, sans avoir près de lui un aide quelconque. Doit-il être de ce seul fait rendu responsable d'un accident mortel, lorsqu'au préalable, il a examiné son malade et pris toutes les précautions d'usage ?

Non répond la jurisprudence. La Cour d'Alger, (17 mars 1894 ; S. 95-2-237) et la Cour de Nancy 27 juin 1913 (*Rec. Nancy*, 1913-198) décident qu'un praticien ne saurait être obligé d'avoir recours à un confrère, pour donner l'anesthésie, car aucun règlement ne comporte pareille obligation.

Nous pouvons encore établir une analogie avec la pratique de la profession de dentiste. L'article 32 de la loi du 30 novembre 1892 interdit aux dentistes patentés de pratiquer une anesthésie hors la présence d'un docteur en médecine, ce qui signifie que les chirurgiens-dentistes tiennent de l'article 2 de la même loi le droit de pratiquer seuls l'anesthésie locale, ou générale, sans se faire assister d'un docteur.

Ces dispositions législatives sont reproduites dans les lois des 13 juillet 1921 et 18 août 1927, qui établissent le statut des praticiens dentaires alsaciens et lorrains.

La jurisprudence se conforme à ces directives, en absolvant le chirurgien-dentiste qui a pratiqué l'anesthésie générale sans l'assistance d'un aide ou d'un docteur en médecine. Ainsi en décident : Tribunal correctionnel Montbéliard, 30 janvier 1896, *D.* 96-2-186 ; Tribunal correctionnel de la Seine, 14 janvier 1913 ; *Gaz. Trib.*, 4 février 1913 ; Cour de Nancy, 27 juin 1913 précité.

Par suite, ce que le chirurgien-dentiste a le droit de faire, le docteur en médecine en a-t-il *a fortiori* la possibilité.

Conclusion

Certes, il est prudent, pour un praticien, de faire appel à un de ses confrères, lorsqu'il est nécessaire de pratiquer une intervention sous anesthésie générale. Mais, avant de prononcer la culpabilité du médecin, qui a opéré et anesthésié seul ou avec l'aide d'une personne non diplômée, convient-il de rechercher si toutes les précaution d'usage ont été prises, notamment par l'examen préalable du patient et par l'observation des règles habituelles, telles que pratiquer une anesthésie sur un malade à jeun.

Il convient également d'apprécier les circonstances et les motifs qui ont déterminé le médecin traitant à se passer du concours d'un de ses confrères.

Il faut enfin que ceux qui réclament des dommages-intérêts puissent fournir la preuve qu'il y a relation de cause à effet entre le décès du patient et l'absence de praticien qualifié pour pratiquer la narcose, et donner des soins immédiats lors de la syncope.

La jurisprudence a maintes fois reconnu, avec les auteurs médicaux, que des syncopes mortelles, imprévisibles, se produisent au cours d'une anesthésie, alors que la narcose a été confiée à un docteur en médecine très spécialisé en la matière.

De plus, des soins immédiats et énergiques sont souvent impuissants à ramener à la vie un malade, qui vient de succomber par syncope, sous l'influence du narcotique. Ce sont les considérations de fait qui peuvent seules démontrer si le praticien a été imprudent, en restant seul pour anesthésier son malade, ou en confiant la narcose à une personne non munie du diplôme de docteur en médecine et si tous les examens préalables ont été faits.

La rançon du progrès pèse parfois lourdement sur les malades, qui, pour éviter les douleurs d'une intervention même minimes, ont besoin d'être endormis complètement, pour que le praticien puisse, en paix et avec toute tranquillité d'esprit, procéder à sa besogne chirurgicale, ou de spécialité.

Dr Paul BOUDIN.

A. M. G. — OPÉRATIONS A DOMICILE OU EN CLINIQUE PRIVÉE INSCRIPTION TARDIVE SUR LA LISTE D'ASSISTANCE

Nous avons reçu la lettre suivante (1488) :

L'art. 25 du règlement départemental et d'assistance est ainsi conçu : les opérations de grande chirurgie ne doivent être pratiquées qu'à l'hôpital...

Et l'art. 26 : Les bénéficiaires de l'Assistance médicale gratuite ne seront en aucun cas soignés dans les cliniques particulières les dépenses occasionnées de ce fait ne peuvent être prises en charge par le service et devront le cas échéant être supportées par les intéressées ou la commune qui aura pris cette mesure spéciale d'assistance.

Ors, l'usage local veut que l'on opère beaucoup à domicile.

Voici donc ce que certains maires ont imaginé.

Le lendemain d'une opération à domicile (ou en clinique), ils se rendent chez le malade et lui disent qu'ils l'ont mis à l'Assistance (quelquefois, c'est la famille qui le demande, mais pas toujours). Ils savent bien entendu que l'Assistance arguera de la violation du règlement pour refuser le paiement de quoi que ce soit et qu'ainsi ils se feront des amis sans obérer leurs finances communales ni risques de protesta-

tions. Quant au malade, on a beau lui lire le règlement et lui expliquer que ses feuilles ne valent rien, on a les plus grandes difficultés à le faire payer.

Ces incidents deviennent de plus en plus fréquents et sont toujours le fait des mêmes maires.

Alors, je me demande s'il ne serait pas possible en s'appuyant sur le dernier paragraphe de l'art. 26 « être supportées par la commune qui aura pris cette mesure spéciale d'assistance », de réclamer le règlement des honoraires à la commune ; s'il était possible de leur donner une leçon une fois, on aurait sûrement la paix par la suite.

J'estime que le maire doit connaître le règlement d'Assistance et qu'il commet une faute en donnant une feuille d'Assistance médicale gratuite à un malade qui s'est mis en dehors de l'Assistance en ne suivant pas le règlement. Ai-je raison ?

J'ai par deux fois demandé à la Préfecture des explications sur ce cas. Inutile de vous dire que l'on s'est arrangé pour embrouiller la question et me répondre à côté.

Alors, je voudrais savoir ce que vous en pensez et ce que vous voyez que je pourrais faire à l'avenir en présence d'un cas semblable. Je vous rappelle que c'est par un procédé semblable qu'un maire, il a deux ans, a empêché les parents de Mme R..., de me payer alors qu'ils y étaient décidés : vous m'avez fait obtenir un jugement contre eux, mais il nous faut attendre l'héritage pour être payés vous et moi. Il aurait été plus simple si la chose avait été possible de s'en prendre au maire et cela l'aurait empêché de récidiver. Je serai donc heureux d'avoir vos conseils là-dessus.

Réponse

Le règlement départemental d'assistance est en contradiction en son article 25 avec les termes de l'article 4 de la loi du 15 juillet 1893.

En effet, il y est spécifié que le malade ne doit être hospitalisé que lorsqu'il y a impossibilité de lui donner à domicile les soins nécessaires à son état.

Le règlement départemental viole donc la loi quand il stipule que des opérations graves doivent toujours se faire à l'hôpital.

D'autre part, le même article 4 fait une obligation aux communes d'être rattachées aux hôpitaux les plus voisins pour l'admission de leurs indigents, lorsque ces derniers ne peuvent pas recevoir à domicile les soins nécessaires à leur état.

La loi ne prévoit pas d'hospitalisation en maison de santé. Il en résulte que si ces dernières veulent admettre des indigents ès-qualité, c'est à la condition de réclamer au Service départemental d'assistance les mêmes prix de journée que l'hôpital de rattachement.

Mais si un malade se présente dans une clinique privée comme client de droit commun, et non pas comme assisté, il devra payer de sa poche le prix de journée de la clinique plus les honoraires du chirurgien.

L'article 19 de la loi du 15 juillet 1893 accorde au maire la faculté d'inscrire d'urgence sur la liste d'Assistance médicale gratuite, mais à la condition d'en référer à la plus prochaine réunion du Conseil municipal, qui seul a qualité pour inscrire un malade sur la dite liste.

Cette inscription d'urgence faite par le maire doit être prononcée par celui-ci avant l'hospitalisation soit à la clinique, soit à l'hôpital, avant également l'acte opératoire ou obstétrical. Si cette inscription était tardive, elle serait nulle et non avenue ainsi qu'en décide la jurisprudence administrative sur des cas analogues.

Comme conclusion pratique, lorsqu'un malade se présente comme client ordinaire dans une clinique, lui seul est responsable du payement des frais qu'il occasionne. S'il excipe ensuite d'une inscription tardive sur les listes d'assistance, cette inscription doit être considérée comme nulle et non avenue ; mais il est très difficile de faire intervenir la responsabilité du maire en pareille matière.

Le Syndicat médical pourrait faire de justes observations sur ce point à l'autorité préfectorale pour que le Préfet puisse indiquer au maire l'illégalité de ces inscriptions d'urgence.

Si le Préfet répond par une fin de non recevoir, on peut s'adresser au supérieur hiérarchique : le ministre de la Santé publique par le canal de la Confédération des Syndicats médicaux.

Qui doit payer les honoraires chirurgicaux ? S'il s'agit d'Assistance médicale gratuite et si la commune ne bénéficie pas des dispositions de l'article 35 de la loi du 15 juillet 1893 (Service autonome d'assistance), c'est l'autorité préfectorale qui ordonnance les mémoires d'Assistance médicale gratuite, quitte à faire ensuite supporter à chaque commune la part qui lui incombe.

Si un procès doit être soutenu pour faire payer le chirurgien, le Sou Médical accordera son appui moral et pécuniaire. Mais la personne que juridiquement on doit poursuivre, c'est le « consommateur de soins », c'est-à-dire le malade ou le blessé, lequel pourra appeler en garantie le maire en excipant de l'inscription sur les listes d'assistance.

Ce n'est qu'à ce moment qu'on pourra discuter devant la juridiction compétence la validité d'une inscription tardive faite pour les besoins de la cause.

Dr Paul Boudin.

COMMENT CONCEVOIR L'HÉRÉDITÉ ?

Par Herbert TUCHMANN

L'insecte, source d'émerveillement, a toujours attiré l'attention des observateurs, aussi n'est-il pas étonnant qu'il nous ait souvent apporté la solution des plus grands problèmes biologiques. Très complexe dans son organisation, étonnant par son instinct social, il s'est révélé d'une simplicité chromosomique presque providentielle, donnant un merveilleux essor à cette nouvelle science qu'est la génétique. Aurait-on pensé que l'humble mouche de vinaigre — Drosophila melanogaster — jetterait un jour sa lumière sur cette puissance aveugle et mystérieuse qu'était l'hérédité.

Certes les travaux de Th. Morgan sur les drosophiles et ses conceptions relatives à la génétique des choses vivantes, n'apportent pas encore la solution du « mystère de l'hérédité » qui a toujours préoccupé l'humanité. Ils nous apportent au moins des indications très précises qui permettent même de prévoir les résultats des croisements pas encore effectués.

Le problème de l'hérédité qui intéresse les philosophes et les biologistes, préoccupés par le passé et plus encore par l'avenir de l'humanité, s'adresse plus particulièrement aux médecins, par l'application des lois de la génétique à l'homme.

Sans même ébaucher le problème de la détermination du sexe (question souvent posée par les futures mères) sujet beaucoup trop vaste pour rentrer dans le cadre de cet article, nous citerons les maladies héréditaires comme l'hémophilie, le daltonisme, l'atrophie du nerf optique, ainsi que certains cas de nystagmus qui se transmettent en suivant les lois de l'hérédité mendélienne. L'hémophilie si curieuse par le fait qu'elle n'atteint que les descendants du sexe mâle, et qui avait si longtemps dérouté la sagacité des médecins, donnant lieu à des interprétations fantaisistes, reçoit aujourd'hui une explication simple et claire, par la découverte du dimorphisme chromosomique des gamètes. La transmission de ces maladies rentre dans le cadre de l'hérédité liée au sexe.

L'hérédité est un fait de similitude et de continuité entre deux individus descendants l'un de l'autre. Elles ne peut pas être considérée comme un phénomène dû au hasard. La force de se transmettre et de se ressembler résulte en effet de l'assimilation . Il est aisé d'observer une bactérie ou un protiste. Ils s'accroissent jusqu'à une certaine limite, puis la croissance s'arrête et l'organisme se coupe en deux individus semblables ayant la même constitution et la même structure que la cellule mère.

C'est toujours d'une cellule unique, l'œuf fécondé que dérivera le nouvel organisme. L'œuf, cette « cellule œuf » a cependant un caractère particulier et qui déterminera tout le développement du futur organisme, il résulte de la fusion intime de deux cellules préexistantes provenant de deux individus distincts et qui apportent *chacun séparément* leur patrimoine héréditaire.

D'après P. Brachet les déterminants qui conditionneront l'ontogénie seraient entièrement fixés dans le cytoplasme et concourraient à réaliser « l'hérédité générale », qui conditionne la réalisation spécifique des organes et qui fait qu'un œuf de grenouille donnera toujours une grenouille. A cette hérédité générale, s'opposerait « l'hérédité spéciale » ou *raciale*, qui fait qu'une race de souris pourra avoir des descendants dont la couleur des yeux ou le pelage pourra varier. Seuls les caractères appartenant à l'hérédité raciale seraient conditionnés par la substance nucléaire de l'œuf.

Or on ne peut pas diviser l'hérédité en cytoplasmique et nucléaire, pas plus qu'on ne peut séparer la cellule en noyau et cytoplasme au point de vue fonctionnel ; les deux faisant un tout — l'energide — seule unité physiologique viable. Si on considère, d'autre part, la frappante homologie des phénomènes nucléaires lors de la maturation germinale, dont les caractères essentiels sont identiques dans les deux sexes, la disproportion et l'inconstance des phénomènes cytoplasmiques, on ne peut pas nier le rôle privilégié du noyau. Il était donc normal de situer dans le noyau les particules représentatives des caractères héréditaires — chromosomes — qui servent de support aux gènes.

Il n'y a cependant aucune relation entre les anciennes théories dues à l'ingéniosité de l'esprit et à l'imagination des auteurs, et nos conceptions actuelles, reposant sur un ensemble considérable de déterminations expérimentales

Les investigations n'ont reçu des bases scientifiques que lors de la découverte des lois de l'hybridation mises en évidence par Naudin et Mendel et dont l'intérêt ne s'imposa que vers 1900. De même que l'étude des états pathologiques, nous permet de comprendre secondairement le fonctionnement normal, l'hybridation qui consiste à interrompre la continuité héréditaire, nous révèle par le détour de la pertur-

bation le mécanisme de la transmission normale. Elle n'est qu'un moyen de travail et il serait erroné de croire que les lois de l'hybridation se confondent nécessairement avec celles de l'hérédité.

L'hybridation réalisée sur une très grande échelle aussi bien dans le règne animal que végétal, a montré la *ségrégation indépendante des couples factoriels.* C'est sur cette constatation indiscutable de la ségrégation (caractères pouvant se transmettre isolément) qu'est basée l'idée d'unités propres — gènes — représentatives des différents caractères et se comportant suivant le type mendélien. Les gènes ne sont pas des entités théoriques comme l'étaient les *déterminants* de Weissmann ou les *gemmules* de Darwin, mais représentent des caractères héréditaires objectifs et définis d'après les résultats des croisements, ayant la valeur d'un facteur ou d'une condition interne.

L'analyse mendélienne montre d'autre part une parfaite équivalence du pouvoir de transmission des deux parents. Or les cellules sexuelles morphologiquement très différentes présentent au contraire des noyaux équivalents. On trouve dans ce fait incontestable une forte présomption de la localisation des gènes dans le noyau et notamment dans les chromosomes qui constituent les noyaux. Cette présomption est d'autant plus justifiée que les phénomènes nucléaires de la maturation de la lignée germinale aboutissent dans les deux sexes à la réduction de moitié du nombre de chromosomes. Lors de la fécondation le nombre entier des chromosomes sera de nouveau reconstitué par des apports égaux de chacun des deux parents.

La supposition de la localisation des facteurs héréditaires dans les particules indépendantes que sont les chromosomes aboutit alors à une représentation et même à la prévision des résultats des croisements, comme l'ont montré Morgan et ses collaborateurs. La théorie chromosomique reçoit également une très importante confirmation par le fait que toute anomalie dans la distribution des chromosomes entraîne corrélativement des anomalies dans la distribution des facteurs correspondants. A cet égard l'hérédité liée au sexe est particulièrement significative ; conséquence directe du dimorphisme sexuel des hétérochromosomes, elle montre que la distribution des facteurs situés sur l'hétérochromosome suit ses variations, comme le daltonisme, l'hémophilie et des autres maladies héréditaires, citées ci-dessus. Les croisements montrent également que les facteurs subissent la disjonction indépendante seulement lorsqu'ils appartiennent à des paires chromosomiques différentes. L'association des facteurs résulte au contraire de leur localisation dans un même chromosome.

La théorie chromosomique qui n'est qu'une représentation à l'échelle morphologique a reçu de nombreuses objections. Les plus importantes sont celles relatives à la constance chromosomique, à sa pérennité, ainsi que celles ayant trait à la valeur comparative du noyau et du cytoplasme. Sans discuter ces objections, bornons nous à dire, qu'aucune n'a réussi à apporter des preuves capables d'infirmer la théorie de Morgan.

Conclusion. — Actuellement on ne peut pas se représenter les lois de l'hérédité mendélienne et la ségrégation indépendante en supposant comme le font les adversaires de la théorie chromosomique, que les facteurs qui engendrent les différents caractères soient constitués par des substances chimiques non définies.

L'imperfection des théories physico-chimiques réside surtout dans leur absence de précision. Les généticiens ne croient pas que les phénomènes héréditaires se résument en dernière analyse à des réactions physico-chimiques comme tout processus physiologique.

Mais le désir d'aller au fond du déterminisme, dont les notions préliminaires nous manquent encore aboutit trop souvent à établir des hypothèses qui ne sont qu'un jeu subtil de l'esprit. L'erreur consiste à vouloir pénétrer la nature par notre logique alors qu'elle en est peut-être toute différente et ne se laisse découvrir que par des observations patientes, méthodiques et surtout objectives.

Des acquisitions nouvelles modifieront vraisemblablement la théorie chromosomique, mais dans l'état actuel de nos connaissances, elle reste la seule qui soit adéquate aux faits connus. C'est une théorie et non un dogme, capable d'évoluer et de se transformer, c'est-à-dire un excellent outil qui rend et rendra des services à la science.

ENCOMBREMENT MÉDICAL

C'est une vieille connaissance. Il y a cinquante-trois ans je fus présenté au rédacteur en chef du *Progrès Médical,* le Docteur Bourneville, il m'invita à venir le vendredi soir à la réunion où il conviait ses collaborateurs. J'y recontrais des travailleurs, docteurs, internes , médecins des hôpitaux, agrégés, etc., tous animés de l'amour de la science médicale ou de la profession et sous l'impulsion du maître d'un vif désir de progrès. Au début de mes études j'entendis parler de l'encombrement et on m'apprit qu'il y a bientôt cent ans un Congrès de médecins réunis sous la présidence de Rayer, le grand manitou de l'époque, avait étudié la question de l'encombrement médical. Et cela continue.

Les hommes ont rêvé d'écarter la concurrence pour jouir en paix de la situation acquise ; au Moyen-Age les corporations n'entrouvraient qu'étroitement leurs portes pour limiter le nombre des maîtres. Turgot nous a délivré de ces monopoles en proclamant la liberté. Plus tard sont venues les différentes théories socialistes, supprimant la concurrence par le recours à la force publique. Pour être logiques les médecins, qui se plaignent que nous sommes trop nombreux, n'ont qu'à s'affilier au parti communiste. Alors toutes les professions seront réglementées, les salaires seront fixés ; la limite d'âge sera fixée avec une retraite. Ce sera le Paradis ! Je sais qu'il y a des confrères qui se contentent du purgatoire et font des démarches auprès des ministres, des sénateurs, des députés, dont ils disent beaucoup de mal dans les salons parce que cela fait bien, pour leur demander humblement de voter une loi en leur faveur en éliminant de la profession les étrangers, les hommes de science qui ne sont pas bacheliers latin-grec, Molière ayant démontré d'une façon irréfutable qu'un bon médecin, comme Diafoirus, doit parler latin.

Mais au fait, que veut dire le mot encombrement ? Dans les nombreux écrits que j'ai lus, je n'a jamais vu une définition de cette maladie et on continue de parler d'une chose que l'on ne connaît pas. Appelle-t-on encombrement lorsqu'il y a plus d'un médecin pour 2.000 ou pour 1.500 ou pour 1.000 habitants ? On ne peut comparer une région très pauvre avec une région où fréquentent les gens très riches de différents pays comme la Côte d'Azur.

Alors disons qu'il y a encombrement quand un médecin gagne moins de 60.000 francs par an. Quand le fait se produit l'Etat force le confrère à se faire chauffeur de taxis.

Comme l'on voit l'encombrement n'est pas le même pour un professeur célèbre qui gagne un ou plusieurs millions en opérant ou un malheureux confrère qui touche péniblement un fixe comme médecin du Bureau de bienfaisance.

Dans un article de la *Revue Moderne de Médecine et de Chirurgie,* j'ai publié dans le but d'éclairer la question, des statistiques puisées aux sources officielles et en faisant des recherches pour cet article je me suis aperçu que dans la France il n'y avait pas que des médecins, mais que d'après le recensement de 1931 il y avait en France 22.706.000 personnes de 20 à 60 ans qui cherchaient à gagner leur vie. Si on défalque les 800.000 fonctionnaires et les 26.513 médecins, il reste encore 21.879.597 personnes qui cherchent une situation. En 1935, il y a eu 426.879 chômeurs et 456.796 demandes d'emploi. L'indice des faillites (cent en 1913) est en 1929, 100, en 1932, 160.

Les faits observés nous montrent qu'il n'y a pas que les médecins qui souffrent des difficultés de la vie, les ouvriers sont plus touchés,les commerçants ont la vie plus dure et dans les professions dites libérales les scientifiques, les littéraires sont plus encombrés : par exemple en 1935 pour le Conseil d'Etat l'inspection des finances, la Cour des comptes, la diplomatie il y a eu quinze places pour 170 candidats, presque tous docteurs en droit, diplômés de l'Ecole des sciences politiques, soit une place pour douze candidats. Que diriez-vous si un docteur sur douze avait seul le droit d'exercer la médecine.

Si nous voulons conserver à notre profession son caractère libéral, nous devons accepter loyalement la concurrence avec ses inconvénients mais aussi avec ses avantages, l'émulation, la nécessité de l'effort, la recherche du meilleur rendement et surtout la liberté. Si nous nous sentons trop faibles, alors devenons fonctionnaires comme les médecins militaires avec une retraite et des décorations, ce qui n'empêche pas certains d'entre eux de jouir légitimement d'une réputation scientifique notoire. Si nous voulons garder notre indépendance, n'allons pas demander aux parlementaires des lois d'exception. Pensons aux consommateurs qui sont les malades.

J'engage mes confrères à méditer les chiffres que j'ai rapportés dans l'article cité et nous verrons qu'un père de famille ou un jeune bachelier ne peut se laisser convaincre que notre profession est la pire de toutes, quand ils voient la situation matérielle et morale qu'occupent es médecins de chef-lieu de canton qui ont

une belle maison confortable, une automobile, deux domestiques, qui voyagent en 1re classe souvent, qui ont épousé une femme bien dotée. A quoi çà sert d'aller faire une conférence aux parents d'élèves en étant bien habillé, en ayant bonne mine, en venant en auto ; si vous voulez persuader que votre profession ne nourrit pas son homme promenez-vous en souliers percés, en habits effilochés, alors vous ferez pitié.

Je crois qu'il y a surtout une mauvaise répartition des médecins plus qu'une pléthore, les chiffres le prouvent, au lieu de rester à vous établir dans la grande ville où vous avez fait vos études, allez vous établir à la campagne ou dans une petite ville et vous y trouverez une place modeste mais honorable. Dans un régime libéral les gens doivent être responsables de leurs fautes ; aux mal placés de s'en prendre à eux et non de solliciter l'appui du bras séculier.

Ne nous plaignons pas trop, montrons l'exemple de l'effort pour nous adapter aux conditions économiques mauvaises, ayons confiance, les temps meilleurs reviendront ; après la pluie le beau temps. Ne cherchons pas à faire envie, mais ne faisons pas pitié par nos lamentations.

Robert SOREL.

CHAMBRES CUIRASSÉES POUR MALADES FRAGILES

L'idée que les phénomènes météorologiques retentissent sur l'état physique des êtres vivants, et particulièrement des malades, n'est certes pas nouvelle. C'est d'elle que procède la fondation de l'Institut de météoro-pathologie de Nice ; et la météoro-pathologie elle-même est au programme des Assises nationales de la médecine française pour décembre prochain.

Mais voici que je trouve dans la *Côte d'Azur médicale*, la vivante revue du Docteur J. Regnault, l'idée d'une réalisation pratique pour protéger certains malades des influences nuisibles du milieu cosmique. Elle appartient au grand savant russe Tchijevsky, de Moscou.

Les perturbations solaires, dit-il, éruptions, protubérances, taches, mouvements tourbillonnaires augmentent brusquement et presqu'instantanément le nombre des cas de mort par diverses maladies. Cela ne veut pas dire que ces phénomènes solaires tuent mais ils donnent un choc qui, insignifiant pour les bien portants, devient néfaste aux organismes en équilibre instable : les vieux scléreux, les chroniques épuisés par une longue maladie, les aigus parvenus au moment de la « crise ». Même il est à noter que, sous ces mêmes influences, le nombre des suicides s'accroît, probablement du fait de troubles imprimés au système nerveux.

Quel est le mécanisme de ces influences désastreuses ?

Certains en accusent les radiations électro-magnétiques à ondes courtes d'origine solaire ; d'autres, les influences électro-magnétiques de l'atmosphère et de l'écorce terrestre. Peut-être les deux sont-elles en cause. Il vaudrait la peine d'expérimenter sur des animaux malades et agonisants.

Mais quoi qu'il en soit, comment protéger l'homme ? En interposant entre lui et les dites radiations du métal qui arrête celles-ci : plus l'onde est courte, plus, on le sait, la couche métallique devra être épaisse.

Il est vraisemblable qu'il suffirait de donner à ce revêtement métallique une épaisseur d'environ 1 millimètre. C'est dire que la chose serait facilement réalisable.

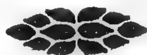
Tchijevsky propose de construire de ces chambres cuirassées dans tous les hôpitaux, particulièrement dans ceux où l'on soigne les maladies infectieuses et où de jeunes sujets traversent les instants cruciaux de la « crise ».

Ce seraient des chambres entièrement blindées, sans ouvertures, les portes donnant sur des vestibules également blindés ; éclairage artificiel ; ventilation par envoi d'air conditionné et légèrement ionisé avec prédominance d'ions négatifs (de 1.500 à 2.000 par c. c.).

Tout hôpital équipé de la sorte serait en contact constant avec un observatoire astronomique qui donnerait le signal d'alarme ; à ce signal les malades désignés seraient transférés dans les salles blindées jusqu'à terminaison de la crise ou, s'il s'agit d'artério-scléreux ou de myocardiques, jusqu'à ce que la fibre cardiaque ait repris de la tonicité.

On pourrait toujours essayer ! En tous cas mieux vaudrait voir les peuples blinder des chambres de malades que des tourelles de canons.

G. LAVALÉE.



VARIÉTÉS

Quelques réflexions d'un vieux praticien sur l'influence de la calcification dans l'évolution et la cure de la tuberculose

Nous avons reçu récemment la visite d'un de nos vieux camarades, le Docteur Paul Ferrier, ancien interne des hôpitaux de Paris, un des rares survivants de la salle de garde de Bicêtre de 1891. Le Docteur P. Ferrier habite Rabat (Maroc). Ne pouvant supporter le climat de notre pays, abandonnant Paris et une importante clientèle de stomatologiste, il se retira en 1908 d'abord à la Martinique, puis au Maroc.

P. Ferrier, depuis sa thèse sur la carie dentaire, a prétendu que la décalcification jouait un rôle très important dans l'évolution de la tuberculose pulmonaire et préconisé le traitement de cette maladie par la recalcification, méthode discutée par les uns mais admise par les autres. Il n a jusqu'à ce jour tiré aucun profit de cette méthode. P. Ferrier la défend de plus en plus. Elle fut l'objet de notre conversation, ainsi que les conceptions du Professeur Bouchard sur le ralentissement de la nutrition, admises par tout le monde à l'époque de nos études, dédaignée ujourd'hui, comme bien d'autres le sont *et le seront*. Nous croyons intéressant de publier une partie de la lettre que P. Ferrier nous a écrite à son retour à Rabat à propos de notre conversation.

« Je commencerai par Bouchard, nous écrit Paul Ferrier, Bouchard dont les conceptions sont trop hautes pour la petitesse de X (ici le nom d'une autorité de l'époque actuelle qui a plus particulièrement attaqué Bouchard). Si le nom de ralentissement de la nutrition n'exprime qu'une vérité globale, les observations de Bouchard tendant à ramener tout à la dilatation de l'estomac, il a au moins vu des choses qu'il a orientées vers des troubles de nutrition. Ni lui, ni les ventripotents comme lui, n'ont vu juste et ils ne peuvent voir la véritable nature clinique de ces troubles, précisément parce qu'ils en étaient les victimes « volontaires ». Je te paraîtrai peut-être bien présomptueux en affirmant que ma thérapeutique seule (vacuité de l'estomac avant tous les repas, etc.) permet à la longue de s'y reconnaître. Or, Bouchard , gros mangeur, ne s'y est jamais astreint. Ce qu'il a observé comme symptômes, il l'a rattaché à un effet qu'il a pris pour une cause, chose malheureusement trop fréquente.

X non seulement n'a jamais pu se hausser aux considérations de Bouchard, mais il refuse obstinément de voir. En ce qui concerne le traitement de la tuberculose pulmonaire il se borne à pratiquer la chirurgie ou petite chirurgie pulmonaire. Cela vaut mieux évidemment que de laisser mourir un malade d'hémoptysie, mais mieux vaudrait encore ne pas se contenter d'une survie et guérir les gens. Or cela est facile. C'est en quoi certains maîtres sont coupables de ne pas vouloir s'informer ni expérimenter. Pour moi, je voudrais bien ne pas entrer en ton esprit, dans la catégorie de ceux qui veulent tout ordonner à une conception insuffisamment étayée. La mienne a suivi le cours des événements. Parce que j'avais éprouvé *cent fois* l'action des sels de chaux insolubles sur la calcification des dents et que j'ai cherché, avec le temps, la relation qui *devait* exister entre leur nutrition et celle du squelette, j'étais préparé à voir dans la carie dentaire autre chose qu'un événement incompréhensible, et dans la légèreté des os quelque chose qui devait dépendre du même processus, par conséquent se rencontrer chez les mêmes sujets.

Le Professeur Z. m'a reproché en termes méprisants de ne pas m'être « embarrassé de faire des bilans » et de me contenter de plonger mes malades dans l'eau. Un stomatologiste réputé, Docteur Y, est arrivé à conclure qu'une dent qui ne contient pas ou presque plus de phosphate de chaux n'est pas décalcifiée et est aussi lourde que celle qui en est bondée. Des arguments semblables méritaient-ils d'être discutés ? Tous les bilans alimentaires actuels sont faux parce qu'ils tablent sur les urines de vingt-quatre heures et qu'il faudrait faire autant de bilans qu'il y a de repas, à condition encore que l'estomac fût vide avant chacun d'eux, autrement on obtient une moyenne qui ne renseigne sur aucune matière. Au sujet du précipité calcaire de l'urine notamment, j'ai donné toutes les explications cliniques nécessaires pour comprendre leurs apparentes irrégularités. Tant que l'on ne tiendra pas compte des conditions que j'ai fait connaître, les bilans, même ceux du Professeur Z., seront faux dans le détail et dans l'ensemble. En étudiant cette question dont l'importance est pour ainsi dire universelle, j'ai bien été *obligé* de voir que les phénomènes évolutifs de la tuberculose étaient contemporains de ce que j'ai appelé l'*ostéorragie* et qu'ils cessent seulement après elle ; que ceux de mes malades qui n'ont plus d'ostéorragie n'ont pas davantage de symptômes évolutifs, et que la persistance de ces bonnes conditions s'accompagne d'une amé-

lioration évidente, précoce, rapide des signe dits évolutifs. Alors, s'il est en mon pouvoir de réduire ou de supprimer d'emblée l'ostéorragie, c'est logiquement à moi aussi que revient celui d'arrêter le cours, puis de guérir la tuberculose. C'est ce qui se produit en effet par la force des choses.

Je ne sais plus si c'est à moi-même ou dans le journal que tu as dit que la tuberculose n'avait plus autour de toi le même caractère fatal qu'au temps de nos études. C'est bien, me semble-t-il, ce que traduit la constatation de l'atteinte générale des habitants de Paris dont les trois quarts à peu près guérissent seuls. Le dernier quart n'a donc pu rencontrer les mêmes conditions favorables. C'est assez logique de dire que les conditions d'existence ont changé et cela est vrai aussi. Mais faut-il englober dans cette appréciation toutes les améliorations apparentes ? L'hygiène du logement s'est modifiée, celle de l'élimination aussi. Mais cette dernière amélioration n'est pas à la portée d'un pilier de « bistro » qui emploie d'une façon déraisonnée et déraisonnable le tiers de ses 3-8 (1). Il participe pourtant à une excellente condition, celle de l'adduction d'eaux de boissons calcaires (la Vanne, la Dhuys, l'Avre). Cette adduction n'a pas tout arrêté d'un seul coup. Elle a formé peu à peu des organes digestifs meilleurs, non pas dans la génération adulte de l'époque mais dans les suivantes. C'est ce qu'a écrit virtuellement Boussingault, qui affirmait que le bicarbonate de chaux de l'eau de boisson suffisait à créer et à entretenir le squelette des animaux.

Actuellement tout médecin de bon vouloir peut sûrement conduire son malade au but. Serait-ce un insuccès, ou un échec que la perte d'un malade qui ne s'est pas résolu à observer les conditions du traitement ?

Sur les conseils de mon excellent ami et collègue Mirallié qui m'avait dit que ma doctrine de la cure de la tuberculose par la recalcification marcherait toute seule, je ne m'étais plus occupé de cette affaire depuis 1912. Or, j'ai constaté que tous les ans il y a des nouveaux qui n'en ont point entendu parler. Il faut rabâcher pour eux. Je le ferai tant que mes forces me le permettront... Il faut donc mettre toutes les générations de *jeunes* médecins au courant puisque les *vieux* ne veulent pas s'en charger. Je ne prévoyais pas cela en 1905 et me figurais même que le traitement étant dûment éprouvé, quelque récompense le signalerait à l'attention. car le Français est jobard et croit à tout ce qui est officiel. « C'est écrit ». « Or cela ne s'est pas produit. »

Nous n'avons rien à ajouter à ce fragment de lettre. Le nom de Paul Ferrier a été trop oublié, mais son traitement, plus ou moins sérieusement appliqué, est encore considéré comme un des plus efficaces dans la thérapeutique de la tuberculose pulmonaire. Dans cette lettre nous relevons le passage qui paraît affirmer que c'est depuis l'adduction d'eaux d'alimentation calcaires à Paris que l'évolution de la tuberculose pulmonaire s'est modifiée et qne son pronostic y est devenu beaucoup moins fatal. comme nous l'avons nous-même observé et comme ont pu le constater la plupart des médecins de notre âge. Il serait intéressant de s'assurer si les pays pourvus d'eaux calcaires sont moins ravagés par la phtisie que les autres pays.

J. Noir.

(1) C'est-à-dire ses huit heures de loisir.

BIBLIOGRAPHIE

Éditions Vigot, frères,
23, rue de l'Ecole-de-Médecine

Docteur Naamé. — **L'idée directrice**. L'évolutionnisme dans Saint-Augustin. Introduction du Docteur Ch. Fiessinger.

Partant de cette citation de Claude Bernard :

« La force vitale dirige des phénomènes qu'elle ne produit pas, et les agents physiques produisent des phénomènes qu'ils ne dirigent pas », l'auteur, envisageant les mécanismes vitaux, retrouve partout la trace indéniable de « l'idée directrice », et en arrive à conclure avec Frédéric Houssay, doyen de la Faculté des Sciences de Paris :

« Il faut donc, sans introduire rien de plus que ce qui est connu, admettre une pensée primordiale qui échappe à l'espace et au temps, qui est la cause unique de la force et de tout.

« Cette pensée, cause unique et universelle, est à la fois efficiente et finale et..... elle nous apparaît comme une intelligence et une volonté ».

Ni Claude Bernard ni Frédéric Houssay n'ont voulu aller plus oultre. Et à l'un comme à l'autre le Docteur Naamé dédie cette phrase de Pascal. « Tu ne me chercherais pas si tu ne m'avais trouvé ».

G. L.

LE SALON DES INDÉPENDANTS

Il est intéressant de visiter le salon des Indépendants ; car on est sûr d'y trouver une manifestation d'art, correspondant à son concept particulier de la peinture. Il y en a pour tous les goûts, œuvres purement classiques, œuvres d'amateur dites souvent du dimanche, production de peintres ne connaissant rien ni au dessin ni à la couleur, ou de jeunes cherchant des formules nouvelles avec des recherches parfois heureuses, œuvres enfin symboliques et énigmatiques, œuvres d'humoristes volontaires ou involontaires. Parcourons les salles en signalant ce qui a retenu notre attention.

Dès l'entrée, nous sommes accueillis par la délicieuse sculpture de Chauvel, *Femme surprise*, plus loin se trouve l'œuvre originale de Jacopin *Minuit*, partie chêne sculpté partie peinture. Puissante tête du Docteur Roux par Pajot et la maquette d'une *Fontaine pour un stade de culture physique*, de Kosloff, sont à noter.

Dans les salles de peinture : beau pastel de Grand-Carteret *Nu* (56), charmantes vues de Saint-Tropez, les barques et surtout le Golfe avec une belle tonalité de crépuscule, d'A. Nagorski (7). Signalons l'amusant *Garde champêtre de la commune libre de Montmartre*, de Weismann (8) et un certain nombre de *Nus* féminins savoureux dont *celui d'Emiot* (8).

Les *Danseuses* de René Péan (8) et les *Paysages* de Romanet (8), les vues de Paris, la *Cour du Louvre* et le *Monument de Pasteur*, de Lefort, sont d'une belle facture (9). Jolie *Vallée de l'Auxois* de Venet et charmant paysage des *Bords de Seine*, de Delpy (12). Très heureux effets d'aspect de montagne, *Le Corvin* de Castelli (12) et du *Mont-Blanc* couvert de neige, à tenter les skieurs, de Coutencin (12). Magnifique *Bouquet de Lilas*, de François (13).

Le tableau ou plutôt la pochade de Jean-Pierre l'*Adour à Bayonne* a de sérieuses qualités. Martin a su donner une silhouette amusante à son *Enfant à la tasse de lait* (17).

A la salle 18, se trouvent ce qu'on est convenu d'appeler les vedettes. C'est Gromaire avec une toile bien compliquée et André Lhote, un novateur qui nous présente deux femmes peu vivantes. *Bord de mer* égayé de pittoresques chaumières de P. Lelong, et *Village gitane. Candie. Crète* (10) et *Chaumière à Locquivy*, de Seevagen.

La salle 21 exhibe un certain nombre de nus de médiocre qualité, bon *Portrait de Madame Thireau-Hubersen* (22). Egalement très bon *Portrait de femme au temps des équipages*, de Mme L. Lavrut (25). Paysage plein de charme de Melhi-Losacow dans le *Bois de la Deule Lille* (25).

Citons salle 26 le *Port du Croisic* de Cermignani et dans la salle 28 *Le piano* un peu colossal de Rigolot, un agréable *Portrait de fillette* aux yeux bleus de Nordau, une très belle vue du *Parvis Notre-Dame* avec la cathédrale, de Blot, et la fantaisie humoristique de Bogailei, la *Pêche miraculeuse*. Je m'abstiens de juger la *Vierge et l'enfant*, *Sommeil* de Madeleine Luka, Rinaldi nous intéresse avec son *Paysage catalan* aux contrastes d'éclairage bien étudiés (27) et de Ferme (27) avec ses vues de *Saint-Guénolé*.

Pleine de charme la *Petite mariée* de Jeanne Petit (27) et perspectives réussies de *Sorrente et Napoli* de Bellantonio (27). Dans la même salle le public se presse devant les tableaux faits en timbres poste de Rousselle, *Paysage* et *Portrait d'Albert Ier roi des Belges* : c'est une attraction de curiosité.

A la salle 29 nous nous arrêtons avec plaisir devant la *Maison catalane* de Leconte, la *Nature morte* de Chapelain Midy et aux paysages parisiens *Quai et Tuileries* de Constant Le Breton, et devant le *Village* et surtout le *Canotage* de bonne exécution de Suzanne Fegdal. La toile de Poncelet le *Violoncelliste blessé* (30) est d'une heureuse composition. Bompart nous montre deux œuvres de qualité, une *Nature morte* et le *Château de Lavardin* (30). Bien saisie sur le vif la sortie de l'église d'*Un mariage au* 17e, de L. Alix (31). A. Jouclard sait toujours traduire la vie intense comme dans sa *Guinguette* (32). Remarquons en passant l'*Enfant au sein*, de Lavergne (33).

La figure de Waroquier est d'une grande puissance d'expression. Une mention particulière doit être faite aux *Fleurs* et à l'*Ecluse de Bougival*, de Judith Croulard (33).

Les aquarelles de l'Empereur (36) vieilles *Maisons à Villefranche et à Roquelaure* sont d'un travail très délicat, j'en dirai autant des vues de Paris *Pont Neuf* et la *Rue Saint-Julien-le-Pauvre* de Seveau et d'une *Vue de Venise* si charmante, de Marquet. Mer à marée basse d'une heureuse harmonie, *L'Anse de la Forêt* (Finistère) de Parturier (37). Dans la salle 38, productions cubistes incompréhensibles, *Pont* d'une savante facture, de Chrétien (39) et notons pour finir la *Clairière de Machure* (39) et le très beau *Portrait de Me Mathié* appartenant à la collection du Docteur Mathié de Benoit, De Desprey (39).

En résumé beaucoup de natures mortes et de paysages, heureusement peu de portraits, un certain nombre de nus sans grande valeur et des scènes politiques dont nous ne voulons pas parler. A côté de cela, de bonnes choses, mais pas de chef-d'œuvre. Dr M. VIMONT.

BIOLOGIE NOUVELLE

Supposons que vous soyez biologiste.

En ponctionnant un organisme vivant et malade vous en avez retiré quelques gouttes d'une humeur quelconque et les avez injectées à un organisme vivant et sain. Celui-ci devenant malade à son tour vous le ponctionnez et transmettez la maladie à un troisième, de ce troisième à un quatrième, etc. Bref vous avez fait ce que tous les biologistes du monde nomment des « passages »et en séries aussi longues qu'il vous a plu.

Que concluerez-vous au sujet de la maladie en question ?

Bien évidemment vous concluerez qu'elle est causée par un agent vivant et vous vous acharnerez à l'oculaire de votre microscope en multipliant les artifices d'éclairage et de coloration. Si décidément vous n'apercevez aucun microbe, si l'humeur en question filtrée à travers les bougies les moins perméables garde néanmoins son pouvoir infectant vous ne vous retiendrez pas de parler de virus, d'ultra-virus et de super-ultra-virus. Au besoin vous lui donnerez un nom et continuerez vos travaux, conversant avec cet être vivant qui n'a pas consenti à se dévoiler mais dont vous avez à bon droit affirmé l'existence.

N'est-ce pas là l'histoire toute récente du bactériophage de d'Hérelle que l'on cultive, que l'on utilise, dont l'on a déjà décrit les races et les mœurs, et que personne n'a jamais vu ?

Eh bien ! écoutez- la merveilleuse histoire que conte Jean Rostand dans le *Figaro* du 5 février dernier sous le titre « Pasteur n'a pas tout dit ».

De nombreuses plantes, comme le tabac, la pomme de terre, la tomate, sont sujettes à une maladie connue depuis longtemps des agriculteurs et qu'on appelle la *mosaïque* à cause de la bigarrure particulière qu'elle communique aux feuilles atteintes. Localisée au début, elle gagne de proche en proche et peu à peu envahit tout l'organisme. Elle est contagieuse. Elle est transmissible dans les conditions que je décrirai tout à l'heure. Elle offre donc tous les caractères d'une maladie à microbe spécifique. Mais comme jamais microscope n'avait décelé ce microbe on admettait qu'il s'agissait d'un virus filtrant.

Or, le biologiste américain Stanley, de l'Institut Rockefeller, vient d'établir que la mosaïque est due à une substance *chimique*, de la nature des protéines. Il a obtenu cette substance à l'état *cristallisé* ; un centimètre cube d'une dilution au *milliardième* suffit à contaminer un organisme sensible.

Et comme d'une plante malade à une plante saine on peut communiquer le mal en série, on est fondé à dire que la substance en question a l'étrange pouvoir de se fabriquer elle-même.

Si la découverte de Stanley se confirme, toutes nos conceptions sur les maladies infectieuses tombent. Il est possible que certains quartiers de la pathologie pastorienne subsistent ; mais il lui faudra faire place à une autre pathologie où peut-être le cancer trouvera son compartiment. Et voici déjà de quoi émouvoir les médecins qui, une fois de plus voient vaciller un de leurs retranchements qu'ils estimaient inexpugnable

Mais, dans la nouvelle découverte, seront décontenancés bien d'autres que nous.

Jusqu'à présent l'assimilation, faculté de fabriquer sa propre substance aux dépens de matériaux étrangers, était considérée comme la propriété de l'être vivant. Qu'est-ce donc que cette protéine qui cristallise comme un vulgaire sel et qui assimile comme un être vivant ? Est-elle intermédiaire entre l'organique et l'inorganique ? Nous entraîne-t-elle dans les parages inexplorés où la vie commence à poindre ? Nous fait-elle avancer d'un pas vers la *création* de la vie ?

L'on voit que voici dressé de nouveau et de tout son haut l'immémorial conflit entre mécanistes et vitalistes, entre matérialistes et spiritualistes.

Les célèbres expériences de Pasteur, en démontrant l'inaptitude de la matière à s'organiser, avaient approfondi le fossé entre la vie et la matière et fait marquer un point aux spiritualistes.

La découverte de Stanley va-t-elle leur faire perdre cet avantage ? Certes la partie n'est pas jouée ; tant que n'aura pas été faite la reproduction artificielle de la vie, la décision n'est pas obtenue. La chimie est encore impuissante à faire la synthèse de la moindre protéine ; y réussirait-elle, qu'il y aurait encore loin, même d'une protéine assimilante, au plus rudimentaire des être organisés.

Mais tout de même le dogme de l'assimilation, prérogative de la matière vivante, serait par terre. Et les matérialistes seraient en droit de dire qu'ils ont avancé.

L'on demeure un peu effaré devant le protocole d'expérience de Stanley : il ouvre un abîme sous nos pas.

G. Lavalée.

MUTUALITÉ FAMILIALE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Rapport du Secrétaire général à l'Assemblée générale du 29 avril 1937

Mes chers confrères,

L'année 1936 comptera dans les fastes de l'histoire de notre Mutualité Familiale.

Elle a été marquée par deux évènements de première grandeur.

Le premier, ce fut la réorganisation de nos services de trésorerie et de comptabilité ; cette réorganisation s'imposait après la retraite de notre ami Gassot qui fut votre trésorier comptable pendant plus de quarante-trois ans, et avec quel talent, chacun le sait !

Votre Conseil a pensé qu'il convenait de réorganiser ces deux services : la tenue des livres proprement dite fut confiée à un spécialiste qui nous donne la plus entière satisfaction. Quant à la trésorerie, avec sa correspondance active, les études qu'elle impose, la surveillance et la gestion du portefeuille, c'est M. Fischer, rédacteur en chef du *Concours Médical*, qui a bien voulu en assurer la tâche ; mais celle-ci eût été trop lourde pour un homme fort occupé par ailleurs ; aussi l'avons-nous doublé d'un trésorier-adjoint particulièrement compétent en matières financières, M. Jean Mignon, bientôt docteur en droit et diplômé de l'Ecole des Hautes Etudes commerciales.

Tous deux, attachés en permanence aux servicesdu *Concours Médical*, peuvent ainsi assurer à la direction de nos affaires financières une continuité journalière et une surveillance effective, qui peuvent vous donner toutes garanties sur la bonne gestion de notre fortune.

Le second évènement, c'est la révision de nos statuts.

L'inventaire de l'an dernier vous avait laissé voir non seulement le bon état de nos finances, mais notre intention bien arrêtée d'en profiter pour apporter à nos membres présents et futurs le maximum possible d'avantages nouveaux en harmonie avec notre situation.

C'est à ce travail que, dès la rentrée des vacances, se sont attelés votre actuaire, M. Collomb, et votre trésorier adjoint, M. Jean Mignon. Pendant trois longs mois, ils ont tout étudié, calculé, remanié et c'est le résultat de ces efforts que je vous apporte.

Les prestations d'indemnité maladies sont portées à un plafond de 75 francs pour l'indemnité quotidienne et de 750 francs pour l'indemnité mensuelle. Cette augmentation était en somme notre réponse à la dévaluation du franc que vous savez.

Les retraites ont suivi : leur plafond fut porté à 6.000 francs par combinaison, avec la possibilité de réserver le remboursement des cotisations passées quelle que soit l'époque du décès du titulaire, sous déduction des arrérages reçus à l'époque de ce décès. Ainsi, quoi qu'il arrive et dans les conjonctures les moins favorables, le retraité s'il vit assez longtemps, ou ses ayants droit s'il meurt trop tôt, sont toujours certains de rentrer dans les capitaux versés.

Notre pension aux veuves est portée à un maximum de 3.600 francs et nous voulons espérer que cette initiative sera récompensée par un mouvement d'adhésions plus actif.

Car l'indifférence que montrent envers leurs veuves trop des nôtres est vraiment navrante. Il serait temps que cela changeât. Nous faisons les premiers l'effort voulu. Qu'on vienne à nous, si l'on veut nous encourager à faire mieux encore dans les années qui vont suivre

Enfin, nous ouvrons une Caisse de pensions pour les enfants de nos membres dans des conditions tellement avantageuses et bon marché que nous pensons donner aussi satisfaction à tous nos jeunes pères de famille.

Vous voyez, mes chers confrères, que nous ne craignons pas d'aller de l'avant, avec autant de courage et de volonté que de prudence. N'écoutez donc pas les éventuelles critiques d'incompétents ou d'envieux et n'hésitez pas à encourager tous nos jeunes confrères de vos régions à venir grossir nos rangs.

Un mot sur une dernière réforme. Nous venons de créer auprès du secrétariat général un poste de secrétaire administratif adjoint. La chose s'imposait, vu l'importance de jour en jour croissante de nos services. Elle s'imposait d'autant plus que, pour des raisons intimes sur lesquelles je n'ai pas à insister, je me vois dans l'obligation d'abandonner un poste que j'ai dirigé de mon mieux pendant 35 ans. Mais tout a une fin. D'ailleurs notre Mutualité familiale a tout intérêt à voir tous ses services, Direction, Trésorerie, Comptabilité, secrétariat général, secrétariat administratif, bien concentrés au siège social lui-même. Mon secrétaire administratif, mis par moi-même au courant de tous les détails de son service, peut aujourd'hui voler de ses propres ailes.

D'autre part, M. Lavalée, qui prend ma succession, est lui aussi intimement attaché au *Concours* et son contact permanent, sa liaison constante avec le Trésorier lui permettront d'assurer son secrétariat aussi bien, sinon mieux que je l'ai fait moi-même.

C'est donc l'esprit tranquille que je prends ma retraite à mon tour. Mais il reste bien entendu que jamais je ne refuserai à mes successeurs le secours de ma vieille expérience.

Je n'ai pas ici à commenter le rapport financier. Je veux seulement insister sur deux points : d'abord, nos réserves totales atteignent en gros dix millions, et cela seul est, je pense, un bel indice de prospérité et de solidité ; en second lieu, l'organisation nouvelle de ces réserves leur donnera une souplesse qui, au lieu d'en faire un coffre où l'argent dort, leur permettra de jouer un rôle réellement dynamique dans la vie même de notre société.

Vous le voyez, mes chers confrères, l'exercice écoulé a été bien rempli, et il est un gage sérieux du bel avenir qui nous attend, surtout si vous nous apportez votre confiance et votre collaboration active.

N'avons-nous pas mérité l'une et l'autre ?

Le secrétaire général,
Dr H. Mignon.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Institut de parasitologie.** Directeur : Professeur E. Brumpt. — *Mycologie théorique et clinique.* (Vingt-quatre manipulations sous la direction du Docteur Maurice Langeron). — Le but de cet enseignement, essentiellement pratique, est d'exercer individuellement les élèves à toutes les manipulations nécessaires pour l'étude des champignons pathogènes. Les élèves prépareront donc eux-mêmes leurs milieux de culture et feront chacun les ensemencements, inoculations, colorations, etc.

La durée de l'enseignement est de vingt-quatre jours. Les séances auront lieu tous les jours à 15 heures, du 26 avril au 25 mai 1937.

Lundi 26 avril. — 1. Méthodes d'étude des champignons. Matériel nécessaire. Milieux naturels et artificiels. Ennemis des cultures, moyens de les détruire. réparation et stérilisation de la verrerie.

Mardi 27 avril. — 2. Préparation des milieux artificies solides : géloses glycosées, milieux d'épreuve et de conservation.

Mercredi 28 avril. — 3. Préparation des milieux liquides : eau de pommes de terre, liquides de Raulin et de Czapek.

Jeudi 29 avril. — 4. Préparation de milieux naturels : grains de céréales (blé, orge, riz).

Vendredi 30 avril. — 5. Méthodes d'isolement des champignons pathogènes en partant des lésions. Prélèvements, ensemencements, inoculations. Animaux sensibles. Causes d'erreur. Fausses mycoses et pseudo-mycoses.

Samedi 1er mai — 6. Technique des microcultures en cellules et sur lames.

Lundi 3 mai. — 7. Morphologie générale des champignons : appareil végétatif, appareils sporifères et reproducteurs.

Mardi 4 mai. — 8. Classification des champignons. Classification des hyphomycètes.

Mercredi 5 et vendredi 7 mai. — 9 et 10. Les microsiphonés et les actinomycoses. Méthodes de diagnostic et d'étude. Milieux spéciaux. Plan de l'étude d'un actinomycète.

Samedi 8 et lundi 10 mai. — 11 et 12. Les mycoses à thallosporés. Blastomycoses : vraies et fausses blastomycoses. Plan de l'étude d'une levure et d'un champignon levuriforme. Méthode des fermentations. Recherche de l'assimilation des nitrates, etc.

Mardi 11 et mercredi 12 mai. — 13 et 14. Les mycoses à condidiosporés : mycoses gommeuses (sporotrichoses ; mycoses ulcéreuses et ulcéro-nodulaires, etc. Méthodes de diagnostic et d'étude). Inoculations. Champignons sténothermes et eurythermes.

Jeudi 13 et vendredi 14 mai. — 15 et 16. Les mycoses à ascomycètes. Place des ascomycètes pathogènes dans la classification. Importance de ces mycoses, auxquelles se rattachent diverses blastomycoses, les teignes, les aspergilloses, divers mycétomes, etc.

Samedi 15 et mardi 18 mai. — 17 et 18. Les mycoses à ascomycètes (*suite*) : dermatophytes ou champignons des teignes. Eléments morphologiques. Classification Méthodes d'isolement et d'étude. Inoculations expérimentales.

Mercredi 19 et jeudi 20 mai. — 19 et 20. Les mycoses à phycomycètes : mucormycoses. Les mycoses viscérales mortelles : granulomes coccidioïdiens, histoplasmose.

Vendredi 21 et samedi 22 mai. — 21 et 22. Les mycétomes. Nature et classification de ces tumeurs mycosiques : actinomycoses, maduromycoses, pied de Madura. Méthodes de diagnostic et d'étude.

Lundi 24 et mardi 25 mai. — 23 et 24. Les phénomènes d'anastomose et de sexualité chez les champignons, leur importance pour l'étude et la classification des espèces pathogènes.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté, guichet n° 4, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures. Le droit d'inscription est de 400 francs.

— **Travaux pratiques de médecine opératoire spéciale** (Professeur : M. Pierre Duval.) — *Chirurgie de la tête et du cou.* — Troisième cours : par M. Bauman, prosecteur, avec la collaboration de M. F. Berard, chef de clinique oto-rhino-laryngologique, sous la direction de M. le Professeur F. Lemaitre. Ouverture du cours le lundi 19 avril 1937, à 14 heures.

Première leçon : Chirurgie des oto-mastoïdites et de leurs complications encéphaliques. — *Deuxième leçon* : Complications veineuses des oto-mastoïdites. Ligature de la jugulaire interne. Ligature de la carotide externe. — *Troisième leçon* : Chirurgie des sinus de la face. Rhinotomies. Résection du maxillaire supérieur. — *Quatrième leçon* : Chirurgie du maxillaire inférieur et de l'articulation temporo-maxillaire. — *Cinquième leçon* : Chirurgie des glandes parotide et sous-maxillaire. — *Sixième leçon* : Trachéotomies et laryngectomies. — *Septième leçon* : Pharyngotomies. Œsophagotomies externes. — *Huitième leçon* : Chirurgie de la langue. Curage ganglionnaire du cou. — *Neuvième leçon* : Chirurgie du corps thyroïde. — *Dixième leçon* : Chirurgie du sympathique cervical. Neurotomie rétro-gassérienne.

Les cours auront lieu tous les jours. Les élèves répéteront eux-mêmes les opérations sous la direction du prosecteur.

Le nombre des élèves admis à ce cours est limité. Seront seuls admis : Les docteurs en médecine français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. Le droit à verser est de 300 francs pour ce cours.

S'inscrire à la Faculté de médecine ou bien au secrétariat, les lundis, mercredis et vendredis (guichet n° 4 de 9 à 11 heures et de 14 à 16 heures) ; ou bien tous les jours de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi), à la salle Béclard (A. D. R. M.)

— **Chaire de clinique de la tuberculose** (Fondation du Conseil général de la Seine), Professeur : M. Fernand Bezançon, avec la collaboration de MM. Poix, Paul Braun, Bron, Triboulet, Azoulay, Valtis, Mme Frey-Ragu, Mlle Heimann, MM. Destouches, Fouquet, Gaucher, Langlois et André Meyer, assistants ; de MM. Chadourne, Christian Paul, Lehmann, Cachin, Pergola et Robert, chefs de clinique ; de MM. Pierre Bernal, Joly, Bousser, Mlle Delon, anciens chefs de clinique ; de MM. Guillaumin et Delarue, chefs de laboratoire. L'enseignement pendant les vacances sera assuré par M. Etienne Bernard, agrégé.

Programme de l'enseignement. — Pendant chacun des deux semestres il est institué un enseignement pratique de la tuberculose auquel peuvent participer tous les étudiants, mais qui sera particulièrement réservé aux étudiants en médecine de quatrième année, aux étudiants en fin d'études, et aux médecins qui se destinent à remplir les fonctions de médecins de dispensaires et de sanatoriums ou qui désirent compléter leur instruction en phtisiologie. Un certificat de stage

pourra leur être délivré. Cet enseignement pourra être complété pendant la période de vacances par un stage dans un des sanatoriums de l'Office public d'hygiène sociale de la Seine ou de la Renaissance sanitaire.

M. le Professeur Fernand BEZANÇON continuera ses leçons cliniques le vendredi à 11 heures à la salle de conférences de la clinique.

Sujets des leçons : Sclérose tuberculeuse et emphysème pulmonaire.

Lundi de 10 heures à 12 heures : Examen clinique des entrants par M. Fernand BEZANÇON et les chefs de clinique. — Pratique du pneumothorax : traitement des pneumothorax compliqués et sections de brides, avec la collaboration de M. Paul BRAUN, POIX, BARON, TRIBOULET et André MEYER.

Mardi de 10 heures à 11 heures : Présentation de malades à la salle de conférences ; de 11 heures à 12 heures, Examens médico-chirurgicaux avec la collaboration de MM. LARDENNOIS, MAURER et ROLLAND.

Mercredi de 10 heures à 12 heures : Consultation des maladies des voies respiratoires (asthme et emphysème) avec présentation de malades, avec la collaboration de MM. André JACQUELIN, CELICE et Fr. JOLY.

Jeudi de 10 à 12 heures : L'enseignement de la prophylaxie antituberculeuse : Consultation au dispensaire avec la collaboration de M. Paul BRAUN. Prophylaxie anténatale par Mme FREY-RAGU.

Vendredi de 10 heures à 11 heures : Présentation et révision des dossiers par M. Paul BRAUN.

Vendredi à 11 heures : Leçon clinique par le Professeur (salle de conférences).

Samedi de 10 heures à 12 heures : Exmen clinique et radiologique des malades en collaboration avec MM. MAINGOT et AZOULAY. Lipiodolodiagnostic (Docteur AZOULAY).

Mercredi et vendredi à 9 heures : Opérations de chirurgie pulmonaire dans le service du Docteur LARDENNOIS, par MM. LARDENNOIS, MAURER et DREYFUS-LE-FOYER.

Vendredi à 9 heures : Sections de brides par MM. TRIBOULET et André MEYER.

Au dispensaire Léon-Bourgeois : Lundi à 14 h. 30, et samedi de 8 h. 30 à 12 heures : Consultation par les assistants avec directives médico-sociales. Les applications de la législation antituberculeuse par M. POIX.

Les élèves sont répartis par groupes pour participer à ces consultations.

Mercredi de 8 h. 30 à 12 heures : Séances de réinsufflations de pneumothorax. — Mercredi, jeudi, samedi à 11 heures : Examens bronchoscopiques par M. SOULAS. — Mercredi à 11 heures : Contre-visite pour le placement familial d'enfants, par M. VITRY. — Samedi à 9 h. 30 : Contre-visite des malades de préventorium et de sanatorium par M. André MARTIN.

Laboratoire de recherches : Bactériologie : M. Paul BRAUN ; Chimie : M. GUILLAUMIN ; Anatomie pathologique : M. DELARUE.

Au service de la clinique sont annexés : Une section du Service social à l'hôpital, présidente, Mme GETTING ; assistantes sociales : Mlles VACHEZ et MORCRETTE ; L'œuvre des Amis de la clinique de la tuberculose sous la direction de Mme Maurice HERBETTE ; une bibliothèque (bibliothèque Léon-Bernard) sous la direction de M. le Docteur ARNOULD.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers

— **Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris.** *Conférences du dimanche.* — L'Association d'enseignement médical des Hôpitaux de Paris a organisé, pendant l'année scolaire 1936-1937, une série de conférences hebdomadaires. Elles auront lieu tous les dimanches (sauf pendant les vacances et les jours fériés), à 10 heures, au petit amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris, rue de l'Ecole-de-Médecine. Ces conférences sont publiques et gratuites.

Programme pour le troisième trimestre 1936-1937 : 11 avril, M. LE LORIER : Myomectomies au point de vue obstétrical (projections).

18 avril, M. LESNÉ : Les méningites lymphocytaires curables chez l'enfant.

25 avril, M. WEILL-HALLÉ : Les méthodes d'appréciation de la prémunition contre la tuberculose par le BCG (projections).

2 mai, M. HALPHEN : Sympathalgies nasales et limites de la soi-disant réflexo-thérapie.

9 mai, M. MATHIEU-PIERRE WEIL : Arthrite sacro-iliaque.

23 mai, M. GRENET : Les syndrômes de fragilité osseuse chez l'enfant.

30 mai, M. GUY LAROCHE : La ménopause. Etude biologique, traitement hormonal.

6 juin, M. LÉON-KINDBERG : Le problème actuel des bronchectasies (conception générale et traitement) (projections).

13 juin, M. JUSTIN-BESANÇON : Les embolies artérielles (projections).

20 juin, M. JACOB : Les images radiologiques arrondies intra-thoraciques (projections).

27 juin, M. TURPIN : La consanguinité.

— **Concours d'accoucheur des hôpitaux.** — Un concours pour la nomination à deux places d'accoucheur des hôpitaux de Paris sera ouvert le mardi 4 mai 1937.

Les inscriptions sont reçues au Bureau du service de Santé de l'administration, 3, avenue Victoria, du 1er au 13 avril, de 14 à 17 heures.

— **Concours d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux.** — Un concours pour la nomination à une place d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux sera ouvert le vendredi 18 juin 1937, à l'administration centrale, 3, avenue Victoria.

Les inscriptions seront reçues du 19 mai au 1er juin 1937, de 14 à 17 heures, au Bureau du service de santé, 3, avenue Victoria.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Semaine oto-rhino-laryngologique.** — Cette semaine aura lieu du 24 au 29 mai 1937 avec la collaboration de MM. Aubin, Aubry, Baldenweck, And. Bloch, Bouchet, Bourgeois, H.-P. Chatellier, Grivot, Halphen, Hautant, P.-C. Huët, Lallemant, Prof. Lemaître, Lemariey, Le Mée, Louis-Leroux, Maduro, Moulonguet, Ombrédanne, Ramadier, Rouget, oto-rhino-laryngologistes des hôpitaux de Paris.

Programme. — Lundi 24 mai, 10 heures (hôpital Laennec), M. Lallemant : Traitement des fistules et cicatrices retro-auriculaires ; 15 heures (Amphithéâtre de Clamart), M. Louis Leroux : Evidement par le conduit. — Mardi 25 mai, 10 heures (hôpital Tenon), M. Hautant : Indications et résultats du traitement par les radiations des cancers en rhino-laryngologie ; 15 heures (Amphithéâtre de Clamart), M. Aubry : Les éléments de diagnostic des cancers du larynx et de l'hypopharynx ; M. Ombrédanne : Thyrotomie, hémilaryngectomie. — Mercredi 26 mai, 10 heures (hôpital Saint-Antoine), M. Halphen : La chirurgie de la douleur en O. R. L. ; 15 heures (Amphithéâtre de Clamart), M. Huet : Laryngectomie totale. — Jeudi 27 mai, 10 heures (hôpital Boucicaut), M. Moulonguet : Chirurgie de l'Ozène ; 15 heures (Amphithéâtre de Clamart), M. Ramadier : Evidement élargi. Traitement des pétrosites. — Vendredi 28 mai, 10 heures (hôpital Lariboisière), M. le Professeur Lemaitre : Les greffes en O. R. L. ; 15 heures (Amphithéâtre de Clamart), MM. Aubin et Maduro : Opérations des sinusites frontales. — Samedi 29 mai : 10 heures (hôpital des Enfants-Malades), MM. Le Mée et Bouchet : Les sinusites de l'enfance ; 15 heures (hôpital Laennec), M. André Bloch : Laryngite sous-glottique ; 17 heures, réunion de clôture.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au 16 mai 1937. Droit d'inscription : 200 francs. Des conditions spéciales seront accordées aux internes et externes des hôpitaux de Paris. Les auditeurs étrangers auront la faculté de régler les droits d'inscription avant l'ouverture des cours, le lundi 24 mai à l'hôpital Laennec, service O. R. L., à 9 h. 30.

S'inscrire auprès de M. Louis-Leroux, 242 *bis*, boulevard Saint-Germain, Paris-7e (Téléphone : Littré 72-96).

— **Congrès international du tourisme, du thermalisme et du climatisme.** — A l'occasion de l'Exposition internationale des Arts et Techniques de 1937 et en accord avec le Commissariat général de l'Exposition, un grand Congrès international du Tourisme, du Thermalisme et du Climatisme doit se tenir à Paris au cours de celle-ci, du 21 juin au 4 juillet prochains.

M. Albert Lebrun, président de la République française a bien voulu accepter de présider le Comité d'honneur, composé des ministres français et des membres du Corps diplomatique étranger résidant à Paris.

Le Comité de patronage est placé sous la présidence de M. Roland-Marcel, haut commissaire au Tourisme.

M. Edmond Chaix, en sa qualité de président de la Commission du Tourisme instituée auprès du Commissariat général de l'Exposition, a été chargé de l'organisation générale de ce Congrès en tant que président du Comité exécutif.

Les buts de ce Congrès sont les suivants : *a*) de favoriser le développement du tourisme, du thermalisme et du climatisme ; *b*) de resserrer les liens qui les unissent entre eux ; *c*) d'étudier ces questions sur le plan international

Ce Congrès, composé de membres français et étrangers, tiendra ses assises à la Maison de la chimie, rue Saint-Dominique, à Paris. Il comprendra des séances plénières (séance d'ouverture, de discussion des vœux présentés par les Sections, d'examen de questions générales, séance de clôture) et des séances de sections (chaque Section étant spécialisée dans l'étude d'une question particulière).

Toutes les personnes qui s'intéressent au développement du tourisme, du thermalisme et du climatisme pourront prendre part au Congrès et bénéficieront de ce fait des avantages accordés par le Commissariat général, tels que l'entrée gratuite à l'Exposition, pendant la durée de la réunion (21 juin-4 juillet).

Le Congrès comprendra des membres délibérants ayant seuls voix délibérative, dont la cotisation a été fixée à 50 francs français, et des membres auditeurs cette catégorie pouvant comprendre certains membres des familles des Congressistes, dont la cotisation a été fixée à 25 francs français.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. Jean Michaud, secrétaire général, 65, avenue de la Grande-Armée, Paris (XVIe).

L'envoi du montant des adhésions devra être adressé à M. R. Gendrin, trésorier du Congrès, 65, avenue de la Grande-Armée, Paris (C. C.-postaux, Paris 3258).

La cotisation donne droit à chaque congressiste de s'inscrire à autant de sections qu'il le désire et d'en suivre les travaux.

Le Gérant : R. Thiron

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux

Réponses des ministres aux questions des parlementaires

Les règles sur la rémunération des médecins des hôpitaux s'appliquent aux cliniques annexées à un hôpital.

2.122. — M. J.-M. Thomas demande à M. le ministre de la Santé publique si une clinique ayant été construite dans l'enceinte et avec les deniers d'un hôpital, recevant des subventions de l'Etat, du département et de la commune, et faisant partie intégrante de cet établissement, doit obligatoirement être assimilée aux établissements édifiés avec le concours financier de l'Etat, des départements et des communes et, en conséquence, être réglementée par les dispositions de la circulaire du 31 mars 1926, modifiée par celle du 28 septembre 1936, en ce qui concerne l'entente directe entre les praticiens et les malades traités dans les établissements publics. (*Question du 22 janvier* 1937).

Réponse. — Les dispositions, recommandant d'éviter les tractations directes entre malades et médecin, figurent à l'article 28 du règlement intérieur modèle des hôpitaux annexé à la circulaire du 31 mars 1926. Cet article règle l'admission des malades payants dans les établissements publics hospitaliers. Confirmées par l'arrêt du Conseil d'Etat du 13 mars 1936 et par la circulaire du 28 septembre 1936, il n'est pas douteux qu'elles s'appliquent aux cliniques annexées aux hôpitaux. Il est à noter que ces cliniques, quoique rattachées à ces établissements publics, ne participent pas à l'application des lois d'assistance obligatoire et n'ont pas droit aux subventions instituées par ces lois.

(*J. O.*, 6 mars 1937).

Paiement des honoraires médicaux par les malades hospitalisés

4.112. — M. Victor Boret, sénateur, demande à M. le ministre de la Santé publique quelles mesures générales il compte prendre pour assurer la défense des intérêts des malades dans les hôpitaux, contre les prétentions des médecins et particulièrement des chirurgiens attachés à ces établissements, en ce qui concerne la fixation d'honoraires dépassant trop souvent les possibilités financières de ceux qui doivent se faire traiter dans lesdits hôpitaux. (*Question du 8 février* 1937).

Réponse. — S'il s'agit de malades bénéficiaires de la loi du 15 juillet 1893 sur l'Assistance médicale gratuite, le prix de journée est fixé par le préfet et ne doit en aucun cas comporter des honoraires médicaux supplémentaires.

Dans le cas des malades payants, le règlement intérieur modèle des hôpitaux annexé à la circulaire du 31 mars 1926 dispose que si les honoraires sont

payables en sus par le malade, le payement doit être fait à la Caisse de l'établissement, aux tarifs fixés par la Commission administrative. Les tractations entre malades et praticiens doivent être évitées. Ce point de vue a été confirmé par l'arrêt du Conseil d'Etat du 21 février 1936 et par ma circulaire du 28 septembre 1936. (*J. O.*, 17 mars 1937).

Moyens d'action des préfets contre les médecins de l'Assistance gratuite

2.150. — M. Desgranges demande à M. le ministre de la Santé publique quels moyens d'action possèdent les préfets à l'égard des médecins de l'Assistance médicale gratuite convaincus d'abus graves et quelles sanctions peuvent être prises contre eux dans les départements où est admis le libre choix du médecin. (*Question du* 26 *janvier* 1937.)

Réponse. — Les Commissions de vérification des mémoires médicaux, instituées par les règlements départementaux d'assistance médicale gratuite, peuvent réduire le montant des honoraires réclamés par les médecins (Conseil d'Etat, 27 mars 1931, etc.). Les préfets peuvent prononcer toutes sanctions ou exclusions jugées nécessaires. Ils peuvent déférer aux autorités judiciaires les praticiens convaincus de délits. Lorsque le règlement départemental prévoit le libre choix du médecin, ce libre choix ne peut s'exercer que parmi les médecins ayant adhéré au tarif départemental. Il ne peut s'exercer parmi les médecins ayant fait l'objet d'exclusion ou de condamnations entraînant l'exclusion.

(*J. O.*, 13 mars 1937).

Calcul de l'indemnité de déplacement en matière médico-légale

2.559. — M. Jean Desgranges demande à M. le ministre de la Justice si, dans la taxation des frais de justice criminelle, l'évaluation des distances parcourues par les médecins requis doit être faite d'après les indicateurs des compagnies ferroviaires ou selon les tableaux des distances déposés, conformément à l'article 93 du décret du 18 juin 1811, aux greffes des Tribunaux d'arrondissement et des Justices de paix. (*Question du* 23 *février* 1937).

Réponse. — Si, alors qu'il pouvait employer le chemin de fer ou un service de transports en commun, l'expert a préféré se servir d'un autre moyen de transport, notamment d'une automobile particulière ,il ne peut être remboursé que d'une somme égale au coût du billet de chemin de fer ou au prix qu'il aurait payé d'après le tarif du transport en commun. L'allocation forfaitaire de 1 franc par kilomètre n'est attribuée que « si le voyage ne pouvait s'effectuer par l'un de ces deux moyens » (art. 19, 3°, du decret du 5 octobre 1920, modifié par le décret du 22 décembre 1927) ; c'est seulement dans ce cas qu'il peut y avoir lieu d'utiliser le tableau des distances prévu par l'article 93 du décret du 18 juin 1811. (*J. O.* 20 *mars* 1937).

Les plantes médicinales ne peuvent être vendues que dans une officine

2121. — M. Peissel demande à M. le ministre de la Santé publique, si un cultivateur de plantes aromatiques et médicinales, diplômé herboriste par une faculté de médecine et de pharmacie, non commerçant, sans magasin ou officine, conserve le droit de vendre directement au public les produits de ses cultures et cueillettes. (*Question du* 22 *janvier* 1937.)

Réponse. — Une personne titulaire du diplôme d'herboriste ne peut vendre au public des plantes médicinales si elle ne possède pas une officine. La question a été nettement résolue par la loi du 4 septembre 1936 sur le colportage des médicaments et produits pharmaceutiques, qui déclare : « La vente au public de médicaments ou produits jouissant de propriétés curatives ou préventives, dans tous les lieux publics, dans les maisons privées et dans les magasins autres que les officines de pharmacie, est rigoureusement interdite. La même interdiction s'applique également à la vente des plantes médicales mélangées ou non dans tous les lieux publics, dans les maisons privées et dans les magasins autres que les officines de pharmacie et les herboristeries. »

(*J. O.*, 6 mars 1937).

Exercice de la médecine par les étrangers naturalisés

4.134. — M. Georges Pezières, sénateur, demande à M. le ministre de la Santé publique : 1° si un étudiant en médecine roumain, auquel il reste à subir les épreuves de la thèse, et en instance de naturalisation, peut, en épousant une Française, sage-femme diplômée, exercer librement la profession de docteur en médecine sur le territoire français ; 2° si un étudiant étranger, titulaire des diplômes d'université (médecine), étant devenu Français par naturalisation peut en obtenant les diplômes d'Etat, exercer librement la profession de docteur en médecine en France et si ces droits lui sont acquis en Algérie, colonies ou territoires de protectorat. (*Question du* 15 *février* 1937.)

Réponse. — 1° Réponse négative.

2° L'étranger naturalisé, titulaire du diplôme d'Etat, est soumis, avant de pouvoir exercer en France, aux dispositions de l'article 7 de la loi du 26 juillet 1935 concernant le délai d'attente.

Il en est de même en ce qui concerne l'Algérie et les colonies où la loi du 26 juillet 1935 a été rendue applicable par les décrets respectifs des 26 mars et 18 janvier 1936.

En ce qui concerne les territoires de protectorat, la question ressortit aux attributions de M. le ministre des Affaires étrangères.

(*J. O.*, 19 mars 1937).

CORRESPONDANCE

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

2.150. — Ne pas oublier de mettre sur la feuille de visite la cause technique de la visite ou consultation

Je vous serais obligé de bien vouloir me donner le renseignement suivant : Depuis deux ans, je pratique des réinsufflations de pneumothorax à un malade de l'article 64, pensionné pour tuberculose pulmonaire. Les réinsufflations sont mensuelles et je ne le vois que six mois de l'année, car il passe le reste du temps à Nice. A la première réinsufflation faite par moi, j'avais comme d'habitude avisé la Préfecture qui m'a autorisé à continuer le traitement commencé à Nice, et les insufflations m'avaient été remboursées sans difficulté jusquà présent. Or, je reçois un avis de la Préfecture me faisant connaître que mon dernier mémoire sera diminué d'une réinsufflation (80 francs) : « un bulletin sans indication de raisons d'ordre médical ». Etant donné que la réinsufflation pratiquée ne peut évidemment pas avoir d'autres raisons médicales que la tuberculose pour laquelle il est pensionné, je n'avais pas spécifié le diagnostic trop évident et trop notoire. Pouvez-vous me dire si je dois ou non accepter cette décision ? Si une mauvaise foi évidente doit être couverte par la loi, inutile de réclamer. Sinon, pourrais-je compter sur l'appui du Sou médical.

Dr F.

Réponse

Officiellement, littéralement d'après les textes, un praticien ne peut être payé d'une consultation faite à un pensionné de guerre s'il n'a indiqué clairement sur son *Bulletin* de visite la cause de la consultation et si celle-ci ne concorde bien avec le diagnostic de l'affection causale de la pension. C'est entendu et rien à faire contre cela..., sauf à l'amiable en écrivant au secrétaire de la Commission (un confrère) pour vous « excuser » de cette omission et faire observer que, en l'espèce, il ne pouvait y avoir de doute sur la légitimité du paiement de la réinsufflation au titre de pensionné de guerre puisqu'il s'agit d'un tuberculeux reconnu comme tel, d'après son livret. Vous pourriez proposer qu'on veuille bien vous envoyer la feuille de visite afin que « vous répariez votre omission bien involontaire ». Mais je vous répète qu'il ne peut s'agit d'un *droit* à réclamation.

Dr F. Decourt.

1.990. — 1° Intervention non marquée dans la nomenclature ; 2° Deux interventions concomittantes ; 3° Fournitures pharmaceutiques pour une intervention

1° Comment tarifer pour les Assurances sociales l'intervention combinée :

Hystéropexie plus appendicectomie ou Hystéropexie, plus résection du nerf présacré.

D'ailleurs l'hystéropexie seule ne figure pas à la nomenclature.

2° Pour les Assurances sociales le chiffre qui comporte tous les soins pour une période de vingt jours, comporte-t-il également les fournitures opératoires ou médicamenteuses, ceci que l'intervention ait ou ou non nécessité l'admission en clinique ? En d'autres termes peut-on faire figurer ces fournitures sur une note de produits pharmaceutiques distincte pour que l'assuré en obtienne le remboursement en dehors de celui de l'acte opératoire chiffré par K.

3° La même question se pose pour les interventions sérieuses aux accidentés du travail non hospitalisés.

Les fournitures opératoires ou autres peuvent-elles être remboursées ?

Dr P.

Réponse

a) Quand une intervention ne figure pas dans la nomenclature, il faut chercher une *analogie technique* comme difficulté. Sinon mettre le prix payé par le malade directement en chiffre pour éviter tout ennui ultérieur.

b) En cas de deux interventions simultanées, on compte d'habitude (par analogie avec le tarif des accidents du travail), la première à tarif plein et la seconde à demi-tarif, mais là encore, en mettant sur la feuille (pour éviter tout malentendu ultérieur) pour la première intervention K.x, et pour la seconde K.y avec explication suivante : « pour deux interventions concomitantes à une première ».

c) Si vous habitez une commune possédant au moins un pharmacien, vous n'avez pas le *droit* de « vendre », un produit pharmaceutique quelconque ; il vous appartient uniquement de faire une ordonnance suivant laquelle un pharmacien donnera des fournitures qu'il se fera payer par le malade (Assurances sociales) ou par le tiers payant (accident du travail, Assistance médicale gratuite, pensionnés de guerre, etc.).

Dr F. DECOURT.

2.012. — Mastoïdectomie simple ou « compliquée »

J'ai l'honneur de vous demander une précision sur la tarification suivante que je vois figurer à la nomenclature générale :

Mastoïdectomie simple K 60, mastoïdectomie compliquée

pliquée K 80. Faut-il entendre par là, qu'une mastoïdectomie faite à chaud est une mastoïdectomie compliquée et la tarifer K 80 ?

L'évidement pétro-mastoïdien figure nominativement à K 80 : il me semble que ce n'est pas lui qui est visé par « mastoïdectomie compliquée ».

Dr B.

Réponse

Le K80 ne porte pas : « Mastoïdectomie compliquée », mais bien « Mastoïdectomie avec ouverture de la cavité cranienne ou intervention sur le sinus latéral ». Et ce texte même répond clairement à votre demande. Un mastoïdectomie ordinaire faite « à chaud » (et c'est le cas le plus courant), n'a aucun rapport avec K80 et est marquée à K.60 avec la mention « mastoïdectomie simple », c'est-à-dire sans ouverture de la cavité cranienne, etc... Quant à « l'évidement pétro-mastoïdien » que vous lisez en K80, il s'agit non seulement de l'apophyse mastoïde mais du « rocher tout entier, c'est-à-dire de la portion pierreuse du temporal qui proémine dans la cavité du crâne », comme vous le savez, aussi bien que moi.

Dr F. Decourt.

FISCALITÉ

2.185. — Communication du livre-journal de l'année courante

Je voudrais avoir votre avis sur le point suivant : Nous sommes dans l'obligation d'avoir un livre-journal tenu au jour le jour.

Mais le Contrôleur des contributions peut-il exercer sa vérification sur le livre de l'année en cours, par exemple dès maintenant sur janvier-février 1937 ? Ne sommes-nous pas en droit de livrer à sa vérification simplement les années antérieures ?

Dr D.

Réponse

Le Contrôleur peut demander communication des livres et de toutes pièces justificatives sans distinction d'année en cours ou antérieure.

Le livre-journal devant être tenu au jour le jour, il n'y a aucune raison de ne pas le produire si le Contrôleur le demande.

Mais, à moins d'un cas particulier, ce dernier n'a aucun intérêt à vérifier une année dont les bénéfices n'étant pas encore déclarés ne peuvent être contestés.

De toute façon, il ne faut pas refuser la communication de ce document, ce qui ne pourrait qu'indisposer le Contrôleur.

A. Martinot,
Conseil fiscal

2.103. — Amortissement du prix des appareils médicaux

Ayant acheté en 1936 un appareil de rayons X avec divers accessoires, le tout se montant à 26.400 francs, j'ai voulu amortir cette installation en trois ans et ai déduit de mes recettes pour cette année la somme de 8.800 francs (le tiers de 26.400 francs).

Or le contrôleur m'écrit :

« Vous avez acheté en 1936 un appareil de rayons X et divers moyennant 26.400 francs. Vous amortissez cette somme sur trois ans alors que la durée moyenne de cette installation sera certainement de dix ans au moins.

En conséquence vous devez amortir $\frac{26.400}{10}$ = 2.640 francs seulement, au lieu de 8.800 francs, etc. »

Je croyais que l'on pouvait amortir ce genre d'installation ainsi que le matériel professionnel divers sur trois ans ; c'est ainsi du moins que j'avais procédé en m'installant il y a dix ans ; et ma déclaration avait été acceptée.

Que pensez-vous de ce que m'écrit le Contrôleur ? Est-ce lui qui a raison ?... Toujours est-il que dix ans pour un appareil de rayons X, c'est bien long ; il aura le temps d'être bien démodé d'ici-là.

Je vous remercie à l'avance de votre réponse ; vous me direz si je dois accepter. Il est vrai que si je me regimbe, il pourra essayer de m'ennuyer par ailleurs.

Dr X.

Réponse

Sous le nouveau régime fiscal, on doit amortir les dépenses afférentes à la profession suivant le nombre d'années nécessaires à la dépréciation totale de l'objet à amortir.

Il est probable que votre appareil de rayons X restera en usage plus de trois ans, mais ne pourra peut-être pas servir dix ans, car il entre dans ce genre d'instrument médical en plus de question d'usure, celui de mode, en raison du progrès scientifique, que seul un médecin peut apprécier. Il vous suffira de répondre au Contrôleur que vous pensiez avoir le droit d'échelonner cette dépense sur trois années, mais sachant qu'il fallait procéder à cet amortissement suivant la durée de l'appareil, vous ne pouvez accepter dix ans pour telle ou telle raison, cinq ans par exemple seraient équitables.

Respectez le délai de réponse qui est de vingt jours à compter du jour de la réception de la notification du Contrôleur.

A. M.

1.860. — Patente en cas de changement de domicile

En cas de changement de domicile et installation dans une autre ville du département devrai-je payer patente pour toute l'année ici et dans l'autre commune ? ou seulement dans chacune selon le nombre de mois d'exercice de la profession ?

Dr M.

Réponse

Si dans le cours de l'année, vous transférez votre cabinet dans une ville ou commune plus importante, vous serez tenu à payer au prorata un supplément de taxe déterminée.

De même si la valeur locative des nouveaux locaux professionnels est plus élevée vous devrez un supplément de droit proportionnel.

Les suppléments sont dus à compter du premier mois dans lequel les changements ont été opérés. A. M.

ASSURANCES SOCIALES

2.305. — Honoraires du Président de la Commission technique

Voulez-vous être assez aimable pour me dire quel est l'honoraire pour le président de la Commission technique des Assurances sociales. Je viens à deux reprises d'être chargé de cette mission ; dans les deux cas la requête de l'assuré a été admise et les frais se trouvent donc à la charge de la Caisse. Je vais envoyer ma note à celle-ci, mais j'ignore s'il y a un tarif. On m'a dit que le chiffre en était fixé à 100 francs. Le médecin traitant a-t-il droit à un honoraire pour son assistance à cette Commission ?

Au point de vue protocolaire, la voix du président de la Commission est prépondérante, mais j'ai jugé convenable de présenter le rapport à la signature des deux confrères : médecin de la Caisse et médecin traitant, l'un et l'autre ayant, me semble-t-il, la latitude de faire des réserves. Dr B.

Réponse

S'il s'agit de la Commission technique de l'assurance-maladie prévue par l'art. 8, parag. 3 du décret-loi, le montant des honoraires du troisième médecin président n'a été fixé par aucun texte ni par aucun tarif ; il est seulement prévu par l'arrêté ministériel du 4 juillet 1936 que ses honoraires sont à la charge de la partie perdante, la Caisse devant toutefois les prendre provisoirement à sa charge au cas où l'assuré serait privé de ressources et se trouverait dans l'impossibilité d'en faire l'avance.

Nous pensons dans ce cas que le médecin-président est en droit de demander le prix ordinaire d'une expertise, prix qui varie entre 100 et 150 francs suivant les Tribunaux. Au cas où il y aurait contestation sur ce point, le médecin intéressé devrait faire trancher le litige par le Président du Tribunal civil qui l'a nommé, en lui demandant la taxe de ses honoraires. Quant aux honoraires des autres membres de la Commission technique, ils sont supportés, en vertu de l'art. 7 de l'arrêté précité, par la partie qui les a désignés.

En vertu de l'art. 6 de ce même arrêté, le Président doit signer le procès-verbal de la Commis-

sion technique et le faire signer par les autres membres ; en cas de désaccord, l'avis du Président est prépondérant.

S'il s'agit de la Commission technique régionale d'invalidité, le fonctionnement de cette Commission est réglé par l'arrêté ministériel du 29 mai 1936. Aux termes de l'art. 11 de cet arrêté, l'assuré, la Caisse d'invalidité et l'Union régionale supportent respectivement les honoraires des médecins qu'ils ont désignés. La partie perdante a, en outre, la charge des frais d'expertise ; ces frais sont fixés conformément au Tarif établi par le premier président de la Cour d'appel ; ils sont dans tous les cas réglés par la Caisse d'assurances invalidité. S'ils ne lui incombent pas en définitive, le montant en est réclamé par elle à la partie perdante. Toutefois, en vertu de l'arrêté du 3 mars 1937, lorsque le montant des honoraires du médecin choisi par l'assuré et des frais d'expertise lui incombant sont supérieurs à 100 francs, la Commission régionale technique d'invalidité peut mettre à la charge de la Caisse d'assurances invalidité la part de ces frais excédant 100 francs.

Quant aux honoraires du médecin-président, ils sont réglés conformément à l'art. 175 du règlement d'administration publique, par le fond de majoration et de solidarité prévu par l'art. 38, parag. 4 du décret-loi.

1.888. — Droit aux prestations en cas de grossesse pathologique

Au sortir d'apprentissage, une de mes clientes, jeune fille de 17 à 18 ans, entre chez une couturière.

A partir de son entrée, sa patronne paye sa cotisation aux Assurances sociales.

Les trois premiers mois ont été payés.

A ce moment enceinte, elle fait, avant couche, une phlébite.

Je l'oblige naturellement au repos complet jusqu'à l'accouchement qui se fait, deux mois après, dans des conditions normales, sans complications.

On ne paye pas ses frais d'accouchement, je crois que c'est normal, puisqu'elle n'a pas cotisé six mois.

Mais pourquoi lui refuse-t-on les prestations imposées par une phlébite, c'est-à-dire par une maladie ? Voici ce qui lui est répondu :

« Nous vous faisons connaître que le montant de « votre versement est insuffisant, pour établir vos « droits aux prestations. Vous avez versé, en effet « 28 francs, alors que le minimum exigé est de « 30 francs par trimestre. »

« A l'avenir et nous vous prévenons que le verse- « ment minimum est de 30 francs, etc. . . . »

Qu'en pensez-vous ? A-t-elle un recours, et à qui ?

C'est bien joli de dire 30 francs quatre mois après ? Pourquoi ne pas lui avoir signalé cette exigence au moment ou elle versait ?

Et pour quarante sous d'insuffisance, pourquoi refuser les prestations ? Sans doute, il est regrettable

pour une Caisse de payer après avoir si peu encaissé. Mais ce sont des risques ordinaires des Assurances en général. Dr P.

Réponse

Aux termes de l'art. 9 du décret-loi du 28 octobre 1935, instituant le nouveau régime des Assurances sociales, pour avoir droit aux prestations de l'assurance-maternité, l'assurée doit avoir subi sur son salaire une retenue d'au moins 60 francs au cours des quatre trimestres civils précédant celui de l'accouchement, dont 15 francs au moins durant le premier de ces trimestres. Ces conditions n'étant pas remplies en l'espèce par votre cliente, celle-ci ne peut donc prétendre au bénéfice de l'assurance-maternité.

Mais sa grossesse ayant présenté un caractère pathologique, elle était fondée à prétendre passer sous le régime de l'assurance-maladie. Il importe donc de rechercher si elle remplit les conditions légales pour bénéficier de ce régime. Or, aux termes de l'art. 7, du décret-loi précité, pour avoir droit aux prestations en espèces ou en nature de l'assurance-maladie, l'assuré doit avoir subi par précomptes sur son salaire, une retenue au moins égale à 30 francs pendant les deux derniers trimestres civils précédant celui de la maladie ou de l'accident. Si l'assurée est immatriculée depuis moins de six mois au premier jour du trimestre civil de la maladie, elle n'est tenue de justifier pour obtenir les prestations légales que d'une retenue de 15 francs pendant le trimestre civil précédent.

Si tel est le cas en l'espèce, ce que les renseignements contenus dans votre lettre ne nous permettent pas d'affirmer absolument, il y aurait lieu de considérer le refus de la Caisse comme non fondé, puisque votre cliente a versé une somme totale de 28 francs. Dans ces conditions, vous pourriez conseiller à cette jeune fille, de porter le différend devant la Commission d'arrondissement du siège de sa Caisse, par lettre recommandée adressée au Président de ladite Commission au greffe du Tribunal civil dans un délai de dix jours à partir de la notification de la décision de refus. Nous vous rappelons que la procédure en matière d'assurances sociales, est dispensée de tout frais de timbre et d'enregistrement et que les dépens s'élèvent en tout et pour tout aux droits de greffe soit environ une vingtaine de francs remboursés ultérieurement, en cas de gain.

1.946. — Droit d'un assuré au bout de six mois de soins pour une même affection

J'aurais besoin d'être documenté sur la situation de l'assuré social qui est déchu de ses droits aux prestations après six mois de maladie.

1° Le malade qui est soigné pendant six mois,

(tuberculeux) mais n'interrompt pas son travail, n'a-t-il plus droit aux prestations médicales et pharmaceutiques ?

2° Le malade qui a du interrompre son travail pendant six mois et qui n'est pas reconnu guéri par la Caisse n'a-t-il plus aucun droit ?

a) Celui de se faire reconnaître guéri, deux mois ou un an après ?

b) Celui de toucher des prestations spéciales.

3° Le malade qui a du interrompre son travail pendant six mois, n'a pas payé ses cotisations d'assuré, mais il va reprendre un travail relatif, et la Caisse refusant de le reconnaître guéri, sera-t-il obligé de cotiser chaque mois ?

Si oui, quels sont ses droits ?

Si non, est-ce l'abandon complet ?

Et si une autre maladie ? Et la fameuse retraite ?

Je n'ai jamais vu nulle part cette question traitée complètement. Dans la pratique elle se pose fréquemment. Mes assurés agricoles jusqu'à présent la traitaient en haussant les épaules et en abandonnant l'Assurance sociale. Mais ce n'est pas une solution, pour le patron, en particulier ! Dr T.

Réponse

Aux termes de l'art. 6, paragr. 16 du décret-loi du 28 octobre 1935 instituant le nouveau régime des Assurances sociales, l'assuré ou l'ayant-droit dont l'état nécessite des soins préventifs ou qui est atteint d'une maladie ne comportant pas cessation du travail, reçoit s'il y a lieu pendant une durée de deux ans au plus les prestations spéciales dont le montant maximum et les conditions d'attributions sont fixés par le règlement intérieur de cette Caisse. Votre malade tuberculeux, mais continuant à travailler, est donc en droit d'invoquer à l'égard de sa Caisse, le bénéfice de ces dispositions et de prétendre au versement de ces prestations spéciales, même s'il a déjà reçu pendant six mois les prestations ordinaires, à la condition naturellement qu'un délai de plus de deux années ne se soit pas écoulé depuis la première constatation médicale de son affection. Au cas où il y aurait désaccord entre lui et sa Caisse au sujet de son état et où l'attribution des prestations spéciales lui serait refusée pour un motif de cette nature, le différend devrait être soumis à la Commission technique de trois médecins.

Un malade qui, à l'expiration d'un délai de six mois de soins, n'est pas guéri, et n'est pas atteint non plus d'une incapacité de plus de 66 % n'est pas pour cela même déchu de tous ses droits aux prestations-maladie pour cette affection. Nous vous rappelons tout d'abord qu'en vertu de l'art. 33 du règlement d'administration publique du 19 mars 1936, lorsqu'à la fin du délai de six mois, un assuré reste atteint d'une affection ne réduisant pas au moins de deux tiers sa capacité de travail, mais laissant

présager une invalidité future, l'Union régionale et la Caisse d'assurances-invalidité peuvent s'entendre pour accorder à titre de soins préventifs une prestation en nature pendant un délai de six mois, en suspendant pendant le même délai la décision relative à l'attribution de la pension. Cette mesure peut être même exceptionnellement renouvelée pour un délai de six mois au maximum.

D'autre part, le droit aux prestations-maladie peut se rouvrir pour l'assuré dans les conditions prévues par l'art. 6, paragr. 13, c'est-à-dire lorsque son affection après avoir traversé une période d'activité passe pendant un délai de plus de deux mois par une période de stabilité le dispensant de recourir aux soins médicaux et pharmaceutiques et lui permettant de reprendre ses occupations habituelles. Il faut naturellement que l'intéressé fasse constater la fin de cette période de maladie dès que celle-ci est acquise, sur la feuille de maladie en cours au moment de l'interruption et en avise sa Caisse dans les huit jours.

Enfin, lorsqu'un assuré a épuisé ses droits aux prestations ordinaires, il peut prétendre aux prestations spéciales prévues par l'art. 6, parag. 16 précité, à titre de soins préventifs pour éviter l'aggravation de son état et la survenance d'une incapacité de plus de 66 % ou le retour d'une nouvelle phase d'activité. Il est, en effet, accepté par toute la doctrine qu'il faut entendre par soins préventifs non pas seulement la prophylaxie proprement dite, mais encore les soins médicaux destinés à empêcher le retour des phases aiguës d'une affection. Il est seulement nécessaire dans ce cas, comme nous l'avons vu plus haut, que le délai de deux années à partir de la première constatation médicale de l'affection, ne soit pas arrivé à expiration.

Aux termes de l'art. 7, parag. 5 du décret-loi du 28 octobre 1935, lorsque la maladie a duré plus d'un mois, la Caisse d'assurances verse pour le compte de l'assuré pour les mois ultérieurs, une cotisation forfaitaire par quinzaines comportant l'octroi de prestations en espèces, quel que soit le nombre de journées indemnisées. Cette cotisation est égale au moins au montant de l'indemnité journalière allouée à l'assuré avec un minimum de 6 francs. Il en est tenu compte pour l'appréciation de ses droits en cas de recours ultérieur aux prestations de l'assurance-maladie. Bien entendu, si l'assuré reprend son travail, fût-ce à titre partiel, son patron devra verser les cotisations légales à l'expiration de chaque trimestre civil et ces cotisations rentrent elles aussi en ligne de compte pour la détermination des droits aux prestations. Cette reprise de travail ne serait impossible qu'au cas où elle serait contraire aux prescriptions du médecin traitant.

Cinquante-neuvième année — N° 16 — 18 Avril 1937

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	60 fr.	Belgique et Luxembourg...	70 fr.
Etudiants	35 fr.	Première Zone	85 fr.
Le Numéro..........	1.25	Deuxième Zone	110 fr.

• • •

Renseignements

A céder, cause maladie, Côte d'Azur, Importante Maison santé en pleine exploitation. Existe depuis 28 ans. Situation magnifique. Installation moderne.

CANCER. — L'action puissamment antinévralgique du **Pyréthane**, donné aux doses de 40, 60, 80 gouttes, en eau bicarbonatée à renouveler, procure une sédation et permet de garder en main médicale l'emploi de la morphine, d'en diminuer la dose ou de l'espacer.

Manger vite, c'est manger sans saliver. C'est favoriser la dyspepsie. Sucer des TABLETTES DE MANGAÏNE, c'est saliver abondamment une salive digestive, antiseptique et agréable.

« La Colline » à Saint-Antoine - Nice. Maison repos, régimes, convalescence, fondée en 1909. Situation idéale. Altitude 250 mètres. Hydro électro-héliothérapie. Deux médecins. Infirmières. Prospectus sur demande.

Héliothérapie. Maison santé Hélios. Dr BRODY, Grasse.

AVIS

Changements d'Adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 fr. 50 pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande).

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — ***Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)***

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du **CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.**

Nº 102. — Normandie. Gde ville bord mer, à céder clientèle médicale. Seule condition : locat, ou achat pavillon.

Nº 103. — A vendre : Œuvres de Pierre Louys, édit. de luxe, illustrat. de Mariette Lidys : 2.000 frs. Dr Ausseil, Espalion (Aveyron).

Nº 104. — 16 kms Paris, à louer maison avec confort, conviendrait à médecin. S'ad. DrP. Eck, 58bd Magenta Paris.

Nº 105. — On dem. jeune méd. français pour méd., génér. et quelques connaiss. radiologiques. Confr. âge favorisera installat.

Nº 106. — Cause âge et santé. A céder immédiat., banl. imméd. en plein centre métallurg., cabinet méd. génér.-gynécologie-assur. sociales-accid.travail-mutilés.

Nº 107. — Jne méd. franç. diplomé Etat, perm. con., ayant fait nombr. remplacem., très au cour. méd. génér. accouch. et pet. chirurgie, cherche remplacem. toute région et durée. S'ad. Dr Heller, 42 rue Cadet, Paris (9e).

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet BREITEL & GORET

1, rue Dante, Paris (5e). Tél. : Odéon 36-46

35 *kms Paris.* — Deux import. client. belle banlieue. Indemn. 70.000 compt. à débat.

100 *kms Paris.* — Ville agréable. Méd. Gle d'un bon chiffre touché, maison partic. loy. 6.000. Prix : 50.000 30.000 cpt.

Normandie. Près grde ville et bord mer. Très anc. client. (indust. et agric.) Maison conf. Prix : 50.000 (à déb.).

DERNIÈRES NOUVELLES

— **La XI[e] session des Journées médicales de Bruxelles** aura lieu du 19 au 23 juin, sous le haut patronage de S. M. la Reine Elisabeth et de S. M. le Roi et la présidence de M. le Professeur Albert-P. Dustin, recteur de l'Université et membre de l'Académie royale de médecine. A la séance solennelle, présidée par le ministre de la Santé publique, le Docteur Georges Duhamel, de l'Académie française, fera la conférence inaugurale.

Nous avons fait connaître déjà les noms des principaux conférenciers annoncés. Un programme de festivités (représentation théâtrale, soirée officielle, banquet) est en voie d'élaboration. La session se terminera par une excursion au canal Albert, remarquable travail d'art, et aux charbonnages de Limbourg-Meuse.

La cotisation est fixée à 100 francs belges (50 francs pour les dames). Pour tous renseignements, s'adresser au Docteur R. Beckers, secrétaire général, 141, rue Belliard, Bruxelles.

— **Hôpital Foch**, 60, rue Vergniaud. *Conférences médico-chirurgicales.* — Ces conférences, ouvertes à tous les médecins, ont lieu dans la salle des conférences de l'hôpital, le dimanche de 9 h. 30 à 11 h. 30. — *Programme* des mois de mai et juin :

2 mai, 9 h. 30 à 10 h. 30, M. Coutela : Valeur sémiologique des troubles pupillaires et déductions thérapeutiques qu'ils comportent ; 10 h. 30 à 11 h. 30, M. de Sèze : La prophylaxie et le traitement du tétanos.

9 mai, 9 h. 30 à 10 h. 30, M. Gastinel : De la valeur du syndrome exanthématique dans le diagnostic des fièvres éruptives ; 10 h. 30 à 11 h. 15, M. Brin : Traitement de l'eczéma aigu ; 11 h. 15 à 12 heures, M. Lortat-Jacob : La valeur des tests de guérison dans la syphilis.

16 mai, Pentecôte, pas de conférence.

23 mai, 9 h. 30 à 10 h. 30, M. Moulonguet : La radiologie de l'occlusion intestinale aiguë ; 10 h. 30 à 11 h. 30, M. Le Gac : La gastrectomie dans l'ulcère duodénal : présentation d'un film.

30 mai, 9 h. 30 à 10 h. 30, M. Pierre Bourgeois : Possibilités actuelles de la chirurgie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire ; 10 h. 30 à 11 h.30 M. Hautant : Diagnostic de la tuberculose laryngée

6 juin, 9 h. 30 à 10 h. 30, M. Dufourmentel : Les premiers soins à donner aux blessés de la face ; 10 h. 30 à 11 h. 30, M. Lamy : Pieds bots congénitaux et pieds bots paralytiques : thérapeutique.

13 juin, 9 h. 30 à 10 h. 30, M. Leroux-Robert : Diagnostic des vertiges et leur traitement ; 10 h. 30 à 11 h. 30, M. Ravina : Les avortements mortels.

20 juin, 9 h. 30 à 10 h. 30, M. DELAFONTAINE : Azotémie et hypochlorémie. La thérapeutique chlorurante dans les azotémies ; 10 h. 30 à 11 h. 30, M. Paul DESCOMPS : Traitement des cholécystites.

— **Société suisse de psychiatrie.** — L'assemblée de printemps de la Société suisse de psychiatrie aura lieu les 29 et 30 mai, à Münsingue, près Berne.

La Commission de psychothérapie de cette Société a décidé d'organiser pour le vendredi 28 mai, à Berne, une seconde réunion suisse de psychothérapeutes, avec le sujet suivant : *Méthodes et applications de la psychothérapie.*

Cotisation : 4 francs (suisses) à adresser à : Compte-chèques III/6463, Docteur Morgenthaler, Berne.

— **Le second Congrès de l'enfant à la mer et à la montagne**, qui devait avoir lieu à Pâques, a été reporté à la Pentecôte. Il sera tenu à Nice et sur la Côte-d'Azur du 10 au 17 mai.

Le Congrès visitera les établissements pour enfants de la plage d'Hyères, de Giens et de San Salvadour, de Saint-Raphaël et de Boulouris, de Cannes et du Cannet, de Golfe-Juan-Vallauris et d'Antibes-Juan-les-Pins, de Grasse et de Vence, de Nice, Beaulieu, Monaco, Menton.

Le Congrès a pour président d'honneur, M. Gaston Doumergue, ancien Président de la République, et pour président actif le Docteur Nobécourt, professeur de clinique des maladies des enfants à la Faculté de Paris.

Des réceptions seront données dans la plupart des villes du Littoral. Le Congrès sera suivi de la fête du Folklore des provinces françaises et étrangères, à Nice. Des excursions dans les Alpes, en Corse et en Italie, seront préparées. Programme et renseignements sont envoyés sur demande au secrétariat du Congrès, 24, rue Verdi, à Nice.

En même temps, aura lieu le XI[e] voyage médical international de printemps, organisé par la Société médicale du Littoral méditerranéen (secrétariat, 24, rue Verdi, à Nice).

— **Le bal de bienfaisance de la Fédération nationale des Médecins du front**, aura lieu le samedi 24 avril, à 21 h. 30, dans les salons de l'Hôtel Continental, 2, rue Rouget-de-Lisle.

La loterie annuelle sera tirée au cours de cette soirée.

— **Un médecin avec le Père de Foucauld dans le Sahara.** — Par le film, par la narration, la vie du Père de Foucauld a été, si l'on peut dire, très diffusée ces derniers temps.

Parmi ceux qui ont le mieux connu ce personnage que mit en marche l'appel du silence, figure un médecin qui l'accompagna dans des explorations qui étaient alors plus périlleuses que ne le sont aujourd'hui les voyages de tourisme à travers le Sahara.

M. le médecin-major Hérisson donne, dans le dernier numéro de *Pallas*, la primeur de ses souvenirs sur le Père de Foucauld et le général Laperrine. Ses lignes sont émouvantes parce qu'elles sont vécues. Il appartenait à un médecin, qui a eu pendant toute sa vie la religion du bled, de nous documenter pieusement sur ces pèlerins du désert.

Le dernier numéro de *Pallas* mérite encore l'attention des lecteurs par la variété pittoresque des articles et la richesse documentaire qui ont déjà assuré le succès de cette revue.

Directeur : Docteur J. Crinon, bureaux, 111, boulevard de Magenta, Paris (Xe).

— **Voyage en Tchécoslovaquie.** — La Société « Les Amis des Arts populaires » patronne cette année un voyage d'un genre particulier, qui aura lieu au début de mai (du 9 au 21) en Tchécoslovaquie.

On pourrait appeler cette randonnée de treize jours : la découverte du pays, de la vie et du folklore tchécoslovaques.

Les monts de Bohême, Prague, Austerlitz, la région des Beskydes, les bords du Vah, Pistany, Bratislava, Vienne, Munich, en constituent l'intéressant itinéraire. Depuis Strasbourg, ce voyage a lieu en cars Pullmann.

La Tchécoslovaquie fera pour ses visiteurs français un effort tout spécial. Non seulement, ils seront conduits dans des régions où peu de nos compatriotes ont passé, mais encore des fêtes de Folklore seront données en leur honneur.

Les places sont limitées. Conditions : 1.725 francs, tout compris.

S'adresser à l'agence Dolezal, 46, rue Sainte-Anne, Paris (IIe).

— **En cas d'infortune, comment être aidé ?** — La loi a prévu en faveur des malades et des vieillards privés de ressources, des infirmes et incurables ainsi que des hommes valides atteints par le chômage, différents secours destinés à leur venir en aide.

Très souvent, les personnes susceptibles d'en bénéficier ne connaissent pas ce qu'elles ont à faire pour les obtenir.

Elles ignorent de même les œuvres qui seraient en mesure de les aider, les prix et fondations créés à leur intention.

Dans un « Guide pratique d'assistance » qui vient de paraître, le Musée social s'est efforcé de les renseigner d'une manière précise.

On peut se procurer ce guide au Musée social, 5, rue Las-Cases, Paris (VIIe). Prix : 5 francs.

— **Hôpital communal de Neuilly-sur-Seine.** *Internat.* — Un concours sera ouvert le jeudi 29 avril 1937, pour la nomination de deux internes titulaires et de quatre internes provisoires à l'hôpital de Neuilly-sur-Seine.

Conditions : seize inscriptions ou un an d'externat ; nationalité française.

Les demandes devront être déposées avant le 24 avril 1937, dernier délai, à la Mairie de Neuilly-sur-Seine.

Les internes titulaires nommés à ce concours entreront en fonction le 1er mai 1937 ; les provisoires seront appelés à remplacer les titulaires suivant les vacances qui se produiront.

Avantages accordés aux internes en fonctions : l'interne de garde prend ses trois repas et couche à l'hôpital ; les autres prennent le repas de midi à l'hôpital ; les internes reçoivent un traitement annuel de : 5.400 francs la première année ; 6.000 francs la deuxième année ; et 7.200 francs la troisième année.

De plus une indemnité annuelle de 500 francs est donnée aux internes mariés, qui reçoivent en outre une allocation de 200 francs par enfant.

— **Hôpitaux de Toulouse.** — Le concours de médecin des hôpitaux de Toulouse s'est terminé par la nomination de MM. Planques et Gadrat.

— **Luchon,** *station militaire.* — A la suite d'un rapport détaillé du Docteur Molinéry, l'administration militaire avait pris en considération la demande de la station de Luchon pour le traitement des pensionnés de guerre.

M. le Docteur Germès, maire de Luchon, a reçu de M. le médecin général inspecteur Lafforgue, directeur du Service de santé de la 17e région, une lettre contenant copie d'une dépêche ministérielle, dont nous reproduisons le passage essentiel :

« J'ai l'honneur de vous faire connaître que le « Comité consultatif de santé, dans sa séance du « 17 octobre 1936, a émis l'avis qu'il y aurait lieu « d'ouvrir la station de Luchon aux militaires et « anciens militaires pensionnés de guerre pour les « affections otitiques, étant bien entendu que cette « utilisation doit rester limitée aux cas de catarrhes « tubo-tympaniques, et de ses séquelles. »

Le médecin général inspecteur entre ensuite dans des considérations d'ordre pratique qui seront résolues et par le Syndicat des médecins, et par l'établissement thermal et enfin, par le Syndicat des hôteliers.

— **Médaille du Docteur Abadie.** — Un comité s'est constitué pour offrir au Docteur Abadie, membre correspondant de l'Académie de médecine, une médaille à l'occasion de sa mise à la retraite de chirurgien chef de l'hôpital civil d'Oran.

La médaille a été confiée au maître de Herain. Une réduction en bronze de cette médaille sera remise à tout souscripteur de cent francs. Trésorier : Docteur Pallarès, à Oran (Algerie).

— **Réunions médico-chirurgicales de morphologie.** — La prochaine réunion aura lieu le 21 avril, à 21 heures, à la maison de santé Velpeau, 7, rue de la Chaise.

— **Nécrologie**. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de Madame Veuve Emile BEAUVAIS, décédée à Laval-en-Laonnois (Aisne).

Elle était la mère de Mlle Amélie Beauvais, docteur en médecine à Laval-en-Laonnois, à qui nous adressons nos bien vives condoléances.

— Le Docteur GRÉGOIRE, professeur de clinique chirurgicale à l'hôpital Saint-Antoine, et Madame Grégoire ont eu la douleur de perdre leur jeune fils. Nous leur adressons nos plus sincères condoléances.

J. N.

— Nous avons le grand regret d'annoncer la mort de Madame FASQUELLE, la femme de notre confrère et ami, le Docteur André FASQUELLE, directeur de l'Institut de vaccination animale de la rue Ballu, mère de notre jeune et distingué collaborateur, Robert FASQUELLE, interne des hôpitaux de Paris.

Madame André Fasquelle était la fille du Docteur Saint-Yves-Ménard, qui, après Chambon, dont il fut le successeur, perfectionna et propagea la vaccination animale en France et développa l'Institut de vaccine animale de Paris que depuis plus de quarante ans, dirige son gendre le Docteur André Fasquelle.

La direction et la rédaction du *Concours Médical* prennent la part la plus vive au deuil qui frappe la famille Fasquelle et adressent à notre confrère et à ses enfants l'expression sincère de leur douloureuse sympathie.

J. N.

Hôpital Saint-Antoine

Tous les vendredis à 10 h. 30 à partir du 23 avril 1937 auront lieu dans le service du Docteur Mathieu-Pierre Weil une série de leçons sur :

LES GRANDES THÉRAPEUTIQUES
CONTRE LE RHUMATISME

Le programme du cours est le suivant :

23 avril : M. Mathieu-Pierre WEIL : La thérapeutique de la douleur.

30 avril, M. LANGLOIS : L'iode.

7 mai, M. OUMANSKY : L'or.

14 mai, M. J. DEDET : Le soufre.

21 mai, M. POLAK : Sérums, vaccins, venins.

28 mai, M. FERRIER : Thérapeutiques endocriniennes et physiothérapie.

4 juin, M. WICKHUM : Thérapeutiques radioactives

11 juin, M. VIDAL-NAQUET : Immobilisation et mobilisation.

18 juin, M. RŒDERER : Appareils et appareillage.

25 juin, M. FÈGE : Le massage.

2 juillet M. R. MASSART : Opérations ankylosantes et libératrices.

9 juillet, M. M. Pierre WEIL : Thérapeutiques hydro-minérales.

Ce cours est libre, il est ouvert à tous les médecins français et étrangers ; les confrères de province venant à Paris à l'occasion de l'exposition y seront les bienvenus, le cours ayant été spécialement organisé à leur intention.

A TRAVERS L'OFFICIEL

28 MARS

Service de santé militaire

Loi du 26 mars 1937 tendant à faire bénéficier des dispositions du décret du 23 mars 1852 les médecins et pharmaciens de réserve admis dans l'armée active en vertu des dispositions de la loi du 21 décembre 1916.

Article unique. — Le bénéfice des majorations de cinq années de service à titre d'études préliminaires, prévu par le décret du 23 mars 1852, est accordé à tous les médecins et pharmaciens de réserve admis dans l'armée active en vertu des dispositions de la loi du 21 décembre 1916.

1er AVRIL

Par décret du 27 mars 1937, sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé et par décision du même jour, reçoivent les affectations suivantes.

Au grade de médecin sous-lieutenant

Le méd. auxil., titul. du brevet de prép. mil. sup. ci-après dés. (rang du 21 mars 1937) : Delahousse, 1re sect. d'inf. mil., aff. à la 1re rég. ; le méd. auxil., non titul. du brevet de prépar. mil. sup. ci-après dés. (rang du 21 mars 1937) : Latier, 7e section d'inf. milit., aff. 7e rég.

2 AVRIL

Assurances sociales

Décret du 1er avril 1937 modifiant le règlemcent d'administration publique pour l'application du décret-loi du 28 octobre 1935 déterminant le régime des Assurances sociales applicable aux assurés du commerce et de l'industrie.

Ce décret sera publié ultérieurement.

3 AVRIL

Incinérations

Décret du 31 mars 1937 relatif aux incinérations

Ce décret sera publié ultérieurement.

Service de santé militaire

Par décision du 31 mars 1937, les officiers de réserve du Service de santé ci-après désignés reçoivent les affectations suivantes :

A la rég. Paris. — Les médec. lieut. : Pecker, 3e rég. ; Bettremieux, 9e rég. ; Duchamp, 13e rég. ; Derot, 15e rég. ; Stromberg, 18e rég. ; Forster, 20e rég.

A la rég. Paris (p. o.). — Le médec. lieut. Blondel, rég. Paris ; le médec. sous-lieut. Vitenson, rég. Paris.

A la 1re région. — Les médec. lieut. : Duminil, rég. Paris ; Faille, 4e rég.

A la 2e région. —Les médec. lieut. : Bocquentin, rég. Paris ; Robert, 3e rég. ; Dardenne, 17e rég. ; Largeteau, 18e rég.

A la 3e région. — Le médec. capit. Bréville, 2e rég. ; le médec. lieut. Perrier, 14e rég. ; le médec. sous-lieut. Rambert, rég. Paris ;

A la 4e région. — Les médec. lieut. : Lecat, 1re rég. ; Le Dourneuf, 1re rég. ; le médec. sous-lieut. Galian, rég. Paris.

A la 6e région. — Les médec. lieut. : Stéfani, 3e rég. ; Israël, 20e rég. ; Roset, 20e rég. ; les médec. sous-lieut. : Werner, 3e rég. ; Oriat, 19e C. A.

A la 7e région. — Le médec. capit. Vergnet, 11e rég. ; le médec. lieut. Huel, 20e rég.

A la 8e région. — Les médec. lieut. : Dubost, rég. Paris ; Gorecki, rég. Paris ; Graffin, rég. Paris; Winnaert 1re rég. ; Pierrol, 6e rég. ; le médec. sous-lieut. Cegelnicki, 5e rég. ;

A la 9e région. — Le médec. capit. Sivade, 5e rég.; les médec. lieut. : Maynadier, rég. de Paris ; Naulleau rég. Paris ; le médec. sous-,lieut. Rouessé, rég. Paris.

A la 11e région. — Les médec. lieut. : Minet, rég. Paris ; Ollivier-Henry, rég. Paris ; Couallier, 4e rég.

A la 13e région. — Le médec. command. Mathieu de Fossey, rég. Paris ; les médec. lieut. : Bridot, rég. Paris ; Sivadon, rég. Paris ; Machavoine, 8e rég.

A la 14e région. — Le médec. lieut. Rolland, 15e rég

A la 15e région. — Les médec. lieut. : Barraya, rég. Paris ; Fresnais, rég. Paris ; Groulier, rég. Paris.

A la 17e région. — Le médeci. lieut. Nadaud, 18e rég.

A la 18e région. — Le médec. lieut-col. Vincent, rég. Paris ; le médec. command. Villandre, rég. Paris ; les médec. lieut. : Brisset, rég. Paris ; Augereau, 11e rég.

Au 19e C. A. — Le médec. capit. Gibeton, 1re rég. ; les médec. lieut. : Servajean, 13e rég. ; Frieh, 14e rég. ; les médec. sous-lieut. : Drevon, rég. Paris ; Laurent, tr. du Maroc.

A la 20e région. — Les médec. lieut. : Martin, rég. Paris ; Zzahlen, rég. Paris.

Aux tr. de Tunisie. — Le médec. command. Botte, rég. Paris ; le médec. lieut. Sénellart, 1re rég.

Réponse d'un ministre à la question d'un député

La cure thermale au Mont-Dore est réservée aux pensionnés de guerre atteints d'affections pulmonaires résultant d'intoxication par les gaz

2663. — M. Georges Potut expose à M. le ministre de la Défense nationale et de la Guerre que, conformément à l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, un invalide de guerre a introduit, le 11 janvier 1937, auprès du général commandant la 5e région à Orléans, une demande de cure hydrominérale appuyée de toutes les pièces justificatives nécessaires ; que l'intéressé a été soumis à l'examen médical d'un expert, préalablement à sa présentation devant la Commission de réforme de Bourges ; que cet expert a conclu à une cure hydrominérale au Mont-Dore (saison : 14 juin-7 juillet 1937) pour bronchite avec emphysème ; que le président de la Commission de réforme de Bourges n'a pas cru devoir entériner les conclusions du médecin expert, se basant sur les

prescriptions réglementaires du service de santé réservant, en principe, la station du Mont-Dore, aux gazés de guerre et faisant remarquer que l'affection en cause est plutôt justiciable des eaux d'Amélie-les-Bains ; et demande : 1° étant donné que l'invalide de guerre dont il s'agit est réformé à 60 p. 100 pour bronchite emphysémateuse et otite moyenne, que, d'une part, les eaux d'Amélie-les-Bains sont formellement contre-indiquées dans le cas d'otite et que, d'autre part, seul le Mont-Dore semblerait indiqué, à quelle station thermale il convient, en définitive, d'envoyer l'intéressé ; 2° si, en raison de ce cas d'espèce, et en attendant que la question soit tranchée, des instructions ne pourraient être données d'urgence puor maintenir le choix de la station thermale du Mont-Dore proposée par le médecin expert. (*Question du* 23 *février* 1937).

Réponse. — 1° Aucune des stations thermales utilisées par le Service de santé militaire autre que le Mont-Dore ne convient à l'affection dont est atteint l'ancien militaire en cause ; 2° la station thermale militaire du Mont-Dore est strictement réservée au traitement des affections pulmonaires résultant d'intoxication par les gaz et la compagnie fermière des eaux n'accepte aucune dérogation aux conditions prévues par la convention qu'elle a passée avec le département de la guerre.

(*J. O.*, 26 mars 1937).

Action du vin sur le microbe de la fièvre typhoïde

Comme suite à l'article paru dans notre numéro du 4 avril 1937 sur cette question, nous recevons du Docteur Smester, la lettre suivante :

En 1864, je me trouvais avec un de mes condisciples, dans le jardin du Docteur Lescoat. Celui-ci m'interpelle. Il paraît que tu veux faire ta médecine ? Oui, docteur. Eh bien, quand tu seras médecin, il ne faudra pas perdre de malade de fièvre typhoïde. — Vous avez une panacée ? Pas de panacée — un traitement — qui consiste : un verre à Bordeaux de bon vin rouge toutes les heures.

En 1895, je raconte le fait à mon ami Gilbert.

— Médecine de bonne femme ! me répond le jeune et charmant professeur.

Peu de temps après, je le rencontre à l'Ecole.

— Dites donc, Smester ! le remède de votre vieux breton !

— Eh bien ?

— Le bacille de la fièvre typhoïde ne se cultive pas dans le vin.

Inutile d'ajouter que pendant plus de 40 ans, tous mes typhiques ingurgitaient du vieux bordeaux toutes les heures.

Smester.

Voir la suite page LV-1227

PROPOS DU JOUR

LA CRÉATION D'UNE CHAIRE D'ASSISTANCE MÉDICO-SOCIALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Depuis bien des années les médecins praticiens avaient demandé l'organisation de l'enseignement de la médecine sociale et de la déontologie dans nos Facultés. Quelques professeurs ou chefs de service tels que Grasset, Morache, Juhel-Renoy avaient abordé dans leur enseignement des questions de déontologie. Brouardel, dans son cours de médecine légale, avait en 1887 traité l'importante question du *secret médical*, en 1898, *la responsabilité médicale*, en 1899 *l'Exercice de la médecine et le charlatanisme*, mais, reconnaissant lui-même que cet enseignement fragmentaire était insuffisant, il avait chargé en 1900 deux éminents praticiens, Paul Legendre, médecin des hôpitaux, et G. Lepage, accoucheur des hôpitaux, d'exposer dans une série de conférences au petit amphithéâtre de la Faculté le vaste sujet : *Le médecin dans la société contemporaine* (1).

Depuis, aucun progrès sensible n'a été réalisé à ce sujet. Quelques professeurs de médecine légale ou d'hygiène veulent bien adjoindre à leurs cours quelques questions de médecine sociale, mais il n'y a pas d'enseignement méthodique. Et cependant les lois sociales se sont multipliées depuis le début du siècle et le jeune docteur en sortant de la Faculté muni de son diplôme, se trouve souvent dans un cruel embarras. Actuellement, l'enseignement de la médecine sociale n'existe pas à Paris ; à Montpellier et à Lille, il est joint à l'enseignement de la médecine légale ; à Nancy à celui de l'hygiène. A la Faculté catholique de Lille existe une chaire d'apologétique et de déontologie qui doit en partie traiter de la médecine sociale. A la Faculté mixte de Toulouse, on fait un cours de législation pharmaceutique mais la législation médicale n'est pas enseignée. La Faculté de pharmacie de Strasbourg possède une chaire de Législation et Déontologie tandis qu'il n'en existe pas à la Faculté de médecine.

La médecine sociale a besoin cependant d'être complètement enseignée, « elle comprend, a écrit le regretté Louis Guinon, médecin de l'hôpital Bretonneau, dans l'*Introduction* du manuel de *Médecine sociale* (1), toute l'hygiène sociale, la législation, l'étude des facteurs sociologiques, économiques, politiques, pédagogiques qui permettent son organisation et son extension dans le monde : elle fait appel à toutes les sciences ».

(1) Publié en un volume chez Masson et Cie, édit., Paris, 1902.

Aussi le Conseil municipal de Paris et le Conseil général de la Seine, d'accord avec le Conseil de la Faculté de médecine de Paris et le Conseil de l'Université, sur la proposition de M. de Fontenay, a décidé la création d'une chaire d'assistance médico-sociale ou de médecine sociale. Nous reproduisons le texte du rapport de M. Georges Contenot, au nom de la 4e Commission, au Conseil municipal de Paris :

« La proposition de M. de Fontenay était motivée par le développement des lois d'assistance et la diffusion des organisations de prévoyance et d'assurance sociales qui transforment sans cesse la situation des médecins et multiplient les rapports du Corps médical avec l'Etat et les collectivités.

A cet égard, il est devenu nécessaire pour tout praticien de posséder des notions précises sur les textes législatifs qui régissent les modalités de l'assistance et de la médecine sociale.

La chaire envisagée serait donc destinée à compléter l'enseignement sur les notions de législation donnée en cinquième année dans les Facultés de médecine, enseignement sanctionné par les décrets du 29 novembre 1911 et du 29 juillet 1912.

Dans sa séance du 17 décembre 1936 le Conseil de la Faculté de médecine, saisi de la question par son Doyen, s'est montré favorable par 34 voix sur 41 votants à la réalisation de ce projet.

D'autre part, dans sa séance du 21 décembre 1936, le Conseil de l'Université, consulté à son tour par les soins de M. le Recteur de l'Académie, a approuvé à l'unanimité les conclusions du rapport présenté par M. le Doyen Roussy, au nom de la Faculté de médecine.

Dans ces conditions, votre 4e Commission, en présence de ces avis autorisés, ne peut que rapporter favorablement la proposition de M. de Fontenay.

Je vous rappelle qu'aux termes de cette proposition, seuls le traitement et l'indemnité de résidence du professeur seraient à prévoir, les charges accessoires de la chaire ne devant pas incomber à la Ville de Paris.

(1) Maloine et fils, édit., Paris, 1925.

◆◆

Pour la première année, la dépense s'élèverait à 60.742 francs (traitement et indemnité de résidence d'un professeur de 3e classe à la Faculté de médecine).

A la suite de pourparlers avec M. André Puech, rapporteur général du budget, et M. Fiancette, rapporteur général du budget du Département, un accord est intervenu pour que la dépense à prévoir soit supportée pour moitié par la Ville, et pour moitié par le département.

Dans ces conditions, je vous propose d'adopter le projet de délibération suivant :

« Le Conseil,

« Vu la proposition de M de Fontenay tendant à la création d'une Chaire d'assistance médico-sociale;

« Sur le rapport présenté par M. Georges Contenot, au nom de la 4e Commission,

« Délibère :

« Article premier. — Il est créé à la Faculté de médecine de Paris une chaire d'assistance médico-sociale à partir du 1er octobre 1937.

« Art. 2. — La dépense s'élevant pour l'année scolaire 1937-1938 à 60.742 francs, sera prélevée sur le chap. 10, art. 250 (réserve) avec rattachement du compte au chap. 5, art. 6, sous-détail 5.

« Art. 3. — Il sera inscrit en recette au budget supplémentaire de 1937, chap. 5, art. à créer, une contribution du département de la Seine égale à la moitié de la dépense. »

M. Fiancette. — C'est la chaire du Docteur Crouzon ?

M. Georges Contenot, rapporteur. — Il ne nous appartient pas de désigner le titulaire de la chaire.

M. le Président. — Je mets aux voix les conclusions de la 4e Commission.

Il n'y a pas d'opposition ?

Adopté.

La chaire de médecine sociale à la Faculté de Paris est donc créée, c'est un vœu que nous formulions depuis longtemps et qui est enfin réalisé. Nous ne doutons pas que les autres Facultés et les Ecoles de plein exercice de France suivront, avant peu, l'exemple de la capitale.

J. Noir.

LA QUESTION DES MAISONS DE RETRAITES POUR LES VEUVES DE MÉDECINS

La *Société de Secours mutuels de Femmes et Enfants de médecins* (F. E. M.) a chargé son secrétaire général, M. le Docteur Darras, vice-président de l'Association générale des médecins de France, de faire une enquête sur les établissements de la région parisienne qui pourraient recevoir dans des conditions acceptables les veuves des médecins qui désireraient être placées dans une maison de retraite.

Avec un dévouement et une méthode que nous ne saurions trop louer, M. le Docteur Darras a recueilli et classé des renseignements nombreux et précis sur plus de cent établissements de ce genre avec des prix variant de 0 à 25 francs par jour. Devant l'abondance et la modicité relative des prix de ces maisons de retraite, le Conseil d'administration de la Société F. E. M., a voté un ordre du jour déclarant qu'actuellement le projet d'achat (ou de construction) d'une maison pour les veuves de médecin devait être abandonné, qu'il y aurait lieu de se concerter avec les autres œuvres de bienfaisance médicales pour assurer ou compléter le prix de pension des personnes qui accepteraient d'être placées dans un des établissements qui pourrait lui être indiqué.

L'office ou le bureau de renseignements et d'entraide des groupements médicaux, projeté à l'Association générale des médecins de France, pourrait servir dans ces cas d'utile intermédiaire.

M. le Docteur Darras, ayant exposé la question au Conseil général de l'A. G., ce dernier l'a vivement félicité et a adopté à l'unanimité l'ordre du jour du Conseil d'administration de la Société F. E. M.

M. Darras a alors annoncé que, dès que le Bureau de Renseignements et d'entr'aide des groupements médicaux, projeté à l'A. G., serait créé, il lui remettrait le volumineux dossier de documents soigneusement classés qu'il a réunis sur les maisons de retraite de la région parisienne.

Ainsi serait réalisé le désir exprimé depuis longtemps par le Docteur Albert Veillard, d'Orléans, et récemment encore par le Docteur Mathez, de Baume-les-Dames, dans une lettre que nous avons publiée (*Concours Médical*, 17 mars 1937, page 842).

En faisant appel aux diverses sociétés de province, il n'est pas douteux que les indications afflueront au Bureau de renseignements.

Nous ne doutons pas non plus que les diverses œuvres médicales de prévoyance, d'assistance et de bienfaisance rivaliseront entre elles pour assurer ou compléter le prix de pensions des pauvres veuves de confrères qui accepteraient d'être placées. Le nouveau Bureau de renseignements deviendrait ainsi un précieux organe de coordination.

J. N.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES CALCULS DE L'URETÈRE

Par M. le Professeur MARION

Le diagnostic des calculs de l'uretère se fait essentiellement par la radiographie.

Mais quelles sont les manifestations qui nous incitent à pratiquer cette radiographie et dans quels cas devons-nous soupçonner qu'il peut exister un calcul de l'uretère ?

Tout d'abord nous penserons au calcul de l'uretère lorsque le malade présentera une *crise de coliques néphrétiques.* Cette crise peut être la première ; elle peut au contraire être la reproduction plus ou moins forte de crises antérieures que le malade avait bien ressenties mais qui n'avaient pas attiré suffisamment son attention. La première chose que nous aurons à faire en présence de la crise véritablement constatée de coliques néphrétiques sera de faire radiographier le malade, ce qui permettra de juger si cette crise est due à un calcul, ce qui est fréquent, ou si elle est due à d'autres causes, celui-ci étant éliminé.

Nous aurons également à pratiquer une radiographie chez des malades qui, sans avoir eu de crise de coliques néphrétiques ou à la suite d'une ou plusieurs crises, se voient atteints de *douleur permanente* que nous pouvons supposer être en rapport avec une affection de l'appareil urinaire supérieur. Tel malade aura présenté six ou huit mois auparavant une crise de coliques néphrétiques, mais à la suite de cette crise qui a duré plus ou moins longtemps ont persisté des douleurs permanentes, tantôt remontant dans la région lombaire, tantôt descendant du côté de la vessie. Ces douleurs, nous pouvons également les réveiller quelquefois par la pression en un point que nous indique le malade comme étant le point d'où partent ces irradiations ascendantes ou descendantes. Je vous rappellerai que parmi ces douleurs, il en est que l'on attribue à d'autres organes qu'au rein ou à l'uretère, telles les douleurs de cholécystite, les douleurs d'appendicite, les douleurs de salpingite, d'ovarite. Une autre erreur que l'on peut commettre également est de prendre la *réaction péritonéale* parfois très marquée, vomissements, ballonnement du ventre, arrêt des matières et des gaz, qui accompagne parfois la colique néphrétique, pour une réaction péritonéale d'origine intestinale, appendiculaire ou autre. Cette réaction péritonéale dans la colique néphrétique est loin d'être exceptionnelle. L'étude de la localisation exacte des douleurs, de leurs irradiations, des manifestations autres qui peuvent se produire du côté des urines, telles que pyurie, hématurie, doit nous faire prévoir qu'il ne s'agit ni de cholécystite, ni d'appendicite, ni de colite, etc. ; et dans ces cas encore nous devrons pratiquer une radiographie.

Parfois ce ne sont pas des phénomènes fonctionnels qui attirent l'attention, comme la douleur, ce sont des symptômes physiques. Un malade a une *pyurie tenace,* accompagnée parfois de température passagère : la recherche du bacille de Koch, auquel nous devons toujours penser dans ces cas de pyurie tenace, ne fait que démontrer l'existence de staphylocoques ou de colibacilles, et nous savons que chez ce malade pyurique, qui n'a pas de tuberculose, une radiographie s'impose et cette radiographie nous démontrera parfois un calcul du rein, dans d'autres cas un calcul de l'uretère.

Parfois nous voyons les malades pour un accident d'une haute gravité se produisant presque toujours avec une douleur d'un côté, c'est *l'anurie.* Brusquement, au cours d'une crise de coliques néphrétiques, le malade cesse complètement d'uriner. La première hypothèse que nous ayons à faire dans ces cas est qu'il s'agit d'une anurie calculeuse par engagement d'un calcul dans l'uretère ; et dans ces cas la plupart du temps la radiographie qui sera faite automatiquement démontrera qu'il existe non seulement un calcul de l'uretère du côté du rein qui a souffert au moment de la dernière crise, mais également un calcul du côté opposé dont le malade ne se rappelle pas parfois avoir souffert.

Enfin, il est des malades, et ceci mérite d'être connu, qui, au lieu de souffrir par un calcul de l'uretère de leur rein ou de leur uretère même, *souffrent de leur vessie.* Ce sont des malades qui se présentent avec des phénomènes de cystite, car le plus souvent les phénomènes douloureux vésicaux s'accompagnent de purulence. Parfois nous dirons qu'il y a cystalgie parce que nous ne trouvons pas de pus dans les urines et les mala-

des souffrent en urinant, ont des mictions fréquentes, des épreintes, tout comme s'ils avaient une cystite extrêmement marquée. Les examens dans ces cas là peuvent être assez prolongés sans qu'ils aboutissent à la solution du problème et ce n'est que lorsque, en désespoir de cause parfois, on fera une radiographie, que le diagnostic de calcul sera évident. Ceux qui ont l'habitude des calculs de l'uretère penseront, après un examen un peu complet, que la vessie ne doit pas être la cause de ces réactions, mais l'uretère, le calcul étant situé tout à fait à l'extrémité inférieure de celui-ci.

Dans la plupart des cas ce sont donc des symptômes soit fonctionnels, soit physiques, qui inciteront à faire pratiquer une radiographie, le calcul de l'uretère pouvant être soupçonné de par la symptomatologie que présente le malade.

Mais il est des cas où l'on ne pense pas à ce calcul parce que les symptômes n'incitent pas à faire cette radiographie, et cependant le malade présentant des phénomènes pyuriques un peu douloureux, sans avoir le caractère de crise, on se décide à faire une division d'urines : on note que la *sonde urétérale est arr.tée* à un niveau donné, un peu anormal comme siège de l'arrêt, car vous savez qu'en dehors d'un arrêt à la partie inférieure de l'uretère, à trois centimètres environ de l'orifice urétéral, la sonde doit monter sans difficulté. On se demandera pourquoi il y a arrêt à ce niveau, une radiographie sera pratiquée qui fera découvrir un calcul que rien ne permettait de soupçonner.

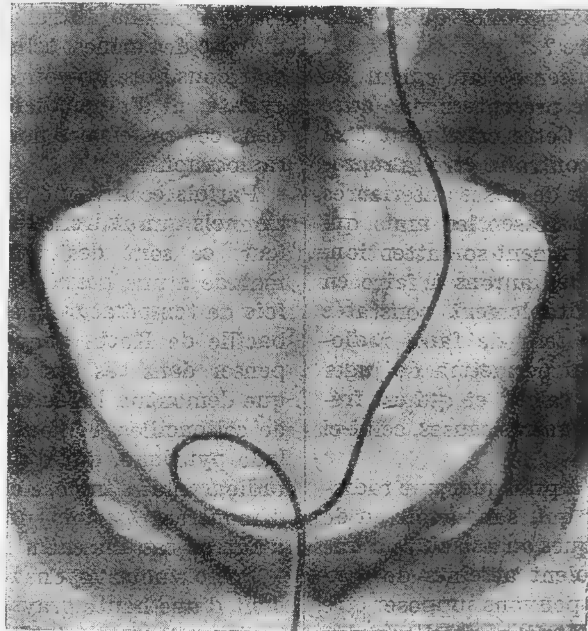


Fig. 1. — Les taches sont à distance de la sonde urétérale ; elles ne correspondent donc pas à des calculs.

Le calcul de l'uretère à la RADIOGRAPHIE se présente comme une tache. Cette tache a pour caractère sa situation : elle existe sur le trajet de l'uretère qui, sur une radiographie, se trouve à l'extrémité des apophyses transverses des vertèbres lombaires ou un peu en dehors d'elles. L'uretère sur une radiographie au niveau de la région iliaque se trouve correspondre plus ou moins avec l'articulation sacro-iliaque très visible sur la radiographie : en haut l'uretère se trouve un peu en dehors de cette articulation, en bas il se confond presque avec elle ; puis pénétrant dans le bassin, l'uretère radiographiquement décrit une courbe assez éloignée de la paroi latérale du bassin. Cette courbe se trouve à peu près sur la moitié de la ligne qui réunit cette paroi à la ligne médiane.

La forme de ces calculs est quelquefois très caractéristique. Ils sont allongés, un peu irréguliers, bien opaques ; quelquefois ils sont multiples, présentant des volumes plus ou moins considérables variant de celui d'un petit pois à celui d'une noix ou d'un gros cornichon. Leur opacité, leur forme, leur situation permettent de prévoir d'emblée que l'on a bien affaire à un calcul de l'uretère.

Dans d'autres cas, la situation paraît un peu anormale, l'opacité n'est pas aussi nette qu'elle devrait l'être, et dans ces cas nous avons une ressource pour savoir si oui ou non la tache que montre la radiographie est un calcul. Pour ce faire, nous devons introduire une SONDE URÉTÉRALE OPAQUE dans l'uretère ; celle-ci franchit la région où l'on soupçonne l'existence d'un calcul, ou bien s'arrête. Une radiographie faite, la sonde urétérale opaque étant mise en place, montrera si oui ou non la tache coïncide avec l'ombre de la sonde opaque. Si la tache est éloignée de cette sonde, il est bien évident qu'il ne s'agit pas d'un calcul de l'uretère (*Fig.* 1) ; si au contraire elle coïncide, surtout si elle est arrêtée au niveau même de la tache, il est plus que probable qu'il s'agit bien d'un calcul (*Fig.* 2).

Il est des cas où malgré que sur une radiographie en antéro-postérieur l'image de la sonde et la tache coïncident bien, nous avons cependant des doutes en raison de la forme de la tache, en raison de son opacité médiocre, de son volume, etc... Dans ces cas il faut toujours compléter la radiographie en position antéro-postérieure par une radiographie en position transversale et nous verrons alors quelquefois que l'image de la sonde et la tache coïncidant à la radiographie étant prise en antéro-postérieur, tache et image de sonde ne coïncident plus du tout lorsque la radiographie est faite en trans-

versale. Il s'agit simplement d'une tache qui se trouvait sur le trajet de la sonde dans le sens antéro-postérieur, mais qui existe sur des plans essentiellement différents lorsqu'on les considère en transversale : il ne s'agit donc pas d'un corps opaque situé dans l'uretère.

Que sont donc ces taches que nous rencontrons à chaque instant pouvant être prises pour des calculs de l'uretère ? Ce sont toutes des calcifications, calcifications de vaisseaux, calcifications de tissu cellulaire, calcifications ganglionnaires, calcifications de gommes tuberculeuses etc. En particulier nous observons ces calcifications avec une fréquence particulière dans le petit bassin, quelquefois en très grand nombre. Elles ont comme caractère, pour ceux qui les connaissent bien, et caractère qui permet presque immédiatement d'éliminer le calcul de l'uretère, d'être très près de la ceinture pelvienne et très arrondies ; elles n'ont jamais un très gros volume. D'autres calcifications peuvent exister soit dans la région pelvienne, soit dans la région lombaire. Ces calcifications, beaucoup plus volumineuses, ont pour caractère d'être d'aspect moins homogène que les calculs, beaucoup plus irrégulières, et dans la région pelvienne en particulier elles peuvent être multiples et disposées sur un champ assez large qui ne peut vraiment pas correspondre à des calculs urétéraux. De toutes façons la radiographie avec sonde opaque tranchera la question, mais, je le répète, dans certains cas, celle-ci doit être faite sous deux incidences.

Il est des cas où la radiographie ne montre aucun calcul et, suivant la règle, une urétéro-pyélographie doit être faite, car lorsque nous avons affaire à des phénomènes douloureux du côté du rein, si les douleurs ne sont pas provoquées par un calcul, il faut penser à une hydronéphrose, et celle-ci, vous le savez, sera démontrée par l'urétéro-pyélographie. Mais cette URÉTÉRO-PYÉLOGRAPHIE que nous pratiquons pour démontrer l'hydronéphrose nous mettra quelquefois sur la voie d'un calcul urétéral que la radiographie n'avait pas mis en évidence. En effet, dans ces cas, nous pourrons voir que la partie inférieure de l'uretère se trouve de volume normal, mais en un point donné commence une dilatation qui s'étend jusqu'au rein. S'il y a dilatation d'un uretère arrêtée nettement à un niveau bas situé, il est évident qu'à ce niveau il y a un obstacle. Parfois l'examen plus minutieux des radiographies faites sans pyélographie fera reconnaître alors une tache qui était passée inaperçue. Dans d'autres cas, cet examen ne montrera rien, mais un tel arrêt doit nous faire soupçonner qu'il existe à ce niveau un obstacle qui doit être un calcul transparant.

Dans d'autres cas l'urétéro-pyélographie nous montrera qu'entre deux portions de l'uretère non dilaté il existe un vide dû à ce fait que le calcul non opaque n'a pas permis le remplissage de cette portion. Ce symptôme devra également nous faire prévoir qu'il existe un calcul à ce niveau. Par conséquent, que le calcul soit visible ou invisible, nous devons automatiquement arriver à son diagnostic si nous suivons les grands principes qui règlent les examens au cours des affections douloureuses ou pyuriques du rein.

Il sera toujours bon de compléter le diagnostic de calcul de l'uretère par celui de l'état des voies urinaires et de la valeur du rein. Il sera très utile de savoir en particulier s'il y a une dilatation de l'uretère et du bassinet au-dessus du calcul : cela peut changer, nous le verrons, les indications thérapeutiques.

On doit donc, surtout lorsque le calcul a séjourné pendant très longtemps dans l'uretère, se demander ce qu'est devenu le rein, car le calcul de l'uretère est une affection sérieuse au point de vue de l'altération du rein : quelquefois des calculs engagés dans un uretère depuis quelques mois peuvent arriver à détruire un rein soit par suppuration, soit par dilatation.

On pratiquera donc soit une urographie, soit une pyélographie. Enfin, on fera une DIVISION D'URINES. Celle-ci peut ne pas donner les résultats très exacts au point de vue de la valeur du rein. Si en effet la sonde urétérale ne franchit pas le calcul, il est compréhensible que nous puissions avoir une sécrétion totalement abolie par un calcul oblitérant ou une sécrétion diminuée du fait d'une perméabilité insuffisante de l'uretère à ce niveau. A ce point de vue la pyélographie ou l'urographie donneront peut-être des résultats plus précieux en montrant si le rein est extrêmement dilaté, ou si au contraire le rein ne présente qu'une dilatation nulle ou médiocre.

En présence d'un calcul de l'uretère, il faut bien savoir, et ceci j'y insiste, que nous avons affaire à une affection beaucoup plus sérieuse pour le rein que ne l'est un calcul du rein lui-même. Nous pouvons voir des calculs du rein y demeurer pendant des années sans l'altérer considérablement ; un calcul de l'uretère, lui, agit de façon bien plus rapide et c'est parfois en quelques mois que le calcul produit une destruction de l'organe. Un calcul de l'uretère doit donc être, comme l'a dit autrefois Jeanbreau, dans un très beau rapport, enlevé de façon plus systématique et plus rapide encore que les calculs du rein.

Lorsque nous avons un calcul de l'uretère en voie d'élimination déterminant une *crise de colique néphrétique récente*, nous pouvons supposer que le calcul s'éliminera et que le malade dans un avenir très proche fera tomber son

calcul dans la vessie. Il s'agit à cette époque de ne pas troubler cette élimination, et nous la troublons lorsque nous donnons au malade certains calmants qui suppriment les contractions de l'uretère. Parmi ces calmants, celui que l'on emploie de façon courante, c'est la morphine. La morphine doit être autant que possible rejetée du traitement de la crise de colique néphrétique : elle soulage le malade et à cet égard de temps en temps on est malgré tout obligé de l'employer, lorsque les crises sont trop violentes, mais d'autre part elle arrête le cheminement du calcul. Ce n'est pas la morphine qui est le médicament de la crise de colique néphrétique, c'est la BELLADONE, que vous donnerez sous forme de pilules de 2 centigrammes d'extrait de belladone à des doses quelquefois très fortes, 10 centigrammes, 12 centigrammes par jour. Très souvent sous l'influence de ce médiament nous voyons des calculs qui tardaient à s'éliminer sortir au bout de quelques heures ou de quelques jours.

Si la crise de *colique néphrétique* dure, se prolonge pendant plusieurs jours sans arrêt, il faut savoir que vous avez un moyen merveilleux pour faire cesser cette crise instantanément. Ce moyen non seulement soulagera le malade, mais encore facilitera l'issue du calcul, c'est la mise en place d'une SONDE URÉTÉRALE qui évacuera l'urine arrêtée au-dessus du calcul, fera cesser la tension que cette urine provoquait dans le bassinet et instantanément, on peut le dire, calmera la douleur. Il faut connaître ce moyen, qui n'est pas employé suffisamment souvent, pour ne pas laisser des malades souffrir pendant huit, dix jours et plus, de ces crises de colique néphrétique que l'on pourrait arrêter immédiatement. Et, je le répète, la mise en place de cette sonde urétérale facilitera l'issue du calcul. Si la sonde ne peut pas dépasser le calcul, elle sera complètement inutile, ce n'est pas la peine de la laisser en place.

Lorsque nous avons affaire à un *calcul de l'uretère installé depuis un temps* quelquefois impossible à prévoir, ou depuis un temps assez long, il faut considérer à ce moment le volume du calcul et l'état du rein. Si le rein est valable, si le calcul est petit, il faut essayer de faire sortir ce calcul. Cette tentative pour faire sortir le calcul que l'on suppose suffisamment petit pour s'éliminer par les voies naturelles, doit être précédée d'une vérification de l'uretère, qui nous aura démontré si celui-ci est très dilaté au-dessus du calcul, ou, au contraire, est normal ou à peu près. Dant le premier cas il est inutile d'essayer de faire sortir le calcul, nous n'y arriverons pas et le rein encore valable souffrant réellement par la dilatation, il faut d'emblée aller enlever ce calcul. Si au contraire l'uretère et le bassinet ne sont pas dilatés, nous pourrons essayer de faire sortir ce calcul et nous l'essaierons encore par la mise en place d'une SONDE URÉTÉRALE.

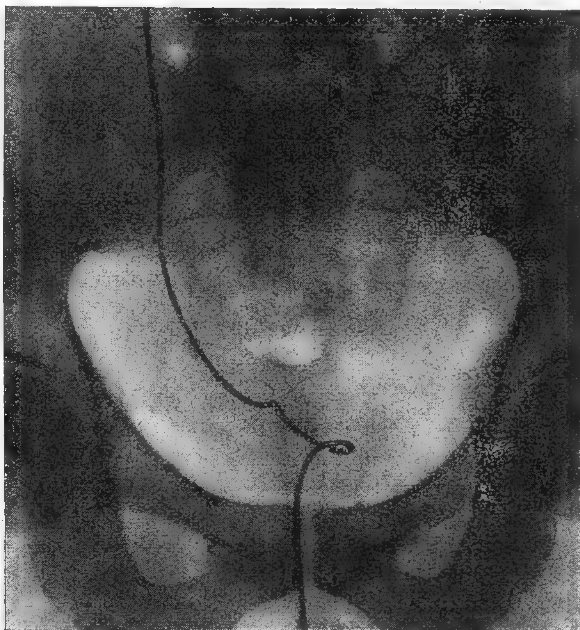


FIG. 2. — La tache coïncide avec la sonde urétérale. Il s'agit donc bien d'un calcul.

Pour que celle-ci agisse, il faut qu'elle puisse franchir le calcul ; si elle reste au-dessous, sa présence est inutile, il faudra ne pas insister. Si l'on a pu franchir le calcul avec la sonde, on laissera celle-ci quatre ou cinq jours en place et au moment où on retirera la sonde on injectera dans l'uretère au-dessus du calcul une certaine quantité, deux ou trois centimètres cubes, d'une huile antiseptique (huile goménolée, huile phéniquée), de façon à lubréfier les parois du canal et à faciliter le glissement du calcul. La sonde aura dilaté le canal au-dessous du calcul, aura quelquefois mobilisé celui-ci, et souvent nous voyons à la suite de cette manœuvre très simple le calcul s'éliminer dans les huit ou dix jours qui suivent le retrait de la sonde.

Je laisse de côté les sondes urétérales pouvant s'ouvrir une fois que l'extrémité a dépassé le calcul, sondes en parapluie, les pinces à préhension de modèles variés qui peuvent être beaucoup plus dangereuses qu'utiles et n'ont jamais donné de résultats bien exceptionnels, du reste, qu'entre les mains de leurs inventeurs.

Parfois le *calcul est arrêté tout à fait à l'extrémité inférieure de l'uretère*, une de ses extrémités fait saillie dans la vessie, ou bien il soulève nettement la région de l'orifice urétéral. Dans ces cas on pourra encore essayer la sonde

à demeure, mais mieux vaut d'emblée faire une FULGURATION de la région de l'orifice urétéral de façon à ouvrir largement cet orifice, et à la suite de cet étincelage nous voyons trois ou quatre jours après le calcul sortir lorsque l'escharre tombe.

Lorsqu'un calcul n'est pas sorti après ces tentatives, il faut l'EXTRAIRE. Il faut l'extraire également d'emblée lorsqu'une pyélographie nous démontre une dilatation de l'uretère au-dessus du calcul. Enfin il faut l'extraire également si le calcul est très volumineux. Cette intervention est en général une intervention bénigne, même dans les cas où le calcul urétéral se trouve dans la portion pelvienne où il n'est pas très facile à atteindre. Mais de toutes façons son extraction est bénigne.

Lorsqu'un *calcul de l'uretère s'accompagne de fièvre* par rétention d'urine purulente derrière lui, il faut essayer de placer une SONDE URÉTÉRALE à demeure au-dessus du calcul ; elle fera tomber la température en évacuant l'urine. Si la sonde ne peut franchir le calcul il faudra enlever celui-ci sans attendre pour libérer l'uretère.

Dans tous ces cas nous avons snpposé que le rein était démontré encore valable, oit que nous ayons fait une division, soit que l'urétéro-pyélographie nous ait démontré un rein non dilaté et ne donnant pas une quantité de pus considérable. Mais lorsqu nous avons affaire à un *rein très dilaté*, à un rein qui a pu être divisé, la sonde ayant franchi le calcul et n'a ri n donné, à un rein surtout extrêmement suppuré, dans ces cas il n'y a pas à hésiter, il faut enlever le rein : NÉPHRECTOMIE d'un organe qui n'a plus d'utilité et qui par les sécrétions urinaires et purulentes qu'il envoie dans l'uretère, provoque douleur et fièvre chez le malade.

Mais dans ces cas, que faut-il faire du calcul ? Il faut le laisser sans aucun doute. Autrefois je pensais que ces calculs de l'uretère abandonnés dans le canal étaient tolérés indéfiniment par les malades. Aujourd'hui, après avoir vu beaucoup de ces calculs, je pense que, s'il en est qui sont bien tolérés par les malades, la plupart nécessitent ultérieurement une intervention, soit par la suppuration qu'ils déterminent, soit par les douleurs dont ils sont la cause. En effet, ces calculs parfois tolérés pendant plusieurs années sans déterminer aucun trouble, à un moment donné provoquent des accidents qui nécessitent leur ablation. Mais au moment même de la néphrectomie je crois qu'en raison de la tolérance de certains de ces calculs, de la difficulté que l'on peut avoir à les enlever au moment de la néphrectomie, lorsqu'ils sont dans la portion pelvienne en particulier, il faut les laisser. Exception sera faite pour les calculs de la région lombaire que l'on peut enlever facilement en même temps que le rein.

Lorsque nous sommes en présence d'une *anurie* reconnue calculeuse par la radiographie, la première chose à faire est d'essayer de placer une SONDE URÉTÉRALE, et si cette sonde franchit le calcul d'un ou des deux côtés, s'il y a calculs bilatéraux, nous voyons la diurèse se rétablir et le malade se trouvera dans une situation infiniment meilleure au point de vue d'une intervention éventuelle.

Si la sonde ne peut pas passer, il faut intervenir immédiatement. Nous supposons que le calcul a été reconnu par la radiographie, le plus simple est d'aller à lui et de L'ENLEVER.

Dans le cas où pour une raison quelconque on ne pourrait pas avoir de renseignements suffisamment rapides, la radiographie ne pouvant pas être pratiquée, le malade se trouvant d'autre part dans une situation grave du fait d'une anurie persistant depuis plusieurs jours, il faudrait aller simplement OUVRIR LE BASSINET du côté qui a subi la dernière crise de coliques néphrétiques, et parfois l'intervention sur le bassinet permettant en même temps une exploration de l'uretère supérieur fera reconnaître où se trouve le calcul, parfois permettra de l'enlever, et en tout cas fera cesser l'anurie en débloquant le bassinet.

Dans le cours de cette leçon vous m'avez souvent entendu parler du cathétérisme urétéral. En terminant, je résumerai les indications de cette méthode merveilleuse dans les calculs de l'uretère.

La sonde urétérale opaque sert tout d'abord à confirmer l'existence d'un calcul lorsqu'une tache laisse quelques doutes sur la nature de cette tache.

La sonde urétérale sera employée avec profit pour calmer les douleurs d'une crise de colique néphrétique qui se prolonge au-delà de quelques jours. Son résultat sera parfois foudroyant ; si elle franchit le calcul, la crise cesse instantanément et d'autre part elle favorise par son séjour la sortie de celui-ci.

La sonde urétérale peut d'autre part attirer notre attention du côté d'un calcul auquel on ne pensait pas, quand, au cours d'une division d'urines elle s'arrête à un niveau un peu anormal.

La sonde urétérale aura son indication encore lorsqu'un calcul de l'uretère s'accompagnera de fièvre ; comme pour les pyélonéphrites avec rétention, la sonde urétérale évacuant l'urine purulente du bassinet fera cesser cette température.

Au cas d'anurie, la sonde urétérale fera cesser l'anurie, lorsqu'elle dépassera le calcul.

Enfin dans les calculs installés, la sonde urétérale mise à demeure facilitera l'issue du calcul en dilatant l'uretère au-dessous de lui, permettant d'introduire un liquide lubréfiant au-dessus et en lemobilisant au moment où on la retire.

C'est dire que la sonde urétérale est un merveilleux moyen de diagnostic et de traitement du calcul urétéral.

A PROPOS DE LA CUTI-RÉACTION TUBERCULINIQUE

J'ai lu dans le nº 9 du *Concours Médical* (28 février 1937) l'opinion de notre confrère le Docteur Jullien, de Joyeuse (Ardèche), sur la *cuti-réaction tuberculinique*, dont plusieurs congrès ou sociétés ont récemment préconisé *la répétition périodique systématique chez tous les sujets non allergiques* (je l'ai moi-même demandée dans un article de *L'Hôpital* paru en avril 1934).

Notre confrère exprime son opinion dans les termes suivants : « Nous ne doutons pas que l'immense majorité des praticiens..... comprendra le danger de l'erreur collective de cette médecine « de masses » fondée sur l'interprétation abusive des résultats d'un test trop facile, trop élégant et *sans valeur* ».

Je ne veux pas discuter ici une opinion aussi catégorique, et inexacte à mon avis, car il serait trop long d'énumérer les mérites de la cuti-réaction que de très nombreux médecins utilisent journellement avec le plus grand profit et de préciser les conditions dans lesquelles cette réaction doit être faite et comment ses résultats doivent être interprétés.

Il importe de ne pas laisser dire que « la répétition des cuti-réactions chez un sujet d'abord négatif peut à elle seule provoquer le virage du test », en invoquant à l'appui de cette opinion Von Pirquet lui-même que Calmette cite dans son livre sur l'infection bacillaire et la tuberculose. Le Docteur Jullien reproduit simplement la phrase suivante : « les cuti-réactions répétées chez le même sujet deviennent positives alors que la première a été négative », qu'il fait suivre de ce commentaire personnel : « Pourquoi ? parce que la cuti fait pénétrer dans l'économie des doses suffisantes de tuberculine pour provoquer à elles seules le virage de la réaction ».

En réalité, si l'on se reporte au texte exact de Calmette, on lit ceci :

« Von Pirquet (*Wien. Klin. Woch.*, 1908-20, 1123) avait également remarqué que les cuti-réactions répétées chez le même sujet augmentaient parfois d'intensité et même devenaient positives alors que la première avait été négative. L'imprégnation des tissus par la tuberculine peut donc produire une sensibilité particulière vis-à-vis de cette substance, et ce phénomène peut entraîner dans l'interprétation des réactions locales, des erreurs de diagnostic contre lesquelles il faut être prémuni.

Il est certain (1) cependant que chez les individus comme chez les animaux absolument *indemnes* de toute infection tuberculeuse, la répétition des inoculations superficielles ou des instillations de tuberculine, même concentrée, ne donne *jamais* de réaction. Tel est du moins le résultat d'un grand nombre d'observations prises chez des nourrissons et chez des adultes qui n'ont jamais fourni d'ophtalmo-réaction positive. Roepke n'est pas parvenu à sensibiliser des sujets sains en se servant de tuberculine de Koch à 4 p. 100 et en renouvelant très fréquemment l'instillation dans le même œil ». (L'infection Bacillaire et la Tuberculose chez l'Homme et chez les Animaux, par A. Calmette, 4e édition, revue par Boquet et Nègre, 1936, p. 685).

J'estime que le Docteur Jullien a eu tort de se servir d'un texte incomplet pour étayer une opinion.

Dr André Bohn.

(1) Dans la seconde édition (1922) du livre de Calmette, cette phrase commençait ainsi : « Il apparaît bien... La probabilité d'alors est donc devenue une certitude pour Calmette.

TRAITEMENT DE L'HYPERTROPHIE PROSTATIQUE CHIRURGIE OU ÉLECTRICITÉ ? (1)

H. Laffitte, (Niort)

D'abord qu'entend-on par chirurgie d'un côté et électricité de l'autre ? Tout se résume à deux interventions : la *prostatectomie* et la *résection endo-uréthrale*.

Nous pouvons laisser de côté tous les autres procédés qui ne peuvent être envisagés que d'une façon exceptionnelle et qui n'ont aucun intérêt ; le *Steinach* en particulier. Les urologues consciencieux, les anatomo-pathologistes ont condamné définitivement ce procédé qui a bénéficié beaucoup trop longtemps d'une vogue due entièrement à sa facilité d'exécution et d'une soi-disante bénignité qu'on faisait miroiter aux yeux de vieillards à santé fragile, mais à qui on oubliait de parler de son efficacité plus que douteuse.

Nous ne retiendrons pas la *radiothérapie*, qui n'a nullement donné ce qu'on pouvait attendre d'elle : elle est abandonnée.

Il reste donc, à l'heure actuelle, deux méthodes du traitement de l'hypertrophie prostatique : l'*ablation de l'adénome* par la voie haute transvésicale ou par la voie basse périnéale et la *résection* de cet adénome par une anse électrique, par voie intra-urétrale. L'une et l'autre, bien entendu ne doivent s'appliquer qu'à des cas d'adénomes déjà évolués. Le prostatique sans rétention, dont le résidu est faible (moins de 100 grammes par exemple), relève presque entièrement du traitement médical. Nombreux sont les malades qui, avec un ou deux sondages faits à temps, quelques massages, une bonne hygiène, un régime raisonnable, franchissent sans encombre les caps des 60, 70 et 80 ans avec une prostate adénomateuse.

La *résection endo-urétrale* a fait son apparition en France il y a quelques années, parée de tous les charmes d'une publicité américaine. Faisant revivre avec beaucoup d'élégance et de souplesse le principe du forage de Luys avec la sécurité que donne une instrumentation précise et ingénieuse, elle se présente à nous avec des atouts de premier ordre : — Travail sous le contrôle de l'œil, — Pas de taille préalable, — Ablation progressive par des copeaux qu'on peut multiplier à l'infini, — Evolution rapide, puisqu'il n'y a pas ouverture de la vessie, — Gravité moindre, s'adressant ainsi à une foule de malades.

Tout ceci est très exact ; mais il y a des inconvénients, desquels justement découleront les contre-indications qu'on ne doit ni ignorer, ni camoufler, attendu que, lorsqu'on oppose la résection à la prostatectomie, on attire toujours l'attention uniquement sur les défauts de cette dernière, d'ailleurs connus de tout le monde !

1° *La réalisation de la résection endo-prostatique est délicate.* Il n'est pas douteux que l'énucléation d'une prostate à la Frayer, procédé classique, est plus facile que la résection électrique. Cependant, tout praticien qui a l'habitude du cystoscope et surtout de l'urétroscope se débrouillera rapidement avec l'instrumentation un peu compliquée de la résection électrique. Si nous avons bonne mémoire nous avouerons que nous avons tous été plus ou moins hésitants pour les premières prostatectomies. Je ne crois pas que notre doigt ait été plus rapidement entraîné à cette époque-là, que notre œil maintenant pour cette nouvelle chirurgie.

2° *Possibilité d'hémorragie.* — Celle qui se produit au moment de l'intervention n'est nullement grave, car on peut en venir facilement à bout. Celle qui se produit après l'intervention et même tardivement a donné lieu à des suites ennuyeuses, fâcheuses, même catastrophiques dans certains cas, et il faut avouer que l'on est un peu démuni contre elle. Jusqu'ici, nous avons pu échapper personnellement à ce dernier danger.

3° *L'infection peut exister sous toutes ses formes*, depuis l'infection vésicale, dont l'importance est minime, jusqu'à l'infection rénale, mais on la rencontre aussi dans la prostatectomie. Ce qui est plus grave encore, c'est l'infection profonde qui peut survenir à la suite de blessures d'organe voisin. En effet, on est toujours pris entre les deux tendances : ou enlever un nombre insignifiant de copeaux et, alors, on ne risque qu'une intervention à résultat imparfait, ou en enlever trop et, dans ce cas, le danger est grand, car on risque d'aller au delà de l'adénome lui-même. Cette limite franchie, nous nous trouvons à même d'observer les plus graves complications. Il est entendu qu'on peut à l'œil suivre les progrès du rabotage, mais, au bout d'un certain temps, quel est le critérium de la fin de l'opération ? Il est bien difficile de le dire. On a une évaluation d'épaisseur de prostate au doigt qui n'est pas toujours très exacte et d'un certain nombre de copeaux, dont le volume correspond à peu près à ce qu'on peut enlever, mais c'est assez imprécis. Cela n'est nullement com-

(1) Nous avons exposé ces idées en novembre 1936 dans l'*Actualité médico-chirurgicale*. Nous avons eu le plaisir de constater sous la plume particulièrement autorisée de Fray Dossot (R. M. F., déc. 1936) des conclusions à peu près identiques.

parable avec le plan de clivage que l'on suit avec le doigt.

4° *Son efficacité n'est pas de l'ordre de* 100 %. — Nous avons tous vu des malades sans guérison parfaite immédiate après l'intervention et certains, qui en ont eu une, n'ont pas vu cette amélioration persister avec cette régularité permanente qu'on observe après les prostatectomies.

5° *L'ablation n'étant que partielle*, même lorsqu'elle est poussée très loin, ne met pas à l'abri d'une dégénérescence néoplasique secondaire.

Voilà loyalement le bilan des avantages et des inconvénients de l'anse électrique. Nous devrions procéder de même pour la prostatectomie, mais ce serait allonger cet article. Au reste cette intervention est trop entrée dans nos mœurs pour que ses avantages et ses inconvénients ne soient connus de tout le monde. Qu'on fasse une prostatectomie à la Frayer par un petit orifice ou à ciel ouvert, qu'on la fasse par la voie périnéale, nous aurons toujours des suites de durée plus longue qu'avec la résection électrique. L'opération est parfaite. Quand elle est terminée, il ne reste plus d'adénome. Les récidives sont exceptionnelles et dans les mains des chirurgiens qui en ont l'habitude, associée à la taille préalable, elle a vu sa gravité diminuer dans des proportions considérables.

Aussi, devons-nous dire que la prostatectomie doit disparaître devant sa jeune concurrente ? Je ne le crois pas. Aucune des deux ne réunit tous les avantages. Enfin, je ne pense pas qu'il y ait beaucoup de maladies qui puissent offrir des cas à symptomatologie et à pronostic plus différents les uns des autres.

D'abord un premier point : n'avons-nous pas toujours appris que les prostatiques *distendus et infectés* ne relevaient que d'une thérapeutique : la taille ? La sonde à demeure, chez eux, est redoutable. La taille faite, le maladeest bien reposé, a-t-on vraiment plus d'avantage à faire une résection électrique qu'une ablation au doigt ? Si je pose la question, c'est justement que ce que j'ai vu où ce que j'ai lu ne me semble nullement définitif.

Les *grosses prostates* ne nous semblent pas, malgré les virtuoses de l'anse, devoir échapper au doigt. Nous avons tous enlevé des prostates de plus de 100 grammes. Comment veut-on sincèrement avoir la prétention d'enlever, par des copeaux de 2 cm. de long, 4 mm. d'épaisseur et de 6 mm. de largeur, une masse égale à celle d'une orange, par exemple ?

L'adénome dur sur lequel on hésite au point de vue de sa constitution histologique doit relever entièrement de la prostatectomie. En cas de doute, l'enlever en totalité et ne pas le réséquer.

Si le malade *est résistant*, que l'adénome soit de moindre volume, on peut choisir l'un ou l'autre des procédés, mais, jusqu'à preuve du contraire, nous pensons encore que l'adénectomie bien *faite est encore, dans ce cas, l'opération idéale*. Au contraire, la *petite prostate*, souvent réduite à un lobe médian, la *barre prostatique*, les *lésions impalpables de ces prostatiques sans prostate, relèvent entièrement*, à l'heure actuelle, de l'électricité. Il paraîtrait rétrograde de faire une incision de la vessie à ces malades quand une simple résection guérit en quelques jours une dysurie ou une rétention.

Un malade *jeune ayant besoin d'immobilisation de courte durée*, dont la vie sociale réclame une mise sur pied rapide, bénéficiera souvent d'une résection, surtout pour les lésions tout à fait à leur début. Enfin, les *vieillards avec des reins fatigués*, chez lesquels on hésiterait certainement à faire une prostatectomie, opération idéale, certes, mais trop complète, bénéficieront souvent de cette résection plus bénigne. Si son efficacité n'est peut-être pas aussi longue, elle sera peut-être suffisante. Que reprocher à une intervention qui, chez des malades de 78, 80 ans, permet pendant quelques années encore une évacuation correcte des urines ?

Enfin, la *renommée du procédé* est considérable et nous ne pouvons rien contre elle. C'est une arme sérieuse, il faut s'en servir. Toutefois, notre devoir est de proposer, dans ces différents cas, la technique que nous croyons devoir être la meilleure. Bien entendu, je laisse de côté les nombreux cas plus rares où la discussion peut se présenter plus serrée : congestifs, anciens infectés, porteurs de fausse route, calculeux, lésions diverticulaires, cystites incrustées. Tout cecine simplifie pas la question, tant s'en faut.

Conclusions -- En terminant, qu'on nous permette de schématiser la question, en disant : 1° que la prostatectomie est une opération excellente et reste l'opération de base chez la plupart des prostatiques classiques ; 2° que la résection endo-urétrale s'applique non pas tant aux cas classiques qu'à ceux qui ne l'étaient pas, à savoir : les malades trop fatigués pour subir une intervention importante, ou ceux trop jeunes ou qui présentaient des lésions trop légères pour qu'on puisse leur appliquer, il y a quelque temps, autre chose que le traitement médical.

A la prostatectomie : l'adénome normal. A la résection endo-urétrale : les jeunes, parce que les lésions sont légères, les très âgés ou les fatigués, parce que la prostatectomie est trop importante pour eux, et les petites lésions adénomateuses.

C'est tout au moins le point de vue que nous avons en 1936, mais il pourra changer d'ici quelque temps. Il changera même probablement.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOPITAL DE LA CONCEPTION — MARSEILLE

A PROPOS DE L'ACTION LOCALE DE LA VITAMINE A

Par Albert ESCARRAS

Interne des hôpitaux

L'action de la vitamine A dans la croissance organique est bien connue ; se basant sur l'étude « des maladies par carence », on a, depuis longtemps prouvé son rôle indispensable dans l'évolution normale de l'être, dans la genèse des phénomènes vitaux organiques ; ceci a naturellement fait envisager son action possible, plus particulièrement élective, sur la régénération cellulaire. En d'autres termes, il a paru vraisemblable qu'à côté d'une action générale la vitamine A devait avoir une action locale et de même ordre.

Sous l'impulsion de M. le Professeur Chevallier, qui depuis des années s'est attaché à l'étude de ce corps, des expériences nombreuses ont été faites dans le service de M. le Professeur Fiolle : c'est à la lumière des faits qui y ont été constatés que nous allons dégager quelques conclusions pratiques sur les indications, la technique, les résultats, de l'application locale de la vitamineA.

On en use : dans le traitement des plaies traumatiques, des brûlures, des plaies chirurgicales, des altérations cutanées d'origine trophique.

Toutes les plaies d'origine traumatique qui, soit par leur trop grande étendue (et en particulier les plaies contuses) soit parce que l'intervalle admis pour leur suture par première intention est dépassé, ne peuvent être réunies, de même que les plaies qui tardent à cicatriser et ont tendance à s'éterniser voient leur évolution vers la guérison accélérée par la vitamine.

Doit-on en faire usage dans les plaies infectées ? Certainement oui : après une détersion soignée, du foyer, on est frappé, dès la première application, des changements apportés dans l'aspect de la lésion : l'exsudat s'éclaircit et disparaît rapidement, l'épidermisation s'accélère. Les mêmes résultats sont obtenus aussi bien dans les affections aiguës, les vastes délabrements dus aux incisions des foyers d'infection, phlegmons, anthrax en particulier, dans lesquels l'état local et général sont largement améliorés par l'application, que dans les suppurations froides. A ce point de vue il semble que l'effet doit être particulièrement heureux après incision et mise à plat complète des trajets fistuleux de l'anus.

Mais c'est, sans conteste, dans les brûlures, que la méthode semble donner les résultats les meilleurs. Dans tous les cas et quel que soit le degré de la lésion, l'infection est enrayée ou empêchée, le bourgeonnement riche et rapide, l'épidermisation complète, la cicatrice souple et presque invisible. Il semble que l'on doive ainsi empêcher les cicatrices rétractiles ou adhérentes qui assombrissent tellement l'avenir fonctionnel des brûlésdes membres.

Pratiquement, dans les brûlures vues immédiatement après l'accident l'application doit être faite sur le champ après simple détersion au sérum physiologique. Dans les cas vus plus tardivement et infectés, il est bon d'associer à l'application vitaminée celle d'un antiseptique faible et réducteur ; bleu de méthylène à 0,35 pour mille.

Enfin sur les lésions d'ordre trophique les constatations faites sont extrêmement encourageantes. Les escarres en particulier, escarres de décubitus chez les malades alités depuis longtemps (typhiques) sont améliorées ou disparaissent complètement ; les ulcères d'origine variqueuse subissent une nette transformation et il en est qui ont été cicatrisées par des greffes en semis associées à la vitamine *in loco*.

La technique employée est extrêmement simple : après ébarbage, détersion, et au besoin désinfection douce du foyer (par des réducteurs), il suffit d'y appliquer une petite quantité de vitamine en solution huileuse telle que la surface soit uniformément recouverte d'une couche mince. On recouvre d'un pansement léger, ou même d'une simple gaze si possible et l'on ne touche à la plaie que tous les deux ou trois jours.

Le produit employé est celui qui existe dans le commerce sous le nom de « vitamine A 313 ».

Cette méthode de traitement est, il est vrai, assez onéreuse, aussi est-il utile dans les plaies de grandes dimensions de diluer la vitamine dans de l'huile de foie de morue ; le seul inconvénient de la technique est l'odeur peu agréable que dégage le pansement. Les résultats que l'on en obtient contrebalancent largement ce petit ennui : pour les synthétiser on peut adopter les conclusions émises par MM. Chevallier et Carcassonne à la Société de chirurgie de Marseille : « La vitamine provoque le bourgeonnement des

plaies elle régularise ce bourgeonnement, elle active l'épidermisation, elle ralentit la suppuration ».

En effet, avec une rapidité étonnante, même sur une plaie atone, on peut voir le fond bourgeonner rapidement, prendre un aspect congestif, hémorragique, qui est celui d'un tissu de cicatrisation extrêmement vivant et actif. De même le bourrelet périphérique : l'épidermisation progresse rapidement, tranche nettement par sa coloration rose vif sur les tissus avoisinants et de jour en jour on peut suivre les zones concentriques qui limitent la partie cruentée. L'exsudat devient opalescent, puis clair, pour disparaître totalement. Chose remarquable, à cicatrisation totale la souplesse des tissus de néoformation est parfaite, et il faut regarder de près, souvent, pour voir comme trace résiduelle une simple zone de dépigmentation. Enfin, le fait est expérimentalement prouvé, la vitamine s'absorbant par les tissus, l'état général des blessés s'en trouve amélioré, la courbe thermique subit une chute régulière et rapide, prouvant qu'une action de défense organique, antitoxique, s'est associée à l'action locale de régénération tissulaire.

ÉCLAT DE BOIS ENTRÉ DANS LA BOUCHE, AYANT CAUSÉ UNE MASTOIDITE

MM. Despons, Barraud et Pinson ont présenté à la séance du 21 décembre 1936 de la Société anatomo-clinique de Bordeaux, une curieuse observation concernant un éclat de bois entré par la bouche, au niveau du pilier antérieur, ayant pénétré profondément jusqu'au conduit auditif externe et causé une mastoïdite suppurée.

Il s'est agi d'un enfant de deux ans conduit à la consultation pour otite moyenne aiguë suppurée, mastoïdite et fistulisation dans la bouche à la partie inférieure du pilier antérieur. On pense à une mastoïdite cervicale (mastoïdite de Bezold) et l'on trépane la mastoïde qui contient du pus. La suppuration persistant, on suspecte une ostéite bacillaire. La fistule du pilier antérieur et celle du conduit auditif externe laissent sourdre du pus en assez grande quantité.

On décide une intervention, un curetage du trajet fistuleux. Après incision rétro-auriculaire, le conduit auditif externe est exploré. On trouve de l'ostéite et des séquestres. Une compresse enfoncée dans le trajet fistuleux fait saillir dans la bouche un éclat de bois pointu, irrégulier, de 3 centimètres 1/2 de longueur, sur 8 millimètres de largeur.

La mère, interrogée, déclare que huit jours avant la suppuration d'oreille, l'enfant était tombé, en jouant seul, sur une bordure de rosiers et que sa bouche avait saigné. Un médecin, appelé, avait diagnostiqué une blessure légère de la muqueuse de la gorge. La chute s'était faite sans doute, la bouche ouverte, sur une branche de rosier qui, après avoir perforé le pilier antérieur et traversé la paroi pharyngée, était venue se briser dans le conduit auditif externe — d'où l'ensemble des accidents consécutifs.

***

Les otites et les mastoïdites aiguës suppurées d'origine traumatique sont des raretés si on les compare au grand nombre d'otites aiguës dues aux infections naso-pharyngées d'origines diverses. En général, les otites moyennes aiguës traumatiques sont consécutives à une fracture du rocher par chute sur le crâne. Le cas observé par MM. Despons, Barraud et Pinson est, dans ces conditions, aussi exceptionnel que curieux dans sa pathogénie.

P. Lacroix.

LA CLINIQUE INFANTILE AU GOUT DU JOUR

L'aérophagie du biberon, cause de vomissements

D'après le Docteur M. Lelong (*)

Les nourrissons « vomisseurs » par aérophagie excessive

Il importe, au point de vue thérapeutique, de savoir déceler cette catégorie de « vomisseurs ». Ils avalent l'air seulement à l'occasion des repas; par cela, ils se distinguent des nourrissons, qui le déglutissent surtout dans l'intervalle des tétées, par suite d'un tic de salivation, de déglutition ensuite, en rapport avec un trouble nerveux central, comme chez l'adulte. Cette forme inter-prandiale de l'aérophagie ne se rencontre d'ailleurs qu'exceptionnellement avant un an, et s'observe surtout chez des idiots encéphalopathiques; dès lors, elle se manifeste plus par des poussées de tympanisme abdominal que par des vomissements.

La clinique suffit souvent à faire le diagnostic de l'aérophagie prandiale, cause du vomissement. Tout d'abord on est frappé par le jeune âge, parfois le très jeune âge du nourrisson. Il s'agit d'un enfant de moins de six mois, de quelques semaines ou de quelques jours. C'est un sujet, alimenté au sein aussi bien qu'au biberon, et le sexe n'exerce aucune influence spéciale. Il faut attacher une grande importance à la date du début de l'affection : celui-ci est très rapproché de la naissance, et l'on ne note pas la phase latente initiale, si caractéristique, de la sténose congénitale du pylore.

L'appétit est normal ou augmenté : la fréquence, l'intensité des vomissements est même d'autant plus grande que l'appétit de l'enfant est plus vigoureux. Souvent le nourrisson tête avec une rapidité extrême, ingérant à la fois trop d'air et trop de lait. A chaque déglutition simultanée d'air et de liquide, on peut entendre un bruit de glou-glou caractéristique. Parfois, — et ce fait contraste avec la voracité initiale — le nourrisson s'arrête dès la deuxième ou la troisième minute du repas, la distension gastrique excessive supprimant la sensation de faim et rendant toute ingestion nouvelle impossible. Souvent le sujet s'agite et pousse des cris plaintifs. Si à ce moment une éructation survient (qui peut entraîner un flot de lait), l'enfant soulagé reprend son repas interrompu.

Le vomissement est, en général, précoce : au cours du repas, immédiatement après, ou peu après, rarement après une demi-heure ; si, passé ce délai, l'enfant n'a pas vomi, il y a de grandes chances pour qu'il puisse conserver son repas. Cependant cette règle n'est pas absolue : le rejet alimentaire peut être tardif, à plusieurs reprises dans l'intervalle inter-prandial.

Le mode de rejet alimentaire est variable : par éructation, par régurgitation, par vomissement vrai. Par éructation, le lait est évacué d'une manière brusque, explosive et bruyante, en même temps que l'air expulsé. Dans la régurgitation gastrique, les phénomènes se passent autrement : plus ou moins tôt après que le nourrisson a été replacé dans le décubitus horizontal, le lait apparaît à la bouche, presque silencieusement, sans état nauséeux préalable, sans modification du faciès, sans contraction visible de la paroi abdominale, par le seul effort de la musculature gastrique. Tantôt le lait s'écoule en bavant sur l'une des commissures labiales ; tantôt l'éjaculation est plus vive, la contraction gastrique ayant été plus énergique, et le lait s'écoule en jet sur le bavoir, avec autant de force que s'il s'agissait d'un véritable vomissement. Quand la distension a été excessive, le lait est expulsé par un vomissement vrai, en fusée, avec mise en jeu de la musculature abdominale et phrénique.

Tout de suite après la tétée, le lait est non caillé ; plus tard, il est en grumeaux ; si la coagulation s'est faite en masse dans l'estomac, l'enfant peut ne régurgiter qu'un liquide aqueux, le lacto-sérum. Les régurgitations et les vomissements sont favorisés par le décubitus trop horizontal, et par les déplacements imprimés brusquement au corps de l'enfant. Ils sont calmés par le sommeil.

L'examen somatique du sujet ne révèle à peu près rien. Aussitôt après la tétée, on note parfois une voussure tympanique de la région épigastrique, sans contractions péristaltiques visibles au travers de la paroi. Dans l'intervalle des tétées, le ventre peut être globuleux, distendu par l'aérocolie consécutive à l'aérogastrie. Dans l'ensemble, il est plus juste d'insister sur le caractère négatif de l'examen, car les symptômes observés n'ont pas grande valeur. En particulier, il est capital de souligner que les selles ne

(*) Les vomissements par aérophagie chez le nourrisson et leur traitement. (*L'Année Pédiatrique*, 1937. Masson, édit. Paris)

sont pas pathologiques : pas de diarrhée, pas d'aspect muco-granuleux ou glaireux ; pas même d'aspect mastic. Tout au plus relève-t-on de la fausse constipation, par suite de la sous-alimentation, elle-même secondaire aux vomissements.

La nutrition générale et la croissance de l'enfant ne sont pas troublées au début : le nourrisson n'a pas l'air d' n petit malade.

Si les traits essentiels de leur tableau clinique ne sont pas perdus de vue, le diagnostic des vomissements par aérogastrie n'est pas difficile. Il n'est malaisé que dans les cas où l'aérophagie intrique son action avec celle d'autres facteurs : suralimentation, qui exagère encore la distension gastrique ; état dyspeptique que signalent d'emblée la diminution de l'appétit et surtout la coïncidence avec les vomissements, les altérations pathologiques des selles ; spasme gastrique, dont la cause est elle-même à dépister, enfin sténose congénitale du pylore. Ce dernier cas est facile à éliminer, grâce à un examen radioscopique, méthodiquement exécuté et correctement interprété.

***

Un traitement rationnel, basé sur les facteurs du vomissement par aérophagie excessive

Si, après un diagnostic correct, un traitement convenable est mis en œuvre, le rejet alimentaire cesse immédiatement. Sinon, le syndrome persiste semblable à lui-même pendant des semaines et des mois. Tous les laits sont essayés tour à tour : lait de vache de provenances diverses, babeurre, lait sec ou lait condensé dilués. Ces changements multiples d'alimentation peuvent finir par créer de toutes pièces un véritable état dyspeptique avec ses conséquences. Puis, la ténacité des vomissements, l'amaigrissement consécutif peuvent, à un examen superficiel, faire craindre la possibilité d'une sténose du pylore. Un critérium thérapeutique viendra d'ailleurs confirmer le diagnostic.

Quelques considérations sont nécessaires, avant tout, pour comprendre le mécanisme de l'aérophagie chez le nourrisson ; puis celui du vomissement par aérophagie.

La méthode des radiographies instantanées en série permet de se rendre compte que l'enfant en têtant avale au moins autant d'air que de liquide. Sur les clichés, l'œsophage apparaît comme une poche allongée, de calibre relativement énorme, puisque sa projection optique couvre, ou même déborde celle du rachis. L'image œsophagienne est une image de distension gazeuse transitoire, une véritable poche à air œsophagienne, différente de la poche à air gastrique. Pendant la tétée , air et liquide entrent simultanément, en deux courants parallèles, et, contrairement à ce que supposent certains auteurs, à mesure que l'estomac se remplit, il ne sort pas d'air par le cardia. Plus ou moins longtemps après la fin de la têtée, survient l'éructation. Véritable vomissement d'air, celle-ci n'est qu'une réaction de défense de la musculation gastrique contre la distension ; elle peut entraîner une partie du lait. L'air non expulsé par le cardia est, par la suite, évacué par le pylore, parallèlement au contenu alimentaire. Fait capital, et qui n'a pas jusqu'ici retenu suffisamment l'attention, à jeun, l'estomac du nourrisson ne contient qu'une quantité d'air minime (air résiduel). Sauf exceptions rarissimes, le nourrisson n'avale pas d'air dans l'intervalle des repas.

Or, il est important de remarquer que les conditions habituellement invoquées ne jouent, dans la production de l'aérophagie, qu'un rôle nul ou insignifiant. Si l'on ne modifie pas la consistance de l'aliment, la déglutition d'air reste la même, que l'enfant tête au sein ou au biberon, qu'il prenne à la cuillère ou à la tasse. De même sont sans influence nette les positions de l'enfant pendant le repas, celles données au biberon, la forme du mamelon ou de la tétine, l'adhérence variable des lèvres à la tétine ou au mamelon : l'aérophagie est liée, non au phénomène buccal de la succion, mais au phénomène pharyngé de la déglutition. *Une seule cause à l'aérophagie chez le nourrisson : la consistance liquide de l'aliment ingéré* : les aliments de consistance épaisse suppriment l'ingestion de l'air en excès.

Quant au mécanisme du vomissement dans ce cas particulier, l'aérophagie mérite d'être considérée comme la cause essentielle, car elle constitue le facteur principal de la distension gastrique. Mais ici intervient un élément variable avec chaque individu, constitutionnel en quelque sorte, qui augmente ou diminue la sensibilité de l'estomac à la distension subie. Dans les premières semaines de la vie, l'estomac résiste moins à la distension qu'aux phases ultérieures ; il y a lieu aussi de considérer le « terrain névropathique », qui détermine cette irritabilité spéciale de certains sujets. Les aérophages, qui vomissent, sont souvent des nourrissons gloutons, qui têtent avec une rapidité désordonnée, gonflent leur estomac et vomissent aussitôt, parfois même avant la fin de la têtée : il suffit de rendre celle-ci moins précipitée pour supprimer les vomissements.

Certains nourrissons évacuent mieux que d'autres l'air ingéré par le cardia ou le pylore ; la durée de l'évacuation de l'air par le pylore dépend aussi des positions données au bébé pendant la digestion : les positions ventrales ou dorsales sont indifférentes ; d'autre part, si dans le décubitus latéral droit le liquide est évacué aisément, dans le décubitus latéral gauche, au contraire, la poche à air se met en situation sous-pylorique et s'évacue rapidement, en une dizaine de minutes, dans l'intestin.

Ce qu'il faut retenir de cet exposé, c'est que, d'une manière générale, tous les régimes sont inefficaces, tant que leur consistance physique reste liquide. Si, vers le sixième mois, les régurgitations deviennent moins fréquentes, puis disparaissent, c'est que le régime institué à ce moment comprend l'usage des aliments de consistance épaisse.

Trois directives thérapeutiques précises découlent de ces constatations : l'*introduction du repas liquide à la sonde, l'augmentation de la consistance du repas, le décubitus latéral gauche momentané.*

La première, qui supprime la fonction pharyngée et du même coup la poche à air, ne sera recommandée que dans les cas graves, qui sont heureusement exceptionnels.

Pour augmenter la consistance des repas, on pourra tout d'abord restreindre leur teneur en eau. Si l'enfant est au sein, la chose est assez difficile : on récoltera, par exemple, le lait maternel pour l'épaissir par évaporation ou l'employer à la confection des bouillies. S'il est impossible de le récolter, on donnera à l'enfant, juste avant la tétée au sein, ou au milieu de celle-ci, une demi ou une cuillerée à café de lait condensé (Le Lorier), ou, si l'enfant est suffisamment âgé, une cuillerée à café d'une pâte épaisse faite avec de l'arrow-root ou de la semoule, ou de la pomme de terre. Si l'enfant est nourri artificiellement, la méthode du lait de vache évaporé ou réduit est d'application facile. Le lait condensé, le lait sec, les babeurres condensés permettent, en diminuant convenablement l'eau de dilution, d'obtenir des repas de consistance appropriée. On pourra utiliser les fromages blancs ou les petits suisses.

Cependant ces régimes, par la diminution de leur teneur en eau et leur concentration en protides et lipides, sont des régimes déséquilibrés : ils doivent être très surveillés, en particulier on veillera à restituer au nourrisson la quantité d'eau nécessaire soit par la bouche (dans l'intervalle des repas ou dans la nuit), soit même par injections sous-cutanées. Dès que l'âge de l'enfant le permettra, on combinera l'épaississement par évaporation à l'épaississement par adjonction de farines ou de légumes.

L'autre groupe de régimes épais est caractérisé, en effet, par l'adjonction à la ration liquide d'éléments solides en quantité bien réglée : ce sont les régimes farineux et végétariens, possibles dès l'âge de 3 mois. On peut donner au vomisseur des bouillies épaisses à l'arrow-root. On aura soin de ne pas les malter pour ne pas les rendre liquides ; mais il sera bon, après ingestion des repas, de faire prendre à l'enfant une minime quantité de malt, dont l'action s'exercera dans l'estomac. A partir de 6 mois, il sera facile de recourir aux pâtés de légumes variés, bien finement tamisés.

Enfin, comme il a été dit, le décubitus latéral gauche, immédiatement après le repas, favorisera l'évacuation, par le pylore, de l'air intragastrique et diminuera de suite la distension gazeuse de l'estomac. En pratique, après la tétée, on laisse l'enfant dans la position verticale un temps suffisant pour que l'éructation normale puisse se produire ; ensuite, qu'elle se soit produite ou non, on couche le bébé sur le côté gauche pendant un quart d'heure (premier temps) ; puis (deuxième temps) sur le côté droit jusqu'à la tétée suivante pour évacuer par le pylore la partie liquide du contenu stomacal.

Si importantes que soient ces trois méthodes contre l'aérophagie et les vomissements, il ne faut pas négliger deux points : empêcher le bébé de boire trop vite, en coupant la tétée de plusieurs pauses ; diminuer l'irritabilité de l'estomac en prescrivant soit du gardénal, à la dose de 0 gr. 01 répétée deux à trois fois en vingt-quatre heures, soit du chlorure ou du bromure de calcium. Enfin, on s'efforcera de calmer l'émotivité de l'entourage.

G. FISCHER.

A PROPOS D'UN CAS DE NÉVRALGIE CRURALE TRAITÉ PAR LA VITAMINE B[1]

Par les Docteurs A. SLIOSBERG et J. SVARTMANN

La reconstitution synthétique de la Vitamine B[1] à mis à la disposition du thérapeute une médication nouvelle dont les applications offrent un intérêt considérable en pratique courante. Jusqu'à cette découverte la vitamine B[1] était essentiellement considérée comme le facteur antibéribérique. L'expérimentation biologique et la clinique ont démontré que la vitamine B[1] possède en réalité un champ d'applications beaucoup plus vaste : cette vitamine, régulatrice du métabolisme nutritif du tissu n rveux, semble pouvoir intervenir à titre d'agent réparateur dans le processus de guérison de nombreuses affections neurologiques.

Une littérature importante (surtout étrangère) a déjà consacré l'intérêt thérapeutique de la vitamine B[1] en neurologie. Citons pour mémoire les travaux de Neumann, Hess, Joliffe et Colbert, Lévy Valensi, Justin-Besançon, Tilitscheef et Klotz, P. Boulanger, Pagniez, dont les observations ont mis en relief l'action curative de la vitamine B[1] sur les polynévrites (éthyliques, infectieuses, gravidiques et diabétiques) et sur les névralgies à localisations diverses (sciatique, crurale, faciale).

La connaissance de ces faits nous a incités à soumettre au traitement par la vitamine antinévritique un cas de névralgie crurale particulièrement tenace dont voici l'observation :

M. M..., âgé de 60 ans, très vigoureux et actif, se plaint depuis le 30 novembre 1936, de doul urs assez violentes localisées à la région antéro-interne de la racine de la cuisse droite.

Cette algie irradie vers le triangle de Scarpa, la région scrotale et périnéale. Les analgésiques habituels et les calmants locaux n'amènent qu'une sédation relative et temporaire de ces douleurs qui devenant rapidement intenses vont empêcher la marche, rendent la position assise intolérable et amènent l'insomnie.

L'examen clinique met en évidence l'atteinte crurale : pas de points douloureux à la pression ; la flexion et l'extension de la cuisse sur le bassin réveillent les douleurs ; le signe de Lasègue est négatif ; la palpation et la percussion des dernières lombaires et de la région sacro-coccygienne ne révèlent l'existence d'aucun point douloureux à ce niveau. Le toucher rectal est négatif ; la palpation de la fosse iliaque droite ne décèle rien d'anormal ; il n'y a pas de signe de compression. Les reflexes sont normaux.

Par ailleurs, rien à retenir au point de vue général (cœur, foie et poumons normaux, T. A. 19-12 au Vaquez — rate non percutable — pas de constipation — mictions normales, examen des urines : ni sucre ni albumine, légère phosphaturie. B. W. négatif).

Nous pratiquons d'abord une série d'injections intraveineuses d'Iodure de sodium qui n'amène qu'un soulagement d'un mois environ, et en janvier 1937 une seconde crise apparaît, plus violente que la première et entraînant une insomnie rebelle. Un traitement salicylé est alors prescrit par voie buccale et intraveineuse. Le sommeil n'est possible que grâce au supposédol. La ténacité de la névralgie nous décide à entreprendre le traitement par la vitamine B[1] et nous injectons quotidiennement une ampoule de Bévitine.

Après six injections, les douleurs s'atténuent et le malade peut marcher, après une période de trois semaines d'immobilisation forcée.

Le traitement est poursuivi pendant quinze jours encore et nous assistons à une sédation progressive de tous les phénomènes douloureux. A l'heure actuelle et depuis un mois le malade marche normalement, monte les escaliers, effectue des travaux de jardinage sans éprouver aucune fatigue. Notre malade ne ressent plus que de très légers élancements et des engourdissements fugaces cédant d'ailleurs très vite au repos.

En résumé : névralgie crurale rebelle aux traitements habituels ayant cédé à une série de vingt injections de vitamine B[1].

Il nous a semblé intéressant de communiquer cette observation qui nous semble une des premières publiées en France

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

La ponction splénique pour le diagnostic du kala-azar méditerranéen. Sa valeur pratique

Parmi les procédés de diagnostic de la leishmaniose interne, seule la mise en évidence du parasite spécifique peut être regardée comme une épreuve de certitude. Or, parmi les diverses méthodes destinées à déceler les leishmania pendant la vie, la ponction de rate a tenu jusqu'à présent la première place. Depuis quelques années on tend cependant à lui substituer d'autres procédés que l'on donne comme plus sûrs ou moins dangereux.

MM. P. GIRAUD et GAUBERT pensent qu'en présence d'un cas suspect de leishmaniose cliniquement et après l'étude des réactions sérologiques, il faut mettre en œuvre les procédés inoffensifs de recherche de parasite : ponction ganglionnaire s'il existe des ganglions hypertrophiés, ce qui n'est pas toujours le cas ; ponction de la moelle osseuse au niveau du sternum ou du tibia suivant l'âge ; hémoculture même, quoique cela soit une recherche rarement couronnée de succès.

Si l'on peut ainsi porter un diagnostic de certitude, la prudence commande de ne pas aller plus loin et d'instituer aussitôt un traitement stibié sans faire courir à son malade les dangers d'une ponction splénique. Si, au contraire, ces premières recherches sont négatives ou douteuses, et il en est parfois ainsi, surtout dans les cas au début, il est alors légitime de recourir avec toutes les précautions nécessaires à la ponction de rate. Il convient alors d'éclairer les parents, sur la possibilité d'un accident, rare sans doute, mais particulièrement grave, et de s'assurer la possibilité de réaliser une splénectomie d'urgence en cas de nécessité.

Il n'est pas prudent de se baser sur une simple présomption pour instituer un traitement d'épreuve. Le traitement stibié est parfois assez court et d'une merveilleuse efficacité, mais il est souvent aussi très long et interrompu par des incidents ou accidents mettant sérieusement la vie du malade en danger. Dans ces conditions, si l'on ne possède pas la certitude absolue de son diagnostic, on aura une ligne de conduite moins ferme, une moins grande ténacité, on se laissera aller à essayer d'autres traitements efficaces et l'on risque ainsi de perdre des malades que l'on aurait peut-être pu guérir sans cela. Il est plus dangereux pour le malade d'être soigné sans certitude que de courir, à l'occasion, les risques tout de même exceptionnel de la ponction de rate. (*Paris Médical*, 13 février 1937).

Les accidents hémiplégiques au cours de l'insulinothérapie

Au cours du traitement par l'insuline on peut voir survenir des accidents hémiplégiques de deux types : les uns, qui sont les plus fréquents et par suite les mieux connus, sont transitoires et presque toujours bénins ; les autres, qui sont plus rares et par suite peu connus, sont durables, parfois chroniques, souvent mortels. Ce sont ces deux types d'accidents qu'ont étudié le Professeur M. LABBÉ et M. R. BOULIN.

De leur étude, ils concluent que l'insuline doit être administrée avec ménagement chez le vieillard. Si le régime suffit à réaliser l'équilibre, la question ne se discute même pas. Si une poussée d'acidose rend le régime seul inopérant, on ne prescrira l'insuline qu'avec prudence, à doses fractionnées ; on guettera les moindres signes d'hypoglycémie (en particulier chez le vieillard, agitation, délire, insomnie), et à la moindre alerte, si l'état du malade le permet, on suspendra l'administration de l'hormone. (*La Presse Médicale*, 13 février 1937).

Un cas d'hypoglycémie extrême d'origine accidentelle

Voici le résumé de l'observation étudiée par MM. Jean SNOECK et P.-E. GRÉGOIRE :

Il s'agissait d'une primipare de 32 ans, atteinte de diabète grave avec dénutrition depuis trois ans. A la fin de la grossesse, le trouble glucorégulateur qui a été sensiblement aggravé par le développement de la gravidité, est équilibré par l'administration journalière de 110 unités d'insuline pour un régime comprenant 147 grammes de glucides, 88 grammes de protides et 144 grammes de lipides, soit en tout de 2.300 calories environ. Il a été nécessaire d'augmenter en fin de grossesse la proportion d'hydrates de carbone dans la ration alimentaire de cette diabétique, ainsi que la quantité d'insuline administrée quotidiennement. Cette malade ne pouvait recevoir une plus grande quantité de graisses sous peine de faire de l'acidose et d'autre part la perte de poids qu'elle accusait exigeait un apport plus considérable de calories.

Le 11 juillet, cette malade avait une glycémie de 1,61 gramme pour mille et une réserve alcaline de 46,8 vol. %. Diurèse : 1.800 c. m. c. par vingt-quatre heures. Traces de sucre dans les urines. Pas de cétonurie.

Le 16 juillet, une opération césarienne doit être pratiquée en raison d'un accouchement impossible par les voies normales. Immédiatement après l'opération la malade reçoit 250 c. m. c. de sérum glucosé à 4 % soit 10 grammes de glucose en injection intramusculaire et 20 unités d'insuline. Le soir du même jour, nouvelle administration de 250 c. m. c. de sérum glucosé et de 20 unités d'insuline.

Le 17 juillet, à 8 heures, les urines contiennent des traces de glucose et d'acétone. La malade reçoit 150 grammes de lait avec 5 morceaux de sucre et 40 unités d'insuline. A 14 h. 30 début des accidents hypoglycémiques. En quelques minutes apparaissent des sueurs profuses puis une crise convulsive généralisée avec morsure de la langue, pupille en myosis et perte complète de la conscience. La malade est dans un coma profond. Le pouls est petit et rapide. On ordonne du sérum glucosé par voie intraveineuse. A 15 h. 30 la malade devient rapidement consciente ; on continue l'administration, par intervalles, de sérum glucosé et de solution sucrée par la bouche. A 17 heures, nouvel incident de coma complet ; accidents de dilatation gastrique aiguë. Progressivement l'état s'améliore et le lendemain, après diverses alternatives, la malade est hors de danger.

Il y a eu manifestement des doses trop élevées d'insuline dans les suites opératoires immédiates (120 unités en 24 heures), alors que la malade ne recevait que 500 c. m. c. de sérum glucosé à 4 % en injections intramusculaires et 300 grammes de lait avec 10 morceaux de sucre *per os*, soit environ 90 grammes de glucide, pour compenser 120 unités d'insuline. De plus la dilatation gastrique aiguë qui s'est manifestée à la fin des vingt-quatre premières heures des suites opératoires fait supposer que le lait sucré absorbé par la malade dès le 17 juillet au matin est resté dans l'estomac. Et dans ces conditions la disproportion entre l'insuline administrée et le glucose donné à l'opérée a dépassé toute mesure.

Au point de vue clinique il est à retenir qu'à des taux de glucose sanguin très abaissés par l'insuline, la disparition du sucre dans les tissus peut dépasser largement ce que l'on serait tenté de prévoir d'après les cas d'hypoglycémie modérée que l'on a quelquefois l'occasion d'observer au cours du traitement par l'insuline. (*Le Scalpel*, 20 février 1937).

La radiographie de la vésicule et des gros canaux biliaires au cours de la lithiase biliaire

Il faut signaler l'important travail dû aux Professeurs Castaigne et E. Dechambre. D'après ces auteurs, en matière de lithiase biliaire la radiologie est un moyen d'investigation précieux certes, sans qu'elle puisse donner toujours un diagnostic « tout fait ». Mais les modifications incessantes apportées à la technique radiographique, à la préparation des substances opaques, ainsi qu'à l'étude de leur élimination, permettent d'espérer que la contribution déjà importante qu'elle apporte à la clinique, s'amplifiera encore, non seulement par les précisions de l'examen radiographique proprement dit, mais aussi par les conclusions que l'on pourra tirer un jour de l'épreuve fonctionnelle qu'elle constituera en se perfectionnant. (*Le Journal Médical Français*, janvier 1937.)

Les érosions ponctuées des ongles

Le Docteur G. Milian démontre que dans la pratique de la médecine générale, aussi bien que dans la pratique dermatologique, les érosions ponctuées ont une grosse valeur et un grand intérêt. Dans la médecine générale, elles permettent d'affirmer que le sujet est syphilitique et que, d'autre part, sa syphilis est encore active quand bien même la réaction de Wassermann serait négative. Que, par conséquent, l'affection dont il est atteint peut relever de la syphilis et réclame un traitement antisyphilitique.

Pour le dermatologue, la question est encore peut-être plus intéressante. A chaque instant, surtout chez l'enfant, on rencontre des onyxis de formes variées et pour lesquels le diagnostic ne saute pas toujours aux yeux *a priori*. La chose est d'autant plus malaisée qu'il arrive que les enquêtes familiales restent négatives et que la mère comme le père nient ou ignorent toute syphilis antérieure. La présence d'érosions ponctuées sur les autres ongles permet de dire que l'onyxis constaté est d'origine interne et non pas mycosique, d'origine externe : les érosions ponctuées des autres ongles sont là pour le prouver.

A côté de cette valeur diagnostique, l'érosion ponctuée a une valeur pronostique considérable. Elle indique à coup sûr que le patient n'est pas guéri, et si par exemple chez un candidat au mariage, malgré toutes les réactions sérologiques négatives du monde, on trouvait des érosions unguéales ponctuées, ayant les caractères de l'érosion syphilitique, il faudrait hésiter fortement à lui accorder l'autorisation de se marier. (*Bulletin Médical*, 27 février 1937.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Emploi du sulfure de carbone pour la désinfection des matières alimentaires

(M. TANON ; 16-2-1937)

Le sulfure de carbone a été utilisé avec succès dans différents pays, en Californie particulièrement, pour la désinfection des matières alimentaires, de la figue entre autres.

En France, un avis favorable avait été émis, en 1932, par le Conseil supérieur d'hygiène, et en 1933 par l'Académie de médecine, sous réserve que toutes manipulations fussent faites à l'abri du feu, la désinfection étant effectuée dans un vide partiel. Désinfectant médiocre au point de vue microbien, le sulfure de carbone s'était révélé aux essais un agent de destruction très actif vis-à-vis des parasites qui pouvaient attaquer les fruits et les graines.

Appelée à se prononcer à nouveau, la Commission académique, dans un rapport présenté par M. Tanon, croit devoir donner un avis défavorable à l'autorisation de désinfecter les figues par le sulfure de carbone.

Sur l'origine de l'hypertrophie prostatique

(M. LEGUEU ; 23-2-1937)

Après M. Marion, M. Legueu revient sur la communication de M. Cunéo relative aux relations de l'adénome prostatique et des hormones sexuelles.

Certains indices montrent que l'adénome de la prostate est bien une tumeur d'une essence quelque peu spéciale. Au cours d'expériences réalisées avec M. Gaillardot, M. Legueu a vu, chez le chien et le lapin, l'administration d'extrait d'adénome prostatique être suivie de ralentissement considérable du cœur, de chute de la pression et de troubles respiratoires qui conduisent rapidement à l'apnée et à la mort. Cette toxicité est confirmée par l'éosinophilie constatée chez les porteurs d'adénomes.

Les rapports de l'hypertrophie prostatique avec la fonction testiculaire ont été soupçonnés depuis longtemps et déjà, en 1895 et 1897, M. Legueu faisait des ligatures du canal déférent pour guérir les prostatiques. Lacassagne, d'autre part, en 1933, a réussi à provoquer chez la souris l'hypertrophie prostatique par l'absorption de folliculine.

Ces expériences et ces notions, encore assez vagues, peuvent permettre de comprendre l'efficacité du traitement de l'adénome prostatique par les hormones mâles, puisque, quelle que soit la théorie, c'est la diminution de la fonction testiculaire qui laisse la place à celle qui entraîne l'augmentation du volume de la prostate. De ce traitement, M. Legueu a vu des résultats qui l'autorisent à considérer que nous avons là une forme de thérapeutique favorable, pour une maladie n'ayant jusqu'alors que l'opération pour se guérir.

C'est à titre préventif qu'une telle thérapeutique peut réussir, et avant que les grands symptômes de la maladie soient réalisés.

Alcool et cancer de l'œsophage

(MM. J. PIQUET et TISON. — Présentation par M. LEMAÎTRE ; 23-2-1937)

Divers auteurs ont déjà signalé le rôle de l'alcool dans le développement du cancer de l'œsophage. Lamy, dans sa thèse, sur 130 cas, arrive au chiffre de 89 % de sujets ayant abusé de l'alcool. Pour élevée qu'elle soit, cette proportion paraît encore trop faible à MM. Piquet et Tison. Sur une statistique de 110 cas, étudiés au Centre anti-cancéreux du Nord et à la Clinique laryngologique de la Faculté de Lille, ils ont trouvé 102 buveurs d'alcool habituels, ce qui donne une proportion d'environ 93 %.

Les sujets en question étaient des buveurs de « petits verres », la quantité moyenne ayant été de trois verres d'alcool par jour et ayant varié de 1 à 20 verres par jour.

La localisation du cancer, dans la statistique des auteurs, montre que le cancer de l'œsophage se développe de préférence dans les régions où la muqueuse doit être plus particulièrement imprégnée par l'alcool. Chez les buveurs, le total a été de 80 cancers hauts contre 20 bas situés. Chez les non buveurs, il y a eu quatre cancers supérieurs et quatre inférieurs. On comprend cette intervention plus particulière de l'alcool dans les cancers œsophagiens hauts puisque l'alcool ingéré reste au contact de cette partie de la muqueuse, à transit ralenti, un peu plus longtemps qu'ailleurs.

Selon toute vraisemblance, l'alcool agit ici en provoquant par irritation chronique une métaplasie de la muqueuse. Il constitue certes une cause occasionnelle seulement du cancer œsophagien, dont la cause originelle est autre, mais c'est un élément cancérigène important, contre lequel on peut lutter.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

Caverne cancéreuse du poumon révélée par l'injection de lipiodol

(MM. Ch. FLANDIN, M. PARAT, G. POUMEAU-DELILLE et P. AUZÉPY ; 8-1-1937)

La cavité néoformée dans un cancer primitif du poumon n'est presque jamais injectée par le lipiodol ; ce fait constitue un signe de valeur ; même lorsque les bronches demeurent perméables, le lipiodol injecté par voie haute ne pénètre pas dans le néoplasme et ne révèle pas l'existence de la caverne. Cette règle générale souffre cependant de très rares exceptions dont l'observation communiquée fournit un exemple. Ici le cancer primitif du poumon se traduit par une symptomatologie classique, syndrome de condensation pulmonaire à extension progressive ; au centre du néoplasme, l'excavation, conséquence de la nécrobiose, est latente et invisible sur la radiographie simple.

Contrairement à ce qu'il est classique d'observer, le lipiodol, injecté par voie haute, domine dans la bronche de drainage et opacifie largement la caverne cancéreuse en donnant une image de lac lipiodolé à contours irréguliers. L'examen anatomique de la pièce permet de vérifier l'existence de la caverne cancéreuse et d'une dilatation régulière, assez large, strictement localisée, de la bronche de drainage.

Un nouveau cas de chorée fibrillaire de Morvan

(MM. René MARTIN et DELAUNAY ; 8-1-1937)

Cette maladie, si elle reste encore très rare, semble pourtant aujourd'hui moins exceptionnelle. Et cependant elle paraît bien présenter une autonomie propre, et réaliser une entité spéciale qui ne peut relever que d'une même étiologie. C'est un de ces cas que rapportent les auteurs.

Il s'agit d'un malade qui, trois semaines après une injection de sérum antitétanique, présenta des fibrillations musculaires, des douleurs très vives, surtout dans les membres inférieurs, empêchant tout sommeil ; des sueurs profuses ayant causé l'apparition de diverses manifestations cutanées, un psychisme tout à fait particulier, une abolition des réflexes rotuliens, médio-pubien et cutanés abdominaux, une albuminurie relativement importante coïncidant avec une légère hypertension, et enfin une grande agitation.

Ces symptômes sont retrouvés, à quelques variantes près, dans toutes les observations de chorée fibrillaire publiées jusqu'à ce jour et forment un tableau particulier.

Il convient d'insister sur les similitudes cliniques que présentent la chorée fibrillaire de Morvan et l'acrodynie. Dans ces deux états, on trouve des troubles neuro-végétatifs identiques : douleurs plus marquées aux extrémités gênant la marche, sueurs profuses entraînant des lésions cutanées diverses, des troubles psychiques. Dans les deux états, il n'y a pas de fièvre et l'évolution se fait spontanément vers la guérison. Certes, dans les cas d'acrodynie typique, il n'y a pas de contraction fibrillaire des muscles et l'acroérythème des extrémités est très marqué. Ces caractères différentiels n'ont toutefois qu'une valeur relative.

Gros ventre, aménorrhée et masque pigmentaire chez une jeune femme atteinte de kala-azar autochtone.

(MM. D'ŒLSNITZ, L. VIAN et R. BARBE ; 15-1-1937)

Ce cas objective certaines manifestations cliniques, qui paraissent caractéristiques de la leishmaniose viscérale autochtone chez l'adulte. Il faut notamment souligner l'association de l'augmentation de volume de l'abdomen, de l'aménorrhée, de la pigmentation de la face et des seins, qui a tout d'abord dirigé cette malade vers un examen obstétrical. Cependant, les ganglions épitrochléens perceptibles sont une fréquente localisation adénopathique dans le kala-azar. De même, cette affection produit assez fréquemment chez la femme de l'aménorrhée. Pour la malade observée, une relation de cause à effet entre l'arrêt des règles et l'infection parasitaire a paru évidente : cessation de menstruation préalablement normale, dès le début de la maladie, en l'absence de toute cause génitale ; persistance de l'aménorrhée pendant la période active de l'infection ; réapparition des règles dès guérison par le traitement stibié, et persistance ultérieure d'une menstruation normale

La pigmentation, toujours absente dans le kala-azar de l'enfant, paraît une manifestation en quelque sorte caractéristique du kala-azar autochtone de l'adulte, qu'elle soit patente ou latente, marquée ou discrète.

Sous surveillance attentive de la tolérance au traitement stibié, les auteurs ont institué un traitement énergique, continu, prolongé. A la condition de surveiller les fonctions hépatiques et rénales, et de favoriser le fonctionnement de ces organes, ils ont généralement pu appliquer, sans incident fâcheux, le traitement stibié sous cette forme particulièrement active. Ainsi, à l'abri de toute stibio-résistance, ils ont obtenu la guérison de leurs malades en une seule série thérapeutique. C'est là un véritable traitement d'attaque de la leishmaniose qui, appliqué avec les précautions voulues et avec les adjonctions thérapeutiques qui en favorisent la tolérance paraît réaliser le meilleur mode de traitement de cette infection parasitaire.

G. F.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 19 février 1937

Un cas de sacro-coxalgie avec abcès traitée par l'arthrodèse extra-articulaire

M. VIDAL-NAQUET présente l'observation d'une malade de 34 ans chez laquelle il a pratiqué, selon la technique de Raphaël Massart, une arthrodèse extra-articulaire de l'articulation sacro-iliaque droite pour sacro-coxalgie avec gros abcès lombaire. Cette malade avait des antécédents bacillaires importants et un mauvais état général. Elle souffrait de douleurs à type de névralgie sciatique. Arthrodèse extra-articulaire au moyen d'un greffon tibial. Au bout d'un mois, les douleurs avaient totalement disparu et l'abcès, sans avoir été ponctionné, était complètement résorbé. Selon l'auteur, il n'est pas utile d'immobiliser dans un appareil plâtré. Un repos de quatre mois en décubitus dorsal est, en général, suffisant pour obtenir une bonne consolidation.

Fracture de cuisse chez le nouveau-né

M. LAMY. — Les fractures diaphysaires du fémur pendant l'accouchement sont heureusement rares. Elles se produisent surtout lors des manœuvres de force nécessitées par une présentation vicieuse, version podalique par exemple. Leur intérêt vient surtout de la difficulté de les maintenir, en raison des soins de propreté et des nécessités de déplacer le nourrisson. Fréquemment, d'ailleurs, le chirurgien ne les voit qu'après consolidation lorsque la famille constate qu'il y a une grosse déformation. Celle-ci est caractérisée par les faits suivants : cal énorme, angulation extérieure très marquée, angulation latérale, décalage des fragments, parfois de plusieurs centimètres, avec léger raccourcissement. Que faut-il faire ? Attendre ou intervenir ? L'intervention est une grosse opération en raison du volume du cal et de la nécessité d'un grand délabrement. De plus, la contention sera presque impossible ; l'extension, les vis, etc... sont très difficiles à bien réaliser. L'auteur présente un de ces cas revu récemment, pour lequel il a préconisé l'abstention : l'enfant, âgé aujourd'hui de deux ans, paraît normal. Le fémur a repris sa forme habituelle, sauf une légère incurvation à convexité antérieure qui tend à disparaître de plus en plus. Le raccourcissement est de quelques millimètres seulement.

Tarsoplastie pour pied creux valgus paralytique

M. André TRÈVES présente une jeune fille de quinze ans, atteinte à deux ans d'une paralysie infantile qui lui a laissé cette lésion. Paralysie des jambiers, de l'extenseur propre et du triceps sural ; hypertrophie du massif tarsien en dedans. Marche sur le bord interne du pied, grosse dépression sous-talonnière. Arthrodèse médio-tarsienne et sous-astragalienne, allongements des péroniers rétractés, transposition dans la partie externe du Chopart d'un coin osseux astragalien prélevé à la face interne. Le résultat au bout d'un an se maintient excellent. Flexion se faisant uniquement par l'extenseur commun, extension par les fléchisseurs profonds. La flexion et l'extension du pied sont normales, ainsi que l'aspect de celui-ci. Cette tarsoplastie illogique dans le pied bot varus équin congénital, était ici tout à fait indiquée comme complément de la double arthrodèse, pour combler la brèche existant du côté externe.

Fracture du col huméral. Ostéosynthèse. Résultat éloigné

M. DUCHET-SUCHAUX (de Vesoul). — M. H., 22 ans ; chute de 4 mètres le 24 avril 1935. Fracture du col chirurgical de l'humérus gauche avec gros déplacement des fragments. La tête humérale est derrière le fragment diaphysaire remonté. Echec de réduction par l'appareil de Pouliquen. Intervention le 25 avril 1935. Incision de Lecène sur le moignon de l'épaule. Réduction difficile maintenue par une vis à bois placée obliquement. Ablation de la vis six mois après. Récupération rapide et totale de tous les mouvements du bras, constaté récemment.

Accidents dus à un follicule de dent de sagesse

M. DUCHET-SUCHAUX (de Vesoul). — M. G., 41 ans, souffre de céphalée et de douleurs dans le côté gauche du maxillaire inférieur depuis quatre ans. Adénite sous-maxillaire gauche, il y a six mois, puis début d'adénophlegmon en décembre 1937. Une radiographie montre une tache opaque, grosse comme un haricot, en arrière de l'apex de la dent de 12 ans. Cet adénophlegmon se résoud sans suppuration par le traitement. Le 11 janvier 1937, intervention sous anesthésie locale. Trépanation du maxillaire inférieur par voie externe à la fraise électrique. Découverte d'une petite cavité entourée de tissu osseux très dense qui est largement ouverte. Suites normales. Disparition de la douleur dans le maxillaire ; la céphalée se manifestait encore de temps à autre, moins forte. Il s'agissait donc d'un follicule de dent de sagesse infecté, en situation anormale et avorté. D'où pouvait venir cette infection ? La dent voisine était saine. On peut peut-être incriminer une cause endogène.

Deux cas de rupture sus-rotulienne du tendon du quadriceps fémoral

M. Pierre LE GAC. — Ces ruptures sont relativement rares comparées aux fractures de la rotule et à la rupture du ligament rotulien. Dans un cas, chez un homme de 70 ans, la rupture partielle a guéri par le traitement orthopédique ; dans l'autre cas, chez un homme de 52 ans, l'opération s'imposait en raison de l'étendue de la rupture et de la rétraction du fragment proximal ; la suture à fil perdu, non résorbable,

faite sous anesthésie locale, a donné un résultat fonctionnel parfait.

Deux cas d'abcès méso-cœliaques probablement d'origine appendiculaire

M. BOVIER communique deux cas d'abcès méso-cœliaque : le premier, chez une femme de 75 ans, ouvert et drainé par laparotomie médiane et Mickulicz avec suites parfaites, mais terminé au troisième jour par une embolie mortelle ; le deuxième, chez un homme de 59 ans, ouvert et drainé par voie iliaque, terminé par guérison après phlébite de la jambe droite. A propos de ces deux cas, l'auteur insiste sur la symptomatologie paradoxalement larvée de ces formes, sur l'importance de la dysurie, sur la tactique opératoire qui commande parfois la voie médiane. Il termine par quelques considérations sur les phlébites et embolies, distinguant les formes ascendantes, sans signes, qui tuent, et les formes descendantes, avec phlegmatia, qui ne tuent pas. Sa conclusion pratique est que tout syndrome abdominal aigu doit être, sans retard, montré au chirurgien.

Bloc chirurgical à cellules opératoires stérilisables

M. MASMONTEIL présente la maquette d'un bloc chirurgical qu'il vient de faire construire. L'air et les parois des salles sont stérilisées par la vapeur d'eau à 120°. Il se forme ainsi un brouillard dense qui est repris par un aspirateur et condensé sur une batterie réfrigérante. Les asiles d'opération, de forme ovalaire, sont des cellules blindées ne contenant ni appareil de chauffage, ni appareil d'éclairage ; les parois métalliques sont chauffantes ; le plafond comprend dans son épaisseur, une couronne lumineuse avec rayons infra-rouges et rayons ultra-violets.

Lille

SOCIÉTÉ MÉDICALE ET ANATOMO-CLINIQUE

23 *décembre* 1936

Le bruit de galop dans les anémies

M. BERNARD. — Chez quatre malades anémiques (une anémie pernicieuse et trois au cours de leucémies aiguës), l'auteur a constaté un bruit de galop, indice de défaillance cardiaque. Ce fait peut s'expliquer de deux façons :

1° Ou bien, l'anémie est rapide et le myocarde insuffisamment nourri, se laisse dilater ;

2° Ou bien, l'anémie est lente et, pour lutter contre l'anoxhémie croissante, le cœur augmente son débit et s'hypertrophie, jusqu'au jour où ses forces s'épuisent et où survient la défaillance myocardique.

Crise d'angine de poitrine déclenchée par une transfusion de sang, chez un cancéreux gastrique anémique

M. BERNARD. — Crises typiques d'angor, chez un homme de 60 ans, cancéreux gastrique, anémique et hypertendu ; ces crises cessèrent par le repos et le traitement classique, tandis que s'abaissait la tension.

Cependant, l'anémie s'accentuait ; la crise angineuse ne reparut qu'à l'occasion d'une transfusion de sang.

L'auteur étudie les rapports entre l'anémie et l'angor, — le mécanisme d'apparition de la crise angineuse, au cours d'une transfusion.

Note préliminaire sur le dosage du cholestérol et de ses esters

MM. PAGET et PIERRART. — Le solvant de Caminade ne leur ayant pas donné toute satisfaction, les auteurs ont tenté d'utiliser le trichloro-éthylène, dont on sait les intéressantes caractéristiques physiques et chimiques. Ils ont constaté que le cholestérol y était très soluble et que le liquide obtenu donnait les réactions de Liebermann et de Salkowski. Ils ont en outre constaté que l'intensité de la coloration est en fonction directe de la concentration en cholestérol. Il est donc aisé de faire un dosage colorimétrique, suivant la méthode de Grigaut.

Les auteurs ont également fixé les conditions de solubilité rapide du digitinoside dans un mélange trichloro-alcool éthylique ; ils ont trouvé que, par action de ce produit sur le soluté trichloro-éthylénique du cholestérol, la précipitation du complexe de Windaus est telle, qu'elle autorise éventuellement un dosage, tout en permettant d'apporter d'heureuses modifications à la technique colorimétrique actuellement en usage.

Insuffisances surrénales aiguës et subaiguës, en dehors de la maladie d'Addison

M. LANGERON rapporte quatre observations de ce genre : une surrénalite syphilitique, deux insuffisances mortelles, d'origine indéterminée, une insuffisance curable. Il rappelle les principales étapes et les dernières acquisitions faites dans le domaine de l'insuffisance surrénale.

Quelques observations de syphilis ganglionnaire chez l'adulte

M. LANGERON rapporte quelques exemples à forme de lymphadénie aleucémique, de granulomatose maligne, d'adénite suppurée ; il donne les éléments du diagnostic et indique la valeur des méthodes thérapeutiques. Il estime que ces cas sont plus fréquents qu'on ne le pense et qu'il est, par conséquent, utile de les connaître.

Toulouse

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE

Le rhinoedème médicamenteux

M. E. ESCAT a désigné sous ce titre un état rhinopathique apyrétique, caractérisé cliniquement par un enchifrènement chronique progressif et objecti-

vement par une infiltration œdémateuse de la pituitaire consécutive à l'application locale abusive d'agents thérapeutiques divers prescrits de façon inconsidérée ou trop prolongée chez des adultes ou des enfants du premier âge.

Trop de praticiens oublient que la pituitaire n'est pas une muqueuse banale, mais représente un écran sympathique polyesthésique d'une sensibilité exquise répondant par une vaso-dilatation réactionnelle à la vaso-constriction artificielle et fugace obtenue par les agents thérapeutiques, d'où œdème pituitaire chronique analogue à celui de la cocainomanie.

Polyarthrite et endocardite au cours de la convalescence d'oreillons

M. F. Levrat. — Il s'agit d'un enfant de 8 ans, à hérédité scrofuleuse, rhumatismale et cardiaque, qui présenta au cours d'une atteinte ourlienne, une fièvre intense avec polyarthrite intéressant les genoux, le poignet, le coude et l'épaule. Puis apparut un léger souffle systolique à la pointe se prolongeant dans l'aisselle et persistant après la disparition des phénomènes articulaires. Cette observation est intéressante en raison de la rareté des cas de rhumatisme et d'endocardite venant compliquer l'infection ourlienne. Il est probable que c'est la lourde hérédité rhumatismale et cardiopathique du sujet qui semble avoir joué chez lui le rôle de sensibilisateur.

Lymphogranulomatose maligne familiale

MM. Dalous et J. Fabre. — On n'a rapporté qu'un petit nombre de cas dans lesquels la notion d'atteinte familiale de maladie de Hodgkin pouvait être envisagée : les auteurs ont pu observer chez deux cousins germains, hérédo-syphilitiques de deuxième génération, l'évolution d'une lymphogranulomatose maligne.

Tous deux présentaient une sérologie sanguine négative et une sérologie rachidienne positive : leurs mères, hérédo-syphilitiques de première génération, sont indemnes de lésions et seuls leurs enfants offrent tous les stigmates d'hérédo-syphilis. Cette observation pose une fois de plus le problème des maladies de Hodgkin d'origine spécifique.

Un cas de myélite primitive subaiguë

MM. L. Tamalet et Ruffie relatent le cas d'un annamite de 25 ans chez qui une paraplégie des membres inférieurs particulièrement spastique s'installa progressivement avec troubles de la sensibilité à tous les modes. Légère lymphocytose du liquide céphalo-rachidien, aucune spécificité, température subfébrile.

L'évolution s'est faite vers la guérison, sans sequelles, en quelques semaines, après un simple traitement anti-infectieux.

Myélite aiguë primitive à début foudroyant

MM. Lasserre et L. Tamalet. — Observation d'une fillette de 14 ans, qui, sans prodrome ni signes généraux, fut atteinte de paraplégie foudroyante des membres inférieurs. On constatait une paraplégie complètement flasque, sans amyotrophie, avec dissociation thermo-analgésique remontant jusqu'à l'ombilic et de gros troubles sphinctériens. L. C. R. eau de roche contenant 0,80 d'albumine, B. W. négatif. Radiographies dorso-lombaires normales. A l'examen électrique, réaction de dégénérescence abdominale et tendance à la R. D. des muscles de la cuisse et de la jambe. Cinq mois après un traitement anti-infectieux, diathermique et radiothérapique, on constate une tendance à l'amélioration.

Formes pseudo-pottiques des tumeurs de la ligne médiane

MM. Virenque, Geraud et Becq communiquent deux cas d'astrocytome et d'arachnoïdite kystique de la fosse postérieure, où l'attitude raide, figée, douloureuse de la tête et du rachis, nettement pseudo-pottique, a précédé de plusieurs mois le syndrome d'hypertension cranienne.

Dans le premier cas, le torticolis a débuté à l'âge de 20 ans chez un sujet ayant présenté dans son enfance des adénopathies et une pleurésie. Le diagnostic de mal de Pott fut porté : l'immobilisation ne fit qu'accroître les douleurs. Les signes d'hypertension et la stase papillaire apparurent vingt-et-un mois après le début.

Le deuxième est un enfant de 5 ans, qui, à la suite d'un épisode fébrile, présenta une raideur douloureuse de toute la colonne vertébrale : l'immobilisation plâtrée augmenta les douleurs. Plusieurs ponctions lombaires restèrent blanches. Six mois plus tard apparaît une paralysie de la VIe paire droite, suivie du syndrome d'hypertension et de la stase papillaire. L'intervention pratiquée montra une arachnoidite kystique pseudo-tumorale du IVe ventricule se prolongeant dans le rachis, ce qui explique les ponctions lombaires blanches.

En présence des attitudes anormales de la tête, on doit penser aux tumeurs du IVe ventricule, même en l'absence des autres signes d'hypertension cranienne et rejeter le diagnostic de mal de Pott si l'immobilisation aggrave les douleurs au lieu de les calmer.

J.-P. Tourneux

Les Livres

Les livres qui viennent de paraître...

CHEZ MASSON et Cie
120, boulevard Saint-Germain

A. DUMAS, professeur agrégé à la Faculté de Lyon. — **Maladie hypertensive et syndromes d'hypertension.** Un vol. 136 pages (Collection : Médecine et chirurgie. Recherches et applications n° 6). Prix : 22 fr.

IMPRIMERIE DELBREL

Bulletin des médecins amis des vins de France. *Compte rendu du* IIIe CONGRÈS NATIONAL DES MÉDECINS AMIS DES VINS DE FRANCE. (Dijon, 18-19-20 septembre 1936). Secrétariat de la rédaction : Docteur J.-M. Eylaud 126, rue Camille-Godard, Bordeaux. Un vol. 220 pages.

Editions « QUO VADIS »
107, rue Paradis, Marseille

Louis PORCHERON. — **L'Andorre**

Petit volume agréablement édité et illustré qui constitue le guide tout désigné de ceux qui voudront aller en Andorre. La nature y est grandiose, les mœurs douces, la paix parfaite. Il n'y a pas de chemins de fer, pas de service militaire, pas de financiers, pas de politiciens.

C'est pourquoi l'auteur nomme ce petit canton des Pyrénées « le pays du bonheur », et nous presse de nous y rendre. Il faut bien que nous nous rendions compte de ce que nous avons perdu !

G. L.

VIGOT frères, éditeurs,
23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris

Leçons du jeudi soir à la Clinique Tarnier. Un vol. 250 pages, 70 figures, XIIIe année, 1937.

Voici la table des 14 leçons publiées dans cet ouvrage :

I. A. BRINDEAU . De l'hypognathisme congénital. — II. G. ECALLE. Les fausses infections puerpérales. — III. Maurice BROUHA. Cancer du col et grossesse — IV. L. RIBADEAU-DUMAS. Intolérance au lait. — V. Pierre LANTUÉJOUL. Considérations sur la présentation du siège chez la primipare. — VI. Marcel METZGER. On exagère le séjour au lit pendant la grossesse. — VII. Cyrille JEANNIN. Les péritonites puerpérales généralisées. — VIII. R.-L. ROCHAY. A propos du traitement de l'avortement incomplet. — XI. Paul GIBERT. La rœntgenthérapie des fibromyomes de l'utérus. — X. Louis CHAPON. Quelques considérations sur l'exercice de la médecine et les œuvres de protection mutuelle. — XI. Robert VAUDESCAL. Etudes sur le déterminisme sexuel. — XII. A. LAFFONT. Coutumes obstétricales et gynécologiques en Afrique du Nord. — XIII. Jean RHENTER. La pelvimétrie dans l'obstétrique moderne. — XIV. Etienne LETARD. Considérations sur l'imprégnation maternelle.

VIGOT frères, éditeurs,
23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris, VIe.

A. BRINDEAU, professeur de cliniqueobstétricale, et P. LANTUÉJOUL, agrégé, accoucheur des hôpitaux. — **La présentation du siège. La version.** Illustrations de H. LEMEUNIER. Un vol. de la collection « Les opérations en obstétrique », 270 pages, 92 planches.

Cet ouvrage est un exposé pratique de la conduite à tenir dans la présentation du siège et une description des diverses manœuvres de la version. Le texte y est clair, précis, sans détails inutiles et une importante iconographie vient lui donner une très grande limpidité. Cette iconographie ne comprend pas moins de 92 planches, toutes fort belles et dessinées par un artiste de talent, M. H. Lemeunier, d'après des documents fournis par le Professeur Brindeau et le Professeur agrégé Lantuéjoul, provenant de photographies prises soit sur le mannequin, soit sur la femme vivante, documents dont le dessinateur n'a conservé que les traits essentiels. Ces images, très exactes et faciles à consulter, montrent successivement tous les temps de l'extraction par le siège (et ce qu'il faut f ire pour les favoriser), les difficultés de cette extraction et tous les temps de la version, les bonnes et les mauvaises techniques.

Les Thèses

P. — Dr A. Chartier. — **Paralysies multiples des nerfs craniens par métastases au cours des néoplasies pulmonaires** (Thèse 1936).

Ces paralysies semblent se caractériser par : *a)* Leur unilatéralité habituelle ; *b)* Leur tendance extensive ; *c)* L'absence, au cours de l'évolution, de signes d'hypertension intracranienne ; *d)* La possibilité de lésions osseuses à l'examen radiographique du plancher du crâne.

Elles peuvent constituer le symptôme révélateur du néoplasme du poumon en cause.

Etant donné la latence clinique habituelle de celui-ci, le médecin devra pratiquer, en présence d'une telle paralysie, une radiographie des champs pulmonaires.

B. — Dr J. Larue de Tournemine. — **Contribution à l'étude de la folie simulée** (Thèse 1936).

L'histoire du sujet observé par l'auteur est une contribution à l'étude de la folie simulée. Par la ruse déployée, par l'obstination du simulateur dans son attitude jusqu'au dernier jour de prison, par l'impudence avec laquelle il jeta le masque dès la liberté recouvrée, la simulation de X... constitue la plus grande escroquerie que ce filou ait entreprise : l' « escroquerie à la folie ».

Si la place de ce simulateur est à l'asile plutôt qu'à la prison, c'est dans une section spéciale : l'asile de sécurité, établissement qui trouve sa raison d'être au nom de la sécurité collective.

B. — Dr M. Vincent. — **Action de la lumière sur le système neuro-végétatif** (Thèse 1936).

La comparaison de la lumière blanche, des ultra-violets et des infra-rouges, montre une action, sur le système neuro-végétatif, plus rapide pour les ultra-violets, plus lente, mais peut-être plus durable, pour la lumière.

Les épreuves pharmaco-dynamiques montrent une action parallèle de l'acétylcholine et des ultra-violets chez les sujets normaux ; chez les mêmes sujets, l'adrénaline agit en sens inverse des rayons ultra-violets et de la lumière.

P. — Dr H. Nicollet. — **Contribution à l'étude des grands kystes embryonnaires de l'utérus.** (Thèse, 1936.)

Les grands kystes embryonnaires de l'utérus sont une rareté puisque, sur une période de trente années, l'auteur n'a pu en découvrir que trente observations tant dans la littérature française qu'étrangère.

Seuls, doivent être considérés comme tels, les kystes qui, histologiquement, présentent une paroi constituée par : 1° une couche externe fibro-musculaire ; 2° une couche interne épithéliale, c'est-à-dire qui naissent aux dépens de vestiges des canaux de Wolff, de Müller ou de Gaertner.

M. — Dr P.-L. Guénon. — **Essai de traitement des rhumatismes chroniques par les sels d'or insolubles en suspension huileuse.** (Thèse 1936).

Les tentatives thérapeutiques dirigées contre les rhumatismes chroniques ont été nombreuses.

La chrysothérapie a donné à l'auteur des résultats favorables dans près de 86 % des cas et il n'a observé aucun accident d'intolérance, fait qu'il attribue à l'insolubilité du sel employé, à sa présentation en suspension huileuse et aux faibles doses administrées. Il s'est servi de l'unique sel d'or insoluble connu : l'aurothioglycolate de calcium ou myoral.

L'or est une médication intéressante et qui doit prendre une place dans la lutte contre les rhumatismes chroniques. Il donne une amélioration dans toutes les formes comportant un élément inflammatoire, lequel existe seul dans les arthrites, qui sont des arthro-synovites et est associé à un élément de production osseuse dans les arthroses, qui sont des ostéo-chondro-arthroses.

Qu'il s'agisse ou non d'un rhumatisme tuberculeux, qu'il s'agisse d'une arthrite ou d'une arthrose, l'or mérite toujours d'être essayé, car il procure souvent une amélioration dont l'intensité sera proportionnelle à la part que l'inflammation aura prise dans le développement du processus morbide.

L'auteur a constaté une double action des sels d'or insolubles : action locale, qui se traduit par une diminution, voire même une suppression des douleurs et qui redonne aux articulations la totalité ou une partie de leur mobilité perdue ; action générale, qui se manifeste par un relèvement de l'état général des malades et une disparition de l'anémie dans la formule sanguine.

Avec ses formes multiples, ses causes multiples, le rhumatisme chronique méritait des traitements multiples. La médication étiologique reste la plus rationnelle entre toutes ; mais elle devra laisser une grande place aux médications générales, parmi lesquelles la chrysothérapie est certainement celle qui agit sur le plus grand nombre de formes de cette affection.

P. — Dr S. Schefler. — **Valeur pronostique des nettoyages radiologiques chez les tuberculeux pulmonaires.** (Thèse 1937).

Cette étude se limite au problème du pronostic de la tuberculose pulmonaire dans le cas particulier des

malades non traités par collapsothérapie et sortis du sanatorium avec un nettoyage radiologique total ou subtotal (associé aux signes cliniques et bactériologiques de guérison). Ce pronostic est favorable seulement dans la moitié des cas.

Les facteurs du pronostic ont paru être les suivants : Le pronostic est favorable lorsque le nettoyage radiologique est total ; le pronostic est favorable lorsque le malade a été atteint d'une caverne et que cette caverne a guéri ; le pronostic est favorable lorsque le « tuberculeux guéri » ménage ses forces après la sortie du sanatorium.

P. — Dr Marguerite Laurens-Chevassu. — **Traitement de la maladie de Nicolas-Favre par l'antimoine III thiomalate de lithium.** (Thèse 1935).

Parmi les produits à base d'antimoine que l'on peut utiliser dans la maladie de Nicolas-Favre, l'antimoine III thiomalate de lithium est celui qui permet de poursuivre le plus commodément et, avec le moins de danger, la cure stibiée.

Cette préparation se prescrit par séries d'injections intramusculaires trihebdomadaires, aux doses progressivement croissantes de 0 gr. 06, 0 gr. 12, 0 gr. 18, jusqu'à une dose maxima qui varie suivant la tolérance des malades. Cette dose maxima par injection est indiquée par l'apparition de douleurs rhumatismales tolérables (elle varie de 0,18 à 0,30).

La dose totale par série ne doit pas dépasser 4 grammes. Au-dessus, surviennent des phénomènes d'intolérance : tachycardie, asthénie, anémie, myalgies pénibles.

L'auteur a obtenu de ce traitement les résultats suivants : 50 % de guérisons ; 36 % d'améliorations ; 14 % d'échecs.

P. — Dr J. Chevassu. — **Rachianesthésie à la percaïne.** Statistique d'après plus de 500 cas. (Thèse 1936).

Parmi les avantages de la percaïne sur les autres anesthésiques employés en R. A., il y a lieu de noter la longue durée de l'anesthésie qui permet l'emploi de la rachi pour les interventions les plus prolongées, le silence abdominal total et la grande liberté de manœuvre que donne la résolution musculaire complète, avec souplesse parfaite de la paroi abdominale.

La rachipercaïnisation permet de pratiquer avec succès les interventions sur l'estomac, le duodénum et les voies biliaires et d'une manière générale sur tout l'étage supérieur de l'abdomen ; elle réduit au minimum les complications pulmonaires consécutives à l'anesthésie. Elle est d'autre part, l'anesthésique de choix pour les longues interventions sur l'étage sous-ombilical nécessitant la position de Trendelenbourg.

La technique de Quarella (solutions concentrées), en raison de sa simplicité, paraît à l'auteur préférable aux autres méthodes de rachipercaïnisation.

B. — Dr R.-J.-E. Zozol. — **Les grands épithéliomes cutanés de la main chez les vieillards** (Thèse 1936).

Le cancer de la main revêt deux aspects : *a)* l'épithélioma du dos de la main, très fréquemment rencontré ; *b)* l'épithélioma de la face palmaire, lequel constitue une rareté clinique.

Ce cancer s'observe de préférence chez les sujets âgés, entre 70 et 90 ans, principalement chez l'homme, et se développe généralement sur des lésions anciennes de la main.

Il est beaucoup plus fréquent dans les classes pauvres, ouvrières et paysannes, à hygiène sommaire.

Il peut s'observer parfois aussi chez les jeunes sujets, entre 19 et 30 ans, et revêt alors un caractère atypique, évoluant très rapidement, et constituant la forme que l'on pourrait appeler « médico-légale » du cancer de la main.

Cliniquement, on distingue deux périodes : *a)* une phase de latence, ou phase non ulcérée ; *b)* une phase ulcérée.

Le diagnostic se pose différemment aux deux périodes : *a)* à la période non ulcérée : il faut éliminer les verrues, les cornes, les chéloïdes, les tumeurs bénignes, les lésions spécifiques ; *b)* à la période ulcérée : le diagnostic se présente avec les ulcérations tuberculeuses, syphilitiques, sporotrichosiques.

Le traitement actuel comprend : la chirurgie, la radiothérapie, la curiethérapie.

P. — Dr H. Duine. — **Contribution à l'étude du mécanisme de la cuti-réaction à la tuberculine** (Thèse 1936).

L'auteur donne à ses recherches les conclusions suivantes :

La cuti-réaction positive à la tuberculine est caractérisée par une vaso-dilatation locale intense apparaissant au bout de vingt-quatre heures, augmentant puis diminuant jusqu'à disparition complète.

L'histamine, unie à la tuberculine à une dose minime, renforce la réaction sans la rendre plus précoce mais la prolonge d'un ou plusieurs jours.

Chez de grands malades, présentant des réactions négatives à la tuberculine, il est possible, pendant une période donnée, de faire réapparaître la réaction par l'adjonction renforçatrice d'histamine, ce qui s'explique par le fait que chez ces grands tuberculeux, l'absence de réaction est due à la fatigue du système vasculaire ne réagissant plus à un vaso-dilatateur faible, la tuberculine, mais réagissant encore à un vasodilatateur puissant, l'histamine.

L'association de la pituitrine (vaso-constricteur) à la tuberculine atténue, au contraire, la réaction positive.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Bulletin de l'Actualité

LE CORPS MÉDICAL ET LES DISPENSAIRES

A la suite de la discussion et du vote d'un ordre du jour qui a marqué l'action entreprise par la Confédération des Syndicats médicaux français, contre tous les Etablissements de soins, dispensaires communaux, municipaux, Croix-Rouge, organisations patronales, œuvres charitables, philanthropiques, à tendance confessionnelle ou politique, il semble que la campagne soit entrée dans une phase active et qu'on puisse espérer voir revenir un jour au cabinet du praticien les malades qui en ont été détournés.

On peut cependant se demander si la clientèle qui va dans tous ces organismes de soins, ira trouver le médecin chez lui, pour y être traitée, ou si, au contraire, cette clientèle flottante, peu fidèle et peu gravement malade, puisqu'elle se déplace, n'ira pas recevoir des soins de qualité très inférieure dans d'autres dispensaires organisés par des charlatans, contre lesquels nous ne pouvons rien faire, il faut bien l'avouer. Nous verrions ainsi se transformer une action qui, au lieu d'être profitable à l'ensemble de notre Corps médical sérieux et honnête, ferait le jeu de cette médecine publicitaire et charlatanesque que nous voulons voir disparaître, car elle constitue une concurrence dangereuse pour le malade et redoutable pour le médecin.

Le client qui va dans les dispensaires, est très différent de celui que nous voyons dans nos cabinets ; c'est, en général, un malade désireux de diriger lui-même son traitement, qui ne veut pour rien au monde subir l'autorité de son médecin de famille et qui se rend fort bien compte qu'au dispensaire où il est anonyme, il revient s'il le veut, ne revient jamais s'il n'a point été satisfait, mais ne se considère jamais comme obligé d'obéir aux directives de celui dont il est venu demander l'avis. Cette mentalité particulière du malade qui se soigne dans les dispensaires, sera à mon avis bien peu modifiée par le fait qu'on lui rendra plus difficile l'accès des dispensaires, qu'on le recevra gratuitement ou qu'on lui demandera un prix syndical. Tous les malades s'habitueront vite aux conditions nouvelles, les clients resteront aussi nombreux, car ce n'est pas une question d'honoraires, qui fait que la plupart des malades de dispensaires préfèrent cette médecine anonyme aux soins particuliers de leur médecin.

La promiscuité du dispensaire et, en particulier, des consultations de spécialités, offre aux malades, l'occasion que tant d'entre eux recherchent, de parler de leur maladie avec d'autres malades, d'échanger des idées sur les traitements, sur les médecins, sur les méthodes, c'est pour beaucup une distraction très appréciée qui explique, que les longues attentes sur les bancs du dispensaire sont beaucoup mieux acceptées qu'elles ne le seraient dans le bon fauteuil du salon du médecin.

Au dispensaire, sans se connaître on lie connaissance, il se crée une ambiance particulière dont bien peu se plaignent et qui parfois même contribue à créer une atmosphère de confiance dont profitent certainement les thérapeutiques du consultant.

Les dispensaires et les consultations externes ne plaisaient guère autrefois, parce qu'il fallait s'y déshabiller en public, mélanger ses affaires à celles d'un voisin plus ou moins propre, cet inconvénient à lui seul éloignait beaucoup de malades. Mais actuellement, la multiplication des cabines de déshabillage respecte toutes les pudeurs, en offrant toutes les commodités, et bien des malades, qui ne sont pas souvent les moins cultivés, apprécient cette formule de la médecine anonyme, où l'on reste un numéro, où l'on vient demander un conseil sans être dans l'obligation de le suivre, et sans avoir jamais à encourir le reproche de ne l'avoir point écouté.

Si, à ce point de vue, le malade de dispensaire en prend à son aise avec son médecin, de son côté le médecin est beaucoup moins gêné avec lui, il le soumet à tous les examens qu'il désire, il les répète aisément, si des élèves y assistent, et ainsi dispensaires et consultations ont été de

merveilleux centres d'éducation et nombreux sont ceux d'entre nous qui, désireux de continuer à s'instruire, y ont apporté leur collaboration. La liste, si elle pouvait être faite, de tous les membres éminents de notre profession qui ont collaboré ou collaborent encore à cette médecine très instructive, serait intéressante à publier. Il est bien certain qu'aucun de ces confrères ne l'a fait dans le but de détourner un malade de son médecin de famille, que toujours bien au contraire, et chaque fois qu'il en a eu la possibilité, il le lui ai envoyé, et il est curieux de constater que si jamais, malgré le vif désir de la plupart des médecins, aucune collaboration n'a été possible c'est parce que précisément le malade ne s'est jamais prêté à cette collaboration, qu'il a gardé par devers lui les lettres qui lui étaient remises, ou bien encore qu'il n'est jamais revenu.

Si par une mesure exceptionnelle, il était possible de fermer tous ces organismes de soins, de leur supprimer toute collaboration médicale, qu'adviendrait-il des malade qui y fréquentent, les verrions nous affluer dans nos cabinets ? J'en doute fort. Ils se dirigeraient vers d'autres organisations contre lesquelles notre action s'arrête et qui cependant ne font guère honneur, ni à la médecine qu'on y pratique, ni aux médecins qui y exercent. Ils seraient drainés vers des centres comme il en existe déjà un petit nombre, dont la publicité tapageuse leur assurerait justement l'espèce de liberté d'action et d'anonymat qu'ils désirent conserver, et nous verrions plus prospères que jamais ces centres sanitaires exploitant la crédulité publique.

En dépit des différences qui existent dans la manière dont le malade se soigne dans les très grandes villes, où à côté des médecins sérieux existent toute une série de profiteurs de la maladie et de charlatans qu'ignorent les petites agglomérations, et les campagnes où le médecin garde encore son autorité sur une clientèle qu'il contrôle, la question intéresse cependant tout le Corps médical, car avec le journal, avec le cinéma, avec la T. S. F., la publicité va chercher son client possible dans les coins les plus reculés, l'amène et et l'amènera de plus en plus, avec l'auto et les transports rapides, aux centres qui seront ainsi organisés et ce qui constitue actuellement une plaie des villes, ne tardera point à s'étendre aux campagnes.

En créant des ressources nouvelles aux organisations purement commerciales, en leur livrant une clientèle qui actuellement éparse entre des organismes de soins toujours sérieux ne représente pas pour le praticien une concurrence réelle, nous leur donnerons une force qui se tournera contre nous. Et rien ne nous dit que leurs influences grandissant, on ne les verra pas réclamer, comme en Angleterre, le libre exercice de la médecine.

Dans une campagne comme celle que nous désirons entreprendre, il faut se méfier des solutions qui paraissent faciles, des suppressions, des ultimatums, des interdictions, car on ne mesure pas toujours les importantes modifications qu'elles entraînent et leurs effets lointains. Il faut peut-être plus de diplomatie que ne le croient tant d'ardents défenseurs de nos libertés, qui n'aperçoivent qu'un petit côté d'un problème très compliqué où des intérêts puissants sont en jeu. Souvenons-nous de cette époque peu lointaine où l'on n'hésitait pas à recourir aux médecins fraîchement naturalisés pour nous combattre, et nous forcer la main, et gardons-nous d'opposer les uns aux autres des confrères sérieux, estimables dont les intérêts peuvent être fort bien conciliables, si on veut prendre la peine d'en faire l'étude sérieuse.

Il est facile dans un rapport ou dans une discussion de se créer un succès facile, en disant aux médecins dont la clientèle diminue, qu'on leur redonnera des clients *en allant les chercher où ils sont*, c'est une formule de réunion publique, comme tant d'autres, que les démagogues ont largement utilisées, mais qui ne suffisent pas à résoudre des problèmes dont la solution aux répercussions multiples est infiniment plus complexe et plus difficile.

Dr Raphaël MASSART.

LA DÉCLARATION OBLIGATOIRE DES CAUSES DES DÉCÈS FERA-T-ELLE DISPARAITRE LES MÉDECINS DE L'ÉTAT CIVIL ?

La Circulaire ministérielle du premier janvier 1937, organisant la déclaration obligatoire des causes de décès, a provoqué, chez nos confrères, des mouvements de réaction divers. Pour les uns, cette Circulaire est illégale, parce que forçant le médecin traitant à violer le secret professionnel, qui fait partie de la Charte syndicale.

Pour les autres, actuellement chargés des fonctions de médecin de l'Etat civil, cette Circulaire pourrait entraîner la suppression de ces situations de demi-retraite, qui étaient acceptées et remplies par des confrères âgés.

Si le médecin traitant indique la cause exacte des décès, n'est-il pas à craindre que point ne sera besoin désormais de faire visiter les décédés à leur domicile, par des praticiens investis de la confiance du maire, pour vérifier non seulement l'état de mort, mais aussi pour déceler, s'il y à lieu, des causes de mort non-naturelles.

Un de nos lecteurs (dossier 2.176) ajoute même qu'il est à craindre que le médecin traitant ne soit sollicité par les familles à masquer les causes exactes d'un décès. Il cite des exemples démontrant qu'il a été conduit, dans l'exercice de ses fonctions de médecin de l'Etat civil, à constater des traces de suicide, ou de crime, alors que le médecin traitant, ému par la détresse morale des familles, avait consenti à maquiller la cause exacte de la mort, dans la rédaction de son certificat.

En bon confrère, ce représentant médical du maire a su arranger les choses ; mais cela ne prouve-t-il pas que les fonctions de médecin de l'Etat civil sont utiles et ne devraient pas disparaître ?

Notre correspondant insiste enfin sur ce fait que, dans les cas où il n'y a pas de médecin traitant, la fonction du médecin d'Etat civil est toute indiquée, pour vérifier l'état de mort et la cause probable du décès.

J'ai rassuré notre confrère. Tout d'abord, la légalité de la circulaire en question est fortement mise en cause. J'ai fait paraître, dans le *Concours Médical*, page 993 une argumentation juridique, tendant à démontrer que la Circulaire a été prise, en violation des dispositions de l'article 378 du Code pénal et de celles de l'article 29 du Code d'instruction criminelle.

Il en résulte que, si un médecin était poursuivi pour ne pas avoir déclaré la cause exacte des décès survenus dans sa clientèle, l'illégalité de la dite Circulaire serait invoquée par la défense, qui demanderait le relaxe du praticien inculpé.

A cette occasion, je ne saurais trop insister sur la recommandation, que je me dois de faire à mes confrères : ne signer jamais un faux certificat ; refusez plutôt de rédiger et de délivrer cette pièce.

Sous prétexte de ne pas violer le secret professionnel, vous n'avez pas le droit d'altérer, ou de maquiller la vérité. Les conséquences pourraient être terribles pour vous.

C'est ainsi que, dans les cas que me citaient mon confrère, le médecin traitant cède aux sollicitations d'une famille éplorée et donne, comme motif de la mort violente (par crime ou suicide) une cause naturelle de maladie. Si le crime est découvert, par suite de constatations ultérieures, par dénonciation, accusation, etc., le médecin traitant sera convoqué devant le juge d'instruction, qui lui demandera pourquoi il a égaré l'opinion du maire, ou du Parquet, en signant un certificat mensonger.

Dans un autre ordre d'idées, j'ai déjà cité le cas d'un praticien d'hôpital, qui croyant respecter le secret professionnel, avait indiqué sur un bulletin de décès, la mention : « pneumonie ». Il s'agissait, en l'espèce, d'un homme qui avait été renversé par un camion sur la voie publique et mourait quelques heures après de ses blessures. Devant le certificat, indiquant la pneumonie comme cause de la mort, l'Assurance se refusait à payer quoi que ce soit à la veuve qui invoquait le bénéfice de la loi sur les accidents du travail.

Ainsi la déclaration mensongère d'un médecin peut avoir pour lui des conséquences considérables, soit qu'il soit traduit en correctionnelle pour faux certificat, soit qu'on lui réclame des dommages-intérêts.

Aussi, plus que jamais puis-je insister sur ce fait que la déclaration d'une cause de décès doit être faite par un médecin autre que le praticien qui a donné ses soins. Le médecin de l'Etat civil représente l'autorité municipale ; il est le délégué du maire et doit à ce dernier la vérité complète et exacte. Malheureusement, ce sont des raisons d'économie qui conduisent les maires à réclamer aux familles un certificat de décès signé par le médecin traitant. L'article 77 du Code civil n'est pas respecté, cependant que le médecin est incité à violer les dispositions de l'article 378 du Code pénal.

Le médecin de l'Etat civil doit également instrumenter en cas de mort subite, ou violente, en cas de décès suspect, survenu sur la voie publique, etc., etc.

Ce praticien devra également continuer son

rôle pour visiter les ouveau-nés, dont le père a fait la déclaration de naissance à la mairie. Bref ce praticien a sa raison d'être dans toutes les circonstances, où le maire a besoin de se faire suppléer, représenter, ou assister par un homme de l'art.

Dr Paul Boudin.

QUE FAUT-IL ENTENDRE PAR LE VOCABLE « ASSISTANT » ?

La situation juridique des assistants de radiologie

Un de nos confrères (1.970) nous pose les questions suivantes :

1° Quelle est la définition juridique de l'assistant ?

2° Un médecin étranger peut-il être l'assistant d'un médecin français et dans quelle mesure ?

3° Y a-t-il un texte de loi qui défende, sous une pénalité précise la collaboration d'un médecin étranger et d'un médecin français ?

A la première de ces questions, je dois répondre qu'il n'y a pas de définition légale du terme « assistant ».

En effet, celui qui a le droit d'exercer la médecine en France peut contracter tacitement ou par convention avec un autre docteur en médecine pour devenir le collaborateur de ce dernier. Il peut y avoir association, louage de services, contrat oral en vue du perfectionnement professionnel de l'élève, etc.

Bref, juridiquement, un docteur en médecine peut très bien avoir autour de lui tels ou tels autres docteurs en médecine (ou chirurgiens-dentistes) pour soigner ensemble des malades, afin que le premier dispense son enseignement et son expérience aux seconds.

Dans les hôpitaux de l'Assistance publique de Paris, le titre de médecin-assistant des hôpitaux a été donné à des anciens internes ou à des admissibles au concours du Bureau central pour que l'assistant puisse aider le chef de service ou remplacer ce dernier pendant les vacances. Mais ce titre n'a qu'une valeur règlementaire au regard de l'Assistance publique et non pas une valeur légale.

Ceci étant dit, abordons la situation des médecins ou dentistes qui ne remplissent pas les conditions exigées par les articles 1 et 2 de la loi du 30 novembre 1892 et par l'article 1er de celle du 26 juillet 1935.

Ces étrangers ou diplômés étrangers, ou diplômés d'Université française ou les non diplômés « ne peuvent pas » prendre part habituellement et par une direction suivie au traitement des maladies ». Tout au plus un diplômé français pourrait-il prendre ces étrangers, en les réduisant aux fonctions subalternes des infirmiers.

On a essayé d'utiliser ce subterfuge, en qualifiant d'assistant «d'interne » dans une maison de santé, ou clinique privée, des praticiens étrangers, parce qu'on espérait que grâce à ces derniers, on pourrait attirer dans la dite maison de santé des clients d'une nationalité particulière.

Mais si par malheur le subterfuge est découvert, s'il est prouvé que « l'interne » a soigné lui-même des malades sans être placé sous la surveillance et la direction suivie d'un praticien français, il peut en résulter des poursuites correctionnelles en exercice illégal.

La loi de 1935 a voulu protéger les nationaux français contre l'envahissement des étrangers, comme la loi du 30 novembre 1892 a garanti les praticiens contre les pratiques des illégaux.

En matière de radiologie (1) le législateur est allé plus loin. Par la loi du 17 mars 1934, il est interdit à quiconque ne possède pas le diplôme de docteur en médecine, ou de chirurgien-dentiste, en ce qui concerne l'odontologie, d'utiliser les rayons Rœntgen, dans un but de diagnostic et de thérapeutique.

Ainsi, le radiographe non-médecin ne peut servir que d'auxiliaire manipulateur; il pourra développer les clichés et films, mais il lui est interdit d'interpréter une graphie, ou une scopie, alors, bien entendu, que tout traitement lui est impossible à pratiquer, sans l'ordre précis et sous la surveillance du docteur en médecine, son employeur.

Dr Paul Boudin.

(1) Par suite d'une erreur de mise en page, la note suivante avait été omise dans le corps de la réponse, parue dans le *Concours* 1937, page 996.

L'ACTUALITÉ PROFESSIONNELLE

Informations judiciaires

La responsabilité des médecins du fait des auxiliaires médicaux (en clientèle ordinaire)

Nous avons été amenés, à maintes reprises déjà, à étudier sous cette rubrique la responsabilit du médecin en cas de dommage causé par son propre fait à ses clients. Mais il arrive fréquemment que le médecin n'est pas seul autour du malade; la famille de son client ou lui-même peut avoir fait appel à une infirmière, une garde-malade, un auxiliaire médical, qui, sans être son préposé, se trouve cependant sous sa direction et sa surveillance technique en ce qui concerne l'application du traitement. La question se pose alors de savoir dans quelle mesure les fautes commises par cet auxiliaire engagent sa responsabilité.

Un point est tout d'abord certain : le médecin n'est en aucune manière le « commettant » de l'infirmière ou de l'infirmier puisque ce n'est généralement pas lui qui l'a choisi, qu'il ne le rémunère pas, et qu'il n'exerce sur lui qu'une direction purement occasionnelle et scientifique. Il ne peut donc se voir appliquer l'article 1384 du code civil qui présume le commettant responsable des faits de son préposé.

Cependant la jurisprudence retient fréquemment, dans des cas de ce genre, la responsabilité du médecin, parce qu'elle considère que toute faute de l'auxiliaire médical provient pour une part d'un manquement du praticien à son obligation de direction et de contrôle. Elle conçoit d'ailleurs cette obligation d'une manière très stricte et fort peu compatible avec les nécessités de la pratique. Voici un exemple ou l'on aurait pu penser que le médecin eût du être mis hors de cause : ayant ordonné à un jeune malade une série de piqûres sous-cutanées et intramusculaire de sulfarsénol, il confia le soin d'opérer ces piqûres, à une infirmière diplômée d'Etat, en lui donnant toutes les indications relatives aux doses et à la périodicité à observer. Par une erreur inexplicable cette infirmière, pourtant avertie et expérimentée, malgré l'ordonnance précise du médecin, fit des injections quotidiennes, à des doses beaucoup trop fortes, sans avertir le médecin des réactions douloureuses du malade, qui décédait peu après.

Le Tribunal correctionnel d'Abbeville, par un jugement en date du 24 octobre 1935, reconnaissait que le médecin traitant n'avait commis aucune faute en s'étant adressé à une infirmière qualifiée, d'autant plus que l'éloignement du malade et la nécessité d'éviter des frais inutiles, l'empêchait d'administrer lui-même les piqûres et d'en surveiller matériellement l'effet. Mais ce jugement, pourtant fort sage, fut infirmé par la Cour d'Amiens, laquelle déclarait, dans son arrêt du 2 juillet 1936, que le médecin était partiellement responsable de ce décès, parce *qu'il n'avait pas donné des instructions suffisamment précises à l'infirmière* qui n'était pas spécialisée, et *qu'il avait laissé sans contrôle le malade pendant une douzaine de jours* au cours d'un traitement délicat susceptible de présenter des réactions dangereuses.

Plus récemment encore, un cas de ce genre s'est présenté devant le Tribunal de la Seine et la Cour d'appel de Paris. Les faits sont relatés tout au long dans les *Annales de Médecine Légale* (janvier 1937) : un médecin prescrivit à une femme piquée au pied par un clou rouillé, une injection préventive de sérum antitétanique. Le préparateur de la pharmacie, remit au client, par erreur, une ampoule de sérum antidiphtérique ; par une série de malchances, l'erreur ne fut réparée ni par le mari ni par l'infirmière placée à son chevet par les soins du médecin. Ce dernier, étonné peu de temps après de constater chez sa cliente les symptômes du tétanos, prescrit d'urgence une nouvelle injection ; la même erreur se reproduisit encore, mais l'infirmière s'en aperçut cette fois, et l'injection eut lieu. Trop tard malheureusement, car la malade décédait huit jours après l'accident.

Saisi de l'affaire le Tribunal correctionnel de la Seine, décidait que : « si on peut excuser le médecin appelé à se rendre auprès de nombreux malades de n'avoir pas opéré lui-même la piqûre, il n'en avait pas moins le strict devoir de se rendre compte lors de la visite suivante du sérum employé ; *en se bornant à formuler une ordonnance, en se libérant complètement du soin de surveiller l'application de ses prescrintions, il a commis une imprudence qui engage sa responsabilité* ». La Cour de Paris, saisie en appel, se montra plus sévère encore dans sa condamnation ; elle considère en effet que *le médecin aurait dû tout au moins s'assurer que la piqûre avait été faite sans incident*, et qu'il a contribué par sa négligence à causer le dommage. « Tant et si bien, conclut le Docteur Brisard, que le médecin praticien, sa tâche quotidienne terminée, en s'endormant du sommeil qu'il croit être celui du juste, risque de se réveiller sur les bancs de la correctionnelle ! »

Jean MIGNON.

La Presse et les Sociétés

La lutte anti-vénérienne en Hollande

Récemment a été publié (et commenté ici), le projet de loi déposé par le ministère actuel pour lutter contre la propagation des maladies vénériennes. Ce projet remet l'épuration du pays entre les mains de l'Etat qui disposera de moyens divers de coercition allant jusqu'à l'emprisonnement. Ce système, nous l'avons vu, fonctionne déjà en de nombreux pays.

Il est équitable de mettre en parallèle le système hollandais, tel qu'il a été exposé à l'Assemblée générale de l'Union internationale contre le péril vénérien, par le Docteur E.-H. Hermans (1) :

En Hollande, il n'existe pas de dispositions légales ou de réglementation pour combattre les maladies vénériennes, de même que le dépistage des malades ou la recherche des sources d'infection n'est pas obligatoire. Nous comptons uniquement sur la bonne volonté et la collaboration des malades eux-mêmes. Ceci est parfaitement réalisable, surtout du fait que ce sont des organisations privées qui s'occupent de lutte anti-vénérienne sans surveillance directe des autorités ou de la police.

On procède au dépistage des malades uniquement sur l'avis formel du chef du Bureau de consultation. Une dame-visiteuse se rend à domicile pour décider l'intéressé à se faire soigner ou encore on essaie de toucher le malade par lettre. Le pourcentage de succès varie entre 60 et 80.

Les malades sont interrogés sur la source de contagion et on cherche toujours à amener, par le malade, le ou la partenaire à se faire soigner. En cas d'échec, c'est à la visiteuse de se mettre à la recherche de la source de contagion.

Aucun contrôle n'est exercé sur les prostituées, ni par les autorités, ni par la police. Il faut donc gagner la confiance de ces femmes.

Dans les petits centres, les missions de dépistage sont effectuées par des infirmières qui s'occupent en même temps de l'hygiène de l'enfance et de lutte contre la tuberculose, ceci afin de ne pas éveiller de soupçons dans le voisinage.

Les frais de la lutte anti-vénérienne en Hollande s'élèvent à environ 40.000 florins par an.

La seule intervention de l'Etat dans la campagne anti-vénérienne réside dans l'article 250 *bis* du Code pénal qui punit de prison ou d'amende « quiconque fait son métier ou a l'habitude de provoquer ou de favoriser volontairement, la débauche d'autrui avec des tiers ».

(1) La Prophylaxie antivénérienne, janvier 1937.

Tout le système de réglementation de la prostitution est aboli. Les résultats : (tels du moins que les présente une statistique qui a donné lieu, en séance, à de vives protestations des délégués français).

Pour 100.000 habitants et par an, on enregistre :

	en Allemagne	en France	en Angleterre	en Hollande
Syphilis récente	39	77	147	10
Gonorrhée ...	242	191		57

G. Lavalée

Empoisonnement par le thallium

Le Docteur Bochkor a voulu contribuer à faire connaître davantage les cas d'empoisonnement par le thallium, car le nombre de leurs relations n'est pas encore très élevé. Deux jumeaux de 7 ans présentaient sur le cuir chevelu une surface, grande comme une pièce de 5 francs, où l'on découvrait à la fois des microspores et des cheveux cassés. Pour ces deux petits malades, le même traitement fut prescrit : une demi dose de Rœntgen et une demi dose de thallium. Il semble que la dose de thallium ait été dix fois trop forte et que le pharmacien, surpris de cette importance, ait mis le médicament dans une bouteille réservée à l'usage externe en y collant l'étiquette de « poison violent ». Néanmoins, le médecin de famille fit irradier les enfants et administra à chacun d'eux 10 c. c. de la solution. Dès la première nuit, leur respiration devint difficile ; le lendemain ils présentèrent des nausées rapidement suivies de vomissements ; la nuit suivante ils accusèrent de la dysphagie, de l'embarras de la parole ainsi qu'une très grande apathie. Quatre jours après le début des accidents, ces enfants étaient hospitalisés et le troisième jour de leur admission, ils mouraient à 10 heures d'intervalle l'un et l'autre. Les constatations d'autopsie furent les mêmes : lésions d'hémorragie, d'hypérémie, de dégénérescence parenchymateuse et graisseuse des reins et du foie, de broncho-pneumonie.

Il est notoire que l'acide thallique est employé dans le traitement des mycoses du cuir chevelu ; les résultats en sont douteux, mais les accidents toxiques sont fréquents.

Il existe aussi des cas d'empoisonnement par suicide ou tentatives criminelles ; on a signalé des accidents d'origine industrielle, surtout dans le traitement des matières colorantes et du verre. (*Annales de Médecine légale*, janvier 1937).

LA RETRAITE DU MÉDECIN

Mon projet de retraite du médecin retenu par le Syndicat de Draguignan et relaté dans le *Concours Médical*, en termes aimables, par le Docteur Boudin, m'a valu une avalanche de lettres renfermant de nombreuses approbations et quelques rares critiques. Je remercie tous mes correspondants : les uns vont me permettre par leurs encouragements, de continuer ma campagne, d'autres, par leurs suggestions, d'améliorer mon système. Enfin un certain nombre m'offrent l'occasion de réfuter leurs objections.

La retraite sera obtenue par le versement à la Caisse de retraite du produit de la médecine sociale préventive élargie et généralisée d'après les idées gouvernementales. Cette médecine préventive sera prise en charge par le Syndicat départemental, sous sa direction, sous son contrôle, sous sa responsabilité, après avoir signé avec l'Etat des contrats collectifs. Elle sera assurée, par voie de roulement, entre les médecins syndiqués, avec ou sans la participation des médecins retraités. La retraite sera facultative, fixée à 24.000 francs, reversible par moitié sur la tête de la veuve. Auront droit à la retraite, les médecins syndiqués âgés de 65 ans et comptant trente-cinq années d'exercice. Il est bien évident que, pendant la première année d'application, tous les médecins praticiens ayant plus de 65 ans et comptant trente-cinq années de pratique auront droit à la retraite. Ceux auxquels il manquerait quelques annuités verraient le moment de la retraite proportionnellement retardé. Mais par la suite, tout médecin âgé de 65 ans et comptant trente-cinq annuités perdra tous ses droits à la retraite, s'il opte pour la clientèle.

Enfin une retraite de 6.000 francs sera versée aux veuves des médecins décédés avant 65 ans et une retraite proportionnelle aux médecins reconnus inaptes à exercer leur profession avant 65 ans.

Les médecins militaires ou fonctionnaires retraités ne pourrons plus exercer, dès la promulgation de la loi. Toutefois ceux qui jouissent d'une situation acquise, pourront continuer à exercer jusqu'à 65 ans, époque à laquelle ils devront obligatoirement cesser la pratique de leur art sans qu'ils puissent prétendre avoir des droits à la retraite syndicale.

Ceux dont la retraite sera inférieure à 24.000 francs pourront toucher la différence.

Les naturalisations prendront fin. Les médecins naturalisés profiteront des avantages de la retraite au même titre que leurs autres confrères et seront soumis aux mêmes obligations. Le Conseil de famille sera chargé de veiller à la bonne marche de la prise en charge et de réprimer toutes les infractions et tous les abus. Ce système est de toute simplicité :

1° pas de versements, pas de cotisation, pas d'encaissement ; mais seulement quelques journées de travail équitablement éparties pour la plus noble des causes ;

2° pas de capitalisation avec tous ses dangers , mais une simple répartition confiée aux bons soins de la Confédération ;

3° le roulement réclamé par beaucoup d'entre nous sera réalisé ;

4° le Syndicat en groupant l'unanimité des praticiens verra son prestige grandir et la dignité de la profession y trouvera son compte.

Quelle sera la somme nécessair pour la réalisation de cette retraite et quelles peuvent être les disponibilités ? Il est difficile, avec mes faibles moyens d'investigation, de donner des chiffres exacts. Approximativement j'estime que 2.000 médecins peuvent avoir droit immédiatement à la retraite et par la suite 1.000 euves de médecins retraités et 2.000 veuves de confrères décédés avant 65 ans. Enfin je fixe à 500 le nombre de confrères susceptibles de réclamer la retraite proportionnelle. Il faut donc disposer de 75 millions. Où les trouver ?

1° La pierre angulaire de cet édifice se trouve dans l'organisation de l'inspection médicale des écoles. Cette inspection pratiquée dans tous les établissements primaires et secondaires, tant publics que privés, doit comprendre deux examens par an et une radio à l'entrée. Il y a environ cinq millions d'écoliers. A raison de 10 francs par enfant, cela représente 50 millions. Un enfant fréquentant l'école pendant huit ans environ coûtera donc à l'Etat 60 francs pour seize examens complets et une radio, on ne saurait envisager un chiffre plus bas.

2° Consultations des nourrissons. Il y a 36.000 communes en France. Une consultation par mois à 20 francs, cela représente 8.640.000 francs, mais en créant dans les villes une consultation supplémentaire par fraction de 5.000 habitants, on peut compter sur dix millions.

3° Consultations pré-natales, mêmes remarques et même rendement.

4° Les vaccinations antidiphtériques et antivarioliques peuvent produire quatre millions. Ajoutez maintenant les consultations antituberculeuses, anticancéreuses, antivénériennes,

antityphoïdiques et autres, les centres de santé, etc., etc.

Il y aurait également lieu de charger de l'hygiène le Corps médical, liaison naturelle entre les mairies et la direction départementale d'hygiène avec la mission particulière de s'occuper des questions des eaux, des égoûts, des ordures ménagères, des logements insalubres, de la fabrication du pain, de la surveillance du lait et des denrées, etc., etc. La médecine préventive sociale devra prendre rapidement une extension formidable, quelque soit le gouvernement, et partant de ce principe que tout travail mérite salaire raisonnable, j'estime que le rendement nécessaire, sera largement dépassé et que l'on pourrait envisager l'abaissement facultatif à 62 ans de l'âge de la retraite tout en maintenant le plafond à 65 ans.

Avantages de la retraite :

1º Pour tous les médecins la sécurité des vieux jour ;

2º Pour les jeunes, de grandes facilités de placement ;

3º Pour les anciens, la diminution de la pléthore. Estimez, en effet, à 2.000 les postes immédiatement supprimés, fixez à 40.000 francs le rapport moyen de chacun d'eux. Voilà 80 millions à répartir auxquels s'ajouteront progressivement d'autres avantages au fur et à mesure de la disparition des cabinets des médecins militaires ou fonctionnaires retraités.

Objections. — Certains redoutent des difficultés d'organisation. Je réponds : Le Syndicat départemental unique comprendra un ou plusieurs secrétaires généraux appointés, choisis parmi les confrères physiquement inaptes à la clientèle qui, sous la direction du bureau, procéderont à la répartition équitable des différents services en tenant compte, dans la mesure du possible, des désirs de chacun. Il ne saurait exister de sérieuses récriminations, des signes de désunion dans cette répartition, puisqu'il s'agit d'une noble cause. En tout cas, le Conseil de famille veillera.

Dans les grandes villes, chaque médecin serait appelé à fonctionner dans son quartier ou dans un quartier voisin, on pourrait adopter les divisions électorales (cantons, circonscriptions, arrondissements). Les spécialistes, m'écrit-on par ailleurs, n'auront pas l'occasion de participer à cette médecine préventive. Je réponds : le plus grand nombre d'entre eux, soit aux écoles (yeux, oreilles, dents, etc.) soit dans les diverses consultations ou centres de santé, auront leur place marquée. Et si, par hasard, quelques-uns, ne peuvent avoir une utilisation, on pourrait appliquer, à leur intention, le système de la Confédération (versement annuel) afin de leur procurer les mêmes avantages. L'objection la plus sérieuse est la suivante : Le projet repose sur des données fragiles ou incertaines. Supposons que l'Etat nous propose dans quelques années des conditions inacceptables tant au point de vue moral que matériel, nous serons obligés ou de subir ou de rompre et, dans ce cas, privés les uns de leur retraite et les autres des sacrifices consentis. Erreur, que fait-on du contrat collectif qui doit prévoir que, en cas de désaccord, le litige doit être soumis à deux arbitres et si besoin est, à un superarbitre. Et même, en cas de rupture librement consentie par les deux parties, le système confédéral (versement annuel) pourrait immédiatement entrer en jeu, sans que les intérêts de chacun soient lésés.

En terminant, un confrère m'écrit : Pourquoi l'Etat ne s'engagerait-il pas à verser la retraite à tous les ayant droits mentionnés dans votre projet si la Confédération, d'autre part, s'engageait à assurer, en échange, la médecine sociale préventive selon un contrat minutieusement établi ? c'est le système donnant-donnant.

Excellente idée, toute faite de simplicité et doublée de garanties sérieuses que j'accepte bien volontiers.

Souhaitons enfin que le *Concours Médical*, si largement ouvert au Corps médical, invite ses nombreux lecteurs à apporter dans ses colonnes une pierre à l'édifice que nous voulons élever pour le plus grand bien de tous.

Dr Bausset
de Sainte-Maxime-sur-Mer

VARIÉTÉS

● ● ●

L'histoire de la rue Saint-Denis

L'Assistance et l'Hygiène dans cette rue, de ses origines à la Révolution

Notre ami, le Docteur Maurice VIMONT, membre de la Commission du Vieux Paris, lauréat de l'Institut (prix Emile Lesenne pour son ouvrage sur l'église Saint-Leu) vient de publier aux *Presses Modernes* (Palais-Royal, 96, Galerie Beaujolais) l'*Histoire de la rue Saint-Denis de ses origines à nos jours*, en trois volumes, ouvrage que M. Dupont-Ferrier, membre de l'Institut, professeur à l'école des Chartes, a honoré d'une préface.

Vimont, né dans la rue Saint-Denis, a exercé la médecine dans ce quartier pendant près de 40 ans ; il connaît donc cette rue, maison par maison, et a consacré ses loisirs à faire des recherches dans les archives pour écrire son histoire.

Nous n'aurons pas l'outrecuidance de vouloir analyser l'histoire de la rue Saint-Denis ; cette rue a été témoin de presque toute l'histoire de Paris et d'une bonne partie de l'histoire de France. Parallèle à la rue Saint-Martin, comme cette dernière, elle suit les trajets d'une voie romaine qui conduisait dans le nord de la Gaule par Senlis, elle amorçait le chemin de Flandre, comme sur la rive gauche l'antique rue Saint-Jacques conduisait à Genabum (Orléans). Tous les cortèges de souverains ou de personnages célèbres sont entrés dans Paris ou en sont sortis par la rue Saint-Denis ; toutes les manifestations funèbres des familles royales françaises ont gagné par la rue Saint-Denis, la célèbre abbaye de Saint-Denis où était leur sépulture. Les processions s'y déroulaient tous les jours et les étudiants la suivaient en se rendant au Lendy. Le voisinage des Halles, du Louvre, du Châtelet, du Palais, le cimetière des Innocents dotaient la rue Saint-Denis d'une vie intense.

Nous nous contenterons de cueillir au milieu de la forêt touffue de documents du premier volume, documents plus intéressants les uns que les autres et qui nous font revivre l'existence pittoresque et tourmentée des siècles de l'ancien régime, nous nous contenterons de cueillir çà et là ce qui a trait aux hôpitaux et à l'hygiène et qui intéresse plus particulièrement le médecin.

Constatons tout d'abord que le 30 juin 1278, le chirurgien Pierre de La Brosse fut conduit par la rue Saint-Denis au gibet de Montfaucon. C'est la première fois qu'une pièce d'archives signale l'existence du fameux gibet. La corporation des chirurgiens n'a pas lieu d'être fière de cette innovation. Ce Pierre de La Brosse était accusé d'avoir empoisonné le fils du roi Philippe III et, pour détourner les soupçons d'avoir prétendu que la seconde femme du roi, Marie de Brabant, était coupable de ce crime. Nous savons le nombre de médecins qui exerçaient dans ce quartier à cette époque. Le livre de la taille de 1292 y signale 9 mires, ce qui était appréciable, Paris n'en comptant que 27.

Les épidémies et la peste décimaient Paris sous l'ancien régime ; en 1315, en 1348, en 1428, en 1466, en 1510 (peste, coqueluche, syphilis) en 1656 eurent lieu de terribles épidémies dans lesquelles les morts se comptaient par milliers et encombraient dangereusement les cimetières.

Le *cimetière des Innocents* dont on peut suivre l'histoire en détail, ainsi que celle de ses charniers, dans l'ouvrage de Vimont, ne pouvait pas suffire ; on dut en 1466 transporter les corps au *cimetière voisin de la Trinité* qui, encombré à son tour et dangereux pour les enfants hospitalisés dans le voisinage, fut supprimé par ordre du roi en 1556, ordre qui ne fut qu'en partie exécuté, et ce fut en 1656, que le cimetière de la Trinité fut fermé et que l'on transfera les corps au cimetière de Clamart, sur la rive gauche au faubourg Saint-Marceau.

Quant au cimetière des Innocents, il fut supprimé par arrêt du Parlement le 7 juin 1765, on cessa d'y inhumer en janvier 1766. Il fut définitivement fermé le 1er décembre 1790. On avait dès le 1er avril 1786 transporté les ossements des fosses et des charniers aux Catacombes de la Tombe Issoire. La Fontaine des Innocents avec les admirables sculptures de Jean Goujon restaurée orna la place qui remplaça le cimetière.

La rue Saint-Denis ne fut pas seulement médicalement célèbre par ses cimetières, des âmes généreuses et pieuses y fondèrent des hôpitaux. En 1316 Imbert, de Lyon, riche mercier, fonda l'*hôpital de la Madeleine*, terminé en 1319, qui comprenait une douzaine de lits et fut confié en 1360 aux Filles-Dieu.

Plus célèbre fut l'*hôpital Saint-Jacques*, fondé en 1328 par une confrérie pour héberger les pèlerins se rendant à Saint-Jacques-de-Compostelle. Embelli en 1495, cet hôpital fut assez mal administré, des procès interminables eurent lieu à partir de 1630 entre les chapelains et chanoines et les administrateurs laïcs. Louis XIV dut intervenir en 1698. Les pèlerins se faisant rares, les revenus insuffisants, l'hôpital servit de refuge aux soldats revenant de la guerre. En 1722 on commença à le démolir.

En 1771, la Faculté de médeciner, éfugiée dans l'ancienne Ecole de droit de la rue de Jean-de-Beauvais qui menaçait ruine, fit une requête demandant qu'on lui attribuât l'église et le cloître Saint-Jacques de l'hôpital avec leurs revenus, s'engageant à y construire un hôpital-école. Il ne fut pas tenu compte de cette requête. Les biens de Saint-Jacques furent attribués aux Enfants-Trouvés et consacrés aux soins que nécessitaient les petits syphilitiques.

En 1371, l'*hôpital de Sainte-Catherine* de la rue Saint-Denis était chargé d'administrer le cimetière des Innocents. Cet hôpital fut agrandi en 1479. Il devint au XVIIIe siècle un asile de nuit pour femmes et un bureau de placement.

Plus intéressante est l'histoire de l'*hôpital de la Trinité*. Après avoir servi d'asile à des Enfants-Trouvés dans d'assez déplorables conditions, avoir sous Charles VI donné refuge aux confrères de la Passion et avoir été ainsi le premier théâtre permanent de Paris, l'hôpital de la Trinité par arrêt du Parlement de janvier 1536 eut sa grande salle haute réservée aux syphilitiques et sa salle basse aux teigneux, et autres contagieux. Les Frères de la Passion s'y maintinrent néanmoins jusqu'en 1640, époque où ils acquirent l'hôtel de Bourgogne. En 1645 l'hôpital de la Trinité fut affecté aux Enfants-Malades de plus de 6 ans, puis aux enfants pauvres à qui on apprit divers métiers entre autres celui de tapissier. Protégée par le roi contre les corporations, la Trinité devint une véritable école des arts et métiers d'où sortirent de véritables artistes.

Les Pouvoirs publics de l'ancien régime songèrent à assainir la rue Saint-Denis que les cimetières, les Halles, les hôpitaux et la circulation intense rendaient plus particulièrement malsaine. Après la révolte des Cabochiens de 1413 parmi lesquels se distingua le chirurgien maître Jean de Troyes, Charles VI sous prétexte d'hygiène et d'urbanisme, ordonna le 15 mai 1416 la démolition de la Grande Boucherie et supprima les privilèges de ses bouchers. On dut désormais abattre les animaux hors des murs.

En août 1415 les buttes d'immondices qui dominaient les remparts vers la Porte Saint-Denis furent enlevées et l'on aménagea à leur place des boulevards et des tranchées.

Un arrêt du Parlement du 4 mars 1496 ordonna l'expulsion des soldats anglais et mercenaires atteints de maladies vénériennes. Aux portes Saint-Denis et Saint-Jacques on prenait leurs noms et on leur donnait 4 sols parisis pour faciliter leur rapatriement.

Au début du XVIIe siècle, pour secourir les pauvres qui avaient envahi Paris on entreprit d'utiles travaux. Les fontaines et les égouts de la rue Saint-Denis furent réparés, on procéda à de nouvelles adductions d'eau potable et la rue fut en partie pavée en grès. Nous avons déjà signalé la disparition des cimetières dans lesquels on inhumait non seulement les morts des paroisses voisines, mais même ceux de l'Hôtel-Dieu.

Par ces notes succinctes cueillies çà et là dans le premier volume de l'Histoire de la rue Saint-Denis, de Maurice Vimont, on peut se rendre compte de l'énorme travail de documentation qu'a effectué notre ami et notons que ce que nous avons recherché ayant trait à l'Hygiène et à l'Assistance est loin d'être ce qu'il y a de plus intéressant.

J. NOIR.

CONFÉRENCE SUR LA SYPHILIS AUX ÉTATS-UNIS

Le mois dernier s'est tenue à Washington une conférence sur la syphilis, sur la convocation du Docteur Thomas Parran, du service de santé des Etats-Unis. La question y fut considérée sous quatre points de vue différents :

I. *Statistique.* — Le nombre des cas annuels de syphilis déclarés chaque année atteint en moyenne 681.000 ; le nombre des syphilitiques dans la population générale est estimé entre 5 et 10 pour cent. Mais ces chiffres sont approximatifs, jusqu'à ce qu'un système plus exact de recensement soit mis en œuvre.

II. *Traitement.* — Il est désirable que le traitement de la syphilis reste sous le contrôle des médecins privés, qui doivent recevoir toutes facilités à cet effet : laboratoires de recherches, médicaments, etc. Dans certains cas, cependant, et notamment pour les indigents, la création de cliniques est indispensable. Mais il est essentiel que tous les cas traités soient déclarés au même titre que les autres maladies contagieuses.

III. *Thérapeutique.* — Aucune nouveauté ; l'emploi des trois médicaments : arsenic, bismuth, mercure doit être laissé à la convenance du médecin traitant.

IV. *Surveillance.* — Il est recommandé d'instituer des services, largement développés, d'assistantes spécialisées, en vue de suivre les malades, d'assurer leur traitement futur, et de les empêcher de devenir des agents de contamination ou des facteurs d'hérédo-syphilis.

Ph. DALLY.

LE SALON DES MÉDECINS

Le Salon des médecins est impatiemment attendu chaque année. Beaucoup de nos confrères cultivent avec succès l'aquarelle ou la peinture pour faire diversion à leurs soucis et ennuis journaliers. C'est moins le salon des œuvres du dimanche, que celui des œuvres de vacances. Dans la confusion de nos lois sociales, s'agit-il ici de cumul ou de loisirs ?

Le Salon de 1937 a peut-être moins d'envergure que ceux des années précédentes ; il renferme moins d'œuvres importantes. Il me semble que la scupture y est supérieure à la peinture et dans celle-ci j'accorde la préférence à l'aquarelle.

Parcourons les salles et signalons les *Pommiers en fleurs* de Fournier (161), *La Ferme de Montauglant* et *La Fabrique de chaux à la Frette* de M. Godard (207-208). Admirons en passant le beau *buste de Madame L. M.* par Mlle Ledoux-Lebard qui expose plus loin une charmante *Statuette* de nu féminin (263-264). Grandes qualités dans le *Paysage savoyard et Rochers de Sales* (Samoens) de A. Corteel. Sabouraud traite les nus toujours avec la même maîtrise, c'est le cas de ses *Danseuses* (384).

Zicca qui travaille au couteau plutôt qu'à la brosse, nous montre un ensemble d'une grande puissance. C'est peut-être ce que je préfère dans cette exposition, comme cet intérieur de *Ferme à Villeneuve-les-Avignons* (452), *Le Marché Maigre* (450).

Bon *Portrait du Docteur Devraigne* (130) par sa fille Nicole Devraigne. H. Godeau nous transporte aux paysages de montagne qu'il sait très bien traduire. J'apprécie le *Lac noir et le col de Sassière* (212) et le *Lac de Presset* (214).

La sculpture de R. Bauchet, *Jehovah* est intéressante. Mlle Lefilliâtre expose des reliures de luxe à tenter bien des bibliophiles.

Voici maintenant toute une série de riches aquarelles de Fraikin *La vieille rue de Capri* et ses curieuses arcades (165) le *Forum de Pompéi* (166) et la délicieuse petite *Figure de Manon* (172), plus loin des délicates aquarelles de Barbié (12), un *Coteau en Lorraine*, une *Lande en Lorraine*, puis ces petites églises archaïques *Petite chapelle près Arlix* (409), et *l'Abside de la cathédrale de Lescar* (Basses-Pyrénées) de A. Soret puis les tableaux dans une note toute personnelle de Pauline Genet dont j'apprécie surtout le *Lac d'Annecy* (189), puis encore cette série des très artistiques aquarelles de Saintot les *Ruines du Cloître Guillaume de Machault* (385), la *Maison penchée de la rue Saint-Romain-de-Rouen* (388), et encore les aquarelles de H. Duval les *Bords du Cher* (Saint-Georges-du-Cher) (151), et la *Place du marché de Montrichard* (152).

Touchet est bien amusant et pratique dans ses dessins avec légendes (*Mnemotechnie angeiolique*) ou on se remémore d'une façon agréable son *Anatomie* (464).

Comment ne pas admirer le *Médaillon du Docteur Jayle* et de *Laignel-Lavastine* par le grand artiste Deherain, même remarque pour la *Médaille du Docteur Leuvet* de Villandre.

Caussade est toujours rest jeune et spirituel avec son alerte crayon qui sait aussi bien magnifier *La Marseillaise* au clocher de Strasbourg que glorifier d'une façon drôle *le Mercure de Jean de Boulogne* ou la *Revanche de maître Renard* avec des légendes pleines d'humour (85-86-87).

Suzanne Ronfaut a peint des vues pleines de charme, *Zermatt et le Cervin* (378), *les Drus vus du village des Bois* Louise Pascalis, le peintre de l'aviation, glorifie Maryse Bastié, et par son *portrait et sa traversée de l'Atlantique*.

Délicieux *portrait de la petite Jacqueline* de Suzanne Merot. Intéressant *portrait* par Denise Bufnoir du *Docteur B.*, faisant un moulage de corset.

Buste très vivant du géologue *F.-M. Marcel* et portrait très bien réussi du *Docteur J. Malet* par lui-même.

On s'amuse beaucoup a voir cette suite de Portraits charges « *les Gueules classées* » de Pierre Catton et du même les *binettes humoristiques professionnelles*

Il ne faut pas quitter le Salon sans voir les artistiques statuettes bois en taille directe d'Albertin (*Saint Christophe* et *Saint Antoine de Padoue*).

Et pour finir adressons nos félicitations à P. Malet l'animateur et l'organisateur de ce Salon, un artiste de valeur du reste. Il nous en donne une nouvelle preuve par le portrait au pastel qu'il expose (292).

Dr M. VIMONT.

CHRONIQUE AUTOMOBILE

Le freinage

L'automobiliste le moins initié à la technique ne doit ni ne peut se désintéresser d'étudier tout ce qui se rapporte au freinage. C'est en effet pour lui une question de vie ou de mort. Une proportion énorme des accidents est provoquée par l'incapacité devant laquelle s'est trouvé le conducteur d'arrêter à temps sa voiture lorsqu'a surgi un obstacle imprévu.

Les voitures, surtout celles de fabrication récente, sont évidemment munies de freins excellents, et presque toujours de freins agissant sur les quatre roues. Mais on oublie trop souvent que les freins font partie des organes qui se dérèglent et s'usent relativement vite. Il ne faut donc pas se contenter de s'assurer au moment de l'achat, que la voiture acquise a de bons freins. Il convient de ne jamais négliger par la suite de les faire visiter et régler fréquemment.

Avant d'aborder l'étude des garnitures de freins qui fera l'objet principal de cette chronique, je voudrais signaler les points capitaux à surveiller, même ceux qui ne dépendent pas d'une usure trop grande, mais simplement d'un mauvais entretien. Dans trop de voitures encore, les cables de freins sont disposés de telle sorte qu'au fonctionnement, ils frottent sur des pièces métalliques, chassis ou autres, qui les coupent.

Plus d'un automobiliste serait aussi surpris qu'épouvanté si, se plaçant sous sa voiture, il pouvait constater que la moitié ou plus des filins d'acier composant les cables sont détachés du corps principal.

Inutile de dire qu'il faut sans hésiter faire changer ces cables ainsi affaiblis dès qu'un nombre suffisant de filins coupés en amoindrit par trop la résistance.

Beaucoup d'automobilistes inexpérimentés se demandent comment il se fait que la puissance des freins varie suivant les jours.

A ceux-là, je conseillerai de faire vérifier si les tambours de freins ne sont pas anormalement envahis par l'huile dont l'excès devrait leur être interdit par un « feutre » spécial.

Il n'y a rien de plus désagréable, en effet, et aussi de plus dangereux, que de s'apercevoir que la voiture continue à avancer quand on bloque les freins, phénomène qui se produit inévitablement lorsque l'huile supprime le pouvoir d'adhérence des garnitures de freins.

Autre point important : ne jamais resserrer un cable sans mettre la voiture sur crics afin de pouvoir régler le serrage non pas d'un cable, mais de tous, en vérifiant successivement leur action sur chacune des roues. Pour procéder à cette opération, il est indispensable d'être aidé par une deuxième personne qui appuie sur la pédale des freins au commandement.

Un cable trop ou pas assez tendu par rapport aux autres entraîne en effet un déport de la voiture du côté où les roues se trouvent bloquées en premier lieu, ce qui, à grande allure, peut avoir les conséquences les plus graves.

Mais, bien entendu, ces accidents sont rares sur des voitures bien entretenues. Par contre, quoiqu'il arrive, les garnitures de freins s'usent, petit à petit, inéluctablement. Et cependant, bien peu d'automobilistes songent à en faire vérifier périodiquement l'épaisseur.

J'ai pensé qu'il serait intéressant pour les lecteurs du *Concours Médical* d'avoir une documentation sur ces fameuses garnitures dont on parle souvent sans les avoir vues ni examinées.

Poursuivant la série de mes interviews auprès des principales firmes de la branche automobile, j'ai donc demandé aux établissements Ferodo et Flertex de bien vouloir nous faire profiter de leur compétence et de leur expérience. Il s'y sont prêtés avec une bonne grâce et une courtoisie vraiment parfaites, ce dont je suis heureux de les remercier ici.

Ces établissements m'ont prié de rappeler tout d'abord que les visites de sécurité des voitures seront bientôt obligatoires légalement.

Prenant les devants, des Associations comme celles des « Vieux du volant » ont organisé des visites gratuites.

D'autre part, les grands fabricants de garnitures de freins ont mis au point des appareils de réglage automatique qui offrent bien entendu beaucoup plus de sécurité que ce qui peut être fait « au jugé » par la main humaine.

A signaler dans ce sens le Frenoscope Flertex et le Décéléromètre Ferodo.

Les « Station-Service » bien équipées ont presque toujours maintenant un poste spécial de réglage de freins. Aux automobilistes d'en profiter largement.

Mieux vaut dépenser vingt-francs de temps en temps, c'est à peu près ce que coûte un réglage, que d'avoir un accident

Et abordons maintenant l'étude annoncée des garnitures de freins :

La matière dont sont constituées les surfaces frottantes a une telle importance pour le résultat du freinage, qu'on a créé spécialement à cet effet toute une classe de matières qu'on appelle du nom générique de « garnitures de freins », mais qui peuvent être en fait très différentes les unes des autres.

Il existe des freins depuis le début de la civilisation humaine : freins sur chariots, freins d'ensouple des métiers à tisser. Les matières employées pour ces freins étaient celles qu'on avait sous la main : cordes enroulées autour d'une barre de bois cylindrique ; bâton dont on faisait un levier en prenant appui sur le longeron du chariot et qu'on faisait frotter sur le bandage de la roue. On a vu pour cet usage les matières les plus hétéroclites.

Qui ne se souvient des vieilles chaussures accrochées aux sabots de freins des tombereaux ?

Dans les chemins de fer, on utilise des sabots de fonte qui assurent le freinage en frottant sur le bandage des roues.

L'homme qui a eu l'idée de créer des matières spéciales destinées à être utilisées comme matières de friction fut Herbert Frood vivant dans les collines du Derbyshire, pays aux pentes courtes mais abruptes.

Il imagina d'utiliser pour les freins de tombereaux, des vieilles courroies de transmission de filature, qui, en Angleterre, sont, depuis très longtemps, en coton pressé. Le freinage fut immédiatement excellent, mais l'usure était fort grande et la garniture pourrissait à l'humidité.

Frood eut alors l'idée de tremper ses courroies dans du goudron.

L'adhérence augmenta, trop même, car les garnitures collaient, mais l'imputrescibilité était atteinte.

Pour améliorer sa garniture, Frood s'adressa aux Frères Docker, les grands fabricants de vernis de Birminghan, qui lui préparèrent un verni-laque fixé par cuisson avec lequel Frood atteignit parfaitement son but.

Ce fut le « Ferodo-Fibre », premier en date des garnitures de freins.

Le premier utilisateur en fut la Compagnie des omnibus de Londres, dont les véhicules étaient encore à chevaux.

(*à suivre*).

Marcel Toussaint.

SYNDICAT MÉDICAL DE CANNES

Assemblée générale du 21 janvier 1937

Le Syndicat de Cannes, comme le Conseil de la Confédération, s'est déclaré opposé de la façon la plus formelle à la cessation imposée de l'exercice de la médecine, à quelqu'âge que ce soit.

Mais il a admis, comme le Conseil de la Confédération, le principe d'une retraite allouée aux médecins ayant dépassé un âge donné et décidant de leur plein gré de cesser d'exercer ; étant entendu que cette retraite, légalement établie, serait constituée par la répartition annuelle par la Confédération de cotisations annuelles, obligatoires pour tous les médecins, d'un montant fixé annuellement par la Confédération, collectées par les agents du Trésor et remises par ce dernier à la Confédération.

La Confédération a envisagé une retraite égale pour tous les médecins, et constituée par des cotisations égales pour tous les médecins.

Différentes suggestions se sont manifestées depuis.

1° M. Pomaret a proposé que les fonds nécessaires pour la retraite des médecins soient demandés à une contribution des spécialités pharmaceutiques.

Le Syndicat de Cannes a déjà déclaré s'opposer de façon formelle à cette conception, qui ôterait aux médecins toute liberté vis-à-vis des fabricants de spécialités et porterait atteinte à la liberté de prescription.

2° D'autres suggèrent que les fonds nécessaires soient demandés à une retenue sur les honoraires de médecine sociale, Assistance médicale gratuite, assurés assistés, réformés, etc...

Il y aurait par suite retraite égale pour tous, mais versements inégaux.

Ce système est inéquitable, les médecins ne faisant pas tous de la médecine sociale, et ceux qui en font en faisant très inégalement, sans que d'ailleurs ces différences soient en rapport ave celles de leurs revenus professionnels globaux.

On a voulu corriger cet inconvénient en disant que les médecins ne faisant pas de médecine sociale paieraient une cotisation égale à la cotisation moyenne des médecins pratiquant la médecine sociale.

Même avec cette correction, le Syndicat de Cannes se montre opposé au système ;

3° Le Docteur Baussat a proposé un système suivant lequel les Syndicats médicaux se chargeraient par contrat collectif de la médecine préventive. Celle-ci serait exécutée obligatoirement par tous les médecins sans exception, par roulement. Les fonds versés par l'Etat en rémunération de la médecine préventive assureraient la retraite.

Le Syndicat de Cannes juge le système impraticable et pense en outre que la médecine préventive risquerait d'être mal faite si elle était imposée à des médecins non désireux de la pratiquer ;

4° Le Docteur Boudin a proposé l'affectation de la patente à la constitution de la retraite.

Ce système serait satisfaisant, mais il semble y avoir bien peu de chances pour qu'on distraie la patente des ressources des communes et départements ;

5° M. Jean Mignon a présenté dans le *Concours Médical* au 18 octobre 1936 un système de retraites basé sur des cotisations obligatoires pour tous les médecins, qui offre les deux points originaux suivants :

a) La retraite ne serait pas identique pour tous les médecins, mais proportionnelle pour chaque médecin au revenu professionnel moyen des dernières années d'exercice. L'auteur propose que la retraite soit égale au revenu professionnel moyen des trois dernières années d'exercice. La retraite ne pourrait toutefois être inférieure à un certain minimum ;

b) Les cotisations annuelles ne seraient pas identiques pour tous les médecins, mais proportionnelles pour chaque médecin au revenu professionnel de l'année.

Ce système est évidemment intéressant.

Il serait peut-être préférable, si on l'adoptait, d'augmenter le nombre des années d'exercice sur lequel serait calculé le revenu professionnel moyen, quitte au besoin à diminuer la proportion de la retraite relativement à ce revenu professionnel moyen. On pourrait dire par exemple, retraite égale au tiers du revenu professionnel moyen des dix dernières années d'exercice.

L'Assemblée examine la proposition et se montre partagée à peu près également entre partisans de ce système et adversaires, qui restent attachés au système de la retraite identique pour tous avec cotisations égales pour tous les médecins.



MUTUALITÉ FAMILIALE ET PROFESSIONNELLE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Rapport du trésorier sur l'exercice 1936

Messieurs,

J'ai l'honneur de vous présenter le rapport financier concernant l'exercice 1936. Ce rapport comprendra les deux parties suivantes :

Première partie : recettes et dépenses effectuées au cours de l'année 1936,
Deuxième partie : bilan au 31 décembre 1936.

PREMIÈRE PARTIE : **Recettes et dépenses de l'année 1936**

I. Recettes et dépenses d'assurances

1° Recettes : Elles comprennent :

Cotisations encaissées en 1936	837.919	837.919
A déduire cotisations encaissées pour l'exercice 1937	121.241,45	
Soit cotisations 1936	716.677,55	

Au cours de l'exercice 1935, le total des cotisations encaissées s'était élevé à **673.688** correspondant à 1.662 participants contre 1.689 en 1936.

Revenus mobiliers : 464.450
dont : 4.880 revenant à la gestion
et 2.510 revenant à la Caisse auxiliaire
7.390

soit 464.450 — 7.390 = **457.060**	457.060
Bénéfices sur ventes de titres opérées au moment de la dévaluation	48.369
Total	1.343.348

2° Dépenses :

Section I (maladie-accident) : 225 cas maladie (contre 231 en 1935) correspondant à 17.405 jours de maladie (contre 19.691 en 1935) (contre 183.908 en 1935).	185.761
Section II (Pensions de retraite à 60 et à 65 ans) : Au cours de l'année 1936, 74 pensions ont été payées (contre 66 en 1935), soit (contre 75.618 en 1935).	78.225
Section III (Pensions aux veuves et aux orphelins) : 10 pensions soit	3.826
Amortissement de la perte réalisée au cours des exercices précédents sur les obligations de la Société foncière du Nord de la France et sur les actions de l'Union parisienne : **81.643** dont pour la partie assurances, dans la proportion de son avoir au 31 décembre 1935	80.333,30
Total	347.605,30

En résumé :

Recettes	1.343.348
Dépenses	347.605 30
Excédent	995.742 70

II. Recettes et dépenses de la caisse auxiliaire

1° Recettes :

Dons et amendes contre 645 francs en 1935.	1.108,65
Intérêts	3.510
Total	3.618,65

2° Dépenses :

Cotisations Docteur K.	92,90
Dépréciation du portefeuille pour les causes ci-dessus indiquées	462,36
Total	555,26

En résumé :

Recettes	3.618,65
Dépenses	555,26
Excédent	3.063,39

III. Recettes et dépenses de gestion

1° Recettes :

Cotisations de gestion encaissées en 1936	85.175
dont cotisations encaissées pour l'exercice 1937	12.536
soit cotisations pour l'exercice 1936	72.639
à déduire erreur et trop perçu	1.833,35
soit cotisations et gestion nettes	70.805,65

(contre 67.218 fr. 90 en 1935).

Les recettes de cotisations brutes ressortent ainsi pour 1936	85.175	
moins trop perçus	1.833,35	
soit	83.341,65	83.341,65
Revenu mobilier de la réserve de gestion		4.880
Droits d'entrée		4.313
Recouvrements		5.995
Divers		100
Total		98.629,65

2° Dépenses :

Traitements et Indemnités (secrétariat et trésorerie)	37.996,50
Examens d'entrée	5.103
Frais de recouvrement	4.452,29
Correspondance	2.039
Fournitures et imprimés	2.045
Frais de banque : comprenant principalement les droits de garde des titres de la Société par la Société Générale contre 13.729 en 1935.	10.557
Propagande	4.204
Indemnité annuelle versée à M. Collomb, actuaire	4.000
Travaux d'inventaire. Frais de réorganisation de la trésorerie. Travaux de révision des statuts	14.187,62
Dépréciation du portefeuille, correspondant aux causes ci-dessus indiquées	847,33
Dépenses diverses	1.052,93
Total	86.484,67

En résumé :

Recettes	98.629,65
Dépenses	86.484,67
Excédent	12.144,98

Les excédents de recettes pour les diverses sections ressortent en définitive à :

Excédent de recettes d'assurances	995.742,70
Excédent de recettes de la Caisse auxiliaire	3.063,39
Excédent de recettes de gestion	12.144,98
Total	1.010.951,07

L'avoir de la Société au 31 décembre 1935 s'élevait d'après les comptes présentés par le le Docteur Gassot à :

	9.202.421
Il y a lieu d'y ajouter les excédents de recettes réalisés au cours de l'année, soit	1.010.951,07
L'avoir de la Société au 31 décembre 1936 ressort ainsi à	10.213.372,07
auxquels il y a lieu d'ajouter les indemnités dues à des sociétaires et non encore touchées par eux.	3.964,45
soit au total	10.217.336,52

dont la composition active et passive est indiquée par le bilan que nous allons étudier dans notre deuxième partie

DEUXIÈME PARTIE . **Bilan au 31 Décembre 1936**

I. Bilan comptable

C'est-à-dire bilan résultant de la comptabilité de la Société établie suivant les règles découlant des anciens statuts :

Actif		Passif	
Chèques postaux	43.319,46	Section Ire	3.426.802,70
Société générale	48.077,08	Section II	5.817.868,74
Société des Reports	207.107,88	Section III	636.839,93
Débiteurs divers	53.985,92	Caisse auxiliaire	54.277,63
Portefeuille	9.864.846,18	Réserve de gestion	95.436,80
		Provision pour moins-value du portefeuille	48.368,82
		Créditeurs divers	137.741,20
	10.217.336,52		10.217.336,52

Le compte *débiteurs divers* comporte :

« Sou Médical » (Cotisations perçues par le Sou Médical pour le compte de la « Mutualité Familiale »	53.946,97
A. Perquel, agent de change (solde de dépôt)	38,95
Total	53.985,92

Le compte *créditeurs divers* comporte :

Cotisations encaissées en 1936 pour le compte de l'exercice 1937 : « *Cotisations* 1937 »	133.777,45
Indemnités dues aux sociétaires et non encore touchées par eux : « *Indemnités en attente* »	3.964,45
Total	137.741,90

II. Nouvelle présentation du bilan

Cette nouvelle présentation a pout but de mettre le bilan en conformité avec les nouveaux statuts et les règles préconisées par M. Collomb, actuaire dans son rapport présenté et adopté en séance de Conseil d'administration du 23 décembre 1936.

Les règles présidant à cette nouvelle présentation sont les suivantes :

1° Création d'un compte unique pour les diverses sections de la partie assurances.

2° Prélèvement de trois fonds de réserves sur les excédents des réserves mathématiques des diverses combinaisons au 31 décembre 1935. Ces fonds de réserves sont les suivants :

a) *Fond de garantie* qui est destiné comme son nom l'indique à garantir d'une part le fonctionnement des sections de retraite et de pension aux veuves à la suite de l'élévation à 6.000 francs et à 3.600 francs des maximums de pension et d'autre part, le service du supplément des indemnités maladie-accident égal 10 % de ces indemnités, voté par l'Assemblée générale extraordinaire.

b) *Fond* destiné à constituer une provision pour *moins-value du portefeuille.*

c) *Fond de réserve général* avec lequel sera fusionné le compte de réserve de gestion.

Au 31 décembre 1935, le crédit total des comptes des diverses combinaisons ressortait à	9.054.460,84
Le montant total des réserves mathématiques tel qu'il ressortait de l'inventaire actuariel s'élevait à	5.717.260
d'où un excédent de	3.337.200,84

Il y a lieu de répartir cet excédent entre les diverses réserves ci-dessus indiquées après l'avoir prélevé sur le total du crédit au 31 décembre 1936 des diverses combinaisons fondues en un compte unique. Nous obtenons :

Crédit total des Sections I, II et III au 31 décembre 1936	9.881.511,37
à déduire	3.337.200,84
soit	6.544.410 53

représentant les réserves mathématiques des diverses sections au 31 décembre 1935 majorées des cotisations de l'exercice 1936.

La constitution des trois réserves ci-dessus définies aura lieu alors de la manière suivante :

1° *Réserve de garantie*. Cette réserve a été calculée par M. Collomb, actuaire, selon les règles applicables aux réserves supplémentaires des Caisses autonomes mutualistes. Elle s'élève à..	1.116.836
2° *Provision pour moins-value du portefeuille.* Le portefeuille est porté dans le bilan à sa valeur d'achat. Cette valeur est égale à	9.864.846,18
La valeur de ce même portefeuille d'après les cours de la Bourse au 31 décembre 1936 s'élève à.	7.750.421,
La moins value ressort ainsi à	2.116.425,18
Mais ce compte a déjà été crédité au cours de l'exercice 1936 des bénéfices réalisés sur la vente de certains titres au moment de la dévaluation. Ces bénéfices s'élèvent à	48.368,82
Il n'est donc nécessaire de prélever sur la réserve totale de 3.337.200,84, pour constituer cette provision que la somme de	2.066.056,36

3° *Réserve générale.* Elle comprend tout d'abord le solde de la réserve supplémentaire de... après déduction des deux réserves antérieures, soit :		3.337.200,84
Réserve de garantie	1.116.836	
Provision pour moins-value du portefeuille	2.066.056,36	
Total	3.192.892,36	3.192.892,36
soit		154.308,48
chiffre auquel il y a lieu d'ajouter la réserve de gestion au 31 décembre 1936, soit		95.436,80
En définitive, la réserve générale ressort donc à		249.745,28

Le bilan se présentera donc sous la nouvelle forme suivante :

Bilan au 31 Décembre 1936

Actif		Passif	
Chèques postaux	43.319,46	Sections I, II et II (réserves mathématiques plus cotisations 1936)	6.544.310,53
Société générale	48.077,08	Réserves de garantie	1.116.836
Société des Reports	207.107,88	Provision pour moins-value du portefeuille	2.114.425,18
Débiteurs divers	53.985,92	Réserve générale	249.745,28
Portefeuille	9.864.846,18	Caisse auxiliaire	54.277,63
		Créditeurs divers	137.741,90
	10.217.336,52		10.217.336,52

Conclusions

Le rapport financier de l'exercice 1936 fait ressortir en définitive une situation que notre actuaire avait déjà qualifiée de brillante lors de l'inventaire de 1935, et qui n'a pas perdu depuis lors son caractère.

Mais nous ne concevons pas que notre rôle de trésorier doive se borner à accumuler des réserves et à laisser celles-ci inemployées. Nous croyons au contraire, que nous sommes dans notre ligne de Société de secours mutuels qui n'a et ne veut réaliser aucun bénéfice sur ses adhérents, en usant de ses réserves pour augmenter dans toute la mesure du possible les avantages que nous offrons à nos sociétaires. C'est pourquoi nous avons décidé cette année d'augmenter le montant des prestations maladie et les plafonds des pensions et retraites, et de diminuer pour les nouveaux adhérents de 1937 et pour tous les membres à partir de 1938, les cotisations de gestion.

La seule limite à l'emploi des réserves doit être recherchée dans la constitution de provisions suffisantes pour parer aux dépenses ou dépréciations imprévues et de fonds nécessaires au développement toujours plus grand de notre Société. C'est pourquoi nous avons pris sur les excédents de nos réserves mathématiques de quoi former un fond de garantie et une provision pour moins-value du portefeuille; c'est pourquoi aussi, nous avons conservé un fond de réserve générale qui, avec nos ressources de gestion annuelles, nous permettra d'intensifier notre propagande et d'accroître ainsi notre force.

Le Trésorier adjoint : Jean MIGNON.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Institut de parasitologie** (Directeur : Professeur E. Brumpt. — Année scolaire 1936-1937. Douzième session.) — **Ecole de malariologie**, fondée sur l'initiative du Comité d'hygiène de la Société des Nations. — Un enseignement spécial de la malariologie sera donné à la Faculté de médecine de Paris, du mardi 1er juin au mardi 6 juillet 1937, en vue de l'obtention du diplôme de médecin malariologiste de l'Université de Paris.

PROGRAMME. — Les cours auront lieu au laboratoire de parasitologie de la Faculté de médecine, sous la direction de M. le Professeur E. Brumpt. Les leçons théoriques seront données l'après-midi de 14 à 15 heures et parfois le matin de 10 à 11 heures ; elles seront immédiatement suivies d'une séance pratique, d'une durée maxima de 3 heures, dirigée par M. le Docteur J. Callot, chef de laboratoire.

I. *Hématologie.* — Trois leçons, par le Docteur J. CALLOT. — Hématies de l'homme et des vertébrés. — Numération. — Hémoglobine. — Hématies pathologiques. — Physiologie pathologique des hématies. — Leucocytes normaux et pathologiques. — Formule leucocytaire. — Rôle des organes hématopoïétiques. — Hématoblastes. — Sérologie, réaction d'Henry. — Détermination spécifique du sang ingéré par les moustiques.

II. *Entomologie.* — Quatre leçons par le Docteur J. CALLOT. — Morphologie et classification des insectes. — Les moustiques. — Procédés de capture, de conservation et d'étude. — Classification des moustiques Anophèles européens, africains, asiatiques, océaniens et américains.

Quatre leçons par le Professeur E. BRUMPT. — Biologie des moustiques. — Métamorphoses, œufs, larves, nymphes, adultes. — Le culicinés. — Les anophélinés.

III. *Protozoologie* (sporozoaires et parasites du sang). — Trois leçons par le Professeur E. BRUMPT. — Cycle évolutif des sporozoaires. — Hémosporidies de l'homme et des animaux. — Prioplasmes. — Hémogrégarines. — Toxoplasmes. — Flagellés sanguicoles. — Microfilaires. —

IV. *Parasites du paludisme.* — Quatre leçons par le Professeur E. BRUMPT. — Cycle évolutif et biologie des plasmodidés. — Paludisme expérimental. — Etude détaillée, morphologique, biologique et géographique des quatre *Plasmodium* humains : P. *vivax*, P. *malariæ*, *P. falciparum*, *P. ovale*.

V. *Etude clinique et épidémiologique du paludisme.* — Quatre leçons par le Docteur J. CALLOT. — Historique du paludisme, théories anciennes, découvertes modernes. — Epidémiologie. — Indice endémique. — Symptomatologie. — Pathogénie. — Anatomie pathologique — Méthodes de diagnostic. — Thérapeutiques. Une leçon par les Drs X. HENRY et LE BOURDELLÈS. — Méthode de diagnostic par mélano-floculation.

VI. *Paludisme thérapeutique.* Une leçon par le Docteur P. MOLLARET. — Paludisme thérapeutique (Malariathérapie).

VII. *Prophylaxie.* — Huit leçons par le Professeur E. BRUMPT. — Facteurs de l'endémie. — Prophylaxie individuelle. — Quininisation. — Protection mécanique. — Prophylaxie générale. — Stérilisation du réservoir de virus. — Destruction des anophèles. — Théorie du rideau protecteur. — Grandes et petites mesures antilarvaires ; méthodes hydrologiques, chimiques et biologiques. — Choix des méthodes prophylactiques. — Rôle de l'Etat. — Propagande. — Personnel. — Contrôle. — Résultats acquis.

VIII. *Assainissement et drainage.* — Deux leçons par M. PREAUD, inspecteur général du Génie rural. — Assainissement agricole.

Une leçon par le Professeur E. BRUMPT. — Historique de l'assainissement antipaludique en Asie (Chine, Japon, Indo-Chine, Malaisie, Ceylan).

Le diplôme peut être délivré : 1o Aux docteurs en médecine français ; 2o Aux étrangers pourvus du diplôme de doctorat de l'Université de Paris (mention médecine) ; 3o Aux étrangers pourvus d'un diplôme médical admis par la Faculté de médecine de Paris. Les étudiants en médecine pourvus de 16 inscriptions ou les internes en médecine reçus au concours pourront s'inscrire, mais le diplôme ne pourra leur être délivré que lorsqu'ils seront docteurs en médecine.

Le diplôme est obtenu après un double examen comportant obligatoirement les épreuves suivantes :

Premier examen : Epreuve pratique d'hématologie ; Epreuve pratique de protozoologie ; Epreuve pratique d'entomologie appliquée à l'étude du paludisme.

DEUXIÈME EXAMEN : Epreuve théorique de protozoologie ; Epreuve théorique d'entomologie appliquée à l'étude du paludisme ; Epreuve théorique sur l'épidémiologie, la symptomatologie et la prophylaxie du paludisme.

Un certificat d'assiduité peut être délivré aux élèves n'ayant pas passé l'examen.

Droits à verser : Droit d'immatriculation, 150 francs. Droit de bibliothèque, 60 francs ; Trois séries de droit de laboratoire, 790 francs. Total : 1.000 francs.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté (guichet no 4) les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures. MM. les docteurs en médecine sont priés de se munir de leur diplôme.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Journées médicales internationales de Paris,** sur les régulations hormonales en biologie, en clinique, en thérapeutique (26-30 juin 1937). — *Programme scientifique.* Samedi 26 juin 1937, *Conférences générales introductives* : 1° Les régulations neuro-hormonales (Doyen Roussy, Paris) ; 2° Les régulations hormo-hormonales (Doyen Roussy) ; 3° Les régulations hormonales en clinique médicale (Doyen Mauriac, Bordeaux) ; 4° Les régulations hormonales en clinique chirurgicale (Prof. Leriche, Strasbourg).

Samedi soir, 26 juin 1937, dimanche 27, lundi 28, mardi 29, mercredi 30 juin 1937, matin : séances dans les hôpitaux ; après-midi : séances de travail par sections. *Régulations hypophysaires* : Biochimie et pharmacodynamie des hormones hypophysaires (Prof. agr. Hazard, Paris) ; Régulation post-hypophysaire des échanges aqueux. Traitement du diabète insipde (Prof. Villaret, prof. agr. Justin Besançon, Docteur Cachera, Paris) ; Hormones hypophysaires en obstétrique (Docteur Devraigne, Paris) ; Greffes hypophysaires (Docteur Raoul May, Paris) ; Hormones hypophysaires et développement génital (Docteur Moricard, Paris) ; Maladies de Cushing et de Simmonds (Prof. Lucien Cornil, Marseille) ; Acromégalie, acromicrie, gigantisme, nanisme (Prof. agr. Bariéty, Paris) ; Syndromes adiposo-génitaux (Prof. agr. Bariéty) ; Hormones hypophysaires neurotropes (Prof. Rémy-Collin, Nancy) ; Hormones thyréotropes, pancréatotropes, surrénalotropes (Prof. Aron, Strasbourg) ; Radiologie et radiothérapie hypophysaires (Docteur Belot, Paris) ; Chirurgie hypophysaire (Docteur Clovis Vincent Paris).

Régulations génitales : Prof. Aschheim (Berlin), Prof. Brindeau et Docteur Hinglais (Paris), Prof. Ruzicka (Zurich), Docteur André Girard (Paris), Prof. Courrier (Alger), Prof. Simonnet (Alfort), Prof. Champy (Paris), Prof. Siebke (Bonn), Docteur Lesné, Docteur Cl. Launay et Docteur Roye (Paris), Prof. agr. Guy-Laroche (Paris), Prof. Sand (Copenhague), Prof. Maranon (Madrid), Doyen Euzière (Montpellier), Prof. Mocquot (Paris), Prof. Clauberg (Kœnigsberg), Prof. Lesbouyries (Alfort).

Régulations surrénales, rénales, cardio-vasculaires : Prof. Tiffeneau (Paris), Prof. Tournade (Alger), Prof. agr. Donzelot (Paris) . Prof. agr. Lian (Paris), Prof. agr. P. Vallery-Radot, Prof. agr. J. Bezançon et Docteur Israel (Paris), Prof. Roch et Docteur Eric Martin (Genève), Docteur Apert (Paris), Prof. Castaigne (Clermont-Ferrand), Prof. Demoor (Bruxelles).

Régulations thyroïdiennes, parathyroïdiennes, etc : Docteur Escalier (Paris), Prof. Charvat (Prague), Prof. Danielopolu (Bucarest), Docteur Welti (Paris), Docteur Delherm (Paris), Prof. agr. H. Bénard (Paris), Docteur Sainton (Paris), Prof. Snapper (Amsterdam), Prof. Bérard (Lyon), Prof. Lereboullet et Docteur Odinet (Paris), Prof. A. Baudouin (Paris).

Régulations pancréatiques, sanguines : Prof. Polonowski (Paris), Prof. Santenoise (Nancy) ; Professeurs Zunz et Labarre (Bruxelles) ; Professeurs Hallion et Gayet (Paris), Prof. agr. Boulin (Paris), Prof. F. Rathery (Paris), Prof. Zoza (Milan), Prof. D. Syllaba (Prague).

Régulations hépatiques, digestives : Prof. N. Fiessinger (Paris), Prof. M. Perrin (Nancy), Prof. agr. Chabrol (Paris), Prof. Koskowski (Lwow), Prof. agr. Aujaleu (Val-de-Grâce), Docteur Caroli (Paris), Prof. agr. Chevallier et Docteur F. Moutier (Paris), Prof. agr. Chiray et Docteur Bolgert (Paris).

Régulations spléniques : Prof. Léon Binet (Paris), Prof. Abrami (Paris), Prof. Soula (Toulouse).

Mercredi 30 juin 1937, séance de clôture. — *Conférences générales* : Hormones synthétiques (Prof. Butenandt, Berlin) ; Hormones et vitamines en biologie (Prof. von Euler, Stockholm) ; Hormones et vitamines en clinique (Prof. Mouriquand, Lyon) ; Hormones végétales (Prof. Mouriquand, Lyon) ; Hormones et principes cancérigènes (Prof. Oberling, Strasbourg et Prof. agr. Sannie, Paris) ; Anti-hormones.

Conclusions pratiques : Conclusions pratiques en clinique (Prof. Loeper, Paris) ; Conclusions pratiques en thérapeutique (Prof. Harvier, Paris).

— **Congrès international de l'insuffisance hépatique.** Vichy, 16-18 septembre 1937. — Ce Congrès, qui fera suite au Congrès international de gastro-entérologie, aura lieu à Vichy, sous la présidence du Professeur Loeper. Il comprendra deux sections : une section de médecine et biologie et une section de thérapeutique médicale, chirurgicale et hydrologique.

Questions à l'ordre du jour de la première section : le diagnostic fonctionnel de l'insuffisance hépatique ; les gros foies de l'enfance ; les œdèmes des hépatiques ; la peau et le foie ; le foie et les glandes endocrines, etc...

Questions à l'ordre du jour de la deuxième section : les médications hépatiques dans les intolérances ; le régime alimentaire dans la réparation du foie malade ; le pronostic de la « crise opératoire » par l'examen des fonctions hépatiques, etc...

Pendant la durée du Congrès, les congressistes seront logés gratuitement et les repas à l'hôtel seront comptés avec une réduction de 25 %. Réduction de 40 % sur les grands réseaux français.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au 31 juillet au secrétariat général, 24, boulevard des Capucines, Paris (IXe). Cotisation : 50 francs. Les membres titulaires (médecins français et étrangers) peuvent être accompagnés de *deux* membres associés (femme et enfants non mariés). Cotisation de chaque membre associé : 25 fr.

Le Gérant : R. Thiron

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux

Le resquillage continue...

Voici un extrait d'une lettre d'un médecin de l'Aveyron que publie le Docteur Audain dans *l'Entente médicale* du 5 février 1937 :

Un de mes amis, gros commerçant de la région, propriétaire, gentleman provincial par excellence, se rendait à Paris pour affaires dans une luxueuse auto. Il souffrait quelque peu d'un « clou » à la nuque. A Paris, il demanda à un agent le plus proche hôpital et il se présenta ainsi à Necker où sans que *rien* lui fût demandé, il fut incisé, pansé, dorloté même — ce sont ses propres paroles — à tel point qu'on lui bourra les poches de métavaccin et d'échantillons divers et qu'on l'invita, avec insistance, à revenir chaque fois qu'il en aurait besoin !

Mon ami me raconta cela avec ahurissement et ajouta, ce que je comprend aisément : « *Moi qui suis souvent à Paris, vous pouvez être sûr que j'irai, désormais, me faire soigner dans les hôpitaux.* »

Or, ce riche client n'a même pas d'enfant et a pu raconter cela non seulement à son médecin, mais à des dizaines d'amis, mes clients *putatifs.*

Voilà, dans sa simplicité « du bon travail », démontrant l'excellente répartition de la charité dans nos institutions et comment de pauvres bougres sont refusés à l'entrée des hôpitaux pour une question de paperasserie, alors que le monsieur qui arrive dans sa 18 CV est reçu et même réinvité.

Cliniques ayant des déficits commerciaux supérieurs à 10.000 francs par an

Ces cliniques ont intérêt à faire admettre leur déficit commercial en déduction de leur bénéfice non commercial.

Il leur suffira de nous adresser les renseignements utiles, nous les communiquerons à M. Martinot, qui pourra se charger d'établir le mémoire en défense.

La Ligue médicale de Défense professionnelle « Le Sou Médical » a deux objets principaux :

1° Tout d'abord elle garantit ses membres contre les risques de responsabilité professionnelle à concurrence d'une somme de 100.000 francs. Et cette garantie est portée à 500.000 francs pour ceux d'entre eux qui sont en même temps abonnés au *Concours Médical.*

2° En outre, elle leur donne conseils et soutien dans toutes les difficultés et les procès d'ordre professionnel.

CORRESPONDANCE

Exemple à méditer pour les jeunes

Ce confrère de 32 ans, déjà père de six enfants, en attend actuellement un septième. Ces charges étaient légères à ses épaules car il se sentait fort et allègre, capable de subvenir par son travail aux besoins de sa famille.

Mais, à la suite d'une période de surmenage, la maladie s'abat sur lui. Des confrères, appelés à son chevet, demeurent atterrés devant une fièvre qui oscille entre 39 et 40°, un point de côté violent et une image radioscopique qui fait envisager le pire. Les examens de crachats sont pratiqués en toute hâte et donnent des résultats douteux. Finalement l'on préfère se rabattre sur un diagnostic de septicémie à streptocoques.

De toutes façons c'est la nécessité absolue d'un repos prolongé. Et le jeune ménage, après des pertes sévères d'argent, se trouve aux abois. Par bonheur notre confrère est affilié à la *Mutualité familiale* et sa femme, malade elle-même, et alitée, écrit pour signaler la maladie.

Il s'agit, évidemment, d'allouer l'indemnité de droit ; mais aussi il s'agit de prendre en considération la situation tragique de cette famille que nous n'avons pas le droit moral de traiter comme le ferait une société purement commerciale.

Et nous recevons une lettre dont je ne veux extraire que quelques passages sans les émousser d'aucun commentaire :

« Je ne sais comment vous remercier de votre bonne et réconfortante lettre qui nous a profondément émus. Grâce à l'arrangement que vous m'offrez, je pourrai assurer ce mois-ci les soins et le repos moral indispensables à mon cher malade, et donner le nécessaire à mes enfants.

« .... Mais, du point de vue matériel, , que serions-nous devenus sans le secours de la *Mutualité familiale*, cette institution si bienfaisante, si utile, qu'aucun confrère ne devrait ignorer. »

G. LAVALÉE.

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

2.486. — Fracture du scaphoïde réduit et contenu par appareil plâtré

Membre du Sou et abonné au *Concours Médical* je vous serais obligé de vouloir bien me dire quel tarif je dois appliquer à un accidenté du travail pour une « réduction » de « fracture du scaphoïde avec tassement du carpe » ayant nécessité la pose d'un

appareil plâtré. Puis-je compter à l'assurance, comme une analogie avec une fracture d'une extrémité inférieure du radius, c'est-à-dire 200 francs, la réduction a été très difficile à obtenir ?

Dr L.

Réponse

Si vous avez « réduit » une fracture du scaphoïde et « contenu », la lésion avec un appareil plâtré, vous pourriez, ce me semble, demander 100 francs par analogie avec « réduction et contention d'une fracture de l'extrémité inférieure du radius avec appareil plâtré ». (Art. 18).

Dr F. DECOURT.

2.213. — En cas d'interventions multiples dans un très court laps de temps, donner toutes explications techniques les justifiant

Je vous serais très obligé de m'indiquer comment je dois établir ma note d'honoraires pour le cas suivant (accident du travail).

Je suis appelé à 4 km. pour voir Y qui venait de recevoir assez violemment un morceau de bois sur la ligne axillaire droite, au-dessous du rebord costal.

Je crois à une contusion simple. Appelé à nouveau deux heures après, j'estime nécessaire la consultations d'un chirurgien, avec qui je reviens deux heures plus tard.

Nous décidons de transporter le malade à la clinique où il est opéré.

J'ai donc ce jour-là :

Une visite seul à 4 kilomètres,

Deuxième visite à 4 kilomètres.

Troisième visite en consultation à 4 kilomètres.

Assistance opératoire à 6 kilomètres.

Le blessé présentait une déchirure sous-cutanée intéressant jusqu'au péritoine, l'épiploon étant sous la peau et simulant à l'examen un hématome. Par la suite, il y a eu fistule du côlon. Tout s'est arrangé.

Dr P.

Réponse

a) Vous êtes venu une première fois (15 francs plus déplacement), puis rappelé d'urgence deux heures après (15 francs plus déplacement), puis, dans la soirée « consultation entre confrères » (45 francs plus déplacement). Evidemment, c'est une série d'interventions le même jour qui n'est pas ordinaire. Mais vous n'en avez pas moins dû l'effectuer, donc vous pouvez en réclamer loyalement les honoraires... avec toutes explications techniques bien précises toutefois, pour éviter tout différend ultérieur ;

b) Quant à l'aide opératoire à la clinique, il y a lieu de savoir si le blessé ne pouvait être placé dans un service hospitalier et ce n'est qu'en cas

d'impossibilité matérielle prouvée que le « tout compris » ne pourrait être invoqué par l'assurance.

Dr F. DECOURT.

2.187. — 1° Le « tout compris » ; 2° L'incapacité partielle permanente ; 3° L'anesthésie

J'ai à soumettre à votre obligeance, au sujet de notes d'accidents du travail, les trois différends suivants :

1° Fracture ouverte de jambe, infectée et ayant évité de justesse l'amputation.

J'ai soigné ce blessé trois mois à l'hôpital et six mois chez lui ou à mon cabinet (pansements, certificats, récidives d'abcès, etc.).

L'assurance diminue ma note de tous les soins donnés à l'hôpital (soit environ 1.500 francs : incision de phlegmon, deux plâtres à anses, nombreux pansements, etc.), en invoquant le tarif Breton.

Dois-je accepter cette diminution, ou ai-je un recours contre l'assurance ou le patron ?

2° Panaris du pouce consolidé avec quelques séquelles.

Dans mon premier certificat de consolidation, je détaille ces séquelles et conclus à la nécessité d'une expertise pour fixer le taux.

L'agent me fait demander verbalement par le blessé un deuxième certificat avec fixation du taux. Mais il me refuse ensuite ce certificat, parce que je le commence avec les mots : Sur la demande de l'Assurance.

Le médecin traitant doit-il indiquer un taux d'invalidité sur le certificat de consolidation ? Et, dans l'affirmative, à combien doit être tarifé ce certificat ? A 16 francs ou à davantage ?

3° Phlegmon du mollet à la campagne, à 15 kilomètres de chez moi.

Je fais une anesthésie générale au chlorure d'éthyle, et immédiatement l'incision, l'expression et le méchage de la collection.

L'Assurance refuse de régler l'anesthésie générale, qui a été évidemment faite par le même médecin que l'incision. Ce n'est pourtant pas son intérêt : elle aurait eu à payer deux médecins et deux déplacements. . .

Dr F.

Réponse

1° A l'hôpital, le patron est responsable « seul » (donc pas de supplément de l'ouvrier) de tous les frais des soins donnés à un accidenté du travail, lesquels, « tout compris » seront les frais payés pour un assisté médical gratuit plus 30 %. Légalement, le médecin traitant n'a donc rien à réclamer, ni au patron (ou son assureur substitué), ni à l'ouvrier, pour les soins qu'il a donnés à un accidenté du travail dans un service hospitalier ;

2° Un médecin traitant doit indiquer sur un certificat de consolidation qu'il y a incapacité permanente partielle, mais non pas le taux de cette incapacité permanente partielle. Ou alors s'il le fait à la demande du patron (ou de son assureur substitué), ce ne pourrait être qu'une expertise amiable que le demandeur aurait à honorer en dehors de tout tarif officiel et par suite à 50, 100, 150 francs, etc., suivant le cas, l'importance et la difficulté technique de l'expertise.

3° Ce n'est pas l'anesthésie qui est tarifée, mais « le médecin anesthésiste » (voir art. 12) appelé comme aide par l'opérateur. D'ailleurs la note 1 de cet article est très nette : «. . . L'anesthésie, quel que soit son mode, ne comporte d'honoraires que si elle est pratiquée par un médecin autre que l'opérateur.»

Dr F. DECOURT.

2.239. — En cas de demande d'intervention d'un auxiliaire médical (infirmière, masseur, etc...)

Je fais faire par une infirmière à un de mes malades assuré social des injections intra-musculaires de gluconate de calcium. Est-il possible de lui faire rembourser par les Assurances sociales les soins de l'infirmière ? Comment faut-il l'indiquer sur la feuille de maladie ? Dr S.

Réponse

L'art. 24 du règlement intérieur type, en matière d'assurances sociales (arrêté du 30 janvier 1937), porte : « Si le praticien traitant estime nécessaire..... ou l'intervention d'un auxiliaire médical, les prestations correspondantes ne peuvent être remboursées que si la Caisse adresse à l'intéressé, préalablement au traitement et sur demande de l'assuré — pour être annexée à la feuille de maladie en cours ou apposée sur ladite feuille — l'acceptation de prise en charge des prestations..... ». Et au paragraphe suivant : « Dans le cas où l'urgence ne permet pas d'attendre la délivrance de l'acceptation de prise en charge, une justification doit être adressée au médecin contrôleur de la Caisse par le praticien traitant, le spécialiste ou l'assuré, dans les trois jours de l'intervention ou de la consultation. »

D'où il m'apparaît résulter que, dans votre cas, le plus pratique est que vous écriviez vous-même au médecin contrôleur pour lui donner la « justification » du besoin d'un auxiliaire médical (l'infirmière) pour l'assuré un tel, et lui demander que la Caisse accepte de prendre en charge les frais en résultant dans les mêmes conditions que les frais médicaux ordinaires.

Dr F. DECOURT.

ASSURANCES SOCIALES

2.374. — Franchise postale en matière d'Assurances sociales

Quelles sont actuellement les « ayants-droit » à la « franchise » en matière d'assurances sociales ?

Un client « assuré social » qui ne peut se déplacer, et n'avait pas sa feuille au moment de mon passage, peut-il me la faire parvenir par la poste en franchise en indiquant :

A. S. franchise.
Docteur X.

Exp.
M. Y.........
Mlle ....
adresse ....

et en laissant le pli ouvert, afin de permettre le contrôle de l'Administration au besoin ?

Dr D.

Réponse

Les conditions dans lesquelles les plis concernant le service des Assurances sociales peuvent bénéficier de la franchise postale sont réglées par un arrêté ministériel du 22 février 1936, pris en application de l'art. 26, § 3 du décret-loi du 28 octobre 1935.

La franchise ne s'étend qu'aux plis et correspondances émanant des services, fonctionnaires ou organismes dont la liste est établie par l'arrêté ou qui leur sont adressées. Or, dans cette liste, qui comprend notamment les services régionaux d'assistance, les préfectures, les Caisses d'assurances, et les diverses Commissions contentieuses, ne figurent pas les médecins donnant leurs soins aux assurés.

Il ne pouvait d'ailleurs en être autrement, puisqu'en vertu des principes du libre choix et de l'entente directe, les médecins traitants d'assurés sociaux sont placés en dehors de la loi, et doivent considérer ces assurés comme des clients ordinaires.

Nous ne pouvons donc que conseiller à votre client d'affranchir son envoi comme une lettre ordinaire.

2.212. — Conditions de cumul d'une pension de guerre et des prestations de l'assurance-invalidité

Un de mes clients, mutilé de guerre (blessure) à 70 % est titulaire d'une pension de 3.600 francs par an. Assuré social il est devenu tuberculeux et après six mois de soins atteint d'invalidité totale. Sa pension de ce fait serait de 2.300 francs. Or il paraît que le cumul ne peut se faire et que mon client n'a droit qu'à sa pension militaire. Est-ce exact ? N'a t-il pas droit à 30 % de sa pension au titre maladie ?

Dr D.

Réponse

La question que vous nous posez est réglée de manière expresse par l'art. 18 du décret-loi du 28 octobre 1935 instituant le nouveau régime des Assurances sociales. Aux termes de cet article, en cas d'aggravation de l'état d'invalidité à la suite de maladie ou d'accident, l'incapacité d'origine militaire entre en compte pour la détermination du degré d'invalidité ouvrant le droit à la pension d'assurance. Si le degré total d'invalidité atteint au moins 66 % et si la pension militaire d'invalidité est inférieure à la pension à laquelle l'assuré aurait droit au titre des Assurances sociales, la pension d'assurance est liquidée pour un montant égal à la différence entre la pension calculée comme il est dit à l'art. 10 de la loi sur les Assurances sociales et la pension militaire.

2.188. — Le délai de six mois pendant lequel sont dues les prestations ne s'applique qu'à une affection déterminée

La durée de six mois prévue pour les prestations en nature et de demi-salaire s'applique-t-elle à une même maladie, ou à deux maladies différentes et successives. Voici les faits :

1° Malade indemnisé du 12 mai au 26 juin 1936 pour maladie des yeux que j'ignore.

2° Puis à partir du 24 août 1936 pour mal de Pott, donc deux maladies nettement différentes.

La Caisse se refuse à indemniser le malade après le 8 janvier 1937 en alléguant ceci :

Comme il ne s'est pas écoulé deux mois entre le 26 juin, date de la fin de la première maladie, et le 24 août, date du début de la seconde, il en résulte que le délai de six mois doit être compté à dater du premier jour de la première maladie : la période indemnisée est donc la suivante :

12 mai-26 juin, 24 août-8 janvier, total six mois.

Tandis que moi je pensais au contraire, que les deux maladies étant différentes la période de six mois devait, en ce qui concerne la seconde, dater du 24 août et se terminer en conséquence le 24 février ou bien le 8 janvier.

Qui a raison ? Et si la Caisse a tort n'est-ce pas, je crois, au Juge de paix de son domicile, président de la Commission cantonale que doit s'adresser mon malade ?

Dr P.

Réponse

Il a été contesté, surtout sous l'ancien régime résultant de la loi de 1928-1930, que le délai de six mois s'appliquât aux maladies déterminées et l'on a soutenu qu'il visait l'état de maladie indépendamment de la nature médicale et scientifique de l'affection.

On en déduisait par conséquent qu'un assuré

perdait tout droit aux prestations ordinaires au bout de six mois de soins, quand bien même à ce moment, il viendrait à être atteint d'une nouvelle maladie, entièrement distincte et indépendante de la première. Il ne pourrait dans ce cas recouvrer ses droits aux prestations qu'après avoir été pendant plus de deux mois en état de guérison apparente.

C'est sans doute en se référant à cette théorie que la Caisse prétend en l'espèce refuser ses prestations à votre client. Mais cette thèse manque incontestablement de base légale ainsi qu'il ressort du texte même de l'art. 6, parag. 13 du décret-loi du 28 octobre 1935 et, d'autre part, de l'art. 13 du règlement intérieur type établi par l'arrêté ministériel du 30 janvier 1937. En vertu de l'art. 6, parag. 13, tout d'abord, les prestations peuvent être servies pendant un nouveau délai de six mois... « si l'assuré établit que la nouvelle affection est indépendante de celle qui a précédemment motivé l'attribution des prestations ». D'autre part, l'art. 13 du règlement type s'exprime de la manière suivante : « Lorsque pour une même affection, il y a interruption des prestations pendant moins de deux mois », ce qui fait ressortir de manière certaine que le délai de six mois s'applique à une affection déterminée et non pas à l'état de maladie. Il déclare, en outre, dans son parag. 3, que : « si l'assuré établit que la nouvelle affection est indépendante de celle qui a précédemment motivé l'attribution des prestations, celles-ci peuvent dans tous les cas (c'est-à-dire qu'il y ait ou non interruption de deux mois) être servies pendant un nouveau délai de six mois. »

En l'espèce, l'indépendance des deux affections apparaît au premier abord comme certaine. Au cas cependant où il y aurait contestation sur ce point entre l'assuré et la Caisse, le différend devrait être tranché par la Commission technique prévue par l'art. 8, parag. 3 du décret-loi, et composée du médecin-contrôleur, du médecin-traitant et d'un troisième médecin choisi par le président du Tribunal civil. Cette Commission est saisie par lettre recommandée adressée au greffier du Juge de paix du domicile de l'assuré. A cette lettre, doit être joint un certificat du médecin traitant indiquant la nature de l'affection, afin que le Président du Tribunal puisse désigner à titre de troisième médecin, un praticien qualifié.

Au cas où la Caisse ne s'inclinerait pas devant les conclusions de la Commission technique, ou au cas où le différend ne porterait pas sur l'état du malade, le litige devrait être porté devant la Commission d'arrondissement du siège de la Caisse, par lettre recommandée adressée à son Président au Greffe du Tribunal civil, dans les dix jours de la notification de la décision de refus.

QUESTIONS DIVERSES

2.224. — Honoraires pour soins à un confrère ou à la famille de celui-ci

Je suis extrêmement intéressé de voir traitée dans le *Concours* cette question des « Rapports pécuniaires professionnels entre membres du Corps médical ». Question que j'avais abordée voici tantôt cinq ans (juillet 1932) dans le « Bouclier » bulletin des Syndicats du Collège Bretagne-Anjou-Mayenne, en tâchant d'organiser dans ce journal un « referendum » sur ce sujet.

Mon article se terminait de la façon suivante :

... « Si nous « laissions tomber » cette coutume (la coutume du cadeau ») par quelle autre la remplacerions-nous ? Je n'en vois que trois à choisir :

— Le paiement intégral des honoraires.

— La suppression du cadeau, avec toutefois remboursement au prix coûtant des frais matériels (déplacements, médicaments, etc...).

— Le paiement d'honoraires réduits.

Personne, je crois, ne s'attachera à défendre la première de ces trois solutions de remplacement. Aux lecteurs du « Bouclier » de soutenir l'un des deux derniers points de vue (ou tel autre qu'il leur plaira) ou le maintien du *statu quo*... ».

Ma tentative n'a malheureusement pas eu de succès. Trois confrères, seulement, ont répondu, défendant le *statu quo*, scandalisés même que la question ait pu être posée ! L'un des trois déclarait toutefois, en outre, qu'entre les trois solutions de remplacement proposées, une seule lui paraissait digne d'être retenue, à savoir le *paiement intégral* des honoraires !

Aucun spécialiste n'a répondu ; c'étaient là pourtant les réponses qui m'auraient le plus intéressé...

— La question, à mon sens, méritait bien cependant d'être posée et je vois avec plaisir que le *Concours* en a jugé ainsi...

Il n'est pas douteux que la coutume actuelle entraîne dans certains cas des situations bien gênantes, gênantes pour le médecin malade qui hésite à déranger tel spécialiste en renom auquel il n'aura pratiquement jamais de malades à adresser, assommantes pour le spécialiste dont le temps vaut cher !

Personnellement, je suis tout à fait d'accord avec vous, et en désaccord avec le Docteur Massart, pour l'adoption d'un tarif réduit entre confrères (ma solution de remplacement n° 3).

Je partage par contre la façon de voir du Docteur Massart, qui est d'ailleurs aussi la vôtre, en ce qui concerne la limitation de la famille médicale (ayant droit à un traitement de faveur) à la femme du médecin et aux personnes « à sa charge »...

Dr E.

1.991. — Situation des docteurs en médecine de la Faculté de Beyrouth

A la suite de l'entrée en vigueur de la loi Nast, j'ai vu passer une circulaire qui fixait la situation des

diplômés de Beyrouth. Cette circulaire a été égarée au bureau de l'hôpital, et nous aurions besoin du texte qui disait à peu près ceci « les situations acqui-« ses sont respectées, mais dorénavant, les médecins « diplômés de Beyrouth n'auront pas le droit « d'exercer en France, et ceci pour raison d'insuffi-« sance d'instruction de base ».

Un confrère me dit qu'en effet ces médecins n'ont, ni le baccalauréat, ni le P. C. N., ni la thèse..., obstacles franchis par les Français.

Pourriez-vous me donner le texte exact fixant la situation de ces « protégés syriens » et autres libanais, ou la référence à l'Officiel.

Dr C.

Réponse

Je n'ai pas retrouvé la Circulaire à laquelle vous faites allusion. Mais ceci n'a pas une grande importance.

En effet, d'après les termes très précis de la loi du 26 juillet 1935, les docteurs en médecine diplômés de la Faculté de Beyrouth, installés en France avant la promulgation de la loi, continueront à pratiquer librement dans notre pays.

Mais, en ce qui concerne ceux qui n'étaient qu'étudiants et qui, par conséquent, n'ont pas pu faire enregistrer leur diplôme avant le 26 juillet 1935, ils ne peuvent pas s'installer en France. En effet, s'ils ne sont pas naturalisés français, ils ne peuvent pas être considérés comme ressortissants de pays placés sous le protectorat français, puisque la Syrie n'est pas un pays protégé par la France.

Mais si le docteur diplômé de la Faculté de Beyrouth est français par naissance ou par naturalisation, son diplôme ne pourra cependant pas être pris en considération, puisque pour l'obtention de son grade, le titulaire n'a pas justifié des titres initiaux pour l'inscription régulière en vue dudit doctorat français : baccalauréat, etc...

Il en résulte que la loi du 26 juillet 1935 empêche, pour deux motifs, les diplômés de Beyrouth futurs de venir désormais s'installer en France, étant bien entendu que ladite loi ne peut pas violer les droits acquis par ceux qui étaient déjà installés avant la promulgation de cette législation au *Journal Officiel.*

Dr Paul Boudin.

2.515. — Quelle est la prescription applicable aux honoraires d'assistance

Je vous serais bien obligé de me faire connaître quel est le délai de prescription pour les honoraires d'Assistance médicale gratuite ?

Quel est le décret fixant ce délai ?

Dr G.

Réponse

En vertu de l'art. 2.227 du Code civil, l'Etat, les établissements publics et les communes sont soumis aux mêmes prescriptions que les particuliers et peuvent également les opposer. Il résulte donc immédiatement de cet article qu'une collectivité publique est en droit d'invoquer à l'égard d'un médecin qui lui a prêté ses services, l'art. 2.272 du même code, en vertu duquel se prescrivent par deux ans, les actions des médecins et chirurgiens pour leurs visites ou opérations.

Toutefois, l'application de cette prescription biennale si elle est indiscutable en principe, doit être immédiatement écartée par suite des considérations suivantes : il s'agit là, en effet, au point de vue juridique, non pas d'une déchéance automatique, mais d'une prescription fondée essentiellement sur une présomption de paiement. Cette présomption peut être écartée par la preuve contraire rapportée selon certaines conditions fixées par la loi. Cette preuve doit provenir soit d'une reconnaissance expresse du débiteur, énonçant le chiffre de la créance, soit du serment déféré par le Juge à l'une des parties, soit enfin de l'aveu expres ou tacite du débiteur. Or, d'après la jurisprudence, il appartient au Juge du fond d'apprécier si cette reconnaissance tacite de non paiement résulte des faits et circonstances de la cause, et notamment de la façon dont le débiteur présente sa défense. Une collectivité publique étant soumise par définition même aux règles de la comptabilité publique, ne peut soutenir avoir réglé un créancier lorsqu'elle ne l'a point fait. Elle ne peut donc sous peine de mauvaise foi, qu'invoquer purement et simplement à l'égard de son créancier la présentation tardive de son mémoire et est obligée de reconnaître elle-même l'absence de paiement.

Par conséquent, les mémoires d'honoraires pour soins donnés aux assistés médicaux gratuits ne sont soumis qu'à la prescription applicable à défaut d'une courte prescription dont il y a lieu alors, de rechercher la nature et la durée.

Pour tous les mémoires antérieurs au 1er janvier 1936, la règle est la suivante : la déchéance quinquennale édictée par la loi du 29 janvier 1931 pour les créances contre l'Etat n'étant applicable qu'à l'Etat lui-même et ne s'étendant pas aux collectivités secondaires. (V. notamment Conseil d'Etat, 6 juillet 1934 ; *Sem. jur.*, 1935, p. 304), la seule prescription applicable ne pouvait être que celle du droit commun en l'absence de toute autre, c'est-à-dire la prescription trentenaire.

Mais en vertu d'un décret-loi du 30 octobre 1935, les départements et les communes sont actuellement en droit d'invoquer la déchéance quin-

quennale devenue d'ailleurs quadriennale en vertu d'un décret-loi antérieur. Ces dispositions seront applicables aux créances nées après le 1er janvier 1936.

Ces observations sont d'ailleurs données sous réserve des dispositions du règlement départemental d'assistance auquel tout médecin donnant ses soins à des assistés est censé adhérer et qui peut contenir des dispositions plus restrictives en ce qui concerne le délai de présentation des mémoires.

2.143. — Application des congés payés au personnel domestique des médecins

Je vous serais reconnaissant de me signaler si les congés payés doivent être appliqués au personnel médical, tels que chauffeurs et bonnes.

Dr E.

Réponse

La loi du 20 juin 1936, modifiant l'art. 54 du livre 2 du code du travail, a donné à tout ouvrier, employé ou apprenti occupé dans une profession industrielle, commerciale ou libérale, le droit après un an de service continu dans l'établissement à un congé annuel continu payé pour une durée minimum de quinze jours comportant au moins douze jours ouvrables. Si la période ordinaire de vacances survient après six mois de service continu, l'ouvrier, employé ou apprenti ont droit à un congé continu payé d'une semaine.

Par contre, en vertu de l'art. 2, parag. 2, de cette même loi, le droit au congé payé ne sera étendu aux domestiques et gens de maison que lorsque sera paru un règlement d'administration publique en déterminant les modalités d'application. Ce règlement n'ayant pas encore été établi, il s'ensuit qu'à l'heure actuelle, les domestiques ne peuvent invoquer la loi sur les congés payés.

Par conséquent pour déterminer si votre chauffeur ou votre domestique peuvent prétendre à un congé payé il y a lieu de rechercher s'ils rentrent dans la catégorie des employés professionnels ou des gens de maison. Il y a lieu de vous référer pour cela à la règle posée par la réponse ministérielle, no 2.921 parue au *Journal Officiel* du 25 janvier 1935, à propos des allocations familiales. Aux termes de cette réponse : « Le médecin sera considéré comme assujetti à la loi du 11 mars 1932 sur les allocations familiales pour les domestiques qu'il emploie si celles-ci consacrent la plus grande partie de leur activité à son service professionnel». Pour déterminer cette proportion vous pourrez tenir compte entre autres éléments de la façon dont vous comptez les frais de personnel dans vos dépenses professionnelles.

Cinquante-neuvième année — N° 17 — 25 Avril 1937

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

- sommaire -

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	60 fr.	Belgique et Luxembourg...	70 fr.
Etudiants	35 fr.	Première Zone	85 fr.
Le Numéro...........	1.25	Deuxième Zone	110 fr.

Renseignements

AVIS

Stations thermales, d'altitude et balnéaires

Nos abonnés qui désirent voir leur nom figurer dans la liste que nous publierons prochainement sont priés de nous en informer.

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du **Concours Médical**, *Paris* **167-95.**

N° 108. — Normandie. Gde ville, bord mer, à céder client. méd. Seule condit. : location ou achat de pavillon.

N° 109. — Méd. milit. retraité est demandé pour visites médic. Paris.

N° 110. — Côte d'azur. Dans pet. stat. balnéaire près Centre, client. facile, susceptib. bonne augmentat. Conviendr. demi-retraite. Seules condit. : 15.000 compt. et deux annuités de 5.000, sinon s'abstenir.

N° 111. — Cause santé, à céder Neuilly, maison santé chirurgie et accouch. Plein fonctionnem. Matériel parf. état : 180.000.

N° 112. — On dem. petit pied porte ampoule R. X.

N° 113. — A vend. : télép. de bureau, petit appar. à photographie, dépannax d'auto, radiateurs électr., appar. mécanothérap. neuf Albert Sylvain.

N° 114. — Loire. A céder bonne client. dans pet. ville à 50 km. de Lyon. Très belle maison avec tout confort. Condit. à cause extrême urgence : reprise du bail et très pet. indemn.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet Breitel & Goret

1, rue Dante, Paris (5e). Tél. : Odéon 36-46

Nord-Est. Très gros poste. Seul médecin, proximité villse, maison confort. Prix 60.000 avec install, profes. (cpt. à déb.)

Petite ville, limitrophe Touraine, import. rendem., poste tenu 30 ans par céd. présentat. du succes. Indem. 50.000 cpt.

A toucher Paris. Très grosse client. Méd. gle, dont fixes 25.000, pavillon avec jardin tout conf. Indem. 110.000. 60.000 cpt.

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE

« Le Sou Médical »

Assemblée générale ordinaire de 1937

Convocation

L'Assemblée générale ordinaire de la Ligue aura lieu au Siège social, 37, rue de Bellefond, à Paris, le mardi 1er juin 1937, à 14 h. 1/2.

ORDRE DU JOUR

1° Rapport du secrétaire général ;

2° Rapport du trésorier ;

3° Rapport des commissaires contrôleurs ;

4° Approbation des comptes de l'exercice 1937;

5° Renouvellement de la série sortante des membres du Conseil et ratification de la nomination de membres du Conseil.

6° Election de deux commissaires contrôleurs.



ARMAND GASSOT (1850-1937)

Le *Concours médical* vient d'être à nouveau cruellement éprouvé. C'est avec une profonde et douloureuse émotion que nous annonçons la mort de notre Directeur honoraire et ami, le Docteur Armand Gassot, décédé à Chevilly le 20 avril 1937.

Armand Gassot fut avec Maurat un collaborateur de la première heure de Cézilly. Après avoir longtemps secondé Cézilly et Jeanne et pris une part importante à la fondation des œuvres du *Concours*, il était devenu Directeur du *Concours Médical*, tout en conservant ses fonctions de trésorier du Sou médical et de la Mutualité familiale du Corps médical français. Son grand âge l'avait contraint l'an dernier à résilier ces fonctions, auxquelles il avait consacré tout son talent et toutes ses forces, et à passer le flambeau à ses successeurs désignés.

Notre Directeur, le Docteur Noir, consacrera dans notre prochain numéro, un article à l'œuvre et à la mémoire de notre si regretté Directeur honoraire, qui fut un grand praticien et un grand organisateur.

Les obsèques du Docteur Armand Gassot ont eu lieu le vendredi 23 avril, à Chevilly.

Nous adressons à sa famille, l'expression de notre profonde et douloureuse sympathie.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Les Journées médicales belges de 1937.** — La Société nationale des chemins de fer belges et les grands réseaux français accordent aux congressistes une réduction de 35 %.

— **La Maison d'accueil.** Œuvre de relèvement. Président d'honneur : M. le Ministre de la Santé publique. Président : Docteur Robert Rabut, médecin de Saint-Lazare. Secrétaire-trésorière : Mme Morax, assistante sociale. — Cette œuvre offre aux femmes dévoyées un appui matériel et moral.

Les femmes, désireuses de se relever, y trouvent dans une atmosphère familiale et sans contrainte, l'abri matériel et l'assistance morale, qui leur permettront de reprendre l'équilibre nécessaire pour retourner à une vie régulière.

Elles doivent, cependant, avant leur admission, avoir non seulement manifesté leur volonté de relèvement, mais fait preuve de leurs possibilités, qui auront été appréciées par un examen médical.

La maison d'accueil, dans sa conception nouvelle, apparaît comme une œuvre utile et nécessaire.

Adresser la correspondance à M. le Docteur Rabut, 57, rue de l'Université, Paris (VII[e]) ou à Mme Morax, 19, rue Théodore-Deck, Paris (XV[e]) ; et les cotisations à : Compte de chèques postaux de la Maison d'Accueil, Paris 876-71.

— **Hôpitaux de Bordeaux.** *Internat et externat.* — Un concours pour 11 places d'internes des hôpitaux de Bordeaux s'ouvrira le 19 octobre 1937. Le concours d'externat (50 places d'externes) s'ouvrira le 18 octobre 1937.

— **Hôpitaux civils de Mulhouse (Haut-Rhin).** — A la suite de la retraite du titulaire actuel, la place de médecin-chef et chirurgien en chef des hôpitaux civils de Mulhouse sera vacante à partir du 1[er] octobre 1937. Les candidats à cette place sont priés de produire leurs titres et de faire acte de candidature auprès du Maire de la ville de Mulhouse, président de la Commission administrative des hôpitaux civils, jusqu'au 1[er] mai 1937.

Le poste en question, dont les appointements seront à débattre, donne droit à une retraite allant jusqu'à 80 pour 100 des appointements. La pension de veuve s'élève jusqu'à 40 pour 100 des appointements du mari.

Le titulaire jouit de la gratuité du logement, du chauffage et de l'éclairage.

Il dispose dans le service chirurgical, comprenant environ 300 lits, d'un certain nombre de chambres particulières pour des malades privés. Il peut, en outre, faire de la clientèle comme chirurgien consultant dans les cliniques privées de la ville de Mulhouse.

— **Hôpital de Saint-Germain-en-Laye.** — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : M. Giraud ; Mlle Stahland ; MM. Campagne, Payer, Boisneuf, Balazuc.

Internes provisoires : MM. Horeau, Rodde, Cuche, Waxin.

— **Mariage.** — Nous apprenons le mariage de Mademoiselle Annette Caillet, fille de Madame et du Docteur J. Caillet, de Caussade (Tarn-et-Garonne), chevalier de la Légion d'honneur, croix de guerre, avec Monsieur Bernard Roquette.

La bénédiction nuptiale leur a été donnée le 30 mars 1937, en la Basilique Notre-Dame de Fin des Terres, à Soulac-sur-Mer.

Nos meilleurs souhaits de bonheur aux jeunes époux.

— **Fiancailles.** — Le Docteur et Madame A. Crébassol nous font part des fiançailles de leur fils Jean Marie, enseigne de vaisseau, avec Mademoiselle Paulette Martin. (Servian, Hérault ; avril 1937).

Nos sincères félicitations.

— **La Maison du Médecin.** — Le Conseil d'administration de l'Œuvre sera heureux de recevoir à Valenton, au château des Charmilles, le jeudi 6 mai 1937, dans l'après-midi, tous les confrères et leurs familles qui s'intéressent à la Maison de retraite des vieux médecins.

Un auto-car partant de la Bastille toutes les demi-heures et allant à Brévannes s'arrête à la porte.

— **Æsculape.** *Sommaire du numéro de mars* 1937. — Analyse, Sonnet sur les « Larmes » de Jean Richepin (1 ill.). — Deux nouvelles estampes sur les diables à lunettes, par Jean Avalon (2 ill.). — L'œil vu par les artistes, par M.-P. Bellugue, professeur de morphologie humaine à l'Ecole supérieure des Beaux-Arts (15 ill.). — L'œil postiche, par le Docteur Henry Goudard (2 ill.). — Les yeux d'Eve Lavallière, par le Docteur Benjamin Bord, anc. int. des hôpitaux de Paris (6 ill.). — Un masque correcteur du Strabisme au XVIe siècle (1 ill.). — Tobie rendant la vue à son père, par le Docteur Jules Guiart, professeur à la Faculté de médecine de Lyon (6 ill.). — Œillères anciennes, par le Docteur G. Fombeure (2 ill.). — Sainte Odile, la Vierge aveugle, par le Docteur Coutela, ophtalmologiste des hôpitaux de Paris (9 ill.). — Thomas Inghirami, strabique, (1 ill.). — Ah ! s'il voyait, par L. Masson, docteur en pharmacie (2 ill.). — Argus aux cent yeux, par le Docteur R. Cordier (4 ill.). — Judith et la tête d'Holopherne, tableau de Lucas Cranach (1 ill.). — Supplément (23 ill.).

A TRAVERS L'OFFICIEL

6 AVRIL

Service de santé militaire

Décret et Instruction du 28 mars 1937 modifiant le décret du 19 août 1929 instituant un concours pour l'admission aux emplois de médecin et pharmacien sous-lieutenant de l'armée active des troupes métropolitaines.

Ce décret et cette instruction seront publiés ultérieurement.

7 AVRIL

Aliénés

Un poste de médecin chef de service est actuellement vacant à l'Asile public d'aliénés de Maréville (Meurthe-et-Moselle), par suite du départ de Mlle le Docteur Cullerre, appelée à un autre poste.

8 AVRIL

Décret du 5 avril 1937 relatif au recrutement et au statut des médecins du cadre des hôpitaux psychiatriques autres que la Seine.

Ce décret sera publié ultérieurement.

Circulaire du 26 février 1937 relative à la coordination sanitaire et sociale

Cette Circulaire sera publiée ultérieurement.

Avis de concours des médecins des asiles publics d'aliénés

Par arrêté du ministre de la Santé publique en date du 6 avril 1937, un concours pour vingt emplois au minimum de médecins du cadre des asiles publics d'aliénés s'ouvrira à Paris, au ministère de la Santé publique, le lundi 7 juin 1937.

Les candidats qui désirent participer au concours devront adresser à la direction de l'hygiène et de l'assistance (1er bureau), une demande accompagnée de leur acte de naissance, de leur diplôme de docteur en médecine, de leurs états de services, d'un exposé de leurs titres, d'un résumé succinct de leurs travaux, du dépôt de leurs publications, ainsi que des pièces établissant leur stage et l'accomplissement de leurs obligations militaires.

Les candidatures seront reçues au ministère de la Santé publique jusqu'au mercredi 5 mai 1937 inclus.

Chaque postulant sera informé par lettre individuelle de la suite donnée à sa demande.

Avis de concours d'un poste de médecin chef d'asile public d'aliénés

Un poste de médecin chef de service est actuellement vacant à l'Asile public d'aliénés de Pau (Basses-

Pyrénées), par suite du départ de M. le Docteur Carriat, appelé à un autre poste.

9 AVRIL

Service de santé militaire

Par décision du 7 avril 1937, Bender, méd. sous lieut. de rés., 20e rég. est autorisé à servir en situation d'activité pour une durée d'une année à compter du 10 avril 1937 dans les conditions fixées par l'art. 42 de la loi du 8 janvier 1925 et maint. à la 20e région.

Par décret du 7 avril 1937, sont promus dans le cadre des officiers de réserve du service de santé les officiers de réserve ci-après désignés, qui, par décision de même date, sont maintenus dans leur affectation actuelle :

Au grade de médecin lieutenant

Les méd. sous-lieut. ci-après désignés :

(Rang du 20 oct. 1935) Montaldo, du 19e C. A. ; (rang du 2 9 mai 1936) Balteaux, 2e rég. ; (rang du 31 mai 1936) Du Pasquier, 9e rég. ; (rang du 24 juin 1936) Gardou, 5e rég. ; Roche, 13e rég. ; Rimon, 13e rég. ; (rang du 2 août 1936) Satge, 13e rég. ; (rang du 20 août 1936) Fumoux, 13e rég. ; (rang du 27 sept. 1936) Brunet, rég. de Paris ; Wolff, rég. de Paris ; Carrière, 16e rég. ; (rang du 4 oct. 1936) Solignac, rég. de Paris ; Puig, 16e rég.

Région de Paris : (rang du 11 octobre 1936) Bamas, Baratoux, Barcat, Bosc, Brincourt, Callot, Casanova, Castets, Coignerai, Coladant, Dangauthier, de Botton, Dreyfus, Faivre, Folie *dit* Desjardins, Gossart, Goujard, Hubert, Krug, Kyriaco, Lefranc, Le Gô, Leroy, Luthéreau, Mattern, Morin, Mougin, Moyse, Nocton, Ortholau, Pour, Roge, Roy, Salaun, Thiolat, Thomas, Thouluc Vincent.

1re région : Bar, Demarez, Dhâtel, Gérard, Lenglet,

2e région : Vilde.

3e région : Guitard, Jouen, Lambey, Lesage, Magniaux, Martinet, Piquet, Thomas, Zimmern.

4e région : Boutron, Derveaux, Desaunay, Gardrinier, Latour, Neveu, Picot, Prévost.

5e région : Bonnemaison, Richard.

6e région : Minet, Trompette.

7e région : Girard, Mauz, Tupin.

8e région : Gegelnicki, Chevalier, Duisit, Gardien, Humbert, Jacques.

9e région : Boissin, Doiteau, Gazeau, Mirbeau, Nexon, Parisot, Roy.

11e région : Amphoux, Blondeau, Donet, Gimbert, Kerboul, Kowalski, Le Foll, Marcais, Mercier, Meyblum, Rouet.

13e région : Achard, Blumenfeld, Bourdeau, Cellier, Chabanet, Deffay, Jany, Lemoyne de Vernon, Mineire, Montel, Nordman, Raymond, Thévanin, Tillier.

14e région : Aulagner, Baillat, Degeorges, de Vaucher, Bérard, Eeymard, Germain, Labry, Reynaud, Tissot.

15e région : Artaud, Bertrand, Brun, Casalta, Delore, Fière, Leconte, Pélissier, Raynaud, Ribollet, Tropini, Vaillant, Ventre.

16e région : Goni, Loubière, Mezan.

18e région : Cayre, Chapuis, Clave, Delplace, Dupond, Fabre, Hostier, Hubert, Juppe, Lahorgue, Le Bœuf, Mandoul, Naboulet, Naudet, Personnaz, Personne.

20e région : Legendre, Marotte, Moessner, Thomas.

Région de Paris (rang du 18 octobre 1936) Barbara, Bentata, Bour, Bureau, Cernéa, Clément, Decante, Fanjaud, Fleurot, Fron, Gireaux, Jungne, Kaplan,

Le Corre, Lesorbe, Marroger, Maynadier, Misser, Mouchet, Netter, Pagès, Parmentier, Petit, Pineau, Raulot, Savelli, Seigneury, Varay, Wallet, Wimphen.

2e région : Fayolle, Gillet.

3e région : Brochard, Buot, Lemonnier, Le Tohic.

4e région : Beauverger, Dupont, Galland, Maury, Penez, Prat.

5e région : Julef.

6e région : Vigourt.

7e région : Picard, Roy.

8e région : Coze, Maillard, Picard, Vogel.

9e région : Auerbach, Barreau, Bonnin, Courtois, Desbès (Paul), Delbès (Pierre), Masset, Soudée.

11e région : Mevel, Monville, Morvan, Sélin.

13e région : Amiard, Bardy, Butaud, de La Farge, Hay, Lepeytre, Metaquer, Meyrieux, Lointud, Samama.

14e région : Bosso, Brino, Chabalier, Gauthier, Graber, Grenet, Massot.

15e région : Achard, Autran, Barbier, Boussard, Campana, Combatot, Dayon, Mayrand, Monges, Mourgues, Pouly, Rey.

16e région : Ichard.

18e région : Torlais.

19e C. A. : Beaupuy-Mourêt, Bensimon, Denoncin, Lévy, Monpère, Nahon, Rossier, Simon, Soumeire, Tcherny.

20e région : Daull, Ferber, Poisson.

(Rang du 19 octobre 1936) 1re région : Bridoux, Dubois Lherbier, Macke, Pelabon, Quêtu.

(Rang du 29 octobre 1936) : Lagey, 6e rég. ; (rang du 30 octobre 1936) De Lamer, 14e rég.; (rang du 6 nov. 1936) Jubelin, rég. de Paris ; (rang du 19 nov. 1936). Hanoune, 19e C. A. ; (rang du 26 nov. 1936) Dougnac, 19e C. A. ; (rang du 3 déc. 1936) Manceau, 19e C. A. ; (rang du 17 déc. 1936) Porot, 19e C. A. ; (rang du 19 déc. 1936) Castanet, 18e rég. ; Phélippeau, 18e rég. ; (rang du 12 janv. 1937) Broussy, 16 rég. ; (rang du 18 janv. 1937) Billard, 20e rég. ; (rang du 26 janv. 1937) Camus, Gilbert, Piton, Salvanet, 20e région.

(Rang du 3 févr. 1937) Lafrance, 1re rég. ; Callay, Deléclùse, Lacheny, Paillas, 6e rég. ; (rang du 12 févr. 1935) Guenin, 7e rég. ; (rang du 27 févr. 1937) Buscail, 16e rég.

10 AVRIL

Assurances sociales

Circulaire du 9 avril 1937 relative au tarif de responsabilité pour l'assurance-maternité et à la constitution des Commissions régionales tripartites.

Cette Circulaire sera publiée ultérieurement.

11 AVRIL

Accidents du travail

Arrêté du 7 avril 1937 fixant le tarif des frais pharmaceutiques en matière d'accidents du travail

Ce Tarif sera publié ultérieurement.

Assistance

Décret du 10 avril 1937 portant organisation du contrôle sur place des lois d'assistance

Ce décret sera publié ultérieurement.

Sanatoriums publics

Par arrêté du ministre de la Santé publique en date du 8 avril 1937, M. le docteur Weigert, a été

nommé médecin-adjoint au sanatorium du département du Rhône à Saint-Hilaire-du-Touvet (Isère).

Par arrêté du ministre de la Santé publique en date du 19 mars 1937, Mme le Docteur Rougier-Marmet, médecin-adjoint au sanatorium du département du Rhône à Saint-Hilaire-du-Touvet (Isère), a été mise, sur sa demande, en disponibilité à dater du 15 mars 1937.

Réponses des ministres aux questions des parlementaires

Patente d'un médecin ambulant

2181. — M. Pomaret demande à M. le ministre des Finances : 1° si un docteur en médecine non installé, mais donnant des consultations et voyant des malades au cours de ses déplacements, annoncés par la voie des journaux, est soumis à la patente ; 2° dans l'affirmative, où celle-ci doit être payée. (*Question du* 28 *janvier* 1937.)

Réponse. — 1° Réponse affirmative ; 2° l'intéressé est imposable au lieu de son domicile sans préjudice des droits dont il pourrait être redevable dans celles des communes qu'il visite où, en égard aux circonstances de fait, il pourrait être considéré comme possédant un établissement professionnel distinct.

(*J. O.*, 10 avril 1937).

La Commission administrative d'un hôpital peut-elle refuser de porter une femme sur la liste des praticiens ?

1578. — M. Rives demande à M. le ministre de la Santé publique : 1° si une Commission administrative des hospices peut refuser de faire figurer sur la liste des praticiens « offrant les garanties techniques et morales suffisantes » établie conformément à la Circulaire du ministre de la Santé publique en date du 28 septembre 1936, en vue de « respecter le principe de la liberté du malade de choisir son médecin », une femme docteur en médecine, ancien interne des hôpitaux d'une ville de faculté, proposée par son syndicat pour figurer sur ladite liste, uniquement en raison du sexe de l'intéressée ; 2° dans l'affirmative, en vertu de quelles dispositions légales. (*Question du* 17 *décembre* 1936.)

Réponse. — Aucune objection de principe n'a été élevée à l'encontre de la nomination de femmes comme médecins et chirurgiens des hôpitaux. Mais aux termes de la loi du 7 août 1851, c'est la Commission administrative de l'hôpital qui fixe en toute indépendance les conditions de recrutement et de nomination du Corps médical.

(*J. O.*, 10 avril 1937).



CORRESPONDANCE

FISCALITÉ

2.715. — Point de départ de la patente

Je vous serais reconnaissant de me faire savoir, abonné au *Concours* et affilié au Sou, si je suis obligé de payer une patente pour 1936, étant installé seulement et ayant posé ma plaque seulement depuis le 10 décembre. Dr V.

Réponse

Vous étant installé dans le courant de l'année 1936 (le 10 décembre), vous devrez la contribution des patentes, pour cette année-là, à partir du 1er décembre (en vertu de l'art. 288 du décret du 27 décembre 1934).

A. Martinot,
Conseil fiscal

2.403. — Calcul de la patente

Je serais heureux de connaître les conditions dans lesquelles s'établit actuellement la patente du médecin et de recevoir quelques précisions à ce sujet.

Dr P.

Réponse

La patente se calcule sur la valeur locative des locaux professionnels. Lorsque les locaux d'habitation et professionnels sont réunis, il faut en faire la ventilation, exemple :

Un loyer total de 20.000 francs pour dix pièces dont quatre sont professionnelles :

$$\frac{20.000 \times 4}{10} = 8.000 \text{ francs}$$

Pour Paris, la valeur locative comprise entre 0 et 4.000 est soumise au droit proportionnel au 20e.

4.000 au 20e	200
entre 4.000 et 6.000 au 10e : 2.000 au 10e	280
supérieur à 6.000 : au 5e : 2.000 au 5e	400
	800
plus la taxe déterminée	140
total anciens droits fixes	940

et l'on multiplie ce total par les centimes additionnels qui sont pour Paris d'environ 9,11, soit

$$940 \times 9,11 = 8.563 \text{ francs}$$

montant de la contribution des patentes pour un foyer professionnel de docteur s'élevant à 8.000 francs sis à Paris.

A. M.

Voir la suite page LXIII-1303

PROPOS DU JOUR

A LA VEILLE DE L'EXPOSITION DE 1937
LA QUESTION DE L'EAU A PARIS

L'alimentation en eau d'une grande ville est une préoccupation constante qui peut devenir angoissante en certaines circonstances. A Paris cette question, toujours à l'ordre du jour, prend cette année, à cause de l'Exposition universelle, un caractère non seulement urbain mais national et le Conseil municipal s'en est sérieusement occupé.

Paris consomme à l'heure actuelle 650.000 mètres cubes par jour et l'on peut disposer de 900.000 mètres cubes, ce qui à première vue peut paraître suffisant. Sur cette quantité en période normale, on peut compter 450.000 mètres cubes d'eau de source pour l'alimentation qui peuvent s'abaisser en période d'étiage à 300.000. A ces quantités il faut ajouter 300.000 mètres cubes d'eau filtrée aux établissements filtrants de Saint-Maur et d'Ivry, ce qui fait au total 600.000 mètres cubes. Or, il est arrivé certains jours (le 12 juillet 1934 par exemple) que la consommation journalière d'eau s'est élevée à 935.000 mètres cubes. On peut actuellement parer à cette situation par des réservoirs de stockage qui contiennent 600.000 mètres cubes. Cela représentait, il y a 30 ans, la consommation d'eau de trois jours, actuellement c'est le tiers de la consommation journalière. Une rupture de conduite, une période de sécheresse estivale prolongée peuvent créer une situation critique qui ne devrait pas exister. L'Administration s'est vue dans l'obligation ces dernières années d'alimenter le réservoir de Ménilmontant d'un mélange d'eau de la Dhuis et d'eau de la Marne, or, cette dernière contenait de l'eau d'égoût. Elle était filtrée et stérilisée, c'est entendu, mais il n'en est pas moins certain que des milliers de Parisiens buvaient de l'eau d'égoût. Ces précisions ont été données au Conseil municipal dans sa séance du 24 mars 1937.

Puisque un grand nombre des habitants de Paris boit de l'eau filtrée et stérilisée, il est intéressant de savoir ce que l'on entend par le filtrage et la stérilisation. M. Georges Lemarchand, qui connaît bien la question, a donné au Conseil municipal dans la même séance les renseignements suivants :

« La situation des établissements filtrants est la suivante :

Usine d'Ivry :

A l'usine d'Ivry, l'eau est dégrossie et préfiltrée avant d'être filtrée, par le moyen de 40 dégrossisseurs, d'une surface de 2.420 mq. ; 104 préfiltres, d'une surface de 10.400 mètres carrés et 48 filtres, d'une surface de 52.000 mètres carrés.

Le nettoyage des dégrossisseurs et des préfiltres se fait par le moyen de l'air soufflé.

On peût ainsi filtrer 300.000 mètres cubes par vingt-quatre heures.

Usine de Saint-Maur :

A l'usine de Saint-Maur l'eau est préfiltrée et filtrée au moyen de 62 préfiltres d'une surface de 12.250 mètres carrés, et de 20 filtres d'une surface de 26.000 mètres carrés.

On peut également avec cette surface moindre, filtrer 300.000 mètres cubes par vingt-quatre heures une eau brute à turbidité normale.

L'eau filtrée est stérilisée dans la proportion de 0 millig. 2 à 0 milligr. 4 par litre, à l'usine d'Ivry, au moyen du chlore liquide ; la neutralisation du chlore en excès s'opère, au réservoir de Montsouris, au moyen de l'hyposulfite de soude.

Il existe pour contrôler l'excès de chlore, indépendamment des analyses journalières, des truites témoins.

En période de crue, lorsque la turbidité de l'eau est importante, on emploie, pour réaliser la coagulation des matières ténues, du sulfate d'alumine dans la proportion de 30 milligrammes.

En ce qui le concerne l'établissement de Saint-Maur, emploie la chloramine dans la proportion de 0 milligr. 2 à 0 milligr. 4 par litre ; la neutralisation du chlore en excès s'opère au moyen de l'ammoniaque.

Un nouveau système de filtrage de l'eau, dit filtres rapides, devait filtrer 50.000 mètres cubes par vingt-quatre heures. Ces filtres ont été établis en vertu d'une délibération du 13 juillet 1933, mais ces filtres ne sont pas au point et certains sont encore à l'étude.



Au surplus, ainsi que nous l'avons dit, les établissements filtrants peuvent donner un peu plus de 600.000 mètres cubes par vingt-quatre heures.

Lorsque l'eau est bien filtrée, la stérilisation en est facile ; mas si elle est mal filtrée, il faut employer plus de chlore.

Le point sur lequel je tiens à appeler plus particulièrement l'attention du Conseil, ce sont les aléas qui peuvent se produire. Vous savez combien l'arrêt de l'eau est sensible à la population parisienne, d'autant plus que toutes les chasses d'eau de water-closets sont alimentées par le service privé de la distribution au moyen d'eau de source ou d'eau filtrée. Si les chasses d'eau des waters cessent d'être alimentées, vous voyez la conséquence au point de vue de l'hygiène.

Or, en ce moment, nous sommes à la merci d'une rupture de conduite ou d'aqueduc, nous n'avons pas en somme la réserve nécessaire au cas où nous aurions un été sec ; de plus, cette année il faudra abondamment desservir l'Exposition en eau potable et également le surplus de la clientèle des hôtels et des visiteurs particuliers qui seront nos hôtes. Là réside la difficulté.

On me dira sans doute que nous avons les vals d'Yonne, qui permettront de jeter dans l'aqueduc de la Vanne, lorsqu'il s'y produira un vide par le ralentissement de débit de sources, un supplément de 40.000 mètres cubes.

On a creusé aussi à Villemonble un puits artésien à 849 mètres de profondeur qui pourra donner, soit avec la nappe albienne, soit avec la nappe du Soissonnais, environ 11.000 mètres cubes. Mais ce ne sera pas suffisant.

Je vous disais tout à l'heure que le débit d'étiage pouvait s'abaisser dans la proportion de 150.000 mètres cubes par jour. Vous avez donc 40.000 mètres cubes pour compenser 150.000 mètres cubes : c'est insuffisant.

Vous arrivez à peine, en employant toutes vos ressources, à faire le nécessaire. Comment ferez-vous si vous avez un accident quelconque, rupture de conduite ou d'aqueduc ? »

Heureusement il est improbable que se produise une rupture sérieuse de conduite ou d'aqueduc et très rarement la consommation d'eau à Paris dépasse 900.000 mètres cubes par jour.

Néanmoins, d'après M. Georges Lemarchand, il conviendrait pour être à l'abri de toute surprise de disposer de trois millions de mètres cubes en réserve pour trois jours et actuellement cette réserve ne dépasse pas 600.000 mètres cubes. Une seule solution existe pour résoudre la question, c'est l'adduction à Paris des eaux des vals de Loire. Toutes les formalités sont actuellement remplies, seule la situation financière oblige d'ajourner les travaux.

J. NOIR.

LES CONSULTATIONS ET LES TRAITEMENTS EXTERNES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Nous relevons à titre documentaire les chiffres suivants donnés par M. de Fontenay, rapporteur de la Ve commission, au Conseil Municipal de Paris (séance du 19 mars 1937).

« Dans les hôpitaux, il est donné chaque année 3.600.000 consultations dont un sixième sont payantes, soit 600.000...

Dans les 600.000 consultations payantes, les assurés sociaux entrent pour 200.000, les autres consultants pour 400.000 ».

Notons que dans les consultations sont compris les traitements externes : pansements, sutures, cathétérismes, petites fractures, luxations, ponctions, opérations d'O. R. L., électrothérapie, rayons UV, radiotherapie, hydrothérapie, injections sous-cutanées, intraveineuses, appareils plâtrés, gymnastique médicale, traitement de la gale et de la teigne. En calculant tout cela à un tarif minimum, il est probable que l'évaluation de ces soins atteint un nombre de millions de francs considérable. Ajoutons à cela les soins gratuits ou semi gratuits donnés dans les dispensaires, les cliniques et les hôpitaux privés et on pourra se rendre compte combien les plaintes des médecins praticiens parisiens sont légitimes.

J. N.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

L'HYPERTROPHIE CARDIAQUE ESSENTIELLE DU NOURRISSON

Par le Docteur R. Turquety

Ancien chef de clinique de la Faculté

Les affections acquises du cœur sont, comme chacun sait, exceptionnelles dans le premier âge et l'on peut dire qu'à cette période de la vie les malformations cardiaques représentent, à elles seules, presque toute la pathologie du cœur.

Un nouveau chapitre, d'acquisition récente, mérite toutefois de s'inscrire à côté du précédent; il a trait à l'étude de l'hypertrophie cardiaque essentielle du nourrisson. On l'a dénommée encore hypertrophie cardiaque congénitale, terme discutable, puisqu'il n'est pas prouvé que cette affection, bien que se manifestant dans les premières semaines ou les premiers mois de la vie, soit constituée dès la naissance.

La constatation, dans le premier âge, d'un certain degré d'hypertrophie du cœur ne constitue pas un fait d'exception : on l'observe communément au cours de l'évolution des cardiopathies congénitales : *maladie de Roger* (communication interventriculaire simple), *maladie bleue ou cyanose congénitale* (association, à une communication interventriculaire, d'une sténose de l'artère pulmonaire), *persistance du canal artériel.* Mais, dans ces cas, l'augmentation de volume de l'organe est secondaire à une malformation des orifices ou des cloisons : elle affecte alors des proportions discrètes ou modérées.

Il en va tout autrement dans les faits que nous nous proposons d'étudier ; les dimensions de l'organe sont telles, ici, que ce caractère, à lui seul, suffit à distinguer l'hypertrophie cardiaque essentielle des autres hypertrophies du cœur que l'on observe à cet âge.

En outre — et c'est le point essentiel — l'augmentation de volume de l'organe apparaît comme un fait primitif, sans cause actuellement connue, justifiant, du moins quant à présent, le qualificatif d'*essentiel* qu'on est obligé de lui apposer. Des signes cliniques, enfin, l'accompagnent qui contribuent, eux aussi, à individualiser nettement cette entité nosologique.

Ajoutons que l'affection ne paraît pas exceptionnelle, qu'il est relativement aisé, pour un observateur averti, de la dépister et que, très certainement, des syndromes d'insuffisance cardiaque aiguë et même des cas de mort subite lui sont imputables, que l'on avait tendance jusqu'ici, avec plus ou moins d'assurance, à rapporter à d'autres causes.

Historique. — Etudiée en France depuis quelques années seulement, cette affection a été reconnue, voici longtemps déjà, par les auteurs de langue allemande.

Hénoch, dans ses « *Leçons sur les maladies des enfants* » signale, dès 1868, la constatation qu'il a faite, chez deux nourrissons, d'une hypertrophie simple du cœur, certainement congénitale.

Une série d'observations isolées furent, dans la suite, publiées en Allemagne ; dans la même période (1906) parut un travail important d'Oberndorffer, puis une revue générale de Riesenfeld (1917).

La première observation française est, à notre connaissance, celle de Mouriquand, Bertoye et Charleux (*Archives de Médecine des enfants*, 1926) suivie, à peu de temps de là, d'une observation de Jean Cathala.

Nombre de cas ont été publiés en France. Robert Debré et ses élèves Julien Marie et Busson lui ont porté un intérêt particulier et ont inspiré la thèse d'Annette Casalis (Paris 1936).

Observation. — Enfant H..., premier enfant, né à terme, pesant 3 kgr. 550, accouchement normal, parents bien portants. L'enfant qui, à la naissance, paraît parfaitement sain, bien constitué, est allaité par sa mère, puis soumis au bout d'une semaine à l'alimentation mixte. La croissance en poids est régulière quand, vers le vingtième jour, on remarque, lorsque l'enfant boit ou crie, l'existence d'une cyanose discrète de caractère très particulier ; elle ne siège ni aux lèvres, ni aux extrémités, comme on le voit communément dans les cyanoses congénitales ; elle est localisée au niveau des joues où elle dessine un réseau bleuâtre, une sorte de marbrure, rappelant l'aspect du livedo.

L'auscultation du cœur décèle l'existence d'un souffle systolique léger, bref, mésocardiaque, sans propagation, ne s'étendant pas dans le dos. Pas de thrill. Malgré l'intermittence et la discrétion de la cyanose, malgré les caractères du souffle dont on peut discuter le caractère organique, on envisage comme probable l'existence

d'une cardiopathie congénitale réalisant le type de la maladie bleue.

La tolérance — si lésion il y a — paraît satisfaisante quand, brusquement, au trentième jour, apparaissent des signes alarmants : crises de polypnée avec gêne respiratoire extrême et recrudescence de la cyanose qui, cette fois, gagne les lèvres et les extrémités, cornage inspiratoire intermittent avec tirage sus et sous-sternal et, par moments, toux incessante, quinteuse, émétisante (sans signes physiques). L'auscultation, difficile à cause de l'extrême rapidité du rythme du cœur et de la dyspnée, ne paraît pas modifiée par rapport aux jours précédents. La température est normale. L'examen à l'écran montre l'image caractéristique de l'hypertrophie cardiaque essentielle.

Dans les jours qui suivent, on voit les mêmes accidents se renouveler avec des périodes de sédation incomplète ; alternant avec eux surviennent des crises où l'enfant est d'une pâleur extrême ; ses membres sont inertes, ses extrémités refroidies, comme on l'observe dans les états de collapsus cardiaque. Pâleur et cyanose, dyspnée, toux, cornage se succèdent sans phases d'amélioration ; tout essai d'alimentation s'avère infructueux et la mort survient au quarantième jour.

En résumé, la lésion a été bien tolérée pendant trente jours ; mais, passée cette période de latence, les accidents, dès qu'ils sont apparus, ont pris un aspect d'immédiate gravité et ont évolué rapidement, sans pause, sans rémission. Cette évolution est, elle aussi, comme nous le verrons, caractéristique de l'affection.

Symptômes.— L'hypertrophie cardiaque essentielle semble bien être l'apanage de la première enfance, son maximum de fréquence s'observe en effet au cours des premiers mois ; déjà bien moins fréquente au cours de la deuxième année, elle est rarement observée passé cette date.

On l'observe pareillement et avec une égale fréquence chez les garçons et chez les filles.

On n'a pas trouvé dans l'étude des antécédents héréditaires, ni dans l'histoire de la grossesse de faits méritant d'être retenus et capables d'expliquer l'apparition de cette anomalie.

Les symptômes peuvent se manifester dès les premières heures de la vie ; sans doute aussi faut-il attribuer à cette lésion des cas de mort subite survenant dès après la naissance.

Ces deux éventualités sont, en pratique, *exceptionnelles*. Un des caractères de cette lésion est, tout au contraire, de rester strictement silencieuse pendant plusieurs semaines ou même plusieurs mois (plus d'un an parfois), puis de se traduire brutalement par des accidents revêtant une immédiate gravité.

Intervalle libre de plusieurs semaines ou de plusieurs mois.

Apparition, à un âge variable, des premiers accidents.

Les premiers symptômes sont le signal d'une évolution aiguë.

Cette affection se traduit par un ensemble de signes, diversement groupés. Les uns sont liés à la gêne qu'apporte à l'hématose l'altération de l'organe (ce sont les signes cardiaques proprements dits) ; la cyanose et la dyspnée sont les plus manifestes. Les autres, du moins peut-on les interpréter ainsi, traduisent la compression qu'exerce sur les organes du médiastin, le cœur augmenté de volume : gêne respiratoire avec cornage, tirage sus et sous-sternal, toux quinteuse.

La dyspnée et la cyanose sont certainement parmi les éléments de ce complexe, les *deux maître-symptômes* : dans la plupart des observations publiées en France et à l'étranger, ce sont eux qui ont, les premiers, fixé l'attention des observateurs.

La cyanose manque rarement, quelle que soit la modalité du tableau clinique ; parfois précoce, constatée dans les premiers jours ou les premières semaines de la vie, devançant l'apparition de tout autre signe — comme ce fut le cas chez notre malade. Parfois, au contraire, elle apparaît plus tardivement, contemporaine des signes de défaillance cardiaque.

Les troubles du rythme respiratoire font rarement défaut. Il s'agit souvent d'une dyspnée avec tirage sus et sous-sternal, prédominant à l'inspiration. Silencieuse dans certains cas, cette dyspnée s'accompagne, d'autres fois, d'un véritable bruit de cornage. Parfois on observe, coupant des périodes de rythme normal, de véritables accès de polypnée durant lesquels la cyanose s'accentue et où l'enfant semble en proie à un malaise extrême. Chez notre malade, accès de polypnée, puis dyspnée avec tirage et cornage se succédaient.

La pâleur de l'enfant a été, elle aussi, souvent notée par les auteurs. Tantôt il s'agit d'une anémie vraie, comme on le voit signalé dans certaines observations étrangères et dans le cas de Robert Debré : ici, l'examen de sang montra, outre la diminution du nombre des hématies, une leucocytose légère avec réaction myéloïde discrète. Cette anémie a pu parfois, en raison de son intensité, orienter vers le diagnostic de maladie de l'appareil hémopoïétique. Mais, bien plus souvent, la pâleur de l'enfant, sans modification de la formule sanguine, est liée à un trouble circulatoire ; elle varie d'une heure à l'autre et on observe, comme chez notre malade, des alternatives de crises de cyanose et de crises de pâleur avec refroidissement des extrémités, préludant à l'apparition du collapsus cardiaque.

La toux, elle aussi, est souvent signalée, bien que sa fréquence soit moindre que celle des signes précédents. Toux légère, disent les auteurs : elle peut, comme dans notre observation, être quinteuse, paroxystique, émétisante. Elle peut même dit Robert Debré, revêtir un caractère coqueluchoïde et constituer le symptôme dominant.

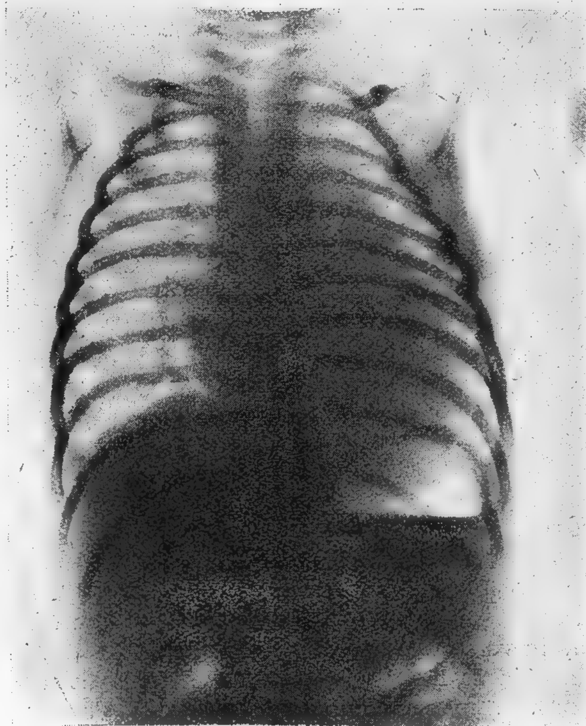
La dyspnée et la cyanose, accessoirement la pâleur et la toux, étant les éléments dominants du tableau clinique, c'est tantôt vers l'exploration des poumons, tantôt vers celle du cœur

que selon les cas, l'attention sera tout d'abord attirée.

Ajoutons enfin que cette affection ne présente habituellement durant toute son évolution *aucune modification de la courbe thermique.*

Ce n'est pas, en général, par l'auscultation que l'on arrive à dépister l'hypertrophie cardiaque congénitale. Bien souvent les bruits du cœur apparaissent comme normaux et ce n'est que si, par l'analyse des signes fonctionnels, on a envisagé cette hypothèse que l'on peut parfois, à la percussion, déceler l'augmentation de volume de l'organe.

La constatation, fréquente, de l'existence d'un souffle systolique mésocardiaque éloignera même le médecin du diagnostic réel en faisant croire à l'existence d'une maladie de Roger ou dune maladie bleue. Le souffle systolique fréquemment perçu dans l'hypertrophie cardiaque congénitale est, du point de vue de son interprétation, un souffle anorganique.



Robert Debré insiste sur la *tachycardie,* dont l'évolution, dit-il, a été peu étudiée chez ces malades.

Quant à l'exploration des poumons, elle est le plus souvent silencieuse. Parfois, cependant, on a noté dans la région paravertébrale gauche, un souffle de compression bronchique. On a également signalé une projection en avant de l'hémithorax gauche.

En résumé, l'examen physique est à peu près complètement négatif, et si, comme il est fréquent, on perçoit un souffle systolique, on sera naturellement tenté, selon qu'il existe ou non de la cyanose, de porter à tort le diagnostic de maladie bleue ou de communication interventriculaire.

C'est, dans le cas particulier, à l'examen radiologique que l'on demandera la solution du problème.

L'image radiologique est, en effet, constamment pareille à elle-même ; elle traduit une augmentation considérable de l'ombre cardiaque, portant sur toutes les cavités : le *cœur en boule.* Le bord gauche du cœur vient affleurer le gril costal, traduisant l'énorme dilatation hypertrophique du ventricule gauche. Le bord droit, fortement convexe, déborde la colonne vertébrale, traduisant l'hypertrophie de l'oreillette droite. Le bord inférieur, qui correspond au ventricule droit, refoule le diaphragme et inscrit sa courbe bien au-dessous de la grosse tubérosité de l'estomac.

Dans son ensemble, l'ombre est dense, opaque, ses bords sont nets et réguliers ; il n'y a pas de modification des rapports des différentes parties du cœur : c'est un *cœur uniformément et globalement hypertrophié.*

Différente par sa forme d'une image de péricardite, cette ombre s'en distingue encore par la mobilité de ses contours, par la netteté des battements qui, sur toute la surface de ses bords, l'animent.

L'évolution de l'hypertrophie cardiaque essentielle peut être schématisée ainsi : constituée sans doute dès la naissance, l'affection peut rester plus ou moins longtemps silencieuse, cet intervalle libre n'excédant pas en général plusieurs mois. L'apparition, brusque le plus souvent, des premiers symptômes marque le signal d'une évolution rapidement mortelle.

Cette terminaison se produit à un âge très variable : si certains enfants sont enlevés dans les premières semaines de la vie, d'autres, porteurs de la même lésion, la tolèrent plusieurs mois et même, semble-t-il, exceptionnellement plusieurs années.

Annette Casalis fournit la statistique suivante :

La mort est survenue : avant l'âge de 2 mois, dans neuf cas ; de 2 à 4 mois, dans dix-neuf cas ; de 4 à 6 mois, dans huit cas ; de 6 à 8 mois, dans six cas ; de 8 à 10 mois, dans onze cas ; de 10 mois à 1 an, dans six cas ; de 12 mois à 24 mois, dans dix cas ; après 2 ans, dans trois cas.

La mode de terminaison est variable ; le plus souvent c'est par aggravation des signes observés les jours précédents : dyspnée et cyanose. Parfois la mort est subite, par syncope. Plus rarement l'évolution est accélérée par une complication intercurrente, broncho-pneumonie par exemple.

Robert Debré et Busson, dans le but de bien mettre en lumière les principaux signes de la maladie, proposent d'en distinguer quelques types cliniques :

a) *La forme cardiaque*, caractérisée par la cyanose, la dyspnée, la tachycardie. Son évolution est brève ; symptômes et terminaison se succèdent à un court intervalle. Exceptionnellement (Obs. de Cathala) elle a présenté le tableau d'une insuffisance cardiaque progressive avec œdèmes périphériques et viscéraux, gros foie.

b) *La forme tumorale* est plus rare. Elle se traduit par un syndrome dyspnéique avec gêne de la respiration, bruit de cornage, tirage sus et sous-sternal. Cette forme s'observerait de préférence chez les enfants les plus jeunes.

c) On peut décrire *une forme anémique*, simulant une maladie de l'hématopoièse.

d) *Une forme de nouveau-né* : mort rapide de cause indéterminée, décelée par l'autopsie.

Diagnostic. — L'hypertrophie cardiaque essentielle est généralement méconnue jusqu'à la période où apparaissent ses premières manifestations cliniques, puisque jusque-là elle est strictement silencieuse. Il ne faudra pas hésiter, de toute façon, à placer devant l'écran un nouveau-né ou un enfant de quelques semaines si quelque trouble circulatoire discret, cyanose fugace, trouble du rythme circulatoire, petit accès de pâleur subite ont attiré l'attention ; ainsi on pourra dépister la lésion avant l'apparition des accidents.

Les grands symptômes eux-mêmes n'ont rien de pathognomonique et, en leur présence, seul un observateur prévenu pourra s'orienter vers le diagnostic réel. La constatation de la cyanose inclinerait tout naturellement à penser qu'il s'agit d'une cyanose congénitale, hypothèse que renforcerait encore la présence, fréquente dans l'hypertrophie cardiaque pure, d'un souffle mésocardiaque. D'autres fois la gêne respiratoire, le tirage, le cornage inspiratoire évoquent l'idée d'une hypertrophie du thymus.

Dans l'observation de Cathala, l'extension considérable de la matité cardiaque, le gros foie, l'anasarque généralisée imposèrent un moment le diagnostic de péricardite à épanchement.

Seule, l'image radiologique, par ses caractères bien particuliers, permet de préciser un diagnostic hésitant.

Anatomie pathologique. — L'augmentation de volume du cœur constitue le fait dominant. Cet organe qui, normalement, pèse 24 grammes à la naissance, 40 grammes à 18 mois peut, dans l'affection qui nous occupe, acquérir le double, le triple, le quadruple même de la normale.

Il y a à la fois hypertrophie considérable des parois et dilatation des cavités. Cette hypertrophie est globale, quoique prédominant sur les ventricules, le gauche principalement.

Les cloisons du cœur, ses orifices, ses vaisseaux ne présentent aucune malformation : *c'est un très gros cœur normalement conformé* ; c'est, chez un enfant de deux mois, par exemple, le cœur d'un sujet de trois ou quatre ans. Cet aspect particulier de l'organe est, souvent, la seule lésion décélable à l'autopsie. Il faut cependant faire mention d'une constatation faite par les auteurs de langue allemande : c'est la fréquence avec laquelle l'*hypertrophie du thymus* s'associe à l'hypertrophie cardiaque essentielle.

Se basant sur les constatations anatomiques et histologiques, on tend à reconnaître à l'hypertrophie cardiaque essentielle plusieurs variétés :

a) *L'hypertrophie cardiaque* pure, sans altération d'autres organes. Les coupes histologiques montrent un tissu cardiaque en tous points normal. On a invoqué, pour l'expliquer, la théorie du myome diffus et celle du gigantisme cardiaque embryonnaire.

b) *L'hypertrophie avec état thymico-lymphatique* : hypertrophie du thymus, hypertrophie des ganglions lymphatiques superficiels et profonds, hyperplasie du tissu lymphoïde du pharynx nasal et buccal, rate souvent hypertrophiée.

c) Un auteur hollandais, J. C. Pompe, d'Amsterdam, a mis en évidence, dans certains cas, une *surcharge glycogénique* du myocarde ; il trouve cette même substance en surcharge dans les viscères. Il s'agit, dans le cas particulier, de cette variété de maladies congénitales déterminées par un trouble du métabolisme du glycogène ou de la graisse, états pour lesquels R. Debré a proposé le nom de polycories généralisées.

En résumé, les caractères cliniques et surtout l'image radiologique sont suffisamment caractéristiques pour qu'il soit possible de différencier l'hypertrophie cardiaque congénitale des diverses malformations de cœur avec lesquelles on pourrait la confondre. Le mécanisme qui l'engendre est, par contre, bien obscur ; la pathogénie de cette lésion appelle de nouvelles recherches.

LA COULEUR DES DERMATOSES

Par R. Barthélemy
Ancien chef de clinique à la Faculté

Le temps n'est plus des lentes et minutieuses descriptions dermatologiques. Les dermatoses n'en subsistent pas moins avec leurs caractères objectifs, dont l'analyse est indispensable pour un diagnostic exact et un traitement bien dirigé. Et s'il est possible, par divers moyens de clinique et de laboratoire, d'éviter certaines erreurs, la connaissance détaillée de la façon dont se présentent les plus minimes symptômes cutanés est un élément de la bonne dermatologie, au même titre que le taux de la glycémie, que l'épreuve de la boule d'œdème ou celle de Prausnitz-Küstner.

Parmi les symptômes qui peuvent paraître négligeables, la couleur des dermatoses vient aujourd'hui en premier lieu pour beaucoup de médecins pressés. Et cependant, elle compte pour le diagnostic, pour le pronostic, pour le traitement.

Beaucoup d'éruptions cutanées sont rouges et, pour le jeune étudiant, à peu près pareillement rouges. Cependant le médecin expérimenté distingue au premier coup d'œil le rose terne de maintes syphilides, le rose animé de la véritable rougeole, le rose un peu violâtre de la rubéole, le rouge franc, tirant même sur l'*écarlate*, de la scarlatine, le rouge vif, souvent incendiaire, des éruptions balsamiques, etc.

Il ne s'agit même pas ici de la topographie générale, ou de la disposition locale des taches rouges, bien qu'à ce point de vue le diagnostic soit servi par certaines prédilections fréquentes dans telle ou telle affection, comme le siège aux éminences des coudes et des genoux pour beaucoup d'éruptions toxiques, aux plis articulaires pour certains eczémas, aux espaces interdigitaux, sous-mammaires, axillaires, cruro-inguinaux pour les épidermomycoses.

Certaines rougeurs ont par elles-mêmes une signification importante qui fait partie de cette analyse élémentaire de toute lésion sur laquelle insistait Brocq avec tant de raison.

Ainsi le rose terne et quelque peu bistré ou cuivré que nous rappellions tout à l'heure est assez propre à la syphilis. Et s'il trompe sur elle, il orientera tout au moins vers un nombre assez limité de dermatoses : séborrhéides, rares hydradénomes éruptifs qu'on prendsi volontiers pour des papules syphilitiques secondaires à la face antérieure du thorax, enfin *lèpre*, qu'à nos époques de mélanges de races et de lointains voyages on ne doit pas négliger, puisqu'on peut avoir l'occasion d'en faire le diagnostic en plein Paris.

Le rouge brunâtre ne se voit pas ordinairement d'emblée. Toutefois des *nodules* de cette teinte, avec un relief marqué, un épiderme tendu et brillant, feront avant toute biopsie redouter les affections rares mais malignes de la série du mycosis fongoïde, des leucémides, des sarcomatoses cutanées.

En dehors d'elles, cette teinte appartient souvent aux tubercules de la syphilis tertiaire, vrais ou associés aux gommes que menace la fonte.

Des *papules* rouge-brunâtres évoquent l'idée d'acné torpide, de syphilides miliaires ou lichénoïdes, et surtout de lichen plan à son déclin Cette dernière précision peut paraître excessive dans sa minutie. Rappelons donc l'anecdote racontée par M. Milian qui, ayant montré voici bien des années à Brocq une mystérieuse dermatose d'un rouge violacé et brunâtre, reçut avec émerveillement la réponse : « Lichen plan traité par l'arsenic » et put en vérifier l'exactitude. On sait d'ailleurs que dans son évolution normale et extra-thérapeutique, le lichen plan s'achève souvent en macules brunâtres et durables.

La teinte violacée fournit d'utiles indications. Pâle, elle peut cercler de façon caractéristique des surfaces scléro-atrophiques. C'est le lilac-ring des sclérodermies. Plus marquée, elle peut faire pencher un diagnostic, sur des lésions tubéreuses, ulcéreuses ou mixtes, moins vers une syphilis tertiaire que vers l'origine *tuberculeuse* ou mycosique. C'est la teinte froide des lésions scrofuleuses de jadis.

Enfin si le violet velouté d'éléments saillants et mous impose l'idée de bromides, le violet de cicatrisation des plaies, des ecthymas, des ulcères variqueux ou non, doit, comme y a justement insisté le Professeur Gougerot, faire réserver l'avenir car il témoigne d'une stase capillaire de mauvais augure pour la trophicité des tissus. C'est d'ailleurs ce même violet asphyxique qu'on retrouve dans les dermatoses paratuberculeuses des membres inférieurs, œdème cyanotique, érythème induré de Bazin, etc. Donnons pour mémoire une mention passagère au bleu violacé, également asphyxique, de l'intoxication par l'aniline.

Quant au violet diffus, tiède, à reflets parfois bronzés, il signale d'ordinaire une infection qui, pour n'avoir pas la franchise rouge vif de l'in-

flammation classique, peut être d'une haute gravité, comme dans certains phlegmons ligneux ou non, et dans la gangrène gazeuse.

Le rouge vif, en dehors de son caractère infectieux aigu trop banal pour qu'on y insiste (et qu'il faut d'ailleurs lier *cum tumore, calore, dolore*) aiguille vers le secteur assez restreint des érythrodermies, de l'eczéma (rubrum), du lichen plan (ruberplanus), du pityriasis (rubra) pilaire.

Si la coloration jaune affecte toute la peau, elle accuse, à part l'ictère, une origine exogène par teinture véritable (mélinite, c'est-à-dire acide picrique) ou endogène par métabolisme défectueux de pigments complexes d'origine végétale (oranges, melons, carottes, etc.). C'est la xanthodermie du carotène.

Les lésions jaunes localisées, à part les croûtes mielleuses et flavescentes de l'impetigo, sont peu nombreuses, et cette teinte conduit rapidement soit au xanthelasma, soit au xanthome en placards ou tumeurs, soit au rarissime pseudoxanthome élastique de Balzer.

Le bleuâtre, chacun s'en souvient, sert au diagnostic du phtirius pubis. Le bleu franc est très exceptionnel, s'il n'est pas le fait d'un tatouage voulu ou accidentel (tatouages charbonneux du visage des mineurs, tatouages métalliques des tourneurs, etc.). Il colore parfois sans danger certains nævi de petites dimensions, plans ou d'un faible relief. Mais il prend une signifiation redoutable si le nævus s'accroît ou se tuméfie. La malignité du nævo-carcinome bleu est en effet presque toujours terrifiante, et déborde les plus énergiques traitements.

De même le noir, le gris ardoisé, le brun noirâtre sont souvent — sans jeu de mots — d'un sombre pronostic. Faut-il rappeler la teinte foncée du nævo-carcinome habituel, ex-sarcome mélanique, la cendre diffuse, quadrillée, papillomateuse, des plis et des aisselles dans l'*acanthosis nigricans*, témoin presque infaillible, quoique d'explication encore mystérieuse, d'un cancer abdominal latent. Peut-être est-elle apparentée à l'obscure mélanodermie de la maladie d'Addison qui reste encore, elle aussi, d'un pronostic presque invariablement fatal malgré les progrès thérapeutiques.

La teinte allant du bronzé au bleuâtre, au verdâtre ou aux diverses pigmentations, artificielles ou non, n'est pas d'une grande valeur clinique, sauf parfois pour déceler la nature d'un médicament cuivre, or, bismuth, et la tolérance de l'organisme. L'argent surtout, qui avait déjà à son actif les mélanodermies argyriques d'autrefois, dues aux pilules de nitrate d'argent ingérées pendant des années par les tabétiques, redevient d'actualité avec les composés argentiques organiques absorbés pour la désinfection du tube digestif, injectés dans les voies urinaires pour un radiodiagnostic, ou même seulement instillés dans les fosses nasales des enfants.

En dehors des métaux, la mélanodermie de l'arsenic est aussi à connaître et à éviter. Dans un ordre de choses voisin, on n'oubliera pas que certaines peaux très brunes réagissent à toutes les irritations, fût-ce un innocent badigeonnage de teinture d'iode, par une surcharge pigmentaire capable de créer au devant du cou ou de la poitrine des placards inesthétiques.

La *forme* des pigmentations est d'importance pour le diagnostic rétrospectif des dermites par parfums ou par contact avec les herbages. La dermite en coulée ou en breloque, due à l'exposition au soleil après usage d'un parfum à l'essence de bergamote photopigmentaire, la dermatite striée des bains de soleil dans les prés, signent leur étiologie par les traînées pigmentaires qui subsistent après les traînées initiales d'érythème.

Quant à la couleur blanche, qui appartient aux atrophies, aux cicatrices, aux sclérodermies, à certains œdèmes, à la dépigmentation du vitiligo et des leucodermies, elles peut aussi venir en aide au diagnostic dans les cas, récemment étudiés, de mycoses épidermiques peu visibles mais qui, faisant néanmoins écran pour des radiations pigmentogènes, empêchent la peau de brunir sur leur territoire, et se révèlent *par contraste* pâles sur un fond de tégument bronzé par le soleil.

Certains pityriasis épidermophytiques sont ainsi versicolores non par coloration positive, « café au lait », de leurs squames adhérentes, mais par absence de coloration formant négatif dans l'aire qu'ils recouvraient.

Il existe alors un *aspect bigarré*. D'autres bigarrures se voient, rappelons-le, dans les vieilles radiodermites (tricolores par la blancheur atrophique, la rougeur capillaire ou congestive, la pigmentation) et le xéroderma pigmentosum, ainsi que dans diverses dermatoses plus rares qui méritent alors l'épithète *variegata* (parapsoriasis, etc.), ou dans des mycoses exotiques dont le parasite et les squames sont colorés en brun, en violet, etc. (tokelau, caraté).

Il resterait à parler des muqueuses, mais cette description succincte de la palette dermatologique suffit à montrer que rien dans notre art ne doit être négligé, puisqu'un peu de mine de plomb sous l'aisselle du malade ou une minuscule baie bleuâtre parmi l'immensité d'un tégument sain, peut faire redouter le pire, qu'une teinte « fleur de pêcher » peut démasquer la syphilis, ou qu'un peu d'éther ou de benzine peut dissoudre une séborrhée concrète et noire, en faisant s'évanouir le spectre du cancer.

INTRODUCTION A LA VIE DE MÉDECIN DE CAMPAGNE

TRENTE-NEUVIÈME LETTRE

Rétrospective

Par le Docteur CAMESCASSE

Saint-Arnoult-en-Yvelines

J'étais encore un MÉDECIN DE CAMPAGNE en activité de service quand j'ai écrit ma *première lettre*. Si, alors, la rédaction du *Concours Médical* m'avait demandé combien j'écrirais de telles lettres, j'aurais répondu « une douzaine ». Or, voici que j'ai dépassé la troisième douzaine malgré *vents et marées* (lisez *malgré l'âge et les maladies*).

Par son volume cette œuvre est respectable. Il reste à apprécier sa valeur.

Henri Bouquet, dans son feuilleton médical du *Temps*, me donne à entendre que cette valeur n'est pas négligeable. (1) Cet excellent ami va jusqu'à dire que je représente assez bien le type de ces PRATICIENS qui collaborent utilement au développement de l'art médical, sauf aux savants à intervenir et à propulser cet art vers la Science par le moyen de leurs laboratoires.

J'ai été ainsi incité à me relire puis à installer une RÉPROSPECTIVE : quels, des sujets que j'ai traités, méritent d'être retenu par les praticiens ... pour leur plus grande commodité.

Je commencerai par les deux intiatives qui me sont personnelles : le traitement du ZONA par le vaccin antistaphylococcique (de l'Institut Pasteur) et la cure de la MALADIE SÉRIQUE par l'acide lactique.

***

Le ZONA. Je résume : *un demi-centimètre cube de vaccin le premier jour ; un centimètre cube, le troisième jour ; toute l'ampoule, le cinquième jour.*

Injectez le plus près possible de l'efflorescence principale, mais piquez en peau saine.

Contre un zona de début récent le succès est brutal. Contre la séquelle douleur d'un zona éteint on réussit souvent mais non toujours. En tout cas il y faut de la ténacité ; dix injections, dit un confrère.

J'ai reçu, sur ce thème, lettre après lettre. J'ai lu — mon nom cité ou pas cité — nombre de dissertations. De cet ensemble il résulte clairement que cette thérapeutique vaut... vaut mieux qu'aucune autre décrite, qui soit venue à ma connaissance.

(1) Le *Temps* du 12 mars 1937. *Les vertus insoupçonnées du savon.* (Retenir, dans ce feuilleton, la notion des crypto-toxines du professeur Vincent).

Deux commentaires cependant.

Un négatif : je n'ai jamais pensé qu'on pourrait, de l'efficacité élective du vaccin anti-staphylococcique, conclure à une théorie staphylococcique du zona. J'ai même publiquement dit le contraire, m'étant étonné de l'activité de ce produit non spécifique.

L'autre commentaire est positif. Des confrères m'ont annoncé avoir tenté, *avec succès*, l'extension de cette protéinothérapie, — l'un contre l'HERPES GÉNITAL récidivant — d'autres (au pluriel) contre le PSORIASIS TENACE.

Je ne peux que souhaiter, à l'un et aux autres, d'être mis en présence de plusieurs psoriasis et de plusieurs herpès.

Je dois rappeler qu'un premier hasard m'avait permis de *constater* la guérison d'un zona (une seule injection ayant été faite) alors que je commençais le traitement d'un furoncle voisin, — et que ce bienveillant hasard m'a ensuite envoyé huit zonas en moins de deux années.

***

L'utilisation de l'*acide lactique* pour la guérison — rapide — de la MALADIE SÉRIQUE, a nécessité, au contraire, une longue, lente, très lente gestation. Je ne peux résumer cette histoire qu'en quelques mots : je n'osais pas faire ingérer *une dose suffisante en très peu de minutes* : ces deux conditions sont essentielles.

Voici l'ordonnance magistrale :

Acide lactique.....	quinze grammes
Sirop de framboise.	deux cent cinquante gr.

soit, assez exactement, un gramme d'acide lactique par cuillerée à bouche.

C'est bon à boire et ce caractère devait nous libérer de toute appréhension. Mon confrère, ayant ainsi prescrit au profit d'un gamin que son urticaire affolait, apprit avec stupeur que ce gamin, après avoir avalé toute la provision d'un seul coup, s'était endormi pour se réveiller guéri. Victime à son tour de l'urticaire sérique, le Médecin a avalé sept cuillerées à bouche — sept grammes d'acide lactique en une heure — et s'est endormi pour se réveiller guéri.

J'insisterai, sur un seul côté du tableau : l'agitation, proche parente du délire des formes gra-

ves, cesse aussi rapidement que la manifestation dermique.

***

J'en viens au SAVON.

Je l'utilise depuis toujours, mais pas avec la sérénité que j'ai acquise en septembre 1914 en un hôpital temporaire où nous manquions de tout pour panser des plaies, vieilles de cinq jours et plus, qui n'avaient été l'objet d'aucun soin.

Dès longtemps, cependant, le morceau de savon à lessive, qu'on trouve sur l'évier de n'importe quelle maison (1), me fournissait les gants nécessaires (?) aux accouchements ruraux. J'ai trouvé là le *spécifique préventif* de la fièvre puerpérale.

Inutile à moi de me livrer au plaisir d'une belle statistique, autrement que comme ceci : quarante années d'ACCOUCHEMENTS ; ordinairement simples ; volontiers aidés par le *forceps* ; compliqués parfois de *version* ; suivis d'autre fois de *rétention du placenta.*

Fièvres puerpérales : zéro.

Bien entendu tant que j'ai été seul à y toucher (2).

Des *accoucheurs au savon* il y en a, maintenant, beaucoup. Rien que la liste, de ceux qui m'en ont écrit, tiendrait une place respectable. J'insiste cependant puisque mon « Introduction à la vie de médecin de campagne » a pour but essentiel de mettre mes pairs en possession de moyens d'action essentiellement pratiques en raison de leur simplicité.

Je ne réclame pas la priorité ; encore moins l'exclusivité. Je fais ici de la propagande... de la publicité, sans plus.

Je serais volontiers moins modeste en ce qui est du SAVON PANSEMENT. Sans en pouvoir préciser la date, je me rappelle très bien avoir volontairement passé du pansement au bicarbonate de soude, à ce pansement au savon des plaies souillées.

J'avais lavé, avec l'eau alcalinisée (bicarbonate de soude) des CONJONCTIVITES CHARBONNEUSES (œdème malin des paupières), puis pansé de même les larges et profondes entailles dont je venais de sabrer la PUSTULE MALIGNE initiale. Mon dernier succès, précédé de beaucoup d'autres, d'aucuns très anciens, remonte à dix années, mais je recommanderais ce *modus agendi* encore aujourd'hui.

Le bicarbonate de soude peut être loin de vous ; le savon, lui, il est à là portée de votre main, pratiquement en tout lieu.

(1) J'ai eu affaire à des gens si malheureux que j'ai dû mendier le savon d'une voisine charitable. C'est dire la saleté ambiante : or, d'infection, point.

(2) Ce n'est pas ici le lieu d'insister sur les dangers qu'apportent les collaborations multiples : par exemple celle de la zélatrice qui donne une injection malgré ma défense.

Point n'est besoin, en présence d'une PLAIE MALPROPRE, d'attendre plus longtemps que le temps de saignement ; un morceau de linge, que vous aurez mouillé dans l'eau de la carafe (1), est frotté vigoureusement sur le pain de savon puis plaqué sur la plaie. Coton cardé — non-hydrophile — par dessus, et votre blessé pourra attendre ... que vous fassiez mieux.

Si cette attente doit durer, faites renouveler cet emplâtre toutes les deux heures.

Après quoi vous aurez une surprise : la plaie souillée a été débarrassée de ses souillures.

Il y a des limites : au bout de vingt-quatre heures le savon devient un caustique irritant ; — l'œil ne tolère pas du tout le savon ; — la vessie non plus, etc. Mais je suppose que vous saurez alors utiliser ces pansements gras qui ne collent ni à la plaie, ni à son pourtour (1).

Ici, ce m'est un devoir agréable qu'ouvrir une large parenthèse.

Pendant toute ma vie de médecin j'avais usé et abusé du savon ; j'avais dépassé, à mon sens, le stade de l'antisepsie et presque atteint l'asepsie... clinique.

Cela était, mais d'explication ? point ! Cette explication devait venir cependant : il y a quelques années le Professeur Vincent nous a enseigné la signification, singulièrement émouvante, de ces complexes savonneux auxquels il a donné le nom de cryptotoxines.

La toxine y est si bien enrobée qu'on la peut introduire impunément dans l'organisme : elle ne provoque plus la maladie proprement dite.

Mais elle provoque cependant la réaction initiale de défense : la formation d'antitoxine, soit dit par simplification.

Ainsi elle vaccine.

Il ne s'agit donc pas d'asepsie, — ambiance irréalisable dans la vie d'un médecin de campagne. Il s'agit d'uue façon spéciale, et très élégante, de muter l'*Ergie normale* en une *Allergie spécifique.*

Cette explication m'a apporté un véritable soulagement et je me permets d'en être reconnaissant au Professeur Vincent, comme si le savon était devenu ma propriété personnelle.)

***

La MORPHINE.

Accessoirement : l'EUTHANASIE.

Au contraire de mes autres lettres, qui m'ont valu une correspondance en général fort aimable, tout ce que j'ai écrit sur la *morphine* n'a servi de rien.

Mais que j'essaye encore une fois de préciser : quand on fait une piqûre de morphine à un

(1) Je dois vous rappeler qu'on transforme l'eau sale en eau propre en moins de dix minutes par addition d'eau de Javel.

moribond qui souffre, on arrive — *sauf à injecter une dose suffisante* — à calmer ses souffranees, mais on n'abrège pas sa survie, *à moins d'employer les doses qui tueraient un homme vigoureux.*

J'ai pu aller très loin. Un homme vit encore non loin de moi, qui a reçu cinq centigrammes de morphine, injectés d'un seul coup, un soir sur deux, pendant plusieurs semaines.

Un autre a dû aux mêmes doses de pouvoir lutter des mois et des mois contre un MYCOSIS FONGOÏDE généralisé avant de succomber à sa leucémie. Un myxœdémateux a surmonté, à dix reprises, ses crises d'ANGOR surajoutées, reprenant le travail pendant des années, etc.

Auparavant, il y avait eu l'expérience cruciale : récidive de CANCER DU SEIN ; grosses adénopathies ; œdème formidable du bras. Un centigramme de morphine injecté par charité à cette moribonde. L'entourage se croit instruit ... moi aussi probablement : « elle va mourir » un peu plus tôt, un peu plus tard ? il n'importe « mais cette nuit à coup sûr ! » Eh bien ? pas du tout... le lendemain, *l'œdème du bras avait disparu* et la malheureuse a résisté toute une semaine.

***

Je devrais sans doute arrêter ici ma RÉTROSPECTIVE. En tout cas je n'insisterai pas sur la complaisance que je mettais à employer le FORCEPS. J'oublierai aussi la lettre sur les *épisiotomies*, quelque coquetterie que j'aie mise à l'illustrer. Par contre je rappellerai volontiers le VINAIGRE, topique des vessies infectées... et désinfectant des choses souillées par les urines:

Aussi je rappellerai les questions préalables : « A-T-IL FAIT PIPI ? » « A-T-ELLE FAIT CACA ? »

Et pour finir, la grande question à la mode : la CUTI-RÉACTION à la tuberculine.

Je vois, du fond de mon village, évoluer les idées autour de la PHTISIO-PHOBIE contemporaine. Or mon jugement est décevant aux deux points de vue qui intéressent le praticien.

1º cuti + et cuti —, virages compris, ne font qu'embrouiller la question qui est de savoir dans quelle mesure on doit isoler un tuberculeux ; un poitrinaire à lésion ouverte, à crachats bacillifères.

2º Après une première CUTI +, il est dangereux de répéter ce mode d'exploration.

Pour que la déception, apportée par la CUTI, soit complète, je dois relater deux faits.

Enfilant un sous-vêtement je me griffe l'avant-bras gauche avec une aiguille oubliée par la ravaudeuse. La griffure se voit, mais tout juste. A quarante-huit heures de là un vague prurit attire mon attention... j'ai bel et bien une papule saillante, rosée... un CUTI + du plus beau modèle.

Un autre jour un grand gaillard doit se dévêtir devant moi. Au bras droit, autour d'une *unique* griffure, une belle papule rosée ; au bras *gauche*, on distingue la trace de *deux* griffures. Or il est absolument sûr, lui ! moi pas ! — que la griffure droite faite à sec a précédé les deux griffures gauches faites à travers une mince couche de tuberculine.

ARTÉRITES DES MEMBRES INFÉRIEURS ET FOLLICULINE

Par le Docteur R. GORSE

Les rapports qui existent entre les troubles du métabolisme de la folliculine et les troubles circulatoires ont été jusqu'ici à peu près méconnus.

Des observations recueillies par nous permettent cependant de penser qu'il existe entre les fonctions des glandes génitales et l'apparition des artérites des membres inférieurs, des rapports qui méritent d'être étudiés.

L'étiologie des artérites prouve en effet qu'elles apparaissent surtout lors de la ménopause ou en corrélation avec des troubles endocriniens génitaux.

L'étude clinique et humorale de ces artérites révèle deux notions :

a) Il existe presque toujours dans les poussées évolutives des artérites chez l'homme, des troubles cliniques génitaux pouvant aller jusqu'à l'impuissance ;

b) Le dosage de l'élimination folliculinique dans l'urine révèle chez ces malades des modifications importantes et parfois même l'absence complète de toute élimination folliculinique.

Une thérapeutique folliculinique exclusive peut amener une stabilisation des lésions et une amélioration fonctionnelle considérable.

La thérapeutique folliculinique devra toujours être pratiquée de façon continue, à doses moyennes, en répétant par exemple bimensuellement des injections de 10.000 unités de folliculine.

Cette thérapeutique devra être contrôlée par des dosages réguliers de folliculine dans les urines et dans le sang.

Les résultats favorables que l'on peut obtenir dans le traitement des artérites des membres inférieurs par la thérapeutique folliculinique semblent être en rapport avec l'amélioration de la circulation collatérale, ce qui permet de penser qu'il y aurait intérêt à étendre ce mode de traitement à d'autres troubles circulatoires périphériques (1).

(1) Thèse de Paris, 1937.

LA CLINIQUE AU GOÛT DU JOUR

Les épanchements invisibles,

ou les insuffisances de la radiographie

D'après les travaux des Docteurs P. Pruvost et D. Pescarolo (1)
ainsi que ceux du Docteur W. Pescarolo (2)

Comment les soupçonner

« Dans la majorité des cas, lorsque la clinique est en suspens, c'est à la radiographie que l'on s'adresse pour trancher le différend. On aurait tort cependant d'accorder une valeur excessive à l'examen radiographique et de rejeter le diagnostic de pleurésie ou de pneumothorax, si aucune image ne fait penser à ces affections. » (Pescarolo).

Mais, comme l'a dit Béclère : « les rayons de Rœntgen ne trompent jamais, c'est nous qui nous trompons, en leur demandant plus qu'ils ne peuvent donner, ou en interprétant mal leur langage ».

Il faut examiner séparément la question des épanchements pleuraux liquidiens, et celle des épanchements pleuraux gazeux.

Épanchements liquidiens avec thorax clair ou sombre

Ils sont soit invisibles d'une façon absolue, ou masqués en thorax clair, soit cachés par un thorax sombre.

I. *Invisibles,* ils n'apparaissent sur aucune des radiographies, quelle que soit l'incidence du cliché (face, profil, oblique).

Ces cas ne sont pas fréquents ; on n'y pense pas, et même, quand systématiquement on les recherche, on ne les rencontre que d'une manière exceptionnelle. Il s'agit le plus souvent de *pleurésies lamellaires,* dont l'invisibilité semble tenir, non pas tant à l'état chimique du liquide (il existe des observations de pleurésie invisible purulente, séro-fibrineuse ou hématique) qu'à l'état physique de l'épanchement. L'étalement en manteau, qui ne peut se faire que dans une plèvre libre, à feuillets mobiles, accolés mais non adhérents, explique que l'épanchement laisse passer les rayons X sans les absorber. D'autre part, le poumon joue un rôle, suivant deux modes différents. Ou bien il est congestif, plonge comme un bloc compact dans le liquide, qui s'infiltre en couche mince entre lui et la cage thoracique, et devient ainsi un facteur d'étalement. Ou bien c'est un poumon emphysémateux clair, au point que sa transparence annule les ombres pleurétiques.

Pareilles pleurésies peuvent se voir à tous les âges, aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte (homme ou femme). Le point capital, qu'il faut immédiatement souligner, est qu'il n'existe pas, du moins dans la majorité des cas, de pleurésies invisibles d'une façon absolue, qui soient d'origine tuberculeuse. Par contre, celles-ci sont presque toujours brightiques, cardiaques, plus rarement pneumoniques ou réactionnelles de voisinage (séreuses ou purulentes), pour la raison que brightiques ou cardiaques, réalisent facilement les conditions pathogéniques, précédemment indiquées.

Ces épanchements ont pu atteindre des volumes importants, 400 à 500 centimètres cubes, sans manifestation radiographique.

Les signes cliniques des pleurésies, invisibles parce que étalées, sont souvent très nets du fait de cet étalement. L'inspection est évidemment négative ; mais la percussion peut donner une submatité étendue, qui fait penser à un épanchement très abondant. L'abolition des vibrations manque parfois, mais surtout le *silence respiratoire est très net.*

Les pleurésies masquées, ou mieux invisibles d'une façon relative, comprennent une certain nombre d'épanchements invisibles de face ou de profil, mais qui apparaissent en position croisée. Plus fréquentes que les autres, elles représentent, dans l'immense majorité des cas, des collections minimes (200 à 300 c. m. c.), qui sont cachées au début *dans un cul-de-sac.* L'étude des culs-de-sacs pleuraux montre qu'il existe un espace circulaire : le cul-de-sac costo-diaphragmatique inférieur, à profondeur variable suivant l'endroit envisagé et le type thoracique. Ce cul-de-sac est compris entre la face interne de la paroi d'une part, et d'autre part, les insertions musculaires du diaphragme au sternum, aux côtes et à la colonne vertébrale. Il est d'une profondeur qui augmente, d'avant en arrière, de 6 à 8 centimètres. Les collections peuvent y être dissimulées par la cou-

(1) *Paris Médical,* 23 janvier 1937.
(2) *La Presse Médicale,* n° 89, 1936.

pole diaphragmatique, et à droite par l'ombre hépatique. Elles resteront invisibles tant que leur limite supérieure n'affrontera pas la coupole diaphragmatique, si on les explore seulement d'avant en arrière.

L'ombre cardiaque est également susceptible de masquer certaines pleurésies médiastinales. Peuvent encore être masqués des épanchements peu abondants, relativement lamellaires, enkystés, soit dans la région axillaire, soit dans la région paramédiastinale.

La clinique permet de les soupçonner surtout grâce aux anamnestiques, et aux conditions extérieures, qui les accompagnent.

II. *Cachées dans un thorax sombre*, les pleurésies sont relativement fréquentes, et deviennent la cause de très nombreuses erreurs de diagnostic. En effet, si on ne pense pas systématiquement à cette possibilité, on passe à côté de l'épanchement.

De nombreuses observations ont été récemment publiées soit de faux fibrothorax, soit d'atélectasie pulmonaire ou pleuro-pulmonaire, qui avaient entraîné une obscurité thoracique complète. Un des cas, les plus fréquemment rencontrés, est celui de liquide résiduel, peu abondant en général, enkysté dans une coque plus ou moins épaisse de pachypleurite après cessation d'un pneumothorax ou d'une pleurésie ancienne chronique. Si l'on n'y prête pas assez d'attention, si l'on ne tient pas compte de l'apparition de douleurs dans le côté ou de quintes de toux inopinées, on laisse évoluer ou se réveiller de tels épanchements, et ceux-ci sont susceptibles de compliquer la situation en s'ouvrant une issue par une vomique. L'exploration, dans des cas de ce genre, s'impose donc très minutieusement et prudemment.

Épanchements pleuraux gazeux

Les pneumothorax masqués ou invisibles se voient surtout chez l'adulte, aussi bien chez l'homme que chez la femme, mais on note la prédominance de ceux qui sont cachés uniquement à droite. Ces pneumos masqués droits peuvent être des pneumos artificiels thérapeutiques ou des pneumos spontanés, et l'on conçoit l'importance du problème pronostique ou thérapeutique qu'ils posent.

Le plus souvent ils surviennent sur des lésions pulmonaires, dont l'étendue explique la large surface des adhérences pré-existantes, qui sont la cause principale de ces pneumothorax, toujours *partiels*.

Ni les antécédents pleuraux, ni leur date d'apparition, ni les incidents des premières insufflations ne peuvent faire soupçonner leur existence. La clarté du pneumothorax est toujours masquée par l'existence d'une lame pulmonaire plus ou moins épaissie, mais étendue sur toute la hauteur et toute la largeur de l'hémithorax.

La disparition stéthacoustique de lésions pulmonaires, antérieurement constatées, et la présence d'un tympanisme avec silence respiratoire mettront en éveil. L'existence d'une cavité pleurale sera mise en cause d'après les données manométriques, surtout oscillatoires, et les modifications de la pression après injections gazeuses.

***

COMMENT LES DÉCOUVRIR

Les **épanchements liquidiens invisibles**, que l'on soupçonne, seront principalement décelés par la *pratique systématique de la ponction exploratrice*.

Voici à ce sujet deux observations probantes. Dans l'une, il s'agissait d'un enfant de 8 ans qui, à la suite d'un rhumatisme articulaire aigu, présenta les signes d'une décompensation cardiaque aiguë. Les examens radiographiques, faits à ce moment, furent complètement négatifs ; le liquide pleural était totalement invisible, et pourtant la ponction pleurale ramena un liquide séro-fibrineux abondant. Dans l'autre, il fut question d'une pleurésie purulente droite, dont le diagnostic avait été suspecté par la clinique et rejeté après des examens radiographiques négatifs ; on pensa alors à un abcès sous-phrénique, ce ne fut que l'intervention qui précisa l'origine pleurale de la collection purulente.

En règle générale, il faut toujours suspecter la possibilité de ces pleurésies cachées — dont l'existence confirme la règle clinique de pratiquer systématiquement une ponction exploratrice — devant toute obscurité étendue d'un hémithorax, quel que soit le diagnostic posé.

Cependant, si la ponction confirme la présence du liquide, elle ne peut servir à évaluer la quantité totale épanchée ; les constatations nécropsiques révèlent, en effet, que souvent la quantité réelle est fortement supérieure à celle que la ponction permettait de soupçonner.

Un autre moyen de découvrir ces épanchements invisibles devra consister à recourir à l'*examen sous écran*, qui permet de modifier l'incidence à volonté, et d'étudier les *mouvements des organes pulmonaires*. Il faut s'attacher surtout à préciser l'état de la coupole diaphrag-

matique, qui peut être légèrement abaissée, et ensuite l'immobilité et l'aspect du sinus, qui se déplisse plus ou moins. L'examen radioscopique offre, en outre, l'intérêt de modifier à volonté l'incidence des rayons. C'est ainsi qu'en montant plus ou moins l'ampoule ou en faisant pivoter très légèrement le malade, on pourra faire apparaître une ombre, qui aurait passé inaperçue sur une plaque, prise strictement de face et strictement de profil.

La radioscopie interviendra de nouveau en utilisant *l'injection intrapleurale d'un corps contrastant*. On usera soit d'une *injection d'air*, dont l'hyperclarté tranchera sur l'obscurité liquidienne, et surtout fera apparaître immédiatement une ligne de niveau ; soit d'une substance de contraste à proprement parler.

Le collargol à 5 pour 100 est un antiseptique peu irritant, peu nocif, et qui a l'avantage de se mélanger rapidement aux liquides organiques épanchés. Cette substance opacifie ainsi toute une lame liquidienne sans modifier la topographie pleurale, comme le font les injections gazeuses. Le *lipiodol* peut être également employé soit à une concentration élevée (40 pour 100) ou mieux à une concentration basse (8 à 11 pour 100) ; ce lipiodol, dit léger, surnageant à la surface du liquide, souligne la limite supérieure de l'épanchement.

Quant aux épanchements **masqués** dans le sinus diaphragmatique, la *radioscopie* peut les révéler en montrant une immobilité diaphragmatique précoce, un affaissement de la coupole, et surtout la présence d'une ombre, qui apparaît nettement, lorsqu'on modifie l'incidence et qu'on explore le thorax en différentes positions, qui se contrôlent naturellement les unes les autres.

La *radiographie* doit aussi les démasquer, en prenant des clichés en positions croisées ; un épanchement masqué de face apparaît de profil, puisque de cette manière le sinus postérieur est nettement visible.

En dernière analyse, la *ponction exploratrice* confirmera le diagnostic en permettant d'une part, de retirer du liquide, d'autre part d'injecter soit de l'air dans la cavité, ce qui fera apparaître l'image hydro-aérique caractéristique, soit du lipiodol.

Quand ils sont **cachés**, les épanchements sont découverts fréquemment par la ponction exploratrice ; encore celle-ci peut-elle demeurer négative, lorsque les pleurésies sont bloquées, ou quand le liquide est trop épais.

Quant aux épanchements gazeux, invisibles à la radiographie, l'étude *radioscopique* est capitale pour la découverte. On recherchera le signe de M. Rist, c'est-à-dire les battements cardiaques exagérés. On modifiera l'incidence afin de mettre en évidence une bande de clarté invisible de face et de profil, et qui peut apparaître en très légère position oblique. Enfin on s'attachera, comme précédemment, aux modifications cinématiques des organes pulmonaires.

Certains procédés radiographiques doivent encore être mis en œuvre, et plusieurs précautions sont nécessaires. En premier lieu, il ne faut jamais se contenter d'un seul cliché, mais toujours exiger une plaque de face et de profil.

Dans la lecture du cliché de face, on doit attacher une grosse valeur à l'existence d'ombres linéaires pseudo-scissurales ou pseudo-vasculaires. La disparition des lésions pulmonaires par comparaison avec les clichés précédents est également très significative. Mais le signe indirect le plus important est la présence d'un niveau de liquide. Aussi petit soit-il, ce niveau liquidien indique toujours l'existence d'une collection gazeuse susjacente.

Dans l'interprétation du cliché de profil, ces signes indirects sont aussi significatifs, on les recherchera attentivement. Le profil a d'ailleurs un autre intérêt : c'est qu'en modifiant l'angle incident des rayons, il permet de faire apparaître une clarté gazeuse et un décollement, invisible de face. Cependant, son interprétation prête à des erreurs, si l'on méconnaît l'existence possible et normale de clartés quelquefois très marquées antéro-supérieure et postéro-inférieure.

Enfin, il est nécessaire de compléter l'étude radiographique par des clichés tirés après injection intrapleurale de 5 c. m. c. de lipiodol. Dès que le lipiodol est injecté, on demandera une plaque de face et de profil, le malade debout, et une autre de face, le malade couché sur le côté sain.

Ces examens lipiodolés sont capitaux ; tantôt ils affirment l'absence de décollement (cas d'insufflations extrapleurales avec oscillations positives et négatives aux environs de zéro) en montrant l'image du lipiodol pariétal, tantôt ils localisent des pneumos, dont la poche était impossible à retrouver à l'aiguille, tantôt enfin ils précisent l'étendue du collapsus.

Dans tous ces cas, ces examens sont un guide précieux pour la conduite du traitement. On est quelquefois très étonné d'apercevoir un décollement, beaucoup plus important que les données manométriques ne le faisaient prévoir, ou qu'un des clichés en position croisée ne le laissait supposer. Le décollement s'avère ainsi d'autant plus précieux que le repérage de la poche a été bien fait.

C'est en associant la clinique et l'étude radiologique sans trop donner de prédominance à cette dernière que l'on peut éviter d'importantes erreurs.

G. FISCHER.

L'ACTIVITÉ PHYSIQUE NÉCESSAIRE A L'ÉQUILIBRE DE LA NUTRITION

Le manque d'activité physique entraîne un ralentissement des échanges dans tous les tissus, viscères, systèmes, ou fonctions physiologiques ; et celui-ci se traduit par une série de maux, que les anciens auteurs groupaient sous le nom d'arthritisme. Dans leur pensée, cette tare englobait essentiellement l'obésité, le diabète, la constipation, les hémorroïdes. Cependant, la physio-pathologie nous montre aujourd'hui que l'étendue du mal est beaucoup plus complexe, et aboutit à un véritable déséquilibre général de la nutrition.

Or, il faut savoir que, pour rester en équilibre, la nutrition doit être réglée fondamentalement par une équivalence entre les recettes alimentaires et les dépenses énergétiques de l'organisme. Si par suite d'un manque d'activité physique, les dépenses diminuent, l'équilibre ne tarde pas à être rompu, et les recettes, à moins qu'elles ne soient également diminuées par une réduction alimentaire proportionnelle, se trouvent supérieures aux dépenses. L'organisme se trouve alors réduit à faire des économies dont le premier résultat objectif est la formation d'une réserve de *graisses*. Un exemple fréquent de ce déséquilibre de la nutrition, c'est l'obésité que l'on observe chez des sujets longtemps immobilisés par une maladie ou par les suites d'un accident.

Ces obèses sont des *faibles*, contrairement aux obèses par suralimentation, qui manifestent parfois une grande force, tout au moins au début, tant qu'ils sont capables d'exercice. Ceux-là ont des tissus mous, des muscles mal développés ou en régression, au point de vue de leur volume comme de leur capacité fonctionnelle. En effet, le développement du système musculaire ne se produit que si le muscle travaille : la matière azotée, ainsi que l'ont démontré les expérimentateurs, ne se fixe dans l'organisme qu'à la condition que le sujet fasse fonctionner ses muscles. Quand le sujet reste au repos, les matières azotées, normalement métabolisées, traversent l'organisme sans y être retenues ; et la suralimentation azotée même, quelque poussée qu'elle soit, ne parviendra pas à fixer un gramme d'albumine sur l'ensemble du corps : il ne se fera pas une fibre musculaire de plus.

Cependant, le *système locomoteur* n'est pas seulement touché dans le muscle : il l'est également dans l'os qui reste mince, lisse et faible.

D'autre part, l'action néfaste du manque d'activité physique se manifeste sur la *fonction respiratoire* ; celle-ci se montre gravement altérée, chose d'autant plus importante qu'elle se trouve à la base des oxydations et des combustions dans les tissus. Or, tandis que les sujets, qui s'adonnent à l'exercice physique, sont obligés de faire pénétrer de fortes quantités d'air dans leurs poumons, ceux qui vivent sédentaires s'accoutument à de petites inspirations : ils ne font que de courtes expirations, et ainsi ne vident pas complètement leurs alvéoles pulmonaires du résidu d'air vicié par l'acide carbonique. Les poumons perdent leur élasticité, et, lorsque le sujet veut faire un effort, il ne peut le soutenir, il s'essouffle rapidement. Dès lors le déficit de la respiration, fonction indispensable au développement des organes et à la vie des tissus, entraîne une sorte de méiopragie anatomique et physiologique générale.

Sur l'*appareil digestif*, le défaut d'exercice physique retentit par trois mécanismes : d'abord l'absence d'appétit et la difficulté de la digestion, qui empêche le jeune sujet de prendre spontanément une alimentation en rapport avec les besoins de son organisme ; ensuite un développement insuffisant des muscles de l'abdomen, qui ne forment plus une sangle convenable pour maintenir les viscères abdominaux et pour faire cheminer le bol alimentaire ; enfin, une insuffisance des fibres musculaires lisses de l'estomac et de l'intestin, dont le développement est parallèle à celui des fibres striées des muscles de la paroi abdominale. Ces trois facteurs réunis créent des dilatations d'estomac, des ptoses abdominales multiples, de la constipation, des *fermentations intestinales* et, en définitive, un état de dyspepsie chronique.

Par un mécanisme analogue, la sédentarité ralentit la *circulation* du sang (varices, hémorroïdes), et de la *lymphe* interstitielle, qui remplit les lacunes du tissu réticulo-endothélial, si les contractions musculaires ne la forcent pa à cheminer.

Il en résulte une sorte d'encrassement des tissus avec précipitation et dépôt des substances minérales, dissoutes dans les humeurs (acide urique, sels de chaux, et cholestérine dans les tissus hypercholestérinémiques chez les vieillards et les diabétiques). Le *foie* lui-même est atteint, par suite d'un régime circulatoire ralenti, et d'un excès de toxines à détruire, dont l'origine se trouve dans un fonctionnement défectueux du tube digestif ; à l'hypercholestérinémie s'ajoute une véritable polypeptidémie.

L'individu, *quel que soit son âge*, est pris ainsi dans un engrenage pathologique, et l'on verra successivement se développer chez lui les différentes maladies résultant du défaut d'exercice.

L'enfant, contraint au repos, se trouvera dans une situation, en opposition absolue, avec sa vie

normale, qui est faite d'exercice, de jeux, d'activité incessante. Ses muscles resteront ou deviendront grêles, noyés dans une adiposité mollasse, pour peu que son alimentation soit suffisante. Toute tentative de mouvement, de marche, de course deviendra pénible pour lui ; et, si cet état se prolonge longtemps, il ne pourra jamais dans l'avenir récupérer les forces perdues.

Chez l'adulte, le manque d'une vie active est la conséquence tantôt d'une profession, tantôt d'un accident ; on parle même de la sédentarité des automobilistes, qui ne prennent pas d'exercice. Si l'estomac est bon avec un appétit en éveil, l'insuffisance musculaire de la sédentarité se complique d'une obésité.

Quant au sujet âgé, la sédentarité entrave le maintien de l'équilibre nutritif dans des circonstances plus difficiles. Tandis qu'un enfant ou un adulte valide récupère assez rapidement ses forces dans la convalescence d'une maladie, par le moyen d'une suralimentation passagère, accompagnée d'exercice, qui reconstitue à la fois ses dépôts adipeux et ses masses musculaires, le vieillard, fatigué ou entravé par le mauvais état de son cœur ou de ses poumons, passant sa convalescence au lit, retrouve ses dépôts de graisse, mais ne fixe pas d'azote et ne fait pas ses muscles. Il reprend du poids, mais non des forces. En conséquence, chaque fois qu'un nouvel incident pathologique surviendra, ce sera une déchéance de plus en plus irréparable. Ainsi d'étape en étape, il aboutira à la triste cachexie sénile (M. Labbé).

En somme, par suite du manque d'exercice physique et d'un régime alimentaire souvent trop abondant, le manque d'activité physique aboutit essentiellement à une viciation dans le fonctionnement du tube digestif, puis à une déficience hépatique, qui est, à notre sens, capitale.

Déjà le rôle du foie dans l'équilibre nutritif est rendu plus difficile par suite d'une circulation sanguine ralentie ; déjà, dans les conditions normales, il joue vis-à-vis des protides le rôle d'un filtre à grosses mailles, et ne peut procéder qu'à une épuration lente et étalée. Qu'adviendra-t-il si cet apport en protéides se trouve augmenté par ceux de ces composés qui ont échappé à l'hydrolyse intestinale, devenue elle aussi insuffisante par suite de l'inaction ? Le foie ne sera plus capable de transformer tout l'azote en urée, peu toxique, stade final de la molécule protidique complexe ; cette dernière n'arrivera qu'à un stade intermédiaire de dégradation, constitué par les peptides, ou mieux les polypeptides. D'où une intoxication générale de l'organisme, et l'envahissement des tissus, mal irrigués, par l'acide urique, par les acides aminés, les polypeptides.

Et, si l'inactif physique ne surveille pas son régime alimentaire, il fera de la graisse, nouvelle cause d'encombrement du foie, devenu désormais incapable de détruire ou de transformer cet excédent de matières grasses ; il en résultera aussi un excès de cholestérol, car, au niveau du foie ne se fixeront plus les acides gras en vue de leur comburation, de leur transformation en acides biliaires. C'est ainsi que l'hypercholestérolémie s'accompagne toujours d'une augmentation parallèle des matières grasses, et traduit d'une manière générale l'insuffisance des combustions tissulaires (Guy Laroche et Grigaut), ainsi qu'un trouble général portant sur le métabolisme des lipides.

Pour obtenir un bon équilibre de la nutrition recommandons des exercices physiques appropriés, un régime alimentaire surveillé, particulièrement les graisses et les éléments riches en cholestérol.

Mais, dès le début, pensons à la fonction hépatique dans son rôle antitoxique, et de grand émonctoire du cholestérol de l'organisme, qu'il élimine sous forme de sels biliaires.

Un traitement facile et agréable consiste dans l'administration de certaines eaux minérales alcalines faibles. Dans cet ordre d'idées, la Reine de Vals, très rafraîchissante, très agréable à boire, est en effet recommandée contre les troubles dynamiques de l'estomac : or, on sait que la déchéance des muscles, quels qu'ils soient, constitue une des premières conséquences de l'inaction physique. La même eau offre l'avantage de relever le taux urinaire de l'urée et de l'acide urique, ainsi que celui des acides organiques, provenant d'une insuffisance des combustions. Au cours des cures hydrominérales, la Reine de Vals, enfin, a toujours abaissé la cholestérolémie, surtout lorsqu'elle avait été primitivement élevée.

Les désinfectants du foie (par exemple l'urotropine à 0,50 centigr. par jour), les cholagogues donnent également des résultats intéressants. Loeper et Binet ont particulièrement insisté sur l'action décholestérolisante du sulfate de soude, pris le matin à jeun à la dose de 5 grammes.

Bref, du déséquilibre de la nutrition dans l'inactivité physique résultent l'hypercholestéromie, l'hyperlipidémie, l'obésité. Elles sont les éléments des maladies de l'ancien arthritisme, et, comme telles, se réclament de toutes les médications capables d'intensifier ou de régulariser les combustions de l'organisme.

Dr GEORGE.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Le cancer primitif de la vésicule biliaire

Le cancer de la vésicule biliaire est une affection rare, polymorphe dans ses aspects cliniques, et d'un diagnostic difficile. Le Professeur LANGERON et M. A. DANES ont eu l'occasion d'en observer cinq cas au cours de ces dernières années. Il peut se présenter au clinicien sous des aspects différents : avant de décrire les aspects les plus habituels, les auteurs décrivent les principaux signes : ce sont 1° les douleurs sous-hépatiques et les troubles dyspeptiques ; 2° l'atteinte de l'état général : amaigrissement, asthénie, signes d'infection secondaire ; 3° les signes locaux : défense musculaire, hépatomégalie, tumeur vésiculaire, renseignements fournis par le tubage duodénal, l'examen radiologique ; 4° l'ictère.

Cliniquement on peut décrire les formes tumorales, dyspeptiques, pseudo-lithiasiques. Plus intéressante à connaître est la forme latente. Dans cette forme, le chirurgien intervient pour cholécystite chronique non améliorée par le traitement médical ; ce n'est que pièces en mains que le cancer est reconnu ; dans cette forme, rien ne permet de soupçonner cliniquement le cancer.

Quant au diagnostic, dans la plupart des cas, l'âge avancé du malade, les caractères des douleurs, l'altération rapide de l'état général ; plus tard, l'apparition d'un ictère chronique par rétention, apyrétique et progressif, font soupçonner un cancer digestif. Les examens appropriés permettent d'éliminer les localisations habituelles (estomac, côlon, rectum).

Restent à discuter, suivant les cas, les cancers du foie, du pancréas ou des voies biliaires principales ; ce n'est qu'en présence d'une tumeur sous-hépatique nettement perçue qu'on pourra affirmer le diagnostic. La tumeur néoplasique ne sera pas confondue avec la grosse vésicule de stase habituelle dans le cancer de la tête du pancréas.

Quand la notion de lithiase sera acquise soit par les antécédents, soit par l'examen radiologique, il sera bien difficile de ne pas se contenter du diagnostic : ou de cholécystite lithiasique scléroatrophique avec réaction inflammatoire périvésiculaire, s'il existe une tumeur, ou de lithiase cholédocienne s'il existe un ictère.

Quant au traitement, il ne saurait être que prophylactique : ablation des cholécystites lithiasiques qui ne s'améliorent pas par le traitement médical. Pratiquement on est obligé de conclure qu'il y a deux sortes de cancers de la vésicule : ceux qu'on ne soupçonne pas et qui guérissent par une cholécystectomie involontairement précoce, et ceux qu'on parvient à soupçonner ou rarement à diagnostiquer cliniquement et vis-à-vis desquels on est désarmé. L'envahissement précoce des ganglions du hile du foie rend toute tentative d'exérèse dangereuse et inutile : la récidive dans les semaines qui suivent s'est toujours produite dans les rares cas où elle a été tentée. (*Journ. des Sc. Médic. de Lille*, 28 février 1937.)

Syphilis et cancer de la verge

Le cancer de la verge offre un bon élément d'étude pour apprécier les rapports de la syphilis et du cancer. Une enquête personnelle a montré au Docteur TOURAINE que la syphilis se retrouve dans le passé des trois quarts des cancéreux (74,5 %) lorsqu'on la recherche avec soin ; cette infection n'a pu être éliminée que dans 12, 7 % des cas : ailleurs son existence n'est que possible ou probable. Cette proportion fort élevée permet de penser non plus à une simple coïncidence mais à une relation de cause à effet. Elle est d'ailleurs très voisine de celles relevées par l'auteur à propos des cancers de l'utérus, du sein, de la peau, de l'œsophage. Encore convient-il de remarquer que le rôle de la syphilis héréditaire doit être beaucoup plus important qu'on en pourrait juger d'après le très faible nombre d'observations où ce rôle a été envisagé. Il s'agit soit de syphilis récentes, soit plus souvent de syphilis anciennes de 15 à 30 et même 40 ans, syphilis non ou mal soignées et par conséquent restées virulentes, souvent entretenues par des manifestations cutanéo-muqueuses ou viscérales.

Si le cancer apparaît quelquefois en peau cliniquement saine (cancers post-syphilitiques, dans 15,9 % des cas), il se développe plus souvent au niveau même d'une lésion syphilitique active ou cicatrisée (cancers sur syphilides dans 38,3 % des cas). Cette lésion peut être un chancre, des syphilides secondo-tertiaires, une gomme ; l'hybridité syphilo-cancéreuse ainsi réalisée est un argument de grande valeur pour affirmer l'action cancérigène de la syphilis. Enfin, dans 45,8 % des cas, le cancer évolue sur un état pré-

cancéreux, tel que la leucoplasie ou les différents types d'érythroplasie.

Ce serait une grande erreur que d'affirmer l'origine syphilitique de tous les cancers de la peau et des muqueuses pavimenteuses stratifiées et en particulier du cancer de la verge. D'autres causes peuvent exercer la même action cancérigène (radiations, goudron, tuberculose, etc.), mais de beaucoup la plus importante, chez l'homme, est certainement la syphilis. (*Le Bulletin Médical,* 27 février 1937.)

L'hémogénie et son traitement

D'un travail de Th. Bertrand-Fontaine, il ressort que les études faites pendant ces vingt dernières années ont permis de dégager les caractéristiques biologiques de l'hémogénie, et d'apporter un peu d'ordre et de clarté dans le grand groupe des purpuras. On sait maintenant, dans des maladies aussi diverses en apparence, qu'un grand purpura hémorragique primitif, une intoxication benzolique, une septicémie, une cirrhose hépato-splénique, reconnaître et isoler le syndrome hémogénique, et le rattacher à l'altération complexe du système réticulo-endothélial tout entier. On sait enfin que ce syndrome hémorragique, qu'il soit secondaire à une infection, à une intoxication, ou qu'il soit primitif au cours de cette diathèse hémorragique qu'est l'hémogénie-maladie, reconnaît partout les mêmes indications thérapeutiques générales, sur lesquelles l'auteur a essayé de donner quelques précisions. (*Jour. de Méd. et de Chir. Prat.,* 10 février 1937.)

La cure radicale de la sinusite fronto-ethmoidale purulente chronique

Il est hors de conteste que le nombre de malades qui, opérés de sinusite fronto-ethmoïdale purulente chronique, continuent à présenter des signes de non-guérison certaine, est considérable de par le monde. Il n'est donc pas oiseux de rechercher les causes de ces échecs. Déjà la série importante des techniques opératoires proposées pour une maladie qui constitue cependant une entité morbide bien établie, fait prévoir qu'aucune de ces techniques ne répond totalement à ce qu'on lui demande. Il n'y a pour la mastoïdite chronique qu'une seule méthode d'évidement ; il n'y a qu'une méthode pour la sinusite maxillaire chronique ; il y en a au moins une douzaine pour l'évidement fronto-ethmoïdal.

Le Docteur Ledoux a démontré que le grand nombre d'échecs des méthodes employées jusqu'ici tient à l'insuffisance des soins post-opératoires : les cavités curettées, pour guérir, doivent non seulement être drainées, mais débarrassées de leurs sécrétions par des lavages longtemps répétés ; il faut un mois pour épidermiser un évidement pétromastoïdien directement accessible aux pansements, il faut parfois des mois pour guérir un antre frontal en raison de son accès difficile, en raison aussi de l'accompagnement constant de lésions ethmoïdales. Que dirait-on d'une technique d'évidement pétromastoïdien où on abandonnerait à ses propres moyens de guérison une cavité curettée et drainée au travers d'un couloir lui-même malade ?

Le problème consiste donc, après avoir curetté parfaitement et largement draîné, à accéder facilement à cet orifice pour laver la cavité et permettre l'épithélialisation par voie ascendante. Or, aucune méthode ne donne un accès facile à l'antre frontal : voie d'accès dont le malade chaque jour puisse user lui-même.

Pour réaliser ce triple but, l'auteur expose sa technique personnelle dans tous ses détails ; grâce à elle il espère réaliser le maximum d'avantages. (*Bruxelles-Médical,* 21 février 1937.)

La part de la Rœntgenthérapie dans le traitement des affections articulaires traumatiques

Le Professeur Didiée termine son intéressante étude par les conclusions suivantes :

Dans la thérapeutique extrêmement complexe des traumas articulaires la récupération fonctionnelle reste le but final. Si le moteur musculaire qui demande son traitement récupérateur propre en constitue le facteur le plus direct, encore faut-il que la fonction articulaire autorise le mouvement. Dans la gêne apportée, l'état pathologique du tissu périarticulaire joue un rôle capital surtout par les réactions douloureuses qu'il détermine.

Dans le riche faisceau des possibilités thérapeutiques que mettent à notre disposition les agents physiques, les rayons X, grâce à leurs effets sédatifs et eutrophiques, s'inscrivent en première place. Leurs effets modificateurs beaucoup plus que leurs actions cytolytiques sont ainsi mis à contribution. Et le fait qu'ils peuvent agir non seulement en applications directes *in situ,* mais encore à distance par action réflexe, leur confère des nuances de mise en œuvre susceptibles de s'adapter aux circonstances cliniques les plus diverses et avec une quasi-certitude de résultats favorables qui doit inciter à étendre plus largement leurs indications. (*Paris Médical,* 6 février 1937.)



Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Une combinaison protamine-insuline dans le diabète

(MM. F. RATHERY et P.-M. DE TRAVERSE ; 2-3-1937)

Les combinaisons peu solubles de l'insuline ont été recherchées dans le but d'allonger le temps d'action du médicament et de rendre moins fréquentes les injections d'insuline.

La durée d'action de l'injection d'insuline est variable, mais d'une façon générale assez courte, allant de trois à huit heures chez le diabétique. Il en résulte qu'il faut multiplier souvent les injections, ce qui constitue un ennui pour le malade et une difficulté pour le traitement. De là, les tentatives d'obtenir un produit dans lequel l'hormone serait rendue plus ou moins insoluble et ne serait ainsi absorbée que lentement et au fur et à mesure des besoins, par l'organisme.

Les procédés préconisés pour atteindre ce but sont nombreux. On a essayé de combiner ou de mélanger l'insuline à la gomme arabique, la gélatine, la lécithine, le tannin, etc. Les résultats ont été assez incertains.

MM. Rathery et de Traverse se sont servis de combinaisons protamine-insuline, préparées au Danemark, et étudiées dans ce pays, ainsi qu'en Hollande, au Canada, aux Etats-Unis. Joslin, en Amérique, en aurait obtenu de bons résultats. En France, Labbé et Boulin les ont essayées, sans y trouver d'avantages.

Les recherches personnelles de MM. Rathery et de Traverse, ayant porté sur 15 malades, les ont conduits aux conclusions suivantes :

1° L'insuline-protamine a toujours été bien tolérée et l'injection n'en est pas douloureuse ;

2° L'insuline-protamine est certainement très active.

Son action est-elle plus lente que celle de l'insuline ordinaire et permet-elle de réduire les injections ? En général, son action est moins massive, plus prolongée, mais il faut compter avec des variations suivant les malades. On ne saurait dire encore ce que l'on peut attendre de ce nouveau produit, mais on a l'impression qu'il peut être amélioré et devenir intéressant en pratique.

Sur la vaccination mixte (anti-typhoïdique et anti-diphtérique) des étudiants en médecine

(M. L. TANON ; 9-3-1937)

Au nom de la Commission spéciale, nommée à la suite des communications de M. R. Clément et de M. Rouvillois sur les vaccinations associées chez les étudiants en médecine, M. Tanon propose le vœu suivant qui est adopté par l'Académie :

« Que la vaccination mixte, anti-typhoïdique et anti-diphtérique soit rendue obligatoire pour les étudiants en médecine dès le début de leurs études.

« Que ce vœu soit transmis à M. le ministre de la Santé publique et à M. le ministre de l'Education nationale. »

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

L'opération à chaud dans l'appendicite aiguë

(MM. Yves DELAGÉNIÈRE, du Mans, MEYER et A. PAPIN ; 25-11-1936)

Comme suite à la communication de M. Métivet sur cette question, M. Yves Delagénière présente une statistique intégrale de 621 cas d'appendicites aiguës opérées à chaud selon le principe « toujours et tout de suite ».

M. Yves Delagénière — dont le père fut un des promoteurs de l'appendicectomie « à chaud » — reste un partisan résolu de cette pratique du « toujours et tout de suite ». L'idéal serait que le « tout de suite » puisse constamment se situer dans les premières quarante-huit heures. Mais si, en raison des circonstances, ce délai ne peut être appliqué ; si, après le troisième jour, le « tout de suite » n'est plus absolument l'idéal, c'est encore lui cependant qui donne le moins de déboires et permet de sauver le plus de malades.

Infiltrations cocaïniques dans diverses fractures

(M. R. LERICHE ; 9-12-1937)

M. Leriche signale quelques résultats d'infiltrations novocaïniques suivies de mobilisation immédiate dans diverses fractures et dans quelques autres circonstances.

La méthode ne s'applique évidemment qu'aux fractures pour lesquelles l'immobilisation rigoureuse n'est pas exigée par le souci de maintien de la réduction. Le but n'est pas de soulager la douleur et de faire une anesthésie locale, mais de supprimer là, comme dans l'entorse, les réflexes vaso-moteurs, surtout vaso-constricteurs, qui sont une des causes des symptômes annexes de la fracture et conditionnent, au niveau des articulations, la raideur consécutive.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

Sur deux observations de néphrite chronique de l'enfance avec troubles du développement ou nanisme rénal.

(MM. Robert DEBRÉ, NACHMANSOHN, J. MARIE et S. BIDOU ; 22-1-1937)

La latence de certaines néphrites chroniques de l'enfance, la précocité et le caractère impérieux de la polydipsie, l'association de troubles du développement et de viciation de divers métabolismes, principalement de celui des glucides, justifient l'intérêt de ces deux observations :

Dans la première observation, le diagnostic de néphrite chronique fut affirmé par le résultat des courbes de l'eau, démontrant déjà un trouble important de l'élimination aqueuse et l'impossibilité d'obtenir les densités urinaires d'un rein normal. De plus, les examens répétés d'urines ont permis de reconnaître la présence de traces d'albumine. Enfin, l'étude du sérum a révélé l'existence d'une azotémie latente très élevée (2 gr. 70), d'une rétention d'acide urique (105 milligrammes), des corps xanthoprotéiques. La néphrite chronique étant donc absolument certaine, plusieurs points méritent de retenir l'attention. La polydipsie et la polyurie furent si remarquables dans ce cas et dataient surtout depuis si longtemps que le premier diagnostic posé fut celui de diabète insipide. Il faut noter cependant le taux modéré de la polydipsie (2 lit. 500 à 3 lit. 500) et de la polyurie (2 à 3 litres). Les troubles du développement étaient remarquables. L'insuffisance de la taille (1 m. 39) et du poids (33 kgr), traduisaient un état d'hypotrophie notable, mais sans infantilisme vrai : les organes génitaux et les caractères sexuels secondaires étaient normaux chez ce garçon de 14 ans. Le trouble du métabolisme des glucides révéla l'existence d'une hyperglycémie à la fois trop élevée et de longue durée, comme dans le diabète vrai.

Il fut impossible de reconnaître une cause déterminante à l'origine de cette néphrite ; elle fut insidieuse dans toute son évolution ; sans cause infectieuse ou toxique décelable, sans début saisissable et pendant des années aussi peu « rénale » que possible dans sa symptomatologie. Le premier symptôme fut la polydipsie à l'âge de 9 ans ; pendant des années, la maladie demeure muette ; cinq ans plus tard, l'enfant signale quelques céphalées, des troubles fonctionnels visuels et des vertiges. Mais il n'y a pas d'albuminurie à plusieurs analyses, pas d'hypertension artérielle, si bien que le diagnostic demeure méconnu. Il faut une étude biologique approfondie avec les résultats des courbes de l'eau et des explorations sanguines pour qu'elle s'impose alors avec évidence. Ce n'est qu'à ce moment qu'on trouve des traces d'albumine dans les urines. Par tous ces caractères, cette observation paraît appartenir au groupe de faits rattachés au nanisme ou infantilisme rénal. On y retrouve, en effet, les deux caractères essentiels de ce type clinique : insuffisance du développement statural et pondéral, et néphrite chronique particulière.

Dans la deuxième observation, un enfant de 7 ans présente depuis l'âge de un an une polydipsie remarquable. L'examen viscéral complet est totalement négatif. Les analyses d'urines répétées ne révèlent pas d'albuminurie, sauf à la fin de l'hospitalisation et à l'état de traces seulement ; la tension artérielle est normale ; l'étude biologique démontre, par contre, l'existence d'une néphrite chronique se traduisant par une courbe de l'eau très troublée et par une rétention azotée latente. Ainsi la polydipsie et la polyurie étaient la conséquence et les seuls signes d'une néphrite chronique totalement insidieuse. Cette néphrite s'accompagne actuellement de troubles morphologiques avec retard staturo-pondéral. Elle appartient par tous ces caractères, en particulier par sa latence et l'arrêt du développement, aux faits décrits sous le nom de nanisme rénal.

Ces deux cas furent d'un diagnostic difficile en raison de la latence remarquable de la néphrite, de la polydipsie et de la polyurie, qui pouvait être confondue avec une polyurie insipide, bien que moins abondante que cette dernière. Chez ces deux enfants, comme chez tous les sujets atteints de néphrite chronique, on ne put obtenir une concentration élevée ni de l'urée, ni des corps créatiniques ; ce fut surtout l'épreuve de l'eau qui décela immédiatement le trouble fondamental. Ces néphrites chroniques si particulières des enfants sont accompagnées de nanisme ou au contraire de gigantisme, d'une polydipsie et d'une polyurie précoces, rappelant celles du diabète insipide. D'autres manifestations, inconstantes celles-là, peuvent les accompagner : troubles du métabolisme des glucides, troubles du métabolisme des lipides avec une obésité particulière, et enfin troubles minéraux avec rachitisme tardif. L'ensemble de ces troubles traduit bien un dérèglement du système endocrinien.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

12 *février* 1937

Blennorragie chronique

M. Pierre BARBELLION rappelle les caractéristiques de cette affection : 1° Présence indiscutable de gonocoques ; 2° Atténuation et persistance de l'infection ; 3° Localisation de l'infection à des foyers précis : les repaires gonococciques. Dans la plupart des cas, l'urètre postérieur est indemne et c'est l'urètre antérieur qui est en cause. La recherche des repaires voisins du méat, la recherche des valvules au stylet mousse, des glandes de Littre infectées à l'urétroscope donneront la clef du problème si la prostate et les vésicules sont indemnes.

Dans toute blennorragie chronique le foyer microbien doit être prévu, recherché, désinfecté ou détruit.

M. LUYS est d'avis que l'urètre postérieur est le plus souvent atteint. G. F.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DES HÔPITAUX LIBRES

Séance du 4 février 1937

Images radiologiques de l'estomac indiquant des lésions importantes

M. Maurice DELORT apporte le témoignage radiographique de lésions très importantes gastriques de l'ordre de l'aspect dit « marécageux » et « lacunaire ». Les troubles fonctionnels et l'état général gravement altérés chez le sujet pris brusquement (sans longue histoire gastrique précédente) imposaient un diagnostic et un pronostic sévères.

Ils furent mis en défaut par la suite des faits, l'état général et l'état fonctionnel s'étant rapidement améliorés cependant que les images radiographiques et les résultats des examens de laboratoire étaient seulement partiellement modifiés.

M. R. WEILL ; Ces faux cancers rentrent dans le domaine de l'inflammation.

Ed. ANTOINE : Dans l'un des cas identiques qu'il connaît, il s'agissait vraisemblablement d'un polyadénome de la grande courbure.

MM. P. RENAULT, MORLAAS, SAVIGNAC, BISSON rapportent des observations analogues.

De la guérison des arthropathies chroniques de la hanche. Arthrites et arthroses

M. Jacques FORESTIER (d'Aix-les-Bains) s'appuyant sur l'observation de près de 300 cas d'arthropathies chroniques de la hanche, observés pendant une période de deux à douze ans, montre la différence essentielle qui existe au point de vue des possibilités de guérison entre coxarthrose, maladie dégénératrice, progressive, améliorable, mais non curable cliniquement ou anatomiquement ; et les arthrites inflammatoires c xofémorales, observées au cours des polyarthrites chroniques évolutives, capables, dans certaines conditions, sous l'influence de la chrysothérapie combinée à la crénothérapie et à la mécanothérapie, d'aboutir à une guérison clinique et même anatomique.

Deux observations accompagnées de clichés radiographiques avec reconstitution d'un interligne régulier chez des malades déjà âgés démontrent la possibilité de la guérison dans les arthrites inflammatoires.

J. A. HUET. — On ne tient pas assez compte du rôle de la laxité ligamentaire dans l'étiologie des coxarthries.

M. JOLY. — Dans les véritables arthroses, seuls sont curables les symptômes d'arthrite surajoutée.

J. SÉDILLOT considère le forage dans la coxarthrie comme dangereux. La sédation des douleurs notée chez un tiers des opérés est tellement immédiate (Thèse de Loharrère, élève de Massart) qu'elle ne s'explique que par *dévitalisation* de la tête, non par reconstruction de l'articulation.

A. TRÈVES. — La chirurgie n'a rien à voir dans les arthrites inflammatoires : elle peut être très utile dans les arthroses.

Amélioration clinique de divers cas d'amétropie, probablement par influence énergétique humaine

MM. A. FAVORY et J. MORLAAS ont observé dans de telles circonstances chez des enfants, l'amélioration parfois assez nette de l'acuité visuelle mesurée par les échelles d'optotypes. Par ailleurs, ils n'ont constaté aucune modification de la morphologie de l'œil.

M. FERREYROLLES. — Des constatations de cette sorte sont rapportées dans des livres hindous traduits par des médecins anglais.

R. WEILL. — De telles observations chez l'adulte seraient plus démonstratives.

M. Jean GALLOIS, négligeant les améliorations subjectives d'acuité visuelle qui n'ont qu'une valeur très relative, demande si les examens objectifs, après paralysie de l'accommodation par l'atropine, ont montré, ou non, un changement quelconque dans le degré des amétropies au terme des expériences relatées.

Remarques sur l'exploration électrique des territoires endocriniens

MM. J.-A. HUET et A. HAMMEL rappellent les détails de la technique de Ferrier et proposent de la compléter par l'observation du temps de retour à la normale après excitation diathermique de chaque territoire endocrinien. Il est infiniment plus logique d'apprécier le temps de réduction des bandes de l'ocythémoglobine après excitation électrique d'une région en repartant chaque fois du temps initial. Les auteurs analysent les résultats de 157 observations réparties en six grandes catégories et insistent sur l'importance de réunir un grand nombre d'observations classées dans une des catégories énumérées, de les rapporter à des cas cliniques définis, de les corroborer enfin par des tests biologiques.

M. FERRIER.— Ces recherches donneront des résultats précieux. Les applications électrothérapiques sur la région surrénalienne sont très sujettes à caution.

Calcul géant du rein datant de l'enfance chez une femme de 24 ans. Radio. Néphrectomie lombaire Guérison.

F. CATHELIN présente une observation de néphrectomie pour calcul du rein qui apporte de multiples suggestions cliniques et démontre le caractère protéiforme de cette affection à opposer par exemple à la fixité de tuberculose rénale. Il s'agit bien d'un calcul de l'enfance ; seule la pyurie était très marquée, sans amais d'hématurie.

Montpellier

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET BIOLOGIQUES DE MONTPELLIER ET DU LANGUEDOC MÉDITERRANÉEN.

Séance du 8 *janvier* 1937

Le signe de Rossolimo, sa valeur diagnostique

MM. L. RIMBAUD, ANSELME-MARTIN et PARTELIDES étudient les conditions d'apparition de ce réflexe au cours de divers syndromes neurologiques. Ils en font un signe précoce d'atteinte pyramidale plus particulièrement médullaire. Ils insistent sur la sensibilité de ce réflexe facile à rechercher et dont la constatation précède souvent celle du Babinski.

Séance du 15 *janvier* 1937

Un cas de gangrène par thrombo-angéite

MM. MASSABUAU, GUIBAL, JOYEUX et A. DELMAS rapportent un cas de gangrène des membres inférieurs par thrombo-angéite infectieuse survenue après des accidents phlébitiques chez une femme accouchée depuis deux mois. L'extension rapide de la gangrène et la gravité de l'état général ont nécessité une intervention chirurgicale d'urgence consistant en une artériectomie des artères fémorales des deux côtés et de la fémorale profonde sur un seul membre. Une amélioration apparut une quinzaine de jours après l'intervention, elle ne fut malheureusement que de courte durée puisque quarante-huit heures plus tard, un embolus pulmonaire apparaissait du côté droit aggravant considérablement l'état de la malade qui devait succomber quelques jours plus tard.

Les auteurs tirent de cette observation quelques conclusions physio-pathologiques.

Coxa vara et maladie de Paget

MM. R. LAFON et CAYLA. — Dans cette observation, il y a adduction très marquée et irréductible des deux membres inférieurs, le membre droit étant croisé au devant du gauche, ce qui gêne considérablement la marche, quoique les mouvements de flexion et d'extension des cuisses soient possibles. La radiographie montre que le col du fémur est engainé par la prolifération osseuse du sourcil cotyloïdien.

Séance du 27 *janvier* 1937

Spasmes vasculaires cérébraux symptomatiques d'une méningite lymphocytaire curable à évolution prolongée

MM. EUZIÈRE, J. VIDAL, R. LAFON et QUET. — Forme cérébro-méningée d'une méningite lymphocytaire curable ayant débuté par des manifestations d'épilepsie bravais-jacksonienne et évolué pendant plusieurs mois.

L'anamnèse et divers examens sérologiques n'ont pas permis de mettre en évidence l'origine mélitococcique.

Maladie de Chauffard-Still chez l'enfant ; étude anatomo-clinique à propos d'un cas

MM. LEENHARDT, BOUCOMONT, GUIBERT et BARNAY ont pratiqué des coupes anatomo-pathologiques. Ils ne trouvent rien de spécifique si ce n'est une dégénérescence graisseuse du foie et des lésions réticulo-endothéliales des ganglions et de la rate.

Maladie de Chauffard-Still chez l'enfant ; recherches biologiques effectuées chez un deuxième malade

MM. LEENHARDT, BOUCOMONT, CAYLA et BARNAY. — Sur un malade suivi durant plusieurs mois on a pratiqué de nombreux examens de laboratoire. Les hémocultures sont restées négatives.

Toulouse

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE

Au sujet des fractures indolores

MM. J. P. TOURNEUX et M. GRIMOUD, après avoir rappelé que l'on a signalé à différentes reprises des foyers de fracture complètements indolents, rapportent l'observation d'une femme de 70 ans, qui, renversée par une automobile, avait été hospitalisée pour fracture du tibia gauche. Cette malade n'accusait aucune douleur au niveau du genou droit qu'elle remuait très facilement ,et seule l'apparition au quatrième jour d'une vaste ecchymose fit soupçonner l'existence d'une solution de continuité osseuse : l'examen radiologique montra qu'il s'agissait d'une fracture en T de l'extrémité inférieure du fémur. On ne put mettre en évidence chez cette malade aucun trouble nerveux capable d'expliquer une pareille indolence.

Grippe et neuro-infection

MM. DALOUS et J. FABRE ont eu l'occasion au cours de l'épidémie de grippe hivernale d'observer plusieurs malades qui, dans un milieu grippal, présentèrent des signes d'atteinte du système nerveux central ou périphérique (hoquet, zona, myoclonies, somnolence) : ils en rapportent quatre observations.

A ce sujet les auteurs rappellent les deux hypothèses qui ont été proposées dans des cas analogues : atteintes du névraxe par le virus grippal lui-même, ou bien névraxite de causes diverses chez un malade anergisé par l'affection grippale.

Les Livres

MASSON et Cie, éditeurs
120, boulevard Saint-Germain, Paris

A. DUMAS, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon, médecin des hôpitaux de Lyon. — **Maladie hypertensive et syndromes d'hypertension.** Un vol. de 136 pages (Collection « Médecine et chirurgie : recherches et applications n° 6), 22 fr.

Dans ce petit volume, l'auteur apporte un peu de clarté dans le lot compact des affections hypertensives. Il montre la place prépondérante qu'occupe la *maladie hypertensive* au milieu des autres syndromes tensionnels. L'ouvrage est divisé en trois parties : hypertensions symptomatiques, syndromes hypertensifs et enfin hypertension chronique progressive ou maladie hypertensive.

L'élimination préalable des hypertensions symptomatiques et des syndromes hypertensifs permet à l'auteur de préciser mieux le caractère si spécial de la maladie hypertensive et de la différencier des autres états hypertensifs qui peuvent parfois la simuler. Elle est caractérisée cliniquement par ses trois phases successives d'évolution : phase solitaire, phase troublée, phase d'involution. Il importe essentiellement de la distinguer des autres états tensionnels dont l'évolution est régie par la maladie qui les commande. Comme l'auteur le dit dans l'introduction, « l'importance de cette distinction est très grande aussi bien au point de vue clinique que thérapeutique. Ce n'est pas parce que la maladie hypertensive manque encore d'une sanction pathogénique précise, ni parce qu'on ne lui a pas encore reconnu une formule humorale caractéristique et constante, qu'il faut lui refuser une individualité clinique dans le chapitre des maladies diathésiques. »

Par la lecture de ce petit ouvrage, la distinction entre l'hypertension essentielle et les hypertensions symptomatiques devient facile.

MASSON et Cie, éditeurs,
boulevard Saint-Germain, Paris.

Dr Pierre BARDIN. — **L'embolie pulmonaire.** Préface du Professeur Villaret. Un vol. 192 pages avec fig.

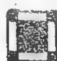
Cet intéressant ouvrage fait le point d'une question angoissante pour les accoucheurs et les chirurgiens. L'auteur étudie l'influence des troubles neuro-vasculaires à l'origine des infarctus et des embolies. Il montre la disproportion flagrante entre le volume des corps embolisants et les effets obtenus. Les conséquences physio et anatomo-pathologiques des embolies pulmonaires ne lui paraissent pas le simple résultat d'une oblitération mécanique des artères du poumon. Il estime que l'embolus provoque *un véritable reflexe,* à point de départ artériolaire, à retentissement local (réflexe artériolo-capillaire : constitution de l'infarctus) et à retentissement général (réflexe artériolo-nerveux : action sur les centres respiratoires et cardiaques). Cette *origine vaso-motrice* de l'infarctus se trouve étayée du reste par des démonstrations précises.

Outre son intérêt spéculatif, le travail du Docteur Pierre BARDIN vaut par ses applications pratiques. Nous retiendrons le traitement prophylactique de l'auteur pour éviter la mort subite : injection quotidienne d'atropine et d'éphédrine, ingestion de bicarbonate de soude chez tout phlébitique, chez tout opéré, chez toute accouchée. Ce travail montre ainsi l'intérêt que présente l'alliance de la clinique et de la physiologie pour aboutir à des déductions thérapeutiques.

VIGOT frères, éditeurs,
23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (VIe)

Dr Louis CHAPELON. — **Les musculatures à fonctionnement volontaire ou automatique.** Leur rôle respectif dans le mécanisme régulateur de l'accommodation mis en activité par la lumière chez l'homme. II. **La vision simultanément nette à toute distance, unie à un pouvoir séparateur élevé, propriété de l'œil humain.** Explication de ce fait par le fonctionnement différent de la rétine périphérique et de la rétine centrale ou macula. Un vol. in-8° de 228 pages. Prix : 25 francs.

L'auteur s'est efforcé de dévoiler le procédé grâce auquel un mécanisme régulateur de l'accommodation, permettant la mise au point automatique de l'appareil visuel sur les plans de l'espace les plus favorables pour la production d'une image nette et lumineuse, se forme chez les vertébrés supérieurs. Il expose sa théorie optique de l'accommodation chez l'homme.

Les Thèses

P. — Dr P. MARLIN. — **Le traitement de la tuberculose pulmonaire de l'enfant en sanatorium.** (Thèse 1936).

En face d'un enfant tuberculeux pulmonaire, il faut distinguer deux types cliniques bien différents :

a) *La splénopneumonie*, traduction de la lésion initiale tuberculeuse si fréquente chez l'enfant des villes, presque toujours spontanément curable en dix-huit mois à deux ans. La cure préventoriale est très utile chez ces enfants, pour assurer la guérison et prévenir la diffusion de la tuberculose dans les mois ou les années qui suivent ;

b) *La tuberculose broncho-pneumonique*, ulcéro-caséeuse, traduisant le réveil évolutif d'une tuberculose déjà ancienne, comparable à celle de l'adulte. Cette variété de tuberculose de l'enfant nécessite les mêmes thérapeutiques que celles de l'adulte, en particulier le pneumothorax thérapeutique.

La cure hygiéno-diététique classique, qui associe la cure d'air, la cure de repos et une bonne alimentation, reste le traitement fondamental de la tuberculose pulmonaire de l'enfant. Elle doit toujours être mise en œuvre et elle suffit dans le traitement des tuberculoses initiales avec foyer de splénopneumonie.

Dans l'éventualité, plus rare que chez l'adulte, où une collapsothérapie doit être appliquée, on fait appel le plus souvent au pneumothorax simple unilatéral.

L'organisation de cure antituberculeuse chez l'enfant, exige des organismes spécialisés et bien distincts : le préventorium, réservé aux « bacilloses initiales légères pratiquement non contagieuses » et le sanatorium, destiné aux enfants contagieux, porteurs de lésions pulmonaires caractérisées.

Le sanatorium d'enfants permet une utilisation judicieuse, aussi efficace que possible, des différentes thérapeutiques : climatiques, médicales et chirurgicales. Il est souhaitable que son action soit prolongée par une maison de cure post-sanatoriale.

P. — Dr M. LEMOINE. — **Les néphrites aiguës hématuriques chez les enfants.** (Thèse 1937).

Les néphrites hématuriques sont plus fréquentes chez les garçons que chez les filles : les vingt-six cas étudiés par l'auteur comptaient dix-neuf garçons et sept filles seulement. L'âge le plus propice semble être entre six et sept ans, puis de neuf à douze ans.

Fréquemment les hématuries sont provoquées par des infections rhino-pharyngées, moins souvent par d'autres infections (pneumonie, fièvres éruptives, affections cutanées, maladies dyscrasiques, etc.).

La pathogénie reste obscure. Le streptocoque joue un rôle dans quelques cas, le pneumocoque aussi.

Le pronostic — immédiat tout au moins — est favorable, la guérison étant la règle. Le traitement est simple et classique (repos, ventouses sur la région lombaire, chlorure de calcium, diurétiques).

L'ablation des amygdales ou des végétations adénoïdes ne semble pas pouvoir arrêter l'hématurie. Elle est cependant indiquée, car elle fait disparaître un foyer d'infection continuelle.

P. — Dr P. BERTIN. — **Les kystes hydatiques calcifiés du foie à forme de coliques hépatiques.** (Thèse 1937).

Les kystes hydatiques calcifiés du foie se présentent volontiers, au début et au cours de leurs manifestations cliniques, sous la forme de coliques hépatiques. Ils prêtent la plupart du temps à erreur avec la lithiase biliaire.

Le syndrome de colique hépatique est alors souvent caractéristique et au complet, mais le kyste calcifié peut ne se traduire que par des douleurs dans l'hypochondre droit ou un ictère isolé.

Il semble que l'infection joue un rôle important dans l'apparition de ces crises paroxystiques.

C'est la radiographie qui fait dans la majorité des cas le diagnostic de kyste calcifié. Encore demande-t-elle à être interprétée, particulièrement quand les images font penser à des calculs biliaires, et à plus forte raison, s'il y a coexistence de lithiase et d'échinococcose.

Les méthodes de laboratoire gardent leur valeur de présomption.

Lors d'une exploration des voies biliaires qui se montre négative, et devant certaines données de la clinique, le chirurgien recherchera s'il ne s'agit pas de kyste hydatique calcifié du foie.

P. — Dr M. FRADETAL. — **L'inspection médicale dans l'enseignement secondaire.** (Thèse 1937).

L'auteur estime nécessaire de créer l'inspection médicale des établissements d'enseignement secondaire pour tous les élèves.

Le rôle du médecin inspecteur de l'enseignement secondaire sera analogue à celui du médecin inspecteur des écoles primaires, avec des variantes.

Chaque élève devra faire l'objet d'un examen complet, permettant de dépister les maladies latentes et ainsi de les faire soigner en temps voulu. Cet examen sera reproduit sur un carnet qui suivra l'élève.

Le médecin inspecteur sera, dans certains cas, un fonctionnaire spécialisé, mais le plus souvent, il pourra à la fois s'occuper des écoliers et conserver une clientèle.

Mp. — Dr R. Fermaud. — **L'alcoolisation du nerf phrénique dans le traitement de la tuberculose pulmonaire,** (Thèse 1936.)

L'alcoolisation du nerf phrénique a l'avantage sur la phrénicectomie de ne pas être une opération définitive.

Les incidents ou les accidents de l'alcoolisation du phrénique ne sont pas plus fréquents que lors d'une phrénicectomie ; seule est à noter la plus grande fréquence du syndrome de Claude Bernard-Horner, qui peut se produire si on ne prend pas la précaution d'éviter la diffusion de l'alcool dans la plaie opératoire.

La paralysie diaphragmatique a presque toujours été constatée dès après l'intervention. L'ascension, quand elle s'est produite, a atteint son maximum dans les deux mois qui ont suivi l'alcoolisation.

La durée de l'immobilisation diaphragmatique (3 à 10 mois dans les observations de l'auteur) paraît suffisante pour pouvoir prendre une décision thérapeutique, soit pour parfaire l'alcoolisation, soit pour substituer un autre moyen à cette méthode d'épreuve.

La cure sanatoriale et la cure déclive doivent toujours être associées à l'alcoolisation.

P. — Dr J. Ialladeau. — **Malformations congénitales associées au syndrome de Klippel-Feil.** (Thèse 1936.)

Le syndrome de Klippel-Feil, considéré d'abord comme extrêmement rare, paraît être maintenant d'une fréquence assez grande pour prendre place dans les livres classiques.

A côté des cas purs, exclusivement limités à la colonne cervicale, il existe de nombreuses observations où l'anomalie dépasse le segment cervical, intéresse tout le rachis et s'accompagne en outre d'autres malformations congénitales, musculaires, nerveuses ou viscérales.

Si l'association de ces malformations congénitales obscurcit le tableau clinique, elle a l'avantage par contre d'attirer l'attention sur la congénitalité des lésions et peut permettre de redresser un diagnostic.

Les diagnostics à éliminer sont principalement : le torticolis congénital ; le mal de Pott sous-occipital.

T. — Dr G. de Maulde. — **Le diagnostic biologique précoce de la grossesse et le dosage du prolan dans la pratique médicale,** (Thèse 1937.)

La nature et l'origine exacte du prolan sont encore mal connues. Cependant les méthodes actuelles de détection et de dosage du prolan méritent de rentrer chaque jour davantage dans le cadre de la pratique courante, à cause de l'exactitude presque absolue des réponses fournies, qui viennent apporter un appoint précieux à la clinique. Dans certains cas même (suites de môle, par exemple) le dosage décide de la conduite thérapeutique à tenir en temps utile alors que les signes cliniques ne peuvent être d'aucun secours.

Le *dosage* du prolan reste l'apanage de laboratoires spécialisés, par suite de l'important matériel animal nécessaire et de la technique rigoureuse de la méthode.

Par contre, il semble que la détection du prolan par la méthode de Friedmann-Brouha puisse être pratiquée par le médecin praticien lui-même et rendre des services dans différentes circonstances.

P. L.

THÉRAPEUTIQUE

Les bromures en pédiatrie

Par le Docteur S. Cambedon

La thérapeutique infantile a journellement à combattre, dans nombre d'affections banales par ailleurs, une excitabilité anormale du système nerveux, qui, chez ces petits malades, tend, avec une déplorable facilité, à dominer complètement le tableau clinique. D'autre part, la liste est si longue, dans le domaine de la pédiatrie, des affections nerveuses avec prépondérance de l'élément spasmodique, que se trouvent constamment posées, dans la pratique courante, les indications de la médication bromurée.

Les bromures alcalins sont, en effet, les meilleurs agents thérapeutiques dont nous puissions disposer, en ces diverses circonstances, aussi bien comme sédatifs de tous les éréthismes secondaires, que comme dépresseurs des phénomènes excito-moteurs d'origine directement cérébrale ou bulbo-médullaire. Mais, bien que, de façon générale, ces dérivés du brome se soient révélés, à l'usage, comme les sédatifs antispasmodiques les mieux supportés par les enfants, il n'en reste pas moins incontestable que le bromure de potassium, le plus employé d'entre eux jusqu'à ces derniers temps, exerce une fâcheuse dépression sur les contractions et le rythme cardiaques, ralentit les échanges respiratoires et nutritifs, se montre irritant pour la muqueuse gastrique, et que ces effets secondaires nocifs doivent être évités avec une particulière rigueur lorsqu'il s'agit du fragile organisme des tout-petits.

Il est actuellement reconnu qu'on a le plus grand intérêt à s'adresser de préférence au bromure de sodium qui, tout aussi précieux que le précédent au point de vue de l'efficacité, est par

ailleurs beaucoup moins toxique et respecte à la fois le système cardio-pulmonaire et les fonctions digestives.

De plus, le bromure de sodium possède un autre avantage particulier qui est loin d'être négligeable. On sait, en effet depuis longtemps que le régime alimentaire doit jouer un grand rôle dans un traitement bromuré bien conduit, et qu'on obtient les meilleurs résultats en réduisant au minimum la richesse en chlorure de sodium des aliments ingérés. A ce point de vue spécial, le bromure de sodium facilite grandement l'institution du régime hypochloruré, car tout se passe comme s'il se substituait en quelque sorte au chlorure de sodium supprimé. Il en résulte une assimilation plus parfaite ou plutôt une élimination moindre du médicament qui paraît en définitive mieux absorbé et mieux retenu. Et des doses minimes permettent ainsi d'obtenir des résultats plus sûrs et plus constants que de fortes doses administrées sans cette précaution supplémentaire. Cette considération revêt une grande importance au cours des traitements de longue durée nécessités par des affections comme l'épilepsie par exemple. La bromure de sodium permet alors d'éviter les accidents d'intolérance ou d'intoxication par un double mécanisme : d'abord parce qu'il est moins toxique par lui-même à dose égale ; ensuite parce que son emploi, s'accommodant fort bien du régime achloruré, nécessite des doses bien plus réduites que les autres sels similaires.

Du reste, ces accidents étant surtout imputables aux impuretés du médicament, tout risque de bromisme peut être radicalement éliminé par l'utilisation exclusive d'un produit soigneusement préparé et rigoureusement dosé. Le sédobrol en réalise la forme la plus pratique et la plus moderne, en présentant ce bromure de sodium sous forme de tablettes dissimulant un gramme de substance active et chimiquement pure dans un extrait solide de bouillon *végétal* concentré et achloruré. La dissolution d'une de ces tablettes dans une tasse d'eau chaude donne instantanément un breuvage agréable, sapide et eupeptique, que le petit malade absorbe volontiers, sans même se douter qu'il s'agit d'un médicament. Il peut être ainsi administré, toujours à l'insu du sujet, aussi bien au moment des repas comme un potage ordinaire, qu'à l'instant du coucher pour obtenir une nuit calme et reposante.

Etant aussi admirablement toléré qu'accepté par les enfants les plus méfiants et les plus difficiles, le sédobrol peut vraiment rendre, par cette remarquable commodité d'emploi, d'appréciables services dans le traitement des innombrables affections infantiles justiciables de la médication bromurée : les toux réflexes et spasmodiques, les convulsions, la chorée, l'asthme et la coqueluche ; la laryngite striduleuse et les spasmes de la glotte, le nervosisme avec agitation, insomnie ou terreurs nocturnes ; l'incontinence nocturne d'urine et, enfin et surtout, l'épilepsie.

On subordonnera naturellement à l'âge de l'enfant les doses et la durée du traitement, suivant l'intensité et la gravité des symptômes. On tâtera d'abord la sensibilité propre du sujet, et l'on agira suivant l'importance et le rapprochement des crises. Et l'on sera tout surpris de constater fréquemment que même sans l'aide du régime lacté ou hypochloruré les crises diminuent et s'espacent avec des doses parfois inférieures à un gramme de bromure.

Ces diverses raisons nous permettent de conclure en toute objectivité que le sédobrol représente en pédiatrie, comme en thérapeutique en général, la médication bromurée sous sa forme idéale, puisque son usage très commode, son goût agréable, sa neutralité absolue à l'égard du tube digestif, son absence de toxicité et de réactions secondaires sur les principaux appareils nous donnent la possibilité d'utiliser sans contre-indication son action calmante, sédative et hypnotique dans tous les syndromes nerveux. Nous pourrons toujours en administrer à nos petits patients, même les plus impossibles à soigner par tout autre procédé, une demi à deux tablettes par jour selon l'âge, en écrasant ces tablettes dans une assiette de potage chaud au début des repas ou dans une tasse d'eau chaude au moment du coucher, et réaliser ainsi, au besoin à leur insu, un traitement bromuré intensif et dissimulé, avantage d'autant plus précieux qu'il s'agit de sujets sur lesquels le raisonnement, la persuasion ou les moyens habituels n'ont, en général aucune prise.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

---

Bulletin de l'Actualité

ANTICIPATIONS

Si l'évolution doctrinale commencée ces dernières années se poursuit, il faut s'attendre à ce que les nouvelles générations médicales aient une tout autre conception que nous du mot maladie et des réalités qu'il exprime.

Nous avons, en effet, assisté à la revalorisation progressive de la notion de terrain et simultanément nous avons vu passer au second plan le rôle du germe. Les classifications anatomo-pathologiques sont devenues choses d'érudition tandis que les circuits interorganiques de la physiologie morbide requièrent maintenant notre curiosité. Il y a trente ans nous considérions la maladie comme une agression plus ou moins soudaine surprenant l'organisme ; aujourd'hui nous savons que la vie est une suite incessante d'efforts vers l'équilibre, la santé un état d'hostilité latente entre le milieu ambiant et l'organisme vivant, la maladie un avantage marqué par celui-là à la faveur d'un fléchissement de celui-ci.

En sorte que la médecine contemporaine tend de plus en plus à s'assigner un rôle de préservation et de consolidation. Il semble bien que nous ayons à peu près renoncé à la « thérapia sterilisans magna », celle qui devait courir sus aux microbes, en faire un impitoyable carnage et passer parmi les cellules comme une force de police nettoyant les ruelles suspectes. Il s'est trouvé que nos policiers ou bien étaient débonnaires et ne faisaient pas grand mal aux microbes ou bien qu'ils étaient aussi nocifs aux cellules qu'il avaient en garde qu'aux assaillants qu'ils devaient pourfendre.

Aussi allons-nous maintenant à tout petit train, réduisant les doses, soucieux de ne pas rééditer l'aventure de l'ours et de son pavé. Nous ne voulons plus donner, comme il était de mode naguère, 20 grammes de salicylate à un rhumatisant, ni injecter un litre de sérum à un diphtérique.

C'est à bon escient que nous nous méfions des offensives et que de plus en plus nous nous efforçons à une stricte défensive. De l'organisme malade lui-même nous cherchons à susciter l'énergie salvatrice avec nos vaccins et nos anatoxines, nos mises au repos et nos règles d'hygiène. Et nous voulons surtout le mettre en garde sitôt qu'il marque une tendance à s'alanguir dans le confortable des « situations acquises ».

***

Faire des diagnostics précoces, nous répète-t-on de tous côtés ; c'est la clef de la victoire contre le cancer, la tuberculose, la syphilis et certainement aussi contre toutes les maladies.

Faire du dépistage ! à la fois dans l'intérêt du malade et, s'il s'agit de maladies contagieuses ou héréditaires, dans l'intérêt de la société.

De là est née l'idée des examens de santé. Ils ont la juste prétention de porter leurs investigations sur des individus qui ne sont pas malades, qui s'estiment du moins en parfaite santé. Et cependant l'expérience prouve que parmi ceux-là un certain nombre sont déjà en déséquilibre : l'on surprend ainsi la maladie au stade naissant, avant qu'elle soit entrée dans le conscient de l'individu. Peut-on parler de maladie ? ce n'en est pas encore dans le sens que l'on donne communément à ce mot. Pourtant ce n'est déjà plus la santé.

L'on voit en tous cas que les cadres traditionnels de la pathologie sont ici défaillants et que pour le diagnostic et le traitement de ces états morbides latents, faits d'esquisses et de nuances, de nouvelles méthodes devront être instituées.

Est-ce qu'il nous reviendra à nous, les médecins des anciennes disciplines, de mettre au point ces innovations ? je ne crois pas. Tant ait-on de bonne volonté, on ne change pas du tout au tout ses modes de raisonnement et ses habitudes d'esprit. Tout ce que nous pourrons espérer

c'est mettre nos successeurs dans la bonne voie. Nous serons les Moïse de ce Chanaan.

Du moins je le crois quoiqu'il n'y paraisse guère à l'heure actuelle où le seul mot de centre de santé soulève d'une sainte fureur la plupart de nos confrères. Il serait pourtant grand temps pour les protestataires de se mettre « à la page » car la médecine tourne de jour en jour vers ses apparences futures. Dans la seule première page d'un journal médical que j'ouvrais tout à l'heure s'étalent une analyse des travaux de Kopalczewski sur la labilité des espèces microbiennes et la non spécificité de leurs métabolismes, une note du Professeur Legueu sur l'origine endocrinienne de l'hypertrophie prostatique, une autre sur la réaction de Faust-Zambrini que d'Arsonval a appelée le thermomètre de résistivité vitale, un vœu de l'Académie de médecine tendant à rendre obligatoire pour les étudiants en médecine la vaccination anti-typho-diphtérique. Dans tous ces sujets pourtant si divers la médecine de nos jeunes années a-t-elle un seul mot à dire ? Non ! tout cela la dépasse ou la dépossède de l'un de ses cantons traditionnels.

Il est possible que dans vingt ans le gros de l'activité médicale se dépense dans ces centres de santé qui font aujourd'hui couler tant d'encre acrimonieuse. Il est possible aussi que les services d'hôpitaux ne soient plus que des exutoires pour les « ratés » des centres de santé, comme sont aujourd'hui les services de chroniques que le chef traverse au pas de course, se hâtant vers des tâches plus intéressantes. Gageure ? voire.

Déjà nous concevons d'administrer une hormone sexuelle aux hommes de cinquante ans pour n'avoir pas, dix ans plus tard, à enlever leur prostate. Déjà nous concevons de sélectionner, avec des Schick et des cuti, les sujets réceptifs à la diphtérie et à la tuberculose. Déjà nous prétendons ne plus avoir à soigner de typhoïdes (et l'exemple des mobilisés pendant la guerre prouve que ce n'est pas une chimère) tout de même que nous ne soignons plus de variole. Déjà les Américains visent à surprendre les signes avant-coureurs de la fatigue du myocarde et à supplanter la digitale et le strophantus par des règles d'hygiène. Déjà la formule leucocytaire, l'analyse chimique du sang, le temps de sédimentation signalent si un organisme est en bonne forme ou s'il doit être ménagé. Déjà Faust-Zambrini prétend par une réaction simple (si simple qu'on se prend à douter) mesurer la valeur vitale de cet organisme. A toutes ces méthodes nouvelles ajoutez maintenant les préoccupations d'eugénique, les consultations pré-natales et de nourrissons, les inspections médicales des écoliers et des sportifs, les organisations d'orientation professionnelle, et dites si nous n'allons pas à fond de train vers la prévention des maladies.

Or cette prévention se fait sur des gens *debout*, non sur des gens couchés ; elle se fera sur des individus qui viendront aux centres de santé soit pour des examens de santé systématiques soit pour des malaises qui suffisent à mettre en éveil le médecin dépisteur et à provoquer le remaniement opportun de leur milieu humoral ou de leur tonus vago-sympathique.

Qu'il y ait malgré tout des processus morbides sournois, des accouchements compliqués, des appendicites ou des ruptures tubaires, c'est bien certain ; disons : probable puisqu'en l'honneur de la science il ne faut douter de rien. Mais d'ores et déjà la médecine traditionnelle se voit doucement reconduite aux chaises où trônent les douairières cependant que les jeunes personnes prennent leurs ébats. Il faut qu'elle s'y résigne, et avec elle, il nous faut, nous, nous résigner. Pourquoi parler de résignation ? puisque nous avons la perception de jour en jour plus nette que dans cette marche *au devant* de la maladie la médecine prend ses avantages les plus indiscutables. C'est ainsi qu'elle a éteint la variole, mais elle ne sait guère mieux soigner la maladie déclarée qu'il y a cent ans. Ne devient-il pas évident à la plupart des cliniciens que, malgré le pneumothorax, le vrai remède contre la tuberculose c'est la démolition des taudis et la lutte cont e l'alcool ?

Au reste prévoir le pire, s'assurer contre le malheur est une des disciplines intellectuelles les plus spécifiques de notre époque. L'homme moderne, avec toute la machinerie dont il dispose, aurait pu s'estimer assez fort contre les fléaux. Cependant pour lutter contre l'incendie il commence par faire usage de matériaux incombustibles ; pour venir à bout des inondations il préconise le reboisement. Le civilisé s'assure financièrement à peu près contre tous les risques qu'il peut encourir. C'est au chapitre de la maladie qu'il est resté le plus imprévoyant et qu'encore aujourd'hui il se laisse surprendre. Nul doute que de plus en plus il ne porte son attention de ce côté là et que bientôt il n'exige du médecin, au lieu de venir à son chevet de malade, de le mettre, bien portant, en état de défense.

***

Si telle se dessine l'évolution de la médecine, il faudra bien que les méthodes éducatives la suivent aussi.

Verra-t-on encore les étudiants débutants hanter les hôpitaux ? C'est peu probable ! La propédeutique ne pourra valablement se faire que dans les centres de santé où s'apprendront les signes et les techniques *pré-cliniques*. Il est concevable que pour nos petits-fils les carac-

tères distinctifs du râle crépitant et du râle sous-crépitant, le sens de propagation d'un souffle cardiaque ou le tableau de la colique vésiculaire n'aient plus du tout le même intérêt que pour nous puisque c'est en *amont* de ces phénomènes qu'ils porteront d'abord leur attention. Ils s'ingénieront à déceler le terrain tuberculisable, syphilisable, cancérisable, le terrain, désarmé contre l'infection, l'organisme qui *se prépare* au diabète ou à la sclérose artérielle, le bilan endocrinien qui oscille encor entre l'état de santé et l'état de maladi . Leur tâche sera de manier des régulateurs et de mesurer des angles de divergence avec la normale. Il est même possible qu'ils considèrent notre pathologie actuelle avec le même effarement que nous lorsque nous lisons Guy Patin. Mais même si le destin nous épargne de sombrer dans le même ridicule que ce hautain ancêtre peut--être les étudiants d'alors n'iront-ils ausculter une pleurésie ou observer une hémiplégie que dans leurs dernières années de médecine et plus pour y apprendre des règles de pronostic que pour localiser une lésion dont seul les intéressera le mécanisme. Peut-être seront-ce pour eux des cas de résistance à la thérapeutique comme nous en avons aujourd'hui, et même peut-être ne sauront-ils plus les soigner ! Ils considéreront ces grands malades avec la curiosité pitoyable et un peu vexée que nous avons en face d'un leucémique.

Ainsi rejoindront-ils la toute sagesse de Trousseau lorsqu'il disait à ses élèves : « Essayez donc parfois de ne pas prescrire de traitement ; vous n'avez pas idée des bons résultats que l'on obtient ainsi ».

***

Cette médecine préventive préclinique, sera-t-elle de moins bon aloi que la nôtre ? Peut-être n'aura-t-elle plus le caractère pathétique de celle-ci qui, ayant laissé approcher le danger, doit l'affronter sans cesse. Peut-être aussi donnera-t-elle à ses desservants moins de satisfactions personnelles. Chacun de nous compte autour de lui quelques êtres qu'il ne peut regarder sans attendrissement parce qu'il retrouve en eux le souvenir d'une lutte à mort. Cela, qui compte parmi les plus chers bénéfices de notre médecine, il est possible que nos successeurs le connaissent plus rarement que nous. Seront-ils à plaindre, si, d'autre part, ils éprouvent moins souvent que nous les affres de la méningite tuberculeuse, de la septicémie, de la diphtérie toxique ? Si nous sourions à notre profession lorsqu'elle nous apporte la joie virile d'un sauvetage, combien de fois aussi l'exécrons-nous de nous avoir traînés au chevet d'un enfant inguérissable ? A tout bien considérer peut-être troquerions-nous volontiers la fierté de quelques victoires contre l'allègement de ne pas connaître ces amères déceptions.

Et puis, après tout, ce n'est pas nous d'abord qui sommes en cause mais l'espèce humaine. Si d'autres méthodes que les nôtres peuvent mieux la défendre contre la douleur et la mort, c'est à celles-là qu'il nous faut aller. Nous ferons un marché de dupes ? nous étoufferons dans l'œuf des maladies qui, écloses, nous eussent donné travail et profit ? Telle est déjà notre façon de faire et sans doute est-il dans le destin des médecins de s'ôter bénévolement le pain de la bouche. Mieux encore : nous n'obtiendrons aucune reconnaissance et peut-être encourrons-nous des avanies de nos clients qui, ne s'étant pas sentis menacés, ne concevront pas la valeur du service rendu ? Cela n'est pas douteux : le public s'est fort bien habitué à être débarrassé de la variole ; il ne pense pas plus à la maladie qu'au bienfait anonyme des médecins vaccinateurs.

Et c'est ici peut être que le mot de Duhamel a reçu son premier démenti. L'acte médical n'est plus toujours, il sera sans doute de moins en moins un « acte singulier, un acte d'homme à homme ».

G. Lavalée.

HOPITAUX — ACCOUCHEMENTS FAITS PAR DES RELIGIEUSES NON POURVUES DE DIPLOME DE SAGE-FEMME

Une sage-femme nous écrit pour nous demander si, dans un hôpital, il peut être toléré que les infirmières puissent ne faire appel à une sage-femme qu'à la dernière limite : d'où le résultat, c'est que l'accouchement est terminé, lorsque l'accoucheuse arrive.

Le cas serait très fréquent et tourne même en habitude, ce qui revient à dire que les accouchements normaux sont faits par des religieuses, qui ne sont pas munies du diplôme de sage-femme. La Commission administrative de l'établissement tolère de tels procédés et va plus loin en demandant ensuite à la sage-femmes de signer les feuilles d'assurances sociales, pour que les Caisses puissent verser le forfait d'accouchement.

La sage-femme peut-elle se refuser à signer cette feuille de maternité, alors qu'elle a donné les soins prénataux et qu'ensuite, elle est appelée à visiter l'accouchée pendant les neuf jours consécutifs à l'accouchement ?

A ces questions qui nous sont posées, je réponds que toute personne, qui n'est pas munie du diplôme de docteur en médecine ou de celui de sage-femme et qui pratique habituellement l'art des accouchements est passible des pénalités prévues par l'article 18 de la loi du 30 novembre 1892 contre l'exercice illégal de l'art des accouchements.

Tout au plus peut-on invoquer à la décharge des religieuses qu'elles agissent dans des cas d'urgence. Mais il appartient à la Commission administrative de l'hôpital de ne pas tolérer cet exercice illégal par des personnes non munies du diplôme requis par la loi. D'ailleurs, en cas de poursuites correctionnelles, la Commission administrative pourrait être impliquée dans la plainte et se voir reprocher une complicité dans ces pratiques illégales.

Dans ces conditions, il appartient au Syndicat des sages-femmes de se joindre au Syndicat des médecins pour que de justes observations soient faites à la Commission administrative de l'hôpital, pour que ces faits délictueux ne puissent plus se produire.

A la Commission administrative de nommer un accoucheur chef dans le service de la maternité ainsi qu'une ou plusieurs sages-femmes et d'organiser un tour de garde pour que les accouchements puissent être faits par les personnes autorisées par la loi.

D'ailleurs, si un accident survenait, le mari de l'accouchée pourrait poursuivre religieuses et Commission administrative pour faute, négligence, accident survenu par carence, ou impéritie. Non seulement il pourrait intenter une action correctionnelle pour exercice illégal et complicité, mais aussi réclamer la réparation du dommage causé par des personnes inexpérimentées.

D'autre part, il m'est demandé si la sage-femme qui n'a pas pratiqué l'accouchement peut néanmoins signer la feuille de maternité d'une assurée sociale.

A première vue, on peut conclure par la négative. Seule la personne qui a pratiqué l'acte obstétrical peut en réclamer paiement ; mais cependant si l'assurée sociale ou femme d'assuré a été déjà visitée par une praticienne, qui a fait les consultations prénatales et qui donne ensuite les soins consécutifs à l'accouchement, l'accoucheuse peut signer la feuille d'assurances sociales pour que le forfait global d'accouchement soit remboursé à l'ayant droit, laquelle a versé des honoraires d'accouchement.

A la Caisse de porter plainte devant le Syndicat des praticiens, parce que l'accouchement a été fait par une personne qui pratique illégalement.

Le Syndicat verra alors s'il doit poursuivre correctionnellement ces personnes qui violent la loi de 1892.

En conclusion, je donne le conseil suivant : le Syndicat des médecins et celui des sages-femmes peuvent faire une démarche collective, auprès du maire, président-né de la Commission administrative de l'hôpital en question. Il sera démontré à ce magistrat que les agissements des religieuses sont illicites et qu'ils risquent de conduire le maire, ainsi que la Commission administrative, de même que la religieuse, devant le Tribunal correctionnel, pour exercice illégal de la pratique des accouchements et complicité.

De plus, les personnes sus-visées peuvent être assignées en dommages-intérêts, en cas d'accident au cours de l'accouchement.

Mieux vaut donc rentrer dans la légalité et désigner des praticiens qui, seuls, auront qualité pour pratiquer les accouchements à l'hôpital.

Si le maire refuse, une démarche sera faite auprès du préfet et, s'il y a lieu, auprès du ministre de la Santé publique, comme supérieur hiérarchique.

Dr Paul BOUDIN.

A PROPOS DE LA TRANSMISSION DES MALADIES CONTAGIEUSES PAR LE PRÊT DES LIVRES

Docteur LOP (Marseille)

Mis en retard dans la lecture des journaux, je prends connaissance ces jours-ci seulement d'un procédé de désinfection des livres scolaires ou autres, proposé par le Professeur Tanon (*Concours Médical*, octobre 1936).

Ce n'est pas pour réclamer la priorité de ce moyen de défense que je me permets ici de rappeler avoir présenté un mémoire à l'Académie de médecine en 1902 ou 1903 sur « La transmission des maladies contagieuses chez les écoliers par le prêt des livres classiques ainsi que la contamination par les livres en location (romans ou autres) ».

J'étais arrivé à déceler ce mode de transmission par l'observation d'une petite épidémie de scarlatine localisée dans un quartier du Vieil Hôtel de Ville, chez les élèves d'une école communale de ce quartier. A quelque temps de là, j'observais également plusieurs cas de scarlatine disséminés en ville, qui n'avaient également d'autres origines que l'échange de livres fait dans un bureau de location d'une librairie de la ville.

En conclusion de ces constatations, appuyées sur ces faits non douteux rigoureusement observés, je proposais dans mon petit mémoire, à titre prophylactique, de rendre obligatoire à la fin des classes la désinfection des livres qui devaient servir pour l'année suivante ; et quoique ce soit beaucoup plus difficilement réalisable je proposais par ce même moyen d'éviter la transmission des maladies contagieuses dues à la location des livres par les cabinets de lecture.

A l'appui de ces conseils, je suggérais la désinfection des livres par l'emploi à froid de vapeurs de formol, contenu dans un récipient *ad hoc*, placé dans une caisse bien étanche où les livres auraient été suspendus par leur milieu afin qu'ils restent bien ouverts et non les uns sur les autres; dans cette caisse, de dimension variable (à cette époque il n'y avait pas d'étuve au formol).

Les livres de classe placés sur des fils métalliques seraient restés, pendant toute la période des vacances ; le concierge ou un employé quelconque de l'école — car même à l'époque des vacances il y a toujours quelqu'un à demeure — aurait été chargé de renouveler de temps à autre la provision de formol, soit sous forme de pastilles, soit en solution du Codex.

J'ai toujours eu la naïveté de supposer que cette suggestion, qui avait été appréciée par l'Académie de médecine, aurait été mise en pratique sous telle ou telle autre forme que celle proposée par moi, par le ministère de l'Instruction publique.

Je vois par la communication du Professeur Tanon qu'il n'en est rien.

Je souhaite que ses conseils, par sa voix plus autorisée que la mienne, soient autrement écoutés que ne l'ont été les miens. Je ne sache pas jusqu'à ce jour et je n'ai jamais entendu parler que la désinfection des livres de classe, par le procédé signalé, qui se serait perfectionné depuis lors, ou par tel autre, ait été employée.

Je profite de l'occasion qui m'est offerte à ce sujet par ce qui précède, pour signaler également qu'à la même époque j'ai attiré l'attention du ministère de la Guerre sur la propagation de la tuberculose dans l'armée par des instruments de musique (à vent) qui ne subissaient aucune désinfection et qui passaient d'une classe à une autre, étant simplement l'objet d'un nettoyage tout à fait rudimentaire.

Ce qui m'avait conduit à émettre cette possibilité de contamination, c'est que j'avais été appelé à voir deux jeunes gens de Marseille, étrangers l'un à l'autre, musiciens de l'armée, qui jouaient d'un instrument à vent — je ne me souviens plus lequel — et dont la tuberculose m'avait parue à ce moment-là, d'après les renseignements qui m'avaient été donnés, ne pouvant avoir d'autres origines que la contamination par lesdits instruments (1).

On m'excusera de rappeler également que j'ai signalé à l'Académie de médecine, à peu près à la même époque, l'importance qu'il y aurait à ce que soient mis en congé d'office les maîtres et maîtresses d'école chez lesquels le diagnostic de tuberculose pulmonaire serait avéré ; ce congé est aujourd'hui chose faite.

De cette façon, cette mise en congé payé, ne pouvait que profiter aux malades et aux élèves. Soins pour les premiers, contagion évitée pour les autres.

(1) Un chef de musique militaire, de mes amis, que j'avais interrogé à l'époque sur ce qu'il advenait des instruments au point de vue désinfection quand les classes étaient libérées, me répondit simplement « — Rien. Les nouveaux arrivés astiquent l'embouchure ».

MÉDECINE LÉGALE

Mouvements spontanés après le moment apparent de la mort

Mlle M. Badonnel, Mme E. Fortineau, et M. P. Neveu, rapportent les faits intéressants que récemment ils ont pu observer sur une malade (1). Puis ils mettent au point cette question, qui a déjà sucité de nombreux travaux et observations.

« Mlle S... Alice, 25 ans, entrée le 6 avril 1936 à l'hôpital présentait un mauvais état général et une obstruction intestinale chronique. Le 10 avril, vomissements très abondants, état de déshydratation considérable malgré les injections de sérum ; signes d'une occlusion inopérable ; on prescrit de l'oxygène sous-cutané et en inhalation. A 11 h. 35 elle meurt. L'interne du service est appelé pour examiner le corps et signer la feuille constatant la mort. A ce moment on ne note rien de particulier : immobilité, absence de mouvements respiratoires, de battements cardiaques et de pouls. Les infirmières du service s'apprêtaient à faire enlever le corps, lorsqu'elles constatèrent, avec une certaine angoisse, qu'il présentait des mouvements ; l'une d'elles vint avertir l'interne que « le décès remuait ». C'est alors que nous avons observé les faits que nous rapportons.

« Nous avons d'abord constaté l'existence de mouvements étendus des extrémités inférieures. La pâleur du corps, l'immobilité du thorax, la bouche entr'ouverte, la mâchoire pendante, la décoloration des lèvres, le pincement du nez, les yeux révulsés, l'état de déshydratation des téguments lui donnaient un aspect cadavérique, formant un contraste impressionnant avec l'apparition de ces mouvements.

« Les deux pieds se déplaçaient lentement, alternativement en abduction, puis en adduction soit simultanément, comme pour se rapprocher, soit isolément, chaque mouvement durant de dix à vingt secondes, la pointe du pied décrivant un trajet de 8 à 10 centimètres ; en même temps, les orteils avaient des mouvements de flexion et d'extension soit simultanés, soit isolés. Ces mouvements présentèrent une intensité et une amplitude décroissantes ; nous les avions constatés à 11 h. 40, il y en eut presque continuellement jusqu'à 13 heures. Des piqûres d'aiguille donnèrent l'impression, sans toutefois que nous puissions l'affirmer, d'augmenter leur amplitude. Nous avons recherché à plusieurs reprises les réflexes tendineux qui étaient abolis.

« Ayant supposé une relation entre l'injection sous-cutanée d'oxygène et l'apparition de ces mouvements, une première injection d'oxygène a été pratiquée dans le tissu cellulaire du bras ; et, un instant plus tard, une deuxième à la face externe de la cuisse ; un changement local de coloration de la peau, à l'endroit où diffusait l'oxygène a été noté ; de pâles les téguments sont devenus rosés, violacés. Les mouvements, qui s'étaient atténués ont augmenté d'amplitude et de fréquence.

« A 12 h. 45 un fait nouveau apparaît : les membres supérieurs étaient jusque-là immobiles, les mains croisées devant le pubis. L'avant-bras gauche ayant été déplacé en supination, effectue un lent mouvement de pronation, puis de supination. Au même instant sont apparus, des deux côtés, des mouvements des doigts : en particulier, l'index et l'auriculaire présentent des mouvements de flexion et d'extension de la phalange sur le métacarpien, allant de la flexion à l'extension presque complète ; et le pouce, des mouvements d'adduction et d'abduction, de flexion et d'extension des phalanges, d'amplitude variable, se répétant environ toutes les quinze secondes, ne suivant aucun ordre dans leur succession et leur apparition. Les mouvements des doigts présentèrent une atténuation graduelle jusqu'à leur disparition complète vers 13 heures.

« Le reste du corps est resté absolument immobile ; il n'y eut de mouvement, ni des muscles du tronc, ni de ceux de la face. A l'auscultation, absence des bruits du cœur ; pouls radial non perceptible. Les pupilles, en mydriase, ne réagissent pas, il n'y a pas de réflexe cornéen.

« Nous avons pratiqué une injection d'adrénaline intracardiaque, il n'y eut pas de modification ; l'aiguille n'était pas souillée de sang, quand elle fut retirée.

« La température à 40° au moment de la mort s'est abaissée régulièrement.

« Dès 13 heures, il existait des lividités cadavériques aux parties déclives, c'est-à-dire à la partie postérieure des membres et du tronc. A ce moment, la section de la radiale, dénudée à la tabatière anatomique, a montré la vacuité de l'artère. »

Les faits de mouvements, survenus après la mort apparente, ont été constatés plusieurs fois et rapportés dans des observations précises. Ils ont été constatés dans des cas de mort par le choléra et la fièvre jaune ; ils ont encore été étudiés chez les décapités.

C'est au cours du siècle dernier, pendant les grandes épidémies de *choléra*, que l'on s'est le plus inquiété de ces phénomènes, susceptibles d'intriguer et de frapper particulièrement l'imagination de ceux qui y assistaient. Les mouvements que présentent les cholériques apparaissent peu d'instants après la mort, cinq à dix minutes. Leur amplitude et leur fréquence est variable ainsi que leur localisation.

Le plus souvent le début a été observé aux membres inférieurs, aux pieds qui présentent des mouvements d'extension, de flexion, de latéralité. Plus rarement, on les a vu débuter par le membre supérieur, aux doigts, en flexion, puis en extension. La propagation des mouvements est ascendante ; des contractions des muscles de la jambe et de la cuisse apparaissent ; puis, après le membre inférieur, le membre supérieur présente une agitation : ce sont d'abord des mouvements des doigts, puis du poignet et de l'avant-bras, pronation et supination ; ils peuvent s'étendre jusqu'au grand pectoral et, dans quelques cas, atteindre les muscles du cou, pro-

(1) *Annales de médecine légale*, octobre 1936.

voquant des mouvements de la tête; les muscles de la face, et rendre le cadavre grimaçant ; son aspect produit une impression pénible ; la mâchoire se referme, les paupières s'ouvrent, les globes oculaires se tournent vers le bas, ou convergent en dedans par contraction du droit interne. Il n'a jamais été observé de contractions des muscles du tronc. L'intensité de ces phénomènes peut être telle qu'ils déterminent une modification de la position du corps : déplacement des membres, et même passage du décubitus dorsal au décubitus latéral. L'amplitude est variable ; parfois, il ne se produit que de faibles déplacements ou, seulement, un léger frémissement. Le rythme des mouvements est également différent selon les cas ; le plus souvent, il est assez lent, sans saccades, à peu près régulier ; parfois, on a constaté de brusques soubresauts ou des mouvements convulsifs. Leur fréquence varie pour chaque groupe musculaire qui agit soit isolément, soit en même temps, sans aucun ordre apparent. La durée du phénomène a pu varier de quelques minutes à plusieurs heures : dans une observation de Brandt, durant neuf heures rigoureusement constatées par l'auteur, et peut-être dix-neuf heures, si l'on ajoute foi au récit d'un témoin. En moyenne, les mouvements persistent une heure et demie ou deux heures.

Les signes de la mort ont le plus souvent été recherchés, avec d'autant plus de soin que l'on pouvait redouter particulièrement une inhumation prématurée. A cette époque les auteurs se basaient sur l'abolition de la respiration et de la circulation, qui a été constatée par les méthodes cliniques : recherche du pouls et auscultation prolongée du cœur. L'examen de la température a donné des résultats ne concordant pas entre eux ; pour certains auteurs, la température se serait élevée après la mort ; pour d'autres, elle n'aurait pas été modifiée ou aurait baissé régulièrement.

Les observations faites sur des sujets morts de la fièvre jaune sont analogues ; on fait remarquer la persistance de la contractilité des muscles répondant vivement à une excitation mécanique faible ; on aurait également relevé ces mouvements sur des membres séparés du tronc par amputation immédiatement après la mort.

Ces mouvements n'ont pas été observés seulement dans le choléra et la fièvre jaune. Brown-Séquard rapporte une observation de Basham qui a constaté, chez un homme *mort rapidement* d'apoplexie : des flexions du pied, des contractions fibrillaires portant sur le tibial antérieur, de légers mouvements de flexion des doigts ; ces phénomènes ont eu une faible durée ; ils se sont accompagnés d'hyperthermie.

Quant aux mouvements présentés par les *suppliciés par décapitation*, ils ont toujours frappé l'imagination de la foule, et on a souvent posé la question de la persistance de la sensibilité et même des facultés mentales pendant les instants, qui suivent la décollation. De nombreuses légendes décrivent des mouvements étendus des corps décapités. Au début du XIX[e] siècle, certains auteurs, cherchant plus à stigmatiser l'horreur du supplice qu'à rapporter des observations précises, ont conclu sur des faits mal établis, à l'existence de mouvements volontaires importants de la tête ; ils démontraient ainsi la persistance de la conscience.

Bichat, Holmgren, Brown-Séquard, Loye ont fait généralement les observations suivantes :

Pendant la première minute qui suit la décollation, le visage reste calme. C'est à la deuxième minute que peuvent apparaître quelques mouvements d'abaissements de la mâchoire, de trémulation de la langue, des mouvements de latéralité des globes oculaires avec parfois ouverture ou fermeture des paupières. A la troisième minute, les phénomènes ont cessé.

Le tronc a pu présenter des mouvements spontanés très faibles, mais le fait serait extrêmement rare. Les mouvements réflexes (réflexe cornéen, réflexes tendineux) disparaissent très rapidement ; cependant la contractilité musculaire persiste ; le muscle excité par une irritation mécanique répond par une contraction. Ch. Robin a pu voir des mouvements étendus du membre supérieur, déterminés par une piqûre de pointe de scalpel.

Loye a également pratiqué des décapitations expérimentales sur des chiens, au moyen d'un appareil analogue à la guillotine. Des mouvements spontanés sont apparus trente secondes à une minute après la décollation ; ils consistaient en bâillements, ébauche de mouvements inspiratoires de la face et mouvements de latéralité des globes oculaires, leur durée maxima étant de une minute. Le corps a présenté quelques mouvements spontanés disparaissant très rapidement ; la contractilité musculaire a persisté assez longtemps. Ces mouvements spontanés ont été également observés sur des animaux anesthésiés au chloroforme avant leur exécution, ce qui tend à faire éliminer la possibilité d'une intervention de la volonté et peut-être même de la sensibilité dans la production de ces mouvements.

L'étude de ces phénomènes montre entre eux quelques faits communs, notamment leur apparition après une mort survenue rapidement. Brown-Séquard et Brandt font aussi remarquer que, chez les cholériques, les contractions sont d'autant plus fréquentes et énergiques que la maladie a été plus courte et les muscles moins fatigués par des crampes.

Il semble que l'on doive considérer l'état de

déshydratation considérable observé dans la fièvre jaune et le choléra, et que nous retrouvons dans l'observation rapportée plus haut.

Ces mouvements ont le caractère commun d'*apparaître seulement quelques instants après la mort clinique.*

Ils sont possibles à cause de la persistance de la contractilité des muscles, propriété qui disparaît, quand s'établit la rigidité cadavérique. Pour expliquer la spontanéité des phénomènes observés chez les cholériques, Brown-Séquard formulait l'hypothèse de l'existence d'un excitant du muscle, de nature chimique, probablement l'acide carbonique sanguin et musculaire. L'influence d'une excitation nerveuse doit être éliminée, ces mouvements ayant pu apparaître après section des nerfs, et même amputation du membre. La possibilité d'une excitation chimique ressort également d'expériences récentes de M. Papilian, ayant montré l'apparition, chez des chiens tués, de mouvements spontanés après injection intra-artérielle de solution de bicarbonate de soude, de chlorate ou de carbonate de potasse.

S'agit-il de mouvement réellement *post mortem*. La mort clinique apparaît ici constante. Cependant, après cette mort clinique, arrêt prolongé de la respiration et de la circulation, la contractilité musculaire persiste ; le cœur ainsi que l'on montré récemment MM. Duvoir et Pollet, par l'étude d'électro-cardiogrammes, peut présenter encore des contractions ventriculaires anarchiques et un mélange de fibrillation auriculaire et ventriculaire ; le moment réel de la mort apparaît donc difficile à déterminer et ne semble pas coïncider avec la mort clinique. Il semble cependant difficile de ne pas considérer les faits rapportés comme des phénomènes vitaux, des phénomènes de vie partielle persistant dans certaines parties de l'organisme et contrastant avec l'abolition de la personnalité.

G. F.

YEUX DE CHAT

J'étais alors médecin de campagne. Je savais — par ouï-dire — que dans mon « secteur » se trouvait une jeune femme atteinte de cancers multiples, mais je n'avais jamais été appelé et aucun confrère ne la visitait. Enfin, un soir, à la nuit tombée, le mari vint me chercher, m'expliquant que sa femme souffrait et me priant d'intervenir.

N'ayant pas atteint la trentaine, pâle, avec de grands et beaux yeux aux pupilles dilatées, amputée des deux seins, portant dans les aînes de volumineux paquets ganglionnaires, agitée d'une toux sèche et ininterrompue, la malheureuse, assise sur son lit, eut la force de m'adresser quelqu s paroles de bienvenue et le courage de sourire.

Ses yeux me surprirent parleur mydriase insolite, mais, tandis que je faisais les brefs préparatifs d'une injection hypodermique et que cette presque-agonisante suivait tous mes gestes, je remarquai que, sous certaines incidences, ses yeux avaient la phosphorescence des yeux de chat.

La piqûre faite, j'éteignis la lampe électrique du plafond et il ne resta plus dans la chambre qu'une faible lampe avec abat-jour sur une table éloignée ; à ce moment, dans la demi-obscurité, ses yeux m'apparurent véritablement lumineux.

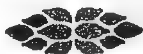
Je lui demandai si elle voyait bien et sa réponse fut affirmative.

Elle devait mourir peu après. Par son entourage j'appris que ce phénomène n'était apparu que depuis peu de jours.

Faut-il voir une corrélation entre cette anomalie et la maladie en cours d'évolution ? C'est probable.

Je crois, dans tous les cas, que des faits de ce genre — surtout aussi accentués — sont très rares dans l'espèce humaine.

Dr R. RAMONET
(de Carcassonne)



VIRUS CHIMIQUES

Cette association de mots est tellement extraordinaire que pas un lecteur, je gage, ne manquera de sursauter lorsqu'elle lui tombera sous les yeux.

Tel est bien pourtant le terme dont use Jean Rostand pour parler de la découverte du jeune biochimiste américain W.-N. Stanley, de l'Institut Rockfeller, de Princeton.

Dans un premier article publié par le *Figaro* au début de février (et que j'ai rapidement analysé ici), il racontait comment Stanley, étudiant une maladie qui sévit sur la pomme de terre, la tomate, le tabac, et que l'on nomme « la mosaïque » (à cause des altérations dans la couleur des feuilles) était parvenu à identifier le virus de cette maladie transmissible ; et il reconnut que ce virus était une protéine qu'il obtint à l'état cristallisé.

Un second article paru, cette fois, dans *Marianne* du 24 mars, permet à Jean Rostand de revenir sur le sujet de façon plus circonstanciée et de décrire les conquêtes toute récentes d'une découverte qu'il n'hésite pas à qualifier de « capitale ».

Comment cette protéine virulente détermine-t-elle la maladie ? Comment surtout, à travers les passages successifs provoqués par les expérimentateurs, arrive-t-elle à se reproduire à l'instar d'un organisme vivant ? On ne le sait pas encore de façon certaine ; mais on suppose avec beaucoup de vraisemblance qu'elle excite, de la part des tissus de l'hôte, la production d'une substance toute pareille à elle. En somme, ce seraient les cellules même de l'organisme infecté qui, à la suite du déclenchement provoqué par l'inoculation, sécréteraient le virus dont elles vont mourir : perversion assez analogue à ce que l'on admet dans le cancer, puisqu'il semble prouvé que les agents cancérigènes ne font que donner l'impulsion première du dérèglement cellulaire dans lequel les cellules persévèreraient ensuite par elles-mêmes.

On a objecté à Stanley que les propriétés infectieuses de la protéine devaient appartenir à un virus organisé qui demeurerait attaché au substrat chimique ; à cela Stanley a répondu en aisant cristalliser dix fois de suite sa protéine et en montrant qu'elle avait gardé intact son pouvoir virulent.

La protéine-virus est cent fois plus active que le suc des plantes malades ; elle possède un poids moléculaire extrêmement élevé, signe de l'extrême complexité de sa molécule.

Jusqu'en ces derniers mois, l'on extrayait cette protéine du suc des plantes malades par une méthode de précipitation chimique. Et la chose n'allait pas sans difficultés. Un gros progrès vient d'être réalisé par Wyckhof et Carey : ils opèrent cette extraction par ultra-centrifugation. Le jus des plantes malades est réparti dans les tubes d'une centrifugeuse qui donne 25.000 tours-minute : le virus se collecte ainsi au fond des tubes sous forme de particules cristallines exactement semblables, du point de vue optique et sérologique, à celles que fournit l'extraction chimique.

Cette série de faits stupéfiants se passe dans le monde végétal ; et si la biologie générale la considérait avec un intérêt passionné, l'on pouvait croire qu'elle était encore loin d'affecter les concepts de la médecine. Mais voici (et c'est ici que Jean Rostand en arrive aux toutes dernières découvertes) que la protéine-virus s'installe aussi dans le règne animal à la suite des révélations de Beard et Wyckhof sur le papi lome infectieux du lapin.

Ce pap llome, découvert en 1933 par Richard E. Shope sur les lapins sauvages de l'Arkansas, se présente sous la forme d'une protubérance cutanée, en corne ou en verrue. Toujours bénin au début, ce papillome finit généralement par subir une dégénérescence maligne. Des fragments insérés dans l'abdomen du lapin donnent naissance à de véritables cancers d'un volume considérable.

Or, si l'on broye ce papillome, si l'on filtre soigneusement le liquide de broyage, on peut, au moyen de ce filtrat dénué de tout étément visible au microscope, transmettre la tumeur à un animal sensible. Aussi en attribuait-on jusqu'ici la génèse à un virus filtrant. Eh bien, l'ultra-centrifugation du suc de papillome permet d'isoler une protéine à gros poids moléculaire qui paraît être l'agent de la croissance néoplasique.

Et ici tous les médecins du monde tressailleront d'une immense espérance en songeant au cancer qui leur a valu tant de défaites et tant de déceptions. Sans doute ne faut-il pas chanter victoire déjà : le papillome infectieux du lapin occupe parmi les néoplasmes une place très particulière, et rien ne dit que de lui l'on puisse conclure aux autres cancers.

Il n'en est pas moins vrai que le papillome de Shope ressemble étrangement aux verrues cutanées de l homme, aux papillomes du larynx, aux condylomes, aux indurations de l' « acanthosis nigricans ». Il n'en est pas moins vrai, de plus, que pour la première fois nous arrive du laboratoire quelque clarté véritable sur l a genèse d'une tumeur.

L'on aperçoit, par ce simple exposé, l'immense

champ d'étude que les découvertes de Stanley, de Beard et Wyckhof ouvrent à la biologie et le rêve pathétique dont elles ne peuvent manquer de bercer les médecins.

Si grand, de par le monde, est le nombre des êtres que le cancer torture et pousse au tombeau, que soudain l'on hésite à parler d'une possible victoire. Elle est encore incertaine et, en tous cas, sans doute serait-elle longue à atteindre, trop longue pour le salut de ceux qui souffrent en ce moment. Déjà, dans tous les pays, les chercheurs doivent être au travail. Comme le temps nous dure !

Est-il, dans le monde moderne, image plus saisissante de mages se mettant en route et marchant à l'étoile?

G. LAVALÉE.

AU PAYS DE KNOCK

Il existe en vérité, nous assure un voyageur, et c'est tout simplement ... les Etats-Unis d'Amérique.

Ce voyageur, le comte Adrien de Meeûs, conte ses impressions d'Amérique avec une verve satirique dont les Belges, on le sait, ne sont jamais dépourvus (1).

Si, dans un restaurant, dit-il, vous laissez tomber votre serviette par terre on refusera de vous la rendre. Si vous la ramassez vous-même un garçon vous l'arrachera des mains et courra en chercher une autre. Le parquet a pourtant été lavé le matin même avec une solution antiseptique...

Le prestige des médecins, dans ce pays, est incroyable : ils régissent tout, dictent tout. Pourquoi ne mange-t-on presque pas de pommes de terre aux Etats-Unis ? parce qu'elle y pousse mal ? non pas ! parce que les centres médicaux n'en veulent que très peu dans le régime alimentaire. La vogue est aux vitamines ; il y a des « restaurants de vitamines » et les importateurs de bananes ne disent plus « mangez des bananes » mais « achetez des vitamines ».

La nicotine augmente légèrement l'alcalinité du sang ? les affiches géantes des marchands de cigarettes hurlent « Alcalinisez-vous ; fumez une Camel ». La vogue est au calcium ? « Vous avez besoin de calcium : buvez du lait » ordonnent les marchands de lait ; et les fabricants d'autres produits alimentaires supplient les chimistes de découvrir du calcium, à n'importe quel prix, dans leurs denrées.

Les journaux ont vulgarisé la doctrine de Freud ; certains parents n'hésitent pas à mettre leurs enfants en pension simplement pour que ceux-ci ne s'attachent pas trop à eux et ne risquent pas d'« attraper », comme une fièvre contagieuse, le redoutable « complexe d'Œdipe ».

Actuellement le grand mot d'ordre de la médecine américaine est « Purgez-vous ». La maîtresse de maison vous demande avec prévenance, si vous dînez chez elle, « Etes-vous constipé ? » : elle ajouterait au menu un plat de pruneaux. Les marchands de laxatifs connaissent un « boom » inouï et soucieux d'exploiter leur chance à fond, placardent des affiches, ordonnant « Move your bowels twice a day », allez à la selle deux fois par jour. Le papier hygiénique va se vendre comme des petits pains.

Une autre invention exploitée en ce moment est le « pied d'athlète », imperceptible rougeur de la plante des pieds mais contagieuse et à peu près incurable à moins qu'on ne se soigne avec tel produit recommandé : « Songez à vos enfants ! ... Envisagez votre responsabilité » Et l'Americain moyen se rue chez le pharmacien.

Priver un enfant de dessert est un crime, car c'est rogner le régime alimentaire de croissance et priver l'infortuné d'hydrates de carbone. Le punir est dangereux ; gare au « complexe d'infériorité » ! « Ne cherchez jamais à briser la volonté d'un enfant » proclament à l'envi professeurs, journaux et revues. Si bien que les enfants poussent en Amérique comme de jeunes sauvages.

Notre voyageur belge, on le voit, s'est fait une pinte de bon sang pendant son voyage en Amérique.

Il est bien vrai que les Yankees sont extraordinairement disciplinés quand il s'agit d'emboîter le pas au Progrès. Mais, pour la tranquillité des voisins, avouons que cette manie est moins inquiétante que de défiler derrière des fanfares guerrières.

G. L.

(1) *Le Scalpel*, 13 février 1937.

SERVICE DE SANTÉ EN CAMPAGNE

Equipe chirurgicale (1)

Chantier chirurgical

Par le Docteur Georges HUGUET

L'expérience de 1914-1918 est à la base des conceptions actuelles d'utilisation du personnel chirurgical. Si donc l'on veut comprendre, et au besoin critiquer les idées d'aujourd'hui, il faut nécessairement passer en revue les formes successives, que les nécessités de l'heure ont données au travail chirurgical pendant la période précitée.

Au point de vue général, le début de la guerre 1914-1918 s'est placé sous le signe de la *balle humanitaire* et de la *plaie de guerre aseptique.* La raison commandait donc de porter très en avant un personnel chirurgicalement de deuxième zône, largement approvisionné de teinture d'iode, de paniers de pansements et de gouttières, et ne faisant grosso-modo que de l'empaquetage plus ou moins soigné. La véritable chirurgie était reportée très loin en arrière où elle se faisait presque à tête reposée, et le service de santé se croyait sûr de trouver suffisamment de chirurgiens d'annuaire, pour satisfaire largement aux nécessités opératoires.

Or, il se trouva que dès le début de la campagne, le principe « balle humanitaire » fit faillite et devant la gravité des blessures par éclat d'obus, il fallut de toute urgence organiser un secours chirurgical réellement efficace à l'avant, secours complété à l'arrière par une chirurgie de séquelles.

Il y eut donc lieu de recenser exactement les compétences chirurgicales, et l'on rassembla ainsi 1.335 chirurgiens de métier en vue de les redistribuer selon les exigences du service.

Ce rassemblement ne fut, ni instantané, ni facile. Pendant la période d'avant-guerre, de nombreux chirurgiens, pour des motifs divers, avaient été versés dans le service auxiliaire, et la mobilisation les avait affectés d'après leur position militaire et non d'après leurs compétences. Il fallut évidemment un certain temps et un certain nombre de décisions officielles pour remettre les choses dans leur ordre normal ; et l'on peut affirmer, sans grand risque d'erreur, que ce nombre de 1.335, plus haut indiqué, ne fut effectivement exact qu'à la fin de 1914 ou début 1915 : à cette époque un nouveau dénombrement porta à 1.369 le nombre de chirurgiens mobilisés tant au front qu'à l'intérieur.

(1) Conférence faite au cours de perfectionnement des officiers de réserve. Moulins (Allier).

Ce ne fut qu'à partir de ce moment que le service de santé put enfin songer à s'organiser chirurgicalement sur des bases solides.

Il y avait peu à changer aux principes d'organisation de l'arrière : seule, la nature des interventions ne répondait pas aux prévisions, plaies largement infectées au lieu de plaies aseptiques ; mais ce n'était là qu'une question de technique.

Il restait donc à mettre sur pied un service chirurgical pratique et efficace à l'avant ; et c'est alors que se posa dans toute son ampleur le problème, non seulement de chirurgie immédiate, mais encore de tous les à-côtés indispensables : locaux opératoires, hospitalisation, moyens de transports à l'arrivée et au départ, personnel fixe nécessaire au fonctionnement de ces différents services.

Semblables obligations ne se remplissent ni vite, ni aisément ; pendant un certain temps encore la chirurgie continua donc à se faire en ordre dispersé, et la première solution correspondant à peu près aux nécessités ci-dessus énoncées, n'arriva qu'au milieu de 1915 avec l'auto-chir.

Il sembla qu'avec cette création on eût enfin, un secours chirurgical complet, vraiment pratique, vraiment mobile, facile à installer et propre à être poussé suffisamment près du front ; mais à l'usage on s'aperçut que l'auto-chir ne pouvait vivre seule, et qu'en fait elle était sans plus un groupe opératoire. Son déploiement comportait donc une grosse organisation préalable d'hospitalisation, si bien qu'en fait l'auto-chir qu'on avait voulu légère, rapide à installer, rapide à replier, se montra au contraire trop lourde et d'une utilisation laborieuse.

La preuve en fut nettement établie à partie de 1917 où, dans la majorité des cas, les auto-chir furent envoyées comme renfort de personnel et de matériel dans des locaux chirurgicaux fixes, préalablement installés.

Ajouterai-je que les auto-chir avaient en général des médecins chefs trop universitairement gradés pour être militairement maniables. Il n'empêche, que dans bien des circonstances l'auto-chir, renforcée en personnel traitant par une ou plusieurs ambulances, s'est montrée la seule formation chirurgicalement utile sur le front jusqu'au milieu de 1916.

Les inconvénients des auto-chir n'avaient pas tardé à être aperçus par les directeurs de S. S

d'armée ; on se rendit rapidement compte de l'insuffisance quantitative de leur rendement ; de plus un point sensible nécessitant un effort chirurgical passager de quelque importance pouvait fort bien ne pas comporter un renfort aussi copieux que celui de l'auto-chir.

Il fallait donc organiser une formation de personnel de renfort légère, constituant une petite unité technique facile à déplacer.

C'est à cette idée que correspondit en janvier et février 1916, l'organisation des cours de chirurgie dite « de guerre » ; dans chaque armée on rechercha dans toutes les formations sanitaires, les médecins signalés par leurs chefs comme de tendance nettementchirurgicale, et on les groupa dans des villes hospitalières importantes (Châlons-sur-Marne, 4e armée, par exemple).

Ce que furent ces cours leur brièveté (deux mois) permet de s'en faire une idée ; ce malgré quoi, la bonne volonté apportée tant par les maîtres que par les élèves fut suffisante pour arriver à la création d'un artisanat chirurgical sérieux.

Evidemment, parmi ces artisans improvisés, il s'en trouva un certain nombre incapable de suivre le train ; mais par contre beaucoup d'entre eux, et en très peu de temps, se montrèrent à même de tenir mieux qu'honorablement un service de chirurgie générale, opérations et traitement post-opératoire.

Cette nouvelle main-d'œuvre chirurgicale fut, si l'on peut dire, mise en observation dans les services ; et vers fin 1916, après une étude suffisamment soigneuse des possibilités de chaque sujet, le service de santé put envisager l'unification de la main-d'œuvre chirurgicale sous forme d'équipe.

C'est en mars 1917, que furent mises sur pied ces équipes : et leur nombre aux armées fut fixé à 360 classées : en équipe A de chirurgie majeure ou d'hospitalisation ; B, de chirurgie mineure ou d'évacuation ; C, devenue S de spécialité.

Les équipes, non pourvues de matériel, avaient comme personnel : un chef d'équipe, son assistant, de grade au plus égal à celui du chef, et trois infirmiers de la section, dont l'un affecté spécialement aux anesthésies. Par la suite toutes les équipes ou presque recrutèrent un ou une anesthésiste supplémentaire, ce qui permettait de travailler sans perte de temps à deux tables d'opérations.

Les équipes chirurgicales n'étaient primitivement considérées que comme renfort de personnel. La formation qui les utilisait devait donc prévoir à l'avance un personnel fixe relayé, de radio, de stérilisation, de salle d'opérations, l'hospitalisation adéquate étant prévue derrière le service opératoire.

Les équipes donnèrent dans leur ensemble, une telle satisfaction que le nombre en fut progressivement augmenté aux armées de 360 jusqu'à 570 ; les unes, mobiles, étaient déplaçables dans l'armée ou d'une armée à l'autre, suivant les nécessités de l'heure ; les autres, fixes, étaient affectées organiquement à raison de une par échelon de division, et de C. A. ; six à chaque formation d'armée.

Les bons résultats obtenus par cette constitution en équipe, amenèrent le Service de santé à généraliser cette conception que l'on étendit aux formations de l'intérieur, pour lesquelles on mit sur pied 350 équipes.

Je rappelle le nombre recensé de 1.369 chirurgiens de carrière ; je l'oppose au nombre de 920 équipes chirurgicales mises sur pied en 1917, je remarque qu'un grand nombre de chirurgiens, non de carrière, sont chefs d'une des 920 équipes et je me demande presque avec angoisse quelles sont les raisons qui ont pu faire éliminer pas loin de 500 chirurgiens d'annuaire des contrôles de l'armée (1369 était un chiffre trompe-l'œil).

Jusqu'à février 1918, l'unité de main-d'œuvre était l'équipe chirurgicale : mais à la suite de quelques coups durs, on s'aperçut que l'équipe chirurgicale n'étant pas en acier, la véritable unité valable était la table d'opérations 100 % travaillant vingt-quatre heures sur vingt-quatre; si bien que dans tous les à-coups importants, on prit l'habitude de déplacer, non plus des équipes isolées, mais des groupes de trois, quatre ou cinq équipes.

Cette manière de voir primitivement sporadique fut consacrée officiellement par la note Toubert du 22 juillet 1918 dont je donne ci-dessous le texte intégral.

GRAND QUARTIER GÉNÉRAL
ETAT-MAJOR
Service de santé
No 4.818

Au G. Q. G. juillet 1918.

NOTE

1. *Constitution de groupes d'équipes chirurgicales mobiles.* Dans chaque armée et direction d'étapes il sera constitué des groupes d'équipes chirurgicales.

Les groupes comprendront quatre équipes qui continueront à travailler dans les centres hospitaliers où se trouvent les ambulances ou hôpitaux auxquelles elles sont jointes, mais qui devront pouvoir être réunies sans retard.

Dans chaque groupe un médecin chef d'équipe A sera désigné comme chef de groupe par le chef supérieur du S. S. de l'armée ou le médecin chef de la D. E. après avis du chirurgien consultant.

Les équipes constituant le groupe seront dotées de lots d'instruments de chirurgie générale, suivant les prescriptions de la note no 175 (A. D. du 15 février 1918).

Il sera prévu par accord avec le service automobile des armées par application de la note no 34.846 A du 13 juillet 1918, des moyens de transports automobiles qui permettront d'assurer de toute urgence le déplacement des équipes chirurgicales appartenant au groupe

qu'il serait nécessaire d'envoyer en renfort dans un point du front.

Ces groupes seront désignés sous le nom de groupe chirurgical mobile et devront avoir un numéro d'identification suivant les indications données.

II. *Emploi des groupes d'équipes chirurgicales mobiles.* Les équipes chirurgicales envoyées en renfort dans les armées devront toujours se déplacer par groupe de quatre, sous la conduite du chef de groupe.

En cas d'indisponibilité d'une équipe composant normalement le groupe, il sera désigné une équipe de remplacement.

Le transport d'équipes chirurgicales d'armée à armée devra s'exécuter par moyens automobiles chaque fois que leur déplacement ne devra comporter aucun retard.

Les chefs de groupe d'E. C. M. arrivant en renfort dans une armée doivent faire connaître au chef supérieur du S. S. d'armée et au chirurgien consultant la valeur des équipes qui composent le groupe.

En principe, les équipes chirurgicales d'un même groupe ne devront pas être dissociées, mais travailler avec leur chef de groupe, sous la surveillance technique du chirurgien consultant d'armée.

Signé : TOUBERT.

A la deuxième armée, que je prends comme exemple, on constitua les groupes d'équipes 25 et 26 : le groupe 25, une équipe A et quatre équipes B ; le groupe 26, cinq équipes A. Distinction bien nette entre chirurgie d'évacuation et d'hospitalisation.

En fait, la constitution des groupes était la réalisation pratique de l'unité table d'opération ou, comme on l'a appelé plus tard : chantier chirurgical.

La fin de la guerre 1914-18 n'a pas permis de se rendre un compte exact de la valeur de ces groupements ; il est très vraisemblable que leur statut et leur utilisation auraient été modifiés au fur et à mesure des inconvénients reconnus, c'est cependant sur cette base qu'est actuellement conçue l'utilisation du personnel chirurgical en temps de guerre, avec quelques modifications il s'entend bien.

Pour résumer, les évolutions successives de la conception chirurgicale 1914-1918 peuvent donc se condenser sous quatre têtes de chapitres.

1° Au début, chirurgie d'arrière ; la chirurgie d'avant devant être pratiquement à peu près inexistante.

2° Auto-chir.

3° Equipes chirurgicales.

4° Groupes d'équipes chirurgicales.

Actuellement :

Les conceptions à ce jour — 1937 — sont basées sur l'équipe chirurgicale unité technique dont on a prévu 326, toutes de chirurgie majeure, organiquement rattachées à des formations de l'armée, 326 auxquelles il faut adjoindre 171 équipes de renfort réparties : en 81 isolées — sans matériel — et 90 groupées par 3, en 30 groupes chirurgicaux mobiles dotés d'un matériel propre.

Les équipes chirurgicales fixées en ambulances lourdes comportent : un chef, un assistant, quatre aides — les équipes légères non fixées, trois aides seulement : dans un cas comme dans l'autre un aide doit être spécialisé en anesthésies *omnis generis.*

Les équipes, organiquement attachées à une formation servent en période calme à expédier le travail courant, en période plus agitée, elles sont le noyau de cristallisation autour duquel viendront s'agglomérer équipes ou groupes d'équipes de renfort.

Quel sera leur travail ? Il est quant à présent bien difficile à prévoir : notre camarade Moulle nous a traité dans une précédente conférence la question du Service de santé de l'armée motorisée ; or, si avec cette armée motorisée, on envisage encore la formation d'un front, on considère aussi que ce front aura une élasticité, non plus de quelques centaines de mètres, mais de plusieurs kilomètres : 20, 30 ou 40 peut-être, et dans ces conditions il faut bien reconnaître, que le service chirurgical comportera très à l'avant, à l'échelon de division ou de Corps d'armée, une insécurité réellement incompatible avec un bon fonctionnement. On doit donc, dès à présent, songer à reporter la chirurgie utile à une centaine de kilomètres en arrière et, à l'échelle près, nous retombons dans les solutions adoptées en 1918, où la véritable chirurgie de rendement s'est faite dans la grande majorité des cas, à l'échelon H. O. E. primaire.

Les équipes isolées me semblent devoir être employées à titre de renfort dans les formations de divisions ou de C.A. où une seule équipe est primitivement prévue, ces équipes isolées auront, je crois, un sort bien précaire. Toujours expédiées en enfant perdu, véritables bouche-trous, sans point d'attache fixe, elles ne paraissent pas destinées à une stabilité et par conséquent à un intérêt de travail bien grand. J'ai idée, que le chef de semblable équipe ne pensera, s'il a une valeur personnelle et du cran chirurgical, ou, qu'à se faire admettre dans un groupe, ou qu'à obtenir une place fixe dans une formation dont il deviendra élément organique. Avec les idées actuelles, semblable chef d'équipe pourrait peut-être aussi envisager comme débouché la spécialisation, un peu outrancière à mon avis, que l'on étudie aujourd'hui.

On songe en effet, pour cette chirurgie qui a fait couler tant d'encre il y a vingt ans, chirurgie de ventres, de thorax et de gros fracas de crâne, à créer des équipes uniquement spécialisées en ces espèces. C'est là un chapitre qui a besoin d'être étudié, avant de lui donner une solution que l'on voudrait espérer pratique. Il s'agit, en effet, d'une chirurgie de moribonds (l'argot de métier disait, chirurgie de crevards), d'une chirurgie de cas isolés, qui, quoiqu'on en ait dit et écrit, ne trouve que mal sa place dans la chirurgie de collectivité telle qu'elle se présente

en temps de guerre. Car au total, en temps de guerre, il est deux sortes de cas chirurgicaux : d'une part, blessés crevards au mieux non récupérables pour lesquels la responsabilité du chirurgien n'est généralement engagée ni en bien ni en mal : d'autre part, blessés standard en série, totalement ou partiellement récupérables, dont nous donnerons quelques exemples plus loin et pour lesquels la responsabilité du chirurgien joue presque à tous les coups.

Cette idée de spécialisation a donc besoin, je le répète, d'être très approfondie avant d'être developpée plus avant ; les quelques tentatives que l'on a faites à cet égard pendant la période 1914-18, ne semblent pas avoir donné des résultants probants ; je citerai en 1918 en Champagne, l'abri Paulinier, spécialisé dans les ventres, auquel il a manqué manifestement une hospitalisation immédiate derrière lui, pour que l'on puisse tirer une conclusion pratique de son fonctionnement.

Pour être complet, au point de vue quantité et répartition du personnel chirurgical, je rappellerai qu'il est actuellement prévu aux armées 38 chirurgiens consultants.

En 1918, les chirurgiens consultants étaient chef d'équipe A., ayant comme assistant un chirurgien capable de les remplacer comme chef d'équipe A ; actuellement ils ne semblent pas devoir être opérateurs réguliers.

Et maintenant nous étudierons le chantier chirurgical qui représente non plus l'unité technique, mais l'unité table d'opération servie par trois équipes.

Cette étude nous amènera à considérer le fonctionnement du chantier avec le matériel nécessaire, le personnel fixe de stérilisation, de radio, de salle d'opération ; l'horaire des gardes, etc. ; au point de vue technique, le chantier étant la résultante des équipes, nous examinerons le rendement d'une équipe en nature et en quantité de blessés, et nous en conclurons le rendement général de la table d'opération sur vingt-quatre heures.

Disons immédiatement qu'une fois installé dans ses locaux opératoires et hospitaliers munis de leur personnel, le chantier chirurgical doit se suffire à lui-même, et assurer d'abord de manière ininterrompue le service opératoire, ensuite les soins post-opératoires.

Le premier point à fixer pour le chantier c'est l'organisation horaire du tour de garde. A trois équipes, on est obligé de le baser sur les 3-8 ; mais la nécessité d'assurer le service de salle et l'impossibilité où se trouve une équipe, pour venir à bout de tout son travail, de prendre toujours les mêmes heures de salle d'opération, 4 heures du matin, midi, par exemple, — oblige à faire un décalage dont le rythme le plus simple est le suivant :

	12 h. 20 h.	20 h. 4 h.	4 h. 2 h.
équipes	I	II	III
—	II	III	I
—	III	I	II
—	I	II	III

Ce décalage donne, comme on le voit, pour chaque équipe, trois gardes de 8 heures, espacées de 8 heures et un intervalle libre de 32 heures permettant la mise en ordre dans le service de salle, la mise au point des écritures techniques ou administratives et le repos de l'équipe.

Ce tableau de garde peut paraître lourd ; c'était là du reste l'opinion de Tuffier qui affirmait que passé 6 heures et six opérations importantes le chirurgien ne faisait plus rien de valable.

En examinant, pour se conformer à cette manière de voir, ce que donnerait la garde de 6 heures, on s'aperçoit qu'elle comporte, elle aussi, beaucoup de difficultés ; au point de vue fatigue, il n'y a pas grand'chose de changé et, de plus, si l'on tient — comme cela doit être, à garder à la même équipe toujours le même personnel environnant — radio, stérilisation, on voit que ce rythme apporte des complications assez grandes ; enfin, il ne faut pas oublier qu'une relève de garde comporte fatalement une perte de temps à l'arrivée et au départ, perte qui peut s'évaluer à environ 3 heures sur vingt-quatre pour la garde de 6 heures.

Je crois donc qu'il faut s'en tenir à la garde de 8 heures décalée comme étant, malgré tout, la plus pratique. Voici donc le chantier à pied d'œuvre ; voyons maintenant quelles sont ses possibilités d'activité et de rendement.

Ce rendement a été évalué à des chiffres tellement variables qu'il est nécessaire d'élucider la question en prenant des exemples concrets.

Je citais tout à l'heure l'opinion de Tuffier concernant la durée de la garde, et le nombre d'opérations consécutives possibles. Je me permettrai de faire remarquer que Tuffier, grand consultant aux armées, mais venant de l'intérieur, apportait à la chirurgie de l'avant ses idées préconçues de chirurgien surtout abdominal, et, il faut bien se rendre compte que si sa manière de voir s'était réellement confirmée, le nombre de blessés décédés non opérés, serait devenu catastrophique. Je considère comme beaucoup plus près de la vérité l'opinion de Desgoutte, de Lyon, qui, consultant dans un centre, avait très vite vu, qu'en temps de guerre, la seule chirurgie intéressante, par ses résultats et la récupération des blessés, est la chirurgie standard, en série, au cours de laquelle les mains du chirurgien entraîné travaillent réellement beaucoup plus que son cerveau, et, c'est pour me conformer à cette opinion que j'ai recher-

ché dans un cahier d'opérations une garde très lourde mais sans ventre ni thorax.

J'en donne le relevé opératoire, et l'on pourra constater aisément que chirurgie standard ne veut pas dire chirurgie uniformisée.

21 août 1917.

1° 87e R.I. T. Amputation sus-malléolaire gauche pour gros broiement du pied : blessé exsangue, très shocké, chlorof.

2° 6e R. I. Hémirésection du coude gauche pour fracture de l'extrémité supérieure des deux os de l'avant-bras, chloroforme.

3° 6e R. I. Fracture diaphysaire cuisse droite : extraction du projectile : ablation des esquilles libres et d'une grosse esquille externe adhérente : épluchage. Débridement de deux sétons du mollet gauche. Excision de deux plaies de cuisse droite face interne. Blessé très shocké, plaies odorantes. Gouttière, chloroforme.

4° 6e R. I. Débridement d'un trajet borgne de fesse droite. Extraction d'un projectile E. O. Excision d'une plaie du talon droit. Chlo.

5° 12e R. I. Amputation de l'avant-bras gauche pour broiement de la main et du poignet, amputation du médius et l'annulaire droite, excision d'une plaie de l'éminence hypoténar droite, chloroforme.

6° 38e R. A. C. Epluchage et enfumagei odé d'une large plaie de l'avant-bras gauche, face antérieure, fracture du cubitus, plaie très infectée, chloroforme.

7e 173e R. I. Débridement et exploration d'un foyer de fracture de l'humérus droit par E. O., projectile non extrait, pas de radio, chloroforme.

8° 173e R. I. Epluchage d'un séton transversal du bras gauche, chloroforme.

9e 103e R. I. Extraction d'un gros E. O. dans la parotide droite — section du confluent veineux, hémostase par tamponnement maintenu par un point de soie. Chloroforme.

10e 6e R. I. Gros enfoncement du frontal gauche hématome sus et sous-duremérien avec ouverture de la dure-mère. Esquillotomie, évacuation des hématomes, suture, rapprochement, chloroforme.

11° 412e R. I. Excision de tissus contus à la face postérieure de la cuisse droite. Enfumage iodé. Chloroforme.

12° 411e R. I. Extraction d'un E. O. à la face interne et inférieure du fémur droit, hémarthrose de voisinage respectée. Chloroforme.

13e 412e R. I. Plaie du genou gauche avec lésion de la rotule, grosse déchirure de la synoviale, arthrotomie totale, suture, chlorof. (blessé de 48 heures).

14e 12e R. I. Plaie de la région sus-pubienne pénétrant dans la symphyse : esquillotomie, nettoyage, l'éclat n'est pas retrouvé (pas de radio), large plaie très infectée de la région scapullaire droite (iode), chloroforme.

15° 12e R. I. Eclatement de la tête humérale droite par E. O. Résection, débridement d'un trajet partant du moignon de l'épaule et menant dans le trapèze opposé, fracture de la clavicule, exposition du trajet. Phlegmon gazeux. Chloroforme.

16e 103e R. I. Exposition d'un trajet de la face postéro interne de la cuisse gauche. Chloroforme.

17e 6e R. I. Plaie du cuir chevelu région occipitale gauche, lésion de la table externe. Fraisage. Suture. Chloroforme.

18e 103e R. I. Extraction d'un E. O. dans la diaphyse humérale gauche, débridement d'un trajet de main gauche. Chloroforme.

19e 154e R. I. Débridements multiples du membre inférieur gauche, chloroforme.

20e 12e R. I. Projectile coude gauche, extraction, arthrotomie latérale externe, écoulement de synovie louche. Suture sur drains-crins. Malléole externe trépanée par E. O. Extraction, plaie très infectée, réserve pour la tibio-tarsienne. Chloroforme.

21e 178e R. I. Extraction d'un projectile face antéro-externe et supérieure du bras droit, excision des orifices et méchage du trajet, chlorof.

La présente garde a le droit d'être considérée comme trop lourde, et je conviens bien volontiers que les gardes ne présentent pas toujours la même activité opératoire. J'ai cependant choisi cet exemple pour la preuve qu'il donne, qu'en cas de nécessité, avec un personnel bien en main, une bonne organisation, avec deux tables et deux anesthésistes, un opérateur peut faire beaucoup de travail. Dans la moyenne des cas, on peut admettre le rendement comme légèrement supérieur à douze interventions ; étant donné qu'à ce rythme, les suites opératoires sont généralement excellentes pourvu que la blessure ne date pas de plus de 8 heures, on peut conclure qu'avec trois équipes d'égal tempérament, un chantier doit rendre par vingt-quatre heures, quarante interventions du type correspondant à celui qui a été indiqué.

Les indications ci-dessus sont rigoureusement valables au niveau H. O. E. primaire tel qu'il a fonctionné en 1917-18, mais il serait irrationnel de vouloir superposer exactement le travail et le rendement d'un poste divisionnaire ou de C. A. à celui d'un H. O. E. ; au point de vue mortalité, par exemple, il m'a été dit que certains postes avancés avaient eu des déchets montant jusqu'à 50 %, tandis que dans un H.O.E. primaire comme celui de Souilly, une équipe ayant une mortalité de 5 %, était déjà tenue à l'œil.

Les blessés n'étant pas immédiatement évacuables à leur sortie de la salle d'opération, il nous faut maintenant évaluer l'importance des locaux d'hospitalisation dont doit disposer un chantier chirurgical.

Me basant toujours sur l'H. O. E. primaire, je peux donner l'indication suivante : la durée d'hospitalisation pour chaque blessé a pu être évaluée en moyenne à six jours, mettons sept, pour ne pas risquer l'encombrement. Le chantier pouvant rendre quarante blessés par vingt-quatre heures, il faut donc prévoir en cas de coup dur, 280 lits d'hospitalisation, en chiffres ronds 300.

En fait, si l'organisation du secteur comporte des transports de blessés très actifs et très rapides, donnant toujours moins de 10 heures entre la blessure et l'intervention, on doit pouvoir ramener l'hospitalisation à 200 lits ; mais il peut suffire que la relève et le transport soient largement retardés, pour que ce chiffre de 200 devienne très insuffisant. Je crois donc qu'il est prudent de fixer à un minimum de 250 lits, l'hospitalisation d'un chantier chirurgical.

La conception actuelle du chantier chirurgical comporte à mon avis quelques critiques.

Au point de vue du personnel, le chantier chirurgical est trop étriqué à trois équipes ; pour ma part il me semble inférieur au chantier de Toubert à quatre équipes, qui pouvait assurer indéfiniment le service de salle d'opération vingt-quatre heures par jour dans de bonnes conditions techniques et matérielles, tant pour les blessés que pour les opérateurs.

Au point de vue du matériel que comporte chaque chantier, si le chantier fonctionne seul, cela pourra encore aller, le rassemblement de l'instrumentation après travail pourra se faire sans trop de difficultés ; mais dans toute grosse formation centralisée avec une seule stérilisation, la récupération du matériel individuel de chaque chantier deviendra impossible, et cela se traduira, soit si les chantiers partent à tour de rôle par une accumulation de mauvais matériel pour le partant, soit, si la dislocation se fait en même temps pour tous, par des procès-verbaux de pertes d'instruments massives, ou encore quelques-uns de ces tours d'ingéniosité que nous avons tous pratiqués.

Telle est dans son ensemble la distribution prévue du personnel chirurgical ; mais quoi qu'il tourne et quoi qu'il arrive, quelles que soient les prévisions, il est vraisemblable que tous, combattants, ou services, nous serons dépassés par les événements. Il n'en reste pas moins, que des exposés comme celui-ci nous mettront plus à même de nous adapter aux circonstances, et nous permettront de ramener à des dimensions raisonnables le fameux système D qui, à son échelle maxima, a rendu tant de coûteux services au cours de la dernière guerre.

A PROPOS DE TARIFS MÉDICAUX

Sur le grand Tell de l'Acropole de Suse se trouvait une stèle en diorite noire de 2 m. 25 de haut qui fut découverte en 1901 par la mission française de Morgan.

Elle est visible actuellement au musée du Louvre et porte gravé ce que l'on a appelé le « Code Hammourabi ». Parmi diverses matières de moindre intérêt (pour nous, du moins !) le code Hammourabi fixe les prix des diverses interventions chirurgicales (1).

Les opérations oculaires étaient tarifées dix sicles pour les nobles et deux sicles pour les esclaves (or 10 sicles représentaient le loyer annuel d'une très belle maison ou encore 300 journées d'ouvrier). Il y avait un « mais », et d'importance : l'opération devait être suivie d'un plein succès. En cas contraire « si un médecin traite un homme libre d'une plaie grave, avec le poinçon de bronze, et le tue, ou si, avec le poinçon de bronze, il ouvre la taie et crève un œil, on lui coupera les mains ». Avis aux ophtalmologistes contemporains !

Le médecin devait rendre esclave pour esclave s'il tuait son patient et payer la moitié du prix de l'esclave s'il l'aveuglait.

Ainsi s'exprime le premier tarif médical connu ; malgré les dix sicles d'argent il avait de quoi faire réfléchir l'homme de l'art avant qu'il saisît le « poinçon de bronze ».

L'on manque de renseignements précis sur les honoraires demandés par les médecins égyptiens, grecs et romains. Mais l'on peut supposer que ces derniers, en tous cas, ne connaissaient pas les tarifs de l'Assistance médicale gratuite, puisque Q. Stertinius gagnait annuellement douze à treize cent mille sesterces (environ 1/2 million de francs or) et que Crinas, de Marseille, légua aux siens dix millions de sesterces.

A l'époque arabe, les médecins privés des Califes, généralement au nombre de deux, avaient un traitement mensuel de 50 dinars (750 francs or) et, en plus, des rations de fourrage pour leurs montures. Quant aux médecins des hôpitaux, il leur était alloué 15 dinars par mois. Ils avaient, par ailleurs, la faculté de faire de la clientèle privée et ne devaient pas s'en priver puisque l'un d'eux, Djibril Ebn Bakhtichma, retirait annuellement de sa profession, quatre millions de dirhems) (plus de deux millions de francs or) plus 200.000 dirhems pour paiement des médicaments (il était aussi propharmacien, l'animal !) plus de nombreux cadeaux consistant surtout en somptueux vêtements. Hélas ! que les temps sont changés !

Au Moyen-Age encore l'on trouve de ces fabuleuses prébendes ; les papes d'Avignon couvraient d'or leurs médecins ordinaires, tel un certain Jacobi.

Mais les charlatans, empiriques, ambulants commençaient à foisonner. C'étaient pour la plupart de sinistres gredins qui cherchaient avant tout à plumer le patient et qui n'hésitaient pas à simuler des opérations qu'ils n'accomplissaient pas. Aussi la clientèle était-elle rétive. Et l'on a trouvé mention, en Allemagne, d'oculistes qui opéraient sur la place publique pour 24 sols, 12 sols et même 6 sols.

De nos jours on leur construirait des dispensaires.

G. L.

(1) *La Médecine*, janvier 1937 : Prof. H. Villard.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Benjamin CONSTANT : **Adolphe.**

LES ORIGINES DE CE ROMAN d'après l'Introduction d'Edmond PILON.
Illustrations en couleur de Paul-Emile BÉCOT. (L'Edition d'Art H. Piezza, Paris, 1936.)

Parmi les romans psychologiques ADOLPHE, de Benjamin Constant, est considéré comme un chef-d'œuvre du genre dont la lecture a passionné notre jeunesse et que les générations nouvelles peuvent encore lire avec intérêt. Il rappelle *la Princesse de Clèves* que Madame de La Fayette écrivit à la fin du XVII[e] siècle et inspira sans doute *Dominique* que Fromentin écrivit quelques cinquante ans plus tard.

Le sujet d'Adolphe peut se résumer en quelques lignes. Adolphe, accueilli chez le comte de P., conçoit une vive passion pour Ellénore, la maîtresse du Comte, polonaise séduisante, que son amant considérait comme sa légitime épouse et dont il élevait les enfants. Ellénore, bien plus âgée qu'Adolphe, partage sa passion au point de lui sacrifier son bienfaiteur, le Comte de P. Le roman est la description des sentiments sincères et fidèles d'Ellénore, proie de son amour pour Adolphe qui, irrésolu, désire rompre les liens qui l'attachent à sa maîtresse sans avoir le courage de les briser. La mort d'Ellénore est le dénouement de cette situation.

En jugeant froidement de nos jours la conduite d'Adolphe on la taxerait de « mufflerie ». Ce jeune homme qui séduit la femme de son protecteur, qui la détourne de lui, alors qu'elle a contracté à son égard une dette de reconnaissance dont elle ne saurait s'acquitter, ne réveillerait aucune sympathie. Mais B. Constant écrivait son roman au début du XIX[e] siècle, à l'aurore de l'époque romantique.

La belle société était alors fort indulgente pour les crises passionnelles que condamna plus tard la moralité bourgeoise. On excusait les écarts de Chateaubriand, de Mme de Staël, de Mme Récamier, de Pauline Bonaparte, de Mme Talien. Plus tard, on excusera la conduite singulière de la Comtesse d'Agoult et du futur Abbé Litz et les déportements de George Sand.

Ne nous étonnons pas si les contemporains s'apitoyèrent jusqu'aux larmes sur les malheurs d'Ellénore et les sentiments irrésolus d'Adolphe.

Il est d'ailleurs reconnu qu'Adolphe est une autobiographie où Benjamin Constant s'est peint lui-même. M. Edmond Pilon, dans sa remarquable Introduction, utilisant tous les documents publiés ces dernières années, a jeté une vive lumière sur la genèse et le succès du roman. Cette histoire, contée avec son talent habituel par M. Edmond Pilon, est pour nous aussi passionnante que le roman lui-même.

Benjamin Constant, l'auteur et le héros d'Adolphe, était, d'après Chateaubriand, l'homme qui a eu le plus d'esprit après Voltaire. Enfant du siècle, jouet de ses passions, impulsif, il était, a dit Pauline de Beaumont, « ennemi de tout ordre, de toute modération » et sa cousine Rosalie le trouvait doué « de grands talents et de passions ardentes ».

Instable, dévoré d'inquiétudes, incertain dans ses opinions comme dans ses tendresses, il méritait le surnom que lui donnaient ses meilleurs amis : Constant, l'Inconstant. Le besoin de femmes et les liens irréguliers qui en résultaient, dominaient sa nature. Pour peindre Ellénore, l'objet de sa passion, de la passion d'Adolphe, il prétendait avoir « brouillé ses crayons » de façon qu'on ne put exactement en trouver le modèle. On y a reconnu, en effet, Anna Lindslay, Mme de Staël, Mme Récamier, Julie Talma. Mme Constant de Rebecque, en publiant les lettres de Julie Talma et de Benjamin Constant à Anna Lindslay, a permis d'éclairer ce mystère.

Ellénore est surtout Anna Lindslay que Chateaubriand connut à Londres et qui, fut l'ensorceleuse qui enferma Constant dans un « cercle magique ».

Cette Anna Lindslay, mi-irlandaise, mi française, était la fille d'un aubergiste de Calais, que Mme Fitz-James éleva avec soin et qui, devenue une belle fille, rendit jalouse sa bienfaitrice qui s'en sépara. Elle fut successivement la maîtresse de M. de Conflans, de Louis Drumont, Comte de Melfort, enfin d'Auguste de Lamoignon. En 1800, B. Constant la rencontra chez Julie Talma, et en tomba éperdûment amoureux. Ce fut elle qui lui inspira Ellénore ; mais Corinne (Mme de Staël), a fourni des traits à ce portrait.

B. Constant, après avoir écrit son roman, se plaisait à le lire en petit comité, surtout dans des cercles de femmes. Il le lut chez Mme Récamier, chez Mme de Coigny dont le nom évoque André Chénier, chez Mme de Duras. Il mettait en le lisant une émotion intense et communicative qui, si l'on en croit de Barante, faisait tomber les femmes en pâmoison. Le duc de Broglie conte qu'un jour B. Constant en fit une lecture qui dura trois heures. L'auditoire, gagné par l'émotion, se mit à sangloter d'une façon intense, et lorsqu'il reprit un peu de sang-froid, il ne put retenir ses éclats de rire. On comparait B. Constant à Orphée en proie aux Bacchantes.

L'âge, la politique transformèrent B. Constant. Ce « vieil homme d'amour » finit en répondant en 1830 à l'appel de La Fayette, qui, selon l'expression d'un de ses biographes, M. Dumont-Welden, le présenta à l'émeute « comme un vieux drapeau troué ».

M. H. Piazza a donné une très belle réédition d'*Adolphe*, ornée de délicieuses illustrations en couleurs dues au talent délicat de M. Paul-Emile Bécat mais la belle introduction de M. Edouard Pilon que nous avons résumée, donne un charme nouveau à ce roman d'une autre époque. J. NOIR.

Henri Petit. — **Un homme veut rester vivant.**

(Fernand Aubier, éditions Montaigne, Paris).

Est-ce une autobiographie ? Des confessions à la Jean-Jacques ? On serait tenté de le croire.

L'auteur, issu d'une famille de petite bourgeoisie provinciale, a 14 ans lors de la déclaration de la grande guerre.

Trop jeune pour participer à la lutte, il en subit les conséquences morales. Il entre à la Faculté de droit, en sort licencié.

Ambitieux, il a rêvé au Conseil d'Etat, à la diplomatie, aux grands concours, mais le manque de ressources le ramène à des visées plus modestes. Il rapporte une impression fâcheuse du service militaire, il se plie difficilement à la discipline et son orgueil s'accommode mal de la subordination à des chefs qu'il considère comme ses inférieurs intellectuels. Il est d'ailleurs d'un éclectisme assez original dans ses admirations littéraires. Il voue un culte à la fois, à Barrès, à Péguy et à Romain Rolland.

Il se marie trop jeune, il faut choisir une profession. Le voilà, journaliste. Il a la veine d'être le secrétaire du Directeur d'un grand quotidien. Il aurait pu là se faire de brillantes relations qui lui auraient servi au cours de sa carrière ; son orgueil ombrageux le tient à l'écart, si bien qu'un beau jour, un camarade lui prend sa place et il en est réduit à devenir petit reporter, allant de commissariat à commissariat prendre note des faits divers et des chiens écrasés. Tout cela lui permet de faire quelques constatations judicieuses sur le journalisme. L'esprit de la rédaction est tout différent de celui du journal. L'esprit du journal doit être celui de ses lecteurs qui aiment à trouver dans leur journal le reflet de leurs propres opinions. Le lecteur choisit son journal, le journaliste ne choisit pas le sien.

Mal rétribué, ne voyant pas d'avenir dans la presse, et ayant charge de famille, il se résout à demander un poste administratif en province.

Le voilà fonctionnaire. Il n'est pas douteux que cet individualiste, orgueilleux, rebelle à toute hiérarchie, qui aurait pu se complaire à l'indépendance toute relative du médecin praticien, ne pouvait guère se plaire dans une Administration. Son caractère ombrageux d'inférieur qui méprise ses supérieurs et les sous-estime, ne lui fait pas conquérir la sympathie de ses chefs, ni de ses collègues. Il y a là quelques pages sur la psychologie du fonctionnaire très bien observées dont nous conseillons la lecture à ceux de nos confrères qui rêvent du fonctionnariat de leur profession. A. de Vigny a traité de la grandeur et servitude militaires, la servitude du fonctionnaire est réelle mais sa grandeur n'existe pas. Tout offusque l'auteur dans une profession à laquelle il ne sait pas s'adapter ; l'homme, selon lui, est sacrifié aux hommes. Qu'il serve d'abord, constate-t-il, on verra ensuite.

Après avoir épuisé toutes les idées, toutes les réflexions que provoquent chez lui ses rancœurs, il a conscience de son impuissance. « Je rêve trop, écrit-il et j'oublie qu'il n'y a que notre ombre sur la route, toujours barrée de l'absolu. »

Il sent que ses efforts seront vains, qu'il se heurtera à l'indifférence et à l'incompréhension des hommes. Mais, ce révolté ne se soumettra pas, il tentera de créer une nouvelle œuvre plus grave.

Il parle beaucoup de l'incompréhension des hommes, ne serait-ce pas plutôt lui qui ne les aurait pas compris ?

J. N.

Editions des Presses Universitaires de France

Docteur Serge Galonier. — **Essai sur l'existence d'un stade élémentaire primitif et fondamental de la matière dite vivante : l'archobe**

Des deux grandes méthodes usitées pour l'étude des phénomènes naturels, la méthode d'Occident qui veut connaître seulement la raison, et la méthode d'Orient, qui fait appel à l'intuition, l'auteur a choisi la seconde pour se pencher sur ce problème réellement hermétique : comment est apparue la vie, et sous quelle forme, à la surface du globe terrestre.

Une ou des éruptions volcaniques sous-marines, par l'ensemble des phénomènes thermiques, électriques et de pression qu'elles provoquent ont pu, au sein du milieu marin, faire la synthèse du premier élément vivant sous une forme comparable aux ultra-virus et aux formes filtrantes des microbes.

Et de là l'auteur passe à une théorie sur l'origine du cancer et sur les phénomènes intimes de l'immunité.

Curieuses imaginations, à la Wells ou à la Jules Verne. Qui sait ce qu'en dira l'avenir ?

G. L.



L'EXPOSITION DE DEGAS A L'ORANGERIE

L'œuvre de Degas composée en partie de pastels, de dessins et même de sculptures, est un spécimen des plus surprenantes productions de la seconde moitié du XIXe siècle.

Si le peintre a su révéler des trouvailles dans ses coloris, il convient aussi de remarquer la beauté de son dessin, à la différence de tant de peintres modernes qui ne savent ni dessiner, ni peindre. On sent bien, quoiqu'il se soit séparé de lui plus tard, qu'il fut un élève d'Ingres.

Les suites de Degas forment pour ainsi dire des séries, les *danseuses* et le *théâtre*, les *femmes à la toilette*, les *courses*, les *modistes*, des *portraits* et *scènes de genre*. Degas en cela fut un novateur : représenter le monde du théâtre dans l'éclairage artificiel et conventionnel de la scène, et dans une perspective spéciale, était une chose presque inconnue.

Dans cette série, signalons l'*Etoile* (113) s'apprêtant à envoyer des baisers au public, la fameuse *Danseuse au bouquet* (89) *saluant sur la scène*, la *Danseuse sur la scène* (88) penchée en avant, les *Danseuses derrière un portant* (105), le *Baisser du rideau* cachant presque la scène, le rideau frisant la tête des artistes (104) et cette délicieuse *Danseuse au bouquet* (*fin d'arabesque*) (90), tous pastels aux tons ravissants.

Plusieurs toiles peintes ayant trait au théâtre témoignent également de la virtuosité de Degas, telle la *Salle de danse* (30) au vieux professeur chauve et à la femme au premier plan lisant son journal, ou bien encore la *Leçon de danse* (39) avec de nombreuses danseuses dans des attitudes différentes. Même brio pour les *Deux danseuses* et dont l'une faisant des pointes (26) et la *Classe de danse* éclairée, montrant au centre le professeur appuyé sur une canne (21).

Il faut ajouter à cette série l'*Orchestre* (9), aux physionomies pleines de vie et une autre toile, les *Musiciens à l'orchestre* (15). On les aperçoit dans la pénombre d'une salle sans lumières contrastant avec les danseuses éclairées par les feux de la rampe (15) et enfin ce souvenir de jadis le *Café-concert* (*Concert des Ambassadeurs*), avec les artistes assises sur le plateau (116).

La série des femmes à la toilette est surtout intéressante pour les médecins. Il est regrettable seulement que les modèles fussent parfois de qualité esthétique médiocre. Mais quelle harmonie dans ces mouvements de corps, dans ces torsions ou contorsions, d'une femme sortant du bain ou du tub en s'essuyant telle ou telle partie du corps et présentant un modelé parfait adéquat au mouvement esquissé. Citons cette *Femme s'essuyant les pieds* (133), la *Salle de bain* (158) et *même sujet* (161), l'une s'épongeant le bras gauche, l'autre vue de dos remontant son peignoir (166); puis femme se coiffant les deux bras levés et cette autre agenouillée sur un divan se frottant les reins. Arrêtons-nous devant cette *Baigneuse couchée* ; belle étude académique (121).

Les études de jockeys et de courses sont remarquables par le mouvement donné aux chevaux.

Aux courses *Jockeys amateurs* (27) aux *Courses avant le départ* (28). *Le départ de la course* (36) et les *Chevaux de courses* (37) et surtout *La voiture aux courses* (14), vieux fiacre de jadis, avec le petit chien sur le siège, tableau d'une heureuse composition et d'un pittoresque amusant.

Mais Degas a abordé d'autres sujets, portraits, scènes d'intérieur ou réalistes et toujours avec le même bonheur, qu'il s'agisse du tableau de la *Mendiante romaine*, œuvre de jeunesse (2), ou du *Tableau du viol*, dans l'éclairage étudié de cette lampe à l'huile placée sur un guéridon (20).

Quelle merveille de simplicité si bien traduite dans cette *Scène de la bouderie* où l'homme offre un aspect si caractéristique (11). Quels détails charmants dans le *Bureau du coton à la Nouvelle-Orléans* (18). Nous ne saurions trop admirer ces perles de l'exposition, les *Blanchisseuses* à leur travail et baillant (42) et l'*Absinthe* où le peintre a su si bien mettre en relief l'aspect de ses personnages (23).

Quelques beaux portraits qu'il faut voir, celu de *Mademoiselle Rouart*, grandeur nature (44), *Du guittariste et du père de l'artiste* (16), celui de *M. Rouart, père*, puis ce délicat *Portrait de femme* (4) tournée de trois quarts les chevaux bouffant sur le front, le *Portrait de Miss Cassat, vue de dos* (86), nfin la *Femme aux chrysanthèmes* où les fleurs occupent la majeure partie de la toile (6).

Il faut encore citer ces deux remarquables pastels chez *La modiste* (40), d'une composition curieuse et d'une variété de coloris étonnante, de même l'*Essayage chez la modiste* (109), les deux semblant se compléter. Très particulier ce pastel, la *Conversation* représentant deux jeunes femmes à demi couchées sur le tapis d'une table dont on n'aperçoit pas les pieds (111).

Dr M. Vimont.

EXPOSITION INTERNATIONALE DE 1937

JOURNÉES INTERNATIONALES DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Paris, 1er-10 Juillet 1937

Renseignements Généraux

Leur date

1er au 10 juillet 1937, mais les Congressistes seront reçus au Secrétariat général, 2, rue Chauchat, Paris, dès le dimanche 27 juin 1937, certaines manifestations devant avoir lieu avant les Journées dont le début est fixé au jeudi 1er juillet 1937.

La cotisation

Membres actifs : 100 francs ; Membres associés (Familles de Congressistes, Etudiants, Personnel des Œuvres médico-sociales, Personnel enseignant) : 50 francs (Chèques, mandats, chèques postaux au nom du Docteur Planson, 164, rue de Courcelles, Paris. Compte Chèques postaux : Paris 1781-39).

Un banquet sera organisé au cours des Journées Internationales et des Etats généraux de la Santé publique. Prière d'envoyer les adhésions au banquet et la cotisation (soixante francs) en même temps que la cotisation.

Un insigne-souvenir (plaquette en bronze et émail, œuvre du Docteur Maurice Rollet, peintre-graveur, frappée par le Maître Marey) sera remis à chaque Congressiste.

Inscriptions

Les inscriptions sont reçues dès maintenant au Secrétariat général, 2, rue Chauchat, Paris. Teléphone : Provence 76-74, 76-75.

Organisation

Les Congressistes sont répartis en dix sections spéciales.

1. Journées de la Maternité et de l'Enfance.
2. Congrès international de Médecine scolaire et d'Education physique (organisé par la Société des Médecins-Inspecteurs des Ecoles).
3. Journées d'hygiène, de médecine et de pharmacie militaires (organisées par le service de Santé de l'Armée).
4. Journées médicales de la marine militaire (organisées par le Service de Santé de la marine).
5. Journées médicales coloniales (organisées par le service de Santé des colonies).
6. Journées de la marine marchande.
7. Journées médico-sociales (organisées par la confédération des syndicats médicaux français).
8. Journées d'hygiène dentaire (organisées par la confédération nationale des syndicats dentaires).
9. Journées d'hygiène générale.
10. Journées d'aviation sanitaire et de médecine aéronautique.

Chaque section étudiera chez elle le matin les questions l'intéressant plus spécialement.

L'après-midi séances plénières (toutes sections réunies), où seront exposées en des conférences, mises au point, etc..., les cinq grandes questions mises à l'ordre du jour :

1° *a*) L'homme normal.
b) L'homme élément social.
2° Le vêtement.
3° L'alimentation.
4° Les transports.
5° L'Education physique, les jeux, les sports, et tout ce qui « assure l'équilibre physique et moral et apporte la meilleure contribution à cette évolution harmonieuse du corps et de l'esprit ».

Tous ces travaux seront condensés et la synthèse en sera faite par les Etats généraux de la Santé publique qui clôtureront ces Journées.

Les projections cinématographiques joueront un grand rôle pendant les Journées internationales de la Santé publique. Un comité est spécialement créé à cet effet.

Des démonstrations seront faites dans les pavillons de l'exposition. Le côté artistique ne sera pas négligé et une exposition « Art — Technique — Hygiène — Médecine — Santé publique » est prévue, ainsi qu'une exposition de produits pharmaceutiques, d'hygiène, de régime, etc... d'instruments, d'appareils, etc...

A ces Journées sont conviés tous ceux qui s'intéressent à la Santé publique et qui en sont les artisans : médecins, pharmaciens, dentistes, vétérinaires, architectes, urbanistes, ingénieurs, techniciens sanitaires, sages-femmes, travailleuses sociales, infirmiers et infirmières, surintendantes d'usine, etc... De leurs représentants qualifiés ont bien voulu accepter de faire partie du Comité d'honneur et du Comité d'organisation.

L'inscription dans une section quelconque donne droit à assister à tous les travaux des sections, des Journées internationales et des Etats généraux de la Santé publique.

Avantages accordés aux congressistes

Reconnaissant l'importance de ces Journées, M. le Ministre de la Défense nationale et M. le Ministre de la Marine ont bien voulu accorder que soit comptée pour une période d'instruction la présence, à ces manifestations, des officiers (médecins, pharmaciens, dentistes, officiers d'administration) du Service de Santé de l'Armée, des colonies, de la marine et de l'armée de l'air.

Ils voudront bien, en se faisant inscrire, indiquer leur désir de profiter de cette possibilité.

Les Congressistes participeront à toutes les fêtes, visites, réceptions, etc... ; profiteront de tous les avantages obtenus : réductions sur les prix des voyages, entrées gratuites à l'exposition, conditions spéciales dans les hôtels, etc..., et recevront gracieusement la revue *L'Hygiène Sociale* qui s'est mise à la disposition du Comité d'organisation des Journées pour publier, dès maintenant, programmes, communications, renseignements, rapports, comptes rendus, etc...

Voyages et séjour

Un service de renseignements fonctionne auprès du Secrétariat général. Les personnes désireuses d'assister aux Journées internationales et aux Etats généraux de la Santé publique peuvent, de suite, s'y adresser.

I. Réductions de transport

Les réductions suivantes sont données à titre indicatif ; le mode d'utilisation et tous les renseignement complémentaires seront fournis aux intéressés par une circulaire ultérieure.

A) *Chemin de fer*

France : Congressistes métropolitains : 40 % de réduction ; Congressistes etrangers et d'outre-mer : 50 % de réduction.

B) *Lignes de navigation maritime*

Maroc (compagnie Paquet et compagnie générale transatlantique.) : 5 % de réduction sur les billets d'aller et retour déjà réduits de 25 %.

Algérie-Tunisie : 20 % de réduction sur l'addition de deux billets simples formant aller et retour.

C) *Navigation aérienne*

Compagnie Air-France et compagnies affiliées :

Lignes métropolitaines et nord-africaines : réduction 15 %. Lignes européennes : réduction 10 %.

II. Service hotelier

La Société des voyages Duchemin-Exprinter a été priée par le Secrétariat général de se mettre à la disposition des Congressistes pour leur réserver les chambres et appartements nécessaires pendant leur séjour à Paris.

Les prix pour la chambre à un lit sans salle de bains varient de 25 à 40 francs, et avec bains de 30 à 35 francs ; la chambre à deux lits de 35 à 60 francs sans bain ; de 45 à 85 francs avec bain, suivant la catégorie de l'établissement.

Ces prix comprennent les taxes d'Etat. Service au personnel : 15 % en sus.

Un acompte de 30 francs par personne, déductible sur la facture de l'hôtel, devra être versé par les personnes désireuses de faire réserver leur chambre.

Les prix des repas principaux varient de 15 à 30 fr.

Les hôtels sont répartis dans les quartiers du Centre : Opéra, Concorde, Raspail, Palais-Royal, Montparnasse, Saint-Germain, etc...

(Indiquer au questionnaire le quartier préféré.)

III. — Exposition internationale de Paris

Entrée gratuite pour les Congressistes pendant toute la durée des Journées internationales et des Etats généraux de la Santé publique.

Fêtes de l'exposition, fêtes de nuit. — Entrée gratuite pour les membres actifs et associés.

Fêtes, visites, receptions. — Le programme en sera publié ultérieurement.

D'autres avantages seront réservés aux membres actifs et associés.

Comité des dames. — Un comité s'occupera spécialement des dames accompagnant les Congressistes et inscrites régulièrement. Des visites aux musées et aux expositions, des excursions pouvant intéresser particulièrement les dames seront organisées.

IV. — Visites — Excursions — Voyages

Le programme des excursions et visites prévues à l'occasion des Journées internationales et des Etats généraux de la Santé publique dans Paris et hors Paris sera détaillé dans le livret-guide du Congressiste publié ultérieurement.

A l'issue des Journées internationales et des Etats généraux de la Santé publique seront organisés plusieurs voyages en France pour permettre aux participants et à leurs familles de visiter en groupe privé les régions du tourisme et les centres intellectuels de province. Des voyages pourront d'ailleurs être organisés dans toute la France et à des conditions spéciales, à la demande des Congressistes.

V. — Renseignements divers

Une brochure sera publiée ultérieurement contenant :

— L'horaire détaillé des séances de travail des Journées.

— Le programme des visites et réceptions prévues pendant leur durée.

— Et tous autres renseignements nécessaires.

Cette brochure sera remise avec la carte de Congressiste.

En raison de l'affluence des visiteurs prévus pour l'été 1937 à Paris, il est recommandé de se faire inscrire sans tarder aux Journées et aux diverses manifestations prévues.

Dès maintenant, des renseignements complémentaires concernant les voyages et le séjour à Paris peuvent être demandés aux :

Voyages Duchemin-Exprinter, 36, avenue de l'Opéra, Paris (1er). Téléphone : Opéra 56-41 (six lignes groupées).

Journées de la Maternité et de l'Enfance

(En collaboration avec le Comité national de l'Enfance et l'Office de Protection maternelle et infantile du département de la Seine).

(7, 8, 9 juillet 1937).

Président :

Professeur Nobécourt, Professeur de clinique médi-

cale des enfants à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, membre de l'Académie de médecine.

PROGRAMME

I. *Films ou projections avec exposés*

1° L'Ecole de puériculture de la Faculté de médecine de Paris : Dr B. Weill-Hallé, Directeur de l'Ecole de puériculture.

2° Les centres familiaux de santé et de médecine préventive : Leur genèse, leur avenir. Docteur Georges Schreiber. Mme Gonse-Boas : Réalisations actuelles et programme futur dans le cadre départemental ;

3° Les infirmières-visiteuses sociales « Le voile sacré » Docteur L. Devraigne, accoucheur en chef de la Maternité de Lariboisière ;

4° Hygiène « Net et propre » : Docteur J.-B. Evrot, Directeur du Comité national de défense contre la tuberculose ;

5° Journée de l'enfance à Sofia : Docteur Roussi Radkoff, Directeur général de la Santé publique.

II. *Communications*

1° L'hygiène alimentaire de l'âge scolaire : Docteur Lesné, médecin des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine et Mlle le Docteur Germaine Dreyfus-Sée ;

2° La coordination des Œuvres de l'enfance dans le cadre d'un plan général : Docteur Hazemann, chef de cabinet technique du Ministre de la Santé publique et M. Marcel Martin, Directeur de la Caisse interdépartementale des Assurances sociales de Seine-et-Oise ;

3° La réforme de la protection de l'enfance en Belgique : Docteur René Sand, conseiller technique du Ministère de la Santé publique ;

4° La protection et la tutelle des enfants illégitimes : Mme Hocquart de Turtot, Présidente de l'Abri maternel et Mme Marcelle Kræmer-Bach, avocat à la Cour d'appel ;

5° Propagande en faveur de l'enfance : Les Croix-Rouges de la jeunesse : M. Milsom, directeur des Croix-Rouges de la Jeunesse à la Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge.

III. *Visites*

Des visites d'hôpitaux, d'Institutions et d'œuvres seront organisées : Ecole de puériculture de la Faculté de médecine de Paris, Centres familiaux de santé et de médecine préventive de Courbevoie, Suresnes, etc...

II. — CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE SCOLAIRE ET D'ÉDUCATION PHYSIQUE

(*Organisé par la Société des médecins inspecteurs des Ecoles.*

(1er-6 juillet 1937).

Président du Congrès :

M. le Professeur Roussy, doyen de la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine.

COMITÉ D'ORGANISATION

Président d'honneur : Professeur Harvier, Professeur à la Faculté de médecine de Paris.

Président :

Docteur Moulin, ancien Président de la Société des médecins inspecteurs des Ecoles de Paris et de la Seine.

Vice-présidents :

Docteur Armand-Delille, Laufer, Noir, Fouineau.

Secrétaire général : Docteur Dufestel.

QUESTIONS MISES A L'ORDRE DU JOUR PAR LE COMITÉ D'ORGANISATION

1. Rapports du médecin-inspecteur des écoles avec le Corps enseignant et les parents.

Rapporteurs : Docteur Dufestel (Paris), M. Ch. Blanc, (Lyon), Mme Hausen et Docteur Houard (Belgique) ;

2. Les conséquences sociales de l'Inspection médicale des écoles. Rapporteurs : Docteur Grosset (Paris) ; Docteurs Ch. Gardère, Chalut, Mlle Bosc, M. Bacharak (Lyon) ; Delcominette (Belgique) ; Docteur Carlos S. Cometto (Argentine).

3. L'éducation physique à l'école primaire.

Rapporteurs : Docteurs Laufer et Rosenthal (Paris) ; Docteur Crozat et Mme ; Docteur H. Gardère (Lyon) ; Ledent (Belgique).

4. L'école de plein air et la pédagogie nouvelle. Docteur Armand-Delille (Paris).

COMMUNICATIONS ANNONCÉES

Docteur Martiny. — L'orientation professionnelle.

Professeur Lampardarios. — L'examen médical de l'écolier.

Docteur Vincent. — L'Œuvre « La mer et les Pins » et les services qu'elle a rendus à la population scolaire d'Oran.

Docteur Wintch, médecin des écoles de Lausanne. — Le dépistage précoce de la tuberculose.

Docteur Carlos S. Cometto, directeur du Corps médical socaire de la province de Buenos-Aires. — Résultats d'investigation de température de 70.000 élèves des écoles primaires de la province de Buenos-Aires.

VISITES

1. Démonstration d'une séance d'éducation physique par les élèves des écoles de Paris à l'Institut d'éducation physique de la Faculté de médecine de Paris, rue Lacretelle, Paris.
2. Visites de groupes scolaires de Paris.
3. Visites d'écoles à Suresnes et Courbevoie.
4. Visite du collège féminin de Bouffémont.

III. — JOURNÉES D'HYGIÈNE, DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE MILITAIRES

(*organisées par le Service de santé de l'armée*)

(1er, 2, 3, 4, 5 6, 7, 8, 9, 10 juillet 1937)

Président :

Médecin général inspecteur Rouvillois, inspecteur général technique du Service de santé militaire.

CONFÉRENCES

1. *Hygiène et médecine militaires* :

MM. Codvelle : Alimentation en campagne.
Ferrabouc : Le vêtement du soldat (projections).
Le Bourdellès : La tuberculose dans l'armée.
Des Cilleuls : L'habitation du soldat.
Sarroste : Le traitement des asphyxiés (Film).

2. *Education physique* :

M. de Chaisemartin : Conférence (film).

3. *Chirurgie de guerre*

M. Delaye : Les moignons d'amputation et les enseignements de la guerre.

4. *Service de santé en campagne* :

MM. Pommé : Organisation générale du Service de santé en campagne.

Clavelin : 1° Les évacuations en temps de guerre (film).

2° Fonctionnement de l'ambulance chirurgicale (film).

5. *Toxicologie aux armées* :

M. Manceau : Les procédés d'épuration de l'eau de boisson en campagne.

6. *Visites extérieures* :

Visite de l'Ecole supérieure d'éducation physique de Joinville.

(*à suivre*)

MUTUALITÉ FAMILIALE

Réunion du Conseil d'administration

8 Avril 1937

Présents : MM. Noir, président ; O'Followell et Pamart, vice-présidents ; Fischer, trésorier ; Jean Mignon, trésorier adjoint ; Henri Mignon, secrétaire général ; Lavalée, secrétaire général intérimaire ; Boudin, Henne, Mazeroux, membres.

Excusés : MM. Gassot, Marcel Mignon, Boelle et Chevallier.

En ouvrant la séance, le Docteur Noir, président, exprime l'affliction dont tous ont été étreints en apprenant la mort de notre jeune secrétaire général adjoint, le Docteur Pierre Sassier. Cette fin prématurée endeuille une famille amie ; elle prive notre maison d'un collaborateur plein d'intelligence et d'entrain sur qui se fondaient bien des projets. Le Conseil unanime se joint au président pour adresser un hommage à la mémoire de Pierre Sassier et l'affectueuse assurance de sa sympathie aux parents éprouvés.

Le Docteur Noir annonce ensuite la promotion du Docteur O'Followell au grade de Commandeur du Mérite Social, avec rappel de médaille d'or de la Mutualité qu'il a obtenue, il y a trente ans. Le Docteur Fischer titulaire de la médaille d'argent et le Docteur Vimont de la médaille de bronze de la Mutualité, ont droit au grade de chevaliers du Mérite Social. Il adresse à tous ses félicitations.

Après adoption du procès-verbal de la précédente séance, le Conseil passe à l'ordre du jour.

Indemnités-maladies et accidents

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil alloue les indemnités suivantes à Messieurs :

Combinaison Maladie à 10 francs

Bonnel (Hérault), 22 jours : 242 francs. — Bougon (Eure), 68 jours : 639 fr. 30. — Cossin (Somme), 29 jours : 129 fr. 90. — Gauja (Gironde), 22 jours : 242 francs. — Pellier (Maine-et-Loire), 1 jour : 11 francs. — Rignier (Seine-et-Marne), 24 jours : 249 fr. 30. — Venassier (Seine), 70 jours : 696 fr. 60. — Archambaud (Eure), 90 jours : 330 francs. — Armand (Savoie), 90 jours : 330 francs. — Aujaleu (Tarn-et-Garonne), 32 jours : 352 francs. — Beaupère (Saône-et-Loire), 90 jours : 330 francs. — Bernard (Maine-et-Loire), 90 jours : 330 francs. — Bezy (Hte-Garonne), 90 jours : 330 francs. — Bonnard (Drôme), 69 jours : 256 fr. 65. — Charrin (Hte-Loire), 48 jours : 528 francs. — Cochy de Moncan (Aveyron), 15 jours : 165 francs. — Delucq (Gers), 90 jours : 330 francs. — Duhamel (Lot-et-Garonne), 90 jours : 330 francs. — Ferrand (Bouches-du-Rhône), 90 jours : 330 francs. — Gardette (Seine-et-Oise), 90 jours : 330 francs. — Gassot (Loiret), 90 jours : 330 francs. — Gaudier (Alpes-Maritimes), 44 jours : 484 francs. — Gaultier (Ille-et-Vilaine), 62 jours : 667 fr. 30. — Guillermin (Savoie), 90 jours : 330 francs. — Houques (Gironde), 27 jours : 297 francs. — Huchon Côte-d'Or), 68 jours : 249 fr. 30. — Kraut (Vendée), 22 jours : 242 francs. — Lacomme (Saône-et-Loire), 90 jours : 330 francs. — Leibovici (Alpes-Maritimes), 90 jours : 330 francs. — Lemaitre (Manche), 84 jours : 747 fr. 90. — Luciani (Corse), 15 jours : 165 francs. — Mathieu (Seine-Inférieure), 90 jours : 330 francs. — Mendel (Seine), 90 jours : 330 francs. — Molinéry Seine), 90 jours : 330 francs. — Pierrhugues (Var), 29 jours : 319 francs. — Pize (Doubs), 11 jours : 121 francs. — Poueydebat (Basses-Pyrénées), 90 jours : 546 fr. 30. — Robert (Yonne), 60 jours : 660 francs. — Rossigneux (Rhône), 90 jours : 330 francs. — Tel (Lot-et-Garonne), 26 jours : 286 francs. — Traby (Pyrénées-Orientales), 90 jours : 330 francs. — Layral (Loire), 17 jours : 187 francs.

Combinaisons Maladie à 20 francs

Bertucat (Loire), 60 jours : 1.320 francs. — Chaussaud (Seine), 19 jours : 388 francs. — Colas (Marne), 12 jours : 264 francs. — Bachelet (Pas-de-Calais), 17 jours : 374 francs. — Bel (Côte-d'Or), 61 jours : 1.327 fr. 30. — Dubois (Seine-Inférieure), 47 jours : 1034 francs. — Laroy (Nord), 7 jours : 154 francs. — Leroy (Seine-Inférieure), 90 jours : 660 francs. — Mainsbrecq (Loir-et-Cher), 28 jours . 572 francs. — Rault (Ille-et-Vilaine), 90 jours : 660 francs. — Rousset (Savoie), 19 jours : 418 francs.

Combinaison Maladie à 30 francs

Agron (Côte-d'Or), 25 jours : 825 francs. — Oblin (Manche), 36 jours : 1.188 francs.

Combinaison Maladie à 50 francs

Gaudiot (Jura), 11 jours : 605 francs. — Lafont (Seine-et-Oise), 25 jours : 1.375 francs. — Léger (Charente-Inférieure), 30 jours : 1.650 francs. — Bapteste (Saône-et-Loire), 10 jours : 550 francs. — Mendegris (Aude), 27 jours : 1.485 francs. — Rio (Morbihan), 56 jours : 3.080 francs.

Plusieurs sociétaires des combinaisons M. A., convalescents de maladie, ayant estimé qu'ils gardaient leurs droits à indemnité malgré une reprise partielle de leurs occupations, il est décidé de s'en tenir aux stipulations de l'article 9 des nouveaux statuts : « l'incapacité de travail partielle n'est pas indemnisée ». Les dérogations ne pourront être que tout à fait exceptionnelles et devront faire l'objet d'un examen particulier du Conseil.

Pensions aux veuves

Mesdames Barret de Nazaris (Lot-et-Garonne), 150 francs. — Gillette (Calvados), 150 francs. — Chevreux (Paris), 150 francs. — Delthil (Yonne), 60 francs. — Gallois (Côte-d'Or), 150 francs. — Gelain (Pas-de-Calais), 450 francs. — Lepage (Paris), 150 francs. — Lefebvre (Nord), 180 francs. — Roche (Vaucluse), 150 francs. — Rousselot (Hte-Marne), 150 francs. — Valot (Htes-Alpes), 60 francs.

Ratifications d'admissions

Sur le rapport du secrétaire général constatant qu'aucune protestation ne s'est élevée au sujet des admissions provisoires en date du 1er janvier 1937, le Conseil prononce les admissions définitives de Messieurs :

Petit (Somme), à la combinaison MA 20.

Drouet (Côtes-du-Nord), à la combinaison MA 40.

Peyaud (Eure), Lumbroso (Tunisie), Viennois (Loire), Pescarolo (Paris), Thoral (Yonne), Hinschberger (Moselle), Rinckenbach (Loire-Inférieure), à la combinaison MA 50.

Bollet (Loire), Dujarier (Indre-et-Loire), à la combinaison MA 75.

Peyaud (Eure), Petit (Somme), Thoral (Yonne), à la combinaison P.

Peyaud (Eure), à la combinaison R.

Admissions provisoires

Sur la présentation et le rapport du secrétaire général, le Conseil prononce, à titre provisoire, les admissions suivantes aux combinaisons d'indemnités maladies et accidents.

Ces admissions seront rendues définitives au 1er juillet 1937 si aucune protestation ne parvient au Conseil avant cette date :

Combinaison Maladie MA 50

Lapouge (Gironde). — Bonnetblanc (Creuse).

Combinaison Maladie MA 75

Aubert (Hérault) ; Bard (Puy-de-Dôme) ; Bouche (Loire) ; Cadence (Isère) ; Ecklé (Paris) ; Daney de Marcillac (Sarthe) ; Barde (Gironde) ; Calazel (Ariège) ; Broquin (Nièvre) ; Clément (Allier) ; Collon (Hte-Marne) ; Dautrey (Hte-Marne) ; Deviller (Paris) ; Grenier (Seine-et-Oise) ; Goujou (Loire) ; Guyot (Haute-Marne) ; Lalaurie (Aude) ; Lavigne (Pas-de-Calais) ; Lumbroso (Tunisie) ; Mendegris (Aude).

Admissions aux pensions de retraite

Combinaison retraite P

Bard (Puy-de-Dôme) ; Cadence (Isère) ; Ecklé (Paris) Bonnetblanc (Creuse) ; Broquin (Nièvre) ; Clément (Allier) ; Goujou (Loire) ; Gros (Creuse) ; Mme Lalaurie (Aude) ; Moulin (Rhône).

Combinaison retraite R

Aubert (Hérault) ; Broquin (Nièvre) ; Clément (Allier) ; Gros (Creuse) ; Lalaurie (Aude) ; Moulin (Rhône).

Combinaison retraite V

Bard (Puy-de-Dôme) ; Kergrohen (Finistère).

M. Jean Mignon, trésorier adjoint, présente son rapport financier qu'il développera devant la prochaine Assemblée générale (Approuvé par le Conseil).

Est ensuite examinée la rédaction et ordonnée l'impression d'un dépliant et d'une lettre-circulaire qui seront envoyés, à titre de propagande, aux médecins non adhérents et remplissant les conditions pour s'affilier à la Mutualité Familiale.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée à 18 h. 30.

Le Secrétaire général intérimaire,
G. Lavalée.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Clinique de la tuberculose** (*Hôpital Laennec*). — Le prof. Fernand Bezançon a commencé le 16 avril, à 11 heures, à la salle des conférences de la clinique, et continuera les vendredis suivants, une série de leçons sur : « *Sclérose pulmonaire tuberculeuse et emphysème* ».

30 avril : La tuberculose pulmonaire à bacilles rares et intermittents. — 7 mai : La tuberculose apicale. — 14 mai : radiodiagnostic des scléroses pulmonaires et de l'emphysème. — 21 mai : le type radio-clinique dit de « granulie froide ». — 28 mai : sclérose tuberculeuse et hémoptysie. — 4 juin : l'emphysème dit constitutionnel. — 11 juin : la bronche dans la tuberculose. — 18 juin : asthme et tuberculose.

— **Laboratoire d'anatomie pathologique** (Professeur : M. Roussy). — *Cours de technique hématologique et sérologique* par M. Edouard Peyre, chef de laboratoire.

Ce cours de seize leçons, commencera le lundi 10 mai 1937, à 14 h. 30, pour se continuer les jours suivants ; les séances comprendront deux parties :

1° Un exposé théorique et technique ;

2° Une application pratique où chaque auditeur exécutera les méthodes et les réactions indiquées.

Ce cours est réservé aux auditeurs régulièrement inscrits. Les auditeurs qui auront fait preuve d'assiduité pourront, s'ils le désirent, recevoir un certificat à la fin de la série de ces conférences. Le droit à verser est de 250 francs. Le nombre des auditeurs est limité.

Seront admis les docteurs français et étrangers, les étudiants ayant terminé leur scolarité, immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement du droit. MM. les étudiants devront, en outre, produire leur carte d'immatriculation.

Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures et salle Béclard de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures, sauf le samedi après-midi.

— **Chaire d'hygiène.** *Cours de médecine scolaire et d'éducation physique.* — Enseignement spécial en vue de la préparation aux fonctions de médecin-inspecteur des Ecoles sous la direction de MM. L. Tanon, professeur d'hygiène et P. Chailley-Bert, agrégé.

Ce cours, commencé le 22 avril, sera terminé fin juin par un examen qui portera sur les matières traitées et qui donnera droit à un certificat universitaire.

Des stages hospitaliers compléteront les leçons théoriques. Droit à verser : 250 francs. S'inscrire au secrétariat de la Faculté, guichet n° 4.

— **Clinique médicale propédeutique** (Hôpital Broussais, Prof. E. Sergent). — *Un cours de perfectionnement sur la tuberculose* aura lieu du lundi 7 juin au 3 juillet inclus. Le programme sera donné ultérieurement.

— **Cours de pathologie chirurgicale.** — M. Petit-Dutaillis, agrégé, commencera le cours de pathologie chirurgicale le mardi 4 mai 1937, à 17 heures (Petit Amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Programme : Affections du cou, du rachis et de la moelle, de l'intestin grêle, du côlon et du rectum.

— **Prosectorat.** — Jury : M. Roussy, président ; MM. Ombrédanne, Chevassu, Mocquot, Rouvière, Hovelacque, Binet, Petit-Dutaillis.

Liste des candidats : MM. Gaby, Calvet, Chevallier, Chigot, Delinotte, Fontaine, Judet, Lazard, Léger, Leuret, Mialaret, Olivier, Rousseau, Roux.

Composition écrite d'anatomie. *Question posée* : Trompes utérines et ligaments larges (anatomie macroscopique).

Composition écrite de pathologie chirurgicale. *Question posée* : Les calculs du cholédoque. Symptômes et diagnostic.

— **Adjuvat.** — JURY : M. Gosset, président ; MM. Hovelacque, Olivier, Mathieu, Mocquot, Richet, Gaudart d'Allaines.

LISTE DES CANDIDATS : MM. Barcat, Benassy, Billard, Cauchoix, Champeau, Coldefy, Cordebar, Debidour, Denoix, Guenin, Laigle, Laurence, Lecœur, Lortat-Jacob, Mazingarbe, Mathey, Monsaingeon, Morel-Fatio, Nardi, Netter, Nordman, Picard-Leroy, Rouvillois, Sarradin, Simon, Thomeret, Tissot, Verne.

COMPOSITION ÉCRITE D'ANATOMIE. *Question posée* : Le tronc de l'artère carotide interne depuis son entrée dans le rocher jusqu'à sa division en branches terminales.

Thèses. — Mercredi 10 février. — I. Jury : MM. Couvelaire, Gosset, Portes, Quénu. — MM. JOSEFOVICI : Présentations négligées de l'épaule à la maternité de l'hôpital Lariboisière. — M. RAS : Etude clinique de l'opothérapie mammaire dans les hémorragies génitales. — M. GROULIER : Etude de la prévention du tétanos par la vaccination.

II. Jury : M. Clerc, Tanon, Donzelot. — M. CACAULT La dissociation auriculo-ventriculaire au cours du rhumatisme articulaire aigu. — Mlle COMBES : Fièvres de croissance chez le tout jeune enfant. — M. DENIS : Hygiène de la lactation.

Jeudi 11 février. — I. Jury : MM. Roussy, Bezançon, Gougerot, Oberling. — M. HANAUT : Etude de l'acrodynie infantile. — M. LEBRUN : Dilatations bronchiques et tuberculose pulmonaire. — M. BOULLE : Les stomatites auriques. — M. BOUNIOL : Etude anatomo-clinique de six sarcomes de l'utérus.

II. Jury : MM. Cunéo, Lemaitre, Mocquot, Halphen. — M. BLAS : Les luxations du genou. — M. SCHATZ : Contribution au diagnostic des tumeurs malignes primitives du cavum. — M. TREPSAL : Kyste congénital du cou à symptomatologie de laryngocèle. — M. SOFERMAN : L'insufflation utéro-tubaire.

Thèse vétérinaire. — Samedi 13 février. — Jury : MM. Lemaitre, Bressou, Letard. — M. LE HYARIC : Le bec de lièvre chez les animaux.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers

— **Hopital Tenon**, 4, rue de la Chine. *Cours de perfectionnement sur les troubles du rythme cardiaque.* — Ce cours, qui aura lieu du 3 au 14 mai 1917, sera fait par M. Camille Lian, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Tenon, avec la collaboration de MM. Haguenau, professeur agrégé, médecin des hôpitaux ; H. Welti, chirurgien des hôpitaux ; Gilbert-Dreyfus, médecin des hôpitaux ; J. Facquet, ancien interne lauréat des hôpitaux, assistant du service ; Abaza, Brocard, Deparis, Even, Frumusan, Ménétrel, F. P. Merklen, Odinet, Pautrat, Puech, Siguier, anciens internes du service ; Marchal, assistant d'électro-radiologie ; Golblin, assistant d'électrocardiographie ; Baraige, assistant de laboratoire ; G. Minot, ingénieur E. P. C. I. ; J. J. Welti, interne du service.

Tous les matins à 10 heures, conférences cliniques avec projections. Le mardi et le vendredi matin sont consacrés entièrement à l'examen des malades de la consultation spéciale du service.

Tous les après-midi à 15 heures et à 17 h. 30, deux conférences cliniques avec projections ; à 16 heures, démonstration pratique.

PROGRAMME DU COURS. — Lundi 3 mai, 10 heures, M. LIAN : Considérations générales sur le rythme cardiaque et ses troubles ; 11 heures, M. FACQUET : Démonstration clinique ; 15 heures, M. FACQUET : Forme commune de l'arythmie extrasystolique ; 16 heures, M. GOLBLIN : Démonstration d'électrocardiographie ; 17 h. 30, M. MARCHAL : Radiologie du cœur.

Mardi 4 mai, 10 heures, M. LIAN : Démonstration clinique à la consultation de cardiologie du service ; 15 heures, M. GILBERT-DREYFUS : Formes cliniques de l'arythmie extrasystolique ; 16 heures, M. GOLBLIN : Démonstration d'électrocardiographie ; 17 h. 30, M. FACQUET : Troubles du rythme sinusal.

Mercredi 5 mai, 10 heures, M. LIAN : Causes et traitement de l'arythmie extrasystolique ; 11 heures, M. GOLBLIN : Démonstration clinique (traitement des varices) ; 15 heures, M. FRUMUSAN : Forme commune de l'arythmie complète ; 16 heures, M. BARAIGE : Métabolisme basal ; 17 h. 30, M. GOLBLIN : Causes et formes cliniques de l'arythmie complète.

Jeudi 6 mai, 10 heures, M. LIAN : Traitement de l'arythmie complète ; 11 heures, M. MARCHAL : Démonstration de radiologie du cœur ; 15 heures, M. PUECH : Tachycardies permanentes ; 16 heures, M. PAUTRAT : Démonstration d'oscillométrie ; 17 h. 30, M. MÉNÉTREL Tachycardies paroxystiques.

Vendredi 7 mai, 10 heures, M. LIAN : Démonstration clinique à la consultation de cardiologie du service 15 heures, M. MERKLEN : Flutter auriculaire ; 16 heures, M. FACQUET : Mesure de la vitesse circulatoire ; 17 h. 30, M. GOLBLIN : Dérivations précordiales et trémulation auriculaire.

Samedi 8 mai, 10 heures, M. LIAN : Traitement du flutter auriculaire ; 11 heures, M. MARCHAL : Démonstration de radiologie du cœur ; 15 heures, M. SIGUIER : Traitement des tachycardies ; 16 heures, M. ODINET : Démonstration de sphygmomanométrie auscultatoire ; 17 h. 30, M. DEPARIS : Forme commune du pouls lent permanent par dissociation auriculo-ventriculaire.

Lundi 10 mai, 10 heures, M. FACQUET : Formes cliniques des bradycardies par dissociation ; 11 heures, M. LIAN : Exercices pratiques d'interprétation d'électrocardiogrammes ; 15 heures, M. BROCARD : Diagnostic des bradycardies ; 16 heures, M. MERKLEN : Démonstration de méthode graphique ; 17 h. 30, M. ODINET : Les inégalités du pouls.

Mardi 11 mai, 10 heures, M. LIAN : Démonstration clinique à la consultation de cardiologie du service ; 15 heures, M. HAGUENAU : Epreuves neuro-végétatives ; 16 heures, M. BARAIGE : Mesure du débit cardiaque ; 17 h. 30, M. ABAZA : Le pouls alternant.

Mercredi 12 mai, 10 heures, M. LIAN : Traitement des bradycardies ; 11 heures, M. GOLBLIN : Démonstration clinique (traitement des varices) ; 15 heures, M. GOLBLIN : Valeur localisatrice et pronostique des déformations électrocardiographiques ; 16 heures, M. EVEN : Mesure et valeur séméiologique de la pression veineuse ; 17 h. 30, M. GILBERT-DREYFUS : Les troubles du rythme dans les infections et les intoxications.

Jeudi 13 mai, 10 heures, M. LIAN : Traitement de l'insuffisance cardiaque ; 11 heures, M. MARCHAL : Démonstration de radiologie du cœur ; 15 heures, M. WELTI : Traitement chirurgical des tachycardies ; 16 heures, M. MINOT : Auscultation collective des bruits et souffles cardiaques, leur inscription sur films et sur disques ; 17 h. 30, M. LIAN : Traitement de l'insuffisance cardiaque.

Vendredi 14 mai, 10 heures, M. LIAN : Démonstration clinique à la Consultation de cardiologie du service.

Une visite du Palais de la découverte à l'exposition

internationale sera organisée l'après-midi du 14 mai.

Un certificat sera délivré aux médecins ayant suivi régulièrement le cours ; ils pourront ensuite faire un stage dans le service.

Chaque année, avant la Pentecôte et à la mi-novembre, est fait dans le service un cours de perfectionnement sur les affections cardio-vasculaires. Tout le programme est réparti en quatre cours : 1° arythmies ; 2° grands syndromes cardiaques ; 3° artères, veines et capillaires ; 4° maladies organiques du cœur, de l'aorte et de l'artère pulmonaire.

Le cours de novembre 1937 (15 au 25 novembre) portera sur les grands syndromes cardiaques. Il sera précédé par un cours de révision sur les acquisitions médicales pratiques, fait à l'hôpital Tenon du 8 au 13 novembre, sous la direction du professeur E. Sergent et M. Lian, avec la collaboration des rédacteurs de *l'Année Médicale Pratique.*

Droits d'inscription, 250 francs.

S'inscrire : ou bien à la Faculté de médecine, tous les jours de 9 heures à 11 heures et de 14 heures à 17 heures (sauf le samedi), salle Béclard (A. D. R. M.), ou bien à l'hôpital Tenon auprès du Docteur Facquet, assistant du service, soit à l'avance, soit le jour de l'ouverture du cours.

— **Hôpital Beaujon-Clichy.** *Conférences pratiques.* — Le lundi 3 mai et les lundis suivants, à 11 heures, au service central d'électro-radiologie, une conférence pratique, avec présentation de malades, sera faite, sur les sujets suivants :

Lundi 3 mai, M. Aubourg : Colibacillose : Formes cliniques. Améliorations notables par un traitement d'ozone. — Lundi 10 mai, M. Surmont : Technique et résultats pratiques de l'examen radiologique du duodénum. — Lundi 17 mai, M. Le Go : Troubles trophiques, en particulier l'œdème et l'atrophie musculaire au cours de l'immobilisation des fractures, traitement préventif par applications de courants exponentiels de basse fréquence, dès la mise en place de l'appareillage. — Lundi 24 mai, M. Aubourg : Parasitose intestinale : résultats cliniques des traitements d'ozone. — Lundi 31 mai, M. Surmont : Technique et résultats de l'examen radiologique de l'aorte. — Lundi 7 juin, M. Le Go : Les brûlures par l'électricité : traitement immédiat par les courants exponentiels de basse fréquence. — Lundi 14 juin, M. May : Technique de l'établissement d'un endocrinogramme à l'aide du spectro-réductomètre. Résultats pratiques dans le diagnostic des troubles des glandes endocrines. — Lundi 21 juin, M. Deille : Nouvelle méthode de radiodiagnostic : la sériescopie dans l'étude topographique et la localisation précise des lésions en profondeur.

L'assistance à ces conférences et démonstrations pratiques, réservées aux étudiants et médecins praticiens, ne comporte aucun droit d'inscription.

— **Concours de médecin des hôpitaux.** — Jury (*tirage au sort*) : MM. Milian, Armand-Delille, Nobécourt, Paisseau, Baudouin, Chiray, Brodin, Apert, Sézary, Touraine, Toupet.

— **Concours d'électro-radiologiste des hôpitaux.** — Admissibilité. Séance du 8 avril. Epreuves sur titres. — *Ont obtenu* : MM. Falcoz, 9 ; Moro, 5 ; Humbert, 10 ; Bernard, 8 ; Strouzer, 6 ; Brunet, 9 ; Mme Baude, 10 ; MM. Corbier, 7 ; Lebouchard, 7 ; Frain, 10 Peuteuil, 9 ; Mme Tedesco, 9.

Séance du 10 avril. Epreuves écrites. — *Questions posées* : *Electrologie* : Qu'est-ce que la thérapeutique des ondes courtes ? principes physiques et effets thérapeutiques.

Radiodiagnostic : Radiodiagnostic des occlusions intestinales.

Radiothérapie : Rœntgenthérapie et curiethérapie du cancer utérin.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* **Dernières Nouvelles** *en tête des* « **Demi-Colonnes** »)

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur André Philibert, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

— **Thèses de la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux.** — Lundi 18 janvier 1937. — Jury : MM. Creyx, Mandoul, de Grailly, Dervillée. — M. Bejoonneau : La cure hydrominérale de l'arthritisme précipituant à la Roche-Posay (Vienne).

Mercredi 20 janvier. — Jury : MM. Abadie, Carles, Delmas-Marsalet, Broustet. — Mme Costaz : Le syndrome de Guillain-Barré avec paralysie faciale.

Lundi 25 janvier 1937. — Jury : MM. Andérodias, Pery, Rivière, Broustet. — M. Domecq : Les accidents d'insuffisance cardiaque du post-partum.

Samedi 30 janvier. — Jury : MM. G. Dubreuil, Leuret-Aubertin, Piéchaud. — M. Normand : Fièvres typhoïdes d'origine coquillère.

Le Gérant : R. Thiron

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux

2.600. — La taxe sur la production et les médecins stomatologistes

Je vous serais très obligé de me renseigner sur le point suivant : Plusieurs de mes confrères et moi-même nous sommes vus imposer la taxe de 6 % sur toute livraison d'or, de la part de nos fournisseurs d'or et de nos prothétistes habituels.

Appartient-il aux stomatologistes et chirurgiens-dentistes de payer cette taxe, établie pour remplacer le 2 % sur le chiffre d'affaires et primitivement due par les seuls commerçants ?

Dr P.

Réponse

Il est en effet tout à fait régulier que le fournisseur en or d'un dentiste ou d'un stomatologiste comprenne dans son prix de vente la taxe de 6 % qu'il verse à l'Etat en remplacement de l'ancienne taxe sur le chiffre d'affaires et récupère ainsi le montant de cet impôt sur ses clients. Vous n'ignorez pas en effet que le principe du nouvel impôt consiste à supprimer toutes les perceptions intermédiaires pour les remplacer par un impôt unique payé au dernier stade de la production, par celui qui donne au produit sa forme définitive avant qu'il soit livré à la consommation. Au contraire, avant que le produit n'ait acquis cette forme, il est livré de producteur à producteur en suspension de la taxe. Tout revient donc à rechercher si le fournisseur d'or est au dernier stade de la production ou si au contraire le chirurgien-dentiste ou le médecin stomatologiste doit être considéré comme le dernier producteur, puisqu'il livre ses appareils à ses clients.

La seconde hypothèse, si elle correspond en fait, ne peut cependant se soutenir au point de vue juridique. En effet, est considéré à ce point de vue comme producteur celui qui relève en principe du régime de la taxe à la production. Au contraire, les personnes qui sont exclues ou exonérées de ce régime soit en vertu d'une disposition expresse, soit parce qu'elles n'ont pas la qualité de commerçants assujettis à l'impôt sur les B. I. C., ne peuvent prendre, au regard de la loi, la qualité de producteurs. Ce point a été formellement reconnu par la Circulaire ministérielle du 13 février 1937. Or, il est de jurisprudence constante qu'un dentiste ou un stomatologiste n'a pas la qualité de commerçant du moment qu'il se borne à donner à ses clients les soins que nécessite leur état et qu'il ne vend pas à des tiers non soignés par lui des appareils de prothèse dentaire ouvrés dans ses ateliers (voir notamment Trib. civ. de la Seine, 18 juillet 1934, *Gaz. du Pal.*, 29 octobre 1934.)

Il s'ensuit que bien que producteur au sens économique du mot, le chirurgien-dentiste doit

être considéré au regard de la nouvelle taxe à la production comme ayant la qualité de consommateur et par conséquent ses fournisseurs sont fondés à incorporer dans leur prix de vente la taxe qu'ils ont payée au Trésor.

Il n'en irait autrement, ainsi que nous le disions tout à l'heure, que si cet or servait à fabriquer des appareils de prothèse vendus à des tiers par des procédés commerciaux. Dans ce cas et dans cette mesure seulement, le dentiste pourrait prendre la qualité de producteur et recevoir l'or de ses fournisseurs en suspension de taxe.

ACCIDENTS

1.983. — Fixation de la date de la consolidation. Rechutes

Adhérent du « Sou Médical », je vous prierai de me donner votre avis sur un petit différend que j'ai avec une Compagnie d'assurance.

Premier blessé : invalidité totale du 31 décembre 1936 au 7 février 1937 pour une plaie grave du pouce, certificat de guérison, le 7. Le 18 février, le blessé revient disant qu'il ne peut continuer à travailler, ressentant de violentes douleurs dans le doigt blessé. Je donne huit jours d'invalidité et attribue ces douleurs à la formation vraisemblable d'un abcès. Je n'ai d'ailleurs pas revu le blessé, qui à l'expiration du délai, a repris du travail dans une autre entreprise.

Deuxième blessé, le 28 janvier 1937, invalidité prévue de douze jours. En fait le blessé reprend le 2 février, après certificat de guérison, mais revient le 8 février, disant qu'il ne peut travailler, je prescris un arrêt de douze jours et donne le certificat de guérison le 20 février.

Or, je reçois de la Compagnie d'assurances, deux lettres libellées dans les mêmes termes :

« Nous venons par la présente vous informer que nous n'aurons pas à intervenir pour la rechute de cet ouvrier, le bénéfice de la loi du 9 avril 1898 ne jouant plus en cas de rechute ou d'aggravation.

« En conséquence, vous voudrez bien vous adresser directement à l'intéressé pour le règlement de vos honoraires ».

La Compagnie est-elle bien fondée en refusant d'assurer les frais médicaux lors d'une rechute ou aggravation et peut-on appeler de ce nom les interruptions limitées de travail qui ont suivi une reprise prématurée des occupations habituelles ?

Dr P.

Réponse

En principe, d'après la législation sur les accidents du travail, les frais médicaux et pharmaceutiques occasionnés par l'accident n'incombent au chef d'entreprise ou à son assurance

substituée que jusqu'au jour de la consolidation. Celle-ci n'est acquise, aux termes de l'ar. 15 de la loi du 9 avril 1898, que lorsque la victime est soit définitivement guérie, soit définitivement atteinte d'une incapacité permanente, partielle ou totale. Mais il est parfois fort difficile de fixer le jour où cette consolidation est acquise. Il peut arriver que le médecin traitant d'un accidenté l'autorise à reprendre le travail et le considère comme guéri alors que son mal est encore en état d'évolution. Cette reprise du travail doit-elle faire présumer la consolidation et ferme-t-elle définitivement au blessé toute voie de recours contre son patron ou son assurance en ce qui concerne les indemnités temporaires ?

Il faut répondre de manière certaine par la négative, ainsi du reste que l'a déjà reconnu une jurisprudence bien établie. En effet, aux termes d'un arrêt de la Cour de Dijon du 3 juin 1936 (*Gaz. Pal.*, 31 juillet 1936) la guérison ou la consolidation de la blessure ne sont acquises que lorsque l'état du blessé est définitivement fixé, c'est-à-dire lorsque l'accidenté ne ressent plus aucun symptôme qui appelle des soins médicaux ou autres, et que rien ne peut plus être fait ou tenté qui puisse modifier cet état. On doit tenir compte, non pas d'une consolidation apparente, même constatée d'une façon prématurée par des certificats médicaux, et suivie d'une reprise du travail, mais bien de la consolidation réelle et définitive.

Plus récemment encore, il a été décidé par la Cour de cassation (arrêt du 19 octobre 1936 ; D. H. 1936.569) qu'il ne suffit pas que la victime se reconnaisse guérie et reprenne son travail pour perdre tout droit aux indemnités temporaires ; il faut encore qu'elle ait été reconnue telle et le seul fait que le travail ait été possible et effectif, ne saurait à lui seul fixer d'une manière définitive et irrévocable la date de la cessation de l'indemnité temporaire ; par suite, doit être cassé le jugement déboutant de sa demande de nouvelles indemnités temporaires, l'ouvrier qui, se croyant guéri, avait repris le travail, pour le motif que dans ces circonstances, la victime ne peut, en cas de rechute, qu'introduire une action en révision.

D'autre part, même en admettant que la reprise du travail ait coïncidé véritablement avec la consolidation de la blessure, il ne faudrait pas en déduire pour cela que la victime perde tout droit aux indemnités temporaires en cas de rechute ou d'aggravation. En effet, l'art. 19 de la loi du 9 avril 1898 permet à la victime de demander la révision de ses indemnités en cas d'aggravation de son état survenant dans les trois années à partir de la cessation du paiement du demi-salaire. Certes, la jurisprudence avait bien inter-

prété jusqu'à présent, de manière restrictive, cet article et prétendait qu'il ne visait que la rente allouée ou à allouer et ne contenait aucune disposition s'appliquant à l'indemnité journalière ou aux frais médicaux faits à l'occasion de cette aggravation. Il fallait donc en déduire qu'on ne pouvait mettre à la charge du chef d'entreprise des obligations qui n'avaient pas été expressément prévues par la loi. Mais cette jurisprudence n'est pas universellement acceptée par les Tribunaux. Il résulte au contraire d'un arrêt de la Cour de Caen, en date du 23 mai 1935 (D. H. 1936,483) que l'indemnité prévue par l'art. 19 de la loi du 9 avril 1898 dont l'ouvrier peut, en cas d'aggravation, demander la revision, comprend tout à la fois la rente, l'indemnité, de demisalaire et le remboursement des frais médicaux.

En définitive, il y a donc lieu de conseiller à votre client de ne pas s'incliner devant le refus qui lui est opposé par l'assurance de son patron, mais de le poursuivre devant le Tribunal de paix du lieu de l'accident en paiement de l'indemnité temporaire jusqu'à la date effective de la consolidation, ou au cas où celle-ci aurait été acquise antérieurement à la rechute, durant la période de maladie occasionnée par l'aggravation. Lorsque l'intéressé aura fait ainsi reconnaître son droit aux indemnités temporaires, vous serez fondé à exercer contre le chef d'entreprise l'action directe en paiement de vos honoraires prévue par l'art. 4 de la loi du 9 avril 1898.

---

2 794. — Incapacité temporaire partielle

Je vous prie de bien vouloir me faire savoir si au point de vue accident du travail, un accidenté peut effectuer un travail moins pénible que son travail ordinaire, et être rétribué pour ce travail, tout en continuant à percevoir son indemnité de demi salaire payée par l'assurance.

Dans l'affirmative doit -on prévenir la Compagnie d'assurances ou seulement le patron ?

Quelles sont les références, textes législatifs ou jugements sur lesquels repose ce droit à la reprise du travail, avec droit à l'assurance jusqu'à guérison complète ou consolidation ?

D^r C.

Réponse

Suivant de nombreuses décisions de jurisprudence énumérées dans un article du Docteur Boudin, publié dans le *Concours Médical* du 11 janvier 1925, pages 95 et suivantes, en accordant à l'ouvrier victime d'un accident du travail, un demi-salaire fondé sur une incapacité tempo-

raire, la loi du 9 avril 1898 ne fait aucune distinction entre l'incapacité temporaire partielle et l'incapacité temporaire absolue.

L'ouvrier peut donc utiliser comme bon lui semble la capacité qui peut lui rester, au cours de l'incapacité temporaire et le fait par lui de tirer parti de cette capacité réduite ne saurait constituer de sa part une escroquerie (voir notamment Cour de cassation, Chambre criminelle, 9 avril 1922. Tribunal correctionnel de Saint-Etienne 16 octobre 1923, *Gaz. du Palais*, 12 novembre 1923. Tribunal correctionnel de la Seine, 10e Chambre, 12 mars 1924. Cour d'appel de Paris, 9e Chambre, 15 avril 1924, *Gaz. du Palais* du 14 mai 1924. Tribunal correctionnel du Havre, 24 mars 1924, *Gaz. des Tribunaux*, 13 octobre 1924).

L'ouvrier qui travaille au cours de son incapacité temporaire pour une autre entreprise, n'a nullement l'obligation d'en aviser le patron responsable de l'accident ou l'assurance de celui-ci. Mais il est préférable qu'il le fasse pour éviter toute contestation.

Quant au médecin traitant, il n'a nullement à intervenir pour aviser le patron ou l'assurance, ce qui excèderait son rôle de médecin.

2.854. — Les appareils ne sont pas à la charge du chef d'entreprise

J'ai un fracturé du fémur (col) qui commence à marcher avec des béquilles (raccourcissement de 7 centimètres). Il lui faut dès maintenant une chaussure spéciale pour qu'il puisse appuyer normalement le pied sur le sol.

Cette chaussure est-elle à la charge du patron ?

Dr A.

Réponse

Suivant la jurisprudence, sont seuls à la charge du patron responsable, comme accessoires des indemnités temporaires (frais médicaux et pharmaceutiques), les appareils qui concourent au traitement de la lésion.

Par contre, les appareils de prothèse et tous les appareils en général nécessaires au blessé après la consolidation de la blessure, restent à la charge de celui-ci.

La chaussure spéciale dont a besoin votre client ne peut être considérée comme nécessaire au traitement ; dans ces conditions, c'est votre client seul qui devra en faire les frais.

1.932. — Accident du travail et injection préventive antitétanique

Le médecin est-il obligé pour se couvrir vis-à-vis de l'assurance-accident de faire toujours du sérum

antitétanique à tout blessé ; sinon, en cas de tétanos survenant à la suite d'une plaie insignifiante, la Compagnie peut-elle refuser de payer et faire toujours retomber la responsabilité sur le médecin.

Certains confrères m'ont dit que j'avais tort de ne pas toujours faire du sérum, car il est certain que la plaie la plus bénigne peut être infectée de bacilles tétaniques ; mais d'autre part, il y a tous les inconvénients du sérum pour une blessure insignifiante.

Dr R.

Réponse

Les différents procès en responsabilité professionnelle en ce qui concerne la question de la sérothérapie préventive du tétanos visent, non pas le problème de doctrine scientifique, mais plutôt une négligence qu'on relève à l'encontre du médecin traitant.

Nous pouvons situer le problème de la façon suivante :

Un blessé du travail est examiné par un médecin. Convient-il de faire une injection antitétanique ? Si les circonstances, la nature de la plaie, le travail du blessé, etc... permettent de craindre une infection tétanique ultérieure, le praticien doit pratiquer une injection préventive. Ainsi par exemple si un charretier, un palefrenier ont été blessés au cours de leur travail, si un accidenté présente une plaie souillée de terre ou d'excréments de chevaux, si une blessure est contuse, anfractueuse, le médecin est conduit à penser au tétanos.

Dans ces conditions, avant de se précipiter sur sa seringue, il devra s'enquérir de certains anamnestiques, savoir par exemple si le blessé a eu antérieurement des injections sériques diverses. Si oui, a-t-il eu déjà des accidents sériques ? Quel est son état actuel ? Etat de choc, etc., etc...

Une fois ces précautions prises, si le médecin se décide à pratiquer l'injection, il se peut qu'il se heurte à un refus, soit du blessé, soit de la famille de celui-ci. Par prudence alors, le praticien fera consigner par écrit ce refus du malade pour pouvoir le lui opposer plus tard, alors qu'on voudrait reprocher l'absence de piqûre.

En réalité, il ne faut pas faire d'injection préventive à tous malades sans distinction. Si, dans certains cas, il est reproché a u médecin de ne pas avoir prévu une infection tétanique possible, dans d'autres cas, on peut lui faire grief d'avoir injecté inconsidérément et d'avoir provoqué inutilement des accidents sériques dont certains peuvent être extrêmement graves.

Je conclus en disant qu'il appartient au médecin traitant de penser au tétanos possible, de voir s'il convient ou non de faire une injection préventive et de prendre toutes précautions destinées à dégager sa responsabilité ultérieure en cas d'accident.

Dr Paul BOUDIN.

2.841. — Contre-visite d'un accidenté du travail

Un de mes malades présentant du tremblement mercuriel — maladie professionnelle reconnue par la loi sur les accidents du travail — (sécrétage des poils de chapeaux au nitrate acide de mercure, et feutrage des poils sécrétés) a reçu un avis de contre-visite émanant du Juge de paix, avis rédigé par un avoué de X... et transmis par huissier, avis lui enjoignant de se présenter chez le médecin désigné par le Juge de paix dans les quatre jours, faute de quoi les indemnités seraient suspendues par la Compagnie d'assurances.

1° Le médecin désigné par le Juge de paix habite Saint-Etienne, ville située à 35 kilomètres de C. où habite la malade et elle est convoquée au domicile du médecin expert.

2° Je n'ai reçu aucun avis, en tant que médecin traitant, aucune lettre recommandée, m'informant du lieu et de l'heure de cette expertise ; seule ma malade a reçu le papier bleu de l'avoué et elle me l'a montré.

Cette façon de procéder est-elle légale ? Je croyais que l'expertise du Juge de paix devait avoir lieu au domicile de la malade ? D'autre part, j'aurais aimé assister à cette expertise, mais il me fallait aller à Saint-Etienne, perdre un temps précieux et au fond, je ne savais à qui faire supporter mes honoraires de déplacement.

A qui aurais-je dû les faire supporter en pareil cas ?

Veuillez me renseigner, afin, que lorsque pareil cas se présentera à nouveau, je puisse davantage faire respecter les droits du médecin traitant, en cette matière.

D[r] V.

Réponse

En dehors du droit de contre-visite par un médecin de son choix réservé au chef d'entreprise par le paragraphe 5 de l'art. 4 de la loi du 9 avril 1898, le Juge de paix peut ordonner l'examen du blessé par un médecin de son choix dans deux cas : lorsque le certificat médical ne lui paraît pas suffisant ou lorsque le médecin contre-visiteur désigné par le chef d'entreprise certifie que la victime est en état de reprendre son travail et que celle-ci le conteste.

C'est seulement pour la contre-visite du médecin du chef d'entreprise ou de l'assurance que le médecin traitant doit être obligatoirement prévenu deux jours à l'avance par lettre recommandée. Au contraire, en cas d'examen du blessé par un expert désigné par le Juge de paix, aucun préavis ne doit légalement être donné au médecin traitant.

D'autre part, si la contre-visite doit avoir lieu au domicile de la victime, l'expertise peut être faite en tout autre lieu et notamment au domicile du médecin-expert.

Vous avez évidemment le droit d'assister votre cliente à l'expertise, mais vos frais de déplacement et honoraires doivent être supportés par elle seule, sans que vous puissiez les comprendre dans la note de frais médicaux à la charge du patron responsable.

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

2.749. — Infiltrations anesthésiques périarticulaires de Leriche

En matière accident du travail les injections périarticulaires de novocaïne ne sont pas tarifées et vous conseillez, je crois, de s'entendre avec la Compagnie d'assurance.

A votre avis, quel chiffre proposer pour infiltration des ligaments du cou-de-pied ?

Dr D.

Réponse

Les « infiltrations anesthésiques périarticulaires » ont fait déjà l'objet d'une réponse détaillée dans le *Concours* du 24 juin 1936 après enquête faite auprès de chirurgiens, en vue de propositions à faire à l'amiable, puisqu'il n'y a rien dans le tarif actuel sur cette méthode de Leriche.

Il a été ainsi proposé pour une série de ces infiltrations le prix de 60 francs ; s'il n'y a eu qu'une ou deux piqûres, le prix serait minoré de moitié.

Dr F. Decourt.

2.628. — Suture simple et sutures multiples

J'ai l'honneur de vous prier de vouloir bien me faire savoir le montant des honoraires qui doivent m'être alloués pour la petite intervention que voici : *a*) suture musculaire (deux points) ; *b*) suture cutanée (cinq points). Il s'agissait d'une plaie provoquée par un coup de serpette.

Dr C.

Réponse

Toute « suture simple de la peau » quel que soit le nombre de points de suture, est tarifée 25 francs (art. 17). Il n'en était pas de même dans le tarif antérieur à celui de 1922 où était marqué à part : « Suture de un ou deux points : 15 francs ». Il n'y a de « sutures multiples à 40 francs » qu'au cas de sutures séparées effectuées sur un même membre ou parties voisines du corps. Enfin, au cas où il y a des sutures séparées sur des membres différents, c'est l'art. 14, alinéa 1er, qui entre en jeu, et on compte autant de fois suture simple à 25 francs qu'il y a de membres avec sutures effectuées.

Dr F. Decourt.

ASSURANCES SOCIALES

2.844. — Soins donnés aux assurés sociaux notoirement indigents dans les hôpitaux et les cliniques

Il s'agit d'une femme d'un assuré social indigent.

1º Peut-on l'opérer en clinique ?

2º Quels sont les honoraires ou du moins quel est le tarif de base (accident du travail ou Assistance médicale gratuite, etc.)

La malade sera-t-elle considérée comme soignée à domicile si elle vient en clinique ?

La malade pourra-t-elle prétendre à la gratuité absolue des honoraires et des médicaments, ceux-ci et ceux-là étant payés par le département et la Caisse d'Assurances sociales ?

Elle n'aurait à sa charge, bien entendu, que les frais de séjour à la clinique, qu'on ne peut prétendre imputer aux Assurances sociales et au département ; autrement dit, puis-je considérer cette assurée comme un client ordinaire, lui faire payer les frais de séjour à la clinique (pension) et remettre à la Préfecture ma note d'honoraires ? et dans ce cas, suivant quel tarif ?

Ma clinique n'a pas passé de convention avec la Caisse. Dr C.

Réponse

Il n'est point douteux, à notre avis, que les assurés sociaux indigents bénéficient comme des assurés sociaux ordinaires de la faculté de choisir librement leur praticien et leur établissement de soins. Ainsi que l'a reconnu le Tribunal des conflits dans ses arrêts du 28 octobre 1936 et du 11 janvier 1937, les assurés indigents ne sont, en effet, en aucune manière assimilables aux assistés médicaux relevant de la loi du 15 juillet 1893. Pour bénéficier aux conditions et dans la limite prévue par l'art. 19 du décret-loi, de l'assistance médicale gratuite, ils n'en demeurent pas moins avant tout, des assurés soumis aux obligations mais conservant tous les avantages de l'assurance. Il résulte d'autre part, de l'art. 19, parag. 3, alinéa 3 que les prestations à la charge des Caisses pour les assurés indigents sont les mêmes que celles prévues pour les autres assurés et leur sont accordées suivant les modalités et sous réserve du contrôle applicable à ces assurés. On doit donc, en principe, assimiler les assurés indigents aux assurés ordinaires, sous réserve des dispositions spéciales et dérogatoires expressément prévues par l'art. 19 du décret-loi.

Les assurés indigents seront en droit de se faire hospitaliser dans les établissement privés ayant ou n'ayant pas passé de convention avec les Caisses d'assurances sociales. Mais cette hospitalisation doit avoir lieu naturellement en respectant les formalités prévues pour les assurés ordinaires par l'art. 33 du règlement intérieur

type établi par l'arrêté ministériel du 30 janvier 1937. Aux termes de cet article, le malade peut être hospitalisé sur sa demande lorsque son état ou sa situation l'exige, sur le vu de l'attestation du praticien traitant. Lorsque l'assuré désire être hospitalisé ou traité dans un établissement privé, il doit préalablement à l'hospitalisation ou au traitement et sauf le cas d'urgence, en aviser la Caisse et lui indiquer l'établissement dans lequel il a l'intention d'être hospitalisé. A défaut de réponse dans les huit jours, la Caisse est réputée avoir accepté la prise en charge des frais d'hospitalisation dans l'établissement indiqué.

En ce qui concerne le paiement des frais d'hospitalisation, en matière d'assurés indigents un principe domine la question : l'assuré bénéficiant de l'assistance médicale gratuite n'a en aucune manière à faire l'avance des frais médicaux, ni à y participer. Une distinction doit, d'autre part, être posée, qui résulte d'ailleurs formellement de l'art. 19, entre les frais d'hospitalisation proprement dits et les honoraires médicaux et chirurgicaux.

Les frais d'hospitalisation sont réglés conformément au tarif de l'assistance médicale gratuite. Ils sont payés directement à l'établissement par la Caisse débitrice pour la part prévue par son tarif de responsabilité et par la collectivité d'assistance pour la différence entre le tarif de responsabilité et le tarif de l'Assistance médicale gratuite.

Quant aux frais médicaux, ils sont payés directement par la Caisse à l'établissement hospitalier et leur tarif résulte soit du tarif de responsabilité de la Caisse tel qu'il est prévu par l'art. 6, parag. 15 du décret loi et l'art. 36 du règlement intérieur type, soit d'après la convention conclue avec l'établissement s'il en existe une. Nous vous signalons à ce sujet que le nouveau régime et la jurisprudence de la Cour de cassation ont aboli le principe antérieur suivant lequel un assuré social hospitalisé dans un établissement n'ayant pas contracté avec les Caisses était considéré comme soigné à domicile. Dans tous les cas, qu'il y ait ou non convention, l'hospitalisation donne lieu au paiement d'une indemnité spéciale prévue par le tarif de responsabilité ou la convention. Mais ce tarif de responsabilité ne doit pas être unique. Il doit au contraire présenter un caractère différencié suivant qu'il s'agit d'un hôpital public, d'un établissement spécial, d'un établissement privé ayant passé une convention avec la Caisse, ou ayant été agréé par elle, ou d'un établissement privé non agréé mais se soumettant au contrôle général des Assurances sociales.

Mais bien entendu, un assuré social indigent est au moins un assuré social ordinaire. Il peut parfaitement renoncer au bénéfice du régime de

l'art. 19 et se placer uniquement sur le terrain des assurances sociales de droit commun. Il serait en droit, par conséquent, de se faire hospitaliser au tarif ordinaire et de demander ensuite à sa Caisse le versement des prestations prévues par son tarif de responsabilité pour le cas d'hospitalisation. Vous n'auriez pas ainsi à entrer en rapport avec la collectivité d'assistance et les Caisses débitrices.

2.920. — Droit aux prestations après une interruption de deux mois

Une de mes clientes a été soignée pendant six mois pour glycosurie. Cette femme d'assuré social revient me voir trois mois après pour des accidents de dénutrition (diabétiques bien entendu). A-t-elle droit à de nouvelles prestations ? Il s'agit toujours de diabète. Celui-ci doit-il être considéré comme maladie ? et dans ce cas, même après six mois ? On ne peut considérer la maladie comme finie, ou bien le diabète étant considéré comme une diathèse (ce qu'il est en réalité) ce sont ses accidents, ses aspects cliniques qui constituent la maladie. Dans ce cas, ma malade après une interruption de plus de deux mois aurait de nouveau droit aux prestations.

Laquelle interprétation ?

Dr D.

Réponse

En vertu de l'art. 6, parag. 13 du décret-loi du 28 octobre 1935 codifiant la jurisprudence antérieure de la Cour de Cassation relative à l'application du délai de six mois et aux rechutes : « Lorsqu'il y a interruption de prestations pendant un délai de plus de deux mois celles-ci peuvent être servies pendant un nouveau délai de six mois si l'assuré a fait constater sur la feuille de maladie en cours au moment de l'interruption la guérison apparente ou la fin de la période de maladie et s'il en a avisé sa Caisse dans les huit jours. Il en est de même si l'assuré établit que la nouvelle affection est indépendante de celle qui a précédemment motivé l'attribution des prestations. »

Nous ne croyons pas en l'espèce qu'il faille se fonder sur le second motif et dire que votre cliente est atteinte actuellement d'une maladie nouvelle alors que son état provient d'une manifestation nouvelle de la même affection. Il est préférable d'invoquer la première partie du paragraphe 13 relatif aux rechutes séparées par un délai de plus de deux mois.

La rechute est en effet considérée comme une maladie nouvelle au point de vue assurances sociales lorsqu'elle se produit dans les circonstances suivantes : 1° Il faut qu'elle survienne plus de deux mois après la fin de la période

antérieure ; 2° il faut en outre que cette période antérieure ait pris fin, c'est-à-dire que l'assuré ait été en état de guérison apparente lorsqu'il a cessé de recevoir des soins. Il n'est point nécessaire que son affection ait fait l'objet d'une guérison scientifique et absolue. Il suffit, d'après la définition donnée par les médecins contrôleurs du terme «guérison apparente», que l'affection de l'assuré après avoir traversé une période d'activité passe par une phase de stabilité le dispensant de recourir aux soins médicaux et pharmaceutiques et lui permettant de vaquer à ses occupations habituelles sans danger pour lui ou son entourage. Il s'agit là évidemment d'une question de fait qui relève au premier chef de l'appréciation de la Commission technique des trois médecins.

D'autre part, le décret-loi y a ajouté une troisième condition à savoir : l'avis donné par l'assuré à sa Caisse dans les huit jours de la fin de l'état de maladie afin que celle-ci puisse opérer son contrôle en temps voulu. Toutefois, si la date de la guérison est antérieure à l'application du nouveau régime, c'est-à-dire antérieure au 1er avril 1936, l'absence de cette formalité ne peut priver un assuré des droits qu'il tient de l'art. 6, paragr. 13 puisqu'aucune disposition antérieure ne venait lui imposer une telle obligation. Si au contraire la date de la guérison est postérieure au 1er avril 1936, il semble bien que l'inobservation par l'assuré de cette formalité doive entraîner sa déchéance au regard de la Caisse.

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

2.919. — Obtention de la retraite du combattant

Titulaire de la carte du combattant n° x, et devant avoir 50 ans le 10 juillet prochain, que faut-il faire pour obtenir la retraite du combattant ?

Il paraît qu'il faut se faire inscrire en avance.

Dr S.

Réponse

Il vous suffira de vous occuper des formalités à remplir, lorsque vous aurez atteint l'âge de 50 ans : imprimé spécial de demande à envoyer à l'Office du combattant, Bulletin de naissance, deux photos-identité.

En effet, entre 50 et 55 ans, la retraite est payée semestriellement, à terme échu ce qui laisse un délai de six mois à l'administration pour établ:r les pièces nécessaires.

59e ANNÉE AVRIL 1937 PRIX : 1 FR. 25

LE CONCOURS MÉDICAL

• ORGANE HEBDOMADAIRE DES PRATICIENS •

Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY

SUPPLÉMENT DOCUMENTAIRE

« L'Officiel Médical »

Médecine sociale - Législation - Décrets - Règlements
Pièces officielles - Tarifs, etc.

Rédaction et Administration : **37, rue de Bellefond, PARIS (9e)** - Téléphone : **TRUdaine 33-66**

CONTRE LES DYSPEPSIES STOMACALES



francis bernard

TRIDIGESTINE DALLOZ

EDITIONS PAUL MARTIAL . PAR

LE CONCOURS MÉDICAL

SUPPLÉMENT DOCUMENTAIRE
"L'Officiel Médical"
Médecine sociale - Législation - Décrets - Règlements
Pièces officielles - Tarifs, etc.

SOMMAIRE

Hôpitaux, Hospices et Cliniques

Décret du 22 mars 1937 portant application de la semaine de quarante heures dans les hôpitaux, hospices, cliniques, etc.

Le Président de la République française,

Sur le rapport du président du Conseil, du ministre du Travail, du ministre de l'Intérieur, du ministre de l'Economie nationale et du ministre de la Santé publique.

Vu la loi du 21 juin 1936 instituant la semaine de quarante heures dans les établissements industriels et commerciaux et fixant la durée du travail dans les mines souterraines ;

Vu les articles 6 et 7 du livre II du Code du travail, modifiés par la loi précitée et conçus comme suit :

« Art. 6. — Dans les établissements industriels, commerciaux, artisanaux et coopératifs ou dans leurs dépendances, de quelque nature qu'ils soient, publics ou privés, laïques ou religieux, même s'ils ont un caractère d'enseignement professionnel ou de bienfaisance, y compris les établissements publics hospitaliers et les Asiles d'aliénés, la durée du travail effectif des ouvriers et employés de l'un ou de l'autre sexe et de tout âge ne peut excéder quarante heures par semaine.

« Art. 7. — Des décrets rendus en Conseil des ministres, après avis de la section professionnelle ou des sections professionnelles compétentes du Conseil national économique, déterminent par profession, par industrie ou par catégorie professionnelle, pour l'ensemble du territoire ou pour une région, les modalités d'application de l'article précédent.

« Ils devront se référer, dans le cas où il en existe, aux accords intervenus entre les organisations patronales et ouvrières intéressées » ;

Vu les avis publiés au *Journal Officiel* des 25 juillet et 23 décembre 1936 relatifs à la consultation des organisations patronales et ouvrières, en vue de l'application de la loi du 21 juin 1936 instituant la semaine de quarante henres dans les hôpitaux, hospices, maisons de santé, asiles d'aliénés, sanatoriums, préventoriums, cliniques, dispensaires et tous établissements de cure, repos, soins, convalescence, régime ;

Vu les observations présentées par les organisations patronales et ouvrières intéressées ;

Vu l'avis des 19e et 20e sections professionnelles (section des arts et des industries d'art, des spectacles et des professions libérales et section des services publics) du Conseil national économique ;

Vu la délibération du Conseil des ministres en date du 13 mars 1937,

Décrète :

Art. 1er. — Les dispositions du présent décret sont applicables dans les établissements publics ou privés ci-après énumérés :

Hôpitaux, hospices, cliniques, dispensaires, maisons de santé, maisons d'accouchement, asiles d'aliénés , sanatoriums, préventoriums, établissements thermaux et climatiques et tous

établissements de cure, repos, soins, convalescence, régime.

Les dispositions du présent décret sont également applicables aux ouvriers et employés occupés par les établissements ci-dessus désignés, même dans le cas où leur activité ne ressortit pas à ces professions, lorsque le travail de ces ouvriers et employés a pour objet exclusif l'entretien ou le fonctionnement desdits établissements et de leurs dépendances.

Les dispositions du présent décret ne s'appliquent pas aux médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, internes, externes et sages-femmes des établissements ci-dessus désignés dans la mesure où ces personnes se livrent exclusivement à des travaux de leur profession.

Art. 2. — Dans les établissements visés à l'article 1er et afin de tenir compte du caractère intermittent du travail, il est admis qu'une durée de présence de quarante-cinq heures par semaine correspond à la durée maxima de travail effectif prévu par l'article 6 du livre II du Code du travail.

Lorsque dans une région ou une localité déterminée, il est constaté, par des accords intervenus entre les organisations ouvrières et les organisations représentant les établissements visés à l'article 1er ou une catégorie de ces établissements, que le maximum hebdomadaire de travail, dans ces établissements, correspond à une durée de présence inférieure à celle fixée par le paragraphe précédent, un régime différent tenant compte de ces accords pourra être établi à titre provisoire par arrêté préfectoral et, le cas échéant, à titre définitif par arrêtés des ministres du Travail, de l'Intérieur et de la Santé publique.

Les établissements ou parties d'établissement visés à l'article 1er devront, pour l'application de la loi du 21 juin 1936, choisir un des modes ci-après :

1° Répartition uniforme des heures de présence pendant cinq jours ;

2° Répartition uniforme des heures de présence pendant six jours ;

3° Répartition inégale entre les jours ouvrables des heures de présence de la semaine avec maximum de neuf heures par jour afin de permettre le repos d'une demi-journée par semaine ;

4° Répartition uniforme des heures de présence sur une période de deux semaines consécutives afin de permettre, en plus du repos hebdomadaire, le repos d'une journée complète au moins au cours de cette période de deux semaines.

L'organisation du travail par relais ou par roulement est autorisée pour tous les travaux se rattachant directement aux soins à donner aux malades. Elle pourra, pour les autres travaux des établissements visés à l'article 1er, être autorisée par arrêté ministériel après consultation des organisations patronales et ouvrières intéressées. A défaut de cette autorisation, en cas d'organisation du travail par équipes successives, le travail de chaque équipe sera continu, sauf l'interruption pour les repas.

En aucun cas, réserve faite des dispositions de l'article 5 ci-dessous, l'organisation du travail adoptée ne devra, pour un ouvrier ou employé déterminé, porter à plus de onze heures par jour l'amplitude de la journée de travail ou de présence, ni réduire à moins de douze heures la durée du repos ininterrompu entre deux journées de travail.

Toutefois, l'amplitude pourra être portée à douze heures lorsque le repas du soir est pris dans l'établissement, ainsi que dans les sanatoria, lorsque le repas du personnel se trouve prolongé en raison de la durée de la cure de silence des malades.

Art. 3. — Dans les établissements conservant leur personnel pendant les périodes où leur activité est ralentie, la récupération des heures de travail perdues par suite des mortes-saisons pourra être autorisée par l'inspecteur du travail jusqu'à concurrence de cent heures par an, après consultation des organisations patronales et ouvrières intéressées.

L'augmentation exceptionnelle prévue par le paragraphe précédent du présent article à titre de récupération ne pourra avoir pour effet de prolonger de plus d'un heure par jour la durée de travail ou de présence du personnel.

Le chef d'établissement qui veut faire usage de la faculté de récupération prévue par le paragraphe 1er du présent article doit, dans la demande d'autorisation qu'il devra adresser à l'inspecteur du travail, indiquer la nature, la cause et la date de l'interruption collective de travail, le nombre d'heures de travail perdues, les modifications qu'il se propose d'apporter temporairement à l'horaire en vue de récupérer les heures perdues, ainsi que le nombre de personnes auxquelles s'applique cette modification.

En cas de chômage extraordinaire et prolongé dans une catégorie professionnelle, l'inspecteur du travail pourra suspendre l'usage des récupérations prévues au paragraphe 1er du présent article.

Dans les établissements où le fonctionnement n'est pas nécessairement continu et où le régime de travail comporte normalement, outre le repos hebdomadaire, un jour ou une demi-journée de repos, il pourra être travaillé ce jour ou cette demi-journée de repos lorsqu'une autre journée aura été chômée en raison d'une fête légale. L'inspecteur du travail pourra autoriser, après consultation des organisations patronales et ouvrières intéressées, la récupération des autres journées qui seraient chômées en raison de fête locale ou autres événements locaux. En aucun

cas ces récupérations ne pourront avoir pour effet de porter la durée de présence hebdomadaire au delà de la durée maxima fixée en vertu de l'article 2.

Art. 4. — Dans chaque établissement ou partie d'établissement, les ouvriers et employés ne pourront être occupés que conformément aux indications d'un horaire précisant, pour chaque journée et éventuellement pour chaque semaine, la répartition des heures de travail ou de présence.

Cet horaire, établi suivant l'heure légale, fixera les heures auxquelles commencera et finira chaque période de travail ou de présence et en dehors desquelles aucun ouvrier ou employé ne pourra être occupé. Le total des heures comprises dans les périodes de travail ou de présence ne devra pas excéder la limite fixée par l'article 2.

Les heures différentes de travail ou de présence et de repos pourront être prévues pour les catégories de travailleurs auxquelles s'appliquent les autorisations de relais et de roulement prévues par le paragraphe 4 de l'article 2 ou les dérogations prévues par l'article 5 ci-après.

Toute modification de la réparti ion des heures de travail ou de présence devra donner lieu, avant sa mise en service, à une rectification de l'horaire établi.

Cet horaire, daté et signé par le chef d'établissement, sous la responsabilité de celui-ci, par la personne à laquelle il aura délégué ses pouvoirs à cet effet, sera transcrit, soit sur une affiche facilement accessible et lisible apposée de façon apparente dans chacun des locaux de travail auxquels il s'applique, soit sur un registre tenu constamment à jour et mis à la disposition du service de l'inspection du travail dans l'établissement où est occupé le personnel visé.

Un double de l'horaire et des rectifications qui y seraient apportées éventuellement devra préalablement être adressé à l'inspecteur du travail.

En cas d'organisation du travail par équipes, la composition nominative de chaque équipe sera indiquée, soit par un tableau affiché dans les mêmes conditions que l'horaire, soit par un registre spécial tenu constamment à jour et mis à la dispositon du service de l'inspection du travail.

Art. 5. — La durée journalière de travail ou de présence, peut, pour les travaux désignés au tableau ci-dessous et conformément à ses indications, être prolongée au-delà des limites fixées en conformité des articles 2 et 3 du présent décret, sans toutefois avoir pour effet de modifier les situations acquises par les règlements, usages et coutumes actuellement en vigueur :

1° Travail des mécaniciens, des électriciens des chauffeurs employés au service de la force, motrice, de l'éclairage, du chauffage et du matériel de levage, lorsqu'il ne s'agit pas d'un travail continu assuré par des équipes successives. Une heure au maximum ;

2° Travail d'un chef de brigade ou d'équipe, ou d'une personne affectée au service direct des malades ou des hospitalisés, dont la présence est indispensable au fonctionnement d'une équipe, dans le cas d'absence inattendue de son remplaçant et en attendant l'arrivée d'un autre remplaçant. — Durée de l'absence du remplaçant ;

3° Travail d'un chef de brigade ou d'équipe ou d'une personne affectée au service direct des malades ou des hospitalisés, en vue de coordonner le travail de deux équipes qui se succèdent. Une demi-heure au maximum ;

4° Travail d'un employé occupé à un traitement qui n'a pu être terminé dans les délais réglementaires, par suite de circonstances exceptionnelles. — Durée nécessaire pour l'achèvement du traitement commencé ;

5° Travail d'un employé effectué exclusivement dans un établissement privé, au service personnel d'un malade ou d'un hospitalisé. — Présence continue sous réserve d'un repos ininterrompu de dix heures au moins entre deux journées de travail et d'une demi-journée de repos chaque semaine en plus du repos hebdomadaire ;

6° Personnel de la cuisine. — Dans les établissements publics, une heure au maximum, y compris le temps consacré aux repas. Dans les établissements privés la durée de présence journalière du personnel de la cuisine pourra atteindre huit heures quarante-cinq minutes, y compris le temps consacré aux repas, dans le cas de répartition de la durée hebdomadaire de présence sur six jours. En cas de répartition de la durée hebdomadaire de présence suivant une autre modalité, la durée journalière de présence de ce personnel pourra être augmentée proportionnellement pour que le total hebdomadaire des heures de présence soit le même qu'en cas de répartition sur six jours. Lorsque cette présence est répartie en deux périodes, celles-ci doivent être séparées par un repos de deux heures au minimum pendant lequel le personnel a le droit de quitter l'établissement. L'amplitude de la journée de travail ne pourra excéder douze heures et demie et le repos ininterrompu entre deux journées de travail devra être de douze heures et demie au moins. Lorsque l'amplitude de la journée de travail sera de onze heures et demie, la durée du repos séparant deux périodes de travail pourra être réduite à une heure ;

7° Dans les établissements privés où les soins sont principalement donnés en chambres individuelles ; travail du personnel gradé ou de maîtrise chargé de diriger ou de surveiller les équipes ; travail des infirmiers ou infirmières et du personnel de service des étages. — Dans le cas

de répartition de la durée hebdomadaire de présence sur six jours, la durée journalière de présence pourra être portée à neuf heures et demie , y compris le temps consacré aux repas ; en cas de répartition de la durée hebdomadaire de présence suivant une autre modalité, la durée journalière de présence de ce personnel pourra être augmentée proportionnellement pour que le total hebdomadaire des heures de présence soit le même qu'en cas de répartition sur six jours. Lorsque cette présence est répartie en deux périodes, celles-ci doivent être séparées par un repos de deux heures et demie au minimum pendant lequel le personnel a le droit de quitter l'établissement. L'amplitude de la journée de travail ne pourra excéder douze heures et la durée du repos ininterrompu entre deux journées de travail ne sera en aucun cas inférieure à douze heures. Lorsque l'amplitude de la journée de travail sera de onze heures, la durée du repos séparant deux périodes de travail pourra être réduite à une heure et demie ;

8° Travail du personnel uniquement occupé à des opérations de surveillance immobilière, service d'incendie. — Quatre heures au maximum, sans que la durée de présence puisse être supérieure à cinquante-six heures par semaine. Pour les concierges des établissements privés logés dans l'établissement, la présence pourra être continue à la condition que l'employé bénéficie, en plus du congé légal annuel et du repos hebdomadaire, d'un congé annuel compensateur payé de quinze jours.

9° Travail des conducteurs d'automobiles, de véhicules hippomobiles, ambulanciers. — Une demie-heure au maximum. Une heure au maximum pour les conducteurs de véhicules hippomobiles. Cette durée peut être augmentée d'une heure et demie lorsque la durée dure pas est comprise dans le temps de service. L'horaire de travail des ambulanciers est le même que celui du conducteur de l'ambulance à laquelle ils sont attachés.

Art. 6. — La durée de travail ou de présence journalière peut être, à titre temporaire, prolongée au-delà des limites fixées par les articles 2 et 3 du présent décret, dans les conditions suivantes :

1° Travaux urgents dont l'exécution immédiate est nécessaire pour prévenir des accidents imminents, organiser des mesures de sauvetage ou réparer des accidents survenus soit au matériel, soit aux installations, soit aux bâtiments de l'établissement. Soins urgents à donner en cas d'afflux extraordinaire et imprévisible de malades ou de blessés. — Faculté illimitée pendant un jour au choix du chef d'établissement, les jours suivants, deux heures au delà de la limite assignée au travail général de l'établissement ;

2° Travaux urgents et exceptionnels en cas de surcroîts extraordinaires de travail. — Cinquante heures par an sans que la durée de travail ou de présence puisse être prolongée de plus d'une heure par jour.

En cas de chômage extraordinaire et prolongé dans une profession, le ministre du Travail, à la demande d'une des organisations patronales ou ouvrières intéressées et après consultation de toutes les organisations pourra, par arrêté, suspendre, à titre provisoire, en totalité ou en partie, l'utilisation des heures supplémentaires prévues sous le numéro 2 du paragraphe 1er du présent article pour cette profession, pour l'ensemble du territoire ou pour une ou plusieurs régions déterminées.

Art. 7. — Le bénéfice des dérogations prévues à l'artie 5 et à l'article 6 sous le numéro 1 est acquis de plein droit au chef d'établissement sous réserve d'accomplissement des formalités prévues à l'article 4 du présent décret.

Tout chef d'entreprise qui veut user des facultés prévues à l'article 6 sous le numéro 2 est tenu d'adresser à l'inspecteur du travail une déclaration datée spécifiant la nature et la cause de la dérogation, le nombre d'ouvriers pour lesquels la durée du travail sera prolongée, les jours où il serait fait usage de ladite faculté,les heures de travail et de repos prévues pour ces ouvriers.

Le chef d'établissement doit, en outre, tenir à jour un tableau sur lequel seront inscrites, au fur et à mesure de l'envoi des demandes à l'inspecteur du travail, les dates des jours où il a été fait usage des dérogations accordées avec indication de la durée de ces dérogations. Le tableau sera affiché dans l'établissement dans les conditions déterminées à l'article 4 du présent décret au sujet de l'horaire et il y restera apposé du 1er janvier de l'année courante au 15 janvier de l'année suivante.

Art. 8. — Les heures de travail ou de présence effectuées par application des dérogations prévues sous le numéro 2 de l'article 6 du présent décret sont considérées comme heures supplémentaires et majorées.

La majoration applicable aux heures supplémentaires effectuées en application des dérogations prévues sous le numéro 2 ne pourra être inférieure à 25 p. 100 ni au taux supérieur qui pourrait être prévu par les conventions collectives de travail et usages en vigueur

Art. 9. — Les dispositions du présent décret entreront en vigueur le 1er avril 1937

Art. 10. — Le président du Conseil, le ministre du Travail, le ministre de l'Intérieur, le ministre de la Santé publique et le ministre de l'Economie nationale sont chargées, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal Officiel* de la République française. (*J. O.*, 24 mars 1937).

TARIF GÉNÉRAL
du Syndicat national des Médecins Electrologistes et Radiologistes
1934

NOTICE : A titre d'indication, et pour permettre les comparaisons : au *tarif syndical minimum* exposé sur les pages 1319, 1321, 1323, 1325 et 1327, correspond, sur les pages 1320, 1322, 1324, 1326 et 1328, le tarif des *accidents du travail*, et celui des *pensionnés de guerre*.

Nomenclature	Coefficient des A. S.	Tarif Syndical Minimum K=15	K=20	K=25
Radiographie.				
Crâne, 1 incidence face ou profil	K8	120	160	200
— 2 incidences face et profil	K12	180	240	300
— 1 incidence spéciale ou oblique ou projection verticale de bas en haut ou de haut en bas	K12	180	240	300
Orbite, localisation d'un corps étranger par radiographies multiples	K12	180	240	300
Dents, méthode intra-buccale, première plaque	K3	45	60	75
— Chaque plaque supplémentaire	K2	30	40	50
Maxillaire inférieur	K6	90	120	150
Rachis cervical, 1 incidence	K8	120	160	200
— — 2 incidences	K10	150	200	250
— — Atlas et axis, voie intra-buccale	K8	120	160	200
— dorsal ou lombaire ou sacré, 1 incidence de face	K8	120	160	200
— dorsal ou lombaire ou sacré, 2 incidences	K16	240	320	400
Bassin (squelette)	K10	150	200	250
Grossesse (Voir catégories exceptionnelles).				
Radiopelvimétrie (voir catégories exceptionnelles).				
Hémi-thorax (squelette)	K8	120	160	200
Thorax, 1 incidence de face	K10	150	200	250
— 1 incidence de profil ou oblique	K12	180	240	300
Membre supérieur :				
Doigt, 1 incidence	K2	30	40	50
— 2 incidences	K3	45	60	75
Main, poignet, 1 incidence	K3	45	60	75
— — 2 incidences	K5	75	100	125
Avant-bras, 1 incidence	K5	75	100	125
— 2 incidences	K6	90	120	150

Nomenclature	Tarif A. T. 1932	Mutilés et Réformés
Radiographie.		
Crâne (face ou profil)	165	100
— (face et profil)	250	150
— 1 incidence spéciale ou oblique ou projection verticale de bas en haut ou de haut en bas	250	
Orbite (de face et de profil)	180	
Dents, méthode intra-buccale, ou plaque	65	40
— Chaque plaque supplémentaire	30	20
Maxillaire inférieur	135	80
Rachis cervical (de face ou de profil)	135	80
— — (de face et de profil)	200	120
— dorsal (de face ou de profil)	165	100
— — (de face et de profil)	335	200
— lombaire (de face ou de profil)	165	100
— — (de face et de profil)	335	200
— en entier (de face ou de profil)	335	200
— — (de face et de profil)	450	300
Sacrum (de face)	170	100
— (de face et de profil)	320	
Bassin	200	120
Hémithorax (côte ou omoplate)	170	100
Thorax (de face ou de profil)	200	120
Membre supérieur :		
Doigt, orteil (un ou plusieurs) (face ou profit)	40	25
Main, poignet (face ou profil)	65	40
— — (face et profil)	80	50
Avant-bras (face ou profil)	65	40
— (face et profil)	100	60

	Coefficient des A. S.	Tarif Syndical Minimum K=15	K=20	K=25
Coude, diaphyse humérale, 1 incidence	K5	75	100	125
— — — 2 incidences	K6	90	120	150
Epaule ou clavicule, 1 incidence de face	K6	90	120	150
— — de profil (voir catégories exceptionnelles).				

Membre inférieur :

Pied, cou-de-pied, 1 incidence	K4	60	80	100
— — 2 incidences	K6	90	120	150
— — projection verticale du calcanéum	K6	90	120	150
Jambe, genou, diaphyse fémorale, 1 incidence	K5	75	100	125
Jambe, genou, diaphyse fémorale, 2 incidences	K8	120	160	200
Hanche, face	K7	105	140	175
— profil (voir catégories exceptionnelles).				

Examens radioscopiques au domicile du radiologiste :

a) Pour localisation sous écran	K6	90	120	150
b) Pour intervention, réduction, extraction, injection de substance opaque ou gazeuse	K10	150	200	250

Radiodiagnostic des viscères :

Poumons :

Examen radioscopique	K5	75	100	125
— avec orthodiagramme	K7	105	140	175
— 1 téléradiographie (au-delà de 1 m. 50)	K12	180	240	300
— 2 téléradiographies (au-delà de 1 m. 50)	K16	240	320	400

Cœur, aorte :

Examen radioscopique	K5	75	100	125
— avec orthodiagramme	K7	105	140	175
— 1 téléradiographie (au-delà de 1 m. 50)	K12	180	204	300
— 2 téléradiographies (au-delà de 1 m. 50)	K16	240	320	400

	Tarif A. T. 1932	Mutilés et Réformés
Coude, diaphyse humérale (face ou profil)	80	50
— — — (face et profil)	125	75
Epaule (de face)	125	75
— (de profil)	200	120
— (de face et de profil)	290	
Membre inférieur :		
Pied (face ou profil) (1)	65	40
— (face et profil)	80	50
— (face et profil, avec projection verticale du calcanéum)	130	
Cou-de-pied, jambe (face ou profil)	85	40
— — (face et profil)	100	50
Genou, diaphyse fémorale (face ou profil)	100	60
— — — (face et profil)	150	90
Hanche (de face)	150	90
— (de profil)	200	120
— (de face et de profil)	320	
Examens radioscopiques.		
Bras ou jambe	80	50
Thorax, tête ou abdomen	100	60

Radiodiagnostic des viscères.

Poumons :		
Examen à l'écran	100	60
— avec calque	135	80
— radioscopie et une radiographie	200	120
— 2 clichés avec radioscopie, soit d'avant en arrière, soit d'arrière en avant, soit de face et de profil, soit de face et en position oblique	335	
Cœur, aorte :		
Examen à l'écran	100	60
— calque orthodiagramme	150	90
— radioscopie et 1 téléradiographie	200	120
— radioscopie et 2 téléradiographies	335	200

(1) *J. O.*, 24 février 1933.

	Coefficient des A. S.	Tarif Syndical Minimum K=15	K=20	K=25
Œsophage, estomac, intestin, duodénum :				
Etude statique :				
Examen radioscopique	K5	75	100	125
— — avec calque	K7	105	140	175
— — avec 1 cliché	K10	150	200	250
Etude de l'évacuation, ou insufflation, ou lavement opaque :				
Examen radioscopique	K10	150	200	250
— — avec calque	K12	180	240	300
Par cliché radiographique supplémentaire	K4	60	80	100
Radiographies en série indépendamment de l'examen du tube digestif	K16	240	320	400
Foie, vésicule, rate, pancréas :				
Examen radioscopique	K10	150	200	250
Par cliché	K4	60	80	100
Rein, uretère, vessie :				
Le premier cliché	K12	180	240	300
Chaque cliché supplémentaire	K4	60	80	100
2 reins avec 1 ou plusieurs clichés	K12	180	240	300
Système urinaire : en un seul cliché	K12	180	240	300
Chaque cliché supplémentaire	K4	60	80	100

Pyélographie intraveineuse (injection non comprise).
Insufflation périrénale.
Pneumo-péritoine.
Hystérographie (par lipiodol).

} Voir catégories exceptionnelles

Radiographies stéréoscopiques :

Le double d'un cliché ordinaire.

ELECTROTHÉRAPIE : (chaque séance).

	Coefficient des A. S.	K=15	K=20	K=25
Traitement électrique par les procédés usuels, pour *une seule localisation* :				
Electrisation (durée maxima 30 minutes). Air chaud, diathermie, infra-rouges, ultra-violets par lampe à vapeur de mercure	K2	30	40	50
Traitement électrique par les rayons ultra-violets par lampe à arc ou lampe genre Finsen ou Kromayer pour *une seule localisation*	K3	45	60	75
Traitement électrique par les procédés usuels, pour *deux localisations* différentes ou applications simultanées de deux traitements différents au cours de la même séance (ne dépassant pas 30 minutes).	K3	45	60	75

	Tarif A. T. 1932	Mutilés et Réformés
Œsophage, estomac :		
Examen à l'écran	100	60
— avec calque	135	80
— radioscopie et 1 radiographie	200	120
Estomac avec étude de l'évacuation, quel que soit le nombre des séances :		
Examen à l'écran	200	120
— avec un ou plusieurs calques	250	150
— avec radioscopie et 1 ou 2 radiographies	335	200
Tube digestif complet, étude du transit en plusieurs journées :		
Examen à l'écran	335	200
— avec calque	400	240
— radioscopies et 2 radiographies	500	300
Foie (après préparation spéciale) :		
Examen à l'écran	135	80
— avec calque	170	100
— radioscopie et 2 radiographies	200	120
Vessie :		
1 rein ou 1 uretère	170	100
2 reins ou 2 uretères	250	150
1 rein et 1 uretère	335	200
Système urinaire complet en plusieurs clichés	500	300
— — — en un seul cliché	200	

Radiographies stéréoscopiques :

Le double d'un cliché ordinaire.

ELECTROTHÉRAPIE.

Traitement galvanique et faradique simple : par séance, quel que soit le nombre de séances	25	12
Ce prix sera augmenté de :		
Si l'on est obligé de soigner deux régions	10	6
Si l'on est obligé de soigner trois régions	20	12
Traitement électrique à domicile par un spécialiste avec appareil transportable, les prix ci-dessus augmentés d'une indemnité de transport de l'appareil	15	8
Traitement comprenant l'électrisation complète (courant de Morton, air chaud, etc.) : chaque séance	25	15
Séance de rayons ultra-violets et infra-rouges (1)	25	15
Diathermie	25	40

(1) *J. O.*, 24 février 1933.

	Tarif Syndical Minimum			
	Coefficient des A. S.	K=15	K=20	K=25
Traitement obligeant à soigner séparément dans dans une même séance deux régions différentes ou encore à appliquer successivement plusieurs appareils différents. Enfin traitement d'une durée de 30 minutes à 1 heure sur une même région	K4	60	80	100
Electrisation ou diathermie gynécologique........	K3	45	60	75
Séances nécessitant un appareillage particulier : diathermie à courants multiples (méthode de Bergonié)	K4	60	80	100
Electrisation ou diathermie intra-utérine.........	K4	60	80	100
Electrolyse et ionisation lacrymale	K4	60	80	100
— — dermatologique	K4	60	80	100
— — épilation électrolytique..	K4	60	80	100
— — ciliaire	K6	90	120	150
Electrolyse : dilatation électrolytique ou diathermie de l'urèthre, de l'œsophage, du rectum..........	K4	60	80	100
Electrolyse : linéaire de l'œsophage, du rectum, de l'urèthre, sans anesthésie, ni soins consécutifs...	K16	240	320	400
Electrolyse : linéaire de l'œsophage, du rectum, de l'urèthre, avec anesthésie et soins consécutifs ...	K30	450	600	750
Electrolyse, ionisation, diathermo-coagulation, fulguration de :				
Tumeur superficielle avec ou sans anesthésie locale.	K4	60	80	100
Destruction de tumeur moyenne avec anesthésie...	K20	300	400	
Destruction de tumeur superficielle avec anesthésie.	K10	150	200	250
Ablation des hémorroïdes	K30	450	600	750
Destruction de vaste tumeur sous anesthésie locale ou générale	K40	600	800	1.000
Destruction de tumeur intravésicale	K60	900	1.200	1.500
Lavement électrique au domicile du malade ou dans une maison de santé	K16	240	320	400

Radiothérapie

Rœntgenthérapie :

Superficielle sans ou avec légère filtration les 500 R. en surface	K4	60	80	100
Moyennement pénétrante, les 500 R. en surface (150.000 V.)	K5	75	100	125
Pénétrante avec appareil de 200.000 V. et plus, les 500 R., filtration de 0,5 de métal lourd et distance focale de 30 cm.	K6	90	120	150
Pénétrante avec appareil de 200.000 V. et plus. Les 500 R. filtration supérieure à 0,5 de métal lourd et distance focale supérieure à 30 cm.	K8	120	160	200

Curie-Thérapie :

10 mmg. de radium-élément et au-dessous	K6	90	120	150
20 mmg. — — —	K8	120	160	200
30 mmg. — — —	K10	150	200	250
40 mmg. — — —	K12	180	240	300
50 mmg. — — —	K16	240	320	400

	Tarif A. T. 1932	Mutilés et Réformés
Electrolyse de l'œsophage ou du rectum	250	150
Lavement au domicile du malade	335	200
Cryothérapie. — Traitement cryothérapique par un spécialiste quel que soit le nombre des séances à son cabinet, chaque		20
Diathermie, — Application de haute fréquence et de basse tension par le médecin spécialiste lui-même :		
a) Diathermie médicale, chaque séance		40
b) Diathermo-coagulation, chaque intervention sera, au point de vue de tarif à appliquer, assimilée à une opération chirurgicale de même importance faite avec le bistouri.		

Radiothérapie.

Rœntgenthérapie (1) :

Radiothérapie superficielle, les 500 unités R., en surface (80.000 à 100.000 volts)	50	
Radiothérapie moyennement pénétrante (100.000 à 180.000 volts)	100	
Radiothérapie pénétrante (180.000 volts et plus)	150	

Ces prix s'entendent pour une distance focale minimum de 30 centimètres et

1° Une filtration de 5 millimètres d'aluminium pour la radiothérapie moyennement pénétrante ;

2° Une filtration de 0 millimètre 5 au moins de métal lourd pour la radiothérapie pénétrante.

Curiethérapie (1) :

Au-dessous de 50 mmg.-journée de radium élément	150	
De 50 à 200 mmg., les 10 mmgr. de radium élément	125	
Au-dessus de 200 mmg.-journée de radium-élément	100	
Radiothérapie, au domicile du médecin, quel que soit le nombre des séances, chaque		30

(1) *J. O.*, 24 février 1933.

	Coefficient des A. S.	Tarif Syndical Minimum K=15	K=20	K=25
60 mmg. de radium-élément et au-dessous	K20	300	400	500
70 mmg. — — —	K30	450	600	750
80 mmg. — — —	K40	600	800	1.000

Traitement radiothérapique des tumeurs :

Petite tumeur cutanée, cancroïdes	K20	300	400	500
Tumeur cutanée étendue	K40	600	800	1.000
Adénopathie bénigne	K40	600	800	1.000
Actinomycose cervico-faciale	K40	600	800	1.000
Tumeur ganglionnaire	K60	900	1.200	1.500
— nerveuse	K60	900	1.200	1.500
— osseuse (membres, bassin, rachis, paroi cranienne)	K80	1.200	1.600	2.000
— cérébrale ou médullaire	K100	1.500	2.000	2.500
— maligne de la parotide	K80	1.200	1.600	2.000
— des lèvres et des paupières	K60	900	1.200	1.500
— de la langue	K80	1.200	1.600	2.000
— de la langue récidivée	K120	1.800	2.400	3.000
— du corps thyroïde (Basedow ou cancer)	K80	1.200	1.600	2.000
— du larynx	K120	1.800	2.400	3.000
— maligne du sein	K60	900	1.200	1.500
— maligne du poumon	K80	1.200	1.600	2.000
— du médiastin	K100	1.500	2.000	2.500
— du tube digestif	K100	1.500	2.000	2.500
Tumeur du clitoris et du vagin	K80	1.200	1.600	2.000
Fibrome utérin	K80	1.200	1.600	2.000
Tumeur maligne de l'utérus	K100	1.500	2.000	2.500
— de la prostate	K120	1.800	2.400	3.000

(Dans ces chiffres sont compris le prix de la location du radium et de l'appareillage radiologique).

Opérations exceptionnelles

Radiographie :

Grossesse de face	K20	300	400	500
— de face et profil	K30	450	600	750
Radiopelvimétrie	K30	450	600	750
Epaule de profil	K10	150	200	250
Hanche de profil	K10	150	200	250

Radiodiagnostic des viscères :

Pyélographie, injection non comprise	K20	300	400	500
Insufflation périrénale 1 ou 2 reins, plusieurs clichés.	K30	450	600	750
Pneumo-péritoine, examen radioscopique et 1 cliché	K30	450	600	750
Pneumo-péritoine, examen radioscopique, plusieurs clichés	K40	600	800	1.000
Hystérographie par lipiodol, 1 cliché	K16	240	320	400
Hystérographie par lipiodol plusieurs clichés	K20	300	400	500

Electro-diagnostic :

Chronaxie pour 1 nerf isolé	K16	240	320	400
— 1 membre	K20	300	400	500
— 2 membres	K30	450	600	750
— 3 ou 4 membres ou sujet entier	K40	600	800	1.000
Electro-cardiogramme	K6	900	1.200	1.500

	Tarif A. T. 1932	Mutilés et Réformés
Radiothérapie pénétrante avec appareil de 200.000 volts pour le traitement des tumeurs jusqu'à cinq heures d'application en une ou plusieurs séances		1.500
Chaque heure supplémentaire		300
Radiumthérapie :		
Le centigramme-journée		40
Inhalation de vapeurs balsamiques sous pression		6

OBSERVATIONS

(pour l'application du Tarif Accidents du Travail)

Les prix s'entendent pour un seul cliché et deux épreuves. Chaque épreuve en plus sera comptée :

18/24	10
24/30	12
30/40	15

Toutes autres radiographies de la même région, prises le même jour, dans une autre position, seront comptées chacune 75 % du prix d'une seule pose. De même, la radiographie de la même région du côté sain, si elle était nécessaire pour comparaison, serait comptée 75 % du prix d'une seule pose.

Si la région à radiographier est entourée d'un appareil plâtré, il sera perçu, par région, et quel que soit le nombre de clichés ou de poses, un supplément de ... 30 francs.

Sauf les cas d'extrême urgence, l'exploration radiologique et l'électrodiagnostic doivent être prescrits par le médecin traitant, d'accord avec le médecin du chef d'entreprise ou de son assureur substitué. Ce dernier médecin devra, en cas de refus, donner un avis techniquement motivé dans les trois jours à compter de la date de la réception de la lettre recommandée dudit médecin traitant, lettre qui devra contenir également un avis techniquement motivé.

Dans les cas d'extrême urgence, le chef d'entreprise ou son assureur substitué sera prévenu sans délai par le médecin traitant. Il en sera de même si la radiographie du côté sain devenait nécessaire.

En cas de divergence, il sera procédé conformément à l'article 9 ci-dessus.

Le médecin radiologiste devra fournir deux exemplaires de chaque cliché, les épreuves datées et signées par lui porteront le nom du blessé, seront accompagnées d'un commentaire détaillé en deux exemplaires : un exemplaire des radiographies et un exemplaire du commentaire seront remis au patron ou à l'assureur, l'autre au blessé.

Les radiographies : épaule de profil, crâne, position verticale ; thorax ou poumons en deux positions ; pied en projection verticale ; hanche ou sacrum de profil, ne pourront être faites que sur demande expressément formulée par le médecin traitant, d'accord avec le médecin du chef de l'entreprise ou de son assureur substitué.

Au cas où l'épreuve radiographique serait reconnue insuffisante par le médecin contrôleur, celui-ci pourra, par lettre recommandée, dans les dix jours qui suivront la réception de l'épreuve, demander en communication le film lui-même. Au cas où le médecin contrôleur jugerait notoirement insuffisants l'épreuve et le film, le payement sera obligatoirement soumis à la Commission d'arbitrage où le radiologiste pourra donner les raisons de cette insuffisance.

Toute application radiologique au domicile du malade sera tarifée :

1° Le prix ordinaire de ou des examens ;

2° Une indemnité de déplacement de 75 francs ;

3° Le prix de location des appareils, du jour de l'examen demandé par le constructeur ;

4° Lorsque le malade habite en dehors de la ville où demeure le médecin, un supplément d'indemnité basé sur la distance kilométrique.

(1) *J. O.*, 24 février 1933.

Hygiène et prophylaxie

I

Décret du 31 décembre 1936 portant organisation des services de prophylaxie des maladies vénériennes

TITRE Ier

Organisation des services de prophylaxie vénérienne.

Art. 1er. — Il est institué, sous l'autorité et le contrôle du ministre de la Santé publique, des services de prophylaxie vénérienne.

La liste des services agréés est arrêtée chaque année par le ministre de la Santé publique après avis de la Commission de préservation des maladies vénériennes.

Cette liste est modifiée, s'il y a lieu, en cours d'année, dans les mêmes conditions.

Art. 2. — Les services inscrits sur la liste prévue à l'article 1er peuvent être gérés par les départements et les communes.

Ils peuvent également, sur avis de la Commission de préserva ion des maladies vénériennes, être gérés par les hôpitaux, les hospices, les Facultés de médecine et les Ecoles de médecine de plein exercice, l'Académie de médecine ainsi que par des associations.

Art. 3. — Les conditions techniques générales d'organisation des services sont fixées par arrêté du ministre de la Santé publique, après avis de la Commission de préservation des maladies vénériennes.

Art. 4. — Les médecins et chefs de laboratoires des services de prophylaxie vénérienne sont désignés par les organismes gestionnaires de ces services. Cette désignation doit être approuvée par le ministre de la Santé publique, après avis de la Commission de préservation des maladies vénériennes.

Art. 5. — Chaque service de prophylaxie vénérienne doit s'assurer la collaboration d'une ou plusieurs visiteuses d'hygiène.

TITRE II

Fonctionnement des services de prophylaxie vénérienne

Art. 6. — Les services de prophylaxie vénérienne assurent gratuitement l'examen des malades, les analyses, le traitement et les fournitures de médicaments.

Art. 7. — Les examens de laboratoires, les recherches microbiologiques et les examens sérologiques, nécessaires au fonctionnement des services ne doivent être effectués que par les laboratoires agréés par le ministre de la Santé publique, après avis de la Commission de préservation des maladies vénériennes.

Art. 8. — Pour bénéficier des avantages prévus par le présent décret, les malades qu'il y a lieu de mettre en traitement dans un hôpital ne peuvent être hospitalisés que sur la proposition d'un des services de prophylaxie vénérienne.

Art. 9. — Les médicaments spécifiques sont remis gratuitement en nature aux services par les soins du ministre de la Santé publique.

La liste de ces médicaments est dressée par le ministre de la Santé publique, après examen et avis du chef du laboratoire de contrôle de l'Académie de médecine.

Art. 10. — Les services de prophylaxie vénérienne délivrent à chaque malade un carnet médical qui doit avoir un caractère anonyme. Ils doivent, d'autre part, tenir et conserver une fiche individuelle permettant la reconstitution éventuelle du carnet en cas de perte par l'intéressé,

Un arrêté du ministre de la Santé publique déterminera la composition du carnet médical et de la fiche individuelle.

Art. 11. — Les organismes gestionnaires des services de prophylaxie vénérienne établissent chaque année le budget des services. Ce budget est soumis à l'agrément du ministre de la Santé publique, après avis de l'inspecteur régional des services de prophylaxie vénérienne prévu à l'article 12 ci-après et du préfet.

Un arrêté du ministre de la Santé publique et du ministre des Finances déterminera les conditions dans lesquelles sera tenue la comptabilité des organismes gestionnaires des services de prophylaxie vénérienne.

TITRE III

Contrôle des services de prophylaxie vénérienne.

Art. 12. — Les services de prophylaxie vénérienne sont soumis au contrôle du ministre de la Santé publique. Ce contrôle est exercé par les inspecteurs départementaux d'hygiène et les inspecteurs régionaux, désignés par le ministre parmi les médecins spécialement qualifiés à cet effet, et, en particulier, parmi les professeurs de dermatosyphiligraphie des Facultés de médecine.

Les circonscriptions dans lesquelles s'exercera le contrôle de chaque inspecteur régional seront fixées par arrêté du ministre de la Santé

publique, après avis de la Commission de préservation des maladies vénériennes.

Art. 13. — Le ministre de la Santé publique peut adresser aux services de la prophylaxie vénérienne dont le perfectionnement a fait l'objet d'un rapport défavorable une mise en demeure motivée de réaliser les améliorations nécessaires.

Si cette mise en demeure n'est pas suivie d'effet dans un délai que le ministre fixera, mais qui ne saurait être inférieur à deux mois, le ministre peut, par arrêté motivé pris après avis de la Commission de préservation des maladies vénériennes, rayer le service de la liste prévue à l'article 1er.

TITRE IV

Dispositions diverses

Art. 14. — Tout document relatif à la propagande de la prophylaxie vénérienne doit être soumis à l'agrément du ministre de la Santé publique.

Art. 15. — Le ministre des Finances et le ministre de la Santé publique sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal Officiel*.

(*J. O.*, 8 janvier 1937).

II

Circulaire du 1er *mars* 1937, *relative au dépistage et au traitement de la syphilis congénitale*

En vue de favoriser le dépistage et le traitement de la syphilis congénitale, les différents établissements de protection maternelle et infantile donnent les soins nécessaires aux jeunes malades, soit en se bornant à les traiter ambulatoirement, soit en les soignant au cours de leur hospitalisation.

Dans le premier cas, mon administration accorde aux institutions intéressées un concours moral et financier en leur octroyant certaines subventions et en les faisant bénéficier de la fourniture gratuite des médicaments spécifiques ; dans le second cas, les institutions qui hospitalisent les malades percevant un prix de journée qui leur procure des ressources suffisantes pour l'hospitalisation, la question s'était posée de savoir s'il convenait ou non de les aider de la même manière à supporter les frais supplémentaires qu'entraîne le traitement des enfants atteints de syphilis congénitale.

Il fut tout d'abord répondu par l'affirmative et, en conséquence, les établissements de protection maternelle et infantile qui, trop souvent, ne s'inquiétaient pas de savoir si les enfants qui leur étaient confiés étaient atteints ou non de syphilis congénitale et ne les soignaient pas ou refusaient même de les soigner lorsqu le diagnostic avait été posé, ont été amenés à se préoccuper du fléau vénérien et à donner aux petits hérédos les soins nécessaires grâce à la fois aux subventions accordées par mon département et à la fourniture gratuite des médicaments spécifiques.

Toutefois, il y a deux ans, au moment de la diminution massive apportée aux crédits attribués pour la prophylaxie des maladies vénériennes, mon administration, dans l'impossibilité de continuer intégralement l'effort antivénérien, s'est trouvée dans l'obligation de revenir sur sa décision.

L'expérience montre que cette mesure a entraîné une forte diminution dans le rendement des services antivénériens des établissements de protection maternelle et infantile.

J'ai, en conséquence, décidé d'accorder à nouveau, lorsque cela sera reconnu nécessaire, au titre de la lutte antivénérienne, des subventions aux établissements de protection maternelle et infantile, qu'ils bénéficient ou non de ressources tirées de la perception d'un prix de journée et de leur consentir la fourniture gratuite des médicaments spécifiques.

Vous voudrez bien tenir compte de cette décision lorsque vous m'adresserez vos propositions de subventions pour les services antivénériens en 1937 et, en conséquence, la porter à la connaissance des services intéressés de protection materenlle et infantil de votre département.

Henri SELLIER.

(*J. O.*, 4 mars 1937.)

Le Gérant : **R. THIRON**

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.
R. C. CLERMONT 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

- sommaire -

SERVICE DE PROPAGANDE DU " CONCOURS "

Les docteurs en médecine et les étudiants qui en feront la demande recevront gracieusement le *Concours Médical* pendant deux mois, afin de leur permettre de se rendre compte des services que ce journal peut leur rendre.

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteur en Médecine	60 fr.	Belgique et Luxembourg..	70 fr.
Etudiants	35 fr.	Première Zone	85 fr.
Le Numéro..........	1.25	Deuxième Zone..........	110 fr.

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE

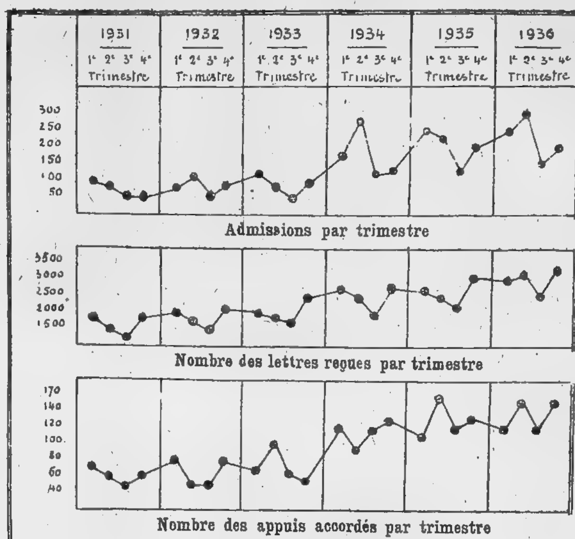
« Le Sou Médical »

Un peu de statistique

Le SOU MÉDICAL est une ligue pour la défense professionnelle des *intérêts particuliers* des médecins. Aux *Syndicats*, la charge des *intérêts généraux* de la profession, et c'est un véritable devoir pour tous les confrères d'y adhérer.

Mais, c'est pour eux un devoir non moins impératif que celui de s'inscrire au Sou Médical, ligue actuellement vieille de quarante années, qui atteindra bientôt le nombre de 8.000 adhérents, riche dans sa caisse de garantie, de plus de DEUX MILLIONS.

Cette caisse de garantie couvre ses membres contre le risque de la responsabilité civile, à l'occasion de leurs actes cliniques et thérapeutiques, jusqu'à concurrence de CENT MILLE FRANCS, garantie portée à CINQ CENT MILLE FRANCS, pour ses adhérents, qui sont en même temps abonnés au *Concours Médical*.



Mais cette garantie de risque ne constitue qu'une faible partie de l'activité du Sou Médical.

Confrères, qui n'êtes pas encore des nôtres, veuillez en juger par ces chiffres.

Nombre de lettres reçues en 1936 : 11.675.

Nombre d'admissions provisoires en 1936 : 758.

Nombre d'affaires nouvelles (appuis accordés) en 1936 : 537.

Répartition des 537 affaires nouvelles

A) Responsabilité professionnelle	42
B) Contestations relatives au paiement des honoraires	151
C) Recours en paiement contre des tiers	35
D) Soins aux blessés de la route	21
E) Privilèges médicaux	4
F) *G*) *H*) Difficultés relatives aux accidents du travail	59
J) Diffamation	9
K) Contention de l'A. M. G.	4
L) Affaires de loyer	9
M) Difficultés entre confrères	8
N) Exercice illégal	3
O) Contentieux des soins aux pensionnés de guerre	44
P) Contentieux administratif	40
Q) Expertises médicales	1
R) Responsabilité pénale	2
S) Contentieux fiscal	84
V) Assurances sociales	21
	537

Affaires terminées en 1936 : 667.

Affaires perdues : 64 soit 10 %.

Toutes les autres ont été gagnées en justice (176) ou sans jugement.

Une preuve que les services rendus par le Sou Médical sont de plus en plus reconnus par tous : c'est le nombre des adhésions nouvelles, qui augmente sans cesse ; voir le graphique ci-contre.

Le Sou Médical est autre chose qu'une Compagnie d'assurances ; il fait plus que garantir ses adhérents contre les risques encourus ; il étudie chaque affaire soigneusement, donne des conseils éclairés, et paye tous les frais de procédure ; ce que l'on ne trouve pas dans les Compagnies d'assurances.

Notre Ligue, d'esprit corporatif, ne recherche pas de tels avantages ; elle prend en mains la défense de ses membres, dans toutes les difficultés d'ordre professionnel, qu'ils rencontrent au cours de l'exercice de leur profession, et à son occasion, toutes, sauf le simple recouvrement d'honoraires.

De plus, elle donne aux confrères embarrassés tous les conseils juridiques et contentieux, dont ils peuvent avoir besoin : loyers ; affaires fiscales ; soins aux assurés sociaux, aux accidentés du travail, aux pensionnés de guerre ; diffamation ; exercice illégal ; difficultés entre confrères, etc.

Pour s'occuper des affaires délicates, six juristes qualifiés sont attachés aux bureaux du Sou médical, dont un avocat à la Cour et un avocat au Conseil d'Etat.

***

Confrères, lisez bien cet exposé, regardez de près les graphiques, et venez à nous. Si vous consacrez 160 francs par an à nos œuvres, 100 francs au Sou Médical, 60 francs au *Concours Médical*, — en même temps que vous serez abonné à un journal bien informé, au point de vue scientifique comme au point de vue professionnel, vous recevrez tous conseils et appuis juridiques le cas échéant ; et, si le malheur veut que vous soyez condamné, le Sou Médical prendra à sa charge les frais du procès ; de plus vous serez garantis, non plus seulement pour cent mille francs, mais pour cinq cent mille francs.

Ne retardez pas votre geste confraternel, remplissez, signez et envoyez aussitôt à qui de droit le bulletin d'adhésion, que vous trouverez plus loin, page 1390.

Dr G. Fischer
Secrétaire général adjoint

◆ ◆ ◆

CORRESPONDANCE

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

2.883. — La participation aux Congrès et les périodes d'instruction

La participation à certains congrès médicaux, à l'occasion de la prochaine exposition, doit équivaloir à une période militaire pour les officiers de réserve.

Quels sont les congrès visés ?

Dr D.

Réponse

Selon toute vraisemblance, les congrès visés seront ceux qui ont trait à l'hygiène militaire, au Service de santé de la marine ou des Colonies, et ceux-ci doivent se tenir entre le 1er et le 10 juillet. Des instructions spéciales seront certainement données en temps opportun.

2.876. — Cessation des obligations militaires

Agé de 58 ans révolus depuis le 26 mars écoulé, capitaine de réserve, j'ai reçu, il y a un mois environ, une note du Service de santé me demandant quelques

renseignements utiles pour être placé dans la situation de médecin capitaine honoraire, mon âge et mon grade de capitaine voulant que je sois mis hors cadres. Depuis je n'ai pas reçu ma radiation des cadres : que dois-je faire ? je ne voudrais pas en cas de mobilisation, être obligé de me rendre au poste qui m'est assigné, faire des dépenses pour quelques jours seulement, après lesquels on s'apercevrait que je n'aurais pas dû être mobilisé.

Dr M.

Réponse

Les vingt-huit ans de service militaire, qui sont imposés par l'art. 2 de la loi du 31 mars 1928 sur le recrutement de l'armée, ne prendront fin pour vous qu'au mois d'octobre 1937. Bien que vous ayiez déjà été consulté sur votre désir d'être maintenu ou non dans les cadres, au-delà de la limite légale, vous ne recevrez acte de votre radiation qu'un certain temps après cette époque, c'est-à-dire vers fin novembre, une fois qu'un décret aura régularisé votre radiation. D'ici là vous devez remplir toutes vos obligations militaires en cas de mobilisation.

2.948. — Promotion dans la Légion d'honneur et pension

J'ai eu la Légion d'honneur en 1918 à titre militaire avec pension, vers la fin de la guerre (médecin de complément).

Actuellement, je suis commandant médecin honoraire.

Dois-je perdre tout espoir d'avoir la rosette ?

Et si je l'avais (je n'ai jamais rien demandé, du reste), ma pension serait-elle annulée ? ? ?

Dr A.

Réponse

La Légion d'honneur et la Pension d'invalidité sont deux choses tout à fait différentes ; même si vous êtes promu officier de la Légion d'honneur, on ne pourra vous enlever, de ce chef, votre pension. Quant à l'espoir d'avoir la rosette, pour un officier honoraire, il devient très faible et ne pourrait exister que si vous rendiez quelques services à la préparation militaire.

ASSURANCES SOCIALES

2.689. — Droit aux prestations de l'assurance-maladie

Un employeur de ma famille a versé pour sa bonne, entrée à son service le 1er mai 1936, les cotisations totales suivantes :

Deuxième trimestre 1936 (deux mois) : 32 francs.
Troisième trimestre 1936 : 32 francs.
Quatrième trimestre 1936 : 48 francs.

Le 2 février dernier, cette bonne tombe malade (pleurésie). Un mois plus tard, la Caisse fait savoir

qu'elle refuse toute prestation, en raison de l'insuffisance de cotisation au troisième trimestre 1936, soit 16 francs.

Je me suis entretenu avec le Directeur de la Caisse de cette affaire, en lui faisant remarquer qu'à la campagne les employeurs ignorent à peu près tous le montant de leur cotisation, et s'en remettent à ce que leur réclame la receveuse des Postes, qui représente pour eux la Caisse. Dans le cas particulier, c'est une intérimaire qui a perçu le troisième trimestre, copiant étourdiment les chiffres du trimestre précédent. Il a fallu le refus de la Caisse pour s'apercevoir de l'erreur.

Mon entretien n'a abouti qu'à un nouveau refus.

Je reçois à l'instant la lettre par laquelle la Caisse notifie à la malade son refus, et je joins cette lettre.

Dr F.

Réponse

En vertu de l'art. 12 du règlement d'administration publique du 20 mars 1936 relatif aux assurés des professions agricoles, pour avoir droit aux prestations de l'assurance maladie fixées par les statuts de l'organisme auquel il est affilié, l'assuré doit avoir subi par précomptes, sur son salaire, une retenue au moins égale soit à la somme de six cotisations mensuelles ouvrières au cours des deux derniers trimestres civils précédant celui de la maladie ou de l'accident, soit à la somme de douze cotisations mensuelles ouvrières pendant les quatre trimestres civils précédents. En l'espèce, la cotisation mensuelle ressort à 8 francs (le quart de 32 francs).

Le minimum que l'assuré doit avoir à son compte durant les deux trimestres civils précédant celui de la maladie s'élève ainsi à 6 × 8 = 48 francs. Cette condition est indubitablement remplie dans le cas que vous nous soumettez puisque, durant cette période, l'assurée a à son compte une somme totale de 80 francs.

Nous ne comprenons pas pourquoi cette Caisse lui refuse l'octroi des prestations maladie et nous lui conseillons de la poursuivre devant la Commission d'arrondissement de son siège, par lettre recommandée adressée au président de ladite Commission, au greffe du Tribunal civil, dans les dix jours de la notification de la décision de refus, à peine de forclusion.

La procédure devant la Commission d'arrondissement est des plus simples, elle est, d'autre part, dispensée de tous frais de timbre et d'enregistrement et les dépens consistent seulement dans les frais de greffe (une quarantaine de francs), qui sont remboursés à l'intéressé en cas de gain du procès.

2.535. — Demande de certificat de décès avec diagnostic par les Caisses

Est-il nécessaire de fournir un certificat de décès avec ou sans diagnostic, pour qu'une veuve d'assuré social puisse toucher l'indemnité décès ? un certificat de la mairie n'est-il pas suffisant ?

Tout d'abord, je vous dirai qu'ici nous ne donnons jamais de certificat de décès, même sans diagnostic, sauf réquisition naturellement.

Les Caisses exigeaient au début un certificat avec diagnostic, prétextant que mon client a pu mourir d'accident, de suicide (cela aurait pu être: delirium) et non de la maladie pour laquelle il a été soigné.

Je m'y suis refusé, et après des pourparlers avec le secrétaire de la Fédération, la Caisse a accepté un certificat de décès portant « décédé des suites de la maladie indemnisée par la Caisse ».

Il me semble que même de cette façon, il y a violation du secret professionnel, car si dans les cas de décès on porte la mention préconisée par les Caisses, le jour où les médecins ne porteront rien, ce sera une véritable dénonciation du client.

D[r] X.

Réponse

Il est exact que les Caisses ont intérêt à rechercher si le décès de leur assuré est survenu à la suite de telle ou telle maladie, car, en vertu de l'art. 13, paragr. 1er, la période de référence à considérer pour déterminer le droit aux prestations se compose des quatre derniers trimestres civils précédant soit celui du décès s'il est subi, soit celui de la maladie ou de l'accident à la suite duquel le décès est survenu.

Mais le certificat médical exigé par les Caisses de votre région n'est nullement prévu par une disposition légale ou réglementaire, l'arrêté du 30 juin 1931 modifié par celui du 16 janvier 1933 fixant les pièces à produire pour les demandes de pension, ne prévoyant qu'un extrait de l'acte de décès.

Il appartient donc en principe aux Caisses de faire rechercher par le médecin contrôleur ou par une enquête administrative, les causes du décès de l'assuré. Mais si telle est la conception théorique, on peut cependant concevoir qu'il serait plus simple pour les ayants droit de l'assuré de demander au médecin-traitant un certificat établissant à l'égard de leur Caisse que l'assuré est mort des suites de la maladie pour laquelle il était soigné. Il leur sera ainsi plus facile d'établir l'existence de leurs droits au regard des Assurances sociales.

Il est bien certain que, dans la conception doctrinale absolue du secret professionnel tel qu'il est conçu habituellement par la généralité des médecins, le seul fait d'indiquer que l'assuré est

Voir la suite page XXXIX-1383

PROPOS DU JOUR

LE TROISIÈME CENTENAIRE DU DISCOURS DE LA MÉTHODE

Les sciences médicales et la méthode cartésienne
La macabre odyssée des restes de Descartes : L'Histoire de son crâne

On projette de célébrer le troisième centenaire de la publication du *Discours de la Méthode* (1637). Cette date marque une révolution dans l'histoire de la Science en général et même des Sciences médicales. Descartes, du reste, tout à la fin du Discours de la Méthode, affirme nettement que le but qu'il se propose est de faire progresser l'art de guérir.

« Mais, écrit-il, je dirai seulement que j'ai résolu de n'employer le temps qui me reste à vivre à autre chose qu'à *tâcher d'acquérir quelque connaissance de la nature, qui soit telle qu'on en puisse tirer les règles pour la médecine plus assurées que celles qu'on a eues jusqu'à présent* ; et que mon inclination m'éloigne si fort de toute sorte d'autres desseins, principalement de ceux qui ne sauraient être utiles aux uns qu'en nuisant aux autres, que si quelques occasions me contraignaient de m'y employer, je ne crois point que je fusse capable d'y réussir. »

Descartes dans le *Discours de la Méthode* ne se borne pas à décrire le fonctionnement du cœur et de la circulation, description remarquable pour l'époque, ni à émettre l'hypothèse des esprits animaux, doctrine qui, au début du XVIIe siècle, n'était pas plus extraordinaire que beaucoup d'autres émises bien plus tard, il reconnait l'utilité de l'observation et de l'expérimentation et, s'il leur fait jouer un rôle secondaire, notons qu'il est avant tout un mathématicien et qu'en 1637, les sciences expérimentales n'étaient guère florissantes.

« Même je remarquais, écrit-il toujours dans le *Discours de la Méthode*, touchant les expériences, qu'elles sont d'autant plus nécessaires qu'on est plus avancé en connaissance, car pour le commencement il vaut mieux ne se servir que de celles, qui se présentent d'elles-mêmes à nos sens et que nous ne saurions ignorer, pourvu que nous y fassions tant soit peu de réflexions que d'en chercher de plus rares et étendues. »

D'ailleurs il prévoit que le savant pourra se rendre un jour maître de la Nature de telle façon « qu'on jouirait sans aucune peine des fruits de la terre et de toutes les commodités qui s'y trouvent, mais *principalement aussi pour la conservation de la santé, laquelle est sans doute le premier bien* et le fondement de tous les autres biens de cette vie... »

La méthode expérimentale de Claude Bernard relève indiscutablement de la méthode cartésienne. Quand le grand physiologiste traite, dans son *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, du caractère indépendant de la méthode expérimentale, il écrit : « Elle (la méthode expérimentale) ne reconnaît d'autre autorité que celle des faits, et elle s'affranchit de l'autorité personnelle. Quand Descartes disait qu'il ne faut s'en rapporter qu'à l'évidence ou à ce qui est suffisamment démontré, cela signifiait qu'il fallait ne plus s'en référer à l'autorité, comme le faisait la scolastique, mais ne s'appuyer que sur les faits bien établis par l'expérience. »

Plus loin, quand Claude Bernard expose ses idées sur le *Doute dans le raisonnement expérimental*, il oppose Bacon à Descartes.

« Quand Descartes part du doute universel et répudie l'autorité, il donne des préceptes bien plus pratiques pour l'expérimentateur que ceux que donne Bacon pour l'induction. Nous avons vu en effet que c'est le doute seul qui provoque l'expérience ; c'est le doute enfin qui détermine la forme du raisonnement expérimental. »

Il est utile à notre époque, où tant de chercheurs dans les sciences médicales ont tendance à revenir à la solution de facilité de l'autorité scolastique « *Magister dixit* », il est utile, disons nous, de rapprocher les méthodes de ces deux grands génies, Descartes et Claude Bernard.

* * *

En l'année où, à propos de la célébration du tricentenaire de la publication du Discours de la Méthode, on évoque le souvenir de René Descar-

tes, il est tout naturel de rechercher ce que sont devenus les restes du grand philosophe. Presqu'à la même date (1912) Cabanès écrivait à ce sujet dans la *Gazette Médicale de Paris*, un article intitulé : *Les tribulations posthumes de Descartes*, et le Docteur Verneau, professeur d'Anthropologie du Muséum national d'Histoire naturelle, faisait paraître dans *Æsculape* de novembre 1912 une étude très documentée sur *les Restes de Descartes*.

M. Verneau avait un sérieux motif pour s'intéresser aux restes de Descartes, car il possédait dans la collection anthropologique, qui dépendait de sa chaire, le crâne de Descartes, crâne couvert d'inscriptions et des signatures de ceux qui l'ont tour à tour possédé, ce qui plaide en faveur de son authenticité.

Ce crâne est toujours au Muséum ; M. le Professeur Rivet, qui a succédé à M. Verneau, le conserve jalousement dans son laboratoire. Il a bien voulu nous le montrer, et ce n'est pas sans émotion que nous avons tenu entre nos mains et examiné à loisir le crâne, que l'on considère comme celui de Descartes.

Nous ne nous attarderons pas à décrire ce crâne ; qu'il nous suffise de dire qu'il est un peu supérieur au crâne moyen de nos concitoyens, que la proéminence des arcades sourcillières, la largeur du front, la largeur de la face qui est relativement courte, la saillie un peu prononcée des pommettes, etc., s'accordent bien avec le portrait du philosophe Franz Hals. Il est à noter que les sutures sont très nettes et qu'il n'existe sur aucune d'elles trace d'ossification.

Reste à expliquer comment le crâne est arrivé au Muséum, c'est-à-dire à narrer l'Odyssée des restes de Descartes.

Nous savons que R. Descartes, cédant aux instances de la reine Christine de Suède, gagna Stockholm en 1649 et y mourut le 11 février 1650. Il fut enterré selon sa volonté et le désir de ses amis au cimetière de l'Horphelin. Seize ans après, le 1er mai 1666, l'Ambassadeur de France, chevalier de Terlan, obtint son exhumation. Il fit enfermer les ossements, ou ce qui fut trouvé des ossements, dans une caisse en cuivre, conservant en souvenir un os de la main qui avait écrit le Discours de la Méthode. La caisse fut transportée par mer à Copenhague, par les soins de deux personnes attachées au service de M. de Terlan, devenu ambassadeur de France en Danemark ; puis elle fut introduite furtivement en France. Les convoyeurs furent arrêtés à Péronne, pris pour des contrebandiers, et durent ouvrir la caisse. Ils arrivèrent à Paris en janvier 1667, et les restes furent déposés provisoirement à l'Eglise Saint-Paul et définitivement à l'abbaye Sainte Geneviève. Pierre d'Alibert, trésorier de France, ami de Descartes, fit élever un monument composé de deux plaques de marbre avec deux inscriptions l'une en français, l'autre en latin, surmontées du médaillon du philosophe en terre cuite.

Le 2 octobre 1793, un décret de la Convention ordonna le transport des restes de Descartes au Panthéon, où ils ne furent jamais déposés. On les transféra provisoirement à l'ancien couvent des Petits Augustins, où Alexandre Lenoir, sauvegardant mainte relique, avait créé le Jardin des Monuments français. Le 26 février 1819 eut lieu une nouvelle exhumation et les cendres de Descartes, enfermées dans un cercueil en chêne, reposèrent définitivement à Saint-Germain-des-Prés. Le médaillon en terre cuite fut au Musée de Versailles, et les plaques de marbre portant les inscriptions furent remisées au dépôt des marbres.

Mais que devint le crâne ? Le crâne aurait été enlevé par Israël Planström, capitaine des Gardes, chargé à Stockholm de la première exhumation. Il passa après lui entre les mains de six possesseurs. Le dernier, Sparrman, mourut et le crâne fut vendu aux enchères et acquis par Arngren en 1821, qui le céda au grand chimiste Berzélius. Ce dernier en fit don la même année à l'Académie des sciences, qui confia sa relique à G. Cuvier pour sa galerie d'Anatomie comparée. Le 11 avril 1878, le crâne passa à la collection anthropologique dans le service nouvellement créé du Professeur Hamy.

Maintenant, voulez-vous savoir à quel prix Berzélius acquit le crâne de René Descartes ? TRENTE SEPT FRANCS CINQUANTE de notre monnaie-or. Quelles méditations ne pourrait-on faire à ce sujet sur la vanité humaine ? Ceci nous rappelle le passage fameux de Juvénal :

Expende Annibalem : quot libras in duce summo
Invenies ?

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

ICTUS MYOCARDIQUE

Par M. A. Dumas

Médecin des hôpitaux de Lyon

Professeur agrégé à la Faculté de médecine

Par ictus myocardique nous entendons désigner la cardioplégie, défaillance aiguë du cœur, liée à un accident vasculaire (thrombose ou hémorragie), survenant brusquement dans l'épaisseur du myocarde et réalisant le syndrome clinique de l'infarctus du myocarde.

Les conditions de production et aussi d'évolution de l'ictus myocardique sont tout à fait comparables à celles qui commandent l'ictus cérébral.

Dans les deux cas il s'agit d'un accident vasculaire qui au niveau du myocarde prend le plus souvent la forme de la thrombose, mais qui peut aussi comporter une véritable hémorragie.

Au niveau du myocarde, comme dans le cerveau, les symptômes dépendront du siège de la lésion. Il y a en effet, dans le myocarde comme dans le cerveau, des zones motrices, des centres et des zones silencieuses. Il y aura donc là comme dans le cerveau des symptômes de localisation.

Les conditions de production de l'ictus myocardique sont à bien des égards les mêmes, en ce qui concerne l'étiologie, que les conditions de production de l'ictus cérébral.

L'ictus myocardique, comme l'ictus cérébral, donnera lieu tout d'abord à des accidents immédiats, qui constituent l'ictus proprement dit, puis à des accidents secondaires tardifs, qui ne seront pas les mêmes dans chaque cas et dont la symptomatologie dépendra de la localisation de la lésion.

Cette comparaison entre l'ictus myocardique et l'ictus cérébral, aidera à comprendre la description que nous allons faire maintenant de l'ictus myocardique, en envisageant successivement les symptômes précoces liés à la production de l'infarctus et les symptômes secondaires tardifs, qui peuvent être considérés comme la conséquence de sa cicatrisation.

I. — Symptômes précoces de l'ictus myocardique

Il s'agit d'une brusque défaillance cardiaque, dont les caractères sont pourtant assez précis, pour que puisse être porté le diagnostic d'infarctus du myocarde.

Quel que soit son siège, dont nous aurons à nous occuper plus tard, l'infarctus myocardique se manifeste au moment de sa production par des symptômes qui sont, en général, assez caractéristiques pour suffire au diagnostic : tachycardie ou tachyarythmie, défaillance circulatoire, chute tensionnelle.

a) *Troubles du rythme.*

Quand il s'agit d'un sujet, dont le cœur était antérieurement régulier, le brusque déclenchement de la tachyarythmie ou de la tachycardie simple doivent faire penser à l'infarctus du myocarde. La tachycardie paroxystique, type Bouveret, ne peut guère prêter à confusion. Elle survient, en effet, chez des sujets dont le cœur est très souvent normal. Elle ne donne pas lieu à des symptômes inquiétants d'insuffisance cardiaque, elle évolue pendant un temps généralement assez court et, s'il lui arrive de se prolonger, elle reste toujours parfaitement tolérée et, tôt ou tard, cesse brusquement pour faire place à la reprise d'un rythme sinusal parfaitement régulier. Il en est tout autrement des troubles rythmiques, qui marquent le début de l'infarctus. Quand, chez un sujet porteur d'un cœur hypertrophié et présentant une hypertension artérielle plus ou moins marquée, on voit survenir brusquement une tachyarythmie au dessus de 150, si cette tachyarythmie s'accompagne de sensations douloureuses, d'oppression, de vertiges, il est bien probable que l'on a affaire à un infarctus du myocarde. La persistance de cette tachyarythmie ou son aboutissement plus ou moins tardif à d'autres symptômes, sur lesquels nous aurons à nous expliquer au chapitre suivant, autorisent le diagnostic d'infarctus du myocarde.

Quand il s'agit d'une tachycardie régulière, du type tachycardie de Bouveret, le diagnostic d'infarcus est évidemment plus délicat. On peut affirmer cependant que la maladie de Bouveret,

c'est-à-dire la tachycardie paroxystique essentielle, telle que l'avait dénommée son auteur, destinée à disparaître pour faire place à la restauration du rythme régulier, ne se rencontre qu'exceptionnellement dans le cas d'hypertrophie cardiaque, d'hypertension et que, dans ces conditions, le caractère fonctionnel de la tachycardie s'efface devant la presque certitude d'une lésion infarctoïde responsable des troubles rythmiques. Si un doute persiste, un électrocardiogramme, montrant des déformations des complexes ventriculaires, tranchera la question.

b) *Abaissement tensionnel.*

La chute de tension est un symptôme presque constant de l'infarctus du myocarde. Mais il sera d'autant plus manifeste que le sujet aura présenté, antérieurement à l'accident, une tension plus élevée.

Quand on a affaire à de grands hypertendus, 24/15 par exemple, une chute tensionnelle à 17/10, si elle s'accompagne de tachyarythmie, aidera grandement au diagnostic.

Il ne s'agit pas toujours, dans ces conditions, d'une chute tensionnelle intéressant la seule maxima. La décapitation de la maxima, si bien décrite par Gallavardin, se rencontre plus fréquemment dans l'asystolie simple ou dans le cas de dilatation du cœur, que dans l'infarctus proprement dit. Dans l'infarctus, en effet, on ne voit pas en général survenir d'œdèmes importants et, malgré la gêne considérable que cette lésion impose au cœur, celui-ci conserve une capacité fonctionnelle suffisante, tout au moins au début. Il sera entravé dans son fonctionnement, mais l'équilibre tensionnel sera à peu près conservé, malgré la dénivellation subie par la tension. Ainsi l'infarctus du myocarde se différenciera de l'insuffisance ventriculaire gauche productrice d'œdème aigu du poumon, et aussi de l'asystolie aiguë due à la dilatation du cœur, puisque dans ces deux cas la défaillance cardiaque s'accusera par le brusque collapsus de la seule maxima. Nous n'irons pas jusqu'à dire que cette loi ne souffre pas d'exceptions. Il est tel ou tel cas où l'infarctus, se produisant sur un cœur hypertrophié, pourra provoquer un syndrome d'insuffisance ventriculaire gauche avec œdème aigu du poumon, mais ce n'est pas là la symptomatologie habituelle de la maladie qui nous occupe.

c) D'autres symptômes ont été décrits au cours de l'infarctus du myocarde : le bruit de galop, les souffles d'insuffisance fonctionnelle et enfin le frottement péricardique. A part le bruit de galop qui peut être précoce, les souffles d'insuffisance fonctionnelle et les bruits de frottements péricardiques sont en général plus tardifs, et nous aurons à nous en occuper dans la seconde partie de cette étude.

II. — **Syndromes particuliers que peut revêtir l'ictus myocardique au moment de son installation**

Le syndrome de l'ictus myocardique n'est pas uniquement à symptomatologie cardiaque, telle que nous venons de la définir. L'ictus myocardique peut revêtir des formes particulières, véritables syndromes atypiques susceptibles d'égarer le diagnostic. On peut décrire une forme abdominale, une forme lipothymique, une forme pulmonaire, une forme cérébrale.

a) *Forme abdominale.*

On peut observer au début de l'ictus myocardique, des vomissements, de la diarrhée, des sueurs profuses et même un état subictérique, donnant dans son ensemble une forme gastro-intestinale, que Lian a parfaitement précisée.

En présence de ce syndrome abdominal, le diagnostic risque de s'égarer et de s'orienter vers une crise hépatique ou vésiculaire, voire même sur une perforation d'ulcère gastrique ou duodénal, pour peu qu'on en relève des symptômes dans les antécédents.

On devra pour rétablir le diagnostic véritable, chercher minutieusement chacun des symptômes que nous avons ci-dessus décrits : abaissement tensionnel, tachycardie, sans oublier tous les renseignements sur l'état cardiaque antérieur.

Il est fréquent que ce tableau à symptomatologie abdominale tourne court au bout de quelques jours, et ne tienne qu'à un état de collapsus momentané. Ultérieurement les symptômes, que nous venons de décrire, s'atténuent et il ne restera plus que les symptômes cardiaques sous leurs formes définitives, que nous envisagerons dans le chapitre suivant.

b) *Forme lipothymique.*

Ici les manifestations de début s'accusent principalement par l'installation d'un état, qui touche au coma et qui tient en grande partie au brusque abaissement tensionnel, dont est responsable l'infarctus. Le pouls est rapide et de tension si faible, qu'elle est souvent très difficile à apprécier exactement.

Ici le tableau est celui de l'insuffisance surrénale aiguë, telle qu'on peut l'observer du fait d'une hémorragie surrénale ou par atteinte aiguë de la glande au cours des maladies infectieuses.

Ces formes lipothymiques de l'infarctus myocardique peuvent aboutir à la mort subite et rapide, mais en général ces accidents s'atténuent et le malade survit pour entrer dans la phase tardive de l'affection.

c) *Forme pulmonaire.*

Ici ce sont les manifestations pulmonaires qui dominent, précoces et brutales, réalisant le syndrome de l'œdème pulmonaire aigu ou subaigu.

La pathogénie est dans les deux cas la même.

Mais ici l'insuffisance ventriculaire gauche, au lieu d'être spontanée comme dans la majorité des cas, est liée à l'infarctus myocardique. On pourrait même s'étonner que cette forme ne soit pas plus fréquemment rencontrée. Mais il est de fait qu'elle est assez rare et que, pour des raisons difficiles à apprécier, l'œdème pulmonaire par insuffisance ventriculaire gauche appartient dans la majorité des cas à une pathogénie, qui n'a pas pour mécanisme habituel l'infarctus du myocarde.

d) *Forme cérébrale.*

Il peut arriver que le coma consécutif à l'ictus myocardique ressemble au coma de l'ictus cérébral et risque d'être confondu avec lui. Seulement ici on ne note pas de symptômes d'hémiplégie. Il s'agit d'impotence généralisée et peu à peu, si le malade ne succombe pas au collapsus cardiaque, tout rentre dans l'ordre. Le symptôme de Babinski, s'il existait au début, disparaît. Le malade récupère ses mouvements et ne reste plus qu'un cardiaque avec la symptomatologie consécutive à l'ictus.

On a décrit cependant des cas, dans lesquels des lésions cérébrales d'hémorragie ou de ramollissement avaient pu se produire en même temps que l'infarctus myocardique. Les causes de ces diverses lésions restant les mêmes, il n'y a pas lieu de s'en étonner. Ce sont là pourtant des coïncidences exceptionnelles qu'il nous aura suffi de signaler.

e) *Forme angoreuse.*

L'ictus myocardique peut revêtir parfois la forme douloureuse de l'angor pectoris. La parenté de ces deux affections est, en effet, capable de prendre leur symptomatologie voisine. Dans l'un et l'autre cas il s'agit d'un syndrome coronarien. Seulement, dans le cas d'infarctus myocardique, il s'agit d'une lésion organique à installation brutale, tandis que dans l'angor il s'agit de crises passagères au cours de lésions coronariennes chroniques. Dans l'ictus myocardique, au lieu d'une crise passagère, on a affaire à un élément organique, qui laissera après lui une symptomatologie myocardique persistante, inhabituelle dans la crise d'angor.

Lian a décrit une forme particulière d'angor aigu fébrile, qui paraît bien relever et appartenir à l'infarctus.

Si la pathogénie des deux affections reste la même, elle demeure dans l'angor momentanément fonctionnelle, tandis que dans l'infarctus myocardique elle revêt un caractère définitif d'organicité.

III. — Lésions anatomiques caractéristiques de l'infarctus du myocarde

Il s'agit de lésions coronariennes. Ces lésions peuvent s'étendre sur toute l'étendue du réseau coronarien, de la même façon qu'au niveau du cerveau des lésions du même ordre peuvent intéresser tout l'ensemble du réseau de distribution de l'artère sylvienne. Si l'hémorragie et la thrombose se partagent l'ensemble des accidents vasculaires, au niveau du cerveau, avec prédilection pour l'hémorragie, en raison probablement de la friabilité particulière à l'organe, c'est l'inverse que l'on observe au niveau du myocarde, où il s'agit bien plus souvent de thrombose que d'hémorragie.

En ce qui concerne l'oblitération artérielle : au niveau du cerveau l'embolie est fréquente, moins pourtant que la thrombose ; au niveau du myocarde l'embolie est exceptionnelle. On a décrit pourtant une oblitération de la coronaire à son embouchure, imputable à un caillot arrêté à ce niveau. Il faut admettre que ce sont là des cas d'une exceptionnelle rareté. L'abouchement des coronaires à angle droit sur la paroi aortique ne se prête pas à la migration d'un caillot. C'est donc en réalité à la thrombose qu'est dû dans l'immense majorité des cas l'infarctus du myocarde. Cette oblitération thrombosique peut porter à des étages différents du réseau coronarien. Il s'agit rarement du tronc de la coronaire. Le plus souvent les lésions portent au niveau de la bifurcation de la coronaire antérieure gauche. La lésion peut intéresser la branche gauche ou la branche droite. Dans le premier cas, elle s'étendra au niveau de la paroi ventriculaire gauche. Dans le second cas, elle intéressera la cloison interventriculaire, qui contient, comme on le sait, le faisceau de commande du cœur et les centres cellulaires qui le composent.

La coronaire droite est moins fréquemment intéressée que la coronaire gauche. On trouve cependant des observations d'infarctus de la coronaire droite, ayant donné lieu à des lésions de la paroi du ventricule droit.

Pour qui connaît la perfection des tracés électrocardiographiques et la précision à laquelle on peut arriver dans la localisation des lésions, qui en modifient l'aspect normal, on comprendra qu'une véritable dissection physiologique du myocarde puisse être réalisée par l'électrocardiographie. C'est surtout dans les phases tardives de l'évolution de l'infarctus que l'électrocardiogramme acquiert une particulière importance pour le diagnostic positif de l'infarctus, et surtout pour son diagnostic de localisation. Au cours de la phase précoce, quand le myocarde est encore sous l'influence du choc provoqué par la lésion, l'électrocardiogramme ne peut pas prétendre à une précision aussi grande. Il est cependant des plus utile et permet dans les cas difficiles de porter le diagnostic d'infarctus du myocarde, alors que ce diagnostic aurait pu s'égarer vers toute autre lésion comme nous l'avons fait remarquer à propos de l'étude clinique.

IV. — Conditions étiologiques de production de l'infarctus du myocarde

L'infarctus du myocarde se rencontre en général dans les cas d'hypertrophie cardiaque, qu'il s'agisse de gros cœur primitif ou d'hypertrophie d'hypertension.

S'il s'agit de gros cœur primitif, les troubles cardiaques caractéristiques de cette affection auront en général précédé l'infarctus, qui ne sera en somme qu'une complication dans l'ensemble de la maladie.

S'il s'agit d'hypertrophie cardiaque due à l'hypertension artérielle, l'infarctus aura été précédé également de l'ensemble des symptômes caractéristiques de l'hypertension. Le plus souvent des symptômes cardiaques se seront déjà manifestés quand l'infarctus se produira, et il est tout à fait inhabituel, pour ne pas dire exceptionnel, que l'infarctus débute brutalement chez un sujet n'ayant pas présenté de malaises antérieurs. Le cas peut se produire, mais il est beaucoup plus exceptionnel d'observer un ictus myocardique primitif qu'un ictus cérébral par thrombose ou par hémorragie.

La coronarite, elle-même responsable de la thrombose, peut relever de causes multiples, parmi lesquelles la syphilis joue un rôle important. Elle est cependant loin d'être constante et n'occupe pas dans la thrombose coronarienne une place aussi importante que dans l'angor pectoris.

Toutes les causes de sclérose artérielle peuvent intervenir pour favoriser ou provoquer la thrombose.

Si ces étiologies diverses, syphilitique, diabétique, goutteuse, saturnine, etc. peuvent permettre par un traitement approprié d'éviter l'infarctus, elles n'ont guère, une fois la lésion établie, qu'une importance thérapeutique secondaire.

V. — Evolution de l'infarctus du myocarde

Ainsi que nous l'avons dit au début, l'infarctus du myocarde évolue en deux temps — une phase brutale de production qui peut aboutir à la mort plus ou moins rapidement — une phase d'adaptation secondaire et de prolongation dans les cas de survie.

A) Phase d'installation de l'infarctus

Cette phase est marquée par les accidents multiples, que nous avons précédemment décrits et qui, comme nous l'avons dit, peuvent se grouper en syndromes de types différents, suivant le calibre du vaisseau atteint et suivant aussi sa localisation. Nous n'y reviendrons pas. Nous signalerons simplement deux formes particulières. L'infarctus rapidement mortel, qui ne permet pas la phase de tolérance et, au contraire, l'infarctus à installation silencieuse, qui ne comporte pas de symptômes précoces.

Dans le premier cas — cas d'infarctus rapidement mortel — il s'agit en général de lésions importantes en étendue et intéressant fréquemment la cloison interventriculaire, siège des centres moteurs du cœur. L'atteinte de ces centres cardiomoteurs risque de déclencher des crises de tachycardie à type ventriculaire, dont l'évolution se poursuit inexorable jusqu'à la mort, si nous nous en rapportons à des cas personnels.

Dans le deuxième cas — infarctus à établissement silencieux — il s'agit au contraire d'infarctus d'étendue minime, dont l'installation passe inaperçue, mais qui par leur répétition et leur accumulation, aboutissent finalement à une sclérose myocardique génératrice de subasystolie de type quelque peu particulier, et qui peut être comparée à ce qu'est pour le cerveau le syndrome lacunaire.

B) Phase de lésions cicatricielles

Après la période d'installation, que nous venons de décrire, l'infarctus du myocarde entre dans une phase de cicatrisation, qui peut donner lieu aux syndromes les plus divers suivant l'étendue et le siège de la lésion infarctoïde.

Nous décrirons successivement une forme à type de myocardite sclérosante — une forme hypotensive et cachectisante — une forme arythmique — une forme anévrismale — une forme à évolution péricardique.

I. *Forme à type de myocardite sclérosante.*

Il s'agit dans ces conditions de petits infarctus multiples, qui se sont installés insidieusement avec un minimum de symptômes, et qui donnent au niveau du myocarde l'équivalent de ce que sont les lacunes de désintégration au niveau du cerveau.

En général, ces petits infarctus à développement multiple se produisent chez d'anciens hypertendus, présentant de l'hypertrophie cardiaque et parvenus à cette phase déclinante de l'hypertension artérielle, que nous avons décrite sous le nom de phase d'involution tensionnelle. Chacune de ces lésions myocardiques accentuera chaque fois la baisse tensionnelle, en accentuant chaque fois l'hypodynamie du myocarde.

Chacun de ces petits accidents infarctoïdes peut donner lieu ou plus exactement correspondre à une légère atteinte fébrile. Ce sera parfois au cours d'une atteinte grippale, d'une pneumonie ou d'une broncho-pneumonie que ces accidents se produiront.

C'est dans ces conditions que l'électrocardiophie pourra rendre de réels services, en permettant de localiser chacun de ces foyers lésionnels, permettant ainsi d'expliquer et de prévoir cha-

cune des réactions cardiaques auxquelles ils pourront donner lieu : troubles de conductibilité avec symptômes de bloc complet ou incomplet, troubles d'excitabilité avec extrasystoles à point de départ exactement défini et persistant , tachycardie à forme paroxystique quand la lésion intéressera le faisceau moteur dans l'épaisseur de la cloison interventriculaire.

2º *Forme hypotensive et cachectisante.*

Il s'agit en général ici, d'après les observations que nous avons pu recueillir, de larges lésions infarctoïdes occupant le plus souvent la paroi externe du ventricule gauche. Ces lésions aboutissent à un état d'hypotension parfois considérable, 8 /5 par exemple, et en même temps donnent lieu à un état d'asthénie, qui pourrait en imposer pour un syndrome d'insuffisance surrénale. Nous avons pu recueillir deux observations de ce type. Chaque fois les malades sont morts subitement, et l'autopsie a révélé des lésions de la paroi du ventricule gauche, si étendues que l'on pouvait se demander comment le cœur avait pu pendant si longtemps continuer à fonctionner en apparence normalement.

3º *Forme arythmique.*

Il s'agit là de cicatrices d'infarctus intéressant le faisceau moteur dans ses régions sensibles, au niveau des centres régulateurs du rythme. L'arythmie complète a pu dans certains cas être attribuée à des lésions siégeant au niveau de la portion auriculaire du faisceau de His. Certaines formes extrasystoliques de type constant, qu'il s'agisse d'extrasystoles auriculaires nodales, ou ventriculaires, ont pu grâce à l'électrocardiographie être précisées. On en trouvera des exemples dans les thèses parisiennes de Boucomont, dans la thèse lyonnaise de R. Froment, et surtout dans les travaux de Padilla et Cossio. C'est là le triomphe de l'électrocardiographie par la précision de localisation, à laquelle elle est susceptible de parvenir dans de telles conditions.

4º *Forme thrombosante.*

Ici l'infarctus, intéressant la paroi, s'étend jusqu'au niveau de l'endocarde donnant lieu, en un point limité, à un foyer d'endocardite au niveau duquel s'organisera un caillot sanguin susceptible de provoquer des embolies par fragmentation. Dans ces conditions, on note en général, de la tachycardie et souvent aussi des embolies, susceptibles de se répéter et d'aggraver considérablement le pronostic de cette variété d'infarctus à forme de thrombose intra-cardiaque, dont le diagnostic n'est établi le plus souvent qu'à l'autopsie.

5º *Une forme anévrismale.*

Là encore il s'agit d'un infarctus de la paroi, d'étendue en général importante, et au niveau duquel la paroi du ventricule gauche cédera donnant lieu à la formation d'un anévrisme à extension progressive, décelable surtout à la radioscopie, mais pouvant également donner lieu au niveau de la paroi thoracique à un double centre de battements et à une sorte d'ondulation systolique caractéristique. Cette affection est assez rare ; on en trouvera cependant diverses observations ayant donné lieu à des examens cliniques, complétés de constatations anatomiques et histologiques, permettant d'établir le rôle important, que joue l'infarctus du myocarde dans la constitution des anévrismes du cœur.

6º *Forme à évolution péricardique.*

Il s'agit ici d'un infarctus de la paroi du ventricule gauche, dont l'extension se fera du côté du péricarde. Une véritable péricardite pourra parfois en résulter. Péricardite symphysaire dans certains cas, mais aussi péricardite exsudative et souvent sanglante. Cette péricardite hémorragique peut tenir tantôt au caractère inflammatoire de la lésion locale ; c'est alors le myocarde qui saigne dans la cavité péricardique, ainsi que nous avons pu l'observer dans un cas personnel. Mais, dans des conditions analogues, elle peut tenir aussi à la fissuration progressive de la lésion susceptible d'aboutir à la déchirure de la paroi et à une hémorragie intra-péricardique mortelle, si une symphyse préalable n'a pu en limiter l'évolution.

VI. — Diagnostic de l'infarctus du myocarde

Deux perfectionnements récents dans l'étude des troubles cardio-circulatoires permettent actuellement le diagnostic clinique de l'infarctus : les données tensionnelles et l'électrocardiographie. Ce n'est pas à dire pourtant qu'il soit indispensable chaque fois de soumettre le sujet à l'électrocardiogramme pour faire ce diagnostic, car, comme le dit Gallavardin, le principal avantage de bien connaître les techniques nouvelles et de s'en être beaucoup servi, c'est précisément de pouvoir un jour s'en passer. Il en est ainsi pour l'infarctus du myocarde. Les multiples et importantes altérations électrocardiographiques, qu'il est susceptible de provoquer, nous autorisent à lui attribuer des troubles du rythme à début brusque et à persistance inchangée, que l'on n'aurait pas songé autrefois à rapporter à une telle lésion. Si l'on ajoute à ces troubles rythmiques, et notamment à la tachycardie, l'abaissement tensionnel si net et si sensible surtout chez les hypertendus préalables, on se convaincra que le diagnostic d'infarctus du myocarde est loin d'être impossible au moment de sa production.

Plus difficile pendant la période secondaire,

c'est-à-dire à la phase cicatricielle, le diagnostic est encore possible. Il suffira, pour s'en convaincre, de se reporter aux formes cliniques, que nous avons exposées ci-dessus. Et on verra que là encore les troubles rythmiques et tensionnels jouent le principal rôle et restent les guides les plus sûrs pour un diagnostic toujours délicat.

VII. — Traitement de l'infarctus du myocarde

Au moment même de l'accident, la thérapeutique visera à parer aux accidents de collapsus aussi bien cardiaques que vasculaires. Le mieux, dans de telles conditions, est de recourir à des injections sous-cutanées ou intraveineuses d'adrénaline, dont le pouvoir vaso-constricteur sera susceptible d'enrayer l'accident, de relever la tension artérielle et d'éviter le collapsus vasculaire réflexe. Le solucamphre, la caféine, auront aussi leurs indications. La digitale dans de tels cas resterait sans influence et pourrait même aggraver l'inhibition ventriculaire. Si la tachycardie domine, on sera autorisé à prescrire de la quinine ou de la quinicardine à petites doses. La trinitrine et même la morphine trouveront leurs indications dans les cas où prédomine la douleur. On n'usera qu'avec prudence de la digitale, surtout quand le faisceau moteur sera intéressé et que sa lésion provoquera de la bradycardie, car l'on sait que la digitale accentue le bloc auriculo-ventriculaire.

A la phase tardive, les troubles, dus aux lésions cicatricielles, relèveront à la fois d'une médication symptomatique variable avec chaque cas et d'une médication étiologique, qui pourra permettre dans une certaine mesure à la lésion de se réparer, si on ne tarde pas trop à mettre en œuvre la thérapeutique appropriée. Traitement anti-syphilitique, traitement anti-diabétique, acécoline ou angioxyl en cas d'hypertension, en sont les formes les plus fréquentes et celles appelées à donner le maximum de résultats.

CLINIQUE CHIRURGICALE DES ENFANTS

Consultation du lundi (*)

Par M. le Professeur OMBRÉDANNE

Raccourcissement considérable du membre supérieur droit, tel est le diagnostic, *de visu*, qui s'impose chez le garçon de 19 ans, que je vous présente.

Ce raccourcissement est consécutif à un abcès ostéo-myélitique de la métaphyse supérieure de l'humérus, qui a apparu après une rougeole, dans l'enfance. Le cartilage de conjugaison, partie fertile de l'os, a été détruit, d'où arrêt de développement.

Notons, en passant, un moyen mnémotechnique pour se rappeler quels sont les cartilages des membres les plus fertiles ; ce sont ceux qui sont « loin du coude et près du genou ».

Examinons l'articulation scapulo-humérale : elle est complètement ankylosée, car, si nous essayons de lever le bras en abduction, c'est l'omoplate qui se déplace. Cette articulation a été atteinte d'arthrite, et les arthrites de l'ostéomyélite ont un caractère ankylosant, au suprême degré.

Pouvons-nous envisager en pareil cas une arthroplastie, c'est-à-dire rendre à l'épaule sa mobilité ?

Au point de vue récupération des mouvements, que valent ces articulations après arthroplastie ? ce que vaut la musculature motrice.

Ici, le deltoïde est inexistant, le triceps faible, donc le bénéfice opératoire sera peu important.

Quoique devenu gaucher, le malade préférerait courir les risques opératoires. Nous lui dirons donc : nous pouvons vous rendre une mobilité passive de l'articulation ; quant à la mobilité active et à la puissance motrice, nous ne vous promettons rien.

(1) Notes recueillies par M. le Docteur CERTAIN, le 23 mars 1937.

LES FORMES CLINIQUES DE L'INFARCTUS DU MYOCARDE

Par le Docteur René GIROUX
Médecin de l'hôpital Bellan
Ancien chef de clinique à la Faculté de Paris

L'infarctus du myocarde correspond anatomiquement à un foyer de nécrose myocardique, consécutif à l'absence ou au déficit de l'apport sanguin des coronaires dans une zone circonscrite du muscle cardiaque. Il présente, grâce aux travaux de ces dernières années, une symptomatologie qui, lorsqu'elle est au complet, en permet facilement le diagnostic.

Mais, à côté de la forme classique, il existe toute une série de formes cliniques à symptomatologie plus ou moins riche, qui demandent à être connues. Elles expliquent au moins la fréquence relative de l'infarctus du myocarde.

A) Forme angineuse

Dans la forme angineuse, forme classique pour ainsi dire, le début dramatique et bruyant suffit pour attirer l'attention sur une thrombose coronarienne. Les signes essentiels sont :

1° *La douleur angineuse*, extrêmement intense, torturante, insupportable, douleur à maximum rétro-sternal et à irradiations variables. Celle-ci peut être très localisée et parfois nulle aussi, comme nous le verrons dans l'étude des formes cliniques.

2° *L'effondrement de la pression artérielle* traduit le collapsus cardio-vasculaire. Il se produit, en général, dès le début de la crise angineuse. Il est accompagné d'une pâleur mêlée de cyanose, qui donne au tégument un teint plombé ou livide, et d'un pouls rapide et misérable, qui complète le tableau de « choc » ou de collapsus cardiaque.

L'effondrement de la pression artérielle se manifeste très souvent violemment, s'effectuant au bout de 24 ou 48 heures. Il est total, c'est-à-dire qu'il porte à la fois sur les pressions maxima et minima avec écrasement de la pression différentielle, qui peut être ramenée à un ou deux centimètres de mercure.

3° *La fièvre*, signalée la première fois par Libman, n'apparaît, en général, que le deuxième jour. Elle est habituellement modérée et oscille autour de 38° — 38°5. Parfois cependant, elle atteint 39°, et même davantage ; parfois, au contraire, elle se maintient au-dessous de 38° et demande à être recherchée avec soin. Elle est, en tous cas, constante, et c'est là un signe important. Sa durée est de plusieurs jours, de 4 à 5 jours le plus souvent. La défervescence est progressive, en lysis. Quelquefois, elle se prolonge pour se maintenir jusqu'à la mort (Laubry), ou présente des oscillations en cas de reprise ou de rechute.

Evoluant de pair avec la fièvre, on a signalé de la leucotytose, qui serait plus constante et plus précoce que la fièvre (70 fois sur 74 cas, d'après Lévine) ; elle existerait même sans l'hyperthermie. Elle peut apparaître deux heures après l'oblitération coronarienne, et dure plusieurs jours. Il s'agit d'une hyperleucocytose de 12 à 25.000 avec polynucléose (80 à 90 %).

4° *Le frottement péricardique* est considéré comme « la signature » de l'infarctus du myocarde (Donzelot). Il apparaît habituellement vers le troisième ou quatrième jour, et se traduit par un bruit de va et vient très net, mais souvent discret, localisé et surtout *fugace*. Il doit donc être recherché systématiquement et minutieusement, matin et soir, durant les premiers jours du syndrome. Malheureusement, c'est un signe précieux inconstant car, pour se produire, il est nécessaire que l'infarctus vienne affleurer à la surface et irriter le péricarde. Or, il est plus fréquent de voir le foyer de nécrose se développer vers la profondeur et l'endocarde, ou encore créer une péricardite postérieure latente, silencieuse, et d'ailleurs plus rare. Si les statistiques ne sont pas d'accord sur sa fréquence, on peut considérer avec Pezzi qu'il existe environ une fois sur dix.

On a signalé aussi *du hoquet* par extension du processus irritatif au nerf phrénique gauche. C'est là un signe qui a son intérêt, mais dont la valeur est loin d'avoir celle des signes précédemment décrits.

Aux signes essentiels, s'ajoutent les *symptômes accessoires* cardiaques, gastro-intestinaux et pulmonaires.

Les troubles cardiaques traduisent la défaillance myocardique. *Le cœur*, régulier au début, est rapide ; les bruits sont lointains et assourdis ; le rythme de galop peut apparaître dès les premières heures de l'infarctus, mais il est souvent inconstant.

La défaillance myocardique peut aussi s'aggraver, soit d'une façon progressive, soit par paroxysmes et se compliquer d'alternance, de souffles fonctionnels, de congestions passives ou actives des bases, d'œdème aigu du poumon, d'épanchement pleural, etc...

Les troubles du rythme sont, en général, tardifs. Si, au début, la tachycardie est sinusale et régulière, les arythmies ne sont cependant pas exceptionnelles. La plus fréquente est l'arythmie

extrasystolique ; ce sont des extrasystoles ventriculaires, comme cela s'observe expérimentalement dans la ligature des coronaires. On peut constater aussi des tachycardies paroxystiques régulières (type Bouveret) ou irrégulières (tachysystolie ou fibrillation auriculaire) et de la bradycardie avec blocage auriculo-ventriculaire, tantôt complète, tantôt incomplète.

Les troubles arythmiques s'amendent ordinairement peu à peu, mais leur persistance peut aussi aboutir à la fibrillation ventriculaire mortelle. Ils correspondent à des sièges particuliers du foyer de nécrose, mais il serait quelque peu aventureux de faire un diagnostic de localisation, en se basant sur le caractère spécial de l'arythmie.

Les troubles gastro-intestinaux existent surtout quand la douleur est épigastrique, c'est-à-dire bas située. Ils consistent en nausées, vomissements, accompagnés ou non de météorisme abdominal et parfois de diarrhée. Le foie peut être augmenté de volume et douloureux. Nombre d'auteurs ont insisté sur l'intérêt clinique de ces troubles, qui peuvent égarer le diagnostic vers une affection grave de l'étage supérieur de l'abdomen.

Quant aux *troubles pulmonaires*, ils sont inconstants. La dyspnée est plus ou moins marquée avec orthopnée. On peut assister à l'éclosion précoce ou tardive d'une crise d'œdème aigu pulmonaire ou à défaut d'œdème vrai, à la présence habituelle de râles fins disséminés dans le parenchyme pulmonaire, spécialement au niveau des bases.

Tous les signes fonctionnels et physiques, que nous avons rapidement décrits, font porter le diagnostic d'infarctus, que confirment les signes électrocardiographiques. Il existe, en effet, un véritable diagnostic électrique de l'infarctus, mais il s'en faut que la question soit actuellement complètement résolue. Sans rappeler ici les déformations initiales, secondes et tardives de la courbe électrique de l'infarctus, nous croyons utile de signaler que les altérations diffèrent suivant l'âge de la lésion. Une altération précoce et transitoire s'observe dans les vingt-quatre premières heures. Elle correspond à la grande onde monophasique de Pardee ou « onde T en dôme ». Puis, dans une seconde période, apparaissent des altérations plus durables, souvent permanentes, mais, parfois aussi, susceptibles de régression, voire de disparition et dès lors intéressantes au point de vue du pronostic. Ces altérations portent à la fois sur l'accident T, l'espace R T ou S T.

A côté des signes propres à l'infarctus, il faut signaler aussi les altérations électriques, liées au déséquilibre circulatoire local, et qui peuvent s'observer en l'absence d'infarctus. On a noté ainsi des crises de tachycardie ventriculaire, de la fibrillation auriculaire avec salves ventriculaires, de l'anarchie ventriculaire (Clerc), enfin de la fibrillation ventriculaire. Ces désordres sont intéressants à considérer au point de vue du pronostic et, combinés aux déformations classiques de l'infarctus, ils annoncent la mort à bref délai.

Telle est, rapidement ébauchée, la symptomatologie de la forme angineuse de l'infarctus myocardique. Mais parfois certains signes peuvent manquer ou, au contraire, s'amplifier au point même de détourner l'attention du clinicien. Il en résulte ainsi toute une série de formes cliniques, basées sur des particularités symptomatologiques, sur leur évolution accélérée, prolongée ou irrégulière, sur leurs associations cliniques, sur leur étiologie, enfin, sur la topographie des lésions. Dans cette grande variété de formes cliniques, nous ne décrirons que celles, dont l'allure clinique particulière modifie nettement la description type, que nous avons esquissée, et qui ont un intérêt pour le clinicien.

B) Formes symptomatiques

a) Douleur.

La douleur peut revêtir une intensité telle qu'elle domine le tableau clinique. Elle peut ainsi persister jusqu'à la mort, sans aucune tendance à l'atténuation. On a décrit ainsi une *forme douloureuse*, très étudiée par Weissenbach et Kaplan sous le nom de forme angineuse hyperalgique.

Il existe, par contre, des formes indolores (Gallavardin), dont le début passe complètement inaperçu, sans abaissement tensionnel et qui peuvent se terminer par la mort subite.

Les *formes frustes* se distinguent de la *forme indolore* par la dyspnée et les troubles circulatoires.

La localisation de la douleur à l'épigastre avec troubles digestifs marqués a permis d'isoler une *forme abdominale*.

A cette forme abdominale, correspondent : la *forme gastro-angineuse* de Lian et Pollet, et la *forme gastro-péritonéale* de Gallavardin. La violence des vomissements alimentaires et bilieux, le météorisme, la contracture et la sensibilité de la paroi abdominale, le faciès grippé du malade évoquent plutôt le tableau d'un empoisonnement aigu, d'une perforation gastrique ou duodénale et, somme toute, de la péritonite foudroyante.

La douleur peut manquer, et les symptômes digestifs, moins alarmants, réalisent une *forme d'embarras gastrique fébrile récidivant* (Costedoat) ou une *forme purement digestive* (Doumer). Les troubles digestifs évoluent ainsi jusqu'à la période terminale de l'infarctus, dont le diagnostic est posé par l'électrocardiographie ou par un accident brutal et mortel.

b) Troubles cardiaques.

1° L'insuffisance cardiaque peut prendre le pas sur la douleur. Cette forme se rencontre surtout chez le vieillard. Il peut s'agir d'un effondrement brusque de la pression avec insuffisance cardiaque suraigue, *véritable ictus myocardique* (Gallavardin).

L'insuffisance cardiaque peut être *rapide* ou coupée de rémissions apparentes, ou encore lente d'emblée avec des accidents paroxystiques d'une extrême gravité;

2° Il existe des *formes arythmiques* (Laubry) avec extrasystolie, tachycardie ventriculaire ou tachyarythmie, dissociation, etc... ;

3° On a décrit une *forme emboligène* qui correspond à la thrombose cardiaque (Lutembacher, Gallavardin) ;

c) Suivant la prédominance des autres symptômes : dyspnée, fièvre, état général, on a décrit certains types cliniques dont les plus importants sont :

a) La *forme dyspnéique* non douloureuse ;

b) La *forme hypotensive isolée* et non douloureuse, où l'énorme hypotension avec souvent une grande pâleur du malade constituent les seuls signes cliniques. L'évolution en est souvent lente jusqu'à l'apparition d'un accident subit et brutal ;

c) La *forme cardioplégique subaiguë* (Gallavardin), qui débute brusquement par une crise d'œdème aigu du poumon ou par une crise d'angor et qui évolue en quelques mois vers l'insuffisance cardiaque ;

a) La *forme cachectique* dans laquelle on note une altération profonde de l'état général, l'état cardiaque passant au second plan.

C) Formes évolutives

Suivant le début des accidents et l'évolution, on a décrit : des *formes à début insidieux*, formes fréquentes qui prennent d'emblée la marque d'une insuffisance cardiaque irréductible ; des *formes larvées*, dans lesquelles le début passe inaperçu et l'infarctus se révèle plus tardivement par des accidents plus ou moins sévères : troubles du rythme, embolie, anévrysme ou rupture du cœur ; des *formes latentes et frustes* assez fréquentes, surtout chez le vieillard, trouvailles fortuites *post-mortem* ou bien se démasquant brutalement par une mort subite et sans prodrome (*forme médico-légale*) ; enfin des formes *suraiguës* avec accidents rapides, qui tuent en quelques minutes ou même sans phrase.

D) Formes infectieuses

Ces formes s'observent au cours de l'endocardite infectieuse maligne aiguë ou lente, ou au cours de l'aortite aiguë. Ce sont des formes septicémiques rapidement mortelles.

On a décrit aussi une *forme infectieuse par coronarite subaiguë secondaire* (Merklen et Weil), mais, pour Lian, il s'agit plutôt d'une coronarite infectieuse primitive, génératrice d'infarctus.

E) Formes associées

L'infarctus peut être plus ou moins marqué par l'existence d'une insuffisance ventriculaire gauche subaiguë ou chronique, avec bruit de galop, alternance ou arythmie complète.

Chez d'autres sujets, il existe une hypertension artérielle antérieure, et c'est à ce groupe que se rattachent les formes à début insidieux.

On a signalé également la coexistence d'artérite cérébrale ou des membres. Il s'agit là de cas exceptionnels, où l'atteinte est plutôt successive que véritablement simultanée et sans relation directe entre les deux ordres d'accidents qui traduisent par contre une même cause. Il en est de même de l'insuffisance rénale éventuellement associée.

Enfin, les relations avec l'angine de poitrine sont d'autant plus difficiles à préciser que nombre de malades peuvent présenter, avant leur crise définitive, une ou plusieurs attaques atténuées ou typiques d'angor à type coronarien. D'ailleurs, le diagnostic entre l'angor et l'infarctus est parfois très difficile, voire même impossible. Nous en voulons pour preuve le cas d'un malade, observé par nous récemment, et en cela semblable à celui rapporté par Langeron, chez lequel existait un syndrome clinique d'infarctus sans infarctus anatomique.

On pourrait multiplier ces formes cliniques de l'infarctus en décrivant, suivant le siège de l'oblitération et son importance, des formes anatomiques. Elles n'ont d'ailleurs pas un grand intérêt, car les essais de localisation restent encore trop douteux.

L'existence de ces diverses formes cliniques de l'infarctus myocardique n'a pas seulement un intérêt diagnostique ; l'allure des formes indolores, des formes frustes, des formes larvées, des formes à allure digestive comportent un intérêt pronostique, sur lequel il est bon d'insister comme conclusion de cette étude. On aurait facilement tendance, avec une symptomatologie atténuée et discrète, de porter un pronostic favorable. Or, il faut savoir que, dans ces formes comme dans toute autre forme d'oblitération coronarienne, on doit être très réservé sur l'avenir. Quelle que soit la variété clinique, l'infarctus est un accident grave et souvent mortel. Malgré la guérison possible (30 % des cas environ), la mort subite est toujours à craindre et, surtout dans les formes atténuées, il faut savoir qu'une thrombose cardiaque, une insuffisance cardiaque rapide, une rupture du cœur sont toujours possibles.



LA CLINIQUE CARDIOLOGIQUE AU GOUT DU JOUR

Pour bien traiter une insuffisance cardiaque,

mieux vaut la manière d'administrer un médicament que sa valeur propre.

D'après le Docteur F. VAN DOOREN (1)

COMMENT DÉPISTER LE FLÉCHISSEMENT DU CŒUR, DONT LA SYMPTOMATOLOGIE EST SI VARIABLE SUIVANT LES INDIVIDUS

La chose est d'importance, puisqu'au traitement de l'insuffisance du cœur se ramène, presque fatalement, le rôle du médecin, une fois qu'il doit suivre le cardiaque, qui s'est confié à lui.

Un cœur devient insuffisant, lorsqu'il n'est plus capable d'assurer l'apport sanguin, nécessaire aux divers organes. La cause première peut se trouver dans le myocarde : oblitérations coronariennes, myocardites infectieuses, anémies, acidose. Fréquemment, c'est à la périphérie que se localise l'obstacle, qui causera la dilatation du cœur, secondairement touché : sclérose rénale avec hypertension consécutive.

Enfin, dans d'autres cas, un cœur ne devient insuffisant qu'à cause d'une circulation périphérique déficiente ; c'est là une notion récente, et, en cette occurrence, une médication exclusivement cardiaque conduirait à un désastre. Imaginons une vaso-dilatation périphérique, consécutive au shock, suite de délabrement opératoire et de perturbations nerveuses végétatives : le cœur est amené à l'insuffisance par l'accélération extrême et les renforcements contractiles exagérés, qu'il doit réaliser pour alimenter la circulation artérielle avec le sang veineux, qui lui arrive sous pression trop basse. Des constricteurs de la circulation périphérique (camphre, strychnine, éphédrine) pourront, à eux seuls, sauver la situation.

On a pris l'habitude de parler d'insuffisance cardiaque droite et gauche. Certes, dans les cas extrêmes, ces tableaux cliniques se différencient. Mais, le plus souvent, leur indépendance est assez factice. Il est rare qu'une insuffisance gauche ne déclenche pas de l'encombrement dans les poumons et dans le cœur droit. De même, la maladie mitrale, cause la plus habituelle de l'insuffisance droite, conditionne fréquemment l'œdème des jambes et l'oligurie.

Malheureusement, à l'heure actuelle, aucun signe de certitude, n'est prémonitoire de l'asystolie. Des symptômes variables sont d'autant plus difficiles à reconnaître qu'ils se mélangent déjà aux signes d'une activité de compensation. Le laboratoire lui-même est incapable de renseigner avec certitude : ralentissement de la vitesse sanguine, élévation de la pression veineuse, modifications du débit sanguin, élévation de la teneur du sang veineux en CO^2.

Il faut donc discuter la valeur séméiologique de *certains signes cliniques, qui accompagnent généralement l'insuffisance cardiaque.*

Mettons aussitôt à part certains signes indubitales : le gros foie douloureux, dit cardiaque, l'œdème des jambes, l'oligurie et l'albuminurie, l'épanchement pleural bilatéral, la congestion pulmonaire.

L'accélération du cœur caractérisera rarement, à elle seule, l'insuffisance du myocarde. Il importe de rechercher la modification de la vitesse des battements du cœur par l'effort. Faisons exécuter au malade dix flexions rapides du tronc en avant, en quinze secondes par exemple. Si la tachycardie est purement nerveuse (thyroïdiens, par exemple), les battements ne passeront que de 26 à 30 au quart de minute, et, après une minute de repos, ils reviendront à leur chiffre initial, sans qu'on n'ait observé aucun malaise. Chez un cardiaque, au contraire, l'accélération passée de 26 à 30 par le même effort persistera durant 2 à 3 minutes ; en plus, des extrasystoles apparaîtront, et la station couchée sera très mal supportée : la turgescence des jugulaires et la cyanose seront augmentées.

L'alternance du pouls, par contre, ne prête pas à discussion ; son apparition est favorisée par la tachycardie. C'est toujours l'indice d'une insuffisance ventriculaire gauche.

L'arythmie extrasystolique ne peut jamais être considérée comme un signe d'insuffisance cardiaque. Cependant, quand une extrasystolie s'installe chez un malade porteur d'une lésion valvulaire, surtout après quarante ans, il est toujours prudent de craindre une altération évolutive du myocarde ; on emploie alors l'épreuve de l'effort, comme moyen discriminatoire pour déceler, le cas échéant, un signe prémonitoire de la fatigue du cœur. Tout au contraire, les vraies extrasystoles neurotoniques se multiplient, non pas avec l'effort, mais quand le cœur se ralentit dans le décubitus dorsal et dans la bradypnée.

Plus délicate est l'interprétation de *l'arythmie complète.* Chez le vieillard, la fibrillation des oreillettes est parfaitement tolérée, trop bien supportée pour qu'elle soit l'extériorisation d'une

(1) Traitement de l'insuffisance cardiaque. (*Bruxelles Médical,* 21 mars 1937).

insuffisance ventriculaire. Il n'en est pas de même, au cours de la première moitié de l'existence ; une fibrillation auriculaire peut amener l'arythmie complète des ventricules, et de ce fait une diminution générale du débit artériel.

Quant aux *souffles*, on entend très souvent un souffle extrêmement fort à la pointe, parfois même à l'aorte, sans décompensation du cœur.

Autre chose est le *galop*. C'est la manifestation certaine d'une hypotonie du ventricule gauche.

Les *douleurs cardiaques*, survenant la nuit alors que le malade est immobile, sont seules un signe d'insuffisance cardiaque ; bien souvent, elles ne s'accompagnent pas de modifications électrocardiographiques. Il faut les distinguer des crises d'angor typiques, qui se produisent après les repas, au cours de la marche, après une émotion.

Enfin, la *cyanose* ne doit être considérée comme une extériorisation de l'insuffisance cardiaque que si, comme dans toutes maladies mitrales, elle accompagne la tu gescence des jugulaires et l'hypertension veineuse.

Administrer d'une manière utile le meilleur remède

Tel doit être notre bu pour combattre l'insuffisance cardiaque, puisqu'en dernière analyse, notre rôle consiste toujours à revenir aux mêmes agents thérapeutiques. Il en est ainsi également pour la confection d'un repas ; celui-ci ne peut jamais consister qu'en protides, glucides ou lipides, mais, de leurs préparations et combinaisons, on tirera un délectable banquet ou une écœurante patée.

Quoiqu'il advienne, la thérapeutique sera toujours dominée par l'idée que c'est le muscle cardiaque qui souffre, que c'est de lui, finalement, que dépend l'amélioration, et qu'il ne faudra jamais le négliger, quels que soient les toniques administrés, d'autre part.

Ainsi, il faudra entretenir la nutrition du myocarde. L'oxygénation devra être renforcée par des inhalations fréquentes, à une concentration suffisante, plus forte qu'on ne la réalise en général ; celle-ci n'est pas seulement nécessaire dans les décompensations avec cyanose, mais également chez les malades pâles. Pour entretenir la nutrition myocardique, il est encore recommandé d'administrer une ration, riche en glucides, avec ou sans injections simultanées d'insuline. Il est possible que, chez des polyscléreux hypertendus, les extraits cardiaques, musculaires ou pancréatiques aient une influence favorable sur la nutrition et la vitalité du myocarde ; ils sont à prescrire. Dans les grandes insuffisances cardiaques, consécutives aux hémorragies, ou accompagnant les anémies graves, les transfusions sont nécessaires, tant pour reconstituer la masse sanguine que pour fournir l'hémoglobine indispensa le à l'oxygénation du myocarde.

Ces quelques règles doivent être connues, parce qu'elles permettent la réussite de l'action des grands agents médicamenteux classiques.

On connaît suffisamment leur posologie et leurs effets, pour qu'il soit inutile d'y insister. Cependant, quelques données particulières seront intéressantes à rappeler.

On sait que, chez le sujet sain, la *digitaline* n'a pas d'effet. En conséquence, les effets de son administration pourraient servir de pierre de touche pour reconnaître l'insuffisance cardiaque. Une tachycardie ou une dyspnée, qui ne cède pas à une cure digitalique bien administrée, n'est pas d'origine cardiaque. D'autre part, la tolérance du médicament est diminuée, les doses toxiques sont plus rapidement atteintes, lorsque le myocarde a été touché par un infarctus. Puis, les synéchies, la fièvre, l'hyperthyroïdie, la péricardite sont des causes d'insuffisance cardiaque, contre lesquelles ce produit est peu actif. C'est principalement dans les maladies mitrales avec tachycardie arythmique que la digitaline à ses effets les plus remarquables.

Les autres cas d'insuffisance cardiaque, sans accélération, trouvent très peu de bénéfice à l'administration de la digitaline ; dans ces circonstances, celle-ci doit être prescrite avec beaucoup de prudence, et la caféine lui sera préférée, ou tout au moins donnée simultanément comme correctif.

Quant aux doses de digitaline, il ne faut pas croire qu'une posologie soit bonne pour tous les cas ; on doit la prescrire jusqu'à ce qu'elle produise son effet. Il semble certain que les petites doses de 1/10e de milligramme, données pendant plusieurs jours, ne produisent que peu d'effet et risquent d'exercer une accoutumance fâcheuse. Mieux vaut donner 6/10e en deux jours que de prolonger des prises de 1/10e pendant toute la semaine ; toute l'habilité du médecin consistera à surveiller de près le contrôle du médicament sur le cœur, à augmenter ou à diminuer les doses selon l'accélération, et éventuellement à changer l'espèce de digitaline prescrite, lorsqu'après quelques mois l'action du premier produit semblera s'émousser. Mais, il faut aussi s'efforcer de réduire la quantité administrée, et atteindre la dose minimale. Lorsque, depuis des mois, un malade est en équilibre avec sa dose hebdomadaire, essayer de la diminuer de quelques dixièmes de milligramme. Si le cœur ne manifeste aucun retour à l'insuffisance, grignoter encore les doses, afin de conserver des réserves médicamenteuses pour l'avenir.

Les signes d'intolérance de la digitaline doivent être surveillés : apparition d'extra-systoles isolées ou couplées, et, bien plus souvent, douleurs gastriques avec vomissements et crampes intestinales (de bons effets sont obtenus par

l'emploi du régime lacté et du charbon). Le médicament est contrindiqué dans les blocages auriculo-ventriculaires incomplets.

L'ouabaïne est plus soluble dans l'eau que la digitaline ; elle se fixe plus vite sur les tissus et s'élimine en conséquence plus rapidement ; mais toutes ses propriétés sont les mêmes que celles de la digitale. Par conséquent, elle est principalement indiquée en injections intraveineuses, quand on veut rapidement tonifier le cœur, et dans les cas où la digitaline semble d'indication délicate. Dans l'insuffisance cardiaque aiguë, l'ouabaïne fait des merveilles ; c'est sa grande indication, et ainsi elle reste la médication d'urgence dans les dilatations du cœur. Cependant, il ne faut pas abuser des injections intraveineuses d'ouabaïne, car, répétées, elles peuvent causer de petites suffusions sanguines dans le myocarde.

Les associations digitaline-ouabaïne sont indiquées, par voie buccale, dans les dilatations du cœur droit, chroniques et légères.

D'autres produits de moindre importance, d'action moins puissante, peuvent cependant par leurs effets complémentaires, contribuer au succès de la cure de l'insuffisance cardiaque, si on les combine à ces deux grands médicaments du cœur.

Ce sont d'abord le *camphre* naturel et ses divers succédanés synthétiques. Ceux-ci n'agissent que secondairement sur la tonicité du myocarde ; leur indication consiste dans une stimulation de la respiration ou des centres vaso-moteurs au cas d'encombrement ou de collapsus circulatoire.

La *spartéine*, l'*adonis*, la *scille* possèdent une action adjuvante, qui peut être précieuse dans l'intervalle des grands médicaments.

Les corps xantiques, *caféine*, *théobromine*, *théocine*, accélèrent le cœur, augmentent la conductibilité auriculo-ventriculaire, dilatent les coronaires, les artères du cerveau et des reins. En conséquence, leur indication capitale se trouve réalisée chaque fois qu'il y a de l'insuffisance cardiaque, et qu'en même temps la lenteur du pouls ne permet pas d'obtenir le ralentissement provoqué par la digitaline. En plus, leurs propriétés vaso-dilatatrices sont très profitables, chaque fois que l'insuffisance cardiaque est liée à la sclérose des coronaires, lorsque des accidents vasculaires cérébraux sont installés, et qu'il est bon de rétablir la diurèse.

L'*adrénaline* se distingue de l'*éphédrine* par son action plus rapide, mais plus fugace. Ces produits accélèrent le cœur, mais leur effet porte exclusivement sur la circulation périphérique, en créant une vaso-constriction.

Avant de tonifier le cœur, il est souvent nécessaire de favoriser la reprise de son activité en pratiquant une soustraction de liquide ; parmi les déplétifs, une place de choix doit être réservée aux *diurétiques mercuriels*. Ils peuvent provoquer une amélioration rapide par une diurèse de cinq à six litres ; cette soustraction massive de liquide entraîne un allègement de la circulation, si énergique que cette médication peut être considérée comme agissant sur la cause périphérique de l'insuffisance cardiaque.

D'autres moyens de déplétion sont la *saignée* et les *drastiques*. L'action de la saignée sur la tension artérielle est extrêmement fugace. On peut dire qu'après une heure une saignée de 250 à 300 c. c. n'a plus de conséquence sur le niveau de la pression maximale. Il en va tout autrement pour ce qui est de la congestion des poumons et de la stase dans la petite circulation de l'insuffisance, dite gauche. Les drastiques seront réservés aux malades, dont la résistance permet la grande fatigue, qui résulte d'une évacuation intestinale brusque et violente.

Quant aux *calmants*, que représentent les dérivés barbituriques, ils ont une action sédative favorable chez les hypertendus anxieux, parce que la vaso-dilatation qu'ils provoquent, peut entraîner une diminution de la pression.

Après avoir rédigé une prescription, comportant des médicaments cardiaques appropriés et bien dosés, il faut savoir que l'*hygiène* tient une place importante dans le traitement d'un cardiaque en état de décompensation. Un cardiaque doit manger en suffisance ; il doit ingérer beaucoup de sucre, le meilleur aliment du sucre. L'ingestion du sel et des liquides doit être limitée, car l'insuffisance cardiaque devra, en plus de ce fait, lutter contre une augmentation de la masse sanguine. Le régime doit s'allier au repos : longues nuits, coucher précoce, sieste à midi, crainte de l'escalier.

Enfin, *l'attitude et le moral du médecin* traitant auront une importance capitale.

« Le médecin doit savoir, que le cœur est susceptible de reprises extraordinaires, soit qu'elles dépendent de médicaments bien choisis, soit même qu'il s'agisse de ces retours spontanés, dont l'explication est bien malaisée. Ces reprises imprévisibles sont toujours possibles. Un médecin qui s'attache au traitement de l'insuffisance cardiaque ne peut donc jamais considérer la partie comme perdue. Il faut qu'il essaye, il faut qu'il continue, qu'il change par vents et marées, avec la persuasion que, si une façon de faire n'a pas réussi, il dispose d'autres moyens dont le succès est possible.

« En plus, l'espoir et la confiance du malade sont des éléments, qui réussissent extraordinairement à suppléer aux médicaments. Un malade, qui s'abandonne, est un malade perdu. Le médecin doit faire naître les salutaires illusions et entretenir les espoirs : c'est une thérapeutique indispensable pour créer l'atmosphère, sans laquelle, drogues, régime, repos n'agiront guère. »

G. Fischer.

LES FORMES CUTANÉES ÉRYTHÉMATEUSES ET NODULAIRES DE LA MALADIE RHUMATISMALE

Par MM. A. Fribourg-Blanc
Ancien professeur du Val-de-Grâce

et Maurice Grau

Parmi les nombreuses formes extra-articulaires de la maladie de Bouillaud, les formes cutanées sont certainement de celles, auxquelles on attache le moins d'attention. Et pourtant, depuis longtemps déjà, ont été décrits soit des nodules rhumatismaux, soit des éruptions diverses : sudaminas, purpuras, érysipéle rhumatismal, pseudo-phlegmons, œdèmes, érythèmes divers. Actuellement, seuls sont considérés comme directement dus au virus rhumatismal certains œdèmes, l'érythème rhumatismal de Besnier, et les nodosités de Jaccoud-Meynet.

Nous bornerons notre étude à ces deux dernières formes, à propos d'un cas dont nous reproduisons ci-dessous l'observation :

Observation : C... Charles, cultivateur, 25 ans, entre dans notre service le lundi 13 janvier 1936 parce que, depuis trois jours, il ressent des douleurs articulaires.

C.. avait présenté une crise de rhumatisme articulaire aigu à l'âge de 16 ans. A cette époque il n'avait pas été question d'atteinte cardiaque.

Depuis le 10 janvier 1936, asthénie, pâleur, sueurs abondantes, légère dysphagie. Le lendemain 11 janvier, douleurs articulaires avec tuméfaction du poignet droit. Sous l'influence de la médication salicylée, diminution rapide des signes inflammatoires locaux le 12 janvier.

A l'entrée à l'hôpital, le 13 janvier, signes articulaires minimes au niveau du poignet droit, température 38°. Pouls 80. Mais, dès ce moment, on constate, sur toute la région thoraco-abdominale, lombo-sacrée et sur les cuisses, la présence de très nombreux éléments éruptifs : il s'agit de placards non prurigineux, arrondis ou polycycliques, dont les dimensions varient de celle d'une pièce de 50 centimes à celle d'une pièce de 5 francs. Les plus étendus présentent une partie centrale un peu déprimée, pâle, de teinte chamois ; leur bordure, nette, est rosée ou rouge et légèrement surélevée. Les plus petits sont d'un rouge vif uniforme. Il s'agit, sans discussion possible, d'un érythème marginé en plaques discoïdes de Besnier.

L'examen du cœur nous révèle : une pointe de siège normal, frémissement présystolique, souffle systolique de la pointe de timbre doux, sans propagation axillaire, constant. Roulement diastolique, surtout perceptible au-dessus et en dedans de la pointe. Dédoublement du second bruit à la base. Assourdissement général des bruits du cœur. Il existe donc une atteinte endocarditique actuelle.

Les autres appareils sont normaux.

Les divers examens de laboratoire ne révèlent rien de particulier. B.-W. négatif.

Le malade est immédiatement soumis à une médication salicylée intensive.

A partir de ce moment et jusqu'au 15 avril, malgré une médication qui n'a jamais été inférieure à 12 gr. de salicylate de soude par voie buccale, et par séries discontinues, 2 à 4 gr. intraveineux, vont survenir, sur un fond d'arthralgies continues légères, une série de poussées aiguës ou subaiguës de courte durée, ayant intéressé successivement : mains, poignets, genoux, articulations tibio-tarsiennes, épaules. A partir du 15 avril disparition à peu près complète de tout signe articulaire.

Pendant ce temps, les signes cardiaques vont présenter une assez grande variabilité jusqu'au début d'avril. A partir de cette date ils vont paraître se fixer, et le malade quittera l'hôpital avec une maladie mitrale définitivement constituée.

Les signes cutanés allaient évoluer sous deux formes : A l'entrée, nous l'avons vu, le malade était simplement porteur d'un érythème de Besnier. Bientôt ne tardèrent pas à apparaître des nodules sous-cutanés.

L'érythème rhumatismal du début s'atténua très rapidement d'une manière assez marquée. Mais, au cours de l'évolution, à cinq reprises différentes, vont survenir de nouvelles poussées dans les régions primtivement intéressées. Dans l'intervalle, il n'y eut jamais disparition complète des signes éruptifs. Fait intéressant, au cours des dernières poussées, le type de certains éléments se modifia, ces derniers prenant l'aspect des éléments de l'érythème annulaire des auteurs autrichiens. A noter encore : les poussées éruptives érythémateuses ne paraissaient pas concorder avec le développement des phénomènes articulaires.

En même temps que la poussée articulaire de fin janvier, apparaissent les nodules sous-cutanés. Dans les régions frontale et temporale droites, on constate la présence d'une dizaine de petites nodosités ayant toutes les caractéristiques des nodules de Meynet. Leur taille variait de celle d'une lentille à celle d'un gros pois. Disparition en une quinzaine de jours de la plupart d'entre eux. Mais trois nodules, adhérents à l'os, vont persister pendant près de deux mois, ne disparaissant que très lentement. En février, nouvelle poussée articulaire, nouvelle éclosion de nodules dans la région occipitale, au niveau des articulations des mains et des poignets. Disparition progressive en une à trois semaines. Vers le 15 mars, dernière poussée : apparition de nombreux nodules sur l'épine iliaque antéro-supérieure gauche au niveau des rotules, sur la face externe des genoux Ces éléments vont régresser progressivement, mais plus lentement que les précédents.

L'examen histologique d'un de ces nodules a révélé la structure habituelle des nodosités de Meynet, avec présence de cellules d'Aschoff. L'inoculation au cobaye a été négative.

En résumé, au cours d'une maladie rhumatismale avec atteinte articulaire peu intense, mais récidivante et tenace, s'accompagnant de lésions endocarditiques, sont apparues deux sortes de lésions cutanées : un érythème rhumatismal de Besnier, des nodosités sous-cutanées de Jaccoud-Meynet. Cette crise s'est révélée

très résistante à la thérapeutique, et, malgré une médication salicylée intensive, le malade en a conservé une maladie mitrale.

Cette observation nous a paru intéressante à plusieurs points de vue : l'âge du malade (25 ans) ; il est en effet assez rare d'observer des érythèmes rhumatismaux chez des adultes ; la réunion chez un même sujet des deux éléments nodules et érythème ; l'évolution sévère, avec lésion cardiaque, habituelle à ces formes cutanées.

Etude diagnostique des formes cutanées

Le nodule rhumatismal de Meynet

La nodosité rhumatismale représente la forme la plus importante et la plus connue des manifestations cutanées de la maladie de Bouillaud.

Signalé par Jaccoud en 1871, le nodule rhumatimal fait l'objet en 1875 d'une importante communication de Meynet à la Société médicale des hôpitaux de Lyon, communication qui a valu à cet auteur d'attacher son nom à cette manifestation de l'affection. Depuis lors, il a fait l'objet de nombreuses études des cliniciens français. Récemment encore, R. Debré et J. Bernard ont attiré l'attention sur sa glande valeur pronostique et diagnostique.

Apparaissant parfois à la simple inspection, lorsqu'ils sont très volumineux ou siègent dans une région découverte, les nodules de Meynet sont le plus souvent une découverte d'examen systématique. Ils siègent habituellement au niveau de la voûte cranienne, des régions occipito-pariétales et scapulaires, des régions para-articulaires en général.

Leur nombre est variable : en règle de l'ordre d'une dizaine, parfois plus rares, souvent plus nombreux, pouvant atteindre plusieurs centaines.

Leur aspect est celui de petites tumeurs arrondies, ovalaires ou discoïdes, absolument indolores à la palpation, sans adhérence aucune à la peau sus-jacente, qui garde toujours son apparence normale. Souvent les nodules contractent des adhérences avec le squelette ou les tendons.

Leur taille varie de celle d'un petit pois à à celle d'une grosse noix.

A la palpation, ces nodosités se révèlent de consistance variable, rarement molle, le plus souvent ferme, pouvant même donner la sensation de résistance osseuse.

Leur évolution se fait en moyenne en trois ou quatre semaines. Parfois ils disparaissent en quelques jours ; Widal en a signalé, qui persistaient, au contraire, des années. Souvent ils évoluent par poussées successives, et l'on peut rencontrer en différents points de l'organisme des nodules aux différents stades d'évolution.

Leur diagnostic est facile : on ne peut guère les confondre, en effet, avec des ganglions, des périostites syphilitiques, des tuberculoses osseuses. Pinard et ses collaborateurs ont publié une observation de nodules juxta-articulaires syphilitiques, ayant simulé en tous points des nodules rhumatismaux ; mais l'évolution spontanée vers la suppuration et l'ulcération permirent un diagnostic assez rapide. De même la confusion ne peut se produire avec les nodosités érythémateuses douloureuses de la maladie d'Osler ou l'érythème noueux. Dans les formes à évolution prolongée, le diagnostic pourra se poser avec la lipomatose nodulaire des rhumatisants chroniques (Merklen, Waitz et Warter) : mais il s'agit là de lipomes nodulaires, siégeant loin des articulations, au milieu du bras ou de l'avant-bras, sur le dos, dans la région lombaire. Enfin histologiquement leur aspect est caractéristique.

Rappelons que l'anatomie pathologique du nodule de Meynet est actuellement bien connue et a été mise au point d'une façon très précise dans une communication de Duvoir, Pollet et Mlle Cursay à la Société médicale des hôpitaux de Paris. Ces auteurs ont montré l'évolution en trois stades de cette lésion : un stade initial exsudatif (rheumatisches Frühinfiltrat), dont la lésion caractéristique est la « turgescence fibrinoïde » (Duvoir, Pichon et de Cursay) ou fibrinoïde Verquellung de Klinge, un stade nodulaire proliférative des cellules conjonctives avec formation de cellules d'Aschoff, un stade cicatriciel de fibrose molle, puis de sclérose.

L'érythème rhumatismal

Rayer, dès 1833, signale le premier, au cours du rhumatisme articulaire aigu, une éruption érythémateuse de « plaques arrondies ou réunies en placards, à contours festonnés, rougeâtres à la périphérie, sans desquamation, sans prurit. » Plus tard, Besnier indiquait comme forme habituelle d'éruption au cours du rhumatisme articulaire aigu « la forme papuleuse et les formes marginées en plaques discoïdes, en lignes sinueuses, festonnées, généralement de coloration intense à la périphérie ».

Un peu oublié par la suite, l'érythème rhumatismal va être l'objet, après la dernière guerre, de nombreuses descriptions : En 1922, Lehndorff et Leiner, de Vienne, décrivent l'éythème annulaire rhumatismal. Leichtentritt, de Breslau, en 1930, lui consacre une étude ; Wallgren, en Suède, A. F. Abt aux Etats-Unis, en signalent la fréquence. Carol et Van Fricken en étudient l'histologie.

En France, Grenet, à partir de 1928, lui consacre de nombreux travaux. R. Debré, à propos des rapports entre l'érythème annulaire rhumatismal et les streptococcémies à streptococcus viridans, en a fait une excellente mise au point.

La fréquence de l'érythème rhumatismal au cours de la maladie de Bouillaud paraît extrêmement variable : moins de 10 % pour Lehndorff, 12 % pour Wallgren ; chez les rhumatisants

endocarditiques et choréiques, Leichtentritt l'aurait constaté dans 62,5 % des cas. Il n'existe pas de statistique française. Il semble cependant, et tel est l'avis de R. Debré et de Grenet, qu'en France cette fréquence soit nettement inférieure à celle qu'ont indiquée les auteurs allemands et scandinaves.

La date d'apparition de l'érythème est variable : parfois très précoce, précédant même de plusieurs jours l'éclosion des manifestations articulaires ou cardiaques, dans un cas de Debré ; parfois tardif, survenant après plusieurs mois de maladie, pouvant précéder de peu la mort.

Le siège habituel des éléments est le tronc : ils sont situés à peu près indifféremment sur le thorax, l'abdomen, les flancs, les lombes. Souvent la racine des membres est intéressée ; plus rarement l'éruption s'étend au cou, aux avant-bras, aux jambes. On ne l'observe jamais sur la face, ni sur les muqueuses.

Le nombre des éléments, l'étendue de l'éruptions sont très variables : parfois quelques rares éléments, grands comme une pièce de cinquante centimes sont répartis sur le thorax, d'autres fois, d'innombrables éléments de dimensions variables, plus ou moins confluents, s'étendent sur la plus grande partie des téguments.

Le type de l'éruption est assez caractéristique et peut être considéré sous deux formes différentes. Habituellement, l'éruption est caractérisée par des placards arrondis de dimensions variant, depuis la taille d'une pièce de cinquante centimes, jusqu'à celle d'une pièce de cinq francs, formant un relief peu appréciable sur les téguments. Les éléments de petites dimensions sont de teinte rouge vif sensiblement uniforme ; au fur et à mesure que la surface des taches grandit, la partie centrale se déprime, devient plus pâle, de teinte chamois ou cuivrée ; la zone périphérique est très rouge, légèrement saillante et représente la zone active d'extension. La réunion de plusieurs macules aboutit à la formation de placards arrondis ou polycycliques, d'aspect circiné. Un deuxième type, d'ailleurs très voisin, est représenté par l'érythème annulaire de Lehndorff et Leiner, érythème à éléments peu nombreux, caractérisé par des anneaux à contours plus ou moins réguliers, de teinte rosée, dessinés sur le thorax ou l'abdomen. Des formes de transition, le passage de l'un à l'autre type, peuvent s'observer (Grenet), ainsi que nous l'avons vu chez notre propre malade.

Il n'y a jamais de prurit, ni de desquamation.

L'évolution de l'affection est caractérisée par deux particularités essentielles : d'abord sa fugacité, en second lieu la tendance à la répétition des poussées éruptives : disparaissant ou apparaissant par poussées successives, s'effaçant en quelques heures ou quelques jours. L'éruption disparaît toujours sans laisser de pigmentation.

L'érythème rhumatismal, d'après la plupart des auteurs, se voit surtout dans l'enfance. Cependant Rayer, Besnier, Lehndorff ont décrit des cas concernant des adultes. Le malade de notre observation est un adulte jeune.

Le diagnostic d'érythème rhumatismal est facile à poser : l'aspect de l'éruption, les circonstances d'apparition l'imposent le plus souvent.

Cet érythème rhumatismal ne peut guère être confondu avec l'exanthème des fièvres éruptives de l'enfance, ou avec certaines éruptions urticariennes communes, plus ou moins modifiées par l'affaissement central de la plaque. Seuls peuvent prêter à discussion certains érythèmes polymorphes, le mégalérythème épidémique, l'érythème marginé aberrant de Marfan. L'érythème polymorphe se distingue par son polymorphisme même, par l'atteinte de la face ; le mégalérythème épidémique, comme l'ont indiqué R. Debré et M. Lamy, prédomine sur la face d'extension des membres et sur le visage ; il est polymorphe, épidémique, disparaît en quelques jours pour ne plus reparaître ; l'érythème marginé aberrant de Marfan, outre ses conditions particulières d'apparition, s'associe en général aux autres manifestations de la maladie sérique, et en particulier à l'urticaire et aux œdèmes.

Pronostic

La valeur pronostique des formes cutanées de la maladie rhumatismale est grande ; érythème et nodules accompagnent en effet toujours *les formes sévères* de la maladie de Bouillaud avec atteinte endocarditique. Leur apparition au cours d'une poussée de rhumatisme articulaire aigu, même d'apparence bénigne, doit faire redouter la complication à peu près certaine. Les auteurs sont unanimement de cet avis : Brissaud, dès 1885 ; Barlow et Warner (26 atteintes cardiaques sur 27 cas) ; Zweig (8 cas sur 8) ; Debré et Bernard, en ce qui concerne les nodules ; Lehndorff et Leiner, Leichtentritt, Wallgren (une seule exception sur 18 cas), Grenet, en ce qui concerne l'érythème, signalent tous la concordance à peu près absolue des signes cutanés et de l'atteinte cardiaque. Dans certains cas (Duvoir et ses collaborateurs, Grenet) on a même pu voir l'apparition de l'érythème ou des nodules précéder de peu la mort.

Traitement

L'évolution spontanée des signes cutanés vers la disparition, leur indolence, l'absence de prurit, rendent inutile toute médication des seuls symptômes cutanés.

Mais la gravité du pronostic qu'implique leur présence, *ces signes imposent l'application sévère*

d'une médication étiologique intensive et longtemps prolongée, en particulier l'absorption de doses de salicylate de soude aux limites de la tolérance individuelle.

La *valeur diagnostique* et *pronostique* des formes cutanées de la maladie de Bouillaud, les déductions thérapeutiques, qui en découlent, suffisent amplement à justifier la recherche attentive de ces signes. Les méconnaître constitue une erreur grave.

BIBLIOGRAPHIE

ALMANSE DE CARA. Sur les « Nodules sous-cutanés » (*Archivos de medicina. Cirugia y especialidades,* 15 mars 1935, p. 155).

L. BADINANT : Les formes extra-articulaires de la maladie de Bouillaud. (Thèse, Lyon, 1935).

BESNIER : Rhumatisme. Dict. encyclop. des sciences médic. (Dict. Dechambre).

CAROL et VAN KRICKEN : L'histologie pathologique de l'érythème annulaire de Lehndorff et Leiner (*Acta Paed,* 17e fasc., 30 mars 1935).

CRACIUM, VISINEANU, GINGOLD et URSU : Les lésions hisotologiques de la maladie de Bouillaud, leur valeur biologique. (*Ann. d'anat path.,* février 1935, p. 159 à 176).

DAVIDSON : Nodules sous-cutanés rhumatismaux rares. (*The Lancet,* 9 nov. 1935, p. 1057).

DEBRÉ et BERNARD : Le nodule rhumatismal de Meynet. (*Concours Médical,* n° 11, 20 mars 1935, p. 819.)

DEBRÉ, M. LAMY et Mlle M. L. JAMMET : Erythème annulaire rhumatismal et streptococcémie à « streptococcus viridans » (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris,* 19 oct. 1936).

B. DEBRÉ et UHRY : Le nodule rhumatismal de Meynet (*Soc. de Péd.,* 29, 17 nov. 1931, p. 507 ; *Paris médical,* 7 nov. 1931).

DESHAYES : Sur l'érythème discoïde rhumatismal. *Soc. de méd. du Loiret,* 18 oct. 1935. *In Centre Médical,* nov. 1935).

M. DUVOIR, L. POLLET et Mlle G. L. DE CURSAY : Les images histologiques de la maladie de Bouillaud : « La lésion d'Aschoff-Klinge » (*B. et M. de la Soc. méd. des hôp. de Paris,* 8 avril 1935).

H. GRENET : Les formes extra-articulaires de la maladie rhumatismale. *Pr. méd.,* 12 mars 1930, p. 353).

H. GRENET : Vue d'ensemble sur les formes extra-articulaires de la maladie rhumatismale. (*Journal méd. Français,* n° 8, août 1933, p. 325).

H. GRENET : Les formes cliniques de la maladie rhumatismale (R. A. A. et formes extra-articulaires) IIe Congrès international contre le rhumatisme. Liège, 18-21 sept. 1930. *Le Monde Méd.,* 1er oct. 1930, p.809. et *Acta rheumatologica,* février 1931, p. 12).

H. GRENET : Erythème rhumatismal (Erythème marginé en plaques discoïdes de Besnier : érythème annulaire de Lehndorff et Leiner) (*B. et M. de la Soc. méd. des hôp. de Paris,* 6 juillet 1936.)

H. GRENET et DELALANDE : Les R. A. A. chez l'enfant (*Arch. de méd. des enfants,* n° 8, août 1928, p.453.)

H. GRENET et R. LEVENT : Notes sur l'anatomie pathologique de la maladie rhumatismale. (*Revue du rhumatisme,* mai 1934, p. 325.)

LENNDORF et LEINER : L'érythème annulaire ; un érythème typique dans l'endocardite (*Zeitschrift. Kinderheilk,* 32, 1922.)

LEICHTENTRITT : L'infection rhumatismale dans l'enfance. (*Ergebn. der inneren méd. und Kindeheilk,* 37, 1930).

LEHNDORFF : L'érythème annulaire rhumatismal (*Wiener klin. Woch.,* n° 45, 1930.)

Pr MERKLEN, R. WAITZ et J. WARTER : Nodules sous-cutanés chez les rhumatisants chroniques. Lipomatose nodulaire (*Pr. méd.,* n° 24, 21 mars 1936.)

PINARD, COSTE, FAUVET et HERTZ : Rhumatisme, nodosités juxta-articulaires et syphilis (*B. et M. de la Soc. des hôp. de Paris,* 22 juillet 1935.)

A. WALLGREN : Studies on erythema annulare rheumaticum. (*Acta Paed,* t. 17, pp. 447, 448 1935.)

M. WOLFF : Contribution à l'étude des lésions érythémato-nodulaires. Un cas de nodosités rhumatismales à type d'érythème noueux guéri par les injections intraveineuses de salicylate de soude (*Bull. Soc. Fran. de dermato. et syphil.* Réunion dermatologique. 40 516-522 avril 1933.)

CORPS ÉTRANGER TRACHÉAL IGNORÉ ET PARFAITEMENT TOLÉRÉ

M. CASTAY, à l'occasion d'un examen radiologique pratiqué pour expertise pulmonaire chez un sujet, ayant présenté pendant la guerre une pleurésie droite, a découvert un corps étranger d'opacité métallique, au contour dentelé, ressemblant à un morceau de dentier : grâce à la prise de plusieurs clichés sous diverses incidences, il a pu être localisé à la bifurcation trachéale. Le sujet, qui ne présente aucune gêne, prétend n'avoir jamais avalé de corps étranger : mais, comme il porte un dentier, il est probable qu'au cours du sommeil il a dû avaler, il y a quelques années, une pièce de son dentier, sans s'en apercevoir, et qu'il a cru simplement l'avoir égarée.

Cette observation, présentée à la Société de médecine de Toulouse, est un bel exemple de la tolérance parfaite d'un corps étranger des voies aériennes lorsqu'il est placé en certaines zones.

pléthore, souvent à vrai dire à l'origine de la maladie.

5° Hypercalcémie et équilibre acido-basique

Les premiers, je crois, contrairement aux opinions alors régnantes, nous avons affirmé que la calcémie des goutteux et leur équilibre acido-basique étaient constamment normaux. On faisait grand cas à l'époque d'une hypoalcalinité ou d'une hyperacidité humorales dans la détermination des crises articulaires de la maladie.

Personne, je crois, n'a pu infirmer sérieusement notre opinion. Calcémie, pH, réserve alcaline sont normaux chez les goutteux, en l'absence d'une cause étrangère de perturbation, que les sujets soient observés au cours de leurs crises paroxystiques ou en dehors d'elles.

Ainsi donc, et en conclusion, l'*augmentation de la teneur du plasma en acide urique* (réserve faite de certaines observations récentes sur le dosage des purines plasmatiques et le rapport des purines libres aux purines totales, problème extrêmement intéressant qu'ont soulevé M. Labbé, Nepveux et Violle, mais dont l'étude doit être poursuivie avant de permettre des conclusions définitives) est et demeure le trouble humoral essentiel de la goutte. Mais cette hyperuricémie variable, inconstante, que d'autres maladies peuvent provoquer, qui ne subit aucune modification du fait de la survenue d'une crise, insensible aux médications curatrices de l'état aigu, apparaît, moins comme la cause, que comme une *expression de la maladie*. Il n'est pas possible d'en faire le critère de l'état morbide. On ne peut pas ramener la crise de goutte à une question de perturbation du taux de l'acide urique du sang circulant.

DE LA TENSION ARTÉRIELLE CHEZ LES AMPUTÉS

Le Docteur A. Valat (1) a pu suivre 90 amputés de cuisse en cinq ans. La tension a toujours été prise dans des conditions identiques, suivant les indications de Vaquez et avec son appareil. Dans toutes ces opérations, il s'agissait de blessés de guerre (1914-1918). On a recherché autant que possible l'influence de l'âge (l'hypertension débutant habituellement vers le quarantième année), de l'hérédité, de l'alcoolisme, de la syphilis.

D'une façon générale, l'examen de ces malades a montré que la tension artérielle avait tendance à s'élever avec l'âge, mais peut-être plus rapidement chez les amputés de cuisse, les fracturés du col et les paralysés du sciatique que chez les autres. Le pourcentage des hypertendus est à peu près le même chez les amputés de cuisse et chez les fracturés du col du fémur ou les ankylosés de la hanche.

Il semble cependant que le rôle du système nerveux paraisse indéniable, et c'est ce qui expliquerait, en partie tout au moins, que les amputés de cuisse sont plus hypertendus que les amputés de jambe ou les fracturés du tiers inférieur du fémur, mais surtout ferait saisir la cause de l'hypertension, que l'on observe chez les paralysés par section du nerf sciatique.

Déjà le Professeur Leriche avait écrit : « J'ai l'impression que les amputés de la partie moyenne de la cuisse et les désarticulés de hanche deviennent rapidement des hypertendus ; beaucoup sont pléthoriques. Ce n'est pas parce qu'ils ne font pas d'exercices, car les infirmes par pseudarthrose du col n'en font pas davantage et ne changent pas ainsi ». En 1934, le même auteur posait la question suivante : « pourquoi ne s'inquiète-t-on jamais dans la technique d'une amputation de la façon de traiter les nerfs, de réduire au minimum la poussée des cylindraxes, la croissance de la névroglie, la formation des nécroses. Cela a certainement plus d'importance pour l'avenir de l'amputé que la parfaite taille des muscles, qui empêche la conicité du moignon. Cette question de la cicatrisation des nerfs est celle qui domine, et de beaucoup, l'avenir fonctionnel des amputés ; elle ressort à la névro-chirurgie périphérique. C'est dans ce sens que l'amputation doit être envisagée comme un acte de chirurgie nerveuse.

(1) *Le Progrès médical*, 3 avril 1937.

DE L'ACTION SCLÉROLYTIQUE DU SOUFRE

Par le Docteur Henri FLURIN
Membre correspondant de l'Académie de Médecine

Il paraît chimérique, de prime abord, de s'attaquer à une sclérose et de tenter de réduire une cicatrice irréductible. Ce sont là des lésions définitives, et les seules, qui puissent bénéficier d'un traitement spécifique, sont celles dont l'origine syphilitique est indiscutable.

Comme il importe cependant d limiter les effets de la sclérose et de s'opposer à sa progression, le médecin, sur la foi des classiques, use toujours de ce grand médicament qui résiste à l'épreuve du temps, et qui est l'*iode*. Quant au soufre, son action élective sur les catarrhes de la muqueuse rhino-bronchique a trop fait oublier une action sclérolysante, que des faits cliniques, bien établis, ne cessent de mettre en évidence.

Ces faits, nous les empruntons à la pathologie vétérinaire, et à la discussion qu'a suscitée, en 1922, à la *Société de pathologie comparée*, le rapport du Professeur F. Bezançon et de I. de Jong sur « l'emphysème pulmonaire ».

Sans établir un parallélisme absolu entre la variété de sclérose pulmonaire qu'est l'emphysème, chez l'homme, et la « pousse » chez le cheval, bien des caractères leur sont communs et sur elles agit heureusement la même thérapeutique par le soufre. C'est aux eaux sulfurées de Cauterêts qu'ont toujours été traités avec succès les étalons des haras du Midi et les chevaux irlandais « poussifs ».

Pour masquer la « pousse », les vétérinaires allemands répètent tous les cinq jours, pendant un mois, l'injection intraveineuse d'un gramme de thiosinamine, produit soufré, qui, dissous dans le salicylate de soude, constitue la « fibrolysine » de Merk. Medynski et Simonnet ont vérifié sur plusieurs chevaux atteints de « pousse », l'action de la thiosinamine.

Nous avons été frappés ainsi, depuis longtemps, par la manière analogue dont agissaient les eaux sulfurées et la thiosinamine, et nous avons insisté, dès 1922, sur l'analogie chimique qui unissait ces deux formes de corps soufrés.

Les stations sulfurées revendiquent à juste titre, puisqu'elles les améliorent, non seulement les catarrhes tubaires, mais certaines otites adhésives qui n'en sont d'ailleurs que la conséquence. Or, la thiosinamine ne soulage-t-elle pas également les oto-adhésifs ?

C'est une notion aussi vieille que la médecine que celle des bienfaits procurés aux rhumatisants par les sources sulfurées chaudes. Nous savons aussi l'importance chimiothérapique du soufre dans la pathologie rhumatismale, la valeur des préparations soufrées (soufre colloïdal, huile soufrée, soufre et iode, etc...), et il n'est pas jusqu'au traitement des rhumatismes chroniques par l'aurothérapie, qui n'utilise, pour support de l'atome métallique, le soufre.

Nous pour ions citer encore les résultats similaires obtenus par le traitement hydrominéral sulfuré et la thiosinamine dans certains eczémas chroniques, d'allure torpide, et dans nombre d'affections, où la sclérose joue un rôle primordial.

Cette analogie entre quelques effets des eaux sulfurées et ceux de la thiosinamine n'a rien que de très normal. Elle s'explique par cette loi que le soufre agit d'autant mieux qu'il est moins oxydé. Il faut que ce soufre non oxydé, parcourant dans nos tissus la série complète des stades d'oxydation progressive, puisse jouer le rôle constitutionnel et défensif qui lui est assigné dans l'organisme. C'est ainsi que les eaux sulfurées sont utiles, que l'action des eaux sulfitées est douteuse et que celle des eaux sulfatées (dont le soufre est très oxydé) est nulle.

Or, la thiosinamine est une allyl-sulfo-carbamide, dans laquelle la molécule urée immédiatement oxydée et, par conséquent rapidement éliminée, n'agit pas. Le radical allyl agit plus particulièrement dans le sens hypotenseur.

Seule agit donc la molécule sulfurée, d'autant plus efficace qu'elle est moins oxydée, par conséquent susceptible de ce perpétuel va-et-vient d'oxydations et de réductions successives.

C'est toute l'action catalytique du soufre dans l'organisme que nous n'avons cessé d mettre en évidence, en nous appuyant sur les remarquables travaux de Moureu, Dufraisse et Lotte, dont les conséquences ont été si fécondes en chimie industrielle. C'est au soufre non oxydé qu'est due l'action sclérolytique de la thiosinamine ; c'est en vertu des mêmes propriétés que s'explique l'heureuse influence des eaux sulfurées sur les scléroses pulmonaires, sur l'emphysème et sur les rhumatismes chroniques.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Le diabète des tout petits

Les cas de diabète sucré survenant dans la petite enfance ne sont pas de constatation courante. A propos d'un cas observé, le Docteur R. Liège expose qu'en pratique le diabète infantile se rencontre le plus souvent à partir de 5 ans ; c'est de 8 à 14 ans que l'on observe le plus habituellement des enfants diabétiques. Au-dessous de 5 ans, le diabète est rare.

Du point de vue clinique, il est certain que si l'on veut déceler le diabète dans la petite enfance, il faut, si rare soit-elle, en connaître la possibilité et savoir y penser devant certains symptômes peu fréquents à cet âge. Le diabète des tout petits reproduit trait pour trait le tableau clinique du diabète de la seconde enfance. Les symptômes du début sont variables. Tantôt ce sont les troubles urinaires, qui attirent l'attention des parents. Les langes sont toujours mouillés, les urines sont incolores. Dans d'autres cas, les urines sont poisseuses. Si l'enfant est plus âgé, et que la propreté soit établie, l'énurésie constitue un symptôme assez souvent noté. L'attention des parents est quelquefois attirée par la polydypsie qu'accompagnent souvent des troubles nerveux. L'enfant devient grognon, irritable. Chez le nourrisson, la polyphagie se confond avec la polydypsie. Fréquemment la stagnation du poids ou l'amaigrissement attire l'attention. L'examen des nourrissons diabétiques, pour être complet, comportera, comme chez les enfants plus âgés, l'étude de la glycémie, le dosage de la glycosurie, la recherche des corps cétoniques, la réaction de Bordet-Wassermann, l'étude de la réserve alcaline et du métabolisme de base. En pratique on ne saurait parler de diabète que si la glycosurie dépasse 10 grammes par litre à plusieurs analyses consécutives. La galactosurie disparaît, si l'on remplace le lait par la farine et le thé, additionnés de glucose.

Toutefois sans s'attarder à des recherches souvent difficiles en raison de la difficulté des prises de sang dans le jeune âge, il est prudent d'instituer aussi rapidement que possible un traitement par l'insuline. C'est un diabète avec tendance rapide au coma. Convenablement traité par l'insuline, même chez de très jeunes enfants, le pronostic est bien meilleur.

S'il faut savoir découvrir le diabète du jeune enfant là où il existe réellement, il faut aussi se garder de le voir là où il n'existe pas. Certaines erreurs sont à éviter : les glycosuries transitoires, les galactosuries. (*Le Progrès Médical*, 27 février 1937.)

Fièvre jaune et vaccination antiamarile

On sait que le virus amaril vivant, convenablement atténué, a pu être adapté à la vaccination humaine. Celle-ci est encore très discutée ; on lui a reproché des accidents nerveux et une action inconstante.

Voici les constatations faites par MM. Peyre et Fricaud pour leurs vaccinés et leurs malades : 1° Les réactions à la vaccination antiamarile sont pour la plupart du type méningo-encéphalitique et se rapprochent des formes des épidémies américaines, d'où certaines conclusions pronostiques et thérapeutiques ; 2° La vaccination antiamarile peut ne pas avoir une action constante et, au moins, la durée de l'immunité reste encore à préciser ; 3° L'azotémie a dans la fièvre jaune, une valeur pronostique de premier ordre ; 4°. Par suite, les recherches sur la chlorémie et ses relations avec l'azotémie, peut-être même une prudente expérimentation thérapeutique, peuvent aboutir à d'intéressants résultats. (*La Presse Médicale*, 24 février 1937.)

Vaccins et chirurgie

D'un exposé fait par le Professeur Gosset et M. A. Thalheimer, il résulte que la vaccination reste un adjuvant précieux de l'acte chirurgical et qu'elle doit permettre d'améliorer les résultats, parfois même d'éviter une intervention, surtout de prévenir des complications, mais il reste beaucoup d'interventions qu'on ne saurait retarder sous prétexte de vaccination, et c'est pourquoi il serait dangereux de méconnaître les indications respectives de l'une ou l'autre méthode.

Pour conclure, ces auteurs indiquent qu'à la clinique chirurgicale de la Salpêtrière, la vaccination préopératoire est basée sur l'étude de la leucocytose. Si le nombre des globules blancs dépasse 8000, la vaccination sera pratiquée, mais le malade ne sera opéré que lorsque la formule sanguine sera rigoureusement revenue à la normale. Il faut savoir attendre assez longtemps si l'on veut vraiment diminuer le risque chirurgical par les vaccins. (*Le Monde Médical*, 1er-15 février 1937.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Académie de médecine

La lèpre dans la région parisienne

(MM. Ch. Flandin et J. Ragu ; 16-3-1937)

Il est difficile de connaître le nombre de lépreux vivant à Paris. L'effectif des malades du pavillon de Malte de l'hôpital Saint-Louis est actuellement de 26. Il était, il y a deux ans de 4 seulement, mais cette augmentation n'est pas due à un accroissement de la maladie ; il tient à ce que les succès du traitement employé par MM. Flandin et Ragu audit pavillon (les injections intra-veineuses de complexe chaulmoogra-cholestérol) y ont attiré les malades. L'afflux de ces derniers à la consultation a permis, d'autre part, à M. Flandin, de suivre 95 lépreux dont la plupart vivent librement à Paris.

Il était classique d'admettre une contagion peu active et longue à se produire de la lèpre. Il était classique également d'admettre que la lèpre était une maladie exotique, coloniale, ne se propageant pas chez nous. Les recherches de M. Flandin l'ont incité à modifier son opinion sur ces différents points. L'auteur a pu observer, en particulier, 6 cas de lèpre contractés dans la région parisienne, suivant un mode de contamination assez rapide, de quelques mois, par cohabitation intime , il est vrai, avec des lépreux. Dans une autre catégorie de cas,il s'agissait de blancs ayant séjourné peu de temps aux colonies.

Particulièrement intéressants sont les cas de lèpre autochtone. Les auteurs en donnent quelques exemples. Ils concernent des sujets ayant contracté la lèpre : par un séjour en France au milieu d'une colonie chinoise ; par un séjour, durant la guerre, dans un hôpital dont le personnel infirmier était annamite ; par la cohabitation, d'une durée de huit mois, d'une jeune femme avec un amant lépreux ; par six mois de relations intimes d'un jeune homme avec une jolie lépreuse (car il y a de jolies lépreuses...), etc.

Ce dernier mode de contamination est à retenir. Si, dans le public, la lèpre apparaît comme une maladie voyante, même effrayante, en tout cas peu engageante, nous savons qu'elle offre souvent des manifestations extérieures beaucoup plus discrètes. Ceci explique qu'une lépreuse puisse être jolie et être très sollicitée par un entourage d'admirateurs. M. Flandin cite un jeune lépreux de belle allure, vivant à Paris, dont les femmes se disputaient les faveurs... qu'il refuse (paraît-il), la plupart du temps, connaissant son état.

On conçoit, dans ces conditions, que les contaminations soient plus fréquentes qu'on ne le supposait. Il ne serait pas légitime d'ailleurs de s'alarmer parce que six cas de lèpre ont été contractés à Paris. Il s'agit là de faits assez exceptionnels, et il faut une cohabitation intime avec des lépreux pour que la contamination soit à craindre.

Et les auteurs concluent qu'il importe de considérer désormais la lèpre comme une maladie existant en France, pouvant se propager par cohabitation de quelques mois ou séjour prolongé dans un milieu lépreux. Il convient que les praticiens apprennent à connaître les manifestations de cette maladie, pour la dépister, éviter les contaminations, et la traiter. Le complexe chaulmoogra-cholestérol employé par MM. Flandin et Ragu arrête l'évolution de la lèpre, supprime le bacille des sécrétions et annihile la contagion.

— M. Marchoux signale les problèmes, assez troublants, soulevés par la communication de M. Flandin. Jusqu'à présent, la lèpre apparaissait comme un danger seulement colonial ; peu à peu, elle devient un danger pour la métropole. Il faut chercher à y parer.

— M. Darier insiste sur l'importance de cette communication. Nous estimions être en droit d'affirmer que la lèpre n'est pas transmissible en France. Il faut en rabattre et les mesures de prophylaxie de la lèpre dans notre pays sont à réviser.

Fonction uréo-sécrétoire chez les hypertendus

(MM. G. Richard et R. de Laroche ; 2-3-1937)

MM. Richard et de Laroche ont poursuivi leurs recherches sur un nombre important d'hypertendus. Les cas ont été répartis en trois catégories :

Hypertensions faibles, dans lesquelles Mx. est au-dessous de 20 et Min. au-dessous de 10.

Hypertensions moyennes, dans lesquelles Mx. est comprise entre 20 et 25, Min. entre 10 et 12.

Hypertensions fortes, pour lesquelles Mx. dépasse 25 avec une Min. au-dessus de 12.

Recherchant l'état de l'azotémie chez les malades de ces divers groupes, les auteurs ont trouvé une moyenne d'urée dépassant 0 gr. 50 chez 8,6 % d'hypertendus faibles, 12,7 % d'hypertendus moyens et 12,3 % d'hypertendus forts. Ils concluent à l'absence de parallélisme entre la réduction de la fonction uréo-sécrétoire du rein et l'élévation du taux de la tension artérielle.

Pour la chlorurémie, les mêmes contatations ont été faites.

P. L.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

---

Bulletin de l'Actualité

L'URBANISME A LA PETITE SEMAINE

On dépeint le Français comme un enthousiaste ; il l'est, en effet, dans les domaines purement spéculatifs : l'idée, le sentiment. Rien de plus facile que de lancer le Français dans une révolution ou une croisade ; et cela, pour notre malheur, les politiciens le savent bien.

Mais c'est tout autre chose d'obtenir du Français son adhésion à un procédé nouveau ou à des méthodes inédites. Il s'arrête net, prend le vent et commence par suspecter l'inventeur ou la doctrine. Un vieux fond traditionaliste se réveille alors et lui interdit de partir à l'aventure : aussi préfère-t-il laisser passer les autres devant et les suivre de l'œil.

Une telle disposition d'esprit a du bon ; elle nous préserve de cuisants mécomptes au cas où la nouvelle doctrine serait absurde, ou déclencherait des conséquences néfastes. Elle nous incite à demeurer toujours un peu rétifs vis-à-vis des inventions, qui prétendent changer la face du monde. Dans le ush qui entraîne les New-Yorkais vers la mécanisation intégrale et la perte de tout humanisme, des multitudes ont vu le tableau idéal de la société future ; et New-York était en passe de devenir la Mecque du XXe siècle. Mais, ur la voie où les trains de pèlerins se succédaient, deux hommes se sont mis à agiter les signaux d'arrêt et à faire stopper les convois : Georges Duhamel et Alexis Carrel, Français.

S'il a du bon, notre attachement aux traditions, il n'est pas non plus sans quelques disgrâces. Par lui, nous reculons souvent devant les grandes initiatives, les vastes entreprises. Nous stagnons dans l'imparfait ou le provisoire, faute d'avoir, du premier coup, su ou voulu voir grand. Ce n'est pas que nous manquions d'esprit inventif ; nous avons des inventeurs à revendre et dans tous les domaines. Mais que d'une invention on puisse tirer autre chose que de la gloire (et de la misère !) cela nous dépasse. Dans une pointe d'avant-garde, il y a toujours des nôtres ; mais le gros de notre armée vient loin derrière. Dans l'intervalle se trouvent toujours des gens avisés, qui commencent à exploiter le pays et que nous trouvons établis, quand nous arrivons.

***

Peut-être n'est-il pas excessif de dire que l'hygiène doit beaucoup à la France ? Il suffirait de nommer Pasteur pour éclipser tous les autres pays dans leurs apports à cette science spécifiquemen contemporaine. Et la France est cependant le pays, dont on a pu dire que l'hygiène y est une belle façade, derrière laquelle n'existe rien.

Sans reprendre ce mot cruel, MM. Loir, Sanarens et Legangneux, dans leur communication à l'Académie de médecine du 12 janvier dernier, aboutissaient un peu à la même idée.

On prêche, l'hygiène individuelle, disaient-ils ; on fait de l'hygiène sociale, et l'on néglige à peu près complètement l'hygiène publique « sans laquelle ce que l'on peut faire d'autre n'est qu'un palliatif local, et ne répond nullement au grand but de l'hygiène : prévenir et réduire les maladies épidémiques à des cas isolés ».

Et cependant, Pasteur lui-même avait montré la voie. Il y a 60 ans Pasteur s'occupait beaucoup de l'hygiène publique ; il était rapporteur de la Commission des égoûts de Paris et, à ce titre, il s'élevait contre le tout-à-l'égoût. Pourquoi ? s'étonnera-t-on. Parce que le tout à l'égoût sans épuration préalable répand autour de nous les germes de maladies. Or, aujourd'hui encore nous nous défendons à coup de vaccinations, de désinfections, de dispensaires : « on cherche à créer l'immunité ou à éviter la contagion, au lieu d'étudier les mesures naturelles d'assainissement ; on fait de l'hygiène sociale, mais les conditions générales d'hygiène publique étant toujours les mêmes, la maladie existe toujours ».

« Le véritable résultat ne sera obtenu que le jour où l'on s'occupera d'hygiène publique, le jour où l'on aura partout de l'eau pure, l'épuration des eaux usées, la disparition du taudis, l'examen de la salubrité des voies publiques et privées, celle des habitations, la surveillance des établissements dangereux ou insalubres ».

Vaste programme, on le voit, et qui suppose de gros efforts financiers, dont sont incapables beaucoup de communes. Aussi, poursuivent, MM.

Loir, Sanarens et Legangneux l'hygiène publique n'est-elle pas affaire communale, mais régionale. Si l'on veut mener à bien et de front tous ces travaux d'urbanisme, il sied de ne pas limiter son horizon aux limites d'une commune ; il faut voir grand, mettre en train d'un seul coup l'aménagement de toute une région, concevoir des chantiers, qui desservent une vaste population, vivant dans les mêmes conditions et asservie aux mêmes besoins. Il nous faut des syndicats de communes et un service d'assainissement général, qui coordonne les efforts de l'Etat, des départements, des villes, et des différents services déjà existants.

Car c'est bien, en France, le sens de la coordination qui nous manque le plus ; et peut-être est-ce faute de cela que beaucoup de nos projets sont étriqués ou stériles. L'exemple est classique de la rue que des travaux d'égoût éventrent, et refont, et qui est défoncée un mois plus tard pour les canalisations de gaz, puis pour les câbles électriques, puis pour les rails du tramway.

L'on a laissé, par toute la banlieue parisienne, pousser comme du chiendent d'invraisemblables baraques ; et le plan général survient alors que le mal est fait, et Paris ceinturé de pouillerie à vingt kilomètres à la ronde.

Sur la Côte d'Azur, où le problème de l'eau potable est impérieux, chaque grande ville l'a résolu à sa façon et pour son propre compte. Nice et Cannes, villes riches, ont commencé parceque moins tenues en échec par le côté financier. Toulon a suivi, il y a quelques années, et un ingénieur m'expliquait récemment l'effort que cette ville a dû fournir pour aller s'approvisionner d'eau à quelque 80 kilomètres dans l'intérieur. Saint-Raphaël envisage à son tour la question et, en attendant qu'elle ait résolu le problème de rassembler une somme importante de millions, l'eau y est chère, rare en été et souvent déplorable.

***

Il ne s'agit pas, précisent MM. Loir, Sanarens et Legangneux, de créer des organismes, qui fassent double emploi avec le Conseil supérieur d'hygiène, les conseils départementaux d'hygiène et les commissions sanitaires d'arrondissement — mais simplement de mettre de l'ordre dans les projets et de rechercher les ressources pour les exécuter.

Les particuliers, auteurs de projets, soumettraient leurs études générales ou communales à cet organisme, comme cela se pratique déjà pour ce qui concerne l'amélioration rurale devant le service du génie rural. Après quoi, ces projets viendraient au contrôle des conseils sanitaires, conseils départementaux et conseil supérieur.

Comment composer cette espèce de commission technique ? Les auteurs proposent d'y faire entrer les services des Ponts et Chaussées de l'Etat, les services vicinaux du département, les services techniques des eaux, égoûts, voirie des villes, le service du génie rural, les directeurs des bureaux et laboratoires d'hygiène municipaux et départementaux, le service des eaux et forêts, des particuliers qualifiés : géologues, chimistes, bactériologistes.

Et, si l'on doute de l'efficacité d'une telle collaboration entre l'Etat, les départements et les communes, ils rappellent qu'elle s'est déjà exercée et s'exerce encore en d'autres domaines, par exemple dans la lutte contre les fraudes sur les denrées alimentaires. Chacun prête son concours : l'un ses laboratoires, l'autre ses services administratifs. Chaque ville reçoit une subvention correspondant au travail effectué par ses bureaux et laboratoires pour le service général de répression des fraudes. Et si une commune veut une surveillance plus active sur son territoire, par exemple, l'examen du lait, elle verse à une caisse spéciale les fonds supplémentaires correspondant au surcroît de travail qu'elle demande, suivant un tarif uniforme dans toute la France.

D'autre part, une commune de la Seine-Inférieure, ayant sollicité l'autorisation d'installer un puisard pour évacuer les eaux des rues contenant des matières usées de toute nature, s'est vu refuser cette autorisation par le Conseil supérieur d'hygiène. A la suite de quoi, la dite commune ne sait plus comment se débarrasser de ces eaux. Le problème la dépasse : il serait du ressort de la Commission régionale s'il en existait une.

Cette communication de MM. Loir, Sanarens et Legangneux a fait l'objet d'un vœu tendant à la création, dans chaque région, d'un Comité régional d'assainissement placé sous la direction du médecin inspecteur départemental.

Et ce vœu ayant été adopté par l'Académie, il ne reste plus à souhaiter que la savante compagnie trouve au gouvernement des pouvoirs empressés à lui plaire.

G. LAVALÉE.

RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE DU CORPS MÉDICAL ET DE L'ADMINISTRATION DES HOPITAUX PUBLICS

Dans cette étude, nous laissons de côté les établissements privés, les maisons de santé et autres organisations, qui ne sont pas régies par les dispositions de la loi du 7 août 1851 sur les hospices et hôpitaux.

Définition et division

Les hôpitaux publics comprennent des salles de médecine, de chirurgie et de spécialités. A la tête de chaque service est placé un chef, docteur en médecine, nommé après, ou sans concours, par la Commission administrative de l'hôpital.

Autour de ce chef gravitent des assistants, également docteurs en médecine et des élèves internes ou externes des hôpitaux, nommés après ou sans concours, par la Commission administrative, enfin des infirmiers recrutés par cette dernière.

Disons encore que, dans les villes de Faculté ou d'Ecole de médecine, existent des services hospitaliers destinés à l'enseignement. Les professeurs, chefs de clinique, moniteurs, assistants divers, sont désignés par la Faculté ou école, sans que la Commission administrative de l'hôpital ait à intervenir en quoi que ce soit pour ce mode de nomination.

Mais les internes, les externes et les infirmiers de ces services d'enseignement sont recrutés par la Commission administrative, d'après le mode institué par le règlement intérieur de l'hôpital.

En outre, dans ces services réservés à l'enseignement, sont présents, pendant les mois scolaires, des étudiants en médecine, appelés stagiaires, qui sont envoyés par la Faculté, ou Ecole. Ils ne sont en rien qualifiés pour prendre une part quelconque à la marche du service hospitalier : ils doivent simplement écouter les leçons cliniques et l'enseignement qui leur sont prodigués par les représentants de la Faculté.

Enfin, dans de nombreux services hospitaliers se pressent des visiteurs, la plupart du temps docteurs en médecine soit français, soit étrangers qui viennent bénéficier de la parole du maître, assistent à ses visites, à ses opérations. Ces auditeurs ne doivent en aucun cas prendre une part active au traitement des malades hospitalisés. L'administration hospitalière les ignore et ne leur confère aucune fonction.

Responsabilité personnelle des médecins d'hôpitaux

1° *Les chefs de service.*

En principe, est seul responsable de ses actes cliniques et thérapeutiques celui qui a le droit légal d'exercer la médecine en France, comme ayant satisfait aux obligations prescrites par les lois du 30 novembre 1892 et du 26 juillet 1935.

La jurisprudence a décidé que, même lorsqu'il loue ses services à autrui, le docteur en médecine reste entièrement indépendant de son employeur en ce qui concerne les soins à donner aux malades (Paris, 14 décembre 1922, *Gaz. Pal.*, 21 janvier 1923.)

Cependant, parce que les médecins d'hôpitaux sont investis de leurs fonctions hospitalières par la Commission administrative de l'établissement, on peut se demander si, dans certains cas, cette responsabilité professionnelle ne peut pas être partagée par l'administration, ou même être complètement mise à la charge de cette dernière.

En effet, l'article 14 de la loi du 7 août 1851 donne aux Commissions administratives des hôpitaux le droit absolu de donner comme bon leur semble leurs médecins et chirurgiens, sans même solliciter l'autorisation préfectorale.

L'article 11 du règlement modèle du 31 mars 1926 se borne à indiquer qu'il est « désirable » que les Commissions administratives puissent recruter leur personnel médical par voie de concours.

Lorsque ce dernier est institué selon les termes du règlement intérieur spécial à chaque établissement, le jury a qualité pour dresser une liste de présentation par ordre de mérite ; mais la nomination, l'investiture est prononcée par la seule commission administrative : l'autorité préfectorale n'est pas qualifiée pour donner son approbation.

Une remarque doit être faite pour l'Assistance publique de Paris : la loi du 10 janvier 1849 dans son article 6, décide que « les médecins, chirurgiens et pharmaciens sont nommés au concours. Leur nomination est soumise à l'approbation du ministre de l'Intérieur ».

Il faut déduire de ce texte que les membres du corps médical hospitalier parisien sont nommés

après concours, par l'administration de l'Assistance publique de Paris, le ministre n'ayant qu'un droit d'approbation et non d'investiture.

D'autre part, pour les hospices civils de Lyon, l'ordonnance royale du 30 juin 1845 modifiée par la loi du 20 juin 1920 est muette en ce qui concerne le mode de nomination des médecins. Par suite, les conditions générales de la loi du 7 août 1851, article 14, et celles du règlement modèle sont applicables en l'espèce.

Nous pouvons donc envisager cette responsabilité des médecins d'hôpitaux sous deux aspects différents, alors que le docteur en médecine peut, dans certains cas, être considéré comme étant le préposé de l'administration qui l'a nommé.

A) *Responsabilité professionnelle pure.*

En ce qui concerne les diagnostics, les traitements médicaux, opérations chirurgicales ou l'usage des agents physiques, tels la radiothérapie, on peut décider, avec la jurisprudence, que le médecin, parce que docteur en médecine, est seul responsable de ses actes cliniques et thérapeutiques. Du point de vue scientifique, il ne peut en aucune sorte être considéré comme le préposé de la Commission administrative qui l'a nommé et lui a confié un service, une salle de malades. A ce point de vue, il n'existe aucun rapport de dépendance, alors même que le président de la Commission administrative serait lui-même docteur en médecine.

En ce sens, Tribunal civil de la Seine, 27 décembre 1894 (*Gaz. Trib.*, 28 octobre 1894), 15 décembre 1900 (*Gaz. Pal.*, 1901-1-113), Cour d'appel de Bordeaux, 6 février 1900 (*D.* 1900-2-170), réformant Tribunal civil de Bordeaux 22 juin 1898 (*La Loi*, du 8 juillet 1898), Tribunal civil Seine, 6 juillet 1906 (*S.* 1907-2-22), 14 décembre 1920 (*Gaz. Trib.*, 9 janvier 1929), Cour d'appel de Bordeaux, 12 novembre 1930 (*Sem. Jur.*, 1931-1190).

B. *Responsabilité administrative.*

Mais il en serait autrement si le plaignant reprochait au médecin une faute de service ou une faute lourde ayant entraîné une complication, une aggravation morbide. Un chirurgien néglige, pendant plusieurs jours, d'examiner un blessé et d'ordonner le traitement nécessaire ; un chef de service est irrégulier, très négligent pour accomplir son devoir ; il reste plusieurs jours sans visiter ses malades hospitalisés, etc...

Dans ces conditions, la Commission administrative peut être tenue pour responsable, car il lui appartient de faire observer la discipline intérieure dans l'établissement et de surveiller si chacun s'acquitte régulièrement des fonctions qui lui sont confiées.

Il reste bien entendu que la négligence qui est reprochée au médecin doit être essentiellement de droit commun et nullement d'ordre scientifique ou professionnel, pour que la responsabilité de la Commission administrative puisse être retenue.

En ce sens, Cour d'appel de Dijon 18 mars 1903 (*D.* 1904-2-134 ; *S.* 1906-2-17), Cour d'appel de Bordeaux, 12 novembre 1930 précité.

2° *Les médecins et chirurgiens adjoints, suppléants, assistants*

Ce sont des docteurs en médecine qui, par conséquent, sont personnellement responsables de leurs actes cliniques et thérapeutiques.

Si le chef de service leur confie une fonction quelconque, une opération à pratiquer, des malades à soigner, la responsabilité ne saurait le plus souvent incomber à l'administration de l'hôpital. Celui-ci ne peut connaître que les adjoints, suppléants, assistants qu'elle a nommés ou agréés et encore pendant le seul temps où régulièrement, avec l'approbation de la Commission administrative, ils suppléent le chef de service absent, ou aident ce dernier dans l'accomplissement de son labeur professionnel journalier.

La seule responsabilité que pourrait encourir la Commission administrative découlerait du fait que le suppléant ou adjoint, n'ayant pas été nommé au concours ou sur choix, a été cependant toléré par la Commission administrative, alors que ledit adjoint ou remplaçant est nettement inférieur à la tâche qui lui est confiée par le chef de service. En ce sens, Baglin, thèse de Doctorat en droit, Paris, 1931 : Le risque professionnel médical et sa garantie, page 42.

S'agit-il de visiteurs ou autres auditeurs, assistants, docteurs en médecine n'ayant reçu aucune investiture de l'administration hospitalière, celle-ci est entièrement dégagée de toute responsabilité qui incombe au seul chef de service.

Ajoutons enfin qu'en ce qui concerne les services de clinique et d'enseignement dans les hôpitaux de villes de Faculté, la Commission administrative de l'hôpital n'a la charge que de la gestion matérielle de ces services ; elle n'intervient en rien dans le choix des médecins. Par suite sa responsabilité est entièrement dégagée.

Pour épuiser ce sujet, disons que, dans certains hôpitaux de province, subsiste la dénomination de « médecin-chef ». Ce titre est purement administratif, simplement honorifique : le médecin-chef sert d'intermédiaire entre la Commission administrative et le Corps médical hospitalier. Mais cette dénomination n'implique nullement que, du point de vue professionnel, ce médecin-chef soit en droit de donner des ordres techniques, scientifiques ou professionnels aux autres médecins et chirurgiens de l'éta-

blissement. Le diplôme de docteur en médecine confère à chacun de ses titulaires une indépendance complète pour les actes cliniques et thérapeutiques.

En conséquence, la responsabilité dudit médecin-chef doit être entièrement écartée en ce qui concerne ses collègues de l'hôpital.

Responsabilité du fait des internes des hôpitaux

Nous pouvons définir de la manière suivante la situation juridique des internes des hôpitaux. Ce sont des étudiants qui, ayant déjà été sélectionnés par le concours de l'externat des hôpitaux, ont subi avec succès les épreuves du concours de l'internat. Bien qu'ils n'aient pas encore le droit légal d'exercer la médecine, ils font cependant fonction de médecins résidants à l'intérieur de l'établissement.

Nommés par la Commission administrative, ils sont les collaborateurs immédiats du chef de service. Celui-ci est le médecin consultant qui donne son diagnostic, ses directives et son enseignement à propos des malades sérieux, graves, qu'il examine, ou qui lui sont présentés par ses internes.

Ceux-ci ont pour fonction d'examiner les entrants dans le service, d'instituer un traitement d'urgence, de visiter matin et soir les hospitalisés du service, pour tenir le chef au courant et signaler à celui-ci les cas qui nécessitent son examen ou ses conseils.

En chirurgie, l'interne aide aux opérations,ou opère lui-même, soit sous la direction et la surveillance de son chef, soit avc l'autorisation de ce dernier.

Enfin, à tour de rôle, les internes d'un même hôpital sont de garde pendant vingt-quatre heures, pour pouvoir répondre de jour comme de nuit aux cas urgents qui se présentent à l'intérieur de l'hôpital, ou qui sont amenés du dehors.

Ce qui domine cette situation, c'est que l'interne n'est pas encore muni du grade de docteur en médecine, alors qu'il fait acte de médecin traitant. Ayant un bagage scientifique nettement supérieur à celui de bien des docteurs en médecine, l'interne des hôpitaux de grandes villes nommé au concours, n'a pas cependant le droit légal de prendre seul des initiatives personnelles. En tout temps, il est tenu d'en référer à son chef de service ou au chirurgien de garde. Il ne peut vraiment, surtout en chirurgie, faire acte professionnel qu'avec l'autorisation du docteur en médecine sous les ordres duquel il est placé.

Peut-être les hôpitaux ont-il raison d'exiger par leurs règlements intérieurs que ces internes ne soient pas encore docteurs : de la sorte, ces élèves n'ont pas le droit légal d'exercer en ville ; ils pourront ainsi consacrer tout leur temps et leur dévouement aux hospitalisés qui leur sont confiés.

Hâtons-nous de dire que cette obligation est illusoire, car pas mal d'internes font quelque peu de clientèle pendant leur internat ; cela se passait déjà de mon temps.

Aussi, pour tourner la difficulté, utilise-t-on la fiction légale de l'interne remplaçant le docteur en médecine (Paris, 8 mars 1905, *Gaz. Trib.*, 7 avril 1905 ; *S.* 1909-2-49).

En effet, selon les termes de l'article 6 de la loi du 30 novembre 1892, modifiés par la loi du 6 mai 1922, les internes des hôpitaux nommés au concours et munis de seize inscriptions,peuvent remplacer un docteur en médecine après avoir obtenu l'autorisation du préfet pour une période qui ne peut excéder trois mois. Cette autorisation est renouvelable.

Cependant, un arrêt du Conseil d'Etat du 8 novembre 1935 (*Semaine Juridique* 1936-532) décide que l'interne des hôpitaux ne peut être recherché pour exercice illégal de la médecine dans l'accomplissement de ses fonctions hospitalières, lorsqu'il prend part habituellement et par une direction suivie au traitement des malades, parce qu'il doit être considéré, non comme le remplaçant du chef de service (art. 6 de la loi du 30 novembre 1892) mais comme élève en médecine agissant comme aide d'un docteur (art. 16 de la même loi).

Il en résulterait que, dans ces conditions, ce serait le chef de service qui serait responsable des fautes professionnelles de ses internes, alors que la Commission administrative ne demeurerait responsable que des fautes lourdes, ou de celles relevant de la non observation des règles de service intérieur à l'établissement, du moment où l'administration a nommé elle-même ses internes après ou sans concours.

Examinons donc tour à tour ces deux ordres de responsabilité, alors que l'interne doit rester sous la surveillance et les ordres de son chef de service, cependant que, sous certaines conditions il peut être considéré comme le préposé de la Commission administrative de l'établissement hospitalier.

1° *Responsabilité d'ordre médical et professionnel*

La responsabilité civile d'un interne peut être mise en cause à propos de l'exécution des ordres qu'il a reçus de son chef de service, ou du chirurgien de garde. Le docteur en médecine sera déclaré civilement responsable des actes professionnels qu'il a commandés de faire et de leur exécution technique (Tribunal civil de Nantes, juillet 1901 (*Concours Médical*, 1901 486), Cour d'appel de Paris, 18 novembre 1933 (*Gaz. Trib.*, 14 déc. 1933).

Comme le fait remarquer Pierre Baglin dans sa thèse de doctorat en droit sur le risque professionnel médical, c'est le docteur en médecine qui reste seul responsable de sa thérapeutique, de son traitement. Il a, de plus, la charge de s'assurer que ses ordres ont été correctement observés ou exécutés. En effet, parce qu'il n'a pas encore le droit légal d'exercer la médecine, l'interne est juridiquement un élève placé dans le service pour parfaire son éducation professionnelle, tout en rendant des services d'ordre médical à la Commission administrative à cause de ses fonctions de médecin résidant. En ce sens, Cour d'appel de Lyon, 15 décembre 1859, *D. P.*, 1859-3-87).

Un interne peut, dans certaines circonstances, être rendu responsable des suites d'une intervention chirurgicale, qu'il a pratiquée sous la surveillance et la direction suivie de son chef. Il convient à ce sujet de se remémorer les termes d'un arrêt de la Cour de cassation, chambre criminelle, du 19 novembre 1929 (*D. H.*, 30 janvier 1930), qui spécifie que, même en la présence d'un diplômé, celui qui n'a pas le grade de docteur en médecine ou de chirurgien-dentiste ne saurait pratiquer certaines interventions, ni donner certains soins qui nécessitent une habileté professionnelle et une expérience que seule l'obtention du diplôme a pu consacrer.

Il en serait de même si le chirurgien de garde, ou le chef de service, confiait à un interne, pris en qualité de remplaçant, une intervention chirurgicale difficile, qui dépasserait la compétence de l'élève.

Ajoutons enfin que le Tribunal civil de Saint-Nazaire, par jugement du 23 décembre 1922 (*Concours Médical*, 1924-1733) a déchargé de toute responsabilité civile du fait d'un interne, et le chef de service et l'administration. Dans un cas de grande urgence, l'interne avait cru devoir pratiquer une amputation sans prévenir, au préalable, le chirurgien de garde. L'urgence d'une part et, de l'autre, l'absence de toute faute echnique, permirent au Tribunal de repousser la demande du plaignant en dommages-intérêts.

2° Responsabilité administrative

Ce dernier exemple permet d'envisager la responsabilité administrative de la Commission de l'hôpital, lorsque la surveillance a été défectueuse. Il appartient à l'administration de veiller à la police intérieure de l'établissement et de s'opposer aux initiatives prises par des internes qui négligent de se couvrir par les avis et les conseils de leur chef de service ou du chirurgien de garde.

Le Tribunal civil de Marseille, 2e Chambre, par jugement du 2 juin 1909 (*Juris.* Marseille 1909-483) a décidé que les internes des hôpitaux, quoique nommés au concours, sont les préposés de la Commission administrative et que cette dernière est responsable des fautes qu'ils commettent dans l'exercice de leurs fonctions.

Un arrêt de la Cour d'appel d'Aix, du 19 octobre 1911 (*Rec. Droit Médical*, 1192-17) fait supporter à l'hôpital les conséquences d'un traitement accompli, en dehors de l'assistance d'un docteur en médecine. Toute négligence dans le service de ses préposés est à la charge de la Commission administrative, qui a le fardeau du service intérieur de son établissement et des soins à donner aux différentes catégories d'hospitalisés, décide la Cour de Nancy par arrêt du 20 mars 1926 (*Revue des Hôpitaux*, 31 juillet 1926).

Mais il reste bien entendu, ainsi que le spécifie un arrêt de la Cour d'appel de Paris, du 18 novembre 1933 (*Gaz. Trib.*, 14 décembre 1933) que lorsque les internes procèdent à des soins ou à des opérations, ils agissent non plus comme préposés de l'Assistance publique, mais comme aides du docteur en médecine sous les ordres techniques duquel ils sont placés.

Dès lors et sous réserve que le règlement intérieur de l'hôpital ne contienne pas à cet égard de dispositions plus rigoureuses qui auraient été méconnues, un malade opéré par un interne n'est pas fondé à soutenir que ce fait constitue par lui-même une faute de service engageant la responsabilité de l'administration (Conseil d'Etat, 8 novembre 1935 précité).

Responsabilité du fait des externes des hôpitaux

Ces derniers sont également des élèves sélectionnés par un concours. Ils ont des fonctions hospitalières qu'ils exercent d'après les ordres des internes et sous la direction du chef de service.

Leur situation juridique est donc analogue à celle des internes avec, cependant, cette différence que, pour être qualifiés, en cas de besoin, pour remplacer un docteur en médecine à l'hôpital, ils doivent être munis de vingt inscriptions, c'est-à-dire que leur scolarité doit être terminée.

Responsabilité du fait des infirmiers d'hôpitaux

Choisis exclusivement par la Commission administrative et imposés par elle aux chefs de service, les infirmiers sont considérés au premier chef comme les préposés de l'administration de l'établissement (Cour d'appel de Paris, 26 juin 1919 ; *D.* 1919-2-73).

Cependant, du point de vue médical — et non plus administratif — disons de suite que le diplôme d'Etat, délivré aux infirmiers confor-

mément aux dispositions du décret du 27 juin 1922, ne constitue qu'un certificat d'études ne conférant en aucune sorte un droit quelconque à l'exercice de la médecine.

Il en résulte que le docteur en médecine reste dans l'obligation de surveiller la manière dont ses ordres sont exécutés du point de vue technique. On peut même s'appuyer sur les termes d'un arrêt de Cassation, Chambre civile du 19 janvier 1927 (*D. P.* 1928-1-17) pour décider que la commission administrative ayant placé son préposé à la disposition d'un chef de service, la responsabilité se trouve déplacée et incombre au docteur en médecine devenu commettant en ce qui concerne l'exercice de la médecine (*Conf. Trib. Civ. Seine*, 14 mars 1935 ; *Gaz. Trib.* 5 août 1935) ; Cour de Paris, 4 juillet 1932 (*D.*, 1933-2-113).

Mais, décide la Cour de Lyon, 18 mars 1928 (*Gaz. Trib.*, 1er avril 1928) le chirurgien n'est responsable que des ordres particuliers et précis, qu'il a donnés aux infirmiers, et ne peut être recherché pour des fautes que ces infirmiers ont pu commettre lorsqu'ils ont agi de leur propre initiative.

Conclusion

Nous pouvons dire avec la Cour de cassation, Chambre civile, 19 mars 1935 (*D. H.*, 1935-267) qu'un hôpital peut être recherché soit à l'occasion d' n défaut d'organisation du service public dont cet établissement a la charge, soit, sous réserve de la preuve d'une faute imputée à un de ses agents.

Or, vis-à-vis des malades qui sont hospitalisés soit à leur frais, soit aux frais d'un tiers (collectivité publique ou privée) l'hôpital doit assurer l'exécution d'un service public dans des conditions non assimilables à celles où fonctionnerait une entreprise privée. Par suite, seule la juridiction administrative peut connaître de l'exécution du contrat intervenu entre l'établissement et ses pensionnaires. Dans le même sens, Cour d'appel de Colmar, 17 décembre 1935 (*Gaz. du Pal.*, 25 janvier 1936).

La faute peut être soit de nature médicale, soit de nature administrative.

La première, qui nous intéresse tout spécialement dans cette étude, est mise *a priori* à la charge du docteur en médecine lequel, en sa qualité de chef de service, d'assistant, d'adjoint ou de remplaçant, a seul qualité pour exercer l'art de guérir et pour donner des ordres à ses subordonnés non docteurs en médecine, placés sous sa surveillance et sa direction suivie.

Mais à la Commission administrative incombe, à elle seule, la charge de la discipline intérieure de l'établissement. A elle, de veiller que chacun fasse correctement son service, que des abus de droit ne soient pas commis, que chacun ne dépasse par les fonctions qui lui sont assignées par la loi sur l'exercice de la médecine.

Aussi, lorsqu'un cas de responsabilité professionnelle est soulevé, importe-t-il de faire immédiatement le départ juridique entre toutes ces obligations et ces situations de commettant à préposé qui s'imbriquent les unes les autres.

Dans cette étude, je n'ai envisagé que le cas des grands hôpitaux, dans lesquels le personnel médical est nommé au concours, parce que le poids de la responsabilité purement médicale peut être enlevé à la charge de la Commission administrative, ou très atténuée, du fait même que ce sont les membres du jury du concours qui ont classé les candidats par ordre de mérite et de compétence, puis ont proposé cette liste à l'agrément de la Commission administrative.

Il appartient au plaignant d'apporter la preuve de la culpabilité, puis de saisir la juridiction compétente, enfin de mettre en cause ceux qui peuvent être rendus civilement responsables des dommages-intérêts qui pourraient être alloués.

La partie la plus importante se joue donc au cours des débats judiciaires qui doivent être conduits de telle manière qu'il soit difficile, pour un plaignant, de plus ou moins bonne foi, d'entraver le service médical d'un hôpital par des réclamations injustifiées et tendancieuses, dans l'espoir que « l'assurance paiera ». Une défense bien conduite revêt un caractère de prophylaxie au premier chef.

Dr Paul BOUDIN

ASSURANCES SOCIALES

Le régime des prestations maladies-maternité dans l'assurance agricole

A l'inverse du régime des assurés du commerce et de l'industrie, les textes relatifs au régime des professions agricoles ne contenaient aucune précision en ce qui concerne la délivrance des prestations de l'assurance-maladie ou maternité. Il en était d'ailleurs déjà de même sous l'empire de la loi de 1928-1930, où les professions agricoles faisaient l'objet d'un titre et d'un régime spécial, caractérisé surtout par une très faible étatisation et par la très grande liberté laissée aux organismes d'assurance dans l'élaboration de leurs statuts.

Le décret-loi du 30 octobre 1935 et son décret d'application du 24 mars 1936 se sont contentés d'étendre au régime agricole certaines dispositions du régime général, et de prévoir qu'un arrêté du ministre du Travail établirait un règlement intérieur type dont les dispositions devraient être inscrites obligatoirement dans les statuts des Caisses. Ce règlement vient de faire l'objet de l'arrêté du 3 mars 1937 publié au *Journal Officiel* du 13 mars dernier. Le régime de l'assurance maladie et maternité dans l'agriculture peut donc faire actuellement l'objet d'une étude d'ensemble.

A. — Conditions d'ouverture du droit aux prestations

1° Cotisations. — Pour avoir droit aux prestations maladie, l'assurée doit avoir subi par précompte sur son salaire une retenue au moins égale à six cotisations mensuelles ouvrières (soit 36 francs pour les enfants, 48 francs pour les femmes et 60 francs pour les hommes) pendant les deux trimestres civils précédant la maladie, ou douze cotisations durant les quatre trimestres civils précédant. Si l'assuré est immatriculé depuis moins de six mois il n'est tenu de justifier que d'une retenue de trois cotisations mensuelles durant le trimestre civil précédant.

Pour avoir droit aux prestations-maternité, l'assurée ou son conjoint doit avoir subi une retenue de dix cotisations mensuelles ouvrières (soit 80 francs pour les femmes et 100 francs pour les hommes) au cours des quatre trimestres civils précédant l'accouchement, dont trois cotisations durant le premier de ces trimestres.

En cas de versement tardif des cotisations l'assuré n'a droit aux prestations que s'il peut établir que le précompte de sa cotisation a bien été effectué en temps voulu sur son salaire. Pour déterminer le droit aux prestations de l'intéressé il est tenu compte des cotisations versées pour son compte en cas de maladie, ou d'accidents du travail, ainsi que des versements facultatifs qu'il peut effectuer pour conserver ses droits pendant les périodes de chômage involontaire.

2° Nature et origine de la maladie. — Comme pour les assurés ordinaires, sont exclues du domaine de l'assurance les maladies relevant d'un autre régime d'indemnisation, à savoir celles ouvrant aux soins gratuits en application de la loi sur les pensions militaires, et celles bénéficiant de la législation sur le risque professionnel. Toutefois en cas de doute sur ce point, les prestations peuvent être servies à titre provisionnel, si une action a été entreprise contre le patron responsable (art. 20 du décret-loi du 28 octobre 1935). Quant aux bénéficiaires de l'Assistance médicale gratuite (*assurés indigents*) ils reçoivent les prestations dans les formes et conditions prévues à l'art. 19 du régime ordinaire, qui est applicable purement et simplement au régime agricole.

La *limitation à six mois* du droit aux soins pour une même affection a été étendu par le règlement-type au régime agricole. Ce délai se rouvre, comme pour le régime général, en cas de rechute survenant plus de deux mois après la fin de la période de maladie antérieure. Par contre le régime des *prestations spéciales* et du délai de deux ans ne concerne que les assurés du commerce et de l'industrie.

Ne donnent lieu à aucune prestation en argent les maladies ou blessures résultant de la faute intentionnelle de l'assuré. Par contre les prestations en nature restent dues même dans ce cas.

3° Observations des prescriptions du règlement. — La loi s'est borné à prévoir que les organismes d'assurance « servent à leurs adhérents les prestations prévues par leurs statuts ». Elle n'a pas organisé, comme dans le régime général l'élaboration d'un règlement approuvé et notifié à l'assuré. La jurisprudence de la Cour suprême garde donc toute sa valeur : pour être opposable à un assuré les statuts de sa Caisse doivent lui avoir été notifiés personnellement ; leur inobservation n'entraîne pas d'autre part déchéance automatique ; il y a lieu au contraire de tenir compte des circonstances et des conséquences que le manquement peut avoir en ce qui concerne les intérêts légitimes de la Caisse. Cette déchéance automatique ne peut avoir lieu que dans les cas expressément prévus par la loi : envoi de la déclaration de maladie dans les trois jours (sauf cas exceptionnels examinés par le Conseil d'administration), envoi de la déclaration de grossesse quatre mois au moins avant l'accouchement, et observation durant la grossesse des prescriptions établies par la Société.

B. — Les prestations

Les prestations en espèces de l'assurance-maladie comprennent une indemnité journalière dont le montant est fixé par les statuts de la Société sans pouvoir dépasser 8 francs pour les hommes, 6 francs pour les femmes et 4 francs pour les enfants. Cette indemnité est réduite (en cas d'hospitalisation) ou majorée (pour charges de famille) comme dans le régime ordinaire. Les prestations en espèces de l'assurance-maternité, sont les mêmes en principe que celles allouées aux assurés du commerce et de l'industrie. Toutefois l'indemnité journalière ne peut excéder le maximum de 6 francs.

Nous étudierons les prestations en nature en nous plaçant successivement aux points de vue suivants : soins médicaux et pharmaceutiques, hospitalisation.

1° Soins médicaux et pharmaceutiques

Assurance-maladie.

Les principes fondamentaux de la charte médicale ne sont aussi rigoureusement respectés que dans le régime général, et les dérogations qui y sont apportées sont d'ailleurs parfaitement légales, puisque le décret-loi s'est borné à prévoir que les organismes d'assurance « versent à leurs adhérents en cas de maladie ou de maternité les prestations prévues par leurs statuts ».

Le libre-choix du médecin par le malade est formellement prévu par l'art. 10 du règlement-type. Mais la liberté de traitement et de prescription ne figure expressément ou implicitement dans aucun texte. Les Sociétés d'assurance pourront donc subordonner à leur autorisation tout soin spécial, ou toute intervention d'un second médecin ou d'un spécialiste. Elles pourront limiter comme elles l'entendront la prise en charge des médicaments ou spécialités pharmaceutiques, ou des appareils de prothèse et d'orthopédie.

L'entente directe est posée en principe par l'art. 11 du règlement. Le paiement du médecin par l'assuré doit précéder le remboursement par la Caisse. Exceptionnellement toutefois la Caisse peut faire une avance à l'assuré, dans la limite de ce qu'elle lui doit.

Le remboursement des frais médicaux à l'assuré a lieu dans la limite du *tarif de responsabilité* de la Caisse. Ce tarif n'est toutefois pas entièrement indépendant des honoraires du médecins. Tout d'abord le montant des prestations ne peut jamais dépasser le montant effectif des frais exposés par l'assuré, sous déduction de la participation obligatoire. En second lieu ce tarif peut être établi par convention conclue entre la Caisse et le Syndicat professionnel des médecins. Dans ce cas, mais dans ce cas, seulement, le tarif de responsabilité doit être homologué par la Commission régionale tripartite (art. 15 du règlement d'administration publique).

La participation obligatoire des assurés est particulièrement lourde puisqu'elle est au minimum de 20 %, mais peut aller jusqu'à 40 %. D'autre part le règlement-type, dans son article 8, a rétabli, dans le régime agricole, le système du *plafond journalier* des prestations, système qui a été abandonné dans le régime général. Le montant de ce plafond est de 8 francs au maximum. Il peut être dépassé toutefois si la maladie exige un traitement spécial, une intervention chirurgicale ou l'hospitalisation.

Assurance-maternité.

La délivrance des prestations en nature est régie par les mêmes principes que plus haut. Le tarif de remboursement doit prévoir une prestation forfaitaire comprenant les frais médicaux et pharmaceutiques. Comme dans le régime général, ce forfait doit toutefois être majoré en cas d'accouchement dystocique ou plural, et être remplacé par les prestations de l'assurance-maladie en cas de grossesse ou de suites de couches pathologiques.

2° Hospitalisation

L'art. 10 du règlement-type semble accorder en principe à l'assuré le libre-choix de son établissement de soins. Mais ce libre-choix ne peut s'exercer que sur les établissements ayant contracté avec sa Caisse. Au cas où il désirerait se faire hospitaliser dans un autre établissement, il devrait tout d'abord se faire autoriser par elle.

En vertu de l'art. 11, la Caisse paye directement à l'établissement avec lequel elle a conclu une convention, le montant des frais et honoraires qui lui incombent. La distinction entre les frais de séjour et les honoraires médicaux existe donc bien aussi dans le régime agricole.

En matière d'assurance-maternité, la Caisse n'a à sa charge que la prestation forfaitaire, applicable que les soins soient donnés à domicile ou en établissement de soins. Toutefois le régime de l'assurance-maladie y serait substitué en cas de grossesse pathologique.

C. — Contrôles

Le contrôle médical de l'assuré est organisé dans les mêmes conditions que pour les assurés du commerce et de l'industrie. En effet l'art. 45 du règlement d'administration publique se se borne à renvoyer aux articles du régime général relatif à cette question. Le bénéficiaire des prestations doit évidemment se soumettre au contrôle, sous peine de suspension des prestations. Il peut par contre exiger que le contrôle soit effectué en présence de son médecin traitant.

Le contrôle technique des médecins donnant

leurs soins aux assurés agricoles est assuré par les Syndicats professionnels ayant contracté avec les organismes d'assurance, dont les décisions peuvent faire l'objet, en dernier ressort, d'un recours devant la Commission supérieure de contrôle. Les bénéficiaires de l'assurance sont obligés de se prêter à l'exercice de ce contrôle, sous les mêmes sanctions que celles concernant le contrôle médical.

D. — **Contentieux. Sanctions**

Les contestations s'élevant entre l'assuré de la Caisse au sujet de l'état du malade doivent être portées devant la Commission technique, dont la compétence est étendue aux assurés agricoles par l'art. 15 du décret d'administration publique du 24 mars 1936. Quant aux litiges s'élevant entre les divers services au sujet des conventions, s'il en a été conclues, ils doivent être tranchés par la Commission régionale tripartite.

Toutes les autres difficultés sont évidemment de la compétence de la Commission d'arrondissement, les dispositions du régime général la concernant étant applicables au régime agricole en vertu de l'art. 13 du décret-loi du 30 octobre 1935.

Ce même article 13 a étendu également aux soins donnés aux assurés agricoles les dispositions de l'art. 27 du décret-loi du 28 octobre, sanctionnant correctionnellement les fausses déclarations intentionnelles tendant à faire obtenir aux assurés des prestations qui ne sont pas dues, ainsi que les ristournes sur honoraires médicaux.

Jean Mignon.

LE PRÉLÈVEMENT DE 10 % ET LES MÉDECINS

Il est certainement absurde que nous ayons encore à parler du prélèvement de 10 %, et que cet élément d'une politique déflationiste continue à subsister, alors que toute la politique actuelle du Gouvernement est fondée sur la thèse exactement inverse. Mais notre rôle n'est pas de dire aux médecins ce qui devrait être, mais bien ce qui existe réellement ; nous avons donc dressé ci-dessous le tableau de la situation des médecins au regard du prélèvement de 10 %, en l'état actuel des textes et de la jurisprudence :

1° *Relèvent du prélèvement de* 10 % tous les honoraires touchés par les médecins des collectivités publiques ou des entreprises concessionnaires ou subventionnées assurant un service public (Compagnies de chemins de fer par exemple) à quelque titre que ce soit, du moment qu'ils sont calculés d'après un tarif ou un barême fixé ou approuvé par l'autorité publique et sont venus à échéance postérieurement au 17 juillet 1935. Ainsi en est-il notamment des sommes reçues par les médecins pour soins donnés aux assistés médicaux gratuits, aux pensionnés de guerre, aux accidentés du travail travaillant pour le compte d'une Administration publique ou d'une entreprise concessionnaire ou subventionnée (telle qu'une Compagnie de chemin de fer), etc.

2° *Sont réduits de* 10 %, en vertu non pas du décret-loi du 16 juillet 1935, mais du décret-loi du 8 août suivant, les honoraires d'expertise, en matière civile, commerciale, criminelle d'accidents du travail, ou autres.

3° *Relèvent du prélèvement de* 2 % les honoraires reçus par les médecins pour soins donnés aux assurés sociaux indigents, car ces honoraires n'incombent que pour 20 % seulement à une collectivité publique (V. Réponse ministérielle n° 15.046. J. O., 6 mars 1936).

4° *Echappent à tout prélèvement* les honoraires versés par des collectivités publiques à des médecins non fonctionnaires, si leur montant en est déterminé dans chaque cas particulier par une convention expresse ou tacite (Circulaire ministérielle du 6 août 1935). Il en est de même des indemnités allouées en compensation de frais, à condition qu'elles ne présentent pas un caractère forfaitaire et compensent exactement les frais exposés (Circulaire précitée). Quant aux honoraires pour soins donnés aux malades payants dans les hôpitaux publics, ou bien il y a lieu de les considérer comme de nature purement privée, et il faut alors les exempter du prélèvement (Conseil de Préfecture de Bourges, 23 octobre 1936), ou bien il faut les regarder comme recettes de l'hôpital et supplément de traitement pour le médecin (R. M. n° 998. J. O., 6 nov. 1936), et ils ne relèvent alors que du prélèvement dégressif.

5° *Ne relèvent que du prélèvement dégressif* les rémunérations reçues par les médecins liés avec les collectivités publiques par un contrat de louage de services, du moment que leurs traitements publics totaux sont inférieurs à 40.000 francs, sans qu'il importe que cette rémunération concerne une activité accessoire et vienne s'ajouter au revenu d'une profession principale, ainsi que l'a fait juger à de nombreuses reprises le Sou Médical (V. not. Conseils de Préfecture de Rouen, 21 juin 1936, Versailles 14 novembre 1936, Nantes 21 janvier 1937) et que l'a reconnu la circulaire ministérielle du 8 octobre 1936. Le prélèvement dégressif est même réduit à zéro si les émoluments totaux sont inférieurs à 12.000 francs, depuis le 20 juin 1936, et à 30.000 depuis la loi du 26 mars 1937.

Jean Mignon.

L'ACTUALITÉ PROFESSIONNELLE

Informations Judiciaires

La responsabilité des médecins du fait des auxiliaires médicaux (en cas d'hospitalisation)

Dans une de nos récentes « Informations judiciaires » nous avons examiné la responsabilité encourue par les médecins du fait des auxiliaires placés sous leur direction et leur contrôle au domicile des malades. Le même problème se pose, de manière un peu différente cependant, lorsque le malade est hospitalisé dans un établissement privé ou public.

Un premier cas, fort simple à résoudre, est celui où le médecin traitant est en même temps propriétaire de la clinique ; il n'est plus douteux alors que le médecin, étant le commettant de son personnel infirmier, est civilement (et non professionnellement) responsable, en vertu de l'art. 1384 du Code civil, des dommages que ce personnel cause aux malades par son fait.

Mais souvent aussi, le médecin ou le chirurgien donnera ses soins ou suivra son malade dans un établissement, avec lequel il n'a aucun lien de droit autre qu'une convention lui permettant d'y traiter ses clients. Est-ce que le personnel de cette clinique, qu'il n'a pas choisi, qui n'est pas à son service, et sur lequel il n'a qu'une surveillance occasionnelle, peut, par son fait, engager sa responsabilité ? De prime abord la négative paraît s'imposer, et pourtant il n'en est rien. Bien au contraire, le médecin pourra voir sa responsabilité mise en cause toutes les fois où le fait dommageable sera attribuable à un manquement de sa part à l'obligation de surveillance et de contrôle qu'il a sur les auxiliaires concourant au traitement de son malade.

Un exemple fréquent est celui des brûlures occasionnées aux opérés encore endormis par des bouillottes ou des cataplasmes trop chauds, apposées après l'intervention par les infirmières d'une maison de santé. Dans un cas de ce genre, la Cour de Pau, après la Cour de Paris (arrêt du 4 juillet 1932), a décidé, par un arrêt en date du 16 mai 1934, que *le médecin traitant assume, en cette qualité, la direction et la surveillance médicale du personnel admis dans la clinique auprès de son malade, et qu'il a le devoir d'empêcher les infirmières de laisser une bouillotte trop chaude en contact avec la jambe de ce dernier. Le fait de confier à des infirmières, même en vertu d'une pratique constante, la tâche de le suppléer pour certains soins, et le fait de s'en remettre entièrement à elles, constituent une faute susceptible d'engager la responsabilité du médecin.*

Jusqu'à maintenant la jurisprudence civile ne faisait d'ailleurs aucune distinction entre le cas des établissements privés et celui des établissements publics. Les médecins d'hôpitaux publics, jouissant d'une indépendance entière en ce qui concerne le traitement des malades, en avaient, en contre-partie, l'entière responsabilité et pouvaient donc être poursuivis personnellement devant la juridiction civile en cas de défaut de surveillance sur le personnel infirmier placé sous leurs ordres par l'administration hospitalière.

Mais nous avons déjà exposé la tendance manifestée par le Conseil d'Etat à considérer les médecins d'hôpitaux publics comme étant, pour le tout, les agents d'un service public, c'est-à-dire des fonctionnaires, et à substituer en conséquence à la responsabilité du médecin celle de l'administration (V. not. Aff. Teyssier, arrêt du 12 mars 1937). Le résultat, au point de vue qui nous intéresse, est que *les médecins d'hôpitaux, en l'absence de tout contrat soit avec le malade, soit avec le personnel infirmier, ne peut avoir sur les infirmiers de l'hôpital qu'une autorité hiérarchique qui n'est pas celle de commettant. La faute d'une infirmière ne peut donner lieu à sa responsabilité civile personnelle, ni à l'application de l'art. 1384 du Code civil. La conséquence de cette faute ne peut être que la responsabilité directe du service hospitalier.* Ainsi en a-t-il été décidé par la Cour de Colmar dans un arrêt du 24 décembre 1936 (*Gaz. Pal.*, 23 février 1937), décision qui prouve que la jurisprudence civile elle-même tend à évoluer et à se rallier à la thèse du Conseil d'Etat.

J. M.

La Presse et les Sociétés

Perquisitions judiciaires et secret professionnel

A la demande du Syndicat médical d'Alger, M. Drouillat, chargé de cours de droit criminel à la Faculté d'Alger, a étudié cette question dans une longue consultation reproduite par « l'Algérie Médicale » (janvier 1937) dont nous extraierons pour nos lecteurs les points principaux.

Le problème est le suivant : quelle doit être l'attitude d'un médecin en présence d'autorités judiciaires ou policières amenées au cours d'une enquête à faire des recherches à son cabinet ? Aucun texte spécial ne prévoyant cette hypothèse, il est nécessaire de faire appel aux principes généraux.

Il y a lieu des rechercher tout d'abord *quelles sont les personnes compétentes* pour effectuer des visites domiciliaires. Le droit de pénétrer, pendant les heures du jour, au domicile d'un citoyen n'est pas conféré par la loi à n'importe quel agent de l'autorité. Les inspecteurs de police qui effectuent l'enquête précédant l'instruction véritable n'ont pas cette qualité et ne possèdent aucun pouvoir de coercition ; la première précaution à prendre est donc de demander au fonctionnaire de police en vertu de quel titre il agit. S'il ne peut en produire mais persiste dans sa demande, on ne peut lui opposer la force, mais une plainte doit être immédiatement déposée entre les mains du Procureur de la République, avec éventuellement constitution de partie civile, pour violation illégale de domicile. Les perquisitions et visites domiciliaires ne peuvent être faites que si une instruction a été ouverte ; elles doivent être ordonnées par le juge d'instruction, et peuvent être effectuées soit par lui-même, soit par un officier de police judiciaire délégué par lui en vertu d'une commission rogatoire.

On ne peut bien entendu empêcher l'entrée d'un cabinet médical à un agent muni d'un titre légal, car notre droit moderne ne connait pas de lieu d'asile. Mais les pouvoirs de cet agent doivent être limités par le respect dû au secret professionnel. Il faut donc examiner quelles sont ces limites, et comment les faire respecter.

En ce qui concerne tout d'abord les *actes d'arrestation*, ils peuvent être exécutés légalement, au cabinet du médecin, par l'officier de police judiciaire, porteur d'un mandat d'amener et concernant un client désigné. Par contre l'officier ne saurait rechercher une personne par une caractéristique rentrant dans la catégorie des faits secrets. Le médecin interrogé devrait refuser de répondre à des questions de cette nature ; il ne saurait non plus être obligé à fournir la liste des malades qu'il a soignés ou hospitalisés.

Quant aux *saisies de pièces ou d'objets*, elles ne peuvent concerner que ceux non relatifs à l'exercice de la profession. Ainsi pourra être saisie l'arme portée par le client d'un médecin et confiée par lui à ce dernier. Il n'en saurait être de même, d'une ordonnance, d'une analyse ou d'une radiographie. Telle est la règle qu' il y a lieu d'adopter par analogie avec les avocats. Mais la situation du médecin est bien différente de la leur quant aux moyens de faire respecter le secret professionnel, car il lui est impossible de se faire assister, en cas de perquisitions, par un membre du Conseil de l'Ordre. Voici donc comment il pourra agir : en cas de saisie de pièces secrètes, il devra faire insérer une protestation au procès verbal. Lors de l'ouverture des scellés par le juge d'instruction, il pourra demander par requête à ce dernier la restitution de ses pièces ; si elle lui est refusée, il devra faire appel devant la Chambre des mises en accusation. Rappelons enfin que des pièces confidentielles ne peuvent légalement servir de base à une décision judiciaire.

J. M.

PRÉVISIONS ET PROPHÉTIES

Les hommes, même les hommes du XXe siècle rationnaliste, adorent consulter les devins, tireuses de cartes, fakirs, somnambules et pythonisses de tout poil. Ils demandent à ces « extra-lucides », le fin mot de leur propre destin, la configuration future de leur fortune, ils demandent ce qu'il adviendra de leurs amours. Chacun de nous n'a-t-il pas toujours quelque chose à solliciter de l'avenir, cet impassible maître qui nous tient dans sa main ?

Il est une autre façon de scruter l'avenir, plus désintéressée et ouverte seulement, dit le Professeur Forgue (1), aux êtres de très haute culture : elle consiste à essayer de calculer par avance l'évolution des sociétés, le destin des nations. Car, après tout, ce n'est point le hasard qui commande les grands événements sociaux et internationaux, mais le déroulement logique des effets et des causes, les lois de l'histoire, de la politique, de la morale.

Ainsi Charles Richet, en 1891, prévoyait-il pour cent ans plus tard, l'énorme prééminence démographique de la Russie et des Etats-Unis, le développement inouï des communications entre les peuples, des avions permettant, en temps de paix, d'aller en trois jours de la Méditerranée au Niger et, en temps de guerre, de porter la dévastattion à travers tout le territoire ennemi. Il prévoyait même que la guerre deviendrait impossible à force d'être perfectionnée. Puisse-t-il avoir dit vrai !

Ainsi, le Professeur Lallemant, chirurgien de Montpellier, s'amusa-t-il en 1843 à préfigurer l'aspect du monde un siècle plus tard, en 1943: nous y sommes presque. Voyons les idées d'un homme d'il y a cent ans.

L'auteur, robuste Lorrain, ancien interne de Dupuytren et qui n'avait pas craint de tenir tête à un « patron » autoritaire s'il en fut, n'était pas le premier venu. Doué de caractère, d'indépendance, résolument libéral, charitable, et, en même temps, cerveau encyclopédique, Lallemant avait déjà réalisé ce paradoxe, lui chirurgien, de se tailler une renommée par un ouvrage purement médical sur « Les maladies d l'encéphale ». C'était en même temps un érudit, un philosophe, un sociologue.

Comme il se rendait à Paris, en plein hiver, pour soutenir sa candidature à l'Institut, une tempête de neige l'arrête et le bloque sur le plateau du Larzac. Trois jours durant, il demeure enfe mé dans une pauvre ferme des Cévennes. Au lieu de ronger son frein, comme ferait un moderne, il s'emmitouffle dans sa pelisse, tire de ses bagages tout ce qu'il possède de papier blanc, s'installe dans l'étable et, à la faveur d'une fiction, « invente » notre monde actuel.

Bien que la machine à vapeur soit encore, à son époque, dans les langes, Lallemant la met sans barguigner au rancart, et assigne à l'électricité le rôle de puissance motrice de l'avenir. Les bateaux n'auront ni voiles, ni mâts, ni cheminées : ce sont des hélices, qui les propulseront à une vitesse inimaginable.

L'isthme de Suez, l'isthme de Panama seront percés de canaux, et un tunnel sera foré sous les Alpes.

Dans l'ordre éducatif, notre prophète prévoyait des réalisations, dont certaines sont d'hier et d'autres de demain : admission de toutes les aptitudes dans les écoles primaires et secondaires ; bourses d'études données aux élèves les plus capables ; les femmes admises aux mêmes droits d'instruction et dans les mêmes carrières que les hommes ; les fonctions publiques attribuées par concours.

Dans l'ordre politique : émancipation de la presse ; séparation des églises et de l'Etat ; suffrage universel, auquel participent les veuves.

Dans l'ordre économique : suppression des contributions indirectes et des octrois ; accroissement des droits de succession selon la part de chaque héritier et son degré d'affinité avec le défunt ; impôt sur le revenu.

Il est assez piquant de constater que cet homme de 1843 parle des mêmes choses que nous, et dans les mêmes termes. Son programme politique et économique s'est à peu près totalement réalisé.

Il avait aussi prévu, l'affranchissement de l'Italie que, seize ans plus tard, nos armées s'en allaient réaliser à Solférino et à Magenta (hum !) ; il avait annoncé l'unité germanique à laquelle nous devions aussi aider (hum !). Ah ! ces hommes de 1843 !

Par contre, il prévoyait l'adhésion spontanée à la France des provinces rhénanes et de la Belgique ! Il y a encore six ans à courir pour que ces prédictions se réalisent ; mais j'ai bien peur qu'ici Lallemant n'ait pas vu très clair.

Du reste, il avait aussi prévu l'Union Latine (France, Italie, Espagne), et la décadence de l'Angleterre qui « subit le sort de tous les peuples exclusivement commerçants ».

Qu'en dites-vous ? Gens de 1937.

G. L.

(1) *Presse Médicale*, 13 mars 1937.

SCÈNES DE LA VIE MÉDICALE A LA CAMPAGNE

L'ACCOUCHEMENT

Le médecin a fini sa tournée ; dans la chaude salle à manger, où sa femme et ses enfants lui font fête, il s'est assis pour le repas familial.

Il mange de ce bel appétit régulier des gens qui se portent bien, travaillent et, tout le jour, ont le sang fouetté par l'air vif du dehors.

Il s'est informé des appels, des coups de téléphone ; il n'y a pas d'urgence pour ce soir.

Il raconte sa journée de travail, ses satisfactions, ses joies, ses inquiétudes, tout ce qu'il a ressenti au cours des nombreuses étapes de sa tournée de malades.

Sous sa dictée, sa femme marque les consultations et les visites sur les fiches, et la soirée se poursuit à l'écoute de la T. S. F. ou à la lecture d'une revue médicale.

Il y a peut-être une heure que le médecin s'est endormi, comme chaque soir, sous la menace du coup de sonnette. Et l'appel retentit dans le silence de la nuit.

La vieille bonne a frappé discrètement à la porte « On vient chercher Monsieur pour « chez » Villefer, au Mas, pour un accouchement. »

Le médecin grogne et dit qu'on l'attende : le temps de s'habiller !

Ah ! ces levers nocturnes !

Le médecin a fait entrer dans son cabinet le commissionnaire, voisin de Villefer. Il lui offre une bonne « goutte » pour se réchauffer, car il a parcouru dix kilomètres à bicyclette dans le brouillard, et il l'envoie chez le pharmacien chercher le « nécessaire » d'accouchement, boite préparée à l'avance, où rien ne manque, depuis le pansement stérilisé jusqu'au sulfarsénol préventif. Cependant, il prépare la voiture, et peu après le médecin et le voisin de Villefer partent, dans la nuit.

Le Mas est un hameau perdu au fond d'une Combe sauvage.

La voiture a quitté la grand'route et s'engage dans un chemin chaotique. Le boulanger lui-même, ne va pas aussi loin ; il s'arrête à un carrefour et laisse son pain dans une sorte d'abri fait avec une vieille caisse tenue par des piquets, hors de portée des chiens. Voici la croix de Malpas ! C'est le point terminus pour l'auto.

Le médecin a pris sa trousse, le commissionnaire le « nécessaire » et c'est la montée dans l'étroit sentier, à travers les « piccadès » (1).

La nuit est silencieuse, mais l'on devine dans les sous-bois la vie ténébreuse des nocturnes.

(1) « Les piccadès » : bois de châtaigners.

En haut de la côte : un terre-plein, des labours, un bois de chênes, tout noir et mystérieux. Montant à l'assaut d'une petite dune, deux ou trois rangées de piquets de vignes avec leurs fils de fer, évoquent un lointain « barbelé ».

Le chemin raviné descend maintenant au fond de la Combe. Voici les toits du Mas dans la clarté lunaire. Les chiens aboient.

Sous la porte basse de la maison de Villefer une traînée de lumière.

Dans la cuisine pavée de petits cailloux, les femmes tiennent conseil : la belle-mère de la malade et une voisine. La parturiente se traîne de la cuisine à sa chambre, s'accroche à un meuble, grimace et se plaint.

Le médecin fait son premier examen ; palpe, ausculte. C'est un sommet. Le toucher lui montre une dilatation encore peu avancée.

Le médecin est là, bloqué pour plusieurs heures.

Il va s'asseoir dans le « cantou » (1), sous la salière. Il fait froid, l'air passe sous la porte. Mais entre les deux grands landiers de fonte, une souche de chataignier fait une grande et chaude flamme.

Le vieux Villefer, l'aïeul, est assis en face de lui, la pointe de ses gros sabots presque dans la bra se. Il y a dans cette maison paysanne plusieurs générations : le vieux Villefer, son fils, sa bru, son petit fils et la femme de celui-ci (la malade)... et aussi deux petits drôles, les aînés de celui qui va naître. Enfouis dans la coitte de leur petit lit, ils laissent émerger des boucles en désordre, un bout d'oreille, un museau barbouillé.

Le médecin boit un verre de café, fume une cigarette et s'entretient de la foire dernière, du temps, des gelées tardives qui menacent la douce espérance déjà accrochée aux jeunes pousses des arbres.

Le vieux Villefer évoque le temps de sa jeunesse, où les saisons plus régulières avaient moins de traîtrise, et où les affaires se négociaient avec de jolies pistoles d'or.

Les plaintes de la jeune femme sont plus fortes; la voisine « qui s'y connaît » a dit que « Monsieur le Docteur devrait voir ; le ventre paraît descendu ».

Le médecin fait un second toucher ; les progrès sont lents, il faut attendre.

Le mari se trouble, demande si ce sera bien

(1) Le « Cantou » : l'intérieur de la cheminée.

long ; il veut embrasser sa femme qui le rabroue et déclare que désormais il couchera au grenier sous le paquet d'oignons et près du blé en tas.

La belle-mère prétend que jamais créature n'a souffert à ce point.

Le beau-père pour se donner une contenance allume sa lampe-tempête et va faire un tour dans la grange.

Le médecin garde son calme souriant, et revient s'asseoir auprès du vieux Villefer.

Les drôles se sont réveillés et, tout en pleurant, montrent une nudité crasseuse.

Le chien, endormi sous la table, a tressailli. La « lèbre » (1) est peut-être passée dans son rêve. Tous les atavismes somnolent dans son subconscient de bâtard. Il est également chien de garde, ce Courant coupé de labri, et le voici qui dresse l'oreille, grogne et aboie aux pas qu'il a flairés dans la nuit.

La porte s'ouvre et la mère de la jeune femme arrive du village voisin. Elle apporte son tribut de lamentations.

Le médecin qui connaît tout son monde exerce son autorité débonnaire et calme le zèle des pleureuses.

Il a revêtu maintenant sa grande blouse blanche.

Il a fait débarrasser un coin de la table et a ouvert sa trousse.

Le vieux Villefer s'est écarté du Cantou. On vient d'accrocher à la chaîne du foyer le grand « toupi » (2).

Le médecin aura à surveiller que l'eau bouillie ne soit pas souillée, ni transvasée.

Un nouvel examen ; la rupture de la poche des eaux.

La malade a interrompu ses promenades. On l'a hissée sur son lit, en lui laissant ses « débas » (3).

Elle déroule ses plaintes à un rythme accéléré :

« Boutez-moi défor » (4). Portez-moi per l'aigo » (5). « Qué iou seuffre » (6). Lorsque le médecin l'examine « Lou couqui m'estropio » (7).

Les femmes affirment que jamais ç'a n'a été aussi long ;

Le médecin qui a accouché toutes les femmes du Mas et des villages d'alentour, qui a accouché la mère de la malade et accouche celle-ci pour la troisième fois, hausse les épaules et calotte amicalement la jeune Villefer en lui recommandant d'être patiente :

« Il y a 18 mois pour Jeannette, il y a 3 ans pour Elie, tu as montré plus de courage ; tu devrais pourtant en avoir l'habitude ».

(1) « La lèbre » : Le lièvre.
(2) « Toupi » : Marmite.
(3) « Les débas » : Les bas.
(4) Boutez-moi défor : portez-moi dehors.
(5) Per l'aigo : dans l'eau ;
(6) « Qué iou seuffre : que je souffre.
(7) « Lou couqui m'estropio » : Le coquin, il m'estropie.

Mais depuis ses premières couches la jeune femme a développé son tissu adipeux ; elle est devenue une grasse.

Les douleurs manquent d'efficacité, s'espacent, le travail est lent.

Les bruits du cœur sont sourds, le liquide amniotique a une mauvaise couleur. L'enfant doit souffrir.

Le médecin a déprimé le rebord de col qui persistait à droite. La dilatation est pratiquement complète ; il pourra passer. Sa décision est prise ; il va faire une application.

« N'en pondi pus » (1) crie la parturiente à qui sa mère présente un petit verre « d'aigo dé no » (2).

Le médecin flambe le forceps dans une grande bassine. La flamme d'alcool réchauffe la pièce et dégage une odeur âcre, qui pique la gorge.

Ces préparatifs modifient le climat de l'entourage ; les pleureuses se taisent, les cris de la malade ont baissé d'un ton. Elle est maintenant sur le rebord du lit dans la position obstétricale, le siège débordant. Les jambes sont soutenues par sa mère et sa belle-mère, le mari s'est assis « en tailleur » sur le lit.

Le médecin a placé tout son monde.

La voisine « qui s'y connaît » maintiendra le périnée.

Pour le moment, elle menace de promener ses jupes sur la bassine, où le forceps refroidit ; le médecin doit y veiller.

La prise est directe : La branche mâle tenue de la main droite glisse doucement sur la main gauche, qui a été introduite presque sans douleur.

La main gauche s'est évadée et s'empare maintenant de la branche femelle qui va pénétrer toute seule, comme « aspirée ». Le « mariage » des deux branches se fait ; la prise est correcte — le tracteur est posé. Le médecin s'est assis sur une chaise basse, sur un chauffe-pieds, ou même sur le plancher pour mieux tirer.

La patiente et l'accoucheur conjuguent leurs efforts.

La vulve est béante, le périnée bombe. Une dernière traction, une ultime poussée, c'est fini.

D'un geste rapide, le médecin a enlevé ses fers, dégagé les épaules, et il tient maintenant dans sa blouse ensanglantée, le nouveau-né, qui s'étonne et crie.

Le cordon est sectionné entre deux pinces. Le bébé est confié à l'une des femmes. Il est baigné, sa toilette ombilicale est terminée et le voici habillé.

On s'extasie. Quel gros garçon ! « Il pèse au moins neuf livres » ! affirme la voisine, qui « s'y connaît ».

(1) « N'en pondi pus » : je n'en puis plus.
(2) « Aigo dé no » eau de noix.

La délivrance est faite.

La malade est soignée.

Le médecin a fait préparer le lit voisin avec des draps sentant la lavande et réchauffés par « le moine ». La malade y est portée. L'enfant est placé près d'elle dans son « brée » (1).

Dans la cuisine, les femmes préparent « de quoi manger ». Cette longue nuit a creusé l'appétit. Bientôt le bon tourain à l'ail imbibe les tranches de pain dans la grande soupière fumante. Le quartier d'oie fricasse dans la tourtière.

Le jeune Villefer a pris la clef de la cave et s'en va garnir ses bouteilles qu'il porte sous le bras. Une nappe blanche recouvre la table.

Le médecin ne se dérobe pas à l'invitation ; le milieu est sympathique, et il a faim.

On lui donne la place d'honneur, le dos au feu. Les hommes prennent place ainsi que la mère de la malade et la voisine.

La mère Villefer ne s'assied pas. En sa qualité d'hôtesse, elle reste debout pour servir ; tout à l'heure elle mangera dans le coin du Cantou.

Le médecin qui, depuis plus d'un quart de siècle, vient dans cette maison, cause avec familiarité.

La conversation dévie des banalités et effleure, parfois, les graves problèmes.

Le médecin se pénètre de cette psychologie paysanne, saine et généreuse, que les démagogues ont troublée.

Il essaie de défricher et de semer le bon grain.

Le petit jour est passé sous la porte et, dans les métairies, le coqs se répondent.

Le médecin s'est levé et va prendre le pouls de la malade.

Rougeaud et suçant déjà son pouce, le nouveau-né est comme une fleur d'hiver sur la neige des draps.

Le médecin fait ses recommandations, souhaite le bonjour à tout le monde, et s'en revient vers la Croix de Malpas où sa voiture l'attend.

En haut de la Combe, il s'arrête un moment, car la montée a été dure.

Le soleil dore les labours humides de rosée et fumant de l'évaporation matinale.

Le médecin regarde toute une mer, avec ses îles, ses estuaires, ses rives déchiquetées, selon la fantaisie de la brume, qui s'étale immense au-dessus de la plaine, pénètre dans les couloirs et contourne les mamelons dont les crêtes émergent comme des récifs.

Il sent pénétrer en lui cette paix intérieure, que donnent la contemplation du grand calme des choses de la terre et le sentiment du devoir accompli.

Dr P. BERNARD.

Le Bugué, mars 1937.

(1) « Brée » : Berceau.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Docteur CABANÈS. — **Dans les coulisses de l'Histoire** (2e série). Edit. Albin Michel

Avec le pieux souci de ne rien modifier dans le texte, ni dans l'esprit des écrits inédits qu'a laissés le Docteur Cabanès, Madame Cabanès continue de publier les œuvres posthunes de son mari. Le dernier ouvrage paru est la deuxième série de « Dans les Coulisses de l'histoire » qui est illustré de 87 reproductions d'estampes, puisées pour la plupart dans la riche collection de l'auteur.

Dans un premier chapitre de philosophie critique, Cabanès traite de *la Curiosité et de l'anecdote dans l'histoire et ce qu'il faut penser des mémoires*. L'historien dont la principale préoccupation doit être la recherche de la vérité, doit être curieux et ne pas dédaigner les anecdotes. Cabanès passe en revue les mémorialistes les plus connus : Joinville, Froissard, Monstrelet, Commines, Brantôme, du Bellay, Fleurange, Haton, Montluc, Marguerite de Valois, Pierre de l'Etoile, de Castelnau, de Cheverny, de Thon, Agrippa d'Aubigné, de Sandras, Sully, Bassompierre, Richelieu, Mme de Motteville, de Reitz, Mlle de Montpensier, La Rouchefoucauld, Gourville, Bussy-Rabutin, Saint-Simon etc, etc.

Tour à tour Cabanès aborde de curieuses anecdotes Il fait d'abord le récit des *Tribulations posthumes de Guillaume le Conquérant* dont la mort provoqua une panique incompréhensible à Rouen et dont le cercueil pour gagner à Caen l'abbaye de Saint-Etienne, fit une chute, se brisa, et le corps en putréfaction éclata. Son tombeau fut plusieurs fois ouvert et profané.

Puis, sous le titre de *Poison, Arme perfide*, Cabanès conte quelques singuliers modes d'empoisonnements. On fut jusqu'à utiliser l'hostie de la Communion pour servir de véhicule au poison. Tour à tour le poison des Borgia, les bagues à poison dont Condorcet fit usage, sont l'objet de considérations. Les femmes de préférence ont eu recours au poison. Ce fut l'arme des Matrones romaines et tout le monde connaît le Drame des Poisons dont la marquise de Brinvilliers fut la triste héroïne. Cabanès résout le problème de la *boulimie* bien connue *des Bourbons*.

Après un chapitre sur les *Vapeurs, maladie de luxe* au siècle galant et les traitements qu'on leur appliquait, Cabanès expose les innovations du Docteur *Tronchin* qui fut un *apôtre des exercices physiques* au XVIIIe siècle et dont le succès fut immense malgré le dénigrement de ses confrères envieux.

J. NOIR.

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE

« Le Sou Médical »

Extrait des procès-verbaux du Conseil d'administration

Admissions

Sous réserve de la publication statutaire, le Conseil prononce les admissions suivantes :

12.403 Le Gland, Nonancourt (Eure). Snydicat médical d'Evreux.
12.404 Jouannot, Pont-Saint-Pierre (Eure). Syndicat médical des Andelys.
12.405 Monique, Damville (Eure). Syndicat médical d'Evreux
12.406 Acheray, 164, rue de Vaugirard, Paris (XVe). Syndicat médical de Paris.
12.407 Aldhuy, Yerres (S.-et-O.). Syndicat de Seine-et-Oise.
12.408 Bouvier, 59 *bis*, rue de Rochechouart, Paris (IXe). Parrains : Docteurs Cros et Wauthier.
12.409 Breitel, Pontoise (Seine-et-Oise). Parrains : Docteurs H. Breitel et Herbinet.
12.410 Mme le Docteur Canale, Saint-Germain-en-Laye (Seine-et-Oise). Syndicat médical de Seine-et-Oise.
12.411 Castier, Beauval (Somme). Parrains : Docteurs Joron et Carton.
12.412 Daney de Marcillac, Coulans-sur-Gée (Sarthe). Parrains : Docteurs Dumas et Plaisant.
12.413 Darras, Clairvaux-les-Lacs (Jura). Syndicat médical du Haut-Jura.
12.414 Delamarre, 20, rue de Calais, Paris (IXe). Syndicat des médecins de la Seine.
12.415 Demarquet, Abbeville (Somme). Parrains : Docteurs Duriez et Puche.
12.416 Guichet, 48, rue Auphan, Marseille (Bouches-du-Rhône). Syndicat des médecins de Marseille.
12.417 Lavaux, Meaux (Seine-et-Marne). Syndicat médical de Seine-et-Marne.
12.418 Le Maux, Asile de Clermont-de-l'Oise (Oise). Association amicale des médecins des Asiles publics d'aliénés.
12.419 Manil, Chalo-Saint-Mars (Seine-et-Oise). Synd. médical de Seine-et-Oise.
12.420 Marion, Casablanca (Maroc). Parrains : Dr Baslez et Lépinay.
12.421 Maspetiol, 8, avenue Frémiet, Paris (XVIe). Association des internes des hôpitaux de Paris.
12.422 Masselot, 18, rue de Rome, Tunis (Tunisie). Syndicat médical français de Tunisie.
12.423 Miguet, Douvaine (Haute-Savoie). Syndicat des médecins de la Haute-Savoie.
12.424 Pécout, Courtalin (Eure-et-Loir). Association générale des médecins de France.
12.425 Petit, Lanester (Morbihan). Parrains : Docteurs Poterel-Maisonneuve et Pelleteur.
12.426 Rudich, 38, rue de Villeneuve, Alfortville (Seine). Syndicat des médecins de la Seine.
12.427 Vinson, Villeneuve-sur-Lot (Lot-et-Garonne). Syndicat du Lot-et-Garonne.

Ces admissions deviendront définitives à défaut de protestation dans les quinze jours de la présente publication (art. 5 des statuts).

Les Docteurs B., G. et B. font don à la Caisse de la Ligue, le premier de 50 francs, le second de 15 francs sur 25 francs de frais qui lui sont dus, le troisième de 200 francs sur un règlement en principal et intérêts de 2.660 francs, obtenu grâce à la vigilance et à l'initiative de son avoué, contre un débiteur particulièrement retors.

Le Conseil leur adresse ses remerciements.

Le Docteur B. avait, à la suite d'un recours en cassation, obtenu la condamnation de son adversaire au paiement de ses honoraires et le rejet de sa demande reconventionnelle en dommages-intérêts pour responsabilité professionnelle. Mais l'adversaire vient d'interjeter appel de cette décision.

Le Conseil accorde au Dr B. l'appui moral et pécuniaire pour défendre à cet appel.

Le Dr C. a été débouté par le Conseil de préfecture d'une demande en paiement d'honoraires d'assistance médicale gratuite.

Le Conseil, conformément à l'avis de Me Auger, décide qu'il y a lieu de former un pourvoi en Conseil d'Etat et de faire bénéficier à cet effet le Dr C. de l'appui moral et pécuniaire de la Ligue.

Le Dr D., ayant changé de domicile en cours d'année, a été imposé au rôle supplémentaire des patentes pour sa nouvelle résidence, alors que cependant la valeur locative de ses pièces professionnelles se trouvait être inférieure à la valeur locative des pièces professionnelles de son ancienne résidence.

Le Conseil décide de le faire bénéficier de l'appui moral et pécuniaire de la Ligue pour présenter au Directeur des Contributions directes une réclamation dont M. Martinot a rédigé le texte.

Le Syndicat des médecins bordelais a reçu d'un médecin qui, contrairement à une décision prise par l'Assemblée générale, avait accepté de collaborer avec une entreprise mutualiste et avait été pour ce fait exclu du Syndicat par une décision du Conseil de famille, confirmée par l'Assemblée générale du Syndicat, une assignation en réintégration et en insertion du jugement à intervenir dans les journaux de son choix.

Le Conseil décide de faire bénéficier le Syndicat, pour défendre à cette demande, de l'appui moral et pécuniaire de la Ligue, pour ce dernier,

proportionnellement au nombre des membres du Syndicat faisant partie de la Ligue.

Le Dr M. a déjà obtenu l'appui de la Ligue pour former des recours devant la Commission supérieure contre deux décisions de la Commission départementale des soins aux pensionnés de guerre, qui ont réduit ses mémoires de 25 et 40 pour 100. Par une nouvelle décision, la Commission départementale a encore réduit de 50 pour 100 ses mémoires des 2e, 3e et 4e trimestres de 1936, en invoquant les sanctions déjà prises contre lui, alors que la Commission supérieure ne s'est pas encore prononcée sur les appels antérieurs.

Le Conseil décide de faire bénéficier le Dr M. de l'appui de la Ligue pour interjeter appel devant la Commission supérieure de cette nouvelle décision.

Le Dr D. est en conflit avec son propriétaire au sujet de la date d'expiration de sa prorogation légale, le propriétaire prétendant que celle-ci doit finir le 1er juillet 1937, alors que lui-même soutient, en s'appuyant sur la loi, qu'elle ne doit prendre fin que le 1er juillet 1938.

Le propriétaire portant le litige devant le Tribunal, le Conseil décide de faire bénéficier le Dr D. de l'appui moral et pécuniaire de la Ligue pour défendre à la demande formée contre lui.

Le Dr J., ayant eu à soigner des assurés sociaux notoirement indigents, s'est vu, longtemps après le traitement, invité à se faire régler au titre de l'Assistance médicale gratuite, parce que les assurés n'auraient pas été en règle avec leur Caisse.

Un préjudice lui ayant été ainsi causé par la faute de la Caisse, qui l'a avisé tardivement de la situation irrégulière de ses assurés, le Conseil décide de faire bénéficier le Dr J. de l'appui moral et pécuniaire de la Ligue pour intenter à la Caisse une action en dommages-intérêts en réparation du préjudice causé.

Le Dr D. ayant appliqué à un malade atteint de sciatique un traitement comportant notamment de la diathermie, une seule séance a été faite, par suite de l'indocilité du malade, qui refuse actuellement de payer les 690 francs d'honoraires qui lui sont réclamés, prétendant que sa vie a été mise en péril par le traitement.

Le Conseil décide de faire bénéficier le Dr D. de l'appui moral et pécuniaire de la Ligue pour poursuivre le paiement de ses honoraires, si une intervention amiable qui sera tentée près du client ne donne pas de résultat.

Le Dr B. a donné ses soins à un enfant victime d'une chute à l'école au cours d'une récréation. L'assurance, qui couvre l'école, a refusé de prendre en charge le sinistre et personne ne veut payer le médecin.

Comme il s'agit d'une chute non provoquée par un autre élève et que, par suite, la responsabilité de l'instituteur ne semble pas pouvoir être mise en cause, le Conseil décide de faire bénéficier le Dr B. de l'appui moral et pécuniaire de la Ligue pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires contre le père de l'enfant seul.

Le Dr D. demande l'appui pour poursuivre le recouvrement d'une note de mille francs, représentant la valeur d'un appareil de redressement du maxillaire inférieur. Le client, après avoir refusé de payer, en soutenant que l'appareil était défectueux, a proposé une transaction que le médecin ne veut pas accepter.

Le Conseil décide de faire bénéficier le Dr D. de l'appui moral et pécuniaire de la Ligue, pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires.

Le Dr N. a donné ses soins aux membres d'une même famille, blessés dans un accident d'automobile. Le conducteur de la voiture n'est pas assuré pour ce risque et sa solvabilité est plus que douteuse.

Le Conseil décide de faire bénéficier le Dr N. de l'appui moral et pécuniaire de la Ligue pour poursuivre les personnes auxquelles il a donné des soins, et éventuellement, au cas où il pourrait prouver qu'il l'a mis en œuvre, le conducteur de l'automobile.

Le Dr T. se plaint de ce que l'exercice de sa profession lui est rendu impossible par les bruits continuels, provenant de travaux importants effectués depuis plusieurs mois dans l'immeuble où il habite.

Le Conseil décide de le faire bénéficier de l'appui moral et pécuniaire de la Ligue pour faire d'abord procéder à un constat par huissier, puis intenter à son propriétaire une demande en dommages-intérêts, si un arrangement amiable n'intervient pas.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ FAMILIALE

La sécurité des veuves et des orphelins

Dans le numéro du 17 mars du *Concours médical*, le Docteur Mignon exposait les avantages de ce qu'il appelait « la combinaison idéale », et l'aide efficace qu'elle apporte au médecin malade : 75 francs par jour pendant 60 jours à partir du cinquième jour de maladie, 750 francs par mois ensuite si la maladie se prolonge ou devient chronique, de quoi tirer d'embarras un foyer éprouvé par la défaillance de son chef.

Mais il faut prévoir le pire. Un médecin est, plus qu'un autre, sujet aux surmenages débilitants ; plus qu'un autre aussi, il peut contracter des maladies infectieuses. Une diphtérie maligne (l'exemple est récent !), une piqûre anatomique, un accident d'automobile peuvent le tuer et ouvrir soudainement l'abîme sous les pas d'une famille qui marchait avec confiance vers l'avenir. Les œuvres d'entr'aide confraternelle, certes, apportent, aussi rapide et large qu'elles peuvent, le secours d'un subside aux victimes innocentes de tels drames. Mais leurs ressources sont limitées : elles allouent une somme qui pare au plus pressé et se trouve vite dissipée dans le désarroi d'une mort soudaine. Et puis, pour beaucoup des nôtres, c'est un surcroît de torture morale qu'être réduits à solliciter.

Autant que la maladie, le médecin doit prévoir la mort et faire en sorte qu'en partant il ne laisse pas les siens dans le dénument.

La *Mutualité familiale* lui en offre la facilité : par elle, il peut assurer à sa veuve une pension annuelle et viagère, dont le taux varie de 600 francs à 3.600 francs. Cette pension est réversible en cas de décès ou de divorce de la mère, sur les enfants mineurs âgés de moins de 18 ans, entre lesquels elle se trouve alors partagée. Et comme elle est constituée par le mari au bénéfice de la femme, à laquelle il se trouve alors uni et des enfants nés de cette union, elle n'est réversible que sur ceux-ci et non sur ceux qui pourraient naître d'un mariage ultérieur.

Dès le lendemain du décès du sociétaire, s'ouvre pour la veuve le droit à la pension. Et celle-ci sera payée, aussi régulièrement qu'une pension d'Etat, à termes échus, à la fin de chaque trimestre civil ; et elle est exempte de tout droit.

Qu'exige-t-on des candidats ? D'être âgé de moins de cinquante ans, de subir un examen médical devant des confrères désignés par le secrétaire général, de présenter un bulletin de mariage et le bulletin de naissance de la femme bénéficiaire éventuelle.

Certes, dira le confrère moyen, tout cela est très bien. Mais je suis sans fortune : le train de maison, l'éducation des enfants, les assurances inéluctables (parmi lesquelles j'ai déjà compris une assurance sur la vie au bénéfice de ma femme), mes cotisations à la Mutualité Familiale pour l'indemnité-maladie et la retraite, tout cela grève terriblement mon budget de médecin praticien. On ne peut tout de même pas être prévoyant au-dessus de ses moyens.

D'accord, toutefois veuillez observer qu'en contractant une assurance sur la vie, vous faites verser à votre veuve, au jour de votre décès, une somme unique dont il lui faudra faire le placement pour en toucher le revenu. Qu'elle soit mal inspirée, mal conseillée : le magot se volatilise. Chez nous elle touchera une rente ! Combien avez-vous vu, au cours des années troubles que nous venons de vivre, de possesseurs d'actions de tout repos et de valeurs de pères de famille qui, en l'espace de quelques mois, n'ont plus trouvé dans leur portefeuille que papiers bons tout juste à allumer les chandelles ? Epargnez à votre femme la tâche à laquelle elle n'est souvent pas préparée, de faire fructifier des capitaux, avec quels risques souvent !

Et ne croyez pas qu'il s'agisse de sommes importantes à verser. Prenons, comme exemple, le médecin de 35 ans, donc en pleine vigueur et en pleine activité. Il se sent si plein d'allant, il court les routes ou grimpe les étages d'un jarret si élastique que venir lui parler de sa mort possible, c'est un peu faire l'oiseau de mauvais augure. Si ce jeune confrère est marié à une femme de 30 ans, par un versement annuel de 1.200 francs plus 10 % environ pour frais de gestion, il assurera à celle-ci une pension annuelle et viagère de 3.600 francs. Capitalisé au taux de 4,5 % (taux du dernier emprunt d'Etat français), cela représente un capital de plus de 75.000 francs.

Comparez avec ce que vous offrent les assurances-vie. Reste à montrer la solidité financière de la Mutualité Familiale.

Considérez d'abord ses dix millions de réserves, ses 35 années d'existence : c'est une société avertie, expérimentée, prudente dans sa gestion. Elle offre avec les Compagnies d'assurances, cette différence capitale qu'elle ne revêt pas un caractère commercial et n'a pas de dividendes à servir à des actionnaires. Elle s'est entourée de conseillers financiers et d'actuaires aptes à dénoncer les problèmes les plus ardus.

Et, dernier point, elle reste, en toutes circonstances, confraternelle. Toujours elle s'efforce de comprendre et d'aider ses adhérents.

G. LAVALÉE
Secrétaire général intre

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Le I[er] Congrès international de psychiatrie infantile** se tiendra à la Maison de la Chimie, 28, rue Saint-Dominique, à Paris (VII[e]), du 24 juillet au 1[er] août 1937.

PROGRAMME. — Samedi 24 juillet, à 9 h. 30 : Ouverture du Congrès par M. le ministre de la Santé publique à la Maison de la Chimie.

Rapport introductif : « Les bases neuro-physiologiques de la psychiatrie infantile ». Rapporteur : Professeur Rumke (Utrecht). — 13 heures : Déjeuner à l'Asile de Villejuif. — 14 heures : Visite d'établissements psychiatriques et médico-pédagogiques. Internat de perfectionnement d'Asnières. Clinique annexe de neuro-psychiatrie infantile. — 20 heures : Banquet.

Dimanche 25 juillet, le matin : Visite d'un établissement universitaire. — Après-midi : Visite de la Colonie d'enfants de Perray-Vaucluse.

Lundi 26 juillet, à 9 heures : Section de psychiatrie générale : « Les réflexes conditionnels en psychiatrie infantile ». Rapporteurs : Prof. Cornil (Marseille), M. Ignacio de Cunha Lopes (Rio-de-Janeiro) ; M. Dubbineau (Armentières) ; Recteur Agostino Gemelli (Milan) ; M. Arnold Gesell (New-Haven) ; Prof. Brahim (Iéna) ; M. Ischlondsky (Paris) ; Prof. Jonesco-Sisesti et M. Kreindler (Bucarest) ; M. H. de Jong (Amsterdam) ; M. Meignant (Nancy) ; Prof. Mira (Barcelone) et Prof. Riche (Madrid) ; Prof. Peiper (Barmen) ; Prof. Carlo de Sancitis (Rome) ; Prof. A.-G. Ivanov Smolensky (Léningrad) ; Prof. Sterling et M. Stein (Varsovie) ; Prof. Wintsch (Lausanne).

Mardi 27 juillet : 9 heures : Section de psychiatrie scolaire : « Les méthodes d'éducation selon les troubles de l'intelligence et du caractère chez l'enfant ». Rapporteurs : Prof. F. Banissoni (Rome) ; Mlle Lauretta Bender (New-York) ; M. de Figuereido Sampaio (Rio-de-Janeiro) ; M. Friedjung (Vienne) ; Mme Hrabovsky-Revesz (Budapest) ; Mme Jadot-Decroly (Bruxelles) ; M. Emanuel Miller (Londres) ; M. Patry (New-York) ; M. F. Peterson (New-York) ; M. Ruggles (Providence) ; Prof. Schroder (Leipzig) ; M. Shahine (Le Caire) ; M. Tramer (Soleure) ; Prof. di Tullio (Rome) ; Mlle C. Vogt, et M. Male (Paris) ; Van Voorthuysen (Utrecht) ; Prof. Wallon (Paris). — 18 heures : Réception à l'Hôtel-de-Ville de Paris.

Mercredi 28 juillet : 9 heures : Section de psychiatrie juridique : « La débilité mentale comme cause de délinquance infantile et juvénile ». Rapporteurs : M. Flavio Alves de Souza (Rio-de-Janeiro) ; M. Bermann (Cordoba) ; Prof. G. Corbori (Milan) ; M. C.I.C. Earl (Caterham) ; Prof. Fahreddin Kerim Gokay (Istamboul) ; Prof. Victor Fontes (Lisbonne) ; M. Healy (Boston) ; M. Macé de Lépinay (Paris) ; Prof. Postma (Zeist); Prof. Stelanesco Coanga (Cluj) ; Prof. Vermeylen (Bruxelles) ; M. Paul Vervaeck (Bruxelles) ; Prof. Villinger (Bethel-bei-Bielenfeld). — 14 h. 30 à 17 heures : suite de l'exposé des rapports et discussion : Prof. Uzenstyn (Pétrograd).

31 juillet et 1[er] août : Visites et excursions. Adresser les adhésions et le montant des cotisations à M. Gimbert, trésorier du Congrès, 11, rue Duroc, Paris (VII[e]). Chèque postal : 201.455 Paris.

— **Maison de relèvement pour victimes de l'alcool.** — Il existe à Haguenau une maison de relèvement pour victimes de l'alcool, qui fonctionne avec le concours des Caisses et de l'Institut d'Assurances sociales.

De 41 malades sortants en 1932, 8 sont restés abstinents ; 18 sont sensiblement améliorés.

De 53 malades sortants en 1933, 8 sont restés abstinents ; 28 sont sensiblement améliorés.

De 69 malades sortants en 1934, 14 sont restés abstinents ; 23 sont sensiblement améliorés.

De 45 malades sortants en 1935, 15 sont restés abstinents ; 6 sont sensiblement améliorés.

Des notices peuvent être demandées au Siège social, 16, rue de l'Ail, à Strasbourg (*Le Médecin d'Alsace et de Lorraine*).

— **Premier Congrès universel de la voix.** — Ce Congrès a pour objet l'étude du problème scientifique de la voix. Il tiendra ses assises du 19 au 28 septembre, dans les salles d'Iéna et du Centre Marcellin Berthelot (Maison de la Chimie), à Paris.

Le programme du Congrès, organisé par « Euphonia », sera le suivant :

a) La voix directe, sa production, ses résultats et sa pédagogie ; 1° Phonologie scientifique pour la voix directe, parlée (usuelle, oratoire, dramatique) et chantée (individuelle et chorale) ; 2° La voix dans ses rapports avec la santé, avec le sport ; 3° La voix parlée, le chant dans l'enseignement à tous degrés. — *b*) La voix microphonique : sa production, ses résultats et sa pédagogie ; 4° Phonologie scientifique pour la voix microphonique (téléphone, haut-parleur et ses applications, T. S. F., phonographe, film, ruban, fil sonore, etc.) ; 5° Industries du son vocal et de l'enregistrement ; 6° Les archives de la voix ; 7° Architecture et acoustique appropriées pour la voix (directe, microphonique et enregistrée) : 8° Manifestations techniques et concours démonstratifs dans toutes ces branches ; 9° Exposition sélective des industries du son vocal, de l'enregistrement, des techniques annexes.

Pour tous renseignements ou inscriptions, écrire au Docteur Wicart, 92, avenue de Wagram, Paris.

— **Chemins de fer P. L. M.** — *Bureau de renseignements pour le transport des marchandises.* — La Compagnie a installé un bureau de renseignements pour le transport des marchandises au n° 88 de la rue Saint-Lazare, tél. Trinité 04-80, poste n° 355.

Sans vous déranger, un simple appel téléphonique, vous pouvez obtenir pour vos envois en bagages, en colis express, en colis postaux ou agricoles, au tarif des petits colis, de la grande ou petite vitesse, les renseignements que vous désirez sur l'acheminement, les prix, les délais, les itinéraires, etc...

Adresser vous donc au Bureau R. T. M. : le P. L. M. est à votre entière disposition.

Le Gérant : R. THIRON

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

mort des suites de la maladie indemnisée constitue la révélation d'un fait connu par le médecin au cours de l'exercice de sa profession et est en contradiction avec le secret professionnel ; mais cette conception paraît à l'heure actuelle de plus en plus abandonnée par la jurisprudence. Il résulte au contraire d'un arrêt de la Cour de Cassation en date du 13 juillet 1936 « qu'un médecin peut être entendu comme témoin au cours d'une enquête à l'effet de dire si l'ouvrière qu'il a soignée lors de son décès, est morte des suites d'un empoisonnement attribuable aux substances employées dans ses fabrications par son patron. En effet, ce fait, d'où ne peut résulter aucune atteinte à la mémoire de la décédée, n'est pas de ceux qui, par leur nature ou les conséquences qui s'y rattachent, doivent être considérés comme rentrant dans les prévisions de l'art. 378, car ils ne présentent pas le caractère d'un secret ». Autrement dit, un fait n'est pas secret et peut, par conséquent, être révélé sans violer l'art. 378, du moment que cette révélation n'est pas susceptible de causer un préjudice aux intérêts légitimes du malade.

Si donc l'assuré est mort à la suite d'une maladie ou d'un accident connu de son entourage et de la Caisse d'Assurances sociales qui lui a versé les prestations maladie et si la nature de cette maladie ou de cet accident ne présente aucun caractère confidentiel, le médecin peut satisfaire aux demandes des ayants droit de son client et délivrer le certificat en question san avoir à craindre de violer l'art. 378 du Code pénal.

Mais bien entendu, et sauf le cas où le médecin serait appelé à déposer en justice, il n'est en aucune manière obligé d'opérer cette révélation et de délivrer le certificat qui lui est demandé.

2.432. — Remboursement des frais pharmaceutiques aux assurés sociaux

Auriez-vous l'obligeance de me faire savoir s'il est exact que les Caisses d'Assurances sociales ne soient pas tenues à rembourser à 80 % les ordonnances de produits injectables.

J'ai prescrit, il y a quinze jours :

Myocrysine : une boîte de dix ampoules pour injection sous-cutanée, donc à rembourser à 80 %.

Jusqu'ici, les Caisses ont toujours remboursé 80 % de 200 francs = 160 francs.

A ma dernière cliente, l'employé de la Caisse lui a remboursé : 80 % de 25 francs et 60 % de 175 francs = 125 francs.

M'avait-on affirmé à tort que pourvu que le produit soit injectable, le remboursement doit être de 80 % sur toute l'ordonnance ?

Dr F.

Réponse

En vertu de l'art. 6, parag. 9 du décret-loi du 28 octobre 1935, instituant le nouveau régime des Assurances sociales, le Tarif de remboursement des frais pharmaceutiques est fixé en principe à 80 %. Il est toutefois réduit à 60 % pour la part de ces frais excédant 25 francs par ordonnance.

Mais le Tarif de 80 % est applicable sans limitation aux produits thérapeutiques injectables autorisés en vertu de la loi du 14 juin 1934. Il est, d'autre part, prévu par l'art. 27, paragr. 4 du règlement intérieur type des Caisses d'Assurances sociales paru au *Journal officiel* du 5 février 1937, que lorsque le médecin traitant prescrit un des produits thérapeutiques injectables autorisés par la loi précitée, il doit le mentionner expressément sur l'ordonnance. La participation légale de l'assuré n'est dans ce cas que de 20 %, quel que soit le montant de ces frais, sauf abus de prescriptions.

En l'espèce, le remboursement opéré par la Caisse sur la base de 60 % ne peut donc être fondé que sur l'un des deux motifs suivants : ou bien, il s'agit d'un produit qui n'est pas autorisé par la loi de 1934 ; ou bien la Caisse a estimé qu'il y avait abus de prescriptions.

En tous cas, s'il y a une difficulté sur ce point entre l'assuré et sa Caisse, elle doit être tranchée par la Commission d'arrondissement saisie par lettre recommandée adressée à son président au Greffe du Tribunal civil, dans les dix jours de la notification du refus.

FISCALITÉ

2.751. — Patente sur la place d'une automobile professionnelle dans un garage public

Possesseur d'une automobile depuis février 1936 (époque de mon installation), je la gare chez un réparateur d'autos voisin de chez moi (100 francs par mois). J'ai payé ma patente fin décembre (concernant mon appartement).

Et voici que le 24 mars, je reçois un avis d'avoir à payer sans retard la somme de 350 francs pour le garage.

Cela me paraîtrait admissible s'il s'agissait d'une remise particulière, encore que la somme soit élevée. Mais mon garagiste ou plutôt mon « artisan » réparateur paye déjà lui-même patente pour le local, où il me gare. Deux patentes additionnées sur une même surface me paraissent inadmissibles.

Dr V.

Réponse

Lorsque l'on gare sa voiture dans un garage public, la patente est calculée sur la valeur locative de l'emplacement occupé par ladite voiture.

La patente que paie le garagiste concerne la profession de garagiste et celle qui vous est réclamée est afférente à votre profession médicale, ce qui fait deux choses bien différentes.

A. MARTINOT,
Conseil fiscal

ACCIDENTS

2.802. — Honoraires du médecin représentant une assurance à l'expertise

Permettez-moi d'avoir recours à votre obligeance avant d'adresser un mémoire d'honoraires à une Compagnie d'assurances.

J'ai été invité à visiter un blessé ne rentrant pas dans la catégorie des accidentés du travail. Ce blessé était en traitement près d'un confrère ; la Compagnie d'assurances du présumé responsable m'a délégué trois fois près de lui ; elle m'a réglé mes honoraires ; rien à dire de ce côté.

Elle m'a, en outre, demandé d'assister à 18 kilomètres de chez moi à une expertise de trois confrères ordonnée par la Cour d'appel. J'avais pour mission de représenter la Compagnie et de communiquer à cette dernière les résultats et conclusions de l'expertise. Naturellement, je jouais le rôle de personnage muet ; j'ai donc envoyé un rapport court reproduisant à peu près ce que contiendrait celui fourni par les confrères à la Cour.

Quels honoraires suis-je, d'après vous, en droit de demander, le rapport, fourni par moi, n'étant qu'un abrégé de celui des experts ? Je n'ai jamais eu de contestation avec cette Compagnie et ne voudrais pas avoir à discuter pour quelques francs.

Dr M.

Réponse

Il n'existe aucun tarif applicable aux honoraires d'un médecin chargé par une Compagnie d'assurances de la représenter au cours de l'expertise judiciaire et de lui rendre compte de cette expertise.

C'est donc à vous seul à défaut d'entente préalable avec la Compagnie à ce sujet qu'il appartient de chiffrer votre demande d'honoraires.

Aucune assimilation n'est possible entre le rôle que vous avez rempli et celui des experts et vous ne pouvez donc vous baser pour chiffrer votre demande sur les honoraires que ceux-ci pourront réclamer.

Nous pensons que, par analogie avec les prix ordinairement pratiqués pour l'examen des candidats à l'assurance-vie, vous pourriez réclamer

de 100 à 150 francs pour votre assistance à l'expertise, la rédaction et l'envoi de votre rapport à la Compagnie, en y ajoutant s'il y a lieu vos frais de déplacement calculés suivant le tarif que vous appliquez pour votre clientèle.

2.556. — L'état antérieur dans les accidents du travail

Le 11 janvier dernier, un ouvrier agricole en soulevant une charrue de tracteur, aidé d'un camarade, ressent à l'aine droite une vive douleur, quitte le travail et vient me consulter. Je constate une pointe de hernie inguinale et délivre les certificats habituels, conseillant, vu l'âge de l'accidenté, une intervention chirurgicale.

La Compagnie d'Assurances refuse d'admettre la nature traumatique de la hernie et répond en date du 5 février, ce qui suit, au patron :

« Notre spécialiste en matière de hernies, consulté, nous répond ce qui suit: Pas de symptomatologie dramatique. Effort non violent ni excessif : 60 kgr. Nous contestons l'origine traumatique de cette hernie. » Le patron estime à 180 kgr. le poids de sa charrue, ce qui ferait 90 kgr. pour chaque ouvrier.

Pour ma gouverne, la Compagnie d'assurances m'adresse un imprimé résumant la communication faite par le Docteur Fredet à la Société de médecine légale en juillet 1932, déniant à un traumatisme quelconque la capacité de faire naître de toutes pièces une hernie et ne pouvant même aggraver d'une façon durable une hernie préexistante.

Je dois ajouter que l'ouvrier en question a subi dans sa fosse iliaque droite deux interventions chirurgicales espacées d'environ un an, la première pour appendicite, la deuxième pour abcès profond.

Estimez-vous, mon cher confrère, que la thèse de la Compagnie soit valable et qu'en aucun cas une hernie ne peut être considérée comme accident du travail. Le sujet était pourtant indemne de toute lésion de ses orifices jusque-là.

Je vous serais très obligé de me donner votre opinion et de me dire si le patron serait bien ou mal avisé en intentant une action en justice contre la Compagnie défaillante.

Réponse

Il résulte d'une jurisprudence constante de la Cour de cassation que toute lésion dont le travail, même normal, a été la cause où l'occasion, doit être considérée comme résultant d'un accident au sens de la loi du 9 avril 1898, quel qu'ait été l'état antérieur de la victime, à moins qu'il ne soit établi que l'accident a été complètement étranger à l'incapacité invoquée (voir notamment Chambre civile, arrêt du 9 janvier 1934. *Le Droit ouvrier*, 1934, page 442).

Aux termes d'un arrêt du 7 mars 1934 (*Gaz.*

du Pal., 5 mai 1934), dès l'instant même qu'il est constaté que c'est au cours du travail que la lésion s'est révélée comme suite à un effort, ces constatations suffisent à établir que l'état morbide antérieur n'a pas été la cause unique de la lésion, condition nécessaire pour que puisse être écartée l'application de la loi de 1898. Plus spécialement en ce qui concerne les hernies, il a été reconnu par la jurisprudence qu'il n'y a pas lieu de tenir compte de l'influence que peuvent avoir exercé sur l'état de l'ouvrier ses prédispositions morbides. Il n'est pas nécessaire que l'accident ait été la cause exclusive de l'incapacité, pourvu qu'il en ait été la cause efficiente directe et immédiate.

Il suffit à l'ouvrier atteint d'une hernie de prouver que cette lésion s'est produite par suite d'un effort au cours du travail et il est sans intérêt de savoir s'il était prédisposé à contracter cette affection et quel a été le degré de l'effort effectué (voir Cour d'Angers, 4 décembre 1934, D. H., 1935, p. 75). En définitive, la charge de la preuve incombe tot lement au chef d'entreprise ou à son assurance substituée et ils n e peuvent faire échec à l'action de l'ouvrier qu'en établissant que sa hernie provient uniquement et exclusivement de son état constitutionnel et que l'accident n'a joué aucun rôle dans son apparition. Dans ces conditions, et étant donné l'espèce favorable que vous nous soumettez, nous croyons qu'il y aurait lieu de conseiller à votre client de ne pas s'incliner devant le refus qui lui est opposé et de poursuivre le patron devant le Tribunal de Paix du lieu de l'accident en paiement des indemnités légales, et de faire ensuite trancher la question de l'applicabilité de la loi sur les risques professionnels. S'il obtient gain de cause, vous serez alors fondé à exercer à votre tour l'action directe en paiement de vos honoraires, prévue par l'art. 4, parag. 4. de la loi du 9 avril 1898.

2.842. — Fixation de la date de la consolidation

Un jeune homme, assuré agricole, se fait briser, il y a un an, les deux cuisses au tiers moyen.

Le 15 février dernier, je conclus à une reprise partielle de travail de deux mois, avant de donner le certificat de consolidation.

Entre temps, la Compagnie assureur fait contre-visiter le blessé le 28 janvier (sans me prévenir) et le médecin chargé de la contrevisite, conclut à la consolidation avec incapacité permanente partielle au 15 février.

Qui doit donner le certificat de consolidation ? Est-ce le médecin traitant ou le médecin chargé par la Compagnie de contrevisiter le blessé ?

La Compagnie prévient seulement maintenant

mon blessé qu'elle entend liquider l'indemnité de demi-salaire au 15 février.

Quelle marche mon client doit-il suivre, s'il n'accepte pas la conclusion du médecin contrevisiteur ?

Dr P.

Réponse

Il n'appartient pas plus au médecin traitant qu'au médecin contrôleur de l'assurance de fixer de leur propre autorité la date de consolidation de la victime d'un accident du travail.

Si les parties sont d'un avis différent sur la date à laquelle doit être fixée la consolidation, il appartient au Tribunal civil seul, statuant sur l'indemnité permanente, de trancher le différend.

Comme la procédure en attribution de rente doit être obligatoirement précédée d'une tentative de conciliation devant le président du Tribunal civil, il faudra que vous remettiez à votre client lors de la conciliation un certificat établissant à quelle date vous le considérez comme consolidé.

Si aucun accord ne peut intervenir en conciliation, l'affaire sera renvoyée devant le Tribunal civil qui prononcera définitivement.

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

2.771. — Le « prix global » de la nomenclature comprend vingt jours de soins consécutifs

Assuré social. Séjour en clinique du 26 janvier au 4 février pour une petite intervention (K = 20). A la sortie de la clinique, je fais à ce malade, suivant les indications du chirurgien, des pansements quotidiens, puis tous les deux jours, et porte chaque fois les mentions nécessaires sur une feuille de maladie de malade non hospitalisé.

Après guérison, la Caisse des Assurances sociales ne rembourse au blessé ses frais de pansements qu'à partir du 15 février.

Aux protestations de l'opéré, il est répondu par la Caisse que les frais de pansements consécutifs à un acte chirurgical sont, pour les vingt jours qui suivent cet acte, compris dans le remboursement de l'acte lui-même.

Que penser de ce procédé et que conseiller à mon client ? Il me semble que le tout compris chirurgical ne concerne que les soins prodigués par le chirurgien lui-même ou par ses auxiliaires immédiats. Mon client m'a réglé mes honoraires et je lui en ai porté acquit sur ses feuilles de maladie ; logiquement et honnêtement, il devrait pouvoir en obtenir le remboursement sans tenir compte de ce qui a pu se passer, antérieurement à mes soins, entre le chirurgien et lui.

Ou bien faut-il aboutir à cette conclusion, bien étrange mais pourtant logique, que j'aurais dû soigner gratuitement mon client et adresser la note de mes honoraires au chirurgien, heureux bénéficiaire du K20 ?

Dr T.

Réponse

Voyez la page 6 de la « Nomenclature générale », vous y trouverez, pour « utilisation » de ladite nomenclature : « Le prix global comporte la rémunération des aides et les soins consécutifs pendant une durée maxima de vingt jours. »

La Caisse a donc raison de vous opposer un *non possumus* pour le paiement des soins donnés « par le chirurgien ou ses aides » avant que soit écoulée la période des vingt jours. Le prix global ayant été établi en conséquence, d'où son nom, d'ailleurs, de « global ».

Dr F. Decourt.

2.425. — Acte de laboratoire pratiqué par un médecin

Je soigne une jeune fille assurée sociale. Elle est atteinte de tuberculose cutanée et j'ai pratiqué une réaction de sédimentation des globules rouges. Art. 85 *bis*, du Tarif national pharmaceutique pour l'Assistance médicale gratuite.

J'ai envoyé une lettre au médecin contrôleur de la Caisse d'Assurances sociales.

Or, ce médecin a été tout étonné et m'a dit que c'était la première fois qu'il entendait parler de cette réaction, qu'il ne pouvait me dire quel était le coefficient à appliquer et qu'il allait en référer au Syndicat.

Je me demande si je puis pratiquer cette réaction (S. R.) ? et 2° quel coefficient dois-je inscrire sur la feuille de l'Assurance sociale ?

Dr P.

Réponse

Si cette réaction est tarifée à l'art. 85 du Tarif pharmaceutique pour l'Assistance médicale gratuite, *a fortiori* le prix indiqué peut-il servir par analogie pour un assuré social. Aviez-vous le droit de pratiquer cette réaction ? Je pense que oui, car c'est un acte de biologie et on peut lire, page IV de la Nomenclature générale à propos de « l'utilisation » de celle-ci : « Les actes des biologistes n'y figurent pas non plus, car ils sont portés aux tarifs des pharmaciens. » Ce qui implique évidemment que de tels actes « de biologie » ne sauraient être interdits à un médecin.

Dr F. Decourt.

Cinquante-neuvième année — N° 19 — 2 Mai 1937

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

- sommaire -

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	60 fr.	Belgique et Luxembourg...	70 fr.
Etudiants	35 fr.	Première Zone	85 fr.
Le Numéro	1.25	Deuxième Zone	110 fr.

Renseignements

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Nº 115. — Normandie. A céder poste méd. très prosp., cause maladie, très urgent. Fixe, 1/2 compt. exigé. Maison confort.

Nº 116. — A vend. appar. Ray. U. V., 110 v. sur pied.

Nº 117. — Arras. Belle client. méd. génér. à céder de suite cause maladie.

Nº 118. — Loire. A céder bonne client. de petite ville à 50 km. Lyon. Très belle mais. avec tout conf. Condit. à cause extrême urgence : reprise bail et très pet. indemnité.

Nº 119. — Côte d'Azur. Dans pet. stat. balnéaire près centre, client. facile suscept. bonne augmentat. Conviendr. demi-retraite. Seules condit. 15.000 compt. et deux annuités de 5.000, sinon s'abstenir.

Nº 120. — Normandie. Gr. ville bord mer, à céder client. méd. Seule condit. : location ou achat de pavillon.

Nº 121. — Paris, quartier très peuplé, à céder pour Maison de Santé vieille clientèle O. R. L.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet Breitel & Goret

1, rue Dante, Paris (5e). Tél. : Odéon 36-46

1 h. 1/2 Paris. Très import. client. Y. O. R. L., avec fixes. Très gde maison, tt. conf. Prix 150.000. Présentat. sér.

2 heures Paris. Import. client. rur. près ville. Loy. 3.000, gde maison. Prix 40.000, 25.000 ct.

Seine-et-Marne. Très anc. client., camp. riche, cession cause santé. Prix 30.000, 1/2 ct.

Abonnés du « Concours » exerçant dans les Stations Thermales

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains : Bertier, Blondel, Coutaz, Dardel, H. Forestier père, Graber-Duvernay, Lelong, Pégaz.

Allevard-les-Bains : Boël.

Amélie-les-Bains : Bouix.

Ax-les-Thermes (Ariège) : Boyer, Girard, Gomma.

Bagnères-de-Bigorre : Frank-Duprat (*ent.*), J. Courbin, Ricard-Pomarède.

Bagnoles-de-l'Orne : Censier, R. Hügel, Joly, Le Gouriérec, J. Louvel, R. Louvel, Doctoresse M. Peillon, E. Poulain.

Bains-les-Bains : M. Henry, L. Rose.

Barèges : Orliac.

Besançon La Mouillière : Tronchon.

Biarritz : Clavel, Dejeant (*derm.*), Lacour.

Bourbon-Lancy : Bellœuf, G. Vincent.

Bourbon-L'Archambault : Bénabu, Litaud.

Bourbonne-les-Bains : Delacroix, Gay.

Brides-les-Bains et **Salins-Moutiers** : d'Arbois de Jubainville, Mathieu, Laissus fils.

Cambo-les-Bains : A. Camino, Chatard, Colbert, Dieudonné, J. Trotot.

Capvern : J. Pouy.

Cauterets : Anglada, Armengaud, Corone, Cosserat, L. Pradal.

Challes-les-Eaux : Vexenat.

Châtel-Guyon : J. M. Ballan, Baumann, Casati de Montgolfier, Foucaud, P. Martin, Mazeran, Ribérolles, Saint-René-Bonnet.

Contrexeville : Contal.

Dax : Barrau, Delmas (Armand).

Divonne-les-Bains : Ballivet, Vieux.

Eaux-Bonnes : Creignou.

Enghien-les-Bains : Beyrand, H. Forterre.

Escouloubre-les-Bains : Sarda.

Evian-les-Bains : Bernex, J. Eyraud-Joly.

Hammam-Lif (Tunisie) : Fère.

La Bourboule : Anglada, Barthomeuf, Boudry, Cany, R. Gallimant, Jean Godonnèche, Rongier Th., Maurel.

La Léchère : Dr Noailly.

La Motte-les-Bains : Goirand.

Lamalou-les-Bains : Cauvy (*Réed. motr.*), Faure, Tabarié.

La Roche-Posay-les-Bains : Bardet, Guyot, Huet (*derm.*) Lépine.

Luchon : P. de Beauchamp, Cazal-Gamelsy, Germès, Molinéry (*ne fait que la physiothérapie*), Salles, Sammuller.

Luxeuil-les-Bains : Causeret, Cugnier, Rimey.

Mont-Dore : J. André, Roger André, Béal, Débidour, Dullin, Levadoux, Molines, E. Perpère, Verrier.

Néris : Ducros.

Plombières-les-Bains : Bernard, J. Dumont, Truelle.

Preste (La) : Dr P. Baron.

Royat : Mougeot.

Salers : Rongier.

Salies-de-Béarn : Coustere David, Dufourcq, Larrouy, Ortal.

Salins-les-Bains : Bourny, Henri Neumand.

Salies-du-Salat : Barbé, St Béat.

Saujon : R. Dubois, M. Boisseau.

Saint-Didier (Vau.) : Masquin.

St-Honoré-les-Bains : Charpin, Ségard, Silvestre.

St-Nectaire : Sérane, Siguret, Versepuy.

Santenay-les-Bains : Boudeille.

Sermaize-les-Bains : Fritsch, (H.), Ramonet (*Malad. des enf.*)

Uriage : G. Barbier.

Vals-les-Bains : David, Galtier.

Vernet-les-Bains : Ponson.

Vichy : Arama (Michel) (*stom.*), Bargy, Berthomier, (*phys.*) Caillon, Castera, Chabrol, (Léon), R. Chaux, Cluzan. Cornillon, Cotar, Cros L., Déléage, Desmaroux, A. Durrieux, (*stom.*), Fau, R. Fraudet, (*stom.*), Fruictier, Gannat, Lère, Marquis, Martin-Péridier, Reynès, Roussignol.

Vittel : Adda, G. Constant, P. Genay, Finck.

Les funérailles du Docteur Armand GASSOT

Le vendredi, 23 avril 1937, à 10 heures, une foule de parents et d'amis s'étaient empressés de se rendre à Chevilly pour rendre un dernier et pieux hommage à notre regretté Directeur, le Docteur Armand Gassot. A sa famille s'étaient joints les membres du Conseil de Direction du *Concours Médical* : le Docteur Noir, directeur ; M. C. Boulanger, administrateur, M. Dumesny, les Docteurs Boudin, Vimont, Fischer, Massart et Lavalée. On remarquait aussi la présence du Docteur Caillaud (d'Orléans), trésorier de la Confédération des Syndicats médicaux, du Docteur Kœnig (d'Orléans), etc., etc., en tout un millier de personnes. La municipalité de Chevilly avait tenu à manifester son souvenir ému à celui qui avait été durant 25 ans son premier magistrat.

Le cercueil disparaissait littéralement sous une abondance de couronnes et de fleurs. Après un service solennel à l'église, le corps fut inhumé dans le caveau de la famille. Aucun discours ne fut prononcé, conformément au désir formel exprimé par le défunt, et cependant quel dernier éloge n'eût pas mérité celui qui fut une des plus belles figures du Corps médical français !

DERNIÈRES NOUVELLES

— **La Maison du Médecin.** — Le Conseil d'administration de l'œuvre sera heureux de recevoir à Valenton, au Château des Charmilles, le jeudi 6 mai 1937, dans l'après-midi, tous les confrères et leurs familles qui s'intéressent à la Maison des vieux médecins.

Un autocar partant du 48, boulevard de la Bastille, toutes les demi-heures et allant à Brévannes, s'arrête à la porte.

— **Les Journées médicales de Bruxelles de 1937.** — La séance inaugurale aura lieu, au Palais des Académies, le samedi 19 juin, à 4 heures, sous la présidence du Ministre de la Santé publique

— **Voyages d'études aux stations thermales et climatiques.** *Bourses de voyage.* — Le Commissariat général au tourisme met à la disposition des étudiants français 15 à 20 bourses individuelles de voyage qui, cette année (été 1937) remplacent le petit V. E. M. Le montant de chaque bourse ne sera pas inférieur à 500 francs et ne dépassera pas 1.000 francs.

Les bourses sont réservées aux étudiants de cinquième année ayant été reçus à l'examen de thérapeutique et d'hydro-climatologie thérapeutique. Il

sera tenu compte dans leur choix de leurs titres hospitaliers et des notes qu'ils ont obtenues à l'examen de thérapeutique.

Les candidats aux bourses feront connaître au moment de leur inscription, leurs titres, leur note à l'examen de thérapeutique, et la région thermo-climatique où, de préférence, ils désireraient faire leur voyage d'études. On leur demande l'obligation de visiter trois stations au minimum et de séjourner dans chacune d'elles trois jours au moins.

A leur retour de mission, les bénéficiaires devront remettre au professeur d'hydrologie, à l'intention du centre national du tourisme, du thermalisme et du climatisme, un mémoire justificatif détaillé sur leurs observations relatives à chacune d'elles et éventuellement sur les travaux qu'ils auront effectués.

Les inscriptions des candidats sont reçues tous les jours au secrétariat de la Faculté (guichet nº 1, de midi à 15 heures) jusqu'au 1er juin 1937.

Les candidats agréés seront convoqués à cette date par le Professeur Maurice Villaret, au laboratoire d'hydrologie et de climatologie thérapeutique, en vue de répartir leur destination et le montant de leur bourse.

— **Ligue française contre le rhumatisme.** *Journées médicales d'Algérie* (21-22 mars 1937). — Les 21 et 22 mars 1937 a eu lieu à Alger la première réunion de la Ligue française contre le rhumatisme, qui se tenait en dehors de Paris.

Un certain nombre de membres de la Ligue, sous la présidence du Docteur H. Forestier, s'étaient rendus à Alger où ils étaient reçus par les Professeurs Aubry, Dumolard et Lebon et leurs collaborateurs. Le Docteur J. Van Breemen, d'Amsterdam, secrétaire général de la Ligue internationale contre le rhumatisme, avait bien voulu honorer ces réunions de sa présence.

Le 21 mars, la première séance eut lieu dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, sous la présidence du Professeur Leblanc, doyen de la Faculté. Trois rapports furent présentés : Considérations générales sur les affections rhumatismales chroniques en Algérie », par MM. Dumolard, Lebon, Sarrouy, Tillier ; Les rhumatismes aigus (maladie rhumatismale, « rhumatismes infectieux ») en Algérie, par MM. Georges Aubry et Jean Thiodet ; Les stations hydro-minérales algériennes dans le traitement des rhumatismes, par M. Ed. Benhamou.

Ces trois rapports apprirent aux visiteurs de la Métropole beaucoup de faits ignorés quant à la fréquence, aux formes cliniques et au mode de traitement des rhumatismes tant aigus que chroniques en Algérie.

Cette première séance s'est terminée par une présentation de clichés radiographiques de goutte par M. le Docteur M. P. Weil.

La deuxième séance eut lieu le lundi 22 mars, à l'hôpital civil de Mustaffa dans le service du Docteur Dumolard. La discussion des rapports donna lieu à

des interventions de MM. Van Breemen, F. Coste, Weissenbach, Lamy, H. Forestier, J. Forestier et Terray.

Une série de présentations de cas cliniques et de radiographies furent faites par le Docteur Dumolard, le Professeur Aubry et le Docteur Tillier.

Après cette séance, les médecins d'Alger organisateurs de ces journées reçurent les médecins de France à l'hôtel Aletti, où un déjeuner leur fut servi.

Le lendemain, une excursion en autocar permit aux congressistes de visiter la vieille station toujours renommée d'Hammam-Rhiga et la station toute nouvelle récemment transformée d'Hammam-Mélouane, près de Rovigo, à vingt-cinq kilomètres d'Alger.

— **Aix-les-Bains.** *Avantages offerts au Corps médical par la station thermale et climatique d'Aix-les-Bains (Savoie).* — La station hydro-minérale et climatique d'Aix-les-Bains (Savoie) rappelle aux docteurs en médecine qu'elle les exonère du paiement de la taxe de séjour, ainsi que leur femme et leurs enfants mineurs (à l'exclusion de tout autre membre de la famille), et qu'elle leur réserve de nombreux avantages durant leur séjour (gratuités ou réductions substantielles) sous réserve cependant de présenter au bureau du Syndicat d'initiative, chargé par la Municipalité de ce service spécial, une pièce officielle attestant qu'ils exercent effectivement leur profession et paient patente.

Cette pièce est délivrée par la Mairie de la localité où ils sont domiciliés. Les médecins sont assurés que, sur sa présentation, ils recevront l'accueil le plus aimable à Aix-les-Bains.

— **Prix de la Faculté de médecine de Marseille.** — L'assemblée et le Conseil de la Faculté ont décerné les prix suivants pour l'année scolaire 1935-36 :

Prix J. et L. Jeanbernat : à M. le Docteur Caubet ;

Médaille d'or des professeurs : médecine : M. le Docteur Jouve ; pharmacie : M. Rayhaut ;

Prix de thèse : médecine : M. le Docteur Jouve ; pharmacie : M. Dumazert ; ont obtenu une mention honorable (médecine) : MM. Delphaut, Cormati, Espy, Guidoni, Lumbroso, Liotier.

— **Syndicat des chirurgiens de Paris et de la région parisienne.** — Le Syndicat des chirurgiens de Paris et de la région parisienne a tenu son Assemblée générale le 8 avril.

Au cours de la séance on a procédé à l'élection des membres du Conseil d'administration.

Le nouveau bureau est composé de la façon suivante : président, Docteur Buizard ; vice-président, Docteur Planson ; secrétaire général, Docteur Masmonteil ; secrétaire général adjoint, Docteur Dore ; trésorier, Docteur Dufourmentel.

Les autres membres du Conseil d'administration sont : MM. les Docteurs Briault, Burty, Hautefort, Luquet, Séjournet, Sénéchal, Trèves.

Pour les adhésions et les renseignements s'adresser : Docteur Masmonteil, maison de santé du Landy, 21 *bis*, rue du Landy, Saint-Ouen (Seine).

— **Hôpital civil de Belfort.** — Le poste de chef du service de radiologie de l'hôpital civil de Belfort sera vacant pour le 1er juillet 1937. Pour tous renseignements s'adresser au Directeur.

— **Médecin sanitaire maritime.** — Un examen d'aptitude aux fonctions de médecin maritime, réservé aux docteurs en médecine français, aura lieu à Paris à la Faculté de médecine (Laboratoire d'hygiène), le 28 juin 1937.

Les dossiers des candidats devront être adressés, *un mois à l'avance*, au sous-secrétariat d'Etat à la Marine marchande (Direction de la flotte de Commerce et du Travail maritime), 3, place de Fontenoy, (VIIe).

Cette demande devra être établie sur papier timbré, et revêtue en outre d'un timbre fiscal de 20 francs pour paiement des droits d'inscription à l'examen.

— **Mariage.** — Le Docteur et Madame Eugène Béra (de Saint-Omer) nous font part du mariage de leur fils, le Docteur Jean Béra (de Lille), avec Mademoiselle Nelly Sablon.

La bénédiction nuptiale leur a été donnée dans la plus stricte intimité le 3 avril 1937, en l'Eglise Saint-Médard.

Tous nos souhaits de bonheur aux jeunes époux.

— Nous avons le plaisir d'annoncer le mariage de Mademoiselle Marie Delépine et de M. Victor Harley, pharmacien, chef de Laboratoire à l'Hôpital Saint-Louis.

Mlle Marie Delépine est la petite-fille de notre très distingué confrère, le Docteur Paul Dorveaux, bibliothécaire en chef honoraire de l'Université de Paris, et la fille de M. Marcel Delépine, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, professeur au Collège de France, et de Madame Delépine.

La bénédiction nuptiale sera donnée le mardi 4 mai à 11 h. 1/2 en l'Eglise Saint-Médard.

Nos plus vives félicitations aux futurs époux et à leur famille.

— **Nécrologie.** — Nous avons le grand regret d'annoncer la mort de M. Paul de Fourmestraux, consul de France à Bruxelles, grand blessé de guerre. M. Paul de Fourmestraux était le frère de notre ami, le Docteur J. de Fourmestraux, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Chartres, et le fils du Docteur de Fourmestraux de Versailles, qui fut un des premiers présidents de l'Union des Syndicats médicaux de France. Le *Concours Médical* adresse à la famille de M. Paul de Fourmestraux, l'expression de ses plus vives sympathies.

Dîner annuel du Syndicat des médecins de la Seine

Le 24 avril 1937, cette belle fête réunissait près de 150 convives dans les salons de l'Hôtel Continental. La présidence en avait été acceptée par M. le Professeur Roussy, doyen de la Faculté de médecine de Paris ; il était entouré des présidents de toutes les Associations syndicales de la Capitale et de sa banlieue.

Le Docteur Tissier-Guy, président de la Seine, dans une allocution fort intéressante, exposa les rouages et le mécanisme de l'organisation syndicale de la région parisienne. Puis, ce fut au tour du Docteur Baumgartner de prendre la parole au nom de l'Association hospitalière. Enfin, le Professeur Roussy profita de l'occasion, qui lui était donnée, pour mettre au courant tous ses confrères des perfectionnements, que déjà il avait pu obtenir, et de ceux qui restent à réaliser dans l'Enseignement de la médecine. Les nombreux applaudissements, qui accueillirent ses déclarations, démontrèrent toute la reconnaissance qui lui était unanimement reconnue pour l'activité inlassable, la haute compétence et la persévérance indomptable dont il faisait preuve pour l'accomplissement d'une tâche souvent ardue, mais toujours difficile.

Un grand bal très animé, termina cette réunion annuelle, parfaitement réussie.

Le *Concours Médical* y avait été très aimablement convié, et il en adresse ses plus vifs remerciements aux membres du Syndicat médical de la Seine.

A propos de l'Exposition

« Le Comité de l'Association amicale des internes et anciens internes en médecine des hôpitaux de Paris informe les collègues d'une affaire de publicité destinée à fournir aux visiteurs de l'Exposition une liste de médecins présentant toutes garanties morales et professionnelles. Cette publicité, *faite à titre onéreux* et se basant sur le renom du corps de l'internat, constitue une acte que le Comité de notre Association considère, *à l'unanimité*, comme blâmable et contraire à la dignité professionnelle.

Le Comité attire l'attention des collègues susceptibles d'accepter cette publicité sur la situation délicale dans laquelle ils se mettraient vis-à-vis de leurs collègues plus anciens et de tous les médecins de la région parisienne.

Le Comité regrette qu'un certain nombre de collègues, dont la bonne foi a pu être surprise, aient déjà cru devoir accepter cette offre de publicité : il est persuadé qu'il suffit de les avertir pour qu'ils rompent *immédiatement* le contrat proposé ».

(*Gazette des Hôpitaux*).

TABLEAU DE CONCOURS POUR LA LÉGION D'HONNEUR

Année 1937

RÉSERVES

(*Loi du* 3 *août* 1936)

Sont inscrits :

Pour le grade d'officier

SERVICE DE SANTÉ

Médecins

Renaud, méd. lieut. col., tr. Maroc ; Maratuech, méd. lieut. col., 15e rég. ; Jeanty, méd. comm., 9e rég. ; Guibe, méd. lieut.-col., 3e rég. ; Chon, méd. lieut.-col., 4e rég. ; Boisseau, méd. comm., 19e C. A. ; Lexa, méd. col., 3e rég. ; Lucien, méd. lieut.-col., 20e rég. ; Hanns, méd. comm., 20e rég. ; Van Vyve, méd. lieut.-col., 6e rég. ; Brunhammer, méd. comm., 7e rég. ; Laurent, méd. comm., 5e rég. ; Lacoste, méd. comm., 18e rég. ; Noirclaude, méd. lieut.-col., rég. Paris ; Dupont, méd.-lieut.-col., rég. Paris ; Courcoux, méd. lieut.-col., 4e rég. ; Pietkiewiez, méd. comm., rég. Paris ; Simonin, méd. comm., rég. Paris ; Loygue, méd. comm. 2e rég. ; Chalot, méd. comm., 7e rég. ; Salomon, méd. comm., 11e rég. ; Fontanel, méd. lieut.-col., 16e rég.

Diffre, méd. comm., 1re rég. ; Bataille, méd. comm., 20e rég. ; Revel, méd. lieut.-col., 15e rég. ; Lavelle, méd. comm., 18e rég. ; Corvisy, méd. comm. rég. Paris ; Tartanson, méd. comm., 15e rég. ; Bazin, méd. comm., 9e rég. ; Pradourat, méd. comm., 7e rég. ; Laffont-Lacrampe, méd. comm., 19e C. A. ; Giacardy, méd. comm., 18e rég. ; Mazel, méd. comm., 15e rég. ; Balmes, méd. comm., 17e rég. ; Privey, méd. capit., 8e rég. ; Arbez, méd. comm., 13e rég. ; Jouffrault, méd. capit., 9e rég. ; Tapie, méd. capit., 17e rég. ; Verne, méd. comm. rég. Paris ; Grunberg, méd. capit. , rég. Paris ; Fouet, méd. capit., rég. Paris ; Hélie, méd. comm., rég. de Paris.

***

Les travaux définitifs du tableau pour chevalier ne pourront être terminés avant la deuxième quinzaine de mai et c'est, par suite, pour cette époque seulement, qu'on peut en prévoir la publication.

A TRAVERS L'OFFICIEL

14 AVRIL

Assistance publique

Médaille d'honneur de l'Assistance publique

Médaille d'argent : M. le Docteur Didier, d'Epinal ; Mlle le Docteur Simon, de Paris ; M. le Docteur Voulmier, d'Alençon ; M. le Docteur Jung, de Metz.

16 AVRIL

Pensions militaires

Décret du 12 avril 1937 relatif à la rémunération des médecins vacateurs de la Commission consultative médicale.

Art. 1er. — Les médecins vacateurs de la Commission consultative médicale sont agréés par le ministre des Pensions après un stage probatoire effectué près ladite Commission.

Ces médecins sont répartis, suivant les besoins du service, en médecins examinateurs de dossiers et en médecins vérificateurs. Cette répartition est fixée par arrêté du ministre des Pensions, dans la limite des crédits budgétaires.

Art. 2. — Il est alloué, par heure de travail effectif, une vacation fixée à 14 francs pour les médecins examinateurs et à 18 francs pour les médecins vérificateurs.

En aucun cas les médecins visés à l'alinéa ci-dessus ne pourront faire plus de quarante-huit heures de travail par semaine.

Aucune rémunération n'est due, sauf en cas de force majeure, aux médecins qui n'effectueraient pas à la Commission moins de vingt heures de présence effective par semaine.

Les vacations pourront être interrompues pour raison de congés, sous réserve que les absences ne dépasseront à aucun moment le tiers de l'effectif des médecins vacateurs de la Commission consultative médicale.

Art. 3. — Il est exigé de chaque médecin examinateur de dossiers un rendement horaire minimum. Ce rendement horaire est fixé par le président de la Commission, d'après la nature des dossiers étudiés.

Art. 4. — Les vacations prévues à l'article 2 cidesssus sont liquidées mensuellement.

Art. 5. — Sont et demeurent abrogés tous décrets ou dispositions antérieures contraires aux dispositions du présent décret.

Art. 6. — Le ministre des Pensions et le ministre des Finances sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal Officiel*.

Voir la suite page LV-1447

Armand GASSOT

1850-1937

Le Docteur Armand Gassot, directeur honoraire du *Concours Médical*, trésorier honoraire de la *Mutualité familiale et professionnelle du Corps médical français* et du *Sou Médical*, le fidèle et principal collaborateur d'Auguste Cézilly dès la fondation du *Concours Médical*, vient de s'éteindre à Chevilly (Loiret) à l'âge de 87 ans.

Sa mort eût été douce, si les derniers mois de sa vie n'avaient été assombris par de cruelles infirmités, infirmités d'autant plus pénibles qu'il avait conservé d'une façon étonnante l'intégrité de ses facultés intellectuelles.

Pour la Direction du *Concours Médical*, la perte de M. Gassot a été extrêmement pénible. C'est qu'il représentait pour nous les temps héroïques de nos œuvres et était le plus ancien et, hélas ! le dernier des fondateurs du journal. C'est surtout parce qu'il avait rendu au Concours et à ses filiales des services que nous ne saurions oublier, services qu'il continua d'assurer avec une vaillance et un dévouement sans exemple jusqu'à la période ultime de sa vie. C'est encore parce que, dans des périodes critiques, il servit entre nous de liaison et maintint par l'affection et la vénération que nous ne cessions de lui témoigner, l'harmonie dans notre Conseil de Direction.

***

Ce grand honnête homme eut une vie simple et modeste. Jamais il ne céda à nos tentatives pour l'attirer à Paris. Médecin de campagne, simple praticien, il voulut le rester toute sa vie, et eût préféré abandonner la Direction du *Concours Médical*, qui cependant était pour lui une seconde famille, que de quitter Chevilly, le village où il était né, où il exerça la médecine rurale et où il passa toute sa vie.

***

Né le 25 août 1850, à Chevilly (Loiret), aux confins de la Beauce et de la forêt d'Orléans, Armand Gassot était le fils d'un médecin praticien qui, lui aussi, était né à Chevilly et y avait fait toute sa carrière. Son fils, le Docteur Louis Gassot, mort prématurément en 1933, avait suivi la tradition familiale et était le troisième de sa lignée qui avait exercé dans cette région.

D'ailleurs, la famille Gassot était ancienne dans le pays ; le grand'père de notre Directeur y avait été Maître de postes.

Armand Gassot fit ses études médicales à Paris. Il passa sa thèse le 15 décembre 1873 avec un sujet nouveau à cette époque : *Des températures locales de l'économie et de leurs variations à l'état pathologique*. En 1874, il exerçait à Chevilly, où il ne tarda pas à se faire aimer puisqu'il fut pendant 26 ans maire de cette commune.

En 1875, il se créa un foyer en épousant Mlle Louise Brochon, d'Orléans, compagne aimante et modèle, qui lui donna trois enfants. A. Gassot paraissait destiné à une existence patriarcale simple et heureuse, quand un événement vint rompre l'uniformité de sa vie. Cézilly, en 1879, avait fondé le *Concours Médical* ; Gassot fut séduit par son programme. Il répondit à son appel et adressa au nouveau journal une Revue générale intitulée : *De la forme médicamenteuse du mode d'administration des médicaments dans les maladies de l'estomac.* Cette revue parut du 28 février 1880 au 3 avril. Cézilly, qui savait juger les hommes, pensa qu'il pouvait tirer parti de ce jeune collaborateur. Il lui donna rendez-vous. Les deux hommes échangèrent des idées, se comprirent, et Gassot devint le premier lieutenant de Cézilly. Il continua à collaborer à la rédaction du journal et fit paraître en avril, mai et juin 1881, un mémoire sur *le Charbon*.

Mais, dès que Cézilly eut fait la connaissance de Gassot, il songea à l'utiliser autrement. Il



lui confia l'étude des annonces du journal naissant, et nous lisons dans le compte rendu de l'Assemblée générale de la Société Civile du *Concours Médical* du 16 décembre 1880, un rapport de Gassot, qui montre que déjà il prenait une part active à l'Œuvre de Cézilly.

Paul Legendre, en 1881, prit la direction de la rédaction scientifique du journal, sous le pseudonyme de Paul Gerne. Gassot alors se consacra à l'examen de la *Révision de la Législation Médicale*, qu'il envisagea dans ses moindres détails. Cette étude, qui donna lieu à une longue série d'articles, servit de base aux discussions d'une Commission, dirigée par le Dr Chevandier, député de la Drôme, commission qui se réunit régulièrement à partir du 21 décembre 1881. Grâce à la patiente tenacité de Chevandier et aux travaux continus d'Armand Gassot, le projet de cette commission, fort modifié par le Parlement, devint la loi de 1892 sur l'exercice de la médecine, après plus de dix ans d'efforts. Gassot ne se borna pas à cela, il rédigea un *Questionnaire sur la rédaction d'un tarif d'honoraires, sur la situation des médecins en France, les Syndicats, la médecine cantonale, etc.* Plus tard, il s'intéressa à la révision de la loi Roussel sur la protection des enfants du premier âge et étudia les projets de loi sur l'Assistance médicale gratuite. Une fois cette loi votée, en 1893, Gassot prît une part active à son application et le Préfet du Loiret le chargea de l'inspection et du contrôle de l'Assistance médicale gratuite dans le département. Il fut en outre chargé de l'inspection des pharmacies et remplit ces fonctions jusqu'à la dernière guerre.

Cézilly, qui s'était déjà attaché Maurat, de Chantilly, trouva dans Jeanne, de Meulan, un nouveau collaborateur. Gassot, Maurat et Jeanne formèrent une sorte de *triumvirat* qui développa singulièrement les œuvres du *Concours Médical*. En 1893, ils fondèrent l'*Association amicale des médecins français pour l'indemnité maladie* qui, en s'adjoignant plus tard une caisse de retraites, devint la *Mutualité familiale et professionnelle du Corps médical français*. En 1897, Gassot, Maurat et Jeanne fondèrent la Ligue de défense individuelle le *Sou Médical*, qui devint l'œuvre la plus prospère issue du *Concours Médical*.

Gassot, dont le dévouement égalait la modestie, s'attribua la tâche la moins brillante mais aussi la plus utile, celle de trésorier. Avec une économie scrupuleuse, il géra pendant plus de trente ans les fonds de la *Mutualité* et du *Sou Médical*, qu'il considérait comme sa propre fortune. S'opposant énergiquement à toute dépense inutile, veillant avec un soin jaloux à la gestion du portefeuille de ces sociétés, il les a laissées dans la situation la plus florissante, quand l'âge et les infirmités l'obligèrent à abandonner leur administration.

En 1906, Jeanne remplaça Cézilly à la direction du *Concours Médical*, Gassot et Maurat continuèrent à le seconder, lorsqu'en 1909, notre institution fut rénovée et prit un nouvel essor.

La mort subite de Jeanne, le 6 janvier 1914, jeta un certain désarroi dans notre Conseil de direction. Sur nos instances pressantes, Gassot dut se dévouer et accepter la direction, sans abandonner la gestion de la trésorerie des filiales. Il remplit ses nouvelles fonctions, rendues encore plus difficiles pendant la guerre, avec un tact, une prudence auxquels tous nous rendîmes hommage. Nous ne ferons que signaler la part qu'il a prise à l'administration de l'Association Générale des médecins de France dont il fut vice-président, et sa participation au mouvement syndical et aux Congrès des praticiens.

Sous sa direction, le *Concours Médical* et ses filiales ne cessèrent de prospérer et il put se retirer de ses absorbantes fonctions avec la certitude d'avoir puissamment contribué au succès de l'œuvre, créée il y a près de soixante ans.

***

Cézilly, Jeanne, Gassot, qui tous trois me précédèrent à la Direction de notre Maison, vous avez marqué chacun une étape de son développement. Cézilly, innovateur de génie, avait toutes les qualités pour lancer cette institution nouvelle. Jeanné, réalisateur habile, parfois énergique, sut développer la création de Cézilly. A Gassot revient le mérite d'avoir contribué à rétablir une situation compromise par la guerre, d'avoir facilité l'épanouissement du *Concours Médical*.

Et si j'ai le droit d'être très fier d'occuper la place que ces trois hommes d'élite ont illustrée, ce n'est pas sans angoisse qu'en ces temps difficiles, je considère l'avenir et que je me demande si je pourrai, malgré le talent et le dévouement de mes collaborateurs, maintenir la lourde succession que m'a laissée notre cher et regretté Armand Gassot.

J. Noir
Directeur du *Concours Médical*.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

LA MORT SUBITE ET IMPRÉVUE DU NOURRISSON

Par le Docteur P. Baize

Ancien chef de clinique à la Faculté
Médecin-assistant de l'hospice des Enfants-Assistés

Il nous a été donné pendant l'été dernier d'observer un cas de *mort subite* survenue en pleine santé apparente chez un de nos petits clients, âgé de quelques mois.

Le 27 août, à deux heures après-midi, nous sommes appelé de toute urgence auprès du jeune René L..., âgé de 8 mois et demi. La famille L., étant notre proche voisine, nous arrivons en quelques minutes au chevet de l'enfant, qui paraît avoir déjà cessé de vivre. Sans perdre de temps, nous injections 1/2 centimètre cube de la solution d'adrénaline au millième dans le cœur et nous pratiquons des manœuvres de respiration artificielle. Mais au bout d'une demi-heure, nous devons nous convaincre de l'inutilité de nos efforts : la mort est bien réelle.

Tels sont les faits dans leur brutalité. Mais nous avons déjà examiné René L... à plusieurs reprises pour des malaises sans importance : la lecture de sa fiche d'observation et l interrogatoire des parents permet de reconstituer son histoire. René L... est né à terme le 2 décembre 1935 ; poids de naissance 3 k. 800, accouchement normal. Il est nourri au sein deux semaines, puis au lait sec, enfin, depuis l'âge de 6 mois, au lait de vache et aux farineux. Il n'a jamais été malade, si l'on excepte quelques bulles de pemphigus quand il avait un mois, un érythème fessier assez tenace et un peu de constipation. A l'examen, René est un gros enfant un peu pâle, un peu mou ; à 8 mois, il pesait 9 k. 470, mais sa courbe pondérale, ascendante dans l'ensemble, présente d'un jour à l'autre des oscillations qui peuvent atteindre 150 grammes. La rate est légèrement accessible à la palpation ; il existe des adénopathies cervicales et épitrochléennes ; en outre, on constate quelques signes de rachitisme : front presque « olympien », chapelet costal, bourrelets épiphysaires aux membres supérieurs, retard de dentition.

Le reste de l'examen est négatif ; le Bordet-Wassermann et la cuti-réaction à la tuberculine n'ont pas été pratiqués, mais rien ne permet de soupçonner ici la syphilis ou la tuberculose. Une sœur de 4 ans est bien portante.

L'enfant paraît en bonne santé lorsque brutalement le 27 août, les accidents éclatent. Tout au plus est-il depuis le matin, grognon, et un peu plus pâle que de coutume. Il vient de terminer sa bouillie de midi, lorsqu'on le voit soudainement devenir livide, révulser les yeux, présenter quelques secousses convulsives des membres, puis devenir inerte. Il est mort ; la durée du drame n'a pas excédé deux minutes.

En résumé : mort subite, absolument imprévue, chez un enfant qui présentait indéniablement quelques signes de cet état diathésique spécial que les auteurs allemands ont appelé « status lymphatico-thymicus ». Les accidents s'étant déroulés devant témoins, chez des personnes de haute moralité qui chérissaient leur enfant, et le corps ne portant aucune trace de violences nous conclûmes en délivrant le permis d'inhumer, à la mort naturelle sans pouvoir en préciser la cause.

***

Ce vaste chapitre des morts subites et inopinées du nourrisson est encore plein d'obscurité. Ces faits sont pourtant loin d'être exceptionnels ; leur brutalité, leur caractère dramatique ne pouvaient manquer d'attirer l'attention des pédiatres et le nombre de travaux et d'observations accumulés sur la question est très considérable. Ce sont les quelques résultats que ces recherches ont apportés que nous voulons exposer dans cet article.

En premier lieu, nous n'insisterons pas sur la mort subite ou rapide, telle qu'elle se produit assez souvent au cours d'affections reconnues, dont elle interrompt brutalement l'évolution. On peut l'observer dans la *fièvre typhoïde*, la *scarlatine* et surtout *la diphtérie* ; — comme terminaison d'une pleurésie purulente, d'une broncho-pneumonie latente (Duvoir), d'un erysipèle (Lucca), d'un abcès retro-pharyngien (Marfan, Thoyer-Rozat), d'une méningite aiguë ou d'une hémorragie cérébro-méningée ; — au cours d'affections chroniques : hérédo-syphilis (Fournier, Gastou, Hudelo, Et.-Martin), maladies congénitales du cœur ; — après une injection ou une réinjection de sérum thérapeutique, etc.

Dans tous ces cas, il est possible, il est probable même que la mort subite ait été préparée par un terrain spécial ; mais si brutale soit-elle on ne peut dire qu'elle soit inattendue au cours de maladies où l'éventualité d'une issue fatale rapide est parfaitement connue. Et l'on trouve toujours, à l'autopsie de ces sujets, des lésions (myocardite, embolie, hémorragies capsulaires etc.) qui expliquent largement la mort.

Il en est tout autrement dans les cas que nous avons en vue : il s'agit d'enfants apparem-

ment bien portants, ou porteurs d'affections qui par elles-mêmes, ne mettent pas l'existence en danger. Sans raison sérieuse, sans avertissement préalable, les accidents éclatent et la mort survient en quelques secondes ou quelques minutes. Et l'autopsie la plus soigneuse est incapable, le plus souvent, de découvrir la cause de cette mort. On en est réduit à des hypothèses plus ou moins plausibles : compression par le thymus, choc-anaphylactique, auto-intoxication foudroyante, et d'autres encore. Le tort de ces hypothèses est d'apporter une explication univoque de la mort subite, alors qu'en réalité le mécanisme de l'*exitus* varie suivant les cas : la mort subite des eczémateux, par exemple, diffère sûrement de la mort rapide par spasme glottique ou par intoxication diphtérique. Mais tous les eczémateux, tous les spasmophiles, tous les diphtériques ne meurent pas subitement : il y faut une prédisposition, une propension spéciale, commune à tous les cas, et qui les explique dans une certaine mesure.

Cette prédisposition, on a cru la trouver dans une certaine constitution moribde, le « *status lymphatico-thymicus* » que nous nous efforcerons de définir.

En l'absence d'une classification logique des faits, qui n'est pas encore possible, nous étudierons successivement les morts rapides post-opératoires, la mort subite des « porteurs de germes » diphtériques, des spasmophiles et des eczémateux, enfin et surtout la mort subite dite « thymique » (1).

***

1° La mort rapide post-opératoire se confond pratiquement avec ce que MM. Ombrédanne et Armingeat ont décrit sous le nom de *syndrome pâleur-hyperthermie*. Il s'agit d'accidents heureusement assez rares, mais dont l'éventualité constitue une menace redoutable pour les nourrissons opérés. On les observe à partir du quatrième jour de la vie (jamais avant), surtout pendant les six premiers mois, de plus en plus rarement ensuite. Ils éclatent dans les vingt-quatre heures qui suivent n'importe quelle intervention chirurgicale fût-elle aussi bénigne qu'une circoncision ou qu'une cure radicale de hernie ; cependant certaines opérations semblent favoriser leur apparition, en particulier celles pour bec-de-lièvre, pour mastoïdite ou pour angiome de la face. Contrairement à ce qu'on croyait initialement, il ne sont pas plus fréquents après que sans anesthésie.

(1) Consulter comme études d'ensemble le *Rapport* de MM. Nobécourt et Boulanger Pillet *au VIe Congrès des Pédiatres de langue française* (Paris, sept. 1929) et la monographie de M. Marfan dans les *Cliniques des maladies de la 1re enfance*, 1re série, 2e édit., Paris, 1931, p. 645.

Les choses se passent généralement de la manière suivante : après une intervention et un réveil normaux, l'enfant paraît aller bien, lorsque dans les heures qui suivent, *la température s'élève brusquement à* 39, 40, 41°, sans que les enveloppements ni les lavements froids arrivent à la faire baisser. En même temps, *la face est très pâle*, les yeux s'excavent, les lèvres se cyanosent légèrement. Le pouls est rapide, faible, irrégulier. L'enfant tombe dans un état de prostration qu'entrecoupent souvent des accès convulsifs. La respiration s'accélère et la mort survient presque toujours de 12 à 16 heures après le début des accidents, par syncope.

Le « syndrome paleur hyperthermie » a été successivement rapporté à une broncho-pneumonie ou à une septicémie foudroyantes, au shock opératoire, à l'anesthésie, à la déglutition de sang, à l'hémorragie, etc. A l'heure actuelle, on tend à admettre qu'il s'agit, soit d'une *insuffisance glandulaire aiguë* (Ombrédanne) affectant le thymus, le foie, les surrénales, etc., et par leur intermédiaire le *système sympathique* de l'enfant ; soit d'une perturbation résultant de l'action réflexe déclenchée au niveau des centres neuro-végétatifs par l'excitation périphérique produite sur les tissus ou les viscères par le traumatisme chirurgical (Crile). La fragilité du nourrisson à l'acte opératoire s'expliquerait par l'imperfection relative de son appareil neuro-végétatif, anatomiquement et physiologiquement incomplet.

Ajoutons que chez un grand nombre d'enfants qui ont succombé au syndrome pâleur-hyperthermie, on a retrouvé les stigmates de la « constitution lymphatico-thymique ».

2° La mort subite des nourrissons porteurs de bacilles diphtériques.

On sait qu'au cours de la diphtérie de la deuxième enfance, la mort subite peut survenir ; mais elle n'est pas en général une surprise pour le clinicien qui a suivi l'évolution de la maladie et qui a vu se constituer progressivement le redoutable *syndrome malin secondaire* de Marfan : paralysie précoce du voile, pâleur et albuminurie persistantes, — puis rapidité, petitesse et irrégularité du pouls, oligurie, vomissements, foie gros et douloureux, lipothymies, — symptômes dont l'aboutissant trop prévu est *la mort brusque* par syncope.

De même, chez le nourrisson, dont les réactions cliniques sont moindres et où la diphtérie revêt volontiers une allure *atypique ou larvée* (coryza séro-sanguinolent ou même banal) la mort subite peut se produire, précédée ou non du « syndrome malin fruste » de MM. Ribadeau-Dumas et Chabrun : un vomissement, asthénie, tympanisme abdominal, malaises, parfois cyanose légère.

Ces faits sont bien connus ; mais il existe des

cas où l'enfant n'a présenté *aucun symptôme clinique, même atypique de diphtérie* et où néanmoins, il meurt subitement ; on constate alors qu'il était « porteur » de bacilles de Lœffler. MM. Lesné et Waitz (1) ont récemment attiré l'attention sur cette éventualité; ils ont observé deux nourrissons, âgés respectivement de 1 et de 3 mois, fébriles, et chez lesquels l'ensemencement systématique du mucus nasal avait révélé la présence de bacilles diphtériques. En dépit de l'injection de fortes doses d'antitoxine, *ces deux enfants sont morts subitement*, l'un au quatrième jour et l'autre au onzième jour après leur admission à l'hôpital ; les résultats de l'autopsie ont été absolument négatifs.

Sur 560 nourrissons entrés dans leur service, MM. Lesné et Waitz ont relevé 52 cas de diphtérie, dont 29 « occultes » uniquement décelés par la bactériologie : cinq de ces enfants sont morts subitement, *dont trois au cours de diphtérie occulte*. C' est dire combien la mort subite assombrit le pronostic des diphtéries de la première enfance, et combien il faut se méfier des « porteurs de germes ». Les pédiâtres connaissent bien le rôle aggravant que joue la présence de bacilles diphtériques dans le pharynx de nourrissons atteints de broncho-pneumonie, de diarrhée cholériforme, ou de certains états inexpliqués de dénutrition. Ainsi, les enfants qui hébergent le bacille de Lœffer dans leurs fosses nasales doivent être, même s'ils sont apparemment bien portants, considérés et traités comme de *véritables diphtériques contagieux*, exposés aux mêmes accidents que ceux-ci, et tout particulièrement à la mort subite.

Il est permis de penser que dans ces cas, le mécanisme de la mort ne diffère pas sensiblement de ce qu'il est au cours du syndrome malin classique, et qu'il résulte de *l'action de la toxine diphtérique* soit sur le myocarde, soit bien plutôt sur les noyaux bulbaires du nerf pneumogastrique.

3° La mort rapide des nourrissons spasmophiles. — Chez certains enfants spasmophiles, la mort peut survenir brusquement du fait d'un accès de *laryngospasme*. C'est là une éventualité heureusement assez rare, mais qu'on peut observer, *dès le premier accès*, alors que le sujet n'a présenté antérieurement ni spasme de la glotte, ni aucune autre manifestation de tétanie manifeste, contractures des extrémités ou convulsions.

Chez un enfant en apparence bien potrant et so vent floride, s'installe en quelques instants une dyspnée rapidement impressionnante. C'est d'abord un bruit glottique, sorte de « gloussement » inspiratoire très particulier, puis trois u quatre mouvements respiratoires de plus en plus pénibles, aboutissan à *l'apnée* : la tête rejetée en arrière, la face anxieuse et cyanosée, la bouche ouverte, les yeux exorbités, le corps couvert de sueurs froides, le nourrisson reste p rfois 20, 30 ou 40 secondes sans respirer. A ce syndrome de suffocation s'associent souvent des phénomènes convulsifs ou de la contracture des extrémités ; on constate l'existence d'un signe de Chvostek. Puis les mouvements respiratoires reprennent progressivement. Un seul accès d'apnée ou plusieurs accès se succédant à de larges intervalles sont rarement mortels ; mais dans certains cas d'accès subintrants, la mort peut survenir, moins du fait de l'asphyxie que d'une syncope liée à un cardiospasme (Ibrahim).

S'il ne s'agit pas ici de mort subite au sens propre du mot, *l'exitus* est néanmoins rapide et dans bien des cas *inattendu*, parce que contituant la première manifestation clinique de spasmophilie. Ici encore nous retrouvons le terrain spécial que nous avons déjà signalé à plusieurs reprises, le *status lymphatico-thymicus*, dont les manifestations s'associent si fréquemment à celles de la spasmophilie et du rachitisme.

Du laryngospasme, il faut rapprocher *l'œdème de la glotte*, soit qu'il fasse partie du tableau clinique de la maladie de Quincke, soit qu'il se développe autour de lésions parfois banales de laryngite aiguë. Dans l'immense majorité des cas, l'œdème de la glotte n'entraîne que des accidents passagers et curables, mais il peut être aussi mortel en quelques heures par asphyxie progressive. Nous avons vu tout récemment un cas de ce genre : le 10 janvier 1937, nous étions appelé en consultation auprès d'un superbe bébé de huit mois, qui, bien portant jusque là, avait été pris vers 10 heures du matin d'une *dyspnée* rapidement croissante. Il était 6 heures du soir ; lorsque nous arrivâmes auprès de l'enfant, celui-ci semblait sur le point d'expirer. Il présentait une dyspnée inspiratoire avec tirage sus et sous-sternal, de la pâleur des téguments et de la cyanose des lèvres et des extrémités. La respiration était accélérée et superficielle, avec des pauses pendant lesquelles les yeux se révulsaient et le pouls, déjà très faible, se suspendait complètement ; le corps était couvert de sueurs froides. Un rapide examen ne révélant rien d'autre et l'existence d'un *obstacle laryngé* étant probable, après avoir injecté deux centimètres cubes d'huile éthérocamphrée à l'enfant, nous nous mîmes en devoir d'examiner son larynx, aux fins d'un tubage éventuel. Au miroir, le larynx apparaissait rouge sombre, très œdématié, avec un aspect rappelant celui des laryngites de la rougeole à la phase anté-ulcéreuse. L'interrogatoire des parents nous apprit que l'enfant, légèrement enrhumé depuis deux jours, toussait rauque et était le matin même, légèrement enroué. La température était à 38°. Nous

(1) Lesné et Waitz, *Le Nourrisson*, 1930, p. 32.

nous disposions à tuber quand survint une syncope mortelle en dépit de la respiration artificielle et de l'injection intra-cardiaque de un demi centimètre cube d'adrénaline. Notre examen n'avait demandé que quelques minutes ; la durée totale de la maladie n'avait donc été que d'une *huitaine d'heures*, et le matin même, rien ne pouvait faire prévoir ce dénouement brutal.

4° La mort subite des nourrissons eczémateux (1). — Les faits que nous venons de relater (laryngospasme, œdème glottique) relèvent essentiellement d'une origine *mécanique*. Toute autre est la pathogénie des accidents foudroyants que peuvent présenter certains nourrissons eczémateux ; ces accidents sont bien connus depuis le mémoire initial de Hutinel et Rivet, mémoire où sont réunis sept cas de mort subite ou très rapide survenue chez des nourrissons eczémateux *admis à l'hôpital*. Voici d'ordinaire comment les choses se passent : un enfant, généralement âgé de moins d'un an, floride, mais porteur depuis assez longtemps d'un eczéma étendu, suintant, demi-croûteux, voire impétiginé de la face et du cuir chevelu, — est, pour son malheur, admis à l'hôpital. Au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures de séjour en salle éclatent des accidents excessivement graves.

Tantôt *c'est la mort véritablement subite* : après quelques instants de malaise, le nourrisson pâlit, s'agite, se raidit, son pouls file et en quelques secondes, la mort a fait son œuvre. Tantôt les accidents durent quelques minutes ou quelques heures : brusquement la température s'élève à 40° ou 41°, et va croissant ; l'*eczéma s'efface et disparaît*, en même temps qu'une pâleur cyanique envahit le visage. Le pouls s'accélère, devient filiforme, incomptable. La respiration est brève, superficielle, parfois irrégulière ou à type de Cheyne-Stokes. L'enfant tombe dans une prostration profonde entrecoupée de convulsions, les extrémités se refroidissent alors que la température centrale continue à monter et peut atteindre 42° et la mort survient dans un délai qui n'excède guère 4 ou 5 heures.

Ce tableau rappelle assez celui du grand choc anaphylactique ; à quelques variantes près, du reste, tous ces cas de mort foudroyante du nourrisson se ressemblent. Dans tous, ou presque, on retrouve *le terrain* si particulier auquel nous avons déjà plusieurs fois fait allusion enfants florides, gros et gras, présentant cet « *habitus pastosus* » caractéristique de l'état thymo-lymphatique. Chez les eczémateux il s'agit dans la règle d'une dermatose assez ancienne (ce qui permet de faire intervenir la notion d'une *sensibilisation* antérieure), étendue et suintante (constituant par conséquent une excellente surface de résorption). Presque toujours, les accidents mortels se produisent *chez des nourrissons placés en milieu hospitalier*, c'est-à-dire *infecté*. Enfin, ils coïncident souvent avec *le pâlissement brusque de l'eczéma*, ce qui justifie le mauvais renom des « eczémas rentrés » et donne un regain d'intérêt à la vieille doctrine hippocratique des « métastases ».

Des accidents aussi fréquents et aussi catastrophiques ne pouvaient manquer de susciter de nombreuses théories explicatives. Pour les uns (Hudelo, Sédillot) ils relèvent d'une *intoxication suraiguë* par suppression brusque de l'émonctoire que constitue l'eczéma chez des enfants à rein et à foie déficients. Pour les autres, la mort est due à l'état thymo-lymphatique (Heubner), à une myocardite (Bernheim-Karrer). Hutinel et Rivet émettent d'abord l'hypothèse d'une *septicémie foudroyante* à strepto- ou à staphylocoque, à point de départ cutané, notion que viennent infirmer les résultats des hémocultures pratiquées par Turquety pendant la vie des petits malades. Puis en 1927, Hutinel se rallie à la théorie du *choc anaphylactique*, dont les travaux de Feer, de Flandin et du Professeur Lereboullet montrent la vraisemblance : l'organisme du nourrisson eczémateux serait à la longue *sensibilisé* par les infections qui se développent au niveau des lésions cutanées, et le contact avec l'air surinfecté des salles hospitalières jouerait le rôle d'une injection déchaînante.

Il faut se rappeler l'état très spécial de l'organisme des nourrissons eczémateux ; chez ces enfants, il existe des *troubles du métabolisme aqueux*, caractérisés par l'abaissement du temps de résorption de la boule d'œdème et par l'augmentation de la teneur en eau du plasma et des tissus, modifications que l'on retrouve aussi dans le « status lymphatico-thymicus » de Paltauf. Ils présentent en outre un *déséquilibre protéinique*, lié à l'abaissement du taux des albumines du sérum et notamment du rapport sérine-globuline. Chez ces sujets en équilibre humoral instable, l'origine anaphylactique de la mort subite est prouvée non seulement par l'analogie clinique des accidents, mais encore par la ressemblance des lésions trouvées à l'autopsie : congestion et parfois hémorragies des centres nerveux, avec présence dans les vaisseaux de thrombus blancs, dits leucocytaires ou à plaquettes, caractéristiques du choc colloïdoclasique.

Le Professeur Lereboullet insiste avec raison sur le rôle « déclenchant » que joue l'air des salles d'hôpital, souvent trop chauffées, mal aérées, surchargées de poussières et d'une richesse microbienne inouïe ; cette quantité relativement considérable de substances protéini-

(1) Voir la thèse récente de Mlle Odette Pongeoise (Paris, 1933), inspirée par le Prof. Lereboullet.

ques en suspension dans l'atmosphère constitue l'*antigène* qui déchaîne chez l'eczémateux le choc anaphylactique dont la traduction clinique est la mort subite. Et cet antigène agit non seulement au niveau même des lésions eczémateuses, mais encore de toute la surface des alvéoles pulmonaires, si richement capillarisées, cette « plaie à vif » (Policard) dont le pouvoir de résorption est tel que l'air expiré sort pratiquement amicrobien (expériences de Strauss).

De ces notions pathogéniques découle *la prophylaxie* des accidents : lorsqu'un nourrisson eczémateux est amené à l'hôpital, il faut *à tout prix* éviter son admission dans les salles, et convaincre la mère (ce qui n'est pas toujours facile) qu'elle doit garder son enfant chez elle. Que si l'admission ne peut être évitée, l'enfant sera du mieux possible, soustrait aux inconvénients du milieu, placé dans un boxe d'isolement largement aéré, protégé contre les infections ambiantes. Car les accidents déclarés sont malheureusement presque toujours au-dessus de nos moyens thérapeutiques.

5° La mort dite « thymique » (1). — Dans un grand nombre de cas, la mort frappe brusquement le nourrisson alors que celui-ci n'est ni eczémateux, ni spasmophile, ni porteur de bacilles diphtériques, et qu'il n'a subi aucune intervention chirurgicale. Les circonstances dans lesquelles elle survient varient à l'infini. Ce peut être après un repas trop copieux, ou à la suite d'un bain trop chaud, ou trop froid, d'un simple examen de gorge, d'une vive douleur, d'un bruit violent. Quelquefois aussi l'enfant avait les jours précédents présenté du cornage et de la dyspnée et la mort marque la fin d'un accès de suffocation. Mais bien souvent aussi la catastrophe se produit inopinément, sans cause appréciable : l'enfant est foudroyé en quelques secondes au milieu d'un état de santé apparemment parfait. Il est inutile de revenir sur la symptomatologie de ces accidents ; la lecture de l'observation qui sert de prétexte à cet article montre suffisamment leur allure habituelle.

A regarder les choses de près, on s'aperçoit que ces morts subites et imprévues ne surviennent pas au hasard, mais qu'elles s'observent avec prédilection *chez certains sujets*, porteurs d'un état diathésique spécial. Même lorsque la mort peut être rattachée à une crypto-diphtérie, à un « eczéma rentré », au choc opératoire, on retrouve avec une fréquence impressionnante chez les nourrissons qui ont succombé les stigmates d'une constitution morbide particulière en quelque sorte prédisposante : la *constitution thymo-lymphatique.* Décrite dès 1889 par Paltauf, et précisée ensuite par Escherich, qui lui a donné son nom actuel, elle est caractérisée par l'intumescence des organes lymphoïdes, l'hypertrophie du thymus, et par une propension toute particulière à la mort subite.

Il s'agit le plus souvent d'enfants gras, empâtés, bouffis, aux chairs molles et pâles (*habitus pastosus* des auteurs allemands) chez lesquels l'examen révèle deux ordres de symptômes. C'est d'une part une hyperplasie *de tous les organes lymphoïdes* : les ganglions superficiels sont gros, mous, indolents ; les amygdales sont grosses, les follicules de la base de la langue sont hypertrophiés (Schridde) la rate est ordinairement accessible à la palpation. Ce sont ensuite des stigmates indéniables de *rachitisme* : déformations thoraciques, chapelet costal, tuméfaction des épiphyses, béance de la fontanelle, anémie. Si l'on suit ces enfants pendant quelque temps, on remarque qu'ils sont, plus que d'autres, sujets à certaines affections cutanées ou muqueuses : érythèmes, impétigo, eczéma. D'une façon générale, ils résistent mal aux infections. Enfin, *ils meurent le plus souvent de façon soudaine*, soit au cours d'une maladie aiguë, soit inopinément, en dehors de toute cause apparente.

Les auteurs classiques ajoutent à ce tableau les signes cliniques et radiologiques que l'on attribue habituellement à l'*hypertrophie du thymus.* Selon eux, cette hypertrophie se rencontrerait avec une grande fréquence à l'autopsie des enfants morts subitement et jouerait un rôle essentiel dans la genèse des accidents.

Ce rôle, il faut bien le dire, est aujourd'hui fortement contesté, surtout depuis les discussions du Congrès de Stockholm en 1930. Thymus et tissu lymphoïde, en dépit de certaines corrélations fonctionneles, ne sauraient être assimilés à deux organes d'un même appareil anatomo-physiologique et l'hypertrophie de l'un n'accompagne pas nécessairement l'hypertrophie de l'autre. Il est incontestable qu'à l'autopsie de nourrissons morts subitement, on trouve souvent un thymus volumineux ; mais n'est-ce pas précisément parce que la mort ayant été brutale, aucune involution n'a eu le temps de se produire, au rebours de ce qui arrive dans la plupart des maladies ?

Le poids du thymus *normal* est d'ailleurs loin d'être connu avec précision ; récemment Sokolow donnait les chiffres suivants : 4 gr. 8 à la naissance, 8 gr. 5 à six mois, 10 gr. 8 à un an, 9 gr. 9 à deux ans. Mais les recherches de Ronconi, de Hammar, de Boyd conduisent à doubler ces poids. La majorité des auteurs convient qu'on ne peut parler d'hypertrophie quand le poids du thymus est inférieur à 15 ou même à 20 grammes. Si ces chiffres ont quelque vérité, nombre d'observations anciennes perdent toute

(1) Voir la thèse de J. Odinet (Paris, 1934), p. 210 et seq.

valeur démonstrative quant au rôle éventuel de l'hypertrophie thymique.

Cependant, dans quelques cas, le thymus est véritablement très gros. Dans une observation de Wulsten (1), il pesait 45 gr. ; sur mille autopsies faites entre 1921 et 1929 dans un hôpital d'enfants à Chicago, I. M. Epstein (2) a relevé vingt-deux fois l'existence de l'état thymo-lymphatique et dix-sept fois un poids du thymus oscillant entre 22 et 50 grammes. Néanmoins, en admettant avec MM. Nobécourt et Boulanger-Pilet que sur le vivant le thymus gorgé de sang puisse augmenter de volume et de turgescence dans des proportions notables, il reste douteux qu'une hypertrophie de cet ordre puisse entraîner la mort par compression. Les expériences de Scheele ont en effet montré que pour aplatir la trachée il fallait exercer sur elle une pression de l'ordre du kilogramme, pression qui doit être rarement réalisée *in vivo*.

En réalité, dans la plupart des cas de mort subite dite « thymique » le volume accru du thymus est la seule anomalie décelable et il est le plus souvent impossible de mettre en évidence le moindre signe de compression. Parfois, il n'y a pas d'hypertrophie du tout, et, inversement, on trouve de gros thymus chez des sujets morts de la façon la plus banale.

Il faut donc renoncer à voir dans l'hypertrophie thymique la cause habituelle des morts subites et imprévues de la première enfance. On en est réduit à émettre des hypothèses, toutes plus ou moins sujettes à caution. Svelha invoque ce qu'il appelle l' « hyperthymisation », sorte d'intoxication suraiguë par une sécrétion thymique surabondante qu'il aurait reproduite expérimentalement en injectant à des animaux des doses élevées d'extrait thymique. Escherich remarque l'association fréquente de la spasmophilie et de l'état lymphatico-thymique et pense que la mort subite résulte d'un accès de laryngospasme. On note quelquefois chez ces sujets une hypoplasie portant à la fois sur les artères et sur le système chromaffine, notamment sur la zone médullaire des surrénales : Symmers en tire argument pour attribuer le *casus* à la rupture d'une artère cérébrale, et Campbell (3) à une brusque insuffisance surrénale.

D'autres théories font intervenir une crise d'*hypervagotonie*. On sait que le nourrisson est normalement vagotonique : le réflexe oculo-cardiaque apparaît chez lui de bonne heure (dès la deuxième ou troisième semaine) et reste très accusé pendant toute la première enfance. Ce fait, rapproché de l'hypoplasie des organes chromaffines évoquée précédemment, et de ce que la corticalité cérébrale, dans le très jeune âge, ne freine encore qu'imparfaitement le mésocéphale et le bulbe, conduit à admettre que le nourrisson « thymo-lymphatique » est en état de déséquilibre neuro-végétatif latent, que la moindre cause peut aggraver subitement en entraînant l'arrêt du cœur en syncope. Précisément, l'autopsie de ces enfants montre presque toujours un cœur vide de caillots et contracté en systole.

(1) *Deutsch. méd. Woch.*, LVII, n° 20, 15 mai 1931.
(2) *Amer. J. of Dis. of Children*, mai 1931.
(3) *Amer Journ. of Dis. of Children*, n° 12, 1932.

Récemment, Waldbott et Anthony (1) ont proposé une explication toute différente des faits ; ils pensent que la mort subite (ou rapide) du nourrisson est due à *un œdème pulmonaire suraigu d'origine anaphylactique*, dont ils auraient constaté l'existence dans 50 % des cas. Ces lésions, disent-ils, se distinguent nettement de la simple congestion passive. Leur apparition est grandement favorisée par la constitution spéciale, « thymo-lymphatique » des sujets dont l'équilibre humoral instable paraît être la note dominante. Ainsi la genèse de la mort dite « thymique » serait analogue à celle de la mort subite des nourrissons eczémateux, et le thymus n'y serait absolument pour rien.

Il vaut mieux reconnaître qu'à l'heure actuelle, aucune explication des morts subites et imprévues du nourrisson n'est véritablement satisfaisante. Tout compte fait, c'est peut-être encore la conception d'un choc anaphylactique (ou colloïdoclasique) agissant sur un organisme prédisposé par un état diathésique spécial, qui rend le mieux compte des faits observés. Il paraît en tout cas certain que le thymus n'est pas la cause de la mort improprement appelée « thymique » ; *il n'en est qu'un témoin*, prouvant par son hypertrophie, au même titre que les hyperplasies lymphoïdes, les stigmates rachitiques ou spasmophiliques et les perturbations du métabolisme, *la réalité d'un état constitutionnel spécial*. Tout enfant qui meurt subitement n'est pas forcément porteur du syndrome de Paltauf, mais tout enfant présentant ce syndrome est menacé de mort brusque. Quant à l'origine profonde du « status l mphatico-thymicus » elle nous échappe ; Marfan, M. Lemaire, Lereboullet pensent, non sans raisons sérieuses, qu'elle se rattache à l'hérédo-syphilis.

Nous sommes désarmés devant ces morts subites et inopinées, qui ne laissent pas au médecin le temps matériel d'intervenir. Encore faut-il connaître leur possibilité, ne serait-ce qu'en raison des problèmes médico-légaux que de tels décès peuvent poser.

(1) *Amer. J. of Dis. of Children*, n° 1, 1934.

LES TROUBLES DU FOIE CHEZ L'ENFANT (1)

Par

M. E. BINET et R. JAHIEL

La pathologie hépatique de l'enfant réalise souvent des syndromes à l'é at pur. Elle fait par ailleurs intervenir une hérédité directe, dont les manifestations peuvent être polymorphes. Ceci explique l'intérêt particulier qui s'attache à son étude.

L'hérédité hépatique est admise par la majorité des médecins. L'un de nous a pu retrouver, dans une statistique personnelle, s'étendant sur trente années d'observation, 784 enfants hépatiques, dont l'âge variait entre 5 et 15 ans, issus de parents eux-mêmes hépatiques. Dans cette statistique, le plus souvent la maladie existait chez la mère seule, plus rarement chez le père, quelquefois simultanément chez le père et la mère.

Le dépouillement de ces nombreuses observations ne nous a cependant pas permis, du seul point de vue anatomo-pathologique, de prendre parti entre la théorie de l'hépatisme de Glénard et celle, plus ancienne, de la cholémie familiale de Gilbert.

Par contre, leur étude clinique nous a conduits à distinguer trois formes principales dans le comportement de ces manifestations hépatiques de l'enfance.

Dans une première série de faits, l'on observe des troubles intermittents, souvent inopinés et de nature bénigne. Il s'agit d'enfants habituellement bien portants, dont le développement a suivi une courbe d'ascension régulière. A l'occasion d'un écart de régime plus ou moins notable ou aussi d'une fatigue anormale, survient une « *crise de foie* ». Celle-ci se caractérise par des douleurs plus ou moins vives dans la région hépatique, des épigastralgies, un ou deux vomissements. La crise dure un, deux ou trois jours au maximum. Elle s'est accompagnée ou non d'une légère température, parfois d'une augmentation *transitoire* du volume du foie, puis tout rentre dans l'ordre. L'enfant reprend ses occupations habituelles et un régime alimentaire normal qu'il supportera en général bien.

Si l'on fouille cependant l'histoire clinique d'un de ces cas, on note qu'un aliment déterminé (chocolat, œuf) est souvent mal supporté, qu'il est susceptible de provoquer une crise d'urticaire ou un accès de migraine ou encore un vomissement. D'autres fois, ce sont des palpitations qui apparaissent sans cause apparente, des vertiges, une instabilité de caractère ; dans d'autres cas même, existent des manifestations d'asthme infantile. Tous ces troubles, comme nous l'avons dit, sont intermittents, fugaces, marquent des incidents plus ou moins légers dans la vie de l'enfant. Mais l'état général demeure néanmoins florissant.

Ces faits constituent un ensemble qui permet de les classer dans la catégorie des syndromes fonctionnels intermittents. Leur comportement est réglé, dans leur essence même, par les variations du tonus neuro-végétatif, auxquelles le foie se révèle si sensible. Il est remarquable de noter souvent chez les parents et en particulier chez la mère, une similitude dans le caractère des accidents. Ainsi une enfant migraineuse aura une mère migraineuse ou atteinte d'un trouble voisin de la série neuro-végétative.

Le terme d'insuffisance hépatique appliqué à ces cas paraît, en général, inexact. Il n'y a pas d'insuffisance hépatique du point de vue clinique, car ces enfants supportent habituellement une nourriture variée et ne sont sujets qu'à des « faux-pas » du foie. Elle n'existe pas davantage du point de vue du laboratoire ; aucun des tests d'insuffisance hépatique, dans les selles, dans les urines, dans le sang, ne montre en effet d'anomalie importante ou persistante. Si même, dans certains cas, il se produit une ébauche d'épreuve biologique caractéristique, celle-ci est en retard sur les faits cliniques.

Il est donc indispensable de s'inspirer de ces faits pour juger des nécessités de la thérapeutique.

Faudra-t-il user de régimes de carence ? Nous ne le croyons pas. Il serait inutile et même nuisible dans cette période de croissance et de grands besoins physiologiques de limiter la ration alimentaire. Le seuil de tolérance ici n'est point abaissé. Mis à part les aliments pour lesquels l'enfant peut avoir une intolérance particulière, une idiosyncrasie qui cède à une désensibilisation de Besredka par le petit repas préliminaire, le même écart modéré de régime qui aura été la cause *supposée* d'une des crises pourra inopinément se répéter à d'autres moments, sans aucun dommage. Il va sans dire que lorsque la gourmandise a poussé un enfant, ce qui est fré-

(1) Nous éliminons de cette description, les tumeurs hépatiques, les kystes hydatiques, l'abcès du foie, très rares chez l'enfant ; la lithiase biliaire, moins exceptionnelle (dont les manifestations cliniques d'ailleurs se traduisent souvent par le syndrome de la « crise de foie ».

quent, à un abus culinaire souvent considérable, il pourra s'ensuivre un « embarras gastrique fébrile » avec langue sale, diarrhée, hépatalgie. Le rapport de cause à effet est ici évident, sans qu'il soit nécessaire de faire intervenir une insuffisance constitutionnelle de la cellule hépatique.

On choisira dès lors les médicaments nécessaires plutôt dans la série des drogues désensibilisantes comme le chlorure de magnésium, le calcium, dont l'effet nous a paru souvent excellent, les sédatifs du sympathique : cratœgus, valériane. On y ajoutera l'hydrothérapie, les agents physiques, la montagne, la cure hydrominérale, maniée dans le sens d'une action désensibilisante et enfin l'auto-hémothérapie quand elle est possible, l'hétéro-hémothérapie à partir du sang maternel, dans les cas où la filiation paraît évidente. Pour cette dernière thérapeutique, il sera toujours bon de vérifier les réactions sanguines de la mère, avant d'utiliser son sang.

Le calomel, les cholagogues, les extraits de foie, qui s'adressent à la cellule hépatique elle-même, ne paraissent point trouver ici leur indication.

S'opposant à cette forme bénigne, épisodique, des crises de foie, on peut décrire une forme plus sévère, continue, qui réalise chez l'enfant la *véritable insuffisance hépatique.* Elle est, heureusement, plus rare que la précédente. Il s'agit de sujets chétifs, qui poussent mal, et qui demeurent délicats, sujets à des maladies intercurrentes fréquentes. Ces enfants maigrissent ou plutôt n'engraissent pas, malgré les différentes thérapeutiques et diététiques mises en usage. Ils ont un appétit capricieux ou ils se plaignent d'inappétence. Leur tolérance alimentaire apparaît constamment abaissée. Leur vie s'émaille d'incidents hépatiques importants compliqués parfois d'ictère et de fièvre. Ces incidents peuvent se prolonger pendant des semaines. Ils laissent, après eux, un état général précaire, qu'il est difficile de modifier.

C'est dans ces cas que l'examen montre fréquemment un *foie qui reste gros de façon permanente* ; il est souvent douloureux, souvent aussi accompagné d'une splénomégalie. Les conjonctives apparaissent teintées de subictère, les selles peu colorées, les urines présentent, par intervalles, une coloration foncée caractéristique ; elles sont alors rares et l'on y décèle la présence, en quantité abondante, de sels et pigments biliaires. Les tests biologiques fournissent constamment les indices d'hypofonctionnement ou de dysfonctionnement de la glande.

L'enquête héréditaire nous met en présence de parents, chez lesquels l'atteinte du foie est marquée. Bien souvent, il s'agit d'une hérédité maternelle où syphilis et tuberculose peuvent jouer un rôle. Indépendamment d'elles, il est *permis* de retrouver au cours de la grossesse une maladie intercurrente grave : infection générale et plus spécialement coliques hépatiques à répétition, vomissements incoercibles, ictères.

Le pronostic est ici bien différent que dans le premier groupe. Il sollicite la surveillance *rigoureuse, précise, continue* des symptômes.

La thérapeutique toujours ardue aura à s'attaquer sans délai à l'insuffisance de la cellule hépatique : cholagogues, calomel, extraits hépatiques, opothérapie biliaire (extraits de bile), médicaments excitants de la nutrition (phosphates, vitamines), cure de Vichy sévère, régimes carencés de façon précise seront indispensables. Dans certains cas, comme nous l'avons dit, la syphilis héréditaire, le terrain tuberculeux demandent des soins spéciaux. Enfin, toute maladie intercurrente, même d'allure bénigne, exigera chez ces jeunes sujets des soins minutieux.

Dans un troisième groupe de faits, l'on est en présence d'accidents dont le caractère principal est d'éclore tardivement, *au moment de la puberté.*

Particuliers à la jeune fille ces accidents hépatiques surviennent :

1° soit brusquement, à l'occasion de l'une des premières règles, chez une enfant qui, jusqu'à cette époque, n'avait présenté aucun trouble digestif important. Cette crise de foie de la puberté surprend par l'intensité de ses symptômes. Mais c'est une crise bénigne. Elle s'apparente aux crises de foie fonctionnelles, que nous avons décrites dans le premier groupe. Elle représente une manifestation d'*auto-anaphylaxie aux règles.* Sa terminaison est brusque comme son début. Elle est souvent le prélude d'une série de crises qui vont se répéter chez la jeune fille et la femme à l'occasion des règles et pour lesquelles un traitement de désensibilisation par le sang menstruel peut être utilisé avec fruit.

2° soit plus progressivement. Ils sont alors irréguliers, polymorphes et apparaissent sur un terrain *dysendocrinien.* Les règles tardent à s'installer, sont insuffisantes, douloureuses, souvent rares. L'enfant n'est réglée qu'une ou deux fois entre 13 et 16 ans. Tout l'état général subit la répercussion de ce déséquilibre glandulaire et le foie y a sa large part. L'enfant a hérité de ses parents d'une insuffisance ou d'une dysfonction uni ou pluri-glandulaire.

Il est évident que, dans ces cas, la thérapeutique s'inspirera avant tout de cette cause et rien ne sera plus difficile que de corriger cette dysendocrinie.

Quelquefois les dysfonctions glandulaires, autres que celle de l'ovaire, ont pu se manifester précocément et produire leurs répercussions hépatiques avant la puberté. Mais ces cas sont

rares et, en principe, c'est surtout chez la jeune fille et au moment de l'installation des règles ques les troubles hépatiques, liés aux dysendocrinies, apparaissent.

En somme, dans ce court exposé, nous avons essayé de rappeler qu'à côté de l'insuffisance hépatique banale et parfois sévère de l'enfance, existe toute une série d'autres troubles que l'on peut grouper en différentes catégories : crises de foie développées sur un terrain neuro-végétatif ; crises menstruelles d'auto-sensibilisation aux règles ; troubles de dysendocrinie générale ou uniglandulaire à répercussion hépatique.

Ces dernières étiologies permettent de saisir la cause initiale de la prédominance des troubles hépatiques retrouvée plus tard chez la femme. Le contingent important apparu au moment de la puberté féminine s'oppose à celui qu'une puberté masculine beaucoup plus progressive est capable de produire.

Cette notion, dont la valeur pratique ne saurait être contestée, mène au tableau clinique, si commun dans l'âge adulte, des accidents cycliques où le foie, directement en cause, masque son trouble intime sous l'apparence d'accidents étiquetés à tort cholécystite chronique.

SYNDROME DE LITTLE (1)

Professeur Ombrédanne

Voici un garçon de 5 ans, très amaigri, et qui fortement soutenu par l'infirmière, s'avance péniblement vers vous en entre-croisant les jambes en ciseaux, en marchant sur la pointe des pieds, les orteils contracturés. A première vue le diagnostic de *syndrome de Little* s'impose.

Le mécanisme de ce syndrome est sujet à discussion. Quoiqu'il en soit ce sont souvent des enfants nés en état d'asphyxie ; la lésion courante est une dégénérescence du faisceau pyramidal peut-être secondaire à des lésions des noyaux gris centraux.

Mais là n'est pas l'intérêt que présente pour nous ce malade. Ce qui nous préoccupe c'est l'analyse des séquelles, qui réglera le pronostic opératoire.

Ces séquelles sont de trois ordres :

1° Les phénomènes de contracture qui se produisent si l'enfant cherche à marcher : les adducteurs de la cuisse, les ischio-jambiers et le tendon d'Achille sont les plus contracturables ;

2° Les phénomènes d'incoordination motrice qui persistent chez ceux qu'on a traités chirurgicalement pour lutter contre la contracture par sections tendineuses ou nerveuses. Ils jettent le pied en dedans, en dehors, hésitent, tâtonnent, puis enfin le posent là où il faut. Chirurgicalement on ne peut rien contre cette incoordination. C'est une rééducation à faire : on dessine une échelle sur le sol et le malade doit apprendre à poser son pied correctement dans chaque case ;

3° Le facteur psychique : il a une très grosse valeur pronostique puisque si l'enfant est idiot il est inutile de l'opérer ; il ne sera pas rééducable.

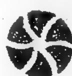
L'insuffisance psychique s'observe souvent dans le syndrome de Little, à tous les degrés : depuis l'enfant qui peut apprendre à lire et à écrire et chez lequel on pourrait espérer de bons résultats grâce à la rééducation qui pourra corriger l'aberration motrice, jusqu'à celui qui est idiot et chez lequel on n'arrivera à rien.

Le psychisme de notre petit malade est satisfaisant. Il n'y a pas de clonus du pied. En procédant doucement et progressivement on transforme l'équinisme du pied en hypertalus : ce ne sont donc pas des lésions particulièrement graves en face desquelles nous nous trouvons. Les réflexes rotuliens sont exagérés.

Conclusion : il y a intérêt à opérer.

Nous ferons successivement, c'est-à-dire en plusieurs actes opératoires : 1° un allongement du tendon d'Achille ; 2° une section de l'insertion des adducteurs, avec résection du nerf obturateur ; 3° une ténotomie des ischio-jambiers, ou la suture de leurs filets nerveux moteurs.

(1) Polyclinique du lundi de l'Hôpital des Enfants malades.

NOUS ENTRERONS DANS LA CARRIÈRE...

C'était un pauvre avorton, souffreteux et malingre, tout tortu, tout mal f....tu ! Pottique, coxalgique, etc.

J'avais eu l'occasion de lui donner des soins à deux reprises déjà, mais il était de ces gens qui « prennent une consultation », comme on achète une boîte d'allumettes, — jamais le médecin ne les tient, ne les dirige, ne les connaît donc vraiment.

Il ne recourait au praticien que s'il souffrait d'une crise plus violente qu'à l'ordinaire, mais il ne se prêtait guère à l'examen, désirant seulement être momentanément soulagé... Ensuite il recommençait à se soigner à sa guise, selon ses connaissances, je veux dire selon la lecture des journaux, des brochures, etc., qui lui étaient tombés sous les yeux. Le diagnostic ? Il n'avait besoin de personne pour l'établir. Ne sentait-il pas mieux que personne ce qu'il sentait ?

Il arrivait qu'un médicament lui plût. Pourquoi ? Il lui plaisait, tout simplement. *Le nom* donné au produit semble avoir concouru à cela ! (Avis aux créateurs de spécialités).

Alors, il en usait et abusait : il y a quatre ou cinq ans, lors de ma première visite, je lui en avais prescrit une, je viens d'apprendre que depuis lors il en a consommé près de *deux cents* flacons !

Je l'avais perdu de vue, mais il dut me rappeler il y a quelques mois. C'est alors qu'apprenant ce fait, je l'incitai à plus de modération, et lui conseillai autre chose...

Que fit-il ? Je ne le sais, toujours est-il que l'autre jour on me rappelait pour lui.

Je le trouvai dans un taudis, sur un grabat, et au milieu de quel parfum ! C'était un vieux garçon, malade, il vivait tout seul, il était atteint d'incontinence d'urines... vous sentez çà !

C'est ma prostate, me dit-il, tout de suite (je répète qu'il faisait lui-même son diagnostic).

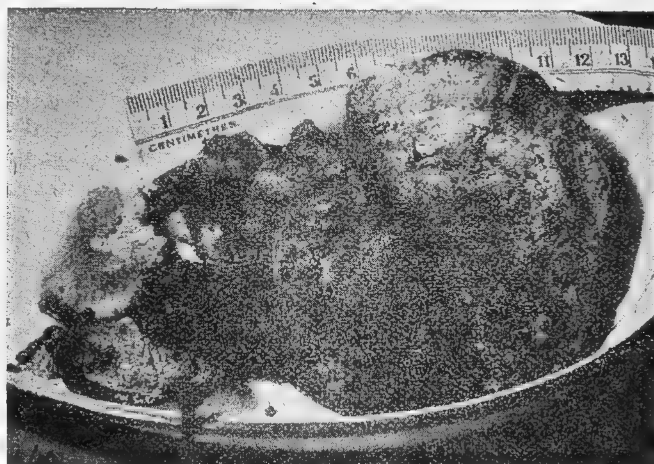
Son état était si misérable, et les conditions de son habitat étaient telles que je demandai qu'il fut conduit à l'hôpital privé pour le soumettre à l'examen du Docteur Minet.

Un sonde arriva jusqu'à la vessie, mais il fut impossible de l'y faire pénétrer, *elle semblait repoussée.*

Un toucher rectal fit sentir, non pas une prostate, mais quelque chose de très gros et de très dur ? ? ? Néo ? ?

On attendt donc le lendemain pour essayer un nouveau sondage, mais ce fut comme la veille, il fallut alors se décider à ouvrir la vessie. Cela permit une exploration, qui montra plus nettement le « quelque chose de gros et de dur ».

La surface en était arrondie, elle était blanchâtre, et s'effritait sous le doigt. Plus de doute, c'était un énorme calcul calcique. On ne nous avait pas parlé d'hématurie, cependant par la suite le malade nous dit qu'il avait *du en avoir une* — dans l'enfance — (il a aujourd'hui 49 ans).



Calcul pesant 425 gr. (et les débris en plus, au moins 50 gr.) extrait d'une vessie en février 1937

Pour extraire ce caillou il fallut se résoudre à le briser, ce qui ne fut possible qu'à l'aide du ciseau et du marteau (dans la vessie même). La photographie, ci-jointe (qui ne montre que l'ensemble des gros morceaux, la pierraille n'a pu être recueillie) montre bien la grosseur que pouvait avoir ce calcul. L'ensemble de ces morceaux pèse 425 grammes. Ce calcaire doit être de formation si ancienne qu'on eut pu y trouver... des fossiles !

Et pourtant il a pu être toléré bien longtemps !

Mais les suites, pensera-t-on ? Eb bien les suites semblent devoir être très simples : le malade est soulagé, il ne souffre plus, il n'y a plus qu'à lui donner le temps (après une suppuration plus ou moins longue, évidemment) de refermer sa vessie. Il ne s'est même pas payé le luxe d'une hémorragie !

En somme :

« Il ne pouvait devenir danseur ! — ce fut un calcul qu'il obtint ! Qu'on me pardonne cet horrible à peu près, vu la beauté du calcul ».

Dr E. DAMEY.

AU CHEVET DES PATIENTS

I

UNE NOUVELLE VARIÉTÉ DE SYPHILIS SANS CHANCRE : L'ADÉNOPATHIE PRIMAIRE

C'est un problème nouveau pour les médecins du dispensaire de salubrité.

Chez une malade, l'adénopathie primaire, avec présence de tréponèmes, non précédée d'un chancre d'inoculation, fut seule à révéler le début d'une infection syphilitique. *Elle permit de déjouer une accusation mal fondée de contamination* : l'accusateur se trouvait être, au contraire, l'agent de contamination !

Telle est l'intéressante histoire, que rapportent MM. **Clément Simon et I. Braley** (1). En voici tout d'abord l'exposé succinct :

Une femme, soupçonnée d'avoir contaminé un homme, est mise en observation. Elle ne présente, au début, aucun signe clinique, ni sérologique de syphilis.

Sous les yeux des observateurs apparaît au bout de vingt-trois à vingt-cinq jours : un ganglion inguinal, dans lequel on trouve des tréponèmes, et, après un nouveau délai de vingt-quatre jours, se montre une roséole, sans qu'aucun chancre n'ait pu être décelé. Les réactions sérologiques se développent progressivement pour atteindre la positivité forte : pour le Hecht dix jours, et pour le Wassermann vingt-quatre jours après l'apparition de l'adénite.

Il s'agit d'une syphilis sans chancre, d'une syphilis dite « décapitée ». De plus, les dates soigneusement étudiées permettent d'affirmer que la femme soupçonnée *ne pouvait être contagieuse à la date désignée* par le plaignant.

Cette observation mérite d'être rapportée avec tous ses détails.

Le 7 octobre, il était signalé au Docteur J. Bralez qu'un malade, vu le matin même à une polyclinique, présentait un chancre syphilitique évident, et qu'il accusait une femme, avec laquelle il avait eu des rapports dans une maison de tolérance les 13 et 20 septembre.

Les renseignements donnés par le malade ont permis de retrouver facilement cette femme. Il s'agit d'une prostituée de 21 ans, qui était entrée dans cette maison le 1er septembre, *munie du certificat médical et sérologique règlementaire.* J. Bralez l'examine le 10 octobre et ne trouve rien, sinon des érosions légères du col, d'origine métritique, sur lesquelles, cependant, il fait à deux reprises des prélèvements aux fins d'examens ultra-microscopiques : examens restés négatifs. Le même jour, les réactions de Wassermann et de Hecht, exécutées dans deux laboratoires différents (dispensaire de salubrité et hôpital Saint-Lazare), sont négatives.

Si donc il existait des manifestations syphilitiques contagieuses aux dates indiquées par le plaignant (13 et 20 septembre), elles avaient complètement disparu le jour de l'examen de J. Bralez, le 10 octobre, respectivement vingt-sept et vingt-jours après. *La négativité des réactions* permettait de croire — sinon d'affirmer — que l'on n'était pas en présence d'un cas de syphilis secondaire, dont les lésions vulvaires, présentes au milieu de septembre, auraient spontanément guéri. De même, on pouvait éliminer l'idée d'un chancre vulvaire, en raison de l'absence d'adénopathie. L'hypothèse la plus vraisemblable était celle d'un chancre du col. Malgré donc les examens ultra-microscopiques négatifs des érosions du col, la malade est mise en observation, en s'abstenant de tout traitement, pour surveiller l'apparition de la roséole ou des accidents secondaires. La suite des événements montra bien autre chose.

Rien d'anormal jusqu'au 3 novembre, date à laquelle on note une légère augmentation de volume d'un ganglion dans l'aine droite. Mais, le 7 novembre, on ponctionne ce ganglion et on y trouve facilement plusieurs tréponèmes très mobiles à l'ultra-microscope. Devant cette constatation, on faisait une nouvelle recherche de tréponèmes sur les érosions de cervicite, sans le moindre résultat. Le 27 novembre, des taches à peine visibles apparaissent sur le tronc., et, le 30 novembre, la roséole devient évidente.

Les réactions sérologiques évoluent de la façon suivante :

DATES	WASSERMANN	HECHT
—	—	—
3 novembre	— — — —	— — + +
7 »	— — — —	— + + +
13 »	— — — —	+ + + +
20 »	— + + +	+ + + +
27 »	+ + + +	+ + + +

Bref, les rapports suspects remontent aux 13 et 20 septembre ; la femme est mise en observation à partir du 10 octobre . A cette date, les résultats de la clinique, comme ceux de la sérologie sont négatifs. Mais peu à peu, les réactions de Hecht et de Wassermann se développent, et le 27 novembre elles atteignent une positivité com-

(1) *Le Bulletin Médical*, 20 février 1937.

plète. Quant au chancre, à aucun moment il n'est apparu ; mais, dès le 3 novembre, on notait l'augmentation de volume d'un ganglion, avec présence de tréponèmes cinq jours plus tard ; enfin, le 30 novembre, c'était la présence d'une roséole typique.

Comment expliquer la possibilité d'une adénopathie primaire, non précédée d'un chancre syphilitique. On a pu produire une infection spécifique en déposant des tréponèmes mélangés avec un véhicule, dans le vagin d'une lapine, sans *y faire d'érosion.* Si la proportion de ces tréponèmes est trop forte, il y a chancre d'inoculation ; si, au contraire, elle est frop faible, il y a syphilis sans chancre. (Gastinel).

On comprend que des conditions analogues aient pu être réalisées chez la femme en question. Dépôt et séjour dans le vagin de la matière virulente, provenant d'un chancre ou de syphilides ; dilution de cette matière virulente par les sécrétions vaginales, ou par des liquides antiseptiques ou par des agents lubrifiants ; passage dans la circulation à travers la muqueuse vaginale ; apparition de l'adénite, qui signale le point d'inoculation, et fait supposer l'absence d'un « chancre histologique », qui échappe à notre observation.

Voici les déductions, qu'il est facile de tirer, en appliquant ces données au cas présent :

Le bubon étant apparu sous les yeux des observateurs, le 3 novembre, on peut penser que le « chancre histologique » existait depuis une huitaine de jours, s'il en va des chancres histologiques comme des chancres classiques. La malade n'aurait donc été *contagieuse qu'à partir du* 25-26 *octobre*, et non au 13 ou 20 septembre. Il est donc impossible qu'à ces dernières dates le plaignant ait été contaminé.

Cette observation montre une fois de plus avec quelle prudence il faut accueillir les plaintes en contamination, même quand elles sont faites de bonne foi.

II

POUR LA CHIRURGIE DE L'ANTHRAX, MÊME CHEZ LES DIABÉTIQUES : UNE MÉTHODE RECOMMANDÉE

Par cette méthode, le Docteur **G. Pascalis** (1) a opéré, et guéri sans incidents, ni accidents, 531 anthrax. La plupart étaient diabétiques, et le savaient ; les recherches de laboratoire (glycosurie et glycémie, car l'essai à la liqueur de Fehling, seul, expose à de lourdes erreurs) ont confirmé leurs dires : 32 % ignoraient leur état ; 11 % étaient indemnes de tout diabète, comme l'ont montré les recherches, répétées tous les deux jours pendant la durée du traitement. Le plus grand nombre cependant étaient des insuffisants hépatiques ou des surmenés.

Le volume des furoncles variait de celui d'une petite noix à celui d'une grande paume de main. La plupart étaient nettement circonscrits, 2 % avaient tendance à la diffusion.

Tous ont été opérés le plus rapidement possible. A ceux qui étaient au début de leur évolution, on a fait en plus un traitement au vaccin antistaphylococcique. Et, fait à retenir, c'est après le propidon, un vaccin buccal, qui s'est montré le plus actif. Chez les diabétiques avérés, un traitement de la maladie générale a été institué, allant du simple régime à l'insulinothérapie en passant par la gamme médicamenteuse. Bien entendu, dans les cas où elle était indiquée, l'insuline a précédé le bistouri.

L'opération consiste, à l'aide d'une incision cruciforme qui dépasse la limite du mal, en une ablation massive, couteau en tissus sains, comme s'il s'agissait d'une tumeur maligne.

L'ablation terminée, l'hémostase assurée, la face profonde des lambeaux est touchée au fer rouge, avant de les rabattre sur une mèche imbibée de bouillon antistaphylococcique. Un gros pansement humide est mis en place et renouvelé, pendant quarante-huit heures, en même temps que sont faites de larges pulvérisations d'une solution de sulfate de cuivre à 1/1.000^{e}. A ce moment la mèche est enlevée, la plaie irradiée aux rayons ultra-violets et pansée au tulle gras, recouvert d'oléate de cuivre.

Dans les cas anciens, où les bourbillons s'échappent à travers une peau ulcérée, on se contente d'évacuer à la curette la masse sphacélée et suppurante ; mais le pansement reste le même.

Toutes les fois que la marche est envahissante, l'opération est complétée par un barrage circulaire de pointes profondes au thermocautère au pourtour de la lésion, et de vaccin. Enfin à la face, pour raisons esthétiques, chaque fois que le volume de la tumeur l'a permis, une large destruction sous-cutanée a été faite au fer rouge, par un pertuis créé avec la pointe fine. Par celui-ci, après grand lavage à l'éther une mèche imbibée de bouillon vaccin assure le drainage.

« Les chiffres ne suffisent point pour de fermes conclusions. Ils permettent cependant de dire que la méthode sanglante, même lorsqu'elle n'est point exécutée par une main de magicien, donne des résultats excellents et rapides, laisse des cicatrices souples, toutes choses que n'assure point la destruction au thermocautère. »

G. FISCHER.

(1) G. PASCALIS. — Traitement chirurgical de l'anthrax. (*Journal des praticiens*, 13 février 1937).

LES ANÉMIES « RÉSIDUELLES » DES COLONIAUX

Comment les traiter

On sait que l'anémie est fréquente chez les coloniaux ; le plus souvent, ces états anémiques sont liés à des infections parasitaires, soit sanguines, soit digestives, au premier rang desquelles il faut citer, comme étant les plus communes, le paludisme et l'amibiase.

De telles anémies secondaires disparaissent en général spontanément après un traitement approprié de l'infection, qui leur a donné naissance ; mais ce n'est pas toujours le cas : on peut les voir survivre à titre de séquelles, persister même après disparition du parasitisme causal, et prendre alors vraiment les caractères d'une anémie « résiduelle ».

C'est dans ce cas que s'impose un traitement non plus étiologique, mais symptomatique, destiné à réparer la déficience sanguine et à stimuler l'activité hématopoiétique affaiblie.

Quel traitement convient-il dès lors d'appliquer à ces anémies résiduelles ? C'est ce que nous voulons examiner.

On sait que les médications antianémiques biologiques, dérivées des recherches de Whipple, jouissent à l'heure actuelle d'une très grande faveur auprès du public médical. Les extraits hépatiques ou gastriques sont entrés dans la pratique courante et largement utilisés comme moyens de lutte contre l'anémie.

Mais ces médications biologiques ne s'appliquent pas avec le même succès à toutes les variétés d'anémie. Elles sont formellement indiquées et indispensables, dans les anémies de type hyperchrome, celles dans lesquelles l'étude du sang révèle une atteinte profonde de la moelle osseuse, avec retour à une activité embryonnaire. Mais ce n'est pas le cas, dans les anémies résiduelles, post-parasitaires, que nous envisageons ici. Celles-ci rentrent dans la catégorie des anémies hypochromes, simples, dans lesquelles les remèdes chimiques minéraux gardent une prépondérance absolue.

Les substances minérales, actuellement utilisées dans le traitement des anémies, sont surtout le fer, l'arsenic, le manganèse et le cuivre.

Le manganèse et le cuivre ne constituent guère que des médicaments d'appoint, susceptibles de s'associer aux deux autres ou à la rigueur de les remplacer dans certains cas, où ceux-ci seraient contre-indiqués. Cependant, il faut mentionner que les propriétés antianémiques du cuivre ont fait l'objet ces temps derniers d'études et d'expériences, tendant à montrer qu'elles sont plus importantes qu'on ne l'avait cru jusqu'à présent. Les auteurs, qui ont utilisé ce corps en thérapeutique, ont employé surtout une solution de sulfate de cuivre à 1 p. 100 à la dose de X à XX gouttes, deux ou trois fois par jour.

L'arsenic est un puissant excitant des fonctions cellulaires en général, et son ac ion hématopoiétique est remarquable. Dans l'anémie, on le donne, le plus souvent, sous forme de liqueur de Fowler ou de méthylarsinate de soude ; il faut l'administrer doses modérées, son action stimulante sur l'hématopoièse ne se montrant pas plus complète ni plus rapide, à fortes doses.

Chez les coloniaux, dont le foie est souvent déficient, son emploi demande à être particulièrement surveillé, et il convient parfois de s'en abstenir, même à faibles doses.

Tout compte fait, c'est encore le fer, qui reste le médicament capital des anémies hypochromes et qui, souvent, est suffisant à lui seul pour assurer la régénération du sang.

Les formes pharmaceutiques sous lesquelles peut être administré ce métal sont nombreuses ; on les trouve énumérées dans tous les formulaires avec leur posologie, et il n'y a pas lieu de s'étendre ici avec détail sur ce sujet. Disons simplement que le tartrate ferrico-potassique, le fer réduit, le carbonate de fer, le protoxalate de fer sont parmi les préparations les plus employées. Le protoxalate de fer surtout, grâce à l'autorité de Hayem, qui lui donnait la préférence, a connu et connaît encore une grande faveur, méritée non seulement par son efficacité, mais par sa bonne tolérance au regard du tube digestif; il s'administre en cachets, à la dose moyenne de 0 gr. 20 à 0 gr. 50 par jour, au débu des repas.

Il y a lieu, à notre avis, d'insister sur une forme de la médication martiale, qui, le cas échéant, ne doit pas être négligée, surtout chez les coloniaux : c'est la forme hydro-minérale, je veux dire la cure d'eau ferrugineuse dans une station thermale appropriée.

On pourrait objecter théoriquement que la teneur en fer de ces eaux est toujours relativement faible, même pour celles qui en contiennent le plus, et qu'en conséquence il vaut mieux s'adresser aux préparations pharmaceutiques, qui apportent à l'organisme de plus fortes doses de ce métal. Mais, si on donne de fortes doses de fer, c'est parce qu'il n'y en a jamais qu'une infime

partie assimilée ; le reste ne fait que traverser le tube digestif sans être absorbé ; il faut donc bien penser que, sous la forme hydro-minérale, les composés ferrugineux sont plus assimilables, puisque de faibles doses se montrent actives. D'après Fontès et Thivolle, pour que le fer puisse être absorbé au niveau du tube digestif, il faut qu'il s'y trouve à l'état d'ions ; on peut dès lors supposer que c'est à leur facilité de dissociation ionique que les composés ferrugineux des eaux minérales doivent leur assimilation intégrale, et partant leur remarquable action hématopoiétique à faibles doses.

Il convient donc de retenir cette efficacité des cures minérales ferrugineuses dans les anémies hypochromes. Dans ces anémies coloniales résiduelles, dont nous parlons, elles sont d'autant plus indiquées qu'il s'agit souvent de sujets débilités par les rigueurs des climats chauds ; le changement d'air, les conditions climatique favorables, offertes par la station de cure, sont alors autant d'éléments qui peuvent contribuer au relèvement de l'état général et favoriser ainsi la reconstitution sanguine.

En France, un assez grand nombre de sources minérales contiennent du fer, mais ce n'est seulement que dans quelques-unes que l'intervention de ce métal peut-être considérée comme prépondérante au point de vue thérapeutique. Parmi celles-ci, citons surtout : Bussang, Forges-les-Eaux, Orezza, Charbonnières, Vals. Les eaux de Bussang méritent une mention particulière, parce qu'elles associent au fer, deux autres agents hématopoiétiques, l'arsenic et le manganèse : de ce fait, elles constituent, comme on a pu le dire, une potion antianémique complète. En outre Bussang, situé dans les Vosges méridionales, jouit d'un climat de moyenne altitude, à propriétés essentiellement toniques ; pour des anémiés en provenance des pays chauds et souvent débilités par les chaleurs tropicales, de telles conditions climatiques sont particulièrement propres à favoriser l'action thérapeutique de la cure de boisson.

Si les eaux ferrugineuses constituent, ainsi que nous venons de le dire, un mode d'application de la thérapeutique martiale, particulièrement précieux chez les coloniaux, il faut cependant se rappeler le conseil de prudence, donné par le Professeur Bonnin, qui recommande ne ne pas envoyer en cure thermale un colonial, non encore nettoyé de son infection et de ses parasites. Avant toute cure minérale d'anémie parasitaire, il faut donc s'assurer que l'infection causale ne subsiste pas à l'état subaigu; dans le cas contraire, il ne s'agirait assurément pas d' « anémie résiduelle », et il est bien évident que la thérapeutique symptomatique devrait céder le pas à la thérapeutique étiologique.

Dr F. Phipps.

SUGGESTIONS POUR FACILITER LA PONCTION VEINEUSE

Si vous désirez ponctionner une veine « difficile » au pli du coude, recommande J.-S. Lundy, M. D. (1), envelopper la main, le poignet, l'avant-bras et le bras jusqu'au-dessus du coude d'un pansement humide chaud fait avec une serviette de toilette recouverte de taffetas chiffon. Placer en outre des bouteilles d'eau chaude le long du membre mis en position déclive. Au bout de vingt à trente minutes, la chaleur humide a congestionné les tissus et le garrot fera aisément saillir les veines.

Méfiez-vous aussi de l'alcool ou de la solution antiseptique dont le contact froid fera se contracter les veines.

Enfin dans les cas particulièrement difficiles poussez un 1/2 c. c. de solution analgésique sous la peau et jusqu'au contact de la veine de façon à rendre celle-ci insensible.

Il est commode une fois la peau ponctionnée, de tirer légèrement sur le piston de façon à faire un peu de vide et de maintenir le piston avec le pouce : le sang apparaîtra dans la seringue dès que le biseau aura pénétré dans la veine.

S'il y a à faire une série d'intra-veineuses quotidiennes, un bon procédé est de tracer un repère au devant de la veine avec une solution colorante.

Chez les nerveux, calmez-les préalablement, pour éviter les mouvements intempestifs, avec un barbiturique.

N'essayez pas de ponctionner directement la veine, mais introduisez d'abord l'aiguille sous la peau parallèlement à la veine ; piquez celle-ci dans un second temps.

Avec les doigts de la main qui ne tient pas la seringue, exercez une contre-poussée exactement opposée au sens de progression de l'aiguille.

Si la veine est grosse, piquez avec le biseau en dessus.

Si la veine est menue, piquez avec le biseau en dessous.

G. Lavalée.

(1) Staff meetings of the Mayo Clinic, february 24-1937.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Complications cardiaques des cirrhoses pigmentaires

Malgré la rareté relative des troubles cardiaques observés chez les malades atteints de cirrhose pigmentaire, il paraît difficile d'y voir l'expression d'une fortuite coïncidence. Ces troubles offrent un aspect clinique assez particulier et homogène. Leur pathogénie précise nous échappe encore ; actuellement l'intervention de troubles endocriniens est encore loin d'être prouvée. Plutôt que de faire intervenir pour une part ce facteur, ainsi que la sidérose myocardique ou l'hémolyse ; ce qui semble absolument artificiel, MM. R. FROMENT et O. LORAS préfèrent avouer que nous ne pouvons actuellement préciser la pathogénie de ces troubles. (*Gazette Méd. de France*, 15 février 1937.)

L'abcès central du rein à forme hématurique

Le Docteur LERUITTE après avoir rappelé que l'abcès central du rein est une affection rare, qui mérite une classification spéciale, démontre qu'il est constitué anatomiquement par une suppuration collectée qui s'ouvre dans les voies naturelles. Cet abcès est dû à un agent pyogène banal qui est fréquemment le colibacille. Cliniquement, l'affection se caractérise par une hématurie spontanée, indolore, abondante, avec présence de caillots. Les examens paracliniques mettent en évidence une déficience fonctionnelle du rein malade. On note la présence de pus avec nombreux microbes dans les urines recueillies au niveau du bassinet. La pyélographie montre une modification des contours de la cavité pyélique.

Le diagnostic différentiel entre l'abcès hématurique d'une part et les tumeurs ou la tuberculose rénale d'autre part, est très difficile, voire même impossible. On se basera surtout sur la pyurie avec présence de microbes et sur les modifications du bassinet révélées par la pyélographie. On ne peut pas donner une règle générale dans le traitement de l'abcès central hématurique. Les altérations rencontrées au cours de l'intervention règleront la conduite du chirurgien. Il s'efforcera d'être conservateur mais il sera fréquemment obligé de pratiquer la néphrectomie. (*Bruxelles-médical*, 7 mars 1937).

Le diagnostic des troubles endocriniens par l'interférométrie

D'après le Docteur MICHOTTE, la méthode interférométrique ne doit être rejetée *a priori*, ni exaltée outre mesure. Il ne faut pas demander ce qu'elle ne peut donner, c'est-à-dire un diagnostic précis à elle seule. Elle ne peut indiquer qu'une dysfonction, des examens complémentaires doivent en fixer ultérieurement le sens.

Son mérite est de nous guider vers le diagnostic dans les troubles parfois si complexes de l'endocrinologie où l'atteinte d'une seule glande vu l'inter-dépendance de celles-ci, est rare. (*Le Scalpel*, 6 mars 1937.)

Méthodes usuelles pour explorer la vésicule et le foie au cours de la lithiase biliaire

Le Professeur CASTAIGNE établit que pour le diagnostic le dosage des pigments biliaires dans le sang peut avoir une importance parfois considérable. Par exemple, si l'on hésite au sujet d'une colique lithiasique, et que l'on opère, on peut trouver simplement ulcères ou appendicites mais ni lithiase, ni cholécystite, alors que les malades n'avaient pas de bilirubinémie en excès. Le dosage de la bilirubine sanguine doit donc être pratiqué dans tous cas douteux de lithiase biliaire.

Pour le pronostic chez un lithiasique : galactosurie à concentration exagérée, bilirubinémie forte, polypeptidémie manifeste constituent un groupement de signes de gravité. Mais il n'en résulte pas qu'on doive faire intervenir immédiatement le chirurgien. Bien au contraire, il y a lieu de tâcher d'obtenir, avant de passer à l'acte opératoire, s'il est indiqué, une amélioration de l'hépatite parenchymateuse que l'on est en droit de soupçonner d'après ces épreuves. Après mise en œuvre des traitements médicaux les plus indiqués, nouvelle exploration fonctionnelle de la cellule hépatique. Trois éventualités principales pourront alors se produire :

a) Les résultats des épreuves fonctionnelles restent mauvais, malgré le traitement médical : il faut se dépêcher d'intervenir, en réduisant au minimum l'intoxication due à l'anesthésique et les manœuvres opératoires.

b) Les épreuves fonctionnelles donnent des résultats meilleurs, mais l'ensemble des accidents cliniques indique la nécessité d'une intervention : le chirurgien, en raison de l'amélioration nettement constatée de l'insuffisance hépatique, pourra faire l'opération qu'il désire, sans avoir besoin de remettre à un second temps une opération complète si elle est indiquée.

c) Non seulement les épreuves fonctionnelles sont redevenues très bonnes, mais l'état s'est très manifestement modifié en bien. Le traitement médical pourra être continué et il sera possible, s'il n'y a pas d'aggravation, d'éviter l'opération.

d) La surveillance du malade après l'opération, par l'utilisation de ces méthodes d'exploration fonctionnelles est tout aussi utile que dans le cours du traitement médical.

Il pourra se faire que parfois les trois ordres de symptômes persistent assez longtemps, ce qui permettra d'être réservé sur le résultat de l'opération. Si le malade a un drain dans ses voies biliaires et que, malgré cela, la bilirubinémie persiste au même taux, on devra conseiller le maintien du drain un peu plus longtemps. Mais, le plus souvent, avec les techniques employées actuellement, et les indications opératoires posées à bon escient, le nombre des succès complets est devenu bien plus considérable et, dans les cas favorables, en deux ou trois semaines, on voit disparaître l'hypercholémie, la concentration exagérée du saccharose, ainsi que la polypeptidémie : la vésicule étant débarrassée de ses calculs et ayant été désinfectée, les cellules hépatiques ont repris leur fonction normale. (*Le Journal Médical français*, janvier 1937).

Les récidives de la diphtérie

La diphtérie crée ordinairement chez le sujet qui l'a subie un degré d'immunité considérable. Cette immunité n'est pas absolue et peut parfois disparaître avec le temps ou céder sous l'influence de causes diverses en laissant le sujet nouvellement réceptif.

Le pourcentage des cas de récidive varie suivant le milieu endémique il est en tout cas très peu élevé. Dans la période comprise entre le 1er janvier 1934 et le 30 juin 1936, le Docteur G. Tron, de Milan, a hospitalisé 3.500 diphtériques, parmi lesquels trente-quatre cas de récidive sûrement établie (1 %).

Le diagnostic de récidive doit se poser uniquement chez les malades qui présentent soit à la première, soit à la seconde atteinte de la maladie, les caractères cliniques et bactériologiques de la diphtérie vraie, lœfflérienne, et non pas simplement des formes douteuses d'angines à fausses membranes. A la seconde atteinte de la maladie, il ne suffit pas de démontrer la présence du bacille diphtérique pour ranger l'affection parmi les formes de la diphtérie. Il est indispensable dans ces cas de montrer en outre la réceptivité du sujet vis-à-vis de l'infection diphtérique. On connaît bien aujourd'hui l'importance des angines banales chez les porteurs de bacilles diphtériques, que Dopter a si bien illustrée récemment. Pratiquement on doit demander que le diagnostic de récidive soit établi sur la présence du bacille diphtérique et de la réaction de Shick positive.

Si les rechutes de la diphtérie sont très rares, par contre les récidives s'observent avec une certaine fréquence. Ces récidives ont un caractère de bénignité. Les lésions se localisent généralement sur les organes qui ont été le siège des premières manifestations de la maladie, ce qui tend à exclure que la diphtérie crée, en règle, un état d'immunité locale cliniquement appréciable dans les tissus. (*La Presse Médicale*, 3 mars 1937.)

Valeur séméiologique des adénopathies au cours de la syphilis secondaire

L. Gole estime que la recherche des adénopathies est un des temps essentiels de l'examen du syphilitique à la période secondaire. Elle permet dans une certaine mesure de déterminer l'âge et le pronostic de la syphilis. Cette recherche est plus importante encore lorsque les signes cutanés sont trop discrets pour emporter la conviction, où lorsque tout accident clinique a disparu.

Certes, un diagnostic rétrospectif de syphilis latente ne saurait se baser uniquement sur la découverte d'un ganglion épitrochléen ou occipital. Cependant ces localisations sont si particulières qu'elles constituent un signe de présomption suffisant pour reprendre l'interrogatoire, fouiller les antécédents, et, surtout pratiquer un examen sérologique, dont la réponse à cette période de la syphilis équivaut — presque — à un signe de certitude. (*Revue de Médecine*, novembre 1936.)

La ponction sternale dans le paludisme et le kala-azar

Voici les conclusions adoptées par MM. Ed. Benhamou, Nouchi et Badenat :

1° La ponction sternale, suivant la technique d'Arinkin, apparaît comme le meilleur moyen d'exploration de la moelle osseuse. D'exécution facile, ne présentant aucune contre-indication, elle mérite, au même titre que la ponction lombaire, d'entrer dans la pratique médicale courante ;

2° Dans le paludisme, la ponction sternale apporte des renseignements utiles : elle peut permettre de déceler les différentes variétés d'hématozoaires dans la moelle osseuse, et aussi de mettre en évidence des réactions cytologiques capables d'éclairer le pronostic d'une anémie palustre ;

3° Dans le kala-azar, la ponction sternale apparaît actuellement comme le procédé le meilleur pour la découverte rapide et sûre des leshmanies. (*L'Algérie Médicale*, 6 janvier 1937.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Sur les infections humaines à « Bacillus ramosus »

(MM. LEMIERRE, J. REILLY et BLOCH-MICHEL ; 16-3-1937)

Le *bacillus ramosus*, décrit par Veillon et Zuber, est un microbe anaérobie, fragile, commensal des cavités naturelles humaines, bouche, pharynx, intestin, voies génitales de la femme. Il doit son nom à la forme ramifiée qu'il prend souvent dans les exsudats pathologiques et les cultures. Veillon et Zuber l'ont trouvé dans le pus gangréneux d'otites, d'appendicites, de sphacèles pulmonaires ; Monnier dans la carie dentaire. On l'a occasionnellement isolé du sang pendant la vie.

M. Lemierre et ses collaborateurs ont eu l'occasion d'observer à l'hôpital Claude Bernard, cinq cas d'infection due à des bacillus ramosus. Un premier fait est à retenir, c'est la bénignité de ces cas, qui se sont tous terminés par la guérison.

Un des malades en question fut atteint d'un foyer gangréneux sous-aponévrotique de la cuisse, consécutivement à des injections (intramusculaires probablement) de strychnine et d'huile camphrée. Ce malade venait de faire une tentative de suicide par absorption de gardénal. Le foyer gangréneux fut incisé et l'examen de la sérosité prélevée au moment de l'opération montra la présence du bacillus ramosus associé à un streptocoque hémolytique aérobie. L'évolution de cette gangrène gazeuse à ramosus fut favorable, contrastant avec ce qui se passe en pareille circonstance quand le bacillus perfringens est en cause.

Cette observation offre un autre intérêt. Elle apporte un argument à l'explication pathogénique admise concernant les gangrènes gazeuses consécutives aux injections intra-musculaires (volontaires ou accidentelles). On admet généralement que lesdites gangrènes gazeuses ne sont pas dues à l'introduction directe du bacillus perfringens par la piqûre, mais à la localisation dans le tissu musculaire, lésé par le liquide injecté, d'un Bacillus perfringens passé dans le sang à titre de microbe de sortie, chez des malades en état de moindre résistance et souvent porteurs d'ulcérations intestinales.

L'observation de M. Lemierre apporte un argument à l'appui de cette thèse. Il n'est guère admissible que le Bacillus ramosus, germe éminemment fragile, et incapable de vivre en dehors de l'organisme, ait pu être inoculé dans le tissu musculaire par l'aiguille. Cet anaérobie peut pénétrer par contre avec assez de facilité dans la circulation, comme le perfringens. La grave intoxication barbiturique du malade a favorisé cette pénétration dont la conséquence a été la localisation secondaire et la prolifération du ramosus dans le tissu musculaire de la cuisse, traumatisé préalablement par les injections.

Glaucome aigu au cours d'un tétanos céphalique

(MM. GUILLAIN, PARFONRY et MESSIMY ; 9-3-1937)

MM. Guillain, Parfonry et Messimy ont observé un cas de glaucome aigu au cours d'un tétanos céphalique. Le glaucome pourrait être interprété ici comme un accident sérique. Cette hypothèse toutefois ne semble pas à retenir. Beaucoup plus vraisemblable est l'atteinte des centres et des voies sympathiques, le sympathique jouant un rôle dans les modifications de la tension oculaire.

— M. F. TERRIEN ajoute que l'observation de M. Guillain montre, une fois de plus, l'influence du système nerveux et du déséquilibre neuro-végétatif dans l'attaque de glaucome. On connaît le rôle des émotions dans son apparition. M. Terrien a lui-même réuni sept observations d'attaque de glaucome survenue brusquement à la suite d'une émotion intense.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

L'action des irradiations infra-rouges sur les modifications humorales post-opératoires

(MM. O. LAMBRET et J. DRIESSENS, de Lille ; 20-1-1937)

L'action favorable des rayons infra-rouges sur la maladie opératoire a été signalée par Paschoud (de Lausanne), Leriche, Moure et Bastien, qui ont constaté dans les suites opératoires une fatigue moins grande, un état général meilleur et un retour rapide des fonctions urinaires et intestinales, et même une absence de douleurs (Paschoud).

MM. Lambret et Driessens ont repris la question en considérant principalement l'action des irradiations infra-rouges sur les modifications humorales post-opératoires. Ils ont constaté, entre autres choses, un effet frénateur net sur la chute du pH et de la réserve alcaline.

L'utilisation des infra-rouges a l'inconvénient de nécessiter un appareil de plus dans la salle d'opération. En théorie, les ampoules émettrices sont disposées de telle façon que les I. R. passent de chaque côté des épaules de l'opérateur. En pratique, M. Lambret a constaté qu'opérant ainsi, il a été un peu incommodé par la chaleur émanée de l'appareil. Une amélioration de la technique palliera facilement à ce petit ennui. P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Anémie hémolytique ictérienne avec hémoglobinurie nocturne et hémosidérinurie permanente

(MM. André CAIN, R. CATTAN, J. V. HARRISPE, et G. BOUWENS VAN DER BOIJEN ; 22-1-1937)

L'observation est celle d'une femme qui est atteinte depuis sept ans environ d'une anémie intense avec ictère hémolytique à début brusque, accompagnée d'une hémoglobinurie minime, nocturne, quotidienne et d'une déperdition continue de fer par l'urine. Ce syndrome n'a été influencé ni par l'hépatothérapie, ni par la splénectomie. Les transfusions et les cures de fer ont été plus nuisibles qu'utiles.

Cette curieuse maladie, mérite quelques commentaires. Le syndrome anémique est lui-même très particulier ; c'est une anémie intense et chronique, hyperchrome, mégalocytaire. La formule blanche décèle une mononucléose assez variable. Différente de la maladie de Biermer par l'absence totale de mégaloblastose, cette anémie s'en distingue aussi par ses caractères cliniques (absence de glossite, caractères normaux du suc gastrique, absence de tout symptôme nerveux) et aussi par l'inefficacité absolue de l'hépatothérapie. L'ictère hémolytique se complétait, du point de vue clinique, par l'existence d'une spléno-mégalie. L'hémoglobinurie constituait le troisième grand symptôme de la maladie. On vit tout d'abord survenir de grandes crises hémoglobinuriques après chaque transfusion. A la suite de l'administration de 1 gr. 50 par jour de protoxalate de fer par voie buccale, on assista à une forte poussée d'hémoglobinurie, qui survint sans frisson, sans fièvre, sans aucun malaise ; cette nocivité des cures de fer est hautement suggestive.

Quant à l'hémosidérinurie, le pigment éliminé est indiscutablement en rapport avec la destruction des hématies, mais son processus de génération reste inconnu. Il faut à ce propos revenir sur ce fait que les cures de fer étaient plus nuisibles qu'utiles, qu'elles déclenchaient en particulier des crises d'hémoglobinurie, comme si l'apport de fer était en partie responsable de l'hémolyse ; peut-être pourrait-on incriminer une sorte de diabète ferrique, dans lequel le fer ne pourrait ni se fixer sur les globules rouges, sous une forme stable, ni être retenu par les cellules du système réticulo-endothélial et serait en fin de compte éliminé.

Enfin la longue tolérance de l'affection est digne d'être notée ; quoique atteinte depuis 9 ans d'une anémie extrême, la malade est encore capable d'une certaine activité, et peut même s'occuper légèrement de son ménage. On a relevé ce fait qui va de pair avec la longueur de l'évolution. En général, les sujets ne meurent qu'à l'occasion d'une infection intercurrente ; l'un d'eux a survécu 33 ans ; il s'agit plus d'un état chronique que d'une maladie évolutive.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 12 février 1937

A propos de la présentation d'une radiographie

M. SÉDILLOT discute le diagnostic de coxarthrie généralement admis depuis près de vingt ans. La luxation en haut est complète et cependant les signes d'arthrite sont minimes. Une chute sur la hanche, au front, pendant la guerre, a motivé une pension. En réalité, il y a eu fracture du col méconnue, avec engrènement des fragments et position vicieuse de la tête fémorale. Ultérieurement, luxation complète, mécaniquement, parce que l'articulation était désaxée, mais sans coxarthrie.

MM. MASSART, RŒDERER, SÉJOURNET sont d'avis qu'il s'agit d'une subluxation.

Deux observations pour servir à l'histoire des cellulites

M. LE LORIER étudie : 1° Sous l'étiquette de « cellulite fibroïde pelvienne », un cas de pseudo-tumeur implantée sur l'acétabulum chez une femme enceinte de six mois et assez grosse pour faire craindre une dystocie sérieuse. Mais, contrairement à toute attente, cette masse s'est entièrement résorbée en l'espace de deux mois environ. M. LE LORIER a trouvé des observations analogues dans l'ouvrage de Thure Brandt ; 2° Sous le nom de « cellulite fibroïde sous-cutanée thoracique en ficelle », il décrit un cas curieux où il existait sous la peau de la paroi latérale du thorax une bride de consistance presque fibreuse, tout à fait comparable à une ficelle tendue dans le tissu cellulaire sous cutané, longue de 25 à 30 cent. allant verticalement de l'aisselle aux côtes inférieures et creusant dans le sein par adhérences profondes une véritable gouttière verticale où se produisait le phénomène de la peau d'orange par plissement. Ces cellulites fibroïdes paraissent évoluer spontanément vers la guérison.

M. LENGLET a observé un cas analogue au deuxième cas cité par l'auteur.

Psychisme et physio-pathologie cardio-vasculaire

M. P.-N. DESCHAMPS rapporte un cas d'hypertension dans lequel la poussée hypertensive est déclenchée par l'émotion ou une excitation cérébrale quelconque, et qui se caractérise par une tolérance parfaite au point de vue fonctionnel.

Cette observation se rapproche du cas d'hypertension volontaire récemment publié par ABRAMI et des travaux de LAUBRY et Thérèse BROSSE sur l'interférence de l'activité corticale sur les phénomènes cardiaques et vaso-moteurs. Un tel type d'hypertension paroxystique mérite le nom d'hypertension paroxystique du type surrénalien.

Longue discussion à laquelle prennent part, MM. PRUCHE, P. ROBIN, FILDERMAN, DUBOIS.

G. F.

Société des chirurgiens de Paris

Séance du 19 *mars* 1937

Résultat éloigné d'une luxation traumatique de la hanche, datant de deux mois et réduite par voie sanglante chez un enfant.

M. Raphaël Massart fait un rapport sur une observation de M. Valentin Charry (de Perpignan), illustrée d'un film où l'auteur montre le bon résultat obtenu deux ans après une opération qui lui a permis de remettre la tête en place.

Un cas de parotidite avec paralysie faciale

M. Pierre Le Gac. Il est classique que les parotidites peuvent se compliquer de paralysie faciale. Dans le cas observé, la paralysie fut complète. Elle régressa en trois mois après incision sous-angulo-maxillaire et contre-incisions mastoïdienne et cervicale, nécessitées par les fusées purulentes. La paralysie faciale ne s'observe qu'en cas de parotidite grave.

Un cas de diverticule sous-cardiaque de l'estomac

M. Pierre Le Gac. — Cette affection congénitale (?) le plus souvent latente et méconnue, peut être, comme dans le cas observé, la cause de douleurs et de régurgitations dues à la stase diverticulaire et à la diverticulite. C'est une découverte radiographique : sur la radio de profil, l'image diverticulaire, de volume variable, a comme caractères essentiels son siège sous rétro-cardiaque, sa poche à air, sa netteté, sa régularité. En cas de troubles fonctionnels, douleur et stase avec diverticulite, l'ablation paraît le seul traitement efficace.

A propos des fractures obstétricales

M. Rœderer présente trois cas de dysplasie périostale : deux de forme pré-natale, un de forme post-natale. Il n'a pu suivre que le premier enfant qui présentait une double fracture au tiers supérieur des fémurs, avec crosse très importante. Ces fractures se consolidèrent normalement et la crosse s'atténua légèrement, mais l'enfant, débile, mourut à la fin de la première année. Dans un autre cas pré-natal, il y avait de nombreuses fractures et anomalies des diaphyses et, nettement, des troubles surajoutés de l'ossification enchondrale. Dans le troisième cas, post natal, on retrouve, d'ailleurs, cette participation enchondrale au niveau des épiphyses humérales supérieures ainsi que tibiales et péronières supérieures et inférieures. Dans ce cas, d'ailleurs, il y avait fracture à la partie moyenne des diaphyses de tous les os longs, à l'exception du tibia, mais cette diaphyse était le centre d'un fuseau périosté important. L'auteur se demande si, pour les autres os également, il n'y a pas eu d'apport périphérique préalable suivi de lyse centrale.

Cancer d'un rein ptosé en situation lombo-iliaque

M. Delivet communique l'observation d'une malade atteinte d'un cancer du rein droit ptosé qui s'est manifesté par : hématuries, puis douleurs, enfin, grosseur dans le flanc droit ; amaigrissement rapide. L'auteur a examiné la malade plus d'un an après ce début apparent : grosse masse indolore, occupant la fosse iliaque droite et la région lombaire où elle présente le phénomène du ballottement rénal. Vessie normale à la cystoscopie. Urines claires ; concentration uréique plus forte à droite, pas de microbes, phosphates dicalciques et urates amorphes en abondance. Radiographie : pas de calculs. Néphrectomie par incision lombaire, sans incident. Suites opératoires bonnes. Examen histologique : épithélioma rénal à cellules claires, à structure trabéculaire. L'auteur, dans les quinze dernières années, n'a pu retrouver que quatre observations publiées de cancer évoluant sur des reins en position anormale, dont trois sur des reins en ectopie pelvienne.

Résultats d'une néphrectomie pour cancer pratiquée il y a six ans par Victor Pauchet

M. G. Luquet rapporte le cas d'une jeune fille opérée à 16 ans par Victor Pauchet d'un cancer du rein à cellules claires et qui, actuellement, soit six ans après l'opération, se trouve dans un état général parfait et ne présente aucun signe de récidive.

Société de médecine militaire française

Séance du 11 *février* 1937

Favus primitif de la jambe. Contagion hospitalière

MM. L. Ferrabouc, Ratie et P. Morriconacci présentent un sujet atteint d'un favus à godets de la jambe ; il a aussi une lésion érythémato-squameuse du bras que les auteurs rattachent à la même cause. Le cuir chevelu était et avait toujours été indemne. La contagion avait dû se produire à l'hôpital ; cinq faviques avaient, en effet, été abrités dans la même salle que le malade présenté.

La désinsectisation du casernement. Destruction des punaises

MM. des Cilleuls et Bellon précisent les investigations à poursuivre pour mener à bien toute enquête relative à la désinsectisation des locaux et à ses résultats. Conséquemment, il leur apparaît possible d'apprécier avec exactitude l'efficacité respective des produits ou des procédés employés et les modalités de leur application et d'exercer, parmi eux, en toute connaissance de cause, un choix judicieux. Pour que l'enquête soit couronnée de succès, il est nécessaire de l'effectuer surtout près des médecins ayant une longue expérience des moyens mis en œuvre (médecins de régiment ou en service dans les

camps), à l'égard de chaque produit utilisé. Il faudra particulièrement tenir compte des éléments d'appréciation suivants : conditions, facilité et innocuité d'emploi, prix de revient, résultats, délais et causes de réinfection des locaux, moyens d'y pallier, etc...

M. Krick estime que pour réaliser une désinsectisation efficace aucun procédé chimique ne peut dispenser de l'emploi de moyens mécaniques qui peuvent être suffisants s'ils sont méthodiques et poussés à fond.

M. Fontaine pense que la raison des insuccès si fréquents de la désinsectisation tient bien plus à la qualité des locaux à désinsectiser qu'à la manière dont sont conduites les opérations.

Pour M. Schickele, la désinsectisation n'est pas une opération aussi facile ni aussi simple qu'on pourrait le croire au premier abord. Elle exige une technique avertie et des moyens d'action matériels et financiers importants dès qu'il faut traiter des batiments entiers comme le sont, en général, ceux des casernes de construction ancienne.

M. Carli estime que la nitro-sulfuration faite méthodiquement est efficace, mais elle demande du temps et est très onéreuse.

MM. Junquet et Gounelle préconisent la désinsectisation par la chloropicrine.

Note au sujet de la destruction des punaises dans les casernements. De quelques procédés en usage dans les armées étrangères

MM. des Cilleuls, Sabrie et Kerny exposent les procédés en usage dans les armées britannique, belge, hollandaise, suisse, allemande et américaine. Trois procédés sont en usage à l'étranger : 1° la sulfuration qui ne saurait donner que des résultats incertains ; 2° l'acide cyanhydrique, produit toxique dont l'emploi, réservé à un personnel très spécialisé, nécessite des mesures très strictes de précaution, et 3° l'oxyde d'éthylène, moins toxique, qui présente un grand intérêt tant au point de vue de son efficacité que de la commodité de son emploi.

Sur la difficulté de différencier le monocyte de certains leucoblastes au cours des états leucémiques

MM. Gounelle et Crosnier soulignent la difficulté d'interpréter exactement certains éléments mononucléaires lors de la lecture de frottis de leucémiques. Faut-il les étiqueter leucoblastes à forme de cellules de Rieder ou monocytes ? Il semble bien que certaines des leucémies aiguës comportent de nombreuses cellules de Rieder.

Accidents produits par l'électricité industrielle

M. Uzac apporte les considérations qui lui ont été suggérées par l'étude de 105 cas d'électrocution dus à des courants variant de 50.000 à 220 volts. Il confirme dans leur ensemble les données classiques ; il insiste sur la possibilité de dérivation partielle du courant et sur l'importance des résistances interposées, qui modifient notablement la quantité d'électricité reçue par l'organisme et, par suite, l'effet produit. A propos de ceux-ci, il constate une sorte de balancement entre les lésions locales et les effets généraux. La respiration artificielle reste le meilleur traitement des phénomènes d'inhibition.

Rhumatismes polyarticulaires chroniques déformants type Poncet, amélioration par les traitements de Bourbonne-les-Bains

MM. R.-P. Fontaine et A. Benitte rapportent les heureux résultats obtenus par les traitements thermaux et physiothérapiques de Bourbonne ; sédation des douleurs, régression de l'impotence, relèvement marqué de l'état général et de la tension artérielle.

Montpellier

Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen

Séance du 5 février 1937

Deux cas de méningite à pneumobacille de Friedlander

MM. Leenhardt, Boucomont et J. Balmes rapportent deux observations de méningite à pneumobacille de Friedlander chez le nourrisson. Une des observations contient des indications bactériologiques et anatomo-pathologiques. A l'origine du deuxième cas, on signale l'existence d'une fracture du crâne. Les cas publiés de méningite à pneumobacille de Friedlander chez le nourrisson sont très peu nombreux.

Séance du 12 février 1937

La protéinothérapie neuro-élective

MM. Euziere, R. Lafon et Trigo ont obtenu des résultats heureux dans trente cas sur trente-cinq traités au cours de l'année 1936 par injections de lysats vaccins neurotropes. Cette médication leur paraît indiquée tout particulièrement dans les syndromes douloureux périphériques ou médullaires d'origines diverses, et dans les syndromes paralytiques, périphériques ou médullaires, d'origine infectieuse. Les injections intradermiques ont donné souvent des sédations très rapides des manifestations douloureuses. Les diverses injections sont toujours accompagnées d'une baisse de la tension artérielle. Les protéines du lysat paraissent agir par le mécanisme de chocs plus ou moins atténués, avec une électivité toute particulière, sur le tissu nerveux dont elles provoquent une réaction défensive ou phylactique.

Les Livres

Les livres qui viennent de paraître...

OFFICE CENTRAL DES ŒUVRES DE BIENFAISANCE,
175, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe)

Liste des préventoriums et des sanatoriums. Une brochure 20 pages donnant tous renseignements utiles (conditions d'admission, prix de journée, etc.), pour le placement de malades des deux sexes dans 460 établissements de toutes les régions de la France. Prix : 1 fr. 75 ; adressé contre 2 francs en timbres-poste.

Librairie GIRARDOT et Cie,
27, quai des Grands-Augustins

Dr G. FROIN. — **Faisceau énergétique et biologie. Biogénèse et pathogénèse.** Un vol. 328 pages, 1937. Prix 30 francs.

Chez MASSON et Cie
120, boulevard Saint-Germain

G. RENARD et A. Pascal MEKDJIAN. — **La migraine ophtalmique.** Un vol. 146 p. (Collection médecine et chirurgie ; rechutes et applications, no 8). Prix : 22 francs.

A. LEMIERRE. — **Maladies infectieuses.** LEÇONS CLINIQUES PROFESSÉES A L'HÔPITAL CLAUDE BERNARD. *Deuxième série.* Un vol. 310 pages. Prix : 55 francs.

MASSON et Cie, éditeurs,
120, boulevard Saint-Germain, Paris

Etienne CHABROL, professeur agrégé à la Faculté de médecine. — **Doctrines thermales.** Un vol. de 156 pages, 35 francs.

Les acquisitions de la médecine hydrologique ne reposent pas seulement sur les bases scientifiques contemporaines, elles sont aussi le fruit de l'esprit d'observation des générations médicales qui nous ont précédé. Le Docteur Chabrol confirme la vérité de cette notion en exposant dans ce livre les doctrines thermales formulées au cours des siècles, relativement à l'action de nos stations hydro-minérales du Plateau central et en traçant l'histoire thermale de la goutte et celle du rhumatisme à Aix-en-Savoie. Il met en évidence la part si importante prise dans la création de la clinique hydrologique par ces praticiens — organisateurs, psychologues et lettrés — qui, pendant ces trois derniers siècles, ont été les dignes héritiers de ce « surintendant général des fontaines, que créa Henri IV en 1604, pour le bien du royaume ».

MASSON et Cie, éditeurs,
120, boulevard Saint-Germain, Paris

Carlos BONORINO UDAONDO, professeur à la Faculté de médecine de Buenos-Aires. — **Les gastropathies des syphilitiques.** Lettre-préface du Professeur Emile SERGENT. Un vol. de 216 pages avec 19 fig. 32 francs.

On a démesurément élargi le domaine de la syphilis dans l'origine des viscéropathies et il importe de préciser les éléments indiscutables du diagnostic des gastropathies des syphilitiques.

D'autre part, s'il existe des signes anatomo-cliniques propres à la nature syphilitique de certaines gastropathies, cela n'exclut pas la possibilité de troubles qui, sans être dus à la détermination gastrique de la syphilis, n'en sont pas moins sous la dépendance de celle-ci.

Cet ouvrage apporte les résultats d'une expérience prolongée et méthodiquement dirigée, qui permettront de reconnaître la place qu'il convient de faire à la syphilis dans l'étiologie et la pathogénie de certains troubles gastriques.

Gaston DOIN et Cie, éditeurs,
8, place de l'Odéon, Paris (VIe)

Jacques STÉPHANI (de Montana), privat-docent à la Faculté de médecine de Genève. — **Séméiologie radiographique pulmonaire.** INTERPRÉTATION DE RADIOGRAPHIES PULMONAIRES. Un vol. de 120 pages, avec 155 fig., 36 francs.

La lecture des radiographies pulmonaires est une science encore jeune qui enregistre chaque année des acquisitions nouvelles, et qui, pour être faite avec fruit, demande une certaine méthode.

L'ouvrage, divisé en treize chapitres et illustré de 155 décalques, traite successivement du poumon normal, du poumon sain, des radiographies de profil, de l'infiltrat précoce, des cavernes, des formes nodulaires, des formes diffuses, des formes apicales et abortives, de la lobite supérieure droite, du fibro-thorax, des nouvelles images créées par le pneumothorax artificiel, et finalement des adhérences. Dans ce dernier chapitre l'image radiographique est systématiquement mise en regard de celle que fournit le pleuroscope.

Cette étude, très schématique et facile à lire, habitue le praticien à décomposer toute l'image radiographique en traits et en ombres définies, à les dessiner, et finalement à analyser la radiographie anatomiquement.

J.-B. BAILLIÈRE et Fils, éditeurs,
19, rue Hautefeuille, Paris (VI[e])

Dr Maurice LOEPER, professeur à la Faculté de Paris, et Dr Marcel PERRAULT, chef de clinique. — **Le traitement des intoxications alimentaires**. Un vol. gr. in-8 de 74 pages (Collection Les Thérapeutiques nouvelles), 1937, Prix : 14 francs.

Les manifestations cliniques des intoxications alimentaires sont très variées, d'où la difficulté de porter un diagnostic précis, indispensable cependant pour l'application d'une thérapeutique appropriée et efficace. Ce diagnostic même porté, il faut encore pénétrer plus avant dans le mécanisme intime et dans la pathogénie de l'affection.

Les traitements proposés dans cet ouvrage ne sont pas à vrai dire nouveaux : l'adrénaline, le carbonate de bismuth, le charbon, sont en effet employés depuis bien longtemps, mais ce qui est nouveau, c'est l'interprétation ou le mécanisme et l'indication de ces médicaments ; les auteurs montrent que ces traitements ne relèvent plus de l'empirisme comme autrefois, mais qu'ils sont déterminés spécifiquement par les considérations chimiques et physiologiques. Ainsi se justifie leur emploi et s'explique leur efficacité.

Chez L'AUTEUR,
16, rue de la Croix-Fabin, Paris (XI[e])

L.-C. DE HOGUES. — **Alphabet d'avulsions radiculo-dentaires.** Un vol. 254 pages, avec fig. Prix : 30 fr.

Voici les principaux chapitres de cet ouvrage, préfacé par le Docteur Dartigues : Des avulsions. Indications et contre-indications. Accidents et complications. — Précautions pré- et post-opératoires, psychiques, physiques, chimiques, thérapeutiques. Pharmacologie. Psychothérapie. — Instrumentation. Le Décolleteur. Considérations générales sur la Rhizexérèse. Les Vis, leur utilisation rationnelle. Le Cabestan. Les Leviers. Les Elévateurs. — Le Pied-de-Biche. La Griffe : Historique. Théories. Méthodes et Améliorations diverses. Méthodes à deux mains. Techniques opératoires à une main. La Griffe, son origine. Instruments interdents. Impressions.

Amédée LEGRAND, éditeur,
93, boulevard Saint-Germain

Michel CONTE. — **Les affinités de la toxine streptococcique sur le système neuro-végétatif.** Applications à la pathogénie de la scarlatine. Un vol. 192 pages, 1937.

L'auteur suit dans son exposé le plan suivant :

Tout d'abord il montre rapidement que le « problème de la scarlatine » tel qu'il est posé actuellement, en particulier par la théorie streptococcique, n'est toujours pas résolu. En particulier, l'expérimentation se heurte à l'inactivité de la toxine streptococcique chez les animaux de laboratoire.

Dans une deuxième partie, il étudie les effets expérimentaux remarquables de cette même toxine streptococcique (par ailleurs si inoffensive) quand on la dépose directement au contact des divers éléments du système nerveux végétatif.

Enfin, il envisage dans quelle mesure ces résultats expérimentaux correspondent à la pathologie humaine et permettent de comprendre le rôle du système nerveux autonome dans la scarlatine.

Gaston DOIN et Cie, éditeurs,
8, place de l'Odéon, Paris (VI[e])

André CADE, professeur à la Faculté de Lyon, Paul SANTY, professeur agrégé et Jean HEITZ, chef de clinique chirurgicale.—**Tuberculose du tube digestif.** Un vol. in-8° de 410 pages, avec 23 fig. dans le texte et 4 planches hors texte, 85 francs.

La tuberculose du tube digestif à laquelle est consacré cet ouvrage et dont la fréquence, surtout en ce qui concerne la localisation intestinale, apparaît de plus en plus considérable, constitue un des chapitres importants de la pathologie tuberculeuse.

Les auteurs apportent une mise au point de cette question, patiemment mûrie, très méthodiquement conduite, clairement rédigée, et qui sera d'autant plus appréciée qu'elle est le fruit d'une collaboration médico-chirurgicale.

L'ouvrage comporte quatre parties : tuberculose bucco-linguale ; tuberculose de l'œsophage ; tuberculose de l'estomac ; tuberculose de l'intestin.

MASSON et Cie, éditeurs,
120, boulevard Saint-Germain, Paris

Dr A. RAVINA. — **L'Année thérapeutique. Médicaments et procédés nouveaux**. *Onzième année*, 1936. Un volume de 175 pages, 20 francs.

Résumé pratique des faits nouveaux d'ordre thérapeutique publiés au cours de l'année 1936, tant en France qu'à l'étranger :

1° Maladies et symptômes (trente-six traitements nouveaux) concernant entre autres : l'acné, l'alcoolisme, la blennorragie, les brûlures, la cirrhose du foie, la constipation, l'érysipèle, les furoncles, les hémoptysies, l'hypertension, les névrites, les prurits, le rachitisme, les rhumatismes, les septicémies, la tuberculose pulmonaire, le zona, etc. ;

2° Les méthodes et techniques (huit sujets traités) concernant : l'anesthésie, la gastroscopie, les rayons infra-rouges, l'analgésie obstétricale, etc. ;

3° Les médications (onze études) concernant : l'adrénaline, l'insuline, l'ouabaïne, le venin d'abeille, etc...

Le but de cet ouvrage est de faire connaître des techniques nouvelles d'application facile et d'indiquer les orientations de certaines méthodes thérapeutiques.

Les Thèses

B. — Dr Christian Rocher. — **Les arthrorises dans le traitement des séquelles de la paralysie infantile.**

L'arthrorise est une opération qui a pour but de limiter en un point déterminé de sa révolution le mouvement d'une articulation. Ce résultat est obtenu par le façonnement d'une butée disposée sur un segment articulaire. Cette butée agit sur le segment opposé en un point de sa course anormalement étendue par la maladie.

La nature réalise ces butées pour bloquer un mouvement : l'olécrâne bloque l'hyperextension et il a paru naturel dans certaines formes de paralysies d'utiliser ces butoirs pour corriger des attitudes vicieuses et remettre les muscles dans de meilleures conditions physiologiques de fonctionnement.

L'arthrorise apparaît ainsi comme un excellent procédé de stabilisation non ankylosante.

Cette opération a été surtout utilisée pour l'articulation tibio-tarsienne, au genou et plus rarement au coude et au poignet ; elle a été utilisée seule ou associée à d'autres opérations articulaires : arthrodèses, ténodèses, transplantations tendineuses, ostéotomies.

Quel est le sort des arthrodèses ? En général, la butée est tolérée, se développe et vit de la vie de l'os qui le porte, plus rarement elle s'élimine ou se fracture. Ce sort varie d'ailleurs suivant la nature de la butée, les butées faites d'os vivant ont l'inconvénient de proliférer et Rocher voudrait leur voir préférer la prothèse métallique.

Cet important travail suivi d'observations, copieusement illustré, constitue l'excellente mise au point qui manquait sur une question aussi importante et aussi actuelle.

Dr R. M.

T. — Dr Madeleine H. Paillard. — **Quelques formes cliniques de lithiase urinaire.**

Dans cette thèse, l'auteur étudie d'abord les reins criblés de calculs consécutifs soit à une lithiase urique, ou oxalique ou phosphatique.

Ces aspects cliniques sont assez particuliers, car c'est en plein parenchyme rénal que les calculs débutent.

Les calculs de cystine des voies urinaires sont peu fréquents ; l'auteur étudie leur évolution et montre le moyen de les déceler.

L'évacuation des calculs urinaires forme la partie capitale de la thèse : évacuation simple, évacuations silencieuses, évacuations laborieuses, évacuations camouflées sont étudiées l'une après l'autre, avec des observations, des radiographies, des photographies de calculs qui constituent d'intéressants documents.

Dans un dernier chapitre, l'auteur passe en revue les multiples causes d'erreur constituées par la lithiase biliaire, les concrétions pelviennes, les concrétions mésentériques ou épiploïques, les concrétions juxta-rachidiennes.

Ce très intéressant travail précise bien des points encore mal connus de la lithiase urinaire.

R. M.

B. — Dr H. Mebarek. — **Anophélisme et prophylaxie du paludisme en Tunisie.** (Thèse 1937).

La Tunisie est un pays d'endémicité palustre. Les anophèles propagateurs du paludisme appartiennent aux espèces suivantes : *A. maculipennis* ; *A. hispaniola* ; *A. algeriensis* ; *A. multicolor* ; *A. superpictus*.

Parmi ces espèces, *A. maculipennis* joue de beaucoup le rôle le plus important.

La lutte anti-anophélienne s'adresse aux moustiques ailés, et aux larves aquatiques.

Contre le moustique ailé, les moyens offensifs sont le plus souvent insuffisants. Les moyens défensifs (moustiquaires et grillages) sont efficaces pour la protection des maisons.

Les mesures antilarvaires comprennent : les grands travaux d'assainissement (régularisation des oueds, assèchement des sebkhas et des marécages) ; les petites mesures antilarvaires (pétrolage des marais, épandage de vert de Paris, d'huile de paraffine). Une mention spéciale doit être faite pour l'empoisonnement des eaux par les poissons larvivores. Le *Gambusia* est aujourd'hui répandu dans toute la Régence.

P. — Dr M. Baulande. — **Le bain de lumière général et l'hydrothérapie dans le traitement des séquelles des rhumatismes.**

Le bain de lumière est analgésique. Il atténue et supprime les douleurs ; il assouplit les articulations et permet au rhumatisant de récupérer une activité disparue.

L'action produite est une *modification du terrain* du rhumatisant. Elle est due : au réchauffement de l'organisme ; au rétablissement des fonctions normales de la peau ; à la désintoxication progressive ; à l'augmentation de la circulation périphérique.

Cette modification du terrain obtenue par le bain de lumière associée à l'hydrothérapie renforce l'effet des médications chimiques.

Les contre-indications sont peu nombreuses. On évitera de mettre au bain de lumière les tuberculeux, les fébricitants et les grands hypertendus. Les cardiaques, sauf les asystoliques ou les décompensés, bénéficient de l'action du bain de lumière, à condition que celui-ci soit soigneusement surveillé.

P. — Dr P. DESVIGNES. — **Le syndrome de compression du nerf optique intra-cranien.** Travail du service du Dr Clovis Vincent. (Thèse 1937).

Après un bref rappel anatomique, l'auteur présente quelques observations dont plusieurs ont été déjà publiées. La première de ces observations, celle de Kennedy, est classique. Dans un deuxième chapitre sont abordés les signes cliniques de la compression du nerf optique et le diagnostic différentiel. Puis sont indiqués succinctement, les signes des diverses tumeurs pouvant donner ce syndrome de compression et sont signalées les pseudo-tumeurs (arachnoïdites).

P. — Dr J. TURLOTTE. — **Le cœur dans les cirrhoses alcooliques.** (Thèse 1937).

Quatre-vingt pour cent des cirrhotiques alcooliques examinés par l'auteur avaient un cœur normal.

L'existence d'une cardiopathie (insuffisance ou rétrécissement mitral), par la stase hépatique qu'elle entraîne, peut favoriser le développement ultérieur d'une cirrhose. La cirrhose alcoolique crée, d'autre part, un terrain propice à l'asystolie, rapidement irréductible, d'une cardiopathie pré-existante.

Les troubles cardiaques observés chez les cirrhotiques apparaissent beaucoup plus sous la dépendance de facteurs extrinsèques à la cirrhose ellemême que créés par l'état cirrhotique.

P. — Dr P. CACAULT. — **La dissociation auriculo-ventriculaire au cours du rhumatisme articulaire aigu.** (Thèse 1937).

Les troubles de la conduction auriculo-ventriculaire sont très fréquents au cours du rhumatisme articulaire aigu.

La dissociation auriculo-ventriculaire ne s'accompagne en général que de symptômes fonctionnels légers. Elle passe souvent inaperçue et nécessite l'examen électro-cardiographique pour être dépistée.

Il n'existe aucun parallélisme apparent entre l'intensité de l'atteinte rhumatismale et la fréquence de la dissociation.

Le pronostic est habituellement bénin.

P. — Dr E HIRSCH. — **Contribution à l'examen radiologique de la vésicule et des voies biliaires.** (Thèse 1936.)

Jusqu'à présent presque tous les auteurs ont pratiqué les radiographies de la vésicule biliaire en position couchée.

La méthode de cholécystographie en position verticale à l'aide d'un sélecteur, tel que le cadre de Berg, présente les avantages suivants : *a*) la position verticale donne la situation normale de la vésicule ; *b*) elle permet de tourner le malade dans tous les sens afin de se rendre compte de l'état des parois de la vésicule biliaire ; *c*) le cadre de Berg permet aussi une compression très forte de la vésicule. De cette façon on peut plus facilement voir des calculs transparents aux rayons et isolés au fond de la vésicule. On peut aussi voir des végétations de la vésicule biliaire impossibles à déceler par la méthode classique en position couchée.

P. — Dr J. HELLER. — **Adénome apocrine fibromateux.** (Thèse 1936.)

Cette affection curieuse, extrêmement rare, est essentiellement caractérisée par des petits noyaux durs formés d'un bloc fibreux avec, incluses, quelques glandes apocrines anormales dilatées. Elle est extensive par juxtaposition progressive de petits foyers qui peuvent, comme dans un cas de l'auteur, dessiner une pince de homard.

Cette maladie paraît n'avoir qu'un intérêt local. Elle peut être traitée par ablation ou destruction ignée des lésions. Provisoirement, on peut la considérer comme une affection congénitale évolutive, une sorte de nævus tardif, tout à fait spécial.

P. — Dr H. Pierre KLOTZ. — **La polynévrite alcoolique.** *Etude pathogénique et thérapeutique. Contribution à l'étude expérimentale de l'accoutumance à l'alcool et des manifestations endocriniennes de l'alcoolisme chronique.* (Thèse 1937).

Les individus sont inégaux devant l'alcool. Cette inégalité tient à des conditions différentes de terrain. Le terrain le plus favorable au déclenchement de la polynévrite est un terrain féminin, essentiellement dysendocrinien.

La polynévrite alcoolique apparaît à la suite d'une phase plus ou moins longue de troubles dyspeptiques importants liés à des lésions de gastrite atrophique et d'hépatite dégénérative. Elle est le plus souvent déclenchée sur ce terrain par des infections au premier rang desquelles se place la bacillose. Elle débute parfois chez un sujet sevré d'alcool depuis quelques semaines ou quelques mois.

Pour l'auteur, tout se passe comme si la polynévrite alcoolique était l'aboutissant lointain d'un trouble dysmétabolique assez voisin des avitaminoses. Ce trouble qui serait créé par les lésions dégénératives gastro-hépatiques, que l'on peut observer chez les alcooliques atteints de polynévrite, consisterait en une carence de vitamine B et d'une manière plus large en un déséquilibre nutritif.

Les conséquences de cette conception pathogénique sont doctrinales et pratiques. Du point de vue pratique, l'on est conduit à utiliser dans le traitement de la polynévrite alcoolique, la vitaminothérapie B, les injections opothérapiques, et plus accessoirement, les ingestions de foie frais.

Ces méthodes donnent indiscutablement de bien meilleurs résultats que le traitement habituel par la strychnine. Les résultats sont fonction de la précocité du traitement. P. L.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

TRAVAUX ORIGINAUX

Bulletin de l'Actualité

LES COMMISSIONS ADMINISTRATIVES HOSPITALIÈRES

L'équipement du territoire et la création d'hôpitaux nouveaux, bien installés, pourvus du confort le plus moderne, ont permis de mettre à la disposition du Corps médical et des malades, de nouveaux instruments destinés à améliorer la santé publique. Nous devrions tous applaudir à cette modernisation que tant des nôtres ont souvent réclamée, si ce progrès n'était pas destiné à porter un préjudice certain au Corps médical et à lui susciter une concurrence redoutable, en lui enlevant ses clients. Les lois qui règlent l'administration hospitalière ont prévu à la tête des hôpitaux et des hospices communaux l'existence d'une Commission hospitalière qui est en réalité toute puissante, contre laquelle les préfets, les ministres luttent en vain et qui, d'émanation purement locale, fait exactement ce que bon lui semble.

Or, dans bien des localités où l'hôpital a été modernisé, et où les communes ont été largement aidées dans la construction, par des fonds du pari mutuel, par des subventions, on a vu trop grand, on a construit de quoi hospitaliser toute une population, rien n'a paru trop beau. C'est seulement quand il a fallu mettre sur pied un fonctionnement rationnel, qu'on s'est vite rendu compte du déficit au devant duquel on allait, si l'hôpital continuait à n'abriter que les indigents d'autrefois et les quelques accidents de la voie publique. Il fallait pour justifier les dépenses recruter des malades, remplir les services, donner du travail à tout un personnel d'employés, d'infirmiers, de manœuvres, nécessaires à l'entretien et à la gestion des nouveaux bâtiments ; les Commissions administratives toute puissantes ont eu l'idée fort simple d'amener à l'hôpital pour y être soignés quantité de malades qui autrefois se soignaient chez eux, se faisaient opérer dans des cliniques particulières et honoraient leur médecin. Pour arriver à réaliser sur ces malades un bénéfice certain, il suffit de leur proposer *des tout compris*, d'inclure dans les soins, les honoraires du médecin, ou de les tarifer assez bas, parce que cette manière de médecine gratuite constitue un avantage pour les hospitalisés. On peut dire qu'actuellement c'est ainsi que fonctionnent la plupart des hôpitaux communaux. Il a été facile pour réaliser cette formule de recruter du personnel médical compétent, instruit et dévoué.

Je vous demande en effet quel jeune docteur, au sortir de l'internat, refuserait un service bien installé, des malades, la possibilité de débuter avec en mains un solide outil, la certitude de se faire connaître et apprécier. A peine émoulu de la Faculté, ce jeune médecin ne comprendra pas que sa conduite a quelque chose de répréhensible. En s'installant, il sait qu'il doit se faire une place au soleil, se faire une situation aux dépens de celles de ses autres confrères, il sait que son installation porte ombrage à plus d'un et si on lui fait grief d'avoir accepté une situation à l'hôpital, il se trouvera bien un membre de la Commission administrative pour lui représenter que c'est la jalousie seule qui monte contre lui ses confrères.

Ainsi donc, l'hôpital moderne et sa Commission administrative se dressent contre l'ensemble du Corps médical pour le concurrencer avec les deniers publics, et le médecin voit augmenter ses impôts, pour payer une concurrence sérieuse, qui s'organise contre lui.

Contre de pareils faits, il est bien difficile de lutter, la toute puissance de la Commission administrative lui permet en réalité de faire ce qu'elle veut. Nous l'avons vu et le voyons encore à propos de l'hôpital d'Annecy, où toutes les actions entreprises et si haut placées soient-elles, se sont heurtées à un refus absolu de la Commission.

Sans cette toute puissance il est bien certain que nous pourrions organiser la santé publique, réglementer les nominations dans les hôpitaux, contrôler la compétence des gens appelés à de graves responsabilités, supprimer toutes les combinaisons qui sont à la base du recrutement des chefs de service, tous les marchandages qui permettent à la Commission hospitalière de réduire au minimum les honoraires médicaux, et de mettre sur pied des combinaisons commer-

ciales, avantageuses pour la Caisse d'un hôpital, qui serait autrement déficitaire.

Le slogan « l'hôpital réservé aux indigents » est d'une réalisation impossible. Nous savons tous que les assurés sociaux, les accidentés du travail, les pensionnés de guerre, les accidentés de la voie publique sont dirigés vers l'hôpital. On aura beau faire pour essayer de remonter le courant, l'habitude a été prise de considérer l'hôpital comme l'endroit où tout le monde est bien soigné, sa clientèle ira fatalement en se développant.

A l'heure actuelle, où tout se réforme avec tant de facilité, où se brisent tous les vieux cadres avec lesquels nous avons vécu, il serait, semble-t-il, simple, de s'attaquer au problème hospitalier, de comprendre qu'aucune réalisation pratique, utile à l'ensemble du Corps médical, ne sera possible tant que subsistera dans sa forme actuelle la Commission administrative. Si rien ne change, l'organisation actuelle va réussir à jeter la division parmi tous les médecins ; l'amitié d'un maire ou de quelques conseillers influents aura plus d'importance que les titres les plus difficilement conquis, et on ne saurait compter sur la solidité des principes syndicaux de tous les nôtres pour refuser des situations enviables et des services luxueusement installés.

Si d'ailleurs le refus de collaboration des médecins se généralisait, on sait que ce n'est point en vain qu'on appellerait au secours tous les naturalisés de fraîche date, dont on saurait peut-être vaincre plus facilement, les scrupules.

Sans doute, il est profondément regrettable de voir des confrères distingués, d'excellents camarades, dont beaucoup sont obligés de le faire, pour vivre, accepter dans des hôpitaux des situations fixes, devenir les salariés d'une Commission administrative qui les nomme, les révoque à sa guise, et les utilise pour des besoins commerciaux, mais pourquoi ne faisons-nous rien pour empêcher que cela soit possible. Des règlements nouveaux doivent s'appliquer à cette manière nouvelle d'utiliser l'hôpital pour des fins qui ne sont point celles pour lesquelles il a été créé, ces règlements doivent restreindre les pouvoirs des Commissions locales, garantir fortement les intérêts des médecins et empêcher qu'un organisme municipal ou communal destiné à apporter plus de facilité à l'exercice de la médecine, devienne un instrument dont le fonctionnement porte une atteinte grave aux intérêts de tous les médecins. La réforme nous paraît d'autant plus nécessaire que les Commissions administratives sont presque toujours nées de combinaisons électorales, qu'il suffit d'un scrutin pour modifier leur composition et nous avons plusieurs fois, au Sou Médical, été obligés d'apporter notre appui à des confrères révoqués du jour au lendemain au mépris de tous les règlements. Il n'est pas admissible que les hôpitaux aient des règlements différents d'une commune à l'autre, et que la carrière d'un médecin honorable soit susceptible d'être entravée ou brisée pour des raisons indépendantes de l'exercice professionnel.

Il faut modifier d'urgence la loi qui donne aux Commissions hospitalières la toute puissance.

Actuellement nous lisons dans différents bulletins syndicaux les protestations véhémentes de tous ceux qui justement s'émeuvent des situations faites par des collectivités et par des communes à quelques-uns des nôtres, qui ont placé, et cela est humain, leurs intérêts particuliers au dessus de l'intérêt général. Si rien n'est fait pour protéger le praticien contre l'organisation sur tout le territoire, d'une médecine administrative atteignant toutes les classes sociales, nous allons voir ces formations se multiplier ; les mutualités, les caisses, les organisations privées, fortes de ces exemples, vont reprendre leur lutte contre le Corps médical, et le pauvre praticien, sans relations, sans appuis, qui n'aura pas réussi à décrocher une de ces sinécures, verra ses clients s'en aller l'un après l'autre, dans ces hôpitaux qu'il aura contribué à construire, et où il n'aura sa place qu'au jour où, ruiné et malade, il viendra à son tour y chercher un refuge.

Dr Raphaël MASSART.



LE STATUT DES PHARMACIENS DES HOPITAUX

Un de mes confrères, docteur en médecine et pharmacien diplômé, est investi des fonctions de pharmacien-chef d'un hôpital de grande ville. Il me demande une étude sur le statut juridique des pharmaciens d'hôpitaux, pour déterminer quels sont leurs droits et leurs devoirs au regard de la Commission administrative de l'établissement et quelle peut être leur responsabilité professionnelle.

Avant de préciser les conditions juridiques des pharmaciens attachés à un établissement hospitalier, je voudrais d'abord passer en revue les diverses modalités du fonctionnement des pharmacies hospitalières.

Les diverses modalités des pharmacies des hopitaux

La loi du 7 août 1851, qui régit encore à l'heure actuelle le fonctionnement et l'administration des hôpitaux publics, a laissé une autonomie considérable aux Commissions administratives de ces établissements. Il en résulte des situations diverses, s'inspirant de considérations locales, tant de personnes que de rivalités politiques, ce qui permet de conclure qu'à l'heure actuelle, une certaine anarchie préside à la création et au fonctionnement des pharmacies ses hôpitaux.

C'est ainsi que, dans de très grands centres, un pharmacien chef est nommé par l'Administration hospitalière, avec mission de gérer la pharmacie, de surveiller les élèves internes en pharmacie et de borner leur activité professionnelle à la fonction hospitalière qui leur a été confiée. Ce sont les seuls praticiens, qui peuvent se réclamer d'un statut juridique.

D'autres fois — et je résume actuellement d'une manière très schématique les situations locales les plus diverses — un pharmacien de la ville est prié de surveiller la pharmacie de l'hôpital, tout en administrant sa propre officine. Situation irrégulière du point de vue légal, puisqu'un pharmacien ne peut gérer qu'une seule officine à la fois.

Parfois, un pharmacien de la ville contracte avec l'hôpital, ou tous les pharmaciens de la localité acceptent un tour de rôle, pour assurer la préparation et la délivrance des médicaments officinaux et magistraux, destinés aux seuls malades hospitalisés.

D'autres fois encore, une infirmière, parée pour les besoins de la cause, du titre usurpé de « pharmacienne » gère seule et sans contrôle une pharmacie illégale, dans l'établissement. Les achats pour la provision de médicaments sont faits à un grossiste et la dite pharmacienne débite non seulement les préparations officinales, simples, mais prépare les ordonnances des médecins de l'établissement, sans l'assistance d'un pharmacien diplômé. Situation illégale au premier chef, mais qui est tolérée par l'administration préfectorale, qui ferme les yeux sur le caractère illicite du procédé, car les économies, faites de ce chef, permettent de diminuer le prix de journée, dont bénéficiera le service départemental d'Assistance médicale gratuite pour l'hospitalisation des indigen s.

Je ne parle pas des pharmacies plus ou moins clandestines, ouvertes au public, gérées non par un pharmacien pourvu du diplôme requis par la loi de germinal, mais par la « pharmacienne » non diplômée.

Dans cette étude, je ne traiterai donc que le statut légal des pharmaciens diplômés, attachés à l'établissement par une nomination régulière, avec obligation de gérer en personne la pharmacie hospitalière, que celle-ci soit réservée aux seuls hospitalisés, ou qu'elle soit ouverte au public.

Nomination des pharmaciens d'hopitaux

La loi du 7 août 1851, sur les hospices et hôpitaux, est muette en ce qui onceme la désignation des pharmaciens par les Commissions administratives. L'article 14 de la loi ne concerne que la nomination des médecins, chirurgiens, économes, secrétaires, etc.

Devant ce mutisme de la loi, les Commissions administratives conservent donc le droit absolu de nommer qui bon leur semble et dans les conditions que seules elles ont à déterminer.

Cependant, l'article 15 du règlement modèle du 31 mars 1926 est ainsi rédigé : « Le pharma-
« cien est nommé par la Commission administra-
« tive. Il exécute, conformément au Codex, les
« prescriptions ordonnées. Il observe les lois et
« règlements sur les substances vénéneuses et
« sur l'exercice de la pharmacie. Il tient, suivant
« les règles prescrites, la comptabilité des ma-
« tières de son officine, ainsi que la comptabilité
« des toxiques stupéfiants.

« La limite d'âge pour les pharmaciens est
« fixée à 65 ans. La Commission administrative
« peut leur conférer l'honorariat ».

En note, nous lisons : « Les préparations phar-
« maceutiques ne doivent pas faire l'objet d'une
« adjudication spéciale ».

Ainsi, une liberté entière est laissée aux Commissions hospitalières pour nommer qui bon leur semble comme pharmacien, muni du diplôme exigé par la loi de Germinal. Pas de concours imposé, pas plus d'ailleurs que pour la nomination des médecins, ou chirurgiens des hôpitaux.

Révocation des pharmaciens

Ces praticiens sont moins bien traités que les médecins. Devant le mutisme de la loi de 1851 à leur sujet, les pharmaciens ne bénéficient pas de la disposition, prévue par l'article 14, en faveur des médecins des hôpitaux, lesquels ne peuvent être révoqués par la Commission administrative qu'après approbation du Préfet. Une circulaire ministérielle, du 3 décembre 1907, enjoint aux préfets de ne pas prononcer l'approbation d'une révocation, avant d'avoir transmis le dossier au ministre de la Santé publique.

Le Corps médical bénéficie donc de garanties que ne possèdent pas les pharmaciens des hôpitaux.

Cependant, bien que la jurisprudence soit minime sur cette question, on peut dire que le pharmacien d'un hôpital peut être, comme les médecins, assimilé à un fonctionnaire d'établissement public et, en cette qualité, ne peut être révoqué pour une question de service, par mesure disciplinaire, sans avoir eu au préalable communication de son dossier, conformément aux dispositions de l'article 65 de la loi du 22 avril 1905.

C'est ainsi que pour les médecins des hôpitaux, de nombreux arrêts du Conseil d'Eta ont ainsi annulé des révocations prononcées par des Commissions administratives d'hôpitaux, motifs pris que le praticien n'avait pas eu connai sance de son dossier.

On pourrait donc invoquer, en faveur des pharmaciens des hôpitaux, deux arrêts du Conseil d'Etat, des 6 avril 1933 et 16 janvier 1935, rendus au profit de sages-femmes d'hôpitaux, ayant été révoquées par la Commission administrative. Ces praticiennes doivent avoir communication de leur dossier, comme devant être considérées en qualité de fonctionnaires de l'établissement public, alors que ni la loi du 7 août 1851, ni le règlement modèle du 21 mars 1926 n'ont prévu cette obligation.

En ce qui concerne plus spécialement les pharmaciens d'hôpitaux, je puis citer un arrêt du Conseil d'Etat, du 13 mars 1929, annulant la décision prise par un Conseil de discipline d'un hôpital, révoquant un pharmacien, parce que le dit Conseil de discipline n'avait pas été composé régulièrement, selon les termes du règlement intérieur de l'établissement.

Un autre arrêt du 24 mars 1934 accorde à un pharmacien irrégulièrement révoqué, le droit à indemnité, mais non le droit au traitement pour le temps où il n'a pas été en service.

Fonctions et responsabilité professionnelle

Les pharmaciens des hôpitaux doivent gérer la pharmacie de l'établissement, comme s'il s'agissait de leur officine propre. En conséquence, ils doivent surveiller les aides, les internes, les infirmiers attachés à l'officine et aux laboratoires ; notamment, ils ont le devoir de veiller à ce que les prescriptions des médecins soient exécutées *secundum artem* et dans le plus bref délai possible.

Comme tous autres chefs de services de l'hôpital, ils sont responsables des ordres techniques qu'ils donnent ; mais sont déchargés à l'encontre de l'administration du poids des fautes administratives commises par les agents placés sous leurs ordres.

C'est ainsi que, s'ils ne sont pas responsables des fautes contre la discipline, ou contre l'assiduité dans les fonctions commises par les internes ou les infirmiers, les pharmaciens peuvent parfois être recherchés, lorsqu'un interne, ou un préparateur a commis une erreur dans la préparation d'une formule magistrale, ou a effectué *proprio motu* une substitution d'un médicament à un autre.

De même, le pharmacien est tenu de prélever des échantillons, aux fins d'analyses et de vérification, sur les produits en vrac, qui sont livrés par le grossiste.

Enfin, doit être respectée la réglementation concernant les produits toxiques et les substances vénéneuses.

Responsabilité des pharmaciens de ville

Certains hôpitaux ne possèdent pas un service pharmaceutique suffisamment important, pour nécessiter la nomination d'un pharmacien, qui exercera uniquement dans l'hôpital. La Commission administrative s'adresse-t-elle à un ou à plusieurs pharmaciens de la localité, que ceux-ci, en dehors de la responsabilité générale qui pèse sur leur profession, ne doivent, en aucune manière, se prêter à des combinaisons plus ou moins irrégulières ou illégales.

Serait ainsi susceptible d'être poursuivi pour complicité d'exercice illégal de la pharmacie le diplômé qui accepterait de livrer à l'hôpital des médicaments en gros, pour que ces derniers soient préparés sous forme de drogues composées et débitées aux hospitalisés, ou aux clients du dehors. De plus, le pharmacien pourrait être recherché, au même titre que la Commission administrative, pour les erreurs de technique faites par une infirmière, affublée du titre de « pharmacienne » de l'hôpital, qui n'a pas le diplôme requis par la loi de Germinal.

Conclusion

Le statut des pharmaciens d'hôpitaux est assez précaire et mal précisé. Il est donc nécessaire que, lorsque ces praticiens sont sollicités pour accepter des fonctions hospitalières, ils demandent à connaître les termes du règlement intérieur et qu'au besoin ils sollicitent des Conseils près les juristes autorisés.

Dr Paul BOUDIN.

L'ACTUALITÉ PROFESSIONNELLE

Informations Judiciaires

A quelles conditions le colportage pharmaceutique est-il illicite

La nécessité d'une règlementation du colportage pharmaceutique est apparue fort nettement aux yeux du législateur, lorsque son organisation et son développement ont pris une ampleur telle qu'elle risquait de donner à la délivrance des médicaments un caractère outrancièrement et exclusivement commercial, et, par là, en supprimant le contrôle du pharmacien diplômé et en ruinant les officines locales, de mettre en danger la santé publique. Aussi est-ce à la demande des Syndicats de pharmaciens eux-mêmes, dont l'intérêt coïncidait avec celui du public, qu'est intervenue la loi du 4 septembre 1936 interdisant : 1° la vente au public de médicaments en dehors des officines de pharmacie ; 2° le fait pour les pharmaciens « de solliciter habituellement auprès du public des commandes, soit par l'intermédiaire de préposés ou de courtiers, soit par des dépôts de commandes à caractère commercial, et de procéder par les mêmes moyens ou par des services réguliers ou organisés au trafic ou à la distribution à domicile de produits dont la commande aurait été ainsi sollicitée ».

Mais, peu de temps après la promulgation de cette loi, le 1er octobre 1936, le ministre de la Santé publique publiait une Circulaire qui semblait restreindre singulièrement la portée de cette interdiction, puisque, selon lui, les livreurs attachés à une pharmacie et chargés de passer dans les bourgs et hameaux pour prendre les commandes des clients et en assurer la livraison ne devaient pas tomber sous le coup de la nouvelle réglementation dès l'instant qu'ils se bornaient à prendre les commandes qui leur étaient remises sans solliciter la clientèle, et sans transporter avec eux d'autres produits que ceux qui faisaient l'objet des livraisons.

La question s'est alors posée de savoir quel était exactement le sens de la nouvelle loi, et quels agissements elle entendait réprimer ? Il ressort des travaux préparatoires, et notamment du rapport fait au nom de la Commission de l'hygiène du Sénat, par M. Dauthy, sénateur, que la loi a eu pour but d'interdire non pas la livraison faite au domicile du client, sur sa demande, par l'employé d'un pharmacien, mais le fait pour des chauffeurs d'automobiles engagés par de grandes entreprises commerciales, d'organiser des services réguliers à jours fixes, d'offrir eux-mêmes leurs services aux malades, de transporter des médicaments autres que ceux commandés et de donner même des conseils à leurs clients. Par « colportage » il faut, en dehors du transport et de la livraison, entendre encore et surtout la sollicitation de commandes de médicaments, soit au domicile du client, soit dans la localité où il habite.

C'est à cette interprétation qu' s'est rallié le Tribunal correctionnel de Montdidier, par un jugement en date du 4 décembre 1936 (*Gaz. Pal.*, 4 mars 1937) qui constitue la première décision à notre connaissance sur ce sujet. D'après lui la loi du 4 septembre 1936 n'interdit pas la livraison au domicile du client de médicaments commandés et préparés dans l'officine d'un pharmacien diplômé. *Pour que les éléments constitutifs de l'infraction soient réunis il faut que le prévenu ait sollicité, c'est-à-dire demandé avec insistance, et c'est ce fait de la sollicitation qui est surtout visé.* En conséquence, ne tombe pas sous le coup de la loi le fait par des pharmaciens de faire circuler dans les communes avoisinantes des préposés en automobile qui annoncent leur passage par des coups de trompe mais ne portent aucun médicament préparé à l'avance, ne s'arrêtent que sur l'invitation des clients et ne se livrent à aucune démarche auprès des malades.

Se fondant aussi sur le critérium de la « sollicitation » le Tribunal correctionnel de Belley, par un jugement en date du 4 mars 1937 (*Bulletin de la Chambre syndicale des pharmaciens de la Seine*), a été amené à faire application des sanctions légales dans les circonstances suivantes : une société de pharmaciens avait à son service un colporteur qui parcourait régulièrement la région en automobile, arrivait à jour fixe dans chaque localité, en actionnant son appareil avertisseur, en s'annonçant à haute voix, distribuait un journal publicitaire d'hygiène, prenait les commandes et livrait celles reçues la semaine précédente. Les poursuites intentées par le ministère public et le Syndicat des pharmaciens étaient fondées sur les deux chefs suivants : vente en dehors de l'officine, sollicitation habituelle de commandes par l'intermédiaire d'un préposé.

Fort justement, le tribunal écarta le premier chef, car la vente n'est opérée que lorsque le pharmacien a donné son consentement, et a procédé dans son officine à la préparation demandée. Le second chef a par contre été retenu, car *les pharmaciens en question, en envoyant périodiquement leur préposé dans les localités, et en*

faisant connaître au public l'arrivée de ce préposé, par appel et par distribution de porte en porte d'un journal de publicité, ont demandé au public avec insistance de lui passer des commandes.

On voit donc en conclusion que ce n'est pas le colportage lui-même, c'est-à-dire la prise de commandes et la livraison de médicaments à domicile, qui est réprimé par la loi, mais certaines manières par trop commerciales de le pratiquer, susceptibles de nuire à la santé publique en faisant passer avant l'intérêt des malades le développement du chiffre d'affaires.

J. M.

La Presse et les Sociétés

L'admission des malades non-indigents dans les hôpitaux publics en Belgique

La France n'a pas le monopole des difficultés entre Corps médical et Administration de l'Assistance publique en ce qui concerne l'extension abusive des services hospitaliers aux malades non-indigents. Cette extension se manifeste aussi en Belgique, à tel point qu'elle a ému la Fédération médicale belge, laquelle rappelle aux Unions professionnelles régionales, dans son *Bulletin officiel* du 28 février 1937, la nécessité de veiller jalousement au respect de la loi.

La législation belge actuelle présente d'ailleurs de grandes analogies avec la nôtre, avec cette différence toutefois qu'elle ne date pas de 1851, mais du 10 mars 1925, et qu'elle présente en conséquence une plus grande souplesse et une plus grande largeur d'application. Elle se rapprocherait assez du projet Raoul Brandon. Les principes de cette législation sont résumés par une Circulaire ministérielle du 10 août 1932, complétée en 1933, et dont les dispositions ont dû être rappelées aux Commissions d'assistance le 27 novembre 1934.

Les hôpitaux publics ne sont ouverts qu'aux *indigents*, c'est-à-dire aux personnes incapables de subvenir à leurs besoins. Mais cette notion d'indigence est relative, elle varie avec le besoin ; le coût d'un traitement, d'une opération, du séjour dans une clinique étant actuellement élevé, les catégories de personnes pouvant être considérées comme ne disposant pas des ressources nécessaires pour supporter ces dépenses se sont notablement élargies. Il appartient à la Commission d'assistance de statuer sur chaque cas particulier, d'après les règles suivantes : il y a lieu de mettre en rapport les ressources totales dont dispose l'intéressé, son conjoint et ses enfants avec ses charges ordinaires (entretien du ménage selon les conditions habituelles étant donné la profession et la région, loyer, impôts, charges réelles) et les charges nouvelles créées par la maladie. Mais la notion d'indigence n'est évidemment pas illimitée et les Commissions d'assistance ne doivent recevoir, sous peine de violation de la loi, dans les hôpitaux publics, que les personnes qui ne pourraient pas, par leurs propres ressources se procurer ailleurs les soins que nécessite leur état. En cette matière l'intérêt sainement compris des vrais indigents marche de pair avec celui du Corps médical, car hospitaliser gratuitement des non-indigents revient à détourner de leur objet des fonds qui ont été donnés pour secourir les malades pauvres. L'autorité supérieure serait en droit d'exiger que le montant de pareilles dépenses soit restitué par les administrateurs responsables à la caisse de la Commission.

En ce qui concerne les *cliniques payantes*, il ressort de la discussion parlementaire de la loi organique de l'assistance, qu'il n'y a pas lieu en principe de s'opposer à leur organisation par les Commissions d'assistance. Toutefois ces cliniques doivent remplir les conditions suivantes : 1° le malade doit avoir le libre-choix de son médecin ; il s'entendra directement avec lui au sujet de ses honoraires et traitera avec la direction de la clinique en ce qui concerne les autres frais ; 2° le service des indigents doit rester complètement assuré ; 3° le prix de journée doit être établi de telle sorte que l'établissement ne puisse être mis en perte. Une restriction est cependant apportée au principe du libre-choix : ce principe doit être écarté en ce qui concerne les hôpitaux universitaires, ou les services spéciaux (radiologie, physiothérapie, laboratoire, etc.).

Cette distinction fort nettement établie entre d'une part le service des indigents, dont la définition est assez souple pour satisfaire à la plupart des besoins légitimes, et, d'autre part, les quartiers payants, tend à être respectée de moins en moins par les Commissions d'assistance, qui confondent le tout en un seul et même service. Aussi la Fédération médicale belge s'est-elle préoccupée de la question du service médical de l'Assistance publique, qu'elle a inscrite à l'ordre du jour du prochain Congrès de médecine professionnelle. Les discussions et décisions de ce Congrès constitueront un document intéressant, dont le Corps médical français pourra lui aussi tirer profit, et que nous ne manquerons pas d'exposer en son temps à nos lecteurs.

J. M.

CE QUE PRATIQUEMENT LE MÉDECIN DOIT SAVOIR SUR...

LA QUESTION DES LOYERS

Dans une de nos récentes « actualités professionnelles », nous avons analysé et commenté un ordre du jour du Syndicat des médecins de Marseille qui demandait soit la prolongation du régime des prorogations légales, soit l'institution de la propriété professionnelle. Nous indiquions à ce propos que le retour au droit commun ne rendrait pas aux bailleurs leur pleine liberté, et qu'ils seraient encore limités, en ce qui concerne le taux des loyers, par les dispositions du décret-loi du 16 juillet 1935. A la demande de plusieurs de nos lecteurs nous croyons utile de reprendre cette question et de lui consacrer une étude d'ensemble, que mérite d'ailleurs son importance pratique.

Le droit commun en matière de location

A l'heure actuelle, et sauf les cas où les conditions d'application des lois du 1er avril 1926 et 29 juin 1929 sont remplies, les locations professionnelles sont régies par le droit commun, c'est-à-dire les règles établies par le Code civil en matière de contrat de louage. Un tel contrat nécessite l'accord des deux parties tant sur la durée que sur le prix du loyer. Il peut être fait sous l'une des deux formes suivantes : ou bien à durée déterminée (bail), ou bien à durée indéterminée (location verbale). Dans le premier cas la location cesse de droit à l'époque fixée ; toutefois si à ce moment la possession du preneur continue pendant une certaine durée au su du bailleur, il se forme un nouveau bail par tacite reconduction (Art. 1.738 du Code civil). Ce nouveau bail est fait aux mêmes conditions générales et au même prix que l'ancien, sauf en ce qui concerne la durée pour laquelle il suit les règles des locations à durée indéterminée. Celles-ci peuvent prendre fin aux termes fixés par l'usage local, suivant la volonté de chacune des parties, manifestée à l'autre sous la forme d'un congé. Pour être valable le congé doit être donné dans un délai déterminé lui aussi par l'usage local.

Dans ces deux cas, lorsque la location a régulièrement pris fin, le locataire en place, à moins de clauses expresses, ne possède aucun droit spécial pour le renouvellement de son contrat, quand bien même il aurait fait des frais d'installation et se serait créé une clientèle. Le bailleur est en droit de lui imposer ses conditions, ou même de donner la préférence à un nouveau preneur, fut-il de profession similaire, qui peut ainsi s'approprier par une simple surenchère de loyer, le fruit du travail de son prédécesseur.

La législation d'exception sur les loyers

A la suite de la crise des loyers survenue au cours de la période d'après guerre, le législateur a été amené à prendre une serie de mesures destinées à protéger les locataires contre les prétentions excessives que les conditions économiques du moment permettaient aux propriétaires d'exiger. Ce fut l'œuvre des deux lois du 1er avril 1926 et du 29 juin 1929. Rappelons toutefois que cette législation n'était pas générale : d'une part, pour ne pas mettre obstacle à la construction de logements neufs, elle ne visait que les immeubles d'avant-guerre, d'autre part elle ne s'appliquait que dans les localités où le besoin s'en faisait le plus sentir, c'est-à-dire à Paris et dans un rayon de 50 kilomètres autour de Paris, dans les villes de plus de 4.000 habitants ou situées à moins de 5 kilomètres d'une ville de 10.000 habitants, et dans les communes où la population avait augmenté de plus de 5 % d'un recensement à l'autre.

Le principe est le suivant : le locataire en place au moment de la promulgation de la loi, tenait de cette loi le droit de rester dans les lieux jusqu'à une certaine date dépendant à la fois de la population de la localité, et du chiffre du loyer en 1914, plus éloignée, à conditions égales, pour les locaux professionnels ou mixtes que pour les locaux d'habitation. D'autre part, durant cette période de « prorogation légale » le bailleur ne pouvait exiger de tout locataire, même ne bénéficiant pas de cette prorogation, un loyer supérieur au maximum fixé par la loi, maximum qui s'élève actuellement à 3,05 fois le loyer de 1914 pour les locaux professionnels. Entre la date d'expiration de la prorogation et le 1er juillet 1939, le législateur avait prévu un second pallier de majoration avant le retour au droit commun, ressortant à 4,25 fois la valeur locative de base, pour ces mêmes locaux.

Or la prorogation légale vient à expiration le 1er juillet prochain pour tous les locaux dont le loyer au 1er août 1914 excédait 2.000 francs dans la région parisienne, 1.000 francs dans les villes de plus de 100.000 habitants et les communes limitrophes, et 500 francs dans les autres communes. Il en sera de même au 1er juillet 1938

pour ceux dont le loyer de base était compris respectivement entre 1.000 et 2.000 francs, 501 et 1.000 francs, ou était inférieur à 500 francs en 1914.

Il importe donc de rechercher si, au moment de l'expiration de la location ou de la prorogation légale, les bailleurs seront en droit d'exiger le loyer qui leur plaira en ce qui concerne les locaux soumis au droit commun, ou le second palier de majoration en ce qui concerne les locaux soumis à la législation d'exception sur les loyers.

Indiquons dès maintenant que cette question doit être résolue par la négative, étant donné les dispositions du décret-loi du 16 juillet 1935.

Le décret-loi du 16 juillet 1935

Nul n'ignore que, parmi le premier train des décrets-lois Laval, figurait un décret portant réduction des loyers, dont l'article premier s'exprimait de la manière suivante : « *à compter du* 17 *juillet* 1935, *le prix actuel des loyers de tous locaux, appartements, ou chambres, loués nus ou en meublé, à usage d'habitation ou professionnel, est réduit à titre exceptionnel et temporaire de* 10 %. *Toute majoration sous quelque forme que ce soit du nouveau prix ainsi déterminé, donnera lieu à application de l'article* 13 *de la loi du* 1er *avril* 1926 *modifié par la loi du 29 juin* 1929 ».

Indiquons, pour être complet, que cette réduction de 10 % ne s'applique toutefois qu'au loyer principal, et non aux charges. Lorsque celles-ci sont comprises dans le loyer global, leur montant en a été fixé forfaitairement, par le décret-loi du 30 octobre 1935, à 15 % de manière générale, et à 25 % au cas de chauffage.

Les termes très vagues et très généraux de ce texte qu'aucuns travaux préparatoires ne venaient éclairer, avaient suscité dès l'origine des difficulté d'application et d'interprétation. Aussi le Garde des Sceaux, par une circulaire en date du 15 août 1935, a-t-il jugé bon « de préciser la pensée qui a présidé à l'élaboration de ce texte, et la portée que l'on a voulu fixer à ses dispositions ». S'agissant d'un décret pris en vertu de la délégation donnée au gouvernement par le Parlement et dont l'étude s'est poursuivie en dehors de toute publicité, cette circulaire possède donc une valeur interprétative indéniable, et indique incontestablement l'esprit des dispositions légales. Or il y est dit que « la réduction fixée porte sur le prix du loyer tel qu'il était déterminé à la date du 17 juillet 1935. *Il s'ensuit qu'au cas où le locataire viendrait à quitter les lieux, le propriétaire ne pourrait louer de nouveau à un prix supérieur à celui qui était effectivement payé ou réclamé le* 17 *juillet* 1935, *diminué de* 10 % ».

Il résulte expressément de là que le décret-loi n'a pas eu seulement pour but de réduire de 10 % les loyers des contrats en cours, mais qu'en outre *il a entendu instaurer un nouveau prix limite des loyers, applicable à tous les locaux d'habitation ou professionnels, sans distinction, et égal à celui payé au* 17 *juillet* 1935 *diminué de* 10 %. Cette conséquence importante du décret a au reste été confirmée ultérieurement par de nombreuses réponses ministérielles. Il a été indiqué notamment par le Ministre de la Justice, à un député demandant si le décret-loi du 16 juillet 1935 obligeait à consentir au nouveau locataire le même prix de faveur qu'à l'ancien, que le décret en question « interdit expressément toute majoration sous quelque forme que ce soit du prix existant au 17 juillet 1935 diminué de 10 %. (R. M. n° 14.971, *J. O.*, 21 février 1936). Plusieurs réponses du Garde des Sceaux ont reconnu de même que le décret-loi interdisait actuellement toute majoration des loyers, et notamment celles de 325 % résultant de la loi du 1er avril 1926 modifiée par celle du 29 juin 1929 (V. not. R. M. n° 15.417, *J. O.*, 21 mars 1936, R. M. n° 15.581, *J. O.* avril 1936, etc...).

Un doute pouvait toutefois subsister sur la validité et le bien-fondé juridique de cette solution tant que la jurisprudence ne s'était pas prononcée. Or elle vient de le faire, à plusieurs reprises, et s'est ralliée de manière formelle, à la thèse du prix limite. C'est ainsi que le Tribunal civil de la Seine, par un jugement en date du 6 mai 1936 (*Gaz. Pal.*, 27 mai 1936), a réduit au prix limite le loyer stipulé dans un bail conclu postérieurement au décret-loi, c'est-à-dire au mois d'août 1935. Ce même Tribunal par un jugement du 13 mai 1936 (*Semaine juridique*, 23 août 1936), reconnaissait que « *le locataire entré dans les lieux après le* 17 *juillet* 1935 *peut exciper du décret-loi du* 16 *juillet* 1935. *Le bailleur ne peut exiger pendant la durée d'application du décret-loi un loyer supérieur à celui qui était effectivement pratiqué à la date du* 17 *juillet* 1935, *abattement fait de la réduction temporaire de* 10 % » Tout récemment enfin, le Tribunal civil de Lyon, par un jugement du 9 février 1937 (*Gaz. Pal.* 15 mars 1937), a tranché cette question en ce qui concerne les locaux soumis à la législation d'exception sur les loyers. D'après lui, le décret-loi du 16 juillet 1935 impose à titre de nouvelles bases de prix de location, les prix effectivement payés le 17 juillet 1935 diminués de 10 %, sans qu'il puisse être tenu compte des augmentations ou variations jusque là autorisées par la loi de 1926-1929. S'il n'a pu abroger cette législation, il a instauré un nouveau régime stabilisant en réalité le prix des loyers et qui se substitue à l'ancien pendant la durée d'application du décret. Par suite « *un propriétaire ne peut se prévaloir de l'article* 11 *de la loi de* 1926-1929 *pour imposer à son locataire une majoration de* 325 % *du prix*

de 1914 à compter de la date prévue par ladite loi comme terme de la prorogation. »

Comment les locataires peuvent-ils pratiquement faire respecter leurs droits ?

Le problème se présente de la manière suivante : un locataire dont le bail ou les droits à la prorogation légale arrivent à expiration, entre en pourparlers avec son propriétaire pour obtenir un nouveau contrat de location. Le propriétaire n'accepte de le lui accorder que moyennant un loyer supérieur au prix limite. Quelle attitude devra-t-il prendre devant ce refus, étant donné que le bailleur est, légalement, absolument libre de ne pas lui relouer ?

Une première règle doit être posée : le locataire peut et doit accepter les conditions qui lui sont faites, si celles-ci sont raisonnables et correspondent à la valeur normale de ses locaux.

Mais le prix ainsi convenu entre les parties, ou le taux légal prévu par la loi de 1926-1929 entre la fin des prorogations et le 1er juillet 1939, ne prendront effet, ainsi que le dit la réponse ministérielle no 14.256 (*J. O.*, 31 décembre 1935) que lorsque le décret-loi du 16 juillet 1935 aura été abrogé. Jusque là au contraire le locataire sera en droit d'opposer à son bailleur le prix limite résultant du décret-loi, sans qu'il importe d'ailleurs qu'il ait fait insérer ou non une réserve à ce sujet dans son contrat. En effet, les dispositions en question sont d'ordre public, et toute clause contraire est frappée de nullité absolue, en vertu de l'article 13 de la loi de 1926-1929, auquel s'est expressément référé le décret-loi dans son article premier. Par suite le bailleur serait dénué de toute action contre son locataire pour obtenir le paiement de la différence entre le prix limite et le loyer figurant dans l'acte de location.

Ceci ne vaut pratiquement, nous objectera-t-on, que pour les locataires ayant obtenu un bail, et n'ayant pas en conséquence à craindre de recevoir leur congé. Mais qu'adviendra-t-il des locataires sans bail ? Ces derniers ne sont nullement livrés pieds et poings liés à leur propriétaire. Nous avons vu en effet que la sanction du décret-loi doit être recherchée dans l'article 13 de la loi de 1926-1929. Or il est prévu par l'article 14 de la même loi, que dans les cas prévus par l'art. 13, *le Tribunal compétent pourra autoriser le maintien du locataire dans les lieux, sur sa demande, pendant une période qui ne pourra être inférieure à un an, ni excéder trois ans,* sauf s'il existe un bail d'une durée supérieure. Le décret-loi s'étant référé à l'art. 13, a implicitement visé cette disposition de l'art. 14, qui doit recevoir application au cas où un propriétaire dépasserait le prix limite fixé par ce décret. Ainsi en a-t-il été décidé d'ailleurs par le Tribunal civil de la Seine, dans son jugement du 20 mai 1936 (*Gaz. Pal.*, 28 août 1938) et le Tribunal civil de Lyon dans son jugement précité.

Conclusions

Il résulte donc de la jurisprudence que nous venons d'exposer que les médecins peuvent encore actuellemen défendre leurs intérêts légitimes au regard de leurs bailleurs en invoquant les dispositions du décret-loi du 16 juillet 1935. Est-il besoin de rappeler, que le Sou Médical est prêt à accorder à ses membres son appui pécuniaire au cas où il serait nécessaire de défendre judiciairement leurs droits ?

Mais ce décret-loi, comme la loi de 1928-1929, présente un caractère *exceptionnel et temporaire*. Il s'agit là d'une mesure de circonstances, qui disparaîtra avec les circonstances qui l'ont fait naître. Or les intérêts légitimes qu'elle permet de protéger ont eux un caractère *général et permanent* : il s'agit pour le médecin de ne pas perdre, par la simple mauvaise volonté, ou le désir de spéculer de son bailleur, les frais qu'il a du exposer pour son installation, et la clientèle qu'il s'est créée par son travail. La loi sur la « propriété commerciale » a accordé aux commerçants le droit au renouvellement de leurs baux ; le Ministre de l'Agriculture a déposé récemment au Parlement un projet de loi tendant à accorder aux fermiers la « propriété culturale » ; pourquoi le législateur ne reconnaîtrait-il pas aux membres des professions libérales le droit à la « propriété professionnelle » ?

Jean Mignon.

VARIÉTÉS

Le pétrole dans l'antiquité : Ses applications thérapeutiques

Les anciens ont connu et utilisé le pétrole. Un érudit distingué, M. André Séguin, a publié dans la *Revue des Questions historiques* de savantes *Recherches sur le pétrole dans l'Antiquité* où il relate l'emploi qu'on en faisait en thérapeutique.

Le pétrole était connu sous le nom de *naphta* en grec, de *petroleum* en latin. Le bitume en grec et en latin s'appelait *asphaltos* et *bitumen* ; en hébreu, en Chaldéen, en persan, c'était *naft, nafta,* d'où les Arabes ont fait *niftoun.* Ces derniers s'en servaient pour enduire la bosse de leurs chameaux et les préserver des tiques. Le Tay-el-Arous signale l'emploi du naphte blanc comme dissolvant, émollient et en suppositoires contre les hémorroïdes.

L'asphalte était recueilli surtout dans la Mer Morte, le lac Asphaltite, qui se substitua à la Vallée des Bois, lors de l'engloutissement de Sodome, de Gomorrhe et des autres villes de cette région. Selon Diodore de Sicile, les Egyptiens venaient quérir l'asphalte de la mer Morte pour embaumer leurs morts, car les aromates sans asphalte ne permettaient pas de conserver les corps.

On connaissait d'autres émanations de pétrole, notamment à Hiéropolis, et les vapeurs qui s'en dégageaient, tuaient les animaux, surtout les oiseaux et même les hommes sauf les eunuques (?) s'il faut en croire Dion Cassius et Quinte-Curce. Diodore de Sicile et Tacite rapportent que pour dissoudre le bitume, on se servait d'urine de femme et du sang des menstrues (? ?).

Autour de Babylone, il y avait de nombreuses sources de pétrole.

Les Babyloniens s'en servaient en guise de ciment pour réunir les briques qu'ils utilisaient dans la construction de leurs monuments. On calfatait les bateaux avec le bitume, on en badigeonnait les statues des dieux. On s'éclairait et se chauffait avec. Pline, Ammien Marcellin, Procope signalent les flèches incendiaires des Perses portant à leur extrémité un tampon d'étoupe imprégné de pétrole qu'on enflammait.

Pline parle d'un mélange de poix et de pétrole, le pissalphate d'Appolonie, qui servait à guérir la gale des bestiaux, et les fissures des seins chez les nourrices.

Dans son *Traité des Airs, des Eaux et des Lieux,* Hippocrate déconseille les eaux pétrolifères comme eaux d'alimentation. Vitruve leur trouve une vertu purgative et prophylactique à l'égard des maladies internes.

Selon Diodore de Sicile les habitants des régions pétrolifères étaient chétifs et malingres et il l'attribuait, d'accord sur ce point avec Aristote, aux émanations.

Hippocrate, puis Celse, conseillent le pétrole en préparations d'onguent pour panser les plaies, ou pour faire des suppositoires contre les hémorroïdes, ou des fumigations contre les angines.

Pline le naturaliste indique que le pétrole servait à combattre les inflammations, la lèpre, le lichen et les prurits. Il assouplissait les articulations des podagres, calmait la toux opiniâtre, guérissait les lombagos et les rhumatismes articulaires. On l'utilisait comme cicatrisant, hémostatique, pour résoudre les nerfs, calmer les crises comitiales et les étranglements de la matrice. Mêlé à du vin, il pouvait servir de purgation aux femmes. On le prescrivait dans le traitement de l'apoplexie, des paralysies, pour résoudre les dépôts d'humeur, pour panser les plaies récentes, pour calmer les maux de dents. Caton l'Ancien s'en servait pour protéger la vigne du ver coquin et Columelle pour détruire les fourmis.

Par cette énumération on voit toute l'étendue de l'emploi du pétrole dans l'Antiquité.

De nos jours le pétrole est surtout employé comme parasiticide. Besnier, Brocq, Jacquet le faisaient entrer dans des pommades contre la phtiriase. L'huile de pétrole, l'éther de pétrole purifié a été prescrit contre la gale, et pour nettoyer le cuir chevelu, procédé parfois irritant et dangereux à cause de l'inflammabilité. Il y a une quarantaine d'années nous nous souvenons avoir fait des badigeonnages du larynx au pétrole (huile lampante) dans les laryngites chroniques ; ce procédé eut peu de succès malgré une certaine efficacité car il était extrêmement désagréable. Les progrès de la chimie et de la pharmacie ont permis d'éliminer à peu près complètement le pétrole de la pharmacopée. Rappelons cependant que, pendant la grande guerre, l'essence de pétrole a rendu des services en chirurgie d'urgence à défaut d'autres produits antiseptiques.

J. NOIR.

LES ESTRANGERS DANS LES UNIVERSITÉS AU TEMPS DE LOUIS XV

M. R. N Sauvage a donné connaissance de deux manuscrits du fonds Joly de Fleury à la Bibliothèque nationale (ms. 312. fol. 337 et 335) : une lettre du chancelier Lamoignon de l'Université de Caen au procureur général du Parlement de Paris, Joly de Fleury et le brouillon de la réponse de celui-ci. Le professeur de théologie de l'Université de Caen dont il est question ici, Milecius Macpharlan est connu. Originaire d'Irlande, du diocèse de Kilmore, il avait reçu les ordres mineurs et le sous-diaconat à Bayeux en 1743 et 1744. En 1790, il était doyen de la Faculté de théologie de Caen et, en cette qualité, il signa le 25 mai 1791, la déclaration de l'Université sur le serment à la Constitution civile du Clergé. Il fit partie de la première reclusion et fut enfermé le 18 prairial de l'an II au Bon-Sauveur de Caen. Il mourut à Caen, rue Froide, le 16 ventôse de l'an XII (17 mars 1804), âgé de 85 ans.

1° Lettre de Lamoignon à Joly de Fleury :

« Monsieur le S[r] Milesius Macperlan vient d'obtenir au Concours une chaire de professeur de théologie en l'Université de Caen. On me demande si cette Université peut donner entrée, séance et voix délibérative dans ses assemblées, à un nouveau professeur qui est estranger sans qu'il obtienne des lettres de naturalité. Par le compte que je me suis fait rendre de l'usage qui s'observe dans l'Université de Paris, je vois qu'on n'a jamais exigé que les estrangers obtinssent des lettres de naturalité pour estre admis dans l'Université. On les y reçoit également comme les Français. Le mérite est la seule qualité requise pour y entrer et pour y exercer les différents emplois. Il y a mesme dans l'Université des chaires qui, dans leur origine, ne doivent estre remplies que d'estrangers et qui portent la dénomination de la Nation. On pourrait donc penser que l'Université de Paris devant servir de modèle aux autres, celle de Caen ne doit faire aucune difficulté d'admettre le sieur Macperlan à ses assemblées. Cependant avant que de rien décider à ce sujet, je serais bien aise de sçavoir quelle est la façon dont vous en pensés, et vous me ferés plaisir de m'envoyer vostre advis le plus tôt qu'il vous sera possible.

Je suis Monsieur, vostre très humble et affectionné serviteur.

de Lamoignon ».

Brouillon de la réponse de Joly :

A Versailles le 3 juin 1755

« J'ay fait sur cette question toutes les recherches possibles et je n'ay trouvé aucun texte de loy, ny de statut qui oblige les professeurs estrangers à prendre des lettres de naturalité pour jouir de tous les privilèges des Universités dans celles dont ils sont membres. Je me suis aussy addressé aux personnes de l'Université de Paris les plus éclairées et les plus instruites des règles qui s'observent, non seulement dans cette Université, mais dans toutes les Universités du Royaume et tout ce que j'ay recueilli est qu'il est d'un usage immémorial que les membres de 'Université de Paris qui sont estrangers y sont admis et reçus comme les naturels français sans avoir besoin de lettres de naturalité, qu'ils y participent aux mesmes honneurs et aux mêmes privilèges dont y jouissent les naturels français, qu'ils peuvent mesme estre élevés aux dignités de l'Université quoiqu'ils ne soient pas naturalisés et qu'il y a des exemples que l'Université de Paris avait eu un recteur estranger qui n'avait jamais obtenu de lettres de naturalité. Ainsi je crois, qu'à moins que l'Université de Caen n'ait quelque statut particulier pour empescher qu'ils y seroient admis, elle ne peut refuser l'entrée. »

D[r] P. Noury

SOU MÉDICAL

Rapport du Trésorier sur l'exercice 1936

Messieurs,

J'ai l'honneur de vous soumettre le rapport financier de l'exercice 1936.

CAISSE GÉNÉRALE

Compte de gestion

Recettes

Cotisations	733.766,20
Revenus du portefeuille	116.486,16
Dons	8.519,85
Total	858.772,21

Dépenses

Propagande	27.982,87
Administration	14.625,25
Frais généraux	86.274,92
Frais de contentieux	129.934,35
Versement statutaire à la Caisse de garantie	293.506,50
Total	552.323,89

Les recettes étant de	858.772,21
et les dépenses de	552.323,89
il reste donc pour faire face aux frais judiciaires des affaires de 1936	306.448,32
sur lesquels il a été déjà versé en cours d'exercice	76.142,25
Nous avons donc pour 1936 une réserve disponible de	230.306,07

pour nous assurer la liquidation des affaires de l'exercice.

Caisse de garantie

Avoir au 1er janvier 1936		1.623.080,80
Encaissements des 4/10 des cotisations		293.506,50
Mais nous avons eu à payer pour sinistres	184.855,95	
Sol de créditeur	1.731.731,35	
Balance	1.916.587,30	1.916.587,30

BILAN AU 31 DÉCEMBRE 1936

Actif

Portefeuille	2.191.155,87
Société générale à Paris	2.551,06
Solde en Caisse	6.923,55
Chèques-postaux	74.584,39
Caisse d'Epargne de Paris	10.041,71
Société française de reports et dépôts	610.870 99
Total	2.896.127,57

Passif

Caisse de garantie	1.731.731,35
Réserve 1932 et années antérieures	178.716,76
Réserve 1933	67.571,05
Réserve 1934	36.776,05
Réserve 1935	125.667,56
Réserve 1936	230.306,07
Créditeurs divers	525.358,73
Total	2.896.127,57

OBSERVATIONS

Si nous comparons l'exercice 1936 avec le précédent, nous constatons :

1° que le nombre de nos adhérents est passé de 6.800 membres, à 7.484 membres ;

2° que le revenu du portefeuille a gagné plus de 20.000 francs ;

3° que les dons sont en progression sensible ;

4° que les frais d'administration ont été moins élevés ;

5° que les frais de contentieux sont en très légère augmentation malgré le nombre croissant des affaires ;

6° quant aux réserves des exercices antérieures elles sont en diminution marquée, le nombre des affaires en suspens ayant considérablement baissé ;

7° la valeur de notre portefeuille a naturellement suivi le mouvement de baisse général des valeurs en Bourse.

8° enfin les sommes que vous trouvez dans le compte créditeur divers du bilan sont des sommes que la trésorerie du Sou a perçues pour d'autres services.

9° Enfin j'insisterai sur un dernier point. Les indemnités pour responsabilité professionnelle sont en progression sensible, et cela non seulement à cause du nombre croissant des litiges, mais aussi parce que les Tribunaux ont tendance à avoir la main de plus en plus lourde en ce qui concerne la responsabilité civile du médecin. Et cela nous impose à tous un redoublement de prudence, à nous, Sou Médical, dans notre gestion générale, à tous nos membres dans l'exercice journalier de leur profession : la sécurité que donne la garantie du Sou Médical ne doit pas être une prime à l'insouciance ou à la témérité.

Ai-je besoin, en conclusion, de vous faire remarquer que nos finances sont, malgré ce que je viens de dire, dans une excellente situation ?

Le Trésorier :

H. MIGNON.

CHRONIQUE AUTOMOBILE

Le freinage *(suite)*

Nous avons donc constaté, en suivant la documentation fournie aimablement par les Etablissements Ferodo et Flertex, dans la dernière Chronique automobile, qu'une fois de plus les Anglais avaient montré leur sens pratique, en facilitant la mise au point de la découverte d'Herbert Frood, qui, le premier, avait eu l'idée de créer des matières spéciales destinées à être utilisées comme matières de friction.

Et nous nous étions arrêtés au moment où, avec la collaboration des Frères Docker, grands fabricants de vernis à Birmingham, était née la première en date des garnitures de frein : le Ferodo Fibre, employé presque aussitôt par la Compagnie des Omnibus à chevaux de Londres.

Nous allons voir, aujourd'hui, l'application de cette découverte à l'automobile, Aux vitesses accrues des nouveaux véhicules, qui venaient de faire leur apparition, le vieux Ferodo Fibre se carbonisait.

Les problèmes soulevés par le freinage devenaient plus complexes et plus variés. De nouveaux types de garnitures de freins apparurent, pour faire face aux nouveaux besoins, car un seul ne pouvait naturellement pas corres pondre à tous les cas.

Comparons en effet le freinage d'un camion et d'une automotrice :

Le roulement sur route autorise des coups de freins violents, alors que, sur voie ferrée, on redoute l'enrayage.

Sur le camion en état normal de route, le coup de frein d'arrêt ne doit pas excéder 6 secondes pour une course d'arrêt de 160 mètres, alors qu'une automotrice lancée à 140 km. à l'heure, demande raisonnablement 30 secondes pour s'arrêter, pendant lesquelles elle parcourt encore 600 mètres.

Il faut donc des garnitures, dont les qualités soient ou bien contradictoires par utilisation même, ou bien si différentes qu'elles entraînent des incompatibilités entre les matières premières utilisées.

Il y a des cas, où l'on a besoin d'une garniture, dont le coefficient de frottement soit plus élevé à chaud qu'à froid.

Inversement, et en particulier pour l'équilibrage des freins sur les automotrices, on recherche des garnitures au coefficient de frottement plus bas à chaud qu'à froid.

On peut désirer aussi bien que le coefficient de frottement monte ou baisse avec la vitesse.

Il serait étonnant que les matières composées spécialement pour supporter de très hautes températures fûssent en même temps les plus résistantes à l'usure à froid, et celles ayant le plus haut coefficient de frottement.

Il faut penser que des voitures de tourisme banales font maintenant des moyennes de 70 km. à l'heure avec des pointes de 100 km., et que le conducteur est tellement sûr des réflexes de ses freins et de leur durée qu'il oublie — trop souvent — de songer à eux.

Pour toutes ces raisons, les fabricants de garnitures de freins ont été amenés à composer des matières susceptibles de répondre le mieux possible à ces besoins différents.

Dans les garnitures de freins modernes, il entre toujours de l'amiante, textile incombustible, étrange cristal fibreux que l'on trouve dans les terrains primitifs du Cap, du Canada et d'autres régions, où il est moins long et moins beau, et se prête moins bien à la filature et au tissage.

A cet amiante, employé sous des formes diverses, est mélangé un « imprégnant », sorte de vernis très épais, de composition très variée.

Le vernis d'imprégnation est transformé par la cuisson et forme avec son support d'amiante une masse compacte, qui est la garniture de friction.

La garniture tissée reste jusqu'ici la garniture de choix. En effet, le problème de la garniture est triple :

1° Avoir le coefficient de frottement voulu ;

2° Avoir une grande résistance à l'usure ;

3° Présenter une grande résistance mécanique. Si l'on détache de ce problème la résistance mécanique obtenue naturellement par la constitution d'un fil et d'un tissu robustes, renforcé au besoin de minces fils de laiton, on garde une entière liberté pour choisir parmi les imprégnants connus, ceux qui donneront les caractéristiques recherchées.

On fait aussi des garnitures, soit de carton d'amiante, imprégné sous cette forme d'un vernis approprié, soit de matières moulées composées par malaxage, laminées ou filées.

Mais il est bien évident que le choix obligatoire d'un imprégnant, capable de donner à cette garniture une résistance mécanique plus grande fait, généralement écarter des imprégnants mieux appropriés à la destination de la garniture.

La fabrication d'une garniture de freins comporte donc une série d'opérations nombreuses et variées.

L'amiante provient de la mine sous forme de pierres cylindriques, qui sont encore mélangées avec des débris des roches encaissantes.

La première opération consiste donc en un concassage plus poussé et un épierrage.

On procède ensuite à la désintégration des blocs et ici une industrie toute jeune rejoint l'industrie la plus ancienne du monde : c'est l'antique meule de Samson appelée maintenant meuleton, qui sert à séparer les fibres d'amiante.

Le meuleton, par un dispositif spécial, sépare et épanouit en éventail les fibres d'amiante jusqu'alors parallèles.

Cette opération est suivie d'un nouveau nettoyage sur ouvreuse pierreuse, qui enlève encore les poussières nuisibles en même temps qu'elle transforme en bourre les fibres d'amiante séparées par le broyage.

Sous cette forme, des amiantes de différentes provenances sont mélangés sur une aire avec une très large addition de coton, qui facilitera les opérations textiles et disparaîtra sans danger au moment des coups de freins.

L'amiante est ensuite cardé, c'est-à-dire passé plusieurs fois sur des cylindres hérissés de fins picots métalliques. Ces tambours transforment en une nappe homogène régulière d'épaisseur et à fibres parallèles la bourre d'amiante.

Ces nappes sont plusieurs fois resserrées en une grosse mèche. Ces mèches réunies à plusieurs sont repassées à nouveau sur les cardes ; ces opérations répétées finissent de rendre parfaitement homogène le textile prêt à être filé.

(A suivre).

Marcel Toussaint.

JOURNÉES INTERNATIONALES DE LA SANTÉ PUBLIQUE

1er-10 Juillet 1937 (1)

IV. — JOURNÉES MÉDICALES DE LA MARINE MILITAIRE (*organisées par le Service de santé de la Marine*) (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 juillet 1937)

Président :

Médecin général de 1re classe Autric, inspecteur général du Service de santé de la Marine.

PROGRAMME

1. — *Conférences filmées*

1° L'hygiène et la vie à bord des navires de guerre modernes :

a) Le cuirassé *Dunkerque*. (Habitabilité, ventilation. Eeau de boisson. Alimentation. Nuisances. Hygiène et prophylaxie individuelles. Vêtement. Propreté corporelle. Prophylaxie des maladies vénériennes. Sports, Jeux, Distractions) ;

b) Les avisos coloniaux. Leur adaptation aux pays tropicaux.

M. le médecin principal Canton, médecin-major du *Dunkerque* ;

2° Le service de santé à bord en temps de paix et en temps de guerre :

Surveillance sanitaire.

Installations médicales, chirurgicales, radiologiques, bactériologiques.

Moyens de transport et d'évacuation des malades et des blessés.

M. le médecin en chef de 2e classe Solcard, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole d'application ;

3° L'hygiène et la vie à bord des sous-marins :

Habitabilité, Lutte contre la viciation de l'atmosphère. Couchage, propreté corporelle, alimentation, nuisances.

M. le médecin en chef de 1re classe Héderer, professeur d'hygiène navale à l'École d'application ;

4° Une visite chez les scaphandriers de la flotte :

Appareils de plongée individuels divers, scaphandre autonome, appareils de sauvetage pour sous-marins. Traitement des accidents de décompression. Traitement de l'asphyxie par submersion.

M. le médecin en chef Héderer.

II. — *Conférences avec projections*

1° Les vêtements du marin.

M. le médecin en chef de 1re classe Hamet, médecin-chef de l'hôpital maritime de Brest ;

2° Les hôpitaux de la marine.

M. le médecin en chef de 2e classe Pierre, chef du Service de phtisiothérapie de Rochefort ;

3° L'éducation physique à l'Ecole des fusilliers marins.

La surveillance médicale des athlètes.

Médecin de 2e classe Cazenave.

4° Alimentation à bord des navires de guerre. La question des vitamines.

M. le pharmacien-chimiste principal Audiffren, professeur agrégé à l'Eclole d'application ;

5° Les transports-hôpitaux.

M. le médecin en chef de 1re classe Ployé, membre du Conseil supérieur.

V. — JOURNÉES MÉDICALES COLONIALES (*organisées par le Service de santé des colonies*). (2, 3, 5 juillet 1937)

Président :

Médecin général inspecteur Sorel, inspecteur général du Service de santé des colonies.

(1) Voir *Concours Médical*, n° 17.

PROGRAMME INDICATIF DES SUJETS

1° Alimentation :

Matériel alimentaire : foyers, mortiers et moulins, poterie, vannerie.

Ustensiles culinaires : préparation des aliments et des boissons.

Consommation des repas :

Eau d'alimentation (puits, points d'eau, sources, captation, adduction, distribution).

Marchés.

Cueillette, chasse, pêche (armes et engins).

Conservations de produits (poisson, viande).

Les maladies dde l'alimentation et les moyens de lutter particulièrement en ce qui concene l'enfance (consultations des enfants, goutte de lait, etc...) ;

2° Habitation :

Formes particulières (si possible de chaque genre de case, dans chaque pays).

Réserves de vivres, greniers à mil, parcs à bestiaux magasins, boutiques.

(Habitations collectives).

Ecoles, hôpitaux.

Centres urbains et villages.

Les maladies de l'habitation et moyens de lutte ;

3° Vêtement :

Hommes, femmes, enfants.

Vêtements de corps, coiffures, ceintures, chaussures, esthétique : onctions, bracelets, bagues, parures.

Matériel de literie et de couchage.

Les maladies du vêtement et moyens de lutte.

4° Moyens de transport :

Les transports par animaux.

Transport par chalands (cordelle).

Le transport humain et le portage.

Chemins de fer, automobiles, avions.

Les moyens de transport propres au service de santé : autos sanitaires, groupes mobiles ;

5° Culture physique :

Exercices physiques.

Jeux d'adresse intellectuelle.

Jeux sportifs.

Luttes athlétiques.

Musiciens, chanteurs, danseurs.

VI. — COMITÉ ET JOURNÉES DE LA MARINE MARCHANDE

Président de la Section :

Docteur Even, sénateur des Côtes-du-Nord, président du Comité consultatif d'hygiène de la Marine Marchande.

Programme

1° *Hygiène maritime ou des navires de commerce* :

1) Conditionnement de l'air des navires.

2) Procédés de purification et conservation de l'eau potable.

3) Propreté et désinfection du navire.

4) Dératisation et désinsectisation.

5) Le rat-proofing. Ses conséquences sur l'hygiène générale du navire.

6) Aménagement des locaux d'équipage.

2° *Service médical à bord* :

1) Rôle du médecin de la marine marchande.

2) Installation des locaux hospitaliers ;

3) Transport des blessés.

4) Les consultations radio-médicales, standardisation des coffres à médicaments.

5) Rôle social et éducatif du médecin à bord.

3° *Pathologie spéciale des marins du commerce* ;

1° La préservation individuelle des maladies vénériennes.
2) La tuberculose dans la marine marchande.
3) Les influences météorologiques sur la pathologie en mer.
4) Caractéristiques de l'évolution des plaies à bord.
4° *Organisation des services médicaux à terre. Œuvres sociales.*
5° *Films* :
Les dispositifs d'hygiène sur les différents types de navires de commerce et de pêche.

VII. — JOURNÉES MÉDICO-SOCIALES

Organisées par la Confédération des Syndicats médicaux Français

(5, 6, 7 juillet 1937).

Président :

Pr Balthazard

Programme

Lundi 5 juillet

Le syndicalisme médical et les lois médico-sociales.
Médecine préventive.
Médecine curative (assistés, accidentés du travail, pensionnés de guerre, assurés sociaux) ; (hôpitaux, dispensaires).

Mardi 6 juillet

Les médecins et les vétérinaires (maladies communes à l'homme et aux animaux.)
Les médecins et les pharmaciens (spécialités pharmaceutiques, réclames charalatanesques, règlement des laboratoires, etc.)
Les médecins et leurs auxiliaires (infirmiers, infirmières, assistantes sociales, etc...).
Les œuvres syndicales.

Mercredi 7 juillet

Congrès de la répression de l'exercice illégal de la médecine.

8, 9, 10 juillet 1937

Assemblée générale de l'Association professionnelle internationale des médecins (. P. I. M.).

JOURNÉE DU SYNDICALISME MÉDICAL

(Lundi 5 juillet 1937).

Le matin

Le Syndicalisme médical en France, par le Docteur Dibos. — La collaboration des Syndicats médicaux au fonctionnement des lois sociales, par le Docteur Cibrie. — Les soins médicaux aux assistés, par le Docteur Rinuy. — Les soins médicaux aux accidentés du travail, par le Docteur Decourt. — Les soins médicaux aux pensionnés de guerre, par le Docteur Lenglet. — Les soins médicaux aux assurés sociaux, par le Docteur Hilaire. — Les soins médicaux à l'hôpital, par le Docteur Bourguignon. — Les soins médicaux dans les dispensaires, par le Docteur Dournel. — Les soins médicaux en clientèle libre, par le Docteur Tissier-Guy. — Les œuvres syndicales, par le Docteur Vauzanges.

L'après-midi

Réception à l'hôtel de Juigné, 60, boulevard de La Tour-Maubourg, siège de la Confédération des Syndicats médicaux français.

VIII. — JOURNÉES D'HYGIÈNE DENTAIRE

(*Organisées par la Confédération nationale des syndicats dentaires*).

(6, 7 juillet 1937.)

Programme

1. M. Lebrun, Inspections dentaires dans les écoles et au régiment.
2. M. Haloua : Enseignement de l'hygiène dans les écoles dentaires.
3. M. Renard-Dannin : Centres de prophylaxie dentaire.
4. M. Selbmann : Propagande d'hygiène dentaire (Conférence, T. S. F., affiches, tracts, films, etc...)

IX. — JOURNÉES D'HYGIÈNE GÉNÉRALE

Président :

Docteur Dujarric de la Rivière.

Programme

Fumées, poussières, gaz des combustions au point de vue de l'hygiène.

La protection de la famille

Examen de quelques-unes des conditions morales et matérielles indispensables à la création, au maintien, au développement de la famille.
Education et défense du futur fondateur de famille.
Education morale : Le sens familial.
2) Protection de la famille constituée.
Influence de la législation sur la création et le développement de la famille.
L'éducation des parents.
La femme, centre de la famille :
Défense de la femme, problème social.
Education de la femme : Physique, maternelle, ménagère.
Le travail féminin.
Le service civil peut-il être organisé en France ?
L'enfant :
Education de l'enfant : l'habitude de la propreté, l'école saine ; l'éducation physique.
Les dangers de la rue : Les patronages ; les assistantes de police.
Les colonies de vacances.
La sous-alimentation.
L'homme :
Le travail : hygiène du métier.
Les loisirs : le sport et ses dangers ; le cinéma ; les lectures malsaines ; les distractions qui enrichissent l'esprit et fortifient le corps.
L'hygiène sociale dans la famille indigène de nos colonies.
Les femmes au service de l'hygiène sociale.
Les libres réalisations de l'esprit social : Les œuvres.
Les travailleuses sociales : dans la famille, à l'école, à l'usine.
Les infirmières.
Les conseillères municipales adjointes.

X. — JOURNÉES D'AVIATION SANITAIRE ET DE MÉDECINE AÉRONAUTIQUE

(6, 7, 8 juillet 1937).

Programme

Questions à l'ordre du jour ;

Mardi 6 juillet : Matin

Aviation sanitaire militaire
(France et ses colonies, pays étrangers).

A) Afrique du Nord.
B) Levant.
C) Colonies (A. O. F., A. E. F., Indo-Chine, Madagascar).

Mercredi 7 juillet : Matin

Médecine aéronautique.
Les acquisitions actuelles.
Aviation sanitaire civile.
a) Le Secours sanitaire aérien, métropole et colonies.
b) L'avion santaire léger, utilisation, applications diverses.
c) Les infirmières, leur rôle ; leur formation ; les infirmières-pilotes.

Jeudi 8 juillet : matin et après-midi.

Grande manifestation aéronautique a l'Aéroport du Bourget.

Présentation d'escadrilles militaires.
Escadrille sanitaire civile du Club aéro-médical.
Arrivée du rallye européen.
Arrivée du rallye féminin.
Présentation des équipages féminins avec concours d'atterrissages.

Question à l'ordre du jour de toutes les journées.

Chacune des séances plénières consacrées à une des questions à l'ordre du jour sera organisée :

Pour l'homme normal, par le Docteur Dally et le Docteur Delore. —
Pour l'homme élément social, par Mlle Suzanne Desnes ;
Pour le vêtement, par le Docteur René Martial ;
Pour l'alimentation, par le Docteur Gauducheau ;
Pour les transports, par le Docteur Broquet ;
Pour l'éducation physique, les jeux, les sports, les loisirs, par le médecin commandant de Chaisemartin.

Les programmes détaillés de ces séances seront publiés ultérieurement.

Etats généraux de la Santé publique

Secrétaire général :

Docteur Delore, médecin des hôpitaux de Lyon, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon.

Programme général

Avant les Journées internationales

Mardi 29 juin 1937. — Réception et séance à l'Académie de médecine.

Les problèmes de la natalité.

Mercredi 30 juin 1937. — Visite aux œuvres médico-sociales de la Compagnie du chemin de fer du Nord.

Départ le matin à 9 heures, retour à 18 heures.

Journées internationales de la Santé publique.

Jeudi 1er juillet 1937.

10 heures : séance d'ouverture et de réception des congressistes et des membres associés.

14 h. 30 : séance plénière (rapports, conférences, communications et films) : *a*) L'homme normal et la science de la santé ; *b*) L'homme élément social.

Vendredi 2 juillet 1937.

Matin :
Séance de travail dans les sections (voir ci-dessus les programmes des sections).
Après-midi :
Séance plénière (rapports, conférences, communications et films).
Le vêtement : protection contre le froid, le chaud, les intempéries, etc....
Maladies par défaut de protection.

Samedi 3 juillet 1937

Matin :
Séance de travail dans les sections.
Après-midi :
Séance plénière (rapports, conférences, communications et films).
L'alimentation.
La production ;
Le transport ;
La fabrication ;
La conservation ;
La consommation
Les maladies de l'alimentation.

Lundi 5 juillet 1937

Matin :
Séance de travail dans les sections.
Après-midi :
Visites. Réceptions. Démonstrations dont le programme sera publié ultérieurement.

Mardi 6 juillet 1937

Matin :
Séance de travail dans les sections.
Après-midi :
Réception et séance à l'Académie de médecine.

La médecine coloniale

Le soir :
A 18 heures : Réception à l'Hôtel de ville de Paris.

Mercredi 7 juillet 1937

Matin :
Séance de travail dans les sections.
Congrès de la répression du charlatanisme médico-pharmaceutique et de l'exercice illégal.
Après-midi :
Séance plénière (rapports, conférences, communications et films).
Les transports, le tourisme.
L'automobile ;
Le chemin de fer ;
Navigation maritime ;
Navigation aérienne.
L'hygiène des passagers et du personnel.
Réactions physiologiques et pathologiques.
L'hygiène internationale, les maladies transportées
Visite d'un laboratoire de psychotechnie.

Jeudi 8 juillet 1937

Journée de la médecine aéronautique et de l'aviation sanitaire.
Grande manifestation aéronautique à l'aéroport du Bourget.
Présentation d'escadrilles militaires et civiles.
Démonstrations d'aviation sanitaire.
Arrivée du rallye international et du rallye féminin.
Concours d'atterrissage.

Vendredi 9 juillet 1937

Matin :
Séance de travail dans les sections.
Après-midi :
L'éducation physique, les jeux, les sports, l'utilisation des loisirs, etc....
La formation physique et morale de la jeunesse.
« Tout ce qui assure l'équilibre physique et moral et apporte la meilleure contribution harmonieuse du corps et de l'esprit ».
Clôture des Journées internationales de la Santé publique.

Samedi 10 juillet 1937.

Matin :
Visite de l'Ecole supérieure d'éducation physique de Joinville. Démonstrations par des moniteurs.
Après-midi :
Les états généraux de la santé publique.

Visites. — Fêtes. — Réceptions.

Des visites, fêtes, réceptions auront lieu, en plus de celles indiquées ci-dessus, à l'Exposition de la Cité universitaire, à l'hôtel de la Confédération des Syndicats médicaux français, à l'Ecole de puériculture, à l'école vétérinaire d'Alfort, au musée de la France d'outre-mer, etc.., à des dates et des heures qui seront indiquées ultérieurement.

• • •

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu** (Professeur : M. F. Terrien). — Cours de perfectionnement 1937 (21 mai au 25 juin). — M. le Professeur F. Terrien, avec le concours de MM. les Professeurs Rathery, Lacassagne, Strohl, Tiffeneau, de MM. les agrégés Velter, Dognon et Renard, de M. le Docteur Ledoux-Lebard, chargé du cours de radiologie, de M. le Docteur Ramadier, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux, MM. les Docteurs Veil et Dollfus, ophtalmologistes des hôpitaux, et de MM. les Docteurs Cousin, Blum, Hudelo, Braun-Vallon, et Joseph, chefs de clinique, chefs de laboratoire et assistants du service, fera un cours de perfectionnement d'ophtalmologie du vendredi 21 mai au 25 juin 1937.

Les leçons comporteront : 1. Un exposé des plus récentes méthodes diagnostiques et thérapeutiques, des dernières acquisitions de la physiologie, de la neurologie oculaire et de l'optique physiologique ; 2. La démonstration des perfectionnements apportés aux procédés chirurgicaux ou aux méthodes de traitement par agents physiques.

Ces leçons auront lieu : 1. Pour les exposés théoriques : à l'amphithéâtre de la clinique ; 2. Pour les travaux de laboratoire : au laboratoire de la clinique ; 3. Pour la médecine opératoire : à l'Ecole pratique de la Faculté et au laboratoire de l'Hôtel-Dieu ; 4. Pour les démonstrations d'électrothérapie, de radio et de radiumthérapie : à l'Institut d'électrothérapie et à l'Institut du radium (Fondation Curie).

A l'occasion de ce cours, des leçons magistrales seront faites par M. le Professeur Rathery (lésions diabétiques de l'œil), M. le Professeur Regaud (radiumthérapie oculaire), M. le Professeur Tiffeneau (pharmacologie ophtalmologique) et M. le Professeur Strohl.

Le droit d'inscription est fixé à 300 francs par série. Se faire inscrire de suite au Secrétariat de la Faculté, les lundi, mercredi, vendredi de 14 heures à 16 heures, ou à l'A. D. R. M., salle Béclard (Faculté de médecine).

— **Prosectorat.** — Epreuve écrite d'anatomie. *Ont obtenu* : MM. Mialarel, 27 ; Calvet, 27 ; Leuret, 25 ; Judet, 24 ; Lazard, 26 ; Rousseau, 26 ; Olivier, 26.

Epreuve de pathologie chirurgicale. *Ont obtenu* : MM. Mialarel, 18 ; Calvet, 19 ; Leuret, 16 ; Judet, 15 ; Lazard, 16 ; Rousseau, 16 ; Olivier, 17.

Epreuve de biologie. *Question posée* : les lésions de l'inflammation tuberculeuse. *Ont obtenu* : MM. Mialaret, 18 ; Calvet, 18 ; Leuret, 18 ; Judet, 14 ; Lazard, 16 ; Rousseau, 14 ; Olivier, 16.

Séance du 19 avril. — Epreuve orale : *Anatomie Ont obtenu* : MM. Mialaret, Leuret, 18 ; Calvet, 17 ; Judet, Olivier, 16 ; Rousseau, 15.

Séance du 21 avril. — Epreuve orale : *Chirurgie. Ont obtenu* : MM. Mialaret, 19 ; Calvet, Judet, 18 ; Leuret, Olivier, 17 ; Rousseau, 14.

— **Adjuvat.** — *Questions posées.*

Epreuve de physiologie : Physiologie du système nerveux cardiaque.

Epreuve de pathologie chirurgicale : Kystes non-parasitaires des os des membres.

Epreuve d'anatomie. *Ont obtenu* : MM. Monsaingeon, 24 ; Tissot, 25 ; Guenin, 28 ; Goldefy, 26 ; Lortat-Jacob, 27 ; Barcat, 28 ; Debidour, 27 ; Rouvillois, 29 ; Mathey, 22 ; Cauchoix, 28 ; Benassy, 23 ; Cordebar, 26.

Séance du 20 avril. — Epreuve écrite : *Physiologie. Ont obtenu* : MM. Barcat, Guénin, Lortat-Jacob, 19 ; Cauchoix, Mathey, Monsaingeon, Rouvillois, 18 ; Benassy, Coldefy, Cordebar, Tissot 17 ; Debidour, 16.

— **Thèses.** — Mardi 16 février. — Jury : MM. Brindeau, Marion, Lenormant, Lantuéjoul. — M. Granger : Considérations sur cinquante pubiotomies pratiquées à la maternité Saint-Louis. — Mlle de Chappedelaine : Les calculs du rein invisibles à la radiographie.

Mercredi 17 février. — Jury : MM. Abrami, Lemierre, Loeper, Cathala. — M. Terrasse : Staphylococcies malignes de la face. — M. Le Bouc : Etude de l'histamine dans l'intoxication chronique éthylique.

Jeudi 18 février — Jury : MM. Carnot, Claude, Gougerot, Tanon. — M. Singer : Le point cervical supérieur droit dans les affections douloureuses hépatobiliaires. — M. Anglade : Les revendicateurs. Etude du délire des revendications. — M. Falkowski : Etude de la tuberculose verruqueuse anofessière. — M. David : Physiologie des poches aériennes dans leur rapport avec le vol des oiseaux. — M. Frenkel : Les néphroses lipoïdiques médicamenteuses. — M. Ghavani : De la médecine persane au cours des âges.

Vendredi 19 février. — Jury : MM. Baudouin, Fiessinger, Grégoire, Coste. — M. Malan : Etude des aménorrhées d'origine endocrinienne. — Mme Roche : Les accidents d'acidose au cours du traitement salicylé. — M. Brouillaud : La densité du sang chez les tuberculeux ; ses rapports avec la tension artérielle. — M. Soyer Maladie post-opératoire et déshydratation.

— **Thèses.** — Mercredi 24 février. Jury : MM. Couvelaire Robert Debré, Lemierre, Guéniot. — M. Arsonneau : Les pelvitomies dans un service de maternité parisien. — M. Gall : L'accouchement prématuré à la Maternité de Lariboisière de 1926 à 1936. — M. Sauvage : Fonctionnement de la Maternité de l'hôpital Saint-Antoine. — Mlle Carlet : Histoire des idées sur la guérison des cavernes depuis Laënnec. — Mlle Helman : Formes cliniques de l'abcès latéro-pharyngien dans la petite enfance. — M. Deséglise : Les glandes à sécrétion interne dans les cirrhoses hépatiques.

Jeudi 25 février. — I. Jury : MM. Cunéo, Terrien, Funck, Velter. — M. Gascon : Traitement ambulatoire des fistules ano-rectales. — M. Lobel : Valeur clinique de la staphygnioscopie rétinienne. — II. Jury : MM. Bezançon, Laignel-Lavastine, Nobécourt, Lévy-Vatlensi. — M. Cottenceau : Tuberculose pulmonaire e traumatisme du thorax. — M. Galup : L'asthme d'origine psychique.

Samedi 27 février. — Jury : MM. Carnot, Lereboullet, Tanon, Joannon. — M. Chio Jen : Le choléra à Changaï dans les dix dernières années 1926-1935. — M. Devignevielle : Etude critique de la fatigue musculaire et de la réglementation des heures de travail dans l'industrie. — M. Baulande : Le bain de lumière général et l'hydrothérapie dans le traitement des séquelles de rhumatismes.

Mardi 2 mars. — Jury : MM. Claude, Mocquot, Rathery, Brocq. — M. Adjuriaguera (de) : La douleur centrale. — Mlle Flajszer : Contribution à l'étude du test de Schiller après la ménopause. — Mlle Leivant : Traitement du cancer du col utérin par les méthodes physiothérapiques. Comparaison statistique.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers

— **Concours d'accoucheur des hôpitaux.** — *Jury* (tirage au sort) : MM. Devraigne, Rudaux, Macé, Couvelaire, Cleisz, Darré, Ombrédanne.

Lecteurs : MM. Lantuéjoul, Ravina.

Censeur : M. Digonnet.

— **Concours de chirurgien des hôpitaux.** *Nomination.* Séance du 13 avril. Ont obtenu : MM. Chabrut, 16 ; Padovani, 18 ; Sauvage, 18 ; Gosset, 16 ; Longuet, 16 ; Mouchet, 16.

Séance du 17 avril, à l'hôpital Saint-Antoine. — MM. Couvelaire, 20 ; Gérard Marchant, 19.

Séance du 19 avril, à l'amphithéâtre d'anatomie. — MM. Gérard-Marchant, 29 ; Couvelaire, 27 ; Gosset, 29 ; Longuet, 23 ; Sauvage, 24 ; Mouchet, 26 ; Padovani, 28.

— **Concours d'électro-radiologiste des hôpitaux.** — *Admissibilité.* Total des points obtenus aux épreuves écrites anonymes : MM. Peuteuil, 43 ; Bernard, 43 ; Brunet, 42 ; Mme Tedesco, 41 ; M. Humbert, 40 ; Mme Baude, 39 ; MM. Frain, 34 ; Lebouchard, 34 ; Corbier, 29 ; Moro, 25

ORAL. 1re EPREUVE PRATIQUE. *Question posée* : Visitez la salle C et dites si l'installation électrique est réglementaire et s'il y a des fautes de protection électrique.

Ont obtenu : Mme Todesco, 7 ; M. Peuteuil, 14 ; Mme Baude, 12 ; MM. Frain, 14 ; Humbert, 13 ; Bernard, 7 ; Moro, 13 ; Brunet, 14 ; Lebouchard, 8.

2e EPREUVE PRATIQUE. *Question posée* : Faire au tableau noir un schéma de circuit galvanique monté avec un rhéostat ou réducteur de potentiel. Avantages et inconvénients pour la source d'alimentation et pour le malade.

Ont obtenu : M. Peuteuil, 14 ; Mme Baude, 13 ; MM. Bernard, 10 ; Moro, 14 ; Frain, 13 ; Lebouchard, 12 ; Mme Todesco, 11 ; MM. Humbert, 13 ; Brunet, 14.

Total des points obtenus : MM. Peuteuil, 71 ; Brunet, 70 ; Humbert, 66 ; Mme Baude, 64 ; MM. Frain, 61 ; Bernard, 60 ; Mme Todesco, 59 ; MM. Lebouchard, 54 ; Moro, 52.

Sont déclarés admissibles : MM. PEUTEUIL, BRUNET HUMBERT, Mme BAUDE

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »).

— **Deuxième Congrès international de gastro-entérologie.** — Ce congrès aura lieu à Paris, du lundi 13 au mercredi 15 septembre 1937 (à l'occasion de l'exposition universelle), sous la présidence du Professeur Pierre Duval. Questions mises à l'ordre du jour : le Diagnostic précoce du cancer gastrique et l'Occlusion aiguë et chronique du grêle.

Pour la première question les rapporteurs sont : MM. Pierre Duval ; Antonin Gosset ; Paul Carnot ; René Gutmann ; François Moutier ; Garin ; Marcel Labbé ; Yvan Bertrand ; Gatellier et Charrié (Français) et MM. Konjetzny ; Katsch ; Sauerbruch ; Buerger ; Berg ; Henning ; Staemmler (Allemands).

Pour la deuxième question MM. Mogena (Espagne) ; Wilkie (Grande-Bretagne) ; Bottin (Belgique) ; Krynski (Pologne) ; N. (Italie) ; Felsen (Etats-Unis d'Amérique).

A l'issue du Congrès de Paris s'ouvrira, à Vichy, le 16 septembre 1937, le Congrès international de l'insuffisance hépatique, sous la présidence du Professeur Loeper.

Secrétariat du Comité français : Docteur Alban Girault, 29 *bis*, rue Pierre-Demours, Paris.

— **Congrès international de médecine appliquée à l'éducation physique et aux sports (11 au 17 juillet 1937).** — Un Congrès international de médecine appliquée à l'éducation physique et aux sports se tiendra à Paris, du 11 au 17 juillet 1937, sous la présidence des Professeurs Carnot (de Paris) et Latarjet (de Lyon).

Les séances auront lieu à la Faculté de médecine de Paris. Quatre sections sont prévues : Biologie sportive ; Education physique scolaire et post-scolaire ; Sports, orientation, éducation et contrôle ; Incidents et accidents des sports (médecine et chirurgie).

Les sujets des rapports ont été conçus de telle façon que toutes les grandes questions générales concernant l'éducation physique et les sports soient traitées et que le livre des rapports remis à chacun des congressistes représente un véritable aide-mémoire du médecin s'intéressant à ces questions.

Tous les médecins sportifs sont invités à participe aux travaux de ce Congrès. Un certain nombre de démonstrations d'éducation physique ou de sports, de visites d'établissements sont prévues pour les congressistes pendant les heures libres : entre autres dates le 14 juillet, journée pendant laquelle il n'y aura aucune séance de travail.

Un certain nombre d'avantages (facilités de transports, entrées à l'Exposition, réceptions etc.) seront réservés aux congressistes.

Les cotisations seront de : médecins inscrits, 100 francs ; personnes appartenant à la famille du médecin, 25 francs.

Le secrétariat du Congrès se tient au Comité national d'éducation physique et des sports, 45, rue de Clichy, à Paris, où la correspondance devra être adressée au secrétaire du Congrès, le Docteur M. Collet.

Le Gérant : R. THIRON

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

LE RHUME DES FOINS : SON TRAITEMENT PAR LE PRESSYL

Aux mois de mai et de juin, les malades qui sont atteints de rhume des foins souffrent d'un prurit oculaire intense ; la conjonctive est rouge et larmoyante. Les salves d'éternuements se répètent au cours de la journée et l'hydrorrhée nasale est très abondante. Un peu de céphalée, une sensation d'abattement, un léger mouvement thermique accompagnent ce catarrhe oculo-nasal.

Suivant que des crises de trachéo-bronchite ou d'asthme s'associent à ces symptômes, on a distingué des formes monosyndromiques, des triades syndromiques et même des associations du rhume des foins à l'urticaire, à l'œdème de Quincke, à l'eczéma ou à d'autres dermatites.

Ces dernières associations montrent bien que le rhume des foins est une *maladie générale*. Son traitement doit donc comprendre, avec les traitements de fond classiques, un traitement symptomatique général qui se résume dans l'utilisation du Pressyl (1).

Le Pressyl agit, en effet, à la fois comme sympathomimétique et anti-allergique. De plus, absorbé par voie digestive, il détermine à distance la constriction des petits vaisseaux oculaires et naso-pharyngés.

Sa supériorité dans le traitement du rhume des foins est due à deux qualités :

1. — Sa *parfaite maniabilité* qui résulte de sa grande marge thérapeutique ;

2. — *La prolongation de ses effets* qui persistent 6 à 8 heures, avantage précieux lorsqu'il s'agit d'un traitement qui doit se répéter pendant de longues périodes.

Sa posologie et son utilisation sont des plus simples.

A la ville, 1 à 2 comprimés matin et soir.

A la campagne, lorsque le malade se promène dans une atmosphère riche en pollens de graminées, la dose peut être portée à 2 ou 3 comprimés trois fois par jour.

Dans les *formes prolongées* qui s'étalent sur les mois de mai, juin et juillet, le Pressyl a ce grand avantage de ne pas déterminer d'accoutumance ni d'intolérance.

En cas d'*asthme des foins*, la crise violente sera immédiatement jugulée par l'injection sous-cutanée d'une ou deux ampoules et, au besoin par l'injection, intraveineuse d'une demi-ampoule. Puis, dans les jours suivants les comprimés assureront au malade une amélioration persistante de ses troubles.

(1) Laboratoires LEMATTE et BOINOT, 52 rue La Bruyère, Paris 9e.

17 AVRIL

Hygiène publique

Décret du 15 avril 1937 portant organisation de l'Inspection départementale d'hygiène

Ce décret sera publié ultérieurement.

Service de santé militaire

Par décret du 7 avril 1937 sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé, les officiers de réserve titulaires du diplôme de docteur en médecine ci-après désignés, qui, par décision de même date, sont maintenus dans leur affectation actuelle :

Au grade de médecin lieutenant

(Rang du 29 novembre 1931) le pharm. lieut. Briand, 6e rég., maint. ; (rang du 20 juill. 1933) le dent. lieut. : Marie, rég. de Paris, maint. ; (rang du 8 février 1936) le dent. lieut Sentenac, 18e rég., maint.

Par décret du 7 avril 1937, sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du service de santé et, par décision ministérielle du même jour, reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de médecin sous-lieutenant

Les méd. auxil., titul. du brev. de préparation milit. supérieure, ci-après désignés :

(Rang du 21 mars 1937) Bertinot, 22e sect. inf. milit., aff. rég. de Paris ; Philippe, 22e sect. inf. milit., aff. rég. de Paris ; Doremieux, 1re sect. inf. milit., aff. 1re rég. ; Lutgen, 6e sect. inf. milit., aff. 6e rég. ; Wangermée, 6e sect. inf. milit., aff. 6e rég. ; Laneuvill, 6e sect. inf. milit., aff. 6e rég. ; Beigbeder, 9e sect. inf. mili., aff. 9e rég. ; Peguret, 16e sect. inf. milit., aff. 16e rég. ; Grandcolas, 23e sect. inf. milit., aff. 20e rég. ; Lelorrain, 23e sect. inf. milit., aff. 20e rég. ; Tissot, 25e sect. inf. milit., aff. tr. de Tunisie.

(Rang du 21 mars 1937) le méd. auxil., non titul. du brevet de prépar. milit. supéri. ; Cottenceau, de la 9e sect. d'inf. milit., aff. 9e rég.

18 AVRIL

Assistance médicale gratuite

Circulaire du 16 avril 1937 relative aux conditions de placement des bénéficiaires de l'Assistance médicale gratuite dans les établissements privés et notamment au sanatorium de la Valbonne (Gard).

Cette circulaire sera publiée ultérieurement.

Pensions militaires

Arrêté du 17 avril 1937 prorogeant l'arrêté du 26 octobre 1936 établissant le prix des produits pharmaceutiques à fournir au titre de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919.

Article unique. — Sont prorogées, à partir du 1er janvier 1937 et pour une période de six mois, les dispositions de l'arrêté du 26 octobre 1936 établissant le prix des produits pharmaceutiques à fournir au titre de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919.

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE

« Le Sou Médical »

Au cours de sa réunion du 6 avril 1937 le Conseil a prononcé les admissions suivantes :

12.428 Agoulon, Saumur (Maine-et-Loire). Syndicat de Saumur.
12.429 Armand, Vichy (Allier). Parrains : Docteurs Armand et Giraudoux.
12.430 Arnaud, 28, rue Vaneau, Paris (7e). Parrains : Docteurs Hallot et Roué.
12.431 Bacquelin, Fourchambault (Nièvre). Synd. des méd. de la Nièvre.
12.432 Bernard, 35, rue Beaubourg, Paris (3e). Parrains : Docteurs Bloch et Boudin.
12.433 Bernole, La Monnerie (Puy-de-Dôme). A. G. des Méd. de France.
12.434 Bertrand, Montpeyroux (Hérault). Synd. méd. de Montpellier.
12.435 Billard. Thiers (Puy-de-Dôme). Synd. des stom. du Puy-de-Dôme.
12.436 Bourdillon, Nevers (Nièvre). Synd. de la Nièvre.
12.437 Certain, Souillac (Lot). Parrains : Docteurs Noir et Fischer.
12.438 Chauveau, Montluçon (Allier). Parrains : Docteurs Bons et Pasquier.
12.439 Dayre, Salon (Bouches-du-Rhône), Synd. méd. de Salon.
12.440 Denoyelle, Tours (Indre-et-Loire). Synd. méd. d'Indre-et-Loire).
12.441 Dumetz, Laudun (Gard). Parrains : Docteurs Arnauld et Clauzel.
12.442 Dupond, La Foye-Monjault (Deux-Sèvres). Synd. méd. des Deux-Sèvres
12.443 Marie, Lisieux (Calvados). Synd. méd. de Lisieux.
12.444 Massias, 72, rue Richaud, Hanoï (Tonkin). Parrains : Docteurs Marliangeas et Le Roy des Barres.
12.445 Mathieu, Morhange (Moselle). Synd. méd.
12446. Mignen, Niort (Deux-Sèvres). Synd. méd. des Deux-Sèvres.
12.447 Nard, Libourne (Gironde), Syndicat méd.
12.448 Notari, Valloires (Savoie). Parrains : Docteurs Grange et Richard.
12.449 Palangié, Cosne (Nièvre). Synd. des méd. de la Nièvre.
12.450 Pechod, Villefranche-de-Rouergue (Aveyron). Synd. des méd. de la rég. de Villefranche.
12.451 Perramond, Mauguio (Hérault). Synd. méd. de Montpellier-Lodève.
12.452 Perrault, Neuvy-Saint-Sépulcre (Indre). Parrains : Docteurs Odinet.
12.453 Petit, La Tronche (Isère). Synd. méde. de Grenoble.
12.544 Picard, Semur (Côte-d'Or). Synd. méd. de la Côte-d'Or.
12.455 Rebeyrol, Périgueux (Dordogne). Synd. méd. de la Dordogne.
12.456 Renaud, Hussigny (Meurthe-et-Moselle). Synd. méd. de Meurthe-et-Moselle.
21.457 Rivard, Château-Salins (Moselle). Synd. de Château-Salins.
12.458 Roland, Vannes (Morbihan). Ass. gén. des Méd. de France.
12.459 Sabatier, Villerupt (Meurthe-et-Moselles). Ass. des méd. de Meurthe-et-Moselle.

12.460 SANSEIGNE, Souppes (Seine-et-Marne). Synd. méd. de Seine-et-Marne.
12.461 SIGAUD, Grenoble (Isère). Synd. méd. de Grenoble.
12.462 SIMON, Orsennes (Indre). Synd. des méd. de l'Indre.
12.463 VERBOUD, Gex (Ain). Synd. méd. de Gex-Nantua.
12.464 VERMEILLE, Saint-Raphaël (Var). Parrains : Docteurs Chabal et Rochette.
12.465 WAGNER, 4, rue de Dantzig, Paris (15e). Parrains : docteurs Wagner et Harou.

Ces admissions deviendront définitives si elles ne font l'objet d'aucune protestation dans les quinze jours de la présente publication (art. 5 des statuts).

Pour devenir stomatologiste des hôpitaux de Paris

Deux conditions seulement sont exigées par le règlement : 1° être docteur en médecine, 2° avoir été assistant officiel ou stagiaire bénévole d'un service de stomatologie des hôpitaux pendant deux ans (certificat exigé pour l'assistant non officiel).

La durée du stage est réduite à une seule année pour les anciens internes des hôpitaux de Paris.

Pratiquement, il faut avoir été :

1° externe, une ou deux années durant, dans un service de stomatologie ;

2° assistant officiel d'un tel service pendant le même laps de temps et plus pour avoir chance de réussite.

Ces conditions sont nécessaires pour connaître ladite spécialité et pour avoir des patrons dans le jury qui comporte cinq stomatologistes des hôpitaux, un médecin et un chirurgien des hôpitaux.

Deux ou trois ans, et quelquefois plus sont nécessaires pour la préparation de ce concours. En moyenne douze à quinze candidats pour une ou deux places, plutôt dix ou douze que quinze.

Il est sous-entendu que les hôpitaux ne permettent que l'étude clinique, médicale et chirurgicale de la stomatologie. Les parties techniques : prothèse, orthodontie, dentisterie, ne peuvent être apprises que dans une école dentaire, ou mieux dans une école de stomatologie qui les enseigne sous un angle médical et stomatologique. Durée des études deux ans.

• • •

CORRESPONDANCE

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

2.375. — Peut-il y avoir un « pansement » d'ordre médical sans qu'il y ait la moindre plaie

Etant mandataire de plusieurs docteurs, et abonné au *Concours Médical*, j'ai l'honneur de vous informer qu'étant en désaccord avec une Compagnie d'assurances au sujet du tarif accidents de travail, je vous serais très obligé de bien vouloir me fixer sur les questions suivantes :

1° Contusion et plaie avant bras gauche ;
Contusion et gonflement pied droit ;

2° Contusion avec gonflement crète tibiale jambe droite.
Contusion avec ecchymose et hématome gros orteil droit.

3° Contusion avec hématome avant bras gauche.
Contusion jambe gauche.
Plaie superficielle et contusions pied gauche.

D'accord avec le Docteur, mon client, j'ai tarifé deux pansements à 15 francs pour chaque cas énoncé ci-dessus, et la Compagnie conteste les notes, car elle prétend que suivant votre avis l'on ne peut tarifer deux pansements, lorsqu'il y a plaie sur un membre et contusion sur un autre membre, l'on ne doit tarifer que le pansement de plaie.

Je tiens à vous informer que c'est la première fois qu'une Compagnie me fait pareille observation, et jusqu'à présent toutes les Compagnies ont réglé les notes sans aucune contestation en tarifant de cette façon.

A. A.

Réponse

1° *A priori*, je ne vois pas qu'il y ait lieu à un « pansement » d'ordre médical, lorsqu'il n'y a pas de plaie. Dans les trois cas cités par vous, il y a deux contusions chaque fois, aussi je ne saurais vous conseiller de compter deux « pansements » et encore moins de porter la question devant la Commission d'arbitrage, ni devant la Justice de droit commun.

Vous me dites que les Compagnies ont déjà payé des notes d'honoraires dans le sens que vous indiquez : ce n'est pas une raison, car souvent elles paient sans récriminer quand il s'agit de sinistres de peu d'importance. Mais du jour où est soulevé un différend à ce sujet, je ne vois pas sur quelles bases techniques vous pourriez vous appuyer pour soutenir votre point de vue.

Dr F. Decourt.

2.555. — Certificat final avec fixation du taux de l'incapacité permanente partielle

J'ai l'honneur de vous demander quel prix peut-on demander pour les certificats de consolidation descriptifs délivrés à la fin d'une blessure, où est mentionné le taux de l'incapacité.

Dr M.

Réponse

Un certificat descriptif final est tarifé 15 francs (art. 30, 2e alinéa). Le médecin traitant n'a pas à y mentionner le taux de l'incapacité permanente partielle. Si ce taux lui est demandé spécialement et par écrit par l'assurance, il agit encore sur demande de celle-ci, en dehors de la tarification officielle, à titre « d'expertise amiable ». Auquel cas, il peut réclamer à l'assurance 50, 100 francs et plus suivant l'importance et la difficulté de l'expertise. Naturellement, il doit faire connaître à son client le montant du taux qu'il lui a paru légitime de noter à l'assurance.

Dr Fernand DECOURT.

Une mise au point, à propos de radios concomittantes

Notre excellent confrère le Docteur R. Coliez, ancien vice-président du Syndicat des électroradiologistes, m'écrit pour mettre au point cette question dans une explication très claire et qui me paraît devoir être retenue. En cas de radiographies effectuées dans la même séance, dit-il en substance, le barème prévoit une minoration de 25 % pour les autres radiographies de la même région prises le même jour, ou celle du côté sain effectuée pour comparaison. Ceci est parfaitement logique, dit-il, car le deuxième cliché ne sert qu'à l'interprétation du premier et le médecin n'est tenu de fournir qu'un seul diagnostic et un seul compte rendu.

Par contre, si on pratique le même jour, sur le même malade, une radiographie du crâne et une autre du cou-de-pied, il y a là deux diagnostics à fournir comme s'il s'agissait de deux blessés différents. Il y a donc, dans ce cas, deux actes radiologiques distincts qui doivent être rémunérés distinctement et sans réduction.

Cette interprétation me paraît très judicieuse, je ne puis que m'y rallier et c'est pourquoi j'ai tenu à la publier.

Dr F. DECOURT.

2.705. — Des interventions distinctes successives ne peuvent être confondues avec les « soins consécutifs » à une première intervention

A l'hôpital d'A..., les honoraires chirurgicaux pour les Assurances sociales sont tarifés à l'acte opératoire avec K = 3.

Il y a quelques mois, un enfant entre avec une mastoïdite.

Mastoïdectomie : K 60.

Un peu plus tard, la fièvre remonte, l'état redevient sérieux.

Evidement pétro-mastoïdien K 80.

Après quelques jours d'amélioration relative, de nouveau fièvre, vertiges, somnolence, etc. Nouvelle intervention qui permet d'évacuer un abcès du cerveau K 80.

Le malade guérit.

Et actuellement, le médecin contrôleur de la Caisse refuse de faire payer les deux dernières interventions, avec cette explication sublime : « Dans l'acte opératoire est compris le traitement de toutes les complications ultérieures. »

Est-il dans son droit ? Je ne le pense pas.

Alors ? Comment faire valoir notre bon droit ?

Car il est à craindre que la Caisse, comme elle le fait souvent refuse de payer, tout simplement. Et que la Commission des hospices laisse tomber (les chirurgiens et les médecins sont tellement riches, n'est-il pas vrai ?) Dr B.

Réponse

Dans « l'Instruction pour l'utilisation de la Nomenclature » qui sert d'introduction à la dite « Nomenclature générale » éditée par la Confédération avec chiffre-clé K, mais acceptée officiellement et parue au *Journal Officiel*, il n'est pas écrit, comme le prétend, dites-vous, le médecin contrôleur de la Caisse intéressée en l'espèce que « Dans l'acte opératoire est compris le traitement de toutes les complications ultérieures. » Il st dit exactement (page VI) : « Le prix global comporte la rémunération des aides et les soins consécutifs pendant une durée maxima de vingt jours. » Il est évident que par « soins consécutifs » on comprend les pansements, lavages, etc., et non pas une ou plusieurs autres opérations ultérieures, nécessitées par des complications dans l'état du malade.

Mais doit-on additionner purement et simplement les diverses interventions successives ? Il n'y a pas de règlement ni de jurisprudence que je connaisse à ce sujet... Toutefois, le cas se trouve étudié et fixé dans les « Addenda » du « Tarif chirurgical des chirurgiens de la région parisienne pour la clientèle moyenne ». On y lit, en effet : « ... 3° Opérations successives nécessitées par une même maladie : La première est comptée au prix marqué dans le tarif ; les suivantes à la moitié de ce prix à condition que

ces opérations successives soient faites au cours de la même hospitalisation et par le même chirurgie ... »

Comment votre malade peut-il se faire rembourser par la Caisse de la part de responsabilité incombant à celle-ci ? C'est la question subsidiaire que vous me posez. A ce sujet, voir l'art. 56 du Règlement intérieur type fixé par l'arrêté du 30 janvier 1937 et disant : « En cas de contestation sur l'état du malade, cet état est apprécié par la Commission technique prévue à l'art. 8 du décret loi du 2 octobre 1935... C'est ce qu'on appelle « la Commission des trois médecins ». Il me semble que cette Commission pourrait démontrer que l'état du malade n'a pas comporté une seule intervention plus des soins consécutifs, mais trois interventions successives, rapprochées sans doute, mais nettement distinctes.

Seulement... il y a aussi l'art. 24 du même règlement intérieur type, au sujet de « l'acceptation de prise en charge » par la Caisse de certaines prestations (dont une intervention chirurgicale) où il est dit : « ... Dans le cas où l'urgence (vos cas étaient très urgents en l'espèce) n'admet pas d'attendre la délivrance de l'acceptation de prise en charge, une justification doit être adressée au médecin contrôleur de la Caisse par le praticien traitant, le spécialiste ou l'assuré dans les trois jours de l'intervention... » A-t-on envoyé ces trois justifications (non auparavant puisque urgence) mais dans les trois jours de chaque intervention ?... Probablement que non... raison de plus pour demander la réunion de la Commission des trois médecins qui « justifiera » une prise en charge par la Caisse alors que si vous avez omis de « justifier » ces trois interventions, il n'en est pas moins d'une évidence éclatante que grâce à elles, vous avez sauvé la vie de votre malade... tout simplement. Il y a peut-être là une atténuation à votre crime de non-justification en temps et lieu...

Dr F. DECOURT.

3.005. — Remboursement de la caisse à l'assuré social en cas d'intervention chirurgicale

J'ai recours à vos bons offices au sujet d'un de mes malades. Assuré social qui a été opéré d'urgence en clinique pour appendicite aiguë (tarifée K 80 par le chirurgien).

Sa Compagnie d'assurances lui offre une somme de deux cents francs en remboursement des frais d'intervention et d'hospitalisation.

Mon client a refusé la somme et s'est renseigné auprès d'autres caisses où on lui a indiqué que son

remboursement pouvait s'elever suivant les Caisses soit à 700 francs, soit même à 1.200 francs.

Pourriez-vous m'indiquer :

1° Le remboursement auquel mon client a droit pour son intervention K 80 et huit jours d'hospitalisation en clinique.

2° La marche à suivre pour saisir la Commission d'arrondissement des Assurances sociales, si sa Caisse refuse de lui payer à un tarif supérieur à celui qu'elle a déjà proposé.

Dr F.

Réponse

1° L'ablation d'appendice est tarifée K60 et non K80. Ceci d'après la Nomenclature générale opposable aux Caisses comme aux médecins. Mais le prix que la Caisse doit rembourser au malade dépend de la valeur de K. dans le Tarif de remboursement de la Caisse intéressée. Ceci est une question d'ordre régional et c'est votre Syndicat qui peut vous renseigner sur ce point d'après les deux tarifs (syndical et de la Caisse) annexés à la Convention Syndicat-Caisse.

2° En cas d'intervention chirurgicale, les prestations correspondantes ne peuvent être remboursées que si la Caisse adresse à l'intéressé, préalablement au traitement et sur demande de l'intéressé, l'acceptation de prise en charge... En cas où l'urgence ne permet pas d'attendre cette acceptation, une justification doit être adressée au médecin contrôleur de la Caisse par le praticien traitant, le spécialiste ou l'assuré, dans les trois jours de l'intervention... » (art. 24 de l'arrêté du 30 janvier 1937 fixant le règlement intérieur-type des Caisses-maladie). L'acceptation de prise en charge avait-elle été demandée soit par l'intéressé soit par le chirurgien en l'espèce ?

3° Pour les frais d'hospitalisation, il faut savoir s'il s'agit d'un établissement privé ayant passé ou non convention avec la Caisse (voir Art. 36 du même arrêté). Dans le cas de refus de paiement par la Caisse à l'assuré de sa part de responsabilité dans les frais de traitement, l'affaire doit être portée par les soins de l'assuré devant la Commission d'arrondissement par lettre recommandée adressée à son Président, dans les dix jours de la notification de la décision de rejet de sa réclamation par la Caisse.

Dr F. Decourt.

QUESTIONS DIVERSES

2.901. — Authentification des diplômes

Par deux fois en 1935 et 1936, le Préfet de X. où j'exerce depuis 25 ans, m'a réclamé mon diplôme pour le vérifier et l'authentifier, ce que j'ai fait sans récriminer. Et voilà que je reçois ce matin de la

Préfecture de Y. même demande ! ! ! A ce compte, il n'y a pas de raison pour que tous les préfets de France ne me demandent à voir mon diplô me ! !

Pouvez-vous me dire si je dois déférer à cette nouvelle demande alors que mon diplôme est déjà authentifié dans le X. : il me semble que ça doit suffire pour toute la France.

Je dois vous dire qu'une partie de ma clientèle se trouve en Y, dont je suis tout voisin.

J'attendrai votre réponse pour faire l'envoi.

Dr Z.

Réponse

La Circulaire ministérielle relative à l'application de la loi du 21 avril 1933 en ce qui concerne la vérification et l'authentification des diplômes de docteur en médecine s'exprime comme suit :

« Cette authentification consistera dans un nouvel enregistrement par les services de votre Préfecture, des diplômes reconnus valables. »

Comme il est hors de doute qu'un médecin n'a à faire enregistrer son diplôme qu'au lieu où il est établi et a le droit, lorsqu'il a fait procéder à cet enregistrement, d'exercer par toute la France sans autre formalité, nous sommes d'avis que le Préfet de Y. n'a pas à faire vérifier et authentifier votre diplôme, alors qu'il a été procédé à cette formalité dans le X, où vous avez votre domicile.

2.452. — Les domestiques n'ont pas encore droit aux congés payés

Je vous serais reconnaissant de vouloir bien me faire savoir :

1º Si la loi de 1936 sur les congés payés est applicable aux bonnes ;

2º Si oui :

a) A quelle date fut signé le décret d'application ;

b) Au bout de combien de temps de présence une bonne peut-elle prétendre à profiter de ces congés payés, et peut-elle exiger ce congé en une fois ou peut-on le lui donner en plusieurs fois ;

c) Quelle est la base sur laquelle il faut s'appuyer pour calculer le taux exact de son salaire : valeur par jour de la nourriture ;

3º Si non, quel est le paragraphe de l'article de la loi qui exclut actuellement les bonnes.

Dr D.

Réponse

La loi du 20 juin 1936 instituant un congé annuel payé pour tous les ouvriers, employés ou apprentis occupés dans une profession industrielle, commerciale ou libérale, ne sera étendue au personnel des services domestiques, en vertu de son article 2, parag. 2, que par un règlement d'administration publique qui en déterminera les modalités d'application.

Par conséquent, tant que ce règlement ne sera

pas paru, les personnels rentrant dans cette catégorie, c'est-à-dire dans votre cas, les domestiques qui ne seront pas employés par vous principalement pour votre service professionnel, ne pourront exiger un congé annuel payé.

ACCIDENTS

2.943. — Accident survenu à une domestique en dehors de son travail

Une jeune bonne, âgée de 17 ans, demeurant chez sa patronne, désirant sortir la nuit et trouvant toutes les portes fermées à clef, se décide à descendre par la fenêtre, tombe d'une hauteur de cinq mètres environ, se faisant ainsi des blessures assez sérieuses ;

Cette jeune fille est dans sa famille actuellement et je lui donne mes soins ; je connais également la patronne, qui est ennuyée de l'accident, mais renvoie sa bonne.

Les circonstances de l'accident étant connues de tous d'une part, d'autre part la bonne étant assurée sociale, la patronne étant couverte par une assurance pour les accidents du travail pouvant survenir à sa bonne, je désirerais savoir : si l'une ou l'autre de ces assurances doivent couvrir les frais médico-pharmaceutiques, ainsi que pour la malade, ses frais journaliers.

Au point de vue Assurances sociales, cette administration ne se récusera-t-elle pas : soit en s'abritant derrière la législation des accidents du travail ; soit en invoquant l'imprudence manifeste de l'accidentée.

Au point de vue accidents du travail : il ne s'agit certainement pas d'un accident « du fait du travail » ; mais pour les bonnes il n'existe pas d'heure ; au domicile de son patron, elle est bien sur le lieu de son travail ; peut-on dire alors qu'il s'agit d'un accident « à l'occasion du travail » ?

Enfin la minorité de la bonne entraîne-t-elle une responsabilité partielle de la patronne ?

Embarrassé, j'ai conseillé :

D'une part, à la patronne d'aviser son Assurance-accidents du travail, en indiquant les circonstances ;

D'autre part, à la bonne, d'aviser les Assurances sociales, en disant qu'il s'agissait d'un « accident survenu par imprudence de l'assurée au domicile de l'employeur ».

Aussi bien pour mes clients que pour moi-même je désirerais être fixé, si cela est possible ; aussi je m'adresse à votre service de renseignements.

Dr R.

Réponse

La législation sur les risques professionnels ne s'applique en principe qu'aux accidents survenus au lieu et au temps du travail et un salarié doit être considéré comme se trouvant dans ces circonstances dans tous les endroits où il

est sur l'ordre de son patron et pour les besoins de ce dernier. La jurisprudence interprète d'ailleurs très largement la définition du temps et lieu de travail en ce qui concerne les domestiques et gens de maison. Ainsi a-t-il été décidé par un arrêt de la Cour de cassation en date du 28 janvier 1935 que lorsqu'une domestique a succombé à une intoxication par des émanations d'oxyde de carbone provenant du foyer de chauffage central installé dans sa chambre, doit être cassé l'arrêt décidant que l'accident n'est pas survenu pendant le temps du travail alors que pendant la nuit et dans la chambre qui lui est réservée cette domestique reste en permanence à la disposition et sous l'autorité de ses patrons. Toutefois, cette décision a été rendue alors que la domestique était restée dans la chambre qui lui était affectée et continuait justement à se trouver à la disposition de ses patrons.

Au contraire, dans l'espèce que vous nous soumettez, la jeune domestique s'était volontairement soustraite à cette autorité et avait ainsi elle-même quitté le lieu du travail. Dans ces conditions, nous ne pensons pas que l'accident dont elle a été victime puisse bénéficier des dispositions de la loi sur les accidents du travail.

Par conséquent, cet accident relève en principe des Assurances sociales. Il est certain toutefois, que la Caisse pourra invoquer en l'espèce les dispositions de l'art. 25, parag. 2 du décret-loi du 28 octobre 1935 en vertu duquel ne donnent lieu à aucune prestation en argent les maladies, blessures, ou infirmités résultant de la faute intentionnelle de l'assuré. Mais l'on pourrait discuter le caractère fautif de l'acte effectué par cette jeune domestique, car cet acte ne constitue en aucune manière une faute juridique. Il s'agit là d'une simple imprudence qui ne saurait, à notre avis, entraîner l'application de l'art. 25. En cas de contestation sur ce point votre cliente pourrait saisir du litige la Commission d'arrondissement de sa Caisse par lettre recommandée adressée au Président de cette Commission au greffe du Tribunal civil dans les dix jours de la notification du refus. Nous vous signalons d'autre part, que l'art. 25 ne prive un assuré fautif que des prestations en argent ; ce dernier conserve par conséquent, ses droits aux prestations en nature, c'est-à-dire aux remboursement des frais médicaux et pharmaceutiques occasionnés par son état.

3.205. — Délai de revision d'un accident du travail

Un assuré contre les accidents du travail (petit agriculteur) a eu un accident en 1935, a été considéré comme guéri au début de 1936. La compagnie a

réglé sans difficultés. Actuellement il y a aggravation de son état.

Peut-il intervenir encore auprès de sa Compagnie d'assurances ?

Que doit il faire ?

Que dois-je faire ? Dr C.

Réponse

En vertu de l'art. 19 de la loi du 9 avril 1898, l'accidenté est en droit de demander la révision de ses indemnités en cas d'aggravation de son état si cette aggravation survient pendant un délai de trois années à compter de la date à laquelle l'indemnité journalière a cessé d'être due.

En l'espèce, votre client se trouve encore dans le délai légal pour introduire contre son assurance cette action en révision. La procédure est exactement la même que l'action initiale afin de rente. Elle débute par une demande adressée par l'intéressé au Greffe du Tribunal civil du lieu de l'accident et le Président du Tribunal convoque les parties, à savoir l'accidenté et la Compagnie d'assurances, et s'efforce de les concilier. S'il y parvient, un procès-verbal constitue l'acte régisant les rapports des parties ; s'il n'y parvient pas, il renvoie devant le Tribunal qui statue.

FISCALITÉ

3.127. — Calcul de la patente à Paris

Pourriez-vous me dire quel est le taux de la patente à Paris par rapport au loyer ?

Dr C.

Réponse

Le calcul de la patente est modifié par l'importance du loyer professionnel : on compte le vingtième jusqu'à 4.000 200

Le dixième de 4.000 à 6.000 200

Le quinzième au-dessus.

Si le loyer professionnel est de 7.000 il faut donc ajouter le cinquième de 1.000........ 200

Total anciens droits	600
Taxe déterminée pour Paris	140
Total	740

Les centimes additionnels étant de 9,11 on a pour la patente : 740 × 9,11 = 6.741 fr. 40 pour un loyer professionnel de 7.000 francs.

A. Martinot
Conseil fiscal

Cinquante-neuvième année — N° 19 — 9 Mai 1937

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

- sommaire -

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	60 fr.	Belgique et Luxembourg...	70 fr.
Etudiants	35 fr.	Première Zone	85 fr.
Le Numéro	1.25	Deuxième Zone	110 fr.

Demi-Colonnes

Abonnés du Concours exerçant dans les stations d'altitude

Nous rappelons à nos abonnés qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :
Annecy. Lortet, Pierron.
Aubure (Haut-Rhin), Borg.
Chamonix. de Chabanolle (*enf. cure hélio-alpine*)
Jougne. (Doubs). Charlin.
Lajoux (Jura), L. Benoit-Jeannin.
La Louveso (Ardèche). J. Goubert.
Langogne (Lozère). Adrien Forestier.
Maiche (Doubs). J. Chatelain.
Mégève. Marcel Grenet, Jacqueline Grenet-Gazamian (*enf.*)
Mouthe (Doubs). R. Paindestre.
Osséjà (Pyr.-Or.) J. Avérous.
Pau (Basses-Pyr.). Cornet.
Saint-Gervais. Roux.
St-Pierre-de-Chartreuse. Brianes.
Vernet-les-Bains. Ponson.
Villard-de-Lans. Bassaguet (*mal. enf.*), Suau (*mal. enf.*)

Abonnés du Concours exerçant dans les stations balnéaires et climatiques

MM. les docteurs :
Antibes-Juan-les-Pins. Claudel (chir. ur.).
Ars (Ile de Ré), J. Moinet.
Bandol-sur-Mer. E. Charmot et E. Rozet (*cure hélio-mar.*), L. Marçon.
Banyuls-sur-Mer. E. Panis, Parcé.
Berck-Plage. Bouquier, H. Loze, Ménard, Tridon, Richez.
Biarritz. Clavel.
Boulou (Le) (Pyr.-Oles) M. Basman.
Cannes. Abadie, Bourgeois-Gavardin, P. E. Bousquet, Cadinouche, Escarras, P. Houssiaux, Joublot, Gérard Monod, Roques, Stauder.
Carnac-Plage. E. St-Martin.
Cassis-sur-Mer. Agostini.
Cayeux-Brighton-sur-Mer. Colleu (orthopédie).
Croix-de-Vie. Cristau.
Crozon-Morgat. E. Donard.
Deauville. Molina.
Dinard. Badin.
Douarnenez. Damey.
Fouesnant-Beg Meil. Legal.
Grau du Roi (Gard). Ramain.
Hendaye. Th. Casenave.
Le Boulou. J. Noguès.
Mimizan-Plage (Landes). Froustay.
Nice. Faure, M. Lelongt, Nicolas, Trutié de Vaucresson (*chir.*)
Ouistreham-Riva-Bella. Ch. Poullain.
Paramé. Bazin.
Pau. Dr Cornet.
Roscoff. Bagot père, Stéphan.
Saint-Aubin-sur-Mer. (Calvados), Em. Quiquemelle.
St-Georges-de-Didonne. Maudet.
Saint-Jean-de-Luz. J. Reboul.
Ste-Maxime-s/Mer. E. Bausset, Ficonetti.
St-Quay-Portrieux. Bertrand
St-Raphaël. Léon Clément (*chir.*) M. Rochette (*stom.*), Roux de Laroque (*Gyn. enf.*).
Saint-Servan. Huet.
Sables-d'Olonne. Pelletier.
Sanary-sur-Mer. Gaillard.
Trébeurden. Royer.
Villars-de-Lans. Bassaget.

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du Concours Médical, Paris 167-95.

Nº 122. — Normandie. A céder poste méd. tr. prospère, cause maladie, très urgent. Fixe. Demi compt. exigé. Maison confort.

Nº 123. — A vend. appar. ray. U. V., 110 v. sur pied.

Nº 124. — Pour raisons santé, à céder vieille client. O. R. L. (quartier très peuplé).

Nº 125. — Arras. Belle client. méd. génér. à céder de suite cause maladie.

Nº 126. — Labor. D. C., 277, r. Royale à Bruxelles, dirigé par Dr en sc. ch., visitant pharmac. et droguistes, demande représentant ou dépôt pour Belgique et Luxembourg.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet Breitel & Goret

1, rue Dante, Paris (5e). Tél. : Odéon 36-46

Touraine. Ville. Méd. gle, électro-radiol., client. agréab., nombr. consult., grde et confort. maison. Indem. 55.000, 30.000 ct.

Franche-Comté. Centre import. bien desserv., sans concurr., gros rendem. Prix 40.000 fr.

Banlieue. Après décès, bonne client., frais minimes. A céd. urgence 20.000.

Renseignements

A céder, cause maladie. Côte d'Azur. Importante Maison santé en pleine exploitation. Existe depuis 28 ans. Situation magnifique. Installation moderne.

Quand vous aurez usé sans résultat les poudres de saturation pour calmer les hyperacides, les purges pour nettoyer les langues sales, les antiseptiques pour diminuer la putridité des selles, essayez quelques TABLETTES DE MANGAÏNE et vous verrez disparaître vite et agréablement tous ces ennuis.

« La Soleillette » Bandol-sur-Mer (Var). Soleil. Régime.

Héliothérapie. Maison santé Hélios. Dr Brody, Grasse.

« La Colline » à Saint-Antoine - Nice. Maison repos, régimes, convalescence, fondée en 1909. Situation idéale. Altitude 250 mètres. Hydro-électro-héliothérapie. Deux médecins. Infirmières. Prospectus sur demande.

Envoi de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.** *Toxicomanies.* — La section d'hygiène de la Société des Nations a demandé à l'Académie si elle serait disposée à mettre à l'étude la question qui suit : *la codéine peut-elle provoquer une toxicomanie* ? question dont elle a été saisie par le Comité consultatif du trafic de l'opium.

Sur la proposition du Conseil, l'Académie a nommé une Commission composée de MM. Pouchet, Balthazard, Guillain, Jules Renault, Tiffeneau, Claude, Radais et Bougault.

— **Faculté de médecine de Paris.** — M. le Professeur E. Zunz, de l'Université de Bruxelles, fera les trois conférences suivantes :

1° Le mardi 11 mai, à 16 heures, à la Faculté de médecine (amphithéâtre Vulpian) : Comment l'organisme assure-t-il le maintien de sa composition chimique ?

2° Le mercredi 12 mai, à 10 h. 1/2, à la Clinique de M. le Professeur Carnot, à l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Trousseau) : Action des hormones sur la coagulation du sang ;

3° Le jeudi 13 mai, à 11 heures, à la Clinique de M. le Professeur Loeper, à l'hôpital Saint-Antoine : Effet des alcaloïdes de l'ergot de seigle dans l'organisme.

Ces conférences seront accompagnées de projections.

— **Association générale des Médecins de France.** — *Assemblée générale annuelle.* — Cette Assemblée aura lieu sous la présidence de M. le Docteur Chapon, le dimanche 23 mai 1937, à 14 heures, dans la salle des séances de l'Hôtel Chambon, 95, rue du Cherche-Midi. Seuls peuvent y assister les membres du Conseil général de l'Association, les présidents et délégués des sociétés locales et les membres de la presse médicale.

Le soir, banquet à l'Hôtel Continental, rue Rouget-de-Lisle, sous la présidence de M. le Docteur Olmer, professeur à la Faculté de médecine de Marseille, président de la Société des médecins des Bouches-du-Rhône. En dehors des invités, tous les confrères peuvent y prendre part en envoyant avant le 21 mai leur adhésion et le prix du banquet (55 fr.), à M. le Docteur Jules Bongrand, trésorier général de l'Association, 60, boulevard de Latour-Maubourg, Paris (VIIe). Chèques postaux : Paris 186-07. Téléphone : Invalides 55-19.

— **Bucarest.** — A l'occasion du dixième anniversaire de la mort du célèbre anatomo-pathologiste roumain Babès, un buste a été inauguré à sa mémoire à l'Institut dont il fut le fondateur, à Bucarest.

— **Commission d'échange universitaire France-Allemagne.** — Dans le but de favoriser l'échange intellectuel franco-allemand, la Commission a établi un secrétariat, 1, rue de Brissac, chargé de centraliser les demandes de séjour en Allemagne.

En raison des conditions très avantageuses qui seront à la disposition des étudiants, les inscriptions doivent être adressées d'urgence.

— **Préfecture du département de la Seine.** — La Préfecture de la Seine va procéder prochainement à la nomination du *Directeur de l'Institut municipal d'hygiène dentaire et de stomatologie*, créé sur les fonds d'une donation faite à la Ville de Paris par M. George Eastman, philanthrope américain.

Le poste en question, qui comportera la direction administrative et technique de l'établissement, sera confié à un stomatologiste ou chirurgien-dentiste comptant au moins vingt ans de pratique et satisfaisant aux conditions suivantes : 1° être Français ; 2° s'engager à se consacrer uniquement à la direction de l'établissement et renoncer à toute clientèle ; 3° accepter d'accomplir un stage de trois mois environ à la Clinique dentaire de Rochester (Etats-Unis) pour se familiariser avec les méthodes en usage dans cette clinique, premier établissement fondé par le donateur.

Une indemnité annuelle de 86.000 francs non soumise à retenue sera attachée à l'emploi.

Le titulaire de l'emploi sera délégué dans les fonctions de directeur, d'abord pour une période d'un an, puis, à l'expiration de la première année d'exercice,

pour une période de cinq années renouvelable ensuite par période de cinq ans, sans limitation de durée, quant au nombre des périodes où la délégation pourra être prononcée.

Les candidats devront adresser leur demande présentée dans les conditions précisées ci-dessus et appuyées de leurs titres et de toutes justifications et références nécessaires avant le 1er juin prochain, à la Préfecture de la Seine (Direction de l'Hygiène, du Travail et de la Prévoyance sociale, secrétariat, 9, place de l'Hôtel-de-Ville). Aucune candidature présentée après cette date limite ne serait examinée.

La nomination à l'emploi est prévue pour le 1er juillet prochain.

— **Dispensaires antituberculeux de la Charente-Inférieure.** — Un concours sur titres, en vue du recrutement d'un médecin spécialisé, chargé du service des dispensaires du Comité d'hygiène sociale et de défense contre la tuberculose du département de la Charente-Inférieure, est actuellement ouvert.

Les conditions de participation à ce concours, de nomination et de rémunération, sont celles prévues au règlement intérieur des Dispensaires antituberculeux.

Pour les demandes de renseignements et l'envoi des dossiers, s'adresser au Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris, avant le 31 mai 1937.

— **Hôpitaux de Nîmes.** — Un concours pour la nomination d'un médecin adjoint des hôpitaux de Nîmes aura lieu fin juin 1937. Pour renseignements, s'adresser à l'Administration des hôpitaux, 5, rue Hoche, à Nîmes (Gard), (limite d'inscription, 31 mai 1937).

— **Naissance.** — Le Docteur et Madame Jacques Roeder nous annoncent la naissance de leur fille *Geneviève*.

Eu, 10, rue de Verdun, le 15 avril 1937.

Nos sincères compliments.

— **Mariage.** — M. le Docteur Jean Butaud, Madame Jean Butaud, de Bourganeuf, nous font part du mariage de leur fils, le Docteur Paul Butaud, accoucheur assistant à la Maternité Cognacq-Jay, avec Mademoiselle Jeanne Desgranges.

Nos plus vives félicitations à nos confrères et à leurs familles. Rappelons que les Docteurs Butaud continuent de représenter une longue et noble lignée de médecins creusois. J. N.

— **Dîner annuel du Syndicat des médecins de la Seine.** — Par suite d'un accident au moment de la mise en pages de notre journal, une omission regrettable s'est produite dans notre compte rendu : il n'a pas été fait mention de l'allocution très applaudie, qu'a prononcée, au cours de ce dîner, M. le Docteur Bourguignon, président du Conseil général des Sociétés d'arrondissement. Nous le prions d'en agréer nos bien vives excuses.

A TRAVERS L'OFFICIEL

20 AVRIL

Sérums thérapeutiques

Arrêté du 17 avril 1937 relatif à la production des sérums provenant d'animaux vivants

Cet arrêté, qui modifie celui du 4 février 1937, sera publié en même temps que ledit arrêté.

Service de santé militaire

Par décret du 17 avril 1937, et par application de la loi du 15 mars 1927, le rang d'ancienneté dans le grade de sous-lieutenant, du méd. sous-lieut. de rés. Bender, 20e rég., est fixé au 21 septembre 1933 et, par décision du même jour, cet off. est maint. dans son aff. actuelle.

Par le même décret cet officier est promu au grade de méd. lieut. à compter du 21 mars 1937.

21 AVRIL

Sanatoriums publics

Par arrêté du ministre de la Santé publique en date du 16 avril 1937, M. le Docteur Michel a été nommé médecin adjoint au sanatorium public de la Guiche (Saône-et-Loire).

Préventoriums privés

Circulaire du 17 avril 1937 relative à l'agrément des préventoriums privés

Cette Circulaire sera publiée ultérieurement.

22 AVRIL

Assurances sociales

Décrets du 25 mars 1937 fixant le pourcentage de réduction applicable aux frais d'appareils orthopédiques et aux frais d'appareils d'optique médicale concernant les assurés sociaux assistés.

Ces décrets seront publiés ultérieurement.

Médaille d'honneur des épidémies

Par arrêté du ministre de la Santé publique en date du 21 avril 1937, la médaille d'honneur des épidémies en bronze a été décernée à Mlle Estibotte (Raymonde), docteur en médecine, interne à l'hôpital civil français de Tunis, pour maladie grave contractée dans l'exercice de ses fonctions.

23 AVRIL

Assistance sociale

Circulaire du 21 avril 1937 relative à la procédure d'admission au bénéfice de l'article 20 bis de la loi du 14 juillet 1905.

Cette Circulaire sera publiée ultérieurement.

Sanatoriums publics

Avis de concours pour les postes de médecin directeur des sanatoriums publics

Un concours sur titres est ouvert en vue d'établir la liste d'aptitude aux fonctions de médecin directeur des sanatoriums publics pour le deuxième semestre de l'année 1937.

Le traitement de début est fixé à 39.000 francs et peut, par avancements successifs, atteindre 52.000 francs. Le logement, l'éclairage, le chauffage et le blanchissage sont fournis gratuitement. Il est interdit de faire de la clientèle. Les femmes ont accès à ces emplois dans les sanatoriums de femmes et d'enfants.

Peuvent seuls être inscrits sur la liste d'aptitude aux fonctions de médecin directeur, les médecins adjoints des sanatoriums publics, nommés régulièrement par le ministre de la Santé publique et ayant au moins deux ans de fonctions ou devant avoir deux ans de fonctions avant le 31 décembre 1937.

Les médecins directeurs ne pourront être titularisés qu'après avoir effectivement dirigé un sanatorium, à titre provisoire, pendant une année au moins.

Les demandes devront être adressées au ministère de la Santé publique par l'intermédiaire du préfet ; elles seront accompagnées des documents ci-après :

1° Extrait de l'acte de naissance ;

2° Certificat de nationalité française, et s'il y a lieu, pièces établissant la naturalisation et indiquant la date d'obtention du droit d'exercer ;

3° Extrait du casier judiciaire ayant moins de trois mois de date ;

4° Copie certifiée conforme des diplômes et en particulier du diplôme d'Etat de docteur en médecine ;

5° Indication de leurs titres de toute nature et des fonctions qu'ils ont remplies avec références à l'appui, notamment en ce qui concerne les fonctions administratives et les intérims de direction qu'ils auraient pu exercer ;

6° Un exemplaire de leur thèse et des études publiées ;

7° Renseignements sur la situation de famille ;

8° Notes du médecin directeur du sanatorium où ils exercent ;

9° Avis du préfet.

Les candidats qui seront désignés comme médecins directeurs devront, au moment de leur nomination, subir les visites médicales réglementaires.

Les demandes seront reçues jusqu'au 23 mai 1937, au ministère de la Santé publique (direction du personnel, 1er bureau), 7, rue de Tilsitt, à Paris.

Avis de concours pour les postes de médecin adjoint des sanatoriums publics

Un concours sur titres est ouvert en vue d'établir la liste d'aptitude aux fonctions de médecin adjoint des sanatoriums publics pour le deuxième semestre de l'année 1937.

Le traitement de début est fixé à 22.000 francs et

peut, par avancements successifs, atteindre 36.000 francs. Le logement, l'éclairage, le chauffage et le blanchissage sont fournis gratuitement. Il est interdit de faire de la clientèle. Les femmes ont accès à ces emplois.

Les candidats devront être âgés de moins de trente-cinq ans au 1er juillet 1937, être de nationalité française, et s'ils sont naturalisés, satisfaire aux conditions fixées par la loi du 26 juillet 1935 sur l'exercice de la médecine. La limite d'âge de trente-cinq ans est reculée d'un temps égal à la durée légale des services militaires accomplis.

Les médecins de nationalité monégasque ont accès à ces emplois dans les conditions fixées par le décret du 22 novembre 1935.

Les demandes devront être adressées au ministère de la Santé publique, elles seront accompagnées des documents ci-après :

1° Extrait de l'acte de naissance ;

2° Certificat de nationalité française et, s'il y a lieu, pièces établissant la naturalisation et indiquant la date d'obtention du droit d'exercer ;

3° Extrait du casier judiciaire ayant moins de trois mois de date ;

4° Copie certifiée conforme des diplômes et, en particulier du diplôme de docteur en médecine d'une faculté de l'Etat ;

5° Indication de leurs titres de toute nature et des fonctions qu'ils ont remplies avec références à l'appui ;

6° Toutes justifications d'une pratique suffisante de laboratoire et des services spéciaux de tuberculeux ;

7° Un exemplaire de leur thèse et des études qu'ils ont publiées ;

8° Renseignements sur la situation de famille ;

9° Un engagement d'accepter le poste qui leur sera proposé pendant la période 1er juillet-31 décembre 1937.

Les candidats désignés comme médecins adjoints devront, au moment de leur nomination, subir les visites médicales réglementaires.

Les demandes seront reçues jusqu'au 22 mai 1937, au ministère de la Santé publique (direction du personnel, 1er bureau), 7, rue de Tilsitt, à Paris.

24 AVRIL

Service de santé militaire

Par décision du 18 avril 1937, sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé ; par décision du même jour reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de médecin sous-lieutenant

Les méd. auxil. titul. du brevet de P. M. S. ci-après désignés (rang du 21 mars 1937) ; Dewailly, 1er S. I. M., aff. 1er rég. ; Debonne, 1er S. I. M., aff. 1er rég. ; Marcais, 4e S. I. M., aff. 4e rég. ; Racis, 23e S. I. M., aff. 20e rég.

Les E. O. R. médecins ci-après désignés (rang du 21 mars 1937) : Robert, 4e S. I. M., aff. 4e rég. ; Vallès, 15e S. I. M., aff. 15e rég. ; Royer, 23e S. I. M., aff. 20e rég. ; Viellard, 23e S. I. M., aff. 20e rég. ; Fouassier, 23e S. I. M., aff. 20e rég. ; Penin, 23e S. I. M., aff. 20e rég. ; Delmas, 25e S. I. M., aff. tr. Tunisie.

Réponses des ministres aux questions des parlementaires

Maladie professionnelle. Frais déductibles

2505. — M. QUENETTE demande à M. le ministre des Finances si un médecin ou vétérinaire atteint d'une maladie professionnelle, reconnue par la médaille des épidémies, peut déduire de son revenu, pour sa déclaration d'impôt sur le revenu, les frais qui lui ont été occasionnés par les soins de cette maladie. (*Question du* 18 *février* 1937).

Réponse. — Réponse affirmative dans les circonstances de fait indiquées, réserve étant faite toutefois du cas où l'intéressé serait assuré contre le risque de la maladie.

(*J. O.*, 23 avril 1937).

Un médecin suspendu du droit de soigner les assurés sociaux peut-il se faire remplacer ?

2726. — M. Maurice VOIRIN expose à M. le ministre du Travail : *a)* que, dans sa réponse n° 1874 du 23 janvier 1937, il admet qu'un médecin frappé de suspension provisoire fasse donner les soins à ses clients assurés sociaux par un remplaçant ; *b)* que la Commission supérieure de contrôle, dans un jugement du 19 mai 1936, a paru d'un avis différent ; et lui demande si ce n'est pas à juste titre que cette Commission a considéré que ce remplaçant avait pour unique fin d'éluder les conséquences de la sanction prononcée contre le médecin frappé de suspension. (*Question du* 4 *mars* 1937).

Réponse. — Un praticien condamné pour une durée déterminée à ne plus donner de soins aux assurés sociaux ne commet, en principe, aucune faute en chargeant un de ses confrères de le remplacer auprès de sa clientèle, pendant la durée de l'interdiction. La pénalité prononcée par la juridiction corporative n'a, en effet, d'autre but que de sanctionner des pratiques abusives en privant le praticien des ressources que la clientèle des assurés sociaux lui procurent. Les sanctions ainsi prononcées étant régies par le principe fondamental de la personnalité des peines, rien ne paraît s'opposer, en droit, à ce que le praticien condamné charge un confrère de donner les soins à sa clientèle, comme le font les praticiens pendant les périodes de vacances ou de maladie. Toutefois, l'in-

térimaire doit assumer personnellement la responsabilité des abus professionnels qu'il commettrait, soigner les assurés sociaux dans son propre cabinet et ne verser au praticien condamné aucune partie des honoraires ou aucune indemnité susceptible d'apparaître comme la contre partie d'une cession de clientèle. Dans l'espèce dont la Commission supérieure de contrôle avait à connaître, il était avéré que l'intérimaire avait soigné les assurés sociaux au domicile et en présence du praticien condamné. Les conditions ci-dessus indiquées ne se trouvaient donc pas remplies. (*J. O.*, 23 avril 1937).

Les actes de scolarité sont interdits aux militaires

2871. — M. Chichery demande à M. le ministre de l'Éducation nationale si un étudiant en médecine de troisième année, étant stagiaire dans un service quelconque, peut redoubler cette troisième année et faire en même temps son service militaire. (*Question du 16 mars* 1937).

Réponse. — Réponse négative. Les actes de scolarité sont interdits aux militaires accomplissant leur temps de service légal. (*J. O.*, 23 avril 1937).

Interdiction d'exercer notifiée à un médecin inculpé pour exercice illégal

3033. — M. Albert Le Ball expose à M. le ministre de la Santé publique qu'un médecin a été l'objet d'une ouverture d'instruction pour exercice illégal de la médecine et usurpation de titre de docteur ; et demande : 1° pour quels motifs et dans quelles conditions le ministère de la Santé publique, sans attendre le résultat de l'information judiciaire, a cru pouvoir notifier audit médecin, une interdiction d'avoir à exercer comme docteur ; 2° quelle serait la situation du ministère de la Santé publique si le Tribunal compétent reconnaissait au prévenu le droit au titre de docteur. (*Question du 23 mars* 1937).

Réponse. — La législation sur l'exercice de la médecine exige, de la part des praticiens, la justification de la possession d'un titre régulier. Prenant en considération un document officiel présenté par l'intéressé (dont il résultait que le duplicatum du diplôme qui lui aurait été délivré avait été égaré par l'autorité militaire), une tolérance — qui, elle, aurait pu être taxée d'illégalité —, avait été provisoirement admise. Or, les conditions dans lesquelles s'est déroulée l'instruction judiciaire ayant sérieusement mis en doute la légitimité de la présomption sur laquelle était fondée cette tolérance, le ministre de la Santé publique a estimé qu'il n'était plus possible de la continuer et qu'il était urgent, en l'espèce, de rentrer dans l'application stricte de la loi, en interdisant à l'intéressé l'exercice de la médecine tant qu'il n'aurait pu fournir la justification réglementaire.

(*J. O.*, 23 avril 1937).

Voir la suite page LV-1515

PROPOS DU JOUR

Y A-T-IL RÉELLEMENT UN FLÉCHISSEMENT DE LA MORALE PROFESSIONNELLE A NOTRE ÉPOQUE ?

Autres temps, mêmes mœurs

Il est de bon ton dans certains milieux médicaux de parler de fléchissement de la morale professionnelle, comme d'ailleurs dans les milieux mondains de vitupérer contre les mœurs actuelles. Nous avons entendu cependant soutenir et non sans quelque apparence de raison qu'il n'y avait rien de bien nouveau sous le soleil du XXe siècle, que la morale, ou plutôt l'immoralité, restait à peu de chose près la même, que peut-être, grâce à la diffusion de la presse, au cinéma, à la T. S. F. les scandales faisaient un peu plus de bruit et s'affichaient avec un peu plus de cynisme, qu'il arrivait périodiquement après les périodes de souffrance, après les guerres et les grands cataclysmes politiques ou sociaux, une soif de plaisir, un étalage d'impudeur, un manque de retenue, réaction contre une hypocrisie qui masquait auparavant les vices les plus condamnables, vices qu'on excusait d'ailleurs chez quelques privilégiés.

Mais revenons à notre morale professionnelle.

Ce sont surtout les médecins ayant dépassé la cinquantaine qui, se sentant sur le retour et voyant peu à peu les clients les abandonner, regrettent le bon temps, celui de leur jeunesse, et accusent les jeunes d'aujourd'hui de manquer plus qu'autrefois de moralité. Ils le répètent si souvent, et avec une telle conviction, ils citent si fréquemment des exemples qu'ils généralisent à plaisir, qu'ils finissent par en convaincre de plus jeunes qu'eux et, ce qui est plus grave, aussi le public, où parfois pour se donner des airs de vertu, ils flétrissent des mœurs qui souvent furent jadis celles de leur jeunesse.

Un de nos jeunes confrères car il ne doit pas avoir dépassé de beaucoup la trentaine, le Dr A. Vincent, dans un livre intitulé : *Vers une médecine humaine*, (1) fait avec beaucoup de sévérité et de franchise, le procès de l'exercice actuel de la médecine. Or, parmi les causes de la déchéance de la pratique médicale, il consacre quelques pages au fléchissement de la moralité professionnelle. *La moralité médicale est en baisse*, écrit-il.

(1) Coll. Esprit. Fernand Aubier, Edit. Montaigne. Paris, 1937.

Le Docteur A. Vincent paraît bien sacrifier dans ce chapitre à l'opinion qu'il entend émettre tous les jours. Il condescend à reconnaître que les médecins sont des hommes comme les autres, par conséquent faillibles ; il répète le truisme, si souvent émis, que beaucoup « suppléent au savoir par le savoir-faire », pour être complet il eut pu ajouter le « faire-savoir ». Il rappelle les boutades cyniques de quelques camarades, qui étudiaient comme lui, il y a quelques dix ans, et montre que cette baisse de la moralité n'existe pas seulement chez les jeunes, que beaucoup de vieux confrères à barbe blanche sont coupables des mêmes méfaits, mais ils savent les masquer hypocritement par un air paterne et les apparences d'une fausse bonhomie.

Le Dr A. Vincent n'a pas l'air d'être très convaincu que la corruption dans les milieux professionnels soit un mal de notre siècle puisqu'il cite un passage du Dr Gilibert, de Montpellier, qui, en 1752, dénonçait les mêmes turpitudes. Le Dr A. Vincent attribue cette situation aux méfaits du capitalisme et à la décomposition sociale, au désir frénétique de tous de gagner de l'*argent*. Or l'*auri sacra fames* a existé de tous temps et il nous est facile de démontrer que, depuis plusieurs siècles et à toutes les périodes, certains médecins purent se plaindre avec de sérieuses raisons de la moralité, disons plutôt de l'immoralité de leurs confrères. Tout bien considéré notre époque ne vaut ni plus ni moins que la leur.

Nous ne remonterons pas au XVIe siècle, la médecine à ce moment là était encore en grande partie exercée par des clercs et elle était tellement imprégnée de pratiques mystiques, astrologiques ou magiques, qu'il est bien difficile de la comparer à l'art que nous exerçons. Montaigne cependant n'avait pas en grande considération les médecins de son époque. Arrivons au XVIIe siècle. Gui Patin, doyen de la Faculté de médecine de Paris, nous a laissé dans ses lettres quelques renseignements précis qui nous donnent une fâcheuse idée de la moralité de ses confrères. G. Cornuty, un ancien doyen, prescrivait un opiat pour faire repousser la barbe. Jos. Quer-

♦♦

cetanus qui fut médecin de Henri IV, était un charlatan, ivrogne et ignorant ; Nicolas Piètre, qui fut aussi doyen, était un empoisonneur ; Bourdelot, médecin de la reine Christine de Suède, un menteur et un intrigant ; Guénaut, la bête noire de G. Patin, « *habet frontem meretricis, nescit erubescere* » ; Vautier est premier médecin du roi, et aussi le dernier du royaume pour sa capacité ; Daquin qui fut aussi premier médecin de Louis XIV, pauvre cancre, race de juif, grand charlatan, était médecin de la cour mais court de science ; Béda de Fougerais, capable de tout, pratiquait les avortements. Gui Patin est sans pitié, voilà comment il traite Liénard qui fut censeur de la Faculté, un pauvre diable, père d'une nombreuse famille, vraisemblablement mort à la tâche et que ses besoins d'argent faisaient parfois dévier du droit chemin. Voici l'oraison funèbre que lui consacre le terrible doyen dans une lettre écrite en 1655 :

« Pour avoir de l'argent il dut se livrer à un travail effroyable et tout à fait immodéré, finesse, fourberie, imposture, imprudence, mensonges, apothicaires, chirurgiens, sage-femmes, opérateurs, *artes Guenaldisce* (de Guénaut) *pravæ, ventitæ*, tout lui était bon pourvu qu'il en vint de l'argent. »

Voilà encore les deux frères Chartier à qui G. Patin fait un crime de leur misère ; il en traite un de « gueux comme un peintre, il n'a pas de pain, ses gages de professeur du roi sont saisis ». Ces Chartier étaient des gens fort respectables. L'un fut censeur de la Faculté un an avant Gui Patin ; l'autre professeur au Collège de France.

Il n'est pas douteux qu'il faut faire des réserves sur les jugements de G. Patin, passé maître en médisances et en calomnies, bien qu'il eut été choisi successivement comme censeur et doyen de la Faculté. Cependant eut lieu à son époque un scandale auquel furent mêlés quelques-uns de ceux qu'il avait si bien maltraités, ce qui donne à penser que ses appréciations pour être foncièrement anti-confraternelles étaient pour la plupart fondées.

En 1647, un Italien, marchand d'orviétan sur le Pont-neuf, demanda à Perreau, doyen de la Faculté, une approbation moyennant une somme importante, pour mieux débiter sa drogue. Perreau indigné repoussa la proposition. L'Italien attendit et soudoya le successeur de Perreau au décanat, de Gorris, qui accepta l'argent et fit signer par douze docteurs-régents complaisants l'approbation.

L'affaire ne fit pas de bruit et serait restée inaperçue, si le marchand d'orviétan n'avait eu l'ambition d'obtenir l'approbation de la Faculté toute entière. Le nouveau doyen, Piètre, prit mal la chose ; il réunit la Faculté et fit chasser de la corporation par décret les douze coupables. Il est vrai qu'au bout de quelques semaines ils furent absous, après avoir demandé pardon. N'empêche que quelques années plus tard deux de ces honorables membres de la Faculté qui avaient vendu leur approbation à un charlatan notoire, étaient élevés par leurs confrères au décanat, l'un était de Mauvilain, doyen en 1660, médecin et ami de Molière, l'autre Dieuxyvoie, doyen en 1682.

Voilà un exemple de la moralité de la Corporation des médecins parisiens au XVII[e] siècle.

Passons au XVIII[e] siècle. Cette époque fut encore plus fertile en scandales. Ph. Hecquet qui fut le fidèle médecin de Port-Royal et devint doyen de la Faculté au début du siècle, écrivit peu après un libelle dont le titre à lui seul en dit long : *Le brigandage de la médecine* et qu'il fit suivre du *Brigandage de la chirurgie*. De la Mettrie quelques années plus tard, dans la *Politique du Médecin de Machiavel*, puis dans l'*Ouvrage de Pénélope*, mit à nu les fourberies et les vilenies des médecins réputés d'alors. « La Faculté, écrivait-il, est une forêt pleine de loups qui, selon leur adresse et leurs ruses, se tendent des pièges et se mangent les uns les autres. »

A l'Hôtel-Dieu, les administrateurs se plaignaient constamment des médecins qui ne faisaient pas leur service.

Les charges de médecins de la cour se vendaient depuis Mazarin et des intrigues répugnantes se menaient aux chevets des princes.

Nous ne pouvons exposer les querelles tragi-comiques, nous allions dire honteuses, de la Faculté avec les chirurgiens et avec la Société royale de médecine, les procès de Marteau et de Le Camus, détracteurs des saignées abusives. Les médecins des modernes vespasiennes sont loin d'atteindre au point de vue de l'immoralité les authentiques docteurs ou maîtres chirurgiens qui sous le nom de Cypridologistes, exploitaient au XVIII[e] siècle les maladies vénériennes et devenaient dans leurs maisons de santé de véritables proxénètes. Tel Guilbert de Préval, docteur régent et professeur de matière médicale en la Faculté de médecine de l'Université de Paris, médecin consultant et correspondant de S. M. le roi de Danemark etc... qui faisait distribuer

une réclame imprimée sur son eau fondante antivénérienne, moyen prophylactique de la syphilis dont il fit l'expérience sur lui-même devant M. de Saint-Laurent et le comte de la Marche dans une petite maison de Popincourt. Chassé de la Faculté, il fit appel devant le Parlement, qui laissa le procès traîner pendant plus de six ans. Entre temps il s'assura la protection d'un doyen, Alleaume. Ce dernier protégeait conjointement René Lefebvre de Saint-Idefont qui lançait dans le public un remède contre le cancer. Le même doyen Alleaume se fit complice du docteur-régent de Cézan qui publia en 1774 un *Manuel antisyphilitique* qui fut considéré par nombre de ses confrères comme dangereux, charlatanesque, contraire aux bonnes mœurs, immoral et irréligieux.

Nous ne pouvons énumérer tous les docteurs, chirurgiens, empiriques qui plus ou moins associés, parfois de connivence avec la police ou avec quelques philanthropes aveugles, exploitaient sans vergogne les maladies vénériennes.

Nous ne ferons que signaler la vente éhontée des remèdes secrets, approuvés par des attestations élogieuses, vraies ou fausses, de nombreux docteurs, la complicité du docteur régent Deslon dans les expériences de Mesmer, et Deslon avait trouvé parmi ses confrères de nombreux émules qui le défendaient à la Faculté et dans le public.

La moralité du Corps médical parisien n'avait guère plus à fléchir à cette époque qu'à la notre. On ne verrait sans doute pas de nos jours un médecin célèbre, comme Bordeu, s'approprier la montre d'un de ses clients à sa mort, en gage de ses honoraires impayés.

Cet acte, considéré comme un vol par Bouvart qui poursuivit Bordeu d'une haine féroce, amena la condamnation de ce dernier qui fut plus tard réhabilité. Bordeu n'était pas sans doute un voleur, mais, à notre époque de fléchissement de la morale professionnelle, on trouverait pour le moins indélicat le procédé consistant à dépouiller un cadavre de ses bijoux pour s'assurer le gage de ses honoraires.

Passons au XIXe siècle, à la suite de la période révolutionnaire et des guerres de l'Empire l'introduction dans le Corps médical d'une foule de chirurgiens des armées, médecins improvisés, vagues infirmiers qui n'avaient ni éducation, ni connaissances professionnelles, mit encore plus bas la morale médicale. Tous les médecins sérieux qui écrivirent à cette époque, le déplorent amèrement.

Munaret qui, en 1840, écrivit un livre vécu sur les mœurs du *Médecin des villes et du médecin de campagne* écrit dans son introduction : « Avec le tempérament que je me connais, il y a longtemps que j'aurais gagné la jaunisse, en coudoyant dans le monde et parmi mes confrères, tant d'abus, de passe-droits, de prévarications !... Tenez-vous donc pour avertis, sous le manteau de Démocrite, je cache toute mon indignation et je ne suis jamais plus sérieux que dans le moment où je le parais le moins... »

Et depuis la moralité professionnelle n'a pas été toujours en faveur auprès de tous. Les compromissions, les collusions médico-pharmaceutiques ont été fréquentes à la fin du XIXe siècle et nous pourrions citer de grands maîtres qui, moyennant la forte somme, ont assuré il y a quelques soixante ans, le lancement de telle ou telle spécialité pharmaceutique. Les abus de la dichotomie ne datent pas du XXe siècle ; bien avant de très grands chirurgiens avaient fait de cette pratique leur règle.

Ne nous faisons, nous médecins, ni meilleurs, ni plus mauvais que les confrères qui nous ont précédés.

De tous temps, il y a eu des abus, de tous temps il y a eu des médecins marrons et, si les contrôles qu'exige l'application des lois sociales, si la multiplicité prodigieuse des interventions chirurgicales, le développement de la presse mettent ces abus plus en relief et excitent davantage contre nous la malignité publique, cela ne veut nullement dire qu'il y a parmi nous depuis peu un véritable fléchissement de la moralité professionnelle. Sans doute, depuis la guerre, nous assistons à une évolution sociale, à un déséquilibre économique qui bouleversent les esprits et troublent les consciences, mais nous pouvons affirmer que si le Corps médical, subit ces perturbations comme toutes les autres professions, c'est sans doute chez lui que la moralité est la moins en baisse.

J. Noir.

LA MORALITÉ DES MÉDECINS DE MOLIÈRE

Molière dans la plupart de ses comédies se moque du pédantisme et de l'ignorance des médecins de son temps. Indiscutablement il fut très documenté par son propre médecin, le doyen de Mauvilain, qui était un de ses amis puisque Molière obtint de Louis XIV un canonicat pour son fils. Est-ce à dire qu'il avait une confiance illimitée dans ses connaissances thérapeutiques ? Cela paraît douteux, car l'on connaît l'anecdote où le Roi demanda à Molière s'il avait un médecin et ce qu'il lui ordonnait : « Oui, Sire, répliqua-t-il, j'ai un médecin, nous causons ensemble : il m'ordonne des remèdes ; je ne les prends pas, et je guéris. » Mais s'il est indiscutable que Molière bafouait les doctrines médicales qui régnaient alors, on considérait que ses persiflages étaient relativement anodins et n'avaient pas une grande portée morale, qu'il flétrissait plus les ridicules que l'honneur de la Faculté.

Ce n'est pas l'avis de M. Jacques Arnavon, qui a fait récemment à l'*Académie des sciences morales et politiques* une communication intitulée : *Molière, la médecine et l'obligation morale*, où il démontre que dans si la plupart de ses pièces Molière se borne à des plaisanteries sans grande portée contre la médecine et les médecins, il n'en est pas de même dans *le Malade Imaginaire* où il reproche nettement à la Faculté de méconnaître systématiquement l'obligation morale et le service de la vérité.

Déjà dans l'*Amour médecin*, Tomès affirmait « qu'un consultant ne doit paraître d'un autre avis que son ancien ». Il contait sans vergogne que ne voulant pas céder au cours d'une consultation, le malade mourut pendant la contestation, et il concluait : « Un homme mort n'est qu'un homme mort, et ne fait point de conséquence ; mais une formalité négligée porte un notable préjudice à tout le corps des médecins ».

Plus loin, au début du troisième acte, Fillerin reproche vivement à ses confrères de s'être querellés devant la famille du malade.

« Mais enfin, dit-il, toutes ces disputes ne valent rien pour la medecine..... Nous ne sommes pas les seuls qui tâchons de nous prévaloir de la faiblesse humaine.... Mais le plus grand faible des hommes, c'est l'amour qu'ils ont pour la vie ; et nous en profitons, nous autres, par notre pompeux galimatias, et savons prendre nos avantages de cette vénération que la peur de mourir leur donne pour notre métier. Conservons-nous donc dans le degré d'estime où leur faiblesse nous a mis, et soyons de concert auprès des malades pour nous attribuer les heureux succès de la maladie, et rejeter sur la nature les bévues de notre art. N'allons point, dis-je, détruire sottement les heureuses préventions d'une erreur qui donne du pain à tant de personnes, et, de l'argent de ceux que nous mettons en terre, nous fait élever de tous côtés de si beaux héritages ».

On ne saurait mieux dire, ni pousser plus loin la satire. Et on nous parle du fléchissement de la conscience médicale à notre époque et on nous donne comme exemple la haute probité traditionnelle de l'ancienne faculté !

M. Jacques Arnavon trouve surtout dans le *Malade Imaginaire* l'exemple le plus sérieux de la censure sévère dont Molière frappe la Faculté qui méconnaît l'obligation morale et le service de la vérité.

Il fait allusion à la scène III de l'acte III où Béralde, homme de grand bon sens, tâche de montrer à son frère, Argan, tout le ridicule de son aveugle confiance en la sottise de son médecin. Il convient que M. Purgon peut être sincère, mais que pour les médecins de cette époque « toute l'excellence de leur art consiste en un pompeux galimatias, en un spécieux babil, qui vous donne *des mots pour de raisons, et des promesses pour des effets.* »

« Lorsqu'un médecin, ajoute-t-il, vous parle d'aider, de secourir, de soulager la nature, de lui ôter ce qui lui nuit et de lui donner ce qui lui manque...., il vous dit justement *le roman de la médecine.* Mais quand vous en venez à la *vérité*, à l'*expérience*, vous ne trouvez rien de tout cela, et il en est comme de ces beaux songes qui ne vous laissent au réveil que le déplaisir de les avoir crus. »

M. J. Arnavon conclut que Molière a eu l'intuition des règles honnêtes et sûres qui ont amené le triomphe des principes du savoir libre et que ces valeurs morales sont pour beaucoup dans le succès et la grandeur de son théâtre.

Nous ajouterons que le théâtre de Molière ne se borne pas à exposer les erreurs et les ridicules d'une époque et qu'il peut s'appliquer à tous les temps. Nous avons aussi nos Tomès, nos Purgon et nos Diafoirus. Il est de nos confrères qui pourraient au cours d'une consultation tenir le langage de Fillerin dans l'*Amour médecin.*

Combien de fois le médecin du XX[e] siècle ne donne-t-il pas des mots pour des raisons et des promesses pour des effets ? Ne voyons-nous pas tous les jours écrire le *roman de la médecine* en un pompeux galimatias en dépit de la vérité et de l'expérience ?

J. Noir

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

LES MÉFAITS DU «RITE» RADIOLOGIQUE DANS LE DIAGNOSTIC DE L'APPENDICITE

Par M. J. Fiolle

Professeur à la Faculté de Marseille
Chirurgien des hôpitaux

Je ne prétends pas nier l'utilité de la radiologie dans le diagnostic de l'appendicite.

L'examen aux rayons nous rend d'inappréciables services qu'il serait puéril de contester.

Ce que je condamne, c'est seulement l'usage irréfléchi et systématique qu'on en fait un peu partout, c'est le rite formaliste.

Dès qu'une pratique, quelle qu'elle soit, (je dis même la meilleure), tourne à l'*automatisme*, elle ne manque pas de nous entraîner à l'erreur, à l'absurdité.

Or, c'est aujourd'hui une fatalité véritable. Dès que le mot appendicite est prononcé, le mot *radiologie* surgit de lui-même à sa suite ; si nous hésitons à le prononcer, c'est le malade qui le prononcera, ou son entourage. Et il nous sera difficile de dire non, même si nous avons quelque raison pour cela.

L'examen radiologique, dont la nécessité est si souvent hors de doute, comporte quelques inconvénients sur lesquels je voudrais attirer l'attention.

Pour dissiper toute équivoque, je dirai tout d'abord qu'il ne s'agit pas ici d'*accidents directs*, déterminés par les manœuvres du spécialiste.

Certes, l'examen aux rayons, avec ce qu'il comporte de légers traumatismes, pourrait à la rigueur déclencher une crise ; mais je n'ai jamais vu cela et je crois le risque léger.

Non, le danger auquel je pense est tout autre ; il réside dans une possibilité d'indication fausse, soit que la radio nie une appendicite réelle, soit qu'elle affirme une lésion appendiculaire inexistante. Je montrerai plus loin des exemples de telles méprises.

Et ce qui est grave en cette affaire, c'est que les données de la radiologie ont, aux yeux du public, un caractère de vérité « scientifique » qui ne permet aucune discussion.

***

Le principal malentendu est dû à ce fait que, dans l'appendicite chronique ou subaiguë, les douleurs spontanées ou provoquées par la palpation sont souvent *intermittentes*. C'est au moment où il souffre que le malade se montre au médecin. Quand il arrive chez le radiographe, quelques jours plus tard, il peut souffrir encore, ou ne plus souffrir du tout, c'est affaire de hasard. Or, le rôle des rayons est surtout de préciser le siège de la douleur. Tous les autres signes sont inconstants et un peu vagues. S'il n'y a plus de douleur, plus de sensibilité à la pression, l'examen radiologique ne signifie pas grand'chose ; le spécialiste ne voit rien et il a grandement raison alors de déclarer qu'il ne voit rien ; mais n'aurait-il pas « vu » la veille, ou ne verrait il » pas le lendemain ? « N'allez chez le radiographe qu'au moment où votre ventre sera sensible », voilà ce qu'il faudrait répéter aux malades.

Tout ce que je dis là va de soi, personne n'en doute, mais alors comment expliquer qu'on n'en tire pas les conséquences pratiques qui s'imposent ? C'est, fort simplement, que nous sommes enlisés dans une routine faussement simplificatrice.

***

J'ai présenté à la Société de chirurgie de Marseille, en 1935, quelques exemples des erreurs imputables à la radiologie. En voici trois qui diffèrent par le sens de la méprise : méprise par défaut, si je puis dire, dans les deux premières observations, par excès dans la troisième.

Observation I (très résumée). — Une femme de 50 ans, souffre du ventre ; on trouve des signes cliniques indubitables d'appendicite. Une radiographie de contrôle, faite par un spécialiste excellent, infirme ce diagnostic car la douleur au Mac Burney a disparu à ce moment. Par contre, l'épigastre restant un peu sensible, on finit par trouver des signes d'ulcus pylorique. Gastro-entérostomie, au cours de laquelle on ne voit pas grosse lésion. Mais, à peine la malade était-elle sortie de la clinique, qu'il fallait l'y ramener pour une tuméfaction de la fosse iliaque avec fièvre : abcès volumineux autour d'un appendice sphacélé. On enlève cet appendice. Guérison.

Observation II. — Femme de 25 ans, souffrant par crises, depuis plusieurs mois, de sa fosse iliaque droite, avec nausées. Au cours des crises, je constate que le point douloureux est très exactement celui de Mac Burney. On exige une radio de contrôle. Mais, le jour de l'examen aux rayons, la femme ne souffre plus, et le radiographe ne trouve absolument rien. J'opère tout de même après avoir difficilement convaincu Me X. et sa famille : appendice long, coudé, tuméfié, plein de calculs et de liquide purulent. Tous les troubles disparaissent définitivement.

En opposition à ces denx erreurs, en voici une, inverse, qui en dit assez long.

Observation III. — Une jeune femme qui a avorté sans complication aucune et qui entre à l'hôpital parce qu'elle a besoin simplement de quelques jours de repos, demande à l'interne de tenir secret le motif de son admission. L'interne répond : « Entendu, vous serez en observation pour appendicite ». Par erreur, mais selon le rite, on envoie, quelques jours plus tard, la convalescente à la radio, et la radio affirme : « Appendicite typique. »

Cette dernière erreur provient de ce fait qu'il n'est sans doute pas une personne qui ne présente, un jour ou l'autre, un certain degré de sensibilité cœcale.

***

Que devons-nous donc demander à la radiologie en pareil cas ?

Avant tout, de localiser une douleur à la pression, *douleur existant au moment de l'examen.* L'épreuve a une valeur capitale, si elle montre que la sensibilité anormale correspond non pas au bord interne du cæcum, mais à un tout autre organe : vésicule, uretère, ovaire, etc...

Elle est encore plus précieuse si l'image radiologique met en évidence une lésion de voisinage : calcul urétéral par exemple, ou bien si elle révèle une anomalie, telle qu'une ectopie cœcale, et réduit ainsi à néant les conclusions cliniques. Observons, par ailleurs, qu'elle est toujours intéressante et se justifie dans une large mesure par les *renseignements accessoires* qu'elle fournit : mobilité du cæcum, image du cadre colique, etc... Ces renseignements, bien qu'accessoires quant au diagnostic, ont une importance considérable pour les indications et la technique.

Comme on le voit, il faut distinguer soigneusement les cas où le radiographe ne trouve aucun point douloureux, ce qui ne tranche rien, et les cas, beaucoup plus probants, les seuls probants, où le radiographe nous montre que la douleur répond à un organe autre que l'appendice, ce qui est alors de valeur décisive.

Voilà ce qu'il faudrait faire comprendre aux intéressés. Ce n'est pas commode. Pour le public, la décision radiologique est sans appel ; si vous, chirurgien, médecin, ne vous soumettez pas à cette décision, et vous avez quelquefois le devoir d'en user de la sorte, vous engagez votre responsabilité d'une façon très particulière. N'importe, vous opérerez si votre conscience vous l'ordonne ; mais sûrement vous aurez alors un mouvement d'humeur contre le rite radiologique qui vous aura mis dans une situation fausse et quelquefois difficile.

Je transcris mes conclusions à la Société de chirurgie de Marseille :

1° La radiologie n'a pas, *a priori*, de prépondérance sur la clinique, dans le diagnostic de l'appendicite chronique ;

2° Elle a une valeur considérable quand elle nous montre que la douleur siège autre part que sur le bord interne du cæcum ; mais elle perd de son intérêt quand il n'y a aucune douleur à la pression en un point quelconque ;

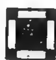
3° Même lorsque le diagnostic clinique est évident, il est utile de faire un examen radiologique, mais plus pour fixer certains détails que pour étaye r le diagnostic ;

4° L'examen radiologique doit être pratiqué dans une période où existe de la sensibilité, faute de quoi il perd sa valeur ;

5° Quand il y a discordance entre des signes cliniques nets et la radiologie, et surtout s'il y a eu de petites crises, il est prudent d'intervenir *en dépit* de la radiologie ; et, par contre, bien entendu, on ne songera pas à opérer, malgré toutes les images radiologiques, lorsque tout signe clinique fait défaut.

***

Je tiens à avouer en terminant que j'ai hésité à publier cette note : il y a toujours quelque ridicule à enfoncer des portes ouvertes. Mais quoi ! la mode est aux « vérités premières », ou soi-disant telles... Et puis, j'ai été récemment le témoin d'un ennui grave causé par le *rite* radiologique ; la preuve m'a été fournie que le malentendu n'était pas dissipé et qu'il pouvait avoir des conséquences tragiques. En admettant que les considérations qui précèdent ne nous apprennent pas grand'chose de nouveau, elles sont de nature à nous mettre en garde contre un laisser-aller dangereux et peu compatible avec l'esprit de notre profession.


LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT DES SCIATIQUES RHUMATISMALES (1)

Par le Docteur S. DE SÈZE

Médecin des Hôpitaux de Paris

Il s'agit le plus souvent d'un malade qui vient consulter pour de violentes douleurs apparues depuis peu dans un membre inférieur, à la suite d'un « coup de froid », par exemple et que lui-même a mis sur le compte d'une sciatique. Peut-être, en effet, est-ce là une sciatique rhumatismale ; c'est au médecin de confirmer ou d'infirmer ce diagnostic par un interrogatoire serré, un examen méthodique et minutieux.

L'interrogatoire précisera les caractères de la douleur, qui reste le signe dominant, son mode d'apparition, son évolution. Débutant bien souvent au niveau de la région lombaire, cette douleur descend bientôt à la face postérieure de la fesse, de la cuisse, du mollet. Unilatérale, c'est là un symptôme majeur, elle revêt le type de douleur lancinante, continue, s'exagérant au cours de paroxysmes. On ne manquera pas de contrôler l'absence d'irradiation nette à la partie antérieure de la cuisse, et surtout au niveau du périnée et des organes génitaux. Mais il conviendra encore de s'assurer que cette névralgie n'est pas déclenchée spécialement par la marche, qu'elle n'est pas calmée par le repos ; assez souvent bien au contraire il existe des crises douloureuses nocturnes l'origine desquelles ne serait pas d'ailleurs étrangère la chaleur du lit. Ces derniers caractères sont extrêmement intéressants à noter et l'on peut conclure qu'une douleur qui n'apparaît qu'à la marche, qui est calmée par le repos, n'est vraisemblablement pas une sciatique.

Les résultats d'un tel interrogatoire seront contrôlés par l'examen. Le malade marche d'une façon caractéristique et cette « démarche en saluant » est désormais classique. Debout et immobile il prend une attitude antalgique — station hanchée — tandis que se révèlent du côté atteint, une hypotonie de la fesse et de la cuisse, un abaissement du pli fessier. Mais deux signes surtout, doivent retenir l'attention : la contracture de la masse lombaire, la scoliose croisée. On a opposé en effet, à la suite de Sicard, deux sortes de scolioses dans la sciatique ; l'homologue assez rare, du même côté que la lésion «relachant la corde de l'arc » ; la croisée, beaucoup plus fréquente, à inclinaison du côté sain, « ouvrant les trous de conjugaison » et libérant le nerf. Cette deuxième variété s'expliquerait peut être de la façon la plus simple par la position hanchée du sujet, et tendrait à rétablir l'équilibre ainsi compromis.

On continuera l'examen par l'étude de la douleur provoquée, sur le malade étendu. Cette douleur peut être réveillée indirectement par les manœuvres d'élongation du nerf (manœuvres de Lasègue, de Bonnet), ou par pression directe sur le trajet des fibres nerveuses. Deux points sont spécialement intéressants à rechercher : l'un supérieur lombaire, costo-vertébral, l'autre inférieur dans la région ischio-trochantérienne. Restera alors et ceci est très important, à vérifier l'état des réflexes — car si l'achilléen peut être diminué ou mêm aboli, du côté de la névralgie, l'intégrité des autres réflexes, des deux côtés, est indispensable pour le diagnostic de sciatique — et à constater l'absence de paralysie, de troubles sensitifs, de troubles sphinctériens. Une analyse d'urine rapide sera enfin pratiquée pour éliminer toute glycosurie.

Sans doute ces recherches devront parfois être complétées par un cliché radiographique ou une P. L. Ce simple examen physique toutefois, aidé de l'interrogatoire, permet déjà de répondre aux deux questions : Est-on bien en présence d'une sciatique ? Est-elle bien rhumatismale ?

***

Le diagnostic différentiel de la sciatique, en tant que névralgie, présente des difficultés variables et trois sortes de douleurs devront successivement être éliminées : les douleurs artérielles, articulaires et musculaires.

Les douleurs d'artérite sont, schématiquement du moins, aisément reconnues. Tantôt elles apparaissent à la marche (claudication intermittente) et disparaissent au repos ; tantôt elles surprennent le malade couché et s'atténuent, lorsque celui-ci s'assied, les jambes pendantes sur le bord de son lit. Dans tous les cas l'oscillométrie reste un moyen pratique de différenciation.

Avec les douleurs articulaires, les difficultés augmentent. Deux types surtout doivent être envisagés : les algies coxofémorales, les algies sacro-iliaques. Parmi les arthrites de la hanche, ce n'est certes pas la coxalgie — elle survient chez des sujets plus jeunes — qui prêtera beaucoup à confusion, mais plutôt la coxarthrie. Les douleurs ont cependant ici un début insidieux, d'évolution moins rapide que dans la sciatique, elles siègent au niveau de l'articulation irradiant à la partie antérieure de la cuisse, au

(1) Leçon recueillie par Pierre MORINÉRY, interne des Hôpitaux, le 17 janvier 1937.

genou (gonalgie) ; elles entraînent une limitation nette des mouvements surtout de l'abduction ; quant aux points douloureux ils sont souvent diffus, peu nets, localisés dans la région articulaire et jamais en tous cas les manœuvres d'élongation du nerf sciatique n'entraînent de douleurs. De tels éléments différentiels ne suffisent pas toujours néanmoins à trancher le diagnostic et seul l'examen r diologique sera capable de donner des renseignements importants.

D'ailleurs, c'est bien souvent à cet examen complémentaire que l'on s'en remettra encore pour éliminer l'arthrite sacro-iliaque. Ses signes sont bien difficiles à définir en effet ; l'un d'eux pourtant semble avoir une réelle valeur : le point douloureux de la partie supéro-interne de la fesse.

Il faut désigner les sciatiques proprement dites de ces simples algies musculaires qui réalisent les fausses sciatiques. Leurs douleurs apparaissent uniquement à la marche, à la fatigue et sont calmées par le repos ; la chaleur dont on connaît les effets contraires sur la sciatique, les influence aussi favorablement ; il n'existe plus enfin de points de Valleix, ce sont ici les insertions musculaires, surtout les insertions des muscles fessiers sur le pourtour de l'articulation iliaque et de la région trochantérienne, qui sont le siège à la palpation, de manifestations douloureuses.

***

La névralgie sciatique reconnue, une notion domine son diagnostic étiologique : on ne doit penser à une sciatique rhumatismale — encore dénommée, d'ailleurs, forme essentielle — qu'après avoir éliminé les sciatiques symptomatiques.

Une sciatique survenantchez un sujet jeune, de moins de 25 ans (la sciatique dite rhumatismale ne se voit guère qu'à partir de cet âge) sera immédiatement rapportée à une affection du voisinage, tuberculose ostéo-articulaire avant tout. Une sciatique bilatérale, que cette bilatéralisation se soit produite d'emblée ou secondairement (la sciatique rhumatismale est pratiquement toujours unilatérale), restera sujette à caution. Il en sera de même pour une sciatique qui se prolonge. D'autre part l'irradiation de la douleur au périnée, dans les organes génitaux ; l'existence de paralysie nette qui, s'il existe parfois une légère parésie, ne se voit jamais dans la sciatique rhumatismale ; l'abolition des réflexes — l'achilléen excepté — ou la présence de troubles sphinctériens. La mise en évidence de pareils éléments doit faire passer en revue les multiples affections qui peuvent retentir sur le nerf sciatique ; qu'il s'agisse de causes générales, syphilis, blennorragie, diabète ; qu'il s'agisse, c'est le cas le plus fréquent, de causes locales : avant tout compression du nerf au niveau du rachis ou du sacrum.

Parfois cependant, l'examen le plus méthodique du malade ne revèle aucun indice alarmant, ne permet aucune étiologie précise. C'est alors que l'on est en droit de parler de sciatique rhumatismale.

Qu'est-ce donc que la sciatique rhumatismale ?

Les rapports entre sciatique et rhumatisme sont loin de toujours s'imposer. Sans doute, dans quelques cas, la sciatique survient chez un rhumatisant avéré et les lésions rachidiennes, décelées par examen radiologique, se montrent suffisamment éloquentes. Mais ces cas ne sont pas si nombreux et il ne semble pas que la sciatique apparaisse avec plus de fréquence chez des rhumatisants ou qu'inversement les sujets atteints antérieurement de sciatique soient plus spécialement candidats au rhumatisme chronique.

Sicard a soutenu que la sciatique rhumatismale relevait d'une ostéo-arthrite du trou de conjugaison, avec tuméfaction osseuse et compression du nerf. On a pu dire, de même, que des poussées rhumatismales au niveau de l'articulation sacro-iliaque pouvaient être à son origine. Ces données seraient assez vraisemblables. Toutefois, à côté de cette théorie pathogénique, d'autres ont été formulées où toute idée de rhumatisme parait exclue.

On a constaté en effet, qu'un effort violent — sujet qui soulève un fardeau —, qu'un « faux mouvement », pouvait déterminer une s iatique. Peut-être conviendrait-il de ne pas négliger un pareil facteur, l'effort entraînant un double traumatisme : subluxation vertébro-vertébrale, et entorse lombo-sacrée.

***

Le traitement des névralgies sciatiques rhumatismales doit être un double traitement général et local.

Le traitement général s'adressera au terrain sur lequel évolue la sciatique et résidera, par exemple, en administration d'iode, non *per os*, chez ces malades qui se « bourrent » déjà de cachets à l'insu de leur médecin, ce qui aboutirait rapidement à une gastrite — mais sous forme d'injections d'iodométhylate d'hexaméthylène-tétramine. Le soufre, soit isolé, soit associé à l'iode pourra également être prescrit (iode et hyposulfite de magnésie).

Quant aux préparations antalgiques, elles sont multiples. Certaines formules cependant paraissent particulièrement efficaces :

1°	Pyramidon	0 gr. 25
	Salipyrine	0 g. 15
	Aspirine	0 gr. 15
	Bromhydrate de quinine	0 gr. 10
	Citrate de caféine	0 gr. 05

Deux à trois cachets par jour.

2°	Phénacétine	0 gr. 20
	Pyramidon	0 gr. 15
	Valérianate de quinine	0 gr. 10
	Citrate de caféine	0 gr. 05
	Extrait d'opium	0 gr. 02
	— de belladone	0 gr. 02

Deux cachets par jour.

3°	Pyramidon	0 gr. 50
	Gouttes noires anglaises	X gouttes
	Eau	250 grammes

En lavement.

Le traitement local, comprendra essentiellement des injections *loco dolenti* de substances médicamenteuses bien définies, dont l'emploi a fait faire un grand pas au traitement des névralgies sciatiques. Leur technique est simple. Il faut remarquer à ce propos qu'il est inutile de faire une différenciation entre sciatique haute et sciatique basse ; que la cause d'une sciatique rhumatismale est toujours haut située, au niveau des trous de conjugaison ; et que c'est avant tout dans cette région que les injections doivent être pratiquées, en complétant si cela est nécessaire, par des injections ultérieures le long du tronc nerveux.

Il existe plusieurs types d'injections hautes. Le nerf sciatique en effet est issu des racines L^4, L^5 formant le tronc lombo-sacré et des 1re, 2e, 3e racines sacrées. On peut atteindre les racines lombaires par des injections para-vertébrales ; les racines sacrées par des injections épidurales.

Les injections paravertébrales peuvent se pratiquer de diverses façons :

— au contact de la lame vertébrale de L^4. L'aiguille enfoncée à 2 cm. de la ligne médiane, est poussée en avant et en dedans jusqu'au contact de la lame. La solution injectée (15, 20 c. c.), diffuse au niveau des racines nerveuses ;

— au contact du tronc lombo-sacré lui-même. Après avoir repéré la 5e apophyse épineuse, l'aiguille est enfoncée entre cette apophyse (à 4 cm. d'elle) et le bord postérieur descendant de la crête iliaque . Sitôt qu'elle atteint l'apophyse transverse de L^5, à 5 ou 6 cm. de profondeur, on lui donne une position presque verticale, en bas et en dedans, et on l'enfonce à nouveau de 2 à 3 cm. (technique du Docteur Barré).

— Au-dessus des apophyses transverses de L^4 et L^5 après repérages des 4e et 5e vertèbres lombaires. L'aiguille bute d'abord sur la face antérieure de l'apophyse, puis par un mouvement de bascule rase son bord supérieur.

Les injections épidurales intéressent surtout les premières racines sacrées, mais atteignent par diffusion les racines lombaires, elles pourraient presque dispenser des injections paravertébrales. Ce sont, il faut bien le dire, des injections difficiles à réaliser malgré leurs repères précis. L'espace épidural a un orifice d'entrée triangulaire formé par le dernier tubercule de la crête sacrée au-dessous duquel le doigt s'enfonce, et les deux derniers tubercules latéraux. Le malade étant en position couchée, ou mieux genu pectorale, l'aiguille est enfoncée en plein triangle, d'abord perpendiculairement à lui, puis très obliquement en haut et en avant. Il est bon de ne pas utiliser d'aiguilles à P. L., trop longues et qui peuvent ouvrir le sac épidural et de s'assurer avant de pousser la préparation qu'il ne s'écoule pas de liquide céphalorachidien.

Une dernière variété d'injection haute est encore réalisée par l'injection au voisinage du nerf, à son émergence hors de l'échancrure sciatique. Il suffit alors de tracer une ligne unissant l'articulation sacro-coxygienne et le grand trochanter. Cette ligne est divisée en trois portions. L'aiguille est enfoncée verticalement dans le tiers moyen, à un pouce du tiers interne.

Dans toutes ces injections, la même substance médicamenteuse peut être utilisée. Celle-ci d'ailleurs est variable. Certains auteurs préconisent les solutions uniquement anesthésiques novocaïne à 3 pour 100 ou 1 pour 200, remplacée avantageusement par la dunacaïne de toxicité notablement moindre. De telles solutions ne calment que passagèrement la douleur ; elles restent insuffisantes par cela même. D'autres s'adressent exclusivement aux médicaments antirhumatismaux et injectent des préparations iodées. L'huile iodée est la plus connue. Elle a toutefois comme inconvénient de rendre illisible toute radiographie ultérieure de la région aussi lui substitue-t-on parfois l'iode en préparation aqueuse.

Mais à côté de ces deux méthodes, s'en trouve une plus récente qui, unissant les mérites de l'une et de l'autre sans tomber dans leurs inconvénients, consiste à utiliser des solutions mixtes, à la fois anesthésiques et antirhumatismales. Certaines de ces solutions combinent l'iodure de Na et la novocaïne, d'autres la dunacaïne, l'iode et même une faible quantité de soufre agissant comme catalyseur et renforçant l'action de l'iode sur le processus rhumatismal. De telles préparations permettent d'obtenir d'excellents résultats.

———— ● ■ ● ————

PHYTOTHÉRAPIE PLURIVALENTE

Ilex paraguayensis Saint-Hilaire

Jean Schunck de Goldfiem
Conférencier à l'Institut de médecine coloniale de la Faculté de Paris

Nombreux sont les médecins qui reculent devant l'utilisation des tisanes dans les ordonnances qu'ils prescrivent, parce que généralement, une plante n'a qu'une action, et les tisanes seraient trop nombreuses à absorber pour soulager le malade et le guérir d'un syndrome ou d'une maladie.

C'est pourquoi il ne faut pas hésiter à indiquer au Corps médical la présence de drogues plurivalentes, capables de rendre service dans de nombreux cas, et de plus d'une inocuité absolue.

C'est ainsi que *Ilex Paraguayensis*, connu des Brésiliens sous le nom de *Yerba Maté*, est susceptible de soulager une foule de malades en raison de ses qualités thérapeutiques nombreuses et i discutables, ainsi que nous l'avons démontré dans un article récent de *La Presse Médicale* (16 décembre 1936).

Le maté est un anti-infectieux puissant par la *chlorophylle* qu'il contient en notable quantité, bien supérieure à la plupart des feuilles utilisées en thérapeutique.

Le maté est un tonique général à action durable par sa chlorophylle, les ions potassium, calcium, magnésium, fer, phosphore, etc., constituant la majeure partie de ses matières minérales.

Le maté est toni-cardiaque éprouvé par la *matéine* et l'*absence de caféine* (Arata, Moreau, J. S. de Goldfiem). La matéine associée au phosphore ou au potassium sous forme colloïdale naturelle tonifie le muscle cardiaque et les artères.

Le maté est un toni-nervin qui agit sur les éléments signalés ci-dessus, et qui, de plus, n'excite pas, *n'empêche pas de dormir en raison de sa faible teneur en huile essentielle*, qui plus que les alcaloïdes, dégradent le système nerveux. Les huiles essentielles sont *toujours présentes* dans les thés et cafés, *même décaféinés*.

Le maté est un myotonique par sa chlorophylle et ses ions métalliques, il fait sentir son action dès le début du traitement. Son tanin particulier est un spécifique de la contraction fibrillaire.

Le maté est un équilibreur physiologique, provoquant le retour rapide au rapport (acides), *un anti-scorbutique par sa très forte teneur en vitamine C.*

Le maté est un diurétique antirhumatismal et antiarthritique par sa teneur en principes minéraux, ce qui l'a fait comparer aux cendres des eaux de Vichy. par Jaimes Reis. Mais, *le complexe phytothérapique est toujours supérieur en action au complexe minéral* (E. Perrot, Henri Leclerc, Jean S. de Goldfiem).

Consécutivement à ses propriétés thérapeutiques principales, nous avons reconnu que le Maté est une *boisson fortifiante, stimulante*, la seule stimulante d'épargne, ne provoquant pas d'accidents (comme le théisme, caféisme, kolatisme de J. S. de Goldfiem) *désinfectant du système rénal* (urine de sept jours conservant un pH de 6,6 depuis l'émission, et exposée à l'air libre) et provoquant la *disparition de verrues en un mois* par l'apport magnésien.

Les appréciations sur le maté émanant de savants hygiénistes et diététistes, comme G. Bertrand, Lenoble, Moreau, Fournier, Caminnhoa, etc., se trouvent donc confirmées par nos travaux sur la biologie, la chimie, la pharmacodynamie de cette drogue éminemment utile.

BIBLIOGRAPHIE

Jean Schunck de Goldfiem. — 1) Nouvelles données sur la biologie de *Ilex paraguayensis* Saint-Hilaire. (Communications à la *Société de Biologie*, octobre, 1936).

2) Etudes biochimiques originales sur Ilex paruguayensis Saint-Hilaire (communications à la *Société de Chimie biologique*, décembre 1936).

3) Etudes cliniques de l'emploi des drogues à base purique. (*La Presse Médicale*, 16 décembre 1936).

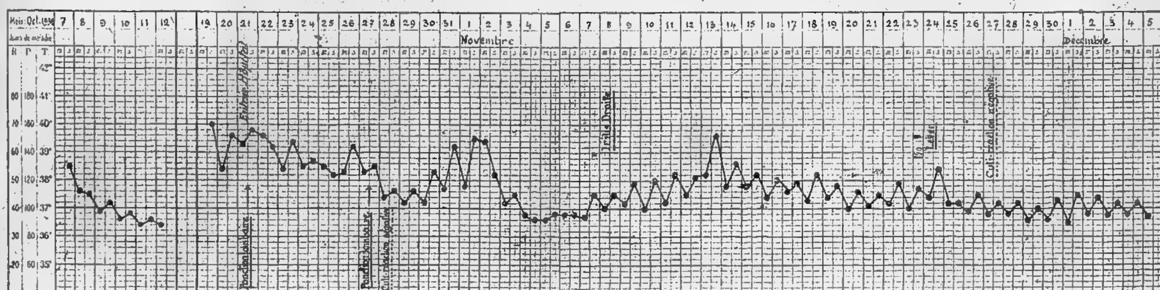
LA MALADIE DE CONOR ET BRUCH (FIÈVRE BOUTONNEUSE) A TANGER PENDANT L'ÉTÉ 1936

Par le Docteur Decrop

Médecin du Dispensaire et de l'Hôpital français de Tanger

Au cours de chaque été, depuis 1925, nous rencontrons quelques malades atteints de fièvre boutonneuse. Cette année, il y a eu certainement, puisque à nous seul nous en avons observé une douzaine de cas, une véritable épidémie : fait coïncidant, ainsi qu'on pouvait s'y attendre avec une pullulation anormale des tiques vecteurs de l'infection.

Le premier de nos malades est observé le 21 juillet 1936 : il s'agit d'un homme de 32 ans qui fait brusquement une poussée de température à 39°5 avec céphalée atroce, lui arrachant des cris au moindre bruit ou au plus léger mouvement ; il n'existe cependant aucun signe de réaction méningée et l'on ne découvre sur le tégument aucun point anormal. La recherche de l'hématozoaire est négative, la réponse de l'hémoculture, faite dès la première visite l'est également, l'apparition de l'éruption caractéristique au troisième jour signe, au reste, le diagnostic : une sédation progressive de tous les symptômes l'accompagne et la maladie évolue classiquement en une quinzaine.



Un mois après en des points éloignés les uns des autres nous donnons nos soins à cinq malades :

Le 25 août à une enfant de 4 ans, logée dans un hôtel de la plage, le même jour, à l'autre bout de la ville à un bébé de 2 ans et à sa grand mère âgée de 55 ans. Cette malade, déjà diabétique fait une forme assez sérieuse, sans cependant voir ses jours en danger.

Le 8 septembre nous observons la maladie chez une fillette de 5 ans, chez laquelle nous constatons l'existence de ganglions cervicaux droits, sans retrouver de chancre d'inoculation pas plus, au reste, que chez les précédents ni chez une indigène de 35 ans observée le 10 septembre :

Dans tous ces cas, la durée de la maladie a varié de 5 à 15 jours au maximum, sans présenter aucune particularité clinique.

Cependant au même moment, nous observions une véritable épidémie dans un groupe d'enfants partageant les mêmes jeux.

Christiane, 15 ans, présente le 16 août 1936, un état fébrile sans signes spéciaux : le 17 la température monte à 39°5, une lame de sang étalée ne montre aucun hématozoaire.

Le 18, la température restant élevée, une hémoculture est décidée, mais au moment même de la pratiquer, la mère de la jeune malade attire notre attention sur un « bouton » de la région deltoïdienne gauche.

Il s'agit d'une grosse papule de la dimension d'une lentille rouge sombre, indurée et présentant à son centre un cratère de couleur noire ; nous recherchons alors sur toute la surface du corps s'il existe une éruption et découvrons sur les flancs quelques macules discrètes. Le diagnostic de fièvre exanthématique, confirmé le lendemain par l'explosion d'une éruption caractéristique, est alors posé. La maladie évolue d'une façon normale, sans incidents, sauf une céphalée violente et tenace ; la durée de la maladie ne dépassa pas quinze jours.

Le 20 août, un enfant du même groupe, Henri, âgé de 14 ans, qui avait joué avec sa compagne toute la semaine précédente, se plaint d'un bouton de la région deltoïdienne gauche ; il présente, en effet un espèce de furoncle à sommet gangréneux s'accompagnant d'une adénite carotidienne : léger état saburral avec température à 38°.

Le 21, la température monte à 39° inquiétant la famille, mais le 22 l'éruption caractéristique apparaît : l'évolution absolument normale atteignit treize jours.

Le 22, un cousin Jacques, âgé de 8 ans, qui couchait dans la même chambre, et bien entendu partageait les mêmes jeux, se couchait avec une température à 38° : on observait sur la malléole externe gauche deux papules à escarres noires et une éruption discrète apparue dans les quarante-huit heures témoignait que là aussi la fièvre boutonneuse était en cause ; elle fût bénigne et ne dura que *huit* jours.

Ce fût le 24 qu'un autre cousin, couchant aussi dans la même chambre montra sur sa région deltoïdienne gauche une escarre nette avec réaction ganglionnaire axillaire légère et petite poussée de température ; l'éruption à type fruste fut recherchée attentivement et signa la maladie qui guérit, cette fois, en cinq jours.

Quelques jours plus tard, ce fût le tour d'une autre petite cousine, Simone, âgée de 1 an 1/2 de tomber malade : vue le 27 août avec 39°5 de fièvre, abattement ; un examen complet du corps montre sur la région deltoïdienne gauche, qui décidément est un lieu de prédilection, le chancre d'inoculation. La maladie confirmée par une éruption des plus nettes évolua en une semaine environ.

Notre dernière observation est d'interprétation plus difficile :

Le 6 octobre 1936, Michel âgé de 14 ans nous est amené pour une courbature fébrile datant de deux ou trois jours. L'enfant habitant le Djebel Mokra, en pleine campagne, on songe au paludisme et deux lames sont prises et soumises à l'examen de l'Institut Pasteur qui nous adresse le 7 octobre le bulletin d'analyse suivant :

1° *Formule* :

Grands mononucléaires	6
Moyens	9
Lymphocytes	14
Polynucléaires neutrophiles	71

2° L'examen des étalements colorés par la méthode de Giemsa montre en trois endroits différents un spirochète présentant les plus grandes analogies avec celui de la fièvre récurrente. Il a toutefois été impossible d'en découvrir plus de trois. La rareté de ces parasites pourrait trouver une explication dans le fait que le prélèvement aurait été effectué à la fin d'un accès.

En résumé, il y a suspicion de récurrente. Pour transformer cette suspicion en certitude, il faudrait un nouvel examen au début ou au cours d'un accès fébrile.

Il y aurait intérêt à ce que la prise de sang soit, si possible, effectuée au laboratoire même en vue d'un examen à l'état frais et même d'une inoculation au cobaye.

Signé : Dr Bailly.

Mais le huit, nous trouvons notre jeune malade en pleine éruption : celle-ci est nette et le diagnostic de fièvre exanthématique est évident.

Au reste, tout se passe des plus simplement, et le 11 l'enfant est considéré comme guéri.

Pendant une semaine, il demeure en parfait état, mais le 19, la température monte brusquement à 40°. Nous demandons alors à l'Institut Pasteur de vérifier l'hypothèse antérieurement soulevée :

« Je crois, nous répond, le Docteur Remlinger, que l'hypothèse de fièvre récurrente doit être abandonnée. »

« En effet, le malade se trouve en pleine période fébrile et trois grosses gouttes de sang examinées à l'état frais, à l'abri de toute erreur, n'ont montré aucun spirille. Un cobaye a été inoculé dans l'œil, je suis à peu près certain que le résultat sera négatif. »

Nous ne revoyons l'enfant que dans la soirée du 21 octobre.

La température est de 39° ; en outre, il existe des signes nets de réaction méningée : céphalée violente, raideur de la nuque, signe de Kernig. Les réflexes tentineux sont un peu vifs, les troubles vaso-moteurs nets : il y a une certaine arythmie, mais pas de troubles psychiques, pas de prostration intense.

Une ponction lombaire pratiquée couchée est faite, qui donne au rachimanomètre de Claude une pression de 15. L'examen du liquide effectué d'urgence par l'Institut Pasteur conclut :

« Liquide eau de roche ».
« Quantité envoyée : 10 centimètres cubes environ »,
« *Albumine* : quantité normale (approximativement le tube de Sicard-Cantaloube n'ayant pas été employé). »
« *Sucre* : quantité normale ».

Examen microscopique :

« Même après centrifugation prolongée, on n'obtien « aucun culot.
« Les dernières gouttes des deux godets ne montrent « que des lymphocytes et ceux-ci paraissent en nombre « normal. Aucun polynucléaire. Aucune cellule endo- « théliale. Aucun globule rouge.
« Aucun microbe visible sur les préparations après « coloration. »

Conclusion

« Le liquide examiné présente les principaux caractères d'un liquide céphalo-rachidien normal. Toutefois, « la quantité sur laquelle a porté l'analyse était très « faible et l'examen a été fait la nuit dans de mauvaises conditions en sorte qu'une conclusion formelle serait « imprudente.

« Signé : Dr Remlinger.

L'effet heureux de la ponction lombaire se manifeste par une chute de la température, une diminution de la céphalée et des signes de réaction méningée. Quant à l'examen somatique, il ne révèle rien de particulier.

Cependant, le 23, la température remonte à 39°4 : une hémoculture sur bouillon bile est effectuée : le résultat en est négatif.

Après une légère défervescence à 38°3 la fièvre remonte le 26 à 39° et les symptômes méningés réapparaissent. Nouvelle ponction lombaire en position couchée : pression au Claude de 12 ; résultat de l'examen à l'Institut Pasteur :

« Liquide légèrement louche, donnant après centrifugation un culot très apparent ».

Albumine (tube de Sicard-Cantaloube) : augmentée : 86 centigrammes par litre ».

Sucre : Quantité normale.

Examen microscopique :

« Le culot de centrifugation est constitué par de très nombreux lymphocytes auxquels se mêlent quelques polynucléaires et quelques rares cellules endothéliales. Aucun globule rouge.

Examen bactériologique :

« Aucun microrganisme visible sur les préparations après coloration. »

« Le bacille de Koch a été recherché, mais avec résultat négatif. »

Conclusion :

« Le liquide examiné diffère d'un liquide normal par « son état louche, l'augmentation de l'albumine, une « forte lymphocytose et une polynucléose évidente « quoique légère ».

Nous constatons une nouvelle fois l'effet favorable de la ponction lombaire sur la marche de l'affection ; chute de la température le 28 à 37°4, diminution de la raideur de la nuque et du Kernig ? Mais de nouveaux signes alarmants apparaissent : subdélire avec difficulté de la parole par instant bredouillante, constipation avec rétention d'urine. L'examen somatique reste satisfaisant, la tension est :

Maximum 14, minimum 8, au Pachon.

Un examen du fond d'œil, pratiqué par le Docteur Bernard, oculiste, ne montre aucune lésion du fond d'œil. Une cuti-réaction de von Pirquet demeure négative.

Toutefois, une radiographie de contrôle pratiquée par M. le Docteur Cabanié est moins rassurante :

Radiographie des poumons en position couchée le 1er novembre 1936.

« Cage thoracique normale. Cœur un peu volumineux. Du côté gauche, épaississement « net du dessin pulmonaire dans le lobe supé- « rieur. Aspect aréolaire à travée épaisse, dans « la partie juxta-hilaire de ce lobe. Dans le « lobe inférieur, les ombres entourant le pédi- « cule sont relativement épaisses.

« Malgré l'immobilité de la cage thoracique, « pendant le très court temps de pose de cette « radiographie instantanée, l'éréthisme cardia- « que a entraîné des déplacements des ombres « intra-pulmonaires du côté gauche ».

De plus, nous assistons à une montée progressive de la courbe thermométrique qui le 2 novembre 1936 atteint 39°5. Malgré la répugnance que montre le malade, nous nous préparons à une nouvelle ponction lombaire quand la fièvre tombe brusquement à la normale.

Nous pensons la convalescence commencée, tout signe de méningite a disparu, l'enfant est gai, content, réclame à manger à cor et à cri.

Mais, depuis le 7, tout doucement le thermomètre remonte en escalier et le 10 en même temps qu'il marque 38°, une iritis droite apparaît. Le traitement la fait disparaître très vite, mais la fièvre reste élevée. Le 14, comme elle atteint 39°6 nous pratiquons, en présence de cette courbe à l'allure oscillante une hémoculture sur bouillon simple : elle demeure stérile, malgré une observation prolongée pendant plus de quinze jours.

Puis, progressivement, tout rentre dans l'ordre ; l'enfant présente un état général tellement bon qu'aucune crainte de méningite ne persiste plus, il a un appétit féroce, une gaité continuelle, un moral excellent.

La température redevient normale.

Pour plus de tranquillité, on fait un nouvel examen radiographique.

Radioscopie pulmonaire, le 24 novembre 1936

« La respiration costale et diaphragmatique est normale. L'hémithorax droit est un peu moins ample que le gauche. Les ombres hilaires sont légèrement exagérées et surtout le dessin pulmonaire dans le poumon droit est exagéré dès la simple radioscopie et ceci dans la majeure partie du poumon. »

« Le cœur est normal ».

« Le foie est plutôt gros sans exagération manifeste. La rate n'est pas visible mais elle est probablement normale ».

Radiographie

« Une deuxième radiographie, portant surtout sur la région incriminée précédemment, montre un renforcement net des ombres périhilaires des deux côtés, sur une étendue assez considérable. Cet aspect est fréquent et nullement spécifique. »

« L'anomalie notée sur le cliché précédent au niveau du lobe supérieur droit a entièrement disparue. »

Enfin, le 28 une nouvelle cuti restée absolument négative permet de rassurer complètement les parents, et l'enfant sort guéri le 5 décembre 1936).

En somme affection évoluant en deux périodes :

L'une , brève, pour laquelle le diagnostic de fièvre exanthématique peut être d'autant plus affirmé que survenant à la fin d'une épidémie, nous avons « dans l'œil » l'éruption caractéristique : l'évolution est simple.

La seconde, apparaissant après un intervalle muet de huit jours comprend trois phases successives, les deux premières à forme méningée, la dernière à forme septicémique avec iritis mais absence de symptôme de lésion nerveuse.

Le diagnostic de fièvre typhoïde anormale avec méningite est écarté par la négativité de l'hémoculture, il en est de même de celui de méli-

tococcie que les ondulations de la courbe thermique pouvaient soulever, le syndrome de méningite encéphalitique décrit par H. Roger ne ressemblant au reste pas au tableau clinique offert par notre malade.

Un diagnostic surtout était troublant : celui de méningite tuberculeuse. C'est celui que nous avons cherché à élucider d'une façon précise, par l'examen du fond d'œil, la radiographie, les cuti-réactions. Dans les antécédents si l'enfant avait toujours eu une bonne santé, sa mère avait, disait-on ; présenté dans son enfance un abcè qualifié froid, du dos du pied.

Mais, il n'existait heureusement aucun des signes soulignés par MM. Lesné et Bequien lors du dernier Congrès français de médecine : on notait, au contraire l'absence de période prodomique, d'hostilité du malade pour l'entourage médical, de signes basilaires et bulbaires, d'amaigrissement catastrophique, de torpeur intense et la cuti restait négative.

Cela nous a permis de rester toujours optimiste et de maintenir le moral des parents.

C'est donc vers la méningite lymphocytaire bénigne que nous nous sommes orientés. Mais s'il existe des formes méningées de la fièvre exanthématique, la lymphocytose y est toujours peu marquée, l'albumine est normale.

En tout cas, il n'a pas été, je crois, signalé de rechute de l'affection suivant la modalité observée.

Il semble cependant, sans pouvoir conclure de façon ferme, qu'il soit logique de rattacher les deux épisodes l'un à l'autre.

LE TEST PRÉHYPOPHYSAIRE D'ARON

Docteur J. de Prat

Le test préhypophysaire d'Aron étudie les effets, sur le corps thyroïde et l'ovaire du cobaye jeune, de trois injections de l'urine d'un malade dont on veut explorer le fonctionnement hypophysaire.

Une réaction thyroïdienne normale est représentée par une légère activité de la glande. Une réaction diminuée laisse l'organe à l'état de repos. Une réaction augmentée détermine une forte hypertrophie et hyperplasie cellulaires.

Une réaction ovarienne normale se traduit par un épaississement de la thèque des follicules. Lorsque la réaction est diminuée, on observe l'aspect habituel de l'ovaire en dehors de toute injection. Une réaction ovarienne augmentée produit l'atrésie folliculaire avec formation de faux corps jaunes. La réaction ovarienne est toujours de lecture délicate.

Le test préhypophysaire est presque constamment diminué dans le syndrome adiposogénital, constamment augmenté dans l'acromégalie et la maladie de Cushing. Il est fréquemment troublé dans les affections thyroïdiennes, dans certaines obésités et maigreurs, plus rarement dans certains troubles génitaux. Il doit toujours être tenu compte, dans ces cas, des signes cliniques et des autres recherches de laboratoire.

Le test d'Aron peut rester normal dans certains troubles hypophysaires ; il peut être modifié dans des affections où l'hypophyse ne paraît pas jouer de rôle efficient ou occasionnel. Isolée, une telle modification est dépourvue de valeur.

Le test préhypophysaire n'explore pas toutes les fonctions hypophysaires. Il doit être interprété et étudié parallèlement à la clinique et aux autres tests. C'est à cette condition qu'il peut désormais se montrer utile pour fournir des suggestions thérapeutiques dans le syndrome adiposo-génital, dans certaines affections thyroïdiennes, dans certaines obésités ou maigreurs. Les variations des résultats du test au cours du traitement permettront également d'en suivre l'efficacité (1).

(1) Thèse de Paris, 1937.

LA CLINIQUE AU GOÛT DU JOUR

L'importance du clinostatisme absolu, dans les ulcères gastro-duodénaux non perforés

D'après le Docteur J. Caroli (*)

Un facteur de guérison

Ce moyen, le plus simple qui existe, contribue d'une manière efficace à la thérapeutique, car son action est régulière et rapide.

On doit préciser qu'il ne s'agit pas d'un simple repos allongé après les repas, mais d'un *alitement complet sans interruption pendant tout le nycthémère,* le malade pouvant se lever quelques minutes seulement pour les soins de toilette les plus urgents. De cette façon, l'immobilisation pourra être de très courte durée, et il sera rare qu'il faille maintenir des patients au lit pendant plus d'une semaine.

Cette pratique n'est certes pas employée aussi souvent qu'elle devrait l'être. Ne contribuait-elle pas déjà au succès de la cure de diète absolue de vingt et une heures, avec immobilisation physique, que Cruveilhier imposait pour commencer à ses patients, et plus, encore, à celui de la cure de jeune prolongé, que recommandait le même auteur ? C'est probable. Dans le même ordre d'idées, Bouveret s'était rendu compte de la valeur du clinostatisme dans les ulcères gastro-intestinaux, en disant que le patient sous-alimenté devait rester couché.

Dans le service du Professeur Carnot, l'auteur a traité systématiquement, par le décubitus, plus de 500 cas d'ulcères gastro-duodénaux, et il a pu s'assurer que la cure clinostatique était un élément de première valeur dans le traitement de la *poussée ulcéreuse.*

Le trait le plus remarquable de son action est d'être *immédiate.* Sauf dans certains cas très précis, dont il sera question plus loin, le malade cesse de souffrir moins de quarante-huit heures après le début du traitement. Certes, la plupart des ulcéreux, à qui l'on promet d'être débarrassés quasi-instantanément de leurs douleurs par le lit, restent incrédules et objectent aussitôt que c'est précisément la nuit, quand ils sont couchés, que surviennent leurs douleurs les plus violentes. Mais ils ne se rendent pas compte que leurs crises se développent seulement à la suite d'une journée passée debout, et que les nuits cesseront d'être douloureuses dès qu'ils seront restés couchés pendant la journée précédente.

Cette action antalgique du clinostatisme se manifeste aussi bien dans les poussées récentes que dans les cas invétérés, qui, pendant des semaines et des mois, ont acquis une intensité douloureuse d'une violence extraordinaire. La raison en est dans l'*évolution spontanée de la maladie,* par le repos allongé ; les souffrances cessent même si l'on n'a pas recours à des diététiques spéciales.

Pourtant, il faut bien dire que l'action si rapide du décubitus sur la poussée ulcéreuse n'est *pas absolument constante* ; mais les exceptions sont relativement rares, et elles sont en tous les cas parfaitement définies. Le Docteur J. Caroli a fait systématiquement opérer tous les malades, dont les signes fonctionnels résistaient au traitement, et il a découvert dans tous les cas qu'il s'agissait d'*ulcères perforés bouchés,* ayant subi des remaniements inflammatoires profonds.

Les résultats, que cette méthode permet d'obtenir sur la douleur ulcéreuse, ne sauraient être considérés comme un simple camouflage ; une crise calmée par le décubitus est, en règle générale, jugulée par lui, et le cycle algique interrompu par le traitement ne recommence pas, quand le malade reprend la position debout. Il est bon cependant de prolonger les effets biologiques du lit par le port d'une ceinture, qui continue, dans l'orthostatisme et surtout pendant le travail, l'immobilisation bienfaisante de l'estomac ulcéreux. Ne retrouve-t-on pas, bien des fois, dans les antécédents des ulcéreux, une première poussée, pourtant caractéristique, qui a été considérée comme relevant d'une simple ptose et que le port d'une ceinture avait rapidement fait disparaître les troubles dyspeptiques ?

Le décubitus dans l'ulcère gastro-duodénal ne se borne pas à un effet antalgique ; il paraît vraiment curateur. Il a dans tous les cas favorables, c'est-à-dire quand il ne s'agit pas d'ulcères perforés bouchés, amené la régression des signes physiques, que rend manifeste l'effacement des signes radiologiques.

De ce point de vue, il faut cependant ranger les ulcères en deux classes : d'un côté ceux qui affectent la portion verticale de la petite courbure, de l'autre les ulcères de la portion horizontale, les ulcères sphinctériens, et les ulcères du bulbe duodénal.

(*) J. Caroli. — Le clinostatisme dans le diagnostic et le traitement des ulcères gastro-duodénaux. (*La Presse Médicale*, 13 février 1937).

Ce sont les premiers, qui donnent le plus de satisfaction au point de vue radiologique. Tous les cônes diverticulaires, observés sur la portion, non motrice de l'estomac se sont effacées en quelques semaines sous l'influence du décubitus. Les niches beaucoup plus larges, à condition qu'elles ne se soient pas ouvertes dans le pancréas, se sont résorbées de la même façon. Il n'en va pas de même pour la portion motrice de l'estomac, où l'on observe plus souvent l'interruption du péristaltisme et la rigidité segmentaire que de véritables niches. Bien que cliniquement la crise soit passée, même en cas de lésion cicatrisée, il est rare de pouvoir constater la récupération d'une contractilité normale.

Un facteur de diagnostic

Déjà la « clino-résistance » est le meilleur signe d'un ulcère compliqué, d'un ulcère perforé bouché, et l'épreuve de l'alitement peut ainsi, en dehors de son effet curateur, fournir dans certains cas un signe pronostique essentiel, et une indication chirurgicale de premier plan.

Mais, d'autre part, le clinostatisme constitue une véritable *épreuve de diagnostic* pour distinguer la douleur ulcéreuse des autres crises algiques abdominales ; elle est comparable à l'épreuve de l'émétine dans l'amibiase.

Pour celle-là, la séméiologie classique admet : la périodicité de l'horaire, l'effet calmant de l'alimentation, des alcalins et des vomissements provoqués. D'eux-mêmes, les ulcéreux constatent qu'il leur suffit de s'étendre pour que leur souffrance soit calmée au bout d'un quart d'heure ou d'une demi-heure. Or, il est bon d'ajouter à ces caractères, fondamentaux de la douleur ulcéreuse, l'action si rapide du décubitus sur les signes fonctionnels de l'ulcère : le diagnostic sera confirmé lorsque la sédation deviendra évidente à la suite d'un alitement prolongé pendant vingt-quatre heures de façon continue.

Quant aux autres crises douloureuses de l'abdomen, les douleurs hydro-néphrotiques, par leur projection abdominale et non lombaire, simulent aussi bien les affections gastriques qu'hépatiques ; elles se révèlent aussi orthostatiques, et sont, en général, radicalement calmées par le décubitus ; mais elles n'ont aucune périodicité, et, si elles sont tardives, c'est sans rapport avec les repas, et simplement parce qu'elles apparaissent le soir après la fatigue de la journée.

Pour les affections digestives non ulcéreuses, la valeur diagnostique du décubitus est plus intéressante à étudier.

Inutile de rappeler que les crises biliaires ne sont pas améliorées par le repos au lit. Il en est de même pour la plupart des gastropathies, en particulier des gastrites, périgastrites, duodénites, qui simulent souvent d'assez près la séméiologie clinique et radiologique des ulcères : les brûlures, pesanteurs, réactions sensitivo-motrices persistent malgré l'alitement le plus complet. De même, la dyspepsie du cancer de l'estomac n'est pas améliorée par la cure de repos au lit. Il semble particulièrement important de noter que l'épreuve du décubitus peut aider, dans une certaine mesure, au diagnostic différentiel de l'ulcère de Cruveilhier et de l'ulcère cancéreux. Dans ce dernier cas l'action sédative du décubitus est beaucoup moins nette ; si elle existe, elle est temporaire et les douleurs reprennent dès que le malade remet le pied par terre. En tous les cas, le décubitus, même prolongé, s'il atténue la douleur, ne contribue en rien à modifier l'image radiologique.

Voici maintenant quelques considérations intéressantes, que les effets du clinostatisme permettent d'envisager pour la pathogénie même de la maladie de Cruveilhier, dans laquelle un rôle important reviendrait au régime circulatoire. Les faits nous amènent à penser que si la douleur cesse, c'est parce que la poussée évolutive est arrêtée, le décubitus réalisant la condition optima de la guérison des ulcères. Cette influence curatrice paraît liée, non pas tant à une inertie bienfaisante de la musculature gastrique, qui serait consécutive au décubitus, mais plutôt à la suppression des mouvements imprimés au corps gastrique par les contractions de la paroi abdominale. Mais il faut certainement penser à un effet trophique particulier, et c'est ici qu'intervient probablement une modification des conditions vaso-motrices de la circulation, au niveau de la petite courbure, par la station couchée. Les artères coronaires, n'étant plus étirées par le poids de l'organe, pourraient avoir un débit circulatoire amplifié.

Cette hypothèse rendrait bien compte du *siège d'élection des ulcères sur la petite courbure*, fait anatomique incontestable. D'autre part, en faisant de la maladie ulcéreuse une affection liée à la station debout, elle rendrait compte de la grande rareté de la maladie de Cruveilhier dans la série animale.

De l'ensemble de ces faits, on peut être amené à considérer l'ulcère de Cruveilhier comme une affection, en partie liée à la station debout, ou mieux comme une maladie orthostatique.

G. Fischer

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Recherches expérimentales sur la maladie des porchers

MM. Paul DURAND, P. GIROUD, E. LARRIVE et A. MESTRALLET ont fait sur ce sujet d'intéressantes recherches qu'ils ont communiquées à l'Académie des sciences au cours des mois d'octobre et novembre 1936. Il en résulte qu'une affection fébrile guérissant toujours rapidement et sans laisser de séquelles, pouvait et devait être utilisée pour la pyrétothérapie de certains troubles mentaux, d'autant plus qu'elle est capable de provoquer des réactions méningées, réactions que de nombreux aliénistes recherchent actuellement dans cette thérapeutique. Bien qu'entreprises depuis peu ces tentatives pyrétothérapeutiques ont déjà donné des résultats encourageants. Il est cependant encore trop tôt pour en juger d'une manière définitive.

A la suite d'études sur la transmission aux animaux, les auteurs pensent que la maladie est transmise à l'homme par contact avec les urines et les selles du porc malade et sous réserve de nouvelles expériences, les auteurs croient que ce mode de transmission est le seul. (*Le Mouvement Sanitaire*, novembre 1936.)

Les Wassermann irréductibles

Des considérations exposées par le Docteur DEGOS, il résulte que le problème des Wassermann irréductibles comporte encore beaucoup d'inconnues. Si certaines pathogénies ont pu être prouvées par des constatations thérapeutiques et évolutives, ces démonstrations cliniques demeurent l'exception. Dans la presque totalité des cas, le médecin ne peut s'en tenir qu'à de simples hypothèses et la conduite thérapeutique adoptée est plus le résultat de tendances personnelles que de données scientifiques. Mais, dans le domaine de la syphilis, les conséquences pathologiques et sociales sont si redoutables qu'il vaut mieux pécher par excè que par défaut en perpétuant un traitement spécifique dicté par la prudence. (*Paris Médical*, 6 mars 1937.)

Hépato-pancréatite ictérigène récidivante et diabète

Le Docteur I. RAVDAN expose quelques considérations sur l'ictère chez les diabétiques. De la discussion des cas étudiés, il ressort qu'on a constaté chez les diabétiques la coïncidence fréquente de l'ictère surtout en hiver sans trouver dans l'anamnèse une explication sur la genèse de l'ictère. Celui-ci est survenu tant chez les diabétiques jeunes que chez les âgés. Parfois on a pu démontrer une infection ascendante des voies biliaires mais dans la majorité des cas, l'ictère n'a pas été provoqué par un état pathologique du foie ou des voies biliaires et dans aucun cas on n'a constaté la présence d'une tumeur pancréatique, d'une métastase cancéreuse ou de la lithiase. En admettant même que l'ictère chez les diabétiques ne soit pas étiologiquement différent de l'ictère hépatolytique, survenu chez les non diabétiques, il faut toutefois admettre que les circonstances qui déterminent l'ictère sont différentes dans le diabète. Tout processus de moindre importance,qui, chez les normaux, ne provoque rien au foie, chez les diabétiques, peut devenir agressif. Cette agression sera d'autant plus intense que la diminution de la glycogénie hépatique sera plus accentuée, parce qu'on admet aussi une diminution parallèle du pouvoir anti-toxi-infectieux du foie.

Au point de vue thérapeutique, restent valables les principes de l'ictère en général. Le régime doit être soigneusement prescrit, l'ictère justifiant un régime carencé en graisses et le diabète nécessitant la suppression relative des sucres. La médication insulinique permettant l'enrichissement de la ration hydro-carbonée rendra plus aisé l'établissement du régime, même après la fin de l'ictère. On peut éviter ainsi une lésion tardive du foie avec des graves conséquences pour le malade. Le tubage duodénal sera toujours pratiqué parce qu'il permet également une thérapie de l'insuffisance exocrine du pancréas. Par son effet actif sur la sécrétion et l'excrétion biliaire, par l'introduction intra-duodénale des doses du lait, d'une part, et l'insulinothérapie d'autre part, on a pu réaliser une guérison plus rapide de l'ictère et une influence nettement favorable sur les enzymes pancréatiques : toutes les deux avec des bonnes répercussions sur l'état diabétique et la nutrition défectueuse.

En conclusion générale, on peut dire qu'un régime trop pauvre en glucides n'est pas inoffensif chez les diabétiques. On peut voir survenir le développement d'une hépatite et pour cette raison les régimes modernes de V. Noorden obtiennent justement l'approbation. Même pour le diabète proprement dit, un régime carencé en

sucres ne reste pas inoffensif. En augmentant simultanément la valeur calorique du régime alimentaire et la ration hydro-carbonée sous le contrôle intelligent du médecin et du malade, on pourrait éviter chez les diabétiques l'apparition d'un syndrome hépato-pancréatique avec une évolution souvent prolongée, avec un caractère récidivant et avec les conséquences ci-dessus mentionnées. (*Journ. des Praticiens*, 27 février 1937.)

La « maladie de Preiser » du scaphoïde carpien

Le scaphoïde carpien peut devenir à la suite d'un traumatisme insignifiant le siège de phénomènes douloureux, coïncidant avec une image radiographique particulière : au niveau de la partie médiane de l'os (du col) existent deux ou trois images rondes, claires, décalcifiées, qui peuvent dans certains cas se continuer transversalement par un mince trait de fracture, tandis que le fragment proximal et plus rarement le fragment distal ont un aspect opaque, homogène ou pommelé.

Il y a eu, à un moment plus ou moins lointain, un traumatisme peu important, dont le blessé a souvent perdu le souvenir ; il s'agit parfois aussi d'une fissure intra-articulaire du scaphoïde, passée inaperçue ou méconnue, par suite d'une mauvaise interprétation d'un cliché radiographique ou d'une technique radiographique défectueuse.

Le Docteur W. Smets, qui étudie longuement cette affection, appelée aussi scaphoïde pommelé par Mouchet, considère comme indispensable de radiographier les deux poignets, de face, le poing étant fermé, et de profil en demi pronation à 45 degrés. Cette technique permet de voir la moindre fissure, qui, si elle est traitée correctement , se consolidera parfaitement.

Cette altération, qui est une affection post-traumatique de l'adulte, doit être rapprochée de la maladie de Kümmel-Verneuil, qui résulte également d'une fracture méconnue et non traitée. (*Le Scalpel*, 27 février 1937.)

Conception générale de la maladie rhumatismale

D'une étude critique de MM. H. Grenet et L. Pellissier il ressort que le rhumatisme de Bouillaud, méconnu par nombre d'auteurs étrangers et par quelques français, est une entité nette par son allure clinique et son évolution.

Anatomiquement il comporte une lésion qui mérite toujours en pratique l'étiquette de spécifique. En effet, il existe dans d'autres cas des lésions à type de « granulome », mais elles ne sont pas identiques au nodule d'Aschoff. Ce n'est pas le seul exemple, en pathologie, de ressemblance histologique. Peut-être, la lésion granulomateuse indique-t-elle une modalité spéciale d'infection ou de réaction du tissu conjonctif. Peut-être a-t-on le droit de parler d'allergie quand on voit se produire ce type de lésion. Mais l'on ne peut faire du rhumatisme de Bouillaud un vague syndrome entièrement dépendant de l'allergie, voisin, parent ou partie intégrante d'autres groupes d'affections articulaires.

Il n'est pas démontré d'ailleurs que l'allergie intervienne dans ce rhumatisme. Mais si on lui fait jouer un rôle dans la maladie rhumatismale, c'est en tous cas sous une forme spéciale toujours la même, isolant justement l'affection des autres rhumatismes. C'est bien une allergie spécifique. On doit donc s'en tenir formellement à la conception de l'école française, qui fait du rhumatisme de Bouillaud une maladie spécifique, à germe certes encore inconnu, mais à traduction clinique et à réactions de terrain particulières. (*Revue du rhumatisme*, février 1937.)

Abcès et fistules péri-ano-rectales (nouvelle méthode de traitement ambulatoire)

MM. Cambies (de Châtel-Guyon) et Kaufmann ont mis au point quelques éléments thérapeutiques qui suivent.

Toutes les inflammations péri-ano-rectales susceptibles de se compliquer d'une fistule à l'anus sont d'origine intestinale. Il est donc essentiel de connaître la diathèse du sujet, et les altérations des fonctions digestives chez un malade qui ne semble souffrir que du rectum. On peut les corriger par une thérapeutique médicale, seule, ou associée à la cure de Châtel-Guyon (méthode du goutte à goutte rectal).

La biopsie de la région muqueuse malade a toujours dicté aux auteurs une conduite chirurgicale que l'expérience a démontré bonne. Elle a indiqué l'opération : incision, excision, destruction large par l'électro-coagulation. Le dépistage des cas rebelles : tuberculose et maladie de Nicolas Favre, a permis un pronostic précis et évité autant que possible les revendications de ces malades. Le traitement ambulatoire chirurgical a été associé, avec avantage, à la thérapeutique médicale et à la cure de Châtel-Guyon. Ainsi, sans interrompre pendant plus de quarante-huit heures leurs occupations, des malades atteints de fistule, ont obtenu 97 fois sur 100, la guérison. (*Journal Belge de Gastro-entérologie*, nº 6, 1936.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Au sujet de l'origine endocrine de l'hypertrophie prostatique

(M. A. LE ROY DES BARRES ; 23-3-1937)

M. Le Roy des Barres ne croit pas que la théorie endocrinienne suffise à expliquer la formation de l'adénome prostatique.

Au cours d'une pratique chirurgicale de près de trente-cinq ans au Tonkin, il n'a pas rencontré un seul cas d'adénome prostatique chez un indigène. Or, dans toutes les races, la sécrétion hormonale diminue au moment de la vieillesse. La diminution ou la disparition de la sécrétion hormonale mâle n'est donc pas seule à jouer un rôle dans l'étiologie de l'adénome prostatique. Les auteurs s'accordent pour faire intervenir, dans certains cas au moins, l'inflammation de la prostate, la prostatite chronique.

La cause de beaucoup la plus commune de la prostatite chronique est la blennorrhagie. La blennorrhagie est certes d'une fréquence extrême chez les Tonkinois, mais pour des raisons non expliquées, de race peut-être, les accidents chroniques de la blennorrhagie (prostatite, rétrécissements de l'urèthre) sont rares chez les Tonkinois.

Groupes de laits

(MM. DUJARRIC DE LA RIVIERE et KOSSOVITCH ; 23-3-1937)

Il existe des groupes de liquides organiques, de laits par exemple, comme il existe des groupes sanguins. Dès 1901, Landsteiner signalait l'existence d'isoagglutinines dans le lait de femme.

MM. Dujarric de la Rivière et Kossovitch ont examiné cette question à un point de vue particulier : les rapports pouvant exister entre le groupe du lait de la mère et le groupe sanguin de l'enfant, ou entre le groupe du lait d'un animal et celui du sang de divers nourrissons. Ils ont vu que le lait de femme contenait des substances qui agglutinent les globules rouges humains et que l'on peut classer les laits de femme en quatre groupes analogues à ceux du sang.

Ces constatations n'ont pas seulement un intérêt théorique. Elles peuvent avoir une portée pratique. L'ingestion d'un lait d'origine maternelle (ou animale, aussi) dont le groupe est différent de celui du groupe sanguin d'un nourrisson ne serait-elle pas susceptible d'entraîner, chez cet enfant, des phénomènes d'intolérance ? Ces phénomènes, pour être moins apparents et moins brutaux que ceux observés à la suite de la transfusion de sangs incompatibles, ont peut-être une origine analogue. Peut-être, apparaîtra-t-il intéressant de se préoccuper du groupe de lait (de femme ou d'animal) utilisé pour l'allaitement d'un nourrisson.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Iléus biliaire

(M. Antoine BASSET ; 20-1-1937)

M. Basset rapporte un cas d'occlusion du grêle par calcul biliaire, chez une femme de 79 ans.

La malade accusait des douleurs de ventre, des vomissements abondants, un arrêt des matières et des gaz. Abdomen météorisé. On sent sous la paroi abdominale, sur la ligne médiane sous-ombilicale, un corps dur, du volume d'une grosse noix. A l'opération, on trouve dans une anse intestinale un gros calcul, qui est enlevé sans difficulté. Explorant le reste de l'intestin, M. Basset constate au-dessus du pubis la présence de deux anses dilatées et adhérentes, qui, ouvertes, contiennent du pus fétide et des plaques sphacélées. Mort trente-six heures après l'opération.

L'auteur rappelle que le diagnostic d'iléus biliaire est rarement fait de façon formelle. D'abord, comme l'a dit Mondor, on n'y pense pas assez. D'autre part, les antécédents de lithiase biliaire sont fréquemment méconnus. A cet égard, la radiographie systématique des occlusions devrait permettre de faire plus souvent un diagnostic de ce genre.

Sentir le calcul au cours de l'examen clinique est chose assez exceptionnelle.

Il faut savoir que l'iléus biliaire est une occlusion par à-coups, notion sur laquelle Mondor a également insisté. Le spasme, qui arrête en plusieurs endroits le calcul, y joue un rôle. Il peut en résulter des lésions de l'intestin aux points d'arrêt, qui donnent à l'iléus biliaire une plus grande gravité. Chez la malade de M. Basset, il existait sept plaques de sphacèle intestinal étagées sur environ 1 m. 50 d'intestin grêle. C'est là une des raisons de la gravité du pronostic de l'iléus biliaire (60 % de mortalité), mais ce n'est pas la seule. Il s'agit, en effet, de malades âgés et opérés souvent tardivement. Au cours du traitement opératoire, il ne faut pas se contenter d'extraire le calcul, mais rechercher les autres lésions pouvant exister sur l'intestin.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

Hydarthrose périodique du genou guérie par la radiothérapie locale

(MM. Etienne MAY, J. A. HUET et Mlle M. BARNAUD ; 22-1-1937)

L'hydarthrose périodique du genou pose habituellement un problème pratique difficile ; c'est en effet une affection tenace qui se répète pendant des années, ressemblant en cela à l'œdème de Quincke dont elle paraît bien être une forme clinique. Cette résistance habituelle au traitement donne son intérêt à l'observation suivante où une hydarthrose du genou qui, depuis vingt ans, donnait lieu à des poussées régulières, a cédé très rapidement à la radiothérapie locale. Cette observation semble constituer le premier exemple d'un traitement de l'hydarthrose périodique par les rayons X. Lovan rappelle la théorie de Hildebrand qui rapporte les accidents à une sensibilité excessive des filets nerveux de la synoviale ; il déclare qu'une telle théorie rendrait logique l'emploi sédatif des rayons X, mais qu'à sa connaissance aucun essai n'a encore été tenté dans ce sens. Cette observation vient confirmer la justesse de cette vue théorique.

On ne prétend pas que la radiothérapie constitue pour l'hydarthrose périodique, un traitement spécifique, ni même qu'on soit sûr de la voir réussir dans tous les cas. D'autre part, on n'a pas assez de recul pour savoir combien de temps se maintiendra la guérison du malade, qui dure déjà depuis dix mois. On conclut donc seulement que, d'un point de vue tout-à-fait empirique, on peut recommander l'emploi de la radiothérapie locale dans le traitement de l'hydarthrose périodique du genou.

Un cas de scorbut de l'adulte. Mort par hémorragie surrénale au cours du traitement

(MM. Robert WORMS, G. WILLOT et A. RUBENS DUVAL ; 22-1-1937)

Si l'on excepte les grandes épidémies historiques, survenues dans des conditions telles que toute mesure thérapeutique s'avérait impossible, le scorbut aboutit rarement à la mort. Dans l'observation rapportée, la cœxistence de vastes ecchymoses aux membres inférieurs, d'une induration profonde des loges musculaires de la jambe, de l'œdème et de la pâleur, d'une gingivite fongueuse, imposait, dès l'abord, le diagnostic de scorbut. L'origine en était aisément décelable. Cet homme, depuis l'enfance, avait, par goût, proscrit de son alimentation les fruits, et, de façon générale, toutes les crudités. Mais, dans les conditions normales de l'existence, une nourriture variée lui assurait, certes, l'équilibre d'une ration sans carence vitaminique. Chômeur depuis deux ans, vivant seul, il avait considérablement réduit son régime : le pain, les légumes secs, les pâtes, le jambon fumé en constituaient les seuls éléments. Après une assez longue période, le scorbut — sous l'influence d'une cause adjuvante impossible à déterminer — avait fait son apparition.

Sans modifier le régime scorbutigène, il avait été institué sans retard un traitement spécifique, sous forme d'injections hypodermiques quotidiennes de 0 gr. 10 d'acide ascorbique. Or, de façon inopinée, au troisième jour de la cure, l'aspect clinique se transforme : une diarrhée incoercible survient, avec les signes du collapsus cardio-vasculaire le plus grave ; un délire onirique s'empare du malade et, dans un effondrement progressif de la tension artérielle, malgré toutes les tentatives thérapeutiques, la mort survient au bout de cinq jours. Un tel tableau n'avait pas manqué de suggérer l'hypothèse d'une insuffisance surrénale aiguë. L'autopsie en apporte la confirmation : il y avait une infiltration séro-hémorragique de toute la glande. C'est le caractère irréparable des désordres glandulaires qui a entraîné l'issue fatale, et si elle a eu pour cause un accident hémorragique proprement scorbutique, le scorbut était cependant, au moment de la mort, en voie manifeste de guérison.

Ce cas n'est pas le seul d'ailleurs où une hémorragie, grave par sa localisation, a déterminé la mort, lors même que les autres manifestations de la maladie étaient sur le point de disparaître. Plusieurs exemples en ont été rapportés, concernant des hémorragies des centres nerveux.

La rougeole compliquée de dysentérie bacillaire

(MM. MIRONESCO et LAZARESCO ; 22-1-1937)

D s la période d'invasion, ou pendant la période d'éruption de la rougeole, apparaît quelquefois une diarrhée à caractère dysentériforme ; mais celle-ci disparaît en général très vite, même sans traitement spécifique. Ces manifestations sont plus fréquentes dans certaines épidémies que dans d'autres.

Mais il faut connaître d'autres troubles, de nature dysentérique, qui sont beaucoup plus graves. Ils apparaissent pendant la convalescence et sont dûs aux infections secondaires par des bacilles dysentériques.

Ayant observé 177 cas de rougeole, les auteurs ont noté dix-sept fois la diarrhée à la période d'invasion ou d'éruption, et seulement quatre cas de troubles intestinaux graves durant la convalescence après la chute de la fièvre. Ces quatre cas étaient absolument identiques au point de vue clinique, et tous ont été heureusement influencés par le sérum anti-dysentérique. Il était nécessaire d'attirer l'attention sur ces possibilités de voir la rougeole se compliquer de dysentérie.

G. F.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DES HÔPITAUX LIBRES

Séance du 5 mars 1937

Les agents œstrogènes chez l'animal

M. A. ARTHUS. — Il est une tendance pseudo-scientifique qui veut appliquer étroitement le contrôle biologique aux agents destinés à la thérapeutique humaine ; cette tendance doit être combattue, car de l'activité ou de l'inactivité physiologique d'une substance, on n'a pas le droit de conclure formellement à son activité ou à son inactivité clinique. Un exemple peut en être donné au sujet des substances œstrogènes : l'expérience démontre que l'on peut trouver inactifs des produits jouissant d'une réputation thérapeutique, et réciproquement démontre l'activité œstrogène de substances dont on ne songerait pas à préconiser l'utilisation chez la femme.

Conséquences médicales de la génétique

M. Jean ROSTAND. — La génétique, qui constitue la grande nouveauté de la biologie expérimentale, est la science de l'hérédité. D'une foule de recherches effectuées sur toutes sortes d'animaux et de plantes, il ressort incontestablement que la transmission des caractères organiques est liée à la transmission d'éléments microscopiques que contiennent les cellules génératrices. Ces éléments — ou gènes — sont situés dans le noyau et à l'intérieur des chromosomes. Un assez grand nombre de caractères normaux ou anormaux, dans l'espèce humaine, dépendent de l'état d'un seul gène : ce sont les caractères dits mendéliens, dont l'hérédité est relativement facile à suivre. La connaissance des phénomènes d'hérédité permet au médecin de donner des conseils eugéniques. Elle n'a rien de décourageant, car les recherches modernes laissent entrevoir la possibilité de modifier, sinon les gènes morbides eux-mêmes, du moins les fâcheux effets qu'ils produisent. La génétique apportera peut-être quelque lumière sur le problème du cancer. En tout cas, elle doit collaborer intimement avec la médecine, pour le plus grand profit de ces deux disciplines.

Le traitement des cancéreux. Comment associer les traitements généraux, chimiques ou biologiques aux traitements locaux, chirurgicaux ou physiques.

M. DE NABIAS. — La tumeur cancéreuse ne peut évoluer que sur un terrain favorable. Le terrain cancéreux est réalisé par un trouble de la fonction hépatique qui apparaît avant tout chez les colitiques (85 % des cancéreux sont colitiques). Ce terrain cancéreux est plus ou moins favorable ; 1930 examens photométriques de sérum sanguin, suivant le procédé de Vernes, ont permis de suivre le sens de ses variations, d'où la nécessité :

1° D'un traitement du terrain précédant le traitement local de la tumeur (intestinal, biologique et chimique) ;

2° D'un traitement local judicieusement choisi : opératoire pour les épithéliomas cylindriques, curiethérapique pour les épithéliomas glandulaires et malpighiens ;

3° De la continuation du traitement du terrain après guérison locale de la tumeur.

Dans les cancers inopérables (estomac et côlon surtout), le traitement du terrain immobilise longtemps et fait parfois régresser la tumeur.

Considérations nouvelles sur l'infection tuberculeuse

H. FAURE, ayant été amené à étudier l'œuvre d'Auclair sur la tuberculose, est parvenu à la conclusion que, s'il était impossible de retenir la méthode d'Auclair en tant que vaccination antituberculeuse, il convenait d'attacher une grande importance au fait expérimental initial, à savoir la possibilité d'agir sur l'évolution de la tuberculose expérimentale du cobaye par l'injection à cet animal d'un extrait de pancréas de poule. Ce fait qui ne paraît du reste pas transposable en médecine humaine, doit recevoir selon l'auteur une interprétation entièrement différente de celle d'Auclair et l'étude critique du phénomène l'a amené par une série d'observations, à concevoir une théorie entièrement nouvelle de la tuberculose qui s'oppose aux conceptions actuellement existantes : la bactériolyse du bacille *in vivo* dans les organismes tuberculeux évolutifs, notion importante, loin d'être un phénomène défensif est, au contraire, le mécanisme de libération de fractions lytiques mettant en liberté le ou les antigènes véritables qui sont inclus dans le bacille non lysé. D'où un avenir thérapeutique basé sur l'idée générale qui consiste à rompre le cycle du bacille en empêchant l'organisme d'effectuer la lyse microbienne.

L' « Euphorie » hyperthermique chez l'enfant

M. Germain BLECHMANN apporte des faits de tolérance de l'organisme infantile vis-à-vis d'une température anormalement élevée, tolérance si parfaite qu'elle peut se traduire chez les nourrissons par un état général aussi satisfaisant que possible, s'accompagnant d'une magnifique poussée pondérale et chez des nourrissons plus âgés ou chez de grands enfants, par un état euphorique :

a) *Dans la fièvre de lait sec*, certains nourrissons ne prennent du poids que lorsqu'ils sont fébriculants, au point que les mères ne savent que souhaiter : ou la fièvre avec une courbe pondérale satisfaisante ou l'apyrexie avec un poids stationnaire ;

b) WELL (de Lyon) avait décrit l'anesthésie et l'euphorie thermique assez particulières du nourrisson ayant dépassé la première année, le petit malade n'étant gai et ne réclamant son biberon que lorsque la température est à 40° ;

c) Chez certains grands enfants, inadaptés à la vie normale, attachés à une rêverie habituelle, l'état psychique s'améliore et paraît se rééquilibrer sous l'influence de l'hyperthermie.

Six observations de traitement électropyrétique chez l'enfant

MM. G. Blechmann, A. Halphen et J. Auclaire ont traité avec un succès complet un cas de convulsions répétées du nourrisson, deux cas de séquelles de chorée et une acrosphyxie (d'origine familiale) ; le résultat a été assez satisfaisant chez un troisième choréique ancien. Une brûlure a empêché de poursuivre le traitement chez un petit nourrisson atteint de convulsions.

Un cas d'acrodynie rapidement amélioré à la suite d'un traitement par ondes courtes

M. R.-Ch. François relate l'observation d'un enfant de vingt mois atteint d'acrodynie chez qui l'on obtint une amélioration rapide de l'état à la suite d'un traitement par ondes courtes sur la région médullaire.

Une poussée de croissance et une certaine amélioration psychique ont correspondu chez un mongolien aux périodes d'irradiation par ondes courtes (mais sans effet calorique notable).

Douze cas d'asthme infantile traités par les ondes courtes

M. R.-Ch. François rapporte douze observations d'asthme infantile traités par pyrétothérapie thoracique par ondes courtes.

Ce traitement amena une amélioration constante et dans plusieurs cas une suppression complète des crises d'asthme.

Note sur le traitement de l'asthme par les ondes courtes

M. Jean Meyer a traité à l'Institut d'actinologie environ vingt-cinq asthmatiques depuis deux ans. Les formes qu'il convient de traiter par ondes courtes sont, en premier lieu, les asthmes avec réaction bronchique, en second lieu, les asthmes avec dyspnée subintrante quand le malade peut être amené au dispensaire. Les crises paroxystiques isolées sans réaction bronchique sont moins favorablement influencées.

Les enfants réagissent mieux que les adultes.

Les ondes courtes n'empêchent naturellement pas l'emploi des médicaments chimiques : éphédrine, gardénal, etc. ; on a intérêt lorsque l'état général est altéré, à les associer aux bains généraux d'ultra-violets.

Toulouse

Société de médecine

Rétrécissement et insuffisance pulmonaire associés

MM. Laporte, L. Morel et Darnaud. — Il s'agit d'un homme de 28 ans, sans passé rhumatismal, ayant eu une hémoptysie. L'examen du cœur montre un double souffle : l'un systolique, intense et rude, a son maximum en deux points distincts, sous la clavicule gauche et dans le 3e espace intercostal droit contre le sternum. L'autre, diastolique, s'entend contre l'appendice xyphoïde, lorsque le malade est assis ou debout. L'examen radiographique montre un cœur globalement hypertrophié : l'électrocardiogramme est celui d'une prépondérance ventriculaire gauche, ce qui implique que le rétrécissement n'est pas la seule lésion en cause. Les auteurs concluent à un rétrécissement pulmonaire associé à une insuffisance du même orifice et sans doute aussi à une maladie de Roger.

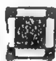
Les sels d'or dans le traitement de la tuberculose en 1811

M. F. Favre rapporte à titre de curiosité, quelques observations de tuberculose pulmonaire guérie par le muriate d'or, publiées par Chrestien, de Montpellier, en 1811. Le sel employé était une combinaison de soude et d'une dissolution d'or dans l'acide nitromuriatique. Il était ensuite mélangé à de l'amidon, du charbon, de la laque de peintre et présenté sous forme de tablettes ou de boulettes de pommade. On l'employait en frictions sur les muqueuses linguale et gingivale. Les résultats de cette thérapeutique, qualifiée par l'auteur du nom de méthode intraleptique, auraient été remarquables.

La rœntgenthérapie totale dans les maladies du sang

M. Marques, après avoir rappelé ses travaux personnels sur cette question, étudie l'appareillage, la technique et les effets de la rœntgenthérapie totale sur les maladies du sang.

Au point de vue clinique, cette méthode constitue le traitement de choix de la leucémie myéloïde, elle représente le traitement d'attaque de la leucémie lymphoïde, mais doit souvent s'associer à la radiothérapie localisée sur les ganglions. Dans la maladie de Hodgkin, il convient de traiter par la radiothérapie locale les grosses localisations ganglionnaires et viscérales, la rœntgenthérapie locale constituant le meilleur traitement d'entretien.

Les Livres

Les livres qui viennent de paraître. . .

Chez MASSON et Cie, éditeurs,
120, boulevard Saint-Germain

E. DONZELOT. — **Quelques vérités premières (ou soi-disant telles) en pathologie cardio-vasculaire.** Un vol. 82 p. (Collection des Vérités premières). Prix: 24 francs.

Emile SERGENT. — **Quelques vérités premières (ou soi-disant telles) en pneumologie clinique.** Un vol. 84 pages. (Collection des Vérités premières). Prix : 24 francs.

Chez VIGOT, frères,
23, rue de l'Ecole-de-Médecine

G. CHAUMET. — **Traité de radio-diagnostic.** TUBE DIGESTIF ET GLANDES ANNEXES. APPAREIL URINAIRE. ORGANES GÉNITAUX. RECHERCHE DES CORPS ÉTRANGERS. Un vol. 202 pages, 98 fig., 96 planches.

Editions des Laboratoires CORTIAL,
7, rue de l'Armorique, Paris

L'Actualité clinique, 1937. Un vol. 98 pages.

Articles du Docteur Paul Sainton (Métabolisme de l'iode dans les états thyroïdiens), du Docteur H. Dufour (Rôle du poids du sang et de l'infection dans l'hypertension essentielle), du Docteur de Sèze (Sciatiques rhumatismales), du Docteur Gautrelet (Antagonisme de l'iodométhylate d'urotropine et de la nicotine), du Docteur D. Routier (iode en cardiologie), et du Docteur J. Richard (Tempéraments hippocratiques).

L'EXPANSION SCIENTIFIQUE FRANÇAISE,
23, rue du Cherche-Midi

Jean SÉGUY.— **La stérilité, étude étiologique et clinique.** Un vol. 68 p., 10 fig. Collection : l'*Actualité gynécologique*. Prix : 15 francs.

André CHALIER. — **Le traitement médical et chirurgical de la stérilité féminine.** Un vol. 146 p., 21 fig. Collection : l'*Actualité gynécologique*. Prix : 20 francs.

ENCYCLOPÉDIE MÉDICO-CHIRURGICALE
18, rue Séguier

Recueil trimestriel de l'Encyclopédie médico-chirurgicale : Poumon. Plèvre. Médiastin. (Directeur : MM. SERGENT et MIGNOT). Mise au courant n° 2. Anatomie (6.000 A. 6.000 B.). Pathologie (6.017-6.021 *bis*). Bibliographie.

Librairie de l'ENSEIGNEMENT TECHNIQUE,
L. EYROLLES, éditeur,
61, boulevard Saint-Germain

Catalogue 1937. Un vol. 440 pages. Encyclopédies scientifique, industrielle, commerciale. Apprentissage. Ecoles professionnelles. Ecoles de commerce. Livres de métiers, etc...

Imprimerie ARTS GRAPHIQUES MODERNES,
Jarville, Nancy

Thomas SYDENHAM. — **Traité de la goutte.** Nouvelle traduction par Ch.-J. FINCK (Vittel). Une broch. 48 pages, 1937.

MASSON et Cie, éditeurs,
120, boulevard Saint-Germain, Paris

A. AUSTREGESILO, professeur à l'Université de Rio de Janeiro. — **L'analyse mentale en pratique médicale.** Un vol. de 130 pages. (Collection Médecine et Chirurgie : Recherches et applications, n° 4), 18 francs.

Les contradicteurs de la doctrine freudienne se comptent dans tous les pays. Dans ce livre, l'auteur, s'appuyant sur sa propre expérience, émet son opinion sur l'analyse profonde ou psychanalyse comme moyen d'investigation et procédé thérapeutique des psychonévroses et des psychoses.

« Nous n'hésitons pas à dire, écrit-il dans sa préface, que la psychanalyse constitue un grand pas en avant dans la neuro-psychiatrie. Mais les dogmes ne sauraient trouver place dans les questions scientifiques.

« Nous voulons nous inspirer de ce sage principe et nous engager dans une voie où nous ne serons guidés ni par l'esprit d'opposition, ni par l'outrecuidance de la réforme. »

J.-B. BAILLIÈRE et Fils, éditeurs,
19, rue Hautefeuille, Paris (VIe)

Pasteur VALLÉRY-RADOT, professeur agrégé à la Faculté de Paris. — **Traitement des migraines,** 1937, un vol. gr. in-8 (15,5 × 23,5) de 42 pages. (Collection *Les Thérapeutiques nouvelles*). Prix : 10 francs.

Le traitement des migraines n'est plus comme autrefois un traitement toujours empirique. Actuel-

lement, les conceptions pathogéniques et les notions étiologiques ont conduit à des thérapeutiques multiples et complexes.

Voici le résumé de la Table des matières de l'ouvrage du Docteur Pasteur-Valléry-Radot. Définition de la migraine ; Les différentes migraines : par ingestion d'aliments, biliaires, endocriniennes, digestives ; Migraines avec points douloureux névralgiques ; Migraines chez différents sujets : *a*) présentant des troubles vago-sympathiques ; *b*) présentant des symptômes de déséquilibre humoral ; Prescriptions hygiéno-diététiques ; Traitement chirurgical.

Gaston Doin et Cie, éditeurs,
8, place de l'Odéon, Paris (VIe)

Georges Lévy, chef de Laboratoire à l'hôpital Saint-Louis, avec la collaboration pour la partie pharmacologique de Paul Chéramy, pharmacien des hôpitaux de Paris. — **Les médications dermatologiques.** Un vol. in-8° de 240 pages. 45 francs.

Dans cet ouvrage, sont étudiées successivement et minutieusement les médications externes et les médications internes en dermatologie. De très nombreuses formules sont données, qui rendront un incontestable service aux praticiens désireux de traiter rationnellement les affections cutanées.

Ce volume constitue une mise au point précise de la thérapeutique dermatologique telle qu'on la conçoit actuellement. C'est, en outre, un travail original car, jusqu'à présent, il n'avait pas été présenté au public médical un ouvrage où soit développée d'une façon aussi compréhensive pour les médecins, la pharmacologie dermatologique.

Masson et Cie, éditeurs

P. Glorieux et C. Rœderer. — **La spondylolyse et ses conséquences. (Spondylolisthésis. Scoliose listhésique).** Un volume, 207 pages, 138 figures.

Le livre richement documenté que Glorieux et Rœderer viennent de publier chez Masson constitue la mise au point la mieux documentée et la plus complète qui ait été faite jusqu'ici sur la spondylolyse et ses conséquences.

Il éclaire d'un jour nouveau nos connaissances sur la pathologie du rachis et il explique bien des douleurs, bien des troubles de développement dont les causes restaient mal connues.

La spondylolyse est la rupture de l'isthme osseux qui réunit la partie antérieure et la partie postérieure de la vertèbre. Cette rupture peut être uni ou bilatérale, congénitale ou traumatique et rester longtemps ignorée.

Mais *quand la vertèbre a ébauché son glissement,* alors la spondylolyse fait parler d'elle. Tous les diagnostics sont alors possibles ; il est avéré maintenant qu'un grand nombre de lumbagos n'ont pas d'autres causes et bien des malades ont dû être plâtrés pour mal de Pott qui avaient une spondylolyse avec léger glissement.

Quand ce glissement s'exagère, le corps vertébral descend en avant du corps sous-jacent ; c'est généralement la Ve vertèbre lombaire qui glisse sur le plan sacré et l'on a un *spondylolisthesis.* Cette déformation passe par plusieurs stades avant d'en arriver à ces formes monstrueuses, seules connues des anciens anatomistes et des accoucheurs.

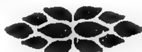
A tous ses stades, le glissement peut s'arrêter, parce que la colonne vertébrale modifie sa statique, et parce que la vertèbre sous-jacente construit une console d'appui.

Quand la spondylolyse est unilatérale, la vertèbre peut ne glisser et ne descendre la pente *que d'un côté* ; l'isthme resté indemne sert de pivot à ce mouvement de rotation et de descente ; c'est là *la scoliose listhésique* que les auteurs pensent être une entité clinique véritable. A leurs yeux, un certain nombre de scolioses que l'on pense dues à une inégalité de hauteur de la Ve vertèbre lombaire ne sont autre chose que des scolioses listhésiques, la spondylolyse ayant permis la scoliose, premier terme, qui a secondairement déterminé une déformation de la vertèbre. C'est celle-là qui a longtemps été seule connue. Ele n'est que secondaire. La cause primitive avait échappé.

Le diagnostic radiologique de cette spondylolyse est évidemment très difficile dans un grand nombre de circonstances. C'est dans les clichés de trois quarts que la spondylolyse, parfois, se voit le mieux, mais c'est dans les clichés de face que le spondylolisthésis avéré, mais débutant, est le plus perceptible, ce qui paraît un paradoxe, mais les auteurs l'expliquent fort bien et donnent la technique qui permet de se rendre compte de l'existence de cette déformation.

Il existerait probablement encore une troisième espece de transformation qui est la rotation selon l'axe sur un plan horizontal, sans bascule de la vertèbre. Les auteurs l'ont entrevue dans un certain nombre de circonstances, mais n'osent pas encore se compromettre en affirmant que cette déformation a fatalement la spondylolyse à sa base.

Le traitement operatoire tient une place très importante dans l'ouvrage et les auteurs montrent, qu'en somme, les interventions proposées ou effectuées peuvent se ranger sous deux catégories, celles qui veulent atteindre et fixer la partie qui glisse et celles qui atténuent les effets du glissement, en solidarisant les arcs postérieurs des vertèbres voisines avec l'arc postérieur de la vertèbre dont la partie antérieure est en mouvement.



Les Thèses

P. — Dr J. David. — **De la physiologie des poches aériennes dans leur rapport avec le vol des oiseaux.** (Thèse 1937).

L'oiseau est un être adapté à une fonction pour laquelle il met tout en œuvre : le vol.

D'après les expériences de l'auteur, les poches aériennes des oiseaux n'ont qu'un rôle accessoire pour la respiration, l'allègement ou le chant. Elles sont surtout utiles pour le vol, en augmentant la surface de portée du corps, dans la période d'élévation de l'aile, et en la diminuant dans la période d'abaissement.

Ly. — Dr Charlotte Jarrier. — **Diphtérie et vaccination antidiphtérique dans le département de l'Ain.** (Thèse 1937).

La vaccination par l'anatoxine diphtérique de Ramon est le véritable moyen de prophylaxie collective de la diphtérie. En six années, 19.078 vaccinations ont été effectuées dans le département de l'Ain, par les soins de l'Inspection départementale d'hygiène. Mais la proportion des enfants ainsi vaccinés est insuffisante, puisqu'elle atteint seulement le quart de la population enfantine.

Chez les enfants correctement vaccinés, il s'est produit soixante cas de diphtérie dont un décès. Le pourcentage des enfants vaccinés qui ont contracté la diphtérie est de 0,3.

L'efficacité de la vaccination est mise en lumière par les résultats obtenus dans les communes et les collectivités où la proportion des vaccinés a été assez élevée : disparition des épidémies, réduction de l'endémie, protection des vaccinés.

P. — Dr J. Bertinot. — **L'extension continue par la broche de Kirschner dans les fractures du membre inférieur.** (Thèse 1937).

L'extension continue a été de tout temps et demeure un des meilleurs procédés de traitement des fractures du membre inférieur.

La traction directe sur l'os a le gros avantage d'être la plus efficace.

L'emploi de broches et, en particulier de la broche de Kirschner, qui peut être mise très aisément, a fait faire un pas en avant à cette méthode d'extension par traction sur l'os ; il l'a considérablement simplifiée.

Combiné avec l'emploi du lit de Kirschner, et avec un contrôle radiographique rigoureux, ce mode de traitement mérite d'être largement répandu.

Il change le pronostic fonctionnel, souvent si grave autrefois, des fractures du membre inférieur à condition d'en savoir poser nettement les indications.

P. — Dr T. Sc. Albrecht. — **Insuffisance hépatique dans le prurigo strophulus de l'enfant et son traitement par le Cynara scolymus.** (Thèse 1937).

L'insuffisance hépatique est constante chez les enfants atteints de prurigo strophulus. L'insuffisance de la fonction protéopexique paraît être à la base du prurigo, qui est l'expression cutanée du choc hémoclasique chez l'enfant.

L'extrait de Cynara Scolymus, par son action stimulante sur la cellule hépatique, guérit ou améliore le prurigo strophulus.

Les chimistes ont poursuivi des recherches pour isoler l'élément actif de cette plante et M. G. Rosa est arrivé à en extraire en 1933, un principe cristallisé, soluble et injectable.

Le produit n'est pas toxique et est bien toléré. Il n'y a pas de contre-indication. Les doses sont, suivant l'âge, de 0 gr. 20 à 0 gr. 60 et même 0 gr. 90 par jour, *per os*. En injections (intra-musculaires ou intra-veineuses), on emploie la solution à 2 % du principe cristallisé. L'auteur s'est servi de la solution ingérable et des ampoules injectables, préparées suivant le procédé G.-E. Rosa.

La forme injectable du médicament semble supérieure, dans cette affection, à la forme ingérable.

B. — Dr A. Gaillard. — **Les eaux hyperthermales de Chaudes-Aigues (Cantal).** (Thèse 1936).

Les eaux de Chaudes Aigues ont une faible minéralisation, une haute thermalité, sont radioactives.

Leur application par voie externe : bain, étuve, douche est le mode de traitement le plus efficace ; elle provoque une sudation très importante.

Elles sont essentiellement sédatives des douleurs articulaires et extra-articulaires d'ordre rhumatismal. Elles calment les douleurs qui suivent à longue échéance les traumatismes articulaires : contusion, luxation, fracture.

Le traitement doit être surveillé en raison de l'effort qu'il impose au muscle cardiaque.

P. — Dr J. Bécuwe. — **Anesthésie péri-durale segmentaire dans les thoracoplasties pour tuberculose pulmonaire.** (Thèse 1937).

L'anesthésie péridurale segmentaire, par ses avantages, paraît être une methode précieuse dans la chirurgie de la tuberculose pulmonaire.

Pour les thoracoplasties portant sur les deux tiers inférieurs du thorax, il est permis de l'employer dans les limites les plus larges sous réserve de certaines précautions : injection de morphine-atropine-scopolamine si le R O. C. est *positif* et si le malade est *hypotendu*.

Pour les thoracoplasties supérieures, la méthode a donné de graves déboires. L'auteur pense cependant qu'elle doit rester à l'étude.

P. — Dr J. GRANGER. — **Considérations sur cinquante pubiotomies pratiquées à la maternité de l'hôpital Saint-Louis.** (Thèse 1937).

La pubiotomie semble l'opération de choix non seulement pour éviter un forceps au détroit supérieur, mais pour terminer un accouchement dystocique, après épreuve du travail, dans un bassin modérément rétréci lorsque l'heure de la césarienne est passée et que le cas envisagé est nettement suspect d'infection.

La pubiotomie sera préférée à la symphyséotomie lorsqu'on juge qu'un agrandissement du promontopubien minimum supérieur à 8 millimètres est nécessaire pour laisser descendre facilement la tête fœtale.

P. — Dr L. BROUILLAUD. — **La densité de sang chez les tuberculeux. Ses rapports avec la tension artérielle et le volume du cœur.** (Thèse 1937).

Chez les tuberculeux, l'auteur a constaté une densité du sang nettement inférieure à celle des sujets normaux (1.046 au lieu de 1.050).

De plus, chez ces malades, cette densité plus faible s'accompagne d'une tension artérielle plus basse et en règle générale d'un cœur plus petit.

Il existe donc fréquemment chez les tuberculeux, surtout chez les tuberculeux jeunes ou d'un âge moyen, un syndrome constitué par : une densité sanguine faible ; de l'hypotension ; un petit cœur.

La fréquence de ce syndrome est telle qu'il peut présenter une certaine valeur diagnostique.

P. — Dr J. LEBRUN. — **Les dilatations bronchiques et la tuberculose pulmonaire.** (Thèse 1937).

Au cours de la tuberculose pulmonaire, il n'est pas rare d'observer des dilatations bronchiques. Ces dernières se rencontrent surtout dans les formes anciennes, rétractiles et fibreuses. Les bronchectasies tuberculeuses semblent d'autant plus importantes que l'infection bacillaire est plus ancienne et que le poumon dans lequel elles se développent est plus scléreux.

Les bronchectasies tuberculeuses sont habituellement silencieuses ; il est rare qu'elles se manifestent au clinicien par une abondante expectoration ou par des hémoptysies sans poussée évolutive. Actuellement, le lipiodo-diagnostic, seul, permet sur le vivant de déceler et d'affirmer la présence de dilatations bronchiques.

P. — Dr H.-J. MEURIN. — **La leptospirose méningée.**

Leptospirose et spirochétose sont synonymes. La leptospirose méningée désigne donc en d'autres termes la spirochétose méningée pure.

La spirochétose méningée pure, isolée en 1916 par Costa et Troisier, considérée à cette époque comme assez rare, a fait l'objet, ces dernières années, de publications nombreuses. Elle a donné lieu à la Société médicale des hôpitaux de Paris à une série de communications récentes.

A l'hôpital Saint-Joseph, l'auteur a pu en observer sept cas, durant les étés de 1932 et 1934, dans le service du Docteur Cochez.

P. — Dr J. FLAMENT. — **La forme acyanotique de la tétrade de Fallot.** (Thèse 1937).

Ce travail est essentiellement fondé sur l'observation d'une femme de 29 ans, atteinte des lésions constitutives de la tétrade de Fallot et ayant succombé à une tuberculose pulmonaire étendue sans avoir jamais présenté de cyanose.

L'auteur a pu y ajouter un petit nombre d'observations où la cyanose fut soit discrète, soit même absolument absente, ce qui lui a permis d'isoler en quelque sorte *une forme acyanotique de la maladie de* FALLOT.

P. — Dr J. LAURENCE. — **Contribution à l'étude de différents syndromes cardiaques observés au cours des anémies.** (Thèse 1936).

L'augmentation du travail du cœur au cours des anémies peut entraîner des troubles cardiaques. En réalité, c'est dans quelques cas seulement, assez peu nombreux, que l'anémie chronique retentit sur le cœur d'une façon notable.

L'auteur signale deux syndromes principaux de ce genre : l'angor anémique et l'insuffisance cardiaque chez les anémiques qui se manifeste soit par un bruit de galop seul, soit par de l'asystolie.

Le pronostic immédiat n'est pas grave. Le pronostic éloigné est lié à celui de l'anémie causale.

Le traitement est avant tout celui de l'anémie (transfusion, hépatothérapie, gastrothérapie) avec comme adjuvants les toni-cardiaques (digitaline ou ouabaïne).

L'angine de poitrine et l'insuffisance cardiaque réalisent chez l'anémique, un syndrome bien distinct des autres syndromes cardio-vasculaires : le *syndrome cardio-anémique* comparable au syndrome neuro-anémique connu et décrit depuis longtemps. C'est, répétons-le, un syndrome rare, dont les observations connues sont en petit nombre. P. L.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

---

Bulletin de l'Actualité

L'ORIENTEUR SCOLAIRE

Notre système d'enseignement est en passe, on le sait, d'être remanié de fond en comble. — A cet effet, le ministre de l'Education nationale a fait adopter par le Conseil des ministres un projet de loi dont on ne pourra juger la valeur qu'à l'usage et qui cependant donne lieu, dès maintenant, à une pluie de commentaires dans les milieux enseignants.

L'innovation capitale est la gratuité complète de l'enseignement secondaire. En compensation de cette réforme d'ordre social en est institué une autre d'ordre strictement scolaire : l'accession à chaque classe est réservée aux élèves les plus aptes ; c'est dire qu'un examen filtrera les effectifs chaque année.

En outre, l'enseignement secondaire débutera par une année d' « orientation » chargée de répartir ces effectifs dans les trois sections : classique, moderne et technique.

A en juger par ce qui s'est dit, aux Assises de médecine française de janvier 1936, de l'examen de passage en 6e, les médecins ne semblent, ni comme pères de famille, ni comme médecins, très férus de ces examens-barrages. Ils reprochent à ceux-ci l'iniquité d'un verdict qui, jugeant un enfant de 11 ans, dispose de la carrière d'un homme.

Malgré les récriminations de nos confrères, le projet de loi est déposé, et il y a tout lieu de croire qu'il sera voté. Si tout n'en est pas parfait, tout non plus n'y est pas condamnable. Plutôt que de le rejeter en bloc, mieux vaudrait sans doute s'inquiéter d'en aménager les dispositions et se demander s'il existe quelque méthode capable d'apprécier équitablement (avec l'équité relative d'un monde où le « summum jus » est la « summa injuria »), les aptitudes de l'âge scolaire.

***

Aux médecins que ce problème, primordial pour la famille et la nation, ne laisse pas indifférents, je crois de mon devoir d'informateur de signaler un exposé publié par le Docteur André Ombredane, directeur adjoint du laboratoire de psycho-biologie de l'enfant à l'Ecole pratique des Hautes-Etudes (1).

Médecin, psycho-technicien et, malgré son titre d'agrégé, absolument libéré de l'esprit universitaire, le Docteur Ombredane envisage cette question d'actualité qu'est la sélection scolaire en homme résolu à bousculer tous les partis-pris et à ne pas se laisser piper par les mots. Un raisonnement qui commence par définir les termes qu'il emploiera mérite toujours la sympathie ; l'auteur est de bonne foi puisqu'il ne veut pas se mettre en route en laissant des malentendus derrière lui. Aussi pose-t-il d'abord ces questions préliminaires :

1° En quoi consiste une aptitude, et particulièrement une aptitude intellectuelle ?

2° Peut-on croire qu'une aptitude soit déterminée une fois pour toutes et dès le jeune âge ?

3° Un enfant qui ne « suit » pas une petite classe sera-t-il forcément inapte à profiter des suivantes ?

4° S'il ne fait pas de bonnes études scolaires s'ensuit-il que, adulte, il sera incapable de travaux requérant des qualités intellectuelles ?

5° Quelle est la valeur des examens scolaires comme instruments d'appréciation des aptitudes d'un enfant ?

6° Si l'on préconise la méthode des tests, doit-on se contenter de ceux qui sont actuellement en usage ?

7° Enfin, s'il est permis de juger l'aptitude des enfants à suivre l'enseignement secondaire, le sera-t-il aussi d'estimer l'aptitude de l'enseignement secondaire actuel à s'adapter aux fonctions intellectuelles des enfants ?

Suivant Claparède, l'aptitude est jugée par le *rendement* des dispositions naturelles. De cette restriction qui élimine le dressage éducatif s'ensuit que plus qu'un rendement actuel, il s'agira d'apprécier une probabilité de rendement.

Prévoir l'adulte chez l'enfant, tel est, en

---

(1) Actualités Scientifiques et Industrielles, n° 439. *Le problème des aptitudes à l'âge scolaire*, Hermann et Cie, éditeurs, 6, rue de la Sorbonne, Paris.

somme, le but. Pour plus de commodité, l'on s'applique à compartimenter l'individu , selon le principe du vieil associationnisme, c'est-à-dire en analysant le psychisme en un certain nombre d'éléments simples, séparables, toujours identiques à eux-mêmes : on distingue les conditions physiologiques générales, les conditions d'affectivité et de caractère, les conditions sensorielles et intellectuelles. Et l'on se figure qu'en faisant l'addition de tout cela, on a dressé le bilan des aptitudes. Mais un être vivant n'est pas un casier ; ce qui est vivant se modèle sur le milieu et réagit aux conditions extérieures. « A l'idée épiphénoméniste selon laquelle la conduite résulte directement de la moyenne des dispositions s'oppose l'idée psychologique selon laquelle la conduite est *fonction de l'attitude que l'individu adopte* vis-à-vis de ses capacités et de ses insuffisances naturelles. » Aux aptitudes par exploitation des données congénitales doivent être ajoutées les aptitudes par réaction contre les données congénitales. Ce point de vue a été mis en pleine lumière par Adler.

Pour s'en tenir aux exemples démonstratifs d'insuffisances d'organes qui semblaient créer d'irrémédiables inaptitudes, n'a-t-on pas vu un amputé de jambe devenir pilote d'avion et un sourd écrire la Neuvième symphonie ?

Et le bilan d'aujourd'hui n'est pas du tout celui que vous trouverez dans dix ans

Déterminer une aptitude par le rendement est, sans doute, un procédé commode de sélection professionnelle. C'est une méthode injuste quand il s'agit d'apprécier le jeu des processus intellectuels. Car ici entrent en ligne de compte le « pourquoi » et le « comment ». L'auteur conçoit l'intelligence comme un système de fonctions de niveaux différents qui apparaissent successivement au cours de l'évolution et qui s'organisent hiérarchiquement. Cette série évolutive de fonctions comprend les degrés suivants : conduites de hasard ; conduites de dressage ; conduites régies par des raisons affectives ; conduites régies par des représentations objectives concrètes et singulières ; conduites régies par des représentations analogiques ; conduites régies par des figurations symboliques ; conduites déterminées par des techniques dialectiques. Ces conduites qui apparaissent à des moments successifs de l'évolution viennent s'intégrer dans les conduites de l'adulte, et cette intégration peut être caractérisée par les deux phénomènes du *cycle d'élaboration* des actes intellectuels et de l'*emploi du détour*. Par *cycle d'élaboration*, l'auteur entend que les conduites intellectuelles évoluées mettent en jeu la série des conduites de niveaux inférieurs qu'elles se sont subordonnées au cours de l'évolution. « On ne résout pas un problème d'emblée sur le plan logique, on parvient seulement plus ou moins rapidement à l'attitude logique ». Dans les tâtonnements qui préparent l'acte intellectuel définitif on retrouve, comme autant d'étapes, la série des conduites primitives de hasard, de dressage, d'orientation affective, de figuration concrète, de représentation analogique, de transposition symbolique etc... Les individus se différencient selon la rapidité de ce cycle d'élaboration et selon les limites qu'il ne peut dépasser. » La viscosité psychique, l'inhibition progressive, l'intoxication, la déviation des consignes, viennent, dans des proportions variables, d'un individu à l'autre et d'un instant à l'autre chez le même individu, freiner, arrêter, dégrader ou désorienter les cycles d'élaboration des conduites intellectuelles ». L'*emploi du détour* consiste dans le fait que l'individu qui ne peut mettre en jeu une conduite intellectuelle de niveau donné peut cependant se tirer d'affaire en recourant à des conduites qui lui sont plus familières. Dans ces conduites, l'aptitude peut être définie comme la capacité de mettre en jeu, avec une rapidité suffisante, le type évolutif de conduite qui est le plus adéquat aux exigences de la tâche imposée, ou, à son défaut, des conduites de détour qui suffisent à assurer un rendement -seuil.

C'est bien plus la variété de ses procédés, que le taux de réussite, qui confère à l'intelligence des lettres de noblesse. Un calculateur prodige peut n'être qu'un imbécile ; le chercheur obstiné qui polarise sa pensée sur un domaine étroit peut réaliser une invention ; il ne sera pas plus intelligent, peut-être le sera-t-il moins, que le dilettante qui répartit ses facultés, les disperse et n'en obtient rien, sinon la satisfaction de leur fonctionnement harmonieux.

Rien n'est aussi personnel que ce fonctionnement : par tous ses traits, il varie d'un individu à l'autre et d'un moment à l'autre chez le même individu.

Encore faut-il compter avec la vocation, complètement différente de l'aptitude et qui peut annihi er celle-ci aussi bien que l'affiner ; et compter encore avec les réactions soit d'amour-propre, soit de rancune et qui portent l'enfant à singer quelqu'un qu'il admire ou à perdre toute similitude avec une personne détestée.

Les aptitudes artistiques dont font montre certains enfants prodiges peuvent fort bien ne jamais dépasser l'état d'ébauches et même disparaître sans retour dans le bouleversement d'un cycle biologique comme la puberté.

***

Telle étant, dans son comportement intellectuel, l'enfance d'âge scolaire, observons-là maintenant dans son habitat normal : l'école. Quels sont les éléments d'une aptitude au travail scolaire ?

Ce travail réclame au premier chef de l'immobilité et de l'attention soutenue, deux contraintes pénibles à beaucoup d'enfants normaux. C'est au point que, comme les filles sont d'ordinaire moins turbulentes que les garçons, il y a plus de corrélation chez elles entre les connaissances scolaires et l'intelligence. Si elles sont déjà pénibles à des normaux, ces contraintes le seront bien davantage encore aux instables, aux fatigables, aux sous-alimentés, aux adénoïdiens, aux endocriniens, aux déficients de l'oreille et de la vue. Et voilà une première série d'injustices au passif des sélections scolaires.

Pour répondre à une interrogation, il faut être doué d'une certaine facilité d'élocution. Et voilà une prime singulière donnée au bavard sur le réfléchi.

Les conditions de vie dans le milieu familial ne sont pas sans créer d'autres inégalités : il est certain que certains enfants souffrent infiniment plus que d'autres des crises économiques et que leur « rendement » en est affecté.

Enfin des émotifs, des sensibles seront enflammés de zèle par l'éloge et rebutés par le blâme. Le rendement en sera notablement influencé sans que l'aptitude soit le moins du monde en cause.

Telle est la brochette de reproches sérieux encourus par les méthodes scolaires et rien qu'en s'en tenant à leur principe.

La pratique n'en est pas moins discutable. L'examinateur qui interroge ou corrige une copie note simplement les réussites et les échecs et ne s'inquiète pas des voies d'accès à ces échecs et à ces réussites, lesquelles en diraient beaucoup plus long sur la valeur intrinsèque de l'élève. La mémoire est un don commode, mais c'est à la honte de nos modes d'examens qu'elle suffise à conquérir rangs et honneurs. La « bête à concours » se voit parfois rétrogradée par la vie quotidienne à sa juste place qui est humble ; mais ce n'est que de sélection scolaire que nous avons à parler ici.

Enfin, même cette évaluation grossière par « exact » et « faux », les méthodes scolaires ne la font pas équitablement. A travers les corrections des 4 ou 500 copies d'un même concours, qui dira les variations de la « cote » ? (je ne parle que des variations inconscientes !)

Aussi les succès scolaires sont-ils loin de présager toujours une brillante carrière, et peut-on souvent en appeler des échecs d'un enfant aux examens. « L'aptitude scolaire est une fonction complexe de traits de caractère (bonne volonté, docilité) et de capacités d'acquisition et de dressage ; c'est une donnée assez pauvre et insuffisante sur l'individualité enfantine ».

Reste donc, pour jauger celle-ci, la méthode des tests. Les Assises de médecine française de 1936 ont marqué, à l'endroit de celle-ci, la répulsion des médecins. Le Docteur Ombredane, tenant des tests, ne se tient pas pour battu. Il note qu'il faut d'abord prendre les enfants dans les mêmes conditions de silence, de lumière, de simplicité du décor, de repos, de santé, à la même distance des repas. Il faut que l'examinateur soit animé de bienveillance et prenne son temps.

Du reste, les tests actuels ne sont pas, loin de là, sans reproches.

La plupart ne savent ni ce qu'ils mesurent ni comment le mesurer : ni les fonctions séparables ne sont discriminées, ni les tests exclusifs réalisés. L'on abuse du calcul statistique et l'on se soucie peu de l'analyse clinique des conduites engagées dans les tests.

Ce qui importe est moins de savoir si l'enfant réussit ou non, à un instant donné, une tâche proposée que s'il peut ou non y parvenir, en combien de temps et à quels frais, s'il peut, et à quelles conditions, maintenir la conduite qui assure le succès. La méthode est bonne, si ses instruments actuels sont encore imparfaits. Il s'agit seulement de substituer aux tests de rendement des tests d'éducabilité.

***

Il y a peu de semaines, j'analysais ici une leçon du Docteur Corman, de Nantes, sur la morpho-psychologie de l'enfant et la façon de lire sur le visage d'un enfant ses prédispositions physiologiques et intellectuelles. Aujourd'hui, le Docteur Ombredane, imbu de la même curiosité paternelle, s'efforce de fouiller ces petites âmes et de dresser leur cahier de revendications.

J'ai l'impression que l'enfance a été jusqu'ici (et est sans doute plus encore en nos âges de cultures forcées), la victime de bien des injustices et de beaucoup d'ignorance.

Des hommes qui, comme ces deux-là, n'admettent pas que ce qui est continue simplement parce que cela a toujours été, donnent à notre époque une grande leçon. Ils ne se soucient pas d'inventer une nouvelle machine pour la commodité ou le plaisir de leurs contemporains. Ils ambitionnent simplement de fournir à ceux-ci les bases d'une nouvelle éducation.

Et nous avons un besoin plus urgent de ceci que de cela.

G. Lavalée.

LA JUSTICE SYNDICALE DES CONSEILS DE FAMILLE

Un de nos confrères nous interroge, par la lettre suivante (2871) sur la compétence *rationæ personae* des conseils de famille :

Voici sa lettre :

Je voudrais savoir si les litiges entre médecins syndiqués sont *exclusivement* du ressort des organisations syndicales.

Si, entre syndiqués et non-syndiqués, ils sont *à la fois* du ressort des organisations syndicales et des tribunaux civils.

Si, entre non-syndiqués, ils dépendent exclusivement des tribunaux civils comme s'il s'agissait simplement de deux justiciables quelconques.

Quand il s'agit de litiges où il y a eu *préjudice causé* et comportant par suite des *dommages-intérêts*, les organisations corporatives ou syndicales ont-elles *qualité* pour prononcer des condamnations pécuniaires ? Dr A.

A ces questions, j'ai répondu de la manière suivante :

La Justice syndicale des Conseils de famille n'a pas été instituée par un texte de loi ; elle prend son fondement dans les articles 1142 et suivants du code civil.

En adhérant au Syndicat, le candidat accepte la juridiction du conseil de famille ; il déclare par avance se soumettre aux décisions de cette justice d'exception. Mais en toutes circonstances, le syndiqué a toujours le droit de s'adresser aux tribunaux de droit commun, s'il estime que la justice syndicale n'a pas respecté les droits de la défense, a violé une règle quelconque de Droit ou d'équité.

On peut considérer ce Conseil de famille comme étant un arbitrage confraternel qui, à l'instar du Juge de paix, cherche à aplanir à l'amiable pas mal de conflits.

Lorsqu'il s'agit d'un litige entre médecin syndiqué et médecin non syndiqué, il faut que ce dernier veuille bien accepter la juridiction syndicale ; sinon, l'affaire sera portée à la connaissance du Tribunal de droit commun compétent.

A fortiori, en est-il de même lorsque les deux adversaires ne sont pas syndiqués.

Très souvent, lorsque pour des motifs divers, l'une des parties récusée le Conseil de famille, on cherche par un arbitrage à éviter la juridiction de droit commun. Il est toujours pénible en effet d'entendre deux avocats défendre chacun son client, en éreintant copieusement et le plus possible le praticien adversaire. La malignité publique se gausse de nos rivalités.

Aussi pour sauver la face et pour protéger autant que possible *coram populo*, la dignité et le prestige du Corps médical, on a recours à l'arbitrage de trois confrères.

Chacun des adversaires désigne son arbitre et ceux-ci, d'un commun accord, en choisissent un troisième.

Ce Tribunal d'arbitrage fera d'abord signer un compromis aux deux parties pour que celles-ci puissent préciser l'objet du litige et déclarer qu'elles acceptent par avance la décision des arbitres, agissant comme amiables compositeurs.

Le litige restera ainsi confiné dans le sein du Corps médical et ne transpirera pas au dehors.

Sinon, s'il n'y a rien à faire, force est de soumettre le débat aux Tribunaux compétents quitte à voir notre belle profession être diminuée dans l'opinion publique, car des éclaboussures rejailliront sur son prestige.

Disons cependant, que la loi des Assurances sociales a reconnu que la Confédération des Syndicats médicaux, par ses statuts, a organisé une juridiction syndicale chargée de redresser les abus signalés par le contrôle technique. Il serait utile qu les Syndicats locaux puissent obtenir de la Confédération, l'étude des moyens d'action aptes à généraliser la connaissance par les conseils de famille départementaux ou régionaux — et en appel par le Conseil de famille national — de tous les conflits pouvant surgir en matière de médecine sociale (Assurance médicale gratuite loi des pensions, accidents du travail, etc., etc.).

Nous pouvons conclure en disant que l'institution des conseils de famille est destinée à la solution des conflits confraternels, dans le cadre même de la grande famille médicale. La juridiction de nos pairs doit soustraire à la malignité publique la connaissance, par des débats publics devant un prétiore, de toutes les difficultés confraternelles, provenant la plupart du temps de l'*invidia medicorum*.

Et je formule le vœu personnel que cette juridiction confraternelle soit également compétente, en plus des litiges en matière d'Assurances sociales, aux conflits survenus dans l'application et le fonctionnement d'autres lois sociales, tellesque celles de l'Assistance médicale gratuite, celle des pensions, ou celle des accidents du travail.

Ce serait ainsi contituer un Ordre des médecins, qui resterait uniquement dans le cadre syndical et qui fonctionnerait sans qu'on ait besoin de recourir aux parlementaires, pour leur demander une loi plus ou moins imparfaite.

Dr Paul Boudin.

EXÉCUTION IRRÉGULIÈRE DES ORDONNANCES MÉDICALES PAR QUELQUES PHARMACIENS

Un de nos confrères, le Docteur F. (dossier 3.016) nous fait part de son émoi, en ce qui concerne des confidences que certains malades auraient faites à leur médecin. Il paraîtrait que quelques pharmaciens (et nous sommes, persuadés que ces derniers sont en très petit nombre) voudraient compenser le faible profit tiré de la vente de médicaments pour des bénéficiaires de lois sociales (Assistance médicale gratuite, assurances sociales, accidents du travail, etc.) en ne délivrant au client que partie seulement des médicaments, ou objets de pansements prescrits,

D'ailleurs voici la lettre de notre correspondant :

Je reçois de divers côtés plaintes de confrères qui me signalent que des pharmaciens ne mettent que les deux tiers, le demi et parfois moins, des produits, spécialement des liquides, ordonnés pour les lois sociales. Hier, un médecin de S. . , m'apportait en effet un flacon fantaisie faisant 42 c. c. pour un liniment de 90 *prescrit*, en même temps une inhalation dans un flacon de forme de 75 c. c. pour un 120 c. c. ordonné; cette inhalation n'avait certainement pas les essences 5 c. c. de chaque de romarin et de pin sylvestre qui auraient dû accompagner la teinture de benjoin et celle d'eucalyptus. Il y a une semaine, un confrère de J. . . qui a eu des ennuis avec les Commissions de contrôle pour prescriptions trop fréquentes, venait m'exposer le même fait que j'ai pu malheureusement contrôler aussi dans ma clientèle et est le symptôme d'un mal étendu, si j'en crois des lettres de province, comme celle du confrère que j'ai publiée le 15 mars 1936.

Oui, si ces regrettables habitudes existent comment les faire cesser ? c'est bien délicat et j'avoue être bien embarrassé par cette question qui naturellement cause visites ou lettres des confrères.

Je serais heureux d'avoir votre avis pour savoir que conseiller.

Je me suis entretenu avec un pharmacien de la région très coté parmi ses confrères et dans les milieux corporatifs, j'ai reçu cette réponse qui m'a étonné et qui serait à faire douter de l'aide des Syndicats pharmaceutiques si elle est celle de beaucoup de chefs : « Mais, cher Monsieur, avec les tarifs de famine qu'on nous impose, sans cette gratte, mais nous n'aurions pas de pain à nous mettre sous la dent (*sic*). »

J'avoue, j'ai été stupéfait car si cette mentalité est tant soit peu répandue, nous allons au cercle vicieux : la « gratte » (je pense que c'est comme cela que ça s'écrit) permettant de récupérer les abaissements obtenus par les Pouvoirs publics, il n'y a aucune raison pour que cet abaissement ne continue pas, compensé par une diminution des fournitures qui tendront vers zéro ! ! ! Et qui trinque ? Le prescripteur, le médecin et doublement comme médecin et comme contribuable. Pour ce qui est du malade, eh bien, on lui sort ce qui a été sorti à un de mes clients furieux de recevoir un paquet de 50 grammes de coton contre un de 125 que j'avais marqué sur le bulletin :

« Pour ce que vous payez, il n'y a pas de quoi réclamer, c'est pour les verres qui ne sont pascomptés. Si vous n'en avez pas assez, retournez chez le médecin, il n'est pas fatigué pour vous faire une autre ordonnance et au prix où il est payé, c'est bien le moins de le faire travailler ». J'ai été très reconnaissant de la sollicitude du Potard à mon égard ! mais aurais préféré que les 125 grammes aient été délivrés. Ce fait s'est passé dans une officine réputée sérieuse.

Dr F.

J'ai répondu à notre confrère que je suis entièrement d'accord avec lui pour dire que les abus signalés doivent être réprimés.

Pour cela deux voies s'ouvrent devant nous :

1° la voie syndicale et disciplinaire ;

2° la voie judiciaire.

Il existe dans certains syndicats pharmaceutiques et notamment à la Chambre syndicale des pharmaciens de la Seine un comité disciplinaire qui correspond à nos conseils de famille médicaux.

On peut saisir ce comité disciplinaire des plaintes formulées contre certains pharmaciens et nul doute que les Syndicats intéressés ne veuillent mettre un terme à de pareils abus.

Malheureusement, il sera peut-être difficile d'apporter des preuves certaines contre les délinquants et nous risquons soit de ne laisser discuter l'affaire que du point de vue général et collectif, soit de nous heurter à un non possumus de ce comité disciplinaire, car il se trouvera en présence de pharmaciens non syndiqués ou devant des syndiqués qui nieront si on ne démontre pas leur culpabilité.

Reste l'action judiciaire.

Pour aboutir à un résultat, il faut que le pensionné de guerre ou bénéficiaire de l'Assistance médicale ou assuré social etc., qui aura déjà remarqué que tel ou tel pharmacien ne lui

délivre pas la quantité de médicament prescrite se fasse accompagner d'un huissier.

Cet officier ministériel ne fera connaître sa qualité qu'au moment où il saisira les flacons, boîtes et paquets que le pharmacien livrera au client. Il fera un constat et cela permettra de faire analyser les produits saisis par un laboratoire de contrôle. Selon les résultats obtenus par ce dernier, on pourra traduire le pharmacien délinquant devant le Tribunal correctionnel, accusé qu'il sera de violation de la loi sur les fraudes ou de tromperie sur la qualité ou la quantité de marchandises vendues.

Je crois que cette question devrait être portée par votre Syndicat à la connaissance de la Confédération des Syndicats médicaux pour que cette dernière puisse s'entendre avec l'Association générale des Syndicats pharmaceutiques de France.

Pour ma part, je préférerais cette voie interconfraternelle qui évitera de porter à la connaissance du grand public un procès qui se déroulera devant un Tribunal correctionnel.

Je crois qu'il vaudrait mieux que, par le canal de notre confédération, l'Association des Syndicats pharmaceutiques de France puisse recommander aux pharmaciens de respecter les lois, et non pas de les tourner, faute de quoi des sanctions correctionnelles pourraient être prononcées contre les délinquants à la demande de nos organismes nationaux, l'un médical et l'autre pharmaceutique agissant de concert.

Nos organisations corporatives nationales médicales et pharmaceutiques pourraient également joindre leurs efforts pour démontrer aux « tiers-payants » c'est-à-dire à tous ceux qui, plus ou moins complètement, supportent le poids des frais médicaux et pharmaceutiques, que le bon marché est toujours cher.

C'est une erreur de croire que les médecins mal payés et les pharmaciens assujettis à un tarif de vente minoré, pourront apporter la même grâce et le même empressement vis-à-vis de ceux qui payent à un prix réduit que vis-à-vis de ceux qui règlent au tarif plein. Il n'y a certes pas une médecine de riches et une médecine de pauvres. Cependant, lorsque le médecin doit ordonner à son malade le médicament qui doit le soulager — sinon le guérir, — il ne devrait pas avoir à se préoccuper de questions de limitation de tarifs pharmaceutiques. Il n'y a pas de médicaments pour riches et d'autres pour pauvres. Et cependant, des textes règlementaires, plus ou moins illégaux, nous conduisent à ne prescrire que certains médicaments et non d'autres, uniquement pour une question de gros sous au regard du tiers-payant et non au regard du consommateur.

Médecins et pharmaciens ont donc une besogne commune à entreprendre, pour le plus grand bien de la santé publique, alors surtout que le malade est un bénéficiaire de lois sociales, c'est-à-dire économiquement faible.

Je dois en outre signaler cette situation à l'attention des médecins et des pharmaciens, car, tout récemment, un personnage important de la République me demandait s'il serait possible juridiquement de concevoir des laboratoires d'Etat, qui prépareraient, sous cachet d'origine, des produits pharmaceutiques officinaux, ou magistraux, ces derniers devant concurrencer les spécialités les plus usuelles. On aboutirait ainsi à une fabrication d'Etat, d'autant que mon interlocuteur admettait la possibilité pour les grands magasins de vendre ces produits sous cachet d'origine, sans le concours d'un pharmacien, alors que les ordonnances magistrales des médecins pourraient être exécutées dans des laboratoires soumis au contrôle de l'Etat

Somme toute, ai-je fait remarquer, on envisagerait la création d'offices pharmaceutiques analogues aux charges ministérielles des avoués, notaires, ou greffiers. Cette opinion mérite qu'on s'y arrête, car toute la profession pharmaceutique est visée.

Dr Paul Boudin.

COMMENT ON MESURE LE PROGRÈS DE L'HYGIÈNE

Par le Docteur A. GAUDUCHEAU

Aux esprits chagrins qui prétendent que l'hygiène ne fait aucun progrès, nous allons opposer les trois exemples suivants, tirés de la pathologie exotique.

Le premier nous a été apporté tout récemment, en Sorbonne, par le Professeur Aldo Castellani, dans une conférence qui a vivement intéressé les milieux médicaux français. L'orateur y a relaté les résultats obtenus par le service de santé italien pendant la campagne d'Ethiopie (1).

Disons tout de suite que cette guerre coloniale, qui se présentait avec des difficultés énormes, tenant au climat et à la maladie, a été gagnée parce que les hygiénistes italiens ont réussi une prouesse technique sans précédent.

En bref, sur un effectif de 500.000 soldats et 100.000 ouvriers, les pertes de l'armée italienne furent de 1.100 tués à l'ennemi ou décédés des suites de blessures et de 600 morts de maladies.

On avait réussi à empêcher le paludisme, le choléra, la dysenterie bacillaire et amibienne et le typhus exanthématique qui autrefois, dans ces régions, eussent anéanti cette armée en peu de temps.

La prophylaxie du paludisme fut réalisée surtout par l'emploi de la quinine préventive systématique. La préservation contre le choléra et les fièvres typhoïdes fut obtenue par la vaccination générale au moyen des vaccins associés, déjà recommandée par Castellani avant la guerre mondiale. Le typhus exanthématique fut évité par la désinsectisation et la désinfection régulière des vêtements, etc.

Pendant ce temps, les armées du Négus étaient ravagées par ces maladies et encore par la variole, le béribéri et le scorbut. Le typhus seul leur enlevait au moins 20.000 hommes. Alors que les armées abyssines souffraient beaucoup du béribéri et du scorbut, les Italiens ne relevaient aucun cas de ces maladies, grâce à une alimentation correcte comprenant, entre autres, un citron par homme et par jour.

Il est certain que le service de santé colonial français, placé devant un semblable problème, eut obtenu d'aussi beaux résultats, car toutes les techniques sanitaires mises en œuvre nous sont parfaitement connues. C'est affaire d'organisation.

Comparons ces chiffres avec ceux que l'on enregistrait autrefois dans des circonstances analogues, afin de mesurer le progrès accompli.

En 1895 pendant notre expédition de Madagascar, nous avons eu plus de 5.000 morts de maladies, sur un effectif de 20.000 hommes et seulement 35 tués par le feu.

Le chemin parcouru par la médecine préventive dans l'espace de quarante ans se mesure donc par une confrontation de chiffres : en 1895, *il y avait eu un décès par maladie sur quatre hommes engagés ; en* 1935, *il y eut seulement, dans des circonstances comparables,* 1 *décès sur* 1.000 *hommes.*

Autrefois, les soldats mouraient de maladies épidémiques ; aujourd'hui, ils meurent de blessures ; rien ne les empêche de s'entre-tuer par millions, comme en 1914.

Pourquoi faut-il que l'immense progrès de l'hygiène soit annulé par le dérèglement de l'esprit !

***

Une deuxième démonstration d'un grand bienfait public réalisé par l'hygiène, est fondée sur la transformation physique d'une race par l'application rapide et intensive de la vaccination antivariolique, dans un pays où cette méthode était encore à peu près inconnue avant notre arrivée.

Chez nous, la vaccine a été appliquée progressivement ; il a fallu près d'un siècle avant que la méthode de Jenner fut pratiquée par l'ensemble de la population française. Chez les Annamites, nous avons fait cela en dix ans, de 1904 à 1914.

Nous sommes arrivés à supprimer la variole au Tonkin, dans ce pays où il mourait autrefois annuellement des milliers d'enfants par cette

(1) M. CASTELLANI, qui fut le chef du service médical italien pendant la guerre d'Abyssinie, est un médecin de Florence, toujours resté italien malgré ses longs séjours en pays anglais. Il inaugura sa carrière coloniale par un voyage en Afrique où il découvrit la présence du trypanosome de la maladie du sommeil dans le liquide céphalo-rachidien. Il passa ensuite la plus grande partie de son existence active à Colombo, à Ceylan, où il fit des travaux scientifiques nombreux et importants, où il trouva, notamment, le spirochète du pian. (C'est dans cette ville de Colombo, pendant les trop courtes heures de mes escales, que j'eus le plaisir de rencontrer Castellani et de recevoir chez lui et dans son laboratoire, la plus aimable hospitalité. Nous y devisions ensemble de la culture des amibes dont il reste toujours, lui aussi, un adepte convaincu). Il alla enfin se fixer à Londres où il enseignait la clinique des maladies tropicales. Au moment où fut décidée la guerre d'Ethiopie, c'était évidemment l'homme le plus qualifié par sa connaissance de la pathologie exotique pour aménager l'expédition au point de vue sanitaire.

maladie et où le quart au moins des adultes, en 1914, portait encore sur la figure des traces de petite vérole.

Les 9 millions de doses de vaccin glycériné que nous avions délivrées aux populations annamites, depuis la fondation de l'Institut vaccinal de Thaï-ha-ap, en dix ans, ont, non seulement empêché la mortalité variolique, mais encore contribué, d'une manière certaine et frappante, à l'amélioration physique de la race. Il suffit, pour s'en rendre compte, de comparer les enfants d'aujourd'hui à ceux que l'on voyait dans les villages au commencement du siècle, à l'époque où l'on ne pouvait faire qu'un service insuffisant, insignifiant, de vaccinations publiques. Aujourd'hui, chez les enfants et les jeunes gens annamites, on ne voit plus de figures « grêlées » ; l'apparence de la race s'est modifiée d'une manière évidente ; *le progrès de l'hygiène s'est inscrit sur la figure des gens ; en chiffres, ce progrès s'exprime par centaines de milliers de vies humaines sauvées.*

Là encore, nos contradicteurs diront peut-être que la médaille a son revers : la surpopulation asiatique et la menace qu'elle fait peser sur l'avenir de l'Europe.

***

Autant que la médecine préventive, l'alimentation est capable de transformer les races en peu de temps, non pas certes de changer les formes héréditaires spécifiques, mais de leur donner plus de vigueur et d'entrain. Il se passe du reste chez l'homme ce que tout le monde peut voir chez les animaux : ceux qui sont bien nourris sont plus beaux que les autres.

Arrivant à Madagascar, il y a une quarantaine d'années, je fus affecté à une « colonne » mixte, formée de tirailleurs sénégalais et malgaches. Il y avait là des Bambaras, des Ouolofs, des Toucouleurs, des Haoussas, des Hovas, des Sakalaves, même quelques Arabes et Somalis. Lors de ma première visite médicale, je me sentis fort embarrassé pour reconnaître, devant ce défilé disparate, l'origine de mes clients. Ma perplexité grandit encore lorsque je rencontrai le même jour, à bord d'un navire, des matelots noirs magnifiques, qui se présentaient dans un état d'euphorie superbe. A quelle race appartiennent ceux-ci, demandai-je ? Ce sont des Malgaches comme les autres, me répondit-on ; seulement, ils sont nourris à la ration française de pain, de viande, de laitages, de vin. La question des races, vague dans mon esprit, se compliquait encore. Mais je fus surtout frappé de l'importance du facteur alimentaire qui se montrait capable de modifier aussi profondément l'aspect physique de ces hommes.

Comparant le marin indigène avec son frère, le coolie resté dans sa brousse et se nourrissant plus ou moins misérablement d'une poignée de riz, plus ou moins miné par le paludisme, j'étais mis à même de comprendre le rôle de l'hygiène et de l'alimentation dans la formation physique de l'homme.

Il avait donc suffi de prendre ce jeune malingre que l'on avait trouvé sur le quai, de le débarrasser de ses parasites sanguicoles, intestinaux ou cutanés et de le mettre pendant quelques mois au bon régime européen pour le transformer à ce point !

Les médecins coloniaux ont très souvent noté cette remarquable action synergique de l'hy-



Cette figure représente un Annamite de la nouvelle génération entouré de deux anciens qui sont marqués par la variole
D'après une photographie extraite du mémoire
« Questions de technique vaccinogène », in *Bulletin de la Soc. méd. chir. de l'Indochine*, 1915, VI, n° 8

giène et de la bonne nourriture sur les indigènes que l'on recrute pour en faire des tirailleurs, des marins, des miliciens, des fonctionnaires.

Il faudrait maintenant étendre ce bienfait. Malheureusement, on se trouve en présence d'une impossibilité matérielle. Il est évident qu'on ne pourrait pas faire bénéficier l'ensemble de ces peuples d'une nourriture riche, distribuer à tout le monde du pain, de la viande, du lait, du vin, etc.

Mais est-il bien nécessaire de changer complètement la totalité du régime pour obtenir la transformation dont nous venons de parler ?

Ne suffirait-il pas de changer seulement une petite partie de la ration, d'ajouter seulement au fond énergétique, calorique du régime, quelques éléments pondérablement minimes, par exemple des protéines animales, avec un peu de fer, de phosphore ou autre ? Ne serait-il pas possible d'obtenir le résultat que nous cherchons, c'est-à-dire d'heureuses modifications raciales, par un moyen peu onéreux, par l'introduction de petites doses d'aliments complémentaires dans les régimes ordinaires des indigènes ?

Comme nous ne savons à peu près rien sur le sujet, il faut tâcher de nous instruire et, pour cela, faire des expériences. Il appartient au service de santé colonial, qui est particulièrement qualifié pour cela, de contribuer à résoudre ce problème. L'essai ne serait pas dispendieux. Il consisterait à suivre les effets d'une alimentation spéciale chez quelques groupes de jeunes indigènes, choisis par exemple dans les écoles. Après avoir comblé le déficit quantitatif éventuel du régime de base, après l'avoir convenablement équilibré, on rechercherait quelle est l'influence de l'addition quotidienne de quelques aliments complémentaires.

Il n'y aurait aucun intérêt à substituer du blé au riz, au mil, au manioc, ou à la canne à sucre ; toutes ces matières hydrocarbonées sont équivalentes au point de vue de l'entretien calorique de la vie. On donnerait seulement du lait ou autre complément protéique à de jeunes organismes en voie de croissance, dans quelques villages ou quelques écoles, que l'on comparerait à d'autres villages ou écoles témoins. Le régime serait poursuivi, avec les intermittences nécessaires, pendant plusieurs mois. On noterait la courbe d'augmentation du poids du corps et les divers autres changements anatomiques ou physiologiques qui pourraient se produire. On organiserait périodiquement des compétitions sportives entre les témoins et les autres, afin de rechercher l'incidence de ce régime sur les qualités du corps. L'état psychique serait également suivi afin d'observer les effets éventuels sur l'intelligence, l'application ou la turbulence des sujets.

Certes, les races ont un fond héréditaire qu'on ne peut changer. D'autre part, le climat a, lui aussi, une influence sur laquelle nous ne pouvons rien. Mais nous avons de sérieuses raisons de penser que par l'alimentation, nous pourrons obtenir quelques bonnes modifications.

Dans cette partie de la science, notre pays est en retard. Des expériences comme celles que nous venons d'esquisser ont déjà été entreprises dans plusieurs pays étrangers, en Angleterre, en Amérique, au Japon. Chez nous, quelques œuvres philantropiques se sont bien occupées de distribuer du lait parmi les populations pauvres, mais ces distributions, à notre connaissance, n'ont jamais revêtu le caractère d'expériences scientifiques avec témoins. On n'a rien traduit en chiffres. Il faudrait le faire, pour donner à ces travaux d'alimentation expérimentale une portée pratique et philosophique. Il faudrait mesurer l'influence de certains aliments sur la formation du corps et de l'esprit.

Les lecteurs du *Concours Médical* qui ont eu l'obligeance de suivre la série des articles publiés ici, l'année dernière, relativement à l'évolution de l'alimentation publique et à l'influence de l'alimentation sur l'esprit, comprendront certainement l'intérêt de ces recherches. Il s'agit de savoir, en somme, si et dans quelle mesure l'homme est modifiable, éventuellement s'il est perfectible par le moyen de l'alimentation.

LA QUESTION DU LAIT DANS LES USINES

Il existe une question du lait dans les usines, et c'est à l'exposer que le Docteur A. Feil a consacré quelques lignes intéressantes.

A l'époque des réformes sociales, il y a quelques mois, le lait figurait en bonne place sur la plupart des cahiers de revendication des délégués d'usine. Non seulement les ouvriers des industries chimiques, du plomb, des corps volatils (hydrocarbures et particulièrement benzol) exigeaient leur litre de lait quotidien, mais encore les travailleurs d'autres professions. Or, dans beaucoup d'usines, le lait fut ensuite distribué largement.

L'éloge du lait n'est plus à faire. Le lait est un antitoxique général, recommandé pour le traitement de beaucoup d'intoxications. C'est un aliment complet, digestible, diurétique, d'un usage courant chez les malades dont le foie et les reins fonctionnent mal. Distribuer du lait aux ouvriers est donc une mesure qu'on peut juger, en principe, excellente ; mais, en pratique en est-il de même ? ne donne-t-elle pas une fausse sécurité ? L'ouvrier, parce qu'il absorbe quelques verres de lait pendant son travail, ne va-t-il pas se croire protégé contre le toxique ; juger inutile de se rincer la bouche ou de porter un masque. L'industriel qui distribue du lait à ses ouvriers ne va-t-il pas penser avoir accompli tout son devoir et, satisfait de cette prophylaxie routinière, négliger d'autres mesures plus efficaces ?

Cette coutume de distribuer du lait à l'usine est, en réalité, discutable, puisqu'elle risque d'empêcher de prendre les mesures prophylactiques nécessaires.

Pour ce qui concerne particulièrement les sels de plomb, la question semble actuellement résolue par la négative. Il est, en effet, reconnu que le plomb est plus soluble dans les milieux acides ; or, le lait dans l'estomac au contact du suc gastrique, se transforme pour une part en acide lactique, qui facilite la dissolution des sels de plomb et augmente le danger du saturnisme. Donner du lait à un ouvrier qui absorbe du plomb est donc une erreur thérapeutique.

A cela s'ajoute un autre inconvénient. Si l'ouvrier absorbe le lait sans se laver préalablement la bouche, comme il est trop souvent d'usage, le liquide ramonera les parois digestives supérieures, la bouche, le pharynx, et entraînera vers l'estomac les poussières plombiques qui se seront déposées plus haut pendant le travail. Et l'on arrive à ce résultat que l'ouvrier absorbera en même temps que le lait, des poussières de plomb qui, sans cela, auraient pu être rejetées avec la salive.

Le Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine, consulté sur l'utilité de distribuer du lait à des ouvriers qui manipulent des produits à base de plomb, a répondu que le lait n'avait jamais constitué un antidote du saturnisme.

Le lait protège-t-il mieux contre les intoxications par les hydro-carbures, le benzène par exemple ? Il ne semble pas, et c'est l'avis de l'Académie de médecine. Le Professeur Tanon, chargé du rapport, a conclu que le lait n'est pas un antidote des intoxications benzéniques, pas plus que d'autres intoxications, en particulier de l'intoxication saturnine. Le lait est un aliment généralement recommandé aux malades atteints d'intoxication benzénique, mais il ne saurait en aucune façon être considéré comme un préventif.

Ces conclusions sont pleines de sagesse. Au lieu du lait, qui semble généralement peu indiqué, au lieu de café qui l'est moins encore, surtout chez les sujets qui manipulent des produits susceptibles de toucher le système nerveux (benzol, sulfure de carbone, etc.), l'auteur conseillerait volontiers aux industriels de donner à leurs ouvriers, occupés dans les ateliers où se dégagent des produits toxiques, des tisanes diurétiques ou laxatives, permettant d'obtenir l'élimination rapide des substances nocives. Il recommanderait surtout aux chefs d'entreprise de faire examiner leurs ouvriers, périodiquement, par un médecin hygiéniste capable de reconnaître les premiers prodromes des intoxications. (*La Presse Médicale*, 3 avril 1937).



MÉDECINE SCOLAIRE ET ÉDUCATION PHYSIQUE

Inauguration, à la Faculté de médecine de Paris (22 avril 1937), du cours de médecine scolaire et d'éducation physique

Leçon inaugurale de M. le Docteur DÉZARNAULDS, ancien interne des hôpitaux de Paris, Sous-secrétaire d'Etat de l'Education physique.

Monsieur le Doyen,
Mesdames,
Messieurs,

Lorsqu'il y a quelque trente ans, je faisais mes études de médecine, l'immense majorité de mes maîtres, de mes camarades et moi-même, aurions été fort étonnés si on nous avait dit que dans cet amphithéâtre habitué à retentir des magistrales leçons sur la pathologie, un jour serait inauguré un cours uniquement destiné à préparer les étudiants et les jeunes médecins à une tâche sociale belle entre toutes : donner à l'enfance et à l'adolescence un maximum de santé, en établissant l'inspection médicale des écoles et l'éducation physique de la jeunesse.

Pourtant cette idée est déjà bien vieille puisqu'en 1793, Lakanal avait présenté un décret dans lequel il était dit : « un officier de santé et de district est chargé de visiter dans les quatre saisons de l'année toutes les écoles nationales du district, d'examiner et de conseiller les exercices gymnastiques les plus convenables en examinant les enfants, et indiquer en général et en particulier les règles les plus propres pour fortifier leur santé ». Ce décret, du reste, resta sans application et il fallut attendre plus de cent ans pour voir apparaître la Circulaire du 14 novembre 1879 et la loi organique du 30 octobre 1886, dont l'article 9 stipule : « que l'inspection des établissements d'instruction primaire, publics ou privés, est exercée au point de vue médical par les médecins communaux ou départementaux ».

Cette Circulaire et cette loi restèrent à peu près lettre morte , sans application. Sauf dans certaines grandes villes comme Paris où un effort en ce sens fut fait et donna des résultats appréciables, on peut dire que dans le pays tout entier l'inspection médicale des écoles fut toujours rudimentaire, inefficace et le contrôle de l'éducation physique absolument inexistant.

Il fallut la terrible guerre de 1914, le bouleversement profond qu'elle occasionna dans tous les pays du monde, moralement, physiquement, économiquement, la baisse catastrophique de notre natalité pour que la nécessité de redonner à notre jeunesse santé et discipline morale s'imposât à tous ceux qui croient fermement, comme moi-même, à la possibilité de redonner à ce pays force, santé, énergie morale et physique. A plusieurs reprises, depuis 1919, des projets importants furent déposés et même discutés devant le Parlement, du reste, malheureusement sans aboutir. Aujourd'hui, nous sommes enfin à pied d'œuvre, des projets sur l'Inspection médicale des écoles et sur l'Education physique de la jeunesse sont préparés, étudiés, contrôlés par l'expérience faite dans plusieurs départements. Le Parlement est prêt à dire le mot définitif. Le public préparé par la propagande habile, incessante, faite par la grande presse et le cinéma, semble mûr pour les adopter. Le concours du monde médical tout entier, maîtres, élèves, praticiens, nous paraît indispensable pour lui donner force de réalité.

Je viens ce soir lui demander son adhésion ferme et entière, et je vois par l'accueil qui m'est réservé qu'elle ne me sera pas marchandée.

Comment en eût-il été autrement quand les destinées de cette Faculté sont confiées à un maître dont l'autorité, la compétence, la courtoisie, la foie ardente aux destinées de la France, ne sont discutées par personne.

Monsieur le Doyen, mon cher ami, permettez-moi, au nom du Gouvernement de la France, de vous dire combien dans cette œuvre si nationale, vous avez été d'un précieux concours. C'est vous qui le premier, avez répondu à l'appel que M. Jean Zay, ministre de l'Education nationale et moi-même, avons adressé aux Doyens des trois grandes facultés de médecine : Paris, Lyon, Nancy. C'est vous-même qui avez pris à tâche de préparer les grandes lignes du programme qui est devenu nôtre, c'est vous-même qui avez, avec le regretté Cavallier, directeur de l'Enseignement supérieur, mis tout en œuvre ; permettez-moi de vous en remercier et de vous dire combien je suis heureux et fier de l'amitié confiante que vous avez, en maintes circonstances, bien voulu me témoigner.

Le Conseil de la Faculté tout entier a droit également à tous nos remerciements pour l'accueil favorablement unanime fait à nos projets. Les Professeurs Nobécourt, Ombrédanne, Carnot, Laubry étaient déjà des précurseurs ; dans leurs services des hôpitaux, dans leurs publications, dans leurs communications à l'Académie ils avaient depuis longtemps attiré l'attention des pouvoirs publics sur cette importante question et prêché d'exemple. Ils nous apportent aujourd'hui une bien précieuse collaboration, dont je ne puis que les remercier.

Le Professeur Tanon, dont nul n'ignore les

efforts faits pour développer l'enseignement de l'hygiène scolaire, de l'inspection médicale des écoles, a bien voulu accepter la direction de ce cours et nous pouvons être assurés qu'il ne pouvait tomber en de meilleures mains, que l'œuvre qui nous est si chère ne pourra que grandir et prospérer pour le grand bien de notre pays.

Les Professeurs Lemaître, Terrien, Gougerot, Brumpt, Mathieu, les Professeurs agrégés Chailley-Bert, Duvoir, Turpin, Ioannon, Gayet, les Docteurs Armand Delille, Lesné, Weill-Hallé, Heuyer, Fèvre et Simyen, médecins des hôpitaux, nous apportent une collaboration inestimable pour l'enseignement des spécialités indispensables.

Le Professeur Wallon, du Collège de France, le Professeur Laugier, de la Sorbonne, ont bien voulu consentir à faire profiter nos étudiants de leurs travaux et de leur compétence en éducation et en physiologie appliquée.

M. le Dr Dufestel, apôtre de l'Inspection médicale des Ecoles, a bien voulu mettre à notre disposition sa grande expérience.

Nos deux collaborateurs au Sous-Secrétariat d'Etat de l'Education physique, le Dr Lestocquoy et Mlle le Dr Dreyfus-Sée ont droit ici à une mention toute particulière.

A tous ceux, vieux et jeunes maîtres, élèves, qui ont rivalisé d'effor s pour permettre à l'œuvre de vivre, merci. C'est le plus précieux encouragement, c'est la preuve certaine que nous sommes dans la bonne voie et que l'heure a sonné pour ce pays de faire l'effort nécessaire pour reconquérir dans le monde la place que ses traditions, le sang versé par ses enfants, lui permettent d'occuper.

Mesdames, Messieurs,

Les contingences de notre vie moderne obligent nos enfants à passe leur jeunesse dans des conditions véritablement anti-naturelles. De 6 à 14 ans, c'est l'enseignement primaire obligatoire pour tous. De 14 à 18 ans c'est, pour les uns, le lycée, le collège, l'école technique, la préparation aux examens, pour les autres l'atelier, l'usine, la vie fatigante des champs. Si on réfléchit aux conditions de vie faites à ce petit être qui va grandir, se développer, devenir un homme, qui a besoin d'air et de lumière, de mouvement, de repos, de sommeil, d'alimentation saine et abondante, on s'aperçoit tout de suite des dangers qui le menacent, puisque dans la majorité des cas il est obligé de vivre dans des conditions physiologiques où le manque d'air, de lumière, de sommeil, d'exercices, d'alimentation rationnelle, se liguent pour contrarier, ralentir l'effort de la nature et entraîner des troubles pathologiques plus ou moins graves.

Ne constatons-nous pas trop souvent que la tuberculose contractée pendant la première enfance, peut se réveiller et subir des poussées au moment de la puberté et au moment des examens. Que de troubles nerveux, psychiques, engendrés uniquement par cette vie anti-naturelle, avec leurs conséquences sociales si redoutables. Ne croyez-vous pas que cette vie artificielle n'est pas pour quelque chose dans les troubles des temps présents et un danger permanent pour l'avenir de la race.

L'hygiène scolaire bien comprise doit connaître de tout cela, essayer d'y apporter les remèdes indispensables et en faisant la part des nécessités de la vie moderne et de ses contingences, elle doit veiller au développement harmonieux de l'enfant et le contrôler.

Le rôle du médecin est donc capital, mais combien difficile. Le praticien doit être à la fois le collaborateur, l'inspirateur parfois de l'architecte, des collectivités, des familles et des maîtres. Il doit pouvoir dépister la moindre tare héréditaire ou acquise, la moindre déficience physique, intellectuelle ou morale. Il doit être clinicien averti, hygiéniste, psychologue, pédagogue. Sa responsabilité est immensément lourde, d'où nécessité absolue de l'instruire, de le préparer à la tâche qu'il doit exécuter, tâche écrasante, mais combien belle quant au but qu'elle poursuit et quant aux résultats possibles.

La préparation de l'Inspection médicale des écoles doit être un enseignement complet, anatomique, physiologique, pédagogique du développement de l'enfant et de l'adolescent. C'est l'enseignement d'une véritable science. Le cours dont j'ai l'honneur de faire la leçon inaugurale a été conçu uniquement dans cet esprit et comprend l'hygiène générale, l'épidémiologie et la prophylaxie des maladies contagieuses, la technique sanitaire, ville et campagne, l'hygiène sociale, la pédagogie psychologique, l'hygiène de l'école et de l'écolier, l'étude du développement normal et pédagogique de l'enfant avec toutes les spécialités qui s'y rattachent. Rien n'a été négligé pour que pratiquement et théoriquement l'étudiant déjà instruit en médecine générale et le jeune docteur puissent s'instruire et connaître l'essentiel dans un minimum de temps.

Le rôle du maître, du savant, ne doit pas nécessairement se limiter à cet enseignement. Il faut qu'il puisse faire les recherches scientifiques nécessaires, comparer les méthodes, en élaborer de nouvelles et c'est pourquoi dans notre Institut de la rue Lacretelle que nous transformons et équipons, nous avons voulu qu'à côté de l'enseignement pratique se trouvent des laboratoires de recherches dotés de tous les moyens scientifiques modernes pour permettre d'y accomplir une œuvre productrice dans tous les domaines...

Inspection médicale, contrôle de l'Éducation

physique, deux grandes têtes de chapitres, mais combien intimement liées. Il ne peut, en effet, y avoir inspection médicale des écoles sans contrôle parallèle de l'Education physique, cette dernière devant de toute nécessité faite partie intégrante des programmes d'enseignement du premier et du second degré, et devant y tenir une place aussi importante que les autres branches de l'enseignement.

De plus, l'éducation physique digne de ce nom ne doit-elle pas envisager les problèmes d'alimentation, d'aération, de surmenage, de repos, d'orientation des fonctions professionnelles dans le développement normal, harmonieux, de l'être humain ; tout se tient : corps et cerveau, intelligence et développement physique. Vouloir brimer le corps au profit de l'esprit est une lourde erreur que nous avons malheureusement payée trop cher.

C'est ce qu'ont bien compris, du reste, les peuples voisins d'Europe, peut-être avec une préoccupation de prédominance de race, de doctrine politique ou économique, mais du fait même qu'ils attachent une grande importance au développement de l'éducation physique, ils ne font que confirmer la thèse que nous essayons de défendre.

L'Allemagne, l'Italie, la Suisse, l'Autriche, la Hongrie, la Tchéco-Slovaquie, la Russie ont fait un énorme effort dans ce sens. En Angleterre, le Parlement vient de voter des crédits très importants pour le développement de l'Education physique.

Nous ne voulons pas entrer dans le détail. Nous nous contenterons de souligner qu'en Allemagne, l'Education physique est obligatoire et joue un rôle capital dans la vie du jeune Allemand. Pas un professeur, ni un directeur qui oserait supprimer une leçon de gymnastique pour la remplacer par une composition de géographie ou de mathématiques.

Le contrôle médical méthodique est de règle, il est étroit, autoritaire, sous la direction du professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Berlin : Sauerbruch.

En Tchéco-Slovaquie, le magnifique mouvement sportif des Sokols est dirigé par le professeur d'anatomie de l'Université de Prague, le Professeur Weigner. Il n'a d'autre but que de refaire et perfectionner la race tchèque.

En Russie, l'éducation physique joue un rôle primordial, elle est de règle à l'école, à l'usine, dans l'armée. Les médecins y jouent un rôle capital. Pas une piscine, pas un stade, pas une école qui n'ait son médecin chargé de la surveiller, de la diriger, de tenir au courant les fiches de chaque participant. La préparation des médecins y est fort bien organisée dans des instituts particuliers et, point très important, ils sont astreints eux-mêmes à une éducation physique rationnelle.

L'Italie, pour les mêmes raisons que l'Allemagne, a développé beaucoup son éducation physique. Elle fait partie intégrante de l'enseignement scolaire et post-scolaire.

En Autriche, l'éducation physique apparaît intimement liée à l'Instruction générale, mais le contrôle médical y est peu développé.

La France a donc un effort énorme à accomplir pour rattraper le temps perdu.

Je suis persuadé que malgré les difficultés de toutes sortes qui nous assaillent, l'heure a sonné. A tous et à toutes de répondre à l'appel et de donner le coup de collier qui permettra d'aboutir à un résultat positif. Là encore, le Corps médical a un rôle de premier plan à jouer. Je suis convaincu qu'il ne faillira pas à sa tâche.

***

Lorsque l'on parle d'Education physique, il faut de toute nécessité bien définir les mots et les méthodes. Trop souvent chez le commun des mortels, on confond sport et éducation physique et le foot-ball semble trop souvent résumer à lui seul les compétences et les aspirations physiques de la masse.

Loin de ma pensée de médire des sports ; leurs effets peuvent être excellents, mais n'oublions pas également qu'ils peuvent être dédastreux.

Comme on les pratique aujourd'hui, sans méthode, sans contrôle, ils me paraissent une grande erreur et un contre-sens entravant dans la masse l'œuvre de l'éducation physique. Pratiqués trop tôt, ils spécialisent, au détriment du développement harmonieux du corps. Ils fatiguent beaucoup plus qu'ils ne développent, et on peut dire que les exagérations sportives de la période présente sont anti-hygiéniques au plus haut point.

Ils doivent être proscrits absolument chez l'enfant avant 14 ans. De 14 à 18 ans, la préparation aux sports, qui est du reste chose toute différente, doit être permise ; la pratique de la natation par exemple, doit pouvoir les remplacer avantageusement.

Ce n'est qu'à partir de 18 ans qu'ils peuvent être autorisés, mais toujours à condition d'être contrôlés médicalement. Le jeune adulte ne devrait se livrer aux sports qu'après avoir été attentivement examiné, et surveillé dans son entraînement. Pour les femmes, ne devraient être admis que la natation, le tennis, l'aviron de couples, qui ne déforme pas comme l'aviron de pointe, le basket-ball et l'éducation physique rythmique.

Le contrôle médical des sports devra donc être l'objet d'un enseignement complet et précis. Dans notre Institut une part très importante lui sera consacrée.

J'ai déjà établi dans le cours de cet exposé que

l'Education physique n'ayant pas d'autre but que de présider au développement de l'enfant afin de faire de lui un homme, doit être basée sur une connaissance profonde de l'organisme infantile, des maladies de sa croissance et de son développement intellectuel et moral. La répercussion de chaque exercice sur ses grandes fonctions organiques doit être rigoureusement étudiée et contrôlée. L'Education physique doit, en un mot, compléter, diriger l'œuvre de la nature, mais ne doit pas la contrarier. C'est le point essentiel qui doit dominer toutes nos méthodes et malheureusement, je peux dire, que d'hérésies en ce sens !

Cette éducation physique doit être analytique, statique, dynamique, s'adaptant à toutes les nécessités de l'enfant et de l'adulte. Elle doit se compléter par des jeux libres, la danse, les sports bien compris et le travail manuel. Pas d'acrobaties, mais un entraînement progressif pour développer ce qu'on a appelé « type vitesse » répondant bien à notre mentalité, aux caractéristiques de notre race et qui s'oppose à l'allure « type-force » qui est à la base d'un système trop souvent vanté, et souvent pratiqué, qui est le système de l'acrobate Jahn qui, malheureusement, a dominé toute notre éducation physique pendant plus d'un siècle. Il faut qu'elle soit attrayante, non ennuyeuse, j'insiste beaucoup sur ce point et je voudrais vous citer les directives du pédagogue italien Vittorio del Feltre, qui, à la fin du moyen-âge, créant une école nouvelle sur les bords du lac de Côme, eut l'audace d'écrire sur son fronton : « La joyeuse ».

Telles sont les grandes leçons du programme que nous envisageons. J'ai essayé d'en déterminer les caractéristiques. Il me reste maintenant à m'adresser plus spécialement aux éudiants et aux jeunes médecins et à traiter devant eux une question plus terre à terre, mais non moins intéressante pour eux, qui est l'utilisation pratique des connaissances acquises.

L'Inspection médicale des écoles va devenir obligatoire, elle va s'appliquer à tous les degrés de l'enseignement public et privé. J'ai démontré qu'elle comporte pour le médecin une responsabilité lourde, qu'elle nécessite des connaissances étendues et spécialisées. L'enseignement que nous donnerons dans cette Faculté, dans nos hôpitaux, dans notre Institut de la rue Lacretelle doit pouvoir répondre à toutes les exigences et à toutes les disciplines. Il sera obligatoirement consacré par un diplôme spécial. Vous devez savoir quel droit vous donnera ce nouveau parchemin. La loi est formelle sur ce point : « Nul ne pourra être nommé médecin inspecteur des écoles publiques ou privées s'il n'est pas détenteur de ce certificat ». C'est la seule exigence de la loi qui est souple et s'applique à toutes les contingences. Dans chaque département le Conseil général sera libre de choisir la méthode à employer, soit entente directe avec un praticien muni de ce diplôme ; soit entente avec le Syndicat médical de la région qui prendra à sa charge l'inspection médicale des écoles, mais toujours à la condition que les médecins désignés aient ce diplôme ; soit création de médecins fonctionnaires ne devant pas faire de clientèle et ayant une circonscription déterminée. C'est cette dernière méthode que nous avons adoptée dans le département du Loiret, à la satisfaction générale des parents, des maîtres et des médecins. Pour les établissements privés, liberté du choix, mais toujours avec le même diplôme.

J'attire en particulier l'attention des jeunes étudiantes et doctoresses qui trouveront dans l'exercice de cette spécialité la possibilité de mettre en œuvre leur instinct maternel, de gagner honorablement leur vie.

Je vais maintenant rapidement terminer.

J'ai essayé de démontrer que le développement harmonieux de l'enfant devait être surveillé, contrôlé, dirigé, que l'éducation physique bien comprise est absolument indispensable pour aboutir à ce résultat. Je ne sais si je vous ai complètement convaincus, mais ce que je sais bien, c'est que cette question est vitale pour notre pays, c'est pour lui une question de vie ou de mort. Sa solution peut être le remède le plus efficace à la crise et dont tous les peuples souffrent cruellement.

Etudiants à la fin de vos études, jeunes médecins qui m'écoutez, permettez à un homme qui a consacré trente ans de sa vie au dur métier de médecin de campagne, à un homme qui malgré les vicissitudes de la politique n'a pas voulu abandonner sa profession, à un homme qui a toujours considéré la médecine comme la profession la plus noble, comme la discipline la plus complète, de vous dire en toute franchise que vous avez en ce moment-ci l'occasion unique de jouer dans le monde un rôle capital. Quelles que soient vos tendances, soyez persuadés que l'avenir de la race, l'avenir de notre pays dépendront en grande partie de l'effort que vous voudrez faire pour le développement harmonieux du corps et du cerveau de l'enfant. Nous allons vous donner tous les moyens de parvenir à l'accomplir. A vous de comprendre, à vous de travailler, à vous d'agir et je vous affirme que cet effort comportera pour vous la plus belle des récompenses, celle d'avoir contribué à répandre autour de vous un peu de gaité et de bonheur, d'avoir honnêtement servi votre pays et d'avoir contribué au progrès de l'humanité tout entière.

PREMIER CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE NÉO-HIPPOCRATIQUE

(*Paris, 1er au 4 juillet 1937*)

LA MÉDECINE NÉO-HIPPOCRATIQUE

Le néo-hippocratisme selon sa propre étymologie, signifie le retour vers les doctrines d'Hippocrate, mais en même temps un remaniement de ces doctrines pour les mettre en accord avec la science moderne.

Les trois grands principes hippocratiques restent immuables. En utilisant un vocabulaire moderne on peut les décrire ainsi :

1° Tout d'abord un principe de méthode :

La méthode clinique. — Pour Hippocrate et ses disciples, pas de théorie particulariste, rien qui ne puisse être démontré cliniquement. Tout doit être correctement observé, mais aucun fait ne doit être nié.

2° Un deuxième principe : *La conception dynamique individuelle du trouble morbide.* Cette réaction peut être considérée comme salutaire lorsqu'elle n'est pas exagérée. Elle doit se juger dans l'espace et le temps.

3° Enfin un troisième et dernier principe : *Le traitement pour être rationnel doit tendre à être naturel.*

Le malade cherche à se guérir, il lutte pour cette guérison ; sa maladie est en partie une réaction thérapeutique ; le médecin doit aider cette réaction, en cherchant à bien connaître les forces individuelles de son malade.

EN CONCLUSION la connaissance de la constitution du sujet, du milieu où il évolue, de toutes les causes possibles intérieures ou extérieures doivent influencer l'acte thérapeutique.

Hippocrate, selon les circonstances, utilisait la loi des contraires ou celle des semblables. Les travaux les plus récents de la biochimie montrent que certaines substances agissent par une action directe *pondérable pharmaco-dynamique*, tandis que d'autres ne jouent qu'un rôle catalytique de présence infinitésimale.

Devant les diverses et précieuses découvertes de la science biologique moderne le néo-hippocratisme doit désormais s'efforcer de faire régulièrement le point.

Sagesse sans savoir ou savoir sans sagesse sont l'un et l'autre aussi stériles. Les Congrès du néo-hippocratisme auront pour tâche chronologique d'accomplir la grande synthèse sous le double signe de la Tradition et du Progrès.

Comité de patronage : Président de l'Académie des sciences, Président de l'Académie de médecine ; Doyen de la Faculté de médecine de Paris, Doyen de la Faculté de pharmacie, Directeur de l'Ecole de santé militaire de Lyon, Directeur Val-de-Grâce, Directeur de l'Ecole de santé navale de Bordeaux, Directeur de l'Ecole de médecine coloniale, Professeur Tanon, Professeur Carnot, Professeur Bernard Cunéo, Professeur Loeper, Professeur Abrami, Professeur agrégé Pasteur Vallery-Radot, Professeur Ginard (Lyon), Professeur Perin (Nancy), Professeur Cornil (Marseille), Professeur Fiolle (Marseille), Professeur Vire, Professeur agrégé Ch. Richet fils, Docteur Dartigues, président de l'Union médicale latine, Professeur agrégé de Gennes, Professeur agrégé Pages (Montpellier), Professeur agrégé Meriel (Toulouse), Docteur Jausion (ancien professeur agrégé du Val-de-Grâce, médecin chef de l'hôpital Franco-mulsulman), Docteur Biot, Directeur du Groupe d'études lyonnaises, Docteur Le Tellier, Docteur Delherm, Docteur Cottenot, Docteur Belot, Docteur Maurice Faure (Nice), Docteur Techoueyres (Reims), Docteur Godlewki, Docteur Cathelin, Docteur Clément Simon, Docteur Flurin, Docteur Ferreyrolles, Docteur R. Glenard.

Comité scientifique : Président : Professeur Laignel-Lavastine ; vice-présidents : Allemagne : Bier, Bastanier ; Autriche : Ashner, Oswald Kofler ; Belgique : Sand, Verwaeck ; Canada : Le Sage, Mac Lauren ; Espagne : Maranon, Hernando ; Etats-Unis : A. Carrel, Siegrist (de Baltimore) ; France : Guy Laroche, Mondain ; Grande-Bretagne : Lord Dawson of Penn, Sir John Weir ; Grèce : Cawadias, G. de Loverdo ; Italie : N. Pende, Gagliardi ; Roumanie : Danielopolu ; Suisse : Rodier, Duprat.

Comité d'organisation : MM. Jayle, Desfosses, Le Sourd, Noir, Baissette, Kollitsch, Noailles, Allendy, Pouliot, Fortier, M. Delort, J. Morlaas, Jacob ; secrétaires généraux : M. Martiny, L. Renard ; trésorier : Bosc.

PROGRAMME : Jeudi 1er juillet : Grand amphithéâtre de la Faculté de médecine ; 15 heures : Discours inaugural du Professeur LAIGNEL-LAVASTINE ; 15 h. 1/2 : Conférence par le Docteur CAWADIAS, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris : « Les étapes historiques du néo-hippocratisme » ; 16 h. 1/2 : Rapport général sur « les prédispositions constitutionnelles dans la tuberculose », par le Docteur André JACQUELIN, médecin des hôpitaux de Paris.

Vendredi 2 juillet : Grand amphithéâtre de la Faculté de médecine ; 15 heures : Conférence du Docteur Nicola PENDE, professeur de l'Université de Rome, sénateur du Royaume d'Italie : « L'esprit méditerranéen en médecine » ; 16 heures : Rapporteur général, Docteur G. BLECHMANN, ancien chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris : « La théorie des humeurs et l'abcès de fixation ».

Samedi 3 juillet : Grand amphithéâtre de la Faculté de médecine ; 15 heures : Conférence par le Docteur DELORE, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Lyon « Le retour vers la tradition de la médecine contemporaine » ; 16 heures : Rapporteur général, Docteur FORTIER-BERNOVILLE, Directeur de l'Ecole française d'homœpathie : « La loi de la similitude, son domaine et ses possibilités ».

Dimanche 4 juillet : Salle de conférences de l'Hôpital Léopold Bellan (7, rue de Texel) ; 10 heures : Conférence par le Docteur P. WINTER, ancien chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris : « Le naturisme d'Hippocrate et le nôtre » ; 10 h. 3/4 : Synthèse générale du Congrès. Vœux, projets pour le prochain Congrès.

JOURNÉES MÉDICALES INTERNATIONALES DE PARIS

(26-30 juin 1937)

Les Journées médicales de l'Exposition, dont nous publierons dans notre prochain numéro le programme scientifique complet, sur les régulations hormonales en biologie, en clinique et en thérapeutique, comprennent aussi une partie de visites, de fêtes et d'excursions dont la liste vient d'être arrêtée par le Comité des fêtes.

Ce programme comporte après les séances de travail, à partir de 17 heures, une série de visites individuelles à l'exposition, la carte d'adhérent aux Journées médicales servant à l'entrée permanente à l'exposition pendant les cinq journées ; l'époque de ces journées coïncide, précisément, avec des fêtes très brillantes.

Le samedi 26 juin, il est prévu une visite nocturne à l'exposition, avec regroupement, à 23 heures, des adhérents dans un local de l'exposition où seront offerts des rafraîchissements.

Le dimanche 27 juin, grande soirée de gala et fête de nuit pour les adhérents et leurs familles au théâtre des Champs-Elysées, de 20 heures à 4 heures du matin.

Le lundi 28 juin, à 17 heures, pour les adhérents et leur famille, réception à l'Hôtel de ville par le Conseil municipal de Paris. Dans la soirée, à l'exposition, fête lumineuse de nuit sur la Seine. « Les Mille et une Nuits » (partition sonore d'Arthur Honegger).

Le mardi 29 juin à 20 heures, visite commentée, pour les adhérents et leur famille, aux salles éclairées du Musée du Louvre.

Le mercredi 30 juin, banquet de clôture, par souscription, à Magic-City.

Après la fin des Journées médicales, des excursions seront organisées, à prix réduits, aux châteaux et parc de Versailles, de Fontainebleau, d'Anet, aux châteaux de la Loire et à la Baule, au Touquet Paris-Plage, à Vichy et aux stations du Massif Central

Les cotisations sont de 100 francs pour les docteurs en médecine, les pharmaciens, les vétérinaires, les biologistes, donnant droit au volume des rapports, de plus de 500 pages, qui sera distribué au début des Journées pour permettre d'en suivre les travaux (la valeur de ce volume sera très supérieure à 50 francs).

Les cotisations sont de 50 francs pour les internes des Hôpitaux, les étudiants, les femmes et enfants des adhérents. Seules les cotisations de 100 francs donnent droit au volume des rapports.

Pour profiter des avantages matériels consentis sur les chemins de fer et dans les hôtels et pour retenir, dès maintenant, son logement à une période particulièrement encombrée, il y a le plus grand avantage à s'inscrire au plus tôt au secrétariat des Journées médicales, 18, rue de Verneuil. Y joindre le montant des cotisations, établi au nom personnel du Docteur Louis Lamy, trésorier des Journées médicales (par chèque, mandat-postal ou chèque postal n° 1155-60, Paris). Il sera adressé un récépissé et une carte d'adhérent.

Une fois l'inscription faite, pour le logement, les conditions de voyage, les réductions, les itinéraires, etc., s'adresser aux « Voyages Modernes », 5 avenue de l'Opéra.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Travaux pratiques de médecine opératoire spéciale** (Professeur : M. Pierre Duval). — *Chirurgie d'urgence.* Septième cours par M. J. Boudreaux, prosecteur, sous la direction de M. le Professeur Grégoire. Ouverture du cours le lundi 14 juin 1937, à 14 heures.

Première série : *Membres, crâne, cou, thorax.* — 1° Plaies accidentelles. Sutures des muscles, tendons, nerfs, vaisseaux. — 2° Abcès et phlegmons en général. Phlegmons de la main. Panaris. Ostéomyélite aiguë. — 3° Amputation des membres pour lésions traumatiques. Arthrotomies. Traitement des fractures ouvertes. — 4° Traumatismes du crâne. Trépanations. Opération d'Ody. — 5° Trachéotomie. Plaies du larynx et de la trachée. Phlegmons du cou. Pleurésies purulentes. Plaies de poitrine.

Deuxième série : *Abdomen.* — 1° Hernies étranglées (inguinale, crurale, ombilicale). — 2° Appendicite. Ulcère perforé. Gastro-entérostomie. Sutures intestinales. — 3° Splénectomie. Gastrostomie. Cholécystectomie. Cholécystostomie. Traitement des pancréatites aiguës. — 4° Anus cœcal, anus iliaque. Iléosigmoïdostomie. — 5° Phlegmon périnéphrétique. Néphrostomie. Néphrectomie. Cystostomie.

Les cours auront lieu tous les jours. Les élèves répéteront eux-mêmes les opérations sous la direction du prosecteur.

Le nombre des élèves admis à ce cours est limité. Seront seuls admis : Les docteurs en médecine français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. Le droit à verser est de 300 francs, pour ce cours.

S'inscrire à la Faculté de médecine ou bien au secrétariat, les lundis, mercredis et vendredis (guichet n° 4, de 9 à 11 heures et de 14 à 16 heures) ; ou bien tous les jours de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi), à la salle Béclard (A. D. R. M.)

— **Prosectorat.** — *Total des points obtenus* : MM. Mialaret, 154 ; Calvet, 150 ; Leuret, 146 ; Judet, 143 ; Rousseau, 133 ; Olivier, 146.

Sont nommés prosecteurs : MM. Mialaret, Calvet.

Thèses. — Mercredi 3 mars. — Jury : MM. Gosset, Lemierre, Gastinel, Valléry-Radot. — M. Latifi : Les fistules sigmoïdo-vésicales. — M. Pancrazi : La pleurotomie sans résection costale avec drain à thorax fermé. — M. Conte : Les affinités de la toxine streptococcique pour le système neuro-végétatif. Applications à la pathogénie de la scarlatine.

Thèses vétérinaires. — Mardi 2 mars. — Jury : MM. Mocquot, Coquot, Lesbouyries, Robin. — M. Royer : Obstruction et fistule du trayon chez la vache. — M. Ricard : Procidence du corps clignotant chez le chien et le chat.

— **Thèses.** — Mardi 9 mars. Jury : MM. Brindeau-Lenormant Marion, Sergent, Balthazard, Claude, Nobécourt, Piédelièvre. — MM. Ostini : L'anesthésie par voie veineuse à la butyl-éthyl-malonylurée. — M. Costescu : Statistique des délivrances artificielles pratiquées à la clinique Tarnier dans les années 1934, 1935. — M. Bories : Contribution à

l'étude des résultats éloignés de la luxation de l'os semi-lunaire. — M. BOROMSKI : Contribution à l'étude des repaires microbiens de l'urètre dans la blennorragie chez l'homme. — M. CIPI : Qualification de la victime de l'infanticide. Etude juridique et médico-légale. — M. MARQUET : Le traitement des psychoses schizophréniques par le choc insulinique. Méthode de Sakal. — M. TISSOT : La thérapeutique par l'occupation dans les maladies mentales aux Etats-Unis. — M. CARDIACOS : L'emploi du lait entier acidifié chez les nourrissons.

Mercredi 10 mars. — Jury : MM. Tanon, Cathala, Joannon, Lelong. — M. FROLICHMAN : Trachome en Roumanie. — M. KRAUSZ : Le système endocrino-sympathique dans le mécanisme de la fièvre. — M. LIFSZYE : Les colonies d'assistance familiale d'aliénés en Pologne. — M. RIBEYRE : Considérations sur l'accouchement en clientèle rurale. Avantages de l'accouchement en maternité.

Jeudi 11 mars. — Jury : MM. Bezançon, Gougerot, Laubry, Vallery-Radot. — M. GABER : La perforation de l'entérite ulcéreuse des tuberculeux. — M. WEISMAN : Contribution à l'étude du traitement des verrues plantaires. — M. LEMANT : Hyperthermie et système neuro-végétatif.

Vendredi 12 mars. — Jury : MM. Josset, Mathieu, Ombrédanne, Quénu. — M. GIBERT : Contribution à la technique de la gastrectomie dans les ulcus haut situés de la petite courbure. — M. LEMARCHAND : Un traitement des fractures de l'extrémité inférieure du radius par un appareillage permettant la mobilisation précoce. — M. BRÉHANT : La résection chirurgicale des nerfs splanchniques. Splanchnicectomie.

Thèses vétérinaires. — Vendredi 12 mars. — Jury : MM. Gosset, Coquot, Letard. — M. TERRÉE : Application des épreuves d'aptitude au cheval cab normand.

—Thèses.— Lundi 15 mars. — I. Jury : MM. Abrami Flessinger, Bariéty, Troisier. — M. DE LAVEDAN DE CASAUBON : Contribution à l'étude de l'équilibre acido-basique dans l'eczéma, l'urticaire et l'œdème de Quincke. — M. DUGAS : La tuberculose ganglionnaire de l'adulte allergique. Contribution à l'étude du rôle du système lymphatique dans la surinfection tuberculeuse. — M. BROUET : Données nouvelles sur le pneumocoque et les infections pneumococciques. — M. ROSSEL : Etude sur les substances hypoglycémiantes d'origine végétale. —

II. Jury : MM. Baudouin, Loeper, Coste, Lemierre. — M. DE PRAT : Etude critique du test préhypophysaire d'Aron. — M. GARNIER : Modifications de la chlorémie et de l'urémie en rapport avec l'alimentation chlorurée et azotée et diverses modifications humorales pathologiques. — Mlle LOEWE-LYON : Les gastrorragies des nourrissons. — M. MEUNIER : Contribution à l'étude des modifications humorales post-opératoires. — M. PERREAU : Les anémies des néphrites chroniques azotémiques. — M. TURLOTTE : Contribution à l'étude du cœur dans les cirrhoses alcooliques.

Mardi 16 mars. — I. Jury : MM. Cunéo, Pierre Duval, Léon Binet, Olivier. — Mlle BELOT (Thérèse) : Etude pathogénique et thérapeutique du symptôme de virilisme de la femme pubère. — M. KEMÉNY : Elargissement définitif du bassin après symphysiotomie par greffes ostéopériostiques. — LACKMANN : Traitement des fractures dorso-lombaires du rachis.

II. Jury : MM. Guillain, Harvier, Boulin, Cathala. — M. AUZEPY : Les tumeurs cérébrales aiguës. Etude anatomo-clinique. — M. LE MELLETIER : Les troubles de la glyco-régulation d'origine nerveuse. — M. DE FONTRÉAULX : Le retentissement nerveux des phénomènes de choc.

III. Jury : MM. Sergent, Chiray, Mocquot, Moreau. — M. DEBRAY : Les formes atypiques de l'ulcère de l'estomac sous le contrôle de la gastroscopie. — M. BEAUNE : Contribution à l'étude des rapports de l'appendicite chronique et de la tuberculose pulmonaire. — M. GORSE : Artérites des membres inférieurs et folliculine.

IV. Jury : MM. Carnot, Champy, Brulé, Lemaire. — M. MALLARMÉ : Etude du myélogramme normal et pathologique par ponction sternale. — M. RAMBERT : Le principe antipernicieux de l'estomac. Sa recherche dans le suc gastrique par le test du rat blanc. — Mlle PAULIN : Contribution à l'étude physiologique de certains esters.

Mercredi 17 mars. — Jury : MM. Couvelaire, Gosset, Ombrédanne, Quénu. — M. EPSTEIN : Les monstres à la Maternité de Lariboisière pendant les dix dernières années. — M. FAVIER : Fonctionnement du service obstétrical de la Maternité Baudelocque.

II. Jury : M. Clerc, Lemierre, Donzelot, Troisier. — M. BINECHVAR : Contribution à l'étude du traitement de l'anémie Biermer. — M. BLOCH : Les variations de la masse sanguine chez le sujet normal et dans les affections cardiovasculaires.

Jeudi 18 mars. Jury : MM. Lemaitre, Terrien, Halphen, Velter. — M. MASPÉTIOL : Les suppurations exocraniennes d'origine otitique. — M. BERTIGNON : Les mastoïdites latentes. Etude clinique et diagnostic. — Mlle VALROFF : Contribution à l'étude du syndrome de Heerfordt.

Jeudi 18 mars. — MM. Laignel-Lavastine, Lereboullet, Marion, Moulonguet. — MM. BROCHE : Contribution à l'étude clinique, anatomique et thérapeutique des hernies diphragmatiques de l'estomac chez l'enfant. — M. ADVENIER : Contribution à l'étude du traitement de l'hypertrophie prostatique par la résection transurétrale selon le procédé de Stern et Mac-Carthy. — Mlle PERRAULT : Contribution à l'étude des paralysies diaphragmatiques chez le nouveau-né.

Samedi 20 mars. — I. Jury : MM. Laubry, Tanon, Joannon, Lian. — M. PINCHENZON : La dérivation auriculaire 55 et la trémulation auriculaire. — M. ALCALAY : L'élévation thermique du nourrisson en rapport avec la température extérieure. — M. ARTANDI : Protection des enfants en Hongrie. — M. BARABAS : L'épidémie de grippe de 1935 en Roumanie. — M. CORCUFF : Contribution à l'étude des septicémies à staphylocoques. Les formes à évolution prolongée. — M. DESTREICHER : Rôle et utilisation du soleil comme agent stérilisant. — M. SIEGLER : Valeur comparée des divers traitements médicaux de l'ulcère gastro-duodénal. — M. DURAND : Prophylaxie du typhus exanthématique en Tunisie. Epouillage et vaccination préventive.

II. Jury : MM : MM. Bezançon, Rathery, Lelong, Mollard. — M. SAILLANT : Essai dans le traitement des états dits arthritiques d'une association opothérapique et sérothérapique. — M. TISSANDIÉ : Néphrite lithiasique et néphrotoxines.

Thèses vétérinaires. — Mardi 16 mars. — Jury : MM. Marion, Henry, Lesbouyries. — M. POMMERET : Entamœba Kamala et hématurie essentielle des bovidés.

Jeudi 18 mars. — Jury : MM. Tanon, Verge, Letard. — M. MAMNOUSSOS : L'hygiène dans l'abattoir moderne.

Vendredi 19 mars. — Jury : MM. Lemierre, Panisset, Robin. — M. DESPRET : Maladies infectieuses du chat.



HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers

— **Hôpital Lariboisière.** — Service de M. le Docteur Devraigne. — Les docteurs Jean Seguy et J.-E. Marcel commenceront le 2 juin 1937 à 21 heures un cours de *thérapeutique gynécologique médicale.* Le cours comprendra neuf leçons théoriques et des *travaux pratiques.*

PROGRAMME DU COURS. — *a*) Traitement des métrites (Filhos, etc...), par M. J. SEGUY ; *b*) Traitement des salpingites, par M. J. SEGUY ; *c*) Courant continu, courant faradique en gynécologie, par M. J.-E. MARCEL ; *d*) La Haute fréquence en gynécologie : diathermie, courants de Haute tension, ondes courtes, etc... Présentation d'appareil, par M. J.-E. MARCEL ; *e*) La diathermocoagulation en gynécologie, par M. J.-E. MARCEL; *f*) Rayons ultra-violets et infra-rouges. Indications générales de l'électrothérapie en gynécologie, Emanothérapie, massage gynécologique, crénothérapie, par M. J.-E. MARCEL ; *g*) Traitement de la stérilité : insufflation, lipiodol, fécondation artificielle, par M. J. SEGUY ; *h*) Electro diagramme endocrinien, par M. J.-E. MARCEL ;) Endocrinologie ovarienne, par M. J. SEGUY.

Les travaux pratiques auront lieu tantôt le matin, tantôt l'après-midi, après entente avec les élèves.

Le cours ne commencera qu'avec un minimum de dix inscrits. Prière de bien vouloir s'inscrire dans le service de M. le Docteur Devraigne, à l'Hôpital Lariboisière.

— **Concours de chirurgien des hôpitaux.** — *Total des points obtenus* : MM. Gérard-Marchand, 94 ; Couvelaire, 94 ; Padovani, 90 ; Gosset, 90.

Sont nommés chirurgiens des hôpitaux : MM. GÉRARD-MARCHAND, COUVELAIRE.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Les cuti-réactions, les vins et les goutteux.** — Le Docteur FOVEAU DE COURMELLES a fait sur cette question une intéressante communication au Congrès des médecins amis du vin, qui s'est tenu à Alger le 22 mars 1937. Il rappelle les expériences faites par Widal, Abrami et Joltrain sur des goutteux de bonne volonté. Les 19 goutteux étudiés présentèrent trois réactions intenses et dix réagirent faiblement. La réaction se traduit par une élevure blanche avec zone érythémateuse au niveau du point scarifié et recouvert d'une goutte de vin. Ces phénomènes durent une heure en général. Les résultats positifs ont été constatés avec les vins rouges de Bourgogne et non avec les vins rouges de Bordeaux.

— **IIIe Congrès international et XIIe Congrès national des Colonies de vacances et œuvres de plein air** (Paris 1er au 4 juillet 1937). — Ce Congrès a mis à son ordre du jour trois questions : 1° *La circulation et les échanges internationaux de jeunesse.* Rapports de MM. Doury, Closset, Docteur Molinéry et Wernlé.

2° *Rôle et organisation des Colonies de vacances.* Rapports de MM. Guérin-Desjardins, Roumajon, Hiernaux, Docteur Martiny, Allemand-Martin, Mmes Droz, Cassou, et Mascart, MM. Arpin, Docteur de Sardac, Gillard, Raoul Vimard, Milson, Jacques, Docteur Godard.

3° *Le problème médical des Œuvres de plein air.* Rapports : L'hygiène et la prophylaxie dans les colonies de vacances (Docteur Debré, professeur à la Faculté de médecine de Paris).

Les bases physiologiques de l'action du climat dans les colonies de vacances (Docteur Santenoise, professeur à la Faculté de médecine de Nancy).

La sélection médicale des enfants en colonies de vacances et en préventorium (Docteur Fayon).

Le devenir des enfants envoyés en colonies de vacances et en colonies thermales (Docteur Deltheil, inspecteur départemental d'hygiène).

L'organisation de l'Education physique dans les colonies de vacances et les écoles de plein air (Docteur Fabre, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux).

La surveillance médicale des enfants au cours du placement en vacances (Docteur Duvernoy, professeur à l'Ecole de médecine de Besançon.)

Pour renseignements, s'adresser au secrétariat général du Congrès, 52, rue Saint-Georges, Paris.

— **La pléthore médicale au Japon.** — La pléthore médicale se fait vivement sentir au Japon comme ailleurs. Le nombre des médecins s'élève dans ce pays à près de 58.000 et chaque année les Facultés délivrent plus de 2.000 diplômes. Le Gouvernement japonais a essayé de lutter contre cette pléthore en limitant le nombre des cliniques.

Le Gérant : R. THIRON

CLERMONT (OISE) — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

CORRESPONDANCE

ACCIDENTS

3.079. — Une hernie est-elle un accident du travail. Application du « Tout compris »

Je fais appel aux lumières du *Concours Médical* pour un cas épineux en matière d'accident du travail.

Un jeune homme de 20 ans, bien constitué et sans tares physiques antérieures, sent, au cours d'un effort, une douleur abdominale et constate l'apparition d'une hernie. Cet accident étant survenu devant témoins et au cours du travail, ce jeune homme me fait faire un certificat d'accident du travail et accepte la cure radicale, — ce que je note sur le certificat initial. Or, l'agent d'assurance répond à mon client :

« Je transmets cette déclaration à la Compagnie mais je dois dès à présent faire toute réserve à ce sujet car, sauf des cas spéciaux, la hernie n'est pas considérée comme accident du travail aux termes de la loi de 1898. De toute façon si la Compagnie accepte le sinistre, l'opération devra être effectuée à l'hôpital de L. ou, si vous préférez la clinique vous aurez à en supporter les frais. »

Mon client — et moi-même, — est très étonné que cette hernie survenue au cours du travail ne soit pas considérée comme accident du travail.

D'autre part, puisque les assurances ont un tarif qui porte : cure radicale de hernies et éventrations étranglées ou non 750 francs, il me semble que cette opération peut être effectuée en dehors de l'hôpital, — ce dernier prenant déjà une assez grosse partie de la clientèle payante des chirurgiens.

Quant aux frais de clinique, autres que l'intervention, sont-ils remboursés par les assurances et à quel taux ? Quel recours contre l'assurance peut avoir mon client si la Compagnie refuse de prendre en charge l'accident et si elle veut obliger M. L. à se faire opérer à l'hôpital ?

Dr X.

Réponse

En vertu d'une jurisprudence constante de la Cour de Cassation, toute lésion dont le travail *même normal a été la cause ou l'occasion doit* être considérée comme résultant d'un accident du travail au sens de la loi du 9 avril 1898, quel qu'ait été l'état antérieur de la victime, à moins qu'il ne soit établi que l'accident a été étranger à la lésion ou à l'incapacité invoquée. (V. notamment Cassation, Chambre civile 9 janvier 1934 ; *Le Droit Ouvrier* 1934, page 442). Il n'y a donc pas lieu de tenir compte en principe de l'influence que peut avoir exercée sur l'état d'un

accidenté telle ou telle prédisposition morbide et il n'est nullement nécessaire que l'accident ait été la cause unique de la lésion. Il suffit au contraire qu'un traumatisme ou toute autre cause extérieure survenue au lieu et au temps du travail, fasse apparaître, décèle ou réveille un mal jusque-là latent, ou ait une répercussion quelconque sur son évolution.

Ces principes sont applicables à tout accident du travail quel qu'en soit la nature et notamment au cas des hernies survenues au temps et au lieu du travail. Il a été ainsi décidé par un arrêt de la Cour d'appel d'Angers en date du 4 décembre 1934 (*D. H.*, 1935, 75) qu'il suffit à un ouvrier atteint d'une hernie de prouver que cette lésion s'est produite par suite d'un effort au cours du travail et il est sans intérêt de savoir s'il avait des prédispositions morbides à contracter cette affection et quel a été le degré de violence des efforts effectués. L'employeur ou son assurance substituée ne peut faire échec à l'action de l'ouvrier qu'en apportant la preuve que la hernie est la conséquence unique et exclusive de l'état morbide ou constitutionnel de l'ouvrier et que l'accident n'a joué aucun rôle dans son apparition (Cour de Nîmes, 12 juin 1935, *Revue Générale des assurances sociales et des accidents du travail*, janvier 1936, page 78). La charge de la preuve incombe donc en définitive au patron ou à son assurance et le doute doit bénéficier à l'accidenté.

Celui-ci est parfaitement libre de se faire traiter à domicile par le médecin de son choix. Mais s'il devient nécessaire de l'hospitaliser, ses droits et les droits du médecin à l'égard du chef d'entreprise ou à l'égard de l'assurance sont limités par les dispositions de l'art. 4, parag. 3 de la loi du 9 avril 1898. Aux termes de cet article en cas d'hospitalisation le patron est seul tenu des frais qui ne peuvent dépassser « tout compris » le tarif de l'Assistance médicale gratuite majoré de 30 %. Il est admis par la jurisprudence constante de la Cour de cassation que ces dispositions s'appliquent aussi bien lorsque l'hospitalisation a lieu dans une clinique privée que dans un hôpital public. Toutefois il peut être fait échec au « tout compris » et le médecin peut demander au chef d'entreprise ou à son assurance substituée des honoraires spéciaux en dehors de ces 30 %, lorsque l'admission en clinique privée a été commandée soit par l'urgence, soit par la nature exceptionnelle de la lésion.

Il ne semble pas en l'espèce, que nous soyons dans l'un de ces deux cas, par conséquent, la Compagnie d'assurance serait fondée à opposer le « tout compris » au cas où la réduction de la hernie aurait lieu dans un établisement hospitalier.

ASSURANCES SOCIALES

2.852. — Conséquences du retard dans le versement des cotisations

J'ai un de mes clients, agriculteur, qui a quelques difficultés avec les Assurances sociales. Un couple domestique rentré le 1er octobre 1935, parti le 1er septembre 1936. Rien n'avait été payé comme cotisation Assurances sociales. En août 1936 tout l'arriéré a été réglé et les cotisations réglées jusqu'en septembre 1936.

La domestique est enceinte et va accoucher en avril 1937. Les Assurances sociales ont accepté le paiement retardé des onze mois pendant lesquels ces domestiques agricoles sont restés dans la place en question, mais elles refusent d'avance toutes prestations pour l'accouchement qui est sur le point d'arriver.

Quelle est la ligne de conduite à suivre ?

Dr B.

Réponse

En vertu d'une jurisprudence maintenant bien établie de la Cour de cassation, une Caisse primaire d'assurances sociales est fondée à refuser les prestations maladie ou maternité à son assuré lorsque les cotisations ont été versées par l'employeur de manière tardive et après ouverture du risque, même si le patron ou l'assuré a versé en plus de ces cotisations les intérêts de retard, du moment que l'intéressé ne peut établir avoir subi en temps voulu sur son salaire le précompte de la cotisation ouvrière. (V. notamment Chambre civile, 22 janvier 1936, *Revue générale des Assurances sociales*, mai-juin 1935, p. 156).

Dans ces conditions, il n'apparaît pas que les domestiques de votre client soient fondés à exercer un recours quelconque contre la décision qui leur est opposée. Par contre, ils seraient en droit de demander à leur employeur le versement d'une indemnité égale à la valeur des prestations dont ils sont privés du moment qu'ils se trouvaient au service de cet employeur au cours de la période de référence servant à déterminer le droit aux prestations.

3.076. — Prestations ordinaires ou prestations spéciales de l'assurance-maladie

Je soigne depuis plusieurs années une diabétique à laquelle je fais des ordonnances d'insuline ; cette personne vient se faire examiner à peu près tous les deux mois. Elle n'a jamais interrompu son travail et les piqûres d'insuline sont faites par une personne de la famille.

La Caisse refuse de payer les prestations, ordonnances d'insuline, visites, analyses d'urine sous le prétexte qu'il y a assez longtemps que cela dure.

Est-ce légal ? Si cela ne l'est pas que doit faire ma cliente ? Dr G.

Réponse

Il est exact, en principe, que les prestations de l'assurance maladie sont accordées aux assurés sociaux pour une même affection pendant une période totale de soins de six mois (Art. 6, paragr. 12). Il résulte toutefois, de l'art. 6, parag. 13 que lorsqu'il y a interruption de prestations pendant plus de deux mois, celles-ci peuvent être servies pendant un nouveau délai de six mois si l'assuré a fait constater sur la feuille de maladie en cours, au moment de l'interruption, la guérison apparente ou la fin de la période de maladie, et s'il en a avisé sa Caisse dans les huit jours. La condition nécessaire pour que l'art. 6 paragr. 13 puisse trouver application et que l'assuré voie se rouvrir ses droits pour une durée de six mois lors de la fin de la période antérieure, est qu'il ait été en état de guérison apparente. Il paraît difficile de soutenir qu'en l'espèce votre cliente se trouve dans cet état puisque d'une part elle n'a jamais interrompu son travail, et que d'autre part, il ne s'agit pour elle que d'un traitement d'entretien.

Son cas relève beaucoup plus de l'art. 6 parag. 16, en vertu duquel l'assuré ou l'ayant droit dont l'état nécessite des soins préventifs ou qui est atteint d'une maladie ne comportant pas cessation du travail reçoit s'il y a lieu pendant une période de *deux* ans au plus, les prestations spéciales dont le montant maximum et les conditions d'attribution sont fixés par le règlement intérieur de la Caisse. Ces prestations sont donc accordées non pas seulement pendant six mois mais pendant un délai de temps (et non de soins) de deux ans, à compter de la première constatation médicale de l'affection. Nous conseillons donc à votre cliente de demander à sa Caisse de passer du régime des prestations ordinaires au régime des prestations spéciales fixées par le règlement intérieur de sa Caisse, dont elle est en droit de demander communication.

Si ces prestations lui sont refusées, elle devra se pourvoir contre ce refus devant la Commission d'arrondissement du siège de la Caisse par lettre recommandée adressée au président de cette Commission, au greffe du Tribunal civil dans un délai de 10 jours à compter de la notification de rejet.

3.242. — Immatriculation des salariés intermittents et des ouvriers payés à la la tâche

J'ai recours à votre obligeance habituelle pour me faire savoir quelle conduite adopter dans les deux cas suivants :

1° Nous employons une laveuse de 5 à 8 heures au maximum tous les quinze jours, à raison de 2 francs par heure. Nous ne pouvons la faire inscrire directement aux Assurances sociales, mais combien devons-nous lui donner en plus de son salaire ? Où devons-nous acheter des timbres Assurances sociales ? N'est-ce pas elle-même qui doit se faire inscrire puis qu'elle a plusieurs employeurs ?

2° Un de mes clients, marchand de bois, employe plusieurs ouvriers pour l'exploitation des bois. Il les paye soit au mètre cube, soit au nombre de fagots, soit à la superficie ; ne peuvent-ils être considérés comme tâcherons ? Doit-il les faire inscrire aux Assurances sociales ? Ou leur doit-il, en plus de leur salaire, un certaine somme pour les Assurances sociales ? Que doit-il faire ? Doit-il assurer ces ouvriers contre les accidents du travail ?

Dr G.

Réponse

1° En vertu de l'art. 1er parag. 5 du décret-loi du 28 octobre 1935 instituant le nouveau régime des Assurances sociales, l'immatriculation reste à la charge des travailleurs eux-mêmes et l'employeur n'a aucune déclaration à faire en ce qui concerne les salariés et travailleurs quelconques quel que soit le mode de leur rémunération, occupés une seule fois ou par intermittences.

Les intéressés sont tenus de remettre à l'employeur soit le feuillet trimestriel de cotisations, soit une attestation d'un modèle arrêté par le ministre du travail, dans lequel ils certifient qu'ils appartiennent aux catégories énumérées par l'art. 1er parag. 5, et déclarent prendre à leur charge leur propre immatriculation. Cette attestation est conservée par l'employeur en vue de justifier de sa situation au regard de la loi.

Si l'assuré a effectué les formalités de déclaration au Service des Assurances sociales, lui ou l'employeur doivent demander au service régional la délivrance d'un feuillet trimestriel servant au payement des cotisations. L'assuré remet un feuillet intercalaire à chacun de ses employeurs et, à la fin de chaque trimestre, il demande à cet employeur de lui remettre le feuillet muni des timbres correspondant au salaire servi pendant le trimestre ; il en donne décharge globale à l'employeur puis il dépose au bureau de poste les divers feuillets intercalaires accompagnés du feuillet trimestriel ordinaire.

Le paiement de la cotisation patronale et ouvrière a lieu par l'apposition de timbres-poste ordinaires sur le feuillet intercalaire en question. Sur chaque timbre doit être mentionnée la date de l'apposition. Le montant de la double cotisation patronale et ouvrière est calculé au taux de 8 %, sur le montant du salaire réel augmenté de la valeur éventuelle des avantages en nature.

2° La définition des assurés obligatoires a été conçue de manière très large par le nouveau régime. En vertu de l'art. 1er du décret-loi « sont en effet assujettis obligatoirement aux Assurances sociales les salariés et d'une façon générale toutes les personnes de nationalité française de l'un ou l'autre sexe, travaillant à quelque titre et en quelque lieu que ce soit pour un ou plusieurs employeurs, quand leur rémunération totale annuelle quelle qu'en soit la nature, ne dépasse pas 21.000 francs ». Il importe donc peu en l'espèce que les ouvriers de votre client soient payés à la tâche et ils doivent être immatriculés aux Assurances sociales du moment qu'ils ne peuvent être considérés comme petits patrons indépendants et que leur rémunération totale à titre de salaire ne dépasse pas le maximum fixé par la loi.

D'autre part, en vertu de la loi du 15 juillet 1914, la législation sur le risque professionnel a été étendue aux exploitations de bois, c'est-à-dire aux exploitations comportant des travaux d'abattage, d'ébranchage, lançage, schlittage, des travaux de débit, sciage, empilage et écorçage. Toutefois cette loi n'est pas applicable aux terrains boisés dont la superficie d'un seul tenant n'excède pas trois hectares, ni aux arbres plantés hors des bois lorsque l'opération n'a pas le caractère d'une exploitation.

Pour que la protection légale puisse être invoquée par la victime d'un accident du travail dans une telle exploitation, il est naturellement nécessaire, ainsi que l'a reconnu la jurisprudence, que soit démontrée l'existence d'un contrat de travail entre l'accidenté et l'employeur. Mais le critérium d'un tel contrat ne peut être recherché dans le mode de rémunération et il importe peu que le paiement du salaire ait lieu à la tâche et ne soit pas fixe ou annuel. Il faut seulement que l'ouvrier ne jouisse pas d'une entière indépendance au point de vue technique, mais se trouve au contraire sous la direction et le contrôle de l'employeur et travaille avec les outils de ce dernier.

Si en l'espèce ces conditions sont remplies, votre client donc s'assurer pour son personnel contre les accidents du travail car s'il ne le faisait pas, il serait responsable des indemnités prévues par la loi. Celles-ci sont fixées d'après l'art. 4 de la loi de 1914 lorsque le salaire n'est pas fixe, d'après le salaire moyen des ouvriers agricoles du département.

3.206. — Rôle du médecin contrôleur

J'ai actuellement en traitement une jeune assurée sociale a qui j'avais conseillé de reprendre son travail. Le médecin inspecteur (ou contrôleur) de la Caisse d'assurances sociales est passé en compagnie

d'un « inspecteur civil » et après l'avoir examinée a déclaré à la famille qu'il ne considérait pas la malade comme guérie, qu'il lui trouvait cependant une amélioration, mais qu'elle ne devait pas reprendre son travail. Ce confrère n'a-t-il pas un peu exageré dans l'exercice de ses fonctions, particulièrement en prescrivant du repos alors que j'avais conseillé la reprise du travail ?

Croyez-vous que je serai dans mon droit en le faisant rappeler aux règles de la déontologie, qui, je crois ont été violées ici ?

Il aurait dû me prévenir de ce qu'il avait fait ou tout au moins entrer en relations avec moi pour me parler de cette malade.

Dites-moi ce que je puis faire car des agissements comme cela risquent d'empoisonner la vie du praticien.

Dr Y.

Réponse

D'après l'art. 15 du règlement d'adminitration publique du 19 mars 1936, le médecin-contrôleur est chargé de la surveillance des malades et procède à toutes les investigations et constatations concernant l'état et l'incapacité de travail de ces derniers.

Mais il est formellement stipulé qu'il ne peut en aucun cas s'immiscer dans les rapports entre le malade et le médecin-traitant et qu'il doit s'abstenir de formuler devant le malade un diagnostic ou une appréciation sur le traitement ordonné. En cas de désaccord sur l'état du malade avec le médecin traitant, il doit se mettre en rapport avec ce praticien et en informer la Caisse qui statue sur la demande de l'assuré, sous réserve des droits de recours de ce dernier.

Il résulte de ces dispositions légales qu'en principe le rôle du médecin-contrôleur doit se borner à constater les faits et l'état du malade, sans jamais révéler à ce dernier les résultats de ses constatations et en tirer devant lui des conclusions quant au traitement à suivre. Il doit se borner à faire connaître à la Caisse ces résultats et conclusions et informer le praticien traitant au cas où il estime que son traitement n'est pas adapté à l'état du malade.

En l'espèce, le médecin-contrôleur de votre cliente paraît avoir méconnu ces règles légales en informant cette dernière qu'il ne la considérait pas comme guérie et qu'il ne lui permettait pas de reprendre son travail.

Le mieux serait, à notre avis, que le Syndicat médical dont vous faites partie et qui a passé une convention avec la Caisse dont dépend ce médecin-contrôleur, intervienne auprès du président de cette Caisse et obtienne de lui qu'il fasse respecter par son médecin contrôleur les règles légales et déontologiques.

3.155. — Hospitalisation d'un assuré social en sanatorium

Je vous serais très obligé de bien vouloir m'informer si un malade inscrit aux assurances sociales (tuberculeux) dont l'état nécessite un séjour dans un sanatorium doit demander l'autorisation de la Caisse d'Assurances sociales pour pouvoir y être admis.

Qui paye les frais de séjour dans le sanatorium : la Caisse ou le malade lui-même ?

Ne pourriez-vous pas me communiquer la liste des sanatoriums qui acceptent les malades bénéficiaires des Assurances sociales ? Dr F.

Réponse

D'après le règlement intérieur type des Caisses d'assurance sociales, établi par l'arrêté ministériel du 30 janvier 1937, le malade doit être hospitalisé ou traité sur sa demande lorsque son état ou sa situation l'exige, sur le vu de l'attestation du praticien traitant, du médecin de l'hôpital ou du médecin contrôleur de la Caisse. Il doit aviser la Caisse de son hospitalisation lorsque celle-ci a lieu dans un hôpital public. Lorsqu'il désire être hospitalisé ou traité dans un établissement spécial (préventorium, sanatorium public ou privé dépendant ou non d'un hôpital public) il est tenu de demander à la Caisse si elle accepte de prendre en charge les frais de séjour ou de traitement.

La Caisse doit donner sa réponse dans le délai d'un mois, faute de quoi elle est censée accepter. Bien entendu, le refus opposé par la Caisse n'est nullement sans recours et l'assuré pourrait éventuellement saisir du différend la Commission technique des trois médecins prévue par l'art. 8 parag. 3 du décret-loi du 28 octobre 1935.

Le payement des frais entraînés par cette hospitalisation dépend du point de savoir si la Caisse a ou non conclu une convention avec le sanatorium en question.

Dans le premier cas, la Caisse verse directement à l'établissement l'indemnité pour frais de séjour prévue par son contrat. L'assuré a seulement à sa charge la différence entre ce tarif et celui auquel il a été admis (tarif qui ne peut être supérieur au tarif le plus bas des malades payants en vertu de l'art. 6 parag. 15 du décret-loi) En sus de l'indemnité pour frais d'hospitalisation, la Caisse verse en outre au sanatorium une indemnité spéciale pour honoraires médicaux. Cette indemnité doit en principe coïncider avec le prix auquel l'assuré est admis, à moins que ce dernier ne se soit fait hospitaliser dans des quartiers ou pavillons payants.

Au cas où le sanatorium n'a pas conclu de convention avec la Caisse de l'assuré, il considère ce dernier comme un malade payant ordinaire avec cette différence que, comme nous l'indiquons plus haut, il est forcé de lui appliquer

le tarif le plus bas de sa catégorie. L'assuré doit donc avancer les frais d'hospitalisation et les honoraires médicaux sauf à se retourner ensuite contre sa Caisse pour lui demander le remboursement de ces frais dans la limite de son tarif de responsabilité.

D'après le règlement intérieur type précité, les Caisses sont obligées de remettre à leurs adhérents une notice indiquant la liste des hôpitaux ou établissements avec lesquels elles ont passé des conventions ou qu'elles ont agréés, ainsi que le régime applicable à chacun d'eux en ce qui concerne les assurés sociaux pour le paiement des frais d'hospitalisation.

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

3.155. — Honoraires pour accouchement et remboursement à l'assurée en matière d'Assurances sociales

J'ai recours à votre obligeance pour établir correctement une feuille d'Assurances sociales (maternité).

Il s'agit d'un accouchement traînant qui a nécessité une surveillance prolongée. A dilatation complète et en présence de coliques insuffisantes, je fais deux injections de post-hypophyse sans résultat. Je suis contraint d'appliquer le forceps sur une tête mal fléchie et inclinée sur un pariétal. Application laborieuse avec des aides de fortune, sans anesthésie et avec une malade indocile. Dans ces mauvaises conditions, je ne puis faire franchir à la tête le détroit inférieur.

Je fais demander le confrère le plus proche pour endormir la malade ; il est absent . L'enfant commençant à souffrir, je fais transporter et j'accompagne la parturiente à la maternité de la ville voisine (13 kilomètres), où on peut l'endormir et terminer l'accouchement avec un enfant vivant.

Tout ceci s'est passé un dimanche de 3 heures du matin à minuit 1/2. En dehors du voyage à la maternité (13 kil.), j'ai fait six visites de surveillance (4 kil.) ; j'ai passé environ 9 heures auprès de l'accouchée.

Que dois-je porter sur la feuille d'Assurances sociales ?

Dr J.

Réponse

Il me semble, étant donné tout ce que vous avez fait, ainsi que la série de visites, la surveillance prolongée, etc. ; que vous êtes en droit de demander le prix d'un accouchement ordinaire puisque ce n'est pas vous qui avez pratiqué l'intervention même, qui eut pour résultat l'extraction de l'enfant. Il est évident que pécuniairement parlant, c'est pour vous un cas plutôt malheureux, mais je ne vois pas comment vous pour-

riez compter un « accouchement avec forceps » alors que l'extraction au forceps fut faite non par vous, mais à l'hôpital. N'oubliez pas que d'après le décret-loi du 28 octobre 1935, en cas de maternité, la Caisse garantit : « ... à l'assurée ou à l'assuré pour la femme une somme forfaitaire représentant l'ensemble des frais médicaux et pharmaceutiques relatifs à la grossesse, l'accouchement et à ses suites et fixée par le Tarif de responsabilité annexé, etc...

Dr F. DECOURT.

QUESTIONS DIVERSES

3.118. — Situation du médecin locataire après cessation de la prolongation légale

Je serais heureux de savoir si du fait des prorogations ma situation de locataire avec bail est devenue celle d'un locataire avec location verbale.

Dans le premier cas, le bail venant à expiration, ne suis-je pas délié de tout engagement vis-à-vis du propriétaire sans avoir à signifier de congé ?

Dans le deuxième cas suis-je tenu à donner congé trois mois d'avance, sinon la location continue-t-elle par tacite reconduction et sans doute au même taux ?

Dans le cas d'un nouveau bail, le prix du loyer peut-il être augmenté ou le taux du loyer en 1935, constitue-t-il un prix-limite qui ne doit pas légalement être dépassé ?

Dr P.

Réponse

Lorsqu'un bail vient à expiration, le locataire peut quitter les locaux sans avoir à donner au préalable congé au propriétaire. Ce n'est que dans le cas où il se maintient dans les locaux postérieurement à l'expiration du bail en vertu de la tacite reconduction, qu'il est dans l'obligation de donner u congé à son propriétaire pour lui notifier son intention de partir.

La prorogation légale faisant suite à un bail, vient à échéance de plein droit au jour fixé par la loi. Il n'y a donc pas besoin dans ce cas non plus de congé de la part du locataire qui désire s'en aller au moment de l'échéance de la prorogation.

D'autre part, une fois la prorogation expirée, si vous vous maintenez en fait dans les locaux, ce sera en vertu de la tacite reconduction etvous aurez par la suite à donner congé lorsque vous voudrez vous en aller.

Suivant la jurisprudence, le décret-loi du 16 juillet 1935 a eu pour effet non seulement de réduire les loyers à leur taux au 17 juillet 1935 diminué de 10 %, mais encore d'interdire aux propriétaires, pendant toute la durée de son application, de demander un loyer supérieur à

cette taxation légale, même au cas de location nouvelle.

Par conséquent, que votre occupation se poursuive en vertu de la tacite reconduction ou en vertu d'un nouveau contrat de location, vous ne devez pas payer un loyer supérieur à celui que vous payez actuellement.

3.141. — Les domestiques n'ont pas encore droit aux congés payés

J'ai recours à votre bienveillante expérience pour me renseigner vis-à-vis de mes obligations au sujet des congés payés. J'emploie depuis plusieurs années pendant deux jours par semaine, durant toute l'année, un jardinier qui entretient mon jardin. Ce journalier m'a demandé si j'avais l'intention de lui octroyer un congé payé ? Les autres jours de la semaine, ce jardinier est occupé dans les mêmes occupations par une école d'agriculture départementale. Le directeur de cette école lui aurait déclaré qu'il lui octroierait dix jours de congés payés ? Mon jardinier en conclut que je lui dois les cinq autres jours ?

Quelles sont mes obligations ? Cet employé est-il bien fondé en sa demande ?

Dr L.

Réponse

La loi du 20 juin 1936 modifiant l'art. 54 du Livre 2 du Code du travail, a effectivement accordé à tout ouvrier ou employé occupé dans une profession industrielle, commerciale ou libérale le droit à un congé annuel payé de quinze jours ouvrables après un an de services continus dans le même établissement.

Mais en vertu de l'art. 2, cette législation sur les congés payés ne sera étendue aux professions agricoles et au personnel des services domestiques que lorsque sera paru un règlement d'administration publique en déterminant les modalités d'application. Aucun règlement de cette nature n'ayant encore été établi, il s'ensuit que votre jardinier ne saurait à l'heure actuelle exiger de vous l'octroi d'un congé payé.

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

3.196. — Preuve de l'imputation au service d'une maladie

Parmi les avantages accordés par le service de vos avocats en matière de consultations sur le sujet des pensions militaires je vous serais très obligé de m'informer si possible sur le cas suivant :

Un jeune soldat contracte dans les deux derniers mois de la durée légale de son service militaire, une tuberculose pulmonaire.

Les examens médicaux pratiqués à l'incorporation — y compris l'examen radioscopique — sont néga-

tifs. Pendant toute la durée de son service militaire le jeune soldat est en bonne santé, sauf dans les dernières semaines où le jeune soldat est d'abord mis en observation puis reconnu atteint de tuberculose pulmonaire (B. K. +).

Réformé 100 % sans pension, R. 2 par le Conseil de réforme en octobre 1935. Cette situation est-elle régulière ? N'y a-t-il pas pour ce jeune soldat de droit à pension et aux soins gratuits.

Dr C.

Réponse

Ce jeune soldat a été réformé sans pension parce que, ne bénéficiant plus de la présomption légale depuis la loi de février 1933, il n'a pas rapporté la preuve que son affection pulmonaire était imputable au service.

Il lui est encore possible, puisque cinq années ne se sont pas écoulées depuis sa libération, de rapporter cette preuve par témoignages et tous moyens légaux. N'y aurait-il pas eu une relation de cause à effet entre un fait de service (fatigues excessives, exposition prolongée aux intempéries pendant le service, maladie épidémique contractée, etc....) et les premières manifestations morbides ? Il lui appartient de l'établir par des attestations de chefs, de médecins militaires qui l'ont soigné, de camarades. En possession de documents semblables, il en joindrait une copie certifiée conforme à une lettre de réclamation adressée au ministre des pensions, 37, rue de Bellechasse, à Paris (7e).

3.224. — Honorariat et concours pour la Légion d'honneur

J'ai été rayé des cadres sur ma demande, il y a trois ans, comme père de six enfants et étant de classe 1905 d'engagement et 1907 de recrutement. J'étais médecin lieutenant.

J'ai lu dans une de vos réponses du *Concours Médical* qu'il était possible d'être officier honoraire et de continuer à concourir pour la Légion d'honneur.

Puis-je demander au Directeur du Service de santé de ma région de me placer comme officier honoraire et acceptera-t-il ? Dr C.

Réponse

La loi du 14 août 1925, qui a institué l'honorariat pour les officiers de réserve, ne prévoit pas votre cas. D'ailleurs, même officier honoraire, il faut rendre des services à la préparation militaire si l'on veut continuer à concourir pour la Légion d'honneur.

Le meilleur moyen de réaliser vos désirs serait de contracter dès maintenant un engagement en prévision d'une guerre future; vous pourriez ainsi continuer à concourir pour la Légion d'honneur avec les officiers de réserve (voir *Concours Médical* du 14 février 1937, page 497).

Cinquante-neuvième année — N° 20 — 16 Mai 1937

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

- sommaire -

Propos du Jour

Partie Scientifique

Travaux Originaux

L'Actualité Scientifique

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	60 fr.	Belgique et Luxembourg...	70 fr.
Etudiants	35 fr.	Première Zone	85 fr.
Le Numéro	1.25	Deuxième Zone	110 fr.

Renseignements

AVIS

Changements d'Adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 fr. 50 pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande.)

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Nº 127. — Client. à céder, belle résid. tout confort, jardin, garage dépend., faible loyer, 2 h. Paris. Possibil. s'assurer autre pavillon pour faire spécialités. Toutes combinais. possibles au point de vue facilités, mais comptant minimum exigé. Ecr. Mlle Guiet, poste rest. Paris.

Nº 128. — Jeune méd. marié, 10 ans client., recherche poste méd. génér. ou assistant dans clinique en ville, permett. l'instruct. des enfants.

Nº 129. — Poste à céder, gros avenir. Petite indemnité.

Nº 130. — Demoiselle 35 ans, sérieuse, bonnes référ., présentant bien, désire emploi chez doct. pour récept. client. ou travail bureau.

Nº 131. — St-Quay-Portrieux (C.-du-N.). — A louer saison villa 5 pièces, eau, gaz, électr., 1.500 frs. S'ad. Christiaen, à St-Quay.

Nº 132. — Jeune chirurg. excell. référ. entrerait en relations avec chirurg. honorable en vue collaborat. provisoire ou associat. ou success. éventuelle.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet BREITEL ET GORET

1, rue Dante, Paris (5e). - Tél. : Odéon 36-46

Paris. — Anc. Client. Accouchements, enf. Prix : 40.000.

Nord-Est. — Gros Rapp. Seul. Prix : 60.000.

Sud-Ouest. — Client. therm. Prix : 65.000.

Belle banl. proche. — Très gros prod. Prix 150.000.

Abonnés du « Concours » exerçant dans les Stations Thermales

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains : Bertier, Blondel, Coutaz, Dardel, H. Forestier père, Graber-Duvernay, Lelong, Pégaz.

Allevard-les-Bains : Boël.

Amélie-les-Bains : Bouix.

Ax-les-Thermes (Ariège) : Boyer, Girard, Gomma.

Bagnères-de-Bigorre : Frank-Duprat (*ent.*), J. Courbin, Ricard-Pomarède.

Bagnoles-de-l'Orne : Ceusier, R. Hügel, Joly, Le Gouriérec, J. Louvel, R. Louvel, Doctoresse M. Peillon, E. Poulain.

Bains-les-Bains : M. Henry, L. Rose.

Barèges : Orliac.

Besançon La Mouillière : Tronchon.

Biarritz : Clavel, Dejeant (*derm.*), Lacour.

Bourbon-Lancy : Bellœuf, G. Vincent.

Bourbon-L'Archambault : Bénabu, Litaud.

Bourbonne-les-Bains : Delacroix, Gay.

Brides-les-Bains et Salins-Moutiers : d'Arbois de Jubainville, Mathieu, Laissus fils.

Cambo-les-Bains : A. Camino, Chatard, Colbert, Dieudonné, J. Trotot.

Capvern : J. Pouy.

Cauterets : Anglada, Armengaud, Corone, Cosserat, L. Pradal.

Challes-les-Eaux : Vexenat.

Châtel-Guyon : J. M. Ballan, Baumann, Cambiès, Casati de Montgolfier, Foucaud, P. Martin, Mazeran, Ribérolles, Saint-René-Bonnet.

Contrexeville : Contal.

Dax : Barrau, Delmas (Armand).

Divonne-les-Bains : Ballivet, Vieux.

Eaux-Bonnes : Bourragué, Creignou.

Enghien-les-Bains : Beyrand, H. Forterre.

Escouloubre-les-Bains : Sarda.

Evaux-les-Bains : E. Legâte.

Evian-les-Bains : Bernex, J. Eyraud-Joly.

Hammam-Lif (Tunisie) : Fére.

La Bourboule : Anglada, Barthomeuf, Boudry, Cany, R. Gallmant, Jean Godonnèche, Rongier Th., Maurel.

La Léchère : Dr Noailly.

La Motte-les-Bains : Goirand.

Lamalou-les-Bains : Cauvy (*Rééd. motr.*), Faure, Tabarié.

La Roche-Posay-les-Bains : Bardet, Guyot, Huet (*derm.*) Lépine.

Luchon : P. de Beauchamp, Cazal-Gamelsy, Germès, Molinéry (*ne fait que la physiothérapie*), Salles, Sammuller.

Luxeuil-les-Bains : Causeret, Cugnier, Rimey.

Mont-Dore : J. André, Roger André, Béal, Débidour, Dullin, Levadoux, Molines, E. Perpère, Verrier.

Néris : Ducros, Jossand.

Plombières-les-Bains : Bernard, J. Dumont, Truelle.

Preste (La) : Dr P. Baron.

Royat : Mougeot.

Salers : Rongier.

Salies-de-Béarn : Coustere, David, Dufourcq, Larrouy, Ortal.

Salins-les-Bains : Bourny, Henri Neumand.

Salies-du-Salat : Barbé, St Béat.

Saujon : R. Dubois, M. Boisseau.

Saint-Didier (Vau.) : Masquin.

St-Honoré-les-Bains : Charpin, Ségard, Silvestre.

St-Nectaire : Sérane, Siguret, Versepuy.

Santenay-les-Bains : Boudeille.

Sermaize-les-Bains : Fritsch, (H.), Ramonet (*Malad. des enf.*)

Uriage : G. Barbier.

Vals-les-Bains : David, Galtier.

Vernet-les-Bains : Ponson.

Vichy : Arama (Michel) (*stom.*), Bargy, Berthomier, (*phys.*) Caillon, Castera, Chabrol, (Léon), R. Chaux, Cluzan, Cornillon, Cotar, Cros L., Déléage, Desmaroux, A. Durrieux, (*stom.*), Fau, R. Fraudet, (*stom.*), Fruictier, Gannat, Lère, Marquis, Martin-Péridier, Reynès, Roussignol.

Vittel : Adda, G. Constant, P. Genay, Finck.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Association des anciens élèves de la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux.** — Les anciens élèves de la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux (médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes) sont informés qu'il vient de se créer une Association des anciens élèves dont le siège social est à la Faculté de médecine et de pharmacie (place de la Victoire).

Cette Association, fondée sous la présidence d'honneur de M. le Recteur de l'Académie de Bordeaux et de M. le Doyen de la Faculté de médecine et de pharmacie, a pour but de renouer les liens de camaraderie et de solidarité contractés au cours des études, créer un centre mutuel d'appui pour favoriser et défendre tout ce qui a rapport au bien des anciens élèves et de la Faculté elle-même, enfin publier un bulletin d'information et d'expansion scientifique et morale destiné à maintenir et faire rayonner le prestige de l'Ecole bordelaise.

Les adhésions doivent être adressées dès maintenant à M. le Secrétaire de la Faculté de médecine et de pharmacie, place de la Victoire, à Bordeaux. Elles doivent être accompagnées d'un mandat-carte de 10 francs montant de l'inscription et de la cotisation annuelle.

La première Assemblée générale est fixée au samedi 19 juin 1937, à 17 heures, au Grand amphithéâtre de la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux.

— **A la mémoire du Professeur Robert Proust.** — Les amis, les collègues et les élèves du Professeur Robert Proust, désireux d'honorer sa mémoire, ont eu la pensée de faire exécuter par le sculpteur Landowski un buste qui sera offert à la Faculté de médecine de Paris.

Une souscription a été ouverte à cet effet.

Tout souscripteur de 100 francs recevra une reproduction en héliogravure de ce buste.

Le Comité d'organisation est composée de MM. A. Gosset, Jonard, Houdart, Maurer. Adresser les souscriptions au trésorier, M. Georges Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe). (Compte chèques posteaux, Paris 599).

— **Réunions médico-chirurgicales de morphologie.** — La prochaine réunion aura lieu à 21 heures, le mercredi 19 mai 1937, à la Bibliothèque de la Maison de Santé Velpeau, 7, rue de la Chaise, à Paris.

Ordre du jour : 1° Docteur Carlos Rusconi (Buenos-Aires) : Sur la morphogénèse cranienne chez les primates actuels et les fossiles. — 2° Docteur Ch. Claoué (Paris) : De l'orientation de la tête dans l'espace (avec projections). — 3° Docteur H. Brohovici (Bucarest) : A propos de la keiloplastie inférieure

(avec projections). — 4° Docteur THOORIS (Paris) : Les caractères sexuels secondaires chez les mammifères et chez l'homme (avec projections). — 5° M. CHAUMEL (Paris) : Données morphologiques servant à l'étude du caractère de l'enfant.

— **La « carte de diabétique » à New-York.** — Une carte d'identité spéciale a été établie à New-York à l'usage des membres de l'Association des diabétiques de cette ville. Cette carte porte, outre le nom et l'adresse du titulaire, l'indication suivante :

« Le porteur de cette carte est atteint de diabète et traité par l'insuline. En cas de douleur subite ou de perte de connaissance, lui donner deux morceaux de sucre dissous dans un verre d'eau et appeler un médecin. »

— **Bucarest.** — Une loi, récemment votée par le Parlement roumain, a maintenu le Professeur MARINESCO, titulaire à vie de sa chaire universitaire.

Cet hommage rendu au savant neurologue, qui fut à Paris un des élèves les plus distingués de l'Ecole de la Salpêtrière de Charcot, trouvera son écho dans notre pays où le Professeur Marinesco compte beaucoup d'amis et d'admirateurs de son œuvre scientifique.

— **Hôpital-sanatorium de La Rochelle.** — M. le Docteur Maurice DROUINEAU a été nommé médecin-chef de l'hôpital-sanatorium de La Rochelle.

— **Groupe d'études philosophiques et scientifiques.** — *Conférences.* — M. R. ANTHONY, professeur au Muséum et à l'Ecole d'anthropologie, fera le jeudi 21 mai 1937, à 21 heures, à la Sorbonne (amphithéâtre Michelet), 46, rue Saint-Jacques, une conférence sur le sujet suivant : *Y a-t-il des dogmes dans la science ?*

— **Société nationale d'acclimatation de France.** — *Conférence.* — Le Docteur GAUDUCHEAU a fait le 10 mai, à la Société nationale d'acclimatation de France (amphithéâtre d'Entomologie, 45 *bis*, rue de Buffon), une conférence sur le sujet suivant : *Acclimatation humaine, transformation des races par l'alimentation et l'hygiène.*

— **Premières Journées internationales de pathologie et d'organisation du travail.** — Nous rappelons que ces journées se tiendront à Paris du 1er au 6 juin 1937, sous le patronage des ministres de la Santé publique et du Travail et du doyen Roussy, avec la collaboration de la Confédération générale de la Production française et de la Confédération générale du travail, sous la présidence du Professeur V. Balthazard.

Le Comité réunit les noms de MM. les Professeurs Etienne Martin, Duvoir, Brindeau, Heim de Balsac, Fabre, Kohn-Abrest, Laugier, Leclercq, Piédelièvre, Tanon, etc... Les commissaires pour l'étranger déjà connus sont : MM. les Professeurs Baader (Berlin)

Bronner (Moscou), Carrozzi (B. I. T.), Berka (Brno), etc...

La cotisation des membres titulaires est de 100 francs donnant droit aux publications, manifestations artistiques, fêtes, visites d'usine et excursion.

Les inscriptions sont reçues jusqu'au 1er juin. Les grands réseaux de chemin de fer français accordent aux congressistes des réductions importantes sur présentation de la carte du Congrès.

En plus des rapports et des communications signalés sont annoncées : trois visites d'usine, une visite du Bureau d'études des chemins de fer de l'Etat, une soirée théâtrale, une soirée à l'Exposition, une soirée au Louvre illuminé, et enfin, le 6 juin, grande excursion à Rouen (réception par la Municipalité, visite des monuments et visite des usines de pétrole).

Un Comité pour les dames et les familles des congressistes est organisé. Plusieurs distractions sont déjà prévues : visite de l'Exposition d'art chinois à l'Orangerie, visite des Gobelins, visite du vieux Paris.

Toutes les demandes de renseignements, les adhésions, cotisations, doivent être adressées au Docteur G. Hausser, secrétaire général, Institut médico-légal, place Mazas, Paris (XIIe).

— **La Fédération abolitionniste internationale contre la réglementation de la prostitution** tiendra son 47e Congrès à Paris du 20 au 23 mai 1937.

Les principaux rapports seront consacrés à l'étude des méthodes que les autorités peuvent employer pour lutter contre les maladies vénériennes ; au contrôle de l'opinion publique en matière de moralité ; à l'influence sur la jeunesse du régime de la réglementation.

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétariat de la Branche française, 8, rue de l'Elysée, Paris (VIIIe). Carte de congressiste : 20 francs, à demander à M. Otto Pierson, 110, avenue du Roule, Neuilly ; Paris c/c 152.804.

— **Le Parti social de la santé publique** crée dans toute la France des sections départementales d'action sociale.

De plus, il organise des « Etats généraux de la Santé publique » qui auront lieu à Paris le 10 juillet 1937, et il fait appel à tous les groupements, toutes les grandes Associations qui voudront bien lui soumettre, en vue de ces manifestations, leurs vœux, leurs suggestions en matière de santé publique en France et aux Colonies.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat général du Parti social de la Santé publique, 2, rue Chauchat, Paris (IXe).

— **Faculté de médecine de Toulouse.** — *Clinicat.* — Un concours pour une place de chef de clinique (Clinique du Cancer), aura lieu le 10 juin 1937. Pour renseignements complémentaires, s'adresser au secrétariat de la Faculté de médecine de Toulouse.

— **Ministère des Pensions.** — Le Docteur SUREAU, secrétaire général de la Commission spéciale de classement des médecins, pharmaciens, dentistes, vétérinaires, bénéficiaires de la loi du 12 août 1933, communique la note suivante :

Postes déclarés vacants conformément à l'article 5 de la loi du 12 août 1933 et non encore pourvus :

Ministère des postes, téléphones et télégraphes. Médecins de circonscription : Banlieue parisienne, 2 ; médecins consultants des comités régionaux : Montpellier, 1 ; Strasbourg, 1 ; Paris, 1.

Ministère de l'Air. — Médecins spécialistes, à Tunis : 1 médecin neurologue, 1 médecin ophtalmologiste, 1 médecin oto-rhino-laryngologiste.

Ministère de l'Education nationale.—Médecin-chef, Lycée Michelet ; médecin adjoint, Lycée Michelet ; médecin titulaire, Lycée d'Aix ; médecin adjoint, Lycée d'Aix ; dentiste adjoint, Lycée d'Aix ; médecin, Lycée de garçons de Marseille ; médecin-chef, Lycée de Nice ; médecin-chef, Lycée de Toulon ; médecin, Lycée de Vesoul ; médecin, Lycée d'Agen ; Lycée Bordeaux (chirurgien consultant, stomatologiste, oto-rhino-laryngologiste, ophtalmologiste) ; médecin, Lycée de Mont-de-Marsan ; médecin, Lycée de Coutances ; médecin, Lycée de Le Mans ; dentiste, Lycée de Clermont-Ferrand ; médecin, Lycée de Guéret ; médecin, lycée de Chaumont ; médecin, Lycée de Troyes ; médecin, Lycée de Grenoble ; médecin adjoint, Lycée de Grenoble ; médecin, Lycée de Douai ; médecin, Lycée de Bar-le-Duc ; médecin, Lycée d'Epinal ; médecin, Lycée de Metz ; dentiste, Lycée de Châteauroux ; médecin, Lycée de Niort ; médecin, Lycée de La Rochelle ; médecin chef, Lycée d'Angers ; médecin adjoint, Lycée d'Angers ; médecin, Lycée de Saint-Brieuc ; dentiste, Lycée de Cahors ; médecin, Lycée de Montauban ; médecin, Lycée de Tarbes ; dentiste, Lycée de Toulouse.

Ministère des Finances. — Deux médecins assermentés (Administration centrale).

Ministère de l'Agriculture. — Médecin, dépôt d'étalons de Saintes, 1 ; médecin, dépôt d'étalons de Compiègne, 1 ; vétérinaire à l'abonnement dépôt d'étalons de Lamballe ; vétérinaire à l'abonnement, dépôt d'étalons de Pau ; vétérinaire à l'abonnement de Rosières-aux-Salines.

— **Société médicale d'Aix-les-Bains (Savoie).** *Séance scientifique annuelle.* — La Société médicale tiendra le dimanche 6 juin, à 10 heures, la sixième de ses séances scientifiques annuelles.

Sujet : Séquelles traumatiques et traitement thermal d'Aix-les-Bains.

Rapporteurs : F. Françon, R. Levaxelaire, P. Robert.

A l'issue de la réunion, un déjeuner sera offert par la municipalité d'Aix aux médecins présents.

Les confrères qui désireraient assister à la séance ou prendre part à la discussion sont priés de se fairt inscrire d'urgence, par lettre adressée au présidene

annuel de la Société : Docteur L. Bertier, rue Albert-Ier, Aix-les-Bains ou au secrétaire général : Docteur Chevallier, avenue Marie, Aix-les-Bains. Inscription gratuite.

— **Hommage au Docteur Armand Siredey.** — Désireux de rendre hommage au Docteur Armand Siredey un groupe de ses anciens élèves, de ses collègues et de ses amis a eu la pensée de lui offrir un volume, au cours d'une réunion dont la date sera fixée ultérieurement. Sur ce volume, qui reproduira quelques-unes de ses récentes publications, les signatures des membres présents seront apposées lors de cette réunion.

Une reproduction de l'ouvrage sera imprimée, et un exemplaire sera remis, en souvenir, à tout souscripteur de 100 francs et de 50 francs.

La souscription sera close le 25 mai 1937.

Adresser les souscriptions à MM. Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (VIe). Compte chèques postaux, Paris 201.74.

— **Société F. E. M.** — *Soirée de bridge* (avec tournoi facultatif) au profit des veuves et orphelins de médecins. — *Le vendredi* 21 *mai*, de 21 heures à minuit, dans les Salons de l'Hôtel de la Confédération des Syndicats médicaux, 60, Boulevard La Tour-Maubourg. (Cartes : 20 francs). S'inscrire à l'avance, par téléphone, à Littré : 01-08, le matin ou au Siège de la Société F. E. M. Pour le tournoi, les joueurs sont priés de s'inscrire par équipes de deux.

Règlement du tournoi : 1° Le tournoi se joue par éliminatoires. La forme adoptée est le bridge français dit « plafond » ; 2° *sauf dans la finale* : *a*) toute manche demandée et gagnée vaut 300 points en supplément ; *b*) dans chaque partie, l'équipe gagnante est celle qui a totalisé le plus grand nombre de points en trois donnes, l'équipe perdante étant éliminée ; 3° la finale se joue en trois manches ; 4° la coupe sera offerte à l'équipe victorieuse.

— **Mariage.** — Le Docteur Gaston Desforges, odonto-stomatologiste, professeur à l'Ecole dentaire de Paris et Madame Gaston Desforges nous font part du mariage de leur fille, Mademoiselle Denise Desforges, avec M. Jacques Loyer.

La bénédiction nuptiale leur sera donnée le mardi 25 mai 1937, à 11 heures et demie, en l'église de l'Immaculée-Conception de Suresnes.

(40, rue Richemond-Desbassayns, Suresnes, Seine).

Nos sincères souhaits de bonheur aux futurs époux.

— **Fédération des Syndicats médicaux de la Seine.** — *Avis.* — En cas de cessation de fourniture d'essence, les médecins de Paris et de la banlieue de la Seine sont priés de s'adresser à la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine, 28, rue Serpente, à Paris (VIe), Tél. Danton 93-42, qui leur donnera toutes indications utiles pour qu'ils puissent s'en procurer au titre médical.

A TRAVERS L'OFFICIEL

27 AVRIL

Sanatoriums publics

Mlle le Docteur Boudon, médecin adjoint des sanatoriums publics, a été nommée médecin directeur stagiaire au Sanatorium interdépartemental de Saint-Gobain (Aisne).

Hygiène publique

Circulaire du 26 avril 1937 relative au règlement sanitaire départemental-type

Cette Circulaire sera publiée ultérieurement.

28 AVRIL

Limite d'âge des fonctionnaires

Décret du 22 avril 1937 fixant la limite d'âge pour l'admission à la retraite de certains fonctionnaires du ministère de la Santé publique

Ce Décret sera publié ultérieurement.

Sanatoriums

Circulaire du 27 avril 1937 concernant la chirurgie thoracique dans les sanatoriums

Le ministre de la Santé publique à MM. les Préfets,

Depuis quelques années, les méthodes chirurgicales de traitement de la tuberculose pulmonaire n'ont cessé de se perfectionner et tendent à devenir d'une pratique courante dans les sanatoriums.

L'application de ces nouvelles méthodes ne saurait être confiée qu'à des praticiens éprouvés, ayant reçu une formation spéciale qui leur assure une compétence suffisante, tant au point de vue clinique qu'au point de vue opératoire.

Je vous prie, en conséquence, conformément à l'avis de la Commission de la tuberculose, de soumettre à mon approbation le nom des médecins ou chirurgiens appelés à procéder aux interventions (sections de brides, phrénicectomies, thoracoplasties, etc.), que comporte ce genre de traitement, dans les sanatoriums publics et assimilés et dans les sanatoriums privés, qui reçoivent des malades de l'assistance médicale gratuite, en exécution de l'article 5 de la loi du 7 septembre 1919.

Vous voudrez bien, en conséquence, me faire parvenir un dossier sur chacun de ces praticiens susceptibles d'être habilité à pratiquer dans lesdits sanatoriums les interventions ci-dessus indiquées, en indi-

quant leurs nom, prénoms, âge et adresse et toutes justifications de leurs titres et services, notamment en ce qui concerne le traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire.

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir faire part de la présente Circulaire aux médecins des sanatoriums et dispensaires d'hygiène sociale, ainsi qu'aux groupements et organismes médicaux siégeant dans votre département. Henri SELLIER.

29 AVRIL

Médecins sanitaires maritimes

Arrêté du 8 avril 1937 relatif à la délivrance du brevet de médecin sanitaire maritime

Article unique. — L'arrêté du 28 juillet 1932 est complété ainsi qu'il suit :

Art. 7. — Le brevet de médecin sanitaire maritime ne pourra être délivré qu'aux candidats qui, ayant subi avec succès l'examen prévu par le décret du 15 mars 1930 modifié, seront titulaires du diplôme de docteur en médecine.

Art. 8. — Ne pourront embarquer comme médecin à bord des navires de commerce que les docteurs en médecine titulaires et possesseurs du brevet de médecin sanitaire maritime.

Service de santé militaire

Par décret du 27 avril 1937, sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé et, par décision ministérielle du même jour, reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de médecin sous-lieutenant

Les médecins auxiliaires, titulaires du brevet de préparation militaire supérieure, ci-après désignés :

Rang, du 21 mars 1937) : Barbier, 22e sect. inf. mil, aff. rég. de Paris ; Tissandie, 6e sect. inf. mil., aff. 6e rég. ; Alengrin, 15e sect. inf. mil., aff. 15e rég.

Les élèves officiers de réserve ci-après désignés (rang du 21 mars 1937) : Lemarchand, 3e sect. inf. mil., aff. 3e rég. ; Legrand, 6e sect. inf. mil., aff. 6e rég. ; Camus, 6e sect. inf. mil., aff. 6e rég. ; Genin, 7e sect. inf. mil., aff. 7e rég. ; Langs, 7e sect. inf. mil., aff. 7e rég. ; Juille, 7e sect. inf. mil., aff. 7e rég. ; Bailly-Salins, 7e sect. inf. mil., aff. 7e rég. ; Coudert, 7e sect. inf. mil., aff. 7e rég. ; Misserey, 8e sect. inf. mil., aff. 8e rég. ; Benoit, 8e sect. inf. mil., 8e rég. ; Lebrun, 9e sect. inf. mil., aff. 9e rég. ; Courty, 13e sect. inf. mil., aff. 15e rég. ; Lafarge, 13e sect. inf. mil., aff. 18e rég.

Par décret du 27 avril 1937 sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé à compter du jour de l'acceptation de la démission de leur grade les officiers de réserve démissionnaires ci-après désignés, qui, par décision de la même date, reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de médecin sous-lieutenant

(Rang du 25 décembre 1933) : Imbert, ex-capit. de rés. d'inf., c. m. inf. d'Afr. 5, aff. 19e C. A. ; (rang du 25

Voir la suite page L V-1583

PROPOS DU JOUR

LE DIPLOME LÉGAL DE SPÉCIALISTE

La question est à l'ordre du jour en Belgique. Le Collège des médecins, dans sa séance du 27 avril 1937, a discuté le projet de loi des diplômes de spécialisations médicales. Le Docteur DELCHEF, rédacteur en chef du journal *Le Scalpel*, organe qui a atteint sa 90e année, est intervenu dans la discussion. Il a exposé dans *Le Scalpel* du 1er mai 1937 les raisons qu'il a données au cours de la séance. Sa chronique est intitulée : *Pourquoi je reste adversaire d'un diplôme légal de spécialiste.*

Certes, les arguments de ceux qui désirent voir réglementer les spécialités médicales sont impressionnants et donnent à réfléchir. Mais pour M. Delchef les conclusions qu'on en tire sont très discutables et il craint qu'au lieu de porter remède au mal, elles ne contribuent à en créer un beaucoup plus redoutable.

Beaucoup de jeunes médecins sortent de l'Université avec leur diplôme de docteur en médecine et dans un but de lucre s'intitulent spécialistes, sans avoir fait le plus court stage et la moindre étude dans le domaine de la spécialité qu'ils ont l'audace de vouloir exercer. Il y a là un véritable danger pour le public, et les partisans de la réglementation affirment qu'il conviendrait d'interdire de se parer du qualificatif de spécialiste à tout docteur qui ne justifierait pas d'études spéciales sanctionnées par un diplôme spécial après une épreuve appropriée.

M. Delchef fait remarquer qu'un médecin qui se dit spécialiste, et qui, à l'abri de son diplôme, se livre à des interventions pour lesquelles il n'a pas une compétence suffisante, n'est pas seulement coupable d'imprudence, d'imperitie et d'ignorance, mais est surtout un malhonnête homme. A côté de ces ignorants audacieux et malhonnêtes qui sont relativement peu nombreux, car leurs insuccès leur enlèvent bientôt tout espoir de clientèle, il y a, selon M. Delchef, de plus nombreux praticiens qui multiplient les petites interventions anodines et qu'ils font d'ailleurs correctement, interventions superflues que seul leur intérêt matériel personnel et non la maladie de leurs victimes, indique. Ces actes condamnables sont rarement perpétrés par de vrais spécialistes, mais par des gens qui, mus par leur seul intérêt matériel, perdent tout contact avec la clinique et s'enferment dans les limites étroites d'une spécialisation qu'ils affichent le plus souvent d'une manière tapageuse. Ce sont les termes mêmes de M. Delchef.

Un diplôme spécial ne supprimerait pas ces dernier abus, s'il remédiait à l'ignorance il est à craindre qu'il faciliterait l'exploitation de ces spécialistes malhonnêtes en leur donnant un titre surnuméraire.

M. Delchef, persuadé que le mal réside moins dans l'ignorance que dans l'absence de sens moral et de conscience professionnelle, préconise une sélection plus sévère des futurs médecins, le contrôle de leurs aptitudes au moment de leur entrée dans l'Université, dans un développement plus poussé de leurs qualités professionnelles, dans la réhabilitation de la médecine générale vis-à-vis des spécialités et dans la constitution d'un Ordre des médecins. Nous aurions aimé à voir M. Delchef développer et préciser davantage les moyens qu'il énumère pour combattre la malhonnêteté des spécialistes ou soi-disant tels.

M. Delchef fait remarquer combien il serait paradoxal de délivrer un diplôme permettant de faire telle ou telle thérapeutique spéciale quand le diplôme belge actuel de docteur en médecine, en chirurgie et en accouchements, donne le droit de pratiquer n'importe quel traitement. Rationnellement on devrait revenir au diplôme de docteur ès-sciences médicales qui, comme le fait remarquer le Professeur Beco, serait scientifiquement un pas en arrière, car la science médicale est une, et la spécialité n'existe que dans le domaine de la technique et exige un apprentissage prolongé et assidu et le maniement répété et constant des instruments utilisés tant pour le diagnostic que pour la thérapeutique. « Le meilleur spécialiste, proclame M. Delchef (et nous sommes bien de son avis) est celui qui reste profondément médecin. »

M. Delchef demande qu'on n'impose pas trop tôt à de jeunes étudiants l'étude, fatalement toute superficielle, des spécialités. Il demande qu'on développe davantage l'étude de la pathologie générale et de la clinique. A son avis le praticien de médecine générale, celui qu'il appelle « interniste » devrait, dans les tarifs d'honoraires qu'assurent les collectivités, être aussi bien honoré que le spécialiste. Cette mesure diminuerait pour certains jeunes gens l'attrait de la spécialisation vers laquelle ils sont poussés plus par

✦✦

l'intérêt matériel que par la curiosité scientifique et la vocation.

M. Delchef va jusqu'à préconiser l'interdiction à tout médecin de s'intituler spécialiste en quoi que ce soit.

Le vrai spécialiste, le bon, affirme-t-il, « n'est généralement pas consulté directement par le malade, il a une clientèle de médecins qui s'adresse à lui, parce qu'elle reconnaît sa valeur et, généralement, il ne fait pas, devant le public, ni sur sa plaque, ni sur ses en-têtes de lettres, mention de sa spécialisation. »

Cela est sans doute exact en Belgique, cela était encore vrai en France et même à Paris, il y a une quarantaine d'années, mais chez nous à l'heure actuelle il n'en est plus ainsi. De l'avis de plusieurs de nos amis, chirurgiens et spécialistes sérieux et honnêtes, 75 % de leur clientèle s'adresse directement à eux, soit qu'on ait entendu parler favorablement de ce spécialiste, soit qu'un ami ait eu recours à ses soins et lui ait gardé une certaine reconnaissance. Combien de fois dans notre clientèle, après avoir émis l'indication d'une opération qui sans doute s'imposerait dans un avenir plus ou moins lointain, n'avons-nous pas vu revenir, plusieurs mois après, notre malade nous annonçant, avec une naïve inconscience qui nous a désarmés qu'il s'était fait opérer par le Docteur X. ou Y qui avait opéré avec succès son ami Un tel. Souvent ce chirurgien ou ce spécialiste opère dans une petite ville de province ; le plus souvent il est parfaitement inconnu.

Avouons que des abus, tels que la dichotomie, sont pour beaucoup dans l'habitude que prend le client de s'adresser directement au chirurgien ou au spécialiste sans demander l'avis de son médecin traitant, si encore il a conservé l'habitude d'en conserver un.

Nous constaterons en feuilletant nos annuaires que la spécialisation ne se cantonne plus aux organes dont l'examen et le traitement exigent une technique spéciale. Il y a des spécialistes pour les maladies des artères et de l'appareil circulatoire, pour l'arthritisme, pour les maladies de la cinquantaine et l'endocrinologie, pour le diabète, les voies digestives, le foie, la goutte, l'obésité, le rhumatisme, les maladies des pieds et des mains, la tuberculose, les poumons, le sang et la rate, etc., etc. Et ne croyez pas que les spécialistes désignés soient de ces spécialistes de deuxième ou troisième zône que flétrit notre confrère Delchef, ce sont souvent des maîtres de nos Facultés dont la presse politique et la T. S. F. font connaître à tous les mérites et la grande compétence, parfois incontestables et incontestés. Heureuse Belgique ! Heureux nos confrères belges ! s'ils n'en sont pas encore arrivés là.

M. le Docteur Delchef n'est pas l'ennemi, au contraire, d'un enseignement des spécialités, de stages spéciaux à la fin des études, qui pourraient après des épreuves sévères faire l'objet de l'obtention d'un certificat. Tous les vrais spécialistes ont fait ces études et ces stages, même à l'étranger, chez des maîtres réputés. Ils possèdent des certificats de ce genre qu'ils conservent dans leur tiroir, se contentant de la confiance de leurs confrères.

Quant à la nécessité d'être renseigné sur la valeur des spécialistes auxquels on confierait un poste de chef de service dans les nombreux organismes officiels ou privés que la médecine sociale a multipliés, il serait facile d'être fixé sur leur valeur par leurs travaux antérieurs et par des concours dont les membres du jury seraient choisis parmi les notabilités médicales compétentes.

En résumé, le Docteur Delchef préconise contre les abus de la spécialisation, la réhabilitation de la médecine générale, l'interdiction aux médecins de faire état devant le public d'une spécialisation quelconque, autre que celles depuis fort longtemps admises et qui reposent sur une technique spéciale : oculistique, otorhinolaryngologie, stomatologie, (nous ajouterions même l'urologie). Ces mesures auraient une efficacité plus grande que la création de nouveaux diplômes et feraient disparaître la plupart des abus. L'Ordre des médecins, ajoute M. Delchef, suffirait à lutter contre les erreurs persistantes.

Nous avons cru utile de résumer ici la chronique du Docteur Delchef, car en France aussi bien qu'en Belgique, les médecins souffrent des mêmes maux et à l'occasion ils pourraient leur opposer les mêmes remèdes.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

(Hôtel-Dieu)

Exophtalmie d'origine tumorale

Par M. le Professeur F. Terrien (1)

Observations. — Avant de vous entretenir des signes d'exophtalmie d'origine tumorale je désire vous montrer ces deux malades. La première est une jeune femme : elle vient nous consulter ce matin parce que depuis quelques semaines elle a parfois pendant quelques instants comme une sorte de voile devant les yeux. Cependant elle arrive à voir à travers ce brouillard. Dans les intervalles la vision est normale et ces troubles n'apparaissent que de temps en temps, parfois plusieurs fois par jour. L'acuité visuelle est de 9/10 à droite, de 4/10 à gauche, mais la malade n'avait pas remarqué cette diminution de la vision et elle vient nous consulter seulement pour ces troubles passagers. Or l'examen ophtalmoscopique met en évidence la présence d'une *stase papillaire,* plus accentuée du côté gauche. Des deux côtés, la papille surplombe la rétine et se confond avec elle ; ses limites normales sont effacées, son diamètre est élargi,les veines sont très volumineuses et il existe sur la papille et tout autour de fines hémorragies striées. Cette saillie du nerf optique est la conséquence d'une gêne circulatoire dans la circulation en retour et témoigne d'une hypertension intra-cranienne. Or, la stase papillaire bilatérale, symptôme d'hypertension intracranienne, est le plus souvent due, nous le savons, à une tumeur cérébrale.

L'histoire clinique de cette malade est la suivante : il y a neuf mois qu'elle a présenté des troubles digestifs caractérisés par des accès de vomissements du type cérébral survenant irrégulièrement, sans cause apparente et sans efforts ; entre ces vomissements, la malade mangeait bien. Elle fut traitée pour ces troubles soi-disant digestifs qui disparurent peu à peu, tandis que le séjour à la campagne améliorait son état général.

Toutefois des maux de tête apparaissent et ces troubles visuels passagers, se manifestent sous forme de voile ou de brouillard, survenant de temps en temps et ne durant que quelques minutes. C'est alors qu'elle vient consulter et que l'examen ophtalmoscopique nous montre la présence d'une stase papillaire bilatérale, signe d'une import nce capitale pour le diagnostic de tumeur cérébrale. D'autant plus que les troubles visuels au début sont peu marqués et peuvent même être nuls. L'acuité visuelle chez notre malade est normale à droite, à peine diminuée à gauche, car les fibres nerveuses du nerf optique sont seulement cloisonnées par l'œdème, mais ne sont pas encore comprimées. Ainsi l'acuité visuelle peut rester normale et le champ visuel n'est pas rétréci. Il en est de même chez cette malade.

Elle est venue seulement il y a quelques instants pour nous consulter et sera examinée complètement au point de vue neurologique ; mais vous le voyez, les réflexes rotuliens sont exagérés, et on constate un certain degré d'incoordination motrice ; si nous lui demandons de toucher avec l'index le bout du nez on s'aperçoit que le doigt tremble et n'atteint pas le but immédiatement. Par contre, la malade exécute normalement les mouvements de marionnette. On peut donc conclure à un syndrome cérébelleux.

Quelle est la nature de la tumeur ? Il y a dix-huit mois, la malade a eu une pleurésie. Puis, elle a maigri considérablement : il est permis de soupçonner une tumeur de nature tuberculeuse. L'évolution ultérieure seule permettra de se prononcer mais déjà malgré l'absence de diminution de la vision, les troubles d'incoordination motrice et la présence de la stase papillaire nous permettent d'affirmer l'existence d'une tumeur cérébrale. Nous pouvons exclure d'emblée une névrite du nerf optique, car l'affection est plus rarement bilatérale et toujours accompagnée de troubles visuels très prononcés.

Ainsi, avec les troubles cérébelleux notre malade ne présente d'autres signes d'hypertension qu'une stase papillaire bilatérale, révélée

(1) Leçon du 11 décembre 1936, résumée par Madame le Docteur Rodzevitch.

seulement par l'ophtalmoscope, sans autres troubles visuels que de légers phénomènes passagers qui n'influencent pas sa vision. Aussi, bien souvent, le médecin ne prête aucune attention à ces troubles visuels très légers et passe ainsi à côté du diagnostic de néoplasme cérébral.

Mais si la stase papillaire, surtout lorsqu'elle est bilatérale, est un des signes les plus constants d'hypertension intra-cranienne et de tumeur cérébrale, elle ne nous permet pas d'en soupçonner le siège. Parfois l'œdème papillaire est plus marqué du côté de la tumeur.

La syphilis doit souvent être incriminée tout d'abord et de ce fait, avant d'intervenir, il faut dans tous les cas instituer un traitement spécifique intensif. Ce n'est qu'après son inefficacité qu'on peut recourir à l'une ou à l'autre intervention : ponction lombaire, ou craniectomie, toutes deux agissent par décompression, mais la première d'action essentiellement temporaire.

Notre seconde malade, âgée de 76 ans, illustre le sujet de ma leçon d'aujourd'hui ; elle est atteinte d'une tumeur de l'orbite se traduisant par une exophtalmie. Le diagnostic de tumeur de l'orbite est souvent très difficile : l'exophalmie, saillie du globe en avant, est un syndrome qui se rencontre au cours de diverses affections neurologiques et générales. L'exophtalmie peut être unilatérale, comme chez notre malade, ou bilatérale. Dans ce dernier cas, elle est presque toujours d'ordre général. Ce premier symptôme de la maladie de Basedow est celui qui persiste le plus longtemps. Il s'accompagne d'écartement de la fente palpébrale et de la disjonction des mouvements de la paupière supérieure et du globe.

Notre malade est entrée dans le service le 27 novembre 1936, ayant deux semaines auparavant constaté que l'œil gauche grossissait tandis que la paupière supérieure tombait. Actuellement, on constate une exophtalmie accentuée avec ptosis : en relevant la paupière on voit que l'œil est immobile. Il existe une paralysie des II, III, V et VI paires : la vision est complètement abolie et la malade ne distingue même pas la lumière. Par contre les troubles de la sensibilité sont insignifiants : à peine un faible degré d'hypoesthésie dans le domaine de la branche ophtalmique du trijumeau.

La diminution progressive de la vision de cet œil gauche date du milieu de novembre et coïncide avec l'apparition de l'exophtalmie et avec la chute de la paupière. Le fond de l'œil est normal.

La propulsion de l'œil s'accompagne de maux de tête assez violents, qui persistent en ce moment. L'œil droit n'est pas intéressé : le champ visuel est légèrement rétréci mais on constate quelques stries opaques dans le cristallin qui expliquent la légère diminution de la vision de cet œil.

Diagnostic de l'exophtalmie. — Quelle peut être la cause de cette exophtalmie à évolution rapide ?

Diagnostic différentiel. — Tout d'abord il faut s'assurer qu'il s'agit bien d'une exophtalmie. En général, elle est facile à reconnaître et ne sera pas confondue avec une augmenta ion de volume du globe due à une myopie forte ou à une hydrophtalmie. Au premier abord, une myopie forte pourra parfois en imposer pour une exophtalmie. J'ai vu une jeune fille qui, à la suite d'une fièvre typhoïde prolongée, présentait une myopie unilatérale très prononcée qui tout d'abord donnait l'aspect d'une exophtalmie.

Il en est de même de l'hydrophtalmie spéciale à l'enfant atteint du syndrome glaucomateux : l'augmentation porte sur la totalité du globe qui devient énorme, « œil de bœuf » ou buphtalmie. La cornée est agrandie, amincie, aplatie, devient le siège d'un trouble diffus et peut se rompre à l'occasion du moindre traumatisme.

Ces deux affections, myopie forte et hydrophtalmie, ont une symptomatologie distincte et caractéristique, et, de ce fait, le diagnostic différentiel avec l'eoxophtalmie ne présente point de difficultés. Car dans l'exophtalmie véritable le volume de l'œil n'est pas modifié. Le globe est seulement propulsé, en avant ou obliquement, par une néoformation, qui peut être une tumeur ou un épanchement. Le degré d'exophtalmie s'apprécie le plus souvent à la simple inspection, par comparaison avec l'œil congénère, sans qu'il soit besoin de recourir à des mesures plus précises au moyen des exophtalmomètres. On se gardera de croire à une exophtalmie lors d'énophtalmie du côté opposé.

Diagnostic causal. — Les causes de l'exophtalmie sont multiples et pas toujours faciles à préciser. Il y a des exophtalmies d'ordre général, à peu près *toujours bilatérales,* et le type nous en est fourni par la maladie de Basedow : l'exophtalmie basedowienne est, elle aussi, presque toujours bilatérale, exceptionnellement unilatérale et s'accompagne de caractères particuliers, sur lesquels nous ne pouvons insister ici, qui en rendent le diagnostic facile.

L'exophtalmie unilatérale, au contraire, est pour ainsi dire toujours d'ordre chirurgical et le plus souvent la conséquence d'une néoformation siégeant soit dans l'intérieur même de l'orbite, soit dans les sinus. Car l'orbite, suivant l'heureuse expression du Professeur Lemaître, est à peu près *complètement encerclée par les sinus de la face* : en bas se trouve le sinus maxil-

laire dont la paroi supérieure constitue son plancher ; en dedans et en haut siège le sinus frontal, dont la paroi inférieure est constituée presque en totalité par la voûte de l'orbite, d'une minceur extrême à ce niveau, et se laissant facilement perforer par le pus dans le cas de la sinusite. La paroi orbitaire interne est séparée de l'ethmoïde par l'os planum et par l'os lacrymal des cellules ethmoïdales antérieures et postérieures. Ces rapports immédiats avec les cavités voisines permettent de comprendre la fréquence des complications orbitaires et oculaires au cours des sinusites et l'apparition de l'exophtalmie.

Chez notre malade, l'exophtalmie, unilatérale, est apparue dans un délai d'une dizaine de jours. C'est donc une évolution rapide, point important pour le diagnostic. L'exophtalmie, en effet, peut apparaître brusquement, ou, au contraire, se constituer lentement et progressivement.

L'exophtalmie brusque s'observe le plus ordinairement à la suite de traumatismes violents, ayant déterminé une fracture ou une félure des parois orbitaires au niveau des sinus. Dans ces cas, l'exophtalmie apparaît brusquement après un effort, par exemple au moment où le sujet se mouche. Elle est alors la conséquence d'un emphysème de l'orbite : la fissure post-traumatique de la paroi de l'orbite a permis la pénétration de l'air dans la cavité orbitaire et son infiltration dans les mailles du tissu cellulaire. Aussi, si l'on cherche à refouler le globe oculaire, l'exophtalmie est *réductible* et l'on sent une *crépitation neigeuse* caractéristique, dûe au froissement de l'air comprimé dans les mailles du tissu cellulaire. Dans d'autres cas, l'exophtalmie se développe progressivement, d'une façon plus ou moins lente et l'éventualité la plus fréquente est la présence d'une tumeur de l'orbite. L'exophtalmie constitue alors le premier symptôme clinique de cette tumeur.

Peut-on en déterminer la nature Si le globe oculaire se laisse refouler facilement et s'il s'agit d'une exophtalmie réductible celle-ci est déterminée généralement par une tumeur vasculaire : angiome, hématome, varices. Par contre, l'exophtalmie irréductible constitue le signe presque constant d'une tumeur solide, ostéome ou sarcome. L'exophtalmie due aux tumeurs kystiques est tantôt réductible, tantôt irréductible, suivant la variété du kyste. Enfin une exophtalmie brusque irréductible peut être aussi provoquée par des sinusites aiguës et chroniques. Avec M. Veil, nous avons eu l'occasion d'observer l'apparition brusque d'une exophtalmie considérable et irréductible. L'examen des sinus de la face nous a montré qu'il s'agissait d'une mucocèle consécutive à une sinusite fronto-ethmoïdale qui brusquement s'était ouverte dans l'orbite. Il fallut intervenir d'urgence pour préserver l'œil qui, fortement exophtalme et la cornée n'étant plus recouverte par les paupières, était menacé de dessication. Car l'exophtalmie, véritable syndrome, est presque toujours accompagnée d'autres symptômes qui permettront souvent le diagnostic de sa cause. Des paupières rouges, chaudes, œdématiées, avec œdème rouge et inflammatoire de la conjonctive, tous éléments caractéristiques de l'*exophtalmie inflammatoire*, s'observent parfois dans les sinusites aiguës et chroniques. Ils sont la conséquence de l'inflammation de la capsule de Tenon, du tissu cellulaire rétro-oculaire ou d'un phlegmon de l'orbite. Aussi, en présence d'une exophtalmie inflammatoire et, d'une manière générale, de toute exophtalmie, il faut pratiquer aussitôt l'examen des sinus de la face. Lors de cellulite orbitaire ou de phlegmon de l'orbite, l'exophtalmie inflammatoire s'accompagne de symptômes généraux très accentués avec ascension thermique à 39° ou 40°. Lorsque cette exophtalmie inflammatoire est la conséquence d'une infection du sinus, il s'agit le plus souvent d'un sinus maxillaire.

La thrombo-phlébite orbitaire présente une symptomatologie analogue : œdème des paupières, chémosis et exophtalmie irréductible, accompagnée de symptômes généraux très intenses, (fièvre plus élevée encore, jusqu'à 41°, avec grandes oscillations). La phlébite de la veine ophtalmique résulte de la propagation à celle-ci de produits infectieux venus des cavités voisines : les sinusites, les affections du rhino-pharynx, les altérations dentaires, le phlegmon amygdalien, peuvent, par l'intermédiaire des veines qui vont se jeter dans l'ophtalmique, déterminer une thrombo-phlébite orbitaire. Très souvent, l'infection de la veine ophtalmique gagne le sinus caverneux, d'où l'apparition de nouveaux symptômes traduisant la compression nerveuse d'un ou de plusieurs nerfs moteurs de l'œil. Car les III, IV et V cheminent dans la paroi externe du sinus et le VI dans l'intérieur même de la cavité. Lors d'envahissement du sinus l'infection se propage au congénère par l'intermédiaire du sinus coronaire et très vite l'exophtalmie devient bilatérale. Le pronostic en est fatal, le malade succombe rapidement à une septicémie accompagnée de troubles cérébraux avec fièvre intense.

Mais cette exophtalmie inflammatoire s'observe très rarement au cours d'une tumeur de l'orbite et nous n'avons pas à y insister ici.

Chez notre malade l'exophtalmie n'est pas inflammatoire, mais son développement a été assez rapide. Elle est irréductible — le globe ne se laisse pas refouler — dernier caractère qui nous permet d'éliminer la présence d'une tumeur vasculaire, angiome, varices. Dans ce dernier cas, l'exophtalmie peut être très accusée mais *elle est réductible. Enfin, avec cette exophtal-*

mie irréductible à développement assez rapide, la malade présente une paralysie de tous les nerfs moteurs de l'œil, une parésie légère de la branche ophtalmique du trijumeau, des troubles visuels et des altérations des régions voisines. Tous ces signes nous permettent d'incriminer une tumeur solide de l'orbite.

Semblable exophtalmie menace la cornée qui peut se dessécher, d'où l'apparition d'une kératite. Pour la protéger il faut suturer les paupières, pratiquer une tarsorraphie médiane. Avec le développement du néoplasme apparaissent des troubles de la motilité se traduisant par la diplopie ou par des phénomènes de compression du nerf optique qui se manifestent à l'examen du fond de l'œil par la stase papillaire et par l'atrophie du nerf optique. La compression des nerfs moteurs de l'œil avec la diplopie qu'elle entraîne peut constituer le premier symptôme d'un néoplasme de l'orbite. La diplopie peut aussi apparaître au cours d'une tumeur des sinus. Il y a quelques années, un malade m'était amené par mon collègue et ami le Docteur J. Hallé, pour une diplopie verticale. La mobilité du globe ne paraissait pas sensiblement modifiée mais la palpation révélait une sorte de voussure du plancher de l'orbite à sa partie antérieure et l'examen des sinus, toujours indispensable dans des cas pareils, révéla la présence d'une néoformation occupant tout le sinus maxillaire. Il s'agissait d'un sarcome qui fut enlevé par le Docteur Rendu et l'opération fut complétée par la radiumthérapie. Le sujet guérit parfaitement.

Ainsi l'apparition d'une diplopie sera souvent le signe initial d'une tumeur de l'orbite, mais elle disparaît assez vite, le malade neutralisant assez facilement l'image fausse, et ceci pour des raisons multiples. Tout d'abord du fait de la diminution de vision du côté lésé, qui est fréquente, et aussi du fait de la déviation de l'œil, souvent considérable. De ce fait, la diplopie n'est pas très gênante et souvent ce symptôme initial passe inaperçu.

Chez notre malade les troubles visuels sont très accusés : il y a une paralysie complète des trois nerfs moteurs de l'œil et une amaurose absolue. Cependant le fond de l'œil gauche paraît normal : on ne constate aucun signe de stase papillaire ni aucune altération du nerf optique, malgré l'abolition de la vision. C'est que la compression, siégeant au sommet du nerf optique, ne donne pas au début de troubles appréciables à l'examen ophtalmoscopique ; l'atrophie du nerf optique ne gagne que peu à peu la papille.

Ailleurs, les troubles visuels au début d'une tumeur de l'orbite peuvent se manifester par l'apparition d'une myopie, du fait de la compression latérale du globe oculaire, ou par de l'hypermétropie si la compression porte directement d'arrière en avant. Le globe est toujours dévié en direction opposée au siège de la tumeur.

Ainsi notre malade présente une exophtalmie non inflammatoire, irréductible, d'origine à peu près certainement tumorale. Mais l'examen ophtalmologique doit être complété par des examens radiologique et rhinologique. Car celui-ci a montré qu'il existe un envahissement du sinus maxillaire et du sinus ethmoïdal, et, cependant, cliniquement, il s'agit d'une tumeur à développement relativement rapide. La fosse nasale gauche est remplie de masses polypeuses qui saignent facilement et l'exophtalmie est apparue après l'envahissement des sinus.

Faut-il intervenir ? Seule une opération radicale, pratiquée de concert avec le rhinologiste, pourrait permettre d'espérer la guérison. Mais ici l'intervention comporte de grands dangers, en raison de l'âge de notre malade et de l'extension des lésions. Enfin l'examen gynécologique a montré chez elle la présence d'un épithélioma du col de l'utérus.

S'agissait-il alors d'une métastase dans l'orbite ? L'épithélioma primitif de l'orbite est exceptionnel. D'ailleurs quelle que soit ici la nature de la tumeur, l'âge avancé de notre malade ainsi que l'extension du néoplasme rendent l'intervention impossible. Quant à la nature de la tumeur peut-être s'agit-il d'un épithélioma métastatique.

Malgré la rareté relative de ces tumeurs à marche rapide, comme celle de notre malade, je pourrais rapprocher deux cas à peu près identiques que je viens d'observer récemment.

Le premier se rapportait à un malade qui m'était adressé par M. Cantonnet. Ce malade, âgé de 48 ans, présentait une exophtalmie unilatérale, très saillante et irréductible, sans phénomènes inflammatoires, qui s'était constituée très rapidement, en quelques semaines, avec des douleurs assez vives. Habituellement, la palpation, lors de tumeurs profondes de l'orbite, ne donne guère de renseignement, sauf, bien entendu, les recherches de la réductibilité de l'exophtalmie. Cette fois, ayant senti à la partie interne de l'orbite une masse rénitente, je pensais à la possibilité d'un kyste hydatique, en raison du développement si rapide de la tumeur et aussi des douleurs. Car le malade se plaignait de douleurs oculaires ; et les douleurs ne s'observent guère que lors de tumeurs malignes ou lors de kystes hydatiques. Un premier examen rhinologique n'ayant, me disait-on, rien révélé d'anormal, je penchai pour la possibilité d'un kyste hydatique. Lorsque deux jours plus tard la malade revenait, ayant saigné du nez, je demandais un nouvel examen du nez qui fut pratiqué par M. Hautant. Celui-ci constate que le sinus ethmoïdal était rempli de masses sarcomateuses et rejette

toute intervention, recommandant seulement de recourir aux rayons.

Il s'agissait donc ici d'un sarcome des cellules ethmoïdales à marche rapide, qui avait envahi secondairement l'orbite.

Cette variété est de beaucoup la plus rare. Le plus souvent le sarcome est enveloppé dans une capsule conjonctive ; son évolution est beaucoup plus lente et le pronostic plus favorable, la tumeur pouvant être enlevée en totalité avec chance d'éviter des récidives. Ici l'intervention fut déconseillée du fait du développement rapide et de la diffusion de la tumeur.

L'histoire de la seconde malade est la suivante: C'est une jeune fille de 23 ans qui fut opérée une première fois par le Professeur Lemaître pour une sinusite maxillaire. Plus tard survint une fistule et le nettoyage de cette fistule montra la présence d'une néoformation de nature sarcomateuse. Six mois plus tard on a constaté un envahissement de l'orbite révélé par l'apparition d'une exophtalmie considérable qui obligea à une tarsorraphie pour préserver la cornée. L'examen radiologique montrait l'envahissement du sinus ethmoïdal et du sinus maxillaire.

L'ablation d'une tumeur de l'orbite ne saurait donc être trop précoce et trop large pour avoir chance d'éviter les récidives. L'orbitomie large, au moyen d'une incision curviligne sur le rebord orbitaire, permettra l'exploration digitale de la tumeur, si elle n'est pas trop volumineuse et pourra le plus souvent remplacer la résection temporaire de la paroi externe de l'orbite, ou l'opération de Krönlein, qui donne un peu plus de jour et, si le néoplasme est très profond, en permet l'extirpation à travers la brèche osseuse. Lorsque la tumeur est volumineuse, diffuse et si le globe est déjà intéressé mieux vaut le sacrifier et pratiquer l'exentération de l'orbite. Faite de bonne heure, cette opération radicale, même en présence de tumeurs particulièrement malignes, donne de très bons résultats.

UN CAS DE PARALYSIE OBSTÉTRICALE

Le Professeur OMBRÉDANNE a présenté à sa consultation du lundi une fillette de 7 ans atteinte d'impotence fonctionnelle partielle de son bras droit. Les anamnestiques apprennent que l'accouchement avait été difficile. Une traction avait été exercée sur le bras droit, le bras gauche avait été fracturé.

A l'examen : le bras gauche est normal ; le cal est simplement un peu volumineux.

Le bras droit présente l'attitude caractéristique de la *paralysie obstétricale* : le pli du coude regarde en dedans et non en avant ; d'où mouvements défectueux : si l'on demande à la jeune malade de mettre le doigt dans la bouche, elle est obligée, pour faire ce geste, d'élever le coude à la hauteur de l'épaule ; c'est là le geste caractéristique de la paralysie dite obstétricale frappant surtout les rotateurs externes de l'épaule.

Quand la malade se présente de dos, ses coudes au corps, les avant-bras fléchis, on n'observe pas de différence de longueur entre les deux humérus. Les avant-bras sont aussi égaux. Il n'en est pas toujours ainsi et il y a quelquefois différence de longueur des humérus, des avant-bras et même des mains.

L'extension de l'avant-bras n'est pas complète et l'on sent le tendon bicipital qui se tend comme une corde.

La main n'est pas tombante et tous les mouvements du poignet existent. Mais souvent il n'en est pas ainsi par suite de lésions radiculaires importantes intéressant les extenseurs de la main.

Les omoplates sont sensiblement au même niveau.

Au niveau de l'épaule : pas de craquements ; la tête humérale ne tend pas à se subluxer en arrière. Si on fait écarter les bras jusqu'à la position horizontale, on voit que cette fillette exécute ce mouvement correctement : donc son deltoïde est intact. Bien souvent dans la paralysie dite obstétricale, le bras est projeté dans un plan plus antérieur que celui du membre sain, par suite de la paralysie du faisceau postérieur deltoïdien.

Dans cette forme légère la dérotation humérale donne des résultats excellents, mais ils sont imparfaits si le faisceau postérieur du deltoïde est paralysé.

OBSERVATIONS CLINIQUES SUR LES EFFETS DU SULFATE DE BENZÉDRINE

La benzédrine (1), composé sympathicotonique relié par sa structure à l'éphédrine et à l'adrénaline, répond au nom chimique de Bêta phenylisopropylamine. On la trouve dans le commerce sous la forme de sulfate. Elle possède une action hypertensive dont le mécanisme est inconnu, différente en tous cas de celle de l'adrénaline et de celle du baryum.

Mais là ne se borne pas son rôle thérapeutique ; des études pharmacologiques et cliniques ont montré en outre qu'elle stimule vigoureusement les centres nerveux. Par exemple, elle dissipe chez les animaux l'anesthésie par les barbituriques, améliore la narcolepsie, les psychonévroses et la simple fatigue.

Elle élève la tension systolique proportionnellement à la dose administrée et, à un degré moindre, la tension diastolique. Administrée par la bouche, c'est en deux heures qu'elle atteint son effet maximum ; après quoi le retour à la normale se produit en deux à sept heures. En même temps, le pouls s'accélère généralement. Sur l'animal on a observé une légère vaso-constriction des artères périphériques. En ce qui concerne le tractus gastro-intestinal, l'action sympathicotonique se traduit surtout par le relâchement des spasmes. Mais il se produit en outre, une légère diminution dans la sécrétion du suc gastrique et un accroissement régulier de l'acide chlorhydrique libre et de l'activité peptinogénique.

Chez l'homme, l'on a pu aller jusqu'à 80 milligrammes sans observer d'effets toxiques.

Sur des individus normaux, l'énergie et la capacité de travail physique se sont vues constamment augmentées.

Sur 32 malades atteints d'épuisement nerveux 25 ont été nettement améliorés, certains allant même jusqu'à l'euphorie.

Les auteurs citent le cas d'un professeur de sciences, fort intelligent, âgé de 46 ans et qui vint à la Clinique en août 1936 pour fatigue et malaise abdominal. Il avait été en excellente santé jusqu'à ce que, sept ans auparavant, il commençât à sentir les premiers symptômes. Il se sentait si épuisé qu'il ne pouvait s'astreindre à un travail de quelques heures et que des actes aussi automatiques que signer son nom, s'habiller, manger, lui causaient de l'effort. L'examen physique et radiologique, les recherches de laboratoire n'ayant rien révélé d'anormal, l'on conclut à un épuisement nerveux accompagné d'irritation gastro-intestinale. Le premier matin qu'il prit 20 milligrammes d'éphédrine, il s'appliqua à noter les effets qu'il en ressentait. Bientôt il put se lever, s'habiller avec soin et, pour la première fois depuis longtemps, s'intéresser à sa toilette. Il se sentit même assez vaillant pour aller faire une promenade avant le déjeuner. Il perdit la conscience de ses bras et de ses jambes qui, ordinairement, étaient douloureux et ne perçut plus le sourd malaise abdominal. L'euphorie dura toute la journée ; mais la nuit suivante, il eut de l'insomnie. En réduisant la dose à 10 milligrammes, il obtint une amélioration continue qui, depuis quatre mois, ne s'est pas démentie. En plusieurs occasions, le fait de cesser la benzédrine a suffi à faire reparaître les anciens malaises.

Dans des psychonévroses caractérisées par la nervosité, de l'anxiété, la surexcitation, le manque d'énergie, l'effet thérapeutique a été différent suivant les cas : sur 35 malades, 16 furent améliorés, 7 ne ressentirent aucun changement 12 furent aggravés, ceux qui souffraient d'anxiété, de manque de repos, d'excitation.

Quant aux trente-trois malades chez qui l'on notait des troubles sévères du caractère, l'effet de la benzédrine fut immédiat et frappant. Ils furent soigneusement sélectionnés, et la dominante du tableau clinique fut la dépression. Ceux qui, à cette dépression joignaient une anxiété marquée et une hyperactivité physique et mentale virent leurs malaises accrus par la benzédrine. Les vingt qui souffraient de dépression accompagnée de ralentissement physique et mental, furent améliorés dans la proportion de 70 %. Sur dix qui avaient de la psychose maniaque dépressive à la phase de dépression, sept furent améliorés. Il est juste de dire que c'étaient les sept moins atteints ; les trois autres durent être dirigés sur des maisons pour maladies mentales.

L'action nocive de la benzédrine sur certains malades s'est toujours montrée passagère. Chez les gens âgés qui avaient de l'hypertension et des maladies cardio-vasculaires, elle a augmenté la tension. Il vaut probablement mieux éviter d'en donner à de tels malades.

Il semble qu'à la longue, la benzédrine épuise son action, chez certains tout au moins, et qu'il vaille mieux en faire un usage intermittent que continu ; il vaut mieux aussi la ré erver aux patients âgés de moins de soixante ans.

G. Lavalée.

(1) Proceedings of the Mayo Clinic, february 17, 1937.

AU SUJET DES INJECTIONS INTRADERMIQUES

Par Michel Godlewski,

Interne des Hôpitaux de Montpellier

Le domaine thérapeutique, au cours de ces années dernières a fortement et maintes fois retenti de l'usage et des résultats chaque jour plus heureux de la voie cutanée et spécialement intradermique.

Cette voie thérapeutique est-elle de si récente découverte ? Employée depuis fort longtemps, c'est bien à elle que font appel nombre de traitements dits externes ; frictions, cataplasmes, certaines radiations lumineuses n'agissent sur l'organisme qu'en empruntant son intermédiaire ; mais l'attention ne s'était pas fixée et attardée sur leur mode d'action exact. Leur intérêt doctrinal est considérable, il parait graviter, en majeure part, autour des relations viscéro-cutanées.

D'innombrables substances ont à l'heure actuelle été introduites dans le derme ; mais, nous ne retiendrons que les solutions les plus banalement employées dans la thérapeutique de la douleur, l'une des plus difficiles et des plus fréquentes.

Quelles sont les particularités de ces injections ? Il convient de provoquer un ou plusieurs boutons dermiques, au moyen d'aiguilles de 4 à 5/10 de mill. de diamètre, à biseau moyen ou court. La quantité de solution injectée peut varier selon la pression donnée au piston de la seringue, mais elle oscille habituellement entre 2 et 4/10 de c. c. Ces injections sont très peu impressionnantes pour les sujets émotifs, mais la pénétration strictement dermique est parfois légèrement douloureuse. Elles sont plus ou moins sensibles selon l'aiguille, et selon la main motrice naturellement, selon l'état pathologique des sujets (les sujets fiévreux paraissent plus sensibles) ; selon le liquide (certaines ampoules d'un même liquide pouvant être douloureuses, d'autres non) ; la novocaïne est, en général à peine sentie, la morphine, les solutions alcalines même isotoniques, l'histidine provoquent en général une impression de picotements et de cuisson, mais celle-ci ne paraît durer que le temps durant lequel le piston chasse le liquide dans le derme. Les réactions cutanées qui suivent la formation du bouton dermique dépendent principalement de la nature de la solution ; peu importantes avec la novocaïne, elles sont beaucoup plus apparentes avec la morphine, plus saillantes et plus diffuses ; l'adrénaline contenue par certaines solutions les modifie encore.

Le nombre d'injections est en corrélation avec l'étendue de la zone douloureuse à traiter et la plus ou moins grande abondance des points douloureux révélés par la pression. Les cicatrices sont minimes, disparaissant en peu de temps, aussi la répétition peut-elle être assez fréquente sans grands dommages pour les téguments.

La dose totale injectée à chaque séance est minime ; il est appréciable de pouvoir, en certains cas, épargner à des malades des doses plus toxiques tout en obtenant une sédation couramment plus rapide et plus élective. Les solutions que nous avons surtout utilisées sont les dérivés de la cocaïne, la novocaïne en solution au 1/100 ou en 1/200. Il paraît préférable d'utiliser des solutions non adrénalinées, afin d'éviter un trouble possible dans la trophicité des téguments. La morphine était également dosée au 1/100.

Avant de faire les injections, il convient d'explorer la zone indiquée par le sujet comme étant douloureuse : l'on palpe minutieusement cette région, l'on recherche et l'on note les points répondant au maximum de la douleur. Là seront faites les premières intradermiques ; si certaines zones sensibles persistent encore après quelques minutes, l'on complètera selon les besoins. Le plus souvent, on rencontre des points douloureux mais parfois, même avec une pression assez vive on n'obtient pas de douleur provoquée : l'on injectera alors dans le derme de la zone indiquée par le malade comme répondant à la douleur profonde : il nous a paru que les résultats étaient d'autant meilleurs que l'examen révélait des points douloureux. Le deuxième cas peut être favorable, mais d'une façon moins constante.

Les indications peuvent être innombrables ; aussi ne relaterons-nous ici que quelques affections heureusement influencées par les intradermiques suivant nos observations.

— Des syndromes algiques traumatiques : évidemment l'on se confie plutôt à la méthode de Leriche, que l'on sait donner à coups sûrs de bons résultats, quand les phénomènes sont tout à leur début. Mais les séquelles douloureuses post-traumatiques peuvent être améliorées. Le vulgaire « tour de rein », le lumbago, sont bien soulagés ; là, la sédation est parfois merveilleusement rapide. En général, la douleur reparaît, très atténuée vingt-quatre à quarante-huit heures après ; l'on fait un nouveau repérage des points douloureux persistant, quelques injections complémentaires et le sujet est souvent débarrassé de sa crise pénible.

— Des algies viscérales : durant notre service militaire, nous avons pu, à plusieurs reprises,

calmer en cinq ou dix minutes environ les douleurs d'orchite aiguës et suraiguës, par quelques boutons dermiques de novocaïne sur le trajet du cordon douloureux et à la racine des bourses.

— Des crises abdominales très pénibles, soit d'origine périviscéritique, soit dues à des coliques hépatiques ; dans une périviscérite, plus qu'ailleurs, il nous paraît préférable d'éviter les calmants du groupe morphine. Chez une de nos malade atteinte de périviscérite du carefour supérieur et inférieur et qui avait présenté des crises douloureuses presque subintrantes avec vomissements pendant plusieurs mois, nous avons fait des intradermiques de novocaïne assez fréquentes (environ deux ou trois fois par semaine), dans les territoires cutanés où se projetait la douleur. La sédation n'était pas définitive, loin de là ; elle durait environ de quinze à vingt heures, permettant la tolérance d'un ou deux repas (car ici les vomissements cèdent souvent quand la douleur abdominale disparaît). La dose minime de novocaïne injectée (de 4 à 9 c. c. par séance, de la solution au 1/100) paraît ne pas agir sur le psychisme comme les calmants habituels, de quelque nature qu'ils soient, mais surtout de la série opiacée ; foie et tube digestif paraissent beaucoup moins touchés, ce qui évite d'ajouter l'anorexie due aux sédatifs classiques à l'anorexie déjà si fréquente de ces sujets.

— Des algies cancéreuses : un homme d'une soixantaine d'années porteur d'un néoplasme prostatique volumineux, qui, par compression, causait de violentes algies sciatiques, était calmé par des intradermiques de novocaïne pratiquées le long du trajet douloureux, pour des périodes de trois à quinze jours ou parfois plus.

— Des points de côté d'origine pneumonique ou pleurale, parfois intenses ont été soulagés par quelques injections, le sujet de respirait plus profondément sans douleur et sans gêne.

— Des névralgies dentaires : je n'ai pu suivre plus de vingt-quatre heures, le cas suivant, mais je le relate pour la rapidité de la sédation. Il s'agit d'une « rage de dents » occasionnée par une grosse molaire gauche de la mâchoire supérieure. A l'exploration des téguments, je ne trouve que quatre points très légèrement douloureux, vers l'angle de la mâchoire; je préviens le patient tout en injectant le liquide, qu'il faudra peut-être un moment pour que survienne le soulagement. Mais les intradermiques aux points douloureux étaient à peine terminées, qu'il m'affirmait ne plus souffrir du tout. Le lendemain matin, il me signalait qu'il avait, jusque-là, été complètement calmé, et qu'il allait faire soigner sa denture.

— Des algies précordiales ; mais nous n'avons pu suivre ces malades suffisamment longtemps.

Voici encore quelques remarques intéressantes :

— s'il est facilement concevable qu'un anesthésique local porté dans la portion douloureuse même de l'organisme, supprime aussitôt la douleur, il est beaucoup plus curieux, qu'introduit seulement dans le derme, il puisse rapidement aboutir à un résultat semblable (quelle que soit la théorie pathogénique invoquée) ;

— la rapidité d'action est dans quelques cas bien curieuse aussi et surprenante ; elle nous a paru varier avec la nature de la substance injectée ; au cours d'une crise douloureuse abdominale la morphine nous a paru agir beaucoup plus rapidement que la novocaïne ;

— certains ont avancé que la distension seule du derme par le liquide injecté suffisait, et que l'action était semblable quel que soit le liquide. Il nous semble bien que chaque agent pharmacodynamique ait une action particulière, et qu'il y ait du point de vue douleur des calmants électifs. Mais il est vrai aussi que la seule piqûre du derme puisse avoir une action importante. Nous avons pu calmer le malade atteint d'algies sciatiques par compression néoplasique, par de simples piqûres d'aiguilles sur le trajet du sciatique ;

— les résultats paraissent meilleurs s'il existe des points douloureux à la pression ;

— fréquemment l'on retrouve au niveau de ces points douloureux des lésions de cellulite dont l'existence peut très bien avoir été déterminée par des troubles des viscères sous-jacents, cause première de la douleur. Aussi est-il parfois utile d'ajouter à l'injection intradermique, de petits massages tégumentaires, classiques dans la cellulite ;

— les résultats ont semblé plus heureux quand la séreuse des viscères était intéressée ;

— enfin, ne risque-t-on pas de créer, par la répétition des injections, des lésions de cellulite, lésions qui pourraient secondairement réagir défavorablement sur les organes ? Le fait suivant pourrait poser ce problème : un périviscéritique, à qui nous avions fait des injections répétées présenta à plusieurs reprises, lors de crises douloureuses et fébriles un érythème dessinant exactement les portions de téguments injectés longtemps auparavant. Il est plausible que les petits traumatimes répétés de l'aiguille, aient contribué au développement de petites lésions de cellulite, plus sensibles que les lésions anciennement créées. Cependant, il semble qu'en utilisant une solution non irritante, non adrénalinée, en étant aseptique dans les diverses manipulations, en ne dépassant pas une fréquence d'injections raisonnable, les inconvénients soient minimes.

Ces divers problèmes sont d'autant plus intéressants, plus passionnants qu'ils se rattachent très souvent à l'étude de la douleur dont la physio-pathologie et la thérapeutique comportent encore combien d'inconnues et de mystères !

CE QUE PRATIQUEMENT LE MÉDECIN DOIT SAVOIR DE...

Quelques notions nouvelles sur l'évolution des fractures du crâne chez l'enfant

d'après E. Sorrel, Mme Sorrel-Déjerine et R. Gigon (1)

Malgré un aspect sévère, la mortalité n'atteint que 2,29 %, après 48 heures de survie

Mais, si l'on englobait dans cette statistique de mortalité, les cas de mort immédiate, dans les quelques heures qui suivent l'accident, le pourcentage de mortalité s'élèverait à 22 %.

Les fractures du crâne sont, par excellence, des accidents de la rue ; et c'est à l'âge, où l'enfant sort seul, sans avoir encore acquis l'expérience suffisante, qu'il est le plus exposé ; c'est donc à l'« âge scolaire » qu'on les observe le plus communément.

Il est à remarquer toutefois que, si l'on suit le malade de près, on acquiert très rapidement la conviction que la guérison se fera de la façon la plus simple dans la plupart des cas.

Le tableau clinique ne trompera guère : dans les premières heures, on pourrait peut-être s'inquiéter, car tout enfant, atteint d. fracture du crâne, arrive toujours dans un état de shock important ; mais, très rapidement dans ces cas bénins, en même temps que le pouls re devient mieux frappé et que l'enfant se réchauffe, l'état de torpeur se dissipe progressivement, puis l'amélioration se poursuit de façon régulière.

Le pouls, toujours au début, bat avec une grande fréquence, entre 140 et 160 pulsations, et jusqu'à 180. L'accélération persiste généralement deux à trois jours, quelquefois moins ; dans les cas favorables, elle diminue peu à peu et le pouls redevient normal au bout de 36 à 48 heures, au plus de six à huit jours. Une persistance dans la rapidité serait grave.

Dans ce délai, l'enfant paraît complètement rétabli. Il suffit de laisser le sujet au repos, pour le voir guérir très simplement. A aucun moment, l'intervention n'aura pu être discutée : l'absence de gravité de l'état général, l'absence de signes neurologiques, la régularité de l'amélioration ne l'auraient pas justifiée.

Parfois au début, soit pour assurer un diagnostic hésitant, si la radiographie ne montre pas de trait de fracture, soit parce que l'enfant se plaint de céphalées, une ponction lombaire sera faite ; exceptionnellement on la renouvellera.

Les cas, qui évoluent si simplement, sont fréquents chez l'enfant, même avec des fractures importantes, bien visibles à la radiographie. Sur 87 observations dans lesquelles la survie a dépassé 48 heures, les auteurs ont noté 85 guérisons, soit la mortalité de 2,29 %, signalée plus haut. *Cette évolution favorable a été rapide,* car la moyenne de l'hospitalisation fut de huit à quinze jours.

Il faut également signaler l'extrême rareté des séquelles tardives. Sur 53 enfants, qu'il a été possible de revoir plusieurs années après l'accident, 6 présentaient des signes neurologiques minimes, qui ne gênaient en rien le développement intellectuel, ni l'activité de ces enfants : quatre fois de l'inégalité pupillaire, une fois un syndrome de Claude-Bernard, une fois une hyperextensibilité limitée à la moitié du corps.

Trois malades étaient porteurs de séquelles un peu plus importantes. Chez l'un, une hémianopsie, par lésion du lobe occipital et abcès secondaire de la région, persistait quatre ans après le début des accidents, et ne s'accompagnait d'aucun autre trouble fonctionnel, ni psychique. Pour un autre, on notait, deux ans et demi après l'accident, des fugues et des crises convulsives, mais l'anamnèse permit de préciser que ces troubles avaient déjà été constatés avant le traumatisme, et c'est même au cours d'une fugue, en sautant par la fenêtre, que la fracture s'était produite. Chez un troisième, au bout d'un an, survinrent des crises comitiales ; dans ce cas d'ailleurs, le diagnostic de fracture du crâne avait failli passer inaperçu, seule un peu d'obnubilation, associée à un liquide céphalo-rachidien xanthochromique, avait permis de l'affirmer.

Le pronostic sera d'autant plus favorable que les indications opératoires auront été fixées précocement

Chez certains blessés, aucune discussion n'est possible sur l'utilité d'une intervention : fractures ouvertes avec grand enfoncement ; signes neurologiques importants, qui font penser à une lésion localisée de l'encéphale.

Mais il existe, à côté de l'accélération *persistante* du pouls (indice grave), toute une série de signes neurologiques, qui ne deviennent évidents

(1) *Journ. de méd. et de chirurgie prat.*, 10 mars 1937.

que si on les recherche avec soin, et dont la valeur, pour localiser la lésion et décider de la nécessité de l'intervention, est cependant capitale. Ces signes sont de deux ordres.

Les premiers traduisent une *diminution du tonus musculaire*, avant que la motilité volontaire ou la force musculaire ne soit modifiée. Ainsi, au membre supérieur l'hyperextensibilité des muscles fléchisseurs ou extenseurs du poignet et du coude, — au membre inférieur celle des fléchisseurs et extenseurs du cou-de-pied, du genou et de la hanche, permet, comparée à celle du côté opposé, de déceler un relâchement du tonus des muscles. Ce signe, retrouvé à plusieurs reprises, est d'une valeur indiscutable. Chez un petit malade, l'hyperextensibilité du membre inférieur droit, associée à un signe de Babinski unilatéral, permit de préciser que la lésion devait se trouver au niveau du lobule para-central gauche. L'intervention montra une fracture avec embarrure de la partie toute supérieure du pariétal, juste en arrière de la suture fronto-pariétale. Les suites opératoires furent normales ; l'hyperextensibilité persista encore trois semaines en s'atténuant progressivement, puis disparut complètement sans séquelles. Chez un autre enfant, de 11 mois, tombé de sa chaise, l'hyperexcitabilité des membres supérieur et inférieur du côté droit, fut le seul signe clinique, qui permit de reconnaître une fracture du crâne, que mettait en valeur la radiographie par la présence d'un enfoncement en « balle de celluloïde ».

Les seconds signes pourraient s'appeler « *signes de retrait du membre* ». Lorsqu'on excite par piqûre ou par pincement la plante du pied ou la paume du pied, l'enfant retire brusquement le membre. A l'état normal, cette rétraction se fait à peu près avec la même amplitude et avec la même vitesse des deux membres. S'il y a une lésion encéphalitique, si minime soit-elle, la rétraction se fait d'une façon moins ample, moins rapide, du côté malade, alors même qu'il n'existe aucune trace de paralysie. Pour rechercher ce signe, il est souvent plus commode de tenir l'enfant soulevé par les aisselles, les jambes pendantes. On peut également mettre en évidence l'hypotonie musculaire par l'appréciation de l'amplitude des mouvements pendulaires du membre inférieur, en balançant l'enfant d'avant en arrière ; nettement plus prononcée d'un côté, elle indique que la région encéphalique correspondante est atteinte.

Par contre, les modifications pupillaires ne semblent pas d'un grand secours.

La radiographie, enfin, permet souvent de préciser le siège de la fracture et de déterminer l'importance des irradiations. Ce n'est cependant pas d'après l'étendue du trait de fracture, ou le nombre de ses irradiations que l'on peut conclure à la gravité du cas, il faut tenir compte de l'état du pouls et de la température.

Mais, à côté de ces cas ; dans lesquels l'intervention s'impose, ou ne paraît même pas à envisager, il en est d'autres dans lesquels la décision opératoire est fort délicate à prendre.

Parfois l'enfant sort de son shock initial, se réchauffe ; le pouls, imperceptible, devient comptable ; on arrive à obtenir du sujet quelques réponses aux questions posées. Cette amélioration se poursuit durant la première journée et l'on croit la partie gagnée, d'autant qu'aucun signe neurologique bien manifeste ne vient créer un état d'alarme. A vrai dire, si l'on recherche les *petits signes nerveux*, signalés plus haut, il devient parfois possible de les déceler aussitôt. Ce sont les *seuls signes* sur lesquels on puisse baser un *diagnostic* ; ils ont une importance capitale, car ils révèlent l'existence de lésions cérébrales graves. Le tableau clinique va s'aggraver dans les jours suivants, et lorsqu'on finit par intervenir, on trouve des lésions fort importantes, souvent mortelles.

Dans d'autres cas, bien qu'après le shock initial, l'enfant se soit réchauffé et que son pouls soit redevenu perceptible, le *coma persiste*. En l'absence de signes neurologiques importants, bien difficiles d'ailleurs à déceler, faut-il intervenir ? Si on laisse ces comas évoluer sans intervention, il peut arriver de voir des guérisons survenir (même après quinze jours, ou trois semaines d'obnubilation totale), d'ailleurs, ces enfants ont guéri sans séquelle. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et si le pouls s'accélère, on devra intervenir rapidement, dans les vingt-quatre ou trente-six premières heures.

Ce qu'il faut retenir, c'est que l'intervention est inutile lorsque, l'état de shock une fois dissipé, on voit l'enfant sortir peu à peu de sa torpeur, et son pouls, toujours accéléré au début, se rapprocher progressivement de la normale. Encore faut-il, pour qu'on soit pleinement rassuré, qu'il n'y ait aucun de ces petits signes neurologiques d'une lésion cérébrale permettant de craindre une aggravation secondaire.

Dans tous les autres cas, il faut intervenir immédiatement, s'il existe une fracture ouverte ou des signes neurologiques importants, qui indiquent d'une façon certaine l'existence de grosses lésions cérébrales ; *dans les trente-six ou quarante-huit heures*, si le coma persiste et que le pouls reste accéléré ; et *sans tarder beaucoup plus*, si, après une période d'amélioration apparente, mais que l'existence de petits signes nerveux ne permettait pas d'admettre sans méfiance, une persistance de l'accélération du pouls et de l'état d'obnubilation, montrent que l'amélioration ne se fait pas régulièrement.

G. Fischer.

LA RÉACTION ZAMBRINI DANS LE DÉPISTAGE PRÉCOCE SCOLAIRE

Par Auguste MÉDECIN
Chimiste biologiste

Depuis douze années, M. Faust Zambrini a poursuivi des recherches en vue d'établir le procédé de diagnostic et de pronostic, qui est actuellement connu sous son nom. Celui-ci est basé sur l'étude de la salive, que l'auteur considère comme le reflet complet de toutes les humeurs de l'organisme. Le Professeur d'Arsonval a pu écrire le 27 mai 1933 que la réaction de Zambrini était « le thermomètre de la résistivité vitale ». Nous donnons aujourd'hui les éléments essentiels d'une étude que A. Médecin vient d'écrire, pour démontrer l'utilité du procédé dans le dépistage précoce scolaire.

(N. D. L. R.)

***

La méthode de Zambrini, d'application facile, permet de dépister les sujets qui, au moindre degré, présentent des signes pathologiques. Elle est basée sur le principe suivant : la salive, image parfaite et complète de la composition de nos humeurs, est le liquide organique le plus sensible aux moindres variations dans leur composition. Un réactif permet de classer les différentes modifications humorales sur une échelle colorimétrique, graduée de 1 à 16 ; et cette échelle est aussi facile à consulter qu'un thermomètre.

Pour expliquer la mise en pratique de la méthode, et plus spécialement dans le milieu scolaire, prenons l'exemple d'une classe d'élèves. Le professeur préparera d'avance la liste par ordre alphabétique de ses écoliers, en donnant à chaque nom un numéro d'ordre. Après avoir fait soigneusement rincer la bouche avec de l'eau ordinaire, il remettra à chaque ujet un tube, avec étiquette à son numéro. Il invitera ensuite les enfants à introduire dans les tubes un centimètre cube environ de salive (jusqu'au trait gravé au bas de chaque tube). Puis interviendra le laboratoire, qui, à chaque échantillon, ajoutera environ 1/3 de réactif pour un volume de salive. Sur l'orifice du tube sera fixé par le pouce un carré de papier ; le tube, agité vigoureusement, sera de nouveau muni de son bouchon de liège et abandonné au repos jusqu'au lendemain, à fin de lecture.

Les éléments qu'il convient de noter dans cette réaction sont :

1° *Le degré colorimétrique* du mélange salive-réactif, qui indique le degré de résistance de l'organisme par comparaison avec l'échelle colorimétrique établie par l'auteur ;

2° *Le phénomène du collet* : Le collet est un anneau de couleur jaune or, que l'on observe à la surface de certains tubes. Sa teinte rappelle celle qui apparaît à la surface du liquide réactif, lorsqu'on le regarde à travers un flacon transparent, et sa présence au cours de la réaction indique un état d'imprégnation toxinique, par micro-organismes ;

3° *Le sédiment.* C'est le dépôt, qui peut se former au fond du tube après éclaircissement du trouble. Il se compose de substances organico-inorganiques, et indique un état d'altération bio-physico-chimique des humeurs, altération plus ou moins profonde suivant que ce sédiment est plus ou moins abondant.

Les deux éléments, collet et sédiment, peuvent se présenter séparément ou simultanément dans le même tube. Le collet se rencontre surtout dans les réactions caractéristiques du lymphatisme ; a réaction Zambrini est spécifique de ces états, mais cette spécificité n'apparaît pas d'une manière constante dans la réaction, car tous les sujets ne réagissent pas de même à cette dysfonction.

Lecture des indications fournies par les tubes. Chacun d'eux a reçu un numéro, qui indique le degré auquel il répond dans l'échelle colorimétrique type. On élimine tous les types dont le coefficient est de 16, 15, 14, 13, 12, 11, pourvu qu'ils aient un faible sédiment et qu'ils ne présentent pas de collet. Si, au contraire, ces tubes révèlent un sédiment important ou un collet, les sujets auxquels ils correspondent seront, de même que ceux des numéros colorimétriques d'un chiffre inférieur à 11, soumis à un deuxième prélèvement de salive, le lendemain du premier. Aux cas, où la même réaction de Zambrini confirme un résultat identique, sera réservée la mention « pathologique ». Les élèves en cause seront aussitôt signalés au médecin-inspecteur de l'école, qui recherchera les facteurs morbides, capables d'avoir influencé leur état.

Au cours d'une expérience faite sur des enfants de la ville de Milan, le Professeur Ragazzi a pu établir, par un minutieux examen clinique et radiologique, que plusieurs sujets signalés comme

pathologiques, étaient atteints de tuberculose latente ou d'une insuffisance respiratoire très marquée, et que d'autres présentaient des tempéraments lymphatiques.

Quand l'examen clinique n'avait décelé aucun signe spécial chez les suspects, un interrogatoire serré des parents avait permis de découvrir des hérédités chargées (tuberculose, syphilis, etc...), ou encore des atteintes morbides sévères au cours de l'enfance, ou bien des conditions d'hygiène défectueuses (alimentation insuffisante, locaux d'habitation insalubres).

C'est ainsi que la ptyalo-réaction s'est montrée utile, même chez des sujets malades sous une apparence saine. Mais elle a servi aussi pour se rendre compte de l'efficacité d'une thérapeutique rationnelle qui avait été instituée chez les suspects.

Personnellement, nous avons fait porter notre expérimentation sur un total de 608 élèves des écoles primaires de la Principauté de Monaco, soit 344 filles et 274 garçons ; la réaction a décelé 18 garçons et 25 filles déficientes, soit un pourcentage de 6,14 %.

On comprendra aisément à l'énoncé de ces chiffres combien peut être simplifiée la tâche du médecin chargé de l'inspection scolaire; puisqu'il n'aura à examiner de près que quelques sujets, son examen clinique ne pourra qu'y gagner en attention et précision sans aucune perte de temps.

Pratiquée deux fois l'an au milieu et vers la fin de la période scolaire, la réaction de Zambrini permettrait au médecin inspecteur de donner aux parents d'utiles indications et des conseils précieux pour l'utilisation des vacances au profit de la santé des enfants.

L'application de la réaction de Zambrini dans le dépistage n'est ni coûteuse, ni laborieuse. Le temps employé pour l'examen de 608 enfants, y compris celui demandé par le deuxième contrôle de confirmation, a été de 6 heures : en tenant compte de la manipulation des tubes et de la lecture de la réaction comprises.

UNE SPIROCHÉTOSE NOUVELLE

L'essor prodigieux de la spirochétose ictérohémorragique a montré aux médecins de tous les pays que la spirochète d'Inada et Ide était responsable de nombreux états morbides, depuis des hépato-néphrites souvent malignes jusqu'à des méningites aiguës toujours bénignes.

MM. Lesné, J. Troissier et Bénard (1) ont pu recueillir l'intéressante observation, qui suit.

Une enfant de treize ans est atteinte d'un état fébrile continu, avec température oscillant entre 38° et 39° pendant trois septenaires ; il se termine par la guérison après défervescence en lysis. Quelques manifestations abdominales transitoires, douleurs assez diffuses, vomissements, constipation en avaient imposé, dans un service de chirurgie, pour une appendicite, mais ce diagnostic avait été infirmé par les constatations opératoires, qui avaient montré un appendice sain.

La persistance de la fièvre, une splénomégalie notable après la laparotomie firent craindre une fièvre typhoïde, mais ce diagnostic fut également infirmé par l'hémoculture et par le séro-diagnostic de Widal qui restèrent négatifs.

Par contre, cette même hémoculture décèle un micro-organisme spiralé, et les recherches expérimentales semblent bien prouver que cet agent pathogène, ce « Spirochæta hæmophylis » était bien responsable des troubles morbides observés chez cette jeune malade.

(1) *Société méd. des hôp. de Paris* (12 mars 1937).

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

La maladie de Bouillaud est-elle une maladie familiale ?

D'après un travail de M. P. Isaac-Georges et de Mlle C. Debay, la prédisposition familiale, l'hérédité de terrain ne semblent jouer qu'un rôle tout à fait minime dans le déterminisme de la maladie rhumatismale. La coexistence de plusieurs cas de rhumatisme dans une même famille ne leur paraît pas excéder la fréquence qui résulterait simplement du hasard. Lorsqu'elle se produit, cette coexistence se manifeste souvent avec les attributs caractéristiques de la contagion. Les auteurs seraient tentés de croire que cette dernière est également en cause, dans les cas où la transmission de la maladie n'a pas pu être aussi nettement surprise. (*Revue du Rhumatisme*, février 1937.)

Le diagnostic précoce d'affections vasculaires générales par l'artério-sclérose rétinienne

Il résulte d'une étude de Jean Gallois que l'artère rétinienne, par ses altérations, nous invite à chercher si d'autres altérations n'existent pas sur d'autres points que l'ordre artériel. Aussi est-on ainsi amené : 1° A faire l'examen cardio-vasculaire de sujets jeunes présentant de l'artérite rétinienne ; 2° à faire l'examen rétinien des sujets jeunes ayant des spasmes périphériques pour rechercher des signes d'organicité.

L'avenir nous dira s'il est ainsi possible de faire à longue échéance et longtemp d'avance la prévision d'altérations vasculaires générales graves. Ainsi semble-t-il possible d'ajouter un élément à la symptomatologie précoce, à la série des petits signes d'alerte en pathologie vasculaire. Mais il faut pour cela une collaboration étroite de l'ophtalmologiste et du cardiologue. (*La Pratique Médicale Française*, février 1937).

Modifications humorales et cliniques après interventions chirurgicales abdominales chez les femmes gestantes et accouchées

Il résulte d'une étude des Docteurs J. Courtois et R. Lecoq, que les signes cliniques et biologiques observés à la suite des interventions chez les femmes gestantes ou accouchées diffèrent notablement de ceux que l'on observe chez les opérés de chirurgie générale.

Beaucoup d'interventions obstétricales, dans lesquelles le traumatisme est des plus violents, n'entraînent, cliniquement, que des manifestations bénignes de fatigue générale. Il est possible que l'état gravidique favorise la production d'enzymes agissant comme moyens de défense de l'organisme en stimulant la désintégration des produits résultant de l'involution ou du traumatisme. En opposition à l'extraordinaire résistance des accouchées au traumatisme, les auteurs rappellent le rôle du « coefficient puerpéral » dans le développement des toxi-infections graves chez certaines femmes dont les réserves sont épuisées.

Les modifications biologiques observées dans les suites favorables d'interventions chez les gestantes ou les accouchées, sont caractérisées principalement par de l'anémie accompagnée d'une polynucléose élevée, par une réserve alcaline basse, un taux de chlore du sang total normal et un rapport chloré érythro-plasmatique élevé. Dans les suites compliquées pouvant devenir mortelles, on note une anémie plus nette avec une polynucléose extrême, une réserve alcaline basse, un taux de polypeptides, une hyperglycémie élevés et surtout une hyperchlorémie globale avec rapport chloro-érythro-plasmatique très bas. (*Le Progrès Médical*, 13 mars 1937.)

Les trois stades de la tuberculose

MM. P. Delafontaine et H. Mallard font une étude d'ensemble de l'évolution générale de la tuberculose pulmonaire. Entre le stade primaire de l'infection et le stade tertiaire des cavernes et de la cachexie il y a lieu de distinguer un stade secondaire qui peut être soit à expression directe, soit à expression indirecte (sujets chétifs, altération de la santé, aspects radiologiques variés, etc.), soit sans aucune expression.

Dans cette étude les auteurs n'ont envisagé que la tuberculose pulmonaire. Cette localisation est la seule, en effet, qui permette actuellement de suivre assez facilement, dans ses périodes successives, le déroulement progressif et les étapes anatomiques de l'infection causée par le bacille de Koch. Mais il y aura lieu, un jour prochain, de suivre dans ses localisations extra-pulmonaires la marche en trois périodes de la tuberculose qui, quelle que soit la prédominance éventuelle sur tel ou tel viscère, est à l'origine et demeure jusqu'au bout une maladie infectieuse générale et non la maladie locale, faussement enfermée dans un organe, que l'on décrit encore quelquefois.

Il faut penser à la tuberculose pulmonaire tertiaire débutante devant les tableaux cliniques les plus divers : plutôt que d'attendre l'heure des symptômes caractéristiques souvent trop tardifs on doit pratiquer systématiqument l'auscultation et la radiographie du poumon. Il est néeessaire aussi de recourir à l'analyse bactériologique toutes les fois qu'un malade, dont les lésions ne font pas leur preuve, présente la moindre expectoration.

La tuberculose primaire n'est pas du domaine exclusif de la pédiatrie. Il faut apprendre, même chez l'adulte, à faire systématiquement des cuti-réactions et des examens cliniques et radiologiques orientés dans la direction d'une invasion tuberculeuse éventuelle. On se souviendra que le premier foyer, «le chancre d'inoculation », ne siège pas nécessairement dans le poumon.

La tuberculose secondaire est d'une interprétation anatomique et d'un diagnostic clinique beaucoup plus nets que les deux autres périodes. Elle ne comporte aucun critère de valeur certaine. Elle se laisse deviner ou soupçonner, mais ne permet pas d'être affirmée. Le diagnostic d'impression présente cependant un intérêt pratique assez grand, car il commande des règles thérapeutiques qui semblent permettre, dans certains cas, d'éviter l'évolution de la maladie vers la période tertiaire. (*La Médecine*, février 1937).

L'autonomie des endocardites rhumatismales

En conclusion de leur travail, MM. H. Grenet et F. R. Joly estiment qu'actuellement aucune assimilation ne peut être établie entre les endocardites rhumatismale et maligne. Entre elles une différence fondamentale doit être maintenue, et c'est selon eux, une grave erreur que de considérer le rhumatisme, l'endocardite rhumatismale et l'endocardite maligne comme les étapes d'une même infection. Si intéressantes que soient les études microbiologiques en cours, la bactériologie n'en constitue pas moins une base solide qui ne trompe guère

Qu'il s'agisse de faits complexes ou de la seule apparition chez le cardiaque de ce signe, si légitimement redouté, qu'est la fièvre, l'hémoculture demeure un argument d'une valeur quasi-absolue. Elle reste négative dans l'endocardite rhumatismale et la forme maligne du rhumatisme, elle est tôt ou tard positive dans l'endocardite d'Osler.

Enfin, le pronostic reste l'angle sous lequel doit en définitive être jugé le problème clinique. Il n'est pas en l'espèce de meilleur argument prouvant la nécessité et l'utilité de maintenir une différenciation absolue entre deux affections dont l'une permet de garder l'espoir et dont l'autre n'en autorise aucun. (*Revue du Rhumatisme*, février 1937.)

Une observation de péritonite puerpérale

La malade de MM. J. Courtois et P.-L., Gérard, 25 ans, après deux gros esses normales, accouche d'un troisième enfant vivant. Le jour de l'accouchement, elle continue à se plaindre de céphalée et de fatigue ; cinq à six selles diarrhéiques de couleur jaunâtre. Le soir, température 38, pouls 110. Aucune douleur abdominale. Le lendemain , température, 38, pouls 140 ; abdomen très douloureux mais souple ; quelques pertes malodorantes. Le soir température 37, pouls 160 ; ventre parfaitement souple. Le troisième jour, température 36°2, pouls 120 ; diarrhée, mais ventre souple et non douloureux ; l'aspect extérieur fait croire à une amélioration. Le soir, température 39°2, pouls 160 ; état franchement alarmant. Le quatrième jour état franchement mauvais ; l'utérus est horriblement douloureux au toucher. Pertes rosées nettement fétides. On décide une hystérectomie abdominale pour gangrène utérine avec extension péritonéale : quantité massive de pus, bien lié, indolore, de couleur jaunâtre. Décès quelques heures après l'intervention.

L'examen de l'utérus a permis de préciser : 1° L'absence de tout débris cotylédonaire ; 2° la présence d'une zone fortement congestionnée sous-muqueuse, avec des sinus largement dilatés (d'un diamètre tel que l'on pourrait introduire un petit crayon dans un certain nombre d'entre eux).

Sur cette zone ressort en forte saillie une éminence de Velpeau-Virchow, grosse comme une noix environ. La muqueuse était fortement épaissie à sa base d'implantation, ainsi que la musculeuse.

Les examens de laboratoire ont montré ultérieurement qu'il s'agissait d'une infection à streptocoque hémolytique, qui a été retrouvé dans le sang, dans le péritoine, ainsi que dans le col utérin.

L'origine de cette péritonite peut être soit la fissuration d'un hématome infecté du ligament large dans la grande cavité, soit la propagation par thrombus infecté d'une endo-métrite à anaérobies. Cette observation permet de rappeler la latence avec laquelle se constituent tout spécialement les péritonites puerpérales, auxquelles il faut penser lorsqu'il y a de la céphalée, de la diarrhée, de l'anorexie, avec soif intense et surtout une dissociation persistante du pouls et de la température. (*Bull. du Synd. Médical de Seine-et-Oise*, novembre 1936.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Essai de désensibilisation dans le cancer de l'œsophage

(MM. André BLUM et R. GRIMAUD, de Nancy. — Présentation par M. LEMAÎTRE ; 6-4-1937)

L'existence d'une immunité plus ou moins marquée vis-à-vis du cancer paraît aujourd'hui admise, expérimentalement et cliniquement. De même qu'il existe des familles à cancer, de même il est d'autres familles où aucun cas de tumeur maligne n'a été noté pendant plusieurs générations.

On peut reconnaître aussi une immunité particulière vis-à-vis de certains cancers épithéliaux : l'immunité sexuelle. Ainsi, le cancer de l'œsophage, assez fréquent chez l'homme, est rare chez la femme. Le Professeur Jacques, sur plusieurs centaines de cas de tumeurs de l'œsophage, n'a rencontré cette affection qu'une seule fois chez la femme. La même remarque s'applique à l'épithélioma du larynx.

MM. Piquet et Tison, dans une communication récente que nous avons analysée, attribuent le développement presque exclusif chez l'homme du cancer de l'œsophage à l'ingestion d'alcool. MM. André Blum et R. Grimaud donnent de ce fait une autre explication, qui conduit à des indications thérapeutiques nouvelles.

Le rôle des hormones dans la genèse du cancer, disent-ils, est à l'étude. Pour ce qui concerne les épithéliomas que l'on observe principalement chez l'homme, il convient de pousser les recherches du côté de la folliculine. A l'âge où apparaît le cancer, l'hormone testiculaire est en phase de réduction et le rôle antagoniste qu'elle joue vis-à-vis de la folliculine se trouve ainsi très atténué. On sait que l'on a dernièrement attribué à cette prédominance de la folliculine divers troubles, l'hypertrophie de la prostate, en particulier. Pour MM. Blum et Grimaud, l'apparition du cancer de l'œsophage dériverait probablement de la même origine.

Cette conception pathogénique amène à des déductions thérapeutiques. La folliculine a normalement dans l'organisme deux hormones antagonistes, l'hormone testiculaire et l'hormone lutéinique sécrétée par le corps jaune chez la femme. Les auteurs ont fait, dans ces conditions, quelques essais de traitement du cancer de l'œsophage par le radium associé à l'administration d'extrait de corps jaune. Il leur est apparu que les résultats étaient encourageants et méritaient d'être poursuivis.

Une statistique des réactions à la tuberculine chez les infirmières

(MM. J. TROISIER, BARIÉTY et P. NICO ; 6-4-1937)

De plus en plus, l'opinion qui admettait la positivité habituelle des réactions à la tuberculine chez les adolescents et adultes dans les milieux urbains, est considérée comme exagérée. La nouvelle statistique des auteurs, établie sur 100 infirmières de l'hôpital Beaujon, âgées de 19 à 30 ans, montre un pourcentage élevé de cuti-réactions négatives. Ce pourcentage dépasse 25 %. L'index de tuberculisation, dans les grandes villes, des jeunes adultes, ne serait donc pas ce que l'on a cru communément.

Traitement préventif de l'ictère familial grave du nouveau-né

(MM. PÉHU, R. NOEL et A. BROCHIER, de Lyon ; 23-3-1937)

M. Péhu conseille, chez les couples dont la descendance est frappée par l'ictère grave, d'instituer pendant la grossesse une médication préventive, à savoir l'hépatothérapie. On emploiera les préparations hépatiques dès le quatrième mois de la gestation, la base de la thérapeutique étant représentée par le foie de veau donné cru ou cuit, à la dose quotidienne de 100 grammes par jour. On continue l'emploi des préparations hépatiques pendant tout le quatrième mois et l'on reprend à partir du début du septième mois.

Sur l'inscription de la santonine et de la vitamine D au tableau C

(M. BOUGAULT ; 23-3-1937)

La santonine était depuis 1916 classée dans le tableau A, parmi les médicaments les plus toxiques. Elle se trouvait, de ce fait, placée dans les officines au voisinage d'une substance de toxicité beaucoup plus élevée, la strychnine, dont la similitude de nom prêtait à des confusions dangereuses. Au nom d'une Commission d'études, M. Bougault, rapporteur, demande à l'Académie d'émettre l'avis que la santonine soit rayée du tableau A et inscrite dans la liste des substances du tableau C du décret de septembre 1916.

Même conclusion pour la vitamine D, tendant à inscrire ce produit au tableau C.

Cette double conclusion est adoptée.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

Syndrome neuro-anémique et sténose scléro-cancéreuse du pylore

(MM. J. CAROLI, Mlle M. TISSIER et J. MALLARMÉ ; 29-1-1937)

Chez une malade de soixante ans se sont manifestés, après une cure d'amaigrissement, les signes d'une sténose serrée du pylore et un syndrome neuro-anémique : on a trouvé une fausse image lacunaire de l'antre et des lésions radiologiques strictement limitées à la région sphinctérienne, une anémie non biermérienne, de l'achylie gastrique. L'intervention a révélé une cicatrice d'ulcère dégénérée dans sa profondeur sur une étendue minime mais qui entraînait une énorme ectasie gastrique.

La lésion pylorique découverte à l'intervention, chez cette malade, constitue la variété la plus exceptionnelle des lésions gastriques que l'on peut trouver chez les anémiques. Le fait qu'il s'agit d'une pièce opératoire et non pas nécropsique ajoute encore à sa rareté. L'aspect macroscopique, loin d'éveiller l'idée d'une dégénérescence maligne, apparaissait analogue aux sténoses bénignes.

L'examen histologique a révélé la présence d'une lésion néoplasique associée à l'énorme hypertrophie du sphincter pylorique. La dégénérescence avait pris naissance sous la plaque cicatricielle d'un ulcus et formait une nodosité pas plus grosse qu'une noisette. Il s'agissait, en somme, d'un ulcéro-cancer d'une variété tout à fait exceptionnelle, la transformation ne se faisant pas ici aux dépens d'un bourrelet muqueux périphérique, mais prenant naissance à la face profonde d'une cicatrice comme dans la dégénérescence de certaines plaques leucoplasiques.

Cette observation n'est pas la première où un ulcère semble avoir joué le rôle essentiel en dehors de tout processus hémorragique dans la genèse d'un syndrome anémique.

Hémorragie ovarienne avec métrorragies et épistaxis Radiothérapie ovarienne. Guérison

(MM. LOEPER, René FAU et André VARAY ; 29-1-1937)

Il paraît certain qu'il existe une hémogénie ovarienne où la déviation ovarique est cause d'hémogénie comme elle l'est d'hémorragies. Le cas, rapporté par les auteurs, est relatif à une jeune femme hémogénique, anémique et ménorragique, et très gravement atteinte, chez qui la radiothérapie ovarienne, la suppression du fonctionnement de l'ovaire, fut curative de façon rapide et, semble-t-il, définitive.

L'interrogatoire permet de préciser quelques points d'étiologie : tout d'abord l'existence d'antécédents hémogéniques immédiats mais récents. A l'occasion d'une grippe survenue en janvier 1935, la malade a présenté une épistaxis de longue durée, tandis que les règles devenaient plus abondantes bien que régulières. Les ecchymoses apparaissaient alors facilement après des traumatismes minimes. Quelques jours avant l'épisode actuel, la malade avait eu de nombreuses épistaxis. Les antécédents particuliers familiaux et personnels sont d'ordre banal, rougeole dans l'enfance, quelques angines. Les malformations vasculaires font défaut, sinon quelques taches rubis sur le corps.

Cette jeune femme n'a jamais eu d'enfant, n'a jamais fait de fausse couche. La réaction de Wassermann est négative. Mais le mari est un ancien syphilitique, et a présenté, il y a quelques années, un chancre suivi d'une roséole. Traité immédiatement et régulièrement à Cochin, il a fait pratiquer des réactions de Bordet-Wassermann en série qui sont toujours restées négatives. Fait important, on note quelques signes d'ordre endocrinien, une bouffissure légère des téguments qui simule un certain embonpoint ; une pâleur de la face et une certaine sécheresse des cheveux. Le corps thyroïde est perceptible mais paraît normal. La recherche du métabolisme basal n'a pu être pratiquée à ce moment, mais on l'a fait évaluer plus tard, son taux est de 1 %.

Le syndrome anémique frappe par son importance et sa sévérité. Les numérations sanguines et les pourcentages leucocytaires pratiqués montrent qu'il s'agit d'un syndrome d'anémie aplastique avec abaissement parallèle dans la série blanche, réalisant la panmyélophtisie de Franck. Il n'existe aucun signe de réparation dans la série blanche ni dans la série rouge. Devant l'échec thérapeutique des transfusions et des prescriptions médicamenteuses, on décide d'utiliser la radiothérapie : radiothérapie splénique et irradiation légère de la moëlle osseuse. La malade supporte mal ces interventions, les hémorragies subissent une forte recrudescence ; c'est alors que, malgré le jeune âge de la femme, on se décide à pratiquer la radiothérapie ovarienne et la castration radiothérapique. Les hémorragies disparaissent dès la quatrième séance. Plus d'épistaxis ; la vue redevient normale, mais le taux des hématies et le syndrome panmyélophtisique reste sans changement. Cependant, dès le mois de juin, on note l'apparition d'une éosinophilie marquée. Au bout de deux mois, sans aucune manifestation hémorragique, la femme a pu reprendre ses occupations : formule sanguine normale et disparition du syndrome hémogénique. Depuis un an, la guérison a été durable.

En de tels cas, la thérapeutique doit être polyvalente. Thérapeutique d'urgence, d'abord par transfusions de petite abondance que l'on peut utilement associer à l'injection sous la peau du sang du donneur ; thérapeutique chimique ensuite, de récupération par la méthode de Whipple ou la méthode de Castle ; thérapeutique de fond enfin, à la fois étiologique et symptomatique. La radiothérapie ovarienne qui a permis dans le cas présent une guérison déjà ancienne, durable et qui paraît définitive.

G. F.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES PRATICIENS

19 février 1937

Une nouvelle association d'acides aminés contre la tuberculose

Docteur Dani HERVOUET

Mes recherches quant à l'influence thérapeutique des acides aminés dans la tuberculose viennent de franchir une nouvelle étape.

Je rappelle que mon premier mémoire, lu en juillet 1925 à une Société d'arrondissement, et publié dans divers journaux de médecine, signalait les bons résultats obtenus par une solution injectable composée de créatinine, glycocolle, sarcosine et leucine.

Une seconde étape aboutit à la suppression de la créatinine, insuffisante, et au remplacement de la leucine, congestionnante, par son dérivé méthylé, ce qui m'a donné une solution beaucoup plus maniable, et assez active pour qu'un de mes maîtres ait pu m'écrire récemment cette phrase : « Je suis heureux de « vous dire que je fais un usage croissant de votre « solution et que je la considère de plus en plus « comme l'agent principal du traitement qui rend « l'organisme tuberculeux réfractaire au Bacille de « Koch et permet ainsi leur guérison, pourvu que « les lésions destructives ne soient pas trop avan- « cées ».

Malgré ces résultats, je n'étais pas encore satisfait, car, dans les formes graves ou très élevées, je n'obtenais que des améliorations passagères ; et j'avais toujours eu le désir et la conviction du pouvoir obtenir mieux.

L'idée d'essayer la cystéine me vint, il y a trois ans environ, quand je sus que cet acide aminé était sécrété par la cortico-surrénale, et avait été employé avec un demi-succès chez les addisoniens. En effet, ces derniers ont le cortex surrénal gravement touché, et meurent tous tuberculeux ; l'absence de cystéine pourrait donc avoir son influence sur la non-résistance à la tuberculose. Pour vérifier cette hypothèse, j'ai fait des expérimentations cliniques dans la mesure où ma clientèle me l'a permis.

Puis, les résultats ayant été probants, j'en fis part à quelques confrères qui voulurent bien l'essayer, et dont plusieurs me communiquèrent des résultats concordants.

Depuis lors, j'ai obtenu des succès à peu près constants, parfois d'ailleurs, à force de persévérance. Voici à l'appui deux résumés d'observation, l'une d'un confrère de Troyes, l'autre personnelle :

I. — Mlle X., 36 ans, guérie cliniquement de tuberculose pulmonaire fibreuse depuis plusieurs années. Pendant l'hiver 35-36, abcès froid à trois travers de doigt de la crête iliaque gauche, gros comme le poing. Trois ou quatre ponctions avec injections modificatrices sont faites par un chirurgien : état général médiocre, anorexie, anémie. C'est alors que l'on commença les injections de solution cystéinée. A partir de la huitième injection, le pus ne s'est pas reproduit, et s'est résorbé, et la peau cicatrisée a repris sa souplesse sans aucune induration sous-jacente. Cette malade a eu en tout trente piqûres, dit textuellement mon confrère ; le résultat tient, et la malade est enchantée.

II. — Mlle M., 22 ans, habitant la banlieue. Tuberculose aiguë, rapidement évolutive du poumon droit, dont le début semble remonter à mars 1936, en Normandie, à la suite d'une grippe. Vue en consultation par un maître des hôpitaux ; on tente sans succès le pneumo. La situation semble à peu près désespérée : opinion formellement émise, qui m'a été confirmée par le médecin traitant. La première fois que j'ai vu la malade, le 2 juillet, fièvre continue autour de 39°, anorexie et vomissements ; toux incessante ; expectoration très abondante, muco-purulente ; grosse caverne sous la clavicule droite, signes d'infiltration dans les deux tiers supérieurs à droite. Les injections sont faites de deux en deux jours de la solution cystéinée. L'amélioration fut rapide, bien que la toux quinteuse ait été assez longue à disparaître, et que la température se soit maintenue longtemps autour de 38°. — Actuellement, son apparence est magnifique ; tous les signes d'auscultation ont disparu, sauf le souffle caverneux qui va diminuant d'intensité et d'étendue, sans aucun râle ni bruit liquide. Il y a un mois, il y avait encore des bacilles de Koch dans l'expectoration.

Cette observation, quoique incomplète, m'a paru assez typique pour être présentée.

Cette préparation se présente en ampoules n° 1 de deux c. c. et ampoules n° 2 de 1 c. c., contenant la première du glycocolle, de la sarcosine et de la méthylleucine dans un solvant spécial, et la deuxième de la cystéine en solution acide particulière ; leur mélange qui se fait au moment de l'injection est isotonique et non douloureux. La cystéine étant très instable, ne peut être mélangée d'avance. Les injections se font de deux en deux jours et doivent être continuées longtemps, ce qui est facile à comprendre.

Il m'est arrivé dans un cas rebelle de faire des injections quotidiennes : elles ont provoqué au bout d'une dizaine de jours une réaction fébrile ; mais les lésions ulcéreuses très étendues ont commencé à se transformer en forme fibreuse ; et cette évolution a continué depuis lors.

Pour terminer, je rappelle que la cystéine est une des bases fondamentales du glutathion, produit physiologique remarquable, étudié depuis plusieurs années, surtout par Binet et ses élèves. Une seconde base en est la glycocolle. On voit donc que, par expérimentation clinique, et travail de synthèse, j'ai réalisé une composition d'acides aminés qui est proche parente du glutathion, et est en droit d'occuper une place importante en thérapeutique.



19 mars 1937

Le Docteur FINIKOFF présente deux malades atteints de **tumeur blanche du poignet.**

La première malade, une jeune fille de 14 ans, a fait, il y a un an, une tumeur blanche du poignet intéressant surtout le trapèze, le trapézoïde et le grand os. La malade a été traitée par l'huile iodée et les sels de calcium sans immobilisation. Le résultat fonctionnel est parfait.

Le second malade, âgé de 47 ans, est un pulmonaire cavitaire ; il a fait, il y a dix-huit mois, une tumeur blanche du poignet avec énorme abcès de l'avant-bras qui s'est rapidement fistulisé. Malgré les conditions alimentaires défectueuses, le malade a guéri avec ankylose, assèchement de l'abcès et fermeture de la fistule.

Le Docteur Marcel FILDERMAN rapporte deux observations de **phlébite variqueuse** traitée par les injections de salicylate glucosé dans la veine des bras et où l'arrêt prématuré du traitement a été suivi d'une reprise de l'évolution de la phlébite, reprise qui a été jugulée comme la première poussée par la reprise du traitement.

Il a, d'autre part, été frappé par la fréquence avec laquelle ces phlébites sont méconnues ; il insiste sur la nécessité d'un examen minutieux de tout variqueux pour déceler ces phlébites, dont la gravité, bien que réelle, ne lui a d'ailleurs pas paru aussi considérable qu'il est classique de le dire.

Les Docteurs S. BAQUÉ et Charlotte BAQUÉ ont présenté quelques réflexions sur la **pipette nasale**. Ils estiment que la manière de se servir de la pipette nasale est souvent défectueuse. Il faut considérer deux phases dans le bain nasal :

Premier temps : *bain proprement dit du rhinocavum* (sans pression) ;

Deuxième temps : *bain à eau courante* (à pression à peu près nulle).

Dans les affections où les concrétions nasales sont trop abondantes, les croûtes trop adhérentes, et, dans le cas de perforation de la cloison (post-opératoire ou non), la pipette nasale, insuffisante, devra céder la place à la sonde rétro-nasale. On réalisera donc un troisième temps : *la douche rétro-nasale*, à pression réglable, qui suivra alors immédiatement le bain proprement dit ayant pour but le ramollissement préalable des obstacles.

Montpellier

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET BIOLOGIQUES DE MONTPELLIER ET DU LANGUEDOC MÉDITERRANÉEN

Séance du 26 *février* 1937

A propos d'embolies par injections sclérosantes dans les varices

M. DELATER vient affirmer que la méthode sclérosante, pratiquée par des médecins spécialisés, guérit les varices sans danger, sauf rarissime exception.

Granulomatose maligne de longue durée à déterminations gangliohypodermique, médiastino-pleurale et rachidienne avec paraplégie

MM. L. RIMBAUD, JANBON et ANSELME-MARTIN. — L'observation rapportée par les auteurs concerne un cas de granulomatose maligne dont l'évolution s'est poursuivie pendant quatre ans et demie et a été marquée par les manifestations suivantes : adénopathie médiastinale avec réaction pleurale bilatérale ; adénopathies sus-claviculaire et axillaire avec infiltration granulomateuse du tissu cellulaire sous-cutané de la région sous-claviculaire et périmammaire gauches ; détermination médullaire ayant entraîné une paraplégie et localisée après épreuves lipiodolées, au niveau du disque intervertébral D4, D5.

Les examens hématologiques successifs ont montré constamment une polynucléose neutrophile avec légère éosinophilie.

Lille

SOCIÉTÉ MÉDICALE ET ANATOMO-CLINIQUE

Séance du 12 *janvier* 1937

Deux observations de syphilis intestinale probable

MM. LANGERON et LUGEZ. — La syphilis intestinale de l'adulte est une rareté ; il se peut que l'on n'y songe pas suffisamment. C'est pourquoi les auteurs apportent deux observations, dans lesquelles cette hypothèse se pose, avec des chances de probabilité, constatations anatomiques dans un cas et thérapeutiques dans l'autre.

Le cancer primitif de la vésicule biliaire ; à propos de cinq observations personnelles

MM. LANGERON et DANES. — Se basant sur cinq observations typiques, les auteurs étudient l'étiologie, les formes cliniques, le diagnostic et le traitement de cette affection. Ils estiment qu'il est deux sortes de cancers de la vésicule, celui qu'on ignore et qui guérit par une cholécystectomie, involontairement précoce, celui que l'on parvient à soupçonner plutôt qu'à diagnostiquer et vis-à-vis duquel on est désarmé.

Sur un cas de crypto-leucémie myéloïde

M. BERNARD. — Homme de 59 ans, porteur, depuis deux ans, d'une énorme splénomégalie isolée, sans retentissement humoral. L'épreuve de la splénocontraction a permis de soupçonner la nature leucémique de cette affection ; la ponction de la rate a donné un splénogramme de leucémie myéloïde, a fait instituer un traitement radiothérapique, tout en écartant une splénectomie qui eût été désastreuse.

Ce fait prouve qu'une leucémie myéloïde peut rester, durant des années, à l'état de crypto-leucémie.

Les Livres

Les livres qui viennent de paraître...

Imprimerie A. Procaccia, Alexandrie

Dr P. Modinos, médecin en chef de l'hôpital européen. — **Les fièvres typho-exanthématiques en Egypte.** Un vol. 76 pages.

Masson et Cie, éditeurs,
120, boulevard Saint-Germain, Paris

Emile Sergent, professeur à la Faculté de médecine de Paris. — **Quelques vérités premières (ou soi-disant telles) en pneumologie clinique.** Un vol. de 84 pages. (Collection des Vérités premières). Prix : 24 francs.

... « Plaignons ceux qui ne comprennent pas qu'il y a des lésions pulmonaires audibles et invisibles et des lésions pulmonaires visibles et inaudibles !... L'ampoule de Rœntgen n'a pas fait disparaître le stéthoscope de Laënnec ! »

... « Il faut savoir interroger, regarder, palper, percuter, ausculter, enfin interpréter la signification des constatations que l'examen clinique complet, méthodiquement et rigoureusement conduit, permet de recueillir. »

Ces citations indiquent l'esprit dans lequel l'auteur a réuni l'ensemble des « Vérités premières » de la pneumologie clinique.

Vigot, frères, éditeurs,
23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (VIe)

G. Chaumet, agrégé du Val-de-Grâce, professeur à la Faculté de Beyrouth. — **Traité de radio-diagnostic. Tube digestif et glandes annexes. Appareil urinaire. Organes génitaux. Recherche des corps étrangers.** Un vol. 102 pages, 98 fig., 96 planches.

Cet ouvrage est une étude complète du radio-diagnostic des affections du tube digestif, des voies urinaires, des organes génitaux et aussi des corps étrangers. De nombreuses figures chématiques et de non moins nombreuses photogravures, soigneusement choisies et toutes d'une très grande netteté, illustrent le texte, lui-même d'ailleurs très détaillé.

Le radiologiste et aussi le praticien qui désire s'orienter dans la lecture des radiographies trouveront un guide précieux dans ce beau volume du Docteur Chaumet.

« Le Code du médecin ».

Sous ce titre, et avec le patronage de la Confédération des Syndicats médicaux français, MM. J. Doublet et Letourneur, auditeurs au Conseil d'Etat, nous donnnent un excellent tableau des règles régissant actuellement l'exercice de la profession médicale. Un tel travail est particulièrement utile à notre époque, où le rôle social du médecin grandit de jour en jour, et où il lui est plus que jamais nécessaire de connaître ses droits et aussi ses obligations au regard de toute personne, physique ou morale, privée ou publique, qui a recours à un titre quelconque à ses services. Cet ouvrage, fort complet et fort clair, s'adresse principalement, à notre avis, aux dirigeants et militants syndicalistes dont l'activité, pour être féconde, doit se fonder sur une connaissance précise du droit positif actuel, puisqu'elle a justement pour mission d'en faire modifier les règles afin de les adapter aux conditions toujours nouvelles et changeantes de la vie.

J. M.

Librairie Girardot et Cie,
27, quai des Grands-Augustins, Paris (VIe)

Dr G. Froin. — **Faisceau énergétique et biologie. Biogénèse et pathogénèse.** Un vol. 328 pages, 1937. Prix : 30 francs.

Voici quelques titres de chapitres de cet ouvrage : le faisceau énergétique et ses éléments dans les atomes, molécules, particules et cellules de la matière vivante ; les micelles, particules et cellules du sang ; les éléments de la matière, noctons, photons et magnétons dans les systèmes nerveux et musculaires, le facteur énergétique, les microbes et les maladies infectieuses ; les micelles nutritives, les tumeurs et le cancer ; influence des astres sur la vie et les maladies terrestres, etc...

Masson et Cie, éditeurs,
120, boulevard Saint-Germain, Paris

E. Donzelot, professeur agrégé à la Faculté de Paris. **Quelques vérités premières (ou soi-disant telles) en pathologie cardio-vasculaire.** Un volume de 82 pages (Collection des Vérités premières) : 24 fr.

Il paraît, *a priori*, bien périlleux, de tenter d'enfermer toute la pathologie cardio-vasculaire si vaste, si nuancée, si complexe, en quatre-vingts pages. C'est cependant ce que l'auteur a réussi à faire, en ciselant de courtes formules dont tous les éléments ont été minutieusement choisis et posés.

La première partie est consacrée à l'étude des affections cardiaques : méthodes d'exploration, troubles du rythme cardiaque, angine de poitrine, péricardites, endocardites, myocardites, infarctus du myocarde, cardiopathies congénitales, insuffisance cardiaque.

La seconde partie traite de la pathologie vascu-

laire : tension artérielle, hypertension, hypotension, syndromes aortiques et artéritiques, syndromes veineux.

L'Expansion scientifique française,
23, rue du Cherche-Midi, Paris (VIe)

Jean Séguy, ancien chef de clinique à la Faculté.— **La stérilité, étude étiologique et clinique.** Un vol. de 68 pages, avec 10 fig. (Collection : *L'Actualité gynécologique*). Prix : 15 francs.

Dans la première partie de cette monographie, l'auteur étudie les causes de la stérilité, qu'il ramène à quatre : lésions de glandes génitales (par infection ou intoxication, par situation ectopique, par déséquilibre endocrino-sympathique, par trouble de la nutrition générale) ; lésions du canal vecteur masculin et féminin (par aplasie, dysplasie ou hypoplasie, par infection, par imperméabilité) ; troubles physiologiques ; impossibilité de la nidation.

La seconde partie est consacrée au diagnostic, qui comporte dans l'ordre chronologique où logiquement ils doivent être pratiqués : l'examen clinique des deux conjoints ; l'examen du sperme du mari ; l'examen de la perméabilité tubaire ; la recherche de la perméabilité physiologique du col (celle-ci consistant à déterminer la date d'apparition et la durée des glaires cervicales translucides indispensables à l'ascension du spermatozoïde dans le col et le corps utérin, comme l'auteur l'a montré avec Mlle Vimeux) ; la recherche du fonctionnement ovarien et, en particulier, de l'ovulation et de la date dans le cycle ; enfin, la recherche de la cause profonde de la lésion qui crée la stérilité dans chaque cas donné.

L'Expansion scientifique française,
23, rue du Cherche-Midi, Paris (VIe)

André Chalier, professeur agrégé à la Faculté de Lyon. — **Le traitement médical et chirurgical de la stérilité féminine.** Un vol. de 146 pages, avec 21 fig., (Collection : *L'Actualité gynécologique*). Prix : 20 francs.

Trois parties. Dans la première, sont étudiés les petits moyens, ce que l'auteur appelle les «recettes de cuisine génitale » et surtout la fécondation artificielle.

La seconde partie traite des stérilités par lésions ou par troubles fonctionnels du tractus génital ; celles d'origine utérine (plus particulièrement les hypoplasies, les sténoses cervicales, les cervicites chroniques, avec une statistique personnelle de 610 cas traités par le Filhos) ; les stérilités d'origine tubaire, leur prophylaxie par la chirurgie conservatrice, leur traitement par l'insufflation, le lipiodol et la chirurgie plastique et réparatrice. Viennent ensuite, dans une troisième et dernière partie, les stérilités d'origine ovarienne, endocrinienne et générale.

Même si le pourcentage de guérisons indiqué par l'auteur, et qui atteindrait 50 %, n'est pas toujours obtenu, il est incontestable que beaucoup de stérilités sont curables, à la seule condition d'être convenablement soignées.

Imprimerie Arts-Graphiques,
Jarville, Nancy

Thomas Sydenham. — **Traité de la goutte.** — Nouvelle traduction par Ch.-J. Finck (Vittel), 1937. Un broch., 48 pages avec un portrait de Sydenham.

Le *Tractatus de Podagra* n'a jamais été traduit intégralement en français. Il en existe des traductions partielles se limitant à la description de l'accès de goutte.

Cette nouvelle traduction est complète. Le texte latin y est serré de très près et si, comme dit l'auteur, certains passages n'ont pas l'allure alerte de la phrase française, la précision du détail fera pardonner la lourdeur du style.

Masson et Cie, éditeurs,
120, boulevard Saint-Germain, Paris

G. Renard, professeur agrégé à la Faculté de Paris et A. Pascal Mekdjian, assistant d'ophtalmologie à la Policlinique Ney (Hôpital Bichat). — **La migraine ophtalmique.** Un vol. de 146 pages. (Collection médecine et chirurgie, recherches et applications, no 8), 22 francs.

La migraine ophtalmique a suscité de nombreux travaux. Si son aspect clinique est parfaitement défini, sa pathogénie plus incertaine a été l'objet d'hypothèses variées.

Il s'agit en réalité d'un phénomène extrêmement complexe, en rapport avec des perturbations générales, digestives, endocriniennes, neuro-végétatives, humorales, ce qui en rend l'étude pathogénique difficile.

Les auteurs ont estimé qu'il était impossible d'étudier une manifestation morbide indépendamment, d'une part des autres troubles associés, d'autre part du terrain sur lequel elle se produit surtout lorsqu'il s'agit d'une question qui semble toucher aux problèmes si actuels des intolérances et des intoxications.

Après un exposé des symptômes cliniques, les auteurs précisent les problèmes que posent l'expression visuelle et douloureuse de l'affection, et sa localisation céphalique.

Dans une deuxième partie, ils examinent le terrain spécial sur lequel surviennent les accidents, ses modifications avec l'âge du sujet, enfin les associations morbides que l'on peut rencontrer et leur signification.

Le traitement de l'accès lui-même puis celui du migraineux sont successivement envisagés.



Les Thèses

P. — Dr A. Bouniol. — **Etude anatomo-clinique de six sarcomes de l'utérus.** (Thèse 1937).

Les sarcomes de l'utérus sont très rares. A l'Institut du cancer de la Faculté de médecine de Paris, ils représentent 0,25 % des tumeurs utérines en général et 0,31 % des tumeurs malignes de l'utérus.

Le sarcome de l'utérus survient à tous les âges de la vie, avec un minimum de fréquence au moment de la puberté (0,4 %) et un maximum au moment de la ménopause (60 %). (Statistique de 501 cas publiés).

Les observations de l'auteur lui permettent de distinguer deux variétés cliniques: a) *une forme polypeuse*, tendant à s'extérioriser par le vagin ; b) *une forme infiltrante*, tendant à envahir le petit bassin.

Les sarcomes de l'utérus présentent un degré de malignité considérable du fait de la rapidité de leur évolution clinique et de l'insuffisance des moyens thérapeutiques actuels.

L'hystérectomie large, quand elle peut être pratiquée assez tôt, suivie ou non de radiothérapie pénétrante, paraît être actuellement la meilleure conduite à tenir du point de vue du traitement.

Ly. — Dr R. Millet. — **Contribution à l'étude de l'abcès du cervelet.** (Thèse 1935).

La symptomatologie de l'abcès du cervelet est assez variée, mais, pratiquement, la scène clinique est souvent très pauvre. La valeur des symptômes est très inégale.

Les signes d'hypertension et d'infection feront penser à une collection de l'encéphale. Ils n'ont qu'une faible valeur de localisation, mais peuvent, dans certaines conditions, orienter vers la fosse cérébrale postérieure.

Les signes cérébello-vestibulaires sont plus importants, principalement le nystagmus. Qu'il batte du côté sain ou du côté malade, il peut, lorsqu'il s'accompagne d'une inexcitabilité totale du labyrinthe homolatéral, donner une presque certitude.

Les signes cérébelleux purs ont une valeur presque pathognomonique. Malheureusement, ils font souvent défaut, ou apparaissent tardivement. Précoces, ils sont généralement frustes, et peuvent passer inaperçus. Un examen minutieux est, du reste, bien des fois rendu impossible, par l'état du malade.

Ces faits font mesurer toute la difficulté du diagnostic. Or, il importe de le poser précocement. On ne devra pas attendre les signes de localisation, ni même les grands signes d'hypertension (bradycardie, œdème de la papille), car leur apparition est inconstante et fréquemment tardive.

On se contentera d'un diagnostic de probabilité, ou même du diagnostic d'abcès encéphalique. L'essentiel est de poser, tôt, l'indication opératoire. Souvent, ce n'est qu'à l'intervention — les lésions d'ostéite ou veineuses ayant conduit au cervelet, ou la ponction cérébelleuse, faite systématiquement, s'étant montrée positive, — que le diagnostic pourra être fait.

Le danger est plus de laisser l'abcès passer inaperçu que de le confondre avec d'autres affections. Le diagnostic est facilité par les signes de localisation ; en leur absence, il peut être très délicat. Les abcès extra ou intra-duraux sont des découvertes opératoires, de même que la méningite séreuse enkystée, qui peut simuler, absolument, l'abcès du cervelet.

De diagnostic difficile, sont, dans certains cas :

L'abcès du cerveau. L'intervention précisera souvent la localisation ;

La méningite aseptique. Bien des fois, seule, l'évolution post-opératoire montrera si elle est en rapport avec la lésion osseuse ou veineuse associée, ou si elle ne fait que traduire l'irritation des méninges par l'abcès.

La labyrinthite, qui a beaucoup de symptômes communs avec l'abcès. Le diagnostic est d'autant plus délicat que, communément, les deux affections sont associées.

Le nystagmus, quel que soit le sens vers lequel il bat, prend alors une valeur capitale, lorsque le vestibule homolatéral est paralysé. Si celui-ci réagit encore, seule la trépanation du labyrinthe peut fournir une certitude. En somme, dans les cas embarrassants, c'est toujours l'intervention qui permettra de préciser le diagnostic.

Le pronostic est, aujourd'hui encore, très sombre, en raison de la fréquence des formes d'encéphalite diffuse, de gravité extrême, de la difficulté du diagnostic précoce, et du drainage convenable.

P. — Dr P. Renaud. — **De l'utilité d'adjoindre un service d'héliothérapie au service de chirurgie osseuse pour le traitement des tuberculoses ostéo-articulaires.** (Thèse 1937).

L'héliothérapie peut être pratiquée en toute région ; on peut, dans chaque ville, créer un service d'héliothérapie. L'installation ne demande qu'un matériel très simple. Il suffira de rechercher un emplacement favorable, chose facile en général.

Il sera utile d'établir un rapport étroit entre les deux services, héliothérapie et chirurgie, afin de pouvoir pratiquer dans des conditions parfaites les interventions nécessaires.

Le service d'héliothérapie créé à l'hospice général de Nantes, est une belle réalisation dans cet ordre d'idées.

P. L.

THÉRAPEUTIQUE

● ● ●

Quelques réflexions sur le mode d'action des composés sulfurés dans le rhumatisme chronique

Nombreux sont les auteurs qui, s'étant intéressés au soufre, en ont indiqué l'action sclérolytique, et dans un récent article, M. H. Flurin, de Cauterets, s'appuyant sur de nombreux faits cliniques, y insiste à nouveau et l'établit comme il suit d'une façon indiscutable :

Après avoir analysé l'action de l'allyl-sulfocarbamide en ces termes :

« Seule agit donc la molécule sulfurée, d'au« tant plus efficace qu'elle est moins oxydée, « par conséquent susceptible de ce perpétuel « va-et-vient d'oxydations et de réductions suc« cessives ».

Il ajoute :

« C'est au soufre non oxydé qu'est due l'ac« tion sclérolytique de la thiosinamine. C'est en « vertu des mêmes propriétés que s'explique « l'heureuse influence des eaux sulfurées sur les « scléroses pulmonaires, sur l'emphysème et sur « le rhumatisme chronique ».

C'est, en effet, aux propriétés oxydo-réductrices du soufre qu'est due toute l'activité de ce métalloïde dans le traitement des maladies par carence soufrée et, en particulier, dans le rhumatisme chronique. La réputation dont jouit le soufre dans le traitement de toutes ces maladies n'est certes pas surfaite, mais jusqu'à une époque relativement récente l'emploi de la voie parentérale, et en particulier, de la voie intraveineuse, pour l'administration de cette médication n'avait rencontré qu'un succès très relatif, et nombreux sont encore les médecins dans l'esprit desquels une injection intraveineuse d'un produit soufré évoque immédiatement l'idée de choc.

A l'heure actuelle, de pareilles craintes sont vaines.

Des travaux très poussés ont mis en évidence *l'entière efficacité et l'absolue atoxicité* de nombre de composés soufrés, et même certains d'entre eux présentent d'intéressantes propriétés antifloculantes et antianaphylactiques, tel l'hyposulfite de magnésium dont A. Lumière a mis en évidence les remarquables propriétés dans le domaine humoral.

On injecte couramment, à l'heure actuelle, sans aucun risque, des quantités importantes de tétrathionate de magnésium, sel qui contient deux atomes de soufre libre occupant la même position stéréo-chimique que les mêmes atomes dans la cystine et le glutathion, atomes susceptibles d'être très rapidement libérés dans l'organisme où ils subiront les alternatives d'oxydations et de réductions qui caractérisent les propriétés catalytiques du soufre.

On sait quelle est l'importance vitale du soufre dans l'organisme. Or, le tétrathionate de magnésium forme, avec l'iodure de sodium, stabilisé par un procédé spécial, l'élément fondamental de la thionaïodine, préparation dont, actuellement, l'efficacité contre la maladie rhumatismale chronique n'est plus à démontrer. Des quantités importantes de cette préparation peuvent être administrées aussi bien par voie intramusculaire que par voie intraveineuse sans aucun risque d'accidents ni même d'incidents, quantités qui permettent de libérer les atomes de soufre indispensables à l'organisme du rhumatisant dont la carence en soufre est telle qu'on a pu dire que le rhumatisme chronique était une maladie due à un trouble de la nutrition générale sulfurée par hypo-oxydation ; chacun sait de plus que les tissus rhumatisants manifestent une avidité remarquable pour le soufre.

C'est à sa richesse en soufre non oxydé et en iode, sclérolysant connu bien avant le soufre et qui possède, par ailleurs, des propriétés lymphagogues et antiphlogistiques qui le mettent au premier rang des médications antirhumatismales, que la thionaïodine doit ses propriétés curatives indiscutables.

Ajoutons que cette préparation est non seulement un médicament étiologique de tout premier plan, mais encore que sa richesse en ions Mg en fait un médicament sédatif agissant d'une façon élective contre la douleur qu'il supprime d'une façon définitive, sans qu'il soit besoin de recourir à des injections locales d'analgésiques dont l'action toujours fugace ne fait que masquer la douleur.

L. Vergennes.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

TRAVAUX ORIGINAUX

Bulletin de l'Actualité

UN MÉDECIN DE CAMPAGNE IL Y A CINQUANTE ANS

C'est une série de tableaux bien pittoresques de la médecine de campagne que nous peint M. Edouard Ganche dans un livre (1) dont nous ne saurions trop conseiller la lecture à tous ceux d'entre nous, qui, venus au monde avec le téléphone et l'automobile, se plaignent de la difficulté qu'ils ont à exercer notre profession et se jetteraient volontiers dans les bras de l'Etat pour devenir des fonctionnaires.

Le médecin dont Edouard Ganche nous conte la vie, était son père, il appartenait à cette forte génération de médecins qui, mettant au-dessus de tout l'amour de leur profession, exerçaient un véritable sacerdoce, et ne connaissaient ni repos, ni tranquillité, ni répit, ni vacances. Nous sommes encore nombreux à avoir connu de tels hommes, à avoir partagé leur vie, à avoir compris auprès d'eux, et très tôt, combien le rôle du médecin était noble et grand, et j'en appelle à tous ceux, dont les souvenirs d'enfance évoquent le dur labeur paternel, pour goûter et apprécier la description de la médecine rurale en Bretagne vers 1880.

« Le Docteur Auguste Ganche était un homme de moyenne taille qui se fit tôt remarquer des paysans comme un marcheur rapide et infatigable. Il portait des cheveux châtain clair, rejetés en arrière, une barbe rousse un peu longue ; ses yeux étaient mats, son nez haut et fort sans exagération, son visage impassible n'était jamais changé par un sourire.

De caractère silencieux et bourru il était rude dans ses paroles, quoique sans volonté dans la vie domestique. Il fumait et buvait sec, était indifférent au gain et n'avait qu'une qualité marquante celle d'un praticien émérite par une aptitude spéciale pour la médecine et une remarquable sûreté dans le diagnostic.

Ce portrait campe son homme, il nous montre le sérieux de son caractère uniquement absorbé par ses soucis professionnels, par le sentiment de sa responsabilité et la haute idée de la mission qu'il avait acceptée, le jour où il s'était installé dans ce bourg éloigné de Bretagne, un peu triste, perdu au fond des terres « où l'homme se sentait enfermé dans le réseau serré d'une forte végétation étalée sur des plans quasi uniformes ».

Cette époque pourtant peu lointaine semble maintenant à beaucoup d'entre nous, comme l'évocation d'un autre âge.

Les dernières diligences finissaient leur service et deux tableaux nous font saisir tout le chemin parcouru depuis : c'est d'une part la description d'un voyage de 20 kilomètres en diligence (à peine une demi-heure d'auto) pour aller à la ville et c'est la description du porteur d'eau qui à travers les rues de Rennes allait pour *un sou* monter dans les appartements des citadins bretons le broc d'eau potable, indispensable, car l'eau courante distribuée à domicile par canalisations n'existait point encore.

Le Docteur Ganche visitait à pied toute sa clientèle, il faisait aisément 60 kilomètres par jour, un lourd bâton de buis à la main, parcourant tous les sentiers, tous les bas chemins, franchissant les échaliers, pour arriver plus vite aux fermes éloignées où on attendait anxieusement sa venue.

A l'exercice de la médecine, il joignait la pratique de la pharmacie, une pharmacie simple dont les spécialités, encore nouvelles, étaient exclues, car les remèdes chers ne convenaient guère aux paysans.

Quand il partait pour voir ses malades, il avait en bandoulière un sac de cuir contenant une trousse de chirurgie, un rouleau de vésicatoire, un autre de thapsia, un troisième de diachylon et une boîte de sinapismes.

Arrivé chez son malade, s'il s'agissait d'une affection pulmonaire, la loi suprême était de le faire expectorer. Le médecin faisait cracher dans une écuelle et l'expectoration examinée au grand jour montrait si les crachats étaient sanguinolents, rouillés, safranés, jus de réglisse ou de pruneaux. Il découpait alors avec des ciseaux dans le rouleau toujours emporté un vésicatoire de 14 cm. de haut sur 10 de large, le plaçant lui-même et revenant lui-même le lendemain pour l'enlever.

---

(1) Edouard GANCHE. — Mon début dans la Médecine. Denael et Steele, éditeurs.

C'était une opération particulière à l'époque et peut-être à la contrée.

En arrivant mon père demandait à la paysanne garde-malade une grande feuille de chou verte. Il la posait sur une table et coupait longitudinalement la côte pour l'amincir et l'égaliser avec le limbe. La femme tenait au feu de bois de la cheminée une tournette, sorte de pelle servant à retourner les galettes de blé noir. La pelle portée sur la feuille de chou la rendait souple et molle. Aussitôt, après l'avoir enduite de saindoux, mon père allait au malade assis dans son lit, le dos tourné vers le bord... Le médecin détachant un angle du vésicatoire l'abattait d'un coup sec, entraînant les sérosités, puis sur la plaie, il plaçait la feuille de chou préparée et la fixait avec un linge ceinturant le corps.

Tous ces tableaux de la vie quotidienne sont pleinement évocateurs, tous sont à lire, j'en retiens le récit des extractions dentaires le jour du marché, les séances de vaccination antivarioliques annoncées en chaire aux deux messes du dimanche, les accouchements obligeant à partir par des nuits glaciales sous la neige ou par des pluies torrentielles, dans une obscurité sinistre que trouait le bien faible éclairage de la lanterne qu'il tenait dans la main gauche, avec à la main droite son habituel bâton de buis.

L'auteur a gardé le souvenir d'une de ces randonnées nocturnes où il avait voulu accompagner son père à travers le mystère inquiétant des solitudes nocturnes, dans ce pays où les femmes croyaient encore aux fantômes et aux revenants et où les arbres et leurs branches dressaient des personnages aux aguets ou des monstres surgissant au loin et disparaissant à leur approche.

Ces longs trajets occasionnaient beaucoup de fatigue et n'apportaient souvent aucun payement. La lutte pour l'existence était rude pour le médecin de campagne obligé d'endurer un labeur imposé sur les vingt-quatre heures du jour ; il ne devait compter que sur lui-même et être capable de porter secours au faucheur maladroit qui s'était fait une blessure grave, aussi bien qu'au cultivateur tombé d'un arbre en faisant la cueillette des fruits et dont les membres brisés réclamaient l'intervention opportune du médecin.

Il y avait alors chez le médecin et chez le malade une grande dureté morale, un stoïcisme inné en présence de la maladie et du trépas.

Le paysan ne se plaignait pas de souffrir, sa fin ne recevait aucun adoucissement, il mourait avec toutes les perturbations de son mal.

J'ai dans mon enfance entendu conter une anecdote que le livre d'Edouard Ganche me remet en mémoire et qui se situe à la même époque dans une campagne lointaine. Un vieux cultivateur, au soir d'une journée de moisson où il chargeait sur une voiture les dernières gerbes, fut pris d'une douleur brutale, lui arrachant des cris, tels qu'on décida malgré l'heure tardive et la fatigue des attelages, de partir quand même chercher un médecin. Au bout de quelques heures, car les trajets sont longs la nuit, le médecin constata une volumineuse hernie étranglée irréductible contre laquelle on tenta vainement tous les moyens de réduction ; une seule solution offrait une petite chance de salut, télégraphier au matin à un médecin d'une ville éloignée de quelque cinquante kilomètres, qui faisait avec succès les opérations urgentes, et débrider le collet du sac. Tant de complications dépassaient ce milieu paysan et le vieux se rendant exactement compte de ce qui l'attendait, des difficultés que présentait le traitement de sa hernie, eut ce mot digne d'un stoïcien : laissez tout çà, c'est trop compliqué et puis je n'en vaux plus la peine.

Dans cette lutte perpétuelle, où il devait continuellement essayer de soumettre un ennemi pernicieux ou mortel, où il devait trouver dans sa substance même et sans pouvoir compter sur aucune collaboration des procédés efficaces pour ramener la vie dans un corps détérioré ou troublé dans ses fonctions, le médecin de campagne y développait sa personnalité, il y acquérait un esprit d'indépendance qui a survécu, mais le plus solide et le plus vigoureux y usait sa vie, car sa vie appartenait tout entière aux malades et à toutes les heures du jour et de la nuit il devait aller se pencher sur leurs souffrances.

Et c'est ainsi que par un grand froid étant resté deux nuits de suite auprès d'une femme en couches, dans un hameau lointain, le docteur Auguste Ganche rentra chez lui harrassé. Ce fut le déclin rapide.

Il refusa d'abord d'apporter ses soins aux malades obligés de garder le lit. D'aucuns le voulaient et lui seul. Ceux-là l'envoyaient chercher avec un char à banc et deux hommes. Il se laissa ainsi traîner jusqu'à la ruine finale de ses forces. Pour des paysans particulièrement aimés il les reçut en consultation devant son lit tant qu'il fut vivant.

Ne s'étant jamais soigné, il fit pour lui comme il avait toujours fait pour les autres un diagnostic simple, impitoyable, et comprenant que dans cette lutte dernière il était vaincu d'avance, que tout effort était inutile, il s'éteignit comme se sont éteints et s'éteignent encore tant des nôtres dont la vie ignorée mérite cependant de temps à autre d'être donnée en exemple.

Dr Raphaël MASSART.

UNE CIRCULAIRE DU GARDE DES SCEAUX

Un médecin d'une Compagnie d'assurances peut-il être expert en matière d'accidents du travail ?

Monsieur le Garde des Sceaux, ministre de la Justice vient d'adresser aux Premiers Présidents des Cours d'appel, une Circulaire de janvier 1937 relative à l'application de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail. e cette Circulaire, nous extrayons le passage suivant qui intéresse les médecins experts près les Tribunaux :

«..... Il m'a été signalé que, malgré les in-« jonctions formelles de la Chancellerie, certains « tribunaux continuent de désigner des méde-« cins attachés à une Compagnie d'assurances ou » un Syndicat de garantie à l'effet de procéder à « l'expertise prévue par les articles 13, 16 et 17 « de la loi sus-visée. Ces dispositions, il est vrai « n'interdisent pas aux juridictions saisies de « choisir un médecin d'une Compagnie d'assu-« rances autre que celle à laquelle le chef d'entre-« prise est affilié, mais le cas n'en présente pas « moins de sérieux inconvénients ; il est en tout « cas de nature à faire suspecter l'impartialité de « l'expert dont le rapport constitue souvent un « élément d'appréciation primordial.

« Déjà, par une Circulaire du 25 juillet 1910, « ma chancellerie avait recommandé d'adopter « la pratique suivie par le Tribunal de la Seine (1) « et d'inviter les médecins à opter entre leur « maintien sur la liste spéciale des experts en « matière d'accidents du travail et leur fonction « de médecins d'une Société d'assurances.

« J'attache un intérêt particulier à ce que cette « pratique soit scrupuleusement observée dans « les Tribunaux de votre ressort et je vous prie de « bien vouloir prescrire toutes mesures utiles à « cet effet..... »

De ce texte, il résulte que s'il n'y a pas du point de vue purement légal d'incompatibilité entre les fonctions de médecin expert près les Tribunaux en matière d'accidents du travail et celles de médecins d'une Compagnie d'assurances quelconque, cette incompatibilité existe en fait par la réglementation de la Circulaire du Garde des Sceaux.

Nous devons dire que ces prescriptions réglementaires de M. le Garde des Sceaux ne sont que la confirmation de circulaires antérieuresde la Chancellerie dont l'application était méconnue.

En effet, par une première circulaire du 25 juillet 1910, M. Louis Barthou, garde des Sceaux avait adressé aux Parquets pareille recommandation qui ne fut pas ou du moins fut peu écoutée, Aussi, M. Briand dut-il la renouveler avec des précisions impératives par une circulaire du 26 juillet 1912 qui est toujours en vigueur et dont voici les principaux passages :

«... Je suis informé que les dispositions de la « Circulaire du 25 juillet 1910 ne sont pas tou-« jours observées. De nouvelles réclamations ont « été formulées signalant que des médecins no-« toirement attachés à des Compagnies d'assu-« rances continuaient à être commis.

« Dans ces conditions, j'appelle de nouveau « votre attention sur cette question.

« Je vous prie de vouloir bien inviter les prési-« dents des Tribunaux civils de votre ressort à « provoquer les mesures nécessaires pour que la « règle formellement posée par l'article 17, par. 4 « de la loi de 1898 ne soit jamais perdue de vue, « et qu'en outre, les médecins attachés aux So-« ciétés d'assurances ou aux Syndicats de garan-« tie contre les accidents du travail ou encore « aux entreprises s'assurant elles-mêmes ne « soient pas commis dans les affaires d'accidents « du travail. A cet effet, ceux-ci seront, le cas « échéant, mis en demeure d'opter entre leurs « fonctions et leur maintien sur la liste des méde-« cins experts ; tout au moins la liste devra « être divisée en deux parties, dont l'une ne « comprendra que les médecins pouvant être « commis dans les affaires dont il s'agit.

« Messieurs les Présidents devront au besoin, « s'entendre avec Messieurs les Procureurs de la « République en vue de contrôler la situation « exacte à cet égard de chacun des médecins « experts ».

Cette circulaire provoqua une protestation de la part de la Société locale des médecins des Landes qui adressa à l'Association des médecins de France, le 1er décembre 1912, un vœu demandant que « la Circulaire de Monsieur le Garde des « Sceaux en date du 24 juin 1912, soit, sinon rap-

(1) En 1903 M. Ditte, Président du Tribunal de la Seine avait adressé aux médecins experts du ressort la lettre suivante :

« Monsieur le Docteur,

« Je suis informé que quelques-uns des médecins « experts du Tribunal de la Seine seraient habituellement « employés par des Compagnies d'assurances contre « les accidents.

« Je suis d'accord avec M. le Premier Président de la « Cour d'appel et avec M. le Procureur général pour « considérer que cette situation ne peut se concilier avec « leurs fonctions d'expert, et je prie ceux d'entre vous « qui seraient investis de la double qualité de me faire « connaître celle qu'ils désirent conserver...

« Veuillez agréez, etc...

« portée, du moins interprétée dans le sens le plus large... ».

Ce vœu donna lieu à une première discussion devant le Conseil général de l'Association le 17 janvier 1913. M. Régis proposa de ne pas prendre ce vœu en considération. « A différents « Congrès des Praticiens, fit-il remarquer, on a « été unanime à décider qu'il fallait écarter des « expertises les médecins d'assurances qui sont « presque des fonctionnaires et qui, par consé- « quent ne disposent pas de leur libre arbitre. » (*Bulletin* de l'Association générale des médecins de France, 1er avril 1913, p. 87). Le vœu fut renvoyé à la Commission des vœux. M. le Docteur Gilbert Laurent, député de la Loire posa par la voie du *Journal officiel* du 10 février 1913, une question écrite au ministre de la Justice qui, dans sa réponse confirma sa Circulaire.

L'Association des médecins de France repoussa le vœu de la section des Landes et approuva la Circulaire ministérielle ajoutant : « Il faut admettre que cette jurisprudence est d'accord avec ce que le Corps médical a maintes fois réclamé ».

L'opinion ne paraît pas avoir varié, et il semble bien que la Circulaire récente du ministre de la Justice ne soit qu'une nouvelle affirmation doctrinale. La Chambre des Députés, sur rapport de M. Gros, a voté en 1927 des modifications nombreuses et profondes à la loi du 9 avril 1898. Parmi celles-ci l'une des principales porte sur l'article 17 qui fixe les conditions de nomination des experts et le projet substitue précisément à l'ancien texte l'exclusion de tout médecin attaché à une assurance quelconque. — La Commission sénatoriale, il est vrai, semble, sur ce mot, en désaccord avec la Chambre. Mais, à ce sujet, la Confédération des Syndicats médicaux français (*Le Médecin de France*, 15 mai 1936, p. 434) a manifesté son opinion : «..... Le blessé « aurait dorénavant le sentiment de ne jamais « être expertisé par un médecin patronal ou « d'assurance. Lui refuser cette *garantie morale* « est fort regrettable : espérons que le Sénat « reprendra le texte de la Chambre à la demande, « peut-être, des délégués ouvriers ... ».

E. G.

COMMENTAIRES JURIDIQUES

A l'appui de l'article de notre confrère E. G., je tiens à fournir quelques précisions d'ordre juridique, pour confirmer sa thèse.

La loi du 9 avril 1898

L'article 17 de la loi sur les accidents du travail précise que « Toutes les fois qu'une exper- « tise médicale sera ordonnée soit par le Juge « de paix, soit par le Tribuna civil, ou la Cour « d'appel, l'expert ne pourra être le médecin qui « a soigné le blessé, ni un médecin attaché à « l'entreprise, ou à la société d'assurances à « laquelle le chef d'entreprise est affilié. »

Ainsi le législateur a-t-il voulu que l'impartialité des opérations d'expertise soit absolue, alors que ni le médecin du blessé, ni celui du patron, ou de l'assurance ne peuvent être chargés du rapport, qui renseignera les magistrats ?

La sanction de cet article 17 est la nullité radicale de l'expertise. En ce sens, la jurisprudence est unanime (Cour d'appel de Besançon, 12 mars 1904, *D. P.* 1905-2-63 ; Cour de cassation, Chambre civile, 4 juillet 1904, *D.* 1905-1-181 ; Cassation, civ., 12 décembre 1932, *Gaz. Pal.* 1933-1-138 ; Cassation civile, 30 avril 1934, *Gaz. Pal.* 21 juin 1934.)

Disons de suite que cette nullité d'ordre public doit être invoquée par la victime *in limine litis* : si le blessé ne fait nulle objection et se laisse examiner, si, dès le début de l'instance en justice, il ne dépose pas de conclusions, pour faire prononcer la nullité des opérations d'expertise, aucun recours n'est possible, lorsque la décision de justice a acquis la force de chose jugée (Cassation civile, 17 octobre 1911, *Gaz. Pal.*, 25 octobre 1911).

On ne saurait non plus invoquer le fait que le médecin doit être français, en s'appuyant sur la rédaction de l'article 14 de la loi du 30 novembre 1892. Par arrêt du 13 décembre 1933 (*Gaz. Pal.*, 10 février 1934) la Cour de cassation, Chambre des requêtes, a repoussé un pourvoi formé contre la désignation comme expert d'un médecin étranger, dont le rapport sera soumis à l'interprétation souveraine des juges du fond.

En effet, la désignation d'un expert, choisi sur la liste dressée par la Cour d'appel, conformément à l'application de l'article 14 de la loi du 30 novembre 1892, ne concerne que les expertises criminelles et non les expertises civiles (Cassation civile, 15 décembre 1914, *D. P.* 1917-1-1 ; Cass. Req., 13 décembre 1933, précité ; Tribunal civil de Bordeaux, 1re Chambre, 31 octobre 1935, *Gaz. Pal.*, 21 décembre 1935).

Le juge est-il obligé d'ordonner une expertise ?

Non, s'il trouve dans les éléments de la cause et dans le dossier les documents et certificats médicaux propres à éclairer sa religion et à étayer sa sentence (Cassation civile, 25 janvier

1909, *D. P.*, 1909-1-264) ; Cour d'appel de Rennes, 7 juillet 1927, *Rec. Rennes*, 1927, 323 ; Cassation, Chambre civile 26 juin 1928, *Gaz. Pal.*, 9 octobre 1928.)

Incompatibilité du médecin d'assurances

Selon les termes de l'article 17 de la loi du 9 avril 1898, doit être considéré comme inapte à expertiser le blessé tout praticien attaché à la Compagnie d'assurances à laquelle le chef d'entreprise est affilié. Que faut-il entendre par ces termes : « attaché à la Compagnie d'assurances » ?

Le Tribunal civil d'Angoulême nous répond par jugement du 5 novembre 1902 (*Concours Médical*, 1903-555) qu'il faut comprendre par ces termes les médecins qui reçoivent de l'assurance l'ordre d'avoir à examiner des blessés pour le compte de la Compagnie, alors que cette dernière renonce à la liberté de s'adresser à n'importe quel praticien de la localité, pour contracter uniquement avec un ou deux praticiens.

La nullité de l'expertise est d'ordre public et doit être prononcée par le Tribunal, lorsque l'expert désigné est par n'importe quel lien attaché à l'assurance qui garantit le patron (Cassation civile, 4 juillet 1904, précité ; Cassation civile, 21 décembre 1932, *Gaz. Pal.*, 1933-1-138 ; Cassation civile, 30 avril 1934, *Gaz. Pal.*, 21 juin 1934).

Praticien qui a soigné la victime

De même, le médecin qui a soigné le blessé ne peut pas être désigné comme expert, à peine de nullité ; Cour d'appel de Besançon, 30 octobre 1903, *Concours Médical*, 1905, 616 *ter* ; Tribunal civil d'Albi, 1er mars 1911 ; le *Droit*, 29 juillet 1911, ; Cour d'appel de Caen, 1re Chambre, 20 février 1933, *Rec. Rouen et Caen*, 1933-1-42 ; Cassation civile, 22 décembre 1930, *Gaz. Pal.* 1931-1-190 ; Cassation civile, 12 décembre 1932, *Gaz. Pal.*, 1933-1-364 ; Tribunal civil d'Alençon, 8 mars 1934, *Gaz. Pal.*, 10 juillet 1934.)

Blessé soigné dans un hôpital

Certaines décisions de jurisprudence avaient tenté d'établir une distinction entre le médecin traitant, hoisi par le blessé, et le médecin d'hôpital qui est imposé à la victime du fait de son hospitalisation dans un service qu'il n'a pas choisi. Il semblait, aux yeux de certains magistrats, que le législateur n'avait pas eu en vue, dans la rédaction de l'article 17, les praticiens qui sont chargés d'un service public, tels les médecins des hôpitaux, ou les médecins de l'infirmerie du Dépôt. Ces praticiens doivent, semble-t-il, être considérés comme impartiaux vu qu'ils ne sont choisis ni par la victime, ni par le chef d'entreprise, ni par l'assurance à laquelle est affilié ce dernier. En ce sens, Cour d'appel de Paris, 17 mars 1908, *Mon. Jud. Lyon*, 8 décembre 1908 ; Tribunal civil de la Seine, 16 décembre 1912, *Gaz. Pal.*, 1913-1-60 ; Cour d'appel de Grenoble, 18 avril 1913 ; *Rec. Ass.*, 1915-369).

La question est actuellement tranchée en sens contraire par la Cour de cassation. L'incompatibilité prescrite par l'article 17 entre les fonctions de médecin traitant et celles de médecin expert, en matière d'accident du travail, est générale et ne saurait souffrir de restrictions. En conséquence, le chirurgien, qui a donné ses soins à la victime, dans un hôpital, ne saurait, quelle que soit sa compétence et son indépendance, être désigné comme expert, pour le blessé qu'il a traité dans l'établissement public (Cassation, Chambre civile, 22 décembre 1930, *Gaz. Pal.*, 11 février 1931 ; Cour d'appel de Dijon, 1re Chambre, 17 février 1931 ; *D. H.*, 1931-171 ; Cour de cassation, Chambre civile, 12 décembre 1932, *Gaz. Pal.*, 27 janvier 1933).

Conclusion

Notre confrère E. G. a donc eu parfaitement raison de rappeler les circulaires ministérielles, qui prescrivent aux magistrats de respecter l'incompatibilité ordonnée par l'article 17 de la loi du 9 avril 1898. L'impartialité la plus grande doit présider aux opérations d'expertises. Aussi, la victime ou le chef d'entreprise, ainsi que l'assureur de ce dernier, ne doivent émettre aucun motif de suspicion, lorsque le Juge de paix, le Tribunal civil ou la Cour d'appel ordonnent une expertise.

L'exclusion légale frappe tous les praticiens, qui d'une manière quelconque, ont eu à connaître de l'affaire, ou ont un intérêt quelconque envers l'une des parties. Le médecin du blessé peut être suspecté de bienveillance pour son client ; le praticien attaché à l'entreprise, ou à l'assurance peut également voir sa liberté d'opinion être mise en doute, alors que la partie adverse pourrait craindre que ce praticien a tendance à ménager les intérêts de celui qui le paie.

Il était donc fort utile de rappeler ces principes généraux, concernant l'expertise en matière d'accident du travail.

Dr Paul BOUDIN.

NOM ET PRÉNOMS ATTRIBUÉS AUX ENFANTS ABANDONNÉS

Je suis consulté sur le problème suivant : dans quelque temps, va accoucher chez une sage femme une personne qui ne peut ni econnaître, ni conserver son enfant. Mais, comme ce dernier sera déclaré à l'officier de l'état civil, sans nom ni prénoms, la mère tiendrait cependant à ce que son enfant reçoive un nom auquel elle tient, pour permettre plus tard à cet enfant d'entrer dans son foyer maternel, sans attirer l'attention.

En d'autres termes, m'est posée la question générale : lorsque le praticien déclare à l'officier de l'état-civil un enfant, qui n'est pas dénommé par ses auteurs, à qui appartient le droit de donner les prénoms et le nom ?

Lorsqu'il fait sa déclaration pour une naissance, le praticien, tenu au secret professionnel, peut taire le nom des parents, ainsi que le lieu où l'accouchement a eu lieu.

L'enfant ainsi déclaré peut être considéré comme enfant trouvé.

Or, nous relevons dans une circulaire ministérielle du 30 janvier 1812 que lorsque le nom des parents est inconnu, on donne un nom et des prénoms à l'enfant, qui sont choisis soit par l'officier de l'état civil, soit par l'administration de l'hospice, dans lequel l'enfant trouvé a été porté.

Il s'en suit que si l'usage veut qu les noms et p énoms soient attribués à l'enfant nondénommé par l'officier de l'état-civil (ou plutôt par le secrétaire de mairie) rien n'empêche le déclarant de donner lui-même les nom et prénoms qu'il a choisis.

Je n'ai rien trouvé dans la jurisprudence concernant la solution judiciaire et administrative d'un conflit, au cas où le secrétaire de mairie refuserait les indications du déclarant et entendrait donner lui-même nom et prénoms.

Rappelons que la circulaire précitée recommande de ne pas donner à ces enfants le nom d'une famille existante, ni un nom ridicule, ou rappelant l'irrégularité de leur origine (en ce sens tribunal civil de Pontivy, 5 mars 1902, D. 1903.2.414).

Le nom qui est ainsi donné n'est que provisoire et si plus tard la filiation de es enfants est déclarée, ou découverte, ils prendront le nom de leur père, ou celui de la mère d'après les règles ordinaires.

En effet, depuis la loi du 2 juillet 1907, modifiant l'article 138 du code civil, l'enfant naturel prend le nom de celui de ses deux parents qui le reconnaît le premier (cour d'appel de Dijon, 6 juin 1911 ; S. 1912.2.137).

Si les deux parents le reconnaissent en même temps, il prend le nom du père.

Dr Paul Boudin.

SAGE-FEMME — SECOND MARIAGE — DROITS DES ENFANTS DU PREMIER LIT

1° Une sage-femme mariée peut-elle disposer de son revenu personnel en toute liberté et sans l'autorisation de son mari ?

La loi du 13 juillet 1907 décide, en son article 1er, que sous tous les régimes matrimoniaux et à peine de nullité de toute clause contraire portée au contrat de mariage, la femme a, sur les produits de son travail personnel et les économies en provenant les mêmes droits d'administration que l'article 449 du code civil donne à la femme séparée de biens.

Elle peut en faire emploi en acquisition de valeurs mobilières ou immobilières ; elle peut, sans l'autorisation de son mari, aliéner à titre onéreux les biens ainsi acquis (loi du 8 juin 1923) ; elle peut de même, sans l'autorisation de son mari, emprunter sur lesdits biens et hypothèquer.

Il en résulte que puisque le mari ne s'est pas opposé à ce que sa femme exerce la profession de sage-femme, celle-ci est maîtresse de ses revenus professionnels.

2° En cas de remariage du père, avec une sage-femme, les enfants du premier lit peuvent-ils, à la mort du père, prétendre à une part quelconque sur l'actif de la communauté et sur les biens propres de la seconde femme ?

En ce qui concerne l'héritage du père pouvant être transmis aux enfants, tout d pend de la rédaction du contrat du second mariage. Si celui-ci décide la séparation des biens, le régime dotal, la communauté réduite aux acquêts, ou s'il n'y a pas eu de contrat e mariage, c'est-à-dire si les époux vivent en communauté de biens, les enfants auront droit à la part d'héritage sur les biens qui reviennent au *de cujus* lors de la liquidation d la succession ; mais, en aucun cas, les dits enfants du premier lit ne peuvent réclamer quoi que ce soit sur les biens propres à la veuve qui n'est pas leur mère.

P. B.

L'ACTUALITÉ PROFESSIONNELLE

Informations judiciaires

La Responsabilité médicale en cas de soins donnés à des accidentés du travail

Le principe de la responsabilité du médecin à l'égard de son client, en cas de faute professionnelle commise par lui dans l'accomplissement de sa mission, est admis sans conteste et peut être même par trop facilement à l'heure actuelle par les tribunaux de droit commun. Mais il est un domaine où la jurisprudence a exonéré pratiquement le médecin de toute responsabilité, c'est celui des accidents du travail ; et cette bienveillance, d'ailleurs involontaire, des tribunaux à l'égard du corps médical, mérite que l'on s'y arrête quelque peu.

Voici comment se pose le problème : un ouvrier victime d'un accident du travail protégé par la loi du 9 avril 1898 s'adresse pour se faire soigner au médecin de son choix. Le traitement appliqué par ce médecin aggrave la lésion conséquence de l'accident. Quel est le responsable des frais et du préjudice supportés par la victime à l'occasion de cette aggravation ? Est-ce en premier lieu le chef d'entreprise, ou son assurance substituée, ou bien au contraire le médecin fautif ? Dans la première hypothèse, le patron a-t-il un recours en remboursement contre le médecin traitant ? Tels sont les deux points qu'il y a lieu de résoudre.

Or, la jurisprudence est rare mais constante à ce sujet, ainsi que le prouvent deux récents jugements, l'un du Tribunal de Béziers en date du 20 novembre 1934 (*Gaz. Pal.*, 4 janvier 1935), l'autre du Tribunal de Nantes, en date du 30 octobre 1936 (*Gaz. Pal.*, 18 décembre 1936) qui s'expriment tous deux à peu près dans les mêmes termes.

Le premier point est résolu tout d'abord par le Tribunal de Béziers de la manière la plus expresse : l'article 2 de la loi du 9 avril 1898 interdit aux ouvriers admis à en bénéficier toutes autres actions que celles fondées sur ses dispositions, qui ont un caractère d'ordre public. En conséquence *est irrecevable comme contraire à cette prohibition la demande en dommages-intérêts formée contre le médecin qui lui a donné ses soins, par la victime d'un accident du travail dont l'état a été aggravé par suite d'une faute dudit médecin.* L'aggravation forme en effet avec le traumatisme un tout indivisible et doit être considérée comme une conséquence directe et immédiate de l'accident. Ses conséquences doivent donc être supportées par le chef d'entreprise ou son assurance, au même titre que celles découlant directement de l'accident.

Mais le patron ne pourrait-il pas se retourner contre le médecin par la faute duquel il a vu ses charges augmentées, et invoquer à son égard, l'article 7 de la loi de 1898 qui lui donne un recours contre le tiers auteur de l'accident ? A cette question, le Tribunal de Nantes, à la suite de la Cour de Paris (29 avril 1936) a répondu formellement par la négative. Le médecin appelé à donner ses soins à la victime ne peut être considéré comme un tiers au regard du patron, ni de son salarié ; bien, au contraire, son intervention est nécessaire et prévue par la loi, le choix du praticien étant du reste laissé à l'ouvrier sans que le patron ou l'assurance puisse le guider. En conséquence, le traitement médical ou chirurgical forme avec l'accident et ses suites un tout indivisible, et le chef d'entreprise est responsable de l'aggravation survenue en cours de traitement, même si elle résulte d'une opération mal réussie ou d'un mauvais traitement. *Est par suite irrecevable l'action en responsabilité intentée par le patron contre le médecin de la victime, même si l'intervention de celui-ci a été maladroite ou inopportune.*

Ainsi que l'ont fait ressortir M. L. Desclaux et Me Peytel à la Société de médecine légale, au cours de sa séance du 11 janvier 1937, cette solution peut paraître discutable en équité, mais elle possède de solides fondements juridiques. La législation sur les accidents du travail possède un caractère d'ordre public ; ses dispositions, dérogatoires au droit commun, doivent d'autre part être interprétées restrictivement. Par suite, ses bénéficiaires ou assujettis ne peuvent invoquer que les actions qui sont expressément prévues par cette loi. Or, l'ouvrier ou le patron n'ont de recours contre les tiers que dans les termes de l'art. 7, c'est-à-dire s'il s'agit de personnes ayant concouru à la production même de l'accident.

Tel n'est évidemment pas le cas du médecin traitant de la victime. *Il faut donc conclure à son irresponsabilité au point de vue professionnel.* Que cette irresponsabilité puisse être pour lui une compensation à la menace permanente que font peser sur lui les tribunaux en matière de droit commun !

J. M.

La Presse et les Sociétés

L'usine à gaz et les maladies professionnelles

L'usine à gaz moderne est l'expression — souvent bien près de la perfection — des opérations en vase clos. Les matières traitées sont précieuses et de valeur commerciale. Toute fuite est une perte ; l'intérêt et l'hygiène s'unissent donc au grand bénéfice de tous. Dans une étude très intéressante, le Docteur R. Barthe rappelle tout d'abord que les maladies professionnelles, auxquelles il faut penser en premier lieu, sont : l'oxycarbonisme, le benzénisme, l'anthracose pulmonaire, les maladies du goudron et du brai, les dermatoses. Accessoirement, les produits d'épuration comme l'H^2S, le CS^2, les cyanures, les vapeurs d'hydro-carburé.

L'oxycarbonisme chronique n'a jamais paru bien marqué dans les installations actuelles, en marche normale ; il est à surveiller cependant chez les chargeurs de gazogène et dans les chambres de distillation. La création de stations centrales de gazogène, à marche entièrement automatique, et dont l'étanchéité est totale à toutes les étapes de la fabrication, est parvenue à pousser encore plus avant cette sécurité toxicologique. D'autre part, dans les ateliers à chambres inclinées, l'éteignage du coke au délutage s'effectue automatiquement dans la tour d'extinction ; le personnel est à l'abri du dégagement des vapeurs. Dans les ateliers à chambres verticales, le coke, à la partie inférieure des chambres, est évacué, éteint et refroidi. Les dangers de dégagement de CO, à la sortie du coke rouge des fours de cuisson de la houille, n'existent donc plus dans les ateliers modernes. Quant à l'intoxication oxycarbonée aiguë, elle ne peut être que le fait d'un accident de matériel.

L'auteur n'a jamais constaté de benzénisme chez les ouvriers employés aux ateliers de dessenclement du gaz. La conduite en vase clos des opérations, l'aération des ateliers, la chasse à tous les petits parasites de dispersion de vapeurs (fuites de canalisations, de joints, récipients d'huile non recouverte, seaux, caniveaux, etc.) éliminent les risques d'intoxication.

Les poussières de charbon ne se sont jamais montrées génératrices d'accidents pulmonaires. En tous cas, la pneumoconiose provoquée ne pourrait être qu'une anthracose pure, sans silice, que l'on sait être non pathologique. Les ateliers de criblage du coke comportent, par périodes, une densité de poussière importante. N'y ont accès — le travail est automatique aux trommels — que les ouvriers chargés des réparations en cours de marche. Le Docteur Barthe pense que l'inocuité d'une pareille poussière est réelle, car le coke représente du carbone, presque pur ; ce qui ne veut pas dire que tous les efforts ne doivent pas être réalisés pour supprimer la poussière elle-même.

Les brûlures au goudron et aux hydrocarbures sont rares ; elles n'ont jamais donné lieu à complications, ni séquelles. Peut-être a-t-on noté quelquefois une acné du brai, mais est toujours restée bénigne, sans aucune dégénérescence.

Il faut enfin signaler les conjonctivites fréquentes au cours du travail, malgré le port de lunettes, et les irritations de la peau de la face aux jours de soleil. L'actinisme vient sérieusement renforcer l'action des poussières de brai, raison pour laquelle d'ailleurs l'exploitation du brai est limitée à l'hiver.

(*La Presse Médicale*, 14 avril 1937).

Action du plomb sur l'appareil respiratoire

Parmi les troubles attribués au plomb, le Docteur A. Feil ne retient que l'asthme saturnin et la sclérose saturnine.

L'asthme saturnin serait caractérisé par des accès de dyspnée paroxystique, accompagnés de douleurs épigastriques et suivis d'une phase de toux et d'expectoration qui, dans certains cas, peut passer à l'état chronique. Les statistiques en accusent une moyenne de 2 % environ. Mais il ne semble pas qu'il s'agisse toujours d'une lésion, due au saturnisme. En réalité, si l'on étudie attentivement les organes des malades, on trouve très souvent une cause qui permet de rattacher l'asthme à la tuberculose, à l'urémie chronique, à des lésions vasculaires.

La sclérose pulmonaire, que l'on observe assez souvent chez les saturnins, ou mieux chez les ouvriers du plomb, n'est pas déterminée par une action locale des poussières ; le plomb n'intervient pas directement comme la silice, les silicates, l'amiante, etc... L'auteur croit qu'il procède par une action générale sur l'organisme. Le plomb est en effet un produit hypertenseur et sclérosant ; ce n'est que secondairement qu'il sclérose le tissu conjonctif du poumon, par suite d'un effet assez analogue, sans doute, à celui de l'alcool, de la syphilis. (*La Presse Médicale*, 14 avril 1937).

LE RESPECT DE L'INDIVIDUALITÉ

(Hospitalisation des vieillards)

Bien avant que M. Pomaret ait pris l'initiative de s'intéresser à la durée de la vie humaine la société, les communes et des particuliers généreux se sont occupés de fournir aux vieillards des asiles et des refuges. En France, il existe bien peu de communes qui ne possèdent un hospice.

Ces établissements sont innombrables et mal catalogués. La plupart ont été édifiés grâce à des legs particuliers. Quelques-uns possèdent ainsi une fortune personnelle qu'une Commission administrative gère sous la présidence obligatoire du maire. D'autres sont des œuvres privées qui jusqu'ici ont échappé à tout contrôle. Quelques-uns sont incorporés dans des hôpitaux.

Les vieillards sont souvent logés dans de vénérables monuments historiques délabrés , où le confort moderne le plus élémentaire ne trouve pas le moyen de s'insinuer. Depuis que le Pari mutuel s'intéresse au redressement de l'armement hospitalier français, beaucoup de communes ont compris enfin la nécessité de profiter de ces subsides nouveaux pour améliorer les abris destinés à leurs pauvres vieux.

Il s'agit d'une participation importante pouvant dans certains cas aller jusqu'à 50 % du devis. Quand la commune peut, en outre, emprunter, quand la Commission administrative possède des ressources suffisantes, il est possible d'édifier des bâtiments nouveaux tout à fait adaptés à leur but. Dans d'autres circonstances, un réaménagement confortable peut moderniser de vieilles bâtisses, mais on comprend que ces subsides ne sont donnés qu'à bon escient. Le service spécial qui les distribue consulte un comité technique qui examine les plans, les discute avec les architectes et au besoin envoie sur place un de ses membres étudier la question : emplacement, besoins réels de la commune, état de l'organisation existante, etc...

Le rôle de ces examinateurs est complexe , car les conditions à remplir pour donner à bon compte un abri décent à des vieillards soulèvent de nombreux problèmes. On ne loge pas cette clientèle comme les hôtes passagers d'un hôpital ordinaire, ou comme des touristes, ou comme des rentiers cossus.

Il s'agit d'un hôpital spécialisé pour soigner cette maladie incurable, la vieillesse. Le pensionnaire, lorsqu'il entre à l'hospice, ne doit pas souffrir en principe d'une autre affection que de celle-ci. Il espère bien en souffr r pendant de longues années encore et c'est souvent le cas, car il se trouve à l'abri de bien des causes qui font tomber du cocotier les vieux lâchés par le monde.

L'usure le conduit cependant doucement à la mort, il rencontre forcément en route la cachexie et le gâtisme qui exigent une organisation spéciale. Il peut avoir des complications urinaires, pulmonaires ou mentales qui demandent une infirmerie.

Toutes les conditions ainsi déterminées son maintenant nettement définies. Les techniciens se sont mis d'accord sur les exigences qu'ils doivent exprimer : tranquillité et bonne orientation de l'emplacement choisi, disposition optima des locaux, surfaces et cubages suffisants, espacement des lits, salles de réunion et réfectoires, W.-C. toilettes et salles de bains en proportion du nombre des usagers. Il n'y a pas lieu d'insister sur ces divers points techniques bien réglementés d'avance. Le but de cet article n'est pas là. L'étude de ces aménagements nous a incités à faire quelques réflexions d'ordre général que nous impose notre désir d'augmenter le bien-être des pauvres vieux. Nous serons tous un jour ou l'autre des pauvres vieux, même, je l'espère, l'encore très jeune M. Pomaret; pour lui cette perspective est tellement lointaine qu'il ne l'a peut-être pas encore envisagée sérieusement pour son propre compte. Il devra comme nous tous subir en lui-même l'éternelle lutte entre deux instincts opposés : l'individualisme et l'appel grégaire.

Une petite excursion dans la biologie est nécessaire pour bien expliquer notre idée.

Beaucoup d'espèces vivantes sont dominées par le despotisme grégaire. C'est le cas d'à peu près toutes les espèces végétales (sauf peut être les truffes qui ne vont jamais en compagnie) et de nombreuses espèces animales : on trouve des grégaires en bas de l'échelle — polypiers, éponges, puis moules et huîtres, on peut en remontant citer les sauterelles du Sahara, les fourmis, les termites et les abeilles de Mæterlinck ; plus haut, les pêcheurs connaissent l'heureuse manie des thons, des saumons, des morues, des harengs, des maquereaux et des sardines, d'aller par bancs.

En remontant plus haut encore, nous passons aux oiseaux migrateurs, puis aux loups de l'Ukraine, aux chevaux et aux buffles des pampas, nous aboutissons enfin à l'homme, être grégaire par excellence puisqu'il bâtit des villes. Et il ne faut pas croire que c'est un caractère général puisqu'il y a des êtres qui vivent farouchement isolés, comme le papillon grand-paon, le cachalot, l'ours et l'aigle, le boa et le tigre qui sont des individualistes absolus.

Chez les animaux, les choses s'arrangent avec harmonie. On ne verra jamais une fourmi vivre

seule, on ne trouvera jamais dans un coin de la jungle un troupeau de tigres disciplinés. Mais l'homme qu'une vague superstition considère comme l'aboutissant des espèces animales moins compliquées — ainsi qu'en témoignent la vénération des totems chez les nègres et la multiplication des demi-dieux animalisés des Grecs — l'homme, dis-je, est un fantaisiste qui réagit par atavisme contre des instincts contradictoires. Il se trouve ainsi tiraillé : lutte entre l'instinct grégaire qui le pousse à vivre en famille, en tribu, en ville et en nation et sa personnalité consciente qui l'incite à s'isoler de temps à autre. Il n'y a pas autant de différence qu'on pourrait croire entre l'ermite du désert et les trappistes qui vivent coude à coude dans l'isolement absolu du silence.

Mais les réactions suscitées par cet antagonisme des deux instincts sont différentes suivant les races. L'instinct grégaire paraît l'emporter chez les nordiques et les Slaves qui recherchent la vie associée ou, en tout cas, l'acceptent avec discipline. Il en est autrement chez les Celtes et les Latins : il semble bien que parmi eux les Français l'emportent par une individualité forcenée. Ils n'arriveront jamais à s'astreindre à la stricte organisation fourmilière que les théoriciens du communisme font si facilement accepter dans d'autres pays. Cet individualisme est-il une qualité ou un défaut de race ? L'auteur et ses lecteurs sont trop français pour avoir le droit d'en décider, mais on peut proclamer que la vie ne vaudrait plus la peine d'être vécue sans cette conscience profonde que nous avons du besoin de penser à notre guise, d'agir à notre idée, autant que possible, et d'être de temps à autre seuls avec nous-mêmes.

Nous ne sommes pas aussi loin qu'on pourrait le croire de l'hospitalisation de nos pauvres vieux. Ils ont beau être vieux, ils ont quand même besoin, de temps à autre, de pouvoir s'isoler et en même temps ne peuvent plus être complètement laissés seuls. Il faut concilier ces deux nécessités. Les anciens asiles entassaient les lits dans les salles trop exiguës dont ils disposaient. Souvent, nous avons vu les lits se toucher littéralement : les vieillards devaient, pour se coucher, grimper par le pied même du lit. Il est rare même actuellement que les lits soient suffisamment espacés pour qu'un bon vieux en s'étirant ne risque de fourrer son poing sur le nez de son voisin. Dans les bâtiments nouveaux des règles sont maintenant imposées : chaque salle commune doit disposer de 9 mètres carrés par lit. (Dans les salles de malades, 10 mètres carrés).

Les examinateurs des plans obtiennent, en général que ce minimum imposé, soit largement dépassé : voilà nos vieux hospitalisés de façon à pouvoir circuler aisément autour de leurs lits, mais nous voulons mieux. Il faut qu'ils aient la sensation, tout en restant entourés par leurs camarades d'être isolés pour se déshabiller et pour dormir.

Le cloisonnement des salles par des panneaux légers (contreplaqués par exemple) de 1 m. 75 à 2 mètres de hauteur permet d'arriver à peu de frais à ce résultat. En général, les salles sont rectangulaires avec fenêtres sur les grands côtés. Au lieu de placer les lits entre ces fenêtres, on peut les aligner au milieu de la salle de part et d'autre d'un cloisonnement médian parallèle aux grands côtés et laissant un libre passage entre ces deux extrémités et les petits côtés.

Perpendiculairement, d'autres cloisons forment autour de chaque lit, une petite stalle et voilà le pauvre vieux chez lui, quand il se couche.

La surveillance est facile, l'infirmière la réalise en parcourant l'espace libre laissé entre les boxes et les fenêtres. Chaque stalle ou boxe ne doit contenir que le lit, la tablette de nuit sans porte et la chaise, car il faut se méfier de la mauvaise habitude des vieux de collectionner les hardes, les papiers et objets hétéroclytes.

Il est facile en se mettant dans la peau des personnages d'apprécier l'utilité de ces stalles. L'étalage des restes humains trop patinés n'est pas appétissant pour autrui et la pudentia (pudeur dans le sens de honte) résiste à l'accoutumance. Le déshabillage et l'étalage des vieilles hardes, sont une gêne quand il y a des témoins. D'autre part, si le sommeil pur d'un enfant est un spectacle miraculeux, celui de l'adulte et surtout des vieillards édentés est souvent affreux.

La disposition que nous préconisons et qui allie l'instinct de la personnalité et l'instinct grégaire, qui facilite la surveillance a encore un autre avantage : c'est d'empêcher le péché d'encombrement que les administrations commettent sans vergogne sous prétexte d'urgence. On ne peut pas, matériellement, surpeupler des salles cloisonnées. Nous avons vu des choses lamentables : une trentaine de pauvres vieux des deux sexes entassés dans un hospice à façade historique, complètement en ruines et construit, il y a bien longtemps pour une dizaine de lits. J'ai même trouvé là deux vieux installés dans la petite chambre servant de dépôt mortuaire...

La nécessité d'organiser l'hospitalisation des vieillards impose à la Société des devoirs de plus en plus impérieux, car leur nombre ne cesse d'augmenter. La durée moyenne de la vie suit une courbe ascendante, parallèle à la courbe de la difficulté matérielle de l'existence.

Nous pourrions même expliquer cette nécessité par un de ces slogans à la mode dans le commerce actuel, tout en nous lamentant sur la première partie de notre formule :

« Le Français naît peu, mais quand il naît, c'est pour longtemps ».

D[r] BRIAU.

SOU MÉDICAL

Rapport du Secrétaire général sur l'Exercice 1936

Pour donner une idée de l'activité de notre Ligue de Défense professionnelle, au point de vue du contentieux médical, je ne saurais mieux faire que de puiser d'abord dans les rapports administratifs, qui, tous les trois mois, sont soumis au Conseil d'administration.

Admissions

En 1936, nous avons prononcé 758 admissions, alors qu'en 1935, nous en avions enregistré 739 ; en 1934 : 673 et en 1933 : 254. Nous devons signaler que c'est depuis cette dernière date que nous avons décidé de faire une propagande auprès de nos confrères. Ligue de défense professionnelle à forme syndicale, le Sou n'a pas voulu entreprendre une propagande ressemblant à celle faite par des sociétés qui, en fin d'année, doivent distribuer des bénéfices sous une forme quelconque. Notre Ligue n'a pas d'actionnaires, ni commanditaires, ni bénéficiaires d'aucune sorte. Les sommes restant à l'actif, en fin d'année, sont placées dans une réserve spéciale pour chaque exercice, permettant ainsi de pouvoir poursuivre tous les procès en cours, alors même que la Ligue viendrait à disparaître.

Ce n'est que lorsqu'un exercice est entièrement épuisé, lorsqu'il n'y a plus aucune affaire en cours de justice, que le solde créditeur est versé à la caisse générale, à l'actif du trésor social.

Notre propagande est discrète, alors que beaucoup de confrères s'accusent eux-mêmes de négligence ; ils songent à nous adresser leur adhésion, lorsqu'ils ont un procès sur les bras. Nous regrettons alors de ne pas pouvoir leur accorder l'aide pécuniaire, mais l'appui moral est cependant accordé, consistan en conseils, en consultations juridiques, etc.

Disons enfin, pour épuiser ce chapitre des adhésions, que ne fait pas partie de notre Ligue qui veut. Les propositions d'adhésion sont publiées chaque quinzaine, dans les colonnes du *Concours*, ce qui permet aux syndicats, comme aux confrères, de nous signaler des protestations contre tel ou tel candidat. Nous instruisons le litige, prenons tous renseignements utiles et, si les plaintes sont fondées, concernant la moralité professionnelle, ou des pratiques anti déontologiques du candidat, sa cotisation lui est renvoyée. Nous lui faisons ainsi comprendre que le Sou ne saurait accueillir dans ses rangs des praticiens qui restent en marge du syndicalisme, soit à la suite d'une exclusion du syndicat, soit pour employer des procédés réprouvés par l'ensemble des médecins.

Au total, la Ligue comprenait, au 31 décembre 1936 : 7.500 adhérents.

Correspondance

La meilleure preuve de l'activité, je dirai de l'utilité du Sou médical, c'est le nombre de lettres que nous recevons, émanant de confrères, ou de leurs avocats. En 1936, nous avons enregistré environ 3.000 lettres par trimestre, soit près de 12.000 dans l'année, exactement 11.675.

Il y a loin des 4.000 lettres que nous recevions il y a 10 ans, pour la défense de nos confrères. Il faut avouer que si ceux-ci sont en plus grand nombre comme adhérents de notre Ligue, leurs besoins d'appui judiciaire augmentent aussi dans de notables proportions. Ce sont des conflits avec des individualités, avec des collectivités : on tente de plus en plus soit à ne pas payer ce qu'on doit au médecin, soit à chicaner sur sa note d'honoraires, sans compter les conflits avec le propriétaire, avec le fisc, avec des diffamateurs, avec des illégaux, avec des confrères, etc., etc.

Cette correspondance active occupe les quatre secrétaires du Sou médical, qui mettent leur science médico-juridique au service des intérêts de nos adhérents. Inutile d'ajouter que, dans les cas épineux, ou embarrassants, nos avocats-conseils nous donnent leur avis, pour que nous puissions ensuite présenter au conseil d'administration, composé de médecins, un dossier complet, présentant le litige sous ses aspects juridiques et confraternels. Je ne saurais donc trop remercier Me Bernard Auger, avocat au Conseil d'Etat et à la Cour de cassation, ainsi que Me Crochard, avocat à la cour d'appel de Paris, ainsi que Me Martinot, notre conseiller fiscal, Me Baglin, notre conseiller technique d'assurance. Grâce à cette phalange d'hommes dévoués et savants chacun en leur partie, nous pouvons faire obtenir à nos adhérents le maximum d'avantages et c'est ce que nous allons passer en revue.

Affaires contentieuses terminées au cours de l'année 1936

Chaque exercice annuel forme un compartiment séparé. Des procès demandent parfois

quelque dix années, pour être enfin résolus. Si nos adversaires se lancent dans le maquis de la procédure, si des difficultés d'ordre judiciaire se présentent, ne serait-ce que pour faire juger quelle est la juridiction compétente, il faut porter le débat jusque devant la Cour de Cassation ou le Conseil d'Etat, parfois même devant le Tribunal des conflits. Il faut des années, il faut beaucoup d'argent pour faire enfin décider si le procès est de la compétence des tribunaux ordinaires, ou de celle de la juridiction administrative.

En 1936, nous avons enregistré la terminaison de 667 procès portant non seulement sur l'exercice en cours, mais aussi sur des exercices antérieurs.

Sur ces 667 procès, nous avons enregistré 66 échecs, dont 8 en Cour de Cassation, 4 en Conseil d'Etat, 4 en Conseil de Préfecture, 1 devant la Cour d'appel, 13 devant le tribunal civil, 8 en justice de paix, 2 devant la Commission d'arbitrage pour les accidents du travail, 5 devant la Commission supérieure des Pensions, 1 devant le Directeur des contributions directes.

En revanche, nous avons enregistré 178 succès devant les tribunaux : 9 devant la Cour de cassation ; 5 en Conseil d'Etat ; 6 devant un conseil de préfecture ; 7 devant une cour d'appel ; 24 devant un tribunal civil ; 11 devant un tribunal correctionnel ; 68 en justice de paix ; 11 devant la Commission d'arbitrage des accidents du travail ; 27 devant la Direction des contributions directes ; 5 devant la Commission supérieure des Pensions.

Signalons en outre que 254 litiges ont été terminés à l'amiable, la plupart au profit de nos adhérents : l'adversaire préfère demander un arrangement plutôt que d'affronter la justice lorsqu'on a comme adversaire une Ligue de Défense professionnelle, le Sou médical. Notre renom commence à être connu dans les milieux extra-médicaux.

Disons enfin que 170 affaires ont été abandonnées purement et simplement par l'adversaire : pour beaucoup de clients, la crainte du Sou est le commencement de la sagesse. Si l'on croit le praticien isolé, l'homme d'affaires qui conseille le client pense en venir à bout par l'intimidation, par le bruit fait autour d'un procès local, etc. Mais lorsque ce conseiller judiciaire apprend qu'aux côtés du médecin se trouve notre Ligue de défense, qui saura dépenser les sommes nécessaires, pour porter le litige devant toutes les juridictions compétentes, la voix de la prudence se fait entendre : il est plus économique, pour les clients de mauvaise foi, de payer intégralement le médecin et de se le tenir pour dit.

Quelques chiffres

Ces 667 affaires terminées en 1936 ont entraîné une dépense totale de frais judiciaires de 212.717 fr. 65, non compris les frais accessoires de consultations d'avocats, ou autres dépenses d'ordre administratif. C'est dire que les fonds de la Ligue sont ménagés autant que possible par le Conseil d'administration, alors cependant que l'appui pécuniaire est accordé dans le plus grand esprit de sollicitude, pour tout ce qui touche l'exercice d notre profession. Certes, il ne faut pas gaspiller et il convient souvent, pour une question de principe archi-jugée, de tenter d'obtenir satisfaction par des démarches ou un échange de consultations juridiques entre avocats adverses.

Mais lorsqu'il s'agit de faire trancher un point de droit nouveau, lorsqu'il est nécessaire de faire de la prophylaxie locale contre les mauvais payeurs, contre ceux qui abusent des poursuites en responsabilité professionnelle, nous n'hésitons pas à ordonnancer les sommes utiles pour soutenir le procès.

Disons cependant qu'il ne faut pas croire parce qu'un médecin sort victorieux du prétoire, qu'il va toucher ses honoraires et faire payer, comme leçon méritée, tous les frais du procès par son adversaire. Trop fréquemment, le client est insolvable ; non seulement il est hors d'état de payer le principal, mais encore il laisse les frais de justice à la charge du médecin, lequel, bien que victorieux, doit payer ce qu'on ne peut pas recouvrer sur le condamné. Et le Sou règle alors tous ces frais.

Il en résulte que souvent lors de l'étude d'un dossier, nous demandons à notre adhérent si le client est solvable, pour ne pas donner à ce dernier la satisfaction de voir que, bien qu'ayant perdu son procès et ayant été condamné, il laisse cependant la note des frais à la charge du praticien.

C'est ainsi que, dans deux affaires terminées en 1936, à l'avantage de deux de nos adhérents, il a cependant fallu, dans l'un, payer 8.117 fr. 70 et dans l'autre 10.129 fr. 90, sommes qu'eussent dû acquitter les clients condamnés, mais insolvables et insaisissables.

Affaires nouvelles

537 actions judiciaires ont été engagées au cours de l'exercice 1936, alors qu'en 1935 nous en comptions 509 et, en 1934, 473. Il y a donc progression constante des procès à intenter, ou à soutenir, pour défendre les intérêts de nos adhérents. Bien entendu, nous laissons de côté les nombreux conflits, qui peuvent se résoudre soit à l'amiable, soit après conseils et consultations juridiques, ou sont abandonnés par les adversaires. Ces cas sont principalement nombreux en matière de litiges d'honoraires. Voyant le praticien défendu par le Sou, le mauvais payeur préfère souvent s'incliner et acquitter

sa dette, lorsqu'il s'aperçoit que ses menaces laissent le médecin complètement indifférent.

Passons très rapidement en revue les différents chapitres de l'activité judiciaire de notre Ligue, au cours de l'année 1936, n'envisageant ici que les procès engagés en cours de cet exercice alors qu'ultérieurement, nous donnerons le bilan judiciaire des affaires tranchées par décision de justice.

Honoraires

Les contestations d'honoraires forment le chapitre le plus important : de plus en plus nombreux sont ceux qui essayent de ne pas payer, d'obtenir un rabais, que ce soient des individualités ou des collectivités publiques ou privées.

Conflits avec les individualités

J'énumère d'une façon très succincte les litiges qui font faire l'objet de poursuites devant les tribunaux. Parmi les motifs invoqués par le débiteur récalcitrant, indiquons le secret espoir d'attendrir le juge de paix qui souverainement arbitre le quantum d'honoraires à verser au médecin. Comme ce magistrat, ainsi que les juges du tribunal civil, sont eux-mêmes des clientsdes médecins, qu'ils estiment que ceux-ci gagnent trop d'argent aux dépens de l'humanité souffrante, les décisions de justice nous sont assez souvent défavorables. Le principe de la dette est reconnu, mais le quantum est diminué.

Estimons-nous encore bien heureux, lorsqu'un médecin, qui a négligé d'envoyer sa note d'honoraires dans le délai de deux années, ne se voit pas opposer la prescription, par le client de mauvaise foi, pour se libérer sans frais.

Certes, les magistrats s'adressent souvent à des experts, pour apprécier le bien fondé de la note médicale. Malheureusement, quelques experts oublient la relativité de la mission qui leur est confiée : ils ont tendance à ramener l'exercice de la profession à leurs conceptions et à leurs habitudes personnelles.

Ce sont ensuite des conflits d'ordre familial : la fille accouche chez son père, un fils appelle le praticien au chevet d'un parent peu fortuné ; un ménage n'est pas régulier, des héritiers directs renoncent à la succession, oubliant la dette alimentaire envers leurs auteurs ; un commerçant est en liquidation judiciaire : il faut produire à la faillite et faire déclarer privilégiés les honoraires du médecin, etc., etc.

Heureux sommes-nous lorsqu'ayant fait gagner un procès, nous trouvons en face de nous un client solvable.

N'insistons pas plus longtemps sur ces motifs de non-paiement invoqués par les clients de mauvaise foi : ils sont les mêmes chaque année. Assez fréquemment, il faut répondre à une demande reconventionnelle en dommages-intérêts, formée par l'adversaire. Celui-ci invoque la non-guérison, une infirmité persistante, une erreur de diagnostic, etc., etc. On espère de la sorte effrayer le praticien, lequel, s'il est seul, isolé, préférera abandonner ses honoraires plutôt que d'avoir à se défendre contre une imputation à faute formulée contre lui.

Au contraire, le membre du Sou obtient immédiatement l'appui moral et pécuniaire de la Ligue, pour répondre à la menace et intenter le procès. Le mauvais payeur préfère souvent s'exécuter sans procès.

Conflits d'honoraires avec des collectivités privées. Assurances sociales

Certes, l'entente directe préside aux tractations entre malades et médecins ; mais s'insinue cependant le tiers payant, sous forme de tarif de responsabilité des caisses ou sous couvert des communes, qui ont la charge des assurés indigents.

Pour ces derniers surtout, le Sou a conduit jusque devant la Cour de Cassation des questions de principe, telles que celle de savoir qui l'on doit assigner ; le préfet ou le maire ? devant quelle juridiction ? dans quel lieu ? Quel tarif appliquer, alors que le praticien rédige sa note d'après le tarif des accidents du travail,— depuis le décret-loi du 28 octobre 1935, d'après le tarif de responsabilité des caisses, — pendant que le tiers-payant veut appliquer les tarifs minimes de l'A. M. G.

Dans un cas, l'administration préfectorale n'a pas voulu s'incliner devant l'arrêt de la cour de Cassation et il a fallu la poursuivre en paiement devant la juridiction administrative.

C'est encore un directeur de sanatorium privé, qui reçoit, sur réquisition du maire, un assuré social indigent et ne peut ensuite se faire payer, alors que maire et préfet font la sourde oreille.

Enfin, parmi tous les litiges habituels, signalons le mauvais vouloir d'une caisse, qui refuse de payer les honoraires, taxés par justice, du troisième médecin de la Commission technique, nommé par le président du tribunal civil.

Accidents du travail

Toujours les mêmes conflits, portant sur le quantum des honoraires, la fréquence des pansements, l'application du tout compris. La plupart de ces questions, qui reviennent chaque année dans mon rapport, sont portées à la connaissance de la Commission d'arbitrage, qui fonctionne au Ministère du Travail, à moins que notre conseiller technique d'assurance ait pu obtenir — ce qui est fréquent — satisfaction à l'amiable auprès des assureurs.

Signalons des cas de plus en plus nombreux, où

il nous faut poursuivre à la fois blessé et patron, parce que ce dernier n'est pas en règle avec son assurance, soit en ayant omis de payer ses primes, soit en n'ayant pas déclaré l'accident.

Un procès nous conduit à poser une question de principe devant la cour de Cassation. Le médecin doit, à notre avis, rester libre de réclamer ses honoraires totaux à son malade, quitte pour celui-ci de récupérer ensuite la part qui incombe au patron. La cour d'appel d'Amiens n'est pas de notre avis et décide qu'avant de réclamer quoi que ce soit à la victime, il convient, pour le praticien, d'épuiser d'abord l'action directe qu'il a contre le patron. La cour de cassation nous départagera.

Conflits d'honoraires avec des collectivités privées. Assistance médicale gratuite

Peu de conflits cette année. Parmi ces derniers, signalons une action en Conseil de Préfecture, pour soutenir un praticien qui a été frappé d'une pénalisation par le préfet, sans avoir été mis à même de présenter sa défense devant la commission de contrôle.

Justice criminelle

Toujours l'éternelle question qu'on ne peut pas arriver à porter devant la juridiction compétente. Un praticien est requis par le maire pour constater un décès sur la voie publique. Il conclut à la mort naturelle. Le parquet refuse d'ordonnancer le mémoire présenté, alors que le médecin estime avoir été requis par le maire faisant fonction d'officier de police judiciaire. Le maire refuse à son tour d'inscrire la dépense au budget communal, car il estime qu'il ne s'agit pas d'un acte d'état civil.

Loi des Pensions

Nous avons beaucoup de difficultés avec la commission supérieure de contrôle, qui confond ses pouvoirs juridictionnels avec sa mission administrative. D'où des décisions qui n'ont rien de juridique. Difficultés avec le ministère, qui, sans soulever d'objection, en première instance, devant la commission départementale, fait cependant appel devant la commission supérieure. Obligation pour nous de faire respecter les droits de la défense, alors qu'on impute à charge à un praticien des sommes quelconques, sans que l'intéressé ait été seulement averti qu'il était mis en cause. Décisions insuffisamment motivées, la sentence de la commission supérieure mentionnant « qu'il semble que...., qu'il apparaît que.... ». Refus de payer les honoraires du médecin et mise à la charge de ce dernier des frais pharmaceutiques, pour des soins donnés pour une maladie dépendant directement, en tant que complication, de la blessure ayant motivé la pension, etc., etc.

Dans ce chapitre, signalons un procès à l'occasion de l'application de la loi sur les emplois réservés, en faveur d'un médecin réformé de guerre, qui s'était vu préférer un autre confrère, pour le poste de médecin des chemins de fer algériens.

Emplois publics

Plusieurs procès ont été intentés, les uns devant le conseil de préfecture, les autres devant le Conseil d'Etat, pour les espèces suivantes : un médecin communal voit sa subvention lui être brusquement supprimée sans préavis. Un médecin communal d'Algérie doit avoir connaissance de son dossier, avant d'être révoqué. Un praticien s'est vu retirer par le Préfet ses fonctions de médecin inspecteur des écoles, parce qu'il avait été condamné par le tribunal correctionnel, pour avoir utilisé un ouvrier étranger, qui n'avait pas sa carte de travail. Un inspecteur médical des écoles est brusquement congédié.

Hôpitaux

Nous pouvons placer dans ce cadre des emplois publics les conflits hospitaliers concernant un concours établi sur des bases irrégulières, parce qu'il s'agissait de faire nommer par un simulacre de concours le candidat cher à la commission administrative. Egalement ont surgi des conflits de révocation déguisés par abaissement de la limite d'âge.

Responsabilité professionnelle

Bien des procès naissent de ce que le médecin a l'audace d'envoyer sa note d'honoraires et de prétendre se la faire payer. Le débiteur invoque alors une raison quelconque, pour se prétendre victime d'une erreur de diagnostic, ou de soins donnés d'une façon défectueuse. Heureusement, bien de ces conflits ont avorté dans l'œuf, lorsque l'adversaire apprend que notre Ligue de défense professionnelle s range aux côtés de son adhérent.

Mentionnons quelques cas qui ont fait l'objet de poursuites judiciaires : erreur de diagnostic, alors que le praticien n'a pas voulu faire un contrôle par les rayons X pour ce qu'il croyait être une fracture de l'épaule, alors qu'il s'agissait d'une luxation. Condamnation à 160.000 francs de dommages-intérêts.

Quelques accidents provenant de piqûres intra-veineuses mal faites, parfois introduction de médicament dans l'artère. Négligence d'un médecin directeur d'une maison de santé pour nerveux, dont les infirmières ont laissé une malade s'échapper et se tuer : 35.000 francs de condamnation. Aiguilles brisées au cours de piqûres intramusculaires. Escarre par diather-

mie. Radiodermites. Vaccinations antidiphtériques ayant provoqué un accident mortel et d'autres accidents infectieux. Condamnation d'un médecin à 12.000 francs de dommages-intérêts pour faute commise par une infirmière. Grossesse prise pour un fibrome et découverte par une laparotomie, etc., etc.

Impôts

Patentes établies sur un loyer professionnel trop élevé. Deux droits fixes imposés pour deux appartements professionnels dans la même localité.

Je laisse de côté les nombreuses réclamations que nos confrères ont, par notre entremise, soumises à notre conseiller fiscal, lequel a rédigé des mémoires tant pour le Directeur départemental des contributions directes que pour la commission de taxation.

Loyers

Ici encore le Sou étudie des doléances des confrères, qui ont à se plaindre de leur propriétaire : celui-ci leur refuse la prorogation, entend augmenter outre mesure le prix du loyer, ne veut pas cesser des troubles de jouissance, ne veut pas faire procéder à des réparations urgentes, s'oppose à des installations que veut faire le praticien, telles que chauffage central, ou même téléphone, action en réduction du loyer commercial d'une clinique.

Aide aux Syndicats

A côté des très nombreuses consultations juridiques que nous demandent les présidents et secrétaires de divers syndicats, nous accordons l'appui pécuniaire dans la proportion des membres dudit syndicat qui sont adhérents au Sou médical. Cela permet à ces groupes corporatifs de lutter contre l'exercice illégal, de se porter partie civile au cours d'un procès en responsabilité professionnelle intenté à un de leurs membres, de résister à une action en dommages-intérêts intentés par un non-syndiqué, de poursuivre un diffamateur jusque devant la Cour de Cassation.

Diffamation

De nombreux confrères se plaignent d'être dénigrés : les uns se plaignent d'un médecin contrôleur d'assurances sociales ; les autres entendent obtenir réparation du préjudice occasionné par un contrôleur qui, par un rapport tendancieux, les a fait traduire devant le Conseil de famille, ce qui a nui à leur réputation locale. D'autres ont eu à se plaindre de propos malveillants, voire même de détournement de clientèle, de la part de secrétaires de mairie, d'instituteurs, de sages-femmes, d'agents d'assurances.

Déontologie

Le Sou a comme autre mission d'essayer de faire régner la bonne harmonie entre confrères. Ce sont des conflits nés à la suite de cession de clientèle, d'installations malgré des engagements pris lors d'un remplacement, de refus de régler des traites pour solde d'achat de matériel et de clientèle, refus de remettre à la veuve d'un confrère le pourcentage convenu sur la succession dans la clientèle du défunt ; remplaçant ayant une conduite répréhensible auprès des malades, etc., etc.

Conclusion

Mon rapport est déjà trop long, alors que j'ai cependant beaucoup à dire encore sur l'activité du Sou. Ma conclusion, je la tire de l'étonnement exprimé par des confrères et surtout par des juristes : comment se fait-il que tous les médecins ne fassent pas partie de la Ligue, alors qu'elle rend de tels services pour une cotisation aussi faible ? La négligence, les préoccupations journalières font remettre l'adhésion au lendemain, jusqu'au moment où la catastrophe survient. Il est alors un peu tard pour s'assurer contre l'incendie lorsque la maison brûle.

Mais nous nous gardons bien alors d'imiter le maître d'école de la fable : bien au contraire, nous venons au secours du confrère, regrettant seulement de ne pas pouvoir lui accorder l'appui pécuniaire, puisqu'il ne fait pas partie de la Ligue.

C'est que, dans son conflit, nous voyons, au-dessus de l'intérêt individuel du médecin en cause, le bien général de toute la profession, qui pourrait pâtir de l'échec éprouvé par un praticien isolé. N'ayant pas à faire de bénéfices annuels, notre Ligue n'hésite pas à fournir largement les consultations de ses avocats spécialisés, tout en se montrant ménagers des deniers des cotisants fidèles. Notre devise est donc : la défense collective de la profession par la protection des intérêts individuels de chaque médecin.

Dr Paul BOUDIN.

MONSIEUR LE PRÉFET VOUS PARLE

A la date du 20 mars 1937, M. Villey (Achille), préfet de la Seine, a eu la gracieuseté d'envoyer aux médecins dudit département ses « Instructions » en vue d'assurer l'exécution du texte réglementaire dont il s'agit ».

Ce texte réglementaire, c'est le décret-loi du 30 octobre 1935 qui, dans son article 19, apporte, paraît-il, des modifications importantes à l'application de l'article 59 de la loi du 30 avril 1930 sur les Assurances sociales.

Naturellement, ni vous, ni moi n'avions prêté attention à ces modifications importantes. Grâce au haut fonctionnaire ci-dessus désigné nous voici au courant.

Et, naturellement, c'est une nouvelle tuile qui nous tombe sur le crâne. La probabilité était faible pour que des « instructions » d'un préfet résultât pour nous quelque chose d'agréable.

Donc, dorénavant, confrères, lorsqu'un assuré assisté se présentera chez vous, vous aurez premièrement à lui demander à quelle Caisse il est affilié. Et ce renseignement vous aurez à le transcrire sur la feuille de maladie.

Cette feuille de maladie comprend une carte-lettre que vous devrez détacher et adresser à la Caisse d'affiliation dès votre premier acte médical. « La non observation de cette formalité rigoureusement exigée par les Caisses, ne pourrait être que préjudiciable au médecin et ferait même obstacle au paiement ».

Si une erreur a été commise dans la désignation de la Caisse, la Caisse à qui l'avis du premier acte médical serait parvenu retournerait cette pièce au médecin en lui indiquant si possible l'affiliation.

L'ordonnance, établie sur un modèle unique délivré par la mairie, comprendra deux parties : l'une portant l'ordonnance magistrale, destinée au pharmacien, l'autre portant les indications destinées au malade.

A l'expiration de chaque trimestre le médecin dressera *en double exemplaire* un mémoire pour *chaque Caisse d'assurances sociales.* Et, bien entendu, il joindra à chaque mémoire les talons annexés à la feuille de maladie.

Il n'y aura pas lieu de comprendre sur ce mémoire les assurés assistés pour lesquels les caisses d'assurances sociales auraient contesté soit l'affiliation, soit le droit aux prestations ; ces malades devront figurer sur le mémoire trimestriel d'Assistance médicale gratuite. Il conviendra toutefois de joindre à ce mémoire les avis de rejet émanant des Caisses d'Assurances sociales.

Récapitulons les Instructions de M. le Préfet : un avis préliminaire par carte-lettre (rigoureusement exigé !), si une erreur de désignation a été commise par le client, retour de cette pièce par la première Caisse et renvoi à une seconde ; ordonnance sur double feuillet « détachable suivant un pointillé » ; mémoire d'honoraires en double expédition répété autant de fois qu'il y aura de Caisses différentes, avec les talons de feuilles de maladie, et avec les avis de rejet, et avec la précaution suprême de virer aux mémoires d'Assistance médicale-gratuite, les clients contestés.

Et avec quoi encore, Monsieur le Préfet ? Nos civilités respectueuses et nos assurances d'indéfectible dévouement ?

Au moins, pour reconnaître notre zèle à manier la plume et le soin assidu avec lequel nous remplirons vos papiers, nous paierez-vous, Monsieur le Préfet, une petite calotte à gland de soie et des manches de lustrine ?

G. LAVALÉE.

Conclusion : la Fédération de la Seine a décidé la grève des paperasses. Les médecins veulent bien lire la pochade de Courteline, mais ils refusent de la jouer !

LA VOIX DE LA SAGESSE

« Si nous savons reconnaître trois points importants dans un complexe morbide, et qu'ils correspondent à des réalités, nous sommes probablement capables de faire de bons diagnostics.

Si nous savons en reconnaître cinq, il se peut que nous le soyons encore.

Si nous savons en reconnaître un grand nombre dénués d'importance, et qui ne reposent pas tous sur des faits, alors nous devenons inaptes à distinguer la pièce de deux sous du louis d'or, et nous sommes sur le point d'errer dans un brouillard que nous aurons nous-même épaissi ».

Dit W. J. Mayo, ce qui prouve que l'on ne manque pas de bon sens à la clinique de Rochester.

G. L.

JOURNÉES MÉDICALES INTERNATIONALES DE PARIS

(*26-30 juin 1937*)

Programme scientifique

Samedi 28 *juin* 1937. — 9 h. 30 : Séance d'ouverture. DISCOURS PROTOCOLAIRES. CONFÉRENCES GÉNÉRALES INTRODUCTIVES. — 1° Les régulations neuro-hormonales : Doyen Roussy (Paris) ;

2° Les régulations hormo-hormonales : Doyen Roussy (Paris) ;

3° Les régulations hormonales en clinique médicale : Doyen Mauriac (Bordeaux) ;

4° Les régulations hormonales en clinique chirurgicale : Professeur Lériche (Strasbourg) ;

Le déclenchement hormonal du rut : Professeur Allen (New-Haven).

Samedi soir 26 *juin* 1937, *dimanche* 27, *lundi* 28, *mardi* 29, *mercredi* 30 *juin* 1937. — *Matin* : Séances dans les hôpitaux ; *après-midi* : Séances de travail par sections.

RÉGULATIONS HYPOPHYSAIRES. — Biochimie et pharmacodynamie des hormones hypophysaires : Professeur agrégé Hazard (Paris) ;

Régulation post-hypophysaire des échanges aqueux, Traitement du diabète insipide : Professeur Villaret, professeur agrégé Justin Besançon, Docteur Cachera (Paris) ;

Hormones hypophysaires en obstétrique : Docteur Devraigne (Paris) ;

Greffes hypophysaires : Docteur Raoul May (Paris) ;

Hormones hypophysaires et développement génital : Docteur Moricard (Paris) ;

Maladies de Cushing et de Simmonds : Professeur Lucien Cornil (Marseille) ;

Acromégalie, acromicrie, gigantisme, nanisme : Professeur agrégé Bariéty (Paris) ;

Hormones hypophysaires neurotropes : Professeur Rémy-Collin (Nancy).

Hormones thyréotropes, pancréatotropes, surrénalotropes : Professeur Aron (Strasbourg) ;

Radiologie et radiothérapie hypophysaires : Docteur Belot (Paris) ;

Chirurgie hypophysaire : Docteur Clovis Vincent (Paris).

RÉGULATIONS GÉNITALES. — Régulations hypophysaires et gonades : Professeur Ascheim (Berlin) ;

Hormones gonadotropes en pathologie obstétricale : Professeur Brindeau et Docteur Hinglais (Paris) ;

Biochimie des hormones mâles : Professeur Ruzicka (Zurich) ;

Biochimie des hormones femelles : Docteur André Girard (Paris) ;

Tests biologiques des hormones sexuelles : Professeur Courrier (Alger) ;

Diagnostic de la grossesse : Professeur Simonnet (Alfort) ;

Les actions inhibitrices des hormones sexuelles: Professeur Champy (Paris) ;

Eliminations urinaires des hormones gonadotropes : Professeur Siebke (Bonn) ;

Hormones et développement sexuel embryonnaire : Professeur Ancel (Strasbourg) ;

Hormones mâles et développement de l'enfant : Docteur Lesné, Docteur Cl. Launay et Docteur Rozé (Paris) ;

Hormones mâles et hypertrophie prostatique : Professeur agrégé Guy-Laroche (Paris) ;

Hormones génitales et inversion sexuelle : Professeur Sand (Copenhague) ;

Les états intersexuels : Professeur Maranon (Madrid) ;

Hormones génitales et psychiatrie : Doyen Euzière et Docteur Laffon (Montpellier) ;

Hormones génitales en gynécologie : Professeur Mocquot (Paris).

Hormonothérapie par le corps jaune : Professeur Clauberg (Kœnigsberg) ;

Hormones génitales en pathologie vétérinaire : Professeurs Lesbouyries et Berthelon (Alfort).

RÉGULATIONS SURRÉNALES, RÉNALES, CARDIO-VASCULAIRES. — Biochimie et pharmacodynamie des hormones surrénales : Professeur Tiffeneau (Paris).

Hormones surrénales et régulations cardio-vasculaires : Professeur Tournade (Alger).

Dysrégulations surrénales et hypertension : Professeur agrégé Donzelot (Paris).

Dysrégulations surrénales et hypotension : Professeur agrégé Lian et F. P. Merklen (Paris) ;

Dysrégulations surrénales et hypertension des rénaux : Professeur agrégé P. Vallery-Radot, professeur agrégé J. Besançon et Docteur Israël (Paris). ;

Maladie d'Addison et cortine : Professeur Roch et Docteur Eric Martin (Genève) ;

Hormones surrénales, virilisme, hirsutisme : Docteur Apert (Paris) ;

Hormones rénales : Professeur Castaigne (Clermont-Ferrand) ;

Hormones cardiaques : Professeur Demoor (Bruxelles).

RÉGULATIONS THYROIDIENNES, PARATHYROIDIENNES, etc. — Biochimie des hormones thyroïdiennes et parathyroïdiennes : Professeur Roche (Marseille) ;

Hormones thyroïdiennes et métabolisme basal : Docteur Escalier (Paris). ;

Myxœdème et dysrégulations thyroïdiennes : Professeur Charvat (Prague) ;

Mécanisme neuro-hormonal dans les dysrégulations thyroïdiennes : Professeur Danielopolu (Bucarest) ;

Dysfonctions thyroïdiennes et goitre exophtalmique : Professeur agrégé Huguenin ;

Dysfonctions thyroïdiennes et chirurgie : Docteur Welti (Paris) ;

Dysfonctions thyroïdiennes et radiothérapie : Docteur Delherm (Paris) ;

Régulations parathyroïdiennes du métabolisme calcique : Professeur agrégé H. Bénard (Paris) ;

Dysfonctions parathyroïdiennes et troubles osseux Docteur Sainton (Paris) ;

Dysfonctions parathyroïdiennes et tétanie : Professeur Snapper (Amsterdam) ;

Dysfonctions parathyroïdiennes et chirurgie : Professeur Bérard et Henry (Lyon) ;

Hormones thymiques : Professeur Lereboullet et Docteur Odinet (Paris) ;

Hormones épiphysaires : Professeur A. Baudouin et Docteur Azerad (Paris) ;

RÉGULATIONS PANCRÉATIQUES, SANGUINES. — Biochimie de l'insuline : Professeur Polonowski (Paris) ;

Vagotonine : Professeur Santenoise (Nancy) ;

Régulations hormonales de la glycémie : Professeurs Zunz et Labarre (Bruxelles) ;

Régulations neuro-hormonales de la glycémie : Professeurs Hallion et Gayet (Paris) ;

Dysrégulations hormonales et hyperglycémie en clinique : Professeur agrégé Boulin (Paris) ;

Dysrégulations hormonales et hypoglycémie en clinique : Professeur F. Rathery (Paris) ;

Dysrégulations hormonales et acidose en clinique : Professeur Aubertin (Bordeaux) ;

Pancréato-toxino-thérapie du diabète : Professeurs Sakharov et Rossisky (Moscou) ;

Diabète hypophysaire : Professeur D. Syllaba, (Prague).

RÉGULATIONS HÉPATIQUES, DIGESTIVES. — Hormones et ferments hépatiques : Professeur N. Fiessinger (Paris) ;

Traitement hormonal des dysfonctions hépatiques : Professeur M. Perrin (Nancy) ;

Opothérapie biliaire : Professeur agrégé Chabrol (Paris) ;

Biochimie et pharmacodynamie des principes anti-anémiques : Professeur Koskowski (Lwow) ;

Les principes anti-anémiques du foie et de l'estomac en clinique : Professeur agrégé Aulaleu (Val-de-Grâce) ;

Dysrégulations gastriques : anémies et polyglobulies : Docteur Caroli (Paris) ;

Thérapeutique hormonale de l'anémie pernicieuse : Professeur agrégé Aubertin (Paris) ;

Influence des hormones sur la motricité et la sécrétion digestives : Professeur Rossisky (Moscou) ;

Thérapeutique hormonale des achylies gastriques : Professeur agrégé Chevallier et Docteur F. Moutier (Paris) ;

Régulations digestivespar la sécrétine : Professeur agrégé Chiray et Dr Bolgert (Paris) :

RÉGULATIONS SPLÉNIQUES. — Régulations spléniques de la masse sanguine : Professeur Léon Binet (Paris) ;

Rôle endocrinien de la rate : Professeur Soula (Toulouse) .

Syndromes pluriglandulaires : Professeurs Claude et Gougerot (Paris) ;

Corrélations cliniques dans les maladies endocrines : Professeur Cherechewski (Moscou) ;

Mercredi 30 *juin* 1937. — Séance de clôture.

CONFÉRENCES GÉNÉRALES. — Hormones synthétiques : Professeur Butenandt (Berlin) ;

Hormones synthétiques : Professeur Dodds (Londres)

Hormones et vitamines en biologie : Professeur Von Euler (Stockholm) ;

Hormones et vitamines en clinique : Professeur Mouriquand (Lyon) ;

Hormones végétales : Professeur Fabre (Paris) ;

Hormones et principes cancérigènes: Professeur Oberling (Strasbourg) et professeur agrégé Sannie (Paris) ;

Anti-hormones : Professeur Parkes (Londres).

CONCLUSIONS PRATIQUES. — Conclusions pratiques en clinique : Professeur Loeper (Paris) ;

Conclusions pratiques en thérapeutique : Professeur Harvier (Paris).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Laboratoire d'hygiène.** *Examen d'aptitude aux fonctions de médecin sanitaire maritime.* — En vue de préparer les candidats à cet examen qui aura lieu à Paris, en juin, un enseignement spécial sera donné au Laboratoire d'hygiène, sous la direction du Professeur TANON, professeur d'hygiène, conseiller technique sanitaire du ministère de la Santé publique, avec la collaboration de M. le Docteur JOANNON, agrégé d'hygiène, M. LINDEMANN, adjoint au directeur de la flotte de commerce et du travail maritime au ministère de la Marine marchande, M. ROUBINET, chef de bureau à l'Etablissement national des Invalides de la marine, MM. les Docteurt CAMBESSÉDÈS, assistant d'hygiène et ancien chef de clinique de la Faculté de médecine, CLERC, assistant d'hygiène et conseiller technique du ministère de la Marine marchande, NEVEU, chef du laboratoire des épidémies à la Préfecture de police, NAVARRE, sous-directeur de l'Institut d'hygiène et professeur à l'Ecole de médecine de Caen.

Le cours durera du 31 mai au 16 juin. Il comprendra des leçons qui auront lieu chaque jour, de 16 h. 30 à 18 h. 30, et un cours spécial de bactériologie avec travaux pratiques (de 9 heures à midi).

Peuvent s'inscrire à ce cours : 1° les docteurs en médecine et par exception les étudiants à scolarité terminée, Français et du sexe masculin ; 2° les docteurs et étudiants en médecine, de nationalité étrangère, qui s'intéressent aux questions d'hygiène maritime et de prophylaxie internationale et qui pourront recevoir un certificat d'assiduité.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat (guichet n° 4), les lundi, mercredi et vendredi, de 14 à 16 heures, et salle Béclard, de 9 à 11 heures et de 14 à 16 heures sauf samedi après-midi.

Le droit à verser est de 200 francs. Pour tous renseignements, s'adresser au Laboratoire d'hygiène.

— **Clinique médicale propédeutique.** (Hôpital Broussais La Charité, 96, rue Didot.) — *Cours de perfectionnement sur la tuberculose* du lundi 7 juin au samedi 3 juillet inclus, par M. le Professeur Emile Sergent, avec la collaboration de MM. Benda, de Berne-Lagarde, F. Bordet, Cottenot, Couvreux, Courcoux, H. Durand, Evrot, Fourestier, Genevrier, Mme Gouin, MM. Grellety-Bosviel, d'Heucqueville, Imbert, Iselin, Kourilsky, Launay, Lonjumeau, Mamou, de Massary, Mignot, Oury, Poumeau-Delille, Pignot, Pruvost, Racine, Regaud, Ribadeau-Dumas, Rouget, Turpin, Vibert et de Winter (de Bruges).

CONFÉRENCES A L'HÔPITAL BROUSSAIS. — Lundi 7 juin, 9 h. 30, M. SERGENT : Conception générale de la pathogénie et de l'évolution clinique de la tuberculose ; 16 h. 30, M. DURAND : Anatomie pathologique : conceptions anatomiques.

Mardi 8 juin, 16 h. 30, M. DURAND : Anatomie pathologique : les formes anatomiques ; 17 h. 30, M. DURAND : Bactériologie générale : les voies d'infections.

Mercredi 9 juin, 16 h. 30, M. KOURILSKY : Les réactions humorales ; leur valeur diagnostique.

Jeudi 10 juin, 16 h. 30, M. SERGENT : Classification des formes cliniques de la tuberculose pulmonaire de l'adulte ; 17 h. 30, M. SERGENT : Les éléments généraux du diagnostic.

Vendredi 11 juin, 16 h. 30, M. GENEVRIER : Les signes physiques et stéthoscopiques ; 17 h. 30, M. ROUGET : La tuberculose des voies aériennes supérieures et du larynx ;

Samedi 12 juin, 16 h. 30, M. SERGENT : Les signes fonctionnels et les fausses tuberculoses par signes fonctionnels ; 17 h. 30, M. SERGENT : Les signes généraux et les fausses tuberculoses par signes généraux.

Lundi 14 juin, 16 h. 30, M. COURCOUX : Tuberculose

pleurale ; 17 h. 30, M. Courcoux : Tuberculose des séreuses.

Mardi 15 juin, 16 h. 30, M. Kourilsky : Le foie des tuberculeux ; 17 h. 30, M. Bordet : Le cœur chez les tuberculeux.

Mercredi 16 juin, 16 h. 30, M. de Berne-Lagarde : La tuberculose rénale ; 17 h. 30, M. Turpin : Vaccination antituberculeuse B. C. G.

Jeudi 17 juin, 16 h. 30, M. de Massary : Le système nerveux des tuberculeux ; 17 h. 30, M. Pruvost : Les hémoptysies tuberculeuses.

Vendredi 18 juin, 16 h. 30, M. Ribadeau-Dumas : La tuberculose de la première enfance ; 17 h. 30, M. Ribadeau-Dumas : La tuberculose de la deuxième enfance.

Samedi 19 juin, 16 h. 30, M. Courcoux : Le pneumothorax tuberculeux ; 17 h. 30, M. Sergent : Les signes d'activité et d'évolution ; les éléments du pronostic.

Lundi 21 juin, 16 h. 30, M. Sergent : Les signes radiologiques ; 17 h. 30, M. Sergent : Les signes radiologiques.

Mardi 22 juin, 16 h. 30, M. Oury : Le tube digestif des tuberculeux ; 17 h. 30, M. Oury : Le tube digestif des tuberculeux (*suite*).

Mercredi 23 juin, 16 h. 30, M. Mignot : Le pneumothorax artificiel ; 17 h. 30, M. Pruvost : Les complications du pneumothorax artificiel.

Jeudi 24 juin, 16 h. 30, M. Bordet : Les méthodes chirurgicales de collapsothérapie; indications et résultats.

Vendredi 25 juin, 16 h. 30, M. Evrot : Le statut juridique des différents organismes de la lutte antituberculeuse et des offices publics d'hygiène sociale ; 17 h. 30, M. Evrot : Organisation départementale des dispensaires.

Samedi 26 juin, Visite au sanatorium de Bligny.

Lundi 28 juin, 16 h. 30, M. Mignot : Le traitement médicamenteux et le traitement spécifique.

Mardi 29 juin, 16 h. 30, M. Bordet : Le traitement des complications ; 17 h. 30, M. Mignot : Climatologie.

Mercredi 30 juin, Visite d'un préventorium.

Jeudi 1er juillet, 16 h. 30, M. Pignot : Les ressources héliothérapiques et actinothérapiques dans le traitement de la tuberculose ; 17 h. 30, M. de Winter : L'apicolyse et la cure chirurgicale des cavernes géantes.

Vendredi 2 juillet, 16 h. 30, Mme Gouin : Le rôle de l'infirmière dans un dispensaire.

Les conférences théoriques sont publiques et pourront être suivies par un nombre illimité d'auditeurs.

Stage hospitalier et exercices pratiques : 1° le stage hospitalier aura lieu le matin ; répartition des élèves en équipes passant successivement par les services des conférenciers dont ils suivront les visites et les policliniques ; 2° les exercices pratiques auront lieu l'après-midi : démonstrations cliniques et radiologiques : examens de laboratoires, visites de dispensaires, d'un préventorium et de sanatorium (Bligny). Visite de la pouponnière E. F. F. (Boulogne). Aux exercices pratiques s'ajouteront une série de conférences faites sur les sujets d'actualité phtisiologique.

Le programme détaillé des démonstrations pratiques et des conférences d'actualité sera distribué aux participants au début du cours.

N. B. — Les exercices pratiques et le stage dans les services hospitaliers seront réservés uniquement aux élèves qui auront versé au secrétariat de la Faculté les droits d'inscription de 300 francs, et aux boursiers du Comité national de défense contre la tuberculose (s'adresser, 66, boulevard Saint-Michel).

S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures et salle Béclard, tous les jours de 9 heures à 11 heures et de 14 heures à 17 heures (sauf samedi après-midi). Un certificat sera délivré aux élèves du cours.

Ouverture du cours : lundi 7 juin, à 9 h. 30, à l'hôpital Broussais-La Charité.

— **Adjuvat.** — *Total des points obtenus* : MM. Monsaingeon, 101 ; Guenin, 109 ; Goldefy, 102 ; Lortat-Jacob, 105 ; Barcat, 108 ; Debidour, 101 ; Rouvillois 106 ; Cauchoix, 107 ; Cordebar, 104.

Sont nommés : MM. Guenin, Barcat, Cauchoix, Rouvillois, Lortat-Jacob ; M. Cordebar (provisoire).

— **Thèses.** — Mardi 6 avril. — Jury : MM. Pierre Duval, Mocquot, Brocq, Gatellier. — M. Thaler : Contribution à l'étude du doigt à ressort (Son mécanisme et son traitement.)

Jeudi 8 avril. — Jury : MM. Tanon, Gastinel, Joannon, Lemaire. — M. Angéli : Des vaccins anti-amarils obtenus par culture de tissus vivants. Embryon de souris haché. Embryon de poulet. — M. Austerveil : Etude sur l'hygiène de la marche. — M. Féry : Organisation de la lutte contre le trachôme en Algérie. (Assistance médicale aux indigènes). — M. Gouget : Contribution à l'étude de certaines réactions d'intolérance aux produits de beauté. — M. Lévi : Le traitement de la lèpre par le bleu de méthylène en injections intraveineuses.

Vendredi 9 avril. — I. Jury : MM. Grégoire, Mathieu, Leveuf, Quénu. — M. Toupinais : Sténose du duodénum et ulcère peptique. — II. Jury : MM. Clerc, Fiessinger, Loeper, Donzelot. — M. Duchatel : Contribution à l'étude des cancers du cœur. — M. Clénet : Contribution à l'étude de la roentgenthérapie des adénoïdites.

— **Thèses.** — Mardi 13 avril. — I. Jury : MM. Marion, Mocquot, Terrien, Velter. — M. Fonteneau : La phénolisation du ganglion spléno-palatin en ophtalmologie. — M. Jaupitre : Contribution à l'étude des abcès sous-uréthraux chez la femme.

II. Jury : MM. Sergent, Tanon, Joannon, Mouquin. — M. Dupont : Sur la durée de l'immunité antityphique conférée par la vaccination préventive. — M. Frérebeau : Protection des habitations contre les moustiques stercoraires. — M. Matruchot : Contribution à l'étude toxicologique expérimentale des solvants volatils et en particulier du rôle des impuretés du trichloréthylène. — M. Monnier : La vie et l'œuvre de Jean Charcot. — M. Trabaut : Contribution à l'étude de la récidive des fibromes après interventions chirurgicales. — M. Brincourt : Le mécanisme nerveux de la vasomotrice pulmonaire. (Rôle du phrénique, nerf histaminergique du poumon).

Mercredi 14 avril. — Jury : MM. Couvelaire, Robert Debré, Lemierre, de Gennes. — M. Schwartz : Contribution à l'étude de la toxine staphylococcique. — Mlle Micinic : Contribution à l'étude de glaires claires dans la fécondation. — M. Bieth : Les septicémies sterptococciques post-angineuses à évolution favorable.

Jeudi 15 avril. — Jury : MM. Gougerot, Laignel-Lavastine, Lereboullet, Gastinel. — M. Thimonnier : Traitement de quelques affections cutanées par le bactériophage. — M. Villers : Le chancre syphilitique végétant du col utérin simulant l'épithélioma — M. Archaimbault : Essai clinique sur les rapports de la tuberculose et des troubles mentaux, — M. Rotenberg : Contribution à l'étude de l'infection hépatique chez le nourrisson, secondaire à l'infection ombilicale. (A propos d'une observation avec radiodiagnostic).

Thèses vétérinaires. — Lundi 12 avril. — Jury : MM. Fiessinger, Lesbouyries, Maignon, Panisset, Robin. — M. Eloy : La barrière hémato-encéphalique. Influence de l'uroformine. — M. Papier : De l'entéro-immunité chez les animaux domestiques.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers

— **Hospice des Enfants-Assistés.** — M. Marcel LELONG, agrégé, médecin des hôpitaux, fera à l'amphithéâtre de la Clinique Parrot, à l'hospice des Enfants-Assistés, le lundi à 11 heures, une série de conférences sur la pathologie de la nutrition et de la croissance chez le nourrisson, sur les sujets suivants :

24 mai : Les fièvres alimentaires.
31 mai : Le rachitisme.
7 juin : La tétanie.
14 juin : L'eczéma du nourrisson.

— **Concours de chirurgien des hôpitaux.** *Deuxième concours de nomination.* — Jury : MM. Roux-Berger, Soupault, Métivet, Braine, Mocquot, Bazy, Crouzon.

— **Concours d'accoucheur des hôpitaux.** — Jury : MM. Macé, Rudaux, Couvelaire, Devraigne, Cleisz, Darré, Ombrédanne.

— **Concours de médecin des hôpitaux.** — *Nomination.* — CLASSEMENT : MM. Merklen, 40 ; Michaux, 39,17 ; Oumansky, 39.08.

Sont nommés Médecins des Hôpitaux : MM. MERKLEN, MICHAUX.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Professeur RIVA ROCCI, connu pour ses travaux sur la pression artérielle et créateur du sphygmotensiomètre qui porte son nom ; du médecin général Georges SAINT-PAUL, auteur de nombreux ouvrages publiés sous le pseudonyme de G. Espé de Metz.

— **IIe Congrès international des sanatoria et maisons de santé privées** (Paris, juillet 1937). — *Programme.* — Lundi 12 juillet, à 14 heures : Premier rapport : La règlementation du travail dans les maisons de santé des différents pays. Discussion. — A 16 heures : Visite de la ville en autocars. — A 21 heures : Visite du Louvre.

Mardi 13 juillet, à 9 h. 30 : Deuxième rapport : Supériorité du traitement individuel, justification de l'existence des maisons de santé privées. — A 14 heures : Séance de communications.

Jeudi 15 juillet, à 9 h. 30 : Troisième rapport : L'héliothérapie. — A 14 heures : Séance de communications. — A 22 heures : Soirée offerte par le Congrès.

Vendredi 16 juillet, à 9 heures : Assemblée générale.

Samedi 17 juillet, à 20 heures : Banquet de clôture.

Une excursion à Fontainebleau aura lieu après le Congrès, le dimanche 18 juillet.

En outre, des voyages permettant de visiter dans des conditions avantageuses les stations climatiques et hydro-minérales françaises seront organisés au départ de Paris, le lundi 19 juillet. Ils se feront en trois groupes : 1° Côte d'Argent, Pays Basque, les Pyrénées ; 2° Le Centre de la France ; 3° Les Alpes et la Côte d'Azur.

Pour les indications techniques, s'adresser au secrétaire du Congrès, Docteur Bussard, 8, avenue du Onze-Novembre, à Bellevue (Seine-et-Oise).

Pour l'organisation matérielle, demander des renseignements à l'Agence Duchemin-Exprinter, 26, avenue de l'Opéra, Paris.

— **Thèses de la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux.** — Vendredi 19 février. — Jury : MM. Leuret, Aubertin, Piéchaud, Rivière. — M. DENIS : Etude statistique de la vaccination par le B. C. G. à Bordeaux.

Mercredi 17 mars. — Jury : MM. Jeanneney, Aubertin, Fabre, Wangermez. — M. BOUCHERONDE : Traitement hypophysaire dans certains cas de diabètes pancréatiques. — Jury : MM. Abadie, Cruchet, Delmas-Marsalet, Broustet. — M. VERGER : La narcolepsie-catalepsie (syndrome de Gélineau).

Vendredi 19 mars. — Jury : MM. C. Sigalas, Rocher, Fabre, Wangermez. — M. DUFILHO : Esthétique et éducation physique. — Jury : MM. Guyot, Papin, Jeanneney, Darget. — M. DUVERGEY : Des dilatations pyélo-urétérales d'origine dynamique. — Jury : MM. Guyot, Jeanneney, Charrier, Wangermez. — M. ROCHER Les arthrorises dans le traitement des séquelles de la paralysie infantile. — Jury : MM. Bégouin, Papin, Jeanneney, Loubat. — M. OTTAVIANI : Le dolichocôlon. Traitement chirurgical par l'hémicolectomie splénique. — Jury : MM. Papin, Begouin, Jeanneney, Loubat. — M. DÉJARNAC : Prévention et traitement abortif des phlébites chirurgicales et des périphlébites par la bande élastique collante et la méthode ambulatoire. — Jury : MM. Andérodias, Papin, Jeanneney, Rivière. — M. DUBOIS : Contribution à l'étude du traitement des phlébites par l'infiltration novocaïnique du sympathique lombaire. — Jury : MM. Leuret, Creyx, Piéchaud, Broustet. — M. SEHABIAGUE : La sédimentation des hématies.

Le Gérant : R. THIRON

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

décembre 1934) : David, ex-capit. de rés. d'inf., c. m. d'inf. 103, aff. reg. de Paris ; (rang du 4 janvier 1935) : Chatellier, ex-lieut. de rés. art., c. m. art. 21, aff. rég. de Paris.

Au grade de médecin sous-lieutenant

Par décret du 28 avril 1937, sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé et, par décision ministérielle du même jour, reçoivent les affectations suivantes :

Les médec. auxil. titul. du brev. de prép. milit. supér. ci-après désignés : (rang 21 mars 1937) Ottaviant, 18e sect. infirm. milit., aff. à 18e rég. ; Duvergey, 18e sect. infirm. milit., aff. à 18e rég. ; Dufilho, 18e sect. infirm. milit., aff. à 18e rég. ; (rang 9 avril 1937) Waegèle, 23e sect. infirm. milit., aff. à 20e rég.

Les élèves offic. de rés. (médec.), ci-après désignés : (rang 21 mars 1937) Villey-Desmeserets, 22e sect. infirm. milit., aff. rég. Paris ; Desplanques, 22e sect. infirm., milit., aff. rég. Paris ; Franchel, 22e sect. infirm. milit. aff. rég. Paris ; Deséglise, 22e sect. infirm. milit., aff. rég. Paris ; Girault, 22e sect. infirm. milit., aff. rég. Paris ; Mostini, 22e sect. infirm. milit., aff. rég. Paris ; Marion 7e sect. infirm. milit., aff. 7e rég. ; Saillant, 13e sect. infirm. milit., aff. 13e rég.

30 AVRIL

Enseignement de la médecine

Par arrêté du ministre de l'Education nationale en date du 29 avril 1937, les chaires de clinique chirurgicale, anatomie, pathologie et microscopie clinique, physique médicale et pharmaceutique de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux, sont déclarées vacantes (derniers titulaires MM. Bégouin, Sabrazès et Sigalas).

Un délai de vingt jours, à dater de la publication du présent arrêté, est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

Assistance publique

Par arrêté du 29 avril 1937, M. Serge Gas, conseiller d'Etat, en service extraordinaire, directeur général au ministère de la Santé publique, est nommé directeur général de l'Administration de l'Assistance publique à Paris, en remplacement de M. le Docteur Louis Mourier, admis à faire valoir ses droits à la retraite, à dater du 1er mai 1937.

2 MAI

Légion d'honneur

Sont promus ou nommés dans la Légion d'honneur, au titre du ministère de la Santé publique.

Officier : M. le Docteur Brandès, de Lézardrieux.

Chevaliers : MM. les Docteurs Caire, de Manosque ; Leroy, de Neuilly-sur-Seine ; Marmasse, de Blois.

Asiles publics d'aliénés

Un poste de médecin chef de service est actuellement vacant à la maison de santé de Hoerdt (Bas-Rhin), par suite du départ de M. le Docteur Arsimoles, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

Ce poste doit être attribué à un médecin ayant connaissance de la langue allemande.

Lutte antivénérienne

Arrêtés du 30 avril 1937 relatifs à la propagande contre les maladies vénériennes

Ces arrêtés seront publiés ultérieurement.

Service de santé militaire

Décret de 28 avril 1937 relatif à l'admission à l'école du Service de santé militaire des étudiants en médecine titulaires de vingt inscriptions.

Ce décret sera publié ultérieurement.

Réponses des ministres aux questions des parlementaires

Le prélèvement sur les honoraires des médecins civils membres de la Commission consultative médicale

3.064. — M. Gaston Moreau expose à M. le ministre des Pensions : *a*) qu'antérieurement au 20 juin 1936, les honoraires alloués aux médecins civils, membres de la Commission consultative médicale (C. C. M.), étaient soumis aux prélèvements institués par les décrets-lois des 24 avril 1934 et 16 juillet 1935 ; *b*) qu'à compter du 20 juin 1936 ces honoraires ne sont plus assujettis à prélèvement que si leur montant, rapporté à l'année, est supérieur à 12.000 francs et que, dans ce cas, le prélèvement doit être calculé selon les taux prévus par le décret du 20 juin 1936 ; *c*) que, néanmoins, le prélèvement institué par le décret-loi du 24 avril 1934 a été pratiqué sur ces mêmes honoraires et que le prélèvement institué par le décret-loi du 16 juillet 1935 a été pratiqué postérieurement au 26 juin 1936 jusqu'en décembre 1936 ; et demande si les médecins de la C. C. M. ne sont pas fondés à demander : 1° que leurs honoraires ne soient plus assujettis au prélèvement du décret-loi du 24 avril 1934 ; 2° le rappel des prélèvements pratiqués sur les honoraires autres que ceux établis selon les taux prévus par le décret du 20 juin 1936. (*Question du 25 mars* 1937.)

Réponse. — 1° Les honoraires alloués aux médecins civils membres de la Commission consultative médicale n'ont pas été soumis aux prélèvements institués par le décret-loi du 4 avril 1934, pris en exécution de la loi du 28 février 1934 ; ils ont été réduits par décret du 24 avril 1934, pris en exécution de l'article 77 de la loi du 28 février 1933 ; 2° les dispositions du décret-loi du 16 juillet 1935 instituant un prélèvement général de 10 p. 100 sur les dépenses publiques ont été appliquées aux honoraires des médecins vacateurs fixés par décret du 24 avril 1934, jusqu'au 30 novembre 1936. A la suite d'une entente entre le ministère des Pensions et le ministère des Finances, il a été décidé que ce prélèvement de 10 p. 100 ne serait plus exercé et que les dispositions du décret du 25 juin 1936 pris en vertu de la loi du 20 juin 1936 leur seraient appliquées à dater du 20 juin 1936. Ces

nouvelles dispositions ont été mises en vigueur à dater du 1er décembre 1936. L'état des sommes retenues en trop depuis le 20 juin 1936 jusqu'au 30 novembre 1936 a été émargé par les médecins vacateurs de la Commission consultative médicale et l'autorisation du remboursement sera donnée par le ministère des Finances dès que les intéressés auront fait parvenir la déclaration prévue par l'instruction (finances) du 31 juillet 1935, attestant qu'ils ne reçoivent d'autres administrations ou collectivités quelconques aucune indemnité.

(*J. O.*, 28 avril 1937).

Les prix des Facultés de médecine peuvent être décernés plusieurs fois au même bénéficiaire

4.220. — M. le général Stuhl, sénateur, demande à M. le ministre de l'Education nationale, si les prix annuellement décernés par les Facultés de médecine — sur la base de legs autorisés par l'Etat, ou d'allocations spéciales — peuvent être attribués plusieurs fois (plusieurs années de suite) respectivement au même bénéficiaire. (*Question du* 19 *mars* 1937).

Réponse. — Aucune disposition ne s'oppose à ce que les prix décernés par les Facultés de médecine soient attribués plusieurs années de suite au même bénéficiaire, si celui-ci remplit, au moment de chacune des attributions, les conditions fixées par les donateurs.

(*J. O.*, 28 avril 1937).

Pour éviter certains accidents sériques

Je viens de lire dans le *Concours*, au sujet de l'injection préventive de sérum antitétanique, une réponse du Docteur Boudin qui m'a suggéré les réflexions suivantes :

Tout d'abord, sauf en cas de plaie rectiligne en milieu normal avec assez forte hémorrhagie, je fais toujours une injection de sérum, et jamais les Compagnies d'assurances ne m'ont fait d'observation à ce sujet.

Quant au refus de la part du blessé, vous n'obtiendrez jamais (tout au moins en Normandie), que ce dernier consigne ledit refus par écrit.

Le fait s'est produit deux fois seulement et j'ai pris le moyen terme suivant : faisant entrer deux personnes de ma salle d'attente, je formulai une dernière fois ma proposition devant témoins : ce fut radical, et toute protestation disparut séance tenante.

En ce qui concerne les accidents sériques, depuis un cas assez grave que j'eus en 1907, il ne m'en est plus survenu en pratiquant la technique suivante :

Immédiatement après l'injection, j'applique, *loco dolenti*, un pansement humide (eau bouillie aussi chaude que possible) en priant le blessé de le renouveler quatre à cinq fois par vingt-quatre heures.

Il y a bientôt trente ans que j'agis ainsi, sans incident notable, même quand j'ai deux sérums T à faire à quelques mois d'intervalle.

Pendant la guerre 1914-1918, j'ai pratiqué ce système dans toutes les formations dont j'ai fait partie.

Dr G. Servent
(Evreux)

A la gloire du Maître Camescasse

Primipare de 22 ans ayant eu un beau garçon le 1er mai. Le 2, la voilà couverte d'urticaire. Elle y était sujette avant son mariage *et aucun traitement n'avait agi.* Le 3, je lis dans le *Concours* la rétrospective du Docteur Camescasse ; de suite conseil à l'accouchée de prendre en deux fois le sirop avec 15 grammes acide lactique, à 21 heures et à 22 heures.

Le lendemain 4 mai, après une bonne nuit, plus trace d'urticaire, alors que la veille la malade pouvait à peine ouvrir les paupières.

Dr Haméon
(Meknès)

• • •

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE
« Le Sou Médical »

Le Conseil d'administration, au cours de sa réunion du 20 avril 1937, a prononcé les admissions suivantes :

12.466 David, Conches (Eure). Syndicat médical de l'Eure.
12.467 Alfonsi, 60, boulevard Mortier, Paris (XXe). Syndicat des médecins de la Seine.
12.468 Bantchewsky, 9, rue des Couronnes, Paris (XXe). Société médicale des Praticiens.
12.469 Barrière, Ceyrat (Puy-de-Dôme). Syndicat médical du Puy-de-Dôme.
12.470 Battle, Perpignan (Pyrénées-Orientales). Syndicat médical des Pyrénées-Orientales.
12.471 Beaumel, 69, rue Brancion, Paris (XVe). Parrains : Docteurs Lemoyne et Brunet.
12.472 Bédu, Feignies (Nord). Parrains : Docteurs Laffineur et Galiègue.
12.473 Bellocq, Bayonne (Basses-Pyrénées). Syndicat médical de Bayonne et du Pays-Basque.
12.474 Benoist, Guéméné-Penfao, Syndicat de Nort-sur-Erdre.
12.475 Bérard, 4, rue de Phalsbourg, Paris (XVIIe). Syndicat O.-R.-L.
12.476 Bernard, Le Bugue (Dordogne). Syndicat médical de la Dordogne.
12.477 Blondel, Pavilly (Seine-Inférieure). Syndicat d'Yvetot.
12.478 Caen, 29, rue du 22-Novembre, Strasbourg (Bas-Rhin). Syndicat des médecins de Strasbourg-ville.

12.479 Cau, Miélan (Gers). Syndicat médical du Gers.
12.480 Cloquet, Romainville (Seine). Syndicat banlieue Est et Sud.
12.481 Delabrousse, Fécamp (Seine-Inférieure). Parrains : Docteurs Maupas et Peretti.
12.482 Delpech, Villefranche-sur-Cher (Loir-et-Cher). Association confraternelle des médecins français.
12.483 Dentier, Signy-le-Petit (Ardennes). Parrains : Docteurs Gontier et Balteaux.
12.484 Doan, Ossey-les-Trois-Maisons (Aube). Parrains : Docteurs Phamba et Tranminh.
12.485 Drouot, Nîmes (Gard). Syndicat du Gard.
12.486 Duquesne, Ham (Somme). Syndicat des médecins de la Somme.
12.487 Faille, Carnières (Nord). Syndicat médical de Cambrai.
12.488 Fouchet, Berck (Pas-de-Calais). Syndicat médical de Berck.
12.489 Francescoli, Montreuil-sous-Bois (Seine). Confédération des Syndicats médicaux français.
12.490 Gaillard, Périgueux (Dordogne). Syndicat de Périgueux.
12.491 Gavrel de Loupiac, Orléans (Loiret). Parrains : Docteurs Hugues et Croisier.
12.492 Mme le Docteur Gayon, 9, rue Murillo, Paris (VIIIe). Association des Femmes médecins.
12.493 Giraud, Tarare (Rhône). Syndicat des médecins du Rhône.
12.494 Hanote, Billy-Berclan (Pas-de-Calais). Syndicat médical de Béthune.
12.495 Hirsch, 92, rue Pelleport, Paris (XXe). Association Lagoguey.
12.496 Jeannin, Saint-Germain-du-Plain (Saône-et-Loire). Syndicat médical régional Louhannaise.
12.497 Kovac-Bouquet, Lathus (Vienne). Syndicat médical de la Vienne.
12.498 Labatut, 52, rue des Jardins, Oran (Oran). Syndicat des médecins d'Oran.
12.499 Lacruche, Gueugnon (Saône-et-Loire). Parrains : Docteurs Sabatier et Beaudet.
12.500 Lecocq, Jouy-le-Châtel (Seine-et-Marne). Parrains : Docteurs Lemaître et Turin.
12.501 Le Corre, 43, rue de Lyon, Paris (XIIe). Parrains : Docteurs Giard et Arago.
12.502 Lecourt, Versailles (Seine-et-Oise). Syndicat médical de Seine-et-Oise.
12.503 Leduc, 19, boulevard Lefebvre, Paris (XVe). Parrains : Docteurs Decourt et Molinéry.
12.504 Lemaire, Courrières (Pas-de-Calais). Parrains : Docteurs Rouzé et Mazier.
12.505 Lemoine, Charleville (Ardennes). Syndicat médical des Ardennes.
12.506 Lipstein, Crèches (Seine-et-Oise). Parrains : Docteurs Armand et Authelin.
12.507 Malaval, Belmont-sur-Rance (Aveyron). Syndicat médical arrondissement de Saint-Affrique.
12.508 Minet, 175, boulevard de la Liberté, Lille (Nord). Parrains : Docteurs Noir et Boudin.
12.509 Parès, Tautavel (Pyrénées-Orientales). Syndicat médical des Pyrénées-Orientales.
12.510 Renouf, Verneuil-sur-Avre (Eure). Parrains : Docteurs Brisset et Roger.
12.511 Rosen, Houeilles (Lot-et-Garonne). Syndicat médical du Lot-et-Garonne.
12.512 Waider, Les Rousses (Jura). Parrains : Docteurs Skosowsky et Albertin.

Ces admissions deviendront définitives à défaut de protestation dans les quinze jours de la présente publication (art. 5 des statuts).

CORRESPONDANCE

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

3.119. — Séries d'interventions à tarif spécial et « acceptation de prise en charge »

Vous m'avez répondu, il y a quelque temps, que les Caisses d'assurances sociales devaient rembourser d'après le coefficient K porté sur la feuille de maladie. Or, une de mes malades à laquelle j'ai fait dix séances de diathermie cotées K3 a touché 16 francs × 10, ce qui fait un remboursement sur K2.

Elle en a fait la remarque à la Caisse qui lui a répondu que « le compte était juste », que d'ailleurs, il en était fait ainsi « pour forcer les médecins à baisser leurs prix » (!). Or, j'ai appliqué le tarif des P. G., donc très modéré.

Ne trouvez-vous pas que les Caisses en prennent un peu trop à leur aise ? La malade avait d'ailleurs été prévenue qu'elle ne serait remboursée que sur K2, et cela n'a pas manqu é ! !

D^r B.

Réponse

Si l'assurée n'avait pas demandé, avant la première séance « l'acceptation de prise en charge » par l'assurance des soins spéciaux (en l'espèce, série de séances de diathermie), ainsi qu'il est prescrit à l'art. 24 du règlement intérieur type des Caisses, sa Caisse pouvait refuser de payer les dites séances. En cas d'urgence (même article), c'est l'assuré (ou le médecin traitant) qui doit, dans les trois jours de l'intervention, adresser une « justification » (*sic*) au médecin contrôleur de la Caisse. (Règlement du 30 janvier 1937). La demande (ou la justification) avait-elle été fournie en temps et lieu ?

Quant à la valeur de la prestation et au paiement par la Caisse sur K.2 au lieu de K.3, il y a lieu en cas de différend de se baser sur l'art. 7, alinéa 3 de la loi même (non plus du règlement intérieur) qui dit : « Si une contestation s'élève, en ce qui concerne l'état du malade, entre l'assuré et la Caisse, cet état est apprécié par une Commission technique composée du médecin traitant, d'un médecin désigné par la Caisse et d'un médecin choisi par le Juge de paix... ». (C'est la Commission, dite des trois médecins). L'assuré pourrait donc, vu son état, faire déclarer l'utilité des séances de radiothermie, et subsidiairement serait réglée la question du remboursement au tarif normal de la Caisse. Mais encore faut-il que ne puisse lui être opposé, tout d'abord, l'art. 24 du règlement, au sujet de « l'acceptation de prise en charge », que le malade n'aurait pas demandé à temps.

Dr F. DECOURT.

3.377. — Pansement ou non au point de vue tarif

Ancien abonné du *Concours Médical* et ancien membre du Sou Médical, je me permets de vous soumettre un très léger différend surgi entre une Compagnie d'Assurances et moi, parce que cette Compagnie se permet de faire intervenir dans sa décision, l'avis de notre confrère, M. Decourt. Il s'agit d'un blessé atteint de fracture de côte et entorse poignet droit. J'ai fait lors de ma première consultation, deux pansements, eau blanche, arnica, etc., au niveau du thorax et du poignet. Suivant le tarif, j'ai réclamé deux pansements, soit 30 francs, voir art. 16 qui est formel. Points multiples sur des membres différents : 15 francs chacun avec maximum, 50 francs. En me réglant mes honoraires, l'assureur local réduit ma note de 15 francs en me transmettant la lettre dont copie ci-jointe émanant de la direction. Aucun tarif ne mentionne le cas de contusions sans plaie et j'estime que cette Compagnie a diminué indûment ma note. Ne pourrait-on, au *Concours Médical*, me confirmer l'avis du Docteur Decourt ?

Dr D.

Réponse

Le fait de mettre une compresse d'eau blanche ou d'arnica sur une contusion n'est pas effectuer ce qu'on appelle techniquement un « pansement ». Tel fut l'avis exprimé par la Commission du Tarif il y a de longues années et que je n'ai fait que rapporter dans mes réponses. Comme toujours ce n'est pas moi qui « décide », je ne fais que me conformer à la jurisprudence habituelle, dans les « avis » que j'ai l'occasion de donner.

Dr F. Decourt.

3.379. — Radioscopies et radiographies de l'épaule

Je me permets de soumettre à votre obligeance au sujet de notes d'accidents du travail, les deux cas suivants :

1° Fracture de la malléole tibiale (sans déplacement, contrôle radiographique).

Je vois le blessé le 12 novembre 1936. En raison de l'œdème, de l'hématome et des phlyctènes du cou-de-pied, j'applique un appareil provisoire (gouttière métallique).

Le 23 novembre 1936, appareil de marche de Delbet. Reprise du travail le 30 décembre 1936.

J'ai tarifé mon appareil plâtré 200 francs. La Compagnie d'Assurances me propose 125 francs, prétextant que la fracture étant sans déplacement, il n'y a pas eu de réduction ; que, mon acte doit être assimilé à une réfection de plâtre (100 francs), somme qu'elle augmente de 25 francs « puisqu'il s'agit d'un appareil de Delbet ». Dois-je accepter, car il n'y a

pas eu de ma part une « réfection », mais une « pose » de plâtre.

2° Deuxième cas : Fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus, grave, intraarticulaire, à plusieurs fragments (quatre ou cinq).

Le jour de l'accident, j'ai procédé, avec l'aide d'un collègue, chirurgien, ex-interne des hôpitaux de Paris, à la réduction sous écran radioscopique de cette fracture, et à sa contention par un bandage de corps.

Que dois-je compter pour cette séance de plus d'une heure ? La réduction d'une fracture sous écran n'est pas prévue par le tarif. Le médecin contrôleur de l'Assurance est d'accord avec moi pour demander votre avis sur cette question de tarif, et le soumettre à l'Assurance.

Pour le même blessé, j'ai dû m'assurer plusieurs fois au cours du traitement, par des examens radioscopiques (en plus et en dehors de la radiographie) que la réduction effectuée se maintenait parfaite. Est-ce que je puis compter ces examens radioscopiques à l'Assurance ?

J'ajoute qu'actuellement, le blessé est guéri, avec un résultat anatomique et fonctionnel parfait.

Dr A.

Réponse

1° La réduction et contention de fracture de jambe, est tarifée 200 francs (art. 18), lorsqu'il fut effectué un appareil plâtré. S'il n'y eut pas de déplacement, il est évident que la réduction n'eut pas eu besoin d'être effectuée, mais cela compense les cas où elle fut très difficile. Dans un tarif général, on ne peut tarifer à part toutes les modalités d'un même cas.

2° Voilà précisément un cas « compensateur » où la réduction fut spécialement difficile. Là encore, comptez d'après le Tarif « réduction et contention de fracture de l'humérus : 200 francs. (art. 18) ». Le radiographe comptera pour sa part « Examen radioscopique bras : 80 francs » (art. 27-2°). Mais vous me parlez ensuite d'examens radioscopiques (en plus et en dehors de la radiographie). Il y a donc eu radiographie ? Vous m'aviez parlé seulement de « réduction sous écran ». En tous cas, la radiographie de l'épaule est tarifée 125 francs (de face) ; 200 francs (de profil) et 290 francs (face et profil) (art. 27). Seulement, en cas de radiographies, n'oubliez pas que, dans le même article à la partie « observations », il est dit que : 1° en cas d'extrême urgence (comme ici), le médecin traitant doit « prévenir sans délai le patron ou son assureur » ; 2° « le médecin radiologiste devra fournir deux exemplaires de chaque cliché... accompagné d'autant de commentaires détaillés »... ; 3° que « les radiographies : épaule de profil, etc..., ne pourront être faites que sur demande expresse formulée par le médecin traitant, d'accord avec le médecin chef de l'entreprise ou de son assureur substitué » (art. 27. Observations). Dr F. DECOURT.

3.378. — Injections intraveineuses multiples concomittantes

Il m'arrive de faire trois injections intra-variqueuses par séance d'oblitération de varices.

Dois-je les tarifer PC nº6 aux assurés sociaux (l'injection intraveineuse étant tarifée PC nº 2) ?

Dr C.

Réponse

Si l'injection intraveineuse est tarifée dans votre tarif syndical régional PC2, et que vous en fassiez trois dans la même séance, je vous conseillerai de compter la première à tarif plein et les autres concomittantes à demi-tarif. Je mettrais donc « PC 2 + 2 fois PC1, soit = PC4 », avec explications pour le médecin contrôleur, s'il y a lieu.

Dr F. Decourt.

FISCALITÉ

3.110. — Déduction des primes d'assurance-vie

Dans le montant de mes frais professionnels en vue de ma déclaration fiscale pour 1937 j'avais déduit 1.200 francs pour une assurance-vie de 3.800 par an environ. J'ai lu en effet sur une chronique fiscale publiée par un journal médical que l'on pouvait déduire partiellement la prime annuelle d'assurance-vie dans l'établissement des frais professionnels.

Aujourd'hui le contrôleur me demande de lui faire parvenir « le texte justifiant de la déduction partielle de la prime d'assurance-vie ».

Dr D.

Réponse

Il n'y a pas de texte de loi permettant de déduire la prime d'assurance-vie.

L'art. 79 du décret du 27 décembre 1934 dit : « Ces dépenses comprennent notamment ». Par conséquent, la nomenclature qui suit n'est pas limitative et l'on peut prétendre que la constitution d'une retraite est professionnelle. Mais, il ne faut pas que le capital soit réservé ni que la déduction dépasse 6 % du bénéfice.

A. Martinot
Conseil fiscal

3.178. — Certificats exempts de timbre

Une usine me demande d'examiner ses ouvriers avant leur admission parmi le personnel.

Le certificat que je dois, en conséquence, délivrer, (aptitude à l'emploi), peut-il être fait sur papier libre ou doit-il être établi obligatoirement sur papier timbré ?

Dr C.

Réponse

Les certificats d'aptitude à l'emploi pour les ouvriers d'une usine de l'Etat, sont exonérés du timbre de dimension.

Ceux concernant les ouvriers d'une usine privée doivent être établis sur timbre, tandis que les certificats d'aptitude à l'emploi concernant les enfants pour une usine privée ou d'Etat sont exonérés du timbre.

A. M.

ACCIDENTS

3.510. — Accident survenu à l'école

Une fillette polonaise, au cours d'une récréation à l'école communale, reçoit un coup de pied sur le tibia, d'un petit garçon ; fracture spiroïde du tibia. On doit venir chercher l'enfant en auto pour la ramener chez ses parents.

Le patron des parents de la fillette est allé voir le maire de la commune et lui déclarer que ceux-ci le considéraient comme responsable de son institutrice.

Le maire ne veut rien entendre. J'ai rempli des feuilles d'Assurances sociales, mais j'ai déclaré, sur la carte-lettre, qu'un tiers pouvait être tenu pour responsable de l'accident. La Caisse d'assurances sociales ne m'a pas demandé qui était ce tiers et comment l'accident était survenu.

Que faut-il conseiller aux parents de cette fillette ?

Les parents du petit garçon qui l'a blessée sont des indigents.

Je pensais que ceux-ci pourraient écrire à l'Inspecteur départemental de l'Instruction publique qu'ils allaient l'assigner en justice conjointement avec l'institutrice et le maire de la commune, en réparation du dommage causé.

Voyez-vous une autre façon de procéder pour que les parents de la fillette soient dédommagés ?

Il me semble que du moment que l'enfant a le devoir de se rendre à l'école, les parents ont le droit de demander réparation d'un préjudice survenu à l'école.

Dr M.

Réponse

Il résultait jusqu'à présent de l'art. 1384 du Code civil que les instituteurs, et l'Etat lorsqu'il s'agit d'écoles publiques, devaient être présumés responsables des dommages causés aux tiers par le fait des élèves placés sous leur garde.

Par conséquent, la réparation des accidents survenant à des élèves d'une école par le fait de l'un de leurs camarades incombait à l'Etat et les parents de la victime étaient fondés à demander au Préfet du département le versement d'une indemnité égale au *pretium doloris*, aux frais exposés pour la guérison de l'enfant et à la valeur de l'incapacité permanente pouvant

subsister. Cette action était de la compétence des Tribunaux de droit commun, c'est-à-dire du Tribunal civil du siège de la Préfecture.

Mais la loi du 5 avril 1937 est venue modifier les règles légales à ce sujet. En vertu de l'art. 1er de cette loi, les dispositions de l'art. 1384 du Code civil précité sont modifiées de la façon suivante : « En ce qui concerne les instituteurs, les fautes, imprudences ou négligences invoquées contre eux comme ayant causé le fait dommageable, devront être prouvées conformément au droit commun, par le demandeur à l'instance. » Ceci revient à dire que la nouvelle loi écarte la présomption de responsabilité instituée par l'ancien article 1384 et met à la charge du demandeur le fardeau de la preuve. C'est donc maintenant aux parents qu'il appartient d'établir que l'accident est survenu par suite d'une faute commise au cours de son service par l'instituteur ou le surveillant de l'école.

Si, en l'espèce, il n'est pas possible d'apporter la preuve d'une faute de cette nature et si l'accident s'est produit de manière fortuite et imprévisible, sans qu'il soit possible à l'instituteur d'en empêcher la survenance, l'Etat ne saurait être rendu responsable des conséquences de l'accident.

Pour résoudre la question que vous nous posez, il importe donc de savoir à quelle date se sont produits les faits que vous nous exposez ; s'ils sont antérieurs au 6 avril 1937, la présomption de responsabilité permet aux parents de l'enfant d'actionner le préfet représentant de l'Etat, devant le Tribunal civil, ainsi que nous vous l'indiquions plus haut. Dans le cas contraire, une telle action aurait un caractère beaucoup plus aléatoire et il ne nous serait possible de vous conseiller à ce sujet que si nous connaissions de manière précise les circonstances de l'accident.

En tout cas, il était prudent de vous conformer et de conseiller aux parents de l'enfant de se conformer à l'art. 25, parag. 3 du décret-loi du 28 octobre 1935 en vertu duquel lorsque l'accident ou la blessure dont l'assuré est victime est imputable à un tiers, les Caisses d'assurances sociales sont subrogées de plein droit à l'intéressé ou à ses ayants droit dans leur action contre le tiers responsable pour le remboursement des dépenses que leur occasionne l'accident ou la blessure. L'intéressé ou ses ayants droit doivent alors, dès l'introduction de l'instance, indiquer, à peine de nullité, la qualité d'assuré social de la victime et la Caisse d'assurances sociales à laquelle, il est affilié.

3,614. — Délai de revision d'un accident du travail

J'ai donné mes soins en octobre 1935, à un ouvrier d'une usine de produits chimiques, à la suite d'une intoxication par oxyde de carbone, intoxication admise par la Compagnie d'assurances comme accident du travail et pour laquelle l'ouvrier a chômé trois jours du 21 au 24 octobre 1935.

Ce même ouvrier a présenté ces derniers jours, le 22 avril, des hémoptysies très probablement d'origine bacillaire. Il y a, dans son esprit, une relation entre cette intoxication, d'ailleurs peu grave, dont il a été victime en octobre 1935 et les crachements de sang qu'il présente actuellement.

Même en admettant ce point de vue, n'est-il pas trop tard pour attribuer à cet accident du travail des symptômes pathologiques survenant dix-huit mois plus tard ? Dr T.

Réponse

Suivant l'art. 19 de la loi du 9 avril 1898, pendant un délai de trois ans à compter de la date à laquelle a cessé d'être due l'indemnité journalière, s'il n'y a point eu attribution de rente, la victime a le droit de présenter une demande en révision de l'indemnité fondée sur une aggravation de son état.

Puisque l'indemnité temporaire a été payée jusqu'au 24 octobre 1935, votre client peut donc jusqu'au 24 octobre 1938 exercer l'action en révision prévue par l'art. 19.

Pour que cette action puisse triompher, il faut que votre client démontre : 1° qu'il reste atteint maintenant d'une incapacité permanente partielle et 2° que son état actuel est une conséquence de l'accident.

Si votre client peut faire cette double preuve, il obtiendra une rente proportionnelle au salaire qu'il gagnait au moment de l'accident et à son taux d'incapacité.

Pour engager cette action en révision, il suffit de faire une déclaration au greffe du Tribunal civil, dans le ressort duquel l'accident s'est produit.

Saisi par cette déclaration, le président convoque les parties en conciliation et à défaut de conciliation les renvoie à l'audience.

Dès la tentative de conciliation, le blessé bénéficie, de plein droit, de l'Assistance judiciaire et un avoué est commis pour soutenir sa cause.

Cinquante-neuvième année | N° 21 | 23 Mai 1937

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

- sommaire -

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	60 fr.	Belgique et Luxembourg...	70 fr.
Etudiants	35 fr.	Première Zone	85 fr.
Le Numéro	1.25	Deuxième Zone	110 fr.

Demi-Colonnes

Abonnés du Concours exerçant dans les stations d'altitude

Nous rappelons à nos abonnés qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :
Annecy. Lortet, Pierron.
Aubure (Haut-Rhin), Borg.
Chamonix. de Chabanolle (*enf. cure hélio-alpine*)
Jougne. (Doubs). Charlin.
Lajoux (Jura), L. Benoît-Jeannin.
La Louvesc (Ardèche). J. Goubert.
Langogne (Lozère). Adrien Forestier.
Maîche (Doubs). J. Chatelain.
Mégève. Marcel Grenet, Jacqueline Grenet-Gazamian (*enf.*)
Mouthe (Doubs). R. Paindestre.
Osséja (Pyr.-Or.) J. Avérous.
Pau (Basses-Pyr.). Cornet.
Saint-Gervais. Roux.
St-Pierre-de-Chartreuse. Brianes.
Vernet-les-Bains. Ponson.
Villard-de-Lans. Bassaguet (*mal. enf.*), Suau (*mal. enf.*)

Abonnés du Concours exerçant dans les stations balnéaires et climatiques

MM. les docteurs :
Antibes-Juan-les-Pins. Claudel (chir. ur.).
Ars (Ile de Ré), J. Moinet.
Bandol-sur-Mer. E. Charmot et E. Rozet (*cure hélio-mar.*), L. Marçon.
Banyuls-sur-Mer. E. Panis, Parcé.
Berck-Plage. Bouquier, H. Loze, Ménard, Tridon, Richez.
Biarritz. Clavel.
Boulou (Le) (Pyr.-Orles) **M.** Basman.
Cannes. Abadie, Bourgeois-Gavardin, P. E. Bousquet, Cadinouche, Escarras, P. Houssiaux, Joublot, Gérard Monod, Roques, Stauder.
Carnac-Plage. E. St-Martin.
Cassis-sur-Mer. Agostini.
Cayeux-Brighton-sur-Mer. Colleu (orthopédie).
Croix-de-Vie. Cristau.
Crozon-Morgat. E. Donard.
Deauville. Molina.
Dinard. Badin.
Douarnenez. Damey.
Fouesnant-Beg Meil. Legal.
Grau du Roi (Gard). Ramain.
Hendaye. Th. Casenave.
Le Boulou. J. Noguès.
Mimizan-Plage (Landes). Froustay.
Nice. Faure, M. Lelongt, Nicolas, Trutié de Vaucresson (*chir.*)
Ouistreham-Riva-Bella. Ch. Poullain.
Paramé. Bazin.
Pau. Dr Cornet.
Roscoff. Bagot père, Stéphan.
Saint-Aubin-sur-Mer. (Calvados), Em. Quiquemelle.
St-Georges-de-Didonne. Maudet.
Saint-Jean-de-Luz. J. Reboul.
Ste-Maxime-s/Mer. E. Bausset, Ficonetti.
St-Quay-Portrieux. Bertrand
Saint-Raphaël. Boulle, Léon Clément (*chir.*), M. Rochette (*stom.*), Roux de Laroque (*Gyn. enf.*)
Saint-Servan. Huet.
Sables-d'Olonne. Pelletier.
Sanary-sur-Mer. Gaillard.
Trébeurden. Royer.
Villars-de-Lans. Bassaget.

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Nº 133. — Client. à céder, belle résidence, tt confort, jardin, garage, dépendances, faible loyer, 2 h. Paris. Possibilité s'annexer autre pavillon pour faire spécialités. Toutes combinaisons possibles au point de vue facilités, mais compt. minimum exigé. Ecr. Mlle Guiet, poste restante à Paris.

Nº 134. — Paris, Champs-Elysées. A sous-louer pour octobre, beau cabinet meublé avec salle d'examen et salon. Eclairage, chauffage, téléph., service et garde compris. Ecr. Chupin, 4, rue de Cerisolles, Paris (8e).

Nº 135. — A vend. appareillage de radiologie avec table de commande scopie graphie redressement par kenotron. Sans kenotron 5.000 frs.

Nº 136. — A vend. table de commande neuve à prendre chez constructeur avec écran fluoroscopique, 5.000 frs.

Nº 137. — Poste à céder, gros avenir, petite indemnité.

Nº 138. — Prix très avantag., bel appartem. à louer, avec deux sorties, huit pièces, sans reprise. S'adr. ou écr. M. Ch. de Valville, 3, rue Séguier, Paris (6e). Tél. Danton 92-12.

Nº 139. — Dr 27 ans, anc. int. pr. hôp. Paris, laur. Fac. Médecine génér., reprendr. poste médic. intéres. si facil. mater. ou collaborer. à part. juil. confr. de préfér. banlieue proche Paris ou Paris ouest, avec success. évent. Ecr. B. J.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet BREITEL ET GORET

1, rue Dante, Paris (5e). - Tél. : Odéon 36-46

Anjou. 2 postes anc., petits centres agréables, condit. intéres.

1 h. 1/2 Paris. Très import. client. Y. O. R. L. Prix 150.000, 1/2 ct.

Gros poste médico-chirurgical. Prix 250.000.

Franche-Comté. Centre import. gros rendem. Prix 40.000.

AVIS

Renouvellement des Abonnements

En raison des *frais élevés* qu'entraînent actuellement les recouvrements, nos abonnés ont tout intérêt à nous adresser leur réabonnement (60 fr.), par virement postal ou chèque postal au nom du *Concours Médical*, compte Chèques postaux : Paris 167-95.

Changements d'Adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 fr. 50 pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande).

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.** — L'Académie de médecine vient d'élire, dans la section des membres libres, le Docteur Georges DUHAMEL, l'éminent écrivain, membre de l'Académie française, en remplacement du Docteur Paul Le Gendre.

— **Académie des sciences.** — M. Louis MARTIN, membre de l'Académie de médecine, directeur de l'Institut Pasteur, est élu membre de l'Académie des Sciences, en remplacement du Commandant Charcot.

— **Direction de l'Assistance publique de Paris.** — Par décret ministériel, M. le Docteur Louis MOURIER, directeur de l'Assistance publique de Paris, a été admis à faire valoir ses droits à la retraite.

S'étant pourvu devant le Conseil d'Etat contre ce décret, le Docteur Mourier reste directeur de l'Assistance publique de Paris — et continue à assurer ses fonctions avec sa grande activité habituelle — jusqu'au jour où la haute juridiction aura statué sur la légalité dudit décret.

Agé de 63 ans, le Docteur Louis Mourier est directeur de l'Assistance publique de Paris depuis dix-sept ans. Il a succédé à M. Mesureur.

— **A. D. R. M.** — Sont arrivés à Paris, pour travailler dans les hôpitaux et laboratoires, les médecins étrangers dont les noms suivent :

MM. Do Amaral, brésilien ; Simeon T. Cantril, Alfred J. Bersntein, américains ; Leys, James Treacy Harold, anglais ; Mme Françoise Fuss, belge ; MM. Félix Bonhomme, René Stouffs, Pierre Marchandise, belges ; V. Mateeff, bulgare ; B. Grenier, canadien ; Weï Shang Yong, chinois ; Carlos Marquez, Louis Convers, colombiens ; Henrik Johansen, danois ; Sabry Khayat, Zoheir Khayat, étudiants égyptiens ; Raptis Diamantis, Douvlaris, Nicolas Arvanitis, M. G. Constantinidès, grecs ; Laxman Hariram Athlé, hindou ; N. Schut, C. M. Dhont, hollandais ; Le van Kinh, indochinois ; Micelmacheras, lithuanien ; W. Garcia Ruiz, mexicain ; Alexandre Hnatiuk, polonais ; Charles Chokowski, professeur agrégé d'anatomie pathologique à l'Université Joseph-Pilsudski, à Varsovie, polonais ; Valeriu Bidu, Tatomir, roumains ; Paul Humbert, Philipp, étudiant, suisses ; Dia Eddine El-Chatty, Najib Abdul-Razak, syriens ; Mlle Viera Marcovichova, tchéco-slovaque ; MM. Alfonso Léon, Ramon Gomez, vénézuéliens.

— **Prix Etienne Taesch.** — Ce prix est décerné annuellement à un docteur en médecine français ou à un étudiant en médecine français, de préférence ancien interne ou interne des hôpitaux, âgés l'un ou l'autre de moins de trente ans, ayant peu de ressources, dont il paraît utile pour la science de favoriser les recherches scientifiques.

Les candidats au prix Etienne Taesch doivent faire acte de candidature avant le premier juin de chaque année, par lettre adressée au secrétaire général de l'Association française d'urologie.

Pour l'année 1937, le prix Etienne Taesch sera de 7.000 francs. Adresser les inscriptions avant le 1er juin 1937, à M. le Docteur L. Michon, secrétaire général de l'Association française d'urologie, 40, rue Barbet-de-Jouy, Paris (VIIe).

— **L'Association des médecins amateurs de jardins** organise pour le dimanche 30 mai 1937, une visite du Parc zoologique de Clères, près Rouen.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire général de l'Association, 58, rue Saint-Lazare, à Saint-Ouen-l'Aumône (Seine-et-Oise).

— **Société de broncho-œsophagoscopie de langue française.** — La réunion de printemps de la Société aura lieu à Paris le 29 mai, à 9 heures, dans le Service de laryngologie de l'hôpital Beaujon (Clichy), sous la présidence de M. L. Baldenweck.

Le Congrès annuel se tiendra à Paris le 17 octobre à la Faculté de médecine. Président : M. L. Baldenweck ; vice-président : Professeur Georges Portmann. Séance administrative ; élections du bureau et de nouveaux membres ; présentation de malades et d'instruments ; communications.

Les membres titulaires et associés ont droit à se faire inscrire pour une communication. La cotisation annuelle de membre titulaire est de 80 francs.

— **Société française de cardiologie.** — La Société française de cardiologie vient d'être fondée sous les

auspices du Professeur Laubry et des membres du Comité des *Archives des maladies du cœur*. Elle tiendra sa première séance, le dimanche 23 mai, à la Société médicale des hôpitaux, 12, rue de Seine, à 9 h. 1/2.

— **Sanatorium de Montfaucon.** — A la suite du concours organisé par le Comité national de défense contre la tuberculose, et auquel ont pris part onze candidats, le Docteur Marlin a été nommé médecin-adjoint du sanatorium privé agréé de Montfaucon-du-Lot (Lot).

— **Hôpital de Constantine.** — M. le Docteur Attal, à la suite du concours ouvert le 8 mars, à Alger, a été proposé pour le poste de médecin adjoint de l'hôpital de Constantine.

— **Hôpital algérien de psychiatrie de Joinville.** — M. le Docteur Marill a été proposé pour le poste de chirurgien, à la suite du concours ouvert le 5 avril, à Alger.

— **Hôpitaux d'Alger.** — A la suite du concours ouvert le 22 mars, MM. H. Liaras et R.-M. Marill ont été nommés chirurgiens des hôpitaux d'Alger.

— **Naissance.** — Le Docteur et Madame André Viniezki nous font part de la naissance de leur fille *Jeanine* et de leur fils *Jean*.

Chazelles-sur-Lyon (Loire), 6 mai 1937.

Nos sincères compliments.

Hôpital Saint-Antoine

Tous les vendredis, à 10 h. 30, auront lieu dans le service du Docteur Mathieu-Pierre Weil une série de leçons sur :

LES GRANDES THÉRAPEUTIQUES CONTRE LE RHUMATISME

Le programme du cours est le suivant :

28 mai, M. Ferrier : Thérapeutiques endocriniennes et physiothérapie.

4 juin, M. Wickhum : Thérapeutiques radio-actives.

11 juin, M. Vidal-Naquet : Immobilisation et mobilisation.

18 juin, M. Rœderer : Appareils et appareillage.

25 juin, M. Fége : Le massage.

2 juillet, M. R. Massart : Opérations ankylosantes et libératrices.

9 juillet, M. Mathieu-Pierre Weil : Thérapeutiques hydro-minérales.

Ce cours est libre, il est ouvert à tous les médecins français et étrangers ; les confrères de province venant à Paris à l'occasion de l'Exposition y seront les bienvenus, le cours ayant été spécialement organisé à leur intention.

A TRAVERS L'OFFICIEL

4 MAI

Enseignement de la médecine

La chaire d'anatomie pathologique (dernier titulaire : M. Poujol, de la Faculté d'Alger, est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à dater de la publication, est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

Un concours pour l'emploi de professeur suppléant de la chaire de pathologie médicale et médecine expérimentale à l'Ecole préparatoire de médecine de Limoges s'ouvrira, le lundi 15 novembre 1937, devant la Faculté de Bordeaux.

Un concours pour l'emploi de professeur suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale à l'Ecole préparatoire de médecine de Limoges s'ouvrira, le jeudi 18 novembre 1937, devant la Faculté de Bordeaux.

Les registres des inscriptions seront clos un mois avant l'ouverture de ces différents concours.

Assistance sociale

Arrêté du 3 mai 1937 instituant une Commission de coordination des Assurances sociales et de la Santé publique.

Art. 1er. — Il est constitué au ministère de la Santé publique une Commission interministérielle, sous le titre de « Commission de coordination des Assurances sociales et de la Santé publique ».

Cette Commission est destinée à assurer la coordination entre les organismes d'assurances sociales et les organismes d'hygiène et d'assistance.

Art. 2. — Sont appelés à faire partie de cette Commission :

1° *Comme représentants du ministère du Travail*

M. le Conseiller d'Etat, directeur général des Assurances sociales et de la Mutualité ; M. le directeur des Services techniques et de l'Administration générale ; M. le sous-directeur de la Mutualité ; M. Delseries, inspecteur des Finances, chargé de la direction du contrôle général des Assurances sociales au ministère du Travail ; Mlle Masse et M. Netter, actuaires-contrôleurs au ministère du Travail ; M. le directeur du Service régional des Assurances sociales de Paris ; M. Boyer, contrôleur des Assurances sociales ; un contrôleur médecin appartenant au corps de contrôle des Assurances sociales ; M. Benon, chef de bureau et Mlle Merly, sous-chef de bureau au ministère du Travail.

2° *Comme représentants du ministère de la Santé publique*

Le directeur de l'Hygiène et de l'Assistance ; le chef du 4e bureau de la direction de l'Hygiène et de l'Assistance ; le chef du 3e bureau de la direction de l'Hygiène et de l'Assistance ; M. le Professeur Parisot président de l'Office départemental d'hygiène sociale de Meurthe-et-Moselle ; M. le Docteur Cavaillon, chef du Service de prophylaxie des maladies vénériennes ; M. le Docteur X. Leclainche, chef du Service des études techniques et des enquêtes départementales ; M. Seguy, directeur de l'Office public d'hygiène sociale de la Seine ; M. le Docteur Hazemann, médecin inspecteur de l'Office public d'hygiène sociale de la Seine ; M. Boudy, sous-directeur à l'Administration générale de l'Assistance publique ; M. le Docteur Aublant, inspecteur départemental d'hygiène de Seine-et-Oise ; M. Boulonnois, chef des Services administratifs des bureaux d'hygiène.

3° *Autres membres*

M. le Docteur Cibrie, secrétaire général de la Confédération des Syndicats médicaux français ; M. le Docteur Dequidt, inspecteur général des Services administratifs au ministère de l'Intérieur ; M. Martin, directeur de la Caisse interdépartementale d'Assurances sociales de Seine et Seine-et-Oise ; M. le Docteur Godard, chef du Service médical à la Caisse interdépartementale d'Assurances sociales de Seine et Seine-et-Oise ; M. Grimal, directeur de l'Union régionale des Caisses maladie-maternité de Paris ; M. Heller, président du Conseil d'administration de la Caisse interdépartementale d'Assurances sociales de Seine et Seine-et-Oise, président du Conseil d'administration de l'Union régionale des Caisses maladie-maternité de Paris ; M. Buisson, membre du Conseil d'administration de l'Union régionale des Caisses maladie-maternité de Paris ; M. le Docteur Forestier, médecin-chef de l'Union régionale des Caisses maladie-maternité de Paris ; M. Yung, directeur de la Fédération nationale des Caisses départementales d'Assurances sociales ; M. de Lagarde, secrétaire général du Comité général d'entente de la Mutualité et des Unions nationales des Caisses d'assurances sociales ; M. Lachaze, auditeur au Conseil d'Etat, secrétaire général du Conseil supérieur des Assurances sociales.

Art. 3. — M. le Docteur X. Leclainche assurera le secrétariat de cette Commission.

5 MAI

Emplois réservés

Liste des postes vacants de médecin, chirurgien, etc. (*Loi du* 12 *août* 1933).

La liste des postes vacants a été publiée dans le numéro du 16 mai.

Liste d'aptitude établie dans les conditions prévues par les articles 7 et 8 de la loi du 12 août 1933.

MINISTÈRE DE LA JUSTICE

Pour le poste de chirurgien des prisons de Fresnes : 1. M. le Docteur Masmonteil ; 2. M. le Docteur Chicandard.

Pour le poste de médecin à la maison d'arrêt de Mâcon : M. le Docteur Juvanon.

Pour le poste de médecin à la maison d'arrêt de Mont-de-Marsan : M. le Docteur Pailhes.

Pour le poste de médecin à la maison d'arrêt de Meaux : M. le Docteur Brion.

Pour le poste de médecin à la maison d'arrêt de Metz : M. le Docteur Licourt.

MINISTÈRE DES POSTES, TÉLÉGRAPHES ET TÉLÉPHONES

Pour les postes de médecins de circonscriptions Paris et banlieue parisienne : 1. M. le Docteur Lesbre ; 2. M. le Docteur Verdier ; 3. M. le Docteur Michaux ; 4. M. le Docteur Durand-Boisléard.

Pour le poste de médecin de circonscription à Rouen : M. le Docteur Camus.

MINISTÈRE DE L'AIR

Pour le poste de médecin de contrôle à l'Ecole nationale supérieure de l'aéronautique : 1. M. le Docteur Servel de Cosmi ; 2. M. le Docteur Michaux.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR

Pour le poste de médecin de la police d'Etat de l'agglomération lyonnaise : 1. M. le Docteur Seitier ; 2. M. le Docteur Fort ; 3. M. le Docteur Audier ; 4. M. le Docteur Musy ; 5. M. le Docteur Lestra ; 6. M. le Docteur Gonsolin.

MINISTÈRE DE L'EDUCATION NATIONALE

Pour le poste de médecin au Collège de garçons de Villefranche-de-Rouergue : M. le Docteur Defaye.

Pour le poste de médecin au Collège communal de Verdun : 1. M. le Docteur Tounissont ; 2. M. le Docteur Guérin.

Pour le poste de médecin au Lycée de Rodez : M. le Docteur Albouy.

MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE

Pour le poste de médecin au dépôt d'étalons de Saint-Lô : M. le Docteur Oblin.

Pour le poste de médecin au dépôt d'étalons de Hennebont : M. le Docteur Brousse.

GOUVERNEMENT GÉNÉRAL DE L'ALGÉRIE

Pour le poste de médecin de colonisation : M. le Docteur Ardouin.

6 MAI

Médaille d'honneur de l'Assistance publique

Médaille d'argent : MM. les Docteur Gernez et

Soleil, de Lille ; Véron, de Montbéliard ; Damas, Gassend, Romieu et Rougon, de Digne ; Jouve, d'Aiglun.

Médaille de bronze : MM. les Docteurs Dragon, d'Oraison ; Bardet et Guyonnaud, de Paris.

9 MAI

Assurances sociales

Circulaire du 30 avril 1937 relative à la participation des Caisses d'assurances sociales aux frais de cure thermale.

Cette Circulaire sera publiée ultérieurement.

Service de santé militaire

Honorariat

Par décision du 27 avril 1937, les officiers de réserve du Service de santé ci-après désignés, rayés des cadres par décision présidentielle du même jour, sont placés dans la position d'officier honoraire :

Avec le grade de médecin colonel : Lallement.

Avec le grade de médecin lieutenant-colonel : Robert, Ménard.

Avec le grade de médecin commandant : Delaunay, Ertzbischoff, Gravelotte, Wintrebert, Damaye, Deroy, Pradel, Papin, Ribadeau-Dumas, Paisseau, Casse, Cattier, Dupuy, Halgan, Bertier, Besserve, Sevin, Dumora, Eissen, Ambard, Arsimoles, Coignerai.

Avec le grade de médecin capitaine : Lemoine, Montagne, Carpentier, Decroo, Houssin, Huriez, Pollet, Vanlaer, Peyron, Caron, Perreaux, Sauve, Le Treut, Père, Godron, Moncany, Piedallu, Vilbonnet, Bleirad, Boiet, Lévy, Dournel, Haussmann, Deguiral, Lecompte, Bodolec, Garrelon, Kraut, Le Droumaguet, Le Strat, Bayard, Chavialle, Fau, de La Foulhouze, Sigot, Talichet, Eynard, Guillot, Maillard, Petrement, Trillat, Bonnis, Bouvaist, François, Gabriel, Rovery, Durand, Gelly, Ducasse, Fournier, Goujon, Mathieu, Bajac, Carles, Corcelle, Couraud, Delaigue, Denis, Gaignerot, Pauly, Plissonneau, Saligne, Texier, Castelli, Geffroy, Chery, Schneider.

Avec le grade de médecin lieutenant : Dupuy, Fabien, Michaut, Delfosse, Auffray, Fayolle, Roy, Laîtte, Daiche, Habert, Berges, Crosse, Eyquard, Le Divelec, Chassagne, Dumas, Long, Malien de Campsavy, Merle, Dubourdieu, Gachet, Vedy.

Situation d'activité

Par décision du 30 avril 1937, Pain, méd. lieut. de rés. des tr. du Levant, est autorisé à servir en situation d'activité, pour une durée d'un an, à compter du 15 mai 1937 (art. 42 de la loi du 8 janvier 1925) et maintenu aux troupes du Levant.

Réponse d'un ministre à la question d'un parlementaire

Le domicile de secours dans les lois d'assistance

4068. — M. Louis Gros, sénateur, expose à M. le ministre de la Santé publique que l'article 2 du décret-loi du 30 octobre 1935 prévoit que, pour l'acquisition ou la perte du domicile de secours, les règles prévues par les articles 6 et 7 de la loi du 15 juillet 1893 sont applicables et que le domicile de secours communal est remplacé par le domicile de secours départemental ; et demande : 1º si le domicile de secours départemental est applicable aux différentes formes d'assistance (médicale gratuite, femmes en couches, familles nombreuses, vieillards, infirmes et incurables) ; 2º le domicile de secours départemental étant institué, quelle est la Commission chargée d'examiner les dossiers (Commission départementale ou Commission cantonale de la résidence) ; 3º en ce qui concerne l'assistance aux vieillards, infirmes et incurables si l'âge limite de soixante à soixante-cinq ans pour la perte du domicile de secours est supprimé ; si le domicile de secours s'acquiert ou se perd par un an de résidence, si le domicile de secours une fois établi n'est plus susceptible de changement même après un an de résidence dans un autre département, si le taux de l'allocation à domicile à attribuer est bien celui de la commune de résidence ; 4º pour ce qui est de l'Assistance médicale gratuite, en cas de non ratification par la Commission compétente, d'une admission d'urgence par le maire, par qui et comment le médecin, la sage-femme ou l'établissement hospitalier doit être remboursé. (*Question du 28 janvier 1937.*)

Réponse. — 1º Conformément aux dispositions de l'article 1er du décret-loi du 30 octobre 1935 sur l'unification et la simplification des barèmes des lois d'assistance, le domicile de secours départemental qui s'obtient dans les conditions qui avaient été fixées par les articles 6 et 7 de la loi de 1893 pour l'acquisition du domicile de secours communal pour les bénéficiaires de l'Assistance médicale gratuite est applicable notamment aux lois des 15 juillet 1893 sur l'Assistance médicale gratuite, 14 juillet 1905 sur l'Assistance aux vieillards, infirmes et incurables, 14 juillet 1913 sur l'assistance aux familles nombreuses, 17 juin et 30 juillet 1913 sur l'assistance aux femmes en couches ;

2º La Commission chargée d'examiner les dossiers, sauf pour les aliénés et les enfants assistés (exceptions visées par le paragraphe 1er de l'article 6 du décret du 30 octobre 1935) est la Commission cantonale de la résidence. La Commission départementale ne fonctionne plus que comme commission d'appel ;

3º Pour l'assistance aux vieillards, le domicile de secours s'acquiert désormais par un an de résidence au lieu de cinq ans. D'autre part, la consolidation du

Voir la suite page XLVII-1643

PROPOS DU JOUR

LE PROGRAMME DE LA CHAIRE DE MÉDECINE SOCIALE

Nous avons annoncé que le Conseil municipal de Paris avait voté les fonds nécessaires à la création à la Faculté de médecine d'une chaire de médecine sociale. Nous avons montré que le développement considérable qu'ont pris depuis le début du siècle la Législation et la Réglementation sanitaires rendaient absolument indispensable un enseignement méthodique de la médecine sociale. Mais aussitôt surgit une difficulté : que doit-on entendre par médecine sociale, quelles sont ses limites ; en un mot en quoi peut consister le programme de la chaire de médecine sociale ?

Aussi, c'est sans étonnement que nous avons reçu du Comité directeur du *Parti social de la Santé publique*, la note suivante qui pose catégoriquement la question :

Le Comité directeur du Parti social de la Santé publique, réuni le 21 *avril* 1937, *enregistre avec satisfaction la création d'une chaire de médecine sociale à la Faculté de médecine de Paris, par le Conseil municipal de Paris.*

Il appelle respectueusement l'attention du ministre de l'Education nationale sur la nécessité de spécifier nettement le programme de cette chaire.

Définir la médecine sociale est plus particulièrement difficile. Il est des disciplines d'un ordre très général, comme l'anthropologie, comme la biologie, comme la médecine sociale dont nous nous rendons parfaitement compte de la signification mais dont il est difficile de fixer les bornes et de donner une définition précise.

Dans le gros volume consacré à *la médecine sociale* faisant partie du *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée*, publié en 1925 sous la direction du Professeur E. Sergent et de MM. Ribadeau-Dumas et L. Babonneix, le regretté médecin de l'hôpital Bretonneau, Louis Guinon, au début de l'Introduction de l'ouvrage, faisait remarquer qu'il est impossible de faire tenir en un volume toute la médecine sociale : « Car la médecine sociale comprend toute l'hygiène sociale, la législation, l'étude des facteurs sociologiques, économiques, politiques, pédagogiques qui permettent son organisation et son extension dans le monde : elle fait appel à toutes les sciences ».

« Pareille ambition n'est pas la nôtre, ajoutait-il, nous nous bornerons à l'étude des institutions qui ont pour but de soulager ou protéger les différents âges, classes ou groupements de l'humanité organisée et policée.

« Encore ne l'envisagerons-nous que dans notre pays. »

Ainsi limitée, la tâche cependant nous paraît excessive, car dans les 759 pages de ce traité de médecine sociale, nous voyons effleurer la protection de la maternité, celle des enfants du premier âge, l'hygiène et la médecine scolaire avec l'inspection médicale des écoles, la protection de l'adolescence, celle de la vieillesse, la médecine sociale des travailleurs, qui doit comprendre toute l'hygiène industrielle, avec les conditions dans lesquelles s'effectue le travail, avec les maladies professionnelles et les accidents du travail, les Assurances sociales, l'Assistance médicale et l'organisation hospitalière, la prophylaxie des maladies transmissibles et leur dépistage, la lutte contre les fléaux sociaux : tuberculose, maladies vénériennes, cancer, etc., contre les intoxications : alcool, morphine, cocaïne, etc., la prophylaxie mentale, etc., etc., et à cette longue énumération il conviendrait d'ajouter la législation sur l'exercice de la médecine et de la pharmacie, la déontologie, l'organisation de la profession médicale, (syndicats, sociétés diverses) et sans doute bien d'autres choses encore.

Cette énumération suffit à montrer combien sur plus d'un point, l'enseignement de la médecine sociale empiétera sur celui de la médecine légale et sur celui de l'hygiène. Et ce ne sera qu'après mûre réflexion et une étude approfondie qu'une commission compétente pourra fixer le programme respectif de ces diverses chaires.

Comparaison n'est pas raison dit le proverbe. Cependant nous établirons un parallèle entre l'hygiène et la médecine sociale d'une part et la pathologie et la thérapeutique de l'autre.

Il nous semble que la médecine sociale qui doit traiter d'applications législatives et réglementaires et de *réalisations pratiques* doit être à l'hygiène ce que la thérapeutique est à la pathologie, l'une doit suivre l'autre, sans cependant se confondre avec elle.

J. Noir.



A VALENTON, AU CHATEAU DES CHARMILLES

La Maison du Médecin reçoit le Comité de la Bidoche

Le Château des Charmilles, à Valenton le 6 mai, jour de l'Ascension, était en fête.

Les hôtes de la *Maison du médecin* recevaient leurs amis de « *la Bidoche* ». C'est que les membres de la *Bidoche* sont étroitement attachés à la *Maison du médecin* et, bien que nos lecteurs connaissent déjà cette histoire, nous nous permettrons de la leur rappeler. Elle est simple et touchante, pareille un peu à ces contes de fées que notre enfance se plaisait à faire répéter à nos grand'mères.

Donc, il y a déjà bien des années, deux bons génies, amateurs de bonne chère, se rencontrèrent à la Villette à la table des Princes de la Boucherie. Ces deux bons génies étaient notre aimable confrère, le Dr Mondain, et M. Vergelot, pharmacien. Les bouchers disposent de plats qu'on ne saurait se procurer ailleurs et MM. Mondain et Vergelot gardèrent un tel souvenir du festin, qu'ils formèrent le projet de renouveler périodiquement ces agapes. Le dîner de la Bidoche était créé. Il eut lieu depuis chez Verdun, le restaurateur de l'avenue du Pont de Flandre. Le nombre des convives s'accrut rapidement. Bouchers en gros, professeurs, hommes politiques, pharmaciens et surtout médecins s'empressèrent autour des tables de la Bidoche. M. Mondain fut acclamé président et M. Vergelot, secrétaire.

Ce fut alors que les animateurs de la Bidoche pensèrent que, si la gastronomie avait du bon, il était nécessaire de la parer de l'auréole de la bienfaisance et ils proposèrent de faire à la fin des repas une collecte, destinée à offrir aux pensionnaires de la Maison du médecin quelques améliorations et quelques douceurs. Ils firent plus ; ils obtinrent par leur influence des subventions anuelles à l'œuvre dont ils s'instituaient les bienfaiteurs. En quelques années, le Château des Charmilles bénéficia, de ce fait, de près de cent mille francs et cela suffit à expliquer pourquoi les pensionnaires de Valenton avaient convié le jour de l'Ascension à déjeuner les membres du Comité de la Bidoche.

Grâce à notre ami R. Massart, secrétaire général de la Maison du médecin, à Mme Massart et à Mme Gourdon, la directrice adorée de tous les pensionnaires, qui se firent un devoir de la seconder, grâce à la bonne volonté du personnel, le déjeuner fut exquis et parfaitement servi.

Au dessert, le Dr Mondain, rappela les liens qui unissent Valenton à la Villette, liens qu'il s'efforcera de maintenir et de resserrer.

Le président de la Maison du médecin, le Pr Cunéo, remercia les membres de la Bidoche présents, MM. Mondain, Vergelot, Arfé, Bernard-Roux, etc., de l'intérêt qu'ils portaient à notre œuvre. Il évoqua la mémoire du conseiller municipal de la Villette, M. Pineau, un fidèle de la Bidoche, qui s'était si généreusement employé à rendre service à la Maison du médecin.

Un des plus anciens pensionnaires, le Docteur Fleury, vint alors lire l'impromptu suivant de sa composition :

Drôle de nom vraiment que ce nom de Bidoche,
Qu'on dirait fait exprès pour rimer avec moche
Mais, par vous ennobli, ce nom, s'il n'est très beau,
Messieurs de la Villette, a pris un sens nouveau.

Et qu'importe le nom, si nous avons la chance,
Quand vous nous invitez, de goûter ce qu'en France
Grâce à vos choix savants, il se fait de plus fin
Dans la gent moutonnière ou le cheptel bovin.

Où donc, sinon chez vous, trouver chair fine et rose,
Dont le moindre morceau est succulente chose ?
Que ce soit bœuf bouilli, fagoüe ou bien gigot,
Quel fumet, quel arôme ! Et que dire du rôt ?

Ce n'est pas tout : en vous pressant à notre table
Vous y mêlez sans bruit l'utile à l'agréable !
Et nous savons, Messieurs, que ce fier gueuleton
N'est pas le seul bienfait que vous doit Valenton.

Et si quelqu'un voulait dénigrer la Bidoche,
Ou blaguer seulement son nom soi-disant moche,
Bientôt, cuillers, couteaux, fourchettes en avant,
Nous sortirions de table, et sus au mécréant !

Enfin le doyen de la Société, notre ami vénéré, le Dr Smester, qui porte allègrement ses 90 printemps, a évoqué la mémoire de notre maître, M. Reynier, sans la générosité duquel la Maison du Médecin n'existerait pas.

Des bans vigoureux furent battus en l'honneur des orateurs et du poète.

***

Une jeunesse joyeuse ne tarda pas à envahir le parc et fit honneur au goûter servi par Mmes Massart, Gourdon et les dames pensionnaires de Valenton. Au salon, nous applaudîmes les charmantes jeunes filles de notre excellent confrère, le Docteur Tison, qui se révèlent des artistes de grand talent. Puis nous fîmes le tour de la propriété, nous rendant compte de la nécessité des améliorations urgentes projetées, et que l'augmentation des ressources de l'œuvre permettra de réaliser, admirant la transformation du potager où les dons de la Bidoche ont permis de planter de nombreux arbres fruitiers.

Nous sommes revenus à Paris, enviant un peu le sort des pensionnaires de Valenton, qui tous nous avaient témoigné leur satisfaction et savent bien qu'ils seront toujours l'objet de la sollicitude de leurs confrères et de leurs amis.

J. Noir
Vice-président
de la Maison du Médecin

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

CLINIQUE CHIRURGICALE

Quand faut-il opérer les empyèmes aigus ? (1)

Par M. le Professeur E. Mériel (Toulouse)

A cette question, posée il a vingt-cinq ans environ, la réponse n'aurait pas été douteuse. Nos livres classiques ne disaient-ils pas : « Dès qu'il y a du pus dans une plèvre, il faut l'évacuer, par la pleurotomie, hâtivement, complètement et aseptiquement ». Ou bien encore : « La pleurotomie précoce et bien conduite reste encore la meilleure prophylaxie de la chronicité de la suppuration et de la fistule ». (Forgue et Reclus), ce qui revenait à dire qu'une pleurésie purulente diagnostiquée devait être opérée *d'urgence*. Aussitôt qu'une ponction exploratrice avait révélé la présence de pus dans la plèvre, le malade était confié au chirurgien qui, par une ouverture large du thorax, avec résection d'une ou deux côtes, ouvrait un passage au pus. Telle fut notre conduite à tous jusqu'en 1914. Mais les insuccès nombreux de cette pratique, survenus au cours de la pandémie grippale de 1918, donnèrent à réfléchir, et la question changea de face. L'évolution qui en résulta a modifié notablement l'indication opératoire et c'est de cette orientation nouvelle de la thérapeutique que je désire vous entretenir aujourd'hui, à propos de trois malades que vous m'avez vu opérer, chacun de façon différente. Dans un cas, je suis intervenu tout de suite, dans un autre cas, j'ai différé l'opération jusqu'à un moment jugé plus favorable. De cette conduite différente, pour une même maladie, je vais vous donner la raison.

Laissez-moi d'abord vous rappeler qu'il n'y a pas « une » mais « des » pleurésies purulentes, comme l'ont montré depuis longtemps les examens bactériologiques. C'est Netter le premier qui s'est attaché à démontrer que chaque épanchement emprunte son aspect clinique et son évolution aux caractères biologiques du microbe causal. Courtois-Suffit, dans sa thèse, avait aussi distingué deux grandes classes d'empyèmes : les formes pures, qui peuvent être pneumococciques, streptococciques, tuberculeuses et les formes associées où se rencontrent à la fois plusieurs espèces microbiennes dans des combinaisons variées : bacille de Koch et strepto, strepto et staphylo: bacille d'Eberth et strepto, etc...

Bien que Netter soutienne que la pleurésie purulente à streptocoque soit trois fois plus fréquente que la pleurésie pneumococcique — ce qui est le cas dans les maladies infectieuses et spécialement la grippe — c'est surtout à des pleurésies à pneumocoques que vous aurez le plus souvent affaire, rarement aux pleurésies putrides, et c'est pourquoi je ne dirai rien de celles-ci.

Sans doute, la pleurésie à pneumocoque peut aussi, comme la streptococcique, s'observer au cours des évolutions broncho-pneumoniques des maladies infectieuses, mais elle complique surtout la pneumonie lobaire franche (pleurésie-métapneumonique) ou évolue avec elle (pleurésie-parapneumonique de Netter).

C'est un fait bien connu que cette pleurésie purulente à pneumocoques, qui s'observe chaque année pendant la saison froide, est habituellement moins grave que la pleurésie à streptocoques, comme la triste épidémie de grippe, en 1918, nous en a fourni de trop nombreux exemples.

Or, le pneumocoque est aussi remarquable par les qualités pyogènes qu'il acquiert dans les séreuses que par la faible vitalité qu'il y manifeste. Il perd rapidement sa virulence et ses aptitudes reproductrices. Son action n'est donc que passagère. « Tel un feu de paille, qui s'allume, flambe et s'éteint », disait mon Maître Etienne Cestan dans son livre sur la thérapeutique des empyèmes. L'évolution de ces pleurésies à pneumocoques est rapide, de pronostic bénin et de terminaison favorable, soit par résorption (c'est la seule variété de pleurésie purulente qui ait ce privilège), soit par vomique ou fistulisation cutanée. C'est ainsi que chez l'enfant, la pleurésie purulente cède facilement aux ponctions répétées.

A côté de cette évolution typique de l'empyème pneumococcique, quand le pneumocoque est en culture pure, vous observerez une marche qui traînera en longueur, avec des reprises fâcheu-

(1) Leçon clinique professée à l'Hôtel-Dieu de Toulouse.

ses, lorsqu'au microbe initial s'associent le streptocoque ou le staphylocoque.

D'autre part, tandis que la pleurésie à pneumocoques est, en général, découverte tardivement (caractère que désigne bien le terme de méta-pneumococcique) parce que le foyer pulmonaire causal touche à la fin de son évolution, la pleurésie à streptocoques, au contraire, se manifeste ordinairement alors que le ou les foyers pulmonaires sont en pleine évolution. Et nous touchons ici au fond même de la question thérapeutique. Cette dernière notion, en effet, est très importante à retenir pour comprendre que le moment de l'opportunité opératoire variera selon le type bactériologique — pur ou associé — de l'empyème. Ainsi l'état du parenchyme pulmonaire est différent : la pneumopathie sera encore en évolution dans la pleurésie à streptocoques, et cela donnera de la gravité à une pleurotomie trop précoce, comme on le conseillait jadis, dès la constatation d'un épanchement purulent à streptocoques dans la plèvre. Les conditions seront inversées et meilleures dans le cas de pleurésie méta-pneumonique où le foyer pulmonaire est arrivé au terme de son évolution. A ce moment, une pleurotomie évacuera sans danger le déchet purulent de l'atteinte pleurale.

Je puis donc dire que, dans les pleurésies purulentes, ce qui doit nous guider, c'est *surtout l'état du foyer pulmonaire*. Représentez-vous bien en effet, la succession des lésions pulmonaires et pleurales. Primitivement, l'infection pulmonaire est habituellement diffuse, souvent bilatérale (dans le cas de pleurésie purulente grippale) amenant la formation d'abcès sous-corticaux et, par réaction dans la plèvre, un épanchement séreux ou un peu trouble. Vous comprenez dès lors que si on intervenait à ce moment, la pleurotomie donnerait peu de chose ; « Bien mieux, écrit Chabrut, elle serait nuisible, car le pneumothorax opératoire est une chose grave chez un sujet dont l'hématose est gravement troublée ». C'est malheureusement ce qu'on fit trop souvent dans la grande épidémie de 1918, où cette intervention prématurée amena des désastres. La conclusion qui découle de ceci est que : « Il faut se garder absolument de pleurotomie chez les malades qui ont des lésions pulmonaires encore aiguës, alors que la ponction montre l'existence d'une lame de liquide séro-purulent ; c'est le poumon qu'il faut soigner et l'état de la plèvre n'est qu'un épiphénomène qui n'appelle pas encore de traitement particulier » (Chabrut). « Cette ouverture de la plèvre en pareil cas, disent Lecène et Leriche, est non seulement inutile, mais nuisible, puisqu'elle vient troubler dans sa défense locale et générale, un organisme déjà gravement atteint. C'est un contre-sens thérapeutique ». Les insuccès sont constants à la suite de ces pleurotomies trop précoces, alors que les lésions pulmonaires sont en pleine évolution. On peut donc considérer ici qu'il y a une phase médicale — toute d'observation perspicace et de préparation du malade — avant de passer à la phase chirurgicale, possible seulement, au moment le plus utile et le moins dangereux.

Cette opinion des auteurs modernes vous montre donc nettement l'évolution du problème thérapeutique, basée sur une meilleure observation anatomo-clinique de l'affection causale, la pneumopathie dans son processus habituel.

Ce ne sera que plus tard, quand la lésion pulmonaire se sera atténuée et limitée, que la mince couche de liquide pleural sera devenue plus abondante et plus franchement purulente, qu'il se sera formé ainsi un véritable abcès, en bas et en arrière de l'hémithorax, que l'on pourra opérer. Cette collection purulente devient alors gênante, en effet, par son volume et aussi par la résorption qui y ajoute son fâcheux effet. C'est à ce moment, qu'il sera indiqué d'en libérer la plèvre par une incision de la paroi thoracique, par une pleurotomie au point déclive.

Ce n'est donc plus d'une opération d'urgence qu'il s'agit, mais d'une opération dont le moment favorable doit être choisi avec discernement, c'est-à-dire quand les malades ont fait un grand pas vers la guérison spontanée (Lecène et Leriche).

Comment choisir ce moment ? A cela, il y a des difficultés et des incertitudes qui requièrent toute votre attention.

Vous n'oublierez pas d'abord que des facteurs tels que l'âge, la résistance du sujet, l'état du cœur, peuvent faire avancer ou retarder la décision opératoire. De plus, sachez que la détermination bactériologique du pus, recueilli par ponction préalable, comporte parfois des incertitudes, et que la distinction entre le pus fluide (strepto) et le pus crémeux (pneumo) n'est pas forcément toujours exacte, si bien que vous vous trouverez déjà en présence d'une première difficulté.

Ce n'est pas tout : on aurait tort, en effet, de vouloir établir le type et le moment d'une opération sur la nature bactériologique de l'empyème. Il est faux d'établir des séries de petits chapitres sur ce point, car il est impossible de tenir compte de toutes les variétés de bactéries pouvant apparaître dans une plèvre. « Il s'agit toujours du même processus morbide, l'infection de la plèvre, qui amènera toujours le même processus de réaction : l'épanchement purulent ». (R. Monod et M. Iselin). Quel que soit l'agent microbien, la réaction pleurale se déroulera toujours de façon identique. Cet épanchement infecté évoluera soit vers un processus de guérison, soit vers un processus d'aggravation. « Tout le monde a vu mourir des pleurésies à pneumocoques et guérir des

pleurésies gangréneuses ; il n'en va pas moins que ces dernières sont plus redoutables ». (Monod et Iselin). Il y a, en outre , des pleurésies streptococciques qu'on peut opérer très tôt quand la ésion pulmonaire a vite rétrocédé, de même qu'il y a des pleurésies pneumococciques qui font retarder l'intervention, parce que la pneumopathie s'éteint mal ou qu'un autre foyer s'allume. L'auscultation devra, dans ce cas, être faite avec beaucoup de discernement.

Les caractères physiques de pus liquide et de pus crémeux ne mettent pas davantage à l'abri des erreurs, pour reconnaître la pleurésie à streptocoques de la pleurésie à pneumocoques.

Il faut reconnaître que c'est la pleurésie à streptocoques qui offre le plus de difficulté dans le choix du moment opératoire . C'est à son sujet qu'on a fait admettre dans la pratique le principe de l'opération retardée, ce qui est déjà un grand progrès. Mais combien de temps attendrez-vous ? Ni trop, ni trop peu, dit-on. Mais cette formule brève est trop vague, et il faut bien la préciser, car la temporisation excessive, par exemple, laisserait succomber le malade à l'aggravation de son état général, ou tout au moins laisserait se créer, par un processus de sclérose, des lésions pleurales indélébiles, amenant la chronicité. Le pneumocoque donne des suppurations prolongées et de grosses pachypleurites plus ou moins calcifiées, qui rendront la guérison de l'opération plus lente et plus aléatoire. On peut donc dire qu'il y a *un danger pleural* propre aux empyèmes à pneumocoques à évacuation trop différée, de même qu'il y avait un *danger vital* à les opérer avant le stade favorable de collection bien constituée. Comme l'a dit très bien Jourdan dans sa thèse « on louvoie entre le danger vital et le danger pleural ». Dans les cas de pleurésie streptococcique, l'important sera de saisir le moment propice différent pour chaque malade, où les inconvénients de la temporisation vont l'emporter sur les avantages. Pour saisir ce moment, il faut tenir compte de l'état du poumon, de l'état du cœur, et de la résistance générale du sujet, comme je vous le disais tout à l'heure. S'il s'agit d'un malade âgé, fatigué, avec une tare organique, c'est comme pis-aller une pleurotomie a minima que vous conseillerez ; différemment, c'est de préférence à la thoracotomie large et déclive à thorax ouvert s'il y a de gros dépôts fibrineux (Paitre et Jourdan) ou, dans le cas contraire, à thorax fermé (méthode Delbet), ou avec la valvulation de Grégoire qu'on aura recours. Il semble même à certains que la pleurotomie à minima doive être considérée comme l'intervention de choix dans la pleurésie streptococcique grippale. Mais en définitive, et pour préciser cette date, quels seront-vos éléments ? Il n'y a pas à cela de règle absolue, et il ne peut pas y en avoir, car il s'agit là de cas d'espèces. Pour savoir si la pneumopathie est éteinte — condition formelle actuellement, comme je vous l'ai dit — vous baserez-vous sur la température, par exemple ? S'il y a apyrexie, vous opèrerez sans attendre. Mais le cas est rare, et attendre cette apyrexie pour ouvrir la plèvre, c'est exposer le malade à la dénutrition générale, à la moindre résistance, ainsi qu'à la constitution de ces assises de pachypleurite qui s'opposeront au retour du poumon à la paroi. Le danger vital et le danger pleural sont ainsi également menaçants. La courbe thermique ne peut donc à elle seule vous guider. L'auscultation qui nous montrera l'obscurité respiratoire, par la présence de l'épanchement, n'a pas plus de valeur.

L'examen radiologique fournirait des données plus utiles, semble-t-il, surtout en ce qui concerne le côté sain. Du côté malade, une injection de lipiodol peut mettre en évidence le point déclive (Lafaille), mais elle ne nous apprend rien des lésions sous-jacentes.

En présence de ces incertitudes, Talbot et Dubau (1) ont coutume de se baser sur le test suivant qui leur a toujours donné satisfaction : « Le malade est laissé au calme pendant vingt-quatre heures, pour qu'il s'accoutume mieux au changement de service. Il vient d'un service de médecine dans un service de chirurgie pour être opéré, et son moral s'en est ressenti. Une ponction évacuatrice est pratiquée dans la matinée, suivie, par la même aiguille, d'une injection de 10 à 20 c. c. d'argent colloïdal, à 5 ou 10 %. Dans la soirée, si la température descend au point de tomber même à 37°, ce signe suffit pour décider l'intervention dès le lendemain. C'est pour nous, disent ces auteurs, une preuve suffisante que le poumon sous-jacent n'est plus malade, et que l'adelphe est sain, puisque l'évacuation de pus provoque une sédation de la fièvre ».

Mais, par contre, si la courbe thermique ne descend pas, il faut rester prudent, il faut se méfier de lésions encore en évolution et « il faut reprendre la collaboration médico-chirurgicale ». On attendra ainsi le décours de l'évolution des phénomènes pulmonaires. Il y a donc une phase médicale où il faut soutenir le malade par des toni-cardiaques ; si l'épanchement devient gênant par son volume, vous le ponctionnerez autant de fois qu'il sera nécessaire. Vous pourrez même lutter contre l'infection par la sérothérapie et, mieux encore, par la vaccinothérapie. Dès que l'état général se sera amélioré et, surtout, dès la chute de la température, alors seulement vous passerez la main au chirurgien. S'il s'agit d'une pleurésie streptococcique, surtout dans la forme grippale, le chirurgien se déci-

(1) Jourdan. — Thèse de Paris, 1933.

(1) *Rev. de chirurgie*, octobre 1935.

dera le plus souvent pour la pleurotomie à minima. La thoracotomie large ne conviendra qu'à des cas favorables, relativement moins nombreux. Par contre, dans la pleurésie pneumococcique, c'est la pleurotomie large que le chirurgien choisira, réservant le drainage minima aux cas dangereux. Vous voyez ainsi qu'il serait illogique de vouloir appliquer la pleurotomie à tous les empyèmes. Il n'y a plus, comme on le pensait jadis, de parallélisme entre la gravité vitale de la pleurésie et l'importance de l'acte chirurgical où l'on pleurotomisait largement les épanchements streptococciques et économiquement les épanchements pneumococciques. C'est l'inverse qui est la doctrine du jour.

Comment avons-nous agi chez les trois malades du service, qui sont l'occasion de cette leçon ? Le premier est un homme de 25 ans, évacué d'un service de médecine, pour une pleurésie métapneumonique grippale, après quinze jours de ponctions répétées, qui avaient donné du pneumocoque. L'état général est conservé, le cœur n'a pas fléchi, et vous m'avez vu faire, dès le lendemain de son entrée dans le service, une thoracotomie large. J'ai trouvé du pus crémeux, j'ai fait un drainage à thorax ouvert pendant huit jours pour faciliter la sortie des fausses membranes, puis j'ai obturé partiellement la plaie, ne laissant passer qu'un drain et j'ai installé un siphonnage. La guérison est survenue deux mois après, et la rééducation respiratoire par le dispositif de Pescher a permis au poumon de reprendre une amplitude suffisante dans la cage thoracique. Je souligne en passant que c'est au quinzième jour après la constatation du pus par la première ponction, que je suis intervenu. C'était le délai favorable pour ne pas opérer trop tôt — en période de pneumopathie. Par suite, je vous engage à retenir ce délai minimum de quinze jours pour la date opératoire habituelle.

Quelquefois, il faudra différer un peu plus avant l'ouverture de ce pneumothorax pour les raisons que vous connaissez maintenant ; et n'opérez alors que trois semaines ou même un mois, suivant le cas, après la première ponction. Il n'y a pas, je le répète, de règle absolue. Il s'agit de cas d'espèces soumis à votre esprit d'observation.

Par contre, pour le deuxième malade, les événements ne se sont pas présentés d'une façon aussi favorable. Ce malade, de 41 ans, après une grippe prolongée, est admis dans un service de médecine d'où il nous est adressé le surlendemain de son admission en vue d'une opération d'urgence. L'état général était mauvais, le faciès amaigri, le teint plombé, l'anorexie très marquée, température 39-39°5, pouls rapide, dyspnée, agitation. La ponction a montré du streptocoque hémolytique : cette évacuation de 200 grammes de liquide purulent fluide n'ayant pas soulagé le malade, et, en présence du danger vital, il a fallu abandonner les ponctions répétées et même la pleurotomie à minima et se décider, le lendemain matin, pour une thoracotomie large. La cavité nullement cloisonnée occupait toute la partie postérieure de l'hémithorax droit et mon doigt n'a même pas pu atteindre, très haut sous l'angle de l'omoplate, le plafond de cette cavité. Un drainage à thorax fermé a été pratiqué. Sans doute l'état général s'est rapidement amélioré, mais la pleurésie est passée à la chronicité et j'ai dû, quatre mois après, faire une thoracectomie de trois côtes sans pouvoir tarir complètement la fiscule. Ce malade était venu trop tard se faire soigner à l'hôpital, les lésions étaient avancées et étendues, menaçant même la vie, et il fallu, dans ces conditions fâcheuses, opérer, parce que la date optima d'intervention se trouvait ainsi trop tardive.

Le troisième cas concerne une malade, qui me fut adressée d'un service de clinique médicale pour une pleurésie purulente putride. Diverses ponctions faites dans le service avaient montré plusieurs espèces microbiennes. En même temps, un traitement médical reconstituant et anti-infectieux (séro et vaccinothérapie) avait été sagement institué. C'est quand la situation nous parut meilleure que la malade entra dans mon service, salle Saint-Vincent. La cortico-pleurite était en régression, j'ai décidé de ne plus temporiser, et j'ai fait une pleurotomie avec résection d'une côte et drainage à thorax fermé. La guérison, sans incidents, a demandé quatre mois et demi environ et la malade a quitté, avant le terme, mon service pour se rétablir complètemetn chez elle. J'ai su depuis que la guérison s'était maintenue.

Ces trois faits qui sont survenus en l'espace de quelques mois dans mon service, ont été une application de la conduite à tenir à l'heure actuelle dans les empyèmes aigus, très différente de celle que conseillaient naguère les meilleurs auteurs et que, à une certaine période, des désastres ont condamnée.

La pleurotomie à l'heure actuelle a perdu son caractère d'opération d'urgence, pour s'adapter à l'évolution clinique de la maladie pulmonaire qui fixe seule le moment favorable de l'intervention (1).

(1) C'est également la conclusion formulée par le Professeur Forgue dans la 9e édition de son *Précis de pathologie externe*.

TRAITEMENT DE LA SINUSITE FRONTALE AIGUË

Par le Docteur E. FELDSTEIN

Ancien interne des hôpitaux de Paris

Complication banale de la grippe, la sinusite frontale aiguë prend, dans certains cas, une allure impressionnante. La douleur, violente, résiste aux calmants, la suppuration nasale est profuse, l'œdème de la paupière supérieure tient l'œil fermé, la fièvre et les signes généraux sont intenses.

Devant un tel tableau, on pourrait être tenté de pratiquer d'urgence une cure radicale, mais l'expérience a montré l'inutilité presque constante d'une intervention de ce genre et surtout ses dangers, quand elle est faite à chaud.

Les apparences sont trompeuses. *La sinusite frontale aiguë reste habituellement une affection purement médicale, qu'il suffit de traiter médicalement.* Le traitement chirurgical, au contraire, est une mesure d'exception qu'on doit réserver aux complications.

Des moyens simples et non sanglants permettent en général de combattre la rétention purulente et la douleur qui en dépend. Les uns sont confiés au malade lui-même. Les autres restent entre les mains du spécialiste.

***

A) Soins confiés au malade

On remet au malade une ordonnance détaillée qu'on agrémente de quelques recommandations. Voici un type d'ordonnance :

1º Garder la chambre (le froid et l'humidité, réveillent les crises douloureuses !) Comme disait Lermoyez, la sinusite se soigne, les pieds sur les chenets.

2º Appliquer sur la région douloureuse des compresses humides chaudes qui seront renouvelées fréquemment.

3º Faire, toutes les trois heures, à l'aide d'un pulvérisateur nasal à poire, d'un bon modèle (il en existe d'exécrables !), une pulvérisation nasale de la préparation suivante :

Extrait de jusquiame	0 gr. 50
Solut. d'adrénaline à 1 p. 1.000 .	XXX gouttes
Chlorhydrate de cocaïne	trente centigr.
Eau de laurier-cerise	5 grammes
Glycérine	10 grammes
Eau dist	15 grammes

Cinq à six coups de poire *énergiques* du côté malade . (Recommander au malade de ne pas tenir l'appareil verticalement mais obliquement vers la région du méat moyen).

La formule suivante est peut-être préférable car l'adrénaline n'est pas toujours bien supportée et peut provoquer des crises de rhinite spasmodique.

Stovaïne	trente centigr.
Chlorétone	0 gr. 30
Solut. aqueuse de chl. d'éphédrine à 3 %	30 gr.

Aux solutions aqueuses, je préfère pour ma part les préparations huileuses, dans le genre de celle-ci qui est à la fois calmante, décongestive et antiseptique :

Cocaïne pure (base)	vingt centigr.
Myrtol	0 gr. 20
Eugénol	0 gr. 10
Géraniol	0 gr. 10
Solut. huileuse d'éphédrine (à 2 %)	20 grammes

(FELDSTEIN)

Le mode d'emploi reste le même.

4º Faire dix minutes après la pulvérisation nasale, une inhalation par le nez.

Utiliser à cet effet l'alcool mentholé à 1 %, qu'on verse goutte à goutte à la surface d'un bol d'eau bouillante et dont on aspire les vapeurs, à l'aide d'un entonnoir retourné.

Cette prescription classique n'est pas toujours bien tolérée.

On conseillera donc de préférence la *grande inhalation*, véritable « bain de vapeur de tête ».

Se placer à 30 cm. au-dessus d'un récipient d'eau bouillante, la tête entourée d'une serviette éponge qui forme tente.

Jeter dans l'eau :

Espèces aromatiques : 1 paquet de 15 grammes
ou
Fleurs de sureau : 1 poignée
ou
Mélange Dausse pour inhalations : 1 mesure.

L'inhalation, faite de cette manière, agit, « intus et extra ». Sa durée sera de 10 à 15 minutes. Réchauffer l'eau, si besoin, ou mieux utiliser un inhalateur ou un réchaud électrique.

Après inhalation, se moucher et refaire une pulvérisation nasale.

5° Contre les crises douloureuses, prendre un des cachets suivants :

Pyramidon	0 gr. 25
Valérianate de quinine	0 gr. 15
Poudre de noix muscade	0 gr. 10
Caféine	0 gr. 05

pour un cachet

(2 à 4 par jour).

On encore :

Aspirine	0 gr. 30
Phénacétine	0 gr. 15
Phosphate de codéine	un centigr.

pour un cachet.

(1 à 4 par jour).

La douleur peut résister à ces calmants, surtout quand elle prend le caractère névralgique. Prescrire alors l'aconitine ou le gelsemium, sous forme de spécialités, à cause de leur titrage délicat.

***

B) **Soins pratiqnés par le médecin**

Le malade est condamné à la chambre et il n'est pas toujours facile de lui donner des soins qui exigent une visite quotidienne ou bi-quotidienne.

On réservera ces soins, dans la pratique, aux cas sévères ou rebelles.

La *rétention purulente* peut être utilement combattue soit par badigeonnage, soit par *méchage de la tête du cornet moyen et de la région de l'infundibulum.* Mèches ou badigeons sont imbibés d'une solution de cocaïne (à 1 pour 10), additionnée d'adrénaline (I à II gouttes de la solution au 1.000ᵉ par centicube) et maintenus en place quelques minutes.

La *douleur* et les phénomènes phlegmasiques sont traités soit par l'*effluvation* de haute fréquence (étincelage de condensation) au moyen des électrodes à vide de Mac Intyre, soit par les *bains locaux d'infra-rouges* (séances de 20 à 30 minutes.

Là doit se borner, en général, le rôle actif du spécialiste.

Certaines manœuvres, comme le cathétérisme ou le lavage du sinus malade, impossibles d'ailleurs deux fois sur trois par les voies naturelles, sont à proscrire formellement.

A plus forte raison, faut-il éviter une intervention d'importance comme la cure radicale. De toutes façons prématurée ou superflue, elle aboutirait à un échec et ferait courir au malade les pires dangers : phlegmon de l'orbite, ostéomyélite aiguë des os du crâne, complications endocraniennes, septicémie !

Deux gestes, toutefois, sont permis, au cours de la sinusite frontale aiguë :

1° La *résection de la tête du cornet moyen*, petite intervention sans danger, qu'on pratiquera vers le dixième jour, si le traitement médical n'assure pas suffisamment le drainage. La tête du cornet moyen, hypertrophiée ou bulleuse, peut en effet obturer l'infundibulum et l'orifice du canal naso-frontal.

2° L'*incision simple* des parties molles, si le pus tend à s'extérioriser. On se contentera de ce débridement, sans trépaner, sans gratter, sans essayer de rétablir la communication naso-frontale interrompue.

Vouloir faire mieux et davantage serait exposer le patient à toutes les complications graves que nous avons vues plus haut.

« Pas de zèle intempestif et dangereux ». Cette formule du Professeur Moure doit être présente à l'esprit, quand on se mêle de traiter une sinusite frontale aiguë, même grave, même compliquée. Remettons à plus tard la cure radicale, si la suppuration est devenue chronique.

Pour les *sinusites à répétition*, favorisées par les malformations du squelette nasal, il est indiqué d'assurer, *loin d'une poussée aiguë*, une perméabilité meilleure de la voûte nasale, en corrigeant chirurgicalement les déviations hautes du septum, en amputant la tête du cornet moyen qui s'opposent à la ventilation et au drainage du sinus frontal.

LA CATARACTE (1)

La cataracte est l'opacification du cristallin Pour comprendre les causes et les symptômes de la cataracte, rappelons que :

Le cristallin n'a aucun vaisseau, sa nutrition n'est donc assurée que par l'humeur aqueuse dans laquelle il plonge, et qui le nourrit par osmose.

Donc l s altérations de l'humeur aqueuse troubleront le cristallin.

Le cristallin n'a aucun nerf : ses affections seront indolentes.

Type I : La cataracte sénile

Symptômes. — Des faits négatifs : ni douleur, ni rougeur.

Des faits positifs : les troubles visuels et leurs modalités.

Troubles visuels. — *a*) Baisse globale de la vision pour près et loin (sinon presbytie) ;

b) Myopie acquise à la soixantaine ; car la sclérose du cristallin le rend plus réfringent ;

c) Mouches volantes, qui sont la perception par le malade lui-même de ses opacités ;

d) Diplopie binoculaire ;

e) Vision plus mauvaise au grand jour qu'à la pénombre (nyctalopie).

Examen. — 1° Par éclairage de face ou oblique latéral ; 2° à l'ophtalmoscope.

L'éclairage permet de voir la tache blanche de sclérose du cristallin.

L'ophtalmoscope permet de reconnaître l'intégrité ou les lésions associées du fond de l'œil. Si le fond de l'œil est atteint de façon grave il est inutile d'opérer le malade de sa cataracte.

Avant l'examen de l'œil il faut dilater la pupille :

L'atropine trop hypertensive doit rester entre les mains du spécialiste, risque de glaucome.

L'*homatropine*, la *cocaïne*, peuvent aussi déterminer des glaucomes, bien que moins hypertensives que l'atropine.

L'*éphédrine* est le dilatateur de choix elle do ne une dilatation suffisante, sans risquer de provoquer le glaucome. On l'instillera à la dose de 4/100.

Le malade a une cararacte, que faire ?

Maturité de la cataracte on dit que la cataracte est mûre quand le cristallin est complètement transformé en une masse blanche de sclérose.

Aut efois on opérait quand la cataracte était mûre.

Actuellement, on s'inspirera de la profession et de l'âge du sujet. En moyenne on opère un malade qui a besoin de ses yeux pour travailler quand il ne lui reste que 1/10, 1/20 ou 1/30 de vision. L'opération fera récupérer au malade davantage comme vision théorique que comme vision pratique. En effet, le port obligatoire d'un verre épais à travers lequel l'opéré n'y verra qu'en regardant exactement au centre crée une gêne assez grande qui neutralise une partie du résultat mathématique obtenu. Il n'y a donc pas avantages à opérer trop tôt.

Quant au temps que mettra la cataracte à mûrir, il est impossible de le pr.dire. Le cristallin peut mettre de six mois à vingt ans à se scléroser entièrement.

II. Cataracte congénitale

C'est une agénétie du cristallin. Elle a comme caractère essentiel de n'être pas évolutive, elle reste ce qu'elle est à la naissance. La plus fréquente est la cataracte polaire, avec une tache d'opacité centrale.

On opère cette cataracte vers sept à huit ans, sans anesthésie locale.

III. Cataractes pathologiques

a) *Par affections générales.*

Le diabète altère l'humeur aqueuse dans laquelle plonge et se nourrit le cristallin, celui-ci s'altère.

Les *lésions des parathyroïdes, de l'ovaire*, troublent le fonctionnement des glandes ciliaires qui sécrètent l'humeur aqueuse. Le cristallin s'altère alors.

b) *Par affections locales.*

Toute altération de l'humeur aqueuse retentit sur le cristallin. Or, l'humeur aqueuse est sécrétée par le tractus uvéal, véritable membrane nutritive, qui comprend : l'iris, la choroïde, le corps ciliaire. Quand une portion de ce tractus est malade, l'humeur aqueuse se trouble ; le cristallin s'altère alors au niveau de l'iris : *l'iritis* ; au niveau de la choroïde : les *choroïdites étendues*.

Les tumeurs de la choroïde.

Le décollement de la rétine isolant la choroïde.

IV. Cataractes traumatiques

Par contusion oculaire ou corps étranger pénétrant.

Pour provoquer une cataracte, il faut que le traumatisme fa se éclater le sac cristallinien. L'humeur aqueuse pénètre alors dans le cristallin qui réagit en s'opacifiant. L'opacité du centre du cristallin peut se produire trois à quatre heures après le traumatisme. Mais après

(1) Notes prises au cours du Docteur André Hudelo, à la Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu, par Mme le Docteur Sjoberg.

avoir fait gonfler les fibres du cristallin, l'humeur aqueuse les digère et le cristallin peut ainsi disparaître entièrement. Le malade s'opère lui-même. Si la digestion ne s'accomplit qu'en partie, on opère pour achever de faire disparaître le cristallin.

Les cataractes n'ont pas de complications. Par exception lors de cataracte traumatique, quand le cristallin est trop gonflé il peut y avoir production d'un glaucome aigu mais facilement curable.

Traitement de la cataracte

L'opération est le seul moyen de traitement. Avant d'opérer, il est classique de prescrire un collyre à l'iodure au 1/100. En réalité cette médication n'améliore personne.

L'*opération* consiste à retirer de l'œil le cristallin opaque. Pour cela :

on dilate l'iris,

on ouvre la cornée,

on fait ou non une brèche dans l'iris.

Le cristallin apparaît dans le fond. On l'extrait par simple pression ou à la pince, ou à la ventouse.

L'extraction peut être partielle : on laisse le sac ; ou totale : on enlève le cristallin et sa capsule.

L'*extraction partielle* consiste à enlever la masse du cristallin par curettage du sac. C'est une opéra ion bénigne, mais le sac peut s'opacifier quelques années après, réalisant la cataracte secondaire.

L'*extraction totale* est une opération plus grave, car le corps vitré ne demande qu'à sortir derrière le cristallin et les microbes ne demandent qu'à entrer. Mais avec des précautions, les complications ne doivent pas exister.

Suites opératoires

Après l'opération :

Immobilité totale, de « momie », pendant quarante-huit heures autrement le vitré sort par la cicatrice.

Immobilité relative les quarante-huit heures suivantes.

Repos à la chambre pendant une semaine.

Le malade se lève le cinquième jour.

Il reprend son travail deux à trois semaines après l'opération.

Il a un verre provisoire au bout de un mois et demi ; un verre définitif au bout de 6 mois.

LES CRACHEURS « VALIDES » DE BACILLES TUBERCULEUX

Le Professeur A. Lamache et le Docteur M. Dutrey (1) ont établi que dans le dépistage de la tuberculose pulmonaire, la découverte des cracheurs valides vient encore confirmer la nécessité de la triple enquête clinique, radiographique, bactériologique. Aucun procédé d'investigation n'est parfait en lui-même, et tous ont des défaillances ; c'est de la collaboration étroite entre le clinicien et le laboratoire que l'on doit attendre les meilleur résultats.

Dans les problèmes les plus troublants, comme celui des porteurs valides, la clinique garde sa priorité, grâce non seulement à l'examen stéthacoustique du sujet, mais encore et surtout, à l'interrogatoire et à l'étude de ces signes fonctionnels. Le Professeur Sergent attire d'ailleurs chaque jour l'attention de ses élèves sur ce point, un peu trop abandonné par les jeunes praticiens.

De l'avis de tous, ces cracheurs valides semblent se trouver en petit nombre. D'après l'expérience de bacilloscopie systématique, la proportion est infime : 3 cracheurs sur 4.115 individus examinés. Malgré les causes d'erreur dans ces recherches en série, dues à ce que, malgré toutes les indications données, un grand nombre de sujets fournissent de la salive et non un expectorat, on peut se faire une idée approximative de la proportion de cracheurs valides dans la vie journalière. La proportion des auteurs est 0,07 %.

Le nombre de cas révélés est minime ; mais il est certain que l'on doit compter sur eux au point de vue contagion familiale pour les jeunes enfants. Dans un but prophylactique, il y a intérêt à enlever ces cracheurs valides de leur milieu ; la solution la meilleure semble être la cure surveillée, jusqu'à la disparition complète des signes physiques et des bacilles de Koch (plusieurs examens étant nécessaires pour ces derniers). Du point de vue thérapeutique enfin, cette solution paraît être la meilleure pour fixer définitivement une lésion qui paraît évoluer.

(1) *Paris Médical*, 24 avril 1937.

LA CLINIQUE CARDIOLOGIQUE AU GOUT DU JOUR

Il y a hypertension et hypertension...

L'hypertension, syndrome de signification et d'évolution variables

D'après le Professeur agrégé A. DUMAS, de Lyon (*)

CE N'EST
NI L'HYPERTENSION CHRONIQUE PROGRESSIVE, AFFECTION DU SYSTÈME ARTÉRIEL EN ENTIER
— NI L'HYPERTENSION PUREMENT SYMPTOMATIQUE AU COURS D'AFFECTIONS DIVERSES

Voici les raisons de cette distinction, entre les différentes manifestations de l'hypertension. Elle est essentielle pour bien délimiter l'hypertention-syndrôme, objet de cette mise au point.

I. *L'hypertension chronique progressive*, ou mieux la maladie hypertensive, apparaît à titre primitif ou essentiel ; elle évolue tout d'abord sous la forme solitaire, puis au milieu d'autres symptômes, — mais pour en rester le centre, et en apparaître responsable.

Ce n'est pas un symptôme d'accompagnement, c'est bien une affection du système artériel tout entier, dont l'hypertension constitue le symptôme majeur : seul en cause à une phase précoce, celui-ci groupera plus tard autour de lui des symptômes viscéraux multiples.

Cette manifestation de l'hypertension n'est pas nouvelle ; elle englobe à la fois une partie des affections cardio-rénales et aussi de ce qu'on appelait naguère l'artériosclérose. Son étiologie reste encore mystérieuse ; bien qu'elle s'apparente aux états diathésiques, dits arthritiques, et qu'elle intéresse l'organisme tout entier, elle doit prendre rang dans le cadre des maladies de la nutrition.

Il s'agit-là, comme dans le diabète, d'un état physio-pathologique, qu'il ne faut pas compter voir disparaître, mais avec lequel le malade peut vivre en bonne intelligence, indéfiniment s'il sait se plier aux exigences hygiéniques et thérapeutiques de cet état.

Ici l'hypertension débute *précocement* ; très élevée et *progressive*, *difficilement influençable* par le repos et les traitements habituels, elle doit faire envisager une évolution rapide vers des lésions viscérales, avec les risques d'hémorragie cérébrale ou méningée d'une part, le collapsus cardiaque de l'autre. Un autre élément de gravité consiste dans l'instabilité de l'état tensionnel, dans les menaces constantes de crises vasculaires donnant lieu à des accès d'hypertension paroxystique, qui sont responsables de bon nombre d'accidents, bien qu'elles puissent paraître spontanées à première vue.

Pour cette hypertension, qui ne cède pas, quand le danger n'est pas au cœur, il est aux vaisseaux.

II. *L'hypertension symptomatique* est, par contre, *une maladie d'accompagnement*.

Pour prolongée qu'elle puisse être, elle a pour caractère essentiel de *ne pas présenter d'évolution progressive*. Ses variations sont subordonnées à la cause, qui les commande. Celles-ci peuvent servir au diagnostic de la malade causale, et donner sur son évolution des renseignements utiles.

Il s'agit, en ce qui concerne les maladies chroniques, d'un symptôme *aussi utile à connaître que la température* a cours des maladies aiguës.

Cette hypertension symptomatique est constituée par les *variations tensionnelles* de tout ordre, que la maladie considérée est susceptible d'imprimer à un état tensionnel préalable, lequel peut d'ailleurs n'être pas toujours normal.

Ainsi toute affection cardiaque primitive, capable d'entraîner un hyperfonctionnement et une hypertrophie de l'organe, est parfois génératrice d'hypertension ; encore faut-il tenir compte des lésions orificielles, qui peuvent gêner le débit cardiaque, le réduire, ou au contraire l'augmenter.

De même, l'état tensionnel est un symptôme capital au cours des affections vasculaires, quelles qu'elles soient. Ainsi, dans l'aortite aiguë, à la période muette encore dépourvue de complications, les modifications tensionnelles pourront éclairer un diagnostic hésitant ; dans ces condi-

(*) A. DUMAS. — Maladie hypertensive et syndrome d'hypertension (chez Masson, éditeurs, Paris 1937).

tions, on verra la maxima s'élever, sans que la minima la suive toujours dans son ascension.

En présence d'un syndrome abdominal douloureux, revêtant le type de crises solaires ou de toute autre algie abdominale, la tension de la pédieuse pourra acquérir une valeur diagnostique pour une localisation aiguë sur l'aorte abdominale. D'autre part, la pléthore veineuse coïncidera, en général, avec des états tensionnels bas.

D'autre part, le rein représente l'organe, dont les lésions sont le plus capables de retentir directement ou indirectement sur l'état tensionnel.

Enfin, il n'est pas douteux que certaines lésions du système nerveux (hémorragies ou tumeurs cérébrales) soient susceptibles d'agir sur la tension artérielle.

***

L'HYPERTENSION-SYNDROME PRÉSENTE, AU CONTRAIRE, UN TYPE CLINIQUE BIEN DÉFINI.

Son étiologie se révèle également précise dans la plupart des cas, et contribue à la distinguer de l'hypertension chronique progressive.

***

Si nous prenons les *sujets âgés de moins de trente ans*, 'hypertension revêt des types cliniques très différents.

Chez eux, on peut décrire : l'hypertension transitoire curable, la névrose hypertensive, l'hypertension d'origine thyroïdienne, et enfin l'hypertension imputable à une syphilis acquise ou héréditaire.

I. *Transitoire et curable*, l'hypertension apparaît dans les circonstances suivantes :

Dans l'acrodynie, au cours de la première et de la seconde enfance ; il s'agit de manifestations vaso-motrices, qui relèvent d'un spasme vasculaire et donnent lieu à une accélération du rythme cardiaque, avec élévation de la tension artérielle.

Au moment de la puberté, une élévatio tensionnelle plus ou moins marquée, le plus souvent modérée, vient traduire des troubles transitoires, dus à un défaut d'adaptation du système circulatoire au moment du développement, par vice de fonctionnement des glandes à sécrétions internes : thyroïde, hypophyse, surrénales.

Plus tard, chez des sujets prédisposés, une activité physique ou professionnelle excessive peut encore déterminer une hypertension, qui s'accompagne de tous les symptômes de l'hypersympathicotonie ; les sédatifs, le repos en auront le plus souvent raison.

II. Entre vingt et trente ans, on observe fréquemment des états hypertensifs parfois assez importants, avec des tensions par exemple de 18-11, qui persistent, ne donnant lieu qu'à un minimum de symptômes. Ce sont des sujets anxieux, qui présentent une véritable *névrose hypertensive*. Dans bon nombre de cas, cette hypertension peut à un moment donné se réduire ; si elle persiste, malgré repos et sédatifs, elle n'a guère tendance à augmenter et reste tolérée indéfiniment.

III. Chez des *hyperthyroïdiens*, on peut relever à l'occasion de fatigues physiques, de surmenage intellectuel, d'excès alimentaires, etc., des crises hypertensives intéressant surtout la maxima (15/8, 17/9) ; celles-ci sont, en général, passagères et cèdent au repos et à une médication appropriée dont la quinine à petites doses paraît la plus efficace.

IV. *Au cours de la syphilis* précoce, l'hypertension doit être considérée comme un symptôme d'alarme, dont la thérapeutique tiendra le plus grand compte pour enrayer les localisations futures cardio-aortiques ou rénales. On connaît aussi des observations de syphilis héréditaire avec hypertension, à l'âge de l'adolescence. On n'envisage pas naturellement ici le rôle que peuvent jouer une aortite ou une néphrite avérée d'origine syphilitique.

***

Au cours du diabète, de certaines obésités, du saturnisme, de l'alcoolisme, l'hypertension ne constitue pas seulement un symptôme de la maladie, elle compose avec celle-ci un véritable syndrome.

Les diabétiques, quel que soit leur âge, présentent fréquemment de l'hypertension, et cela indépendamment même de toute albuminurie surajoutée. Il s'agit le plus souvent de diabète gras, sans acétone, dont la quantité de sucre, des plus variables, est généralement bien tolérée. L'hypertension paraît évoluer pour son propre compte, bien que son étiologie soit commune avec le diabète.

Dans l'obésité, l'hypertension n'est pas fréquente ; mais on peut la voir s'adjoindre à la première pour constituer un syndrome diathésique particulier, relevant d'une étiologie commune : l'arthritisme ; en ces cas, on notera le plus souvent une hérédité chargée (diabète, goutte, rhumatisme).

L'intoxication par le plomb provoque souvent l'hypertension ; on sait quelle est l'importance des spasmes artériels au cours du satur-

nisme ; ces crises vasculaires précèdent les lésions organiques. A une phase plus avancée de la maladie, les atteintes artérielles plus ou moins généralisées engendreront une hypertension permanente, qui fera place aux crises hypertensives du début.

L'hypertension des alcooliques ne doit pas être confondue avec celle des gros mangeurs, amateurs de bons vins ; elle est plus rare, parce que le pouvoir sclérosant de l'alcool intéresse plus souvent le foie que tout autre organe, et que toute atteinte hépatique a pour effet d'abaisser la tension sanguine.

* * *

Au cours de la *syphilis, à la période précoce et préorganique*, un état d'infection latente agit sur le système artériel périphérique, d'où une hypertension possible de 18/11, 20/12, qui reste indépendante de toute albuminurie et de toute azotémie ; ce premier trouble fonctionnel d'une artérite syphilitique débutante oriente puissamment la thérapeutique. Plus tard, l'hypertension pourra être considérée comme un élément important pour diagnostiquer l'aortite syphilitique à son début, même si les sujets n'ont pas dépassé la quarantaine. Nous ne mentionnerons que pour mémoire la grande élévation tensionnelle de la néphro-aortite syphilitique.

Enfin, le goître exophtalmique et la sclérose pulmonaire sont susceptibles de provoquer une élévation de la tension artérielle.

Il existe encore une *néphrite hypertensive*, qui se distingue des lésions rénales secondaires à l'hyperten ion de la cinquantaine. Contrairement à cette dernière, celle-ci se rencontre, plus particulièrement dans la jeunesse, l'âge adulte ou même l'enfance, après une atteinte infectieuse : scarlatine, rougeole, diphtérie... Mais, pour la distinguer, il faut savoir que toute néphrite est capable, pendant sa phase d'évolution, de comporter une élévation tensionnelle purement symptomatique et destinée à regresser une fois la maladie terminée, ; elle est, en général, peu élevée, variable d'un our à l'autre, et ne comporte pas de complication. La néphrite hypertensive, au contraire, ne guérit pas ; elle a pour caractère essentiel de présenter une évolution continue et rapide.

* * *

Chez la femme, le *fibrome et les lésions entéro-annexielles* sont capables de retentir sur l'appareil endocrino-sympathique pour déterminer des troubles tensionnels définitifs. Les opérées présentent parfois un syndrome circulatoire très particulier, avec troubles congestifs du visage, palpitations, vertiges, et même angoisse voisine de celle de l'angor pectoris ; l'hypertension reste modérée (17/10 ; il s'agit vraisemblablement d'une insuffisance ovarienne, pour laquelle d'ailleurs le traitement opothérapique donne le plus souvent d'excellents résultats.

La *grossesse* peut, pour sa part être tenue pour responsable de certains états hypertensifs, avec albuminurie et hyperazotémie légère ; ceux-ci tournent court après l'accouchement ; il semble qu'il faille invoquer des troubles endocrino-sympathiques.

L'*hypertension simple et transitoire de la ménopause* doit enfin être distinguée de l'hypertension chronique progressive, qui débute généralement à la même période de l'existence.

C'est un syndrome circulatoire, ne comportant qu'une hypertension modérée, apparaissant au moment de la cessation des règles, s'accompagnant d'un embonpoint plus ou moins marqué, mais qui, en dépit des troubles fonctionnels variés qu'il détermine, n'entraîne pas de lésions organiques, ainsi qu'il en est pour l'hypertension progressive. Malgré la tachycardie, les bouffées de chaleur, les vertiges, l'oppression, on ne constate pas d'hypertrophie cardiaque, d'albuminurie, ni d'hyperazotémie. L'opothérapie et l'hygiène suffisent souvent à remédier à ces manifes ations pathologiques, dont l'origine remonte certainement à un certain degré d'insuffisance ovarienne.

De l'hypertension de la ménopause, il faut rapprocher les troubles circulatoires du *climatère masculin*, assez comparables, et liés également à une pathogénie endocrinienne intéressant les glandes génitales.

G. FISCHER.

UN CAS D'HYPERSENSIBILITÉ AU FROID TRAITÉ PAR L'HISTAMINE ET L'HISTAMINASE (1)

Un fermier norvégien, jusque-là bien portant, commence à s'a ercevoir qu'après exposition au froid ses main gonflent. L'inhalation d'air froid le suffoque ; nager dans de l'eau froide lui cause un malaise qui peut aller jusqu'à la perte de connaissance Ces symptômes deviennent si fréquents et si gênants que le fermier se décide à consulter.

Or l'examen clinique et de laborat ire le plus attentif reste entièrement négatif et force est de faire le diagnostic d'hypersensibilité au froid. Il est confirmé par le test suivant :

Une main est plongée pendant cinq minutes dans de l'eau refroidie à 8° centigrades. La tension artérielle et le pouls ont été notés préalablement et le sont de minute en minute pendant l'immersion et durant vingt minutes après. Si la main, une fois etirée, se met à enfler, c'est un signe d'hypersensibilité au froid, confirmé par une chute de la tension, une accélération du pouls et une rougeur de la face. Simultanément une sonde introduite dans l'œsophage permet d'examiner le suc gastrique avant, pendant et après l'immersion de la main.

Dans l'exemple actuel, la chute de la tension ne fut pas très marqué ; par contre le pouls passa de 64 à 80-minute ; la face devint rouge, l'œdème de la main fut si marqué que le sujet ne pouvait plus fermer le poing et strictement limité par un rebord net à la partie immergée, cet œdème persista pendant quatre jours.

Dans une autre expérience, un garrot fut appliqué dans de l'eau à 10° et laissé encore 8 minutes après. Les réactions tant locales que générales, ne se produisirent pas tant que le garrot n'eut pas élé enlevé. Fait imporant à noter puisqu'il élimine l'hypothèse d'un réflexe.

L'on sait que le froid a déjà été signalé comme provoquant sur l'acidité du suc gastr que les mêmes effets que l'histamine. Les auteurs de cette communication (Grace M. Roth et B. T. Horton) ont pu vérifier que, par exposition au froid, la peau sécrète une substance analogue par ses effets à l'histmanie et dont l'action est tout à fait comparable à l'injection intra-musculaire de 38 mmgr. d'histamine.

Par contre, l'hypothèse de Dale attribuant à une sécrétion d'acétylcholine l'hyperacidité gastrique suivant l'immersion des mains dans l'eau froide, a été infirmée ; l'injection intra-musculaire de 10 ctgr. d'acétylcholine ne donne pratiquement rien à ce point de vue.

En 1931, Bert et Mac Henry ont montré que l'histamine était détruite dans le corps par une enzyme : l'histaminase, qu'ils avaient décelée en assez grande quantité dans les parois du petit et du grand intestin, les reins, et en petite quantité dans l sang, la rate, les poumons, les glandes surrénales, le cœur, l peau.

L'histaminase existant maintenant dans le commerce (aux Etats-Unis du moins), les auteurs ont administré à leur sujet en quatre jours et demi, oixante-sept unités d'histaminase, l'unité étant la quantité capable de neut aliser *in vitro* et en vingt-quatre heures 1 milligramme d'histamine.

A la suite de quoi le même test au froid fut recherché : l'acidité gastrique tomba de 92 à 66 et l'acide chlorhydrique libre de 78 à 48 (exprimé en centimètres cubes de la solution décinormale de soude) ; un léger œdème apparut, limité au bout des doigts, et qui dura deux heures.

Mais la quantité d'histaminase dont disposaient les auteurs étant épuisée, ils ne purent ensuite qu'essayer de désensibiliser leur sujet par des injections hypodermiques à doses minimales d'histamine.

Toujours est-il que celui-ci fut ainsi guéri de son hypersensibilité au froid.

G. Lavalée.

(1) *Staff meetings of the Mayo Clinic*, March 3, 1937.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Syndromes angineux anormaux

A côté de l'angor classique, il existe des syndromes douloureux anormaux, dont la signification n'apparaît souvent qu'avec le temps, et qu'il est bon de connaître. L. GALLAVARDIN en décrit deux variétés : l'angor en chape et l'angor à crises très courtes, en série, non influencées par les efforts.

1° Pour l'angor en chape, il s'agit ordinairement de sujets entre 55 et 70 ans, sans antécédents syphilitiques ou même tabagiques (certains d'entre eux n'ayant jamais fumé), de souche arthritique et ayant fréquemment présenté soit des coliques néphrétiques, soit des manifestations goutteuses récidivantes. En général, rien de spécial à l'examen objectif ou radioscopique. Peu ou pas d'hypertension. En revanche, le taux cholestérinémique est d'ordinaire élevé et le dosage d'acide urique dans le sang révèle une augmentation notable (0,08 au lieu de la normale 0,04) ; le taux uréique peut être normal et subnormal. Le trouble fondamental consiste en une impression de chape de plomb qui pèse sur les épaules ; celle-ci subit de grandes variations suivant les périodes, parfois presque constante durant plusieurs journées ou une moitié de journée, d'autres fois plus épisodique et transitoire. Elle se montre très nettement provoquée ou exagérée par un travail manuel, même peu pénible. Elle n'est nullement proportionnelle à l'effort effectué, et surtout ne met jamais les sujets dans l'obligation de s'arrêter en marchant. La trinitrine n'exerce aucune action curative ou préventive sur ce syndrome douloureux.

A noter que de tels sujets ont éprouvé à certaines reprises, parfois tardivement, des manifestations angineuses dont l'origine coronarienne ne semble pas faire de doute (quelques crises constrictives thoraciques épisodiques, le plus souvent assez espacées ou d'apparition tardive), mais qu'ils différencient bien des autres malaises qu'ils éprouvent et qui ont souvent précédé de nombreuses années l'apparition des paroxysmes classiques.

2° Angor à crises très courtes. Un seul cas typique a été observé. Il s'agissait d'un homme âgé actuellement de 67 ans, moyennement hypertendu (190/95) sans tare appréciable, sans rien à l'examen objectif ou radioscopique, et qui présenta pendant deux ans, de 64 à 66 ans, un syndrome douloureux thoracique très spécial. Les crises douloureuses étaient très courtes, durant environ 1/2 à 1 minute, se manifestant par une sensation très pénible de pincement, de serrement, de torsion, dans la région sous-claviculaire ou juxta-sternale gauche, d'autres fois entre la clavicule et le sein gauche. Ces crises survenaient en nombre considérable, cinq à six fois par jour durant les bonnes journées, vingt-cinq à trente fois par jour pendant les mauvaises périodes ; si bien que le sujet en éprouva pendant deux années de nombreuses centaines. Elles se groupaient assez souvent en série, de quatre à cinq, séparées par quelques minutes de répit, l'influence de l'effort était absolument nulle sur leur production. La trinitrine ne semblait pas avoir d'action sur elles. Or après un an d'accalmie, ce même sujet présentait des crises bien différentes des précédentes, celles-là toujours provoquées par l'effort, surtout après les repas et au moment de la mise en train, immédiatement calmées par la trinitrine, et offrant tous les caractères de l'angor d'effort classique. (*La Médecine*, mars 1937.)

Sinusite frontale nécrosante compliquée

Les Docteurs BLONDIAU et DEHANEZ rapportent un cas de ce genre qui se compliqua d'une méningite à pneumocoques et guérit après intervention. Leur communication se termine par les conclusions générales qui suivent.

Les grandes *dimensions du sinus frontal sont* un élément qui favorise l'apparition de complications de voisinage à l'occasion d'un processus inflammatoire aigu ; ces extensions du côté des autres sinus, du côté de l'endocrâne ou de l'orbite sont redoutables ; l'emprise de la loge temporale est peu connue ; il faut des conditions anatomiques tout à fait exceptionnelles pour qu'elle se réalise comme, par exemple l'existence d'un cul-de-sac fronto-temporal ou mieux encore d'une cloison intersinuso-temporale, dans un sinus frontal anormalement développé. La guérison d'une sinusité frontale nécrosante compliquée d'une méningite à pneumocoques est exceptionnelle. On préconisera comme voie d'accès chirurgicale du grand sinus frontal la voie externe qui seule peut donner une vision directe sur des lésions difficilement abordables. Les contre-indications d'ordre esthétique peuvent être réduites à peu de choses par des techniques appropriées. (*Le Scalpel*, 10 avril 1937.)

Le collapsus typhique

La conclusion qui se dégage d'une étude approfondie de MM. R. de Brun et P. de Font-Reaulx sur cette question, est qu'il importe de ramener à ses justes proportion le rôle de l'insuffisance cardiaque au cours de la fièvre typhoïde. Il en est de la typhoïde comme des autres maladies infectieuses : les signes d'insuffisance cardiaque y restent le plus souvent latents, révélés seulement par l'auscultation systématique du cœur. Dans la très grande majorité des cas, ils comportent un pronostic bénin. Les phénomènes graves de défaillance cardiaque restent exceptionnels ; dans ces cas, d'ailleurs, les tonicardiaques habituels ne sont pas sans action.

Quant aux accidents dramatiques — collapsus, mort subite — qu'on peut voir survenir inopinément dans le cours de la maladie, ils ne relèvent pas d'une défaillance cardiaque. L'auscultation journalière et attentive du cœur ne permet donc pas de les prévoir, et l'emploi des tonicardiaques ne permet pas de les prévenir. (*Gazette des Hôpitaux*, 13 mars 1937.)

Les principales caractéristiques du sang des tuberculeux

D'une importante étude réalisée par le Professeur Maurice Perrin et Mlle A.-M. Binet, ressort la conclusion générale que le sang des tuberculeux n'a pas de caractéristique absolument spéciale, mais que son étude peut apporter des documents intéressants, surtout dans l'appéciation de chaque cas particulier. Dans la pratique courante, deux explorations paraissent s'imposer plus que toutes les autres : ce sont la mesure de la sédimentation globulaire et l'étude de la coagulabilité sanguine. Les techniques de l'une et de l'autre étant relativement simples, ilest facile des les utiliser couramment.

La sédimentation ne permet pas d'affirmer un diagnostic, mais elle permet de suivre les tendances favorables ou défavorables des malades, aussi bien lorsqu'elles se manifestent spontanément, que lorsqu'elles ressortissent à des influences thérapeutiques : les médicaments favorables agissent comme une rémission ou une convalescence spontanée et comme la cessation d'une situation déprimante en ralentissant la vitesse de sédimentation ; les tendance défavorables et les aggravations accélèrent au contra re la vitesse de sédimentation. Les chiffres sont variables suivant les sujets, mais leurs modifications successives chez chaque individu comportent beaucoup d'intérêt.

Quant à l'étude du temps de coagulation, elle offre un certain intérêt pronostique : *a*) Grossièrement parallèle à l'évolution de la tuberculose pulmonaire, le temps de coagulation est intéressant à noter, tout en l'étant moins que la mesure de la vitesse de sédimentation des hématies. *b*) Dans les hémoptysies, l'hypocoagulabilité sanguine, très fréquente, peut être un facteur aggravant de l'hémorragie, mais elle n'en est pas ordinairement le facteur déterminant. *c*) L'allongement du temps de coagulation, lorsqu'il est révélateur d'une insuffisance hépatique, devient un élément de pronostic plus important, et relativement facile à apprécier.

Bien entendu, la constatation d'un allongement du temps de coagulation au cours de la tuberculose appelle un traitement approprié. On a noté fréquemment les résultats heureux de l'opothérapie hépatique, aussi bien lorsque l'hypocoagulabilité sanguine s'accompagne d'une insuffisance hépatique avérée, que lorsque celle-ci n'a pas été mise en évidence. (*Revue Médicale de Nancy*, 15 mars 1937.)

Troubles visuels dans l'hémianopsie

Il apparaît que sur ce sujet, la question est encore loin d'être mise au point. Les observations relatant les troubles visuels éprouvés par les hémianops ques sont difficiles et délicates à recueillir ; car il s'agit là de véritables analyses psychologiques qui supposent de la part des malades une culture que tous n'ont pas.

L'éminent ophtalmologiste E. Ginestous rapporte la curieuse auto-observation d'un hémianopsique. Il s'agit d'un cas d'hémianopsie homonyme latérale droite remontant à sept années et disons aussi pour qu'aucun détail n'échappe que l'acuité visuelle de l'œil gauche est réduite à 1/10 par taie de la cornée, reliquat d'un zona ophtalmique survenu à l'âge de 17 ans, que l'acuité de l'œil droit est égale à 8/10 après correction d'astigmatisme par un verre 90°-0,50.

Voici en quels termes cet auto-observé commence la description de ses troubles visuels :

« ... A 65 ans — j'en ai aujourd'hui 72 — à la suite d'une congestion cérébrale, mon œil droit ne me laissa plus voir que la « moitié des objets ». Longtemps j'eus de grandes difficultés pour me conduire dans la rue. Mon œil est comme une lanterne dont on aurait recouvert le verre à moitié et plus même. Et je suis obligé de promener continuellement les rayons lumineux de cette lanterne, si je veux voir un objet en entier ; s'il est trop près, j'ai beaucoup plus de difficultés que s'il est loin, par exemple à trois ou quatre mètres... » (*Gaz. Hebd. des Sc. Méd. de Bordeaux*, 7 mars 1937.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

La lutte contre l'alcoolisme en raison des lois sociales actuelles

(M. SIEUR ; 20-4-1937)

M. Sieur se demande si les *bars* et les *comptoirs* de débit de boissons, qui se multiplient dans les quartiers populeux, ne seront pas les principaux bénéficiaires des loisirs accordés par la loi de quarante heures à la population ouvrière. Il faut penser, dit-il, à cette extension possible de l'alcoolisme et développer les moyens d'occuper sainement et hygiéniquement les loisirs.

Pourquoi ne pas fermer, le dimanche et le lundi (ou le samedi), les débits, estaminets et cafés-bars ? Sont fermés déjà, ces jours-là, les établissements alimentaires, ce qui contraint les ménagères à s'approvisionner pour deux ou trois jours en aliments périssables.

Le législateur n'a pas réfléchi que, du fait de sa décision, la population va être obligée — dans la saison chaude où nous allons entrer — de consommer des légumes flétris et des viandes achetées d'avance et altérées par la chaleur. Tout le monde ne peut pas avoir un frigidaire ! Il en résultera, il faut le craindre, une aggravation des affections gastro-intestinales estivales.

M. Sieur soumet, ensuite, à l'Académie, les conclusions suivantes, qui sont adoptées :

« Que le Gouvernement, tenant compte des graves dangers que le trop grand nombre de débits de boissons fait courir à la morale, à la santé et à la fortune publiques en favorisant l'alcoolisme dans toutes les classes de la Société, prenne dans le plus bref délai possible, les dispositions nécessaires pour :

« 1° Limiter le nombre des débits de boissons alcooliques et supprimer le privilège des bouilleurs de cru ;

« 2° Fermer le samedi et le dimanche les débits, estaminets, comptoirs, bars et cafés-bars, en application de la loi sur la semaine de quarante heures ;

« 3° Défendre de servir dans les débits de quelque nature qu'ils soient des boissons alcooliques à consommer sur place aux enfants au-dessous de seize ans ;

« 4° Organiser des lieux de réunions populaires hygiéniquement et agréablement installés sur le type du Foyer du soldat et de l'Abri du marin où les boissons alcooliques seront exclues et remplacées par des boissons hygiéniques telles que café, thé, infusions, jus de fruits divers et en particulier jus de raisin, sirop de fruits, préparés avec des fruits que notre pays produit en abondance et qui peuvent agréablement être consommés à l'état naturel sans avoir subi la fermentation alcoolique ;

« 5° Multiplier les terrains de jeux où la jeunesse pourra acquérir un développement physique trop négligé jusqu'ici et où la pratique des sports éloignera de la consommation de l'alcool ;

« 6° Créer des habitations hygiéniques et des cités-jardins destinées à remplacer les anciens taudis et à donner au travailleur dans ses heures de loisir, le goût du jardinage et de la vie en plein air saine et naturelle. »

Nouvelle méthode de vaccination des animaux domestiques contre le charbon

(MM. G. RAMON et A. STAUB ; 9-3-1937)

La méthode pastorienne classique de vaccination des animaux domestiques contre le charbon exige deux injections successives à douze jours d'intervalle d'un premier et d'un second virus-vaccin, ce dernier, le moins atténué, conservant un certain pouvoir pathogène qui n'est pas négligeable. L'immunité effective n'est acquise que trois semaines environ après le début de la vaccination.

Le procédé nouveau de MM. Ramon et Staub ne comporte qu'une seule inoculation sous-cutanée du virus-vaccin le plus atténué. Cette dose unique de vaccin (vaccin additionné de glucose et d'alun) permet au mouton de résister aux épreuves expérimentales les plus sévères dès le cinquième jour et jusqu'à huit mois au minimum après la vaccination et sans doute après un temps plus long encore.

Ainsi, commode à appliquer, inoffensive, la formule de l'injection unique de vaccin glucosé et aluné procure aux animaux une immunité très précoce, extrêmement solide et durable.

La différenciation sexuelle de la grande échancrure sciatique

(M. F. VILLEMIN, de Bordeaux ; 13-4-1937)

Le bassin de la femme se différencie de celui de l'homme par les plus grandes dimensions de sa cavité et par des caractères morphologiques se manifestant sur chacun de ses os pris séparément. Un de ces caractères réside dans la forme et les dimensions de la grande échancrure sciatique qui est très développée, orientée transversalement, chez la femme, et est réduite chez l'homme.

M. Villemin a étudié l'évolution de ce caractère sexuel chez le fœtus. Il a pu suivre les variations de forme et d'orientation du squelette du bassin, dépendantes de la différenciation sexuelle. P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Tabes hérédo-syphilitique avec labyrinthite apparaissant à l'âge adulte ou dans l'enfance

(M. C. I. URECHIA ; 29-1-1937)

L'existence de troubles auditifs et vertigineux chez les tabétiques a été déjà signalée par des lésions anatomiques soit sur le nerf, soit sur les noyaux de la VIII[e] paire. Mais, dans ce cas, il s'agit d'un hérédo-syphilitique âgé de 41 ans et, si on peut considérer l'affection du labyrinthe comme une altération identique à celle du nerf optique ou des autres nerfs craniens qu'on peut rencontrer dans cette maladie, on peut aussi envisager l'atteinte labyrinthique comme une manifestation hérédo-syphilitique directe, sans rapport avec le tabes. Quoique, en général, la labyrinthite soit bilatérale, dans ce cas, elle était unilatérale ; on doit cependant faire la réserve d'une atteinte tardive de l'oreille de l'autre côté. Tout aussi rare est l'apparition tardive de cette atteinte de l'oreille interne, l'hérédo-syphilis auditive apparaissant habituellement entre six et quinze ans.

Dans une observation rapportée par M. Alajouanine, il s'agit d'une hérédo-syphilitique, qui fait une kératite à treize ans, et depuis une année, à l'âge de vingt-trois ans, des symptômes progressifs d'otite chronique et de labyrinthite syphilitique. Examinée à cette occasion, on constate, en plus, un tabes fruste. Dans ces deux cas, c'étaient les symptômes labyrinthiques qui prédominaient et attiraient l'attention, tandis que le tabes était fruste et n'incommodait pas du tout les malades.

L'auteur attire l'attention sur un autre cas, où l'on rencontra aussi une labyrinthite et un tabes fruste hérédo-syphilitique, de même que des accès d'épilepsie ; mais ici le malade n'avait que dix ans, contrairement aux deux précédents qui étaient des adultes.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 27 février 1937

Dispositif pour l'anesthésie intraveineuse

M. HIRCHBERG présente cet appareil composé d'un simple robinet à double voie interposé entre la seringue contenant la solution barbiturique et l'aiguille introduite dans la veine. Le « goutte à goutte » intraveineux et les réinjections successives d'anesthésique sont ainsi faites sans difficulté. L'auteur présente également un appareil pour prise de sang.

Les réactions de la muqueuse nasale

M. GRAIN expose que sous la dépendance de causes générales déclenchantes, la muqueuse nasale est fréquemment le siège de phénomènes réactionnels consistant en hypersensibilité, hypersécrétion, hypertrophie et dégénérescence. Ces phénomènes très particuliers constituent un véritable syndrome ne relevant pas de la thérapeutique locale ; ils doivent rentrer dans le cadre de la thérapeutique générale.

Les drogues à dynamisme élevé et la thérapeutique à doses minima

M. TAGUET s'éloigne volontairement de l'homéopathie pour ne considérer que les drogues à dynamisme élevé utilisables à doses infimes mais mesurables soit chimiquement, soit biologiquement.

Avec son collaborateur DUMATRAS, il pense que dans la molécule complexe de certaines substances médicamenteuses d'origine organique plusieurs fonctions chimiques existent qui peuvent contrarier ou annihiler la propriété principale, et que, pour l'une d'elles tout au moins, l'atténuation, sinon la suppression complète d'une de ces fonctions permet de reculer les limites de l'action thérapeutique en abaissant considérablement le titrage efficace. L'auteur insiste sur la nécessité d'étudier plus sérieusement le terrain pathologique, certains individus réagissant à des doses très inférieures à celles que supporte la moyenne des malades.

Chirurgie articulaire

M. MASSART présente une série de films en couleur d'opérations osseuses, une opération ankylosante du rachis pour fracture vertébrale douloureuse, une opération intra-articulaire du genou pour une ostéo-chrondrite disséquante, une arthrodèse du genou pour lésion rhumatismale chronique. La couleur naturelle qui donne une idée exacte de l'hémorragie et de la teinte des tissus paraît un gros progrès dans l'art cinématographique chirurgical.

Gastrectomie large dans un cas de gastrite. Transformation néoplasique possible

P. LE GAC, BÉCART, HIRCHBERG rapportent l'histoire d'un malade de 49 ans présentant des signes cliniques et radiologiques très nets, chez lequel l'exploration de l'estomac pendant l'opération montra seulement un certain épaississement de la région de l'antre et du pylore. Une gastrectomie est néanmoins pratiquée. L'examen histologique de la pièce opératoire montra une muqueuse gastrique avec de larges plaques de métaplasie intestinale et dégénérescence néoplasique possible — gastrite précancéreuse, peut-être, de même qu'il existe des gastrites préulcéreuses, facteurs d'hémorragies gastriques graves. Il y aurait peut-être intérêt à étendre les indications de la gastrectomie à ces états précancéreux.

M. G. LUQUET rapporte un cas analogue au précédent et qu'il a observé avec V. Pauchet il y a une douzaine d'années.

M. PEUGNIEZ insiste sur l'intérêt de ces cas intermédiaires et en rapporte également une observation.

M. HALLER lui aussi a vu un cas analogue.

M. DEBIDOUR rappelle à ce sujet l'*exulcération simplex* de Dieulafoy, conception contre laquelle proteste M. Kauffmann.

G.F.

Montpellier

RÉUNION HYDROLOGIQUE ET CLIMATOLOGIQUE

Séance du 13 mars 1937

Etude clinique de la coxarthrie

J. VIDAL. — La coxarthrie est une ostéo-arthrite dégénérative de la hanche caractérisée par sa localisation mono ou oligo-articulaire, son évolution chronique et progressive, son étiologie non infectieuse. Il s'agit donc d'une arthrose. L'aspect clinique se résume en une tétrade symptomatique : 1° douleur ; 2° impotence fonctionnelle, limitation des mouvements actifs et des mouvements passifs, en particulier de l'abduction, de la rotation interne, de l'adduction associée à la flexion forcée et surtout de l'hypertension ; 3° amyotrophie ; 4° craquements articulaires. L'évolution qui est progressive et implacable se fait vers une ankylose incomplète, le raccourcissement du membre par subluxation, la bilatéralisation.

Le diagnostic différentiel est facile avec l'arthrite du genou, la coxalgie, la spondylose rhizomélique ; il est plus délicat avec la névralgie sciatique ou les coxites subaiguës d'origine infectieuse. Une exploration méthodique et systématique de l'articulation coxo-fémorale suffit à l'établir. L'examen radiographique le confirme ensuite avec évidence.

Le diagnostic radiologique de la coxarthrie

P. LAMARQUE étudie le problème de la coxarthrie du point de vue radiologique en passant d'abord en revue les différents signes que l'on peut rencontrer dans cette affection et dont les combinaisons peuvent donner les différents types décrits.

En donnant un aperçu sur le diagnostic différentiel, il montre combien le diagnostic radiologique de coxarthrie est facile.

Il cherche ensuite à voir si les rayons de Rœntgen peuvent apporter des renseignements sur l'étiologie de l'affection et ses conclusions sur ce point sont que les rayons X ne peuvent apporter de preuves formelles.

Somme toute, pour lui, le diagnostic radiologique apparaît d'autant plus facile que l'étiologie et la thérapeutique de l'affection sont très délicates.

Traitement thermal de la coxarthrie

Le Docteur R. MERKLEN (d'Aix-les-Bains). — Cette affection peut être traitée dans un grand nombre de stations possédant des eaux chaudes et radioactives. Dans ces stations sont appliquées des formules de bains et de douches très variées qui permettent d'adapter le traitement thermal à l'état général et local de chaque malade. C'est la souplesse de ces méthodes de cure qui fait la supériorité des stations thermales françaises.

Le traitement thermal, renforcé au besoin par l'application d'agents physiques, permet d'apporter un grand soulagement aux malades atteints de coxarthrie. Il contribue à leur éviter les invalidités graves qui sont trop souvent l'aboutissant de la coxarthrie, lorsqu'elle est livrée à elle-même.

Les injections intra-tissulaires d'eau d'Uriage dans le traitement de la coxarthrie

M. TEULON-VALIO (d'Uriage). — L'efficacité des injections d'eau d'Uriage dans le rhumatisme, véritable maladie sociale, constitue la plus importante réalisation clinique des conceptions de Fleig.

La coxarthrie est une des plus fréquentes et des plus sérieuses localisations du rhumatisme. A la hanche, les lésions dégénératives, les productions ostéophytiques déterminées par les poussées fluxionnaires rhumatismales ont des conséquences particulièrement graves pour la capacité de mouvement des malades. Les douleurs provoquées par les contacts irritants des surfaces articulaires déformées se surajoutent aux algies résultant des poussées congestives.

L'eau d'Uriage ne modifie en rien les lésions ostéo-cartilagineuses existantes, mais elle exerce une action particulièrement efficace sur les désordres humoraux qui sont à l'origine des poussées fluxionnaires du rhumatisme et une sédation remarquable des phénomènes douloureux. Intervenant en temps utile avant que les déformations osseuses n'aient compromis trop gravement le fonctionnement de la jointure, elle donne des résultats qui peuvent être complets et définitifs. Dans les formes plus évoluées, bien que les résultats ne puissent être que partiels, les injections d'eau d'Uriage apportent aux coxarthriques, dans la grande majorité des cas, une précieuse amélioration de leur impotence et de leurs souffrances.

Radonthérapie de la coxarthrie

M. CASTAIGNE passe très rapidement en revue les divers moyens physiothérapiques, mettant en jeu les radiations pour le traitement de la coxarthrie.

Il étudie ensuite plus spécialement l'emploi du radon présent dans les produits hydrominéraux, et examine quelques exemples de technique utilisée dans des stations françaises et étrangères. Afin de préciser ensuite l'action si complexe du radon dans l'affection étudiée, il examine les procédés radonthérapiques purs par opposition aux radonthérapies associées utilisées dans les sources thermales. Il passe ensuite en revue les diverses techniques de cette catégorie. Enfin, il propose quelques rapprochements suggérés par les divers processus physico-chimiques et biologiques qui ont pu être observés.

La kinésithérapie spéciale de la coxarthrie

M. JOYEUX (de Bourbonne-les-Bains). — Deux mouvements actifs complètent très heureusement la cure thermale de la coxarthrie : la flexion de la cuisse sur le ventre et l'abduction correcte du mem-

bre exécutés alternativement, sans vitesse, le malade étant debout les mains appuyées soit au pied d'un lit, soit sur un petit meuble, le buste étant droit sans raideur.

L'injection d'eau thermale axéenne dans le traitement de la coxarthrie

M. P. Valdiguié (d'Ax-les-Thermes). — Le traitement thermal de la coxarthrie peut être complété à Ax-les-Thermes par l'injection parentérale d'une eau sulfurée sodique isotonisée avec du glucose.

L'injection d'eau détermine : Expérimentalement une action hyperémiante superficielle qui doit entraîner une vaso-constriction profonde et une action modificatrice de l'équilibre vago-sympathique ; Cliniquement une action antalgique et une action d'arrêt sur l'évolution de l'ostéoarthrite dégénérative.

Le traitement de la coxarthrie à La Malou

M. Cauvy. — Ce traitement, suivant certaines modalités, amène une amélioration de la coxarthrie qui porte avant tout sur la douleur. Plusieurs cures successives peuvent enrayer l'évolution de la maladie.

Lille

Société médicale et anatomo-clinique

Sur la syphilis péritonéale chronique diffuse (présentation de pièces)

MM. Langeron et Lugez. — Après rappel bibliographique sommaire,les auteurs apportent trois observations, dont deux avec vérification, dans lesquelles il s'agissait de péritonite syphilitique chronique diffuse ; ils montrent les caractères anatomiques, spécialement la carapace glacée et brillante qui englobe les organes de l'étage abdominal supérieur, les rapports nosologiques et les difficultés du diagnostic de cette affection ; ils insistent sur la valeur séméiologique de l'ascite lactescente. Ils soulignent, en concluant, la rareté de cette affection, mais estiment qu'il faut savoir y penser.

Anomalies congénitales et familiales du squelette du pied (présentation de radiographies)

Trois observations : 1° Un cas d'os tibial externum, volumineux, bilatéral, chez un jeune homme de 14 ans ;

2° Deux cas d'os tibial externum et de dédoublement de l'os sésamoïde interne du premier métatarsien. En raison de leur caractère familial, ces derniers sont particulièrement intéressants : ils concernent deux sœurs, âgées respectivement de 12 et 13 ans.

L'auteur passe en revue les diverses théories qui ont été proposées pour expliquer ces curieuses anomalies du squelette.

Toulouse

Société de Médecine

Guérison de la tuberculose pulmonaire chez deux sujets atteints de rétrécissement pulmonaire congénital

MM. Laporte, L. Morel et Darnaud. — Chez l'un des malades, les lésions tuberculeuses ont guéri par la cure sanatoriale, chez l'autre, elles ont rétrocédé grâce aux effets d'un pneumothorax. Les auteurs concluent que, contrairement à l'opinion classique, au cours du rétrécissement pulmonaire, la tuberculose pulmonaire n'est ni plus grave ni plus fréquente que chez les sujets normaux.

L'opinion classique s'explique cependant : nombre de rétrécissements sont bien tolérés et passent inaperçus, seuls les malades dont la lésion cardiaque se complique de tuberculose viennent en consultation. D'autre part, les accidents pulmonaires dus à la stase passive ou à l'artérite pulmonaire sont fréquents chez de tels sujets : d'évolution subaiguë ou chronique, ils peuvent être considérés comme des accidents tuberculeux.

Cancer du côlon ilio-pelvien

MM. J.-P. Tourneux et M. Cahuzac rapportent l'observation d'une femme âgée de 45 ans, qui présentait au niveau de la fosse iliaque gauche une tumeur évoluant depuis deux mois environ et s'accompagnant de constipation et d'hémorragies discrètes. La radiographie confirma le diagnostic de tumeur maligne du côlon en montrant l'absence presque complète d'imprégnation bismuthée de ce segment intestinal. On pratiqua donc une exérèse de la tumeur suivie d'une réunion immédiate par suture termino-terminale. Les suites opératoires furent parfaites : histologiquement, il s'agissait d'un épithélioma cylindrique.

Les auteurs, après avoir signalé le début un peu anormal de ce cancer, où le symptôme tumeur fut celui qui attira le premier l'attention de la malade et resta de beaucoup le plus dominant, insistent sur les bons résultats qu'ils ont obtenu par la suture immédiate après résection. L'un d'eux a eu l'occasion de pratiquer à plusieurs reprises cette intervention et n'a jamais observé de complications quelconques.

Les Livres

MASSON et Cie, éditeurs,

A. LEMIERRE, professeur à la Faculté de Paris. — **Maladies infectieuses.** *Deuxième série* : LEÇONS CLINIQUES PROFESSÉES A L'HÔPITAL CLAUDE-BERNARD. Un vol. de 310 pages, 55 francs.

On trouvera dans ce volume, dix-sept études portant principalement sur des cas de septicémie, de spirochétose, d'érysipèle, de pharyngo-stomatite, de kala-azar, de paludisme.

Division de l'ouvrage : I. Sur deux cas de septicémie primitive à bacille de Pfeiffer. — II. Sur un cas de septicémie à proteus vulgaris. — III. Sur un cas de septicémie *post-abortum* à bacillus perfringens.— IV. Sur un cas de phlegmon gazeux du cou à bacillus funduliformis consécutif à un abcès péri-amygdalien. Quelques notions nouvelles sur les septico-pyohémies à bacillus funduliformis. — V. Sur un cas de spirochétose anictérique. — VI. Sur quelques cas d'érysipèle suppuré et d'érysipèle gangreneux. — VII. Sur deux cas de maladies de Hodgkin ayant évolué sous l'aspect d'une fièvre ondulante. — VIII. Sur un cas d'anurie scarlatineuse. — IX. Sur un cas d'exanthème hémorragique fébrile post-arsénobenzolique. — X. Sur quelques cas de pharyngo-stomatite ulcéro-nécrotique. Pharyngo-stomatites mercurielles et bismuthiques. — XI. Sur quelques cas de pharyngo-stomatite ulcéro-nécrotique. Pharyngo-stomatite d'origine dentaire. Traitement des pharyngo-stomatites ulcéro-nécrotiques. — XII. Sur deux cas de pharyngite ulcéro-nécrotique symptomatique d'une leucémie aiguë. — XII. Sur un cas de pharyngo-stomatite azotémique. — XIV. Sur un cas de kala-azar méditerranéen. — XV. Traitement du kala-azar. — XVI. Sur quelques cas de paludisme primaire observés à Paris. — XVII. Sur quelques cas de paludisme observés à Paris.

Editions HIPPOCRATE,
7, rue des Grands-Degrés, Paris

Dr J. BAYARD. —**Une médication nouvelle de l'anxiété et de l'émotivité. L'aéine, complexe cortico-surrénal associé à la malonylurée.** Préface du Professeur LAIGNEL-LAVASTINE. (Un vol. 95 pages, 1937. Prix : 10 francs).

Le Docteur Bayard offre le grand mérite de réunir à la fois toutes les qualités d'un excellent praticien et celles d'un chercheur averti, d'un expérimentateur scrupuleux et méthodique. Au cours de son travail, il montre l'énorme extension que prennent chaque jour les troubles neuro-endocriniens, causes ou effets d'un dysfonctionnement vago-sympathique et d'un déséquilibre général. Il est ainsi arrivé à concevoir la théorie de l'aéïsme, qui, somme toute, est devenue une affection caractéristique de notre époque troublée. Mais aussi, il a pu créer l'heureuse nouveauté thérapeutique qu'est l'aéine, association de la cortico-surrénale avec la malonylurée. Ce complexe permet une élimination très rapide, plus grande que celle de la malonylurée seule ; il a donc un coefficient de toxicité pratiquement nul. Ses comprimés peuvent être donnés aussi bien à l'enfant qu'à l'adulte sans aucun inconvénient.

L'association de la cortico-surrénale offre l'avantage en même temps de réduire le pouvoir hypnotique de la malonylurée. C'est ce qui résulte d'expériences faites par l'auteur, et qui permettent de considérer la Cortine et les hormones surrénales, comme un antidote physiologique et comme un antitoxique. Dans cette expérimentation personnelle, il semble que l'injection de Cortico, pour avoir toute son activité, doive précéder de 30 minutes environ, celle de malonylurée ; ces deux injections ne doivent pas être faites simultanément. Quant à la question des doses, dans l'expérience numéro 3, 40 centigrammes n'ont pas empêché la mort de l'animal qui s'est produite en 27 h. 1/2, et dans l'expérience nº 4, 80 centigrammes, ont considérablement retardé la mort survenue en quarante-deux heures. Pratiquement, l'auteur estime que 23 à 24 centigrammes de cortico-surrénale constituent la meilleure dose utile pour neutraliser à la fois, le pouvoir toxique et le pouvoir hypnotique de 10 centigr. de malonylurée ; 35 centigr. sont nécessaires pour 15 centigr., qui représentent le seuil de la dose mortelle pour ce composé.

Grâce à cette association, l'élimination des différents sels de malonylurée a donc été sensiblement plus rapide. L'élimination urinaire a été nettement augmentée comme quantité et comme fréquence.

Ces expériences de l'auteur ne sont d'ailleurs qu'une base d'étude pour des recherches ultérieures ; elles ont fait l'objet d'une communication à la Société de thérapeutique le 14 avril 1937.

Grâce à cette association thérapeutique, il deviendra désormais facile de combattre avec efficacité, et sans aucun risque, l'aéïsme, cette maladie de l'affectivité, de l'émotivité de notre conscient et de notre subconscient.

Les Thèses

Mp. — Dr P. Martin. — **L'occlusion intestinale tardive consécutive à l'appendicectomie.** (Thèse 1937.)

L'occlusion intestinale tardive est une complication de l'appendicectomie dont la fréquence n'est pas négligeable.

Tandis que dans les occlusions proches, le facteur inflammation (péritonite) est le plus important, dans les occlusions tardives, le facteur mécanique (bride ou adhérences) est le seul à envisager.

La symptomatologie de l'occlusion est dominée par les deux grandes formes cliniques : l'occlusion aiguë et l'occlusion chronique.

Quant à la pathogénie de cette complication, deux facteurs principaux lui donnent un certain intérêt : si le rôle du drainage est incontestable, il est difficile d'être affirmatif sur la question de l'enfouissement ou du non-enfouissement du moignon appendiculaire.

Le traitement de ces formes d'occlusion, uniquement chirurgical, est simple puisque, dans la majorité des cas, il consiste à lever l'obstacle.

P. — Dr L. Cottenceau. — **Tuberculose pulmonaire et traumatisme du thorax.** (Thèse 1937).

L'auteur admet que les traumatismes du thorax peuvent jouer un rôle dans la genèse de la tuberculose pulmonaire. Il conclut, conformément aux opinions de Galante et Comeli, que la tuberculose pulmonaire chez les traumatisés du thorax n'est pas rare : elle a pu être rencontrée dans une proportion de près de 10 %.

Elle apparaît plus fréquente dans les contusions que dans les plaies par armes à feu.

Pour affirmer ou infirmer un rapport de cause à effet entre le trauma et la tuberculose ultérieure, beaucoup d'auteurs accordent la première place au critérium chronologique. Celui-ci paraît insuffisant il faut, en outre, prendre en considération les données anamnésiques familiales et personnelles, la localisation de l'affection, la rapportant à la topographie de la blessure ou de la contusion.

De même, on attachera une grande importance à la recherche des séquelles anatomiques et fonctionnelles tardives.

Ces séquelles entraînent un degré plus ou moins notable d'hypofonctionnement de l'appareil respiratoire et peuvent constituer des conditions de moindre résistance. Celles-ci ajoutant leur action à celle de l'anergie post-traumatique démontrée par MM. Weissmann-Netter et Firket, favorisent le développement même tardif de la tuberculose pulmonaire.

Une appréciation délicate sera la possibilité de la préexistence au traumatisme de foyers tuberculeux latents ou éteints.

P. — Dr J. Le Melletier. — **Les troubles de la glyco-régulation d'origine nerveuse.** (Thèse 1937).

Un grand nombre de lésions nerveuses sont capables de provoquer expérimentalement une hyperglycémie et une glycosurie. Parmi celles-ci les principales sont : la piqûre du plancher du IVe ventricule ; l'excitation du bout périphérique des splanchniques ; les lésions destructives portant sur la région infundibulo-tubérienne. Les troubles glyco-régulateurs ainsi provoqués ne sont pas seulement le fait d'une décharge adrénalinique, mais surtout d'une action nerveuse directe.

L'excitation des splanchniques augmente la glycogénolyse hépatique.

L'excitation des pneumogastriques augmente la sécrétion d'insuline par le pancréas.

Il existe vraisemblablement au niveau du bulbe des centres qui jouent un rôle important dans la régulation de la glycémie : centre hyperglycémiant, glycosécréteur de Claude Bernard ; centre hypoglycémiant, insulino-sécréteur de Brugsch, Dresel et Lewy, dont l'existence avait été postulée par Chauveau et Kaufmann.

Les constatations anatomo-cliniques montrent aussi le rôle indéniable du système nerveux végétatif dans la régulation du métabolisme hydro-carboné.

P. — Dr Fr. Advenier. — **Contribution à l'étude du traitement de l'hypertrophie prostatique par la résection transuréthrale selon le procédé de Stern et Mac-Carthy.** (Thèse 1937).

L'auteur a étudié cette méthode sur une cinquantaine de cas opérés par le Docteur Flandrin avec le résectoscope de Stern-Mac-Carthy. Il lui est apparu que la résection n'était pas l'opération bénigne que certains ont voulu décrire ; le pourcentage des décès — pour l'opération faite sans discrimination des cas — s'est montré plus élevé même que celui des prostatectomies.

La méthode n'est recommandable que dans les limites de certaines indications : petits adénomes, lobes médians peu volumineux associés ou non à des lobes latéraux modérément développés, etc... Elle donne alors de bons résultats avec moins de frais pour les malades. Au demeurant, les deux traitements (résection trans-uréthrale et prostatectomie) ne s'opposent pas et ont chacun leurs indications respectives.

P. L.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Bulletin de l'Actualité

DÉBAT ENTRE L'INDIVIDU ET LA COLLECTIVITÉ

Il est vraiment très malaisé aux contemporains de prendre une position équitable entre ces deux personnes morales : la collectivité, l'individu, qui se disputent la préséance et confrontent leurs revendications.

Les uns , subjugués par un impératif économique, politique ou raciste, font bon marché du citoyen et placent au dessus de tout l'intérêt de la cité. Les autres, enflés de leur dignité humaine, ne se résignent pas à n'être plus que des pions d'échiquier ; ils renient les disciplines grossières de troupeau ou de ruche.

Il est certain que le respect de l'individu est la moelle même de la doctrine libérale à laquelle notre époque forcenée fait tant d'affronts et que nos pères nous avaient transmise comme le plus pur de notre héritage. Que le moindre citoyen souffre injustement de la moindre atteinte à sa liberté, et nous sommes, à l'instant même, investis par la tyrannie.

Injustement ! voilà le mot où gît tout le problème. Il faut s'entendre d'abord sur ce qu'on peut appeler aujourd'hui : injuste. Sinon les disputes et les malentendus vont se donner libre cours à propos de cet article du Docteur A Brousseau (1) — que j'ai dessein d'analyser « Les conceptions allemandes modernes relatives à l'hérédité et à l'eugénique des insuffisances intellectuelles ».

On sait de quoi il retourne : les nazis, soucieux d'épurer la race ont édicté des lois permettant de stériliser certains sujets atteints de maladies considérées comme héréditaires. L'atteinte à la liberté est flagrante et les individualistes ont beau jeu à jeter feu et flammes contre ces loi d'airain. D'accord !

Mais les dites lois ne seraient-elles pas une réaction de défense contre d'autres atteintes à la liberté qui datent de loin, que nous avons souffertes et que nous souffrons encore sans bien nous en douter.

Quelles atteintes, direz-vous ? Simplement toutes les lois d'assistance que, depuis une cinquantaine d'années, les pays civilisés ont insérées dans leur législation. Lois d'inspiration chrétienne, lois de pitié et de solidarité louables en leurs conceptions et déplorables en leurs conséquences. Car pour satisfaire à une morale humaine elles ont faussé le jeu des lois naturelles. C'est elles qui ont porté la première atteinte à la liberté, qui n'est pas seulement l'apanage d'un individu ou d'une société mais aussi de l'*espèce*.

Le vœu de l'espèce est d'éliminer aussi généreusement et aussi naturellement qu'elle crée. L'infirme ou le débile est un « raté » que l'espèce abandonne à son sort et dont elle se détourne à la hâte pour ne pas alourdir sa marche. Dans le monde végétal ou chez les animaux sauvages ces inaptes traînent une vie amoindrie, s'étiolent et périssent d'épuisement à moins qu'ils ne soient, de façon plus expéditive, massacrés par leurs congénères. Telle est la loi de sélection naturelle dont, quoique l'on pense du Darwinisme, il faut bien admettre la suprématie, puisqu'elle crève les yeux.

Mais les hommes parvenus à un certain étiage de civilisation, se sont insurgés contre cette discipline. Moins pressés par les nécessités quotidiennes de l'existence ils ont eu le loisir d'être pitoyables : ils se sont fait un devoir moral et un honneur de porter secours aux déshérités. Le trouble ainsi apporté dans les desseins de la Nature n'a paru d'abord avoir que de bonnes conséquences ; mais elles étaient seulement morales et sociales. Les conséquences biologiques ont été, comme elles sont souvent, à longue échéance. Et c'est maintenant seulement après des dizaines d'années, que nous avons commencé d'en sentir le poids. Les sociétés occidentales, pour avoir fait place dans leur sein aux rebuts de la Nature, déclinent d'inquiétante façon. Leur vitalité est amoindrie et au moment précis où les charges qu'elles se sont bénévolement donné s'accroissent de jour en jour. Il y a longtemps que biologistes et médecins ont dénoncé le péril ; les hommes d'Etat commencent seulemnt d'en prendre conscience. Chez nous, il y a quelques semaines, M. Herriot exprimait ses craintes à voir les hôpitaux et les asiles sans cesse agrandis et sans cesse devenir trop petits. Les gouvernants allemands ont pensé à la question quelques années avant les nôtres ; ils

(1) *Revue Médicale Française*, mars 1937.

y ont porté remède à leur façon : doctrinaire et assez brutale. Reste à savoir s'il existe d'autres remèdes.

***

Revenons à l'article du Docteur Brousseau et considérons seulement aujourd'hui les débiles mentaux, idiots et imbéciles, ceux que l'on groupe sous le nom d'oligophrènes.

Différentes statistiques allemandes faites depuis une quinzaine d'années ont montré l'existence de familles d'oligophrènes. Dans ces familles la descendance est touchée de façon croissante suivant que les parents sont apparemment sains, suivant que l'un d'eux est oligophrène ou suivant qu'ils le sont tous deux (dans ce dernier cas environ 90 % des enfants sont des débiles).

Déjà fortement étayée par ces seules données numériques, l'hypothèse d'hérédité se trouve encore accréditée par l'étude des jumeaux. Sur cinquantes couples de jumeaux bivitellins 46 fois l'un des sujets seulement était oligophrène. Pour treize couples de jumeaux univitellins, onze fois les deux sujets étaient frappés et souvent réduits tous deux au même niveau intellectuel ; dans plusieurs cas même ils présentaient tous deux les mêmes syndromes neurologiques associés tels qu'une hémiplégie, trouble du langage, syndrome épileptique, syndrome de Friedreich.

Enfin Luxemburger a tenté d'établir un pronostic héréditaire empirique, « c'est-à-dire le calcul des probabilités d'apparition d'un caractère héréditaire chez un individu. Ce pronostic se fait en déterminant la fréquence de ce caractère dans un matériel statistique de frères et sœurs, se trouvant dans un rapport identique de parenté avec le sujet à apprécier ». Or les frères et sœurs des insuffisants mentaux pour cause héréditaire (origine non exogène) sont touchés dans la proportion de 17 %, leurs enfants dans 60 % des cas, leurs neveux et nièces dans 10 %. Comme, sur l'ensemble de la population, le taux des oligophrènes est de 1 %, on voit que chez les descendants d'oligophrènes ce taux est multiplié par 60.

Les Allemands se sont alors inquiétés de fixer, la valeur numérique de cette descendance, autrement dit la fécondité des oligophrènes. Et ils ont constaté que l'abaissement de la fécondité est proportionnel à celui du niveau intellectuel. C'est-à-dire que les idiots et les imbéciles sont peu féconds ; par contre les simples débiles sont prolifiques et même plus que les êtres normaux. Ainsi 197 imbéciles dont 142 hommes et 55 femmes ont donné 105 rejetons tandis que 13 débiles, dont 12 hommes et une femme, ont donné 19 enfants.

Ces sujets vivent-ils longtemps ? Les formes les plus graves ont la vie la plus brève. Les imbéciles et les débiles paraissent avoir une longévité sensiblement normale. (Ils doivent atteindre à celle-ci d'autant plus facilement que, par leur genre de vie, ils se trouvent à l'abri de nombreux risques encourus par les normaux : accidents du travail, de la circulation, risques de guerre, etc.)

Que coûte à un pays une plaie sociale comme l'oligophrénie ? Des sommes énormes et qui ressortent à des chapitres très divers.

En Prusse les élèves des classes auxiliaires, éduqués à grands frais finissent par être placés dans les établissements d'assistance dans une proportion cent fois plus forte que les élèves des classes normales.

La prostitution recrute les oligophrènes à un taux variant de 31 % à 54 %.

Parmi les délinquants récidivistes et les criminels on retrouve 15 à 30 % d'insuffisants mentaux, cependant que les mendiants professionnels des grandes villes en comptent 21 %.

***

Tel est, dans son ampleur et son urgence, le problème qui se pose à tous les pays car l'on sait que partout (du moins dans les pays de race blanche) les maladies mentales progressent avec une rapidité terrifiante.

Les Allemands y ont pourvu par la stérilisation légale et obligatoire des oligophrènes congénitaux. Et ils envisagent cette stérilisation comme pouvant etre pratiquée aux environs de la dizième ou douzième année de façon à prévenir les risques surgissant avec la puberté.

Ils admettent bien que l'oligophrénie n'est pas toujours congénitale et, par conséquent, héréditaire, et que le tribunal devra s'entourer de tous les renseignements susceptibles de l'éclairer. Mais, dans le doute, ils proclament que doit primer la notion de l' « Erbschaden », de dommage possible à la nation.

Le Docteur Brousseau, avec sa conception française de la liberté individuelle, ne se satisfait pas aussi aisément et voudrait être rassuré en conscience avant de procéder à l'irrémédiable mutilation. Mais il reconnaît la difficulté souvent insurmontable à faire le départ entre les congénitaux et les « exogènes ».

Et nous voici ramenés à la question à propos de laquelle s'affrontent les diverses conceptions politico-sociales.

Faut-il, pour le bien de la collectivité, risquer de léser les droits de l'individu ?

Faut-il, au nom des droits de l'individu, laisser la collectivité s'épuiser et périr ?

G. Lavalée.

LES DOCTEURS EN PHARMACIE PEUVENT-ILS S'INTITULER « DOCTEUR X » ?

Depuis quelques mois, des journaux professionnels, tant médicaux que pharmaceutiques, publient des articles — malheureusement rédigés parfois en termes quelque peu vifs — sur le point de savoir si seuls les docteurs en médecine peuvent, en France, se prévaloir de la qualification de « Docteur X », ou si n'importe quel docteur, notamment les docteurs en pharmacie, peuvent faire usage courant du même vocable ?

Une réponse ministérielle parue au *Journal officiel* du 23 avril 1937, donne l'opinion du ministre de l'Education nationale.

3.053.— M. Georges Lévy demande à M. le ministre de l'Education nationale : 1° si un étranger qui a obtenu en France le diplôme d'Université, menton médecine peut se qualifier du vocable docteur X..., comme le font les docteurs en médecine de l'Etat français ; 2° si un pharmacien titulaire du diplôme d'Université de docteur en pharmacie peut s'intituler « docteur X..., docteur en pharmacie », laissant ainsi croire, suivant l'usage en France, qu'il est à la fois docteur en médecine et docteur en pharmacie. (*Question du* 25 *mars* 1937.)

Réponse. — Aucune disposition législative ou réglementaire n'interdit aux titulaires d'un diplôme de docteur d'Université, mention « médecine » ou mention « pharmacie » de faire précéder leur nom patronymique du titre de docteur (*J. O.* 23 avril 1937.)

Ainsi administrativement, la question est tranchée en faveur des diplômés d'Université. Il me paraît qu'on doive approuver la décision du ministre. Du moment où une Université d'Etat a, conformément aux dispositions de la loi du 18 mars 1880 et du décret du 21 juillet 1897, article 15, conféré un diplôme d'Université, constatant que le candidat a subi avec succès les examens probatoires, en vue du doctorat en médecine, en pharmacie, ou autre, l'impétrant doit avoir le droit au titre de docteur. Mais, n'ayant pas un grade d'Etat. Il ne peut jouir des avantages professionnels conférés pour l'exercice de la médecine, aux seuls titulaires du grade d'Etat de docteur en médecine.

Cette appellation de « Docteur X » peut cependant prêter à confusion. A tort, ou à raison, l'usage veut qu'en France, on désigne le médecin de l'appellation « Docteur ». La voix populaire confond le titre et la profession. Un docteur, c'est un médecin ; on va consulter le docteur ; on se fait opérer par le docteur. A tel point que les clients appellent « docteur » quiconque leur donne des soins, tels les officiers de santé, les chirurgiens-dentistes, ou autres personnes qui collaborent à l'art de guérir, sans avoir le grade de docteur en médecine.

Certes, il ne viendra jamais à l'esprit d'un médecin de s'offusquer, en apprenant qu'un avocat, un notaire s'intitulent, sur leurs cartes de visite, ou papier à lettres : « Docteur X, avocat, docteur en droit ». Cependant l'usage ne s'est pas établi au Palais, et, à notre connaissance, aucun juriste, docteur en droit, ou ès sciences politiques, se fait appeler « Docteur X ».

Les protestations qui ont été à la base des articles de journaux professionnels, viennent de ce que certains médecins prennent ombrage, en voyant des pharmaciens, qui ont officine ouverte, s'intituler « Docteur X », parce qu'ils sont titulaires du diplôme d'Université de docteur en pharmacie. Les médecins accusent ces quelques pharmaciens de jouer sur les mots, en laissant croire que, selon l'usage courant en France, ils sont docteurs en médecine, du moment où ils s'intitulent « Docteur X, pharmacien. »

De là à conclure que pareille appellation favorise l'exercice illégal de la médecine, il n'y a qu'un pas.

En présence de la réponse ministérielle, que nous devons considérer comme très judicieuse, au point de vue administratif pur, ne peut-on pas cependant conseiller les syndicats médicaux, qui demandent au Sou médical aide et assistance, pour lutter contre ces procédés tendancieux, qui n'ont pour but que d'égarer le public et de favoriser l'exercice illégal de l'art de guérir ?

A mon avis, la voie confraternelle et syndicale doit avant tout, être envisagée. Pour ma part, je ne saurais trop recommander de régler nos conflits confraternels entre nous et de ne saisir les Tribunaux de droit commun que lorsqu'il est impossible de faire autrement.

Lorsqu'une accusation est portée contre un docteur en pharmacie, qui est incriminé de favoriser un certain exercice illégal de la médecine, et d'augmenter le nombre des consultations irrégulières données dans l'officine, alors que le public croit de bonne foi que ledit pharmacien est véritablement docteur en médecine, puisqu'il s'intitule « Docteur X » je serais d'avis de voir les syndicats médicaux et pharmaceutiques de la région se saisir du conflit, pour l'aplanir.

Un conseil de famille intersyndical pourait être constitué, pour entendre les deux parties. Si les doléances médicales sont fondées, le Conseil de famille intersyndical pourra faire comprendre au pharmacien que l'intérêt de nos deux professions comporte, de sa part, la renonciation

à son droit strict de s'intituler « Docteur X », pour respecter l'usage et désormais ne s'intituler que « M. X., docteur en pharmacie ».

Ne sommes-nous pas tous obligés de faire des concessions, l'abandon de certains de nos droits et privilèges individuels, en faveur de la collectivité : la grande famille médicale ? Le bon renom de cette dernière ne comporte-t-elle pas quelques sacrifices, surtout si ces derniers ne visent que l'amour-propre ?

Ce ne serait que dans le cas où toute action confraternelle et amiable ne pourrait être obtenue qu'il faudrait envisager de porter le litige devant les Tribunaux de droit commun. Au surplus, je ne vois pas pourquoi médecins et pharmaciens ne se mettraient pas d'accord pour soumettre le différend aux magistrats. Ils agiraient comme de loyaux adversaires, qui veulent simplement faire arbitrer une question de principe ?

Quelle juridiction choisir ? Sans aucun doute, le Tribunal civil. Le Tribunal correctionnel serait incompétent, parce que la loi du 26 mars 1924 et l'article 259 du Code pénal sont inopérants en l'espèce : ils ne visent en effet que l'usurpation d'un titre légalement réglementé. Or, le pharmacien, titulaire du diplôme d'Université de docteur en pharmacie peut s'intituler « Docteur X ». Ce faisant, il n'usurpe pas le titre complet de « docteur en médecine ».

Devant ses juges civils, le pharmacien fera plaider qu'il est dans son droit absolu, en s'intitulant « docteur X », il invoquera la réponse ministérielle ci-dessus. Il excipera de sa bonne foi complète, en démontrant que, dans son officine, lui et ses collaborateurs n'exercent que la profession pharmaceutique, conformément aux dispositions de la loi du 21 germinal an XI, mais qu'aucun d'eux ne pratique illégalement l'art de guérir, en se refusant à donner des consultations médicales aux clients de l'officine.

De son côté, l'avocat du Syndicat médical s'appuiera sur l'usage courant : il cherchera à démontrer aux magistrats l'intérêt que peut avoir un pharmacien, qui tient une officine ouverte, à laisser croire au public qu'il est docteur en médecine et docteur en pharmacie. L'avocat évoquera les dispositions de la loi du 31 juillet 1923 qui oblige les titulaires du grade de docteur-vétérinaire à faire usage de ce titre indivisible de « docteur-vétérinaire » pour qu'il n'y ait pas confusion avec le doctorat en médecine, auprès des paysans imbus d'un usage français.

L'avocat s'appuiera encore sur les termes d'un jugement du Tribunal correctionnel de la Seine, 10e Chambre, du 15 mai 1895, et ceux d'un arrêt de la Cour d'appel de Paris du 14 mars 1899, qui déclarent que le titre de docteur, joint au nom d'un dentiste, ne peut avoir, pour le public, d'autre signification que celui de docteur en médecine.

Soumis ensuite à la Cour d'appel, le litige pourra être déféré en dernier lieu à la juridiction suprême de la Cour de cassation. Celui-ci dira si l'usage courant qui, en France, confond le grade de docteur avec la profession de médecin, ne permet pas de considérer comme constituant un abus de droit le fait, pour le titulaire d'un doctorat quelconque, mais non de celui de docteur en médecine, de s'intituler « Docteur X » alors qu'il exerce une profession de dentiste, conformément aux dispositions de l'article 2 de la loi du 30 novembre 1892, ou de pharmacien, conformément aux dispositions de la loi du 21 germinal an XI.

Nous resterons ainsi dans le domaine des principes et des idées. Nous ferons décider par les juges suprêmes le point de savoir si l'usage courant ne doit pas faire loi : *error communis facit jus*. Devant l'arrêt de la Cour de cassation, les adversaires devront s'incliner.

Que les pharmaciens ne veuillent voir, dans la réclamation des médecins qu'un souci de protection de la santé publique, car je suis bien certain que les syndicats pharmaceutiques se joindraient aux Syndicats médicaux, pour poursuivre un pharmacien, qui se servirait abusivement de son titre de docteur en pharmacie, pour se faire passer pour docteur en médecine, afin de pratiquer illégalement et de manière courante l'art de guérir.

Une troisième solution pourrait être envisagée : Confédération des syndicats médicaux et Assemblée générale des syndicats pharmaceutiques pourraient saisir du conflit le Conseil de l'Ordre des avocats, surtout celui de Paris. Il lui serait demandé si le Barreau estimerait que désormais les avocats docteurs en droit pourraient s'intituler « Docteur X... avocat, docteur en droit ». Si la réponse était affirmative, on pourrait alors saisir l'opinion publique par la voie de la grande presse pour prévenir les lecteurs que désormais l'appellation : Docteur X... ne veut pas dire forcément : médecin, puisque dorénavant les docteurs en droit ès-lettres, ès-science, en pharmacie etc... s'intituleront Docteurs X...

En attendant la réponse du grand public, nous devons toujours persister à dire que « Docteur X... » signifie pour le public « Docteur en médecine ».

Dr Paul BOUDIN.

LE PLATRE EST-IL NOCIF POUR L'APPAREIL RESPIRATOIRE ?

Par André Feil

Chef de service à l'Institut d'hygiène industrielle et médecine du Travail de la Faculté de médecine de Paris

Les anciens auteurs ont décrit sous le nom de gypsose une affection pulmonaire qu'ils attribuaient à l'action des poussières de plâtre ou gypse.

La nocivité du plâtre fut longtemps acceptée. Razous (1) traduisait l'opinion générale des hygiénistes lorsqu'il écrivait que les « poussières de plâtre peuvent donner lieu à des accidents pulmonaires de haute gravité ; ..... qu'elles prédisposent à la phtisie, qu'elles augmentent dans une proportion assez grande le taux de morbidité ». Ce jugement n'est plus admis aujourd'hui ; il semble à peu près certain que les poussières de plâtre sont incapables de déterminer une pneumoconiose ; il est même douteux qu'elles puissent pénétrer, par les voies aériennes, dans le poumon.

Rappelons que le plâtre est le produit de déshydratation du sulfate de calcium hydraté ($SO^4Ca + 2H^2O$), que l'on trouve en abondance dans la nature, et que l'on désigne du nom de gypse ou pierre à plâtre. La déshydratation doit se faire à température modérée entre 120 et 135 degrés. Si l'on chauffait au-delà de 204°, le gypse perdrait la propriété de se réhydrater. On sait, en effet, que le plâtre a le pouvoir de reprendre son eau de cristallisation. Gaché, c'est-à-dire délayé avec son volume d'eau, il dégage de la chaleur et, au bout de quelques instants, il se prend en une masse très dure, formée de cristaux de sulfate hydraté.

Le plâtre est blanc, insipide, très peu soluble dans l'eau, puisque présentant son maximum de solubilité à 38°, un litre d'eau ne dissout à cette température que 2 gr. 14 de sulfate de calcium anhydre. Les eaux qui contiennent du sulfate de calcium sont appelées *eaux séléniteuses* ; elles sont impropres au savonnage et à la cuisson des légumes ; elles laissent dans les chaudières des dépôts qui adhèrent aux parois.

Professions qui exposent aux poussières de platre. — C'est en première ligne la *fabrication du plâtre* qui consiste, comme nous l'avons dit plus haut, à déshydrater le gypse par calcination. Cette opération se pratique de diverses façons : au moyen de four à l'air libre ; de four coulant (four bouteille) ; de four tournant métallique. Lorsque la déshydratation est terminée, il faut procéder à la pulvérisation du plâtre, à son blutage pour séparer les poudres d'après leur grosseur, enfin à l'ensachage. Toutes ces opérations dégagent des poussières, spécialement le défournement du plâtre, le déchargement des brouettes, le chargement des blutoirs, l'ensachage. Voici, d'après Hébert, Mauté et Heim de Balsac la teneur moyenne en poussières de plâtre par mètre cube d'air pour chacune de ces opérations :

Nature de l'opération —	Teneur en poussières (par mètre cube d'air)
Défournement	0,075
Blutage mécanique	0,20
Chambre de dépôt..............	0,88
Remplissage des sacs à la pelle ...	0,20
Remplissage des sacs par trémies .	0,19

Le plâtre est surtout utilisé comme matériaux de construction. On l'emploie aussi à la fabrication d'objets divers : moulage, sculpture, etc. ; à la préparation du stuc (mélange de plâtre, de colle, de sulfate de zinc), qui imite le marbre ; du staff, de certains ciments, etc...

Citons encore son usage en agriculture (pour amender les terres) ; dans l'industrie des vins (pour les clarifier) ; en pharmacie et chirurgie (appareils à plâtre) ; pour la fabrication de l'acide sulfurique et de la pâte à papier.

***

Laissant de côté les gaz toxiques (1) qui sont susceptibles de se dégager pendant la fabrication du plâtre, nous envisageons présentement le rôle des poussières sur le poumon.

1° Recherches expérimentales. — Heim, de Balsac, Mauté, Stodel ont fait respirer à des lapins pendant trois mois, et à des chiens pendant douze mois, à raison de dix heures par jour, un air chargé de poussières de plâtre (dans la proportion de 0 gr. 200 par mètre cube d'air). Aucun des animaux n'a succombé, ni présenté d'altération appréciable de l'état général ; on a

(1) Razous. — Etude sur la mortalité et la morbidité des professions dangereuses. Thèse de l'Institut des actuaires français, Defaud, Paris, 1904.

(1) Les fours à air libre dégagent une certaine quantité d'acide sulfureux et d'oxyde de carbone.

seulement noté, chez les lapins, une augmentation du rythme respiratoire, qui s'accroît régulièrement avec la durée de l'expérience.

L'autopsie des animaux n'a montré aucune lésion intéressante. Les auteurs n'ont pu déceler de poussières de plâtre, ni dans les ganglions trachéo-bronchiques, ni dans le parenchyme pulmonaire ; ils n'en ont trouvé que dans les premières voies respiratoires, et en proportion décroissante à mesure qu'on s'approche du larynx ; aucune poussière ne franchit la glotte. Il semble que les poussières sont, en grande majorité, déglutiées, solubilisées et absorbées dans le tube digestif ou rejetées par les fèces.

2° RECHERCHES CLINIQUES. — L'examen des ouvriers, exposés à l'action des poussières de plâtre, confirme pleinement les données expérimentales. Heim et Mauté ont visité la majeure partie de la population ouvrière des usines à plâtre voisines de Paris ; ils sont arrivés à cette conclusion que les ouvriers des fabriques de plâtre sont indemnes de maladies professionnelles, exception faite des ensacheurs qui tous, après une certaine durée d'exercice de la profession, présentent de la conjonctivite et de la rhinite chroniques. Ils n'ont observé qu'une seule fois de l'adénopathie trachéo-bronchique, quatre fois la tuberculose et chez deux ouvriers seulement des hémoptysies. Ce sont des chiffres bien faibles pour une profession qui emploie, en majorité, des sujets sans situation fixe « véritables déchets de la vie sociale et qui doivent être considérés comme des candidats à la tuberculose » (1).

Les quelques statistiques publiées en France, et dans d'autres pays, confirment l'innocuité de la poussière de plâtre pour l'appareil respiratoire. Un inspecteur médecin du travail, en Belgique (2), signale que, dans une fabrique de plâtre, où manquait tout appareil d'aspiration mécanique, se dégageaient d'abondantes poussières. Malgré cela, on ne constatait aucun trouble spécial pulmonaire chez les ouvriers dont certains travaillaient à l'usine depuis plus de vingt ans.

Les tableaux statistiques dressés aux Etats-Unis donnent également un chiffre relativement faible de décès par tuberculose pulmonaire chez les plâtriers.

Voici le pourcentage comparé des décès par tuberculose chez tous les hommes et chez les plâtriers (par rapport au nombre total des décès) :

Age	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64
Hommes (tous emplois)....	28,1	30,9	24	14,4	7,6
Platriers......	25	31,5	34,5	16,4	7,8

La *Prudential Company* publie de son côté les chiffres suivants :

	15 ans et au-dessus
Hommes	20,5
Platriers....................	21

La tuberculose est donc relativement rare dans la profession de plâtrier, puisque le taux de morbidité ne dépasse pas la moyenne pour tous les hommes. Ceci donne quelque valeur à l'opinion de ceux qui croient que les poussières gypseuses partagent, avec les poussières calcaires, la propriété d'influencer favorablement les voies pulmonaires dans leur résistance à l'infection tuberculeuse.

Sans aller aussi loin, il semble qu'on puisse admettre que le plâtre est à peu près inoffensif pour l'appareil respiratoire et qu'il est incapable dans les conditions normales, c'est-à-dire chez un ouvrier dont les premières voies respiratoires sont saines, de déterminer des pneumoconioses professionnelles. Ceci s'explique par les propriétés même du plâtre qui, très avide d'eau, s'agglomère au contact du mucus, s'attache aux muqueuses et pénètre très difficilement jusqu'au parenchyme pulmonaire.

On peut être surpris de l'opinion des anciens auteurs qui attribuaient au plâtre, une action particulièrement nocive pour le poumon. Il est probable que beaucoup d'affections pulmonaires imputées jadis au plâtre avaient une autre origine. Il est également certain que doivent intervenir les conditions hygiéniques meilleures aujourd'hui qu'elles n'étaient autrefois, et ceci peut rendre compte de la rareté actuelle des affections pulmonaires chez les plâtriers.

En résumé, les expériences sur l'animal, comme les examens cliniques, concordent pour rassurer l'hygiéniste, touchant le pouvoir pathogène des poussières de plâtre sur le poumon. L'action nocive des poussières de plâtre n'a pu être établie objectivement qu'en ce qui concerne les muqueuses conjonctivales et nasales des ouvriers ensacheurs. Et l'on doit conclure que la morbidité générale chez les ouvriers plâtriers apparaît comme une morbidité banale, telle que pourrait l'être celle d'une profession quelconque.

(1) HÉBERT, MAUTÉ et HEIM. — Monographie hygiénique de la fabrication du plâtre en France, avril 1908, imp. Duruy, Paris.

(2) *Bulletin du Service médical du travail*, Belgique 1927-1928, n° 2, p. 23.

LES FAMINES ET LES DISETTES DANS L'HISTOIRE DE LA FRANCE



Les famines et les disettes sévissent encore de nos jours dans certaines contrées pauvres d'Extrême-Orient. Elles ont été fréquentes jadis en France et les dernières observées, celle de 1817 et celle du siège de Paris de 1870-1871, remontent à des dates qui ne sont pas bien éloignées. Elles ne sont plus il est vrai à redouter de nos jours, les moyens de transport actuels permettant facilement de compenser les insuffisances, toutes locales, des récoltes, si elles viennent à se produire.

Les famines et les disettes se sont produites suivant un processus à peu près toujours le même. Leur étiologie d'abord. Elles ont été causées par les perturbations météorologiques : hivers très froids et prolongés, pluies et tempêtes, entravant les cultures ; par les guerres civiles ou étrangères déterminant une destruction des récoltes et du bétail, un prélèvement excessif d'impôts, la fuite des habitants, les vols et les pillages, dans les campagnes principalement. Les armées mercenaires d'autrefois étaient composées d'hommes souvent braves mais pas toujours de « braves gens ». Les paysans étaient pillés aussi bien par les troupes amies que par les troupes ennemies et parfois au vol, s'ajoutait le viol. Certain capitaine avait pu mériter ainsi le titre d' « Empereur des pillards » !

L'aboutissant des famines était : la maladie, une mortalité considérable, la dépopulation. On se représente aisément à quel degré de dénutrition pouvait atteindre une population réduite à se nourrir de racines, de son, d'herbes, de chats, de rats, de terre mêlée d'un peu de farine (on parlait même d'anthropophagie). Les maladies de carence, les avitaminoses, les maladies infectieuses, la variole, la peste, sévissaient bientôt, avec une forte mortalité et une diminution considérable de la population.

Les remèdes — quand il en était question — à ces calamités, n'étaient pas d'une grande efficacité. On poursuivait les accapareurs, les profiteurs de la misère générale, on proposait des pélérinages, on développait la charité publique, et ... on enterrait les morts. La rafale passée, on favorisait l'immigration dans le but d'atténuer la dépopulation.

On ne se montrait pas très difficile d'ailleurs, à cette époque, sur la qualité des immigrés et, faute de mieux, on se contentait d'indésirables. Ainsi Louis XI, en 1467, ordonne : « enfin de bien repeupler la ville, dépeuplée par tant de guerres, mortalité et autrement, que quelques gens, de quelques nations qu'ils fussent, puissent venir demeurer dans ladite ville et faubourgs, et qu'ils aient franchise de tous les méfaits commis par eux, comme vols, meurtres, larcins, piperies et tous autres cas, réservé le crime de lèse-majesté ».

Le sombre tableau des famines et des disettes dans l'histoire de la France a été brossé, sous des couleurs saisissantes, par un de nos jeunes confrères, le Docteur Pierre BATIOT, qui y a consacré sa thèse inaugurale, thèse très documentée et très intéressante, soutenue cette année (1937) devant la Faculté de Paris.

Le Docteur Batiot envisage successivement les disettes sous les règnes des Carolingiens, des premiers capétiens, aux XVIIe, XVIIIe siècles, sous la Révolution et sous l'Empire.

Dans les famines, un rôle revient à la panique. Dès le moindre soupçon de mauvaise récolte, chacun veut accumuler des provisions, quelquefois pour spéculer. Déjà, sous Clovis II, Erchinoald, maire du palais, parlait de sévir contre ceux qui cachent leur blé ou l'exportent. Douze siècles plus tard, le gouvernement de Louis XVIII prenait les mêmes mesures. Autres temps, mêmes mœurs, et... mêmes décisions des Pouvoirs publics.

Sous les règnes des Carolingiens et des premiers Capétiens, les famines désolèrent la France comme toute l'Europe, d'ailleurs. Tout y concourait : les désordres, les guerres, les conflits entre seigneurs, les difficultés du commerce tenant à l'insécurité des routes. Le marchand, pour ne pas être dévalisé, payait un droit d'escorte à chaque seigneur dont il traversait le domaine, ce qui ne le garantissait que très imparfaitement contre toute rapine. Le roi était souvent lui-même incapable d'assurer la police des routes et des villes dans ses propres Etats. A Paris, vers 1.200, les bagarres, pillages, viols, étaient quotidiens. Les principaux coupables étaient « ces nombreux clercs, sans aucune vocation religieuse, qui s'enrôlaient dans cette immense milice englobant la moitié des hommes de la nation, et qui vivaient, sans travailler, d'aumône, de libéralités », sans parler de leurs autres excès.

Sous les règnes de Philippe-Auguste et de

Saint-Louis, en raison de l'autorité de ces deux rois, les famines furent moins fréquentes. Cependant, sous le règne de Philippe-Auguste, la famine de 1195 dura quatre ans. Les seigneurs en subirent les atteintes. Un chatelain champenois, Erard de Brienne, reconnut avoir enlevé du blé dans les granges d'une abbaye : « Le besoin m'y obligeait » déclara-t-il pour sa défense. C'est vers cette époque que l'on signala l'ergotisme, connu sous le nom de « mal des ardents ».

L'histoire de la guerre de cent ans n'est qu'une suite de désordres, de guerres avec l'étranger, de guerres de prince à prince, d'émeutes, de jacqueries. Il y eut dans le centre de la France et à Paris de graves famines. Pillé de tous côtés, le paysan se révolta, abandonna ses cultures et se réfugia dans les villes, grossissant l'armée des pauvres et augmentant les disettes. Sous les guerres de religion la famine du siège de Paris par Henri IV, en 1590, fut terrible. En moins de huit jours, 8.000 personnes périrent de faim. On vit des gens se nourrir de suif de chandelle. Une femme qui venait de perdre ses deux enfants tenta de les manger. Chaque matin, on trouvait dans les rues 100 à 150 morts de faim.

Puis, pendant vingt-huit ans, de 1598 à 1626, grâce à la bonne organisation de l'agriculture par Sully et Olivier de Serres, il n'y eut pas de disette notable en France. Mais ensuite et pendant tout le règne de Louis XIV, les disettes, conséquences des guerres intérieures et extérieures, ne cessent pas. Déjà, des ordonnances règlementent les conditions du commerce des grains et, malgré ces édits et ordonnances, de nombreux spéculateurs édifièrent des fortunes sur ce commerce prohibé.

En 1709 l'hiver fut particulièrement rigoureux. Le 13 janvier, le froid était intense ; le 13 mars, il persistait presque aussi vif. Le bétail fut décimé et la récolte fut très réduite. Une grave disette — la plus grave connue en France, avec celle de 541 — accrue par l'affolement, l'accaparement et la spéculation, s'ensuivit. Nombre de gens, qui les années précédentes, soulageaient les pauvres, se trouvaient réduits à subsister à grand peine (Saint-Simon).

A la suite de la famine de 1709, Louis XIV ordonna — sans résultat appréciable — l'embauchage des chômeurs dans des ateliers nationaux, pour les occuper à des travaux de terrassements. On fit venir des blés étrangers et l'on développa la consommation du riz. Des greniers furent créés pour conserver le grain. On fit arracher des vignes et cultiver le blé de force.

Sous le règne de Louis XVI les disettes furent peu importantes. Elles jouèrent cependant un rôle, en 1789, pour précipiter la chute du trône et la Révolution.

Sous la Révolution et l'Empire, les disettes, fréquentes mais peu sévères, servirent d'occasion à de nombreuses émeutes.

La dernière grande disette — de 1817 — causée en grande partie par les réquisitions des armées étrangères et les pillages de ces armées, amena des troubles que le gouvernement de Louis XVIII réprima sévèrement. Le pain monta à 6 sous la livre (un ouvrier gagnait alors 75 centimes par jour).

La disette, enfin, du siège de Paris (1870-1871) fut d'abord l'effet d'une mauvaise organisation des distributions. L'approvisionnement était au début abondant. L'annonce des réquisitions provoqua une très forte hausse et une certaine panique. On dut rationner la population en viande d'abord, en pain ensuite. La ration diminua et le bœuf fut remplacé par le cheval. On dut même manger du chien et du rat. On accusait les membres du gouvernement de faire, pendant ce temps, d'excellents repas.

En conclusion de son travail, le Docteur Batiot remarque que si de nos jours les famines sont devenues impossibles en raison des moyens actuels de transport et des achats à l'étranger en cas de besoin, il est un élément qui n'a guère changé depuis les disettes d'autrefois, c'est le facteur panique, qui en entraînant les acheteurs inquiets à des achats exagérés, provoque les hausses progressives des prix et un bloquage du commerce. Peut-être pourrait-il s'ensuivre encore des émeutes. Contre les maladies succédant aux disettes, variole, peste, avitaminose, en particulier, nous sommes aujourd'hui mieux armés.

P. LACROIX.

A COTÉ DE L'AFFAIRE HECKER...

Par le Docteur George HATON, de Paris

En octobre 1917, je venais, de l'Armée d'Orient, en permission en France. C'était, à l'époque, toute une expédition organisée de façon à réduire la durée du séjour en mer, rendu dangereux par les sous-marins ennemis...

Je mis trois ou quatre jours pour, du front de Monastir, où mon ambulance fonctionnait, atteindre Itea. Les locomotives grecques étaient alors chauffées avec du bois d'olivier, et elles soufflaient dur dans les rampes !

A Itea, on séjournait jusqu'au départ du bateau. Malgré la monotonie de ce petit port grec, on ne s'y ennuyait pas. Il y avait d'abord toujours abondance de passagers militaires. Et puis, la visite de Delphes, toute voisine, les promenades en mer jusqu'à la petite île Saint-Georges ou jusqu'à Galaxidion, étaient des distractions rituelles qui arrivaient à tuer assez agréablement les quelques journées d'attente. L'eau y était infecte, salée comme celle de la mer, et composait un café écœurant. Le vin du pays, toujours résiné, n'y était pas moins mauvais... Sont-ce ces boissons qui m'infectèrent l'intestin ? En tous cas, au bout de quelques jours, je fis de la fièvre. Mais, pressé de revoir la France, que j'avais quittée depuis près de dix-huit mois, je préférai à une marche arrière qui m'aurait ramené à Salonique, prendre le bateau. Je fis une traversée pénible, et débarquai à Tarente... couché sur un brancard. Examiné à l'Infirmerie du Camp, je fus dirigé sur l'hôpital français.

C'était une formation installée dans des baraquements en bois, élevés dans une oliveraie de ce pays des Pouilles pauvre et rocailleux. J'y fus admirablement soigné, et j'y restai deux mois, pour liquider typhoïde et para que le laboratoire avait confirmées.

Le personnel de cette formation était, autant qu'il m'en souvienne, assez nombreux, et les malades n'y abondaient pas... Les infirmières, toutes charmantes, y étaient sous la coupe d'une « cheffesse » très dévouée, à laquelle, en passant, je veux rendre hommage. Elle était, en même temps, affectée au Service des officiers, où j'étais hospitalisé, et dont le médecin-traitant était le Docteur Lemaire, qui fut, peu après la guerre, médecin des hôpitaux de Paris et mourut jeune, il y a quelques années. Je l'ai beaucoup regretté. C'était un maître compétent et aimable et d'excellent conseil surtout en médecine infantile.

Après une vingtaine de jours de fièvre, je repris goût à la vie, et j'eus alors l'occasion de causer avec les confrères de l'hôpital, presque tous charmants camarades, et qui venaient, pour notre distraction commune, faire dans ma chambre avec moi la conversation. L'ennemi, à l'époque, avançait fort en Vénétie, et Caporetto n'était pas loin. Le « Communicato Cadorna » de chaque soir était un sujet quotidien de parlottes, pas toujours réjouissantes, avec les officiers de la formation.

L'un des plus aimables était un médecin à deux galons nommé L..., sans contredit Légion d'honneur, plusieurs palmes à la croix de guerre. Il exerçait, disait-il, avant la guerre, à Sao Paulo du Brésil, avait fait campagne sur le front français d'abord, et, très grièvement blessé à Verdun, à l'abdomen, avait été opéré *in extremis* et s'en était tiré par miracle... Bref, il avait de beaux titres de guerre, les disait très agréablement avec un *tantinet* d'affectation qui, cependant, n'entravait, bien au contraire, pas la sympathie.

Je quittai l'hôpital aux environs du Nouvel An 1918, et je n'eus pas le temps, lorsque, quatre mois après, à mon retour de congé, je traversai à nouveau Tarente (car je rejoignis fin avril l'Armée d'Orient), d'aller serrer la main aux camarades de l'hôpital. Je ne passai qu'une matinée au Camp, juste assez pour « encaisser » la morgue d'un confrère promu à trois galons entre mes deux passages, et qui me traita cette fois de capitaine à lieutenant...

Mais voici la fin de l'histoire. Peu après mon installation à Paris, en 1921, je revis mon médecin-traitant de Tarente, le Docteur Lemaire. Nous remuâmes nos souvenirs d'Italie, et parlâmes, bien entendu, des camarades que nous avions connus à l'hôpital. Et il m'apprit ce qu'il était advenu de notre ami L... Surpris par un confrère, un jour qu'il était aux douches, dans la tenue du père Adam, on s'aperçut que la blessure de l'abdomen qu'il racontait à qui voulait l'entendre, n'avait laissé, chose curieuse, aucune trace extérieure... On s'enquêta, et on s'aperçut... que L. n'avait jamais été diplômé, qu'il n'était même pas étudiant en médecine ! J'ignore ce qu'on fit de lui. En tous cas, l'affaire ne fut pas ébruitée, elle n'amena pas, comme celle de Vacher, une interpellation au Parlement, ni, comme celle d'Hecker, des débats judiciaires assez pénibles pour le Corps médical. J'ai voulu la conter. Sans doute y en eut-il d'autres. Et je ne parle pas de celles qu'on a ignorées et qu'on ignorera sans doute toujours...

Dr G. HATON.

CHRONIQUE AUTOMOBILE

Le freinage (*Suite*)

Nous avons abordé dans notre précédente chronique, le détail de la fabrication des garnitures de freins, et en particulier les diverses opérations de préparation de l'amiante, l'une des matières principales utilisées dans leur composition. En voici la suite :

A la sortie des dernières cardes, la nappe finale d'amiante est divisée en un grand nombre de mèches. Les couteaux qui coupent la nappe floconneuse d'amiante sont des courroies sans fin qui croisent la nappe.

Cette opération est importante et délicate car la mèche d'amiante doit avoir le poids au mètre du fil à former, car, contrairement aux autres textiles, elle ne supporte pas l'étirage.

Une fois coupées, les mèches sont roulées entre des toiles sans fin ; ces toiles sont animées d'un mouvement transversal d'oscillation qui accompagne leur mouvement longitudinal. Entre ces toiles les mèches, tout en restant flâches, sont arrondies comme elles le seraient par le passage entre les mains.

A la sortie de cette opération, les mèches sont bobinées et prêtes à passer au banc à ailettes. Entrant par l'axe de l'ailette, elles sortent par l'une des branches pour être tordues et bobinées à la fois. Le fil est formé. Il suffira de l'apprêter, ou ensimer, pour qu'on puisse déjà en faire du tissu robuste.

Mais on peut désirer le renforcer encore. On prend alors plusieurs fils élémentaires qu'on retord et, soit au moment même de la filature, soit au retordage, incorporer au tissu des fils métalliques fins qui le renforcent.

L'ourdissage se fait comme pour tous les autres textiles. Le tissage est pratiqué soit sous forme d'étamine soit sous forme de courroies à plusieurs plis reliés entre eux par un réseau de fils de liage.

Les garnitures tissées sont donc de deux classes. Les unes sont obtenues par superposition de tissus élémentaires agglutinés par l'imprégnant. Cet imprégnant doit donc devenir rigide. Ce sont les résines artificielles qui en forment la base.

Les autres garnitures sont réalisées en partant des tissus courroies et acceptant des imprégnants moins compacts que les premiers.

La fabrication des garnitures comporte un séchage du tissu récepteur pour en enlever toute trace d'eau.

Une fois le tissu sec, le procédé diffère suivant qu'on a affaire aux tissus étamines ou aux tissus courroies.

Les premiers sont baignés dans un vernis à l'alcool, séchés dans une étuve continue où ils reçoivent un commencement de cuisson. De là, ils sont coupés en longueur, superposés et cuits dans des presses à plateaux chauffants.

Les seconds, enroulés en spirales sont déposés à plusieurs dans une cage et descendus dans une cuve où l'on fait d'abord le vide et où on laisse ensuite monter le bain d'imprégnation auquel on applique une forte pression. Une fois le tissu imprégné on le laisse sécher à froid puis on procède à l'opération délicate de la cuisson dans d'autres cuves où il reste jusqu'à trois jours.

Les tissus cuits sont égalisés à la calandre, découpés en bandes et vendus tels quels ou découpés en segments.

Le produit demi-fini dont on part est la plaque rigide obtenue par cuisson entre les plateaux de la presse ou la bande de tissu courroie.

L'une et l'autre sont découpées aux dimensions du segment, mises à épaisseur exacte par passage dans des rectifieuses à deux faces, puis réchauffées à l'étuve qui les ramollit.

De là elles sont cintrées sous presse entre des matrices qui les forment et les refroidissent.

L'opération se termine par une mise à longueur exacte et un ébarbage.

Les disques étaient faits jusqu'ici presque exclusivement en tissus étamines, mis en forme à l'intérieur d'une matrice et cuits sous forte pression.

Le développement des garnitures à tissus courroies qui ne se prêtent pas à cette opération, fait adopter maintenant beaucoup de disques découpés dans la plaque ou la bande.

Pour les grands disques utilisés sur les embrayages à grande puissance, on fragmente les garnitures en segments laissant entre eux un jeu radial de 10 à 15 millimètres.

Cet excellent procédé n'est pas encore en usage dans les applications automobiles courantes.

On a fait pendant quelques années des disques métalliques garnis directement sous presse par collage. Ce procédé, très séduisant au premier abord, présente des inconvénients qui l'ont fait abandonner peu à peu.

Une autre série de garnitures se fait à partir du carton d'amiante, imprégné de vernis, qui doivent être très fluides au moment de l'imprégnation et prendre ensuite en masse compacte.

Il y a plus d'avenir dans les garnitures obtenues par brassage avec l'imprégnant de fibres ou tronçons de fils d'amiante. La pâte ainsi obtenue est laminée en feuilles ou filée à la presse. Ces procédés permettent une production massive mais limitent le choix des imprégnants en leur imposant un grand nombre de caractéristiques supplémentaires pour se prêter à cette fabrication.

Nous terminerons cette étude dans une prochaine chronique par l'examen de l'emploi du plomb dans les garnitures de friction.

Marcel TOUSSAINT.

(*à suivre*).



CONGRÈS DE LA FÉDÉRATION DES EXTERNES ET ANCIENS EXTERNES DES HOPITAUX DE FRANCE

(Lille 24, 25, 26 avril 1937)

Le Congrès de la Fédération des externes et anciens externes des hôpitaux de France s'est tenu à Lille avec un plein succès et un nombre de participants inconnu jusqu'à ce jour, sous la présidence de M. le Professeur E. Duhot, président de l'Association de Lille et du Comité d'organisation.

Etaient représentées par des délégations nombreuses les Facultés de Paris, Lyon, Marseille, Bordeaux, Toulouse, Montpellier, Strasbourg, Nancy, Lille et les Ecoles de médecine de Nantes, Reims, Besançon.

Des rapports ont été présentés par M. Pilla, de Strasbourg, sur l'Ordre des médecins et M. Gallavardin, de Lyon, sur « Tuberculose et externat ».

Ont été adoptés les vœux suivants :

1° Que les externes des hôpitaux nommés au concours dans les Facultés et Ecoles de médecine munis de seize inscriptions et ayant accompli deux années de service hospitalier, soient admis à faire des remplacements médicaux, comme le sont actuellement les internes des hôpitaux et hospices de villes qui ne sont pas forcément siège de Facultés ou Ecoles, et comme le sont les étudiants en médecine à vingt inscriptions n'ayant ni passé de concours, ni accompli de service hospitalier ;

2° Que soit assurée la protection des titres hospitaliers (interne, externe, nommés au concours dans les Facultés ou Ecoles de médecine), mesure rendue plus urgente par la multiplication des cliniques et hôpitaux privés dont les assistants prennent les mêmes titres sans concours ni contrôle, alors que devrait leur être attribué le titre d'étudiant résident ;

3° Que soit définitivement votée la proposition de loi sur l'Ordre des médecins adoptée par la Chambre, modifiée par le Sénat et votée par lui en seconde lecture sur le rapport de M. le Sénateur Gadaud, au cours de l'année 1935.

4° Que, suivant une modalité analogue à celles qui, dès maintenant, sont réalisées à Paris, Lyon, Marseille, Bordeaux, Strasbourg et Nantes, les externes des hôpitaux atteints au cours de leur service hospitalier d'accident ou de maladie contagieuse, y compris la tuberculose, obtiennent gratuitement l'hospitalisation ou la cure sanatoriale, ou s'ils sont soignés par leurs propres moyens, une indemnité compensatrice.

Ce vœu a retenu tout particulièrement l'attention du Congrès : à l'heure où les lois sociales concernant la protection du travail se multiplient dans toutes les professions, à l'heure où s'élabore un statut du personnel soignant et servant des hôpitaux qui comporte ces dispositions, il apparaît entièrement légitime et hautement désirable que les externes et internes des hôpitaux soient l'objet des mêmes préoccupations.

Ces mesures ont pour corollaire, les examens radiologiques à l'entrée déjà appliqués aux fonctionnaires des Administrations publiques, et l'application de diverses mesures de prophylaxie, également étudiées par le Congrès.

L'arrêté de M. le Directeur général de l'Assistance publique de Paris en date du 29 juillet 1936, complétant les dispositions antérieures sur les maladies ouvrant droit en faveur des externes et internes des hôpitaux à la garantie des risques professionnels, vient d'y incorporer la tuberculose.

Les Commissions des hospices et hôpitaux de Lyon, Bordeaux, Marseille, Strasbourg et Nantes, soit directement, soit par l'intermédiaire de Caisses mutualistes, ont assuré à leur personnel médical les mêmes avantages.

Il importe que cette mesure, dont toutes les répercussions sont désormais bien établies, soit rapidement généralisée.

Les congressistes ont visité l'hôpital-sanatorium Albert Calmette dont ils ont admiré la parfaite installation ainsi que diverses organisations universitaires et hospitalières ; ils ont été, à l'Hôtel de Ville, l'objet d'une réception particulièrement sympathique de la Municipalité lilloise.

Un banquet où étaient présents ou représentés : le Docteur Lepennetier, président de la Fédération des Associations des externes et anciens externes des hôpitaux de France, M. le Doyen de la Faculté de médecine, M. le Président de la Fédération départementale des Syndicats du Nord, les Professeurs de clinique, agrégés, médecins des hôpitaux, chefs de clinique, assistants, internes des hôpitaux, l'Association des anciens étudiants en médecine de la Faculté de l'Etat, de Lille, le président de l'Union des étudiants de l'Etat, de Lille, les Fondateurs de l'Association des externes de Lille, l'Attaché scientifique de la Maison Hoffmann-Laroche, membre bienfaiteur de l'Association et l'Office de vulgarisation pharmaceutique, a réuni l'ensemble des délégations à la Maison des étudiants.

Une excursion à Bruges a terminé le Congrès.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Clinique gynécologique** (Hôpital Broca, 111, rue Broca. Professeur : M. Pierre Mocquot.) — *Cours de perfectionnement.* — M. le Professeur Pierre Mocquot, assisté de M. R.-C. Monod, chirurgien des hôpitaux ; M. R. Palmer, chef des travaux de gynécologie ; M. R. Moricard, chef du laboratoire ; M. J. Guillot, chef de clinique ; M. P. Lejeune et Mlle M. Wolff, fera ce cours du lundi 14 juin au samedi 26 juin 1937, avec la collaboration de MM. L. Mallet, électro-radiologiste des hôpitaux ; J. Pulsford, assistant d'électro-radiologie des hôpitaux ; L. Bonnet, ancien chef de clinique gynécologique et J. Longuet, chef de clinique chirurgicale.

Ce cours s'adresse aux docteurs en médecine français et étrangers et aux étudiants en fin d'études désirant acquérir la pratique des méthodes actuelles de diagnostic et de traitement en gynécologie. Le Professeur Mocquot fera les lundis, mercredis et vendredis, à 9 h. 30, un exposé clinique sur les malades qu'il va opérer. Un certificat sera délivré à la fin du cours.

PROGRAMME DU COURS. — Lundi 14 juin, 9 h. 30 : Exposé clinique par le Professeur MOCQUOT ; 10 heures : Consultation par M. PALMER ; 17 heures : M. PALMER : Diagnostic gynécologique. Méthodes d'exploration.

Mardi 15 juin, 9 h. 15, M. LEJEUNE : Technique de la diathermie et des diathermo-coagulations ; 10 heures : Consultation par le Professeur MOCQUOT ; 10 heures : Opérations par les assistants ; 10 h. 30 : Electro-coagulations par M. LEJEUNE ; 11 h. 30, M. MORICARD : Biopsies utérines (*projections*) ; 17 heures, M. PALMER : Blennorragie. Métrites. Leucorrhées.

Mercredi 16 juin, 9 h. 30 : Exposé clinique par le Professeur MOCQUOT ; 10 heures : Opérations par le Professeur MOCQUOT ; 10 heures : Consultation par Mlle WOLFF ; 11 h. 30, M. LONGUET : Cancer du corps de l'utérus ; 17 heures, M. MORICARD : Physiologie génitale. Hormones de l'ovaire et de l'antéhypophyse.

Jeudi 17 juin, 9 h, 15, M. R.-C. MONOD : Cancer du sein ; 10 heures : Consultation d'endocrinologie gynécologique par M. MORICARD ; 10 heures : Opérations par les assistants ; 11 heures, M. LEJEUNE : Technique de l'hystéro-salpingographie ; 17 heures, M. LEJEUNE : Stérilités.

Vendredi 18 juin, 9 h. 30 : Exposé clinique par le Professeur MOCQUOT ; 10 heures : Opérations par le Professeur MOCQUOT ; 10 heures : Consultation par M. LEJEUNE ; 11 heures, M. PALMER : Technique de l'insufflation utéro-tubaire ; 17 heures, M. PALMER : Myomes utérins. Conservation ovarienne ; M. PULSFORD, Radiothérapie des myomes.

Samedi 19 juin, 9 h. 15, M. PULSFORD : Technique des applications d'ondes courtes ; 10 heures : Examen des malades à opérer par le Professeur MOCQUOT ; 11 heures : Leçon clinique par le Professeur MOCQUOT ; 17 heures, M. LEJEUNE : Avortement et complications.

Lundi 21 juin, 9 h. 30 : Exposé clinique par le Professeur MOCQUOT ; 10 heures : Opérations par le Professeur MOCQUOT ; 10 heures : Consultation par M. PALMER ; 17 heures, M. GUILLOT : Annexites. Abcès pelviens.

Mardi 22 juin, 9 h. 15, M. PALMER : Technique de l'hystéroscopie ; 10 heures : Consultation par le Professeur MOCQUOT ; 10 h. 30 : Electro-coagulations par M. LEJEUNE ; 11 h. 30, M. MORICARD : Examen histologique des lésions annexielles (*projections*) ; 17 heures, M. LEJEUNE : Grossesse extra-utérine. Kystes de l'ovaire.

Mercredi 23 juin, 9 h. 30 : Exposé clinique par le Professeur MOCQUOT ; 10 heures : Opérations par le Professeur MOCQUOT ; 10 heures : Consultation par Mlle WOLFF ; 11 h. 30, M. BONNET : Tuberculose génitale de la femme ; 17 heures, M. GUILLOT : Cancer du col de l'utérus.

Jeudi 24 juin, 9 h. 15, M. MORICARD : Technique du diagnostic biologique de la grossesse sur la lapine ; 10 heures : Consultation d'endocrinologie gynécologique par M. MORICARD ; 10 heures : Opérations par les assistants ; 11 heures : Hystéro-salpingographies par M. LEJEUNE ; 11 h. 30, M. MALLET : Principes et technique du traitement radiothérapique du cancer du col utérin ; 17 heures, M. PALMER : Rétrodéviations. Prolapsus.

Vendredi 25 juin, 9 h. 30 : Exposé clinique par le Professeur MOCQUOT ; 10 heures : Opérations par le Professeur MOCQUOT ; 10 heures : Insufflations utéro-tubaires par M. PALMER ; 10 heures : Consultation par M. LEJEUNE ; 11 heures : Consultation de stérilité. Insufflations tubaires ; 17 heures, M. PALMER : Phénomènes douloureux. Métrorragies.

Samedi 26 juin, 9 h. 15, M. PULSFORD : Technique de l'électrothérapie des métrites ; 9 h. 45 : Examen des malades à opérer par le Professeur MOCQUOT ; 11 heures : Leçon clinique par le Professeur MOCQUOT ; 17 heures, M. MORICARD : Pathologie et thérapeutique hormonales.

Le droit à verser est de 200 francs.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

— **Cours pratique et technique d'anatomie pathologique du système nerveux.** — M. Ivan BERTRAND, chef de laboratoire, commencera le lundi 14 juin 1937, à la Salpêtrière, à la Clinique Charcot, une série de douze leçons sur l'anatomie pathologique du système nerveux. Ce cours, d'un ordre essentiellement pratique, sera accompagné d'exercices pratiques de laboratoire, avec présentation de pièces macroscopiques et étude de préparations histologiques.

Les élèves seront initiés aux techniques d'histopathologie nerveuse et pourront se constituer une collection des coupes qu'ils auront exécutées.

Le cours aura lieu tous les jours, de 14 à 16 heures, à la Clinique Charcot de la Salpêtrière (boulevard de l'Hôpital), du 14 juin au 26 juin 1937.

PROGRAMME DU COURS. — 1° Cerveau sénile. — 2° Syphilis nerveuse. — 3° Tuberculose des centres nerveux. — 4° Encéphalites. — 5° Poliomyélites. Maladie de Landry. Rage. — 6° Sclérose latérale amyotrophique. Sclérose en plaques. — 7° Compressions médullaires. Syringomyélie. — 8° Tumeurs cérébrales. — 9° Encéphalopathies infantiles. — 10° Maladies familiales. — 11° Affections du cervelet. — 12° Affections des nerfs et des muscles.

Techniques de Nissl, Weigert, Pal, Bielschowsky, Cajal, Lhermitte, Marchi, Alzheimer, Rio del Hortega, etc.

Les inscriptions pour ce cours, comportant un droit de 250 francs, sont reçues au secrétariat de la Faculté de Médecine (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures et à la salle Béclard, tous les jours de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf samedi après-midi).

— **Hôpital Broussais** (96, rue Didot, Paris, XIVe). *Clinique cardiologique* (Professeur Ch. LAUBRY). — Lundi, de 9 h. 30 à midi, visite de M. le Professeur LAUBRY (Service des femmes) ; examens radiologiques (Docteur WALSER, Docteur H. DE BALSAC).

Mardi de 9 h. 30 à midi : visite de M. le Professeur LAUBRY (Service des hommes) ; consultation (Docteur D. ROUTIER).

Mercredi de 9 h. 30 à midi : visite de M. le Professeur LAUBRY (Service des hommes) ; examens radiologiques (Docteur ROUTIER, Docteur H. DE BALSAC).

Jeudi. Consultation par M. le Professeur LAUBRY.

Vendredi. Examen radiologique des malades par M. le Professeur LAUBRY.

Samedi de 9 h. 30 à 11 heures. Visite dans les salles par M. le Professeur LAUBRY (service des femmes) ; Consultation du Docteur J. WALSER ; de 11 heures à midi cours théorique sous la direction de M. le Professeur LAUBRY, de ses assistants et chefs de clinique.

— **Thèses.** — Lundi 19 avril. — Jury : MM. Clerc, Marcel Labbé, Sergent, Donzelot. — M. PELLERIN : Les leucémies aiguës à monocytes. Etude critique. — M. OLIVIER : L'entérorragie solitaire d'origine colique. — M. SITRUK : Paralysie périodique et maladie de Basedow.

Mardi 20 avril. — I. Jury ; MM. Balthazard, Brindeau, Claude, Piédelièvre. — M. LICHTENDORFF : L'assurance maladie privée et facultative concernant les classes moyennes et les professions libérales. — Mlle VACHEZ : Contribution à l'étude de la micrognathie inférieure congénitale. — M. CERTHOUX : Le traitement de l'état de mal épileptique par l'acétylcholine. — M. FERDIERE : L'érotomanie (Illusion délirante d'être aimé). — M. MARQUET : Le traitement des psychoses schizophréniques par le choc insulinique. Méthode de Sakel.

II. Jury : MM. Fiessinger, Tanon, Lavier, Joannon. — M. MESBAH : Cytologie de l'hypophyse antérieure et diabètes cliniques et expérimentaux. — M. DOUVAU : Action antiphlogistique du mercure employé en suppositoires dans les affections du petit bassin. — M. FRANCESCHI Y JULIA : Contribution à l'étude de la filariose (Wuchereria Bancrofti) à Puerto-Rico. — M. HOMSY : Contribution à l'étude de l'épidémiologie et de la prophylaxie de la méningite cérébro-spinale épidémique. — M. MOHAMED ALI HEKMAT : Epidémiologie générale de l'Iran. — M. SIX : Les maladies professionnelles dans l'industrie de la soie artificielle. — M. ZILBERMAN : Livret individuel de santé et d'état-civil.

Mercredi 21 avril. Jury : MM. Gosset, Robert Debré, Cathala, Quénu. — M. AGHILI : Le diagnostic du cancer de l'estomac est-il toujours possible au cours de la laparotomie ? — M. BELLOY : Le pronostic des vomissements périodiques avec acétonémie.

Jeudi 22 avril. — Jury : MM. Roussy, Gougerot, Verne, Huguenin. — M. RÉMY : Contribution à l'étude du traitement des cancers du col utérin. — M. GEORGET : Tuberculinothérapie transcutanée de l'érythème induré de Bazin. — M. STEWART : Anémie hypochrome achylique essentielle. Manifestations cutanées et muqueuses. — M. ZALBERG : Contribution à l'étude du lichen plan infantile. — M. BASTIEN : Les méningites lymphocytaires curables. Maladie ou syndrome ?

II. Jury : MM. Lemaitre, Terrien, Halphen, Moulonguet. — M. MILLAUD : Contribution à l'étude des angines. L'angine à microbes anaérobies. — M. COUSSIEU : Essai de traitement de la polypose nasale. — M. MUTEL. — L'agranulocytose. Ses manifestations en stomatologie. — M. GUILLAUMAT : Les méningiomes supra-sellaires. Contribution à l'étude du syndrome chiasmatique.

Samedi 24 avril. — Jury : MM. BATIER : Etude sur la bactériophagie dans le traitement des coli-bacilloses. — M. VALLES : Contribution à l'étude pathogénique de la goutte. — M. YANOWSKY : Contribution à l'étude de la valeur des aliments au point de vue de leur potentiel énergique. — M. ASPOTOLIDES : La paraplégie spasmodique hérédo-syphilitique chez les grands enfants. — M. PILPEL : L'érythrodermie vésico-œdémateuse chez l'enfant provoquée par le sulfarsénol.

Thèses vétérinaires. — Lundi 19 avril. — Jury: MM. Brumpt, Henry, Lesbouyries. — M. BOULAY : Babesiellose bovine en France.

Mardi 20 avril. — Jury : MM. Brindeau, Lesbouyries, Robin. — M. ROYER : Entéro-toxémie de gestation chez la brebis.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers

— **Hospice de la Salpêtrière.** *Neurologie. Endocrinologie.* — M. CROUZON fait au Pavillon du Perron, avec le concours de M. CHRISTOPHE, les samedis, à 10 h. 30, des conférences sur : *Les maladies du système nerveux et les maladies chroniques des os et des glandes endocrines.*

Chaque conférence comprendra la présentation de malades observés dans la semaine avec documents iconographiques ou anatomiques. En outre : les mardis, à 11 heures, au pavillon du Perron : consultation psychiatrique avec M. Vurpas ; les mercredis, à 10 heures, consultation à la porte de l'Hospice : examens des nouveaux malades externes ; les vendredis, à 10 heures, au pavillon du Perron : examen des anciens malades externes.

— **Concours de médecin des hôpitaux.** — *Jury du deuxième concours de nomination* (tirage au sort) : MM. Loeper, Levesque, Pagniez, Ameuille, Tinel, Sergent, Tixier, Ribadeau-Dumas, Sainton, L. Ramond, Picot.

— **Assistance médicale.** — Jury du concours de médecin de l'Assistance médicale : MM. Paraf (médecin des hôpitaux) ; Vignes (accoucheur des hôpitaux) ; Houlnick, Vallée, Jacobson, Viancin, Contet, médecins de l'assistance médicale.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **XXVe Congrès français de médecine.** — Le XXVe Congrès français de médecine se tiendra à Marseille, du 26 au 28 septembre 1938.

Le bureau est constitué de la façon suivante : président, Prof. Olmer ; vice-présidents, médecin général Pezet, directeur de l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales, Prof. Audibert, Prof. Mattéi ; secrétaire général, Prof. Roger ; secrétaire général adjoint, Prof. agrégé Poinso ; trésorier, Prof. Cornil ; trésorier adjoint, Prof. agrégé Poursines.

Les rapports suivants ont été mis à l'ordre du jour : 1° Les spirochétoses ictérigènes ; 2° Les hypochlorémies ; 3° La thérapeutique actuelle des avitaminoses de l'adulte.

— **Les œuvres médicales en Chine.** — La médecine européenne s'est longtemps heurtée en Chine aux pratiques datant de 2.000 ans de la médecine empirique chinoise. Les préjugés en faveur de la vieille médecine empirique étaient si forts en Chine, dit Mgr. Zanin, délégué apostolique à Pékin, que les missionnaires ne pouvaient les combattre sans danger. Mais la situation a évolué, le gouvernement encourage les œuvres sanitaires, l'élite a compris les exigences et les bienfaits de l'hygiène.

Et Mgr. Manin conseille aux missionnaires de soutenir par leur influence le médecin, dans les campagnes et les petites villes en particulier où les notions d'hygiène ont quelque difficulté à pénétrer (*Agence Fides*).

— **La statistique du P. C. B.** — Le nombre des étudiants inscrits en vue du certificat d'études P. C. B. est le suivant pour les quinze dernières années (pour toute la France) :

En 1922 : 1.349.
En 1923 : 1.398, en plus 49.
En 1924 : 1.682, en plus 284.
En 1925 : 1.900, en plus 218.
En 1926 : 2.211, en plus 311.
En 1927 : 2.414, en plus 203.
En 1928 : 2.991, en plus 577.
En 1929 : 3.078, en plus 87.
En 1930 : 3.371, en plus 293.
En 1931 : 3.233, *soit* 138 *en moins.*
En 1932 : 2.971, *soit* 262 *en moins.*
En 1933 : 3.092, en plus 121.
En 1934 : 3.298, en plus 206.
En 1935 : 2.899, *soit* 399 *en moins.*
En 1936 : 2.390, soit 509 en moins.

Voici, à la date du 31 juillet 1936, la répartition de ces étudiants par Facultés ou Ecoles, par nationalité et par sexe.

Statistique des étudiants inscrits en vue du certificat d'étude P. C. B. :

Facultés ou écoles	Français Hommes	Français Femmes	Etrangers Hommes	Etrangers Femmes	Total
Alger	67	16	1	»	84
Amiens	16	5	»	»	21
Angers	6	1	»	»	7
Besançon	11	5	»	»	16
Bordeaux	115	21	8	»	144
Caen	20	5	»	»	25
Clermont	51	8	1	»	60
Dijon	28	5	1	»	34
Grenoble	32	7	4	»	43
Lille	99	12	6	1	118
Limoges	9	4	»	»	13
Lyon	142	27	13	»	182
Marseille	118	22	8	»	148
Montpellier	100	16	8	2	126
Nancy	65	10	9	»	84
Nantes	40	13	»	»	53
Paris	556	161	61	24	802
Poitiers	43	2	»	»	45
Reims	14	2	»	»	16
Rennes	78	7	»	1	86
Rouen	22	7	1	»	30
Strasbourg	62	16	3	1	82
Toulouse	105	17	3	»	125
Tours	27	3	5	1	36
	1.826	392	142	30	2.390
	2.218		172		
	2.390				

Soit 509 de moins que l'an dernier, se décomposant comme suit : 352 Français et 157 Etrangers.

Sauf à Strasbourg où le chiffre est resté le même et à Amiens où il a augmenté d'une unité, il y a diminution dans toutes les Facultés et Ecoles.

(*Vie médicale*)

— **XVe Congrès international d'ophtalmologie.** — Conformément à la décision du XIVe Congrès international tenu à Madrid en avril 1933, le prochain Congrès se tiendra au Caire du 8 au 14 décembre 1937.

Les deux sujets à l'ordre du jour du Congrès sont : 1° *Hypertension artérielle rétinienne.* Introduction : M. Wagener-Keith. Rapports : M. Bailliart : Considérations cliniques et pathologiques. M. Koyanagi : Anatomie et pathologie. — 2° *Œil et endocrinologie.* Introduction : M. Snapper. Rapporteurs : MM. von Imre, Jeandelize et Drouet, Lacarrière, Lo Cascio, von Szily.

Le Gérant : R. Thiron

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

domicile de secours qui existait à partir de soixante-cinq ans et sa fixité après l'admission à l'assistance sont supprimées, sauf dans les cas de défaut de liberté de choix du séjour (hospitalisation au compte de l'assistance, par exemple).

Le taux de l'allocation à domicile à attribuer est celui de la commune où l'assisté a sa résidence habituelle ;

4° En cas de non-ratification par la Commission compétente, d'une admission d'urgence par le maire, en matière d'Assistance médicale gratuite, c'est l'intéressé qui doit rembourser le médecin, la sage-femme ou l'établissement hospitalier. En effet, si la Commission cantonale ne l'a pas admis, c'est qu'il a été reconnu qu'il n'était pas privé de ressources et que, par conséquent, il pouvait payer la dépense occasionnée par sa maladie. S'il a été fait une inexacte appréciation de sa situation, il a la possibilité de faire appel devant la Commission départementale d'appel et, le cas échéant, devant la Commission centrale.

(*J. O.*, 28 avril 1937.)

Avantages accordés aux médecins de réserve adhérents aux Journées internationales de la Santé publique

A l'occasion de l'Exposition internationale de 1937, un ensemble de Congrès doit réunir à Paris des représentants des différentes nations pour exposer avec leurs méthodes et leurs résultats les plus importantes des questions qui touchent à l'hygiène individuelle ou collective. Ces Congrès qui se tiendront du 1er au 10 juillet 1937 constitueront les « Journées internationales de la Santé publique. »

Par dépêche n° 3462 1/7 en date du 2 mars 1937, le ministre de la Défense nationale et de la Guerre a décidé que la participation des officiers de réserve du Service de santé à cette manifestation sera comptée comme période d'exercices de dix jours, sans solde et sans indemnité, venant en déduction de la durée totale des périodes fixées par la loi sur le recrutement, mais n'entrera en ligne de compte, ni pour l'avancement, ni pour le décompte des titres à prendre en considération pour la Croix des services militaires volontaires. Elle ne pourra, en outre, être qualifiée de volontaire.

En conséquence, les officiers de réserve du Service de santé, qui justifieront du versement de leurs cotisations comme congressistes, recevront une convocation qui leur donnera droit au bénéfice du tarif militaire sur les chemins de fer à l'aller et au retour.

TABLEAU DE CONCOURS POUR LA LÉGION D'HONNEUR

ANNÉE 1937

RÉSERVES

(*Loi du 6 août* 1936)

Sont inscrits :

POUR LE GRADE DE CHEVALIER

Service de Santé

I. ARMÉE MÉTROPOLITAINE

Médecins

Testard, médec. command., 3e rég. ; Mandy, médec. capit., 13e rég. ; Gilles, médec. command., 17e rég. ; Jacob, médec. command., 14e rég. ; Looten, médec. capit., rég. Paris ; Maire, médec. capit., 14e rég. ; Halimbourg, médec. command., rég. Paris ; Bonnis, médec. capit., 15e rég. ; Thibonneau, médec. command., rég. Paris ; Pollet, médec. capit., 1re rég. ; Poissonner, médec. command., 2e rég. ; Boichut, méd. capit., 8e rég. ; Malassez, médec. lieut., rég. Paris ; Guillot, médec. capit., 14e rég. ; Girard, médec. capit., 14e rég. ; Guichard, capit., 13e rég. ; Hours, médec. capit., 13e rég. ; Gelma, médec. command., 20e rég. ; Talichet, médec. capit., 13e rég. ; Corcelle, médec. capit., 9e rég. ; Dournel, médec. capit., 8e rég. ; Letorey, méd. capit., 8e rég. ; Delaigue, médec. capit., 18e rég. ; Jacquemart, médec. capit., 5e rég. ; Vaysse, médec. command., 9e rég. ; Poissonnier, médec. capit., 2e rég. ; Chenet, médec. capit., rég. Paris.

Daiche, médec. lieut. 7e rég. ; Vivien, méd. capit., 4e rég. ; Neyron, médec. capit., 15e rég. ; Usquin, médec. capit., 5e rég. ; Daniel, médec. capit., 15e rég. ; Badolle, médec. capit., 14e rég. ; Lelouch, médec. capit., 19e C. A. ; Cabantous, médec. capit., rég. Paris ; Poirier, médec. capit., 4e rég. ; Legrand, médec. command., 4e rég. ; Lafon, médec. capit., 9e rég. ; Vachez, médec. capit., 9e rég. ; Bailleul, médec. command., 4e rég. ; Laplaze, médec. capit., 18e rég. ; Lebail, médec. lieut., 15e rég. ; Gaillard, médec. command., rég. Paris ; Delor, médec. command., rég. Paris ; Pujol, médec. lieut., 16e rég. ; Mage, médec. capit., 16e rég. ; Le Poittevin, méd. lieut., rég. Paris ; Devillebichot, médec. capit., 8e rég. ; Noailles, médec. command., rég. Paris ; Boissart, médec. command., rég. Paris ; Simon, médec. capit., rég. Paris ; Audy, médec. capit., 5e rég. ; Eyssautier, médec. capit., 14e rég. ; Petit, médec. command., rég. Paris ; Brunet, méd. lieut., 9e rég. ; Roehrich, médec. capit., rég. Paris ; Timal, médec. command., 1re rég. ; de Mourgues, médec. capit., 13e rég. ; Narcy, médec. capit., rég. Paris.

Munier, médec. capit., 20e rég. ; Colleu, médec. capit., 1re rég. ; Duval, médec. capit., 8e rég. ; Dubos, médec. capit., 3e rég. ; Barabeau, médec. capit., rég. Paris ; Dubois, médec. capit., 17e rég. ; Aujay de La Dure, médec. capit., 13e rég. ; Delfourd, médec. command., 20e rég. ; Aymes, médec. capit., 15e rég. ; Brabant, méd. command., 1re rég. ; Jourdan, médec. capit., 15e rég. ; Guinot, médec. capit., 9e rég. ; Pierret, médec. command., 1re rég. ; Daniel, médec. capit., 15e rég. ; Mansillon, médec. capit., 13e rég. ; Magnes, médec. command., 16e rég. ; Lehucher, médec. command., Tunisie ;

Andrieu, médec. capit., Maroc ; Régnier, médec. capit., 8e rég. ; Bernard, médec. capit., 7e rég. ; Molbert, médec. lieut., 19e C. A. ; Creuzot, médec. capit., 5e rég. ; Dupytout, médec. capit., 9e rég. ; Arnaud, médec. capit., 15e rég. ; Chambelland, médec. capit., 15e rég. ; Guillemin, médec. capit., rég. Paris ; Mougeot, médec. command., 19e C. A. ; Jeannot, médec. command., tr. Tunisie ; Gondal, médec. capit., rég. Paris.

Lombard, médec. capit., 15e rég. ; Ferre, médec. capit., 14e rég. ; Dieudonnat, médec. capit., 9e rég. ; Doazan, médec. capit., rég. Paris ; Dayde, médec. capit., 15e rég. ; Girod, médec. lieut., 2e rég. ; Derrieu, médec. command., 19e C. A. ; Bennejean, capit., 13e rég. ; Dhalluin, médec. capit., 1re rég. ; Fayol, médec. capit., 14e rég. ; Chapuis, médec. capit., tr. Maroc ; Maître, médec. capit., 7e rég. ; Ducoudré, médec. lieut., 10e rég. ; Lefebvre, médec. capit., 17e rég. ; Witas, médec. capit., 19e C.A. ; Prévost, médec. capit., rég. Paris ; Lory, médec. capit., 9e rég. ; Didier, médec. capit., 20e rég. ; Miguen, médec. lieut., 11e rég. ; Germain, médec. capit., 6e rég. ; Giraud, médec. capit., 16e rég. ; Demasure, médec. lieut., rég. Paris.

Migout, médec. capit., 16e rég. ; Larue, méd. lieut., rég. Paris ; Shirtliffe, médec. lieut., 11e rég. ; Genin, médec. capit., rég. Paris ; Farah, médec. capit., rég. Paris ; Schwebel, médec. capit., 19e C. A. ; Lavaud, médec. capit., 6e rég. ; Morenas, médec. capit., 14e rég. ; Chemin, méd. capit., rég. Paris ; Gueullette, médec. capit., rég. Paris ; Caine, médec. lieut., rég. Paris ; Arnoux, médec. capit., 20e rég. ; Souberbie, méd. lieut., 18e rég. ; Jauréguiberry, médec. capit., 17e rég. ; Trousset, médec. capit., 9e rég. ; Aynaud, médec. capit., 15e rég. ; Louet, médec. capit., 2e rég. ; Constants, médec. capit., 16e rég. ; Pougens, médec. capit., 17e rég. ; Genest, médec. capit., 9e rég. ; Rouquet, médec. capit., 15e rég. ; Rochaix, méd. capit., 14e rég. ; Baud, médec. capit., 14e rég. ; Joly, médec. capit., rég. Paris ; Mondan, médec. lieut., 14e rég. ; Klaeylé, médec. capit., 14e rég. ; Milhade, méd. lieut., 18e rég. ; Carvaillo, médec. lieut., rég. Paris ; Roman, médec. capit., 15e rég.

Raffali, médec. capit., 15e rég. ; Lannelongue, médec. capit., 17e rég. ; Bonduelle, médec. lieut., 1re rég. ; de La Motte de Croons de Vauvert, médec. capit., 4e rég. ; Vigne, médec. capit., 15e rég. ; Fruchaud, médec. capit., 9e rég. ; Bonafous, médec. capit., 17e rég. ; Paugam, médec. capit., 11e rég. ; Lagèze, médec. lieut., 14e rég. ; Auprêtre de Lagenest, médec. capit., 14e rég. ; Chavannaz, médec. capit., 18e rég. ; Durieux, médec. capit., 17e rég. ; Demasles, médec. lieut., 14e rég. ; Lognon, médec. lieut., rég. Paris ; Hoch, médec. capit., 7e rég. ; Sédallian, médec. capit., 14e rég., Denel, médec. lieut. 17e rég. ; Colombet, médec. capit., 14e rég. ; Maillet-Guy, médec. capit., 14e rég. ; Spinetta, médec. lieut., 15e rég. ; Aulagnier, médec. capit., 4e rég. ; Arrivot, médec. capit., rég. Paris ; Bansillon, médec. capit., 14e rég. ; Renaux, médec. lieut., rég. Paris ; Flahaut, médec. lieut., 9e rég.

II. ARMÉE COLONIALE

Mickaniewski, méd. capit., en Indochine; Temple, méd. capit., 16e rég.

La Ligue médicale de Défense professionnelle « Le Sou Médical » a deux objets principaux :

1° Tout d'abord elle garantit ses membres contre les risques de responsabilité professionnelle à concurrence d'une somme de 100.000 francs. Et cette garantie est portée à 500.000 francs pour ceux d'entre eux qui sont en même temps abonnés au *Concours Médical.*

2° En outre, elle leur donne conseils et soutien dans toutes les difficultés et les procès d'ordre professionnel.

CORRESPONDANCE

ASSURANCES SOCIALES

3.552. — Droit aux prestations après une première période de six mois

Je serais heureux d'avoir votre avis au sujet du cas suivant : une de mes malades, assurée sociale, a été soignée durant deux ou trois ans pour iritis droite. Je ne sais si elle a été contrôlée à ce moment, mais cela est probable, car elle a subi plusieurs séries d'injections sous-conjonctivales. Il y a six mois ou un an que tout traitement de son œil droit a été arrêté. Elle vient me montrer aujourd'hui une iritis gauche. Sa Caisse lui refuse les soins médicaux, disant qu'il s'agit de l'affection pour laquelle elle a été traitée plus de six mois. Que dois-je conseiller à ma malade ?

Dr B.

Réponse

En vertu de l'art. 6, parag. 12 du décret-loi du 28 octobre 1935 instituant le nouveau régime des Assurances sociales, les prestations de l'assurance-maladie sont dues à partir de la première constatation médicale, mais seulement pendant une période totale de soins de six mois pour une même affection.

Toutefois, en vertu du parag. 13, le droit aux prestations peut se rouvrir après l'expiration des six mois, pour un nouveau délai de même durée dans l'un des deux cas suivants : 1° ou bien, si le malade est atteint d'une affection indépendante de celle qui a précédemment motivé l'attribution des prestations ; 2° ou bien, dans le cas d'une maladie dépendante, s'il y a eu interruption de prestations pendant plus de deux mois, et si l'assuré a fait constater sur la feuille de maladie en cours au moment de l'interruption, la guérison apparente ou la fin de la période de maladie, et s'il en a avisé la Caisse dans les huit jours.

En l'espèce, il ne nous semble pas que l'assuré soit fondé à soutenir que son affection actuelle soit indépendante de l'affection antérieure puisqu'il ne s'agit là, au point de vue médical, que de la nouvelle manifestation d'une même affection. Par contre, il est fondé à demander à nouveau le versement des prestations pendant six mois en invoquant la seconde hypothèse. En effet, l'interruption a été supérieure à deux mois et durant cette période, l'intéressé s'est trouvé en état de guérison apparente. Il n'est, en effet, nullement nécessaire qu'il y ait eu guérison médicale et absolue ; il suffit au contraire, d'après la jurisprudence, que l'affection de l'assuré, après avoir traversé une période d'activité, passe par

une phase de stabilité le dispensant de recourir aux soins médicaux et pharmaceutiques et lui permettant de vaquer à ses occupations habituelles sans danger pour lui ou son entourage.

Si la guérison apparente est survenue en l'espèce, postérieurement au 1er avril 1936, il est nécessaire en outre, pour que le droit aux prestations se rouvre, que votre client ait observé les formalités prévues par l'art. 6, parag. 13, c'est-à-dire ait avisé sa Caisse dans les huit jours de la guérison apparente. Par contre, si cette guérison est antérieure au 1er avril, l'inobservation de cette formalité est sans importance, car elle n'était pas imposée obligatoirement par la loi sous le régime antérieur. Il incombait, à ce moment, aux Caisses de faire constater de leur propre chef l'état de leurs assurés lorsqu'ils venaient à cesser leurs demandes de prestations.

Le différend ainsi intervenu entre votre client et sa Caisse doit être porté par lui devant la Commission d'arrondissement du siège de cette Caisse, par lettre recommandée adressée à son Président, au Greffe du Tribunal civil, dans les dix jours de la notification du refus.

3.536. — Suspension des Assurances sociales pendant le service militaire

Je viens vous demander si le service militaire fait obligatoirement perdre à un assuré social le bénéfice de ses cotisations antérieures.

Voici un cas précis :

M. Paul B... a cotisé régulièrement sauf et exactement pendant la durée de son service militaire, soit du 15 avril 1935 au 15 octobre 1936. En décembre 1936, il doit être opéré, soit deux mois après son retour, d'une appendicite aiguë grave. La Caisse est-elle fondée à ne lui verser qu'une prestation forfaitaire journalière (qui s'élève du reste à moins de 3 francs par jour), calculée d'après les versements faits depuis le retour du service, soit le 15 octobre précédent ?

Dr B.

Réponse

En vertu de l'art. 22 du décret-loi du 28 octobre 1935 instituant le nouveau régime des Assurances sociales, les versements pour assurances et les avantages qu'ils garantissent sont suspendus pendant la période du service militaire ou en cas d'appel sous les drapeaux. Mais, en vertu du parag. 3 du même article, à son retour dans ses foyers, l'assuré est considéré comme ayant subi pendant la période du service militaire, le minimum légal de retenue ouvrant droit aux prestations de l'assurance-maladie.

Si, en l'espèce, les périodes de référence servant à déterminer le droit aux prestations comprennent la période du service militaire, l'indemnité

journalière doit donc être calculée comme si l'intéressé n'avait versé durant cette période que le minimum légal prévu par l'art. 7, soit 30 francs par trimestre. Mais il conserve bien entendu de la manière la plus entière, ses droits aux prestations en nature, c'est-à-dire au remboursement des soins médicaux et pharmaceutiques nécessités par son état.

3.363. — Immatriculation d'un salarié au service de plusieurs employeurs

J'emploie par intermittence un ouvrier chauffeur, depuis le 1er novembre 1934.

Il appartenait à cet ouvrier de prendre l'initiative de se faire immatriculer aux Assurances sociales, puisqu'il a une profession indépendante et plusieurs patrons. Cette initiative n'ayant pas été prise, je dois actuellement verser les cotisations arriérées.

Il me paraît logique de verser la cotisation patronale destinée à la retraite-vieillesse ; mais l'ouvrier est-il absolument tenu au versement de ses cotisations arriérées depui s deux ans et demi et, si oui, peut-il bénéficier des prestations pour maladies et accouchement survenus depuis ces deux ans et demi ?

Dr A.

Réponse

Il est exact qu'en vertu de la loi de 1928-1930 et ses décrets d'application, votre chauffeur, étant au service de plusieurs employeurs, avait à sa charge l'accomplissement des formalités légales de déclaration et d'immatriculation aux Assurances sociales. Mais il n'en avait pas moins la qualité d'assuré obligatoire et vous êtes débiteur, au regard du service régional des Assurances sociales, des cotisations patronales que vous auriez dû verser à son compte.

L'intéressé lui-même est débiteur de la même manière des cotisations ouvrières qu'il aurait dû faire retenir sur son salaire au moment de la paye.

Mais le versement de ces cotisations arriérées même majoré des intérêts de retard ne saurait lui ouvrir droit aux prestations de l'assurance-maladie ou de l'assurance-maternité. Il résulte en effet, d'une jurisprudence constante de la Cour de cassation qu'en cas de versement des cotisations arriérées, les Caisses sont fondées à refuser les prestations du moment qu'il n'est pas établi que le précompte de la cotisation ouvrière a été effectué en temps voulu sur le salaire de l'assuré. Cette preuve ne pouvant être apportée en l'espèce, aucun recours ne pourrait donc être exercé si un tel refus est opposé à votre chauffeur.



3.491. — Sorties des assurés sociaux malades

Je vous envoie sans commentaires, l'aimable papillon que je trouve collé sur une feuille de maladie.

Dr B.

Caisse primaire de répartition

NOTIFICATION AUX ASSURÉS

Les assurés ne sont autorisés à sortir :

Du 1er avril au 30 septembre, que de 16 heures à 19 heures.

Et du 1er octobre au 31 mars, que de 13 heures à 16 heures, quelles que soient les heures indiquées par le médecin. Ceux qui quitteront leur domicile en dehors des heures ci-dessus perdront leurs droits au demi-salaire.

Le départ à la campagne, même sur ordonnance du médecin traitant, doit être autorisé par la Caisse, faute de quoi l'assuré perdrait tous ses droits aux prestations.

Réponse

L'article 54, § 6 du règlement-type d'administration intérieure pour les Caisses d'assurances maladie-maternité est ainsi conçu :

« Les malades ne doivent quitter leur domicile que si le praticien le prescrit dans un but thérapeutique. Les heures de sortie autorisées sont inscrites par le praticien sur la feuille de maladie. Elles doivent être comprises entre... heures et ... heures, sauf autorisation spéciale du contrôle médical de la Caisse. »

Il résulte de cette disposition qu'il appartient aux Caisses de fixer, dans leur règlement intérieur, les limites des heures de sortie des assurés et que c'est dans ces limites que les médecins peuvent autoriser leurs clients à quitter leur domicile.

Cette réglementation se justifie par les nécessités du contrôle, qui ne sera pas exposé, connaissant les heures auxquelles les assurés peuvent légitimement être absents de leur domicile, à se déplacer inutilement.

3.431. — Assujettissement d'un métayer aux Assurances sociales

Dans quelles conditions, un fermier à moitié fruits, peut-il bénéficier des Assurances sociales ?

Dans le cas particulier, il s'agit d'un jeune fermier de 26 ans, père de trois enfants, qui est dans une ferme de 35 hectares à moitié fruits : le propriétaire a une moitié et le sus-dit partage la seconde moitié avec son père qui l'a associé.

Quelle somme devrait-il verser ?

Son père, et le propriétaire sont-ils obligés à verser quelque chose ?

Dr P.

Réponse

En vertu de l'art. 1er du décret-loi du 30 octobre 1935 instituant le nouveau régime des Assurances sociales dans les professions agricoles, les métayers n'ont la qualité d'assujettis obligatoires que s'ils travaillent ordinairement seuls avec l'aide des membres de leur famille, conjoint, ascendants, descendants, frères, sœurs, collatéraux, et s'ils ne possèdent pas à leur entrée dans l'exploitation une part de cheptel d'une valeur supérieure à 1.000 francs. Dans ce cas, les doubles cotisations patronales et ouvrières sont en principe à la charge du propriétaire qui est considéré comme l'employeur. Leur montant s'élève pour les hommes à 20 francs par mois, dont 10 francs à la charge du propriétaire et 10 francs à la charge du métayer.

Lorsqu'il s'agit d'un métayer ne remplissant pas les conditions prévues par l'art. 1er, parag. 3 précité, il lui est possible néanmoins de s'affilier au régime des Assurances sociales au titre de l'assurance facultative (art. 14, parag. C du décret-loi du 30 octobre 1935). Il est nécessaire seulement que le métayer en question soit français, âgé de moins de 60 ans et que le produit annuel de son travail n'excède pas le chiffre de 21.000 francs. L'intéressé doit faire une demande au service régional des Assurances sociales sur une feuille dont le modèle est arrêté par le ministre du Travail, accompagnée des pièces justificatives, et d'une attestation médicale certifiant que l'assuré n'est atteint d'aucune maladie aiguë ou chronique ni d'aucune invalidité totale ou partielle susceptible d'élever notablement sa morbidité. Les cotisations et les prestations d'assurance facultative sont déterminées par les statuts de l'organisme d'assurance auquel il est affilié. Bien entendu, ces cotisations incombent au métayer seul et ne peuvent en aucune façon être mises à la charge du propriétaire.

3.420. — Soins donnés à des assurés indigents déchus de leurs droits à l'assurance

Voudriez-vous être assez aimable de me fixer sur les formalités que je puis employer pour obtenir le recouvrement de mes mémoires d'honoraires pour assurés sociaux notoirement indigents. Art. 59, pour l'année 1936. Ou bien les Caisses ne répondent pas ou bien elles m'ont réglé des mémoires avec des rabais importants sans donner de détails.

Comme il s'agit pour moi de plusieurs milliers de francs, je voudrais agir par la voie légale pour obtenir satisfaction. Que me conseillez-vous ?

J'ai lu, d'autre part, dans votre journal du 17 mars, qu'il était illégal de payer sur le taux de l'Assistance médicale, alors que des feuilles d'assurés so-

ciaux, art. 59, avaient été délivrées. Je suis dans ce cas. Je possède des talons. Comment pourrais-je obtenir le paiement de la différence ?

Dr B.

Réponse

En vertu de l'art. 19 du décret-loi du 28 octobre 1935 qui a remplacé l'ancien article 59 de la loi de 1928-1930, les honoraires médicaux pour soins donnés aux assurés sociaux notoirement indigents sont réglés directement au praticien d'après le Tarif de responsabilité des Caisses des intéressés, non point par ces Caisses elles-mêmes mais par la collectivité d'assistance des assurés. Ce n'est donc point aux Caisses qu'il fallait adresser vos réclamations, mais bien au service d'assistance préfectorale qui en est maintenant débiteur puisqu'en vertu d'un décret-loi du 30 octobre 1935, le domicile de secours est passé de la commune au département. Il y aurait donc lieu de renouveler votre réclamation auprès du Service d'assistance et éventuellement de poursuivre le recouvrement de vos mémoires contestés devant la juridiction compétente qui est, d'après la jurisprudence, la Commission d'arrondissement du siège de la Préfecture.

Mais bien entendu, le Service d'assistance ne joue pour les 80 % des mémoires qu'un rôle d'intermédiaire. Il touche des Caisses les sommes prévues par leur Tarif de responsabilité, sous déduction du ticket modérateur de 20 %, reverse ces sommes au médecin après y avoir ajouté cette participation obligatoire qui incombe ordinairement aux assurés de droit commun. Par conséquent, le Service d'assistance ne saurait être obligé de verser suivant le Tarif de l'art. 19, les honoraires médicaux pour des assurés non en règle au regard de leur Caisse et déchus de leurs droits aux prestations en nature. Ces assurés prennent alors la qualité d'assistés médicaux gratuits et le médecin qui les a soignés est honoré d'après le Tarif départemental de l'Assistance médicale gratuite. Il n'en reste pas moins que le médecin-traitant ayant été mis en œuvre au titre des assurés sociaux indigents par un assuré muni d'une feuille de maladie des Assurances sociales, n'a accepté de donner ses soins qu'au Tarif prévu par l'art. 19 et est fondé en conséquence à exiger le paiement de ses honoraires en vertu de ce Tarif. Toute la difficulté revient à rechercher quel est l'organisme ou la personne responsable de la différence entre les deux Tarifs.

Cette question dépend à la fois de la cause motivant la déchéance de l'assuré à l'égard de sa Caisse et de l'organisation des soins aux assurés indigents dans le département. Si l'assuré ne peut prétendre aux prestations en nature parce que son employeur n'a pas versé régulièrement les doubles cotisations patronales et ouvrières

aux Assurances sociales, le responsable du préjudice subi à la fois par l'assuré et le médecin est, d'après la jurisprudence, cet employeur lui-même qui aurait dû se conformer aux obligations que lui impose le régime des Assurances sociales. Il peut, en conséquence, être poursuivi en dommages et intérêts devant le Conseil des Prud'hommes s'il s'agit de l'assuré ou devant le Juge de paix s'il s'agit du médecin.

Si l'irrégularité tient au fait de l'assuré et si la délivrance des feuilles de maladie est faite par la collectivité d'assistance en collaboration avec la Caisse d'Assurances sociales, celle-ci commet une faute en ne signalant pas à la collectivité d'assistance la situation irrégulière de tel ou tel assuré indigent. Elle est donc responsable à l'égard des tiers des conséquences de cette faute dans les termes du droit commun et le médecin traitant est donc fondé à la poursuivre en vertu de l'art. 1382 du Code civil, devant la juridiction ordinaire en paiement d'une indemnité égale au préjudice subi, c'est-à-dire de la différence entre le Tarif de l'Assistance médicale et le tarif de l'article 19.

Ainsi en a-t-il été décidé par le Tribunal civil d'Epinal dans un jugement du 8 décembre 1936 (*Semaine juridique*, 15 janvier 1937, page 28), que nous avons publié et commenté en son temps dans le *Concours Médical.*

APPLICATION DES TARIFS MÉDICAUX

3.465. — Le cumul de l'article 13 et l'indemnité de déplacement

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir me donner le renseignement suivant, au sujet d'une note pour « accident du travail » :

Il s'agit d'un blessé atteint d'un écrasement d'orteils, qui avait reçu du sérum antérieurement.

Je lui ai fait du sérum, en deux fois, et chez lui, j'ai noté : sérum antitétanique en deux fois, art. 16, 25 francs ; deux déplacements, art. 2, 6 francs.

Ces deux déplacements me sont contestés, sous prétexte de « cumul » avec un acte à tarif spécial ? Il y a certainement erreur d'interprétation ; on confond déplacement et visite.

Je vous prie de me dire si, oui ou non, j'ai régulièrement établi ma note.

Dr C.

Réponse

Le cumul ne concerne que le prix que l'art. 13 interdit de compter en même temps que le prix d'une intervention. Mais ce cumul interdit ne concerne pas les frais de déplacement (indiqués à l'art. 2), que ces frais soient basés sur l'indemnité kilométrique dans les provinces ou sur une indemnité fixe dans les villes de plus de 100.000 habitants, et leur banlieue, comme dans votre cas. Votre note est donc établie régulièrement.

Dr F. DECOURT.

3.514. — Réduction de fracture de doigts par extension continue

Le Tarif accident du travail est muet sur le traitement des fractures des phalanges.

Qu'il s'agisse de réduction de fracture avec appareil de contention ou d'extension, il n'existe aucune tarification.

J'ai placé à une fracture de la deuxième phalange du médius droit un appareil à extension de de Rougemond pour la pose duquel il faut transfixer l'os avec une petite broche.

Quel prix compter ? Je serais heureux que vous puissiez me donner quelques indications.

Dr J.

Réponse

Il m'apparaît qu'en cas de réduction de fracture d'un doigt avec extension, vous pourriez demander 60 francs (au lieu de 35 sans extension) par analogie avec réduction fracture d'un seul os de l'avant-bras (Voir art. 18). Il serait illogique, en effet, de ne compter que les 35 francs indiqués pour fracture de doigt « sans appareil plâtré, silicaté, ni extension ». Telle est, du moins, mon opinion personnelle sans que je puisse vous donner une « jurisprudence » à ce sujet.

Dr F. Decourt.

3.516. — Remboursement des frais pharmaceutiques aux assurés sociaux

Je vous serais très reconnaissant de me donner votre avis sur le cas suivant :

Un homme est opéré d'urgence pour perforation de l'estomac (K 80).

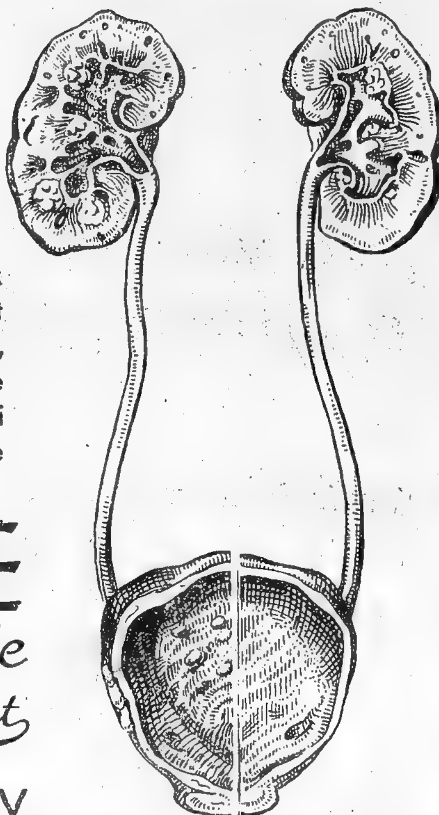
L'Assurance prétend que tous les médicaments utilisés doivent être compris dans le tarif forfaitaire, est-ce exact ? et elle n'a remboursé que 960 francs.

Dr G.

Réponse

Il est dit dans l'Instruction préliminaire annexée à la nomenclature officielle : « Le prix global comporte la rémunération desaides et les soins consécutifs pendant une durée maxima de vingt jours . » Il n'est dit nulle part que les fournitures pharmaceutiques sont comprises dans ce prix global. Vous devez, en cas d'intervention, faire une ordonnance et c'est le pharmacien qui acquittera la feuille d'ordonnance en ce qui concerne les médicaments prescrits, afin que la Caisse rembourse au malade ses frais pharmaceutiques, moins naturellement la part que doit payer ce malade et qui est de 20 % sauf en cas d'ordonnance dépassant 25 francs où elle est de 40 % pour le surplus (art. 27 du règlement-type fixé dans l'arrêté du 30 janvier 1937).

Dr F. Decourt.



3.591. — a) Acceptation de prise en charge b) Rayons infra-rouges

Je vous serais obligé de bien vouloir me renseigner sur un point de tarification. Une malade assurée assistée a besoin d'une série de rayons infra-rouges pour périviscérite.

Je préviens la Caisse par lettre recommandée. Mais les rayons infra-rouges ne sont pas portés sur la nomenclature générale ; je mentionne par analogie avec les ultra-violets : série d'intervention K 3 électro-radiologie.

Suis-je obligé d'attendre l'autorisation de la Caisse ou puis-je commencer le traitement en prévenant la Caisse le même jour?

Dr C.

Réponse

a) Voir art. 24 du règlement intérieur-type des Caisses, fixé dans l'arrêté du 30 janvier 1937 : « Si le praticien estime nécessaires des soins spéciaux, les prestations correspondantes ne peuvent être remboursées que si la Caisse adresse à l'intéressé, préalablement au traitement et sur demande de l'assuré... l'acceptation de prise en charge de ces prestations. »

En cas d'urgence (ce qui m'apparaît être votre cas), une justification doit être adressée au médecin-contrôleur de la Caisse par le praticien traitant, le spécialiste ou l'assuré, dans les trois jours de l'intervention ou de la consultation (*ibidem*).

b) Je crois qu'à défaut d'inscription dans la nomenclature des rayons infra-rouges on peut mettre par analogie avec « rayons ultra-violets » mettre K2, (ou K3 si rayons ultra-violets par lampe à arc ou Finsenthérapie.

Dr F. DECOURT.

FISCALITÉ

3.413. — Inscription au livre-journal des honoraires versés par des confrères

Je vous serais reconnaissant de me dire comment devrai-je faire figurer dans mon livre-journal, les recettes obtenues chez deux confrères que j'aide dans leur clinique. Ils ne me donnent pas de fixe, mais un pourcentage sur les consultations, accidents du travail et radiographies. Cette clientèle n'est pas à mon nom, mais à leurs deux patronymes.

Dr X.

Réponse

Les honoraires dont vous parlez doivent être inscrits sur votre livre-journal à la date où vous les touchez, comme vous notez vos autres recettes.

A. MARTINOT,
Conseil fiscal

Cinquante-neuvième année N° 22 30 Mai 1937

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

- sommaire -

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	60 fr.	Belgique et Luxembourg...	70 fr.
Etudiants	35 fr.	Première Zone	85 fr.
Le Numéro...........	1.25	Deuxième Zone	110 fr.

Correspondance

● ● ●

Renseignements

Changements d'Adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 fr. 50 pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande.)

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

N° 140. — Fille de méd. parlant anglais, cult. 49 ans, bon organisat. excell. réfer. ayant occupé place de confiance, cherche, au pair, situat. à demeure secrét., gouvern. intér. auprès infirme ou doct. mais. santé. Capable seconder diverses parties.

N° 141. — Jeune méd. 29 ans, dipl. Etat, désireux pour rais. personn. abandonner exercice médical client., cherche situat. para-médic. : lab. analyses, lab. spécialités, revue médicale, assurance, etc.

N° 142. — Doct. franç. 40 ans célibat. fait remplacem. toute durée, toute région. Médec. génér. peut fournir voiture.

N° 143. — Nord. Dans pet. ville, doct. âgé cèderait clientèle. Situat. intéress. pour jeune doct. français célibat. actif et sérieux.

N° 144. — Client. à céder, belle résidence, tt conf., jardin, garage, dépend., faible loyer, 2 heures Paris. Possib. s'annexer autre pavillon pour faire spécialités. Toutes combinais. possib. au point vue facilités, mais compt. minimum exigé. Ecr. Mlle Guiet ; poste restante à Paris.

N° 145. — Très bon poste de médec. génér. à céder, 110 km. Paris. 20.000 comptant. Facilité louer ou acheter maison.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet BREITEL ET GORET

1, rue Dante, Paris (5e). - Tél. : Odéon 36-46

2 heures Paris. — Petite ville, poste actif, grde maison conf. Prix : 50.000.

Champagne. — Très import. pro-pharmac., belle maison. Prix : 140.000. 80.000 cpt.

Ouest. — Près ville, gros rap. Loyer : 4.500. Prix : 75.000, 1/2 cpt.

Abonnés du « Concours » exerçant dans les Stations Thermales

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains : Bertier, Blondel, Coutaz, Dardel, H. Forestier père, Graber-Duvernay, Lelong, Pégaz.

Allevard-les-Bains : Boël.

Amélie-les-Bains : Bouix.

Ax-les-Thermes (Ariège) : Boyer, Girard, Gomma.

Bagnères-de-Bigorre : Frank-Duprat (*ent.*), J. Courbin, Ricard-Pomarède.

Bagnoles-de-l'Orne : Censier, R. Hügel, Joly, Le Gouriérec, J. Louvel, R. Louvel, Doctoresse M. Pellion, E. Poulain.

Bains-les-Bains : M. Henry, L. Rose.

Barèges : Orliac.

Besançon La Mouillière : Tronchon.

Biarritz : Clavel, Dejeant (*derm.*), Lacour.

Bourbon-Lancy : Bellœuf, G. Vincent.

Bourbon-L'Archambault : Bénabu, Litaud.

Bourbonne-les-Bains : Delacroix, Gay.

Brides-les-Bains et **Salins-Moutiers** : d'Arbois de Jubainville, Mathieu, Laissus fils.

Cambo-les-Bains : A. Camino, Chatard, Colbert, Dieudonné, J. Trotot.

Capvern : J. Pouy.

Cauterets : Anglada, Armengaud, Corone, Cosserat, L. Pradal.

Challes-les-Eaux : Vexenat.

Châtel-Guyon : J. M. Ballan, Baumann, Cambiès, Casati de Montgolfier, Foucaud, P. Martin, Mazeran, Ribérolles, Saint-René-Bonnet.

Contrexeville : Contal.

Dax : Barrau, Delmas (Armand).

Divonne-les-Bains : Ballivet, Vieux.

Eaux-Bonnes : Bourragué, Creignou.

Enghien-les-Bains : Beyrand, H. Forterre.

Escouloubre-les-Bains : Sarda.

Évaux-les-Bains : E. Legâle.

Evian-les-Bains : Bernex, J. Eyraud-Joly.

Hammam-Lif (Tunisie) : Fére.

La Bourboule : Anglada, Barthomeuf, Boudry, Cany, R. Galimant, Jean Godonnèche, Rongier Th., Maurel.

La Léchère : Millet, Noailly.

La Motte-les-Bains : Goirand.

Lamalou-les-Bains : Cauvy (*Rééd. motr.*), Faure, Tarié.

La Roche-Posay-les-Bains : Bardet, Guyot, Huet (*derm.*) Lépine.

Luchon : P. de Beauchamp, Cazal-Gamelsy, Germès, Molinéry (*ne fait que la physiothérapie*), Salles, Sammuller.

Luxeuil-les-Bains : Causeret, Gugnier, Rimey.

Mont-Dore : J. André, Roger André, Béal, Débidour, Dullin, Levadoux, Molines, E. Perpère, Verrier.

Néris : Ducros, Jossand.

Plombières-les-Bains : Bernard, J. Dumont, Truelle.

Preste (La) : Dr P. Baron.

Royat : Mougeot.

Salers : Rongier.

Salies-de-Béarn : Coustere David, Dufourcq, Larrouy, Ortal.

Salins-les-Bains : Bourny, Henri Neumand.

Salies-du-Salat : Barbé, St Béat.

Saujon : R. Dubois, M. Boisseau.

Saint-Didier (Vau.) : Masquin.

St-Honoré-les-Bains : Charpin, Ségard, Silvestre.

St-Nectaire : Sérane, Siguret, Versepuy.

Santenay-les-Bains : Boudeille.

Sermaize-les-Bains : Fritsch, (H.), Ramonet (*Malad. des enf.*)

Uriage : G. Barbier.

Vals-les-Bains : David, Galtier.

Vernet-les-Bains : Ponson.

Vichy : Arama (Michel) (*stom.*), Bargy, Berthomier, (*phys.*) Caillon, Castera, Chabrol, (Léon), R. Chaux, Cluzan. Cornillon, Cotar, Cros L., Déléage, Desmaroux, A. Durrieux, (*stom.*), Fau, R. Fraudet, (*stom.*), Fruictier, Gannat, Lère, Marquis, Martin-Péridier, Reynès, Roussignol.

Vittel : Adda, G. Constant, P. Genay, Finck.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Faculté de médecine de Bordeaux.** — M. le Professeur Pierre MAURIAC vient d'être réélu Doyen de la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux.

— **Journées médicales de Bruxelles** (19-23 juin 1937). — A la séance solennelle présidée par le ministre de la Santé publique, la conférence inaugurale sera faite par le Docteur Alexis CARREL, du Rockfeller Institute de New-York, en remplacement du Docteur Georges Duhamel, empêché.

— **Journées de la Faculté libre de médecine de Lille.** — La neuvième Session des « Journées médicales » de la Faculté libre de médecine et de pharmacie de Lille s'est tenue les 7, 8 et 9 mai 1937. Le succès en a été très vif et le nombre d'adhérents plus élevé que jamais.

Le vendredi 7 mai, la Société médicale et anatomo-clinique de Lille tenait une séance extraordinaire, avec un ordre du jour intéressant. Le samedi matin, de multiples séances opératoires ont eu lieu dans les divers services hospitaliers de la Faculté ; en médecine, le Prof. LANGERON parlait de la *classification des néphrites* et le Prof. BERNARD du *radio-diagnostic de l'occlusion intestinale*. Le samedi après-midi, trois conférences ont été données, par le Prof. LE GRAND sur la *suggestion thérapeutique*, par le Prof. DANEL, sur la *nature de l'eczéma*, par le Prof. DESPLATS, sur la *physiothérapie en gynécologie*.

Condamné momentanément au silence, le Docteur DUHAMEL n'a pu faire la conférence qu'il avait projetée sur le *message de Charles Nicolle*. Le dimanche matin, 9 mai, le Docteur TZANCK, de Paris, discutait quelques *problèmes pratiques de la transfusion du sang* et le Prof. TOURNADE, d'Alger, parlait de l'*intoxication tabagique expérimentale*.

Un banquet de 200 couverts clôturait ces « Journées », fort bien organisées par le Prof. BILLET, doyen de la Faculté et ses collègues, les Professeurs BERNARD et DESBONNETS.

— **Journées d'amitié médicale franco-polonaise 1937.** — Des journées d'amitié médicale Franco-polonaise auront lieu les 28, 29 et 30 juin 1937, à l'Exposition de Paris. Elles réuniront les médecins français et polonais qui veulent voir se maintenir et se resserrer les liens culturels médicaux entre leurs deux pays.

Elles sont placées sous le haut patronage de M. le Président de la République française et de M. l'Ambassadeur de Pologne à Paris, et sous la présidence du Professeur Achard, secrétaire général de l'Académie de médecine, membre de l'Institut.

Programme : Lundi 28 juin, 9 h. 30 : Réception à l'Exposition. Discours du Professeur Achard. Séance de travail ; 11 heures : Visite de l'Exposition. Déjeuner intime ; 16 heures : Concert Paderewsky au théâtre des Champs-Elysées ; 17 heures : Réception à l'Hôtel-de-Ville; soirée : Représentation théâtrale offerte par le ministre de l'Education nationale.

Mardi 29 juin, 9 heures : Séance spéciale des diverses Sociétés médicales ; 15 heures : Séance solennelle de l'Académie de médecine ; 17 heures : Réception à la Faculté de médecine ; 20 heures : Banquet officiel.

Mercredi 30 juin : Depuis 9 heures, visite d'Instituts scientifiques et d'hôpitaux ; 17 heures : Réception au Pavillon des Vins à l'Exposition ; soirée : Banquet de clôture des Journées médicales internationales de Paris.

Jeudi 1er juillet, Excursion : Visite de Vittel.

Vendredi 2 juillet : Réception à Nancy par l'Université et la ville.

Adresser les adhésions et les cotisations (80 francs pour les membres adhérents) avant le 15 juin 1937, au trésorier : Professeur agrégé Fribourg-Blanc, 15, rue Fays, Saint-Mandé (Seine).

Demandes de renseignements : Professeur agrégé Chevallier, 241, boulevard Saint-Germain, Paris, (VIIe).

Permanence pendant les Journées : Faculté de médecine, 12, rue de l'Ecole-de-Médecine (Bureau de l'A. D. R. M.).

— **Les Journées vétérinaires d'Alfort 1937** auront lieu les 11, 12 et 13 juin 1937.

— **Association des anciens élèves de la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux.** — L'Assemblée générale de l'Association des Anciens élèves de la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux aura lieu le samedi 19 juin 1937, à 17 heures, dans le Grand amphithéâtre de la Faculté de médecine et de pharmacie, place de la Victoire, à Bordeaux.

Il est rappelé que, conformément à la décision prise par le Bureau constitutif, n'ont droit au vote que les membres du Conseil d'administration et du Comité de patronage. Les membres qui ne pourraient se rendre à l'Assemblée générale devront envoyer leur vote le 17 juin, dernier délai, à M. le Secrétaire de la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux, secrétaire administratif de l'Association.

Cette séance d'Assemblée générale est ouverte à tous les anciens élèves de la Faculté.

— **Comité international de la lumière.** — Le 1er juillet 1937, le Comité international de la lumière tiendra, à Paris, sa réunion annuelle, sous la présidence du Docteur H. Jausion, ancien professeur agrégé du Val-de-Grâce, médecin-chef directeur des Laboratoires de l'hôpital Franco-Musulman.

Les délégués nationaux et les membres du C. I. L., sont conviés à se joindre aussi nombreux que

possible aux membres du Comité exécutif qui siègera dans la matinée pour discuter de son ordre du jour.

L'après-midi, à 14 heures, séance publique dans les locaux des Laboratoires de recherches de l'hôpital Franco-Musulman de Bobigny. Sont invités à communiquer tous les membres du Comité international de la lumière. Déjà, sont annoncés les travaux de : MM. Ponzio, Pires de Lima, Vallerio, Merikofer, Friedrich, Linke, Hausmann, Ledent, Saidman, J. Meyer, Van Wijk, Rosselet, Aimes et Margarot, E. et H. Biancani, Dufestel, Jausion, Guezburg, Duwe et Mlle Hissink.

S'inscrire sans cotisation, mais sans délai, soit chez le Docteur Jausion, président, 21, rue Théodore-de-Banville, Paris, soit auprès du Docteur Schreiber, secrétaire général, 1, Robert-Koch-Platz, Berlin, NW 7.

— **Union internationale contre la tuberculose.** — *Bourses d'études à l'Institut « Carlo Forlanini », à Rome.* — La Fédération nationale italienne fasciste de lutte contre la tuberculose met à la disposition de l'Union internationale contre la tuberculose six bourses d'études à l'Institut « Carlo Forlanini » à Rome.

Les conditions offertes sont les suivantes : Les bourses mises au concours, d'une valeur de 2.000 lires chacune, plus la nourriture et le logement, doivent servir à faciliter le stage de médecins étrangers à l'Institut « Carlo Forlanini » à Rome. Ce séjour se répartira sur l'année universitaire (du 15 novembre au 15 juillet), c'est-à-dire huit mois interrompus par les vacances usuelles. Les boursiers devront obligatoirement résider à l'Institut.

Les bourses seront attribuées de préférence à de jeunes médecins déjà familiarisés avec les problèmes de la tuberculose et désirant se perfectionner dans cette branche. Le genre de travail poursuivi à l'Institut sera déterminé par accord entre le Directeur de l'Institut et le candidat. La priorité de la publication de ces travaux est réservée au *Bulletin* de l'Union internationale contre la tuberculose.

L'attribution de ces bourses aura lieu à la prochaine session du Comité exécutif qui doit se réunir au mois de septembre 1937 à Lisbonne. Les noms des candidats accompagnés de renseignements sur leur âge, leurs titres, etc., leur expérience professionnelle, doivent parvenir au Secrétariat de l'Union internationale contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (VIe), avant le 15 juillet 1937.

Aucun acte de candidature ne sera pris en considération s'il n'est transmis au Comité exécutif par un Gouvernement ou une Association membre de l'Union.

— **Club aéro-médical de France.** — A l'occasion des Journées internationales d'aviation sanitaire et de médecine aéronautique, qui auront lieu à Paris en juillet prochain, le Club aéro-médical de France orga-

nise pour le 7 juillet, les premières Assises de médecine aéronautique.

La question proposée est : « De l'importance comparée du sens stéréoscopique et de l'acuité visuelle « pour le pilotage des aéronefs ».

Tous les membres du Corps médical sont invités à assister à la réunion et à participer à la discussion. Les inscriptions et les communications doivent être adressées pour le premier juin, au secrétariat du Club aéro-médical, 24, rue Pierre-Demours, Paris (XVIIe).

— **Hôpital-hospice d'Argenteuil.** *Internat.* — Le récent concours d'internat de l'hôpital d'Argenteuil s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Guillou, 46 ; Marinetti, 45 ; Renauld, 42 ; Gilbert, 37.

Internes provisoires : MM. Vigneau, 35 ; Patron, 34.

Les questions posées ont été : Ecrit. — *a)* Canal cholédoque ; rapports anatomiques ; *b)* Complications de l'ulcère de l'estomac ; signes, évolution, traitement. — *Oral. a)* Le pneumothorax thérapeutique : indications, conduite et complications ; *b)* Conduite à tenir et traitement des fractures ouvertes des membres.

— **Hospices civils de Chalon-sur-Saône.** — Deux places d'internes, service de chirurgie et maternité, seront vacantes le 1er octobre 1937, à l'hôpital de Chalon-sur-Saône.

S'adresser pour tous renseignements à M. l'Econome des Hospices civils.

— **Commission d'échange universitaire France-Allemagne.** — Dans le but de favoriser l'échange franco-allemand, la Commission a établi un secrétariat, 1, rue de Brissac, chargé de centraliser les demandes de séjour en Allemagne.

En raison des conditions avantageuses qui seront à la disposition des étudiants, les inscriptions doivent être adressées d'urgence.

— **Société de médecine et de génie sanitaire.** *Conférence.* — Le docteur Georges HEUYER, médecin des hôpitaux, a fait le 26 mai, dans le grand Amphithéâtre de l'Institut Pasteur, une conférence sur le *dépistage des enfants déficients à l'âge scolaire.*

— **Médecin archéologue, lauréat de l'Institut.** — Nous sommes heureux d'annoncer que notre ami et collaborateur, le Docteur Maurice VIMONT, membre de notre Conseil de direction, de la Commission municipale du *Vieux-Paris*, président honoraire de la Société historique et archéologique *Le Centre de Paris*, etc., vient de se voir attribuer par l'Académie des Inscriptions et Belles-Lettres le PRIX LESENNE pour son *Histoire de la rue Saint-Denis* de ses origines jusqu'à nos jours, en trois volumes.

Le Docteur Vimont avait déjà, il y a quelques

années, obtenu le même prix pour sa savante histoire de l'Eglise Saint-Leu.

Le *Concours Médical*, le Sou médical, dont le Docteur M. Vimont est président, la Mutualité familiale dont il est vice-président, s'unissent pour féliciter chaudement le nouveau lauréat. J. N.

— **Institut Calot-Berck-Plage.** *Place vacante d'interne résidant. — Conditions à remplir* : Avoir fini et passé tous ses examens (la thèse passée ou non). Etre Français, non marié.

Conditions faites : logé, nourri, honoraires fixes 500 francs par mois. Engagement pour un an. Entrée en fonctions le 1er juillet 1937.

Se présenter soit au Docteur Calot, 69, quai d'Orsay, Paris, les lundis ou samedis de 3 heures à 4 heures, soit au Docteur Fouchet, à Berck-Plage, Institut Calot, tous les jours à 4 heures.

— **Naissances.** — Le Docteur Ch. Mougin (de Paris) et Madame Mougin nous font part de la naissance de leurs enfants *Jean-Claude* et *Jacqueline*. Nos plus sincères félicitations et nos meilleurs souhaits. J. N.

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur René Ramonet, de Carcassonne, décédé le 15 mai 1937.

Nous adressons à Madame Ramonet, sa mère, l'expression de nos sincères condoléances.

A TRAVERS L'OFFICIEL

11 MAI

Service de santé militaire

Avis de concours pour l'emploi d'élève de la section « Médecine-Troupes métropolitaines » de l'école du Service de santé militaire

Un concours spécial pour l'emploi d'élève de la section « médecine, troupes métropolitaines » de l'école du Service de santé militaire sera ouvert le 16 septembre 1937.

Seront seuls admis à prendre part à ce concours, les étudiants en médecine titulaires de vingt inscriptions.

Le registre d'inscription sera ouvert le 19 juillet 1937 et clos le 28 août 1937.

Pour tous renseignements, les candidats devront s'adresser soit au ministère de la Défense nationale et de la Guerre (Direction du Service de santé, bureau du personnel), à Paris, soit au directeur de l'Ecole du Service de santé militaire, à Lyon.

12 MAI

Assurances sociales

Arrêté du 10 mai 1937 fixant le barême provisoirement applicable à l'estimation du degré d'invalidité des assurés sociaux

Art. 1er. — Jusqu'à la mise en vigueur du barême prévu à l'article 19 (§ 2), du décret-loi du 28 octobre 1935, le degré d'invalidité des assurés sociaux sera apprécié dans les conditions fixées par l'arrêté du 5 août 1933 modifié par l'arrêté du 17 juillet 1935.

Art. 2. — Le conseiller d'Etat directeur général des Assurances sociales et de la Mutualité est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal Officiel* de la République française.

13 MAI

Sanatoriums publics

Par arrêté du ministre de la Santé publique en date du 10 mai 1937, M. le Docteur Crouzet, médecin adjoint au sanatorium de Bodiffé (Côtes-du-Nord), a été nommé, sur sa demande, médecin adjoint au sanatorium de Pontells (Gard).

Service de santé militaire

Par décret du 11 mai 1937, sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé et, par décision ministérielle du même jour, reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de médecin sous-lieutenant

Les méd. auxil., titul. du brevet de préparation militaire supérieure, ci-après désignés :

(Rang du 21 avril 1937) : Douyau, 6e sect. d'inf. mil., aff. 6e rég. ; (rang du 22 avril 1937) : Labenne, 1re sect. d'inf. mil., aff. 1re rég.

Les élèves officiers de réserve (médecins) ci-après, désignés :

(Rang du 21 mars 1937) : Bourdillon, 14e sect. d'inf. mil., aff. 14e rég. ; Despierres, 14e sect. d'inf. mil., aff. 14e rég. ; Guillemin, 14e sect. d'inf. mil., aff. 14e rég. ; Jarricot, 14e sect. d'inf. mil., aff. 14e rég. ; Papillon, 14e sect. d'inf. mil., aff. 14e rég. ; Eyraud, 14e sect. d'inf. mil., aff. 14e rég.

Les médec. auxil. titul. du B. P. M. S. : (rang 21 mars 1937) Rousset, 22e sect. infirm. milit., aff. à rég. Paris ; (rang 8 avril 1937) ; Hygounenc, 16e sect. infirm. milit., aff. à 16e rég. ; Heinrich, 25e sect. infirm. milit., aff. aux tr. de Tunisie.

Les médec. auxil. nin titul. du B. P. M. S. : (rang 21 mars 1937) Le Loc'h, 11e sect. infirm. milit., aff. à 11e rég. ; (rang 10 avril 1937) ; Honoré, 6e sect. infirm. milit., aff. à 6e rég.

Les élèves offic. de rés. (médecins) : (rang 21 mars 1937) Bour, 22e sect. infirm. milit., aff. rég. Paris ; Rault, 22e sect. infirm. milit., aff. rég. Paris ; Ricard, 19e sect. infirm. milit., aff. 19e C. A. ; Durand, 19e sect. infirm. milit., aff. 19e C. A. ; Salasc, 20e sect. infirm. milit., aff. 19e C. A.

14 MAI

Exercice de la pharmacie

Décret du 4 mai 1937 modifiant le régime des études afférentes au diplôme de pharmacien

Ce décret sera publié dans l'Agenda-Memento de 1938.

Lutte antivénérienne

Circulaire du 16 avril 1937 relative au service de prophylaxie des maladies vénériennes

Cette Circulaire sera publiée ultérieurement.

Service de santé militaire

Par décret du 11 mai 1937, sont promus dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé, les officiers de réserve ci-après désignés, qui, par décision de même date, sont maintenus dans leur affectation actuelle :

Au grade de médecin lieutenant

Les méd. sous-lieut. ci-après dés. : (rang du 18 février 1935) : Bourdail, rég. Paris.; (rang du 20 août 1936) : Gerest, 14e rég. ; (rang du 17 septembre 1936) : Torrel, 15e rég. ; (rang du 11 octobre 1936) : Alaurent, 5e rég. Gautier, 5e rég. ; (rang du 18 octobre 1936) ; Guermann, rég. Paris ; (rang du 25 octobre 1936) : Viennois, 14e rég. (rang du 17 décembre 1936) : Gigault de La Bedollière, 19e C. A.

(Rang du 19 janvier 1937) : Rousset, 19e C. A. ; (rang du 21 janvier 1937) : Passebois, 16e rég. ; (rang du 25 janvier 1937) : Moindrot, 14e rég. ; (rang du 26 janvier 1937) : Ellie, 18e rég. ; (rang du 1er février 1937) : Guérin, 5e rég. ; (rang du 3 février 1937) : Beauvalet, rég. Paris ; Chastagnol, rég. Paris ; Gauffre, rég. Paris ; Gras, rég. Paris ; Hofmann, rég. Paris.

Lion, rég. Paris ; Mouthon, rég. Paris ; Nastorg, rég. Paris ; Soubiran, rég. Paris ; Truelle, rég. Paris; Vendreys, rég. Paris ; Seguin, 3e rég. ; Logeais, 4e rég. ; Legrand, 5e rég. ; Denoyel, 14e rég. ; Goutner, 14e rég. Laigle, 14e rég. ; Palluel, 14e rég. ; Prudhomme, 14e rég. ; Thomeret, 14e rég. ; Wolinetz, 14e rég. ; Grimaud, 15e rég. ; Guiran, 15e rég. ; Malartie, 15e rég. ; Poullain, 15e rég. ; Raybaut, 15e rég. ; Dupla, 17e rég.

(Rang du 12 février 1937) : Brumpt, rég. Paris ; Grossiord, rég. Paris ; Levy, rég. Paris ; Mathey, rég. Paris ; Mignot, rég. Paris ; Monsaingeon, rég. Paris ; Morin, rég. Paris ; Nouaille, rég. Paris ; Ollier, rég. Paris; Picquart, rég. Paris ; Sacquepée, rég. Paris ; Vignalou-Perer, rég. Paris ; (rang du 27 février 1937) : Vilenski, rég. Paris ; (rang du 20 avril 1937) : Detrez, 1re rég.

16 MAI

Enseignement de la médecine

Par arrêté du 14 mai 1937, la chaire de médecine au collège de France est rétablie.

Un délai d'un mois à dater de la publication du dit arrêté est accordé aux candidats pour adresser à l'administrateur du collège de France, leur déclaration de candidature et l'exposé de leurs titres.

Médaille d'honneur des épidémies

Par arrêté du ministre de la Santé publique en date du 15 mai 1937, la médaille d'honneur des épidémies en argent a été décernée à M. le Docteur Crosse (Emile), médecin de l'Assistance médicale gratuite à Mateur (Tunisie) pour maladie grave contractée dans l'exercice de ses fonctions.

Voir la suite page XLVII-1703

PROPOS DU JOUR

LE SALARIAT MÉDICAL

Certains de nos confrères considèrent l'épithète de salarié comme une injure. Ils se trompent lourdement ; le salaire est la rémunération d'un travail, rémunération qui résulte d'un contrat de louage de services. Quelque soit le talent, la valeur intellectuelle, artistique, morale de celui qui exécute le travail, quelque soit la nature de ce travail, le salaire honnêtement gagné, résultant d'un contrat loyalement rempli, est en tous points respectable et le qualificatif de salarié ne saurait jamais être une injure. Il est des préjugés qui sont difficiles à déraciner ; tel celui qui dans le monde médical, il y a cinquante ans, faisait considérer comme dégradant le terme de syndicat. Il fut des groupements de médecins qui, voulant bénéficier de la loi sur les syndicats, mais ne voulant pas en admettre le nom, s'affublèrent du titre d'association professionnelle qui, a exactement la même signification que Syndicat. Il en est de même du mot salaire. Dans l'industrie, le salaire change de nom selon la catégorie des salariés. On appelle généralement traitement, le salaire du directeur de l'entreprise ; appointements, le salaire de l'employé quelque soit sa valeur intellectuelle et l'on réserve le terme de salaire à la rémunération de l'ouvrier manuel. Mais, au fond, c'est exactement la même chose, et dans tous ces cas, le salaire dépend du contrat de louage de services.

Il en est de même pour le médecin. Chaque fois qu'il dépend, à un titre quelconque, d'une collectivité et que par un contrat écrit ou par l'acceptation d'un règlement, même simplement verbal, il loue ses services à quelqu'un, il devient son salarié.

Qu'il s'agisse de l'assistance, d'une commission administrative hospitalière, d'une mutualité, d'un asile d'aliénés, d'un sanatorium, d'une maison de santé, d'une administration publique ou privée à qui le médecin consent à prêter le concours de ses connaissances techniques, il devient un salarié.

S'il est salarié de l'Etat, il est qualifié de fonctionnaire. Si nous préférons la fonctionnarisation au salariat proprement dit, c'est parce que l'Etat, nous paraît, le plus souvent, donner plus de garanties à ceux qu'il emploie, que toute autre collectivité. La situation du fonctionnaire est garantie par des réglements, une pension de retraite, à laquelle il participe d'ailleurs par une retenue sur son traitement, lui est assurée. Le contrat de louage de services existe néanmoins pour le médecin fonctionnaire sous forme de réglements qu'il a acceptés de respecter en entrant en fonctions.

Si, en traitant de défense professionnelle, nous déplorons que l'exercice de la médecine s'aiguille vers la fonctionnarisation ou le salariat, ce n'est pas parce que nous méprisons le médecin fonctionnaire ou le médecin salarié, mais parce que nous regrettons que la profession médicale perde sa belle indépendance, son caractère de profession libérale.

Les nécessités, créées par le progrès (et c'est au moins la centième fois que nous le répétons) obligent le praticien à s'outiller coûteusement, à avoir fréquemment recours aux spécialistes et aux laboratoires ; il ne peut pas travailler seul.

Nous eussions préféré voir des équipes, des associations coopératives de médecins se former pour acheter en commun et organiser les centres médicaux, les dispensaires, les laboratoires, les maisons de santé, pourvus des appareils, des instruments nécessaires pour faire bénéficier leurs malades des derniers progrès scientifiques de la technique. Ils auraient été ainsi les maîtres et auraient librement réglé entre eux les conditions de l'exercice de leur profession.

Ils auraient été des associés, partageant judicieusement les bénéfices de leur entreprise. Ils n'ont pas voulu ou pu se résoudre à faire les frais de pareilles organisations. Ils se trouvent donc dans l'obligation d'avoir recours à l'Etat ou à d'autres collectivités et glissent sur la pente qui les conduira fatalement à la fonctionnarisation ou au salariat.

L'Etat, du moins à l'heure actuelle, ne paraît pas disposé à réaliser la fonctionnarisation du médecin. Mais qu'on ne s'y trompe pas, il préfère favoriser plus ou moins ouvertement le salariat de notre profession. Au lieu de créer un service de santé civil, analogue à celui de l'enseignement public, à ceux de l'armée ou de la police, service qui exigerait un grand effort finan-



cier qu'il est actuellement incapable de faire, il préfère laisser à des organismes plus ou moins dépendants de lui, départements, communes, commissions hospitalières, sanatoriums, assurances sociales, mutualités, ligues et œuvres privées de tous genres, etc., le soin de créer l'armature sanitaire du pays, en les aidant par des subventions habilement distribuées, qui lui permettent d'avoir un droit de regard sur toutes leurs initiatives.

Cette évolution de l'exercice de la médecine que nous ne cesserons de déplorer, mais qui nous paraît se développer de plus en plus, augmentera l'action de nos syndicats. Comme dans l'industrie, ils devront intervenir pour débattre les avantages auxquels le praticien devra avoir droit. Ce seront eux qui rédigeront et au besoin imposeront les contrats collectifs, qui empêcheront le médecin salarié d'être trop sacrifié.

Quoiqu'il arrive le médecin praticien est destiné à être une victime en devenant un salarié, le fait d'être salarié c'est-à-dire victime, peut être parfois un titre de noblesse, mais il ne doit jamais être un terme de mépris injurieux.

***

L'explication originale que l'économiste Bastiat a donnée de l'origine du salariat et de son évolution dans l'industrie, peut s'appliquer intégralement à la profession médicale. Nous croyons intéressant de reproduire le passage :

« Le vieux pêcheur dit un jour à son camarade : « Tu n'as ni barque, ni filets, ni d'autres instruments que tes mains pour pêcher et tu cours grand risque de faire triste pêche. Tu n'as pas non plus d'approvisionnement, et cependant pour travailler, il ne faut pas avoir l'estomac vide. Viens avec moi, c'est ton intérêt comme le mien. C'est le tien, car je te céderai une part de notre pêche, et, quelle qu'elle soit, elle sera toujours plus avantageuse que le produit de tes efforts isolés.

C'est aussi le mien ; car ce que je prendrai de plus grâce à ton aide, dépassera la portion que j'aurai à te céder. En un mot l'union de ton travail et de mon capital, comparée à leur action isolée, nous vaudra un excédent et c'est le partage de cet excédent qui explique comment l'association peut nous être à tous deux favorable. Cela fut ainsi. Plus tard le jeune pêcheur préféra recevoir chaque jour une quantité fixe de poisson. Son profit aléatoire fut ainsi converti en salaire. »

Si les vieux praticiens comme le vieux pêcheur avaient converti leurs ressources en maisons de soins, instruments et appareils, s'ils avaient fait appel aux jeunes médecins et avaient créé avec eux une association dont ils auraient partagé les excédents de bénéfices, le jeune médecin n'aurait pas préféré rechercher une rémunération fixe et n'aurait pas converti son profit aléatoire mais proportionné à ses efforts et à son travail, en un salaire qui lui enlèvera en partie son indépendance.

J. Noir.

LA MANIE DES NÉOLOGISMES DANS LE LANGAGE MÉDICAL

Naguère on qualifiait un débile mental d'anormal ou d'arriéré, on allait jusqu'à le dénommer *minus habens* quand on ne se contentait pas des termes d'idiot ou d'imbécile, actuellement on dit plus élégamment, un *oligophrène*. Cela est bien mieux ; c'est un terme plus hermétique et quand on le prononce devant des profanes, ils restent bouche bée et répéteraient volontiers avec le Lucas du *Médecin malgré lui*, écoutant le charabia de Sganarelle, « Oui, ça est si biau que je n'y entends goutte. »

Les néologismes qui n'ont pas leur raison d'être sont sans nombre dans le jargon médical. Un de nos confrères, le Docteur Maurice Lebon s'était amusé à en relever quelques uns dans un article, paru dans l'*Œuvre* il y a huit ou dix ans. La constipation est devenue de la *dyschésie* ; la défécation, l'*eccoprose* ; la colique se transforme en *cœlialgie* ; le mal de mer en *naupathie* ; l'insomnie s'appelle *agrypnie*. Nous en passons et des meilleurs. Ne pourrait-on pas reprocher à certains médecins de nos jours, comme jadis Molière, que souvent « toute l'excellence de leur art consiste en un pompeux galimatias » ?

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE

(Hôpital des Enfants-Malades)

Quelques malades vus à la consultation du lundi

Par M. le Professeur Ombrédanne (1)

Ce petit garçon présente une démarche caractéristique : les pieds se projettent brusquement en avant, tout en déviant en dehors et reprennent contact avec le sol seulement par les pointes : les genoux qui sont fléchis, se heurtent et se croisent en ciseaux : les cuisses sont fléchies sur le bassin et se trouvent en adduction. On note deux éléments dans cette démarche défectueuse : la spasmodicité et l'incoordination motrice ; il s'agit évidemment du syndrome de Little. Les réflexes rotuliens sont exagérés des deux côtés.

Nous sommes en présence d'une *forme légère de la maladie de Little* : l'enfant est capable de marcher seul, il semble avoir une intelligence à peu près normale. Que peut-on faire pour lui ? L'allongement par dédoublement du tendon d'Achille est certainement l'opération initiale de choix dans ce cas et cette intervention donnera sûrement d'excellents résultats en permettant la marche à pieds plats ; mais l'incoordination motrice ne sera en rien modifiée pas plus après cette première intervention, l'extension du pied qu'après les opérations sur les fléchisseurs du genou et les adductions des cuisses. L'enfant opéré doit s'adapter à ces nouvelles conditions au moyen de la rééducation motrice.

Les exercices d'éducation motrice doivent être continuels : l'enfant doit apprendre à faire au commandement les mouvements les plus étendus du pied, du genou et de la hanche, en obtenant une précision de plus en plus grande. Les exercices de marche sont également très recommandés. L'exercice de la bicyclette fixe d'entraînement fait travailler les muscles des membres inférieurs dans de bonnes conditions. Plus tard, ces enfants tirent souvent des avantages considérables de l'usage de la bicyclette libre car, malgré les ténotomies appropriées, l ur marche reste souvent défectueuse et les fatigue très vite.

***

M. Lance nous présente cette petite fille qui a eu une poliomyélite à l'âge de deux ans. Actuellement, le *membre inférieur gauche est raccourci par rapport à celui du côté opposé,* le pied gauche est en cavus qui a de la tendance à s'accentuer, il existe une rétraction de l'extenseur du gros orteil. Pendant la marche, la cuisse gauche se porte en avant par un mouvement saccadé, le pied gauche se place en léger varus, les orteils s'écartant en éventail : la fillette boite légèrement du fait du raccourcissement de son membre inférieur gauche.

En position couchée, la fente vulvaire ramenée sur la ligne médiane, je mesure la longueur des deux membres, et je constate que le raccourcissement intéresse le segment jambe du côté gauche : les segments cuisses sont équivalents en longueur. Le raccourcissement, qui est de 1 cent. 1/4, plus exactement de 12 mill., n'est pas négligeable pour la taille de cette enfant. La circulation des deux membres inférieurs est équivalente, il n'y a pas de cyanose bien marquée du côté gauche. En somme, cette enfant présente actuellement les séquelles de la poliomyélite se manifestant cliniquement par un trouble de la croissance en longueur du membre inférieur gauche.

Il y a des enfants bien portants, sans aucune atteinte antérieure de poliomyélite, qui présentent un raccourcissement d'un membre inférieur. Ces différences de longueur entre les deux membres peuvent atteindre 2 ou 2 cent. 1/2 ; elles déterminent une boiterie assez accentuée accompagnée d'une inclinaison du bassin du côté du membre raccourci entraînant la production d'une scoliose de compens tion. C'est une éventualité très fréquente : la scoliose des jeunes filles est très souvent amorcée par ce raccourcissement unilatéral d'un membre inférieur. Quelle est la cause de ce curieux retard de croissance ? La question est bien difficile à résoudre. L'évolution de ce retard n'est pas la même dans tous les cas. Par exemple, l'enfant présente un membre inférieur droit plus long que le gauche ; puis, après une affection banale, l'enfant fait brusquement une poussée de croissance et grandit de 4 cent.

(1) Consultation du 7 décembre 1936, recueillie par Mme le Docteur Rodzevitch.

en quelques mois et le raccourcissement du membre gauche se trouve augmenté. Par contre, dans d'autres cas, la croissance se fait lentement et la différence de longueur entre deux membres peut diminuer. A l'âge de 20 ans, il y a soudure des cartilages de conjugaison : il peut bien arriver que le membre le plus long ossifie le premier son cartilage de conjugaison ; de ce fait, le raccourcissement diminue tant que le membre le plus court continue à grandir. Mais dans le cas inverse, la différence de longueur devient encore plus accentuée qu'avant cette période de croisssance.

La croissance est un phénomène encore obscur. L'action d'hormones est possible, probable même, mais ceci ne peut nous expliquer la croissance inégale de deux membres inférieurs.

La forme de raccourcissement dont je viens de vous parler touche tous les segments du membre. Dans notre cas, il n'intéresse que le segment jambe et représente une séquelle de la poliomyélite. Dans la forme légère de cette affection, il peut n'exister aucune atteinte musculaire consécutive ; la manifestation fruste de poliomyélite se traduit par le raccourcissement, et par rien d'autre.

Comment peut-on améliorer l'état de cette enfant ? Il faut remédier au raccourcissement en plaçant au niveau de son talon gauche une surélévation de 12 millimètres.

Cet enfant de 5 ans n'a pas encore marché ; les deux membres inférieurs sont cyanosés, les hanches sont fléchies, le tronc incliné en avant sur les cuisses, les genoux sont également fléchis à angle droit, les pieds sont en varus équin. Cet enfant présente donc une attitude vicieuse caractéristique qui est fixée sous l'influence de la station assise permanente : il fut atteint en bas âge d'une forme grave de poliomyélite et actuellement nous observons les séquelles de cette affection sous forme de paralysie totale des deux membres inférieurs. Les membres inférieurs violacés sont sans muscles valables : aucun mouvement n'est possible sauf un léger soulèvement des genoux grâce à l'action des tenseurs du fascia lata qui ont échappé à la paralysie.

Dans le cas d'une paralysie totale d'un des membres inférieurs, quelques enfants arrivent à marcher grâce à certaines adaptations du pied et du genou le recurvatum en particulier. Le genou d'un enfant paralysé qui n'a jamais pu marcher tend à se fixer en flexion ; or, la marche en flexion n'est pas possible quand le quadriceps est paralysé. Pour maintenir le corps en équilibre et pour marcher, l'enfant doit appuyer avec la main sur le tiers inférieur de la cuisse en refoulant de cette manière le genou en arrière de la ligne de gravité. Dans cette attitude, le genou dépasse la verticale et se place en recurvatum, maintenu fixe par les ligaments postérieurs du genou. Le tronc doit être incliné en avant pour permettre à l'enfant d'appuyer avec la main au-dessus du genou et de le refouler d'avant en arrière. D'autre part, l'équinisme est indispensable à la marche. Le genou en recurvatum peut supporter le poids du corps passivement grâce à l'appui fourni en arrière par la capsule articulaire et malgré la paralysie du quadriceps.

Chez cet enfant frappé de paralysie totale des deux membres inférieurs la marche est évidemment impossible. Les lésions sont au-dessus des ressources de la chirurgie et l'infirmité de cet enfant est définitive. On peut lui conseiller de porter un appareillage total qui lui permettra peut-être de se tenir debout.

***

En septembre 1935, cette fille de treize ans a été prise brusquement d'une douleur très vive dans la région de la *hanche gauche* ; en même temps, la température était montée à 40°. L'épreuve radiographique actuelle montre que le cotyle gauche est agrandi par rapport à celui du côté opposé : la tête fémorale se trouve réduite à un petit moignon, l'os iliaque est surmonté de quelques productions d'apparence périostique.

Le diagnostic différentiel doit être fait entre la *tuberculose* et l'ostéomyélite : quels sont les facteurs qui permettent de trancher la question ? Les lésions osseuses datent d'un an. Le début assez brusque de l'affection peut évoquer l'idée d'ostéomyélite : mais il n'y a jamais eu au niveau de la hanche de suppuration ; d'autre part, l'ostéomyélite de la hanche est toujours intra-articulaire, d'où, au minimum, une ankylose osseuse très serrée : chez cette fille, l'amplitude des mouvements de la hanche malade est réellement importante.

La palpation du triangle de Scarpa, le long de l'artère iliaque externe montre la présence d'une adénopathie considérable. Or, il existe une règle fondamentale, en pareille circonstance : s'il existe des ganglions c'est de la tuberculose qu'il s'agit. L'adénopathie marquée aussi nettement que nous le constatons chez cette fille tranche le diagnostic ; cependant, elle conserve les mouvements de l'articulation atteinte et on ne trouve aucun point douloureux à la palpation.

Que peut-on faire pour cette enfant ? L'arthrodèse extra-articulaire ? Destinée à bloquer le grand trochanter à l'os iliaque au moyen d'un pont solide et destinée à arrêter le processus de destruction osseuse ultérieure? Toutefois, chez les enfants, cette arthrodèse ne donne pas toujours de bons résultats. Il y a, en outre, une contre-indication à l'intervention immédiate chez notre malade : nous sommes en pleine évolution de la tuberculose malgré l'indolence de l'articulation coxo-fémorale et les mouvements conservés, l'adénopathie de cette enfant est très accentuée. Ainsi, aucune intervention n'est sage pour le

moment : je conseille d'envoyer cette malade dans une station climatique appropriée où elle aura plus de chance de refroidir, d'obtenir l'arrêt d'évolution de son affection, et la disparition de son adénopathie ; on discutera après la disparition de l'adénopathie le traitement chirurgical indiqué chez cette malade.

***

Ce garçon âgé de 14 ans vient nous consulter parce qu'il souffre de ses *pieds*. La démarche de ce garçon n'est pa mauvaise, mais on constate à simple inspection que les deux pieds sont gravement déformés en plat *valgus*, les orteils son divergents en éventail. En les examinant, on se rend compte qu'il existe un effondrement de la voûte antéro-postérieure du pied, relativement équivalent des deux côtés, accompagné d'une torsion en valgus dans la médio-tarsienne et la sous-astragalienne. Quand le garçon se tient débout, le dos tourné à l'observateur, on apprécie la coudure en dehors de l'axe longitudinal des pieds : l'axe vertical de la jambe et l'axe vertical du talon font l'un avec l'autre un angle ouvert en dehors au niveau de la médio-tarsienne. La silhouette interne des pieds est soulevée par deux bosses : la supérieure est la saillie de la malléole interne anormalement exagérée, la bosse sous-jacente est constituée par la tête subluxée de l'astragale. Les pieds sont aplatis, étalés au niveau de l'avant-pied. L'exploration des pieds ne réveille aucune douleur au niveau du système ligamenteux du tarse. Les membres inférieurs de ce garçon sont grêles et mal musclés ; la cuisse droite de forme cylindroïde paraît moins volumineuse que la gauche.

Ce garçon exerce la profession de crémier qui l'oblige à rester debout toute la journée pendant son travail. Bien qu'il porte des chaussures montantes, à la fin de la journée ses pieds deviennent douloureux.

En position couchée, on met en évidence que le pied gauche est souple et ballotte quand on imprime des mouvements saccadés à la jambe ; le pied droit, par contre, dans les mêmes conditions, fait bloc avec la jambe du fait de la contracture des péroniers latéraux et de l'extenseur des orteils.

Ce garçon est atteint d'une déformation des pieds désignée sous le nom de pied plat valgus douloureux.

Cette déformation est caractérisée en premier lieu par un effondrement de la voûte plantaire résultant d'une faiblesse musculaire et ligamenteuse liée à la croissance ; la station debout prolongée favorise la production de cette déformation. Il y a une rupture d'équilibre entre les différents moteurs du pied, et, la concavité normale de la voûte plantaire, résultant d'un certain degré de varus et de cavus physiologique maintenus par la tonicité des muscles, s'effondre et le pied est entraîné en valgus par action des moteurs intacts. Au premier stade de déformation l'attitude en valgus devient incessante et finit par devenir irréductible ; au second stade, le pied est fixé en valgus, les surfaces articulaires cesseront de subir les pressions qu'elles doivent normalement supporter et les saillies osseuses anormales vont apparaître à la suite d'ostéogénèse sous-jacente exagérée.

Chez ce garçon, nous observons le second stade de cette déformation ; contrairement à la symptomatologie habituelle de cette déformation si fréquente chez les adolescents trop grands, on ne constate aucun point douloureux à la palpation des tarses : cependant, il éprouve des douleurs le soir les déformations de ses pieds sont accentuées et typiques et nous pouvons considérer que les symptômes sont très nets chez lui.

Quel traitement peut-on lui conseiller ? Il est encore trop jeune pour être corrigé chirurgicalement par une résection cunéiforme plantaire interne : cette ostéotomie n'est acceptable que chez les adolescents dont la croissance est à peu près complètement terminée. Chez lui, je conseille de rétablir la voûte plantaire par des manœuvres d'assouplissement pratiquées sous anesthésie générale et d'appliquer ensuite un apparei plâtré, maintenant toute la jambe et fixant le pied en position hypercorrigée. Cet appareil sera conservé deux ou trois mois, puis la marche sera autorisée en chaussures munies des semelles spéciales et on aura en même temps recours au massage et à la gymnastique qui sont les moyens adjuvants très utiles pour maintenir l'attitude correcte des pieds valgus plats corrigés.

***

Ce garçon de 16 ans fut opéré, il y a un an pour *hypospadias scrotal*. L'opération préliminaire nous a permis d'amener les urines jusqu'à l'extrémité du gland : il convient aujourd'hui de terminer la reconstitution du canal urétral et de créer un méat en situation rigoureusement anatomique. Seulement on constate que le lambeau autoplastique porte des poils qui poussent à l'intérieur de l'urètre. D'une façon générale, les lambeaux cutanés autoplastiques devraient tous porter les poils, mais en pratique on rencontre, ce fait assez rarement : pour ma part, je ne l'ai constaté que trois ou quatre fois après la confection du lambeau-sac chez des hypospades. Ces poils à l'intérieur de l'urètre peuvent causer des ennuis : parfois, les concrétions calcaires des urines se déposent sur ces poils et on est obligé de recourir au curettage. Dans d'autres cas, les incrustations calcaires s'accumulent au niveau des follicules pilo-sébacés sous forme de petits kystes qui s'ouvrent parfois à l'intérieur ; ces fistules capillaires permettent à l'urine de sourdre à

ce niveau. Certes, ces deux inconvénients, possibles dans les cas de présence des poils à l'intérieur du canal, ne doivent pas être négligés, mais cette présence ne donne pas lieu en pratique aux inconvénients qu'on pourrait attendre *a priori*.

***

Cette fillette de 2 ans présente une grosse tuméfaction de la région latérale gauche du cou : cette tumeur est fluctuante, légèrement bleuâtre, irréductible, bosselée.

Dans le dos nous découvrons un petit angiome rouge. On peut se demander si nous n'aurions pas affaire également, au niveau du cou, à un angiome bleu dit angiome veineux.

Eh ! bien, non. Cette tumeur est un kyste congénital, un *lymphangiome kystique du cou.*

L'angiome est plus bleu, partiellement réductible ; il forme une masse pâteuse. Au-dessus de notre tumeur, nous trouvons des ganglions augmentés de volume, qui ne sont pas inflammatoires. Ces kystes sont des tumeurs congénitales à évolution lente quelquefois progressive. Une de leurs caractéristiques fondamentales est l'irrégularité avec laquelle ils évoluent. C'est ainsi qu'à un certain moment on les voit presque disparaître puis ils augmentent à nouveau, atteignant même un volume plus considérable qu'auparavant.

Ils ne donnent pas d'accidents graves, mais sont surtout disgracieux. Pourtant ils peuvent s'infecter, au cours de maladies éruptives par exemple : dans ce dernier cas le pronostic est plus grave.

Le traitement consiste dans l'ablation de ces kystes. Leur énucléation est assez facile, sauf au point d'implantation, qui correspond toujours à un gros paquet vasculo-nerveux.

Le cou, la région sus-claviculaire, l'aisselle sont leurs endroits d'élection.

S'ils s'implantent près d'un paquet vasculo-nerveux c'est qu'ils sont en connexion avec les gros troncs lymphatiques qui suivent le trajet de la veine principale.

Les ganglions examinés ne sont pas septiques. Il y a simplement hypertrophie du tissu ganglionnaire : ce sont des *adéno-lymphocèles,* autre manifestation de cette maladie congénitale.

***

Maman et bébé sont tous les deux porteurs de *pieds-bots* ; la mère a été opérée dans son enfance le bébé, qui n'a que 2 ans, n'a pas subi d'intervention chirurgicale.

L'étude rétrospective des résultats obtenus chez la mère n'est pas sans intérêt.

Une radio nous montre un scaphoïde beaucoup plus développé que l'astragale, formant une saillie qui vient buter dans la mortaise tibio-péronière. Cette femme a subi dans son enfance un évidement des os du tarse. C'est qu'en effet quand les déformations du pied sont absolument irréductibles il n'y a qu'une opération osseuse qui puisse les modifier.

Ici deux conceptions opératoires : 1° on peut songer à évider la masse osseuse centrale de l'astragale, y compris le nodule central ou point d'ossification. Malgré cet évidement la vitalité est telle chez l'enfant que l'astragale se reforme ; mais il se reforme irrégulièrement, en particulier sa partie antérieure se développe insuffisamment de sorte que le scaphoïde émerge au dessus de lui : c'est le cas de notre malade. 2° Dans une deuxième conception, plus logique, on respecte le noyau central et on fait des sections osseuses périphériques autour de l'astragale (arthrodèses cunéiformisées couramment pratiquées dans notre service).

Nous avons la conviction que la première manière de faire est franchement mauvaise, et nous y avons depuis longtemps renoncé.

Le bébé avait deux pieds-bots qui ont régressé à la suite de manipulations modelantes, mais les deux pieds se croisent pendant la marche, car l'axe général de ces deux pieds n'est pas orienté comme il devrait. Si nous prenons la rotule entre deux doigts et la plaçons au zénith, nous voyons que l'axe du pied gauche est dévié en dedans de 30 à 40° ; à droite il l'est de 60 à 70° : c'est le squelette jambier qui est tordu. D'ailleurs ces torsions sont le plus souvent primitives et non secondaires ; elles ne sont pas très fréquentes : 1/10 des cas environ. Quel est leur traitement ? il faut faire la dérotation chirurgicale, car tout appareil est pratiquement inefficace, par manque de points d'appui.

Nous attendrons l'âge de 4 ans (l'âge du rachitisme terminé) et nous ferons une ostéotomie transversale du tibia avec ostéosynthèse, car le plâtre, comme l'appareil, tournerait, n'ayant pas de point d'appui au genou ; il suffira de placer deux vis, l'une dans l'axe de la rotule, l'autre dans l'axe du pied, de les ramener en parallélisme et de les connecter : on sera sûr ainsi d'avoir une correction parfaite.

DEUX TRAITEMENTS SIMPLES

L'ulcère variqueux — L'érysipèle

Par le Docteur Pierre Bernard, (Le Bugue, Dordogne)

L'ulcère variqueux

Il y a bien longtemps (çà devait être autour de 1905), j'étais jeune stagiaire dans le service du Docteur de Boucaud, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux, qui avait, à ce moment-là, le service des pansements externes à l'hôpital St-André.

Le pavillon des pansements externes se dressait au milieu de la cour d'entrée de l'hôpital.

C'était là que défilaient chaque matin de 8 heures à 11 heures, les gens du dehors, les pauvres bougres, venus de Mériadec ou de Saint-Michel, les clochards qui couchaient souvent sous la voute de la porte des Salinières ou sur les bancs de la place Dauphine. Ils apportaient pour les faire panser toutes leurs plaies externes ; les pustules de leurs bubons crevés, les entailles crueantées des rixes de la nuit, leur phagédénisme. Parfois les plaies du dedans, les misères de l'âme remontaient dans la fièvre du regard et dans la mimique douloureuse du visage creux.

« Micoine », le dresseur de chats et de chiens, qui donnait ses représentations, place d'Aquitaine, devant la Faculté de médecine et nous amusait entre deux cours, était un client fidèle de nos pansements externes.

Il me disait, un jour, alors que je m'exerçais sur lui à tenir un bistouri : « J'ai bien pensé à me jeter dans la Garonne du haut du Pont-de-pierre, mais j'ai réfléchi qu'il y aurait vraiment trop de bouillon pour pas assez de viande ».....

Dans le pavillon, la cornette de la Sœur Victoire allait et venait. On aurait dit les ailes déployées d'une mouette prisonnière dans une grande cage de verre...

Mais revenons à l'ulcère variqueux et à son traitement. Parmi nos clients des pansements externes, se trouvaient de nombreux variqueux ulcérés, et voici comment le Docteur de Boucaud nous apprenait à les soigner :

1° Nettoyage de l'ulcère à l'eau bouillie ; 2° Séchage de la plaie avec une compresse stérilisée ; 3° Application sur l'ulcère séché d'une plaque de zinc, taillée selon la forme et les dimensions de l'ulcère, stérilisée par ébullition et essuyée avec une compresse aseptique au moment d'être posée au contact de l'ulcère.

Le pansement était terminé par une couche de ouate et un tour de bande légèrement compressif.

Nous traitions ainsi un grand nombre d'ulcères variqueux, de toute dimension et de toute profondeur. Sur un cahier d'observations, nous dessinions, lors du premier pansement, la silhouette de l'ulcère et nous inscrivions sa surface et sa profondeur.

Chaque semaine, un nouveau dessin, et nous prenions note des mensurations nouvelles.

Nous suivions les étapes de la guérison des ulcères et nous étions surpris de la rapidité de leur cicatrisation au contact de la plaque de zinc.

Je me suis toujours rappelé ce pittoresque traitement, dont le souvenir se mêle dans ma mémoire avec celui de la cornette blanche de Sœur Victoire et de la barbe blonde de l'excellent docteur de Boucaud.

Installé depuis 1911, voici 26 ans passés, j'ai toujours traité les ulcères variqueux avec la plaque de zinc. Si j'avais gardé mes observations sur des fiches, j'en aurais bien plusieurs centaines. Je déclare que, dans tous les cas, j'ai obtenu une guérison surprenante par sa rapidité.

Si je signale ce traitement de l'ulcère variqueux par la plaque de zinc, c'est qu'il est, je crois, peu connu. Je n'ignore pas qu'il existe des procédés « spécialisés », ulcéro-plaques ou ulcérophiles sous forme de pansements préparés avec des poudres aseptiques ou imprégnés de pâte, mais c'est là quelque chose de différent.

Le traitement à la plaque de zinc est autre chose et il est plus ancien, puisque nous l'utilisions en 1905. Il constitue un pansement simple et très peu coûteux pour le malade.

Il suffit d'une feuille de zinc mince que l'on applique (après stérilisation et après séchage), directement sur l'ulcère, de façon que la rondelle de zinc « épouse » bien la forme de la plaie.

Appliquer de préférence le côté « mat » du zinc.

Une couche de ouate et un tour de bande terminent le pansement, « pansement de marche » dans lequel le malade se trouve bien.

Le malade ou quelqu'un de son entourage (dont on aura fait l'éducation au point de vue asepsie), renouvellera le pansement toutes les 24 ou 48 heures. Le médecin n'aura qu'à contr ler de temps en temps les progrès de la cicatrisation. Ils sont d'une telle rapidité qu'il faut réduire très vite les dimensions de la plaque.

Tels ulcères, pour lesquels il fallait au début une plaque de dimension « palmaire », sont recouverts au bout de quinze jours, trois semaines,

par une rondelle de zinc figurant un franc ou cinquante centimes. On est surpris de l'apparition rapide des bourgeons charnus, en îlots, de leur vitalité et de « l'étranglement » progressif des tissus mortifiés par ces tissus sains de néoformation.

— Nous savons depuis longtemps que le membre variqueux est atteint de déchéance nutritive par suite des altérations de son régime circulatoire et des troubles de son innervation trophique. Depuis les travaux de Quénu, la preuve histologique des lésions nerveuses a été faite. Il y a au niveau du membre variqueux, au sein de l'ulcère, lésions concomitantes, vasculaires et nerveuses. Il en résulte que l'ulcère n'a pas de tendance naturelle à la cicatrisation, mais, au contraire à se creuser et à s'étendre.

Comment agit le zinc au contact de la plaie variqueuse ? Peut-être produit-il avec l'oxygène des tissus, avec ce qui reste de vie, une combustion qui dégage de l'oxyde de zinc « à l'état naissant » ayant des propriétés vitales, kératolytiques, cicatrisantes spéciales.

Tout en donnant à votre variqueux le traitement général qui convient à sa diathèse, soignez le *localement* avec la plaque de zinc.

L'érysipèle

C'est encore à la lueur d'un souvenir déjà lointain que je me permets de présenter un autre traitement simple ; celui de l'érysipèle.

En 1918, j'étais médecin chef d'un groupe de bataillons d'instruction. Nos « BI » étaient alors cantonnés en Lorraine, dans la région de Mirecourt. Ils recevaient les jeunes recrues de la classe 19, qui, venues du dépôt, achevaient leur instruction militaire, avant de partir pour le front et de participer aux dernières batailles, celles qui suivirent la seconde Marne et nous amenèrent au 11 novembre libérateur.

J'étais cantonné avec l'Etat-Major du groupe à Vandeléville, au pied de la colline inspirée, montagne de légende et de foi où se dresse la basilique de Sion et qui perpétue l'ancienne splendeur de la maison de Lorraine inscrite dans les vieilles pierres de Vaudémont.

J'y avais installé une infirmerie centrale, sorte de petit hôpital où je gardais dans la mesure du possible, les malades des divers bataillons, disséminés dans les villages voisins.

Un jour, je me trouvais démuni, ou à peu près, de médicaments. Le ravitaillement périodique en produits pharmaceutiques et en objets de pansements, était en retard.

Parmi mes malades, j'avais un superbe érysipèle de la face et du cou, une plaque rouge, tendue, luisante, limitée par le classique bourrelet. L'état général marquait son atteinte par un 40, de la courbature, des nausées, de la céphalalgie.

Mon infirmier de service me montrait sa pharmacie vide, demandait comment il pouvait soigner ce malade.

J'avisais au fond d'un flacon de verre quelques paillettes de permanganate. J'ordonnais à l'infirmier de faire une solution permanganatée faible à dix centigrammes pour 1.000 environ, d'imbiber de larges compresses de ladite solution et de les appliquer sur la face du patient. Je conseillais de renouveler le pansement toutes les trois heures, ajoutant que nous évacuerions, le lendemain, l'érysipélateux sur Mirecourt.

Le lendemain, la rougeur de la plaque d'érysipèle était moins vive, le bourrelet moins dur, les phénomènes généraux s'amendaient et la rémission thermique était très sensible. La voiture portant les médicaments était arrivée, mais je laissais les collodions iodoformés, les pulvérisations phéniquées et je continuai le pansement au permanganate. En trois jours, le malade était guéri. Un peu de poudre de talc sur son épiderme bruni par le permanganate, et il faisait peau neuve.

Depuis cette époque, j'ai soigné tous mes érysipélateux par des applications locales de solution permanganatée faible. Je n'ai fait aucune autre médication n locale, ni générale.

Même dans les cas d'allure sévère, dans les formes ambulatoires où l'érysipèle, guérissant sur un point, saute ailleurs, dans ceux où l'état général est particulièrement touché, je n'ai utilisé que les applications locales de solution permanganatée, traitement complété par une désinfection naso-pharyngée sérieuse avec la même solution.

Tous les malades ont guéri et vite. Dans ce traitement, je m'assure que tous les placards érysipélateux soient bien recouverts par la compresse permanganatée, car il suffit d'une toute petite surface malade, non recouverte, pour propager la dermite.

Frappé par les résultats favorables et rapides par ce traitement simple, je pense que le permanganate stérilise les plaques d' rysipèle et se montre comme un farouche ennemi du streptocoque. Je me demande comment se comporterait une culture de streptocoques, si l'on y ajoutait quelques gouttes de solution permanganatée.

Si la culture, placée, par ailleurs, dans les meilleures conditions de développement, demeurait stérile ne pourrait-on pas penser que l'addition de permanganate a empêché la germination des colonies ? Songeant à la gravité des infections streptococciques et en particulier à l'infection puerpérale dont la morbidité demeure si la mortalité diminue, je me demande, en raison des résultats que le permanganate donne contre l'érysipèle, si le permanganate ne pourrait pas un jour être la clef d'un traitement spécifique de la grande infection streptococcique.

LA CLINIQUE OBSTÉTRICALE AU GOUT DU JOUR

Les fausses infections puerpérales

D'après le Professeur agrégé G. Ecalle (1)

Pour les dépister, la notion d'un accouchement récent ne doit pas primer toute autre considération

Il s'agit de certaines infections, particulièrement communes pendant la puerpéralité et qui peuvent être confondues avec les vraies infections puerpérales. Ce nom, ne saurait, en effet, être appliqué aux atteintes médicales ou chirurgicales, *capables d'apparaître durant les couches, mais* n'ayant pas eu l'appareil génital pour porte d'entrée.

Rappelons que cependant, dans l'immense majorité des cas, le diagnostic de l'infection puerpérale est facile. C'est un diagnostic presque élémentaire de cause à effet. D'une manière générale, il s'impose quand la température s'élève dans les suites de couches, et qu'aucune autre manifestation clinique évidente ne vient l'expliquer, qu'aucune autre infection n'a fait sa preuve, celle-ci dût-elle être recherchée.

D'une manière plus explicite, le diagnostic d'infection puerpérale est basé :

1° Sur la notion de ce qui s'est passé au cours de l'accouchement et de la délivrance ;

2° Sur certains signes généraux : température, pouls, frissons, malaises ;

3° Mais aussi, sur certains signes locaux : subinvolution utérine, béance du col, modification des lochies, constatation de lésions para-utérines ou même de lésions éloignées, phlébites.

Il faut savoir toutefois qu'exceptionnellement les signes utérins peuvent ne pas être précocement nets. Or, en pareils cas, les symptômes généraux ne seront pas suffisamment typiques pour permettre un diagnostic absolument sûr d'infection puerpérale ; ils sont tels qu'on les rencontre dans bien d'autres septicémies. Seule, l'accélération du pouls (presque toujours au dessus de la température) offre le plus de constance. La courbe thermique, par contre, revêt les types les plus variables, et elle n'est nullement caractéristique comme dans une fièvre typhoïde ou une pneumonie ; elle peut être accompagnée ou non de frissons.

Les difficultés de diagnostic sont d'autant plus grandes, que les accouchées peuvent faire souvent plus facilement, et avec plus de gravité, que les autres femmes, des infections, dont la porte d'entrée sera ailleurs que dans l'utérus.

Comment les reconnaître : quelques exemples

Faciles à diagnostiquer, sont les *complications mammaires.* Toutefois, la poussée lymphangitique mammaire au début peut déterminer un frisson, avec forte élévation thermique avant la traînée de lymphangite encore à peine rosée. Il suffira d'attendre quelques heures.

La strecorémie des nouvelles accouchées est très commune, surtout chez les constipées habituelles. Après l'accouchement, de même que la vessie, l'intestin reste facilement atone. Les effets de cette véritable parésie intestinale, sont encore augmentés par les modifications de la statique intestinale (déplétion abdominale, distension des muscles de la paroi). La rétention fécale ainsi créée peut déterminer deux types de complications : toxiques dues à la résorption des poisons intestinaux, et infectieuses par exaration de l'abondance et de la virulence de la flore intestinale banale avec résorption lymphaque ou sanguine. Dans presque tous les cas, on retrouve de l'indoxyle en excès dans les urines ; il suffit d'y penser pour en faire le diagnostic différentiel avec l'infection puerpérale.

Dans une observation de *colibacillose,* une malade, pour laquelle on pouvait craindre des suites de couches fébriles, avait commencé huit jours après un accouchement difficile, une pyélonéphrite double ; or, celle-ci ne se manifesta tout d'abord que par des phénomènes généraux, que l'on devait attribuer à une infection puerpérale sévère ; l'examen des urines, pratiqué, il est vrai, un peu trop au début de l'atteinte, fut responsable en partie de ce diagnostic ; l'évolution seule permit de la rectifier.

Cependant, si dans la colibacillose, l'élévation de la température peut débuter deux ou trois jours après l'accouchement, celle-ci est en général plus précoce dans l'infection puerpérale. Elle est, de plus, d'emblée très élevée, avec de fortes rémissions matinales ; le pouls reste souvent très bon, nettement au-dessous de la température ; enfin, la malade est moins abattue ; le sommeil est presque toujours respecté. Mal-

(1) Leçons du jeudi soir à la Clinique Tarnier. (Vigot, éditeur, Paris, 1937.)

heureusement, nous n'avons pas ici de signes équivalents au séro-diagnostic de la fièvre typhoïde. L'hémoculture est rarement positive, sauf si le prélèvement est fait au moment de l'acmé de l'accès fébrile, quand le colibacille passe dans le sang, pour y être, d'ailleurs, détruit rapidement. Seul, l'examen des urines (microbes et pus) servira le plus souvent de base au diagnostic, s'il est fait dans les conditions requises. Parfois, le diagnostic d'infection puerpérale a été porté aussitôt, en raison des symptômes généraux, et il n'a pu être rectifié que quelques jours plus tard, au moment de la localisation du colibacille soit sur les voies biliaires (cinq jours), soit sur l'appendice (deux jours).

Plus rarement, la confusion viendrait de ce qu'un empâtement diffus péri-urétéral pourrait simuler une infection de la base du ligament large, d'autant plus que l'utérus, légèrement dévié, serait douloureux à la mobilisation ; cependant l'empâtement est alors plus limité, plus élevé et plus antérieur.

Quant à la *fièvre typhoïde*, elle ne peut généralement être méconnue, car la marche de son syndrome thermique est d'une régularité typique. Cependant, dans les suites de couches, ses signes ne répondent pas toujours aux données classiques : son début est souvent brusque et écourté. Les taches rosées peuvent faire défaut ; la diarrhée manque presque constamment. La dissociation de la courbe du pouls et de celle de la température (courbe du pouls nettement au-dessous dans les infections intestinales), l'hypertrophie de la rate, l'absence de tout signe génital seront les points sur lesquels on se basera. Mais rien ne vaudra les renseignements fournis par l'hémoculture et par le séro-diagnostic ; l'erreur restera donc possible jusqu'au moment où l'on aura les résultats des examens de laboratoire. Et encore faut-il rappeler que l'on a décrit des infections puerpérales, qui étaient dues au bacille d'Eberth, ; celui-ci, contenu dans les déjections d'une porteuse de germe souillerait la vulve, et, au moment de l'accouchement, pénétrerait dans les voies génitales à l'occasion d'un toucher, d'une manœuvre.

Parmi les fièvres éruptives, la *scarlatine* prête à confusion. Une femme, accouchée de quelques jours, présente une forte élévation de température, souvent difficile à distinguer de l'infection des phénomènes généraux inquiétants, et en même temps un érythème à type scarlatiniforme. S'agit-il d'une scarlatine vraie évoluant chez une accouchée, ou d'une infection puerpérale avec exanthème scarlatiniforme ? Certes, le diagnostic de scarlatine est facile, même chez la puerpérale, lorsqu'existe la notion d'épidémicité. Mais voici quelques raisons de difficultés à prévoir. La scarlatine frappe avec prédilection es accouchées, alors qu'elle est relativement rare pendant la grossesse ; elle débute presque constamment du deuxième au septième jour après l'accouchement, période de début du plus grand nombre des infections puerpérales ; enfin, elle peut perdre, lorsqu'elle évolue pendant les suites de couches, un grand nombre de ses symptômes caractéristiques : l'angine, si importante, si spéciale, est parfois légère et même inexistante ; l'aspect caractéristique de la langue fait aussi presque toujours défaut, lorsque manque l'angine ; enfin l'éruption perd parfois certains de ses caractères spécifiques et se rapproche de l'érythème puerpéral ; son apparition est néanmoins plus précoce dans la scarlatine, d'une généralisation plus complète et plus rapide ; enfin, la desquamation se fait par plus larges lambeaux que dans l'érythème puerpéral. On peut invoquer les tests biologiques : phénomène d'extinction de l'éruption ; réaction de Dick, à refaire pendant la convalescence.

Le *paludisme* se réveille parfois après l'accouchement ; le premier accès éclate la première semaine, souvent le troisième jour. Dans certains cas, son intermittence typique fait défaut ; les frissons des grands paludéens ressemblent à s'y méprendre à ceux des infectées ; mais ils ont lieu ici de préférence le matin, l'état général est excellent dans leurs intervalles, le pouls est plus lent, la rate est augmentée ; enfin on découvre l'hématozoaire et l'hypoleucocytose.

La *mélitococcie* se confondra surtout avec les formes traînantes de l'infection puerpérale ; les résultats de l'hémoculture et du séro-diagnostic lèveront le doute.

Certaines femmes, jamais soupçonnées de *bacillose*, meurent très rapidement après l'accouchement de tuberculose aiguë, et sont considérées pendant un certain temps comme des infectées puerpérales. Or, la fétidité et l'aspect des lochies ont parfois motivé au début le diagnostic de puerpéralité.

La grippe ne serait prise pour une infection puerpérale, que si les manifestations pulmonaires restaient indécises, comme au début de certaines formes hypertoxiques, ou si elles n'apparaissaient assez tardivement.

Nous devons cependant avouer que le diagnostic étiologique de certaines infections devient difficile, si on admet, avec le Professeur Brindeau, que des foyers d'infection éloignés de l'appareil génital (foyers d'infection streptococcique du pharynx, certaines angines, certaines grippes antérieure à l'accouchement, etc.) peuvent infecter par voie sanguine la plaie utérine placentaire, et créer ainsi de véritables infections puerpérales à streptocoques, infections non seulement autogènes, mais même hématogènes.

G. Fischer.

LA RÉSECTION PROSTATIQUE TRANSURÉTHRALE PAR LA MÉTHODE DE DAVIS

Par François Advenier

Il a été exposé ici-même tout l'intérêt qu'il y aurait, à l'exemple des Américains, à étendre la méthode de résection transuréthrale dans le traitement de l'hypertrophie prostatique. Nous voudrions examiner ici si la résection proposée mérite bien le nom de méthode de T.-M. Davis. Davis a bien intitulé une de ses communications « The Davis Method of Prostatic Resection » (1), mais peut-être n'a-t-il pas voulu mettre dans ces termes le sens que semble y attacher M. Moullet ; en effet, Davis lui-même, a pris soin de corriger ce que ce titre aurait d'absolu : pouvons-nous douter que Stern soit le véritable précurseur de la méthode quand il écrit : « en 1926, Maximilian Stern présenta son ingénieux instrument, qu'il appela le résectoscope, et c'est à lui que revient la priorité de la découverte d'un appareil et d'une technique qui sont supérieurs à ceux de ses prédécesseurs ».

Il s'agit là, on le sait, de l'anse de haute fréquence tranchante destinée à fractionner l'adénome et à rétablir ainsi la perméabilité uréthrale. Il est certain que Davis ne mit pas de retard à employer l'appareil de Stern ; l'année même où Stern présentait son résectoscope, c'est-à-dire en 1926, Davis se mettait à son école ; « il y a environ cinq ans, disait-il, que l'auteur a commencé la correction des obstructions du col vésical avec l'équipement résectoscopique ». Et, tout en s'inspirant de la méthode de son prédécesseur, il en perfectionnait l'instrumentation (2). Ces modifications constituèrent-elles un changement profond dans la méthode, permettant d'attribuer en définitive le mérite de la découverte à T.-M. Davis, voilà tout le problème.

Continuons à lire l'article de ce dernier, et examinons attentivement avec lui les nouveautés qu'il a introduites dans son appareillage : son appareil est d'un calibre plus fort ; la lampe dont il se sert est d'une intensité plus forte ; l'anse coupante qu'il a choisie est capable de supporter une puissance plus considérable ; quand nous aurons appris ensuite que la crémaillère sur laquelle se meut la roue dentée commandant le déplacement de l'anneau tranchant est un peu plus longue, nous aurons fait à peu près le tour de l'essentiel des modifications apportées par Davis à l'instrument tion originale de Stern. Améliorations pratiques de détails matériels, certes ; création d'une « méthode personnelle », incontestablement non. Aussi, le vrai mérite de Davis consiste-t-il moins dans ces petites retouches que dans la mise au point d'un appareil *générateur* fournissant un courant mieux adapté aux exigences de l'hémostase ; Stern lui-même, le reconnaît dans ses récents articles (1).

(1) *Urologic and Cutaneous Review*, mars, 1932, p. 141.
(2) *Loco citato*, p. 141, 2e colonne.

D'ailleurs Davis n'était pas le seul à perfectionner le procédé de Stern ; Mac Carthy y travaillait aussi : « pendant l'année présente (il s'agit évidemment de 1932), nous dit Davis, J.-F. Mac Carthy a employé le principe de Stern en se servant d'une électrode en forme d'anse construite à cet effet et contenue dans une gaine spéciale portant un appareil de vision panendoscopique » (2). Cet appareil, Davis l'a utilisé lui-même concurremment avec l'optique à vision directe.

Un fait indubitable demeure d'ailleurs : en Amérique, c'est l'appareil de Mac Carthy qui a été adopté par la majorité des auteurs qui font usage du résectoscope ; nous citerons les noms de Alcock, avec une des statistiques les plus imposantes, de 1.400 cas (3), les noms de Day, Livermore, Low, Ockerblad, Scholl, Hager, Crowell, Engel, ce dernier ayant fixé son choix sur l'appareil de Mac Carthy après avoir employé les instruments de Caulk et de Davis.

Aussi bien, en France même, est-ce l'appareil de Mac Carthy encore, dont se sont inspirés les auteurs et constructeurs. Il n'est donc pas parfaitement exact d'écrire que « tous les appareils destinés à la résection sont des copies aussi fidèles que possible de l'appareil américain de Davis ».

Tels sont les quelques points qui se dégagent de l'étude des textes et des faits, points qu'il convenait de préciser à nouveau. Signalons à cet égard un article très complet du Dr Thévenard (*Presse Méd.* 4-10-1933).

Nous conclurons que, sans enlever à Davis le mérite des perfectionnements de détail dont il a fait bénéficier la *méthode* de Max. Stern, on ne saurait le regarder comme le « grand ancêtre » de la résection transuréthrale, dont il ne revendique d'ailleurs à aucun titre la paternité. Il faut de plus laisser à Mac Carthy l'avantage d'être l'auteur, dont se sont inspirés la majorité des constructeurs américains et français quant à l'appareillage, la « méthode » demeurant, en tout état de cause celle du seul Stern.

(1) « Prostatic Resection ; its first decade ». *Urol. Cut. Rev.*, nov. 1936.
(2) *Loco citato*, p. 141, 2e colonne.
(3) Cibert. — « La résection prostatique transuréthrale ». *Lyon Médical*, 15 novembre 1936, p. 553.

LE CANCER EST-IL DÛ A UN VIRUS ?

L'Editorial du numéro du 30 janvier 1937 du *Journal of the American medical Association* est consacré à cette question d'actualité. Nous ne croyons pas inutile d'en donner ici un résumé.

Quand Pasteur découvrit que certaines maladies étaient dues à des germes, il ouvrit la voie à de nombreuses recherches, et à la découverte de nombreux germes ; et la prophylaxie qui en découla se développa rapidement. Il était naturel de supposer au cancer une étiologie analogue, et maints organismes furent invoqués ; on parla de maisons à cancer, de régions à cancer, de cancers épidémiques, et beaucoup de médecins croient encore, ou sont disposés à croire, que le cancer est dû à quelque amibe , ou bactérie, ou champignon, et il faudra des années pour chasser cette hypothèse des cerveaux médicaux. Il faut reconnaître d'ailleurs que certains faits bien établis favorisent cette idée de la nature virulente du cancer ; ainsi l'apparition spontanée, chez les volailles, de tumeurs malignes apparemment dues à des agents infectieux.

Le sarcome malin des poules, ou sarcome de Rous, du nom de son inventeur, Peyton Rous, a été décrit pour la première fois en 1910. On a accumulé depuis cette époque beaucoup de travaux sur ce virus du cancer ; quelques-uns croient qu'il est de nature chimique, d'autres pensent qu'il s'agit d'organismes très petits, possédant les propriétés générales des bactéries, mais de dimensions si réduites qu'il est impossible de les voir avec les microscopes les plus puissants.

Aujourd'hui, vingt-cinq ans après la description du sarcome malin des poules et son rattachement aux maladies infectieuses, on a découvert une tumeur mammaire qui non seulement est due à un virus, mais encore se rencontre quelquefois comme un cancer primitif, ce qui rend plus étroit l'apparentement entre le cancer et les maladies microbiennes.

Il y a longtemps que les chasseurs, dans le Kansas, l'Iowa et le Texas, avaient observé que certaines espèces de lapins (*cottontail rabbits*) sont souvent porteurs de tumeurs de la peau. Shope, il y a quelques années, a montré que ces tumeurs sont dues à un très petit virus ; les tumeurs , analogues à des verrues, ressemblent à certains papillomes du chien et du bétail.

Rous et Béard ont entrepris l'étude de ces papillomes du lapin et ont constaté qu'ils avaient des caractères du cancer, et ils purent établir des rapports importants avec le sarcome des poules. Ce qui est plus intéressant encore, c'est que les papillomes créés expérimentalement chez les lapins domestiques par inoculation du virus des lapins sauvages deviennent en quelques mois de vrais cancers avec cellules squameuses, capables de métastases, et identiques morphologiquement et cliniquement à des tumeurs malignes rencontrées chez l'homme.

Le stade suivant fut d'essayer d'isoler le virus des papillomes originaux. On n'y est pas encore parvenu, malgré leur développement rapide : mais les tests sérologiques et d'autres épreuves indirectes montrent que ce virus existe en quantités croissantes, même si la tumeur est transplantée sur de nouveaux sujets. Cela distingue ce virus des substances chimiques carcinogènes, telles que le dibenzène-anthracène ; ces substances, quoique présentes dans la tumeur originelle, disparaissent complètement après quelques transplantations.

Rous et Kidd ont attaqué le problème sous des angles variés : ils ont rapporté, récemment, que si on injecte le virus dans le torrent circulatoire d'un lapin dont on a goudronné les oreilles, il se localise dans ces organes et y détermine le développement de papillomes et de cancers.

D'autres expériences suggestives font espérer une solution prochaine. Dans un article récent sur les tumeurs virulentes, Rous a rassemblé et discuté les analogies entre les néoplasmes et les virus ; et des chercheurs ont montré, en étudiant l'herpès et d'autres maladies virulentes, qu'un organisme sain peut contenir une foule de virus, aussi nombreux et divers que les bactéries qui fourmillent dans le tube digestif et ailleurs. Mais, contrairement aux microbes, qui vivent en dehors des cellules ou sur le tégument, les virus sont protégés par les cellules qu'ils infectent. Là où existent des cellules, un virus peut exister : l'éclaircissement de cette relation symbiotiqne est la pierre d'achoppement des travaux futurs.

Il y a d'autre part un abîme entre les néoplasmes de l'animal et les tumeurs de l'homme ; et d'ailleurs, le fait qu'un cancer serait une maladie infectieuse ne le rend pas contagieux de sujet à sujet dans le sens ordinaire du mot, car on n'a jamais constaté authentiquement aucune transmission de ce genre ; et, en l'état présent de nos connaissances, on peut affirmer que le contact avec un cancéreux n'offre aucun danger, quels que soient les rapports entre les virus et l'infection.

Ph. DALLY.

DE L'ADMINISTRATION PAR VOIE RECTALE DE L'OUABAINE ASSOCIÉE A DES SÉDATIFS

Par R. ARCHAMBAUD,
Médecin de l'Hôpital de Saint-Denis

R. POULET et G. BAILLARGEAT,
Ancien interne et interne de l'Hôpital départemental de Nanterre

L'ouabaïne, isolée du strophantus glabre en 1888 par Arnaud, n'a été introduite dans la pratique courante qu'à la suite des travaux de Vaquez et Lutembacher de nombreuses années après.

Divers modes d'administration de ce toni-cardiaque ont été proposés ; seule la voie intra-veineuse a donné des résultats indiscutables.

La voie buccale, en effet, d'après des travaux assez récents (Prof. Clerc et Bascouret, 1935 ; Thiroloix, Antonelli et Bellot, *Revue médicale française*, décembre 1935), ne donne de résultats intéressants qu'à doses très élevées. Même à ces doses, ils ne sont pas comparables à l'action obtenue par voie intra-veineuse.

La voie intra-musculaire, qui n'est pas absolument indolore, « émousse les effets du médicament, car celui-ci est un poison qui se fixe directement sur le muscle et l'imprègne à la manière d'une teinture ». (Vaquez et Lutembacher, *Presse Médicale*, 1er février 1928).

La voie intra-veineuse, nous l'avons dit, donne des résultats indiscutables à la dose de un quart de milligramme pratiquée une ou deux fois par vingt-quatre heures. Mais, peut-on parler d'innocuité absolue, nous ne le pensons pas. Des accidents mortels se sont produits. Ils sont exceptionnels, mais n'en sont pas moins certains. Dans le service du Docteur Michaux, à l'hôpital départemental de Nanterre, plusieurs de ces cas ont été observés sous forme d'infarctus du myocarde, vérifiés à l'autopsie.

De plus, les difficultés techniques de l'injection intraveineuse chez certains malades peuvent rendre cette pratique difficile.

Enfin, si les malades acceptent de se faire pratiquer une telle injection plusieurs jours consécutifs, il est souvent difficile de leur faire accepter un traitement prolongé. Pourtant, il est des cas où celui-ci doit être poursuivi pendant longtemps.

La voie rectale, préconisée il y a un certain nombre d'années (thèse de Dimitrakoff, 1922) n'a jamais été employée d'une façon courante. Pourtant, elle est très active. Et c'est pourquoi, à la suite des accidents que nous venons de signaler, nous l'avons utilisée. L'expérience nous a permis de constater qu'avec des doses égales ou à peine supérieures à celles employées pour l'ouabaïne intraveineuse, nous avions des résultats thérapeutiques tout à fait comparables. Jamais nous n'avons observé le moindre accident.

Les voies d'absorption de la muqueuse rectale sont les suivantes :

1° Une voie intra-veineuse directe constituée par les veines hémorroïdales inférieures et moyennes qui vont directement à la veine cave inférieure par les veines iliaques internes sans passer par la veine porte ;

2° Une voie lymphatique formée par trois groupes de vaisseaux qui tous par des relais différents conduisent la lymphe dans le canal thoracique ;

3° Une voie veineuse, par le foie, formée par les veines hémorroïdales supérieures qui se jettent dans la veine porte par la petite veine mésentérique.

Un médicament introduit au contact de la muqueuse rectale passe donc directement par osmose dans la circulation générale par les deux premières voies sans barrage hépatique.

C'est en quelque sorte une véritable injection intraveineuse, mais beaucoup moins brutale, l'absorption demandant vingt minutes environ, ce qu'a bien montré Ch. Ravaud (thèse de pharmacie, Paris, 1936).

Depuis longtemps d'ailleurs, à la suite des accidents que nous avons signalés, le Docteur Michaux employait dans son service des petits lavements à garder de un quart de milligramme d'ouabaïne Arnaud, quinze gouttes de laudanum. Le rôle de ce dernier étant de diminuer l'irritation de la muqueuse rectale que détermine l'ouabaïne et, de plus, de permettre au malade de garder plus facilement son lavement. Nous avons constaté, qu'en dehors de l'effet toni-cardiaque pur, nous obtenions une sédation rapide des signes fonctionnels. Nous avons pensé que ceci pouvait s'expliquer en partie par la présence de laudanum, en d'autres termes par l'association de l'ouabaïne avec un sédatif. D'ailleurs, l'expérience montre que l'association heu-

reuse de principes très différents développe considérablement l'activité des deux produits (théorie des synergies médicamenteuses : association aspirine-caféine par exemple).

Désirant continuer nos recherches et compléter cette association, nous avons prescrit des suppositoires, plus pratiques que des lavements, et où, des sédatifs tels que dionine, gardénal, belladone, à petites dose , sont associés à un demi milligramme d'ouabaïne, et nous avons donné un à trois de ces suppositoires par jour à nos malades.

Avec cette association, nous avons traité :

1° Des malades présentant les indications habituelles de l'ouabaïne, nous adressant plus particulièrement à ceux présentant des signes fonctionnels intenses : dyspnée, agitation, algies précordiales. Nous avons obtenu une sédation rapide de ces phénomènes et préparé ainsi le malade à une réduction plus rapide et plus complète de son asystolie.

Un malade asystolique en état de crise de dyspnée et en proie à une insomnie persistante ne peut voir ces phénomènes se calmer d'emblée par un toni-cardiaque. C'est pourquoi la morphine qui avait été proscrite jusqu'à ces dernières années chez les cardiopathes a repris un certain droit de cité. Mais il nous est permis de dire qu'un usage très modéré doit en être fait et non continu. Par contre, la dionine et le gardénal, à petites doses, ne font pas courir de grands risques au malade.

Un asystolique qui commence à présenter une respiration plus régulière et qui retrouve le repos bénéficie mieux de la médication toni-cardiaque. Les observations nous ont d'ailleurs encouragés à persévérer dans cette voie. L'augmentation de la diurèse, témoin important de la réduction de l'asystolie, a été souvent observée, et cela assez rapidement chez nos malades.

Une indication également importante à notre avis est la préparation à la cure digitalique. A l'association digitale-ouabaïne, très en faveur, il y a quelques années, est préférée actuellement la réactivation de la cure digitalique par une cure préalable d'ouabaïne.

Certains malades chez qui la digitale nous semblait indiquée ont été traités sans succès par ce médicament et n'ont vu la réduction de leur asystolie qu'après avoir bénéficié de notre préparation ;

2° Nous avons également traité des malades atteints d'affections pulmonaires aiguës (asthme)... et surtout chroniques (emphysème, sclérose pulmonaire, etc.), affections s'accompagnant presque toujours d'un certain degré de défaillance du myocarde.

Dans ces cas, nous avons toujours constaté des améliorations considérables de nos malades. Notre association sédative s'est toujours montrée extrêmement efficace ; la dyspnée même sous forme d'accès très intenses, les points de côté même très violents, l'insomnie enfin, ont toujours cédé ou été améliorés par ce traitement. Sédation rapide après une demi-heure environ.

Dans certains cas rebelles, nous avons administré deux suppositoires à quelques instants seulement d'intervalle. Le malade se trouvait calmé souvent d'une façon aussi nette qu'après une piqûre de morphine ;

3° Encouragés par les résultats précités sur les signes fonctionnels les plus divers des cardiaques nous avons traité enfin des malades présentant uniquement des phénomènes douloureux intenses (colique hépatique, néphrétique,) ou prolongés (sciatique, lumbago, néoplasies), et, d'une façon générale, tous les sujets susceptibles d'être traités par la morphine. Les résultats ont presque toujours été favorables. Les phénomènes douloureux ont cédé à ce traitement et l'ouabaïne s'est montrée un excellent moyen d'éviter les phénomènes de dépression du myocarde, phénomènes fréquents dans ces affections et pouvant être aggravés par l'emploi des sédatifs.

Conclusion

En résumé, l'ouabaïne introduite par la voie rectale est presque aussi active que par la voie intraveineuse et nettement plus active que par la voie buccale. La forme « suppositoire » permet de l'associer facilement à des sédatifs. Cette association a l'avantage d'être à la fois un toni-cardiaque puissant et un excellent sédatif.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Récidives des cancers du col utérin

Le Docteur R. IMBERT s'est proposé d'attirer l'attention des praticiens sur l'existence des récidives locales du cancer du col utérin : femmes qui souffrent et femmes qui saignent.

Par des caractères bien tranchés ces récidives locales s'opposent aux récidives ganglionnaires beaucoup plus fréquemment observées. Cliniquement elles se traduisent par des pertes rouges et non par des douleurs. Anatomiquement elles siègent sur le col. Ces deux caractères permettent de faire un diagnostic plus rapide, plus facile et plus précis, puisque le toucher et l'examen au spéculum apportent des renseignements décisifs. D'autre part, ces récidives locales réagissent parfaitement à la curiethérapie qui aboutit ordinairement à leur cicatrisation dans des conditions satisfaisantes. Au contraire, les récidives ganglionnaires sont du ressort exclusif de la radiothérapie ultra-pénétrante et leur pronostic immédiat ou relativement immédiat est sombre. (*L'Entente Médicale*, 20 mars 1937).

La luxation récidivante du maxillaire inférieur et son traitement

La luxation récidivante du maxillaire inférieur est une entité morbide bien définie qui ne doit pas être confondue avec une lésion du ménisque de l'articulation temporo-maxillaire. L'affection cause à celui qui en est atteint une infirmité grave mais facilement curable par un traitement chirurgical relativement simple et sûrement efficace qui ne compromet ni l'esthétique ni la fonction. Le Docteur J.-C. FAVREAU croit donc que la butée ostéo-plastique de l'articulation temporo-maxillaire est une excellente opération et qu'elle mérite l'attention de ceux qui s'intéressent à la chirurgie orthopédique. (*L'Union Médicale du Canada*, mars 1937.)

Le foyer congestif tuberculeux rapidement curable

Certains auteurs supposent que, dans le déterminisme des foyers congestifs tuberculeux rapidement curables, il faut envisager l'action, non pas du bacille de Koch lui-même, mais de ses toxines. Cette façon de voir est de nature à rendre compte du caractère fluxionnaire des phénomènes, de leur disparition complète et rapide. Mais, pour MM. J. MINET, H. WAREMBOURG et DELANNOY, elle ne suffit pas à éclairer la totalité des faits relevés en clinique, ceux en particulier où la congestion pulmonaire s'accompagne de l'augmentation ou de la réapparition des crachats bacillifères. Dans ce cas évidemment, les lésions congestives observées sont sous la dépendance directe de l'agent microbien lui-même.

Pour rendre compte des caractères anatomiques et cliniques affectés par les foyers tuberculeux congestifs, il semble de plus que la question du terrain sur lequel évolue cet agent doive être aussi considérée. L'état d'hypersensibilité, d'allergie, d'hyperergie, chez de tels malades, ne peut être nié. Il explique les deux caractères essentiels des foyers rapidement curables : 1° leur étendue, leur allure dramatique, dues à la réaction d'un organisme hypersensible ; 2° leur évolution rapidement favorable, en rapport avec le processus d'immunité plus ou moins efficace, qui accompagne souvent l'hypersensibilité aux produits bacillaires.

Un dernier point paraît très important : c'est l'identité clinique et anatomique des foyers bacillaires congestifs, quel que soit le stade de la tuberculose auquel ils se produisent. Qu'ils appartiennent aux périodes dites primaire, secondaire ou tertiaire de la maladie, ils affectent toujours le même type et semblent répondre au même processus intime. Les manifestations qui paraissent constituer l'apanage le plus strict des phases primaire et secondaire de la maladie — les foyers congestifs curables, l'épituberculose — se retrouvent aussi à la période tertiaire de la tuberculose. Il faut donc rendre son unité évolutive à la tuberculose, maladie générale et chronique dont les atteintes multiples se succèdent avec un polymorphisme, dont rendent compte les innombrables combinaisons possibles entre les modalités de l'agression microbienne et celles de la réaction organique. (*La Presse Médicale*, 31 mars 1937.)

L'hémiplégie dans les tumeurs cérébrales

MM. J.-A. CHAVANY et A. PLACA envisagent spécialement la question de l'hémiplégie dans les tumeurs des hémisphères. L'hémiplégie, au cours de l'évolution d'une tumeur des hémisphères, peut être due à une altération directe ou indirecte de la voie motrice pyramidale (c'est la règle) ou à un cône de pression temporal.

Une tumeur qui altère la voie motrice pyramidale peut siéger en pleine zone motrice ou à

son voisinage ; dans ce dernier cas, les troubles moteurs sont secondaires et tardifs. Une tumeur qui altère directement la voie motrice s'objective d'abord par des signes moteurs, le syndrome d'hypertension étant plus ou moins tardif.

Cliniquement, deux tableaux cliniques s'opposent, celui des tumeurs bénignes et celui des tumeurs malignes. Une hémiplégie quiapparaît au cours d'un syndrome d'hypertension évident doit faire discuter l'hypothèse d'une tumeur extra-pyramidale qui lèse la voie motrice par propagation , par compression, ou par le mécanisme du cône de pression temporal. Certaines hémiplégies s'installent brusquement, faisant penser à une affection vasculaire. Il s'agit, le plus souvent, de métastases, mais parfois de tumeurs ordinairement malignes au cours desquelles la stase fait longtemps défaut. Le caractère progressif et non régressif du trouble moteur doit inciter à la ventriculographie.

La longue phase de crises B.-J. qui prélude aux tumeurs bénignes doit permettre, grâce à la ventriculographie directe, d'opérer les malades non parétiques dans les meilleures conditions. Il faut toujours proscrire la ponction lombaire chez des sujets suspects de tumeurs cérébrales, pour leur éviter de graves accidents, en particulier l'étranglement du mésocéphale par le cône de pression temporal. (*La Presse Médicale*, 14 avril 1937.)

Importance de la sérologie pour le diagnostic des tuberculoses de primo-infection

MM. Paul Courmont et H. Gardere n'envisagent ici que les trois réactions spécifiques : Pouvoir agglutinant : P. A. ; Déviation du complément : D. C. ; et Pouvoir bactéricide : P. B. Le Vernes résorcine et la sédimentation globulaire sont intéressants au point de vue pronostic, mais ne sont pas spécifiques.

Chacune de ces réactions a sa valeur propre :

a) Lorsqu'elle est nettement positive, pour établir le diagnostic d'une tuberculose actuelle ou récemment guérie. A ce point de vue, D. C. et P. B. sont les plus importantes.

b) Lorsqu'elle est négative, pour témoigner de l'absence de tuberculose actuelle ou récente et, par conséquent, donner des présomptions en faveur d'un terrain vierge, non allergique (le P. A. négatif l'emporte à ce point de vue sur D. C. et P. B.). Mais la valeur de ces réactions, positives ou négatives, augmente encore lorsqu'on ne se contente pas de l'une d'elles seule, mais qu'on les pratique toutes et les compare entre elles (Clavier sérologique).

On peut résumer ainsi : 1° Lorsque toutes ces réactions sérologiques sont ensemble négatives, c'est la preuve que le sujet n'est pas infecté de tuberculose et ne l'a pas été récemment. Chez l'adolescent et surtout chez l'enfant, toute évolution ultérieure de cette maladie devra être considérée chez lui comme primo-infection, évoluant sur un terrain vierge, non tuberculisé. A partir de cette infection, les réactions deviendront positives, soit toutes ensemble, soit successivement, et à des degrés variables, témoignant des modalités de cette tuberculisation récente.

2° Lorsque ces réactions sont positives, même chez un sujet paraissant indemne de tuberculose, elles sont la preuve d'une tuberculisation antérieure, plus ou moins latente, plus ou moins récente, mais d'autant plus certaine que les trois réactions sont toutes positives ensemble. Chez un tel sujet, une évolution ultérieure de tuberculose ne devra pas être considérée comme une primo-infection, mais comme la suite de l'infection antérieure ou bien d'une réinfection.

Il est donc désirable que la sérologie de la tuberculose prenne, à côté des réactions à la tuberculine, la place qui lui est due en clinique, notamment dans l'étude des primo-infections, et, par conséquent, des tuberculoses latentes et du terrain allergique. (*Lyon Médical*, 18 avril 1937.)

Les sigmoïdites

La sigmoïdite est une inflammation segmentaire du côlon pelvien d'origine spécifique ou non. C'est une maladie de l'âge adulte mûr, fréquente dans le sexe masculin et chez les obèses. Les causes favorisantes mécaniques sont : la coprostase et surtout la diverticulose.

Le Docteur A. Van Pragg distingue des formes latentes ; des formes aiguës suppurées ou non ; des formes perforantes ; des formes chroniques simples ; des formes chroniques avec tumeur pseudo-cancéreuse ; des formes chroniques sténosantes. L'examen radiographique est de toute première importance. Il peut révéler des diverticules, une sténose, il peut faire soupçonner l'existence d'adhérences avec les organes voisins. L'examen endoscopique et biopsique permet le diagnostic différentiel avec le carcinome, dans la grosse majorité des cas. L'examen coprologique, enfin, renseigne sur le degré d'intensité de l'inflammation.

Le traitement médical suivi avec méthode, peut, dans la plupart des cas, apporter une grande amélioration ; parmi les différents procédés de thérapeutique chirurgicale, il importe surtout de retenir la simple colostomie. (*Bruxelles-Médical*, 18 avril 1937.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Académie de médecine

Les réactions tuberculiniques chez les enfants vaccinés au B. C. G.

(MM. Armand-Delille, Lestocquoy et Mme Banu ; 13-4-1937)

Les auteurs ont fait une étude comparée des réactions tuberculiniques chez les enfants vaccinés au B. C. G. (voie buccale) et chez les non vaccinés. Leur statistique a porté sur 1.048 sujets de zéro à deux ans. En milieu non hospitalier, ils n'ont relevé aucune cuti-réaction positive chez les vaccinés comme chez les non vaccinés ; en milieu hospitalier, la proportion des cuti-réactions positives a été à peu près la même dans les deux groupes (10 à 15 %).

— M. Guérin remarque que les constatations de M. Armand-Delille portent sur des cuti-réactions seulement et sur des enfants généralement de plus d'un an. L'allergie consécutive à la vaccination par le B. C. G. doit être recherchée vers le deuxième ou troisième mois après l'intervention vaccinale ; passé ce délai, on ne la constate plus qu'exceptionnellement, d'où nécessité des revaccinations.

Académie de chirurgie

Phlegmons des membres à tendance gangréneuse

(M. Pierre Mocquot ; 3-2-1937)

M. Mocquot rapporte plusieurs observations de phlegmons graves des membres, à tendance gangréneuse, phlegmons mortels, pour la plupart, et consécutifs à des lésions initiales minimes.

Le premier cas concerne un postier ambulant qui remarque un jour, en s'habillant, un petit bouton rouge, gros comme un pois, sur la face antérieure du bras droit. Le lendemain, le membre est œdématié jusqu'à l'épaule, des phlyctènes apparaissent autour de la lésion. Le surlendemain 3 février, entrée à l'hôpital : température 37°9, pas de signes généraux ; plaque noirâtre sur la face antérieure du bras avec, autour, une zone diffuse infiltrée, violacée, entourée de phlyctènes. Le 4 février, température 38°5 ; plaque sphacélique large comme une paume de main, téguments de teinte violacée lie-de-vin. Le 5 février température à 40° ; plaque gangréneuse doublée d'étendue. Le 6 février, le malade succombe à 13 heures. L'examen bactériologique n'a pas permis de préciser l'agent de l'infection.

Dans le deuxième cas, un malade se pique en ouvrant une boîte de conserves. Le soir, douleurs ; la nuit, insomnie. Puis œdème, teinte violacée, phlyctènes, plaques gangréneuses. Mort quatre jours après la piqûre.

Deux autres cas ont été suivis de guérison. Pour ces trois dernières observations, le streptocoque a joué le rôle principal.

Cinquième cas : accidents analogues survenus quinze jours après une blessure au doigt par une chaîne d'attache. Mort trois semaines plus tard.

Le caractère essentiel de ces phlegmons paraît être la tendance gangréneuse. Après une plaie souvent minime, une excoration insignifiante, le plus ordinairement très vite, parfois au bout de quelques jours, on voit apparaître une coloration rouge, puis violacée et marbrée de la peau et au centre de cette zone une escarre noire. En même temps, se produit un œdème extensif et des phlyctènes. La réaction ganglionnaire est variable. Les symptômes généraux, quelquefois tardifs, n e sont pas moins inquiétants : pâleur, fièvre élevée, affaiblissement du pouls, albuminurie. Dans les cas graves, la mort survient en quelques jours.

Le pronostic est grave. Sur les six observations de M. Mocquot, quatre se sont terminées par la mort. L'agent de ces infections paraît être un streptocoque.

— M. Louis Bazy a signalé à plusieurs reprises le rôle important que joue le streptocoque dans les infections chirurgicales et, en particulier, dans ce que l'on appelle bien à tort la gangrène gazeuse, mot qui suppose une maladie individualisée, alors qu'il n'en est rien et qu'il existe en réalité des gangrènes gazeuses produites non seulement par des variétés différentes de germes à spores, mais encore par des streptocoques.

La communication de M. Mocquot montre que des lésions locales, même d'apparence banale, et minimes dans leur étendue, peuvent s'accompagner de phénomènes généraux graves, mortels, qui sont vraiment d'ordre toxique. Au nombre des germes capables de produire de pareils désordres, il faut ranger le streptocoque. La toxicité et les phénomènes généraux priment ici de beaucoup les accidents locaux. Ce streptocoque est aussi capable de produire des lésions de sphacèle, parfois avec gaz.

— M. Chevassu a divisé les phlegmons diffus en phlegmons diffus proprement dits et phlegmons diffus gazeux. Les phlegmons diffus gazeux ou gangréneux sont loin d'être systématiquement dus à des microbes anaérobies. Les associations microbiennes et le streptocoque en particulier y interviennent pour une part notable.

Dans la vieille infiltration d'urine, le phlegmon diffus gazeux et gangréneux péri-uréthral, nous savons, aujourd'hui, que le streptocoque joue un rôle aussi important que les anaérobies. P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

Deux cas de phlébite amibienne

(M. Elie ACHITOUV ; 12-2-1937)

L'intérêt des deux observations rapportées semble résider dans la notion de l'existence d'une phlébite amibienne, la première au cours d'une hépatite amibienne aiguë et l'autre au moment du réveil au niveau du foie d'une amibiase chronique, qui était restée latente jusque-là. La notion d'amibémie qui explique les rhumatismes d'origine amibienne semble rendre fort plausible la formation d'une phlébite. La netteté avec laquelle agit l'épreuve thérapeutique paraît ne devoir pas laisser indifférents même les plus sceptiques.

Un cas de glomérulo-néphrite subaiguë mortelle chez une tuberculeuse

(MM. Etienne BERNARD, L. LAUDAT et P. GAUTHIER-VILLARS ; 5-2-1937)

Les auteurs présentent une étude anatomo-clinique et physio-pathologique à l'occasion d'une néphrite subaiguë mortelle ; leur observation tire son intérêt des faits qu'ils ont notés après une thoracoplastie ; ceux-ci ont trait notamment à une anurie de vingt-huit jours, et à l'action dissociée du bicarbonate de soude sur l'acidose et sur le taux de l'urée sanguine.

Il s'agit d'une femme de trente-sept ans, soignée depuis plusieurs années pour tuberculose pulmonaire unilatérale : lésion évolutive excavée du sommet droit, traitée d'une façon infructueuse par collapsothérapie, justifiant ensuite une thoracoplastie. Un premier temps opératoire est pratiqué le 1er octobre 1935 (R. Leibovici). Il est satisfaisant, au point de vue général, mais il est suivi d'un fléchissement important de la diurèse : 500 c. c., puis 200 c. c.. Cette oligurie est de courte durée et la diurèse recouvre un taux normal. C'est la première fois que la malade accuse un symptôme pathologique d'ordre rénal. Le deuxième temps opératoire est pratiqué le 17 décembre 1935. Les suites en paraissent d'abord favorables, mais dès le 25 décembre des symptômes rénaux surviennent. Et dès lors, une néphrite va évoluer sans rémission jusqu'au 17 mars.

Il est apparu que chez cette femme tuberculeuse, rien n'autorisait à suspecter dans l'éclosion de la néphrite observée le rôle direct de la tuberculose. Les signes anatomiques plaidaient en faveur d'une néphrite infectieuse. Les lésions histologiques s'identifiaient à celles qui sont décrites comme appartenant aux néphrites glomérulo-épithéliales infectieuses à évolution subaiguë. Sans doute, on ne put mettre en évidence le germe causal ; mais ce n'était pas là une preuve suffisante pour nier la nature infectieuse de cette néphrite, pour laquelle par ailleurs aucune cause d'ordre toxique ne pouvait être relevée.

Les premiers symptômes sont survenus après le premier temps opératoire, ils ont réapparu et, à partir de ce moment, évolué sans rémission. Il est difficile de ne pas faire jouer un rôle à ces opérations sanglantes, malgré la prudence des interventions (anesthésie locale). Surtout, il importe de souligner le point suivant : la décision opératoire avait été ajournée pendant un certain temps par suite de la présence d'un petit épanchement hydro-aérien, reliquat d'un pneumothorax ancien.

Syndrome hémorragipare avec agranulocytose dans un cas de diarrhée chronique traité par un arsenical pentavalent

(MM. CAROLI et J. MALLARMÉ ; 29-1-1937)

Les accidents de myélotoxicose, consécutifs au traitement arsénobenzolique, sont aujourd'hui bien connus : leur gravité impose toujours une étroite surveillance du sang des sujets traités par le novar. Rarement les arsenicaux pentavalents peuvent créer les mêmes complications graves. L'observation communiquée est celle d'un syndrome sanguin grave, fait d'agranulocytose et de purpura hémorragique associés, consécutif à l'administration du stovarsol *per os*.

Rares sont les accidents sanguins dus aux arsenicaux pentavalents ; en comptant le précédent, il n'en existerait que quatre cas publiés jusqu'à ce jour. Il faut insister sur la faible dose de stovarsol absorbée.

Dans cette observation, il y a disproportion entre le traitement stovarsolique et la gravité des accidents : 4 grammes une première fois : un gramme, peut-être moins, la deuxième fois, lorsque les accidents hémorragiques ont éclaté. Il ne semble pas qu'on puisse parler d'intolérance, puisqu'une première cure médicamenteuse avait été bien tolérée. La nature des accidents, leur évolution maligne, les données du myélogramme prouvent sans conteste qu'il s'agissait bien d'une agression grave et profonde de la moëlle. On peut aussi difficilement invoquer une tare constitutionnelle ancienne, un état hémogénique, dont aucune preuve, même minime, n'est donnée par les antécédents de la malade, qui était d'une robuste santé.

On peut tirer une conclusion de cette observation : il s'agit d'un cas presque unique qui ne peut être pris en considération que si des faits semblables sont publiés par la suite. Néanmoins, il peut inciter à une certaine prudence dans l'application du stovarsol en gastro-entérologie. C'est, on le sait, un traitement de choix de la diarrhée chronique (même en dehors de l'amibiase), mais il a semblé qu'il y avait avantage à se tenir au-dessous des doses usuelles et on peut obtenir d'excellents résultats sans dépasser dix centigrammes en deux prises, ce qui permet d'éviter dans la règle tous accidents d'intoxication.

G. F.

Les Congrès

VIe CONGRÈS FRANÇAIS DE GYNÉCOLOGIE

(*Toulouse, 15-18 mai 1937*)

Président : M. le professeur E. Mériel, de Toulouse.

Secrétaire général : M Maurice Fabre, de Paris.

Le diagnostic du cancer du col de l'utérus

Rapport de MM. A. Hamant et P. Chalnot, professeur et professeur agrégé à la Faculté de Nancy.

Les auteurs étudient le diagnostic du cancer du col, en particulier le diagnostic précoce, par les signes cliniques, par le colposcope, le test de Lahm-Schiller, l'hystéroscopie, l'hystéromucographie et la biopsie.

Signes cliniques

Toute femme présentant les petits signes d'un cancer de l'utérus doit être examinée à fond. On doit tenir pour suspecte toute hémorragie irrégulière (surtout les petites pertes rouges succédant au coït), les pertes intermenstruelles des femmes non ménopausées, les pertes continues ou indépendantes de la menstruation, les pertes atypiques au voisinage de la ménopause, les retours irréguliers de sang à ce moment, les écoulements hydrohématiques (fleichwässer ännlicher Ausfluss, perte en lavure de viande). « Si vous attendez, dit Forgue, pour mettre le doigt ou le spéculum dans le vagin, les pertes ichoreuses et fétides des classiques, les eaux rousses, les pertes rouillées, vous vous trouverez en face de lésions ulcéreuses et végétantes contre lesquelles la chirurgie n'a rien à faire. »

Devant un de ces signes, l'examen s'impose, et d'abord :

a) *Le toucher vaginal* : C'est l'examen le plus important, et il devra toujours être employé avant tout autre. Le doigt explorateur percevra, non pas un col anfractueux caractéristique d'un carcinome déjà avancé, mais des rugosités, de petites proéminences anormales, des érosions, des tissus friables qui saignent facilement, sur un fond dur, scléreux, rigide. Lui seul est capable d'apprécier ce mélange de friabilité et de dureté (Forgue) par lequel se caractérise le tissu cancéreux.

b) *L'examen au spéculum* : Confirme ces données du toucher. Au début, les lésions du col cancéreux peuvent s'offrir sous trois aspects :

1° Si le cancer siège sur la portion vaginale du col, on percevra sur un museau de tanche épaissi, ou sur une lèvre hypertrophiée, tantôt une ulcération à bord rongé, à fond friable et saignant au moindre contact, tantôt une simple érosion végétante et sans bord, plus rarement une saillie irrégulière, de surface papillomateuse, quelquefois une fissure à bords indurés, à fond rugueux, dans une des commissures ou sur une ancienne déchirure du col.

2° Si la lésion occupe la muqueuse cervicale, on rencontrera les mêmes types, infiltrés, ulcéreux ou papillomateux. On aura parfois des difficultés à les percevoir. Ne jamais oublier que la plupart des cancers du col méconnus sont des cancers *intra-cervicaux* ; il faut faire alors une dilatation préalable, que l'infiltration du col rend parfois malaisée. En examinant alors, non avec un spéculum cylindrique, mais avec un spéculum à valves qui, tirant sur les culs-de-sac, tendent à entr'ouvrir le museau de tanche, on apercevra la lésion.

3° Si le cancer est massif, si le col est infiltré en masse, tantôt on découvrira des lèvres hypertrophiées, dures, en bourrelets irréguliers, à muqueuse intacte ou peu ulcérée, tantôt, comme dans la forme atrophique et scléreuse des vieilles femmes, on ne verra qu'un museau de tanche rétracté, avec un petit orifice cervical par où s'écoule une perte sale, sanguinolente et malodorante.

Quelquefois, on trouve des signes plus précoces encore.

Franqué dit que beaucoup de cas arrivant inopérables pourraient être dépistés par la simple constatation d'une forme anormale du col et par une sensation de dureté spéciale (*col en barillet*). Lorsque le cancer est situé à la partie supérieure du canal cervical, si l'orifice utérin est fermé, et s'il n'est pas envahi par les lésions (cancer intra-cervical), le développement se fait souvent en profondeur, et infiltre la paroi du col sans que la surface externe de la portion vaginale ne s'ulcère et produise de petites hémorragies. Cependant, le doigt et l'œil peuvent dépister ces lésions sans symptômes et qui menacent directement la vie.

Il en est de même pour certains cancers de la portion vaginale à forme infiltrante. Les erreurs sont relativement rares pour un observateur averti.

Hinselmann fait, sur 253 cas de carcinomes du col, un diagnostic exact 206 fois, donc dans 81,4 pour 100 des cas. Dans 29 cas, il a hésité entre un cancer et une cervicite. Dans 92,8 % des cas, le diagnostic a été suffisant. Dans les 21 cas restants, soit 7 %, il y avait 10 cancers du corps confirmés ultérieurement

par la biopsie. Celle-ci redressa le diagnostic dans les autres cas supposés bénins.

En principe, le diagnostic clinique est donc relativement exact *pour le cancer caractérisé*.

On a parlé, au Congrès de Bordeaux, des diagnostics difficiles, notamment des cancers développés sur un col masqué par un cloisonnement du vagin. Evidemment, le toucher, le spéculum n'indiquent rien, et on parle de métrite sénile, d'un col macérant dans un cul-de-sac mal drainé, alors qu'il faudrait éliminer le cancer par biopsie, faite au besoin sous anesthésie et après avoir sectionné ou dilaté le rétrécissement. De toute manière, c'est la thérapeutique indiquée en cas de rétention au-dessus du rétrécissement et qui permettra, de plus, de vérifier l'état du col.

Il est difficile de préciser à partir de quelles dimensions il est possible de reconnaître cliniquement le cancer du col,

Les cas vraiment précoces peuvent se diviser, en fait, en deux groupes : 1° les cas où la tumeur vient de se former et se développe ; 2° les cas où il y a transformation d'une lésion précancéreuse, sans véritable tumeur ni infiltration.

Dans les cas où la tumeur existe déjà, peut-on la reconnaître alors qu'elle n'est pas encore visible à l'œil nu ? Peut-on également saisir les transformations des lésions précancéreuses et spécialement des leucoplasies dont certains disent qu'elles précèdent presque toujours le carcinome de la portion externe du col ? Ici, interviennent les autres méthodes, qui suivent :

La colposcopie

C'est l'examen du col au spéculum avec verres grossissants.

Hinselmann (d'Altona) a fait construire, par la maison Leitz, un appareil ingénieux dont le principe est d'éclairer vivement le col et de grossir l'image. Comme tous les procédés endoscopiques, la colposcopie nécessite une adaptation qui ne peut s'acquérir qu'avec le temps. L'appareil d'Hinselmann permet d'obtenir des grossissements de 2, 5, 10, 20, 40 fois, le grossissement de 10 diamètres paraissant le plus pratique. Un nodule de la grandeur d'une tête d'épingle se montre alors sous les dimensions d'un grain de chénevis ou d'un petit pois et non seulement, il est aperçu plus sûrement, mais ses détails sont vus facilement.

La colposcopie est surtout intéressante dans la recherche des modifications d'aspect de la muqueuse et des lésions précancéreuses, en particulier des leucoplasies.

La leucoplasie constitue, au niveau du col comme au niveau de la langue, un stade précancéreux. Lorsqu'on examine avec le colposcope un col atteint de leucoplasie, on remarque l'épithélium anormal sous forme de taches blanches, légèrement surélevées et couvertes de lamelles kératinisées. Quelquefois, ces lamelles sont invisibles, parce que desquamées, mais elles ne tardent pas à se reproduire. Le diagnostic est à faire avec d'autres modifications épithéliales, les épaississements épithéliaux bénins, les transformations leucoplacoïdes de nature inconnue. De toutes façons, il y a grand intérêt à déceler les transformations leucoplasiques de la muqueuse par la colposcopie. Les zones suspectes, prélevées, seront examinées histologiquement.

Le test de Lahm-Schiller

Pour découvrir et distinguer de la surface saine une altération néoplasique du col, Schiller a proposé l'épreuve de la coloration du tissu vivant par le liquide de Lugol. L'épithélium normal du col renferme des quantités importantes de glycogène dans ses assises supérieures, mais le glycogène, substance physiologique et vitale, manque presque complètement dans l'épithélium cancéreux, *surtout jeune*. Les tissus cancéreux plus âgés en présentent quelquefois des traces. L'iode et la solution de Lugol teintent en brun-acajou l'épithélium sain, alors que la zone modifiée par une évolution néoplasique reste blanche ou rosée, tranchant sur le fond brun de la surface environnante.

On utilise une solution faible de Lugol (1 gramme d'iode, 2 grammes d'iodure de potassium et 300 grammes d'eau) ou une solution forte (5 grammes d'iode, 10 grammes d'iodure et 100 grammes d'eau).

L'application de la solution iodo-iodurée doit se faire de la façon suivante :

Un spéculum découvre le vagin supérieur et l'on verse à l'aide d'un récipient muni d'un long embout, 10 à 15 c. c. de solution de Lugol. On imbibe la muqueuse régulièrement en tamponnant doucement avec un bloc d'ouate hydrophile. On laisse le liquide agir pendant une minute environ, puis on absorbe avec un tampon l'excès de liquide et l'on essuie doucement le col et le vagin.

Henricksen préfère au badigeonnage du col, une pulvérisation de Lugol ; l'opération est plus homogène et plus rapide, ce qui la rend plus facile dans un service de consultation.

Diverses précautions sont à prendre ; éviter de léser l'épithélium cervical ce qui entraînerait des cellules contenant du glycogène et fausserait l'interprétation ; enlever le pus, qui se colore en noir, puisque les leucocytes sont riches en glucose ; se rappeler que l'épithélium cylindrique endo-utérin (ectropion) ne se colore pas ; dans la leucoplasie, le test n'est pas spécifique de la cancérisation.

En définitive, disent MM. Hamant et Chalnot, la valeur du test de Lahm-Schiller est surtout indicative. Elle ne peut être que relative et doit être obligatoirement complétée par la biopsie.

L'hystéroscopie

L'hystéroscopie est surtout employée dans le diagnostic, souvent difficile, des lésions du corps de l'utérus, mais elle peut être utile dans la recherche de certaines localisations endo-cervicales du cancer.

L'hystéroscopie comporte deux temps : la dilata-

tion du col (suffisante pour introduire l'hystéroscope) et l'introduction de l'hystéroscope muni de son mandrin jusqu'au fond de la cavité utérine. Le mandrin est alors retiré et remplacé par l'appareil optique de l'instrument.

La dilatation est obtenue à l'aide de laminaires ou de bougies de Hégard. Une injection de 20 c. c. de novocaïne dans les parties latérales du col utérin donne une insensibilisation suffisante. Le mandrin retiré, on commence l'examen au bout de quelques minutes quand l'eau de lavage continu ressort claire. En interrompant le courant d'eau de façon discontinue, on obtient une pression intra-utérine suffisante au développement de la muqueuse. L'examen se fait du fond vers le col en retirant progressivement l'appareil.

Hystéromucographie

L'hystéromucographie, qui n'est pas encore d'emploi courant, comporte une radio après injection d'un corps opaque dans la cavité du col. La substance opaque utilisée est une suspension colloïdale de thorium qui a la propriété de floculer au niveau des muqueuses et de déposer une couche fine d'oxyde de thorium opaque aux rayons X.

Le procédé en question décèle les irrégularités du canal cervical qui pourront être ensuite vérifiées par l'endoscopie et la biopsie. Il peut également différencier le cancer cervical du cancer du corps.

Biopsie

Pratiquée par le chirurgien, ou le spécialiste, elle est sans inconvénient habituel. Les risques d'infection, d'hémorragie ou d'accélération donnée au cancer avaient été exagérés et sont actuellement réduits au minimum par l'emploi d'instruments appropriés et un choix judicieux de la technique qui doit être douce et prudente.

Vogt a cependant publié un certain nombre d'accidents d'ordre infectieux, locaux ou généraux. Ils doivent être rares, et, en dépit des risques possibles, les renseignements obtenus compensent largement les dangers courus par la malade.

D'autre part, l'expérimentation méthodique de Wood sur les tumeurs du rat a montré que l'objection d'une production de métastases n'était pas justifiée.

La biopsie doit être faite au bistouri tranchant, à la curette ou à la pince emporte-pièce. Le bistouri électrique détermine des nécroses sur le fragment prélevé qui compliquent l'interprétation et la lecture des coupes.

La biopsie est importante. Malgré tout le soin que l'on peut apporter à l'examen clinique, le prélèvement d'un fragment suspect et son examen microscopique restent la meilleure garantie du diagnostic précoce.

C'est pour les lésions saisies à leur *phase initiale, la vérification nécessaire.* « La biopsie, dit Forgue, est la condition et la garantie de nos diagnostics précoces ».

La biopsie cependant *n'est pas toujours décisive.* « Nous avons vu des faits contradictoires, dit Forgue, et cette détermination anatomo-pathologique sur « échantillons » ne nous a pas toujours paru exempte d'erreurs, même de la part d'hommes très versés dans ces études ». Robert Mayer, considéré unanimement en Allemagne comme l'expert le plus compétent en histologie du cancer utérin, affirme que nombre de femmes opérées sur la foi d'une biopsie restent guéries parce qu'*elles n'ont jamais été atteintes de cancer.* Il estime que nulle méthode clinique n'atteint la précision de la méthode histologique pour dépister le néoplasme, surtout à son début, mais à la condition que l'examen soit fait, non par un chef de laboratoire d'anatomie pathologique générale, mais par un spécialiste de l'histopathologie gynécologique.

Un examen positif donne au diagnostic sa sécurité, mais un examen négatif ne suffit pas à écarter sûrement l'hypothèse d'un cancer. Si les indications cliniques persistent, il faut recommencer les prélèvements.

***

MM. Hamant et Chalnot présentent enfin quelques considérations sur l'état actuel de la lutte contre le cancer utérin. Le problème réside dans le dépistage, le diagnostic précoce de la maladie. Le rôle du médecin praticien est important à cet égard. Les sages-femmes doivent aussi être instruites sur ce sujet en leur exposant la lourde responsabilité qu'elles pourraient encourir dans une pratique illégale de la gynécologie.

L'examen périodique des femmes, à partir d'un certain âge, examen pratiqué tous les six mois ou tous les ans, dans un but prophylactique, a des partisans. Il mériterait certes d'être encouragé, ses inconvénients étant minimes, mis en face de ses avantages.

Resterait, enfin, à développer l'éducation du public et à surveiller les réclames médicales qui font perdre aux malades un temps précieux — temps occupé en des traitements pour le moins inutiles — et du fait desquelles les femmes se présentent à une phase trop avancée de la maladie pour être traitées avec efficacité.

P. Lacroix.

Les Thèses

P. — Dr J. Bréhant. — **La résection chirurgicale des nerfs splanchniques (splanchnicectomie).** (Thèse 1937.)

A l'heure actuelle, nous ne faisons qu'assister à l'essor de la chirurgie endocrino-sympathique, ce lui explique ses indications encore incertaines. Mais en ce qui concerne la chirurgie des nerfs splanchniques, nous avons le droit de fonder de grands espoirs sur elle, parce qu'elle est, avant tout, basée sur des tests physiologiques stables et parce qu'elle a donné des résultats cliniques dont il serait vain de méconnaître l'intérêt.

Les nerfs splanchniques constituent « la clef du système sympathique abdominal ». Ils participent à la formation des grands plexus nerveux sous-diaphragmatiques et leurs fonctions sont multiples. L'une d'elles apparaît capitale : c'est la fonction sécrétoire du nerf vis-à-vis de la glande surrénale. Les nerfs splanchniques sont indispensables à la sécrétion de l'hormone et inversement l'hormone élaborée est nécessaire au maintien du tonus sympathique. Cette étroite interdépendance fait de l'adrénaline une véritable « hormone sympathique » et l'on peut concevoir que surrénales et splanchniques constituent en quelque sorte un couple physiologique neuro-endocrinien. Il n'est donc pas étonnant qu'on ait cherché à agir sur le fonctionnement de la glande par la destruction de ses nerfs sécréteurs puisqu'un tel procédé représentait aux yeux du praticien une véritable *surrénalectomie physiologique*.

Les indications de la splanchnicectomie sont ainsi dans l'ensemble assez voisines de celles de la surrénalectomie : l'hypertension artérielle, les artérites, etc...

L'opération énervatrice est-elle préférable à l'exérèse de la glande ? La question reste ouverte. Mais, malgré les aléas qu'elle comporte, la splanchnicectomie est une intervention dont on ne saurait méconnaître l'intérêt.

P. — Dr H. Bouvier. — **Sur la disparition spontanée des niches dans les ulcères gastriques.** (Thèse 1937).

Quand on suit par des examens radiographiques répétés un malade présentant un ulcère gastrique, on voit que la niche, signe radiologique essentiel de l'ulcère, est susceptible de disparaître complètement sur les clichés, et éventuellement de réapparaître lors d'une récidive ulcéreuse ultérieure.

Le Docteur Bouvier insiste sur le caractère spontané de cette disparition des niches ulcéreuses, l'apparition et la disparition de la niche faisant partie du cycle évolutif normal de l'ulcère gastrique.

La niche ne représente pas toujours uniquement la lésion de l'ulcère. S'il est des ulcérations profondes où elle est vraiment le moule de cette lésion, il en est beaucoup où elle représente et l'ulcère et la réaction de la paroi gastrique au voisinage de l'ulcère.

Les niches qui ont cette signification sont précisément celles qui disparaissent pendant les périodes de latence ; en effet (que l'ulcère soit « cicatrisé » ou seulement au « repos »), de même que le retentissement fonctionnel disparaît, de même la réaction pariétale tombe et la niche s'efface.

Cette disparition des niches, phénomène normal dans l'évolution des ulcères, est aussi *un signe rassurant*, car elle ne se voit pas dans l'évolution d'une lésion maligne. Une niche permanente peut, certes, être le fait d'un ulcère ancien, calleux ou extériorisé ; mais elle traduit, bien souvent, soit un ulcère cancérisé, soit un cancer ulcériforme. La non disparition de la niche, malgré les traitements, est un signe rendant suspecte une lésion gastrique ; elle est un argument pour faire renoncer aux tentatives de traitement médical, et envisager la gastrectomie.

T. — Dr Ch. Caussé. — **Les internements évitables.** (Thèse 1937.)

Il existe un mouvement général qui tend à créer pour les malades atteints d'affection mentale aiguë légère ou symptomatique, des organismes spécialisés analogues aux hôpitaux ordinaires, réservant désormais l'internement légal aux seuls aliénés chroniques protestataires ou dangereux.

Ces nouveaux organismes permettront d'éviter aux psychopathes la tare d'un internement si les circonstances ne l'exigent pas impérieusement.

Il est difficile de préciser la classification nosologique entraînant le choix des malades susceptibles de bénéficier des services ouverts.

Les statistiques de l'asile de Braqueville montrent que les psychoses aiguës évoluent dans les six premiers mois vers la guérison, la mort ou la chronicité. Ce sont ces affections qui bénéficieront au maximum de la cure en service ouvert.

Les services ouverts verront leur action complétée par les Instituts médico-pédagogiques, les hospices de vieillards, les colonies agricoles d'épileptiques, les asiles et les colonies de buveurs, les asiles prisons pour amoraux.

P. L.



PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Bulletin de l'Actualité

● ● ●

LES LOISIRS DE LA MALADIE

Le malade guéri . . . ou aggravé, malgré lui à la mode des quarante heures

Le malade aggravé... plutôt que guéri !

Car, pour le voir « guéri », notamment grâce aux carences qui peuvent résulter de l'application de la loi de quarante heures, il faut presque invoquer l'ironie. Certes les principes de la « natura médicatrix », du « primum non nocere » pourraient en pareil cas se prévaloir d'une application, anticipée (oh, combien !) de cette fameuse loi. Il est possible cependant de supposer que certains malades se trouveront mieux de la carence alimentaire, que leur imposera, pendant quarante-huit heures par semaine, la fermeture des épiceries, des pâtisseries, etc., s'il s'agit d'embarras gastrique, de gastro-entérites aiguës. Ne nous annonce-t-on pas que les boucheries nous priveront de viande durant deux jours consécutifs chaque septenaire, et, dans ces conditions, ne verra-t-on pus des brightiques qui s'ignoraient, être débarrassés comme par enchantement de leurs petites misères, de leurs céphalées, de leurs malaises, parce qu'ils auront été contraints de s'abstenir, durant un double nycthémère, de toute alimentation carnée ? Que dire aussi du toxicomane imprudent , qui n'aura pas eu la sage précaution de s'approvisionner en toxique, et se trouvera subitement mieux de n'en point avoir absorbé, grâce aux deux jours de fermeture qui devront être réservés à la pharmacie, ayant choisi « cinq jours de 8 heures dans l'amplitude de 11 heures »..., surtout qu'il n'est pas prévu de service de garde dans le nouveau projet de décret (Association générale des Syndicats de pharmacie, séance du 8 avril 1937).

Cependant, trêve de plaisanteries. Le douloureux accident de Lille, est là pour nous rappeler au sérieux. Quand il survint, notre *Bulletin* était déjà rédigé, mais nous y trouvons un triste exemple pour mieux appuyer les quelques idées, que nous développons aujourd'hui. La mort d'un pauvre patient, parce que durant cinq minutes d'égarement les garçons de salle ont refusé de le transporter dans son lit, sous prétexte que l'heure du travail n'avait pas encore sonné pour eux, à la mode des quarante heures ! Les efforts du chirurgien opérateur n'ont pu empêcher cette catastrophe de se produire ; les sentiments d'humanité se sont trouvés dépassés par une étroitesse d'esprit dans l'application d'une loi. Il n'est pas douteux qu'à l'avenir toutes les précautions seront prises dans les hôpitaux ou cliniques, afin d'éviter tout accident de ce genre.

Le point le plus important pour le malade c'est l'éventualité d'un décret de 5-8, ou de 6-7, qui serait appliqué aux médecins : par semaine, cinq jours à huit heures ou six jours à sept heures de travail ; l'état du malade n'en subira-t-il pas une aggravation forcée ?

Il faut envisager surtout le sujet, qui tomberait malade pendant le temps de carence légale des vingt-quatre heures, ou de la semaine. Pour le patient, qui est en traitement, le praticien agira toujours au mieux de ses devoirs d'homme charitable et humain.

La question mérite un examen plus particulier pour l'exercice de la médecine à la campagne.

Supposons le cas de l'habitant d'une ferme, qui tout à coup présente une crise d'appendicite ou une hernie étranglée. Au village le plus proche, il n'y a qu'un médecin praticien. On fait appel à ses soins, mais les délais des quarante heures lui enjoignent la cessation de tout exercice de la médecine. Il peut en être de même pour le confrère d'une autre agglomération plus éloignée. Que faire ? Aller tout droit à une pharmacie du voisinage. Le potard, au mieux de ses connaissances dans l'art de guérir, délivrera à tout hasard quelque calmant ; mais celui-ci sera d'une efficacité bien douteuse ; encore faudra-t-il que l'officine ne soit pas elle-même en état de carence officielle ! Pendant ce temps, les heures passeront, pleines de gravité pour le malade. S'il existe dans la région quelque rebouteux, quel-

que matrone, on n'hésitera pas à lui demander conseil. L'hôpital de la ville ? Oui, si la distance n'est pas trop grande, ainsi que fréquemment il advient dans les pays montagneux ; on aura recours à des moyens de transport privés, ou bien à l'ambulance hospitalière, s'il est également possible à son chauffeur de faire le trajet.

Les mêmes considérations s'appliqueraient à l'exemple d'un accouchement simple (si la sage-femme est au repos forcé), ou à un accouchement dystocique, à un accident grave, à une hémorragie incoercible.

Toujours le malade pourrait subir une aggravation du fait de la loi des quarante heures, à moins qu'un service de roulement ne soit organisé entre les médecins, pharmaciens, etc., d'une même région.

A la ville, cette organisation semblerait plus facile à prévoir. Et encore ?... Un service d'urgence pourrait être prévu, à l'instar des soins qu'assure durant la nuit la Préfecture de police à Paris.

Ceci dit d'une manière générale, dans l'hypothèse du patient « anonyme », pour lequel il faut éviter tout état d'aggravation, qui fasse suite à l'application d'une loi. Mais, ne faut-il pas prendre également en considération les goûts, les préférences du malade lui-même, car celui-ci sera rarement satisfait de ces solutions d'ensemble. Il a donné sa confiance à un médecin, et c'est lui qu'il désire voir arriver à son chevet. Peut-être a-t-il refusé autrefois cette confiance au « médecin remplaçant », qui lui sera expédié par la voie officielle.

Ne faudra-t-il pas aussi tenir compte du respect des clientèles privées, qui pourraient s'effriter dans une certaine mesure à la suite de ces « délégations » forcées ?

La question se poserait d'une façon moins aiguë pour l'exercice de la médecine sociale, et naturellement de l'assistance gratuite, bref pour les « économiquement faibles ». Cependant, le libre-choix en subirait une atteinte grave, au moins pendant une partie de la semaine.

Ce devenir de l'exercice de la médecine n'est heureusement pas encore une réalité. C'est peut-être pour demain ? Toujours est-il qu'il appartient aux organisations syndicales de prendre la défense des praticiens, à moins que ceux-ci ne doivent être classés dans une catégorie plus étendue de travailleurs intellectuels, laquelle serait consultée par les « officiels » pour l'organisation des quarante heures. Ne parlait-on pas de les mettre sous l'égide de l'Association des gens de théâtre ?

En attendant, certains confrères n'ont pas *attendu pour traduire par quelques actes, sans* méchanceté, tout ce qu'il y aurait d'insolite à soumettre à la charte des travailleurs l'exercice de notre profession, essentiellement basée sur la conscience, le dévouement et les sentiments d'humanité charitable. On cite des praticiens, exerçant dans des pays d'usines, et appelés par des ouvriers durant la nuit, ou tout au moins alors qu'harrassés de fatigue ils rentraient chez eux bien après l'heure légale du repas; ils auraient répondu tout d'abord : « Impossible, il est trop tard ; mes quarante heures sont terminées ! ». Bien entendu, ils étaient tout décidés malgré tout à voir les malades, après quelques moments d'attente ou quelques sollicitations ! Mais la leçon était donnée, et quelques-uns de plus avaient pu se rendre compte du ridicule d'une pareille situation.

Un chirurgien est appelé d'urgence à l'hôpital pour opérer une appendicite aiguë très grave. Sur la table d'opération, il reconnaît quelque dirigeant ou partisan du nouveau régime. Un temps d'arrêt. « Mon ami, dit-il, je dois remettre mon intervention à demain, car le temps est passé... ». Stupéfaction et inquiétude du patient, qui se voit voué à une fin prochaine... Supplications... Mais en vain. Le chirurgien impassible s'en va ? Quelques moments après il revient, opère, et sauve le malade, qui lui aussi a désormais compris !

***

On peut entrevoir d'ores et déjà les résultats d'une application éventuelle de la loi des quarante heures à la profession médicale :

Une aggravation certaine des cas de maladie. Le mécontentement des malades. Une atteinte grave au libre-choix.

Un encouragement à l'exercice illégal par les rebouteux, charlatans, etc.

Une exode de plus en plus marquée vers l'hôpital, les classes aisées s'assimilant davantage aux classes économiquement faibles.

L'effritement possible de certaines clientèles ; peut-être une extension du salariat médical par la création d'un service de secours urgents pour les villes, leurs banlieues ou des circonscriptions cantonales.

Nous voulons bien le système des 5-8, des 6-7, où ce que l'on organisera avec des heures plus nombreuses d'exercice hebdomadaire ; mais qu'il soit prévu des dérogations, et avec des majorations d'honoraires de 25 %... comme pour les autres !... Mais, si cette solution nous convient, elle ne sera pas du goût de nos malades, qui fuiront nos cabinets pour envahir les salles de consultation des hôpitaux.

G. FISCHER.

SECRET PROFESSIONNEL
MALADE APPARTENANT A UNE ADMINISTRATION PUBLIQUE
REFUS DE CERTIFICAT

Un de nos confrères (dossier 2.991) nous expose la situation embarrassante, dans laquelle il se trouve à l'occasion d'un de ses malades, appartenant à l'administration des P. T. T. D'ailleurs, voici sa lettre :

Il s'agit d'un facteur, atteint de cancer de la tête et du corps du pancréas, diagnostic établi après ouverture pour néo probable de l'estomac.

J'ai donc dû d'abord établir un certificat initial, déclarant que ledit facteur avait besoin d'un repos de vingt jours.

L'Administration demande pourquoi ?

Réponse : troubles gastriques.

Opéré dans ce laps de vingt jours, il a fallu établir un nouveau certificat demandant un mois de prolongation.

Demande : pourquoi ?

Réponse : suites d'opération.

Demande : quelle opération ?

Réponse : suites d'opération pour troubles gastriques.

Demande : retour du certificat avec demande expresse d'indiquer le diagnostic exact qui a motivé l'opération.

Réponse : refus formel, sachant que le receveur des Postes avait annoté la fiche dudit facteur de la façon suivante : aurait un cancer.

Retour de nouveau du certificat en priant le médecin d'écrire le diagnostic exact pour la raison suivante :

« Voir note du 17 août 1931 faisant suite à l'ordre « de service du 8 février 1930 relatif à la déclaration « de la nature de la maladie sur les certificats fournis à l'appui des demandes de congé de maladie « par les agents des P. T. T. (*Bulletin* nº 4 de 1930, « page 125). »

Ceci me fut présenté par le Receveur dans un livre bien relié et où j'ai copié ce qui suit :

« A la suite de difficultés soulevées par divers pra- « ticiens n'appartenant pas au Corps médical des « P. T. T., l'Administration des Postes a consulté le « Conseil d'Etat, si les médecins peuvent indiquer la « nature de la maladie dont est atteint le fonction- « naire intéressé, *sans crainte de l'art.* 378 *du Code* « *pénal.*

« *Réponse au ministre des P. T. T.* : Le Conseil « d'Etat est d'avis qu'il y a lieu de repondre au mi- « nistre, dans le sens des observations qui précèdent « et qui concluent à la divulgation de la maladie. »

Puis, pour influencer sans doute le médecin qui refuse, on lit au-dessous :

« Le facteur sera obligé dans le cas contraire (si le « médecin refuse) à poursuivre lui-même la régulari- « sation des dits certificats ou à solliciter sa compa- « rution devant le Comité médical régional. »

« La concession du congé devra lui être refusée jus- « qu'à nouvel ordre ».

Donc, mon cher confrère, voilà un facteur qui vient d'être opéré, qui ignore la nature de son mal, qui est encore à la clinique et à qui on ordonne, si le médecin traitant refuse d'inscrire le diagnostic exact, de demander à comparaître devant le « *Comité médical* « *régional* » qui, pour ma localité, est à près de 200 kilomètres, et à qui on refusera le congé dans le cas contraire.

Sans doute que le médecin assermenté des P. T. T. ou les médecins constituant le Comité médical, seront dans l'obligation de lui ouvrir à nouveau le ventre pour établir le diagnostic exact, puisque l'intéressé l'ignore et que la radio fait erreur.

Quoiqu'il en soit, j'ai refusé d'indiquer la nature de la maladie sur le certificat qui va traîner de bureau en bureau, ce qui sera lu non seulement par des agents assermentés, mais encore par ceux qui ne le sont pas.

Je vous demanderai donc votre avis éclairé et quelle conduite un médecin doit tenir devant pareille exigence. Encore si la demande émanait du médecin-chef de la région postale, pourrait-on invoquer le secret professionnel, et cependant dans votre article paru dans le *Concours* du 28 mars dernier, vous dites que « le ministre de la Justice a répondu que, en « l'état actuel de la législation, serait considéré « comme ayant violé le secret professionnel, le méde- « cin qui, vu l'absence d'un texte de loi, aurait dé- « voilé la cause du décès aux services d'hygiène, alors « même que ceux-ci auraient à leur tête un docteur « en médecine. »

Or, dans le cas présent, ce n'est qu'un employé des postes qui reçoit ce certificat non cacheté, mais épinglé seulement à la demande officielle de congé.

Dr M. P.

Tout en rédigeant ma réponse, je ne puis m'empêcher de reconnaître que, fort heureusement, pareils cas de conscience sont rares. Cependant, le praticien se trouve embarrassé pour savoir quel est son véritable devoir.

Ce cas est typique pour démontrer le conflit qui existe à l'heure actuelle entre l'absolutisme du secret professionnel et la nécessité de la diminution de la portée dudit secret en ce qui concerne le fonctionnement des lois sociales.

Nous pouvons ainsi situer le problème. Ou bien, en vertu de l'article 378 du Code pénal, le médecin se refuse à transmettre à l'Administration des P. T. T., le certificat demandé — et le

malade se verra supprimer toute indemnité de maladie. Ou bien, le praticien enverra ledit certificat, pour que son client puisse toucher l'argent, dont il a le plus grand besoin, mais au risque de voir le secret devenir celui de Polichinelle, et parvenir aux oreilles de l'intéressé, qui doit rester dans l'ignorance de la gravité de son affection.

Disons de suite que, dans l'immense majorité des cas ordinaires de la pratique courante, bien des médecins tournent la difficulté, en délivrant au client lui-même, en mains propres, un certificat médical que l'intéressé fera parvenir si bon lui semble, à son Administration, pour l'obtention d'un congé.

Cette Administration peut, en effet avoir besoin d'un certificat véridique et non pas truqué, — ou tronqué, pour les besoins de la cause —, afin que le médecin de contrôle de ladite Administration puisse conclure par l'affirmative ou par la négative pour l'octroi du congé ainsi réclamé.

Une fois de plus, j'insiste sur ce fait que commet un acte délictueux le praticien qui se croirait autorisé à masquer la vérité par un diagnostic fantaisiste, ou incomplet. Lorsque nous délivrons un certificat, nous devons dire la vérité et non pas rédiger une fausse attestation.

Je tiens à rappeler que les articles 160, 161 et 162 du Code pénal prévoient des pénalités contre les médecins qui certifient faussement, pour aider quelqu'un à se dispenser d'un service public, ou pour toucher indûment des allocations versées par le Trésor. Ces pénalités ont été aggravées par la loi du 8 août 1935.

Le Tribunal correctionnel de la Seine, par jugement du 5 octobre 1894 (*Concours Médical*, 1894.528) décide que les pénalités sont applicables non seulement lorsque le médecin certifie des choses fausses, mais aussi lorsqu'il néglige de vérifier les déclarations qui lui sont faites.

Si le certificat a été volontairement erroné, le délit peut constituer l'escroquerie ou un faux. (Cassation, 28 juillet 1887).

En outre, les faux certificats peuvent servir de base à une réclamation en dommages-intérêts par la personne lésée (Tribunal civil de la Seine, 5e chambre, 12 juin 1896 ; Tribunal civil de la Seine, 24 décembre 1897 ; Cour d'appel de Douai, 26 février 1906). Je laisse de côté les procès au cours desquels certains malades ont obtenu des dommages-intérêts contre le médecin, qui avait délivré un certificat d'internement erroné.

Plus près de nous, un confrère a été poursuivi devant le Tribunal correctionnel de Millau (15 janvier 1930, *Concours Médical*, 1930-1260) accusé qu'il était d'avoir délivré des certificats de complaisance à de jeunes conscrits comparaissant devant le Conseil de révision.

Je ne saurais donc trop recommander à mes confrères de ne jamais délivrer de certificat qui ne soit pas l'expression de la vérité. Il est trop dangereux de se laisser aller à la rédaction de certificats de complaisance, dans lesquels la vérité sera masquée ou par trop atténuée.

Dans le cas particulier, le médecin qui est mû par un sentiment de pitié et d'humanité, ne peut pas rédiger un certificat véridique et le remettre au patient lui-même qui, de ce fait, apprendrait son arrêt de mort.

D'autre part, en l'état actuel de la législation, le médecin traitant a le devoir, que lui impose l'article 378 du Code pénal, de se refuser à envoyer directement à l'Administration, le certificat qui est nécessaire pour l'obtention du congé sollicité.

Vainement nous oppose-t-on un avis du Conseil d'Etat ; seuls les arrêts de cette haute assemblée administrative font loi.

Signalons d'autre part que pareil conflit ne serait pas porté devant le Conseil d'Etat, mais plutôt devant la Cour de cassation qui, par sa Chambre criminelle, aurait à connaître des poursuites qui auraient été intentées devant le Tribunal correctionnel puis devant la Cour d'appel.

Un médecin traitant poursuivi correctionnellement pour violation de l'article 378 à propos de la délivrance d'un certificat à des tiers (Administration publique) pourrait être condamné jusque devant la Cour de cassation, alors que le Conseil d'Etat, saisi d'un procès d'ordre administratif, pourrait reconnaître au contraire que l'Administration a le droit de réclamer directement du médecin traitant des indications utiles pour le bon fonctionnement du service administratif.

Seule une loi doit intervenir pour modifier la portée du secret professionnel, dans l'application du contrôle dans les lois sociales. Tant que cette loi n'aura pas été votée par les deux Chambres, nous devons nous taire.

Malheureusement, cette question de principe, très respectable en soi, se heurte aux intérêts immédiats du postier malade, qui va se voir refuser le congé qu'il sollicite, afin de pouvoir se soigner et mourir en paix.

Pour le moment, la question est juridiquement insoluble et ce ne sont que des moyens de fortune qui pourraient permettre au médecin traitant, si sa conscience lui ordonne de le faire, de s'ouvrir confidentiellement de ce cas particulier au médecin représentant l'Administration, pour que ce dernier fasse accorder le congé sollicité et nécessaire, sans que le secret du pauvre cancéreux soit colporté de bouche en bouche jusqu'aux oreilles du moribond et de sa famille.

Dr Paul Boudin.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Les évictions pour maladies contagieuses

à la Société des médecins-inspecteurs des Ecoles de la Ville de Paris et de la Seine

A la réunion du 29 avril 1937, Madame le Docteur Dreyfus Sée a présenté un important travail sur les *évictions scolaires* à la suite des maladies contagieuses.

Le Docteur Jules Renault, membre de l'Académie de médecine, médecin honoraire des hôpitaux et membre du Conseil supérieur d'hygiène, qui avait bien voulu assister à la réunion, présenta d'intéressantes observations.

En ce qui concerne la diphtérie, l'éviction du malade pendant un mois après la disparition des fausses membranes doit être conservée parce qu'elle correspond pratiquement au maximum habituel de durée du bacille diphtérique dans la gorge et aussi parce que cliniquement, elle permet à l'enfant une convalescence absolument nécessaire.

La prophylaxie de la diphtérie doit être faite par l'intensification de la vaccination et non par éviction des porteurs de germes. Leur renvoi en milieu civil entraînant plus d'inconvénients que d'avantages.

Pour la *scarlatine*, on est insuffisamment fixé, sans critérium bactériologique, en clinique pour modifier de façon utile les délais d'éviction établis par le bon sens, d'après une moyenne. L'admission à l'école des frères et sœurs des malades durant la période non contagieuse de l'incubation entraînerait des complications pratiques à peu près insolubles.

Pour le malade lui-même dans la *coqueluche* comme dans la diphtérie, la notion de la nécessité d'une convalescence doit entrer en ligne de compte.

Le Docteur Jules Renault conclut qu'on pourrait pratiquement diminuer les délais d'éviction des frères et sœurs et même supprimer toute éviction pour les oreillons maladie bénigne dans l'enfance et plus grave après la puberté, ainsi que pour la varicelle et la rubéole.

Il faut, au contraire, conserver et renforcer la surveillance du malade lui-même.

Le vœu proposé par le Docteur Dreyfus-Sée sera adressé au ministre de l'Education nationale.

Vœu adressé à M. le Ministre de l'Education nationale

La Société des médecins-inspecteurs des écoles de Paris et de la Seine attire respectueusement l'attention de M. le ministre de l'Education nationale, sur le vœu émis dans la séance du 29 avril 1937.

La Société des médecins-inspecteurs des écoles :

Considérant la gêne provoquée dans les familles par l'application de l'arrêté du ministre de l'Education nationale en date du 19 février 1931 relatif à l'éviction des élèves des établissements d'enseignement public de tous ordres en cas de maladie contagieuse ;

Considérant d'autre part, le préjudice porté à la fréquentation scolaire par certaines des prescriptions de cet arrêté ;

Emet le vœu :

Que les prescriptions relatives aux évictions scolaires soient révisées,

Que l'article ordonnant l'éviction des frères et sœurs de malades atteints d'affections qui sont bénignes à l'âge scolaire, telle que *varicelle, rubéole* et *oreillons* soit supprimé,

Que les prescriptions relatives à l'éviction des frères et sœurs d'enfants atteints de *rougeole* soient révisées, de telle sorte que l'enfant isolé du malade ne soit plus éliminé de l'école plus longtemps que celui resté en contact avec lui ;

La Société des médecins-inspecteurs des Ecoles de la ville de Paris et de la Seine, suggère respectueusement à M. le ministre de l'Education nationale, après avis du ministre de la Santé publique et du Conseil supérieur d'hygiène, d'apporter au règlement ces modifications qui lui paraissent de nature à favoriser la fréquentation scolaire sans porter préjudice à la santé des enfants des écoles.



BUDGET DU MÉDECIN ALLEMAND

Le Docteur Kluge expose en détail, dans le *Deutsches Aerzteblatt*, qui est l'organe officiel de la profession en Allemagne, la condition économique du médecin allemand. Elle n'est guère favorable, même si on la compare à celle du médecin français.

Les mêmes risques, — inhérents à toute profession indépendante — le menacent. Il peut perdre sa santé, se trouver dans des conditions difficiles pour réussir ; il porte avec lui le fardeau des dettes qu'il a dû contracter pour achever ses études et s'installer ; il doit non seulement les payer, mais penser aussi à sa vieillesse, que rien ne protège : et il a une famille à élever, à quoi personne ne l'aide.

Un revenu net de 9.000 marks (1) peut être considéré comme un minimum, qui ne suffira pas au médecin, d'ailleurs, à couvrir les risques de maladie, de mort prématurée (la moyenne de la longévité des médecins, en Allemagne, est de 61 ans), ou à s'assurer une retraite s'il survit. En 1927, la moyenne du revenu brut du médecin allemand était de 15.519 M. ; ses dépenses professionnelles allaient en moyenne à 40 %, soit 6.000 M. ; son revenu net était donc d'environ 9.000 M. S'il voulait constituer une pension analogue à la re raite des fonctionnaires, il lui en coûtait 3.000 M. ; il fallait donc que son revenu brut atteigni 18.000 M.

La plus grande partie des recettes d'un médecin, en Allemagne, (au moins 75 à 90 % des médecins) vient des Caisses d'assurances.

On doit donc admettre qu'il touche des Caisses 75 % de 18.000 M., c'est-à-dire environ 13.500 M. Quels services est-il tenu de rendre pour cette somme ? On estime que, dans la pratique de la clientèle d'assurances, les quatre cinquièmes des recettes viennent des consultations et le dernier cinquième des visites. La consultation est payée, en moyenne, 0,65 M., la visite à domicile 1,30 M. Il faut donc, d'après le Docteur Kluge, pour gagner 13.500 M., qu'il reçoive à domicile 16.600 consultants, et qu'il fasse 2.700 visites par an, ce qui fait par jour une moyenne de 55 consultations et 7 visites, ou, 2.250 cas à traiter chaque année.

(1) Je ne puis chiffrer ici la valeur du mark ; outre qu'il y en a treize sortes différentes, l'estimation en francs de sa valeur marchande dépasse ma compétence.

Or, en 1935, il y avait 20 millions d'assurés en Allemagne, avec une morbidité de 2,7, ce qui met le nombre des malades (y compris les familles) à 54 millions.

Il y a en Allemagne environ 30.000 médecins de Caisses. Chaque médecin, en moyenne, aura donc à soigner 1.800 malades, au lieu des 2.250 qui seraient nécessaires pour lui procurer un revenu minimum ; en d'autres termes, il y a un déficit de 450 malades par an et par médecin, ce qui correspond à un déficit de 3.000 M. dans les recettes du médecin.

D'autre part, les 55 consultations que chaque médecin devrait donner chaque jour, à dix minutes par consultations, aboutissent à un travail de neuf heures par jour, et les sept visites de deux heures et demie envi on. La journée médicale serait donc de onze heures et demie.

Quelle est la situation actuelle ?

On estime le revenu brut moyen du médecin, en 1935, à 15.000 M. Si l on en déduit 6.000 M. de frais et 3.000 M. qui servent à la constitution de sa retraite, on arrive à un revenu net de 6.000 M., qui est insuffisant à lui assurer une existence décente. D'autre part, la courbe du succès et des recettes d'un médecin atteint son maximum vers 48 ans, et puis décline, précisément au moment où l'éducation de ses enfants lui coûte le plus cher. Voilà qui explique qu'en Allemagne, comme en France, les médecins s'accrochent à leur métier jusqu'à la mort, et pourquoi leurs veuves et leurs enfants sont si souvent obligés de recourir à a charité de leurs confrères plus fortunés.

Ajoutons que l'on vient, en Allemagne, d'augmenter le taux des vacations servies par les Caisses à leurs médecins ; d'autre part, le nombre des médecins est en régression, notamment par suite de l'expulsion du service des Caisses des médecins non aryens ; mais par contre le chômage a fortement réduit le nombre des affiliés à l'assurance sociale, e la sitution du médecin, dans l'ensemble, a certainement empiré.

Ph. DALLY.

L'EXPÉDITION FRANÇAISE A L'HIMALAYA VUE PAR SON MÉDECIN

Sous le patronage du Club alpin français et du Groupe de Haute montagne, et avec l'appui officiel du gouvernement, une expédition nationale française pour l'exploration scientifique de l'Himalaya a été envoyée dans le massif du Karakorum au printemps 1936.

Elle était composée de dix alpinistes : Henry de Ségogne, chef de l'expédition ; Pierre Allain, Jean Carle, Jean Charignon, Jean Deudon, Jean Leninger, Louis Neltner, constituant les trois cordées d'assaut ; Marcel Ichac, cinéaste ; Jacques Azémar, secrétaire général et radiotéléphoniste ; Docteur Jean Arlaud, médecin et chef du ravitaillement ; Jean Carle, externe des hôpitaux de Paris, assurait aussi le service médical. En outre le gouvernement des Indes avait détaché comme officier de liaison le capitaine Straitfield.



Les dix membres de l'Expédition française

Une expédition comme celle de l'Himalaya suppose une longue préparation dans tous les domaines. Nous ne parlerons ici que de celui de l'hygiène, de la prévention et du traitement des accidents pouvant survenir au cours de longs trajets dans des espaces désertiques aux altitudes de 3.000 à 8.000 mètres, en pays étrangers, loin de tout centre de ravitaillement hormis ceux créés par l'Expédition elle-même dans ses camps de base. Mais ces camps de base vont se trouver eux-mêmes séparés à certains moments des groupes partant en reconnaissance ou s'élançant pour la conquête des sommets. Ces groupes devront donc, à leur tour, emporter des vivres et une ambulance sommaire avec quelque instruments et médicaments pour parer aux accidents, raumatiques ou physiologiques, pouvant survenir au cours de la suprême tentative pour atteindre un objectif donné.

But et itinéraire de l'Expédition

Le but de l'expédition était essentiellement sportif : planter le drapeau frar çais sur un sommet de plus de 8.000 mètres alors qu'aucune des 80 expéditions de toutes nationalités qi i s'étaient succ dées depuis un siècle à l'Hima'aya n'avait réussi à atteindre une cîme de cet e altitude. Mais le côté scientifique n'avait pas été négligé et l'on s'était attaché à choisir des alpinistes ayant un violon d'Ingres dans le domaine des sciences : géologie, entomologie, botanique, physiologie, etc...

Entre les quatorze pics de plus de 8.000 mètres, pierres de base du plus puissant massif montagneux de notre globe, le choix de l'Expédition française s'était arrêté sur le Hidden-Peak (pic caché) 8.068 mètres, dans le massif du Karakorum au fin fond du Kashmir.

Le Karakorum compte quatre sommets de 8.000 mètres dont le K2 8.600 mètres environ qui, dans l'incertitude des mensurations actuelles, postule contre le Kanchen-junga pour le titre de deuxième point culminant du monde. Il constitue l'extrémité ouest de cet Himalaya qui s'étend sur 2.500 kilomètres à vol d'oiseau, en même temps que sa partie la plus septentrionale.

L'Expédition partit en trois groupes : les 28 février, 7 et 20 mars 1936. Tous débarquèrent à Bombay et gagnèrent par des voies diverses Srinagar, la capitale du Kashmir, où la concentration s'effectua le 6 avril. De Srinagar il restait 550 kilomètres à parcourir à pied, à poney ou à skis pour atteindre le lieu élu comme camp de base.

L'itinéraire comportait : la montée de la vallée du Sind, la traversée du pré-Himalaya au col du Zojilà (3.527 mètres), la descente de la vallée supérieure de l'Indus jusqu'à Skardu, capitale du Baltistan, enfin la montée définitive vers le Nord par les vallées du Shigar, de la Braldo et le glacier du Baltoro. Au total trente-six jours d'approche.

L'expédition devait rester six mois hors de France avec un séjour de deux mois à plus de

5.000 mètres. Elle emportait seize tonnes de vivres et de matériel et près de 700 porteurs étaient prévus pour faire parvenir cette masse au camp de base.

Hygiène générale de l'Expédition

LE VÊTEMENT. — Jusqu'au camp de base les sahibs (1) devaient pourvoir eux-mêmes à leur équipement et toute latitude leur était donnée de l'entendre comme il leur plairait. Dans ces régions tropicales il n'est guère besoin de précautions spéciales à moins de 5.000 mètres

A l'arrivée au camp de base, telles les jeunes recrues à la caserne, les sahibs « touchèrent » leurs effets réglementaires c'est-à-dire :

— un lot de pull-overs légers donc pouvant se superposer, avec manches, sans manches, avec col ouvert, avec col cheminée ;

— un pantalon de pyjama en chaude laine bourrue, destiné à être porté tant au repos que comme sous-vêtement ;

— une veste de duvet permettant de braver les plus grands froids et de supporter sans réaction les grosses différences de température entre la journée et la nuit ;

— un ensemble de toile légère dit le « Marche-Roche », pantalon et cagoule, contre la neige et le vent, de couleur rouge (pour le repérage en cas d'enfouissement par une avalanche) ;

— un ensemble de tissu imperméable dit « Intégral », cagoule et cuissards contre la pluie, de couleur jaune canari ;

— des chaussettes et bas de laine ;

— des moufles de laine et de peau de chien destinées à se superposer ;

— des passe-montagnes de peau de mouton ;

— des chaussures de repos en peau d'agneau et semelles de crêpe ;

— des bottes en forte toile imperméable pour les stationnements dans la neige.

Mentionnons que tous étaient pourvus de casques coloniaux indispensables même aux très hautes altitudes lorsque le soleil brille et que les « tigres » (2) étaient à peu de chose près équipés comme les sahibs.

Le couchage

Trois modes de couchage avaient été prévus :

1° Durant les marches d'approche et au camp de base : utilisation de grandes tentes à double paroi, chacune pour deux sahibs, de grands matelas pneumatiques à oreillers recouverts d'une peau de mouton (pour éviter la condensation), de grands sacs en duvets doublés intérieurement de sacs de toile dits « sacs à viande » de l'armée — là dedans on couchait entièrement deshabillé.

2° Aux camps d'altitude (au-dessus de 5.000 mètres) : utilisation de petites tentes dites « isothermiques » à double enveloppe, l'intérieur faisant corps avec la toile de sol pour deux sahibs également, petits matelas pneumatiques sans oreillers, petits duvets individuels se glissant eux-mêmes dans un grand duvet biplace — l'ensemble fort chaud.

3° En bivouac.

Au bas de la cagoule « Intégral » s'adaptant par boutons-pression, un sac de même tissu dit « pied d'éléphant » ; il était possible de glisser entre les vêtements et la cagoule un petit matelas pneumatique — et ainsi l'on pouvait dormir avec une sécurité relative, où que l'on fut bloqué par les circonstances, sans tentes ni duvets. Ce dernier mode de couchage, tout de fortune, n'a jamais dû être employé.

Les étapes

La longueur des étapes était subordonnée au rendement des porteurs, hommes indolents et d'une vigueur non proportionnée aux 25 à 35 kilogrammes qu'on leur confiait. Pendant la marche d'approche elles varièrent de 9 à 22 milles anglais. On partait entre 6 heures et 8 heures du matin pour arriver au terme entre 13 et 16 heures. Le départ était toujours précédé d'une abondante distribution de coups de triques nécessaires pour mettre en route les porteurs... et l'arrivée lui ressemblait beaucoup, car il fallait alors faire régner l'ordre dans le cantonnement. Cette police spéciale était assurée par les tigres.

Au retour les étapes furent souvent doublées, parfois triplées car certains éléments étaient pressés de rentrer. Les sahibs partaient au petit jour, arrivaient en fin de journée après des heures torrides dans des vallées calcinées par le soleil de juillet. Quant aux porteurs, dépêchés alors qu'il fait encore nuit, ils rejoignaient à des heures invraisemblables — voire même juste à temps pour se remettre en route. Ce fut la plus dure période de l'expédition.

Alternance des efforts et du repos

Durant les marches d'approche, les nécessités du recrutement des porteurs, le stockage de leurs vivres, causaient des repos forcés de vingt-quatre ou quarante-huit heures après plusieurs journées consécutives de route.

L'assaut du Hidden-Peak fut ordonné comme une bataille. Lorsqu'une cordée d'assaut avait vaincu une partie de l'éperon rocheux, qu'elle avait établi un camp d'altitude, elle descendait au repos à l'arrière, c'est-à-dire au camp de base, ou simplement en deuxième ligne, entendez au camp I. Et une autre cordée partait aménager

(1) Les dix membres français de l'Expédition et l'officier anglais d'accompagnement.

(2) Les trente-cinq porteurs d'élite népalais ou thibétains recrutés à Darjeeling.

le terrain, diriger les ravitaillements, et poursuivre la progression.

Le plan théorique, scrupuleusement suivi au début, ne put être maintenu au fort de l'action et Neltner passa vingt-cinq jours sur l'éperon sans revenir au repos.

D'ailleurs tout le monde « tenait » admirablement.

L'alimentation

Là était le palladium de la santé et par conséquent de l'aptitude à l'effort. Cette partie de l'hygiène avait été minutieusement étudiée, mieux que ne l'avaient fait les expéditions antérieures, et ainsi les Français échappèrent à tous les troubles digestifs, aux fatigues et aux malaises d'altitude dont on les avait menacés avant le départ.

La ration alimentaire correspondait à un apport net de 4.000 à 5.000 calories par jour, était représentée par un poids de vivres de 1.100 à 1.300 grammes, la plupart étant deshydratés. Cela paraît largement calculé par rapport aux besoins habituels, et compte tenu de ce qu'en altitude il faut réduire l'activité musculaire en proportion de la baisse de tension de l'oxygène. En réalité les membres de l'expédition souffrirent subjectivement de la concentration des aliments emportés : ils se plaignaient de ne pas sentir leur estomac suffisamment garni surtout après les légers repas de la journée.



Le montage du traîneau

Le choix des aliments s'était exercé sur une très vaste gamme où prédominaient les fruits et légumes secs, les pâtes, les sucres, le beurre, le « singe » et le cassoulet, les conserves de légumes, mais on avait prohibé sévèrement : les aliments acides, les conserves ayant subi trop de préparations culinaires ou ne présentant pas des garanties suffisantes de conservation, les produits d'abats — au moins en altitude.

On recevait au camp de base de la viande fraîche provenant d'un troupeau de moutons patûrant à 4.200 mètres d'altitude, c'est-à-dire à deux étapes de courriers.

Quant aux vitamines elles étaient représentées par des comprimés que l'on absorbait chaque soir.

La pharmacie de l'Expédition

Elle remplissait cinq grandes cantines métalliques à fermeture hermétique, soit cinq charges de porteurs et un poids total de près de 150 kilogrammes. Ceci non compris les appareils à respiration, les tubes d'oxygène et de carbogène, emportés dans un but exclusivement médical, les traîneaux pour les blessés, la tente infirmerie et ses lits pliants. Car il fallait tout prévoir et être à même de soigner aussi bien une diphtérie qu'une entérite, une gelure qu'une fracture grave, un accès de paludisme qu'une asthénie.

Dans le domaine chirurgical nous possédions avec une trousse complète de médecin de marine de nombreux pansements modèles de l'armée de toutes tailles, des adhésifs, des antiseptiques (alcool à 95°, comprimés iodo-iodurés, eaux oxygénées), des anesthésiques, des baumes, liniments.

Du côté médical les collyres, bains d'yeux, les sédatifs et somnifères, les laxatifs, les antidysentériques, les pâtes et sirops pectoraux, les pastilles cocaïnées tenaient la première place avec les toni-cardiaques. Ces derniers étaient représentés surtout par un approvisionnement de coramine en gouttes et en ampoules injectables, destinée à lutter contre l'affaiblissement cardio-respiratoire des grandes altitudes et, éventuellement à ranimer les asphyxiés.

Nous étions encore abondamment pourvus de trousses d'urgence, de sérums et vaccins et de crèmes contre les accidents solaires.

A l'usage des nombreux consultants des villages rencontrés nous avions quelques kilogrammes de sulfate de soude, souverain au Kashmir contre toutes les affections, de l'avis même de notre clientèle.

Enfin nous avions une trousse dentaire : elle ne servit qu'à une seule extraction car, d'un seul coup, tout le monde fut guéri des rages de dents présentes et à venir. Il s'agissait d'une dent de sagesse, déjà en morceaux !

(*A suivre.*)

COMMENT « PINCER » UN PATHOMIME ?

Se souvient-on encore du pathomime ?

Il fit les belles matinées de l'amphithéâtre Trousseau vers l'an 1908 ou 1909. C'était un homme d'une trentaine d'années qui pendant deux ans et demie avait dérouté tous les dermatologistes de Paris en leur exhibant sur ses bras et ses avant-bras, des espèces de plaques de gangrène circonscrites par un sillon d'élimination. Toutes les polynévrites et myélites, tous les troubles trophiques et sympathiques furent envisagés et tous les traitements possibles mis en œuvre jusque (et y compris !) l'amputation du bras gauche au tiers supérieur.

Il était réservé à mon maître Dieulafoy de mettre en échec celui qui bafouait si impunément la médecine. Dieulafoy usait encore dans son service des cautères à la pâte de Vienne. L'identité des lésions de notre homme avec celles que produisaient les cautères éveilla son attention et, après une mise en scène comme il excellait à en préparer, il triompha de l'imposteur. C'est à cette occasion que Paul Bourget qui fréquentait alors l'Hôtel-Dieu en bénévole, forgea le mot « pathomime ».

Cette histoire d'avant-guerre m'est revenue à l'esprit en lisant dans la « Proceedings » de la clinique Mayo (1) comment les Américains ont mené une semblable entreprise.

Il s'agissait d'une jeune fille de quatorze ans qui pendant un an présenta au front d'abord, puis aux bras, aux jambes et par tout le corps des lésions de la peau inclassables : elle avait, elle aussi, dépité bon nombre de médecins.

A la clinique Mayo fut fait le diagnostic de « pathomime ». Restait à obtenir l'aveu de la coupable qui se défendait comme une diablesse. Là où Dieulafoy procéda par d'éloquentes adjurations les Américains, gens terre à terre, eurent recours à un « truc » qui sera peut-être un jour le dernier recours des gens de justice pour confondre un criminel.

Une solution de « sodium amytal » contenant six centigrammes par centimètre cube fut injectée dans les veines à la vitesse de 1 c. c. par minute. En 3 minutes la jeune fille devint somnolente et l'injection fut arrêtée. Il n'y eut pas de période d'excitation comme il se produit à l'ordinaire.

A ce moment le médecin-enquêteur lui exposa de quoi elle était accusée et l'invita à chercher dans son subconscient le « trauma » original. Non seulement la jeune fille ne nia plus mais elle s'employa le plus obligeamment du monde à fouiller ce subconscient qui commence à devenir une charge bien lourde pour les contemporains ne trouvez-vous pas ?

Il s'agissait d'un refoulement d'ordre sexuel qui l'avait rendue morose, irritable et lui avait donné l'idée de se défigurer.

Le refoulement fut refoulé à son tour et le front de la demoiselle redevint pur comme une matinée de printemps ! G. L.

(1) *Staff meetings of the Mayo Clinic.* February, 3-1937.

SCÈNES DE LA VIE MÉDICALE A LA CAMPAGNE — L'ACCOUCHEMENT

CORRECTIF. — Dans l'article paru sous ce titre le 28 avril dernier, au lieu de : « La branche mâle, tenue de la main *droite*, glisse doucement sur la main *gauche*...

La main *gauche* s'est évadée et s'empare maintenant de la branche femelle » ; lire : « La branche mâle, tenue de la main *gauche*, glisse doucement sur la main *droite*...

La main *droite* s'est évadée, etc... »

Dr P. BERNARD.
(Le Bugue).



MUTUALITÉ FAMILIALE ET PROFESSIONNELLE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Assemblée générale ordinaire du 29 avril 1937

L'Assemblée générale ordinaire de la Mutualité familiale, dont la convocation a été faite dans le *Concours Médical* du 28 mars dernier, s'est tenue aux bureaux du journal le 29 avril, à 15 h. 30, sous la présidence du Docteur J. Noir.

Elle a été précédée d'un Conseil d'administration qui de 14 h. 45 à 15 h. 30 a examiné les questions des cotisations, arriérées, d'un projet de propagande par représentants visitant les médecins et enfin d'une politique des placements financiers à effectuer par la Société ; cette dernière question devant, du reste, être exposée en détail à l'assemblée générale.

A 15 h. 30 s'ouvre celle-ci. Le Docteur Noir, président prononce une allocution dans laquelle il rend hommage au Docteur Gassot, mort le 20 avril et qui, jusqu'à l'an dernier, fut le trésorier laborieux et impeccable de la Société. La Mutualité familiale, qu'il contribua à fonder, lui doit beaucoup. Sa mémoire doit être vénérée comme celle d'un homme de bien.

Un autre deuil nous a encore atteints tout récemment : le Docteur Pierre Sassier secrétaire général adjoint, est parti dans la fleur de son âge, parmi les regrets de ses amis et particulièrement de nous tous qui fondions sur lui beaucoup d'espoirs.

Le président propose d'observer une minute de silence en souvenir de ces deux disparus.

Il informe ensuite l'Assemblée de la démission du secrétaire général, le Docteur Mignon ; il remercie celui-ci du long travail qu'il a fourni à la Mutualité familiale et propose de le nommer secrétaire général honoraire. L'Assemblée ratifie cette proposition à l'unanimité.

Le président donne la parole au Docteur Mignon pour présenter son rapport (publié dans le *Concours Médical* du 11 avril 1937). Le Docteur Mignon rappelle les grandes lignes de ce rapport, les modifications aux statuts intervenues dans le courant de l'année, la création de la nouvelle combinaison MA75 et l'accueil empressé qu'elle a trouvé chez les sociétaires.

M. Jean Mignon présente ensuite le rapport du trésorier (publié dans le *Concours Médical* du 18 avril 1937) A la demande de certains administrateurs il fournit des explications sur certains postes du bilan. Le rapport est approuvé à l'unanimité.

Lecture est ensuite donnée des rapports des commissaires aux comptes :

J'ai examiné le rapport établi par le trésorier de votre Société sur l'exercice 1936 et me suis rendu, le 27 courant, au siège de la Mutualité familiale afin d'examiner les éléments de comptabilité sur lesquels ce rapport est basé.

Je ne puis qu'approuver la nouvelle présentation du bilan de votre Société, ainsi que la forme donnée à sa comptabilité à la suite de sa réorganisation effectuée au cours de l'exercice précédent.

Les règles adoptées par votre trésorier sont en tous points correctes et ne peuvent que vous donner toute satisfaction et toute sécurité pour l'avenir.

La situation financière de la Mutualité familiale du Corps médical français continue à être parfaitement saine, malgré une nouvelle baisse des valeurs. Cette baisse a porté la moins-value de votre portefeuille à 2.114.425 fr. 18.

Cette moins-value, ainsi que quelques pertes sur valeurs peuvent être considérées comme intégralement amorties par une provision spéciale portée à cet effet au passif de votre bilan.

Je me rallie pleinement aux conclusions de votre trésorier qui doivent vous rassurer quant aux conséquences de la baisse que vous avez enregistrée sur les valeurs.

L'amortissement de la moins-value de votre portefeuille a eu pour conséquence de réduire la « Réserve générale » qui s'élevait à 1 million environ au 31 décembre 1935, et à 249.745 fr. 28 au 31 décembre 1936.

Cette diminution de la « Réserve générale » est toutefois en partie compensée du fait que le chiffre des réserves mathématiques au 31 décembre 1936, de 6.544.310 fr. 53, est légèrement trop élevé, étant donné qu'il est constitué par le montant des réserves au 31 décembre 1935, majoré des cotisations perçues en 1936.

Ce chiffre contient donc une réserve latente qui apparaîtra au prochain inventaire actuariel exact, et qui viendra grossir le montant de la « Réserve générale ».

J'ai vérifié le montant des allocations et indemnités payées à vos adhérents pour l'exercice 1936 et l'ai comparé aux primes encaissées pendant le même exercice. J'en ai conclu que les résultats industriels de l'exercice 1936 (bénéfice sur la mortalité et la morbidité) sont aussi satisfaisants qu'au cours des exercices précédents.

J'ai enfin vérifié les mouvements qui se sont produits dans votre portefeuille par remboursement et vente de valeurs, et achat de valeurs nouvelles. Les éléments du rapport du trésorier sont, à cet égard, conformes aux écritures passées.

Je conclus donc à l'approbation des comptes de la Mutualité familiale du Corps médical français pour l'exercice 1936.

Le 29 avril 1937.
L. Collomb.
Actuaire

Messieurs,

J'ai l'honneur de vous rendre compte de la mission que vous avez bien voulu me confier.

Après avoir reçu de M. le trésorier le rapport financier sur l'exercice 1936, je me suis rendu au siège de la Mutualité familiale le lundi 26 avril 1937 à 10 h. 15 et ai demandé communication des registres et de tous documents comptables de la Société.

J'ai examiné en premie lieu le poste le plus important de l'article, à savoir le portefeuille. Ayant pris pour base le chiffre de 8.836.410 francs admis par MM. les contrôleurs au 31 décembre 1935, j'ai vérifié si les opérations de débit et de crédit dudit portefeuille correspondaient à la réalité et aboutissaient au chiffre de 9.864.846 fr. 18 figurant au bilan du 31 décembre 1936. Je n'ai trouvé à cet égard aucune observation à formuler, et constaté la conformité des comptes avec les opérations effectivement réalisées.

J'ai étudié ensuite les dépenses d'assurances et plus spécialement les indemnités-maladies : les sondages que j'ai effectués m'ont permis de voir que tous les paiements ont bien été faits conformément aux ordonnancements de M. le secrétaire général et du Conseil d'administration.

J'ai contrôlé en dernier lieu les dépenses de gestion : M. le trésorier m'a soumis toutes les justifications au sujet des divers chapitres.

En conséquence, je propose à l'Assemblée générale l'approbation du rapport et des comptes de M. le trésorier pour l'exercice 1936.

Dr Arago — 28 avril 1937
Dr Laufer — 26 avril 1937

Après lecture du rapport de M. le Docteur Laufer et sondages ayant porté sur diverses opérations concernant le portefeuille au cours de l'exercice 1936, je confirme les conclusions de mon confrère.

Dr Molinéry.

J'ai vérifié à mon tour les comptes qui m'ont été soumis par M. le trésorier. J'approuve entièrement ce qui est spécifié dans ces deux rapports. L'examen du portefeuille a montré que plusieurs opérations, bien menées ont été avantageuses et ont pu compenser environ la moitié des pertes précédentes (s'échelonnant d'ailleurs sur plusieurs années). La vérification des dépenses

d'assurances et du paiement des indemnités-maladies les a révélés par plusieurs sondages, parfaitement exacts. Même exactitude pour les dépenses de gestion. J'approuve entièrement le mode de présentation des comptes ; ils sont ainsi clairement exposés et aisément vérifiables, ce qui facilite singulièrement le travail des contrôleurs. Il convient donc de féliciter les trésoriers, de leur travail de gestion et de la clarté de leur exposé.

Dr FRAIKIN.

Les comptes sont approuvés par l'Assemblée.

Lecture est ensuite donnée d'un projet de tarif dégressif pour les frais de gestion applicable en 1938, la plupart des cotisations pour 1937 étant déjà recouvrées. Ce tarif s'établit ainsi :

Sur la fraction de cotisation comprise entre :

0 et 1.000 francs	10 %
1.000 et 1.500 francs	9 %
1.500 et 2.000 francs	8 %
2.000 et 2.500 francs	7 %
2.500 et 3.000 francs	6 %
3.000 et 3.500 francs	4 %
3.500 et 4.000 francs	2 %

Le tarif des frais de gestion est approuvé.

Vient ensuite en discussion la question des placements financiers.

Le trésorier propose d'investir une partie des fonds de réserve en immeubles en valeurs à revenus variables et en valeurs étrangères, le portefeuille étant déjà largement approvisionné de fonds d'Etat et d'obligations en francs. Un long échange de vues permet d'examiner la question sous toutes ses faces tant au point de vue préservation du capital que du taux rapport. Finalement la motion suivante est adoptée :

L'Assemblée, après avoir entendu le rapport du trésorier, et en avoir délibéré, décide de donner pouvoir au Conseil d'administration d'investir une partie des fonds sociaux n'excédant pas 20 % de l'actif total, et pris sur l'excédent des réserves mathématiques, en valeurs à revenus variables, en valeurs étrangères et en immeubles. Les achats immobiliers que le Conseil est autorisé à effectuer du 1er mai 1937 au 1er mai 1938 ne devront pas dépasser 1/8 de l'actif placé au jour de l'achat. Les caractéristiques générales de l'immeuble acheté devront être les suivantes : immeuble de rapport, entièrement achevé, sis à Paris, certifié en bon état d'entretien et de réparation par un architecte expert qualifié, ne comprenant que des locaux à loyer modéré, c'est-à-dire ni logements ouvriers, ni loyers supérieurs à 20.000 francs. Le maximum de chaque placement est fixé au chiffre ci-dessus indiqué, qui correspond à la valeur approximative d'un immeuble rentrant dans les conditions posées plus haut. Le rendement minimum, c'est-à-dire le revenu net de tous frais, y compris les amortissements et les frais de gérance, est fixé à 4 %. L'opération devra être faite de manière à ne pas nécessiter de ventes de titres à un prix inférieur à leur valeur d'achat.

Est ensuite proposée et adoptée la ratification de la nomination du Docteur Lavalée comme secrétaire général en remplacement du Docteur H. Mignon, démissionnaire.

Parmi les administrateurs sont sortants et rééligibles: MM. Noir, O'Followell, P. Boudin, M. Mignon et P. Lacroix. Ils sont réélus à l'unanimité.

Sur la proposition du président, M. H. Mignon est nommé administrateur en remplacement du Docteur Sassier, décédé.

Conformément à l'article 29 des statuts, il est procédé au renouvellement des commissaires aux comptes sortants : MM. Arago, Fraikin, Collomb. Ceux-ci sont réélus à l'unanimité.

Enfin le Conseil d'arbitrage se voit réinvesti de sa mission de conciliation dans les différends pouvant s'élever entre le Conseil d'administration et les sociétaires. Il est à signaler que, en quarante-deux ans, ce Conseil n'a siégé que deux fois !

Le président adresse ses remerciements à M. Jean Mignon, trésorier adjoint, dont le rapport fouillé a éveillé l'intérêt de tous, aux commissaires aux comptes pour la tâche ingrate dont ils s'acquittent avec conscience et à M. Collomb, actuaire et conseiller très apprécié.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée à 17 heures.

Le secrétaire général,

G. LAVALÉE.

LA PUBLICITÉ PHARMACEUTIQUE PAR TÉLÉGRAMME !

C'est en Angleterre qu'une firme pharmaceutique vient d'inaugurer ce genre de publicité pour le moins imprévu. Voici les faits tels qu'ils sont racontés dans le *British Medical Journal*, du 23 janvier dernier, page 202.

Un médecin praticien exerçant dans un arrondissement du nord de Londres a reçu à 7 h. 20, un matin du début de l'année, un télégramme dans lequel une firme de produits chimiques lui recommandait chaleureusement un de ses produits pour sa protection personnelle et celle de ses clients contre l'épidémie de grippe qui sévissait alors avec une certaine intensité dans la capitale britannique. Fort ému et vivement contrarié d'avoir été joué de la sorte, le praticien londonien, *a envoyé le télégramme reçu au Bristish Medical Journal* en protestant vigoureusement contre ce procédé de publicité. Le fait n'était d'ailleurs pas unique et l'estimable journal anglais écrit que plusieurs autres de ses lecteurs furent victimes de la même manière de procéder.

En France, les firmes pharmaceutiques nous ont montré jusqu'où pouvait aller l'ingéniosité en matière de publicité en nous sollicitant de mille et une manières depuis quelques années, mais, Dieu merci, aucune n'a encore eu la maladresse de la firme londonienne. Cette façon de chercher à attirer l'attention des médecins sur un produit valait néanmoins la peine d'être racontée au Corps médical français.

Dr Pierre LABIGNETTE.



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Clinique thérapeutique médicale de la Pitié** (Professeur : F. Rathery.) — *Cours de perfectionnement sur les maladies des reins* du 7 au 19 juin 1937. — Ce cours sera fait par M. le Professeur Rathery, avec la collaboration du Professeur Chevassu, chirurgien de l'hôpital Cochin ; des Docteurs Boltanski, Julien Marie, Mollaret, médecins des hôpitaux ; du Docteur Froment, ancien chef de clinique, médecin assistant du service ; des Docteurs Dérot, Germaine Dreyfus-Sée, Moline, Pautrat, chefs de clinique et anciens chefs de clinique ; du Docteur Doubrow et de M. de Traverse, chefs de laboratoire.

Programme du cours. — Les théories de la sécrétion rénale. — Les grands syndromes : Albuminurie ; Polyurie et diabète insipide ; Anurie ; Acidose rénale ; Œdèmes ; Les accidents nerveux de l'urémie. — Les méthodes d'exploration rénale : Sécrétion de l'eau, du Na Cl et des substances minérales, des corps azotés, des lipides et des glucides, des substances colorantes. — Les méthodes d'exploration chirurgicale du rein en pathologie rénale. — Les classifications des néphrites. — Les lésions anatomo-pathologiques types. — Les néphrites aiguës : Néphrite mercurielle ; Néphrites infantiles ; Syphilis rénale ; Tuberculose rénale ; Hépatonéphrites aiguës ; Néphrites et transfusion sanguine ; La néphrose lipoïdique. — Les différents types cliniques des néphrites chroniques : Néphrites avec œdème ; Néphrites avec azotémie ; L'amylose rénale. — La thérapeutique des néphrites : Les diurétiques ; Le régimes.

Exercices pratiques. — Les auditeurs du cours seront initiés aux différentes méthodes concernant l'étude des fonctions rénales et aux recherches anatomo-pathologiques : La réserve alcaline ; Le dosage du Na Cl dans le sang et les urines ; La recherche de l'urée sanguine ; La constante uréo-sécrétoire ; L'indoxylémie ; La réaction xantho-protéique ; La créatininémie ; Les épreuves de diurèse provoquée et la densimétrie ; L'épreuve de la phénolsulfonephtaléine ; La cylindrurie ; Les techniques histologiques.

Les exercices seront faits sous la direction du Docteur Doubrow et de M. de Traverse, chefs de laboratoire.

Les inscriptions seront reçues à la Faculté de médecine, soit au secrétariat (guichet 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures, soit à l'A. D. R. M. (Faculté de médecine, salle Béclard), tous les jours, de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi après-midi). Droit d'inscription : 250 francs. Un diplôme sera délivré à l'issue du cours.

— **Laboratoire d'hygiène.** — *Hygiène urbaine et protection contre les gaz.* — Le cours de perfectionnement sur l'hygiène urbaine et les gaz de guerre aura lieu au Laboratoire d'hygiène de la Faculté de médecine du 14 juin au 3 juillet 1937. Il s'adresse à l'ensemble du personnel sanitaire destiné à protéger la population civile en cas d'attaque aérienne. Il est organisé sous la direction de M. le Professeur Tanon, professeur d'hygiène et inspecteur général des Services techniques d'hygiène de la Préfecture de police et de M. le Médecin inspecteur général Sieur, avec la collaboration de MM. le médecin-colonel Anglade, conseiller technique de la défense passive de Versailles ; Bois, architecte en chef de la Ville de Paris et du département de la Seine ; le pharmacien colonel Bruère, docteur ès sciences; le lieutenant-colonel Carville, délégué général de l'Union nationale pour la défense aérienne ; Clerc, assistant d'hygiène à la Faculté de médecine ; le médecin-colonel Cot, attaché à l'Etat-Major de l'inspection générale de la défense aérienne du territoire, directeur technique des secours aux asphyxiés du département de la Seine ; François, chef des Services d'hygiène à la Préfecture de police ; le colonel Islert, commandant le régiment des sapeurs-pompiers de Paris ; Joannon, agrégé d'hygiène ; Navarre, sous-directeur de l'Institut d'hygiène, professeur à l'Ecole de médecine de Caen ; Neveu, chef du Laboratoire des épidémies à la Préfecture de police ; Peytel, ingénieur-chimiste ; Sée, docteur ès sciences, attaché au Laboratoire d'hygiène.

Le cours aura lieu au Grand amphithéâtre de l'Ecole pratique de 18 à 19 heures. Il comprendra des leçons théoriques, la présentation de films et des visites et exercices pratiques au poste de secours sous abri de la Faculté de médecine.

S'inscrire au Laboratoire d'hygiène, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine. Le cours est gratuit.

Programme du cours. — *Juin* 1937 *de* 18 *à* 19 *heures* : Lundi 14, M. Tanon : Plan général du cours. — M. Sieur : Protection des populations civiles en cas d'attaque aérienne. Historique et état actuel de la question. — Mardi 15, M. Navarre : Gaz de combat : définition et classification. — Mercredi 16, M. Navarre : Gaz de combat : action physiologique et lésions. — Jeudi 17, M. Cot : Traitement. Exposé des grands moyens thérapeutiques utilisés en matière d'asphyxie par le sauveteur ou le médecin. Respiration artificielle. Inhalation d'O et de carbogène. Saignée. Injections intraveineuses. — Vendredi 18, M. Cot : Application de ces moyens aux cas d'espèce posés par les diverses variétés de gaz. Traitement des gaz vésicants. — Samedi 19, M. Clerc : Désinfection de l'atmosphère et des surfaces souillées par les gaz de combat. — Lundi 21, M. Cot : Protection individuelle, les masques. — Mardi 22, M. Bois : Principes de la construction et de l'adaptation des abris. — Mercredi 23, M. Bruère : Organisation des abris. Principes à appliquer pour le conditionnement de l'air. — Jeudi 24, M. Anglade : Protection de l'habitation familiale. — Vendredi 25, M. Joannon : Plan de secours urbain. Rôle de l'inspecteur départemental d'hygiène et du directeur municipal de bureau d'hygiène. — Samedi 26, M. Bruère : La détection. Prélèvements sur place. Détection d'urgence. Détection au Laboratoire (physiologique, physique, chimique). — Lundi 28, M. Peytel : Protection et neutralisation des produits alimentaires. — Mardi 29, M. François : Brancards et voitures. Fournitures de matériel. Aménagements. — Mercredi 30, M. le Colonel Islert : Le péril incendiaire.

Juillet : Jeudi 1er, M. Neveu : Le péril microbien. — Vendredi 2, M. Sée : Le personnel sanitaire aux divers échelons. Fonctionnement du poste de secours (*film*). — Samedi 3, M. le lieutenant-colonel Carville : Conception générale de la défense passive.

Les visites du poste secours sous abri de la Faculté de médecine, avec démonstrations pratiques, auront lieu à des dates et heures indiquées pendant le cours.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers

— **Concours d'électro-radiologie.**— *Jury du concours de nomination* (tirage au sort) : MM. Bréchot, Parin, Ronneaux, Mahar, Belot, Jacquelin, Chifoliau.

— **Concours d'accoucheur des hôpitaux.** — *Total des points obtenus*: M. Bidoire, 66 ; Mme Favot-Petitmaire, 75 ; MM. Lepage, 78 ; Mayer, 68 ; Séguy, 81 ; Weill, 57.

Sont déclarés admissibles : MM. Séguy, Lepage, Mme Fayot-Petitmaire, M. Mayer.

— **Concours de médecin des hôpitaux.** — 2e *concours de nomination.* — *Jury* : MM. Sergent, Loeper, Sainton, Pagniez, Ribadeau-Dumas, Louis Ramond, Tixier, Ameuille, Tinel, Levesque, Picot.

— **Concours de médecin de l'Assistance médicale à domicile.** — *Liste des candidats* : Mme Arager, MM. Azoulay, Bachman, Boyer, Bréhier, Cabaille, Caffort, Dacheux, Debray (Charles), Debray (Jean), Degrais (Jean), Degrais (Pierre), Delor, Deparis, Déséglise, Dormay, Doukan, Dugas, Mme Duhamel, MM. Ecklé, Eliet, Fabre, Fiehrer, Fouquier, Fromaigeat, Gachon, Hanaut, Mlle Helman, MM. Julia, Klotz, Laforge, Laïk, Mlle Lavit, MM. Lemant, Lesieur, Mlles Lévy, L'Hoir, Mme Lœwe-Lyon, MM. Lonjon-Raynaud, Martel, Martini, Moline, Nel, Oladia, Parrique, Royer de Véricourt, Mlle Tisserand, MM. Viala, Willot.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Gaussel, professeur de médecine légale, toxicologie et médecine sociale à la Faculté de Montpellier.

— **L'épidémie de grippe de l'hiver** 1936-1937. — D'après les relevés du secrétariat de la Société des Nations (section d'hygiène), l'épidémie de grippe de l'hiver 1936-1937 a commencé aux Etats-Unis d'Amérique en novembre 1936 et s'est répandue dans le Nord-Ouest de l'Europe, en Allemagne, au Danemark, aux Pays-Bas.

Vers la fin de décembre 1936, l'épidémie grippale a envahi les Iles Britanniques où elle a pris rapidement un caractère assez grave. De très nombreux cas ont été signalés à Londres et dans le sud de l'Angleterre. Les décès par grippe, à Londres, du 20 décembre 1936 au 9 janvier 1937, se sont élevés à 464, frappant surtout les personnes âgées. L'épidémie s'est intensifiée en janvier et a gagné alors l'Ecosse et l'Irlande.

En France, en Suisse, en Espagne, en Autriche-Hongrie, l'épidémie a été beaucoup moins étendue et a eu un caractère plus bénin.

— **Journée médicale internationale de laryngologie** — Réunion médicale ayant pour but de rassembler les principales données théoriques et pratiques concernant la voix parlée, et plus spécialement la voix chantée.

Le Docteur André Castex, et le Docteur L. Labarraque, ont organisé une Journée médicale qui aura lieu le 13 juillet 1937 sous le haut patronage du Comité d'honneur suivant :

Professeurs : Docteur F. Lemaître, de Paris ; Docteur E. Escat, de Toulouse ; Docteur P. Jacques, de Nancy ; Docteur G. Portmann, de Bordeaux ; Docteur G. Canuyt, de Strasbourg ; Docteur J. Terracol, de Montpellier ; Docteur E. Halphen, de Paris ; Docteur J. Piquet, de Lille ; Docteur R. Jousseaume, de Rouen ; Docteur H. Aboulker, d'Alger.

Oto-rhino-laryngologistes des hôpitaux de Paris : Docteur H. Bourgeois ; Docteur A. Hautant ; Docteur Baldenveck ; Docteur A. Moulonguet ; Docteur J. Rouget ; Docteur A. Bloch ; Docteur J. Ramadier ; Docteur M. Bouchet ; Docteur M. Aubry ; Docteur M. Ombrédanne ; Docteur H. Flurin et Docteur G. Batier.

Prière d'adresser au Docteur L. Labarraque, 78, rue de Miromesnil, Paris (VIIIe), les demandes de renseignements et la cotisation de 50 francs qui donne droit 1° à une carte personnelle avec entrée gratuite à l'exposition, pendant la « Semaine du Chant » (du 11 au 19 juillet 1937) ; 2° à assister à toutes les manifestations techniques ou artistiques du Congrès international du Chant ; 3° à communiquer et à discuter pendant les séances de la Journée médicale ; 4° à une réduction de 50 % environ, sur tous les chemins de fer français.

— **La lutte contre les fumées et les poussières dans les différents pays.** — L'Union internationale des Villes a choisi pour l'un des thèmes de sa prochaine conférence internationale (Paris 5-10 juillet 1937) : La lutte contre les fumées dans les divers pays.

Le rapporteur général, M. R. Humery, ingénieur civil des Mines (28, rue de Liège) a établi un questionnaire qui sera adressé à tous les membres de l'Union, de façon que l'ensemble des rapports constitue la base des discussions de la Conférence internationale.

Le Gérant : R. Thiron

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

Réponse d'un ministre à la question d'un parlementaire

Quand la tuberculose peut-elle être admise comme accident du travail ?

4.065. — M. Brasseau, sénateur, demande à M. le ministre de la Santé publique si un employé d'hôpital, reconnu indemne de tuberculose à la visite d'entrée et présentant à ce moment une antiréaction négative, doit être considéré comme accidenté du travail si la réaction devient positive après quelques mois de service hospitalier. *(Question du 27 janvier 1937.)*

Réponse de M. le ministre du Travail. — La doctrine et la jurisprudence sont d'accord pour ne prévoir l'application de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail que lorsque sont réunies les trois conditions suivantes : survenance d'un accident, manifestation de la tuberculose immédiatement après l'accident et présomption que ce dernier en est au moins la cause occasionnelle (Req. 12 février 1907, D. P. 1908-1-241, 3e esp. ; Req. 20 juillet 1926, *Gaz. Pal.*, 1926-2-531 ; Civ. 18 novembre 1929, D. H. 1930-36 ; Civ. 16 avril 1931, S. 1931-1-230).

Dans le cas contraire, c'est-à-dire s'il y a simplement manifestation de la maladie au cours du travail, sans accident, il semble que la victime s'expose à être déboutée faute de prouver l'existence d'un accident (Req. 19 février 1908, D. P. 1908-1-241, 5e esp. ; Civ. 18 juin 1908, D. P. 1909-1-139 ; Req. 29 juillet 1919, D. P. 1920-1-65, 15e espèce).

Toutefois, l'autorité judiciaire est seule compétente pour déterminer le champ d'application de la loi susvisée.

(*J. O.*, 28 avril 1937).

AVIS

Au sujet de la Patente

Dans le but d'éviter toute discussion et même la demande d'expertise, au sujet de la répartition de la valeur locative d'un appartement ou d'une maison, entre l'habitation et les locaux professionnels, nous prions les intéressés de joindre aux renseignements qu'ils nous envoient un croquis indiquant la surface totale des locaux et la surface de chaque pièce professionnelle, ainsi que le nombre total de pièces.

A. et S. Martinot,
Conseils fiscaux

● ● ●

Suggestions pour faciliter la ponction veineuse

Dans un des derniers numéros du *Concours Médical*, vous avez indiqué un procédé pour faciliter la ponction veineuse au pli du coude.

A ce propos, je me permets de vous envoyer le procédé que j'emploie personnellement pour les ponctions ou injections intraveineuses chez les sujets dont les veines sont invisibles ou peu apparentes.

Mon procédé comprend deux ou trois temps suivant les difficultés plus ou moins grandes.

Premier temps. — J'applique le brassard de l'appareil de Vaquez au bras. Je gonfle la pelote à une pression intermédiaire entre la Mx et la Mn.

Deuxième temps. — Je commande au sujet d'ouvrir et de fermer la main énergiquement quatre ou cinq fois et de maintenir ensuite le poing fermé assez fortement.

Ces deux manœuvres suffisent souvent pour faire saillir les veines, invisibles auparavant, au pli du coude. Dans le cas contraire, je passe au troisième temps.

Troisième temps. — J'enroule une bande de toile depuis le poignet en remontant et en serrant assez fortement jusqu'au dessous du pli du coude.

Cette dernière manœuvre réussit à faire apparaître la veine ou à la rendre facilement perceptible au doigt sous la peau, même chez les sujets les plus difficiles.

Par ce procédé j'ai pu faire une centaine de piqûres intraveineuses, chez une femme grasse, dont aucune veine n'était visible, et à qui on n'avait jamais pu faire auparavant, malgré plusieurs essais, de piqûres intraveineuses.

Dr Ducruet,
Salins-les-Bains (Jura).

L'acide lactique dans les accidents anaphylactiques

Voici encore une observation, entre beaucoup d'autres je suppose, qui peut servir la cause de l'acide lactique dans les accidents anaphylactiques et que je dédie, moi aussi, à la gloire du Docteur Camescasse.

« Après ingestion de crevettes à 8 heures, apparition très rapide d'une éruption urticarienne généralisée avec œdème de la peau et prurit très intense.

Le sujet prend en deux fois (9 h. 45 et 10 h. 30) 15 grammes d'acide lactique dans 225 c. c. de sirop de framboises. A midi le prurit — qui était insupportable — a complètement disparu. L'œdème cutané n'existe plus. Seules persistent en très petit nombre quelques plaques ortiées non prurigineuses. »

Dr Jean Rault (Paris).

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE

« Le Sou Médical »

Au cours de sa réunion du 4 mai 1937, le Conseil a prononcé les admissions nouvelles :

12.513 Allouche, Montmagny (Seine-et-Oise). Parrains : Docteurs Furon et Bousquet.
12.514 Badolle, Roanne (Loire). Syndicat du département de la Loire.
12.515 Bailleur, Pont-sur-Sambre (Nord). Syndicat médical d'Avesnes.
12.516 Barré, Rennes (Ille-et-Vilaine). Syndicat des médecins d'Ille-et-Vilaine.
12.517 Barreau, 49, rue de Châteaudun, Paris-IXe. Syndicat des médecins de la Seine.
12.518 Beneviste, 51, rue Le Peletier, Paris-IXe. Syndicat des médecins de la Seine.
12.519 Berton, Nevers (Nièvre). Syndicat de la Nièvre.
12.520 Biancardini, Batna (Algérie). Syndicat médical de Constantine.
12.521 Blanc, Barjols (Var). Syndicat médical du Var.
12.522 Bonhomme, 9, rue Abel, Paris-XIIe. Syndicat des médecins de la Seine.
12.523 Bonnet, 38, rue de Courcelles, Paris-VIIIe. Syndicat des chirurgiens français.
12.524 Boudot, 43, rue Lafayette, Nevers (Nièvre). Syndicat de la Nièvre.
12.525 Bourdiol, 196, *bis*, avenue Michel-Bizet, Paris-XIIe. Parrains : Docteurs Boudot et Sézalery.
12.526 Bouvier, Reims (Marne). Syndicat des chirurgiens français.
12.527 Chiron, 29, avenue Hoche, Paris-VIIIe. Syndicat des homœopathes français.
12.528 Mlle le Docteur Delage, 69, rue de Maubeuge, Paris-Xe. Parrains : Docteurs Bellencontre et Boudin.
12.529 Delanoe, Mazagan (Maroc). Association médicale de Casablanca et de la région du Sud.
12.530 Delarra, Valenciennes (Nord). Syndicat générale des oculistes français.
12.531 Desvignes, 27, rue du Cherche-Midi, Paris-VIe. Association des internes des hôpitaux de Paris.
12.532 Dignac, Egletons (Corrèze). Syndicat de Tulle.
12.533 Donneaud, 109, Cours Emile-Zola, Lyon-Villeurbanne (Rhône). Syndicat des médecins du Rhône.
12.534 Ferradou, Niort (Deux-Sèvres). Syndicat médicale des Deux-Sèvres.
12.535 Fonteneau, Château-Gontier (Mayenne). Association des externes de Paris.
12.536 Fortin, 21 *bis*, boulevard Barbès, Paris-XVIIIe S. M. S.
12.537 Gabes, 24, avenue d'Italie, Paris-XIIIe. Parrains : Docteurs Weber et Rosenberg.
12.538 Galmier, Nevers (Nièvre). Syndicat des médecins de la Nièvre.
12.539 Gasch, 12, boulevard de Strasbourg, Paris-Xe. Association des anciens externes des hôpitaux de Paris.
12.540 Heuyer, 1, avenue Emile-Deschanel, Paris-VII Syndicat des médecins des hôpitaux de Paris.
12.541 Hurabielle, Bourg-Achard (Eure). Syndicat médical de l'Eure.
12.542 Jossand, Nevers (Nièvre). Syndicat de la Nièvre.

12.543 Jusseaume, 1, rue du Capitaine Olchanski, Paris-XVIe. Syndicat des médecins de la Seine.
12.544 Kintgen, La Madeleine (Nord). Syndicat médicale de Lille.
12.545 Klein, L'Hôpital (Moselle). Syndicat médical de Forbach.
12.546 Lapalle, 61, rue Manin, Paris-XIXe. Syndicat des médecins de la Seine.
12.547 Maurel, 4, rue Lapérouse, Paris-XVIe. Syndicat des médecins de la Seine.
12.548 Mounot, 7, Cité du Retiro, Paris-VIIIe. Syndicat des médecins de la Seine.
12.549 Mme le Docteur Nigoul, Zuydcoote (Nord). Parrains : Docteurs Vendeuvre et Gérard.
12.550 Petillon, Estaires (Nord). Syndicat médical d'Hazebrouck.
12.551 Piroux, Antibes (Alpes-Maritimes). Association des anciens externes.
12.552 Poulet, Tramayes (Saône-et-Loire). Parrains : Docteurs G. Paulet et Juvanon.
12.553 Poullain, Les Avenières (Isère). Syndicat médical de l'Isère.
12.554 Riquez, 38, boulevard de Reuilly, Paris-XIIe. S. M. S.
12.555 Roussel, Saint-Jean-des-Vignes (Saône-et-Loire). Syndicat des médecins de Saône-et-Loire.
12.556 Ruin, Moreuil (Somme). Syndicat des médecins de la Somme.
12.557 Salle, Nevers (Nièvre). Syndicat de la Nièvre.
12.558 Sallet, 17, rue de Téhéran, Paris-VIIIe. Association des internes et anciens internes des hôpitaux de Paris.
12.559 Seguin, Nevers (Nièvre). Syndicat de la Nièvre.
12.560 Tessier, 11, rue de Rennes, Paris-VIe. Syndicat des médecins de la Seine.
12.561 Tétart, Saint-Gratien (Seine-et-Oise). Parrains : Docteurs Forterre et Alizon.
12.562 Thibaudet, Lorient (Morbihan). Syndicat médical de Lorient.
12.563 Verdier, 76, rue Damrémont, Paris-XVIIIe. Association Lagoguey.
12.564 Vizioz, 35, rue de Rome, Paris-VIIIe. Syndicat des médecins de la Seine.
12.565 Willot, 70, rue d'Assas, Paris-VIe. Parrains : Docteurs P. et G. Boudin.
12.566 Fournet, Thiers (Puy-de-Dôme). Syndicat médical de Thiers.

Ces admissions deviendront définitives si elles ne font l'objet d'aucune protestation dans les quinze jours de la présente publication (art. 5 des statuts).

La Ligue médicale de Défense professionnelle « Le Sou Médical » a deux objets principaux :

1° Tout d'abord elle garantit ses membres contre les risques de responsabilité professionnelle à concurrence d'une somme de 100.000 francs. Et cette garantie est portée à 500.000 francs pour ceux d'entre eux qui sont en même temps abonnés au *Concours Médical*.

2° En outre, elle leur donne conseils et soutien dans toutes les difficultés et les procès d'ordre professionnel.



CORRESPONDANCE

MUTUALITÉ FAMILIALE

Une lettre comme beaucoup d'autres

Je serais heureux de recevoir des renseignements sur la « Mutualité familiale et professionnelle du Corps médical français » dont j'ai trouvé les modalités d'assurances dans le dernier numéro du *Concours Médical*. J'adhérerais volontiers à cette organisation qui me semble plus largement conçue et mieux adaptée aux besoins du médecin que les Compagnies d'assurances qui m'ont déjà fait solliciter par leurs agents. Mais vos tarifs ne sont-ils pas plus élevés ?

— Mon cher confrère, nous vous envoyons par même courrier un exemplaire des statuts de la Mutualité familiale. Vous y trouverez l'exposé de ses diverses combinaisons, les conditions d'admission et les tarifs. Et vous pourrez vous rendre compte que ceux-ci n'ont rien de prohibitif. J'ai l'espoir qu'ainsi mis en possession de tous les renseignements qui peuvent vous intéresser vous ne tarderez pas à vous joindre à nous, et dans cette attente je vous prie d'agréer etc.

Le secrétaire général,
G. LAVALÉE.

ASSURANCES SOCIALES

3.373. — La reprise partielle du travail et l'indemnité journalière

Je vous prie de bien vouloir me fixer sur le point suivant concernant les Assurances sociales.

Une employée interrompt son travail au mois de janvier pour subir une intervention chirurgicale. Elle sort de l'hôpital le 6 mars avec un bulletin de convalescence de un mois.

En fait, elle reprend son travail le 21 mars, c'est-à-dire avant l'expiration de son congé de convalescence. Les Assurances sociales en sont avisées et se basent là-dessus, je crois, pour régler l'assurée.

Or, d'après l'employeur, la reprise du travail ne fut que partielle et ne fut totale qu'après le 31 mars.

L'employeur, en conséquence me demande de lui fournir une attestation autorisant ce chômage partiel et compte que son employée pourra obtenir ainsi une indemnité relative à ce chômage partiel.

Il se base sur la fin de l'article 54 du règlement intérieur des Caisses qui dit « l'assuré malade ne doit se livrer à aucun travail rémunéré ou non, sauf autorisation du médecin ».

Il me semble que je ne puis lui fournir l'attestation qu'il me demande : dans les Assurances sociales à mon avis, le chômage est complet et jamais partiel. A ma connaissance, les Caisses ne paient jamais d'indemnité partielle. De plus, l'interprétation de

l'article que je cite, me semble erronée, concernant à mon avis, les malades ambulants pourrait-on dire qui n'ont droit qu'aux prestations médicales et pharmaceutiques, sans indemnités journalières.

L'employeur argue, il est vrai, que son employée ayant repris son travail plus tôt que la date fixée, les Assurances sociales en ont bénéficié.

Désirant avoir une certitude à ce sujet, et donner une réponse absolument exacte à l'employeur, je vous prie de bien vouloir me donner votre avis et me dire si l'employeur ou l'assurée peut faire et dans quelle forme une réclamation quelconque.

Dr L.

Réponse

En vertu de l'art. 7, parag. 1er du décret-loi du 28 octobre 1935 instituant le nouveau régime des Assur. nces sociales, l'octroi des indemnités journalières est en effet subordonné à la condition que l'assuré ne puisse continuer ou reprendre le travail. Ces termes formels laissent entendre *a priori* que, pour pouvoir prétendre aux prestations en espèces, l'assuré doit cesser absolument toute espèce d'activité donnant lieu à rémunération.

Par suite, un assuré qui reprendrait le travail partiellement ne saurait être fondé à exiger de sa Caisse, le paiement de l'indemnité journalière à partir de cette date. La loi n'a, en effet, pas prévu l'hypothèse de l'incapacité temporaire partielle. L'argument tiré de l'art. 54, parag 8 du règlement intérieur-type des Caisses d'assurances sociales n'est pas fondé. En effet, cet article n'a nullement pour but de réglementer l'octroi des indemnités journalières, il est seulement relatif aux règles que doivent suivre les assurés malades pour leur droit aux prestations en nature. Il est, en effet, de premier intérêt pour les Caisses que les malades obéissent aux prescriptions de leur médecin traitant et se reposent pendant les périodes qui leur ont été indiquées afin d'éviter une aggravation de leur état qui occasionnerait pour les Caisses un surcroît de dépenses. Mais un malade peut fort bien bénéficier des prestations en nature et avoir perdu le droit aux prestations en espèces si on état est suffisamment stabilisé pour lui permettre de reprendre son activité sans danger pour lui ou son entourage, avec l'autorisation de son médecin traitant. Dans ces conditions, l'attestation que vous donnerez à l'assuré ne lui permettrait nullement d'obtenir des indemnités journalières pendant la période de reprise partielle du travail, elle lui permettrait seulement de se justifier à l'égard de la Caisse en ce qui concerne l'octroi des prestations en nature.

3.253. — Rôle du médecin contrôleur des Assurances sociales

Un de mes malades a été visité dernièrement par un médecin-contrôleur des Assurances sociales. Au sujet de cette loi, qui est souvent modifiée, je viens vous demander les renseignements suivants :

1° La loi autorise-t-elle un médecin-contrôleur à visiter un malade sans que le médecin traitant en soit averti ? ou bien est-il obligé d'informer celui-ci de sa visite de contrôle ?

2° Cette loi précise-t-elle si c'est un médecin-contrôleur ou au médecin traitant de fixer la durée de l'incapacité et la date de reprise du travail ?

Dr R.

Réponse

La loi sur les Assurances sociales n'a pas exigé, contrairement à la législation sur les accidents du travail, que la visite du médecin-contrôleur soit faite en présence du médecin traitant. Mais, en vertu de l'art. 8, parag. 2 du décret-loi du 28 octobre 1935, instituant le nouveau régime des Assurances sociales, l'assuré peut toutefois exiger que les contrôles auxquels il est soumis soient effectués en présence de son médecin traitant. Si un assuré renonce à la faculté que lui donne la loi, la visite de contrôle effectuée dans ces conditions ne constitue donc nullement une infraction aux prescriptions légales, mais bien entendu l'intéressé est fondé à s'opposer à ce que le médecin-contrôleur procède à l'accomplissement de sa mission sans avoir convoqué au préalable le médecin traitant. Ce refus de se prêter au contrôle en dehors de cette présence ne peut naturellement entraîner contre lui aucune sanction de la part de sa Caisse.

Il n'appartient pas plus au médecin traitant qu'au médecin-contrôleur de fixer arbitrairement et sans recours la date de la cessation de l'incapacité de travail. En principe, la date de la reprise des occupations est fixée par le médecin traitant ; toutefois, si le médecin-contrôleur est en désaccord avec ce dernier à ce sujet, il doit, conformément à l'art. 15 du règlement d'administration publique, tout en s'abstenant de formuler son avis devant l'assuré, se mettre en rapport avec le médecin traitant et en informer sa Caisse qui statue sur les droits de l'assuré, sous réserve des recours que lui donne la loi. Ces recours doivent être recherchés dans l'art. 8, parag. 3 du décret-loi en vertu duquel lorsqu'une contestation s'élève en ce qui concerne l'état du malade entre un assuré et la Caisse, cet état est apprécié par la Commission technique composée du médecin traitant, d'un médecin désigné par la Caisse et d'un troisième médecin choisi par le président du Tribunal civil. Le fonctionnement et la procédure de cette Commission a fait l'objet d'un arrêté ministériel en date du 14 juillet

1936. Elle est saisie par lettre recommandée adressée au Greffier du Juge de paix du domicile de l'assuré, lettre qui doit être accompagnée d'un certificat du médecin traitant indiquant la nature de l'affection, en vue de permettre au Président du Tribunal civil de désigner à titre de troisième médecin un praticien qualifié. La Commission technique se prononce exclusivement sur l'état du malade. Elle prend des conclusions médicales et scientifiques dénuées de toute voie de recours, mais qui n'ont pas force exécutoire. Si la partie perdante refuse d'en faire état, l'autre partie doit saisir du litige la Commission d'arrondissement par lettre recommandée adressée à son président au Greffe du Tribunal civil dans un délai de dix jours à compter de la notification de la décision de refus.

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

3.742. — Demande d'« accord » pour électrodiagnostic laissée sans réponse techniquement motivée

Accidenté du travail le 23 février 1937 : « plaie assez profonde et souillée de la dernière phalange de l'index gauche, face palmaire, et coupure superficielle du majeur gauche à la face dorsale de la dernière phalange, sans lésion osseuse apparente. »

Incapacité temporaire prévue, quinze jours environ, sauf complications.

8 mars 1937 : Prolongation d'incapacité de huit jours environ à dater du 9 mars.

19 mars 1937 : J'écris à l'agent d'assurances de la P... qui habite C.

« Le blessé..... accusant des troubles névritiques persistants au niveau de la dernière phalange de l'index gauche, troubles ayant nécessité une deuxième prolongation d'incapacité de huit jours à dater du 17 courant, la plaie étant parfaitement cicatrisée au bout des quinze jours d'incapacité prévue, j'estime nécessaire pour trancher la question de faire faire un électro-diagnostic par un médecin électro-radiologiste, vous en donne avis préalable par lettre recommandée conformément à la loi du 9 avril 1898 et suivantes. Vous voudrez bien me dire si vous êtes d'accord avec moi sur ce point de façon à ce que je puisse faire procéder à cet examen au plus tôt ».

22 mars 1937. Accusé de réception de l'agent d'assurances m'avisant qu'il transmet ma demande pour suite à donner à son siège à Paris, lequel me fera connaître, dit-il, directement sa décision.

23 mars 1937. Je remets à l'accidenté un papier disant qu'il peut reprendre son travail le 24 mars 1937 et quoique non guéri, en restant sous surveillance médicale.

3 avril 1937. Contre-visite avec un confrère voisin envoyé par l'assurance qui ne répond toujours pas

bien que le dit confrère se soit déclaré d'accord avec moi, verbalement tout au moins.

Mon client se plaint de plus belle. Nous sommes le 2 mai. Que dois-je faire s'il vous plaît ? Dr N.

Réponse

En cas « d'électrodiagnostic » éventuel, vous devez non pas en « donner avis » au patron ou à son assureur substitué (art. 7), mais vous mettre « d'accord » (art. 27-observ.) avec le médecin patronal ou de l'assurance... Toutefois (et ceci fut ajouté à ce dernier article précisément à ma demande) « ce dernier médecin devra en cas de refus donner un avis techniquement motivé dans les trois jours à compter de la date de réception de la lettre recommandée dudit médecin traitant, lettre qui devra contenir également un avis techniquement motivé ».

Donc et ce fut bien convenu à la Commission du Tarif (ni *a fortiori* dans les cinq ou six jours), le médecin traitant peut en conclure que « qui ne dit mot consent » (ce furent là mes propres paroles) qui eurent l'acquiescement général. La réponse dilatoire de l'assurance n'est pas « la réponse techniquement motivée » que vous auriez dû recevoir dans les trois jours. Agissez donc comme si la Compagnie avait consenti et, en cas de refus de paiement ultérieur, vous pourriez demander que votre cas soit soumis à la Commission d'arbitrage. Dr F. DECOURT.

3.774. — « Avis préalable » (art. 7) et « accord » préalable (art. 27) sont deux cas nettement définis

Membre du Sou Médical, je viens vous demander conseil sur le cas suivant, qui se présente d'ailleurs de temps à autre.

Le 27 avril, un de mes confrères, le Dr A. m'adresse une accidentée du travail, qui s'est fait une contusion au genou avec épanchement actuellement résorbé et à qui il reste une raideur dans les mouvements du genou. J'adresse immédiatement à la Compagnie d'assurance une lettre dans laquelle je l'avertis que le Dr A. m'adresse sa malade, et que le traitement nécessitera des séances de mécanothérapie et d'électrothérapie.

Le 30 avril, je reçois de la Compagnie, la lettre ci-incluse.

Je désirerais savoir si je dois différer le traitement que j'ai commencé et que je continue, en l'espèce diathermie, jusqu'au moment où le médecin de la Compagnie aura vu la blessée, qui sera peut être alors guérie et si une Compagnie a le droit en s'immisçant dans le traitement, de s'opposer à cet acte thérapeutique.

Il me semble, d'après la loi sur les accidents du travail, qu'on ne doit demander l'autorisation de la Compagnie que pour les radiographies ou les examens électriques, mais non pour les traitements d'électrothérapie et de mécanothérapie. Dr G.

Réponse

Un patron ou son assureur substitué n'ont pas le droit de s'opposer à un traitement pour accident du travail, ni de le faire « différer ». Ils n'ont donc pas « d'autorisation » à donner sauf dans le cas de « exploration radiologique ou électro-diagnostic » où un « accord » préalable (sauf extrême urgence) est indiqué à l'art. 27 : observations.

En cas de « une série d'interventions à tarif spécial » (ce qui est votre cas), le médecin traitant doit simplement « en donner avis préalable par lettre recommandée au patron ou à son assureur substitué ». (Art. 7).

D'ailleurs, même dans le cas indiqué à l'art. 27, où l'accord est demandé, le médecin patronal ou de l'assurance devra en cas de refus, donner dans les trois jours un avis techniquement motivé.

Dr F. DECOURT.

4.027. — Transport de blessé par le médecin dans un cas encore inédit

Je vous serais très obligé de m'indiquer comment je dois établir ma note d'honoraires pour le cas suivant (accident du travail).

Je suis appelé, un dimanche, pour voir Mlle X., domestique de M. Y., qui avait fait une chute sur la tête et présentait une plaie contuse du cuir chevelu et des signes de commotion légère. Après examen de la malade, je la transporte dans ma voiture à mon cabinet pour lui donner les soins que nécessitait son état. (Rasage de la région, désinfection soigneuse et nettoyage de la plaie, pansement à plat, sans suture).

Enfin, je ramène la blessée à son domicile, étant assuré à ce moment qu'il n'y a pas de complication cranienne à craindre. (Incapacité de travail : vingt-quatre heures, suites normales, guérison en huit jours).

Puis-je dans ce cas, pour tenir compte de mes déplacements nécessités par l'état de la malade, compter : deux visites dimanche, c'est-à-dire : 2 × (15 + 7,50 + 3) ?

Dr B.

Réponse

Vous avez fait une visite à domicile... et c'est tout, au point de vue « Tarif de la responsabilité patronale ». N'est point compté, en effet, dans ce tarif médical, un transport de malade, ce qui est « affaire de loueur de voiture », et non de médecin. Quant à l'état de la malade, si vous le déclarez avoir été grave, cela ne pouvait que vous donner indication de la laisser dans son lit, ce que la Compagnie ne manquerait pas de relever.

Dr F. DECOURT.

3.603. — Radio effectuée au domicile du blessé (prix de location de l'appareil)

Je vous retourne la note ci-jointe en vous demandant un complément d'information.

C'est justement ce prix de location de l'appareil que je ne connais pas.

L'appareil utilisé m'appartient, mais je ne crois pas que je doive le fournir gratuitement. Alors combien demander puisqu'il ne s'agit pas du prix demandé par le constructeur ?

Dr B.

Réponse

J'avais demandé l'avis du Secrétaire général du Syndicat national des électroradiologistes et voici copie de sa réponse :

« Vous avez bien voulu me demander par votre lettre du 4 mai si, en cas d'application radiologique à domicile, le médecin qui possède lui-même les appareils peut se faire payer le prix de location demandé par le constructeur en des cas analogues.

« Nous pensons tous que le médecin qui a un appareil doit l'amortir en demandant le prix que normalement lui demanderait le constructeur, s'il n'avait pas déjà supporté les frais d'achat de son appareil. C'est l'opinion admise de tout temps et je la crois juste ».

Il ne parle pas du prix qu'il y aurait lieu de demander et cela se comprend puisque ce prix dépend de l'importance de l'appareil lui-même. C'est donc le constructeur de votre appareil qui pourrait vous dire le prix à demander, et vous pourriez, au besoin, communiquer la lettre du constructeur à la Compagnie d'assurances comme justification de votre demande.

Dr F. Decourt.

FISCALITÉ

3.442. — Cessation d'exercice. Patente

J'ai cessé d'exercer la médecine à B. où j'étais installé et me suis fixé à S. pour me reposer.

Quelles formalités dois-je remplir ?

Mon successeur est en fonctions depuis le premier mars 1937.

Dois-je payer la patente pour toute l'année ?

Faut-il prévenir le Contrôleur des Directes.

Puis-je sans ennui remplacer un confrère ?

Dr J.

Réponse

Vous pouvez prévenir le contrôleur de votre départ de B., mais vous y êtes imposable à la patente pour toute l'année.

Si, vous ne faites que des remplacements appointés par le confrère, vous ne serez pas patenté, d'ailleur votre patente de B., vous exonère d'une nouvelle imposition.

A. et S. Martinot
Conseillers fiscaux

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

8.451. — Démission après maintien dans les cadres

Classe 1907, libéré de toute obligation militaire à partir d'octobre prochain, médecin lieutenant de réserve, j'ai signé l'année dernière, une demande de maintien dans les cadres.

J'avais alors l'espoir d'avoir mon troisième galon ; mais depuis, il est paru une Circulaire spécifiant que pour passer à un grade supérieur, il fallait obligatoirement suivre les cours d'instruction militaire.

Je n'ai pas suivi ces cours et n'ai pas l'intention de les suivre, car ils se donnent dans une ville éloignée de celle où j'habite et un jour où je suis fort occupé.

Je n'ai donc aucun espoir d'être nommé capitaine.

Ne voulant pas rester à deux galons jusqu'à 60 ans, puis-je me faire rayer des cadres, et quelles sont les démarches à faire ?

Dr X.

Réponse

Puisque vous avez demandé à être maintenu dans les cadres après la libération normale de votre classe, il ne vous est plus possible d'offrir votre démission avant l'âge fixé, c'est-à-dire 58 ans pour un médecin-lieutenant. Seul un défaut d'aptitude physique, vous empêchant de remplir vos fonctions pendant une durée minimum de six mois, constaté par une Commission de réforme après expertise, permettrait de vous proposer au ministre pour une mise en non disponibilité de trois années, puis éventuellement pour une radiation définitive des cadres. C'est à votre Directeur régional du Service de santé qu'il faudrait vous adresser pour tenter cette chance.

3.965. — Père de trois enfants ; passage dans la 2e réserve

Lieutenant de réserve, classe 1919, j'attends un troisième enfant début juin ; quelle doit être mon attitude vis-à-vis de l'autorité militaire et quelles démarches ou formalités dois-je accomplir ?

Dr L.

Réponse

La naissance de votre troisième enfant vous fait classer d'emblée dans la deuxième réserve (art. 58 de la loi du 31 mars 1928 sur le recrutement de l'armée). Il faut donc en aviser votre Directeur du Service de santé, et lui réclamer une affectation à l'Intérieur, ainsi qu'il est accordé aux officiers de la deuxième réserve.

LE CONCOURS MÉDICAL

SUPPLÉMENT DOCUMENTAIRE
" L'Officiel Médical "
Médecine sociale - Législation - Décrets - Règlements
Pièces officielles - Tarifs, etc.

SOMMAIRE

N. B. — Dans le Supplément Documentaire de juin 1937, sera publiée : *la Liste de Répartition des Chefs de service, Chefs de Clinique, Internes et Externes dans les Hôpitaux de Paris*

Service de Santé militaire

I

Admission des médecins de réserve en stage ou en situation d'activité

Circulaire du 11 mars 1937 relative à l'admission

I. — La Circulaire no 2.416, du 16 février 1937 (*Bulletin officiel*, partie semi-permanente, page 315), a fixé à 25 le nombre des médecins de réserve du Service de santé métropolitain à admettre, au cours de l'année 1937, en stage ou en situation d'activité, non compris les officiers de réserve visés à l'article 3, paragraphe 7, et à l'article 4, paragraphe 4, de la loi du 4 janvier 1929.

Les admissions en stage seront prononcées au titre de l'article 3 (§ 5, § 6 et § 7) et de l'article 4 (§ 2o, § 3o, § 4o) de la loi du 4 janvier 1929.

Les admissions en situation d'activité seront prononcées au titre de l'article 42 de la loi du 8 janvier 1925.

Les dossiers des médecins de réserve désireux d'être admis en 1937 en stage ou en situation d'activité seront transmis au ministre dès que possible.

II. *Admission en stage.* — Les dossiers d'admission en stage seront établis dans les conditions fixées par l'instruction du 19 janvier 1933 (*Bulletin officiel*, partie permanente, page 74). Les demandes des candidats ne réunissant pas les conditions fixées par cette instruction, en par-

ticulier celles des candidats qui n'atteindraient pas au moment de leur titularisation l'âge minimum imposé par les articles 3 (§ 5°, § 6°) et 4 (§ 2°, § 3°) de la loi du 4 janvier 1929, ne seront pas soumises à la décision du ministre.

Il sera rappelé aux candidats que l'admission en stage au titre de la loi du 4 janvier 1929 permet, s'ils réunissent par ailleurs les conditions requises, leur titularisation ultérieure dans les cadres de l'armée active. Toutefois, les candidats admis dans l'armée active après l'accomplissement d'un stage ne bénéficient pas de la majoration de cinq ans pour études préliminaires prévues par l'article 35 du décret-loi du 23 mars 1852.

La titularisation n'est prononcée qu'une seule fois par an, le 1er octobre, pour les candidats ayant accompli un an de stage au minimum dans les conditions prévues par les articles 3 (§5°), et 4 (§ 2°) de la loi du 4 janvier 1929 et le 25 du dernier mois de chaque trimestre pour les candidats ayant accompli deux ans de stage au minimum dans les conditions prévues par les articles 3 (§ 6°) et 4 (§3°) de la loi du 4 janvier 1929.

Les admissions en stage dans la métropole seront prononcées à compter du 1er octobre 1937. En attendant cette date, les candidats au stage pourront être admis à servir en situation d'activité.

III. *Admission en situation d'activité.* — Les médecins de réserve remplissant les conditions prévues par l'article 79 de la loi de Finances du 31 décembre 1936, peuvent demander à servir en situation d'activité en 1937, au titre de l'article 42 de la loi du 8 janvier 1925.

La durée des autorisations ainsi accordées en 1937, sera d'une année au maximum et de six mois au minimum (autorisations renouvelables dans la limite de huit années).

Les dossiers d'admission en situation d'activité, établis conformément aux dispositions du décret du 21 avril 1926 (*Bulletin officiel*, partie permanente, page 1265) comprendront les pièces indiquées à l'annexe ci-après et seront transmis sans l'avis du Conseil de régiment prévu par l'article 4 du décret précité ; les avis émis par les chefs hiérarchiques des candidats en tiendront lieu.

Les médecins sous-lieutenants de réserve, qui terminent leur temps légal de service en avril prochain et qui désirent bénéficier des dispositions en cause, peuvent faire acte de candidature.

Il sera rappelé aux candidats que l'admission en situation d'activité au titre de la loi du 8 janvier 1925 ne permet pas aux officiers de réserve admis dans cette situation d'être titularisés ultérieurement dans les cadres de l'armée active. Ces officiers de réserve peuvent, par la suite, demander leur admission en stage dans les conditions indiquées au paragraphe II de la présente Circulaire ; ils peuvent demander également à prendre part au concours pour l'admission directe à l'emploi de médecin sous-lieutenant de l'armée active qui aura lieu, en fin d'année, dans les conditions fixées par le décret du 19 août 1929. Les candidats admis dans l'armée active à la suite de ce concours bénéficient de la majoration de cinq ans pour études préliminaires prévue par l'article 35 du décret-loi du 23 mars 1852.

IV. — Les médecins de réserve appartenant à des Administrations publiques ou à des services assimilés seront prévenus que la décision d'admission en stage ou en situation d'activité ne pourra être définitive qu'après qu'ils auront fourni une pièce établissant qu'ils seront en situation régulière, à l'égard de leur Administration, au moment de leur entrée dans l'armée en stage ou en situation d'activité.

V. — Les médecins de réserve qui sollicitent leur admission en stage devront indiquer dans leur demande s'ils désirent, au cas où leur demande ne pourrait être acceptée, être admis en situation d'activité. Dans ce cas leur dossier sera complété par l'acte d'engagement prévu au paragraphe 4° de l'annexe de la présente Circulaire.

VI. — La liste des médecins de réserve admis en stage ou en situation d'activité sera publiée au *Journal officiel*.

VII. — Les dispositions de la présente Circulaire devront être portées *sans retard* à la connaissance des médecins de réserve par les soins des directeurs régionaux du Service de santé et des directeurs d'écoles de perfectionnement d'officiers de réserve.

ANNEXE

Liste des pièces que doit comprendre, pour l'année 1937, le dossier d'admission en situation d'activité d'un médecin de réserve

1° Demande de l'intéressé en vue d'être admis à servir en situation d'activité au titre de l'article 42 de la loi du 8 janvier 1925. Cette demande sera revêtue de l'avis motivé des diverses autorités hiérarchiques.

2° Une liste de cinq régions classées par ordre de préférence, où l'intéressé demande à servir. Dans ce nombre, devront obligatoirement figurer trois des régions suivantes : 1re, 2e, 6e, 7e, 20e.

3° Une copie légalisée (ou certifiée conforme par le chef de service) des diplômes ou titres universitaires du postulant. Cette copie peut être établie sur papier libre.

4° Un acte d'engagement, établi dans les conditions fixées par la Circulaire n° 1557 K du 6 février 1930 (*Bulletin officiel*, partie permanente, page 434) stipulant que le candidat déclare se mettre, pour une durée d'un an (ou éven-

tuellement de six mois) pour occuper un emploi de son grade, à la disposition du ministre de la Défense nationale et de la Guerre, dans les conditions prévues par les lois et règlements en vigueur ;

5° Un état signalétique et des services indiquant la situation de famille de l'intéressé ;

6° Un certificat de visite et contre-visite établi par un médecin militaire concluant très nettement que le candidat est physiquement apte à servir dans l'armée active et à faire campagne, compte tenu des dispositions de la loi du 18 avril 1831.

7° Copie des notes obtenues par l'intéressé établie par le directeur du Service de santé dont il relève ;

8° Pour chaque candidat libéré du service actif une feuille de renseignements sur sa conduite, sa moralité, et, le cas échéant, l'appréciation motivée du directeur de l'Ecole de perfectionnement des officiers de réserve dont il suit les cours. Cette feuille est établie par le général commandant la subdivision (ou le groupe de subdivisions)

(*Circulaire* n° 4.134 1/7 du 11 mars 1937.)

II

Admission des docteurs en médecine dans le cadre actif par concours au Val-de-Grâce

Décret et instruction du 23 mars 1937, modifiant le décret du 19 août 1929 instituant un concours pour l'admission aux emplois de médecin et pharmacien sous-lieutenant de l'armée active des troupes métropolitaines

Art. 1er. — L'article 2 du décret du 19 août 1929 instituant un concours pour l'admission aux emplois de médecin et de pharmacien sous-lieutenant de l'armée active des troupes métropolitaines, réservé aux détenteurs du titre de docteur en médecine ou de pharmacien, modifié le 13 juin 1932 et 1er avril 1936, est modifié ainsi qu'il suit :

« Les conditions exigées pour être admis au concours sont les suivantes :

« 1° Etre Français ou naturalisé Français depuis dix ans au moins au 31 décembre de l'année du concours, à moins de remplir les conditions déterminées par la loi du 28 août 1933, complétant l'article 6 de la loi du 10 août 1927, modifié et complété par la loi du 19 juillet 1934, sur l'accession des naturalisés à certaines fonctions ;

« 2° (Sans modification) ;

« 3° Avoir satisfait au 31 décembre de l'année du concours, conformément à l'article 39 de la loi du 31 mars 1928 sur le recrutement de l'armée, aux obligations du service militaire actif telles qu'elles sont définies par l'article 37 de ladite loi ;

« 4° (Sans modification) ;

« 5° (Sans modification).

Art. 2. — L'article 3 du décret du 19 août 1929 susvisé est abrogé et remplacé par le suivant :

Art. 3. — Les épreuves du concours seront :

a) Pour les docteurs en médecine

1° Une composition sur un sujet de pathologie générale (coefficient 2) ;

2° Un examen clinique de deux malades atteints, l'un d'une affection médicale, l'autre d'une affection chirurgicale (coefficient 3) ;

3° Une interrogation sur une question de chirurgie d'urgence (coefficient 1) ;

4° Une interrogation sur les grands problèmes de l'hygiène prophylactique, particulièrement sur la prophylaxie des maladies, infectieuses et des maladies sociales (coefficient 1) ;

5° Examen par le jury des titres et travaux scientifiques, ainsi que du dossier militaire du candidat (coefficient 1).

b) Pour les pharmaciens

1° Une composition écrite sur une question de chimie appliquée à la pharmacie (coefficient 2) ;

2° Une interrogation portant sur quatre questions : une de physique, une de chimie, une d'histoire naturelle et une de pharmacie (coefficient 2);

3° Une épreuve de chimie analytique : recherche des acides et des bases contenus dans plusieurs sels solides ou dissous (coefficient 1) ;

4° Vérification et titrage d'un médicament (coefficient 2) ;

5° Détermination de plantes ou drogues appartenant à la matière médicale et de médicaments chimiques et galéniques (coefficient 1) ;

6° Examen par le jury des titres et travaux scientifiques, ainsi que du dossier militaire du candidat (coefficient 1).

Art. 3. — Le ministre de la Défense nationale et de la Guerre est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Instruction du 19 août 1929, pour l'application du décret de même date, instituant un concours pour l'admission aux emplois de médecin et de pharmacien sous-lieutenant de l'armée active des troupes métropolitaines, réservé aux détenteurs du titre de docteur en médecine ou de pharmacien (3° modificatif).

Paris, le 28 mars 1937,

TITRE 1er

CONCOURS POUR L'EMPLOI DE MÉDECIN SOUS-LIEUTEMNANT

A. — *Nature et durée des épreuves*

Après : « 1° Composition écrite sur un sujet de pathologie générale », ajouter : « (coefficient : 2) »

. . . .

Après : « 2° Examen clinique de deux malades atteints l'un d'une affection médicale, l'autre d'une affection chirurgicale », ajouter : « (coefficient : 3) ».

. . . .

Après : « 3° Interrogation sur une question de chirurgie d'urgence », ajouter : « (coefficient : 1) ».

. . . .

Après : « 4° Interrogation sur les grands problèmes de l'hygiène prophylactique, particulièrement sur la prophylaxie des maladies infectieuses et des maladies sociales », ajouter : « (coefficient : 1) ».

. . . .

Supprimer : « 5° Examen par le jury du dossier militaire du candidat ».

Mettre : « 5° Examen par le jury des titres et travaux scientifiques ainsi que du dossier militaire du candidat (coefficient : 1).

« Les candidats devront remettre, à l'ouverture de la séance, au président du jury, un résumé en trois exemplaires de leurs travaux ainsi qu'une note rappelant leurs différents titres scientifiques et relatant, notamment, les fonctions hospitalières qu'ils ont exercées.

« Le jury examinera également le dossier militaire de chaque candidat ».

. . . .

TITRE II

CONCOURS POUR L'EMPLOI DE PHARMACIEN SOUS-LIEUTENANT

A. — *Nature et durée des épreuves*

Remplacer les indications actuelles par les suivantes :

« 1° Composition écrite sur une question de chimie appliquée à la pharmacie (coefficient : 2).

« Il est accordé trois heures pour cette composition qui sera faite sans l'aide de livres ou de notes, sous la surveillance constante d'un membre titulaire du jury ou du membre suppléant » ;

« 2° Interrogation portant sur quatre questions : une de physique, une de chimie, une d'histoire naturelle et une de pharmacie (coefficient : 2).

« Durée : dix minutes par question ;

« 3° Epreuve de chimie analytique : recherche des acides et des bases contenus dans plusieurs sels solides ou dissous (coefficient : 1).

« Il est acc rdé cinq heures pour cette épreuve.

« Document autorisé : tableau synopt que de recherche des acides et des bases ;

« 4° Vérification et titrage d'un médicament (coefficient : 2).

« Il est accordé six heures pour cette épreuve.

« L'emploi de livres sera autorisé ;

« 5° Détermination de : *a*) dix plantes ou drogues appartenant à la matière médicale ; *b*) dix médicaments chimiques ; *c*) dix médicaments galéniques (coefficient : 1).

« Les plantes, drogues simples, médicaments chimiques et galéniques seront choisis parmi ceux qui figurent au codex en vigueur.

« Pour les plantes et drogues simples, le candidat devra autant que possible donner le nom français, le nom latin et celui de la famille naturelle.

« Durée de l'épreuve : quinze minutes ;

« 6° Examen par le jury des titres et travaux scientifiques ainsi que du dossier militaire du candidat (coefficient : 1).

« Les candidats devront remettre, à l'ouverture de la séance, au président du jury, un résumé en trois exemplaires de leurs travaux ainsi qu'une note rappelant leurs différents titres scientifiques et relatant, notamment, les fonctions hospitalières qu'ils ont exercées.

« Le jury examinera également le dossier militaire de chaque candidat. »

TITRE III

DISPOSITIONS COMMUNES AUX CONCOURS DE LA SECTION DE MÉDECINE ET DE LA SECTION DE PHARMACIE.

. . . .

Remplacer le texte du paragraphe *j* par le suivant :

« *j*) Etablissement de la liste de classement. A la fin des épreuves, le jury établira le classement d'après le total des moyennes de notes obtenues à toutes les épreuves, compte tenu des coefficients, et en y ajoutant les points de majoration. »

. . . .

Le ministre de la Défense nationale et de la Guerre,

Edouard DALADIER.

(*J. O.*, 6 avril 1937).

III

Admission à l'Ecole de Lyon des étudiants en médecine à vingt inscriptions

Décret du 28 avril 1937 relatif à l'admission à l'Ecole du Service de santé militaire

Art. 1er. — Nul ne peut être admis à prendre part au concours spécial d'admission à l'Ecole du Service de santé militaire ouvert aux étudiants en médecine titulaires de vingt inscriptions :

1° S'il avait plus de vingt-neuf ans au 1er janvier de l'année du concours. Cette limite d'âge sera reculée d'un temps égal à celui passé sous les drapeaux ;

2° S'il n'est titulaire du brevet de préparation militaire supérieure spéciale (santé) ou bien s'il n'a satisfait à l'examen de fin de peloton d'instruction visé par l'article 37 de la loi du 31 mars 1928, ou bien s'il n'a subi avec succès l'examen d'aptitude au grade de médecin auxiliaire institué par le décret du 21 novembre 1925 réglant l'organisation d'un cadre de médecins, pharmaciens et dentistes auxiliaires de réserve ;

3° S'il ne remplit, par ailleurs, les autres conditions imposées par les décrets susvisés des 19 septembre 1919 et 15 juillet 1929 modifiés en dernier lieu le 2 mars 1937.

Art. 2. — Par dérogation aux dispositions de l'article 1er du décret du 21 janvier 1931, relatif à l'organisation de l'Ecole du Service de santé militaire, les élèves admis à cette école à la suite du concours spécial ouvert aux étudiants en médecine titulaires de vingt inscriptions ne rejoindront l'école que pour y subir les diverses opérations d'incorporation ; ils seront ensuite détachés pour y terminer leurs études, dans la ville siège de la Faculté auprès de laquelle ils auront accompli leur scolarité. Les dispositions du décret du 19 septembre 1919 susvisé, concernant les élèves de l'Ecole du Service de santé militaire détachés dans les villes de Faculté, leur seront applicables. Ils seront, d'autre part, tenus sous peine d'exclusion, de soutenir avec succès leur thèse de doctorat en médecine avant le 31 décembre de l'année de leur admission à l'Ecole.

Art. 3. — Par dérogation aux dispositions du décret du 27 décembre 1930, relatif aux conditions d'engagement des jeunes gens reçus aux écoles militaires assurant le recrutement direct des officiers de l'armée active, et de l'article 8 du décret du 11 avril 1928 relatif aux engagements dans les troupes métropolitaines, les candidats mariés pourront être admis à contracter l'engagement prévu à l'article 30 de la loi du 31 mars 1928.

Art. 4. — Toutes les dispositions du décret du 19 septembre 1919 modifié en dernier lieu le 2 mars 1937, qui ne sont pas contraires à celles du présent décret, seront applicables aux élèves admis à l'Ecole du Service de santé militaire à la suite du concours spécial ouvert aux étudiants en médecine titulaires de vingt inscriptions, sous les réserves ci-après :

a) Le Conseil médical de l'Ecole prévu à l'article 8 dudit décret devra proposer au ministre, dans le plus bref délai, l'incorporation ou la non incorporation des élèves ainsi admis qui seraient présentés devant lui lors des opérations d'incorporation. En aucun cas, ces élèves ne pourront être ajournés ni être tenus en observation ;

b) Les élèves admis à la suite du concours spécial ne portent pas l'uniforme.

Art. 5. — Le ministre de la Défense nationale et de la Guerre est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

(*J. O.*, 2 mai 1937.)

Service de santé de la Marine militaire

Instruction relative à l'admission à l'Ecole principale du Service de santé de la Marine en 1937

L'école principale du Service de santé de la marine, instituée près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux, a pour but d'assurer le recrutement des médecins et pharmaciens de la marine et des troupes coloniales.

Les élèves du Service de santé de la marine se recrutent par voie de concours parmi les étudiants en médecine et en pharmacie provenant des écoles annexes de médecine navale et parmi les étudiants en médecine et en pharmacie provenant des Facultés, des Ecoles de plein exercice ou des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie.

A leur sortie de l'Ecole de Bordeaux, après obtention du diplôme de docteur en médecine ou de pharmacien c'est-à-dire au plus tard le 31 décembre de leur dernière année d'études, les élèves sont affectés par voie d'option ou, à défaut, d'office, au corps de santé de la marine ou à celui des troupes coloniales.

Un concours d'admission aura lieu les 6, 7 et 8 juillet 1937.

Le concours comprend des épreuves d'admissibilité, des épreuves d'admission et des épreuves d'aptitude physique.

Dans chaque centre, les épreuves d'aptitude physique auront lieu aussitôt après les épreuves orales.

Les épreuves d'admissibilité auront lieu les 6, 7 et 8 juillet 1917 à Paris (ministère de la Marine), Bordeaux (école du Service de santé de la marine), Brest (hôpital maritime), Rochefort (hôpital maritime), Toulon (hôpital maritime Saint-Anne) et à Alger dans un local désigné par le commandant de la marine.

Celles d'admission auront lieu à Brest et Rochefort (hôpital maritime), à Toulon (hôpital Sainte-Anne), à des dates qui seront indiquées lors de la publication de la liste d'admissibilité.

Le nombre des élèves à admettre à l'école de Bordeaux à la suite du concours de 1937, est fixé comme suit :

Ligne médicale : 58 places, dont 40 pour les troupes coloniales et 18 pour la marine.

Ligne pharmaceutique : 8 places dont 4 pour les troupes coloniales et 4 pour la marine.

Ce nombre d'élèves à admettre pourra être réduit compte tenu de la valeur des candidats.

Seront admis à prendre part à ce concours :

1° Les étudiants en médecine réunissant quatre inscriptions valables pour le doctorat en médecine *qui accompliront leur scolarité sous le régime institué par le décret du 6 mars* 1934.

Les candidats doivent justifier qu'ils remplissent les conditions suivantes :

1° Etre Français ou naturalisés Français.

Pourront être admis à concourir les fils d'étrangers nés en France, qui auront été incorporés en vertu de la loi du 3 juillet 1917 (1).

Les indigènes d'Algérie pourront également être admis à prendre part à ce concours dans les conditions fixées par le décret (intérieur) du 25 septembre 1936 ;

2° Avoir eu, au 1er janvier 1937, moins de vingt-quatre ans.

Pour les candidats qui ont déjà fait du service militaire, la limite d'âge sera reculée d'un temps égal à celui passé sous les drapeaux ;

3° Etre robuste, bien constitué et n'être atteint d'aucune maladie ou infirmité susceptible de rendre inapte au service armé à la mer.

L'acuité visuelle exigée est de 5 dixièmes pour un œil et de 1 vingtième pour l'autre après correction, s'il y a lieu, par verres sphériques, cylindriques ou sphéro-cylindriques ; ni diplopie, ni daltonisme ;

4° Ne pas être marié (2) ;

5° Etre pourvu, au moment de l'ouverture du concours :

a) Etudiants en médecine, de quatre inscriptions, valables pour le doctorat.

Les étudiants ayant au plus sept inscriptions seront autorisés à prendre part à ce concours, *sous réserve de continuer leur scolarité sous le régime institué par le décret du* 6 *mars* 1934 ;

Toutes les conditions d'inscriptions précèdant sont de rigueur et aucune dérogation en pourra être autorisée pour quelque motif que ce soit.

En outre, le élèves reçus à l'école devront, pour être admis à y entrer, être en possession, avant le 15 novembre 1937, d'un certificat constatant qu'ils ont satisfait aux examens afférents à leur scolarité ou, sinon, que l'échec

(1) Seront autorisés à concourir sous réserve de satisfaire aux conditions imposées par les modalités d'application de la loi du 19 juillet 1934 sur l'accession des naturalisés à certaines fonctions publiques.

(2) Cette condition est formellement imposée par l'article 61 de la loi du 31 mars 1928 sur le recrutement de l'armée pour être admis à contracter un engagement. En conséquence, les étudiants mariés au moment des épreuves du concours ne seront pas autorisés à y prendre part ; en outre, les étudiants contractant mariage après avoir subi les épreuves du concours ne seront pas autorisés, même en cas de succès au concours d'admission, à signer leur engagement et ne pourront par suite entrer à l'école principale du Service de santé de la marine.

subi par eux ne les empêche pas de poursuivre leur scolarité (art. 1er et 22, déc. du 10 sept. 1924).

III. — *Pièces à produire.*

Les pièces à produire à l'appui de la demande d'inscription au concours sont les suivantes :

1° L'acte de naissance du candidat, établi sur papier timbré et revêtu des formalités prescrites par la loi (voir notamment loi du 16 avril 1916, candidats des régions libérées, des colonies ou ceux venant de l'étranger) ;

2° Un certificat du maire de la localité habitée par la famille constatant que le candidat est Français, ou naturalisé Français.

Les candidats naturalisés devront joindre, soit la copie du décret présidentiel leur ayant accordé cette faveur, soit une pièce permettant de retrouver ce décret au *Journal Officiel* ;

3° Une attestation de l'intéressé déclarant qu'il n'est pas marié et qu'il a pris connaissance des dispositions de l'article 61 de la loi du 31 mars 1928 sur le recrutement de l'armée (1)

4° A. — Si le candidat n'est pas sous les drapeaux : *a*) Un certificat du commandant d'un dépôt des équipages de la flotte ou du commandant d'un bureau de recrutement, établi postérieurement au 1er mai 1937 et constatant, dans les mêmes conditions que pour l'engagement volontaire, que le candidat est apte au service armé à la mer ; *b*) Un certificat du commandant du bureau de recrutement de la subdivision territoriale à laquelle appartient le candidat établissant la situation exacte de celui-ci au point de vue du service militaire (non lié au service, appelé ajourné, sursitaire ou démobilisé) ; dans ce dernier cas, un état de signalétique et des services devra être joint aux certificats ci-dessus.

La production de ce certificat ne dispense pas les élèves admis de subir l'examen médical imposé à l'entrée à l'école et dont les conclusions sont seules valables pour décider de leur admission définitive.

B. — Si le candidat est présent sous les drapeaux : Un état signalétique et des services arrêté à la date du 1er mai 1937 et auquel sera jointe une attestation du chef de corps constatant sa bonne conduite ;

5° *a*) Etudiants en médecine :

Un certificat de scolarité portant les indications suivantes : Date d'obtention et nature du baccalauréat de l'enseignement secondaire ; Date d'obtention du certificat d'études physiques, chimiques et biologiques ; Nombre d'inscriptions prises et date de concession de la dernière ;

6° Une déclaration écrite indiquant : 1° la langue étrangère choisie (anglais ou allemand) ; 2° la résidence du candidat ; 3° l'adresse très exacte où devra lui être adressée, en cas d'admission, sa lettre de nomination ; et 4° les centres d'examen (épreuves écrites et épreuves orales et pratiques) choisis par l'intéressé, parmi les villes indiquées au titre IV ci-après.

Une fois le choix fait, aucun candidat ne sera autorisé à changer de centre d'examen que pour des motifs graves et par décision spéciale du ministre ;

7° Un engagement établi sur papier timbré, pris par le père, la mère, le tuteur ou le candidat lui-même s'il est majeur et jouit de ses biens, de rembourser les frais d'entretien dans le cas où l'intéressé ne servirait pas dix ans comme officier après sa sortie de l'école ;

8° Une déclaration indiquant si, en cas d'admission à l'école, la famille ou le candidat établira une demande de trousseau gratuit.

Les pièces mentionnées ci-dessus doivent être adressées au ministère de la marine (direct. centrale du Service de santé) à partir du 20 mai 1937.

La liste d'inscription sera close le 5 juin 1937, au soir, terme de rigueur.

VI. — *Concession de trousseaux.*

Aux termes de l'article 152 de la loi de finances du 16 avril 1930, la pension est accordée gratuitement à tous les élèves admis à l'école.

Seul le trousseau reste à la charge des élèves ; néanmoins les familles ont la possibilité de solliciter un trousseau gratuit.

Les demandes pour l'obtention du trousseau gratuit ne doivent être formulées qu'en faveur des candidats admis à l'école et qui ont préalablement fait constater dans les formes prescrites, les ressources de leur famille. Les familles ou les candidats qui désirent obtenir le dégrèvement du trousseau doivent formuler leur demande sur papier timbré et préciser s'il s'agit d'un trousseau ou d'un demi-trousseau.

Dès publication de la liste d'admission, ces demandes devront être remises avant le 15 octobre, à la préfecture du département où réside la famille même si les intéressés font leurs études ou leur service militaire dans un autre département. L'instruction relative à l'admission à l'école principale du Service de santé de la marine, comportant les modalités et les programmes des épreuves, est déposé dans les préfectures des départements, les Facultés de médecine et de pharmacie, les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, les directions du Service de santé de la marine des cinq ports de la métropole et de Bizerte, ainsi qu'à l'hôtel du commandant de la marine à Alger et à la direction de l'école principale du service de santé de Bordeaux.

Elle est en vente à la librairie Vuibert, 63, boulevard Saint-Germain, à Paris.

Tarif minimum urologique de clientèle

élaboré par le Bureau du Syndicat des Urologistes français et adopté à l'unanimité par l'Assemblée générale du 10 octobre 1935

ANNÉE 1936

Les examens de laboratoire ne sont pas compris dans ce Tarif et sont toujours comptés en sus

Examen général urologique simple (endoscopies exclues)	100
Circoncision	1.000
Phimosis avec adhérences	1.500
Hypospadias	5.000
Amputation de la verge	1.500
Hydrocèle : ponction simple	150
Hydrocèle : ponction avec injection modificatrice	500
Hydrocèle : cure radicale	1.000
Epididymectomie	2.000
Castration	1.500
Cure radicale de varicocèle	2.000
Emasculation totale	4.000
Dilatation simple (bougies ou béniqués)	60
Dilatation électrolytique	100
Cathétérisme de l'urètre	60
Electrolyse linéaire ou circulaire en un temps	500
Instillation	60
Méatotomie simple	100
Méatotomie avec autoplastie	200
Réfection de l'urètre avec taille hypogastrique	4.000
Lavage urètro-vésical	60
Traitement diathermique ou électrolytique des lésions de l'urètre, la séance	100
Uréthroscopie	100
Urétérotomie ou urétérostomie unilatér.	2.500
Urétrotomie avec taille hypogastrique	4.000
Urétrotomie externe	2.500
Urétrotomie interne	1.500
Urétrotomie ou urétérostomie bilatérale.	4.000
Cystoscopie	150
Cystotomie ou cystostomie	1.500
Traitement endo-vésical des tumeurs par courants de haute fréquence, la première séance	1.050
Les suivantes, chacune	500
Bourses :	
Hydrocèle ou kyste du cordon (interventions pour)	1.000
Varicocèle :	
résection cutanée simple	1.000
résection veineuse	2.000
Testicule et épididyme :	
Epididymectomie : unilatérale	2.000
bilatérale	3.000
Ablation d'un testicule :	
pour bacillose	2.000
pour tumeur maligne avec curage ganglionnaire	3.000
Orchidopexie :	
unilatérale	2.500
bilatérale	3.500
Enfumage iodé de la vessie	100
Extraction de corps étrangers urétraux ou vésicaux par les voies naturelles	1.500
Extirpation de tumeurs vésicales après taille hypogastrique	4.000
Exstrophie vésicale	5.000
Fistule vésico-vaginale	5.000
Lavage vésical	60
Ponction de la vessie	200
Lithotritie ou taille	3.000
Cathétérisme des uretères et séparation des urines	400
Lavage et instillation du bassinet	200
Massage de la prostate	60
Abcès de la prostate	1.500
Prostatectomie	4.000
Résection endoscopique de la prostate. La première séance	2.500
Les séances suivantes : chacune	1.000
Phlegmon périnéphrétique	1.500
Décapsulation rénale	2.500
Néphrectomie	4.000
Néphrolitothomie	3.000
Néphropexie	2.500
Néphrotomie, néphrostomie	2.500
Pyélotomie	2.500
Pyélographie	500
Infiltration d'urine	2.500
Ouverture d'abcès urineux	500
Ouverture d'abcès périnéaux	500
Injection épidurale (première)	200
— (suivantes)	100

Les honoraires de l'anesthésiste et de l'aide ou des aides aux opérations ne sont pas compris dans le tarif ci-dessus, de même que les pansements consécutifs après les quinze premiers pansements.

Le tarif des visites d'urologie faites *à domicile*, sera le *double* du tarif des consultations et traitements chez le spécialiste, et le *triple*, la nuit, c'est-à-dire de 9 heures du soir à 8 heures du matin.

Ces prix varieront chaque année avec l'indice de l'augmentation du prix de la vie. Se rapporter au *Bulletin* de chaque assemblée générale annuelle.

Les consultations et les traitements urologiques doivent toujours être réglés comptant.

Pour le Syndicat :

Le secrétaire général : Dr GALLOIS.

Assurances Sociales

Décret du 1er avril 1937 portant modification du réglement général d'administration publique pour l'application du décret-loi du 28 octobre 1935 déterminant le régime des Assurances sociales applicable aux assurés du commerce et de l'industrie.

Art. 1er. — Les articles 1er, 3, 4, 6, 13, 23, 24 et 47 du règlement général d'administration publique du 19 mars 1936 pris pour l'application du décret-loi du 28 octobre 1935 sont modifiés comme suit :

Art. 1er, § 1er. — Sans changement.

§ 2. — L'employeur est dispensé de cette déclaration pour les salariés dont la rémunération totale annuelle excède les limites fixées à l'articles 1er (§ 2) du décret-loi du 28 octobre 1935 modifié par la loi du 26 août 1936.

§ 3. — Sans changement.

§ 4. — Sont tenus d'adresser au Service régional le bulletin prévu à l'article 1er, paragraphe 9, du décret-loi du 28 octobre 1935 :

1º Dans la huitaine qui suit leur embauchage et s'ils n'ont pas fourni à leur employeur, les renseignements mentionnés sur ce bulletin :

a) Les salariés et personnes énumérés à l'article 1er (§§ 2 et 3) du décret-loi, non encore immatriculés, à l'exception de ceux qui sont visés au paragraphe 5 dudit article, dont la rémunération totale annuelle est comprise entre 21.000 francs et 25.001 francs et qui ont des charges de famille au sens de l'article 14 dudt décret-loi ;

b) Les salariés et personnes énumérés à l'artcle 1er (§§ 2 et 3) du décret-loi du 28 octobre 1935 modifié par la loi du 26 août 1936, dont la retraite de vieillesse, constituée sous un régime résultant de dispositions légales ou réglementaires, est liquidée, ou en instance de liquidation, et dont la rémunération totale annuelle n'excède pas le chiffre limite fixé au paragraphe 2 dudit article.

(La suite sans changement).

Art. 3. — § 1er. — Sont tenues, en vue de faire connaître leur situation au regard des Assurances sociales, compte tenu de leurs charges de famille, d'établir une décaration conforme au modèle arrêté par le ministre du Travail, les personnes non encore immatriculées, qui travaillent à façon, aux pièces, à la tâche, à domicile, ou sont rémunérées à l'aide de commissions ou suivant le chiffre d'affaires, et qui travaillent pour le compte de plusieurs employeurs, ainsi que celles qui ne travaillent pour le compte d'un même employeur qu'une seule fois ou par intermittence, lorsque leur rémunération totale de l'année civile précédente n'a pas excédé le chiffre limite fixé à l'article 1er (§ 2) du décret-loi du 28 octobre 1935 modifié par la loi du 26 août 1936. Cette déclaration est adressée par les intéressés dans la huitaine qui suit le commencement de leur travail, au Service régional des Assurances sociales dans la circonscription duquel se trouve leur domicile. Il est fait état éventuellement, dans cette déclaration, des dispositions de l'article 2 (§ 10) du décret-loi du 28 octobre 1935 et de l'article 4 du présent décret.

(La suite sans changement).

Art. 4. — Pour les travailleurs qui exercent leur profession en dehors de l'établissement de l'employeur ou de l'établissement de la personne ou société assimilée à l'employeur, notamment pour les voyageurs et représentants de commerce ainsi que pour les conducteurs de voitures publiques, le montant des frais professionnels peut être déduit de la rémunération totale annuelle visée à l'article 1er (§ 2) du décret-loi du 28 octobre 1935 modifié par la loi du 26 août 1936, et de la rémunération visée à l'article 2 (§ 2) dudit décret-loi. Le montant de ces frais professionnels est fixé forfaitairement par arrêté du ministre du Travail.

Art . 6. — § 1er. — Lorsque le salaire est réglé à des intervalles inférieurs à une semaine, ou excédant une semaine et inférieurs à une quinzaine ou excédant une quinzaine et inférieurs à un mois, le maximum de la rémunération totale nette à considérer pour l'application de l'article 2 (§ 2) du décret-loi du 28 octobre 1935 modifié par la loi du 26 août 1936, est déterminé d'après le nombre de jours ouvrables compris dans chaque période à raison de cinquante francs par jour ouvrable.

§ 2. — Lorsque le salaire ou le gain est réglé sait à intervalles irréguliers, soit au cours ou à lo terminaison d'un travail, le maximum de la rémunération totale à considérer pour l'application de l'article 2 (§ 2), du décret-loi du 28 octobre 1935, modifié par la loi du 26 août 1936, est déterminé par mois, quelle que soit la durée qui s'écoule entre deux règlements. Le montant de la double contribution est, dans ce cas, calculé sur le chiffre maximum de 1.250 francs par mois prévu audit article ; l'excédent est reporté sur le mois ou les mois suivants et s'ajoute éventuelle-

ment à la somme correspondant aux salaires ou gains réglés pour ledit ou lesdits mois.

§ 3. — Pour les voyageurs et représentants de commerce, le montant de la double contribution est calculé, pour chaque trimestre, sur la somme versée à titre de règlement en application de l'article 44 du livre Ier du Code du travail. Si cette somme, déduction faite des frais professionnels fixés conformément à l'article 4 (§ 1er), du présent décret, dépasse 3.750 francs, la double contribution est calculée sur ce dernier chiffre ; mais l'excédent est reporté sur le trimestre suivant et s'ajoute éventuellement à la somme versée en règlement pour ledit trimestre. Ce report n'est pas obligatoire lorsque l'assuré aura changé d'employeur.

§ 4. — Pour les assurés qui travaillent régulièrement et simultanément pour le compte de deux ou plusieurs employeurs, et dont la rémunération est réglée soit par mois, soit dans les conditions prévues au paragraphe 2 ci-dessus, il y a lieu éventuellement de ramener à 1.250 francs pour le calcul de la double contribution, sous réserve de l'application dudit paragraphe 2, le total des rémunérations versées mensuellement par les employeurs intéressés. Dans ce cas, la part incombant à chacun des employeurs dans le montant de la double contribution est déterminée au prorata des rémunérations qu'ils ont respectivement versées.

§ 5. — Les dispositions du paragraphe précédent s'appliquent aux voyageurs et représentants de commerce travaillant pour le compte de deux ou plusieurs employeurs et dont la rémunération, calculée conformément au paragraphe 3 du présent article, dépasse 3.750 francs par trimestre.

(La suite sans changement).

Art. 13. — § 1er. — L'attribution de l'indemnité journalière, prévue à l'article 7 (§ 1er), du décret-loi du 28 octobre 1935, modifié par la loi du 26 août 1936, est exclusive des allocations de chômage.

(La suite sans changement).

Art. 23. — § 1er. — L'indemnité prévue par l'article 9 (§ 2), du décret-loi du 28 octobre 1935, modifié par la loi du 26 août 1936, est allouée même si l'enfant n'est pas né vivant.

(La suite sans changement).

Art. 24. — § 1er. — En cas de grossesse pathologique, lorsque l'état morbide est constaté avant la période de six semaines précédant l'accouchement, les prestations en nature et en espèces de l'assurance-maladie sont servies jusqu'à la guérison ou l'expiration du délai de six mois qui suit l'accouchement. Il y a lieu à application du délai de carence visé à l'article 7 (§ 1er), du décret-loi du 28 octobre 1935, modifié par la loi du 26 août 1936.

(La suite sans changement).

Art. 47. — § 1er. — Pour les assurés qui n'ont pas atteint soixante ans à la date du 31 mars 1936, l'âge servant de base à la liquidation des pensions de vieillesse est fixé à soixante ans. Les intéressés peuvent toutefois demander la liquidation anticipée de leur pension dans les conditions prévues à l'article 11 (§ 10) du décret-loi du 28 octobre 1935.

Pour les autres assurés, l'âge servant de base à la liquidation est celui qu'ils atteindront à leur anniversaire de naissance suivant le 31 mars 1936.

Toutefois, les dispositions qui précèdent ne peuvent avoir pour effet de réduire à moins de cinq ans, à compter de l'immatriculation des intéressés, la période de versement des assurés visés à l'article 15 (§ 3) de la loi du 5 avril 1928 modifiée. Elles ne peuvent non plus avoir pour effet de réduire à moins de cinq ans, depuis la date à compter de laquelle la législation sur les Assurances sociales leur a été étendue, la période de versement des assurés admis au bénéfice de l'assurance obligatoire en application soit des décrets ou arrêtés déterminant la liste des circonscriptions industrielles où le salaire limite avait été élevé à 18.000 francs, soit des décrets de coordination visés à l'article 23 du décret-loi du 28 octobre 1935, soit des dispositions de l'article 1er (§ 3), de ce décret-loi, soit des dispositions de l'article 1er de la loi du 26 août 1936, modifiant l'article 1er (§ 2) dudit décret-loi.

(La suite sans changement).

Art. 2. — Les dispositions de l'article 1er ci-dessus sont applicables à dater du 1er janvier 1937 et pour l'année 1937.

A défaut de dispositions législatives nouvelles, les textes des articles 1er, 3, 4, 6, 13, 23, 24 et 47, du règlement général d'administration publique du 19 mars 1936, redeviendront applicables à dater du 1er janvier 1938.

Art. 3. — Le ministre du Travail, le ministre des Finances, le garde des Sceaux, ministre de la Justice, et le ministre de l'Agriculture sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

(*J. O.*, 2 avril 1937).

Hygiène et Prophylaxie

I

Décret du 15 avril 1934 portant organisation de l'inspection départementale d'hygiène

(*N. B.* — La Circulaire du 26 avril 1937, relative au règlement sanitaire départemental type, et le Règlement lui-même seront publiées dans les prochains *Numéros hebdomadaires* du Concours Médical) (juin 1937)

TITRE Ier

Inspections départementales d'hygiène. Organisation et attributions

Art. 1er. — Le Service départemental d'inspection et de contrôle de la santé publique, obligatoirement créé dans chaque département, en application du décret du 30 octobre 1935, est dirigé par un inspecteurd épartemental d'hygiène.

Ce fonctionnaire réside au chef-lieu du département.

Le préfet saisit directement de toutes les questions concernant la santé publique l'inspecteur départemental qui lui rend compte de toutes les affaires relevant de son service.

Les rapports adressés par l'inspecteur départemental d'hygiène sont transmis immédiatement au ministre de la Santé publique par le préfet, soit de sa propre initiative, soit à la demande de l'inspecteur.

Le personnel et les locaux nécessaires à l'exercice de ses fonctions sont mis à sa disposition par l'Administration préfectorale.

Les arrêtés préfectoraux relatifs à l'organisation et au fonctionnement du service d'inspection et de contrôle sont soumis à l'approbation du ministre de la Santé publique.

Art. 2. — Sur l'initiative du ministre de la Santé publique, le Conseil général, après avis du Conseil départemental d'hygiène, délibère sur la création d'un ou de plusieurs postes de médecins inspecteurs adjoints départementaux d'hygiène, placés sous l'autorité de l'inspecteur départemental.

En cas de désaccord entre le ministre de la Santé publique et le Conseil général, il est statué par décret pris sur la proposition du ministre de la Santé publique.

Art. 3. — En dehors des attributions qui lui sont conférées par les lois et règlements relatifs à l'hygiène, l'inspecteur départemental d'hygiène est appelé à connaître de toutes les questions se rattachant à la protection de la santé publique et à l'hygiène sociale.

Il exerce notamment son contrôle sur le fonctionnement des organismes subventionnés poursuivant un but d'hygiène.

Il est de droit secrétaire du Conseil départemental d'hygiène et des organismes départementaux constitués pour assurer et coordonner l'organisation sanitaire.

Un arrêté du ministre de la Santé publique précisera les attributions que l'inspecteur départemental d'hygiène devra plus spécialement exercer.

TITRE II

Bureaux municipaux d'hygiène Organisation et attributions

Art. 4. — En dehors des attributions qui leur sont conférées par les lois et règlements relatifs à l'hygiène, les directeurs de bureaux municipaux d'hygiène, créés obligatoirement en exécution de l'article 19 de la loi du 15 février 1902, son appelés à connaître, dans la limite de leur compétence territoriale, sous l'autorité du maire et le contrôle de l'inspecteur départemental d'hygiène, de toutes les questions se rattachant à la protection de la santé publique et à l'hygiène sociale.

Un arrêté du ministre de la Santé publique précisera les attributions que les directeurs de bureaux municipaux d'hygiène devront plus spécialement exercer.

TITRE III

Statut des inspecteurs et inspecteurs adjoints départementaux d'hygiène, et des directeurs et directeurs adjoints de bureau d'hygiène des villes de 50.000 habitants au moins.

Art. 5. — Sont nommés au grade d'inspecteur adjoint départemental d'hygiène, les candidats qui ont satisfait à un examen sur épreuves et sur titres. Le jury de cet examen comprend :

Le directeur de l'hygiène du ministère de la Santé publique.

Le directeur du personnel du ministère de la Santé publique.

Un inspecteur général des services administratifs, docteur en médecine.

Un conseiller technique sanitaire.

Deux membres du Conseil supérieur d'hygiène, choisis parmi les professeurs d'hygiène des Facultés de médecine.

Un inspecteur départemental d'hygiène et un directeur de bureau d'hygiène d'une ville de 100.000 habitants au moins.

Le président du jury est désigné par le ministre parmi ses membres.

Les deux membres du Conseil supérieur d'hygiène sont désignés chaque année, par le ministre, sur la proposition du Conseil supérieur d'hygiène.

L'inspecteur général des services administratifs, le conseiller technique sanitaire, l'inspecteur départemental d'hygiène et le directeur du bureau d'hygiène sont désignés chaque année par le ministre.

Les examens sont annoncés deux mois à l'avance par voie d'insertion au *Journal officiel*.

Les programmes et conditions de l'examen, ainsi que la liste des candidats admis à se présenter, sont arrêtés par le ministre de la Santé publique, sur la proposition du directeur du personnel, après avis du directeur de l'hygiène.

Le nombre des admissions est limité à celui des vacances existant au moment où la date de l'examen est fixée, et à celui des vacances à prévoir dans l'année qui suit.

Tous les candidats doivent être Français, âgés de trente-cinq ans au plus au 1er janvier de l'année du concours, cette limite d'âge étant reculée d'un temps égal à la durée des services antérieurs civils ou militaires, valables pour la retraite. Les candidats masculins doivent avoir satisfait aux obligations du service militaire actif en temps de paix, ou en avoir été définitivement dispensés.

De plus, ils doivent être titulaires du diplôme d'Etat de docteur en médecine, d'un des diplômes univers taires d'hygiène institués dans les conditions prévues par le décret du 21 juillet 1897, et d'un certificat délivré à la suite d'un stage de trois mois dans une inspection départementale d'hygiène ou dans un bureau d'hygiène d'une ville de 100.000 habitants au moins.

Un arrêté du ministre de la Santé publique précisera les conditions d'attribution du certificat de stage.

Les candidats admis à l'examen précédent et qui, en l'absence d'emplois vacants, n'auraient pu être nommés avant l'ouverture d'un nouvel examen, seront repor és en tête de la liste des candidats nouvellement admis et nommés par priorité.

Art. 6. — Les candidats admis sont nommés par le ministre suivant les besoins du service. Ils prennent alors rang dans la classe de début du grade d'inspecteur adjoint départemental d'hygiène.

A l'expiration d'un délai d'un an, le ministre de la Santé publique se prononce, après avis de la Commission prévue à l'article 9, sur leur titularisation dans leur emploi ou sur leur licenciement immédiat.

Art. 7. — Les emplois prévus par le titre III du présent décret comportent les grades d'inspecteur départemental et d'inspecteur adjoint.

Sont assimilés aux inspecteurs départementaux d'hygiène :

1° Les directeurs de bureaux d'hygiène exerçant leurs fonctions dans les villes de 100.000 habitants au moins ;

2° Les directeurs de bureaux d'hygiène dont les attributions sont, en vertu des dispositions de l'article 3, paragraphe 2 du décret du 20 octobre 1935, étendues par décret à d'autres communes ne formant avec les premières qu'une seule et même agglomération et comptant un minimum de 100.000 habitants.

Sont assimilés au x inspecteurs adjoints départementaux d'hygiène, les directeurs de bureaux d'hygiène exerçant dans les villes dont la population est comprise entre 50.000 et 100.000 habitants, et les directeurs adjoints exerçant dans les villes d'au moins 50.000 habitants la population étant calculée compte tenu, le cas échéant, des dispositions des paragraphes 1 et 2 de l'article 3 du décret-loi du 30 octobre 1935.

Art. 8. — Pour chaque grade, les classes et traitements ainsi que les frais de déplacement sont fixés par décret contresigné par le ministre de la Santé publique et par le ministre des Finances.

Art. 9. — Dans les emplois d'inspecteur départemental d'hygiène et d'inspecteur adjoint et dans les emplois assimilés, les avancements de classes ont lieu à raison d'un tour au choix et d'un tour à l'ancienneté.

Pour obtenir un avancement de classe au choix, les fonctionnaires doivent figurer sur un tableau d'avancement établi annuellement par une commission de classement comprenant :

1° Les membres du jury prévus à l'article 5 ;

2° Le chef du cabinet du ministre ;

3° Le médecin chargé d'études au ministère de la Santé publique ;

4° Un conseiller général et un maire d'une ville de 50.000 habitants au moins désignés par le ministre.

Le président de la Commission est désigné par le ministre parmi ses membres.

Le ministre arrête le tableau d'avancement.

Les noms des fonctionnaires sont portés sur les tableaux d'avancement par ordre de mérite. Ces tableaux sont publiés au *Journal officiel* au cours du mois de décembre.

La validité des tableaux d'avancement est limitée à l'année pour laquelle ils ont été établis. Des tableaux supplémentaires peuvent être dressés suivant la même forme, dans le courant de l'année lorsque les tableaux primitifs sont épuisés.

L'avancement de classe a lieu d'une classe à la classe immédiatement supérieure. Nul ne peut obtenir une promotion de classe s'il ne compte au moins deux années de service dans la classe qu'il occupe.

Art. 10. — Ne peuvent accéder à l'emploi d'inspecteur départemental d'hygiène et aux emplois assimilés, que les inspecteurs adjoints départementaux d'hygiène et les fonctionnaires assimilés, lorsqu'ils sont inscrits sur une liste

d'aptitude dressée annuellement par la Commission.

Cette liste comprend un nombre de candidats double de celui des vacances à prévoir au cours de l'année suivante. Les candidats y sont inscrits par ordre alphabétique.

La liste d'aptitude est arrêtée par le ministre et publiée au *Journal Officiel* au cours du mois de décembre. La validité des listes d'aptitude est limitée à l'année pour laquelle elles ont été établies ; des listes supplémentaires peuvent être dressées suivant les mêmes formes, dans le courant de l'année, lorsque les listes primitives sont épuisées.

Tout candidat qui refuse successivement deux affectations est considéré comme renonçant au droit qu'il tient du fait de son inscription sur la liste d'aptitude.

Art. 11. — Pour les emplois de directeurs et de directeurs adjoints des bureaux d'hygiène des villes comptant au moins 50.000 habitants, les maires des villes intéressées présentent trois candidats au moins, remplissant les conditions ci-dessus prévues, parmi lesquels le ministre exerce son droit de nomination en application de l'article 2 du décret-loi du 30 octobre 1935.

Cette présentation n'est pas requise en ce qui concerne les directeurs et les directeurs adjoints des bureaux d'hygiène intercommunaux prévus par le premier paragraphe de l'article 3 du décret du 30 octobre 1935.

Art. 12. — Les mesures disciplinaires applicables aux fonctionnaires visés par le titre III du présent décret sont :

1° La réprimande ;

2° Le blâme avec inscription au dossier, pouvant entraîner soit l'inaptitude à l'avancement durant deux années, soit la radiation d'office du tableau d'avancement ou de la liste d'aptitude ;

3° Le déplacement d'office par mesure disciplinaire ;

4° La rétrogradation d'une ou plusieurs classes ou la rétrogradation à la 1re classe de l'emploi inférieur ;

5° La mise en disponibilité d'office pour une durée à déterminer ;

6° La révocation.

La réprimande est prononcée par le ministre, sur le rapport du directeur du personnel, après avis du directeur de l'hygiène. Les autres mesures sont prises par le ministre, après avis du Conseil de discipline, l'intéressé ayant été entendu dans ses moyens de défense ou dûment appelé. Le recours à un défenseur est admis. Si celui-ci n'est pas choisi parmi les avocats inscrits à un barreau, sa désignation est soumise à l'agrément du président.

Toutes les pièces communiquées au conseil seront tenues, sans déplacement, à la disposition de l'intéressé et de son défenseur. Le procès-verbal de la séance dans laquelle l'intéressé a comparu ou, s'il y a lieu, sa défense écrite, sont obligatoirement joints au rapport soumis au ministre par le Conseil.

Les arrêtés de révocation sont motivés et visent l'avis du Conseil de discipline.

Le Conseil de discipline se compose de la Commission prévue à l'article 9, complétée par un représentant de la catégorie à laquelle appartient le médecin traduit devant le Conseil et un représentant de la collectivité intéressée.

Les médecins titulaires de chaque catégorie élisent ces représentants dans les conditions déterminées par arrêté ministériel.

Les demandes de sanctions contre les directeurs et les directeurs adjoints de bureaux d'hygiène sont formulées devant le Conseil de discipline, par le ministre de la Santé publique, soit de son propre chef, soit à la suite d'un rapport du maire de la commune intéressée.

Art. 13. — Les inspecteurs et inspecteurs adjoints départementaux d'hygiène, et les directeurs et directeurs adjoints de bureaux d'hygiène des villes de 50.000 habitants au moins, peuvent être mutés par le ministre, de l'un à l'autre des emplois du même grade prévus au titre III du présent décret, soit sur leur demande, soit dans l'intérêt du service, soit par mesure disciplinaire.

Art. 14. — La limite d'âge des fonctionnaires visés par le titre III du présent décret est fixée à soixante ans.

Art. 15. — Les médecins visés par le titre III du présent décret doivent se consacrer exclusivement à leurs fonctions publiques, et il leur est interdit de faire de la clientèle.

TITRE IV

Statut des directeurs et des directeurs adjoints de bureaux d'hygiène des villes comptant moins de 50.000 habitants.

Art. 16. — Dans les communes visées par l'article 19 de la loi du 15 février 1902, et comptant moins de 50.000 habitants, les fonctions de directeurs et directeurs adjoints de bureaux d'hygiène peuvent être confiées :

Soit à des médecins nommés dans les conditions prévues pour les directeurs de bureaux d'hygiène dans les villes dont la population est comprise entre 50.000 et 100.000 habitants, et jouissant du même statut ;

Soit à des médecins autorisés à exercer leur activité dans la clientèle privée. Dans ce cas, les maires des villes intéressées présentent au moins trois candidats parmi lesquels le ministre exerce son droit de nomination en application de l'ar-

ticle 2 du décret-loi du 30 octobre 1935. Ces candidats doivent être titulaires du diplôme d'Etat de docteur en médecine, et justifier, en outre, d'un diplôme universitaire d'hygiène ou à défaut, de titres reconnus équivalents par la Commission de classement prévue à l'article 9.

TITRE V

Dispositions transitoires

Art. 17. — Dans le délai d'un an à dater de la publication du présent décret, les inspecteurs et les inspecteurs adjoints départementaux, les directeurs et directeurs adjoints de bureaux d'hygiène, actuellement en exercice et se consacrant entièrement à leurs fonctions, à l'exclusion de toute clientèle, devront, s'ils désirent être maintenus dans leurs fonctions et être admis au bénéfice des dispositions du titre III, en faire la demande et soumettre leurs titres à l'appréciation de la Commission de classement prévue à l'article 9. Il sera statué sur chaque cas par décision du ministre de la Santé publique, prise sur avis conforme de la Commission.

Les médecins maintenus en fonctions seront placés dans les différents grades et classes par décision ministérielle, prise après avis de la Commission et compte tenu de leur situation actuelle.

Art. 18. — Le ministre de la Santé publique, le ministre de l'Intérieur et le ministre des Finances sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

(*J. O.*, 17 avril 1937).

II

Arrêté du 5 *mars* 1937 *créant une Commission permanente de protection de la vieillesse*

Art. 1er. — Il est créé, près du ministère de la Santé publique et de l'éducation physique, une Commission permanente de protection de la vieillesse, chargée de centraliser la documentation et d'étudier les questions relatives à la vieillesse, secourue et non secourue.

Art. 2. — Cette Commission est placée sous la présidence du ministre de la Santé publique ou de son délégué.

Elle comprend : Le président de la Commission d'hygiène du Sénat.

Le président de la Commission d'administration générale du Sénat.

Le président de la Commission d'assuranee et de prévoyance sociale de la Chambre des députés.

Le président de la Commission d'administration générale de la Chambre des députés.

Deux sénateurs. Deux députés.

Un représentant du ministre des Finances.

Un représentant du ministre des Pensions.

Un représentant du ministre du Travail.

Le Conseiller d'Etat directeur général de l'hygiène et de l'assistance au ministère de la Santé publique.

Le directeur général de l'assistance publique de Paris, ou son délégué.

Deux membres du Conseil supérieur de l'Assistance publique.

Un membre du Conseil supérieur d'hygiène.

Un membre du Conseil supérieur des habitations à bon marché. Un membre du Conseil supérieur de la Mutualité.

Deux médecins d'hygiène sociale.

Deux vice-présidents de Commissions administratives d'hospices.

Deux représentants d'œuvres de bienfaisance privée. Le secrétaire général de l'Office central des œuvres de bienfaisance.

Deux représentants de l'Association nationale d'entr'aide à la vieillesse.

Un représentant de l'Association des vieillards non pensionnés.

Un représentant de la Fédération de défense des vieillards et infirmes hospitalisés.

Un représentant de l'Association des mutilés du travail.

Un représentant de l'Union des Caisses d'assurances sociales.

Le directeur de la Caisse interdépartementale des Assurances sociales Seine et Seine-et-Oise.

Un représentant de la Confédération des Syndicats médicaux de France.

Un représentant de la Confédération générale du travail (Fédération des services de santé).

Le président de l'Association nationale des maires de France, ou son délégué.

Le président de l'Union des villes et communes de France, ou son délégué.

Le président de l'Association amicale des maires de la Seine, ou son délégué.

Le secrétaire général de la Confédération nationale des anciens combattants, ou son délégué.

Quatre personnes désignées par le ministre de la santé publique parmi celles qui sont particulièrement compétentes en matière d'assistance et de protection sociale des vieillards.

Deux fonctionnaires du ministère de la Santé publique.

(*J. O.*, 9 mars 1937).

Stations hydrominérales et climatiques

Liste des stations hydrominérales, climatiques et uvales établie à la date du 1er janvier 1937 (loi du 24 septembre 1919 (art. 1er) et décret du 4 mai 1920, portant règlement d'administration publique en exécution de la loi du 24 septembre 1919 (art. 86).

I. — *Stations hydrominérales et climatiques.*

Luz-Saint-Sauveur (H.-Pyr.), 9 mars 1913.
Hyères (Var), 8 mars 1913.
Bagnères-de-Luchon (H.-Gar.), 2 mars 1913.
Bagnères-de-Bigorre (H.-Pyr.), 12 avril 1913.
Brides-les-Bains (Savoie), 20 mai 1913.
Biarritz (Basses-Pyrénées), 30 mai 1913.
Lacaune (Tarn), 3 septembre 1913.
Saint-Gervais-les-Bains (Haute-Savoie), 25 septembre 1913.
Vernet-les-Bains (Pyr.-Or.), 17 mars 1914.
Aix-les-Bains (Savoie), 28 juin 1914.
Ganties (Haute-Garonne), 15 juillet 1914.
Thonon (Haute-Savoie), 18 septembre 1918.
Cauterets (Hautes-Pyrénées), 9 avril 1919.
Betpouey-Barèges (H.-Pyr.), 14 avril 1919.
Evian (Haute-Savoie), 28 mai 1919.
Amélie-les-Bains (Pyr.-Or.), 16 avril 1921.
Menthon (Haute-Savoie), 13 août 1921.
Biskra (Algérie), 29 juin 1922.
Argelès-Gazost (H.-Pyr.), 15 février 1923.
Divonne-les-Bains (Ain), 28 mars 1923.
Salies-du-Salat (H.-Gar.), 31 juillet 1923.
Salins (Savoie), 11 mai 1926.
Challes-les-Eaux (Savoie), 9 avril 1927.
Balaruc-les-Bains (Hérault), 3 août 1927.
Le Boulou (Pyr.-Or.), 17 février 1930.
Bagnols-les-Bains (Lozère), 10 août 1934.

II. — *Stations hydrominérales.*

Dax (Landes), 21 avril 1912.
Vichy (Allier), 25 mai 1912.
Vals-les-Bains (Ardèche), 25 mai 1912.
Eaux-Bonnes (Basses-Pyrénées), 25 mai 1912.
Salies-de-Béarn (B.-Pyr.), 25 mai 1912.
Lamalou-les-Bains (Hérault), 30 mai 1912.
La Bourboule (Puy-de-Dôme), 30 mai 1912.
Vittel (Vosges), 30 mai 1912.
Bourbon-l'Archambault (Allier), 10 juin 1912.
Néris (Allier), 10 juin 1912.
Capvern (Hautes-Pyrénées), 10 juin 1912.
Contrexéville (Vosges), 10 juin 1912.
Martigny (Vosges), 10 juin 1912.
Châtelguyon (Puy-de-Dôme), 6 juillet 1912.
Chamalières et Royat (P.-de-D.), 27 oct. 1912.
Le Mont-Dore (P.-de-D.), 27 octobre 1912.
Saint-Nectaire (P.-de-D.), 27 octobre 1912.
Luxeuil (Haute-Saône), 27 octobre 1912.
Gréoux (Basses-Alpes), 17 novembre 1912.
Lurbe (Basses-Pyrnéées), 16 février 1913.
Ax-les-Thermes (Ariège), 8 mars 1913.
Aix-en-Provence (B.-du-R.), 12 mars 1913.
Plombières (Vosges), 12 avril 1913.
Bains-les-Bains (Vosges), 28 juin 1913.
La Roche-Posay (Vienne), 1 août 1913.
Bourbon-Lancy (Saône-et-Loire), 28 juin 1914.
Bourbonne-les-Bains (H.-Marne), 28 juin 1914.
Chaudesaigues (Cantal), 15 juillet 1914.
Besançon (la Mouillère (Doubs), 25 février 1915.
Saint-Honoré-les-Bains (Nièvre), 26 juin 1916.
Enghien-les-Bains (S.-et-O.), 28 février 1919.
Bussang (Vosges), 21 mars 1921.
Bagnoles-de-l'Orne (Orne), 15 mai 1921.
Pougues-les-Eaux (Nièvre), 27 mai 1921.
Salins (Jura), 6 juillet 1921.
Allevard-les-Bains (Isère), 9 janvier 1922.
Alet (Aude), 28 mars 1923.
Uriage les Bains (Isère), 21 juin 1923.
Audinac-les-Bains-Montjoie (Ariège), 31 juillet 1923.
Niederbronn-les-Bains (B.-Rhin), 7 juil. 1926.
Forges-les-Eaux (Seine-Inf.), 17 déc. 1926.
Miers-Alvignac (Lot), 5 mars 1927.
Charbonnières (Rhône), 9 avril 1927.
Vallée-des-Eaux-Chaudes (commune de Digne (Basses-Alpes), 27 juillet 1927.
Morsbronn-les-Bains (B.-Rhin) 19 janvier 1929.
Aulus (Ariège), 19 juin 1929.
Encausse (Haute-Garonne), 4 août 1929.
Envaux-les-Bains (Creuse), 19 novembre 1935.
Meylieu-Montrond (Loire), 19 novembre 1935.

III. — *Stations climatiques.*

Saint-Jean-de-Luz (B.-Pyr.), 25 mai 1912.
Berck-sur-Mer (Pas-de-Calais), 30 mai 1912.
Ajaccio (Corse), 10 juin 1912.
Chamonix (Haute-Savoie), 10 juin 1912.
Gérardmer (Vosges), 10 juin 1912.
Wimereux (Pas-de-Calais), 10 juin 1912.
Wimizan (Landes), 10 juillet 1913.
Odeillo-Via (Pyr.-Or.), 10 juillet 1913.
Bormes (Var), 23 juillet 1913.
Le Touquet-Paris-Plage (Pas-de-Calais), 3 septembre 1913.
Le Lavandou (Var), 14 novembre 1913.
La Nouvelle (Aude), 6 décembre 1913.
Briançon (Hautes-Alpes), 8 juillet 1914.
Arcachon (Gironde), 8 juillet 1914.
Cabourg (Calvados), 15 juillet 1914.
Saint-Raphaël (Var), 15 septembre 1914.
Pralognan (Savoie), 15 septembre 1914.
Cannes (Alpes-Maritimes), 20 février 1915.
Hendaye (Basses-Pyrénées), 4 avril 1917.
Pau (Basses-Pyrénées), 5 juin 1918.

Nice (Alpes-Maritimes), 7 novembre 1918.
Menton (Alpes-Maritimes), 28 janvier 1919.
Malo-les-Bains (Nord), 21 mars 1921.
Dinard-St-Enogat (Ille-et-Vil.), 21 mars 1921.
Annecy (Haute-Savoie), 21 avril 1921.
Trouville-sur-Mer (Calvados), 12 mai 1921.
Deauville-sur-Mer (Calvados), 12 mai 1921.
Houlgate (Calvados), 12 mai 1921.
Beausoleil (Alpes-Maritimes), 27 mai 1921.
Perros-Guirec (Côtes-du-Nord), 21 juin 1921.
Saint-Malo (Ille-et-Vilaine), 4 août 1921.
Bastia (Corse), 13 août 1921.
Durtol (Puy-de-Dôme), 13 août 1921.
Etretat (Seine-Inférieure), 13 août 1921.
Cap-d'Ail (Alpes-Maritimes), 13 août 1921.
St-Jean-Cap-Ferrat (Alp.-Mar.), 13 août 1921.
Paramé (Ille-et-Vilaine), 13 août 1921.
Sainte-Maxime (Var), 11 mars 1922.
Villers-sur-Mer (Calvados), 11 mars 1922.
Roquebrune-Cap-Martin (A.-M.), 11 mars 1922.
Beaulieu (Alpes-Maritimes), 11 mars 1932.
Grasse (Alpes-Maritimes), 11 mars 1922.
Pornichet (Loire-Inférieure), 11 mars 1922.
Royan (Charente-Inférieure), 29 juin 1922.
S int-Lunaire Ille-et-Vilaine), 29 juin 1922.
Ouistreham (Calvados), 28 mars 1922.
Les Sables-d'Olonne (Vendée), 7 avril 1923.
Alger (Algérie), 31 juillet 1923.
Saint-Eugène (Algérie), 31 juillet 1923.
Saint-Aubin-sur-Mer (Calv.), 31 juillet 1923.
Bandol (Var), 31 juillet 1923.
Hauteville-en-Bugey (Ain), (1), 26 avril 1924.
Grau-du-Roi (Gard), 26 avril 1924.
Palavas-les-Flots (Hérault), 26 avril 1924.
Luc-sur-Mer (Calvados), 26 avril 1924.
Escoublac-la-Baule (Loire-Inf.), 1er juil. 1924.
Cambo-les-Bains (B.-Pyr.) (1), 21 août 1924.
Quiberon (Morbihan), 17 décembre 1924.
Lion-sur-Mer (Seine-Inf.), 21 janvier 1925.
Dieppe (Seine-Inférieure), 21 janvier 1925.
Soulac-sur-Mer (Gironde), 21 janvier 1925.
Stella-Plage, commune de Cucq (Pas-de-Calais), 8 juillet 1925.
Granville (Manche), 16 mars 1926.
Châtelaillon (Charente-Inférieure), 3 juin 1926
Langrune-sur-Mer (Calvados), 7 juillet 1926.
Bugeaud (Constantine), 17 juillet 1926.
Le Pouliguen (Loire-Inférieure), 2 mars 1927.

(1) Station de cure.

Hardelot-Plage, commune ke Neufchâtel (Pas-de-Calais), 9 avril 1927.
Yport (Seine-Inférieure), 27 mai 1927.
Sables-d'Or-les-Pins, commune de Pléhérel (Côtes-du-Nord), 27 juillet 1927.
Bidard (Basses-Pyrénées), sections de la Place et d'Ilbarritz, 9 août 1927, section Parlamentia, 15 avril 1933.
Boulogne-sut-Mer (P.-de-C.), 23 mai 1928.
Cayeux-sur-Mer (Somme), 23 mai 1928.
Saint - Georges - de - Didonne (Charente-Inférieure), 23 mai 1928.
St-Martin-Vésubie (Alpes.-Mar.), 23 mai 1928.
Vence (Alpes-Maritimes) (1), 19 juillet 1928.
Guéthary (Basses-Pyrénées), 23 janvier 1929.
Saint-Cergues (Haute-Savoie), 15 février 1929.
Sanary (Var), 12 mai 1929.
Anglet (fraction de territoire de la commune) (Basses-Pyrénées), 23 mai 1929.
Langogne (Lozère), 23 mai 1929.
Lompnès (Ain), 23 mai 1929.
La Ciotat (fraction de territoire de la commune) (Bouches-du-Rhône), 5 août 1929.
Cassis (Bouches-du-Rhône), 17 février 1930.
Falaises d'Arcole (fraction de la commune d'Arcole) (Alger), 17 février 1930.
Noirétable (Loire), 17 février 1930.
Sooris-Hossegor (Landes), 17 février 1930.
Passy (Haute-Savoie) (1), 3 avril 1930.
St-Quay-Portrieux (Côt.-du-N.), 6 avril 1930.
St-Julien-en-Genevois (H.-Sav.), 10 août 1930.
Aïn-el-Turck (Oan), 10 août 1930.
Villard-de-Lans (Isère), 21 août 1930.
Saint-Briac (Ille-et-Vilaine), 18 avril 1931.
St-Gingolph (H.-Savoie), 18 novembre 1931.
Enval (Puy-de-Dôme) (1), 23 mars 1932.
Constantine (Constantine), 12 mai 1932.
Ile-Rousse (Corse), 15 avril 1933.
Calvi (Corse),15 avril 1933.
Blonville-sur-Mer (Calvados), 10 août 1934.
Carnac-Plage (Morbihan), 10 août 1934.
Antibes (Alpes-Maritimes), 21 mars 1935.
Le Val-André, commune de Pléneuf (Côtes-du-Nord), 22 janvier 1936.
Ciboure (Basse-Pyrénées), 11 mai 1936.

IV. — *Station uvale.*

Moissac (Tarn-et-Garonne), 7 août 1936.

(*J. O.*, 6 janvier 1937).

***Le Gérant*: R. THIRON**

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. CLERMONT 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

- sommaire -

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	60 fr.	Belgique et Luxembourg...	70 fr.
Etudiants	35 fr.	Première Zone	85 fr.
Le Numéro	1.25	Deuxième Zone	110 fr.



Abonnés du Concours exerçant dans les stations d'altitude

Nous rappelons à nos abonnés qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :
Annecy. Lortet, Pierron.
Aubure (Haut-Rhin), Borg.
Chamonix. de Chabanolle (*enf. cure hélio-alpine*)
Jougne. (Doubs). Charlin.
Lajoux (Jura), L. Benoit-Jeannin.
La Louveso (Ardèche). J. Goubert.
Langogne (Lozère). Adrien Forestier.
Maîche (Doubs). J. Chatelain.
Mégève. Marcel Grenet, Jacqueline Grenet-Gazamian (*enf.*)
Mouthe (Doubs). R. Paindestre.
Osséja (Pyr.-Or.) J. Avérous.
Pau (Basses-Pyr.). Cornet.
Saint-Gervais. Roux.
St-Pierre-de-Chartreuse. Brianes.
Vernet-les-Bains. Ponson.
Villard-de-Lans. Bassaguet (*mal. enf.*), Suau (*mal. enf.*)

Abonnés du Concours exerçant dans les stations balnéaires et climatiques

MM. les docteurs :
Antibes-Juan-les-Pins. Claudel (*chir. ur.*).
Ars (Ile de Ré), J. Moinet.
Bandol-sur-Mer. E. Charmot et E. Rozet (*cure hélio-mar.*), L. Marçon.
Banyuls-sur-Mer. E. Panis, Parcé.
Berck-Plage. Bouquier, H. Loze, Ménard, Tridon, Richez.
Biarritz. Clavel.
Boulou (Le) (Pyr.-Oles) M. Basman.
Cannes. Abadie, Bourgeois-Gavardin, P. E. Bousquet, Cadinouche, Escarras, P. Houssiaux, Joublot, Gérard Monod, Roques, Stauder.
Carnac-Plage. E. St-Martin.
Cassis-sur-Mer. Agostini.
Cayeux-Brighton-sur-Mer. Colleu (orthopédie).
Croix-de-Vie. Cristau.
Crozon-Morgat. E. Donard.
Deauville. Molina.
Dinard. Badin.
Douarnenez. Damey.
Fouesnant-Beg Meil. Legal.
Grau du Roi (Gard). Ramain.
Hendaye. Th. Casenave.
Le Boulou. J. Noguès.
Mimizan-Plage (Landes). Froustay.
Nice. Faure, M. Lelongt, Nicolas, Trutié de Vaucresson (*chir.*)
Ouistreham-Riva-Bella. Ch. Poullain.
Paramé. Bazin.
Pau. Dr Cornet.
Roscoff. Bagot père, Stéphan.
Saint-Aubin-sur-Mer. (Calvados), Em. Quiquemelle.
St-Georges-de-Didonne. Maudet.
Saint-Jean-de-Luz. J. Reboul.
Ste Maxime-s/Mer. E. Baussel, Ficonetti.
St-Quay-Portrieux. Bertrand
Saint-Raphaël. Boulle, Léon Clément (*chir.*), M. Rochette (*stom.*), Roux de Laroque (*Gyn. enf.*)
Saint-Servan. Huet.
Sables-d'Olonne. Pelletier.
Sanary-sur-Mer. Gaillard.
Trébeurden. Royer.
Villars-de-Lans. Bassaget.

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du Concours Médical, *Paris* 167-95.

N° 146. — Fille de méd. parl. anglais, cultivée, 49 a., bonne organisatr. Excell. réf., ayant eu poste conf., cherche situation à demeure, au pair, comme secrétaire, gouvernante intér. auprès infirme ou doct. ou dans mafs. santé. Capable seconder diverses parties.

N° 147. — Jeune méd. franç. cherche remplacem. toutes régions, avec ou sans voiture, du 8 juin au 1er juillet et du 6 juillet au 15 sept. Conditions habituelles.

N° 148. — Client. ancienne, gros fixes transmiss., 12 p., salle bains, garage, pavillon tout confort, jardin, etc., à vendre 50.000 dont 15.000 cpt. ; pour le reste, associat. avantag. avec facilité auto et installat. Ecr. Duval, 103 *bis* R. Lauriston, Paris.

N° 149. — Méd. marié, anc. ext. Lyon, 10 ans client., achet. Lyon ou rég. Lyon, pour cause instruct. enfant, clientèle médec. génér. de confrère voulant se retirer. Paiement comptant.

N° 150. — Jeune doct. très au courant médec. génér. pet. chirurg. et accouch., très grande habit. clientèle, cherche remplacem. tte région, tte durée. S'ad. Docteur Heller, 42, rue Cadet, à Paris.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet Breitel et Goret

1, rue Dante, Paris (5e), - Tél. : Odéon 36-46

Paris. — Cabinet d'accouchements, aff. intéres. anc., grd appart. Prix : 40.000.

Paris. — O. R. L. bonne client. A céd. cond. avantag. Bel appart.

Centre. — Ville d'eau, client. de tte l'année, petit fixe. Indem. : 15.000 cpt.

Deux heures Paris. — Grde ville. Très import. Client. méd. gle. Belle instal. Prix : 75.000.

AVIS

Renouvellement des Abonnements

En raison des *frais élevés* qu'entraînent actuellement les recouvrements, nos abonnés ont tout intérêt à nous adresser leur réabonnement (60 fr.), par virement postal ou chèque postal au nom du *Concours Médical*, compte Chèques postaux : Paris 167-95.

Changements d'Adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 fr. 50 pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande).

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.** *Stations de cure pour tuberculeux. Stations uvales.* — L'Académie de médecine, dans sa séance du 11 mai 1937, vient de donner un caractère officiel aux deux dénominations suivantes : stations de cure pour tuberculeux, et stations uvales.

Sont inscrites comme *stations de cure pour tuberculeux* les six communes ci-après désignées : Hauteville et Lompnes (Ain), Cambo (Basses-Pyrénées), Vence (Alpes-Maritimes), Passy (Haute-Savoie) et Enval (Puy-de-Dôme).

Est inscrite comme station uvale : Carcassonne.

— **Faculté de médecine de Paris.** — M. le Professeur MICHALOWICZ, professeur de clinique pédiatrique à l'Université Pilsudski à Varsovie, fera deux leçons sur *les troubles gastro-intestinaux du nourrisson* : l'une, le mercredi 9 juin, à 10 heures, aux Enfants-Malades, clinique du Professeur Nobécourt ; l'autre le vendredi 11 juin, à 11 heures, aux Enfants-Assistés, clinique du professeur Lereboullet.

—**Les Journées médicales de Bruxelles** (19-23 juin) connaîtront pour leur XVIe session, un succès égal

à celui des précédentes. L'annonce de la conférence du Docteur Alexis Carrel, qui, à la séance inaugurale, parlera du *rôle futur de la médecine*, suscite en Belgique, un grand intérêt .Le monde médical attend avec curiosité l'exposé des conceptions nouvelles de l'illustre auteur de « l'homme, cet inconnu ».

Le programme scientifique, déjà publié, et auquel collaborent notamment des savants comme Sir J. Barcroft (Angleterre), Castellani et Jemma (Italie), Sorel, Rathery, Pautrier, Jeanneney, Combemale, Woringer, Weiss, M. P. Weil (France), Danielopolu (Roumanie), Oljenik (Hollande), Veraguth et Saloz (Suisse), Pittaluga (Espagne) et de nombreux universitaires belges retiendra l'attention du monde scientifique. Les séances de démonstrations et d'applications cliniques dans les hôpitaux, durant les matinées, mettront les congressistes au courant des méthodes nouvelles d'investigation, de diagnostic et de thérapeutique.

Tout un programme de festivités est réservé aux congressistes et aux dames qui les accompagnent, notamment une soirée dansante à l'Hôtel-de-Ville de Bruxelles, un banquet, une représentation théâtrale, le départ de la course Gordon-Bennet pour ballons libres, une réunion hippique au champ de courses de Groenendael, une excursion, enfin, au canal Albert, travail d'art dont s'enorgueillit la Belgique, aux charbonnages de Limbourg-Meuse, et à Tongres, la plus ancienne ville du pays.

La cotisation est fixée à 100 francs (50 francs pour les dames). Pour inscriptions et renseignements, s'adresser au Docteur Beckers, secrétaire-général, 141, rue Belliard, à Bruxelles.

— **XXIVe Congrès d'hygiène** (Paris, 18-22 octobre 1937). — Le XXIVe congrès d'hygiène s'ouvrira sous la présidence effective de M. H. Sellier, ministre de la santé publique ; il tiendra séances les lundi 18 et mardi 19 octobre 1937, à Paris, dans le Grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur, sous la présidence de M. E. Lesné, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Trousseau, président de la société pour 1937.

Les rapports suivants seront présentés : 1° Hygiène scolaire. *a*) Surmenage scolaire. Fatigue à l'âge scolaire. Aspect médical, social et administratif de la question ; *b*) Prophylaxie de la tuberculose à l'école. — II. Les inadaptés urbains. — III. Le lait sain. La Société accueillera avec plaisir les communications dont les titres lui parviendront avant le 31 juillet 1937, à l'adresse du Secrétaire général de la Société : M. R. Dujarric de la Rivière, à l'Institut Pasteur, 28, rue du Docteur-Roux, Paris (XVe).

— **Premier congrès international de médecine néo-hippocratique.** — Nous rappelons que ce congrès se tiendra à Paris du 1er au 5 juillet 1937 sous la présidence du Professeur Laignel-Lavastine.

Secrétariat général : Hôpital Léopold-Bellan, 7, rue de Texel, Paris (XIVe).

— **Congrès international du tourisme, du thermalisme et du climatisme.** *Section du thermalisme et section du climatisme.* — Le congrès international du tourisme, du thermalisme et du climatisme se tiendra, comme il a été annoncé, en juillet. Mais il est apparu aux comités exécutifs des sections thermale et climatique, qu'à cette date où les stations thermales et climatiques sont en plein fonctionnement, leurs médecins, administrateurs d'établissements, hôteliers, etc., seront empêchés de prendre part à des travaux qui pourtant les intéressent au plus haut point.

En conséquence, et pour leur permettre d'y coopérer, les travaux essentiels des deux sections (présentation et discussion des rapports, assemblées générales et vœux) sont reportés à l'expiration de la saison.

Les dates fixées pour ces séances sont les 14, 15, 16 et 17 octobre. Elles se tiendront au sein de l'Exposition, dans le Palais du thermalisme et du climatisme.

Les adhésions déjà adressées au secrétariat général du congrès sont naturellement valables pour cette période.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat général de la Fédération thermale et climatique française, 127, avenue des Champs-Elysées, Paris (VIIIe).

— **Dispensaires anti-tuberculeux des Landes.** — Un concours sur titres, en vue du recrutement d'un médecin spécialisé, chargé du service des dispensaires du département des Landes, est actuellement ouvert.

Les conditions de participation à ce concours, de nomination et de rémunération sont celles prévues au règlement intérieur des Dispensaires antituberculeux.

Les demandes de candidature doivent être envoyées, avant le 30 juin 1937, à la Préfecture de Mont-de-Marsan.

Pour les renseignements, s'adresser au Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, à Paris.

— **Hospices civils de Brest.** *Internat.* — Trois places d'internes en médecine seront vacantes le 1er novembre 1937. Le concours aura lieu le 11 octobre 1937, à 9 heures du matin, aux Hospices civils de Brest.

Adresser les demandes de renseignements et se faire inscrire avant le 26 septembre 1937, au secrétariat des Hospices de Brest, 8 *bis*, rue Traverse.

— **Hospice départemental Paul-Brousse.** *Internat.* — Un concours pour la nomination de quatre inter-

nes en médecine à l'hospice Paul-Brousse, à l'Institut du cancer, à la maison de retraite de Villejuif, et éventuellement la désignation d'internes provisoires, aura lieu le 30 juin 1937. Pourront prendre part au concours, les externes des hôpitaux de Paris et les étudiants pourvus de dix inscriptions.

Inscriptions à la Préfecture de police, troisième bureau, jusqu'au 7 juin.

— **IIIe dîner des hospitaliers lyonnais.** — Le troisième dîner des hospitaliers lyonnais et des anciens élèves de la Faculté de Lyon aura lieu le mardi 8 juin, à 19 h. 30 précises, au restaurant Les Vosges, 36 *bis*, rue Ballu (près la place Clichy). Prix : 30 francs tout compris.

— **Naissance.** — Nous sommes heureux d'annoncer la naissance de Christiane Delbès, fille de notre confrère de Périgueux, le Docteur Paul Delbès, et de Madame née Crouzillac ; petite-fille du Docteur O. Delbès, un vieil ami du *Concours Médical*.

Continuant une généreuse tradition qu'il manifeste à chaque événement heureux survenant dans sa famille, ce dont nous le remercions chaleureusement, le Docteur O. Delbès nous a adressé cent francs pour la *Maison du Médecin*.

Nous adressons à nos confrères et à Madame Paul Delbès nos plus vives félicitations.

J. N.

BUREAU DE VOYAGES du « Concours Médical »

Pour les prochaines vacances, nous organisons :

1° Un *voyage terrestre* en autocar pour visiter l'Allemagne, la Tchéco-Slovaquie, l'Autriche, la Hongrie et l'Italie.

Durée : 16 jours. Départs les samedis 17 et 31 juillet, 14 et 28 août et 11 septembre. Prix : 3.280 francs.

2° Une *croisière* aux fjords norvégiens, Danemark, Suède et Dantzig, sur le paquebot hollandais « Colombie » (14.500 tonnes).

Durée : 13 jours, du 4 au 17 août.

Prix à partir de 250 florins (au cours de 12,40) en cabine à 2 places avec douche.

Nous publierons, dans le prochain numéro, tous les renseignements détaillés, mais les lecteurs que ces voyages intéresseraient, sont priés de se faire connaître au plus tôt à notre Bureau de Voyages, 37, rue de Bellefond, Paris.

VŒUX ADOPTÉS

par la Fédération des Caisses chirurgicales mutuelles à son IIIe Congrès mutualiste de Reims

Après un Congrès qui réunit sous la présidence de M. Raymond Belly, président de la Fédération nationale, les délégués des Mutuelles chirurgicales adhérentes, représentant à l'heure actuelle près de 150.000 mutualistes, les vœux suivants furent adoptés :

Les C. C. M. :

Désireuses de procurer à leurs adhérents les plus grandes garanties techniques, émettent le vœu :

Que la Confédération des Syndicats médicaux français, d'accord avec les Pouvoirs publics, mette au point un système leur permettant de réserver la clientèle de leurs adhérents à des chirurgiens et spécialistes parfaitement qualifiés.

Rapport sur : *Les relations des C. C. M. avec les Commissions administratives des hôpitaux cantonaux et les Compagnies d'assurances*, par M. Harambillet, de Bayonne.

Considérant que certains hôpitaux communaux, fonctionnant en fait pour certains usagers, comme des cliniques privées, ont tendance à demander aux C. C. M. des prix identiques aux dites cliniques alors qu'ils n'en supportent pas les charges, émettent le vœu :

Qu'à défaut de cliniques privées, les C. C. M. ne passent convention qu'avec les hôpitaux communaux qui leur accordent des tarifs ne dépassant pas, tout compris, ceux appliqués aux accidents du travail (Tarif de l'A. M. G. + 30 %).

Considérant les avantages apportés aux Compagnies d'assurances par le contrôle qu'exercent les C. C. M. sur leurs adhérents,

donnent mandat au Bureau de la Fédération nationale :

de demander au Comité central des assurances-accidents, de considérer les membres des C. C. M. accidentés du travail, traités en clinique, comme des membres soignés à domicile.

Rapport sur : « *La réassurance* », par M. Loisy, de Bordeaux.

Considérant qu'il paraît désirable de tendre à une unification des conditions de fonctionnement de l'ensemble des C. C. M.

Considérant que la variation éventuelle des risques opératoires peut compromettre l'équilibre financier des C. C. M. à leur début ;

Considérant qu'il importe de fournir, d'autre part, aux C. C. M. en formation une sécurité indiscutable au point de vue financier ;

Considérant que d'après l'Art. 3 des statuts de la Fédération, un des buts de celle-ci consiste dans l'organisation d'un système de réassurance,

Donne mission au Bureau de la Fédération de pousser l'étude comparative de la réassurance et de la garantie de façon à parvenir le plus rapidement possible à une réalisation effective, obligatoire pour toutes les Mutuelles fédérées.

Rapport sur : *Les règlements des frais de salle d'opérations et de pharmacie dans les C. C. M.*, par M. Jolly, de Dôle.

Dans un désir d'unification, et pour promouvoir une saine gestion, la Fédération des C. C. M. recommande aux Mutuelles en formation d'adopter le système du forfait aussi bien pour le règlement des frais de salle d'opération pour que ceux de pharmacie.

Rapport sur : « *La prise en subsistance* », par M. Simon, de Nîmes.

La Fédération rappelle que dans le cas d'urgence ou de déplacement temporaire, le sociétaire astreint à subir une opération en dehors de sa Caisse d'affiliation et dans la circonscription d'une Caisse fédérée, sera pris en subsistance par cette dernière.

Les frais chirurgicaux et de clinique resteront à la charge de la Caisse d'origine dans les limites du tarif de responsabilité de celle-ci, et, éventuellement, le solde à la charge du sociétaire.

L'adhérent qui change de domicile est tenu de notifier ce changement à la Caisse de sa nouvelle résidence dans le plus bref délai possible, et, au plus tard, avant la date de renouvellement de sa cotisation.

A cette date, il sera immatriculé à la nouvelle Caisse, aux conditions de celle-ci, dispensé du droit d'entrée et de tout stage s'il a appartenu pendant plus d'un an à la première.

La Ligue médicale de Défense professionnelle « Le Sou Médical » a deux objets principaux :

1° Tout d'abord elle garantit ses membres contre les risques de responsabilité professionnelle à concurrence d'une somme de 100.000 francs. Et cette garantie est portée à 500.000 francs pour ceux d'entre eux qui sont en même temps abonnés au *Concours Médical.*

2° En outre, elle leur donne conseils et soutien dans toutes les difficultés et les procès d'ordre professionnel.

A TRAVERS L'OFFICIEL

19 MAI

Assistance sociale

Circulaire du 26 avril 1937 relative à la coordination sanitaire et sociale.

Cette circulaire sera publiée ultérieurement.

21 MAI

Hygiène publique

Arrêté du 19 mai 1937 nommant les membres de la Commission de codification des lois et règlements concernant l'hygiène publique.

Art. 1er. — La Commission chargée de préparer un projet de codification des lois et règlements concernant l'hygiène publique est ainsi composée :

Président.

M. le directeur de l'Hygiène et de l'Assistance ou son représentant.

Vice-président.

M. Alphonse Richard, conseiller à la Cour de cassation.

Membres.

M. le président de la Commission de l'Hygiène, de l'Assistance, de l'Assurance et de la Prévoyance sociale du Sénat.

M. le président de la Commission de l'Hygiène à la Chambre des députés.

M. le président du Conseil supérieur d'Hygiène publique de France.

M. le secrétaire du Conseil supérieur d'Hygiène publique de France.

M. le directeur des Services vétérinaires au ministère de l'Agriculture.

M. le directeur du Service de la répression des fraudes au ministère de l'Agriculture.

M. le secrétaire général de la Confédération des Syndicats médicaux.

M. le Docteur Parisot, professeur à la Faculté de médecine de Nancy, conseiller technique sanitaire.

M. Marcel Martin, directeur de la Caisse interdépartementale des Assurance sociales.

M. Boulonnois, chef de services administratifs de bureau d'hygiène.

Rapporteurs.

M. le Docteur Bourguin, chef de service au ministère de la Santé publique.

M. le Docteur Cavaillon, chef du Service central de prophylaxie des maladies vénériennes au ministère de la Santé publique.

M. le Docteur Hazemann, médecin inspecteur de l'Office public d'hygiène sociale de la Seine.

M. le Docteur Ichock, directeur du Bureau d'hygiène de Clichy.

M. Lachaze, auditeur au Conseil d'Etat.

M. Surun, auditeur au Conseil d'Etat.

M. le Docteur Xavier Leclainche, chef de service au ministère de la Santé publique.

M. Vignerot, ingénieur en chef du génie rural, membre du Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Art. 2. — M. le Docteur Ichok, assure le secrétariat général de cette Commission et M. Lanoye, chef de bureau à l'Administration centrale, le secrétariat administratif.

Art. 3. — Le directeur de l'Hygiène et de l'Assistance est chargé de l'exécution du présent arrêté.

22 MAI

Maladies professionnelles

Commission supérieure des maladies professionnelles.

Par décret du 19 mai 1937, ont été nommés ou maintenus membres de la Commission supérieure des maladies professionnelles pour une période de quatre années, à compter du 25 avril 1937 :

MM. Capitant, le Professeur Balthazard, le Docteur Jules Renault, le Professeur Etienne-Martin, Gounod Guyard, Bothereau, Biot, Florentin et Guy Hausser.

La réquisition des voitures des médecins

Un de nos confrères de Versailles nous a fait part de son étonnement en voyant réquisitionner son auto par l'autorité militaire au cours d'un essai de mobilisation. L'autorité militaire, lors de sa protestation, lui fit remarquer qu'il avait omis de déclarer son auto comme *indispensable à l'exercice de sa profession.*

Notre confrère ne put à ce sujet obtenir aucun éclaircissement à la mairie, ni à la Préfecture de Versailles.

Cependant, toutes les mesures à prendre sont indiquées dans l'Instruction interministérielle pour l'application de la loi du 18 juin 1934, relative au recensement, au classement et à la réquisition des véhicules automobiles. L'annexe I de ce document traite des exemptions, relatives à l'article 10 de cette loi et spécifie notamment :

Sont exemptés de la réquisition en cas de mobilisation, et ne sont pas portés sur les listes de classement, mais sont soumis à la déclaration et au recensement.

. . . .

Les véhicules appartenant aux docteurs en médecine, aux vétérinaires et aux sages-femmes, à raison d'une voiture pour chacun d'eux, *à condition* qu'ils exercent réellement cette profession.

Voir la suite page LV-1787

PROPOS DU JOUR

L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE

Dimanche 23 mai a eu lieu à l'Hôtel Chambon, l'assemblée générale annuelle de *l'Association générale des médecins de France*, sous la présidence de M. le Docteur Chapon.

Après les souhaits de bienvenue adressée aux Présidents et aux nombreux délégués des Sociétés locales, venus des divers départements et certains de fort loin, le Président évoqua la mémoire de ceux qui sont morts cette année, notamment de M. Gassot, qui fut vice-président de l'Association, et de notre collègue Maurat. Malgré leur âge très avancé, M. Chapon croit devoir exprimer ses regrets pour la perte d'hommes dont l'œuvre fut féconde et qui ne cessèrent jusqu'à leur ultime vieillesse de se dévouer aux œuvres de prévoyance et de bienfaisance professionnelles.

Après l'approbation des comptes du trésorier, le vote de l'attribution des retraites proposées par M. Mariani, rapporteur, et les élections des membres sortants du Conseil général, l'assemblée aborda l'examen de l'unique vœu émanant de la *Société centrale*, vœu très bien exposé dans le rapport du secrétaire général, le Docteur Lutaud, sur la nécessité d'un organisme nouveau créant une liaison plus étroite entre les divers groupements médicaux qui, à un titre quelconque, s'intéressent à la bienfaisance et à l'assistance confraternelles. M. A. Touchard, secrétaire général de la Société Centrale, exposa avec clarté et talent les diverses raisons qui avaient incité la *Société centrale* à adopter même en les élargissant, les conclusions du rapport de M. O'Followell sur cette question et ce dernier montra tout l'intérêt qui pouvait résulter de cette liaison qui, en somme, n'est que la généralisation de la collaboration qui existe déjà entre la Confédération des syndicats médicaux français et l'Association générale des médecins de France, à propos de l'attribution du secours syndical, collaboration qui, s'il faut en croire, notre trésorier général, le dévoué Docteur Jules Bongrand, a donné les meilleurs résultats. Les orateurs prêchaient un auditoire entièrement convaincu. On échangea des idées sur l'organisation de la nouvelle création et l'on finit par se convaincre que seule au sein du Conseil général de l'Association générale la question pouvait être étudiée utilement et mise au point.

Il n'y eut quelques rares divergences d'idées que sur le nom à donner à la nouvelle création ; il fut décidé d'adopter : *Office central de Liaison entre les groupements médicaux d'entraide*. Quelques-uns trouvèrent que le mot *d'entraide* était trop général et manquait de précision, car l'entraide devait dans leur esprit se borner à l'assistance et à la bienfaisance. A notre avis, cette imprécision peut faciliter la tâche de ceux qui étudiront les réglements du nouvel office et laisser la porte ouverte à son développement, s'il y a lieu.

Les statuts d'une nouvelle section de retraites, étudiés avec soin par l'actuaire de l'Association générale, le distingué M. Pothémont, furent adoptés sans discussion.

Bien que la question ne fut pas portée à l'ordre du jour, le Docteur Dardeau, de Versailles, montra tout l'intérêt que nos sociétés auraient à s'affilier aux Unions départementales des sociétés de Secours Mutuels. Les représentants des médecins pourraient ainsi faire entendre la voix des praticiens dans les réunions de mutualistes, formées d'excellentes gens, mais qui sont endoctriné par des dirigeants qui, parfois, ont de singuliers préjugés sur les médecins et l'exercice de la médecine et font ainsi le plus grand tort à la réputation du Corps médical. Il cite quelques réunions de mutualistes auxquelles il eut l'avantage d'assister en Seine-et-Oise et en Seine-et-Marne où les dirigeants de la Mutualité, appuyés par les administrateurs des caisses d'assurances sociales, agitèrent contre les médecins le fantôme de la dichotomie.

Toute l'assemblée applaudit le Docteur Dardeau et approuva sa proposition.

Le Président Chapon, avant de lever la séance, tint à féliciter l'assemblée de cette année de sa belle tenue, de la façon sérieuse, approfondie, et absolument courtoise qu'elle avait mise dans la discussion des propositions qui avaient été admises par des votes unanimes.

Le Banquet. — Le soir eut lieu à l'Hôtel Continental le banquet traditionnel sous la Prési-



dence du Professeur David Olmer, président de la Société des Bouches-du-Rhône, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Marseille, réputé pour ses sentiments de confraternité et d'exquise bonté. Plus de cent convives avaient répondu à l'appel et la plus grande cordialité régna durant le repas.

Au champagne, le Président de l'Association prit le premier la parole. Avec son éloquence familière et sa bonhomie coutumière, parfois très légèrement malicieuse, le Docteur Chapon eut un mot aimable pour chacun des invités. Il remercia d'abord chaudement le Professeur Olmer qui avait bien voulu accepter la présidence de la fête et le félicita de son fils qui suit brillamment son exemple puisqu'il est déjà médecin des hôpitaux de Marseille. Il remercia le Professeur Cunéo, président de la *Maison du Médecin*, assis à sa droite, et fit l'éloge de la Maison du Médecin qui complète heureusement la tâche de l'Association et qui, en pleine période de prospérité, la complétera, il l'espère, plus encore.

Il salua le Docteur Dibos, représentant de la *Confédération des syndicats médicaux français* avec laquelle il compte collaborer, dans un autre ordre, au bien du Corps médical. Il adressa ses félicitations au Docteur Tissier-Guy, président du *Syndicat des médecins de la Seine*. Le Docteur Chapon n'oublia pas la Presse largement représentée. Il remercia le Docteur Darras, vice-président de l'Association générale, qui dirige la *Vie médicale*, journal qui publie régulièrement les comptes-rendus du Conseil et des assemblées de l'Association générale. Il n'oublia pas ses amis du *Concours Médical*, représenté officiellement par G. Fischer, son rédacteur en chef, et rappela de nouveau les services que Gassot et Maurat rendirent aux médecins praticiens. Il adressa ses compliments au Docteur Hullmann, de la *Presse Médicale*, au Docteur Crouzat du *Jeune Médecin*, à M. et Mme les Docteurs Ogliastri, représentants de *l'Informateur médical*, au Docteur Busquet, de *l'Union Médicale*.

Il termina par un cordial hommage aux déléguées de *l'Association française des femmes médecins* parmi lesquelles nous avons reconnu Mme Montlaur et Mlle Blanchier et par des remerciements à l'avocat et à l'actuaire de l'Association générale.

Des applaudissements répétés et un ban enthousiaste suivirent le discours du Docteur Chapon.

Tour à tour les Docteurs Dibos et Tissier-Guy vinrent assurer l'Association générale de la sympathie de la Confédération des syndicats et du Syndicat des médecins de la Seine et montrer combien la défense professionnelle est indispensable pour prévenir la misère médicale aujourd'hui si poignante.

M. le Professeur Olmer clôtura la série des discours. Il remercia le Conseil général de l'Association générale de l'honneur qu'il avait fait à la Société des Bouches-du-Rhône en le désignant pour présider le banquet. Puis en un style élégant et éloquent, il démontra la nécessité d'unir, de coordonner les forces du Corps médical et but à la prospérité de l'Association générale des médecins de France.

* * *

Comme le fit remarquer à plusieurs reprises le Président Chapon, l'assemblée générale du 23 mai fut une assemblée exceptionnelle. Le calme qui régna dans les discussions, même contradictoires, la courtoisie des orateurs, le désir de s'entendre en faisant des concessions mutuelles, la belle tenue de la salle font que cette assemblée fera époque, car elle a complètement différé des séances trop souvent désordonnées et tumultueuses de la plupart de nos réunions médicales. Puisse-t-elle dans l'intérêt de la profession servir désormais d'exemple !

J. Noir

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS

(Hôpital des Enfants-Malades)

Leçon de M. le Professeur Nobécourt



Cardiopathie congénitale et endocardite rhumatismale intercurrente

Voici René.

Au moment de sa naissance, son père avait 40 ans, sa mère 36 ans. Tous deux sont bien portants. Pendant ses grossesses sa mère a eu des réactions de Bordet-Wassermann négatives. Sur neuf enfants, quatre sont morts, cinq sont encore vivants et bien portants. René est le cinquième.

Il est né le 8 février 1928 à terme, avec un poids de 3 kgr. 530. Il a été élevé au sein jusqu'à six mois, puis au lait de vache ; il a eu sa première dent à 9 mois, a fait ses premiers pas à 18 mois. Il n'a pas eu de maladie infectieuse. Il est sujet aux rhumes l'hiver. En somme, il se porte bien. Toutefois, jusqu'à 4 ans, il a des goûts sédentaires, joue peu, reste tranquille ; de temps en temps, sans cause appréciable, il perd connaissance et se cyanose, sans convulsions, sans miction involontaire, sans morsure de la langue ; l'attaque se prolonge quelquefois pendant trois quarts d'heure.

En 1932, le 1er et le 2 juillet, vers 14 heures, il est pris de quintes de toux, qui provoquent des vomissements abondants composés d'aliments et de sang rouge non coagulé : nous ne savons pas s'il s'agit d'une hématémèse ou d'une hémoptysie. En tout cas, ces manifestations sont terminées quand, le 3 juillet, l'enfant entre à la salle Bouchut.

Il a 4 ans 4 mois.

Il est bien développé ; il a une taille de 96 cm. (la moyenne est de 99 cm.) : il pèse 14 kgr. (le poids moyen pour sa taille, qui est celle de 3 ans 10 mois, est de 13 kgr. 600).

Sa température est normale, son faciès coloré ; ses doigts sont légèrement en « baguettes de tambour ». Le foie dépasse d'un travers de doigt le rebord costal sur sur la verticale mamelonnaire ; la rate a un volume normal. Le thorax est normalement conformé.

La matité précordiale est agrandie ; le bord droit dépasse le sternum de 2 cm. ; l'angle gauche est en dehors du mamelon ; de l'angle gauche à l'angle cardio-hépatique la distance est de 11 cm. 5.

Sur l'orthodiagramme, on voit un gros cœur ; le point G est surélevé ; l'arc moyen est un peu saillant, le ventricule gauche forme une forte saillie.

Les dimensions sont les suivantes :

D'G'	7 cm. 4
GG'	6 cm. 7

Le rapport $\frac{D'G'}{GG'} = 1{,}10$, alors que la moyenne, à cet âge, est de 1,25 à 1,30, ce qui indique que le ventricule gauche est proportionnellement plus augmenté de volume que le ventricule droit. D'ailleurs la flèche du ventricule gauche mesure 1 cm. 7, au lieu de 0 cm. 5.

Somme toute, il existe un gros cœur avec une prédominance très nette du ventricule gauche.

Le choc apexien est fort et étendu. On sent battre le ventricule droit sous l'appendice xiphoïde. On note un frémissement cataire au niveau du deuxième espace intercostal gauche.

On entend un souffle systolique dans toute la région précordiale ; il a son maximum dans les régions sternale et parasternales supérieures ; il est fort et rude ; son intensité diminue vers la périphérie ; on l'entend dans le dos ; il semble s'étendre dans la diastole.

Le pouls est à 80, régulier ; la pression artérielle est de 12 pour la maxima, 7,5 pour la minima.

La respiration est normale.

Par ailleurs, l'examen des organes et du système nerveux ne révèle aucun symptôme anormal.

Nous portons le diagnostic de *cardiopathie congénitale complexe* ; il y a probablement une *communication interventriculaire* et un *rétrécissement de l'artère pulmonaire*. Notons, à propos de ce rétrécissement, qu'il n'y a pas de cyanose,

que cependant les doigts sont légèrement hippocratiques. Enfin il existe une hypertrophie du ventricule gauche dont nous ne trouvons pas l'explication.

La cutiréaction à la tuberculine et la réaction de Bordet-Wassermann (H8) sont négatives ; la réaction de Hecht est légèrement positive.

L'enfant reste quelques jours à l'hôpital. Il en sort le 9 juillet : à ce moment son état général est bon.

Depuis juillet 1932, il se porte bien et travaille convenablement en classe ; il n'a plus eu de pertes de connaissance avec cyanose. Cette amélioration se poursuit sans aucun traitement spécial.

Au mois d'octobre 1936, pendant trois ou quatre jours, il se plaint de fatigue, sans fièvre, sans angine. Puis, le 26, assez brusquement apparaissent, dans les genoux et le pied droit, des douleurs qui persistent.

Les 26 et 27, la température est de 37°5-37°6. Le 28, elle s'élève, le matin, à 38°7, le soir à 39°6.

Le 29, l'enfant entre à la salle Bouchut. Il est âgé de 8 ans 8 mois.

Sa taille est de 122 cm. (moyenne 123 cm.), son poids de 20 kgr. 400 (le poids moyen pour la taille de 8 ans 6 mois est de 21 kgr. 600). La réduction pondérale est de 5 % ; on ne peut pas parler de maigreur.

Sa température est de 39°2, le 29 au soir ; de 39°2 et 39°3, le 30.

Il a l'aspect fatigué des fiévreux, des sueurs assez abondantes. Son visage est coloré. Il se plaint des genoux, surtout du genou gauche, et du pied droit ; cependant la douleur a diminué. Le genou gauche est un peu gonflé, sans rougeur ; on provoque le choc rotulien ; la palpation et la mobilisation sont un peu douloureuses. Le genou droit et le pied droit n'offrent pas de modifications objectives appréciables.

Le pharynx est indolent; il présente une rougeur diffuse, une légère tuméfaction des amygdales et des piliers ; mais l'enfant ne se plaint pas de la gorge.

L'examen des organes, sauf pour le cœur, et du système nerveux est négatif. Les urines contiennent de légères traces d'albumine.

La matité précordiale est très agrandie dans tous les sens ; à droite, elle dépasse le sternum de 3 cm. ; à gauche, la pointe est notablement en dehors du mamelon ; la distance de l'angle cardio-hépatique à l'angle gauche est de 13 cm.

Sur l'orthodiagramme, le cœur est un peu augmenté et allongé transversalement de volume, on remarque une saillie appréciable du bord gauche ; les dimensions sont les suivantes :

D' G'......................	9 cm. 8
G G'......................	7 cm. 2
rapport $\frac{D'\ G'}{G\ G'}$..............	1 cm. 34

ce qui indique que le ventricule droit est proportionnellement aussi volumineux et même un peu plus que le ventricule gauche ; la flèche du ventricule gauche n'est d'ailleurs que de 1 cm. 6.

Fait intéressant, le diamètre de la crosse de l'aorte, en position transverse est de 2 cm. 2, c'est-à-dire un peu supérieur à la moyenne.

On fait les mêmes constatations sur les radiographies.

La pointe bat dans le sixième espace intercostal, à 2 cm. en dehors du mamelon ; le soulèvement systolique est très net ; on perçoit un frémissement cataire systolique dans la région précordiale.

A l'auscultation, on entend le même souffle que quatre ans auparavant, souffle systolique très étendu, fort, vibrant, qui a son maximum dans les régions sternales et parasternale supérieures, surtout à gauche, qui s'étend très loin en diminuant d'intensité, qui ne se propage pas nettement sous la clavicule gauche, qu'on entend aussi dans la région interscapulo-vertébrale, surtout à gauche. Le premier bruit mitral est peut-être un peu dur et claqué.

Au cou, les battements des artères carotides et de l'artère sous-clavière sont assez forts ; les veines jugulaires sont un peu dilatées.

Le pouls est à 136, petit, régulier ; la pression artérielle, avec l'appareil de Vaquez, est de 9-4.

Le foie dépasse de 2 cm. le rebord costal.

Les urines, peu abondantes et foncées, contiennent des traces d'albumine.

Il n'y a pas d'œdème.

La cutiréaction à la tuberculine est positive ; les réactions de Bordet-Wassermann (H8) et de Kahn sont négatives.

A l'entrée à l'hôpital, on donne du salicylate de sodium : du 29 octobre au 1er novembre, 5 gr. par jour ; les 2 et 3 novembre ; 3 gr. par jour.

La température baisse rapidement : le 2 novembre, elle est de 37°3-37°. Les phénomènes articulaires disparaissent.

Après quelques jours d'apyrexie, d'ailleurs incomplète, le 7 novembre, la fièvre reprend ; la température s'élève rapidement jusqu'à 39°5.

Une nouvelle poussée articulaire se produit : le deuxième orteil gauche et le genou gauche sont un peu douloureux ; au genou il existe des signes d'une hydarthrose assez abondante pour qu'on puisse faire une ponction et retirer un peu de liquide séro-fibrineux ; ce liquide contient de nombreux polynucléaires altérés et environ 10 lymphocytes pour 100 ; on n'y trouve pas de germes ni à l'examen direct ni sur les cultures.

A partir du 10 novembre, on donne à nouveau du salicylate de sodium à la dose de 4 gr. par jour.

Le 13 novembre, la température redevient normale ; les douleurs articulaires et l'hydarthrose du genou ont disparu.

Après trois jours d'apyrexie, débute un état subfébrile à 37°8, 37°9 le soir.

Pendant ce temps, l'examen du cœur révèle des modifications intéressantes. Le souffle systolique ne change pas, mais le premier bruit mitral devient sourd et bientôt apparaît, au foyer mitral, un léger souffle systolique, distinct du souffle systolique constaté auparavant, souffle faible, doux, fixe, exactement apexien et se propageant un peu dans l'aisselle ; ce souffle, d'abord très discret, se précise peu à peu, le 28 novembre, il est nettement caractérisé.

Depuis le 28 novembre, la température reste subfébrile : 37°4-37°7, le soir. Le cœur ne se modifie pas.

Le 28 novembre, la taille est toujours de 122 cm. ; le poids est de 20 kgr. 500.

La température, qui était de 37°9 hier soir, est ce matin de 38°2. L'enfant a une angine d'aspect pultacé, l'ensemencement vient de donner une culture de bacilles diphtériques.

On a interrompu le salicylate de soude le 29 novembre ; les 5, 7, 9 et 11 décembre on a fait une injection d'iodaseptine, c'est-à-dire d'un produit contenant de l'iode et de la formine. Notons que ce médicament n'a eu aucune action préventive sur l'infection diphtérique.

René est donc atteint d'une affection complexe du cœur : 1° d'une *cardiopathie congénitale*, 2° d'une *endocardite mitrale récente*, survenue au cours d'une première attaque articulaire de *maladie de Bouillaud*.

Je vais étudier ces deux points.

***

Etudions d'abord la CARDIOPATHIE CONGÉNITALE.

Chez René, l'existence d'une cardiopathie congénitale ne prête pas à discussion.

A 4 ans, nous avons entendu dans la région sternale un souffle systolique fort, rude, vibrant, propagé dans toute la région précordiale et même en dehors d'elle.

A 8 ans, nous retrouvons ce même souffle sans modification appréciable.

Ce souffle est caractéristique d'une cardiopathie congénitale. Mais le siège et la nature des lésions sont difficiles à préciser.

Quand on entend un tel souffle systolique, il faut penser tout d'abord aux affections congénitales plus communes :

— la communication interventriculaire ;

— le rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire ;

— l'intrication de la communication interventriculaire et du rétrécissement de l'artère pulmonaire.

La communication interventriculaire isolée est désigné communément sous l'appellation de *Maladie de Roger*, du nom d'Henri Roger qui l'a décrite en 1879. Ses dimensions sont très variées ; généralement c'est un petit orifice situé dans la région supérieure de la cloison interventriculaire, au niveau de la partie moyenne ou membraneuse ; il est placé entre l'orifice tricuspidien et l'orifice aortique. Cette communication n'entraîne pas de troubles fonctionnels, de cyanose, de dyspnée ; certains sujets vigoureux ont, sans s'en douter, une communication interventriculaire.

Le volume du cœur est peu augmenté, la matité précordiale peu modifiée ; sur l'orthodiagramme, comme l'ont signalé Vaquez et Bordet, l'ombre cardiaque est globuleuse, augmentée dans sa totalité ; les arcs vasculaires sont normaux ; quelquefois, le volume du ventricule gauche est un peu augmenté, comme Variot l'a signalé, en 1902, chez un garçon de 3 ans.

Dans la région sternale et parasternale gauche, à hauteur du troisième espace intercostal et de la quatrième côte, on constate un frémissement cataire systolique et un souffle systolique fort, rude, qui se propage transversalement à gauche ou à droite, suivant la prédominance du ventricule droit ou du ventricule gauche, et s'entend plus ou moins loin ; son intensité diminue au centre et vers la périphérie ; il est permanent et n'est modifié ni par les mouvements respiratoires ni par le changement de position.

Quand ce souffle existe, il fait penser à la communication interventriculaire. Mais quand celle-ci existe, il faut savoir qu'il peut manquer.

Le *rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire* peut siéger soit sur l'infundibulum, soit sur l'orifice et les valvules, soit sur le tronc de l'artère ; parfois il est généralisé.

Généralement le rétrécissement de l'artère pulmonaire entraîne de la *cyanose congénitale* qui existe à la naissance et en général augmente. Mais la cyanose peut faire défaut ou apparaître tardivement ; d'après diverses statistiques la cyanose manque dans 7 ou 8 % des cas de rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire.

Les enfants, qui ont de la cyanose, ont souvent une dyspnée d'effort plus ou moins importante, elle empêche l'exercice et entraîne une existence réduite, elle en fait de véritables infirmes.

La matité précordiale est augmentée et allongée transversalement ; elle déborde à droite le sternum, s'étend vers l'aisselle gauche ; le bord inférieur du ventricule droit est abaissé ; cette

matité témoigne de la dilatation et de l'hypertrophie du ventricule droit.

Sur la radiographie, d'après Vaquez et Bordet, l'ombre cardiaque est agrandie et l'augmentation porte surtout sur le ventricule droit ; la pointe est reportée en dehors et en haut ; quand l'augmentation du ventricule droit est assez importante, on a l'image du « cœur en sabot ». On note, d'autre part, une saillie de l'arc moyen attribuable à la dilatation de l'artère pulmonaire.

On perçoit, au niveau des deuxième et troisième espaces intercostaux gauches, près du sternum, un frémissement et un souffle systoliques. Le souffle est fort, rude, râpeux, prolongé ; il se propage jusque sous la clavicule gauche, puis disparaît brusquement ; il se propage également dans toute l'étendue de la région précordiale et dans le dos. Le souffle peut manquer, notamment quand le rétrécissement porte, à la fin, sur le tronc de l'artère pulmonaire, l'infundibulum et l'orifice.

Le second bruit pulmonaire a souvent une dureté clangoreuse. D'après MM. Laubry et Bordet, ce caractère clangoreux est dû à la sclérose de l'artère pulmonaire ; quand il est très net, on peut présumer l'existence d'une sténose, même en l'absence du souffle.

L'*intrication d'une communication interventriculaire et d'un rétrécissement de l'artère pulmonaire* est la règle, quand ce dernier existe ; il n'y a pas de sténose pulmonaire sans communication interventriculaire.

En pareille circonstance, le malade présente les symptômes fonctionnels de la sténose pulmonaire ; le cœur a les mêmes modifications de volume et de forme que dans cette dernière ; on entend un souffle systolique au niveau de la zone habituelle ; ce souffle est unique et il n'est guère possible de distinguer un souffle causé par la sténose de l'artère pulmonaire et un autre par la communication interventriculaire. En réalité, on n'entend qu'un souffle ; il s'agit de savoir s'il est dû ou non au rétrécissement de l'artère ; dans l'affirmative il y a certainement communication interventriculaire.

D'ailleurs, on peut se demander s'il y a toujours un double souffle. Bard, en 1917, pense que, généralement, quand la sténose pulmonaire est assez serrée, il ne se produit pas de souffle au niveau de la communication interventriculaire, parce que l'hypertrophie du ventricule droit compense l'énergie du ventricule gauche ; de ce fait le sang ne passe pas à travers la communication interventriculaire et il ne peut pas y avoir de souffle.

René a un gros cœur, une augmentation de volume dn ventricule droit et probablement une sténose pulmonaire. Cependant il n'a pas de troubles fonctionnels, de dyspnée, de cyanose, ce qui oblige à certaines réserves quant à l'existence de la sténose pulmonaire. Par ailleurs il a de l'hypertrophie du ventricule gauche ; celle-ci n'est pas un signe de communication interventriculaire, ni de sténose pulmonaire ; elle ferait plutôt penser à une sténose aortique, qui pourrait être congénitale et qui est beaucoup plus rare que la sténose pulmonaire.

Dans la sténose aortique congénitale l'hypertrophie porte non pas sur le ventricule droit, comme dans la sténose pulmonaire, mais sur le ventricule gauche: on entend à la base un souffle rude, intense, qui a son maximum dans le deuxième espace intercostal droit et se propage vers la clavicule droite et dans les vaisseaux du cou.

Ce n'est pas le cas pour René; le souffle, chez lui, ne se propage ni vers la clavicule droite, ni dans les vaisseaux du cou.

Il est possible qu'il existe, chez lui, d'autres lésions congénitales que celles auxquelles nous pensons.

On peut se demander s'il n'y a pas d'autres facteurs de l'hypertrophie du ventricule gauche. En tout cas, il n'y a pas d'hypertension artérielle ni de symptômes de sclérose rénale ; notons cependant le diamètre anormal de l'aorte.

On peut se demander encore s'il n'intervient pas un processus myocardique. Il existe, en effet, une hypertrophie congénitale du myocarde, sans lésions orificielles du cœur. Mais on l'a décrite seulement chez le nourrisson.

Il y a là un problème obscur, dont je ne puis donner la solution.

Chez René, il est intéressant de suivre l'*évolution de la cardiopathie congénitale*, en comparant les constatations faites à 4 ans 4 mois et aujourd'hui à 8 ans 8 mois.

Du point de vue des troubles fonctionnels, avant 4 ans, il était peu actif, ne jouait pas volontiers, présentait des accès de perte de connaissance avec cyanose, sans que nous ayons pu préciser s'il s'agissait d'accès épileptiques ou de syncopes. Depuis l'âge de 4 ans, il est devenu plus actif, est bien portant et n'a plus d'accès.

Du point de vue des signes physiques, les mesures des orthodiagrammes du cœur présentent les modifications suivantes :

	6 juillet 1932	3 novembre 1936	Différences
D' G' :	7 cm. 4	9 cm. 8	+ 2 cm. 4
G. G' :	6 cm. 7	7 cm. 2	+ 0 cm. 5
$\frac{D'G'}{G.G'}$:	1,10	1,34	+ 0,24
Flèche du ventricule gauche :	1 cm. 8	1 cm. 6	— 0 cm. 2

Le volume du cœur a un peu augmenté. L'augmentation porte surtout sur le ventricule droit, beaucoup moins sur le ventricule gauche ; alors qu'il y avait prédominance du ventricule gauche, il y a maintenant prédominance du ventricule droit.

La *croissance* staturale s'est effectuée de la façon suivante :

	Taille René	Taille moyenne	Réduction staturale réelle	%
4 ans 4 mois........	96 cm.	99 cm.	3 cm.	3,3
8 ans 8 mois........	122 cm.	123 cm.	1 cm.	0,5
Accroissement en 4 ans 4 mois......	26 cm.	24 cm.		

La taille et l'accroissement statural sont donc conformes aux moyennes.

Les poids sont les suivants :

	Poids René	Poids pour la taille
4 ans 4 mois........	14 kg. 000	13 kg. 600
8 ans 8 mois........	20 kg. 400	21 kg. 600

	Ecart pondéral réel	Ecart pondéral %
4 ans 4 mois........	+ 0 kg. 400	+ 2,3
8 ans 8 mois........	— 1 kg. 200	— 5,5
Accroissement pondéral en 4 ans 4 mois..........	6 kg. 400	5 kg. 000

A 4 ans 4 mois le poids est moyen.

A 8 ans 8 mois, il est un peu faible, sans qu'on puisse parler de maigreur. Probablement intervient une alimentation insuffisante car le père est chômeur et la famille nombreuse.

J'insiste sur l'accroissement régulier de la taille, car on a souvent soutenu que les cardiopathies congénitales entraînent des insuffisances de la croissance staturale ; cette insuffisance n'est pas constante ; quand elle existe, la cardiopathie n'est pas la cause du trouble de la croissance ; celui-ci relève d'une dystrophie générale, d'une dystrophie des cartilages de conjugaisons, intriquées. Quand la cardiopathie existe seule, sans cette dystrophie, comme chez René, l'accroissement statural se poursuit régulièrement.

En somme, quand René est entré à l'hôpital, pour la seconde fois, le pronostic de sa cardiopathie congénitale était favorable. C'est à ce moment que sont intervenues la première attaque articulaire de la maladie de Bouillaud et l'endocardite mitrale.

***

L'apparition d'une ENDOCARDITE chez un enfant porteur de lésions congénitales du cœur n'est pas très rare.

A propos d'un malade, j'ai consacré à cette intrication ma leçon du 29 mars 1924, intitulée *Cardiopathie congénitale (rétrécissement de l'artère pulmonaire et communication interventriculaire), rétrécissement mitral et endocardite aiguë de la valvule mitrale chez un garçon de 13 ans.* Cette leçon est dans on livre de *Clinique médicale des Enfants* consacré aux *Affections de l'appareil circulatoire.*

Les endocardites, qui surviennent au cours des cardiopathies congénitales, sont le plus souvent des ENDOCARDITES MALIGNES, ULCÉRO-VÉGÉTANTES.

Il est très possible que les lésions du cœur favorisent, au cours d'un processus septicémique, la greffe de germes sur le cœur.

Ces endocardites malignes ont le pronostic grav habituel.

Plus rares, semble-t-il, sont les ENDOCARDITES DE LA MALADIE DE BOUILLAUD.

On en trouve peu d'observations dans la littérature. Dans sa thèse de 1924, *Contribution à l'étude des endocardites infectieuses surajoutées à une affection congénitale du cœur,* mon élève M. Fernand Boisselet, écrit même : « Dans toutes les observations que nous avons pu recueillir dans la littérature médicale, on ne note pas une seule fois la présence du rhumatisme. » Dans notre service, nous observons assez souvent des cardiopathies congénitales et très souvent la maladie de Bouillaud. Je n'ai le souvenir de cette intrication que pour l'enfant dont j'ai parlé dans ma leçon de 1924.

Dans ma leçon de 1924, j'ai cependant cité une observation que MM. Jean Hallé et Armand-Delille ont relatée, en 1901, dans les *Archives de Médecine des Enfants* sous le titre suivant : *Coïncidence d'une endocardite rhumatismale chez un enfant de trois ans avec une lésion congénitale du cœur, persistance du trou de Botal.*

Ce garçon a toujours été bien portant ; il n'a pas de cyanose ; il est bien développé.

A 3 ans, il a une attaque articulaire et fébrile de maladie de Bouillaud. Le huitième jour, il entre à l'hôpital.

On constate une matité précordiale agrandie surtout transversalement ; sur la pointe, un souffle systolique intense, assez rude, presque en jet de vapeur.

Douze jours après, l'enfant est pris de dyspnée avec un peu de cyanose ; sa température s'élève à 39°. Son état s'aggrave rap dement ; la cyanose devient intense. La mort survient au bout de vingt-quatre heures par collapsus cardiaque.

A l'autopsie, le cœur est gros, l'oreillette droite augmentée de volume. On découvre un trou de Botal d'un diamètre d'une pièce d'un franc. La valvule mitrale est « notablement raccourcie ; son bord libre est épaissi et présente une série de nodosités irrégulières ; l'une d'elles, située vers l'insertion postérieure, affecte la disposition d'une végétation polypeuse, lisse, atteignant le volume d'un grain de chénevis ; sur la face supérieure de cette grande valve, on voit en outre de petites ramifications vasculaires descendant un peu plus bas que le milieu de la valve. »

Voici, en quelques mots, l'histoire de mon malade de 1924.

Louis est né le 29 août 1910. Jamais il n'a présenté de cyanose ; il s'essouffle facilement depuis son jeune âge.

A la fin de février 1924, il a une première attaque articulaire de maladie de Bouillaud, qui affecte les genoux, les épaules, les coudes. On donne du salicylate de soude.

Le 5 mars, il entre à la salle Bouchut. Il est âgé de 13 ans 6 mois.

Il n'a plus de fièvre; les arthropathies ont disparu.

La matité précordiale est agrandie, l'oreillette gauche est largement percutable dans l'espace interscapulo-vertébral. Sur l'orthodiagramme l'ombre cardiaque est très grande, la pointe globuleuse, l'oreillette gauche et le ventricule gauche saillants, la flèche du ventricule gauche mesure 1 cm. 2, l'infundibulum pulmonaire paraît dilaté, l'oreillette et le ventricule droits sont volumineux. En position oblique, l'oreillette gauche est grosse.

A l'auscultation, on entend un souffle de rétrécissement pulmonaire et de communication interventriculaire ; un roulement diastolique sus-apexien, un deuxième bruit pulmonaire accentué et dédoublé, symptôme d'un rétrécissement mitral déjà ancien, à la pointe un premier bruit mitral sourd et bientôt un léger souffle systolique qui se propage un peu vers l'aisselle et s'accentue peu à peu ; ces bruits permettent de porter le diagnostic d'endocardite mitrale rhumatismale.

Pendant le séjour à l'hôpital, les symptômes persistent : le souffle mitral s'accuse progressivement.

L'enfant sort le 13 avril, dans un état satisfaisant.

* * *

L'*intrication d'une endocardite rhumatismale avec une cardiopathie congénitale* pose d'abord un problème de *diagnostic*, ensuite un problème de *pronostic*.

Problème de diagnostic. — L'intrication peut se rencontrer dans trois ordres de circonstances.

1° La cardiopathie congénitale ne donne lieu à aucun symptôme clinique appréciable et est ignorée.

2° La cardiopathie congénitale est connue, quand survient l'attaque de maladie de Bouillaud et s'installe l'endocardite.

3° La cardiopathie congénitale donne lieu à des symptômes ; mais elle est encore ignorée au moment de l'attaque de maladie de Bouillaud.

Quand la cardiopathie congénitale est silencieuse et occulte on ne la reconnaît pas, on diagnostique l'endocardite rhumatismale sans savoir qu'il existe une lésion congénitale. Cependant, d'après le Professeur Marfan, il faudrait penser à cette dernière quand l'endocardite rhumatismale s'accompagne d'accidents graves.

Quand la cardiopathie congénitale est connue il faut, pendant l'attaque de maladie de Bouillaud, rechercher les symptômes habituels de l'endocardite mitrale : soit dans l'endocardite mitrale, au niveau de la pointe, un assourdissement du premier bruit et un léger souffle systolique quelquefois un léger roulement diastolique ; soit dans l'endocardite aortique, au niveau du deuxième espace intercostal, à droite du sternum un assourdissement du second bruit, puis un léger souffle diastolique avec ou sans souffle systolique.

Quand une cardiopathie congénitale donne lieu à des symptômes, mais quand on n'a pas vu le malade auparavant, on constate, au cours de l'attaque de maladie de Bouillaud, des symptômes cardiaques complexes. L'erreur qui peut être commise est de mettre sur le compte du rhumatisme tous les symptômes qu'on rencontre, tels que la cyanose, la dyspnée, le souffle intense. Une séméiologie précise permet de l'éviter : les caractères des souffles, les modifications du premier bruit mitral ou du second bruit aortique, l'antériorité de la cyanose conduisent à un diagnostic exact.

Problème de pronostic. — Celui-ci dépend de deux ordres de facteurs: la modalité de la cardiopathie congénitale, d'une part, la modalité de l'attaque de maladie de Bouillaud et de l'endocardite, d'autre part.

D'une part, à égalité de rhumatisme, une cardiopathie congénitale simple, bien tolérée, est moins fâcheusement influencée qu'une cardiopathie complexe accompagnée de cyanose et de dyspnée.

D'autre part, une endocardite simple, discrète, avec un syndrome myocardique atténué, a peu d'influence sur la cardiopathie congénitale ; au

contraire, une endocardite sévère, avec syndrome myocardique avéré, peut exercer une influence défavorable.

Rappelez-vous que l'endocardite de la maladie de Bouillaud, entraîne peu de troubles fonctionnels par elle-même ; que les troubles fonctionnels relèvent, avant tout, d'un syndrome myocardique.

Ces considérations sont vraies, non seulement pour la phase aiguë, mais aussi pour l'avenir éloigné.

Pendant la première phase de l'endocardite, les troubles cardiaques, chez un enfant ayant une cardiopathie congénitale, sont très différents.

Le garçon de 3 ans, observé par MM. Jean Hallé et Armand-Delille, est pris brusquement de cyanose et de dyspnée ; il meurt en vingt-quatre heures de collapsus cardiaque. « Nous insistons, écrivent les auteurs, sur la brusquerie des accidents terminaux qui emportèrent l'enfant en quelques heures et qu'aucun symptôme ne pouvait faire prévoir. »

On peut cependant se demander, pour ce malade, si il faut rendre responsable de cette gravité, la communication interauriculaire du diamètre d'une pièce d'un franc. En effet, la communication interauriculaire même large reste très souvent latente, n'entraîne aucun trouble. La cyanose est exceptionnelle, même en l'absence de cloison auriculaire ; mais elle peut apparaître dans des affections pulmonaires entraînant de la dyspnée, une broncho-pneumonie, par exemple ; l'augmentation de la pression dans l'oreillette droite entraîne le passage du sang de l'oreillette droite dans la gauche.

Cependant, d'après MM. Lesieur, Froment et Crémieu, il y a des cas où, par elle-même, la communication interauriculaire peut entraîner une asystolie rapidement mortelle ; mais ce sont des faits exceptionnels.

Chez mes deux malades, les garçons de 8 et de 13 ans, l'endocardite mitrale, restée occulte, a été seulement reconnue par les signes d'auscultation, n'a pas retenti de façon appréciable sur la cardiopathie congénitale. Ces enfants s'opposent au garçon de MM. Jean Hallé et Armand-Delille.

La première attaque terminée, l'évolution ultérieure dépend de l'allure de la maladie de Bouillaud. La répétition des attaques, une atteinte sévère du myocarde sont, comme toujours, des facteurs d'aggravation.

Pour René, nous sommes donc obligés de faire des réserves pour l'avenir ; on ne peut prévoir comment se comportera la maladie de Bouillaud; elle peut s'éteindre rapidement et n'entraîner que des manifestations cardiaques discrètes ; mais, du jour au lendemain, une cardiopathie rhumatismale d'allure discrète peut prendre une allure grave. Il faut toujours réserver le pronostic.

***

SOMME TOUTE :

1° L'endocardite rhumatismale est rare chez les enfants porteurs d'une cardiopathie congénitale.

2° En principe, l'intrication est fâcheuse puisque l'endocardite crée de nouvelles lésions du cœur.

3° En fait, pour des cardiopathies congénitales comparables entre elles, l'influence de l'endocardite diffère d'un malade à l'autre, suivant l'intensité du rhumatisme cardiaque.

Le pronostic de la cardiopathie congénitale, d'une part, de l'endocardite, d'autre part, n'est pas forcément aggravé par l'intrication.

Je serais curieux de revoir René pour savoir comment l'affection va évoluer. Toutefois il est intéressant de noter que, pour René et Louis, que la cardiopathie rhumatismale à la phase aiguë n'a pas aggravé l'état cardiaque.



LES ARTÉRITES DES MEMBRES

Etude clinique d'après 150 observations personnelles

Par le Docteur Albert FOURNIER

Ancien interne des Hôpitaux de Lille (1)

Les artérites des membres sont encore assez mystérieuses dans leurs causes.

Quelquefois leur nature infectieuse est patente comme dans les artérites aiguës ; mais dans la plupart des autres (artérites chroniques), leur pathogénie est complexe et imprécise, mises à part les embolies et les causes locales.

La syphilis y joue surtout un rôle indirect ; aucune intoxication n'apparaît comme constante ; le diabète constitue un terrain qui imprime à l'artérite des caractères particuliers, mais il n'y a pas d'artérites spécifiquement diabétiques.

Un certain degré d'hyperfonctionnement surréno-parathyroïdien et d'hypofonctionnement génital est théoriquement a imissible. Il n'exi te pas d'image biologiqu sanguine caractéristique de l'artérite chronique.

Nous avons donc encore tout à apprendr de la pathogénie des artérites des membres, comme d'ailleurs de la pathogénie des artérites en général.

En dernière analyse, l'ischémie, conséquence de l'artérite, dépend de deux facteurs : oblitération anatomique et phénomènes vaso-moteurs. Cette notion et cette distinction ont une importance capitale pour la thérapeutique.

La séméiologie fonctionnelle des artérites peut se résumer ainsi :

— fréquence et importance de la claudication intermittente et des crises vaso-motrices type Raynaud ;

— fréquence et intensité des douleurs sans rapport anatomique apparent, et de type sympathique ;

— rareté de l'érythromélalgie ;

— possibilité de signes névritiques qu'il faut interpréter ;

— gangrènes de divers types signant la cause circulatoire, mais imposant souvent une thérapeutique mutilatrice, si bien qu'on ne doit pas attendre cette ultime démonstration de l'existence d'une artérite ;

— fréquence des manifestations phlébitiques.

Dans cette exploration, les données de l'oscillométrie sont au premier plan. Le plus souvent elles sont suffisantes, à la condition d'en connaître les causes d'erreurs dans les deux sens.

La mise en œuvre de certains tests vaso-moteurs pourra être utile. Le massage artériel est la méthode la plus pratique pour discriminer spasme et lésion anatomique. L'artériographie, très intéressante au point de vue théorique, paraît présenter quelques dangers, et ses indications doivent rester limitées.

Pratiquement, l'oscillométrie et l'examen clinique suffisent pour caractériser l'oblitération artérielle, et pour en préciser très suffisamment le siège, tout au moins de son niveau supérieur.

Les artérites aiguës, la maladie de Küssmaul constituent des éventualités rares.

Les artérites par embolie, par compression, les thromboses localisées tirent leur intérêt du fait qu'elles présentent des lésions limitées, susceptibles d'un traitement chirurgical intéressant.

Les artérites des diabétiques ne constituent pas une entité nosologique spéciale. Elles font partie du vaste groupe des artérites chroniques angiosclércuses. Elles doivent leur individualité clinique au terrain spécial sur lequel elles évol ent. On retiendra : *a*) du point de vue anatomique, la localisation périphérique et segmentaire de ces artérites ; *b*) du point de vue clinique, les caractères spéciaux des troubles ischémiques: gangrènes limitées au début, puis brusquement extensives par infection surajoutée.

L'artérite angiosclércuse, forme la plus fréquente des artérites chroniques des membres, se présente comme une affection peu évolutive, souvent latente, mais susceptible de complications brusques et graves, comme la gangrène massive d'un membre ou d'un segment de membre ; elle comporte habituellement l'association caractéristique : claudication, douleurs et gangrène distale. Il s'agit de lésions surtout pariétales à retentissement vaso-moteur à distance. La lésion paraît le plus souvent étendue en surface à une grande partie du système artériel et procédant par poussées locales pouvant simuler les thromboses localisées, au moins au début.

La gangrène est un phénomène qu'il faut savoir prévenir, par un examen systématique, dès les premiers symptômes, car la thérapeutique y est active, d'autant plus naturellement qu'elle est plus précoce.

Tous ces caractères l'opposent nettement à la *thrombo-angéite*, qui est une affection rare, de siège endovasculaire autant que pariétal, qui évolue par poussées successives vers la mortification segmentaire, et qui est assez rebelle à toute thérapeutique.

Quant à la syphilis, c'est comme agent de sclérose artérielle qu'il convient plutôt de considérer son rôle.

(1) Thèse de Nancy, 1937.

ASTHME INFANTILE

Syndrome dyscrasique généralisé

Par le Docteur G. Cany

Ce titre, évidemment un peu obscur, a été choisi par moi à défaut d'une étiquette plus simple, plus claire et dans l'impossibilité de trouver une sorte de slogan synthétique comprenant à la fois de l'asthme, du rachitisme, des troubles dentaires, de l'insuffisance hépatique, des troubles cutanés, des déficiences des glandes, de la dystrophie générale, sans oublier des signes de déséquilibre du système nerveux.

C'est ce complexus névropathique, glandulaire, hépatique, squelettique, dentaire et cutané que je voudrais essayer de profiler ici : car je n'ai vu ce problème pathologique compliqué nulle part décrit d ns son ensemble.

Il se présente, en réalité, avec une fréquence qui m'a frappé au point que, depuis plusieurs années, je note avec minutie l'ensemble des signes présentés par un nombre relativement élevé de jeunes sujets.

Cette proportion en est telle que ces dyscrasiques semblent tous appartenir à une même famille — famille peu brillante au demeurant — et qui, soit par la souche, avouée ou soupçonnée, soit surtout par les résultats thérapeutiques obtenus, constitue un groupe parfaitement systématisé dans la nosographique infantile.

***

Il s'agit d'enfants — et d'enfants d'un âge bien déterminé — entre la quatrième ou cinquième année en deçà et jusqu'à 12, 15 ans au plus au delà.

Avant quatre ou cinq ans, les troubles atteignant le squelette, les dents, le foie ou les glandes à sécrétion interne n'ont pas encore eu le loisir de se manifester dans toute leur étendue, leur netteté ou leur intensité. L'enfant, avant 5 ans, prépare son état pathologique et cet état s'épanouit dans toute sa beauté, peut-on dire, entre 8 et 10 ou 12 ans.

Au delà de la quinzième année, ou bien la puberté les transforme — cela se voit — ou bien des médications appropriées ont été instituées qui ont soulagé, souvent guéri ces malades ; ou bien enfin, ces troubles négligés ont tourné à une chronicité qui sort du domaine de la pathologie infantile. En ce qui concene, tout au moins, les stations d'enfants, ces malades échappent dès ce moment à notre juridiction thérapeutique.

***

Dans l'immense majorité des cas, il s'agit donc de petits enfants de 6 à 8 ans. Pour fixer les idées, j'ai dépouillé les observations cliniques concernant les malades des trois dernières années de ma pratique et sélectionné, dans ce nombre, 753 enfants des deux sexes, âgés de moins de 15 ans.

Comment se répartit ce matériel humain au regard de ce qui fait l'objet principal de la présente communication : l'asthme infantile ?

Sur ces 753 enfants :

a) Deux cent quatre sont venus à La Bourboule avec l'étiquette avouée ou confirmée d'asthme infantile ;

b) Deux cent neuf sont arrivés avec celle plus imprécise de « fragilité bronchique », de « bronchites à répétition ». Se glissa-t-il dans ce dernier chiffre quelques cas d'asthme méconnus ? J'en ai la conviction, mais la proportion en est difficile à établir. Je la crois élevée.

c) Vingt-deux enfin présentaient uniquement des dermatoses (eczéma, prurigo diathésique, ichtyose, etc.), sous lesquelles, malgré la plus minutieuse enquête, il n'a pas été possible de déceler la moindre réaction asthmatiforme ou seulement bronchique.

Nos 413 malades (a + b) atteints d'asthme infantile caractérisé ou de fragilité bronchique plus ou moins suspecte d'asthme sous-jacent, présentaient, en outre, un certain nombre de tares organiques dont la constance et, pour certains, l'intensité, m'ont toujours vivement impressionné.

Ces symptômes ressortissant à de multiples organes de l'économie : classons-les par appareils.

Foie. — Avant tout et à peu près chez tous — des signes manifestes d'insuffisance hépatique depuis la simple odeur d'haleine, la langue constamment saburrale, la sensibilité, parfois la douleur de l'hypochondre droit, jusqu'aux troubles plus graves d'intoxication avec crises de vomissements, poussées d'urticaire, de constipation, accès fébriles, etc...

Je note la fréquence de ces signes hépatiques sur 95 % des asthmatiques affirmés : *a*) et sur 60 % des fragiles bronchiques : *b*). Sur ces 413 malades (a + b) je note, en effet, 350 insuffisants du foie, soit en moyenne 85 %.

Peau. — Le prurigo de Hébra domine en nombre ; mais très fréquemment aussi l'eczéma simple ou infecté, l'ichtyose, quelques psoriasis.

Dans la somme des trois groupes : a + b + c = 50 à 60 %.

Dentition. — Dans un nombre impressionnant de cas, je note des troubles dentaires allant de malplantations, de déformations des maxillaires jusqu'à une véritable pourriture des éléments de première dentition, ces dents aux trois quarts rongées rappelant les vieux bois piqués aux vers : une dentition vermoulue.

Plus de 50 % de ces enfants (a + b + c) sont affligés d'une bouche abominable, souvent avec poussées de gingivite qui provoque ou entretient des troubles digestifs, mais qui, en outre, rend précaire l'évolution des dents de remplacement et aussi l'éclosion de la dent de 12 ans.

Là, comme pour la peau, il s'agit certainement de troubles trophiques en rapports étroits avec le système nerveux grand sympathique.

Glandes. — Une proportion importante de ces enfants — également supérieure à 50 % — présente, sous une forme plus ou moins nette, des troubles fonctionnels de plusieurs glandes endocrines. C'est la plupart du temps la carence des surrénales qui domine la scène. Ces enfants maigres, bronzés, noireauds ont sur les flancs ou le dos la peau gris sale, brunissement sans aucun rapport avec l'action actinique des rayons solaires sur l'épiderme découvert.

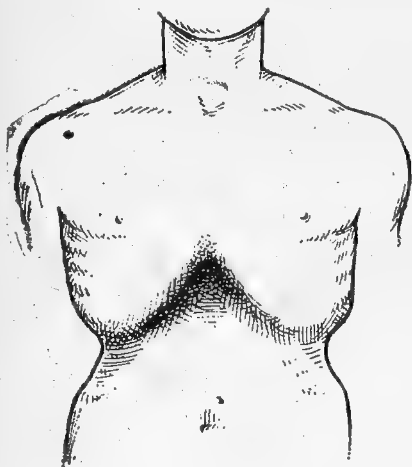
Parfois, au contraire, quoique moins fréquemment, il s'agit de gros gaillards polysarciques dont la thyroïde et surtout les glandes sexuelles sont en sérieux retard : cryptorchides uni ou bilatéraux.

Parfois enfin, il y a dysfonctionnement probable de l'hypophyse : enfants démesurément longs et minces — véritables échalas — en avance de 3, 4 et jusqu'à 5 ans sur la taille moyenne de l'âge. Enfants du type « faucheux », comme les désignent souvent les parents eux-mêmes, plaisantant la disproportion de leurs membres dignes de l'arachnide de ce nom.

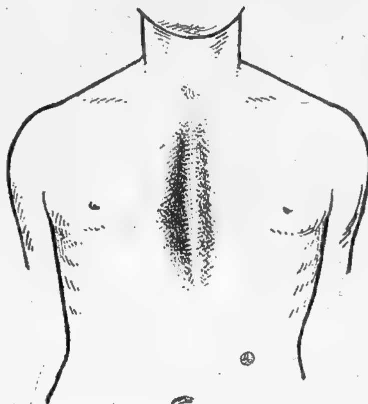
Nerfs. — En outre des troubles trophiques déjà signalés, on constate sur la plupart de ces enfants, un déséquilibre manifeste de leurs réactions nerveuses générales : ce sont des excitations anormales, de l'agitation morbide, des tics multiples, du strabisme, des retards intellectuels, de l'énurésis, de la fatigabilité (A. Boudry), etc...

Squelette. — C'est surtout ce signe qui frappe par sa fréquence. C'est aussi celui qui saute aux yeux les moins avertis. Parmi ces manifestations, les plus constantes sont celles qui intéressent le thorax.

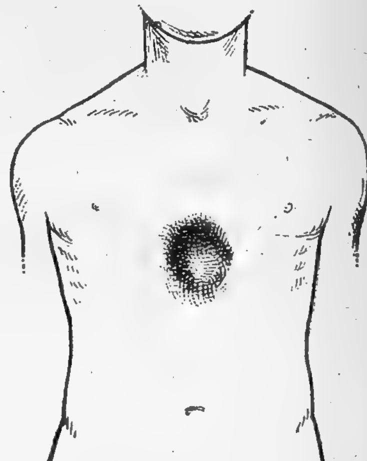
La déformation la plus courante est le thorax en entonnoir avec retrait accentué des fausses côtes ou des côtes inférieures. Il doit intervenir là des influences mécaniques, le diaphragme rétractant un thorax trop plastique et provoquant ces méplats latéraux tout à fait caractéristiques.



N° 1. — Thorax en entonnoir.



N° 2. — Sternum en gouttière.



N° 3. — Enfoncement cratériform du sternum.

Une autre déformation très fréquente également est la rétraction infundibulaire du sternum. Cet enfoncement siège, en général, au tiers intérieur de cet os et au-dessus de l'appendice xyphoïde ; il réalise plus ou moins net l'aspect d'un cratère volcanique.

On retrouve d'ailleurs aussi les manifestations classiques du rachitisme sur plusieurs des os longs ou des os plats.

Parmi les 204 enfants du groupe *a*) — (asthmatiques confirmés) — j'ai noté 44 porteurs de ces troubles squelettiques nonobstant les troubles dentaires, glandulaires, cutanés, etc., soit une proportion de 22 %.

***

Cette fraction importante de jeunes sujets présentant à la fois des symptômes osseux, dentai-

res, cutanés, glandulaires, nerveux, dystrophiques, etc., et de l'asthme par surcroît, me convainquent de plus en plus qu'il s'agit là d'un syndrome très défini et dont l'explication pathogénique ne saurait se satisfaire des étiquettes simplistes de jadis et dont surtout la thérapeutique ne saurait se restreindre — comme certains médecins s'y tiennent — à des soins exclusivement pulmonaires — moutarde, potion —, elle doit, au contraire, tenir compte d'un facteur plus général, d'une dyscrasie plus profonde, disons congénitale.

Ce qui frappe, en effet, dans l'histoire de la plupart de ces malades, c'est que, si l'on retrouve évidemment quelques cas d'asthme familial dans l'ascendance directe (père ou mère, oncles ou tantes) — pas régulièrement d'ailleurs — par contre, surtout pour les types les plus caractérisés, les plus complets, ceux qui présentent toute la lyre, osseuse, dentaire, hépatique, glandulaire, cutanée, nerveuse, chez tous ces dyscrasiques généraux et dans la proportion de 90 %, on note dans leurs antécédents, plus ou moins éloignés, des hémiplégies, des aortites, des angines de poitrine, tantôt chez un grand-père, chez une grand-mère, tantôt chez un aïeul ou aïeule morts de cette affection avant ou aux alentours de la cinquantaine. Chez leur mère : des vomissements incoercibles, une ou plusieurs fausse-couches. Eux-mêmes enfin sont souvent des prématurés.

Et, si besoin était, la thérapeutique apporterait en outre un élément nouveau à ces présomptions.

Le médicament qui, de beaucoup, réussit le mieux chez tous ces mal bâtis, chez ces tarés, c'est l'arsenic et il n'est un secret pour personne que les succès les plus brillants sont obtenus chez eux avec la gamme des arsenicaux en les alternant ou les mélangeant avec les iodiques et les hydrargyriques.

Bien entendu, aucun test sérologique, quel qu'il soit, ne révèle jamais la nature pourtant certaine de ces troubles, de ce syndrome plus ou moins complet, plus ou moins généralisé.

Bordet-Wassermann, Hecht., etc., même avec réactivation, restent toujours — quand on peut les faire accepter — rigoureusement muets.

Comme de règle, l'épreuve de touche thérapeutique demeure le seul test qui ne ment pas... *Curationes ostendunt...*

***

La transformation de ces enfants sous l'influence des cures arsenicales — qu'elles soient hydrominérales, qu'elles soient pharmaceutiques et sous-cutanées (acétylarsan en particulier) et mieux encore la première alternant avec les autres, grâce aussi à l'association de mercuriaux et d'iodiques, etc., — cette transformation se montre trop constante, trop évidente pour qu'il y ait à douter de la nature de ces dyscrasies qui impressionnent, peut-on dire, l'économie toute entière de l'enfant.

Il y a déjà longtemps que notre vieux et respecté maître Comby, se refusant à admettre l'asthme infantile dans le chapitre « poumons » écrivait dans le Grand Traité des Maladies de l'Enfance de Grancher : « L'asthme n'est pas une maladie des voies respiratoires, c'est une maladie générale de la nutrition ».

Le complexe symptomatique qui l'accompagne du côté du foie, du squelette, du derme, des glandes, du système nerveux général, situe nettement ces troubles dans le cadre des dyscrasies congénitales et, en tous cas, il réserve aux arsenicaux, associés ou non aux iodiques et aux mercuriaux, un rôle électif dans l'atténuation de cet ensemble de troubles pathologiques.

Leur origine, sûrement lointaine, souvent de troisième ou quatrième génération, doit être constamment évoquée par nous.

Faut-il, avec Comby et tant d'autres, parler d'« arthritisme », de « neuro-arthritisme » ? Certes, il le faut bien, ne fut-ce que pour apaiser, par ce commode euphémisme, l'amour-propre un peu chatouilleux des familles.

Quant à nous, ne nous laissons pas tromper par les mots et agissons dans le sens le plus favorable au succès de nos efforts. L'enjeu en vaut la peine. Administrons l'arsenic — même chez les insuffisants hépatiques — avec toute la prudence requise naturellement. Ajoutons du calomel pour en neutraliser au besoin la nocivité et.. à toutes autres fins utiles. Brodons sur ce thème nos variations thérapeutiques avec des notations iodiques et hydrargyriques les plus savamment dissimulées (élixirs, Robs et sirops aux noms sympathiques et toujours discrets) et, sans avoir prononcé de vocable compromettant nous aurons enrayé ces crises asthmatiformes, cet asthme plus ou moins réalisé, ces bronchites à répétition ; nous aurons calmé les dermes irrités, stimulé les glandes paresseuses, amélioré ces déformations osseuses, calmé les tics invétérés, rééquilibré ces nerfs irrités. Et, de la sorte, de ces enfants dyscrasiques généralisés, profondément touchés dans leur état général, nous ferons des adolescents moins vulnérables, s'adaptant à une vie scolaire, jusque là impossible et nous préparerons des adultes capables de remplir leur rôle physique et moral dans la société et dans la famille.



LE ROLE DU RADIUM ET DE LA CHIRURGIE DANS LE TRAITEMENT DES CANCERS UTÉRINS

Au point de vue traitement on oppose, en général, les cancers du col, qui relèvent du radium et des rayons X, aux cancers du corps, qui sont réservés à la chirurgie. Mais la question ne se pose pas toujours aussi simplement. Depuis près de quinze ans, M. E. WALLON (1) a eu l'occasion d'examiner plus de 2.000 cas de cancers utérins au Centre anticancéreux de la Salpêtrière. L'expérience lui a montré que le problème était plus compliqué, et que, bien souvent, il y avait intérêt à faire intervenir le radium et la chirurgie aussi bien dans les cancers du col que dans les cancers du corps, soit en un temps, soit en deux temps séparés. Dans certains cas très graves, E. Wallon a été conduit à imaginer une technique spéciale, où radium et chirurgie associent leurs efforts.

Voici un résumé des différentes espèces de cancers utérins, avec leurs indications thérapeutiques de l'un et l'autre de ces facteurs.

Dans les *cancers du col non compliqués,* la curiethérapie est le traitement de choix, l'utérus et le vagin se prêtant parfaitement à une application du radium intracavitaire. *Dans les cancers du col, compliqués de salpingite,* il faut commencer par pratiquer une salpingectomie en se bornant à intervenir sur les annexes. L'utérus sera laissé en place, et, trois semaines après, le radium sera entrepris suivant la méthode habituelle. Dans le cancer du col, pour lequel on *craint* une récidive après radium, parce que le traitement intra-utérin aura été insuffisant, en raison d'une poussée fébrile, ou d'une imperméabilité du col ou pour toute autre cause, on doit redouter une stérilisation incomplète du néoplasme ; il est donc préférable de supprimer l'utérus suspect. Il est aussi des *cancers du col récidivés* après curiethérapie, pour lesquels il est logique d'admettre qu'une deuxième application ne donnerait pas de meilleur résultat. Certains cancers du col sont *inopérables* pour des raisons indépendantes de l'extension de la tumeur (obésité, état du cœur, etc.) ; mais il est aussi difficile de savoir alors jusqu'à quel point le néoplasme a envahi le muscle utérin : dans ces conditions peut-être la fonte de la tumeur, après curiethérapie, risquerait-elle de déterminer une péritonite suraiguë ; de là une contre-indication du radium. Lorsque le cancer *du corps a envahi le col,* la chirurgie est dangereuse et la seule ressource devient la curiethérapie ou la rœntgenthérapie. Si c'est seulement l'envahissement du col qui a fait renoncer à l'acte opératoire, une conduite de prudence consistera à se contenter de cicatriser l'ulcération néoplasique par une simple application vaginale ; consécutivement, une hystérectomie sera faite avec le minimum de risques.

Les formes les plus graves sont constituées par les *cancers avancés ou compliqués* : cancer coexistant avec un fibrome irrégulier ou une masse annexielle, cancer à diagnostic imprécis.

Ce groupe comprend les formes les plus graves. Il n'est pas rare de voir l'évolution s'accompagner de température. Malgré un examen minutieux, on ne sait que décider. La chirurgie est impossible à cause de l'extension des lésions. Le radium est dangereux en raison de l'incertitude du diagnostic, du risque de complication grave.

C'est, pour de tels cas, que M. E. Wallon a pensé que l'on pouvait tenter l'**association de la chirurgie et du radium** : le radium et la chirurgie agissant simultanément. La chirurgie permet de voir l'étendue des lésions. Si l'on constate la présence de noyaux métastatiques sur le péritoine ou sur les organes voisins, on se borne à une simple laparotomie exploratrice. Cependant un diagnostic incertain peut se préciser par la laparotomie, qui révèle des lésions certes étendues, mais sur lesquelles on peut agir avec quelques chances de succès.

Ces cas difficiles se présentent sous la forme soit d'un utérus volumineux (fibrome avec grande cavité irrégulière ; pyomètre ; hématomètre ; utérus envahi en masse), soit d'un utérus de volume normal soudé à une masse annexielle (le plus souvent pyosalpinx). Il n'est pas douteux que la curiethérapie entreprise dans de telles conditions aurait conduit à des désastres.

Ces constatations étant faites, quelle conduite va-t-on tenir ? La chirurgie n'aurait pas la moindre chance de succès, et on sait à quel point le radium employé seul serait dangereux.

Reste donc une solution mixte. La chirurgie aura pour but de supprimer l'utérus ou les masses voisines, qui risquent de déterminer des complications et qui gênent l'application de radium. Ensuite, les foyers radio-actifs seront mis au contact de l'infiltration néoplasique, en sorte que l'irradiation atteigne, dans la mesure du possible, tous les prolongements suspects, sans risquer de léser les organes voisins.

(1) *La Presse médicale,* 10 mars 1937.

LA PETITE CHIRURGIE AU GOÛT DU JOUR



Sur la thérapeutique des furoncles et des anthrax

D'après le Docteur L. DIAMANT-BERGER (1)

DE L'IMPORTANCE PRÉPONDÉRANTE DU TRAITEMENT GÉNÉRAL

Quand il s'agit de traiter des furoncles ou des anthrax, on s'aperçoit que peu d'affections, aussi fréquentes et aussi redoutables, sont l'objet d'autant de divergences d'opinions : « Incisez au plus tôt. — Surtout n'y touchez pas. — Faites du vaccin, du bactériophage, des rayons. — Le vaccin ne sert à rien. — Faites des pansements humides. — Surtout pas de pansements humides, etc...

Or, il est bien certain que la thérapeutique de cette lésion n'est pas seulement locale, mais que le traitement général l'emporte de beaucoup en importance. Et, si l'on sait parfaitement bien que les anthrax et les furoncles se développent avec prédilection chez les gens fatigués, surmenés, préoccupés, — il n'en est pas moins vrai que *peu de médecins* prescrivent à leurs malades un repos absolu, et même les alitent délibérément dans les cas graves ou rebelles. La chose est pourtant essentielle, pour obtenir certaines guérisons.

De même, on ne se préoccupe pas assez des intoxications, qui sont très fréquentes : une mauvaise alimentation, des excès alcooliques etc. On néglige volontiers : l'ur mie ; les cas de déficience organique évidente, ou de cachexie ; glycémie et le diabète.

Autrefois, on se contentait de rechercher le sucre dans l'ur ne, et de dire : pas de sucre, pas de diabète. C'est là une erreur ; il faut étudier en plus la glycémie, au même titre que l'urémie. La présence de sucre dans l'urine est une chose trompeuse : il y a des glycosuries alimentaires ; il y a chez les nourrices et les femmes enceintes des lactosuries ; on voit des cas de glycosuries par insuffisance rénale, etc... Or, il existe des cas d'hyperglycémie sans glycosurie, qui peuvent, si l'on ne fait la recherche du sang, être des diabètes d'autant plus graves que méconnus.

Une notion mérite toute l'attention, c'est que la glycémie peut être dangereuse aussi bien par défaut que par excès ; ce qui ruine l'idée habituelle, assez simpliste, que le staphylocoque aime le sucre et pousse bien dans le tissu diabétique, parce que c'est un milieu hypersucré. Le Docteur Diamant-Berger a pu ainsi observer un anthrax grave de la nuque avec hypoglycémie, et le sujet n'a été sauvé que grâce à l'administration de sérum glucosé. Cette relation établit au moins un fait : il existe un taux de glycémie, dont il ne faut pas plus s'écarter *au-dessous qu'au-dessus*, si l'organisme veut être dans les meilleures conditions de défense contre le staphylocoque. Pareille observation montre combien il pourrait être *dangereux de faire de l'insuline sans être certain du taux de la glycémie* ; l'addition de glucose est susceptible d'exercer un pouvoir thérapeutique aussi remarquable et rapide que sa soustraction par une thérapeutique insulinique.

Enfin, un furoncle ou un anthrax, lésion locale, doit toujours *faire craindre une septicémie*, avec apparition de lésions staphylococciques à distance : phlegmons péri-néphrétiques ou ostéomyélites. Tout le monde également redoute les grandes septicémies, parfois si rapidement mortelles dans certains furoncles de la face.

Le retentissement du furoncle sur l'état général fait parfois suite à son incision. Exemples :

1° Un homme de 30 ans, à qui on incise un furoncle de l'avant-bras, le presse lui-même par la suite, sans aucun soulagement ; au contraire, non seulement le furoncle devient anthrax, mais il se produit une ostéomyélite du radius.

2° Après un furoncle du menton, un jeune homme de 15 ans fait une ostéomyélite du maxillaire inférieur, à laquelle il succombe.

Contre pareille septicémie en puissance, il faut la vaccination sous-cutanée, qui non seulement s'oppose à la septicémie, mais encore apporte un soulagement local presque immédiat. Vaccination spécifique, ou, polyvalente ? L'anatoxine est venue résoudre cette question par son extraordinaire efficacité.

Dans le quart d'heure qui suivit l'injection d'anatoxine, pour un furoncle de l'aile du nez, avec tuméfaction et œdème, fièvre et frissons. les douleurs s'arrêtèrent net ; le lendemain, tout était rentré dans l'ordre ; deux ou trois jours après, le bourbillon était éliminé.

Au début de la méthode, on a signalé des accidents : évidemment, c'est un traitement brutal, car l'injection est douloureuse, le choc souvent marqué ; mais on peut l'employer couramment dans les cas graves avec le plus grand succès.

(1) *Le Bulletin médical*, 20 mars 1937.

QUANT AU TRAITEMENT LOCAL, SAVOIR RÉSISTER AU DÉSIR DE FAIRE QUELQUE CHOSE

La plupart des anthrax ne sont que des furoncles aggravés par une thérapeutique intempestive. En particulier, la cautérisation d'un furoncle par une pointe de feu paraît un acte inutile et dangereux ; il n'apporte pas de soulagement, ne donne pas issue à un pus qui n'existe pas ; il ne stérilise rien du tout, et ne peut que diminuer la vitalité des tissus voisins, alors qu'au contraire le besoin d'une réaction de défense naturelle se fait particulièrement sentir.

Il ne faut sous aucun prétexte toucher *précocement* à un furoncle, ni à un anthrax. De même que c'est une erreur d'opérer trop tôt, c'est également une erreur d'opérer incomplètement, et le jour où l'on estime qu'un anthrax est arrivé à un état de maturité suffisant pour intervenir; il faut extirper la lésion en totalité, et ne pas se contenter d'une simple incision. C'est tout ou rien. L'opération peut se faire au bistouri, aux ciseaux, et à la curette ; mais il est certain que l'emploi du bistouri électrique présente des avantages considérables : il permet d'opérer sans hémorragie car, au fur et à mesure de la section, les tissus se trouvent protégés par la coagulation.

La question de l'anesthésie joue un grand rôle. Le jet de chlorure d'éthyle est insuffisant, et, en fait d'anesthésie locale, il n'amène qu'une douleur supplémentaire. L'anesthésie par injection de novocaïne, dans certaines formes localis es, reposant sur des tissus souples, est possible. Mais habituellement une anesthésie générale est indispensable au chlorure d'éthyle ; le protoxyde d'azote, dans ce cas, favorise l'hémorragie, et surtout il est inapplicable pour les anthrax de la nuque, à cause du mas que : or, ce sont de beaucoup les plus nombreux que l'on ait à opérer.

La question des pansements est très importants ; la plupart de ces malades s'habillent et sortent, et, d'autre part, les furoncles se trouvent dans des endroits difficiles à panser. Il faut renoncer complètement aux pansements collants, car ils créent une pression constante sur le point le plus sensible du furoncle, irritent la peau du voisinage, et favorisent certainement l'essaimage.

Les pansements humides apportent un soulagement, mais ils favorisent aussi la dissémination. Au contraire, les pansements à base de vaccin sont les plus indiqués. Les vaccins sous orme liquide paraissent plus efficaces que les vaccins gras, mais ils sont d'un emploi un peu moins facile et un peu plus coûteux. Ils doivent être utilisés dans les premiers jours, pendant toute la période de maturation ; on peut avec profit les alterner avec des pulvérisations, qui apportent toujours un très grand soulagement, et sont particulièrement recommandables au moment de la période d'élimination du bourbillon. Pendant la période de cicatrisation, les vaccins cessent d'être indispensables ; à ce moment mettre n'importe quel médicament.

L'application de bactériophage est tout à fait délicate ; enfin, il faut une grande habitude pour l'injecter dans la lésion sans provoquer de douleurs, d'autant plus vives que l'on intervient plus précocement. Il est certain que des mains exercées obtiennent des résultats excellents ; mais ce n'est jamais qu'un traitement local, qui ne connaît pas que des succès, et ne saurait être considéré comme une panacée universelle. Enfin, il ne dispense pas de faire un traitement général adéquat et de la vaccinothérapie (même s'il ne s'agit pas d'un « vaccin » à proprement parler).

L'actinothérapie ultra-violette paraît très indiquée dans les furonculoses chroniques, où elle a une action complexe, peut-être due à la désinfection cutanée, surtout à l'amélioration de l'état général.

Quant à la question des furoncles de la lèvre supérieure et de l'aile du nez, c'est un cas des plus angoissants de la thérapeutique, car on a l'impression d'être absolument désarmé ; l'anatoxine est absolument indiquée.

En résumé, il faut faire passer au premier plan le traitement du terrain, et la vaccinothérapie. Dans les cas graves, on peut employer l'anatoxine, dans les cas légers, un vaccin polyvalent peu choquant, dans les cas chroniques et rebelles, un auto-vaccin.

Au point de vue des indications chirurgicales, il faut s'abstenir complètement de tout acte opératoire dans les furoncles. On se bornera à extraire le bourbillon une fois mûr, au moyen d'une petite pince à disséquer sans griffes. Dans les anthrax, on attendra qu'ils soient bien mûrs, c'est-à-dire qu'ils aient pris un aspect circonscrit, et que, par les orifices, on aperçoive un bourbillon bien blanc et consistant ; à ce moment, c'est vers le septième jour, on rendra le plus grand service au malade en réséquant sous anesthésie générale, au chlorure d'éthyle, et au bistouri électrique de préférence, la totalité de la lésion.

G. FISCHER.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Les constipations. Leur orientation crénologique

Résumant les symptômes morbides cardinaux des « constipations », le Docteurs J.-H. Dumont, de Plombières et F. Decaux, trouvent : de la constipation, de la douleur, du spasme, de la colite avec son cortège pathologique et ses complications, un dysfonctionnement endocrinien, un déséquilibre des systèmes sympathiques et associés.

D'autre part, il s constatent que dans la constipation quelqu'en soit le type, finalement, il s'agit toujours de perturbations de la motricité, d'une insuffisance de la fonction musculaire ou d'hyperpéristaltisme facteur de spasmes. Quelle que soit la pathogénie de ces troubles le résultat en est le même : il se traduit par un ralentissement du transit ; et dans la pratique, on qualifie de trop prolongé un transit, qui dure plus de trente-six heures.

De l'exposé fait par les auteurs, il résulte, d'une part, que dans la pathogénie des constipations et des troubles concomitants, les systèmes sympathiques et associés, les endocrines, jouent un rôle de tout premier plan ; d'autre part que la médication thermale envisagée, devra tendre à rétablir le tonus musculaire, la synergie des contractions, l'harmonieux fonctionnement des sécrétions glandulaires ainsi que du système nerveux vago-sympathique, de même qu'il lui faudra calmer la spasmodicité et la douleur, lutter contre la colite en pansant, en désinfectant le côlon malade. Dans cet ordre d'idées, il faut distinguer des eaux laxatives (Brides, Contrexéville), des eaux régulatrice (Châtel-Guyon) et des eaux sédatives (Plombières, Néris, Luxeuil). De la station de Plombières, notamment, relèveront les constipés chez lesquels un examen attentif montrera l'existence, au premier plan de la douleur, du spasme, d'une altération dans le sens hypertonique du rythme de la motricité, le tout en relation avec une dystonie neuro-endocrinienne chez un sujet particulièrement sensible dont le tempérament relève de « l'hérédité neuro-végétative ». (*Journ. de Méd. et de Chir. Prat.*, 10 avril 1937.)

La méningite bénigne des porchers

Après une mise au point de cette intéressante question, le Docteur G. Charieux conclut : La méningite des porchers constitue une individualité certaine parmi les méningites aiguës bénignes. L'agent de contagion paraît bien être le porc. Cette maladie sévit surtout en Haute-Savoie et dans certains cantons suisses. Son agent causal paraît bien être un virus filtrant isolé par P. Durand qui reproduit expérimentalement la maladie chez l'homme. Cette maladie est caractérisée par des signes d'infection générale et des signes méningés. Il est possible que la méningite des porchers ne soit que la forme méningée de cette septicémie et qu'il faudra décrire, non pas la méningite des porchers, mais la « maladie ou fièvre des porchers ». (*La Presse Médicale*, 24 mars 1937.

Injection de post-hypophyse directement dans la paroi utérine

Le Docteur J. Courtois et P. L. Gérard ont réalisé plusieurs fois cette méthode préconisée par Lantuéjoul et par Brindeau. Celle-ci doit être appliquée avec une asepsie extrême. Elle peut se faire soit lors des césariennes, lors d'une intervention, par voie basse, en piquant le col, soit encore à la suite d'une hémorragie de la délivrance par voie directe transabdominale, en refoulant la vessie et l'intestin. La main intra-utérine permet de vérifier que l'aiguille est bien dans la paroi utérine. Cette injection agit presque instantanément, mais sa durée est brève ; d'où la nécessité de faire en même temps une injection sous-cutanée d'hypophyse. L'effet est alors durable et satisfaisant. (*Bull. Synd. Médical de Seine-et-Oise*, novembre 1936.)

Le rôle des glandes parathyroïdes en pathologie osseuse

Comme conclusion d'un exposé très détaillé et très documenté, le Docteur J. Decourt croit pouvoir formuler les trois propositions suivantes:

1° Le rôle des glandes parathyroïdes au cours de l'ostéite fibro-kystique de Recklinghausen n'est plus à démontrer. Cette affection est la conséquence d'un hyperfonctionnement des parathyroïdes, lié lui-même au développement d'un ou plusieurs adénomes parathyroïdiens. Elle peut être expérimentalement réalisée chez l'animal par des injections répétées de parathormone. L'ablation de l'adénome parathyroïdien est le seul traitement logique et efficace de la maladie ;

2° Le rachitisme et l'ostéomalacie ne sont pas d'origine parathyroïdienne. Mais on peut obser-

ver, au cours de ces affections, une hyperplasie diffuse de l'appareil parathyroïdien. Cette hyperplasie, qui disparaît lorsqu'il est porté remède à la carence calcique, est d'origine réactionnelle. Elle a pour rôle de maintenir à un taux compatible avec la vie, la teneur en calcium des humeurs et des tissus. Mais cette mobilisation du calcium se fait aux dépens du squelette, si bien qu'elle contribue secondairement à aggraver les lésions osseuses ;

3° La physiopathologie de la maladie osseuse de Paget nous est encore inconnue, mais paraît complètement indépendante de toute intervention des parathyroïdes. (*Le Progrès Médical*, 20 mars 1937.)

Etude des cas de fièvre ondulante de Ménil-Flin

En Meurthe-et-Moselle, seules les espèces ovines et bovines ont été à l'origine des 152 cas de fièvre ondulante, découverts et étudiés entre le début de 1931 et le 31 décembre 1935. La brucellose épidémique, inconnue dans cette région jusqu'en 1929, a été introduite par des moutons importés du midi de la France et d'Algérie. La variété mélitensis détermina l'éclosion d'épizooties ovines suivies d'épidémies ; des vaches se contaminèrent probablement par la suite auprès de moutons infectés. D'après la relation des Docteurs Robert-Levy et M. Arnoux, dans la commune de Menil-Flin, des moutons atteints de mélitococcie déterminèrent l'éclosion d'un cas de fièvre ondulante et d'une épizootie de brucellose bovine. Les vaches provoquèrent à leur tour l'apparition de trois atteintes humaines.

Les quatre cas de fièvre ondulante dépistés à Menil-Flin en mai, juin et juillet 1935, ont ainsi été directement contractés auprès de moutons atteints de mélitococcie ou de vaches dont la brucellose, d'origine ovine probable, fut confirmée par l'existence d'avortements et la positivité des lacto-séro-réactions spécifiques. Les quatre malades avaient « mis la main » aux animaux lors des mises bas ou des avortements. L'histoire de cette épidémie doit encore contribuer à réduire l'importance de la contamination par l'absorption de lait ou de produits laitiers, à laquelle les auteurs classiques, reproduisant fidèlement les assertions des premiers chercheurs, accordent toujours, à tort, une part prépondérante. (*Rev Médic. de Nancy*, 15 février 1937.)

La mesure de la vitesse circulatoire en clinique

Le Docteur P. Marchandise expose que la mesure de la vitesse circulatoire, par sa simplicité, son innocuité, et son importance diagnostique, mérite de passer dans la pratique courante. La mesure est mise en œuvre avec des produits sapides, en particulier avec la saccharinate de soude : on en injecte trois à cinq centimètres cubes suivant qu'il s'agit d'un sujet maigre ou d'un obèse. C'est au malade d'accuser aussitôt qu'il la ressent la saveur sucrée. On peut considérer la vitesse circulatoire comme pathologique, si le délai de cette perception atteint 18 secondes, ou s'il est seulement de 8 secondes.

Le ralentissement de la vitesse circulatoire paraît constant dans l'insuffisance cardiaque. La recherche de ce test est d'une importance considérable.

Dans les cas nets d'insuffisance cardiaque, la mesure de la vitesse circulatoire aide le clinicien à apprécier le degré et les variations évolutives de l'insuffisance cardiaque. Quand le diagnostic d'insuffisance cardiaque, reste plus ou moins hésitant, elle apporte à elle seule un renseignement d'importance capitale en général décisif. L'origine du ralentissement de la vitesse circulatoire par le saccharinate dans l'encombrement vasculaire progressif (hyposystolie, asystolie) réside exclusivement ou surtout dans les petits vaisseaux de la circulation pulmonaire. (*Bruxelles-Médical*, 18 avril 1937.)

Un nouveau traitement des abcès du poumon

Sous ce titre, le Docteur Levy-Deker décrit le drainage au moyen de la sonde souple à double courant. Après anesthésie locale des plus minimes, il est aisé d'introduire par voie nasale une sonde molle, opaque aux rayons X, que l'on conduit sous le contrôle de l'écran jusqu'au niveau des bronches primaires et secondaires.

Cette sonde permet le drainage bronchique. En le combinant ou non au lavage, on peut aspirer les sécrétions broncho-pulmonaires dans la bacillose, les dilatations bronchiques, les abcès du poumon.

Cette méthode présente sur la bronchoscopie des avantages nombreux, en particulier, son innocuité, sa portée et son champ d'action beaucoup plus étendus. (*Bulletin général de Thérapeutique*, n° 10, 1936.)

Le signe du trapèze dans les tumeurs de la fosse cérébrale postérieure

En résumé de leur travail, MM. H. Roger, Marcel Arnaud et J.-E. Paillas estiment que dans les tumeurs de la fosse cérébrale postérieure on peut trouver une hypotonie unilatérale ou une douleur au pincement de la corde du trapèze. Ce signe paraît dû à l'engagement des amygdales cérébelleuses et à la souffrance du spinal et des premières racines cervicales. Il a une certaine valeur diagnostique, plaidant en faveur d'une tumeur homolatérale de l'étage postérieur. Il peut cependant se rencontrer dans des cas de tumeur d'autre siège, s'accompagnant d'une grosse hypertension intracranienne et d'engorgement des amygdales cérébelleuses. (*La Presse Médicale*, 13 mars 1937.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

La défense contre le moustique de fosse d'aisance

(M. J. LEGENDRE ; 27-4-1937)

Le moustique de fosse d'aisance ou stercoraire, découvert par M. J. Legendre, à La Rochelle, est une variété domestique très agressive du moustique commun, *culex pipiens*. Il naît en essaims considérables dans la fosse à contenu liquide des cabinets à chasse d'eau. Ses générations en sortent pendant neuf mois pour envahir les habitations et piquer l'homme jusqu'en décembre et même janvier.

A plusieurs reprises, M. Legendre a présenté des communications à l'Académie de médecine sur cette question.

Le moyen le plus simple de se protéger contre les dits moustiques est de les empêcher de sortir de la fosse où ils éclosent, ce qu'on obtient : en siphonant le siège du water-closet, le siège à clapet laissant échapper les moustiques ; en scellant au mortier ou au ciment le regard de la fosse ; en coiffant avec une toile métallique inoxydable, en laiton, l'extrémité du tuyau d'aération.

Cela suffit pour la fosse fixe et pour la fosse septique dont le trop plein aboutit à un puisard fermé. Mais si la fosse septique est branchée sur un égout pluvial il est nécessaire d'établir un siphon sur le conduit qui relie la fosse à l'égout pour éviter la sortie des moustiques par cette voie. De même, si un urinoir ou une baignoire s'évacue dans la fosse, un siphonage doit barrer la sortie aux moustiques qui savent découvrir toute issue pour aller vivre au contact de l'homme.

Il est inutile de déverser du pétrole, pour asphyxier les larves, dans les fosses pourvues de la défense mécanique puisque, si celle-ci est bien faite, elle empêche totalement les moustiques ailés de s'évader de la fosse. Le huilage n'est indiqué que si la fosse est dépourvue de défense mécanique.

La lutte contre les moustiques stercoraires doit bien entendu être poursuivie dans l'ensemble des maisons groupées, les moustiques d'une maison pouvant envahir les habitations voisines.

Sur la présence des vitamines C dans une écorce de l'Amérique du Sud, le chuchuhuasha

(MM. G. PERROT, MILLAT et COLAS ; 27-4-1937)

Les indigènes des Etats bordant le cours des affluents supérieurs de l'Amazone utilisent l'écorce de chuchuhuasha, à laquelle ils prêtent des propriétés toniques, fébrifuges et même aphrodisiaques. Ils l'emploient en macération.

MM. Perrot, Millat et Colas ont pu isoler dans les extraits de chuchuhuasha un glucoside de la vitamine C.

Maladie paralytique des poules et poliomyélite aiguë

(M. COTTE, de Romans ; 20-4-1937)

M. Cotte a étudié au point de vue bactériologique une maladie, à forme paralytique, des poussins et des jeunes poulets, maladie qui paraît offrir cliniquement quelque analogie avec la poliomyélite aiguë. Paralysies analogues, atrophies analogues. Même prédominance chez les sujets jeunes.

L'auteur a constaté, au cours de très nombreuses autopsies d'animaux ayant succombé à la maladie, la présence constante d'amas blancs à la surface interne de la boîte cranienne et des articulations, amas blancs contenant un microcoque à Gram positif, qu'il nomme M. albus gallinarum. Il émet l'hypothèse que ce microbe, agent de la paralysie de la volaille, pourrait aussi être l'agent de la poliomyélite. Les œufs, le lait sont parfois infectés par le micr. albus gallinarum. En période d'épidémie de paralysie de la volaille, les enfants pourraient être contagionnés par le lait et les œufs. Sans s'avancer plus sur ce terrain hypothétique, M. Cotte demande que ses travaux soient repris par d'autres chercheurs.

L'hygiène des piscines

(M. Yves KERMORGANT ; 6-4-1937)

S'il est utile de favoriser le développement de la natation, il importe aussi de songer aux inconvénients hygiéniques que les piscines peuvent offrir. Les baigneurs sont exposés à contracter dans ces établissements des affections diverses : spirochétoses, otites, conjonctivites, angines, rhino-pharyngites, dermatoses.

Dans les piscines, l'eau doit être pure à l'origine, renouvelée ou, pour la partie non renouvelée, purifiée. L'ammoniaco-chloration de l'eau, avec la production de chloramine qu'elle détermine, paraît plus recommandable que l'ozone et les U. V. pour cette purification. Il va sans dire qu'un contrôle bactériologique est nécessaire.

Il importe de faire l'éducation du baigneur. La piscine devra être construite dans l'avenir de telle façon qu'il soit impossible de pénétrer dans le bassin avant d'avoir passé par les salles de W.-C. et de nettoyage. Des amendes pourraient être exigées des contrevenants. En définitive une réglementation hygiénique devrait être établie et imposée aux piscines.

P. L.



SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

Complications intestinales spasmodiques au cours de l'anémie pernicieuse (faux rétrécissement, subocclusion)

(MM. P. EMILE-VEIL et MÉNÉTRIER ; 29-1-1937)

On connaît l'existence au cours du Biermer de fausses tumeurs gastriques, caractérisées cliniquement par des signes de rétrécissement du pylore et radiologiquement par un état lacunaire ou une amputation pylorique. Tout cet état gastrique de longue durée parfois peut disparaître totalement avec la guérison hépatothérapeutique du Biermer. Ces troubles semblent dus à des spasmes musculaires au cours de l'anémie pernicieuse chez des dyspeptiques stomacaux de date ancienne.

Les auteurs viennent d'en observer deux cas ; ils survinrent chez des sujets qui avaient, depuis des années, des troubles intestinaux, sans participation stomacale apparente. L'aspect symptomatique de ces complications fut différent dans les deux cas rapportés : l'un se présente comme un rétrécissement intestinal avec troubles physiques et fonctionnels durables, analogue en somme aux cas stomacaux ; l'autre comme une occlusion intestinale incomplète, à crises douloureuses, répétées pendant près de deux semaines. Une intervention opératoire eut lieu dans le premier cas, et sa nécessité discutée dans le second.

Il semble que les crises douloureuses, tant stomacales qu'intestinales, sont liées à des spasmes violents de la musculature intestinale, provoqués par de petites lésions de la muqueuse chez d'anciens dyspeptiques. La connaissance de ces faits est importante pour en faire un diagnostic précoce et éviter l'intervention chirurgicale à de tels malades, car ces cas guérissent spontanément lorsque le traitement fait cesser l'état sanguin anormal de l'anémie pernicieuse.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 12 mars 1937

Les médications dynamiques

M. R. GLÉNARD montre que, par suite des modifications intérieures qu'elles subissent à leur arrivée à l'air libre, les eaux minérales alcalines chaudes, même à doses faibles, constituent, à la source, une médication catalytique, vivante et comme dispensatrice d'énergie. Leur rôle n'est pas de combattre, sur le champ clos de l'organisme, de prétendues maladies autonomes, mais de stimuler les fonctions vers un retour à leur équilibre normal. Le résultat dépend de la nature des réactions de chaque malade et de la manière dont la cure leur est adaptée.

Traitement médical de la coxarthrie

M. J. SÉDILLOT présente d'abord deux malades dont les coxarthries étaient, cliniquement, aussi exactement semblables que possible, et qu'il a soumises à la même cure de désintoxication arthritique. Chez l'une, qui, antérieurement, avait subi, sans aucun résultat, le forage du col, le résultat de la cure a été nul. L'autre malade a eu une amélioration considérable, et peut mener aujourd'hui une existence normale.

M. SÉDILLOT en conclut que le forage n'agit sur l'élément douleur que par une dévitalisation du col, dangereuse pour l'avenir de l'articulation. Il présente un troisième coxarthrique, traité au cinquième mois d'évolution, et dont la guérison se maintient complète depuis vingt-deux mois.

Activité normale intermittente de l'estomac à jeun et diagnostic d'hypersécrétion continue

M. PRON estime que, du fait de la présence de suc gastrique, à jeun le matin, à l'état normal, le diagnostic d'hypersécrétion continue risque d'être aléatoire, le tubage pouvant être fait juste au moment où se produit la sécrétion passagère. L'existence du bruit de clapotage, la quantité de liquide extraite et surtout la composition de ce liquide, qui s'éloigne, le plus souvent, beaucoup de la normale, sont des signes qui permettent d'éviter l'erreur. L'absence de repos réel de l'estomac, en dehors des repas, ainsi que l'ont montré les recherches de JARNO et VANDORFY, doit inciter les médecins et les chirurgiens à ne pas mettre à la diète absolue les patients qui viennent d'avoir une hématémèse ou de subir une opération importante.

Morphologie cranio-faciale. Repérage en vue de la connaissance de la position de la tête dans l'espace

M. C. CLOQUE fait remarquer l'intérêt d'une connaissance précise de la position de la tête dans l'espace. Il établit les points de repères et les angles nécessaires à cet effet. Il fait ressortir l'intérêt de ces données en particulier pour les mensurations et les études radiologiques cranio-faciales.

Rhumatisme cardiaque évolutif marqué par une névrose cardiaque

M. A. PRUCHE expose et commente l'observation d'une malade depuis longtemps traitée pour névrose cardiaque, palpitations considérées comme sans gravité. Cette névrose cardiaque, réelle, à symptomatologie bruyante, masquait un rhumatisme cardiaque évolutif, dont les signes cliniques étaient réduits au minimum, mais caractérisé par de rares crises que l'électro-cardiogramme montrait être un fibrillo-flutter auriculaire et, à l'écran, par l'augmentation du volume des deux oreillettes et du ventricule droit. Le diagnostic de névrose cardiaque, insiste l'auteur, ne doit jamais être porté *a priori*, mais seulement par élimination, après examen intégral.

G. F.

Les Congrès

VIe CONGRÈS FRANÇAIS DE GYNÉCOLOGIE (1)

(Toulouse, 15-18 mai 1937)

Diagnostic biologique du cancer du col

Rapport de M. le Professeur Max Aron
de Strasbourg

Les méthodes biologiques de diagnostic du cancer ne paraissent pas avoir apporté, jusqu'à ce jour, de résultats rigoureux. Après avoir rappelé les incertitudes de la méthode de Botelho et de celle de Klein, M. Max Aron parle de sa méthode personnelle sur laquelle il fonde plus d'espoirs et qu'il soumet au contrôle des biologistes.

M. Max Aron est parti de cette hypothèse que des substances toxiques pouvaient être éliminées par l'urine chez les cancéreux, soit qu'elles proviennent des cellules néoplasiques dégénérées, soit pour tout autre motif. Utilisant comme antigène l'extrait urinaire en question et le mettant en présence de sérum du malade, on peut observer une réaction d'opacification ou de floculation. C'est cette réaction que recherche l'auteur.

Sur 155 sérums de cancéreux, il a obtenu :

124 réponses positives (80 %) ;
22 réponses douteuses (14 %) ;
9 réponses négatives (6 %).

Avec les cas non-cancéreux, sur 222 expériences, les résultats ont été :

6 réponses positives (3 %) ;
9 réponses douteuses (4 %) ;
207 réponses négatives (93 %).

Quelques notions étiologiques et anatomo-pathologiques sur le cancer du col de l'utérus

Rapport de MM. Xavier Bender et Xavier Colanéri
(de Paris)

Le cancer de l'utérus est très fréquent. Proportionnellement, il constitue chez la femme le plus répandu des cancers. Celui du col est beaucoup plus commun que celui du corps. Millot indique, sur 1.360 cancers utérins, 1.220 cancers du col et 140 cancers du corps.

Cette affection atteint son maximum de fréquence entre 40 et 60 ans. La statistique de Ducuing donne les chiffres suivants, pour 1.008 cas :

Entre	20 et 30 ans	24 cas
—	30 et 40 ans	119 —
—	40 et 50 ans	309 —
—	50 et 60 ans	357 —
—	60 et 70 ans	169 —
—	70 et 80 ans	29 —
—	80 et 90 ans	1 —

La question de l'influence de la grossesse sur le développement du cancer du col est controversée. On a dit que la stérilité prédisposait au cancer de l'utérus, mais il est plutôt admis que ce sont les grossesses nombreuses (deux et trois grossesses principalement) qui jouent ce rôle. Les traumatismes obstétricaux, les métrites, les ulcérations du col créent un terrain favorable. La leucoplasie du col constitue un état précancéreux important. L'hérédité cancéreuse peut intervenir comme dans toutes les néoplasies malignes.

Au point de vue anatomo-pathologique, on distingue : les épithéliomas cylindriques mucipares glandulaires (adénocarcinomes des Allemands), les épithéliomas épidermoïdes (spinocellulaires ou basocellulaires, ou mixtes).

Retentissement du cancer du col (non traité) sur l'appareil urinaire

Rapport de MM. E. Chauvin (Marseille),
M. Leroy (Paris) et B. Giscard (Toulouse)

Les tumeurs du col utérin progressent, dans leur marche inexorable, vers la vessie et l'uretère pelvien.

De très bonne heure, elles retentissent sur ces deux organes, indirectement, d'abord, par des troubles circulatoires ou inflammatoires. Elles les atteignent et les compriment ensuite. Elles les envahissent enfin.

Il semble que les atteintes de retentissement soient beaucoup plus fréquentes et surtout puissent être beaucoup plus précoces qu'il est classique de l'admettre. Pour l'uretère terminal, en effet, la chromocystoscopie et l'urétérographie rétrograde révèlent des troubles de la statique et de la dynamique, parfois nets, dans des tumeurs qui ont à peine franchi le premier degré de la classification internationale.

Par contre, l'envahissement néoplasique terminal paraît exceptionnel et en tout cas extrêmement tardif.

Au point de vue des indications opératoires, on peut ranger en trois groupes les cas soumis à un examen urologique et distinguer :

Des cas sans troubles urinaires ou avec lésions urinaires purement indirectes : circulatoires ou inflammatoires, dans lesquels l'acte chirurgical ne se heurtera à aucune difficulté.

(1) Voir *Concours Médical*, N° 22.

Des cas avec simple compression par une tumeur au contact ou légèrement adhérente et dans lesquels les difficultés de dissection seront d'autant plus grandes que ces adhérences seront plus étroites. Dans ces cas, la décision opératoire devra être sévèrement discutée.

Des cas avec envahissement néoplasique, pour lesquels toute tentative d'exérèse devra être rejetée.

D'autre part, les troubles dynamiques ou mécaniques apportés au fonctionnement urétéral par la tumeur cervicale peuvent compromettre gravement la fonction rénale et conduire la malade à l'urémie ou à l'anurie terminales.

Il est donc important, si l'on veut établir avec précision le bilan d'une cancéreuse du col, tant pour fixer la ligne de conduite opératoire que pour établir un pronostic rigoureux, de préciser l'atteinte de son appareil urinaire.

Un examen des urines renseignera sur le degré d'oligurie et sur l'état d'infection possible.

Une phénolsulfone donnera une idée suffisamment exacte du fonctionnement rénal.

Une cystoscopie après injection d'indigo-carmin confirmera ces renseignements. Elle décélera par la forme, l'énergie et le rythme des éjaculations les atteintes précoces de l'uretère pelvien. Elle fixera en outre sur l'état des parois dont les plissements accentués, séparés par des sillons profonds ainsi que l'œdème bulleux, doivent faire prévoir l'adhérence au néoplasme. Elle montrera le virage des méats dont une forte déviation à gauche doit faire craindre un envahissement accentué des paramètres.

L'urographie intraveineuse, qui donnera, dans les cas de stase urétéro-pyélique, surtout intéressants à déceler, des images toujours lisibles, dessinera le siège et les dimensions des urétéro-hydronéphroses.

Enfin, si l'on veut préciser avec exactitude l'état de l'uretère pelvien, on utilisera l'urétéro-pyélographie rétrograde. Celle-ci montrera le siège, la forme et le degré exacts des rétrécissements juxta-vésicaux. Très précocement, et avant toute atteinte directe de la paroi canaliculaire, elle permettra de déceler l'infiltration commençante des paramètres par le signe de redressement du segment juxta-vésical de l'uretère.

Traitement du cancer du col par la radiothérapie (rayons X et radium) et l'électro-coagulation

Rapport de MM. Pierre LEHMANN, de Paris et P. MARQUÈS, de Toulouse

Le cancer du col est une des formes les plus radiosensibles du cancer.

Quelle que soit la technique adoptée, la préparation des malades est importante avant le traitement. On se préoccupera de l'état général, de l'état du cœur, des poumons, des urines. On supprimera les médicaments métalliques (arsenic, mercure, iode), le traitement radiothérapique pouvant alors provoquer des phénomènes d'intolérance.

Au cours du traitement radiothérapique, on voit parfois survenir des accidents généraux ou locaux, dont l'apparition peut amener à modifier le plan du traitement. Le « mal des rayons », qui suit quelquefois les irradiations, se traduit par des nausées, des vomissements, de l'anorexie, des vertiges. Sans gravité par lui-même, il gêne l'alimentation. Le chlorure de calcium (0 gr. 50, trois à huit fois par jour), dans certains cas la belladone, l'adrénaline, sont indiqués. Avec la prolongation du traitement, on peut assister à des altérations plus graves de l'état général : anémie des rayons (moins fréquente et plus tardive qu'on ne l'a dit), fatigue musculaire, troubles cardiaques (arythmie, hypotension), et à des accidents locaux.

Indications et résultats : Au stade I, le pourcentage des guérisons de cancers du col, dans les diverses statistiques, est assez encourageant pour qu'on puisse conseiller le traitement par les radiations, aussi bien que la chirurgie. On réservera donc aux radiations tous les cas où se posera une contre-indication chirurgicale quelconque. Dans la moyenne des cas, on aura le choix entre les deux procédés.

On réservera, au contraire, à la chirurgie, tous les cancers peu radio-sensibles, et, en particulier, les adéno-épithéliomes et les cancers dans lesquels un premier traitement par les radiations — généralement mal réglé — a conduit à un échec. Des cancers, associés à une salpingite ou à un pyosalpinx, seront évidemment aussi du ressort de la chirurgie. Enfin, des cas de malformation utérine ou d'atrésie vaginale, rendant impossible la curiethérapie intracavitaire, pourront également être opérés ; cependant, il restera possible de les traiter par la rœntgenthérapie transabdominale.

Pour être certainement curatif, le traitement radiothérapique doit comprendre, même au stade I, non seulement la curiethérapie intracavitaire, mais la rœntgenthérapie transabdominale : on doit, en effet, toujours considérer comme atteints les paramètres et les régions ganglionnaires, qu'il est impossible de stériliser par la seule curiethérapie intracavitaire. Il conviendra toujours, de commencer le traitement par la rœntgen-thérapie externe, et, de ne pratiquer qu'ensuite le temps intracavitaire.

Aux stades II et III, le cancer doit être traité exclusivement par les radiations, rœntgenthérapie externe, puis curiethérapie intracavitaire, la première rendant la seconde possible, dans des cas où elle ne l'aurait pas été d'emblée.

Au stade IV, le traitement par les radiations comporte la rœntgenthérapie seule ; la curiethérapie locale devient inapplicable ou inutile. Les seules contre-indications des radiations sont tirées de l'état général, qui joue un rôle capital dans le résultat du traitement, ou d'une extension trop grande des lésions locales. Il vaut mieux ne pas commencer un traitement qu'on ne pourra pas conduire jusqu'au bout, chez des cachectiques, des tuberculeuses, des femmes présentant une tare viscérale grave ou une

infection sérieuse concomitante, chez des azotémiques, des diabétiques, des cardiaques. Localement, on doit penser à la possibilité d'une fistule, chez une femme dont la paroi vésico-vaginale ou recto-vaginale, envahie par le cancer, ne résisterait pas à l'action des radiations.

Dans des cas très avancés ou à métastases multiples, on pourra, cependant, encore recourir aux radiations sous forme de télérœntgenthérapie totale et, seule, une formule d'anémie prononcée contre-indiquera cette dernière forme d'irradiation, dont l'application devra être suivie et contrôlée par des examens hématologiques répétés.

En somme, dans le traitement du cancer du col, le domaine des radiations s'est considérablement étendu depuis dix ans, aussi bien du côté des cas opérables que du côté des cas avancés. Les progrès récents réalisés dans l'appareillage permettront, sans modification sensible des lignes générales de la technique, d'améliorer les résultats, même dans les cancers étendus.

Le radiologiste devra rester clinicien et se rappeler que la radiothérapie ne comporte pas, actuellement, dans ses données et dans ses applications, une précision mathématique, ni même physique ; « elle est encore, et sans doute pour un certain temps, un art plutôt qu'une science » (Lauritsen). Le gynécologue devra connaître l'étendue et les limites des moyens d'actions que les radiations mettent à sa disposition.

P. LACROIX

Les Livres

Les livres qui viennent de paraître...

Chez MASSON et Cie
120, Boulevard Saint-Germain

Traité de chirurgie orthopédique, publié sous la direction de L. OMBRÉDANNE et P. MATHIEU. Tome V : RACHIS, MEMBRE INFÉRIEUR (*suite et fin*). Un vol. (page 3778 à 4462), avec figures.

Editions LÉPINE

L'Année médicale pratique, XVIe année, édition 1937, publiée sous la direction de C. LIAN, agrégé, médecin de l'hôpital Tenon. Préface du Professeur E. SERGENT. Un vol. 680 p., 23 fig. Prix : 28 francs.

ÉDITION SOCIALE FRANÇAISE,
31, rue Guyot, Paris (XVIIe)

Le Guide de la jeune mère, par le Professeur P. LEREBOULLET, les Docteurs J. DAYRAS et Germaine DREYFUS-SÉE, Mlles DE LAMAZE et DEROS. Un vol. 170 pages, avec fig.

EXPANSION SCIENTIFIQUE FRANÇAISE,
23, rue du Cherche-Midi, Paris

Dr RONOT, de Bourbonne-les-Bains. — **Bourbonne-les-Bains**. Préface du Professeur Desgrez. Un vol. 160 pages, 18 fig. 11 cartes. Prix : 10 francs.

Contribution à l'étude des spasmes vasculaires, publié sous la direction du Professeur VILLARET et du prof. agrégé JUSTIN-BEZANÇON. Un vol. 268 pages, avec fig. Prix : 20 francs.

ALEXANDRIE

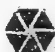
Imprimerie A. PROCACCIA,

Dr P. MODINOS, médecin en chef de l'hôpital européen d'Alexandrie. — **Les fièvres typho-exanthématiques en Egypte.** Un vol. 76 pages.

Plusieurs affections, confondues entre elles jusqu'à ces dernières années, sont apparues, grâce à de nombreux travaux, comme des entités morbides différentes. C'est le cas du groupe des maladies à RICKETTSIA ou rickettsioses. Parmi elles, on connaît actuellement : les typhus exanthématiques (classique et murin), la fièvre exanthématique méditerranéenne ou fièvre boutonneuse, la fièvre pourprée des montagnes rocheuses (spotted fever), la fièvre fluviale du Japon (fièvre tsutsugamushi), les typhus tropicaux (typhus de Malaisie), les typhus de l'Afrique du Nord (fièvre par piqûre de tique).

Le genre Rickettsia désigne de très petits micro-organismes que l'on rencontre dans l'intestin des insectes transmetteurs ; ceux-ci sont du genre pou (typhus classique), genre puce (typhus murin), acarien genre dermacentor (fièvre pourprée des montagnes rocheuses), genre rhipicephalus (fièvre méditerranéenne), genre tique (typhus tropicaux), genre trombiculum (fière tsutsugamushi).

M. Modinos a consacré son livre plus particulièrement au typhus exanthématique et à la fièvre exanthématique méditerranéenne, rencontrés en Egypte.

Les Thèses

P. — Dr A. Meunier. — **Contribution à l'étude des modifications humorales post-opératoires. Travail du Centre chirurgical de l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye** (Thèse 1937.)

Les modifications sanguines post-opératoires comportent essentiellement une élévation du taux de l'urée, des polypeptides, de la glycémie et du chlore plasmatique, une chute du chlore globulaire, du rapport chloré érythro-plasmatique et de la réserve alcaline. Elles semblent sous la dépendance des déchets protidiques, glucidiques et lipidiques, brutalement libérés dans l'organisme et résultant de l'attrition tissulaire, quelle qu'en soit l'origine. La réserve alcaline varie en raison inverse de la glycémie.

Aux environs du cinquième jour, une baisse de l'urémie, de la polypeptidémie et de la glycémie, une correction du rapport chloré G/P (spécialement par élévation du chlore globulaire) et une hausse de la réserve alcaline, sont en faveur d'un heureux pronostic.

Les opérations qui nécessitent une forte attrition tissulaire (gastrectomie, hystérectomie totale) sont celles qui entraînent les modifications humorales les plus importantes. Ce déséquilibre humoral favorise les accidents emboliques ou de choc.

La rétention chlorée post-opératoire est un phénomène constant. Elle ne semble cependant pas nécessairement attribuable à une fixation élective du chlore sur l'organe ou le tissu traumatisé.

S'appuyant sur ces connaissances biologiques, il semble qu'on doive rester prudent dans la chloruration systématique pré- ou post-opératoire. Les indications de cette thérapeutique sont, en effet, réelles, mais presque exclusivement limitées aux cas de pertes chlorées par émonctoires anormaux. Dans les autres cas, on substituera à la chloruration et le plus souvent avec avantage, l'emploi du sérum bicarbonaté, des toni-cardiaques, et de l'extrait cortico-surrénal.

Mp. — Dr J. Vieu. — **Le nanisme rénal.** (Thèse 1937.)

Le nanisme rénal désigne l'anomalie, assez fréquente, congénitale ou acquise, caractérisée par la petitesse du rein. Le diagnostic est difficile à porter.

Deux éventualités peuvent se produire :

1° Le rein nain est à l'origine des troubles que le malade ressent. La main qui palpe la région rénale ne sent pas le rein. Après cystoscopie, on devra toujours essayer le cathétérisme des uretères :

a) L'uretère du côté malade est perméable ; les sondes en place, on recueille beaucoup moins d'urine que du côté sain.

Toutes les causes extra-rénales, urétérales, pyéliques..., seront éliminées par la pyélographie.

b) La sonde placée dans l'uretère correspondant au rein malade ne donne pas d'urine. Nous avons à faire à un rein exclu, sûrement atrophié.

c) Cathétérisme impossible, uretère imperforé, donc anomalie congénitale : c'est à l'hypoplasie rénale que nous devons songer.

2° Le rein nain est une découverte d'examen. C'est au cours de la séparation des urines qu'on s'est aperçu que le rein supposé sain ne donnait que peu ou pas d'urine. Cas très important pour le chirurgien. Sur le rein malade, on ne devra tenter que des interventions conservatrices. Pas de néphrectomie.

Mp. — Dr P. Péguret. — **Contribution à l'étude du traitement des dysménorrhées rebelles par la résection du nerf présacré.** (Thèse 1937).

La résection du nerf présacré dans le traitement des dysménorrhées rebelles (opération de Cotte) est indiquée dans les cas où se trouve réalisé le syndrome de « plexalgie hypogastrique ». Elle est alors, la seule opération logique et donne généralement de bons résultats.

S'il existe une lésion ovarienne, la traiter de la façon la plus conservatrice possible et pratiquer la résection du nerf présacré à titre d'intervention complémentaire.

S'il existe des signes montrant que les autres plexus nerveux, le plexus spermatique en particulier, sont également atteints, la résection du présacré ne peut avoir qu'un effet partiel.

D'après Cotte et différents auteurs, la résection du nerf présacré donnerait des résultats parfaits dans l'immense majorité des cas ; la statistique personnelle de l'auteur ne lui permet pas d'être aussi affirmatif. Il faut essayer cette opération en ultime ressource dans les cas où elle paraît indiquée.

Mp. — Dr J.-L. Verheggen. — **L'acupuncture chinoise et les dermalgies, écho des douleurs viscérales.** (Thèse, 1937).

L'acupuncture chinoise, méthode thérapeutique vieille de 5.000 ans, a permis à l'auteur d'obtenir des résultats encourageants. Il s'est efforcé de lui trouver des bases scientifiques, vérifiant dans la mesure du possible certains points, tels que l'existence de zones cutanées en relation élective avec tel ou tel viscère, valeur séméiologique et thérapeutique des points et méridiens chinois.

L'acupuncture chinoise, dit le Docteur Verheggen, mérite qu'on l'étudie sérieusement et scientifiquement. On arrivera, pense-t-il, à la perfectionner et à obtenir d'elle des résultats plus précis. P. L.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Bulletin de l'Actualité

● ● ●

L'ENFANCE CRIMINELLE

A eux deux, ces deux mots forment le plus sinistre blasphème qui se puisse entendre. Je ne sais pas si, dans notre aimable brochette d'écrivains faisandés, experts à décrire les pustules de la société contemporaine, je ne sais pas s'il s'en est trouvé un seul assez dénué du sens des convenances pour oser s'en inspirer. S'il existe, celui-là, la question se pose de savoir s'il est à blâmer... ou à plaindre.

L'étude que j'ai sous les yeux (1) n'est pas un morceau de littérature mais le rapport que présentera au prochain Congrès international de médecine légale Mlle Badonnel, médecin neuropsychiatre des prisons de la Seine, actuellement affectée au service des enfants de Fresnes. L'auteur s'y préoccupe de « prophylaxie criminelle juvénile ». C'est un problème qui intéresse le médecin par son énoncé et le sociologue par sa solution.

Car s'inquiéter de prophylaxie en telle matière c'est mettre en accusation toutes les tares sociales dont les médecins ne cessent de proclamer le péril : la misère, le taudis, l'alcoolisme, la tuberculose et la syphilis. Et, comme les délinquants et criminels récidivistes qui forment la clientèle habituelle des prisons ont commencé dans leur enfance, par des tendances antisociales, résoudre le problème de l'enfance coupable serait abolir, ou presque, la criminalité de l'adulte.

***

L'enfant criminel est, dans la proportion de 75 à 80 % des cas, un anormal. L'anomalie consiste en imbécillité, débilité intellectuelle, épilepsie, démence précoce, perversion post-encéphalitique et même, le croirait-on, alcoolisme. De ce triste troupeau 15 à 20 % sont irrécupérables, et l'asile ou l'hospice est leur vraie place. La plupart des autres, si l'on prend la peine de les éduquer, peuvent être remis dans la bonne voie et adaptés à la vie sociale. C'est dire qu'il dépend de nous que 60 % au minimum des jeunes délinquants fassent une carrière de récidivistes lâchés comme des fauves dans la société ou une carrière d'honnêtes citoyens. Il s'agit donc à la fois de défense sociale bien comprise puisque préventive et d'une œuvre d'assistance mieux comprise que beaucoup d'autres puisque fructueuse pour la collectivité.

C'est la famille qui constitue pour l'enfant le milieu social fondamental. Bien et solidement construite elle lui sert de retranchement contre les corruptions extérieures. Sinon... elle l'y précipite. L'enfant criminel, gâté dès sa naissance par des tares diverses, trouve en outre pour l'entourer une famille le plus souvent disloquée ou divisée ; tel est le sort de 30 vagabonds sur 41 qu'ont observés M. Roubinovitch et Mlle Bergniou et de 109 sur 142 enfants ayant comparu devant le Tribunal. Ou bien ce sont des enfants légitimes, ou bien ils appartiennent à des foyers désorganisés par la mort, l'inconduite, la séparation. Encore n'a-t-on tenu compte dans ces statistiques que des laideurs morales le plus grossièrement apparentes. L'enquête sociale la plus minutieuse ne révèle pas toujours les conflits familiaux latents dont l'enfant ressent les tiraillements et parmi lesquels il se débat ; s'il y perd sa candeur, son respect des parents et sa confiance ingénue, s'il devient un jeune loup dont les appétits suivent opiniâtrement leur piste, à qui s'en prendre ?

Après la famille c'est l'école qui influence le plus l'enfant. Les délinquants ont été souvent de médiocres écoliers ; 22 % ont été reçus au certificat d'études ; tous les autres sont des retardés ou des indisciplinés soit par débilité intellectuelle, soit par troubles du caractère soit par fréquentation irrégulière de l'école. Ici la famille et la collectivité endossent une responsabilité conjuguée ; la collectivité d'avoir fait voter une loi sur la fréquentation scolaire obligatoire et de ne pas la faire appliquer (ô législation française tâtillonne et velléitaire !) ; la famille d'admettre par veulerie ou pour sa commodité que l'enfant n'aille pas à l'école soit pour paresser au lit, les matins d'hiver, soit pour garder des frères et sœurs plus jeunes.

A 14 ans, sorti de l'école, l'enfant devrait apprendre un métier. Faire un apprentissage,

(1) *Annales de médecine légale,* avril 1937.

cela suppose quelques années d'un travail ingrat, peu rétribué. C'est, pour une famille ouvrière, la façon de contracter une assurance sur l'avenir au nom de l'enfant, et c'est même la meilleure richesse à lui réserver puisqu'il est devenu banal de dire que seule la capacité de travail est un capital indes ructible. Les familles d'enfants délinquants, soit bêtise, soit cupidité, ne se sont pas tant souciées de l'avenir ; afin de tirer de ceux-ci un profit immédiat elles en ont fait des grooms d'hôtel, des garçons d'ascenseurs, des manœuvres. Sur 30 délinquants 3 ou 4 ont fait un apprentissage sérieux ; 7 ou 8 en ont ébauché un ; 19 ne connaissent aucun métier et un certain nombre *n'ont jamais travaillé.* La succession d'emplois disparates auxquels l'enfant ne prend aucun goût, les périodes d'oisiveté forcée, l'insécurité du lendemain ne peuvent qu'accentuer l'instabilité, la paresse et les tendances à la révolte. L'adolescent traîne dans la rue, se met à boire, fréquente des voyous et, un jour ou l'autre, fait un mauvais coup. Quant aux filles leur destin est tout tracé ; elles aboutissent logiquement à la prostitution.

En définitive pour faire d'un enfant un criminel il faut, on le voit, des conditions de milieu, des dispositions individuelles et souvent la circonstance fortuite, « l'occasion » qui fera sauter le pas à qui était tout prêt à le sauter. Voilà de quoi il faut se souvenir au moment où l'on juge ces infortunés rebuts de société : la gravité de l'acte commis n'est pas seule à considérer. Ce n'est pas à un magistrat seulement d'intervenir alors ; il y a place encore pour une assistante sociale et un médecin. Que chacun confère avec les autres, qu'ils s'efforcent tous à une compréhension mutuelle. Et l'enfance coupable, au lieu d'être froidement écrasée sous les foudres de la loi, bénéficiera au moins d'une tentative de rédemption.

***

Actuellement, qu'advient-il du mineur qui comparaît en justice ? Il peut être rendu à sa famille, il peut être placé sous le régime de la liberté surveillée. Dans les deux cas il demeure en contact avec la vie sociale et c'est pour lui un avantage considérable.

En effet qu'il soit confié à une œuvre de redressement publique ou privée, ou bien qu'il soit enfermé dans un établissement pénitencier, le voici pour un temps plus ou moins long dans un milieu artificiel et clos. Or un délit représente toujours un défaut d'adaptation aux règles établies. Ce n'est pas en dérobant un individu à ces règles qu'on l'aidera à s'y adapter. Il est bien vrai que, soit médiocrité du milieu familial, soit gravité des troubles du caractère, certains délinquants ne sauraient être laissés en liberté. Mais qu'on essaie du moins de tirer le principal avantage de cette mesure coercitive en soumettant les sujets à une observation prolongée qui rendra possible par la suite un effort de reclassement. Il faut établir un bilan qui comporte : l'enquête sociale, le niveau mental, le niveau scolaire, le résultat des examens professionnels, l'observation médicale, les notes journalières. D'où découlent les mesures suivantes : traitement médical, complément d'instruction, mise en apprentissage.

Il part d'un bon naturel d'employer les jeunes détenus à des travaux agricoles qui supposent la vie au grand air, des exercices rudes et qui matent la bête. Mais il se trouve que la plupart viennent des grandes villes où ils retournent sitôt libérés. Ce qu'ils auront appris d'agriculture ne leur servira à rien : il est urgent de leur fournir le moyen de gagner leur vie et de se stabiliser. C'est du reste ce qu'a compris l'Administration qui vient de transformer la Maison d'éducation surveillée de Lamotte-Beuvron en une véritable école professionnelle.

Une autre lacune restera ensuite à combler : actuellement l'adolescent qui sort d'une maison telle que celle de Lamotte-Beuvron est du jour au lendemain livré à lui-même ou rendu à sa famille. Souvent le niveau moral de celle-ci ne s'est pas amélioré durant les années d'internement et le libéré y retrouve de déplorables exemples. Il arrive aussi que cette famille se soit disloquée ou ait disparu. Enfin les troubles du caractère qui ont nécessité la surveillance ne s'amendent pas à l'âge légal de 21 ans. Un service d'assistantes sociales s'occupant de ces êtres esseulés et livrés à toutes les tentations continuerait heureusement l'action de la maison d'éducation en leur donnant conseils, abri temporaire, secours matériels.

***

Mieux encore que d'éviter la récidive il vaudrait mieux s'efforcer à prévenir le premier délit.

C'est affaire, avant tout, d'eugénisme, particulièrement d'examen, de traitement et de protection des femmes pendant la grossesse. C'est affaire encore d'hygiène infantile, de lutte contre la misère et le chômage et de protection morale de l'enfant. Cette protection morale doit commencer par l'éducation morale de la famille car, pour rappeler le mot désabusé de Noth, sociologue allemand contemporain : « Il serait souvent nécessaire de faire comprendre aux parents que le fait d'avoir mis des enfants au monde ne prouve pas encore qu'ils soient capables de les élever ». Ensuite il conviendrait d'infuser à l'enfant la notion de la valeur morale d'un acte

et de suppléer en cela à la défaillance d'une famille fruste ou corrompue.

Si l'on serre le problème de plus près, on peut dire que les enfants qui paraissent plus spécialement voués à la délinquance sont : ou bien les enfants en danger moral ; il s'agit, ceux-là, de les dépister de bonne heure ; ou bien les anormaux dont la proportion varie, chez les écoliers, de 10 à 20 %. Pour ceux-ci s'impose la multiplication des classes de perfectionnement et des établissements pour instables et pervers tels que l'école Théophile Roussel, à Montesson, une prolongation de la scolarité, la création de classes d'apprentissage.

Car le secret de la réussite en matière de prophylaxie criminelle juvénile, c'est la continuité de l'effort, c'est la lente et tenace remise à la forme sociale d'êtres qui en ignorent les devoirs et les disciplines. Et c'est de commencer tôt, dès le tout jeune âge, car ici plus encore qu'ailleurs les années perdues ne se rattrapent pas.

***

Comme en écho au rapport de Mlle Badonnel que je viens d'analyser paraissent dans *Marianne* du 21 avril des interviews ministériels pleins de promesses. Des promesses ministérielles sont, par nature, sujettes à caution. Enregistrons les néanmoins à titre documentaire.

M. Marc Rucart, ministre de la Justice, expose l'expérience tentée à Lamotte-Beuvron depuis deux mois pour les délinquants les plus éducables. En même temps que l'instruction et l'éducation leur sont dispensées des connaissances techniques afin de faire d'eux des ouvriers qualifiés et, pour certains, des artisans ruraux » tels que maraîchers, arboriculteurs, ouvriers de laiteries et de beurreries. Pour les enfants un peu moins éducables, la maison de Saint-Hilaire, près de Saumur, s'inspirera des mêmes méthodes et formera des maçons, des cordonniers, des tonneliers.

Le ministre de la Justice projette en outre une réforme de la loi de 1912. Jusqu'à présent l'enfant qui a commis un délit est conduit en prison, puis jugé par un Tribunal d'enfants. Le projet tendrait à instituer dans toute la France douze à quinze « centres d'accueil » où les enfants délinquants resteraient le temps nécessaire pour y être mis en observation devant des psychiatres, des instituteurs et des assistantes sociales. En même temps un juge d'instruction instruirait l'affaire. L'enfant serait jugé *sur place* et non plus en correctionnelle, et jugé non plus par les Tribunaux d'enfants, mais par une femme, plus apte à les comprendre et à distribuer de justes sanctions.

M. Jean Zay, ministre de l'Education nationale, entend multiplier les classes d'anormaux, au nombre de 750 actuellement pour toute la France et capables de recevoir environ 3.000 élèves sur les 30 à 40.000 que compte le pays. Dès maintenant, il s'est occupé à recruter un personnel enseignant qualifié pour ces classes d'arriérés. Soixante maîtres viennent de subir l'examen spécial institué dans ce but. Le ministre compte en recruter environ 200 par an.

Mme Brunschwig, notre sous-secrétaire d'Etat à l'Education nationale, précise que d'ores et déjà plusieurs nouvelles classes d'arriérés ont été ouvertes dans le département de la Seine et que son but serait d'annexer une telle classe à tous les groupes scolaires. Prochainement à Chancepoix, en Seine-et-Marne, s'ouvrira un internat d'enfants anormaux. Une circulaire envoyée en mars dernier aux préfets leur demande d'insister auprès des conseils généraux, lors de la prochaine session, pour développer les classes de perfectionnement dans les grandes villes et créer des internats pour les enfants des communes suburbaines.

Enfin Mme Lacorre, sous-secrétaire d'Etat à la Santé publique, révèle qu'elle a institué une Commission de l'enfance déficiente et qu'elle se préoccupe de mettre sur pied un service national pour trier méthodiquement les anormaux et placer chacun dans le milieu qui lui convient le mieux.

Beaux et vastes projets, on le voit, dont il faut espérer une fructueuse récupération de sujets utiles à la collectivité. A cette condition seulement l'œuvre serait louable ; il y a trop longtemps que les déchets nous submergent et nous acheminent à la ruine.

G. LAVALÉE.

L'IMPUISSANCE DU MARI CONSTITUE-T-ELLE UNE CAUSE DE DIVORCE ?

Pendant longtemps la question a été controversée. Certaines Cours d'appel estimaient que le mariage ayant pour but principal la procréation, le divorce devait être prononcé contre le mari, qui n'était pas capable de féconder sa femme. D'autres cours d'appel au contraire décidaient que l'impuissance ne devait pas être prise en considération, pour la rupture des liens du mariage, car cette infirmité doit être considérée comme analogue à d'autres imperfections physiques, ou maladies. Sinon, les causes de divorce seraient nombreuses.

Citons dans les deux sens, Cour d'appel d'Orléans, 4 mars 1903 ; Cour d'appel d'Orléans, 4 mars 1904 ; Tribunal civil de Compiègne, 10 mai 1905 ; Cour d'appel de Grenoble, 13 décembre 1910.

La Cour de cassation a été appelée à trancher définitivement cette controverse. Par arrêt du 25 janvier 1922, la Chambre des Requêtes a décidé que le fait, pour un mari d'avoir contracté mariage, bien qu'il connût son état d'impuissance, peut être considéré comme constituant pour la femme une injure grave. Il appartient souverainement aux juges du fond d'apprécier la pertinence des faits offerts en preuve par la femme, qui demande le divorce pour injure grave et la décision qu'ils prennent sur ce point ne tombe pas sous le contrôle de la Cour de cassation.

Ainsi, la Cour suprême décide que le grief dépend des circonstances de fait, lesquelles sont souverainement appréciées par les magistrats du Tribunal civil et de la Cour d'appel.

C'est ainsi que, se sachant impu ssant, le mari qui cependant contracte mariage sans au préalable avertir sa femme, est coupable de dissimulation, laquelle const:tue une injure grave, dont la femme peut exciper pour demander le divorce.

Au contraire, le fiancé peut ignorer son état ; il se marie en toute bonne foi, dans l'espoir d'avoir des enfants. Ce n'est qu'au bout de quelques années de mariage que les médecins, en recherchant la cause de la stérilité de la femme, découvrent l'impuissance du mari, que celui-ci ignorait totalement. Il n'y a pas alors d'injure grave et la demande en divorce doit être repoussée.

Cependant, la Cour d'appel de Caen, 1re chambre, par arrêt du 10 mai 1926, considère une espèce un peu différente. Le mari commet une injure grave vis-à-vis de sa femme, lorsque, malgré l'insistance de celle-ci, il se refuse à se soumettre à un examen médical et à tout traitement qui pourrait lui redonner la virilité que sa femme est en droit d'attendre de lui. Dans cette espèce, ce n'est qu'après le mariage que le mari s'est aperçu de son infirmité, que rien d'ailleurs ne pouvait lui faire prévoir auparavant.

Enfin, la Cour d'appel de Colmar, par arrêt du 12 mars 1929, décide que constitue une injure grave de la part du mari, le fait d'avoir caché à sa femme, avant le mariage, l'état d'impuissance dont il était atteint ; mais la pre:ve de ce grief peut être ordonnée par voie d'expertise confiée à des docteurs en médecine. Il ne suffit pas, en effet, de plaider la non-consommation du mariage, invoquée contre le mari, comme motif de divorce, par la production d'un certificat médical déclarant que la femme ne présentait aucun symptôme permettant de faire admettre qu'elle avait eu des rapports sexuels. L'absence de déchirure de l'hymen ne permet pas, en effet, de conclure nécessairement à l'absence de rapports sexuels. Une expertise médicale peut être ordonnée pour établir la réalité de la non-consommation du mariage imputée au mari défendeur.

La jurisprudence se montre donc très prudente en pareille matière : l'injure grave ne réside pas dans le fait lui-même de l'impuissance, mais dans le fait que, se sachant incapable d'avoir des enfants, le fiancé a cependant caché cet état à sa future épouse, laquelle croyait convoler avec un homme sain et normal.

Dr Paul BOUDIN.

DE L'EXTENSION AUTOMATIQUE DES SUSPENSIONS D'EXERCICE AUX SERVICES DE MÉDECINE SOCIALE

Application du décret-loi du 9 juin 1934

Le décret loi du 9 juin 1934, en vertu duquel toute suspension ou exclusion disciplinaire d'un service de médecine publique s'étend automatiquement à tous les autres services, constitue une mesure encore mal connue du corps médical, sur lequel cependant elle fait planer une menace d'une extrême gravité. Des exemples récents suffisent à illustrer le danger qu'elle présente ; nous n'aurons qu'à rappeler le cas de ce médecin de Reims suspendu d'ailleurs à tort en vertu de ce décret et réduit ainsi à une situation voisine de la misère. C'est qu'en effet l'Administration interprète de manière extrêmement extensive les dispositions légales, et, ainsi que le prouvent tant les applications qu'elle en a faites, qu'une toute récente réponse ministérielle, prétend réduire les médecins qui en sont l'objet au seul exercice en clientèle privée de droit commun. Il importe donc de rechercher si cette interprétation est juste, et quelle est exactement la portée de ce décret.

Le texte légal

Le texte du décret pris par le ministère Doumergue en exécution du vote des « pleins pouvoirs » par l'article 36 de la loi du 28 février 1934, après avoir visé successivement dans son préambule la loi sur l'assistance médicale gratuite, la législation sur les accidents du travail, la loi sur les Assurances sociales et l'art. 64 de la loi sur les pensions de guerre, s'exprime de la manière suivante : « *Les médecins, chirurgiens... et toutes autres personnes, ainsi que tous les établissements appelés à donner des soins... et dont les services sont utilisés à un titre quelconque par deux ou plusieurs administrations publiques cesseront d'office d'exercer leurs fonctions... dans toutes ces administrations, s'ils sont l'objet d'une suspension ou d'une exclusion par l'une d'entre elles, pour un motif d'ordre pénal ou disciplinaire* ».

La thèse de l'Administration

Elle résulte de manière expresse d'une réponse ministérielle n° 1.888, parue au *Journal Officiel* du 10 avril 1937. Il était demandé au ministre du Travail si le décret du 9 juin 1934 était applicable lorsqu'il s'agissait d'une sanction disciplinaire prise à la requête d'une Caisse d'assurances sociales, et, dans la négative, comment on devrait interpréter ses dispositions en ce qui concerne les assurés sociaux indigents ou blessés de guerre. A ceci, il a été répondu de la manière suivante :

« *Le ministre du Travail, en accord avec le ministre de la Santé publique estime que, si les Caisses d'assurances sociales ne constituent pas une Administration publique au sens traditionnellement attaché à cette expression, les Assurances sociales n'en constituent pas moins un service public dont lesdites Caisses ont la gestion et les praticiens appelés à donner leurs soins aux assurés sociaux sont astreints à des obligations d'ordre administratif, qui en font les collaborateurs des services publics des Assurances sociales. En conséquence il appartient aux Administrations publiques qui auraient recours à des praticiens ayant fait l'objet d'une condamnation ou d'une sanction disciplinaire à l'occasion de leurs rapports avec les assurés sociaux de donner aux sanctions intervenues la suite prévue par le décret interministériel en date du 9 juin* 1934. »

Autrement dit, l'Administration accorde au décret un champ d'application extrêmement large, qui va des fonctions publiques proprement dites, aux soins donnés aux accidentés du travail et aux assurés sociaux.

Que faut-il en penser ?

Un principe liminaire doit être posé : le décret-loi du 9 juin 1934, contenant des dispositions exceptionnelles et d'ordre pénal, doit être interprété de manière restrictive. Il faut donc s'attacher à la lettre même du texte, et au sens juridique des termes employés. Ceci dit, nous étudierons successivement les points suivants : le domaine d'application, les conditions d'application et enfin les voies de recours.

1° Domaine d'application

Conformément au principe ci-dessus exposé, nous ne nous arrêterons pas aux lois visées dans le préambule et ne considérerons que le texte du décret. Or ce texte ne vise que les *médecins ou chirurgiens appelés à donner des soins et dont les services sont utilisés à titre quelconque par deux ou plusieurs administrations publiques.*

Une première condition est donc qu'il s'agisse de *médecine de soins.* Par contre toutes les fonctions de médecine administrative telles que les services de contrôle, d'inspection, de direction de bureaux d'hygiène, etc., restent en dehors des prévisions du décret. Les décisions de suspension relatives à ces services sont donc sans

influence sur les services de soins, et réciproquement.

Quels sont maintenant, parmi les services de soins, ceux auxquels le décret est applicable ? *Deux conditions doivent être remplies : il faut qu'il y ait utilisation de services, à un titre quelconque par une Administration, et il faut en outre qu'il s'agisse d'une Administration publique.* Il est certain que toutes les fonctions dont les titulaires sont liés avec une collectivité publique par un contrat de louage de services satisfont à ces deux conditions. Ainsi en est-il des médecins d'hôpitaux publics, d'asiles d'aliénés, de bureaux de bienfaisance, de dispensaires publics, etc.

La question est déjà plus délicate lorsqu'il s'agit de soins donnés à des pensionnés de guerre en vertu de l'art. 64 de la loi des pensions, ou à des assistés médicaux gratuits jouissant de la faculté de choisir librement leur praticien.

Dans ce cas en effet le médecin n'est évidemment pas lié par un contrat de louage de services à l'Etat ou au département, et ses services sont utilisés beaucoup plus par le pensionné ou l'assisté que par l'Administration. Toutefois les termes « utilisation de services à un titre quelconque » sont suffisamment larges pour comprendre un contrat de louage d'ouvrage, et l'on peut dire que c'est en vertu d'un tel contrat que le médecin traitant prête ses services à l'Administration, pour lui permettre de remplir une obligation à elle imposée par la loi, puisque c'est cette dernière qui supporte ses honoraires et qu'il est interdit au praticien de demander la moindre rémunération à son malade.

Mais peut-on sérieusement soutenir que le décret s'applique aux soins donnés aux accidentés du travail ou aux assurés sociaux ? La négative s'impose au contraire, car aucune des deux conditions légales n'est remplie :

a) *Il n'y a pas tout d'abord « utilisation des services du médecin par une Administration ».* Le médecin n'entre en rapport qu'avec son client, l'accidenté ou l'assuré, auquel il fournit ses soins dans les mêmes conditions qu'à un client ordinaire de droit commun. Qui dit « utilisation de services » dit implicitement, de la part de l'Administration intéressée, pouvoir d'intervenir pour fixer les modalités de délivrance des soins et en contrôler l'exécution. Or les accidentés du travail et les assurés sociaux jouissent formellement, d'après la loi elle-même, du libre choix de leur praticien. Ce dernier a de son côté liberté de traitement et de prescription. Il est en droit d'autre part de se faire payer directement par son malade au tarif de droit commun, ainsi que la loi le dit en matière d'assurances sociales, et que le reconnaît la jurisprudence de la Cour de cassation en matière d'accidents du travail. Certes, ces deux législations ont bien donné un pouvoir de contrôle au « tiers supportant » mais ce contrôle s'exerce uniquement sur le *malade* et non point sur le *médecin.* Ce dernier n'est soumis à un contrôle technique qu'en matière d'assurances sociales, mais ce contrôle est syndical et le médecin ne dépend que de ses pairs ; il est assujetti en outre à l'observation de certaines règles fixées par la convention Syndicat-Caisse, mais il ne s'agit là que d'obligations contractuelles ou syndicales n'ayant rien de commun avec des obligations d'ordre administratif — à moins de soutenir que les Syndicats médicaux ne sont devenus que des démembrements de l'Administration, thèse évidemment bien hardie et en totale contradiction avec notre actuelle législation syndicale. Il faut donc conclure à l'entière indépendance du médecin à l'égard des Administrations intéressées, et il importe peu que son intervention leur permette de remplir le service public dsont elle ont la gestion, car l'on pourrait dire aussi que le maintien général de la santé est un service public, et que tous les praticiens et médecins de France, concourant à ce service, sont « au service de l'Administration » !

b) *En second lieu les Administrations intéressées ne sont pas des Administrations publiques.* Il s'agit en effet en matière d'accidents du travail d'entreprise généralement privées, et d'assurances également privées. En matière d'assurances sociales, l'organisme auquel le médecin rend service en donnant ses soins est évidemment la Caisse primaire maladie-maternité. Or les Caisses étant organisé sous le régime de la loi du 1er avril 1898 concernant les Sociétés de secours mutuels, et étant gérées, dans une large autonomie, par les représentants des assurés et des patrons, ne sont nullement des « Administrations publiques » mais constituent juridiquement des personnes privées ainsi que le reconnaissent la jurisprudence du Conseil d'Etat et l'Administration elle-même (V. not., réponse ministérielle nº 9.457 *J. O.*, 7 novembre 1934).

En admettant même que le décret, ait voulu dans son esprit, viser la législation sur les accidents du travail et les Assurances sociales, la thèse administrative n'en serait pas pour cela plus solidement fondée au point de vue juridique. En effet les dispositions du décret du 9 juin 1934 dépassent de beaucoup le pouvoir réglementaire ; elles ne peuvent trouver leur légalité que dans l'art. 36 de la loi de finances relatif aux « pleins pouvoirs », qui s'exprime ainsi : « Le Gouvernement est autorisé à prendre nonobstant toutes dispositions législatives contraires, par décrets rendus en Conseil des ministres,... les mesures d'économie qu'exigera l'équilibre du budget ». Par conséquent tout décret-loi excédant le pouvoir réglementaire et édictant des mesures n'ayant pas d'effets, même indirects, sur l'équi-

libre du budget de l'Etat ou des collectivités publiques, est dépourvu de fondement légal et peut faire l'objet d'un recours en annulation pour excès de pouvoir devant le Conseil d'Etat (V. not., arrêt du 29 novembre 1935, *Semaine juridique*, 26 janvier 1936).

Or quelle influence pourrait avoir sur l'équilibre budgétaire la suspension d'un médecin donnant ses soins à des accidentés du travail ou à des assurés sociaux ? Evidemment aucune, puisque les médecins traitants d'accidentés ne sont pas rémunérés sur les deniers publics, et que les frais médicaux des assurés sont remboursés sur les fonds des Caisses, personnes privées. Certes la loi de 1898 a bien organisé une Caisse de garantie gérée par l'Etat, mais cette Caisse vise exclusivement les rentes et non les frais médicaux et couvre non pas le risque de déficit, mais celui d'insolvabilité des patrons ou des Assurances. Certes aussi l'Etat verse une contribution annuelle de 140 millions au fonds de majoration des Assurances sociales, mais ce fonds a *exclusivement* pour objet le versement de compléments sur les rentes vieillesse ; quant au fonds de garantie destiné à couvrir indirectement les déficits des Caisses primaires, il ne tire en aucune manière ses ressources des deniers publics.

Il faut donc en conclure que le Gouvernement, l'eût-il voulu expressément, n'aurait pas pu étendre valablement au régime des accidents du travail ou des Assurances sociales les dispositions du décret du 9 juin 1934.

2° Conditions d'application

Nous venons de voir quel est le champ d'applition du décret. Il y a lieu de rechercher maintenant à quelles conditions jouera l'extension automatique à tous les services de médecine publique qu'il prévoit.

Ce point a fait l'objet, là encore, d'une interprétation beaucoup trop extensive par l'Administration, qui prétend généraliser dans les services ci-dessus définis toutes les sanctions et condamnations disciplinaires intervenues dans l'un de ces services (V. not., réponse ministérielle n° 1888 précitée).

Il résulte au contraire du texte même du décret que les seules mesures susceptibles d'extension automatique sont celles comportant *suspension* ou *exclusion* pour des motifs d'ordre pénal ou disciplinaire. Il faut donc qu'il y ait interdiction d'exercice temporaire ou définitive dans un service. Au contraire les blâmes, les amendes, les retenues sur honoraires ne sauraient en aucune manière entraîner l'application du décret ainsi que l'a reconnu d'ailleurs le Conseil d'Etat dans son arrêt des 6 et 29 décembre 1935 *(sieur L.)*.

3° Voies de recours

Il ne suffit pas d'étudier quelle est la portée exacte du décret ; il est nécessaire en outre d'indiquer comment les médecins qui seraient l'objet d'une application abusive de ses dispositions pourraient défendre leurs droits contre l'Administration. Voici comment en fait les choses se présentent : à la suite d'une sanction disciplinaire l'autorité administrative qui a pris cette sanction la notifie aux Administrations intéressées en leur rappelant les dispositions du décret. Il semble donc, au premier abord, qu'il suffirait d'exercer un recours devant la juridiction administrative contre cette décision d'extension et d'en demander l'annulation. Mais il n'en est rien, et le Conseil d'Etat, dans son arrêt Nathan, a fort justement décidé que, l'exclusion ayant lieu d'office et automatiquement, l'acte par lequel une Administration en informe une autre de la sanction encourue ne constitue pas une décision et ne fait pas grief au médecin. Elle n'est donc pas susceptible de recours.

Comment le médecin intéressé devra-t-il donc agir ? Il lui faudra déférer à la juridiction compétente, à fin d'annulation, chacune des décisions prises par les services intéressés et le suspendant en exécution du décret-loi. Deux hypothèses doivent en ce cas être envisagées :

1° *Une sanction prise dans un service échappant au domaine d'application du décret-loi ou ne contenant aucune suspension ou exclusion, est étendue à une Administration publique.* Par exemple, un médecin objet d'un blâme administratif ou d'une suspension temporaire en matière d'assurances sociales, se voit suspendu de ses fonctions de médecin d'hôpital. En ce cas il suffit d'exercer contre la décision de suspension un recours en annulation pour excès de pouvoir, soit devant le Conseil de Préfecture s'il s'agit d'une collectivité locale, soit en cas contraire devant le Conseil d'Etat.

2° *Une sanction prise dans une Administration publique est étendue à un service échappant au domaine d'application du décret-loi.* Ainsi que nous l'avons vu, deux services rentrent dans cette définition, le service des accidents du travail et celui des Assurances sociales.

En ce qui concerne tout d'abord les soins aux accidentés du travail, la question est très facile à résoudre. En effet le médecin jouit, en vertu de l'art. 4, § 4 de la loi de 1898 d'une action directe en paiement de ses honoraires contre le chef d'entreprise. Si le paiement de ses notes lui est refusé pour un motif tiré du décret du 9 juin 1934, il lui suffira de poursuivre le patron responsable devant le Juge de paix du lieu de l'accident, et il appartiendra à ce dernier

de trancher la question de l'applicabilité du décret à ce cas particulier.

Le problème se présente d'une façon plus délicate en matière d'assurances sociales, car dans cette hypothèse le médecin ne possède aucun lien de droit ni aucune action directe contre les Caisses d'assurances sociales. Il lui est possible à notre avis d'employer conjointement les deux moyens suivants pour faire valoir ses droits : il doit tout d'abord poursuivre en dommages et intérêts, en vertu de l'art. 1382 du Code civil, le directeur de Caisse qui se croirait en droit de faire connaître à ses assurés cette prétendue suspension. En second lieu, il devrait continuer à donner des soins aux assurés sociaux ; la Caisse, ayant versé aux assurés soignés par lui les prestations prévues par son tarif de responsabilité, ne manquerait pas alors de se retourner contre lui pour lui en demander le remboursement en vertu de l'article 8, § 5 du décret-loi du 28 octobre 1935. Il serait ainsi possible au médecin de faire trancher par la juridiction saisie la validité de l'extension aux assurances sociales de la sanction prononcée contre lui.

Conclusions

Ainsi donc le décret-loi du 9 juin 1934, s'il constitue une arme redoutable entre les mains de l'Administration n'a point cependant le caractère de généralité que cette dernière aurait voulu lui accorder, et ne s'applique ni aux accidents du travail, ni aux Assurances sociales. Il n'était point inutile, croyons-nous, d'attirer l'attention du Corps médical sur la portée exacte de ce texte, et de lui indiquer qu'il possède des moyens de défense contre l'arbitraire administratif. Nous prétendons même que toute victoire médicale sur ce terrain prendra un sens symbolique en montrant que le médecin qui donne ses soins à des accidentés du travail ou à des assurés sociaux n'est point encore un fonctionnaire au service de l'Administration, et que la « Charte » médicale n'est pas un vain mot.

Jean MIGNON.

EXPLICATION SCIENTIFIQUE DU BESOIN DE VOYAGER

Il nous faut autre chose, pour vivre, que l'air, l'eau, les albuminoïdes, les graisses et les hydrocarbones. Nous avons besoin de tout un ravitaillement minéral que nous tirons du sol par l'intermédiaire de l'eau de boisson, des légumes, des fruits et de la chair des animaux herbivores (1).

L'on sait assez à quoi aboutit la carence d'iode. Le zinc est plus essentiel à l'équilibre biologique que les vitamines (expériences de Gabriel Bertrand et Bhattachoye) ; le nickel et le cobalt entrent en jeu dans l'action du pancréas ; le cuivre est indispensable à l'hémopoièse ; enfin, sans entrer dans la discussion du rôle du magnésium dans l'évolution du cancer, on peut rappeler les expériences de Lehmann qui montra que ce métalloïde permet la transformation dans les muscles du glycogène en acide lactique ; or, sans cette transformation il n'y a pas de contraction musculaire.

L'équilibre, à l'intérieur de l'organisme vivant, de tous ces minéraux, est aussi important que leur présence même. C'est cet équilibre qui règle l'équilibre acide-base du sang. D'autre part, pour une bonne ossification, il importe que le rapport du calcium au phosphore soit compris entre 1 et 1,5. Faute de quoi, même avec de grandes quantités de vitamine D, l'os ne pourra s'édifier.

Or certains sols sont déficients en magnésium, en calcium, en phosphore, etc.

Conclusion : Souvenons-nous que l'homme est omnivore, qu'il doit manger de tout, et des aliments aussi naturels, aussi peu industrialisés que possible.

Pas de régimes trop stricts, ni trop prolongés.

Ne touchons pas au régime millénaire de l'homme ; car avec le riz glacé nous déclanchons le béri-béri et l'avitaminose avec les conserves mal faites.

Et seconde conclusion : Voyageons ! En voyageant nous changeons non seulement d'air mais de sol et de régime minéral. Une salade d'Alsace nous donne de la potasse mulhousienne ; une orange de Provence l'iode et le sel attique de la Côte d'Azur.

G. LAVALÉE.

(1) Cosmobiologie, livre VII, 1936, Professeur G. FONTÉS.

LES ACCIDENTS DU TRAVAIL AU POINT DE VUE DENTAIRE

D'après les Docteurs Van Themsche et Vlemincq (1)

La législation belge relative à la réparation des dommages causés par les accidents du travail prévoit, notamment, que « le chef d'entreprises ou l'assureur subrogé, est tenu du coût des appareils d'orthopédie et de prothèse, dont l'usage est reconnu nécessaire, et ce depuis la date de l'accident jusqu'à celle de l'accord entre parties, ou du jugement définitif ».

En outre, une indemnité supplémentaire représentant le coût probable de l'entretien et du renouvellement de ces appareils est fixée par l'accord ou par le jugement définitif. Cette indemnité n'est pas versée à l'intéressé ; elle servira, pendant la période dite « délai de revision », à couvrir les frais d'entretien et de renouvellement. Dans le mois de l'expiration du dit délai, le restant de la somme sera versé à la victime. A partir de ce moment, le sinistré aura à pourvoir lui-même aux frais ultérieurs.

Comment dans ces conditions, *évaluer l'incapacité permanente partielle* et l'indemnité d'entretien? Il faut tenir compte de certains facteurs qui sont les suivants.

Etat préalable des arcades dentaires et de l'influence de cette situation sur les conséquences du traumatisme ; il suffira d'un traumatisme léger pour expulser des dents branlantes ou fracturer des dents cariées.

Dégâts qui seraient survenus à la denture du sujet, si celui-ci n'avait été victime d'aucun accident du travail ; ces dégâts sont régis par ses dispositions naturelles et ses habitudes d'hygiène, son hérédité, sa santé générale, son âge, son sexe, sa profession.

Influence des pertes ou lésions dentaires accidentelles, sur le comportement ultérieur du système dentaire. Cette influence sera différente selon que le sujet est appareillé, ou ne l'est pas.

Nuisance possible de la prothèse sur les dents qui l'avoisinent ou la supportent (influence corrosive des crochets, traumatismes articulaires). Cette nuisance est notamment fonction de la résistance organique des dents, des habitudes d'hygiène du patient, de la conception ou de la construction de l'appareil.

Nécessités de transformer une prothèse, après l'apparition de lésions dentaires de nature à en troubler la stabilité et le fonctionnement. Ces lésions peuvent être causées ou favorisées par l'existence même de la pièce, ou en être totalement indépendantes.

Au point de vue du stomatologiste, l'existence d'une dent déterminée, ou sa perte à un certain moment, peut changer de beaucoup le pronostic de fonctionnement de la pièce prévue. En d'autres termes, la perte d'une seule dent peut créer le besoin de grandes transformations à un appareil préexistant.

Quelquefois, il ne sera pas suffisant d'envisager le remplacement des dents perdues lors de l'accident, mais il faudra étendre la pièce à des dents préalablement absentes, et même sacrifier des dents saines, mais indésirables, dans l'intérêt du rendement, de la stabilité et de la durée de la prothèse.

Ne pas se conformer à ces prescriptions de l'art, c'est fabriquer un appareil de mauvais rendement, qui exigera un gros budget d'entretien, lequel risque de dépasser amplement l'économie réalisée lors de la construction première de la prothèse.

*
* *

Conclusions générales

L'examen d'un accidenté du travail au point de vue buccal, doit être fait par un praticien expérimenté, et mettre en œuvre tous les moyens scientifiques de diagnostic. La radiographie rendra les plus grands services, en décelant des lésions profondes dues au traumatisme ou étrangères à celui-ci ; en renseignant sur la précarité de certains points d'appui, évitant ainsi d'établir à grands frais une prothèse de courte durée ; en guidant le traitement, en particulier, des fractures maxillaires.

Le point de vue esthétique et le point de vue professionnel, méritent, selon les cas, une prise en considération parfois très importante.

Citons : *a*) au point de vue esthétique ; les pertes dentaires, la décoloration des dents après les traumatismes, les déviations après fractures à réduction imparfaite, les cicatrices apparentes résultant d'infections buccales post-traumatiques s'ouvrant à l'extérieur, les paralysies par section des nerfs, etc. ; *b*) au point de vue professionnel : le rôle primordial des dents antérieures chez les joueurs d'instruments à vent, l'encombrement désastreux d'une pièce de prothèse pour un chanteur.

(1) *Bruxelles-Médical*, 25 avril 1937.

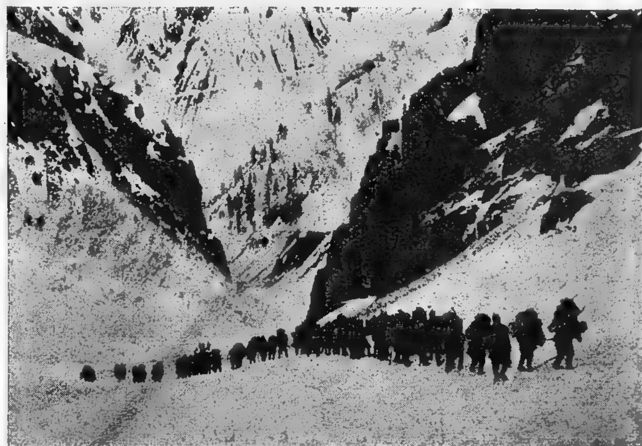
L'EXPÉDITION FRANÇAISE A L'HIMALAYA VUE PAR SON MÉDECIN

(Suite et fin) (1)

Troubles physiologiques dûs au climat, au dépaysement

Ceux-ci furent de peu d'importance. L'expédition française n'a pas connu ces accès palustres, ces dysenteries qui éprouvèrent si fort certaines de ses devancières du moins tant qu'elle vécut avec son hygiène imposée et les vivres qu'elle avait sélectionnés, car lorsque, à peine rentrés à Srinagar, certains de ses membres voulurent trop faire honneur à la cuisine cachemirienne leurs fonctions intestinales admirablement réglées jusque-là connurent des défaillances qui ne cédèrent qu'au retour en France.

Les sautes de température caractéristiques du climat himalayen n'affectèrent personne : les vestes en duvet étaient là pour servir de tampons régulateurs.



La montée de la caravane

Troubles physiologiques dûs à l'altitude. Pathologie des séjours prolongés au dessus de 5.000 mètres

L'Expédition, obligée de fuir devant une mousson précoce ne passa que quarante jours à 5.000 mètres et plus.

Fait paradoxal : les sahibs supportèrent mieux cette vie dans l'air raréfié que les Thibétains et Népalais, nés et habitant d'une façon courante entre 3 et 4.000 mètres ! On peut admettre que ces derniers étant parfaitement adaptés pour une hauteur déterminée n'ont pas la souplesse de réaction des alpinistes français qui, par la pratique courante de leur sport sont habitués à se déniveler de 3.000 voire 4.000 mètres dans la même journée...

D'ailleurs nos tigres étaient plus sensibles que nous-mêmes à l'action de la lumière et de la chaleur : il suffisait que l'un d'eux se promenât quelques instants sur le glacier sans lunettes ou coiffure pour qu'il contractât une conjonctivite ou fût victime du « coup de bambou », alors qu'il nous fallait des imprudences très sérieuses pour connaître les mêmes accidents.

Nous nous adaptâmes fort bien à l'altitude et à la vie dans l'air raréfié. Nous avions eu, il est vrai, tout le temps de nous accoutumer : le passage de la cote 1600 (Srinagar) à la cote 5000 (camp de base) avait duré trente-cinq jours. Et, dans l'assaut du Hidden Peak, les avances en altitude n'étaient que de l'ordre de 3 à 400 mètres par jour.

Cependant, au-dessus de 5.000 mètres, la première nuit dans un camp supérieur à celui que l'on venait de quitter était mauvaise quoi qu'on fît et tout le monde se sentait plus ou moins éprouvé par l'anoxhémie des altitudes. Pour cette adaptation aux altitudes de plus en plus élevées les toni-cardiaques étaient de rigueur et la Coramine nous rendit de réels services. Chaque cordée d'assaut en avait un flacon et lorsque le cœur donnait des signes de fatigue, que la respiration ne reprenait que difficilement son amplitude, 20 ou 40 gouttes, prises avec le thé du soir, rendaient les nuits meilleures et permettaient le départ le lendemain dans de bonnes conditions. Autant que possible, nous nous sommes abstenus d'injections hypodermiques hors les cas d'absolue nécessité.

Ce furent les skieurs qui, dans leurs raids d'approche autour du Hidden Peak subirent le plus durement les effets de la dépression. Car l'impossibilité de détourner le personnel et le matériel d'assaut pour établir des camps intermédiaires nous obligeait à de gros dénivellements journaliers (glacier Est du Hidden, de 5.100 à

(1) Voir *Concours médical*, nº du 30 mai 1937.

6.300 ; Conway-Satel, de 5.100 à 6.400 : Kondus-Satel de 5.300 à 6.500) et, lorsque l'altitude de 3.000 était dépassée, une langueur croissante venait ralentir la marche jusqu'à la rendre presque impossible. Là encore la médication cardiostimulante avec un peu de thé chaud rendait à l'organisme la vigueur qui paraissait évanouie.

Pour éviter toute surprise désagréable, il fallait adapter son activité à l'ambiance peu oxygénée ; les fonctions organiques ne pouvant s'exercer qu'au ralenti, il suffisait de s'accoutumer à vivre au ralenti. Un cent mètres au camp de base était possible dans un temps honorable, mais ensuite venait une dépression allant jusqu'à la torpeur pour le restant de la journée.

Après accoutumance, les descentes à skis ne nous fatiguaient plus, mais la moindre chute amenait un dérèglement immédiat du rythme cardiaque, et la seule nécessité de se relever devenait un problème difficile à résoudre.

Le milieu dans lequel nous vivions était pratiquement aseptique et nulle plaie ne s'infecte à 5.000 et au-dessus, mais les cicatrisations étaient démesurément longues et les hémorragies ne se coagulaient pas.

Les réactions organiques avaient fléchi dans les mêmes proportions, et les petites affections acquises avant l'arrivée au camp de base (amygdalites, accidents sériques) ne rétrocédèrent qu'avec le retour à une altitude moindre. L'on conçoit de suite qu'une pneumonie *a frigore* contractée là-haut est fatalement mortelle.

La sécheresse de l'air irritait les gorges. Tout le monde toussait, sans grands inconvénients d'ailleurs, et la provision de pâtes pectorales et de pastilles cocaïnées fut épuisée beaucoup trop tôt.

Les accidents sérieux furent d'ordre ophtalmique : les conjonctivites étaient légion, on vit des kératites, voire même des iritis. L'arsenal thérapeutique se révéla trop faible et les guérisons ne s'entrevirent qu'au retour à moins de 3.000 mètres.

Quant à l'appétit, il ne fléchit que pendant la période de la mousson, lorsque nous fûmes immobilisé sous les tentes durant dix jours. Et ce n'était que normal...

Les accidents

Ils furent de deux sortes : chutes de pierres et avalanches.

Tous les camps d'altitude étaient superposés sur un éperon de calcaire friable, et malgré eux, les hommes du camp IV bombardaient ceux du camp III, et le camp III, le camp II.

Il y eut quelques contusions, quelques plaies, quelques fractures légères. Le plus grave fut l'accident du porteur sherpa Pasang qui atteint au genou au-dessus du camp II eut une fracture du rebord du plateau tibial. Il fallut redescendre sur 700 mètres de couloirs de glace et de parois rocheuses, une malheureuse chose larmoyante et gémissante, incapable de s'aider elle-même. Comment nous en serions-nous tirés si son camarade Genden ne l'avait chargé sur ses épaules pendant la majeure partie du trajet ? Ce ne fut qu'après sept heures d'efforts que l'on arriva à une zone suffisamment plane pour achever le transport sur brancard.



Transport d'un blessé

Au jour de la retraite, il y eut un nouvel accident, plus tragique d'allure, sans être plus grave de conséquences. Deux porteurs sherpas furent entraînés par une petite avalanche au-dessus du camp II et franchissant deux barres rocheuses, ils dévalèrent plus de 700 mètres ! Par quel miracle échappèrent-ils à la mort et furent-ils simplement contusionnés ou shockés ? Secret de la montagne. Il fallut cependant les transporter sur brancards pendant les 21 jours de marche de retour et ce fut un calvaire sans pareil. L'un d'eux avait de fortes contusions du bassin, l'autre un peu de congestion pulmonaire due à l'enfouissement dans la neige. Au retour à Srinagar, ils étaient pratiquement guéris, mais restaient sans ressort, car chose singulière, ces hommes du Thibet, si courageux lorsqu'ils se portent bien deviennent plus faibles et sans plus de volonté que des enfants lorsqu'ils sont victimes du moindre bobo...

Conclusion

Une expédition en montagne, même dans un cercle beaucoup plus réduit que celui du massif himalayen, comporte des épreuves du même ordre. Evidemment, l'excursion en haute mon-

tagne et surtout la conquête des hautes cîmes ne doivent être entreprises que par des sujets exempts de toute tare physiologique et ayant déjà acquis un entraînement suffisant en même temps que la technique sportive des sommets. Cependant, il peut arriver à ces sujets de se trouver brusquement aux prises avec une défaillance résultant de ce qu'en terme sportif, on désigne par le *manque de forme* et qui correspond, vraisemblablement, à une rupture momentanée de l'équilibre sympathique, pouvant passer plus ou moins inaperçue dans la vie courante, mais qui prend une très grande importance chez tous ceux qui doivent fournir un effort plus ou moins prolongé. Les orateurs, par exemple, connaissent ce manque de forme comme les compétiteurs d'une randonnée alpestre.

Le mal des altitudes est d'ailleurs quelque chose de très complexe où rentre à la fois une défaillance du cœur par suite de la baisse de la pression barométrique, la privation d'oxygène et le déséquilibre vago-sympathique qui l'apparente jusqu'à un certain point au mal de mer. Certains sujets y sont particulièrement sensibles et en présentent les premiers symptômes à partir de 2.000 m. La fatigue est pour beaucoup dans son apparition, parfois brutale, avec symptômes bruyants : céphalalgie, angoisse, nausée, d'autres fois, malaise qui s'établit insidieusement le sujet se sentant anéanti, en proie à une invincible torpeur. A cette défaillance, presque *sine materia* de l'organisme, chacun oppose les moyens que son expérience lui a enseigné les meilleurs. Le kola, le café, le chocolat, ont leurs adeptes. D'instinct le sujet subissant cette dépression recherche les analeptiques susceptibles de le tonifier. Nous avons fait un large usage du thé additionné de Coramine. Nous avons maintes fois éprouvé les effets toniques de cette boisson sur le cœur ; dans nos raids à ski aux alentours du Hidden Peak son action eupnéique nous a rendu de réels services. Nos porteurs sherpas, si mal en point après leur chute, en ont aussi grandement bénéficié.

Les expéditions comme celles que nous avons entreprises, indépendamment de leurs buts sportifs qui concourent à placer notre pays sur le même plan que les grandes Nations qui, toutes ont eu le désir d'attacher leur nom à la conquête des cîmes de l'Himalaya, comporte aussi pour le physiologiste et le médecin des enseignements qui ne sont pas sans intérêt, surtout au point de vue de l'adaptation de l'organisme humain à des conditions de vie très différentes de celles où il se trouve d'ordinaire.

Nous croyons pouvoir affirmer qu'une hygiène bien comprise est le meilleur auxiliaire de ceux qui tentent ette grande aventure. La chance aidant — car son concours, il faut bien le dire, est indispensable à la réussite — tous les espoirs sont permis à des hommes jeunes, vigoureux et bien entraînés à la haute montagne. Pour notre part, nous ne renonçons pas à celui d'atteindre une prochaine fois les objectifs que la mousson nous a forcés d'abandonner dans notre première entreprise, et 1938, nous verra de nouveau à l'assaut du Hidden Peak.

LES PETITS BERGERS

Sous le charme bucolique de cette appellation se cache, nous apprend le Docteur Poncet, inspecteur départemental d'hygiène de l'Ain, une des plus pitoyables misères qui se puissent voir en notre cynique époque : une misère d'enfants.

Les « petits bergers » sont des enfants généralement encore plus malheureureux que des orphelins ou des enfants abandonnés ; et pourtant il se peut qu'ils aient encore leurs parents. On désigne ainsi des enfants d'âge scolaire placés en condition par de prétendues œuvres de charité ou par des particuliers avides de profits. La plupart du temps ils viennent de grandes villes ou de régions industrielles et sont placés sans contrôle chez des cultivateurs ; certains de ces employeurs ne se font pas faute de les exploiter. Pour les envoyer au « bon air » les familles paient une mensualité ; les cultivateurs, d'autre part, donnent de menus gages à ces jeunes travailleurs. L'entrepreneur de cette véritable traite de l'enfance touche ainsi des deux côtés et ne se s‑ucie aucunement de leur garantir un minimum de bien-être. Il arrive trop souvent que ces enfants sont mal logés, mal vêtus, mal nourris, excédés de travail. Il arrive même qu'ils soient maltraités. Et pendant six mois de l'année ou plus ils ne fréquentent pas l'école.

Aucune loi ne les protège ; aucune Administration ne s'intéresse à eux. Nos ministres et ministresses s'occupent beaucoup en ce moment des enfants anormaux. Pour les tarés, les pervers, les débiles intellectuels, les idiots et les délinquants un flot de compassion s'apprête à couler, alimenté bien entendu, par le budget.

Peut-on, sans manquer à la déférence qui se doit à ces hauts personnages, leur rappeler que les enfants simplement malheureux méritent aussi quelque intérêt, même s'ils ne sont que normaux.

G. L.

DOCUMENTS OFFICIELS : HYGIÈNE DÉPARTEMENTALE

I

Circulaire du 26 avril 1937 relative au règlement sanitaire départemental-type

Le ministre de la Santé publique
à MM. les Préfets,

Un décret-loi en date du 30 octobre 1935 prévoit que, dans tout département, le préfet est tenu, afin de protéger la santé publique, d'établir un règlement sanitaire départemental, applicable à toutes les communes ; ce règlement est établi sur la proposition de l'inspecteur départemental d'hygiène et après avis du Conseil départemental d'hygiène.

Après consultation de diverses personnalités particulièrement qualifiées, le Conseil supérieur d'hygiène publique de France a rédigé un projet de règlement sanitaire départemental-type, destiné à vous servir de guide dans la préparation de celui qui sera applicable dans votre département.

Ce *règlement-type*, inséré au *Journal officiel* du 24 avril 1936, pages 4614 et suivantes, vous est adressé à titre indicatif ; il n'est donc pas destiné à être simplement recopié, pour devenir le statut sanitaire de votre département ; je tiens cependant à spécifier que je considère les dispositions qu'il contient comme le *minimum* des conditions à exiger pour la bonne tenue sanitaire de vos administrés.

Certes, le texte que votre inspecteur d'hygiène aura à vous proposer et à soumettre aux discussions du Conseil départemental d'hygiène devra adapter le règlement-type aux diverses contingences locales ; mais, cette adaptation me paraît devoir être faite, beaucoup plus par des dispositions additives que par des dispositions restrictives, le règlement-type devant être considéré, par vous, comme le cadre fixe et essentiel, autour duquel des prescriptions spéciales à chaque département donneront à l'ensemble du texte sa physionomie locale.

Il vous appartiendra, d'ailleurs, au cours de cette procédure et de ce travail d'adaptation, de vous entourer des avis nécessaires en vue d'éviter l'introduction de dispositions susceptibles d'être attaquées avec succès devant la juridiction contentieuse, et de concilier ainsi le devoir de technique réglementaire de l'administration avec la nécessité évidente d'un texte pratique, efficient et inattaquable.

L'expérience a montré que la qualité essentielle d'un règlement de cette nature est d'être rédigé sous forme positive, c'est-à-dire de constituer le guide direct de l'activité du citoyen.

Je ne saurais donc trop vous recommander à cet égard d'attirer l'attention de l'inspecteur départemental d'hygiène et du Conseil départemental d'hygiène sur l'intérêt qu'il y aurait à concevoir le règlement sanitaire départemental sous la forme d'une sorte d'instruction méthodiquement divisée et susceptible d'être suivie avec facilité par les propriétaires et les architectes.

Il ne fait aucun doute que cette méthode de rédaction est susceptible, non seulement de faciliter la lecture du texte, mais encore de diminuer les surprises et les contradictions qui, résultant de cette lecture, sont souvent à l'origine des attitudes de résistance et des recours contentieux.

Certaines dispositions du règlement sanitaire-type vous paraîtront immédiatement applicables ; d'autres ne pourront l'être qu'après un délai plus ou moins long ; dans certains cas particuliers, tout ou partie de telle ou telle prescription sera inapplicable. Mais l'avant-dernier article du règlement-type a été inspiré par ces diverses considérations, puisqu'il prévoit des cas de dérogation et vous laisse, d'autre part, la latitude de préciser par arrêté les dates d'application de certaines dispositions qu'il vous appartiendra de désigner spécialement.

Je crois, enfin, devoir vous rappeler que le décret-loi du 30 octobre 1935 sur le règlement sanitaire départemental spécifie que celui-ci ne fait pas obstacle au droit des maires de prendre, après avis du Conseil municipal, tous arrêtés ayant pour objet telles dispositions particulières qu'il jugera utiles dans sa commune, en vue d'assurer la protection de la santé publique.

Ce serait donc une erreur de penser que l'institution du règlement sanitaire départemental enlève aux maires tout pouvoir réglementaire quand il s'agit de protéger la santé publique : le règlement sanitaire départemental représente, en définitive, le *minimum* des conditions sanitaires exigibles dans toutes les communes d'un même département, mais les maires conservent la possibilité de préciser certaines dispositions et même de les aggraver, ou d'en établir de nouvelles, particulières à leur commune, et que le texte départemental n'aurait pas mentionnées. Toutefois, les arrêtés municipaux relatifs à la santé publique et considérés, par conséquent, comme des additions municipales au règlement sanitaire départemental, devront être, conformément à la loi du 15 février 1902, revêtus, pour

devenir exécutoires, de votre approbation, après délibération du Conseil départemental d'hygiène, avis et proposition de l'inspecteur départemental d'hygiène.

Je vous prie de m'adresser un exemplaire du règlement sanitaire de votre département dès qu'il sera intervenu.

(*J. O.*, 27 avril 1937.)

II

Règlement sanitaire départemental d'hygiène prescrit par l'article 1er du décret-loi du 30 octobre 1935

Le ministre de la Santé publique arrête :

TITRE Ier

Des constructions

Art. 1er. — Dans toute commune, quel que soit le chiffre de ses habitants, aucune construction nouvelle, quelle que soit la nature des matériaux utilisés, ne pourra être habitée de jour ou de nuit si elle ne répond pas aux conditions d'hygiène définies ci-après.

Sous le nom de construction nouvelle, il faut entendre non seulement les constructions neuves mais aussi les transformations des constructions existantes, affectant soit le gros œuvre du bâtiment, soit son économie générale.

Sous le nom d'habitation, il faut entendre tout local pouvant servir de jour ou de nuit au logement, au travail, au repos ou à l'agrément.

Les dispositions du présent titre relatives au gabarit et à l'implantation des constructions sont applicables dans toutes les communes qui ne sont pas assujetties à des dispositions de même nature provenant du programme de servitudes d'un plan communal ou régional d'aménagement.

CHAPITRE Ier

Des constructions nouvelles
Dispositions générales

Règles générales de salubrité

Art. 2. — Les constructions visées à l'article 1er du présent règlement seront disposées de manière à être aérées, largement éclairées et ensoleillées le plus longtemps possible. Leurs revêtements intérieurs seront disposés de manière qu'ils puissent être facilement maintenus en état de propreté. Elles seront munies de moyens d'évacuation des eaux pluviales et des matières usées, y compris les eaux ménagères. Toutes dispositions seront prises pour isoler du sol les locaux et les préserver de l'humidité.

Hauteur des constructions

Art. 3. — La hauteur des constructions, quelles qu'elles soient, en bordure de la voie publique, mesurée sur le point milieu de la façade, entre le niveau du trottoir ou le revers pavé au pied de cette façade, et le niveau de la ligne de faite de l'immeuble, n'excédera pas la largeur de la voie entre les alignements régulièrement approuvés.

Les constructions ou parties de constructions élevées en retrait de l'alignement pourront ajouter la largeur de ce retrait à la largeur de la voie publique dans le calcul de la hauteur permise. Les constructions dispensées de la servitude d'alignement ne pourront, même par tolérance, être surélevées au delà d'une hauteur égale à la distance qui sépare le milieu de leur façade de l'alignement opposé.

Il en sera de même pour les constructions élevées en bordure des voies privées, la largeur effective de la voie privée étant assimilée à la largeur réglementaire des voies publiques.

La hauteur des constructions, ainsi que celle des murs mitoyens, ne pourra, en aucun cas, excéder vingt mètres.

Art. 4. — Lorsque les voies sont en pente, la façade des bâtiments en bordure sera divisée, pour le calcul de la hauteur, en sections dont aucune ne pourra dépasser trente mètres. La cote de hauteur de chaque section sera prise au point milieu de chacune d'elles.

Art. 5. — Pour les bâtiments compris entre des voies d'inégale largeur ou de niveaux différents, la hauteur des constructions en bordure de chacune des voies ne pourra dépasser celle qui est fixée en raison de la largeur ou du niveau de la voie sur laquelle elle s'élève.

Si la distance entre les deux voies est inférieure à quinze mètres, la hauteur de la construction élevée entre les deux voies est régie par la plus large ou de niveau le plus élevé.

Cours et courettes

Art. 6. — Dans les cours, toute baie éclairant une pièce définie à l'article 1er, y compris les cuisines, sera soumise aux dispositions ci-après. La vue directe aura, au niveau du dessus de l'allège de la baie, et dans toute son étendue, une largeur horizontale de deux mètres de part et d'autre de l'axe de la baie du rez-de-chaussée. Aucune construction faisant face à cette baie du rez-de-chaussée ne pourra monter à une hauteur supérieure au double de la longueur de la vue directe par rapport à la partie saillante de la façade sur cour. Cette disposition devra être mutuelle entre les constructions qui se font face dans ladite cour.

Les espaces libres dits courettes, qui ne répondront pas aux conditions du premier alinéa ci-dessus, ne pourront desservir que des pièces non visées à l'article 1er ; la surface horizontale ne sera jamais inférieure à huit mètres carrés, ni le plus petit côté à deux mètres. Il sera ménagé, au rez-de-chaussée, une arrivée d'air permanente destinée à assurer la ventilation.

Art. 7. — Il est interdit d'établir des combles vitrés dans les cours et courettes au-dessus des parties sur lesquelles sont exclusivement aérées et éclairées soit des pièces pouvant servir à l'habitation, soit des cuisines, soit des cabinets d'aisances, à moins qu'ils ne soient munis d'un châssis ventilateur à face verticale dont le vide aura au moins le tiers de la surface de la cour ou courette et 40 centimètres au minimum de hauteur ; dans ce dernier cas, il sera établi au voisinage du sol des orifices prenant l'air à l'extérieur et assurant en permanence le renouvellement de l'air de ladite cour ou courette, ou tout autre dispositif soumis à l'agrément de l'autorité sanitaire, assurant le renouvellement de l'air dans des conditions au moins équivalentes.

Art. 8. — Les propriétaires d'immeubles contigus peuvent se mettre d'accord pour avoir des cours et courettes communes dont les dimensions seront celles prescrites aux articles ci-dessus pour les cours et courettes dépendant d'un même immeuble.

Ils doivent, dans ce cas, notifier leur accord au maire et prendre envers l'Administration municipale, avant le commencement des travaux, l'engagement par acte authentique de maintenir leurs cours et courettes conformes aux dispositions de l'alinéa précédent.

Les cours et courettes ne pourront être divisées que par des murs bahuts d'un mètre maximum de hauteur surmontés d'une grille.

Art. 9. — Au rez-de-chaussée et aux étages, le sol de toute pièce pouvant servir à l'habitation aura une surface minimum de 9 mètres carrés.

Chacune de ces pièces sera éclairée et aérée sur rue ou sur cour au moyen d'une ou de plusieurs baies dont l'ensemble devra présenter une section totale ouvrante au moins égale au sixième de la surface de ladite pièce.

Art. 10. — Les jours de souffrance ne pourront jamais être considérés comme baies d'aération ni d'éclairage.

Caves

Art. 11. — Les caves ne pourront être aménagées pour servir à l'habitation. Elles seront ventilées par des soupiraux communiquant avec l'air extérieur. Ces soupiraux auront au moins chacun 12 centimètres de hauteur avec une section libre minimum de 8 décimètres carrés.

Aucune pièce comportant une porte ou trappe de communication avec une cave ne pourra être affectée à l'habitation de nuit.

Sous-sols

Art. 12. — Les sous-sols destinés à l'habitation ne pourront être descendus à plus de 1 mètre 50 en contre-bas du niveau de la rue ou de la cour qu'ils bordent : ils auront chacune de leurs pièces aérée et éclairée au moyen de baies ouvrant sur rue ou sur cour et ayant les dimensions indiquées aux articles ci-dessus. Les murs et le sol devront être imperméables à l'humidité.

L'habitation de nuit est interdite dans les sous-sols.

Rez-de-chaussée et étages

Art. 13. — Le sol des rez-de-chaussée destinés à l'habitation devra être établi sur caves ou sur sous-sol, ou, à défaut, il devra être surélevé de 30 centimètres au moins au-dessus du niveau extérieur ; quand il reposera immédiatement sur terre-plein, une couche de matériaux imperméables s'interposera entre celui-ci et le dallage, le carrelage, le parquet, etc... Le sol en terre battue est interdit.

Toutes dispositions seront prises pour éviter l'ascension dans les murs de l'humidité du sol.

Art. 14. — La hauteur des pièces d'habitation mesurée sous plafond ne sera pas inférieure à 2 m. 70 et leur profondeur ne pourra dépasser le double de leur hauteur.

Toutefois, cette hauteur pourra être réduite jusqu'à 2 m. 50, si une ventilation permanente automatique et non mécanique, est assurée dans les pièces d'habitation par un système reconnu efficace par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Art. 15. — A l'étage le plus élevé de la construction, la surface réglementaire prévue à l'article 9 sera mesurée à 1 m. 30 au-dessus du sol ; le cube de la pièce ne pourra pas être inférieur à 22 mètres cubes.

Les parois de la pièce ne devront présenter d'angle rentrant en aucun point.

Art. 16. — Les parois de toutes les pièces d'habitation seront disposées de façon à protéger les occupants contre les variations de la température extérieure.

Boutiques destinées à l'alimentation

Art. 17. — Tous les locaux dans lesquels seront vendus et conservés des produits alimentaires altérables, tels que poissons frais, volailles, gibier, viandes, fruits, légumes, etc., seront disposés de telle sorte que l'air y soit constamment renouvelé. A cet effet, s'il n'y a pas d'ouverture du côté opposé à la façade, ils seront munis d'un conduit de ventilation d'au moins 4 décimètres carrés de section, s'ouvrant dans la partie du plafond la plus éloignée de la devan-

ture et s'élevant jusqu'au-dessus de la partie la plus élevée de la construction.

Les murs et le sol seront revêtus de matériaux imperméables et imputrescibles. Aucun étalage de denrées alimentaires ne pourra être établi à une hauteur moindre de 60 centimètres du sol. Le sol sera disposé de manière à permettre de fréquents lavages et à diriger les eaux en provenant vers un orifice d'évacuation siphonné.

En aucun cas, ces locaux ne pourront servir à l'habitation. Aucun cabinet d'aisances ne devra s'y ouvrir directement.

Un arrêté municipal pourra soumettre les conditions d'installation et d'aménagement des locaux visés au présent article à une vérification préalable de leur conformité avec les dispositions du présent règlement.

Escaliers

Art. 18. — Les escaliers, corridors, vestibules et couloirs à usage commun seront aérés et éclairés directement dans toutes leurs parties.

Leur largeur ne pourra être inférieure à un mètre. Les revêtements intérieurs seront établis de manière à pouvoir être maintenus en état constant de propreté et facilement entretenus.

Chauffage

Art. 19. — Toute pièce destinée à l'habitation devra pouvoir être chauffée individuellement. A cet effet, elle devra être munie d'un conduit de fumée spécial et étanche. Lorsque l'aération ne sera pas assurée par un conduit de fumée, il devra y être pourvu au moyen d'un système de ventilation efficace et continue.

Art. 20. — Toute cuisine comportera obligatoirement :

1° Un conduit de fumée établi dans les conditions du présent règlement et destiné à desservir les appareils fixes ou mobiles brûlant des combustibles solides, liquides ou gazeux ;

2° Une hotte installée au-dessus de l'emplacement réservé au fourneau ou réchaud quel qu'il soit, et pourvue à la partie la plus haute d'un conduit ascendant de ventilation de section libre suffisante, indépendant du conduit de fumée.

Ce conduit de ventilation, longeant, autant que possible, le conduit de fumée, sera comme ce dernier, prolongé jusqu'au-dessus de la partie la plus élevée de la construction, à moins qu'il ne soit muni, à sa sortie du toit, d'un appareil aspirateur efficace.

A défaut de hotte, il devra être établi un dispositif d'une efficacité au moins équivalente.

Le « tubage » des conduits de fumée est interdit, mais l'usage pour les cuisines de conduits spéciaux, fabriqués en matériaux résistant au feu et imperméables à la fumée, et comportant les conduits de fumée et de ventilation accolés, pourra être autorisé.

Art. 21. — Les conduits fixes de fumée s'élèveront à 40 centimètres au moins au-dessus de la partie la plus élevée de la construction. Les conduits de fumée ne devront communiquer entre eux ni intérieurement, ni extérieurement, et être établis de manière à éviter les siphonnements. Leur section intérieure ne sera jamais inférieure à 4 décimètres carrés. Les clefs destinées à régler le tirage de ces conduits ne devront jamais pouvoir fermer complètement leur section.

Art. 22. — Le système de chauffage devra être tel qu'il ne se dégage à l'intérieur des pièces habitables ni fumée, ni aucun gaz pouvant compromettre la santé des habitants.

Art. 23. — Les prises d'air, et notamment celles des calorifères, devront se faire à l'extérieur de l'habitation, à l'exclusion des courettes. Celles qui conduiront l'air à l'intérieur de l'habitation devront être munies d'un dispositif arrêtant les poussières.

Installations d'eau, de gaz et d'électricité

Art. 24. — Les installations d'eau, de gaz et d'électricité devront être réalisées conformément aux règles de la bonne technique et constamment maintenues en bon état, afin qu'il ne puisse résulter de l'existence et de l'utilisation de ces installations aucun risque pour les choses ni pour les personnes.

Art. 25. — Les installations électriques générales de l'immeuble devront être établies de manière à permettre au minimum la fourniture simultanée d'une puissance de 25 watts par mètre carré de surface des différents locaux définis à l'article 1er.

Evacuation des eaux pluviales

Art. 26. — L'évacuation des eaux pluviales sera assurée rapidement et sans stagnation. Les gouttières et cheneaux devront être maintenus en bon état de fonctionnement et d'étanchéité.

Art. 27. — Il est interdit de projeter des eaux usées, des détritus ou autres immondices de quelque nature qu'ils soient dans les chéneaux ou gouttières.

Art. 28. — Le sol des cours et courettes présentera des pentes convenablement réglées et les dispositifs nécessaires en vue de l'évacuation rapide des eaux sans stagnation.

Evacuation des eaux et matières usées

Art. 29. — Les eaux et les matières usées devront être éloignées de l'habitation dans des conditions telles qu'elles ne puissent jamais nuire à la santé publique. Lorsque l'agglomération comportera un réseau d'assainissement, que l'immeuble pourra y être relié, et que rien ne rendra cette mesure techniquement impossible, le raccordement de toutes les canalisations éva-

cuant des eaux usées et des matières de vidanges sera obligatoire.

Art. 30. — Dans toute maison, il y aura, par appartement ou logement, quelle qu'en soit l'importance, à partir de deux pièces habitables (en y comprenant la cuisine), un cabinet d'aisance. Un poste de lavage avec vidoir siphonné sera installé à proximité de ce cabinet, la disposition des canalisations devant exclure tout risque d'intercommunication.

Art. 31. — Il sera établi également, et dans les mêmes conditions pour le service des pièces habitables louées séparément, un cabinet d'aisance par cinq pièces habitables, et un poste d'eau par dix pièces habitables.

Art. 32. — Dans tout établissement, le nombre des cabinets d'aisance sera déterminé en prenant pour base le nombre des personnes appelées à en faire usage.

Art. 33. — Les cabinets d'aisance seront munis de revêtements lisses et imperméables susceptibles d'être facilement lavés ou blanchis à la chaux. Ils seront éclairés et aérés directement sur l'extérieur. Le système d'aération sera installé de telle sorte qu'il puisse assurer le renouvellement permanent de l'air.

Art. 34. — Les cabinets d'aisance installés dans les habitations ne communiqueront directement ni avec les salles à manger, ni avec les cuisines.

Art. 35. — Les cabinets d'aisance seront munis d'une cuvette siphonnée ; un dispositif assurera le lavage de la cuvette.

Lorsque le raccordement à un réseau d'assainissement sera techniquement irréalisable, les cabinets d'aisance seront munis d'un dispositif de fermeture mettant l'habitation à l'abri des émanations.

Art. 36. — Les fosses septiques épuratrices, les fosses chimiques ou appareils analogues, lorsqu'elles ne sont pas interdites, seront établies conformément aux réglementations spéciales en vigueur.

Les fosses d'aisance au-dessous du sol des caves sont interdites. Les fosses d'aisance seront construites sur plan rectangulaire ou circulaire de façon à éviter les angles rentrants et les étranglements. Elles auront au moins deux mètres de hauteur sous plafond. Les murs, le plancher haut ou la voûte ainsi que le radier auront une épaisseur variant de 20 centimètres au moins pour le béton de ciment à 45 centimètres pour la maçonnerie, et seront recouverts d'un enduit assurant une étanchéité rigoureuse et permanente et ne présentant aucune solution de continuité intérieure. Le fond des fosses sera construit en forme de cuvette concave et tous les angles intérieurs arrondis à 25 centimètres de rayon. L'ouverture d'extraction sera placée au centre du plan et munie d'un tampon hermétique ayant un minimum de 0 m. 70 × 1 mètre de section. Les tuyaux de chute seront verticaux et auront un diamètre minimum de 20 centimètres. Un tuyau d'évent sera établi à l'aplomb des tuyaux de chute et montera verticalement jusqu'à la hauteur des souches de cheminées de l'immeuble et des constructions contiguës. Les fosses d'aisance seront rigoureusement étanches. Celles dont l'insalubrité serait constatée devront être immédiatement réparées ou aménagées.

Art. 37. — Toute construction de fosse d'aisance devra faire l'objet d'une déclaration à l'autorité sanitaire.

Les fosses d'aisance des immeubles démolis devront être vidangées et désinfectées. Aucune fosse d'aisance ne pourra être comblée avant d'avoir été vidangée et désinfectée.

Art. 38. — Les puits perdus et puisards absorbants sont interdits.

Art. 39. — Les parois intérieures de tous les ouvrages appelés à recevoir des matières usées avec ou sans mélange d'eau pluviale ou de tous autres liquides, seront lisses et imperméables.

Ces ouvrages seront établis de manière à assurer la bonne évacuation des matières solides et liquides à recevoir. Leurs communications avec l'extérieur seront établies de telle sorte qu'aucun retour de liquides, de matières ou de gaz nocifs ne puisse se produire dans l'intérieur des habitations.

Les joints seront hermétiques.

Les canalisations seront munies de tuyaux dits d'évent. Ceux-ci seront prolongés au-dessus des parties les plus élevées de la construction ; ils seront établis de manière à ne jamais déboucher soit au-dessous, soit à proximité des fenêtres ou des réservoirs d'eau.

Art. 40. — Les conduits d'évacuation des éviers, lavabos, vidoirs, salles de bain, etc., seront indépendants des descentes d'eaux pluviales.

S'ils sont raccordés avec ceux des cabinets d'aisances, l'occlusion sera établie comme pour ce derniers, et toutes dispositions utiles seront prises pour éviter le désamorçage des siphons.

Art. 41. — Dans tout immeuble destiné à l'habitation collective, il sera aménagé un local spécial, clos, ventilé, aisément accessible, ouvrant directement sur rue, cour ou courette pour le dépôt des récipients à ordure ménagère.

Le sol et les parois de ce local devront être constitués par des matériaux imputrescibles, imperméables, et ne permettant en aucun cas l'intrusion des rongeurs.

Le local sera constamment fermé d'une porte qui en interdira l'accès.

Les récipients destinés à contenir les ordures ménagères seront étanches, constitués de matériaux imperméables et munis d'un mode de fermeture interdisant l'accès de ces boîtes aux

mouches, rongeurs et aux autres animaux. Leur assise sera telle qu'ils ne pourront être renversés par les chiens ou autres animaux.

CHAPITRE II

Dispositions particulières applicables aux constructions et habitations rurales

Habitations

Art. 42. — Dans les constructions neuves, les parois des murs et des cloisons seront enduites ou tout au moins badigeonnées à l'intérieur à la chaux. Les constructions en pisé ne pourront être élevées que sur une fondation hourdée tout au moins en chaux hydraulique jusqu'à 50 centimètres au-dessus du sol.

Art. 43. — Le sol du rez-de-chaussée destiné à l'habitation sera établi dans les conditions fixées à l'article 13 ci-dessus.

Art. 44. — La cuisine, pièce souvent commune, doit être haute, spacieuse, largement éclairée et facile à aérer.

La surface d'éclairement sera au minimum de un sixième de la surface de la pièce et pourra être réduite au un huitième dans les régions froides.

Son sol sera rendu imperméable. Les murs le seront également sur une hauteur minimum de un mètre ; dans le reste de leur étendue, les murs et le plafond seront enduits et peints à l'huile ou à la colle ou seront au moins blanchis à la chaux vive une fois l'an.

Le foyer sera placé sous une hotte, desservie par un tuyau de fumée surmontant de 40 centimètres au moins la partie la plus élevée de la construction : une ventilation efficace sera assurée.

Des précautions efficaces seront prises pour empêcher l'introduction et assurer la destruction des mouches.

La cuisine aura un évier avec tuyau siphonné. Les eaux ménagères, si elles ne peuvent être envoyées dans un réseau d'assainissement ou dans une fosse étanche, devront être amenées par une canalisation fermée et étanche, jusqu'en un point aussi éloigné que possible des habitations, et dans des conditions telles qu'elles ne puissent nuire à la santé publique.

Art. 45. — Toute pièce servant à l'habitation de jour ou de nuit sera haute au moins de 2 m. 70 sous plafond et d'une surface minimum de 9 mètres carrés. Elle sera éclairée et aérée directement au moyen d'une ou de plusieurs baies dont l'ensemble devra présenter une section totale ouvrante au moins égale au sixième du sol de ladite pièce.

Art. 46. — Les cheminées, fours et appareils quelconques de chauffage seront établis dans les conditions des articles 19, 21, 22 et 23.

Art. 47. — L'habitation de jour et de nuit est interdite dans les caves ; elle est interdite de nuit dans les sous-sols, greniers à grains et à fourrage ainsi que dans les pièces dépourvues de fenêtres ou insuffisamment séparées des logements destinés aux animaux.

Art. 48. — Les cabinets, tinettes et fosses d'aisances seront établis de telle sorte qu'ils ne puissent contaminer les sources, puits et citernes.

Des précautions efficaces seront prises contre l'introduction et la pullulation des mouches et des moustiques.

Les fosses d'aisances devront répondre aux prescriptions des articles 36 (deuxième alinéa) et 37.

Art. 49. — Les fosses septiques épuratrices, les fosses chimiques ou appareils analogues, lorsqu'elles ne sont pas interdites, seront établies conformément aux réglementations spéciales en vigueur.

CHAPITRE III

Des autorisations

(Dispositions applicables aux agglomérations de 5.000 habitants et au-dessus)

Demandes d'autorisation

Art. 50. — Conformément aux dispositions de l'article 11 de la loi du 15 février 1902, modifiée par le décret-loi du 30 octobre 1935, nul ne peut, dans les agglomérations de 5.000 habitants et au-dessus, édifier une habitation sans une autorisation écrite délivrée par le maire, sur avis motivé de l'inspecteur départemental d'hygiène.

Formes des demandes

Art. 51. — Toute personne désireuse de faire édifier une habitation remettra ou adressera au maire un dossier en trois exemplaires comprenant les pièces indiquées ci-après :

1° Une demande faisant connaître ses nom, prénoms et domicile. Si c'est un locataire qui fait construire, la demande devra être contre-signée par le propriétaire du fond. La destination des constructions devra être spécifiée dans la demande ;

2° Un plan d'ensemble, indiquant l'emplacement et les accès de la construction projetée ou des constructions existantes sur la propriété, à l échelle de 1/100e ;

3° Les plans du sous-sol, du rez-de-chaussée et de chaque étage, à l'échelle de 1/200e ;

4° Les façades et coupes nécessaires à la compréhension du projet, à l'échelle de 1/200 e ;

5° L'indication des dispositions prévues pour l'alimentation en eau et pour l'évacuation des matières et eaux usées ainsi que des eaux pluvia-

les, à l'échelle de 1/200e. Les dessins à une échelle plus grande que celles ci-dessus prévues seront acceptés.

Récépissé du dépôt du dossier sera délivré au demandeur.

L'autorité chargée de l'étude du projet sera fondée à demander au propriétaire communication des clauses de son titre de propriété, qui visent la désignation de l'immeuble, les servitudes et charges de nature non financière déclarées ou imposées, ainsi que l'origine de la propriété.

Délai de validité des autorisations

Art. 52. — Lorsque l'autorisation lui aura été accordée, le demandeur devra faire connaître au maire la date à laquelle il fera commencer les travaux ; cette autorisation sera considérée comme périmée s'il n'en est pas fait usage dans le délai d'un an à partir de la date à laquelle elle a été délivrée.

Surveillance des travaux

Art. 53. — Pour permettre aux représentants de l'autorité sanitaire de procéder à tout moment à l'inspection des travaux en cours, l'autorisation et les dessins originaux approuvés doivent rester entre les mains des personnes chargées de l'exécution des travaux, pour être présentés à toute réquisition des agents de la surveillance.

Au cas où les travaux ne seraient pas conformes à l'autorisation, le maire pourra mettre en demeure le titulaire de cette autorisation de les arrêter, sous réserve du dépôt d'une nouvelle demande, et sans préjudice des poursuites en application de l'article *in fine* du présent règlement.

Permis et interdiction d'habiter

Art. 54. — Les constructions visées ou chapitre 1er du présent règlement ne pourront être habitées qu'après délivrance du permis d'habiter accordé par le maire, sur le rapport de l'autorité sanitaire constatant que les prescriptions du règlement sanitaire ont bien été observées.

Ce permis doit être délivré dans un délai de vingt et un jours à partir du dépôt à la mairie du procès-verbal, attestant que les travaux sont terminés. A défaut par le maire de statuer dans ce délai, le permis est réputé accordé.

La décision d'interdiction d'habiter sera publiée et affichée dans les formes ordinaires.

(*A suivre*).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Cours de perfectionnement sur les maladies des voies urinaires** (Hôpital Cochin, 27, rue du Faubourg-Saint-Jacques, pavillon Albarran), sous la direction du Professeur Maurice Chevassu, du lundi 28 juin au lundi 19 juillet 1937, par MM. Chevassu, professeur à la Faculté, chirurgien de l'hôpital Cochin ; Bariéty, agrégé, médecin des hôpitaux ; Roger Couvelaire, chirurgien des hôpitaux ; Cordier, prosecteur à la Faculté ; Hepp, prosecteur à la Faculté ; Rudler, prosecteur des hôpitaux ; Mialaret, prosecteur à la Faculté ; Léger, aide d'anatomie à la Faculté ; Huguier, aide d'anatomie des hôpitaux ; Bayle, assistant du service ; Leroy, ancien chef de clinique gynécologique ; Neyraud, aide d'anatomie des hôpitaux ; Gautier, assistant de consultation ; Lazard, assistant de cystoscopie ; Canoz, chef de laboratoire de bactériologie ; Moret, assistant de radiologie ; Roger Petit, assistant de consultation à l'hôpital Boucicaut ; Boulard, assistant adjoint de cystoscopie.

Le cours sera complet en trois semaines. Il comportera le matin, de 9 heures à 12 heures, et l'après-midi, de 2 heures à 4 heures, quatre leçons théoriques et pratiques, avec examens cliniques, uréthroscopiques, cystoscopiques et radiologiques, examens de laboratoire, présentations de pièces et opérations.

En concordance avec ce cours, des leçons pratiques de médecine opératoire et de chirurgie expérimentale auront lieu à 4 h. 30. Consulter les affiches spéciales.

Un certificat sera remis à la fin du cours à tous ceux qui l'auront suivi régulièrement.

Un diplôme pourra être délivré après examen.

Droit d'inscription : 500 francs. Inscription au secrétariat de la Faculté.

— **Pathologie médicale** (Professeur : M. Pierre Abrami.)

— *Deuxième série* (juin) : M. Etienne Bernard, agrégé : Maladies de la plèvre et du poumon ; M. Paul Chevallier, agrégé : Maladies du sang et intoxications.

M. Etienne Bernard continue ses leçons les lundis, mercredis et vendredis, au Petit amphithéâtre, à 18 heures.

M. Paul Chevallier fait ses leçons les mardis, jeudis et samedis à 18 heures au Grand amphithéâtre de la Faculté.

— **Clinique thérapeutique médicale de la Pitié.** — Un *cours de perfectionnement sur les maladies des reins* sera fait dans le service du Professeur Rathery, du 7 au 19 juin 1937. Droit : 250 francs.

— **Cours d'hygiène industrielle.** — M. F. Heim de Balsac commencera ce cours le 8 juin, à 17 heures, salle des thèses n° 2. Le cours sera terminé le 25 juin 1937. Aucun droit d'inscription.

— **Thèses.** — Lundi 26 avril. — Jury : MM. Fiessinger, Loeper, Bariéty. — M. Riou : Contribution à l'étude de la dissociation gastro-colique. — M. Mandel : Etude sur le traitement des ulcères gastro-duodénaux par les injections de la pepsine.

Mardi 27 avril. — Jury : MM. Mocquot, Tanon, Brocq, Joannon. — M. Coulombeix : Diagnostic et traitement des polypes intracavitaires de l'utérus. — M. Lamy : Les beurres de crèmes maturées au point de vue hygiène.

Mercredi 28 avril. — Jury : MM. Couvelaire, Mathieu, Strohl, Dognon. — M. Saulay : Contribution à l'étude

des accidents dystociques secondaires à des applications caustiques au niveau du col utérin. — ASSADOLA ZAHET : Traitement de la paralysie du deltoïde par l'arthrodèse de l'épaule. — M. TARDIVEAU : Etat actuel de la question de la protection contre les rayons X et l'électricité en radio-diagnostic.

Samedi 1er mai. — Jury : MM. Lereboullet, Rathery, Boulin, Gastinel. — M. JACOB : Sur cent cas de troubles digestifs du nourrisson traités par la transfusion sanguine. — M. SOMMER-HOUDEVILLE : A propos d'un cas d'agranulocytose infantile. — M. TILLOT : Les résultats éloignés de l'opothérapie thyroïdienne dans le myxœdème infantile précoce. — M. RADULESCO : Lésions osseuses au cours du mal perforant d'origine diabétique.

Thèses vétérinaires. — Mardi 27 avril. — Jury : MM. Mocquot, Coquot, Lesbouyries. — M. ORBICHON : Nymphomanie chez la vache, la jument et la chatte.

Jeudi 29 avril. — Jury : MM. Gougerot, Henry Maignon. — M. SAMIER : Pouvoir acaricide des crésols

Samedi 1er mai. — Jury : MM. Maurice Villaret, Maignon, Robin. — M. CADENOT : Agents cosmo-météorologiques en pathologie comparée.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* **Dernières Nouvelles** *en tête des* « **Demi-Colonnes** »)

— **Ve Congrès international des hôpitaux** (Paris, 5-11 juillet 1937). — *Programme* : Lundi 5 juillet, 15 heures : Conférence du Professeur ROUSSY, avec la collaboration de M. BLEY, sur « l'hospitalisation en France des malades atteints de cancer » ; 18 heures : Réception à l'hôtel de ville de Paris.

Mardi 6 juillet, 9 heures : 1) Le développement historique et l'état présent de l'hôpital en France, rapporteur : M. CROS-MAYREVIELLE, de Narbonne ; 2) Principes généraux de l'organisation et de la construction de l'hôpital, en France, rapporteurs : M. le professeur PIÉCHAUD et M. le Docteur LATIER, de Bordeaux ; 3) L'infirmière et l'infirmier en France, rapporteur : M. CHENEVIER, Paris ; 5) Le service social en France, rapporteur : M. Chenevier, Paris ; 4) Le service social en France, rapporteur : M. le professeur PARISOT, Nancy.

Mercredi 7 juillet, 9 heures : ORDRE DU JOUR : Comment l'hôpital peut-il augmenter ses recettes et diminuer ses dépenses, sans inconvénient pour son action ? 1) Considérations générales, rapporteur : M. le Docteur FREY, Berne ; 2) La standardisation à l'hôpital, rapporteur : M. le Docteur Mac TACHERN, Chicago ; La normalisation, rapporteur : M. le Docteur ZEITLER, Berlin ; 4) Constructions et aménagements, rapporteur : M. le Docteur UKLEIN, Prague. — 14 heures : *Visites techniques*. — 15 heures : 3e Commission d'étude : Les diètes typiques dans les différents pays ; 17 heures : 11e Commission d'étude : Défense aérienne des hôpitaux.

Jeudi 8 juillet, 9 heures : *Séances des Commissions d'études et de leurs sous-Commissions, d'après l'ordre du jour établi préalablement par leurs présidents.* — 15 heures : *Sous-commission des soins spirituels et moraux aux malades.* Thème : Les possibilités psychothérapeutiques des soins spirituels à l'hôpital. — Quel appui le directeur spirituel peut-il trouver dans l'Administration ? — Moyens d'action modernes des soins spirituels aux malades. — La coopération du médecin et du directeur spirituel. Les moyens d'action pour l'obtenir. — 18 heures : *Sous-commission des bibliothèques d'hôpital.*

Vendredi 9 juillet, 9 heures : Organisation méthodique du fonctionnement de l'hôpital. 1) Le plan national de l'organisation des hôpitaux, rapporteur : M. SARRAZ-BOURNET, Paris ; 2) L'organisation nationale et régionale des services hospitaliers, rapporteur : M. H. L. EASON, Londres ; 3) L'organisation nationale et régionale de l'activité des hôpitaux, rapporteur : M. le Professeur CRAMAROSSA, Turin ; 4) L'économie nationale et régionale de la construction des hôpitaux, rapporteur : M. DISTEL, architecte, Hambourg. — 14 heures : *Visites techniques.*

Samedi 10 juillet, 9 heures : 1) La visite de l'hospitalisé, rapporteur : M. le Docteur MOUTTET, Berne ; 2) Le droit de l'hôpital à l'égard des documents établis pour le service des hospitalisés (films, courbes, etc.), rapporteur : M. le Docteur PLANK, Nuremberg ; 3) Le problème de l'hospitalisation des aliénés : *a*) généralités, rapporteur : M. le Docteur HINCKS, Toronto ; *b*) constructions, rapporteur : M. le professeur GRIFFINI, Milan.

Dimanche 11 juillet, 9 heures : 1) L'hôpital, sa publicité, sa propagande et la presse, rapporteur : M. l'abbé SVOBODA, Vienne ; 2) L'hôpital et la publicité. L'éducation du public et la presse, rapporteur : M. le Docteur WICKENDEN, New-York ; 3) Les problèmes généraux des infirmières, rapporteur : Lady-Superintendent, DUFF-GRANT, MANCHESTER ; 4) La formation spirituelle et professionnelle de l'infirmière dans le cadre de l'hôpital, rapporteur : Sorella A.-M. CATTANEO DELLA VOLTA, de la Croix-Rouge italienne.

Les réceptions particulières organisées par le Comité d'accueil seront portées à la connaissance des congressistes à leur arrivée au Congrès.

Elles comprennent notamment, outre la réception à l'Hôtel de Ville de Paris, une réception par Mme Edmond GILLET en son hôtel, par Mme Jacques BALSAN à la Fondation Foch ; une réception par M. le Docteur Louis MOURIER, Directeur général de l'Administration de l'Assistance publique au Musée de l'Assistance publique, et une réception par Mme SOMMIER au château de Vaux.

Excursions et voyages : Le lundi 12 juillet, une journée en Champagne, en autocar-pullman ; le mardi 13 juillet, seront proposées aux congressistes des excursions facultatives pour la visite des châteaux de l'Ile-de-France, soit au choix : Chantilly, Chaalis, Ermenonville, Senlis ; Fontainebleau et Barbizon.

Le 15 juillet, des voyages en France seront organisés pour la visite en groupe privé, soit des stations thermales réputées du centre de la France (4 jours), soit des plages de la Bretagne (7 jours), en cars et chemins de fer.

Secrétariat général du Congrès : 3, avenue Victoria, Paris IVe.

Le Gérant : R. THIRON

CLERMONT (OISE) — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

CORRESPONDANCE

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

3 788. — Un auxiliaire peut devenir médecin auxiliaire

Je vous prie de bien vouloir me faire connaître, par la voie du *Concours Médical*, si un docteur en médecine actuellement simple soldat dans la réserve et du service auxiliaire, peut obtenir le grade de médecin auxiliaire (ou autre grade similaire), et, en vertu de quels textes — d'emblée ou sur examens ? — Il me semble avoir lu une réponse dans cet ordre d'idées, il y a deux ou trois ans dans le *Concours Médical* mais les textes éventuels paraissent complètement ignorés ici.

Dr G.

Réponse

Le classement « service auxiliaire » n'empêche nullement l'accession au grade de médecin auxiliaire, puis à celui de médecin sous-lieutenant. Cependant, pour être nommé médecin auxiliaire, il est nécessaire de passer au préalable un examen administratif en vue de l'obtention du certificat d'aptitude à ce grade. Pour cela, on s'y prépare en suivant quelques conférences dans un centre militaire proche. Nous vous conseillons d'exposer vos projets au Directeur du Service de santé militaire de votre ressort ; celui-ci vous indiquera à quelle époque et en quel endroit vous pourrez suivre les cours préparatoires.

ASSURANCES SOCIALES

4 011. — Acquit des honoraires

Peut être avez-vous déjà répondu dans le *Concours*, aux questions que je vais vous poser, mais vous m'excuserez j'en suis sûr.

1° Doit-on oui ou non délivrer aux assurés sociaux des « reçus » des honoraires par eux versés ?

2° La feuille de maladie dûment signée ne suffit-elle pas aux Caisses ?

3° Les Caisses ont-elles le droit de refuser le remboursement à leurs affiliés de la somme qui leur est due en donnant comme raison le refus du « reçu » par le médecin ?

Dr C.

Réponse

Il suffit en principe au médecin-traitant d'un assuré social, de porter sa signature d'acquit sur les feuilles de maladie délivrées par les Caisses. Cette signature permet à l'assuré de prouver

qu'il a payé son médecin et d'obtenir le versement des sommes prévues dans le Tarif de responsabilité de la Caisse.

Par conséquent, les Caisses ne sauraient en principe demander un reçu spécial à leurs assurés pour leur payer les prestations auxquelles ils ont droit et tout refus de ce chef devrait faire l'objet d'un recours devant la Commission d'arrondissement du siège de la Caisse, par lettre recommandée adressée à son président au Greffe du Tribunal civil, dans un délai de dix jours à compter de la notification du refus, à peine de forclusion.

Toutefois, en vertu de l'art. 10 du règlement d'administration publique du 19 mars 1936, « le praticien qui signe les imprimés dont la production est exigée par la Caisse pour l'obtention des prestations, est supposé avoir adhéré aux clauses de la convention passée entre la Caisse et le Sydicat. Si donc vous n'entendez pas adhérer à cette convention et désirez garder la liberté la plus complète en ce qui concerne notamment le Tarif des honoraires à appliquer, vous pouvez vous conformer à l'art. 10, par. 2 et délivrer à l'assuré un reçu d'honoraires (dispensé de timbre), indiquant la date, la nature, la quantité et le prix des soins administrés.

Un tel reçu est, d'autre part, nécessaire au cas où le montant des honoraires réclamés par vous à l'assuré serait inférieur au Tarif de responsabilité de la Caisse.

Si en effet, vous vous borniez dans ce cas à apposer votre signature sur la feuille de maladie, l'assuré réaliserait un bénéfice dans l'opération ou tout au moins ne supporterait pas intégralement la participation obligatoire de 20 % que la loi a mise à sa charge. Une telle façon d'agir tomberait sous le coup de l'art. 27 du décret-loi du 28 octobre 1935 en vertu duquel « est puni d'une amende de 100 à 2.000 francs et d'un emprisonnement de six jours à deux mois ou de l'une de ces deux peines seulement, quiconque, par offre, promesse, engagement, ristourne sur les honoraires médicaux faits à des assurés, aura attiré ou tenté d'attirer ou de retenir des assurés dans une clinique ou un cabinet médical ».

Si, au cont aire, vous délivrez un reçu indiquant le prix exact de vos honoraires et la nature des actes médicaux accomplis par vous, la Caisse pourra invoquer à l'égard de son assuré, l'art. 6, parag. 5 en vertu duquel la part remboursée par elle ne peut, en aucun cas, excéder le montant des frais exposés par l'assuré. Elle remboursera donc à ce dernier, le chiffre de vos honoraires, sous déduction de l participation obligatoire de 20 % et toute ristourne se trouvera ainsi évitée.

3.518. — Cumul d'une assurance individuelle et des prestations des Assurances sociales

Voudriez-vous être assez aimable pour me faire savoir si une Caisse d'Assurances sociales a le droit de refuser les indemnités journalières à un assuré agricole victime d'un accident sous le prétexte que cet assuré possède une assurance individuelle. Il ne s'agit pas d'un accident du travail.

Dr L.

Réponse

Le régime des Assurances sociales, tel qu'il résulte soit de la loi de 1928-1930, soit du décret-loi du 28 octobre 1935, s'est efforcé d'éviter le cumul entre les indemnités qu'il prévoit et celles résultant d'autres régimes d'indemnisation. C'est ainsi qu'il est prévu par l'art. 21 du décret-loi que les prestations de l'assurance-maladie ne sont pas dues lorsque l'affection est indemnisée au titre de la loi sur les accidents du travail ; l'article 18, parag. 2 stipule que « les assurés blessés de guerre continuent à recevoir les soins auxquels ils ont droit en vertu de l'art. 64 de la loi du 31 mars 1919 », etc.

Mais rien n'a été prévu par contre en ce qui concerne les droits que peut avoir un assuré du chef d'une assurance personnelle. Il est donc nécessaire de faire appel dans ce cas, aux principes généraux, et notamment aux dispositions de la loi du 13 juillet 1930 sur le contrat d'assurance. Or, il résulte de cette loi (art. 54) que les assurances de personnes peuvent être conclues sans limitation de montant. En effet, la modification de l'état physique d'une personne est patrimonialement impossible à évaluer de manière précise quoique la réalité de conséquences patrimoniales soit hors de doute. Il est donc naturel de s'en remettre aux parties du soin de déterminer le taux de la somme que devra verser l'assureur en cas d'accident corporel. Il en résulte que des assurances successives pourront être valablement contractées par un assuré pour un même risque auprès d'un seul ou de plusieurs assureurs et que le bénéfice pourra en être cumulé (exposé des motifs de la loi de 1930. Annexe no 154. *Journal officiel*, p. 646).

En conclusion, votre client est donc parfaitement en droit de toucher à la fois le demi-salaire prévu par la loi sur les Assurances sociales et l'indemnité journalière prévue par son contrat individuel. Au reste, la validité de cet état de choses a été implicitement reconnue par une réponse ministérielle, no 6.797 parue au *Journal Officiel* du 16 février 1934. En effet, en vertu de cette réponse, seules les Sociétés de Secours mutuels qui ont modifié leurs statuts depuis la loi sur les Assurances sociales sont fondées à opposer le non-cumul à leurs assurés assujettis

obligatoires aux Assurances sociales. Si aucune clause de cette nature n'existe dans l'assurance de votre client, le cumul reste possible. Il y a donc lieu de lui conseiller de poursuivre sa Caisse devant la Commission d'arrondissement de son siège, par lettre recommandée adressée au président de la Commission, au Greffe du Tribunal civil, dans les dix jours de la notification du refus.

3.871. — Admission provisionnelle au bénéfice de l'assurance-maladie en cas d'accident du travail contesté

Un blessé qui a cru de bonne foi à une blessure, déclaration d'accident, etc., est opéré par un chirurgien qui déclare qu'il ne s'agit pas d'accident du travail mais d'une maladie chirurgicale.

Il peut demander à la Caisse de maladie son inscription pour recevoir des prestations à titre assuré social. Il doit pour cela poursuivre le patron selon la loi de 1898.

S'il y a incapacité permanente partielle, je ne vois pas qu'il y ait avantage à faire une déclaration dans ce sens ce qui déssaisirait le Juge de paix, d'autre part cela obligerait le Juge de paix à faire une enquête.

Que faut-il faire ?

Dr D.

Réponse

Il est exact, ainsi que nous vous l'avons déjà indiqué, qu'en vertu de l'art. 20, parag. 4 du décret-loi du 28 octobre 1935, instituant le nouveau régime des Assurances sociales, lorsqu'il y a contestation sur l'applicabilité de la législation sur les risques professionnels, la victime peut bénéficier à titre provisionnel des prestations de l'assurance-maladie s'il établit avoir engagé une action à l'encontre de l'employeur ou de l'assureur substitué, conformément à la loi de 1898.

Il importe peu que cette action soit portée devant le Juge de paix compétent en matière d'indemnité temporaire ou devant le Président du Tribunal civil s'il y a incapacité permanente.

Dans ces deux cas, l'assuré reçoit les prestations qui lui sont définitivement acquises au cas où il serait reconnu ultérieurement que la législation sur les accidents du travail n'est pas applicable. Il n'est d'ailleurs pas possible de cacher au Juge de paix que l'accident est susceptible d'entraîner une incapacité permanente ; le Juge est en effet en droit d'apprécier si cette hypothèse est vraisemblable d'après les mentions contenues dans le certificat et d'après les résultats de son enquête.

Enfin la loi a voulu par la disposition précitée, que la procédure des accidents du travail soit

suivie de manière totale et complète afin que les droits de la Caisse d'assurances sociales soient régulièrement protégés. La Caisse est d'ailleurs en droit légalement d'intervenir dans l'instance et de demander à ce que les formalités soient scrupuleusement respectées.

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

4.082. — 1° Majoration dominicale ; 2° Commission d'arbitrage

Est-ce que la majoration de 50 % du prix de la visite d'accidenté du travail prévue les jours fériés et dimanches s'applique non seulement le premier jour de l'accident mais également en cours de traitement si l'état du malade le nécessite ? Est-ce que cette majoration s'applique aussi au tarif des petites interventions (sérum, sutures...) et du certificat ?

2° En cas de contestations sur la note d'honoraires, pourriez-vous m'indiquer la composition de la Commission d'arbitrage prévue et son siège ?

Dr R.

Réponse

La majoration de 50 % pour visite les dimanches et jours fériés, en matière d'accidents du travail s'applique à toute visite nécessitée ces jours que ce soit au début ou au cours du traitement.

Elle s'applique uniquement à la visite et même pas à la consultation ni, *a fortiori*, à toute intervention ou certificat.

2° La Commission d'arbitrage est composée de deux délégués assureurs (désignés par la « Réunion des assureurs ») et de deux délégués médecins (désignés par la Confédération) avec un président assureur pour la moitié des affaires et un président médecin (qui est le signataire de ses lignes) pour l'autre moitié. Cette Commission siège au ministère du Travail mais son secrétariat est tenu par M. Marcel Daniel, secrétaire de la Commission d'arbitrage : 15 *bis*, rue Laffitte, Paris (IXe).

Dr F. Decourt.

4.121. — Dilatation anale pour fissure

Je vous prie de vouloir bien me dire comment il faut tarifer pour un assuré social la dilatation anale pour fissure, intervention sous anesthésie générale.

Je ne vois pas cette intervention à la nomenclature.

Cette intervention faite dans un hôpital a été comptée par le préposé de l'Administration de l'hôpital qui touche les honoraires par analogie avec dilatation du rectum et de l'œsophage ;

K 4 × 3 = 12 francs moins 20 %, soit 9 fr. 60 ! ! ! que bien entendu je n'ai pas voulu recevoir. Je ne demande pas la charité.

Dr C.

Réponse

La « dilatation anale pour cure de fissure » ne me paraît pas pouvoir être assimilée à la « dilatation électrolytique du rectum » marqué K 4. C'est une intervention chirurgicale assez importante pour nécessiter une anesthésie générale et même ordinairement très profonde. Je trouverais plutôt une analogie technique avec « traitement des fistules à l'anus par débridement = K 20 », lequel traitement ne nécessite pas toujours une anesthésie générale.

Quant à la valeur de K, elle diffère souvent suivant les régions. Elles est souvent de 15 ou 20 francs, cela dépend de la convention Syndicat-Caisse ; c'est donc à votre syndicat régional qu'il vous faut demander des précisions.

En ce qui concerne la valeur de K à l'hôpital, il en est de même naturellement. Mais elle est souvent de 3 francs lorsque la convention Caisse-hôpital l'a établie aussi d'après le tarif de la « Caisse de réassurance ».

Enfin, dans les deux cas (en clientèle ou à l'hôpital) c'est le tarif de responsabilité de la Caisse dont nous venons de parler et il faut le minorer de 20 % pour avoir le tarif de remboursement de celle-ci. Dr F. DECOURT.

3.949. — Maladie intercurrente durant une grossesse

Une de mes clientes enceinte d'environ trois mois, vient chez sa mère domiciliée à X, s'y trouve malade et est obligée d'y passer le restant de sa grossesse.

A son arrivée, j'envoie à sa Caisse d'assurances sociales le certificat de grossesse.

Elle est atteinte successivement de vomissements incoercibles, de grippe avec congestion pulmonaire, broncho-pneumonie, et de pyélonéphrite, ces diverses affections s'étant succédées, et ayant duré tout le temps de la grossesse.

Les visites médicales ont été marquées pendant tout le temps de la grossesse, l'accouchement et après l'accouchement sur la feuille d'assurance sociales spéciale à la grossesse et à l'accouchement, soit en tout quarante-quatre visites et l'accouchement (sur la feuille rose de grossesse, il était indiqué qu'il devrait y être marqué toutes les interventions médicales survenant au cours de la grossesse).

Or actuellement, la Caisse d'assurances sociales refuse de rembourser à ma cliente les prestations auxquelles elle a droit sur toutes les visites faites au cours de la grossesse et sur les fournitures pharmaceutiques, en lui offrant seulement 200 francs pour le tout, à titre de forfait pour l'accouchement, et cela sous prétexte que les visites et ordonnances auraient dû être marquées sur des feuilles de maladies ordinaires.

Cette façon de faire me semble tout à fait anormale ; je serais heureux que vous me donniez votre avis à ce sujet et m'indiquiez la marche à suivre par ma cliente pour se faire rembourser ce à quoi elle a droit.

Dr B.

Réponse

Il est certain que toutes ces visites dues à des états pathologiques (et non pour une grossesse simple) auraient dû être marquées sur des feuilles ordinaires de visites, comme pour tout assuré malade. Mais s'il y eut erreur de notation, il n'en est pas moins vrai que ces visites eurent lieu et que la malade a droit à ce qu'elles soient remboursées suivant la forme (si elle est en règle avec sa Caisse). Puisqu'il y a différend « sur l'état du malade » (grossesse ou maladie ?), il y a lieu ce me semble à ce que soit saisie de l'affaire la Commission technique dite des trois médecins prévue à l'art. 8 du décret-loi du 28 octobre 1935.

Dr F. DECOURT.

FISCALITÉ

3.419. — Exemption d'impôt sur la retraite du combattant

J'ai reçu deux avertissements pour l'impôt sur le revenu pour un rappel (supplément à payer) pour cotisation des années 1935 et 1936, 240 francs et 48 francs.

Ne connaissant pas le motif, je suis allé demander des renseignements au contrôleur. Celui-ci m'a montré l'observation de son inspecteur lui ayant signalé qu'il avait omis d'intégrer dans mes revenus professionnels une petite retraite syndicale d'une part et le traitement de la Légion d'honneur d'autre part.

En ce moment, je touche :

1° 2.000 francs environ du Syndicat (retraite constituée dans notre Syndicat) ;

2° 500 francs pour la Légion d'honneur ;

3° 5.000 francs environ de retraite constituée par les anciens combattants ;

4° 1.200 francs allocation des anciens combattants, donnée par l'Etat.

5° Allocation annuelle de la Prévoyance médicale, 1.200 francs.

J'admets très bien que tout cela soit englobé dans l'impôt général sur le revenu, mais je ne conçois pas que cela soit imposé à 12 % comme revenu professionnel.

Je suppose qu'il ne s'agit que de la retraite syndicale et du traitement de la Légion d'honneur.

Veuillez me dire si le contrôleur a le droit de les comprendre dans les revenus professionnels et ce que je dois faire.

Dr X.

Réponse

Les retraites des combattants servies en application des art. 197 et 199 de la loi du 16 avril 1930 sont exemptes de tout impôt.

Si les sommes que vous touchez comme retraites diverses, Légion d'honneur et allocations, sont supérieures au total des honoraires de clientèle, vous devez être imposé pour le tout à 6 % comme salaires. Dans le cas contraire, l'imposition totale se fait à 12 %.

A. et S. MARTINOT
Conseillers fiscaux

3.526. — Tenue et communication du livre-journal

Le Contrôleur des Contributions m'envoie une lettre recommandée me demandant entre autres questions (nombre d'accouchements, recettes pharmaceutiques) : « Tenez-vous régulièrement le livre-journal prescrit par l'art. 92 du Code général des impôts directs ».

Veuillez avoir l'amabilité de me dire si je suis tenu de tenir ce livre, et si oui dans quelle forme doit-il être présenté.

Dr P.

Réponse

En vertu de l'art. 92 du Code général des impôts directs, vous devez tenir un livre-journal depuis l'année 1934 et de la façon suivante : le livre-journal doit présenter jour par jour le détail des recettes professionnelles. Ce livre est tenu par ordre de dates, sans blanc, lacunes, ni transports en marge. Pour les professions assujetties au secret professionnel le livre-journal ne comporte, en regard de la date, que le détail des sommes encaissées.

Le contrôleur peut demander communication des livres et de toutes pièces justificatives.

Il est bien regrettable que vous n'ayiez pas ce document et nous vous conseillons d'en tenir un au plus vite.

A. et S. M.

4.014. — Le prix de la clientèle ne peut être porté aux frais professionnels

Dans ma déclaration de revenus pour l'impôt sur le revenu, le fisc refuse de comprendre dans mes frais l'achat de ma clientèle et des produits pharmaceutiques (je suis pro-pharmacien), achat passé il y a deux ans devant notaire et par acte notarié. Puis-je insister ? La cession de clientèle est-elle une chose reconnue ? Je pense que oui puisqu'un médecin peut être poursuivi s'il n'en observe pas les clauses, celle par exemple qui lui interdit après avoir vendu de s'installer dans un pays voisin.

L'achat de ma clientèle représente un débours

important et c'est une grosse chose pour moi. Je compte sur votre amabilité pour me dire ce que je peux faire et s'il y a lieu d'insister.

Dr T.

Réponse

Vous ne pouvez porter aux frais professionnels l'achat de la clientèle, c'est une opération en capital dans laquelle les espèces sont remplacées par une autre valeur : la clientèle.

Il n'en est pas de même de l'achat des produits pharmaceutiques. Cet achat doit être porté en dépenses comme le produit de la vente sera inscrit aux recettes.

A. et S. M.

3.545. — Amortissement du prix des appareils professionnels

J'ai fait en 1936 un certain nombre d'aménagements professionnels ; et j'ai acheté une lampe à U. V. (d'occasion). Il y en avait pour 3.300 francs. J'ai toujours entendu dire que l'on pouvait, pour des achats de cette petite importance, soit ajouter le total aux frais professionnels de l'année, soit amortir en cinq ans. J'avais ici déduit le tout de mes bénéfices pour l'exercice 1936. Le Contrôleur m'écrit : « Les prix d'achat du matériel et mobilier professionnels (lampe, tapis, rideaux, etc.), retranchés intégralement, soit pour 3.300 francs de votre revenu brut, doivent faire l'objet d'un amortissement échelonné, attendu que les dépenses de cette nature ne sont pas destinées à se renouveler annuellement. Par suite, votre revenu net professionnel imposable doit être augmenté de 3.300 — 330 = 2.970 francs. » Ainsi, le Contrôleur amortit en dix ans mes dépenses de 3.300 francs. Autant dire pratiquement qu'il supprime pour moi tout bénéfice d'amortissement ; j'ai fait une dépense de 3.300 francs qui tout de même m'a été une gêne étant donnés mes modestes revenus et mes impôts annuels ne s'en trouvèrent réduits que de quelques francs, suivis de quelques centimes ! Du reste, je n'ai jamais vu amortir, même une installation complète en dix ans. J'avais amorti en cinq ans ma première installation à B... (je n'y ai été il est vrai que trois ans) ; j'ai amorti en cinq ans ma réinstallation ici. Mais je crois même parfaitement licite de pouvoir déduire en une fois des bénéfices annuels de petits aménagements ou achats, ce qui simplifie en même temps les déclarations à venir.

Dr F.

Réponse

Sous le régime antérieur, le prix d'achat de matériel professionnel devait, en principe, être intégralement retranché des revenus de l'année de l'acquisition.

Dorénavant les dépenses de cette nature qui ne sont pas destinées à se renouveler annuelle-

ment devront faire l'objet d'un amortissement échelonné suivant le nombre d'années nécessaires à leur dépréciation totale. Donc, répondez au Contrôleur que c'est de bonne foi que vous avec déduit cette dépense en une seule fois mais que vous ne pouvez accepter sa proposition d'amortissement en raison de l'usure totale de la lampe en x années et que vous n'acceptez qu'un amortissement de cette durée.

A. et S. M.

ACCIDENTS

4.136. — Consolidation et rechute

A propos de l'article du *Concours* du 25 avril 1937, page 504, sur le refus de paiement d'honoraires pour soins à des accidentés du travail atteints de rechutes, je vous indique à titre documentaire les moyens conseillés par le Syndicat médical de Cannes pour éviter toute contestation :

1° Quand le malade paraît guéri et en état de reprendre son travail, employer pour le certificat de guérison la formule suivante :

«... paraît guéri et en état de reprendre son travail le ....., sous toutes réserves de complications toujours possibles. »

2° Quand on fait reprendre le travail à l'essai à un blessé ne paraissant pas complètement guéri, employer pour le certificat la formule suivante :

« ... n'est pas guéri, mais est suffisamment amélioré pour pouvoir essayer de reprendre son travail le....., sous toutes réserves de complications toujours possibles. »

Si dans ce dernier cas l'Assurance demande ultérieurement au médecin un certificat de guérison et que le blessé, définitivement guéri, n'ait pas été revu, répondre par une lettre disant que, le blessé n'ayant pas été revu guéri, on ne peut délivrer un certificat de guérison, mais que le fait qu'il ne soit pas revenu permet de penser qu'il est guéri.

L'emploi de ces différentes formules a supprimé toutes contestations avec les Assurances.

Dr Houssiaux.

3.987. — Prescription des honoraires accidents du travail

J'ai donné mes soins l'année dernière, du 14 avril au 15 juin 1936, à un accidenté du travail.

La date de l'accident était le 7 avril. J'ai délivré un certificat d'incapacité permanente partielle et de reprise du travail le 15 juin.

Ma note d'honoraires s'élève à 790 francs.

Le patron — non assuré — refuse de payer les frais ; il s'agit, paraît-il, d'un personnage peu intéressant, qui pendant une semaine a refusé d'appeler un médecin pour soigner son domestique blessé, et a

attendu que la lésion devienne irréparable : il s'agissait d'une blessure de l'œil qui a entraîné l'énucléation.

Le blessé, ne pouvant engager des frais judiciaires, s'est adressé à la Caisse des Dépôts et Consignations pour obtenir une pension.

De mon côté, je décide de poursuivre le patron, surtout en raison de son attitude.

Veuillez avoir l'obligeance de me dire :

1° Si le délai de prescription est bien de un an, à partir de la date de la consolidation : soit le 15 juin 1937 ;

2° Quel est l'acte qui fait cesser la prescription : sommation par huissier ? ou assignation devant le Juge de paix ?

3° Faut-il m'attendre à des frais élevés au cas où le patron ne serait pas solvable ?

Dr J.

Réponse

Suivant la jurisprudence en matière d'accidents du travail, l'action du médecin traitant choisi par le blessé contre le patron responsable en paiement de ses honoraires se prescrit comme l'action du blessé lui-même, c'est-à-dire par un an à compter suivant les cas, du jour de l'accident, du jour de la clôture de l'enquête du Juge de paix ou du jour de la cessation du paiement de l'indemnité temporaire.

En l'espèce, l'incapacité temporaire a duré jusqu'au 15 juin 1936.

Si le demi-salaire a été payé au blessé jusqu'à cette date, la prescription ne peut être considérée comme acquise et vous pouvez encore maintenant poursuivre le paiement de vos honoraires contre le patron.

Le juge compétent pour connaître de votre demande est celui du canton dans le ressort duquel l'accident s'est produit. Il faut donc que vous commenciez immédiatement la procédure contre le patron. La prescription ne se trouvant interrompue que par la citatino en justice et non par une simple sommation.

La procédure en justice de paix est peu coûteuse, car elle est exempte en cette matière des droits de timbre et d'enregistrement. Il y a lieu de payer seulement les émoluments de l'huissier et ceux du greffier.

Puisque vous faites partie de notre Ligue, nous allons demander à notre Conseil d'administration au cours de sa prochaine réunion de mardi prochain, de vous faire bénéficier de l'appui moral et pécuniaire dans cette affaire.

Mais faites immédiatement le nécessaire pour saisir le Juge de paix avant que la prescription ne puisse vous être opposée.

4.189. — Calcul de la rente d'un accidenté du travail

Un jeune domestique de ferme, âgé de 14 ans, et loué pour huit mois, gagne 1.000 francs pour cette période, et est nourri, logé, etc.

Victime d'un accident du travail qui a entraîné la cécité d'un œil, l'autre restant normal, il va toucher une rente.

1° Cette rente sera-t-elle basée uniquement sur le salaire de 1.000 francs, pour huit mois, soit 125 francs par mois.

2° Ou bien faut-il comprendre dans le salaire 1.000 francs, plus nourriture, logement, blanchissage, etc. ?

En ce cas de combien le salaire sera-t-il majoré ?

Même cette solution ne paraît pas juste, car à 20 ans et plus, cet enfant sera très diminué.

3° Pourrait-on en plus de cette rente basée sur le salaire, demander une indemnité pour préjudice esthétique par exemple, ou baser cette rente sur l'incapacité que le blessé présentera à l'âge adulte ?

Dr P.

Réponse

Suivant les art. 8 et 9 de la loi du 15 décembre 1922 modifiée et complétée par la loi du 30 avril 1926, qui a étendu aux exploitations agricoles la législation sur les accidents du travail, en aucun cas le salaire servant de base à la fixation des rentes ne peut être inférieur à un salaire minimum fixé pour chaque département par le Préfet après avis de la Commission départementale du travail ou à son défaut du Conseil général et après enquête suivie notamment auprès des chambres d'agriculture, des offices départementaux agricoles, et des syndicats agricoles ouvriers et patronaux d'après le salaire moyen annuel des travailleurs agricoles.

Les rémunérations en nature allouées aux ouvriers doivent être comprises dans ce salaire minimum d'après une valeur moyenne qui leur est attribuée par le Préfet suivant la même procédure que ci-dessus.

D'ailleurs le second paragraphe de l'art. 9 précise que c'est sur le salaire minimum que doit être calculée la rente due à un ouvrier de moins de 16 ans s'il n'est établi que cet ouvrier gagnait davantage.

Par conséquent, le jeune homme auquel vous avez donné vos soins aura droit à une rente calculée sur le salaire minimum en espèces et en nature sans qu'il y ait lieu de tenir compte du salaire effectif qu'il gagnait au moment de l'accident. D'autre part, en raison du caractère forfaitaire de la législation sur les accidents du travail, le blessé n'aura droit à aucune indemnité pour le préjudice esthétique subi du fait de l'accident.

Cinquante-neuvième année — N° 24 — 13 Juin 1937

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

- sommaire -

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	60 fr.	Belgique et Luxembourg...	70 fr.
Etudiants............	35 fr.	Première Zone..........	85 fr.
Le Numéro...........	1.25	Deuxième Zone.........	110 fr.

Demi-Colonnes

Renseignements

AVIS

Envoi de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du Concours Médical, *Paris* 167-95.

Nº 151. — Client. ancienne, gros fixes transmiss. Pavillon tout conf., 12 p. salle bains, garage, jardin, etc A vendre 50.000 dont 15.000 compt. Pour le reste, associat. avantag. avec facilité auto et installation. Ecr. Dr Duval, 103 *bis*, rue Lauriston, Paris, pour rendez-vous.

Nº 152. — Fille méd. parlant anglais, cultivée, 49 ans, bonne organisatr. Excell. réf. ayant eu poste confiance, cherche situat. à demeure, au pair, secrétaire, gouvern. intér. auprès infirme, docteur ou maison santé. Capable seconder diverses parties.

Nº 153. — On dem. doct. ou étudiant pour s'instruire et rendre service en examinant 700 enfants, partant colonie vacances, 28 juillet. Indemnité. Ecr. Enfants à la montagne, 30, pl. Jeanne d'Arc, Paris (13e).

Nº 154. — Ancien int. Paris, national. française, permis conduire, voulant s'initier clientèle, assisterait confrère, logé, nourri, 500 fr. Prendrait succession.

Nº 155. — Anjou. Procurerais de suite petite occupation à confrère français âgé ou malade n'exerçant pas.

Nº 156. — Fils de médecin, secrétaire médical diplômé, ayant très sérieuses références recherche travail secrétariat de préférence à Paris et dans banlieue nord.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet Breitel et Goret

1, rue Dante, Paris (5e). - Tél. : Odéon 36-46

Normandie. Prox. bord mer et grde ville. Import. client. rurale. Prix 60.000, 1/2 ct.

2 heures Paris. Gros centre, bon rap. maison agréable, jardin. Prix 50.000.

Région Est. Poste ancien très sérieux. Indem. 40.000, avec facil.

Abonnés du « Concours » exerçant dans les Stations Thermales

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains : Bertier, Blondel, Coutaz, Dardel, H. Forestier père, Graber-Duvernay, Lelong, Pégaz.

Allevard-les-Bains : Boël.

Amélie-les-Bains : Bouix.

Ax-les-Thermes (Ariège) : Boyer, Girard, Gomma.

Bagnères-de-Bigorre : Frank-Duprat (*enf.*), J. Courbin, Ricard-Pomarède.

Bagnoles-de-l'Orne : Censier, R. Hügel, Joly, Le Gouriérec, J. Louvel, R. Louvel, Doctoresse M. Peillon, E. Poulain.

Bains-les-Bains : M. Henry, L. Rose.

Barèges : Orliac.

Besançon La Mouillière : Tronchon.

Biarritz : Clavel, Dejeant (*derm.*), Lacour.

Bourbon-Lancy : Bellœuf, G. Vincent.

Bourbon-L'Archambault : Bénabu, Litaud.

Bourbonne-les-Bains : Delacroix, Gay.

Brides-les-Bains et **Salins-Moutiers** : d'Arbois de Jubainville, Mathieu, Laissus fils.

Cambo-les-Bains : A. Camino, Chatard, Colbert, Dieudonné, J. Trotot.

Capvern : J. Pouy.

Cauterets : Anglada, Armengaud, Corone, Cosserat, L. Pradal.

Challes-les-Eaux : Vexenat.

Châtel-Guyon : J. M. Ballan, Baumann, Cambiès, Casati de Montgolfier, Foucaud, P. Martin, Mazeran, Ribérolles, Saint-René-Bonnet.

Contrexeville : Contal.

Dax : Barrau, Delmas (Armand).

Divonne-les-Bains : Ballivet, Vieux.

Eaux-Bonnes : Bourragué, Creignou.

Enghien-les-Bains : Beyrand, H. Forterre.

Escouloubre-les-Bains : Sarda.

Evaux-les-Bains : E. Legâte.

Evian-les-Bains : Bernex, J. Eyraud-Joly.

Hammam-Lif (Tunisie) : Fére.

La Bourboule : Anglada, Barthomeuf, Boudry, Cany, R. Galimant, Jean Godonnèche, Rongier Th., Maurel.

La Léchère : Millet, Noailly.

La Motte-les-Bains : Goirand.

Lamalou-les-Bains : Cauvy (*Rééd. motr.*), Faure, Tabarié.

La Roche-Posay-les-Bains : Bardet, Guyot, Huet (*derm.*) Lépine.

Luchon : P. de Beauchamp, Cazal-Gamelsy, Germès, Molinéry (*ne fait que la physiothérapie*), Salles, Sammuller.

Luxeuil-les-Bains : Causeret, Cugnier, Rimey.

Mont-Dore : J. André, Roger André, Béal, Débidour, Dullin, Levadoux, Molines, E. Perpère, Verrier.

Néris : Ducros, Jossand.

Plombières-les-Bains : Bernard, J. Dumont, Truelle.

Preste (La) : Dr P. Baron.

Royat : Mougeot.

Salers : Rongier.

Salies-de-Béarn : Coustere David, Dufourcq, Larrouy, Ortal.

Salins-les-Bains : Bourny, Henri Neumand.

Salies-du-Salat : Barbé, St Béat.

Saujon : R. Dubois, M. Boisseau.

Saint-Didier (Vau.) : Masquin.

St-Honoré-les-Bains : Charpin, Ségard, Silvestre.

St-Nectaire : Sérane, Siguret, Versepuy.

Santenay-les-Bains Boudeille.

Sermaize-les-Bains : Fritsch, (H.), Ramonet (*Malad. des enf.*)

Uriage : G. Barbier.

Vals-les-Bains : David, Galtier.

Vernet-les-Bains : Ponson.

Vichy : Arama (Michel) (*stom.*), Bargy, Berthomier, (*phys.*) Caillon, Castera, Chabrol, (Léon), R. Chaux, Cluzan. Cornillon, Cotar, Cros L., Déléage, Desmaroux, A. Durrieux, (*stom.*), Fau, R. Fraudet, (*stom.*), Fruictier, Gannat, Lère, Marquis, Martin-Péridier, Reynès, Roussignol.

Vittel : Adda, G. Constant, P. Genay, Finck.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Faculté de médecine de Paris.** — *Conférences promenades du cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie.* — M. le Professeur Laignel-Lavastine dirigera ces conférences-promenades en juin et juillet. Elles auront lieu le dimanche à 10 heures du matin.

PROGRAMME. — Dimanche 13 juin : Faculté de médecine. Musée d'histoire de la médecine (avec la collaboration du Docteur NEVEU et de Mlle le Docteur HENRY).

Dimanche 20 juin : Hospice des Quinze-Vingts (avec la collaboration du Docteur BAILLIART). Réunion à l'entrée, 28, rue de Charenton.

Dimanche 4 juillet : Musée de l'Assistance publique, 47, quai de la Tournelle (avec la collaboration de M. GOSSIN). Réunion à l'entrée.

Dimanche 18 juillet : Institut de Puériculture, 26, boulevard Brune (avec la collaboration du Docteur WEILL-HALLÉ). Réunion à l'amphithéâtre.

— **Ier Congrès international des médecins fonctionnaires de la Santé publique.** — Le premier Congrès international des médecins fonctionnaires de la Santé publique, organisé par le Syndicat des médecins hygiénistes français, sous les auspices du Comité d'hygiène de la Société des Nations, s'ouvrira, sous la présidence effective de M. Henri Sellier, ministre de la Santé publique, le 20 octobre, à 9 heures, au Grand Amphithéâtre de l'Institut Pasteur. Il tiendra séances les mercredi 20 dans l'après-midi, et jeudi 21 octobre 1937, dans la salle de réunion du Pavillon de l'Hygiène à l'Exposition de 1937 (quai de Tokio), sous la présidence de M. le Professeur J. Parisot, membre correspondant de l'Académie de médecine, délégué de la France au Comité d'hygiène de la Société des Nations, directeur de l'Institut d'hygiène de Nancy.

Des rapports et des communications y seront présentés, par des hygiénistes de différentes nationalités, sur le rôle des médecins fonctionnaires de la Santé publique dans la Société moderne.

— **Hôpitaux de Béziers.** — A la suite d'un concours sur titres, ouvert devant la Faculté de médecine de Montpellier, M. SCHAEFFER, a été proposé comme médecin titulaire des hôpitaux de Béziers.

— **Hôpitaux d'Arles.** — A la suite d'un concours ouvert devant la Faculté de médecine de Montpellier, M. Jean GODORICHE a été proposé comme chirurgien des hôpitaux d'Arles.

— **Hôpital-hospice d'Orléans.** — Un concours pour la nomination d'un interne titulaire et de deux internes provisoires, aura lieu à l'Hôtel-Dieu d'Orléans, le lundi 2 août 1937, à 10 heures.

Pour tous renseignements et se faire inscrire, s'adresser au Directeur de l'Hôpital-hospice.

— **Hospices civils de Versailles.** — *Internat.* — Un concours pour la nomination de douze internes en médecine (six titulaires et six provisoires) aura lieu les lundi 5 juillet et mardi 6 juillet 1937. Pour renseignements, s'adresser au directeur de l'hôpital civil, à Versailles.

— **Préfecture de la Seine.** — *Concours de médecin suppléant.* — Des concours sur titres sont ouverts en vue de la nomination d'un médecin suppléant à la Préfecture de la Seine dans chacune des circonscriptions médicales ci-après : 2e circonscription : 3e, 4e 10e et 11e arrondissements ; 3e circonscription : 5e, 6e, et 7e arrondissements ; 4e circonscription : 12e arrondissement, Charenton, Saint-Maurice, Alfortville Maisons-Alfort, Joinville, Saint-Mandé ; 5e circonscription : 13e arrondissement, Vitry, Ivry, Kremlin-Bicêtre, Villefuif ; 7e circonscription : 15e arrondissement, Issy, Vanves, Mal koff, Châtllon ; 9 circonscription : 17e arrondissement, Clichy, Levallois-Perret, Asnières, Courbevoie, Bois-Colombes, La Garenne-Colombes, Colombes ; 11e circonscription : 19e arrondissement, Pantin, Le Pré-Saint-Gervais, Romainville, Noisy-le-Sec, Les Lilas.

Les concours sont distincts par circonscription.

Pourront seuls être inscrits, en vue de prendre part à ces concours, les candidats ayant leur domicile à Paris.

Les candidats devront, en outre, être Français, avoir satisfait à la loi sur le recrutement, être docteurs en médecine d'une Faculté française, et n'avoir pas dépassé l'âge de 35 ans à la date du 1er janvier 1937.

Les étrangers naturalisés français devront, soit compter dix ans de naturalisation au jour de la clôture des inscriptions, soit avoir accompli cinq ans au moins de service militaire dans l'armée française, soit être bénéficiaires d'un décret de naturalisation antérieur au 20 juillet 1934 et avoir accompli les obligations militaires du service actif dans l'armée française.

Les demandes d'inscription seront reçues jusqu'au 15 juin 1937, dimanches et fêtes exceptés, de 9 h. 30 à 11 h. 30 et de 14 h. 30 à 16 h. 30, à la Direction du Personnel, Bureau du personnel extérieur (Hôtel de Ville, escalier E, 7e étage).

— **Mariage.** — Nous apprenons le prochain mariage de M. Jean Sée, fils du Docteur Pierre Sée, chevalier de la Légion d'honneur et de Madame Pierre Sée, avec Mademoiselle Jacqueline Delater, fille du Docteur Gabriel Delater, officier de la Légion d'honneur, croix de guerre, et de Madame Gabriel Delater.

La bénédiction nuptiale leur sera donnée dans la plus stricte intimité, en l'Eglise Saint-Ferdinand-des-Ternes, le jeudi 17 juin 1937.

Nos meilleurs souhaits de bonheur aux futurs époux.

A TRAVERS L'OFFICIEL

25 MAI

Service militaire (réserve)

Décret du 20 mai 1937 modifiant le décret du 21 avril 1926 relatif à l'admission des officiers de réserve en situation d'activité.

Art. 1er. — L'article 1er du décret du 21 avril 1926 est abrogé et remplacé par le suivant :

« Les officiers de réserve sont admis sur leur demande et dans les conditions fixées par l'article 42 de la loi du 8 janvier 1925, modifié par le décret-loi du 30 octobre 1935 et la loi du 31 décembre 1936 (art. 79), à servir avec leur grade dans une formation de leur arme ou service pour des périodes renouvelables d'une durée maximum de deux ans, mais sans que le temps passé par eux en situation d'activité en sus de leurs obligations légales, puisse être inférieur à six mois ininterrompus ni en plusieurs fois dépasser huit années au total »

Art. 2. — L'article 2 du décret du 21 avril 1926 est supprimé et remplacé par le suivant :

« Seuls pourront être autorisés à bénéficier des dispositions qui précèdent les officiers de réserve du grade de sous-lieutenant et lieutenant libérés du service actif depuis moins de huit ans, et les capitaines de réserve, quelle que soit la date à laquelle ils auront été libérés du service actif, mais âgés de moins de quarante ans au moment de leur admission à servir en situation d'activité.

« Ces officiers de réserve pourront adresser leur demande au ministre de la Défense nationale et de la guerre à toute époque de l'année. »

Art. 3. — Le ministre de la Défense nationale et de la Guerre est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal Officiel* de la République française.

26 MAI

Hygiène

Arrêté du 24 mai 1937 fixant la composition de la Commission spéciale chargée de l'étude des questions concernant l'hygiène dans les mines.

Par arrêté du 24 mai 1937, la composition de la Commission spéciale chargée de l'étude des questions concernant l'hygiène dans les mines a été fixée à nouveau comme suit, indépendamment des membres de droit prévus par l'art. 2 et l'arrêté susvisé du 2 mars 1912, savoir :

M. Bès de Berc, vice-présient du Conseil général des mines.

M. Galliot, inspecteur général des Mines de 1re classe.

M. le Docteur TANON, conseiller technique sanitaire, membre du Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

M. le Docteur Lapicque, professeur agrégé de Paris.

M. le Docteur Dopter, professeur à l'Ecole d'application du Service de santé militaire.

M. le Docteur Abt, directeur de l'Office d'hygiène.

M. le Docteur Heim de Balsac, professeur au Conservatoire national des Arts et Métiers, directeur de l'Institut de technique sanitaire.

M. Lahoussay, ingénieur civil des Mines, chef des services techniques du Comité central des houillères de France.

M. Parent (Pierre), ingénieur en chef hors classe, vice-président du Comité des houillères.

M. Vigne (Pierre), secrétaire général de la Fédération des travailleurs du sous-sol.

M. Legay (Kléber).

Ont été nommés pour l'année 1937 :

Président de la Commission

M. Bès de Berc.

Secrétaire, avec voix délibérative.

M. le Docteur Salmont, professeur titulaire de la chaire de prévention des accidents du travail au Conservatoire national des Arts et Métiers.

Secrétaire adjoint, avec voix consultative

M. Armanet, ingénieur ordinaire des mines.

Réponse d'un ministre à la question d'un parlementaire

Cumul des prestations des assurances sociales et des assurances individuelles

2907. — M. DUCOS expose à M. le ministre du Travail qu'un joueur de football a été victime, au cours d'une partie de jeu, d'un accident, qui a donné lieu à des soins médicaux et pharmaceutiques ainsi qu'à un certain nombre de journées de repos. Ce joueur est assuré ainsi que ses coéquipiers, à une compagnie d'assurance qui garantit une indemnité journalière de 10 francs pendant la durée d'indisponibilité ainsi que le payement, sans limitation, des frais médicaux et pharmaceutiques ; qu'il se trouve aussi inscrit, comme ouvrier auxiliaire du service vicinal, aux assurances sociales ; que, dans ces conditions, il a signifié sa déclaration d'accident tant à la compagnie d'assurance qu'à la Caisse des assurances sociales ; que le directeur de la Caisse départementale des Assurances *sociales lui a répondu par* une fin de non-recevoir, lui disant que la réparation du dommage subi incombe exclusivement à la Compagnie d'assurance qui couvre les accidents survenus aux adhérents de la société de sports dont il fait partie ; que, d'autre part, cette Compagnie affirme que le droits de la victime aux prestations restent entiers, que la Caisse des Assurances sociales n'a pas à se prévaloir d'un contrat particulier que l'accidenté peut posséder à la Mutuelle du Mans pour refuser de

faire face à ses obligations et que c'est à tort que la Caisse des Assurances sociales invoque l'article 61 pour se dérober à ses devoirs. Cette Compagnie ajoute qu'il ne lui sera possible de donner suite aux notes médicales et pharmaceutiques qui pourront lui être transmises que lorsque les Assurances sociales auront elles-mêmes fait face à leurs obligations ; et demande quelles sont en l'espèce, les obligations respectives des deux organismes assureurs. (*Question du* 16 *mars* 1937.)

Réponse. — L'assuré social dont il s'agit ne peut être privé de la garantie supplémentaire résultant du contrat d'assurance libre qu'il a souscrit. Par ailleurs, l'accident qui lui est survenu ne peut être l'occasion d'un enrichissement sans cause. Par suite, l'Administration estime que le total des prestations en nature accordées par la Caisse d'assurances sociales et par la Compagnie d'assurance privée ne doit pas excéder le montant des frais médicaux et pharmaceutiques effectivement déboursés par l'assuré. Les deux organismes d'assurance devront s'entendre pour indemniser l'assuré dans la limite indiquée ci-dessus et en se conformant l'un à la loi des Assurances sociales et à son tarif de responsabilité, l'autre au contrat d'assurance. En cas de désaccord, les Tribunaux ont seuls qualité pour fixer la charge de l'un et de l'autre organisme. Quant aux indemnités en argent, il est possible à l'assuré de les cumuler sans limitation. (*J. O.*, 21 mai 1937.)

Association corporative des étudiants en médecine de Paris

Remplacements des médecins

Le Comité de l'Association corporative des étudiants en médecine de Paris, rappelle aux médecins de Paris et de province l'existence de son service de remplacement.

L'*Association corporative* ne ferme jamais pendant les vacances (sauf dimanches et jours fériés), et on peut lui téléphoner de 13 heures à 18 h. 30

Les remplaçants de la « Corpo » sont toujours français et observent les conditions légales. Le Comité rappelle à ce sujet, qu'aucun étranger n'a le droit de remplacer un médecin et qu'un naturalisé doit avoir fait son service militaire pour pouvoir faire un remplacement.

Si un naturalisé n'est pas dans ce cas, il doit laisser s'écouler quatre ans, entre le jour de sa naturalisation et son premier remplacement : tout praticien qui ne se conformerait pas à cette législation tomberait sous le coup de la loi y compris son remplaçant.

L'Association corporative procure également des remplaçants internes ou externes des hôpitaux de Paris et des remplaçants docteurs continuant à Paris à se perfectionner dans les hôpitaux.

S'adresser au siège de l'Association corporative, 8, rue Dante, Paris (Ve). Téléphone : Odéon 58-90.

Le délégué permanent,
Maurice MORDAGNE.

Congrès de médecins conseils

L'Association des médecin conseils et contrôleurs tient en ce moment son quatrième congrès national à Clermont-Ferrand. Les membres en sont les médecins mandatés à titre de conseillers techniques ou de contrôleurs des malades par les Caisses d'assurances sociales ou autres associations du même ordre.

Le Congrès a mis deux grandes questions à son programme : d'une part la position actuelle du contrôle médical et les moyens d'améliorer son rendement ; d'autre part la question du thermalisme considéré du point de vue des assurances sociales. Le Congrès est présidé par le Professeur Vanverts ; le docteur Hazemann, chef adjoint du cabinet du ministre de la Santé publique, y représente le gouvernement.

(*Le Temps*, 8 juin 1937.)

• • •

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE
« Le Sou Médical »

Au cours de sa réunion du 18 mai 1937, le Conseil a prononcé les admissions suivantes:

12.567 ABET, Neuvy-Pailloux (Indre). Synd. méd. de l'Indre.
12.568 ALLIEZ, 26, rue Delanglade, Marseille (Bouches-du-Rhône). Synd. méd. des B.-du-Rhône.
12.569 AUSLANDER, Saint-Bonnet-le-Château (Loire). Synd. des méd. de la Loire.
12.570 BOULANGER, Oignies (Pas-de-Calais). Synd. de Béthune.
12.571 BOURDIAL, 104, rue de Courcelles, Paris (17e). Parrains : Docteurs Maspetiel et Rousseau.
12.572 CASTELLO, Le Vésinet (Seine-et-Oise). Parrains : Docteurs Ingrand et Rouzaud.
12.573 CATONNÉ, Boissy-Saint-Léger (Seine-et-Oise). Synd. de Seine-et-Oise.)
12.574 CAUSSE, Béziers (Hérault). Syn. méd. de Béziers.
12.575 CHABRUT, 14, rue Raynouard, Paris (XVIe). Syndicat des médecins de la Seine.
12.576 CHAGNAUD, Guéret (Creuse). Synd. de la Creuse.
12.577 COTTENCEAU, 1, avenue Laumière, Paris (XIXe). Parrains : Docteurs L. Cottenceau et Dangy.
12.578 COURT, Breteuil-sur-Iton (Eure). Synd. de l'Eure.
12.579 DESWARTE, Roubaix (Nord). Synd. de Roubaix.
12.580 DUBOIS DE MONTREYNAUD, Reims (Marne). Synd. de Reims.
12.581 DUBOIS, Mont-de-Marsan (Landes), Ass. méd. des Landes.
12.582 DUFOUR, Villeneuve-Saint-Georges (Seine-et-Oise). Synd. de Seine et Oise.
12.583 FONS, Laroque-d'Olmes (Ariège). Synd. méd. de l'Ariège.

12.584 Fourcade, Mormant (Seine-et-Marne). Parrains : Docteurs Levêque et Paley.
12.585 Galbrun, Brie-Comte-Robert (Seine-et-Marne) Synd. méd. de Seine-et-Marne.
12.586 Garcin, Corbeil (Seine-et-Oise). Parrains : Docteurs Alibert et Moncany.
12.587 Gauthier , Bourg (Ain). Synd. de Bourg-Trévoux.
12.588 Gouvenot, Jainville (Haute-Marne). Syndi. méd. de la Haute-Marne.
12.589 Kyriaco, Moussy (Marne). Synd. de l'Aube.
12.590 Lacroix, Villejuif (Seine). Synd. de la Banl. est et sud de la Seine.
12.591 Leibovici, 112, quai d'Orsay, Paris (VIIe) Synd. des chir. des hôp. de Paris.
12.592 Lavigne, Niort (Deux-Sèvres). Syn. méd. des Deux-Sèvres.
12.593 Le Seac'h, 11 *bis*, quai Turenne, Nantes (Loire-Inférieure). Parrains : Docteurs P. Perrin et M. Joubert.
12.594 Letourmy, La Capelle-Baincthun. (Pas-de-Calais). Synd. des méd. de Boulogne-sur-Mer.
12.595 Lorgnier, Saint-Omer (Pas-de-Calais). Synd. Gle des méd. stom. français.
12.596 Rosso, 39, rue Thiers, Aunis (Tunisie). Soc. Franç. d'homéopathie.
12.597 Schwob, 5, square du Trocadéro, Pavris (XVIe) Parrains : Docteurs Lob et Leibovici.
12.598 Sommeyre, Froissy (Oise). Parrains Docteurs Olagnon et Le Paumier.
12.599 Vienne, Vron (Somme). Synd. méd. d'Abbeville.

Ces admissions deviendront définitives si elles ne font l'objet d'aucune protestation dans les quinze jours de la présente publication (art. 5 des statuts).

CORRESPONDANCE

MUTUALITÉ FAMILIALE

Un cas particulier

Une grande différence d'âge entre ma femme et moi me donne quelques soucis pour l'avenir, nous écrit un confrère : elle a 34 ans, j'en ai 49. Certes ma santé est bonne et je support : gaillardement les fatigues de la profession. Mais sait-on, à mon âge, ce qui vous attend demain ? Bref, je voudrais constituer à ma femme une pension qui lui fût payée dès le lendemain de mon décès. Il me semble que, dans mon cas, c'est de la simple honnêteté. Combien peut m'offrir la Mutualité Familiale et moyennant quelle prime?

Réponse

Tout d'abord, mon cher confrère, je dois vous dire : hâtez-vous ! Car notre combinaison assurant une pension aux veuves est fermée aux candidats âgés de 50 ans révolus. Il ne vous reste donc que quelques mois pour y adhérer.

Nous pouvons vous offrir une pension de 3.600 francs ; c'est le maximum. Le droit à pension s'ouvre pour la veuve le lendemain du décès du sociétaire. La prime, étant donné votre âge et

Voir la suite page LV-1855

PROPOS DU JOUR

LA DERNIÈRE ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE

La dernière Assemblée générale du Syndicat des Médecins de la Seine à laquelle étaient soumises des questions de première importance, a réuni à peine une centaine de syndiqués. Déplorons une fois de plus cette indifférence de nos confrères parisiens. A peine le vingtième des membres du syndicat sont appelés à prendre des décisions qui peuvent engager l'avenir des 6.780 praticiens qui exercent dans le département de la Seine. En outre, parmi cette centaine, il en est une bonne partie qui, comme nous, sont à un âge qui permet de regarder l'avenir, nous ne dirons pas avec indifférence, mais avec une certaine sérénité.

La première question soumise à l'Assemblée fut celle de l'augmentation de la cotisation, pour pouvoir accroître la quote-part du syndicat à la Confédération des syndicats médicaux français. Cette question était d'importance, car le refus de l'augmentation de la cotisation entraînait la séparation du syndicat de la Confédération.

Le Président fit avec raison remarquer tout ce que le syndicat perdrait en se séparant de la Confédération. Il affirma avec énergie que, si sur la question des dispensaires les intérêts des médecins de Paris ne sont pas tout à fait les mêmes que ceux des praticiens de province, les délégués de ces derniers ne se sont jamais opposés, au Conseil de la Confédération, à l'appui le plus complet à donner au syndicat des médecins de la Seine dans ses revendications. En réponse à l'insinuation de quelques-uns, au sujet de l'emploi des 1.500.000 francs environ qui constituent actuellement le trésor de guerre des syndicats, somme qui pourrait couvrir tous les frais sans avoir recours à une augmentation de cotisation, le Président fit remarquer que ce trésor, réuni dans un but donné, devait rester intangible tant que le motif de sa création n'en exigerait pas l'emploi.

Malgré l'opposition de quelques-uns et la déclaration de quelques autres qui affirmèrent qu'ils votaient l'augmentation de la cotisation sans enthousiasme, cette dernière fut acceptée.

Suivit une discussion longue et assez confuse, parfois véhémente, à propos des efforts faits par le Conseil du syndicat des médecins de la Seine pour supprimer les abus des dispensaires de tous ordres et l'admission aux consultations et dans les services hospitaliers des malades aisés.

Des confrères très mal renseignés accusèrent très injustement le Conseil de ne rien faire. MM. Hartmann et Michel Weill vinrent à la tribune énumérer la tâche écrasante qu'avaient remplie les membres du Conseil depuis les six derniers mois, les réunions très fréquentes, la mise au point de rapports importants, les démarches quotidiennes faites à la Confédération, à l'Assistance publique, au ministère, auprès des commissions parlementaires et des membres influents de la Chambre des députés, surtout pour obtenir l'examen de la proposition de loi Raoul Brandon, qui a dû être modifiée.

Les protestataires durent reconnaître le dévouement et les efforts considérables du bureau et du Conseil, mais ils persistèrent à affirmer que les résultats obtenus jusque-là étaient nuls. Des ordres du jour destinés à appuyer énergiquement l'action du Conseil furent votés.

Au cours de la discussion fut fait allusion à un danger qu'il ne faudrait pas sousestimer. Un nouveau syndicat, celui des techniciens médicaux, adhérent à la C. G. T., s'est formé et comprendrait à Paris 400 médecins praticiens. Ce syndicat aurait le projet avec l'appui et peut-être le concours des syndicats ouvriers cégétistes d'organiser pour les membres de ces derniers des centres de soins. Il est à craindre que la C. G. T. intervenant, le gouvernement donne son appui à ces organisations et ce serait la fonctionnarisation ou plutôt le salariat médical établi à brève échéance.

***

Qu'il soit permis à un vétéran du syndicalisme médical et du syndicat des médecins de la Seine où il est entré dès son origine, en 1893, de faire un retour vers le passé. Depuis que le syndicat des médecins de la Seine existe, il a fait campagne contre les dispensaires (à cette époque désignés sous le nom de cliniques) et contre les abus des hôpitaux. Il a multiplié les démarches à l'Assistance, au Conseil municipal, notamment pour faire supprimer les subventions aux Cliniques, à la Chambre des députés, aux ministères. Il est même intervenu pendant plusieurs campagnes électorales. La question est restée en état. Pendant 16 ans, nous avons eu l'honneur de contribuer activement à l'action syndicale comme secrétaire général de l'Union des Syndicats. Nous avons passé des heures et des journées avec quelques confrères dévoués, dont surtout Diver-

♦♦

neresse, dans les cabinets des directeurs, les antichambres des ministres, les bureaux des commissions parlementaires. Il nous a fallu ces longues années pour obtenir l'application généralisée du libre choix dans l'Assistance médicale gratuite en province, les modifications successives apportées à la loi sur les accidents du travail, imposant le libre choix et instituant un tarif *borné à la responsabilité patronale.* Nous avons en outre obtenu par un compromis avec la Fédération de la Mutualité au cours de discussions au sein d'une commission mixte présidée par M. Loubet, ex-président de la République, la reconnaissance en principe du droit du mutualiste de choisir librement son médecin. Ce principe, du fait de la mauvaise foi de quelques dirigeants de la Mutualité, n'a été que partiellement appliqué.

Pour obtenir ces gains relativement insuffisants, étant donnée la somme d'énergie déployée, il a fallu seize ans d'efforts, de diplomatie, de luttes contre les municipalités, les Conseils généraux, les Compagnies d'assurances et même des groupes de confrères. Ces luttes ont été très violentes puisqu'elles nous ont conduit en correctionnelle et ont déterminé une scission au sein du syndicat des médecins de la Seine. Nous avons néanmoins triomphé. Mais si nous rappelons ce passé, ce n'est pas pour en tirer vanité, mais pour montrer qu'il ne faut pas se lasser, désespérer et se rendre compte que les syndicats médicaux, s'ils peuvent quelque chose, ne disposent ni socialement, ni politiquement, de la puissance que certains croient devoir leur attribuer.

J. Noir.

Y A-T-IL DES DOGMES DANS LA SCIENCE ?

C'est la question qu'a traitée M. R. Anthony, Professeur d'anatomie comparée au Muséum et à l'école d'anthropologie, à l'instigation du *Groupe d'études philosophiques et scientifiques pour l'examen des tendances nouvelles.* Un très nombreux auditoire, se pressait à l'amphithéâtre Michelet de la Sorbonne pour entendre la conférence du distingué professeur.

M. Anthony a d'abord fait remarquer que la science dépendait exclusivement de la raison, qu'elle se basait sur des faits, que de l'étude de ces faits résultaient des théories des doctrines, qui lui permettaient de progresser, mais que ces théories et ces doctrines, même les mieux établies, n'avaient rien d'immuable. Des théories qui cependant paraissaient inattaquables, ont été par exemple discutées rationnellement par Einstein et les doctrines de l'évolution, lamarckisme, darwinisme, mutationnisme, se sont tour à tour succédées, faisant progresser les sciences biologiques sans pour cela s'imposer définitivement comme des vérités. La science, basée sur la raison et les faits, est essentiellement différente de la religion, basée sur le sentiment et le dogme. La religion qui exige la foi, est immuable dès son origine. Ses dogmes sont intangibles, ne se discutent pas.

La science est en constante évolution. Si elle entrait dans le domaine de la foi et si ses théories étaient considérées comme les dogmes, c'en serait fait du progrès scientifique.

Pasteur qui était à la fois un croyant sincère et un grand savant, refusait toujours de confondre la religion et la science. A Nisard, qui l'interrogeait un jour sur cette question, il répondait :

« Les recherches sur la cause première ne sont pas du domaine de la science. Elle ne connait que ce qu'elle peut démontrer, des faits, des causes secondes, des phénomènes. »

Aussi l'on ne saurait admettre des dogmes scientifiques ; toute théorie, même la mieux établie, peut être soumise à la critique. Certains esprits, même chez les savants, ne supportent pas la contradiction et ne veulent pas admettre que par de nouvelles recherches on puisse tenter d'infirmer ce qu'ils considèrent comme la vérité vraie. Ils poussent l'intolérance jusqu'à reprocher la publication des travaux qui peuvent contredire les théories qu'ils ont adoptées. M. Anthony s'élève vivement contre cette prétention. Sans prendre partie dans une cause où il ne se considère pas comme compétent, il a cru devoir publier dans la *Revue des Sciences* qu'il dirige, les travaux d'un savant indiscutable, M. Tissot, professeur de physiologie générale au Muséum, qui a un passé scientifique important et qui a rendu d'indiscutables services. Les travaux, nouvellement publiés, de M. Tissot mettent en doute l'origine endogène du bacille de Koch qui, pour lui, est le résultat de l'altération du tissu tuberculeux. Sa doctrine est en opposition avec les doctrines admises. Est-ce une raison suffisante pour refuser la publication des travaux de M. Tissot ? Certains savants, surtout des mathématiciens et des physiciens, en ont approuvé la publication ; d'autres, qui sont pour la plupart des biologistes, l'ont blâmée sévèrement. M. Anthony n'admet pas cette dernière opinion. Sans s'y appesantir, il indique un certain nombre de causes de cet ostracisme. Il n'y a pas, il ne saurait y avoir de dogmes dans la science, ce serait la négation de tout progrès scientifique.

La conférence de M. Anthony faite sur un ton mesuré, mais avec des arguments précis et nets, a été longuement applaudie par le nombreux auditoire où jeunes et vieux montrèrent aussi qu'ils partageaient sa conviction.

J. Noir

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

SIGNES DE LA GROSSESSE AU DÉBUT

La grossesse au début ne comporte pas de signes de certitude. Ceux-ci n'apparaissent que vers 4 mois 1/2 et même un peu plus tard. Avant 4 mois 1/2, 5 mois, les signes fœtaux font défaut et les erreurs de diagnostic les plus grandes ont été commises et... excusables. Il ne faudrait pas, cependant, tomber dans l'excès inverse et ne pas chercher, pour ce motif, à faire le diagnostic de la grossesse au début : il importe au contraire, d'inciter les femmes à consulter de bonne heure. Le diagnostic précoce est utile dans la grossesse normale ; il l'est beaucoup plus encore dans les grossesses anormales, comme la grossesse extra-utérine. Quand on examine une femme qui se croit enceinte, il convient, en effet, de chercher à savoir non seulement s'il y a grossesse, mais encore s'il n'y a pas grossesse anormale, grossesse extra-utérine débutante, importante à reconnaître s'il est possible.

En général, la femme consulte, en matière de grossesse au début, du fait d'un retard de règles. Cette question des règles mérite d'être précisée. Un retard des règles, chez une femme normalement réglée, est un signe de grande importance. Mais, à ce sujet, on peut rencontrer deux ordres d'erreurs. La femme, tout d'abord, peut avoir des pertes sanguines et croire à la continuité de sa menstruation. Peut-il exister de véritables règles au cours de la grossesse ? C'est chose exceptionnelle. On peut rencontrer des pertes sanguines, à l'époque des règles. Dans le cas, par exemple, d'utérus multiples. Les cas d'utérus double ne sont pas extrêmement rares. Habituellement alors, s'il y a gestation, l'utérus non gravide réagit comme l'utérus gravide et les règles font entièrement défaut. Quelquefois l'utérus non gravide continue à être le siège de menstruation. Autre cas : celui de la grossesse angulaire. L'œuf n'habite pas en pareille éventualité la grande cavité utérine mais une corne utérine et la muqueuse de l'utérus peut saigner à l'époque correspondant aux premières et aux secondes règles, une fois ou deux fois.

D'autres pertes sanguines peuvent se produire, qui doivent être analysées avec soin.

Dans la grossesse extra-utérine, vous pouvez observer des pertes rouges à la date des règles. Quand l'œuf, inséré sur le pavillon, commence à se décoller, il s'ensuit des hémorragies abdominales et utérines. Ces pertes utérines sont petites, « distillantes », comme on dit, plutôt noirâtres, le sang ne s'écoulant au dehors qu'après un certain séjour. Classiquement ce sont de petites pertes, irrégulières, apparaissant au moment du décollement de l'œuf. La femme aura sauté une période de règles, par exemple, et les pertes se produiront à un moment quelconque. Il n'en est pas toujours ainsi et il arrive que l'hémorragie se produise à l'époque même des règles. La femme enceinte, en effet, bien que non réglée, a tout de même chaque mois une période un peu particulière qui offre une certaine ressemblance avec la phase de menstruation. Beaucoup de fausses-couches se font de préférence à la date des règles. Il n'est pas surprenant, dès lors, que les hémorragies de la grossesse extra-utérine puissent offrir le même caractère. Ordinairement, cependant, ces écoulements sanguins ont lieu à d'autres moments.

On peut rappeler enfin, parmi les pertes sanguines de la grossesse, les pertes rouges banales précédant la fausse-couche.

Erreur inverse : la grossesse survenant chez une femme non réglée habituellement. Les femmes mal ou pas réglées du tout peuvent-elles devenir enceintes ? Cela n'est pas douteux. Il y a des aménorrhéiques habituelles qui ont des ovulations. Si, en général, l'ovulation et la menstruation marchent de pair, il n'en est pas toujours ainsi. Certaines femmes non réglées ont des ovulations de temps en temps. Cela s'observe, par exemple, chez certaines hérédo-syphilitiques, à la suite d'un traitement spécifique en particulier. A côté de ces cas, il est des états physiologiques où des femmes non-réglées sont susceptibles de devenir enceintes. L'exemple classique est celui des nourrices. Les nourrices, surtout multipares, n'ont souvent pas de règles et il semble bien qu'elles n'aient pas alors d'ovulation. Il y a des exceptions et la grossesse peut survenir chez des nourrices non-réglées. Il est enfin des états pathologiques (la tuberculose, entre autres), où la menstruation peut être supprimée. Or, ces tuberculeuses aménorrhéiques deviennent quelquefois enceintes.

Cela dit, il convient d'ajouter que chez la

femme normalement réglée, le retard notable des règles est un signe de grossesse de première importance.

Les signes sympathiques de la grossesse, les nausées, les vomissements, le ptyalisme, certains dégoûts, chez une femme normale, sont aussi des indices de valeur. Beaucoup de femmes arrivent par ces signes à soupçonner leur état.

On rencontre ici également des causes d'erreur. Certaines femmes nerveuses, redoutant ou espérant une grossesse parviennent à ressentir ces signes sympathiques et si, chez elles, existe ou se produit pour une cause quelconque une suppression des règles, le diagnostic devient embarrassé : c'est celui des grossesses nerveuses. En voici un exemple : une aérophage, vue à l'hôpital, faisait pénétrer dans son estomac une quantité d'air considérable qui simulait à première vue (ceci associé à d'autres troubles) une grossesse déjà avancée : or, en exerçant des pressions sur l'épigastre de la femme, au moment où on la faisait parler, on libérait le gaz intra-gastrique... et la « grossesse » disparaissait ! A la vérité, le diagnostic de ces grossesses nerveuses n'est pas toujours facile : une femme fut ainsi inscrite quelque temps au bénéfice des Assurances sociales, avec le diagnostic de grossesse, malgré un examen de contrôle soigneusement fait.

Cependant, chez la femme non particulièrement nerveuse, l'existence de signes sympathiques de la grossesse mérite de retenir l'attention. A côté des gros signes sympathiques bien connus, il peut en exister d'autres, moins caractérisés. Il est bon d'y prendre garde. Il est des multipares qui, ressentant ces petits signes, plus vagues, qu'elles ont éprouvés aux grossesses antérieures, reconnaissent leur grossesse présente. Ne pas trop les contredire : elles ont souvent raison.

La sensibilité des seins est de peu de valeur. Bien des femmes éprouvent au moment des règles une certaine sensibilité des seins.

Quels renseignements procure l'examen de la femme ? L'inspection ne donne pas grand'chose. Les vergetures, la ligne brune abdominale ne sont pas des signes du début. Les seins sont un peu congestionnés.

La palpation de l'utérus, à 2 mois, 2 mois 1/2, est également de minime importance. Les meilleures données sont fournies par le toucher combiné au palper. On dit qu'il y a ramollissement de l'orifice externe du col. Oui, mais il peut exister dans d'autres circonstances. L'utérus est augmenté de volume, mais au début cette augmentation n'est pas bien grande et difficile à apprécier, si l'on n'a pas eu l'occasion d'examiner la femme antérieurement. A la vérité, deux signes sont importants : la modification de forme et la modification de consistance de l'utérus. Celui-ci, au lieu d'être aplati, devient convexe, arrondi, et au lieu d'être ferme, est ramolli. Pour apprécier la consistance véritable de l'utérus, il faut l'explorer avec précaution. L'utérus peut apparaître dur, si l'on a provoqué une contraction. En attendant un peu, la contraction cesse, et la sensation de mollesse est perçue, signe de grande valeur. Le fait de sentir un utérus de consistance molle, sur lequel se produit une contraction qui le durcit, est précieux.

Donc, utérus globuleux, habituellement ramolli et présentant de temps en temps un durcissement, résultat d'une contraction : utérus en général gravide. On peut dire en pratique qu'une tumeur médiane, à siège dans la zone utérine, se contractant de temps en temps, est 99 fois sur 100 un utérus gravide.

Le ramollissement du tissu utérin est à l'origine du signe dit de Hégar. Le ramollissement en question se produit en certains points d'abord, au niveau de l'isthme, par exemple. Au niveau de l'isthme, le doigt, placé dans un cul-de-sac vaginal, rencontre une sorte de charnière non résistante, à laquelle succède un col dur. Ce signe de Hégar, classique cependant, se recherche en réalité assez rarement en clinique. Il peut avoir des inconvénients et déclencher des contractions excessives.

Etant donné la valeur de la contraction utérine on a proposé de la provoquer avec l'hypophyse. En présence d'une tumeur utérine assez molle, plus ou moins médiane, l'injection d'hypophyse mettra l'utérus en contraction. On dit n'avoir jamais eu ainsi de fausse couche consécutive...

Le toucher combiné au palper procure donc dans la grande majorité des cas des indications de premier ordre. L'erreur la plus fréquente est due au fibrome qui peut offrir toutes les formes. En général, le gros utérus à fibrome est irrégulier, bosselé plus ou moins ; et puis, il est dur et ne se contracte pas à moins de cas particulier. La difficulté est plus grande quand la grossesse apparaît dans un utérus fibromateux. Les pertes rouges irrégulières du fibrome s'accompagnent alors de suppression des règles. A l'examen, on constate un signe important dans une région : là où l'œuf s'est implanté, l'utérus fibromateux dur offre une zone de ramollissement.

En dehors de l'utérus fibromateux, il faut signaler les tumeurs juxta-utérines, les kystes de l'ovaire, et le gros diagnostic de la grossesse extra-utérine. Celui-ci mérite une étude particulière et doit être détaché du sujet actuel.

Dans les cas douteux, on s'adressera aux examens biologiques. Bien faits, ils ont une valeur presque absolue, atteignant 99 % de certitude. Ce sont des réactions précoces, appréciables déjà dès le huitième ou le dixième jour. Il s'agit, il est vrai, de réactions pas toujours faciles à carac-

tériser plus difficiles à interpréter qu'on ne le croit généralement.

Pendant la grossesse et dès le début de celle-ci, existent dans le sang et les urines de la femme des hormones appelées hormones gonadotropes ou prolan. Pour les rechercher, dans un but de diagnostic, si le sang est un milieu plus précis, les urines sont d'un emploi plus commode. Trois méthodes sont à utiliser en pratique : 1° la méthode de Zondek et Asheim, qui consiste à injecter de l'urine à une souris femelle. On constate une action sur l'ovaire de la souris, ovaire qui se couvre de follicules hémorragiques : c'est une maturation folliculaire provoquée ; 2° la méthode de Hinglais-Simonet-Brouha, dans laquelle l'injection est faite à un souriceau mâle impubère : on voit se développer alors les vésicules séminales du petit animal ; 3° la méthode de Friedmann et Brouha, dont le point de départ est différent. Chez la lapine pubère, les ovaires ne portent pas de follicules. La lapine ne fait d'ovulation que s'il y a coït, réunion avec le mâle. Rappelons, entre parenthèses, que l'on a proposé cette explication (ovulation exceptionnellement provoquée par le coït) pour expliquer les grossesses en dehors des périodes de fécondabilité habituelle, en dehors des périodes fixées chez la femme par Ogino et Knauss, par exemple. Chez la lapine séparée du mâle donc, on injecte de l'urine contenant du prolan : une ovulation se produit. En pratique, il est bon de voir malgré tout l'état antérieur de l'ovaire de la lapine en expérience par une laparotomie préalable exploratrice. D'ailleurs, en général, les laboratoires font les trois réactions simultanément. Le Friedmann-Brouha donne une réponse en quarante-huit heures, les deux autres réactions en huit jours environ. Ce diagnostic biologique est susceptible de peu de causes d'erreurs. Il semble cependant que dans certaines tumeurs ovariennes il puisse y avoir du prolan dans le sang et les urines.

On a cherché enfin à doser les hormones, le prolan, dans le sang. L'unité de prolan (unité Brindeau-Hinglais) désigne la quantité la plus petite de cette substance capable de provoquer le follicule hémorragique chez la lapine. On a pu fixer un chiffre normal d'unités prolan dans la grossesse. Ce chiffre s'élève beaucoup dans la môle et il diminue notablement au contraire au cas d'œuf mort. D'où des données pour le diagnostic de ces deux états pathologiques (1).

ACCIDENTS THERMIQUES CHEZ LE NOURRISSON CAUSÉS PAR LA TEMPÉRATURE EXTÉRIEURE

Docteur J. ALCALAY

Le nourrisson est un homéotherme, mais un homéotherme imparfait qui craint le chaud et le froid ; sa respiration, ses échanges gazeux, sa thermométrie, sa calorimétrie, sa régulation thermique sont différents de ceu x de l'adulte.

Les nourrissons font au moment des grandes chaleurs des accidents thermiques dus à l'influence directe de la température extérieure. Il y a quelquefois des signes digestifs, mais jamais l'appareil digestif ne présente de lésions constatables histologiquement. Les lésions consistent souvent en une congestion générale des organes et quelquefois en une augmentation de la vascularisation cérébrale.

Il existe une excellente thérapeutique qui consiste en bains, enveloppements, lavements et boissons fraîches, injections de sérum glucosé, de camphre ou de caféine, séjour dans un lieu où l'air est renouvelé et rafraîchi.

C'est surtout sur la prophylaxie et l'hygiène qu'il faut porter nos efforts. Habiller les nourrissons légèrement et peu serré. Donner des bains frais (35°) bi-quotidiens (Baize), éviter la suralimentation, donner des biberons un peu frais. Mais aussi, il faut des crèches modernes avec : *a*) Un renouvellement de l'air (filtré au préalable) par ventilation permanente à raison de trois fois le cube par heure ; *b*) Une réfrigération constante assurant en été une température oscillant de 21° à 23° ; *c*) Un état hygrométrique oscillant entre 40 et 70.

Nous nous permettrons enfin d'insister avec M. Jules Renault pour qu'une installation appropriée soit « réalisée dans les hôtels et dans les appartements modernes, où le chauffage central, si confortable d'ailleurs, est aménagé, sans le souci de conserver l'aération qu'assuraient d'une façon suffisante pour une ou deux personnes par chambre, les fissures des fenêtres et la cheminée à feu de bois » (2).

(1) Notes recueillies au cours du Prof. Agr. LANTUÉJOUL, le 19 novembre 1936, par le Docteur P. LACROIX.
(2) Thèse de Paris, 1937.

POURQUOI, QUAND ET COMMENT SE SERVIR DU RADIODIAGNOSTIC DANS LES CAS DE TRAUMATISMES

Par le Docteur Paul Robert

Radiologiste de la Clinique de Chambéry

L'expérience montre que beaucoup trop de médecins appelés à donner leurs soins à un traumatisé manquent encore du « réflexe » qui devrait associer dans leur pensée la notion de traumatisme à celle d'examen radiologique.

Ce manque de réflexe peut s'expliquer par plusieurs raisons :

D'une part, dans l'enseignement des sciences médicales, le radiodiagnostic est purement et simplement oublié. On apprend à un étudiant les principes du fonctionnement des appareils radiologiques, ce qui est absolument sans aucun intérêt pratique, et on n'enseigne pas les indications de la méthode ni les services qu'elle peut rendre dans les divers cas pathologiques.

D'autre part, dans l'exercice de la pratique journalière, le médecin est mal placé pour se faire une expérience radiologique. Le plus souvent, ce sont les radiologistes, les médecins ou chirurgiens experts qui constatent tardivement les inconvénients parfois très graves qu'il y a eu à ne pas prendre de radiographies en temps utile dans les cas qui leur sont soumis ; et, comme fréquemment, il s'agit de traumatismes déjà anciens, le médecin traitant ayant perdu de vue le blessé n'est plus intéressé par la question.

Enfin, le médecin ne peut suivre les progrès de la science du radiodiagnostic. Il a déjà assez à faire pour se tenir au courant de la science médicale courante ; aussi stagne-t-il dans les quelques notions qu'il a pu acquérir au cours de ses études, et peut-il alors priver ses malades des avantages des méthodes radiologiques nouvelles.

C'est pour ces raisons que nous avons jugé utile de réunir quelques indications pratiques concernant le radiodiagnostic des traumatismes.

1° Pourquoi employer le radiodiagnostic après un traumatisme ?

a) Pour assurer le diagnostic

Dans les cas où le diagnostic est douteux, cela est admis par tous ; mais, et nous insistons très spécialement sur ce point, il faut radiographier même quand le diagnostic ne paraît pas douteux. En effet, dans ce cas, de deux choses l'une : ou bien l'examen clinique est négatif, ou il est positif :

S'il est négatif, l'examen clinique n'a qu'une valeur très relative et n'apporte aucune certitude. Nous pourrions citer de très nombreux exemples à l'appui de cette vérité première malheureusement trop oubliée. Il y a, en particulier, une zone anatomique où un examen clinique négatif n'a aucune valeur et où tout oubli radiographique peut avoir pour le blessé (et, par ricochet pour le médecin) des conséquences fâcheuses : cette région, c'est le rachis (1). Que de fois des fractures du rachis ont été décelées tardivement par l'évolution de complications inattendues alors que les soins nécessaires n'ont pas été donnés en temps utile, aucune radiographie n'ayant établi l'existence de ces fractures. Dans d'autres régions, la radiographie montre des lésions non décelées par la clinique : fêlures, fractures partielles, enfoncements tubérositaires, etc...

Si l'examen est positif, la radiographie précisera le diagnostic ; elle indiquera avec netteté le siège de la lésion, son intensité, ses modalités, ses complications. Exemple très fréquent : le diagnostic d'un fragment tibial postérieur non déplacé dans un Dupuytren : il est impossible de déceler cliniquement cette complication qui pourtant doit être connue du médecin traitant pour éviter un déplacement secondaire du fragment.

b) Parce que c'est le devoir du médecin

Nous venons de le démontrer par les considérations précédentes, mais depuis quelques années ce devoir s'est précisé au point de vue de la responsabilité médicale ; de plus en plus souvent des médecins sont condamnés pour avoir négligé de se servir du radiodiagnostic. Les juges estiment faute grave, le fait de ne pas faire faire en temps utile un examen radiographique. « On ne peut, disent les attendus d'un récent jugement, excuser le médecin d'avoir omis de contrôler l'exactitude de son diagnostic par le procédé infaillible que lui offre la radiographie » (2).

c) Pour assurer la thérapeutique

Il est, en effet, manifeste que pour être appliquée judicieusement une thérapeutique doit être précédée d'un diagnostic précis. Reprenons à ce sujet, l'exemple des traumatismes rachi-

(1) Lire au sujet de cette question très importante : Le rapport des Drs Martin et Japiot de Lyon, sur « Rhumatismes et traumatismes de la colonne vertébrale » dans *Rev. du rhumatisme*, oct. 1936. Et article du Dr Belle, *Journ. des Sci. médicales de Lille*, 26 VII 1936.

(2) Cf. Rouen. Première chambre, 6 mai 1936.

diens. Si une fracture est méconnue, le blessé se lèvera précocement et l'on pourra voir secondairement l'évolution d'un Kümmel-Verneuil, une fâcheuse surprise. Si la fracture est diagnostiquée, le blessé sera mis en immobilisation prolongée, suivie d'une surveillance plus ou moins longue pour pouvoir intervenir immédiatement si un fléchissement vertébral se produisait.

d) **Pour avoir un document**

C'est là un intérêt trop souvent méconnu par le médecin traitant ; mais, chose curieuse, il est dans certains cas très apprécié par le blessé.

En quoi consiste l'intérêt documentaire d'une radiographie ? Une radiographie constitue un document précis et permanent de l'état du squelette à un moment donné.

Ceci dit, deux cas sont à considérer.

La radiographie est négative. Dans ce cas, très souvent, elle n'intéresse plus le blessé. Il est même curieux de constater la sorte de dédain qu'un traumatisé manifeste à l'égard d'une radiographie qui ne montre aucune fracture. Par contre, ce document négatif a une très grande importance pour le médecin traitant d'abord, mais surtout pour les médecins-experts, pour les radiologistes qui pourront être appelés par la suite à pratiquer d'autres radiographies de la même région. Que de fois est-on appelé à expertiser un ancien traumatisé portant des lésions d'aspect bâtard, plus ou moins rhumatismales. Si aucun document n'a été pris dans les jours qui ont suivi le traumatisme, il est neuf fois sur dix impossible de déterminer la part du traumatisme dans l'origine des lésions.

La répercussion de cette lacune est double : ou bien le doute bénéficie au blessé et ce sont les Compagnies d'assurances qui sont lésées. Ou bien, le doute bénéficie à la Compagnie d'assurance et c'est le blessé qui est lésé. Faute d'une radiographie prise en temps utile.

La radiographie est positive : l'intérêt documentaire est manifeste : le blessé tient essentiellement à avoir une preuve de la lésion traumatique. Le médecin traitant et la Cie d'assurances sauront exactement les dommages causés par l'accident et aussi, chose capitale, les anomalies qui ne sont pas imputables à l'accident.

A Aix-les-Bains (1) où nous avons souvent l'occasion de voir des séquelles plus ou moins éloignées de traumatismes et où, d'autre part, nous étudions spécialement les processus rhumatismaux, il nous arrive tous les ans d'examiner des cas complexes où, sans radiographie prise immédiatement après l'accident, il est impossible de déterminer quelle est, dans l'origine des lésions la part du traumatisme et celle de l'affection rhumatismale.

Absolument capital est donc l'intérêt documentaire d'une radiographie précoce. Quand le médecin nous dit : « Le cas est simple et la radiographie ne m'apprendra rien », on peut répondre : « D'abord, il est toujours imprudent d'être trop affirmatif ; ensuite si la radiographie n'apprend rien à vous, médecin traitant, elle apprendra peut-être beaucoup par la suite à un médecin ou à un radiologiste chargé d'expertise. »

e) **Pour éviter des complications diplomatiques**

Quelquefois, le médecin traitant ne demandant aucune radiographie, le blessé se fait radiographier de son propre chef, d'où complications diplomatiques ennuyeuses, si la radiographie ne confirme pas le diagnostic du médecin traitant.

Nous concluons donc que, étant données les multiples raisons que nous venons d'énumérer, l'examen radiographique après un traumatisme doit être *systématique*.

2° Quand employer le radiodiagnostic ?

a) Le plus tôt possible après les traumatismes, et en tous cas, dès que le blessé sera en état de supporter l'examen ;

b) Au cours des suites de traumatismes chaque fois qu'un fait nouveau rendra opportun la prise d'un cliché.

Quels peuvent être ces faits nouveaux ? — Il y en a trois principaux :

Les douleurs tardives

Nous devons à ce sujet attirer l'attention d'une façon très particulière sur la fréquence des syndromes de Leriche méconnus.

Ce syndrome se traduit radiologiquement par une décalcification floconneuse plus ou moins étendue, se produisant après des traumatismes de région articulaire, et n'ayant pour toute manifestation clinique que des douleurs tenaces et une impotence *fonctionnelle persistante. Il* peut apparaître à la suite de traumatismes légers même en l'absence de toute fracture. Il demande une thérapeutique spéciale et peut avoir un pronostic sérieux, si on le laisse s'installer avec trop d'intensité. Or, une radiographie est nécessaire pour la déceler précocement. Nous avons il y a quelque temps, examiné un cas grave de syndrome de Leriche siégeant au pied, datant de huit mois, et pour lequel cinq médecins consultés n'avaient pas estimé utile de demander une radiographie car, affirmaient-ils, « il n'y avait pas de fracture »..... Ils avaient raison : il n'y avait pas de fracture. Mais la décalcification du pied était si intense qu'actuellement, malgré deux interventions chirurgicales, la malade est restée impotente !

(1) Cf R. J. Weissenbach et F. Françon. — Rhumatismes chroniques et traumatismes. *Revue du rhumatisme*, octobre 1936.

Les mobilités anormales persistantes

La radiographie est, indispensable pour l'étude des pseudarthroses ou de la formation des cals.

Les déformations tardives

Nous pensons spécialement aux déformations tardives dans les fractures du rachis méconnues ; nous en avons déjà parlé plus haut, mais nous insistons sur ce fait que ces cas de lésions méconnues du rachis sont, en pratique, beaucoup plus fréquentes que se le figurent les médecins praticiens, et que le pronostic en est singulièrement aggravé si on laisse se produire secondairement l'effondrement du corps vertébral lésé.

— En résumé, le radiodiagnostic doit être employé très *précocement* après les traumatismes et, par la suite, chaque fois que des signes de complication apparaissent.

3° COMMENT EMPLOYER LE RADIODIAGNOSTIC ?

a) Il est tout d'abord un mort qu'il nous faut tuer : nous voulons parler de la radioscopie dans le diagnostic des lésions traumatiques du squelette. Trop de médecins demandent encore actuellement un examen radioscopique pour diagnostiquer des lésions des os ; quelquefois même on nous a demandé des radioscopies sous plâtre, après réduction, alors qu'aucune radiographie n'avait été prise avant la réduction... *La seule radioscopie après traumatisme du squelette est une technique défectueuse pour plusieurs raisons* :

D'abord, les renseignements fournis par la radioscopie sont insuffisants. Exemple : dans un traumatisme du poignet, on passera toujours à côté d'une fracture du scaphoïde.

Ensuite, la radioscopie ne laisse après elle aucun document et nous avons vu son importance trop méconnue pour le malade, pour le médecin, et, éventuellement, pour les experts.

Enfin, il nous faut signaler un autre argument que les médecins oublient trop facilement : si une fracture passe inaperçue à la radioscopie et se trouve révélée plus tard par une radiographie, qui sera rendu responsable d'une erreur de diagnostic ?..... Celui qui a fait la radioscopie. Le malade ne fait pas de différence entre radioscopie et radiographie. Dès l'instant qu'il est « passé aux rayons », il croit que tout ce qui pouvait être vu a été vu, et, au fond, il a raison : le médecin qui se contente d'un examen radioscopique du squelette engage sa responsabilité vis-à-vis du blessé ; et, si, plus tard, il est démontré que l'examen radioscopique a été insuffisant, le blessé estimera à bon droit, que le médecin a commis une faute. Pourquoi s'exposer à ce risque ?

b) Les *radiographies doivent être multiples* : L'intérêt des clichés de face et de profil est évident. Eux seuls peuvent, dans un cas de fracture, donner une précision sur l'orientation des fragments et le sens des déplacements osseux. Aussi bien ces deux incidences sont-elles d'un emploi classique. Il est tout de même des cas où d'autres incidences sont nécessaires. Sans tous les énumérer, nous attirons spécialement l'attention des praticiens sur les difficultés du radiodiagnostic dans les traumatismes du rachis. Il est très fréquent dans de tels cas que le simple « face et profil » ne donne pas tous les renseignements pouvant être fournis par le radiodiagnostic. Parfois, les deux profils sont nécessaires, quelquefois même des incidences obliques.

C'est pour cela qu'il serait bon, dans les cas où les traumatismes soulèvent des questions de responsabilité de tiers ou de Cies d'assurances, de ne pas enfermer le radiologiste dans des limites de travail trop strictes. Pour éviter des discussions avec les Cies d'assurances qui peuvent avoir tendance à se rapporter au texte de l'ordonnance du médecin traitant, il serait bon, dans les cas délicats, que cette ordonnance ne contienne que des expressions laissant au radiologiste, la latitude de choisir les incidences à employer.

c) Enfin, dans quelques cas de lésion des membres, pour préciser la valeur de certains aspects douteux, il convient de prendre par comparaison, des radiographies du membre sain, en ayant soin que l'incidence soit exactement la même que celle du cliché du côté blessé.

En employant ces incidences multiples, le radiodiagnostic sera *complet*.

Pour nous résumer, répétons que le radiodiagnostic doit être *systématique*, *précoce* et *complet*; cela parce que c'est dans l'intérêt du blessé d'abord, des médecins traitants et des experts ensuite ; car, comme l'a écrit récemment notre Maître A. Béclère, les images radiographiques « offrent une base inébranlable et sûre aux autres données médicales de sources diverses » (1).

(1) *Journal de radiologie*, octobre 1936.

LES PROPRIÉTÉS GÉNÉRALES DES CELLULES

Leur plan de coordination

Par M. P. Chavigny

Professeur à la Faculté de Médecine de Strasbourg

Les recherches histologiques et embryologiques poursuivies depuis quelque cinquante ans maintenant, ont abouti à un ensemble de connaissances, à un édifice vraiment merveilleux en ce qui concerne la multiplication des cellules, la formation des organismes.

Cependant, le problème des détails risque peut-être de faire perdre de vue certains problèmes généraux :

Nous savons fort bien maintenant comment les cellules se divisent et se multiplient.

Par contre, semblerait-il, on ne se demande guère comment les cellules vont s'agencer entre elles, se coordonner et surtout pourquoi leur multiplication s'arrêtera quand elles seront parvenu s aux limites du futur organe.

C'est ce dernier point qui semble avoir été le moins étudié jusqu'ici. Ses facteurs déterminants sont encore absolument inconnus. Arrivés à un point déterminé, représentant les limites du futur organe qu'elles sont appelées à constituer, les cellules cessent de se multiplier. Il semblerait qu'elles trouvent là, devant elles, comme un mur infranchissable.

Quand on envisage un problème de cette sorte, il y a lieu tout d'abord à faire un effort assez spécial d'imagination. Notre esprit n'est que trop habitué à concevoir la reproduction cellulaire en une « *série linéaire* ». Il est déjà plus ardu de savoi faire une lecture microscopique dans un « *plan* ». C'est seulement à un stade déjà avancé de l'apprentissage histologique et anatomo-pathologique que l'on en arrive à concevoir la structure microscopique de l'organe « *dans l'espace* ». Il faut, pour cela, faire un assemblage des données fournies par la lecture de coupes microscopiques en les combinant suivant les trois dimensions spatiales.

La *limitation dans la multiplication*, la *coordination des cellules entre elles* dans les limites prévues de l'organe à édifier se font selon un relief qui fut celui des organes similaires chez les générateurs. C'est u point particulier bien intéressant de la question de la multiplication cellulaire ; il en constitue la limite terminale.

Ce fait est constant ; il se rencontre dans l'accroissement de tous les organismes animaux ou végétaux.

Seuls les organismes inférieurs, surtout unicellulaires en sont affranchis.

Cette délimitation des formes générales des organes, ainsi que des individus, est extrêmement stricte, d'une précision pour ainsi dire absolue.

Non seulement, c'est la forme générale des organes de l'espèce déterminée à laquelle l'être appartient ; mais, ce plan d'agencement cellulaire va jusqu'à assurer les ressemblances entre les personnes d'une même famille, la conservation du type d'une race, etc... De même encore, le mod lé général d'un organe déterminé est réglé dans toutes ses parties, formant en tel point une saillie puis, tout à côté, une dépression, etc...

Il ne semble pas qu'il ait été produit jusqu'ici aucune hypothèse quelconque, et encore moins une hypothèse acceptable, valable, au sujet de cet arrêt soudain de la puissance de multiplication cellulaire. Comment cet arrêt se produit-il en un point déterminé, au fond d'une dépression, tandis que, dans un point tout voisin, il ne manifestera ses effets qu'au moment où une saillie, ue protubérance de la surface des tissus se sera constituée.

Comment cette « *limitation coordonnée* », peut-elle être conçue déjà en ce qui concerne ces cellules que Bizzozero appelait « *perpétuelles* ». Cette sorte de cellule cesse de se diviser bien avant la fin de la croissance (par exemple, cellules nerveuses, ou encore fibres musculaires ; ces dernières, par exemple, étant susceptibles d'augmenter de dimensions, mais ne se multipliant plus). La difficulté n'est d'ailleurs pas moindre au sujet des cellules qui, pendant toute la durée du temps de persistance de l'organisme, continuent à se diviser et qui constituent les « *cellules labiles* », de Bizzozero. Ce cellules labiles ne se reproduisent, en effet que selon les besoins de leur remplacement ; jamais elles ne deviennent « *cellules envahissantes* ».

En ces matières invoquer l'hérédité, c'est se payer d'un mot qui n'explique rien.

Il serait d'ailleurs absolument vain de vouloir invoquer le rôle du système nerveux dans la régulation de ces arrêts de croissance selon le plan général de constitution de l'organisme. La croissance de la plupart des éléments nerveux est en effet, secondaire à la constitution du modelé des divers organes. Ils ne le précèdent donc pas et ne peuvent en rien l'orienter, ni surtout limiter

la multiplication des cellules à un moment donné, en un point déterminé qu'on pourrait dire prédestiné.

Peut-être certains esprits pourraient-ils être tentés d'invoquer la pression réciproque des organes internes entre eux, sorte de concurrence pour l'espace disponible. Mais, cette théorie, valable peut-être pour les organes de la profondeur, et sous toutes réserves d'ailleurs, serait dépourvue de toute port e, de toute réalité, quand il s'agit des organes superficiels de l'organisme, de ceux qui ont une surface confinant à « l'extérieur » par l'intermédiaire exclusif du revêtement cutané.

Actuellement où les progrès réalisés dans le sens des cultures de tissus, nous permettent d'envisager des perfectionnements à peu près illimités de la technique, il semble que ces questions de « *la coordination de croissance* » et, aussi bien, de la « *limitation dans la multiplication cellulaire* » soient des problèmes qui devraient s'inscrire au prochain libellé des expériences.

Par exemple, un fragment tissulaire séparé de façon précoce de l'organe auquel il appartenait va-t-il, placé en d'excellentes conditions de nutrition et de croissance, grandir indéfiniment ou se limiter aux dimensions auxquelles sa position dans l'organisme le prédestinait ?

Il y a là un préambule indispensable à toute étude sur le développement des tumeurs et à toute théorie du genre de celle qui a été récemment présentée par le Professeur Grynfeltt dans son article du *Montpellier Médical* (mai 1936 page 227).

Il est à remarquer que des questions de cet ordre se posent tout aussi bien pour les organismes à croissance illimitée (arbres, séquoias, par exemple), que, pour les organismes animaux dont les dimensions terminales sont très tôt acquises.

Puis, il y a des exceptions curieuses : ce sera la queue du lézard dont les dimensions étaient proportionnées à celles de l'individu, et qui se reconstitue si la queue est sectionnée. Même cas en ce qui concerne la pince du crabe.

L'acti n de quelques agents externes au moyen desquels des expérimentateurs ont pu récemment obtenir certaines variations dans les proportions du corps des animaux ne paraît intervenir en rien à la solution des problèmes dont l'énoncé vient d'être formulé.

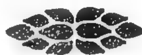
Les expériences ou théories produites jusqu'ici sur le « *déterminisme de la croissance* » et le « *déterminisme de l'arrêt de croissance* » semblent surtout s'appliquer soit au début de la période de formation de l'individu, soit au vieillissement de celui-ci, en ce qui concerne l'arrêt de croissance par vieillissement. La notion d'épuisement de certaines substances stimulantes ou nutritives des cellules (1) ne peut guère s'appliquer à la question de la « *coordination des cellules en forme d'organes* » et de leur « *limitation de croissance* » (ce qui a un tout autre sens que l'*arrêt de croissance* ») dans les formes normales de l'organisme qu'elles édifient.

Comme conclusion, il semble bien qu'on se soit surtout attaché jusqu'ici à l'étude du *rythme cellulaire dans le temps*, tandis que celle du *rythme cellulaire dans l'espace* n'a guère été encore envisagée. Cette dernière étude le mérite pourtant et comporte tout autant de problèmes intéressants.

LES MANIFESTATIONS PLEURO-PULMONAIRES AU COURS DU PALUDISME

Le Docteur F. MEERSSEMAN, fait une étude critique de la question ; il convient, dit-il, d'apporter à l'interprétation des processus pleuro-pulmonaires qui peuvent survenir au cours de l'infection palustre un sens critique très averti. Le plus souvent sans doute, l'on se trouvera en présence de simples associations morbides dans lesquelles le paludisme peut d'ailleurs modeler à son image la symptomatologie de l'affection pulmonaire. Ce serait cependant outrepasser nos certitudes que de nier catégoriquement la possibilité de syndromes pulmonaires directement subordonnés à l'accès fébrile paludéen. (*Le Progrès Médical*, 1er mai 1937.)

(1) Voir travaux de BRACHET, de LEBRETON est SCHAEFFER, SCHAEFFER, BLANCHETIÈRE. Voir aussi G. TEISSIER. Les lois quantitatives de la croissance. Rapport à la dixième réunion de l'Association des physiologistes, 1936.



LA CLINIQUE AU GOUT DU JOUR



Les fausses appendicites d'origine annexielle

D'après le Professeur HAMANT et le Docteur L. GRIMAULT (*)

QUELQUES EXEMPLES CLINIQUES

Kyste de la trompe

1° Une fillette de 14 ans, W. Y., a présenté à différentes reprises des douleurs dans la fosse iliaque droite. Le 28 décembre 1935, elle éprouve de très vives sensations dans cette région avec vomissements, arrêt des selles et légère contracture de la paroi à droite, fièvre légère.

Diagnostic : appendicite aiguë. Opération d'urgence, incision de Jalaguier : l'appendice paraît sain, néanmoins appendicectomie. L'incision est prolongée vers le bas et permet de découvrir un kyste, appendu à la partie ampullaire de la trompe droite.

Ce kyste, du volume d'une petite noisette, est violacé, il présente un pédicule large, tordu (trois tours de spire). Ablation du kyste. Depuis, la fillette n'a plus souffert.

2° Une fillette de 12 ans, P. M., qui n'est pas encore réglée, est prise brusquement, le 27 décembre 1936, de douleurs abdominales très violentes dans la fosse iliaque droite avec vomissements, arrêt des matières, contracture de la paroi abdominale légère, température 37°5, pouls à 100. Elle est adressée avec le diagnostic d'appendicite aiguë.

Opération d'urgence : incision de Jalaguier. L'appendice paraît sain (appendicectomie). L'incision, agrandie vers le bas, permet d'explorer les annexes droites et de découvrir un peu de sang dans le Douglas et un kyste violacé, du volume d'un gros haricot, appendu sur le pavillon de la trompe ; son pédicule est tordu (deux tours de spire). Résection du kyste, l'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'une hydatide de Morgagni en voie de nécrose. Guérison.

Corps jaune dégénéré

R. Elisabeth, 39 ans, quatre enfants vivants, est prise brusquement de violentes douleurs abdominales, le 15 octobre 1930. Le lendemain, le médecin traitant l'adresse au chirurgien avec le diagnostic d'appendicite aiguë : température 38°5, pouls à 110, arrêt des gaz et des selles, ventre ballonné, défense de la paroi surtout marquée à droite. Cette femme est enceinte de deux mois.

Incision de Jalaguier, une sérosité louche s'écoule du ventre ; l'appendice est normal (appendicectomie). Fermeture de l'incision, laparotomie médiane : utérus gravide en arrière et, au-dessus de lui, on découvre la trompe gauche volumineuse, violacée, tordue, basculée en arrière et à droite, qui a entraîné l'ovaire dans sa torsion ; pus en abondance dans le Douglas et le bassin. Résection des annexes gauches, Mickulicz. Guérison.

L'examen histologique des annexes enlevées a montré que la trompe présentait des lésions de salpingite aiguë et que l'ovaire contenait une tumeur kystique, qui n'était autre chose que le corps jaune de la grossesse, ayant subi une dégénérescence kystique.

Malgré cette complication, la grossesse a évolué normalement jusqu'à terme et s'est terminée par l'accouchement, sans difficulté, d'un enfant vivant et bien constitué.

Salpingite aiguë

Une jeune fille présente dans l'après-midi une fièvre élevée : 38°5, avec douleurs vives dans la fosse iliaque droite. Dans la soirée, les douleurs deviennent plus vives, avec réaction dans la fosse iliaque droite et contracture de la paroi : au toucher vaginal, cul-de-sac postérieur très sensible.

Opération immédiate (Professeur Hamant). Incision de Jalaguier : appendice normal, mais trompe droite rouge, vineuse, distendue, écoulement d'une goutte de pus par le pavillon de cette trompe. Résection de la trompe et de l'appendice. Suture de la paroi sur un drain.

Il s'agissait d'une salpingite gonococcique.

Kyste de l'ovaire

1° G. J., 27 ans, est prise brusquement de douleurs abdominales, le 12 janvier 1937 ; les douleurs sont localisées dans le bas-ventre et la fosse iliaque droite, où il existe une légère contracture de la paroi. Au toucher vaginal, on perçoit un ovaire droit volumineux et douloureux, température 37°4, pouls 90.

Intervention : l'appendice paraît sain, mais petite quantité de sang dans le Douglas et

(1) Les fausses appendicites chez la femme (*Revue médicale de Nancy*, 15 avril 1937).

kyste lutéinique de l'ovaire droit rompu ; cet ovaire est scléro-kystique. Résection partielle de l'ovaire, isophénolisation des annexes, résection de l'appendice. Guérison.

2° W. H., âgée de 25 ans, est adressée par son médecin traitant à un chirurgien très distingué, pour crise douloureuse abdominale, avec le diagnostic d'appendicite. Par coquetterie, cette jeune femme demande au chirurgien de faire une incision très petite. L'opération et ses suites immédiates ont été très simples.

Mais, ayant quitté la clinique, cette jeune femme éprouve les mêmes douleurs qu'auparavant, et elle sent en palpant son ventre — d'après ses propres termes — une petite boule qui se déplace facilement. Découragée, cette patiente va se confier à un masseur ; or, les massages ne font qu'exaspérer les douleurs en même temps que la tumeur augmente de volume.

Cette malade est vue un an et demi après sa première opération ; elle présente alors un volumineux kyste de l'ovaire, remplissant le bassin et remontant jusqu'à l'ombilic ; il est fixé par les adhérences causées par les massages intempestifs. Ces adhérences ont rendu très laborieuse l'extirpation du kyste au cours de la deuxième opération qui a été suivie de guérison définitive.

Epithélioma primitif de la trompe

Mme G., 42 ans, se plaint depuis plusieurs semaines de douleurs plus ou moins vives et continues, au niveau de la fosse iliaque droite. Pas de température. A la palpation, il semble que l'on perçoive un cordon un peu induré, douloureux, assez bas dans la fosse iliaque droite. Par le toucher vaginal, on ne perçoit rien dans les culs-de-sac. Diagnostic : appendicite chronique.

Intervention (Professeur Hamant) : Incision de Jalaguier. L'appendice se révèle sain, mais appliqué contre une trompe volumineuse, distendue, qui est enlevée par cette incision en même temps que l'appendice.

L'examen anatomo-pathologique montre qu'il s'agissait d'un épithélioma primitif de la trompe.

***

Ainsi le problème s'avère très délicat pour les affections aiguës, où il faut une décision rapide

Ces *affections aiguës* peuvent produire, en effet, une *irritation péritonéale,* analogue à celle qu'occasionne l'appendicite aiguë.

Cette irritation peut être :

d'origine *mécanique* par torsion d'un kyste de l'ovaire ou du paraovaire ;

d'origine *sanguine,* le sang répandu dans le Douglas venant d'un kyste lutéinique de l'ovaire ou d'une trompe gravide rompue ;

d'origine *infectieuse* par rupture d'un pyosalpinx.

Pareilles manifestations pathologiques prêtent d'autant plus facilement à une confusion avec l'appendicite, que le maximum de douleur siège dans la fosse iliaque droite. De plus, chez la femme, le voisinage si proche de la région salpingo-ovarienne d'une part, et de la région appendiculaire d'autre part, permet d'envisager le retentissement réciproque assez fréquent des affections de ces organes les uns sur les autres.

Le plus souvent, au cours de ces crises douloureuses abdominales, c'est le diagnostic d'appendicite, qui est porté par le médecin, qui voit le premier la malade. De son côté, le chirurgien, avec la hantise de laisser évoluer une appendicite aiguë, intervient le plus souvent d'urgence, et l'appendicectomie ne guérit pas toujours la malade.

Mais, ce diagnostic est surtout basé sur le siège de la douleur dans la fosse iliaque droite. Or cette douleur peut exister sans une lésion de l'appendice, les lésions salpingo-ovariennes provoquant une irritation des lymphatiques et des filets sympathiques, qui se portent vers le plexus solaire, irritation qui serait capable de provoquer les mêmes spasmes intestinaux que le processus inflammatoire de l'appendice.

Disons aussitôt que ces notions ne sont pas sans importance, et qu'elles doivent inciter le chirurgien à abandonner la petite incision en boutonnière de Roux, de 2 à 3 cent. de longueur ; celle-ci permet bien d'extirper un appendice, mais elle ne laisse pas la possibilité d'explorer les annexes, aussi peut-elle donner lieu à de pénibles méprises. Préférable est l'incision de Jalaguier, qui, par l'ouverture de la gaine du grand droit, peut être prolongée vers le bas, suivant les circonstances.

Les ovaires occupent, chez les jeunes enfants, une situation élevée, et leurs kystes peuvent être perçus dans la région appendiculaire ; la confusion est donc très facile, pour les kystes droits, mais aussi pour les kystes gauches qui peuvent basculer à droite au cours de la torsion des kystes, le choc est souvent prononcé ; il en est de même pour les phénomènes d'irritation péritonéale. Mais, ce qui permettra de les différencier c'est que, après un début orageux, le kyste tordu ne provoque pas une réaction périto-

néale et thermique aussi durable que dans l'appendicite, à moins que ce kyste ne suppure.

Bien entendu, le diagnostic est simplifié, lorsqu'un examen médical antérieur à la crise douloureuse a révélé la présence d'une tumeur abdominale, ou bien lorsque, au cours de la crise, on perçoit au toucher vaginal ou rectal, une tumeur dans le bassin ayant tous les caractères d'un kyste. La confusion est donc surtout possible pour les petits kystes, dans lesquels le liquide n'est pas sous tension ; la palpation abdominale devient très aléatoire ; combinée au toucher vaginal ou rectal, elle donne alors l'impression d'un bassin libre de toute tumeur.

Les mêmes considérations s'appliquent aux kystes du parovaire, lorsqu'ils se sont pédiculisés. Ascensionnés dans l'abdomen et mobiles, ils sont dans des conditions favorables à la torsion, et dans ces cas la douleur est intense ; il existe presque toujours des signes de réaction péritonéale, violents, avec apparition d'un ballonnement souvent très marqué, avec défense de la paroi, dissociation du pouls (110-120) et de la température (38°).

Il faut également signaler les kystes développés sur les trompes, en particulier sur leur pavillon, et même la simple torsion des trompes, comme susceptibles de produire une irritation péritonéale.

Lorsque le syndrome de torsion existera sans troubles inflammatoires surajoutés, le diagnostic reposera sur les trois symptômes suivants : douleurs pelviennes survenant par crises, phénomènes de péritonisme pelvien, sans température, constatation au toucher rectal, d'une masse très douloureuse dans le Douglas.

Plus difficile à éviter est le cas de la torsion des trompes infectées, et des pelvi-péritonites au cours des salpingites ; les infections peuvent avoir dès le début un caractère si brusque, si brutal, qu'elles sont capables de simuler une appendicite aiguë, surtout lorsque la douleur a son siège à droite.

Une hémorragie à la suite, par exemple, de la rupture d'un kyste du corps jaune, produit facilement des douleurs dans le bas-ventre (en particulier au niveau des fosses iliaques) des vomissements, une légère élévation de la température. Aucun signe d'inoculation péritonéale ; le palper révèle souvent un maximum de douleurs dans la fosse iliaque droite avec ou sans défense musculaire ; ne sont-ce pas là des signes à type appendiculaire ?

Pour les mêmes raisons, on a pu confondre avec une appendicite aiguë une rupture de grossesse extra-utérine droite, surtout quand manquent toutes notions de grossesse. Non rompue, cette variété de grossesse peut être confondue avec une appendicite chronique, par les douleurs qu'elle provoque, ainsi que par la perception d'une masse haut située.

Parmi les affections *chroniques*, on doit encore signaler le cancer de la trompe (affection fort rare), ainsi que toutes les salpingites chroniques (tuberculeuses et autres).

***

Bien entendu, c'est à un examen clinique attentif et approfondi que nous devons demander la base la plus solide de notre diagnostic : des troubles antérieurs infectieux des organes génitaux feront penser plutôt à une annexite qu'à une appendicite. La notion de grossesse aiguillera, dans les syndromes douloureux brusques, vers l'indice de grossesse extra-utérine.

Mais c'est au *toucher vaginal ou rectal*, fait délicatement et avec minutie, que nous demanderons les renseignements les plus précieux : la présence d'une tumeur ou d'un empâtement dans les culs-de-sacs postérieurs ou latéraux feront penser à une affection inflammatoire des annexes. De même, une sensibilité exquise du Douglas provoquant une douleur intense qui, même chez une malade en demi-syncope, amène des plaintes, fera penser à l'inondation péritonéale.

Enfin, nous ne négligerons pas le signe de Frankel, qui consiste, lorsqu'on a un doute sur la localisation de l'infection, à prendre le col utérin entre deux doigts et à lui imprimer des mouvements oscillatoires qui seraient indolore en cas d'appendicite.

G. Fischer.

HÉMATURIES APRÈS FAUSSE ROUTE POUR INJECTION VAGINALE CHEZ UNE FILLETTE

MM. Ferru et Guillaud-Vallée ont rapporté à la Société de médecine de la Vienne l'intéressante observation suivante :

Christiane, âgée de 8 ans, est amenée par sa mère au cabinet du Docteur Ferru, parce qu'elle a des pertes blanches très abondantes depuis six mois, avec des périodes d'arrêt et de recrudescence.

Cette enfant a de bons antécédents et son développement est normal (20 kgr. 600 pour 117 cm.).

L'examen local révèle une vulvo-vaginite banale, assez fréquente chez les fillettes, sans que l'on puisse aisément déterminer l'origine de l'infection. Dans le cas particulier, la mère a fait de la salpingite, mais rien ne permet d'affirmer qu'elle a contaminé sa fille par des objets de toilette communs.

Au surplus, le traitement n'en sera pas différent et sont prescrits de fréquents lavages externes, complétés par une injection vaginale à donner *sans* pression, deux fois par jour, avec une sonde de Nélaton nº 14 introduite doucement de 3 centimètres. La solution à employer, un demi-litre à peine, sera du liquide de Dakin très dilué. Tout semblait compris par la mère quand elle partit.

Or, le surlendemain, le Docteur Ferru était appelé auprès de la fillette, parce qu'elle venait d'uriner du sang.

La mère expliqua que l'injection (la première donnée) avait été difficile et douloureuse.

On ne pouvait guère accuser la sonde d'avoir provoqué une déchirure hyménéale bien que le pharmacien ait remis une sonde en gomme au lieu de la sonde molle de Nélaton inscrite sur l'ordonnance. D'ailleurs l'examen local ne révélait aucune éraillure muqueuse.

Par contre, l'orifice de l'urètre se montrait plus nettement qu'à l'ordinaire et pouvait, après tout, s'offrir à un instrument mal conduit.

Il apparaissait donc vraisemblable que la maman avait pu se tromper d'orifice et introduire la sonde, non dans le vagin, mais dans la vessie.

De fait, l'enfant avait éprouvé un besoin d'uriner d'autant plus impérieux et plus douloureux que la quantité de liquide injectée se faisait plus grande.

Il était évident, finalement, qu'une fausse route urétrale expliquait l'hématurie par distension de la vessie.

Cette hématurie se reproduisit à chaque miction, plusieurs jours de suite, malgré l'administration de chloro-calcion et le repos.

L'enfant fut alors confiée au Docteur Guillaud-Vallée qui la trouva chez elle interrompant ses jeux toutes les cinq minutes pour émettre péniblement quelques gouttes d'urines sanglantes. Il conseilla le repos absolu au lit et la continuation du chlorure de calcium.

Le lendemain, l'état de la petite malade ne s'était pas amélioré ; la pollakiurie était aussi accentuée et les mictions de plus en plus pénibles, arrachant des cris à l'enfant. L'hématurie ne paraissait pas non plus céder au repos. Il décida alors de mettre une sonde à demeure (Nélaton nº 15-Charrière).

Malgré quelques légers incidents (caillots venant boucher la sonde), l'enfant la supporta parfaitement. Le lendemain, les urines n'étaient plus que légèrement teintées de sang, et, après quarante-huit heures, elles avaient repris leur aspect normal. La sonde fut alors retirée ; l'enfant garda le lit encore une journée et put reprendre sa vie normale.

Si différents auteurs insistent sur la fréquence des hématuries par distension vésicale — Civiale ne disait-il pas que «la surdistension de la vessie est, à son sens, la plus fréquente de toutes les causes de l'hématurie» — MM. Ferru et Guillaud-Vallée n'ont pu retrouver d'observations comparables à celle qu'ils relatent.

Outre l'enseignement qu'elle comporte, elle vient confirmer ce qu'a écrit Guyon au sujet du traitement des hématuries d'origine vésicale : « Vider complètement la vessie ou la mettre à même de se vider ; faire cesser ses contractions, sont les moyens les plus capables de mettre terme à des accidents graves. »

P. L.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Sur les causes des bronchiectasies dans l'enfance

MM. M. Péhu et Paul Guimet estiment qu'aux bronchiectasies infantiles il ne faut pas appliquer une conception unique ; certaines ressortissent à des maladies infectieuses, et le rôle de la syphilis congénitale ne saurait être nié. Parfois des causes mécaniques peuvent être invoquées (corps étrangers, etc.) ; mais alors il s'agit plutôt d'une dilatation symptomatique. Enfin il faut accorder une grande importance au facteur congénital ; un nombre important — non la totalité — des dilatations bronchiques observées dans l'enfance et à l'âge adulte, doivent être considérées comme ayant eu leur début réel pendant la vie intra-utérine ; elles se développent suivant une marche lente pour ne s'extérioriser que plus ou moins tôt au cours de l'existence.

Une conception histologique exacte, définie, n'a pas en ce qui concerne les bronchiectasies, une importance seulement théorique ; il en découle des conséquences thérapeutiques, savoir quel traitement on doit adopter, s'il faut envisager une thérapeutique uniquement médicale ou une intervention chirurgicale. Actuellement des possibilités nouvelles s'ouvrent pour les bronchiectasies. En ce qui concerne cette maladie il est d'autant plus intéressant d'envisager pour elle une thérapeutique chirurgicale que, pratiquée opportunément, dans des conditions bien déterminées, une intervention radicale pourra éviter que la maladie se perpétue pendant tout le cours de l'enfance et devienne au cours des ans, surtout chez l'adulte, définitivement incurable. (*Revue de médecine*, décembre 1936.)

Les septicémies post-angineuses

Jusqu'à ces derniers temps, la notion de septicémies post-angineuses n'a été envisagée que d'une façon assez confuse. Les angines aiguës ou chroniques sont considérées comme étant le point de départ fréquent de septicémies douées d'un grand polymorphisme. Il s'agirait tantôt d'une septicémie pure, d'évolution suraiguë, tantôt d'une véritable septico-pyohémie, pouvant se greffer sur l'endocarde ; d'autre fois, et ce serait le cas le plus fréquent, l'angine serait le point de départ d'un essaimage microbien plus ou moins important se révélant surtout par des localisations métastatiques d'une très inégale gravité : abcès ou gangrènes pulmonaires, rhumatismes infectieux ou arthrites suppurées, néphrites aiguës. Au point de vue bactériologique, le streptocoque, notamment dans sa variété hémolytique, serait l'agent majeur de l'infection.

D'après MM. M. Bariety et H. Brocard, une telle conception des septicémies post-angineuses ne peut plus être acceptée, ni du point de vue clinique, ni du point de vue bactériologique. Elle réunit des faits cliniques totalement différents. En effet, s'il est incontestable que les angines aiguës ou les infections torpides de l'amygdale peuvent se compliquer de manifestations pulmonaires, articulaires ou rénales, peuvent être l'occasion du réveil ou de la transformation d'une lésion de l'endocarde, de tels faits n'ont rien de commun avec les septicémies post-angineuses proprement dites.

Partant de ces données, les auteurs font un exposé très complet des symptômes cliniques, des formes bactériologiques, du diagnostic et du traitement des septicémies post-angineuses. La chose, disent-ils, est d'autant plus aisée que le tableau morbide est, à quelques différences près, très voisin d'un cas à l'autre. C'est en effet devant une véritable entité nosologique qu'on se trouve en face dans la plupart des septicémies post-angineuses, et ce caractère clinique vient encore à l'appui de la prédominance de certains germes, notamment du bacillus funduliformis. (*Paris Médical*, 13 mars 1937.)

L'influenza expérimentale des furets et des souris

De l'ensemble des recherches américaines et anglaises se dégagent les conclusions suivantes : Un même virus filtrant, un même agent infravisible caractérisé, au point de vue pathogénique, par son affinité spécifique pour le revêtement épithélial des voies respiratoires, est la cause, en des conditions naturelles ou expérimentales, de l'influenza de l'homme, du porc, du furet et de la souris. Toutefois, l'influenza porcine, issue presque certainement de l'influenza humaine dont elle reproduit aussi complètement que possible les symptômes et les lésions, présente avec l'influenza expérimentale des furets et des souris, une différence capitale. Chez les furets et les souris le virus seul, sans association de bactéries visibles, suffit à la

production des symptômes et des lésions caractéristiques, spécialement des lésions pneumoniques, mortelles chez les souris.

Chez les porcs au contraire, le virus, tout en demeurant le facteur essentiel, celui dont dépendent la contagion, l'immunité et les modifications concomittantes du sérum sanguin, ne provoque à lui seul qu'un état morbide peu apparent et très bénin, analogue au plus simple rhume. Le tableau morbide de l'influenza typique n'est réalisé que par l'association du bacille de Pfeiffer au virus ; de cette association comme d'une condition indispensable naissent la gravité et le danger de la maladie. A. BÉCLÈRE estime que cette dernière conclusion paraît applicable à l'influenza humaine. (*La Presse Médicale*, 3 avril 1937.)

La place de la gastroscopie en pratique médicale

Le Docteur SPAEY estime que la gastroscopie ne présente aucun danger pour le malade, n'est pas douloureuse et se montre facile à réaliser en pratique. Elle donne, au sujet des lésions et des altérations de la muqueuse gastrique, des précisions qu'aucune autre méthode ne peut fournir. Il faut y recourir chaque fois que la clinique ou la radiologie n'ont pas réussi à résoudre le problème que pose chaque malade qui se plaint de l'estomac. (*Le Scalpel*, 27 mars 1937.)

Cancers du rectum secondaires à des tumeurs bénignes et petits cancers primitifs du rectum

Les considérations développées par MM. A. CAIN et A. BENSAUDE ont une grande portée pratique pour la prophylaxie du cancer du rectum. Si, en effet, la majorité des cancers du rectum sont secondaires à des polypes adénomateux ou villeux, il est indispensable, chaque fois que l'on fait une rectoscopie, de rechercher ces polypes et de pratiquer leur ablation, même s'ils ont toutes les apparences de la bénignité. De même, lorsqu'au cours d'une endoscopie rectale on découvre un cancer, il faut toujours, dans la mesure du possible, chercher si, au-dessus ou au-dessous de la tumeur, il n'existe pas de production polypeuse. Les récidives post-opératoires du cancer du rectum ne sont pas toujours le fait de la tumeur primitive. On est fondé à admettre que, dans un certain nombre de cas, les formations polypeuses disséminées autour du néoplasme et non enlevées lors de l'intervention, peuvent dégénérer à leur tour et être ainsi responsables de la récidive apparente. Il en résulte que les résections pour cancers du rectum devront toujours être aussi étendues que le permettront les possibilités anatomiques.

La notion de l'existence de petits cancers en apparence primitifs n'est pas non plus sans avoir son importance. Leur connaissance montre l'intérêt qu'il y a, lorsqu'on pratique l'ablation économique d'une tumeur rectale en apparence bénigne, de faire l'examen histologique de la totalité de la pièce. Cet examen montrera parfois, contre toute attente, que le petit cancer est infiltrant et a déjà envahi les lymphatiques et même la musculeuse. L'amputation large du rectum s'impose alors sans tarder. (*Paris Médical*, 3 avril 1937.)

Sur la syphilis péritonéale chronique diffuse

Les péritonites syphilitiques sont certainement fort rares. MM. L. LANGERON et A. LUGEZ communiquent une observation d'ascite lactescente dans laquelle le diagnostic, resté indécis, pouvait hésiter entre syphilis et cancer. L'absence d'autopsie limite évidemment les conclusions à tirer de cette observation ; la syphilis n'est pas du tout certaine, et le cancer digestif est très possible (hémorragies digestives notamment), aussi les auteurs ne donnent-ils cette observation qu'à titre documentaire et pour bien faire ressortir les difficultés du diagnostic réduit aux seules ressources cliniques et en particulier à la constatation d'une ascite lactescente ; par contre, la négativité du B W. ne paraît pas un argument péremptoire, car on a trouvé cette négativité dans des cas où l'anatomie pathologique disait syphilis. Restait la notion de terrain syphilitique affirmée par d'autres éléments cliniques, antécédents, manifestations diverses, etc. ; c'est un argument qui a sa valeur, mais qui ne peut évidemment suffire.

Se basant sur une observation de cancer diffus du péritoine avec ascite lactescente, les auteurs reconnaissent que cette dernière constatation, si elle peut éveiller l'attention, ne suffit pas à assurer le diagnostic de péritonite syphilitique.

En dernière analyse, il semble donc que l'on ne puisse guère que penser à cette possibilité, sur le vu de signes abdominaux anormaux, d'une ascite lactescente par exemple, chez un sujet reconnu ou connu comme syphilitique, surtout s'il est porteur d'une cirrhose hépatique, éventualité fréquemment associée ; on sera alors amené à faire un traitement spécifique ; celui-ci pourra être suivi de succès, mais cette heureuse issue paraît rare, car, au point où en sont les lésions lorsqu'elles se manifestent, il apparaît qu'elles doivent être fort peu sensibles au traitement. Ceci n'est plus vrai des formes jeunes et aiguës ; il faudrait donc reconnaître précocement ces formes, et pour cela il faut penser à leur possibilité. (*Journ. des Sc. Méd. de Lille*, 21 mars 1937.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Non-transmission à l'homme du typhus murin par piqûres de puces infectées

(M. Georges BLANC et M. BALTHAZARD ; 20-4-1937)

Les expériences des auteurs montrent que ni la puce du rat (xenopsylla cheopis), ni celle de l'homme (pulex irritans) ne peuvent transmettre le virus du typhus *murin* à l'homme par leur seule piqûre. Elles confirment les constatations de Dyer et de ses collaborateurs.

Elles montrent aussi que le grattage et la contamination, par les déjections virulentes, des plaies produites par les piqûres ne suffisent pas, non plus, chez l'homme, à assurer la contagion.

Il semble que le rôle de la piqûre de puce comme vecteur du typhus murin du rat à l'homme soit pratiquement nul.

L'importante constatation épidémiologique qui veut que, parmi les travailleurs de laboratoire, seuls se contaminent ceux qui manipulent des produits virulents (broyats d'organes d'animaux infectés) et non ceux qui ne font que prendre les températures des animaux malades et sont cependant les plus exposés aux piqûres d'ectoparasites, fournit à cette thèse un solide argument.

La voie ordinaire de contamination humaine du typhus *murin* paraît être avant tout muqueuse (oculaire, digestive).

Un des modes de contamination naturelle par cette voie pourrait être la souillure par déjection de puces, celles-ci pouvant garder leur virulence pendant un temps considérable dans la nature.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Infarctus de l'intestin grêle

(M. LOVERDOS ; M. J. ASSELIN, de Châteauroux. — Rapport de M. GRÉGOIRE ; 3-2-1937)

M. Raymond Grégoire rapporte, au nom de M. Loverdos, de Céphalonie, et au nom de M. Asselin, de Châteauroux, deux cas d'infarctus de l'intestin grêle dans lesquels l'injection d'adrénaline a été suivie d'une amélioration, tout au moins locale. Le premier malade a guéri. La seconde malade a succombé, l'intervention ayant été trop tardive. Le malade réagit à l'adrénaline, mais le traitement ne fut appliqué qu'à une période où le délabrement était profond et l'intestin nécrosé par places.

M. Grégoire ajoute qu'il serait important de répandre dans le public médical cette notion que l'injection de morphine, si cruel que cela paraisse, devrait être proscrite dans tous les cas de syndrome douloureux abdominal dont le diagnostic n'est pas certain. La morphine calme la douleur, mais pendant ce temps la maladie évolue et lorsque le chirurgien est appelé à agir, les lésions profondes se sont aggravées.

Aspiration d'air par la vessie cathétérisée

(M. CHEVASSU ; 3-2-1937)

A propos d'un cas de M. Kamandji, de pneumo-péritoine au cours d'une rupture intrapéritonéale de la vessie, M. Chevassu signale un phénomène auquel on n'attache pas habituellement, dit-il, l'importance qu'il mérite.

Lorsqu'une sonde est dans la vessie et que cette vessie est vide, l'air atmosphérique est suceptible d'y pénétrer, en particulier dans certaines vessies flasques et atones. Sans même qu'on aille jusqu'à l'aspiration pourtant possible dans certains mouvements respiratoires ou dans certains mouvements brusques, le pavillon de la sonde peut parfois laisser l'air entrer en raison de la pression atmosphérique.

Lorsqu'on installe une sonde à demeure et que l'on place celle-ci dans un urinal situé entre les jambes du malade, il arrive que, le bassin du patient s'enfonçant dans son matelas, le pavillon de la sonde ne trempe pas dans du liquide. On conçoit dans ces conditions qu'à chaque mouvement respiratoire, de l'air atmosphérique puisse pénétrer dans la vessie. Or ce n'est pas un air stérile.

La conclusion pratique est la nécessité de ne pas placer d'urinal entre les jambes du malade mais d'installer un bocal au pied du lit en mettant au bout de la sonde un ajutage en caoutchouc qui descend à peu près jusqu'au niveau du sol. Le danger microbien de pénétration de l'air dans la vessie se trouve ainsi réduit au minimum.

— M. CUNÉO a constaté récemment cette pénétration de l'air dans la vessie. Une malade avait été sondée pour un prélèvement d'urine. Quelques heures après, elle urine et rend de l'air par l'urèthre.

— M. SAUVÉ remarque que, étant donné le nombre des sondages à demeure pratiqués, l'aspiration de l'air n'est pas un phénomène très commun. Les précautions indiquées par M. Chevassu n'en sont pas moins particulièrement utiles et à recommander.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

Cortico-surrénalome malin avec métastases multiples et fièvre ondulante

(M. René PUIG ; 12-2-1937)

Les particularités les plus remarquables de cette observation paraissent être les suivantes :

1° La longue évolution fébrile de ce cancer des surrénales : pendant cinq ou six mois, ce malade a présenté une fièvre ondulante typique sans que l'on puisse en prouver l'origine mélitococcique, ou trouver une autre étiologie à ce syndrome apparemment infectieux. L'apparition des signes de généralisation pulmonaire fit penser à la tuberculose, mais rien ne permit de confirmer cette idée : l'examen des crachats, la culture du sang sur milieu de Lœwenstein restèrent négatifs. L'évolution fébrile des néoplasmes est un fait connu qui n'est pas toujours facilement explicable. Ici, on ne peut rapporter la fièvre qu'à une diffusion par poussées successives du cancer.

2° L'absence de signes nets d'atteinte des surrénales : pas de syndrome endocrinien habituel ; pas de pigmentation ; pas de tumeur, ni à gauche, ni à droite : l'hypotension était analogue à celle que l'on peut observer chez tous les malades cachectiques.

3° La diffusion extrême de ce cancer. Ces cortico-surrénalomes à forme pseudo-glandulaire sont particulièrement malins.

Deux cas d'hémoglobinurie paroxystique

(MM. M. BRULÉ, P. HILLEMAND et R. GAUBE)

A ce propos, les auteurs exposent les difficultés que l'on peut rencontrer, dans cette affection, pour le diagnostic clinique et hématologique.

Dans le premier cas, ils n'avaient, à deux reprises, observé qu'un ictère, qui d'ailleurs ne présentait pas les caractères cliniques habituels des ictères hémolytiques. Ce n'est qu'en gardant le malade à l'hôpital qu'ils purent reconnaître le caractère sanglant des urines à certains jours, et faire ainsi le diagnostic.

Dans le second cas, le malade était soigné depuis 1925, en province, pour une néphrite hématurique et pensionné pour cette affection rattachée à un paludisme ancien.

Il faut rappeler d'autre part, l'importance de la réaction de Donath et Landsteiner, qui est le caractère essentiel du sang des hémoglobinuriques paroxystiques *a frigore*. La fragilité globulaire ne joue aucun rôle.

Il est très important d'observer dans les examens hématologiques la plus grande minutie. Si on oublie de s'y astreindre, on sera fatalement amené à ne plus voir une distinction nette entre les ictères hémolytiques et l'hémoglobinurie paroxystique. Certes, ces deux processus sont voisins, et une hémolyse anormale existe toujours à la base : une hémolyse lente et continue donne des ictères hémolytiques ; une hémolyse brutale et fugace donne l'hémoglobinurie paroxystique. Une différence essentielle existe entre l'hémoglobinurie paroxystique, dans laquelle l'hémolyse est due à la toxicité du plasma, et les ictères hémolytiques, dans lesquels l'hémolyse est due à la fragilité globulaire.

L'épreuve de la vitesse sanguine à l'effort

(MM. P. COSSIE, I. BERCONSKY et E.-B. DEL CASTILLO ; 12-2-1937)

Disposer d'une épreuve ou d'un moyen qui permette d'évaluer, d'apprécier la capacité fonctionnelle du cœur, spécialement de cette partie dénommée réserve cardiaque, a toujours été motif de préoccupation constante de la part des cardiologues.

L'on entend par réserve cardiaque, la propriété qu'a le cœur d'accroître le rendement de son travail physiologique parallèlement aux nécessités organiques. L'augmentation du rendement cardiaque, pour répondre en accord avec ces besoins, est due à la participation de deux facteurs : accélération de la fréquence cardiaque et augmentation de la quantité de sang que le cœur verse dans la circulation au moment de chaque systole, c'est-à-dire le volume systolique.

La proportion dans laquelle intervient chacun de ces deux facteurs dans l'augmentation du rendement cardiaque varie beaucoup d'une personne à l'autre, et elle dépend de l'irritabilité du système nerveux et de leur système autonome, particulièrement le nodule sinusal, et de la puissance de leur myocarde. D'une façon générale, l'on peut dire que l'augmentation de la fréquence cardiaque prédomine chez les sujets dont le système nerveux et le système autonome est plus excitable, comme aussi chez les sujets dont la puissance myocardique est réduite ; tandis que l'augmentation du volume systolique est prépondérante chez celles où le système nerveux et le système autonome est moins irritable, comme celles où la puissance myocardique est plus forte.

La méthode employée a été la suivante : on a déterminé le temps de la circulation sanguine et la fréquence cardiaque, le sujet étant en repos et en décubitus horizontal ; ensuite, l'on a fait une nouvelle notation immédiatement après que le sujet avait pratiqué trente mouvements de flexion pendant une minute. Le temps de la circulation sanguine était établi par l'injection intraveineuse de 5 c. c. d'une solution de decholine à 20 %.

A juger par l'importance de la diminution du temps de circulation après l'effort, la réserve cardiaque chez les personnes saines est étroitement liée à leur genre de vie ; la diminution est plus grande chez les personnes ayant une vie active ou athlétique que chez les personnes menant une vie sédentaire.

G. F.

Les Congrès

VI[e] CONGRÈS FRANÇAIS DE GYNÉCOLOGIE

(*Suite et fin*) (1)

Complications du traitement du cancer du col par les radiations

Rapport de MM. J. DUCUING et P. NÈGRE (Toulouse)

Parmi ces complications, les unes sont inconstantes et dans une certaine mesure évitables : ce sont les phénomènes infectieux ; les autres sont prévues et plus difficiles à éviter parce qu'étroitement liées à la nature de la thérapeutique : ce sont les radio-lésions.

Les complications infectieuses sont les plus fréquentes. Elles sont immédiates, précoces, ou tardives, et le plus souvent locales. Elles sont souvent bénignes, mais peuvent être graves. Nous ne pouvons qu'en donner l'énumération : la fièvre, de causes variées, l'infection du col, l'infection du corps (pyométrie), l'infection des paramètres, des annexes, du péritoine, l'infection des veines (phlébites et états septicémiques). La mortalité infectieuse du traitement radiothérapique est estimée à 1 %, 2 ou 3 % selon les statistiques. Au centre anticancéreux de Toulouse, MM. Ducuing et Nègre ont trouvé :

Complications infectieuses bénignes.............	78 % des cas traités
Complications graves......	10 % des cas traités

Des précautions et des soins spéciaux permettent d'éviter dans une certaine mesure lesdites complications, que l'on peut combattre par les sérums, les antiseptiques internes, etc...

Quant aux complications « dues aux radiations », aux radio-lésions, elles sont générales ou locales, ces dernières étant les plus importantes.

Les altérations locales portent sur les organes voisins, la vessie, le rectum, le vagin.

En somme, la radiothérapie du cancer du col comporte une morbidité et une mortalité non négligeables.

Les accidents de la radiothérapie sont en régression ; on a l'impression, pour beaucoup d'entre eux, de parler d'une autre époque. Peut-être disparaîtront-ils, sauf dans les cas de lésions très étendues ou de susceptibilité individuelle (tendance à la sclérose).

Ces accidents sont la rançon légère d'une thérapeutique exceptionnellement efficace et souvent la seule possible (cas II, III, IV). Pour les cas opérables, ils ne sont pas à mettre en balance avec la mortalité et la morbidité de la thérapeutique chirurgicale du cancer du col.

(1) V. *Concours médical* n[os] 22 et 23.

Traitement chirurgical du cancer du col (en dehors de la puerpéralité)

Rapport de M. L. MICHON, de Lyon

M. Michon fait un exposé des différents traitements chirurgicaux du cancer du col : amputation simple du col, hystérectomie simple, hystérectomie abdominale élargie, hystérectomie par voie basse, méthodes associant la chirurgie et les radiations (radium-chirurgie, radiations pré-opératoires, radiations post-opératoires). L'amputation simple, l'hystérectomie simple ne sont pas à retenir. L'hystérectomie abdominale élargie (opération de Wertheim) a de nombreux défenseurs. Cependant, l'École de Vienne et les successeurs même de Wertheim donnent actuellement la préférence à l'hystérectomie basse, moins grave.

Les procédés de radium-chirurgie ont pour but de porter des tubes et des aiguilles de radium par effraction au sein des tissus. Ils sont peu utilisés. Les radiations pré-opératoires permettent à l'ulcère cancéreux de se cicatriser, suppriment toute hémorragie et tout écoulement. On leur reproche de provoquer de la sclérose, des adhérences, de rendre l'opération difficile. Ces accidents paraissent moins à redouter avec les progrès actuels de la technique.

Regaud n'est pas partisan des radiations post-opératoires, de l'association hystérectomie-curiethérapie. L'hystérectomie supprime le meilleur des points d'application des foyers radio-actifs (le canal utérin). Cette pratique, néanmoins, est utilisée par quelques auteurs viennois et allemands qui placent des tubes de radium dans le paramètre, le vagin, le rectum même.

Actuellement, les chirurgiens n'opèrent plus que des cas nettement opérables, correspondant aux degrés 1 et 2 de la classification de Genève, cas limités au col et sans envahissement. La mortalité varie, selon les statistiques, de 2,66 à 9 %. Les résultats éloignés atteignent jusqu'à 40 % de guérisons, chiffre voisin de celui de la radiothérapie.

Les indications du traitement chirurgical sont les unes d'opportunité, les autres de principe. Indications d'opportunité : radio-résistance histologique, radio-résistance due à des lésions anatomiques (malformations congénitales par exemple), radio-résistance due à l'infection, « ratés » de la radiothérapie enfin.

Les indications de principe varient selon les tendances du chirurgien.



Traitement chirurgical des adénopathies dans le cancer du col

Rapport de M. Raymond DIEULAFÉ, de Toulouse

L'adénopathie n'existe que dans un tiers des cas dans le cancer du col, mais cette inconstance ne doit pas faire négliger l'envahissement ganglionnaire. La question n'est pas nettement réglée. Les uns ont proposé une opération enlevant tous les ganglions, les autres une ablation large du tissu cellulaire seulement. J.-L. Faure enlève les ganglions que l'on sent ou que l'on voit sur les parties latérales.

Le cancer du col restant

Rapport de MM. Ch. LEFEBVRE et J. GOUZI, de Toulouse

La possibilité du développement du cancer sur un col restant après hystérectomie sub-totale doit-elle faire préférer l'hystérectomie totale dans le traitement chirurgical du fibrome utérin ? Il ne semble pas qu'il doive en être ainsi. L'augmentation de gravité opératoire ne paraît pas ici compensée par une fréquence particulière du cancer du col restant.

Plus d'un tiers des cancers constatés ultérieurement existeraient déjà au moment où l'on pratique l'hystérectomie et c'est dans un diagnostic clinique plus étudié, si possible, dans un dépistage plus précoce que se trouverait la solution du problème.

Le traitement du cancer du col restant est délicat. L'association radium et radiothérapie est seule à conseiller. Les résultats sont peu favorables.

Récidives et métastases dans le cancer du col

Rapports de MM. R. DIEULAFÉ, de Toulouse et CURTILLET, d'Alger.

Le plus grand nombre des récidives, dans le cancer du col, se produit dans les premières années qui suivent le traitement. On admet communément que si la guérison persiste pendant cinq ans, on peut la considérer comme définitive. Cette opinion, il va sans dire, n'est qu'une règle non absolue et qui souffre des exceptions.

L'opinion habituelle au sujet du pronostic des récidives est extrêmement pessimiste. On a tendance à oublier que la nature d'une récidive ne diffère pas essentiellement de celle d'une tumeur primitive ; elle n'en est le plus souvent, sinon toujours, que la continuation. Le fait qu'une tumeur réapparaisse ne tient pas à une malignité extraordinaire, mais la plupart du temps à une thérapeutique qui n'a pu être complète.

Si on arrive à perfectionner les traitements des récidives, et à l'heure actuelle la téléræntgenthérapie ouvre des espoirs nouveaux, il est fort probable que l'on obtiendra des résultats infiniment supérieurs.

Par la surveillance quasi constante des malades après l'opération on devrait arriver, dans la majorité des cas, à aborder les récidives dans des conditions plus précoces que les tumeurs primitives et ainsi à les juguler dès leur apparition. Les prévenir serait encore mieux et les tentatives de traitement de « consolidation » systématique sont à retenir.

De toute façon, sans faire de rêves chimériques, il faut bien avoir présent à l'esprit, quand on entreprend de traiter une récidive, quelle que soit son extension, que si on a encore de faibles chances d'obtenir une guérison définitive, on en a un peu plus de permettre une survie appréciable, et on en a beaucoup de réaliser une amélioration et d'adoucir ainsi la fin des malades.

Les métastases sont ganglionnaires, osseuses, pulmonaires, plus rarement cutanées, hépatiques, etc...

Traitement de la douleur dans le cancer du col

Rapport de M. Et. CURTILLET, d'Alger

A une période avancée de leur évolution, les cancers du col deviennent douloureux. Alors, qu'il s'agisse d'un néoplasme primitif, d'une récidive, plus rarement d'une métastase lombo-sacrée, les traitements curatifs ont échoué et le chirurgien n'a plus qu'une obligation : soulager la patiente.

La morphine, traitement « de routine », a ses nécessités et aussi ses inconvénients. Le venin de cobra, injecté tous les huit ou dix jours, donne quelquefois des résultats appréciables, mais ses échecs sont fréquents. Les moyens chirurgicaux ont, dans certains cas, des indications. Ce sont : la radicotomie, les interventions médullaires, les injections d'alcool.

Traitement du cancer du col pendant la gestation

Rapport de MM. H. PAUCOT, de Lille et P. GUILHEN, de Toulouse

Le radium, disent Brouha et Gosselin, n'a répondu qu'imparfaitement à l'espoir des accoucheurs. Ces auteurs conseillent dans le cancer du col vu au cours de la première moitié de la grossesse d'opérer tous les cas opérables et si le cancer est vu dans la deuxième moitié de recourir au radium en attendant le complet développement du fœtus, puis pratiquer une césarienne suivie d'hystérectomie.

La conduite à tenir serait la suivante : 1° au cours de la première période de la grossesse, la valeur du produit de conception peut être considérée comme négligeable, la gestation risquant d'être interrompue dans la moitié des cas. La thérapeutique par le radium serait incomplète et ne serait pas certaine de respecter le fœtus. Le traitement chirurgical est alors indiqué, dans les limites de ses indications habituelles.

2° Quand la grossesse est avancée (7e mois), que le fœtus est viable, on aura recours à la césarienne suivie d'hystérectomie subtotale. Les jours suivants, on traitera le cancer sur col restant par le radium.

Même conduite, si la femme est vue pour la première fois pendant le travail.

P. LACROIX.

Les Livres

Les livres qui viennent de paraître...

Chez MALOINE
7, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris

Prof. P. NOBÉCOURT et Marcel, MAILLET. — **La thérapeutique du nourrisson en clientèle.** Troisième édition. Collection : Comment guérir. Bibliothèque des Praticiens publiée sous la direction du Docteur Ch. Fiessinger. Un vol. 1.020 pages. Prix : 110 francs.

F. LEGUEU et E. PAPIN. — **Précis d'urologie.** Deuxième édition. Un vol. 746 pages, 511 figures. Prix : 125 francs.

Pierre BARBELLION. — **La blennorragie. Méthodes actuelles de diagnostic et de traitement.** Préface du Professeur Legueu. Deuxième édition. Un vol. 380 pages, 73 figures, 3 planches en couleur. Prix : 60 francs.

Feuillets médicaux. — Octobre 1936 à avril 1937 (20 feuillets par mois). Encyclopédie permanente médico-chirurgicale.

Chez J.-B. BAILLIÈRE et fils,
19, rue Hautefeuille, Paris

BORIS KREIS. — **La maladie d'Armstrong, chorio-méningite lymphocytaire.** Une nouvelle entité morbide ? Un vol. 160 pages. Prix : 20 francs.

Dr Marie NAGEOTTE-WILBOUCHEWITCH. — **Traitement des déviations de la colonne vertébrale et de l'insuffisance respiratoire.** Bibliothèque de thérapeutique Carnot et Harvier, 2e édition. Un vol. 80 pages, 87 fig. Prix : 20 francs.

Pour paraître prochainement :

Dr L. CHAUVOIS. — **D'Arsonval : Soixante-cinq ans à travers la science.** Reconstitution, autour de M. d'Arsonval, de l'évolution des Sciences physiques et biologiques en notre temps. Ourvage de 450 pages, 148 fig., par souscription limitée à 1.000 exemplaires. S'adresser au Docteur Chauvois, 75, avenue de Breteuil, Paris (XVe).

LÉPINE, éditeur

L'Année médicale pratique, XVIe année, *édition* 1937, publiée sous la direction de C. LIAN, agrégé, médecin de l'hôpital Tenon. Préface du Professeur E. SERGENT. Un vol. in-16 couronne, 680 pages, 23 fig. Prix : 28 francs.

Comme chaque année, ce petit volume de 700 pages donne en 300 articles courts, classés par ordre alphabétique, l'ensemble des notions nouvelles et pratiques de l'année. Chaque volume, d'autre part, est terminé par une table alphabétique des articles des cinq dernières années.

L' « Année Médicale Pratique » est un auxiliaire que le praticien consulte toujours avec avantage.

MALOINE et Cie, éditeurs,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris

Félix LEGUEU, professeur à la Faculté de médecine de Paris et Edmond PAPIN, chirurgien de l'hôpital Saint-Joseph. **Précis d'urologie.** Deuxième édition, 1937. Un volume de 750 pages, avec 511 figures ou radiographies. Prix : 125 francs.

Cet ouvrage est un véritable précis. Il ne comporte ni considérations historiques ni bibliographie : celle-ci se résume en un court index placé à la fin du volume.

Comme le texte, les figures sont schématiques ; elles ont toutes été préparées par le Docteur E. Papin.

PLAN DE L'OUVRAGE. — *Exploration de l'appareil urinaire* : Arsenal de l'exploration clinique en urologie ; Asepsie et antisepsie urologiques ; Anatomie clinique et examen clinique de l'urètre ; Anatomie clinique de la prostate, de la vessie, des reins ; Examen physico-chimique des urines totales ; Examens histo-bactériologiques ; Explorations endoscopiques ; Etude des fonctions rénales ; Etude du fonctionnement de chaque rein ; Exploration radiographique de l'appareil urinaire ; Explorations sanglantes. — *Séméiologie urinaire* : Phénomènes douloureux dans les maladies de l'appareil urinaire ; Troubles de la miction, de la sécrétion urinaire ; Toxicité et infection urinaires. — *Pathologie de l'appareil urinaire* : Maladies de l'urètre ; Maladies du pénis ; Maladies de l'urètre chez la femme ; Maladies de la prostate, de la vessie, du rein et de l'uretère ; Tuberculose rénale ; Tumeurs du rein ; Kystes des reins.

Les Thèses

P. — Dr A. Belloy. — **Le pronostic des vomissements périodiques avec acétonémie.** (Thèse 1937).

Le pronostic de la maladie des vomissements périodiques avec acétonémie mérite de conserver dans la majorité des cas le caractère de bénignité qu'il est classique de lui accorder. Ce pronostic doit cependant, dans les formes sévères, comporter une certaine réserve, l'évolution vers la mort ayant été observée dans quelques cas. Il existe, en effet, dans la littérature médicale française et étrangère un certain nombre de cas dont la mort a été la terminaison.

Il n'est guère, semble-t-il, dans les premières heures de la crise, de symptômes qui permettent de prévoir une évolution péjorative : le caractère incoercible des vomissements, la présence même de sang dans les aliments vomis, la déshydratation, l'intensité des signes nerveux (torpeur, convulsions, réaction méningée), le taux des corps cétoniques, ne sont pas des éléments de pronostic fidèles, puisqu'on a observé ces mêmes symptômes dans des formes parfaitement curables. Il apparaît, par contre, que d'autres symptômes ont une valeur d'alarme, comme par exemple : la présence d'une albuminurie importante avec cylindrurie, les grandes perturbations de la courbe thermique (l'hyperthermie et surtout l'hypothermie), les troubles du rythme respiratoire, tous symptômes qui, en somme, traduisent l'association aux signes de la série hépatique d'un élément surajouté d'ordre rénal.

Les alcalins et l'absorption de glucose en goutte à goutte rectal sont ici, comme dans les formes curables, la base de la thérapeutique.

C'est dans les formes graves et prolongées que l'on doit envisager l'emploi de l'insuline. Des thérapeutiques de complément (opothérapie hépatique sous-cutanée, extrait surrénal, gardénal sodique injectable) sont justifiées.

Mp. — Dr J.-P. Ravel. — **A propos de quelques cas cliniques et expérimentaux de pancréatite aiguë.** (Thèse 1937).

Les pathogénies proposées pour expliquer la pancréatite aiguë se divisent en deux catégories ; pour les uns, la pancréatite aiguë est une lésion locale qui reste locale et qui est due à l'activation du suc pancréatique qui digère la glande — pour les autres, dans certains cas, la pancréatite aiguë est la localisation sur le pancréas d'un trouble anaphylactoïde.

L'auteur pense que ces deux mécanismes peuvent réaliser une pancréatite aiguë, mais il estime que la question est plus complexe. Les partisans de la seule lésion locale n'ont vu qu'une des phases du problème. Il y a un mécanisme anaphylactique dû au passage de produits de désintégration de la glande dans un organisme préparé, sensibilisé aux produits albumineux.

P. — Dr J. Frydman. — **L'anesthésie paramétrale.** (Thèse 1936).

L'anesthésie paramétrale est l'anesthésie régionale de l'utérus par blocage de ses nerfs à leur passage dans le paramètre. On peut réduire à trois types, les techniques qui ont été proposées : paramétrale traçante, paramétro-ganglionnaire, paramétrale simple.

C'est cette dernière qui a été employée dans le cas de l'auteur.

Les indications classiques de l'anesthésie paramétrale sont essentiellement : les opérations sur le col utérin ; la dilatation cervicale avec curettage pour rétention placentaire ou avortement thérapeutique ; l'hystérotomie vaginale (césarienne vaginale).

Mp. — Dr P. Navatel. — **La réaction de Vernes et la vitesse de sédimentation globulaire dans la tuberculose pulmonaire.** (Thèse 1937).

L'auteur estime que nous pouvons utiliser la réaction de Vernes pour le diagnostic de la tuberculose, malgré qu'elle ne soit pas spécifique et aussi l'indice de sédimentation qui apportera un élément de plus.

Cependant, il faut bien se souvenir que le plus grand rôle reste à la clinique, le laboratoire ne pouvant que lui servir d'aide, et en aucune manière la remplacer.

La réaction de Vernes présente un réel intérêt pour le pronostic lointain de la tuberculose.

Les courbes se maintiennent-elles élevées ? Presque sûrement, pronostic défavorable. Ont-elles une allure ascendante marquée ? Le poids descend-il ? Même pronostic défavorable.

Au contraire, la courbe est-elle heureusement influencée par le traitement, nous avons des chances de sauver le malade. Si la courbe se maintient bas, le poids remontant, les bacilles de Koch diminuant de nombre, le pronostic est de bon augure.

Avec la réaction de Vernes, nous pouvons effectuer des sédimentations « qui sont peut-être de toutes les réactions que l'on a préconisées, celle qui offre le plus de garanties, et qui mérite mieux que le dédain dans lequel elle est tenue dans nos services » (Léon Bérard), sédimentations qui, d'ailleurs, ont une courbe qui correspond assez à celle du Vernes.

P. L.

THÉRAPEUTIQUE

• • •

Prurit vulvaire et hormones sexuelles

Par le Dr QUÉNÉE

L'idée n'est pas nouvelle d'attribuer au prurit vulvaire une cause hormonale, comme on en attribue à beaucoup d'autres affections. Guy Laroche, cité par Spillmann, écrit : « Il y a lieu de tenir le plus grand compte en pathologie cutanée, du système neuro-endocrinien et de s'assurer qu'il fonctionne en parfait équilibre ». Ceci est particulièrement vrai pour le système endocrinien génital, et plus encore pour celui, si complexe, de la femme.

Il est d'observation courante que les diverses étapes de la vie génitale s'accompagnent d'accidents cutanés propres : l'acné et la séborrhée accompagnent la puberté et parfois la ménopause. La grossesse détermine l'apparition de modifications du revêtement et des phanères : pigmentations, démangeaisons, éruptions diverses. Chez la femme réglée, certains accidents cutanés se reproduisent régulièrement à chaque nouveau cycle œstrien. L'herpès, par exemple, accompagne souvent l'écoulement menstruel.

Une place particulière doit être faite, dans ces manifestations cutanées, au prurit périnéal, tant à cause de sa fréquence qu'à cause de son évolution souvent longue, rebelle aux traitements et de sa gravité qui peut devenir sérieuse.

Nous ne voulons parler ici que du prurit vulvaire véritable, qui n'est pas seulement la localisation périnéale d'une affection prurigineuse à déterminations multiples.

Nous n'envisagerons pas les prurits qui traduisent un état diathésique ou dyscrasique (diabète ou mal de Bright par exemple) ou une infection chronique (hérédo-syphilis, colibacillose, mycose, parasitose intestinale) ou ceux qui ne constituent que l'extension au périnée d'une affection voisine prurigineuse (hémorroïdes, fissure anale) pas plus que ceux qui sont la manifestation réflexe d'une affection voisine (métrite chronique, stase cæcale par exemple).

Le prurit vulvaire est essentiellement lié à la vie génitale. Il est lié à la vie de l'ovaire, et plus encore à la vie du follicule ovarien. « Il semble, en effet, écrit Cotte, que le prurit vulvaire soit souvent lié à la suppression de la fonction ovarienne, que celle-ci soit le fait de la ménopause, d'une intervention chirurgicale ou même d'un traitement par les radiations ».

Si la suppression des fonctions ovariennes est une des causes fréquentes de prurit périnéal, les modifications, les altérations, les insuffisances de ces sécrétions pourront le déterminer aussi. On le rencontre souvent à la puberté, lorsqu'on le trouve au cours de la vie génitale, on est frappé de sa périodicité, synchrone de celle du cycle ovarien. Il réapparaît à l'approche des règles, parfois et surtout chez les femmes qui subissent la crise intermenstruelle, il apparaît dès le moment de l'ovulation, pour durer souvent jusqu'à l'arrivée des règles. Il est fréquent chez la femme enceinte : il cesse alors à la fin de la grossesse, ou plutôt à la réapparition des règles. Nous avons personnellement observé deux cas où il avait duré pendant toute la période d'allaitement. Dans le second cas, l'allaitement avait été supprimé pour obtenir la guérison du prurit. Chez certaines femmes, il apparaîtra de nouveau au cours des grossesses successives.

Il ne s'agit pas, généralement, d'un prurit continu. Ce sont d'ordinaire des crises paroxystiques, durant tantôt quelques minutes, tantôt quelques heures, et qui peuvent se renouveler plusieurs fois dans la journée. La démangeaison siège au périnée : elle est parfois plus vive au clitoris, aux lèvres, ou à l'anus. La moindre cause déclenche l'apparition d'une crise : soit une cause générale : un écart de régime, une émotion ; soit une cause locale : un frottement léger, la fatigue, la chaleur du lit, la marche...

La malade, quelle que soit sa volonté, en arrive à se gratter parfois avec des objets durs ; puis aux simples lésions de grattage succéderont l'eczématisation et la lichénification des grandes lèvres, du clitoris, de toute la région ano-vulvaire. La peau devient épaisse, infiltrée ; des coups d'ongles septiques ne tardent pas à occasionner une pyodermite, ou une poussée locale de furonculose. L'état général commence à se ressentir de tout cela, d'autant que la malade ne dort pas, ne se repose pas. Souvent des habitudes d'onanisme viennent compléter le tableau, puis la malade en arrive à un état de dépression avec instabilité nerveuse, même en dehors des crises, état qui peut aboutir à une crise de mélancolie.

Heureusement, les choses ne sont pas toujours aussi graves. Souvent après un certain

nombre de crises, ou plutôt de périodes de crises, l'affection diminue d'intensité ; ses manifestations deviennent plus rares, mais au bout d'un temps plus ou moins long, il est rare qu'une récidive ne survienne.

La difficulté d'un traitement efficace du prurit vulvaire se reflète dans la multiplicité des méthodes de traitement préconisées, dont aucune jusqu'à présent, il faut bien le dire, n'a donné de succès universels.

«... il faut reconnaître que si le prurit a évolué avec une chronicité si désespérante, c'est que la plupart du temps on ne s'est guère occupé que de faire cesser les démangeaisons, sans s'inquiéter de la cause qui les avait provoquées et qu'on a trop voulu le considérer comme une maladie essentielle... » (Cotte).

On est d'accord pour réserver seulement aux cas très graves, rebelles à toute thérapeutique médicale, le traitement physiothérapique (ionisation, haute fréquence, radiothérapie) et le traitement chirurgical visant, soit à exciser les zones prurigineuses soit, et surtout à agir par résection ou alcoolisation sur les nerfs intéressés (nerf honteux interne et nerf présacré).

Avant d'en arriver à ces traitements, il faudra chercher s'il existe une cause à traiter ; les examens de laboratoire, le traitement d'épreuve pourront faire attribuer à une syphilis héréditaire à manifestations larvées, ou à un diabète méconnu, ou à une vieille métrite chronique, un prurit qui semblait évoluer pour son propre compte.

Mais quand bien même on trouve une cause suffisante, il faut toujours étudier le fonctionnement glandulaire endocrinien de la malade. A plus forte raison, quand on ne trouve pas d'autre cause, doit-on étudier le fonctionnement ovarien.

Dans certains cas, le trouble paraît évident. Il peut s'agir d'une jeune fille qui est à l'âge de la puberté et dont les règles sont rares et douloureuses ; il peut s'agir d'une femme ménopausée ou castrée et dont le prurit s'accompagne de bouffées de chaleur et de vertiges anxieux, il peut s'agir d'une aménorrhée persistante, d'une grossesse au début. Dans tous ces cas, ce sera la malade elle-même qui attirera notre attention sur la cause qu'elle attribue elle-même, à juste raison, à ses malheurs.

Dans d'autres cas, ce sera moins net. Il faudra rechercher dans les causes qui déclenchent les crises, et dans l'horaire de celles-ci le rapport qui peut exister avec l'évolution du cycle ovarien. Comme nous le disions plus haut, certaines malades ont leur crise au moment des règles, d'autres à l'ovulation. Mais elles ont toutes remarqué que les crises sont beaucoup plus violentes si les règles manquent ou si elles sont moins abondantes que d'habitude.

Ce sont surtout ces cas de prurit qui bénéficieront de l'opothérapie. Ils ont été particulièrement étudiés ces temps derniers par certains auteurs allemands. Kaufmann (*Deutsche Medizin. Woch*, 31 mars 1935) cite le cas de plusieurs femmes atteintes d'aménorrhée, accompagnée de prurit vaginal qui ne furent guéries que par l'administration de doses élevées de folliculine.

Le même auteur (*D. M. W.*, 22 février 1936) revient sur les résultats obtenus par l'opothérapie par la folliculine dans le prurit vulvaire et l'acné de la ménopause.

De même Kœnig (*Revue Médicale de la Suisse romande*, 10 mars 1936) écrit que le prurit rebelle trouvera sa médication étiologique dans la folliculine.

D'où la méthode de traitement par la folliculine, soit par la bouche, soit sous la peau, s'ajoutant à un traitement symptomatique par des topiques simples.

Mais l'observation, déjà ancienne de la parenté, si l'on peut dire, des affections de la peau et de celles des glandes endocrines, génitales tout particulièrement, a fait penser que l'administration de folliculine directement à travers la peau, ajouterait à l'action générale de l'hormone une action locale non négligeable. De plus la peau et les muqueuses génitales sont particulièrement propres à absorber le médicament. En incorporant une certaine quantité d'hormone folliculaire à un topique approprié, on a obtenu l'onguent d'Œstroglandol « Roche », qui contient 1.000 unités internationales de folliculine par gramme d'onguent.

Son action est triple : action locale de la folliculine sur la peau ; action générale de la folliculine à l'intérieur ; action propre du topique.

Il n'est pas nécessaire d'insister sur la simplicité du traitement. La malade fait sur la région prurigineuse une application de pommade, suivie d'un massage léger. Elle la renouvelle autant de fois qu'il est nécessaire.

Le traitement sera prolongé trois semaines, même si la guérison survient avant.

Enfin, lorsque les crises ont un horaire régulier et qu'on peut en fixer la date à l'avance, un traitement préventif fait dans les quelques jours qui précèdent doit faire avorter la crise.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

TRAVAUX ORIGINAUX

Bulletin de l'Actualité

● ● ●

LA PROPRIÉTÉ DES ORDONNANCES MÉDICALES ET LES CAISSES D'ASSURANCES SOCIALES

Souvent des confrères nous écrivent pour nous demander s'il est légal que les Caisses d'assurances sociales aient le droit, pour exercer leur contrôle, de conserver les ordonnances détaillées, qui sont remises aux malades, par leur médecin.

Maintes fois nous avons répondu que cette véritable confiscation de l'ordonnance était abusive et qu'en aucun cas la Caisse ne pouvait prétexter du refus, par le malade d'abandonner son ordonnance, pour ne point lui régler ses prestations.

Actuellement, les Caisses, en conservant les ordonnances, commettent de véritables abus, préjudiciables à la santé du malade, à son bon traitement et il est temps de les dénoncer, de les signaler à l'attention de la Confédération des Syndicats médicaux, et à notre ami Cibrie pour que, grâce à son intervention, ces abus cessent. Il n'y a aucune explication raisonnable à ce qu'une Caisse, en gardant une ordonnance, prive un malade des longues explications indispensables et des directives souvent complexes, d'un traitement.

La gravité de ces agissements nous aurait peut-être échappé si, il y a quelques semaines, un fait qui a bien failli se terminer tragiquement ne nous avait été conté. Médecins et dirigeants de Caisses peuvent en faire leur profit :

Un père de famille venu consulter un de nos confrères, avec un de ses enfants dont la croissance se faisait mal, qui présentait des troubles généraux liés à une hérédité chargée, repartait avec une assez longue ordonnance comportant des directives d'hygiène, d'alimentation suivies de la prescription de divers médicaments, dont un particulièrement toxique lorsqu'il est mal administré, le PHOSPHURE DE ZINC.

Ce père de cinq enfants, pour être remboursé, confia à la Caisse dont il dépend la longue ordonnance et ne la revit jamais.

Sans se rendre compte de la stupidité de cette remise, rentré chez lui, il s'embrouilla dans les remèdes, administra le phosphure à dose trop élevée et sans l'intervention du médecin alerté l'enfant mourait empoisonné.

Voilà où nous en sommes avec les formules administratives des Caisses, avec cette subtilisation de l'ordonnance qui est la propriété du malade, avec ce manque absolu de jugement des dirigeants qui ne voient que des formules ne songent qu'à des statistiques et perden tout contact avec les réalités.

Depuis le Déluge il paraissait établi que l'ordonnance et la prescription détaillée du médecin étaient faites et rédigées pour les malades. Cela paraissait si évident qu'aucun texte n'avait paru nécessaire pour codifier la chose, mais aujourd'hui il faut que le médecin sache qu'il lui est inutile de se donner de la peine à expliquer longuement les régimes, à multiplier les conseils, car le malade n'aura pas la possibilité de conserver la consultation du médecin qui ira s'ensevelir dans des dossiers poudreux d'où nul ne viendra plus jamais la déterrer.

Sachez, confrères, mes amis, qu'il est inutile de perdre votre temps à rédiger des ordonnances pour les assurés sociaux, il vous suffit de leur donner un papier très court, comportant l'énoncé

des médicament nécessaires, les doses mêmes sont inutiles à préciser, car du point de vue administratif, c'est seulement la quantité à livrer par le pharmacien qui importe. c'est elle seule qui intéresse au point de vue du remboursement. La Caisse fait bon marché de l'art de prescrire et C'EST UNE BIEN CURIEUSE MÉDECINE QUI SE PRÉPARE PEU A PEU SI NOUS NE RÉAGISSONS PAS. Je serais curieux de lire d'ici quelques années l'ordonnance laissé après sa consultation par un médecin, qui sait le peu de cas qu'on fait de ses conseils.

Le carnet de soins aux pensionnés de guerre qui est déjà un véritable bon de commande pharmaceutique marque une étape déplorable, transformant le médecin en dispensateur de remèdes, allons-nous continuer à laisser avilir notre art avec la médecine sociale et faire disparaître pour l'assuré social la prescription médicale contenant des conseils, des recommandations, des directives, pour la remplacer par un bon de pharmacie.

J'ai sous les yeux une ordonnance que Laënnec appelé au chevet d'une jeune tuberculeuse avait rédigée de sa main.

L'ordonnance de quatre pages tracée d'une écriture serrée contient peu de médicaments mais combien de conseils utiles sur le mode de vie que doit mener la malade, ce qu'elle doit faire au moment des règles, les régimes à suivre, les règles d'hygiène à observer, les précautions qu'elle doit prendre.

Ce chef-d'œuvre thérapeutique, pensé, rédigé à l'occasion d'un cas cependant banal constituait vraiment pour la malade une direction de sa santé pendant de longs mois.

Avant de parvenir jusqu'à nous, ce papier jauni a dû être lu, relu maintes fois par la malade, médité pour être bien compris et bien appliqué.

Les Caisses, en confisquant pour je ne sais quel besoin, les ordonnances portent un préjudice flagrant aux malades dont elles ont la charge, elles les empêchent de se pénétrer des conseils qui sont donnés, elles risquent même de voir un jour un malade absorber une dose excessive d'un médicament toxique et ce jour-là elles comprendront trop tard que c'était bien l'intérêt du malade de conserver pour lui son ordonnance.

Je suis certain qu'il suffit de montrer l'erreur commise par cet abus, les risques importants qu'il fait courir, et surtout son inutilité, pour qu'on mette fin à cette manière de faire.

Il est nécessaire qu'une action soit entreprise auprès des dirigeants, par nos Syndicats, et par notre Confédération, pour qu'il soit stipulé une fois pour toutes que l'ORDONNANCE DU MÉDECIN EST LA PROPRIÉTÉ DU MALADE.

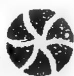
Qu'adviendra-t-il au jour ou une famille poursuivra devant les Tribunaux une Caisse, parce qu'oubliant les doses ou confondant les prescriptions, un de ses membres sera mort empoisonné.

La famille aura beau jeu à soutenir que privé de l'ordonnance de son médecin, le malade trompé par sa mémoire n'a pu contrôler la dose exacte qui lui avait été prescrite.

Si l'ordonnance est nécessaire au contrôle, je comprends fort bien que la Caisse en exige un duplicata au moment du remboursement, j'admets fort bien qu'elle veuille connaître la nature des spécialités prescrites et leur nombre, qu'elle désire constituer des dossiers contre les prescriptions excessives, mais nou ne devons pas laisser dépouiller le malade du papier que nous avons rédigé pour lui et dont la disparition nuit certainement à la continuité de son traitement.

Parmi toutes les atteintes que les Administrations portent chaque jour à notre exercice traditionnel, il en est contre lesquels nous ne pouvons rien, l'intérêt du malade doit passer avant le nôtre et force nous est de nous incliner. Mais dans l'abus que je signale et contre lequel je voudrais voir se dresser tous nos lecteurs qui un jour ou l'autre auront à en souffrir, notre intérêt et celui du malade sont étroitement liés et j'adresse à notre Confédération un pressant appel pour que son action efficace nous donne satisfaction sur ce point.

Dr Raphaël MASSART.

A QUI APPARTIENT UN CLICHÉ RADIOLOGIQUE ?

Un de nos confrères (dossier 2.202) nous informe qu'il a été appelé à radiographier un blessé de la route, que lui avait conduit un automobiliste, lequel reconnaissait tous ses torts. Au bout de quelque temps, l'automobiliste, parce que tiers-payant, réclama au praticien la remise des clichés, prétendant qu'il avait besoin de ces épreuves, pour faire fixer l'indemnisation à allouer à la victime de l'accident.

Le praticien devait-il accéder à cette demande Devait-il remettre ces clichés à l'automobiliste qui les avait payés ? Devait-il au contraire les confier au blessé, pour que celui-ci en fasse l'usage qui lui paraîtrait bon ? Devait-il enfin conserver ces films, sous prétexte que ces négatifs doivent rester sa propriété, du fait que le client a reçu des positifs ?

En d'autres termes, le problème de la propriété des clichés radiographiques se trouve ainsi posée.

Le négatif doit-il rester en la possession du malade ?

Pour l'affirmative, on peut invoquer que fort souvent, le client paie lui-même le prix des épreuves radiologiques qui le concernent. C'est lui qui vient trouver le spécialiste, sur le conseil du médecin traitant ou du chirurgien. Donc, du moment où il règle et supporte les honoraires du radiographe, il est juste que les épreuves lui soient remises en mains propres, positifs et négatifs.

Au surplus, la seule possession d'épreuves positives ne serait pas suffisante, au cas où plus tard, ayant changé de médecin, le malade aurait besoin de faire connaître au nouveau praticien tout son passé pathologique. L'épreuve négative est autrement instructive que l'image positive. Plus de détails sont décelés par la première pour des yeux avertis.

Reste enfin l'éternelle question du secret professionnel. L'article 378 du Code pénal oblige le praticien à ne rien dévoiler à autrui de ce qui concerne les choses secrètes, qui ont été confiées par le malade ou que le praticien a connues dans l'exercice de sa profession.

Il en résulte que le radiographe ne saurait livrer à un tiers quel qu'il soit des épreuves radiologiques, positifs ou négatifs, concernant un malade. C'est à ce dernier seul qu'il convient de remettre ces documents de diagnostic. L'intéressé en fera ensuite tel usage qui lui semblera le plus conforme à ses intérêts.

Vainement le tiers-payant viendrait soutenir que, du moment où il paie les examens du spécialiste, c'est à celui qui supporte les frais et non au malade que les clichés doivent être livrés. Appelés à connaître du litige, je crois que les Tribunaux invoqueraient l'obligation du secret professionnel, pour décider qu'ainsi que tout autre docteur en médecine, le radiographe est assujetti à la loi du silence. Il a donc l'obligation de ne remettre qu'à son client les documents qui concerne ce dernier, de même qu'il est interdit à un médecin praticien de remettre à des tiers, et à l'insu du malade, des certificats ou attestations précisant l'état pathologique de ce dernier.

Le négatif doit-il être la propreté du tiers-payant ?

Cependant, l'auteur d'un accident, qui a conduit le blessé chez le radiographe, a mis en œuvre ce dernier et a réglé tous les frais et honoraires, ne peut-il pas prétendre qu'ayant payé de sa poche, ces clichés doivent lui être remis. Il invoquera la défense de ses intérêts, au cas où il serait conduit à discuter l'indemnisation à verser à la victime.

Je réponds par la négative. Si l'automobiliste, ou l'assureur de ce dernier, a fait pratiquer des examens spéciaux de la victime, c'est moins dans un but d'humanité que pour diminuer autant que possible les résultats dommageables de l'accident, partant le quantum de l'indemnisation à verser. Ce tiers-payant a la possibilité de faire contre-visiter le blessé par un praticien désigné, soit par lui-même, soit par le Tribunal. Disons qu'en matière de droit commun, la victime n'est nullement contrainte de subir un examen de contrôle. Il n'y aucune analogie avec ce qui se passe en matière d'accidents du travail.

Plus tard, le tiers-payant pourra discuter les épreuves radiographiques, que le blessé versera à l'appui de sa demande en dommages-intérêts. Pour la discussion de l'incapacité de travail, l'assurance pourra, en toutes circonstances, demander au Tribunal la nomination d'un expert radiographe, qui fournira de nouvelles épreuves et argumentations scientifiques, propres à faire l'opinion des magistrats.

La défense des intérêts matériels de l'automobiliste et de son assureur n'est pas un motif suffisant pour que le radiographe se dessaisisse, au profit des responsables de l'accident, de pièces médicales, qui pourront être réclamées par la victime elle-même, pour servir de base à l'action qu'elle intentera pour se faire indemniser de l'accident et de ses blessures.

Le négatif doit-il rester la propriété du radiographe ?

Une manière élégante de résoudre le conflit d'intérêts que nous venons de discuter, serait de décider qu'ayant opéré l'examen radiographique,

le praticien doit rester en possession du négatif. Il délivrera des épreuves positives à son malade et, sur autorisation écrite de ce dernier, il pourra en remettre un exemplaire à l'automobiliste, ou à l'assureur de ce dernier.

A l'appui de cette solution, nous pourrions dire que le radiographe a accompli un travail intellectuel, dont il doit demeurer le propriétaire. Non seulement, il a dû, avec sa science et son expérience, disposer le film par rapport à l'ampoule et la région à explorer, mais encore a-t-il interprété les épreuves ainsi obtenues, pour indiquer à son confrère de médecine générale, ou de chirurgie, quelles sont, à son avis, les lésions qui ont été relevées.

On peut également invoquer la pratique des photographes, lesquels ne délivrent jamais à leurs clients les clichés négatifs. Ils ne remettent que des épreuves positives, les négatifs restant en leur possession, car les intéressés ne s'en soucient guère. Au surplus, un photographe en renom ne veut mettre en circulation que des photographies, portant sa signature. Il ne saurait tolérer que des mains moins habiles puissent se servir des négatifs, pour obtenir des résultats médiocres.

Malheureusement, je ne saurais souscrire à cette solution. Quelle que soit la part de science, qui est apportée par le radiographe dans son travail professionnel, c'est le blessé qui doit rester propriétaire de ces épreuves négatives. Il peut s'en servir pour les remettre à son médecin, à son chirurgien, à un expert, ou plus tard au praticien qui aura à lui donner des soins. Tout autant que l'ordonnance que rédige le médecin, pour le pharmacien, le malade doit rester propriétaire de tout document qui le concerne.

Si, pour un motif de travail scientifique, ou de documentation professionnelle, le radiographe, ou le médecin traitant désirent avoir le négatif en leur possession, il pourront demander au malade de leur laisser cette pièce, ou de la leur confier pour un temps, quitte, si besoin en est, d'en faire tirer des doubles, pour les insérer dans un travail, tout en respectant le secret et l'anonymat que nous devons à nos clients.

C'est pour cette raison que je réprouve la fâcheuse habitude pratiquée dans certains hôpitaux — et notamment dans les établissements hospitaliers de l'Assistance publique de Paris. Tout malade, qui se fait radiographier à l'hôpital, même en payant les frais qu'on lui réclame, ne peut entrer en possession du cliché négatif et même des épreuves positives qui le concernent. J'estime que si un malade quelconque, blessé de la rue, victime du travail, assuré social, ou autre assignait l'Assistance publique en restitution d'épreuves radiographiques, les Tribunaux compétents ne pourraient que donner raison au malade, à moins que celui-ci ait été averti d'avance que les clichés, exécutés dans les services hospitaliers, ne sont pas délivrés.

Conclusion

D'une manière courante, le patient ne se soucie pas plus d'une épreuve radiographique négative que du cliché négatif qu'il a fait faire chez un photographe, pour obtenir des photographies. Le positif parle mieux aux yeux des profanes, qui se contentent de l'épreuve qu'on leur remet.

Le radiographe gardera donc les négatifs en dépôt chez lui. Il pourra les utiliser dans un but scientifique, soit pour une communication aux sociétés savantes, soit pour la publication d'un ouvrage. Mais si le client réclame son négatif, force sera au praticien de s'incliner et de faire droit à cette demande.

Mais il se refusera à délivrer quoi que ce soit, positif ou négatif, à un tiers-payant quelconque, à une assurance, en dehors de l'autorisation expresse et par écrit du blessé lui-même. Il existe de ce chef une question de propriété et de respect du secret professionnel.

Le médecin traitant peut-il réclamer ce négatif, sous prétexte qu'il veut publier un ouvrage, ou faire une communication dans une Compagnie de savants ? Même réponse que précédemment : non seulement, le radiographe demeure le dépositaire du négatif, qui est la propriété du malade, mais encore ce praticien spécialiste a des droits de priorité sur son confrère de médecine générale ou de chirurgie.

En supposant — ce qui devrait être la majorité des cas — que le praticien général, ou chirurgien soit à même de lire un négatif aussi bien qu'un médecin radiographe, ce dernier a mis, dans l'exécution de son épreuve, une part de compétence qui lui est propre.

J'en conclus qu'en l'absence de réclamation de la part du malade intéressé, le cliché négatif doit rester en la possession du médecin radiographe, qui seul a qualité pour l'utiliser dans un but de vulgarisation de ses découvertes.

En cas de litige, ce sera le praticien le plus diligent qui priera le blessé de lui confier le négatif, en faveur de celui qu'il désignera.

Hâtons-nous de dire que j'ai maintes fois préconisé des ententes entre confrères. Mieux vaut une démarche courtoise, un accord, alors que chacun des médecins entend faire une communication, ou un article sur un malade commun. Si l'accord n'est pas possible, qu'on s'adresse au Conseil de famille du Syndicat, ou à l'arbitrage d'un ou de trois confrères, pour que la bonne confraternité puisse toujours régner, en évitant toute question de préséance, de jalousie, ou de rivalité. *Optima medicorum concordia.*

Dr Paul BOUDIN.

L'ACTUALITÉ PROFESSIONNELLE

Informations judiciaires

Les hôpitaux publics sont responsables des fautes professionnelles de leur Corps médical

La question de la responsabi ité des établissements publics hospitaliers du fait des médecins et chirurgiens attachés à ces établissements est actuellement en pleine évolution. Jusqu'à présent, la jurisprudence dominante était la suivante : les médecins d'hôpitaux, ne recevant dans l'exercice de leurs fonctions médicales, ni ordres, ni instructions de l'Administration, ne sauraient être considérés comme leurs préposés, et ne peuvent en conséquence engager sa responsabilité par leurs fautes professionnelles. Ils sont, au contraire, personnellement responsable à l'égard des malades soignés par eux et peuvent être poursuivis en dommages-intérêts devant la juridiction civile ordinaire.

Mais une réaction très nette contre cette thèse vient de se manifester dans la jurisprudence du Conseil d'Etat. Dans ses deux arrêts Loiseau et Teyssier (7 novembre 1935 et 12 mars 1937), il a, en effet, décidé que *la responsabilité d'un établissement public hospitalier peut être engagée en cas de faute lourde commise dans les soins médicaux ou chirurgicaux.* Se conformant à cette jurisprudence, la Cour de Colmar a reconnu, dans son arrêt du 24 décembre 1936, que le médecin d'un hôpital public, soignant les malades non comme médecin privé, mais en vertu des fonctions qui lui sont conférées, ne peut être poursuivi par un malade devant la juridiction civile que si celui-ci établit à sa charge une faute personnelle se détachant de sa fonction.

Ce problème, fort important étant donné le développement de l'organisation hospitalière actuelle, vient de se poser récemment devant le Tribunal civil de Lyon, dans les circonstances de faits suivantes : un jeune malade entré à l'hôpital de « Grange-Blanche » pour une lésion au pied, fut victime d'un accident causé par la brisure d'une aiguille au cours d'une injection. Le fragment d'aiguille resté dans les masses lombaires étant cause de grandes douleurs, son extraction s'avéra nécessaire. Pour y procéder, le chirurgien de l'hôpital exigea du malade, la signature d'une feuille certifiant son consentement à l'intervention. Le malade, s'y étant refusé en présence de deux internes, fut alors renvoyé de l'hôpital par le chef de service. Affaibli mentalement par cette aventure, il se suicidait le lendemain en se jetant sous un train. Le père de la victime actionna alors en dommages-intérêts, devant le Tribunal civil, tout d'abord l'Administration des hospices en tant que civilement responsable de l'interne, auteur de la piqûre, et de la faute de service consistant dans le renvoi de l'hôpital, en second lieu, l'interne lui-même pour faute personnelle, et enfin, le médecin-chef du service ou l'accident s'était produit pour avoir ordonné la piqûre, ne pas avoir extrait l'aiguille cassée, et avoir ordonné le renvoi.

Le Tribunal civil était évidemment obligé de se reconnaître incompétent en ce qui concerne l'action contre l'hôpital, établissement public, dont la responsabilité ne peut être déclarée engagée que par la juridiction administrative. Mais, chose importante, il en fit de même en ce qui concerne les deux autres actions contre l'interne et le médecin-chef de service. En effet, a-t-il dit, dans son jugement du 21 avril 1937, *les fautes reprochées, si elles existent, ont été commises, dans l'exercice des fonctions confiées aux intéressés par l'Administration des hospices ; aucun fait ne permet de leur donner un caractère personnel se détachant de ces fonctions, il s'agit donc d'une faute de service dont peut seule connaître la juridiction administrative.* Comme en vertu des règles du droit administratif les collectivités publiques sont seules responsables des fautes de services commises par les fonctionnaires, il résulte immédiatement de la décision du Tribunal que l'Administration des hospices voit sa responsabilité engagée par les fautes professionnelles de son Corps médical.

Cette nouvelle jurisprudence s'accorde du reste très bien avec les récentes décisions des Conseils de préfecture et du Conseil d'Etat relatif au statut des médecins hospitaliers. Nous rappellerons les nombreux arrêts reconnaissant qu'ils peuvent invoquer en cas de révocation les garanties attachées à la qualité de fonctionnaire (communication du dossier), où les arrêtés décidant que leur rémunération constitue une « dépense du personnel » relevant du prélèvement dégressif. Nous rappellerons surtout l'arrêt Dufour en date du 21 février 1936 aux terme duquel les médecins d'hôpitaux publics ne peuvent recevoir directement des honoraires des malades payants. De ce faisceau de décisions, il ressort que les médecins hospitaliers sont de plus en plus considérés par la jurisprudence comme les agents d'un service public, même en cas de soins donnés aux malades payants, et que leur personnalité et, par suite, leur responsabilité à l'égard des tiers doit se retrancher derrière celle de l'Administration. Jean MIGNON.

La Presse et les Sociétés

La Réforme de l'Enseignement public (1)

Le 2 mars 1937 le ministre de l'Education nationale a fait adopter par le Conseil des ministres un projet de loi sur la réforme de l'enseignement.

L'éducation nationale est aménagée en trois degrés successifs. Aux premiers et deuxième degrés elle est organisée conformément aux dispositions de la présente loi.

I. Trois cycles dans *le premier degré* : enseignement primaire élémentaire, complémentaire, post-scolaire.

a) Elémentaire, se donne exclusivement dans les écoles primaires publiques ;

b) Complémentaire, pour les enfants qui, ayant terminé l'élémentaire, ne reçoivent pas l'enseignement du second degré. Il comprend : enseignement général et soit une imitation professionnelle, soit un enseignement professionnel adapté aux conditions régionales et locales.

c) Post-scolaire : jeunes gens de plus de 14 ans ne recevant ni l'enseignement du deuxième degré ni le complémentaire ; et adultes.

Les études de l'enseignement primaire élémentaire sont sanctionnées par le certificat d'études primaires élémentaires. *Ce certificat est exigé de tous les candidats à un emploi public.*

II. L'enseignement public du deuxième degré est gratuit. Il est *exclusivement réservé aux enfants pourvus du certificat d'études primaires élémentaires.* Il commence par une année d'études dans une classe d'orientation.

Après l'année d'orientation, l'enseignement du second degré est donné dans trois sections : classique, moderne, technique.

La répartition des élèves entre les différentes sections se fait, *compte tenu du désir des familles et de l'intérêt général,* d'après les goûts et les aptitudes décelés dans la classe d'orientation et éventuellement dans les classes suivantes.

Les élèves ne peuvent passer d'une classe à une autre ou être maintenus dans une des sections de l'enseignement public du deuxième degré que *si leurs aptitudes et les résultats qu'ils obtiennent le justifient.*

Au terme des quatre premières années d'enseignement du deuxième degré les élèves pourront, dans chaque secction faire sanctionner leurs études par un diplôme d'Etat institué à cet effet. L'enseignement du deuxième degré comporte dans les sections classique et moderne une seconde période de trois années.

La sanction de ces sept années d'études est le baccalauréat.

Nul ne peut exercer les fonctions de directeur ou directrice, d'instituteur ou institutrice adjointe, ni être chargé d'une classe, sans être pourvu du baccalauréat. Les professeurs des enseignements généraux des établissements publics du deuxième degré doivent justifier d'un certificat d'aptitude pédagogique.

G. L.

(1) La Formation professionnelle, *Numéro spécial*, avril 1937.

La récupération des enfants déficients

MM. Loir et Legangneux, du Havre, pour apporter un palliatif à la crise de la natalité et pour mettre en valeur nombre de déficients qui sont une charge pour la collectivité, ont proposé à l'Académie de médecine le vœu suivant :

« Que la législation actuellement en vigueur soit adaptée en vue de la récupération des enfants déficients de l'intelligence, de la motricité, du sens moral, de la parole et de l'ouïe, de façon à permettre à ces catégories de malades, une activité sociale compatible avec leur degré d'éducabilité et d'utilisation ;

« Que la création d'organismes spéciaux de réadaptation soit envisagée et vise non seulement l'instruction, mais l'application de traitements médicaux ainsi que l'apprentissage de différents métiers ;

« Que l'assistance aux anormaux sensoriels, moteurs ou psychiques, soit appliquée au même titre que l'assistance aux malades et aux aliénés ». (*Académie de médecine*, 6 avril 1937).

P. L.



HYGIÈNE INFANTILE



L'enfant du second trimestre scolaire

Par Pierre LABIGNETTE

Chef du laboratoire de la Maternité de l'hôpital Boucicaut

C'est habituellement entre le début de janvier et Pâques, pendant le second trimestre scolaire, que l'on voit dans les consultations privées ou dans celles des hôpitaux et dispensaires le plus grand nombre d'enfants pâles et étiolés. A dire vrai, ces petits consultants ne sont pas des malades au sens exact du mot. Leur aspect extérieur, leur manière relâchée de se tenir, leur teint blafard, leur thorax légèrement rentré indiquent bien qu'ils ne sont pas tout à fait normaux. Cependant à l'interrogatoire, ils ne se plaignent d'aucune douleur et c'est le membre de la famille qui les accompagne qui accuse pour eux toute une série de petits faits : le manque d'appétit, la lenteur des repas, le manque d'entrain au jeu et au travail, plus rarement un sommeil un peu agité. Bien souvent, les antécédents héréditaires ne montrent rien de bien particulier et les antécédents personnels ne sont guère entachés que des maladies infectieuses communes à tous les enfants : rougeole, coqueluche, varicelle, ayant d'ailleurs eu une évolution normale et n'ayant pas laissé de traces derrière elles. L'examen des différents appareils ne montre aucune lésion organique. Toutefois, il n'est pas rare de noter un peu de météorisme abdominal, une légère stase cæcale. Rien aux poumons et ce n'est que pour rassurer la famille que l'on fait une radioscopie, voire même une radiographie dont le résultat est négatif. La cuti-réaction est également rassurante. Les deux seuls faits positifs que l'on retient à l'examen de semblables enfants sont d'abord la présence d'adénopathies multiples, ensuite un certain degré d'anémie.

Les adénopathies siègent ordinairement dans les régions cervicales antérieures, carotidiennes, sous-mentonnières. Plus rarement, la palpation en découvre dans la région cervicale postérieure, les régions sus et sous-clavières. La présence de ganglions au niveau de l'aine est trop souvent en rapport avec une plaie superficielle du genou et du pied pour avoir la valeur d'un signe de lymphatisme. Tous ces ganglions sont bien séparés les uns des autres, rarement douloureux, spontanément et à la pression, le volume de chacun d'eux est variable : celui d'une noisette, en moyenne.

Le degré de l'anémie que l'on constate se manifeste par des signes cliniques classiques qui en donnent une valeur approximative susceptible d'être chiffrée ensuite par des examens de laboratoire. Les signes cliniques sont la pâleur et la sécheresse de la peau, la pâleur des muqueuses et des conjonctives, une diminution de la coloration des ongles, parfois même un certain refroidissement permanent des extrémités. Quelques vertiges, un peu d'essoufflement, des migraines intermittentes, une arythmie légère complètent le tableau clinique. Si on veut pousser l'examen d'une manière plus complète et se rendre compte mathématiquement de l'importance de l'anémie, on fera deux examens de sang. Le premier, simple, facile à faire par tous les praticiens consiste à prélever une goutte de sang par piqûre du doigt et d'en mesurer la couleur sur une échelle colorimétrique de Tallqwist. On se rendra ainsi compte du taux de l'hémoglobine qui peut être tombé jusqu'à 50 % en dessous de la normale.

Le second examen à faire sera une numération globulaire qui montrera très souvent une baisse du nombre des hématies autour de 3 millions.

Enfin, si on veut se faire une idée de la valeur générale de la résistance de l'enfant, on peut faire une réaction de Faust Zambrini. Un centimètre cube de salive est recueilli dans un tube à hémolyse. On y ajoute dix à quinze gouttes du réactif de Zambrini et, après avoir secoué le tube plusieurs fois, on compare la couleur avec celles inscrites sur l'échelle colorimétrique. Plus la couleur est jaune pâle, moins l'enfant est résistant ; plus elle est dans les violets, plus la santé et la résistance de l'enfant sont bonnes.

En somme, l'enfant que l'on examine est à la fois un lymphatique et un anémique avec un degré plus ou moins accentué d'hypotonicité générale.

A ce diagnostic simple, quasi-évident à première vue, le plus difficile est de donner une thérapeutique régénératrice et efficace. Ce n'est pas que l'on ne sache prescrire une des nombreuses préparations antirachitiques et antilymphatiques qui ont remplacé la vieille huile de morue. Ne fait-on pas maintenant des sucres contenant de la vitamine D ? Ce n'est pas davantage que l'on ait oublié que le fer, et notamment le protoxalate du Codex, soit par excellence le correcteur de l'anémie hypochrome.

De même, la baisse des hématies est toujours susceptible d'être combattue avec succès par les sérums hémopoiétiques, le foie de veau, de porc et toutes les autres médications hématigènes si nombreuses et de prix si différents.

Seulement, il y a malheureusement deux choses importantes par lesquelles le praticien est presque vaincu d'avance bien qu'elles soient les causes de la déficience constatée et qu'il faudrait détruire avant toute autre thérapeutique : l'air surchauffé, des appartements et des classes, le travail trop prolongé des enfants.

En effet, lorsqu'on pense à l'hygiène des enfants, on parle toujours du soleil, de l'eau, de l'air, de l'alimentation, du sommeil, mais on ne pense certes pas assez au problème du chauffage, en hiver. Or, il est pourtant intéressant de s'en occuper. A l'heure actuelle, le chauffage central est d'un emploi général et tous les enfants vivent soit chez eux, soit dans les classes dans des pièces ainsi chauffées. Or, point n'est besoin de circuler beaucoup dans les villes pour se rendre compte que dans les administrations aussi bien que chez les particuliers, le mot de « chauffage » a pris désormais le sens de « surchauffage » et il n'est pas rare de voir des gens vivant tout l'hiver dans des intérieurs ayant une température allant trop souvent de 25° à 30°. Ajoutez à cela que les pièces ainsi chauffées sont « d'un climat sec » et ce ne sont pas les timides régulateurs, dont l'emploi n'est pas absolument général, qui en modifient beaucoup la nature. La sécheresse du pharynx au réveil et la soif fréquente de beaucoup de citadins en hiver sont causés par l'air trop sec et en même temps trop chaud dans lequel ils vivent. Pour les enfants, cela est encore plus néfaste et joue un rôle plus important qu'on ne le pense dans cet état de dépérissement que l'on rencontre si souvent chez les écoliers entre janvier et avril. Cette mise en serre chaude prolongée ne se révèle nullement favorable à l'élevage de l'espèce humaine.

La seconde cause de cet état a déjà été tellement de fois signalée par des autorités universitaires, sociales et médicales qu'il est inutile d'y insister et à peine nécessaire de le rappeler : l'importance du travail scolaire demandé à l'écolier et obtenu au prix d'une partie de sa santé.

Voilà, semble-t-il, les deux grandes raisons qui font que pendant les derniers mois de l'hiver, on voit tant d'enfants malingres, pâles et chétifs. Pendant le premier trimestre scolaire, d'octobre à Noël, il n'en est pas ainsi, dira-t-on, et pourtant les conditions sont les mêmes. Evidemment, mais trois mois de vacances, de plein air et de repos, donnent aux enfants une vigueur nouvelle qui leur permet de résister pendant les premiers mois, puis la fatigue et le mauvais air font leur œuvre peu à peu et c'est presque toujours entre janvier et Pâques que l'on voit survenir le syndrome du second trimestre scolaire qui peut en quelque sorte se résumer en trois mots : asthénie générale, lymphatisme et anémie.

La thérapeutique, au moins dans une grande proportion, doit être préventive. Il faudrait commencer à traiter l'enfant contre l'anémie avant que celle-ci apparaisse notablement, le mettre dans les conditions d'hygiène générale dès la rentrée des classes et ne pas demander à certains sujets plus que leurs facultés ne peuvent donner : alors disparaîtra « l'enfant du second trimestre scolaire ».

LES ORIGINES DE L'EXPERTISE MÉDICO-LÉGALE EN FRANCE

Elles remontent loin !

Mais pas si loin que vous le pensez. Car vous avez tout de suite cru, n'est-ce pas ? que les Romains, ces juristes, avaient introduit en Gaule, l'usage de l'expertise médico-légale.

Non ! pas les Romains, mais les Francs, les Burgondes et les Goths. Le principe de l'expertise était inscrit dans la loi salique et Charlemagne le fit appliquer dans son empire.

En voici quelques dispositions :

« Si quelqu'un a blessé un autre à la tête de telle sorte que le cerveau apparaisse, le coupable sera redevable de 60 deniers qui feront 15 sols d'or.

Si la blessure pénètre à travers les côtes jusqu'aux viscères : 30 sols d'or.

Si l'on détruit la main ou le pied, si l'on arrache un œil ou le nez : 100 sols d'or.

Si l'on arrache le pouce au pied ou à la main : 50 sols.

Si le sang d'une blessure tombe à terre : 15 sols ».

Après Charlemagne la médecine légale à peine née subit une éclipse. Et l'on retomba dans les usages les plus cruels et les plus absurdes (1).

G. Lavalée.

(1) Docteur Ravon. — *La Loire médicale*, décembre 1936.

VARIÉTÉS

Les quintuplettes canadiennes de Callander et leur médecin

Le Professeur R. Cruchet, au cours de sa mission aux Etats-Unis et au Canada (mai-juillet 1936) eut l'occasion de rendre visite aux cinq jumelles canadiennes, qui sont universellement connues.

Dans la relation qu'il en a faite, il expose les différentes étapes de leur vie jusqu'à deux ans. Nous croyons intéressant de reproduire ses conclusions, car elles nous font connaître la curieuse physionomie du Docteur Allan Roy-Dafoe, qui eut le grand mérite de faire cet accouchement extraordinaire et de sauver l'existence de ces cinq prématurées. (1)

***

Désormais, les quintuplettes sont entrées dans l'histoire.

Elles sont cinq petites beautés aux corps fermes et potelés, avec leurs yeux noirs frangés de longs cils, leurs joues délicatement colorées, leurs lèvres aux teintes de bouton de rose, leurs visages encadrés de boucles brunes soyeuses. Beauté, santé, célébrité, les cinq jumelles sont tout cela. Elles sont la merveille du monde, et le monde est suspendu à leurs cœurs. Leur survivance tient du miracle, et chacun souhaite que la vie ne leur apporte que du bonheur.

Le fait lui-même est unique. Les statistiques indiquent : une naissance de deux jumeaux pour 87 naissances ; de trois jumeaux pour 7.500 naissances ; de quatre jumeaux pour 660.000 naissances ; de cinq jumeaux pour 57.000.000 de naissances. On a même signalé des naissances de six, sept, huit, neuf jumeaux, et même davantage. On connaît, en particulier, le cas d'Ambroise Paré concernant une Italienne qui avait eu, en deux accouchements, neuf et onze jumeaux. On cite encore une Française, Mme Maldemeure, qui aurait eu un enfant la première année, deux enfants la deuxième, trois enfants la troisième, quatre enfants la quatrième, cinq enfants la cinquième et six enfants la sixième année.

En réalité, pour ne retenir que des faits, qui paraissent authentiques, dans ces cinq derniers siècles on ne connaît que 32 cas de cinq jumeaux. Mais, jusque-là aucun des enfants, nés dans ces conditions, n'avait vécu plus de quelques heures. En Portugal, en 1886, un seul jumeau sur cinq, vécut cinquante jours ; on a signalé dans le Kentucky la survie de cinq jumeaux pendant cinq jours.

Les quintuplettes Dionne constituent donc un fait vraiment extraordinaire.

Il est difficile de ne pas associer à cet événement le nom du médecin qui a pratiqué la délivrance.

Le Docteur Allan Roy Dafoe, âgé de 52 ans, est un médecin de campagne, qui étend son ministère sur une population de 3.500 habitants. Comme beaucoup de médecins canadiens, qui furent sans ressources, pour entreprendre leurs études, il fut obligé de trouver, dans la vente de cartes de géographie et de clichés pour stéréoscope, de quoi défrayer ses dépenses d'étudiant. Il est encore fréquent de trouver aujourd'hui des situations analogues ; pendant mon dernier séjour à Québec, en juin-juillet 1936, j'ai connu un étudiant en médecine qui était garçon d'ascenseur, un certain nombre d'heures par jour, dans l'hôtel où j'étais descendu ; j'en ai connu un autre, qui était employé dans une compagnie de navigation, et qui me vendit même mon billet pour aller, par le Saint-Laurent, de Québec à Montréal.

Le Docteur Dafoe exerça d'abord quelques années dans les régions minières du nord de l'Ontario et du Manitoba, avant de venir se fixer à Callander. Il s'y maria, et eut un fils (actuellement élève ingénieur) de sa femme, morte depuis quelques années. Il eut rapidement de la clientèle, et avait déjà participé à 1.400 naissances, quand il enregistra brièvement, à la date du 28 mai 1934, sur son carnet de visites : « Oliva Dionne : cinq filles. » Il ne pouvait pas se douter, ce jour-là, que ces jumelles continueraient à vivre et qu'elles allaient le rendre à jamais célèbre.

C'est d'ailleurs un homme simple, que la renommée n'a nullement grisé, et qui se trouve pleinement satisfait avec un livre, sa pipe et son chien à ses pieds. Il raconte lui-même, avec un sens charmant de l'humour, l'incroyable aventure, à laquelle il a été mêlé, et convient volontiers qu'elle lui causa, surtout au début, bien des tracas et des soucis :

Dans la campagne où je vis, dit-il, les médecins n'ont guère l'occasion de s'occuper des premiers soins à donner aux nourrissons. Ce sont généralement les grand-mères, les mères et les sages-femmes qui s'en chargent.

(1) *Journ. de méd. de Bordeaux*, 20 mars 1937.

On ne pense habituellement à nous, que dans les occasions graves. Il en fut ainsi pour les quintuplettes.

Je ne me fais aucune illusion sur ce qu'était alors mon ignorance ; mais j'appris beaucoup par la correspondance qui s'établit aussitôt, et qui me documenta non seulement en pédiâtrie, mais en médecine, bactériologie et thérapeutique. Les renseignements les plus complets ne me furent pas épargnés : qu'ils me vinssent des frères des Doctrines chrétiennes, des astrologues, des chiropraticiens, des vétérinaires, des nurses, des pères, des mères ou des femmes de chambre. Beaucoup de croyances superstitieuses et d'anciennes idées concernant les maladies furent mises à ma disposition. Je reçus aussi des lettres de conseils et d'offres de service, venant de Grande-Bretagne, des Indes, d'Allemagne, de France, de l'Amérique centrale, du Mexique, de l'Australie, des îles Philippines et de toute l'Amérique du Nord. Toutes les marques de lait me furent signalées. Chèvres et vaches de prix me furent proposées ; mais surtout le lait de truie avec les moyens d'adapter l'animal à son nouveau devoir maternel.

L'infection intestinale de mes jumelles, à peine connue, provoqua une avalanche de lettres avec toutes les suggestions possibles de traitement : jus de melon d'eau, infusion de racines de mûres, de prêle, de sassafras ou de ronces aux effets merveilleux. Le thé de crottes de mouton sucré me fut recommandé ainsi que le sang de placenta. L'eau-de-vie et plus encore le whisky eurent de nombreux partisans, à condition qu'il s'agisse de whisky « de pur seigle » (*pure Rye Whiskey*), au sujet duquel il tardait à son auteur de connaître les résultats bienfaisants obtenus.

Naturellement, je reçus les nombreuses et classiques missives des imaginations désordonnées, où l'on m'avertissait charitablement de me méfier des voleurs d'enfants et des aliments empoisonnés. Enfin, une spécialiste en beauté me conseilla l'emploi d'une merveilleuse crème, qui avait pour effet de faire disparaître radicalement les rides des prématurés.

Sous cette forme enjouée, on devine le praticien de bon sens, qui n'a jamais perdu la maîtrise de lui-même devant un fait exceptionnel, et qui a su s'adapter aux circonstances, en les dirigeant au mieux des intérêts en cause. C'est un modeste médecin de campagne, qui s'est organisé tout de suite avec les moyens qu'il avait sous la main, puis a sollicité et choisi les concours nécessaires ; et, le premier danger passé, il a su prendre les déterminations qu'il fallait et suggérer à l'État la solution la meilleure pour sauvegarder la vie des quintuplettes.

Il est possible que, malgré les apparences et les difficultés des premières heures, la vie rurale et l'air de la campagne aient contribué à sauver l'existence de ces cinq prématurées. Mais il est encore plus certain que le Docteur Dafoe doit être considéré comme le sauveur de ces petits êtres voués à la mort, de par la précarité de leur constitution native. Et l'on ne saurait trop lui décerner un tribut d'admiration. La grandeur de l'œuvre obscure d'un médecin de campagne se trouve magnifiée dans un si noble exemple de zèle, de dévouement, de connaissance utile et de désintéressement.

La responsabilité de ce confrère, à la physionomie de bonté particulièrement sympathique, devient de jour en jour plus écrasante. Il s'appartient encore moins, depuis qu'il a renoncé à peu près complètement, par la force des choses, à l'exercice de sa profession, et qu'aidé d'un secrétaire, il passe presque tout son temps accablé de besogne administrative.

J'en eus l'impression très nette quand, au cours de la visite que je lui fis, il n'osa pas m'autoriser à entrer dans l'établissement où vivent ses protégées. La défense était formelle, parce qu'il y avait une épidémie de rougeole, qui sévissait dans tout le village. A la pensée que l'apparition de la rougeole aurait pu coïncider avec ma pénétration dans l'hôpital, le pauvre homme était terrifié.

J'ai cité plus haut son appréciation où il ironisait sur le péril imaginaire du rapt possible des quintuplettes. C'était, il est vrai, au début de sa notoriété, et il n'avait pas encore l'expérience de sa situation nouvelle. Il n'en dirait plus autant aujourd'hui, car les précautions de surveillance, qui ont été prises depuis, ne sont plus exemptes de cette grave préoccupation. J'ai vu une maison de garde, sur une petite hauteur, à peu de distance de la maison des jumelles, où des policemen sont en permanence pour inspecter les alentours. Et cela n'a pas empêché, en août, c'est-à-dire à peine deux mois après ma visite, une tentative de gangsters — dont toute la presse parla — pour essayer de s'emparer des quintuplettes. Tout avait été prévu, paraît-il, mais un des affiliés vendit la mèche, et le coup rata. Hélas ! le désir des ravisseurs croît en proportion de la notoriété toujours grandissante : et le 13 février 1937, les journaux signalaient un nouveau complot d'enlèvement que la police venait encore de déjouer.

Enfin, il est intéressant de souligner que les parents de ces jumelles, s'ils sont Canadiens, n'en sont pas moins de souche française, et que la vigueur robuste de la race a bien pu contribuer, dans une certaine mesure, à rendre possible un phénomène absolument extraordinaire, qui n'avait jamais été observé jusqu'ici.

R. CRUCHET.

LUTTE CONTRE LE PÉRIL FISCAL

Aux difficultés toujours croissantes qui accablent l'exercice de la profession médicale s'ajoutent, d'une façon catastrophique, les taxations arbitraires des Administrations fiscales.

Il est indispensable de réagir vigoureusement contre les errements de certains fonctionnaires dont les méthodes abusives semblent devoir faire tache d'huile, en raison de la passivité de leurs victimes, qui croient, bien à tort, qu'elles sont impuissantes à se défendre utilement.

Les médecins ne doivent pas oublier que le « Sou Médical » se charge non seulement des frais des instances engagées pour faire triompher les droits de ses adhérents, mais encore qu'il assure par ses conseils le succès de toutes les bonnes causes.

Voici les règles que doivent suivre nos lecteurs pour qu'il nous soit possible de garantir le triomphe de leurs justes réclamations.

Patentes. — Ceux qui se croient trop imposés doivent nous adresser aussitôt reçus leurs avertissements avec les renseignements suivants :

1° Prix de leur bail, charges comprises, s'ils sont en location.

S'ils sont propriétaires ils doivent nous faire connaître la valeur locative de l'immeuble, c'est-à-dire le prix qu'ils pourraient le louer s'ils ne l'utilisaient pas. Cette valeur locative s'obtient par comparaison avec d'autres propriétés de même importance, faisant l'objet d'une location.

2° Le nombre total des pièces utilisées et le nombre des pièces professionnelles, pour qu'il nous soit possible de faire une ventilation de la valeur locative.

La surface totale des pièces et la surface de chacune des pièces professionnelles avec, si possible, un petit croquis pour contrôler la ventilation suivant le nombre de pièces.

Impôt sur les revenus. — Ici nous abordons la question la plus délicate car, il nous faut combattre à la fois la tendance que peuvent avoir encore quelques praticiens à faire des déclarations manifestement inexactes et les errements de certains contrôleurs qui trouvent très commode de surtaxer, sans motif précis, simplement parce qu'ils admettent que tout médecin est un fraudeur.

Les premiers, non seulement commettent une faute vis-à-vis de leur propre intérêt, mais encore causent un préjudice considérable à tout le Corps médical en faisant planer sur lui la suspicion.

Le nombre de ces contribuables diminue chaque année et tend à disparaître.

Au contraire, les taxations arbitraires, illégales car elles ne s'appuient sur aucun motif précis, comme l'exige la loi, mais sur un cliché passe-partout tel que « votre réputation », « l'importance de votre clientèle », « la façon dont vous exercez », etc., tendent à devenir la règle générale en raison de la facilité avec laquelle on peut les appliquer.

Les fonctionnaires qui se servent de tels arguments n'ont certainement pas compris le sens des instructions qui leur sont données par la Direction générale.

En effet, si ces mots figurent dans les circulaires, ils ne font qu'y indiquer sur quoi doivent *porter les investigations du contrôle ; ils sont* mentionnés comme tête de colonnes dans lesquelles les agents doivent inscrire les faits leur faisant apprécier *la réputation, l'importance de la clientèle, la façon spéciale* dont le docteur exerce sa profession.

Quelle que soit la cause des taxations arbitraires leur danger est immense pour le Corps médical, car les Commissions de taxation débordées par le nombre des affaires qui leur sont soumises, rectifient toujours les déclarations et le contribuable ne peut légalement obtenir le dégrèvement qu'en prouvant que le chiffre de son revenu réel est inférieur à celui taxé.

Cette preuve est impossible puisqu'elle est négative.

Contre une telle iniquité il faut réagir avec la dernière énergie.

Voici ce que nous conseillons :

D'abord faire des déclarations exactes appuyées sur le livre-journal, tenu, non au moyen d'un agenda, mais sur un registre où chaque recette est écrite à sa date sans blancs, ratures, ni interlignes.

Les dépenses doivent être justifiées par factures, lorsque cela est possible; par le compteur de la voiture ou simplement par leur importance normale si elles ne comportent pas d'autre preuve.

Lorsque ces précautions ont été prises il ne faut accepter aucun rehaussement non justifié par *un motif absolument précis*, car toute concession est regardée comme une preuve de fraude.

Il est indispensable de nous communiquer, par courrier, les avis du contrôleur afin que nous indiquions la réponse à faire *dans le délai légal.*

Si le différend persiste on doit nous prier de rédiger le mémoire pour la Commission de taxation. Si la Commission prend une décision insuffisamment motivée il faut nous l'envoyer avec l'avertissement du percepteur, afin que

nous fassions les réclamations nécessaires jusqu'au dégrèvement. Dans l'état d'esprit actuel, on ne pourra très souvent obtenir satisfaction qu'en demandant l'*expertise*.

Cette procédure est très coûteuse pour le perdant, c'est pourquoi le « Sou Médical » n'en assumera les frais que lorsque l'intéressé aura pris la responsabilité morale de l'exactitude de ses déclarations ce qui exclut évidemment toute déclaration inexacte.

Les expertises permettant d'apprécier l'exagération des taxations mettront l'Administration en mauvaise posture et feront cesser les taxations arbitraires.

Conclusion : Si le Corps médical veut conjurer le péril fiscal, il doit confier sa défense au « Sou Médical » qui, si ces conseils sont suivis, assurera le succès des justes réclamations.

A. et S. MARTINOT
Conseil fiscaux du « Sou Médical »

CINQ PAYS : ALLEMAGNE, CZECHO-SLOVAQUIE, AUTRICHE, HONGRIE, ITALIE

Voyage accompagné de 16 jours en autocar de luxe

Départs assurés de Paris les samedis 17 et 31 juillet, 14 et 28 août, 11 septembre.

Premier jour : Paris-Cologne. Par chemin de fer, arrivée à Cologne pour dîner, Hôtel Excelsior.

Deuxième jour : Cologne-Nuremberg par Wiesbaden, Mayence (déjeuner Hôtel Central), Francfort, Würzburg et Nuremberg. Grand Hôtel.

Troisième jour : Nuremberg-Prague par Pilsen (déjeuner Grand hôtel Smitka), Hôtel Alcron.

Quatrième jour : Prague-Vienne. Dans la matinée courte visite de Prague, puis par Jihlava (lunch Grand hôtel Schulz). Hôtel Bristol.

Cinquième jour : Vienne. Séjour à Vienne, visite de la ville dans la matinée, après midi libre.

Sixième jour : Vienne-Budapest par Györ (lunch Hôtel Royal). Hôtel Palatinus.

Septième jour : Budapest. Excursion de la journée à la Pusta de Bugac dans la grande steppe hongroise avec déjeuner champêtre dans une ferme de la pusta.

Huitième jour : Budapest. Matinée visite de la ville en autocar ; après-midi libre.

Neuvième jour : Budapest-Graz par les bords du lac Balaton, déjeuner à Keszthely sur le lac. Hôtel Eléphant.

Dixième jour : Graz-Cortina par Klagenfurt, le lac Velden (déjeuner) puis le lac de Misurina et Cortina. Hôtel de la Poste ou Tre Croci.

Onzième jour : Cortina. Journée libre dans cette charmante station : la Reine des Dolomites.

Douzième jour : Cortina-Merano. Par la « Route des Dolomites » avec déjeuner au Col de Pordoi (Hôtel Maria) puis Bolzano et Mérano.

Treizième jour : Merano-Munich par le Brenner Pas à Innsbruck (déj. à l'Hôtel Tyrolerhof), Garmish, Partenkirchen-Munich. Regina Hôtel.

Quatorzième jour : Munich-Mayence. Par Ansbach (déjeuner Hôtel Goldner Stern) puis Mayence. Hôtel Central.

Quinzième jour : Mayence-Cologne. En partie en autocar, en partie en bateau express avec déjeuner à bord. Cologne. Hôtel Excelsior.

Seizième jour : Matin départ pour Paris.

Prix : 3.280 francs.

CONDITIONS GÉNÉRALES

Trajets. — Le trajet Paris-Cologne /Mayence et retour se fait en chemin de fer 2e classe. Le trajet de Cologne / Mayence à Cologne Mayence se fait entièrement en autocar de luxe.

Prix forfaitaires.

Notre prix comprend :

a) Le transport en chemin de fer.
b) Le trajet en bateau.
c) Le transport en autocar de luxe.
d) Le logement et la nourriture (trois repas par jour) dans des hôtels de tout premier ordre,
e) Les excursions prévues aux programmes.
f) Les services d'un courrier-guide.
g) Les droits d'entrée aux musées et monuments indiqués.
h) Les pourboires au personnel des hôtels.
i) Le transport d'une valise par personne, aux risques et périls des voyageurs.

Les prix de nos voyages sont calculés en francs français aux cours officiels établis par la Banque de France à la date du 1er mars 1937.

Ces prix sont susceptibles d'être modifiés sans préavis en cas de variations importantes du cours des changes.

Chambre d'une personne. — Nous nous efforcerons toujours de fournir à nos clients la catégorie de chambre demandée, cependant nous ne pouvons garantir définitivement des chambres à un lit que contre paiement de 15 frs par nuit.

Itinéraire. — Nous nous réservons le droit d'apporter des modifications aux itinéraires en cas d'absolue nécessité pour la bonne marche du voyage, dans l'intérêt même de nos clients.

Passeport. — Les touristes doivent être en possession d'un passeport individuel pour l'étranger. Nous fournissons tous les renseignements concernant les visas consulaires.

Organisation. — Ce circuit est organisé par les German Motorways.

Tous nos départs sont formeillement garantis.

Pour renseignements au sujet de ce voyage prière de s'adresser au *Concours Médical*, Bureau de Voyages, 37, rue de Bellefond, Paris.

DOCUMENTS OFFICIELS — HYGIÈNE DÉPARTEMENTALE

Règlement Sanitaire départemental d'hygiène prescrit par l'article 1er du Décret-loi du 30 octobre 1935 (1)

(Suite et fin)

TITRE II

Eaux d'alimentation et bains publics

Alimentation en eau

Art. 55. — Dans toutes les agglomérations ou parties d'agglomérations desservies par une distribution d'eau potable, toute habitation devra y être reliée par un branchement, suivi d'une canalisation qui mette cette eau à la portée de tous les habitants de l'immeuble à tous les étages, à toute heure du jour et de la nuit.

Art. 56. — Dans le cas où un immeuble est, en outre, desservi par une canalisation d'eau non potable, celle-ci doit être entièrement distincte de la première et revêtue d'une peinture de couleur rouge ; il ne devra exister, entre les deux canalisations, aucune communication directe ou indirecte.

Art. 57. — Les parois intérieures des réservoirs d'eau potables seront formées de matières qui ne risquent pas d'altérer les eaux. Le plomb et ses composés notamment sont prohibés.

Les réservoirs seront clos de façon que les poussières ou toutes autres matières étrangères solides ou liquides n'y puissent pénétrer. Ils seront établis de manière à permettre leur vidange totale et leur nettoyage. Ils ne devront recevoir que des eaux potables et seront alimentés par surverse.

Des précautions seront prises pour assurer la continuité de l'alimentation en eau potable pendant la mise hors circuit des réservoirs.

Ceux-ci seront protégés contre la chaleur et sans aucun contact possible avec les conduits d'évacuation des eaux usées, y compris les eaux ménagères.

Art. 58. — Aucun puits ne pourra être utilisé pour l'alimentation s'il n'est à l'abri de toute possibilité de contamination, notamment celle provenant de cabinets d'aisances, dépôts de fumier ou d'immondices, mares, potagers, etc.

Les puits seront fermés à leur orifice ou protégés par une couverture surélevée. Leur paroi sera étanche, la margelle devra surmonter le sol de 50 centimètres au moins.

Les puits seront protégés contre toute infiltration d'eaux superficielles par l'établissement d'une aire étanche d'au moins deux mètres autour du puits, hermétiquement rejointe aux parois du puits et légèrement inclinée vers l'extérieur.

L'eau sera puisée à l'aide d'une pompe ou par tout autre moyen évitant la contamination de l'eau.

Art. 59. — Tout projet d'établissement d'un nouveau puits devra faire l'objet d'une demande d'autorisation à l'autorité sanitaire.

Art. 60. — Les citernes destinées à recueillir l'eau de pluie seront étanches et couvertes. L'eau y sera puisée à l'aide d'une pompe ou par tout autre moyen évitant la contamination. La couverture sera munie à son sommet d'une baie d'aération et le tuyau d'aération sera muni d'une toile métallique inoxydable ; on ne devra pratiquer aucune culture sur la couverture.

Les citernes seront précédées de dispositifs destinés à écarter les premières eaux de lavage des toitures et à arrêter les corps étrangers tels que terre, gravier, feuilles, détritus et déchets de tous ordres, etc.

Art. 61. — Il est interdit aux propriétaires, hôteliers, tenanciers ou gérants des immeubles et établissements où de l'eau est mise à la disposition des usagers de livrer, pour l'alimentation et pour tous les usages ayant un rapport même indirect avec l'alimentation (tels que le lavage des récipients destinés à contenir des boissons, du lait, des produits alimentaires), une autre eau potable (eaux minérales naturelles et eaux de table autorisées exceptées) que celle de distribution publique.

La même interdiction s'applique aux fabricants de glaces, eaux gazeuses, limonades, sodas, etc.

Lorsque par suite d'un motif dont justification sera due à l'autorité sanitaire, l'eau délivrée aux consommateurs, ou utilisée pour des usages connexes, ne po rra pas être celle de la canalisation urbaine, ou s'il n'y a pas dans la commune de service public des eaux, les personnes ci-dessus désignées seront astreintes à toutes précautions utiles pour éviter tous dangers qu'elles peuvent faire courir à la population. Il leur est ordonné de s'assurer que l'eau offerte par elles pour l'alimentation est saine, et d'en faire la déclaration à l'autorité sanitaire avant toute utilisation.

Lorsqu'il existera des raisons de craindre la contamination des eaux, même si la présence de ces causes d'insalubrité ne leur est pas imputable, les personnes visées au premier alinéa auront

(1) Voir *Concours médical* n° 23 du 6 juin 1937.

l'obligation de prendre toutes mesures utiles pour rendre sûrement et en tout temps les eaux indemnes de tout germe pathogène ou dangereux. Ces mesures seront portées à la connaissance de l'autorité sanitaire qui aura la faculté à tout moment de contrôler la qualité des eaux.

Lorsqu'il sera constaté que les eaux ne sont pas saines, qu'elles sont insuffisamment protégées, leur usage sera immédiatement interdit. Leur utilisation ultérieure sera subordonnée à une autorisation préfectorale spéciale qui ne pourra être accordée qu'après avis favorable de l'autorité sanitaire.

— *Piscines ouvertes au public*

Art. 62. — Les piscines ouvertes au public ne seront autorisées qu si elles répondent aux prescriptions suivante :

La disposition des lieux devra être telle qu'il soit impossible de pénétrer directement sur le trottoir qui borde la piscine.

Un système de douches et de pédiluves sera installé où passeront obligatoirement les baigneurs avant de pénétrer dans la piscine.

L'eau devra, après épuration par filtration, ou par tout autre procédé équivalent, être désinfectée par un procédé qui permette d'assurer d'une façon constante l'absence de germes pathogènes. Les exploitants seront astreints à toutes précautions utiles pour éviter tous dangers que le bain en piscine peut faire courir à la population. Il leur est ordonné de s'assurer que l'eau des piscines qu'ils exploitent est saine et d'en faire la déclaration à l'autorité sanitaire.

Il devra exister un local permettant éventuellement l'examen sanitaire des baigneurs, une installation de désinfection pour les costumes de bains et des lavabos et water-closets en nombre suffisant.

Les piscines ouvertes au public devront être réapprovisionnées en eau neuve au moins une fois par semaine ; elles seront vidangées et nettoyées au moins une fois par mois.

TITRE III

Denrées alimentaires

Art. 36. — L'étalage à l'air libre, à l'extérieur des magasins de vente, des produits alimentaires ne subissant pas la cuisson, est interdit.

Les sucreries, crèmes, fromages, beurres, fruits séchés, gâteaux, etc., devront être renfermés dans des bocaux, cases, globes, cloches, boîtes vitrées ou méta liques, etc.

Les commerçants ambulants et ceux des marchés publics sont tenus de prendre les mêmes précautions.

Les aliments cuits préalablement à a vente et destinés à être consommés dans l'état où ils sont mis en vente ne devront jamais être exposés aux étalages à l'air libre à l'extérieur des magasins de vente.

Les commerçants qui vendent des produits alimentaires sont tenus de mettre à la disposition de leur personnel, dans un local facilement accessible, et au voisinage immédiat du magasin de vente, de l'eau et du savon pour le lavage des mains.

L'entrepôt, le transport ou la livraison à domicile des aliments doivent être entourés des précautions nécessaires pour les mettre à l'abri de toute souillure.

Il est interdit de déposer des substances destinées à l'alimentation humaine, et notamment du pain, sur le sol, sur les paillassons aux portes des habitations ou à la portée des animaux.

TITRE IV

Protection contre les matières usées
Logement des animaux

Art. 64. — Les écuries, bouveries, bergeries, porcheries, etc., seront efficacement ventilées, efficacement éclairées et pourvues d'un plancher haut entièrement étanche et isolant. Elles seront complètement séparées des pièces destinées à l'habitation (1).

Les murs seront imperméabilisés intérieurement jusqu'à 1 m. 50 à partir du sol et blanchis à la chaux vive dans le reste de leur hauteur, ainsi que le plafond.

Leur sol, également imperméable, devra avoir une pente convenable facilitant l'écoulement des liquides au caniveau d'évacuation et à la fosse à purin.

La hauteur sous plafond sera au moins de 2 m. 50 pour les étables et les porcheries, pouvant être ramenée à 2 m. 25 dans les pays froids, de 3 mètres pour les écuries et les bergeries. Des précautions seront prises pour empêcher l'introduction et la pullulation des mouches et pour assurer leur destruction.

Celliers, pressoirs, locaux de cuvage

Art. 65. — Les celliers, pressoirs et locaux de cuvage seront bien éclairés et aérés.

Mares

Art. 66. — La création des mares ne peut se faire sans une autorisation du maire.

Les mares, abreuvoirs et fossés à eau stagnante seront éloignés des habitations : ils seront curés une fois par an ou comblés s'ils sont nuisibles à la santé publique,

En aucun cas le déversement des eaux usées,

(1) Il est recommandé de prévoir une surface d'éclairement toujours supérieure au 1/20e de la surface des locaux.

de quelque nature qu'elles soient, n'y sera toléré. Il est défendu d'étaler les vases provenant de ce curage auprès des habitations.

Lavoirs

Art. 67. — Les lavoirs seront largement aérés. Les revêtements de leurs parois seront lisses et imperméables. Le sol aura des rigoles d'écoulement pour les eaux. Ces eaux seront canalisées jusqu'en un point où elles ne seront plus susceptibles de nuire. Les bassins des lavoirs seront étanches, tenus avec la plus grande propreté, vidés, nettoyés et désinfectés au moins une fois par mois.

Fumiers

Art. 68. — Les fumiers des écuries, vacheries, bouveries, bergeries et porcheries seront évacués aussi souvent qu'il sera nécessaire pour qu'ils ne causent aucune nuisance.

Il est formellement interdit de les accumuler et de les laisser séjourner en bordure de la voie publique, contre les habitations et tous établissements publics ou à proximité des sources, des captages d'eau, des puits, des citernes et du littoral maritime.

En attendant leur utilisation, on devra les déposer sur des aires étanches convenablement disposés pour l'évacuation des liquides à la fosse à purin.

Toutes mesures nécessaires seront prises pour empêcher la pullulation des mouches et des phlébotomes.

Tout dépôt de fumier, quelle qu'en soit l'importance, sera supprimé s'il est reconnu susceptible de nuire à la santé publique.

Les fosses à purin seront construites en maçonnerie, rendues complètement étanches et vidangées comme les fosses d'aisances.

Le contenu des fosses à purin pourra être utilisé pour l'épandage agricole loin des habitations. Il ne sera jamais déversé sur des légumes ou sur des fruits susceptibles d'être consommés crus.

Les fosses dont l'insalubrité serait constatée devront être immédiatement réparées, reconstruites ou supprimées.

Tout écoulement des purins dans les caniveaux de rue, sur la voie publique ou ses dépendances ou dans les cours d'eau, sources ou mares, dans les puisards, bétoires et carrières abandonnées ou non, est formellement interdit.

TITRE V

Mesures de salubrité générale. — Vidanges, ordures ménagères, gadoues, dépôts de pulpes, drèches, marcs et autres résidus fermentescibles

Art. 69. — Il est interdit de déverser directement dans les cours d'eaux, lacs et étangs, dans la mer et de déposer sur leurs rives, des matières de vidanges, ordures ménagères, gadoues, immondices, huiles, mazout, pétroles et dérivés et, en général, toute substance qui serait de nature à constituer une cause d'insalubrité.

Cette interdiction ne s'applique pas au déversement d'eaux usées et de matières excrémentielles, qui ont fait l'objet d'un traitement conforme aux lois et règlements en vigueur et approuvé par l'autorité sanitaire.

Art. 70. — Sans préjudice de l'application de la loi du 19 décembre 1917, modifiée et complétée par la loi du 20 avril 1932, relative aux établissements dangereux, insalubres et incommodes, les dépôts de matières de vidanges, ordures ménagères, gadoues, immondices, feuilles, marcs de raisins et autres résidus fermentescibles seront soumis aux dispositions ci-après.

Art. 71. — Le transport des matières, visées à l'article précédent devra être opéré dans des conditions telles qu'il n'en résulte aucune nuisance pour la santé publique.

Les vidanges seront transportées en récipients parfaitement étanches. Les autres matières ne pourront être transportées et circuler sur les routes et chemins que dans des voitures à parois pleines au moins jusqu'en haut des ridelles. Ces voitures seront au moins bâchées. Elles ne devront laisser échapper aucune partie de leur contenu.

Les véhicules aussitôt chargés devront se rendre directement au point de destination. Il leur est interdit de stationner sur auc. ne place, rue, route ou chemin.

Art. 72. — Les dépôts des matières visées au présent titre devront être éloignés des habitations, routes et chemins et mis à l'abri des mouches. Ils seront établis sur des aires étanches avec rebords étanches à moins qu'il ne soit reconnu par l'autorité sanitaire que la nature du sol et des dépôts n'exige pas cette prescription (1).

Tout dépôt qui constituera une cause d'insalubrité sera supprimé.

Il est interdit de déverser des urines, de déposer des matières fécales sur le sol, dans les dépendances et au voisinage des habitations, et sur les routes et chemins.

Art. 73. — Les dépôts de boues, d'immondices, d'ordures ménagères, de gadoues faits en vue d'une utilisation immédiate sur des terrains de culture, et à l'exclusion de cession à des tiers, ne pourront être établis qu'après une déclaration préalable faite à la mairie. Aucun de ces dépôts ne pourra avoir un volume supérieur à 2.000 mètres cubes.

Ces dépôts ne seront jamais faits dans une carrière ou dans toute autre excavation, ni à proxi-

(1) L'étanchéité pourra être obtenue, par exemple, avec une couche d'argile damé suffisamment épaisse.

mité de puits, sources, cours d'eau, baignades, plages, parcs à coquillages.

Ils ne pourront être établis à moins de 5 mètres des routes et autres chemins et de 200 mètres de toute habitation existante.

Tous ces dépôts devront être complètement recouverts, aussitôt après les déchargements faits dans une journée, par une couche de terre meuble ou autres matières inertes d'au moins dix centimètres d'épaisseur.

Art. 74. — Aucun triage ou chiffonnage ne devra être fait sur les dépôts d'ordures ménagères quels qu'ils soient.

Art. 75. — L'utilisation culturale des boues, immondices, ordures ménagères, gadoues, ne pourra avoir lieu qu'au fur et à mesure des besoins ; ces matières devront être enfouies par un labour assez profond effectué dans les premiers jours suivants.

Art. 76. — Les déchargements et déversements des matières de vidanges, en quelque lieu que ce soit, sont formellement interdits, sauf s'ils sont effectués dans des citernes étanches et couvertes ou dans des usines de traitement dont le fonctionnement aura été préalablement autorisé par l'autorité préfectorale, conformément à la loi du 19 décembre 1917 modifiée visée à l'article 70 ci-dessus.

Art. 77. — Toutefois la distribution et la répartition non massive des matières de vidanges, à la surface des terres labourables, pourront être tolérées si elles sont faites à une distance de 200 mètres au moins de toute habitation, et à une distance suffisante de tous cours d'eau, sources, puits, baignades plages, parcs à coquillages, routes et chemins, pour qu'il n'en résulte aucun inconvénient au point de vue de l'hygiène publique.

Toute opération de cette nature doit faire l'objet au préalable d'une déclaration à la mairie par l'exploitant.

Les matières seront répandues uniformément sur le sol à l'aide de dispositifs appropriés, puis enfouies profondément par un labour dans les premiers jours suivants.

Le stationnement sur les routes et chemins des véhicules transportant des matières de vidanges est formellement interdit ; le stationnement de ces véhicules ne pourra être toléré que sur des chemins ruraux ou d'exploitation à la condition qu'il ait lieu à une distance d'au moins 100 mètres des habitations.

Art. 78. — Les opérations prévues aux articles du présent titre sont formellement interdites sur tous les terrains où sont cultivés des fruits, légumes et salades poussant à ras de terre et destinés à être consommés crus.

Ces opérations pourront être interdites par le préfet, après avis du Conseil départemental d'hygiène, dans des zones délimitées autour des agglomérations, cours d'eau, aqueducs, sources, mares, points d'eau, baignades, plages, zones littorales, parcs à coquillages, etc.

Balayage. — Nettoiement

Art. 79. — Dans les agglomérations où le balayage n'est pas assuré par les municipalités, les habitants sont tenus, aux jours et heures fixés par le maire, de balayer, après arrosage, le sol du devant de leur maison, de leur magasin, de tout bâtiment, du mur de clôture et des cours ou jardins en bordure de la voie publique.

Art. 80. — Les ordures ménagères seront obligatoirement réunies dans des récipients métalliques étanches et clos dont l'enlèvement sera assuré par les soins de l'autorité municipale.

Art. 81. — Les modalités et, éventuellement, les cahiers des charges, réglant les conditions d'enlèvement des vidanges, ordures ménagères, gadoues ou immondices de toutes sortes, devront être soumis à l'approbation de l'autorité préfectorale. L'approbation devra obligatoirement porter sur le matériel d'enlèvement, la destination des immondices et la surveillance du service par l'autorité sanitaire.

Art. 82. — Il est interdit de secouer ou de battre aux fenêtres ou sur la voies publique, des torchons, tapis, objets de literie, etc., en dehors des heures réglementaires. Il est interdit de balayer à sec les cours, corridors, allées, escaliers et en général, toutes les parties communes des maisons comportant plusieurs locataires ou dont les portes sont ouvertes sur la voie publique. La même interdiction est applicable aux locaux ouverts au public, aux heures où celui-ci y est admis.

Le nettoyage des murs ou des plafonds, le râclage des poussières doivent s'effectuer en prenant des précautions efficaces pour éviter la dispersion des poussières. Le battage des paillassons, tapis de pieds, tentures, est interdit en dehors des lieux et des heures réglementaires.

Art. 83. — Il est interdit de cracher à terre dans les rues, les promenades, les endroits publics, les voitures publiques.

Les véhicules des services de transport en commun devront, s'ils effectuent un service journalier, être nettoyés au moins une fois par jour et le plancher devra en être lavé.

Animaux morts

Art. 84. — Il est interdit de jeter les cadavres d'animaux morts sur la voie publique ainsi que dans les mares, rivières, abreuvoirs, gouffres et bétoires ou de les enterrer au voisinage des habitations, des puits ou des abreuvoirs.

Destruction des rats

Art. 85. — Les propriétaires d'immeubles devront faire boucher toutes les ouvertures acci-

dentelles ou susceptibles de donner accès aux rats. Lorsque la présence de rats aura été constatée dans un immeuble, le propriétaire sera tenu de prendre sans délai les mesures qui lui seront prescrites par l'autorité sanitaire.

Défense contre les moustiques

Art. 86. — Les bassins d'ornement et d'arrosage, les vases ornementaux vides, les abreuvoirs pour animaux petits et grands, les gouttières, etc., doivent être vidés complètement une fois par semaine.

Les bassins de relai des eaux de distribution doivent être recouverts d'une toile métallique fine inoxydable, à mailles de un millimè re.

Les citernes inutilisées seront supprimées. Les citernes seront séparées du tuyau de chute par un siphon ; le tuyau d'aération sera garanti par une toile métallique fine inoxydable à mailles de un millimètre.

Une toile métallique fine inoxydable à mailles de un millimètre garnira le tuyau d'aération des fosses d'aisance.

TITRE VI

Surveillance des ouvrages et installations concernant les eaux potables et les eaux et matières usées

Art. 87. — Indépendamment des prescriptions égales sur la protection des eaux potables, notamment sur la surveillance des périmètres de protection, et de la législation en vigueur sur les établissements classés, le contrôle sanitaire s'exercera sur les ouvrages et installations destinés à capter, à traiter, à recevoir ou à conduire des eaux d'alimentation, ainsi que sur les ouvrages et installations destinés à recevoir, collecter, éloigner et traiter les eaux et matières usées.

Pour l'application du présent article, les eaux minérales naturelles pourront être considérées comme eaux potables par arrêté du ministre de la Santé publique après avis de l'Académie de médecine.

Etablissements classés

Art. 88. — Indépendamment de la législation en vigueur sur les établissements classés, il est formellement interdit d'aménager ou d'exploiter des tueries particulières dans les stations climatiques, touristiques, balnéaires ou uvales.

Les tueries particulières existant à l'heure actuelle dans lesdites stations devront, dans un délai de trois ans à dater de la promulgation du présent arrêté, être transférées hors des agglomérations.

TITRE VII

Habitation collective dans les lieux ou locaux destinés aux vacances, au repos, aux loisirs, aux sports, à la vie saine, etc.

Art. 89. — L'habitation collective, même temporaire, dans les *installations, camps, et d'une* manière générale en tous lieux ou en tous locaux destinés aux vacances, au repos, aux loisirs, aux sports, à la vie saine, loin des agglomérations, ne sera permise que si lesdites installations ont été autorisées par le préfet, sur le vu d'un rapport favorable établi par l'inspecteur départemental d'hygiène, après une enquête sur place qui portera sur les conditions d'emplacement, d'installation, de logement ou de campement, de ravitaillement, d'approvisionnement en eau potable, d'évacuation des eaux et matières usées, etc...

Ces installations pourront, en tous temps, être visitées par l'autorité sanitaire qui prescrira toutes les mesures jugées utiles pour remédier aux défectuosités constatées, et qui en poursuivra l'exécution conformément aux dispositions du présent règlement, ou, s'il y a lieu, dans les formes prévues à l'article 12 de la loi du 15 février 1902.

La demande d'autorisation précisera la durée annuelle totale et le nombre de journées successives d'utilisation.

TITRE VIII

Prophylaxie des maladies transmissibles astreintes à la déclaration obligatoire ou facultative

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Art. 90. — En vertu de l'article 4 de la loi du 15 février 1902, et conformément à l'article 1er du décret du 10 février 1903, les précautions à prendre pour prévenir ou faire cesser les maladies transmissibles sont déterminées, notamment en ce qui concerne l'isolement du malade et la désinfection, dans les conditions fixées par les articles ci-après :

Ces mesures sont applicables également sur la demande des familles, des chefs de collectivités publiques ou privées, des administrations hospitalières ou des bureaux d'assistance, après entente avec les intéressés.

Isolement

Art. 94. — Toute personne atteinte d'une des maladies visées à l'article qui précède sera isolée de telle sorte qu'elle ne puisse propager cette maladie par elle-même ou par ceux qui sont appelés à la soigner.

L'isolement sera pratiqué soit à domicile, soit dans un local spécialement aménagé à cet effet, soit à l'hôpital.

Art. 92. — Jusqu'à la disparition complète de tout danger de transmission, on ne laissera approcher du malade que les personnes s'étant astreintes à prendre les mesures nécessaires pour éviter la propagation de la maladie.

Transport des malades

Art. 93. — Le transport du malade sera effectué par une voiture spéciale qui devra être désinfectée après le voyage.

Dans le cas où, à défaut de voiture spéciale, il serait fait usage d'une voiture publique ou privée, ce véhicule devra être désinfecté immédiatement après le transport, sous la responsabilité de ses propriétaires et conducteurs, qui pourront exiger un certificat de désinfection.

Art. 94. — Il est interdit à toute personne atteinte d'une des maladies transmissibles visées aux articles ci-dessus de pénétrer dans une voiture affectée au transport en commun.

Désinfection

Art. 95. — La désinfection, c'est-à-dire la destruction des germes pathogènes, devra être faite par un procédé reconnu efficace par le Conseil supérieur d'hygiène.

Art. 96. — Il est interdit de déverser aucune déjection ou excrétion (crachats, matières fécales, urines, etc.) provenant d'un malade atteint d'une affection transmissible, sur les voies publiques ou privées, dans les cours, dans les jardins, sur les fumiers, dans les cours d'eau, mares ou étangs (ainsi que sur le littoral maritime ou dans les bassins des ports). La même interdiction est faite pour le déversement des eaux de bains et de toilette de ces malades.

Les déjections ou excrétions seront recueillies dans des vases spéciaux ; elles seront désinfectées et exclusivement déversées dans les cabinets d'aisances ou leurs conduits d'évacuation.

Art. 97. — Pendant toute la durée d'une maladie transmissible, les objets à usage personnel ou domestique du malade et des personnes qui l'assistent, de même que tous objets contaminés ou souillés, seront désinfectés.

Art. 98. — Il est interdit, sans désinfection préalable, de jeter, secouer ou exposer aux fenêtres aucun linge, vêtement, objet de literie, tapis ou tentures, etc., ayant servi au malade ou provenant de locaux occupés par lui.

Art. 99. — Le nettoyage de la pièce et des objets qui la garnissent se fera exclusivement, pendant toute la durée de la maladie, à l'aide de linges, étoffes, tissus ou substances imprégnées de liquides antiseptiques.

Art. 100. — Il est interdit d'envoyer sans désinfection préalable, aux lavoirs publics ou privés ou aux blanchisseries des linges et effets contaminés ou souillés.

Dans le cas où le lavage de ces objets y aurait été néanmoins pratiqué par erreur où pour toute autre cause, le propriétaire du lavoir ou de la blanchisserie devra se conformer aux prescriptions de l'autorité sanitaire, ceci sans préjudice des mesures prévues par le Code du travail et la législation des établissements classés.

Il est interdit d'envoyer, sans désinfection préalable aux établissements industriels qui pratiquent le cardage ou l'opération dénommée épuration, des matelas, literie, couvertures, tapis, etc., ayant servi à des malades atteints de maladies transmissibles.

Il est interdit de mettre en contact à aucun moment des objets désinfectés et les objets à désinfecter.

Art. 101. — Les locaux occupés par le malade seront désinfectés aussitôt après son transport en dehors de son domicile, sa guérison ou son décès.

L'exécution de cette prescription pourra être constatée par un certificat délivré aux intéressés par l'autorité sanitaire sur leur demande. Ce certificat désignera les locaux désinfectés, sans mentionner ni le nom du malade, ni la nature de la maladie.

Art. 102. — La désinfection sera pratiquée soit par les services publics, soit par les particuliers, dans les conditions prescrites par l'article 7 de la loi du 15 février 1902.

Art. 103. — Les appareils de désinfection employés dans toute commune à la désinfection obligatoire sont soumis à une surveillance permanente exercée par le service départemental d'hygiène.

Art. 104. — Le malade ne devra effectuer sa première sortie qu'après avoir pris les précautions de propreté et de désinfection prescrites par l'autorité sanitaire.

Dans le cas où il sortirait d'un établissement hospitalier, pour quelque motif que ce soit, avant que tout danger de contamination ait disparu, avis devra en être donné immédiatement dans les mêmes conditions que la déclaration de maladie, en précisant le lieu où le malade a déclaré se rendre.

Art. 105. — Les enfants ne pourront être réadmis à l'école, soit publique, soit privée, que sur certificat affirmatif du médecin traitant constatant que le risque de contagion a disparu et que toutes prescriptions réglementaires ont été prises au préalable.

Cadavres

Art. 106. — Les cadavres des personnes mortes de maladies transmissibles seront isolés immédiatement et les dispositions nécessaires seront prises pour assurer la mise en bière et l'inhumation, en exécution du décret du 27 avril 1889.

Refuges et asiles

Art. 107. — Dans les établissements publics ou privés recueillant, à titre temporaire ou permanent, des personnes sans asile, les vêtements et effets à usage de celles-ci seront aussitôt désinfectés ou tout au moins désinsectisés.

Le nettoyage du matériel et des locaux de ces établissements sera pratiqué chaque jour, pour toute la partie du matériel ayant servi aux réfugiés et des locaux qu'ils ont occupés.

Logements garnis

Art. 108. — Tout local meublé totalement ou partiellement destiné à la location sera placé sous la surveillance de l'autorité sanitaire, pour l'application, conjointement avec le maire, des dispositions de l'article 2 de la loi du 19 juillet 1924.

Il est interdit d'héberger des hôtes dans les locaux ne remplissant pas les conditions prescrites par le présent règlement sanitaire ou de leur louer ou sous-louer des locaux.

Il est également interdit de leur louer ou sous-louer des locaux ayant été occupés, même partiellement ou temporairement, par des personnes atteintes de maladies transmissibles, si ces locaux n'ont pas été désinfectés dans les conditions prévues au présent règlement.

La surveillance des services d'hygiène portera non seulement sur les locaux, mais aussi sur les objets mobiliers.

TITRE IX

Pénalités

Art. 109. — Les contraventions aux dispositions du présent règlement seront poursuivies, conformément à l'article 27 de la loi du 15 février 1902, et passibles des pénalités prévues, tant par cet article que par l'article 471 du Code pénal, sans préjudice de l'application des articles 28, 29 et 30 de la loi précitée, ainsi que des contraventions dites de grande voierie qui leur seraient applicables et des sanctions prévues par les articles 7, 9 et 10 du décret-loi du 30 octobre 1935 sur la « protection des eaux potables et des établissements ostréicoles ».

TITRE X

Dispositions diverses

Art. 110. — Il ne pourra être dérogé aux dispositions du présent règlement sanitaire que dans des cas exceptionnels et sur autorisation préfectorale, après avis conforme de l'autorité sanitaire. Dans le cas de dérogation, les intéressés devront prendre l'engagement écrit de se conformer aux prescriptions qui leur seront ordonnées. Toute contravention emportera déchéance complète de cette autorisation, sans préjudice des sanctions prévues par le décret-loi du 30 octobre 1935 et l'article 109 du présent règlement.

Les dispositions du présent règlement sont immédiatement exécutoires, à moins que le préfet n'ait, par arrêté spécial, fixé des dates d'application pour certaines dispositions spécialement désignées.

Art. 111. — Le secrétaire général, les sous-préfets, l'inspecteur départemental des services d'hygiène ou ses adjoints et les directeurs des bureaux municipaux d'hygiène, les maires, commissaires et agents de police, ainsi que la gendarmerie et la gendarmerie maritime sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 1er avril 1937.

Henri Sellier.

(*J. O.*, 24 avril 1937.)

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers

— **Concours de chirurgien des hôpitaux.** — *Total des points obtenus* : MM. Gosset, 98 ; Sauvage, 95 ; Padovani, 91 ; Longuet, 91.

Sont nommés chirurgiens des hôpitaux : MM. Gosset, et Sauvage.

— **Concours d'accoucheur des hôpitaux.** — *Total des points obtenus* : MM. Seguy, 145 ; Lepage, 143.

Sont nommés accoucheurs des hôpitaux : MM. Seguy et Lepage.

— **Concours de médecins des hôpitaux.** — *Deuxième Concours de nomination.* — Total de points obtenus : MM. Launay, 40 ; Lenègre, 40.

Sont nommés médecins des hôpitaux : MM. Launay, et Lenègre.

— **Concours d'électro-radiologiste des hôpitaux.** — Epreuve de nomination. — Epreuve d'interprétation de clichés radiologiques. *Ont obtenu* : M. Stuhl, 13 ; Mme Baude, 11 ; MM. Brunet, 13; Peuteuil, 14 ; Codet, 9.



REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— Voyage d'études médicales à Vichy. — Selon une heureuse tradition, les élèves du cours de perfectionnement d'hydro-climatologie de M. le Professeur Maurice Villaret viennent de visiter la station de Vichy.

Cet important voyage d'études médicales avait à sa tête M. le Professeur Villaret, entouré du Professeur agrégé Justin-Besançon, du Professeur Lavier, de la Faculté de Lille, et du Docteur Deval. Elle comprenait un groupe de médecins représentant dix pays différents : le Canada, la Colombie, l'Egypte, l'Indochine, l'Iran, la Grèce, le Mexique, le Portugal, la Tchécoslovaquie, la Tunisie et de très nombreux internes et externes des hôpitaux de Paris.

La visite des installations thermales commença par le Laboratoire de recherches hydrologiques, dirigé par le Docteur Lescœur qui fit part à ses confrères de ses travaux et des résultats de ses recherches. Ce fut ensuite la réception par la Société des sciences médicales dans la vaste salle de conférences récemment aménagée avec bibliothèque attenante. M. le Docteur Binet, président, souhaita une cordiale bienvenue aux distingués hôtes de la station ; puis dans une causerie très appréciée, il fit un bref historique de Vichy et donna d'intéressantes précisions sur ses différentes sources ainsi que sur les indications de la cure. Après lui, M. le Professeur Villaret fit à ses élèves la dernière conférence de son cours d'hydro-climatologie.

Un banquet offert par la Compagnie fermière et présidé par M. Normand, directeur administratif, a réuni dans les salons de l'hôtel du Parc les membres du voyage d'études médicales et quelques personnalités du Corps médical de Vichy. Au champagne, des discours furent prononcés par MM. A. Normand, le Docteur Binet, des médecins étrangers au nom de leurs nations respectives et le Professeur Villaret. Après le banquet une conférence fut faite par le Professeur agrégé Justin-Besançon ; puis se poursuivit la visite des installations thermales : Grand établissement et ses divers services parmi lesquels ceux de cataplasmes de boues, transformés et considérablement augmentés cette année ; Sources de l'Etat, Sporting-club de Vichy, splendide domaine aux magnifiques terrains de golf et courts de tennis ; ateliers d'embouteillage et d'expéditions des eaux minérales Vichy-Etat ; enfin, Etablissement de deuxième classe « bains Callou ».

Au cours de leur visite, les membres du voyage d'études médicales manifestèrent à plusieurs reprises toute leur admiration pour les perfectionnements modernes apportés dans toutes ces installations.

— Croisière médicale en Grèce sous les auspices de l'Umfia ou Union médicale latine. — Sous le patronage de S. Exc. Politis, envoyé extraordinaire et Ministre plénipotentiaire de Grèce à Paris, de MM. les Professeurs Achard, J.-L. Faure, de l'Institut, Lenormant ; Souques, de l'Académie de médecine ; Le Mée ; MM. les doyens Lépine, de Lyon, Euzière, de Montpellier, Bardier, de Toulouse, Mauriac, de Bordeaux, M. le Prof. Portmann, sénateur : du 20 août au 3 septembre aura lieu une croisière en Grèce, qui sera sous la présidence d'honneur et la direction spirituelle de M. le Prof. Laignel-Lavastine, et la présidence du Prof. Legrain, membre du Conseil supérieur de l'Hygiène, et du Docteur Dartigues, président-fondateur de l'Umfia.

Cette croisière se propose de faire visiter dans un périple des plus intéressants, en particulier Ithaque, Katakolo, Le Pirée, Athènes, Cos, Nauplie, Thassos, Skyros, Myconos, Delphes, Corfou, etc.... En hommage à Hippocrate, la croisière se rendra à l'île de Cos où est né Hippocrate. Ce voyage comprendra l'aller à Venise ; voyage en mer de Venise et retour à Venise, et ensuite Paris.

Des conférences seront faites au cours de cette croisière, en particulier par M. le Prof. Laignel-Lavastine et des hellénisants.

Les prix comprennent tous les frais de voyage, du port d'embarquement (Venise) au port de débarquement (Venise) ; ils sont de 1.400 francs pour les étudiants, et ils s'échelonnent de 2.300 francs à 5.600 francs pour les cabines de luxe. Il sera accordé une réduction de 5 % aux membres de l'Umfia.

Le voyage aura lieu sur le bateau l'Hellas.

Il est projeté, après avoir été aux différents lieux hippocratiques, Epidaure, Olympie, de poser à Athènes, si la chose est possible, la première pierre de la Maison d'Hippocrate.

Les membres médicaux de la croisière seront reçus par le Délégué général de l'Umfia à Athènes, le Docteur Macridès, directeur du Service sanitaire de la Ville d'Athènes, entouré de nombreuses personnalités grecques et de nombreux praticiens, entr'autres les Docteurs Théodoridès, de Loverdo, membres très actifs de l'Umfia en Grèce.

Pour tous renseignements, s'adresser au Docteur Dartigues, président de l'Umfia ou Union médicale latine, 81, rue de la Pompe, Paris XVI[e], ou au Voyage en Grèce, 4, rue de l'Echelle, Paris I[er].

— Thèses de la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux. — Lundi 12 avril. — Jury : MM. Carles, Leuret, De Grailly, Dervillée. — M. Castet : Etats pathologiques justiciables du traitement par le chlorhydrate de choline. — Jury : MM. Andérodias, Leuret, Pery, Faugère. — M. Subert : Le B. C. G. présente-t-il des inconvénients pour le nouveau-né dans les premiers jours qui suivent son application ?

Vendredi 16 avril. — Jury : MM. Leuret, Dupérié, Piéchaud, Dervillée. — M. Batac : Le pneumothorax bilatéral.

Le Gérant : R. Thiron

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

celui de Mme X. sera de 456 francs + 10 % environ des frais de gestion.

Il vous faudra préalablement subir un examen médical devant deux confrères que nous vous désignerons, produire votre bulletin de mariage et le bulletin de naissance de Mme X.

J'espère avoir le plaisir de vous compter bientôt parmi nos adhérents et vous prie mon cher confrère, etc.....

Le Secrétaire général,
G. LAVALÉE.

ASSURANCES SOCIALES

3.678. — Affection antérieure à la prise d'effet de l'assurance

Est-il exact qu'une Caisse d'assurances sociales puisse refuser les prestations médico-pharmaceutiques à une femme d'assuré social pour une maladie chronique incurable dont elle était atteinte avant l'inscription de son mari à la Caisse ?

Dr P.

Réponse

En vertu des principes généraux, un contrat d'assurance ne saurait garantir une éventualité déjà réalisée avant son point de départ. Ces principes sont applicables en matière d'assurances sociales et il en résulte qu'un assuré ou que le conjoint d'un assuré social ne saurait prétendre aux prestations de l'assurance-maladie pour une affection antérieure à la prise d'effet de l'assurance, c'est-à-dire soit la promulgation de la loi, soit l'immatriculation de l'intéressé. Cette règle n'est posée par aucun texte de la loi de 1928-1930 ou du décret-loi du 28 octobre 1935. Mais elle n'est contestée ni par la doctrine, ni par la jurisprudence. Elle est reconnue notamment par une réponse ministérielle n° 2381, parue au *Journal Officiel* du 12 janvier 1934, et par une décision du Tribunal civil d'Avesnes en date du 25 octobre 1934.

Toutefois, ce principe ne saurait s'appliquer rigoureusement, car il conduirait dans bien des cas, à des solutions injustes et aboutirait à priver des prestations des assurés qui ne seraient pas nés après la mise en application de la loi. On doit au contraire limiter les conséquences de cette règle par l'application de la théorie de la rechute telle qu'elle résulte de l'art. 6, parag. 13 du décret-loi du 28 octobre 1935. Autrement dit, on devra considérer comme maladie nouvelle ouvrant droit, en conséquence, aux prestations de l'assurance toute période d'activité d'une même affection survenant plus de deux mois après la fin de la période antérieure et dont la première constatation médicale aura lieu postérieurement à l'immatriculation dans l'assurance.

En l'espèce, puisqu'il s'agit d'une malade

atteinte d'une maladie incurable, il ne peut être question de guérison médicale ou scientifique ; mais l'intéressé peut prétendre aux prestations pour toute période aiguë de cette affection chronique et séparée de la précédente par une période de stabilité de plus de deux mois.

Ce point a été reconnu par la réponse ministérielle précitée et est conforme aux règles générales de l'assurance-maladie. Si donc, votre cliente se trouve dans les conditions requises et se voit néanmoins opposer un refus par sa Caisse, elle doit saisir du litige la Commission d'arrondissement par lettre recommandée adressée à son président au Greffe du Tribunal civil, dans les dix jours de la notification du refus.

3.964. — Défaut d'immatriculation aux Assurances sociales

Je soigne un employé garagiste dont le patron n'a pas versé un centime aux Assurances sociales et l'employé pas davantage.

Comment peuvent-ils s'en tirer sans encourir le risque d'une amende, du moins le patron ?

Peuvent-ils faire un rappel et se faire immatriculer.

Dr L.

Réponse

D'après la loi, les formalités de déclaration et d'immatriculation des assujettis obligatoires aux Assurances sociales incombent non pas à l'ouvrier mais bien au patron qui est pénalement responsable au cas où il contreviendrait à ses obligations.

Toutefois cette peine qui consiste en une amende, ne peut lui être appliquée que s'il a refusé de s'acquitter après avoir été régulièrement mis en demeure par l'Administration. Si donc en l'espèce aucune mise en demeure n'est intervenue, le patron peut fort bien s'acquitter des cotisations arriérées majorées des intérêts de retard, en exposant son cas au Service régional des Assurances sociales, sans avoir à craindre aucune pénalité. Il devra faire l'avance, en outre des cotisations patronales, de la cotisation ouvrière qu'il aurait dû précompter sur le salaire de son employé. Il sera naturellement en droit ensuite de se retourner contre ce dernier pour lui en demander le remboursement.

Mais le payement de ces cotisations arriérées même majorées des intérêts de retard, ne saurait ouvrir droit aux prestations de l'assurance pour des risques déjà réalisés lors de ce paiement puisque le précompte de la cotisation ouvrière n'a pas été exercé en temps voulu sur le salaire de l'assuré et que ce précompte constitue la condition *sine qua non* posée par la Cour de Cassation pour ouvrir droit aux prestations de l'assurance de manière rétroactive.

Votre client ne peut donc bénéficier pour l'instant des prestations de l'assurance-maladie.

4.150. — Le plafond journalier des prestations n'est applicable que dans l'agriculture.

Un de mes clients, sérieusement malade a dû être visité par moi une fois par jour pendant quinze jours (crise cardiaque). L'Assurance sociale « l'informe que le total des frais médicaux et pharmaceutiques ne peut excéder 8 francs par jour, de maladie, à partir de la première constatation médicale jusqu'au jour indiqué comme fin de maladie ».

Il me semble exagéré que pour tous les soins nécessités : visites, médicaments cardiaques, etc. il ne puisse être remboursé que de 8 francs par jour. Cette lettre est datée du 12 mai et je n'ai signé la fin de maladie que le 14 mai.

Veuillez donc me faire connaître si c'est la loi exacte ou si l'assurance n'abuse pas un peu comme cela devient un peu l'habitude. Les Caisses reçoivent bien les cotisations mais quand il s'agit d'une maladie grave elles essayent par tous les moyens d'ergoter.

Dr D.

Réponse

Le décret-loi du 28 octobre 1935 instituant le nouveau régime des Assurances sociales, a supprimé les dispositions instituées par la loi de 1928-1930 en ce qui concerne le plafond journalier des prestations. Il s'ensuit que celles-ci peuvent atteindre le chiffre nécessité par l'état du malade sans que la Caisse puisse opposer aucune limitation.

Mais il n'en est ainsi que pour le régime des Assurances sociales ordinaires. En ce qui concerne au contraire le régime des Assurances agricoles, le décret-loi du 30 octobre s'est borné à prévoir de façon très générale que les sociétés de secours mutuels pratiquant l'assurance maladie servent à leurs adhérents les prestations prévues par leurs statuts. Ces statuts doivent être conformes à un modèle établi par le Ministre du Travail dans son arrêté du 3 mars 1937.

Or, en vertu de l'art. 8, parag. 2 de cet arrêté pour les maladies ne comportant ni intervention chirurgicale ni hospitalisation, le total des frais médicaux et pharmaceutiques ne pourra, sauf si le déplacement du médecin est nécessaire ou si la maladie exige un traitement spécial, excéder par journée de maladie la somme de 8 francs.

S'il s'agit en l'espèce d'un assuré agricole la Caisse est donc en principe dans son droit en imposant cette limitation journalière des prestations. Toutefois des dérogations à ce plafond sont formellement prévues par l'arrêté : l'application de ce plafond doit être écartée lorsque le déplacement du médecin est nécessaire et lorsque la maladie exige un traitement spécial.

En cas de contestation entre l'assuré et la Caisse sur la nécessité de ce déplacement ou d'un traitement spécial, le différend doit être soumis à la Commission technique des trois médecins prévue par l'art. 8 paragr. 3 du décret-

loi du 28 octobre 1935. Cette Commission technique est saisie par lettre recommandée adressée par l'intéressé au Greffier du Juge de paix de son domicile. S'il ressort des conclusions de la Commission technique que l'une de ces deux conditions se trouvait remplie en l'espèce et si la Caisse refuse de s'incliner devant ces conclusions, l'assuré devrait saisir du litige la Commission d'arrondissement du siège de sa Caisse, par lettre recommandée adressée à son Président au Greffe du Tribunal civil, dans un délai de dix jours à compter de la notification du refus.

4.305. — La pension militaire et la pension d'invalidité ne peuvent être cumulées

J'ai l'honneur de solliciter le renseignement suivant ayant trait aux Assurances sociales invalidité.

Un de mes malades pensionné de guerre pour une affection déterminée A par exemple, s'est vu concéder une pension d'invalidité des deux tiers au titre des Assurances sociales pour une affection B différente de A. L'affection B ne peut être considérée comme résultant d'une aggravation de l'affection A cause de la pension de guerre. La pension de guerre s'élève à la somme de 2.300 francs. De ce fait les montant de l'invalidité accordé par la Caisse des Retraites se trouve réduit à 615 francs avec en marge de la notification « pension militaire supérieure à la pension d'invalidité ».

Il a été tenu compte dans l'appréciation de l'invalidité de l'incapacité résultant de la maladie ou blessure de guerre ayant donné droit à une pension en application de la législation des pensions militaires (si l'invalidité résulte de la cause qui a ouvert le droit à pension).

Or l'invalidité ne semble pas résulter de la cause qui a fait pensionner mon client pour l'affection de guerre A, je serais très heureux de savoir si la notification de la Caisse des retraites présente l'exacte conclusion des états plus haut exposés.

Dr G.

Réponse

La question que vous nous posez est résolue de manière expresse par l'art. 18, parag. 3 et 4 du décret-loi du 28 octobre 1935 instituant le nouveau régime des Assurances sociales.

En vertu de cet article : « En cas d'aggravation de l'état d'invalidité à la suite de maladie ou d'accident, l'incapacité d'origine militaire entre en compte pour la détermination du degré d'invalidité ouvrant droit à la pension d'assurances. Si le degré total d'invalidité atteint au moins 66 pour cent, et si la pension militaire d'invalidité est inférieure à la pension à laquelle l'assuré avait droit en vertu de la loi sur les Assurances sociales, la pension est liquidée pour un montant égal à la différence entre la

pension calculée comme il est dit dans la loi et la pension militaire. »

Puisque, en l'espèce, la pension militaire était supérieure à la pension à laquelle l'assuré avait pu prétendre au titre des Assurances sociales, la Caisse est donc fondée à refuser tout versement au titre d'invalidité à votre client, encore bien que l'affection nouvelle dont il est atteint soit indépendante de celle ayant motivé l'attribution de la pension militaire.

ACCIDENTS

4.221. — La hernie accident du travail

Un de mes clients, jeune homme de 20 ans, non obèse, paroi abdominale plutôt musclée, en soulevant une trémie, a ressenti une douleur dans la région abdominale, para-ombilicale, et est venu me consulter le soir. Il se présentait à ce niveau, une tuméfaction réductible.

La Compagnie d'assurances conteste aujourd'hui l'accident. Pourriez-vous me conseiller et me dire, si l'ouvrier doit attaquer son patron avec quelque chance de succès ?

Dr B.

Réponse

Il résulte de la jurisprudence constante de la Cour de cassation que toute lésion dont le travail, même normal, a été la cause ou l'occasion doit être considérée comme résultant d'un accident au sens de la loi du 9 avril 1898 quel qu'ait été l'état antérieur de la victime, à moins qu'il ne soit établi que l'accident a été complètement étranger à l'incapacité invoquée (voir notamment Cas „ Chambre civile, 9 janvier 1934. *Le Droit Ouvrier*, 1934, p. 442). En définitive, pour qu'il y ait accident mettant en cause la responsabilité patronale, il est nécessaire et suffisant qu'un traumatisme ou toute autre cause extérieure survenue au lieu et au temps du travail fasse apparaître, décèle ou révèle un mal jusque-là latent et ait une répercussion sur son évolution. Le chef d'entreprise ou l'Assurance substituée ne peut s'exonérer de sa responsabilité qu'à la condition d'établir que la lésion provient uniquement de l'état antérieur de la victime et c'est à lui qu'incombe la charge de cette preuve.

Ces principes sont applicables intégralement au cas de hernie survenant durant le travail. Il a été ainsi décidé par la Cour d'appel d'Angers dans un arrêt du 4 décembre 1934 (*Dalloz Hebd.*, 1935-75) « qu'il suffit à l'ouvrier atteint d'une hernie de prouver que cette lésion s'est produite par suite d'un effort au cours du travail ; il est sans intérêt de savoir s'il avait une prédisposition morbide à contracter cette affec-

tion et quel a été le degré et la violence des efforts effectués ».

L'employeur ne peut faire échec à l'action de l'ouvrier qu'en apportant la preuve que la hernie est la conséquence unique et exclusive de son état constitutionnel et que l'accident n'a joué aucun rôle dans son apparition (Cour d'appel de Digne, 12 juin 1935, *Revue générale des Assurances sociales et des Accidents du travail*, janvier 1936).

Nous croyons donc pouvoir conseiller à votre client de ne pas s'incliner devant le refus qui lui est opposé par la Compagnie d'assurances de son patron, mais de la poursuivre devant le Juge de paix du lieu de l'accident, en paiement des indemnités temporaires jusqu'à la date de la consolidation, et d'une rente viagère en cas où il subsisterait une incapacité permanente partielle.

Lorsqu'il aura fait trancher par le Juge de paix l'applicabilité à son cas de la loi sur les accidents du travail, vous serez fondé à actionner le patron ou la Compagnie d'assurances en vertu de l'action directe que vous donne l'art. 4, parag. 4 de la loi du 9 avril 1898, en paiement de vos honoraires calculés d'après le tarif ministériel.

4.414. — Honoraires du médecin représentant une assurance à l'expertise

Au paragraphe 2.802 du 28 avril : honoraires pour expertise, je vous signalerai que le prix admis est la moitié de celui des médecins experts. Le rôle du confrère n'est pas d'être muet, mais de faire un rapport traduisant ses impressions personnelles qu'il a exprimées et pouvant contredire les experts ; il prend l'intérêt de la Compagnie ; celle-ci n'a pas besoin d'un résumé de l'expertise puisqu'elle peut consulter le rapport au greffe. D'autre part les experts n'ont pas à lui communiquer leurs conclusions. Si je me permets ces réflexions, ce n'est pas pour les exprimer d'un ton doctrinal, mais je serai satisfait si j'ai contribué à améliorer des honoraires et à donner une valeur au rôle rempli dans son rapport par le confrère représentant la Compagnie.

Dr F.

4.419. — Les lésions occasionnées par les sels de chrome figurent dans les maladies professionnelles protégées

Voulez-vous avoir l'obligeance de me répondre si les lésions occasionnées par les sels de chrome (bichromate en particulier) rentrent dans le cadre des maladies professionnelles reconnues par la loi sur les accidents du travail ?

Dr G.

Réponse

En vertu du décret du 12 juillet 1936 complétant la loi du 25 octobre 1919 modifiée par celle du 1er janvier 1931 sur les maladies professionnelles bénéficiant de la protection légale, figurent désormais dans la liste de ces maladies : les ulcérations cutanées et nasales engendrées par le bichromate de potassium dans les travaux de fabrication. Ce décret est entré en vigueur le 18 janvier 1937.

Par conséquent si les lésiont dont est actuellement atteint votre client sont postérieures à cette date, il est en droit de demander à son chef d'entreprise le paiement des indemnités temporaires et éventuellement une rente viagère s'il reste atteint d'une incapacité permanente partielle.

Si son état est antérieur au 18 janvier ou si les lésions ne sont pas celles expressément prévues par la loi, il ne peut actionner son chefd'entreprise en vertu de la loi sur les accidents du travail, mais est en droit de lui réclamer des dommages-intérêts, conformément au droit commun, c'est-à-dire aux art. 1382 et suivants du Code civil et notamment à l'art. 1384 qui présume responsable le propriétaire d'une chose des dommages causés aux tiers par son fait. (voir notamment Cour d'appel d'Amiens, 5 février 1936, *Gaz. du Pal.*, 24 avril 1936, arrêté relatif au bichromate de potassium).

QUESTIONS DIVERSES

3.841. — 1° Accident survenu à l'école 2° Prescription des honoraires

A qui incombent les frais médico-pharmaceutiques d'accidents survenus à l'école primaire à deux élèves, dont l'un est heurté par un camarade au cours d'une séance de gymnastique et l'autre tombé en récréation.

Dans les deux cas, les instituteurs étaient présents.

2° Par quelle durée se prescrivent les honoraires médicaux : *a*) lorsqu'il n'y a jamais eu aucun versement effectué ; *b*) lorsqu'après un ou deux versements, le maladé a cessé son paiemnet.

Dr C.

Réponse

1° Jusqu'à maintenant, il résultait de l'art. 1384 du Code civil que les instituteurs et l'Etat lorsqu'il s'agit d'écoles publiques, sont présumés responsables des dommages causés aux tiers par le fait des élèves placés sous leur garde. On en déduisait par conséquent, que les parents d'un enfant blessé à l'école par le fait de l'un de ses camarades étaient en droit de demander à l'instituteur ou à l'Etat représenté par le Préfet du département, réparation du préjudice subi tant par eux-mêmes que par l'enfant.

Il suffisait aux parents d'établir les circons-

tances de fait de l'accident, c'est-à-dire l'intervention d'un autre élève, et l'étendue du préjudice consistant soit en frais médicaux et parmaceutiques, soit dans une incapacité permanente partielle ou totale.

Mais cette question vient d'être modifiée tout récemment par une loi en date du 5 avril 1937 qui a supprimé la présomption de responsabilité instituée par l'art. 1384 précité. Il est nécessaire maintenant pour que la responsabilité des instituteurs ou de l'Etat soit mise en cause, que les parents prouvent que l'accident dommageable est dû à une faute de service et que le fait qui y a donné lieu aurait pu être empêché par l'instituteur incriminé.

Si cette preuve ne peut être faite en l'espèce, et si la chute de l'enfant est due à un mouvement imprévisible de l'un de ses camarades, les responsabilités de l'Etat ou de l'instituteur ne saurait être engagée, et les conséquences de l'accident devraient être supportées par les parents de la victime.

Si, au contraire, il est possible d'établir que les circonstances de cet accident sont dues à une faute, c'est-à-dire une imprudence ou une négligence de l'instituteur, l'Etat est responsable des conséquences de cette faute : en cas de contestation, le litige doit être porté devant les Tribunaux civils et dirigé contre le Préfet du département.

Pour savoir si, en l'espèce, c'est à l'art. 1384 ou à la loi du 5 avril 1937 qu'il faut se référer, il y a lieu de se reporter au jour de l'accident et de rechercher si cet accident est antérieur ou postérieur à la nouvelle législation.

2° En vertu de l'art. 2272 du Code civil, l'action des médecins et chirurgiens pour leurs visites ou opérations se prescrit par deux années. D'après la jurisprudence, cette prescription part non point de la date de chaque acte médical séparé, mais de la terminaison du traitement. Il n'en est autrement que lorsqu'il s'agit d'une maladie chronique et, dans ce cas, la prescription part de l'expiration de chaque période de traitement formant un tout indivisible et séparé de la précédente par une certaine durée.

Mais cette prescription est fondée essentiellement sur une présomption de paiement qui peut être écartée par la preuve contraire apportée selon certaines conditions prévues par l'art. 2275 du Code civil. Cette preuve doit résulter soit d'une reconnaissance expresse émanant du débiteur et énonçant le chiffre de la créance (et dans ce cas la prescription trentenaire se substitue à la prescription biennale), soit du serment déféré par les créanciers au débiteur, soit enfin, par l'aveu exprès ou tacite de ce dernier.

D'après la jurisprudence, cet aveu peut résulter des circonstances de la cause, notamment de la correspondance émanée du débiteur ou la

façon dont il présente sa défense. Il est ainsi admis que le paiement d'un acompte équivaut au moment de son versement à une reconnaissance de non-paiement et en conséquence, interrompt le cours de la prescription biennale qui reprend pour deux ans à partir de cette date.

4.202. — Assujettisement des médecins aux allocations familiales

J'ai une clinique, clinique personnelle, ouverte depuis février 1935, et pour le personnel de laquelle jusqu'ici aucune démarche n'avait été faite relativement aux allocations familiales.

J'apprends ces temps-ci autour de moi que l'affiliation à une Caisse est devenue obligatoire et je me suis mis en rapport avec la Caisse locale qui prétend imposer le paiement des cotisations arriérées depuis 1935. N'y a-t-il pas là une erreur ou un abus, et le principe des allocations n'est-il pas applicable obligatoirement depuis 1937 seulement ?

Je vous saurais particulièrement gré de me tirer d'embarras.

Dr P.

Réponse

La loi du 11 mars 1932 instituant pour tout ouvrier ou employé d'une profession industrielle, commerciale ou libérale, le droit à des allocations familiales, a été étendue par décret aux professions médicales à compter du 1er janvier 1935.

Vous étiez donc depuis cette date assujetti aux obligations de cette loi pour le personnel de votre clinique et deviez vous affilier à une Caisse de compensation ayant pour rôle de répartir entre les employeurs les charges résultant de cette loi et de faire aux intéressés le service de l'allocation.

La réclamation que vous avez reçue de la Caisse de compensation locale est en conséquence juridiquement fondée et vous devez vous acquitter envers elle de toutes les cotisations arriérées depuis la date d'entrée en vigueur de la loi.

Bien entendu, vous ne devez payer la cotisation que pour les employés professionnels et non pour les domestiques ou gens de maison. En ce qui concerne les employés mixtes, ils ne doivent être considérés comme bénéficiaires de la loi que s'ils se trouvent principalement occupés à votre service professionnel.

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

4.156. — Pansement de plusieurs orteils du même pied

Je serais heureux d'avoir votre avis sur la tarification de la blessure suivante (accident du travail)

« brûlure des cinq orteils, d'une petite partie de la plante et de la face dorsale ». Epiderme complètement enlevé, pansements par conséquent longs et minutieux, chaque orteil devant être nettoyé et pansé isolément.

Or d'après le tarif, il n'y a là qu'un segment de membre et on ne pourrait compter que le simple pansement à 15 francs ? ? au moins pansements multiples sur le même membre ? Il me semble que le prix de 30 francs serait au moins équitable ...

Dr B.

Réponse

Vous ne pouvez compter « pansements multiples sur le même membre » alors que vous ne pouvez — matériellement — faire autant de pansements séparés qu'il y a d'orteils lésés.

Que vous mettiez un morceau de compresse entre chaque orteil, c'est entendu, mais vous englobez le tout, ensuite, dans un pansement unique, vous ne pouvez donc compter pansements multiples.

Vous seriez certain de ne pas être suivi par l'assurance payante, à moins (ce qui arrive parfois) qu'elle paie votre note sans examen de son détail.

Dr F. DECOURT.

4.171. — Remboursement des frais de déplacement en cas de consultation avec un confrère, spécialiste ou non.

Un de mes malades fait une crise d'épilepsie un dimanche dans sa famille dans une commune à 18 kilomètres d'A... ; on fait appeler le médecin du pays qui fait trois visites ; ce mardi on me téléphone demandant d'aller voir le malade où il est ; je me déplace donc et décide de ramener ce malade à son domicile à A...

L'état du malade s'aggravant j'appelle en consultation un neurologue de L... qui vient ici à A..., soit à 15 kilomètres de L....

Mon malade assuré social me fait remplir ses feuilles d'assurance, je marque pour le déplacement dans la colonne indemnité kilométrique 18 kilomètres aller et 18 retour et fais une majoration de 25 francs sur ma note d'honoraires soit 40 francs pour cette visite (15 + 25). Le spécialiste de L... fait la même chose et marque dans la colonne 15 kilomètres aller et 15 kilomètres retour. Le malade réclamant à sa Caisse un remboursement supérieur à celui de la visite simple. Voici ce que la Caisse répond :

« En ce qui concerne ces frais de dépla ement la Circulaire ministérielle précise ce qui suit :

« L'indemnité forfaitaire pour frais de déplacement est payée chaque fois que le docteur aura porté l'indication nécessaire sur la feuille maladie. Dans les villes de 100.000 habitants et au-dessus et en ban-

lieue, 2 francs par visite quelque soit la distance. Dans les autres villes et campagnes 0,75 centimes par kilomètres.

« L'indemnité kilométrique s'applique au double de la distance qui sépare la mairie du domicile du médecin au domicile du malade elle n'est donc due en principe que pour autant que ce médecin et ce malade habitent deux communes différentes. L'indemnisation déplacement est applicable à la visite du spécialiste mais elle ne peut excéder celle qui serait due si ce malade s'était adressé au médecin le plus rapproché de sa résidence.

« Les feuilles de maladie et soins spéciaux indiquant deux déplacements, ce remboursement doit être fait sur une base de 2 francs par déplacement. »

Je vous laisse juge d'interpréter à votre guise cette interprétation fantaisiste de la Caisse et me dire ce que je peux faire pour mon client afin de lui permettre de toucher son dû (ce qui ressort d'après les termes même de la circulaire) ou alors je ne sais plus lire le français ; il est vrai que les fautes d'orthographe témoignent peut-être en faveur de l'interprétation fantaisiste de la dactylographe.

Dr V.

Réponse

L'art. 21 du règlement intérieur type des Caisses-maladie (arrêté du 30 janvier 1937) dit : « Lorsque le malade ne pouvant se déplacer les frais médicaux comprennent les frais de déplacement du praticien, ceux-ci sont remboursés par la Caisse dans les limites de son tarif de responsabilité. Ils s'entendent en principe de la distance séparant le domicile du malade du domicile du praticien le plus rapproché. L'excédent des frais est à la charge exclusive de l'assuré, sauf le cas où le praticien traitant a fait appel à un médecin consultant ou un spécialiste dans les conditions prévues à l'art. 24 du présent règlement. »

L'art. 24 dit : Si le praticien estime nécessaire la consultation d'un second médecin spécialiste ou non, etc., les prestations correspondantes ne peuvent être remboursées que si la Caisse adresse à l'intéressé préalablement au traitement et sur demande de l'assuré pour être annexée à la feuille de maladie en cours ou apposée sur ladite feuille l'acceptation de prise en charge, etc. »

Il s'ensuit que le malade peut être remboursé de vos frais de déplacement (consultation d'un second confrère... spécialiste ou non) et *a fortiori* des frais de déplacement du spécialiste de L..., appelé ultérieurement. Mais... à condition que le malade ait demandé auparavant à la Caisse « l'acceptation de prise en charge » de ces frais (visites déplacements).

En cas d'urgence (art. 24, alinéa 2) « une justification doit être adressée au médecin contrôleur de la Caisse, par le praticien traitant,

le spécialiste ou l'asuré dans les trois jours de l'intervention ou de la consultation.

Je crains fort que les prescriptions de l'arrêté ministériel, dont je vous ai cité ci-dessus deux articles, n'aient pas été suivies. Il y avait donc lieu d'envoyer la « justification » nécessaire à la Caisse en lui demandant de vouloir bien tenir compte des frais payés par le malade lequel ignorant cet arrêté tout nouveau en somme, eut le tort de ne pas se mettre en règle bien que les deux déplacements causés : 1º par la consultation de deux médecins ; 2º par la consultation d'un spécialiste aient été légitimes suivant les explications techniques que vous fournissiez dans votre lettre.

Quant au montant exact de ces frais de déplacement, c'est là une question d'ordre régional puisqu'il dépend du tarif de remboursement de la Caisse (soit de son tarif de responsabilité diminué de 20 %).

Dr F. DECOURT.

4.172. — Application d'un plâtre simple sans intervention chirurgicale

Un assuré social porteur d'une fistule du fémur consécutive à de l'ostéomyélite ne pouvait plus marcher par suite de l'affaiblissement de l'os.

Je lui ai fait (avec bon résultat) un plâtre allant de l'aine au dessous du genou avec fenêtre.

Que compter ? la nomenclature chirurgicale ne me paraît pas prévoir le cas.

K 20, serait-ce juste ?

Comme acte isolé, bien entendu puisque les soins de la fistule sont une autre affaire.

Dr C.

Réponse

K. 20 correspond à « réduction et contention d'une fracture simple par appareil platré ». Dans votre cas, il n'y a pas de réduction ni de contention de fracture, mais la simple pose d'un plâtre. Dans ce cas, je ne vois d'analogie à invoquer qu'avec « répétition d'appareil plâtré = K 8... » Avec K 20 (intervention chirurgicale) les soins consécutifs pendant 20 jours seraient compris (il n'y a plus d'acte isolé, en cas d'intervention chirurgicale).

Par contre avec K 8 ne correspondant plus à une intervention chirurgicale mais à une pose simple d'un plâtre sans réduction ni contention il m'apparaît légitime de considérer cette apposition simple de plâtre comme un acte isolé, analogie à un « pansement de brûlure » par exemple.

Dr F. DECOURT.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

- sommaire -



Partie Professionnelle

Travaux originaux

Faculté de Médecine de Paris

Reportage professionnel

Demi-Colonnes

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	60 fr.	Belgique et Luxembourg...	70 fr.
Etudiants	35 fr.	Première Zone	85 fr.
Le Numéro..........	1.25	Deuxième Zone	110 fr.



Abonnés du Concours exerçant dans les stations d'altitude

Nous rappelons à nos abonnés qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :
Annecy. Lortet, Pierron.
Aubure (Haut-Rhin), Borg.
Chamonix. de Chabanolle (*enf. cure hélio-alpine*)
Jougne. (Doubs). Charlin.
Lajoux (Jura), L. Benoit-Jeannin.
La Louveso (Ardèche). J. Goubert.
Langogne (Lozère). Adrien Forestier.
Maiche (Doubs). J. Chatelain.
Mégève. Marcel Grenet, Jacqueline Grenet-Gazamian (*enf.*)
Mouthe (Doubs). R. Paindestre.
Osséja (Pyr.-Or.). J. Avérous.
Pau (Basses-Pyr.). Cornet.
Saint-Gervais. Roux.
St-Pierre-de-Chartreuse. Brianes.
Vernet-les-Bains. Ponson.
Villard-de-Lans. Bassaguet (*mal. enf.*), Suau (*mal. enf.*)

Abonnés du Concours exerçant dans les stations balnéaires et climatiques

MM. les docteurs :
Antibes-Juan-les-Pins. Claudel (chir. ur.).
Ars (Ile de Ré), J. Moinet.
Bandol-sur-Mer. E. Charmot et E. Rozet (*cure hélio-mar.*), L. Marçon.
Banyuls-sur-Mer. E. Panis, Parcé.
Berck-Plage. Bouquier, H. Loze, Ménard, Tridon, Richez.
Biarritz. Clavel, Pitchalsky (*méd. gén. Stom.*)
Boulou (Le) (Pyr.-Oles) M. Basman.
Cannes. Abadie, Bourgeois-Gavardin, P. E. Bousquet, Cadinouche, Escarras, P. Houssiaux, Joublot, Gérard Monod, Roques, Stauder.
Carnac-Plage. E. St-Martin.
Cassis-sur-Mer. Agostini.
Cayeux-Brighton-sur-Mer. Colleu (orthopédie).
Croix-de-Vie. Cristau.
Crozon-Morgat. E. Donard.
Deauville. Molina.
Dinard. Badin.
Douarnenez. Damey.
Fouesnant-Beg Meil. Legal.
Grau du Roi (Gard). Ramain.
Hendaye. Th. Casenave.
Le Boulou. J. Nogués.
Mimizan-Plage (Landes). Froustay.
Nice. Faure, M. Lelongt, Nicolas, Trutié de Vaucresson (*chir.*)
Ouistreham-Riva-Bella. Ch. Poullain.
Paramé. Bazin.
Pau. Dr Cornet.
Roscoff. Bagot père, Stéphan.
Saint-Aubin-sur-Mer. (Calvados), Em. Quiquemelle.
St-Georges-de-Didonne. Maudet.
Saint-Jean-de-Luz. J. Reboul.
Ste-Maxime-s/Mer. E. Bausset, Ficonetti.
St-Quay-Portrieux. Bertrand
Saint-Raphaël. Boulle, Léon Clément (*chir.*), M. Rochette (*stom.*), Roux de Laroque (*Gyn. enf.*)
Saint-Servan. Huet.
Sables-d'Olonne. Pelletier.
Sanary-sur-Mer. Gaillard.
Trébeurden. Royer.
Villars-de-Lans. Bassaget.

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du Concours Médical, *Paris* 167-95.

Nº 157. — Urgent. A la suite décès récent, à vend. ds ch.-lieu canton Bretagne, maison habitée par médec. depuis 13 ans.

Nº 158. — Dr. franç. ex-interne disposant liberté, cherche poste assist. cliniq. confr. surchargé, dispens., occupat. permanente, associat. en vue success.

Nº 159. — Dr. franç. très au courant publicité pharmac.. ayant participé au lancem. plusieurs spécialités, disposant liberté, recherche laborat. sérieux.

Nº 160. — Dr. installé Paris, plus. titres, ch. remplacem. juillet-août, Paris ou banlieue proche.

Nº 161. — Dr. expérim. dispos. voiture, libre 25 juin fin juillet, accepter. remplacem. toute région.

Nº 162. — Dr. disposant compt. cherche gros poste médec. seul accepter. pro-pharmac. De préfér. Normandie, Maine, Touraine, Ile-de-France. Belle habitat. exigée.

Nº 163. — Perros-Guirec. Villa meublée à louer plage de Trestrignel, vue superbe. Hall, s. à m. 6 ch. 7 lits, cuis. office. w. c. eau, gaz butane électr. S'ad. Dr. Braillet, Le Thillot (Vosges).

Nº 164. — Bretagne. A céder rais. santé, très gros poste proxim. mer, seul méd. ds ch.-lieu canton, à 15 km. tout confrère. Chiffre prouvé. Compt. exigé.

Nº 165. — Import. client. rurale dans ch.-lieu canton Deux-Sèvres, nombr. accouch., gr. maison confort., conviendr. à débutant.

Nº 166. — Dotsse, spécil. stomatol. cherche assistance, même gratuite chez confr. ou chirurg.-dentiste en vue perfectionn. et possibil. reprise, Paris ou banlieue.

Nº 167. — Les lab. du Dr. Roussel recherchent docteur en méd. franç., pour assurer la représent. en Algérie. Les confr. sont invités à poser leur candidat. par lettre adressée : 89, rue du Cherche-Midi, Paris (VIe).

Nº 168. — A céder cause santé : cabin. médical plein centre métallurg. banlieue Paris.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet Breitel et Goret

1, rue Dante, Paris (5e). - Tél. : Odéon 36-46

Banlieue toute proche. Excell. clientèle. Pavillon avec jardin. Loyer 10.000. Indemnité 50.000 compt.

Station thermale, clientèle de toute l'année. Bon rapport, bel immeuble, conditions à débattre.

Touraine. Très ancien poste, seul médecin. Gros rapport. Grande maison avec jardin. Prix 45.000 dont 25.000 compt.

Renseignements

AVIS

Envoi de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.

Changements d'Adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 fr. 50 pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande).

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.** — A l'occasion de l'Exposition et des Congrès médicaux qui auront lieu prochainement à Paris, l'Académie de médecine tiendra deux séances spéciales le 29 juin et le 6 juillet.

Dans la première, consacrée à la question de la dépopulation, des lectures seront faites par MM. Couvelaire, Brindeau et Jules Renault.

Dans la seconde, consacrée à la médecine aux Colonies, des lectures seront faites par MM. Bezançon et Arnoux, Marchoux, Lasnet, Sorel et Achard.

— **Société de médecine de Paris.** — La Société de médecine de Paris organise, à l'occasion de l'Exposition internationale de 1937, une séance solennelle en l'honneur de ses membres correspondants étrangers, sous le haut patronage de M. Albert Lebrun, président de la République et sous la présidence effective de M. Sellier, ministre de la Santé publique.

Cette séance solennelle aura lieu le 9 juillet 1937, à 16 heures à la Société de géographie, 184, boulevard Saint-Germain, Paris et sera suivie à 20 heures, d'un grand banquet donné en l'honneur des membres correspondants étrangers.

Pour tous renseignements concernant cette mani-

festation, s'adresser au Docteur Bécart, secrétaire-général, 40, avenue de la Grande-Armée, Paris.

— **Fondation J.-A. Sicard.** — Le Comité de la Fondation J.-A. Sicard, réuni à la Faculté de médecine, sous la présidence de M. le doyen Roussy, a attribué les arrérages, se montant à la somme de 20.000 francs, à M. J. Reilly, pour ses recherches sur la physiopathologie des maladies infectieuses, recherches effectuées pour la plupart au Laboratoire de la Clinique des maladies contagieuses de Paris.

Rappelons que la Fondation décerne tous les deux ans un prix analogue. Les titulaires précédents ont été L. Binet (1933) et Ozorio de Almeida (1935). Un nouveau titulaire sera désigné en 1939.

— **Faculté de médecine de Toulouse.** — M. le Professeur Gorse est nommé Doyen pour une période de trois années.

— **Hommage au Professeur Sergent.** — Les élèves et les amis du Professeur Emile Sergent, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Broussais-La Charité, ont décidé, en témoignage de leur affection et de leur reconnaissance, de lui offrir une médaille dont l'exécution a été confiée au maître graveur Dropsy. Tout souscripteur de 100 francs recevra une reproduction de la médaille. Prière d'envoyer les souscriptions par chèque, chèque postal (Paris 599) ou mandat au trésorier, M. Georges Masson, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe).

— **Faculté de médecine de Bordeaux.** — *Semaine de revision de la tuberculose.* — Une semaine de revision des notions nouvelles en phtisiologie aura lieu dans le service du Prof. Leuret, au Sanatorium Arnozan (près Bordeaux), du 5 au 10 juillet, tous les matins de 9 heures à midi, sous la direction du Prof. Leuret avec la collaboration des professeurs agrégés Loubat, Piéchaud, Despons et Wangermez, de MM. Secousse, médecin des hôpitaux, Laumonier, chirurgien des hôpitaux, Nancel-Penard et Bentegeat.

Ce cours de perfectionnement est destiné aux médecins praticiens et aux étudiants en médecine arrivés à la fin de leurs études, désireux de faire une revision rapide des progrès réalisés en phtisiologie.

— **Sociétés médicales de Clermont, Orléans et Gannat.** — La séance commune à ces trois sociétés aura lieu le dimanche 20 juin 1937 à La Charité-sur-Loire.

Elle comportera le programme suivant :

10 h. 30 : Réunion de travail, à la salle capitulaire de l'ancien monastère. Rapport de M. le Docteur Baillet sur « les richesses hydrominérales du Morvan, leur clavier thérapeutique ». — Midi 30 : Déjeuner à la salle des fêtes de la ville. Au cours du banquet, le livre du Docteur Beaussart et un grès artistique du pays seront offerts par le « Centre Médical » aux médecins présents. — 15 heures : Visite de l'Eglise clunysienne, sous la direction de M. le Docteur Beaussart. — 16 heures : Visite de La Charité.

— « **L'Union temporaire contre la prostitution réglementée et la traite des femmes** », qui groupe, à l'heure actuelle, quatre cents Associations et Fédérations nationales et dix-neuf sections en province, a tenu son Assemblée générale le 2 juin dernier, au Musée social, sous la présidence de Mme Magdeleine Paz.

Près de deux cents personnes, désireuses de savoir à quel stade se trouve le projet de loi du ministre de la Santé publique déposé par le Gouvernement sur le Bureau du Sénat, assistaient à cette assemblée. On reconnaissait dans la salle, de nombreux médecins, avocats et magistrats, des sénateurs et des représentants de divers Ministères.

Le soir, au banquet de quatre-vingts couverts présidé par Madame Brunschvicg, sous-secrétaire d'Etat à l'Education nationale, ayant à ses côtés, un représentant du ministère de la Santé publique et un membre de la Commission d'hygiène du Sénat, des discours furent prononcés par le Docteur Rosenthal, le Docteur Pinard, le Docteur Lavergne, sénateur, le Docteur Cavailhon, chef du Service de prophylaxie des maladies vénériennes, le président de l' « Union Temporaire », et Madame Brunschvicg qui affirma, à son tour, sa confiance dans le succès final de la cause abolitionniste.

— **Hôpitaux de Lyon**. — Le concours du médicat s'ouvrira le 28 juin 1937. Jury : MM. Froment, Bertoye, Devic, Barbier, Dumas, Langeron, Paliard, Gonnet, Wertheimer, Péhu, Mouriquand et Collet.

— **Hôpitaux de Bordeaux.** — Le concours de médecin des hôpitaux s'est ouvert le 25 mai, sous la présidence du Professeur Cruchet, entouré de MM. Bouvet, Denis, Dupérié, Desqueyroux, Edgard Dubourg, Fernand Piéchaud, Aubertin, Rocher.

La question écrite a été la suivante : Etiologie, physiopathologie, diagnostic et traitement de l'urémie. Ont obtenu : MM. F.-J. Traissac, 11 ; Pauly, 18 ; Dubarry, 13 1/2 ; Saric, 17 ; Dervillée, 17 ; Lévy, 13.

Questions restées dans l'urne : Des hémorragies méningées non traumatiques. — Les bronchectasies.

— **F. E. M.** *Soirée de bridge de la médecine.* — Grâce à la bienveillante courtoisie du Docteur Cibrie, secrétaire général de la Confédération des Syndicats médicaux qui a mis à sa disposition les salons de l'Hôtel de la Confédération, la Société F. E. M. a pu réaliser la soirée de bridge qui n'avait pas eu lieu au cours du XI[e] bal de la médecine française.

Cette réunion de bienfaisance où régnait l'atmosphère la plus cordiale a laissé un bénéfice de 2.000 francs à la Caisse de secours des veuves et orphelins de médecins.

La coupe a été gagnée après un combat sérieux mais aimable par l'équipe : Docteur Bayard-Docteur Bloch-Wurmser qui battit en finale l'équipe Madame Paul-M. Chevrier. A la demande de plusieurs joueurs des modifications seront apportées dans l'avenir au règlement du tournoi.

— **Médical Yacht Club de France.** — La prochaine réunion aura lieu au Club House du Yacht Motor Club de France à Herblay (Seine-et-Oise), le dimanche 27 juin 1937 à midi et demi. Un déjeuner amical y réunira ensuite les membres.

Prière d'adresser le plus tôt possible l'inscription au président le Docteur Georges Luys, 20, rue de Grenelle, à Paris (VII[e]). Prix du déjeuner, 55 francs, tout compris.

— **Fédération nationale des médecins du Front.** *Bourses de voyage.* — Le Docteur Albert Landrin nous informe que M. le Professeur Gaillard (Laboratoire d'essences végétales antiseptiques) met cette année à la disposition de la Fédération nationale des médecins du Front quatre bourses de voyage de quatre mille francs chacune.

Dans sa dernière réunion, le Comité de la Fédération a nommé une Commission qui examinera les candidatures et désignera les quatre médecins bénéficiaires. Les membres des Sociétés fédérées désirant se faire attribuer une de ces bourses sont priés d'adresser toute demande de renseignements d'adresser toute demande de renseignements au Docteur Sureau : 11, rue Portalis, Paris (VIII[e]).

— **Mariage,** — Le Docteur E. Bressot, chevalier de la Légion d'honneur, Croix de guerre, et Madame E. Bressot, nous font part du mariage de leur fille, Andrée-Claire, avec M. Jean Villedieu.

La bénédiction nuptiale leur a été donnée le samedi 5 juin 1937, en la Cathédrale de Valence.

Nos plus sincères souhaits de bonheur aux jeunes époux.

— **Nombreuse famille médicale.** — Nous venons de recevoir le faire part suivant : Armand, Ivan, Georges, Bernard, Claude et Edmonde Linval ont la joie d'annoncer à M. le Docteur J. Noir et au *Concours Médical*, la naissance de leur petit frère Robert-Sixte.

Moulin-Vert (Quimper), le 6 juin 1937.

Nos sincères félicitations et nos meilleurs souhaits au Docteur Félix Linval, à Madame Linval et à sa nombreuse et très intéressante famille.

J. N.

— **Nécrologie.** — Nous avons le vif regret d'annoncer la mort du Docteur Ernest Coffin, ancien interne des hôpitaux de Paris, chevalier de la Légion d'honneur, décédé à l'âge de 77 ans, à son domicile, 198, rue Saint-Jacques. Le Docteur Ernest Coffin, doyen des médecins praticiens du V[e] arrondissement, était universellement aimé et vénéré. Il était le père de notre distingué confrère, le Docteur Maurice Coffin, médecin de l'hôpital Bon-Secours de Paris, ancien interne, lauréat des hôpitaux et chef de clinique de la Faculté de Paris, à qui nous adressons nos plus sincères sympathies.

J. N.

— **Æsculape.** — *Sommaire de mai* 1937. (Ce numéro, comme les numéros de mars et avril, est consacré à l'œil et à la vue dans l'art, l'histoire et la littérature). — Mounet-Sully dans « Œdipe », par Jean-Marcel PAUL, masseur médical (1 ill.). — Les Pleurants du Tombeau de Philippe le Hardi, par Marcel DURAND (11 ill.). — L'Oudja, œil magique, par le Docteur M.-A. DOLLFUS, ophtalmologiste des hôpitaux de Paris (1 ill.). — L'Eloge du Sourcil, par Paul MORAND (4 ill.). — L'opération sur l'œil, peinture de C.-W.-E. DIETRICH (1 ill.). — La Parabole des Aveugles, par Jean AVALON (8 ill.). — Le Regard en Sculpture, par Ed. GAILLOT (1 ill.). — Supplément (16 ill.).

— **Enghien-les-Bains.** — L'établissement thermal d'Enghien, vient d'organiser un nouvau service d'insufflations gazeuses pour le traitement des rhinites chroniques et des catarrhes de la trompe.

Les appareils utilisés permettent également la production d'inhalations sèches.

Ces nouvelles installations complètent celles que possédait déjà l'établissement pour la cure des affections des voies respiratoires : salles d'inhalations humides, de pulvérisations, d'irrigations nasales et permettent d'utiliser les eaux d'Enghien riches en hydrogène sulfuré sous la forme qui convient le mieux dans les affections du nez, de la gorge, des bronches et des oreilles, justiciables d'une cure thermale.

A TRAVERS L'OFFICIEL

2 JUIN

Lutte anticancéreuse

Circulaire du 18 mai 1937 relative à la propagande rééducative contre le cancer

Paris, le 18 mai 1937,

Le ministre de la Santé publique,
à MM. les Préfets,

Pour poursuivre et intensifier l'effort de propagande éducative contre le cancer, je vous demande d'accorder votre complet appui à la *Semaine de défense contre le cancer* qui aura lieu du 21 au 27 juin 1937, et sera organisée par la Ligue française contre le cancer et par le comité des centres régionaux anticancéreux.

Indépendamment des affiches, des tracts et des buvards de propagande, la brochure : « Les cancers, leurs causes, comment les reconnaître, comment les guérir », sera à nouveau, mise en vente, dans un but éducatif et au bénéfice de la lutte contre le cancer.

Vous voudrez bien prendre toutes mesures pratiques pour faciliter la tâche de la Ligue française contre le cancer et des directeurs de centres régionaux anticancéreux, ainsi que de toutes les organisations de lutte contre le fléau.

Je vous demande de favoriser par votre action personnelle le succès de cette intéressante initiative, et de faire connaître, notamment, que le patronage de mon Administration n'est accordé qu'à la seule publication précitée, portant au bas de la couverture la mention : « Publication des centres anticancéreux de France et de la Ligue française contre le cancer », à l'exclusion de toute autre publication.

Henri SELLIER.

Assistance publique

Médaille d'honneur de l'Assistance publique

Médaille d'or : M. le Docteur Loir, du Havre.

Médaille d'argent : MM. les Docteurs Aublant, de Versailles ; Grenoilleau, de Blois, et Alcay, de Nîmes.

4 JUIN

Asiles publics d'aliénés

Arrêté du 3 juin 1937 nommant le jury du concours de médecin des Asiles d'aliénés en 1937

Art. 1er. — Le jury du concours de médecin des Asiles d'aliénés en 1937 est constitué ainsi qu'il suit :

Président : M. le Docteur Dequidt, inspecteur général des Services administratifs.

Membres titulaires : M. le Docteur Lévy-Valensi, professeur agrégé de neurologie et de psychiatrie à la Faculté de médecine de Paris : M. le Docteur Latapie, médecin chef de service à la Maison départementale de santé de la Seine-Inférieure ; M. le Docteur Frantz (Adam), médecin chef de service à l'Asile public d'aliénés de Rouffach (Haut-Rhin) ; M. le Docteur Demay, médecin chef de service à l'Asile d'aliénés de Maison-Blanche (Seine-et-Oise) ; M. le Docteur Gouriou, médecin chef de service à l'Asile d'aliénés de Maison-Blanche (Seine-et-Oise) ; M. le Docteur Beaussart, médecin chef de service à l'Asile public d'aliénés de Fleury-les-Aubrais (Loiret) ; M. Lévêque, chef du 1er Bureau de la Direction de l'Hygiène et de l'Assistance.

Membres suppléants : M. le Docteur Brousseau, médecin chef de service à l'Asile public d'aliénés de Clermont (Oise) ; M. le Docteur Camus, médecin chef à l'hospice de la Salpêtrière.

Art. 2. — M. Chassagnot, sous-chef du 1er bureau de la direction de l'Hygiène et de l'Assistance, assurera les fonctions de secrétaire administratif du concours.

Art. 3. — Le conseiller d'Etat directeur de l'Hygiène et de l'Assistance est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel*.

Médaille d'honneur des épidémies

Par arrêté en date du 2 juin 1937, la médaille d'honneur des épidémies en argent a été décernée à M. le Docteur Guillaume (Charles), interne à l'hôpi-

tal civil français à Tunis, pour maladie grave contractée dans l'exercice de ses fonctions.

5 JUIN

Infirmières

Circulaire du 4 juin 1937 relative au jury des examens d'Etat d'infirmières

Paris, le 4 juin 1937,

Le ministre de la Santé publique à MM. les Préfets (Inspection départementale d'hygiène),

Mon attention a été retenue par l'interprétation donnée dans certains départements aux dispositions de l'article 5 de l'arrêté du 17 mars 1933 relatives à la composition des jurys constitués pour les examens des diplômes d'Etat d'infirmière, d'infirmier hospitalier ou de visiteuse d'hygiène sociale, et notamment sur la présence dans ces jurys de nombreux représentants du personnel enseignant des écoles qui se trouvent ainsi amenés à juger les épreuves de leurs propres élèves.

Les inconvénients de cet état de chose n'ont pas besoin d'être soulignés, et, en vue d'y porter remède, je vous prie de bien vouloir tenir compte des recommandations suivantes dans les propositions, qu'aux termes de l'arrêté précité, vous êtes amené à me faire au sujet de la composition de ces jurys.

Dorénavant ceux-ci devront en principe comprendre :

1° Les professeurs et les professeurs agrégés de la Faculté ou de l'Ecole de médecine du lieu de l'examen, un des représentants de cette catégorie étant de préférence président du jury ;

2° L'inspecteur départemental d'hygiène, secrétaire ;

3° Les médecins des hôpitaux du lieu de l'examen ;

4° L'inspecteur départemental de l'Assistance publique ;

5° Des personnalités particulièrement compétentes, choisies parmi les représentants, au sein du Comité départemental de coordiantion sanitaire et social, des organisations faisant appel à la collaboration d'infirmières ou d'assistantes sociales ;

6° Notamment pour les épreuves pratiques, des infirmières ou des assistantes sociales en exercice.

Je tiens essentiellement à ce que, sauf dérogation approuvée par moi, ces jurys ne comprennent qu'une seule personne appelée à enseigner dans chacune des écoles présentant des candidats ou candidates, celle-ci devra être choisie de préférence parmi les professeurs ou professeurs agrégés de Faculté ou d'Ecole de médecine participant à l'enseignement donné dans lesdites écoles.

Toutefois les directeurs, les directrices ou monitrices des écoles pourront être éventuellement consultés par le jury sur la valeur d'une épreuve subie par tel ou tel candidat.

Ces dispositions tendant à conférer à ces examens un caractère d'impartialité absolue indispensable,

j'estime, en outre, que des jurys constitués suivant ces directives, seront mieux à même de s'assurer que les candidats ou candidates ne possèdent pas seulement des connaissances théoriques, mais aussi et surtout une formation pratique suffisante.

Henri SELLIER.

Service de santé militaire

Par décret du 30 mai 1937 et par application de la loi du 15 mars 1927, le rang d'ancienneté des médecins sous-lieutenants de réserve, ci-après, désignés, récemment libérés du service actif, est fixé ainsi qu'il suit et, par décision ministérielle du même jour, ces officiers sont, sauf indications contraires, maintenus dans leur affectation actuelle :

Les méd. sous-lieut. (rang du 21 septembre 1933) : Boulenger, rég. de Paris ; Desrosiers, rég. de Paris ; Guillemin, rég. de Paris ; Le Sueur, rég. de Paris ; Mozziconacci, rég. de Paris ; Geneau, 1re rég. ; Plas, 6e rég. ; Taveau, 6e rég. ; Balmes, 7e rég. ; Mas, 7e rég. ; Veyrac, 7e rég. ; Guichard, 8e rég. ; du Buit, 11e rég. ; Pelletier, 11e rég. ; Pouliquen, 11e rég. ; Piollet, 13e rég. ; Coche, 14e rég. ; Lataix, 14e rég. ; Signoret, 15e rég. ; Quet, 16e rég. ; Abaza, 20e rég. ; Duret, 20e rég. ; Piroux, tr. du Maroc, aff. rég. de Paris ; Bouvier, tr. du Mraoc, aff. 13e rég. ; Violot, tr. du Maroc, aff. 14e rég.

(Rang du 21 octobre 1933) Fagard, 2e rég.
(Rang du 28 octobre 1933) Avenier, rég. de Paris.
(Rang du 20 nov. 1933) Laurence, 20e rég.
(Rang du 20 nov. 1933) Loubet, 15e rég.
(Rang du 23 décembre 1933) Willemann, 7e rég.
(Rang 21 janvier 1934) Euzet, 16e rég.
(Rang du 23 janv. 1934) Maunary, 6e rég.
(Rang du 21 mars 1934) Bayle, rég. de Paris ; Milliez, rég. de Paris ; Sagaut, rég. de Paris ; Wagner, rég. de Paris ; Massy, 1re rég. ; Levernieux, 2e rég. ; Machet, 2e rég. ; Depierre, 3e rég. ; Destouches, 5e rég. ; Peschard, 5e rég. ; Forgeaux, 6e rég. ; Rohozinski, 6e rég. ; Rouge, 6e rég. ; Latier, 7e rég. ; Roubille, 7e rég. ; Cottenceau, 9e rég. ; Debelut, 9e rég. ; Delaroche, 9e rég. ; Guenon des Mesmards, 9e rég. ; Gamme, 11e rég. ; ee Loch', 11e rég., Rivoalln, 11e rég. ; Rougier, 13e rég. ; Allouard, 14e rég. ; Bosson, 14e rég. ; Cartosio, 14e rég. ; Jacquot, 14e rég. ; Jamain, 14e rég. ; Lepintre, 14e rég. ; Colleter, 15e rég. ; Estève, 15e rég. ; Deffuant, 16e rég. ; Fermaud, 16e rég. ; Cahuet, 20e rég. ; Casanova, 20e ré.g ; Droguet, 20e rég. ; Hacker, 20e rég. ; Tardieu, 20e rég. ; Daen, 19e C.A.
(Rang du 21 sept. 1934), Lamotte, rég. de Paris.
(Rang du 23 sept. 1934) Magnin, tr. du Maroc, aff. 14e rég.).
(Rang du 21 mars 1935) Blanchard, 6e rég. ; Brissaud, 6e rég. ; Paugam, 11e rég. ; Lenormant, 14e rég. ; Marre, 14e rég. ; Chevalier, 20e rég. ; Debain, 20e rég. ; Lesieur, 20e rég. ; Ordonneau, 20e rég. ; Vincent, 20e rég. : Breton, rég. de Paris.

***

Par le même décret sont promus au grade de médecin lieutenant :

Les méd. sous-lieut. ci-après désignés :

(Rang du 21 mars 1937) Boulenger, Desrosiers, Guillemin, Le Sueur, Mozziconacci, Geneau, Lambrecht, Joly, Geffroy, Plas, Taveau, Balmès, Mas, Veyrac, Guichard, du Buit, Pelletier, Pouliquen, Piollet, Coche, Lataix, Signoret, Quet, Abaza, Duret, Piroux, Bouvier, Violet.

Voir la suite page XLVII-1915

PROPOS DU JOUR

MÉDECINE HUMAINE ET MÉDECINE VÉTÉRINAIRE

L'Académie des Sciences et l'Académie de médecine sont cette année présidées par de savants vétérinaires, MM. Leclainche et H. Martel, aussi l'ouvrage que vient de publier M. Paul-Marie Aragon : *Les vétérinaires devant l'opinion* (1) qui est le panégyrique de l'art vétérinaire, vient-il à son heure. L'auteur a eu le tort, à notre avis, de faire suivre le titre de *Plaidoyer pour une profession méconnue.* La profession de vétérinaire n'est aujourd'hui méconnue que des sots et des ignorants, elle n'a plus besoin, et depuis longtemps, qu'on plaide sa cause.

Ayant eu l'avantage de connaître quelques vétérinaires distingués, nous avons pu les apprécier et, à diverses reprises, nous avons fait leur éloge dans les colonnes de ce journal. Nous continuons de penser aujourd'hui tout le bien que nous avons écrit jadis sur eux.

L'art vétérinaire se confondit primitivement avec l'art médical ou plutôt avec l'art du chirurgien. Il en fut ainsi en France, et surtout en Angleterre, jusqu'à l'époque où Claude Bourgelat fonda en 1761, la première école vétérinaire à Lyon et qu'il vint diriger en 1765, la nouvelle Ecole d'Alfort. Celle-ci, dès son origine, marqua brillamment sa place dans l'étude des Sciences médicales et biologiques (2). Notons qu'alors on était loin de considérer comme une déchéance le fait de s'intéresser à l'art vétérinaire. La Société royale de médecine se préoccupait activement de la lutte contre les épizooties. Son secrétaire perpétuel, Vicq d'Azyr, membre de l'Académie française et de l'Académie des sciences, médecin de la Reine Marie-Antoinette, et son maître, Daubenton, médecin et professeur au Jardin du Roi, comptaient parmi les premiers professeurs de l'Ecole d'Alfort. Longue, serait la liste des vétérinaires qui furent dès le début de véritables savants. Nous n'en citerons que quelques-uns : Huzard, élève de Bourgelat, collaborateur de Daubenton, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine ; Lafosse, correspondant de l'Institut, classé au premier rang des hippiâtres ; Delafond qui collabora avec le grand médecin Andral ; Bouley qui mit son grand talent d'orateur au service de Pasteur discuté à l'Académie de médecine et illustra au Muséum la chaire de pathologie comparée ; Chauveau, le professeur d'anatomie comparée du Muséum ; Arloing, le grand physiologiste de l'Université lyonnaise, qui enseigna la médecine expérimentale à la Faculté de médecine de Lyon ; Nocard, élève et collaborateur de Pasteur, le contradicteur de R. Koch, qui découvrit le microbe de la psittacose.

Plus près de nous citons : Leclainche et Vallée, nos maîtres en sérologie ; Guérin qui, avec Calmette, prépara le B. C. G. ; Ramon l'inventeur des anatoxines ; Bridré et Boquet qui combattirent avec succès la clavelée du mouton au Maroc ; Donatien et Lestoquard qui, en Algérie, arrêtèrent avec leur sérum les ravages de peste porcine ; Simonnet qui étudia les vitamines et les avitaminoses. Arrêtons-nous, nous ne pouvons énumérer tous les savants vétérinaires qui auraient droit à être inscrits au Livre d'or des sciences médicales. Ajoutons cependant que les Professeurs Raymond, le neurologiste, et Terrier, le grand chirurgien de la Faculté de médecine de Paris, et le Professeur Fairise, de la Faculté de médecine de Nancy, firent tout d'abord des études vétérinaires. Certes, il serait intéressant d'écrire un livre intitulé : *Ce que la médecine humaine doit aux vétérinaires.*

La pratique de l'art vétérinaire, si elle bénéficie, comme celle de la médecine humaine, de toutes les découvertes des sciences biologiques et médicales, nous paraît beaucoup plus difficile, car elle s'étend à de nombreuses espèces animales, souvent très différentes. De plus, le vétérinaire doit se borner à l'examen clinique ne pouvant procéder à l'interrogatoire de ses clients. Elle se rapproche sur ce point de la pratique du pédiatre.

Avec beaucoup de raison et d'à-propos, M. Paul-Marie Aragon fait remarquer que « les deux médecines (humaine et vétérinaire), divergent sur un terrain : celui de la morale et du sentiment ». Le vétérinaire ne connaît pas la lourde responsabilité du médecin de l'homme. S'il a le souci du préjudice que peut causer une erreur ou

(1) Vigot frères, éditeur, Paris, 1937.

(2) Plus tard en 1828 fut fondée une troisième école vétérinaire à Toulouse qui fut aussi prospère que ses devancières.

une faute de sa part, il sait que ce préjudice est le plus souvent uniquement matériel. Il ne connaît pas l'angoisse du médecin en présence d'un malade grave, craignant d'être impuissant à le soulager et à le guérir. Il ne ressent pas les douloureuses émotions qu'éprouve le médecin au chevet d'un enfant en danger de mort qu'entourent une mère éplorée et une famille en larmes. Il n'est pas obligé de s'efforcer parfois de sourire et de mentir quand il a fait un diagnostic grave qu'il est tenu par humanité de dissimuler au malade et quelquefois à ses parents. En outre, il n'est pas nécessaire pour lui d'être psychologue, d'être à la fois le médecin de l'âme et du corps, d'étudier les sentiments, de combattre la douleur morale, tout aussi bien que la douleur physique. Ce rôle psychique et moral élève la médecine humaine à un niveau bien supérieur à celui de la médecine vétérinaire.

Au point de vue social, les deux médecines actuellement se rapprochent manifestement et leur avenir dans la Société de demain paraît devoir être sensiblement le même.

En voici une preuve éloquente :

Lors d'une discussion récente au Syndicat national des vétérinaires, à propos de l'application de la loi du 7 juillet 1933 sur la prophylaxie de la tuberculose bovine, l'éminent professeur Leclainche, qui a beaucoup contribué à l'élaboration de cette loi, est intervenu et certains passages de son intervention valent d'être reproduits, car ils méritent d'être sérieusement médités, plus peut-être par les médecins que par les vétérinaires.

« Cette notion (de la surveillance sanitaire) correspond, a dit M. Leclainche, à une évolution dans la conception du rôle du médecin comme du vétérinaire. On se rend compte partout, et cette conception est d'autant plus impressionnante qu'elle est née en dehors du monde médical, que la médecine doit être essentiellement préventive, que la maladie ne serait plus qu'un accident exceptionnel, si dès maintenant toutes les notions prophylactiques connues étaient systématiquement appliquées. Et cela est vrai surtout pour les maladies des animaux qui peuvent être mis à l'abri de presque toutes les causes de maladie. Pour ne point sortir du domaine de notre médecine, n'est-il pas significatif de constater que, dans toute l'Europe, la pratique du vétérinaire se transforme rapidement en une mission d'assistance aux animaux sous l'égide des Etats, des Administrations publiques ou des organisations privées.

Cette organisation sociale de la médecine préventive implique, qu'on le veuille ou non, la transformation du praticien libre en un agent plus ou moins fonctionnarisé, au service des collectivités. Ce n'est point là une vue de l'esprit. Ce n'est pas seulement dans l'U.R.S.S. que tous les vétérinaires libres — *comme tous les médecins* — ont entièrement disparu. Dans les Etats-Baltes, en Pologne, en Bulgarie, en Hongrie, en Tchéco-Slovaquie, en Suède, en Norvège, en Danemark, le même mouvement s'affirme d'année en année.

Les clientèles particulières disparaissent et les praticiens reçoivent des missions spéciales, tandis que des hôpitaux et des dispensaires vétérinaires sont partout créés.

Voilà le fait social observé. Le mouvement général est trop profond pour qu'il ne s'impose pas à l'attention de tous.....

Tous ceux qui sont associés aux préoccupations du monde médical, savent qu'un *courant irrésistible s'établit dans le même sens pour la médecine humaine.* Il semble que cette idée soit née un peu partout, que les organisations publiques à tous les degrés doivent assurer la protection des hommes et des animaux contre la maladie, autrement dit organiser à leurs frais la médecine préventive.

Sous quelle forme et à quel rythme ce mouvement social se développera-t-il dans notre pays ? Il est difficile de le préciser encore que nombre de manifestations en soient observées déjà ».

Que nos confrères ne se fassent pas d'illusions, la fonctionnarisation les guette. Sans doute, on fera des distinctions entre la médecine préventive et la médecine de soins, mais comme il n'y a pas et il ne pourra pas y avoir de limites nettes entre ces deux sortes de médecine, elles ne tarderont pas à se confondre et à une échéance relativement brève.

L'exercice de la médecine tendra de plus en plus à être fonctionnarisée ou salariée, ce qui, au fond, est sensiblement la même chose. Aujourd'hui l'examen prénatal, la protection de l'enfance, les vaccinations de toutes sortes, la surveillance sanitaire des écoliers, le dépistage de la syphilis et de la tuberculose, suivi de leur traitement, sont considérés comme entrant dans la médecine préventive ; demain ce sera l'isolement des contagieux qui nécessitera évidemment leur traitement ; ce sera le dépistage des maladies professionnelles, etc., etc. Tout cela rentrera dans le cadre de la médecine préventive. Que restera-t-il à la médecine de soins ?

Pour la médecine humaine comme pour la médecine vétérinaire, selon l'expression de M. Leclainche, c'est là « un courant irrésistible » et « ce mouvement général est trop profond pour qu'il ne s'impose pas à l'attention de tous. »

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

UNE DISCUSSION DERMATOLOGIQUE

Psoriasis pustuleux ou acrodermatite continue ?
Dermo-épidermite pustuleuse ou pyodermite, etc. ?

Par le Professeur Henri GOUGEROT

Professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté de médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

Dans une précédente leçon (1) nous avons discuté un cas fréquent de lésions palmo-plantaires : — Eczéma dyshidrosique ou dyshidrose associée des surinfections streptostaphylococciques à et mycosiques (2) donc « complexes » des mains et des pieds (3) — Epidermomycoses dyshidrosiformes (4) — Réactions secondes de P. Ravaut — et nous annonçions qu'après avoir étudié ces diagnostics les plus « fréquents », il restait à discuter des diagnostics plus « rares », mais de grande importance pratique, pronostique et thérapeutique : — pyodermites et dermoépidermites microbiennes sur lesquelles j'ai tant insisté depuis 1916 (5), — acrodermatite continue d'Hallopeau, — psoriasis pustuleux de Zumbusch-Jadassohn, — dermo-épidermite pustuleuse miliaire et érythémato-squameuse, etc... d'origine inconnue que j'ai individidualisée en 1922 (6) ; — et lorsqu'on a épuisé toutes les discussions, il reste encore un reliquat d'*inconnu*, actuellement inclassable.

Ce sont ces diagnostics que nous voudrions aujourd'hui étudier avec vous.

Ne vous récriez pas et n'allez pas m'objecter que ce sont des raretés sans intérêt pour le médecin non spécialisé. Ces faits, vous le verrez, ont une grande importance pratique, thérapeutique et pronostique.

Tout d'abord je vais vous rappeler les caractères de ces diverses dermatoses en vous montrant des malades (ou des moulages). Puis vous les comparerez entre elles. Enfin, nous essaierons de conclure.

***

I. Dermo-épidermites microbiennes strepto-staphylococciques et pyodermites

Les localisations palmo-plantaires de ces dermo-épidermites sont rares et presque toujours associées à des lésions d'autres régions qui en facilitent le diagnostic. Elles sont caractérisées dans cette variété pustuleuse par un mélange de vésicules et de petites bulles innombrables, distinctes ou confluentes, de 1 millimètre, rarement de 2 à 3 millimètres de diamètre, encore fermées ou ouvertes, sécrétant du pus ou du séropus. Parfois du soir au matin les vésiculettes se reproduisent par centaines, presque confluentes ; ces récidives sont rares ou incessantes tant qu'un traitement énergique ne les arrête pas. Les bords du placard sont d'ordinaire nets, parfois diffus, émiettés.

---

(1) Parue dans le *Journal des Praticiens*, 21 novembre 1936, nº 47, p. 769.

(2) GOUGEROT. — Le Parasaccharomyces intertriginis. Les dyshidroses vraies (sans mycoses) et les épidermomycoses dyshidrosiformes, les cas mixtes ou dyshidroses secondairement infectées. *Congrès de Dermatologie de Paris*, 6 juin 1922, pp. 30 et 43.

(3) GOUGEROT. — Le complexe dermatologique du pied et de la main et son traitement. *Journal des praticiens*, 15 juin 1929, nº 24, p. 385 ; et *Archives dermato-syphiligraphiques de la Clinique de Saint-Louis*, juin 1930, nº 6, p. 265.

(4) GOUGEROT et GANCEA. — Epidermomycose due à un parasite levuriforme (présentation du malade). *Société de Dermatologie*, 7 mai 1914, p. 295, publiée in nº 7 du 2 juillet, p. 296 et 335.

(5) GOUGEROT. — Dermo-épidermites streptococciques, etc..., développées autour des plaies fistuleuses. *Rapport ministériel* de mars-avril et *Journal des Praticiens*, nº 24, 10 juin 1916, p. 369.

Les dermo-épidermites microbiennes de guerre et leur traitement. *Revue de Médecine*, mai-juin 1936, nº 5 et 6, p. 342, juillet-août 1916, nº 7 et 8, p. 401 (90 pages, deux tableaux, onze photos).

(6) GOUGEROT. — Dermo-épidermite pustuleuse miliaire et érythémato-squameuse, nummulaire et en placards à progression centrifuge (forme nouvelle) *Congrès de Dermatologie de Paris*, 6 juin 1922, p. 172.

Dermo-épidermite pustuleuse miliaire et érythémato-squameuse nummulaire et en placards à progression centrifuge, *Archives dermato-syphiligraphiques de la Clinique de Saint-Louis*, décembre 1931, nº 12, p. 611, (treize figures).

Les lésions qui débordent vers les doigts et le dos de la main, vers le poignet, les lésions associées du reste du corps sont souvent d'un autre type et ce polymorphisme est un signe diagnostic important.

Ce diagnostic s'appuie sur des signes multiples :

— Aspect *clinique* différent des dermatoses voisines (eczéma, etc.) : érosion microbienne non ourlée et plus grande que les puits eczémateux ; squames différentes, au grattage méthodique de Brocq, des squames du psoriasis, etc.

— Bulles plates squameuses et petites *vésicules louches* ou *purulentes intra-épithéliales* de 1 à 3 millimètres, plates sans saillie, au-dessous des croûtes ou au-dessous des squames.

— *Polymorphisme* lésionnel ; presque toujours plusieurs aspects lésionnels sont associés sur un même placard : érosions suintantes, squames, bulles plates squameuses et croûteuses, etc.

— Début parfois par une streptococcie aiguë : un érysipèle.

— Mélange aux lésions érythémato-squameuses de lésions microbiennes incontestées : bulles d'ecthyma, croûtes d'impétigo, ulcération suppurante...

— *Transformation d'une pyodermite en un placard d'épidermite* ; par exemple transformation, sous les yeux du médecin, d'un impétigo en épidermite psoriasiforme nummulaire.

— *Transitions* entre les épidermites et les pyodermites.

— *Progression centrifuge* par un ourlet bulleux ou croûteux ou squamo-croûteux impétigineux, ou par un bord circiné ou curviligne semé d'ecthyma, ou par un *clivage épidermique, squameux, sec*, reliquat d'une bulle sèche.

— Récidive sous la même forme ou sous une autre forme d'épidermite microbienne ou sous forme des pyodermites.

— Guérison par les traitements antiseptiques non irritants.

A plusieurs reprises nous avons insisté sur les associations ou « complexes ».

Les résultats thérapeutiques rapides sont la sanction heureuse de ce diagnostic. Le traitement antiseptique local que je vous ai tant de fois détaillé (1) suffit presque toujours.

Parfois il faut varier l'action thérapeutique, et dans quelques cas où le nitrate d'argent, l'alcool iodé, l'alcool violet, les pommades antiseptiques, les baumes réducteurs avaient amélioré sans guérir, nous avons obtenu avec Ed. Peyre la guérison par l'application *locale de bactériophage* en friction, soir et matin, pour faire pénétrer le virus, et en pansement pendant la nuit.

(1) In notre petit livre « La Dermatologie en clientèle » chap. VII, page 365.

***

II. Acrodermatite continue d'Hallopeau

Variété pustuleuse

Hallopeau a décrit deux variétés, l'une vésiculeuse à liquide clair séreux, l'autre à liquide trouble purulent ; c'est la seule qui nous intéresse dans cette discussion. Cette acrodermatite est faite de pustules récidivant sans cesse (d'où l'évolution chronique), disséminées sur fond rouge, de 1 à 3 mm., envahissant un ou plusieurs doigts simultanément ou successivement, douloureuses, rebelles à tous les traitements, sauf la radiothérapie.

J'ai, depuis 1927, décrit des formes atypiques (1) sèches, discontinues, saisonnières, etc...

Les causes restent inconnues :

— diathésique (mais quelle diathèse ?)

— parasitaire, mais on n'a jamais isolé un virus indiscutable. Cependant Fidanza Carillo et Ocana ont guéri une acrodermatite, rebelle même à la radiothérapie, par un auto-vaccin fait avec des cultures vivantes :

« Après nettoyage et scarification d'un petit carré de peau de la région deltoïdienne, on déposa une anse de culture vivante, obtenue avec le liquide des vésicules de la lésion cutanée, en étendant cette culture sur la peau scarifiée et en la mélangeant à la sérosité sanguinolente qui suintait. On recouvrit d'une cupule de verre aseptique fixée à la peau à l'aide d'un emplâtre ; quarante huit heures plus tard apparurent des pustulettes qu'on nettoya avec de la teinture d'iode ; deux jours plus tard, les lésions de l'acrodermatite se désséchèrent et aucun nouvel élément n'apparut. La guérison fut obtenue progressivement et se maintient depuis huit mois. » (*Revista argentina de dermatosifilologia*, t. 20, 1936, pp. 22-35.)

Certains, avec Bodin, ont proposé l'assimilation avec la dermatite polymorphe douloureuse de Brocq-Dühring dont malheureusement la cause reste non moins inconnue.

Le rapprochement le plus valable est avec le psoriasis pustuleux comme l'a si bien fait Jadassohn et ainsi que nous le mentionnerons ci-dessous.

(1) Gougerot et Filliol. — Acrodermatite sèche discontinue périodique saisonnière. *Société Dermatologie*, 14 novembre 1929, n° 8, p. 1038 ; et *Archives Dermato-syphiligraphiques de la Clinique de Saint-Louis*, mars 1930, n° 5, p. 154.

Gougerot. — Acrodermatites vésiculosquameuses eczémateuses. *Journal des Praticiens*, 23 novembre 1929, n° 47 p. 769 ; et *Archives dermato-syphiligraphiques de la Clinique de Saint-Louis*, mars 1930, n° 5, p. 143.

et surtout :

Gougerot. — Formes nouvelles des acrodermatites. *Archives dermato-syphiligraphiques de la Clinique de Saint-Louis*, mars 1930, n° 5, p. 136 (trois figures).

Le traitement indiqué par Hallopeau dès le début, est la *radiothérapie* ; il reste le meilleur et guérit les malades, sauf exception ; la récidive est rare. C'est là l'heureuse sanction de ce diagnostic et sa conséquence *pronostique*.

Dans notre clinique M. Giraudeau fait la technique suivante :

Première séance : 68 r (internationaux) (90 K V) filtre aluminium 5/10 sur la pulpe des doigts.

68 r (internationaux) (90 K V) filtre aluminium 5/10 sur la face dorsale de la troisième phalange.

Deuxième séance : huit jours après, même traitement.

Troisième séance : quinze jours après la deuxième, même traitement. On arrête 1 mois.

Et l'on peut faire deux nouvelles séances à huit jours d'intervalle.

Il faut alors arrêter pendant *un an* la radiothérapie.

***

III. Psoriasis pustuleux de Kaposi, Hallopeau, Zumbusch

Cette forme de psoriasis rare, mais très intéressante par sa gravité a été décrite par Kaposi et par Hallopeau (1901), puis par Zumbusch (1909), Jadassohn, etc., Kissmeyer en désigne trois formes :

— forme aiguë fébrile avec phénomènes généraux, fièvre élevée, prurit empêchant le sommeil, etc...

— forme bénigne récidivante généralisée ;

— forme bénigne localisée palmo-plantaire, les vésico-pustulettes sont de tailles variables de 1 à 5 mm. souvent ostio-folliculaires, parfois ombiliquées varioliformes ; les poussées sont longues, récidivantes, rebelles aux traitements, parfois graves, même mortelles. Le plus souvent le psoriasis pustuleux est secondaire à un psoriasis classique non pustuleux. Mais, parfois, il est d'emblée pustuleux (Hallopeau).

Le traitement est aléatoire, mais les nouveaux traitements des psoriasis n'ont pas été essayés dans ces cas : régime sans graisse, éosine localement.

Le *pronostic* est donc réservé.

***

IV. Dermo-épidermite pustuleuse miliaire et érythémato-squameuse nummulaire et en placards à progression centrifuge

Cette dermo-épidermite pustuleuse que j'ai décrite en 1922 est caractérisée :

— Par une lésion élémentaire et initiale, la pustulette miliaire, qui se multiplie, s'accroît, conflue en placards, petits, nummulaires, puis en larges nappes de plusieurs centimètres ;

— Par des placards arrondis ou irréguliers, à bords nets et papuleux ou diffus, criblés de pustulettes de 1 à 3 millimètres, recouvertes de croûtes et de squames, évoluant tantôt vers la multiplication des pustulettes qui peuvent confluer, ulcérer l'épiderme et le derme superficiel, tantôt vers la formation des squames épaisses, psoriasiformes parfois, qui cachent souvent des fines pustulettes, plates, intra-malpighiennes.

— Par un grand polymorphisme clinique ;

— Par une évolution chronique, irrégulière, entrecoupée de poussées aiguës sans causes connues (avec parfois fièvre).

— Par l'inefficacité de traitements actuels, donc par l'incurabilité.

Ses formes sont multiples ; — suivant la localisation : formes disséminées, généralisées ; formes à grands placards régionaux et à pustulettes disséminées ; formes localisées régionales : palmaires, etc. — suivant l'aspect clinique : forme pustuleuse, forme érythémateuse, forme squameuse, etc.

Cette lésion ne ressemble à aucun type décrit : Brocq et Jeanselme qui eurent pendant plusieurs mois dans leurs salles la malade présentée au Congrès ; Darier, Sabouraud, Nicolas, etc., qui examinèrent cette malade au Congrès de 1922, ne purent la rattacher à aucun type catalogué. Certains de nos collègues ont des souvenirs semblables mais n'ont pu élucider le problème.

La cause, qui est évidemment parasitaire, nous a jusqu'ici échappé. Des centaines de cultures et de préparations ont été faites ne montrant que des bactéries pyogènes banales, streptocoques et staphylocoques, et trois fois des champignon (Pénicillium, Nocardia, levures) ces champignons surinfectent de façon passagère, transitoirement et incidemment, les lésions d'autre nature : par exemple dans les ongles de la malade présentée au Congrès de 1922 M. Ota a trouvé un champignon filamenteux (Scopulariopsis banal); mais dans les autres lésions aucun germe spécial ne fut décelé. Cette dermo-épidermite pustuleuse est-elle causée par des bactéries pyogènes banales à virulence exaltée ou plutôt évoluant sur un terrain sensibilisé ? Est-elle due à un germe spécifique qu'il a été impossible d'isoler ? On ne peut encore préciser.

Nous nous efforcions de limiter cette dermo-épidermite pustuleuse la comparant avec l'acrodermatite d'Hallopeau, le psoriasis pustuleux, les pyodermites et dermo-épidermites microbiennes, comparaison qui n'était que clinique et évolutive, histologique et bactériologique, thérapeutique puisque l'étiologie reste inconnue, sauf pour les dermo-épidermites strepto-staphylococciques.

Avec l'acrodermatite d'Hallopeau, les différences sont grandes : la localisation de la dermo-

épidermite pustuleuse ne se restreint pas à l'extrémité des doigts, elle diffuse ses placards sur tout le corps : même dans les formes localisées des mains, c'est la paume ou la plante qui sont envahies.

Avec le psoriasis pustuleux, les différences sont non moins nettes : pas d'association de psoriasis ni de forme de transition, structure histologique différente, évolution plus tenace, résistance aux traitements du psoriasis, donc pronostic plus grave.

Avec la variété pustuleuse dermatite polymorphe douloureuse de Brocq-Dühring les différences sont certaines : pas d'association des lésions bulleuses et polymorphes de la maladie de Dühring-Brocq, ni de forme de transition ; structure histologique différente et leucocytose variable sans éosinophilie, évolution plus tenace, résistance aux traitements du Dühring-Brocq, donc pronostic plus grave.

Avec les dermo-épidermites microbiennes le diagnostic est facile : pas d'association, ni de forme de transition, pas de pyodermite à l'origine se transformant sous les yeux de l'observateur en dermo-épidermite microbienne ; absence de streptocoques, etc., dans les lésions fermées naissantes ; évolution et pronostic graves très différents de ceux des dermo-épidermites curables par les traitements locaux.

***

V. Comparaison des acrodermatites d'Hallopeau et des psoriasis pustuleux

Le problème a été posé par Zumbusch, Jadassohn (1), Gans, Nobl-Ingram (2), Barber (3), etc.

Jadassohn l'a remarquablement étudié dès 1915 :

« Je dois ncore mentionner une autre maladie très rare, qui sans aucun doute une certaine ressemblance avec ces cas de psoriasis. C'est l'*acrodermatite continue décrite par Hallopeau*, et principalement sa forme purulente ».

« Le premier cas d'acrodermatite que j'ai observé chez la femme d'un médecin âgée de 35 ans environ, ressemblait le plus, parmi tous les aspects que je connaissais, à l'impétigo herpétiformis ; mais il n'existait aucun rapport ni avec la grossesse, ni avec une anomalie des organes génitaux. La maladie débuta par une inflammation et une suppuration, au pourtour des ongles, avec un ramollissement et une destruction de ces derniers ; elle finit par provoquer des accès fébriles et répétés, une dissémination de pustules et de croûtes et se termina par la mort. Il n'exista jamais de foyers de vrai psoriasis. Les pustules furent stériles, l'examen général fut tout à fait négatif. Ainsi malgré l'absence d'un psoriasis typique, on trouva le même aspect comme dans sa forme pustuleuse, mais aussi une grande analogie avec l'impétigo herpétiformis ».

« Dans le second cas, que l'on devrait étiqueter acrodermatite suppurée, existaient, à côté de lésions caractéristiques purulentes des ongles, des foyers typiques de psoriasis des coudes ».

« Je retrouve les mêmes lésions dans un des deux cas d'acrodermatites continua pustulosa, publiées par de Azuer (aux coudes et aux genoux) ».

« Je note encore dans une publication de Volk, un cas de Foggies ; une femme cinq fois enceinte, eut, chaque fois, au troisième mois de la grossesse, de fortes douleurs sub-unguéales, les ongles tombèrent ensuite. *Pendant les deux dernières grossesses apparut un psoriasis aux coudes et aux genoux.* Ainsi grossesse, acrodermatite (quoique non suppurante) et psoriasis étaient encore associés ».

« Dans un cas de Kroph l'acrodermatite à répétition des ongles chez une jeune fille, qui se répéta pendant deux grossesses, fut *suivie* d'un psoriasis ».

« Chez une malade de Volk, un psoriasis débuta par une inflammation, quoique sèche, des ongles, inflammation qui ressembla à une paronychie ».

« Il existe donc dans certains cas, des points de contact entre l'acrodermatite, le psoriasis et l'impetigo herpétiformis ».

« Je ne veux aucunement identifier ces trois affections ; pour le faire il nous manque surtout la connaissance de leurs étiologies, mais il ne faut pas trop s'attacher à un seul signe, par exemple l'importance de la grossesse pour l'impétigo herpétiformis. On a déjà reconnu qu'une autre dermatose gravidique, l'herpès gestationis, n'est qu'une forme de dermatite herpétiforme, dans laquelle la grossesse joue le rôle de cause provocatrice des accès. On ne sait pas encore par quoi est déclenché l'accès dans les autres formes de la dermatite herpétiforme, et nous ne savons rien de l'étiologie de ces deux formes. Il serait très possible qu'il existe donc les mêmes conditions dans l'impétigo herpétiforme et l'acrodermatite. Et comme cette dernière maladie est intimement liée au psoriasis il est aussi possible que ce soit le cas pour l'impétigo herpétiformis ; sa ressemblance clinique avec le psoriasis pustuleux (y compris l'évolution éventuellement fatale), serait plus qu'un jeu de hasard ».

« Ce sont des questions auxquelles on ne peut répondre, avant de connaître l'étiologie, que par une étude exacte des cas analogues qui sont très rares ». (J. Jadassohn, Psoriasis und

(1) *Mediz-Klinik*, 1915, p. 10.
(2) *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, nº 505, 1930, p. 489.
(3) *Ibidem*, nº 505, p. 500.

verwandte Krankheiten, *Medizinische Klinik*, 1915, pp. 10 et 11). »

Différents auteurs ont réétudié récemment le problème.

Par exemple Ingram dans son travail « Acrodermatitis perstans and its relation to psoriasis ». *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, nº 505, nov. 1930, p. 489) (1). « Il semble que certains auteurs rangent dans le cadre de l'acrodermatite continue des affections rebelles très diverses des extrémités. » C'est ainsi qu'après avoir donné un aperçu bibliographique, Ingram distingue « deux groupes de faits : des pyodermites chroniques des extrémités dues au staphylocoque doré», auxquelles il réserve le nom d'acrodermatite perstans et des dermites non infectieuses localisées aux extrémités, mais pouvant se généraliser. Ces dernières seraient fréquemment associées au psoriasis pustuleux.

Ingram cite quatre observations se rapportant à ce groupe de faits : il s'agit de lésions érythémato-squameuses palmaires et plantaires s'accompagnant de vésicules stériles. Ces lésions sont caractérisées par l'absence d'un traumatisme initial infectant ou d'un foyer infectieux primitif, par la stérilité des lésions, par la présence de vésicules quelquefois interdigitales, également stériles, et ne guérissant pas par les traitements des épidermomycoses. Ces lésions coexistent souvent avec un psoriasis typique.

Par exemple, Barber, dans son travail « Acrodermatitis continua vel perstans and psoriasis pustulosa » (*The British Journal of Dermatology and Syphilis* nº 505, nov. 1930, p. 500, 16 fig.) distingue deux ordres de faits :

« 1º L'acrodermatite continue vraie, qui débute par l'extrémité d'un doigt, à la suite d'un traumatisme infectant, par une lésion pyogène, le plus souvent un périonyxis, souvent un panaris profond. De cette localisation unique et unilatérale l'affection peut s'étendre, se généraliser et atteindre même les muqueuses. Les lésions restent toujours irrégulières dans leur distribution, jamais il n'y a eu de symétrie. La lésion primitive est toujours une pustule ou une phlyctène contenant un staphylocoque doré particulièrement résistant, pouvant se développer même sur des muqueuses, pouvant être quelquefois décelé dans les matières des malades et caractérisé bactériologiquement par le fait qu'il pousse sur le milieu de Conradi-Drigalski, habituellement réfractaire au staphylocoque. »

« 2º Le second groupe, qui doit être dissocié de l'acrodermatite continue, est représenté par une forme pustuleuse de psoriasis affectant symétriquement les paumes des mains et les plantes des pieds. La localisation caractéristique de ces lésions est à l'éminence thénar d'où elles peuvent s'étendre au premier espace interdigital, à l'éminence hypothénar, à la face de flexion des doigts. Aux pieds, les lésions siègent primitivement à la partie moyenne interne de la plante. Les ongles sont rarement atteints ; lorsqu'ils le sont, on ne constate pas de suppuration, mais de l'hyperkératose sèche. Ces lésions sont érythémato-squameuses et pustuleuses, leur exfoliation est lamelleuse. Elles sont stériles et cet amicrobisme est aussi remarquable que celui du psoriasis. »

« Toute question nosographique mise à part, il existe donc des kératodermies micropustuleuses palmaires et plantaires symétriques dans lesquelles les recherches bactériologiques et mycologiques les plus minutieuses n'ont pu déceler un agent pathogène. »

En 1932, à la *Société de Dermatologie* et dans nos Archives, nous reprenions avec Mlle Olga Eliascheff la discussion à propos de notre malade 111933 (1).

« Cette malade est du plus grand intérêt, disions-nous, parce qu'elle soulève une importante discussion diagnostique et la question des rapports entre le psoriasis microcircinata de Jadassohn, le psoriasis pustulosa, la dermatite pustuleuse miliaire érythémato-squameuse de Gougerot, les formes atypiques des acrodermatites de Hallopeau décrites par Gougerot ». (*Archives dermato-syphiligraphiques de la clinique de Saint-Louis*, 1933, nº 18, p. 193) et nous discutions en détail les relations du psoriasis et de ces diverses dermatoses.

De nouvelles observations sont en faveur du rattachement de certaines acrodermatites au psoriasis pustuleux.

Deux de nos anciens malades atteints d'acrodermatites pustuleuses d'Hallopeau typiques, c'est-à-dire strictement localisées aux extrémités des doigts, et guéris par la radiothérapie, sont revenus nous voir récemment parce qu'ils avaient une récidive, or, en les examinant, tous deux avaient des lésions indiscutables de psoriasis typiques des coudes, genoux et cuir chevelu associées aux acrodermatites pustuleuses typiques.

---

(1) Analyse de Mme le Docteur S. Fernt in *Archives, dermato-syphiligraphiques de la Clinique de Saint-Louis*, t. V, fasc. II, juin 1933, p. 209.

(1) Gougerot et Olga Eliascheff. — Cas pour discussion : lésion érythémato-squameuse et pustuleuse de l'éminence thénar, du pouce et de l'index : acrodermatite ? psoriasis ? dermo-épidermite pustuleuse ? *Société de Dermatologie*, 7 juillet 1932, nº 7, p. 1196. Forme nouvelle de psoriasis, forme de transition entre le psoriasis microcircinata de Jadassohn et psoriasis pustulosa, forme localisée et fixée. *Société de Dermatologie*, 8 décembre 1932, nº 9, p. 1623. *Archives dermato-syphiligraphiques de la Clinique de Saint-Louis*, juin 1933, nº 18, p. 193 (six figures).

Un malade suivi avec Mlle Olga Eliascheff en est un troisième exemple (1) :

Le nº 119751, âgé de 65 ans, Docteur en médecine, n'a pas d'antécédent familial de psoriasis. Il est « arthritique », il a eu des coliques néphrétiques (calcul) et a été opéré pour des calculs de la prostate.

En 1918, débutent des lésions des ongles, des gros orteils, que deviennent friables, jaunâtres, et se détachent peu à peu de leur lit.

La peau au pourtour des ongles est encore saine. L'examen microscopique aurait montré à Paul Ravaut une épidermophytie. Ces lésions n'ont jamais guéri malgré les traitements locaux.

En 1932, apparaissent des lésions périunguéales et cutanées de la phalangette autour des ongles des deux mains, et des gros orteils, et du troisième orteil du peid droit, puis une rougeur vive et, seulement un an après, en 1933, une suppuration. Ces lésions causent de vives douleurs et empêchent le sommeil.

Le malade vient nous voir à l'automne 1934 ; une rougeur vive occupe les deux tiers de la phalangette des deux mains. Sur cette nappe érythémateuse, se trouve une squame formant un demi-anneau sur la surface externe ; elle est de teinte jaunâtre, légèrement humide ; sous elle la pression fait sourdre une gouttelette de pus ; cette squame se soulève, mais pour se reformer immédiatement après.

Autour de la matrice des ongles, la suppuration est beaucoup plus prononcée. Les ongles sont ternes, rugueux, très épaissis, de teinte jaunâtre et ont des striations longitudinales.

Les lésions des orteils sont superposables à celles des mains.

A la paume des deux mains, symétriquement, se trouve une tache du volume de 2 1/2 cent. sur 2 cent., bien limitée, hyperkératosique, de teinte rouge foncé desquamante, sèche.

Les recherches de M. Duché montrent des Monilia. La culture a donné une *Monilia* du groupe *albicans*. Dans les examens directs du pus, on ne découvre ni microbes, ni champignons.

Biopsie d'une lésion de la phalangette de la main gauche, faite le 30 octobre 1934.

p*Epiderme* : La couche cornée très hypertrophiée est arakératosique ; elle est dissociée dans toute son étendue par des formations cavitaires arrondies remplies de polynucléaires, de cellules lymphoïdes et de noyaux en pyknose, il s'agit donc de micro-abcès intra-cornéens.

Le corps muqueux est acanthosique ; les bourgeons interpapillaires sont allongés. Il en résulte une papillomatose nette dans une partie de la coupe. Au-dessus de ces papilles le corps muqueux est aminci.

Derme : Le corps papillaire est œdémateux ; ses paisseaux sont dilatés et entourés d'un infiltrat peu appréciable. Aucun infiltrat dans le reste du derme.

On a donc toutes les lésions typiques d'un psoriasis pustuleux.

Evolution et traitement. Tous les traitements par les pommades irritent les lésions. On applique un traitement par des rayons Roentgen.

Après deux séances on constate une amélioration nette : la peau est lisse, un peu épaissie, les ongles sont aplatis, la suppuration a complètement disparu.

Mais six semaines après les lésions récidivèrent et elles présentent le même aspect qu'avant le traitement.

En l'absence de critères étiologiques, nous nous gardions de conclure en 1932 ; la même prudence est nécessaire en 1935, mais il est intéressant de réunir de nouvelles observations sur ce problème si difficile.

***

VI. Le reliquat des inconnues

Lorsqu'on a discuté, comparé, éliminé les diagnostics précédents, il reste malheureusement des faits inclassables. C'est le reliquat des inconnues qu'il est nécessaire de signaler parce que peu à peu l'accumulation des observations permettra d'explorer ces « terres inconnues ».

Par exemple l'observation si intéressante de Weissenbach présentée à la *Société de dermatologie* du 14 mai 1936, nº 5, p. 1014, sous le nom de « Troubles trophiques sclérodermiformes des membres supérieurs, sclérosyndactylie décalcifiante, avec épidermite suppurée phlycténulaire ».

« A ce double point de vue, les diagnostics de *maladie de Morvan*, de *lèpre mutilante*, de *troubles trophiques de la syringomyélie, de troubles trophiques* des *névrites ascendantes*, de *sclérodactylie*, enfin *l'acrodermatite continue d'Hallopeau* ont été envisagés tout à tour. L'aspect du médius de la main gauche, atteint huit ans après la main droite, et qui semble représenter le stade du début de la maladie, rappelle certaines images publiées dans cette dernière affection (voir la planche du *Manuel de dermatologie* de Desaux et Boutelier, figurant un cas de Brocq, p. 699), mais l'intégrité actuelle des autres doigts de ce côté, l'évolution ultérieure de l'affection telle qu'elle se juge au bout de onze ans d'évolution, par l'état des mains et de l'avant-bras droit, ne cadrent pas avec les descriptions de la majorité des cas publiés de l'acrodermatite continue d'Hallopeau et nullement avec celle du cas princeps de cet auteur. Si l'apparition de phlyctènes purulentes, la chute des ongles, la transformation des doigts en moignons, les phénomènes douloureux, figurent dans les observations classiques, aucune planche, aucun moulage d'acrodermatite continue ne montre ni cet aspect de syndactylie et cette fusion des phalanges entre-elles et avec la paume de la main, ni l'existence de lésions si étendues d'un côté, alors qu'elle sont si discrètes et si récentes du côté opposé ».

Par exemple, plusieurs cas que nous avons suivis sans les comprendre depuis plusieurs années.

(1) Comparez :
GOUGEROT et Mlle Olga ELIASCHEFF. — Acrodermatite d'Hallopeau et psoriasis pustuleux. *Société de Dermatologie*, 14 mars 1935, nº 3, p. 447.

Observation : Une jeune fille de 28 ans, a depuis six ans des lésions palmo-plantaires, mais surtout palmaires. A l'étranger, on a dit épidermomycose, et de fait, entre les quatre et cinquièmes orteils on trouvait souvent une desquamation assez pauvre, sans vésicule, ni pustule, contenant des Trichophyton. Mais dans les lésions des plantes et des paumes des dizaines d'examens directs, des cultures, n'ont révélé aucun champignon, et l'alcool iodé qui guérit les lésions interdigitales au moins pour quelques semaines n'influence pas les lésions des paumes et des plantes.

La récidive des lésions interdigitales pouvait s'expliquer parce que la jeune malade non prévenue cessait l'alcool iodé dès que l'épiderme redevenait normal ; or, on sait qu'un épiderme contient pendant très longtemps encore des champignons saprophytes, que ces parasites repullulent et provoquent inévitablement la récidive de l'épidermomycose. Avertie par nous, la jeune malade a eu la patience de continuer l'alcool iodé entre les orteils pendant deux mois après la guérison apparente, et depuis plus d'un an, elle n'a plus eu de récidive interdigitale, l'épidermomycose semble liquidee.

Au contraire, elle continue l'alcool iodé sur les lésions palmo-plantaires, tous les soirs sans obtenir de guérison, sans empêcher de petites poussées.

Aux plantes, les lésions chroniques sont discrètes, placards irréguliers à peine érythémateux, pauvrement squameux, semés de quelques vésico-pustules de deux à quatre millimètres ; érythème et vésicules, puis desquamation augmentent lors des poussées qui durent de quinze à trente jours. Puis les lésions régressent jusqu'à l'état chronique qui reste fixe.

Aux mains les lésions sont étendues à toute la paume sans les déborder, sans envahir actuellement les espaces interdigitaux ; les bords sont irréguliers, effrités vers le poignet ; à la rainure des doigts, ils sont nets, curvilignes, avec une collerette cornée et sèche, décollée de un à deux millimètres. La surface est rose-orange, lisse, sauf une desquamation de squames irrégulières, assez larges, adhérentes, sans infiltration et sans œdème, sans papules et sans fissures. Cette surface est semée sans ordre d'une vingtaine de vésico-pustulettes, plates de deux à quatre millimètres, bombant à peine sous l'épiderme épaissi, non douloureuses, sans auréole érythémateuse, contenant une gouttelette de pus blanchâtre ou jaunâtre (pas verdâtre), clair ou épais, cytologiquement pauvre en cellules et fait d'un mélange de polynucléaires prédominants, intacts d'ordinaire, de moyens mononucléaires et de cellules épidermiques libérées sans aucun parasite.

Sans raison nette, peut-être favorisées par le surmenage scolaire ou les changements de saison, surviennent des poussées subaiguës ; les paumes sont rouges et tendues (œdème), légèrement douloureuses et surtout criblées de nombreuses pustulettes troubles de deux à quatre millimètres, de même formule que les pustulettes chroniques ; ces poussées durent de quinze à trente jours, et la dermatose revient à l'état chronique fixe décrit ci-dessus.

A l'étranger et en France, on a multiplié les *analyses* qui *toutes* ont été négatives : — examen directs par coloration et par la potasse, — cultures à froid et à 37° en aérobies et anaréobies, — inoculation à la cornée et dans l'encéphale de lapin, — auto-inoculation, — intra-dermo-réaction avec des cocci pyogènes, des mélanges de champignons (clasines de Jausion).

Tous les *traitements* restent *inefficaces, en particulier l'alcool iodé* appliqué depuis de nombreux mois, *radiothérapie*, vaccins pyogènes et mycosiques... Certains semblent améliorer au début de leur application, puis les lésions réaugmentent et ne guérissent pas.

Observation. — Un malade d'une cinquantaine d'années, a depuis douze ans, aux pieds et aux mains des lésions chroniques à poussées aiguës et subaiguës prédominant aux pieds, sans causes cutanées, peut-être des raisons émotives. C'est en effet un intellectuel très nerveux, surmené, insomnique, colitique et petit hépatique, mais sans autres troubles viscéraux.

Aux pieds, les lésions intenses érythémato-squameuses et pustuleuses envahissent toute la plante, toute la surface des orteils et la moitié inférieure du dos du pied, avec des bords irréguliers effrités ; les pustulettes innombrables ont de deux à cinq millimètres. Au moment des poussées, il souffre tant qu'il doit rester à la maison ; le pied est rouge œdématié.

Aux mains, les paumes, les racines des doigts sur leurs faces palmaires et latérales, les bords des éminences thénar et hypothénar sont constamment malades, rarement et seulement au cours de certaines poussées le dos de la main, la face antérieure des poignets sont envahis. Contrairement aux pieds, l'extrémité des doigts n'a jamais été touchée. Les lésions sont semblables à celles des pieds, les pustulettes sont plus plates de un à trois millimètres, les poussées concordent avec celles des pieds.

Tous les examens bactériologiques ont été négatifs (voir ci-dessus), la cytologie est celle de la malade précédente.

Tous les traitements ont été négatifs : alcool iodé, radiothérapie, etc... (voir ci-dessus).

* * *

Tels sont les faits ; continuons de les étudier et de les comparer, afin que, peu à peu, leur étiologie et leur pathogénie s'éclairent, et que nous arrivions à guérir ces malades.

LA BIOPSIE DE LA MOELLE OSSEUSE PAR PONCTION STERNALE

Par le Professeur agrégé Charles AUBERTIN

La biopsie de la moelle osseuse, si utile pour étudier l'hématopoïèse qui n'est pas toujours révélée par la cytologie sanguine, n'est devenue d'usage courant que depuis la ponction de l'épiphyse tibiale par trépanation, Arinkin a substitué la ponction du sternum aussi facile à faire qu'une ponction exploratrice, beaucoup plus facile et moins dangereuse que la ponction de la rate (Debré, P.-Em. Weil). Après anesthésie de la peau et du périoste par la novocaïne on introduit une aiguille trocart d'un diamètre de 12 dixièmes de milliamètre et l'on perfore la table externe jusqu'à la substance médullaire ; on aspire à la seringue et l'on fait des frottis colorés par les méthodes ordinaires.

Normalement, le frottis montre, sur un fond de globules rouges normaux, des éléments nucléés leucocytaires et hémoglobiques : les leucocytes sont pour la plupart du type granuleux, polynucléaires neutrophiles (environ 30 %), métamyélocytes (environ 10 %) et myélocytes neutrophiles (environ 30 %), plus des éléments plus jeunes, myéloblastes, hémocytoblastes, hémohistioblastes, en proportion beaucoup moindre. Les lymphocytes et monocytes sont en faible quantité. Enfin on trouve des globules nucléés nombreux (20 % environ) dont la plupart sont des normoblastes. On peut trouver des mégacaryocytes ; les plaquettes sont nombreuses et groupées par amas.

Dans les *leucémies* les éléments blancs sont beaucoup plus nombreux que les rouges. Dans la *leucémie lymphoïde* et les *lymphomatoses* on ne trouve pratiquement que des cellules du type lymphoïde (lymphocytes, mononucléaires moyens et lymphoblastes) ; quelques-uns sont en mitose ; d'autres sont en histolyse ; les polynucléaires et les myélocytes sont en très faible proportion. Inversement dans la *leucémie myéloïde* (et dans les *myélomatoses* subleucémiques et aleucémiques) on ne trouve pratiquement que des myélocytes granuleux, neutrophiles, éosinophiles ou basophiles, des cellules souches ou myéloblastes, et des hémo-histioblastes. Certains éléments sont en mitose. Les polynucléaires sont en faible proportion ; les érythroblastes, diminués dans le pourcentage, sont néanmoins nombreux si l'on tient compte du grand nombre des éléments qui sont très serrés sur les frottis. Dans la *leucémie aiguë* la lame est presque entièrement constituée par une nappe de cellules-souches indifférenciées, à noyau clair nucléolé, à protoplasma plus ou moins basophile.

Dans l'*érythrémie* (maladie de Vaquez) les globules rouges et les globules nucléés sont particulièrement nombreux ; mais on trouve également sur les lames de nombreux myélocytes et quelques mégacaryocytes.

Dans les *anémies*, la réaction essentielle est une réaction érythroblastique, mais elle varie selon le type envisagé. Dans l'*anémie secondaire simple* (anémie post-hémorragique, anémie hypochrome, anémies symptomatiques diverses, ictère hémolytique) ce sont les normoblastes qui dominent ; il s'y joint une réaction myélocytaire et un certain degré d'éosinophilie ; dans l'*anémie pernicieuse classique* (type Biermer) ce sont au contraire les mégaloblastes volumineux avec de nombreux hémocytoblastes et des mitoses ; on retrouve sur les hématies de la moelle la poïkilocytose et l'anisocytose avec mégalocytose qui existent dans le sang ; dans l'*anémie aplastique* les éléments sont peu nombreux et les rares éléments subsistants sur l'étalement sont du type lymphoïde ; il n'y a pratiquement ni réaction myéloïde, ni réaction érythroblastique.

Rappelons que, dans le kala-azar, la ponction sternale met en évidence les parasites dans le protoplasma de grandes cellules du type monocytaire.

La ponction sternale, on l'a compris, prend son intérêt dans les cas — et ils sont assez nombreux — où il y a discordance entre les éléments cliniques et les données hématologiques : subleucémies, splénomégalies ou adénomégalies sans réactions sanguines, anémies progressives sans lésions sanguines caractéristiques, polyadénopathies chroniques faisant penser à une maladie de Hodgkin ou à une lymphomatose, et toutes les affections sanguines atypiques (1).

(1) *L'Année Médicale Pratique*, mai 1936.

LES PROGRÈS DE LA RADIOGRAPHIE PULMONAIRE

Tomographie et Série-scopie

La radiographie pulmonaire marque actuellement un progrès important. La radiographie ordinaire, par ce fait qu'elle « prend » l'ensemble du thorax et des organes intra-thoraciques, se trouve dans certains cas insuffisante : par exemple, les zones claires sont masquées par l'ombre des zones opaques et une lésion placée derrière une partie normalement sombre passe inaperçue. Pour parer à ces insuffisances des radios de face, on a pris des radios obliques, des radios de profil, mais des impedimenta du même genre s'y retrouvent, les ombres des côtes, de la masse cardio-vasculaire, du médiastin, se montrant souvent alors prédominantes.

Les physiciens et les radiographes ont cherché à parer à ce défaut, se proposant pour but d'obtenir non plus une image photographique des plans superposés du thorax, mais des images de chaque plan déterminé. On y est parvenu grâce aux travaux de Bocage (1922), de Vallebona (1930), de Ziedes des Plantes (1932) et aux adaptations pratiques de Grossmann et Chaoul (1935). La nouvelle méthode a reçu le nom de *tomographie* (le τομος = section).

La tomographie est utilisée, depuis quelques années déjà en Allemagne par Grossmann et Chaoul, à Berlin, par Smidt, à Heidelberg, par Reisner, à Stuttgart, en Italie par Vallebona à Gênes, en Angleterre par Mac Dougall. En France, elle a été particulièrement étudiée par M. Etienne Bernard qui a communiqué ses travaux sur cette question à la Société médicale des hôpitaux, à l'Académie de chirurgie et au Congrès de Strasbourg (16 novembre 1936). A la séance internationale de radiologie pulmonaire de cette réunion, sous les auspices de M. Gunsett, la tomographie a été particulièrement à l'honneur.

La tomographie, dit M. Etienne Bernard, se justifie par les raisons suivantes : une radiographie ordinaire traduit la somme de toutes les images qui sont situées dans le cône d'irradiation de la sources lumineuse. Pour le thorax, dont l'épaisseur est relativement considérable, les plans superposés forment un total d'images dont l'analyse est souvent difficile et l'interprétation erronée. De plus, au bloc des ombres pulmonaires normales ou pathologiques s'ajoutent les ombres des côtes qui recouvrent plus des deux tiers du film. Dans certaines régions les lésions peuvent être partiellement ou totalement masquées : il en est ainsi au niveau des entrecroisements des côtes entre elles ou des côtes avec la clavicule, au niveau des zones costo-médiastinales antérieure et postérieure, etc... Par ailleurs, une lésion profonde est invisible quand existe en avant ou en arrière d'elle une opacité plus dense qu'elle-même.

Avec la tomographie, le thorax est radiographié plan par plan, en coupes minces, libérées du squelette osseux et de la sommation des ombres habituellement superposées. La comparaison entre une radiographie ordinaire et une tomographie chez le même sujet permet d'apprécier le progrès accompli. Sur la seconde, les ombres de côtes ont totalement disparu, de même que toutes ombres de zones antérieures et postérieures : sur son plan particulier, la lésion apparaît isolée.

On peut théoriquement reproduire un nombre très élevé de coupes pour un même thorax. Pratiquement, on peut se contenter de trois tomographies : une ventrale, située à 5 ou 6 centimètres en arrière du sternum ; une médiane, qui correspond sensiblement au hile pulmonaire ; une dorsale, à 5 où 6 centimètres de la paroi dorsale. La prise du tomogramme est simple et la lecture des tomographies se fait comme la lecture d'une radiographie.

La méthode tomographique constitue ainsi un progrès important en matière de radiographie pulmonaire. On peut prévoir que dans un avenir plus ou moins proche elle entrera dans la pratique courante. Des perfectionnements sont cependant à y apporter. Elle nécessite un temps de pause donnant des films qui au premier abord paraissent brouillés ; d'autre part, le malade doit être couché, position défectueuse pour un film du thorax.

Autre inconvénient qui en limite actuellement l'usage. La tomographie exige un appareillage spécial complexe et coûteux. Son prix de revient se trouve, de ce fait, élevé.

Ces imperfections n'auront sans doute qu'un temps et elles n'empêchent pas, dans la mesure du possible, de profiter dès maintenant des services rendus par cette technique, notamment pour l'appréciation des lésions tuberculeuses.

***

C'est sur les mêmes travaux et sur un principe analogue que se base la *série-scopie* pulmonaire, procédé nouveau bien étudié en France par

M. P. Cottenot. Il s'agit également d'une radiographie de plans mais visant plutôt au repérage, et à l'étude des lésions chirurgicales pleuro-pulmonaires.

Le procédé consiste à regarder, superposées sur un même négatoscope, une série de stéréoradiographies. Les radiographies doivent être prises au même moment de la respiration, ce que permet de faire le sélecteur cardio-pulmonaire de M. Cottenot.

On parvient ainsi à explorer tout le thorax en profondeur, plan par plan, et à déterminer la forme, la situation réelle d'une lésion, à mettre en évidence des cavités noyées dans un bloc de condensation, à mesurer enfin avec une grande précision la distance qui sépare par exemple un foyer d'abcès des parois thoraciques. Ce sont là, pour les abcès du poumon et leur traitement chirurgical, en particulier, des renseignements précieux.

La série-scopie, analogue dans son principe à la tomographie, peut être utilisée comme elle en clinique phtisiologique, mais elle est plus spécialement intéressante comme méthode de repérage et dans la thérapeutique chirurgicale des pneumopathies où elle guidera avec grand avantage le chirurgien.

La série-scopie ne limite pas, d'ailleurs, ses indications, aux affections thoraciques. M. Heitz-Boyer s'en est servi également en chirurgie urinaire pour le repérage en profondeur des calculs du rein.

***

Pour terminer, donnons l'appréciation sur ces deux méthodes, de M. Maurer, de M. Robert Monod, et d'un maître de la radiologie française, M. Béclère :

M. Maurer a eu l'occasion d'expérimenter avec M. Hautefeuille, la méthode série-scopique du Docteur Cottenot. Dans un cas d'abcès du poumon du lobe inférieur gauche, à peine visible sur une radiographie frontale et non perceptible sur une radiographie de profil, la série-scopie a permis d'affirmer l'existence de cet abcès et de préciser son siège et son volume.

M. Robert Monod insiste sur la transformation que la série-scopie apporte à la chirurgie pleuro-pulmonaire. C'est surtout dans la recherche des collections purulentes (petites collections pleurales ou abcès pulmonaires) que cette méthode rendra de grands services car ces collections ne sont pas toujours perceptibles à la radioscopie.

Si l'on met en parallèle la tomographie et la série-scopie, il semble qu'on ne doive pas opposer les deux méthodes. Elles sont appelées plutôt à se compléter. L'une, est principalement un procédé de repérage (la série-scopie), l'autre (la tomographie) peut mettre en valeur des détails importants par la suppression d'ombres adjacentes ou superposées ; à ce point de vue, elle est surtout utile pour le diagnostic.

Les deux modalités nouvelles de l'exploration radiographique du poumon, dit également M. Béclère dans son argumentation à l'Académie de chirurgie, ne sont pas à opposer l'une à l'autre. Elles dérivent du même principe. Toutes deux représentent un grand progrès, puisque toutes deux en dissociant et en analysant couche par couche la superposition d'images diverses que donne nécessairement la radiographie classique d'un thorax, décèlent ainsi des lésions qu'on ne pourrait soupçonner sans leur secours et en précisent exactement le siège, avantage capital en cas d'intervention chirurgicale. La tomographie est comparable à l'acte de l'histologiste qui pour examiner au microscope un fragment de tumeur le débite en une série plus ou moins nombreuse de coupes très minces, tandis que la sérioscopie est comparable à l'acte du même histologiste qui en présence d'une seule coupe relativement épaisse, mais transparente, étudie ses différents plans en faisant varier la distance de l'objectif à la platine du microscope. Au point de vue du radio-diagnostic, l'une de ces deux modalités est-elle supérieure à l'autre ? La réponse à cette question n'est pas possible actuellement. On peut les comparer seulement au point de vue pratique ou plus précisément au point de vue économique. Pour la prise d'une série plus ou moins nombreuse d'images radiographiques du thorax, la tomographie exige un appareil spécial, compliqué, encombrant et très coûteux. Pour la prise des quatre images radiographiques que demande la sérioscopie, tous les appareils en usage sont bons, il suffit de les compléter par le petit dispositif de M. Cottenot en vue d'obtenir ces images au même moment de l'acte respiratoire et par le négatoscope spécial nécessaire à leur examen, dont le prix est notablement moindre.

P. Lacroix.

AU CHEVET DES PATIENTS

I

Les masques de l'accès de glaucome aigu :

conjonctivite, troubles digestifs, céphalée

Un symptôme capital : l'abolition de la vision

— Démasquer un accès de glaucome aigu est une question de pratique médicale pure, et non de spécialité. Aussi le Docteur **N. Salgo** (1) écrit-il avec juste raison :

« Que dirait-on d'un médecin, qui passerait à côté de crises d'appendicite aigue, et s'en excuserait après coup, en indiquant simplement qu'il n'est pas chirurgien ? Or, c'est ce qui se passe, avec une fréquence alarmante pour le glaucome inflammatoire aigu. »

Pourquoi ? Parce que *les praticiens ne pensent pour ainsi dire jamais au glaucome aigu,* surtout lorsqu'il se dissimule sous des aspects cliniques variés.

Voici leur excuse : la majorité d'entre eux jugent que c'est là un diagnostic à la fois rare et difficile à poser, et qui exige la compétence d'un oculiste.

Cependant, il s'agit là, en ce qui concerne l'accès aigu, d'une affection très fréquente, pour laquelle le malade appelle toujours son médecin, et non pas l'oculiste. Celui-ci est, au contraire, consulté pour les crises subaiguës de glaucome, que le praticien rencontre rarement.

Voici un exemple typique de ces cas de crises aiguës de glaucome. Le Docteur Salgo le publie, car le tableau clinique en reste à peu près invariablement le même :

« On nous appelle auprès d'une malade âgée de 60 ans, pour une « *conjonctivite* » qui ne guérit pas.

« On s'excuse de nous « déranger », mais la malade est couchée avec des *troubles digestifs* et de la *céphalée,* depuis quinze jours, suivie d'ailleurs par son médecin habituel, comme nous l'apprenons ultérieurement.

« Arrivé au lit de la malade, celle-ci nous raconte que, brusquement, après un repas habituel, elle fut prise de douleurs aiguës, dans une moitié de la tête (oculaires et périoculaires gauches), et en même temps d'un malaise général avec vomissements répétés. Le praticien appelé aussitôt diagnostiqua un embarras gastrique fébrile, coïncidant avec une conjonctivite aiguë de l'œil gauche. Traitement institué : poudre alcaline pour l'estomac, argyrol pour l'œil.

« Actuellement, la digestion est un peu calmée ; mais ni la céphalée, ni l'état de l'œil ne s'améliorant, la famille nous a appelé.

« A l'examen, nous trouvons l'œil gauche photophobe, larmoyant, la conjonctive bulbaire gonflée, injectée de sang, surtout autour de la cornée, qui, elle, est trouble, terne, d'une couleur gris verdâtre « glauque ». La pupille est *légèrement* dilatée, déformée et immobile.

« La palpation est à peine possible à cause des souffrances qu'elle provoque : on devine, plutôt qu'on ne sent, une bille. Nous pratiquons l'occlusion du bon œil : l'œil malade nous cherche, tourne dans tous les sens, mais ne nous voit pas. »

Or, le diagnostic est facile, quand on constate le symptôme capital de l'accès de glaucome aigu, et qui est constitué par l'*abolition de la vision de l'œil malade,* signature même de cet accès.

L'idée de conjonctivite aiguë, se trouve en effet d'emblée éliminée, car dans cette dernière, la vue n'est jamais atteinte.

Le seul diagnostic différentiel à faire est d'avec l'iritis. Mais il est rare, pour ne pas dire inexistant, qu'au cours de la poussée d'iritis, les troubles digestifs passent au premier plan. De plus, la pupille est plus contractée que du côté sain, en opposition avec le glaucome aigu. En ce qui concerne la vision, celle-ci y est troublée, mais non abolie, comme dans l'accès glaucomateux.

Enfin l'interrogatoire apprendra presque toujours, que, pendant les semaines qui précédèrent la crise, de temps en temps le malade a eu des troubles visuels (brouillards passagers, cercles irisés), dans l'œil devenu hypertendu.

Mais, dans certains cas, il est nécessaire de recourir au tonomètre pour mesurer cette hypertension. Comme il s'agit d'une épreuve réservée au spécialiste, le malade sera sauvé, car le praticien n'hésitera pas à l'adresser à l'ophtalmologiste. Celui-ci, appelé dès lors dans les premières heures ou les premiers jours, réussira presque toujours à guérir le patient soit par l'emploi des myotiques, soit par une iridectomie.

Le danger consisterait à admettre le diagnostic de conjonctivite, en instituant le traitement

(1) N. Salgo. — *Journal des Praticiens,* 8 mai 1937.

de cette affection. Les jours passeraient et la cécité deviendrait irrémédiable, comme dans l'observation rapportée plus haut.

« En conclusion : chez une personne ayant dépassé la quarantaine, la brusque apparition d'une triade symptomatique composée d'une crise de migraines, d'une inflammation oculaire du même côté, et de vomissements, doit obligatoirement aiguiller vers le diagnostic d'un accès de glaucome aigu » ; il faut alors s'enquérir de l'état de la vision de l'œil malade.

***

II

Pour éviter les dermites, suites de teinture capillaire

Le coiffeur avait-il fait l'épreuve de la touche ?

Il s'agit de l'épreuve, proposée par le Docteur Sabouraud dès 1911 : elle constitue un test transépidermique, que le coiffeur doit pratiquer, avant d'appliquer une teinture à base de paraphénylène diamine ; et celle-ci ne sera pas utilisée si la cliente a présenté une démangeaison vive ou une rougeur du cuir chevelu au point examiné.

Il faut toujours que l'artiste capillaire recourt à ce procédé d'investigation ; il serait coupable d'avoir utilisé pareille teinture malgré une réaction positive. Et cependant, dans la pratique, celui, qui n'a jamais eu d'accidents et croit qu'il n'en aura jamais, peut, devenir un négligent. La chose s'explique un peu pour deux raisons : la première, c'est que la cliente est parfois pressée de se faire teindre les cheveux et veut que l'application de la teinture soit faite immédiatement, sans attendre le résultat de la touche ; la deuxième consiste dans les avantages de la paraphénylène diamine, qui donne de belles colorations, et permet de faire une ondulation permanente sur les cheveux, qui ont été soumis à cette méthode tinctoriale.

Le Docteur **Edwin Sidi** (1) rappelle les règles précises à suivre pour que l'épreuve de la touche conserve toute sa valeur :

1° Dégraisser la peau avec un tampon imbibé d'alcool ou d'éther ;

2° Déposer au niveau de la nuque quelques gouttes de teinture, près de la zone d'implantation des cheveux ;

3° Lire le test vingt-quatre heures ou même quarante-huit heures après, car la réaction peut être retardée.

Si la cliente a présenté une démangeaison vive au point touché, ou une rougeur, la paraphénylène diamine ne doit pas être utilisée. L'épreuve est dite positive, et traduit ainsi une sensibilité particulière du sujet à ce produit tinctorial, de telle sorte que son application aurait déterminé, au niveau du cuir chevelu, une dermite vésiculo-œdémateuse, localisée surtout au niveau de la nuque, derrière les oreilles, au niveau du front, et celle-ci eût été susceptible de s'étendre soudainement et de durer un mois.

Dans ces cas, où lors d'une première application, une quantité minime de teinture a déterminé une réaction, la « touche » offre une valeur incontestable. Il existe cependant des observations, où celle-ci ayant été négative, le coiffeur a pu appliquer à plusieurs reprises une teinture à base de paraphénylène-diamine ; mais progressivement, il s'est produit par la suite une sensibilisation à ce produit : lors des applications suivantes, la cliente aura éprouvé des démangeaisons, présentera un léger érythème suintant au niveau du front et derrière les oreilles. Il ne faut plus, dès lors, continuer l'application de teinture, car on risquerait de voir apparaître une dermite, qui envahirait le visage du sujet.

L'épreuve de la touche, lorsqu'elle est positive, révèle un état d'idiosyncrasie, ou mieux une sensibilité individuelle tissulaire. Il ne peut s'agir d'un accident toxique. En effet, la quantité minime de teinture que l'on emploie pour ce test, le nombre restreint de sujets, qui présentent cette réaction (un sur 800), la différence entre les accidents expérimentaux par injections de doses toxiques et l'aspect eczémateux des lésions que présentent les sujets après l'épreuve, sont autant d'arguments en faveur de l'intolérance. Ces accidents sont superposables aux dermites que l'on voit survenir après la prescription, chez certains sujets, de salol, d'arnica, d'oxyde jaune de mercure, etc...

G. Fischer.

(1) Docteur E. Sidi. — *Le Siècle Médical*, 15 mai 1937.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Les complications des hémorroïdes et leur traitement

Les Docteurs P. Oury et Jacques Dubois établissent une distinction entre hémorroïdes externes et hémorroïdes internes ; celle ci est essentielle au point de vue séméiologique comme au point de vue thérapeutique ; elle est également fondamentale en ce qui concerne les complications car celles des hémorroïdes internes sont infiniment plus variées et plus importantes en pratique.

La thrombose hémorroïdaire est l'unique complication des hémorroïdes externes, et résume en pratique toute leur histoire clinique. C'est un petit hématome sous-cutané, consécutif à la rupture d'une hémorroïde externe, jusque-là absolument latente. L'examen montre toujours les mêmes signes : sur les parois latérales de l'anus, on aperçoit une tumeur dont le volume varie de celui d'un pois à celui d'une cerise, aux contours bien limités, de teinte toujours bleutée, de consistance dure, et douloureuse au palper.

Une telle thrombose hémorroïdaire commande un traitement qui, à la condition essentielle d'être précoce, doit amener une guérison rapide. Il consiste après anesthésie et incision de l'hémorroïde thrombosée, à extirper le caillot ; passé le quatrième jour après le début, on risque de tomber sur un caillot organisé adhérent, qu'on ne peut extraire en totalité et l'on risque, dans ces conditions, de voir se produire des hémorragies secondaires.

Le prolapsus est une complication très fréquente, souvent très pénible, des hémorroïdes internes ; les injections sclérosantes peuvent facilement protéger le malade de cette affection. Le prolapsus irréductible avec thrombo-phlébite constitue la complication la plus sévère. L'examen physique montre une tumeur dont le volume est souvent considérable, violacée, d'une dureté rénitente, extrêmement douloureuse à la moindre pression et à la plus petite tentative de réduction ; aussi le diagnostic se fait à la simple inspection de la région anale ; il est absolument inutile de tenter une exploration digitale, à plus forte raison endoscopique, manœuvres qui seraient d'ailleurs impossibles ou atrocement douloureuses. Devant cet accident, traitement chirurgical, comme injections sclérosantes, doivent être formellement proscrits ; la réduction ne sera tentée que si le malade est vu très précoc ment, encore doit-elle être très douce, méthodique, patiente, après anesthésie locale. Pour peu que l'évolution soit avancée, il faut renoncer à ces tentatives de réduction atrocement douloureuses et vouées à un échec certain ; c'est au traitement médical classique qu'il appartient de faire rétrocéder la poussée phlébitique et de réduire le prolapsus. Le temps, la douceur, la patience en constituent les éléments essentiels. Quant aux hémorragies, il est indispensable de rechercher, par l'étude de la coagulation, et du temps de saignement, s'il n'existe pas de troubles de la crase sanguine. Traitement anti-hémorragique habituel, et de l'anémie, suite des hémorragies. Cependant ici, on trouve l'indication la plus formelle de la cure sclérosante.

Les auteurs envisagent enfin le retentissement habituel des hémorroïdes internes sur la muqueuse rectale : ano-rectite banale, écoulements séro-purulents, prurit ou eczéma de la marge anale, fissure anale, etc... Quant à la névralgie ano-rectale, toute injection sclérosante ne saurait que l'aggraver ; on essaiera la haute fréquence, la diathermie, le courant continu, un traitement anesthésique général. (*Bull. gén. de thérapeutique*, nº 1, 1937.)

Danger et indications de la chirurgie du ganglion stellaire

Comme conclusion d'une longue et intéressante étude, G. Lazorthes estime que la chirurgie du ganglion stellaire est pleine d'avenir, mais aussi d'inconnu, comme toute la chirurgie endocrinienne. Dans cette voie, tous les efforts doivent actuellement tendre, du point de vue théorique, à lui donner des bases physiologiques précises ; du point de vue pratique, à rechercher des tests infaillibles de son action. Nos connaissances sur la physiologie du ganglion stellaire sont encore incertaines : pour cette raison, il est difficile de préciser et délimiter le domaine de la stellectomie et cette intervention reste encore empirique, faite trop souvent au hasard et a peu d'adeptes.

Au contraire, la pratique systématique de l'anesthésie du ganglion étoilé présente un immense progrès. Sans méconnaître ses évidentes vertus thérapeutiques, l'auteur ne rappelle ici que ses qualités d'épreuve diagnostique. Utile, facile à réaliser, sans danger, elle permet à l'avance de préciser et de mesurer l'action d'une stellectomie et indique sa légitimité ou son inutilité, en même temps qu'elle nous éclaire sur la pathogénie de l'affection à traiter. (*Toulouse Médical*, 15 avril 1937.)



Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Infarctus de l'intestin par choc d'intolérance

(M. G. BACHY, de Saint-Quentin ; 17-2-1937)

Au cours de trois interventions pour hernie étranglée, se trouvant en présence d'anse intestinale dite infarcie, c'est-à-dire ayant l'apparence de boudin noir gorgé de sang, avec un mésentère infiltré, M. Bachy a eu recours aux injections d'adrénaline, en poussant 1 c. c. de la solution d'adrénaline à 1/4 de milligr. par centimètre cube dans le mésentère, créant dans le méso une sorte de boule d'œdème. Dans deux cas, où les lésions n'étaient pas trop anciennes, en quelques secondes l'intestin s'est dégorgé et a pris une teinte rose vif. Les malades ont guéri. Dans le troisième cas, l'adrénaline a bien fait disparaître par places la teinte noire, mais l'opération ayant été tardive, la malade succomba.

Ces observations viennent en confirmation de la conception de M. Grégoire qui rattache un groupe d'infarctus de l'intestin à des phénomènes d'intolérance, de choc, avec comme conséquence thérapeutique, l'injection d'adrénaline.

Greffes hétéroplastiques médullaires dans les blessures des nerfs périphériques

(MM. A. GOSSET et Ivan BERTRAND ; 17-2-1937)

M. Gosset rapporte les premiers essais faits chez l'homme de greffes hétéroplastiques médullaires dans les blessures des nerfs périphériques suivant son procédé. Les nerfs opérés sont assez variés : radial, cubital, médian, sciatique. Les blessures remontaient pour la plupart à quelques mois. La régénération nerveuse s'est produite de façon rapide, plus rapidement qu'elle ne se fait après une suture simple, ce qui prouve que le problème de la régénération nerveuse n'est pas uniquement anatomique.

La préparation du greffon est assez délicate. La moelle est prélevée chez des lapins, avec beaucoup de précautions, car il faut à tout prix éviter un écrasement du tissu nerveux ou même une simple éraillure de la dure-mère. Aussi faut-il réséquer les lames vertébrales par petites fragmentations. La moelle découverte, on fixe le segment de rachis avec la moelle en place dans un tube contenant du formol à 20 p. 100. Dès le lendemain, on peut libérer la moelle durcie et la replonger seule dans une solution fraîche de formol. On peut conserver plusieurs mois dans ce liquide des moelles ainsi préparées. Elles sont enfin laissées deux ou trois jours dans l'alcool à 90° avant de les utiliser.

Staphylococcies à évolution chronique et prolongée

(M. Marcel ARNAUD ; 24-2-1937)

M. Marcel Arnaud rapporte une série d'observations de staphylococcies à évolution chronique et prolongée, c'est-à-dire d'états latents staphylococciques de longue durée entrecoupés d'accidents locaux aigus dus au staphylocoque (furoncles, abcès, ostéomyélites, myosites suppurées, hydro-adénites, etc.).

Le premier malade présenta : une furonculose importante à l'âge de cinq ans, un anthrax de la lèvre supérieure à seize ans, un abcès osseux à dix-sept ans, des furoncles à dix-huit, dix-neuf et vingt-trois ans.

Deuxième malade : furonculose à trente ans et, pendant huit ans consécutifs, furoncles en divers points du corps. Deux ans plus tard, abcès osseux du tibia à staphylocoques. Puis, abcès-sous-cutanés, myosite suppurée du fessier droit, des muscles lombaires.

L'histoire du troisième malade est de plus longue durée encore : à dix-sept ans furonculose prolongée pendant cinq mois ; à vingt ans, hydro-adénite ; à vingt-deux ans, furoncles sur l'abdomen ; à trente ans, infection suppurée du pouce ; à trente-neuf ans, abcès à staphylocoques ; à quarante-cinq ans, ostéomyélite du maxillaire supérieur ; à quarante-six ans, abcès du tibia. Cette staphylococcie s'est donc poursuivie pendant 29 ans et n'est sans doute pas terminée.

De telles observations ne sont pas rares, tant s'en faut. Elles donnent l'impression d'un microbisme latent particulier ou d'une sensibilisation spéciale au staphylocoque. Les hémocultures faites par M. Arnaud chez ses malades ont été généralement négatives mais cet auteur n'éloigne pas l'idée d'une septicémie staphylococcique chronique d'emblée, à poussées évolutives aiguës.

— M. Louis BAZY trouve là un argument favorable à l'opinion qu'il soutient et qui est la suivante : nous devrions bien cesser de diviser les maladies infectieuses en maladies aiguës et en maladies chroniques. En lisant les observations de M. Arnaud, on peut se demander quelle différence sépare ces staphylococcies à rechutes, persistant indéfiniment et la tuberculose qui n'évolue pas autrement. Cette conception de pathologie générale pourrait amener des déductions pratiques, en particulier touchant le maniement des vaccins et de la bactériothérapie.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

Ostéomalacie grave non influencée par l'ingestion de vitamine D., mais considérablement améliorée par l'administration de vitamines A et D en injections intramusculaires

(M. Jacques DECOURT ; 19-2-1937)

Il s'agissait d'une ostéomalacie grave, développée lentement et progressivement en une vingtaine d'années. La lenteur même de cette évolution, l'absence d'hypercalcémie, et l'examen radiographique montrant une décalcification simple sans remaniement architectural, sans images géodiques, permettaient d'éliminer l'hypothèse d'une ostéose parathyroïdienne. La diminution légère du calcium sanguin confirmait d'ailleurs le diagnostic d'ostéomalacie.

L'ergostérol irradié administré par la bouche pendant deux ans et demi, aux doses habituellement efficaces dans le traitement de l'ostéomalacie en même temps que du chlorure de calcium, n'a fourni aucun résultat appréciable, si ce n'est une atténuation légère des douleurs. Par contre, le produit administré par voie intramusculaire, en association avec la vitamine A, a amené la disparition complète des douleurs osseuses et une amélioration considérable de l'impotence. L'effet thérapeutique était évident dès la sixième injection. Après un an de traitement, la malade, qui ne pouvait jadis, ni s'asseoir, ni se retourner dans son lit, est capable de se lever, de s'habiller et de marcher. A part la persistance des déformations osseuses, on peut véritablement parler de guérison. En même temps, la calcémie s'est relevée de 0 gr. 089 à 0 gr. 105. La calciurie, qui était un peu supérieure à la normale, s'est abaissée.

En résumé, il y a lieu de distinguer, dans le cadre encore trop vaste et imprécis de l'ostéomalacie, deux variétés de pathogénies différentes.

a) Des ostéomalacies que l'on peut dire exogènes, entendant par là qu'elles reconnaissent pour cause un facteur étranger à l'organisme. Telles sont les ostéomalacies de carence, secondaires à une insuffisance ou à un déséquilibre de la ration alimentaire, et capables de guérir par l'ingestion d'ergostérol irradié, comme le montrent la clinique et l'expérimentation.

b) Des ostéomalacies endogènes, ayant leur origine dans un trouble du métabolisme, c'est-à-dire au sein même de l'organisme, sans intervention d'aucun facteur d'ordre alimentaire. Dans des cas de ce genre, comme le prouve cette observation, l'ergostérol irradié peut être inactif par voie buccale, alors qu'il retrouve son pouvoir en injections sous-cutanées. Tout se passe comme si l'organisme était incapable de faire la synthèse de l'ergostérol irradié ; mais rien ne permet encore de préciser la nature d'un pareil trouble. Tout au plus peut-on soupçonner une altération particulière du métabolisme des lipides, liée à un facteur hépatique ou endocrinien.

Sur l'opérabilité des cancers gastriques avancés

(M. René-A. GUTMANN ; 19-2-1937)

L'auteur étudie la conduite que l'on doit tenir lorsqu'on se trouve en présence d'un malade atteint d'un cancer de l'estomac déjà relativement avancé et caractérisé, en particulier, par des images radiologiques étendues. Lorsqu'on propose d'opérer de tels malades, on se heurte, en général, à toute une série d'objections : on invoque l'anémie du malade, sa faiblesse. Surtout on se fonde sur l'étendue des lésions pour déclarer que la tumeur ne pourra être enlevée : que, d'ailleurs, si on l'enlève, la récidive est fatale à si bref délai qu'il ne vaut pas la peine d'imposer au malade, le risque d'une opération.

C'est un préjugé de penser qu'une tumeur est mathématiquement d'autant moins extirpable et d'autant plus vouée à la récidive qu'elle est radiologiquement plus grosse. Un petit cancer peut être adhérent, avoir des métastases dans le foie et un énorme cancer être parfaitement enlevable. Ce qui importe pour décider, avant intervention, de l'opérabilité, ce n'est pas la quantité d'estomac pris, c'est la quantité d'estomac sain, où le chirurgien pourra faire passer sa ligne de résection ; de ce point de vue, l'examen radiologique bien fait donne des renseignements précieux et supérieurs à ceux fournis par toute autre méthode.

En dehors donc des métastases constatées (foie, ganglions périphériques, ascite), et de l'envahissement non discutable du haut de la petite courbure, le médecin doit juger que la gastrectomie doit être tentée. C'est au moment de l'opération seulement qu'on verra si elle est possible ou non, c'est-à-dire s'il n'y a pas d'infiltration remontant trop haut, d'induration cancéreuse inextirpable de tout le petit épiploon, d'envahissement, en arrière, dans le pancréas, etc...

L'auteur adopte les conclusions suivantes :

1° En dehors d'un état général tellement déficient qu'il est difficile de le remonter même temporairement, et que, dans ces conditions, l'opération, même à l'anesthésie locale, est sûrement impossible ; de métastases nettes ; des certaines formes fibreuses, linitiques, à marche lente, chez des sujets âgés ; le médecin doit conseiller l'opération.

2° En dehors de métastases raisonnablement non enlevables, ou d'impossibilité matérielle de l'exérèse, le chirurgien doit la tenter (à la rigueur en deux temps).

3° A titre de pis-aller seulement (mais non en se proposant d'emblée cette opération comme but), on doit, dans les formes sténosantes ou qui deviendront sténosantes, faire une gastro-entérostomie.

G. F.

Lille

SOCIÉTÉ MÉDICALE ET ANATOMO-CLINIQUE

Séance du 26 *janvier* 1937

Hypospade, classé à tort dans le sexe féminin. Présentation de malade

M. Lepoutre. — Jeune garçon de 12 ans, né en Allemagne et déclaré du sexe féminin. Il s'agit, en réalité, d'un hypospade, auquel l'auteur, par diverses interventions opératoires, a restitué son sexe Le résultat est des plus satisfaisants.

Résultat immédiat d'une isophénolisation des pédicules thyroïdiens, pour arthrite traumatique de la hanche. Présentation de malade

M. Desbonnets. — Homme de 40 ans, opéré le matin même. Victime d'un accident d'automobile le 3 août 1936, il a présenté, outre des blessures multiples, une fracture du cotyle gauche et du sourcil cotyloïdien, avec déplacement de celui-ci vers le haut. Il entre à l'hôpital de la Charité, quarante jours après l'accident : ankylose partielle de la hanche, marche très pénible et fort douloureuse, avec deux béquilles, raccourcissement de deux centimètres.

Après divers échecs thérapeutiques, on se décide à faire une isophénolisation des pédicules thyroïdiens. Le résultat immédiat est extraordinaire, prodigieux même : les douleurs disparaissent, le malade marche avec deux cannes, il s'assied facilement.

Perforation du rectum par effort, considérations thérapeutiques

MM. Courty et Callens éliminent la perforation traumatique et la perforation par l'air comprimé. Ils rapportent un cas de perforation par effort au cours de la défécation : violente douleur et péritonite généralisée. Intervention immédiate dans la fosse iliaque droite ; on s'aperçoit que le pus vient de gauche. Nouvelle incision qui ne montre pas de lésion sigmoïdienne. Enfin, l'ouverture médiane montre une perforation du rectum, de la dimension d'une pièce de deux francs, qu'on s'efforce de suturer ; mèche et drain, anus iliaque trente-six heures plus tard.

Après une amélioration transitoire, le malade meurt au huitième jour, de collapsus cardiaque. Il s'agissait d'une perforation d'un rectum malade.

Les auteurs pensent qu'un cloisonnement par Mickulicz, avec drainage du reste de la cavité abdominale et surtout un anus immédiat sur l'anse sigmoïde, eût permis desauver le malade, en dépit dela mortalité que l'on sait fort élevée en pareille occurence.

Tuberculose urinaire, suivie pendant plus de onze ans

MM. Lepoutre et Bernard. — Que deviennent les tuberculoses urinaires, abandonnées à leur évolution naturelle ... ? — Voici le cas d'une malade, observee en 1925, atteinte de tuberculose rénale à droite et de néphrite avancée à gauche ; l'interrogatoire permet de reporter le début de la maladie à dix ans auparavant. Cette malade, dont la constante est de 0,122, n'est pas opérée. Revue en 1930, devant une amélioration apparente du fonctionnement rénal, on lui propose la néphrectomie, qu'elle refuse. Elle n'est morte qu'en 1936, avec les signes d'une néphrite azotémique hypertensive.

Les auteurs insistent sur l'évolution très longue de la maladie, fait non exceptionnel, et sur l'utilité qu'il y aurait eu à pratiquer la néphrectomie, malgré les risques courus, en raison de l'influence qu'exerce, à n'en pas douter, le rein malade sur le rein sain.

***

Société Médicale de Royat

A la Société médicale de Royat, cinq rapports ont été présentés sur la question des *spasmes vasculaires.*

MM. C. Heymans et L. Brouha ont envisagé le point de vue physiologique et expérimental du tonus vasculaire, MM. Maranon et Duque (de Madrid), le côté pathogénique.

Les spasmes vasculaires de l'encéphale ont été étudiés par M. Riser (de Toulouse), qui a exposé d'intéressantes considérations sur « l'épilepsie, maladie vaso-motrice » et sur le « spasme cérébral ».

Le spasme cérébral représente la manifestation la plus fréquente de l'hypertonie paroxystique localisée du système artériolaire. Il revêt le plus souvent une allure dramatique. Le médecin, appelé alors d'urgence, se trouve en face d'un problème de diagnostic des plus difficiles et très important à résoudre en pratique. L'injection d'acétylcholine donne en effet des résultats merveilleux au cas d'ischémie, mais elle offre des inconvénients majeurs, que l'on comprend, au cas d'hémorhagie cérébrale. Aussi, reviendrons-nous plus longuement sur le rapport de M. Riser.

Le traitement des spasmes vasculaires et de leurs conséquences pathologiques a été exposé par MM. Leriche et Fontaine pour le côté chirurgical, par MM. Loeper et André Lemaire pour le côté médical. On trouve dans ce dernier rapport des notions tirées d'expériences poursuivies par les auteurs eux-mêmes, dont plusieurs avec la collaboration du Docteur Mougeot, ayant abouti notamment à l'association de l'yohimbine à l'acétylcholine. Enfin, l'action de la thérapeutique thermale de Royat a été envisagée par M. Chabrol.

Les Thèses

P. — Dr M. Ras. — **Etude clinique de l'opothérapie mammaire dans les hémorrhagies génitales.** (Thèse 1937).

L'auteur a étudié l'activité thérapeutique des extraits mammaires chez quarante malades présentant des hémorragies génitales d'origines diverses. A son travail il donne les conclusions suivantes :

Chez les malades atteintes de cancer de l'utérus, l'opothérapie mammaire n'exerce aucune action sur les phénomènes hémorragiques.

Dans le traitement des hémorragies génitales relevant d'une étiologie différente, l'opothérapie mammaire semble jouir d'une efficacité certaine.

Les résultats sont surtout remarquables dans les troubles relevant d'un dysfonctionnement ovarien ou de lésions de la muqueuse utérine, sans atteinte profonde de celle-ci.

L'opothérapie mammaire semble vouée à l'échec dans le traitement des hémorragies provoquées par des causes extra-génitales ou par des lésions très étendues du tractus génital.

L'innocuité des extraits mammaires, même quand on prolonge leur administration pendant des mois, est absolue. Il n'existe pas de contre-indications à leur emploi. Leur mécanisme d'action n'est pas encore parfaitement élucidé.

P. — Dr P. Groulier. — **Contribution à l'étude de la prévention du tétanos par la vaccination.** (Thèse 1937).

La sérothérapie antitétanique préventive est un remarquable moyen de lutte contre le tétanos. Son emploi systématique soulève cependant de sérieuses objections.

Ses indications ne peuvent être précisées. Chez un blessé, le médecin n'a pas de critère lui permettant de juger de l'opportunité de la sérothérapie. A ne pratiquer l'injection sérique qu'à l'occasion de blessures importantes, le médecin risque de laisser passer certaines lésions tétanigènes. Par contre, il serait abusif qu'une injection de sérum fût pratiquée chez tout blessé.

La répétition des injections sériques entraîne dans l'organisme des modifications humorales qui lui constituent une hypothèque définitive. Au fur et à mesure qu'on renouvelle les injections de sérum, celui-ci s'élimine de plus en plus rapidement et son efficacité décroît progressivement.

L'action du sérum est immédiate, mais elle est de courte durée.

De ces inconvénients de la sérothérapie se déduit le rôle à accorder à la vaccination anti-tétanique.

La vaccination antitétanique fut pratiquée pour la première fois chez l'homme par Vallée et Louis Bazy, en 1917. L'immunité active qu'elle confère est double : humorale et tissulaire. Elle est assez durable, mais n'est pas définitive et doit être régulièrement entretenue.

Il semble bien qu'il n'existe pas de sujets inertes, réfractaires à la vaccination antitétanique. On rencontre parfois une inertie apparente qui n'est due qu'à une vaccination insuffisante. Elle doit céder à la revaccination.

Lorsqu'un organisme a été vacciné, une nouvelle injection vaccinale amène un rebondissement immédiat de l'immunité.

La technique de la vaccination antitétanique est la suivante : trois injections de 2 c. c. d'anatoxine à trois semaines d'intervalle. Une injection de rappel tous les ans ou à l'occasion de chaque blessure. La vaccination antitétanique peut être associée sans inconvénient aux vaccinations antidiphtérique et antitypho-paratyphoïdique.

Chez les blessés non vaccinés, on utilisera la séro-vaccination (vaccination sous le couvert de la sérothérapie). Chez les blessés vaccinés, on se contentera d'une injection de rappel d'anatoxine.

Les injections d'anatoxine tétanique ne sont suivies d'aucune réaction importante. Elles peuvent être indéfiniment renouvelées et plus elles le sont, meilleure est la résistance qu'elles confèrent.

Il y aurait un grand intérêt social à ce que la pratique de la vaccination antitétanique fût généralisée.

Ly. — Dr S. Selich-Kaplan. — **Etude de trente thoracoplasties.** (Thèse 1937).

La forme de thoracoplastie partielle élargie qui a été appliquée dans ces trente cas donne un collapsus considérable, en même temps qu'elle est peu mutilante et peu choquante. Elle peut être appliquée largement, et même à quelques cas considérés autrefois comme inopérables.

Les accidents opératoires, dont deux mortels et suivis d'autopsie, ont été soigneusement décrits, et leur pathogénie discutée. Il est apparu que l'évipan doit être employé à dose très modérée et seulement comme un excellent anesthésique de base. Dans les jours qui suivent l'opération, la rétention des crachats paraît être à la base des principales complications d'ordre médical, qui, le plus souvent, n'ont pas de gravité.

La thoracoplastie est encore une opération sérieuse, mais ses résultats sont d'habitude satisfaisants.

Voici les chiffres de la statistique de l'auteur. Sur trente cas : vingt-deux améliorations, quatre résultats nuls, quatre décès.

P. L.

L'ASTHÉNIE MENSTRUELLE ET SON TRAITEMENT

Parmi les manifestations morbides pouvant marquer la période menstruelle, l'asthénie est l'une des plus fréquentes et des plus pénibles. Elle se traduit par un véritable anéantissement, immobilisant certaines femmes plusieurs jours chaque mois. Cliniquement, elle se résume à ce seul signe : l'abattement ; le moindre mouvement, le plus minime effort musculaire devient pénible, et la lassitude est souvent si grande qu'elle entraîne la nécessité de garder le lit. Mais l'asthénie menstruelle est rarement isolée, et son association à des douleurs abdominales, à des coliques, à des palpitations cardiaques, la rend d'autant plus pénible.

Il y a une quarantaine d'années, nombre d'auteurs faisaient de cette asthénie une sorte de psychose, propre à des femmes hypernerveuses ; les travaux modernes ne permettent plus de soutenir une telle opinion : la névropathie, quand elle existe, est bien légère et compte peu à côté des deux facteurs prim rdiaux, le facteur endocrinien et le facteur métabolique.

L'élément endocrinien est ici capital. Les travaux de Sainton, de Guy Laroche, de Léopold Lévy, ont montré les inter-relations des glandes endocrines, la fréquence des syndromes dits « polyglandulaires ». L'importance des hormones en physiologie normale et pathologique est plus grande de jour en jour. Ces recherches ont prouvé que la menstruation n'est pas un phénomène local, mais qu'elle met en jeu la synergie ovaire-lobe antérieur de l'hypophyse-corps thyroïde. Le mauvais fonctionnement d'un des trois termes de cette synergie peut entraîner, directement ou indirectement, des troubles plus ou moins marqués, mais c'est l'hypophyse qui joue le rôle capital par ses hormones gonadotropes et thyréotropes. La clinique, confirmant les faits expérimentaux, montre la supériorité de l'opothérapie anté-hypophysaire sur les opothérapies ovarienne et thyroïdienne, non seulement dans l'asthénie, mais aussi dans tous les troubles menstruels, y compris l'adiposité.

Ce déséquilibre endocrinien entraîne un déséquilibre neuro-végétatif et des modifications importantes du métabolisme, dans le sens d'une diminution. L'asthénie menstruelle s'accompagne d'un ralentissement, souvent sensible des combustions organiques. Ainsi se surajoute un élément métabolique à l'élément endocrinien.

Ce qui précède permet déjà de retenir deux conditions requises pour une thérapeutique efficace :

— action sur la synergie endocrine par l'opothérapie anté-hypophysaire,

— action accélératrice sur le métabolisme basal.

Une troisième condition doit s'ajouter aux deux précédentes : la non-toxicité absolue du médicament employé, sa tolérance parfaite, permettant de l'administrer non seulement dans les jours précédant les règles mais aussi pendant leur durée ; ceci est d'autant plus important que l'organisme est, pour ainsi dire, sensibilisé pendant la période menstruelle.

Avons-nous, à l'heure actuelle, un produit remplissant les trois conditions précédentes et nous permettant d'agir à coup sûr ? Notre expérience personnelle nous fait répondre affirmativement.

A nos malades souffrant d'asthénie menstruelle nous donnons, en association du lobe antérieur d'hypophyse et un corps de la série des dinitrophénols : la dinitrophényl-lysidine, puissant accélérateur du métabolisme. Nous ne pouvons nous étendre ici sur ces corps, étudiés par de nombreux auteurs (Magne, Mayer, Plantefol, Rivoire, Salmon, Rivierez, Dally, Pouchet) : rappelons seulement sa grande marge de sécurité, qui le rend absolument non toxique aux doses thérapeutiques.

Nous prescrivons cette association sous la forme de comprimés d'Opo-Dinitra, à la dose de 2 à 4 comprimés par jour, trois jours avant et pendant les règles. Nous sommes ainsi assurés d'administrer à nos malades des produits extrêmement purs, ayant en outre l'avantage d'être associés à l'extrait hépatique, si utile chez de tels sujets.

A cette dose, trop faible pour permettre l'effet amaigrissant habituel de la dinitrophényl-lysidine, l'activité d'Opo-Dinitra ne se manifeste que par une sensation d'euphorie contrastant avec la lassitude habituelle, et parfois une augmentation sensible de l'appétit.

Les résultats obtenus sont remarquables : Opo-Dinitra nous semble devoir être considéré comme le médicament de choix de l'asthénie menstruelle, toujours efficace et toujours sans dangers.

Dr MAURY.



PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Bulletin de l'Actualité

LE CONTROLE SANITAIRE DES PROSTITUÉES

Un des principaux arguments que font valoir les réglementaristes en faveur de l'organisation actuelle de la prostitution c'est la garantie sanitaire qu'elle apporte (disent-ils !) aux usagers. A les en croire les maladies vénériennes sont littéralement tenues en laisse par leur système ; et abolir celui-ci serait ni plus ni moins vouer le monde à la vérole.

Or de sept rapports rédigés, de septembre 1935 à juillet 1936, par le Docteur Lévy-Bing, contrôleur technique sanitaire de la prostitution pour Paris et la Seine, à la requête du ministre de la Santé publique et du Préfet de police, se dégage une impression sensiblement différente (1). La soi-disant sécurité s'y révèle éminemment trompeuse. Or il n'est pas indifférent, quand l'on court un risque, d'être sur ses gardes ou de se croire à l'abri. En sorte que la « maison » célébrée comme un centre d'hygiène se révèle à l'examen un redoutable nid à spirochètes.

Le Docteur Lévy-Bing a été chargé de visiter successivement les maisons de tolérance et les maisons d'abatage de Paris et de la banlieue. Maison d'abatage, en argot de métier (et il est savoureux que le Docteur Lévy-Bing, tout contrôleur « technique » qu'il soit, avoue ingénuement son ignorance de ce terme pittoresque) signifie « maison publique où le travail (c'est, à certains égards, un travail en effet !) se fait en série, en vitesse et à bon marché. Où la méthode de Taylor va-t-elle se loger, grands Dieux ! !

Un premier accroc au règlement concerne la question des sorties. Lorsque le contrôleur demandait à examiner une femme syphilitique en traitement, très souvent la tenancière répondait : elle est de sortie.

« Or, sur le livre de la maison je n'ai jamais vu portée la mention « sortie » ou la date de la sortie ; *pas une seule fois* sur plus de 50 femmes que j'ai réclamées ».

Les femmes absentes le jour de la visite échappent, ainsi, le plus simplement du monde, à cette visite ; rien de plus facile à celle qui se sait malade d'esquiver le contrôle en prenant (réellement ou prétenduement) son tour de sortie le jour où doit venir le médecin ; car celui-ci se présente à jour fixe et à heure fixe ! On se demande, dans ces conditions, quelles sont, parmi les pécheresses, les naïves qui se laissent prendre !

Le Docteur Lévy-Bing décrit en détail l'installation mobilière et hydrothérapique sur laquelle il est inutile de s'étendre. Mais il conte que chaque client reçoit en entrant une serviette et que, dans plusieurs maisons, ces serviettes servent plusieurs fois sans être lavées. Elles sont seulement repliées et rapidement repassées et constituent donc un danger certain de contamination à la fois pour les hommes et pour les femmes.

Les affiches prophylactiques qui, réglementairement, devraient être affichées dans toutes les chambres et dans la salle de bar sont absentes. Sans doute a-t-on pensé qu'elles pourraient inspirer à la clientèle des réflexions préjudiciables à la bonne marche des affaires.

Il en est de même des tubes de pommade prophylactique. Eux aussi, cependant, sont réglementaires. Mais il semble que dans ces antres le règlement soit assez largement interprété.

Sur 221 femmes inscrites dans les maisons d'abatage 52 seulement sont en carte. Pourquoi les 169 autres ne le sont-elles pas ? on se le demande et on l'ignore. Un très grand nombre, même syphilitiques récentes, même avec un Wassermann encore positif, ne sont pas en carte. Il paraît qu'il existe deux sortes de cartes : les rouges pour les femmes contaminées, les blanches pour les femmes saines. Mais « beaucoup de syphilitiques avec B. W. positif et en traitement ont des cartes blanches ». Pourquoi ? on se le demande et on l'ignore.

***

Un chapitre de « haulte gresse » dans les rapports du Docteur Lévy-Bing, est celui qui a trait aux visites médicales dans les maisons publiques. Elles ont lieu à jours fixes et à heures fixes, deux fois par semaine. Prévenues des jours, les femmes contaminées s'arrangent pour être de sortie et ne pas affronter un examen dangereux.

---

(1) *La prophylaxie antivénérienne*, mars 1937.

L'heure fixe présente une autre sorte de commodités : avant la visite du médecin, la tenancière se livre à un astucieux camouflage : il paraît qu'un badigeonnage à la teinture de benjoin donne à un col de piètre mine une belle coloration rosée qui rassure complètement l'examinateur.

La visite doit avoir lieu dans une pièce spécialement réservée à cet usage. Mais ici encore le règlement est foulé aux pieds avec la plus grande désinvolture, et presque partout c'est dans une chambre de... travail que s'installe le médecin, après qu'on y a apporté une sorte de meuble encombrant en bois blanc qui sert de table-spéculum et que, dans le gentil langage du milieu, on appelle un « chameau ». Heureux encore quand la visite ne se fait pas tout bonnement sur un lit. La pièce est mal éclairée ; la lumière artificielle vient d'un plafonnier. « Tout examen sérieux est impossible dans de telles conditions ».

L'outillage médical est réduit à sa plus simple expression : deux, et parfois un seul spéculum. C'est le même, graissé à chaque fois dans le même pot de vaseline, qui sert d'un bout à l'autre de la visite ! ! ! ! Un vétérinaire rougirait d'en prendre autant à son aise avec l'antisepsie. A quel degré de l'échelle animale le médecin examinateur place-t-il donc ces malheureuses ?

Quand, au cours d'une visite médicale, une femme est reconnue malade, le médecin fait la déclaration de maladie à la tenancière qui, à partir de ce moment, devient responsable Et c'est elle-même qui doit conduire la malade au dispensaire de la Préfecture. — ou bien la femme termine sa journée et n'est amenée que le lendemain au dispensaire (tant pis pour les clients de la journée !) ; ou bien elle refuse de se laisser emmener et la tenancière ne peut guère l'y obliger : la femme quitte la maison, disparaît, et la tenancière fait sa déclaration.

Quand une femme est reconnue malade par le médecin de la Préfecture, au cours d'une visite à son cabinet médical, il refuse le « bulletin de visite » et la femme ne peut rentrer à la maison dont elle faisait partie. Mais elle peut entrer dans une autre en repassant une visite chez un autre médecin à qui elle peut envoyer à sa place une camarade saine.

***

Le traitement des femmes syphilitiques est empreint de la plus haute fantaisie et à peu près constamment inefficace. Le carnet de traitement n'existe pour ainsi dire jamais. Les malades exhibent généralement de petits cartons de couleur sans aucune indication imprimée, sans nom d'hôpital, avec seulement la nature et la date des injections et pour une série ou deux de piqûres, au plus. « Ces cartes invérifiables peuvent servir indistinctement à une ou plusieurs femmes qui se les repassent suivant les besoins ; elles peuvent être complétées par la femme elle-même ou par une infirmière moyennant pourboire. Si j'avance ce fait, c'est que je suis en mesure de pouvoir l'affirmer. Et souvent aussi elles disent avoir perdu leur carton ou l'avoir oublié à leur domicile. En général, elles se contentent d'aller à l'hôpital recevoir une ou deux piqûres par mois, et elles trouvent toujours de bonnes excuses à cette négligence.

Les séro-réactions doivent obligatoirement être répétées tous les trois mois. Naturellement il est loin d'en être ainsi dans la réalité. En outre la prise de sang est faite sans qu'on puisse s'assurer de l'identité du sujet. Les réactions sont faites à Saint-Lazare, à la Préfecture, à Saint-Louis, à Broca, à Cochin. Et il y a lieu de se méfier des résultats de complaisance ou faux.

« Les femmes, prescrit une Circulaire ministérielle du 3 juillet 1929, devront être munies d'une carte d'identité avec photographie de profil et de face ». Cette disposition, si elle était rigoureusement observée, rendrait impossibles certaines fraudes par substitution de personnes. Mais ici encore règne l'anarchie la plus complète.

Des femmes entrent dans une maison de tolérance avec un faux certificat de domicile, avec un faux état-civil. Et si la police veut les retrouver elle se heurte à des impossibilités matérielles. Sur 15 que le Docteur Lévy-Bing a fait rechercher, la police n'a pu lui en amener que deux !

***

La séance du 26 novembre 1936 de la « Commission de préservation des maladies vénériennes », au cours de laquelle ont été lus les derniers rapports dont je viens de donner une rapide analyse, cette séance, dis-je, a été fertile en déclarations qui ne laissent aucun doute sur le caractère artificiel du contrôle médical.

Le ministre de la Santé publique en personne, qui présidait, n'a pas hésité à proclamer que « s'il avait pu ressentir certaines hésitations avant d'abandonner le vieux système réglementaire, ces hésitations auraient été complètement dissipées en prenant connaissance des conditions d'inefficacité presque totale de ce système au point de vue de la protection de la santé publique ».

M. Lafenestre, tout en assurant que certaines mesures de préservation ont été prises ces derniers mois, reconnaît que « l'insuffisance des locaux ne permet pas d'instituer pour le moment la visite bi-hebdomadaire des filles en carte ». Avec la seule visite hebdomadaire en vigueur actuellement le nombre des femmes visitées chaque jour au dispensaire de salubrité s'élève à 1.200 !

Quant au contrôle microbiologique des porteuses de germes, il est pratiquement impossible.

Le Docteur Milian constate que beaucoup de prostituées en maison, qui, étant contagieuses, devraient être hospitalisées à Saint-Lazare par les soins de la Préfecture, se rendent librement dans les hôpitaux d'où la plupart d'entre elles s'évadent trop souvent en pleine période contagieuse.

Tel est le bilan du contrôle médical dans les maisons de prostitution ; on conviendra sans peine qu'il n'est pas brillant et que ce n'est pas de quoi en faire un rempart de la santé publique. Aussi les tenanciers, tout en se proclamant bien haut des sortes de bienfaiteurs de la Société, ne jugent-ils pas superflu de s'appuyer sur des troupes de choc : les espèces trébuchantes. C'est le ministre lui-même qui dénonce la manœuvre : « il ne tolérera pas que les tenanciers, forts de leur puissance, grâce à l'argent qu'ils se vantent d'avoir versé à seule fin d'alimenter les campagnes électorales, tant au ministère de l'Intérieur qu'à la Préfecture de Police, ameutent l'opinion par l'intermédiaire de la presse et défendent leurs intérêts par des voies détournées ».

Et pour que le sujet revête tout son caractère répugnant, il ne reste plus qu'à transcrire les déclarations du Docteur Bizard, à propos d'une maison qui a, jusqu'ici, échappé à tout contrôle : « Cette maison, c'est un fait très connu, bénéficie de protections extérieures puissantes ».

Déclarations que M. Lafenestre, directeur de l'hygiène à la Préfecture de police, infirme tout en les confirmant : « Cette maison a été récemment fermée, malgré son caractère spécial et les difficultés que pourrait susciter sa fermeture ».

Il serait vraiment curieux d'identifier ces « protections extérieures puissantes ». Des parlementaires ? des magistrats ? des hauts fonctionnaires ? des gouvernants ?

C'est un trait de notre triste époque de songer à chercher parmi ces puissants personnages le gratin des souteneurs !

G. Lavalée.

LE BILAN DE L'EXPÉRIENCE DE GRENOBLE

On sait en quoi consiste cette expérience. Depuis six ans qu'elle dure, c'est à faire le point « en cette matière que le Docteur Marcovici consacre sa thèse inaugurale (1).

Il commence par rappeler que, dès 1907, le Docteur Hermite, accoucheur des hôpitaux de Grenoble, avait émis au Conseil municipal de cette ville un vœu tendant à la fermeture des maisons de tolérance. Cette proposition, repoussée alors, fut reprise vingt-trois ans plus tard, et, par arrêté du 1er août 1930, le maire ordonnait :

1° La fermeture des maisons de tolérance de Grenoble au plus tard le 31 décembre de la même année.

2° La suppression de l'inscription des filles publiques sur les registres de la police des mœurs.

Et l'arrêté fut mis à exécution malgré une contre-offensive forcenée des tenanciers, malgré campagnes de presse, conférences, pétitions, malgré même, dit le Docteur Marcovici, « l'intervention auprès du maire d'un personnage haut placé, chevalier de la Légion d'honneur et conseiller du commerce extérieur. »

Résultats ? Depuis six ans plus de trente lieux clandestins de débauche ont été fermés, et certains tenaniers condamnés jusqu'à six mois de prison sans sursis et 500 francs d'amende.

Par voie de conséquence, alors qu'avant l'arrêt la valeur marchande d'un café suspect oscillait de 70.000 à 100.000 francs, elle est passée à la valeur moyenne de 20.000 francs.

D'autre part les rixes, scandales, crimes liés à l'existence de la prostitution réglementée ont complètement disparu.

Mais, à côté de ces résultats de moralité, quels sont les bénéfices sanitaires ?

D'abord, à la suite de l'ouverture d'un centre anti-vénérien avec consultation du soir, et de la création d'un service social pour rechercher les sources de contamination, le nombre de consultants est passé de 15.744 en 1930 à 22.257 en 1935.

Le nombre des cas de syphilis acquises est passé de 275 en 1930 à 61 en 1935. Le nombre des cas de blennorragie a décru de 370 en 1932 à 301 en 1935. Le chancre mou a à peu près complètement disparu. Enfin le médecin-colonel X, médecin chef de la place et de l'hôpital militaire, reconnaît une diminution de la morbidité par maladies vénériennes parmi les 5.000 hommes de troupe casernés à Grenoble.

G. L.

(1) Vigot frères, éditeurs, 23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris, 1937.

DEUX PRATICIENS PEUVENT-ILS HABITER LE MÊME IMMEUBLE ?

Un praticien exerce une branche de l'art de guérir dans un immeuble, depuis de longues années. Il apprend que son propriétaire est en pourparlers avec un jeune confrère, pour louer à ce dernier un appartement dans le même immeuble. Le locataire plus ancien peut-il s'opposer à cette signature de bail, étant donné que le nouvel occupant entend exercer son art et même pareille spécialité ?

Théoriquement, le locataire peut s'inspirer des termes de l'article 1.719 du Code civil, par lesquels le propriétaire est tenu d'assurer à son locataire la possibilité de « jouir paisiblement » des lieux loués pendant la durée du bail.

Certes, le propriétaire est maître de son immeuble : il peut, en conséquence, renoncer à signer un bail avec un nouveau médecin, pour ne pas gêner le libre excercice de l'art de guérir à son locataire plus ancien.

Malheureusement, bien souvent les praticiens, qui prennent à bail un appartement, ne sont pas conseillés par des juristes médicaux : ils omettent de faire inscrire, dans leur contrat de bail, une clause par laquelle le propriétaire s'interdit de louer un autre appartement à un praticien, sans l'autorisation expresse et par écrit du preneur.

Il en résulte que, suivant la jurisprudence, notamment en matière de baux commerciaux, le propriétaire reste libre de louer à qui bon lui semble, lorsqu'aucune interdiction de ce genre n'existe dans le bail intervenu avec le locataire déjà établi.

Si nous nous reportons à certaines décisions rendues en pareille matière, nous voyons d'une part qu'un arrêt de la Cour d'appel de Paris, du 4 juillet 1857 décide que « la paisible jouissance « ne consiste pas seulement, pour le locataire, « que sa profession met en rapport avec le public « dans la possession matérielle et actuelle de « cette chose louée, mais aussi dans l'opinion « qu'il a des moyens nécessaires pour l'exercice « de son état ».

Par conséquent, on peut invoquer les termes de cet arrêt, pour faire pression sur le propriétaire, afin qu'il ne loue pas un autre appartement à un praticien exerçant la même profession que le locataire déjà dans les lieux.

Mais, à cette thèse s'en oppose une autre, qui s'appuie sur une jurisprudence beaucoup plus abondante et rendue en sens contraire. De nombreuses décisions de justice précisent que lorsque le propriétaire n'a pris aucun engagement écrit avec son locataire déjà exerçant dans les lieux loués, il conserve en principe la faculté d'admettre dans son immeuble un second commerçant bien qu'exerçant un métier similaire. Citons Cour de cassation Chambre civile, 6 novembre 1867 ; Cour d'appel d'Alger, 26 mai 1866 ; Cour de cassation, Chambre des Requêtes, 29 janvier 1868 ; Cour d'appel de Paris, 16 janvier 1871 ; Tribunal civil de Rennes, 10 novembre 1893 ; Tribunal civil de la Seine (8e Chambre), 8 mars 1934 ; Cour de cassation, Chambre des Requêtes, 9 janvier 1935 ; Cour d'appel de Montpellier (2e Chambre), 14 novembre 1935.

Plus spécialement, en matière de Droit médical, je puis citer un jugement du Tribunal civil de la Seine, 6e Chambre du 27 octobre 1893, qui déboute un médecin d'une action en dommages-intérêts contre son propriétaire, qui avait loué un appartement à un second praticien, dans le même immeuble, attendu que le bail consenti au premier ne contenait aucune clause interdisant au propriétaire de louer à une autre personne exerçant une profession similaire.

Certes, le propriétaire conservé toujours le droit, en l'absence de stipulations contraires, de louer à qui bon lui semble les appartements vacants dans son immeuble. Mais on peut s'appuyer sur les termes d'un arrêt de la Cour d'appel de Pau, du premier février 1934, pour obliger le propriétaire à éviter un trouble de jouissance quelconque apporté par la présence du nouveau locataire. Le bailleur peut louer à qui bon lui semble, mais à la condition que la paix et la concorde puissent régner entre locataires.

Aussi le propriétaire peut-il engager ses locataires, l'ancien et le nouveau, qui exercent la même profession, à vivre en paix sans apporter un trouble quelconque, par leurs rivalités professionnelles, à la tranquillité qui doit régner dans l'immeuble.

Je laisse de côté la question de déontologie, qui ne peut être tranchée à l'amiable que par les Conseils de famille syndicaux. Au nouveau locataire de faire valoir, devant ses pairs, les causes qui l'ont conduit à louer dans un immeuble, où pratique déjà un de ses confrères. D'ailleurs, en cas de conflit entre les deux praticiens, il sera très recommandé de porter le litige à la connaissance du Conseil de famille, qui fera tous ses efforts pour aplanir toutes les difficultés.

Dr Paul BOUDIN.

CHIRURGIENS-DENTISTES ET CONCOURS HOSPITALIERS

Je suis consulté sur le problème suivant. Une place de stomatologiste est mise au concours, dans un hôpital de grande ville. Des candidatures se sont fait connaître émanant tant de docteurs en médecine spécialisés dans cette branche de l'art de guérir, la stomatologie, que de chirurgiens-dentistes. Or, la Commission administrative de l'établissement voudrait savoir si elle est en droit de refuser ces dernières candidatures, pour ne réserver le concours qu'aux seuls docteurs en médecine.

Les avis déjà donnés sont divergents. Alors que les docteurs en médecine soutiennent que pareil concours ne doit comporter, comme candidats, que ceux qui jouissent de la plénitude des droits, conférés par la loi du 30 novembre 1892 aux seuls titulaires du grade de docteur en médecine, les chirurgiens-dentistes, au contraire, plaident que l'article 2 de la même loi de 1892 leur donne, autant qu'aux docteurs en médecine, le droit de soigner les seules maladies de la bouche et des dents.

En conséquence, il m'est demandé si la Commission administrative peut invoquer un texte législatif, ou réglementaire, ou un précédent judiciaire, pour n'accepter, comme candidats au concours, que les seuls docteurs en médecine.

Je dois répondre que les administrations hospitalières tiennent de l'article 14 de la loi du 7 août 1851 l'omnipotence et la liberté complètes pour nommer leur personnel médical comme bon leur semble, avec ou sans concours. J'ai maintes fois exposé dans le *Concours Médical*, ce pouvoir discrétionnaire que donne cette législation, qui date de l'Empire, alors que les conditions présentes de l'art de guérir et la transformation des hôpitaux en centres de soins nécessiteraient pourtant une réglementation nouvelle concernant le mode de nomination, au seul concours, du personnel médical des hôpitaux.

Ce droit de nommer à leur guise et selon les termes du règlement intérieur de l'hôpital vient d'être affirmé une fois de plus par la réponse ministérielle ci-après, parue au *Journal Officiel* du 10 avril 1937 :

La Commission administrative d'un hôpital peut refuser de porter une femme sur la liste des praticiens

1578. — M. Rives demande à M. le ministre de la Santé publique : 1° si une Commission administrative des hospices peut refuser de faire figurer sur la liste des praticiens « offrant les garanties techniques et morales suffisantes » établie conformément à la Circulaire du ministre de la Santé publique en date du 28 septembre 1936, en vue de « respecter le principe de la liberté du malade de choisir son médecin », une femme docteur en médecine, ancien interne des hôpitaux d'une ville de faculté, proposée par son syndicat pour figurer sur ladite liste, uniquement en raison du sexe de l'intéressée ; 2° dans l'affirmative, en vertu de quelles dispositions légales. (*Question du 17 décembre* 1936.)

Réponse. — Aucune objection de principe n'a été élevée à l'encontre de la nomination de femmes comme médecins et chirurgiens des hôpitaux. Mais aux termes de la loi du 7 août 1851, c'est la Commission administrative de l'hôpital qui fixe en toute indépendance, les conditions de recrutement et de nomination du Corps médical.

(*J. O.*, 10 avril 1937.)

Il en résulte que la Commission administrative d'un hôpital peut se refuser à admettre comme candidats au poste de stomatologiste de l'établissment quiconque n'est pas titulaire du grade de docteur en médecine.

Un arrêt du Conseil d'Etat, du 26 mars 1920, a reconnu que les hôpitaux de Marseille ont usé de la plénitude de leurs prérogatives en refusant aux chirurgiens-dentistes la possibilité de concourir dans lesdits établissements.

On peut soutenir en effet, que les hôpitaux, qui ont la charge du traitement complet et correct des affections pathologiques, présentées par les malades hospitalisés, ont l'obligation et le devoir d'assurer à ces derniers les soins complets que nécessite leur état. A maintes reprises la jurisprudence du Conseil d'Etat a affirmé ce principe, en matière de responsabilité professionnelle, pour les soins donnés à l'hôpital, par le personnel médical attaché à l'établissement.

Aussi, pour se mettre à l'abri de toute poursuite en responsabilité, la plupart des hôpitaux de grande ville préfèrent-ils n'avoir affaire qu'à des docteurs en médecine, alors que ces derniers, spécialisés en stomatologie, sont en nombre suffisant pour se présenter au concours.

Certes, les représentants des chirurgiens-dentistes et des Ecoles dentaires sont dans leur rôle, lorsqu'ils réclament l'égalité des droits, pour tous les praticiens habilités par l'article 2 de la loi du 30 novembre 1892, pour soigner les maladies de la bouche et des dents. Mais également

sont dans leur rôle les Commissions administrative d'hôpitaux qui entendent s'abriter derrière l'universalité des droits conférés par l'article premier de la même loi de 1892, aux docteurs en médecine. Ces derniers sont mieux placés pour poser des diagnostics, non seulement pour les affections locales, mais pour les maladies générales, puis pour donner ou prescrire les soins nécessaires, afin de guérir les malades que leur confie l'administration de l'hôpital.

Voilà pourquoi de plus en plus nombreux sont ceux qui demandent que le dentiste de l'avenir soit obligatoirement titulaire du grade de docteur en médecine, afin que cesse cette dualité de diplôme, partant de fonctions.

Dr Paul Boudin.

CUMUL D'HONORAIRES

Un de nos confrères (lettre 3.963) nous demande quelle doit être la conduite d'un praticien, qui est consulté par un mutilé de guerre pour sa blessure, cause de sa réforme, et pour une autre affection.

Après s'être fait rémunérer par le client, pour la consultation donnée pour la maladie de droit commun, le médecin a-t-il le droit, ou la possibilité, de prélever ensuite un bulletin, détaché du carnet de soins pour les pensionnés de guerre ? Bien entendu, il a rédigé une ordonnance pharmaceutique, sur ledit carnet de soins, dans le cadre de la maladie motif de la réforme. Existe-t-il des textes législatifs, ou autres qui s'opposent à cette pratique ?

A cette question, nous devons répondre qu'il s'agit d'un problème relevant plus de la conscience professionnelle que du droit pur. Aucun texte législatif, ou règlementaire ne s'oppose à ce que le praticien puisse donner en même temps au réformé des soins pour l'affection, qui a motivé la pension et pour une autre maladie, ou blessure. S'il y a deux actes médicaux séparés, comportant chacun examen clinique, puis rédaction d'ordonnance pharmaceutique, le médecin peut avoir droit aux honoraires afférant à deux consultations, l'une de droit commun au tarif syndical et l'autre au tarif des pensions.

Mais il ne serait pas admissible que, pour augmenter les honoraires modiques alloués, soit par le ministère des Pensions, soit par le service de l'Assistance médicale gratuite, soit par toute autre collectivité publique ou privée, le praticien puisse demander une somme supplémentaire, alors que conventionnellement il a accepté de traiter lesdits bénéficiaires à un tarif réduit.

Je m'explique : si je reprends l'exemple qui nous est donné, un praticien soigne un malade de droit commun pour lequel il réclame des honoraires habituels. Sa consultation terminée, le client prie le médecin de lui allouer, aux frais de l'Etat, des médicaments pour une maladie, ou blessure ayant motivé une pension (loi de 1919). Le médecin peut-il détacher et conserver le bulletin de consultation, c'est-à-dire réclamer à l'Etat 15 francs, pour son deuxième acte professionnel ? C'est alors qu'il nous faut dire que tout n'est que question d'espèce.

Si le praticien doit accomplir un deuxième acte médical, c'est-à-dire faire un examen du blessé de guerre et rédiger une ordonnance adéquate au motif de pension, il a droit à se faire payer par l'Etat le prix d'une consultation. Mais si le malade est connu de lui, s'il a l'habitude de le soigner pour sa blessure de guerre, s'il ne fait que rédiger une ordonnance reproduisant les médicaments prescrits antérieurement : en un mot s'il n'y a pas acte clinique ni examen du malade, mais seulement rédaction d'une prescription pharmaceutique, j'estime qu'en toute honnêteté, le praticien n'a pas droit au prix d'une consultation supplémentaire, puisqu'il a été honoré pour sa visite ou consultation de droit commun.

Il en est de même lorsque le réformé de guerre est un assuré social. Les feuilles de maladie délivrées par les Caisses demandent aux praticiens l'attestation que l'assuré n'est ni un blessé du travail, ni un pensionné de guerre, etc., ceci pour éviter de payer deux fois le même acte médical, la même prescription pharmaceutique, la même indemnité journalière d'incapacité de travail.

C'est en s'appuyant sur des considérations de fait, en appréciant quelle a été la nature des actes médicaux pour lesquels le médecin réclame rémunération que les conseils de famille pourront statuer en toute équité.

Dr P. B.

DE L'IMPORTANCE DE LA CHIMIE DANS LA PRATIQUE ET DANS LES ÉTUDES MÉDICALES (1)

Professeur LE GAC (Rennes)

Mesdemoiselles,

Messieurs,

Depuis quelques semaines, vous avez quitté la Faculté des sciences, où vous avez subi (et je conserve à ce terme sa signification totale) le P. C. B. Vous avez consenti par nécessité — celle d'obtenir le diplôme qui vous ouvrirait les portes de l'Ecole de médecine — à suivre des cours de sciences auxquelles vous ne vouliez pas vous intéresser, et vous vous êtes dit, pendant votre dernière année scolaire, que vous alliez après cette épreuve faire les études vers lesquelle; vos goûts vous attiraient.

Pourquoi vous faut-il encore trouver sur votre chemin un cours de « Chimie médicale » ? — Ce n'est certes pas sans une amère déception que vous avez franchi il y a quelques instants les portes de cet amphithéâtre : la chimie, si médicale soit-elle, n'en reste pas moins de la chimie, et c'est pourquoi j'ai voulu cette année, avant d'entrer dans le vif du sujet, vous laisser entrevoir que les heures que vous pas erez ici ne seront pas entièrement perdues. Bien comprise, et apprise avec la conviction d'une utilité professionnelle incontestable (chose dont je vais tâcher de vous persuader), vous vous apercevrez rapidement de quel secours peut vous être cet enseignement pour la gouverne de votre carrière.

....

....

Si la pratique de la médecine est avant tout un art, lequel s'appuie surtout sur les données d'un empirisme multiséculaire, qui constitue ce que l'on appelle la « clinique », cette dernière n'a pas hésité, principalement depuis quelque cinquante ans, à faire appel aux sciences exactes pour obtenir des bases plus stables, et pour tâcher d'appliquer la rigueur mathématique aux phénomènes complexes de la biologie humaine. Ah! loin de moi l'idée de vous mettre la médecine en équation, car vous ne seriez pas longtemps avant de vous apercevoir qu'en présence de symptômes analogues $a + b + c + d$ vous aurez une fois un état pathologique déterminé, et une autre fois une maladie différente — et ceci parce que, outre les signes perceptibles, il y a dans le problème un certain nombre d'inconnues $x + y + z$, qui s'additionnent aux données visibles pour former une somme différente. Tout le talent du praticien consiste à soupçonner les termes latents pour établir un diagnostic qui n'est d'ailleurs souvent qu'une hypothèse, et je ne crains pas d'employer en ce moment une formule un peu osée, pour vous dire au seuil de vos études médicales, que le but de votre vie professionnelle ne doit pas être de « soigner des hypothèses », mais plutôt d'acquérir des certitudes, de traiter des maladies, et mieux encore, puisque le coefficient personnel joue dans notre terrain d'action un rôle majeur, de guérir des malades.

Bien souvent le laboratoire vous aidera à établir des diagnostics fermes, ce qui vous autorisera des thérapeutiques hardies pour le plus grand bien des patients qui se seront confiés à vos lumières. Le meilleur méd.cin a dit le Professeur Landouzy, n'est pas celui qui ne se trompe jamais, c'est celui qui se trompe le moins souvent. Visez à devenir celui-là, et pour atteindre ce noble but, sachez entre autres utiliser judicieusement les moyens dont dispose la technique moderne. D'autres que moi sauront vous apprendre quand vous devrez faire appel à la radiologie, à l'histologie, aux données de la physique ou de la physiologie — mais en me cantonnant dans mon expérience personnelle, je ne saurais trop insister sur les nombreuses leçons d'humilité que sait vous donner le laboratoire. On arrive trè rapidement à se croire un grand clinicien, et on s'en persuade d'autant mieux qu'on ne cherche pas à vérifier des certitudes apparentes bâties sur le sable mouvant de signes sommairement notés. La force de la médecine, disait un humoriste, réside dans le fait que le soleil éclaire ses succès, et que la terre cache ses victimes. Combien de malades, en effet, sont partis vers un monde que l'on veut croire meilleur, en emportant le secret de la cause de leur mort, terminaison lamentable qui aurait pu être retardée ou même différée, si moins confiant dans la sûreté de ses déductions cliniques, le praticien avait voulu faire appel à temps aux possibilités de la science ? Que de fois, par exemple, l'urémie se cache-t-elle sous le masque de l'eczéma, de l'ulcère gastro duodénal, de la bronchite chronique... affections dont on n'aurait pas porté le diagnostic à tort, si la constatation d'une hypertension artérielle, étayée sur une

(1) Paroles d'introduction prononcées par le Docteur P. Le Gac, pour l'ouverture du cours de Chimie médicale qu'il professe à l'Ecole de médecine et de pharmacie de Rennes (Année scolaire 1936-1937).

recherche positive de l'albumine dans les urines, avait permis de soupçonner une azotémie élevée que le laboratoire aurait confirmée. La prescription inutile et nuisible de pommade, de bismuth, de sirop pectoral... aurait été remplacée par un régime adéquat, et une cure de désintoxication dont le patient aurait largement profité. Et dans un pareil cas, si la maladie était déjà trop avancée pour être tenue en échec, le taux de l'urée sanguine aurait permis de porter un pronostic sur la longueur de la survie, le fameux pronostic de Widal, dont la connaissance, à défaut de se montrer utile au malade, permet au moins à sa famille de prendre toutes dispositions utiles.

Certaines maladies ont à l'heure actuelle utilisé à ce point les découvertes de la chimie qu'il est possible d'affirmer qu'on ne peut les comprendre et les traiter sans faire appel à tout instant à des notions scientifiques. Le type le plus frappant de ces affections est le diabète. Tous les symptômes de cette entité morbide, toutes ses complications, toutes les possibilités thérapeutiques que nous avons pour la combattre s'expliquent clairement si on veut faire appel à un minimum de connaissances biochimiques.

Nous sommes réellement en présence d'une maladie du « chimisme humoral », dont la gravité se mesure au moyen de réactions et de dosages, dont les complications seront quelquefois reconnues, mais toujours évaluées dans le risque qu'elles comportent par les mêmes procédés, et dont le traitement par une méthode élégante de thérapeutique substitutive est une des plus brillantes découvertes de la physiologie associée à la chimie.

Mais, me direz-vous, le diabète est une affection rare, nous ne la rencontrerons dans notre pratique ultérieure que d'une façon exceptionnelle, et en conséquence, point n'est besoin de la connaître avec autant de précision que la pneumonie ou la tuberculose dont nous verrons des cas chaque jour.

Il est de toute évidence que nous nous trouvons en présence d'une maladie moins commune que bien d'autres, mais est-ce là une raison pour n'en pas disséquer à fond la symptomatologie ? Vous connaîtrez parfaitement — parce que l'on insistera pour que vous les possédiez totalement — des états morbides, des complications de maladies, etc., qu'il vous sera donné de voir encore moins fréquemment que le diabète. Si je m'en rapporte aux six années de ma pratique de la médecine générale, j'ai eu l'occasion de donner mes soins à onze diabétiques différents, et de traiter quatre cas de coma diabétique. Pendant le même temps, je n'ai été appelé qu'une fois pour un placenta prévia. Le traitement de cette complication de l'accouchement n'avait pas de secret pour moi, parce que dans la période de mes études on avait beaucoup insisté sur cette éventualité malheureuse et souvent tragique : j'ai donc fait le nécessaire à la satisfaction de ma cliente. Quant à mes diabétiques, j'ai fait de mon mieux pour leur donner des conseils..... officiels, mais pas nécessairement utiles, et quand les comas se sont produits, j'en ai été réduit à la prescription du bicarbonate de soude, et à l'établissement d'un autre régime que je reconnais actuellement comme littéralement stupide et antiphysiologique. Quant à l'insuline, nouvelle venue dans l'arsenal thérapeutique de l'époque, je l'ai utilisée timidement (n'était-ce pas, en théorie un médicament dangereux ?), et en conséquence sans profit pour le sujet. Les résultats de cette méconnaissance de la question ont été probants : 4 décès.

Que serait-il advenu de ces quatre malades si je les avais traités à la lumière des connaissances que m'ont seulement appris les traités de chimie biologique ? Ce qu'il arrive actuellement quand je me trouve devant un cas semblable : une reprise rapide de l'état antérieur, qui lui, convenablement soigné ne compromet pas l'existence de l'individu, et lui permet même une vie active, et utile.

Je me fais un devoir d'insister sur ce fait que le traitement du diabète et de ses complications est du domaine de la chimie médicale, et non de celui de la clinique et de la thérapeutique courante. Si dans cette maladie comme ailleurs, la perspicacité est pour le médecin d'une utilité manifeste, il ne faut pas oublier que chaque diabète, chaque coma diabétique est un cas spécial, ayant sa personnalité propre, et vous ne saurez pénétrer dans l'intimité de cette dernière qu'à la lumière de la pathogénie de l'affection, entièrement d'origine chimique. Un diabète se comprend chimiquement, se diagnostique chimiquement, se mesure chimiquement, se traite chimiquement. C'est ainsi qu'en présence d'un coma, vous devez, au lit même du malade, effectuer certaines réactions, et tirer des indications qu'elles vous donnent, des conclusions immédiates. Vous n'avez pas le temps d'attendre le résultat d'examens de laboratoire faits ailleurs, car celui qui n'en attendrait pas la réponse ce serait votre malade : il y a urgence, il faut aussitôt faire le nécessaire, et si devant le public, en vue de votre réputation de bon praticien, vous aurez évidemment plus de vogue en traitant avec un succès instantané un cas d'espèce chirurgical ou obstétrical, vis-à-vis de votre conscience votre culpabilité sera la même si le malade décède du fait de votre ignorance. L'adresse opératoire frappe bien plus le vulgaire que la puissance de déductions scientifiques, mais il ne vous appartient pas d'acquérir l'une ou les

autres, vous devez posséder les deux. Vous voulez apprendre à conserver la vie, et devenir les prêtres de la médecine, cette religion nouvelle qui a pris dans l'âme de nos contemporains, avides de jouissances matérielles, la place des croyances anciennes — vous n'avez pas le droit d'ignorer une partie des rites officiels. Quelle que soit la spécialité que vous choisirez, en présence d'un cas pathologique d'urgence, vous pourrez être appelé à donner des soins : il faut que vous sachiez faire le nécessaire avant l'arrivée de l'homme de la situation que vous aurez fait appeler. Vous devrez, le jour où vous soutiendrez votre thèse, être aussi plein d'aisance, que vous ayiez dans les mains un forceps, un bistouri, ou un prosaïque tube à essais. Ne dites pas : « Je ferai de l'oto-rhino — ou de la chirurgie — ou de l'obstétrique, la chimie ne m'intéresse pas ».

Sachez plutôt qu'avant d'être à même d'acquérir dans une partie de l'art médical des connaissances très approfondies, il vous faut être bon connaisseur de pratique générale, vous devrez être un bon ouvrier de la médecine totale avant de vous faire un nom dans un domaine particulier. S'il est évident qu'en présence d'une fracture ou d'une luxation des connaissances anatomiques sont plus utiles que des notions de chimie, lorsque vous traiterez une néphrite ou une intoxication exogène, les rôles seront renversés — et dans la plupart des cas que vous verrez journellement, vous serez dans l'obligation de faire appel simultanément à un ensemble de notions, issues des divers enseignements que vous recevrez dans cette école.

Voyons donc l'intérêt que pourra présenter pour vous un cours de chimie médicale.

La vie est la résultante de réactions qui se passent au sein de la molécule albuminoïde, et entre les divers constituants de la solution qui l'imprègne.

Il nous importe donc de connaître et la matière protéique et la nature des substances dissoutes dans l'eau d'imbibition des tissus animaux. Nous saurons à l'occasion montrer le parti que l'on peut tirer de cette connaissance. Nous aurons d'autre part à étudier une par une chacune des humeurs organiques, et nous pourrons par cette étude, en examinant les variations centésimales des produits dissous, jeter les éléments de diagnostic très sûrs. Mais en chimie médicale, comme ailleurs, il faut rester clinicien: un chiffre n'a de valeur qu'en fonction des contingences qui ont permis de le trouver. Le laboratoire ne dispense pas d'un examen ordinaire, il ne fournit même que des renseignements nouveaux et tous les calculs, tous les chiffres restent soumis à une appréciation absolument professionnelle : les techniques dont je vais avoir à vous entretenir ne doivent pas vous faire tendre à vivre sur le mol oreiller de l'indifférence, elles ne peuvent être qu'un argument supplémentaire pour exercer votre sagacité, qui seule en définitive vous amènera à un diagnostic exact.

L'usage des méthodes dites scientifiques doit-il être fréquent dans la pratique quotidienne ? Il s'agit ici de cas d'espèce : parfois au cours d'une même semaine, le médecin devra faire de fréquents appels au laboratoire. D'autres fois, il sera plusieurs jours sans lui demander de renseignements. Il est nécessaire de connaître les indications de telle ou telle analyse, et de ne la faire exécuter qu'à bon escient. En principe, la chimie médicale donne lieu à trois catégories de recherches :

1° Celles que le praticien peut, et doit faire lui-même : recherche de l'albumine, recherche du sucre, recherche de l'acétone, etc., dans les urines.

2° Celle qu'il confie à un laboratoire, et qui comprennent la plupart des dosages, bien qu'il y en ait, comme la mesure de l'azotémie, qu'il aurait intérêt à faire personnellement.

3° Celles enfin qui sortent du domaine de la médecine courante, et qui ne sont guère utilisables que dans un but scientifique pur. Peu à peu, grâce à la simplification des techniques, elles peuvent devenir très utiles, et entrer ainsi dans ce que l'on appelle la « chimie clinique ». Le médecin doit savoir quelle humeur il devra faire analyser dans tel ou tel cas — il doit savoir quand et comment la prélever — il doit être à même d'interpréter le bulletin d'analyse qu'il recevra. Toutes choses que je chercherai à vous apprendre, et il me reste à vous souhaiter de mettre autant d'ardeur à vous documenter sur ces importantes questions que j'en mettrai à vous les enseigner. Je me présente à vous, non en homme de science pure, mais en praticien qui a vécu la vie dure du médecin de campagne, et qui a toujours vu dans la chimie une branche importante des études, parce qu'il a été toujours heureux de l'aide qu'elle lui a souvent apportée dans l'exercice de sa profession.



A PROPOS DU « DOCTEUR » HECKER

Aventures rocambolesques d'un de ses émules

Le Docteur HATON, évoquant ses souvenirs de guerre, a fait allusion à un aide-major, beau parleur, très décoré, qui rappelait volontiers avec jactance ses citations et ses graves blessures. Or on s'aperçut un jour qu'il n'avait pas été blessé du tout et il disparut sans laisser de traces. Notre ami, le Docteur HERPIN qui a bien connu le singulier héros de cette histoire, nous a adressé la lettre suivante où il complète l'anecdote et montre jusqu'à quel point certains aigrefins peuvent pousser la désinvolture. En tout cas, les aventures du soi-disant Docteur L.. sont amusantes et méritent d'être contées.

J. N.

Mon cher Ami,

J'ai lu avec grand intérêt l'article du Docteur Haton, car j'ai bien connu — et Bousquet aussi — le nommé L. mais notre confrère ne pouvait se douter qu'il s'agissait en somme pratiquement d'un récidiviste dont les aventures antérieures pouvaient faire prévoir la destinée.

Son père avait l'entreprise du travail dans les prisons alors qu'il usait ses culottes sur les bancs du collège où nous étions quelques-uns, et à cette époque il ne présentait aucun signe qui permit de prévoir qu'il fabriquerait un jour des chaussons de lisière pour un successeur de son père.

A Paris, lorsqu'il y fut comme étudiant, il obtint, à l'en croire des succès prodigieux aux examens et cela avec une rapidité qui nous laissait tout de même un peu rêveurs. Si bien qu'un jour où notre bande le rencontra et où il prétendit qu'il allait de ce pas à la Faculté de médecine pour passer son quatrième, nous résolûmes de nous rendre compte par nous-mêmes : « Nous allons avec toi ».

Il ne fit aucune objection, ne manifesta aucune gêne, nous précéda vers la Faculté et se dirigea incontinent vers le registre sur lequel devaient signer les candidats : il tourna les pages, chercha minutieusement sa série et son propre nom ; ne trouvant naturellement ni l'un ni l'autre, il s'en prit à la malheureuse tangente qui n'en pouvait mais et qui, devant l'indignation merveilleusement jouée du nommé L.. : crut devoir s'excuser d'une erreur toujours possible et l'engagea à aller voir le secrétaire de la Faculté.

Ce qu'il fit sans se démonter et toute la bande y alla avec lui : là, il le prit de très haut avec le secrétaire, l'attrapa vertement, tant et si bien que l'autre le prit au sérieux ; ne pouvant évidemment savoir si un candidat avait, ou non, été oublié dans les séries du quatrième examen, il s'excusa à son tour, promit de faire une enquête immédiate et déclara que si un oubli aussi fâcheux avait été commis, il serait réparé et qu'au besoin on ferait une série spéciale pour la victime de cet oubli.

Bien entendu, pendant ces scènes nous riions sous cape ; l'enquête montra que le nommé L. n'en était pas encore à son premier troisième !

Depuis, il prit soin de nous éviter ; mais, comme vous voyez, il promettait, puisqu'en étant certainement au même point au moment de la guerre, il eut un avancement aussi rapide que l'avaient été ses succès aux examens, sans compter les décorations.

J'ai connu aussi son histoire à Tarente où se trouvait détaché quelqu'un de mon service : celui-ci m'avait raconté que L. avait été finalement chargé de conduire un train de blessés de Salonique en France ; que le train était bien arrivé mais qu'il manquait à la fois le major L. . . et . . . la caisse ; l'une et l'autre auraient été retrouvés au Havre alors que ce citoyen cherchait à quitter son ingrate patrie qui attachait décidément une importance excessive aux diplômes et aux questions de comptabilité...

24 mai 1937. Dr HERPIN.

Le Docteur V. Lesage nous signale, à son tour la curieuse aventure d'un étudiant P. C. N., qui fut pris dans les premiers jours de juin, comme combattant de deuxième classe. Lié d'amitié avec son médecin auxiliaire, il l'accompagna lorsque celui-ci, blessé, fut fait prisonnier. Pour diminuer les rigueurs de la captivité, il avait arboré un brassard à croix-rouge puis, voyant qu'on ne lui demandait pas de justification, il poussa la supercherie plus loin et anticipa en se faisant prêter une vareuse sur laquelle il cousit caducées rouges et galons de médecin auxiliaire et il suivit, en cette qualité jusqu'à son rapatriement après l'armistice ! ! les très nombreux médecins, prisonniers de 1918 qui connurent les misères des camps de prisonniers de Rastatt et de Graudenz.

L'ASSEMBLÉE FRANÇAISE DE MÉDECINE GÉNÉRALE AU PAYS DE MONTAIGNE ET DE LA BOÉTIE

(16 et 17 mai 1937)

Après avoir visité la curieuse église monolithe de Saint-Emilion, une centaine de médecins, venus de Paris et des provinces, vont sous la conduite du Docteur Godlewski, saluer le Professeur Jean-Louis Faure, et reçoivent du Maître, le plus aimable accueil, dans sa belle résidence de Bellefond. Puis, c'est la traversée de la petite ville de Castillon, le passage devant le monument qui se dresse, face à la vaste plaine de la Dordogne, et commémore la victoire de 1453 qui mit fin à la guerre de cent ans... Plus loin, l'entrée en pays périgourdin où vont se tenir les Assises du souvenir....

Les cars et les autos, quittant la route nationale, s'engagent dans de vieux chemins, pour s'arrêter quelques instants plus tard devant la petite église de Saint-Michel-Bonnefare, dans le canton de Véline, en Dordogne. C'est l'heure de la messe ; les villageois ont déjà pénétré sous la voûte gothique. Les médecins augmentent l'affluence et ce jour-là, le distingué abbé Bonhomme parle devant une nombreuse foule de fidèles. En termes exquis, il souhaite la bienvenue aux médecins dans la paroisse de Montaigne. A la sortie de la messe, au son des cloches, dans ce gai matin de dimanche de la Pentecôte, les congressistes de l'A. F. M. G. se mêlent aux braves gens du village, sur la place de l'église.

Les belles allées qui mènent au château s'ouvrent accueillantes. Sur le seuil, le maître de céans, l'amiral de Lostende, ayant à ses côtés son vieil ami, le grand marin, l'amiral Lacaze, reçoit les médecins. Par groupes, les congressistes visitent la Tour, la seule partie qui subsiste de l'ancien château détruit par l'incendie. Mais, c'est le « retire sacraire » du philosophe, c'est là qu'il a déposé le plus de lui-même, qu'il a pensé et écrit. Sur les solives de la librairie se marquent encore, écrites en latin et en grec, les sentences qu'il avait fait graver dans le chêne, et sur lesquelles il aimait à lever les yeux entre deux lectures de Plutarque. C'est le coin que Montaigne avait voulu « soustraire » à la communauté et conjugale et filiale et civile ».

Après la visite de ce sanctuaire, les congressistes contemplent le vue d'ensemble du château reconstruit, qui a conservé la forme d'un quadrilatère.

Précédés de leur aimable hôte, ils traversent l'immense bibliothèque où veille un portrait authentique de Montaigne, et arrivent sur la terrasse. La vue s'étend de là, sur une campagne rude et sauvage : la Lidoire coule dans le bas ; plus loin, les bois de Papessus et le petit hameau du même nom où l'auteur des « Essais » passa les premières années de son enfance, but le lait frais et apprit à penser et à parler dans la langue latine, sa langue maternelle.

L'amiral de Lostende, avec la plus courtoise affabilité fait les honneurs du château, dont il retrace l'historique. Puis le Docteur Mauriac, vice-président de notre Assemblée, proclame que s'il est des lieux « où souffle l'esprit » celui-ci en est un. Le maître bordelais rappelle ce que fut tour à tour Montaigne : homme d'épée, magistrat, courtisan, voyageur, enfin philosophe solitaire, enfermé dans sa librairie. Il situe surtout Montaigne en face de ses obligations civiques et, dans la plus élégante des formes, il dissèque avec un grand talent la philosophie de l'auteur des « Essais », toute de modération, de tempérance, d'égoïsme, en un siècle d'orage.

Dans le manque d'enthousiasme de Montaigne, dans sa volonté de rester toujours en deça du sacrifice, « que Montaigne se sacrifie jusques au feu, mais exclusivement », les Français timorés de tous les temps, ceux qui pratiquent comme lui la fuite des soucis et de l'effort peuvent se reconnaître.... avec le génie en moins ! C'est ce que M. Mauriac veut faire sentir, et il le fait excellemment. Il fait aussi l'évocation du génie de Montaigne, de la finesse de sa langue. C'est à cause de ce génie dont l'influence s'est exercée sur tant de générations, que nous restons indulgents pour Montaigne.

Il est d'ailleurs beaucoup pardonné à ce génial nonchalant et craintif, parce qu'il a connu et pratiqué l'amitié.

Notre secrétaire général, Godlewski, avec sa fougue habituelle et son charme personnel, célèbre l'amitié qui avait uni Montaigne à son collègue du Parlement de Bordeaux, Etienne de la Boétie, amitié exemplaire, amitié différente des « accointances et familiarités ordinaires » et qui, chez eux était un mélange universel, où ils ne retrouvaient plus « la couture » qui avait joint leurs manières de sentir et de penser.

Imprégnés de tout cet humanisme, si substantiel pour l'esprit, les congressistes vont s'asseoir à la table du banquet.

M. le Maire de Saint-Michel-Bonnefare, un robuste viticulteur, dit, au dessert, sa fierté de voir une telle élite venir honorer la mémoire de Montaigne, au lieu même où il vécut.

Le Docteur Godlewski a des paroles de remerciement très délicates à l'adresse des deux Amiraux, et des mots aimables pour tous. Le Doyen Mauriac, taquine Montaigne sur son indifférence pour le bon vin, alors qu'il était d'origine bordelaise, et que ses aïeux, Ramon Eyquem, et Grimont Eyquem avaient dratiqué les grands crus de Bordeaux.

L'heure passe et bientôt les congressistes prennent congé de l'amiral de Lostende.

....

De Castillon à Sarlat, c'est la traversée de la riche plaine bergeraçoise, et le rapide aperçu du magnifique circuit qui, le lendemain, doit être repris en auto.

....

Dans l'Hôtel de Ville de Sarlat, du plus pur XVIe siècle, M. Arlet, maire, souhaite la bienvenue aux médecins. Il les félicite de ne pas avoir gardé rancune à Montaigne pour son septicisme envers eux, comme envers toute chose. Il exprime sa joie de les recevoir à Sarlat, où ils ont voulu associer le souvenir de la Boëtie à celui de son illustre ami, et il montre combien l'auteur du « contr'un », dans sa vie si brève, avait mérité l'hommage des humanistes par ses titres personnels, car il était grand, même en dehors de l'amitié qui l'avait lié à Montaigne.

Le Docteur Deguïral présente en termes choisis l'œuvre de la Boëtie, dégage le génie du jeune magistrat enflammé d'un ardent enthousiasme pour la liberté, féru de culture antique « à laquelle il avait demandé le secret de la beauté et un exemple pour la conduite de sa vie ».

Cet aimable accueil, cette érudite conférence, préparent les médecins à la visite de la maison natale de la Boëtie, chef-d'œuvre d'architecture Renaissance, à celle de la ville de Sarlat, si curieuse dans son vallon de la Cuze, où elle semble endormie, repliée sur son passé, sur ses richesses d'art. On s'arrête devant chaque pierre : ici des porches romans, là, de vieux hôtels, des maisons renaissance : l'ancienne cathédrale des XIe et XIIe siècles montre les statues romaines de son portail, les boiseries sculptées du chœur de sa chapelle. Plus loin, l'église Sainte-Marie, le Présidial, la lanterne des Morts. Partout le pittoresque des rues étroites où le sens unique est réglementé..... pour les brouettes, selon l'expression du Docteur Laborderie, président du Syndicat d'initiative et guide parfait.

Le soir, l'Hôtel du Lion-d'Or, offre aux visiteurs le quartier d'oie, la truffe, et bien d'autres choses encore, pour le plus grand régal de tous.

....

Après une bonne nuit de repos, commence le lendemain le circuit à travers la vallée de la Dordogne : le cirque de Montfort, l'arrêt charmant chez le Docteur et Madame Debidour ; puis Domme, la médiévale, la cité des Portes et des Tours ; les vieux burgs de Castelneaud et de Beynac, reflétant leurs créneaux dans les eaux claires de la Dordogne, et n'ayant rien à envier aux plus fiers donjons des bords du Rhin. Plus loin, Saint-Cyprien, avec la visite de la manufacture de tabac. Enfin, le Bugue, dans la riante vallée de la Vézère, et où celui qui écrit ces lignes, eut la joie de recevoir ses confrères, chez lui.

....

La belle terrasse de l'Hôtel de France, groupe les congressistes pour le repas, digne des précédents, digne du Périgord.

Le Docteur Hautefort, périgourdin d'origine et de cœur, a des mots pleins de délicatesse pour son terroir et pour ses amis.

Le souvenir de Jean Rey, médecin buguois, qui découvrit la pesanteur de l'air, éclairant ainsi Lavoisier dans sa conquête de la chimie moderne, est évoqué pour être associé à celui de Montaigne et de la Boëtie, dont il était le compatriote, et presque le contemporain.

Godlewski exprime son émotion de se retrouver, avec ses collègues dans la petite cité de son enfance à laquelle l'attachent tant de souvenirs et trouve pour ses amis, des mots particulièrement affectueux.

Puis, sous la conduite du médecin préhistorien Cheynier, de Terrasson, c'est la visite de Font-de Gomme, des collections d'art des Eyzies et de Laugerie En écoutant les grands fouilleurs que sont MM. Maury et Peyronnie, les membres de l'A. F. M. G. tiennent aux Eyzies de Tayac, les Assises de la Préhistoire.

Après la visite du Grand-Roe, ce magique labyrinthe de cristal, les congressistes dînent « Aux Glycines ». Au cours du repas, M. Freydet raconte, dan une causerie familière et charmante, son voyage en U. R. S. S.

Cette documentation si pleine d'intérêt, apprend à tous une foule de choses ignorées, et exalte dans le cœur de chacun l'amour de la liberté..... celle de chez nous.

Mais Bouchonnet, l'infatigable appariteur de nos Assises, annonce la prochaine arrivée du rapide de Paris.

Les congressistes de l'Assemblée française de médecine générale, emportent l'image de mon vieux Périgord. Je voudrais qu'un peu de son charme les eût pénétrés, au cours de ces Assises, qui se sont ouvertes et déroulées sous le signe de l'amitié.

Dr Pierre BERNARD.

BUREAU DE VOYAGES DU "CONCOURS MÉDICAL"

Croisière de 16 jours du Havre aux Fjords norvégiens, au Danemark, en Suède et à Dantzig

par S. S. "Colombia" (*14,500 tonnes*)

(31 JUILLET - 17 AOÛT 1937)

Prix : A partir de Florins : 250, en cabine à 2 avec douche. (Cours du florin : fr. 12,40)

Le Havre, départ samedi 31 juillet environ.

Amsterdam, arrivée 1er août ; départ mercredi 4 août, 16 heures. Séjour à Amsterdam avec visite de la ville et excursion à Marken comprises.

Odda (Harangerfjord), arrivée vendredi 6 août, 7 heures ; départ vendredi 6 août, 13 heures : *a*) Le matin : Excursion en auto à travers la vallée ravissante d'Odda, 7,50 ; *b*) Grande excursion de deux jours d'Odda à Brevik à travers la région méridionale de la Norvège, partie en auto, partie en bateau. Nombre restreint de participants, *).

Brevik, arrivée samedi 7 août, 13 heures ; départ samedi 7 août, 21 heures : *c*) Dans l'après-midi : charmante excursion à Hitterdal et Notodden, 5,75.

Oslo, arrivée dimanche, 8 août, 4 heures ; départ dimanche 8 août, 13 heures : *d*) Visite d'Oslo et de ses environs en auto, 6,25.

Copenhague, arrivée, lundi 9 août, 9 heures ; départ, mardi, 10 août, 2 heures : *e*) le matin : Visite de Copenhague en auto et promenade en bateau dans le port, 2,25, ou *f*) Visite de Copenhague en auto et visite des musées, *) ; *g*) dans l'après-midi : excursion en auto à travers Nord Själland, visite de Frederiksborg, goûter à Klampenborg, 5 ; *h*) Excursion en auto occupant la journée entière à travers Nord Själland, visite des châteaux de Kronborg, Fredensborg et Frederiksborg. Goûter à Klampenborg, *).

Stockholm, arrivée mercredi 11 août, 8 heures ; départ jeudi 12 août, 8 heures, *j*) le matin : Visite de Stockholm en auto et visite de Skansen (danses nationales). On prendra le café à Skansen, 5,25 ; *k*) dans l'après-midi : Excursion en bateau par les lacs à Drottningholm (y compris goûter à Drottningholm), 4 ; *l*) Excursion en auto de toute a journée à Uppsala (ville d'université) et le vieux château de Skokloster, *).

Zoppot (Dantzig), arrivée vendredi 13 août, 8 heures ; départ samedi 14 août, 2 heures, *m*) le matin : Visite de la vieille ville hanséatique de Dantzig, y compris visite du couvent intéressant à Oliva, 3,75.

Hambourg, passage par le canal de Kiel, arrivée dimanche 15 août, 13 heures ; départ lundi 16 août, 20 heures, *n*) Dimanche, 15 août, dans l'après-mi i : visite de Hambourg en auto, 3,25 ; *o*) le soir : Excursion de nuit à Hambourg en auto et visite de cabarets, 2,25 ; *p*) Lundi 16 août, le matin : Excursion en auto à Blankenese, y compris le café qu'on prendra au « Süllberg », 2,50 : *r*) dans l'après-midi : Excursion en auto à Friedrichsruh et Schwarzenbeck, y compris boissons, 4,75 ; *s*) Excursion de toute la journée à la vieille ville hanséatique de Lübeck, *).

Amsterdam, arrivée mardi 17 août, 18 heures.

*) On trouvera des détails complémentaires et les prix des excursions facultatives *b*, *f*, *h*, *l* et *s* dans notre brochure intitulée « Excursions ».

Pour tous renseignements complémentaires sur cette croisière, écrire au *Concours Médical*, 37, rue de Bellefond, à Paris. Le nombre des cabines mises à notre disposition étant très limité les lecteurs intéressés par cette croisière sont priés de se faire inscrire au plus tôt.

Renseignements généraux :

Nourriture. — Les passagers, sans distinction de classe, ont droit à la même nourriture et aux mêmes soins à bord. Les repas sont servis sur chaque navire dans les salles à manger de première et deuxième classe selon l'aménagement choisi.

Excursions à terre. — Des détails complémentaires à ce sujet sont indiqués dans un prospectus spécial. Les enfants paient plein tarif. Dans l'intérêt des voyageurs, il est recommandé de demander l'inscription aux excursions en réservant la cabine.

Piscine. — Le s. s. « Colombia » a une piscine couverte, luxueusement installée. Les autres navires sont pourvus de piscine sur le pont.

Location des places. — Pour retenir définitivement ses places, 25 % du prix de passage devra être versé à la Compagnie ou à ses agents.

Prix de passage. — Les enfants de moins de 12 ans 1/2 payent 1/2 place. Les prix de passage comprennent la nourriture à bord.

Vins. — La Compagnie met à la disposition des passagers, des vins de table français, que l'on peut se procurer à des prix très raisonnables.

Passeports. — Les passagers devront être munis d'un passeport en règle. Les participants aux croisières ci-dessus n'ont pas besoin de visa.

Pourboires. — Les prix de passage ne comprennent aucun pourboire au profit du personnel. La Compagnie laisse aux passagers le soin d'en fixer eux-mêmes le mo tant. Le commissaire est tout disposé à donner avis aux passagers au sujet du montant de la répartition des pourboires.

Afin de donner suite à plusieurs demandes, la Compagnie permet aux passagers désirant payer un prix de passage pourboires compris, d acquitter pour pourboires un supplément de 8 % du prix de passage.

Dans ce cas la Compagnie se charge d'une répartition équitable.

Correspondance. — Les passagers peuvent faire suivre leur courrier aux ports d'escale du navire, aux soins des agents de la compagnie ; les adresse de ces agents sont mentionnées ci-contre. Exemple :

Nom du passager. ....

Passager du s. s. « .... »

Aux bons soins de messieurs (nom et adresse de l'Agence)

....

Liste des agents de ports. — Hambourg : Axel Dahlström et Co., Elbhof, Steinhöft 9, Hamburg P. 11, adresse télégraphique : Stroemdahl.

Bergen : Bennett's Travel Bureau Ltd., Ole Bulls Plass 8, adresse télégraphique : Bennett.

Edimbourg : Geo. Gibson et Co. Ltd. 64 Commercial Street, Leith, adresse télégraphique : Gibson (Leith).

Invergordon : Bremner et Rose, 55 High Street, adresse télégraphique : Bremner Rose.

Kristiansand : F. Reinhardt et Co., adresse télégraphique : Hard.

Brevik : Nils P. Höyer et Son A/S.

Oslo : Halle et Peterson, Skippergaten 22, adresse télégraphique : Halpetson.

Copenhague : N. Schiött et Hochbrandt, Amaliegade 39, adresse télégraphique : Hochbrandt.

Stockholm : Emil R. Boman, Skeppsbron 44, adresse télégraphique : Bomans.

Dantzig : F. G. Reinhold, Mattenbuden 30 part, adresse télégraphique : Reinholdus.

Télégrammes. — Le poste de T. S. F. de bord est à la disposition des passagers pour recevoir et émettre des télégrammes ordinaires. Les télégrammes devront porter simplement le nom du passager et le nom du paquebo .

On peut également a resser des télégrammes aux bons soins des agents dans les ports d'escale, dans ce dernier cas ils doivent être libellés comme suit :

Nom du passager. ....

Nom du paquebot ....

Adresse télégraphique de l'agent. ....

Nom du port. ....

Responsabilité. — La Cie Royale Néerlandaise n'agit en ce qui concerne le transport au cours des excursions, les hôtels, les visites, etc., qu'en qualité d'intermédiaire et n'accepte aucune responsabilité pour accidents personnels ou matériels, dommages, pertes, retards éventuels, etc., pendant le voyage. Les contracts de passage de la Cie Royale Néerlandaise régissent le transport par mer.

Réserves d'usage. — La Compagnie se réserve le droit de modifier le programme ou d'annuler des voyages. En égard aux intérêts attachés à l'escale de Hambourg, en ce qui concerne le transport de marchandises, la Compagnie se réserve le droit d'apporter des modifications dans la durée de l'escale à Hambourg.

Nous rappelons que nous organisons un voyage terrestre de seize jours en autocar à travers l'Allemagne, la Tchéco-Slovaquie, l'Autriche, l'Italie, la Hongrie (*Voir détails n° 24 du 13 juin* 1937).

Nous publierons en outre dans notre prochain numéro le programme d'une Croisière en Méditerranée (départ 25 septembre).

Pour renseignements complémentaires sur ces divers voyages s'adresser au *Concours Médical* (Bureau des voyages).

Nos Réunions médicales

◆ ◆ ◆

LA SÉANCE SCIENTIFIQUE ANNUELLE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE D'AIX-LES-BAINS

(*Dimanche 6 juin 1937*)

La Société médicale d'Aix-les-Bains a tenu le dimanche 6 juin la sixème de ses séances scientifiques annuelles, dans le nouvel établissement thermal.

Nombreux étaient les médecins et les chirurgiens surtout ceux s'intéressant à la rhumatologie qui avaient répondu à l'invitation des confrères à Aix, et c'est devant un public médical important et compétent que fut discuté le rapport des Docteurs F. Françon, R. Levaxelaire et P. Robert sur les séquelles traumatiques et le traitement thermal.

La réunion était présidée par le Docteur Amédée Baumgartner, président de l'Académie de chirurgie, on notait dans l'assistance les Professeurs Chiray, Patel, Tavernier, Wertheimer, les Docteurs Béthoux (de Grenoble), Cléret (de Chambéry), Massart (de Paris), Thiers et Vignard (de Lyon), Weissenbach (de Paris). Le Docteur Mathieu-Pierre Weil retenu à Paris au dernier moment s'était fait excuser.

La discussion du rapport fut extrêmement intéressante et animée, les interventions des invités de la Société, les remarques des confrères Aixois en particulier de MM. Forestier, Folliet, Graber, Herber, Bertier, Truchet constituèrent une mise au point très complète de ces séquelles traumatiques sur lesquelles l'action des eaux minérales est encore mal connue ; des présentations de malades, des documents radiographiques permirent à chacun de se faire une opinion sur l'efficacité des thérapeutiques jusqu'ici utilisées.

La formule adoptée par la Société médicale d'Aix-les-Bains est extrêmement instructive. En consacrant une matinée à une question bien déterminée, en réunissant des documents, en conviant les collègues compétents s'intéressant particulièrement au sujet mis en discussion, en établissant un court rapport, on arrive sans bavardages, sans se laisser entraîner hors de la question à une mise au point qui profite à tous. Nul doute que la réunion des procès-verbaux de ces séances ne constitue d'importants documents sur les maladies articulaires et leurs thérapeutiques par la crénothérapie.

La visite du bel établissement thermal, de ses installations modernes de soins, de sa piscine termina la réunion.

Après une bonne matinée de travail, nous étions conviés par nos confrères Bertier président de la Société, et Chevallier son secrétaire général, à un déjeuner qui restera dans la bonne tradition gastronomique de la Savoie. Ce déjeuner offert par la municipalité d'Aix était présidé par notre confrère Dussuel, adjoint au maire, dans le cadre verdoyant du Splendide Royal. Autour de la table nous pûmes encore mieux apprécier la charmante confraternité qui réunit tous les médecins d'Aix en dépit des différences d'âge, des différences d'Ecoles. Bien que les personnalités de ses membres soient fortement accusées, on les sent dans des journées comme celle-ci s'estomper, s'effacer pour ne laisser au visiteur que le souvenir d'un corps médical uni s'entendant bien et travaillant pour l'amélioration du sort des malades qui lui sont confiés.

C'est cette impression que nous sommes quelques-uns à avoir particulièrement ressentie, que je voulais exprimer à nos confrères d'Aix, en leur témoignant la gratitude que nous leur gardons de leur réception si réussie, et en leur disant le plaisir que l'on éprouve à venir passer des heures, hélas trop rapides, dans leur cité favorisée.

R. M.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Thèses.** — Mardi 4 mai. — Jury : MM. Cunéo, Gougerot, Terrien, Velter. — M. ALTAR : Contribution à l'étude de la tuberculose pubienne (osseuse et ostéo-articulaire). — M. JÉGOUREL : Etiologie des arthrites à pneumocoques de cause extra-pulmonaire. — M. GEORGET : Tuberculinothérapie transcutanée de l'érythème induré de Bazin. — M. BOUHER : Un procédé opératoire de l'ectropion sénile.

Mercredi 5 mai. — Jury : MM. Gosset, Clerc, Harvier, de Gaudart d'Allaines. — Mmes KRUMBOLZ : Remarques sur le rétrécissement cardio-œsophagien. — Mme CONGY-AUDIBERT : Contribution à l'étude de la coxite gonococcique à forme grave de l'adulte. — M. JACQUET Maurice : Les formes anatomo-cliniques de la thrombose cardiaque.

Thèses vétérinaires. — Lundi 3 mai. — MM. Fiessinger, Maignon, Panisset. — M. GUERRET : Chimiothérapie de la gourme.

Mardi 4 mai. — Jury : MM. Tanon, Lesbouyries, Letard, Verge. — M. LARDÉ : Réglementation de la monte publique des taureaux. — M. MAITROT : Les œufs. Salubrité et inspection. — M. RENARD : Race bleue du Nord dans l'Avesnois.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **XIe Congrès international de psychologie** (Paris, 25-31 juillet 1937). — Le XIe Congrès international de psychologie qui devait se tenir à Madrid en septembre 1936, aura lieu à Paris, à la Sorbonne, du 25 au 31 juillet 1937, précédant immédiatement le IXe Congrès international de philosophie (1er-6 août) placé sous le signe de Descartes (tricentenaire du *Discours de la Méthode*).

Le secrétariat sera ouvert à la Sorbonne le samedi 24 juillet.

Question à l'ordre du jour : *Du mouvement à la conduite.*

Ce thème sera traité en cinq symposia (grandes séances générales) : 1° Morphologie des mouvements (A. Michotte, rapporteur) ; 2° La loi de l'effet dans l'apprentissage et son interprétation (Thorndike, Koffka) ; 3° L'acquisition des habitudes (Myers, Buytendirk) ; 4° Développement moteur et développement mental chez l'enfant (Wallon, Gourevitch) ; 5° Comportements animaux et conduites humaines (Révész).

Outre ces symposia, le programme du Congrès comprend : 1° Quelques conférences, faites par des savants qualifiés (MM. Adrian, Bühler, Mc Dougall) ; 2° Des commissions (Round Table Conferences), réunions fermées où des spécialistes, en nombre limité, examineront en commun des questions de leur spécialité ; voici la liste de ces Commissions : La pensée constructive et l'invention (Ed. Clarapède) ; Vocabulaire psychologique (Ed. Claparède) ; Interprétation psychologique des électroencéphalogrammes (H. Berger, Adrian) ; Psycho-physiologie acoustique (Langfeld, Fletcher) ; Hallucinations (E. Morselli) ; Les émotions dans leurs relations avec le fonctionnement nerveux et neuro-humoral (Lapicque, Pi Suner, Ph. Bard) ; L'adaptation motrice dans la vie psychique (A. Gemelli et M. Ponzo) ; Interprétations de la théorie mathématique des facteurs (Spearman) ; Psychologie et linguistique.

Secrétariat général du Congrès : M. I. Meyerson, laboratoire de psychologie de la Sorbonne Paris (V^e).

Les membres actifs pourront présenter des travaux, prendre part aux discussions et recevront toutes les publications du Congrès. Les membres associés pourront assister aux séances du Congrès, mais ne pourront ni présenter de travaux, ni prendre part aux discussions. Par contre, ils participeront à toutes les visites, réceptions, excursions et bénéficieront de tous les avantages de voyage accordés aux congressistes.

Le taux de la cotisation est fixé à : 100 francs pour les membres actifs ; à 40 francs pour les membres associés. Les cotisations devront être adressées à M. G.-H. Luquet, trésorier du Congrès, 82, rue Carnot, Nogent-sur-Marne (Seine), par mandat, chèque postal (Paris 1154-12), ou chèque barré bancaire.

Des visites d'établissements scientifiques, des réceptions et des fêtes auront lieu pendant le Congrès.

Des réductions sur le prix de voyage seront accordées par les réseaux de chemin de fer, les Compagnies de navigation et la Compagnie aérienne Air-France, aux congressistes munis de bons spéciaux délivrés par la Société des voyages Duchemin-Exprinter, 26, avenue de l'Opéra à Paris (1er).

Enfin divers avantages, en raison de l'Exposition, sont réservés aux étrangers porteurs de la carte de légitimation, et aux Français porteurs de la carte de visiteur (l'une et l'autre du prix de 20 francs).

— **Prix de thèses de la Faculté de médecine de Paris.** — (année scolaire 1935-1936). — *Médailles d'argent.* — MM. Blanquine, Bloch (L.-J.), Hécart, Hausser, Valentin, Mme Buvat, née Cottin, MM. Facquet, Sallet, Cachin, Chadourne, Joly, Lehmann, Paul, Pergola, Robert, Bargeton, Cahuet, Viala, Courtial, Fiehrer, Levaditi, Livieratos, Ménétrel, Mme Bourgeois, née Proche, Mme Milice-Bonnefoy, MM. Tribalet, Delmaldent, Leroux, Bernard (A.-S.-J.), Friedmann, Frumusan, Hamburger, Laplane, Meillaud, Calvet (J.-E.-P.)-Tran Quang De, Eck, Hannion, Micoud, Sanjurjo y Ramirez, Beuzart, Mlle Hoon, MM. Patey, Beaufils, Lance, Mlle Wix, MM. Silva Pena, Jomain, André, Delamare, Coen, Landrieu, Lauret, Mlle Jammet. M. Mahoudeau, Mme Schramec, MM. Grégoire, Aboulker, Mialaret, Boudin, Messimy, Barraya, Boudreaux, Vaisman, Thorel, Gabriel, Guilly, Salles, Tavennec, Leblanc, Bachman, Moline, Roy, Delon, Anglade, Fourestier, Pescaralo, Reyt, Lantz, Peycelon, Villaret, Bonnardel, Halbron, Halpern dit Gelbard, Lambling.

Médailles de bronze. — MM. Millot, Ngo Gnoc, Guyen, Oudin, Relier, Vouletitch, Bare, Zimmer, Gorse, Peschard, Mlles Renié, Thierry, MM. Vogel, Bariy, Mlle Barret, MM. Castello, Chorine, Etienney, Nematollahi, Bouaziz, Bons, Fabre, Tuchmann, Brizart, Braillon, Mlle Comby, MM. Hessse, Monnier, Netter, Bour, Mme Julia, MM. Salleron, Garcia de Soria, Mme Veuve Limananska, MM. de la Lande de Vallière, Mitoff, Vignes, Gillon, Gaquière, Fradin, Liberson, Rivero y Castro, Benzaquen, Cabezas-Duffner, Coletsos, Mlle Houzeau, Mme Adam, née Laborde, MM. Bridot, Carles, Lucquin, Mlle Rendu, MM. Royer de Véricourt, Chévé (Collart, Lepetz, Feldstein, Henry, Schmid, Daskalakis, Lemasle, Rousseau, Dutheil, Galbrun, Ravelo, Daniels, François-Dainville, Creusot, Charenton, Mlle Cousin, MM. Macé de Lépinay, Kraviecki, Loiseau, Rachet, Salomon, Duguay, Lenoir, Pouget, Savignon, Sfeit, Szeker, Voignier, Cassiau, Girault, Pollet, Sarrazin, Buding, Szollosi, Pizon.

Mentions honorables. — MM. Le Seac'h, Weil, Torrel, Fleys, Thomas de Closmadeuc, Bardou, Zajtman, Maceo y Makle, Martin, (J.), Fort, Doreau.

Le Gérant : R. Thiron

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux

Réponses des ministres aux questions des parlementaires

Statut des directeurs de Bureaux d'hygiène Dispositions transitoires

3321. — M. Médecin demande à M. le ministre de la Santé publique si l'arrêté qui doit être pris, en vertu de l'article 4 du titre II du décret du 17 avril 1937, concernant l'organisation de l'inspection départementale d'hygiène, complètera, en ce qui concerne l'organisation et les attributions des bureaux municipaux d'hygiène, l'article 17 du titre V relatif aux dispositions transitoires, et signale particulièrement le cas d'un directeur de bureau municipal d'hygiène d'une ville de plus de 100.000 habitants : ce directeur, docteur en médecine, atteint en 1939 par la limite d'âge, a accepté, au moment de sa nomination remontant à 1922, de n'avoir droit à aucune retraite ; il a renoncé à toute clientèle particulière, ne conservant que deux administrations ; il se trouvera donc, du fait de l'application du décret du 17 avril courant, dans l'alternative, soit de conserver des fonctions auxquelles il devra renoncer à cause de son âge, dans moins de deux ans, soit de renoncer immédiatement à ses fonctions et d'être obligé à son âge de reprendre une clientèle qu'il a négligée jusqu'à présent et qui devrait constituer ses moyens d'existence. (*Question du* 27 *avril* 1937.)

Réponse. — L'arrêté qui doit être pris en vertu de l'article 4 du titre II du décret du 15 avril 1937, pour préciser les attributions des directeurs des bureaux municipaux d'hygiène, n'est pas destiné à compléter l'article 17 relatif aux mesures transitoires. En tout état de cause, il ne serait d'ailleurs pas possible de déroger aux dispositions formelles de ce texte, qui règle la situation des médecins-hygiénistes actuellement en fonctions. (*J. O.*, 26 mai 1937.)

Limite d'âge pour les candidatures au poste d'Inspecteur départemental d'hygiène

3439. — M. Bacquet expose à M. le ministre de la Santé publique que l'arrêté portant organisation du concours pour les postes d'inspecteurs départementaux d'hygiène (*Journal Officiel*, nº 90, 17 avril 1937) précise que les postulants doivent être âgés au plus de trente-cinq ans au 1er janvier de la date du concours ; et demande : 1º si un candidat, ayant eu ses études retardées par le fait de son séjour dans les pays envahis, peut se prévaloir de ce fait et, après justification, obtenir que la limite d'âge soit reculée en sa faveur d'une durée égale à celle de ce séjour ; 2º si la limite d'âge ne peut pas être augmentée du nombre d'années passées au service militaire. (*Question* du 7 mai 1937).

Réponse. — Des dispositions de l'article 00 du règlement d'administration publique du 15 avril 1937, il résulte que les candidats ne peuvent se prévaloir

du fait qu'un séjour en pays envahi a retardé leurs études pour obtenir que la limite d'âge de trente-cinq ans soit reculée d'une durée égale à celle de ce séjour ; toutefois, il est expressément mentionné que les services militaires ouvrant droit à la retraite reculent cette limite. (*J. O.*, 4 juin 1937.)

Rémunération des médecins des hôpitaux de Paris pour soins donnés aux malades payants

2616. — M. Denais, demande à M. le ministre de la Santé publique si la réponse par lui faite (*Journal Officiel*, documents parlementaires, Sénat, séance du 2 juin 1936, p. 452) touchant la rémunération à laquelle les médecins des hôpitaux pourraient prétendre en fonction des journées de présence des assurés sociaux, mutilés, accidentés du travail et malades payants, s'applique également ou est susceptible de s'appliquer aux médecins des hôpitaux de Paris. (*Question du* 25 *février* 1937.)

Réponse. — Aucun texte ne s'oppose à ce que les médecins d'un hôpital obtiennent une rémunération fondée sur les journées de présence à l'hôpital tant pour les malades payants, que pour les assurés sociaux et les accidentés du travail et mutilés. Toutefois, c'est aux Commissions administratives intéressées pour les hôpitaux des départements et au Conseil de surveillance de l'Assistance publique, pour les hôpitaux de Paris, qu'il appartient de fixer ce mode de rémunération des médecins attachés à ces établissements.

(*J.O.*, 4 juin 1937).

Inspection générale de l'Hygiène en Indo-Chine Limite d'âge

3183. — M. Auguste Brunet demande à M. le ministre des Colonies s'il est exact qu'il y ait deux limites d'âge différentes pour l'inspecteur général de l'Hygiène et de la Santé publique en Indochine suivant que le titulaire de cet emploi est un médecin civil provenant du cadre de l'Assistance médicale, ou un médecin militaire (officier général du Corps de santé des Troupes coloniales), le médecin civil étant admis à la retraite à cinquante-six ans, le militaire à soixante. (*Question du* 12 *avril* 1937.)

Réponse. — L'inspection générale de l'Hygiène et de la Santé publique en Indochine est une fonction et le médecin qui a été désigné par décret sur la proposition du ministre des Colonies reste soumis en ce qui concerne la limite d'âge aux règles du corps auquel il appartient. Si c'est un médecin général, son admission à la retraite a lieu à soixante ans comme brigadier ou à soixante-deux ans comme divisionnaire. Quand il appartient au corps de l'Assistance médicale, l'inspecteur général relève du décret du 19 février 1937 paru au *Journal officiel* de la République française du 24 février qui prévoit pour les fonc-

tionnaires tributaires de la Caisse intercoloniale des retraites, la limite d'âge à cinquante-cinq ans, avec majoration d'une année pour certaines fonctions dont celle d'inspecteur général de l'Hygiène et de la Santé publique. (*J. O.*, 2 juin 1937).

Droit des enfants des assurés sociaux aux prestations

3458. — M. Paul RICHARD demande à M. le ministre du Travail : 1° si l'enfant non salarié, de moins de seize ans, qui bénéficie de soins médicaux et pharmaceutiques ou de soins dentaires, perd le bénéfice des dits soins en cours, au moment où il atteint l'âge de seize ans ; 2° ou bien, si du fait de l'ouverture d'un dossier avant l'âge de seize ans, il a droit, après seize ans, aux prestations en nature jusqu'à guérison complète ; 3° dans le premier cas, si des renouvellements pharmaceutiques, bien qu'effectués après l'âge de seize ans, donnent lieu à remboursement, se soudant ainsi à l'ordonnance devant être normalement remboursée. (*Question du 7 mai* 1937.)

Réponse. — En ce qui concerne les enfants non salariés, de moins de seize ans, à la charge des assurés, les prestations en nature de l'assurance-maladie sont dues pour toute maladie et tout accident dont la première constatation médicale est antérieure à leur seizième anniversaire de naissance, jusqu'à l'expiration de la période totale de soins de six mois prévue à l'article 6 (§ 12), du décret-loi du 28 octobre 1935. (*J. O.*, 5 juin 1937).

Congrès international de l'insuffisance hépatique

(Vichy, 16-18 septembre 1937)

Le régime alimentaire dans la réparation du foie malade

De même qu'il n'y a pas une insuffisance, mais des insuffisances hépatiques, il ne saurait exister une formule rigide de régime alimentaire des hépatiques. Il s'en conçoit, bien au contraire, des modalités nombreuses.

Quelques grandes lignes directrices peuvent servir d'axe à l'établissement du régime chez un hépatique. On sait ainsi que la réduction des protéines est la base de l'alimentation de ces malades, que la limitation des graisses en constitue un chapitre des plus importants, que, par contre, le renforcement de la ration alimentaire en sucre s'impose comme une nécessité, parfois immédiatement vitale.

Ainsi se dégage déjà, malgré les susceptibilités particulières à chaque malade, une sorte de base commune, une manière de régime minimum de garantie.

Seule une analyse biologique complète demeure cependant à même, devant un cas déter-

miné, de connaître la diététique capable d'assurer la réparation intégrale du foie malade.

Cette importante question du régime alimentaire dans la réparation du foie malade sera exposée par le Professeur Gallart-Mones, professeur de pathologie digestive à la Faculté de médecine de Barcelone, au Congrès international de l'insuffisance hépatique, qui se tiendra à Vichy du 16 au 18 septembre 1937 sous le Haut Patronage du ministre de la Santé publique, et qui a réuni l'adhésion de cinquante et un pays.

Erreurs dans les formules médicamenteuses imprimées

Je me permets de vous adresser une coupure que je viens de faire dans un journal, montrant le danger qu'il y a pour les jeunes médecins à copier sans réfléchir certaines formules imprimées, imparfaitement corrigées :

Extrait de saturne	0,10 centigr.
Sirop de codéine.......	90 grammes
Eau de laurier-cerise....	30 grammes

Ici, extrait de saturne est mis pour extrait de datura (mots typographiquement voisins) dans la potion classique de l'asthme.

Dr G. Péju (Casablanca)

CORRESPONDANCE

MUTUALITÉ FAMILIALE

Note urgente

La prochaine réunion du Conseil d'administration doit avoir lieu le 28 juin 1937.

Les confrères en cours de candidature ou de changement de combinaison dont le dossier est encore incomplet (ils en ont été avisés individuellement) doivent envoyer dans le plus bref délai les pièces manquantes. Faute de quoi l'examen de leur dossier serait renvoyé à la réunion trimestrielle suivante.

Le secrétaire général,
G. Lavalée.

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

4.223. — 1° Frais de déplacement ; 2° Avis à donner ; 3° Prix de l'oxygénothérapie

Appelé en consultation par un confrère pour un pensionné de guerre et pour l'affection qui a motivé sa pension. Je suis à 35 kilomètres et il y a des méde-

cins à 8 ou 10 kilomètres de la résidence du malade Quels honoraires me sont dus ?

2° Pour des séances d'oxygénothérapie à des pensionnés de guerre, dois-je donner avis à la Commission de contrôle ? Et quel est le tarif ?

Dr F.

Réponse

Etant praticien de « médecine générale » comme le porte l'en-tête de votre lettre, vous avez droit, comme indemnité de déplacemant, à une somme qui, « ne peut, en aucun cas excéder celle attribuable au médecin le plus rapproché » (art, 46, alinéa 2). Si vous étiez un « spécialiste », ce serait celle attribuable au spécialiste le plus rapproché.

2° Pour toute série d'interventions à tarif pécial, vous devez en donner avis à la Commission de contrôle dans les vingt-quatre heures (art. 18).

3° On lit dans le décret du 27 septembre 1928 (modifiant celui de 22), à l'art. 74 « ... Oxygénation, par séance : 15 francs ».

Dr F. DECOURT.

4.297. - 1° Intervention et soins consécutifs; 2° Les notations pour petite chirurgie ;

Pourriez-vous me donner encore un conseil, avec votre amabilité coutumière.

Aux Assurances sociales, la réduction et contention d'une fracture, tout compris, compte K 20 (fracture de l'humérus), mais, dans le cas suivant, que faut-il faire ?

On m'amène une fillette : diagnostic très probable, fracture de l'humérus.

Je conseille à la mère :

1° De l'envoyer la faire radiographier et je lui donne un mot pour le radiographe disant :

Si fracture simple renvoyez-la moi, si fracture avec déplacement envoyez-là à la clinique pour qu'on la réduise et plâtre sous contrôle radiologique.

La fracture est réduite et plâtrée par un confrère chirurgien, le lendemain et huit jours après l'enfant est venue à ma consultation pour que je m'assure que tout est bien, elle doit revenir dans quinze jours.

Dois-je marquer mes consultations sur la feuille d'Assurantes sociales ?

Si j'avais réduit la fracture moi-même, je ne les marquerais pas, car j'aurais fait un prix global, mais dans la circonstance que faire ?

2° Pouvez-vous me dire où je trouverais la liste des coefficients de petite chirurgie PC, actuellement en vigueur.

La liste primitive a été modifiée.

J'en avais trouvé une compliquée dans le *Concours* mais il paraît qu'elle n'était pas exacte et qu'il en a paru une autre dans un autre numéro du *Concours*

que je n'ai pas vu, ayant été peut-être absent à ce moment-là.

Pourriez-vous me la faire envoyer ?

Sans cela on risque des ennuis avec les Assurances sociales.

Dr V.

Réponse

1° Le prix global comporte la rémunération des aides et les soins consécutifs pendant une durée maxima de vingt jours... Les coefficients du tarif global o t été calculés de façon à représenter à la fois le remboursement de l'intervention et des soins consécutifs... La règle à suivre est la même si les soins consécutifs ne sont pas donnés par l'auteur de l'intervention. La Caisse fait à l'assuré un remboursement, unique, selon le prix global et l'assuré règle séparément le spécialiste auteur de l'intervention et le praticien qui a donné les soins consécutifs ... » (Textes tirés des « Instructions pour l'utilisation de la nomenclature, pages III et VII). Je ne crois pas avoir besoin d'y ajouter aucun commentaire, pour répondre à votre lettre.

2° Les notations en P. C. concernent la petite chirurgie et accouchements. Elles diffèrent pour chaque région et dépendent du Tarif syndical minimum du Syndicat régional, tarif qui a été communiqué aux Caisses intéressées, en annexe de la « Convention Syndicat-Caisse ».

Pour connaître ces notations adressez-vous donc à votre Syndicat régional.

Dr F. Decourt.

4.472. — A propos du paiement des honoraires

J'ai donné mes soins à un ouvrier blessé. Ces soins ont nécessité, à cause de leur gravité (phlegmon de la main), deux pansements à mon cabinet, deux dimanches consécutifs, j'ai donc majoré de 50 %, ces deux pansements ; l'assurance prétend que seule la visite à domicile et non le pansement au cabinet donne lieu à la majoration. Est-elle dans son droit ou dois-je exiger la majoration ?

2° Cette assurance prétend également qu'elle n'a pas à me régler mes honoraires à mon domicile et que je dois me présenter à sa Caisse ; est-ce régulier ? Après voir donné mes soins à des prix réduits et dévalués, dois-je encore aller perdre mon temps à la Caisse ou l' assurance ?

Ces deux renseignements au titre de membre déjà ancien du Sou Médical.

Dr B.

Réponse

1° Seule, la visite est l'objet d'une majoration dominicale (celle-ci nous fut refusée pour la consultation « qui ne cause guère de dérangement » (*sic*).

2° Vous n'avez pas à aller toucher vos honoraires « au domicile de la Caisse », ce qui serait pour un médecin un dérangement aussi gênant qu'inutile. Les Assurances d'ordinaire, ou paient à domicile, par un agent, ou envoient les sommes par la poste. Il y a là un excès de zèle de la part d'un agent subalterne évidemment. Au besoin, donnez-moi le nom de l'assurance, son siège social, et le nom et l'adresse de l'agent qui veut vous imposer un tel dérangement. Je pourrai signaler le fait à M. le Président de la Réunion des assureurs, afin qu'il intervienne à l'amiable auprès du Directeur de l'Assurance intéressée, lequel ne se doute guère, j'en suis sûr d'une semblable « brimade ».

Dr F. DECOURT.

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

4.363. — Complément de pension des réformés à 100 %

Un blessé de guerre porte sur sa notification de pension :

1° Acuité œil droit réduite à la perception lumineuse, 65 %.

2° Névralgie faciale, 40 + 5 %.

3° Hypoacousie droite ; voix entendue au contact du pavillon 30 + 10 %.

4° Otorrhée chronique de cette oreille 10 + 15 %

5° Gêne respiratoire par effondrement des os du nez 10 + 20 %.

6° Défiguration : 10 + 25 % ; taux global : 100 %.

Il désire obtenir en sa faveur l'application de l'article 12 :

1° Qu'est-ce que l'article 12 ?

2° Y a-t-il droit ?

3° Si oui comment doit-il procéder pour en bénéficier ?

Dr H.

Réponse

L'article 12 constitue un supplément de pension pour indemniser toutes les infirmités qui existent en plus d'une infirmité principale atteignant elle-même le taux de l'invalidité absolue, soit 100 %.

La condition principale, c'est donc qu'une des infirmités présentées par l'intéressé soit de 100 %.

A la rigueur, votre blessé pourrait-il invoquer (devant un Tribunal tout au moins, car il y aurait probablement rejet du ministre des pensions) la thèse que la tête constitue un tout comme un membre, et que toutes les infirmités siégeant sur la tête doivent voir leurs taux respectifs additionnés arithmétiquement (et non évalués d'ensemble en tenant compte de la validité restante) jusqu'à concurrence du total de 100 %, dès lors impossible à dépasser pour cet

ensemble. Mais, à notre avis, il n'aurait aucun intérêt à soutenir cette thèse fragile, parce qu'il n'arriverait pas à un résultat meilleur, att ndu que toutes ses infirmités siègent à la tête.

C'est au cas seulement où l'autre œil serait gravement atteint, avec le taux de 100 % pour une cécité, que l'article 12 jouerait pour les autres infirmités.

4.460. — Sursis pour participation à un Congrès

Dans le numéro du 23 mai 1937, page 1643, du *Concours Médical*, il est question des avantages accordés aux médecins de réserve, etc...

Je dois faire une période de dix jours en octobre, comme sous-lieutenant de réserve.

Puis-je faire cette période en juillet ? Que dois-je faire pour être congressiste ? Dr D.

Réponse

Si vous désirez être congressiste, informez de cette intention votre Directeur du Service de Santé, et demandez pour votre période normale un sursis à 1938. Cette autorisation de principe accordée, vous vous inscrirez comme Congressiste, puis justifierez de cette adhésion au Directeur, qui vous enverra les pièces nécessaire au voyage, quart de place sur les chemins de fer.

4.622. — Classement des pères de trois enfants dans la deuxième réserve

Père de trois enfants, je suis lieutenant de réserve, classe 1926, quels avantages y a-t-il pour un père de trois enfants ?

Dr L.

Réponse

Dès la naissance d'un troisième enfant, tout officier de réserve est aussitôt classé dans la deuxième réserve : ce qui lui permet d'offrir sa démission et de demander une affectation à l'intérieur.

Il convient d'informer de cette situation le Directeur du Service de santé en lui faisant tenir un bulletin de naissance des trois enfants.

ACCIDENTS ET MALADIES PROFESSIONNELLES

4.390. — Maladie contractée au contact d'un animal

Un jeune homme soigne une vache qui avorte. Deux mois après, on découvre chez lui une fièvre ondulante typique. A ce moment, je fais la déclaration et le service vétérinaire examine les vaches de l'exploitation et les trouve toutes atteintes de brucellose. Le jeune homme, qui aurait présenté au

moment de l'avortement une petite plaie d'un doigt, se croit atteint d'un accident du travail. En justice de paix, il est débouté sous prétexte que la loi du 15 décembre 1922 est inapplicable en l'espèce, « cette loi laissant en dehors de son champ d'action les maladies occasionnées par l'exercice de la profession, telles que charbon, morve, fièvre de Malte, tuberculose, évoluant lentement au contact d'animaux infectés. »

Connaissez-vous des jugements contraires ? Le cas de mon malade ne doit pas être exceptionnel. Que conseillez-vous à mon client ?

Dr R.

Réponse

En principe la législation sur les risques professionnels ne couvre que les accidents survenus aux lieu et temps du travail, mais non point les maladies professionnelles, à moins toutefois, qu'elles ne figurent sur la liste limitative de celles bénéficiant par exception de la protection légale.

Comme il n'en est pas ainsi pour les maladies contagieuses contractées au contact des animaux, votre client ne pourra invoquer l a législation sur les accidents du travail, à l'égard de son chef d'entreprise, qu'à la condition d'établir qu'il s'agit d'un accident et non point d'une maladie.

Aux termes de la doctrine et de la jurisprudence il faut entendre par accident toute atteinte violente et soudaine à l'intégrité du corps humain provenant d'une cause extérieure, et par maladie, toute lésion à caractère lent et p ogressif tenant à l'exrecice régulier de la profession.

Si, en l'espèce, la fièvre ondulante a été contractée par l'intéressé de manière brutale lors des soins donnés par lui à la vache atteinte de cette maladie, il est fondé à soutenir qu'il s'agit d'un accident et à demander les indemnités légales.

Si, au contraire, cette fièvre a été contractée par lui de manière progressive et par suite d'un contact prolongé avec les animaux atteints de cette affection, le jugement de paix rendu dans cette affaire doit être considéré comme juridiquement fondé. Il s'agit là en définitive, d'une question de fait, d'ordre médical, qui ne pourrait être tranchée que par une expertise et sur laquelle il nous est impossible de vous donner une réponse précise.

4.429. — Pension de la veuve d'un accidenté du travail. Minimum légal

Un ouvrier, embauché depuis cinq jours dans une entreprise de ferraillerie, au salaire journalier de 24 francs, meurt victime d'un accident du travail. On propose à sa veuve comme indemnité, une rente annuelle de 700 francs.

A mon avis, l'indemnité doit être calculée sur la base du salaire journalier de 24 francs, soit comme

salaire annuel (en comptant cinq jours de travail par semaine), 6.240 francs. Sur cette base, l'indemnité devrait donc être 1.248 francs au lieu de 700.

Je vous serais reconnaissant de me dire si je suis dans la vérité.

Antérieurement à son embauchage dans cette entreprise, cet ouvrier travaillait depuis un an irrégulièrement dans des chantiers divers, avec des salaires variables, oscillant entre 17 et 20 francs. Il me semble que cela ne doit pas entrer en ligne de compte pour la détermination de l'indemnité et que celle-ci doit être uniquement établie sur le salaire touché au moment de l'accident.

Dr C.

Réponse

Une loi du 30 avril 1931 a décidé dans son article 1er que les veuves et les enfants des victimes d'un accident du travail bénéficieraient d'une pension qui ne pourrait être inférieure à 1.600 francs par an.

Mais cette loi ne concernait que les accidents du travail survenus antérieurement au 9 janvier 1927.

Par l'art. 1er de la loi du 7 août 1936, elle a été étendue aux accidents survenus postérieurement au 9 janvier 1927.

Dans ces conditions, il importe peu de savoir quel était exactement le salaire annuel de base qui doit servir au calcul de la rente puisqu'il est certain que ce salaire de base en toute hypothèse ne pourrait fournir une rente atteignant 1.600 francs.

La veuve de votre client doit donc se borner à invoquer les prescriptions législatives ci-dessus indiquées et à demander l'allocation d'une rente annuelle de 1.600 francs.

FISCALITÉ

4.524. — Frais professionnels déductibles

Le Contrôleur des Contributions directes me prie de lui transmettre le détail et le montant de mes frais professionnels pour les années 1935 et 1936.

Veuillez me rappeler la liste de ces frais : loyer, cabinet de consultation, entretien, amortissement, frais de déplacement.

Quatre grands enfants majeurs à ma charge. Rente annuelle d'un emprunt fait à 5 %, il y a dix ans — personnel (femme de journée). Si vous avez des imprimés, énumérant les frais, veuillez me les faire parvenir, s'il vous plaît. Merci à l'avance.

Dr L.

Réponse

Les frais professionnels sont :

1° *Loyer professionnel*, proportionnellement aux pièces occupées pour la profession ;

2° *Eclairage, chauffage.* — A comprendre dans la même proportion que le loyer professionnel ;
3° *Matériel et mobilier professionnel.* — (Amortissement du prix de revient) ;
4° *Personnel.* — Ces frais comprennent les salaires plus les avantages en nature (nourriture, logement), les cotisations patronales aux Assurances sociales et aux allocations familiales. Ces frais ne sont déduits que proportionnellement à l'activité consacrée au service de la profession ;
5° *Automobile.* — Amortissement de la voiture, selon l'usage, réparations, frais : essence, huile, pneus, assurances, garage, effectués dans l'année.
Amortissement et frais compris sous déduction de l'usage personnel de la voitur e ;
6° *Assurances.* — Incendie se rapportant aux pièces professionnelles. Accidents du travai ;
7° *Impôts professionnels.* — Contribution des patentes et taxes communales. Impôt cédulaire sur les bénéfices non commerciaux.
8° *Frais de remplacement,* s'il y en a ;
9° *Frais divers.* — Frais de bureau, livres professionnels, cotisations, téléphone ;
10° Frais de recouvrement d'honoraires ;
11° Frais de déplacement : Congrès médical, etc., etc...
Pour les intérêts de votre emprunt, vous pouvez les compter si cedit emprunt a servi à couvrir une dépense professionnelle.

Les enfants majeurs à charge n'entrent pas en déduction pour l'impôt général sur le revenu.

A. et S. MARTINOT,
Conseillers fiscaux

4.211. — Obligation de tenir le livre-journal

Les médecins sont-ils légalement obligés de tenir un livre-journal de leurs recettes, et de le présenter au contrôleur des Contributions directes ?

Ou bien, la tenue de cette comptabilité est-elle un moyen de prouver la bonne foi de leur déclaration, en cas de contestation ?

Vous voyez la nuance. Il s'agit d'un pari entre un confrère et moi-même : un bon déjeûner !

Je soutiens la seconde thèse. Aidez-moi à la faire triompher.

Dr X.

Réponse

En vertu des articles 92 et 94 du décret du 27 décembre 1934, les médecins sont légalement tenus d'avoir un livre-journal, voici du reste la teneur de ces deux articles :

« Les contribuables soumis à l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales sont tenus d'avoir un livre-journal qui présente, jour par jour, le détail de leurs recettes profession-

nelles. Ce livre est tenu par ordre de dates, sans blancs, lacunes ni transports en marge.

« Pour les professions assujetties au secret professionnel, le livre-journal ne comporte en regard de la date, que le détail des sommes encaissées.

« Le Contrôleur peut demander communication des livres et de toutes pièces justificatives. »

Dans le cas de non présentation des documents dont la tenue et production sont exigées par les articles précédents, le bénéfice imposable est déterminé d'office par le contrôleur et l'impôt est majoré de 25 %.

A. et S. M.

ASSURANCES SOCIALES

4.630. — Choix et rénumération des auxiliaires médicaux

Nous avons ici des sœurs garde-malades, que nous employons mes confrères et moi, journellement pour donner des soins, piqûres, etc., aux malades ; en somme, elles sont considérées comme auxiliaires médicaux. Or, une Caisse d'Assurances sociales seule refuse de rembourser les soins (piqûres, ventouses), parce qu'une seule d'entre elles est diplômée.

La Caisse est-elle dans son droit ? Jusqu'à présent, la religieuse diplômée, qui est aussi la supérieure signait les feuilles d'Assurances sociales, mais la Caisse avant de payer demande si c'est bien elle qui a donné les soins ; sinon elle refuse de payer.

Dr G.

Réponse

En vertu de la règle du libre choix édictée de manière générale par l'art. 6, parag. 2 du décret-loi du 28 octobre 1935, l'assuré peut en principe choisir comme il l'entend l'auxiliaire médical auquel il a recours sur l'ordre de son médecin. Toutefois, en vertu de l'art. 115 du règlement d'administration publique du 19 mars 1936 et de l'art. 24 du règlement intérieur type des Caisses d'assurances sociales établi par l'arrêté ministériel du 30 janvier 1937, si le praticien traitant estime nécessaire l'intervention d'un auxiliaire médical, les prestations correspondantes ne peuvent être remboursées que si la Caisse adresse à l'intéressé préalablement au traitement, et sur la demande de l'assuré, pour être annexée à la feuille de maladie en cours ou apposée sur ladite feuille, une acceptation de prise en charge des prestations. La Caisse est donc juridiquement fondée à à exercer un contrôle sur le choix de l'auxiliaire et à subordonner la délivrance de son autorisation à la réunion chez cet auxiliaire des qualités techniques présentant des garanties sérieuses.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

- sommaire -

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	60 fr.	Belgique et Luxembourg...	70 fr.
Etudiants	35 fr.	Première Zone	85 fr.
Le Numéro	1.25	Deuxième Zone	110 fr.

Renseignements

AVIS

Renouvellement des Abonnements

En raison des *frais élevés* qu'entraînent actuellement les recouvrements, nos abonnés ont tout intérêt à nous adresser leur réabonnement (60 fr.), par virement postal ou chèque postal au nom du *Concours Médical*, compte Chèques postaux : Paris 167-95.

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 *fr.* 50 *la ligne. Verser au compte de chèques postaux du* Concours Médical, *Paris* 167-95.

N° 169. — Un poste méd. est vacant en Dordogne, situat. moyenne mais suffisante. S'ad. pr renseig. à M. A. de la Serre, à Issac (Dordogne).

N° 170. — Vittel. Pour raison âge et santé cabinet thermal créé il y a 25 ans à céder à des cond. avantag. Prise de possess. imméd. avec promesse de collab. pend. la saison 37 seulement. Ecr. au Dr Adda, à Vittel, qui renseignera, ou mieux, aller le voir.

N° 171. — A vend. belle selle cheval état neuf. Piano Pleyel, 90, rue de Ségur, Bordeaux.

N° 172. — Marseille. Poste médical à céder suite décès. Install. profess. à reprendre. S'ad. Mme Pagès, 40, boulev. Notre-Dame, à Marseille.

N° 173. — A céder de suite bon poste méd. pro-pharm. à 50 km. Paris. Cause fatigue du titulaire.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.



Abonnés du « Concours » exerçant dans les Stations Thermales

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains : Bertier, Blondel, Coutaz, Dardel, H. Forestier père, Graber-Duvernay, Lelong, Pégaz.

Allevard-les-Bains : Boël.

Amélie-les-Bains : Bouix.

Ax-les-Thermes (Ariège) : Boyer, Girard, Gomma.

Bagnères-de-Bigorre : Frank-Duprat (*enf.*), J. Courbin, Ricard-Pomarède.

Bagnoles-de-l'Orne : Censier, R. Hügel, Joly, Le Gouriérec, J. Louvel, R. Louvel, Doctoresse M. Peillon, E. Poulain.

Bains-les-Bains : M. Henry, L. Rose.

Barèges : Orliac.

Besançon La Mouillière : Tronchon.

Biarritz : Clavel, Dejeant (*derm.*), Lacour.

Bourbon-Lancy : Bellœuf, G. Vincent.

Bourbon-L'Archambault : Bénabu, Litaud.

Bourbonne-les-Bains : Delacroix, Gay.

Brides-les-Bains et **Salins-Moutiers** : d'Arbois de Jubainville, Mathieu, Laissus fils.

Cambo-les-Bains : A. Camino, Chatard, Colbert, Dieudonné, J. Trotot.

Capvern : J. Pouy.

Cauterets : Anglada, Armengaud, Corone, Cosserat, L. Pradal.

Challes-les-Eaux : Vexenat.

Châtel-Guyon : J. M. Ballan, Baumann, Cambiès, Casati de Montgolfier, Foucaud, P. Martin, Mazeran, Ribérolles, Saint-René-Bonnet.

Contrexeville : Contal.

Dax : Barrau, Delmas (Armand).

Divonne-les-Bains : Ballivet, Vieux.

Eaux-Bonnes : Bourragué, Creignou.

Enghien-les-Bains : Beyrand, H. Forterre.

Escouloubre-les-Bains : Sarda.

Evaux-les-Bains : E. Legâte.

Evian-les-Bains : Bernex, J. Eyraud-Joly.

Hammam-Lif (Tunisie) : Fére.

La Bourboule : Anglada, Barthomeuf, Boudry, Cany, R. Galimant, Jean Godonnèche, Rongier Th., Maurel.

La Léchère : Millet, Noailly.

La Motte-les-Bains : Goirand.

Lamalou-les-Bains : Cauvy (*Rééd. motr.*), Faure, Tabarié.

La Roche-Posay-les-Bains : Bardet, Guyot, Huet (*derm.*) Lépine.

Luchon : P. de Beauchamp, Cazal-Gamelsy, Germès, Molinéry (*ne fait que la physiothérapie*), Salles, Sammuller.

Luxeuil-les-Bains : Causeret, Cugnier, Rimey.

Mont-Dore : J. André, Roger André, Béal, Débidour, Dullin, Levadoux, Molines, E. Perpère, Verrier.

Néris : Ducros, Jossand.

Plombières-les-Bains : Bernard, J. Dumont, Truelle.

Preste (La) : Dr P. Baron.

Royat : Mougeot.

Salers : Rongier.

Salies-de-Béarn : Coustère David, Dufourcq, Larrouy, Ortal.

Salins-les-Bains : Bourny, Henri Neumand.

Salies-du-Salat : Barbé, St Béat.

Saujon : R. Dubois, M. Boisseau.

Saint-Didier (Vau.) : Masquin.

St-Honoré-les-Bains : Charpin, Ségard, Silvestre.

St-Nectaire : Sérane, Siguret, Versepuy.

Santenay-les-Bains : Boudeille.

Sermaize-les-Bains : Fritsch, (H.), Ramonet (*Malad. des enf.*)

Uriage : G. Barbier.

Vals-les-Bains : David, Galtier.

Vernet-les-Bains : Ponson.

Vichy : Arama (Michel) (*stom.*), Bargy, Berthomier, (*phys.*) Caillon, Castera, Chabrol, (Léon), R. Chaux, Cluzan, Cornillon, Cotar, Cros L., Déléage, Desmaroux, A. Durrieux, (*stom.*), Fau, R. Fraudet, (*stom.*), Fruictier, Gannat, Lère, Marquis, Martin-Péridier, Reynès, Roussignol.

Vittel : Adda, G. Constant, P. Genay, Finck.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **A. D. R. M.** — L'Association pour le développement des relations médicales organise cette année, pendant les vacances, des échanges entre étudiants en médecine français et étudiants de Tchécoslovaquie, de Yougoslavie et de Hongrie.

Les étudiants désireux de passer un mois dans un de ces pays ne seront admis à bénéficier des avantages qu'on leur offre que s'ils sont déjà assez avancés dans leurs études et s'ils sont munis de recommandations de leurs chefs de service.

Pour tous renseignements, s'adresser au Bureau de l'A. D. R. M., Faculté de médecine, salle Béclard, de 9 h. 30 à 11 heures et de 14 à 17 heures, sauf le samedi après midi.

— **Assises de médecine générale française.** — Les prochaines assises nationales consacrées à l'*éducation physique* (ses indications et contre-indications médicales chez l'enfant et l'adolescent) seront la première séance du Congrès international de médecine appliquée à l'éducation physique et aux sports et auront lieu exceptionnellement au Grand amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris, le dimanche 11 juillet, de 9 heures à midi, sous la présidence du Docteur Félix GADAUD, sénateur de la Dordogne.

— **Congrès médical sur les suites pathologiques des blessures craniennes de guerre.** — Ce Congrès aura lieu le lundi 12 juillet, sous la présidence du Professeur Claude, membre de l'Académie de médecine. Les rapporteurs sont : M. le Professeur agrégé ALAJOUANINE, médecin des hôpitaux, et le Docteur Georges BOUDIN, chef de clinique, sur l'étude clinique des épilepsies de guerre ; Docteur CROUZON, membre de l'Académie de médecine, médecin de la Salpêtrière, et les Docteurs CHRISTOPHE et DESOILLES, anciens chefs de clinique, sur le Traitement et les répercussions sociales des épilepsies de guerre.

Différentes communications auront lieu au cours de ce Congrès sur : les infirmités diverses dérivant de la même blessure du crâne ; les phénomènes épileptiques larvés ; les équivalents épileptiques ; la réduction de travail consécutive aux troubles subjectifs des blessés du crâne, etc...

Pour les communications à faire au Congrès, pour recevoir les rapports et pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire général, Docteur Paul Boudin, 186, rue de Vaugirard (XVe).

— **La XVIe réunion neurologique internationale** se tiendra à Paris du 8 au 10 juillet 1937 inclus.

La séance d'ouverture aura lieu le jeudi 8 juillet à 9 h. 30, à la Faculté de médecine, sous la présidence de M. le Professeur Roussy, doyen de la Faculté de médecine de Paris. Les séances ultérieures se tiendront à la Salpêtrière, 47, boulevard de l'Hôpital

(amphithéâtre de l'Ecole des Infirmières), sous la présidence de M. le Professeur Barré (de Strasbourg).

QUESTION MISE A L'ÉTUDE : *La douleur en neurologie.*

La réunion a lieu sur invitation, il n'est pas demandé de cotisation.

Secrétaire général : Docteur Crouzon, 70 *bis*, avenue d'Iéna, Paris (XVIe).

— **Confédération thermale et climatique pyrénéenne.** — La Confédération thermale et climatique pyrénéenne a tenu récemment ses assises à Saint-Jean-de-Luz. Y assistaient, le général Lambrigot, maire de Saint-Jean-de-Luz, les Docteurs Reboul, Blazy, de Beauchamp, Estradère, de Gorsse, Molinéry et Salles, de Luchon.

A l'ordre du jour avait été mise la commémoration du centenaire de la mort d'Itard, promoteur du cathétérisme de la trompe d'Eustache. On sait que les établissements thermaux de plusieurs stations sulfureuses, Challes, Ax-les-Thermes, Enghien, Cauterêts, Luchon, etc., utilisent la sonde d'Itard pour porter jusque dans l'oreille moyenne les vapeurs émises par les eaux thermales.

— **Réunion internationale de météorologie médicale.** — Cette réunion aura lieu à Paris, le 4 juillet 1937.

Le Docteur CARLES (de Rouen) fera une communication sur *les variations saisonnières de la morbidité et de la mortalité.*

— **L'histoire des stations thermales pyrénéennes, à travers les âges.** — Tel est le sujet d'une conférence faite à Bordeaux, dans le grand amphithéâtre de la Faculté des Sciences, par le Docteur Molinéry.

Le conférencier commença son entretien en le plaçant sous l'égide de Madame la Duchesse du Berry qui, voici 100 ans, partit de Bordeaux pour Saint-Sauveur. Remontant le cours des temps, M. Molinéry décrivit la cure de Fabia Festa et de son père, le consul Flavius Rufus, au balnéum de Lixon ; il parla des cures de Jeanne d'Albret, de Marguerite de Valois, à Cauterêts ; de Marguerite de France, à Encausse ; de Montaigne, à Bagnères-de-Bigorre ; de Monseigneur le Duc du Maine à Barèges, où il fut accompagné de Madame de Maintenon et de Fagon ; du cardinal de Richelieu, à Luchon ; de Maine de Biran, à Saint-Sauveur ; de la Duchesse d'Angoulême, de Chateaubriand, à Cauterêts ; du Prince Impérial à Luchon en 1867, et enfin de Clemenceau, dans cette même station, en 1887.

— **Hôpitaux de Reims.** — A la suite du concours qui a eu lieu les 27 et 28 mai 1937, M. le Docteur Maurice JACQUET a été nommé médecin des hôpitaux de Reims.

— **Hospices d'Autun.** — Un concours pour l'emploi de chirurgien-adjoint à l'hôpital, la maternité et la clinique de l'hôpital d'Autun, aura lieu le samed 10 juillet 1937, à la Faculté de médecine de Paris.

Les fonctions de chirurgien-adjoint sont gratuites; mais des avantages matériels importants équivalent à une large rémunération.

Les épreuves consisteront en : 1° une composition écrite sur un sujet de pathologie chirurgicale ; 2° une consultation écrite ; 3° une épreuve de clinique orale sur un malade.

Conditions : 1° adresser au Conseil d'administration des hospices d'Autun, une demande sur timbre à 4 francs avec indication de résidence actuelle ; 2° être Français de naissance ; 3° avoir le diplôme de docteur en médecine, ainsi que le titre d'ancien interne des hôpitaux de Paris ; 4° produire une notice de titres et travaux antérieurs.

La liste d'inscription sera close le 3 juillet 1937.

— **Sanatorium du Béarn, à Gan** (Basses-Pyrénées). — Un concours sur titres est ouvert en vue de la nomination d'un médecin-chef au sanatorium du Béarn, à Gan, sanatorium privé agréé, disposant de 90 lits pour femmes et enfants.

Outre les avantages en nature habituels, le traitement de début, y compris les indemnités, est fixé à 39.000 francs.

Les candidats désireux de participer à ce concours doivent adresser, avant le 5 juillet 1937, leur demande au Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, à Paris (VIe), accompagnée de leurs titres et références (copies certifiées conformes).

— **Hôpital Tenon** (4, rue de la Chine). — *Leçons sur le cycle de la puberté* sous la direction de M. le Prof. agrégé Guy Laroche, du 5 au 10 juillet 1937. — Lundi 5 juillet 1937, 10 heures, M. Guy Laroche : Généralités sur la puberté. Pubertés avancées et retardées. Pubertés anormales. — M. Simonnet : Les hormones sexuelles durant la période pubérale.

Mardi 6 juillet 1937, 10 heures, M. Marañon : Les états intersexuels à la puberté. — M. Ducroquet : Le système ostéo-ligamentaire à la puberté. — M. Desaux : Les réactions cutanées de la puberté.

Mercredi 7 juillet 1937, 10 heures, M. Lian : Le cœur et les troubles neuro-végétatifs de la puberté. — Mlle Hirsch : Les troubles de la menstruation à la période pubertaire. — M. Hammel : Les psychoses de la puberté.

Jeudi 8 juillet 1937, 10 heures : M. E. May : Les troubles vaso-moteurs de la puberté. Acrocyanoses. — M. Layani : Les insuffisances génitales mâles à la puberté : Cryptorchidies. — Mme Meurs-Blatter : Cellulite et puberté.

Vendredi 9 juillet 1937, 10 heures, M. de Gennes : Tuberculose et puberté. — M. Bompard : Obésité et maigreur, à la puberté. — M. Boigey : Culture physique et puberté.

Samedi 10 juillet 1937, 10 heures, M. Guy Laroche : Le goitre de la puberté. — M. Welti : Le traitement chirurgical des syndromes thyroïdiens de la puberté. M. J.-A. Huet : La physiothérapie des troubles de la puberté.

L'audition de ces cours est gratuit.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au 1er juillet, chez le secrétaire général : Docteur J.-A. Huet, 15, rue Legendre, à Paris (XVIIe).

— **Umfia ou Union médicale latine.** *Prochaine conférence des Voix Latines.* — A l'occasion des Journées internationales de la Santé publique, le Prof. Ch. Achard, membre de l'Institut, membre d'honneur de l'Umfia donnera le mercredi 7 juillet, à 17 heures précises, au grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur, rue du Docteur-Roux, Paris, une conférence sur : « *De la Méthode pour bien conduire sa raison dans la connaissance et la pratique de la médecine* ».

On peut trouver des cartes d'invitation chez le Docteur Dartigues, président de l'Umfia ou Union médicale latine, 81, rue de la Pompe, Paris (XVIe) ; à la Librairie Baillière, 19, rue Hautefeuille, Paris (VIe) ; à la Librairie Doin, 8, place de l'Odéon, Paris (VIe) ; à la Librairie Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (VIe) ; à la Librairie du Monde Médical, 42, rue du Docteur-Blanche, Paris (XVIe), à l'Académia Gaya, 2, rue des Italiens, Paris (IXe) et au secrétariat général des Journées internationales de la Santé publique : au Laboratoire d'hygiène de la Faculté de médecine de Paris, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

— **Mariage.** — Nous apprenons le mariage de Mademoiselle Marguerite Peraldi, licenciée ès lettres, fille du Docteur et de Madame Peraldi, avec Monsieur André Rouzier, docteur en droit, sous-directeur de la Maison de Paris des papeteries Navarre.

La bénédiction nuptiale leur a été donnée le samedi 28 juin 1937, en l'église de Nissan (Hérault).

Tous nos souhaits de bonheur aux jeunes époux.

— **Mort du Docteur Léon Vrain, bienfaiteur de la Maison du Médecin.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort récente du Docteur Léon Vrain, de Paris. Ses obsèques ont été célébrées dans une stricte intimité ; l'inhumation a eu lieu à Lamotte-Beuvron. Le Docteur Léon Vrain a fait la Société : *La Maison du Médecin* sa légataire universelle.

La famille du Docteur L. Vrain a fait dire le 19 juin une messe à l'église Saint-Séverin pour le repos de son âme. De nombreux amis et clients de ce regretté confrère étaient venus rendre hommage à sa mémoire. La *Maison du Médecin* y était représentée par le Prof. Cunéo, son président, le Professeur Laignel-Lavastine et le Docteur J. Noir, ses vice-présidents, le Docteur R. Massart, son secrétaire général, les Docteurs Jayle et Vimont, membres du Conseil d'administration et Madame Dupont, secrétaire administrative, qui avaient tenu à témoigner leur gratitude au généreux bienfaiteur de l'Œuvre.

• • •

au *Journal officiel*, est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

Lutte antituberculeuse

Circulaire relative à l'imprécision du certificat médical joint aux demandes de candidats au concours d'admission de l'Ecole normale supérieure de l'enseignement technique.

Paris, le 10 juin 1937.

Le ministre de la Santé publique à MM. les Préfets (Inspection départementale d'hygiène),

Il m'est signalé par le sous-secrétaire d'Etat de l'Enseignement technique que certains candidats au concours d'admission de l'Ecole normale supérieure de l'enseignement technique, atteints de tuberculose, ont pu être nommés élèves par suite de l'imprécision du certificat médical joint à leur demande.

Il convient d'éviter le retour de semblables éventualités.

Je vous serais, en conséquence, reconnaissant de bien vouloir donner des instructions aux dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse de votre département pour qu'ils procèdent, le cas échéant, à un examen particulièrement méticuleux des candidats aux grandes écoles de l'Etat, dans le cas où les directeurs desdites écoles estimeraient cet examen nécessaire.

Les résultats de cet examen, qui comportera obligatoirement un examen radioscopique, seront remis directement aux intéressés.

J'ajoute que ces visites étant effectuées, dans l'intérêt de l'Etat par des organismes d'hygiène sociale au fonctionnement desquels l'Etat participe financièrement, aucun honoraire ne pourra être exigé ni des candidats, ni de l'Administration qui a prescrit les examens médicaux.

D'autre part, je crois devoir rappeler que le nombre moyen des consultants à examiner dans un dispensaire d'hygiène sociale au cours d'une même séance par le même praticien ne saurait sans inconvénient dépasser une moyenne de quinze à vingt personnes.

Il est, par ailleurs, très désirable que l'examen clinique et l'examen radioscopique soient pratiqués au cours de la même séance. Cette organisation des consultations permet, en effet, d'éviter les déplacements dispendieux et fatigants aux consultants ; elle ne peut soulever d'objections majeures, tout médecin phtisiologue devant être à même de pratiquer aussi bien les examens radioscopiques que cliniques.

Henri SELLIER.



Voir la suite page LI-1979

PROPOS DU JOUR

LE BUDGET DU MÉDECIN PRATICIEN FRANÇAIS

● ● ●

Il y a 26 ans, en 1911, le Docteur Chapon, Président actuel de l'Association générale des médecins de France, et nous-mêmes procédâmes à une enquête sur les conditions économiques de la vie du médecin français. L'enquête de Chapon porta sur le Corps médical parisien; le résultat de ses recherches parut en 1911 dans le *Bulletin officiel du Syndicat médical de Paris* sous le titre *le Prix de revient de la visite médicale.*

Nos propres investigations portèrent sur 46 départements, répartis dans toutes les régions de France, et furent publiées dans le *Concours Médical* (1er et 8 octobre 1911). Notre but était de déterminer les honoraires qui devaient être attribués à l'acte médical le plus simple pour nous permettre d'établir un tarif général minimum raisonné des honoraires médicaux, le tarif Jeanne, généralement adopté et datant d'une dizaine d'années, ne répondant plus au coût moyen de la vie.

Chapon et nous arrivâmes à cette conclusion: c'est qu'un *médecin célibataire* devait gagner entre 8.000 francs et 10.000 francs par an tant à la campagne qu'à Paris, s'il voulait mener une vie modeste mais digne et amortir ses frais d'études et de premier établissement calculés au minimum.

Un médecin, *marié et père d'un seul enfant*, s'il avait le moindre souci de son avenir et de celui des siens, devait disposer par an en 1912 de 18.000 francs en moyenne. Les frais de voyage et de déplacement à la campagne compensant à peu près le coût de la vie plus élevé à Paris et dans les grandes villes.

Nous fûmes plusieurs fois tentés de refaire notre enquête quelques années après la guerre. Mais Chapon nous fit remarquer avec juste raison que le déséquilibre économique et la répartition anarchique des médecins en France rendraient nos recherches illusoires sinon impossibles.

Or notre distingué confrère, le Docteur L. Robert, d'Issoudun, qui rédige avec un indiscutable talent la très intéressante revue trimestrielle : *Le Berry Médical*, vient de publier dans le nº 2 de 1937 un article intitulé : *Un budget de médecin*, où il établit les dépenses d'un médecin de campagne comme il suit :

« Je prends comme exemple, écrit-il, un médecin de campagne obligé d'avoir, pour circuler (sa clientèle étant surtout kilométrique), une ou deux autos, car, en cas de panne, il lui faudra louer un tacot à raison de 50 francs par jour, plus l'essence et l'huile. Il faut compter de 20 à 25.000 francs par an de frais d'autos ; un loyer de 4 à 5.000 francs ; impôts : 5 à 6.000 francs. Il faut vivre et faire bouillir la marmite et, sans faire de folies, avec une vie très modeste, 30 à 35.000 francs sont vite dépensés, et si ce médecin prend un mois de vacance par an, il faut ajouter aux dépenses 6.000 francs minimum pour ses frais, y compris les frais de remplacement.

« Cela fait donc au total des frais généraux, la coquette somme de 72.000 francs, et je ne parle pas des frais de bureau, ni des abonnements aux divers journaux, ni des primes d'assurance-vie ou autres. Mettons que notre confrère de campagne touche, dans son année de travail, la somme de 80.000 francs, ce qui représente déjà quelque chose, il lui restera donc 8.000 francs dont il faudra défalquer les frais cités ci-dessus (journaux, frais de bureau, timbres, assurances diverses, etc). Il lui restera environ 5 à 6.000 francs. C'est pour arriver à ce résultat qu'il



aurait fait ses études jusqu'à 27 ou 28 ans, et qu'il contribue au fonctionnement des « œuvres sociales » dont il est la cheville ouvrière.

« Et nunc erudimini, o fisci gentes, qui judicatis medicos ! »

80.000 francs, même à ce jour, paraissent à ceux qui ne réfléchissent pas une somme coquette. Or si nous tenons compte des dévaluations, de l'élévation du prix de la vie, et de toutes les causes qui ont réduit le pouvoir d'achat du franc, ces 80.000 francs ne correspondent pas à 13.000 francs de 1912. Nous sommes loin de la moyenne de 18.000 francs que nous considérions comme indispensable à un médecin praticien pour vivre avec sa famille dans la période qui précédait la grande guerre. Or le prix de l'acte médical le plus simple (la consultation), avait été fixé en 1912 par la Commission des honoraires médicaux dont Chapon fut rapporteur, à cinq francs et l'indemnité kilométrique à un franc par kilomètre parcouru. Ce tarif permettait au médecin praticien de bonne santé répondant aux besoins d'une clientèle assez nombreuse sans surmenage excessif d'atteindre la moyenne de 18 000 francs nécessaire pour couvrir ses frais et subvenir à l'entretien de sa famille.

Aujourd'hui les prix de la consultation minimum, ou plutôt moyen, est de 25 francs, de la visite 30 francs et de l'indemnité kilométrique 2 francs, ce qui est très loin de correspondre à la diminution du pouvoir d'achat de la monnaie.

Conclusion : Le médecin praticien qui gagne actuellement 80.000 francs par an se trouve dans des conditions économiques de vie modestes et si les sommes qu'il touche atteignent 120.000 et même 150.000 francs, sa situation, si elle est plus aisée, n'en est pas pour celà très brillante, car il ne pourra pas pendant très longtemps assurer sans défaillance une clientèle aussi importante.

Il convient de tenir compte en outre des pertes qu'il subit en soignant des malades qui ne peuvent ou évitent de l'honorer, ce qui accroit néanmoins ses frais et sa fatigue, qui l'épuisera fatalement après quelques années de surmenage.

J. Noir.



À PROPOS DES TRIBULATIONS DES RESTES DE DESCARTES

❖ ❖ ❖

A propos de notre article sur le Centenaire du Discours de la méthode et l'odyssée du crâne de Descartes, notre distingué confrère, le Docteur J. Crinon, rappelle, dans le journal qu'il dirige, *L'Informateur Médical*, qu'il publia, il y a vingt-cinq ans, dans *Excelsior*, sous le pseudonyme d'Henri Vadol, un article sur les restes de Descartes. Moins heureux que nous, il ne put alors découvrir le crâne dans les collections du Professeur Verneau. L'article de notre confrère émut le directeur du *Muséum*, M. Edmond Perrier, qui fit procéder à des recherches sérieuses, découvrit le crâne et le présenta à l'Académie des sciences. Le Professeur P. Richer, des Beaux-Arts, fut chargé de l'examiner et de l'authentifier. M. J. Crinon, avec quelque raison, fait remarquer que s'il n'avait pas demandé en 1912 d'examiner le crâne de Descartes, ce dernier serait resté ignoré, relégué, en un coin de l'ossuaire de la Galerie d'anthropologie.

J. N.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

CACHEXIE HYPOPHYSAIRE (1)

Professeur Loeper

En présence d'un sujet qui maigrit régulièrement et intensément, sans cause apparente, le clinicien pense immédiatement au cancer si le malade a plus de 40 ans, à la tuberculose s'il est âgé de moins de 30 ans. Aussi demande-t-il une radiographie des poumons ou du tube digestif.

Ces radiographies restent-elles négatives, il songe alors à examiner les appareils glandulaires, à rechercher la formule sanguine et le métabolisme basal, et il doit savoir penser à la cachexie hypophysaire.

C'est, en général, chez une femme qu'apparaît cet amaigrissement progressif, idiopathique. En effet, sur 90 cas de cachexie hypophysaire, relatés dans la littérature médicale, il y a 70 femmes atteintes contre 20 hommes. Et de suite, devant cette proportion, on pense au rôle probable de l'interaction de l'ovaire sur l'hypophyse, et, pour certains auteurs, le terme de cachexie hypophysaire devrait être remplacé par celui de « cachexie hypophyso-ovarienne ».

Voici un résumé des observations de deux malades, soignés dans le service du Professeur M. Loeper :

Le 9 février 1937, une malade de 37 ans, entre dans le service pour fatigue, amaigrissement et troubles génitaux. Ceux-ci sont les premiers en date : cette femme, mariée à 19 ans en 1919, a eu cinq grossesses en cinq ans ; après le cinquième accouchement la malade reste fatiguée, manque d'entrain, devient mélancolique ; ses menstrues deviennent irrégulieres, elle fait une fausse-couche, ses règles disparaissent ; puis surviennent quelques pertes blanches. Alors surgissent les phénomènes généraux : troubles dyspeptiques tels que pesanteurs épigastriques, digestions difficiles ; la malade se sous-alimente pour ne pas souffrir ; son poids, qui était de 55 kilogs pour 1 m. 52, descend à 35 kilogs pour tomber à 31 kilogs à son entrée à l'hôpital. La malade est frileuse, elle a toujours froid aux mains, sa peau est sèche, elle est irritable et un peu triste. La recherche du métabolisme basal révèle un abaissement de 16 %, ce qui dépasse la marge normale d'erreurs. L'examen de l'œil ne révèle rien d'anormal. Les radiographies de la selle turcique, de l'estomac, du duodénum sont normales. La formule sanguine montre un peu d'anémie : globules rouges : 3.200.000 ; globules blancs : 13.600 ; éosinophilie : 2 %.

Après un traitement basé sur l'ingestion de lait concentré et des injections d'extraits hypophysaires le poids de la malade augmente de deux, puis de six kilogs. Actuellement, l'état de la malade s'améliore.

Le deuxième cas est celui d'une employée de banque : elle maigrit depuis deux ans et son poids a diminué de 20 kilogs ; elle ne digérait pas mal, mais elle avait une constipation opiniâtre ; progressivement son appétit disparaît, elle devient triste, et nerveuse. Elle perd ses cheveux par poignées, elle a toujours froid aux mains et au dos, son visage est légèrement cyanosé ; sa tension artérielle est : 10-6 ; son pouls est de 48 pulsations. Le cœur, les poumons, le foie et la rate sont normaux. Les réflexes sont également normaux. Le corps thyroïde est manifestement hypertrophié, le métabolisme basal est abaissé de 40 %. Cette malade, qui est en cours de traitement hypophysaire, ne s'améliore pas comme la précédente.

On cite encore le cas d'une fillette de 17 ans dont le poids était descendu à 24 kilogs. Pendant trente-cinq jours, un médecin lui avait fait des lavages d'estomac. Le visage de cette enfant avait pris l'aspect d'une vieille femme. Mais cet amaigrissement n'était pas accompagné d'une asthénie proportionnelle et le diagnostic fut aiguillé vers celui de cachexie hypophysaire. Cette malade a été complètement guérie après un traitement hypophysaire et le visage de l'enfant a repris son aspect juvénile.

On peut résumer ces observations en disant que, lorsqu'on se trouve en présence d'une femme qui maigrit, qui a une diminution notable du métabolisme basal, qui présente des troubles ovariens, et presque toujours des troubles psychiques il y a des chances pour se trouver devant un cas de cachexie hypophyso-ovarienne. En voici les principaux caractères :

La cachexie est quelquefois peu marquée, mais souvent on note une chute de poids de 40 kilogs. C'est un amaigrissement qui n'est pas banal, car il s'accompagne de sénilité du visage et des tissus. Une fillette de 17 ans, ressemblait à une vieille femme de 70 ans. Cet amaigrissement n'est pas accompagné d'asthénie proportionnelle.

Les troubles ovariens sont variables également mais aboutissent, en général, à une disparition totale des règles, soit après une augmentation passagère des menstrues, soit après une légère

(1) Notes prises aux cours du Professeur M. Loeper, les 15, 22 et 29 avril 1937, par Mme le Dr Langle.

maladie génitale, ou après un traumatisme abdominal, ou après une appendicectomie. L'observation de Constantini (1931) en est un cas typique.

Il s'agit d'une femme de 54 ans, mariée à 19 ans : huit enfants dont sept vivants ; elle a fait deux fausses-couches ; après la deuxième, grosse hémorragie. A 34 ans ses règles cessent pendant deux ans, puis reparaissent, irrégulières et abondantes, pour disparaître définitivement à 37 ans. A partir de ce moment, elle maigrit, elle perd ses cheveux, et devient complètement glabre. Des troubles psychiques apparaissent ; agitation, confusion mentale, anxiété, à tel point, qu'il est nécessaire de la faire entrer dans une maison de cure, où on lui fait des injections d'extraits hypophysaire. Son poids, qui était descendu à 31 kilogs, remonte à 35 kilogs, puis la guérison survient progressivement.

Cette autre observation, publiée par Bouvier (de Reims), est un autre cas de cachexie hypophysaire, survenue après une opération abdominale.

Il s'agit d'une jeune fille de 18 ans, qui se plaignait de crises douloureuses et qui maigrissait. On pense à la vésicule, à l'appendice ; on décide de pratiquer une appendicectomie. Trois semaines après l'opération, la jeune fille se sent très bien, mais trois jours après ses règles, elle fait une métrorragie importante. Par la suite, ses règles ne reparaissent que tous les trois mois, pour, finalement, disparaître neuf mois après. La malade continue à maigrir, sa tension artérielle diminue, son métabolisme basal baisse, d'abord de 37 % puis de 42 %. Elle présente des troubles cutanés de la face et des mains. On lui fait des injections de folliculine sans succès, on essaye ensuite des injections d'extraits hypophysaires. La malade voit ses règles revenir ; son amaigrissement s'arrête, son poids remonte, et une amélioration très nette est enregistrée.

La *recherche du métabolisme basal* montre toujours une diminution qui peut aller de 10 % à 80 % (ce dernier chiffre a été noté dans le cas de tumeur de l'hypophyse). Cet abaissement du métabolisme basal est typique de la cachexie hypophysaire et permet d'éliminer le diagnostic de maladie de Basedow, dans laquelle, on trouve toujours une augmentation du métabolisme basal qui s'élève de 10 à 80 %.

La *glycémie* est, en général, abaissée et tombe à 0 gr. 30 ou 0 gr. 50 par litre.

Il y a toujours de l'*hypotension* artérielle accompagnée de microsphygmie.

La *cyanose de la face* et des lèvres n'est pas rare et celle des extrémités est fréquente.

La *perte des poils* et des phanères est la règle.

Enfin, les *troubles psychiques* sont très fréquents ; quelquefois même, c'est eux qui ouvrent le tableau clinique. Ils peuvent varier de l'apathie à la dépression, se compliquer de confusion mentale, d'agitation maniaque, avec tendance à l'indiscipline et à l'égocentrisme. La mémoire disparaît, il y a des insomnies fréquentes ; d'autres fois, on note un délire de persécution et des troubles de l'audition.

Telle était cette malade de 35 ans qui avait été internée parce qu'elle entendait « son rein droit » lui dire « tu es malade ». Son système nerveux avait été examiné avec grand soin ; il n'y avait ni paralysie oculaire, ni dysarthrie, ni Romberg positif ; ses réflexes étaient normaux, ainsi que son champ visuel.

Dans ce cas, les injections d'extraits hypophysaires à haute dose furent si efficaces que cette femme put quitter la clinique complètement guérie.

Le *syndrome digestif* de la cachexie hypophysaire est, lui aussi, assez variable, mais très fréquent, puisqu'il est signalé 34 fois sur 90 dans les observations de cachexie hypophysaire avec une anorexie intense et un dégoût des aliments, rappelant celui des cancéreux.

Ce syndrome se manifeste aussi par des vomissements, ou plutôt des régurgitations immédiates, et par des douleurs qui suivent immédiatement l'ingestion, plus ou moins prolongées ; la malade a la sensation que son estomac « se bloque » pendant trois heures. D'autres malades ont des douleurs à type pylorique, tardives, qui aiguillent le diagnostic vers le pylore, le duodénum, la vésicule, ou l'appendice.

En général, on note de l'hypochlorhydrie chez les malades atteints de cachexie hypophysaire, cependant quelques auteurs ont trouvé de l'hyperchlorhydrie.

La radiographie montre très fréquemment un estomac très bas, allongé et mou. Quelquefois, cependant, le péristaltisme est accru et il y a insuffisance de la valvule de Bauhin.

Schématiquement, on distingue plusieurs *formes cliniques* de la cachexie hypophysaire :

1° Une forme myasthénique ;
2° Une forme avec maigreur simple ;
3° Une forme digestive ;
4° Une forme psychique ;
5° Une forme circulatoire.

1° La *forme myasthénique* a été décrite le 8 juin 1935 par Harold E. Simon dans le *Journ. of Amer. Medic. Assoc.* Il cite le cas d'une femme de 31 ans qui, après une grossesse, présenta une fatigue si grande qu'elle resta couchée pendant trois semaines sans pouvoir faire un mouvement. Cette myasthénie disparut à peu près pendant trois ans, puis reparut aussi intense. Devant l'inefficacité des piqûres d'adrénaline et d'éphédrine, furent essayées des injections de lobe antérieur d'hypophyse : la guérison survint immédiatement.

Aussitôt qu'on eût cessé ces injections hypophysaires, la myasthénie reparut, pour disparaître de nouveau dès que furent commencées les injections de ce médicament.

Le même auteur cite le cas d'un homme de 50 ans, atteint de myasthénie et de neurasthénie.

Il lui fait cinq injections d'extraits hypophysaires et le malade se sent aussitôt bien mieux ; mais la fatigue revient dès qu'il arrête les piqûres ; il a continué ainsi à faire des injections à ce malade pendant tout un hiver et le malade est actuellement guéri.

La maigreur banale a été étudiée remarquablement par Bergmann qui l'a subdivisée en : 1° maigreur survenant après une maladie cachectisante ; 2° maigreur hypophysaire ; 3° maigreur due à la défaillance du vague, avec bradycardie et chute de la glycémie.

Bickel, de Genève, dans la *Presse médicale* et la *Gazette médicale de France*, a étudié le cas d'une femme qui, en dix mois, avait perdu 30 kilos ; il avait noté une atrophie progressive de tous les organes, et, le cœur lui-même avait présenté une diminution de son diamètre longitudinal de 12 mill.

3° *La forme digestive* de la cachexie hypophysaire est susceptible d'embarrasser grandement le praticien et d'égarer son diagnostic en lui faisant envisager d'abord de nombreux diagnostics d'affections du tube digestif. Les malades, qui souffrent beaucoup, insistent pour être opérés, et se soumettent docilement à des interventions multiples telles que appendicectomie, gastro-entérostomie, cholécystectomie, gastrectomie même.

A ces éternels malades, à ces véritables balafrés du ventre, songe-t-on à prescrire une série d'injections hypophysaires et les voilà rapidement guéris.

4° Dans *la forme psychique*, l'hypochondrie atteint parfois une intensité impressionnante. Il peut même, selon Bickel, se produire une véritable involution du caractère : une jeune fille de 16 ans jouait à la poupée. Un cas très caractéristique est celui de cette jeune Américaine de 17 ans qui avait été vue par plusieurs psychothérapeuthes et psychanalystes ; elle avait été déclarée incurable et était internée ; son poids était tombé à 32 kilogs. Après une série d'injections d'extrait hypophysaire, cette jeune Américaine a retrouvé son équilibre complet, et son poids a passé de 32 à 50 kilogs.

5° Enfin, *la forme circulatoire*, décrite par May et Daniéli, est caractérisée par une acrocyanose prédominante.

***

Ces formes cliniques sont forcément trop schématiques ; en réalité, il semble bien que la maladie de Simmonds soit due à l'atteinte de plusieurs glandes à sécrétion interne, et cela nous amène à en envisager la *pathogénie*.

A l'insuffisance du corps thyroïde semblent appartenir la frilosité et la perte des phanères ; à celle des ovaires, les troubles génitaux ; à celle des surrénales, l'asthénie, la fatigue et l'hypotension ; à celle des parathyroïdes, les modifications de la calcémie relatées dans certaines observations. Le syndrome de Simmonds semble donc relever d'une déficience pluriglandulaire complexe, aussi serait-on tenté de l'appeler plutôt cachexie endocrinienne, mais l'on pense actuellement que l'atrophie du lobe antérieur hypophysaire est le fait primitif et important, entraînant la diminution de la sécrétion des diverses stimulines.

C'est en 1914 que Simmonds (22 février 1914, *Deutsch. Mediz. Wochenschrift*,) a rapporté le cas d'une femme de 46 ans, qui est morte après deux jours de coma ; elle était d'une maigreur frappante et son visage présentait une sénilité impressionnante. A l'autopsie, le cœur, les poumons, le foie, la rate étaient normaux quoique petits, l'hypophyse, qui pesait 0 gr. 30, montrait au microscope, une dégénérescence glandulaire totale ; on ne reconnaissait rien dans le lobe postérieur ; la partie moyenne était occupée par un kyste ; quant au lobe antérieur, il ne contenait plus que du tissu conjonctif et des fibres élastiques. Et Simmonds affirmait que la mort était due dans ce cas, à l'absence complète d'hypophyse. A l'appui de sa thèse, il citait les expériences qu'il avait faites sur des chiens, qui mouraient après hypophysectomie.

L'observation de Mertz en 1930, rapportée par Bickel, de Genève, apporte encore des constatations anatomiques saisissantes : il s'agissait d'un jeune homme bien portant jusqu'à 16 ans ; après une angine, il avait présenté de l'anorexie, de la diarrhée et de l'amaigrissement ; en 1920 il va voir le Docteur Jacquet, de Genève, qui porte le diagnostic d'hypochondrie et d'hypoasthénie. En 1921, ce jeune homme subit une gastro-entérostomie postérieure, puis une gastrectomie partielle. Son poids était tombé de 62 à 37 kgr. Son métabolisme basal était abaissé de 32 %. Ses selles devinrent putrides et il mourut à 32 ans. A l'autopsie, Mertz trouva un kyste hypophysaire détruisant totalement le lobe antérieur.

Sur les 90 cas de cachexie hypophysaire publiés, on en relève 34 avec preuves anatomiques, qui se répartissent de la façon suivante.

— atrophie glandulaire antérieure d'origine inconnue : 28 cas ;

— atrophie d'origine cancéreuse : 2 cas ;

— atrophie d'origine tuberculeuse : 2 cas ;

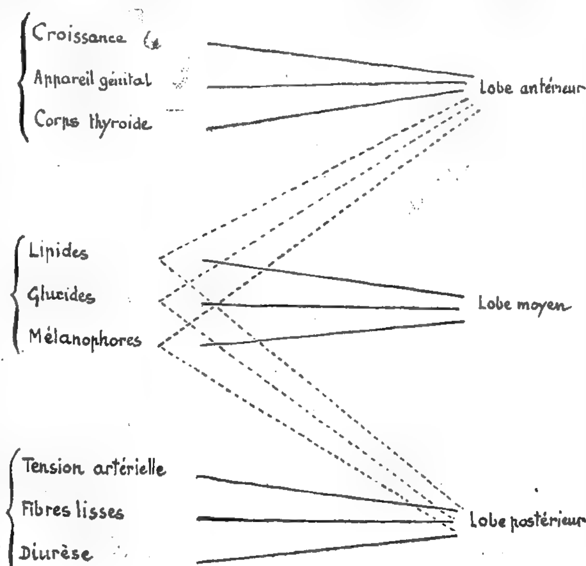
— atrophie d'origine syphilitique : 2 cas.

Dans tous ces cas, l'hypophyse était petite, scléreuse, kystique, et les autres glandes étaient atrophiées ou sclérosées.

Les preuves *expérimentales* de Cushing, Smith et Evans viennent corroborer ces preuves anatomiques. Après hypophysectomie antérieure chez le rat, Smith et Evans voient disparaître le

tissu adipeux, apparaître une grande asthénie des viscères. Une amélioration de l'état de ces animaux est obtenue par des injections d'extraits hypophysaires, mais elle est encore bien plus sensible après l'implantation d'un greffon hypophysaire.

Pour comprendre ces épreuves expérimentales, il n'est peut-être pas inutile de rappeler le schéma de Fiessinger qui condense toute la physiologie de l'hypophyse dans le tableau suivant.



***

Essentiellement basé sur un amaigrissement progressif intense et grave, associé à des troubles endocriniens multiples, le *diagnostic* de cachexie hypophysaire, quelque rare que soit le syndrome, est un diagnostic auquel il faut savoir penser en présence d'un cas difficile ayant résisté à toute thérapeutique, mais non sans avoir éliminé tous les syndromes voisins, causes d'erreur possibles.

Cela sera très facile pour la *cachexie basedowienne* grâce aux signes classiques de : tachycardie, tremblement, exophtalmie, grosse augmentation du métabolisme basal (jusqu'à 80 et même 100 %), absence de frilosité, etc.

La cachexie *surrénale* de la maladie d'Addison est, en général, caractérisée par la pigmentation; mais même dans les cas où cette pigmentation n'est pas très nette, l'amaigrissement, l'asthénie, l'aspect sénile sont moins marqués que dans la cachexie hypophysaire, tandis que l'hypotension artérielle est beaucoup plus importante dans la cachexie surrénale.

La cachexie *pinéale* est un diagnostic d'exception bien difficile d'autant qu'elle ne s'accompagne pas toujours de modifications des organes génitaux, témoin le cas de Baudoin, Lhermite et Lereboullet :

Il s'agissait d'un malade ayant présenté des vomissements, de l'asthenie, une hypotension artérielle et une cachexie notables sans aucune modification de ses organes génitaux ; à l'autopsie on avait trouvé une tumeur de la glande pinéale.

La cachexie d'*origine ovarienne* pose un problème délicat. On peut remarquer que les femmes cachectiques hypophysaires peuvent avoir les mêmes manifestations psychiques que celles qui ont atteint la ménopause, et on est en droit de se demander si les troubles psychiques de la cachexie hypophysaire ne relèvent pas d'une insuffisance ovarienne.

Certaines statistiques plaident en faveur de cette hypothèse. Sur vingt-neuf cas de cachexie hypophysaire chez des femmes, on en a relevé 21 avec troubles psychiques, dont 10 avec aménorrhée et atrophie hypophysaire simple. Au contraire, chez l s hommes, sur six cas de cachexie hypophysaire avec lésions hypophysaires organiques, deux seulement comportaient des troubles psychiques. Ce rôle important de l'ovaire a permis à Schulmann de qualifier ce syndrome de cachexie hypophyso-ovarienne.

La cachexie parathyroïdienne pourra être soupçonnée si l'on observe des modifications sensibles de la calcémie ou des crises tétaniques.

Pour étayer ce diagnostic de cachexie hypophysaire, deux tests peuvent être utilisés. Celui de Claude, Porak et Baudoin montrera l'absence de glycosurie chez le malade cachectique hypophysaire après ingestion de 150 gr. d'hydrate de carbone et injection d'extrait hypophysaire. Celui d'Aron consiste à rechercher dans l'urine du malade les deux hormones antéhypophysaires thyréotrope et gonadotrope, en injectant ces urines aux cobayes. S'il s'agit d'un cas de cachexie hypophysaire, on n'observera dans les ovaires ou le corps thyroïde du cobaye, aucune des modifications obtenues habituellement avec une urine normale.

Ce test serait très utile si on pouvait retirer chimiquement les deux hormones des urines et faire des injections aux cobayes avec des produits extrêmement purs, mais à l'heure actuelle il y a encore trop de causes d'erreurs ; de plus la question de doses à injecter est très délicate, puisque l'on sait qu'il se fait une atrésie des ovules du cobaye lorsqu'on lui injecte trop d'hormone.

***

Mais il reste encore un problème important à élucider :

Toutes ces cachectiques hypophysaires, ont

commencé par être des anorexiques et il faut essayer de trouver la cause de cette anorexie : chez les unes c'est la souffrance qui les a incitées à ne plus manger ; chez les autres, c'est le désir de maigrir, ou le mysticisme, ou un désir de suicide, ou l'hypochondrie. Toutes celles qui ont présenté des signes d'anorexie mentale seront traitées par la suggestion plutôt que par des injections d'extraits hypophysaires ou ovariens. Le cas suivant, signalé par MM. Loeper et Fau, illustre magistralement cette thèse.

Il s'agit d'une jeune femme de 30 ans. Elle avait été réglée normalement à 13 ans. A 14 ans après une grippe sévère on lui trouve une légère albuminurie et, à partir de ce moment, elle suit un régime et commence à maigrir. Elle présente des troubles digestifs, des vomissements, ses « aliments ne passent pas ». On lui enlève l'appendice. En 1929, elle vient consulter le professeur Loeper qui l'envoie faire une cure à Plombières. Elle revient à Paris, améliorée ; elle ne vomit plus, mais elle maigrit toujours, ses règles sont irrégulières. On décide de lui faire une gastroentérostomie. Son poids atteint 33 kilogs pour 1 m. 62. Cette malade est profondément découragée, mais résignée. Elle entre dans une maison de santé où elle est soumise à un régime de réalimentation progressive, un litre de lait par jour, puis deux litres, puis un yaourt et un jus de fruit sont ajoutés à son alimentation, enfin elle mange un peu de viande, et deux ans après mange tout à fait normalement. Elle a été guérie plus par la suggestion de son médecin que par les quelques injections d'extraits hypophysaires et ovariens.

Le tableau clinique de l'inanition est identique à celui de la cachexie hypophysaire et l'on peut se demander si, dans l'anorexie mentale, il n'y a pas diminution d'activité des glandes puis apparition de cachexie hypophysaire. D'autre part, il ne faut pas oublier que l'inanition agit souvent par absence de vitamines. Peut-être est-ce l'avitaminose qui crée ces déficiences glandulaires et l'idée d'un régime hypervitaminé vient desuite à l'esprit, mais cependant, on sait que les vitamines ne peuvent agir que par l'intermédiaire des glandes endocrines. Le problème de la pathogénie reste donc assez obscur et complexe.

***

Il sera en tous cas toujours logique d'essayer le traitement par des extraits hypophysaires toutes les fois qu'on soupçonnera l'existence d'une cachexie hypophysaire. Le Professeur Loeper préconise l'opothérapie hypophysaire totale, d'autres auteurs l'opothérapie antéhypophysaire.

On s'adressera à l'hypophyse de bœuf, car c'est la plus grosse (2 gr. 20) et la plus dissociable.

On donnera 0 gr. 40 à 0 gr. 60 de poudre d'hypophyse par la bouche ; cette quantité représente le poids d'un lobe entier puisque le poids de la poudre est le cinquième du poids de la glande fraîche. On pourra également faire des injections de 0 gr. 10 ou 0 gr. 20 par centimètre cube d'extraits hypophysaires, si l'on veut obtenir une action plus rapide. Si la malade s'améliore très vite, le diagnostic de cachexie hypophysaire sera vérifié, mais si elle s'améliore lentement, il ne faut pas éliminer ce diagnostic car, d'après Evans ces malades pourraient bénéficier d'une greffe hypophysaire et la guérison serait alors très rapide malgré la résorption du greffon qui disparait en six mois.

D'autre part, le Professeur Roussy signale que l'extirpation du ganglion cervical supérieur du chien, provoque une hypersécrétion de l'hypophyse et cette remarque expérimentale sera peut-être le point de départ d'une future thérapeutique.

Comme adjuvant à ce traitement hypophysaire il y aura intérêt à faire également des injections d'extraits ovariens, thyroïdiens, etc., selon la déficience des différentes glandes et on y adjoindra à juste titre le repos, le gavage et un régime hypervitaminé.



LES RÉACTIONS CUTANÉO-MUQUEUSES D'INTOLÉRANCE AUX PRODUITS DE BEAUTÉ

Les fards et les cosmétiques ne contiennent plus actuellement de produits toxiques, du moins pour le plus grand nombre. La céruse, l'arsenic, le mercure, etc., n'entrent plus, sauf rares exceptions, dans leur composition. Mais, si les accidents toxiques causés par les fards sont de nos jours considérablement réduits, leur emploi peut être la cause d'autres lésions : de réactions, cutanées ou muqueuses, d'intolérance. On a signalé des exemples, qui ne sont pas très rares, d'accidents de ce genre provoqués par des rouges à lèvres, des colorants des cils, des poudres, des shampoings, vernis à ongles, dépilatoires, etc.

Quelques considérations intéressantes ont été présentées sur ce sujet par le Docteur François Gouget, dans sa thèse récente de Paris (1937). Nous allons en donner un rapide aperçu.

Une de ces réactions les plus typiques est la *chéilite du rouge* à lèvres. Elle apparaît un temps variable après l'application, le lendemain, cinq à six jours plus tard, ou après plusieurs applications. Elle consiste en placards rouges avec ou sans œdème, squames blanchâtres, fissures, suintement, quelquefois avec infection microbienne secondaire. Le diagnostic est facile et souvent la malade a reconnu d'elle-même l'origine de son affection. C'est avec la chéilite streptococcique que la chéilite du rouge à lèvres, lorsqu'elle est le siège d'une infection secondaire à streptocoque, peut être confondue.

Deux méthodes permettront la différenciation. Demander à la malade de ne plus se servir de son bâton de fard : la chéilite du rouge pure guérit alors assez rapidement. Pratiquer une épidermo-réaction : pour cela enduire la peau de l'avant-bras de la malade sur une surface de la grandeur d'une pièce de cinq francs avec le rouge incriminé. S'il y a réaction positive, il se produit en vingt-quatre ou quarante-huit heures un placard érythémato-vésiculeux, témoin de l'intolérance.

Quel est, dans le bâton de rouge, l'agent provocateur de la sensibilisation, lorsque celle-ci est constatée ? Le bâton de rouge est composé d'un excipient (le plus souvent stéarate, vaseline, beurre de cacao), d'une essence parfumée (essence de géranium) et d'un colorant (de l'éosine habituellement ; le carmin, très onéreux, étant rarement employé). Ce sont les colorants autres que le carmin (l'éosine) qui sont alors généralement en cause. D'ailleurs, dans cette chéilite, à côté de l'intolérance, la photo-sensibilisation joue un rôle. Exceptionnellement, l'excipient ou l'essence parfumée sont à incriminer. La méthode des tests, des épidermo-réactions pourront être utilisées pour élucider le problème et donner des indications prophylactiques.

On a décrit des accidents à l'occasion de l'emploi de fards pour les yeux, dus aussi bien au crayon qu'à la teinture liquide. Cette dernière a tous les inconvénients possibles des teintures de cheveux.

Les poudres cosmétiques sont composées de produits minéraux (craie, talc, kaolin), de produits végétaux (riz, amidon, racine d'iris) et de colorants. Parmi ces derniers, l'éosine, le jaune ocre, la chrysoïdine sont signalés comme pouvant être eczématisants. Le riz, le lycopodium peuvent donner lieu à des réactions d'allergie. La poudre la plus nocive semble être celle de racine d'iris qui provoque aussi bien des éruptions cutanées que des rhinites et des crises d'asthme.

Certains shampoings, non habituels d'ailleurs (shampoings au soufre, à l'arnica), différents produits capillaires souvent étrangers (lotions, brillantine, etc.) ont parfois déterminé des éruptions, voire des accès d'asthme, sans parler des teintures de cheveux dont les dermites de sensibilisation sont bien connues.

Le Docteur François Gouget ajoute quelques mots d'ordre médico-légal sur ces accidents morbides. Les accidents observés à l'occasion de l'emploi des produits de beauté, dit-il, peuvent engager la responsabilité de celui qui les utilise et de celui qui les fabrique. C'est l'expert qui aura à établir s'il y a toxicité du produit et faute du fabricant ou simple intolérance à son emploi. S'il y a uniquement intolérance, le fabricant se trouvera mis hors de cause. Au cas d'intolérance, par contre, la responsabilité des coiffeurs, manucures et pédicures n'est pas entièrement dégagée. Il leur est conseillé de se préoccuper des intolérances connues, de pratiquer, à l'occasion d'une teinture de cheveux, par exemple, une épreuve de touche (réaction d'alarme de Sabouraud).

Pour caractériser la réaction cutanée ou muqueuse d'intolérance aux produits de beauté, l'intérêt du test est considérable.

Kesten et Laszlo Tobias conseillent, quand les composants du fard sont ignorés, d'étudier la réaction de l'épiderme vis-à-vis des substances qui sont le plus souvent la cause de ces intolérances cutanées : paraphénylènediamine (solution alcoolique à 10 %), éosine (solution alcoolique à 1 %), poudre de racine d'iris (10 % dans la vaseline), etc... Des compresses de gaze imprégnées de ces préparations et recouvertes d'un cellophane sont laissées sur la peau de l'avant-bras vingt-quatre heures. La réaction est assez rapide ou plus tardive ; quelquefois, elle apparaît seulement soixante, soixante-douze heures après l'application.

P. Lacroix.

A PROPOS D'UN CAS D'ENCÉPHALITE AIGUE IMMÉDIATEMENT CONSÉCUTIF A LA VACCINATION ANTIVARIOLIQUE

Commentaires par le Dr BABONNEIX

Le Docteur G. EZANNO, de Carnac (Morbihan), nous oumet dans la lettre suivante un fait clinique intéressant. Nous avons cru demander à ce sujet l'avis d'un maître en pédiatrie qui est t ut particulièrement documenté sur l'encéphalite aiguë chez l'enfant, M. le Dr L. BABONNEIX, médecin de l'hôpital Saint-Louis, chef du service des enfants (annexe Grancher). M. Babonneix, avec une inépuisable complaisance dont nous ne saurions trop le remercier, a fait, suivre la lettre du Docteur Ezanno d'une note comprenant de nombreuses indications bibliographiques.

J. N.

***

Nous croyons intéressant, nous écrit le Dr G. Ezanno, de signaler à l'attention de nos confrères le *fait clinique* suivant que nous venons de rencontrer en clientèle :

En tant que médecin-inspecteur des nourrissons, nous avions dans notre circonscription une fillette qui, née à terme fin décembre 1936, était, lorsque nous la vîmes pour la première fois en février, un nourrisson vomisseur nettement *hypotrophique* ; le traitement par l'extrait thyroïdien, préconisé par Nobécourt et Lévy, joint à l'emploi de la *zymatine*, sans modification capitale de l'allaitement au lait de vache institué, fit merveille et l'état de l'enfant s'améliora rapidement...

Notre visite mensuelle de mai eut lieu le 22 vers 16 heures ; l'enfant venait d'être, une heure plus tôt, *vaccinée contre la variole* à la mairie par la sage-femme et portait *trois scarifications* à la cuisse gauche ; la maman ne nous signala et nous ne remarquâmes rien d'anormal : le nourrisson avait, depuis notre dernière visite, continué à « profiter » substantiellement...

Le lendemain matin, vers 6 h. 30, coup de sonnette : la maman nous appelait d'urgence près du bébé auprès duquel nous arrivions vers 7 heures.

Au cours de la nuit cependant, rien de particulier n'avait été noté ; la petite avait tété vers 2 heures sans que rien, à ce moment, eût retenu l'attention de la mère ; c'est vers 5 heures seulement que, s'éveillant, celle-ci entendit l'enfant « râler » et se rendit compte d'une anomalie de la gravité de laquelle elle ne tarda pas à s'apercevoir.

De fait, nous trouvâmes une enfant présentant une température rectale de 40°2 — les yeux grands ouverts, écarquillés plutôt, le regard nous paraissant anormalement fixe, — poussant, à intervalles à peu près réguliers, un cri plaintif d'allure « spasmodique » — les membres inférieurs et la face secoués de contractions musculaires se reproduisant toutes les trois ou quatre secondes environ ; au bout d'une dizaine de minutes les membres supérieurs commençaient eux aussi leur « danse »...

L'atteinte des centres nerveux supérieurs, pas plus hélas ! que la fatalité du pronostic, ne nous parut faire aucun doute.

Nous procédâmes à une injection d'huile éthérocamphrée (dans une petite cuisse potelée combien différente des cuisses décharnées où nous avions poussé nos injections d'extrait thyroïdien !) et à un enveloppement humide tiède accompagné d'affusions froides sur la tête...

Vers 9 heures la température était tombée à 39° et les mouvements spasmodiques avaient légèrement diminué d'amplitude et de fréquence ; le pronostic ne nous parut cependant guère amélioré et, de fait, l'enfant succombait une heure plus tard environ...

Le premier diagnostic qui vient à l'esprit est évidemment celui d'*encéphalite post-vaccinale foudroyante* chez un nourrisson relevant d'hypotrophie.

Nous n'avons pas sous la main une grosse littérature concernant la question des encéphalites post-vaccinales ; toutefois si nous nous reportons à l'article « Complications de la vaccination » de l'*Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, nous y lisons que l'incubation a duré constamment de neuf à treize jours ? et nous n'osons plus affirmer : « post hoc, ergo propter hoc ».

Peut-être d'autres cas d'encéphalite foudroyante ou suraiguë ont-ils été déjà publiés ? En tous cas, le « fait clinique » précité nous a paru digne de l'être.

Dr G. EZANNO.

***

Voici la note que nous a adressée le Docteur L. BABONNEIX :

En l'absence de ponction lombaire et de tout examen anatomique, ce dernier impossible étant donné les circonstances, on ne peut faire, au sujet du cas si intéressant communiqué par notre confrère, M. le Docteur Ezanno, que des hypothèses. Elles sont au nombre de deux.

Ou bien il s'est agi d'encéphalite vaccinale. Mais alors, ainsi qu'il le remarque lui-même, comment expliquer la brièveté de la période d'incubation, qui n'a pas dépassé quinze heures, alors qu'elle est en moyenne de 9 à 11 jours, qu'il est exceptionnel qu'elle se raccourcisse de manière à n'en durer que trois [Blanc et Caminopetros (1), P. Baumier (2)]; ou quatre [L. Van Bogaert et Borremans (3), Mac Nair Scott (4)] et que dans la littérature, nous n'en avons trouvé aucun où elle tombe à quelques heures ?

Force est donc d'admettre une *coïncidence.* Des faits de ce genre ont été signalés. Reich (5) mentionne la coexistence d'un foyer d'encéphalite vaccinale et d'une épidémie d'encéphalite aiguë frappant des enfants non vaccinés, Eckstein, H. Herzberg-Kremmer, et K. Herzberg (6) ont signalé l'apparition, chez un enfant vacciné quinze jours auparavant, de réactions méningées que les recherches de laboratoire permirent de rattacher à une infection due au paratyphique. Cette seconde hypothèse est d'autant plus vraisemblable que les cas d'encéphalite aiguë à allures foudroyantes se sont multipliés au cours de ces dernières années, comme M. le Docteur Ezanno pourra s'en convaincre en lisant la leçon que j'ai publiée en 1935 dans la *Semaine des Hôpitaux de Paris* (7).

Dr L. BABONNEIX.

(1) BLANC et CAMINOPETROS, cités par WINNICOTT et GIBBS. — Cas d'encéphalite postvaccinale et post varicellique. (*British Journal of Children's Diseases*, 1926, xxiii, p. 107-127.)

(2) P. BAUMIER, de Saumur. — A propos d'un cas d'encéphalite vaccinale, (*Concours Médical*, 10-6-III 1932.)

(3) L. VAN BOGAERT et BORREMANS. — Sept observations d'encéphalite vaccinale en Belgique (1927-1929), discussion de leurs relations avec la poliomyélite aiguë. (*Bruxelles médical*, XI, nº 35, 28 janvier 1931.)

(4) MACNAIR SCOTT. — Postvaccinal encéphalitis in infancy. (*The British Journal of Children's Diseases*, octobre-décembre 1930, nº 322-324.)

(5) REICH, cité par ECKSTEIN. — Encefalitis vaccinal. (*Archivos de Pediatria del Uruguay*, septembre 1931, nº 9, p. 47-429.)

(6) ECKSTEIN, H. HERZBERG-KREMMER et K. HERZBERG. — Contribution à l'étude de l'encéphalite vaccinale. (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, LVI, nº 34, 22 août 1930.)

(7) L. BABONNEIX. — Quelques cas d'encéphalite aiguë chez l'enfant. (*Semaine des Hôpitaux de Paris* 15 janvier 1935.)

LES FRONTIÈRES DE LA SYMPATHICOTHÉRAPIE

Le professeur agrégé Halphen, reprenant un sujet auquel il fut, en France, l'un des premiers à s'intéresser, a exposé récemment (1), ce qu'il faut entendre par sympathalgie et troubles fonctionnels d'origine neuro-végétative, qu'une thérapeutique locale peut modifier.

D'abord, un rappel anatomique sur la naissance et le trajet des fibres sympathiques et parasympathiques qui offrent un merveilleux épanouissement superficiel au niveau de la pituitaire. Puis, il résume la physiologie du sympathique nasal et étudie ses troubles déjà classiques : vaso-moteurs, sécrétoires sensitifs, dont l'exagération constitue : le rhume des foins, les toux spasmodiques, l'asthme à point de départ nasal, les algies sympathico-nasales.

Ces troubles surviennent toujours sur un terrain de dérèglement neuro-végétatif prouvé par l'excessive vivacité du réflexe naso-lacrymo-facial.

En plus de ce terrain dystonique, il peut exister une malformation nasale, un trouble endocrinien, une toxi-infection, l'apport d'une albumine hétérogène. Quoiqu'il en soit, une thérapeutique locale qui « démaille » un anneau de la chaîne peut modifier et même guérir ces coryzas spasmodiques, ces toux, certaines céphalées à caractère causalgique et même quelques troubles à distance dont la nature et le caractère sont plus fonctionnels que lésionnels : contractures, spasmes, etc...

En dehors de ces notions admises, la sympathicothérapie promet plus qu'elle n'est certaine de tenir, et toute thérapeutique non basée sur des données précises, anatomiques et physiologiques, ne peut avoir un caractère scientifique. L'application, à la partie postérieure du cornet moyen, d'un porte-coton recourbé imprégné du « mélange de Bonain » que l'on répètera trois ou quatre fois à trois ou quatre jours d'intervalle, finit par ramener à la normale le réflexe naso-facial exagéré, d'où le nom de réflexothérapie.

(1) Résumé de la conférence faite le dimanche 2 mai à la Faculté de médecine.

LA CLINIQUE OBSTÉTRICALE AU GOUT DU JOUR

Ne pas abuser du repos absolu au lit pour les femmes enceintes

Les cas graves exceptés, cette pratique résulte d'un manque de diagnostic ou d'un excès de prudence ?

D'après le Professeur agrégé M. METZGER (*)

DANS LA GROSSESSE D'APPARENCE NORMALE

Chez les femmes enceintes, le séjour au lit offre des avantages, mais il a également des inconvénients, que l'on oublie trop souvent. Cette technique est malheureusement assez répandue. Elle est souvent celle des médecins modestes, jeunes et prudents.

D'où vient que les praticiens recommandent avec tant de facilité le repos absolu, le séjour au lit à leurs clientes ? Combien de fois n'ont-ils pas prodigué de tels conseils de prudence... sans avoir un diagnostic précis? Sont-ils bien sûrs que l'intérêt des malades soit toujours le premier sauvegardé ; n'est-ce pas plutôt une façon de se mettre à l'abri de complications possibles ? S'ils sont à couvert, leur décision aura peut-être des conséquences fâcheuses ou graves du point de vue social ou autre, car le repos prescrit sera d'abord de quelques jours, mais, par excès de prudence, il sera parfois prolongé des semaines, sinon des mois.

Certes, dans les cas d'infections bénignes ou sérieuses, en tout cas quand il y a de la fièvre, il est désirable que les malades restent couchées. Mais « le repos au lit est recommandé dans bien d'autres circonstances, avec l'idée d'éviter des complications d'origine mécanique, physique, statique : la station debout, la marche semblent pouvoir déclencher des complications, que la position horizontale évitera. Or, il est bien rare que cette idée simpliste, et pourtant généralement admise, trouve sa justification par les faits ».

Il peut d'abord s'agir de *grossesse inexistante*

Il y a quelques années, en effet, l'auteur fut appelé auprès d'une femme qui n'accouchait pas, quoique près du terme, et quoique ayant quelques douleurs. Agée d'une trentaine d'années et très obèse, elle n'avait pas de règles depuis neuf mois ; elle avait senti remuer son enfant vers quatre mois et demi; depuis, on avait perçu les bruits du cœur. Comme cette personne avait, deux ans auparavant, fait une fausse-couche de six semaines et qu'elle ne voulait pas risquer le même accident, on lui avait conseillé de rester couchée sans aucun examen gynécologique. Depuis près de huit mois, elle était dans son lit. Le toucher combiné au palper permettait de sentir un utérus petit et dur : la femme n'était pas enceinte, et ne l'avait jamais été, car il est probable que la fausse-couche précédente n'était pas plus réelle que la grossesse actuelle.

Le cas n'est pas très rare de ces grossesses imaginaires, aggravées par un séjour au lit. On peut également avoir affaire à un *syndrome adiposo-génital*, chez des femmes avides de maternité. Dès que celles-ci ont un retard, et c'est fréquent, elles se croient enceintes ; puis les règles reviennent au bout de peu de temps, un peu plus abondantes que d'habitude ; le médecin consulté (sans *avoir rien vu*, en général) fait le diagnostic d'une fausse-couche, peut-être due à l'imprudence, à la fatigue, etc. ; en tout cas, tous les espoirs sont permis « puisqu'il y a eu début de grossesse ». A la prochaine absence de règles, il faudra donc se méfier pour éviter une nouvelle fausse-couche.

Or, si l'examen est attentif et relativement précoce, la femme détrompée sur ses vaines espérances ne prolongera pas trop longtemps ces précautions, pour le moins inutiles. Il serait même prudent, pour convaincre ces sujets, d'avoir recours au test biologique (dans lequel elles auraient plus de confiance que dans l'affirmation de leur médecin), au lieu de conseiller ou de laisser admettre le repos au lit. « La grossesse nerveuse deviendra une grossesse graisseuse : obésité et météorisme dus à l'inaction donneront l'illusion d'une augmentation de volume de l'abdomen ; il sera d'autant plus difficile de savoir si l utérus y participe ».

Il ne sera pas indifférent, non plus, de mettre au lit, sans raison valable et souvent sans examen une femme enceinte, qui mène une *grossesse normale*, sous le prétexte, par exemple, de fatigue, même quand il s'agit d'une multipare, qui sait bien comment les choses se passent.

On ne doit pas le faire par simple mesure de précaution, car, déjà, la grossesse normale a tendance à faire engraisser ; bien des petites jeunes filles fluettes ne se développent, en effet,

et ne deviennent réellement femmes qu'à l'occasion d'une grossesse, et ne leur conseille-t-on pas logiquement de faire chaque jour quelques heures de marche pour ne pas engraisser et accoucher plus facilement ?

Parfois aussi, c'est une véritable hantise de faire reposer les femmes enceintes à la *fin de leur grossesse*. Si la femme est fatiguée, si, grande multipare, elle supporte mal son état, il est sage de lui éviter un surcroît de travail, mais non de mettre au lit une gestante normale et bien portante.

L'argument invoqué est que l'enfant gagnera du poids, si la future mère se repose. Or, bien que la chose soit démontrée par les statistiques, il y a plus d'inconvénient que d'avantages au gros enfant : accouchement plus long, plus difficile ; inertie utérine ; mauvais engagement ; forceps ; complication de la délivrance ; involution utérine retardée, etc... Dans l'élevage le nouveau-né de poids moyen ne pousse-t-il pas mieux que l'autre, d'un poids plus important ; celui-ci perd davantage de poids initial, s'accroît plus irrégulièrement et n'est pas beaucoup plus lourd au bout de quinze jours que son collègue plus petit au départ.

On invoque volontiers le *traumatisme*, même sans aucun trouble, pour recommander le repos au lit ; mais pour quel motif valable, s'il n'y a pas eu perte d'eau, si l'œuf n'est pas ouvert ?

C'est aussi le *fœtus en attitude vicieuse*, une fois la position rectifiée ; on redoute que la mauvaise présentation ne se reproduise. Il y a là une erreur, comme celle de l'application d'une ceinture, dite eutocique.

« La station verticale ou la position horizontale n'ont aucun rôle dans l'attitude du fœtus, tout dépend de l'utérus. Dans le cas extrême d'utérus à grand axe transversal ou très fortement cordiforme, le fœtus se mettra en travers, l'épaule sera presque inévitable ; essayez de réduire ; si vous y arrivez la mauvaise présentation se reproduira malgré ceinture très serrée et repos absolu sur le dos. Par contre, si la partie basse de l'utérus est souple, si le segment inférieur se distend pour former une poche, qui happe la présentation nouvelle, sans ceinture, sans repos au lit, la bonne attitude se maintiendra ».

Mis à part les maladies infectieuses aiguës, les cas graves (accidents gravido-cardiaques, etc.), il s'agit de troubles peu marqués, qui sont parfaitement compatibles avec une existence active souvent aussi lorsque survient un accident, qui semble légitimer le repos au lit.

***

Chez les femmes qui souffrent, ou qui perdent de l'eau et surtout du sang

« Dès qu'une femme enceinte *souffre*, on la met au lit pour éviter un accident ; bien entendu, on ne s'attache guère à savoir la cause des douleurs ; on redoute un avortement ou un accouchement prématuré, il est donc prudent de lui conseiller le lit.

Ne serait-il pas plus sage de *connaître l'origine des douleurs au lieu de penser d'emblée à des contractions utérines* ? »

Or, la plupart des douleurs proviennent des modifications inévitables, qui se produisent dans le système musculaire et osseux : symphyse pubienne, sacro-iliaques. Si la femme se sent fatiguée ou qu'elle souffre davantage, — qu'elle se repose, mais qu'on ne lui impose pas le repos absolu, regrettable à tous points de vue.

D'autres douleurs sont fréquentes à la fin de la grossesse, qui sont bien d'origine utérine. Ce sont des contractions préparantes, aidant ou annonçant l'engagement de la présentation. Aboutiront-elles ou non à déclencher l'accouchement ? Il est impossible de le savoir, non plus si le repos au lit exercera une influence. Il semble qu'on n'ait aucune action sur cette amorce de travail : on ne peut ni l'arrêter (morphine, spasmalgine), ni l'activer (hypophyse). Dès lors, pourquoi prendre des précautions inutiles ; mieux vaut risquer en fin de grossesse un accouchement un peu prématuré (plus facile avec un fœtus moins volumineux) ; d'ailleurs, malgré ces douleurs, la grossesse continue le plus souvent jusqu'à son terme, malgré la poursuite d'une vie normale.

Plus délicat est le problème, quand les *femmes perdent*.

S'il s'agit d'un liquide clair, qui provient de la cavité ovulaire, des précautions légitimes sont à prendre.

Mais il existe une hydrorrhée d'origine vaginale ; la grossesse augmente la sécrétion du vagin, et nombreuses sont les femmes, qui « perdent en blanc », sans qu'il y ait infection gonococcique ou autre. Ces pertes peuvent même obliger les patientes à se garnir, car elles sont très abondantes, surtout le matin en raison de leur accumulation pendant la nuit. Si l'on place un spéculum, on reconnaît qu'aucune goutte ne sort par le col, où l'on retrouve toujours des glaires, même après l'issue du liquide. Et puis, ces pertes vaginales sont *intermittentes*, alors qu'un

œuf ouvert continue à couler, puisque le liquide amniotique se reproduit. Lorsque le liquide vient de la muqueuse, il est très rare qu'il ne soit pas légèrement rosé, sinon franchement sanglant, d'autre part, un œuf ouvert ne tarde pas à s'évacuer.

Quant aux causes des *hémorragies* pendant la grossesse, elles se ramènent à une seule : l'endométrite, par infection (avec greffe de l'œuf précaire), ou par anomalie, ou par fibrome sous-muqueux saignant déjà avant la grossesse, par trouble de physiologie de la muqueuse utérine gradivique (certaines femmes perdent un peu chaque mois pendant les trois ou quatre premiers mois).

On conçoit ainsi que les hémorragies de la grossesse ne relèvent que très accessoirement de causes mécaniques, et que leur traitement par le repos ne soit pas rationnel. D'ailleurs, ces pertes de sang surviennent parfois, sans doute après la fatigue ou l'effort, mais le plus souvent *elles débutent la nuit, pendant le sommeil* ; il n'est pas rare que les malades reconnaissent qu'elles perdent plus la nuit que le jour et qu'en tout cas elles ne perdent pas moins en restant couchées. Il ne faut pas oublier que le séjour au lit n'arrête qu'en apparence l'hémorragie : le sang se collecte dans le vagin et, quand la malade se lève, elle est effrayée de voir tant de sang, alors qu'elle pensait ne plus perdre.

En ce qui concerne les hémorragies, dit Vignes, le risque d'avortement est d'environ 11 % ; ce qui signifie que, parmi les femmes qui saignent, près de 90 % vont à terme.

L'impression du Docteur Metzger est, également, que si la femme doit avorter on ne pourra l'en empêcher en la laissant couchée, cela se produira une fois sur dix ; par contre, neuf fois sur dix, la grossesse continuera sans qu'on ait eu besoin d'imposer le repos au lit. Ce qu'il reproche au repos au lit, c'est de n'être pas un traitement : *c'est faire trop ou trop peu.*

Bien souvent, ayant ordonné le repos au lit, on estime avoir fait le nécessaire, et on néglige de faire le reste, qui serait plus utile. Croit-on vraiment avoir jamais empêché la reproduction d'une hémorragie, due à une insertion basse du placenta, simplement en laissant la malade couchée. Si l'hémorragie est peu abondante, elle cessera sans qu'il soit nécessaire de prolonger le séjour au lit ; si elle est plus importante, il faudra agir, et d'ailleurs la position horizontale risque de transformer en hémorragie interne une perte sanguine, qu'il peut être avantageux de laisser apparaître à l'extérieur, la femme couchée ne semblant plus perdre que d'une façon insignifiante.

« Je me rends parfaitement compte, ajoute le même auteur, qu'il est assez révolutionnaire de s'élever contre le séjour au lit abusif, mais je ne puis m'empêcher de réfléchir aux cas si nombreux, où l'on s'en passe sans inconvénients. J'ai vu des malades avorter au cours de leur séjour prolongé dans leur lit, et d'autres conserver leur œuf jusqu'à terme malgré des pertes sanguines importantes durant toute la grossesse : il est prudent de prévenir votre cliente de ces deux éventualité, et de lui laisser le choix ».

Il est indiscutable que le séjour au lit entraîne une vie ralentie ; les fonctions les plus normales se font moins bien. L'appétit diminue ; la constipation s'accentue. Comme la femme s'est aperçue souvent qu'elle perd plus en allant à la selle, elle tâchera, sans l'avouer, d'éviter cet effort, et il n'est pas impossible de voir survenir de la fièvre par colibacillose : on pensera que l'œuf s'infecte... Inutile de rappeler encore l'obésité, qui peut apparaître avec tous ses inconvénients.

Et puis, le séjour au lit est une grande gêne pour la marche d'un ménage qui travaille ; il détraque, de plus, l'équilibre nerveux et moral de la femme.

On ne doit donc laisser couchées les femmes enceintes que pour un motif valable, et ne pas abuser d'un séjour au lit prolongé. Il y a un cas, où l'on n'a pas le droit de l'imposer, c'est lorsque le diagnostic hésite ; il importe de le préciser, et, s'il n'y a pas d'accidents, lever son interdiction. Si la femme perd un peu d'eau ou de sang par endométrite, qu'à ce moment elle reste couchée ; mais, dès que les accidents sont finis, il est indispensable qu'elle puisse se lever. Si d'ailleurs les hémorragies deviennent importantes et menacent la santé de la mère, le séjour au lit est un traitement insuffisant, et illusoire : il faut enlever cet œuf dangereux. Si l'on conseille de mettre ces malades en surveillance en milieu chirurgical, c'est moins avec l'espoir de voir cesser les hémorragies que pour pouvoir opérer immédiatement, s'il survient une perte grave.

G. FISCHER.

NOUVELLES ÉTUDES SUR L'USAGE DE L'ACIDE MANDÉLIQUE DANS LES INFECTIONS DU TRACTUS URINAIRE

Lorsqu'un nouveau médicament « sort » sur le marché, dit E.-W. Cook, de la section d'urologie à la Clinique Mayo (1), les premières observations vont de l'extrême enthousiasme au dénigrement le plus amer. C'est pourquoi, il n'est pas inutile de discuter la valeur de l'acide mandélique d'après 500 cas traités à la Clinique.

L'acide mandélique est un hydroxyacide aromatique dont le nom chimique est : acide hydroxyphénol acé ique. Son usage dans les infections des voies urinaires dérive des excellents résultats obtenus dans de telles infections par le régime cétogène.

L'acide β-oxybutyrique s'est révélé comme le facteur bactéricide de l'urine cétonique concomitamment avec l'abaissement du pH. L'administration par la bouche de cet acide employé comme antiseptique urinaire est impraticable et Rosenheim, à la recherche d'un acide similaire qui ne se dégradât pas dans l'organisme et fût éliminé intact par l'urine, en vint à expérimenter l'acide mandélique. Il trouva que celui-ci exerçait sur l'urine une action bactéricide lorsqu'il était donné à dose suffisante pour que l'urine fût fortement acide.

Au début, le médicament fut administré en solution aqueuse à 10 % ramenée à un pH de 6,5 à 7 par addition de bicarbonate de soude pour le rendre tolérable au palais. La dose était de 30 c. c. dela solution, soit 3 grammes d'acide, répétée 4 fois par jour. Avec les nouvelles préparations le dosage quotidien de 12 grammes, doit être maintenu et la quantité de solution variera avec les concentrations.

Les meilleurs résultats ont été obtenus en maintenant ce dosage de six à douze jours; si l'urine, au bout de ce délai, n'est pas débarrassée des bacilles l'expérience a montré que mieux valait cesser pendant dix à quatorze jours et reprendre ensuite une seconde période de traitement. Ceci pour deux raisons : d'abord, les micro-organismes semblent, au bout d'un certain temps, devenir résistants ; ensuite l'irritation éventuelle du tissu rénal n'est pas encore bien définie et il convient d'en tenir compt .

Helmholz et Osterberg ont montré par leurs expériences de laboratoire que les bacilles courants de l'infection urinaire étaient tués par une solution à 1/2 % d'acide mandélique au pH de 5,5. Un pH plus bas n'exige pas une telle concentration. Ces deux points sont essentiels à connaître pour l'administration du médicament. La quantité de liquide absorbée dans les vingt-quatre heures doit être limitée à 1.200 grammes au moins, et il faut s'efforcer de maintenir le pH à 5,5 ou au-dessous. Avec les récentes préparations de mandélate d'ammonium, l'urine maintiendra son pH au niveau voulu sans qu'il soit nécessaire d'avoir recours aux acidifiants secondaires tels que le nitrate ou le chlorure d'ammonium, l'acide chlorhydrique et le régime cétogène. Toutefois, dans un certain nombre de cas ces agents secondaires sont nécessaires. Et il arrive enfin qu'il soit impossible d'atteindre une acidité urinaire suffisante pour obtenir l'action bactéricide.

L'on peut dire que plus de 80 % des cas d'infection urinaire *non compliqués* relèvent de cette thérapeutique. Mais si l'infection se complique de pyélonéphrite chronique avec processus cicatriciels dans les bassinets ou les calices, d'urine résiduelle dans le rein ou la vessie, de prostatite chronique, de lithiase, tumeur ou corps étranger, les chances de guérison diminuent et il sied de s'attaquer d'abord à la complication. Mais même alors l'acide mandélique réduira considérablement le degré d'infection.

Il faut noter quelques inconvénients possibles ; les nausées, qui étaient rares avec les premières solutions à 10 % deviennent fréquentes, avec les élixirs concentrés et les sirops. Pour y obvier mieux vaut faire prendre le médicament *après les repas* et réduire les doses les premiers jours. Des hématuries microscopiques sont survenues dans 1 ou 2 % des cas ; elles ont cessé dès la suspension de traitement et parfois ne se sont pas reproduites lors d'une reprise ultérieure. Enfin, certains malades ont présenté des bourdonnements d'oreille, des maux de tête, des réactions cutanées, des étourdissements.

Chez les chiens, l'injection intra-veineuse d'acide mandélique a produit une élévation temporaire du taux d'urée sanguine. Chez l'homme, et par voie buccale, il n'en a pas été ainsi tant que la fonction rénale était normale ; mais chez les insuffisants rénaux l'urée et les chlorures du sang sont augmentés et cette augmentation se traduit par des malaises.

L'insuffisance rénale constitue donc une contre-indication au traitement mandélique.

Par contre, des reins normaux paraissent aptes à supporter ce traitement pendant les dix à douze jours nécessaires pour rendre l'urine bactéricide.

G. L.

(1) Staff meetings of the Mayo Clinic, april 7-1937.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

La parathyroidectomie dans les états sclérodermiques

Le Professeur G. JEANNENEY, à propos de deux résultats de huit et douze mois, expose qu'avant d'aborder cette chirurgie, qui, somme toute, est une chirurgie physiologique encore au stade expérimental, le chirurgien devra peser avec soin d'une part, les risques de la maladie, d'autre part les chances de succès, d'insuccès ou d'aggravation de l'opération proposée.

Les risques de la maladie sont, malgré tout, imprévisibles. Mais l'on sait cependant que la plupart des sclérodermies vraies ont une évolution fatale. Dans ces conditions, l'opération proposée ne donnerait-elle pour cent tentatives, que 30 %, voire même dix chances de succès, qu'elle serait excusable et même légitime si elle ne s'accompagnait jamais de risques d'aggravation. En pratique, la parathyroïdectomie correctement et prudemment conduite, est une opération bénigne et qui ne risque pas d'aggraver la maladie.

Aussi, quoique, dans bien des cas, les améliorations passagères et les échecs puissent être une source de déceptions, l'auteur croit qu'on peut, par la parathyroïdectomie, tenter de donner aux malades (dans les cas neufs, à calcémie élevée) une des rares chances qu'on puisse avoir d'obtenir une guérison, ou, au pis aller, une heureuse stabilisation de leur affection. (*Gaz. Hebd. des Sc. Méd. de Bordeaux*, 21 mars 1937.)

L'intoxication exogène par les opiacés

Dans un exposé très complet, le Docteur KRAINIK analyse les évolutions de l'intoxication exogène, puis il essaye de : 1° isoler le caractère différentiel des temps de la résistance active et de la résistance passive ; 2° expliquer le mécanisme de la défense passive, en faisant intervenir la dioxydimorphine dans le métabolisme de l'opiacé. 3° Réunir les facteurs pathogéniques. 4° Indiquer la modalité d'un contrôle expérimental utile au diagnostic de la position du malade par rapport à la défense qu'il exprime.

Ainsi renseigné, le praticien pourrait régler une ligne de conduite thérapeutique opportune; et puis, à l'aide de moyens appropriés, il s'efforcerait de ramener le malade en position d'une résistance active, la seule qui permette la suppression totale et rapide du stupéfiant. (*Journ. de Méd. et de Chir. Prat.*, 25 mars 1937.)

Les variations spontanées et à court terme du trouble du métabolisme des glucides chez le diabétique

Des faits exposés par le Professeur F. RATHERY et le Docteur P. FROMENT, on peut conclure que chaque diabétique a non seulement un trouble du métabolisme des glucides qui lui est propre, mais que ce trouble métabolique peut encore spontanément et à court terme subir des variations dans des sens différents. Il ne faut donc pas, dans le traitement d'un diabétique donné, s'enfermer dans des limites précises et immuables, et on doit, dans l'étude des variations pouvant résulter d'un acte thérapeutique quelconque, faire entrer en ligne de compte la possibilité de variations spontanées. (*Revue de Médecine*, février 1937.)

Aperçu actuel sur la néphrose lipoïdique de l'enfance

Voici d'après le Docteur NOVÉ-JOSSERAND l'idée que l'on peut se faire sur la pathogénie de la néphrose lipoïdique pure.

Chez des sujets toujours fragiles, à terrain rénal préparé par la syphilis, la tuberculose ou toute autre infection, survient à l'occasion d'une infection aiguë, une altération endocrinienne, thyroïdienne ou thyro-hépatique qui vicie le métabolisme des lipides en les concentrant dans le sang. Le sang ainsi modifié irrite le glomérule, le rend perméable aux protéines du sang et l'hypoprotéinémie qui en résulte, aggrave encore l'hyperlipémie et précipite les graisses. Parallèlement la baisse de pression osmotique des protides entraîne la formation des œdèmes. Quant à l'infiltration lipique des tubes contournés qui est pour le moment la signature anatomo-pathologique de la néphrose lipoïde pure, elle relève directement du dépôt par le courant sanguin des lipides floculés. (*Revue de médecine*, décembre 1936.)

Les néphropathies gravidiques ; classification ; éléments de pronostic et de traitement

Le Professeur agrégé PIGEAUD montre tout l'intérêt qui s'attache au diagnostic précis et précoce de ces affections, ainsi qu'à la classification proposée par lui. Quant au pronostic, dès qu'une néphropathie est dépistée, la malade doit être surveillée avec une rigueur mathématique. On doit enregistrer avec précision : la diurèse quotidienne ; les variations du taux de l'al-

buminurie ; les variations du poids, seul moyen de surveiller la marche des œdèmes ; la tension et l'indice oscillométrique.

Deux fois par semaine, lorsqu'il s'agit d'un cas paraissant véritablement sérieux, on étudiera l'équilibre acido-basique ; car on sait que les accidents graves sont souvent précédés par une baisse notable du chiffre traduisant la réserve alcaline ; les auteurs signalent à ce propos que l'étude des variations du coefficient de Maillard est un moyen commode de se rendre compte de l'état des humeurs.

Très souvent, un traitement convenable étant mis en œuvre, la grossesse évoluera jusqu'au voisinage du terme et l'enfant naîtra vivant. Parfois cependant, même avec le traitement le mieux conduit, et surtout dans les formes avec hypertension, verra-t-on le fœtus mourir *in utero*. Aussi, la meilleure garantie de vie que l'on puisse donner à ces enfants, semble-t-il, est la surveillance étroite de l'état de la mère. Souvent, en effet, la néphropathie n'apparaît ou ne s'aggrave qu'après le huitième mois de la gestation. Toute aggravation survenant au cours du dernier mois de la grossesse chez une femme au repos, surveillée et rigoureusement traitée, doit commander l'accouchement provoqué, et cela surtout dans l'intérêt de l'enfant.

Quant au pronostic éloigné, le plus grand nombre des néphropathies albumineuses simples et des néphropathies avec œdèmes surtout, guérissent rapidement et complètement après l'accouchement. Des accident analogues peuvent survenir lors d'une gestation ultérieure ; mais la chose n'est pas fatale. Assez généralement, les troubles du fonctionnement rénal diminuent après l'accouchement ; mais persistent néanmoins pendant plusieurs semaines. Une nouvelle grossesse doit être déconseillée tant que les signes n'ont pas disparu depuis au moins un an. Une surveillance particulièrement attentive sera exercée au cours de cette gestation ultérieure. Quelquefois les symptômes rénaux persistent indéfiniment ; une véritable néphrite chronique a succédé à une néphropathie gravidique. Ce sont là des faits rares ; on les a observés uniquement dans les cas de néphropathies gravidiques avec hypertension. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, 25 avril 1937.)

Tuberculose pulmonaire suraiguë consécutive à une biopsie ganglionnaire

Les granulies post-opératoires, que l'on voit apparaître à la suite d'une intervention sur un foyer tuberculeux caséeux osseux ou articulaire, sont connues des chirurgiens, bien qu'elles ne soient pas extrêmement fréquentes. On les observe également dans la tuberculose pleuro-pulmonaire qui reste franchement évolutive quand le chirurgien se trouve conduit à pratiquer une thoracoplastie sur les lésions qui n'ont pu être suffisamment stabilisées. Dans toutes ces granulies chirurgicales où l'intervention sanglante a provoqué la dissémination des produits bacillifères, on admet que la voie sanguine est le cheminement évident de l'ensemencement tuberculeux. Mais il ne semble pas qu'il en soit toujours ainsi, et il apparaît que la mise en circulation des bacilles puisse également s'opérer par les voies lymphatiques, celles-ci étant plus dangereuses que les vaisseaux sanguins, lorsque l'intervention s'adresse précisément à une tuberculose ganglionnaire.

C'est ce que semble démontrer une observation de MM. V. Cordier et P. Lagèze. Il s'agissait d'une femme, qui vint consulter pour de volumineuses adénopathies cervicales et chez laquelle rien ne pouvait faire suspecter qu'elles étaient tuberculeuses. Aucun indice n'était cliniquement en faveur de cette étiologie, ni dans l'aspect des ganglions, ni dans l'histoire de cette femme dont l'expectoration n'était pas bacillifère et dont le film ne permettait même pas d'affirmer que les lésions d'aspect fibreux étaient bien tuberculeuses plutôt que syphilitiques puisque la sérologie était fortement positive. L'extirpation du ganglion, immédiatement superficiel, fut parfaitement aisée et ne provoqua aucune hémorragie. Le diagnostic de tuberculose, d'ailleurs confirmé par l'examen histologique, fut fait sur le simple aspect de son centre caséeux constaté à la coupe. Quelques jours après cette intervention, la malade présenta sa première ascension thermique à 40° et mourut vingt jours après présentant d'énormes lésions broncho-pneumoniques, que montre le film fait la veille du décès, alors qu'il n'existait que très peu de chose sur un premier film fait à l'entrée dans le service, et pas de bacilles dans les crachats.

Dans ces conditions, il ne paraît guère possible d'invoquer une autre cause que la dissémination par les lymphatiques. Il faut donc souligner la nécessité de s'entourer des plus minutieuses précautions dans une biopsie ganglionnaire chez un tuberculeux. Même quand elles ont été toutes prises, ainsi qu'il fut fait dans le cas particulier, il reste une possibilité de tuberculose suraiguë que rien ne permet cliniquement de prévoir.

Quant à la ponction ganglionnaire, qui fut récemment proposée pour le diagnostic de la granulomatose maligne, les auteurs se félicitent de ne pas l'avoir pratiquée, car ils n'auraient pas manqué d'incriminer tout ce que cette technique garde malgré tout d'aveugle et d'imprécis dans sa réalisation pratique. (*Lyon Médical*, 25 avril 1937.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Traitement de la lèpre par injections intraveineuses d'huile de chaulmoogra neutralisée

(M. SOREL. — Présentation par M. MARCHOUX ; 4-5-1937)

Le Service de santé de l'Inde française utilise en injections intra-veineuses depuis 1933, pour la thérapeutique de la lèpre, une huile de chaulmoogra neutralisée. Se basant sur l'innocuité des injections endo-veineuses d'huile camphrée, le Docteur Labernadie, initiateur de ce traitement de la lèpre, a pensé que l'huile de chaulmoogra, administrée par voie veineuse, ne ferait courir aucun risque et se montrerait plus active qu'en injections intramusculaires. La neutralisation du produit permet d'éviter la petite réaction pulmonaire que peut causer l'huile vieillie, devenue acide.

La dose injectée est de 2 c. c. deux fois par semaine. Après une série de sept injections, un repos de trois mois est nécessaire.

Les résultats immédiats sont très nets. Après une dizaine de piqûres, les tubercules s'affaissent, les ulcères sont souvent cicatrisés, les bacilles ne se retrouvent plus dans le mucus nasal. Les résultats éloignés ne peuvent pas être actuellement précisés.

Les eaux minérales et le « bacterium coli commune »

(M. L. CRUVEILHIER et Mme MAGNIER DE LA SOURCE ; 20-4-1937)

Les auteurs se sont demandé si certaines eaux minérales ne possédaient pas un pouvoir de destruction vis-à-vis du bacterium coli commune. Ayant contaminé différents échantillons d'eau minérale avec cet agent bactérien, ils ont pratiqué des ensemencements de l'eau après un délai de plusieurs mois. Ils ont vu que quelques eaux minérales n'entravaient pas la vitalité du coli et que d'autres (eaux riches en carbonates, en NaCl, etc.), constituaient un mauvais habitat pour ce germe.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Ostéolyse du bassin d'origine indéterminée

(MM. Albert MOUCHET et H. ROUVILLOIS ; 3-3-1937)

A la séance du 12 février 1936, M. Albert Mouchet rapportait, au nom de MM. Dupas, Badelon et Daydé, un cas curieux d'ostéolyse progressive de la main gauche d'origine indéterminée. Une observation analogue d'ostéolyse des deux mains chez une femme de 71 ans avait été signalée par M. Chevrier.

MM. Mouchet et Rouvillois relatent aujourd'hui l'histoire d'une malade vue en 1912 par Jacob. Agée à cette époque de 12 ans, elle fit une chute sur la hanche gauche. Il s'ensuivit une boiterie et une ostéolyse d'une partie du bassin.

Sans essayer de tracer une description précise de cet état morbide, ni une pathogénie, les auteurs remarquent la faible importance du traumatisme, l'évolution lente et progressive de la fonte osseuse. Un jour viendra, espérons-le, ajoutent-ils, où des faits nouveaux permettront d'élucider la cause de ces fontes osseuses si singulières.

Paraplégie par métastases vertébrales consécutives à un épithélioma du sein opéré cinq ans auparavant

(MM. G. ROUHIER et E. OPPERT ; 17-2-1937)

Les auteurs ont opéré en 1930 une malade de 33 ans pour cancer du sein. Guérison apparente pendant cinq ans, puis apparition en 1935 de métastases vertébrales accompagnées d'un cortège de symptômes paralytiques et douloureux. Une application intensive de curiethérapie sur les trois foyers vertébraux a amené une régression considérable de tous les troubles, dont évidemment il serait hasardé de prévoir la durée.

Le syndrome pâleur-hyperthermie

(M. Jean QUÉNU ; 24-2-1937)

M. Jean Quénu présente une nouvelle observation, due à M. P. LE GAC, de syndrome pâleur-hyperthermie chez un sujet adolescent.

M. Le Gac opère à 11 heures du matin, une jeune fille de dix-huit ans pour appendicite. Malade sans aucun antécédent, de belle santé générale apparente. Opération d'appendicite à froid, dans de bonnes conditions, simple, sans difficulté. La patiente est revue à 7 heures du soir en excellent état.

A minuit, le chirurgien est rappelé d'urgence. La patiente est *pâle*, pouls filant, incomptable, avec une température telle que *la colonne de mercure du thermomètre est à son summum.* Etat de torpeur, entrecoupée de périodes d'agitation. Vérification du pansement et de la plaie : rien à noter. Mort à trois heures du matin. L'autopsie est refusée.

L'observation de M. Le Gac est un nouveau cas de pâleur et hyperthermie chez l'adulte.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

Polyradiculonévrite curable avec dissociation albumino-cytologique chez un tuberculeux pulmonaire évolutif

(MM. RECORDIER et J. BOUDOURESQUE, de Marseille ; 26-2-1937)

Les polyradiculonévrites curables avec dissociation albumino-cytologique, connues depuis la publication de MM. Guillain et Barré, ont été bien étudiées dans leurs détails séméiologiques par une série de travaux récents et, en particulier, la thèse de M. Boudin, exécutée dans le service de M. Alajouanine. Le point sur lequel portent actuellement les discussions est l'étiologie de ce syndrome. Aussi est-ce surtout à cause des circonstances au milieu desquelles ont évolué les symptômes neurologiques, qu'il nous paraît intéressant de rapporter ce cas. Ici l'apparition du syndrome de Guillain et Barré très caractérisé posait le problème des rapports qui pouvaient l'unir à la tuberculose pulmonaire évolutive, au cours de laquelle on l'a vu survenir. Assez rapidement les altérations du liquide céphalo-rachidien se sont effacées et les symptômes neurologiques ont régressé, au point qu'on pouvait parler de guérison, puisqu'il persista seulement une abolition des réflexes tendineux aux membres inférieurs — persistance ordinairement observée dans de tels cas. Cette amélioration s'est manifestée et maintenue alors que la bacillose continuait à évoluer pour entraîner finalement la mort. Une telle évolution paraît interdire d'attribuer au bacille de Koch la responsabilité directe. Tout au plus n'est-il pas impossible d'admettre un rôle favorisant de la tuberculose.

Un cas d'anévrisme volumineux de l'aorte descendante chez un ancien spécifique

(MM. D. PAULIAN, C.-D. FORTUNESCO et M. TUDER 26-7-1937)

Vu la rareté et l'état latent de l'affection et aussi son diagnostic extrêmement délicat (on peut la confondre avec l'aortite chronique), il était nécessaire de faire connaître de telles observations d'anévrisme de l'aorte descendante. Le cas actuel a été découvert par hasard, sans que les médecins qui l'ont soigné auparavant aient pu l'observer. On pouvait hésiter avec le diagnostic de syphilis cérébrale, compliquée d'aortite chronique descendante. Le diagnostic d'anévrisme de l'aorte descendante, si difficile à établir cliniquement, parut évident à l'examen radiologique. Jusqu'à l'apparition de la radiologie, le diagnostic de cette affection n'était posé avec précision qu'à la nécropsie. L'examen radiologique du cœur s'imposait dans le cas présent d'autant plus que le malade était recommandé aux auteurs pour la malariathérapie.

En ce qui concerne le diagnostic, ce cas confirme l'opinion des cardiologues, et en ce qui concerne la pathologie aortique, il résume l'opinion des auteurs modernes qui, par leurs recherches anatomocliniques fixent définitivement le rapport constant entre la syphilis nerveuse et les altérations vasculaires.

Etat cardiaque quasi-désespéré chez une basedowienne méconnue : thyroïdectomie ; guérison ; remarques

(M. E. DONZELOT ; 26-2-1937)

On peut très bien opérer les basedowiens malgré leur état d'insuffisance cardiaque. Et cette formule reste franchement au-dessous de la vérité ; car ce n'est pas malgré l'insuffisance cardiaque que l'on peut opérer les basedowiens, c'est à cause de l'insuffisance cardiaque elle-même qu'il faut les opérer. Ce sont, en effet, les accidents cardiaques qui créent la gravité mortelle du syndrome de Basedow ; or, ces accidents, à base de fibrillation auriculaire, sont sous la dépendance de la sécrétion thyroïdienne viciée.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

12 mars 1937

Remarques sur l'action de la diméthylxanthine éthylène diamine

M. R. HEIM DE BALSAC, après avoir rappelé les travaux expérimentaux qui montrent l'action diurétique et surtout vaso-dilatatrice coronarienne de la dimethylxanthine éthylène diamine, résume les résultats thérapeutiques obtenus à l'étranger, en particulier dans les coronarites douloureuses, thrombosantes ou accompagnées d'insuffisance cardiaque. Depuis un an, cette médication, appliquée uniquement par voie buccale à trente malades, lui a donné des résultats favorables dans leur ensemble ; quelques céphalées, insomnies ou brûlures gastriques sont les seuls signes d'intolérance qu'il ait observés.

Atteinte veineuse aggravant les artérites séniles

M. L. KERVAREC relate deux observations d'artérite sénile où l'apparition de phénomènes nécrotiques a paru suivre celle d'une atteinte veineuse relativement bénigne. Il insiste sur la disproportion clinique existant entre la phlébite et ses conséquences et sur le caractère exceptionnel de pareils faits. Il termine en examinant brièvement les conditions circulatoires d'un membre atteint d'artérite et donne un aperçu pathogénique.

Sulfate de quinidine et arythmie complète

M. BARRIEU montre que le sulfate de quinidine régularise toujours le cœur quand le flutter a été transformé en arythmie complète par la digitaline à haute dose. Il ressort de deux observations que cette transformation est spontanément possible. C'est peut-être dans cette seule éventualité qu'agit le sulfate de quinidine. G. F.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

Séance du 11 mars 1937

Sur un cas d'agranulocytose

MM. LE BOURDELLES, GINESTET et MOUTIER relatent un cas d'agranulocytose primitive rapidement mortelle, à début buccal, et ayant évolué sans leucopénie.

A propos du rhumatisme tuberculeux

MM. DUTREY et VELLUZ en rapportent deux observations. L'origine bacillaire a été démontrée dans le premier cas par la présence de bacille de Koch dans le liquide d'hydarthrose et dans le second par l'hémoculture (LŒWENSTEIN), ainsi que par l'évolution fatale d'une méningite tuberculeuse.

Rythme bigéminé et aptitude au service

M. P. TALON présente un cas de rythme bigéminé vraisemblablement congénital qui se maintient immuable depuis deux ans. L'auteur discute la décision à prendre en ce qui concerne l'aptitude au service.

Le dépistage radioscopique systématique de la tuberculose dans l'armée

Après un bref rappel des conditions dans lesquelles se pratique ce dépistage dans l'armée — où il complète le sévère examen médical d'incorporation. — M. CODVELLE expose les données et les inconnues du problème de l'examen radiologique systématique. Les résultats obtenus jusqu'ici établissent sans conteste les bénéfices de ce dépistage qui met en évidence un certain nombre de tuberculeux avérés insoupçonnables. Mais la méthode comporte quelques risques d'erreur. Erreurs par défaut, dus au fait que certaines lésions ne sont visibles que sur des radiographies, et erreurs par excès, dus à des difficultés d'interprétation de certaines images radiographiques. A côté d'images typiques de séquelles fixées et compatibles avec le service militaire (nodules calcifiés, séquelles de complexe primaire ou de tuberculose de surinfection abortive), il existe d'autres images plus douteuses, qui peuvent traduire aussi bien des formes faiblement végétatives, mais capables de se réveiller, que des états séquelles fixés et sans menace pour l'avenir.

L'auteur passe en revue les moyens d'éclairer un diagnostic difficile (recherches cliniques, bactériologiques, humorales, qui, le plus souvent jusqu'ici, ont été peu démonstratives).

Seule, la mise en observation très prolongée peut fixer le degré de stabilité de ces lésions. Cette mise en observation peut se faire dans quelques cas au régiment ; dans d'autres, la réforme temporaire s'impose. La comparaison à un ou deux ans de distance de l'état des sujets et de leurs clichés radiographiques, permet alors une décision justifiée.

M. CODVELLE insiste sur les mesures nécessaires pour éviter d'appliquer l'étiquette de tuberculeux à des sujets porteurs de séquelles pratiquement sans danger. Il met en valeur les points sur lesquels de nouvelles recherches et de nouvelles statistiques seront fécondes, et donneront toute leur valeur, avec le minimum de risques d'erreur, à une méthode dont la portée militaire et sociale est immense.

Quelques remarques sur le « dépistage radiologique » de la tuberculose pulmonaire

M. F. MEERSSEMAN rapporte brièvement les résultats d'une statistique personnelle portant sur 1.068 sujets examinés à la suite de la radioscopie systématique. Il insiste surtout sur la catégorie des images radiologiques douteuses et passe en revue quelques-uns des moyens cliniques, bactériologiquees, sérologiques qui peuvent étayer la décision du médecin expert. Il insiste également sur la nécessité pour celui-ci de pouvoir contrôler par la suite le bien-fondé des décisions prises. D'après son expérience personnelle à ce point de vue, il semble que la très grande majorité des images radiologiques douteuses réponde à des processus fixés, non évolutifs. L'auteur montre enfin, l'assez grande fréquence de ces aspects, radiologiques douteux, non évolutifs, chez les militaires de carrière.

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE

Séance du 27 avril 1937

Le Docteur RABAUD fait une communication sur «**Les dents au point de vue biologique**», dans laquelle il envisage tour à tour les re ations de filiation et d'adaptation, les théories de concrescence et de différenciation. Par des exemples pris dans le règne animal et surtout les vertébrés, le Docteur Rabaud montre que le régime alimentaire n'implique pas toujours un nombre et une forme de dent bien définie.

MM. DELARUE et HOUSSET parlent ensuite des **lésions non ulcéreuses de la muqueuse buccale** et plus précisément des lésions créées par la succion, l'aspiration des muqueuses contre les arcades dentaires. Ces lésions sont de plusieurs sortes, mais toujours bénignes. Le Docteur Delarue en donne l'anatomo-pathologie. M. Housset montre le mécanisme de leur formation et leur traitement.

M. MARSEILLIER présente quelques remarques sur la configuration générale des dents humaines. Ces remarques ont surtout trait : à l'asymétrie de chaque dent ; à la divergence différente des bords ; à l'obliquité des racines par rapport aux couronnes des dents.

Les Livres

Les livres qui viennent de paraître...

MASSON et Cie, éditeurs,
120, boulevard Saint-Germain

Prof. Pierre MAURIAC. — **La pathogénie des œdèmes.** CONFRONTATION DES THÉORIES A LA CLINIQUE. Un vol. 88 p. (Collection Médecine et Chirurgie : recherches et applications, nº 5). Prix : 16 francs.

VIGOT frères, éditeurs,
23, rue de l'Ecole-de-Médecine

Dr Lucien GAROT, agrégé à l'Université de Liége. — **Méthodes actuelles de puériculture.** Hygiène et alimentation du nourrisson. Soins généraux en cours de maladie. Eléments de prophylaxie. *Deuxième édition* entièrement revue et complétée. Un vol. 292 pages avec fig. Prix : 30 francs.

Editions DELMAS

Dr Etienne GINESTOUS. — **Les aveugles en Gironde.** Préface de M. André Boulfard. Une broch. 48 p. avec fig.

Chez J.-B. BAILLIÈRE et fils, éditeurs,
19, rue Hautefeuille

Prof. agrégé André LEMAIRE. — **Le traitement des manifestations cardiaques dans la maladie de Basedow.** Un vol. (Collection : *Les Thérapeutiques nouvelles*), 44 pages. Prix : 14 francs.

Professeur F. RATHERY. — **Néphropathies et néphrites.** LEÇONS CLINIQUES (1934-1936). 2e série. Un vol. 356 p., 30 fig. Prix : 60 francs.

Imprimerie de l'AVENIR
Clermont-Ferrand

JOURNÉES INTERNATIONALES PÉRIODIQUES DE CARDIOLOGIE DE ROYAT. — **Le spasme vasculaire.** Conférence par MM. les Professeurs C. HEYMANS et L. BROUHA, MARANON et DUQUE, M. RISER, LERICHE et FONTAINE, M. LOEPER et LEMAIRE, CHABROL. Un vol. avec fig., 348 pages.

Jacques LEVEUF. — **Etudes sur le spina bifida,** avec la collaboration de Ivan Bertrand et H. Sternberg. Préface du Professeur G. Roussy. Masson et Cie, éditeurs.

Dans cet ouvrage, le professeur agrégé J. Leveuf a complètement rénové l'étude du spina bifida, qui, depuis Recklinghausen avait si peu évolué.

Ce livre est le fruit de longs et patients travaux, et de recherches personnelles poursuivies depuis quinze ans.

L'auteur adopte une classification personnelle en trois grandes formes :

— *les formes ulcérées*, les plus graves dans lesquelles l'aire médullaire n'est pas revêtue d'épiderme. Leveuf montre qu'à côté de myélo-méningocèles vraies de Recklinghausen, il faut distinguer « des fausses myélo-méningocèles » dans lesquelles, l'aire médullaire est recouverte de tissu conjonctif, susceptibles de s'épidermiser ultérieurement ;

— *les formes épidermisées* qui comprennent les méningocèles, simples diverticules de la méninge molle, la moelle restant dans le canal rachidien et des formes contenant de la moelle recouverte d'épiderme ;

— *les formes avec tumeur* dans lesquelles entre l'aire médullaire et les téguments s'interpose un lipome.

L'auteur étudie en grands détails les accidents et les troubles nerveux que l'on peut observer : rupture du sac et infection méningée, hydrocéphalie, paralysie, incontinence des sphincters. Il insiste sur les *accidents tardifs* qui peuvent apparaître entre 15 et 20 ans : pieds bots, maux perforants plantaires.

Le traitement est uniquement chirurgical.

Les formes ulcérées, extrêmement graves ne doivent pas être opérées.

Les formes épidermisées doivent être opérées le plus tôt possible pour éviter la rupture du sac.

Les formes avec tumeur peuvent être opérées tardivement, à la moindre menace de complication.

Grâce à une technique rigoureuse, aux soins post-opératoires conseillés par l'auteur en particulier pour éviter l'infection, la mortalité immédiate des interventions est aujourd'hui extrêmement faible.

Les formes où l'aire médullaire est revêtue d'épiderme, donnent encore une faible proportion de bons résultats.

Les méningocèles, certaines formes avec tumeurs sont beaucoup plus favorables.

Ce beau livre, clairement illustré, doit être lu par tous ceux qui s'intéressent à la pathologie infantile et osseuse et nerveuse.

G. VIDAL-NAQUET.

Librairie MALOINE,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine

Feuillets médicaux. — ENCYCLOPÉDIE PERMANENTE MÉDICO-CHIRURGICALE. Douze numéros mensuels de 20 *feuillets, illustrés de figures et planches en* couleurs. Abonnement pour une année : **275 francs.**

Ces feuillets, rédigés par des professeurs et agrégés des Facultés de médecine et des médecins spécialisés, sont consacrés aux différentes questions médicales et chirurgicales.

Sommaire du numéro d'avril 1937 : Gynécologie : Stérilité féminine, vulvites, vaginites, par M. le Prof. André BINET. — Appareil circulatoire : Embolies artérielles des membres, par M. le Dr JOUVE. — Pédiatrie : Arthritisme infantile, par M. le Prof. MOURIQUAND. — Appareil digestif : Ulcères gastro-duodénaux perforés, par M. le Dr PICAUD. — Obstétrique : Les gros fœtus, par M. le Dr CADERAS DE KERLEAU. — Obstétrique : Rétrodéviations de l'utérus gravide, par MM. le Prof. J. VANVERTS et le Dr R. PALLIEZ. — Endocrinologie : Mongolisme par M. le Prof. agrégé M. SENDRAIL. — Maladies parasitaires : Trichocéphale, par M. le Dr MARTIN.

ENCYCLOPÉDIE MÉDICO-CHIRURGICALE
18, rue Séguier

Ch. AUBERTIN. — **Maladies du sang et des organes hématopoïétiques**. Un vol. de l'Encyclopédie médico-chirurgicale.

Cet important traité des maladies du sang constitue une mise au point à la fois très complète et très claire de ce chapitre de la pathologie qui se modifie journellement par l'apparition de nouvelles techniques et la découverte de nouveaux syndromes et de nouvelles maladies.

La pathologie du globule rouge fait l'objet d'un important travail de M. Mouquin; on y trouvera toutes les données récemment acquises sur les chloro-anémies, ou anémies hypochromes, sur le traitement de l'anémie pernicieuse par les méthodes de Whipple et de Castle, et sur les différentes formes de polyglobulies et d'érythrémies.

Ce chapitre est complété par un article sur les érythroblastoses, par M. Cathala, et une étude de l'anémie pseudo-leucémique infantile, mise au point par M. Fleury.

La leucocytose est longuement traitée par M. Aubertin, qui fait une étude complète de la neutrophilie infectieuse et après avoir décrit les diverses formes de leucocytose infectieuse, s'attache à dégager les lois générales de cette importante réaction sanguine.

L'agranulocytose et les syndromes agranulocytaires sont complètement décrits par M. Robert Lévy.

Les leucémies sont étudiées par MM. Aubertin, Robert Lévy, Patey, Georges Sée ; mentionnons ici une description de la leucémie à monocytes et de la leucosarcomatose, d'après les données les plus récentes, et une étude sur les leucémies animales de M. Troisier.

Les affections hémorragipares, traitées par MM. Georges Sée et Robert Lévy, comprennent, en particulier, une étude de l'angiomatose hémorragique familiale (maladie de Rendu-Osler).

La pathologie de la moelle osseuse, chapitre rénové par la ponction sternale, est décrite par M. Aubertin : elle contient en particulier des chapitres sur les syndromes médullaires révélés par la ponction sternale, sur l'anémie ostéosclérotique, sur la myélose ostéomalacique, sur les chloromes, les myélomes multiples, et les tumeurs secondaires de la moelle.

Les affections ganglionnaires, traitées par M. Poumailloux contiennent en particulier des descriptions de l'angine à monocytes, de la lymphogranulomatose bénigne de Schaumann, des sarcomes ganglionnaires: mais c'est surtout le chapitre de la maladie de Hodgkin qui a été longuement développé et abondamment illustré. Un court article consacré au thymus par M. Odinet montre les différences qui séparent la pathologie du thymus de la pathologie ganglionnaire.

Enfin, la pathologie splénique est complètement traitée par M. Jean Lereboullet ; la question de la splénectomie et de ses indications médicales fait l'objet d'un chapitre spécial dû à la collaboration de M. Louis Michon et de M. Jean Lereboullet.

En résumé, on trouvera dans cet ouvrage, abondamment illustré, une mise au point de la pathologie sanguine dans laquelle les questions nouvelles et les questions rénovées ont été traitées selon les dernières recherches et non sans esprit critique.

En vente : S. E. P.,
16, rue Pavée, Paris

Dr Paul BARON, médecin-consultant aux eaux de La Preste. — **Conduite à tenir dans la colibacillose urinaire chronique**. Une broch., 30 pages. Prix : 5 francs.

L'auteur étudie successivement :

Le traitement de l'infection (antiseptiques, sérums, vaccins) ;

Le traitement intestinal (régime, médication intestinale) ;

Le traitement général et le traitement hydrominéral (Châtel-Guyon, Plombières, Evian, Vittel, Contrexéville, La Preste).

En une courte conclusion, il insiste sur la nécessité d'un repos prolongé, d'une saine hygiène des vêtements. Il attire l'attention sur le rôle néfaste du climat maritime chez les colibacillaires invétérés.

THÉRAPEUTIQUE

◆ ◆ ◆

A propos des modes d'administration des préparations à base de composés soufrés

L'éloquence sans appel des résultats obtenus dans le traitement de diverses maladies avec le soufre et ses composés a fait éclore, ces dernières années, nombre de préparations utilisant ce métalloïde ou ses dérivés.

Parmi celles-ci, l'une d'entre elles remarquablement active, la Thionaïodine, s'attaque au rhumatisme en utilisant uniquement la voie parentérale.

Mais si, dans les syndromes rhumatismaux subaigus ou chroniques, la thionaïodine, injectable trouve son indication formelle, il n'en est pas moins vrai que les petits inconvénients inhérents à l'emploi de cette voie peuvent limiter parfois ses indications à des affections où l'intensité des symptômes commande de frapper vite et fort.

Nombre de petites algies vraiment supportables ne nécessitant pas l'emploi d'une préparation d'administration quelque peu désagréable, ou coûteuse par la répétition des petites interventions médicales qu'elle entraîne, ne peuvent ainsi profiter des bienfaits d'une cure sulfureuse.

Il en est également de même lorsqu'il s'agit d'instituer un traitement modificateur du terrain dans les maladies par ralentissement de la nutrition, traitement dont la longueur oblige à renoncer, d'une façon presque absolue, à la voie parentérale.

D'autre part, en dehors des maladies rhumatismales, de nombreuses indications du soufre et de ses composés, en particulier des thiosulfates dont on utilise plus spécialement les propriétés anti-choc contre les maladies anaphylactisantes, l'insuffisance hépatique et les toxémies d'origine intestinale dont le traitement doit toujours être conduit avec prudence, nécessitent une médication très maniable, facile à administrer et n'obligeant pas à un contrôle journalier du médecin.

C'est principalement pour ces indications qu'a été créée la présentation, sous forme de comprimés, de la préparation bien connue sous le nom de Thionaïodine.

Ces comprimés contiennent par unité :

S^2O^3Mg	0 gr. 20
NaI stabilisé Logeais	0 gr. 06
Théobrominate et benzoate de lithine	0 gr. 04

Ainsi donc, aux propriétés anti-choc et stimulantes de l'activité hépatique du thiosulfate de magnésium, s'ajoute l'activité propre du soufre labile facilement libéré, qui assure, par la formation de sulfo-conjugués atoxiques la désintoxication de l'organisme, plus spécialement lorsqu'il existe des toxémies d'origine intestinale, et, d'autre part, redonne à l'organisme du rhumatisant carencé le soufre dont il a besoin et qu'il fixe toujours avec une avidité remarquable.

La thionaïodine (comprimés) est, par cela même, un traitement de fond de la diathèse rhumatismale, traitement d'ailleurs grandement facilité et renforcé par l'action de l'iode dont les propriétés sclérolytiques classiques ont résisté à l'épreuve du temps et par l'adjonction du théobrominate et benzoate de lithine, grands dissolvants de la molécule urique, stimulants de la diurèse, ajoutant encore par leurs propriétés à l'action profondément modificatrice du complexe iode-soufre-magnésium.

Enfin, l'association soufre et iodure de sodium a une action particulièrement heureuse sur les affections bronchiques chroniques, où le soufre (d'ailleurs utilisé avec le succès que l'on sait, depuis des millénaires dans les cures thermales sulfureuses) voit ses propriétés anticatarrhales, antiseptiques, trophiques renforcées par l'action hypérémiante de l'iodure de sodium qui, outre son action bien connue sur les sécrétions, active et régularise la circulation intrapulmonaire, facilite la ventilation pulmonaire et, par suite l'hématose.

Ajoutons encore que l'association iodure de sodium et d'un composé antianaphylactique tel que le thiosulfate de magnésium réduit à un extrême minimum les incidents d'iodisme chez les malades prédisposés.

Les comprimés de Thionaïodine glutinisés et dragéifiés suivant un nouveau procédé, peuvent supporter un long séjour dans l'estomac sans risque de désintégration. Par contre, ils se délitent immédiatement après leur passage dans l'intestin, et leurs constituants peuvent instantanément passer dans l'économie sans être modifiés en aucune façon par les sucs de la digestion et, d'autre part, sans risque de causer, par leur présence, des troubles digestifs de quelque ordre que ce soit.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

TRAVAUX ORIGINAUX

Bulletin de l'Actualité

L'ÉDUCATION PHYSIQUE A L'ÉCOLE

Les écoliers du début du siècle connaissaient encore, ou peu s'en faut, les méthodes d'éducation en usage sous l'Empire. Ils étaient des oies au gavage : huit, neuf, dix heures par jour de classes, d'« études surveillées » paraissaient à peine suffisantes à entonner la pâtée réglementaire. Quelques récréations hâtives de un quart heure ou d'une demi-heure coupaient les doctes séances. Et si, dans les cours aux noires murailles et aux maronniers décharnés, les petits s'ébattaient comme des chiens libérés de la laisse, les grands, conscients de leur importance, se contentaient souvent de déambuler en conversant, afin de singer les disciples de Platon au jardin d'Académos. Car les beaux esprits du temps n'avaient pas assez des ving -quatre heures de la journée pour se gorger de leurs nourritures choisies, et le corps, depuis Philaminte, n'était encore que « cette guenille ».

De sports, il n'était naturellement pas question. Je me rappelle la stupeur de notre vieux principal, lorsque, en classe de philosophie, nous eûmes le front de lui demander la disposition d'un terrain où nous voulions aménager de nos mains un court de tennis. Il faut rendre à sa mémoire cette justice qu'il nous l'accorda. De sorte que, voici une trentaine d'années, dans un collège de province, nous faisions du sport à nos heures de liberté. Mais c'était une espèce de révotion. Et nous souriions encore avec dédain lorsque nous entendions dire que les potaches anglais et américains se repaissaient de foot-ball et de cricket plusieurs heures par jour.

L'on a tout de même fini par s'apercevoir que ces grands dadais anglo-saxons qui couraient après un ballon pendant que nous besognions sur nos thèmes latins ne nous sont pas intellectuellement si inférieurs, qu'ils ont leurs savants, leurs ingénieurs, leurs médecins, leurs poètes, leurs écrivains, qu'ils peuvent réclamer à leur compte quelques-unes des belles découvertes et des œuvres représentatives d'aujourd'hui. Et que, par contre, en face de nos quinquagénaires bedonnants, chauves et emphysémateux, ils exhibent des hommes sveltes, alertes, encore capables de marcher et de courir, plus jeunes que nous en somme, bien que du même âge.

Cette simple constatation nous a convaincus que l'Université nous avait mal éduqués et qu'elle avait envers nous de graves responsabilités.

Lorsqu'elle a prétendu jouer le même mauvais tour à nos enfants, lorqu'elle s'est mise à les accabler sous des programmes de jour en jour hypertrophiés, lorsque nous avons constaté les mines chétives de ces petits et leur fébrilité à s'acquitter docilement d'une tâche inhumaine, alors nous nous sommes fâchés pour de bon. Et nous avons signifié à la douairière qu'il était temps de mettre de l'eau dans son vin, ou que nous la mettrions nous-mêmes. Cela a été, depuis quelques années, un tel défilé de réformes, un tel imbroglio de doctrines, d'horaires et de réglements que personne ne peut plus dire actuellement où nous en sommes, Du reste tout doit être remanié de fond en comble d'ici peu par un nouveau projet de loi.

***

A la faveur de ce bouleversement l'éducation physique est en train de conquérir sa place à l'école. Oh ! elle a encore des résistances à vaincre ! Les magisters ne lâchent pas facilement prise. N'avait-il pas été dit, au début de cette année scolaire, qu'un nouvel horaire serait mis à l'essai dans les écoles primaires de la Seine, réservant à l'éducation physique plusieurs heures par semaine ? Tous les écoliers que j'ai interrogés ces temps-ci m'ont confirmé que rien n'était changé aux coutumes. La Circulaire ministérielle est donc restée lettre morte. Il manque aux écoliers d'avoir adhéré à la C. G. T.

En attendant qu'ils aient (ou peut-être que nous ayons ?) acquis l'autorité pour faire valoir leurs revendications, le Docteur Condroyer, ancien médecin-instructeur à l'école de Join-

ville (1) leur trace un programme qu'ils trouveront tout prêt au moment voulu.

Il est singulièrement suggestif, dit-il, de considérer les enfants de 5 ou 6 ans lesquels, à moins de vices héréditaires, sont en général bien bâtis, avec la poitrine bombée et les omoplates bien plaquées sur les côtes, et de voir ce qu'en fait, dans l'espace de quelques années, le surmenage scolaire. « Sous prétexte de progrès, notre siècle s'empare de l'enfant et le condamne criminellement à la sédentarité scolaire ; l'implacable consigne de l'immobilité va essayer de détruire le salutaire instinct de mouvement ». Or le lieutenant Hébert a écrit cette phrase décisive « Les animaux non domestiqués arrivent tout naturellement à leur complet développement et sont rarement mal proportionnés précisément parce qu'ils continuent toujours l'existence qui leur convient le mieux ».

Les enfants sont moins fortunés que les animaux sauvages ! Pendant 4, 8 et parfois 10 heures sur 24 ils sont assis sur ces bancs scolaires généralement beaucoup trop hauts et incités à adopter des positions vicieuses dont se sont depuis longtemps occupés les médecins inspecteurs d'écoles.

« La moitié des enfants de 10 à 13 ans ont les épaules en avant, ce qui donne, suivant l'expression des professeurs de gymnastique, les omoplates décollées et la poitrine rentrée ». Une attitude constamment fléchie rapproche les points d'insertion des fléchisseurs tels que les grands droits de l'abdomen et éloigne ceux des extenseurs de la colonne vertébrale. Encore l'inclinaison fréquente à gauche entraîne-t-elle des déviations qui finissent parfois par se fixer entraînant l'élévation d'une épaule et la scoliose.

Le Docteur Condroyer recommande en premier lieu d'approprier le matériel scolaire à la taille des élèves et de veiller particulièrement à la hauteur relative des tables et des bancs. « L'élève étant assis pour écrire, la table doit arriver jusqu'à la hauteur du creux axillaire, de telle sorte que les humérus soient à peu prè horizontaux ». Dans cette position la colonne vertébrale sera verticale, les coudes seron écartés, la poitrine plus ouverte et les omoplates normalement placées. Le diaphragme fonctionnera librement.

Ce serait ainsi diminuer, quoique partiellement encore, les inconvénients d'une sédentarité prolongée et néfaste.

Aussi la question essentielle reste-t-elle de diminuer la durée de cette immobilisation et d'employer au mieux les heures conquises sur cette vie contre nature.

Le Docteur Condroyer réclame pour l'éducation physique de plein air deux matinées ou deux après-midi par semaine. Si les écoles ne possèdent pas de cours assez grandes, qu'on mène les écoliers dans des stades qui ne doivent pas servir seulement à des exhibitions spectaculaires.

La direction du collège fera un premier triage sans s'occuper des classes et en prenant comme base l'âge des élèves. On peut envisager quatre catégories : 7 à 10 ans , 10 à 13, 13 à 16, au dessus de 16 ans.

Chaque catégorie passera au début de l'année devant la Commission médicale de l'établissement, qui devra comprendre un médecin de médecine générale et un médecin spécialisé dans l'éducation physique.

Cette Commission procédera à un second triage : d'une part les normaux, d'autre part les anormaux (musculaires, squelettiques, par insuffisance respiratoire, par déficience du cœur ou d'un autre organe).

Les méthodes d'éducation devront être complètement différentes pour ces différentes catégories.

***

Aux déficients, groupés par 20 ou 25, sera donnée une leçon qui comprendra des exercices correctifs, actifs ou passifs, ayant pour but de développer la cage thoracique et d'harmoniser les muscles antagonistes. Cette leçon de 20 minutes au maximum, sera suivie d'une séance de jeux entremêlés de repos, le tout durant 2 ou 3 heures et évitant de donner une trop grande part à l'émulation qui pourrait surmener ces enfants déficients.

En ce qui concerne les normaux, « je ne comprend pas, dit le Docteur Condroyer, l'intérêt qu'il peut y avoir à leur faire subir une leçon disciplinée comprenant des mouvements faits dans tel ou tel plan et de telle ou telle façon ». L'important c'est qu'ils prennent de l'exercice et respirent à pleins poumons. Donc pour ceux-ci : les sports, surtout ceux qui font travailler les muscles extenseurs du rachis. Entre deux jeux que le professeur leur enseigne la technique d'une épreuve athlétique telle que le saut, le grimper, le lancer, etc. Le but : un développement physique idéal, non des épreuves de championnat. Cette méthode aura pour elle d'amuser les enfants au lieu de leur faire prendre en grippe les séances d'éducation physique. La discipline librement consentie dans un jeu d'équipes vaut mieux qu'une discipline astreignante et incomprise.

Il n'est pas question d'inventer des exercices spéciaux pour les jeunes filles. Les mêmes conviennent aux deux sexes, en dosant simplement l'intensité suivant les possibilités de chacun.

Méthode pleine de sagesse et inspirée par une expérience de 25 ans que celle du Docteur Condroyer. Souhaitons aux enfants de la voir adoptée dans les écoles pour leur plus grand profit.

G. LAVALÉE.

(1) *Gazette médicale de Nantes*, avril 1937.

ASSURANCES SOCIALES — CONTROLE D'UN MÉDECIN STOMATOLOGISTE PAR UN CHIRURGIEN-DENTISTE

Un de nos confrères (dossier 2.760), nous demande si les Caisses d'assurances sociales ont le droit de charger un chirurgien-dentiste de contrôler les soins médicaux et stomatologiques, ainsi que la prothèse exécutée par un docteur en médecine. La Caisse peut-elle imposer le dit contrôle ? Le docteur peut-il s'y refuser, en exigeant le contrôle de ses pairs ? En cas de litige, quel est le Conseil de famille qui sera compétent ? celui des médecins, ou celui des chirurgiens dentistes ?

Je réponds en faisant remarquer qu'il existe deux sortes de contrôle. L'un est d'ordre matériel, aux fins de savoir si l'assuré est vraiment malade, s'il se fait soigner, etc... Pour ce contrôle, la Caisse peut faire appel à des praticiens, ou à des non diplômés, choisis par elle.

Mais si des doutes surviennent, concernant la manière dont les soins sont distribués, la Caisse saisit le Syndicat de praticiens, avec lequel elle a signé une convention. Ce Syndicat délègue un de ses membres pour effectuer un contrôle technique, dresser ensuite un rapport, sur le vu duquel il sera décidé si le praticien en cause devra ou non comparaître devant le Conseil de famille.

Dans ces conditions, lorsqu'un docteur en médecine stomatologiste fait partie du Syndicat médical local ou départemental et que, d'autre part, il n'est pas adhérent au Syndicat des chirurgiens-dentistes, c'est le Syndicat de ses pairs, c'est-à-dire celui des docteurs en médecine qui sera chargé du contrôle et non pas celui des chirurgiens-dentistes.

Faisons également remarquer que le praticien n'a pas besoin d'appartenir à un Syndicat pour être contrôlé par ce dernier groupe. En effet, les praticiens syndiqués ou non syndiqués doivent se soumettre au contrôle syndical et à la juridiction du Conseil de famille en matière d'Assurances sociales, telle est la volonté du législateur.

Il semblerait qu'un syndicat, dûment habilité pour contracter avec les Caisses d'assurances sociales, soit, par le fait même, qualifié pour exercer un contrôle technique sur tous les praticiens.

Répondons cependant, que le diplôme de docteur en médecine donne, en vertu de l'article 1 de la loi du 30 novembre 1892, des droits pour exercer l'art de guérir, autrement plus étendus que ceux conférés par l'article 2 de la même loi aux chirurgiens-dentistes.

Il est évident qu'un docteur en médecine ne peut pas être contrôlé soit par un Syndicat de chirurgiens-dentistes, soit par un Syndicat de sages-femmes, alors qu'au contraire, le chirurgien-dentiste ou la sage-femme peuvent être contrôlés par un Syndicat de médecins.

En matière d'expertises civiles, la question a déjà fait l'objet de conflits, qui ont été portés à la connaissance des tribunaux. J'ai publié dans le *Concours Médical*, 1936-250 un jugement du Tribunal civil de la Seine, du 19 juin 1935, qui décide que, parce qu'il n'est pas docteur en médecine, un chirurgien-dentiste ne peut pas être commis pour expertiser les soins dentaires donnés à un malade par un docteur en médecine stomatologiste. A cette occasion, je rappelais un arrêt de la Cour d'appel de Paris, Chambre des référés du 9 février 1928, qui décidait qu'un chirurgien dentiste peut être désigné comme expert à propos d'une demande d'honoraires formulée par un docteur en médecine stomatologiste lorsqu'il s'agit non de soins médicaux, mais seulement de travaux de prothèse.

Une Circulaire du Garde des Sceaux, du 11 juin 1912, recommande instamment aux Procureurs généraux et aux magistrats de ne faire désigner comme experts dans des affaires concernant les praticiens qui exercent la profession de dentiste que des praticiens possédant un titre au moins égal à celui de la personne en cause.

Dans ces conditions, nous pouvons conclure qu'en matière d'Assurances sociales, comme en matière d'expertise civile ou criminelle, le docteur en médecine ne peut être expertisé, ou contrôlé que par un praticien également docteur en médecine.

En matière disciplinaire, si des abus ont été relevés à la charge du praticien, il en sera de même. Le Conseil de famille, qui sera appelé à en connaître, sera celui du Syndicat des médecins, s'il s'agit d'un stomatologiste, ou celui des chirurgiens-dentistes, s'il s'agit d'un chirurgien-dentiste.

Disons cependant que la rigueur de mon raisonnement juridique s'atténue souvent, vu les rapports de bonne confraternité, qui doivent régner entre médecins et dentistes. Saisi d'une plainte contre un médecin stomatologiste, le Syndicat médical local peut s'entendre avec le Syndicat des chirurgiens-dentistes, pour instruire le cas, surtout en matière de travaux de prothèse.

En attendant que le dentiste de l'avenir soit obligatoirement docteur en médecine, c'est la bonne confraternité qui doit présider à nos relations interconfraternelles entre médecins et chigiens-dentistes. Mais, si des questions de préséance surgissaient, mon argumentation première reprendrait alors toute sa valeur : le

docteur en médecine ne peut être contrôlé, expertisé, jugé que par ses pairs, docteurs en médecine. Il peut dès lors se refuser à comparaître devant le Syndicat des chirurgiens-dentistes et il en référera de suite à son propre Syndicat, pour que ce dernier fasse à la Caisse les justes observations utiles, tout en informant cette dernière que son propre Conseil de famille peut être chargé de la connaissance de la plainte formulée contre le praticien. Dr Paul BOUDIN.

CHANGEMENT DE DOMICILE PROFESSIONNEL APPOSITION DE PLAQUE INDICATRICE DE LA NOUVELLE ADRESSE

Un praticien va changer de domicile. Il me demande s'il peut apposer, à la porte extérieure de la maison qu'il quitte, une plaque indiquant son nouveau domicile ? Le propriétaire peut-il s'y opposer ?

Autre difficulté : le locataire successeur dans l'appartement est un confrère, qui exerce la même spécialité. Peut-il se refuser à cette indication ?

Je réponds que si dans le contrat de bail il n'est pas spécifié qu'au moment de son départ, le locataire aura le droit d'apposer une plaque, ou affiche, indiquant son changement de domicile, le propriétaire reste libre de disposer de son immeuble comme bon lui semble.

Dans l'immense majorité des cas, pareille stipulation ne figure pas au bail, et l'indication du changement de domicile du praticien ne se fait que par accord amiable entre propriétaire et locataire à son départ.

D'une manière générale, il est admis que pendant le cours du bail le locataire a le droit d'apposer une plaque, ou une mention quelconque, à la porte de son propre appartement, ou à sa fenêtre.

Si la maison comporte plusieurs locataires, il ne peut faire fixer une plaque à la porte extérieure de l'immeuble qu'avec l'autorisation du propriétaire. Si , au contraire, le locataire jouit en totalité de la maison, en est le seul occupant, il a le possibilité de faire toute mention qu'il désire sur la porte extérieure, sauf défense expresse du propriétaire de l'immeuble.

Mais une fois le bail terminé et le locataire parti, le propriétaire reprend tous ses droits : par suite, il peut se refuser à la pose d'une plaque indiquant le changement de domicile de son ex-locataire.

S'il s'agit d'une petite localité, les clien s pourront connaître assez rapidement le nouveau domicile du praticien. S'agit-il d'une localité plus importante, la question est plus délicate. Peut-être pourrait-on soutenir que, au nom de la santé publique, il est indispensable que le propriétair accorde à son ancien l cataire la faveur d'apposer l'indication du changement de domicile pour rendre service aux malades.

En tout cas, s'il y a désaccord entre propriétaire et locataire partant, ce sera le Juge de paix qui sera appelé à départager les adversaires. Ce magistrat pourra faire comprendre au propriétaire qu'il serait équitable que, malgré son droit réel, il veuille bien consentir, par complaisance, à laisser son ancien locataire apposer, pendant un mois ou deux, une indication extérieure, pour avertir les clients du changement d'adresse du praticien. En général, cette faveur sera accordée.

Mais si la situation se complique du fait qu'un praticien, nouveau locataire, exerce la même branche de l'art de guérir que son prédécesseur, le propriétaire peut être sollicité par son nouveau locataire, pour que toute plaque indiquant le changement de domicile soit interdit à celui qui est parti. Le successeur dans l'appartement bénéficiera ainsi, sans bourse délier, d'un pas de porte, du fait que certains clients, venus pour consulter l'ancien praticien et mis en présence du second, grâce à des subterfuges, ou à des complicités, n'oseront pas s'en aller, alors surtout que personne ne leur indiquera le nouveau domicile du praticien, qu'ils étaient venus consulter.

Certes, le Conseil de famille du Syndicat médical peut en connaître et tenter de faire régner la saine déontologie entre les deux praticiens. Mais si l'un d'eux — surtout le successeur — n'est pas syndiqué, il se rira des foudres syndicales et se refusera à comparaître devant le Conseil de famille. Permission pourra être donnée par le Syndicat à l'ancien occupant, de faire connaître son nouveau domicile par la voie de la presse.

On peut également tenter une conciliation. Chacun des praticiens désignera un confrère comme arbitre et ceux-ci feront choix d'un troisième. Mandat sera donné à ce trois confrères de connaître du conflit et de statuer comme amiables compositeurs.

Si la voie arbitrale et confraternelle échoue, force sera d'aller devant les Tribunaux de droit commun ; mais ceux-ci devront se conformer à l'adage : *dura lex, sed lex* et, si le second confrère se montre intransigeant, ils ne pourront que confirmer son droit quelque peu abusif de se refuser à l'apposition de toute plaque indiquant le nouveau domicile de son prédécesseur.

Ds Paul BOUDIN.

L'ACTUALITÉ PROFESSIONNELLE

Informations judiciaires

TROIS DÉCISIONS RELATIVES AUX HONORAIRES MÉDICAUX

TIERS RESPONSABLE DES HONORAIRES

En règle générale, le principal débiteur du médecin est évidemment le malade bénéficiaire des soins, sans qu'il importe d'ailleurs qu'il ait fait appel lui-même au médecin qui l'a soigné. Mais fréquemment ce malade est d'une solvabilité fort douteuse, et le médecin traitant n'est intervenu auprès de lui que sur la demande d'un tiers, auquel il a fait confiance. Si ce tiers refuse ensuite tout paiement, le médecin sera-t-il une fois de plus victime de sa bonne foi et de ses sentiments d'humanité qui l'empêchent de se préoccuper de la situation pécuniaire d'un malade avant de consentir à le soigner ?

Ce problème s'est posé devant le Tribunal civil de Chartres sous l'aspect suivant : un père refusait de payer les soins donnés sur sa demande à sa fille insolvable et vivant sous son toit, sous prétexte qu'elle était majeure et qu'au moment de son décès il avait renoncé à sa succession. Le Tribunal, n'a pas voulu accepter une telle thèse, mais adoptant la jurisprudence déjà instaurée par la Cour de Chambéry (arrêt du 20 avril 1932), il a décidé, par son jugement du 17 février 1937 que *l'on doit considérer comme responsable des honoraires la personne non mandatée qui a sollicité pour un tiers le secours du médecin, et a pris ainsi envers ce dernier un engagement implicite, surtout lorsqu'il s'agit d'un malade indigent envers qui la personne faisant appel au médecin est tenue d'une obligation morale de soins par ses liens de famille et d'affection.*

TRIBUNAL COMPÉTENT

Il était aussi un autre moyen de ne pas payer ses notes d'honoraires, dont les médecins étaient jusqu'à présent trop souvent victimes : le malade qui de passage dans une localité, se faisait soigner par un médecin du lieu, attendait les poursuites judiciaires pour payer son dû, comptant bien que le médecin y renoncerait, étant donné les difficultés et les frais qu'elles seraient susceptibles d'entraîner. Ainsi en était-il particulièrement en matière de soins donnés aux victimes d'accidents d'automobiles, ou aux hôtes des stations de villégiature ou thermales.

Mais il existe une loi du 6 avril 1932, modifiant l'art. 2 § 4 du Code de procédure civile, en vertu de laquelle « les contestations relatives à des fournitures, travaux, louage d'ouvrage ou d'industrie, peuvent être portées devant le Juge du lieu où la convention a été contractée ou exécutée si l'une des parties est domiciliée en ce lieu. » Toute la difficulté revenait à rechercher si le contrat intervenu entre le médecin et le malade entrait dans les prévisions de cet article.

A la suite du Tribunal civil de Beauvais (28 mars 1935), le Tribunal civil de Châlon-sur-Saône, par un jugement en date du 13 octobre 1936, vient de reconnaître que le médecin *fournit* à son client un travail à la fois intellectuel et manuel, et que le contrat qui le lie peut être assimilé à un « contrat d'entreprise » (ou louage d'industrie). Il est donc conforme à la fois au droit et à l'esprit de la loi que *le médecin puisse poursuivre le recouvrement de ses honoraires devant le Tribunal du lieu où les soins ont été donnés, s'il est lui-même domicilié en ce lieu, sans qu'il importe que le domicile du malade ne soit pas en cet endroit.*

PRESCRIPTION

Nul n'ignore que l'action des médecins pour leurs visites et opérations se prescrit par deux années « en vertu de l'article 2.272 du Code civil. Mais quel doit être le point de départ de cette prescription, est-ce la date à laquelle chaque acte médical est accompli, est-ce au contraire celle de la terminaison du traitement ? La première hypothèse paraît *a priori* plus conforme au texte qui ne parle que de visites ou d'opérations mais non de traitement. Elle aurait pour conséquence que le médecin devrait réclamer le paiement de sa note à la suite de chaque acte médical... Or un tel procédé est absolument contraire à l'usage et il est inadmissible de forcer le médecin à « tendre la main après chaque visite ». D'autre part admettre que la prescription ne peut commencer à courir que du jour où le traitement d'une affection déterminée a été complètement achevé, serait en fait supprimer le jeu de la prescription dans tous les cas de maladie chronique, qui nécessitent des soins de longue durée.

Voici comment la Cour de cassation, dans son arrêt du 30 octobre 1936 (*Gaz. Pal.*, 30 novembre 1936) a concilié ces deux thèses en apparence contradictoires. Elle pose tout d'abord le principe que *les actes médicaux faits d'une façon suivie à l'occasion d'un seul et même traitement*

peuvent être considérés comme faisant l'objet d'une créance unique à régler à la fin du traitement, et c'est à cette date que doit alors être fixé le point de départ de la prescription.

Mais *lorsqu'un malade, atteint d'une affection de longue durée, coupée par des périodes de rémission*, n'a eu recours aux services du médecin qu'à des intervalles tels que les soins données constituaient en réalité des traitements distincts, *c'est à partir de chacune des interruptions que commence à courir la prescription contre le médecin.* Il appartient naturellement aux Juges du fond d'apprécier si l'interruption est assez longue pour que la reprise ultérieure constitue une nouvelle période.

J. M.

La Presse et les Sociétés

Les règles concernant les cessions de clientèle dans les divers pays d'Europe

A la demande de la Fédération médicale belge l'Association professionnelle internationale médicale (A. P. I. M.), a procédé à une enquête auprès d s divers groupements nationaux de médecins sur le sujet suivant : « Quels sont, dans votre pays, les us et coutumes concernant les cessions et reprises de clientèles ? Y a-t-il des lois ou règlements à ce sujet ? » Les résultats de cette enquête viennent d'être publiés dans le numéro de février 1937 de la *Revue internationale de médecine professionnelle et sociale*, et il est assez curieux de constater combien les réponses ont été divergentes.

Il y a, somme toute, peu de pays où la cession de clientèle médicale moyennant paiement soit pratiquée de manière courante. En dehors de la France, où la jurisprudence primitivement hostile tend de plus en plus à valider un pareil contrat, nous ne trouvons guère que l'Angleterre, la Hollande et le Danemark. Il ne s'agit là d'ailleurs que d'un usage reconnu par les associations professionnelles, mais n'ayant fait l'objet d'aucune réglementation légale. Le prix de cession moyen varie du revenu brut d'une année et demie en Angleterre, aux trois quarts ou deux tiers de revenu en Hollande.

Un tel contrat est usité aussi, mais de manière peu fréquente, en Norvège et en Suisse. Il paraît d'ailleurs assez mal vu par les Associations médicales et l'opinion publique. En Norvège, tout d'abord, les Syndicats considèrent les cessions de clientèle comme contraires au principe du libre choix du médecin. En Suisse, les us et coutumes varient naturellement d'un canton à l'autre, mais on estime généralement que la personnalité du médecin joue un trop grand rôle dans la création d'une clientèle pour que celle-ci puisse faire l'objet d'un commerce. Les tribunaux admettent à la rigueur que l'on fasse payer la valeur économique d'une clientèle, mais non sa valeur morale.

Dans un grand nombre de pays (Belgique, Bulgarie, Hongrie, Luxembourg, Suède), il n'est pas d'usage que les clientèles médicales soient cédées ou reprises à titre onéreux. Il y a seulement parfois cession de bail, d'instruments ou d'installation (Belgique et Hongrie). Mais les fiches médicales concernant les clients ne peuvent faire l'objet d'aucune transaction, car elles sont placées sous la sauvegarde du secret professionnel. La question de la cession d'une clientèle ne se pose d'ailleurs plus en Hongrie depuis la charte médicale résultant de la loi de 1936 ; d'après cette loi peut seul exercer la médecine, le praticien membre de la Chambre médicale départementale. Le médecin qui désire cesser d'exercer doit donc en avertir cette Chambre, à laquelle il appartient d'accepter son successeur.

Enfin, toute cession de clientèle est expressément interdite, sous peine de sanctions, dans les pays suivants : Allemagne, Autriche, Italie, Pologne, Tchécoslovaquie. Le régime le plus intéressant à cet égard est le régime allemand : d'après la loi concernant le « Reichsärtzeordnung », le médecin ayant reçu sa « nomination » ne peut y renoncer qu'avec l'avis de la Chambre médicale du Reich (Reichsärtzekammer), sauf appel devant le ministre de l'Intérieur. Les ventes de clientèle sont contraires aux prescriptions de l' « Ordre », et les tribunaux les ont d'ailleurs toujours considérées comme contraires aux bonnes mœurs. Il en est de même en Pologne et en Tchécoslovaquie, et les coupables d'une telle transaction seraient déférés devant le Conseil de l'Ordre ou la Chambre médicale.

Cette rapide revue nous montre donc que l'on passe suivant les pays de la reconnaissance officielle (France) à l'interdiction et à la répression pénale. A la réflexion, ces différences et ces oppositions ne sauraient nous étonner, car elles ne sont que la résultante, dans un cas particulier, des mœurs et de l'organisation professionnelle et même politique de chaque pays, mais nous croyons qu'à cet égard, il n'était pas inintéressant de les signaler.

J. M.

HYGIÈNE PROFESSIONNELLE

UN NOUVEAU CONTRE-POISON DE L'OXYDE DE CARBONE

Le Service médical du Travail (en Belgique) signale un nouveau traitement de cette grave intoxication, et publie la note suivante qui doit intéresser tous les praticiens étant donné le nombre d'accidents aigus ou chroniques produits par l'oxyde de carbone.

On sait que l'oxyde de carbone CO est, parmi tous les gaz toxiques, celui qui fait le plus de victimes à cause de sa virulence et de la facilité avec laquelle il se forme dans les circonstances les plus variées de notre existence.

Jadis on mourait d'un réchaud oublié, d'une cheminée tirant mal, d'un poêle mal fermé. Aujourd'hui, le gaz à domicile est un danger permanent, qui est heureusement révélé par son odeur.

Pendant la guerre, l'oxyde de carbone formé pendant l'explosion des obus n'a peut-être pas fait moins de victimes que les obus eux-mêmes. A forte dose, le CO provoque la mort immédiate, figeant les corps dans la position qu'ils occupent à l'instant où elle survient.

Mais l'intoxication par l'oxyde de carbone n'a pas besoin d'aller jusqu'à la mort ni même jusqu'à l'évanouissement pour présenter un danger social.

Contenu dans l'air, même à des doses infimes de l'ordre de 2 ou 3 dix-millièmes, il peut à la longue au bout de quelques heures provoquer un affaiblissement de l'activité cérébrale.

On a trouvé des chauffeurs d'automobile morts sur leur siège par suite d'une intoxication à l'oxyde de carbone. Mais qui sait quel est le nombre d'accidents d'automobiles, provoqués par un relâchement de l'attention du chauffeur par suite d'une intoxication, due à un mauvais isolement du tuyau d'échappement ou à un reretour d'air à l'arrière de sa voiture. Tout conducteur connaît les maux de tête et somnolences anormales dont on est parfois atteint après un long trajet en voiture.

Les cas d'empoisonnement dans les usines, dans les mines, au cours d'incendies ne sont pas rares non plus.

Jusqu'à présent, le seul moyen d'action en cas d'intoxication aiguë était la respiration artificielle. Mais une fois le cœur arrêté, on n'en réchappait pour ainsi dire jamais, car la reconstitution des globules rouges est lente, et l'organisme affaibli n'avait plus la force de lutter.

Il semble cependant que l'on ait, depuis quelques mois, acquis une méthode dont les résultats semblent dépasser toute prévision.

Citons le cas le plus fréquent.

Le 30 décembre dernier un habitant de San Francisco, âgé de 54 ans, se suicida en respirant les gaz d'échappement de sa voiture.

La personne qui le découvrit appliqua la respiration artificielle pendant une demi-heure sans arriver à le ranimer.

Le corps inanimé fut transporté à l'hôpital, où on avait depuis quelques jours reçu l'ordre du Directeur de la Santé publique de traiter tous les cas d'intoxication au CO par le bleu de méthylène. Cette décision avait été prise à la suite des expériences conduites à l'Université de Californie sur des animaux.

Le patient, dont le cœur avait cessé de battre depuis plus d'une demi-heure, reçut une injection intraveineuse de bleu de méthyléne. Trois minutes plus tard son cœur se remit en marche, et il recouvrait sa connaissance en moins de dix minutes.

Tous les autres cas traités depuis ont également été couronnés de succès.

On peut donc considérer que le bleu de méthylène, qui était déjà appliqué depuis quelques années aux cas d'intoxication par l'acide cyanique est également un excellent contre poison de l'oxyde de carbone.

Il est d'ailleurs recommandé de combiner son emploi avec la respiration artificielle.

Le Docteur Griger, de San-Francisco, recommande des injections intraveineuses de 50 cmc. d'une solution à 1 % de bleu de méthylène dans l'eau physiologique, à répéter, si nécessaire, 15 à 30 minutes plus tard.

Le Docteur J.-A. LEDERER (1) commente à propos de cette note, le traitement de l'intoxication à l'oxyde de carbone par le bleu de méthylène, et ses dérivés.

L'emploi du bleu de méthylène dans ces intoxications est basé, dit-il, sur la propriété que possède ce produit de rendre vingt à trente fois plus active la combustion du glucose par les globules rouges de lapin. Il est logique, en effet, de se servir de ce puissant oxyde-réducteur dans une intoxication dont l'élément essentiel est l'in-

(1) *Le Scalpel*, 20 mars 1937.

hibition de l'action oxydo-réductrice de l'hémoglobine par suite de sa combinaison fort stable avec le CO. Brooks a observé que, dans des conditions expérimentales identiques d'intoxication par le CO, 80 % des animaux non traités meurent alors que de ceux qui ont reçu du bleu de méthylène 92 % survivent. Il a constaté, en outre, que la transformation de carboxyhémobine en oxyhémoglobine s'effectue plus rapidement chez l'animal traité que chez le témoin.

Hug et Geiger ont noté les bons effets du bleu de méthylène dans une autre intoxication également anoxhémiante, celle par les cyanures.

Wendel pense que le danger est négligeable, car, à la dose recommandée en clinique le bleu de méthylène ne produirait qu'une quantité insignifiante de méthémoglobine aussi bien chez l'homme que chez l'animal d'expérience.

A la suite de leurs travaux Deutsch et Weiss recommandent l'emploi de doses beaucoup moins élevées de bleu de méthylène, et de dissoudre celui-ci dans une solution de glucose. Ils rapportent une série de succès obtenus avec 20 c. c. d'une solution de bleu de méthylène à 0,25 % dans du glucose à 10 %, soit le dixième de la dose employée précédemment par Geiger.

En Allemagne, on a remplacé ces derniers temps le bleu de méthylène par un composé chimique très voisin la thionine, colorant violet, qui possède le grand avantage d'être plus actif (pouvoir oxydo-réducteur de 62 millivolts au pH 7 contre 11 pour le bleu de méthylène) et moins toxique. La toxicité de la thionine est pratiquement négligeable. Elle ne provoqu pas la formation de méthémoglobine. Elle peut au cours d'injections répétées provoquer un certain état d'anémie.

En résumé, il faut savoir que les hautes doses de bleu de méthylène employées au début (50 centigr.) ne sont probablement pas dépourvues de danger. Dans la suite, on a employé avec succès des doses dix fois moindre en les dissolvant dans une solution de glucose qui possède le pouvoir d'annihiler les effets toxiques du bleu de méthylène. De plus, il semble bien qu'à l'heure actuelle, il y ait intérêt à remplacer le bleu de méthylène par un de ses dérivés la thionine produit moins toxique et plus actif à la dose de 10 c.c. d'une solution à 0,5 %.

L'INSTITUT D'HYGIÈNE DENTAIRE ET DE STOMATOLOGIE (FONDATION EASTMAN)

Un riche américain M. Eastman a donné à la Ville de Paris un million de dollars pour la création d'un Institut d'hygiène dentaire et de stomatologie.

Il a mis comme conditions à son don que cet Institut serait dirigé par un praticien éminent qui ne pourrait exercer la profession, devant se consacrer uniquement à l'établissement. Il devrait être à la fois directeur technique et administratif, assisté seulement d'un économe. L'Institut devrait fonctionner comme ceux de Bruxelles, de Rome et de Londres, conçus sur le même modèle, celui de l'Institut américain de Rochester. Le directeur, proposé par une Commission et nommé par le Préfet de la Seine, sera tenu de faire un stage de trois mois à Rochester pour se mettre au courant de sa tâche qui sera évidemment considérable et entraînera une grande responsabilité.

Après une assez longue discussion, sur la proposition du Préfet de la Seine, le Conseil municipal a voté un traitement de 86.000 francs au futur directeur. Reconnaissons que ce chiffre est loin d'être exagéré puisque le directeur devra être un *praticien éminent* qui abandonnera sa clientèle, ses nouvelles fonctions lui interdisant d'exercer.

Le nouvel Institut est déjà construit par les soins des exécuteurs testamentaires de M. Eastman dans le XIIIe arrondissement. Il devra fonctionner à partir du 1er janvier 1938.

Nous espérons que ce directeur éminent qui doit de ce fait posséder des connaissances scientifiques étendues, sera docteur en médecine. Parmi les docteurs stomatologistes parisiens et de province il sera facile de trouver un directeur offrant toutes les garanties désirables.

J. N.

REFLEXIONS D'UN MÉDECIN PRATICIEN A PROPOS DES PENSIONS ABUSIVES

Par le Docteur BRIAU

Tout le monde est d'accord pour *déplorer* que l'Etat ne puisse compenser à leur valeur les sacrifices subis pour lui par les mutilés de la Grande Guerre ou par les parents des disparus. Les lois, à partir de la loi du 31 mars 1919, se sont efforcées par les dispositions les plus libérales de donner aux intéressés les facilités les plus grandes pour obtenir justice dans la mesure du possible. Elles sont basées sur ce principe bien connu des jurisconsultes : il vaut mieux indemniser des non méritants que frustrer des méritants. Cette tendance malheureusement aboutit à des abus : aux pensions allouées à ceux qui les méritent et qui mériteraient encore mieux se sont mêlées des pensions non justifiées. Le montant de celles-ci pourrait compenser utilement l'insuffisance de celles-là. Il en résulte des situations vraiment révoltantes, qui doivent émouvoir non seulement les contribuables responsables, mais encore et surtout les vrais mutilés de la guerre contraints de faire d'amères comparaisons.

Si le principe de la révision des pensions abusives n'a pas l'adhésion universelle, c'est par une ignorance d'un certain nombre de raisons qu'il est utile d'énumérer ; la première serait suffisante à elle seule pour apporter la conviction : ***tous les anciens combattants pensionnés pour faits de guerre restent en dehors de la question.***

D'autre part, les cas soumis à la révision sont examinés par des organismes multiples, indépendants, les uns des autres, et il faut vraiment que la possibilité de la suppression s'impose avec éclat pour qu'elle soit proclamée.

Plus de la moitié des pensions révisables sont motivées par des affections pulmonaires ; l'examen de leur imputabilité pose des problèmes souvent difficiles à résoudre. On rencontre à leur occasion, tous les degrés d'invalidité, depuis le 100 % des tuberculoses pulmonaires bactériologiquement et cliniquement confirmées jusqu'au 10 % des emphysèmes légers sans phénomènes bronchiques. Entre ces extrêmes se placent notamment les scléroses des sommets, les séquelles de pleurésie et les cortico-pleurites.

La tuberculose pulmonaire 100 % en plus des cas indiscutables d'intoxication par les gaz ou de souffrances éprouvées par les prisonniers de guerre se présente assez souvent avec un historique imposant d'imputabilité. Les incorporés, service armé, qui pendant leur service même à l'intérieur, ont présenté des épisodes pulmonaires aigus, réveil évident d'une *primo-infection de l'enfance ou même primo-infection chez* les importés coloniaux fournissent des cas où le maintien se formule aisément.

La décision est moins facile à prendre pour les récupérés. Beaucoup de ceux-ci ont été ajournés ou exemptés avant la mobilisation et ont été repris service armé ou auxiliaire à un moment où leur état apparent le permettait. Parmi ceux-ci beaucoup, presque dès leur arrivée au dépôt, sans avoir été soumis à des fatigues ou intempéries, ont dû être hospitalisés puis réformés pour des lésions chroniques passées inaperçues à la visite d'incorporation. Ces hospitalisations suivies de réforme n° 2 constituèrent des constats qui servirent de base ensuite à des demandes de pensions que la loi justifiait.

La première Commission de réforme ayant reconnu l'imputabilité, même avec un taux modique de 10 % par exemple, le pensionné se trouve pour l'avenir placé sous l'entière responsabilité de l'Etat et peut arriver, par la progression lente d'une infection antérieure à la mobilisation, indépendante du service, à percevoir un taux d'invalidité de 100 %. Médicalement, cette responsabilité apparaît de toute évidence hors de cause, mais les précautions des articles de la loi en rendent la révision extrêmement difficile à formuler. Il a fallu un décret spécial (1935), pour que les vacateurs puissent conclure suivant leur conscience dans quelques-uns de ces cas épineux. Il suffit qu'un billet d'hôpital porte la mention « Bronchite aiguë ou grippe », même si l'hospitalisation n'a duré que deux ou trois jours (avec guérison notée à la sortie) pour que la suppression légitime ne puisse être proposée.

Il s'agit dans ces circonstances d'infirmités très graves qui méritent la commisération : le service militaire n'est pas responsable, c'est entendu, mais l'assistance qui résulte pour l'intéressé de cette imputabilité usurpée est cependant bien placée au point de vue social. Où la conscience médicale se trouve plus alarmée, c'est dans certaines situations inverses. La réforme a été prononcée après le service à un taux considérable, 100 %, pour tuberculose pulmonaire confirmée. Il en résulte une pension qui devient définitive et intangible. Or, dans de nombreux cas, la tuberculose, heureusement, aboutit à un état de guérison clinique rétablissant l'intégrité de l'activité physique et morale de l'intéressé. Et l'on voit alors côte à côte, avec une pension identique, l'amputé du front et

l'ancien récupéré de l'arrière, reconnu malade pendant un court passage au dépôt et redevenu ensuite un homme comme tout le monde. En décrétant une décision définitive pour ces deux cas le législateur a oublié que si un membre perdu ne repousse jamais la tuberculose guérit quelquefois.

***

L'emphysème pulmonaire se trouve inscrit plus souvent que toutes les autres affections sur les motifs de pension et il constitue pour les examinateurs un vrai casse-tête. Il s'agit le plus souvent de mobilisés des vieilles classes qui sont restés au dépôt et se sont enrhumés tous les hivers pendant ce séjour, comme ils s'enrhumaient avant et comme ils ont continué après. Si le mot emphysème était strictement employé dans son acceptation théorique, on pourrait s'entendre. Il s'agit de l'altération des fibres élastiques du tissu alvéolaire et de la dilatation consécutive des alvéoles ; gêne fonctionnelle de la respiration et de l'hématose. Cette dystrophie est en relation avec l'asthme, avec la dilatation bronchique. Les longues toux de l'enfance (ganglions trachéo-bronchiquse, coqueluche, rhumes prolongés) sont à son origine, mais elle comporte en plus un élément constitutionnel comme les hernies et les varices. Tout le monde ne devient pas emphysémateux : les hommes qui ont été réincorporés entre 35 et 45 ans et qui ont quitté le dépôt après la démobilisation avec un titre de rente en raison de leur emphysème ne peuvent être considérés sérieusement comme des victimes de la guerre. Ce n'est pas toujours facile, non de le prouver, mais de le formuler en accord avec les termes de la loi, et d'autant que le mot est souvent employé par les Commissions de réforme avec une extension mal définie.

Plus mal définies encore sont les affections pulmonaires intermédiaires entre l'emphysème simple et la tuberculose confirmée. A part les conséquences évidentes des empyèmes avec résections costales, consécutifs à des infections aiguës dues au pneumonocoque ou aux autres pyogènes, on a affaire à des scléroses apicales, à de l'induration relative des bases, à des pleurites, etc..., qu'il est bien difficile de juger d'après les pièces du dossier.

En général, l'imputabilité est basée beaucoup plus sur le principe « aggravation possible par le service » que sur l'origine proprement dite. La loi a prévu que pour la présomption, l'aggravation jouerait le même rôle que l'origine. Il en résulte que le plus souvent, on ne peut formuler la preuve contraire, malgré la conviction médicale que l'imputabilité n'est pas fondée.

Dans ces cas-là le médecin, esclave du scrupule, ne peut s'en tirer que lorsque les droits à la présomption légale sont périmés par le retard de la demande de pension. L'intéressé retardataire (loi de 1926) doit faire lui-même la preuve e t cela lui est souvent bien difficile malgré la bonne volonté du législateur à son endroit. Il paraît sous entendu, que toute infirmité pulmonaire est en relation avec l'imprégnation tuberculeuse. Une épididymite spécifique, ayant nécessité la castration pendant le service, permettra, si l'intéressé longtemps après sa démobilisation devient phtisique, de lui allouer 100 % avec surpension du 10e degré par filiation.

Son épididymite, antérieure à l'incorporation, améliorée par l'intervention aboutit cependant à une pension pour la mutilation subie, mutilation déclarée imputable : il s'en suit que le service sera indéfiniment responsable de tout ce que le bacille de Koch pourra provoquer ensuite.

***

Après les affections pulmonaires, mais bien loin derrière elles, viennent par ordre de fréquence *les cardiopathies* et *les surdités.*

Un motif souvent invoqué est : « l'*éréthisme cardiaque sans lésion organique,* très souvent mis en relation avec l'*emphysème pulmonaire sans réaction bronchique.* Cette rubrique embarrasse beaucoup les médecins scrupuleux. Ils sont plus à leur aise pour juger les cardiopathies véritables tout au moins quant à leur origine. Ils en voient souvent qui se révèlent peu de temps après l'incorporation sans épisode aigu constaté : rhumatisme ou septicémie ; ils peuvent facilement conclure alors qu'un rétrécissement mitral ou une insuffisance aortique ne s'installent pas en quelques semaines sans un fracas constatable de l'endocarde.

***

La surdité est à la base de nombreuses pensions abusives. Il ne peut être question ici des traumatismes de l'oreille par commotion ou explosion, mais des surdités médicales. Quand il a fallu pendant la guerre récupérer le plus possible les ajournés et les exemptés des anciennes classes, on a fait appel à de nombreux sourds. Le degré de leur infirmité n'était pas très minutieusement enregistré au moment de leur incorporation hâtive. La mobilisation terminée, les demandes de pension pour « hypoacousie » ont plu comme grêle. Impossible de comparer l'état antérieur avec le constat établi au moment de l'examen de réforme et naturellement les imputabilités ont été acceptées avec l'ampleur qu'autorisait la loi.

On peut résumer en classant les sourds en trois classes : Ceux qui, incorporés service armé,

ont contracté pendant le service une infection générale grave compliquée d'otite aiguë, de mastoïdite (rougeole, scarlatine, etc...). On en trouve de nombreux exemples parmi les jeunes classes qui sont allées en Rhénanie après la guerre. L'imputabilité d'origine est évidente pour cette première catégorie.

A la deuxième catégorie, la loi, pour le motif aggravation, assure également l'imputabilité : ce sont les mutilés anciens de l'oreille dont les lésions assoupies au moment de l'incorporation se réveillent pendant le service, otites suppurées chroniques devenant momentanément aiguës et motivant hospitalisations.

A la troisième appartiennent les scléreux depuis l'enfance. Chez beaucoup d'entre eux l'examen acoustique n'a pu être complètement enregistré au moment de l'incorporation, ils ont donc eu beau jeu pour exiger des pensions qui font souffrir la conscience du médecin examinateur : l'imputabilité une fois admise, l'Etat se trouve responsable des progrès naturels de la sclérose auriculaire qui augmente à mesure que s'éloigne la date de la cessation du service.

Que dire des hernieux, des variqueux et des hémorroïdaires ? Il y a des hernieux qui sont pensionnés tout simplement parce qu'ils sont allés demander un bandage à l'infirmerie : constat officiel ! Que de variqueux attribuent leurs ulcères à une écorchure reçue pendant un exercice, qui ont fait une chute en portant la soupe, etc... Quant aux hémorroïdaires, ils allèguent souvent l'intervention chirurgicale qui les a guéris ou soulagés et qui constitue cependant un constat officiel.

Les affections oculaires, qui, par ordre de fréquence, viennent ensuite, permettent des conclusions plus faciles. Il n'y a pas de doute sur l'imputabilité des affections consécutives à un traumatisme en service commandé. Il n'y aurait aucun doute sur la non imputabilité des lésions congénitales comme myopie et astygmatisme, si la notion aggravation ne venait quelquefois apporter du trouble dans les dossiers.

Plus difficiles, les infirmités d'ordre inflammatoire et notamment le trachome. Cette affection cause des lésions souvent très graves : il est médicalement désagréable d'admettre qu'elles sont imputables quand l'intéressé vient d'une région où le trachome est endémique. Les cas de métropolitains qui contractent l'infection durant leur service dans de telles régions sont très rares et naturellement la décision positive ne souffre alors aucune difficulté. Pour les autres, la notion aggravation embrouille la décision négative qui s'impose.

***

Les examinateurs sont souvent très étonnés de tomber sur des cas de maladies vénériennes. A première vue, même pour un esprit libéré de tout préjugé, la responsabilité du service militaire dans des cas de syphilis ou de gonococcie paraît une galéjade. Certaines conséquences graves de la syphilis, comme ataxie locomotrice ou paralysie générale, peuvent être considérées comme imputables, parce que les circonstances du service n'ont pas permis à l'intéressé de suivre contre ses tréponèmes un traitement assidu. Les exercices violents, l'équitation peuvent-ils compléter d'orchites graves une blennorragie banale ? C'est à discuter. Plus discutable encore est l'ophtalmie gonococcique dont quelques cas ont été relevés.

S'il existe des pays à trachome, il existe aussi des régions à malaria. On trouve souvent des pensions motivées par « séquelles de paludisme » chez des militaires qui ont été mobilisés à Salonique, en Syrie, ou dans certaines régions africaines. En grande majorité, ces pensionnés se trouvent comme par hasard originaires de pays impaludés : c'est souvent le cas pour les Corses et les Tunisiens. On ne peut rendre raisonnablement le service re ponsable d'impaludations antérieures et même postérieures (retard des demandes) à l'incorporation. Restent à discuter l'éternelle aggravation possible, et les réinfections massives.

Une autre question, scientifique, se pose : si la réalité d'une infection paludique est prouvée, celle-ci est-elle définitive chez le sujets qui se retirent après leur démobilisation dans un pays sain ? Les spécialistes (Institut Pasteur) estiment que sans réinfection, l'hématozoaire a complètement et spontanément disparu de l'organisme au bout de quatre à cinq ans. Combien d'anciens mobilisés de Salonique touchent encore une pension pour malaria, qui sont installés depuis 18 à 20 ans dans les régions les plus salubres de la France ? Ils sont indemnisés en somme, uniquement pour un mauvais souvenir ! On doit réserver naturellement les cas où l'infection paludique a déterminé des altérations définitives et constatables du foie et de la rate. Il en est autrement de l'influence possible d'une attaque ancienne de malaria, guérie, sans séquelles, sur un état mental qui longtemps après se révèle déficient.

En effet, de toutes les catégories de maladies pensionnées, les plus déroutantes sont les affections nerveuses et mentales. Qu'il y ait eu dans la zone de combat, des commotions terribles, et de véritables traumatisme psychiques, laissant un déséquilibre définitif des facultés, c'est un fait indiscutable. Il ne peut s'agir en aucun cas de réviser de pareilles infirmités, quand elles ont

motivé l'évacuation. Mais que dire devant les nombreux cas de débilité mentale, de psychasthénie, d'état névropathique, constatés chez des mobilisés à l'intérieur et souvent presque immédiatement après l'incorporation ? Tous ces cas sont pensionnés largement. Quant à la démence précoce, à la paralysie générale, à l'aliénation, invalidité évaluée à 100 %, le rapporteur les voit défiler avec stupeur, imputabilité non discutée ! Le cas type est le suivant : l'intéressé, employé à l'intérieur dans un poste tranquille, doit, au bout de quelques temps, être interné comme fou, sans avoir subi de secousses morales ou physiques particulières. Conclusion : depuis, il est enfermé aux frais de l'Etat. Souvent dans les dossiers, la responsabilité des tares congénitales, de l'alcoolisme, et de la syphilis est notée avec précision, mais ces divers responsables s'effacent devant l'Etat qui doit tout endosser, par motif d'aggravation. On cite le cas de certains aliénés qui ont dû être enfermés dès leur arrivée au dépôt, qui avaient déjà été enfermés avant. Leur femme accepte la responsabilité de les soigner ou de les faire soigner, elle reçoit un ensemble d'indemnités dont le total est plus que respectable. Si le pensionné est guéri ou amélioré, elle le garde chez elle, sinon elle trouve des maisons particulières où on le soigne pour 5 à 6 francs par jour. La voilà délivrée de son mari, et pourvue d'une rente : on n'aurait pas dû incorporer...

On a beau jeu à incriminer l'incorporation des tarés. La minutie des opérations médicales d'incorporation actuelle n'était pas applicable quand il fallait hâtivement remplacer les combattants dans les dépôts de l'arrière. On se rendait vite compte que certains de ces récupérés étaient inutilisables et encombrants, mais le fait de les renvoyer par une réforme n° 2 constitue un constat officiel qui entraîne la présomption légale. Et c'est ainsi que des idiots, des épileptiques se trouvent pensionnés.

Le dossier a certainement été instruit, les enquêtes de gendarmerie sont bien venues apporter des précisions sur l'état antérieur des intéressés, mais la justice strictement médicale doit s'incliner devant les textes qui ont voulu indemniser, en raison d'une aggravation possible,tous les dommages subis, même les plus hypothétiques.

Dans le même ordre d'idées, se rangent les parkinsoniens et les basedowiens ; quelques troubles précurseurs de leur maladie ayant été enregistrés pendant le service, ils ont ainsi motivé à la libération une demande de pension pour une infirmité encore vague et peu taxée.

Cette première imputabilité admise, la névrose a pu, dans les années suivantes, se développer suivant ses lois, et toutes les aggravations consécutives mises sur le compte de l'ancien service, bien innocent dans l'espèce.

Il en est de même des diathèses, comme diabète, goutte, rhumatisme déformant, des affections chroniques du foie et des reins, du cancer, etc...

Les affections digestives, mal définies au début, coïncident le plus souvent avec une mauvaise dentition, elles ont permis quand elles ont été dûment constatées au moment voulu, de faire pensionner des ulcères d'estomac, des gastrectomies, et d'autres événements survenus très longtemps après la libération ; le schéma de ces cas est le suivant : un sujet digérant mal est hospitalisé, ses troubles sont vagues. On l'examine on découvre qu'il est édenté ; envoi en centre spécial qui le gratifie d'un appareil prothétique. Conclusion : ce passage à l'hôpital est un constat qui l'assure contre toute maladie du tube digestif qui surviendra plus tard; l'Etat devra tout payer, malgré le service qu'il a rendu gratuitement à l'intéressé.

Bien souvent, en examinant les faits, on est tenté de penser qu'au lieu d'exiger une pension, certains demandeurs devraient indemniser l'Etat.

Par exemple, on voit taxer à 10 ou 20 % une cicatrice abdominale sans complication, consécutive à la cure radicale d'une appendicite, d'une hernie ou d'un varicocèle ! Le malade est débarrassé d'une infirmité antérieure au service et indépendante de lui et, en plus, toute sa vie, il va toucher une petite pension : c'est un profiteur de la guerre n° 1.

Il faut terminer cette revue trop rapide qui suffira cependant à faire comprendra l'extrême difficulté du rôle médical dans la révision des pensions abusives. Les propositions formulées par les médecins qui examinent les dossiers sont contrôlées et vérifiées par d'autres médecins, avant de passer devant les Comités spéciaux qui statuent en premier ressort, et devant une Commission supérieure, constituant juridiction d'appel. Toutes les garanties possibles sont ainsi données pour que les vraies victimes restent en dehors de tout risque de révision. Elles n'ont pas à appréhender l'examen médical de leur dossier puisqu'elles y trouvent une consolidation de leurs droits. Elles doivent considérer que l'élimination de quelques-unes des trop nombreuses victimes hypothétiques, est une œuvre de justice vis-à-vis d'elles-mêmes. Parmi des victimes hypothétiques, une minorité seulement sera touchée par l'application des lois bienveillantes.

Si l'on voulait relater quelques observations recueillies parmi les pensions abusives, on écrirait ici un long chapitre qui serait teinté d'un humour facile et inattendu.L'humour ne serait pas à sa place dans l'exposé d'une question aussi capitale et attristante que la réparation individuelle des dommages de guerre. Elle est jugée, à trois degrés divers, par trois expressions de l'opinion pu-

blique : le sentiment, la sensibilité et la sensiblerie.

Le sentiment national, c'est la reconnaissance indéfectible pour les blessures reçues en défendant le pays, sacrifices qui ne seront jamais suffisamment compensés.

La sensibilité publique s'adresse aux sacrifices indirects, maladies contractées à l'occasion du service, ayant laissé des infirmités évidentes qui n'auraient pas été constatées si la mobilisation avait laissé les intéressés chez eux ? Il s'agit d'un mouvement de justice que personne ne peut discuter.

Enfin, *la sensiblerie populaire*, facile à émouvoir, s'adresse aux cas hypothétiques, où l'imputabilité n'a pu vraiment être admise que par une interprétation outrancière de la bienveillance voulue par les lois successives. Après la guerre, on a dû s'apitoyer sur des grands malades, sur des aliénés, sur des hémiplégiques : ces invalidités se seraient-elles constituées si les intéressés n'avaient pas été mobilisés même dans le cas où cette mobilisation ne les a sortis de leur intérieur que pendant quelques jours ? D'autre part, depuis dix-neuf ou vingt ans, leurs familles et eux-mêmes vivent en partie avec les pensions qui leur sont allouées, que deviendront-ils si ces pensions sont brusquement supprimées ? Cette sensiblerie est partagée par l'Etat, scrupuleux à l'extrême de son devoir de reconnaissance. Une révision des lois de pension est en ce moment même à l'étude, au Parlement. Il y est prévu que des dispositions financières seront prises pour atténuer la suppression des pensions qui, sans discussion se révèlent imméritées. Pour être juste envers l'Etat lui-même ou plutôt, envers le contribuable, il faudrait s'occuper sans apitoiement de la poussière des petites pensions à motif inexistant, leur suppression n'aurait vraiment pas grande importance pour les budgets individuels, mais économiserait des millions à la France. Du reste, 40 % des suppressions déjà signifiées ont été acceptées sans appel par les intéressés.

Ceux qui ont examiné des milliers de dossiers ont la conviction que la révision est une œuvre de haute moralité qui ne peut être discutée. Elle est inspirée par la déférence due aux vraies victimes de la guerre dont les droits se trouveront ainsi solennellement consolidés.

BIBLIOGRAPHIE

Résurrection française

Erreurs politiques et vérités humaines

La première originalité de ce livre (1), c'est de ne porter aucun nom d'auteur. Dans un avis qui sert de préface, l'éditeur conte qu'il a reçu cet ouvrage dactylographié et que les raisons de l'anonymat se trouvaient exposées dans un court préambule. L'écrivain inconnu « méditant sur le thème poignant de nos angoisses » a jugé que « dans le conflit de tant d'appétits déchaînés, il n'était possible d'agir efficacement qu'au prix d'une rigoureuse abnégation, d'un oubli de soi-même sans faiblesse ».

La seconde originalité, en notre époque de discordes, de partis pris, de haines doctrinaires, c'est l'effort de sereine impartialité dont fait preuve l'auteur. A tous les partis politiques actuellement aux prises, il dit sans faiblesse leur fait ; il s'efforce de discerner comment, des dogmes originaux tous défendables, ils en sont venus à ces tractations louches, à ces maquignonnages impudents où certains ont trouvé leur fortune et d'autres leur décrépitude.

Ce n'est pas ici le lieu de s'appesantir sur cette partie de l'ouvrage ; la politique, par bonheur, n'est pas notre domaine. Elle ne serait pas davantage de notre goût. Il n'en demeure pas moins que tout citoyen français doit à lui-même et à ses concitoyens d'envisager les périls où nous sommes et les remèdes que certains proposent. Par son ton grave et sa bonne foi, ce livre me semble fournir un exorde de choix à de telles méditations.

Aux médecins pour qui l'homme demeure un inépuisable sujets d'études et qui n'ont pas oublié le titre assez désenchanté du livre de Carrel, l'auteur inconnu offre d'autres champs de pensée. Tout en nous consolant des déboires intellectuels que nous ont valu certaines découvertes récentes, il nous défend de désespérer de l'homme.

« Plus que jamais, dans les temps anxieux et désordonnés que nous vivons, il est nécessaire d'échapper au mouvant, à l'approximatif, comme aux théories grossièrement simplistes, en revenant aux leçons de la sagesse millénaire, pour y retrouver l'homme et se reprendre à l'aimer ».

Un maître-livre ! Et dont il est agréable de pouvoir dire en toute liberté à l'auteur, puisqu'inconnu, que la langue, sobre, limpide, ferme, est à la hauteur, la magnifique hauteur, de la pensée.

G. L.

(1) Fasquelle, éditeurs, 11, rue de Grenelle, Paris.

CANADIENS ET FRANÇAIS



L'étude de l'émigration française en Amérique est pleine de détails intéressants. On y voit notamment comment la race française a suivi, au Canada et aux Etats-Unis, des destinées très différentes de la race française en France.

Voici par exemple cette famille Dionne, qui est un excellent type de la fécondité conservée des français au Canada, puisque dans cette famille on fait les enfants cinq à la fois. Les Dionne sont originaires de l'Ouest de la France, et on leur retrouverait certainement des cousins, pas très éloignés, en Maine ou en Anjou. Or les Dionne d'Amérique ont une fécondité remarquable, tandis que ceux de France sont en pleine dénatalité. Et pourtant ce sont dans les deux cas des paysans ; ils ont un habitat et des occupations tout à fait comparables ; la même religion, le même état politique ou à peu près, un statut économique analogue: pourquoi les uns sont-ils féconds, et les autres stériles ?

Lowell, Massachusets, est une ville de 332.000 habitants, sur les bords du Merrimac, où subsiste et florit une importante colonie française, en grande partie d'origine canadienne. Un journal de langue française de Lowell, *L'Etoile*, vient de célébrer son cinquantenaire avec un numéro de 64 pages bourré de souvenirs et d'illustrations, et tout plein de la double loyauté canadienne à la langue de la mère patrie et à la religion catholique. Dans ce curieux et touchant recueil, un de nos confrères de Lowell, Léon Vallière, décrit *Le sort du médecin franco-américain d'hier, d'aujourd'hui et de demain.*

Au cours de cette étude remarquablement bien pensée et bien écrite, le Docteur Vallier souligne le rôle considérable qu'a joué, dans l'histoire des canadiens, « l'alliance du prê re et du médecin, scellée dès le début de la fondation de Québ c, et gardée intacte au cours des années de la colonisation », et qui e t « l'heureuse influence qui a moulé le profil canadien et dessiné le visage qu'il a conservé jusqu'à nos jours ».

Cette alliance de la médecine et de la religion, il l'explique par l'analogie du « ministère sacerdotal et de la pratique médicale, deux fonctions essentiellement humaines », et par le fait que « le prêtre et le médecin sont soumis aux mêmes conditions de culture générale, d'éducation et de formation, qui les marquent d'un sceau identique et ineffaçable ».

Si nous considérons maintenant l'histoire des rapports entre le prêtre et le médecin, en France, nous constaterons immédiatement qu'ils sont plutôt orageux ; parmi les chefs du mouvement anti-clérical, il y avait et il y a encore beaucoup de médecins, et l'antagonisme entre le médecin et le curé n'a pas disparu de nos provinces.

Le Docteur Vallier décrit cependant le vieux médecin canadien avec des traits qui conviendraient parfaitement au vieux médecin français : « ce fond presque inépuisable de bienveillante humanité, d'inébranlable patience, d'inestimable bonhommie, qui le faisait élire d'emblée le meilleur ami de toute famille qui en appelait à ses services. Il était vraiment le type par excellence du médecin de famille dont il savait par cœur le pouls de chaque membre, ou l'état de santé, et qui écoutait avec une oreille sympathique les confidences personnelles les plus secrètes... Le camouflage et l'artifice sont bannis de sa personne aussi bien que de sa demeure ». Son esprit, son cœur, sa conscience, sont nuit et jour à la disposition de ses malades. N'est-ce pas là le portrait souvent dessiné de nos anciens ?

Voilà donc encore une différence entre deux peuples que l'espace sépare, que l'histoire réunit, mais dont les contrastes, notamment en ce qui concerne la ferveur religieuse, ne peuvent que s'accentuer, comme pour montrer la vraie raison de leur différenciation progressive.

Ph. DALLY.

CHRONIQUE AUTOMOBILE

Le freinage *(Suite et fin)*

En suivant l'intéressante documentation des Établissements Ferodo et Flertex, nous avons vu, dans les trois dernières Chroniques, comment fut créée la première garniture de freins, puis les différentes opérations de fabrication des garnitures modernes.

Cette étude serait incomplète si nous ne parlions pas de l'incorporation de plomb dans certaines garnitures. Ce sera donc le sujet de la présente Chronique.

Le plomb, incorporé dans les garnitures, régularise et adoucit la friction. C'est sur le métal de la poulie que le plomb agit.

Tous les mécaniciens savent que certains métaux « graissent » les limes. Cela veut dire qu'ils empêchent les limes de mordre franchement et qu'ils leur opposent au contraire une résistance molle et onctueuse.

De même, les soudeurs connaissent les « poisons de soudure », les corps étrangers qui rendent fragiles les soudures, qu'il faut enlever par les acides ou les fondants, et pour lesquels on a inventé les liquides à décaper, les plaques à souder, les enrobages d'électrodes de soudure.

Ces ennuis, qui gênent l'ajusteur et le soudeur, sont au contraire des avantages importants lorsqu'il s'agit de friction.

Le plomb s'use au fond par le frottement et enduit le métal d'une couche d'une extrême finesse, mais également très tenace, qui bouche les pores, remplit les fissures naissantes, donne au métal un poli voilé semblable à celui des tôles frottées de mine de plomb.

Il n'en faut pas plus pour régulariser le coefficient de frottement et surtout pour éviter ses variations brusques, ses élévations, qui sont plus dangereuses que ses chutes, car elles déterminent les vibrations et les broutements qui fatiguent les mécanismes.

Une action essentielle du plomb, c'est de diminuer les coefficients de frottement statiques ou de repos et de décollage, en augmentant légèrement les coefficients de frottement cinétiques, c'est-à-dire de frottement en mouvement.

La plupart des garnitures de friction, le bois et surtout les métaux en contact imposent un effort beaucoup plus grand pour décoller la pièce que pour continuer le mouvement.

On dit alors que le coefficient de frottement statique est plus élevé que le coefficient de frottement cinétique.

En sens inverse du mouvement, c'est-à-dire en allant du mouvement vers l'arrêt, cette différence sensible des coefficients de frottement donne des freins brutaux et des embrayages qui broutent.

Au contraire, lorsque le coefficient de frottementstatique est plus bas que le coefficient de frottement cinétique, on obtient les arrêts doux, onctueux, et les embrayages progressifs. On obtient ce résultat avec quelques garnitures spéciales et par le plomb.

Un autre avantage du plomb, c'est de transformer le métal de la poulie et de diminuer considérablement les érosions.

Le mécanisme de l'érosion est en effet le suivant :

Une poussière de sable dur venue du dehors, un petit copeau d'acier laissé incrusté dans la garniture au montage, commencent à attaquer la poulie. Il se forme un grain minuscule d'acier qui, par le frottement, s'écrouit, se durcit, forme outil de tour. Les copeaux, eux-mêmes minuscules, que cet outil enlève, se soudent à ce grain, car la température locale peut être élevée. Le laiton aide souvent cette soudure.

Finalement l'acier érodé forme, pourrait-on dire « boule de neige ».

C'est cette soudure progressive qui vient gêner le plomb en tant que « poison de soudure ». La présence en quantité infinitésimale suffit à empêcher le grain d'acier de se former.

Ce qui est curieux, c'est à quelle faible dose le plomb agit. On pourrait parler ici de doses homéopathiques.

Lorsqu'on essaie au laboratoire des garnitures au plomb, l'influence du métal se fait sentir dès les premiers tours de volant.

Si pendant la marche on frotte énergiquement le volant avec un chiffon propre, on voit danser l'aiguille indicatrice du coefficient de frottement. C'est donc qu'on supprime pendant quelques secondes l'efficacité du plomb qui revient d'ailleurs aussi vite qu'elle est partie. C'est pourtant à peine si dans cette opération on teinte de gris le chiffon blanc avec lequel on essuie le volant.

En résumé, on pourrait dire que le plomb est la crème de beauté des poulies de friction, en quantité imperceptible, il efface rides et gerçures et rajeunit la poulie.

Le plomb agit aussi sur les caractères des corps frottants ; il adoucit les tempéraments les plus agressifs et met la paix et la bonne entente entre poulie et garniture.

En conclusion de cette longue étude, je formulerai le vœu que les automobilistes ne se désintéressent pas du choix des garnitures de freins. En exigeant des marques offrant toutes garanties, ils sauveront beaucoup d'argent et peut-être leur vie.

Au moment de faire regarnir les freins, qu'ils se souviennent des précieux renseignements fournis par Ferodo et Flertex. Leur reconnaissance servira leurs intérêts.

Marcel TOUSSAINT.

GRANDE CROISIÈRE D'ÉTÉ

La Méditerranée et le Proche-Orient — La Palestine, l'Egypte

En collaboration avec la *Canadian Pacific*

Départ le 25 *septembre* 1937

Prix à partir de £45-3-0 (Fr. 4800 environ)

Southampton, départ à 17 heures, le samedi 25 septembre. — Philippeville, arrivée à 8 heures, le jeudi 30 septembre ; départ, à 18 heures, le jeudi 30 septembre. — Athènes arrivée à 8 heures, le dimanche 3 octobre ; départ à 19 heures, le dimanche 3 octobre. — Rhodes, arrivée à midi, le lundi 4 octobre ; départ à 19 heures, le lundi 4 octobre. — Haïfa, arrivée à 6 heures, le mercredi 6 octobre ; départ à 19 heures, le mercredi 6 octobre. — Port-Saïd, arrivée à 7 heures, le jeudi 7 octobre ; départ à 22 heures, le dimanche 10 octobre. — Naples, arrivée à 18 heures, le mercredi 13 octobre ; départ à 18 heures, le jeudi 14 octobre. — Southampton, arrivée à 10 heures, le mercredi 20 octobre.

*« **Empress of Australia** »,* 21.850 tonnes

Ce magnifique paquebot, connu dans presque tous les ports du monde pour son confort et son luxe, a été choisi pour effectuer cette belle croisière. Sa longueur est de 188 mètres, sa largeur de 23 mètres. Il se distingue par ses lignes élégantes et par ses vastes ponts-promenades qui s'étendent sur une grande partie de la longueur du bateau. Ses salons sont nombreux, décorés avec goût. Ils répondent à tous les besoins des voyageurs. Ses cabines sont larges, 80 % sont extérieures et beaucoup possèdent leur salle de bain privée. Toutes les cabines possèdent un système moderne de ventilation. L'*Empress of Australia* compte sept ponts, mais, comme le nombre de passagers pour ses croisières est limité, six seulement sont utilisés, dont cinq desservis par des ascenseurs. Il y a deux piscines sur ce bateau, une couverte, disponible pendant toute la croisière, et une autre, installée sur le pont.

Philippeville, le port de Constantine, dont il est éloigné d'environ 85 kilomètres est une intéressante alternative pour ceux qui n'ont pas visité Alger.

Naples, la baie de Naples, le Vésuve, la corniche Amalfi-Sorrento, Pompéï, remplissent bien le temps de l'escale et offrent aux visiteurs un véritable embarras de choix.

Athènes. — A quelques kilomètres de la baie de Phalère, nous découvrons Athènes, dont nous avons déjà subi le charme, vue de loin. Nous admirerons l'Acropole, l'Arc de Triomphe d'Adrien et bien d'autres monuments donnant une idée de ce que fut la gloire de la Grèce antique.

Rhodes garde les empreintes des époques romaine et grecque, les souvenirs des luttes héroïques de la Croix contre le Croissant.

Port-Saïd, à l'entrée du Canal de Suez est le port où nos voyageurs descendront pour visiter les merveilles de l'Egypte pendant les quatre jours passés dans ce pays, offrant mille souvenirs millénaires.

Haïfa ou Caïffa est le port d'accès de la Terre Sainte. Nazareth, Jérusalem et d'autres points réputés sont à proximité de ce port, dont le développement est tout récent.

La Canadian Pacific se réserve le droit d'annuler la croisière et, dans ce cas, de rembourser la somme nette reçue par la Compagnie ; de changer ou d'omettre une partie de l'itinéraire publié, si bon lui semble, sans qu'aucun passager puisse réclamer une indemnité quelconque par suite d'un tel changement ou omission. La Direction se réserve également le droit de refuser un passager ou d'inviter un participant à quitter le paquebot, mais, dans ce cas, si le montant du passage a été encaissé, la somme totale ou proportionnelle sera remboursée selon les circonstances.

Pour inscription et renseignements complémentaires, s'adresser au *Concours Médical* (Bureau de voyages).

Nous rappelons qu'en outre de la Croisière ci-dessus, notre Bureau de Voyages organise :

1° Un voyage terrestre en Allemagne, Tchéco-Slovaquie, Autriche, Hongrie et Italie. Durée : 16 jours. Départs 17 et 31 juillet, 14 et 28 août, 11 septembre. ((Voir *Concours Médical*, n° 24 du 13 juin 1937, page 1846).

2° Une croisière de 15 jours du Havre aux Fjords norvégiens, au Danemark, en Suède et à Dantzig (31 juillet-17 août). (Voir *Concours Médical*, n° 25 du 20 juin 1936, page 1911 et 1917.)

Nos réunions médicales

● ● ●

LES JOURNÉES MÉDICALES DE BRUXELLES

La seizième session des Journées médicales, organisée sous le haut patronage de S. M. la Reine Elisabeth et de S. M. le Roi Léopold, s'est déroulée avec un intérêt toujours croissant, au cours d'un cycle remarquable par sa parfaite et puissante ordonnance, du 19 au 23 juin 1937.

Rien ne peut, et ne pourra empêcher ces manifestations scientifiques d'être, après seize années d'existence, toujours de plus en plus attrayantes, en tout cas aussi vivantes qu'au jour de leur création. Nous le devons à l'activité réputée, et au talent organisateur de M. le Docteur Mayer, vice-président, du secrétaire général M. le Docteur Beckers, du Docteur R. Bernard, membre du Comité exécutif.

Rien, non plus, ne pourra prévaloir contre la vivacité de l'amitié, que nos grands Amis Belges veulent bien partager avec nous. Le *Concours Médical*, toujours si aimablement convié à leurs Fêtes les en remercie très cordialement.

Le 19 juin eut lieu la séance solennelle d'ouverture au Palais des Académies. M. Wauters, ministre de la Santé publique présidait ; au bureau siégeaient les nombreux délégués des Gouvernements étrangers.

Dans la loge gouvernementale avaient pris place quelques ministres ; la loge diplomatique était occupée par la plupart des représentants diplomatiques accrédités à Bruxelles.

Le discours d'ouverture fut prononcée par M. le ministre Wauters, qui remit, au nom du Roi, les insignes de commandeur de l'Ordre de Léopold au Docteur A. Carrel, conférencier pour cette séance. Après quelques paroles du médecin général inspecteur Sorel au nom des délégués étrangers, puis du Docteur Beckers, le Roi fit son entrée dans la loge royale, au milieu des acclamations de l'assistance.

Le Professeur Dustin, recteur de l'Université de Bruxelles, président des Journées médicales, donna la parole au Docteur Alex Carrel, qui traita du « Rôle de la médecine de demain ». Penseur de haute classe, comme chacun sait, l'orateur dressa avec rigueur le bilan de ce que nous savons de l'homme, et des notions qui nous restent à acquérir. L'individu, unité variable à l'infini au gré de contingences nombreuses, est fait de multiplicité, qu'il nous faut à présent nous efforcer de connaître dans leur totalité, à étudier par l'observation et par l'expérimentation. De nombreux points sont encore obscurs dans e domaine nerveux, et c'est précisément là que nous devons porter notre effort principal, afin que, sachant mieux, nous puissions rendre à l'homme la force morale, qui lui est nécessaire pour acquérir le courage physique que souvent il a perdu. Mais alors nous devrons chercher de quelle manière le corps s'unit à l'âme ce qui n'est pas chose simple, ne faut-il pas d'ailleurs autre chose que la présence simultanée de l'hydrogène et de l'oxygène pour faire de l'eau. C'est la solution de ce problème d'union intime, qui est réservée à la médecine de demain.

Le soir, à 21 heures, le Collège des Bourgmestre et échevins ainsi que le Conseil communal de la Ville de Bruxelles offraient aux congressistes une superbe réception dans les Salons brillamment illuminés de l'Hôtel de Ville. On a parlé de la « nuit féerique » du Directoire, organisée au Palais-Royal de Paris. Mais ici encore, s'était une véritable féerie, qui se déroula dans le cadre des plus beaux joyaux de l'architecture, de la peinture, de la tapisserie, de la marqueterie.

Le 20 juin, à 20 heures, un dîner de gala était offert en l'honneur des Représentants étrangers dans une magnifique salle du Palais des Beaux-Arts. Cette fête, qui réunissait les plus hautes personnalités politiques, diplomatiques et médicales de Bruxelles et du monde entier, fut particulièrement réussie ; des manifestations chorégraphiques de la meilleure tenue vinrent en rehausser l'éclat. Enfin le 21, la magnifique opérette d'André Messager « Passionnément » était donnée au théâtre royal des Galeries Saint-Hubert. Une excursion au canal Albert clôturait le lendemain la série des réjouissances.

Durant toutes ces journées, matin et soir, furent développées dans les auditoires de l'Université libre, de très intéressantes communications scientifiques ; dans les hôpitaux et cliniques, tout un programme de démonstration et d'application pratique, obtint le plus grand succès.

Rendez-vous fut donné aux Journées médicales d'avril 1938, qui seront organisées pour coïncider avec les célèbres Floralies gantoises.

G. FISCHER

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine.** — *Cours complémentaire sur les intoxications et carences digestives* sous la direction du Professeur Maurice LOEPER et du Docteur André LEMAIRE, agrégé, médecin des hôpitaux.

Ce cours comportera des leçons didactiques, des démonstrations et épreuves pratiques et aura lieu du 28 juin au 10 juillet. Aucun droit d'inscription. Le nombre des auditeurs est limité.

— **Thèses.** — Lundi 10 mai. — Jury : MM. Lemierre, Loeper, Mathieu, Ameline. — M. VALAT : Acrodynie infantile. — M. BOCKMAN : Fœtor ex ore. — M. KRYCZEWSKI : Contribution à l'étude des lésions stellaires au cours des hépatites. — M. JUDET : Traitement chirurgical des pieds bots chez l'adulte.

Mardi 11 mai. — Jury : MM. Bezançon, Laubry, Nobécourt, Mouquin. — M. COURTIN : Quelques cas d'images radiologiques pseudo-tuberculeuses du poumon. — M. ROSINBERG : Traitement de l'hydarthrose du genou par les injections intra-articulaires de quinine urée et en particulier de chlorhydrate double de quinine urée. — M. SZMUSZKOWSCZ : Contribution à l'étude des accidents de la bismuthérapie. — M. DUFOUR : Syndromes appendiculaires au début de la maladie de Bouillaud chez l'enfant. — Mme de PRAT : Mortalité et morbidité infantiles en milieu tuberculeux. Action du B. C. G.

Jeudi 13 mai. — Jury : MM. Léon Binet, Chevassu, Lemaître, Halphen. — M. GOUDARD : Glutathion et déficience hépatique. — M. EON : Contribution à l'étude de la torsion du testicule en ectopie. — M. GRÉVIN : Suppurations pharyngées et nasales associées à la diphtérie.

Samedi 15 mai. — Jury : MM. Carnot, Claude, Tanon, Joannon. — M. BAUMGARTNER : A propos des manifestations hépato-biliaires chez les rhumatisants chroniques. — M. BANSOULE : Contribution à l'étude des troubles psycho-sensoriels dans le syndrome de Parkinson encéphalitique. — M. BARDER : Etude sur l'obésité. — M. PORRET : Contribution à l'étude des dérivés acridiniques en thérapeutique. — M. SÉNÉGLAN : Essai de traitement et de prophylaxie de l'urétrite blennorragique par certaines solutions colloïdales métalliques.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers

— **Concours d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux.** — Jury (tirage au sort) : MM. Grivot, Leroux, Halphen, Hautant, Ramadier, Turpin, Okinczyc.

Censeurs : MM. Maduro, Aubry.

— **Concours d'électro-radiologiste des hôpitaux.** — *Total des points obtenus* : MM. Peuteuil, 59 ; Stuhl, 57 ; Brunet, 55 ; Mme Baude, 50 ; M. Codet, 47.

Sont nommés électro-radiologistes des hôpitaux : MM. PEUTEUIL et STUHL.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **IIIe conférence de la Société internationale de pathologie géographique** (Stockholm, 5-7 août 1937). — La conférence internationale de Pathologie géographique se tiendra du 5 au 7 août 1937 à Stockholm.

Les rapports suivants seront présentés : Le terrain des anémies (M. P.-Emile Weil, Paris) ; La classification des anémies (Prof. Ferrata, Pavie) ; La clinique des anémies (Prof. O. Naegeli, Zurich) ; Les anémies tropicales (M. Benhamou, Alger) ; L'anatomie pathologique des anémies (Prof. Askanazy, Genève) ; La gastroscopie dans le diagnostic des anémies (M. P. Chevallier, Paris) ; Le métabolisme des anémies (Prof. Hinsberg, Berlin) ; L'anémie des animaux (Prof. Dobberstein, Berlin).

S'inscrire auprès de M. le Professeur F. Henschen, Institut Carolin, Stockholm.

— **Thèses de la Faculté de médecine de Bordeaux.** — Mercredi 28 avril. — Jury : MM. Mauriac, Creyx, Delmas-Marsalet, Fontan. — M. LANÇON : Des conceptions récentes de la maladie de Basedow.

Mercredi 28 avril. Doctorat de l'Université mention « Médecine ». — Jury : MM. Cruchet, Creyx, Damade, Fontan. — M. BOGRACHOW : De l'influence pathogène du Hamsine (sirocco de Palestine) sur les nourrissons.

Le Gérant : R. THIRON

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE

« Le Sou Médical »

Au cours de sa réunion du 1er juin 1937, le Conseil a prononcé les admissions nouvelles :

12.600 Baron, Nantes (Loire-Inférieure). Syndicat O. R. L.
12.601 Baron (Roger), 24, avenue Secrétan, Paris (XIXe). S. M. P.
12.602 Besson, Bourges (Cher). Syndicat du Cher.
12.603 Cacault, Bressuire (Deux-Sèvres). Syndicat médical des Deux-Sèvres.
12.604 Cahuet, 17, rue Daviaud, Paris (XVIe). Parrains : Docteurs Molinéry et Dartigues.
12.605 Coornaert, Lomme (Nord). Syndicat de Lille.
12.606 Crestin, Metz (Moselle). Syndicat des médecins de Metz-ville.
12.607 Desmoulins, 47, rue de Courcelles, Paris (VIIIe). Syndicat des médecins de la Seine.
12.608 Germain, Desvres (Pas-de-Calais). Syndicat de Boulogne.
12.609 Faget, Maubourguet (Hautes-Pyrénées). Syndicat médical des Hautes-Pyrénées.
12.610 Lafont, Orthez (Basses-Pyrénées). Parrains : Docteurs Lafont et Ortal.
12.611 Lazar, 2, rue Félix-Faure, Paris (XVe). Parrains : Docteurs Fischmann et Brest.
12.612 Leclercq, Fontaine-Notre-Dame, par Cambrai (Nord). Syndicat de Cambrai.
12.613 Lefèvre, 23, avenue Victor-Hugo, Paris (XVIe). Parrains : Docteurs Noir et Massart.
12.614 Lepoire, Nancy (Meurthe-et-Moselle). Syndicat des médecins de Meurthe-et-Moselle.
12.615 Liermain, Limoges (Haute-Vienne). Stag. Synd. de Haute-Vienne.
12.616 Montagne, Busigny (Nord). Syndicat médical de Cambrai.
12.617 Motz, 27, avenue Pierre-Ier de Serbie, Paris (XVIe). Parrains : Docteurs Herpin et Gerson.
12.618 Nick, Inchy-Beaumont (Nord). Syndicat de Cambrai.
12.619 Nurdin, Le Val-d'Ajol (Vosges). Parrains : Docteurs Vatin et Hoummel.
12.620 Pabst, Algrange (Moselle). Syndicat des médecins de la région de Thionville.
12.621 Poreaux, 13, avenue de Clichy, Paris (XVIIe). S. M. P.
12.622 Pour, Le Perreux (Seine). Parrains : Docteurs Morel et Sahut.
12.623 Raine, 3, Boulevard de Charonne, Paris (XIe). Parrains : Docteurs Chemin et Laherrère.
12.624 Ravel, Avignon (Vaucluse). Syndicat médical d'Avignon.
12.625 Raymond, Montignac-sur-Vézère (Dordogne). Parrains : Docteurs Barthélemy et Delmas.
12.626 Rocchisani, Oran (Oran). Syndicat médical d'Oran.
12.627 Rousseau, 16, avenue d'Orléans, Paris (XIVe). Parrains : Prof. Marquis et Docteur Grasset.
12.628 Soret, Le Havre (Seine-Inférieure). Syndicat des médecins du Havre.
12.629 Thirard, Evreux (Eure). Syndicat d'Evreux.
12.630 Mme le Docteur Weill, 139, rue Ordener, Paris (XVIIIe). S. M. S.

Ces admissions deviendront définitives si elles ne font l'objet d'aucune protestation dans les quinze jours de la présente publication (art. 5 des statuts).

Comité international de lutte contre le charlatanisme

Secrétariat : 232, *Longue rue d'Argile à Anvers* (*Belgique*)

Au cours des Journées internationales de la Santé publique, qui se tiendront pendant l'Exposition de Paris, le Comité international se réunira en Congrès pour la Répression de l'exercice illégal de la médecine et du charlatanisme, qui aura lieu le mercredi 7 juillet 1937, à 9 h. 30, à la Faculté de médecine de Paris.

Ordre du jour :

1° Les différentes législations étrangères, par le Docteur Brandligt, directeur du secrétariat du Comité international.

2° L'exercice libre de la médecine en certains pays, par le Docteur F. Decourt, secrétaire général de l'Association professionnelle internationale des médecins (A. P. I. M.).

3° L'exercice illégal et le charlatanisme en France, par le Docteur Robert, président du Syndicat des médecins de l'Indre.

4° L'exercice illégal et le charlatanisme dans les maladies vénériennes, par le Docteur Sicard de Plauzoles, directeur général de la Ligue nationale française contre le péril vénérien.

5° L'exercice illégal et le charlatanisme en ophtalmologie, par le Docteur Liégard, vice-président du Syndicat national des oculistes français.

6° L'exercice illégal et le charlatanisme en dermatologie, par le Docteur Desaux, secrétaire général du Syndicat des dermatologistes.

7° Le charlatanisme en phtisiothérapie, par Mlle le Docteur Yv. Simon, du Syndicat national des médecins spécialistes de l'appareil respiratoire.

8° L'exercice illégal et le charlatanisme en art dentaire, par M. Corniou, président de la Commission de législation judiciaire et le Docteur Friteau, secrétaire général de la Confédération nationale des Syndicats dentaires.

9° Défense du titre de docteur en médecine, par Me Vachette, conseil juridique du Syndicat des médecins de la Seine.

10° Les médecins diplômés d'Université, par Me Raymond Fontaine, conseil juridique du Syndicat des médecins de la Seine.

11° La publicité médico-pharmaceutique en Belgique, par le Docteur Huwart, secrétaire du Comité international.

12° La publicité pharmaceutique en France, par M. Lesure, docteur en pharmacie, secrétaire du Comité médico-pharmaceutique de la Seine.

12° Les résultats de la lutte entreprise depuis 1906 dans la Seine et les mesures d'ordre général à prendre pour créer une Charte internationale de la Santé publique, par le Docteur Boëlle, directeur de l'Office de répression au Syndicat des médecins de la Seine.

14° Protection de la Santé publique par des modifications à apporter à la loi du 30 novembre 1892, par M. Paul Boudin, docteur en médecine et docteur en droit, secrétaire général du Sou médical.

Directeur du secrétariat : Docteur Brandliot, 232 Longue rue d'Argile, Anvers ; Président : Docteur Boëlle, 28, rue Serpente, Paris.

CORRESPONDANCE

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

4.298. — A propos de pansement sur une simple contusion

Je suis surpris de relire dans le *Concours* que le pansement d'une contusion, d'une foulure, d'une entorse n'est pas techniquement médical. Est-ce parce qu'un « rebouteux » s'en chargerait ? Les Compagnies d'assurances en profitent pour en refuser le paiement (correspondance 3.377) ; il me semble qu'il est grand temps de réagir.

Le tarif n'a pas prévu, que nous n'aurions pas le droit d'être honorés pour les blessures sans plaie : ces contusions, entorses, foulures font l'objet d'une consultation, en effet, elles peuvent cacher une fracture, un hématome susceptible de suppurer, une rupture ligamenteuse tendineuse voire même viscérale et entraîner une incapacité définitive. Le traitement dépend de cet examen qui même s'il est négatif est un acte techniquement médical.

D'ailleurs, quand le blessé ne présente que cette lésion, la Compagnie ne fait pas de difficultés pour nous honorer. Qu'y a-t-il de changé quand, à cette contusion, s'ajoutent d'autres blessures ? Si l'ensemble de ces blessures ne consistait qu'en contusions notre note serait alors de 0 × 0 × 0 ..... ce qui serait absurde.

Nous ne pouvons que regretter la décision injustifiée de la Commission du Tarif et nous serions heureux de voir le Docteur Decourt joindre ses protestations aux nôtres en reprenant son adage favori : « c'est le travail qui est rétribué et non la lésion ».

Dr P.

Réponse

Il n'a jamais été dit, ni pensé, que « le médecin n'aurait pas le droit d'être honoré pour des blessures sans plaie ». En effet, contusion ou entorse, luxation ou fracture, font bien, comme dit le confrère : « l'objet d'une consultation »... et le traitement ultérieur « dépend de cet examen qui, même s'il est négatif, est un acte techniquement médical ». Ce qui, d'après la « jurisprudence » n'est pas accepté, c'est que, pour une contusion au bras et une à la jambe, par exemple, on compte un « pansement » du bras et un autre à la jambe, donc deux fois 15 francs et cela parfois tous les deux jours ou même tous les jours pendant un temps plus ou moins long. On estime qu'il y a là un « abus de notation » qui n'est pas, malheureusement, je puis l'assurer, exceptionnel, et au sujet duquel je ne saurais, en conscience « joindre mes protestations » à celle du confrère. Ce qu'on a dit à la Commission, c'est

qu'il serait inexact de parler de « pansement », quand il s'agit de mettre une compresse d'eau blanche par exemple, sur une contusion, c'est bien, ai-je dit souvent, « le travail qui est rétribué et non la lésion ». Mais cette apposition de compresse n'a jamais paru être le « travail technique » d'un médecin.

Dr F. DECOURT.

4.498. — Ligature d'une veine variqueuse superficielle

En matière d'accident du travail, une rupture traumatique de varice de la jambe traitée par ligature est-elle assimilée à une ligature artérielle ? sinon comment la tarifer ? Dr L.

Réponse

Il n'y a pas de tarification pour une ligature artérielle, en général, mais seulement pour les artères nominalement indiquées à l'art. 17. Dans ces conditions, je ne pense pas qu'on puisse assimiler à des ligatures ainsi spécifiées, une ligature quelconque de veine superficielle variqueuse, ce qui est une intervention techniquement beaucoup plus simple. Tout au plus, ce me semble, pourrait-on proposer une analogie avec « épluchage et suture d'une plaie contuse superficielle : 40 francs » (art. 17 également).

Dr F. DECOURT.

4.458. — Certificat de prolongation

J'ai recours à votre obligeance pour m'éclairer sur un point particulier concernant les accidents du travail.

Récemment installé, j'ai toujours jusqu'à présent tarifé 8 francs, les certificats de prolongation d'incapacité de travail et j'avais toujours été payé sans difficulté. Aujourd'hui, une Compagnie me demande de déduire de ma note ces certificats. Comme l'article 30 qu'elle invoque ne me paraît pas absolument explicite à ce sujet, je préfère être fixé une fois pour toutes avant de répondre.

Dr R.

Réponse

Il n'y a pas de certificat de prolongation à 8 francs, seul est à ce prix le « certificat médical initial ». Quant au « certificat fourni au cours du traitement à la demande du patron ou de son « assureur », il est tarifé 16 francs.

Toutefois, « ne sont pas considérés comme certificats de cette catégorie les attestations affirmant simplement que le blessé n'est pas guéri » (art. 30, *in fine*). Tels sont les textes sur lesquels vous avez à vous baser (relisez surtout l'art. 30 alinéa 4) pour fixer votre ligne de conduite, en l'espèce, ce que je ne puis faire ne connaissant pas la teneur desdits certificats.

Dr F. DECOURT.

4.685. — Fonctionnement de la Commission technique

Un de mes malades a eu en mars 1936 « mal au bras », puis en avril un lumbago pour lequel il m'a appelé (je ne l'ai pas vu en mars).

Ce malade était immatriculé aux Assurances sociales depuis le 1er janvier 1936.

Les Assurances sociales ont refusé les prestations en avril, prétextant que les affections de mars et avril étaient identiques. L'assuré a saisi la Commission technique et on attend les conclusions de son président. Je crois que ce document doit être contresigné par les trois médecins si l'une des parties n'est pas d'accord. L'une des parties, peut-elle refuser sa signature ou écrire, comme le greffier l'a déclaré. « Avec réserve » et signer. Enfin, indiquez-moi, la meilleure façon de procéder. Cette question peut intéresser tous les médecins.

Dr A.

Réponse

Le fonctionnement de la Commission technique des trois médecins prévue par l'art. 8, par. 3 du décret-loi du 28 octobre 1935 instituant le nouveau régime des Assurances sociales, est réglé par l'arrêté ministériel du 4 juillet 1936. Aux termes de l'art. 5 de cet arrêté, chacun des membres de la Commission expose son opinion. En cas de désaccord, l'avis du président est prépondérant ; il en est ainsi même en l'absence d'un des membres de la Commission.

D'autre part, d'après l'art. 6, un procès-verbal est dressé par le président. Ce procès-verbal indique si la décision a été prise à l'unanimité ou à la majorité des voix. Le président signe le procès-verbal et le fait signer par les autres médecins.

Il est impossible, à notre avis, à un membre de la Commission technique, qui n'accepte pas les conclusions du président, de signer la décision avec réserves. S'il a assisté aux délibérations de celle-ci, il doit signer le procès-verbal purement et simplement ; le président relatera d'ailleurs précisément le désaccord puisqu'il indiquera que la décision a été prise à deux contre un.

4.796. — Immatriculation des femmes de ménage

J'emploie une femme de ménage depuis le 15 octobre 1931 qui travaille chez moi de 7 heures à midi (70 francs par semaine). Elle travaille l'après-midi chez d'autres employeurs. A toujours refusé de se faire inscrire aux Assurances sociales.

J'ai fait une déclaration au début de l'année et je croyais être responsable de la double cotisation pour 1936 et de ma cotisation seule de 1931 à 1936.

Les Assurances sociales me réclament la double cotisation de 1931 à 1937, plus les intérêts de retard.

J'ai lu souvent dans le *Concours Médical* que les femmes de ménage travaillant pour plusieurs patrons avaient à leur charge l'accomplissement des formalités de déclaration et d'immatriculation avant le décret du 28 octobre 1935. Je suis donc surpris de ma responsabilité pécuniaire.

Puis-je compter sur votre obligeance pour me dire ce que je dois faire ? J'ai peur d'une amende si je tarde. Dois-je payer et protester ensuite ?

Dr V.

Réponse

Il est exact qu'en vertu des dispositions du régime antérieur, les formalités de déclaration et d'immatriculation aux Assurances sociales des travailleurs occupés simultanément par plusieurs employeurs, incombaient aux assujettis eux-mêmes et non point aux patrons. Ceci résulte formellement d'un décret du 24 mai 1930. Dans ce cas, l'employeur pouvait exiger de son salarié qu'il lui donne décharge de l'accomplissement de la formalité sur la formule spéciale dont le modèle était arrêté par le ministre du Travail.

Dans ces conditions, nous ne pensons pas que le Service régional des Assurances sociales soit fondé à vous réclamer, pour la période antérieure au 1er janvier 1936, autre chose que les cotisations patronales en ce qui concerne votre femme de ménage puisque cette dernière n'était pas exclusivement à votre service.

Nous vous conseillons donc de répondre dans ce sens à la réclamation qui vous est adressée en offrant le versement de la partie non contestée de votre dette et en attendant des poursuites en ce qui concerne l'autre partie.

Vous n'avez pas à craindre la condamnation à une amende, car cette amende ne peut être encourue que si vous ne vous êtes pas conformé à vos obligations ; or, les stipulations légales et réglementaires sont formelles sur ce point : le patron d'un travailleur intermittent n'était pas jusqu'au 1er janvier 1936 obligé légalement de retenir la cotisation ouvrière sur le salaire de son employé.

4.781. — Droit aux prestations de l'assurance après six mois de traitement

Une fois de plus, j'ai recours à votre obligeance, cette fois pour une question de forclusion en matière d'Assurances sociales.

J'ai soigné du 28 avril au 8 octobre 1934 une jeune femme atteinte de ptose abdominale avec colite et constipation, et surtout métrite et salpingite chroniques gauches.

La métrite guérit parfaitement, tellement que le 3 novembre 1934, je la revis pour un début de grossesse.

En cours de grossesse, je l'ai revue les 20 novembre,

17 décembre 1934 et le 18 mai 1935, tantôt pour constipation, tantôt pour brûlures gastriques, pour lesquelles, bien entendu, j'ai prescrit des traitements.

Elle accouche en juillet (sage-femme), puis, en cours d'allaitement, étant fatiguée, je fais trois visites isolées les 8 août, 12 octobre et 7 décembre 1935. Je lui prescrivis des récalcifiants, et, en plus des poudres de saturation et du Carbolin, pour ses brûlures gastriques et sa constipation.

Et alors, la Caisse refuse le remboursement des paquets bismuthés, prétendant qu'elle était désormais forclose pour toutes les affections du tube digestif, acceptant par contre le remboursement des récalcifiants.

Cela me paraît ahurissant ; et il me semble que la Caisse est dans son tort.

La malade est allée devant la Commission d'arrondissement, qui réclame avant de se prononcer, la réunion de la Commission technique.

Pour compléter l'histoire de la malade, j'ajoute qu'elle a fait une grippe en mars 1936 (une visite) et en janvier 1937, un avortement avec infection et rétention, suivi de curage sous anesthésie.

Les soins se sont prolongés jusqu'au 30 avril 1937, par suite d'un réveil de la métrite. Bien entendu, la Caisse a éliminé des ordonnances tout ce qui, laxatif ou autre, avait un caractère digestif.

La Caisse en question, en déconfiture, fait naturellement tous les ennuis possibles à ces assurés, multipliant à outrance les cas de forclusion.

La malade a changé de Caisse, mais là forclusion, si elle était maintenue, la suivrait.

Je vous demanderai donc, le plus tôt possible, à cause du délai de quinze jours, de me dire si réellement ma malade peut s'opposer à la forclusion, envisagée sous l'angle étroit qu'est celui de la Caisse, et si la théorie de celle-ci est admissible.

Dr G.

Réponse

Il est exact qu'en vertu de l'art. 6, parag. 12 du décret-loi sur les Assurances sociales, les prestations de l'assurance-maladie ne sont dues pour une même affection que pendant seulement six mois de soins. A l'expiration de ce délai, l'assuré se trouve donc forclos et il ne peut recouvrer ultérieurement ses droits que, dans les termes et conditions de l'art. 6, par. 13. En vertu de cet article, lorsqu'il y a interruption des prestations pendant plus de deux mois, celles-ci peuvent être servies pendant un nouveau délai de six mois si l'assuré fait constater sur la feuille de maladie en cours au moment de l'interruption, la guérison apparente ou la fin de l'état de maladie et s'il en a avisé la Caisse dans les huit jours.

Si, en l'espèce, les troubles et affections gastriques de votre cliente, après avoir traversé diverses phases d'activité, ont passé pendant plus de deux mois par une période de stabilité, la dispensant de recourir aux soins médicaux et lui

permettant de vaquer à ses occupations habituelles, elle pouvait être considérée à cette époque comme en état de guérison apparente. Le renouveau de troubles qui s'est produit à la suite de la grossesse constitue donc une maladie nouvelle ouvrant droit aux prestations pendant six nouveaux mois.

Il serait donc utile que la Commission technique des trois médecins prévue par l'art. 8, par. 3 du décret-loi, se réunisse afin d'examiner s'il y a maintenant une nouvelle période d'activité des affections du tube digestif. Suivant les conclusions de la Commission technique, il appartiendra à la Commission d'arrondissement de statuer sur les droits de votre cliente.

ACCIDENTS ET MALADIES PROFESSIONNELLES

4.263. — Accident survenu par piqûre d'insecte

Je viens vous soumettre le cas suivant qui pourrait intéresser nos confrères. Un ouvrier en fauchant un champ de luzerne ressent à la région frontale une piqûre par insecte : il continue tout de même son travail et rentré chez lui, il se trouve fatigué et ne peut le lendemain reprendre son travail ; il me fait appeler et je constate un œdème considérable de l'arcade sourcilière et de la région malaire gauche. Le patron est assuré et me demande si on peut considérer ce cas comme accident de travail. Je réponds par l'affirmative. Ai-je raison ? Vous seriez bien aimable de me donner votre opinion.

Dr H.

Réponse

Tous les accidents survenus en temps et au lieu du travail ne sont pas considérés forcément comme des accidents du travail bénéficiant de la protection légale. En sont exclus notamment ceux qui sont attribuables « aux forces de la nature », c'est-à-dire proviennent d'un risque banal encouru par tout le monde indépendamment du travail. Ainsi en est-il de tous les accidents produits par la foudre, le chaud, le froid et aussi les piqûres d'insectes venimeux (voir notamment Cour de Cassation, Chambre des Requêtes, 27 mai 1935. *Gaz. du Palais*, 4 octobre 1935).

Toutefois si, en principe, les lésions dues aux forces de la nature et notamment aux piqûres d'insectes échappent à l'application de la loi sur sur le risque professionnel, il en va autrement si le travail lui-même ou les conditions dans lesquelles il était effectué dans l'entreprise intéressée, étaient de nature soit à provoquer l'action de ces forces, soit à en aggraver les effets (Cour Cassation, arrêt précité).

De nombreuses applications de cette règle

ont été faites par la jurisprudence dans les cas les plus divers. C'est ainsi qu'il a été décidé qu e les ayant-droits d'un ouvrier agricole tué par la foudre dans un champ sont en droit d'invoquer la protection légale si l'attelage qu'il conduisait comportait des parties métalliques susceptibles d'attirer la foudre (Cour de Poitiers, 16 octobre 1935. *Gaz. du Palais*, 6 décembre 1935).

De même, les congestions causées par le froid au cours du travail dont les résultats ont aggravé le danger résultant de la rigueur exceptionnelle de la température, constituent un accident du travail (Cour de cassation, Chambre des requêtes, 20 décembre 1933).

Pour savoir si en l'espèce, la loi sur les risques professionnels peut être invoquée par votre client, il importe donc de rechercher si, en fait, les conditions de son travail ont favorisé l'apparition de l'accident, c'est-à-dire si quelque chose dans le lieu où s'effectuait le travail était susceptible d'attirer les insectes venimeux. Il a été ainsi décidé par le Tribunal civil de Bourges, en date du 20 mars 1934 qu'un phlegmon occasionné par une piqûre d'insecte sur le balast d'une voie de chemin de fer, ne constituait pas un accident du travail puisque rien ne pouvait attirer les mouches sur ce chantier. Au contraire, le Tribunal de paix de Falaise-Nord, dans un jugement du 27 mai 1933 (Répertoire Commaille, 1933, 11, nº 11.290), a admis au bénéfice de la loi de 1898 un moissonneur piqué par une mouche venimeuse en relevant des gerbes après le passage d'une faucheuse, car la présence des insectes dans les récoltes est d'observation constante et la piqûre d'insecte est un des risques auxquels les moissonneurs sont plus particulièrement exposés.

En définitive, nous conseillons à votre client de maintenir ses prétentions à l'égard du chef d'entreprise ou de l'assurance substituée, et éventuellement de les poursuivre devant le Juge de paix du lieu de l'accident, en paiement des indemnités durant la période d'incapacité temporaire.

4.699. — Accident survenu à un ouvrier qui se rendait à son travail

Un ouvrier carrier se rend le matin en bicyclette à son chantier situé à 7 kilomètres environ de chez lui ; à mi-chemin, il fait une chute grave par suite de la rupture de son guidon de bicyclette; les blessures entraînent une incapacité de travail de vingt jours.

Est-ce qu'il s'agit d'un accident du travail ? L'Assurance du chef d'entreprise de la carrière est-elle responsable ? Dr C.

Réponse

En principe la responsabilité de l'employeur en vertu de la loi du 9 avril 1898 ne court que du moment ou l'employé a pénétré sur le chantier,

s'est mis à la disposition de son chef et a effectivement pris possession de son service.

En conséquence, un accident ne peut être considéré comme survenu par le fait ou à l'occasion du travail lorsqu'il est arrivé avant que l'ouvrier qui en a été la victime soit parvenu dans le lieu du travail ou après qu'il s'en soit éloigné.

Il ne peut en être autrement que lorsque le déplacement a été effectué spécialement sur l'ordre du patron et que l'ouvrier était déjà placé sous ses ordres au moment ou il se rendait au chantier.

Il conviendrait donc de préciser quelle était exactement la situation du blessé par rapport à son patron lorsque l'accident est survenu, pour pouvoir déterminer s'il s'agit ou non d'un accident du travail.

4.803. — Les appareils de prothèse ne sont pas à la charge du patron

Ayant eu un accidenté du travail qui avait deux dents luxées, je l'ai adressé au dentiste.

Ce dernier après avoir enlevé les dents a écrit à l'Assurance en vue d'une prothèse. L'Assurance a répondu au patron :

« Il ne nous est pas possible de prendre à notre charge, les frais d'un appareil de prothèse. En effet, l'Assurance ne couvre que les soins donnés au blessé, mais non les appareils ou fournitures ».

Je désirerais savoir quels sont les droits accordés dans ce cas par la loi. Dr P.

Réponse

En matière d'accidents du travail les frais médicaux et pharmaceutiques constituent un accessoire de l'indemnité temporaire et cessent d'être dus en même temps qu'elle, c'est-à-dire lorsque le blessé est guéri ou définitivement atteint d'une incapacité permanente partielle.

En application de cette règle, la jurisprudence considère que seule peuvent être mis à la charge du patron responsable les appareils destinés à concourir au traitement de la blessure, mais non les appareils de prothèse.

Par conséquent, le refus opposé par l'Assurance à la demande de prise en charge de l'appareil de prothèse dentaire nécessité par l'accident est régulier et légal. Il appartiendra au blessé s'il le désire de faire remplacer à ses frais les dents qu'il a perdues et seuls seront supportés par l'Assurance, les soins donnés par le dentiste en dehors de la prothèse.

Par contre, si, à la suite de l'accident le blessé reste atteint d'une incapacité permanente partielle, même corrigée ou supprimée par le port de l'appareil, il a droit à une rente calculée d'après son taux d'incapacité sans qu'on puisse lui opposer la correction apportée par l'appareil de prothèse effectué à ses frais.

QUESTIONS DIVERSES

4.029. — Le mari est responsable des frais d'accouchement de sa femme, même en instance de divorce

J'ai accouché le 30 mars, une femme en instance de divorce séparée de son mari. Ce dernier se refuse à payer mes honoraires (300 francs), sous prétexte que l'enfant n'est pas de lui. J'ai signé les feuilles d'Assurances sociales en disant que je n'avais pas été honoré.

1° Puis-je demander à la Caisse le paiement de ce qu'elle doit donner au mari ? Comment m'y prendre pour ce faire ?

2° Comment obtenir le règlement de la différence entre mes 300 francs et ce que donnera la Caisse ? A qui m'adresser ?

Dr V.

Réponse

Le fait que votre cliente ait été en instance de divorce et séparée de son mari au moment où vous avez été appelé à donner vos soins, ne saurait pour cela exonérer le mari du paiement de vos honoraires. Il résulte, au contraire de la jurisprudence que, la femme mariée étant libre de s'adresser au médecin de son choix pour se faire soigner, les frais médicaux engagés par elle-même au cours d'une instance en divorce, sont à la charge de la communauté tant que le divorce n'est pas prononcé.

Le médecin traitant de cette femme est donc fondé à réclamer ses honoraires au mari à moins que le traitement suivi n'ait été inspiré par un souci autre que celui de la santé ou soit d'un prix excédant les possibilités du ménage (voir notamment Tribunal civil de Valence, 11 juillet 1933. *Gaz. du Pal.*, 11 octobre 1933).

Spécialement, le mari est tenu au paiement des honoraires du médecin-accoucheur et des frais d'accouchement postérieurs à la séparation, lorsque l'enfant a été conçu à une époque antérieure à la période légale de conception, à condition naturellement que les dépenses engagées par la femme soient en rapport avec la situation apparente de l'époux (Tribunal de paix de Paris, 9 octobre 1936. *Gaz. du Pal.*, 28 novembre 1936). Il importe peu en l'espèce que le mari prétende n'être pas le père de cet enfant ; il est, en effet, admis en droit que : *paternis est quem nuptiæ demonstrant.*

D'autre part, les honoraires du médecin ne peuvent être imputés sur le montant de la pension alimentaire servie par le mari, car cette pension n'est fixée qu'en considération des besoins normaux de la femme et ne saurait couvrir les honoraires médicaux d'accouchement.

Dans ces conditions, nous vous conseillons de poursuivre le recouvrement de vos honoraires conjointement et solidairement contre le mari, chef de la communauté, et contre la femme, débi-

trice personnelle sur ses biens propres des soins dont elle a bénéficié. Lorsque vous aurez obtenu votre paiement, il vous sera possible de donner la signature d'acquit sur la feuille d'Assurances sociales et de permettre ainsi à votre cliente de se faire rembourser des frais exposés. Par contre, il vous est absolument impossible de demander directement à la Caisse de vous payer, car la délivrance des prestations en nature de l'assurance-maladie est fondée essentiellement sur l'entente directe entre le médecin et le client et l'absence de rapport entre le médecin et la Caisse. Il n'en irait autrement qu'au cas où votre cliente pourrait être considérée comme indigente et serait inscrite nominativement sur la liste d'assistance de sa commune. Dans ce cas, vous pourriez vous faire payer en vertu de l'art. 19 de la loi sur les Assurances sociales par le Service départemental d'assistance au Tarif de responsabilité de la Caisse.

4.340. — Assujettissement des médecins à la loi sur les allocations familiales pour les femmes de ménage

J'ai une employée à laquelle je donne 200 francs par mois, pour recevoir les clients, et entretenir salle d'attente et cabinet (cirer, balayer, etc.). Mon cabinet est situé en dehors de mon habitation.

Elle ne m'aide en aucune façon puisqu'elle ne pénètre jamais dans mon cabinet. Je la considère comme une domestique. Dois-je payer à la Caisse de compensation ?

Dr A.

Réponse

La loi du 11 mars 1932 sur les allocations familiales est applicable depuis le 1er janvier 1935 aux professions médicales. Autrement dit, les médecins sont obligés de se conformer aux obligation de cette loi, c'est-à-dire de s'affilier à une Caisse de compensation pour les employé à leur service professionnel.

On doit entendre par là non seulement ceux qui concourent directement aux actes de la profession, c'est-à-dire les employés qualifiés, tels qu'infirmiers, assistants, mais encore les salariés qui, d'une manière quelconque, sont utilisés par vous dans l'exercice de votre profession. On doit ycomprendre totalement les salariés qui entretiennent des pièces professionnelles sans même n'avoir aucun rapport avec la clientèle.

Vous êtes donc assujetti aux obligations légales pour votre femme de ménage du moment que cette dernière est totalement ou principalement attachée à votre service professionnel. Vous devez par conséquent vous affilier à la Caisse de compensation dont vous dépendez.

LE CONCOURS MÉDICAL

SUPPLÉMENT DOCUMENTAIRE

" L'Officiel Médical "

Médecine sociale - Législation - Décrets - Règlements

Pièces officielles - Tarifs, etc.



SOMMAIRE

HOPITAUX ET HOSPICES CIVILS DE PARIS

Répartition des chefs de service, des assistants, des internes et externes, pour l'année 1937-1938

HÔTEL-DIEU

1. **Médecin** : M. le Prof. Carnot ; chefs de clinique : MM. Fabre (G.), Fichrer, Courtial, Bons ; chefs de laboratoire : MM. Deval, Coquoin, Lavergne, Dioclès, Mlle Tessier, MM. Dognon, Cachera, Lagarenne (moniteur) ; internes : MM. Grèze (A.), Seguin (M.) ; externes : M. Coury (D.), M. Dumas, Mlle Brissac (C.), M. Frinault, Mlles Mendras, Bournisien, MM. Pluvinage, Tostivint.

2. **Médecin** : M. Halbron ; assistant : M. Lenormant ; interne, M. Jaïs (Marcel) ; externes : Mme André (J.), MM. Cohen (A.), Aubouy (R.), Dubost (Ch.), Gauthey (M.).

3. **Médecin** : M. Baudouin ; assistant : M. Azerad ; interne : M. Rossier (A.) ; externes : Mlles Ravet (J.), Bourcart (J.), MM. Mathé (H.), Perrier (R.), Barré (Y.).

4. **Médecin** : M. Lévy-Valensi ; assistant : M. de Sèze ; interne : M. Inbona (J.) ; externes : Mlle Woog (F.), MM. Mselati (E.), El Haïk (V.), Salmen (F.), Mlle Faure (Françoise), M. Decormeille.

5. **Médecin** : M. Henri Bénard ; assistant : M. Merklen ; interne : M. Sikorav (H.) ; externes : M. Legrand, Mme Rosenwald, née Berl ; M. Szpidbaum (I.), Mlle Magallon, MM. Graineau, Umdenstock (R.), Bardon (G.).

6. **Chirurgien** : M. le Prof. Cunéo ; assistants : MM. Jacques Bloch, Jean Sénèque ; chefs de clinique : MM. Zagdoun, Jomain, Milhiet, Beuzart ; chefs de labor. : M. Peyel ; internes : MM. Ghozlang (L.), Gillet (G.), Billard (J.), Flourens (P.) ; externes : MM. Méplain, Demaugre (M.), Couleru (C.), Périssel (J.), Mlle Kahn-Bruker, MM. Guy (A.), Palacci (V.), Mlle Sikorav (L.), MM. Perraudin (Ch.), Jaïs (P.), Mlle Douroff (N.), MM. Girard (R.), Sénécal (J.), Loupias (P.), Chatelin (Ch.), Dausset (J.).

7. **Ophtalmologie.** — *Ophtalmologiste* : M. le Prof. Terrien ; assistant : M. Blum ; chefs de labor. : M. Hudelo, Mlle Seyer (préparateur) ; chefs de clinique : MM. Joseph, Sarrazin ; assistants de consultation : Mme Vallon, M. Guillaumat ; internes : MM. Brissaud (H.), Le Loc'h (H.) ; externes : Mlle Maréchal (E.), MM. P. Drouin, Joly (J.-P.), Mlle Th. Vigneron, M. Orliac (J.-H.), Mme Roujon, née Reverdian, M. Harel (R.).

8. **Accoucheur** : M. Chirié ; assistant : M. Digonnet ; internes : MM. Le Sueur (G.), Vincent (M.) ; externes : Mlle Sibertin-Blanc (R.), MM. Chabert (L.), Meline (J.), Mordo (A.), Verstrate (Cl.), Bordes-Sue (P.).

9. **Consultation (médecine)** : M. Gulmann ; assistant : M. Beaugeard ; externe en premier ; M. Hardel ; externes : MM. Gillet (H.), Krawiecki (Arthur), Pécheux (J.), Legris (J.).

10. **(Chirurgie)**. — M. Cahen ; assistant : M. Zagdoun ; externes : MM. Pocoulé (A.), Homsy A.).

11. **Consultation de stomatologie** : M. Béliard ; assistant : M. Lebourg ; adjoint : M. Bornet ; externes : MM. Ta-Trung-Quan (élève), Leibowitch (R.).

12. **Electro-radiologie.** — Chef du Service central : M. Lagarenne : chef adjoint : M. Dioclès (f. f.) ; assistant : M. Colombier (radioscopie).

13. **Hydrothérapie et Thermothérapie.** — Chef de labor. : M. Duhem ; externes : MM. Cousin (R.), L. Thieblot ; chefs adjoints : MM. Chenilleau, Moro ; assistants : MM. Montmignant, Brace-Guillot, Arraud, Pagès ; soir : MM. Jary et Ferrier.

14. **Service de Physiothérapie.** — Chef de labor. : assistants :

La Pitié

1. **Médecin** : M. le Prof. Rathery ; chefs de clinique : M. Bachman, Mlle Jammet, MM. Sallet Pautrat ; chefs de labor. : MM. Doubrow, de Traverse ; assistant de consultation spéciale : M. Froment ; interne : M. Turiaf (T.) ; externe en premier : ; externes : Mlles Thiollier (Marie-Louise), Tomachepolsky (B.), MM. Bolo (R.), Vissian (L.), Dreyfus (J.-C.), Daumet (H.), Cayrol (J.).

2. **Médecin** : M. le Prof. Clerc ; chefs de clinique : MM. Sterne, Delamare, Zadoc-Kahn, André ; chefs de labor. : MM. Gauthier-Villars, M. Paris ; interne : M. Chassagne (P.) ; externes : MM. de Fourmestraux (J.), Duval (R.), Chopard (J.), Darricau (J.), Blanchon (P.), Chauvin (J.)

3. **Médecin** : M. Laignel-Lavastine ; assistant : M. Gallot ; internes : M. Mignot (H.), Mme Hector ; externes : Mlle Chaminadas (A.) MM. Coulon, Collard (A.), Tardif (R.), Landau (P.), Hadengue (A.), Hébert (A.), Cachin (Y.).

4. **Médecin** : M. Aubertin ; assistant : MM. Lévy (Robert) ; interne : M. Horeau (J.) ; externes : M. Logeard (J.), Mlle Feder (A.), MM. Pruvost (G.), Boucaut, Lacour (A.), Mlle Brussaux (A.).

5. **Médecin** : M. Vincent ; assistant : M. Puech, internes : MM. Trolot (R.), Brunhes (J.), Tardieu (G.), Placa (à titre étranger) ; externes : MM. Lenoir (J.-P.), Libert (R.), Casalta (J.), Mlle Desclaux (G.), MM. Alhomme (P.), Lévy (E.), Dézarnaulds (P.).

6. **Médecin** : M. Harvier ; assistant : M. de Brun du Bois Noir ; interne : M. Vignalou ; externes : MM. Léger (B.), Clotteau (E.), Fénéon (J.), Girod (R.), Roux (M.), Rathery (M.), Mlle Atcham (M.).

7. **Chirurgien** : M. Baumgartner ; assistant : M. Banzet ; internes : MM. Challiol (J.), Nastorg (A.), Velez (F.) ; externes : Mlle Bonastre (L.), MM. Le Naour (R.), Halberstadt (H.), Mlle Mossel (G.), MM. Martinet (P.), Narboni (R.), Taich (J.), Rojas y Lopez (C.), Amirian (A.).

8. **Chirurgien** : M. Chevrier ; assistant : M. Oberlin ; internes : MM. Laigle (L.), Bergeron (L.), Nabert (Cl.), ; externes : MM. Gonzalez-Ruiz (B.), Jouve (E.), Mlle Noufflard (H.), MM. Ichaïa (A.), Djuvara (R.), Zarrabi (M.), Goltz (S.).

9. **Chirurgien** : M. Küss ; assistant : ; internes : MM. Streusand (S.), Salvanet (J.), Joly (A.) ; externes : MM. Tran-Hüu-Tuoc, Brandon (M.), Karcher (P.), Courdy (J.), Pitollet (Ch.), Mlle Colombe (G.), M. Thierry (J.), Mlle Vanhulle (H.).

10. **Accoucheur** : M. le Prof. Jeannin ; chefs de clinique : M. Richard, Mlle Delahaye, MM. Esquirol, Hutin ; chefs de labor. : M. Minvielle ; internes : M. Villanova (P.), Mlle Eyraud (G.) ; externe : Mlle Krihtchewsky.

11. **Consultation (Médecine)** : M. Escalier ; assistant : M. Bourgeois ; externe en premier : M. Pareau (A.) ; externes : MM. Martin (P.), Dumay (J.-J.), Durand (V).

12. **(Chirurgie)** : M. Bernard (Raymond) ; assistant : ; externes : MM. Gibrat (P.), Neumann (A.), Chabert (R.).

13. **Oto-rhino-laryngologie** : M. Ramadier (service et non consultation) ; interne : M. Osenat (P.) ; assistant : M. Eyriès ; premier assistant de consultation . M. Guillon ; deuxième assistant de consultation : M. Baron ; externes : MM. Crévecœur (F.), Jaupitre (J.), Gluck (E.), Mme Bosc, née Marck, M. Chareire (F.).

14. **Ophtalmologie.** — *Ophtalmologiste* : M Cerise (Service et non consultation) ; assistant : Mlle Kaz ; assistant de consultation : M. Desprez ; interne : M. Offret (G.) ; externes : MM. Poggioli (V.), Delormeau (P.).

15. **Consultation de Stomatologie** : M. Bozo assistant : M. Chatellier ; adjoint : M. Vrassé : externe M. Malingre (G.).

16. **Electro-radiologie.** — Chef du Service central : M. Delherm ; chefs adjoints : MM. Devois (A.), Morel-Kahn ; assistants : MM. Codet, Fischgold, Strouzer, Chenot, Stuhl, Bernard, Hoang (f. f.) ; interne : MM. Bouvier (Jean) ; externes : Mme Lenoir, née Blairon, M. Proux (Ch.).

SAINT-ANTOINE

1. **Médecin** : M. le Prof. Loeper ; chefs de clinique : MM. Perrault, Gilbrin, Cottet, Loisel, Roy ; chefs de labor. : MM. Duchon, Lesure, Soulié, Mlle David (déléguée) ; internes : MM. Lesobre (R.), Parrot (J.), ; externes : MM. Leroy, Dupuis (R.), Joublin (J.), Piarrat (J.), Lesure (J.), Gorin (R.), Courjaret (J.).

2. **Service des tuberculeux** : externes :

3. **Centre de triage.** — *Médecin* : M. Jacob ; externes : MM. Lieurade (J.), Souffrin (A.), Giron (E.).

4. **Médecin** : M. Pagniez ; assistant : M. Plichet ; interne : M. Camus (P.) ; externes : MM. Camus (J.-L.), Gilbert (M.), Avril (A.), Bauchart (J.), Bureau (G.).

5. **Médecin** : M. Faure Beaulieu ; assistant : M. Cahen (Robert) ; internes : M. Thomas (H.) ; externes : Mlle Tostivint (H.), MM. Radzievsky (G.), Sarfati (A.-R.), Valadon (P.), Bloch (Jacques).

6. **Médecin** : M. Chabrol ; assistant : M. Busson ; interne : M. Mathivat (P.) ; externes : Mlle Saulnier (M.), MM. James (R.), Habas (J.), Girauld (André), Girauld (Marie-Jean).

7. **Médecin** : M. Weil (M.-P.) ; assistant : M. Oumansky ; interne : M. Molinéry (J.); externes : Mlles Samuel (H.), Rouvier (Ch.), MM. Patin (R.), Amado (G.), Goldberg (R.).

8. **Médecin** : M. Caïn ; assistant : M. Cattan ; interne : M. Zarachovitch ; externes : MM. Gallimard (J.), Bertrand (J.-L.), Vaissié (A.), Mlle Hahn (M.-L.) ; M. Deslandes (Ed.).

9. **Médecin** : M. Jacob ; assistants : M. Brocard, Mlle Scherrer, M. Mayer ; interne : M. Ménétrier (J.) ; externes : MM. Hardre (J.), Estève (P.), Lévy (J.-L.), Goust (J.), Jouhanneaud (G.).

10. **Médecin** : M. Boulin ; assistant : M. Uhry ; interne : M. Ledoux-Lebard (Guy) ; externes : MM. Capron (P.), Bonnefils (P.), Reynaud (J.-B.), Grünspan (Th.).

11. **Chirurgien** : M. le Prof. Grégoire ; assistant : M. Michon ; chefs de clinique : MM. Baumann, Dufour ; chef de labor. : M. Delavenne ; internes : MM. Guénon des Mesnard (G.), Adle (J.), Léger (L.) ; externes : MM. Hertz (Cl.) ; Alloiteau (J.-J.), Mlle Marlian (R.), MM. Bach (Ch.), Blancard (J.), Chmpagne (P.), Bergerron (A.), Attal (H.).

12. **Chirurgien** : M. Bréchot ; assistant : M. Reinold ; internes : MM. Suire (P.), Picquart (A.), Cauvy (J.) ; externes : M. Pinchinat, Mme Guidicelli, née Bousque t ; MM. Biro (J.), Morat R.), Bessis (M.), Bakhchayech (F.), Fouassin (P.).

13. **Oto-rhino-laryngologie.** — M. Halphen ; assistant : M. Solomon (J.) ; assistant de consultation : M. Sergent ; interne : M. Dreyfus (J.) ; externes : MM. Nespoulous (J.), Schilte (P.), Jancu (B.), Mlle Candau (Jeanne).

14. **Accoucheur** : M. Lévy -Solal ; assistant : M. Sureau ; internes : M. Azoulay (Ch.) , Mlle Pinard (J.) ; externes : MM. Tremblin (G.), Nataf, Saltet de Sable , Girault (Louis).

15. **Consultation (Médecine)** : M. Boltanski ; assistante : Mme Arager ; externe en premier : M. Gimaut ; externes : MM. Lhermet (G.), Pourceyre, Cœuillez (A.), Brenier (J.).

16. **Chirurgie.** — M. Braine ; assistant : M. Maximin ; externes : M. Pillet (J.), Mlle Masson (A.-M.), MM. Goldenbaum (J.), Bernard (P.).

17. **Ophtalmologie.** — *Ophtalmologiste* : M. Velter ; assistant : M. Halbron (Service et non consultation) ; interne : M. Kaufmann (H.) ; externes : MM. Joly (J.), Bourguet (J.), Oudot (J.), Mlle Proux (A.).

18. **Consultation de Stomatologie** : M. Thibault ; adjoint : M. Lacaisse ; assistant : M. Friez ; élèves : Mlle Ziman, M. Govaerts (G.) (externe).

19. **Electro-radiologie.** — Chef du Service central : M. Solomon ; chefs adjoints : MM. Gibert, Busy, Ordioni ; assistants : MM. Jaudel, Vitenson, Clenet (f. f.), Mozar ; interne : M. Droguet (P.), externes : MM. Pierre, Sterboul (I.), Guillaumon , Mlle de Bergman.

NECKER

1. **Médecin** : M. Villaret ; assistant : M. Bith ; interne : M. Duval (A.) ; externes : MM. Bouillié (R.), Riestelhueber (J.), Hussameddin (D.), Pestel (M.), Mme Bouillé (C.).

2. **Médecin** : M. Laederich ; assistant : M. Worms (Rober) ; interne : M. Payet ; externes : MM. Motte (A.), Borja (V.), Bigou (A.), Diengot (D.), Penit (R.).

3. **Médecin** : M. Fiessinger ; assistant : M. Albeaux ; interne : M. Varay (André) ; externes : MM. Chigot (P.), Petit (J.), Mlle Gaulliez (Madeleine), M. Danel (J.).

4. **Médecin** : M. Binet ; assistant : M. Kaplan ; interne : M. Bour (H.) ; externes : MM. Godlewski (G.), Ferrand (G.), Bourlière (F.), Tronc (M.).

5. **Chirurgien** : M. le Prof. Marion ; assistant : M. Fey ; chefs de clinique : MM. Naggiar, Bouchard ; chefs de laboratoire : MM. Colombet, Chabanier, Mlle Kogan, M. Truchot ; internes : MM. Bouteau (P.), Grépinet (H.), Zwillinger (étranger en surnombre) ; externes : MM. Chabasseur, Aharfi (G.), Nguyen-Thé-Dai, Fayet (J.), Bertier (J.), Blanc (G.), Chaouli (Ch.), Bensimhon (G.), Tzannetis (B.), Tubiana (R.).

6. **Chirurgien** : M. Berger (Jean), assistant : ; internes : MM. Chatain (J.), Saks (P.), Thorel (P.) ; externes : Mme David (L.), MM. Lavergne (Ch.), Edelman (G.), Mlles Bourbon (D.), Brissy (S.), M. Carillo-Mortua (L.), Mlle Dubois (H).

7. **Chirurgien** : M. ; assistant :

8. Consultation (Médecine) : M. Lambling ; assistant : M. Thomas ; externe en premier : M, Boudon (C.) ; externes : MM. Delc mbre (R.) Ruel (H.), Soula (J.).

9. (Chirurgie). — M. Quénu ; assistant : M. Guillot ; externes : MM. Labouré, Schtakleff (A.).

10. Consultation de Stomatologie : M. Gornouec ; adjoint : M. Hénault ; externe : M. Pertusier (Jean).

11. Electro-radiologie. — Chef du service central : M. Gilson ; adjoint : M. Baude ; assistants : MM. Bernard, Brunet, Gaucher (f. f.) ; externes : MM. Gordowski (André), Hébert (P.).

12. Clinique des voies urinaires : M. le Prof. Marion.

13. Centre anti-cancéreux : M.

ENFANTS-MALADES

1. Médecin : M. le Prof. Nobécourt ; adjoint : M. ; chefs de clinique : MM. Pathey, Hurez, Brisset ; chefs de laboratoire : M. Frebet, Mme Laroche (moniteur), M. Brunet (moniteur) ; interne : M. Temerson (H.) ; externes : Mlle Dunand-Henry (S.), M. Phéline (P.), Mlle Maureil-Deschamps (M.), Mme Benetaud-Girardot (J.), M. Rognon (L.), Mlle Kletter (F.), M. Roblin (J.).

2. Médecin : M. Weill-Hallé ; assistant : Mlle Papaioannou (A.) ; interne : M. Meyer (J.) externes : MM. Taïeb (A.), Francheteau (G.), Mlles Lassudrie-Duchêne (C.), Lerner (S.), M. Pons (A.).

3. Crèche ancienne et nouvelle : M. Weill-Hallé ; externe en premier : Mlle Lautmann (F.) (interne).

4. Médecin : M. Armand-Delille ; assistant : M. Lestoquoy ; interne : M. Wolinetz (E.) ; externes : MM. Caldier (L.), Moure (S.), Aubouy (M.), Barbery (A.), Arnold (E.), Caillods (J.).

5. Sélection. Interne : M. Tiffeneau (R.) ; externe en premier : Mlle de Neyman.

6. Médecin : M. Darré ; assistant : Mlle Landowski ; interne : M. Vildé (L.) ; externes : M. Gaulier, Mlles Marette (F.), Lazinier (J.), MM. Matheron (J.-M.), Venator (R.), Mme de Prelauné, née Celoron de Blanville.

7. Médecin : M. Tixier ; assistant : M. Eck ; interne : M. Picquard (Albert) ; externes : Mlle Laisney (Simone), MM. Marzet (A.), Giraud (Paul), Verriez (Ch.), Sadri (Mohammed), Jardel (G.), Borman (I.).

8. Chirurgien : M. le Prof. Ombrédanne ; assistant : M. Fèvre ; assistant d'orthopédie : M. Lance ; chefs de clinique : MM. Gorecki, Petit, Judet ; assistant de consultation d'orthopédie : M. Hue ; chef de laboratoire : M. Saint-Girons ; préparatrice : Mme Remond ; internes : MM. Lecœur (Pol), Barbier (Léon) ; externes : MM. Lang (Paul), Brunat (G.), Marachi (Ch.), Küss (René), Adam (Roger), Clamageran (J.), Bailly (P.), Maillard (Cl.).

9. Service médical d'Antony : M. le Prof. Ombrédanne ; assistant : N... ; externe en premier : M. Chevalier (Anthelme) (interne) ; externes : Mlle Dehennot (A.-M.), M. Talbot (Marcel).

10. Chirurgien : M. Bergeret ; assistant : M. ; internes : MM. Vincent (Pierre), Maynadier (P.) ; externes : MM. Perel (O.), Germond (J.), Mlle Bourget (G.), MM. Scherrer (J.), Mouzon (M.), Flabeau (F.), Mme Filhoulaud (S.).

11. Ophtalmologie. — *Ophtalmologiste* : M. Monbrun ; assistant : M. Delobel (M.) ; assistant adjoint : M. Ducraix (R.) ; assistant de consultation : M. Jourdy (P.) ; interne : M. Chiche (Paul) ; externes : MM. Alpérine (G.), Dumas (P.), Dupin-Girod (Jacques), Gautier (J.).

12. Oto-rhino-laryngologie : M. Le Mée ; assistant : M. Richier ; assistant adjoint : N... ; assistants de consultation : MM. Gratier, Mazarakis ; internes : MM. Debain (Jean), Temine (Pierre) ; externes : Mme Aginski ; Mlle Eliakim (Julie), MM. Szylowicz (T.), Gold (S.), Mlle de Lanessan (P.), MM. Roch (W.), Guéron (I.).

13. Electro-radiologie. — Chef du service central : M. Thibonneau ; adjoint : M. N... ; assistant : M. Martinot (Roger) (f. f.) ; externes : MM. Defrance (Maurice), Nefussy (Elie).

14. Service temporaire contagieux pour enfants (Pavillon Maria-Richard). — Médecin : M... ; externes :

15. Service temporaire poliomyélite. — M. le Prof. Nobécourt ; externe en premier : M. Bourée (Jacques) (interne) ; externes : Mlle Bérenger (Marg.), M. Aslanian (D.).

COCHIN

1. Médecin : M. le Prof. Labbé ; chefs de clinique : MM. Ménétrel, Thiéry, Antonelli ; chefs de laboratoire : MM. Busy, Gallais, Hury, Baudelot ; internes : MM. Négréanu (A.), Fischer (L.), Rymer (M.) ; externes : MM. Pinot (J.-P.), Theiler (R.), Leroux (P.), Moreau (M.), Leiser (J.), Baulon (G.), Burgaud (J.), Chambon (A.), Denis (J.), Mme Négréanu, née Bonnard, MM. Piérart (A.), Bertand (V.), Laurent (J.).

2. Médecin : M. Pinard ; assistant : Mlle Corbillon ; chef de laboratoire : M. Giraud ; internes : M. Fauvet (Jean), Mlle Wirz (S.) ; externes : MM. Devaux (M.), Robert (J.), Piard (A.), Hérard (J.), Hervet (E.), Parhani (Y.).

3. Service de malariathérapie. — *Médecin* : M. Pinard ; externes : MM. Dufour (Maurice), Masmonteil (Henri).

4. Médecin : M. Ameuille ; assistants : MM. Hinault (f. f.), Kudelski (f. f.), Lemoine, Lejars; chef de laboratoire ; Mme Dubois ; chef de laboratoire adjoint : Mlle Delhomme ; interne : M.

Cler (René) ; externes : MM. Hemeury (Jean), Chenille (Jean), Mlle Vuillet (Hélène), MM. Pribat (Pierre), Matron (Pierre), Derooz (Jean).

5. **Service du dispensaire.** — Interne : M. Piton (J.) ; externes : Mlles Gorodetzki (L.), Spach (Hélène), M. Routier (M.), Mlle Huguenard (A.).

6. **Service temporaire tuberculeux** (ancien pavillon Dieulafoy). — Interne : M. Bellin (A.) ; externes : Mlle Mirabail (O.), MM. Cottard (A.), Legendre (L.).

7. **Pavillon tuberculeux** (femmes). — *Médecin* : M. Ameuille ; externes : MM. Boursault (Bern.), Boutbien (Léon).

8. **Médecin** : M. Chevallier ; assistant : M. Colin (f. f.) ; chef de laboratoire : Mme Hahn (f. f.) ; interne : M. Desmonts (Théo) ; externes : MM. Moch (B.), Denoyele (M.), Mlle Salmon (Denise), M. Nataf (A.-R.), Mlles Kaplan (Olga), Loiseau (F.).

9. **Chirurgien** : M. le Prof. Lenormant ; assistants : MM. Wilmoth, Ménégaux ; chefs de clinique : MM. Calvet, Pergola, Moyse ; chefs de laboratoire : MM. Beauvy, Perrot ; internes : MM. Neyrand (Ch.), Thomeret (G.), Laurence ; externes : Mlle de Robert (Jeanne), MM. Owsianik (Th.), Cordier (P.), Brille (P.), Bailly (R.), Daudet (M.), Benidir (H.), Boitard (M.), Le Bourg (J.), Samama (M.), Conge (M.), Radin (J.), Chaltiel (I.).

10. **Annexe de la Clinique chirurgicale.** — Chirurgien :

11. **Chirurgie.** — M. le Prof. Mathieu ; assistant : M. N... ; chef de clinique : M. Lance (Pierre) internes : MM. Debeyre (Y.), Cauchoix ; chef de laboratoire : M. Letulle ; assistants d'orthopédie : MM. Ducroquet, Strehl ; externes : MM. Hartmann (J.), Metropolitanski (J.), Holleville (E.), Tibi (M.), Lallemand (J.), Schapp (J.).

12. **Chirurgien** : M. Chevassu ; assistant : M. Bayle ; interne : MM. Nardi (C.), Cordebar (J.), externes : MM. Capelle (H.), Gerber (L.), Sablon (M.), Mlle Kowalska (E.), MM. Bastian (F.), Roby (J.), Jourdan-Laforte (J.), Roy (G.).

13. **Consultation** (**Médecine**). — M. Costes ; assistant : M. Salmon ; externe en premier : M. Froidefond ; externe : MM. Giret (Joseph), Connat (M.), Lux (Henri).

14. (**Chirurgie**), rattachée au service de la clinique chirurgicale.— Externes : MM. Frankfurt (Paul), Lewinson (Max.), Jacquemin (H.).

15. **Ophtalmologie.** — *Ophtalmologiste* : M. Prelat ; assistant : M. Bideau ; externes : M. Attuil (L.), Mlle Germain (M.).

16. **Consultation** (**oto-rhino-laryngologie**). — M. Maduro ; assistant de consultation : M. Bruker ; externes : MM. Eydieux (H.), Sevaux (F.).

17. **Electro-radiologie.** — Chef du service central : M. Ronneaux ; chef adjoint : M. Desgrez ; assistants : MM. Boileau (Fr.), Barreau, Moret, Mainguy, Busy (R.), Cros (f. f.) ; externes : MM. Degand (Félix), Le Louet (Félix).

18. **Consultation de stomatologie.** — M. Maurel ; adjoint : M. Omnès ; assistant : M. Duffieux ; élève : M. Mamignon.

Hôpital Beaujon (Clichy)

1. **Médecin** : M. Tinel ; assistant : M. Morlaas ; interne : M. Morichau-Beauchant ; externe en premier : Mlle Haguenauer ; externes : MM. Talpin (J.), Agid (R.), Mlle Gravelat (M.), MM. Hauser (F.), Hamon (Y.).

2. **Médecin** : M. Stevenin ; assistant : M. Lelourdy ; interne : M. Gaube (R.) ; externes : M. Lemoine (A.), Mlles Sokolsky (N.), Dicky (O.), MM. David (D.), Coste (J.).

3. **Médecin** : M. Donzelot ; assistant : M. Menetrel ; interne : M. Netter (H.) ; externes : MM. Kartun (P.), Drylewicz (G.), Pelaez (M.), Haussmann (L.), Butzbach (J.).

4. **Médecin** : M. Richet ; assistant : M. Sourdel ; interne : M. Gras (Louis) ; externes : MM. Pergola (F.), Guéraud (Louis), Colboc (A.), Lacour (A.), Mlle Rousset (M.).

5. **Médecin** : M. Léon-Kindberg ; assistants : MM. Vibert, Adida (chargé des pneumothorax), Weiler (dispensaire) ; interne : M. Kaplan (Alex) ; externe en premier : M. Lafon (Jacques) ; externes : MM. Nanty (D.), Gerain (A.), Demétriadès (M.), Cahn (L.), Quintescu (M.), Woimant (G.).

6. **Médecin** : M. Turpin ; assistant : M. ; chef de laboratoire : M. May ; interne : M. Pecher (Yves) ; externes : MM. Chardin (D.), Davy (A.), Lebettre (N.).

7. **Chirurgien** : M. Basset ; assistant : M. Ameline ; internes : MM. Debelut (J.), Lascaux (B.), Neveu (J.) ; externes : MM. Joannès (R.), Richet (G.), Mlle Mires (J.), MM. François (A.) Kalmar (J.), Calvo Platero, Laroche (Cl.), Mlle Benard (Cl.).

8. **Chirurgien** : M. Guimbellot ; assistant : M. ; internes : MM. Boissonnat (P.), Delzant (O.), Plas (F.) ; externes : MM. Lévy (J.), Bour (P.), Racovsky (M.), Chauvisé (J.), Pichereau (R.), Baudy (R.), Choubrac (P.), Bignon (B.).

9. **Chirurgien** : M. Rouhier ; assistant : internes : MM. Sagaut (P.), Lepintre (Y.), Jacquot (A.) ; externes : MM. Fabre (Jean-Louis), Leca (Jean), Mlle Kniazeff (Cath.), MM. Nebout (J.), Wollmann (E.), Collet (A.), Boschatel (E.), Mazillier (M.).

10. **Oto-rhino-laryngologie.** — M. Baldenweck ; assistants : MM. Tillé (H.), Leroux (Rob.) ; 1er assistant de consultation : M. Magnien ; interne : M. Sacquépée (R.), ; 2e assistant de consultation : M. Bory ; assistant suppléant : M. Granet ; externes : MM. Kouchner (G.), Poncet (E.), Lustak (E.), Pellot (Cl.).

11. **Ophtalmologie.** — *Ophtalmologiste* : M. Bourdier ; assistant : M. Rouher ; assistant de consultation : M. Oger ; interne : M. Dubois (J.) externes : MM. Stein (élève), Deutsch (élève).

12. **Accoucheur** : M. Levant ; assistants : MM. ; internes : MM. Jamain (B.), Geffroy (Y.) ; externes : MM. Mogharëi (M.), Guillaume (R.), Bibring (A.), Martin de Frémont (H.), Mme Comte, née Lecointe.

13. **Consultation** (**Médecine**). — M. Decourt ; assistants : M. Bloch ; externe en premier : M. Eudel ; externes : MM. Guitard (J.), Door (M.), Albert (A.).

14. **Chirurgie.** — M. Soupault ; assistants : M. ; externes : M. Blaire (G.), Mme Demassieux ; M. Rousset.

15. **Electroradiologie.** — Chef du service central : M. Aubourg ; chefs adjoints : MM. Joly, Surmont ; assistants : MM. Piffault ; Gauillard (R.), Mme Delaplace ; MM. Deille (f. f.) ; Verre, Raulot-Lapointe ; interne : M. Lefebvre (René) ; externes : MM. May (Gilbert) ; Gaudron (H.), Mlle Atcham (P.), M. Choquet (élève).

16. **Consultation de stomatologie.** — M. L'Hirondel ; assistant : M. Lheureux ; externe : M. Gay (Pierre).

LARIBOISIÈRE

1. **Médecin** : M. Gandy ; assistant : M. ; interne : M. Gisselbrecht (Henri) ; externes : M. Colsenet (J.), Mlle Verron (R.), MM. Druilhe (A.), Levêque (P.), Komarover (I.), Dupuy (M.), Lacaze (H.).

2. **Médecin** : M. Herscher ; assistant : M. Roberti ; interne : Mme Hyon-Jomier ; externes : MM. Jomier (François), Perol (Et.), Astre (A.), Pellet (M.), Pinasseau (R.), Bernheim (L.), Thevenin (P.), Gautier (R.).

3. **Médecin** : M. Rivet ; assistant : M. Hirschberg ; interne : Mme Rault (Mad.) ; externes : MM. Enel (J.), Danion (J.), Mlle Grould (Paulette), M. Bourgeaud (L.), Mlle Descroix, MM. Chevillotte (G.), Legrand (M.).

4. **Médecin** : M. Gautier ; assistant : Mlle Heimann ; interne à titre étranger : Mme Lévachkevitch ; interne : Mme Adda-Denis ; externes : MM. Marchal (L.), Chappelart, Salinesi (J.), Bouyssi (*F.*), *Vignon* (*D.*), *Flaisler* (*A.*).

Service des tuberculeux. — *Médecin* : M. Gautier ; externes : MM. Coriat (M.), Sauzède (Cl).

5. **Médecin** : M. Nicaud ; assistant : M. Bolgert ; interne : M. Tanret (P.) ; externes : MM. Rouveix (J.), Grignié (J.), Beau (P.), Bui-Kien-Tin ; Ardouin (M.), Rousselin (R.), Hébert (M.).

6. **Chirurgien** : M. Heitz-Boyer ; assistant : M. Chaignon ; internes : MM. Lanthier (P.), de Maulmont ; chef de laboratoire : M. Grigant ; externes MM. Calmanovici (N.), Pach (A.), Delerba (J.), Pomes (G.), Rosensteck (N.), Gasch (J.), Ben Hamou (D.), Blestel (J.), Lieb (G.).

7. **Chirurgien** : M. Cadenat ; assistant : M. ; internes : MM. Jouanneau (P.), Marcy (J.), Monsaingeon (A.) ; externes : MM. Arnavielhe (Jacq.) Ponsar(A.), Devimeux (P.), Bruneau (J.), Pistre, (M.), Cuenca (H.).

8. **Service des chroniques.** — M. Cadenat ; externe : M. Henry (Paul).

9. **Chirurgien** : M. Sauvé ; assistant : M. ; internes : MM. Forget (Roger), Le Roy (A.), Vautier (J.) ; externes : MM. Gilbert (H.), Halpas (P.), François (R.), Pouponneau (R.), Duhamel (M.), Milstein (J.), Perrotin (J.).

10. **Chirurgien** : M. Houdard ; assistant : M. ; internes : MM. Girard (Emile), Morin (Paul), Pierra (Christian) ; externes : Mme Pérol MM. Rey (J.), Polliot (L.), Pardon (J.), Bory (R.), Sevestre (J.), Van Quathem (M.).

11. **Oto-rhino-laryngologie.** — M. le Prof. Lemaître ; chefs de clinique : MM. Gaston, Bérard, Van den Bosche, Demaldent, Loiseau ; chefs de laboratoire : MM. Ardoin, Moussotte (moniteur), Rachet (moniteur) ; assistant : M. Sailly; assistant suppléant : M. Moussette ; assistant de consultation : M. Chaillouet ; internes : Mlle Courrier (Andrée), M. Cernéa (Pierre) ; externes : MM. Davidovici (Al.), Bouvier (Henry), Manillier (Ray.), Mlle Petron (Colette), MM. Praslon (J.), Crabol (J.), Ponpon (J.).

12. **Ophtalmologie.** — *Ophtalmologiste* : M. Magitot ; assistant : M. Dubois ; 1er assistant de consultation : M. Rossano ; 2e assistant de consultation : Mlle Haas ; interne : M. Lacorne (Jean) ; externes : M. Benaliona, Mlle Caussé (G.), M. Lehec (H.).

13. **Accoucheur** : M. Devraigne ; assistant : M. Ravina ; internes : MM. Marre (Ph.), Taveau (Pierre) ; externes : M. Barry (R.), Mme Aupinel, MM. Pradelle (R.), Catalogne (A.), Kropff (G.), Lederer (W.), Ferrasson (P.).

14. **Consultation** (**Médecine**). — M. Hamburger ; assistant : M. Courtin ; externe en premier : Mlle de Larminat ; externes : Mlle Robert (M.-Th.), MM. Bloch (M.), Abeille (J.), Piana (G.), Masson (M.).

15. (**Chirurgie**). — M. Redon ; externes : MM. Schneider (M.), Solomon (A.), Marinetti (P.).

16. **Consultation de stomatologie.** — M. Rousseau-Decelle ; *adjoint* : *M. Lattès* ; *assistant* : M. Gencel ; externes : M. Baillet (H.), Mlle Dufresne (H.).

17. **Electro-radiologie.** — Chef du service central : M. Guilbert ; chefs adjoints : MM. Frain, Falcoz (f. f.) ; assistants : MM. Corbier, Giron (f. f.) ; externes : MM. Legueux (élève), Hocheyt (élève), Lack (élève), Mme Crasneanschi (élève).

TENON

1. **Médecin** : M. Weill (P.-E.) ; assistant : M. Isch-Wall ; interne : M. Aschkenasy (Alex.) ;

externes : Mme Mattei (M.), MM. Lichnewsky (R.), Vialard-Goudou (M.), Müller (J.).

2. **Médecin** : M. Lian ; assistant : M. Facquet ; interne : M. Welti (J.-J.) ; externes : MM. Aupinel (M.-R.), Lebel (J.), Mlle Martin de Gimard, MM. Gérard (J.), Lasry (J.).

3. **Médecin** : M. Brûlé ; assistant : M. Hillemand ; interne : M. Herrenschmidt (Jean) ; externes : Mlle Sauvé (Cécile) ; MM. Dos Ghali (J.), Ternier (A.), Fleury (H.), Devilliers (B.), Paley (J.).

4. **Médecin** : M. Laroche ; assistant : M. Bompard (B.) ; interne : M. Baudouin ; externes : MM. Dailly (R.), Stevenin (L.), Mlle Fommarty (M.), M. Boismoreau (P.).

5. **Médecin** : M. May ; assistant : M. Ollivier (J.) ; internes : M. Grenet (Pierre), Mme Logeais-Barnaud ; externes : MM. Fortin (P.), Prin (A.), Joussemet (R.), Cuzin (J.), Fronville (P.), Bena (M.), Buchenaud (J.), Roy (B.).

6. **Médecin** : M. Pruvost ; assistants : MM. Bourguignon, Pescarolo, Mlle Prieur (f. f.) ; internes : MM. L'Hirondel (J.), Roch (C.) ; externes : MM. Mertens (Ph.), Muller (A.), Bally (M.), Zirah (P.), Halfon (E.), Dana (R.), Mlle Prost (M.-L.), MM. Le Bihan (R.), Graillon (P.), Mlle Ulrich (C.).

7. **Médecin** : M. Marchal ; assistant : M. Soulié ; interne : M. Ortholon (J.) ; externes : M. Gauthier (R.), Mme Penit, née Cuvillier, MM. Gorny (M.), Le Floch (Gérard), Palmer (D.), Bignotti (A.).

8. **Médecin** : M. de Gennes ; assistant : M. Salles (René) ; internes : Mlle Debay (Ch.), en surnombre étranger : M. Walther (Roger) ; externes : MM. Bouvaist (J.), Lanvin (M.), Goury-Laffont (M.), Delouche (G.), Mlle Bellètre (M.), M. Galmiche (P.).

9. **Chirurgien** : M. Roux-Berger ; assistant : M. de Gaudart d'Allaines ; internes : MM. de Botton (René), Perret (Robert), Aliker (Pierre) ; externes : MM. Pujol (M.), Morel (V.), Ossanlou (G.), Courtenay-Mayers, Mlle Fillon (C.), M. Massoum, Khani (C.), Mlle Moreau (J.).

10. **Chirurgien** : M. X... ; assistant : M. Moulonguet (Pierre) ; internes : MM. Derieux (Pierre) Robey (Maurice), Lefebvre (Jacques), en surnombre étranger : M. Rochlin (M.) ; externes : MM. Kœnig (B.), Fouks (L.), Loygue (J.), Drain (R.), Michon (J.), Sebillotte (C.), Rouault de La Vigne.

11. **Chirurgien** : M. Deniker ; assistant : M. Sauvage ; internes : MM. Beauchef (Jean), Arviset (Abel), Lévy (Jean), externes : M. Krenner (P.), Mlles Redonnet (Marg.), Marc (C.), MM. Warmé (R.), Coriat (L.), Sissmann (M.), Cacault (J.), Seibel (B.).

12. **Oto-rhino-laryngologie.** — M. Hautant ; assistant : M. Bourgeois (Robert) ; assistant de consultation : M. Duflot ; internes : MM. Hofmann (Salomon), Brégeat (Raymond) ; externes : MM. Sinaud (F.), Fehrembach (Al.), Dutter (Lucien), Ho-Vinh-Thong, Grünwald (A.), Seiffert (P.).

13. **Ophtalmologie.** — M. Bollack ; assistant : Mme Delthil ; assistant suppléant : N... ; assistant de consultation : M. Camps ; interne : M. Hacker (B.) ; externes : MM. Roulin (M.), Wolkowicz (él.), Driard (él.), Wior (él.).

14. **Accoucheur** : M. Cleisz ; assistant : M. ; internes : Mme Cornet, née Sachnine, M. Freret (Paul) ; externes : Mlle Leuthreau (Marie), MM. Beaugrand (Pierre), Verdez (F.), Mlle Saulnier (F.), M. Ballerin (J.).

15. **Consultation (Médecine).** — M. Basch ; assistant : Mlle Maas ; externe en premier ; M. Lecointe ; externes : MM. Roualt (Ch.), Mathias (Jean), Mlle Meugé (Y.), M. Lebrun (Michel).

16. **(Chirurgie).** — M. Chifoliau ; assistant : M. Baudelot ; externes : Mlle Rosenstock (Odette), MM. Machoire (Yves), Guegan (Yves).

17. **Electro-radiologie.** — Chef du service central : M. Lepennetier.

18. **Laboratoire de curiethérapie.** — Chef de service : M. Mallet ; adjoint : M. Colliez ; externes : MM. Habib (Sylv.), Koïfman (élève) ; chef adjoint : M. Bouchard (f. f.) ; assistants : MM. Descouts, Marchal, Godefroy (f. f.), Franck (Simon) (f. f.), Grain.

19. **Consultation de stomatologie.** — M. Lacronique ; adjoint : Mme Papillon ; assistant : M. Bertrand.

LAENNEC

1. **Médecin** : M. le Prof. Bezançon ; chefs de clinique : MM. Cachin, Chadourne, Lehmann (R.), Paul (Ch.), Pergola, Robert (P.) ; chefs de laboratoire : MM. Braun, Guillaumin, Delarue ; assistants : MM. Baron, Azoulay, Braun, Destouches, Fouquet, Mme Ragu (crèche) ; consultation spéciale pneumothorax : MM. Gaucher, Meyer, Langlois ; internes : MM. Vincent (Ph.), Siguier (F.) ; externes : MM. Le Lay (R.), Daguet (J.), Mlle Goutcharoff (M.), M. Durrande (M.), Mlles Fabre (G.), Prettre (F.), M. Darris (Ch.).

2. **Crèche.** — Externes : Mlle Tarrade (A.), M. Tisca (R.).

3. **Dispensaire Léon-Bourgeois.** — M. le Prof. Bezançon ; externes : Mlle François (B.), MM. Rouff (M.), Lefebvre (G.).

4. **Médecin** : M. Ramond (Louis) ; assistant : M. Vialard ; interne : M. Grossiord (A.) ; externes : M. Rouget (J.), Mlle Wolfromm (H.), M. Dutournau (J.), Mme Benoit (M.-L.).

5. **Médecin** : M. Troisier : assistants : MM. Hautefeuille (E.), Chadourne (P.), Brissaud (E.), Nico (P.), Mlle Blanchy ; chef de laboratoire adjoint : M. Poumailloux (M.) ; internes : M. Chenebault (J.), Mme Lamotte, M. Lemenetier (J.) ; externes : Mlle Theodoresco, MM. Keiser (A.),

Horvilleur (P.), Mlle Jeanperrin (Ch.), MM, Staub (M.), Couder (F.), Porge , Simon (G.), Picot (G.), Sebag (A.), Koskas (M.), Gosselin (M.).

6. **Dispensaire Léon-Bourgeois.** — M. Troisier ; externes : Mlle Vesigot-Wahl (M.), MM. Chavarot, Sclafer (J.).

7. **Médecin** : M. Bénard (René) ; assistant : M. Bariéty ; interne : M. Goutner (B.) ; externes MM. Piot (A.), March (G.), Carlot (R,), Colin (P.).

8. **Médecin** : M. Lechelle ; assistant : M. Thevenard ; interne : M. Perrot (Raoul) ; externes : MM. Gibon (L.), Monteau (R.), Martinon (A.), Ancelin (A.).

9. **Service supprimé.**

10. **Chirurgien** : M. Lardennois ; assistants : MM. Maurer, Velti ; internes : MM. Mouchotte (M.), Maruelle (R.), Marre (Pierre) ; externes : MM. Perrier (P.), Legendre (J.), Barbier (L.), Radjai (Y.), Depinay (P.), Mlle Schauving (E.), Mme Fabre, MM. Dubarry (L.), Sapir (M.).

11. **Oto-rhino-laryngologie.** — M. Bloch (André« ; assistants : MM. Rasset (A.), Soulas (A.) ; assistant adjoint : M. Larroque ; assistant de consultation : M. Lembine ; interne : M. Giraud (J.) ; externes : MM. Mariani (F.), Fox (M.), Pinès (J.), Sapet (M.).

12. **Ophtalmologie.** — Ophtalmologiste : M. Cantonnet ; assistant : M. Besnard ; as istant suppléant : M. Encausse ; assistant de consultations : Mme Gaudebert ; interne : M. Genevrier (R.) ; externes : MM. Arighi (C.), Hallot-Boyer (P.), Barbier (M.).

13. **Consultation (Médecine).** — M. Celice ; assistant : M. Marceron ; externe en premier : M. Delatour (J.) ; externes : Mlle Haller (R.), MM. Bachet (M.), Goldstein (A.).

14. **(Chirurgie).** — M. Maurer ; externes : MM. Sissmann (R.), Joué (R.).

15. **Consultation de stomatologie.** — M. Darcissac.

16. **Electro-radiologie.** — Chef du service central : M. Maingot ; chef adjoint : M. Portret ; assistants : MM. Jouveau-Dubreuil, Helie, Vassal (f. f.) ; externes : MM. Prunel (M.), Lévy (Raymond), Loiseau (André).

BICHAT

1. **Médecin** : M. Boidin ; assistant : M. Rouquès ; internes : MM. Paillas (J.-B.), Roux (M.) ; externes : MM. Bolivar (J.), Cotillon (J.), Baudouin (J.), Le Brigand (H.), Houdard (R.), Mlles Remond (S.), Pauliac (M.), Mme Carpentier (A.).

2. **Médecin** : M. Chiray ; assistant : M. Albot ; internes : MM. Dupuy (R.), Bonnet (G.) ; externes : MM. Mouton (G.), Roger (F.), Chouinard (G.), Verliac (F.), de Paulo (J.), Mebs (J.), Henri (J.), Courchet (A.).

3. **Médecin** : M. Pasteur-Vallery-Radot ; assistant : M. Mauric ; internes : MM. Soullard (J.) Claisse (R.) ; externes : Mlle May (Marie), M. Flandin (F.), Mlle Grumbach (R.), MM. Gandrille (M.), Sauziez (P.), Miquelard (M.), Gorce (M.), Rohmani (M.).

4. **Médecin** : M. Faroy ; assistant : M. Deron ; internes : MM. Genty (P.), Arnous (J.) ; externes : MM. Bastin (R.), Cornillon (L.), Hochedel (A.), de Rudelle (A.), Malvezin (F.), Mlle Camilleri (L.), MM. Ferrand (P.), Szryro (M.).

5. **Chirurgien** : M. Capette ; assistant : M. Gueulette ; internes : MM. Beauchef (R.), Boutron (J.), Goyer (R.) ; externes : MM. Payenneville (H.), Krajevitch (A.), Chaudouet (P.), Keruzoré (F.), Nehlil (J.), Mintz (M.), Meunier (J.-J.), Blanquet (R.).

6. **Chirurgien** : M. Mondor ; assistant : M. Huèt ; internes : MM. Barcat (J.), Huguier (J.), Lortat (Jacob) ; externes : MM. Weyl (J.), Leprat (S.), Rie (G.), Rey (H.), Galey (J.), Tran Van Hoa, Duhamel (G.), Devraigne (P.).

7. **Chirurgien** : M. Brocq : assistant : M. Chabrut ; internes : MM. Morhange (J.), Reignier (J.), Rouvillois (Cl.) ; externes : M. Foulon (J.), M le Benezit (M.), MM. Kerschen (R.), Corcos (V.), Naresvky (H.), Viard (P.), Foix (L.), Maigne (R.).

8. **Accoucheur** : M. Metzger ; assistant : M. Couinaud ; internes : M. Castany (J.), Mlle Aubin (H.) ; externes : MM. Gropper (G.), Pouzols (R.), Doville (J.), Vialard (E.), Gues (A.), Guittard (J.).

9. **Consultation (Médecine).** — M. Garcin ; assistant : ; externe en premier : M. Tiret (J.) ; externes : MM. Revel (C.), Raymond (J.), Le Bozec (R.), Mathias (J.), Caron (P.), Orgogozo (J.).

10. **(Chirurgie).** — M. Schwartz ; externes : MM. Steinberg (R.) ; Hiverlet (E.), Meunier (J.).

Annexe Bichat (Polyclinique du boulevard Ney)

11. **Médecine infantile.** — *Médecin* : M. Lévy (Pierre-Paul) ; interne : M. Breton (P.) ; externes : M. Jourdan (R.), Mlle Bouvet (A.), M. Boursaus (R.).

12. **Ophtalmologie.** — Ophtalmologiste : M. Renard ; assistant de consultation : M. Mekdjian ; externe : M. Badie (M.).

13. **Oto-rhino-laryngologie** : M. Aubry ; assistant de consultation : M. Encausse ; externe : MM. Rosenberg (S.), Lanceau (P.).

14. **Electro-radiologie** : M. Lehmann ; adjoints : MM. Porche (P.), Foubert (F.) ; assistants : M. Hicquel, Mme Wessbecher, MM. Juquelier (f.f.) ; Sourice (f. f.), de la Beausserie (f. f.), Le Canuet.

15. **Consultation de stomatologie.** — M. Raison ; externe : M. Erlich (Jean-Antonio).

BROUSSAIS

1. **Médecin** : M. le Prof. Sergent ; assistants : MM. Mignot, Bordet, Lonjumeau ; chefs de clini

que : MM. Regaud, Racine, Fourestier (M.) ; chefs de labor : MM. Durand (Henri), Couvreux, Kourilsky ; internes : MM. Vendryes (P.), Fasquelle (R.) ; externes : MM. Audoly (P.), Bertrand (C.), Le Brun (G.), Dicesco (Th.), Doumic (J.), Bonvallet (J.), Pramayon (E.), Orfali (J.).

2. **Médecin** : M. le Prof. Laubry ; assistant : M. Soulié ; chefs de clinique : MM. Leblanc, Landowski, Brosse, Royer de Vericourt ; chefs de labor. : MM. Deylande, Heim de Balsac, Raymond, Lenègre (J.), Jaubert ; interne : M. Bouvrain (Yves) ; externes : MM. d'Œlsnitz (M.), Weiss (Th.), Hewitt (J.), Petit (J.-M.-L.), Carlotti (J.).

3. **Service des tuberculeux.** — M. le Prof. Laubry ; interne : M. Porge (J.) ; externes : MM. Nguyen-Trung-Nam, Petitot (A.).

4. **Médecin** : M. Abrami ; assistant : M. Lichwitz ; interne : M. Mallet (R.) ; externes : Mme Delaffond (M.), Mlles Aftalion (M.-L.), Franses (E.), Dreux (H.), Blieblum (S.), MM. Mendelsohn (B.), Postel-Vinay (C.).

5. **Service des tuberculeux** : M. Abrami ; interne : M. Moulinier (E.) ; externes : MM. Cohen (J.), Bernard (L.).

6. **Médecin** : M. Jacquelin ; assistant : M. ; internes : Mlle Rotte (S.), M. Lévy (F.) ; externes : MM. Astié (J.), Ryckebusch (J.), Dogué (J.), Jourde (L.), Desvieux (F.), Nomdedeu (H.), Thiebot (P.), Flouquet (R.).

7. **Chirurgien** : M. Monod (Robert) ; assistant : M. Seillé ; internes : MM. Gout (L.), Guenin (P.), Picard (G.) ; externes : MM. Millet (R.), Maurel (J.), Hechavarria y Vaillant, Bokser (B.), Lacrosaz (M.), Mlle Chevallier (J.), M. Lavarde (J.).

8. **Consultation (Médecine)** : Mme Bertrand-Fontaine ; externe en premier : M. Lange ; externes : Mme Sautter (H.), M. Loiseau (Jacques-Paul).

9. **Chirurgie.** — M. Monod ; assistant : M. ; externes : MM. Satgé (M.), Vesval (Y.).

10. **Electro-radiologie.** — Chef du Service central : M. Cottenot ; assistants : MM. Blot-Cherigié-Couvreux (J.), Lé-Din Thi ; externe : M. Lajoinie.

11. **Clinique propédeutique.** — M.

12. **Consultation de stomatologie.** — M. Croquefer.

BOUCICAUT

1. **Médecin** : M. Courcoux ; assistants : MM. Thoyer, Alibert, Bucquoy ; interne : M. Mozziconacci (P.), externes : MM. Duchêne (J.), Butet (A.), Seillier (J.), Rosey (J.-V.).

2. **Centre de triage.** — Externes : Mlle Huard (M.), M. Magnoux (A.).

3. **Médecin** : M. Trémolières ; assistant : M. Moussoir ; interne : M. Orinstein (E.) ; externes : MM. Haguet (J.), Dufresne (P.), Mage (J.), Lebiedinsky (G.), Tavernier (J.).

4. **Chirurgien** : M. Okinczyc ; assistant : M. Huard ; internes : MM. Le Picard (J.), Denoix (P.), Vionnet (F.) ; externes : MM. Ferrari (J.), Dullin (Cl.), Uzan (Elie), Iagello (G.), Mlle Begzadian (V.), MM. Blanchet (Y.), Valentin (M.).

5. **Accoucheur** : M. Ecalle ; assistant : M. Suzor ; internes : M. Rault (A.), Mlle Dreulle (D.) ; externes : Mlles Raymond (M.), Ancel (F.), MM. Lagard (R.), Abramowicz (B.).

6. **Oto-rhino-laryngologie.** — M. Moulonguet ; assistant : M. Lemaître ; assistant de consultation : M. Bosc ; interne : M. Leconte (A.) ; externes : MM. Negellen (P.), Chartrain (E.), Prudhommeaux (P.), Perigois (Y.).

7. **Consultation (Médecine).** — M. Rachet ; externe en premier : M. Deprez ; externes : MM. Lelièvre (J.), Lemaire (J.).

8. **Chirurgien** : M. Okinczyc ; externes : M. Mattéi (M.), Mlle Gaon (L.).

9. **Consultation de stomatologie.** — M. Fargin-Fayolle.

10. **Electro-radiologie.** — Chef du Service central : M. Gérard ; chef adjoint : M. Blanche ; assistants : MM. Prévost (A.), Liftchitz ; externe : M. Hersant (f. f.).

VAUGIRARD

1. **Chirurgien** : M. le Prof. Duval (P.) ; assistants : MM. Gatellier, Merle d'Aubigné ; chefs de clinique : MM. Ruder, Aboulker ; chefs de labor. : MM. Moutier, Béclère (H.), Goiffon (attaché de chimie) ; Dupouy (attaché de radiologie) ; Beloux (attaché médical) ; Vilenski (attaché de stomatologie) ; internes : MM. Debidour (H.), Champeau (M.), Sarradin (M.) ; externes : Mlle Grout (G.), MM. Savouret (J.), Medvedeff (M.), Mlle Ferrié (F.), MM. Ronan (M.), Brac (J.), Pichot de Champfleury, Léger (M.), Solal (G.).

2. **Consultation de stomatologie.** — M. Vilenski.

3. **Electro-radiologie.** — Chef du service central : M. Béclère ; assistants : MM. Le Camus (H.), Dubost (f. f.).

4. **Centre de neuro-psychiatrie infantile.** — M. Heuyer ; assistant : Mme Roudinesco ; interne : Mme Siguier ; externes ; Mlle Leuret (S.), M. Duchêne (H.).

5. **Consultation spéciale d'oto-rhino-laryngologie.** — Assistant de consultation : M. Miegeville.

6. **Consultation spéciale d'ophtalmologie.** — Assistant : M. Dubar.

AMBROISE-PARÉ

1. **Médecin** : M. Monier-Vinard ; assistant : M. Chabanier ; internes : MM. Dechaume ; Montcharmont ; externes : Mlle Hufnagel, MM. Mayaud (J.), Descamps (L.), Maille (A.), Barbier (R.).

2. **Médecin** : M. Jacquet ; assistant : M. Thieffry ; interne : M. Basset (A). ; externes : M. De-

couflé (P.), Mme Decouflé (J.), MM. Allain (J.), Berger (C.), Maury (B.).

3. **Médecin** : M. Janet ; assistant : Mme Dollfus ; internes : M. Wimphen (A.) ; externes : M. Dreyfus (A.), Mlle Weinberg (L.), MM. Reverdiau (J.), Camus (P.).

4. **Chirurgien** : M. Desmarest ; assistant : M. Thalheimer ; internes : MM. Tissot (J.), Leroy (F.) ; externes : MM. Chapuis (G.), Malekzadeh (M.), Mlle Chaillet (N.), M. Denis (J.), Mlle Vettier (J.), MM. Nicolaïdes (E.), Mariage (G.).

5. **Consultation (Médecine)** : M. Peron ; assistant : M. Wester ; externe en premier : Mlle Rist ; externes : MM. Gauchon (P.), Perillo (J.).

6. **Chirurgie** : M. Desmarest ; assistant : ; externes : un externe résident : M. Lanchon (F.) ; externes : M. Poulain (J.), Mlle Denis (D.).

7. **Oto-rhino-laryngologie.** — M. Leroux ; assistant de consultation : M. Loiseau ; assistant adjoint de consultation : M. Chanel (R.) ; externes : MM. Meunier (A.) ; Tran-Van-Luong.

8. **Ophtalmologie.** — Ophtalmologiste : M. Hartmann ; assistant de consultation : M. Deschamps ; externe : M. Cuche (D.).

9. **Electro-radiologie.** — Chef du Service central : M. Detré ; assistant : M. Brennan.

Saint-Louis

1. **Médecin** : M. le Prof. Gougerot ; assistants : MM. Cartaud, Blum (consultation antivénérienne) ; chefs de clinique : MM. Boudin, Hamburger, Patte ; chefs de lab. : M. Desgrez, Mlle Eliaschef, MM. Peyre, Duche, Dechaume, (attaché de stomatologie) ; internes : MM. Dreyfus (B.), de Graciansky (P.) ; externes : MM. Vassal (J.), Feldmann (P.), Mathieu (Cl.) ; Neveux (S.), Maillez (A.), Camus (P.-N.), Mouchot (G.), Mme Guiraud (A.).

2. **Médecin** : M. Sézary ; assistant : M. Horovitz ; chef de labor. : M. Lévy (G.) ; internes : MM. Callerot (L.), Cossart (R.), Le Sourd (M.), Mlle Jurain (O.), MM. Van den Plas (R.), Slama (I.), Mlle Mottez (M.), M. Gertzberg (V.).

3. **Médecin** : M. Duvoir ; assistant : M. Pollet ; internes : MM. Gaultier (M.), Raynaud (M.) ; externes : MM. Guyot (J.), Cuadrodo (A.), Isal (P.), Ballade (R.), Hagege (A.).

4. **Médecin** : M. Touraine ; assistants : M. Gole (L.) ; assistant adjoint : M. Lepagnole ; chefs de labor. : M. Renault ; assistant de consultation : M. Solente ; internes : MM. Demartial (L.), Greene (J.) ; externes : M. Pradoura (M.), Mlle Gagnier (M.), M. Peyron (P.), Mlle Granier (R.), M. Isorni (P.), Mlle Garnier, MM. Clerfeuille (G.), de Chirac (G.), Galle (R.).

5. **Médecin** : M. Weissenbach ; assistant : M. Le Baron ; assistant adjoint : M. Bocage ; chef de labor. ; M. Martineau ; assistant de consultation : M. Lévy (Franckel) ; internes : M. Bouwens Van der Boyen (G.), Loubrieu (J.), Mlle Tourneville (R.), MM. Durupt (L.), Niego (H.), Coville (R.), Filippi (P.), Mlle Lauer (L.).

6. **Médecin** : M. Flandin ; assistant : M. Richon ; assistant adjoint : M. Poumeau-Delille ; chef de labor. : M. Rabeau ; assistant de consultation : M. Ferrand ; internes : MM. Boyer (J.), Aussannaire (M.) ; externes : MM. Geffriaud (M.), Galand (M.), Salet (J.), Wibrotte (J.), Petit (Norbert), Buregan (M.), Monod (Marc), Lardy (M.), Gueroult (A.).

7. **Médecin** : M. Tzanck ; assistant : M. Babalian ; chef de labor. : M. Giraud ; internes : Mme Néret, née Cauchy, M. Lewi (Samuel) ; externes : Mme Trocmé (S.), MM. Sriber (A.), Serreau (C.), Amado (R.), Wolf (J.), Mlles Kouindjy (S.) Delmas (M.), Jugand (J.).

Transfusion. — Externes : Mlle Adler (J.), M. Gross (Salomon-Sam).

8. **Chirurgien** : M. Picot ; assistant : M. Aurousseau ; internes : MM. Mousseau (M.), Maury (J.), Ollier (R.), ; externes : MM. Descubes (J.), Schuster (A.), Lacour (J.), Cayé (B.), Rousseau (J.), Russak (H.), Chateau (R.), Anghert (N.).

9. **Chirurgien** : M. Bazy ; assistant : M. Blondin (Sylvain) ; internes : MM. Vincent (J.), Huchet (R.), Simon (G.) ; externes : MM. Pley (J.), Bourdon (R.), Lallemant (Y.), Bouttier (D.), Schapiro (R.), Gibert (J.), Fues (H.), Mlle Ravet (A.-M.).

10. **Chirurgien** : M. Moure ; assistant : M. Patel ; internes : MM. Morel-Fatio (D.), Douay (A.), Hector (J.) ; externes : Mlle Orsoni (S.) M. Escomel (L.), Mlle Genthon (M.-S.), MM, Boncourt (R.), Vossoughi (D.), Ressnick (M.), Guy (E.), Chapelet (J.), Tricard (A.).

11. **Chirurgien** : M. Gouverneur ; assistant : M. Dossot ; internes : MM. Krug (G.), Tallet (H.) ; externes : MM. Radziviller (B.), Delavelle (M.), Sénéchal (J.-J.), Mignon (R.).

12. **Consultation** : M. Gouverneur ; externes : MM. Weissmann (S.), Silberstein (M.), Hoesli (H.), Chardon (P.), Grünberg (S.).

13. **Accoucheur** : M. Lemeland ; assistant : M. Bidoire ; internes ; Mlles Lotte (A.), Montalant (P.) ; externes : MM. Guin (E.), Tahar (L.), Zuckermann (A.), Azaiz (S.), Mlle Soudant (C.).

14. **Oto-rhino-laryngologie.** — M. Bouchet ; assistant : M. Demaldent ; assistant de consultation : MM. Vial, Le Pavec ; internes : MM. Allilaire (R.), Broutman (J.) ; externes : MM. Pastier (J.), Parsy (G.), Patou (J.), Lobrichon (P.), Mellouli (S.).

15. **Ophtalmologie.** — Ophtalmologiste : M. Coutela ; assistant : Mme Wiessmann-Netter ; assistant de consultation : M. Masson ; interne : M. Ordonneau (P.) ; externes : MM. Chappé (R.-J.), di Chiara (J.), Rodde (A.).

16. **Consultation (Chirurgie)** : M. Bloch ; assis-

tant : M. Naggiar ; externes : MM. Vinour (A.), Cayro (P.), Tolstoï (S.).

17. **Consultation de stomatologie.** — M. Schœfer ; assistant : M. Maleplate ; externes : Mme Gatovsky, M. Govaert (f. f.).

18. **Electro-radiologie.** — Chef du Service central : M. Belot ; chefs adjoints : MM. Nadal (R.), Nahan (L.) (f. f.) ; assistants : MM. Choffat, Buhler, Giraudeau, Duchamp, Pizon, Peuteuil, Puyaubert, Lemerle (Guy) (f. f.) ; *préparateur de radiothérapie* : M. Juster ; interne : Mlle Marquis, (G.) ; externes : MM. Loiseau (Jacques-Pierre): Lambert (R.), Diétrich (D.).

19. **Annexe Grancher.** — *Médecin* : M. Babonneix ; assistants : Mlle Lévy, M. Gouyen ; internes : MM. Delaitre (R.), Teyssier (L.) ; externes : Mme Wetzler (M.), MM. Mothon (F.), Liénard (J.), Leandri (L.), Ben Haïm (G.), Mlle Cypin (E.), M. Etevé (J.), Mlle Weisbrod (A.).

20. **Chirurgien** : M. Boppe ; assistant : M. Garnier ; internes : MM. Sautter (Y.), Faugeron (P.), Guny (D.) ; externes : MM. Lachowsky (A.), Tallet (J.), Chaignon (P.), Mlles Duchamp, Klein (M.), M. Deniziaut (C.), Mlle Labonde (J.).

21. **Consultation d'orthopédie.** — M. ; assistant : .

Broca

1. **Chirurgien** : M. le Prof. Mocquot ; assistant : M. Monod (Raoul) ; chef de clinique : M. Guillot ; chefs de labor. : MM. Palmer, Moricard, (attaché médical) ; internes : MM. Filhoulaud (H.), Mathey (J.), Verne (J.-M.), Zwillinger (A.) ; externes : Mlles Onfray, Wetzel (S.), Merlé (H.), M. Roulland (H.), Mme Maynadier (L.), M. Tararine (N.).

2. **Chroniques de chirurgie.** — M. le Prof. Mocquot ; assistant : M. Monod (Raoul) ; interne : M. Duret (M.) ; externes : M. Coquet (J.), Mlles Gomes de Mattos, Slim y Villegas, M. Renault (P.).

3. **Consultation de dermato-vénéréologie** : M. Benda ; premier assistant : M. Mallein ; deuxième assistant : M. Palazolli ; chef de labor. : M. Boulbe ; interne : Mme Thaon ; externes : MM. Ras (M.), Labourie (A.), Rozencweig (A.), Pouret (H.), Mlle Papot (C.), M. Bonsin (M.).

4. **Electro-radiologie.** — Chef du Service central : M. Thoyer-Rozat ; assistant : M. Pulsford (G.) ; externe : M. Faidherbe (f. f.).

Maternité

1. **Accoucheur** : M. Le Lorier ; assistant : M. Desnoyers ; chef de labor. : ; adjoint aide de clinique : ; internes : Mlles Mage (E.), Damiens (S.) ; externes : Mlles Aalam (I.), Cahour (M.), Lévy (Y.).

Baudelocque

1. **Accoucheur** : M. le Prof. Couvelaire ; assistant : M. Lacomme ; chef de labor. : MM. Giraud, Sureau, Laporte (attaché médical) ; chef de clinique : MM. Lepage, Coen, Leblanc ; interne : M. Rouchy (R.) ; externes : MM. Quichon (R.), Bijoux (R.), Raufmann (L.), Barnier (A.), Kvoussi (M.), Mlle Jolivet (M.).

2. **Electro-radiologie.** — Chef du Service central : M. Petit ; assistant : M. Leblanc (f. f.).

Clinique d'accouchement Tarnier

1. **Accoucheur** : M. le Prof. Brindeau ; chef de clinique : M. Gorse ; chefs de labor. : M. Pougin, Mme Hinglais ; internes : MM. Paugnan (P.), Schaefer (G.) ; externes : MM. Bessière (M.), Pointeau (J.), Uzan (M.), Mme Héritier-Michon (F.), Mlle Szezesniakowski.

Claude-Bernard

1. **Médecin** : M. le Prof. Lemierre ; chefs de clinique : MM. Mahoudeau, Laplane, Friedmann, Meillaud ; chef de labor. : M. Reilly ; internes : MM. Brumpt (L.), Morin (M.), Domart (A.), Israël (R.) ; externes : MM. Arnaud (R.), Roux (J.), Carton (F.-X.), Mlles Durkheim (J.), Depitre (J.), MM. Berthet (G.), Garnal (J.), Tricot (R.), Lévy (Michel-Marc), Crépin (G.), Reynes (P.), Vasquez (C.), Durgeat (J.), Torlet (J.), Baudon (Jacques-Auguste).

2. **Médecin** : M. Marquézy ; assistant M. Launay ; internes : M. Poncet (G.), Mme Aldou (F.) ; externes : M. Gremont (Th.), Mlles du Pasquier, Plouchart (J.), MM. Cabrières, Toulouse (R.), Barrier (J.), Salines (J.), Boro (J.).

3. **Consultation d'oto-rhino-laryngologie.** — M. Chatellier ; interne : M. Clerc (H.) ; externe : M. Dubois (J.).

Trousseau

1. **Médecin** : M. Paisseau ; assistant : M. Weill (J.-R.) ; interne : M. Carrez (P.) ; externes : MM. Eon (M.), Roujon (G.), Morilière (L.), Malange (M.), Mlles Bareiller-Fouché, Haller (S.), MM. Braconier-Leclerc, Téru (R.).

2. **Service de la diphtérie.** — *Médecin* : M. Paisseau ; interne : Mlle Oehmichen (G.).

3. **Médecin** : M. Cathala ; assistant : M. Auzépy; internes : MM. Scheid (J.), Maschas (B.) ; externes : M. Bourgine (F.), Mlles Rometti (E.), Dumont (G.), M. Lemierre (J.), Mlles Rivet (S.), Dubois (L.-M.).

4. **Contagieux.** — *Médecin* : M. Cathala ; interne : M. Brault (André).

5. **Chirurgien** : M. Sorrel ; assistant : M. Guichard ; internes : MM. Bret (J.), Debouvry (J.), Rougé (P.) ; externes : Mlle Longeaux (S.), M.

Giudicelli (D.-P.), Mlle Puget (G.), MM. Simon (A.), Lioubtchansky (M.), Sersiron (D.), Nataf (S.), Favre (P.), Wachtel (L.).

6. **Oto-rhino-laryngologie** : M. Rouget ; assistant : M. Sachnine ; assistant de consultation: MM. Ferrand, Maillard ; interne : M. Simonin (L.) ; externes : M. Arnaud (G.), Mlle Rosenthal (L.), M. Nguyen Kha Than, Mme Baumann (S.), M. Broutin (A.).

7. **Consultation (Médecine)** : M. Clément ; assistant : M. Vallery-Radot (Pierre) ; interne : Mlle Bonnenfant ; externes : M. Vila (R.), Mlle Moreilhon (M.), MM. Renard (P.), Petit (M.), Mlle Provendier (M.).

8. **Ophtalmologie.** — Ophtalmologiste : M. Favory ; assistant : M. Durandy ; externe : Mme Surleau.

9. **Consultation de stomatologie.** — M. Lemerle ; assistant : M. Cauhépée ; externe : Mlle Kletter (P.).

10. **Electro-radiologie.** — Chef du service central : M. Gnénaux ; assistant : M. Damond.

Bretonneau

1. **Médecin** : M. Grenet ; assistant : M. Isaac (Georges) ; interne : M. Mouchotte (R.) ; externes : MM. Didier (R.), Compagnon (L.), Christophle (B.), Rouault (M.), Mme Chapellart (S.), MM. Bouygues (P.), Champagne (M.).

2. **Médecin** : M. Milhit ; assistant : Mme Zagdoun ; internes : M. Maury (P.), Mme Teyssier ; externes : MM. Pouch (Emile), Brisson (F.), Serre (G.), Mlles Beauphon (M.), Lamothe (B.), M. Petit (C.).

3. **Chirurgien** : M. Leveuf ; assistant : M. Bertrand (P.) ; internes : Mlle Picard (S.), MM. Mazingarbe (A.), Netter (R.) ; externes : MM. Gerbaux (A.), Dupré (B.), Verdier (J.), Gouault (C.), Mlle Allary (O.), M. Noal (P.), Mlle Roissard de Bellet, M. Cardon (P.), Mlle Gavrilenko (N.), M. Sethian (A.).

4. **Accoucheur** : M. Portes ; assistant : N... ; internes : MM. Hanoun (F.), di Mattéo (J.) ; externes : MM. Ullmann (R.), Bastard (J.), Baudon (Jacques-Victor), Coutin (J.), Klein (M.), Blanquier (G.).

5. **Consultation (Médecine)** : M. Pichon ; interne : M. Chareire (J.) ; externes : MM. Ducamp (P.), Ariztia (R.), Charbonneau (P.), Lebreton (R.), Dautel (R.).

6. **Oto-rhino-laryngogie.** — M. Lallemant ; assistants de consultation : MM. Schatz, Boëlle (R.) ; externes : MM. Jullich (I.), Graveron (H.), Mlle Lefèvre (J.).

7. **Consultation de stomatologie.** — M. Izard.

8. **Electro-radiologie.** — Chef du Service central : M. Lomon ; chef adjoint : M. Duval ; assistant : M. Méry ; externes : MM. Coronel (f. f.), Rosenbaum (f. f.).

Hérold

1. **Médecin** : M. Debré ; assistant : M. Marie ; interne : M. Seringe (Ph.) ; externes : Mlle Lambert (A.), Arditti (M.), Seror (M.), M. Brisset (Ch.), Mlle Danon (M.), MM. Lecœur (J.), Pineau (M.).

2. **Médecin** : M. Huber ; assistant : M. Florand ; interne : M. Duperrat (R.) ; externes : MM. Ducros (J.), Viguié (R.), Toupet (A.), Cluzeau (R.), Meyer (M.), Douay (C.).

3. **Consultation (Médecine)** : M. Lamy ; interne : M. Nouaille (J.) ; externes : MM. Belot (E.), Villain (J.), Mme Nouaille, Mlle Albulesco (M.).

4. **Oto-rhino-laryngologie.** — M. Ombrédanne ; assistant de consultation : M. Le Jemble ; externes : M. Geismar (P.), Mlle de Laquière.

5. **Electro-radiologie.** — Chef du Service central : M. Gibert ; assistants : MM. Mignon, Le Canuet ; externe :

6. **Stomatologie.** — M. Rupper.

7. **Ophtalmologie.** — M. Renard.

Maison de santé

1. **Médecin** : M. Mouquin ; assistant : ; interne : M. Charousset (M.) ; externe résident : ; externes : M. May (E.), Mlle Antoine (C.).

2. **Service temporaire de chirurgie.** — M. Girode ; externes en premier : MM. Vernes (A.), Prochiantz (A.) ; externes : Mlle Lafontaine (J.), MM. Veroust (G.), Poirier (P.), Bertho (J.).

3. **Electro-radiologie.** — M. Legoff (P.) (f. f. de chef adjoint).

Enfants-Assistés

1. **Médecin** : M. le Prof. Lereboullet ; assistants : M. Lelong ; assistant adjoint : M. Roudinesco ; chefs de clinique : MM. Gavois, Odinet, Joseph (R.), Mme Wertheimer, M. Cheinisse ; chefs de labor. : MM. Detrois, Donato (moniteur) ; internes : MM. Cochemé (R.), Catinat (M.) ; externes : Mlle Raab (A.), MM. Rousseau (X.), Marcault (P.), Mlle Mangenot, MM. Boeswilwald (M.), Vittrant (J.).

2. **Chirurgien** : M. Martin ; assistant : M. Buquet ; assistant de consultation d'orthopédie : M. Ducroquet ; internes : M. Marschak (V.), Combes (A.) ; externes : M. Faugeroux (J.), (résident), Mlle Boudeville (S.), Mme Joseph, Mlle Lorton (J.), M. Sohier (J.).

3. **Accoucheur** : M. Vignes ; assistant : M. Landrieu ; internes : MM. Depierre (R.), Serane (J.) ; externes : MM. Bailly (J.), Olivier-Pallud (P.), Guimezanes (E.), Mme Temime.

4. **Electro-radiologie.** — Chef du service central : M. Aimé ; assistant : M. Le Bouchard ; externe : Mlle Berlinska.

5. Consultation de stomatologie. — M. Boissier ; assistant : M. Chapotel.

Bicêtre

1. Médecin : M. Moreau ; assistant : M. Deparis ; internes : MM. Depaillat (A.), Delor (J.) ; externes : MM. Cariage (J.), Bloch (C.), Sicard (J.), Henrot (H.), Panthier (R.), Grel (P.), Villebrun (J.), Lamy (R.), Morin (J.), Buy (H.).

2. Médecin : M. Alajouanine ; assistant : M. Thurel ; internes : MM. Faulong (L.), Ullmann (M.) ; externes : Mlle Seyrig (C.), MM. Xambeau (Ch.), Kreisler (L.), Marlingue (G.), Hermann (A.), Molimard (J.).

3. Médecin : M. Paraf ; interne : M. Boissonnet (J.) ; externes : MM. Philippe (B.), Lebovici (S.), Peraly (E.), Blondé (A.), Weydert (J.).

4. Chirurgien : M. Toupet ; assistant : M. Mouchet (A.) ; internes : MM. Haguier (P.), Orsoni, (P.), Bonamy (M.) ; externes : MM. Cahen (J.), Fayein (A.), Forgeois (A.), Duthuit (G.), Carraud (J.), Bartfeld (D.), Flouquet (H.), Maurice (P.).

5. Consultation (Chirurgie) : M. Toupet ; interne : M. Zivy (P.).

6. Médecin : M. Camus : interne : M. Boulenger (P.).

7. Médecin : M. Maillard ; interne : M. Boulenger (P.).

8. Consultation de stomatologie : M. Richard.

9. Ophtalmologie. — Ophtalmologiste : M. Parfonry.

10. Electro-radiologie. — Chef du Service central : M. Dariaux ; chef adjoint : M. Cassan (f. f.) ; externe : Mlle Ligon (M.).

11. Consultation générale de médecine : M. Moreau ; externe en premier : M. Maignan (Ch.) ; externes : MM. Chilot (R.), Samie (J.).

12. Consultation oto-rhino-laryngologie (réservée aux malades hospitalisés) : M. Aubry ; assistant : M. Causse.

13. Service temporaire de chirurgie : M. Toupet ; externes : MM. de Kermerchou de Kérauten, Zyngerman, Dubois (G.), Bey (H.).

Salpêtrière

1. Médecin : M. le Prof. Guillain ; chefs de clinique : MM. Schwob, Ribadeau-Dumas, Delay, Hesse ; chefs de labor. : MM. Bertrand, Lereboullet, Schmite, Mathieu (P.), Bernon ; internes : MM. Le Beau (J.), Rogé (R.), Yglesias y Betancourt (P.) ; externes : MM. Sébillotte (L.), Dupas (A.), Carballo (C.), Lolmède (Ch.), L'Hirondel (J.), Cohen (A.), Marrero (F.), Ciechanowicz (J.).

2. Médecin : M. Ribadeau-Dumas ; assistant : M. Chabrun ; interne : M. Roy (André) ; externes : Mlles Devillers (J.), Doumic (A.), MM. Masson (R.), Gœrens (J.), Galimard (P.).

3. Médecin : M. Crouzon ; assistant : M. Christophe ; internes : MM. Gautier (J.), Daum (S.) ; externes : Mlle Fossier (J.), MM. Isal (Paul), Rosenkovitch (E.), Pilat (L.), Gaudeul (B.), Lambert (Léon), Guénard (R.), Bourhy (M.), Demassieux (M.).

4. Infirmerie du personnel et chalets. — M. Crouzon ; interne : M. Gerbeaux (J.).

5. Médecin : M. Etienne (Bernard) ; assistant : M. Kreis (Boris) ; internes : MM. Mande (R.), Scemama (J.) ; externes : MM. Lebas (A.), Taïeb (M.), Sebban (Ch.), Kuczynski (A.), Berrier (E.), Bernager (A.), Weil (R.).

6. Chirurgien : M. le Prof. Gosset ; assistants : MM. Charrier, Funck ; assistant médical : M. Jahiel ; chefs de clinique : MM. Rousseau, Boudreaux, Barraya, Poilleux ; chefs de labor. : MM. Delaunay, Rouche, Jahile (attaché médical) ; internes : MM. Benassy (J.), Coldefy (J.), Gross (G.) ; externes : MM. Lera (E.), Monod (C.), Royer (E.), Le Brigand (J.), Stepanoff (A.), March (J.), Borniche (P.), Caplier (P.), Albou (A.), Guérou (P.).

7. Médecin : M. Vurpas; assistant : M. Dubrun ; interne : Mme Leconte.

8. Médecin : M. Barbé ; interne : Mme Leconte.

9. Electro-radiologie : Service central : M. Bourguignon ; chef adjoint : M. Beau ; assistants : MM. Humbert, Mathieu (P.), Djian (A.) ; interne : M. Milliez (P.) ; externe : M. Schermann (S.).

10. Service temporaire. — *Médecin* : M. Dreyfus (Gilbert) ; interne : M. Lamotte (M.).

11. Consultation de stomatologie. — M. Guilly ; assistant : M. Houzeau.

12. Clinique chirurgicale : M. Petit-Dutaillis ; assistants : MM. Schmitz, Sigwald ; interne : M. Kaeppelin ; externe en premier (f. f.) ; externes : MM. Gandelon (G.), Follin (Sven), Divisia (F.).

Ivry

1. Médecin : M. Carrié ; internes : MM. Boyé (P.), Chambon (M.) ; externes : MM. Tols (A.), Tola (R.), Dubel (G.).

2. Chroniques et admissions. — Externes : MM. Brochenin (R.), Bonnet (J.).

3. Chirurgien : M. Métivet ; internes : MM. Lataix (P.), Sayous (E.) ; externes : MM. Michaud (J.), Peiffert (J.), Libarelli (L.).

4. Electro-radiologie. — Chef du Service central : M. Pestel ; chef adjoint : M. Delapchier.

5. Consultation de stomatologie : M. Cabrol.

6. Consultation oto-rhino-laryngologie (réservée aux malades hospitalisés) : M. Ramadier ; assistant de consultation : M. Baron.

Ménages

1. Médecin : M. Brodin ; assistant : M. Aubin ; interne : M. Martrou (P.) ; externes : Mlle Mon-

ghal (Th.), MM. Berthon (M.), Haquin (Ch.), Debusschère (F.).

2. **Chirurgien** : M. Desplas ; assistant : M. Meillière (J.) ; internes : MM. Logeais (P.), Pertus (J.), Drain (M.) ; externes : MM. Nespoulous (J.), Moulle (H.), Auquier (L.), Boddaert (L.), Braillon (Th.), Delater (J.), Caballero y Monteagudo, Aublin (J.).

3. **Electro-radiologie.** — Assistante : Mme Tedesco (Béatrice).

La Rochefoucauld

1. **Médecin** : Un externe en premier : M. Mantoux (G.) ; un externe résident : M. Smilovici (H.)

Debrousse

1. **Médecin** : M. Debray ; interne : M. Schapira (G.).

Berck, Hôpital maritime

1. **Chirurgien** : M. Richard ; internes : MM. Vialatte (J.), Rougier (M.), Gaumé (P.) ; externes résidents : MM. Gamard (L.), Falk (F.), Loze (E.), Mlle Dupont (E.).

2. **Hôpital Lannelongue.** — Chirurgien : M. Richard ; interne : M. Gougerot (L.) ; externes résidents : MM. Bendit (M.), Erlich (I.).

3. **Electro-radiologie.** — M. Parin ; adjoint : M.

Brévannes

1. **Médecin** : M. Renaud ; interne : M. Blanchard (J.) ; inte nes (concours spécial) : M. Genthon, Mlles Fossier, Lécuyer.

2. **Médecin** : M. Bourgeois ; interne : M. Lenormant (H.) ; internes (concours spécial) : M. Barbier (P.), Mlles Oganesoff, Heulot, MM. Hertzog, Attali.

3. **Médecin** : M. Chevalley ; interne : M. Guillemin (G.) ; intern (concours spécial) : Mlle Meunier.

4. **Electro-radiologie.** — Assistant : M.

5. **Consultation de stomatologie.** — M. Nespoulous.

6. **Consultation oto-rhino-laryngologie** (réservée aux malades hospitalisés). — M. Lemariey ; assistant de consultation : M. Vachey.

Sainte-Périne

1. **Médecin** : M. Levesque ; interne (concours spécial) : M. Campagne (Jean).

Chardon-Lagache

1. **Médecin** : M. Levesque ; interne (concours spécial) : M. Rometti (Alde).

Hendaye

1. **Médecin** : M. Morancé; internes (concours spécial) : MM. Faingold (f. f.) ; Jhelber (f. f.).

Champrosay

1. **Médecin titulaire** : M. Nouvion ; médecin assistant : Mlle Pauc ; interne (concours spécial) : M. Blondeau (f. f.).

2. **Consultation d'oto-rhino-laryngologie** (réservée aux hospitalisés). — M. Lemariey ; assistant de consultation : M. Vachey.

Asile Sainte-Anne

1. **Médecin** : M. le Prof. Claude ; chefs de clinique : MM. Lagache, Guilly ; chefs de laboratoire : MM. Cuel, Duma , Lehmann, Mlle Bonnard, MM. Dubar, Cuzin.

2. **Clinique neuro-psychiatrique infantile.**— Médecin : M. Macé de Lépinay.

3. **Electro-radiologie.** — MM. Piot, Michon.

4. **Consultation dentaire.** —

Sanatorium d'Angicourt

1. **Médecin** : M. Buc ; assistants : MM. Ronce, Costes (G.), Fay.

Sanatorium de San-Salvadour

1. **Médecin** : M. Fohanno ; adjointes : Mme Benoit, née Jean, Mlle Roussy.

Galignani et Belœuil

1. **Médecin** : M. Maréchal ; adjoint : N...

La Reconnaissance Fondation Brézin

1. **Médecin** : M. Mutel.

Garches

1. **Médecin** : M. Weissmann ; internes (concours spécial) : MM. Martinet, Desclaux, Lemanissier, Danset.

2. **Médecin** : M. Kourilsky ; internes (concours spécial) : MM. Delair, Dennewald, Flo es, Anquetil.

3. **Electro-radiologie.** — Assistant : M. Goubert (C.).

Fondation Marmottan

1. **Chirurgien** : M. Madier ; assistants : MM. Monod (Olivier), Heppe, Rudler ; externes résidents : MM. Sevileano, N...

2. **Electro-radiologie.** — Chef adjoint : M. Dupouy (J.), (assistant f. f.).

Supplément au tableau de répartition du personnel médical dans les hôpitaux de Paris pour 1937

Services départementaux

HÔPITAL HENRI-ROUSSEL

Centre de prophylaxie mentale, 1, rue, Cabanis Paris 14e). Médecin directeur : M.Genil-Perrin.

Dispensaire et consultation

Psychiatrie générale : M. Genil-Perrin. Mlle Badonnel, MM. Barbé, Mâle, Montassut, Vurpas ; *Toximanies* : *M.* Dupouy ; *Médecine générale* : M. Tessière ; *Psychiatrie infantile* : M. Roubinovitch ; *Neurologie* : M. Tinel : *Epileptiques* :M. Ma Marchand ; *Alcooliques* : M. Mignot ; *Psychopathies organiques* : M. Targowla ; *Psychopathies sexuelles* : M. Sciff ; *Psychothérapie* : M. Minkowski ; *Psychonévroses anxieuses* : Mlle Serin ; *Ophtalmologie* : M. Lagarde ; *Oto-rhino-laryngologie* : M. Labarraque ; *Dermatologie* : M. Boyer ; *Stomalotogie* : M. Pietkievicz ; *Orientation professionnelle* : *M.* Lahy ; *Consultations juridiques* : Mme Kempf ; *Service social* : Mlle Hébrard ; *Propagande d'hygiène mentale* : Mme Lebas.

Services d'hospitalisation : MM. Genil-Perrin, Dupouy et Pichard.

Pharmacie : M. Lévêque.

Laboratoires. — *Physiologie* : M. Simonnet ; *Chimie biologique* : M. Delaville ; *Psychologie et psychotechnique* : M. J.-M. Lahy ; *Bactériologie et sérologie* : M. Muttermilch ; *Anatomie pathologique* : M. Marchand ; *Hématologie* : M. Guieysse ; *Radiologie et diathermie* : M. Misset ; *Physiothérapie* : M. Giraudeau.

INSTITUT DÉPARTEMENTAL DES AVEUGLES DE LA SEINE, ECOLE BRAILLE

7, rue Mongenot, à Saint-Mandé

Directeur, M. Santi ; médecin, M. Raynaud ; adjoint, M. Maufrais ; ophtalmologiste, M. E. Hartmann ; stomatologiste, M. Dieudonnat ; oto-rhino-laryngologiste, M. Grippon de la Motte.

INSTITUT DÉPARTEMENTAL DES SOURDS-MUETS ET SOURDES-MUETTES

35, rue de Nanterre, à Asnières (Seine).

Directeur, M. Vienne ; médecin, M. Bonnerot ; psychiatre, M. Roubinovitch ; ophtalmologiste, M. N... ; oto-rhino-laryngologiste, M. Soulas ; stomatologiste, M. Valléry.

ASILE NATIONAL DES CONVALESCENTS,

14, rue du Val-d'Osne, à Saint-Maurice (Seine).

Directeur, M. Gourdin ; médecins, MM. Berthoumeau, Lévy (Edmond), Oury (P.) ; radiologiste, M. Rubuffel ; orthopédie, M. Rœderer ; physiothérapie, M. Préaut ; stomatologiste, M. Nidergang ; pharmacien, M. Dumesnil.

ASILE DE MOISSELLES,

Moisselles (Seine-et-Oise).

Directeur-médecin, M. J. Vié ; internes, MM. Souriac, Suttel ; stomatologiste, M. Hellion ; ophtalmologiste, M. Bégué.

COLONIE FAMILIALE DE DUN-SUR-AURON (CHER).

Directeur-médecin, M. Pasturel ; médecin chef de service, M. Chanès ; assistants, MM. Dupont, Vilbonnet.

ASILE DE VAUCLUSE

à Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise).

Directeur, M. D. Chabanon ; médecins, Mme Cullerre (division femmes), M. Sengès (division hommes) ; ophtalmologiste, M. Bégué ; colonie de Vaucluse, M. Brissot ; stomatologiste, M. Janets ; pharmacien, M. Gautier.

ASILE DE VILLE-EVRARD

à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise).

Directeur, M. Gayet; médecins, M. N... (division d'hommes) ; Mignot (division femmes) ; Martimor (service spécial) ; stomatol giste, M. Plumet ; ophtalmologiste, M. Bégué ; pharmacien, M. Malmy.

MAISON SPÉCIALE DE SANTÉ DE NEUILLY-SUR-MARNE (SEINE-ET-OISE)

Directeur,M. Gayet ; médecin, M. Petit.

COLONIE FAMILIALE D'AINAY-LE-CHATEAU (ALLIER).

Directeur-médecin, M. P. Sivadon ; assistant, M. Quéron.

ASILE AGRICOLE DE CHEZAL-BENOIT (CHER).

Directeur-médecin, M. Caron ; assistant, M. Ordowsky.

SANATORIUM VILLEMIN, à Angicourt (Oise).

Directeur, M. Lebris ; médecin en chef, M. Buc ; assistants, MM. Ronce, Fäy, N... ; assistant de pharmacie, M. Crété.

SANATORIUM PAUL-DOUMER, LABRUYÉRE (OISE)

Directeur, M. Legris ; médecin chef, M. Fourès; assistant, MM. Durel Pellier ; assistant de pharmacie Mme Pellier.

GALIGNANI ET BELŒIL,
(89 boulevard Bineau et 57, rue Borghèse, à Neuilly-sur-Seine.

Directeur, M. Feffer ; économe, M. Berth, médecin, M. Maréchal ; assistant, T. Thuvien.

HOSPICE SAINT-MICHEL ET LENOIR-JOUSSERAN

10, avenue Victor-Hugo, à Saint-Mandé
35, avenue Courteline, Paris-XII[e].

Directrice, Mme Cotty, médecin, M. Lafosse.

ETABLISSEMENTS MARINS DE LA VILLE DE PARIS A SAN-SALVADOUR (VAR).

Directeur, M. Brelet ; médecin chef, M. Fohanno ; médecins résidants, Mme Benoît, Mlle Roussy ; pharmacien, Mlle Pierdait.

MAISON DE RETRAITE DE VILLERS-COTTERETS (CHATEAU DE VILLERS-COTTERETS, AISNE).

Directeur, M. Féron (René) ; médecins, MM. Assemat, Sarthon ; pharmacien, M. Brunelle ; aide pharmacien, M. Le Nué.



Infirmières

Circulaire relative aux conditions de nomination des infirmières visiteuses et des assistantes sociales

Le ministre de la Santé publique à MM. les préfets (inspections départementales d'hygiène).

Par mes Circulaires des 26 septembre et 26 octobre 1936, j'ai attiré votre attention sur l'obligation d'écarter des centres de soins, de prophylaxie et de service social toute infirmière ou assistante ne justifiant pas de diplôme d'Etat. Je vous ai également prié de faire connaître à tous les services ou organismes qui tirent tout ou partie de leurs ressources soit des fonds publics, soit des fonds privés réunis avec le concours, ou même simplement avec l'autorisation de l'Etat, qu'ils devront désormais ne recruter, pour occuper des emplois rétribués, que des infirmières ou visiteuses diplômées d'Etat.

De différents côtés il m'est signalé que ces instructions ne sont pas suivies d'effet et que des postes vacants ou nouvellement créés sont confiés à des infirmières ou à des visiteuses non diplômées.

Je vous prie de faire savoir à tous les organismes intéressés que je me verrai dans l'obligation de suspendre toute attribution de subvention à ceux qui ne tiendraient pas compte des instructions en question.

Vous voudrez bien également leur rappeler que le bureau central des infirmières dépendant de mon département centralise un grand nombre de demandes d'emplois et qu'il est à même de leur signaler les candidatures d'infirmières diplômées d'Etat pour les emplois à pourvoir.

Henri SELLIER.

(*J. O.* 17 février 1937.)

Le Gérant : **R. THIRON**

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. CLERMONT 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

Cinquante-neuvième année — N° 27 — 4 Juillet 1937

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

- sommaire -

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	60 fr.	Belgique et Luxembourg...	70 fr.
Etudiants	35 fr.	Première Zone	85 fr.
Le Numéro	1.25	Deuxième Zone	110 fr.

Demi-Colonnes

Abonnés du Concours exerçant dans les stations d'altitude

Nous rappelons à nos abonnés qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :
Annecy. Lortet, Pierron.
Aubure (Haut-Rhin), Borg.
Chamonix. de Chabanolle (*enf. cure hélio-alpine*)
Jougne. (Doubs). Charlin.
Lajoux (Jura), L. Benoit-Jeannin.
La Louveso (Ardèche). J. Goubert.
Langogne (Lozère). Adrien Forestier.
Maiche (Doubs). J. Chatelain.
Mégève. Marcel Grenet, Jacqueline Grenet-Gazamian (*enf.*)
Mouthe (Doubs). R. Paindestre.
Osséja (Pyr.-Or.). J. Avérous.
Pau (Basses-Pyr.). Cornet.
Saint-Gervais. Roux.
St-Pierre-de-Chartreuse. Brianes.
Vernet-les-Bains. Ponson.
Villard-de-Lans. Bassaguet (*mal. enf.*), Suau (*mal. enf.*)

Abonnés du Concours exerçant dans les stations balnéaires et climatiques

MM. les docteurs :
Antibes-Juan-les-Pins. Claudel (chir. ur.).
Ars (Ile de Ré), J. Moinet.
Bandol-sur-Mer. E. Charmot et E. Rozet (*cure hélio-mar.*), L. Marçon.
Banyuls-sur-Mer. E. Panis, Parcé.
Berck-Plage. Bouquier, H. Loze, Ménard, Tridon, Richez.
Biarritz. Clavel, Lacour, Pitchalsky (*méd. gén. Stom.*)
Boulou (Le) (Pyr.-Oles) **M.** Basman.
Cannes. Abadie, Bourgeois-Gavardin, P. E. Bousquet, Cadinouche, Escarras, P. Houssiaux, Joublot, Gérard Monod, Roques, Stauder.
Carnac-Plage. E. St-Martin.
Cassis-sur-Mer. Agostini.
Cayeux-Brighton-sur-Mer. Colleu (orthopédie).
Croix-de-Vie. Cristau.
Crozon-Morgat. E. Donard.
Deauville. Molina.
Dinard. Badin.
Douarnenez. Damey.
Fouesnant-Beg Meil. Legal.
Grau du Roi (Gard). Ramain.
Hendaye. Th. Casenave.
Le Boulou. J. Noguès.
Mimizan-Plage (Landes). Froustay.
Nice. Faure, **M.** Lelongt, Nicolas, Trutié de Vaucresson (*chir.*)
Ouistreham-Riva-Bella. Ch. Poullain.
Paramé. Bazin.
Pau. Dr Cornet.
Roscoff. Bagot père, Stéphan.
Saint-Aubin-sur-Mer. (Calvados), Em. Quiquemelle.
St-Georges-de-Didonne. Maudet.
Saint-Jean-de-Luz. J. Reboul.
Ste-Maxime-s/Mer. E. Bausset, Ficonetti.
St-Quay-Portrieux. Bertrand
Saint-Raphaël. Boulle, Léon Clément (*chir.*), M. Rochette (*stom.*), Roux de Laroque (*Gyn. enf.*)
Saint-Servan. Huet.
Sables-d'Olonne. Pelletier.
Sanary-sur-Mer. Gaillard.
Trébeurden. Royer.
Villars-de-Lans. Bassaget.

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Nº 174. — Vittel. Pour rais. santé et âge, cab. therm. créé il y a 25 ans à céder à des cond. avantag. Prise de possess. immédiate avec promesse de collaborat. pend. saison 37 seulem. Ecr. Dr Adda à Vittel, qui renseignera, ou mieux aller le voir.

Nº 175. — Dr âgé O. R. L., n'exerç. plus, ch. pet. occupat. chez confr. spécialiste. Vendrait à moitié prix nombr. instrum. opht. et O. R. L. Ecr. Dr E., 29, rue des Cordelières, Paris (13e).

Nº 176. — Dr français non naturalisé, posséd. voiture, est demandé pour remplacem. mois d'août. S'ad. Dr Renac, Sainte-Gauburge (Orne).

Nº 177. — Dr dispos. compt. cherche gros poste médec. seul accepter. pro-pharm. De préfér. Normandie, Maine, Touraine, Ile-de-France. Belle habit. exigée.

Nº 176. — Dr expérimenté dispos. voiture, libre juillet. août et sept., accepter. remplacem. toute région.

Nº 179. — Externe 3e année, français, cherche travail médical régulier pour l'après-midi et le soir.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet BREITEL ET GORET

1, rue Dante, Paris (5e). - Tél. : Odéon 36-46

Banlieue immédiate. Bon cabinet. Loyer : 5.400. Maison conf., jardin. Prix à déb.

Paris. Cabinet uniquement de consult. : 2 h. par jour. Prix : 30.000.

Paris. Client. choisie. Gros rapp. Beau quartier. Prix : 120.000.

Banlieue proche. Rapp. intér. Pavillon avec jardin. Prix : 30.000.

Renseignements

Villa du Parc. Saujon (Char.-Infre.). Charmant hôtel de repos et station de cure pour le traitement des affections nerveuses et neuro-digestives. Dr DUBOIS.

« La Soleillette » Bandol-sur-Mer (Var). Soleil. Régime.

Toute fatigue spontanée est à surveiller. Le plus souvent l'organisme est empoisonné par les microbes malfaisants que des digestions imparfaites ont fait pulluler dans le tractus digestif. Les TABLETTES DE MANGAÏNE vous mettront à l'abri de tous risques. Sucez lentement 4 à 6 TABLETTES DE MANGAÏNE par jour.

AVIS

Retard dans la réception du « Concours Médical »

Des abonnés continuent à se plaindre que notre journal leur parvient quelquefois tardivement.

L'expédition étant faite à Clermont (Oise), par les soins de nos imprimeurs, le vendredi et le samedi, la réception doit avoir lieu normalement le samedi dans les départements les plus proches, et le dimanche ou le lundi dans les autres régions.

Prière de nous aviser si ces délais sont dépassés, et nous interviendrons auprès de l'Administration des Postes.

BUREAU DE VOYAGES DU « CONCOURS MÉDICAL »

Programme des Voyages d'été

Pour les prochaines vacances nous organisons :

1° Un voyage terrestre en autocar pour visiter l'Allemagne, la Tchéco-Slovaquie, l'Autriche, la Hongrie et l'Italie.

Durée : 16 jours. Départs les samedis 17 et 31 juillet, 14 et 28 août et 11 septembre. Prix : 3.280 francs ;

(Voir *Concours Médical*, n° 24 du 13 juin 1937, page 1846.)

2° Une grande croisière d'été en Méditerranée. Proche-Orient, Palestine et Egypte, sur l' « Empress of Australia » (21.850 t.)

Durée : 26 jours, du 25 septembre au 20 octobre. Prix à partir de 4.800 francs environ.

(Voir *Concours Médical*, n° 26 du 27 juin 1937, page 1976.)

Pour inscription et renseignements complémentaires, s'adresser au *Concours Médical* (Bureau de Voyages).

NOTA. — Pour la Croisière de 16 jours du Havre aux Fjords norvégiens, au Danemark, en Suède et à Dantzig (31 juillet-17 août) *aucune place n'est plus disponible.*

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Faculté de médecine de Paris.** — *Bourses de doctorat.* — Les concours pour les bourses de doctorat en médecine auront lieu le lundi 19 juillet 1937. Les demandes d'inscriptions seront acceptées au Secrétariat de la Faculté jusqu'au 10 juillet, 16 heures.

Il est rappelé que seuls sont admis à concourir les étudiants ayant obtenu la moyenne *sept* à l'ensemble des épreuves de l'examen de fin d'année.

— **Ligue nationale française contre le péril vénérien.** — M. Ellis Hudson a fait le 1er juillet à l'Institut Alfred Fournier, 25, boulevard Saint-Jacques, une conférence sur : Le bejel, la syphilis arabe de la région de l'Euphrate (avec projections et démonstrations), sous la présidence de M. le Prof. Levaditi.

— **Académie Duchenne de Boulogne.** — Le prix annuel de dix mille francs décerné par l'Académie Duchenne de Boulogne, au travailleur indépendant de nationalité française, dont l'œuvre ou la création ayant trait aux sciences médicales sera jugée la meilleure, sera attribué le 1er jeudi de décembre 1937.

Les mémoires inédits et non encore récompensés (dactylographiés en double exemplaire) devront être adressés au secrétariat de l'Académie, Centre Marcelin Berthelot, 28 *bis*, rue Saint-Dominique, Paris (VIIe), avant le 1er octobre 1937.

— **Syndicat national des vétérinaires.** — Une manifestation professionnelle organisée en l'honneur de M. H. Martel, directeur honoraire des Services vétérinaires de la Seine, à l'occasion de son accession à la présidence de l'Académie de médecine, aura lieu le jeudi 8 juillet 1937, à 17 heures, à la Maison des Vétérinaires, 28, rue des Petits-Hôtels.

— **Dîner de la Société universelle du théâtre (S. U. D. T.) et des H. B. V.** — Le 7 juin, à l'occasion du Congrès international du Théâtre et sous la présidence de M. Jules Romains, la S. U. D. T. et le Groupe des H. B. V. accueillaient à dîner, au Cercle interallié, un grand nombre d'auteurs dramatiques, de directeurs de théâtre et de metteurs en scène, venus de tous les pays.

Le groupe des hommes de bonne volonté (H. B. V.) est fait de médecins et d'amis des sciences. Véritable cercle d'accueil, il s'intéresse à tout ce qui peut rapprocher les intellectuels français et étrangers.

Ce dîner suivi de réception, avait été organisé en collaboration avec Mme Paulette Pax, directrice du Théâtre de l'Œuvre, par Mmes G. Blechmann, Brille, Boucard, Cayrol, Dujarric de la Rivière, G. Lardennois, M. Martiny, Nemours, Soulas et par MM. L. Berkowitz, Ed. Champion, Jean Gérard, Raymond

Philippe ; les Docteurs Bour, M. Delort, Giroux, Mondain, L. Ruaud, Thierry de Martel, R. Vaudescal, etc...

— **La crémation en France.** — Invités par la Société pour la propagation de l'incinération, dont le siège social se trouve 10, rue Fanny, à Clichy (Seine), de nombreux délégués de Lyon, Chambéry, Grenoble, Marseille, etc., sont venus participer aux travaux du VIII[e] Congrès annuel, sous la présidence de M. le Professeur G. Barrier, membre et ancien président de l'Académie de médecine.

Parmi les fours crématoires en fonctionnement, celui de Paris occupe la première place, avec 940 incinérations pour l'année écoulée. Viennent ensuite : Strasbourg, 200 ; Marseille, 61 ; Lyon, 33 ; Rouen, 12 ; Reims, 1. Depuis leur ouverture, les divers crématoires français ont effectué, jusqu'à la fin de 1936 : 27.898 incinérations.

— **Paris.** — *Concours de médecins d'assistance médicale à domicile.* — Ce concours s'est terminé par les nominations suivantes (ordre de mérite) : 1. MM. les Docteurs Willot ; 2. Lemant ; 3. Deparis ; 4. Mme le Docteur Lœwe-Lyon ; 5. MM. les Docteurs Klotz ; 6. Debray (Charles) ; 7. Dormay ; 8. Mme le Docteur Aarger-Oguse ; 9. MM. les Docteurs Fabre ; 10. Royer de Véricourt ; 11. Mlles les Docteurs Lévy ; 12. L'Hoir ; 13. MM. les Docteurs Eliet ; 14. Bréhier ; 15. Moline ; 16. Mlle le Docteur Helmann ; 17. MM. les Docteurs Martel ; 18. Doukan.

— **Congrès international de psychothérapie et psychologie appliquée.** (Paris, 16-17-18 juillet 1937.) — Le IV[e] Congrès international de psychothérapie et de psychologie appliquée se tiendra à Paris, les 16, 17 et 18 juillet 1937, 49, rue Saint-André-des-Arts.

Ce Congrès est placé sous le patronage de personnalités éminentes parmi lesquelles se trouvent MM. les Professeurs E. Branly, d'Arsonval, Achard, Pierre Janet, Marcel Labbé, Carnot, Hartmann, Cunéo, Roussy, Jean Lépine (Lyon), Euzière (Montpellier), Chavigny (Strasbourg), MM. Louis et Auguste Lumière (Lyon), etc.

A la séance d'ouverture, le Docteur Bérillon évoquera les précurseurs illustres de la psychothérapie. Des rapports seront présentés ensuite par MM. Bérillon, Marcel Viard, Sampton, Bonjour, Préda, Fauvel, Courtois, Favre, etc.

Banquet le 16 juillet, à 8 heures, à la Taverne du Nègre, 17, boulevard Saint-Denis (tenue de ville, prix : 35 francs).

Adresser les adhésions, cotisations (50 francs) et demande de renseignements à MM. Bérillon, 22, rue Vignon, et Marcel Viard, secrétaire général, 11, rue du Printemps, Paris (XVII[e]).

— **Office central des œuvres de bienfaisance.** — L'Office central des œuvres de bienfaisance vient de publier une liste complètement remise à jour à la

date du 1er juin des *Maisons de repos et de vacances et des établissements de cure d'air.*

On y trouve tous les renseignements utiles (conditions d'admission, prix de journée, altitude, etc.) pour le placement des personnes des deux sexes dans 650 établissements de toutes les régions de la France.

Cette liste est remise au siège social de l'Office central, 175, boulevard Saint-Germain, Paris, moyennant 1 fr. 75; elle est adressée à domicile contre l'envoi de la somme de 2 francs.

— **Naissance.** — Nous apprenons la naissance de *Nicolle* ROUGEAN, fille de notre confrère le Docteur Rougean, de Paris (11 juin 1937).

Nos sincères compliments.

— **Pallas** (Revue trimestrielle, nº 10). — Le nº 10, du 15 avril 1937, de *Pallas*, contient, sous le titre : « Souvenirs de Karakoram », le carnet de route du Docteur Jean Arlaud, qui fut le médecin de l'expédition française de l'Himalaya. Une magnifique collection de photographies orne ce récit, dont nous avons publié nous-mêmes, dans nos colonnes, une version (*Concours Médical*, nos 22 et 23 de 1937). Les illustrations de *Pallas* sont, comme toujours, fort belles.

Dans ce même numéro 10 de *Pallas*, on trouve de nombreux articles pittoresques très joliment illustrés. A noter spécialement : Peints par eux-mêmes (M. le Prof. Achard, par M. le Docteur Jules Renault, de l'Académie de médecine) ; une satire bienveillante de l'enseignement donné à l'Hôpital Saint-Louis, due à la plume de M. le Docteur B. Menetrei ; une critique des œuvres exposées au Salon des médecins ; deux études historiques dont l'une sur les médecins aux armées de la Révolution, par M. le médecin-général Rouffiandis ; et, l'autre sur le roi Georges-VI en tant que roi guérisseur, par Léon Abensour, agrégé d'histoire, docteur ès-lettres ; enfin, un conte sentimental par M. le Docteur Léon Bruel.

Ce numéro de 64 pages, d'un grand format, avec tirages en couleurs, couverture et hors texte en quadrichromie, est expédié franco, sous pli recommandé, à tout médecin qui en fait la demande, accompagnée de la somme de 15 francs, à la direction de *Pallas*, 111, boulevard de Magenta, Paris (Xe).

— **Comité national de l'Enfance.** — La Journée nationale des Comités départementaux aura lieu le samedi 10 juillet 1937, amphithéâtre de l'Institut océanographique, 195, rue Saint-Jacques, Paris (Ve).

— **L'inauguration du Palais du thermalisme et du climatisme à l'Exposition.** — Le 24 juin a eu lieu, sous la présidence de M. le ministre de la Santé publique et devant une brillante assistance, l'inauguration du Palais consacré aux stations thermales et climatiques françaises.

D'une belle ordonnance moderne ce Palais, par de nombreux placards photographiques, proclame le

pittoresque, la variété et l'efficacité de notre patrimoine thermal.

Aux étrangers qui visiteront (et qui déjà visitent!) l'Exposition de 1937, il suggérera le désir de parcourir la France qui, si elle est la patrie du vin, n'en sait pas moins le prix de ses eaux.

G. L.

— **M. Albert Lebrun, Président de la République, a inauguré les Journées médicales de Paris.** — M. Albert Lebrun, Président de la République a inauguré hier matin au Palais des l'Expositions, la troisième session des Journées médicales internationales de Paris.

Plusieurs discours furent prononcés au cours de la séance inaugurale, présidée par M. Chapsal, ministre du Commerce. Le Professeur Carnot, président du Congrès, montra toute l'importante collaboration apportée par les savants de tous les pays. Le Professeur agrégé Lardennois, commissaire général, célébra l'effort accompli. Le Docteur Godlewski, secrétaire général exposa les travaux du Congrès sur l'endocrinologie et rappela les travaux de Pierre Marie et du Professeur d'Arsonval.

Après le Docteur Paul Descomps, secrétaire général et le Professeur Roch, de Genève, au nom des délégués étrangers, M. Chapsal, ministre du Commerce, apporta ses vœux au Congrès.

Au cours des séances scientifiques, qui auront lieu les jours suivants, d'importants travaux seront présentés par les Professeurs Roussy, doyen de la Faculté de médecine de Paris ; Portier, de l'Académie des Sciences ; Pierre Mauriac, doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux ; Leriche, de Strasbourg ; Allen et Smith, des Etats-Unis. Enfin, le Professeur Alexis Carrel (New-York), montrera comment on peut cultiver les hormones dans l'appareil qu'il a inventé en collaboration avec le célèbre aviateur Lindbergh. (*Matin*, 27 juin 1937.)

HOMMAGE A UN GRAND SAVANT LE PROFESSEUR D'ARSONVAL

Un de nos confrères et amis, venant de visiter le Palais de la Découverte à l'Exposition de 1937, s'étonnait de n'y avoir pas vu évoquer les réalisations du grand savant qu'est le Professeur d'Arsonval. Dans cette exposition dont les merveilles de l'électricité sont les attractions les plus admirées, il est attristant que le Professeur d'Arsonval à qui l'on doit de si grands progrès tant en ce qui concerne l'électricité au point de vue biologique qu'au point de vue industriel, n'ait pas eu sa place d'honneur.

Un de ses amis, M. le Docteur L. Chauvois,

s'est efforcé de réparer cette injustice. Sous le titre de D'Arsonval : *Soixante-cinq ans à travers la science,* il a consacré un livre à l'illustre savant, y consignant les conversations et les souvenirs de M. d'Arsonval, qui malgré ses quatre-vingt-sept ans, a conservé une lucidité et une mémoire absolument merveilleuses.

L'ouvrage du Docteur L. Chauvois est luxueusement édité et est illustré de 148 figures. L'auteur qui est un maître indiscutable de la vulgarisation scientifique, a exposé clairement les découvertes et les travaux de M. d'Arsonval qui y sont présentés de façon à être compris de tous. La meilleure façon de rendre hommage à un savant est de le faire connaître, lui et ses œuvres (1).

(1) L'ouvrage est édité par souscription limitée à 1.000 exemplaires (10 exemplaires sur Japon, 400 francs l'exemplaire ; 90 exemplaires sur papier teinté au prix de 150 francs et 900 exemplaires sur papier surglacé, 80 francs l'exemplaire). Adresser les souscriptions à l'auteur Docteur L. Chauvois, 75, avenue de Breteuil, Paris-XVe.

Fédération des Syndicats médicaux de la Seine

La Fédération des Syndicats médicaux de la Seine, à propos d'un procès récent qui a impressionné fort défavorablement le public, recommande aux médecins, surtout dans les cas de recouvrement délicat d'honoraires et lorsque ces derniers sont élevés, de recourir à une procédure d'arbitrage pour éviter la publicité tapageuse qui risque de suivre une action judiciaire et qui est susceptible de porter le plus grave préjudice à la médecine et aux médecins. (*Communiqué.*)

***

Divers incidents se sont produits ces temps derniers qui ont été considérablement grossis du fait des actions judiciaires entreprises et de la publicité qui leur a été ainsi donnée, publicité à tous points de vue déplorable ; aussi, pour essayer de limiter ces incidents ou de les éviter à l'avenir, la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine se met à la disposition des médecins de son ressort pour les difficultés qu'ils peuvent rencontrer ; qu'elles portent sur leurs rapports avec des pharmaciens ou des fabricants de spécialités, ou bien avec des publications médicales, la Fédération propose, tant aux médecins qu'aux autres parties en cause, son arbitrage à l'amiable qui permettra certainement de régler nombre d'affaires à l'avantage des deux parties et des corporations intéressées. (*Communiqué.*)

Association professionnelle internationale des médecins (A. P. I. M.)

XIIe session annuelle du Conseil général
(Paris, les 8, 9, 10, 11 juillet 1937)

ORDRE DU JOUR

1° Approbation du *compte rendu* de la XIe session (Amsterdam) paru dans notre *Revue Internationale* de novembre 1936 ;

2° *Allocution du président* de la XIIe session, le Docteur HÆDENKAMP, correspondant national d'Allemagne ;

3° Nomination des deux *contrôleurs aux comptes* ;

4° *Rapport du secrétaire général* sur le fonctionnement intérieur de l'A. P. I. M., les travaux du secrétariat et des correspondants, la *Revue Internationale*, etc... ;

5° *Enquête* (*A. L.*) sur : « l'Organisation de la lutte anticancéreuse dans les divers pays ». Rapporteur : Docteur VUILLEUMIER (Suisse) ;

6° *Enquête* (*A. M.*) sur : « l'Organisation du service médical de nuit, des dimanches et jours de fêtes ». Rapporteur : Docteur ZAHOR (Tchécoslovaquie) ;

7° *Enquête* (*A. N.*) sur : « Le contrôle en matière médico-sociale ». Rapporteur : Docteur CIBRIE (France) ;

8° Echange de vue sur « l'utilité d'un *livre sanitaire* individuel obligatoire ». Exposé du Docteur DECOURT, secrétaire général ;

9° La « conférence permanente des Fédérations professionnelles internationales ». Exposé du secrétaire général ;

10° L'*assurance-maladie*. Ce qui s'est passé dans les divers pays depuis la dernière session. Exposé verbal succinct de chaque membre du Conseil ;

11° Rapport des commissaires aux comptes ;

12° Rapport du trésorier : Docteur DROOGLEVER FORTUYN (Hollande) ;

13° Principales enquêtes à effectuer en 1938 ;

14° Nomination du président de la XIIIe session ;

15° Date et siège de cette session (proposition : à Copenhague) ;

16° Questions diverses et propositions individuelles.

Le secrétaire général de l'A. P. I. M. :

Dr Fernand DECOURT.

• • •

A TRAVERS L'OFFICIEL

15 JUIN

Enseignement de la médecine

M. Villaret, professeur d'hydrologie thérapeutique et climatologie, est transféré, à compter du 1er octobre 1937, dans la chaire de clinique médicale propédeutique (Broussais), à la Faculté de Paris (budget de l'Université) (dernier titulaire: M. Sergent, retraité).

La chaire d'hydrologie thérapeutique et climatologie (dernier titulaire : M. Villaret) de la Faculté de Paris, est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à dater de la publication est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

Assistance médicale gratuite

Arrêté du 25 mai 1937 fixant le tarif national pharmaceutique pour l'Assistance médicale gratuite

17 JUIN

Hospices et hôpitaux

Circulaires du 12 juin 1937 relatives aux devoirs du personnel et à la discipline dans les établissements hospitaliers.

Ces circulaires seront publiées ultérieurement.

18 JUIN

Légion d'honneur

Est nommé chevalier de la Légion d'honneur, au titre du ministère de la Santé publique, M. le Docteur Chadefaux, de Fontclair.

19 JUIN

Santé publique

Circulaire du 17 juin 1937 concernant la protection du personnel des établissements de soins contre les rayonnements nocifs des appareils de radiologie et de curiethérapie.

Circulaire du 15 juin 1937 concernant l'admission des malades dans les préventoriums au titre de l'Assistance médicale gratuite.

Ces circulaires seront publiées ultérieurement.

20 JUIN

Comité de coordination sanitaire et social

Arrêté du 10 juin 1937 relatif au Comité de coordination sanitaire et social

Art. 1er. — Les demandes de subventions ou de contribution de l'Etat examinées par les sections permanentes des Comités départementaux de coordina-

Voir la suite page XLVII-2055

PROPOS DU JOUR

L'HYGIÈNE SOCIALE DIRIGÉE



Depuis le 15 février 1902, époque de la promulgation de la loi sur la protection de la Santé publique, les critiques à ce sujet n'ont cessé de se manifester. Les maîtres de l'hygiène sont allés jusqu'à proclamer que cette prétendue protection de la Santé publique en France était une façade derrière laquelle il n'y avait rien.

Des projets, des plans plus ou moins pratiques, plus ou moins chimériques ont été dressés, mais rien n'a abouti ; on ne peut considérer même comme un essai d'organisation cohérente de l'hygiène, les lois fragmentaires sur le repos des femmes en couches (1913), sur la répression de la provocation à l'avortement (1920), celle sur les sérums thérapeutiques et divers produits, d'origine organique (1934), ni les Décrets sur les appareils à désinfection et sur l'organisation et le fonctionnement des services de désinfection (1903), sur le service de la vaccine (1903), sur les substances vénéneuses (1916), ni les arrêtés ayant trait à la déclaration des maladies contagieuses, à l'éviction des écoliers suspects dans les écoles (1927 et 1921), etc., etc. Toutes ces mesures prises dans une intention louable sont-elles éxécutées ? ?

L'organisation (disons plutôt la désorganisation) de l'hygiène en France reste dans un état chaotique. C'est ce que constate le Docteur Jean Albert-Weil, de Béziers, dans un très intéressant article de la *Revue de Paris* (15 mai 1937), article intitulé *L'hygiène sociale dirigée.* Notre confrère ne se borne pas à la critique facile de la situation, il fait suivre cette dernière d'un plan de réforme qui pourrait être appliqué sans bouleverser notre constitution politique. Ce plan n'est donc pas utopique, bien qu'il s'attaque à de puissants privilèges et à des habitudes ancrées qui nous paraissent rendre sa réalisation très problématique.

Le ministère de la Santé publique entrevoit, nous dit M. Albert-Weil, la création dans les grandes villes et certaines régions de centres de santé, sortes de superdispensaires de prévention, de dépistage, à la rigueur de soins, auxquels seraient attachés des médecins spécialistes nommés au concours ou choisis après avis des collectivités médicales. Ces centres coordonneraient dans chaque région sanitaire qui dépendrait d'eux l'action des institutions publiques et privées, mais il conviendrait tout d'abord d'organiser le ministère de la Santé publique de définir son rôle et de lui donner les moyens de réaliser quelque chose. Les budgets départementaux d'assistance et d'hygiène échappent à son contrôle, et il n'a pas l'autorité nécessaire pour y modifier quelque chose. Dans telle ville importante les hôpitaux sont sordides et à côté de très beaux dispensaires antituberculeux fonctionnent. Telle région est pourvue d'une maternité remarquable et il n'y a à côté aucune organisation de protection de l'enfance.

Les hôpitaux sans services de chirurgie dignes de ce nom, sans installation radiologique sont encore nombreux. Même dans la région parisienne il existe des établissements qui n'ont du sanatorium que le nom. Pour la création d'un sanatorium on ne se préoccupe souvent ni de la salubrité de la région, ni du climat du lieu où il doit être construit. Il en est de même pour les colonies scolaires de vacances.

Les hôpitaux thermaux sont insuffisants dans notre pays si riche en stations hydrominérales. La lutte antisyphilitique n'est organisée que dans les villes pourvues de Facultés. Les médecins des bureaux d'hygiène n'ont pas de statut. Les deux tiers des communes sont dépourvues encore d'eau potable. Les chiffres que l'on donne des lits de sanatorium, du nombre des préventoriums, des médecins et du personnel qui y sont attachés à ces établissements comme aux



dispensaires, le total des budgets de toutes ces institutions sont impressionnants, mais, si l'on en étudie les résultats, ce sont des trompe-l'œil.

Dans plusieurs articles du *Mouvement sanitaire*, M. le Docteur Hazemann a constaté que cet état de choses ne tenait pas à la pénurie de ressources mais au cahos administratif qui ne permet pas leur emploi judicieux. L'hygiène sociale en France, écrit M. Albert-Weil, est composée de petites républiques autonomes qui élèvent entre elles des cloisons étanches.

Or il importe de mettre en commun les ressources budgétaires de notre pays destinées à la protection de la Santé publique quelle que soit leur origine; il faut faire tomber les cloisons départementales périmées, ramener chaque organisation à son rôle : par exemple ne pas permettre aux Caisses d'assurances sociales de créer avec leurs excédents de recettes des cliniques de traitement quand le taux des prestations qu'elles versent à leurs assurés est nettement insuffisant. L'exercice de la médecine doit rester libre et quand les besoins généraux ou locaux des populations exigent la création d'institutions médicales, c'est à l'Etat seul et non aux Caisses d'assurances sociales qu'incombent leur réglementation et leur contrôle.

M. le Docteur J. Albert-Weil expose le plan constructif d'hygiène sociale dirigée suivant :

Un budget suffisant serait à la disposition du ministère de la Santé publique ; il serait alimenté par les fonds versés aux départements et aux communes, par les excès de recettes des Assurances sociales non employées à l'augmentation des prestations, par la centralisation des produits du droit des pauvres et du Pari mutuel, par les revenus des établissements de soins comportant des payants, etc...

Le bilan des ressources sanitaires serait établi par des Commissions interdépartementales, comprenant des médecins, des inspecteurs d'hygiène, des fonctionnaires des Finances, de l'Administration de la Santé publique, des Préfets, des représentants des Assurances sociales, de la Mutualité, des Œuvres privées. Ces Commissions classeraient les établissements sanitaires existants et indiqueraient les réformes à leur apporter. Toutes ces données des Commissions seraient centralisées et classées au ministère qui pourrait alors élaborer un plan général d'équipement sanitaire, réalisé par tranches d'après les disponibilités budgétaires.

Le ministre de la Santé publique aurait la haute main sur l'administration de tous les établissements hospitaliers et de toutes les institutions d'hygiène sociale.

Une école d'administration et de direction des hôpitaux serait créée pour former un personnel compétent. Administrateurs, médecins seraient nommés au concours sur titres ou sur épreuves et les jurys seraient choisis hors de la localité. Les Commissions administratives seraient supprimées.

La France serait divisée en circonscriptions sanitaires, comprenant plusieurs départements, ayant à leur tête un intendant sanitaire, pourvu de pleins pouvoirs, relevant directement et exclusivement du ministre.

Un conseil sanitaire purement consultatif lui serait adjoint, composé de délégués des médecins, des Assurances sociales, de la Mutualité, des Conseils généraux, etc...

Un Conseil supérieur de la Santé publique dont le nombre des membres serait assez restreint, comprenant les intendants, les représentants de l'Académie de médecine, les directeurs de l'hygiène et de l'assistance, pourrait conseiller le ministre qui déciderait en dernier lieu, et serait seulement responsable devant le Gouvernement et le Parlement.

La réalisation de ce plan permettrait peut-être l'organisation de l'hygiène sociale dans notre pays, mais elle se heurterait à de très fortes puissances contre lesquelles toutes les tentatives de réformes ont échoué jusqu'ici ; ce sont les Commissions administratives hospitalières, les communes, les Conseils généraux, jaloux de leur autonomie. La politique et le particularisme régional, si forts en France, permettront-ils facilement de mettre un peu d'ordre et de méthode dans l'organisation de l'hygiène sociale dont la France a cependant le plus grand besoin ? Ne trouvera-t-on pas dans ce plan d'hygiène dirigée, l'emprise de l'Etat excessive et l'autorité du Ministre trop dictatoriale ?

J. N.

PARTIE SCIENTIFIQUE

RÉGIMES ALIMENTAIRES ET DERMATOSES

Par P. Rimbaud

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier

A l'encontre de la plupart des dermatologistes des Ecoles étrangères les médecins français ont toujours donné une place importante au régime alimentaire dans le traitement des dermatoses. Ce fut pendant longtemps le règne des régimes dits « hypotoxiques », dont la rigueur ne tarda pas à devenir excessive. Après l'évolution des directives thérapeutiques qui accompagna l'ère pastorienne nous assistons à une « renaissance de la médecine humorale » qui accorde au terrain une part prépondérante dans la pathogénie des diverses affections ; plus que dans tout autre branche de la médecine, la diététique dermatologique a suivi cette tendance et l'on préconise à l'heure actuelle des régimes extrêmement variés, ayant pour prétention de compenser certains troubles du métabolisme, de corriger des dysvitaminoses, voire même de modifier l'équilibre acide-base de notre organisme.

La complexité de certains d'entr'eux apparaît pour le praticien un obstacle à leur application ; mais la véritable difficulté réside surtout dans leurs indications respectives, qui doivent tenir compte de la pathogénie même de la dermatose.

Prenons l'exemple de l'ezcéma infantile à siège facial, qui a fait récemment l'objet de nombreuses recherches sur le rôle, que l'on doit faire jouer dans sa genèse à l'intolérance, à l'anaphylaxie, etc... Tout médecin est capable de faire l'identification correcte de cette dermatose, et se croit de ce fait autorisé à orienter sa thérapeutique vers les méthodes de choc, de désensibilisation, méthodes qui tantôt lui donnent des résultats relativement rapides, tantôt aboutissent à un échec complet. Cette inconstance ne doit pas cependant nous étonner, étant donné qu'il existe chez le nourrisson et l'enfant deux variétés principales de lésions eczémateuses, d'origine très distincte, et rarement différenciées par le praticien. Certaines manifestations siègent en effet sur les parties saillantes de la face (pommettes, front), c'est l'eczéma dit « constitutionnel » ; d'autres au contraire se développent en premier lieu dans les sillons rétro-auriculaires, autour de la bouche et envahissent secondairement le cuir chevelu et le visage, c'est l'eczéma « intertrigo-pityriasique » (Chevallier).

Dans le premier cas, on est en présence d'un enfant gras d'apparence floride, le plus souvent trop et mal alimenté ; cet eczéma ne supporte que des topiques extrêmement doux ; il est au contraire sensible aux modifications de régime et aux méthodes de désensibilisation.

Dans le second cas l'enfant est plus pâle, souvent amaigri, les lésions impétiginées supportent des topiques très forts, mais la restriction alimentaire ne peut être que nuisible.

Chez l'adulte, cette distinction n'existe jamais ; la cause provocatrice de l'eczéma peut demeurer longtemps méconnue, et l'on est ainsi amené à soumettre parfois le malade à un régime aussi rigoureux qu'inutile. Sézary en rapporte un exemple très démonstratif. Un chirurgien présentait un eczéma généralisé ayant débuté par les poignets ; échec total de la thérapeutique même avec un régime très sévère. Le malade envoyé en mission doit assister à de nombreux banquets et, contrairement à ses prévisions et à ses craintes, les lésions disparaissent pendant le voyage. De retour en France il reprend ses occupations et son régime ; l'eczéma réapparaît. La cause fut enfin découverte, ce chirurgien était sensibilisé à certains gants de caoutchouc, qu'il utilisait pendant les interventions.

Mais le plus souvent les facteurs étiologiques nous échappent ou bien — et c'est le cas le plus fréquent — se succèdent et s'intriquent. Il est des manifestations cutanées qui à leur origine paraissent résulter de troubles gastriques, hépatiques, rénaux, dont la correction atténue la dermatose. Mais voici que celle-ci persiste s'étend et résiste aux régimes les plus stricts, car deux éléments nouveaux sont entrés en effet en jeu : l'infection secondaire créant une dermite microbienne et les modifications progressives de la peau dont les réactions aux divers agents thérapeutiques deviennent imprévisibles et différentes de celles du passé (apparition d'un état d'allergie au sens strict du terme).

Le problème sera non moins complexe s'il existe un *trouble humoral* patent, susceptible d'être modifié par un régime approprié, car il est extrêmement difficile de déterminer la part qui lui revient dans la genèse de la dermatose.

Prenons l'hyperglycémie qui accompagne de nombreuses affections cutanées (1). Nul ne songe sans doute à nier les relations qui existent au cours du diabète pancréatique entre les infections

(1) P. Rimbaud. — Glycémie et dermatoses, *Montpellier Médical*, février 1936.

folliculaires et le trouble du métabolisme des hydrates de carbone. Ces rapports seront par contre beaucoup plus hypothétiques au cours de dermatoses aussi dissemblables que le psoriasis, le xanthome ou l'ulcère de jambe, dans lesquelles l'hyperglycémie, toujours légère d'ailleurs, n'est que la résultante de nombreux facteurs qui diffèrent d'un cas à l'autre et s'associent à divers troubles métaboliques.

Reprenons l'exemple de l'eczéma, affection souvent « diathésique » ; la hausse de la glycémie ne sera qu'un des éléments au même titre que l'hypercholestérinémie ou l'hyperuricémie. Aussi doit-on attribuer le rôle principal dans sa genèse au retentissement général des diverses méiopragies viscérales et non à leur traduction sanguine. Comment s'étonner alors de l'inconstance d'un régime restreignant exclusivement les hydrates de carbone même si la glycémie s'élevait à 1,40 ou 1,50 ?

Nous ne cacherons point notre scepticisme sur la valeur des régimes tendant à modifier l'*équilibre acide-base*. Le taux de la réserve alcaline ou du pH urinaire renseigne sur l'existence d'un trouble humoral, mais nous ignorons encore ses répercussions exactes en pathologie cutanée. Nous sommes ici dans l'empirisme total, ainsi qu'il ressorte la lecture d'un traité récent. « Un « fait qui peut paraître curieux, c'est que souvent en présence d'une dermatose donnée on « soit dans l'impossibilité de dire lequel des « deux régimes conviendra... Beaucoup d'au« teurs : Kroetz, Schmidt trouvent plus expé« dient d'utiliser alternativement les deux ré« gimes, acidifiant, puis alcalinisant, et d'en « observer les résultats cliniques ». (Darier et A. Dreyfus). Ces mêmes auteurs conseillent également le régime acide au cours des diabétides.

La question *des dysvitaminoses* particulièrement étudiée par l'Ecole lyonnaise demeure encore pleine d'inconnus. Certes des affections telles que le scorbut, le béribéri, s'accompagnent de lésions cutanées multiples ; de plus on a décélé dernièrement la présence dan les téguments des vitamines A. C. D. et P. (antipellagreuse). Mais quelles déductions thérapeutiques en est-il résulté en présence de malades adultes, vivant une existence normale, à régime non carencé ? Aucune ; seul l'acide ascorbique paraît devoir donner des résultats intéressants dans certaines dermatoses (pemphigus, acné conglobata), mais ces recherches cliniques sont encore à leur début.

Par contre, certaines dermatoses de l'enfant bénéficieront indiscutablement d'un régime riche en vitamines, particulièrement en vitamine D dont le rôle eutrophique et calciofixateur est trop connu pour qu'il soit nécessaire d'insister.

Des régimes plus complexes mais à indications très précises ont également été proposés.

Le plus classique est le régime de Gerson dont la rigueur a été atténuée par Sauerbruch et Hermannsdorfer. Gerson estimait qu'au cours des *bacilloses cutanées,* en particulier du lupus, le chlorure de sodium favorisait les poussées œdémateuses et inflammatoires ; il serait donc utile de supprimer l'ion sodium de l'alimentation et de le remplacer par son antagoniste le potassium. La diète de Gerson comporte le régime déchloruré absolu, la suppression de la viande, la limitation des hydrates de carbone. Il autorise au contraire les légumes crus, les pommes de terre et tous les fruits, la richesse du régime en vitamines étant un facteur important. De plus à chaque repas le sujet doit absorber 5 à 10 grammes d'un mélange complexe de sels minéraux (minéralogène) et de l'huile de foie de morue. Ce régime sera suivi pendant plusieurs mois bien que certains malades ne le supportent que difficilement. Des résultats très démonstratifs ont été publiés, à l'exclusion de toute thérapeutique locale. Il est toutefois plus prudent de ne le considérer que comme un adjuvant utile, la destruction des lupomes demeurant l'indication thérapeutique principale.

Au cours *du psoriasis* deux régimes ont été préconisés : d'une part celui de Schamberg d'où sont exclues les matières azotées, d'autre part celui de Grutz proscrivant les graisses (beurre, huile, lait, fromages, poissons gras, noix, amandes, etc...).

Gougerot estime que la suppression des graisses est un élément important du traitement du psoriasis. Il cite même le cas d'un malade qui ayant essayé sans succès les deux régimes, l'un après l'autre, les associa, se nourrissant exclusivement d'hydrates de carbone. La dermatose disparut complètement.

Il est malheureusement rare de rencontrer des sujets ayant à la fois la volonté et la possibilité de s'imposer de telles restrictions.

On voit donc qu'à l'exception de quelques cas très précis (lupus, psoriasis, avitaminoses, diabète), le régime alimentaire ne peut et ne doit obéir à aucune règle rigide. On ne peut se baser sur la morphologie même de la dermatose, mais on doit exclusivement tenir compte des facteurs qui ont présidé à son apparition. L'eczéma ne doit pas plus éveiller l'idée d'un régime hypotoxique que la néphrite chronique celle de régime déchloruré.

La tâche du praticien sera de discerner dans ces syndromes complexes les symptômes cliniques prédominants, les facteurs humoraux en cause, et c'est seulement après avoir jugé de l'importance respective de chacun d'eux et surtout des rapports qui les unit qu'il pourra établir avec précision un régime alimentaire utile.

POUR LE DÉPISTAGE PRÉCOCE DU CANCER DU LARYNX

Par le Docteur P. C. HUET
Oto-Rhino-Laryngologiste des Hôpitaux
et de l'Institut du cancer

Le *cancer du larynx* est un de ceux qui ont le plus bénéficié, au cours de ces dernières années, des perfectionnements techniques de la chirurgie et de la radiothérapie.

La mauvaise réputation du cancer de la gorge est cependant tenace et trouve un semblant de justification dans le fait que *nombre de malades viennent à nous trop tardivement* pour être nantis d'un traitement curateur. Contre cet état de choses, pour le dépistage précoce du cancer du larynx, il y a lieu de faire une active propagande. Ce cancer présente en effet, sur la plupart des autres localisations néoplasiques, deux avantages incontestables :

D'abord, dans la grande majorité des cas, le *diagnostic en est possible au stade de début* : il offre alors *toutes chances de guérison*. Ensuite, il reste accessible au traitement pendant une assez longue période de son évolution.

Pour éviter toute équivoque il est nécessaire de préciser ce que les laryngologistes entendent par cancer du larynx.

Le « cancer du larynx » des spécialistes est le cancer endolaryngé des classiques, c'est-à-dire le cancer né et développé dans la cavité laryngée. Ne sont donc pas compris dans cette définition les cancers de l'épiglotte, de la margelle du larynx et du sinus piriforme ; ces cancers exolaryngés ou pharyngo-laryngés sont en réalité des cancers du pharynx dont ils partagent la gravité pronostique.

Ce sont les premiers, les endo-laryngés, qui gardent, pour la plupart, au cours de leur extension, une marge de curabilité relativement considérable, parce que les cartilages laryngés leur opposent une barrière longtemps efficace et qu'ils ont peu de tendance à essaimer dans les lymphatiques. Les seconds par contre, les exolaryngés, ont une marche plus promptement envahissante et se propagent rapidement aux lymphatiques ; beaucoup d'entre eux ne se révèlent que par une adénopathie cervicale.

Le *cancer endo-laryngé*, le seul que nous ayons en vue ici par conséquent, peut naître dans les trois étages du larynx : sus-glottique, glottique et sous-glottique.

Sa localisation la plus fréquente est à la corde vocale : face supérieure, bord libre, face inférieure. Dès son apparition à ce niveau il entraîne une modification de la voix. Le signe du cancer du larynx au début est l'*enrouement*.

L'enrouement est toujours le premier signe du cancer du larynx.

L'enrouement est presque toujours un signe précoce.

L'enrouement est longtemps le signe unique du cancer du larynx.

L'enrouement est toujours le premier signe du cancer du larynx : Quelle que soit la localisation du cancer endolaryngé, des deux fonctions du larynx : phonation et respiration, c'est la phonation qui est atteinte la première. La dysphonie survenue sans cause apparente est lentement et régulièrement progressive, sans rémission, sans temps d'arrêt. Si le cancer siège sur la corde, localisation de beaucoup la plus fréquente, la voix devient rauque et prend le timbre ligneux caractéristique. S'il siège sur la bande ventriculaire, la voix est étouffée, moins régulièrement altérée que dans les cancers de la corde et les sons aigus sont conservés.

L'enrouement est presque toujours un signe précoce :

Sur la corde il est toujours très précoce, naissant pour ainsi dire avec le cancer.

Dans les localisations plus rares, bande, région sous-glottique, il est d'autant plus tardif que le cancer naît plus loin de la corde.

L'enrouement est longtemps le signe unique du cancer du larynx :

Si dans quelques observations, on voit l'enrouement s'accompagner de picotements de la gorge, de toux sèche, il reste longtemps le signe unique ou cardinal : un an à dix-huit mois et plus dans le cancer de la corde vocale qui évolue lentement, moins longtemps dans les cancers sus- et sous-glottiques qui évoluent plus rapidement et verront bientôt leur symptomatologie s'enrichir de dyspnée, de dysphagie, d'adénopathie, troubles pour lesquels, peu inquiets jusqu' alors de leur enrouement, les malades cette fois alertés viendront consulter.

L'*enrouement*, symptôme réputé banal, symptôme non douloureux, peu inquiétant, très supportable chez les non professionnels de la voix, est donc le signe premier, précoce, unique, d'un cancer du larynx au début. Cet enrouement, quelles que soient ses modalités, ou les circonstances de son apparition, doit être *tenu pour suspect, si traité selon les moyens habituels il se prolonge troi semaines sans tendance à l'amélioration.*

Cette règle, formelle pour un homme de 40 à 60 ans, âge et sexe du cancer du larynx, est prudente à suivre quelque soit l'âge, et même chez la femme qui n'est pas indemne de cette affection. Quant aux enroués chroniques chez lesquels on voit le cancer se développer sur des états précancéreux, leur surveillance périodique par le spécialiste est la seule manière de ne pas laisser passer une fransformation maligne.

Le cancer du larynx peut donc, doit donc être dépisté à son début. Or, sur une cinquantaine de cancers endo-laryngés examinés ces deux dernières années : sept ont été vus plus de deux mois et moins de cinq mois après le début ; tous les autres se sont présentés six mois à deux ans après ce début et parmi ces derniers vingt-quatre n'ont consulté que lorsqu'à l'enrouement s'étaient ajoutées dyspnée ou dysphagie, et huit ont dû être trachéotomisés d'urgence.

Parmi ces tard-venus, la plupart avaient subi des traitements variés et anodins (électricité, etc) d'autres plus nocifs (cautérisations, etc.) ; un assez grand nombre avait été soumis à un traitement anti-syphilitique dit d'épreuve, traitement dangereux dans ce cas particulier. Pourtant, puisqu'un enrouement qui ne rétrocède pas après trois semaines de traitement normal, peut être le signe de cancer du larynx au début, c'est à cette affection qu'il faut penser avant toute autre, car c'est elle dont la méconnaissance entraîne le plus grand danger pour le malade, alors que sa découverte autorise, à ce moment, les plus grands espoirs.

Deux examens peuvent seuls indentifier le cancer du larynx au début : l'*examen laryngoscopique* et la *biopsie*, qui en est le complément indispensable.

L'examen au miroir laryngé permet le plus souvent le diagnostic de cancer : une infiltration unilatérale, irrégulière, bourgeonnante ou ulcérée siégeant sur la moitié antérieure de la corde vocale dont la mobilité se montre diminuée, est caractéristique du cancer. En ce cas la biopsie reste indispensable pour établir, d'après la formule histologique, un élément important de radiosensibilité.

Mais au début le corde peut conserver sa mobilité. Plus tard l'aspect typique de la lésion peut être modifié par la réaction œdémateuse, si fréquente au larynx ou masqué par elle. Ici, la biopsie seule posera le diagnostic.

Il n'est pas exceptionnel que deux ou trois biopsies soient nécessaires pour obtenir un résultat, précisément à cause des réactions inflammatoires qui dérobent à la vue, comme à la pince coupante, le néoplasme, ou par suite de la localisation profonde du cancer (infiltration sous-glottique ou ventriculaire par exemple). Il arrive même que ces biopsies soient toutes négatives. Cette dernière éventualité n'autorise pas à éliminer le diagnostic de cancer si on ne possède aucune donnée clinique précise en faveur d'une autre lésion. Aussi faut-il insister sur l'*extrême danger du traitement d'épreuve anti-syphilitique* si facilement et fréquemment appliqué dans ces cas douteux, souvent sans raison valable, car mêm avec des réactions sérologiques positives, la syphilis n'exclut pas le cancer, et le traitement d'épreuve peut donner au néoplasme un coup de fouet désastreux. La conduite suivante nous paraît plus logique et moins dangereuse. Si la lésion semble inextirpable, ou s'il s'agit d'une localisation sus-glottique, laquelle est souvent radiosensible, il faut faire un traitement d'épreuve anti-cancéreux, c'est-à-dire, radiothérapique. Si la lésion est extirpable il faut préparer le malade en vue d'une exérèse, puis faire l'exploration chirurgicale de la tumeur, ceci permettra la biopsie extemporanée et le diagnostic pré-opératoire, qui commandera ou non l'exérèse. Nous avons été, à plusieurs reprises, dans l'obligation de suivre ces principes sans avoir jamais eu à nous en repentir.

Le diagnostic laryngoscopique et histologique étant posé, *quelles sont les possibilités thérapeutiques* ?

Radiothérapie ou chirurgie, ces possibilités sont évidemment en raison inverse du volume de la tumeur et de l'extension réelle du cancer, donc intimement liées à la précocité du diagnostic. A la radiothérapie nous réserverons d'emblée certaines tumeurs sus-glottiques, histologiquement radiosensibles. Mais la formule histologique n'est pas le seul facteur de radiosensibilité, le volume de la tumeur en est un autre. C'est ainsi que nous pourrons traiter par les rayons X ou la chirurgie, avec chances égales de succès, un spino-cellulaire très différencié de la corde, pourvu que ce cancer histologiquement peu radiosensible soit de petit volume et n'ait pas encore compromis la mobilité de la corde.

Hormis le cas de tumeur de la bande, et passé le stade de début avec mobilité complète, dans le cancer de la corde, le cancer endolaryngé doit être enlevé chirurgicalement.

Les principes de l'exérèse du cancer sont les mêmes ici qu'ailleurs, c'est-à-dire qu'il faut passer en tissu sain et avoir la certitude d'enlever toute la tumeur. Pratiquement ces directives ne sont réalisables que si le cancer n'a pas dépassé la barrière cartilagineuse et n'a pas envahi le pharynx ou les ganglions. Cette extension est tardive dans l'évolution du cancer de la corde et c'est ce qui fait que cette localisation en particulier, outre qu'elle se révèle précocement par l'enrouement, permet d'intervenir avec succès pendant une longue période du développement du cancer. Mais selon que le cancer est resté cantonné à la corde encore partiellement mobile, qu'il s'étend à tout un hémi-larynx ou envahit la

cavité laryngée, toute une gamme d'interventions d'amplitude et partant de gravité croissantes, s'offre aux possibil tés d'exérèse ; depuis la simple thyrotomie (ouverture médiane de larynx, résection endocartilagineuse de la tumeur et fermeture immédiate), jusqu'à la laryngectomie totale, en passant par la thyrotomie élargie (avec résection partielle de l'aile cartilagineuse correspondant à la tumeur), l'hémilaryngectomie, la laryngectomie frontale antérieure qui sont autant d'intermédiaires entre ces deux interventions extrêmes.

Les travaux de ces dernières années ont parfaitement mis au point cette chirurgie et en ont considérablement réduit les risques. Ce progrès tient à deux ordres de faits :

D'une part, la possibilité de déterminer exactement l'étendue de la tumeur, en hauteur et en profondeur, permet d'attaquer avec un plan chirurgical précis. Pour cela un gros appoint nous est fourni par la radiographie. Celle-ci permet de reconnaître très facilement la limite inférieure de la tumeur, ce qui était impossible par l'exploration au miroir laryngé. Elle renseigne aussi sur l'état des cartilages et des sinus piriformes (extension au pharynx). Cet état des cartilages est très important à connaître surtout dans les cas où l'on veut utiliser la radiothérapie, seule ou associée à la chirurgie, car ce sont les cartilages envahis par le cancer qui sont frappés de radionécrose.

D'autre part, le perfectionnement de la technique chirurgicale permet de l'adapter à chaque cas particulier et surtout de tenir compte de l'état de résistance du malade. Le danger de l'ouverture des voies aériennes étant la réaction pulmonaire plus ou moins vive selon la résistance individuelle, on peut, pour ainsi dire, diaphragmer cette ouverture en décomposant l'exérèse. Dans ce but on se trouvera bien dans certains cas de faire précéder une simple thyrotomie d'une trachéotomie deux ou trois semaines avant. De même si, chez un sujet robuste, la laryngectomie totale en un temps à la Tapia, est le procédé idéal du point de vue chirurgical, il sera préférable chez d'autres soit de la faire précéder également d'une trachéotomie, soit même d'intercaler entre la trachéotomie et l'exérèse totale une ou deux étapes opératoires intermédiaires selon les enseignements de Crile, et simplifier ou supprimer certains temps opératoires, au risque seulement d'éloigner de quelques semaines la cicatrisation définitive.

Ainsi, la faculté d'étaler dans le temps, en en diminuant l'intensité, permet quelquefois de tenter une exérèse étendue chez un sujet dont l'état général déficient interdisait d'envisager un traumatime opératoire sérieux.

Nous bénéficions donc, en chirurgie laryngée, de techniques extrêmement souples et adaptables à une infinité de cas particuliers. Par surcroît, l'intime collaboration du radiologiste et du chirurgien a permis d'augmenter encore les chances des cancéreux du larynx, soit en complétant l'intervention chirurgicale, dans les cas limites, par l'application de rayons X ou de radium, soit en demandant en premier lieu à la radiothérapie de reculer les frontières d'une tumeur inopérable, en deçà des possibilités chirurgicales, ou même seulement d'en permettre une exérèse moins mutilante.

SUR LA RECHERCHE DE L'AZOOSPERMIE

La recherche de l'azoospermie, qui est indiquée lorsque, dans un ménage, le médecin est consulté pour un cas de stérilité, présente certaines difficultés non soupçonnées *a priori*. Voici, sur ce sujet, les conseils donnés par le Professeur André Binet, de Nancy (*Les Feuillets Médicaux*, avril 1937) :

Il faut éviter, dit-il, la récolte du sperme dans un condom. En effet, les spermatozoïdes sont souvent altérés, parfois tués, par leur contact avec la baudruche. Ce fait peut donner lieu à des erreurs d'interprétation.

Fait moins connu : le sperme recueilli dans une boîte de Pétri, par masturbation, peut être complètement azoospermique, alors qu'il fourmillera de spermatozoïdes, s'il a été obtenu au cours du coït. Un observation du Docteur Verain est, à cet égard, tout à fait caractéristique.

Le procédé le plus simple, recommandé par Cary, de New-York, consiste à convoquer la femme dans l'heure qui suit le coït, à prélever au niveau du col une goutte de mucus mélangé de sperme, que l'on délaie aussitôt dans du sérum physiologique.

Par l'examen microscopique, on vérifiera si le sperme renferme ou non des spermatozoïdes vivants et on recherchera leur degré d'agilité.

En cas d'azoospermie, il est nécessaire de renouveler l'épreuve à des dates espacées. Cette azoospermie est généralement due à une oblitération d'origine blennorragique de l'épididyme ou du canal déférent. Si cette azoospermie se confirme, il est prudent de ne pas dévoiler au mari sa stérilité. Une grossesse ultérieure de la femme pourrait entraîner une catastrophe conjugale.

P. L.

LES SEPTICÉMIES A PNEUMOBACILLE

D'après MM. Aubertin, Brulé, Laroche

Les cas de septicémie à pneumobacille de Friedlander sont assez rares ; Colombe, dans sa thèse de 1917 en réunissait quinze cas dont six seulement confirmés par l'hémoculture ; depuis cette époque une dizaine d'observations en ont été rapportées, dont quelques-unes ont trait à des cas de septico-pyohémie parmi lesquels quelques-unes ont guéri. Tout récemment, à la Société médicale des hôpitaux, trois observations en ont été rapportées par MM. Brulé, Laroche, Aubertin et leurs collaborateurs (1).

Dans les trois cas, la phase septicémique a prédominé nettement, et, dans l'un d'eux, elle semble même avoir été seule en cause, le diagnostic n'ayant pu être fait que par les hémocultures ; dans les trois cas, les localisations ont été très tardives, et on pourrait dire terminales ; dans ces trois cas enfin, la mort est survenue après une période de quelques semaines.

Dans l'observation de Brulé, chez une femme de 43 ans, après une période prodromique de trois semaines, apparaît un état fébrile à 40° avec céphalée et délire ; pendant une vingtaine de jours cet état ne s'accompagne d'aucun signe tant du côté du thorax que de l'abdomen, et le diagnostic de septicémie à pneumobacille n'est posé que par l'hémoculture.

Ce n'est que tardivement que l'on vit apparaître un syndrome neurologique caractérisé par un faciès figé et des secousses cloniques, puis un foyer pulmonaire à la base droite, enfin un syndrome de néphrite avec azotémie progressive la mort survenant au vingt-sixième jour de l'affection.

Chez cette malade, le fait particulier est le syndrome neurologique avec faciès figé, tremblement des extrémités et secousses cloniques, le tout sans réaction méningée ; ce syndrome qui semble devoir être sous la dépendance d'une atteinte des noyaux du mésencéphale serait à rapprocher de certaines manifestations mésencéphaliques au cours de septicémies comme la fièvre typhoïde.

Dans l'observation d'Aubertin et Perrot, il y eut également une période relativement longue de septicémie pure ; la maladie débuta par des phénomènes intestinaux (diarrhée intense) ; puis survint une période fébrile avec température élevée, frissons et sueurs, pendant laquelle le médecin qui soignait le malade fit le diagnostic de fièvre typhoïde. A son arrivée à l'hôpital ce diagnostic fut d'abord considéré comme vraisemblable, mais rapidement apparurent des signes méningés et des signes pleuraux bilatéraux : la ponction lombaire et les deux ponctions pleurales ramenèrent un liquide identique, purulent, dans lequel les cultures, à défaut de l'examen direct montrèrent la présence du pneumobacille ; en même temps l'hémoculture donnait le même résultat ; la mort survient peu après l'apparition de cette triple détermination sur les séreuses.

Chez le malade de Guy Laroche et Brocard, le trait saillant était également un état fébrile avec frissons quotidiens s'accompagnant d'une élévation thermique vers 41°. Il n'y avait aucune localisation et le diagnostic ne fut fait que par les hémocultures (le diagnostic de dothiénenterie avait été également porté au début tout au moins). Un traitement par la septicémine, puis par le rubiazol n'amena aucune amélioration. On employa alors la gonacrine en injections quotidiennes de 20 c. c. de la solution à 1 p. 100. Au bout de quelques injections, l'azotémie qui était de 0,35 auparavant, monta à 1 gr. 60, puis continua de monter jusqu'à 4 gr. 25. Cependant, l'hémoculture était encore positive, et la mort survint quelques jours plus tard.

On doit se demander s'il n'existait pas chez ce sujet, des lésions latentes antérieures du rein, impossibles à diagnostiquer en l'absence d'albuminurie, de cylindrurie et d'azotémie ; on connaît la toxicité du jaune d'acridine chez certains grands infectés, en particulier chez les typhiques, où l'on peut observer une azotémie parfois mortelle. Il semble en être de même dans la septicémie à pneumobacille et le fait mérite d'être retenu puisque, dans cette affection, le traitement par la trypaflavine ay nt donné parfois d'heureux résultats, est recommandé par plusieurs auteurs.

(1) Brulé, Hillemand et Gaube. Septicémie à pneumobacille (*Soc. Méd. des hôp.*, 12 mars 1937, p. 362. — Laroche et Brocard (*Ibid.*, 23 avril 1937). — Ch. Aubertin et R. Perrot. Septicémie à pneumobacille avec méningite et pleurésie bilatérale (*Ibid.*, 23 avril 1937, p. 569).

DERMATITIS VENENATA

Par R. Barthélemy

● ● ●

Le titre ci-dessus n'est pas une vaine pédanterie. Il est couramment en usage dans les pays anglo-saxons, où il désigne les dermites irritatives dues à quantité de causes externes susceptibles de produire surtout des réactions eczématoïdes, causes dont beaucoup sont végétales. Il est connu depuis longtemps, notamment par un ouvrage cinquantenaire (1887, Boston) de J.-C. White qui était professeur à l'Université de Harvard. Cet ouvrage, intitulé : Dermatitis venenata, je viens de le rouvrir après lecture d'un article paru ici-même (*Concours Médical*, 10 janvier 1937) sous la signature de notre vénérable confrère, le Docteur Marcel Baudouin.

J'avais en effet souvenir, comme beaucoup de dermatologistes, que ce livre donnait d'intéressants détails sur la dermite causée par *Rhus toxicodendron* qui, en France et à notre époque, a pu surprendre encore un médecin aussi averti que le Docteur Marcel Baudouin.

Rhus toxicodendron, bien connu des homéopathes, fait sur lequel nous reviendrons, est une Anacardiacée américaine qui a reçu le nom populaire expressif de *Poison Ivy* (ivy = lierre), outre ceux de *woodbine*, qu'on peut traduire par chèvrefeuille, et de *Virginia creeper* (qui rampe). Cette plante grimpante s'accroche par des racines-crampons, a des feuilles duveteuses pardessous, ordinairement semi-losangiques ou ovales, pointues, trilobées ou diversement entaillées, et, dans la variété *Rh. radicans*, entières. Le nom botanique, d'après Gray, était aussi *Ampelopsis quinquefolia*.

Deux autres espèces de Rhus sont à mentionner. *Rh. diversiloba*, ou Poison Oak (oak = chêne), ne sera pas autrement retenue. Mais *Rh. venenata*, ou *vernix venenata* de Linné (Poison Sumach), est inséparable de la première dans une étude toxidermatologique. Le Sumac américain, un peu différent du sumac de notre Midi (*Rhus coriaria*), pousse en terrain marécageux. Encore appelé *dogwood* (bois de chien), il a sept ou treize folioles ovalaires allongées.

Il est plus offensif pour la peau que Rh. toxic. White notait expressément que les personnes ayant toujours manié ce dernier sans risque sont plus susceptibles à ses effets après avoir subi l'assaut de rh. venenata « plus virulente ».

C'est ici le lieu de rappeler le texte romantique de Bazin (Leçons sur les affections cutanées artificielles, Paris, Delahaye, 1862, t. I, p. 83) : « Je dois enfin vous dire quelques mots des singuliers effets produits par deux plantes qui croissent en Amérique, le *Rhus radicans* et le *Rhus toxicodendron*. De ces arbustes se dégagent incessamment, si l'on en croit les auteurs, des émanations irritantes et toxiques au plus haut degré ; malheur à l'imprudent qui s'abandonne au sommeil sous leurs ombrages ! Son corps se couvre presqu'aussitôt d'un exanthème vésiculeux, avec gonflement énorme, et en même temps se déclarent des symptômes généraux qui prennent la forme d'un véritable empoisonnement aigu, et dont la violence peut entraîner la mort dans un temps très court. »

Sans aller aussi loin, nos classiques français plus récents, comme Thibierge dans la vieille Pratique dermatologique (1900) et Brocq dans son Traité élémentaire (1907), indiquent en quelques mots précis, les méfaits cutanés des Anacardiacées.

Dans son *Précis*, qui vaut bien des traités, Darier (2e édition, pp. 652-653), rappelle que parmi les plantes vénéneuses qui sont le plus souvent en cause, on peut citer : . . .le rhus toxicodendron et plusieurs espèces voisines . . .

Il ajoute : « Classique est le cas de J.-C. White, qui s'est un jour trouvé sensibilisé aux rhus ou sumac, après en avoir manié durant trente ans impunément. »

Dans cette auto-observation de White, que je résume maintenant d'après le texte original, on note, avant la phase cutanée, une passagère irritation avec sécheresse de la gorge et des yeux (acridity), le soir d'une récolte abondante de feuilles de Rh. venenata, le 28 septembre, puis *rien pendant dix jours*, malgré une récolte de Rh., toxicod. le 6 octobre. Enfin, deux jours après une nouvelle récolte de Rh. venenata le 10 octobre, apparaît une vésicule solitaire au dos d'un doigt (non précisé). Le troisième jour, deuxième vésicule plus grosse au poignet gauche ; le quatrième jour, deux autres vésicules voisines de celle-ci. Le 19 octobre, une vésicule apparaît au pouce droit. Le 23, d'autres surgissent, et toutes grossissent, brûlent ou démangent très vivement (extremely, etc.).

Dans sa deuxième observation, les yeux sont

presque fermés par l'œdème, les deux oreilles, les deux mains sont prises. Dans la troisième, les deux côtés sont également pris, ainsi que les organes génitaux.

Il cite enfin le cas d'un enfant de 6 ans qui, ayant déjà fait deux poussées pendant l'été de 1819, mourut en automne d'une nouvelle poussée, pour avoir été frictionné dans son bain par un boy employé au jardinage et qui venait de manier des brassées de Rh. toxic. (Ivy).

Ses recherches bibliographiques lui ont permis de retrouver dans Kämpfer (*Amœnitatum Exoticarum*....., 1712), une allusion à l'action du Vernix : « V. exasperat halitum, ex quo labia tumescunt, et caput dolet », etc.

Voilà donc une cause entendue, et l'eczéma aigu dû aux diverses variétés de Rhus est bien une affection connue de longue date.

Mais ce n'est pas tout. Le hasard a voulu qu'un de mes amis, le Docteur G. Chevalier, homéopathe vendéen, qui connaît bien le Docteur Marcel Baudouin, fût de passage à Paris et me déclarât : « Toute la symptomatologie décrite comme une nouveauté par l'éminent anthropologiste est parole d'Evangile pour les homéopathes, et spécialement le début éruptif par le côté gauche, l'action de l'humidité, l'engourdissement du bras gauche, etc. ».

Pendant ce temps, le Docteur Fischer, du *Concours Médical*, recevait et me transmettait une très intéressante lettre du Docteur Sevellec, de Marcilly-le-Hayer, pour me servir dans cette mise au point, l'auteur en ayant autorisé l'usage. Le Docteur Sevellec écrit : « Il me suffit de reprendre phrase par phrase l'auto-observation en question et de vous la faire comparer à la matière médicale de Rhus Tox. dans le livre des Docteurs Vannier et Poirier :

Docteur Baudouin	Docteurs Vannier et Poirier
C'était le matin, à la rosée, dans une partie du jardin atteinte par le soleil à 11 heures.	L'humidité est son pire ennemi. Aggravation : *après avoir été mouillé*.
Rougeur diffuse accompagnée d'une sensation locale de chaleur puis des *points plus rouges*, ayant *l'apparence de l'urticaire* avec *gonflement des papilles*.	Rhus toxicodendron a une action profonde sur la peau. Rhus toxicodendron ne présente pas une zône élective d'action. La peau est *rouge*, d'une *rougeur érysipélateuse*, elle est enflée et cette enflure est douloureuse.
Puis *vers le soir* une cuisson et une *irritation extrêmement vives* avec *besoin impérieux de se gratter*.	Elle est recouverte d'une *éruption de fines vésicules*, *brûlantes* et *prurigineuses*. Les *démangeaisons sont intenses* et peu améliorées par le grattage. Elles sont pires par la chaleur et *la nuit*.
Enfin vers les quatrième et cinquième jours, une sorte *d'engourdissement du bras gauche* s'était également manifestée.	Sensation de paralysie des membres avec *engourdissement* et *fourmillement*. *Faiblesse paralytique du bras gauche* avec engourdissement, pire la nuit.

Homéopathes et allopathes sont donc d'accord pour considérer comme exact, mais bien classique, le tableau relaté par le Docteur Baudouin. Il est bon de signaler que si la thérapeutique homéopathique est fixée depuis longtemps avec succès — et pour cause — les études allopathiques n'ont pas cessé de se renouveler.

White citait un abondant arsenal thérapeutique, consistant surtout en lotions variées, avec des infusions de plantes ou des produits chimiques. Parmi les premières (une douzaine), on trouve la belladone, le gelsémium, le sassafras, la grindelia, la douce-amère, etc. Puis, ce sont le chlorate de potasse, le sulfate de zinc, l'alun... et les bains de vapeur.

Depuis, la désensibilisation thérapeutique a été recherchée, notamment par les médecins américains. Alderson et Pruck ont indiqué, sur Rh. diversiloba, que le poison est un glucoside non volatil n'agissant que par contact, et contre lequel la plupart des sujets sont naturellement immunisés. On peut se préserver en mangeant des bourgeons ou en absorbant une décoction de feuilles. Des injections sous-cutanées d'un extrait alcoolique agissent mieux encore.

L'expérimentation, européenne ou américaine, se poursuit toujours, au fur et à mesure des progrès. Ainsi Armuzzi, en 1928, donnait une importante contribution à l'étude de Rh. tox. Tout récemment, en juillet 1936, Halley a publié ses recherches sur le traitement physico-chimique (buffer treatment : buffer signifiant *tampon*), de l'intoxication par le *Poison-Ivy*. Ainsi la question trouve-t-elle chaque année un certain renouveau, au moins dans les laboratoires.

AU CHEVET DES PATIENTS

I

LA PLAINTE DE L'OREILLE, SOUS FORME DE BRUITS OU VERTIGES

Son traitement par l'infiltration anesthésique du ganglion étoilé

Le Docteur **A. Malherbe** (1) est l'heureux créateur de cette expression imagée : « la plainte de l'oreille ».

De même que l'excitation pathologique du nerf optique répond par des phénomènes lumineux (phosphènes, etc.), une semblable impression, quand elle est produite sur les terminaisons des nerfs auditifs, se manifeste par la production de phénomènes sonores : ce sont alors des bruits auriculaires ou des bourdonnements de toute nature, plus rarement des vertiges.

Cette impression résulte de troubles lésionnels, qui, d'autre part, occasionnent une diminution de l'audition ou surdité.

Les filets sympathiques sont à la base de cette plainte de l'oreille, car on la retrouve, non seulement quand il s'agit d'otite ostéo-spongieuse, par exemple, mais encore lorsque sont en cause des altérations endocriniennes, plus particulièrement des glandes parathyroïdes. Ces constatations résultent de recherches antérieures, faites par l'auteur, qui attribue alors les bourdonnements et les vertiges à un déséquilibre manifeste, créé entre les deux systèmes endocrinien et sympathique. D'une part, en effet on trouve dans les endocrines, une véritable intrication, entre les éléments glandulaires et les filets sympathiques. Dans la caisse, d'autre part, on trouve un plexus sympathique, notamment le plexus tympanique, formé de filets anastomotiques du grand sympathique, du trijumeau et du glosso-pharyngien.

En principe, on peut en conclure que le mode de développement des réflexes auriculaires (bruits et vertiges) est un ; il se rapporte en définitive à une irritation du ganglion cervical inférieur du grand sympathique ou ganglion étoilé, avec une action réflexe sur l'artère vertébrale, et par là, sur la circulation du labyrinthe.

Et, en effet, par une action directe sur le sympathique (au moyen de l'infiltration anesthésique de ce ganglion étoilé), on peut voir s'atténuer, et même disparaître les signes d'extériorisation, de souffrance de l'oreille : les bruits et les vertiges.

Les bruits subjectifs, ou bourdonnements d'oreille, sont de caractère différent, soit à ton aigu, soit à ton grave, suivant la répercussion variable produite sur les filets acoustiques ébranlés.

Quant aux vertiges auriculaires, ils sont caractérisés par l'évolution parallèle des lésions otiques et des manifestations vertigineuses ; ils dépendent de l'altération et de l'irritation des organes de l'équilibre. Ils peuvent aller du simple étourdissement au vertige complet avec chute, sans pour cela qu'il y ait perte de connai sance.

Beaucoup de malades, dont s'est occupé le Docteur Malherbe, étaient atteintes d'otite ostéo-spongieuse, et présentaient principalement des bruits auriculaires, bruits souvent très tenaces, ayan *résisté* à toutes les médications employées. Quant aux vertiges vrais, ils étaient incontestablement assez rares dans ces cas.

D'excellents résultats ont été obtenus par lui par l'infiltrat on anesthésique du ganglion étoilé. Et l'on doit louer ce nouveau succès de la méthode du Professeur Leriche. Il était logique d'ailleurs de recourir à ce traitement, puisqu'il réussit dans la plupart des algies, cela d'autant mieux, qu'il n'existe aucun traitement véritablement efficace pour ces troubles auriculaires, pourtant si pénibles.

Voici quelques observations :

« Mme Constance B..., 58 ans, atteinte de surdité ancienne avec bruits, vient consulter pour des *vertiges*, reconnaissant comme siège l'oreille droite, ainsi que le montrent les différentes épreuves labyrinthiques. Je pratique du côté droit une infiltration anesthésique du ganglion étoilé. Cessation immédiate du vertige. Deux jours après, la malade, qui dit se sentir beaucoup mieux, ne présente plus de bourdonnements, et les vertiges n'ont pas reparu. Revue au bout de trois semaines, le mieux s'est maintenu. La surdité ne paraît pas modifiée ».

« Mme Ch..., âgée de 49 ans, se plaint : de surdité, plus marquée à droite ; de maux de tête ; de bourdonnements avec vertiges et *nausées* intenses, qui durent depuis deux ans, avec tendance de chute à droite. Une infiltration stellaire, à droite, procure à la malade une amélioration manifeste. Une seconde infiltration ne peut être faite, la malade ayant été obligée de quitter Paris. »

(1) *La Presse Médicale*, 19 mai 1937.

« Mme Jeanne M..., 24 ans ; otite ostéo-spongieuse double avec bourdonnements et sifflements continuels à droite. Après un traitement auriculaire par l'ionisation et les injections d'extrait parathyroïdien, la voix chuchotée, qui n'était pas entendue avant, atteint 15 et 25 cent. alors que la voix parlée, d'abord perçue à 30 et 20 cent. arrive à être comprise à 1 m. 35 et 1 m.40. Mais les bourdonnements et sifflements, qui ont diminué à gauche, restent toujours intenses à droite et gênent beaucoup la malade. Je pratique le matin une infiltration stellaire à droite et la *plainte* de l'oreille cesse quelques minutes après l'intervention. Je revois cette malade, environ sept heures après, car elle retourne en province. Les bruits n'ont toujours pas reparu. J'ai appris par lettre que depuis, la malade reste entièrement soulagée. »

« Mme J. G..., 65 ans ; surdité plus marquée à droite avec bourdonnements, (bruits de cascade). Ces bruits sont continuels et très incommodants. Infiltration anesthésique du ganglion étoilé à droite. Après celle-ci, cessation rapide des bourdonnements. Revue après deux mois, les bruits n'ont pas reparu ».

Une remarque s'impose : c'est qu'il est nécessaire pour réussir de se conformer *strictement* au manuel opératoire, tel qu'il a été donné par Leriche et Fontaine.

L'imprégnation anesthésique du ganglion étoilé doit être bien faite, c'est-à-dire entraîner dans les quelques minutes, qui suivent, un syndrome de Claude Bernard-Horner, une vasodilatation avec hyperthermie de toute l'hémiface et de la main du même côté. Si ces modifications physiologiques viennent à manquer, on est autorisé à considérer l'anesthésie comme non réalisée.

Grâce à cette méthode opératoire, il devient donc possible, non seulement de reconnaître la nature sympathique du syndrome clinique, mais encore de l'utiliser comme tr itement qu'il est facile de répéter sans inconvénient, si cela est nécessaire.

On soulagera ainsi la douleur ou *plainte* de l'oreille en supprimant les réflexes vaso-moteurs et surtout vaso-constricteurs, syndromes annexes de l'affection auriculaire.

Les résultats souvent durables de ces infiltrations pourraient peut-être s'expliquer par la mise au repos du système sympathique.

« Quoi qu'il en soit, comme le dit fort bien Leriche : si l'explication échappe, le fait demeure ».

II

L'ÉVENTUALITÉ PROCHAINE D'UNE RUPTURE SPONTANÉE DU CŒUR

Elle doit être retenue par les praticiens, mais ne peut être envisagée que dans certains cas, lorsque, bien entendu la mort ne s'en suit pas rapidement.

MM. **Ch. Roubier** et **J. Gonnet** (1) rappellent qu'en effet la rupture spontanée du cœur se présente sous trois aspects principaux :

a) Forme à évolution de mort *foudroyante*, la plus commune (314 cas sur 459 dans une statistique de Davenfort) ;

b) Forme à évolution *rapide*, dans laquelle la scène se déroule en un laps de temps, qui varie de quelques minutes à quelques heures ;

c) Forme à évolution *prolongée* ; celle qui nous intéresse actuellement.

La raison de cette forme prolongée est conditionnée par la constitution préalable, à la suite de lésions coronariennes, d'un infarctus hémorragique disséquant, qui s'ouvre secondairement dans l'endocarde et dans le péricarde.

Dans une première phase, semblant correspondre à la formation de cet infarctus, on note l'*apparition brusque de douleurs angineuses violentes*, de durée variable (une dizaine de jours) pouvant être subintrants durant plusieurs jours ; durant cette période, chez deux malades observés par les auteurs, les signes d'auscultation ont été discrets (ébauche de galop présystolique) ou nuls (simple tachycardie à 120) ; il n'y a pas eu d'effondrement tensionnel.

Puis survient une phase d'accalmie, de dix à quinze jours après le début apparent des accidents, pendant laquelle les phénomènes persistent, mais atténués. A cette période, le diagnostic est impossible par l'examen cardiaque ; il n'y a ni souffle, ni galop, ni aucun signe d'épanchement péricardique.

Le tracé électro-cardiographique révèle quelques altérations des complexes ventriculaires avec onde T négative ou DII et DIII (bas voltage) ; ce sont, en somme, des anomalies discrètes, qui sont en disproportion manifeste avec les lésions considérables que l'on trouve ensuite à l'autopsie.

Cette phase prend fin par la rupture myocardique avec mort subite. Comme le dit le Docteur Aubertin : il n'y a pas eu rupture à évolution lente au sens propre du mot, mais seulement un infarctus à évolution lente ; les accidents de la rupture ont été, au contraire, à évolution rapide.

G. FISCHER.

(1) Deux observations de rupture spontanée du cœur (*Lyon médical*, 1er novembre 1936).

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

A propos d'un cas de coma diabétique sans acétonurie apparente

En présence d'un coma, la clinique est assez souvent impuissante pour certifier le diagnostic, et c'est en faisant appel à quelques recherches de laboratoire que le praticien pourra être suffisamment sûr de lui pour entreprendre la thérapeutique hardie et quelquefois dangereuse qu'il devra mettre en œuvre pour sauver son patient. La découverte du glucose et les corps acétoniques dans l'urine confirmera le diagnostic de coma diabétique. La constatation de l'acétonurie seule est sans signification, puisque dans tous les cas de dénutrition, la présence de l'acétone dans l'urine est possible, de même d'ailleurs que dans le coma hypoglycémique. Mais dans certaines observations, l'acétonurie même peut manquer. La chose est rare, et c'est un cas de ce genre que le Docteur LE GAC rapporte dans tous ses détails. Chez un diabétique une fatigue exceptionnelle avait déterminé un coma, et l'on ne trouva aussitôt ni glycosurie, ni acétonurie. L'auteur en expose tous les détails ainsi que les heureux résultats du traitement par l'insuline. Et il ajoute que les comas diabétiques sans acétonurie paraissent devoir être considérés comme d'une exceptionnelle gravité, puisque l'organisme semble avoir perdu presque totalement ses capacités d'oxydation vis-à-vis des acides gras de condensation moyenne (acide butyrique et au-dessus). (*Bull. soc. scientifique de Bretagne gasc.*, 3 et 4, 1936.)

Tuberculose de la hanche : diagnostic et traitement

On sait actuellement beaucoup mieux qu'autrefois reconnaître et traiter une coxalgie. Celle-ci se reconnaît en partie aujourd'hui grâce à la radiographie, et l'on sait en apprécier les différents aspects suivant le moment de son évolution. Jusqu'à présent, on pouvait confondre la coxalgie avec les luxations congénitales, les coxa vara rachitiques et congénitales, et surtout toutes ces déformations si nombreuses pendant l'adolescence (coxa vara, coxa plana, arthrite déformante juvénile, etc.), que l'on désigne sous le nom vague de « dystrophie de croissance ». Le Professeur Etienne SORREL montre que ce sont là des diagnostics de grande importance, car le pronostic et le traitement sont tout différents de ces divers cas, et si les seuls signes cliniques et radiographiques ne permettaient pas de les faire, il faudrait pratiquer une biopsie de l'articulation de la hanche, c'est-à-dire prélever sous anesthésie de petits fragments de l'os pour les examiner, les cultiver, et les inoculer à un cobaye.

Grâce à la radiographie, on a pu aussi séparer de la coxalgie toute une série d'ostéites tuberculeuses para-articulaires (ostéite du pubis, de l'ischion, du trochanter), ou juxta-articulaire (ostéite du col fémoral ou du rebord cotyloïdien) qui menacent l'articulation, mais qu'une intervention faite à bon escient permet de guérir avant que l'articulation soit envahie. De même chez l'adulte, on peut maintenant reconnaître assez aisément les arthrites sèches qui exigent un traitement tout autre que celui des coxalgies.

Le traitement de la coxalgie aussi a fait des progrès considérables. Tout d'abord, on connaît mieux aujourd'hui la valeur du traitement général, et en particulier du traitement climatique dans le traitement des tuberculoses osseuses. Placé dans un sanatorium marin, en faisant régulièrement de l'héliothérapie, le coxalgique guérira beaucoup mieux et beaucoup plus sûrement que s'il reste dans un hôpital urbain ; mais, surtout on a mis au point un traitement chirurgical des coxalgies qui permet d'obtenir des résultats très supérieurs à ceux obtenus jadis. Certes, ces opérations ne doivent être faites qu'avec discernement et leurs indications doivent être minutieusement posées ; elles seront, par exemple, beaucoup moins souvent utiles chez l'enfant que chez l'adulte. Le procédé opératoire aussi devra être choisi avec soin ; il ne sera pas le même lorsqu'il s'agira de traiter une coxalgie en évolution et lorsqu'il s'agira de traiter les séquelles qu'une coxalgie depuis longtemps éteinte a laissées derrière elle. Mais ce sont là des questions de pure technique qui ne doivent préoccuper que les chirurgiens spécialistes qui appliqueront ces traitements, et ce que les médecins praticiens doivent retenir, c'est qu'il existe actuellement des méthodes chirurgicales nouvelles parfaitement précises et bien mises au point, dont une assez longue expérience déjà a montré la valeur, et qui permettent dans bien des cas d'améliorer considérablement le pronostic si sévère autrefois des coxalgies. (*Bull. de l'Ass. des médecins de lang. franç. de l'Amérique du Nord*, avril 1937.)

La période d'expectative et le traitement médical dans les pyélonéphrites de la grossesse

M. F.-H. de Beaufond démontre que l'évolution généralement favorable des pyénonéphrites de la grossesse justifie une période d'expectative. Mais le fait que la plupart des pyélos guérissent ne doit pas faire négliger celles, plus rares, qui ne guérissent pas. Il faut, au contraire, nous efforcer de rechercher leurs causes et leurs traitements les plus appropriés.

Cette période d'attente limitée aux seuls soins médicaux ne saurait donc être prolongée sans discernement. Il convient, par un diagnostic précoce, de s'assurer qu'il s'agit bien d'une forme simple de pyélite gravidique et qu'il n'intervient pas un état pathologique antérieur, car, celui-ci, comme la tuberculose, ne bénéficie pas toujours de l'abstention. Il y a lieu ensuite, dans le post-partum, de contrôler de façon plus systématique et plus rigoureuse les guérisons apparentes.

Il serait souhaitable enfin de voir, avec toute la prudence nécessaire, utiliser plus souvent le cathétérisme urétéral comme moyen thérapeutique en l'appliquant aux grands états fébriles prolongés ou à rechutes dont on a déjà recherché les causes. Les constatations ainsi faites laisseront se dégager peu à peu d'une manière objective la ligne de conduite la plus rationnelle à suivre.

La collaboration qui s'établit de plus en plus étroite entre l'accoucheur et l'urologue permettra peu à peu la réunion de ces indispensables documents. (*Rev. franç. de gynécologie et d'obstétrique,* janvier 1937.)

Physiopathologie de la morphinomanie ; valeur de l'intoxication exogène

Voici le résumé de la théorie admise par le Docteur R. Krainik. Généralement, l'intoxication chronique par les opiacés détermine dans les organismes un équilibre nouveau qui dépend de l'apport régulier et progressif du stupéfiant. Cet équilibre est instable car, d'une part, il est subordonné aux modifications fonctionnelles qui se sont créées, c'est-à-dire aux dysfonctions endocrino-neuro-végétatives qui changent le potentiel humoral et le tonus sympathique, et, d'autre part, il doit s'adapter aux insuffisances protéopexiques et protéolytiques qui altèrent la défense.

Les troubles humoraux et nerveux provoqués par le stupéfiant engendrent, dans des circonstances bien déterminées, le syndrome de l'intoxication exogène. Ces phénomènes n'ont lieu que si l'alcaloïde est régulièrement introduit dans l'économie. Mais si le stupéfiant fait défaut, il se stabilise dans l'organisme, pendant toute la durée du manque, un état, cette fois-ci différent du précédent ; ce nouvel état tolère et favorise la mise en liberté des toxines chimiques et microbiennes, déterminant une série de troubles dont l'ensemble constitue le syndrome de l'intoxication endogène. Cette intoxication secondaire, réflexe à la première, serait attribuable aux altérations fonctionnelles et structurales de la cellule hépatique, à celles du système réticulo-endothélial, à celles morphologiques des éléments de la dé'ense circulatoire, etc...

Or, au cours de l'intoxication chronique par les opiacés, il existe une certaine période, plus ou moins longue selon les sujets, pendant laquelle l'économie réagit avec énergie contre certaines actions de l'alcaloïde. Il es. nécessaire, dans ces conditions de tenter de prolonger la durée de cette réactivité normale et de prévenir l'adaptation avec sa réactivité anormale. Un malade dont les réserves calciques s'épuisent, chez qui l'équilibre acido-basique est altéré, qui manifeste les dysfonctions endocriniennes et végétatives de l'accoutumance est de beaucoup plus résistant aux efforts thérapeutiques que le malade dont on a épargné les réserves cellulaires e. chez qui on a maintenu l'équilib e neuro-endocrino-humoral.

On pourrait ainsi créer une prophylaxie de la morphinomanie accidentelle au moyen combiné d'un contrôle (fonctionnel et qualificatif) et d'un traitement approprié à la tendance naturelle qui fait évoluer les malades soumis à la morphine, à titre thérapeutique, vers la toxicomanie. La recherche systématique d'un syndrome humoral qui exprime le degré d'intoxication permettra au praticien de situer la position du malade dans le cadre de l'intoxication exogène ; et selon cette position, juger, par la suite, de l'opportunité d'une suppression pure et simple de la morphine ou de la nécessité absolue de la désintoxication. (*Quest. méd. d'actualité,* février 1937.)

Diabète et hérédité

MM. F. Rathery et H.-P. Klotz ne considèrent que l'hérédité directe qui peut être étudiée à un double point de vue : sous forme de diabète véritable, ou sous forme de troubles plus ou moins latents du métabolisme glucidique qu'on peut faire apparaître par divers procédés, par exemple l'hyperglycémie provoquée.

En ce qui concerne le diabète sucré véritable, l'hérédité diabétique est fréquente. Cette aptitude à devenir diabétique se transmet à la façon d'un caractère récessif, et suit grossièrement les lois de l'hérédité mendélienne.

Ce caractère héréditaire du diabète peut être jugulé dans une certaine mesure par un traitement préventif pratiqué dès l'enfance. Il ne justifie en aucune façon la stérilisation des diabétiques qui a été proposés dans certains pays. (*Revue de médecine,* février 1937.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

La recherche systématique du bacille de Koch par la culture des exsudats pharyngo-laryngés prélevés par écouvillonnage

(MM. F. BEZANÇON, Paul BRAUN et André MEYER ; 11-5-1937)

Dans ces dernières années, on a multiplié les procédés de recherche du bacille de Koch, toutes les fois qu'il n'a pas été possible de le mettre en évidence dans les crachats (lorsqu'il s'agit d'individus ne crachant pas : pleurétiques, femmes, enfants, ou lorsqu'il y a une insuffisance d'expectoration).

On a été ainsi amené à rechercher le bacille dans les sécrétions gastriques, dans les selles, soit par examen direct et homogénéisation, soit en utilisant la culture, et aussi dans les sécrétions pharyngo-laryngées, etc...

Il ne faut pas oublier qu'il existe un moyen extrêmement simple qui consiste à rechercher le bacille dans les sécrétions pharyngo-laryngées prélevées par simple écouvillonnage de la cavité pharyngo-laryngée, l'écouvillon étant enfoncé aussi profondément que possible..

On a pratiqué dans ces cas l'examen direct et l'homogénéisation. Il peut être intéressant, comme recherche systématique du bacille, de fire la culture de ces produits.

Il suffit de délayer ces derniers dans une certaine quantité de lessive de soude, et de procéder, en partant de cette suspension, comme pour la culture des crachats sur milieu de Petragnani-Lowenstein.

Les auteurs ont pu dans neuf cas où tous les autres examens étaient restés négatifs, mettre ainsi en évidence le bacille de Koch, par la culture des sécrétions pharyngo-laryngées prélevées par simple écouvillonnage.

Ce moyen est commode, facile à répéter, mais ne peut être considéré comme un procédé exclusif de recherc he du bacille de Koch.

Fuso-spirochétose broncho-pulmonaire

(MM. BALTACÉANO, VASILIN et GRAMATOPOL, de Bucarest. — Présentation par M. H. VINCENT ; 4-5-1937)

Les auteurs ont été surpris par l'aspect polymorphe que peut présenter la fuso-spirochétose broncho-pulmonaire ; température allant de 37° à 39°, état général assez bon, expectoration abondante, sanguinolente ou non, toux variable. Les crachats contiennent de nombreux bacilles fusiformes et spirochètes. L'émétine donne une rémission rapide des accidents.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Infarctus génito-pelvien consécutif à des manœuvres abortives

(MM. P. SANTY et M. BÉCHET ; Rapport de M. AMELINE ; 10-3-1937)

D'assez nombreux exemples d'infarctus génital par injection intra-utérine d'eau savonneuse ont été relatés en France. Un bien plus grand nombre appartiennent aux pays de langue allemande. M. Mondor a fait la « somme » de nos connaissances sur ce sujet en y apportant sa contribution personnelle.

Le cas de MM. Santy et Béchet concerne une femme de trente-quatre ans. Chez elle, l'infarctus génital respecta les annexes, mais envahit surtout le fond et la face postérieure de l'utérus ; puis, débordant le Douglas, marqua ses empreintes sur les faces antérieure et latérales du rectum. C'est là une topographie étendue, vraiment inhabituelle de cette « nécrose alcaline », comme la qualifiait Runger en 1927. Ici, une décision thérapeutique énergique et prompte a été suivie de guérison après un traitement d'assez longue durée.

Tumeurs malignes bilatérales du sein

(M. R. PETRIGNANI, de La Rochelle. — Rapport de M. MOULONGUET ; 10-3-1937)

M. Petrignani a observé deux fois une tumeur maligne bilatérale du sein. Dans le premier cas, les deux seins étaient atteints simultanément d'adénosarcome ; dans le second cas, un épithélioma apparut à un an de distance dans chacun des deux seins.

— M. SOUPAULT, sur une statistique personnelle de 70 cas, a trouvé quatre cas de cancer bilatéral des seins.

— MM. Louis MICHON, BASSET, BROCQ et ROUHIER relatent des faits analogues.

— M. MOULONGUET pense qu'au point de vue de la gravité des épithéliomas bilatéraux du sein, on doit s'en tenir aux grosses statistiques comme celle de M. Hartmann qui, sur 50 malades, n'en a retrouvé que 8 vivants.

P. L.



SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

Deux cas d'arthrite gonococcique grave de la hanche avec lésions osseuses (coxite)

(MM. P. JACQUET, TURIAF, Alain RUBENS-DUVAL et Mme CONGY ; 26-2-1937)

Ce sont deux observations typiques de coxite gonococcique. Le caractère des douleurs, atroces et longtemps persistantes et faisant de ces malades de véritables martyrs, l'intensité du gonflement, l'existence d'adénopathies, la gravité rapidement alarmante de l'état général avec amaigrissement cachectique, pâleur extrême, fièvre élevée et de longue durée, formation de vastes escarres parfois comme chez l'un de ces malades, donnent à cette affection une physionomie spéciale, une véritable autonomie clinique.

Les données radiologiques sont très particulières. Les lésions consistent en des pertes de substance osseuse, profondes et étendues, de la tête fémorale et du sourcil cotyloïdien, associées à une décalcification diffuse des os de la région et au pincement de l'interligne articulaire témoignant lui-même de la destruction concomitante des surfaces cartilagineuses. L'arthrite gonococcique, quand elle atteint la hanche, peut donc se présenter comme une arthrite mutilante et les effets de cette mutilation, très fréquents, mais qui heureusement ne se sont pas produits chez ces deux malades, consistent en une luxation en haut en arrière de la tête fémorale.

L'évolution des lésions osseuses est très particulière. Ces mutilations osseuses, en effet, se constituent très vite. Elles apparaissent constituées de toutes pièces dans l'intervalle de deux examens radiologiques.

Elles se sont même produites en l'espace de quelques jours chez une des malades observées.

Les pertes osseuses d'autre part, une fois constituées, n'ont aucune tendance par la suite à s'étendre ou à s'aggraver, ni à se réparer. Constituées d'une seule pièce elles persistent immuables pendant les mois qui suivent. Deux ou trois mois après commencent la récalcification et le travail d'ankylose. Du point de vue évolutif, ces lésions révèlent, par le seul examen des films successifs, une arthrite d'une nature tout à fait particulière. Constituées d'emblée et à l'emporte-pièce sans tendance évolutive aucune, ces mutilations contrastent avec la précocité relative du travail de récalcification et de consolidation de la jointure. Elles s'opposent aux lésions tuberculeuses d'apparition plus lente, très évolutives au contraire, tardives dans leur recalcification et dans leur réparation.

Il est certain que, dans bien des cas, les caractères intrinsèques de l'arthrite sont si nets que l'on devrait faire d'emblée le diagnostic, et que, dans d'autres cas, les données radiologiques sont trop tardives pour être utilisables. Cependant, il faut savoir que, dans ces formes hautement pyrétiques et fébriles très longtemps, les gonocoques n'apparaissent dans les sécrétions purulentes, cependant préexistantes, qu'à la convalescence. Aussi se trouve-t-on dans un état d'infériorité constante vis-à-vis de ces arthrites, qui, « vieillissent vite » et pour lesquelles les traitements, si osés soient-ils, n'ont de chances de succès que dès les tout premiers jours.

Le prélèvement direct intrabronchique du bacille de Koch et division des crachats

(MM. M. Léon KINDBERG, G. LÉPINE et P. ADIDA ; 26-2-1937)

La méthode de prélèvement bronchique à la sonde nasale décrite par les auteurs est une méthode extrêmement simple, facile à mettre en œuvre et parfaitement supportée chez les malades. On n'a jamais constaté de réactions douloureuses ou de suites pénibles, rien qui dépassât un ennui de quelques minutes.

Elle a paru très sensible : plus sensible que tous les autres procédés parallèlement mis en œuvre dans la plupart des cas. Dans une observation, en pleine période fébrile, sans aucune localisation, une réponse positive du prélèvement bronchique précéda d'un mois les premiers aspects radiologiques d'une lésion qui, dûment bacillifère deux mois plus tard par les méthodes habituelles, put, dès le début, être heureusement traitée par le pneumothorax artificiel. Aussi, quelque réserve qu'il faille toujours faire sur le caractère négatif d'une épreuve, lui-a-t-on fait confiance pour écarter au moins provisoirement le diagnostic de tuberculose. La méthode s'est montrée surtout féconde pour résoudre le problème de la séparation des crachats : celle-ci, permettant d'apprécier de plus près la valeur comparée des lésions, est d'une importance considérable pour la collapsothérapie, soit avant la décision, soit au cours d'un pneumothorax, soit plus tard, pour juger de cicatrices parfois énigmatiques. Les renseignements qu'elle a fournis ont permis, selon les cas, de tenter sans crainte ou de repousser sans hésitations un deuxième pneumothorax. En l'absence de bacille de Koch, elle paraît nécessaire pour aborder la question des infections encore mal connues, spirochétoses, mycoses, etc... Les auteurs sont, pour leur part, décidés à continuer à l'employer dans la routine de leur examen de l'appareil respiratoire. G. F.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 7 mai 1937

A propos des indications des différents traitements des cancers et des états précancéreux de la glande mammaire

(Discussion de la communication faite à la dernière séance, par M. RUBENS-DUVAL)

M. HAUTEFORT dit que, dans le cancer du sein, le fait de ne pas trouver d'adénopathie axillaire à la palpation ne prouve pas qu'en réalité, il n'y a pas de

ganglion déjà cancéreux ; l'examen des pièces opératoires le montre nettement. Selon lui, il faut s'en tenir actuellement, dans la presque totalité des cas, à l'intervention large, admise classiquement et qui donne les meilleurs résultats. L'emploi de la rœntgen et de la radiumthérapie ne peut s'appliquer que dans les cas de maladie de Paget ou dans les formes évolutives ou très extensives du cancer ou chez des malades âgées avec mauvais état général ou atteintes d'une autre maladie grave. Mais on doit, outre l'opération, essayer d'agir sur le terrain cancérigène, en particulier par la protéinothérapie de Rubens-Duval. On doit savoir gré à cet auteur de ses longues années de recherches pour modifier le terrain cancérigène.

M. Dupuy de Frenelle. — Le terrain cancérisable présente généralement une déficience marquée en chaux, en silice, en magnésie, en fer. Une longue reminéralisation par ces sels peut diminuer les risques d'évolution du cancer en puissance ou de la récidive après l'opération. La protéino-thérapie de Rubens-Duval apporte, en outre, une immunisation par l'administration de gloxines spécifiques choisies d'après la nature histologique du cancer identifié. Elle permet d'espérer de meilleurs résultats de la radiumpuncture des tumeurs du sein parce qu'elle est susceptible de renforcer l'action de cette dernière. Les indications de cette thérapeutique associée peuvent être envisagées dans les cancers adhérents, les cancers à marche rapide des jeunes et les squirrhes atrophiques des vieillards. Par contre, les cancers mobiles, qu'ils soient accompagnés ou non d'adénites perceptibles, relèvent de l'opération large classique.

M. Diamant-Berger insiste sur le rôle cancérigène de la folliculine, évoquée dans la communication de M. Rubens-Duval. A propos d'une observation clinique, antérieurement publiée, il s'élève contre l'emploi inconsidéré en thérapeutique de la folliculine qu'il considère comme une substance dangereuse par son caractère d'excrétion et ses propriétés abortives et cancérigènes.

Quelques remarques à propos de corps étrangers de l'œsophage

M. G. Guisez étudie les corps étrangers qu'il a enlevés récemment de l'œsophage sous endoscopie et qui sont au nombre d'une vingtaine. Il a extrait plusieurs pièces de monnaie chez des enfants ; l'un de ceux-ci était porteur de deux pièces de vingt-cinq centimes siégeant un peu au-dessous de la bouche de l'œsophage. Un nourrisson de cinq semaines, le plus jeune qu'il ait eu à œsophagoscoper, avait au tiers supérieur de l'œsophage, une épingle de sûreté ouverte pointe en haut ; un autre enfant, âgé de douze mois, avait une clé de meuble enclavée au même endroit. Deux dentiers avaient été avalés par des adultes. Mais les corps les plus fréquents étaient les petits os et les arêtes. Comme dans ce cas, il y a toujours perforation de la paroi œsophagienne et que ces corps étrangers sont très septiques, ce sont certainement les plus dangereux ; s'ils ne sont pas enlevés très rapidement, ils déterminent des phénomènes de suppuration qui peuvent se collecter, mais qui, parfois aussi, diffusent très rapidement vers le médiastin. Il ne faut pas perdre un temps précieux en s'acharnant à les rechercher par la radiographie qui souvent ne donne rien, mais faire pratiquer d'urgence une œsophagoscopie qui, faite à temps, permet toujours d'extraire le corps étranger. L'usage du bros-os dans les cas de corps fortement enclavés rendra les plus grands services. Dans tous ces cas, rapportés par l'auteur, l'intervention a été très rapide et la guérison s'est effectuée sans incident.

L'enchevillement transarticulaire comme agent de maintien dans la résection du genou

MM. René et Gaston C. Harry (de Toulouse) communiquent l'observation d'un malade de 42 ans atteint d'une tuberculose du genou gauche, qu'ils ont opéré il y a quinze mois par ce procédé avec un bon résultat qui se maintient actuellement. Ils insistent sur la nécessité, dans la résection du genou, d'assurer un maintien parfait des surfaces réséquées pour obtenir un bon résultat ; et, dans ce but, ils utilisent un greffon vivant pris sur le tibia du côté opposé et poussé à frottement dur dans un canal creusé obliquement, après la résection, à travers les extrémités du tibia et du fémur.

La mobilisation immédiate des fractures de l'humérus par l'appareil de Séjournet

M. F. Séjournet montre, avec un film cinématographique, les bons résultats qu'on peut obtenir dans ces fractures, grâce à son appareil qui permet une mobilisation immédiate du membre.

Société de médecine militaire française

Séance du 11 mars 1937

Deux cas d'appendicite pelvienne

MM. Perrignon de Troyes et du Bourguet rapportent un cas aigu chez un enfant et un cas d'abcès pelvien supérieur chez l'adulte. Les auteurs rappellent rapidement les formes d'abcès dans l'appendicite pelvienne et surtout la difficulté de leur diagnostic et de leur traitement qui font l'intérêt de cette question.

MM. Guillermin, Ginestet et Coudane présentent un malade opéré de **tumeur mixte du palais**. Ils insistent sur le traitement qu'ils considèrent comme devant être uniquement chirurgical et pensent qu'en présence d'une tumeur aussi limitée et clivable, c'est une erreur d'instituer un traitement par irradiation qui nécessite une avulsion dentaire étendue et peut s'accompagner de radio-nécrose.

Lille

Société médicale et anatomo-clinique

Le larynx tuberculeux, présentation de radiographies

MM. Didier et Monnier ont examiné une trentaine de larynx tuberculeux en téléradiographie ; ils recherchent les déductions utiles à tirer de leurs travaux.

Après avoir montré que le diagnostic et le pronostic de la tuberculose laryngée peuvent, comme dans le cancer, être précisés par ce moyen, les auteurs essaient de poser les bases d'une méthode rationnelle de graphie, dans cette affection.

Il n'est pas douteux que la lecture des clichés donne des renseignements intéressants sur les *modifications des contours* endolaryngés (l'infiltration et l'ulcération se traduisent radiologiquement) et surtout sur les *troubles de la calcification* au niveau du squelette laryngien.

Les bacilloses évolutives donnent des images vacuolaires de décalcification au niveau des points déjà ossifiés. Les formes favorables et en voie de guérison se traduisent par une recalcification diffuse homogène et nettement différente des modifications dues à l'âge.

L'abcès latéro-pharyngien ; à propos d'une observation

MM. Didier, Van den Bussche et Sorrant. — Homme de 56 ans, présentant sous le maxillaire gauche une tuméfaction du volume d'un œuf de poule, fluctuante, provoquant de la dysphagie et de la dyspnée, avec fièvre très modérée. Le laryngoscope montre une asymétrie marquée... Une ponction ramène du pus bien lié ; on en pratique d'autres, qui provoquent l'affaissement de la tumeur, mais le malade quitte la clinique et meurt quinze jours plus tard, d'urémie.

Les auteurs se livrent à d'intéressantes considérations anatomiques, pour établir la pathogénie et les localisations de ces abcès latéro-pharyngiens.

Phlegmon diffus de l'aponévrose épicranienne

M. Sorrant. — Homme de 56 ans, tombe dans une cave et se fait quelques plaies contuses du cuir chevelu, qui sont désinfectées et suturées. Peu de jours après, la température monte à 40°, le sommet de la tête est le siège d'une tuméfaction diffuse, sans bourrelet périphérique ; les paupières sont saillantes, le blessé souffre atrocement de la tête et de la face. A l'intervention, on trouve l'aponévrose épicranienne gorgée de pus à streptocoques. Excision de l'aponévrose (Professeur Lepoutre). Rubiazol et sérum antistreptococcique ; guérison.

Il a paru intéressant de rapporter cette observation, rare de nos jours, et de recommander l'excision large, supérieure aux incisions multiples, autrefois pratiquées.

Une observation de reins polykystiques

M. Dutilleul. — Femme de 51 ans, entre dans le service (Professeur Lepoutre) pour une tumeur rénale accompagnée de troubles digestifs très marqués. En fait, il existe une tumeur de chaque côté, de consistance nettement dure ; et l'une d'elles est bosselée. On porte le diagnostic de reins polykystiques. L'azotémie est de 1 gr. 50. Le traitement médical est seul indiqué. Cette observation est intéressante par l'étude du diagnostic, et aussi par les magnifiques pyélographies qui ont été établies pour confirmer ce diagnostic.

Toulouse

Société de médecine

Sur le rhumatisme chronique

M. Valatx, après 891 observations de rhumatisme chronique prises chez des militaires et anciens militaires à Barèges, et après avoir éliminé les rhumatismes goutteux et infectieux, a trouvé 8 % d'antécédents héréditaires rhumatismaux.

Dans 37 % des cas, les malades avaient présenté du rhumatisme articulaire aigu, le rhumatisme chronique apparaissait de préférence 1, 2, 10 et 20 ans après les premières attaques. Par rapport à l'âge, le rhumatisme chronique apparaît de préférence à 23, 27, 33, 37, 41, 47, 50 ans. A 23-27 ans, il est très souvent consécutif au rhumatisme articulaire aigu.

Les troubles cutanés (psoriasis ou surtout eczémas) assez rares (3,3 %) apparaissent de 3 6 à 50 ans. L'iritis (1,1 %) est encore moins fréquent. Comme les troubles cutanés, les poussées d'iritis alternent avec les poussées douloureuses. Les lésions cardiaques n'ont pas été envisagées, les malades atteints d'une telle complication étant éliminés de la station.

Fracture du col chirurgical de l'humérus

MM. J.-P. Tourneux, Cahuzac et Lestrade relatent l'histoire d'un jeune garçon de 16 ans qui, à la suite d'une chute d'une certaine hauteur, avait été traité pour une luxation de l'épaule gauche. Par suite, de la persistance de l'impotence fonctionnelle, il fut amené à l'Hôtel-Dieu, où l'examen clinique confirmé par la radiographie montra qu'il s'agissait d'une fracture du col chirurgical. Devant l'incertitude d'un résultat favorable par intervention sanglante, on préféra recourir à l'extension continue et bien que la réunion osseuse se fut effectuée très vicieusement, le résultat fonctionnel a été excellent, car le jeune blessé a retrouvé l'intégrité presque complète de tous ses mouvements articulaires.

Les Livres

Le Guide de la Jeune mère

M. le Professeur P. Lereboullet, de l'Académie de médecine, qui, à l'hospice des Enfants-Assistés, occupe la chaire d'hygiène et clinique de la première enfance de la Faculté de Paris, vient de faire paraître à l'*Edition sociale française* (31, rue Guyot, Paris, XVIIe), un petit volume de 170 pages, du plus grand intérêt, intitulé *Le Guide de la Jeune mère.*

Le Prof. P. Lereboullet, s'adressant directement aux jeunes mères, a voulu résumer les notions indispensables de puériculture, pour compléter et préciser les conseils du médecin ; car ce dernier, au cours d'une consultation, ne peut entrer dans le détail et ses prescriptions trop brèves ne sont pas toujours suffisamment comprises pour être bien exécutées.

Pour remplir parfaitement cette tâche, le Professeur s'est adjoint des collaborateurs de choix : M. le Docteur Jean Dayras, ancien interne des hôpitaux de Paris, Mlle Germaine Dreyfus-Sée, docteur en médecine et chef de clinique de la Faculté, Mlles de Lamaze et Déros.

Dans un *premier chapitre*, MM. Lereboullet et J. Dayras traitent sommairement de l'*Enfant avant la naissance.* Dans ce très court résumé de *Puériculture prénatale*, ils donnent à la future maman des conseils sur son alimentation, sur les précautions nombreuses qu'elle doit prendre, la nécessité de l'examen périodique du médecin, sur les conséquences évitables des maladies héréditaires, sur les avantages que lui donnent toute une législation sociale et des organisations. d'aide et de protection.

Le *second chapitre* où le Prof. Lereboullet s'est assuré la collaboration de Mlle G. Dreyfus-Sée, traite du *Développement normal de l'enfant*, examine par le menu le *nouveau-né jusqu'à quinze jours* (cordon ombilical, yeux, peau, crâne, poids, selles, urine, jaunisse), expose la nécessité d'une propreté méticuleuse, les dangers du froid, des infections, la nécessité du sommeil.

Puis abordant l'*étude du nourrisson : premier âge jusqu'à trente mois*, les auteurs traitent de la croissance en poids, en taille, de la dentition du fonctionnement, des organes (pouls, respiration, température, digestion, selles, urine, organes génitaux, attitudes variant avec l'âge, éveil de l'intelligence, etc.).

Le *troisième chapitre* aborde l'*Hygiène générale*, il est dû à la collaboration de M. Lereboullet et de Mlles G. Dreyfus-Sée et de Lamaze. Tour à tour sont décrits l'habillement de bébé (maillot, layette, blanchissage du linge), la chambre de bébé (température, chauffage, mobilier), la vie de bébé (toilette, bain, change, sommeil, inconvénients des sucettes, jouets, sorties, premiers pas, éducation du nourrisson).

Le *chapitre IV* (MM. Lereboullet et J. Dayras) traite de l'*Alimentation du nourrisson*. L'allaitement au sein, avec l'hygiène de la nourrice, l'allaitement mixte, l'allaitement artificiel, l'horaire des repas, les bouillies et l'alimentation jusqu'à la fin de la première année, le régime pendant la deuxième année avec le contrôle de l'alimentation (croissance, développement du squelette, des muscles, de la dentition) y sont relatés dans tous leurs détails.

Le chapitre V (M. Lereboullet et Mlle G. Dreyfus-Sée) est celui de la *Protection contre les maladies.*

L'hygiène générale, les vaccinations (antivariolique, antidiphtérique, antityphoïdique, antitétanique, B. C. G.), la cutiréaction, la surveillance de la croissance et de la santé y sont minutieusement examinées.

Le *chapitre VI* (M. Lereboullet et Mlle Dreyfus-Sée) expose *les soins à Bébé malade.* Comment on peut se rendre compte qu'il est malade ?Comment le soigner en attendant le médecin ? Suivent l'énumération des diverses maladies, l'exécution des ordres du médecin (médicaments, enveloppements, pansements, sinapisation, etc., etc.).

Le *guide de la jeune mère* se termine par un dernier chapitre où Mlle Hélène Deros décrit l'*aide social aux jeunes mères* dont pourront bénéficier plus d'une

Nous avons tenu à énumérer à la hâte, la plupart des sujets traités dans ce petit ouvrage. Certes, il n'est pas destiné aux médecins, mais il importe qu'ils le connaissent, qu'ils le parcourent et même qu'ils le lisent avec soin, si ce n'est pour s'instruire eux-mêmes tout au moins pour se remémorer bien des petits faits et surtout pour en recommander instamment la lecture aux jeunes mères leurs clientes. Ce livre ne donne aucun conseil qui puisse donner ombrage, ou gêner les praticiens ; tout au contraire, il leur sera d'un utile secours, complétant, précisant les prescriptions de leurs ordonnances, attirant l'attention sur de menus faits qui, leur étant signalés, pourront les aider à établir leur diagnostic et à formuler leur traitement, et indiquant en outre comment la jeune maman devra s'y prendre pour soigner le bébé malade.

Ajoutons que le guide est abondamment et intelligemment illustré et que le chapitre où est traité magistralement l'aide social, donne de nombreuses indications qui ne seront peut-être pas utiles directement aux mères plus ou moins instruites qui les liront, mais qui leur servira à conseiller d'autres jeunes mamans qui, elles, auront besoin d'être secourues et aidées. Il en sera de même pour la plupart des jeunes médecins qui sont jusqu'à ce jour insuffisamment, mis au courant de la médecine sociale, et de la protection de l'enfance du premier âge (1).

J. Noir.

(1) Prix du volume : 6 fr.

Les Thèses

P. — Dr J. Gasch. — **Littrites chroniques à gonocoques.** (Thèse 1937).

La fréquence des littrites chroniques blennorragiques est bien connue aujourd'hui grâce à l'urétroscopie.

Les glandes de Littre infectées perdent, dans certains cas, leur épithélium normal, lequel est remplacé par une couche de cellules plates et une paroi sclérosée. Elles deviennent ainsi des repaires indéfinis pour le gonocoque et sont la cause de blennorragies récidivantes et rebelles.

Les lavages et les injections ordinaires n'ont aucune action sur ces repaires. C'est encore l'urétroscopie qui est la base du traitement.

La fulguration urétroscopique par les courants de haute fréquence est le traitement héroïque de ces littrites. Elle permettra dans tous les cas de guérir ces blennorragies rebelles en détruisant les repaires gonococciques constitués par les glandes infectées.

Mp. — Dr J. Roques. — **Le syndrome pseudo-tumoral en pathologie cérébrale.** (Thèse 1937).

L'auteur envisage les aspects cliniques des états pseudo-tumoraux et les divers signes qui peuvent permettre de les différencier des tumeurs vraies. Il cherche ensuite à expliquer la pathogénie de l'hypertension cranienne au cours de ces états.

A côté de la pseudo-tumeur de Nonne, il y a place pour une infinité d'états qui, à un moment de leur évolution, simulent la tumeur cérébrale. A ces moments évolutifs, on peut donner le nom d'états pseudo-tumoraux. Leur origine et leur mécanisme (par méningite séreuse, par encéphalite, par lésions vasculaires, au cours d'affections plus générales) sont multiples.

Il est bon que l'esprit soit orienté dans ce sens, afin de pouvoir éviter au malade une intervention inutile. Malheureusement, il n'y a pas de signes nettement établis et, bien souvent, c'est par la seule évolution de la maladie que le diagnostic exact pourra être porté, tout en gardant présente à l'esprit l'existence possible de rémission d'une tumeur vraie.

Li. — Dr G. Décamps. — **La dysostose cléido-cranienne (maladie de Pierre-Marie et Sainton)** (Thèse 1937).

Une analyse de la centaine d'observations de dysostose cléïdo-cranienne publiées à ce jour — dont une personnelle — a permis à l'auteur de compléter la description classique de Pierre Marie et Sainton.

Du point de vue clinique, l'aplasie claviculaire est certainement le symptôme capital, le plus constant. L'absence, plus ou moins complète, des clavicules, engendre la possibilité de mouvements anormaux mais ne trouble guère la statique et la dynamique de l'épaule. L'étude de la mobilité de la ceinture scapulaire dans la dysostose cléïdo-cranienne diminue singulièrement l'importance attribuée classiquement à la clavicule dans le soutien du membre supérieur.

Les anomalies du squelette cranio-facial, telles que les ont décrites Pierre Marie et Sainton, sont très fréquentes. Mais à côté du relief exagéré des bosses frontales séparées par un sillon médian, de la persistance des espaces membraneux des sutures et des fontanelles au niveau d'un crâne nettement brachycéphale, les dystrophies dentaires méritent, en raison de leur quasi-constance, de figurer dans la définition de cette dystrophie, véritable « dysostose cléïdoi-cranio-dentaire ».

L'étude complète et systématique des sujets qui en sont atteints, permet de considérer la maladie de Pierre Marie et Saïnton, comme une véritable dysostose par défaut, à localisations électives claviculaires craniennes et dentaires, mais capable également de déformer n'importe quel point d'un squelette par ailleurs fort mal calcifié.

Cette dystrophie réalise parfois des formes anormales, suivant que la symptomatologie en est plus ou moins fruste ou compliquée. A côté de manifestations incomplètes et atténuées, telles les formes, claviculaires pures et les formes craniennes isolées, il faut insister sur la diffusion du processus dans les formes cléïdo-cranio-pelviennes, les formes cléïdo-cranio-vertébrales, et les formes généralisées.

Les recherches généalogiques permettent de considérer cette dystrophie congénitale comme une maladie familiale, atteignant indifféremment hommes et femmes, et dont la transmission est indépendante du sexe du géniteur. Ce caractère héréditaire est à la fois tenace et régressif, mais l'étude de familles atteintes de maladie de Pierre Marie et Sainton infirme, une fois de plus, les lois de la génétique mendélienne chez l'homme.

Si les malformations céphaliques de la dysostose cléïdo-cranienne peuvent prêter à confusion avec celles de l'hydrocéphalie, de la dysostose craniofaciale de Crouzon, du rachitisme, de l'achondroplasie, la découverte d'une agénésie claviculaire restera toujours l'élément indispensable et suffisant pour porter le diagnostic de maladie de Pierre Marie et Sainton.

P. L.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

TRAVAUX ORIGINAUX

Bulletin de l'Actualité

LA NOMENCLATURE DES ACTES DE CHIRURGIE

C'est à mon ami le Docteur MARQUIS *que je dédie ces lignes, en lui montrant la faiblesse des moyens de défense dont nous disposons, par notre faute, pour empêcher les Assurances sociales, les Mutualités et tous les organismes de soins collectifs de créer pour leurs formations hospitalières le monopole de la chirurgie.* R. M.

La nécessité, où nous nous trouvons, d'indiquer par un chiffre respectant le secret professionnel, l'acte médical que vient de subir un malade, a conduit le Corps médical à imaginer et à utiliser une nomenclature ou des chiffres-clés correspondent aux opérations faites et aux traitements institués.

En soi l'idée était bonne, mais sa réalisation pratique nous apparaît de jour en jour plus mauvaise, plus imprécise, souvent même très *injuste*, et *il serait grand temps de reviser une nomenclature* dont nous sommes responsables et qui a été élaborée d'une manière un peu hâtive, et sans avoir suffisamment pris conseil des chirurgiens intéressés.

Actuellement, non seulement la nomenclature est mauvaise, mais avec toutes ses lacunes, avec ses appréciations inexactes elle facilite les abus, elle ne donne pas à chacun ce qui doit lui revenir et nous craignons beaucoup, si l'élaboration de la nouvelle édition n'est pas le résultat d'un long travail fait sérieusement par des confrères compétents et ayant recours à la collaboration de véritables spécialistes, de donner le jour à un troisième monstre qui consacrera le préjudice porté à l'ensemble du corps chirurgical.

Une nomenclature des actes de chirurgie doit être à l'heure actuelle extrêmement détaillée, c'est une erreur de vouloir bloquer sous un même chapitre des opérations dont la gravité, l'importance la difficulté ne peuvent aller de pair et d'ouvrir par exemple un chapitre : ostéotomies, sans indiquer si la section de l'os porte sur une phalange digitale ou sur le col du fémur, ce qui, et chacun me l'accordera, ne saurait être opérations de même importance et justifier des honoraires identiques à ceux demandés pour une circoncision, c'est-à-dire *K*-20.

La nomenclature, telle qu'elle est, doit être entièrement refaite, elle doit l'être au grand jour, et les chirurgiens ne doivent pas se trouver une fois de plus en face d'un fait accompli le jour où elle paraîtra au *Journal Officiel.*

Ce véritable tarif chirurgical qui est légal, qui codifie nos honoraires ne devrait voir le jour qu'après avoir été soigneusement pesé, mesuré, comparé aux prix réellement pratiqués, soumis à des Commissions composées des meilleurs d'entre nous. On ne fait pas un pareil tarif sans se donner beaucoup de mal, sans y passer de longues heures, et c'est souvent parce que notre nomenclature est mal faite, et *mal faite par nous,* que beaucoup des nôtres crient contre les Caisses et contre les Assurances sociales.

Quand une maison de commerce établit son catalogue de prix, elle prend soin de bien séparer les catégories, *de multiplier les indications* qui expliquent les différences de prix, elle n'indique pas un prix unique pour les vestons ou les chaussures, elle fait jouer dans l'établissement du prix, l'importance du travail nécessité.

Chez nous rien de pareil, le tarif, qui a été baclé, met au même chapitre une intervention demandant une fois pour toutes 15 minutes de soins et une autre présentant de la gravité, engageant gravement la responsabilité de celui qui l'exécute, exigeant souvent une expérience approfondie de la méthode. C'est avec de tels

procédés que nous rendons les lois sociales inapplicables et que nous maugréons ensuite contre leur application.

Nous avons, il y a plusieursannées, établi, au nom du Syndicat des chirurgiens de Paris et de la région parisienne, un tarif chirurgical pour la clientèle moyenne. Il nous a donné beaucoup de mal, il a exigé des soirées de travail, des réunions fréquentes, il a fallu avant de fixer un chiffre, l'étudier, lepeser le confronter avec tous les autres. Sans doute malgré tout le soin qui y a été apporté, s'est-il glissé des erreurs, mais le fait certain, c'est que ce tarif bien étudié, partout réclamé, partout utilisé, a servi à des avocats pour défendre leurs clients, à des juges pour établir leurs jugements.

Il existe donc actuellement *un tarif qui pourrait servir de point de départ à l'étude d'une nouvelle nomenclature*, c'est de là queil faut partir pour faire la nouvelle édition et non pas de la nomenclature officielle actuelle, où les groupements sont mal faits, où compte n'est pas assez tenu de l'importance de certains actes opératoires.

Jepuis dire qu'une ostéotomie du fémur marquéeK-20 avecuntarif de remboursement de K-8 laisse au malade, diminuée de 20 % une somme de 130 francs.

La chose est risible si elle n'était honteuse. Quel chirurgien consentira pour ce prix ridicule de 130 francs à engager sa responsabilité ? Jecrois qu'il serait mieux inspiré, en consacrant au bridge le temps qu'il devrait passer pendant vingt jours auprès de son malade. Avec un peu de jeu il y gagnerait davantage.

Quand les Assurances sociales ont été discutées dans nos assemblées, on n'a point attaché à la tarification une importance suffisante ; je me souviens d'un collègue plus intelligent qu'intuitif, qui nous disait que les chiffres d'honoraires pouvaient être mis n'importe comment, car les Assurances sociales ne fonctionneraient jamais. Hélas, elles fonctionnent et justement avec des tarifs mal étudiés qui nous portent préjudic.

Il est regrettable aussi que la valeur d'un acte opératoire n'ait pas été spécifié à sa valeur réelle, en FRANCS. Puisqu'il s'agit d'un tarif, la chose aurait paru logique. Sur la valeur réelle habituellement pratiquée, il eût été possible de faire bénéficier les Caisses d'abattements, de réduire les taux habituels de 30 ou 40 ou 50 %. Au lieu de cela on a substitué un *chiffre-clé* qui semble être l'analogue, mais qui permet, avec permet, avec son mystère, de taxer à des prix honteusement bas des actes importants. En l'abaissant successivement de K25 à K20, à K15, à K10 on arrivera bien par une progression décroissante à K0 ou, pour unemployer une formule mathématique chère à nosAdministrations modernes, on tendra vers zéro, sans jamais l'atteindre.

On s'aperçoit un peu tard, qu'en raison des variations de ce chiffe-clé, il n'est possible de rien entreprendre pour sauver de l'avilissementnos honoraires, et pour défendre des collègues qui se sentent menacés par les lois sociales. Il deviendra inutile de chercher à conserver ladiagnité d'une profession qui a honoré la France par les maîtres qui l'ont exercée et n la réduira à l'exercice d'un métier manuel.

Il y a quelques années j'avais exprimé l'opinion que ces entraves continuelles au libre exercice de notre ait finiraient par retentir sur nos actes ; pas plus tard qu'il y a huit jours eux-mêmes j'en ai eu la preuve. Lors de la visite que me fit à l'hôpital, le médecin contrôleur *d'une Caisse qui n'est pas parisienne*, nous parlions du traitement des rhumatisants et je lui exposais mes idées sur le forage de la hanche. Comme il s'étonnait que je pratique le simple forage sans mettre de greffon dans le col du fémur, je le vis très surpris et je lui expliquais l'inutilité, à mon avis, d'un greffon. Mais me dit-il comment faites-vous pour être remboursé par les Caisses ? Si vous faites le forage simple vous n'avez que K.-20, ce qui est un tarif insuffisant, mais si vous mettez un greffon vous avez K-80. Je n'avais pas, je l'avoue, pensé que l'action du greffon put être aussi importante et je comprends que devant pareil argument le forage simple n'est plus défendable.

Et ainsi pour une quantité d'interventions nous risquons de voir une nomenclature mal faite fausser les idées, exercer une influence funeste sur des conceptions qui devraient rester dans le domaine scientifique, troubler l'exercice normal d'une profession et ne pas répondre à l'importance et à la gravité des responsabilités qu'il faut savoir prendre.

Il est urgent que les chirurgiens revoient la nomenclature, qu'ils en élaborent une nouvelle, judicieuse, équitable, bien étudiée, qu'ils la fassent accepter par les Caisses. Tant que nous vivrons sur la formule actuelle il y aura continuellement des abus, des injustices et rien d'utile ne pourra être entrepris pour collaborer loyalement avec les Caisses d'Assurances sociales.

Dr Raphaël MASSART.

LA PROTECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE PAR LA RÉPRESSION DE L'EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE (1)

Il est hors de doute qu'à l'heure actuelle, il est fort malaisé de faire condamner ceux qui abusent de la crédulité publique et de l'espoir de guérison que les malades conservent pour tous les procédés empiriques, plus ou moins occultes, voire même surnaturels. Tour à tour, nous allons rapidement passer en revue les principes ainsi posés dans nos prémisses et nous envisagerons pourquoi la santé publique doit être protégée contre les charlatans de tous ordres, quelles sont les difficultés rencontrées dans la lutte contre l'exercice illégal de la médecine, enfin les voies et moyens proposés.

La santé publique doit être protégée

Le Corps médical ne saurait trop protester contre les méfaits, nous dirions même les crimes commis par ces gens sans aucune science, ces thaumaturges, qui abusent du public, en promettant la guérison, alors que la science et l'art ont fort à faire pour lutter contre la maladie et la mort.

Certes, la Faculté n'a pas la prétention de guérir toutes les affections pathologiques ; elle n'y parviendra jamais. Mais pourquoi tolérer que des gens puissent promettre le retour à la santé, par des procédés empiriques, dénués de toute science et de toute expérimentation, alors que, trompée par des réclames fallacieuses, la foule des malades perd un temps précieux, avant de se faire traiter, alors qu'il en est encore temps ?

Pourquoi promettre la guérison du cancer et abuser le malade, lorsque le médecin consulté postérieurement se trouve en présence de lésions irréparables, inopérables, parce que diagnostiquées trop tardivement ?

Pourquoi tolérer ces médications nombreuses contre l'anémie et autres maladies consomptives, alors que la tuberculose peut insidieusement faire son œuvre, ou même s'aggraver par une thérapeutique intempestive et fallacieuse ?

Je ne parle pas de la syphilis, qui trop souvent est traitée en série, dans des officines à grande réclame. Parfois même, dans un but de lucre, on diagnostique à tort une syphilis, qui n'a jamais existé, et qu'on soigne cependant par un traitement intensif, mais rémunérateur.

Que d'estomacs délabrés, que de foies surmenés par des poudres et liquides absorbés pour combattre l'acide urique et tous autres maux, abondamment décrits par les vendeurs d'orviétan.

Que dire encore de remèdes vendus à grand fracas, qui doivent tout guérir, alors que leur efficacité est minime et que les produits actifs les composant n'existent souvent que sur le prospectus.

Qu'ils se prétendent doués d'un don surnaturel, qu'ils se proclament des philanthropes, qu'ils s'intitulent rhabilleurs, rebouteux, ou autres : toujours est-il que les malades viennent en foule apporter leur obole à ceux qui se présentent comme des bienfaiteurs de l'humanité, alors qu'ils n'en sont que les exploiteurs, pour leurs seuls profits personnels.

Les difficultés de la lutte contre le charlatanisme

Je laisse de côté, comme éléments secondaires, les obstacles de procédure de tous ordres : l'obligation fréquente de se porter partie civile et de constituer l'avance des sommes nécessaires pour faire les enquêtes, les difficultés de ces dernières, la nonchalance des Parquets, la recherche laborieuse de témoins, qui consentent à déposer, alors que les dupes des illégaux préfèrent ne pas étaler leur honte et leur naïveté au cours d'une *enquête judiciaire*.

N'oublions pas qu'en l'état actuel de la législation, la tentative de délit n'est pas punissable : les charlatans peuvent donc impunément promettre la guérison de tous les maux, alors que le délit lui-même, c'est-à-dire le traitement du malade, est difficile à prouver, vu qu'il se passe en secret, dans le silence du cabinet, ou de l'officine.

Ne nous plaçons que dans l'hypothèse d'un dossier complet, constitué par un Syndicat médical. Il faut entraîner la conviction de l'instruction, puis celle des juges correctionnels, en démontrant l'existence du délit dans le cadre des termes précis de l'article 16 de la loi du 30 novembre 1892. Il incombe à l'accusation de prouver tout d'abord qu'il y a eu traitement, puis que ce dernier est habituel. La définition du mot « traitement » et la preuve de l'habitude et de la direction suivie, éléments nécessaires pour étayer l'inculpation, sont des obstacles juridiques parfois insurmontables.

Il convient donc, à la lueur des décisions de jurisprudence, de faire donner, par le législateur, une définition précise de ce mot : « traitement », afin qu'il soit possible de réfreiner la suffisance et l'outrecuidance de ceux qui s'enrichissent au détriment de la santé des lecteurs des journaux et celle des annonces, qui promettent fallacieusement la guérison.

(1) Rapport au *Congrès pour la répression de l'exercice illégal de la médecine et du charlatanisme* (Paris, 7 juillet 1937).

Il convient en outre de demander au Parlement de réprimer non seulement le délit, mais aussi la tentative de délit, constituée par ces annonces trompeuses, outrancières et malsaines, nuisibles tant à la santé publique qu'à la bonne tenue de nos grands journaux d'information.

Voies et moyens

Des propositions de loi, émanant de l'initiative parlementaire, des projets de loi, déposés par le gouvernement sur le bureau de l'une des deux Chambres, ont parfois tenté de protéger la salubrité publique. Malheureusement des précisions d'ordre juridique y manquent souvent ; des lacunes y sont constatées, qui peuvent permettre aux délinquants de se rire des foudres, de la Justice N'oublions pas, en effet, que notre Droit pénal français est dominé par ce principe, à savoir qu'une loi répressive doit toujours être interprétée *stricto sensu,* par les Tribunaux.

Aussi, avant d'avoir l'honneur de présenter au Congrès un texte de loi, sur lequel j'ai travaillé depuis de nombreuses années, projet qui a été soumis à des compétences juridiques, à des organisations professionnelles, à des syndicats de médecins, de chirurgiens-dentistes, ai-je l'intention de proposer aux réflexions des personnes idoines ces quelques explications suivantes, qui éclairent les précisions d'ordre juridique des articles de cette loi future, qui doit apporter l'épuration nécessaire dans ce domaine de l'exploitation de la misère humaine et de la souffrance des malades.

Nous allons prendre, dans la loi du 30 novembre 1892, ceux des articles, dont nous demandons la modification.

Article 6

Cet article précise les conditions que doivent remplir les étudiants qui peuvent être autorisés à remplacer les docteurs en médecine. L'investiture doit toujours être donnée par le préfet ; mais nous demandons que seuls les étudiants français, qui postulent pour le diplôme de docteur en médecine d'Etat, puissent être autorisés à faire des remplacements : un étudiant étranger ne peut pas avoir, durant ses études, des droits supérieurs à ceux qu'il aurait lorsqu'il sera diplômé.

Aux côtés des internes des hôpitaux, nous avons ajouté les externes nommés au concours, car ces jeunes étudiants peuvent rendre des services comme remplaçants. Egalement, nous prévoyons la possibilité, pour les chirurgiens-dentistes, de se faire remplacer par des étudiants, ayant une certaine compétence dans cette spécialité médicale, alors qu'aujourd'hui, ils ne peuvent pas pendant une maladie, ou les vacances, confier leur cabinet et leurs malades, à un étudiant en chirurgie dentaire.

Articles 9 et 10

Il nous paraît essentiel de procurer aux Administrations préfectorales et communales, les éléments indispensables, pour leur permettre de dresser ces listes, déjà prévues par la loi de 1892 ; puis d'ajouter les précisions sur l'activité professionnelle de ceux qui tentent de se faire passer pour régulièrement diplômés. Voilà pourquoi les résidences professionnelles doivent être déclarées au même titre que le domicile principal.

Article 16

Cet article est le plus important de ce travail. Il précise d'abord la définition du délit d'exercice illégal.

Nous invoquons le précédent contenu dans la législation sur les Assurances sociales, pour définir que le délit peut être commis par celui qui prend part, ou *tente de prendre part* au traitement des maladies. Cette « tentative » est prévue dans l'article 67 de la loi du 5 avril 1928-30 avril 1930, dans le décret-loi du 28 octobre 1935, article 27, ainsi que dans la loi du 9 avril 1898, article 30, sur les accidents du travail.

Nous introduisons, comme élément constitutif du délit, la motion du diagnostic, ainsi que déjà la loi du 17 mars 1934, en fait m ntion, à propos de ceux qui, sans diplôme, utilisent les rayons Rœntgen, pour le diagnostic et le traitement des maladies.

La part prise dans un but thérapeutique peut l'être soit directement, par consultations données oralement ou par écrit, correspondance, soit indirectement par la voie de la presse, par affiches, prospectus, ou tout autre mode de publicité.

La dénomination du mot « traitement » s'inspire de la jurisprudence existante à ce jour.

Le dernier paragraphe de cet article 18 précise la non culpabilité des aides du médecin, à la condition que ces derniers puissent rester sous la direction et la surveillance effective du praticien.

Article 18

Dans cet article, nous prévoyons les mêmes peines pour les illégaux de la médecine, de l'art dentaire, ou celui des accouchements. Ces illégaux font tous courir de grands dangers à la santé publique.

En ce qui concerne les pénalités, nous les avons quelque peu élevées ; mais elles demeurent cependant dans un cadre tel que les magistrats pourront, en toute souveraineté, en faire l'application par degrés, selon les circonstances.

Mais nous insistons beaucoup pour que soit prise en considération la proposition que nous formulons, à savoir que dans tous les cas de condamnation pour exercice illégal, le matériel professionnel soit confisqué au profit du Trésor public. Cette pénalité sera d'un effet des plus salu-

taires, car fréquemment, ce sont des maisons d'appareillage et d'instrumentation médicales, ou dentaires, qui créent des cabinets, ou aident des non-diplômés à les organiser, pour que, sous le couvert du diplôme d'un salarié, on puisse augmenter le rendement de l'affaire, par des bénéfices illicites, provenant de l'exercice illégal de l'art de guérir.

Article 19

Les pénalités prévues par la loi du 26 mars 1924, sur l'usurpation des titres légalement réglementés et qui sont celles inscrites à l'article 259 du Code pénal, sont parfois trop fortes, surtout pour une première condamnation. Pour faciliter la besogne des magistrats correctionnels, nous proposons des peines moins élevées, quitte, en cas de récidive, à frapper plus énergiquement le délinquant au moyen des pénalités de l'article 259, C. pénal.

Faisons remarquer que la première partie de cet article 19 vise toute personne qui, exerçant ou non régulièrement la médecine, la profession de dentiste, ou l'art des accouchements, s'affuble d'un titre auquel il n'a pas droit. Le dernier alinéa de cet article prévoit l'adjonction des pénalités, en cas d'exercice illégal.

Article 20

Un précision plus rigoureuse est apportée dans la définition du délit d'usurpation de titre français par des étrangers.

Conclusion

Sous le bénéfice de ces observations, j'ai l'honneur de présenter le texte suivant, qui, en modifiant les termes de la loi du 30 novembre 1892, sera susceptible de rendre plus aisée et plus efficace la protection de la santé publique, par la répression de l'exercice illégal de la médecine et du charlatanisme.

Voici le texte de la Proposition de Loi :

Proposition de loi réprimant l'exercice illégal de la médecine (y compris l'art dentaire)

Loi du 30 novembre 1892

Texte en vigueur	*Texte proposé*
ARTICLE 6	
Les internes des hôpitaux et hospices français, nommés au concours et munis de seize inscriptions et les étudiants en médecine ayant terminé leur scolarité et étant dès lors munis de vingt inscriptions, peuvent être autorisés à exercer la médecine, pendant une épidémie, ou à titre de remplaçants de docteur en médecine ou d'officiers de santé.	*Les internes et les externes des hôpitaux et hospices français*, de nationalité française, *nommés au concours et munis de seize inscriptions* en vue du Diplôme d'Etat, *et les étudiants en médecine de nationalité française ayant terminé leur scolarité et étant dès lors munis de vingt inscriptions* en vue du Diplôme d'Etat, *peuvent être autorisés à exercer la médecine, pendant une épidémie, ou à titre de remplaçants de docteurs en médecine ou d'officiers de santé.*
Cette autorisation délivrée, par le préfet du département, est limitée à trois mois ; elle est renouvelable dans les mêmes conditions	(*sans changement*)
	ADDITION : *Les dispositions du présent article sont applicables aux élèves en chirurgie dentaire, dont la scolarité est terminée, pour le remplacement des chirurgiens-dentistes ou des dentistes, qui bénéficient des dispositions de l'article* 32 *de la présente loi.*

....

Texte en vigueur	*Texte proposé*
ARTICLE 9	
Les docteurs en médecine, les chirurgiens-dentistes, les accoucheuses sages-femmes sont tenus, dès leur établissement, et avant d'accomplir aucun acte de leur profession, de faire enregistrer, sans frais, leur titre à la préfecture, au greffe du tribunal civil de leur arrondissement et de le faire viser à la mairie du lieu où ils ont leur domicile.	*Les docteurs en médecine, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes sont tenus, dès leur établissement et avant d'accomplir aucun acte de leur profession, de faire eux-mêmes enregistrer, sans frais, leur titre à la préfecture ou à la sous-préfecture, au greffe du Tribunal civil de leur arrondissement et de le faire viser à la mairie du lieu où ils ont leur domicile, ainsi qu'à celles de leur différentes résidences professionnelles et autres lieux d'exercice. Ce visa sera accompagné du dépôt de la signature.*

....

Le fait de porter son domicile dans un autre département oblige à un nouvel enregistrement du titre dans le même délai.	(*sans changement*)

ADDITION :

Tout changement de domicile, de résidence professionnelle, ou d'autres lieux d'exercice habituel doit être notifié par le titulaire du diplôme lui-même à la mairie du lieu du dernier et du nouvel établissement.

....

ARTICLE 10

Il est établi, chaque année, dans les départements, par les soins des préfets et de l'autorité judiciaire, des listes distinctes, portant les noms et prénoms, la résidence, la date et la provenance du diplôme des médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes, visés par la présente loi.

Ces listes sont affichées chaque année, dans le mois de janvier, dans toutes les communes du département. Des copies certifiées en sont transmises aux ministres de l'Intérieur, de l'Instruction publique et de la Justice. La statistique du personnel médical existant en France et aux colonies, est dressée, tous les ans, par les soins du Ministre de l'Intérieur.

Il est établi, chaque année, dans les départements, par les soins des préfets, des maires et de l'autorité judiciaire, des listes distinctes, portant les noms et prénoms, la résidence, la date et la provenance du diplôme des médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes visés par la présente loi.

(sans changement)

ADDITION :

Les maires sont tenus de signaler dans le plus bref délai au préfet, les noms et adresses des docteurs en médecine chirurgiens-dentistes ou sages-femmes qui, par décès, départ ou toute autre cause, ont cessé l'exercice de leur profession.

....

ARTICLE 16

Exerce illégalement la médecine :

1° Toute personne qui, non munie d'un diplôme de docteur en médecine, d'officier de santé, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme, ou n'étant pas dans les conditions stipulées aux articles 6, 29, et 32 de la présente loi, prend part habituellement ou par une direction suivie, au traitement des maladies, ou des affections chirurgicales ainsi qu'à la pratique de l'art dentaire ou des accouchements, sauf les cas d'urgence avérée.

2° Toute sage-femme qui sort des limites fixées par l'article 4 de la présente loi, ou (loi du 17 mars 1934), toute personne qui, non munie du diplôme de docteur en médecine, ou de chirurgien-dentiste, en ce qui concerne l'odontologie, utilisera les rayons Roentgen dans un but de diagnostic ou de thérapeutique ;

3° Toute personne qui, munie d'un titre régulier, sort des attributions que la loi lui confère, notamment en prêtant son concours aux personnes visées dans les paragraphes précédents, à l'effet de les soustraire aux prescriptions de la présente loi.

Les dispositions du paragraphe premier du présent article ne peuvent s'appliquer aux élèves en médecine, qui agissent comme aides d'un docteur, ou que celui-ci place auprès de ses malades, ni aux gardes-malades, ni aux personnes qui, sans prendre le titre de chirurgien-dentiste, opèrent accidentellement l'extraction des dents.

Exerce illégalement la médecine :

1° Toute personne qui, non munie d'un diplôme d'Etat français, de docteur en médecine, d'officier de santé, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme, ou n'étant pas dans les conditions stipulées aux articles 6, 29 et 32 de la présente loi, prend part, ou tente de prendre part, en dehors des cas d'urgence avérée, au diagnostic ou au traitement des maladies, ou des affections chirurgicales, ainsi qu'à la pratique de l'art dentaire, ou de celui des accouchements, soit directement (par acte personnel, ou par consultation verbale, ou écrite, ou par correspondance), soit indirectement (par la voie de la presse, au moyen d'affiches, de prospectus, ou tout autre mode de publicité).

Le traitement susvisé s'entend de tout acte, ou conseil, sous quelque forme qu'il soit donné, ou accompli, tendant à l'atténuation, à la guérison ou la prévention d'un état effectif, ou supposé tel, de malaise ou de maladie. Sont assimilés à un traitement les actes qui, dans un but d'hygiène ou d'esthétique, nécessitent l'utilisation d'instruments de petite chirurgie ou d'électrothérapie.

(sans changement)

Les dispositions du paragraphe premier du présent article ne peuvent s'appliquer aux élèves en médecine, ou en chirurgie-dentaire qui agissent comme aides d'un docteur ou d'un chirurgien-dentiste, ou que les docteurs placent auprès de leurs malades, ni aux gardes-malades, infirmiers, ou masseurs, toutes les personnes visées à ce paragraphe restant sous la direction effective du praticien, et se bornant à exécuter ses prescriptions sous sa surveillance.

ARTICLE 18

Quiconque exerce illégalement la médecine est puni d'une amende de 100 à 500 francs et, en cas de récidive, d'une amende de 500 à 1.000 francs, et d'un emprisonnement de six jours à six mois, ou de l'une de ces deux peines seulement. L'exercice illégal de l'art dentaire est puni d'une amende de 50 à 100 francs et, en cas de récidive, d'une amende de 100 à 500 francs.

L'exercice illégal de l'art des accouchements est puni d'une amende de 50 à 100 francs et, en cas de récidive, d'une amende de 100 à 500 francs et d'un emprisonnement de six jours à un mois, ou de l'une de ces deux peines seulement.

Quiconque exerce illégalement la médecine, l'art dentaire ou celui des accouchements, est puni d'une amende de 500 à 1.000 fr. et d'un emprisonnement de quinze jours à trois mois, ou de l'une de ces deux peines seulement, avec affichage du jugement à la porte du délinquant pendant une durée fixée par le Tribunal, et à la publication dans trois journaux désignés par le Tribunal.

En cas de récidive, l'amende sera de mille à trois mille francs et l'emprisonnement de trois à six mois, sans sursis, avec affichage du jugement à la porte du délinquant et publication dans cinq journaux designés par le Tribunal.

Dans tous les cas de condamnation prononcée en vertu de cet article, le matériel professionnel sera confisqué au profit du Domaine.

ARTICLE 19

L'exercice illégal de la médecine ou de l'art dentaire, avec usurpation du titre de docteur en médecine, ou d'officier de santé, est puni d'une amende de 1.000 à 3.000 francs, et, en cas de récidive d'une amende de 2.000 à 3.000 et d'un emprisonnement de six mois à un an, ou de l'une de ces deux peines seulement.

L'usurpation du titre de dentiste sera punie d'une amende de 100 à 500 francs, et, en cas de récidive, d'une amende de 500 à 1.000 francs et d'un emprisonnement de six jours à un mois, ou de l'une de ces deux peines seulement.

L'usurpation du titre de sage-femme sera punie d'une amende de 100 à 500 francs et, en cas de récidive, d'une amende de 500 à 1.000 francs et d'un emprisonnement d'un mois à deux mois, ou de l'une de ces deux peines seulement.

Est considéré comme usurpant le titre de docteur en médecine, d'officier de santé, de chirurgien-dentiste, ou de sage-femme, toute personne qui, exerçant ou non la médecine, l'art dentaire, celui des accouchements, la pharmacie, ou l'art vétérinaire, aura pris, sans y avoir droit, avec ou sans abréviation, le titre de docteur, de médecin, d'officier de santé, de chirurgien-dentiste, de dentiste ou de sage-femme.

L'infraction au présent article sera punie d'une amende de 500 à 1.000 francs pour l'usurpation du titre de docteur en médecine ou de celui de médecin ; de 300 à 500 fr. pour l'usurpation du titre de chirurgien-dentiste, ou de dentiste, et de 100 à 200 francs pour celle de sage-femme.

En cas de récidive, les pénalités prévues à l'art. 259 du Code pénal sont applicables.

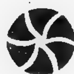
En cas d'exercice illégal de la médecine, de l'art dentaire, ou de celui des accouchements, avec usurpation d'un des titres ci-dessus, les pénalités prévues au présent article s'ajouteront à celles prévues par l'article 18 de la présente loi.

ARTICLE 20

Est considéré comme ayant usurpé le titre français de docteur en médecine quiconque se livrant à l'exercice de la médecine, fait précéder ou suivre son nom du titre de docteur en médecine, sans en indiquer l'origine étrangère. Il sera puni d'une amende de 100 à 200 francs.

Est considéré comme ayant usurpé le titre français de docteur en médecine, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme, quiconque excipant d'un diplôme étranger et se livrant à l'exercice de la médecine, de l'art dentaire ou des accouchements, aura pris le titre de docteur, de médecin, de chirurgien-dentiste, de dentiste ou de sage-femme, avec ou sans abréviation, sans le faire suivre immédiatement et en mêmes caractères, de l'indication en français de la Faculté étrangère qui aura conféré le diplôme. Il sera puni des pénalités prévues à l'article 259 du Code pénal, sans préjudice, au cas d'exercice illégal de la médecine, de l'art dentaire ou de celui des accouchements, des pénalités prévues à l'article 18 de la présente loi.

Paul Boudin
Docteur en médecine
Docteur en Droit

L'ACTUALITÉ PROFESSIONNELLE

Informations syndicales

Les avances aux assurés sociaux et le paiement des honoraires médicaux

Nul n'ignore que, si la part garantie par les Caisses d'assurances sociales dans le prix des actes médicaux est généralement remboursée aux intéressés après paiement du médecin, elle peut aussi être avancée aux assurés qui seraient dans l'impossibilité de payer les frais médicaux ou chirurgicaux nécessités par leur état. Mais cette faculté donnée aux Caisses par la loi n'est en réalité que fort peu usi ée par elles, car bien souvent l'avance sert à toute autre chose qu'à payer le médecin.

Il est incontestable pourtant que cette disposition légale répond à un besoin. Beaucoup d'assurés sociaux, quoique non indigents et ne bénéficiant pas de l'Assistance médicale gratuite, ne peuvent supporter l'avance parfois fort lourde des honoraires médicaux et surtout chirurgicaux : en conséquence, ou bien ils laissent impayées les notes de leur médecin traitant qui, quoique l'acte médical ait été dispensé, ne possède aucun recours contre la Caisse d'assurances, ou bien ils se font traiter dans un hôpital public. De toutes façons le Corps médical fait les frais de cette regrettable situation.

Aussi s'explique-t-on qu'un « modus vivendi » soit intervenu dans certains cas entre Caisses et médecins pour exonérer les assurés de trop lourdes charges, en garantissant en même temps au praticien une rémunération minima. L'idée la plus simple consiste pour la Caisse à payer au médecin l'avance sur la part prévue par le tarif de responsabilité, sur production d'un pouvoir donné par l'assuré.

Ainsi que le fait ressortir le président de la Fédération des Syndicats médicaux du Nord (*Bulletin* de mars 1937), et que l'ont reconnu plusieurs réponses ministérielles, il ne faut pas se dissimuler qu'un tel procédé est illégal. En effet il supprime l'entente directe et institue le tiers-payant dans un cas non prévu par la loi. D'autre part, il exonère l'assuré de la participation obligatoire de 20 % connue sous le nom de « ticket modérateur ». Aussi doit-on le condamner ; mais l'on ne saurait se borner à cette attitude négative ; il convient au contraire de rechercher à ce problème une solution plus acceptable tant du point de vue légal que du point de vue professionnel.

Le Docteur Vanverts propose le système suivant : l'avance, qui doit conserver un caractère exceptionnel et doit être inférieure au tarif de remboursement, est faite *sous forme d'un chèque barré remis par la Caisse à l'assuré après que celui-ci l'a endossé au nom du médecin.* Il n'y a donc aucun paiement direct de la Caisse au médecin. D'autre part le praticien devra réclamer à l'assuré le complément de ses honoraires normaux.

Il nous semble à la vérité que ce procédé ingénieux, qui a été accepté avec réserves d'ailleurs par le Conseil de la Fédération du Nord, ne sauvegarde que dans la forme le principe de l'entente directe, car le chèque endossé, dont l'assuré ne peut disposer, constitue un paiement du médecin par la Caisse, avec l'intermédiaire purement matériel du client. D'autre part il est à prévoir que de nombreux médecins se contenteront de la somme ainsi touchée, ce qui aboutira à exonérer l'assuré de toute participation aux frais.

Le système de l' « Escompte médicale » instituée par le Syndicat médical de Cannes nous semble à la vérité plus conforme à la loi. En effet s'il y a, en apparence, tiers-payant, ce tiers n'est pas la Caisse, mais un agent de recouvrement qui « escompte » les droits du médecin à des honoraires en se chargeant de se faire rembourser soit par délégation sur les indemnités dues par la Caisse, soit par les voies de droit commun. D'autre part le médecin n'est pas forcé de se contenter d'un tarif de rabais et l'assuré n'est pas exonéré de sa participation aux frais, puisque le paiement des honoraires, par inscription au crédit du compte du médecin chez le banquier-agent de recouvrement, a lieu dès que l'acte médical a été dispensé et est fait au tarif de droit commun. Ce système nous paraît donc répondre mieux que ceux que nous venons d'exposer, aux conditions de ce délicat problème.

J. M.

ÉDUCATION PHYSIQUE

Les erreurs dans les exercices gymnastiques

D'après le Docteur René LEDENT (Liège) (1)

Peu à peu le médecin est initié aux problèmes de l'éducation physique, qui n'est en réalité que l'hygiène individuelle prise sous un certain angle. De nombreuses conférences ont été données ; des articles documentent les uns et les autres. L'Université même commence à donner des leçons d'hygiène individuelle.

Il faut cependant mettre en garde les praticiens contre cette réponse trop facile, et qui semble contenter les parents : faites faire de la gymnastique à cet enfant. Nous ne devons jamais oublier que les médicaments n'ont point même valeur chez tous les malades, à n'importe quel moment, et sous n'importe quelle dose. Il en est de même de toute la gamme des moyens thérapeutiques de la physiothérapie et de la cinésie en particulier.

Voici quelques exemples des *scolioses que la gymnastique aggrave.*

Il arrive souvent de dépister en service scolaire des enfants, principalement des fillettes, présentant des déviations vertébrales, soit attitudes défectueuses, soit déformations spinales et costales. Il arrive que le diagnostic n'est pas confirmé par le médecin traitant, ou que celui-ci indique simplement les conseils : il faut vous tenir droite, ou bien : cet enfant doit faire de la gymnastique.

Une conduite aussi simpliste ne paraît pas exempte de dangers, parce qu'elle n'est pas un traitement, parce que les données en sont imprécises, parce que les parents, dans l'indécision, prennent des mesures mal asssises. Chaque année, nous assistons à l'aggravation de ce qui n'était parfois qu'attitude et à l'apparition de déviations osseuses sérieuses. On n'ignore pas avec combien de patience et de doigté, il faut mener la lutte contre la scoliose.

Il est des scolioses que la gymnastique aggrave. Tout d'abord *les scolioses purement osseuses.* Avant de passer à la gymnastique orthopédique, que l'on ne perde pas de vue le traitement général dans le rachitisme ou la correction statique dans les malformations congénitales. Ces deux exemples resteront classiques. Il faut corriger d'abord, consolider ensuite. Dans les cas de solution de continuité entre les apophyses articulaires de la cinquième lombaire et de mauvais appui sur la quatrième, la gymnastique n'arrivera qu'à exagérer le glissement en avant de la colonne supérieure. Nous aurons alors une transformation de la spondylolyse en spondylolisthésis, et cela doit être évité.

Les *scolioses musculaires* paraissent à ceux qui ne sont pas avertis, les plus susceptibles de la pratique des exercices. Méfions-nous et sachons scruter l'état général. Ayons assez de doigté clinique pour connaître ces muscles, qui se cabrent sous le mouvement, ou qui ne réagissent nullement. Il est des enfants montés sur coton. Dans ces cas, c'est toute la physiothérapie qui peut intervenir et non la seule cinésithérapie. On préconisera la climatothérapie et les meilleurs de nos résultats ont été obtenus par l'hélio et l'actinothérapie.

L'opothérapie musculaire a souvent servi à tonifier les muscles de ces enfants de serre auxquels il ne sert de rien de dire : Tenez-vous droit.

Les *scolioses paralytiques* exigent un dénombrement des muscles atteints. Des auteurs différencient trois catégories : paralysie des muscles du membre inférieur ; paralysie des muscles paravertébraux ; paralysie des muscles périphériques du tronc, y compris l'épaule. Mais souvent ces distinctions sont théoriques ou difficiles à apprécier, puisque tous les muscles sont loin d'être atteints à des degrés égaux. On sait, d'autre part, combien il peut être récupéré, en matière de paralysie infantile par exemple, si on a soin de prolonger pendant des mois et des années des soins variés, qui aboutissent très souvent à des résultats inespérés.

Les formules toutes faites ne sont pas de mise en matière de scoliose. Il ne faut pas dire : scoliose gymnastique. Il ne faut pas proclamer : scoliose, voyez corsets.

La scoliose est une affection de l'état général, essentiellement variable dans ses manifestations et souvent déconcertante d'évolution. Aussi mettra-t-on en œuvre la surveillance et le traitement général, les corsets et le lit plâtré, la greffe osseuse, et certainement la gymnastique au moment choisi, et même le repos qu'il ne faut point négliger et avec assez de sévérité.

Avec ces règles, on ne sera plus amené à constater que des scolioses ont été aggravées par la gymnastique mal comprise.

Enfin pour les *scolioses symptomatiques* (mal de Pott, sciatiques, pleurites), il faut une direction médicale du traitement.

De nombreux médecins pensent quel gym-

(1) *Le Scalpel*, 3 avril 1937.

nastique se concentre encore dans des *mouvements acrobatiques exécutés en appareillage compliqué*. Plus un portail est garni de nombreux appareils, meilleurs, croit-on, seront les résultats. La hantise des records existe en gymnastique comme ailleurs.

Les erreurs ont la vie dure.

En janvier 1936, l'auteur examine à l'école de préapprentissage professionnel, H. Marcel, âgé de 14 ans. Il présente aux mensurations le développement d'un enfant de 12 ans. La musculature le frappe à l'examen dans sa dureté contracturée. Cependant la santé générale est bonne. Mais cet écolier fait partie d'une société de gymnastique, où la pratique des barres parallèles notamment est encore en honneur. Depuis lors l'enfant n'a plus fréquenté la salle, et il s'est borné à pratiquer la leçon éducative d'éducation physique du programme scolaire. En 10 mois on constate qu'il gagne 7 cm. de taille et près de 6 kgr. Le périmètre thoracique s'est élargi de 4 cm. 1/2 et l'amplitude respiratoire a gagné 300 cm. cubes. Changement complet de la musculature d'ailleurs et aptitudes au travail annuel améliorées.

Le médecin doit donc être attentif à la surveillance de la *gymnastique scolaire*, tout autant qu'à la gymnastique orthopédique.

Et voici d'autres démonstrations prises en clientèle.

Mlle H. S., 13 ans, présente un état de santé déficient. Elle reçoit les leçons de gymnastique du programme classique. Mais, comme les parents ont remarqué une déformation au bas de la région dorsale, ils ont confié la fillette aux leçons d'un maître d'armes. Celui-ci n'a pu concevoir les raisons d'une cypho- scoliose, ni d'une déformation d'origine statique par inégalité des membres inférieurs. Il a exercé la jeune fille pour le moins musculairement.

Dans un tel cas, sous une telle conduite, la scoliose ne peut que s'aggraver. La musculature, exercée pour elle-même, réagit violemment en se contractant sur une base statique défectueuse, et les déformations en sont exagérées. Il a fallu deux mois pour corriger cette situation, en employant le port d'une semelle orthopédique afin de rétablir l'équilibre, en faisant exécuter des mouvements d'amplitude et de souplesse, en rééduquant la tenue et en surveillant les exercices respiratoires. La jeune fille a gagné alors 3 cm. de taille, et les deux kgr. qui lui manquaient.

Une *conclusion générale* : c'est qu'en cinésithérapie, en éducation physique et en pédagogie, l'individualité des patients et des élèves doit être soigneusement scrutée et respectée.

LE SECRET PROFESSIONNEL EN ANGLETERRE

Le secret professionnel, en Angleterre, n'a pas le même prestige qu'ici. Dernièrement, le représentant de l'Université de Londres à la Chambre des Communes, rapportant un projet de loi sur cette question, souligna l'importance qu'il fallait attacher dans la lutte contre les maladies vénériennes, par exemple, à la notion de confiance absolue entre le médecin et le malade qui vient lui demander ses soins pour une syphilis acquise, ou en cas de grossesse. Si la future mère n'est pas assurée du secret, affirma-t-il, elle se soustraira à l'obligation des soins prénataux.

Un médecin, cité devant une Cour de Justice, refusa de révéler ce qu'il savait sur un de ses clients. Le Juge reconnut que, généralement parlant, le médecin devait le secret à ses malades, et était passible de répression s'il le violait, mais que, devant la justice, il n'avait pas le même privilège que l'avocat, et qu'il devait répondre aux questions posées, sous peine d'être lui-même en état de culpabilité. Il est donc dans l'alternative de violer le secret qu'il a promis, en fait, ou d'aller en prison.

Le représentant de l'Université de Londres demandait en conséquence que l'obligation absolue du secret soit instituée en Angleterre : le Commissaire du gouvernement s'y opposa. Il y a bien peu de cas, dit-il, où on fait plus de mal en révélant le secret qu'en le gardant. Supposé qu'un médecin reçoive la confession d'un assassiné qui lui indique le coupable de sa mort, il n'est pas concevable que le médecin puisse avoir un privilège contraire aux intérêts de la répression judiciaire. De même, dans le cas d'avortement : l'obligation du secret empêcherait le médecin de remplir son devoir de citoyen en dénonçant le responsable, s'il le connaît. Dans le cas d'un divorce, une femme ne pourrait pas, en s'appuyant sur le témoignage du médecin traitant, se séparer d'un mari atteint d'une maladie contagieuse ou incurable.

Dans toutes les branches de l'application des lois civiles ou criminelles, il n'y a pas de circonstances où l'obligation du secret médical doive mettre obstacle à l'administration de la justice.

Et le projet de loi fut définitivement rejeté ; car le système des Anglais n'est pas de modifier les lois existantes, mais bien plutôt de renforcer celles qui existent.

Ph. DALLY.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

L'art d'aimer ses enfants, par VÉRINE. Edit. Spes

Madame Vérine, l'inlassable animatrice de l'Ecole des Parents, vient de publier l'Art d'aimer ses enfants.

Elle aurait pu intituler son livre l'Art d'aimer, tout court, si elle n'avait craint une confusion certainement irrévérencieuse avec le poème d'Ovide, car l'art d'aimer ses enfants, tel que le conçoit Mme Vérine, s'étend à toute la famille, nous allions dire à tout le monde.

L'ouvrage de Mme Vérine rappelle l'*Emile*, de J.-J. Rousseau, mais il est infiniment moins touffu, écrit d'un style alerte, comme une sorte de roman où le dialogue prédomine.

La présentation agréable de conseils pratiques tient à une grande expérience et est attrayante, car on sent que tout ce qui est exposé là a été vécu.

Il ne faudrait pas croire que Mme Vérine a improvisé son livre et traité la question à la hâte et à la légère. Elle a consulté et cite tout ce que les auteurs sacrés et profanes, anciens et modernes, ont écrit sur l'éducation.

Elle met à contribution l'Ecriture Sainte et l'Imitation, Platon, Térence, Sénèque, Marc Aurèle, Quintillien, Saint-Augustin, Rabelais, Montaigne, Saint-François de Sales, Bossuet, Fénelon, J.-J. Rousseau, Pestalozzi, Itard, Ed. Seguin, Aug. Comte, Frœbel.

Mme Vérine s'est inspirée des écrits de prêtres : les R. P. Laberthonnière, Châtelain, Jaoüen, Bureau, Dieux, les abbés de Tourville, Pradel, Violet, de médecins les Drs A. Carrel, Fay, Freud, Doctoresse Lambling ; de femmes d'élite telles que Mesdames Montessori, Flayol, Mulot, Marie Fargues, Jean Camus, Colette Dancey, Marguerite Duportel, Dobre, Ellen Key, d'écrivains, de philosophes, de pédagogues comme Claparède, Binet, Vaissière, Charmot, Piaget, Queyrat, Bakulé, Alain, Decroly, Buyse, Berdiaeff, Desmolins, G. Bertier, A. Ferrière, A. Berge, Francis James, Wordoworth, H. Maze, O. Marden, Devogel, Papini, Eymien, Payot, Et. Gilson, Arthur Verhaegen, etc., etc... On peut dire que Mme Vérine a lu ou consulté à peu près toute la littérature ayant trait à l'éducation.

En un mot Madame Vérine dans l'*Art d'aimer ses enfants*, avec une aimable harmonie, a développé toutes les qualités de la raison et du cœur et traité avec le tact d'une mère très avertie les plus délicats problèmes de l'éducation.

J. NOIR.

Une conception utopique de la médecine
Vers une médecine humaine

Par le Docteur A. VINCENT

(Collection Esprit. Fernand Aubier, éditions Montaigne, Paris).

Ce livre est évidemment sincère et toute œuvre sincère mérite attention et considération. Le seul reproche que nous pouvons lui faire, c'est de nous faire faire un voyage à l'île d'Utopie.

Nous ne savons si le Dr A. Vincent a feuilleté l'ouvrage de Thomas Morus : *L'Ile d'Utopie ou la Meilleure des Républiques*, mais sciemment ou inconsciemment, il en a adopté le plan et la méthode. Thomas Morus consacre la première partie de son œuvre à la critique de la situation sociale de l'Angleterre, au début du XVIe siècle et de tous les autres pays d'Europe, corrompus par le luxe, le despotisme, les abus et les vices de toutes sortes.

Il conclut que tous les remèdes opposés à cet état ne peuvent être que des palliatifs, si l'on ne supprime pas la propriété privée.

Le Docteur A. Vincent consacre la première moitié de son livre : *Vers une médecine humaine* à la critique de l'exercice actuel de la médecine et sur presque sur tous les points, nous sommes d'accord avec lui. C'est comme il intitule cette partie : *La médecine qui meurt*, bien qu'il soit à craindre que terriblement longue soit son agonie. Tous les remèdes proposé sont pour le Docteur A. Vincent impuissants et on ne pourra jamais rénover la médecine dans un régime capitaliste.

Là ne se borne pas la similitude de *Vers une médecine humaine* et de l'*Ile d'Utopie ou la Meilleure des Républiques*. La seconde partie de ces deux ouvrages est l'exposé d'un plan de réorganisation totale.

Thomas Morus, pour rendre la lecture de son livre plus facile et plus intéressante, abandonne la forme didactique. Il suppose son plan réalisé dans l'île d'Utopie et plus particulièrement dans une des villes de cette île, Amaurote, pays qui, depuis des milliers d'années, n'a pas de relation avec le reste du monde et, dans un discours, Raphaël Hythlodée, qui a eu la bonne fortune de passer cinq ans dans l'île et qui en a étudié l'organisation, l'expose à Thomas Morus.

Le Dr A. Vincent dans la seconde partie de son livre : *La médecine qui naît*, suit la méthode didactique et examine tour à tour les besoins auxquels doit remédier la médecine nouvelle et de quelle façon elle *devrait* être organisée. Nous disons *devrait* et non

pourrait, parce que pour tout lecteur du livre : *Vers une médecine humaine*, le plan un peu flou qu'expose le Docteur A. Vincent est absolument irréalisable à l'heure actuelle et sans doute pendant encore très longtemps.

Ce plan, pour être réalisé, supposerait un bouleversement absolu de notre Société, bouleversement qui ne paraît pas correspondre aux conceptions les plus audacieuses des partis politiques qui actuellement voudraient conquérir le pouvoir. Tout n'est pas absolument utopiste dans les réformes non le terme est impropre, disons plutôt dans la nouvelle organisation que préconise le Dr A. Vincent ; il en est même comme le travail médical en équipe que nous avons préconisé nous-même, il y a près de trente ans, qui n'a jamais été pris en considération et qui avant peu s'imposera.

Mais l'ensemble du plan nous paraît dépasser les possibilités de réalisation d'un Etat quelconque, il nous conduirait fatalement à une sorte de royaume des Morticoles où le médecin et ses satellites finiraient par absorber toute l'activité de la Société.

M. A. Vincent distingue sa médecine socialisée de la médecine fonctionnarisée. Sa distinction n'est pas très convaincante. Il attribue à la fonctionnarisation un certain nombre de défauts qui ne sauraient être fatalement son apanage et en dispense sa médecine socialisée. A nos yeux ces deux systèmes se ressemblent comme des frères.

Le livre du Docteur A. Vincent mérite, quoiqu'on puisse en penser, d'être lu et médité, car si nous restons sceptiques sur la réalisation de *sa médecine qui naît*, nous sommes bien d'accord avec lui sur *la médecine qui meurt*. Quelle sera la médecine nouvelle ? C'est un problème dont les inconnues sont si nombreuses que nous renonçons à le résoudre et peut-être en réfléchissant sur le plan du Dr A. Vincent, arrivera-t-on à découvrir quelques modifications réalisables.

J. Noir.

Evocations et Paysages, par Serge Evans

(Revue moderne des Arts et de la Vie, Paris, 1937)

M. Serge Evans excelle à évoquer de belles ou touchantes figures du passé en les situant parfois dans les poëtiques milieux où ils passèrent et souvent vécurent.

C'est d'abord la grande tragédienne Adrienne Le Couvreur, touchante et mystérieuse figure, que l'amour sincère qu'elle voua à l'inconstant Maurice de Saxe a vraisemblablement conduite au tombeau.

C'est l'histoire de l'héroïque comte de Plélo, gentilhomme breton, aujourd'hui bien oublié, qui ne pouvant supporter la honte de voir revenir sans combattre l'illusoire expédition française, envoyée pour secourir Stanislas, enfermé dans Dantzig en 1734, se mit à la tête des 1.500 soldats de France et se fit tuer en attaquant les 40.000 Russes qui faisaient le siège de la place.

De l'Ermitage de Sainte-Radegonde dans la vallée de Montmorency où s'est réfugié, pendant la Terreur, Bosc qui fut professeur de culture au Jardin des Plantes et ami de Madame Roland, l'auteur nous conduit à Savigny-sur-Orge où il évoque le souvenir de Pauline de Beaumont et de Châteaubriand.

Il nous mène ensuite en Bretagne au Val-de-l'Arguenon où mourut Hippolyte de la Morvonnais, l'ami intime de Maurice de Guérin, et à Saint-Malo, au Grand-Bé à la tombe de Chateaubriand.

Quelques pages sont consacrées à la vie mélancolique de Madame Lamartine et à Madame Michelet qui avait la passion pes chats.

Nous retrouvons le souvenir de Châteaubriand à la Vallée-aux-Loups et, après une visite au Couvent de la Grande-Chartreuse, Serge Evans terminè ses *Evocations et Paysages* par une excursion au Pays basque, traversant Hendaye, Fontarabie et Cambo, évoquant le souvenir de Pierre Loti et d'Edmond Rostand, contemplant le superbe panorama des Pyrénées et un coin de cette vieille Espagne, ruinée et déchirée si tristement aujourd'hui.

Le coin Maubert en 1936, par Joseph Hémard.

Lefrançois, édit., 91, boulevard Saint-Germain, édit. de la Tournelle

M. Joseph Hémard nous conduit dans un des coins les plus curieux du Vieux Paris, celui de la place Maubert et des rues avoisinantes.

De la place Maubert, il ne reste plus guère que le nom. Mais les rues voisines, rue de l'Hôtel-Colbert, rue Maître-Albert, rue de Bièvre, rue Frédéric-Sauton, rue de la Bûcherie ont gardé leur physionomie ancienne. La description s'accompagne de nombreux croquis où le crayon très réaliste du très habile dessinateur qu'est M. Joseph Hémard, complète la description de ce coin Maubert et de sa population.

Le texte descriptif ne soit semble n'être en quelque sorte autre chose que la légende des pittoresques dessins.

J. Noir.

LE SALON DE 1937

◆ ◆ ◆

Le salon groupe dans le pavillon de l'Esplanade des Invalides à la fois, la société des Artistes Français et la société nationale des Beaux-Arts. Cette année la place est limitée, 2.413 œuvres figurent au catalogue dont 1.686 peintures et dessins, au lieu des milliers des années précédentes. Aussi une certaine sélection s'est opérée à ce salon nettement officiel et réservé en partie aux hors concours, aux médaillés et leurs amis.

La sculpture occupe surtout le hall du rez-de-chaussée. Nous y admirons le buste en bronze du *Général Persing* dû au grand artiste Landowski, un *Buste de cardinal* de Real del Sarte, ceux du *Maréchal Lyautey* par Cogné, de *Jaurès* par Crouzat.

Nous prenons plaisir à voir les œuvres de Berthoud, le *Saint-François d'Assise et le loup de Gubbio* de Mme Mocquot, la charmante *Danseuse* de Benneteau, *Le supplice de Loké* d'une anatomie réaliste d'Ida Matton. Bacqué a fait une très vivante représentation du *Sculpteur Bourdelle*. Gracieux *Petit nu* de Fix-Masseau. Dans la section de gravure en médailles, deux fidèles *Portraits du Docteur Georges Labey et du Docteur Crouzon* par Ch. Pillet.

Dans les arts appliqués une mention spéciale doit être accordée a la couverture métallique du *Livre d'Or à la Mémoire des morts des* 79e *et* 279e *R. I. et du* 52e *R. I. T.* d'Edmond Becker et Jean d'Ylen, qui expose en outre une toile intéressante salle 6, *La Vallée d'Uzos, les coteaux, Pau*.

Parcourons les salles de peinture bien et même souvent trop éclairées, sauf plusieurs salles sombres du rez-de-chaussée.

A la salle I nous sommes retenus par la *Prairie en juin* aux tons si justes et si bien étudiés de Montezin. Charmant *Intérieur paysan* de Montagné et une suite de portraits de maîtres notamment celui qui retient la foule celui de *Brunot dans le rôle de Mascarille* aux étoffes si bien détaillées d'Elcheverrg, les portraits d'une si simple et si savante harmonie de *Marcel-Paul Cavalier* par Baschet et le *Vice-Amiral Herr* de Edgard Maxence, N. Lytton, a exécuté un portrait curieux d'une *Jeune femme* à la robe bordée de noir, *Rose et noir*, salle 2.

Didier Poujet nous montre (salle 3) ses perpétuelles *Bruyères en fleurs*, mais il es fait si bien. Plus loin impressionnante étude d'une *Vieille Paysanne* tête couverte d'un fichu. Bon *Portrait de Miss Joan Windhare* de Collings j'en dirai autant du *Portrait du peintre* de Me Pascau Vignal. *L'amateur d'estampes* de Louis Charrat est d'une bonne facture.

La *Ville d'Avila* de Marius de Buzon (salle 4) rend bien l'atmosphère poétique de cette cité. Bezombes nous donne un *Portrait du Pape* qui est d'actualité. En face, ne pas oublier de voir dans la section de gravures, les jolies pages de Louis Jou sur les *Essais de Montaigne*. Nu bien équilibré de Bacchi, *Le modèle*. Camescasse (salle 5) est toujours un maître dans ses *Intérieurs d'église*, très original *Lavoir*, *La fosse Dionne de Tonnerre* de J. Bouchez.

Mme Smith-Champion (salle 6) nous présente avec succès un beau nu féminin devant la glace, *Rêveuse*. *Coin de Camaret* avec son aspect sauvage bien traduit de Barmoin.

(Salle 7) Somptueux portrait de tradition classique de Cayron celui de la *Princesse Sixte de Bourbon*-Schumberger (*Après-midi*) nous offre un charmant paysage.

Quelques vedettes (salle 8). D'abord le portrait de cette jeune fille en blanc appuyée à une barrière (*Sérénité*) œuvre de qualité de Cyprien Boulet et à l'autre angle le *Portrait de M. Maurice Lehmann*, directeur de théâtres, d'Alexis Vollon. Exquise physionomie de bébé que sa maman embrasse, *Maternité*, de Me Rondenay, voisinant avec un *Bébé bien sage dans sa chaise* de Gagey contrastant avec les personnages sévères de Devambez. Il nous faut encore signaler *La danseuse rattachant sa sandale*, de A. Leroux.

Quelques nus de valeur se voient (salle 9). D'abord cette petite merveille de *Femme nue vue de dos* de Giess si parfaite de lignes et de modelé, puis celui de Cottenet d'un très grand charme, enfin celui de Lucien Weill d'une femme endormie, *Nu mauresque*.

J'admire toujours les paysages de Grosjean, *La Brière en septembre.* Une mention spéciale pour la grande nature morte de J. Bergès aux détails si savamment mis en valeur, *La Crèche.*

Cappiello (salle 10) expose une toile d'actualité tenant surtout de l'affiche *l'Ami du peuple.* Souillet reste fidèle à ses *Bretonnes* qu'il nous montre *Travaillant au métier.* Bon *Portrait du peintre Meret* par Mme Delasalle. Charmante fantaisie de Redon, *Bavardage,* enfants causant à la fenêtre.

Désiré Lucas nous présente (salle 11) un nouveau *Paysage de Locrenan* œuvre de premier plan. Portrait très étudié (*Phylus*) de W. Higgins; autre portrait de *Mrs J.-S. Schowe* de Copnal et surtout remarquable *Portrait de Désiré Lucas* de Marie Reol.

Salle 12, nous relevons une très bonne *Nature morte* de Ch. Perron, un *Nu* d'excellente facture de Fougerat, d'une jeune femme se regardant dans la glace, *Auburn ou l'amour de soi,* un paysage très remarquable plein de poésie de Gosselin, *Chênes et bouleaux au soir* et la toile pleine de charme d'Alice Delaye femme et jeune fille *Au soleil.* Il ne faut pas oublier de voir le délicieux paysage de Thérèse Clément si lumineux, *A Camaret.*

Van Dongen (*Madona aux bras vides*) est l'attraction de la salle 13, de même que le paysage de Lucien Peri d'une facture très moderne donnant des effets puissants, *Paysage, la Brière.*

H. Royer a exposé (salle 11) un savoureux petit *nu* comme il sait les faire. Nous nous arrêtons avec plaisir devant les œuvres de Chauvelon (*Paysage de Finistère*) et de l'église de Murols (*Neige irisée*) de Charreton. Delicieux petit tableau de Calbet avec deux esquisses de femmes en costumes de jadis (*Symphonie blanche*). *La famille au balcon* d'Hervé, famille dans la perspective d'une voie parisienne animée, est une toile qui est loin d'être banale.

Les *nus* de Bilhoul dénotent toujours sa maîtrise (15). Très ressemblant *Portrait de Monseigneur Gaston* de Anne Faure. Bonne présentation *Des chevaux* de D. Ponchon.

Gueldry abandonne pour une fois le paysage et nous donne un important *Portrait de Me Piketty,* président du tribunal de la Seine. Quelques portraits à noter (salle 16) d'une *Jeune fille* de Longa à la technique ancienne, un autre de C. Kelly et le paysage de Gueit *Matin sur la Dordogne.*

Dans la salle voisine (17) j'ai remarqué le *Marché à Grenade* dans un éclairage violent du plus heureux effet et salle 18 un beau portrait d'une facture à la fois simple et d'un sentiment très artistique de Mme Aubert-Moisson, *Portrait de Mlle P. B.*

Dans la salle 19 c'est avec plaisir que nous voyons la nature morte de A. Delpey *Pietro Lorenzi de Medici* et ce souvenir d'Orient, la *Maison de Caïphe arménienne à Jérusalem* de Mme Delpey Maisné, la *Ceres* d'Emile Beaume, la tête si expressive d'un portrait de *Bonne maman* de P. Geny et ce remarquable *Matin en Bretagne* d'un éclairage si châtoyant, de ce bord de mer entouré de maisons de Gorrin et cet effet de soleil et d'ombre *Au village le portail ensoleillé* de A. Foubard, *La grève de Camaret* (Finistère).

Le nu de Sieffert (salle 20) est comme toujours classique, le portrait de femme de Pascau dénote une grande habileté. Le phare de Saint-Mandrier de Mlle M.-T. Guérin est d'un heureux effet. Les taches de soleil perçant les feuillages des arbres de la *Place de la halle à Domme* donnent une agréable harmonie à la toile de L. de Maleville.

Le portrait de *Ruth Pils* à l'amusante frimousse et au thorax aplati de Domergue selon sa technique coutumière est amusant. Etude intéressante de Lemonnier la *Grande Brière en hiver.* On ne saurait trop vanter le pastel savant de Guirand de Scevola *Portrait de Tran Huu Tuat.* Merveilleux *Portrait d'Edouard Tuck* de Laslo (salle 21).

J'ai eu du plaisir à voir le paysage de Hiraga un *Coin d'Yvette* salle 22 et le *Paysage de neige* si bien venu de A. Depré, *Vue de Mégève.* Il faut encore signaler dans les salles suivantes le portrait de Rousseau-Decelle *Au pays tyrolien* (23), la composition de Debat *Le Prisonnier* (23), le portrait très ressemblant du *Professeur Paul Rivet* par Madrassi (25) plus loin salle 30 dans le domaine de l'actualité le *Portrait de M. S. Simpson* par Leslie Cotton.

Bon Portrait de *Mec* de Dargousse (32) et dans la même salle le portrait de la *Femme inconnue* de A. Lemoigne met en valeur les qualités de cet artiste. Avant de quitter le salon parcourons la grande galerie qui sépare les salles du premier et qui offre quelques bonnes toiles, notamment les fleurs de Mme Lauvernay-Petitjean, le *Buste très vivant de M. Brunet,* architecte, par Chartier, le *Pont de l'Archevéché* de P. Planes d'un joli colori à rapprocher du *Vieux pont* de Beringuier, *La pieta* de Mme Lagarde-Brochot en l'église Saint-Merri.

Dr M. Vimont.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu**. (Professeur : M. Paul Carnot). *Enseignement de vacances*, 15 juillet au 15 octobre 1937. — 1° Enseignement des stagiaires.

2° Enseignement pour les médecins français et étrangers (cours public) : le mardi à 10 h. 1/2 : Présentation de malades ; le jeudi à 9 h. 1/2 : Consultation digestive commentée (Docteur CAROLI) ; le samedi à 10 h. 1/2 : Leçon clinique.

3° Quinzaine de revision, clinique et technique, sur les maladies digestives (Tube digestif, foie, pancréas et rate) pour les médecins français et étrangers et les étudiants en fin de scolarité.

Tous les jours, matin et soir, du lundi 20 septembre au samedi 2 octobre :

a) à 10 heures : Présentations et examens de malades. Examens radioscopiques et interprétation de clichés. Techniques nouvelles de laboratoire ;

b) à 17 heures : Leçons sur des questions d'actualité de gastro-entéro-hépatologie, par M. le Professeur Carnot, MM. Henri Bénard, Chabrol et Bariéty, agrégés, médecins des hôpitaux ; MM. Cachera, J. Caroli, J. Rachet, F.-P. Merklen, médecins des hôpitaux ; les chefs de clinique, de laboratoire et de radiologie du service.

Un certificat sera délivré à la fin de ce cours. Le droit à verser est de 250 francs. S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundi, mercredi, vendredi de 14 heures à 18 heures ou à l'A. D. R. M.

— **Clinicat**. — Des concours de clinicat s'ouvriront les 5, 6, 7, 8, 9 et 10 juillet (clinicats des maladies nerveuses, des maladies mentales, oto-rhino-layngologiques, des enfants, urologique, ophtalmologique, cardiologique, médical, chirurgical).

— **Thèses**. — Mercredi 19 mai. — Jury : MM. Couvelaire, Gosset, Ombrédanne, Leveuf. — M. DAGNAN : De l'ectopie congénitale du rein dans ses rapports avec la grossesse et l'accouchement. — M. YOVANOVITCH BRANKO : Indications, technique et résultats de l'iléostomie dans le traitement des occlusions intestinales post-opératoires. — Mlle HOFMANN : De l'ostéomyélite du nourrisson.

Jeudi 20 mai. — I. Jury : MM. Bezançon, Laignel-Lavastine, Chabrol, Lemaire. — M. LIRON : Les pneumothorax inefficaces. — M. VELLY : Contribution à l'étude du système nerveux végétatif dans les infections. — M. BOUAN DU CHEF DU BOS : Claude Toussaint Marot, Comte de la Garaye (1675-1755). — M. MÉNAGER : Essai sur l'histoire médicale de la Vendée militaire. — M SOULAIRAC : Les réactions pseudo-mélancoliques chez les pervers.

II. Jury : MM. Mocquot, Tanon, Verne, Joannon. — M. COURVOISIER : Les interventions mobilisatrices dans les raideurs des ankyloses du genou. — M. CULESCO : Sur quelques nouvelles acquisitions dans l'alimentation du nourrisson. — M. HOROWITZ : Essai sur l'influence des facteurs psycho-pathologiques sur les évènements politiques. — M. LIKHATCHOFF : L'influence des trépidations industrielles et du bruit en général sur la fatigue des ouvriers. — M. TERDIMAN : Les formes anormales de la maladie de Little. — M. MALLET : La syphilis et le cancer dans un département rural (Deux-Sèvres).

Vendredi 21 mai. — Jury : MM. Robert Debré, Fiessinger, Chiray, Troisier. — M. BOULET : Contribution à l'étude des infections typho-paratyphoïdiques chez les vaccinés. — M. MÉNET : Contribution à l'étude des pasteurelloses humaines. — M. Nicolas MICHEL : Contribution à l'étude des corrélations physiologiques entre la préhypophyse et l'ovaire. — M. LE GOFF : Les abcès froids non tuberculeux.

Samedi 22 mai. — Jury : MM. Carnot, Claude, Lereboullet, Gastinel. — M. BERNIS : Contribution à l'étude clinique et radiologique des pleuro-pneumopathies des fièvres typhoïdes et paratyphoïdes. — M. LONGUET : Les formes mono-symptomatiques de la mélancolie intermittente. — Mlle PETIT : Les délires de persécution curables. — M. AUVRAY : Contribution à l'étude des encéphalites ourliennes.

Thèses vétérinaires. — Mercredi 19 mai. — Jury : MM. Tanon, Letard, Lesbouyries, VACHEZ. — M. CHATEL : Echanges économiques entre la France et ses Colonies au point de vue de quelques productions de l'élevage.

Samedi 22 mai. — Jury : MM. Bezançon, Lesbouyries, Panisset. — M. HUSSON : Mammite tuberculeuse de la vache.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers

— **Hôpital maritime de Berck-Plage**. — *Quatorze leçons sur les tuberculoses ostéo-articulaires et ganglionnaires*, par MM. A. Richard, Sorrel, Lance, Huc, Bouquier, Delahaye, Allard, Mozer et Parin, du 12 au 27 juillet 1937. Pour renseignements, s'adresser au Docteur Delahaye, hôpital maritime, Berck-Plage (Pas-de-Calais).

— **Concours d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux**. JURY APRÈS ACCEPTATION : MM. Grivot, Leroux, Halphen, Hautant, Ramadier, Turpin, Okinczyc. — *Censeurs* : MM. Maduro, Aubry.

ÉPREUVE ÉCRITE ANONYME. *Questions données* : Signes, diagnostic et traitement de la thrombophlébite sinuso-jugulaire. — Rapports du corps thyroïde.

Questions restées dans l'urne : anatomie des muscles intrinsèques du larynx (sans la physiologie). — Anatomie de la trompe d'Eustache. — Causes, signes et diagnostic des paralysies récurentielles d'origine périphérique. — Cancer du sinus maxillaire.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* **Dernières Nouvelles** *en tête des* « **Demi-Colonnes** »)

— **Deuxième Congrès international de la transfusion sanguine.** — Le deuxième Congrès international de la transfusion sanguine aura lieu à Paris, du 29 septembre au 2 octobre 1937.

Outre les importants sujets scientifiques retenus, le Congrès se propose l'étude des problèmes relatifs à l'organisation de la transfusion sanguine d'urgence, et des solutions qui ont été apportées à cette question dans les différents pays.

Pour tous renseignements, s'adresser au Docteur Tzanck, hôpital Saint-Antoine, 184, rue du Faubourg-Saint-Antoine, Paris (XIIe).

— **Réunion de la Fédération des Sociétés latines d'eugénique.** — La Fédération des Sociétés latines d'eugénique, constituée à Rome en 1933 et dont une réunion préliminaire avait eu lieu à Mexico en décembre 1935, tiendra sa première réunion à Paris, les 1er, 2 et 3 août 1937, sous la présidence de M. Apert.

Les différents délégués désignés par les groupements affiliés consacreront leurs séances de travail à l'étude des sujets suivants : Métissage et immigration ; Valeur comparée des accroissements qualitatifs et quantitatifs d'une population ; Type constitutionnel et eugénique ; Les maladies du plasma germinatif et leur guérison ; Effets sur la population d'un pays de l'accroissement disproportionnel de ses diverses classes ; L'influence de l'âge des procréateurs, du nombre des enfants et de l'ordre des naissances sur les caractères de la progéniture.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire général du Comité français d'organisation : M. Raymond Turpin, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, 94, avenue Victor-Hugo, Paris (XVIe).

— **Bureau des examens et concours.** — *Concours officiellement annoncés.* — 1° *Rédacteur au ministère des travaux publics* (12 postes). Date : 18 octobre 1937. Délai inscription : 15 septembre. Limite d'âge supérieure au 1er janvier 1937 : 30 ans plus services admissibles pour la retraite. Traitement de base : 14.000 francs plus indemnités. Licence ou diplôme équivalent exigé. Les dames sont admises à concourir.

2° *Elève ingénieur à l'Ecole supérieure des P. T. T.* (2e section). Date : 1er septembre 1937. Délai inscription : 31 juillet. Conditions requises : pour les candidats étrangers à l'Administration des P. T. T. : être libéré des obligations militaires au 10 octobre 1937. Limite d'âge supérieure : 26 ans au plus courant 1937 avec prorogation d'âge égale à la durée des services militaires. Traitement de base : 22.000 francs plus indemnités. Aucun diplôme exigé.

3° *Trente-cinq postes d'opérateurs radio-électriciens au service de la navigation aérienne.* — Date : 4 octobre 1937. Délai inscription : 25 août. Age au 1er janvier 1937 : 21 à 30 ans plus services militaires ou civils admissibles pour la retraite. Traitement de base : 11.000 francs plus indemnités.

4° *Rédacteur des manufactures de l'Etat et contrôleur adjoint de culture* (15 places). — Date : 29 septembre 1937. Délai : 20 août. Age : 18 ans au moins au 29 septembre 1937, 30 ans au plus le 1er janvier 1937. Traitements de 11.500 francs à 30.000 francs plus indemnités Baccalauréat ou diplôme équivalent exigé.

5° *Agent de bureau des Ponts et Chaussées et des Mines.* — Date : 25 octobre 1937. Délai inscription : 25 juillet. Age au 1er janvier 1937 : 18 à 25 ans. Traitement de début : 9.500 francs plus indemnités. Aucun diplôme exigé.

6° *Inspecteur principal de l'Exploitation commerciale des chemins de fer.* — Date : 11 octobre 1937. Clôture des inscriptions : 11 août. Age au 1er janvier 1937 : 25 à 30 ans plus services militaires obligatoires. Traitements : 22.000 à 60.000 francs plus indemnités. Diplôme exigé : Licence ou équivalence.

7° *Inspecteur du travail au Maroc.* — Date : 18 octobre 1937. Délai : 18 septembre. Epreuves passées à Rabat, certaines épreuves orales pouvant être passées à Casablanca. Licence ou équivalence exigée. Traitement : 16.000 francs plus 38 % plus indemnités.

8° *Commis de quatrième classe des trésoreries de Madagascar.* — Date : 13 octobre 1937. Age au 1er janvier 1937 : 21 à 30 ans plus services militaires obligatoires. Traitement de base : 10.500 francs plus 7/10e du traitement net et indemnités. Diplôme exigé : B. E. ou B. E. P. S. ou équivalence. Con cours ouvert en France.

9° *Secrétaire de 1re classe de police de l'Indochine.* — Date : 5 octobre 1937. Délai inscription : 5 août. Avoir satisfait aux obligations militaires. Licence ou diplôme équivalent exigé. Concours ouvert en France.

10° *Rédacteur de 2e classe des services civils de l'Indochine.* — Concours ouvert en décembre 1937. Clôture des inscriptions : 1er septembre. Avoir satisfait loi sur le recrutement. Age : 20 à 30 ans. Traitement de base : 2.657 piastres, indemnités non comprises. Diplôme exigé : Licence ou équivalence. Concours ouvert en France.

11° *Examen pour l'obtention du diplôme de géomètre expert.* — Examen préliminaire : 25 octobre 1937. Délai inscription : 26 août. Examen final : 8 novembre 1937. Délai inscription : 9 septembre.

12° *Ingénieur adjoint du plan de Paris.* — Date : 25 octobre 1937. Délai inscription : 15 septembre. Traitements : de 14.000 à 35.000 francs plus indemnités.

Pour renseignements : écrire en joignant un timbre de 0 fr. 50 au Bureau des Examens et Concours, 16, rue du Général-Malleterre, Paris (XVIe).

Le Gérant : R. Thiron

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux

tion sanitaire et sociale, seront soumises pour instruction aux différentes Commissions spécialisées fonctionnant au ministère de la Santé publique, et transmises, pour dernier avis, à un Comité central de coordination.

Art. 2. — Ce Comité est composé ainsi qu'il suit : un directeur de l'Administration centrale ; un membre du cabinet du ministre ; un membre du cabinet du sous-secrétaire d'Etat ; l'inspecteur général des Services de l'enfance ; un inspecteur général des Services administratifs ; un membre du Conseil supérieur d'hygiène publique de France ; un membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique ; un contrôleur technique des habitations à bon marché ; le chef de chacun des bureaux ou services intéressés ; un membre de chacune des commissions spécialisées ; un inspecteur départemental d'hygiène ; un inspecteur de l'Assistance publique ; un représentant de l'Office public d'habitations du département de la Seine ; un représentant de l'Office public d'hygiène sociale de la Seine ; deux représentants des Caisses d'assurances sociales ; un représentant des bureaux municipaux d'hygiène ; un membre de la Confédération des Syndicats médicaux de France.

Art. 3. — Sont nommés membres du Comité central de coordination : M. le Docteur Aublant, inspecteur départemental d hygiène ; M. le Docteur Bonnet, chef des travaux de bactériologie à la Faculté de médecine, membre de la Commission des laboratoires ; M. Louis Boulonnois, chef des Services administratifs de bureau d'hygiène ; M. Bovier-Lapierre, directeur au ministère de la Santé publique ; M. Georges Cahen, secrétaire général de l'Office public d'habitations du département de la Seine ; M. le Docteur Cibrie, secrétaire général de la Confédération des Syndicats médicaux de France ; Mme Demême, attachée au cabinet du sous-secrétaire d'Etat à la protection de l'enfance ; M. le Docteur Dequidt, inspecteur général des Services administratifs au ministère de l'Intérieur ; M. Deville, contrôleur technique des habitations à bon marché ; M. Dyard, secrétaire général administratif de la Ligue de l'enseignement, membre de la Commission des colonies de vacances ; M. le Docteur Godart, membre de la Commission de la tuberculose ; M. le Docteur Hazemann, médecin inspecteur de l'Office public d'hygiène sociale de la Seine ; Mlle Henry, médecin consultant aux services de la maternité et de l'enfance de la Caisse interdépartementale des Assurances sociales de Seine et Seine-et-Oise ; M. Lachaze, chef adjoint du cabinet du ministre de la Santé publique ; M. le Docteur Lesné, membre de l'Académie de médecine, membre de la Commission de l'enfance ; M. le Docteur Louis Martin, président du Conseil supérieur d'hygiène publique de France ; M. Marcel Martin, directeur de la Caisse interdépartementale des Assurances sociales de Seine et Seine-et-Oise ; M. le Docteur Pigot, inspecteur honoraire de l'Assistance publique ; M. le Docteur Pinard, membre de la

Commission de la taxe des cercles ; M. Rauzy, inspecteur général des Services de l'enfance ; M. le Professeur Roussy, membre de la Commission du cancer ; M. le Docteur Vernes, directeur de l'Institut prophylactique, membre de la Commission de prophylaxie des maladies vénériennes ; M. Voigt, secrétaire général du Conseil supérieur de l'Assistance publique ; MM. les chefs des 1er, 4e, 5e, 6e et 7e bureaux, du Service de prophylaxie des maladies vénériennes et du Service d'études techniques au ministère de la Santé publique.

Art. 4. — M. Bovier-Lapierre, directeur au ministère de la Santé publique, est nommé président du Comité central de coordination ; M. Georges Cahen et M. le Docteur Hazemann, membres du Comité central de coordination, sont nommés : le premier secrétaire général, le second, secrétaire général adjoint dudit comité ; Mme Frézouls, sous-chef de bureau au ministère de la Santé publique, est chargée du service du secrétariat administratif du Comité central de coordination.

Art. 5. — Le Conseiller d'Etat directeur général de l'hygiène et de l'assistance, le directeur du personnel, de la comptabilité et des habitations à bon marché sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Réponse d'un ministre à la question d'un parlementaire

Pas de délai pour saisir la Commission technique des Assurances sociales

3.444. — M. Henri Becquart expose à M. le ministre du Travail que l'arrêté du 4 juillet 1936 fixant les règles du fonctionnement de la Commission technique instituée par le décret-loi du 28 octobre 1935 précise dans quels délais doivent avoir lieu : *a*) la transmission de la demande au président du Tribunal civil par le greffi r du Juge de paix ; *b*) la désignation par le président du Tribunal civil du médecin présidant la Commission ; *c*) l'avis par le greffier aux intéressés de la date et du lieu de réunion de la Commission, mais qu'il ne prévoit pas dans quel délai la Commission doit être saisie par l'assuré ; et lui demande s'il ne convient pas d'appliquer pour cette dernière formalité le délai de quinzaine prévu dans le fonctionnement de la Commission régionale d'invalidité ou tout autre délai fixé par M. le ministre du Travail, en vertu du pouvoir qu'il détient du paragraphe 3 de l'article 8 du décret-loi du 28 octobre 1935 de modifier, par arrêté, le fonctionnement de la Commission technique, car n'imposer, pour la présentation de la demande, aucun délai, sous peine de nullité, serait aller à l'encontre même de l'intérêt de l'assuré, en mettant la Commission technique dans l'impossibilité d'apprécier l'état du malade, si plu-

sieurs mois se sont écoulés depuis la contestation à cet égard entre l'assuré et la Caisse d'assurances sociales. (*Question du 7 mai* 1937.)

Réponse. — Le règlement d'administration publique du 19 mars 1936 n'a pas cru devoir impartir un délai aux assurés pour saisir la Commission technique des contestations s'élevant en ce qui concerne l'état de maladie. Il est apparu, en effet, qu'il y avait intérêt pour les assurés à ne pas se trouver forclos par un délai de rigueur. Un tel délai aurait d'ailleurs obligé les Caisses d'assurance-maladie à notifier par lettre recommandée toutes leurs décisions avec demande d'avis de réception, comme il est prévu en matière d'invalidité. Le système adopté, qui offre l'avantage d'être plus souple et plus simple, se justifie du fait que l'état de maladie est ordinairement, à la différence de l'état d'invalidité, de courte durée, et que l'assuré doit nécessairement, en raison de ce caractère temporaire, saisir sans délai la Commission technique en cas de refus des prestations. Mais ce système renferme en lui-même une limite aux abus, puisque les assurés sont intéressés à saisir le plus tôt possible la Commission pour lui permettre d'apprécier l'état du malade.

(*J. O.*, 5 juin 1937.)

● ● ●

CORRESPONDANCE

MUTUALITÉ FAMILIALE

La leçon d'une maladie

Une broncho-pneumonie contractée pendant une visite de nuit à quinze kilomètres d'ici, et à laquelle, j'ai échappé de justesse, vient de me tenir alité pendant six longues semaines. J'en suis à la convalescence que j'abrégerai autant que je pourrai, car mes finances ont été durement touchées par cette alerte ; mais encore faut-il être ingambe pour faire le métier de médecin de campagne, et je ne tiens pas debout.

Le confrère ami qui vient de me tirer d'affaire (je lui dois une fière chandelle) et à qui je disais ma hâte de reprendre le collier m'a répliqué : « Pourquoi ne faisiez-vous pas partie de la *Mutualité familiale* ? Elle vous aurait versé une indemnité de 75 francs par jour, et vous ne seriez pas aussi inquiet aujourd'hui . » Il m'a donné votre adresse et je vous écris aussitôt. Voulez-vous me dire la prime que j'aurais à payer ? J'ai 35 ans.

Réponse

C'est exactement 756 francs + 10 % environ de frais de gestion que vous aurez à payer, mon cher confrère.

Il vous faudra préalablement :

1° Répondre à un questionnaire sur votre état de santé et vos antécédents ;

2° Vous faire examiner par deux confrères choisis dans les quatre ou cinq que nous vous désignerons.

Je suppose que vous êtes de nationalité française et légalement autorisé à exercer en France. Ceci pour vous préciser que notre recrutement a certaines limites non négligeables par le temps qui court.

Le secrétaire général :

G. LAVALÉE.

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

4.307. — Copie du certificat de consolidation

Depuis quelques mois lorsqu'il existe une incapacité permanente partielle, les Juges de paix de la région demandent un double du certificat de consolidation.

Dois-je le donner ? Le prix est-il compté dans les 15 francs du certificat final descriptif ? La copie de ce certificat n'est pas mentionnée dans le décret comme pour le certificat initial.

Dr P.

Réponse

Si le Juge de paix vous demande un double du certificat de consolidation, c'est pour le compte de votre blessé puisque l'autre partie (l'assureur ou le patron) a déjà le vôtre en main. Dans l'intérêt de votre blessé, il est donc naturel que vous le fournissiez soit gratuitement, soit au compte du blessé mais pas du patron, ou de l'assureur qui n'ont pas demandé cette copie, ou ce certificat.

Dr F. DECOURT.

4.679. — Le principe du « médecin le plus rapproché »

J'ai soigné un malade qui n'habitait ma ville que provisoirement. Le malade ayant déménagé à 9 kilomètres d'ici. J'ai continué à le soigner dans sa nouvelle résidence. La Caisse d'assurances sociales refuse le remboursement des frais de déplacement sous prétexte qu'il fallait prendre un autre médecin de la nouvelle résidence.

J'ajoute que le malade m'a accordé sa confiance ayant déjà consulté d'autres confrères sans avoir été content.

N'y a-t-il aucune manière de procédure pour que mon client récupère les frais de déplacement ?

Dr M.

Réponse

L'arrêté ministériel du 30 janvier 1937 fixant le règlement intérieur type des Caisses maladies

porte à l'art. 21 que les frais de déplacement du médecin « sont remboursés par la Caisse dans les limites de son tarif de responsabilité. Ils s'entendent, en principe, de la distance séparant le domicile du malade du domicile du médecin le plus rapproché. L'excédent des frais est à la charge exclusive de l'assuré, sauf le cas où le praticien traitant a fait appel à un médecin consultant ou à un spécialiste dans les conditions prévues à l'art. 24 du présent règlement ».

D'ailleurs, le principe du médecin le plus rapproché se trouve également dans le Tarif des accidentés du travail et dans celui des pensionnés de guerre.

Dr F. DECOURT.

4.338. — Application de rayons ultra-violets

Je vois inscrit au Tarif des Assurances sociales, ultra-violets par lampe à vapeur de mercure K × 2, et traitement électrique par les procédés usuels pour deux localisations différentes K × 3.

Je ne sais si faisant des U. V. (applications générales), d'abord à l'enfant sur le dos et ensuite sur le ventre, je dois compter K × 3 ou K × 2.

Dr D.

Réponse

Vous avez à compter K 3 lorsqu'il est dit à cette rubrique « ultra-violets par lampe à arc ou finsenthérapie » sans qu'il soit distingué à ce sujet une ou plusieurs localisations.

Mais, si ce n'est pas « par lampe à arc ou finsenthérapie », vous ne devez compter que K 2 puisqu'il est dit, à cette dernière rubrique « rayons ultraviolets » sans autre précision, ni modalités de localisation.

Dr F. DECOURT.

4.712. — Intervention de nuit

Un accidenté du travail se présente chez moi à minuit, atteint d'une luxation sous-coracoïdienne de l'épaule droite. Je réduis la luxation et je fais une contention.

Quel en est le prix ?

150 francs plus pour le tarif de nuit ? je ne puis pas compter un tarif triple ?

Dr B.

Réponse

Réduction et contention d'une luxation de l'épaule : 150 francs (art. 19) plus majoration de nuit de 25 % (art. 8), soit 150 + 37,50 = 187 fr. 50.

Dr F. DECOURT.

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

4.853. — Cure thermale pour un pensionné de guerre

J'ai un malade, art. 64, qui a eu, il y a cinq ans, un abcès pulmonaire qui s'est terminé par un vomique — non tuberculeux, — actuellement, vu l'expectoration fétide (à la radio : coque de la dimension d'un œuf de poule dans le tiers supérieur du poumon droit), je voudrais l'envoyer dans une station thermale sulfureuse aux frais de l'Etat, bien entendu.

Veuillez, s'il vous plaît, m'indiquer quelques stations thermales admises par la Commission de contrôle (si vous le jugez nécessaire) et la marche à suivre, pour obtenir un résultat vu les difficultés croissantes que les médecins ont, systématiquement, avec engueulade automatique (*sic*) avec ces Messieurs !

Dr D.

Réponse

Il faut que votre malade adresse, par lettre recommandée, au médecin-chef du Centre de réforme, dont il dépend, une demande de visite en vue de son envoi dans une station thermale. Vous y joindriez un certificat médical conforme.

C'est la Commission de réforme qui décidera ou non, de son envoi, après avis de médecins-experts qualifiés.

La station qui serait indiquée pour lui serait Amélie-les-Bains ; celle-ci offre l'avantage de permettre des propositions d'envoi à toutes époques de l'année.

FISCALITÉ

4.621. — Justification des frais d'automobile

Abonné au *Concours Médical*, je viens vous demander conseil au sujet de ma déclaration sur l'impôt sur le revenu.

En ce qui concerne les frais professionnels d'automobile, ayant fait dans l'année 1936, 14.500 francs pour les besoins de ma clientèle.

J'ai estimé que le kilomètre me revenant à 0 fr. 95 (0 fr. 95) tous frais compris, amortissement en quatre ans, impôts, assurances, huile, essence, réparations, etc., etc...

Il s'agit d'une Fiat 6HP, 1935.

Le Contrôleur me répond qu'à défaut de justifications précises (factures), il ne peut être retenu qu'une dépense de 0 fr. 75 (0 fr. 75) par kilomètre. (Je vous signale que l'an dernier (pour 1935), il avait accepté le taux de 1 franc par kilomètre (même auto).

Pouvez-vous me donner votre avis à ce sujet ?

Dr A.

Réponse

Le calcul des frais d'auto au moyen d'un coeffi-

cient par kilomètre ne saurait être admis selon la jurisprudence.

Le Contrôleur est fondé à demander des justifications pour tous les frais pouvant faire l'objet de factures. Les frais d'essence et d'huile se calculent suivant la consommation de la voiture aux 100 kilomètres et selon le nombre de kilomètres au compteur ; l'amortissement s'ajoute ensuite aux autres frais.

Répondez au Contrôleur que le chiffre de 0,95 (comprenant l'amortissement du prix de revient en sus des frais ordinaires), n'est pas exagéré et que d'ailleurs le taux de 1 franc a été accepté par lui en 1936, pour la même voiture.

A. et S. Martinot,
Conseillers fiscaux

4.306. — Tenue du livre-journal

1° La tenue du livre-journal médical ou s'inscrivent visites et consultations, est-elle obligatoire ?

2° Si pour une raison : surmenage, distraction, désordre, ce livre-journal n'est pas tenu à jour, le médecin encourt-il un ennui ?

Si d'autre part, il acceptait d'être taxé d'office ?

Dr J.

Réponse

La tenue du livre-journal est obligatoire en vertu de l'art. 92 du décret du 27 décembre 1934 et de plus, ce même article ordonne que le livre-journal présente, jour par jour, le détail des recettes professionnelles et soit tenu par ordre de dates, sans blanc, lacune, ni transport en marge.

Il est évident que si le Contrôleur s'aperçoit que ce registre n'est pas tenu selon la loi, il pourra mettre en doute la véracité de ce document et vous attirer les ennuis de la taxation d'office.

Il est préférable de remédier à tout cela en se conformant à la loi.

D'autre part, si on accepte une taxation d'office, c'est avouer que les déclarations sont inexactes et ce fait vous signale souvent pour les années suivantes.

A. et S. M.

4.182. — Patente sur le garage d'une voiture professionnelle

Mon Contrôleur des Contributions m'a dit à peu près ceci :

Vous avez une auto qui vous sert pour votre profession. Vous me dites que vous ne la garez pas à l'adresse qui m'a été donnée. Je veux bien vous croire, mais vous la garez bien certainement quelque part, l'endroit importe peu, et je vous taxe à 1.271 francs de patente de garage.

Je me demande si cette manière de faire est légale. Si elle est admissible, et si elle est supportée par tous les médecins de Paris.

Je me demande également (le Contrôleur n'a pas su me le dire), quel arbitraire préside à l'établissement des patentes.

Car, somme toute, je veux bien admettre que le garage soit considéré comme un loyer professionnel supplémentaire, mais il me semble exagéré de faire du prix total réclamé par le garagiste le prix d'un loyer entièrement professionnel.

Etant donné : 1° que le prix du garage, semblable pour tous les usagers, comporte tous les frais d'entreprise, de commerce et d'assurances du garagiste et qu'il ne peut être assimilé à celui d'un loyer ordinaire ; 2° que la voiture du médecin est habituellement déclarée en partie pour sa profession, en partie pour la promenade, ce qui devrait diminuer logiquement de moitié le loyer professionnel.

Enfin, quoiqu'il en soit, je trouve manifestement exagéré, pour ne pas dire immoral que pour un prix moyen de 250 francs de garage un médecin paye 100 francs de patente. Dr X.

Réponse

La valeur locative des garages de voitures professionnelles sert au calcul de la patente d'après la loi, nous ne voyons donc pas ce qu'il y a d'arbitraire à vous demander où est situé votre garage et quel en est le loyer.

Si vous mettez votre voiture chez un garagiste la valeur locative sera évaluée à 60 % de la redevance payée par vous.

Si vous déclarez votre voiture d'un usage mixte, les frais d'auto déductibles, comme frais professionnels, seront diminués dans la même proportion.

Le Tarif des patentes est fixé par la loi, le Contrôleur n'y peut rien.

A. et S. M.

ACCIDENTS DU TRAVAIL

4.936. — Fixation de la date de la consolidation

M. D... est blessé au cours de son travail, le 10 février 1937, invalidité totale de trois semaines pour entorse de la tibio-tarsienne gauche ; au bout de ce temps, je lui délivre un certificat de guérison. Le blessé reprend son travail durant deux jours et entre à l'hôpital pour un kyste du maxillaire inférieur à opérer ; il y reste dix jours, après une convalescence de deux semaines.

M. D... reprend son travail, mais au bout de trois jours, il doit l'arrêter ; l'articulation tibio-tarsienne gauche est tuméfiée, le pied est en valgus léger, la marche est impossible.

Nouveau certificat à la Compagnie d'assurances, indiquant qu'il s'agit d'une conséquence de l'accident du 10 février 1937, celle-ci m'autorise à pratiquer une radiographie qu'elle me règlera, mais ne prétend pas régler le demi-salaire du blessé.

Mon client peut-il attaquer en justice la Compagnie d'assurances et quelle est la marche à suivre?

Dr D.

Réponse

En principe un chef d'entreprise n'est tenu de payer les indemnités temporaires à un accidenté du travail que jusqu'à la date de la consolidation. Celle-ci est acquise, aux termes de l'art. 15 de la loi du 9 avril 1898, lorsque l'intéressé est soit guéri, soit définitivement atteint d'une incapacité permanente partielle ou totale. Mais il résulte d'une jurisprudence bien établie qu'on doit tenir compte non pas d'une consolidation apparente, même constatée d'une manière prématurée par les certificats médicaux et suivie d'une reprise du travail, mais bien de la consolidation réelle et définitive. Celle-ci n'est acquise que lorsque l'accidenté ne ressent plus aucun symptôme qui appelle des soins médicaux ou autres et que rien ne peut être tenté qui puisse modifier son état (Cour de Dijon, 3 juin 1936. *Gaz. du Pal.*, 31 juillet 1936).

Plus récemment encore, la Cour de cassation, par son arrêt du 16 octobre 1936 (*Dalloz hebd.*, 1936-569), a reconnu qu'il ne suffit pas que la victime d'un accident du travail se reconnaisse guérie et reprenne son travail pour perdre tout droit aux indemnités que la loi ne permet pas de lui accorder sur une instance en révision ; il faut encore qu'elle ait été reconnue telle et le seul fait que le travail ait été possible et effectif ne saurait à lui seul fixer d'une manière définitive et irrévocable la date de la cessation de l'indemnité temporaire.

Nous conseillons donc à votre client d'invoquer cette jurisprudence à l'égard de son chef d'entreprise ou de la Compagnie d'assurances substituée en la poursuivant en paiement de l'indemnité temporaire jusqu'à la consolidation définitive, devant le Juge de paix du lieu de l'accident.

4.863. — La hernie accident du travail

Une de mes clientes, lors d'un effort violent au cours du travail, le 11 mai, ressent une vive douleur dans l'aîne ; je la vois le 12 et constate une hernie crurale gauche, manifeste.

Je rédige les certificats habituels demandant la cure radicale de la hernie. Une contre-visite a lieu le 18 mai, faite par le médecin contrôleur de la Compagnie. Celui-ci ne peut constater la hernie qui s'est réduite spontanément, la douleur vive persistant seule. Il reconnaît l'accident, mais réserve le diagnostic.

Le médecin contrôleur revoit ma blessée le 25 mai et constate un anneau crural élargi, mais ne sachant se faire d'opinion décide d'accord avec moi de de-

mander l'avis d'un chirurgien. Celui-ci constate également un anneau trop large et conclut à l'opportunité vraisemblable d'une opération. Rapport est envoyé à la Compagnie d'assurance par son agent local, et après dix jours d'attente, celui-ci me téléphone que la Compagnie reconnaît bien qu'il s'agit d'une hernie crurale, mais qu'il ne s'agit pas d'un accident de travail et refuse toute prestation à la blessée.

Je sais combien il est rare qu'une hernie crurale soit un accident de travail, mais il me semble qu'ici ma cliente est dans son droit.

Je voudrais que vous m'indiquiez ce qu'elle doit faire pour tenter d'obtenir la reconnaissance de son accident et le traitement complet de sa lésion.

Dr S.

Réponse

En vertu de la jurisprudence constante de la Cour de cassation, toute lésion dont le travail même normal a été la cause ou l'occasion, doit être considérée comme résultant d'un accident du travail au sens de la loi du 9 avril 1898, quel qu'ait été l'état antérieur de la victime à moins qu'il ne soit établi que l'accident a été étranger à la lésion ou à l'incapacité invoquée (voir notamment Cour de cassation, Chambre civile, 9 janvier 1934. *Le Droit Ouvrier*, 1934, page 442).

Il n'y a donc pas lieu de tenir compte en principe de l'influence que peut avoir exercée sur l'accident telle ou telle prédisposition morbide et il n'est nullement nécessaire que l'accident ait été la cause unique de la lésion. Il suffit, au contraire, qu'un traumatisme ou toute autre cause extérieure survenue au lieu et au temps du travail, fasse apparaître, décèle ou révèle un mal jusque-là latent ou ait une répercussion sur son évolution.

Ces principes sont applicables à tout accident du travail quelle qu'en soit la nature et notamment en cas de hernie survenue au lieu et au temps du travail. Il a été ainsi décidé par un arrêt de la Cour d'appel d'Angers en date du 4 décembre 1934 (*Dalloz hebdomadaire* 1935, p. 75), qu'il suffit à un ouvrier atteint d'une hernie, de prouver que cette lésion s'est produite par suite d'un effort au cours du travail et il est sans intérêt de savoir s'il avait des prédispositions morbides à contracter cette affection ou quel a été le degré de violence des efforts effectués.

L'employeur ou son assurance substituée ne peut faire échec à l'action de l'ouvrier qu'en apportant la preuve que la hernie est la conséquence unique et exclusive de l'état morbide ou constitutionnel de l'ouvrier et que l'accident n'a joué aucun rôle dans son apparition (Cour de Nîmes, 12 juin 1935. *Revue générale des Assurances sociales et des accidents du travail*, janvier 1936, p. 78). La charge de la preuve incombe donc en définitive au patron ou à son assurance et et le doute doit bénéficier à l'accidenté. Nous

pensons donc qu'en l'espèce votre client a de fortes chances de faire reconnaître par la justice, l'applicabilité de la législation des accidents du travail à son cas. Nous lui conseillons donc de poursuivre son patron ou son assurance substituée devant le Juge de paix du lieu de l'accident, en paiement des indemnités journalières et des frais médicaux jusqu'à la date de la consolidation. Si le Juge de paix reconnaît qu'il s'agit d'un accident du travail, le patron devra prendre en charge le coût de l'intervention destinée à réduire la hernie de votre client, du moment que cette intervention a un but curatif et n'est point destinée seulement à améliorer un état consolidé.

ASSURANCES SOCIALES

4.309. — Honoraires du médecin d'hôpital pour interventions obstétricales

Au sujet des honoraires attribuables au médecin ou chirurgien en matière d'interventions obstétricales à l'hôpital pour des assurées sociales, d'après le décret-loi des 28 et 30 octobre 1935 que l'Administration hospitalière a opposé à mes observations, le taux de l'indemnité d'accouchement, à l'hôpital, comme à domicile, est fixé à 230 francs, tout compris ; mais, chaque cas d'accouchement, dystocique ou pluval, sera soumis au contrôle médical pour fixation du taux forfaitaire à allouer.

En vertu de ce nouveau règlement, il m'a été alloué par la Commission de contrôle, 50 francs pour un forceps à l'hôpital, sur une assurée sociale ; et il m'a été dit par la Direction de l'hôpital, que ce chiffre représentait un tarif uniforme désormais, quelle que soit l'intervention pratiquée (alors que, jusqu'à ce jour, les interventions étaient rémunérées suivant leur importance, comme pour les interventions chirurgicales, et, notamment, pour un forceps, par K40, soit 120 francs —K ayant le coefficient 3).

Pensant que la Circulaire de la Caisse départementale (je la tiens d'ailleurs à votre disposition, si vous jugiez utile de l'avoir en mains) a été mal interprétée par l'hôpital, je viens vous prier de me renseigner à ce sujet. Dr C.

Réponse

Il est exact qu'en vertu de l'art. 9, par. 1er du décret-loi du 28 octobre 1935 instituant le nouveau régime des Assurances sociales, en cas de maternité, les charges de la Caisse d'assurances sont limitées à une prestation forfaitaire représentant l'ensemble des frais médicaux et pharmaceutiques relatifs à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites.

La seule exception apportée par la loi à ce régime forfaitaire est le cas prévu par l'art. 9, parag. 3, c'est-à-dire celui de grossesses ou de

suites de couches pathologiques qui motivent l'application des règles de l'assurance-maladie. On doit donc déduire de ce texte que ce forfait s'applique aussi bien lorsque l'accouchement a lieu à l'hôpital que lorsqu'il a lieu à domicile. Tel est d'ailleurs l'avis de l'Administration ainsi qu'il résulte de plusieurs réponses ministérielles et notamment des réponses nº 866, parue au *Journal Officiel* du 13 novembre 1936 et 2.094 parue au *Journal Officiel* du 12 février 1937.

Aux termes de ces réponses, le versement opéré par la Caisse d'assurances sociales à l'établissement hospitalier avec lequel elle a passé une convention ne peut être que la prestation forfaitaire prévue à l'art. 9 du décret-loi du 28 octobre 1935. En l'absence de convention, les prestations forfaitaires sont versées à l'assuré lui-même après paiement par ce dernier des frais d'hospitalisation au tarif le plus bas des malades payants.

La thèse de l'établissement hospitalier correspond donc à celle de l'Administration et la somme forfaitaire allouée pour les accouchements à l'hôpital est donc indépendante, en principe, des actes médicaux réellement effectués.

Nous vous signalons toutefois, que la prestation forfaitaire n'est pas identique pour tous les cas. Il est, au contraire, imposé par la loi aux Caisses de prévoir une majoration en cas d'accouchement dystocique ou plural. Il est loisible, d'autre part, aux Caisses de prévoir pour ces prestations forfaitaires plusieurs tarifs suivant les conditions dans lesquelles l'accouchement a été effectué. C'est ainsi qu'une réponse ministérielle nº 3.770 parue au *Journal officiel* du 29 septembre 1936, a reconnu qu'une Caisse pouvait prévoir dans son tarif, des prestations différentes suivant que l'accouchement était pratiqué dans une localité où il existe un praticien ou dans une localité où il n'y en a point, ce, afin de tenir compte des frais de déplacement. On pourrait donc concevoir la possibilité pour les Caisses d'inscrire dans leur Tarif, des prestations différentes suivant que l'accouchement serait fait à domicile ou à l'hôpital.

Enfin, pour en terminer avec cette question et ainsi que nous vous le disions plus haut, le régime forfaitaire est remplacé par le régime de l'assurance-maladie ordinaire lorsqu'on est en face d'une grossesse ou de suites à caractère pathologique. Dans ce cas, les actes médicaux effectués à l'hôpital doivent donc être payés par la Caisse selon les règles prévues par la convention en ce qui concerne l'assurance-maladie.

Cinquante-neuvième année | N° 28 | 11 Juillet 1937

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

- sommaire -

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	60 fr.	Belgique et Luxembourg...	70 fr.
Etudiants	35 fr.	Première Zone	85 fr.
Le Numéro	1.25	Deuxième Zone	110 fr.

Correspondance



Renseignements

CANCER. — L'action puissamment antinévralgique du **Pyréthane**, donné aux doses de 40, 60, 80 gouttes, en eau bicarbonatée à renouveler, procure une sédation et permet de garder en main médicale l'emploi de la morphine, d'en diminuer la dose ou de l'espacer.

Estomac douloureux, souvent guéri, amélioré toujours, constamment calmé par les TABLETTES DE MANGAÏNE.
En sucer lentement de 4 à 6 par jour.



Héliothérapie. Maison santé Hélios. Dr BRODY, Grasse.

AVIS

Retard dans la réception du « Concours Médical »

Des abonnés continuent à se plaindre que notre journal leur parvient quelquefois tardivement.

L'expédition étant faite à Clermont (Oise), par les soins de nos imprimeurs, le vendredi et le samedi, la réception doit avoir lieu normalement le samedi dans les départements les plus proches, et le dimanche ou le lundi dans les autres régions.

Prière de nous aviser si ces délais sont dépassés, et nous interviendrons auprès de l'Administration des Postes.

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du Concours Médical, *Paris* 167-95.

Nº 180. — Bretagne. Bon poste près mer et gr. ville. Maison très confort. A céder 30.000 compt. pour rais. santé.

Nº 181. — Gap (H. A.). — Méd. recomm. pens. fam. tenue par son fils. Excell. clim. alt. moyenne, conf. moderne. Reçoit plus spécialem. jeunes élèves. Études surveillées. Ouvert pendant vacanc. Bonnet, 14, R. Cap. de Bresson.

Nº 182. — Suis achet. matér. chirurgical occ., salle opér., stéril., instr. chirurg., vitrine. Faire offres.

Nº 183. — Dr dispos,. compt. ch. gros poste méd. seul, accepter. pro-pharm. De préfér. Normandie, Maine, Touraine, Ile de France. Belle habit. exigée.

Nº 184. — Dr expér. dispos. voiture, libre juillet, aout, sept. accepter, remplacem. toutes régions.

Nº 185. — On demande à acheter d'occasion une voiture-ambulance pour une clinique. Faire offre.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet Breitel et Goret

1, rue Dante, Paris (5e). - Tél. : Odéon 36-46

Sud-Est. Urgent cause décès. Méd. gle et thermale, aff. anc. et intér. prix avantag.

Bourgogne. Très anc. pro pharmac. Sans indemnité : simple reprise matériel.

Grande ville 2 h. Paris. Méd. gle avec acchts. A céd. 30.000 dont 10.000 ct. avec instal. profes.

Centre-Ouest. Très anc. client. rurale. Reprise urgente sans comptant immédiat.

Abonnés du « Concours » exerçant dans les Stations Thermales

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains : Bertier, Blondel, Coutaz, Dardel, H. Forestier père, Graber-Duvernay, Lelong, Pégaz.

Allevard-les-Bains : Boël.

Amélie-les-Bains : Bouix.

Ax-les-Thermes (Ariège) : Boyer, Girard, Gomma.

Bagnères-de-Bigorre : Frank-Duprat (*enf.*), J. Courbin, Ricard-Pomarède.

Bagnoles-de-l'Orne : Censier, R. Hügel, Joly, Le Gouriérec, J. Louvel, R. Louvel, Doctoresse M. Peillon, E. Poulain.

Bains-les-Bains : M. Henry, L. Rose.

Barèges : Orliac.

Besançon La Mouillière : Tronchon.

Biarritz : Clavel, Dejeant (*derm.*), Lacour.

Bourbon-Lancy : Bellœuf, G. Vincent.

Bourbon-L'Archambault : Bénabu, Litaud.

Bourbonne-les-Bains : Delacroix, Gay.

Brides-les-Bains et Salins-Moutiers : d'Arbois de Jubainville, Mathieu, Laissus fils.

Cambo-les-Bains : A. Camino, Chatard, Colbert, Dieudonné, J. Trotot.

Capvern : J. Pouy.

Cauterets : Anglada, Armengaud, Corone, Cosserat, L. Pradal.

Challes-les-Eaux : Vexenat.

Châtel-Guyon : J. M. Ballan, Baumann, Cambiès, Casati de Montgolfier, Foucaud, P. Martin, Mazeran, Ribérolles, Saint-René-Bonnet.

Contrexeville : Contal.

Dax : Barrau, Delmas (Armand).

Divonne-les-Bains : Ballivet, Vieux.

Eaux-Bonnes : Bourragué, Creignou.

Enghien-les-Bains : Beyrand, H. Forterre.

Escouloubre-les-Bains : Sarda.

Evaux-les-Bains : E. Legâte.

Evian-les-Bains : Bernex, J. Eyraud-Joly.

Hammam-Lif (Tunisie) : Fère.

La Bourboule : Anglada, Barthomeuf, Boudry, Cany, R. Galimant, Jean Godonnèche, Rongier Th., Maurel.

La Léchère : Millet, Noailly.

La Motte-les-Bains : Goirand.

Lamalou-les-Bains : Cauvy (*Rééd. motr.*), Faure, Tarbarié.

La Roche-Posay-les-Bains : Bardet, Guyot, Huet (*derm.*) Lépine.

Luchon : P. de Beauchamp, Cazal-Gamelsy, Germès, Molinéry (*ne fait que la physiothérapie*), Salles, Sammuller.

Luxeuil-les-Bains : Causeret, Cugnier, Rimey.

Mont-Dore : J. André, Roger André, Béal, Débidour, Dullin, Levadoux, Molines, E. Perpère, Verrier.

Néris : Ducros, Jossand.

Plombières-les-Bains : Bernard, J. Dumont, Truelle.

Preste (La) : Dr P. Baron.

Royat : Mougeot.

Salers : Rongier.

Salies-de-Béarn : Coustère David, Dufourcq, Larrouy, Ortal.

Salins-les-Bains : Bourny, Henri Neumand.

Salies-du-Salat : Barbé, St Béat.

Saujon : R. Dubois, M. Boisseau.

Saint-Didier (Vau.) : Masquin.

St-Honoré-les-Bains : Charpin, Ségard, Silvestre.

St-Nectaire : Sérane, Siguret, Versepuy.

Santenay-les-Bains : Boudeille.

Sermaize-les-Bains : Fritsch, (H.), Ramonet (*Malad. des enf.*)

Uriage : G. Barbier.

Vals-les-Bains : David, Galtier.

Vernet-les-Bains : Ponson.

Vichy : Arama (Michel) (*stom.*), Bargy, Berthomier, (*phys.*) Caillon, Castera, Chabrol, (Léon), R. Chaux, Cluzan. Cornillon, Cotar, Cros L., Déléage, Desmaroux, A. Durrieux, (*stom.*), Fau, R. Fraudet, (*stom.*), Fruictier, Gannat, Lère, Marquis, Martin-Péridier, Reynès, Roussignol.

Vittel : Adda, G. Constant, P. Genay, Finck.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.** *Elections.* — MM. de Quervain, de Berne, et Salimbeni, d'Acquapendente, sont élus associés étrangers de l'Académie.

— **Le service médical de l'Exposition.** — Le service médical de l'Exposition est placé sous la direction du Docteur Devaux. Il comprend un poste central et plusieurs postes de secours, dont l'un est installé sur un bateau amarré au pont de Passy. Chaque poste de secours, surmonté d'un mât au haut duquel flotte le drapeau de la Croix-Rouge, est divisé en salle d'attente, cabinet du médecin, salle d'examen et salle d'opération.

Le service est assuré par des docteurs en médecine et des internes des hôpitaux, qui donneront les premiers soins aux malades et accidentés et les dirigeront, s'il y a lieu, sur la fondation Marmottan (hôpital d'urgence). Le service médical est chargé, en outre, de toutes les mesures convenables d'hygiène générale.

— **Voyage d'étudiants en médecine en Autriche.** — L'Office central des Etudes de médecine de l'Union nationale des étudiants de France (secrétariat à l'A. G. de Bordeaux, 14, cours Pasteur), organise un voyage pour étudiants en médecine en Autriche et notamment à Vienne avec cours de chirurgie, de psychanalyse et de psychiatrie.

Ce voyage a lieu sous le patronage du Professeur Hartmann. Prix : Paris-Paris, 900 francs.

Pour tous les renseignements, s'adresser à Bentejac A. G. de Bordeaux.

— **Journées médicales internationales de Paris.** — Ces journées se sont terminées le 30 juin par un banquet de 250 couverts qui a réuni une dernière fois les congressistes français et étrangers, à la Maison de la chimie, dans une atmosphère de franche cordialité.

— **Hôpitaux de Bordeaux.** — Le concours de médecin des hôpitaux de Bordeaux s'est terminé par la nomination de MM. Saric et Pauly, chefs de clinique.

— **Hospices civils de Nice.** — *Internat.* — Le lundi 18 octobre 1937, sera ouvert aux Hospices civils de Nice, un concours pour dix places d'internes en médecine et en chirurgie. (Ce nombre pourra être augmenté en cas de besoin).

Pour être admis à concourir, les candidats devront se faire inscrire au moins un mois avant la date fixée pour le concours au secrétariat des hospices.

Les internes sont nommés pour une période d'une année qui peut être renouvelée deux fois. Les internes de l'hôpital Pasteur seront nourris, logés, chauffés et éclairés et recevront une indemnité mensuelle de 450 francs la première année, 550 francs la deuxième et 650 francs la troisième.

Les internes de l'hôpital Saint-Roch, qui ne sont ni logés, ni nourris, reçoivent une indemnité mensuelle de 1.100 francs la première année ; 1.200 francs la deuxième année ; 1.300 francs la troisième année. Ils sont logés et nourris les jours de garde.

— **Association générale des médecins de France.** *Bourses familiales du Corps médical* (Fondation de M. le Docteur Roussel). — Le 28 juin s'est réuni le jury chargé de répartir les bourses de 10.000 francs mises à la disposition de l'Association générale des médecins de France par le Docteur Roussel, en faveur des médecins et veuves de médecins chargés de famille.

Cinquante-cinq demandes ont été examinées. Parmi les bénéficiaires, un confrère est père de sept enfants, dont quatre séjournent en sanatorium ; deux autres ont huit enfants dont les aînés ont 17 ans ; l'un d'eux en a un atteint de tuberculose osseuse et trois débiles. Quant aux veuves l'une, infirme, vient de perdre en quarante-huit heures son mari (32 ans) et l'un de ses enfants ; il reste six orphelins : le dernier n'a pas un mois. Une autre veuve, sourde, a trois enfants dont l'aîné n'a pas dix ans. Enfin six enfants dont l'aîné est âgé de 13 ans sont à la charge d'une veuve de 39 ans.

Cette année encore, M. le Docteur Roussel a bien voulu renouveler son geste généreux en mettant une bourse supplémentaire à la disposition du jury.

Celui-ci était composé de Mme Jayle, de la Société de femmes et enfants de médecins, M. le Docteur Roussel, fondateur, M. Richard, chef du Bureau de la natalité au ministère de la Santé publique, MM. Chapon, Darras, Lutaud, Bongrand, Vimont, de l'Association générale des médecins de France, M. Cibrie, représentant la Confédération des Syndicats médicaux, M. Gallois, de l'Association des médecins de la Seine, M. le médecin général Fayet, représentant le Service de santé militaire.

— **Hommage au Docteur Vaudremer.** — Le 3 juillet dernier une émouvante cérémonie réunissait dans la salle des conférences du Professeur Gosset à la Salpêtrière les malades reconnaissants offrant à leur sauveur le Docteur Vaudremer une médaille à son effigie, œuvre d'un artiste de talent, le sculpteur Thomasson, présentant à l'avers cette inscription : Les malades reconnaissants. Salpêtrière. Tuberculose maladie sociale. Vaccins antituberculeux et lépreux.

Cette cérémonie était présidée par le Professeur Gosset assisté du Docteur Martin, directeur de l'Institut Pasteur, et quelques confrères dont le Docteur Siredey. Le *Concours* y était représenté.

M. Bauer prit le premier la parole pour remercier au nom des malades. Le Professeur Gosset rappela la carrière du Docteur Vaudremer, ses études poursuivies malgré l'hostilité d'un clan officiel, les brillants résultats obtenus dont il cita maints exemples. Il associa à ces éloges Mme Vaudremer et ses deux filles, ses dévouées assistantes.

Le Docteur Vaudremer remercia en termes émus tous ses collaborateurs, ses maîtres et l'Administration et rappela ses quarante-trois ans de lutte. L'Institut Pasteur avait tenu à s'associer à cette manifestation en mettant à la disposition du Docteur Vaudremer un chèque de 40.000 francs pour lui permettre de poursuivre ses études en cours. Dr M. V.

— **La médaille du Professeur E. Sergent.** — Les élèves et les amis du Professeur Emile Sergent, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Broussais-La Charité ont décidé, en témoignage de leur affection et de leur reconnaissance, de lui offrir une médaille dont l'exécution a été confiée au maître graveur Dropsy.

— Tout souscripteur de 100 francs recevra une reproduction de la médaille. Prière d'envoyer les souscriptions par chèque, chèque postal (Paris 599) ou mandat, au trésorier M. Georges Masson, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe).

— **Mariage.** — Nous apprenons le mariage de Monsieur Jean-Marie Crébassol, Enseigne de vaisseau de première classe, fils du Docteur A. Crébassol, chevalier de la Légion d'honneur, et de Madame Crébassol, avec Mademoiselle Paulette Martin.

La bénédiction nuptiale leur a été donnée le samedi 3 juillet 1937, en l'Eglise de Cannas, par Limas (Hérault).

Tous nos souhaits de bonheur aux jeunes époux.

— **Nécrologie.** — Madame et le Docteur Fernand Verrier, médecin consultant au Mont-Dore, viennent d'avoir la douleur de perdre leur fils Gérard Verrier, décédé à l'âge de 12 ans le 28 juin au Mont-Dore.

Nous adressons à notre confrère et à Madame Fernand Verrier, si cruellement éprouvés, l'expression de notre profonde et douloureuse sympathie.

Prorogation des locations

Loi du 30 *juin* 1935 *tendant à la modification de la loi du* 1er *avril* 1926, *modifiée par les lois des* 29 *juin* 1929, 30 *juin* 1933, 25 *juin* 1934, 4 *avril* 1935, 30 *juin* 1935 *et* 30 *juin* 1936, *réglant les rapports des bailleurs et des locataires de locaux d'habitation.*

Art. 1er. — L'expiration des prorogations de jouissance prévues pour le 1er juillet 1937 par l'article 2 de la loi du 1er avril 1926, modifiée par la loi du 29 juin 1929, est reportée au 1er janvier 1938.

Art. 2. — A titre exceptionnel et par dérogation aux dispositions de l'article 11, alinéa 1er, de la loi du 1er avril 1926, modifiée par la loi du 29 juin 1929, la majoration de 15 p. 100 prévue à partir du 1er juillet 1937 est supprimée jusqu'au 1er janvier 1938.

Art. 3. — La présente loi est applicable aux départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle, dans les conditions du décret du 2 septembre 1922, et à l'Algérie. (*J. O.*, 1er juillet 1937).

A TRAVERS L'OFFICIEL

22 JUIN

Service de santé militaire

Loi du 19 juin 1937 ayant pour objet la création de médecins pharmaciens dentistes et vétérinaires aspirants de réserve

Art. 1er. — Par modification aux dispositions du troisième alinéa de l'article 2 de la loi du 17 mars 1936, les jeunes gens dont la nomination au grade de médecin ou de pharmacien sous-lieutenant de réserve, de dentiste sous-lieutenant de réserve, de vétérinaire sous-lieutenant de réserve, doit, par application des dispositions du premier alinéa de l'article précité, être différée de six mois, seront nommés au grade de médecin, pharmacien, dentiste ou vétérinaire aspirant de réserve.

Art. 2. — Les médecins, pharmaciens, dentistes et vétérinaires aspirants de réserve bénéficieront des dispositions de la loi du 5 août 1936 créant le grade d'aspirant de réserve.

Enseignement de la médecine

M. Froment, professeur de pathologie interne, est transféré à compter du 1er octobre 1937, dans la chaire de clinique médicale à la Faculté de Lyon (dernier titulaire : M. Paviot).

Concours pour l'obtention des bourses de doctorat en médecine

Arrêté du 19 juin 1937

Art. 1er. — L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu au siège des Facultés de médecine et de pharmacie, le lundi 19 juillet 1937.

Art. 2. — Les candidats s'inscriront au secrétariat de la Faculté près laquelle ils désirent subir les épreuves du concours. Ils devront être Français et âgés de dix-huit ans au moins et de vingt-huit ans au plus. Cette dernière limite d'âge est reculée d'un temps égal à celui pendant lequel les candidats auront accompli leur service militaire. Les registres d'inscription seront clos le 10 juillet 1937, à seize heures.

Sérums thérapeutiques

Arrêté du 19 juin 1937 concernant les essais en vue de l'application usuelle à la thérapeutique, de produits pharmaceutiques nouveaux.

Art. 1er. — Tout médecin désirant procéder, sous sa responsabilité et pendant une période déterminée, à des essais systématiques en vue de l'application

usuelle à la thérapeutique de produits nouveaux dont le débit, soumis aux conditions prévues par la loi du 14 juin 1934, n'a pas encore fait l'objet d'une autorisation gouvernementale, ne pourra entreprendre ces essais et les poursuivre qu'après y avoir été autorisé par le ministre de la Santé publique auquel il devra adresser une demande à cet effet.

Art. 2. — L'autorisation accordée sera valable pour une période de six mois et renouvelable pour une égale durée sur nouvelle demande et d'après les résultats thérapeutiques exposés par le bénéficiaire de l'autorisation dans un rapport adressé au ministre de la Santé publique.

Art. 3. — Le bénéficiaire de l'autorisation ne devra utiliser ces produits qu'à titre gratuit, sans augmentation de ses honoraires habituels et exclusivement dans les établissements hospitaliers, cliniques, centres de recherches, etc., préalablement agréés par le ministre de la Santé publique, après avis de la Commission des sérums.

Art. 4. — Lorsque les produits destinés aux essais seront d'origine étrangère, l'autorisation d'emploi précisera, après avis de la Commission des sérums, les quantités de ces produits qui pourront être importées en France.

Art. 5. — Le Conseiller d'Etat, directeur général de l'Hygiène et de l'Assistance, est chargé de l'exécution du présent arrêté.

23 JUIN

Enseignement de la médecine

Les chaires de pathologie interne (dernier titulaire : M. Froment) et de clinique chirurgicale infantile et orthopédie (dernier titulaire : M. Nové-Josserand), de la faculté de Lyon, sont déclarées vacantes.

Un délai de vingt jours, à dater de la publication, est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

Médailles d'honneur de l'Assistance publique

Médaille d'or : M. le Docteur Jubert, de la Garenne-Colombes ; M. le Docteur Hazemann, de Paris.

Médaille d'argent : M. le Docteur Bertrand, de Saint-Parres-les-Vaudes.

24 JUIN

Hôpitaux psychiatriques

Par arrêté en date du 15 juin 1937, M. le Docteur Tusques a été nommé médecin du cadre et affecté en qualité de médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Saint-Venant (Pas-de-Calais).

Par arrêté en date du 16 juin 1937, M. le Docteur de Boucaud a été nommé médecin du cadre et affecté en cette qualité à l'hôpital psychiatrique de Saint-Lizier (Ariège).

Réponses des ministres aux questions des parlementaires

Fixation des prestations spéciales de l'assurance-maladie

3.445. — M. Beltrémieux expose à M. le ministre du Travail : *a*) que l'article 6 (§ 16), du décret-loi du 28 octobre 1935 stipule : « l'assuré ou l'ayant droit dont l'état nécessite des soins préventifs et qui est atteint d'une maladie ne comportant pas de cessation de travail, reçoit, s'il y a lieu, pendant une durée de deux ans au plus, des prestations spéciales dont le montant maximum et les conditions d'attribution sont fixés par le règlement intérieur de la Caisse » ; *b*) que le règlement-type d'administration intérieure des Caisses, arrêté le 30 janvier 1937 et publié au *Journal officiel* du 5 février, précise notamment en son article 38 que ces soins seront remboursés « dans la limite du tarif de responsabilité de la Caisse » ; et demande, étant donné que ce tarif ne peut excéder le tarif limite qui doit être arrêté par M. le ministre du Travail en exécution de l'article 6 (§ 18), de la loi, et qu'il n'a pas encore été publié au *Journal officiel*, sur quelles bases et dans quelles limites les Caisses doivent donner suite aux demandes dont elles sont actuellement saisies. (*Question du 7 mai* 1937.)

Réponse. — L'article 38 du règlement-type d'administration intérieure des Caisses donne à ces organismes, pour fixer le montant des prestations susceptibles d'être attribuées aux assurés au titre de l'article 6 (§ 16), du décret-loi du 28 octobre 1935, la faculté soit d'adopter les taux de remboursement prévus à leur tarif de responsabilité pour les maladies comportant l'arrêt du travail, soit de substituer à ces prestations ordinaires, les indemnités forfaitaires prévues à l'article 6 (§ 16), et dont le maximum mensuel doit être fixé dans leur tarif de responsabilité. Dans le premier cas, le tarif minimum applicable en attendant la parution des tarifs-limites est le tarif limitatif des droits à la réassurance du 23 septembre 1930 modifié, qui demeurera en vigueur jusqu'à nouvel ordre. Dans le second cas, les prestations forfaitaires seront évaluées par la Caisse de telle sorte que leur valeur moyenne soit contenue dans les limites du tarif de responsabilité ordinaire. Il en résulte que l'Administration n'aura pas à fixer de tarif limite en ce qui concerne les prestations forfaitaires mensuelles dont il s'agit.

(*J. O.*, 5 juin 1937.)

Statut des pédicures et manucures

I

4.381. — M. Louis Linyer, sénateur, demande à M. le ministre de la Santé publique s'il est exact que

l'arrêté ministériel du 15 juin 1926, qui fixe les conditions d'admission à l'examen d'Etat des infirmiers, infirmières, masseurs, etc., vise sous la formule « etc. », les pédicures et manucures, ou si le mot « etc. » ne vise pas plutôt les aides paramédicaux s'occupant de rééducation et d'hydrothérapie, en un mot, s'il existe un diplôme d'Etat de pédicure-manucure qui, sans conférer de privilège au titulaire, permette au public de discerner sa capacité professionnelle. (*Question du 7 juin 1937.*)

Réponse. — L'arrêté du 26 juin 1926 fixant les conditions d'admission à l'examen d'infirmiers, d'infirmières, de visiteuses d'hygiène sociale, etc., a été abrogé et remplacé par l'arrêté du 17 mars 1933. Celui-ci ne vise pas les pédicures, mais prévoit uniquement l'organisation des examens conférant les diplômes d'Etat suivants : infirmières hospitalières, visiteuses d'hygiène sociale de la tuberculose, visiteuses d'hygiène sociale de l'enfance, visiteuses d'hygiène sociale généralisée, infirmiers hospitaliers, masseurs, infirmiers masseurs aveugles, infirmières sanitaires, infirmières sanitaires coloniales (métropolitaines), infirmières sanitaires coloniales (indigènes).

La réglementation des études de pédicurie et leur sanction par un titre officiel délivré par mon département est actuellement à l'étude.

(*J. O.*, 18 juin 1937).

II

3.795. — M. Pitois demande à M. le ministre de la Santé publique : 1° quel est le statut actuel réglementant la profession de pédicure-manucure ; 2° s'il existe un diplôme d'Etat de manucure-pédicure ; 3° si, en vertu de l'article 19 de l'arrêté du 15 juin 1926, un pédicure-manucure peut après examen, obtenir du ministère de la Santé publique, un brevet de capacité professionnelle. (*Question du 3 juin 1937.*)

Réponse. — 1° Aucun statut ne réglemente actuellement la profession de pédicure-manucure ; 2° il n'existe aucun diplôme d'Etat de manucure-pédicure, mais la réglementation des études et leur sanction par un titre officiel délivré par mon département est actuellement à l'étude.

(*J. O.*, 9 juin 1937).

Situation des assurés indigents non en règle à l'égard de leurs Caisses

4.082. — M. Jean Odin, sénateur, signale à M. le ministre du Travail que les communes rurales constatent fréquemment que des personnes inscrites ou demandant leur inscription à la liste d'assistance médicale gratuite ne sont pas en règle avec l'assurance obligatoire agricole ; et demande : 1° si les collectivités sont en droit de leur refuser les soins d'assistance ; 2° dans le cas contraire, si les collectivités pourront

Voir la suite page XLVII-2115

PROPOS DU JOUR

LES ÉTATS GÉNÉRAUX DE LA SANTÉ PUBLIQUE

La séance d'ouverture des Journées internationales de la Santé Publique, du Congrès de médecine néo-hippocratique et du Congrès international de Médecine scolaire et d'Education physique

Jeudi 1er juillet à 10 heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, s'est tenue sous la Présidence du Pr Roussy, doyen de la Faculté, la séance solennelle d'ouverture des Journées Médicales de la Santé publique et du 1er Congrès de medecine néo-hippocratique. Rappelons que les *Journées internationales de la Santé publique*, organisées et présidées par le Pr Tanon, comprennent dix sections :

1º Les journées de la maternité et de l'enfance auxquelles collaborent le comité national de l'Enfance et l'Office de Protection de la Maternité et de l'Enfance du Département de la Seine.

2º Le Congrès de médecine scolaire et d'Education physique, organisé par la Société des médecins inspecteurs de Paris et de la Seine.

3º Les journées d'hygiène et de médecine et de pharmacie militaires, organisées par le service de Santé de l'armée.

4º Les journées médicales de la Marine militaire, organisées par le Service de Santé de la marine.

5º Les journées médicales coloniales, organisées par le Service de Santé des colonies.

6º Les Journées de la Marine marchande.

7º Les journées médico-sociales, organisées par la Confédération des syndicats médicaux.

8º Les journées d'Hygiène dentaire, organisées par la Confédération nationale des syndicats dentaires.

9º Les journées d'Hygiène générale.

10º Les journées d'Aviation sanitaire et de médecine aéronautique.

En outre, dans des séances plénières, toutes sections réunies, ont àleur ordre du jour cinq grandes questions : L'homme normal et l'homme élément social ; le Vêtement ; l'Alimentation ; les Transports ; l'Education physique, les Jeux, les Sports et tout ce qni assure l'équilibre physique et moral et apporte une contribution à l'évolution harmonieuse du Corps et de l'Esprit.

On peut affirmer qu'avec un tel programme, rien n'a été omis de ce qui peut intéresser la Santé Publique et nous devons féliciter le Pr Tanon, président, et le Dr Boyé, secrétaire général du Comité d'organisation, d'avoir réussi à mettre sur pied cette œuvre considérable des Etats-généraux de la Santé Publique.

En outre aux Journées s'adjoindra le Congrès international de la répression de l'Exercice illégal de la médecine et du charlatanisme.

Le Congrès de médecine néo-hippocratique qui tiendra en même temps ses séances, organisé par le Pr Laignel-Lavastine, président, et le Dr Martiny, secrétaire général, a pour but d'envisager les doctrines médicales sous un aspect correspondant mieux à l'état de nos connaissances.

***

M. le doyen Roussy, ayant à sa droite le Pr Laignel-Lavastine et à sa gauche le Pr Tanon, entouré des somnités de la médecine militaire, de la médecine navale, de la médecine coloniale et du corps de Santé de l'aéronautique, des nombreux délégués des diverses nations, ouvre la séance en excusant le ministre de la Santé publique qui devait présider, retenu par les devoirs de sa charge au Conseil du gouvernement. Il est heureux de constater l'entente entre les Journées et le Congrès néo-hippocratique qui ont bien voulu confondre leurs adhérents en cette séance solennelle. Il donne la parole au Pr Tanon qui très brièvement expose avec clarté et précision le but des Journées internationales de la Santé publique. M. Tanon remercie le Doyen d'avoir mis à sa disposition les amphithéâtres de la Faculté sans lesquels il aurait été très difficile de tenir toutes les séances. Il adresse aussi ses remerciements au Pr Louis Martin qui a ouvert aux Journées de la Santé publique les portes de l'Institut Pasteur.

Le Pr Laignel-Lavastine prend ensuite la parole. Son discours d'une belle tenue littéraire est en quelque sorte le manifeste d'une nouvelle Ecole qu'il vient de créer : le néo-hippocratisme. Cette école préconise le retour aux doctrines d'Hippocrate en les harmonisant avec les progrès de la Science moderne. Les trois principes d'Hippocrate qui restent immuables sont : 1º la prépondérance de la clinique avec l'observation correcte des faits ; 2º la conception dynamique individuelle du trouble morbide ; 3º le traitement rationnel qui doit tendre à être naturel.

La lutte pour la guérison rentre pour beaucoup dans les manifestations morbides. Ces réactions sont pour une part thérapeutiques et le

médecin doit pouvoir les aider s'il connaît bien les forces individuelles du malade. Sans négliger les thérapeutiques médicamenteuses qui ont fait leurs preuves, le Pr Laignel-Lavastine remarque qu'il faut tenir compte des substances qui à une dose infinitésimale ont une action manifeste par le rôle catalytique qu'elles jouent.

Les discours de MM. Tanon et Laignel-Lavastine ont été longuement applaudis.

La parole est alors aux délégués étrangers. Le délégué de la Hongrie prononce une allocution où il félicite les organisateurs d'avoir eu le souci de se préoccuper tout particulièrement de la médecine scolaire et termine par le cri de « Vive la France. » Le délégué allemand prononce un discours en langue allemande. Les délégués bulgares et polonais en quelques mots félicitent les organisateurs des Journées et proclament leur affection pour notre pays. Enfin le délégué de Belgique affirme qu'il y a un terrain sur lequel toutes les nations peuvent collaborer, c'est celui de la sauvegarde de l'enfance, de la médecine scolaire. Il affirme la fidèle confraternité des médecins belges et français. Des applaudissements unanimes saluent chaque délégué.

Le Président, M. le Doyen Roussy, prononce alors le dernier discours. Il remercie d'abord les délégués étrangers, les représentants officiels et les assistants d'être venus en aussi grand nombre à cette séance, félicite le Pr Tanon et ses collaborateurs de la tâche surhumaine qu'ils ont accomplie et des résultats qu'ils ont obtenus en organisant ces Journées. Il fait l'éloge du Pr Laignel-Lavastine dont la haute culture et l'érudition immense lui permettent d'aborder l'étude des anciens grecs et latins qu'il peut lire dans le texte et qui, en organisant le Congrès néo-hippocratique, va tirer un enseignement utile de ses vastes connaissances. Avant de lever la séance, il engage les congressistes à visiter sous la conduite du Pr Laignel-Lavastine, le Musée d'Histoire de la médecine.

***

Une visite au Musée d'histoire de la médecine de la Faculté de Paris

Conduits par le Professeur d'Histoire de la médecine, M. Laignel-Lavastine, les Congressistes après avoir traversé le vieux musée Orfila, fondé, il y a près d'un siècle par le doyen célèbre dont il porte le nom, après avoir admiré la superbe porte en fer forgé que le doyen Debove fit construire, les visiteurs montèrent au Musée Gilbert pour y admirer l'Exposition d'art, de technique, d'hygiène, d'histoire de la médecine et de précieux documents sur Descartes.

M. Laignel-Lavastine chargea le Dr Neveu, conservateur du Musée, dont il apprécie tout particulièrement le goût artistique et l'érudition, de présenter les pièces les plus curieuses du Musée et ce dernier fut secondé par le Dr M. Rollet, l'habile organisateur de l'Exposition.

Les collections qui s'enrichissent tous les jours, proviennent surtout de la générosité du Pr Gilbert, qui dota le Musée de la somme nécessaire a son édification et à son entretien. Dans les vitrines, on remarque des gravures de la Faculté, des objets et instruments ayant trait à la médecine dans l'Antiquité, des diplômes, des jetons, des médailles, des sceaux, des portraits à l'huile, des gravures, des statuettes, des bustes. Une vitrine est consacrée aux souvenirs de Magendie, une autre à ceux de Pasteur, une troisième au Pr Gilbert. Parmi les documents curieux, citons les maquettes du Dr Paul Richer, des souvenirs de la jeunesse de G. Clémenceau, d'autres évoquant le Premier Empire, entre autres la trousse du Dr Antommarchi qui servit à l'autopsie de Napoléon à Saint-Hélène.

Enfin toute une vitrine est consacrée à Descartes (portraits de Descartes, de Christine de Suède, première édition française du Discours de la méthode (1668), Principes de la Philosophie (1681) etc. etc.)

***

Le Congrès international de Médecine scolaire et d'Education physique

Ce congrès, organisé par la Société des médecins inspecteurs des Ecoles de Paris et de la Seine, a eu un grand succès ; plusieurs centaines de médecins ont envoyé leur adhésion. Ce succès est dû en grande partie au Dr Dufestel, ancien secrétaire général du IIIe Congrès international d'Hygiène scolaire, secrétaire général de la Société des médecins inspecteurs et du Comité d'organisation dont le Dr A. Moulin est le président. M. le Dr Dézarnauds, ancien sous-secrétaire d'Etat, le Pr Harvier sont présidents d'honneur et le Doyen Roussy en a accepté la Présidence effective. Les rapports et les communications sur l'Inspection médicale des Ecoles, l'Education physique, les Ecoles de plein air, l'Orientation professionnelle, l'Alimentation, les Constructions, l'Assistance scolaire, sont tellement nombreux que nous ne saurions les énumérer.

***

On peut juger par cet exposé sommaire de toute l'importance des *Journées internationales de la Santé publique*, de leurs annexes et du *Congrès de médecine néo-hippocratique*. Le nombre des sections et des rapports et communications ne nous permettra pas d'en donner un compte-rendu même sommaire. Nous nous bornerons à en publier à l'occasion des analyses fragmentaires.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

LA PHYSIOPATHOLOGIE DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE EN RAPPORT AVEC LA COLLAPSOTHÉRAPIE [1]

Professeur Eugenio MORELLI
Directeur de l'Institut Forlanini de Rome

• • •

La presque totalité des hommes subit l'infection tuberculeuse : les uns voient leurs lésions s'amender ou disparaître, chez d'autres, elles restent stationnaires ou s'accroissent lentement ; pour d'autres, enfin, elles entraînent la mort. Mais le nombre de ces victimes est relativement très faible en comparaison de la multitude des infectés par le bacille. M. le Professeur Morelli explique ainsi cette disproportion : 1° il n'est pas exact que le poumon soit frappé facilement par la tuberculose ; 2° il est préposé à la défense de l'organisme contre celle-ci.

Le poumon serait en effet un véritable filtre physico-biologique, chargé d'arrêter et de détruire les éléments cellulaires, vecteurs d'agents infectieux.

La propagation de l'infection d'un organe à un autre, sauf dans le cas de contiguité, ne peut se faire sans passer par le poumon : le sang du cœur droit est obligé de traverser le filtre pulmonaire avant de retourner au cœur gauche ; le poumon joue un rôle comparable à celui du placenta dans l'irrigation fœtale.

Ce rôle de filtre s'exerce aussi bien vis-à-vis du streptocoque ou du staphylocoque que du bacille de Koch.

Il est nécessaire d'admettre ce rôle de filtre, car il serait inconcevable d'envisager le rôle des artères terminales du cerveau ou de la rétine si ce filtre pulmonaire n'existait pas.

***

Pour comprendre la physiopathologie de l'appareil respiratoire il faut envisager successivement le rôle physiologique des parois thoraciques, des voies aériennes et de la cavité pleurale.

La *cage thoracique*, agrandie par l'action rythmée des inspirateurs, provoque la distension des poumons ; et, pendant l'expiration, ils reviennent sur eux-mêmes du fait de leur élasticité propre.

Les *voies aériennes* vont du nez à l'alvéole. Elles présentent un certain nombre de rétrécissements qui règlent l'entrée de l'air jusqu'aux alvéoles, ce sont le nez, la glotte et le rétrécissement bronchiolaire.

L'alvéole est formée d'un tissu presque exclusivement élastique, dilatable excentriquement ; elle est soumise à deux forces successives ; pendant l'inspiration elle est dilatée par les muscles inspirateurs ; pendant l'expiration elle est gênée dans son retour sur elle-même, les rétrécissements des voies respiratoires tendant à s'opposer à la sortie de l'air expiré.

---

(1) Notes prises par Mme le docteur Langle, au cours du Professeur Morelli à l'hôpital Broussais, le 21 juin 1937.

Il est merveilleux de constater qu'un tissu si fragile puisse avoir un potentiel élastique suffisant pour résister à ces deux forces. Tant que la dilatabilité de l'alvéole est intacte, sa paroi ne sera pas endommagée par le mouvement respiratoire ; au contraire, si sa paroi est légèrement altérée, elle subira un grand dommage lors des mouvements de la cage thoracique.

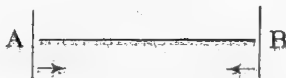
La *cavité pleurale* assure en partie la protection de l'alvéole. Le glissement entre les deux feuillets pleuraux permet la répartition uniforme et proportionnelle de la traction de la cage thoracique sur la masse alvéolaire. Entre les deux feuillets il y a toujours une pression négative constante ; celle-ci est la résultante de deux forces : l'une fixe, qui persiste même sur le cadavre (élasticité du poumon), l'autre variable qui se modifie avec les mouvements respiratoires et qui est d'autant plus forte que l'inspiration est plus rapide.

La masse alvéolaire est une énorme ventouse dont l'action s'exerce sur toute la cavité pleurale. Ce fait est si exact que, dans les plaies de poitrine, le sang est aspiré continuellement dans la cavité pleurale jusqu'à former un gros hémothorax. De même on voit le médiastin se déplacer vers le poumon opposé, lorsqu'on institue un pneumothorax, ce fait est dû à ce que le vide pleural est supprimé d'un côté tandis qu'il exerce son action de l'autre côté ; l'équilibre entre les deux poumons est rompu.

Cette force de « ventousation » peut atteindre plusieurs kilogrammes. C'est elle qui maintient en place les organes abdominaux et, si elle diminue, ceux-ci s'abaissent. Le foie est véritablement suspendu au poumon. Et l'on peut dire que le poumon maintient la statique abdominale.

***

La paroi de l'alvéole est formée essentiellement de fibres élastiques sous tension continue. Ces fibres élastiques peuvent être représentées concrètement par une feuille élastique maintenue tendue en deux points A et B.



La force élastique de rétraction de cette feuille est représentée par deux forces centripètes appliquées aux mêmes points A et B.



Tant que la feuille élastique sera intacte, les forces centripètes équilibreront la tension ; mais s'il y a la plus petite déchirure dans cette feuille élastique, les forces centripètes de rétraction l'emporteront : la feuille sera déchirée très facilement et chaque moignon de celle-ci se rétractera sur lui-même. Ce mécanisme explique pourquoi l'alvéole intacte supporte facilement le mouvement respiratoire tandis que celle dont la paroi est légèrement lésée, subit un dommage de plus en plus grand, lors des mouvements respiratoires, et il fait comprendre l'utilité du pneumothorax qui, en immobilisant les parois de l'alvéole, lui permet de cicatriser ses lésions.

Quelles sont donc les causes provocatrices des lésions des parois alvéolaires ?

Il faut citer d'abord les *sténoses* situées sur l'arbre respiratoire. C'est en effet la cause du traumatisme le plus violent sur la fibre élastique. Plus ce rétrécissement est serré, plus le traumatisme est grand. Ces sténoses pulmonaires s'acquièrent pendant l'enfance et ce sont elles qui amoindrissent la cage thoracique de l'enfant et en modifient la forme, de même que le cerveau donne sa forme à la boîte cranienne. Pour le Docteur Morelli, la sténose bronchiolaire est le plus puissant générateur de cavernes.

Un rétrécissement, même peu serré, peut donner lieu à un gros traumatisme lorsque l'inspiration est très rapide et ceci explique le rôle néfaste de la toux et fait comprendre la thérapeutique opiacée des anciens cliniciens, qui cherchaient à la diminuer.

L'explication du traumatisme respiratoire est confirmée par le fait, souvent constaté, que les emphysémateux deviennent rarement des phtisiques. Leurs alvéoles sont à l'abri du traumatisme respiratoire parce qu'ils sont à moitié pleins d'air résiduel et que celui-ci forme un véritable amortisseur aérien ;

Les *adhérences pleurales*, aussi, exagèrent considérablement les traumatismes de l'alvéole. En effet, quand une portion de poumon ne peut se dilater, une autre partie se dilate à sa place, lorsque le glissement des deux plèvres est possible. Mais s'il y a adhérence des deux feuillets pleuraux en regard d'une lésion pulmonaire, le poumon sera obligé de suivre les mouvements de la cage thoracique, les lésions alvéolaires seront tiraillées à chaque inspiration et elles augmenteront progressivement.

La toux, enfin, est un grand facteur de traumatisme alvéolaire. Il ne faut pas croire qu'elle est utile et les vieux cliniciens avaient bien raison de donner des opiacées à leurs malades pour les empêcher de tousser. Le fait clinique que les morphinomanes ont des lésions tuberculeuses toujours chroniques, confirme cette hypothèse.

La toux est toujours précédée d'une rapide inspiration, et nous avons vu, plus haut, que les inspirations rapides étaient facteurs de traumatisme alvéolaire. C'est pourquoi la cure de montagne, qui diminue les mucosités et la toux, et la cure de silence, qui supprime les inspirations rapides, sont si favorables à la cicatrisation des lésions alvéolaires.

***

Le collapsus du poumon peut être obtenu de bien des façons, par :

le pneumothorax complet

il élimine la tension permanente aussi bien que la tension respiratoire, il neutralise les forces de traction, supprime l'écartement des moignons des fibrilles élastiques et empêche le poumon de devenir phtisique ;

le pneumothorax complet hypotensif

il diminue le pouvoir de rétraction. On a exagéré son emploi, car il n'élimine jamais la tension permanente et laisse subsister les causes de transformation de la tuberculose en phtisie. Il trouve son application dans le pneumothorax bilatéral ;

l'opération de Jacobéus

c'est la section des adhérences pleurales qui permet l'atélectasie pulmonaire.

la pneumothoracentèse

c'est le traitement de choix de la pleurésie exsudative, car elle évite la formation des adhérences pleurales. Elle permet d'obtenir la guérison sans rétraction thoracique.

la phrénicectomie

proposée par Stüss et améliorée par le Professeur Zorini élimine la traction du diaphragme, et favorise l'amélioration du processus pathologique, même s'il y a des adhérences et même si la lésion tuberculeuse est apicale ;

l'alcoolisation des nerfs

fut proposée par le Professeur Morelli et reprise par le Professeur Léotti ;

la thoracoplastie élastique

a été préconisée par le Professeur Morelli ; elle consiste en l'ablation des côtes et du périoste des côtes ou en sa destruction chimique et en l'institution du « velarium de compression » ou « vélum d'adaptation ». C'est une thoracectomie de détente.

Elle est à conseiller lorsque la section de brides est impossible : l'ablation du périoste des côtes donne une paroi thoracique souple, qui suit la rétraction du poumon : cette paroi se déprime pendant l'inspiration et assure le repos à la portion pulmonaire sous-jacente.

L'allure torpide des lésions apicales est due à l'élasticité particulière de la paroi apicale qui réalise en partie cette thoracoplastie élastique.

La thoracoplastie antéro-latérale plastique démolit les lignes d'adhérences qui, parfois, prennent une allure rectiligne ; elle empêche la traction de la cage thoracique au niveau d'une caverne et souvent permet sa guérison rapidement.

Si on fait l'ablation des côtes au point maximum de traction sur une caverne, il y a rétraction pulmonaire et le résultat est comparable à la section de brides. Mais l'échec sera complet si l'on localise mal les lignes de traction sur les cavernes.

***

En résumé, voici les conclusions du Professeur Morelli :

1° Il n'est pas exact que le poumon soit frappé facilement par la tuberculose ;

2° Le poumon est préposé à la défense de l'organisme contre la tuberculose ;

3° Il faut faire une distinction entre la tuberculose et la phtisie ;

4° Il faut éliminer le traumatisme respiratoire par la cure en montagne et la cure de repos;

5° Il faut donner des médicaments opiacés pour supprimer la toux, et des médicaments asséchant les bronches ;

6° Le pneumothorax n'entraîne pas la guérison de la tuberculose, mais évite l'apparition de la phtisie ;

7° Les opérations chirurgicales tendent au même but.

DE L'IMPORTANCE DE LA RADIOGRAPHIE DANS LES TRAUMATISMES

En complément de l'article de Paul Robert, sur la nécessité de la radiographie en matière de traumatisme, je crois utile de citer l'observation suivante :

M. C..., a 55 ans, se rendant à son travail en tenant sa bicyclette par le guidon, il tombe sur l'épaule. Il essaie de travailler, mais sa douleur l'oblige à quitter l'atelier et rentrer chez lui.

Je le vois le lendemain ; il me raconte l'aventure dont il a été victime. Il ne croit pas que ce soit sérieux, mais par précaution, comme il s'agit d'un accident du travail, il désire me consulter pour toutes sortes d'éventualités.

Le malade se déshabille devant moi aidé de sa femme. C'est un homme robuste, trapu, court de taille, de cou et de thorax, bien musclé. Cependant à l'examen, il apparaît sur l'épaule gauche une dépression musculaire assez marquée.

Les mouvements du bras se font facilement dans le sens antéro-postérieur. Mais il ne peut lever le coude, ni l'éloigner du corps. Aucune trace de traumatisme le lendemain de son accident.

J'éloigne aisément le coude du plan thoracique, il souffre peu, mais c'est un homme dur, dans toute l'acception du mot. La palpation profonde dans la moitié externe de la clavicule révèle un plan résistant qui peut bien être la tête de l'humérus. Je lui dis d'ailleurs qu'il s'agit d'une luxation de l'épaule que je vais tenter de remettre en place.

Contre extension sur une chaise, manœuvres habituelles ; l'os craque, tout est remis en place !

Le blessé dit qu'il est soulagé, que tout va bien. Mais la manœuvre finie je le regarde de nouveau de face, et je ne suis pas de son avis, la dépression de l'épaule persiste. Aussi je le prie de prendre place dans ma voiture pour un examen radiologique.

La radiographie de l'épaule montre que la tête de l'humérus est luxée sous l'apophyse coracoïde. La mortaise formée par l'épine de l'omoplate et l'acromion est vidée, on voit la facette glénoïdienne. Il faudra donc recommencer la réduction. Cette fois-ci la manœuvre est plus facile, par le procédé de Kocher ; il suffit de bien appuyer le coude contre le tronc et d'éloigner l'avant-bras en dehors pour remettre les choses en place. Le résultat fonctionnel est bon, la dépression du deltoïde est supprimée. Le blessé se sent vraiment soulagé ; je le laisse donc partir, en lui signant un congé de huit jours.

Il revient trois jours après. Une large ecchymose, plus grande que la main, couvre le bras, ce qui prouve tout de même la violence du traumatisme. Mais le bonhomme est content ; je lui demande de faire divers mouvements et je m'aperçois qu'il ne peut toujours pas éloigner le coude, ni le lever. Le bras une fois soulevé, ne peut rester en place, et il retombe en causant une violente douleur.

J'en conclus qu'il faut ou une paralysie du deltoïde (donc du circonflexe) muscle élévateur du bras, ou une autre lésion qui m'échappe, donc la nécessité d'une seconde radiographie, car l'examen clinique reste négatif.

Ce second examen montre que la tête de l'humérus est en place et qu'il n'y a aucune autre lésion osseuse. Il s'agit donc simplement d'une luxation de l'épaule réduite mais avec séquelle de paralysie du circonflexe.

Y a-t-il lieu d'insister sur l'importance de ces épreuves radiographiques, dans le cas présent où de toute bonne foi, et étant donné l'aspect physique de l'accidenté et aussi son insensibilité j'aurai pu sans le secours des rayons X, me contenter d'une première réduction, qui n'en était pas une, d'ignorer la paralysie du circonflexe, qui ne s'accompagnait d'aucun trouble sensitif et de m'exposer ainsi à des complications d'ordres divers, dans un cas qui d'habitude est sans histoire... Donc Paul Robert a raison, quand il dit qu'il faut s'entourer de toutes sortes de précautions en cas de traumatisme et surtout ne pas négliger d'avoir en main au moins deux documents radiographiques, dont l'un au moment du traumatisme et l'autre après consolidation.

Ceci m'amène par généralisation sur un autre point beaucoup plus délicat, à savoir, sur les examens d'expertises ou sur un simple avis donné plusieurs mois après la consolidation des traumatismes. Inutile de dire combien il faut être réservé dans ces cas, pour ne pas tomber dans des appréciations fantaisistes sans le secours de la radiographie.

Nous connaissons tous, hélas, les surprises de telles affirmations puériles.

Dr ANDRÉASSIAN

RADIOTHÉRAPIE DES LÉSIONS INFLAMMATOIRES FURONCLES DE LA LÈVRE — ANTHRAX

Par le Docteur Ch. GUILBERT

Chef du service radiologique à l'Hôpital Lariboisière

Ce n'est certes pas un sujet nouveau puisque dans le *Concours Médical* de novembre dernier, un entrefilet résumait très bien la question, et cependant elle paraît si peu connue qu'il est de l'intérêt des malades de multiplier les confirmations de l'efficacité et de l'innocuité absolue du traitement.

Beaucoup de médecins l'ignorent en effet. Dans un article récent sur le phlegmon de la lèvre, article très documenté du reste, on trouvait cette phrase dubitative : « Quelques auteurs ont parlé de l'efficacité de la radiothérapie », suivie de points de suspension. Tout dernièrement, un interne des hôpitaux est atteint d'un anthrax du cou qu'il confie aux bons soins du chef de clinique d'un de nos grands services chirurgicaux. Après avoir soigné un anthrax par le propidon et tous les procédés ordinaires, apparaît une récidive dans le voisinage. Assez ennuyé de devoir subir à nouveau les épreuves rituelles, le malade propose timidement la radiothérapie. Le chef de clinique lui répond avec beaucoup d'esprit du reste sinon d'à-propos : « C'est dans le *Larousse Médical* que vous avez puisé l'idée de cette thérapeutique? » Mais le patient a persisté à suivre son idée et il est venu dans notre service de Lariboisière. Trois applications très légères ont suffi à collecter la nouvelle collection et elle s'est vidée par la cicatrice du premier anthrax en trois jours.

Tout ceci démontre qu'il n'est point inutile de revenir sur une question, surtout que les articles de notre spécialité ne sont pas les plus lus par les praticiens, car le radiothérapeute en France, sort à peine de la catégorie des rebouteux.

On connaît la gravité du furoncle de la lèvre. L'intervention chirurgicale a été rejetée par Métivet en 1934. Le Professeur Delbet conseille de ne pas toucher opératoirement aux furoncles de la lèvre, sauf pour les évacuer en douceur, mais ceci est du stade où le danger s'éloigne.

Il ne reste donc au malade, à la période d'invasion, que les émollients, les pulvérisations de Lister, le propidon et l'attente des jours meilleurs

C'est en Allemagne que les premières applications ont été faites et Baensch publie une statistique de 103 cas avec deux décès. Solomon et Gibert ont publié six cas avec 6 guérisons rapides.

L'an dernier, nous avons pu, à Lariboisière, grouper dix cas de furoncles de la lèvre, deux anthrax, une mutilation traumatique infectée et sans réaction, six panaris et deux cas de furoncles multiples du creux de l'aisselle. Ceci vous explique pourquoi j'ai mis comme titre général : *Radiothérapie des lésions inflammatoires.*

Voici le résultat du traitement :

1° Furoncles de la lèvre, dix guérisons en quatre jours, une plaie infectée atone, guérison en six jours. Panaris, résultats divers, mais toujours douloureux, car ici l'incision de la peau est indispensable, celle-ci est trop épaisse pour que l'exsudation et l'évacuation du pus soient possibles.

En revanche, les lésions inflammatoires de la face postérieure des doigts, coin ou tour de l'ongle, sont facilement guéris sans ablation de l'ongle. Ma dernière observation est celle d'une surveillante du service de chirurgie qui avait vu les résultats sur les malades qui nous avaient été confiés.

L'explication de cette contradiction apparente est dans la résistance de la peau moindre sur la face dorsale que sur la face palmaire.

Et ceci vous explique le sous-titre : *furoncles de la lèvre, anthrax.*

Comment agissent les rayons ? Par mortification rapide des globules blancs de la région enflammée et collection du pus. D'autre part, il y a peut-être, comme le dit le Docteur E. Terrien, cette mortification des lymphocytes qui favorise sans doute la mise en liberté d'anticorps qui font une sorte de vaccination sur place. Il faut qu'il en soit ainsi, car la guérison après radiothérapie est remarquablement rapide.

Les doses utilisées, qui sont infimes, 1 à 2 H. au total sont à l'appui de cette opinion. En effet dans l'échelle des radiosensibilités, les globules blancs sont les premiers, avec des doses de l'ordre de grandeur que je donnais plus haut, et l'excitation du métabolisme cellulaire exaltée par l'inflammation doit rendre cette sensibilité plus grande.

Dans son travail sur la radiophysiologie, Regaud, au chapitre des éléments figurés du sang, démontre que les globules blancs sont touchés par les plus petites doses et que l'on peut constater les variations de la formule leucocytaire dans les heures qui suivent l'irradiation, et ceci explique encore l'action extraordinairement rapide de la radiothérapie.

Je ne vous parlerai pas de technique. Il n'y en a qu'une, donner de très petites doses, 1 H et même 1/2 H., filtré ou non filtré, n'importe. La réussite est certaine, le troisième jour la tumeur inflammatoire est collectée et s'ouvre.

Combien faut-il d'applications ? Une, deux, très rarement trois. Et il faut bien se garder d'insister.

Pour les hydroanénites du creux de l'aisselle, on arrive à assécher le creux de l'aisselle rapidement. On n'évite point la récidive.

Quelle est l'évolution du traitement ? Après la première et quelquefois la deuxième application la sensation de tension douloureuse augmente.

Quand j'ai fait les premières applications sur les lésions inflammatoires, surtout quand elles étaient d'un pronostic aussi grave que le furoncle de la lèvre, j'ai demandé aux services qui me confiaient ces malades de continuer les soins médicaux ordinaires, pulvérisations, propidon, ne voulant pas faire courir aux patients le risque d'un optimisme thérapeutique. La radiothérapie s'est réalisée si active par elle-même que l'on a renoncé à toute autre thérapeutique. La lésion est recouverte d'un pansement sec simplement.

Encore une fois, je n'ai nullement la prétention de vous présenter un travail sur un sujet nouveau, mais de vous rappeler un traitement efficace dans les cas où vous pouvez être embarrassés. Enfin, on ne saurait même nous accuser d'optimisme intéressé, car c'est un traitement qui est fort peu onéreux.

LES MASQUES DE L'ACCÈS DU GLAUCOME AIGU

L. GENET.

Dans le numéro du *Concours Médical* (n° 25 du 20 juin 1937, page 1891) le Docteur N. Salgo attire l'attention sur les difficultés du diagnostic du glaucome aigu. Le *Concours Médical* rapporte un article du Docteur N. Salgo du *Journal des Praticiens* du 8 mai 1937.

Le Docteur Salgo a pleinement raison d'attirer l'attention des praticiens sur l'accès de glaucome aigu.

Je voudrais ajouter quelque chose à ce qu'il a écrit et c'est ceci. Le glaucome aigu peut revêtir un autre masque que celui de la conjonctivite, il peut simuler, ou du moins être interprété comme une névralgie intense péri-oculaire. L'erreur est possible parce que lorsqu'un médecin est appelé auprès d'un malade, qui vient de ressentir brusquement les atteintes d'un glaucome et qui souffre en particulier des douleurs intenses que provoque cette maladie, le malade attire l'attention du médecin, qui est à son chevet, sur les douleurs qu'il ressent autour de l'œil. En général, il ferme l'œil et il se peut que l'attention du médecin ne soit pas attirée du côté de l'œil, parce que cet œil reste fermé volontairement par le patient. Il peut arriver encore que si le praticien est tenté d'écarter les paupières pour examiner l'œil il se trouve gêné, sinon empêché de faire son examen, par le malade lui-même, qui déclare alors que la lumière lui occasionne une telle douleur qu'il préfère garder l'œil fermé. Ainsi non seulement le malade dans certains cas n'attire pas l'attention sur son œil, mais même peut détourner le praticien d'un examen, qu'il est tenté de faire pour ainsi dire automatiquement. Le diagnostic de névralgie, de migraine, peut encore être appuyé en quelque sorte par des phénomènes de vomissements, qui arrivent assez fréquemment dans le glaucome aigu. Ainsi, dans certains cas, l'œil ne sera pas vu, parce que le malade s'y oppose, et le praticien se trouvera en face d'un accès brutal de douleurs extrêmement intenses d'un côté seulement du crâne avec parfois vomissements. Ces douleurs peuvent être atroces, le malade n'attire l'attention que sur ses douleurs, et non sur son œil. Quand un praticien a vu une seule fois dans sa vie un accès de glaucome aigu, il ne l'oublie pas et il demande immédiatement l'avis d'un oculiste. La conclusion sera donc la suivante à l'appui de l'article du Docteur N. Salgo : le praticien ne doit pas perdre de vue que, lorsqu'il est appelé pour un accès de douleur hémicranienne brusque avec parfois vomissements il ne doit pas s'attarder au diagnostic d'accès de migraine ou d'accès de névralgie sans avoir exploré le globe oculaire. Malgré les dénégations du malade, il doit écarter les paupières. S'il s'agit d'un glaucome aigu il verra un œil rouge et comme le signale le Docteur Salgo c'est un œil rouge avec vision trouble ou nulle. Il doit avoir l'attention attirée sur la vision « trouble ». Une conjonctivite ne donne jamais la sensation d'un nuage ou d'un brouillard devant les yeux. Dès qu'il y a une diminution de l'acuité visuelle avec une sensation de trouble et un œil rouge, il s'agit ou d'iritis ou de glaucome.

L'importance du diagnostic de glaucome aigu est capitale parce que une intervention faite à temps peut sauver un œil, qui serait irrémédiablement perdu sans cela. Et d'autre part, l'iridectomie dans le glaucome aigu amène immédiatement la sédation des douleurs. Je signalerai enfin pour terminer qu'il existe des cas de glaucome foudroyant, dans lesquels le tableau, qui vient d'être rappelé pour un œil peut frapper en même temps les deux yeux. Si le diagnostic est fait à temps, l'iridectomie entraînera la sédation des douleurs et permettra la récupération de la vision.

LES VACCINATIONS ASSOCIÉES CONTRE DIPHTÉRIE, TÉTANOS ET FIÈVRES TYPHOÏDES

Par R. FASQUELLE SAINT-YVES MÉNARD
Interne des Hôpitaux de Paris

— Docteur, voici mon enfant ; à sa naissance, il a été vacciné contre la variole, comme tous les enfants ; des amis m'ont dit que je devrais le faire vacciner contre la diphtérie, le tétanos, la fièvre typhoïde ; il paraît que ces diverses vaccinations peuvent être faites en même temps. Est-ce vrai ? je vous demande conseil : dois-je le faire vacciner contre toutes ces maladies ? Que feriez-vous, si c'était votre fils ?

....

Une telle question est d'actualité : en effet les très beaux travaux de Ramon sur les anatoxines diphtériques et tétanique, sur les vaccinations associées, constituent certainement une des découvertes les plus importantes de la médecine au XXe siècle.

Qu'est-ce donc que les vaccinations associées ? c'est l'immunisation simultanée, au moyen d'antigènes différents, d'un sujet contre plusieurs maladies.

L'idée en paraît fort simple ; on croirait qu'elle est venue à l'esprit des hygiénistes dans le seul but de faciliter la pratique des vaccinations ; comme bien des acquisitions en médecine, c'est au contraire en des recherches, poursuivies dans un autre sens, que la méthode des vaccinations associées trouve son origine.

Deux mots d'immunologie, si vous le voulez bien (et nous ne faisons que résumer les paroles de Ramon lui-même) : quand, pour obtenir du sérum antidiphtérique, on hyperimmunise des chevaux avec des doses croissantes d'antigène diphtérique, le taux d'antitoxine du sérum augmente progressivement jusq'à un certain degré, puis il baisse : c'est la règle. Pourtant, chez quelques chevaux, le taux d'antitoxine anormalement subit une hausse supplémentaire ; Ramon remarque que ces chevaux exceptionnels sont ceux chez lesquels un abcès s'est développé au niveau de l'injection d'antigène : voilà la constatation essentielle. S'inspirant de ce fait, Ramon, volontairement alors, provoque l'apparition d'abcès en mélangeant à l'antigène du pus, du tapioca, du chlorure de calcium, de la lanoline ; chaque fois qu'il y a inflammation au niveau de l'injection, le taux d'antitoxine dans le sérum est plus élevé. Tels sont les résultats chez l'animal. Application chez l'homme : pour essayer d'obtenir une meilleure immunité contre le tétanos, au lieu d'injecter l'anatoxine seule, on injecte un mélange anatoxine et tapioca. Inconvénient : le tapioca donne de très fortes réactions locales. Cherchant à remplacer le tapioca, Ramon et Zoeller pensent à utiliser le vaccin T. A. B. (dont l'innocuité est connue chez l'homme). L'hypothèse se confirme : les sujets vaccinés par le mélange anatoxine tétanique et T. A. B. sont mieux immunisés contre le tétanos que ceux qui ont reçu la seule injection d'anatoxine tétanique. Et d'autre part, chez ces sujets, l'immunité contre la fièvre typhoïde est au moins égale à celle donnée par le T. A. B. seul. Les mêmes résultats que pour le mélange anatoxine tétanique et T. A. B. furent ensuite retrouvés pour le mélange anatoxine diphtérique et T. A. B., le mélange des deux anatoxines, le triple mélange anatoxine diphtérique, anatoxine tétanique et T. A. B. ; ainsi est née la méthode des vaccinations associées. Les vaccinations associées ne sont pas une méthode de simplification pratique des vaccinations, mais un procédé de renforcement réciproque des immunisations.

Une fois découvert le principe, les vaccinations associées ont été utilisées à une grande échelle dans certaines collectivités (écoles d'infirmières, pensionnats) ; dans l'armée, devant les excellents résultats obtenus au point de vue épidémiologique (Dopter, Fricker et Ferrabouc), sur l'initiative du médecin général inspecteur Rouvillois la généralisation de la triple vaccination est imminente ; dans les écoles, les médecins inspecteurs scolaires ont émis le vœu que la vaccination antidiphtérique soit remplacée par la vaccination bi-anatoxique diphtérique et tétanique.

La méthode des vaccinations associées ? elle est fort simple. On peut faire extemporanément le mélange des vaccins ; le mieux est d'utiliser les ampoules contenant les mélanges préparés d'avance par l'Institut Pasteur. On peut ainsi réaliser :

soit la vaccination associée antidiphtérique-antityphoïdique,

soit la vaccination associée antitétanique-antityphoïdique,

soit la vaccination associée antidiphtérique-antitétanique,

soit la vaccination associée triple antidiphtérique, antitétanique et antityphoïdique.

Pour chacune de ces vaccinations, la dose et le rythme sont les mêmes :

2 c. c. du mélange ; trois semaines ; 2 c. c. du

mélange ; trois semaines ; 2 c. c. du mélange.

L'immunité semble pouvoir être considérée comme complète quinze jours après la troisième injection.

Une injection de rappel (2 c. c. du mélange) faite un an plus tard — ou à tout autre moment (menace d'épidémie de diphtérie ou de fièvre typhoïde, traumatisme suspect au point de vue tétanos), permet toujours d'obtenir une élévation importante, souvent considérable, du degré d'immunité multivalente.

Les injections sont faites, après asepsie de la peau, dans le tissu cellulaire sous-cutané de la fosse sous-épineuse.

Les réactions vaccinales sont les mêmes que dans les vaccinations simples ; après vaccination antidiphtérique, rougeur, œdème local, température à 38°, 38°5, fatigue, malaise d'autant plus léger que le sujet est plus jeune ; après vaccination antitétanique, pas de réaction ; après vaccination antityphoïdique, réactions analogues à celles de la vaccination antidiphtérique, souvent plus fortes. Une bonne précaution consiste à faire prendre préventivement au sujet un peu d'adrénaline par voie buccale ; en cas de réaction générale immédiate, une injection sous-cutanée d'adrénaline amène en général rapidement la disparition du malaise.

On considérera comme contre-indications : un début de maladie aiguë, un état fébrile, la tuberculose, une cardiopathie, l'albuminurie, le diabète. Les vaccins ne contenant pas de sérum, aucun accident sérique n'est à craindre chez les sujets ayant reçu antérieurement du sérum.

Les indications tiennent compte des dangers encourus par les sujets suivant leur profession, leur âge ; on a préconisé pour les infirmières la vaccination antidiphtérique-antityphoïdique, pour les soldats la vaccination antitétanique-antityphoïdique ; il semble qu'actuellement à ces doubles vaccinations on préfère la vaccination triple.

Pour les enfants, la vaccination bi-anatoxique a été recommandée ; certains auteurs préfèrent ici encore la triple vaccination.

S'il s'agissait de mon enfant ?... je crois que je me contenterais de la vaccination bi-anatoxique : en effet, c'est, avant tout, contre la diphtérie que je désirerais le protéger ; à la vaccination antidiphtérique, je trouverais tout à fait légitime d'associ r la vaccination antitétanique, puisqu'elle ne donne pas de réaction supplémentaire et qu'en dehors de son action spécifique, elle permet de renforcer l'immunisation contre la diphtérie. Contre la fièvre typhoïde, je me contenterais des précautions d'hygiène habituelles (eau bouillie, etc.) ; et je remettrais la vaccination antityphoïdique à plus tard, à l'âge des huîtres, de l'eau « de source » (?) du camping et de l'eau « purifiée » (?) des piscines. Mais c'est là mon avis personnel, donc sans valeur ni compétence.

Telle est la splendide méthode des vaccinations associées, que la France, grâce à Ramon, doit être fière d'avoir donnée au Monde.

Ionisation dans les fractures et les fibroses musculaires

Voici un enfant d'un an, dont le *bras droit était soudé au thorax* et ne pouvait être mis en abduction.

Cette anomalie n'a pas une origine articulaire, mais elle est due à une brièveté congénitale des muscles (analogie avec le genu recurvatum). Le grand pectoral présentait une corde fibreuse qui s'opposait à tous les mouvements du membre.

On a procédé à l'ionisation iodique et obtenu de très bons résultats.

Cet autre bébé présente une *pseudarthrose congénitale du tibia* droit. Les pseudarthroses sont en effet, chez l'enfant, exceptionnelles à la suite de fractures traumatiques. La pseudarthrose congénitale est une aplasie localisée au tiers inférieur de la jambe, dépendant d'une cause indéterminée.

Il y a une difficulté presque insurmontable à obtenir la consolidation de ces solutions de continuité. Les greffes osseuses réussissent difficilement et on a pu, dans certains cas, être amené à proposer l'amputation avec port d'un bon appareil de prothèse.

Dans le cas présent l'ionisation calcique a été essayée et a amené une consolidation spontanée de la fracture.

Les ressources de l'*ionisation* ne sont donc pas négligeables : ionisation calcique dans les fractures, ionisation iodique pour l'assouplissement des tissus (1).

(1) Notes recueillies à l'Hôpital des Enfants Malades : Consultations du lundi par le Professeur Ombrédanne.

LA CLINIQUE AU GOUT DU JOUR

Pour la prévention des phlébites chirurgicales et périphlébites

D'après les travaux des Docteurs NARD, A. DEJARNAC (*)

UNE ACTION LOCALE PAR LA BANDE ÉLASTIQUE COLLANTE POUR COMPLÉTER LA MÉTHODE DU LEVER PRÉCOCE DES OPÉRÉS

Cette *prévention post-opératoire* ne doit naturellement retirer aucune valeur aux précautions prises avant l'opération (le citrate de soude, quelquefois les arsénobenzènes, comme anticoagulants ; la vaccination polyvalente ; les diurétiques ; l'hydratation du malade), ou pendant l'opération (asepsie ; antisepsie ; ligatures veineuses, sans « bout mort »).

Après l'opération, et à moins de contre-indications spéciales (colpopérinéoraphie, réaction péritonéale), le *lever précoce* avait déjà réalisé un immense progrès chirurgical dans la prévention des phlébites ; ainsi est-il reconnu que le meilleur moment pour lever les malades, même en période légèrement fébrile, se place entre le troisième et le cinquième jour. Passée cette limite, le Docteur Chalier pense qu'il est plus dangereux qu'utile de lever les opérés, car on risque de mobiliser un caillot déjà formé. Du reste, il faut ordonner dès le premier jour de grands mouvements respiratoires, dès le second des mouvements actifs des membres inférieurs, et faire asseoir le patient dans son lit. Cette « promenade au lit » sera d'ailleurs continuée, lorsque le lever précoce sera contre-indiqué.

Le lever précoce s'est cependant révélé insuffisant dans certains cas : mais il n'en a plus été de même lorsqu'on a pu lui adjoindre l'application locale d'*une bande élastique collante*, pour éviter à la fois la stase veineuse et les traumatismes superficiels.

Donnons ici la statistique très concluante, rapportée par le Docteur Dejarnac :

« *Depuis trois ans* que je suis interne à l'hôpital de Libourne, écrit cet auteur, *je n'ai pas vu une seule phlébite post-opératoire chez les malades à qui l'on avait pu appliquer la bande élastique collante et la méthode ambulatoire.*

« Contrairement à la statistique rapportée par Nard lors de sa Communication à la Société de chirurgie de Bordeaux, les chiffres suivants ont été relevés par mes soins depuis que le traitement préventif et abortif des phlébites est associé systématiquement au lever précoce, même en chirurgie pelvienne.

« *Il a été pratiqué* 4.122 *opérations sanglantes comprenant* 372 *hystérectomies ou grosses, interventions gynécologiques et notamment* 100 *hystérectomies pour fibromes.*

« *Sur les* 100 *fibromes opérés, pas une phlébite, pas une embolie.*

« *Sur les* 372 *grosses interventions gynécologiques,* pas une *phlébite,* et une seule embolie : césarienne levée le quatrième jour et qui n'avait pas été bandée.

« *Sur les* 4.122 *opérations sanglantes, une seule phlébite, mais chez un malade que les circonstances nous avaient empêchés de traiter par la bande élastique collante et que nous n'avions pas pu lever* ».

Quelques explications

Des faits d'observation.

Depuis de nombreuses années déjà, divers auteurs avaient remarqué qu'il était possible d'empêcher les séquelles de phlébites profondes en appliquant, pendant dix jours avant le lever, et en continuant longtemps après, des bottes de Unna. Ils estimaient, d'autre part, que les phlébites superficielles étaient, à condition de demeurer localisées, sans aucun danger, et que le traitement ambulatoire par les bandes de Unna leur convenait admirablement.

Dès 1924, le Docteur Nard se mit à appliquer, dans le but de prévenir les phlébites, de grandes bottes de Unna, allant de la racine de la cuisse à la racine des orteils. Les résultats furent encourageants, mais l'application de ces bottes n'était pas facile, et l'on pouvait hésiter à en étendre les indications. En juin 1931, apparurent dans le commerce les bandes élastiques collantes, dont la première en date fut l'élastoplaste. Nard a pensé qu'il y aurait grand intérêt à remplacer la botte de Unna par un circulaire en bande élastique collante, allant de la racine des orteils à la racine de la cuisse. Celle-ci réalisait, en effet, un appareil beaucoup plus souple, plus léger, permettant les mouvements, comme si la jambe était libre, ce qui est l'idéal, permettant une surveillance plus suivie.

(*) A. DEJARNAC. Phlébites. Imprimerie Gelix, à Libourne.

La méthode ambulatoire, complément indispensable de ce traitement, était déjà appliquée dans les services chirurgicaux de l'hôpital de Libourne. Le lever précoce est devenu la règle depuis juin 1933, même en chirurgie pelvienne. C'est depuis cette date que le traitement préventif et abortif des phlébites post-opératoires est définitivement mis au point.

Une application de la bande élastique sur les membres inférieurs est tout d'abord logique, car les phlébites ne s'observent aux membres supérieurs que dans un pourcentage infime.

Ensuite, comme d'autres, Nard avait remarqué un point initial au mollet (douleur, léger œdème), une douleur plantaire fugace : nouvelle raison d'agir à ce niveau. Des malades, à suites opératoires normales, étaient prises brusquement d'une douleur dans le mollet. Celui-ci augmentait de volume avec une rapidité considérable. La température était à ce moment-là normale, et le lendemain seulement apparaissaient des signes d'infection, le membre prenant alors l'apparence classique du membre phlébitique. Ces circonstances donnaient l'impression qu'avant l'infection il se passait quelque chose d'autre dans le membre inférieur, et cet auteur le mettait sur le compte de la stagnation, due à l'immobilité chez des sujets prédisposés. De là à essayer un traitement préventif des phlébites, en combattant cette stagnation par la méthode ambulatoire et la mise en place d'un appareil vidant de son sang veineux les membres inférieurs, il n'y avait qu'un pas.

D'ailleurs, la stase veineuse n'existait-elle pas au maximum dans les membres inférieurs et le petit bassin, ainsi que le montrait la plus grande fréquence des phlébites de cette région. Dejarnac s'associe aux phrases prudentes de Forgue, lorsqu'il écrivait : « La stase voilà l'ennemi, plus simplement voilà la condition favorisante... Voilà le facteur principal... sur lequel nous avons quelque prise, et par la réduction duquel nous enregistrons quelques résultats ».

Il croit que les phlébites post-opératoires sont imputables avant tout à la stase, et que le facteur infectieux est secondaire, voire même que ce facteur infectieux, une fois apparu, peut être combattu et annulé s'il est possible de supprimer en temps voulu la stase.

Cependant, L. Humbert, qui a signalé à notre attention la méthode Nard et Dejarnac, croit devoir faire entrer en ligne de compte un traumatisme initial comme cause de phlébites superficielles ; celles-ci ; se propageraient par la saphène externe à la fémorale, provoquant ainsi tantôt un spasme brutal, tantôt une obturation partielle, et le plus souvent les deux. Il dit notamment :

« J'ai trop soigné de phlébites superficielles, suites de chocs violents ou de chocs bénins répétés, voire même de simples pressions prolongées (massages, douches en jet, coussins d'auto ou de wagons, etc.) pour ne pas voir dans le *traumatisme*, soit brutal, soit minime, la cause occasionnelle de l'inflammation veineuse. Et je recherche systématiquement ce traumatisme. Je le trouve presque toujours, et la phlébite des opérés, qui souvent reste superficielle et bénigne, n'échappe pas à cette règle.

« Occasions de traumatismes, les bandages de ventre dans certains cas ; les bandages de cuisse chez les prostatiques ; les matelas trop durs ou trop uniformément plats qui lèsent le mollet ; la table d'opération trop courte pour le malade de 1 m. 90, dont le pied déborde, et qui accuse aussitôt une douleur dans le mollet : pendant dix jours, rien ; puis gonflement, phlébite ascendante, embolie, mort (cas singulier, qu'on vient de me signaler). »

Le même auteur pense que l'action de la bande élastique collante consiste avant tout, dans une action *protectrice*. Elle constitue une gaîne qui préserve des tissus devenus délicats et fragiles du fait de l'opération. Appliquée judicieusement sur la jambe préalablement levée et vidée du sang veineux, elle évite en même temps la *stase* qui rend les tissus encore plus fragiles parce qu'elle emprisonne dans les veines postérieures du mollet, du sang bientôt transformé en caillot, comme il le serait dans une ampoule de la main ou du talon, ou encore dans une hémorroïde étranglée.

Certes, tous les accidents veineux post-opératoires ne sont pas supprimés à coup sûr par cette méthode. Tout d'abord, parce que l'élément infectieux générateur de la plupart des phlébites médicales et obstétricales, crée des phlébites où l'élément stase, bien qu'important, n'est pas primordial, qu'il est dans ces cas difficilement et parfois dangereusement combattu. D'autre part la stase pelvienne, lorsque celle-ci est primitivement isolée, non compliquée d'infection, est moins accessible à notre thérapeutique que la stase veineuse des membres inférieurs.

De toute façon la bande élastique, jointe au lever précoce, ne contre-indique pas l'emploi des autres traitements abortifs des phlébites post-opératoires : hirudination, injection d'arsénobenzènes, ionisation salicylée (douze à quinze séances avec une solution de salicylate de soude à 3 %).

Il en est de même de la tentative de Leriche et Kunlin qui ont traité avec succès trois phlébites post-opératoires au début par l'*infiltration novocaïnique du sympathique lombaire*. Pour lutter contre le facteur spasme, Leriche cherche à atteindre le sympathique au niveau du ganglion

le plus gros de la chaîne, celui qui répond à la deuxième lombaire. Il faut, recommande-t-il, injecter à son voisinage 10 à 20 c. c. de novocaïne sans pression.

Cette méthode s'adresse aux phlébites commençantes ; elle doit être appliquée le plus tôt possible, et poursuivie quotidiennement jusqu'à disparition des signes évolutifs : douleur, progression de l'œdème, état infectieux. Les trois phlébites post-opératoires, qui ont été ainsi traitées, ont eu une évolution bénigne, et les séquelles ont en été très réduites. Digonnet, Chenebault et Rouchy ont obtenu les mêmes résultats satisfaisants, en appliquant cette nouvelle thérapeutique à deux cas de phlébites obstétricales bilatérales.

***

Technique d'application de la bande élastique collante

Le Docteur Dejarnac choisit, pour appliquer les bandes élastiques collantes, deux rouleaux de 6 cm. de large pour le pied et la jambe, et un autre de 8 cm. de large pour la cuisse.

Le malade étant allongé, on rase et décape soigneusement à l'éther le membre, que l'on se propose de bander. Il faut ensuite le vider de son sang veineux, en le maintenant dans une position verticale pendant dix bonnes minutes. Ce temps indispensable terminé, on pose la bande élastique collante, en commençant par le pied. Les orteils sont laissés libres, mais le premier circulaire doit prendre juste au-dessous d'eux. De là jusqu'à la racine de la cuisse et presque jusqu'à la crête iliaque en dehors, on poursuivra l'application de la bande élastique collante en circulaires rapprochés, et en circulaires seulement, de telle sorte que toute la surface cutanée soit recouverte par une spire continue systématique, du pied vers la racine de la cuisse. Chaque circulaire doit empiéter sur le précédent d'une largeur suffisante pour que, lorsque le malade mobilisera sa jambe, aucune zone cutanée ne se découvre aux plis de flexion. Cette condition implique qu'au niveau de la face antérieure de la cheville et du cou-de-pied les circulaires seront très rapprochés, pour que les mêmes circulaires, à la face plantaire et au talon, réalisent l'empiètement désirable. De même, au niveau de la face interne du haut de la cuisse, pour que les circulaires permettent de recouvrir en dehors jusqu'à la crête iliaque. Pour réaliser l'adhérence parfaite de la bande élastique collante aux téguments, il suffira d'appliquer pendant quelques heures, par dessus celle-ci, un circulaire de bande Velpeau.

La bande élastique collante doit être posée sous une traction, assez forte certes, pour empêcher le membre inférieur de se remplir à nouveau de sang veineux, lors que le malade se lèvera, mais assez légère pour permettre une circulation suffisante et la nutrition des tissus. Il faut atteindre un certain degré de compression, seule condition un peu délicate à réaliser dans cette manœuvre, et qui est d'un grand intérêt, car si la bande est trop serrée, le malade souffrira davantage, au lieu d'être soulagé, et pourra présenter différents troubles dus à l'ischémie : fourmillements, œdème et refroidissement des orteils qui prendront une teinte violacée. Si, par contre, la bande est trop lâche, l'effet recherché risquera de n'être pas atteint. D'autre part, il est très important, surtout lorsqu'on s'applique au traitement abortif d'une phlébite, de ne pas avoir à recommencer deux jours plus tard par exemple une manœuvre, que parfois l'on pouvait hésiter à faire pour la première fois, quand l'indication en était un peu tardivement posée.

On prendra la précaution de maintenir le pied à angle droit environ avec la cheville, au moment de bander cette région. En outre, il y aura lieu souvent de réaliser au niveau du talon deux ou trois « crans » sur les circulaires, qui le recouvrent, mais en ayant soin, là plus qu'ailleurs, de ne pas faire de plis, qui seraient douloureux, irriteraient la peau et pourraient l'ulcérer.

Une bande collante régulièrement posée est fort bien supportée, et pendant plusieurs semaines. L'oxyde de zinc, qui entre dans la composition de la pâte collante, est un sédatif absorbant. On a pu ainsi appliquer la méthode à des membres inférieurs, qui présentaient des plaies, même en voie de suppuration. Par ailleurs la sueur n'est pas retenue, ce qui évite toute macération.

Tout ceci permet de laisser en place sans inconvénient la bande élastique collante jusqu'à ce qu'elle se décolle spontanément, c'est-à-dire le plus souvent après plus d'un mois.

On pourrait craindre que, la bande étant trop serrée, des troubles graves, allant jusqu'à la gangrène, ne se produisent. La douleur dans le membre bandé doit donner l'alerte, comme dans un membre plâtré. Il suffirait alors de couper sur place chaque circulaire, mais le Dr Dejarnac n'a jamais dû recourir à cet expédient.

Pour faciliter, chez certains malades, l'application de ces bandes, on pourrait placer d'abord, *en long*, du creux poplité aux orteils, en passant sur le talon, deux épaisseurs de bande plastique pour blinder davantage le mollet, empêcher les circulaires de glisser tout en rendant plus aisé le travail du novice en la méthode.

Indications chirurgicales de la méthode

La bande élastique collante est appliquée préventivement, la veille de l'opération ou le soir de celle-ci, *à tout malade suspecté de prédisposition aux accidents veineux* : soit par hypercoagulabilité sanguine, soit par défectuosité du système veineux du membre inférieur ou pelvien (varices superficielles ou profondes, hémorroïdes), soit par un passé phlébitique, soit que les conditions où la nature de l'intervention fassent redouter une phlébite ou une embolie (fibrome infecté, césarienne infectée, cystotomie pour calcul vésical). Et la bande élastique collante sera appliquée aux deux membres inférieurs, pour faire bénéficier le système cave inférieur d'une circulation favorable.

On ne saurait trop étendre les indications préventives de la méthode, en recherchant avec soin les tares veineuses.

Jamais un malade soigné préventivement par cette méthode complète, c'est-à-dire avec son association systématique au lever précoce, n'a fait après l'intervention une complication veineuse.

Traitement abortif des phlébites chirurgicales

Si un malade, pour lequel le traitement préventif n'a pas été appliqué, soit parce qu'opéré d'urgence, il n'a pu être préparé, — soit parce qu'aucune indication de ce traitement n'a été retenue, *présente au cours des suites opératoires un signe quelconque de complication au niveau des membres inférieurs ou du bassin* : douleur du mollet ou plantaire — œdème léger — sudation anormale — hémorroïdes douloureuses — rétention d'urine, *il faut qu'immédiatement*, et même en l'absence de tout médecin, *quelqu'un pose la bande élastique collante*. Dans les cas — les plus fréquents — où ce début est totalement apyrétique, et si le malade ne se lève pas déjà, il faut recommander à celui-ci de marcher, et de continuer cette méthode ambulatoire les jours suivants, même si une légère fièvre s'installe, ou si une douleur persiste, spontanément ou à la palpation. Lorsque le lever précoce est contre-indiqué, il faut prescrire la promenade au lit et la respiration artificielle.

Tous les malades, traités ainsi pour un début de phlébite post-opératoire, ont accusé les bons résultats suivants : diminution très rapide de l'élément douloureux ; absence de retour offensif de l'œdème ; non apparition d'un état nettement infectieux.

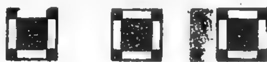
En un mot, guérison du processus phlébitique à son début. Les suites plus lointaines ne font que corroborer cette assertion : la bande est fort bien supportée, l'ensemble même de la courbe accuse le bénéfice du lever précoce ; quand la bande est retirée, les téguments sont en bon état, il n'y a plus trace d'œdème. Aucun de ces malades, même traité un peu tardivement, n'a eu à souffrir de la moindre séquelle.

Quand les signes de phlébite post-opératoire au début font suite à un épisode fébrile, et que l'élément infectieux paraît à considérer, il faudra pour appliquer la méthode se fier au sens clinique. Nard rapporte le cas d'une malade qui, ayant vu s'ouvrir spontanément dans le vagin un volumineux pyosalpinx, fit pendant plusieurs jours encore une pelvipéritonite avec mauvais état général, et courbe thermique accidentée. Laissée au lit, cette malade présenta un jour des signes de phlébite au début. Nard décida d'appliquer immédiatement la bande élastique collante et de lever la malade. L'amélioration fut rapide, et cet épisode marqua la fin d'une longue période fébrile. Mais, il faut reconnaître que c'est là un cas limite, qu'une observation favorable ne prouve pas que cette conduite doive être adoptée dans tous les cas analogues.

Devant une phlébite post-opératoire déclarée, lorsque pour une raison quelconque, le traitement abortif n'a pas été appliqué suffisamment tôt et que la phlébite s'est installée, on pourra avec profit appliquer la bande élastique collante aux deux membres inférieurs, mais laisser la malade au lit, mais sous couvert d'une surveillance très étroite, puis sectionner sur place chaque circulaire sans le décoller, si des signes de compression apparaissaient.

En résumé, et quelles que soient les explications qu'on peut donner de l'action du bandage élastique préventif, il faut en constater les heureux effets dans les services chirurgicaux de Libourne, et il paraît souhaitable que cette méthode, si simple et inoffensive, soit mise à l'essai plus largement.

G. Fischer.



L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

La dissociation auriculo-ventriculaire au cours de la maladie rhumatismale

MM. Ch. AUBERTIN, ROBERT-LÉVY et P. CACAULT relatent l'histoire de deux jeunes filles ayant des antécédents rhumatismaux nets, avec séquelles polyvalvulaires mitro-aortiques, chez lesquelles ils ont assisté au cours d'une nouvelle poussée rhumatismale, fruste chez la première, sévère chez la seconde, à la constitution d'un blocage auriculo-ventriculaire partiel et intermittent, avec retour rapide au rythme sinusal physiologique.

La dissociation rhumatismale peut s'observer aussi bien lors d'une atteinte première que lors d'une crise rhumatismale itérative. Elle n'est nullement l'apanage des formes graves de la maladie de Bouillaud et peut se rencontrer au cours de formes frustes, larvées, oligo ou abarticulaires. Bien plus, dans bien des cas, elle se manifeste isolément, à l'exclusion de toute atteinte de l'endocarde ou du péricarde et à l'exclusion de tout autre symptôme de myocardite, d'où son grand intérêt sémiologique. La date d'apparition du blocage est très variable. Celui-ci peut être très précoce, survenant dès les premiers jours de la poussée rhumatismale, ou même, comme dans les cas classiques de White, de Routier, précéder les arthralgies ou toute autre manifestation de l'affection. Dans la plupart des cas cependant, le blocage ne fait son apparition que plus tardivement, après quelques jours, une semaine,ou plus tard encore, après un mois, par exemple, et au décours même de la crise rhumatismale.

En règle générale, d'ailleurs, la dissociation succède à une phase, plus ou moins longue, durant laquelle les électrocardiogrammes recueillis en série montrent un élargissement progressif de l'espace P. R.

Elle est éminemment instable, et c'est là un de ses caractères principaux. La durée du blocage ou de la période de blocage est, au surplus, relativement brève ; dans certains cas le trouble est très fugace, ne s'observant que durant quelques jours.

Le plus souvent, les troubles de conductibilité s'atténuent et disparaissent avec la crise rhumatismale elle-même, sans qu'il y ait toutefois parallélisme évolutif rigoureux. Le blocage est suivi d'une période plus ou moins longue, durant laquelle s'observe encore l'élargissement, d'ailleurs régressif, de l'espace P.-R.

Le pronostic immédiat de la dissociation auriculo-ventriculaire rhumatismale est habituellement bénin. Il ne faut pas cependant méconnaître la possibilité, rare il est vrai, d'accidents syncopaux liés au blocage, surtout dans sa variété totale. En ce qui concerne le pronostic d'avenir, peut-être conviendrait-il de formuler quelques réserves sur l'éventualité de l'apparition ultérieure d'une dissociation permanente favorisée par dissociation transitoire antécédente, rhumatismale.

Dans la grande majorité des cas, en clinique, on risquera de méconnaître la dissociation rhumatismale si l'on n'a pas recours aux électrocardiogrammes, recueillis en série. On pourra éventuellement soupçonner l'existence d'un bloc partiel, par la constatation d'intermittences vraies, l'existence d'un bloc incomplet ou d'un bloc total, par la constatation d'un rythme nettement bradycardique, mais encore est-il, d'une part, qu'une bradycardie sinusale, relative ou absolue, est d'observation habituelle, sinon constante, au cours ou au décours d'une crise rhumatismale et, d'autre part, qu'il est des variétés rapides de dissociation.

Quant aux troubles fonctionnels : vertiges, tendances syncopales qui parfois sont la conséquence du blocage bradycardique, réalisant un syndrome d'Adams-Stokes, ils sont de constatation peu commune dans la dissociation rhumatismale et ne s'observent guère que dans certains cas de dissociation complète. (*Paris-Médical*, 1er mai 1937.)

Le traitement des hémorroïdes par injections sclérosantes

MM. P. HILLEMAND et R. GAUBE étudient successivement les indications, la technique, les résultats immédiats et tardifs du traitement sclérosant, les incidents auxquels il peut donner lieu. Ils affirment d'emblée que le traitement sclérosant ne s'adresse qu'aux hémorroïdes internes ; il est contre-indiqué de manière absolue de tenter de scléroser les hémorroïdes externes : celles-ci s'affaisseront le plus souvent après le traitement des hémorroïdes internes. Hémor-

ragies et prolapsus, telles sont les deux grandes indications du traitement sclérosant.

Grâce à une technique maintenant bien réglée, les incidents sont peu nombreux : injections trop superficielles et, par suite, douloureuses ; escarre. Jamais les auteurs n'ont observé d'accidents suppurés. Quant à l'embolie, elle peut d'autant moins s'observer que, dans la technique sus-hémorroïdaire, on ne touche pas la varice. Il nous reste à signaler, un accident, le seul qui puisse survenir, exceptionnel, mais dramatique : l'hémorragie secondaire, qui peut d'ailleurs s'observer après n'importe quelle intervention sur l'anus. C'est deux ou trois jours après l'injection qu'elle survient, subite et souvent abondante. Outre les traitements classiques : anthéma, chlorure de calcium, il ne faut pas hésiter à recourir d'emblée à une petite transfusion, qui la jugule immédiatement. Localement, le tamponnement à l'aide d'une mèche imbibée de sérum animal est utile, bien que douloureux. Dès le deuxième ou le troisième jour, toutes les craintes de reprise de l'hémorragie sont dissipées.

Les résultats immédiats sont en général rapides. Ils le sont particulièrement dans les formes hémorragiques : dès la première ou la deuxième injection, les malades cessent de saigner. Dans les formes avec prolapsus, les résultats sont un peu moins rapides : le bourrelet diminue et rentre progressivement. Il ne faut pourtant pas demander au traitement sclérosant plus qu'il ne peut donner, et des récidives peuvent se produire dans un certain nombre de cas ; mais alors, il suffit de quelques nouvelles injections faites à intervalles plus ou moins réguliers.

Ce traitement est pratiquement indolore, sans danger, n'immobilisant pas le malade ; il s'adresse aussi bien aux vieillards, aux débiles redoutant toute intervention, qu'au sujet actif désireux de ne pas interrompre ses occupations. (*Bull. gén. de thérapeutique*, n° 1, 1937).

Les troubles du métabolisme glucidique au cours de l'urémie

MM. A. Rubens-Duval et P. Barbier font une revue critique et synthétique, dont ils dégagent certaines conclusions intéressantes, que voici :

Les modifications du métabolisme glucidique sont constantes au cours de l'urémie. Conséquence indirecte de l'imperméabilité rénale, elles paraissent traduire les diverses phases de la réaction de l'organisme à l'égard de l'intoxication azotée. Le foie et ses réserves glycogéniques prennent une part fondamentale dans les modifications du métabolisme glucidique, qu'il est impossible d'interpréter sans tenir compte de l'étape hépatique ; aussi se demande-t-on si le sérum glucosé en injections intraveineuses, de grande valeur énergétique et immédiatement assimilable, n'agit pas électivement en renforçant les réserves glucidiques, qui sont nécessaires pour assurer la fonction antitoxique du foie. Dans le même but et dans celui de stimuler la fonction uréopoïétique du foie, on recommande également l'opothérapie hépatique. (*Bulletin Médical*, 1er mai 1937.)

Les troubles du fonctionnement du système neuro-végétatif chez les femmes présentant des vomissements graves de la gestation

MM. J. Voron et H. Pigeaud rappellent que dans l'immense majorité des cas, ces vomissements restent bénins et qu'un nouvel équilibre endocrinien se réalise ; l'état gravidique est constitué ; la gestante ne vomit plus. Dans quelques cas, le système neuro-végétatif répond d'une manière exagérée au déséquilibre endocrinien; les vomissements deviennent importants, se répètent, et si un traitement convenable dans un milieu approprié n'est pas aussitôt institué, des vomissements incoercibles se constituent. De même qu'en s'embarquant pour une traversée longue, certains individus vont présenter une naupathie grave, de même certaines femmes commençant une grossesse, vont présenter des vomissements incoercibles.

Lorsque ces vomissements sont devenus tels qu'une partie des réserves a disparu, la femme enceinte présente une inanition progressive avec acidose ; le syndrome des vomissements graves est constitué.

Les recherches faites par les auteurs montrent la réalité du déséquilibre neuro-végétatif, elles présentent aussi un intérêt thérapeutique de premier ordre.

Une action thérapeutique dirigée contre un dérèglement du système neuro-végétatif peut être capable d'agir sur le système endocrinien pour remettre à l'unisson une sécrétion hormonale déficiente ou exagérée, contribuant à hâter l'apparition de cet état gravidique, nouvel état physiologique qui doit mettre fin aux vomissements, à condition que cette intervention ait lieu en temps opportun.

Chez 18 malades, analysant la nature du déséquilibre neuro-végétatif, l'auteur a utilisé suivant les cas l'atropine, l'ésérine, l'adrénaline, le tartrate d'ergotamine ; les résultats obtenus ont été favorables. Il est bien entendu que ce traitement ne peut agir que si les vomisseuses sont amenées suffisamment à temps ; lorsque l'inanition est extrêmement marquée, lorsque des troubles profonds des différents métabolismes ont fait leur apparition, il est difficile d'espérer un succès en agissant sur le système nerveux sympathique. (*Lyon Médical*, 2 mai 1937.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Epreuve d'exploration fonctionnelle du pancréas à l'huile iodée

(M. F. TRÉMOLIÈRES ; 25-5-1937)

L'auteur, pour étudier la fonction externe du pancréas, a employé une technique nouvelle mise au point par M. Chéramy.

L'épreuve consiste à faire absorber au malade le matin, à jeun, cinq capsules d'huile iodée correspondant à un gramme d'iode. A la faveur de l'absorption digestive de l'huile iodée, démontrée par divers travaux, l'iode passe dans l'urine, et, comme il est très diffusible et ne s'accumule pas, il est légitime de penser que son élimination est proportionnelle à son absorption. Il suffit donc de recueillir les urines de vingt-quatre heures et d'y doser l'iode par la technique de M. Chéramy. Chez les sujets normaux, le pourcentage de l'iode éliminé par rapport à l'iode ingéré est voisin de 50 %.

Appliquée chez plus de deux cents malades, cette épreuve a donné les résultats suivants :

1° Lorsque, d'après l'analyse coprologique après repas d'épreuve, il semble n'exister qu'une insuffisance pancréatique pure, la proportion d'iode éliminé est, en général, de 20 à 30 %, toujours supérieure à 13 % et nettement inférieure à 50 %.

2° C'est dans le cas où les insuffisances pancréatique et biliaire sont associées qu'on trouve les pourcentages les plus bas, inférieurs à 25 %, et descendant même à 5 et 3 % dans les cancers de la tête du pancréas.

3° Quand l'analyse coprologique ne fournit aucun indice de l'altération des fonctions biliaire et pancréatique, l'assimilation digestive de l'huile iodée est voisine de 50 %.

Cette méthode qui ne nécessite aucune intervention directe sur le malade et ne comporte que des manipulations chimiques simples et d'appréciation facile, paraît mériter de prendre place parmi les procédés d'exploration fonctionnelle de la sécrétion externe du pancréas.

Une expertise de la démographie française

(M. Marcel MOINE ; 11-5-1937)

Comparativement à la période décennale 1800-1810, la mortalité actuelle en France a été réduite de près de 50 %. La limite de l'existence a été notablement retardée, depuis un siècle, en particulier pour les sujets jeunes, enfants et adolescents. Ce sont principalement les enfants de un à quatre ans qui ont été les grands bénéficiaires de la lutte menée victorieusement contre la mortalité précoce. A partir de quarante-cinq ans, les coefficients de mortalité n'ont rétrocédé que dans une proportion moindre, qui n'arrive qu'à être de 10 % après soixante-quinze ans. Malheureusement, on le sait, cette réduction de la mortalité a été largement contre-balancée par la diminution de la natalité.

M. Moine s'est posé deux questions : 1° quelle eût été notre population au recensement de 1931, si conjointement à la diminution de notre natalité, notre mortalité était restée stationnaire ; 2° quelle eût pu être notre population au recensement de 1931 dans le cas où parallèlement à la diminution de la mortalité, la natalité fut restée la même que vers 1810-1830, époque de son apogée ?

Dans le premier cas, nous aurions perdu 13 millions 1/2 de personnes, représentant la valeur de 35 départements. Dans le second cas, la population française aurait atteint le chiffre de 90 millions environ. La densité de la population eût été de 161 par kilomètre carré, chiffre inférieur encore à la densité actuelle en Belgique (271), en Allemagne (142), en Angleterre (268).

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Opération de Gœbell-Stœckel simplifiée pour incontinence

(M. V. RICHER, de Lyon. — Rapport de M. L. MICHON ; 10-3-1937)

Lorsque l'opération de réfection du col décrite par M. Marion (resserrement des tissus sous-uréthraux jusqu'au col), ne donne pas le résultat attendu, il paraît non douteux que l'opération de Gœbell est susceptible d'apporter le succès. D'ailleurs, si elle est peu employée en France, elle est assez répandue à l'étranger et, en particulier en Allemagne. Dans cette opération, on réalise l'encerclement et la suspension du col vésical par des lambeaux musculaires innervés.

M. Richer a eu recours à une technique de Gœbell simplifiée. Il en a obtenu un excellent résultat chez une femme de 28 ans ayant présenté une incontinence d'urine à la suite d'un accouchement avec application de forceps.

P. L.

Société médicale des hôpitaux de Paris

Valeur de la ponction de la moelle osseuse pour le diagnostic du kala-azar méditerranéen

(MM. Paul Giraud et Gaubert ; 5-3-1937)

La mise en évidence de parasites de morphologie indiscutable est la seule preuve de certitude en matière de diagnostic du kala-azar. L'hémoculture est rarement couronnée de succès. La ponction de la rate est de beaucoup la méthode la plus fidèle, mais elle expose au danger exceptionnel, mais redoutable, de l'hémorragie péritonéale. C'est à elle que les auteurs ont eu recours d'emblée chez l'adulte ; mais, chez l'enfant, ils utilisent d'abord de préférence la ponction des ganglions et de la moelle osseuse. La ponction des ganglions est inoffensive et facile, mais un peu inconstante dans ses résultats. La ponction de la moelle osseuse est à la fois un procédé d'une assez grande fidélité, d'une innocuité absolue, d'une technique relativement facile.

Les auteurs rapportent ici le résultat de vingt-deux ponctions de la moelle osseuse effectuées chez des sujets atteints de kala-azar vérifié parasitologiquement. La technique utilisée est la suivante : l'os choisi a toujours été le tibia. Dans tous les cas, il s'agissait de jeunes enfants. Or, ceux-ci redoutent la ponction du sternum et leur agitation rend cette petite manœuvre plus délicate à cet âge. Par contre, la ponction du tibia n'est pas impressionnante pour eux et représente à l'avance une piqûre banale du membre inférieur à laquelle ils se prêtent assez bien. Elle n'est pas très douloureuse. Pas d'anesthésie locale. On se sert d'un petit trocart stérilisé à sec (précaution indispensable pour ne pas diluer la moelle osseuse avec un peu d'eau résiduelle difficile à chasser). Le point de ponction est la face externe de l'épiphyse tibiale à un centimètre au-dessous de l'articulation du genou. Après stérilisation soigneuse de la peau, on enfonce le trocart jusqu'à ce qu'une sensation de résistance vaincue indique que l'on a pénétré dans le tissu spongieux. On retire alors le mandrin et l'on enfonce un peu plus la canule seule pour recueillir un peu de moelle osseuse. On obture ensuite l'orifice externe de la canule avec le doigt et l'on retire d'un coup sec l'instrument. Il ne reste plus qu'à refouler le produit de ponction sur les lames, soit avec le mandrin, soit à l'aide d'une grosse seringue bien sèche.

Les frottis les moins abondants en apparence sont quelquefois les meilleurs, car il s'agit de moelle osseuse non diluée. Par contre, s'il vient du sang en plus ou moins grande abondance, on peut aussi avoir des frottis assez riches en parasites, mais il arrive que la dilution soit telle que la recherche des leishmanies devienne difficile ou impossible. Il ne faut donc jamais aspirer ni attendre qu'il vienne du sang par la canule pour retirer celle-ci.

La fidélité de ce procédé est moindre que celle de la ponction de la rate ; elle est cependant très grande : quinze cas positifs et cinq douteux sur vingt-deux. Aussi doit-on le mettre en œuvre au même titre que la ponction ganglionnaire et concurremment avec elle, si possible, toutes les fois que l'on pense à la leishmaniose chez l'enfant. En cas d'échec, ou de résultats douteux, on passera à la ponction splénique, malgré le risque certain, mais exceptionnel qu'elle fait courir au malade..

L'évolution de l'ascorbicurie dans le traitement du scorbut de l'adulte

(MM. Noël Fiessinger, R. Dupuy et M. Aussanaire ; 5-3-1937)

Le scorbut de l'adulte tire autant sa caractéristique de ses symptômes que de sa rapide et facile guérison par l'administration de vitamine C sous quelque forme que ce soit. Pendant la guerre, les auteurs ont toujours vu guérir facilement par l'administration d'un quart de citron par jour, de nombreux cas de scorbut dans un camp de prisonniers. Chez un malade, ils ont pu observer, à l'aide du dispositif de A. Jetzler, et W. Niederberger, par titration au dichlorophénolindophénol, la méthode d'élimination urinaire de l'acide ascorbique administré comme traitement. A ce sujet, ils font remarquer combien une technique de dosage de l'acide ascorbique dans les urines, quelle qu'elle soit, doit toujours être acceptée avec prudence pour ce qui est des évaluations pondérales. Il faut des dosages répétés et contrôlés et ne prennent alors de valeur que les différences importantes. Dans un cas de scorbut typique avec ses ecchymoses diffuses et profondes, qui donnent naissance à « la jambe de bois », avec son purpura et sa gingivite bourgeonnante, une guérison rapide fut obtenue par l'administration musculaire au début de 0 gr. 10 d'acide ascorbique gauche synthétique par jour, puis d'un demi-citron par jour. Ce malade, du 6 juillet au 10 juillet, reçut par jour 0 gr. 10 d'acide ascorbique, donc 2.000 U. I. chaque fois sans éliminer la moindre trace d'acide ascorbique. Pendant ce temps de mise en charge, le scorbut guérit presque entièrement. L'acide ascorbique n'apparut dans les urines que le 19 juillet : à cette époque, pour une diurèse de 4 lit. 400, on décela 15 milligrammes par litre, ce qui fait 67 milligrammes 5 par vingt-quatre heures ; il a reçu 0,40 d'acide ascorbique et quatre citrons et demi. Guéri complètement, ce malade continue à éliminer son acide ascorbique sans aucune irrégularité, sauf une baisse le 30, en raison de la cessation du traitement le 22.

On doit donc de ces constatations admettre que pour entraîner un scorbut, du moins chez l'adulte, il faut une carence massive et que le besoin en vitamine C qu'il faut corriger pour enrayer la marche du scorbut est minime, comparé à la dose massive nécessaire pour saturer l'organisme.

G. F.

Les Livres

AUX EDITIONS DOIN et Cie,
8, Place de l'Odéon

Dr Gaston DANIEL et Albert DANIEL, hygiéniste. — **Arts et Techniques de la Santé**. Préfaces de Foveau de Courmelles, de Jacques Gréber et d'Auguste Lumière. Deux forts volumes in quarto de 1.540 pages, 38 figures et 47 planches hors texte. Prix : 300 francs.

Les auteurs, dans un travail considérable et admirablement documenté, exposent leur conception de la médecine et de l'hygiène. Il ne s'agit pas d'opposer l'hygiène classique au naturisme, la première ayant surtout en vue la préservation de l'agent infectieux, le second s'intéressant surtout aux milieux, milieu interne de l'individu et milieu externe, où il vit. Ces deux préoccupations doivent accaparer l'action de l'hygiéniste et leur examen détaillé fait l'objet d'un premier volume et permet de très intéressantes études sur la statistique, la tuberculose, le cancer, sur le naturisme bien compris, les éléments naturels (radiations, aliments naturels : air, eau, etc.).

Le second volume traite des conditions antinaturelles de la vie moderne et expose dans un chapitre d'urbanisme comment on pourra, et on peut dans une certaine mesure, remédier à tous les défauts et aux dangers des villes modernes par l'organisation rationnelle de cités futures et la multiplication et le développement des institutions de vie au grand air : cités-jardins, jardins ouvriers, cités de retraite, cités naturistes, auberges de jeunesse, écoles de plein air, scoutisme.

L'ouvrage de MM. Daniel vient en quelque sorte compléter l'Exposition internationale des Arts et Techniques dans la vie moderne de 1937. Tous les chapitres très documentés avec de nombreux graphiques sont d'un puissant intérêt pour le médecin praticien quelque soit le lieu où il exerce. Nous nous proposons du reste de tirer de ces deux volumes des articles originaux qui en feront ressortir toute l'importance à nos lecteurs. J. NOIR.

Editions DELMAS, Bordeaux, 1937

Dr Etienne GINESTOUS. — **Les aveugles en Gironde**. Préface de M. A. Bouffard, préfet de la Gironde. (46 pages, 27 illustrations dans le texte).

Nulle compétence ne pouvait égaler celle du Docteur E. Ginestous pour traiter ce sujet, car il est à la fois un ophtalmologiste distingué, et le véritable organisateur de l'Œuvre des Aveugles en Gironde.

Son ouvrage a pour but d'élever moralement et socialement l'aveugle, en protestant contre le préjugé d'après lequel une personne atteinte de cécité ne peut vivre de son propre travail.

Longtemps, en effet, on a considéré que l'aveugle sans fortune était dans l'incapacité de subvenir à ses besoins, autrement que par la charité publique. A la fin du XVIIIe siècle seulement, on songea à donner aux aveugles quelque instruction et à comprendre que les aider ainsi à travailler honorablement était un devoir social. Depuis l'année 1784, où Valentin Haüy fondait à Paris, la première école spéciale d'aveugles, nombreux sont ceux qui ont compris le devoir de la Société vis-à-vis des personnes privées de la vue.

L'auteur décrit les différentes écoles d'aveugles; s'appesantit notamment sur l'institution des jeunes filles aveugles, fondée à Talence en avril 1900, sur certaines œuvres comme « les aveugles travailleurs du sud-ouest », « l'Ecole des mutilés » et tant d'autres. Le Docteur Ginestous a joué un rôle important pour la création et le fonctionnement de la Commission départementale d'assistance aux aveugles, laquelle, grâce à son heureuse initiative, a été réorganisée en 1931. Ainsi que le dit M. A. Bouffard, il a contribué de la manière la plus efficace à l'organisation de Comités, de patronages locaux, destinés à permettre aux aveugles de gagner leur vie par leurs propres moyens ; lui-même est intervenu auprès des commerçants et industriels pour procurer du travail à ceux qui sont privés de la vue. A l'heure actuelle, il est permis d'affirmer qu'en Gironde l'aveugle est assuré de recevoir l'aide à laquelle lui donne droit la solidarité sociale. G. F.

MALOINE et Cie, éditeurs
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (VIe)

P. NOBÉCOURT, professeur à la Faculté de médecine de Paris et Marcel MAILLET, ancien chef de clinique.—**La thérapeutique du nourrisson en clientèle.** Collection. Comment guérir ? Troisième édition complètement refondue et mise à jour. Un vol. 1.020 pages. Prix : 110 francs.

Tous les médecins ont à soigner des nourrissons et la médecine des nourrissons est très particulière.

Cette nouvelle édition de l'excellent livre du Professeur Nobécourt et du Docteur Marcel Maillet n'est pas une simple réimpression de la précédente. Des médications et des méthodes thérapeutiques ont été mises au point ; de nouvelles sont entrées dans la pratique. Divers chapitres ont été remaniés. De nouveaux ont été rédigés.

Ces transformations rapides entraînent une certaine confusion dans l'esprit des médecins, non seulement de ceux qui exercent la médecine générale, mais aussi de ceux qui s'occupent plus spécialement de pédiatrie. Souvent leur embarras est grand pour faire un choix parmi les méthodes thérapeutiques et les médications trop nombreuses qu'ils ont à leur disposition.

Les auteurs se sont toujours efforcés à simplifier

le plus possible ; en réalité le traitement de la plupart des maladies des nourrissons est simple, si on s'attache, avant de l'entreprendre, à bien en préciser les conditions principales par un examen clinique attentif et une analyse minutieuse des processus morbides.

Un index alphabétique comprenant 2.350 mots permet au lecteur de trouver facilement le sujet qui l'intéressera.

J.-B. BAILLIÈRE et Fils, éditeurs,
19, rue Hautefeuille, Paris (VIe)

Dr André LEMAIRE, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris. — **Le traitement des manifestations cardiaques dans la maladie de Basedow.** 1937. Un vol. , 44 pages. (Collection : Les Thérapeutiques nouvelles). Prix : 14 francs.

Il y a peu de temps encore, l'examen du cœur d'un goitreux exophtalme ne laissait percevoir qu'une tachycardie banale, quelques extrasystoles, des palpitations ; ces signes ne demandaient d'autre traitement que celui du goitre exophtalmique lui-même. En moins d'un an, un brusque changement d'opinion s'est opéré, ce qui permet d'affirmer qu'on assiste actuellement à une révision des notions qui semblaient parfaitement assises.

C'est avec cet esprit nouvau que l'auteur a développé dans ce livre les différents modes de traitement des manifestations cardiaques dans la maladie de Basedow.

MALOINE et Cie, éditeurs,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (VIe)

Dr P. BARBELLION. — **La blennorragie chez l'homme et chez la femme. Méthodes actuelles de diagnostic et de traitement.** Préface de M. le Professeur LEGUEU. Ouvrage couronné par l'Académie de médecine. Deuxième édition 1937, refondue et mise à jour. Un vol. 380 pages, 3 pl. en couleurs, 73 fig. Prix : 60 francs.

Collaborateur de Janet, attaché à la Clinique du Professeur Legueu à Necker pour diriger le service de la gonococcie, le Docteur Berbellion est pourvu sur ces matières d'une expérience puisée aux meilleures sources de la clinique et de l'observation.

Ce livre rendra de réels services aux praticiens. Ils y trouveront un guide précieux dans le dédale compliqué des thérapeutiques proposées contre les blennorragies.

Divisions de l'ouvrage :

I. Etude pratique des méthodes actuelles de diagnostic et de traitement de la blennorragie : Diagnostic clinique ; Diagnostic bactériologique ; Spermoculture ; Pseudo-gonocoques ; Gonoréaction ; Urétrites non gonococciques ; Vaccinothérapie ; Chimiothérapie ; Grands lavages ; Urétroscopie ; Diathermie ; Chaleur ; Ondes courtes. — II. Description de ce que l'auteur pense être le meilleur traitement actuel pour chaque cas de blennorragie masculine et de blennorragie féminine. — III. Diagnostic de guérison de la blennorragie chez l'homme et chez la femme.

MASSON et Cie, éditeurs,
120, boulevard Saint-Germain, Paris

Prof. Pierre MAURIAC, doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux. — **La pathogénie des œdèmes.** CONFRONTATION DES THÉORIES A LA CLINIQUE. Un vol. de 88 pages, (Collection Médecine et Chirurgie : Recherches et applications, n° 5). Prix : 16 francs.

Pour que les œdèmes se produisent, il faut que soient réalisées dans les tissus et les humeurs, certaines conditions physico-chimiques (troubles de l'équilibre minéral, troubles du métabolisme des protéines et des lipides, modifications des parois capillaires, variations du pH, etc.).

Ces conditions n'existent qu'à l'état morbide. Elles sont la conséquence de : maladies cardio-vasculaires, rénales, nerveuses, déséquilibre endocrinien, insuffisance alimentaire.

Les mêmes conditions physico-chimiques peuvent être réalisées par un trouble fonctionnel rénal et par une insuffisance cardiaque. La même explication peut convenir à des types d'œdèmes cliniquement bien différents, et dans un même type clinique on peut trouver des facteurs pathogéniques très divers.

L'EXPANSION SCIENTIFIQUE FRANÇAISE,
25, rue du Cherche-Midi, Paris (VIe)

Dr RONOT, médecin-consultant à Bourbonne-les-Bains.— **Bourbonne-les-Bains.** Préface du Professeur DESGREZ. Introduction de M. Constantin-Weyer. Un vol. 160 pages avec 18 fig. et 11 cartes. Prix : 10 francs.

Le Docteur Ronot publie une monographie documentée sur Bourbonne-les-Bains, dont « les eaux ont un étonnant pouvoir de récalcification » (Leriche).

L'ouvrage se compose de deux parties : l'une thermale et l'autre touristique.

Après avoir retracé l'histoire de Bourbonne, l'auteur consacre la première partie aux sources à l'Etablissement thermal et à l'Hôpital militaire.

Dans ces chapitres d'hydrologie, l'auteur étudie les caractères physiques et chimiques de l'eau et des gaz thermaux, énumère les différentes pratiques thermales, résume les effets physiologiques observés pendant et après la cure, montre comment l'action de l'eau de Bourbonne sur le métabolisme du calcium est à l'origine de la spécialisation de plus en plus poussée de la station dans le traitement des affections osseuses et articulaires, dresse enfin la liste des indications thérapeutiques, en tête desquelles se placent les séquelles de fracture et les rhumatismes chroniques.

Quant à la seconde partie, c'est le dénombrement des sites et des monuments que renferment les confins de Champagne, de Lorraine, de Bourgogne et de Franche-Comté.

Les Thèses

P. — Dr L.-P. DAVID. — **Etude critique des résultats éloignés dans les cholécystectomies.** (Thèse 1937).

En étudiant les échecs ou les résultats éloignés non parfaitement satisfaisants des cholécystectomies, on constate :

a) que le rôle des adhérences dans les phénomènes douloureux post-opératoires ne doit pas être considéré comme très important ;

b) que beaucoup de séquelles humorales sont liées à la participation du parenchyme hépatique et pancréatique dans le syndrome pré-opératoire ;

c) que les séquelles douloureuses, en dehors des cas rares où elles sont dues aux adhérences, doivent être attribuées aux répercussions de la cholécystectomie lorsque celle-ci porte sur une vésicule encore valable physiologiquement, et au terrain.

P. — Dr D. MATRUCHOT. — **Contribution à l'étude toxicologique expérimentale des solvants volatils et, en particulier, du rôle des impuretés du trichloréthylène.** (Thèse 1937).

Le trichloréthylène est une substance assez largement utilisée industriellement pour le dégraissage, le nettoyage à sec, etc...

Dans un article du *Journal of American Medical Association*, Eichert insiste sur la disproportion du nombre et de l'intensité des accidents déterminés par le trichloréthylène suivant qu'il s'agit du produit d'utilisation industrielle ou du produit à usage thérapeutique.

Il fait intervenir la statistique de Stricker pour le tri thérapeutique et celle d'Alice Hamilton pour le tri industriel.

Le Docteur Matruchot a recherché quelles pouvaient être les causes de cette moindre toxicité. Un examen plus approfondi de la question lui a démontré qu'elle n'était très probablement qu'apparente.

Ses recherches se sont ainsi orientées vers le problème du rôle des impuretés dans la toxicité du trichloréthylène et il les a poursuivies dans ce sens.

P. — Dr J. ARCHAIMBAULT. — **Essai clinique sur les rapports de la tuberculose et des maladies mentales.** (Thèse 1937).

L'auteur pense que, dans de rares cas, la tuberculose est seule responsable d'un syndrome mental bien caractérisé ; que, dans la plupart des cas, il s'agit d'inter-réactions entre des infections de nature différente :

Les indications thérapeutiques sont ici plus limitées :

La fragilité organique de ces malades empêche souvent de les faire bénéficier des traitements de shock dont on connaît l'heureuse, bien qu'inconstante, influence sur les troubles mentaux.

Leur fragilité mentale impose une prudence extrême, une surveillance attentive dans l'instauration et dans la conduite des traitements spécifiques de la tuberculose (réserve faite de la chrysothérapie dans la démence précoce).

La gravité des accidents dus à certaines interventions thérapeutiques, chez des prédisposés aux troubles mentaux, et la difficulté de pratiquer ces interventions dans des conditions favorables, forcent souvent à renoncer à leur secours.

P. — Dr E. CLÉNET. — **Contribution à l'étude de la rœntgenthérapie des adénoïdites.** (Thèse 1937.)

Le tissu adénoïdien, tissu malade, de vitalité diminuée, est particulièrement sensible aux radiations de très courte longueur d'onde.

La rœntgenthérapie agit d'une part sur l'infection, d'autre part, sur l'hyperplasie, arrêtant la première, réduisant la seconde par la destruction d'un certain nombre de cellules.

L'expérience clinique montre que la radiothérapie de l'adénoïdite, aux doses faibles, n'offre aucun danger. Les doses varient avec l'âge, le degré de l'infection et le volume de l'hypertrophie.

La rœntgenthérapie des végétations adénoïdes hypertrophiées et infectées, ne s'oppose pas à l'ablation chirurgicale ; elle a ses *indications propres.*

Elle est le traitement de choix : dans toutes les *contre-indications à l'intervention chirurgicale* (maladies du sang hémorragipares, adénoïdites tuberculeuses ou chez des tuberculeux) ; *chez le nourrisson*, car l'acte chirurgical y est grave, les végétations toujours infectées. De nombreux spécialistes incitent à la prudence et à la patience avant deux ans.

P. — Dr B. CORCUFF. — **Contribution à l'étude des septicémies à staphylocoques.** FORMES A ÉVOLUTION PROLONGÉE. (Thèse 1937.)

Parmi toutes les formes cliniques réalisées par les septicémies à staphylocoques, il en est une qui semble bien spéciale à ce germe pathogène, c'est la forme prolongée ou forme chronique.

La forme prolongée de la septicémie staphylococcique se traduit par des signes infectieux le plus souvent atténués et par une série de localisations infectieuses se succédant à intervalles plus ou moins espacées. Les localisations périphériques sont plus fréquentes que les localisations viscérales. Le nombre, la date d'apparition, le siège de ces métastases infectieuses sont absolument imprévisibles.

Le pronostic de ces formes prolongées est des plus sévères. Il est bien difficile d'affirmer avec certitude la guérison ; après des semaines, des mois d'une lon-

gue rémission peut apparaître un nouveau foyer infectieux qui, celui-ci, sera rapidement mortel.

Le diagnostic à la période évolutive est généralement aisé, du fait de la notion d'une porte d'entrée, du fait de l'allure évolutive et par la mise en évidence du staphylocoque dans le sang et dans le pus des foyers infectieux métastatiques.

Cependant, la constatation d'une porte d'entrée n'est pas toujours décelable. L'hémoculture n'est pas toujours positive. Il faut savoir d'ailleurs la répéter. Parfois, la notion de staphylococcémie ne peut être affirmée que par la mise en évidence du staphyphylocoque dans les différentes localisations infectieuses secondaires.

P. — Dr H. Batier. — **Bactériologie dans le traitement des coli-bacilloses.** (Thèse 1937.)

Le bactériophage dans les coli-bacilloses a toujours apporté, sinon la guérison, tout au moins une amélioration. Mais sa valeur thérapeutique ne s'affirme que s'il n'y a aucun obstacle à la miction ou à l'excrétion des urines. Il y a récidive, si on ne lève pas cet obstacle. Dans les cas de pyélonéphrite, le bactériophage doit être appliqué *loco dolenti* par cathétérisme urétéral.

L'auteur pense que l'auto-bactériophage présente des avantages sur l'usage des stock-bactériophages.

Le traitement au bactériophage semble supérieur à la chimiothérapie.

P.— Dr M. Jaupitre.— **Abcès sous-uréthraux chez la femme.** (Thèse 1937.)

Cette affection résulte essentiellement de l'infection des glandes sous-urétrales ; plus rarement de l'inflammation et de l'ouverture dans l'urètre d'un hématome de la région ou d'un kyste de la paroi antérieure du vagin.

S'accompagnant de symptômes peu prononcés (douleurs urétro-vaginales et signes de cystite), l'abcès sous-urétral présente une évolution presque fatalement entrecoupée de poussées inflammatoires.

Le traitement médical ne peut guère être que palliatif. Le traitement endoscopique par électro-coagulation tend à incorporer à l'urètre la poche de l'abcès en élargissant l'orifice de communication. Il est délicat et ne pourrait être indiqué que dans des cas de petites dimensions. Le traitement idéal reste le traitement chirurgical.

P. — Dr R. Allaud. — **L'angine à microbes anaérobies.** (Thèse 1937.)

L'auteur s'est efforcé de dégager du groupe imparfaitement défini des angines banales, des angines dues à la flore anaérobie de la cavité oro-pharyngée.

Parmi les nombreuses espèces microbiennes qui vivent en saprophytes dans la cavité oro-pharyngée, un certain nombre s'y trouvent en tous temps, en plus ou moins grande abondance. Cette flore, normalement bien tolérée, peut dans des conditions relevant de causes locales ou générales donner lieu à diverses manifestations morbides et spécialement à des angines.

Les causes locales particulières en question relèvent de deux facteurs principaux : l'état dentaire et l'état amygdalien.

L'angine à microbes anaérobies se présente sous les divers aspects des angines (angine érythémato-pultacée principalement). Son diagnostic est difficile. L'examen bactériologique montre l'abondance des bactéries et la rareté des cultures sur milieux aérobies.

La vaccinothérapie par vaccins-polyvalents a donné des résultats assez probants.

B. — Dr A. Berjonneau. — **La cure hydrominérale de l'arthritisme précipitant à La Roche-Posay.** (Thèse 1936.)

Depuis ses origines, La Roche-Posay a eu une part active dans le traitement de l' « arthritisme précipitant ». Les malades peuvent y suivre une cure mixte de diurèse, de désintoxication et de sédation générale.

Grâce à leur composition, les eaux, bicarbonatées calciques faibles, silicatées et séléniées, agissent par dissolution suivie d'élimination des « concreta », substrats des lithiases hépato-biliaires, rénales et de la goutte. Ainsi se trouve favorisée la disparition des troubles que ces éléments déterminent dans l'organisme.

Dans les manifestations externes de l' « arthritisme précipitant », eczéma et prurits, les résultats obtenus à La Roche-Posay sont depuis longtemps reconnus pour leur constance et leur durée.

P. — Dr L.-M. Bernard. — **Ruptures et désinsertions de la longue portion du biceps brachial et de son tendon.** (Thèse 1937.)

Les ruptures et désinsertions du tendon de la longue portion du biceps brachial ainsi que les déchirures musculaires de cette longue portion, sont moins rares qu'on ne l'a cru longtemps.

Elles résultent de deux causes : *a*) d'altération pathologique du muscle, du tendon ou de l'articulation ; *b*) de traumatisme direct ou indirect sur un tendon sain.

L'aspect clinique est conditionné par la pathogénie. L'auteur propose de classer ces ruptures en :

Ruptures médicales, d'origine pathologique. Les symptômes en sont insidieux. Elles seront traitées par la contention, l'immobilisation et les moyens physiques.

Ruptures chirurgicales, d'origine traumatique. Les symptômes sont nets et bruyants. Elles seront toujours traitées chirurgicalement, la technique opératoire variant selon le type anatomo-pathologique de la rupture. Le résultat après intervention est toujours bon.

Ruptures spontanées traumatiques qui sont le fait de biceps malades qu'une cause extérieure finit de rompre.

P. L.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

TRAVAUX ORIGINAUX

Bulletin de l'Actualité

LES MUTILATIONS RITUELLES FIXATRICES DES CARACTÈRES DE RACE ?

Le Docteur Allaix (1) conte que, mobilisé à Tlemcen pendant la guerre, il eut l'occasion d'aborder ce sujet avec deux rabbins de Tlemcen qui se trouvaient être sous ses ordres comme infirmiers. Et que, de ces conversations, il dégagea cette proposition sur laquelle tombèrent d'accord lesdits rabbins : la circoncision est, du point de vue judaïque, chose essentielle parce que ceux qui la négligent sont perdus pour leur groupement : ils perdent, en abandonnant cette pratique, les caractères psychiques spécifiquement juifs.

Cette idée surprenante a engagé l'auteur dans des réflexions et des recherches qui l'ont amené à considérer les diverses mutilations sexuelles comme des pratiques singulièrement significatives et qui jouent un rôle primordial dans l'évolution de l'humanité.

Si elles n'ont pas davantage requis l'attention des Occidentaux c'est que ceux-ci sont d'une race et vivent sous des c imats pour esquels ces pratiques ne sont nullement nécessaires. Pour la plupart d'entre nous ce ne sont là que coutumes barbares ou, tout au moins, survivances de superstitions primitives. Or il faut se souvenir que deux groupes ethniques qui ont exercé une influence considérable sur l'évolution humaine, les Juifs et les Arabes, se sont faits les propagateurs de l'une de ces mutilations : la circoncision. Ils la pratiquent encore à l'heure actuelle, fût-ce dans les centres les plus civilisés. Sans doute y a-t-il là autre chose que la soumission passive à un commandement religieux. Et, comme l'ont soutenu les rabbins de Tlemcen, ont-ils plus ou moins consciemment perçu le caractère essentiel et l'importance biotypologique du traumatisme qui leur est imposé.

***

Si l'on étudie la répartition de telles coutumes dans les diverses parties du globe, il est à remarquer qu'elles se rencontrent surtout dans les régions équatoriales, tropicales, subtropicales et tempérées chaudes : Afrique noire, qui est probablement l'initiatrice, ancienne Egypte et Egypte moderne, Syrie, Phénicie, Palestine, Arabie et Afrique du Nord, chétiens d'Abyssinie, Madagascar, certains Indiens d'Amérique, anciens Astèques, Mélanésie, Australie, Tahiti. Plus ou moins modifiés les mêmes rites se retrouvent donc à travers Océans et continents. Cette dispersion même n'est pas sans leur conférer une autorité de fait qu'il serait puéril de nier.

Il s'agit, chez les mâles, de la circoncision ou de la subincision ; chez les filles de l'hyménotomie ou de la clitoridectonie. Ces mutilations ne se pratiquent pas à une époque quelconque de la vie mais bien à certains âges caractérisés par des manifestations endocriniennes sexuelles.

Chez les Juifs, on le sait la circoncision a lieu au huitième jour ; c'est, d'après l'auteur, l'âge de la première puberté, manifestée par un volume des testicules qu'ils n'auront plus dans les mois suivants, par des traits plus accentués que dans la suite, par la présence de règles, une fois sur quatre chez les filles, de lait dans les seins (même chez les garçons), par des modifications de la peau et la pousse de poils qui disparaîtront ultérieurement.

Les Musulmans pratiquent leur ciconcision aux environs de la septième année. C'est l'âge où le célèbre endocrinologiste italien Pende situe sa « petite puberté ». Elle se manifeste surtou par une certaine attirance sexuelle, des expériences sexuelles larvaires, chants, rire, danse, fabulation, intelligence plus éveillée, toutes manifestations qui disparaîtront dans les années suivantes, qualifiées d' « âge ingrat ».

En Afrique équatoriale la circoncision consacre la puberté de 12 à 14 ans, celle dont les caractères sont connus de tous.

C'est sensiblement aux mêmes âges que se pratiquent les mutilations féminines.

(1) Réunions médico-chirurgicales de morphologie décembre 1936.

Le fait de choisir, par un consentement unanime, les mêmes périodes si particulières du point de vue endocrinologique donne encore à penser qu'il ne s'agit ni d'une mesure d'hygiène, ni d'une pratique de caste, ni simplement d'une initiation plus ou moins magique, mais plutôt d'une mesure rendue nécessaire par le climat et utile à la conservation des caractères de race. De fait, les groupements qui ne pratiquent pas les rites en question voient leur race s'amenuiser ; déjà au dix-huitième siècle Buffon remarquait que les Noirs mutilés présentaient, en Afrique, une supériorité manifeste sur les autres.

Ayant exposé de cette façon les données du problème le Docteur Allaix hasarde son hypothèse :

Les mutilations masculines renforcent les caractères masculins de la race, et les mutilations féminines les caractères féminins.

***

Il rappelle une notion que les endocrinologistes modernes, et Maranon en particulier, ont solidement établie, à savoir que dans tout être coexistent des possibilités bisexuelles, et que la différenciation sexuelle n'est qu'une question de plus ou de moins. Toutes les monstruosités sexuelles militent en faveur de cette notion ; et l'on sait en outre que l'on trouve de l'hormone masculine dans l'urine de la femme et de la folliculine dans l'urine de l'homme. De plus en plus enfin la thérapeutique utilise des hormones croisées dans certains troubles et cela pour les deux sexes.

Or certains caractères sexuels peuvent s'atténuer du fait de l'épuisement causé par un érotisme de jeu, érotisme possible dans l'espèce humaine (Boire sans soif, disait Beaumarchais, et faire l'amour en toute saison, voilà ce qui différencie l'homme de la bête).

Les mutilations ont pour effet de limiter cet érotisme, favorisé par le climat, en « modérant les processus de détumescence » ; c'est ainsi qu'elles préserveraient les types sexuels normaux et empêcheraient l'apparition des types atténués ou intermédiaires.

Quels sont ces types normaux !

Chez l'homme : stature plus élevée, épaules plus larges, bassin plus étroit et plus haut, tête plus grosse et plus ronde, voix plus grave, convexité de l'axe facial, métabolisme catabolique sans tendance aux réserves, combativité agressive, instinct aventureux, tendance au nomadisme, intelligence analytique.

Chez la femme : stature moins élevée, épaules plus étroites, bassin plus large, tête moins grosse, concavité de l'axe facial, métabolisme anabolique avec tendance aux réserves, combativité plus défensive qu'agressive, sédentarisme, intelligence intuitive.

Or, dit le Docteur Allaix, il y a des races masculines et des races féminines. Et il se trouve que parmi celles-là se rangent celles qui pratiquent la circonicsion seule, parmi celles-ci celles qui pratiquent les mutliations féminines seules.

De quelle façon agiraient ces mutilations ?

Non seulement en prévenant l'épuisement génital mais beaucoup plus précocement (et plus morphologiquement aussi) en déclenchant un réflexe métamérique cérébro-spinal qui agirait sur les glandes sexuelles ; ce qui expliquerait qu'elles paraissent agir comme si elles augmentaient les caractéristiques propres à chaque puberté :

a) en augmentant les caractères sexuels quand effectuées à la troisième puberté, celle qu'on peut qualifiée de sexuelle ;

b) en augmentant les caractères génitaux ou para-génitaux quand pratiquées à la deuxième puberté, ou puberté génitale ;

c) en augmentant les caractères para-sexuels (définis par les types masculins et féminins précédemment décrits) quand pratiquées peu de temps après la naissance.

***

La partie la plus curieuse de l'étude du Docteur Allaix est celle où il cherche à vérifier son hypothèse en analysant les caractéristiques de diverses collectivités chez qui, depuis des siècles, se pratiquent les mutilations. C'est une façon d'expliquer la biotypologie des races qui a au moins le mérite d'être originale. Qu'on en juge !

Les races pratiquant la circoncision sont nombreuses. Mais ne considérons que les plus proches de nous, et les mieux connues : Juifs et Arabes et, de façon plus générale, Mahométans.

Chez tous on retrouve la prédominance manifeste de ces facteurs que l'occultisme désigne sous le générique : principe masculin. En morphologie : le caractère convexité, convexité générale de l'axe facial, convexités partielles aussi liées à l'au¤mentation de volume du sinus et au développement des zones para-sexuelles : nez et lèvres. Le caractère : errance, nomadisme n'est pas moins apparent. Errances collectives, conquêtes et pulsions individuelles d'errance (le Juif errant). Quant au test psychique : l'attention analytique il se révèle dans la minutie de l'étude des textes et des commentaires rabbiniques, dans la casuistique pointi leuse, dans l'art musulman, juif, égyptien a donné aux motifs géométriq es, dans leur pauvreté créatrice due au fait que l'imagination se trouve inhibée par l'analyse.

Il est curieux de retrouver des caractères identiques chez les Mayas d'Amériques, circoncis au 28e jour. C'est au point que les premiers missionnaires Jésuites qui prospectèrent le Yucatan prirent les habitants po r des Juifs, tant ils

retrouvèrent chez ceux-ci la convexité faciale hébraïque. Comme les Juifs encore les Mayas eurent le goût de l'errance et par trois fois dans l'espace de quatre siècles ils changèrent de résidence, abandonnant leurs temples, leurs villes, leurs richesses pour s'établir à quelques centaines de kilomètres. C'est probablement de telles similitudes qui ont inspiré la thèse de l'écrivain anglais J. Fitzgerald Lee. Dans son livre : *La grande migration* il soutient que les Juifs sont originaires d'Amérique : le récit de l'exode d'Egypte en Palestine qui dura quarante ans (alors que le trajet peut se faire à pied en douze jours) serait le souvenir confus du grand voyage qui, en des temps reculés, amena le peuple Juif de l'Amérique centrale (dont le climat et les monuments antiques ressemblent du reste à ceux de l'Egypte) jusqu'en Chanaan. La fameuse traversée à pied sec de la Mer Rouge serait en réalité la traversée du détroit de Behring sur les glaces.

Hypothèse ingénieuse et hardie ! Mais il me semble que ce M. Fitzgerlad piétine outrageusement l'Histoire Sainte !

En opposition avec ces races hyper-masculines le Docteur Allaix cite les anciens Ioniens, les Brahmanes de l'Inde et les Chinois pratiquants des mutilations féminines.

Des anciens Ioniens ne subsistent que peu de documents et quelques statues mutilées. On sait qu'ils se fondirent, cinq siècles environ avant notre ère avec les Doriens du Nord, plus masculins et que de ce mélange naquit la Grande Grèce. L'Apollon Ionien du musée de Munich, la statue de Kouros du musée d'Athènes montrent des formes, des proportions, une statique féminines.

Chez les Brahmanes dravidiens du sud de l'Inde persiste la mutilation féminine sous une forme sacrificielle. Jeunes ils ont l'aspect de fillettes ; en prenant de l'âge ils deviennent adipeux et mafflus comme des matrones. Ils sont sédentaires au point d'avoir inscrit dans leur législation l'exclusion hors de leur caste contre ceux qui sortent de leur territoire. Leur art est efflorescent, anthropomorphique et zoomorphique ; ce ce n'est pas un art d'analyse.

Enfin les Chinois accusent un caractère de concavité plus accusé que les Mongols. Cette concavité ne se retrouve pas chez les Japonais dont la caste dominante, les Samouraï, est convexe. Sédentaire ce peuple s'entoure d'une muraille ; et c'est chez lui qu'on trouve le comble du sédentarisme puisque les Chinois, on le sait emportent en s'expatriant leur cercueil afin d'être ramenés et enterrés dans leur patrie.

Chez les Noirs de l'Afrique équatoriale, mutilés en principe à la troisième puberté et filles aussi bien que garçons, les caractères sexuels des deux sexes sont très accusés.

Les Yéménites, chez qui les deux sexes sont mutilés au huitième jour, malgré leur origine sémitique n'ont pas la convexité de leurs cousins arabes ou juifs ; des concavités partielles du visage donnent parfois une expression féminine aux hommes. Ce qui tendrait à prouve que la mutilation féminine déclenche des processus endocriniens dont la répercussion peut se faire sentir chez les descendants mâles.

Le Docteur Allaix fait enfin état d'autres constatations : l'apparition de ce caractères d'hypersexuation dans les collectivités après l'adoption des mutilations (Khazars convertis au judaïsme), Juifs noirs de l'Inde et d'Abyssinie, Iraniens, Persans, convertis à l'Islamisme). Et encore, comme contre-partie, la diminution ou la disparition de ces mêmes caractères dans les collectivités qui ont perdu l'usage des mutilations : marranes espagnols, village de Get en Savoie. Pour interpréter ces derniers faits il convient, certes, de ne pas perdre de vue la possibilité de l'introduction de sang étranger, concomitente au changement dans les coutumes. Une étude détaillée en serait à entreprendre pour décele les véritables causes de ce virement dans la morphologie des individus.

Si l'hypothèse de l'auteur répond à la réalité, on peut légitimement se demander comment des peuples primitifs ont pu avoir l'idée de telles pratiques.

Il se peut que ces peuples, ayant changé de climat, aient vu peu à peu s'atténuer les caractères sexuels indispensables au maintien de l'espèce et de la vie familiale. Et que, d'autre part, ils aient remarqué l'action, tant sexualisante que morphogénitisante, du premier contact sexuel chez la femme lorsqu'il est subi à la maturation pubertaire. L'idée d'un trauma provoqué, assez voisine du trauma physiologique leur serait ainsi venue, et du sexe féminin ils l'auraient ensuite étendu au sexe masculin, en prenant soin de pratiquer ce trauma à des époques de crises biologiques pendant lesquelles l'organisme est plus réceptif à une impulsion donnée.

Telle est l'hypothèse. Qu'elle doive surprendre et appeler la contradiction rien de plus certain ni de plus juste. Une vaste expérimentation pourrait seule décider de son sort. Mais précisément cette expérimentation n'est-elle pas en train de se faire, du moins chez les mâles ? L'opération du phimosis devient assez fréquente chez nous. Il paraît qu'en pays anglo-saxons la circoncision chirurgicale s'effectue assez arbitrairement et même en série dans certaines cliniques d'accouchement.

Restera donc à voir si les circoncis chrétiens virent au convexe et au nomadisme, si, par conséquent, les purs Aryens se font judéiformes.

Il faut convenir qu'il y aurait là un vrai tour de..., je veux dire un bien mauvais tour à jouer à Hitler. G. LAVALÉE.

DÉFENSE DU MÉDECIN ET SECRET PROFESSIONNEL

Un praticien a donné ses soins à une jeune femme, pour les suites d'un avortement. Il présente sa note d'honoraires. En réponse, il reçoit une lettre d'injures, le prévenant que s'il persiste dans sa réclamation d'honoraires, on l'accusera d'avoir provoqué lui-même cet avortement.

Soutenu par le Sou, le confrère assigne devant le Juge de paix, qui nomme un expert. Notre confrère peut-il, devant ce praticien, parler en toute liberté et décrire les phases du traitement qu'il a dû pratiquer, ou bien est-il lié par le secret professionnel ?

A n'en pas douter, nous sommes tenus au secret, même lorsqu'il s'agit de présenter notre défense. Les clients de mauvaise foi, ou les hommes d'affaires qui les conseillent, le savent bien.

Mais, si la malade ou sa famille parle d'avortement, de curage utérin, etc., le secret n'existe plus, puisque l'intéressée a elle-même levé le voile. Dès lors et dans les limites de la déclaration de la malade, le médecin traitant peut parler à son confrère.

Cela me rappelle une expertise, à laquelle j'assistais pour défendre un membre du Sou Médical. Assignée en paiement par un chirurgien, pour payer les honoraires d'une opération de bartholinite, une jeune fille avait prévenu son médecin que ce dernier ne pourrait rien dévoiler au médecin expert, lié qu'il était par le secret professionnel. Pour plus de précautions, ladite jeune personne se fit accompagner à l'expertise par son fiancé, lequel croyait en la candeur toute virginale de sa blonde amie.

Très maligne, celle-ci nous le fit comprendre dès le début, pour nous souligner, avec un triomphe non dissimulé, que liés par le secret professionnel, le médecin traitant et son défenseur ne pouvaient pas contredire la version de l'adversaire, surtout devant le fiancé.

Mais, nous demandâmes alors que le médecin expert puisse vérifier la petite cicatrice de l'opération, que la malade prétendait ne pas avoir subie : nous dîmes à l'expert : « si la peau est intacte à l'endroit où nous prétendons avoir fait une petite intervention, c'est que cette dernière n'aura pas été pratiquée ».

Nous nous retirâmes dans la salle d'examens, laissant le fiancé dans le salon, puisqu'il n' tait pas docteur en médecine.

Prise au piège, la malade avoua et promit de payer, à la condition que son fiancé puisse continuer à croire à l'intégrité virginale de cette candide enfant.

Voilà pourquoi le Sou médical tient à ce que j'assiste aux expertises, pour qu'il me soit possible de venir en aide à nos confrères en qualité de juriste médical.

Dr Paul BOUDIN.

TAXE MUNICIPALE SUR LES PLAQUES DE PORTES

Comme elle trouve que nous ne payons pas encore assez d'impôts, la municipalité d'une grande ville de province vient de frapper d'une taxe municipale annuelle toutes les plaques professionnelles extérieures, indiquant les professions, métiers, ou autres, apposées soit aux portes extérieures des immeubles, soit aux balcons, etc... Cette taxe est de dix francs.

Renseignements pris, c'est à la suite d'une délibération du Conseil municipal, que la décision a été votée. Elle a été approuvée par le Préfet.

Cette taxe est-elle légale ? Peut-elle être augmentée par la suite, si la municipalité, qui est socialiste, a encore besoin d'argent supplémentaire ?

Je ne puis que répondre, en donnant raison à la mairie, qui use des droits que lui confère la loi du 13 août 1926. Cette législation a réalisé une réforme fondamentale de certaines impositions, pour remédier à la détresse des finances locales.

Elle déclare que chaque commune peut établir, par délibération du Conseil municipal, toute une série de taxes, que l'article 1er de la loi énumère et qui sont au nombre de 23.

L'article 330 du Code des finances décide que le maximum ne peut pas dépasser pour chacune la somme de 30 francs.

Dans ces conditions, la ville de Marseille peut très bien frapper les plaques, comme elle frappe les balcons, les encorbellements, les bow-windows, etc... Elle ne doit pas simplement dépasser la somme de 30 francs.

Dr Paul BOUDIN.

L'ACTUALITÉ PROFESSIONNELLE

La Presse et les Sociétés

Les tendances et l'évolution de l'organisation hospitalière

C'est une constatation maintenant banale que de dire que les attributions actuelles des établissements publics hospitaliers dépassent et de beaucoup le rôle qui leur avait été primitivement assigné par la loi de 1851. Ce rôle se bornait à l'origine à recevoir les bénéficiaires des lois d'assistance ; il s'est étendu ensuite aux accidentés du travail, aux femmes en couches, et enfin aux assurés sociaux. Mais en dehors de cette extension légale, s'est produite une extension de fait, dont il importe de rechercher les causes, si l'on veut réformer utilement notre législation hospitalière.

C'est à cette recherche que s'est livré M. P. Garnal, membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique, (*Revue des Hôpitaux*, 30 avril 1937.)

L'extension de fait la plus importante, en dehors de l'hospitalisation des malades non indigents atteints de maladies contagieuses, que n'a pas prévue la loi de 1902 sur l'hygiène, mais que motive la protection de la santé publique, réside évidemment dans l'admission par les établissements publics de malades payants. Cette admission, remarquons-le dès l'abord, n'est pas un phénomène particulier à notre pays ; elle est générale, se pratique dans 17 pays d'Europe et est reconnue bien souvent de manière expresse par la législation.

Ses causes sont au fond d'ordre très général ; il s'agit de la manifestation dans une branche particulière de l'activité humaine, des grandes lois de concentration et de division du travail, dues au progrès des sciences et des techniques. Ces progrès ont amené en effet, une très grande diversité des spécialisations médico-chirurgicales, la nécessité d'une collaboration entre ces diverses spécialités et l'emploi de moyens d'investigation et d'une instrumentation technique dont ne peut disposer la médecine individuelle. La recherche d'une économie de frais, d'un meilleur rendement et d'une meilleure organisation a nécessité d'autre part le groupement, la concentration de ce personnel médical spécialisé et de cette instrumentation technique en établissements de soins, véritables centres de santé, et a commandé l'évolution de l'ancienne médecine individuelle vers un véritable associationisme, ou collectivisme professionnel.

D'autre part le développement dans les hôpitaux des sciences et techniques médicales a contraint de plus en plus les Commissions administratives à sélectionner de manière progressive mais rigoureuse leurs médecins et chirurgiens. Enfin cette concentration de la science dans les établissements publics hospitaliers, et l'obligation imposée aux étudiants de faire un stage d'un an en fin d'étude dans un hôpital départemental agréé contribuent à faire de ces établissements de véritables centres d'enseignements.

Tels sont, d'après M. Garnal, les divers faits et éléments dont il y a lieu de tenir compte pour instituer une législation hospitalière répondant aux besoins actuels et à la nouvelle politique sanitaire.

Mais ce tableau n'est pas complet, il faut y ajouter cette donnée fondamentale : l'existence du Corps médical libre avec lequel les hôpitaux publics ne doivent pas entrer en concurrence sous peine d'amener une dispersion des efforts préjudiciable à tous. A notre sens le problème crucial de l'organisation hospitalière moderne réside justement dans la question des rapports entre hôpitaux et corps médical. Sa solution doit être recherchée dans la collaboration, peut-être même dans l'intégration du Corps médical dans l'organisation hospitalière, selon une formule inspirée du fait niortais.

J. M.

Les rapports entre le Corps médical belge et les institutions mutualistes

Par arrêté royal du 27 janvier 1937, a été instituée auprès du ministère du Travail belge une Commission paritaire nationale médico-mutualiste.

Cette Commission est chargée de délibérer sur toutes les questions qui lui sont soumises par le ministre, et qui concernent : l'organisation et le fonctionnement des services de médecine générale et de spécialistes, l'organisation économique des prestations pharmaceutiques, l'établissement de barèmes fixant les honoraires normaux afférents aux prestations des praticiens de la médecine mutualiste et enfin la solution

par voie de conciliation ou d'arbitrage des différends qui pourraient surgir entre le Corps médical et les mutualités, et qui n'auraient pu être réglés par les Commissions paritaires régionales.

La Commission se compose de 18 membres, 9 membres représentant les Unions mutualistes nationales, et 9 médecins représentant les Fédérations nationales d'Unions professionnelles médicales reconnues (*Informations sociales*, 3 mai 1937.)

La dermatologie du travail à la lumière des directives du Bureau international du travail

Le Docteur Raoul Bernard (Bruxelles) vient de publier sur cette importante question une très longue et très intéressante étude. Il expose que, conformément aux directives du Bureau international du Travail (Genève 1935), la Belgique devra envisager dans le courant de cette année, la réparation,(l'indemnisation légale de certaines maladies de peau professionnelles, à savoir celles causées par le ciment, les huiles minérales, la térébenthine, les alcalis à action caustique ou irritante, les bois toxiques et, peut-être, les vernis et laques ; de même aussi, mais pour les ulcérations seulement, les lésions dues à l'arsenic et au chrome. Mais cela, sous les conditions suivantes, émanant d'une jurisprudence bien établie : il faudrait que l'incapacité de travail soit totale et d'au moins quinze jours, que les lésions soient pathognomoniques et dues à l'action nocive certaine des substances incriminées, et que la preuve juridique en soit faite par le demandeur. Enfin, il faudrait qu'elles surviennent dans une liste de professions à déterminer par la loi, et dans celles-là seulement.

Or, il ne faut pas perdre de vue que, suivant la définition de l'auteur, admise par le Bureau international du Travail, les dermatoses professionnelles sont constituées par l'ensemble des manifestations tégumentaires, survenues chez des individus exerçant un métier, et apparues à l'occasion de celui-ci, généralement sous l'influence de deux causes, l'une primordiale : le terrain humain, l'autre occasionnelle : l'exercice de la profession.

L'auteur a divisé la plupart de ces dermatoses en dermites, dermatoses eczématiformes et toxidermes, suivant des caractères cliniques et biologiques bien déterminés.

Mais il faut bien se pénétrer de cette idée que, dans environ 80 % des cas, on se trouvera devant des lésions eczématiformes banales, sans caractères pathognomoniques, et que ce sera seulement dans les 20 % restant qu'on pourra établir, d'une manière indiscutable, le caractère professionnel (donc indemnisable) de l'affection.

Prenons par exemple, le mazout-gazoïl : la plupart du temps on trouvera un eczéma banal comme celui qui pourrait apparaître, pour d'autres causes ou même spontanément : il ne suffit pas que celui-ci apparaisse chez un travailleur du mazout pour que la preuve soit faite, — et ce cas serait à rejeter ; cependant, à la condition qu'il s'accompagne d'hyperkeratose, de lésions caractéristiques des phanères, de verrucosités comme en donnent, quelquefois, la plupart des sous-produits du goudron, l'indemnisation pourrait être demandée, avec des chances d'aboutir, au titre « huiles minérales ». Il en serait de même des grosses bulles de l'eau de Javel (alcalis), des ulcérations du type « pigeonneau » chez les cimentiers, etc...

L'auteur étudie, pour terminer, les types rencontrés, pathognomoniques ou non, pour les produits proposés pour la législation prochaine ; et le praticien fera bien de les connaître, car, la plupart du temps, son certificat sera la pièce de départ de la procédure. (*Revue de Thérapeutique « Meurice » Bruxelles*, avril 1937.)

G. F.

La création de « Centres d'hygiène » au Japon

Poursuivant sa politique de protection et de défense de la santé publique le gouvernement japonais a déposé un projet de loi portant création de centres d'hygiène répartis, selon les besoins, dans tout le pays. Ce projet a été adopté par le parlement au cours de sa dernière session.

Le but essentiel des centres qui seront créés consiste à coordonner l'activité des institutions existantes et à établir les directives nécessaires à la poursuite d'une politique rationnelle d'hygiène. En outre, les centres devront s'efforcer de diffuser ou de vulgariser les règles d'hygiène et leur observation, notamment en matière d'alimentation, de puériculture, de logement, etc. ; enfin, ils devront organiser des consultations préventives de la tuberculose, du trachome, des maladies vénériennes et autres affections contagieuses.

Ces centres seront dotés des moyens de laboratoire nécessaires, moyens qui seront mis à la disposition non seulement du personnel du centre, mais aussi des praticiens du district dans lequel les centres seront installés.

On prévoit l'établissement de 550 centres principaux et de 1.100 centres secondaires d'hygiène, le district de chaque centre principal comprenant une population d'environ 120.000 personnes.

(*Informations sociales* 14 juin 1937.)

EXPERTISES

La vieillesse invalide

POUR APPRÉCIER SA VALIDITÉ RESTANTE

L'évolution naturelle de la vie humaine aboutit en dernière analyse à des modifications anatomo-biologiques de l'organisme, dont le dernier terme est la sclérose. Il s'ensuit un affaiblissement général, qui traduit l'époque de la vieillesse.

Celle-ci commence à la soixantième année, mais elle peut être retardée ou avancée suivant la constitution individuelle, le genre de vie et une foule d'autres circonstances. Si un homme robuste reste valide et capable de travailler jusqu'à un âge avancé, les forces vont en diminuant à partir de 60 ans, et à 70 ans correspond, sans conteste, l'âge de l'incapacité totale et définitive. Les professions, qui exposent aux intempéries, usent plus vite que les autres. Les professions intellectuelles peuvent être continuées longtemps. Ferry n'a-t-il pas écrit à l'âge de 82 ans : « Il est certain que l'homme, à son entrée dans la vieillesse, est mieux disposé pour la culture des sciences morales, qu'il ne le fut dans les temps antérieurs ».

Le praticien, en sa qualité d'expert, peut être appelé à évaluer le degré de validité restante d'un homme âgé. Des barêmes précis d'invalidité ont déjà été établis, ou sont encore à l'étude pour certaines classes d'individus.

Ceux des pensionnés de guerre sont trop sévères, (en ce qu'ils atteignent facilement l'invalidité absolue à 100 %), pour être appliqués intégralement à la vieillesse.

Un arrêté du ministère du Travail (5 août 1933) a fixé provisoirement des bases pour évaluer le degré d'invalidité des assurances sociales ; un barème définitif est encore à l'étude.

Mais ces différentes échelles n'ont pas la même valeur. Plus exacte serait celle des assurances sociales ; moins précise, celle des invalides de guerre, attendu que les Pouvoirs publics se sont toujours intéressés au sort des anciens guerriers. C'est ainsi que l'Institution des Invalides est ouverte aux anciens militaires pensionnés à 80 % au minimum, comme aux retraités militaires à partir de l'âge de 60 ans. Et si l'on remonte aux temps reculés n'apprend-on pas que, déjà au temps de Charlemagne, on vit s'établir, pour les invalides de guerre, l'ordre des oblats, moines laïques, qui passaient du métier des armes à celui de sonneurs de cloches, de chantres, de balayeurs d'église ; au système des oblats avait succédé celui des porte-paies, sorte de vétérans auxquels était laissée la garde de nombreux châteaux (Général Bardin).

Toujours est-il qu'à notre époque, en attendant la mise au point de barêmes établis pour la Médecine Sociale, le médecin peut être dans l'embarras, soit qu'il s'agisse d'examiner les vieillards, candidats à l'Assistance obligatoire (loi du 14 juillet 1905), soit qu'en clientèle, il doive estimer dans quelles conditions un sujet, qui a dépassé la soixantaine, peut continuer d'exercer sa profession, poursuivre une carrière. A cet égard, nous trouvons les renseignements ies plus utiles dans un intéressant travail publié par le Docteur M. **Amic** (1).

Cet auteur conseille d'examiner successivement les antécédents du sujet, son genre de vie, les maladies actuelles, qu'il peut présenter.

Les antécédents fournissent des notions d'hérédité, de morbidité, qui sont à la base de toute appréciation sur la constitution d'un individu, même à l'âge de la vieillesse.

C'est ainsi que les maladies infantiles, la tuberculose, les mauvais traitements laissent une empreinte ineffaçable sur un jeune organisme ; au contraire, un air vif et pur respiré dans le jeune âge, des exercices bien réglés du corps et de l'esprit sont les premiers éléments d'une bonne constitution et d'une vieillesse virile.

D'autre part, il est certaines maladies qui réagissent de façon notable sur l'organisme. Les lésions valvulaires du cœur sont inguérissables ; la période tertiaire de la syphilis ne survient que de longues années après l'accident initial. D'autres affections peuvent avancer la sénilité, telles les pleurésies : sur dix-huit vieillards examinés pour sénilité, il était quatre anciens pleurétiques, âgés respectivement de 59, 60, 63 et 65 ans, dont l'incapacité de travail était totale. Viennent ensuite par ordre de fréquence : les atteintes du corps thyroïde, les troubles circulatoires, l'anémie. Les grossesses répétées amènent une usure précoce chez la femme.

L'étude du *genre de vie* d'un vieillard permet-

(1) La vieillesse et son incapacité de travail (*Lyon médical*, 6 décembre 1936).

tra de préciser la dose de vitalité, dont celui-ci est doué, l'état de ses forces physiques. On s'informera de la profession qu'il a exercée pendant la durée de la vie active ; puis on s'inquiétera des interruptions de travail et des changements de métiers, qui auront pu se produire pour raisons de santé. La nourriture possède, d'autre part, une grande influence sur la résistance d'un sujet. Les restrictions entraînent de la faiblesse générale et de l'amaigrissement. Les gros mangeurs, gastrolâtres de Rabelais, deviennent à peu près stupides. L'alcoolisme influe sur la durée de la vie, en raison des lésions du foie et du système nerveux qu'il détermine ; cette habitude invétérée aboutit à une incapacité de travail réelle et souvent permanente : quelles occupations donner à ces hommes usés avant l'âge, atteints de tremblements, leur interdisant tout acte délicat ? Il en est de même pour les intoxications chroniques : le tabac, par exemple.

L'habitation joue un rôle plus important qu'on ne le croit généralement. En cas d'insalubrité, il se produit une dépression physique et une anémie d'autant plus marquée, qu'il s'agit d'un sujet âgé. Cependant, en pareil cas, l'incapacité n'est pas définitive, et il existe de nombreux vieillards, qui après une convalescence plus ou moins prolongée, récupèrent une nouvelle vigueur.

D'autres causes de vieillesse prématurée sont enfin : la vie dissolue et les excès vénériens, les chocs moraux et les soucis, les longs et fréquents voyages, les séjours aux colonies et les maladies exotiques, les climats, etc.

Quant à l'*état actuel*, il faut rechercher les signes apparents de la sénilité : aspect général (rides, calvitie, arc sénile de la cornée) ; cyphoses et cypho-scolioses dues à l'ostéomalacie sénile. La chute sénile des dents doit être appréciée, en elle-même, et peut même déceler l'existence d'une paralysie faciale d'origine corticale. Le cœur présente souvent une arythmie, dite sénile, traduisant des lésions myocardiques latentes et bien tolérées ; le pouls est normalement plus lent ; la tension sanguine augmente légèrement du fait de la sclérose artérielle. On note également l'existence possible du tremblement sénile, comme de l'anxiété et de l'insomnie, qui traduisent un état mélancolique présénile. Les sensibilités tactile, olfactive et gustative ont tendance à disparaître. Les os deviennent fragiles, sujets à des fractures spontanées par ostéoporose sénile. Les muscles perdent leur souplesse. Les articulations s'ankylosent.

***

Tous ces symptômes, soit par leur intensité, soit par leur groupement, conduiront à une exacte interprétation de la validité du vieillard.

Les vieillards sont fréquemment des infirmes ou invalides du travail ; leurs anciennes blessures entrent en jeu dans l'évaluation de leur incapacité de travail. Enfin leurs maladies chroniques nécessitent des examens de distance en distance, sujettes qu'elles sont à des améliorations ou à des aggravations.

La tuberculose, à forme fibreuse, que l'on rencontre chez le vieillard, se décèle par l'examen des poumons, la radioscopie, et l'analyse bactériologique des crachats.

Chez les gens âgés, M. Amic a noté 19 % de malades cardio-vasculaires. Il faut rechercher les varices, qui, associées à la fluxion veineuse, donnent naissance à la dermite pigmentée et purpurique. Les hernies méritent une mention particulière, car, chez le vieillard, elles deviennent fréquemment irréductibles, et risquent de s'étrangler. Quant aux cancers, quelle que soit leur localisation, ils présentent une certaine difficulté d'appréciation, en raison des résultats du traitement, des récidives, des effets secondaires. Le rhumatisme chronique, suivant le nombre et la qualité des articulations atteintes, créera une incapacité de 30 à 100 % (Arrêté du ministre du Travail, 5 août 1933 : Assurés sociaux). Enfin, on n'oubliera pas que les chutes et les commotions aggravent et précipitent la sénilité.

***

Il s'agira, en somme, de définir la nature exacte de l'infirmité ou de la maladie incurable : étiologie, état actuel, complication, pronostic, de préciser à quelle époque remonte l'affection, de prévoir les améliorations possibles. Pour l'appréciation du degré d'invalidité on se référera, à titre d'indication, aux barèmes actuellement établis. Dans les cas litigieux, on prendra en considération l'âge du sujet : s'agit-il d'un sujet vers la soixantaine, on adoptera la cote inférieure ; approche-t-on de l'âge ultime de la vie, on choisira la cote supérieure.

Ainsi pourra-t-on, avec un peu de bon sens clinique et de pratique, déterminer quels sont les valides, les demi-valides et les invalides de la vieillesse, entre 60 et 70 ans.

G. FISCHER.

CONSULTATIONS PAR T. S. F.

L'utilisation de la T. S. F. pour des consultations médicales, ou plus exactement l'organisation officielle de ces consultations, ne remonte en France qu'au 1er septembre 1931. La Belgique, sous l'active impulsion de précurseurs, notamment du Docteur R. Bernard, secrétaire de la rédaction de *Bruxelles-Médical*, avait, dès novembre 1927, fondé le service des radio médicaux qui depuis cette époque est assuré par des médecins de l'armée à l'Institut pour cure maritime d'Ostende et à l'hôpital militaire d'Anvers.

La France possède cinq stations côtières donnant des consultations : Bordeaux-Port-Radio, Marseille-Radio, Les Saintes-Maries-de-la Mer-Radio, le Havre-Radio, Boulogne-sur-Mer-Radio ; elles n'admettent que la seule langue française alors que les postes de Belgique correspondent en français, allemand, anglais et aussi en italien et espagnol. Les postes allemands correspondent en allemand, anglais, français ; les hollandais en néerlandais, anglais, français, allemand ; les Scandinaves dans leurs langues propres et de plus en anglais, allemand, français. Pour se mettre à l'unisson, les postes français devraient donc pouvoir recevoir et rédiger des messages en anglais, langue plus familière que la nôtre aux marins de tous les pays.

L'intérêt souvent vital et toujours humain des consultations par T. S. F. n'a échappé à aucune nation côtière. En 1934, le nombre des postes radio-médicaux du monde entier s'élevait à 93 répartis sur des points du globe aussi variés que l'Allemagne et la Colombie, que la Nouvelle-Guinée et le Groenland. L'Italie, l'une des rares contrées européennes dont les frontières maritimes n'étaient pas encore ouvertes aux radio-médicaux, vient de mettre quatorze stations à la disposition des usagers. La Finlande, le Canada, les Indes Britanniques, la Nouvelle-Zélande ont récemment, de même, organisé de nombreuses stations, ce qui a permis à *Bruxelles-Médical* d'écrire avec une légitime fierté que depuis l'installation du service radio-médical belge en 1927, 127 postes radio-médicaux ont été créés dans l'univers, dont 49 en Europe.

La question des consultations médicales par T. S. F. a été étudiée dans ses détails à un certain nombre de Congrès , nationaux et internationaux ; parmi ces derniers il faut retenir ceux de Londres 1927, Washington 1928, Genève 1930, Copenhague 1934. On avait pensé que d'une part l'emploi d'une codification des termes médicaux et d'autre part l'unification des équipements pharmaceutiques à bord de tous les navires n'ayant pas de médecin faciliteraient la réalisation du service international. Le Docteur R. Bernard, au cours de croisières en haute mer avec J. Haeck, officier radio-télégraphiste, a fait de nombreuses expériences d'émission et de réception de radio-médicaux ; elle sont confirmé que la codification envisagée donne lieu à des inconvénients quelquefois graves. Voici, en clair, tiré d'un rapport des expérimentateurs, un exemple de consultation codifiée :

Coffr : belge, officier 38 *ans, violentes douleurs ventre depuis trois jours, langue très chargée, quelques vomissements, fièvre* 39°5, *constipation complète malgré lavement et purge. Demandons avis. Position* 53°27 *N.* — 4°47 *E.*

Décodifié, ce texte est devenu :

Caisse belge — ai un officier malade — 38 *ans — maux de ventre — fortes douleurs — depuis trois jours — langue propre — vomissements — fièvre* 39°5 *— constipé — pas même alors — injection purge — veuillez prescrire traitement — Position longitude Nord* 53°27, *latitude Est* 4°47.

A l'interrogation du médecin :

A-t-il vomissements ? Ventre est-il sensible ?

le navire répondit :

Non : très douloureux côté droit.

Le médecin envoya alors le radio suivant dont nous ne donnons, comme plus haut, que le texte en clair :

Repos — aucune nourriture — eau glacée par petites cuillerées — opium — pas purger — froid sur ventre — débarquer malade Lowestoft hôpital.

radio qui, décodé, se lut :

Tranquillité — pas de manger — froid par petite quantité — opium pas purger — froid sur ventre — débarquer malade Lowestoft-hôpital.

et qui fut interprété comme suit par le réceptionnaire :

Repos — pas de nourriture froide par petite quantité — opium par purger — froid sur ventre — débarquer malade Lowestoft hôpital.

En présence de telles divergences il a fallu renoncer aux textes chiffrés et recommander l'emploi pour ainsi dire exclusif du langage clair qui demande d'ailleurs moins de temps. (Dans le cas présent, vingt minutes ont été nécessaires pour chaque codification et autant pour chaque décodification).

Les indications cliniques fournies aux médecins par les radios leur permettent-elles de formuler un diagnostic à bon escient ? Les réponses obtenues à ce sujet de différents postes belges et français interrogés ne sont pas identiques, certains de ces postes mentionnant que les messages reçus par eux sont suffisamment explicites alors que d'autres déclarent se trouver embarrassés faute d'observations précises. Citons à ce sujet la lettre d'un de nos correspondants .

« La nuit dernière, j'ai été réveillé par une « transmission de radio, via,.. Un capitaine de « navire signalait à bord « un officier malade « depuis quinze jours, 47 ans, temp. 36°5, pouls « 126, mal aux reins, urines claires. Que faire ? »

« J'ai répondu dans la joie du premier som- « meil (il était 23 heures) que les symptômes « décrits était insuffisants pour fixer un dia- « gnostic ; j'ai cependant conseillé un traitement « calmant mais assez prudent : S'agissait-il « d'une névrite lombaire, d'une péritonite chez « un tuberculeux, d'une maladie bronzée d'Addi- « son, d'un Basedowien, d'un nerveux, d'une « tachycardie paroxystique essentielle, d'une « tachycardie ventriculaire, indice de mort « prochaine ? Un examen seul du malade fixerait « le médecin.

« Dans tous les cas incertains, indécis, peut- « être graves, mon seul conseil après celui du « soulagement des symptômes présentés, con- « siste à prier le capitaine de débarquer son « malade au port le plus rapproché. C'est une « décision humaine qui permet à cet officier de « changer son itinéraire pour une raison valable « que l'armateur du navire ne peut guère dis- « cuter... »

Cette réponse du médecin invitant le capitaine de navire à changer son itinéraire pour débarquer au plus tôt le malade n'est-elle pas pour celui-ci la meilleure décision ? Il semblerait au reste qu'en dépit de leur incontestable utilité les radio-médicaux soient relativement peu fréquemment utilisés : d'après des communications officielles, dix-huit consultations seulement ont été données par les stations côtières françaises en 1936 ; nous supposons que dans ce nombre de radio-médicaux (gratuits) ne sont pas comprises les consultations (payées par les armateurs) des chalutiers pêchant sur les côtes. En Belgique, depuis novembre 1927, vingt-trois consultations radio-médicales ont été transmises à des navires en haute mer.

Le ministère des Travaux publics dont dépendait autrefois la Marine marchande a édité en 1927 une « Instruction médicale à l'usage des capitaines de bâtiments à bord desquels n'est pas réglementairement embarqué de médecin ». A cette époque , seulement deux postes côtiers de radio donnaient en Europe des consultations : Bergen (Norvège), et Gotenbourg (Suède). Cependant, l'utilité de tels postes était déjà officieusement sinon officiellement reconnue par la France puisque l'instruction visée plus haut débute par des indications très détaillées relatives aux renseignements qui doivent être fournis pour les consultations par T. S. F. : âge, emploi, constitution du patient, date de début de sa maladie, symptômes initiaux et ultérieurs, température, pouls ; puis éventuellement toutes les observations cliniques accessoires utiles à la détermination du mal ; dix-huit points tels qu'état de la peau, des yeux, apparence de la langue, etc., sont ainsi énumérés et ne constituent pas un tout limitatif puisqu'un paragraphe mentionne : « Ajouter toutes les remarques et tous les symptômes qui seront utiles ». Enfin la notice s'achève par une série d'exemples. En voici deux :

« Garçon, 48 ans, trouvé hier matin dans sa « couchette, paralysie des membres du côté droit. « Incontinence d'urine et des selles. Etat sta- « tionnaire. Demande avis.

« Ce texte permettra de faire le diagnostic « d'hémorragie cérébrale.

« Par contre le télégramme suivant, mal rédigé « ne peut permettre au médecin consulté de « donner son avis.

« Matelot malade, fièvre : 38°4, se plaint de « maux de tête et souffre dans la poitrine. Je « crois à une pneumonie. Demande avis ».

Les autorités belges ont compris qu'aussi bien dans l'intérêt des marins malades que pour faciliter la tâche des médecins qui reçoivent des radio-médicaux, il y a lieu d'inculquer au personnel appelé à expédier ces radios un certain nombre de connaissances indispensables ; c'est dans ce but que les élèves de la marine marchande belge suivent des cours médicaux à Anvers avec démonstrations pratiques sur les malades dans les hôpitaux. Une mesure analogue prise dans chacun des pays qu'elle intéresse donnerait sans doute d'heureux résultats.

Michel RENAULT.

● ● ●

LA PAGE SANS MÉDECINE

..... Acheter par surprise un mauvais ouvrage c'est un très mince malheur au temps de la prospérité mais jeter quinze francs par la fenêtre à l'époque des vaches maigres c'est une aventure fâcheuse.....

(Georges DUHAMEL)

1. **Peau d'Ane.** Conte, mis en vers. Un vol. 17 × 26 (orné de 31 gravures de Laboureur. Tiré à 75 exemplaires numérotés, Japon ou Vélin, sur les presses de Ducros et Colas pour le texte, et Brunel pour les images). *Editions du Perce-Neige*, Paris, 1937.

LABOUREUR est à la gravure contemporaine ce que Giraudoux est à la littérature de notre temps. Même causticité dans le trait, même finesse d'invention, même richesse d'interprétation sur les thèmes nus, même flegme redoutable dans l'ironie aiguisée par un nonchalant mais profond humanisme. Cocasse et subtile utilisation d'anachronismes au service d'une féroce observation ; si bien que le burin égratigne, en même temps que le cuivre, le ridicule de tous les temps et de tous les âges. L'illustration de ce conte, dominée par ces robustes qualités, traitée suivant de parfaites techniques de métier, animée par le souffle de ce singulier talent est extrêmement prenante. Presque une image par page, par double page s'entend, redonne à ce vieux texte une saveur de jeunesse. Au lieu d'être comme il se doit désinentes en poisson, les sirènes ont deux longues jambes, merveilleusement dessinées et palmées au bout comme par un vétilleux pédicure chinois ; le roi fume un havane, la fée a des mitaines et un casaquin de moire ; Peau d'âne descend l'escalier avec une majesté emplumée toute soréléenne ; le hallebardier sous sa salade contient la foule des prétendantes avec un zèle satisfait de guerrier pontifical ; le bouffon est goyesquement hideux et insolent ; la basse-cour est noble de morgue ; la robe de chambre du prince est du meilleur Rodier ; l'infante grêle, androgyne est d'une antinoïque encore que muette splendeur..... On repense à Toulet, à ses délicats octosyllabes mystifiant et persiflant le siècle inattentif à ses délicieuses musardises de l'esprit. La typographie est sans reproches..... Un seul malheur pour assombrir ce tableau de douce perfection littéraire : l'ouvrage, dont les cuivres ont été honnêtement biffés, n'a été tiré qu'à 75 exemplaires.

2. Charles MAURRAS. — **Dans Arles au temps des fées.** Un vol. emboîté 17 × 25 tiré à 511 exemplaires numérotés, par Maurice Darantière, orné de 32 photographies de Saint-Marc Jaffard reproduites en phototypie par Jacomet, *Editions du Cadran*, Paris, 1937.

IL y a dans ce livre, une prière à la ville d'Arles qui est d'une insigne pureté. Par quel génial artifice Maurras a-t-il ainsi saisi et traduit cet insaisissable panorama d'une vie « fougueuse et superbe » ? La sonorité pleine de son style, le reflux continu d'une incomparable culture classique infusent au texte une vigueur qui lui assurera une aisée survivance. A coups de mots simples, une fois de plus, il a composé à la gloire de sa Provence, pour notre panbéotie, le prestigieux déroulement de chantantes et dansantes panathénées.

3. Gérard BAUER. — **Les « Billets » de Guermantes.** Un vol. in-8° écu. *Editions Plon*, Paris, 1937, 18 francs.

JE suis aujourd'hui comblé : encore un beau livre. Comme en un herbier où sont mises sécher nos fleurs d'été un éditeur avisé a collationné les billets que chaque jour Guermantes donne au *Figaro*. Le recul du temps ne les a pas fanés. Vivants instantanés, commentaires légers d'un temps merveilleusement « retrouvé », parfois désabusés, toujours souriants qu'il s'agisse de la sottise des hommes, de leurs vanités, de leurs hochets, de leurs exploits, ramenés à la pure analyse d'un prestigieux prisme vocabulaire qui les retranscrit en lignes claires de sagesse, de douce ironie, d'indulgente tendresse humaine.

4. Georges DUHAMEL. — **Défense des Lettres.** Biologie de mon métier. Un vol. 12 × 19. *Editions du Mercure de France*, Paris, 1937.

PENDANT que les Pasquier, meurtris par l'épreuve asthéniante du « Désert de Bièvres » mijotent leurs prochaines déconvenues, Duhamel essaie de sauver les lettres françaises.

Son tour d'horizon est sévère sans excès et plein de cette sagesse robuste qui est un signe rassurant, le plus rassurant, de la vitalité profonde de ces lettres menacées.

5. Jean-José FRAPPA. — **Enquête sur la prostitution**. Un vol. 12 × 19. *Editions Flammarion*, Paris, 1937, 15 francs.

VOICI par un clairvoyant journaliste qui se souvient à l'occasion qu'il fut romancier une enquête *de visu* sur l'actuel état de cette irritante question, et de solides arguments que vont dès demain se jeter à la face abolitionnistes et leurs adversaires.

6. Georges BERNANOS. — **Nouvelle histoire de Mouchette**. Un vol. 12 × 19. *Editions Plon*, Paris, 1937, 12 francs.

LE romantisme désespéré de Bernanos est à l'aise dans cette atroce tragédie d'une enfant aux prises avec un terrible destin de solitude. Une hallucinante atmosphère de cauchemar la conduit comme sur la pente d'un horrible fatum, dans la cabane d'un braconnier ivre et plus tard aux berges de l'étang où elle plonge écrasée par sa honte informulée. Le récit est mesuré, poignant, conduit comme un drame eschylien vécu par les humbles.

7. Guy MAZELINE. — **Bêtafeu**. Roman. 12 × 19. *Editions de la N. R. F.*, Paris, 1937.

ENCORE un *enfant, cabré celui-ci par* son enfance malheureuse. Et toujours prêt à mordre comme une bête qui a souffert. Cynique, gouailleur, jaloux jusqu'au crime et « inséré » par un romancier de très grand talent dans un complexe familial plein de justesse.

8. Jérôme et Jean THARAUD. — **Cruelle Espagne**. Un vol. 12 × 19. *Editions Plon*, Paris.

CES tableaux de l'Espagne déchirée ont la qualité habituelle des récits des frères Tharaud, scrutateurs minutieux des foules, ici emportées par une sanglante exacerbation de penchants nationaux.

9. Robert GOFFIN. — **Le roman des anguilles**. Un vol. 12 × 19. *Editions de la N. R. F.*, Paris, 1937, 15 francs.

ENTRE le roman des rats en préparation, et déjà parus le roman du saumon et celui du gorille (dans la même collection), voici le mystérieux périple de l'anguille venue à nos eaux douces de milliers de lieux et de lieues. Un chapitre encore relativement obscur de cette angoissante énigme des migrations biologiques d'espèce exposé clairement par un poète philosophant.

10. STENDHAL. — **Journal**. Tome I et II. Un vol. 12 × 19. *Editions de la N. R. F.*, Paris, 1937, 15 francs.

PREMIÈRE édition intégrale en édition courante échelonné de 1801 à 1818. Sincérité évidente et liberté crue d'expression qui devaient conduire Bayle à ses mécomptes... sentimentaux.

11. Gabriel BRUNET. — **Ombres vivantes**. Un vol. 12 × 19. *Editions à l'Etoile*, Paris, 1937, 15 fr.

L'ÉMINENT critique du « *Mercure de France* », lauréat du prix de la Critique a rassemblé dans ce volume de pertinentes études sur La Fontaine, Samain, Taine, Bernardin de Saint-Pierre, Verhaeren, Remy de Gourmont et peut-être par souci d'actualité une magistrale dissection de Machiavel.

Varia***

Aux éditions du Manoir, à Dijon un « *Gargantua* » illustré de .... rabelaisiennes lithographies de Schem.

* Aux éditions des Presses modernes, traduits par le talentueux poète (*Lionel le Fiumi*, l'actif secrétaire général de « Dante » (revue de culture latine), de vigoureux poèmes de guerre d'*Arturo Marpicati*.

* Dans le *Figaro illustré*, prélude à la saison de Paris croisières aux îles Parker, impressions pour l'été, invitation au voyage et de nombreuses et nettes images : conseils féminins, beauté en voyage.

* Dans le *Divan* de mai : les poésies de Toulet et l'Anthologie grecque ; le dossier maçonnique de Beyle ; trois sonnets et la copieuse revue bibliograpique de Martineau.

* Dans la *Nouvelle Revue française* de mai, Paul Claudel, Rilke, Jean Prevôt, Alain, Marcel Arland.

* Au *Mercure de France* : la femme en sandales de Luc Durtain, l'Arétin misanthrope ; à la rencontre de Shakespeare ; Renan et la mort.

* Le *Crapouillot* de mai présente un Vatican vu par la lunette déformante d'un observateur à sens unique.

* Aux éditions Flammarion un recueil posthume de Mermoz : « *Mes Vols* » où passe le courage réfléchi d'un grand français ; et en appendice les articles écrits à sa mémoire par ses camarades de lutte.

* Dans *Marsyas*, poèmes provençaux de Reboul et leur traduction.

1er juin 1937.

Docteur Jean SÉVAL.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Clinique thérapeutique médicale de la Pitié.** (Professeur : M. F. Rathery). *Six conférences sur le diabète.* — Une série de six conférences ayant trait aux acquisitions récentes sur le diabète aura lieu à l'amphithéâtre des cours de l'hôpital de la Pitié, du 19 juillet au 24 juillet 1937, à 10 h. 30.

Le 19 juillet, M. le Professeur F. RATHERY : Les formes fondamentales du diabète. — Le 20 juillet, M. FERROIR : L'estomac des diabétiques. — Le 21 juillet, M. FROMENT : La glycémie des diabétiques. — Le 22 juillet, M. BACHMAN : Le rein des diabétiques. — Le 23 juillet, M. DEROT : Le cœur des diabétiques. — Le 24 juillet, M. le Professeur F. RATHERY : L'insulino-résistance.

S'inscrire au secrétariat (guichet n° 4) les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures. Droits d'inscription : 100 francs.

— **Cours de vacances.** — M. B. WEILL-HALLÉ fera du 1er au 15 septembre une série de leçons sur la protection de l'enfance contre la tuberculose et la prémunition par le vaccin B. C. G.

Ces leçons seront accompagnées de démonstrations pratiques et d'exercices techniques, effectués à l'École de puériculture et à l'hôpital des Enfants-Malades, ainsi que d'une visite des services de la tuberculose à l'Institut Pasteur.

Droit d'inscription : 50 francs. S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis, vendredis, de 14 heures à 16 heures.

— **Thèses.** — Lundi 24 mai. — Jury : MM. Harvier, Loeper, Strohl, Dognon. — M. GAUTREAU : Le diagnostic des lésions chroniques de la région du hile chez l'enfant. Conséquences médico-sociales. — M. PINCOVICI : A propos d'un cas de sarcoïdes disséminées de Darier avec diabète insipide associé. — M. CHATAIN : La radiothérapie dans les hémiplégies.

Mardi 25 mai. — Jury : MM. Bezançon, Carnot, Laignel-Lavastine, Mollaret. — M. BAUER : Les difficultés qui se présentent lorsque l'on veut diminuer la durée du séjour des malades dans les hôpitaux parisiens. — M. BUSUIOCESCO : Rétentions biliaires et angiocholites par péricholédocite chronique. — M. JAVELIER : Le marquis de Sade et les cent vingt journées de Sodome devant la psychiatrie et la médecine légale.

Mercredi 26 mai. — Jury : MM. Couvelaire, Gosset, Lenormant, Mathieu. — M. HALLÉ : Périostite albumineuse. Sa localisation à l'os iliaque. — M. SQUILLANTE : Les anesthésiques généraux en chirurgie maxillo-faciale.

Jeudi 27 mai. — Jury : MM. Pierre Duval, Laubry, Lemaître, Halphen. — M. ROUX : Des accidents de lithiase rénale au cours des décalcifications osseuses. — M. GARCIA : L'ablation totale du corps thyroïde normal dans le traitement de l'insuffisance cardiaque chronique et de l'angine de poitrine. — M. KARSENTZ : Contribution à l'étude de la prognathie alvéolaire supérieure (Son traitement chirurgical).

Mardi 1er juin. — Jury : MM. Claude, Tanon, Lévy-Valensi, Mollaret. — M. AJZINMAN : L'épilepsie psychique toxique. — M. GÉVAUDAN : Syndromes périodiques nerveux et mentaux en dehors des états maniaques dépressifs. — M. DEMIGNEUX : Organisation de la vente d'un lait pur. — Mlle NOURY : Contribution à l'étude médico-sociale de la tuberculose ostéo-articulaire en France.

Jeudi 3 juin. — Jury : MM. Cunéo, Gougerot, Marion Gastinel. — M. MORENO-TINAJERO : Les ulcères peptiques après gastrectomie. — M. SZWIRANSKI : Les contre-indications à l'emploi des arsenicaux pentavalents dans la syphilis. — M. MALGRAS : Exploration radiologique des voies biliaires.

— *Thèse vétérinaire.* — Lundi 24 mai. — Jury : MM. Robert Debré, Vergé, Bressou. — M. NEVOT : Principaux motifs des saisies en inspection des viandes.

— **Thèses.** — Mardi 8 juin. — I. Jury : MM. Gougerot, Lemaître, Lenormant, Halphen. — M. DONNÈVE : Contribution à l'étude du syndrome toxique des brûlures. — M. MOTHAY : Contribution à l'étude des péritonites chroniques encapsulantes. — M. LIEBER : Etude critique du traitement du psoriasis. — Mme MORHANGE : L'œsophagotomie extra-muqueuse associée à la résection de la poche comme traitement des diverticules de pulsion de l'hypopharynx.

II. Jury : MM. Bezançon, Laubry, Sergent, Boulin. — M. BRUNEL : Les tumeurs intra-bulbaires (Etude clinique). — M. KAJANA : Transformation spontanée des cavernes pulmonaires tuberculeuses (Examen radiologique). — M. LEFRANÇOIS : Contribution à l'étude de la péritonite encapsulante. — M. BOUCHARA : Etude expérimentale et clinique d'un nouveau sympathomimétique. — M. COUPIN : Contribution à l'étude des cardiopathies aiguës de l'enfant. — M. WIEHN : Du traitement des grandes cavités pleurales résiduelles.

Mercredi 9 juin. — Jury : MM. Baudouin, Fiessinger, Lemierre, Moreau. — M. BLAWAT : Les troubles du métabolisme des glucides dans l'épilepsie essentielle Rôle de l'hypoglycémie. — M. LABARRÈRE : Considérations sur l'hormone mâle et sur le traitement des insuffisances génitales de l'homme. — M. LEBRUN : Contribution à l'étude de l'encéphalopathie addisonienne. — Mlle KUYPERS : Contribution à l'étude clinique de la forme cérébrale de l'endocardite maligne lente. — M. MODJALLAL : Les bactériémies à bacillus ramosus.

Vendredi 11 juin. — Jury : MM. Couvelaire, Grégoire, Hovelacque, Quenu. — M. DELINOTTE : La résection tibio-tarsienne totale. Indications. Technique. Résultats.

Samedi 12 juin. — Jury : MM. Champy, Tanon, Maurice Villaret, Justin Besançon. — M. DREYFUS : Recherches expérimentales sur le mode d'action de quelques hormones dans la pigmentation. — M. FICO : Contribution à l'étude du Kala-Azar infantile en Albanie. — M. MILALOVICI : Contribution à l'étude des méningites à pneumocoques. — M. OCAMPO-BÉRAUD : La lutte contre le paludisme en Italie. — M. TA VAN DU : Un nouveau traitement de la lèpre en Indo-Chine. — M. BOIVIN : Etude de l'exophtalmie basedowienne.

— *Thèse vétérinaire.* — Mercredi 9 juin. — Jury : MM. Gosset, Letard, Vergé. — M. MORRE : Races ovines de l'Avranchin et du Cotentin. Moutons d'herbage.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi Colonnes »)

— **Congrès international d'ophtalmologie** (Le Caire : 8 au 15 décembre 1937.) — A l'occasion du Congrès international d'ophtalmologie qui se tiendra au Caire du 8 au 15 décembre 1937, différents voyages en Orient seront organisés, sous le patronage du Conseil international d'ophtalmologie, au départ de Marseille le 3 décembre 1937.

I. Le premier voyage comportera le traversée maritime en première classe Marseille-Alexandrie à bord du paquebot de luxe *Mariette Pacha* (15.000 tonnes) de la Compagnie des Messageries maritimes, le lunch et le dîner du 7 décembre — jour de l'arrivée à Alexandrie — les parcours en chemin de fer première classe Alexandrie-Le Caire et retour, le séjour dans un hôtel de premier ordre pendant la durée du Congrès (chambre et petit déjeuner seulement), les repas des 16 et 17 décembre et le retour en première classe par le même paquebot, départ d'Alexandrie le 17 décembre, arrivée à Marseille le 21 décembre. Prix forfaitaire : belgas 1.620.

II. Le second voyage comportera les services indiqués ci-dessus jusqu'au 16 décembre, plus ensuite, la visite de la Haute-Egypte (Louqsor, Vallée des Rois, Assouan, tous frais compris avec wagons-lits) le retour s'effectuant par *Champollion* arrivant à Marseille le 28 décembre. Prix forfaitaire : belgas 2.350.

III. Le troisième voyage sera le même que le voyage nº 2 avec en plus la visite de la Palestine et la Syrie et le retour à Marseille le 4 janvier 1938. Prix forfaitaire : belgas 3.400.

IV. Enfin, le quatrième voyage sera identique au précédent avec toutefois une visite plus complète de la Syrie (Homs, Hama, Antioche, Lattaquié, etc.) et le retour à Marseille par la Méditerranée-Nord (Rhodes, Smyrne, Istambul, Le Pirée, Athènes, Naples). Prix forfaitaire : Belgas 3.975.

Le programme détaillé de ces différents voyages sera envoyé gratuitement sur demande adressée au Bureau des Croisières et voyages médicaux, 29, boulevard Adolphe-Max, à Bruxelles (adresse télégraphique : Belgfranav, Bruxelles).

Les personnes désireuses de prendre part à l'un de ces différents voyages ont intérêt à se faire connaître le plus tôt possible, les meilleures cabines étant naturellement réservées aux premiers adhérents.

Les médecins non-ophtalmologistes pourront, dans la limite des places disponibles, s'inscrire à l'un des voyages susvisés, pour autant que leur demande soit agréée par le Conseil international d'ophtalmologie mais il ne pourront naturellement pas prendre part aux travaux proprement dits du Congrès.

— **Xe Conférence de l'Union internationale contre la tuberculose.** — A la suite d'une réunion qui a eu lieu à Paris sous la présidence du Prof. Fernand Bezançon et à laquelle assistaient le Prof. Lopo de Carvalho, Président de la Xe Conférence de l'Union internationale contre la tuberculose et le Docteur Castello Branco, secrétaire général de la conférence, il a été décidé que celle-ci se réunirait à Lisbonne du 5 au 9 septembre prochain. Le Comité d'organisation portugais adressera à tous les congressistes le nouveau programme de la conférence.

Nous rappelons que la discussion sera limitée à trois sujets principaux : Question biologique : « Les aspects radiologiques du hile pulmonaire et leur interprétation, rapporteur Prof. Lopo de Carvalho (Portugal) ; Question clinique : Primo infection tuberculeuse de l'adolescent et de l'adulte, rapporteur Docteur Olaf Schell (Norvège) ; Question sociale : Prophylaxie de la tuberculose à domicile, rapporteurs Docteurs J.Ch. J. Hatfield (Etats-Unis) et D. A. Powell (Grande-Bretagne). Dix co-rapporteurs, désignés d'avance d'après une liste présentée par les 44 pays membres de l'Union, ont été adjoints au rapporteur principal pour ouvrir la discussion sur chacune des questions inscrites à l'ordre du jour.

Les membres de l'Union internationale sont invités à la conférence et sont exemptés de tous frais d'inscription. Ils sont priés de remettre leur adhésion s'ils ne l'ont déjà fait précédemment, soit par l'intermédiaire de leur Gouvernement ou Association nationale, soit directement au Comité d'organisation de la conférence à l'adresse suivante : Comité d'organisation de la Xe Conférence de l'Union internationale contre la tuberculose, Assistencia Nacional los Tuberculosos, Avenida 24 de Julho, Lisbonne (Portugal).

Les inscriptions pourront également être reçues au siège du secrétariat de l'Union internationale contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris VIe).

Les personnes qui ne sont pas membres de l'Union et qui désirent s'inscrire comme membres de la conférence doivent envoyer leur demande, accompagnée d'une cotisation de 200 escudos, exclusivement par l'intermédiaire du Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (VIe).

Les personnes qui ont déjà acquitté l'année dernière leur cotisation de membres de la conférence sont exemptées de tous nouveaux frais.

Le Gérant : R. Thiron

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux

obtenir des Caisses, si l'employeur régularise après coup les cotisations, le payement de la part qui aurait incombé aux Caisses ou bien encore, si l'employeur ne régularise pas la situation ou si, nonobstant la régularisation, les Caisses refusent le payement, si les collectivités ont un droit de recours contre l'employeur ; en ce cas, en vertu de quels textes et devant quelle juridiction le recours pourra être introduit, les articles 1.382 et suivants du Code civil ne paraissant pas pouvoir être invoqués à l'occasion d'une obligation du droit public. (*Question du 30 janvier 1937.*)

Réponse. — 1º Réponse négative ; 2º les prestations à la charge des Caisses d'assurances sociales pour les assurés bénéficiaires de l'Assistance médicale gratuite étant, aux termes de l'article 19, paragraphe 3, du décret-loi du 28 octobre 1935 modifiant le régime des Assurances sociales, les mêmes que celles prévues pour les autres assurés, et accordées suivant les modalités et sous réserve du contrôle applicables à ces assurés, le règlement desdites prestations par les Caisses d'assurance ne peut intervenir qu'autant que se trouvent remplies les conditions légales d'immatriculation et de versement. Or, le versement des cotisations effectué tardivement n'ouvre pas droit aux prestations des assurances-maladie maternité, invalidité et décès, pour des risques dont la réalisation s'est produite avant ce versement, à moins que l'intéressé, justifiant de sa qualité d'assuré, ne fasse la preuve que le précompte a été effectué en temps utile sur son salaire. En dehors de ce cas, les collectivités d'assistance subissant du fait de la non-intervention des Caisses d'assurances un préjudice dont l'employeur peut être considéré comme responsable, rien ne s'oppose à ce qu'elles se retournent contre ce dernier par application des articles 1382, 1383 et 1384 du code civil, en vue de recouvrer la partie de leurs frais correspondant au montant des prestations d'assurances sociales. Le Tribunal compétent en l'espèce serait, soit le juge de paix, soit le tribunal civil, suivant l'importance de la demande.

(*J. O.*, 9 juin 1937).

Recours contre le refus d'admission d'urgence à l'Assistance médicale gratuite

3362. — M. Roux de Casson expose à M. le ministre de la Santé publique que selon la loi du 28 février 1934, si le maire refusait l'admission d'urgence à l'Assistance médicale, l'intéressé pouvait faire appel de cette décision devant le préfet qui statuait immédiatement ; et demande si avec le décret-loi de 1935, il peut être fait appel devant la Commission cantonale d'un refus à l'admission d'urgence à l'Assistance médicale. (*Question du 29 avril 1937*).

Réponse. — Le décret-loi du 30 octobre 1935 sur l'unification et la simplification des barèmes des lois d'assistance prévoit que l'admission d'urgence est

prononcée par le maire de la commune de résidence et que sa décision est soumise à la ratification de la Commission cantonale. Les appels devant le préfet n'existent plus. Mais il va sans dire que si la Commission cantonale ne ratifie pas cette décision, les postulants à l'assistance bénéficient des mêmes voies de recours que ceux qui ont sollicité l'admission normale. (*J. O.*, 19 juin 1937).

L'interne d'un asile ne doit pas être immatriculé aux Assurances sociales

4.287. — M. Louis Linyer, sénateur, demande à M. le ministre du Travail si un interne en médecine d'un asile public d'aliénés, accomplissant son serivce réglementaire, et n'ayant aucun avantage à espérer des Assurances sociales, soit pour la retraite vieillesse, dont il ne bénéficiera pas, soit pour le bénéfice des soins et remèdes qui, ordinairement, lui seraient donnés gratuitement par des confrères, doit être assujetti à la loi et payer nécessairement des versements. (*Question du* 22 *avril* 1937.)

Réponse. — Réponse négative. Les travaux effectués au cours du stage pratique obligatoire pour l'obtention de certains titres dont la délivrance est réglementée ne présentent pas le caractère de travaux salariés. (*J. O.*, 16 juin 1937).

L'histoire du vêtement

Le vendredi 2 juillet, à l'occasion des Journées de la santé publique, a eu lieu, au Musée de la France d'Outre-mer, une séance magnifiquement organisée par notre confrère et collaborateur le Docteur R. Martial. Elle avait trait à l'histoire et la description du vêtement civil et militaire.

Tour à tour, le médecin commandant Perrebone pour l'armée de terre et le médecin-chef Hauet pour l'armée de mer, décrivirent les transformations des uniformes et les efforts incessants pour les rendre à la fois seyants et commodes.

Puis le Professeur Rupert montra une série de costumes drapés sur le vivant et évoquant les sociétés assyrienne, hébraïque, persane, grecque, étrusque, romaine et byzantine.

Un défilé de mannequins à travers les âges, où il est possible que les couturiers parisiens soient venus chercher la mode de demain eut lieu ensuite.

G. L.

◆ ◆ ◆

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE

« Le Sou Médical »

Au cours de la réunion du 15 juin 1937, le Conseil d'administration a prononcé les admissions ci-après :

MM. les Docteurs :

12.631 BAYLE, 46, rue Delaage, Angers (Maine-et-Loire). Association professionnelle des anciens externes.
12.632 BENICHOU, Bellac (Haute-Vienne). Syndicat des médecins de la Haute-Vienne.
12.633 BOUTET, Bize (Aude). Syndicat médical de Narbonne.
12.634 COLPAERT, Petite-Synthe (Nord). Syndicat de Dunkerque.
12.636 COURVOISIER, Vesoul (Haute-Saône). Parrains : Docteurs Normand et Engelhard.
12.636 DENIS, Brantome (Dordogne). Parrains : Docteurs Perruchot et Arlet.
12.637 DEVY, 6, avenue Thérésa, Nice (Alpes-Maritimes). Syndicat des médecins des Alpes-Maritimes.
12.638 FAUVETTE, Malakoff (Seine). Syndicat médical de la banlieue Est et Sud de Paris.
12.639 FERRAN, Ales (Gard). Syndicat médical d'Alès.
12.640 HELD, 99, avenue Raymond-Poincaré, Paris (XVIe). S. M. S.
12.641 HERSANT, Louroux-Beconnais (Maine-et-Loire). Syndicat médical d'Angers-campagne.
12.642 LHOSTE, La Flèche (Sarthe). Syndicat de la Sarthe.
12.643 MACHET, Soissons (Aisne). Syndicat médical de Laon, Soissons et Vervins.
12.644 MARINET, Vienne (Isère). Parrains : Docteurs Lowys et Rautureau.

Ces admissions deviendront définitives si elles ne font l'objet d'aucune protestation dans les quinze jours de la présente publication (art. 5 des statuts).

Au sujet de l'affaire d'Eysses

Le corps médical du Lot-et-Garonne proteste avec indignation contre les sanctions prises contre le Docteur Guy, médecin de la colonie d'Eysses.

A la suite des récentes sanctions prises contre le Docteur Guy, médecin de la colonie pénitentiaire d'Eysses, le Syndicat médical du Lot-et-Garonne a tenu une assemblée générale extraordinaire, à Villeneuve-sur-Lot, au cinema Lutétia.

A l'issue de cette réunion, au cours de laquelle le Docteur Guy a exposé l'affaire d'Eysses, l'ordre du jour suivant a été voté :

« Les médecins du Lot-et-Garonne, syndiqués ou non syndiqués, réunis le 29 juin 1937 à Villeneuve-sur-Lot, au nombre de cent dix présents ou représentés par des pouvoirs écrits au sujet de l'affaire d'Eysses, après avoir entendu l'exposé du Docteur Guy et la lecture des rapports qu'il envoyait tous les ans à l'administration centrale sur l'organisation et le fonctionnement du service médical à Eysses, après avoir pris connaissance des conclusions des Docteurs Paul et Hubert, médecins légistes, affirme l'absence de toute faute médicale, de diagnostic et de thérapeutique et disent que le cas du jeune A..., colon décédé, était au-dessus des ressources actuelles de la science.

« L'assemblée flétrit la campagne mensongère d'une certaine presse qui a égaré l'opinion publique ; proteste avec indignation contre les sanctions prises contre le Docteur Guy, médecin de la colonie d'Eysses depuis plus de trente-cinq ans, qui a reçu en 1931 la médaille pénitentiaire et en 1932, au même titre, la Légion d'honneur ;

« Décide de publier intégralement une brochure contenant tous les documents relatifs à cette affaire et de lui donner la plus large publicité ;

« Renouvelle au Docteur Guy l'expression de toute sa sympathie et de sa complète solidarité.

(*La Dépêche de Toulouse*, 30-VI 1937.)

A l'Exposition

Le 30 juin à 18 heures était offert au Pavillon des Vins de France un vin d'honneur à l'occasion du Congrès international de viticulture et des journées d'amitié médicale franco-polonaise dont le professeur agrégé Chevallier est l'actif et sympathique secrétaire général.

Aux libations préluda une allocution de M. Edouard Barthe, questeur de la Chambre des députés et président du Comité national de propagande en faveur du vin. Après quoi nos hôtes polonais et leurs confrères parisiens furent conviés à humer, déguster et méditer les crus les plus fameux de tous les vignobles français, ou du moins ceux sur lesquels se portait leur choix.

Et il est à présumer qu'en sortant plus d'un a dû redire soi-même ce quatrain de gaillarde allure qui pare un des murs intérieurs du pavillon :

Pour garder le cœur en liesse
Mes amis ayons sans cesse
Le double plaisir des dieux
Jeunes femmes et vins vieux.

G. L.

CORRESPONDANCE

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

Assurances sociales

4.788. — Services de réflexothérapie nasale

Un directeur de Caisse primaire d'Assurances sociales prétend refuser de rembourser les prestations entraînées par une série de séances de réflexothérapie naso-buccale pratiquée par certains confrères dont je suis, et pour lesquelles il n'est réclamé que les honoraires d'une simple consultation soit 15 francs.

Il déclare s'appuyer sur une réponse ministérielle à la question écrite, n° 15.337, publiée au *Journal officiel du* 31 mai 1936.

Je n'ai pas eu ce texte en mains, mais je crois savoir qu'ils'agissait d'assimiler ce traitement à un acte de spécialités. Le ministre ayant déclaré ne pouvoir faire actuellement la dite assimilation à cause de la nouveauté de la méthode.

D'autre part, ledit Directeur prétend que la réflexothérapie étant un traitement qui comporte une « série » d'actes médicaux, doit même au tarif de la consultation simple être soumis à une demande d'autorisation préalable. Cela paraît excessif, car alors une série d'injections quelconques, même cacodylate, etc., serait soumise aux mêmes exigences.

D'ailleurs, la loi dit « interventions chirurgicales, soins spéciaux », ce qui entraîne des actes médicaux à tarif particulier.

Il me paraît abusif de la part de la Caisse de refuser les prestations dans ce cas et de prétendre au contrôle préalable même pour une série d'actes médicaux simples assimilés à une visite ou à une consultation.

Dr M.

Réponse

1° Les séances de réflexothérapie nasale ne sont pas l'objet d'une tarification spéciale ; 2° voir art. 24 de l'arrêté du 30 janvier 1937 sur le règlement intérieur type des Caisses qui dit : « si le praticien traitant estime nécessaire... des soins spéciaux..., les prestations correspondantes ne peuvent être remboursées que si la Caisse adresse à l'intéressé préalablement au traitement et sur demande de l'assuré — pour être annexée à la feuille de maladie en cours ou apposée sur ladite feuille — l'acceptation *de prise en change des prestations...* ». Donc, si vous considérez toute séance de réflexothérapie comme un acte de spécialité, avec tarification spéciale, il aurait fallu qu'auparavant l'assuré se soit procuré ladite « acceptation de prise en charge ».

Dr F. Decourt.

4.746. — Soins donnés à une assurée sociale dans une clinique privée n'ayant pas passé convention avec la Caisse intéressée

J'ai opéré une jeune fille assurée sociale dans ma clinique qui n'a pas contracté avec les Caisses.

Je lui ai dit :

Payez de vos deniers vos frais de clinique sans en rien réclamer à la Caisse. Vous serez donc considérée comme opérée à domicile.

La Caisse devra vous rembourser :

1° K × 15 francs — 10 ou 15 % pour mes honoraires ;

2° Votre demi-salaire pendant la durée de votre cessation de travail ;

3° x % (80 % ou 60 %) pour objets de pansements et médicaments.

Or, se basant sur l'art. 36 (??) du règlement, le Directeur des Assurances sociales décide de considérer l'opération comme faite à..... l'hôpital et non à domicile.

Et offre d'intervenir dans les frais de clinique jusqu'à concurrence du tarif d'hôpital soit 12 francs.

L'assurée n'y comprend plus rien... ni moi non plus.

Ma thèse est-elle bien la thèse légale saine ou y a-t-il des modifications que j'ignore à l'application de la loi ?

Conduite à tenir pour l'assurée, s'il vous plaît.

Dr T.

Réponse

L'art. 36 dont parle le Directeur de la Caisse provient de « l'arrêté du 30 janvier 1937 fixant le règlement intérieur-type des Caisses maladie-maternité ». Or, cet art. 36, assez long, dit, en substance : « Les frais d'hospitalisation et les honoraires médicaux sont remboursés par la Caisse dans la limite de ses tarifs de responsabilité applicables sui ant les cas ; 1° au séjour à l'hôpital public ; 2° au séjour dans les établissements spéciaux de traitement ; 3° au séjour dans les établissements privés ayant passé convention avec les Caisses ... ou ont été agréées par elles ... ; 4° éventuellement, au séjour dans les établissements privés de soins n'ayant pas passé convention, mais se soumettant au contrôle général prévu à l'article précédent. »

Il en résulte que, dans votre cas (le 4°) comme dans les trois autres, d'ailleurs tout dépend du « tarif de responsabilité de la Caisse »... mais il est à faire remarquer que, dans le 3°, on lit : « le montant des honoraires médicaux, ci-dessus visés, donne lieu à la participation légale de l'assuré (20 %) ». Par conséquent, il doit y avoir une distinction à faire entre « les frais d'hospitalisation et les honoraires médicaux. Ceci établi, il faut que vous preniez connaissance du « tarif de responsabilité » de la Caisse dont dépend votre malade, tarif qui doit avoir été joint en annexe

à la Convention syndicat-caisse de votre région. Il faut donc, pour précisions dans votre cas, que vous vous adressiez à votre syndicat régional. Je n'ai pu ici que vous donner des renseignements d'ordre général.

J'ajoute que l'art. 33 du même règlement porte : « Lorsque l'assuré désire être hospitalisé ou traité dans un établissement privé, il doit préalablement à l'hospitalisation ou au traitement et sauf le cas d'urgence en aviser la Caisse et lui indiquer l'établissement dans lequel il a l'intention d'être hospitalisé ; ou traité à défaut de réponse dans les huit jours, la Caisse est réputée avoir accepté la prise en charge des frais d'hospitalisation ou de traitement dans l'établissement indiqué ».

Cette formalité a-t-elle été remplie « préalablement à l'hospitalisation ou, en cas d'urgence, aussitôt après l'entrée ? Si non, il pourrait se faire que la Caisse en profite . . .

Enfin, je dois vous faire remarquer que si la Caisse parle d'hospitalisation, c'est que l'assurée lui a déclaré avoir été soignée dans une clinique privée et non pas à domicile ce qui lui enlève tout droit d'être remboursée comme pour soins donnés à domicile.

Dr F. DECOURT.

FISCALITÉ

5.058. — Amortissement du prix d'achat des automobiles

Le Contrôleur des Contributions directes peut-il m'obliger à amortir en cinq ans une voiture Citroën 7CV achetée en septembre 1936 et que j'ai amortie intégralement (déduction faite du prix de reprise d'une 201 que je possédais auparavant), en 1936 ?

Dr L.

Réponse

Sous le régime antérieur, le prix d'achat de matériel professionnel (mobilier, voiture, etc.) devait, en principe, être intégralement retranché des revenus de l'année de l'acquisition.

Dorénavant, c'est-à-dire depuis fin 1934, les dépenses qui ne sont pas destinées à se renouveler annuellement devront faire l'objet d'un amortissement échelonné d'après le nombre d'années nécessaires à la dépréciation totale des objets. Le Contrôleur a raison si vous avez l'habitude de changer vos voitures tous les cinq ans. Sinon, il ne peut vous imposer un nombre d'années fixe qui dépend de l'activité de chaque docteur et du lieu où il professe. Dans ce cas, répondez-lui, dans les délais, que vous ne pouvez accepter son taux d'amortissement et qu'en pro-

cédant à cette opération en cinq années, cela serait conforme à la réalité en vertu des raisons précitées.

A. et S. MARTINOT,
Conseillers fiscaux

ACCIDENTS DU TRAVAIL

4.772. — Droit aux soins dentaires

Un ouvrier agricole, se rendant à son travail à cheval, fait une chute.

Entre autres lésions, il subit une sub-luxation des quatre incisives supérieures. Après un délai de trois mois environ, le blessé dit ne pouvoir se servir de ces dents.

Peut-il demander à la Compagnie d'assurances qui couvre le sinistre, les soins que nécessite sa denture ?

A quoi a-t-il droit ?

Simple extraction ou réfection ?

Dr L.

Réponse

En matière d'accidents du travail, les blessés ont droit au paiement des frais médicaux et pharmaceutiques pour toute lésion résultant de l'accident.

Par conséquent, votre client, dont les dents se sont trouvées ébranlées par le traumatisme qu'il a subi au cours de son travail, a le droit de se faire soigner par un dentiste et les honoraires de ce dentiste devront être supportés par le patron responsable.

Mais, si au cours du traitement le dentiste estime nécessaire d'arracher les dents ébranlées et de les remplacer par un appareil, le coût de cet appareil restera à la charge du blessé seul.

En effet, suivant la jurisprudence, seuls sont compris dans les frais médicaux et pharmaceutiques les appareils destinés à concourir au traitement de la blessure et non pas les appareils de prothèse.

Il convient d'ailleurs de remarquer que si, à la suite de l'extraction de nombreuses dents, votre client reste atteint d'une incapacité permanente partielle, une rente proportionnelle au taux de cette incapacité devra lui être versée sans qu'il y ait lieu de tenir compte de la correction apportée par le port de l'appareil effectué à ses frais.

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

5.200. — Périodes d'instruction obligatoires

Je reçois du Service de santé de la région dont je dépends une lettre m'informant que je serai convoqué pour une période obligatoire de vingt jours dans une localité distante de trente kilomètres, du 27 juillet au 14 août, en raison d'une concentration « verticale ».

J'ai déjà fait trois périodes : deux de vingt et un

jours et une de huit jours. Je suis lieutenant de réserve. Je n'ai fait qu'une période de trois semaines depuis cette nomination. D'autre part, j'ai trois enfants déclarés.

Voudriez-vous avoir l'obligeance de me dire si je suis obligé de faire cette période. Je croyais en être dispensé par celles que j'ai faites et par les enfants.

Cette convocation au dernier moment me gêne beaucoup. Dr L.

Réponse

Les convocations pour périodes « verticales » ou profondes sont destinées à l'encadrement de la troupe ; leur durée de vingt jours répond à deux convocations ordinaires « bloquées », elles sont obligatoires, d'après la Circulaire ministérielle du 20 janvier 1937. Cependant, dit la même Circulaire, titre I, parag. A-c-4° « elles ne peuvent être répétées plusieurs fois de suite ».

Référez-vous donc à ce texte pour demander à votre Directeur un ajournement, en lui faisant valoir que déjà vous avez fait une période de trois semaines dans votre grade actuel. Ensuite, signalez que vous êtes père de trois enfants, ce qui vous donne droit à une affectation réservée aux officiers de la deuxième réserve.

5.152. — Obtention de la retraite du combattant

Abonné depuis toujours au *Concours Médical* et membre du Sou, je serais désireux d'avoir les renseignements suivants :

1° Que faut-il faire et à qui faut-il s'adresser quand on a 50 ans et la carte du combattant pour toucher la retraite du combattant ? Et quelle est-elle ?

2° Est-il vrai qu'un officier de réserve ne peut toucher cette retraite ?

Dr M.

Réponse

Il faut demander à l'Office du Combattant qui vous a délivré votre carte, une formule à remplir. Ceci fait, vous la retournerez à la même adresse, en y joignant un certificat de naissace et deux photos-identité.

Les officiers de réserve ont droit à cette retraite, qui est, de 50 à 55 ans, de 500 francs par an, puis à partir de 55 ans, de 1.200 francs.

ASSURANCES SOCIALES

5.039. — Les assurés sociaux assistés ou non ne sont pas contraints de se faire hospitaliser dans les établissements publics

Un maire d'une petite localité voisine prétend que dorénavant, tous les malades bénéficiant des assurances sociales doivent être admis à l'hôpital le plus proche au titre de l'assistance médicale gratuite. De fait, deux malades graves ayant besoin d'interventions chirurgicales urgentes ont été inscrites d'office

sur la liste d'Assistance médicale gratuite. Or, l'une d'entre elles était de situation aisée et pouvait supporter les frais d'hospitalisation.

Il y a là un véritable abus contre lequel j'entends protester, car il s'agit d'une mesure vexatoire dirigée contre le Corps médical. Que puis-je faire en pareil cas et à qui dois-je m'adresser pour faire cesser cet état de choses ?

Dr X.

Réponse

Le maire de votre commune a l'air de confondre le régime des assurés sociaux ordinaires ou indigents avec le régime des assistés médicaux gratuits relevant de la seule loi du 15 juillet 1893. Or, ces deux régimes sont totalement différents. Alors que, dans le premier cas, il s'agit d'assistés à la charge totale de la communauté, dans le second cas au contraire, il s'agit d'assurés payant eux-mêmes des cotisations pour bénéficier des prestations qui leur sont garanties par la loi et ayant en conséquence des droits beaucoup plus étendus que les premiers.

Il résulte d'ailleurs formellement de l'art. 6, paragr. 2 du décret-loi du 28 octobre 1935 instituant le nouveau régime des Assurances sociales, que l'assuré choisit librement son praticien et aussi, par extension, son établissement de soins. La question de l'hospitalisation a d'ailleurs été formellement traitée par l'art. 115 du règlement d'administration publique du 19 mars 1936 et l'art. 33 du règlement intérieur type des Caisses d'Assurances sociales établi par l'arrêté ministériel du 30 janvier 1937.

Aux termes de cet article, le malade peut être hospitalisé ou traité sur sa demande, lorsque son état ou sa situation l'exigent. Il doit aviser la Caisse de son hospitalisation lorsque celle-ci a lieu dans un hôpital public. Lorsque l'assuré désire être hospitalisé ou traité dans un établissement privé, il doit préalablement à l'hospitalisation, et, sauf les cas d'urgence, en aviser sa Caisse et lui indiquer l'établissement dans lequel il a l'intention d'être hospitalisé ou traité. A défaut de réponse dans les huit jours, la Caisse est réputée avoir accepté la prise en charge des frais d'hospitalisation dans l'établissement indiqué.

Si donc certaines formalités doivent être remplies par l'assuré à l'égard de sa Caisse pour se faire traiter dans un établissement privé, le principe de l'admission de cet assuré dans l'établissement de son choix, mais non public, résulte de manière formelle des textes légaux.

Ces mêmes principes sont d'ailleurs applicables lorsqu'il s'agit d'assurés sociaux indigents inscrits sur la liste d'assistance dans les termes et conditions de l'art. 19 de la loi sur les Assurances sociales. En effet, il résulte de cet art. 19, parag. 3, alinéa 3, que les prestations à la charge des

Caisses pour les assurés assistés sont les mêmes que celles prévues pour les autres assurés et sont accordées suivant les modalités et sous réserve du contrôle applicable à ces assurés.

Ce principe d'assimilation des assurés assistés aux assurés ordinaires est d'ailleurs reconnu de manière formelle par la jurisprudence. Il résulte, en effet, d'un arrêt du Tribunal des Conflits en date du 11 janvier 1937 que l'assuré social indigent, pour bénéficier aux conditions et dans les limites prévues par la loi sur les Assurances sociales, de l'Assistance médicale gratuite n'en demeure pas moins avant tout un assuré soumis aux obligations, mais conservant tous les avantages de l'assurance. Même dans la mesure où il est rattaché à l'Assistance, la prédominance de sa qualité d'assuré se manifeste notamment par l'obligation de calculer les frais médicaux le concernant selon les règles de l'assurance et non d'après le Tarif de l'Assistance, et aussi par la proportion réduite (20 %) dans laquelle l'Assistance participe au paiement de ces frais, tandis que la Caisse primaire y contribue pour 80 %.

Le fait qu'un assuré social soit inscrit par le maire de la commune automatiquement sur la liste des assistés en cas de maladie grave, ne saurait donc entraîner pour lui l'obligation de se faire traiter à l'hôpital public et l'interdiction d'entrer dans un établissement privé, ou de se faire soigner à domicile par son médecin-traitant.

Mais, d'autre part, le Corps médical possède un recours contre toute inscription abusive d'un malade sur la liste d'Assistance. Il résulte en effet de l'art. 8 du décret-loi du 30 octobre 1936 relatif à l'application des lois d'assistance, que lorsque l'admission d'urgence à l'assistance est prononcée par le maire, cette admission doit être ratifiée par la Commission cantonale dans le délai d'un mois. Or, les décisions de cette Commission cantonale peuvent faire l'objet d'un appel devant une Commission siégeant au chef-lieu du département, dans un délai de vingt jours à dater de la notification de cette, décision, soit par les intéressés eux-mêmes, soit dit l'art. 7 du décret-loi, par le Préfet ou par des habitants ou contribuables de la commune. Le médecin réunissant ces deux qualités est donc en droit de s'élever par ce moyen contre les inscriptions abusives et d'éviter que, par faveur électorale, la plupart de ses clients soient aiguillés sur les hôpitaux publics par le maire de la commune.

4.952. — Prestations accordées aux ayants-droit non guéris après six mois de soins

La femme d'un assuré social, malade depuis plus de six mois de néphrite chronique urémique avec

albuminurie, est avisée par la Caisse d'assurances sociales qu'elle n'a plus droit aux prestations de soins.

Cette femme ne peut s'occuper de son intérieur et son invalidité est certainement supérieure à 66 %. A-t-elle droit à une pension d'invalidité ?

Je ne le pense pas, n'étant pas elle-même assurée, mais je désire avoir votre confirmation, car on lui a dit que c'était possible.

D'autre part, cette femme qui présentait journellement, depuis six mois, de 5 à 7 grammes d'albumine, n'en présente plus actuellement que 0 gr. 80. Le chiffre d'urée de 1 gr. 30 est tombé à 0 g . 50. Elle se sent mieux, mais est encore très faible et le sera, je le crains, toujours.

Cependant, antérieurement à cette nouvelle rechute de six mois, elle est restée pendant un an avec 0 gr. 50 d'albumine et pouvait vaquer à ses occupations.

J'ai cru pouvoir noter sur sa feuille de maladie : stabilisation de l'état de maladie. De ce fait, après un délai de deux mois, n'a-t-elle pas droit s'il survient une rechute, à de nouvelles prestations ?

D^r M.

Réponse

Les prestations de l'assurance-invalidité sont exclusiveemnt réservées aux assurés eux-mêmes et ne sont point accordées, par contre, aux ayants droit tels que conjoint ou enfants d'assurés.

Si, au bout du délai de six mois, un ayant-droit est atteint d'une maladie réduisant dans une grande mesure sa capacité de travail et nécessitant des soins médicaux, le mieux est de le faire passer sous le régime des prestations spéciales prévu par l'art. 6, parag. 16 du décret-loi.

Il résulte, en effet, de cet article, que l'assuré ou l'ayant droit dont l'état nécessite des soins préventifs ou qui est atteint d'une maladie ne comportant pas cessation du travail, reçoit s'il y a lieu pendant une durée de deux ans au plus, des prestations spéciales dont le montant maximum et les conditions d'attribution sont fixés par le règlement intérieur de la Caisse. Ces prestations accordées pendant une durée de temps de deux années, en dehors du délai de six mois ordinaire, permettent ainsi aux ayants droit invalides de continuer à bénéficier des prestations de l'assurance.

D'autre part, si votre cliente voyait son état se stabiliser, c'est-à-dire pouvait reprendre ses occupations habituelles sans danger pour elle ou son entourage et était en mesure de se dispenser des soins médicaux et pharmaceutiques pendant une période de plus de deux mois, elle devrait être considérée comme guérie et pourrait ultérieurement retrouver ses droits aux prestations ordinaires pendant un nouveau délai de six mois au cas où son affection viendrait à traverser une nouvelle période d'activité.

Cinquante-neuvième année | N° 29 | 18 Juillet 1937

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

- sommaire -

Partie Professionnelle

Demi-Colonnes

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	60 fr.	Belgique et Luxembourg...	70 fr.
Etudiants	35 fr.	Première Zone	85 fr.
Le Numéro..........	1.25	Deuxième Zone	110 fr.



Abonnés du Concours exerçant dans les stations d'altitude

Nous rappelons à nos abonnés qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :
Annecy. Lortet, Pierron.
Aubure (Haut-Rhin), Borg.
Chamonix. de Chabanolle (*enf. cure hélio-alpine*)
Jougne. (Doubs). Charlin.
Lajoux (Jura), L. Benoit-Jeannin.
La Louveso (Ardèche). J. Goubert.
Langogne (Lozère). Adrien Forestier.
Maîche (Doubs). J. Chatelain.
Mégève. Marcel Grenet, Jacqueline Grenet-Gazamian (*enf.*)
Mouthe (Doubs). R. Paindestre.
Osséjà (Pyr.-Or.). J. Avérous.
Pau (Basses-Pyr.). Cornet.
Saint-Gervais. Roux.
St-Pierre-de-Chartreuse. Brianes.
Vernet-les-Bains. Ponson.
Villard-de-Lans. Bassaguet (*mal. enf.*), Suau (*mal. enf.*)

Abonnés du Concours exerçant dans les stations balnéaires et climatiques

MM. les docteurs :
Antibes-Juan-les-Pins. Claudel (chir. ur.).
Ars (Ile de Ré), J. Moinet.
Bandol-sur-Mer. E. Charmot et E. Rozet (*cure hélio-mar.*), L. Marçon.
Banyuls-sur-Mer. E. Panis, Parcé.
Berck-Plage. Bouquier, H. Loze, Ménard, Tridon, Richez.
Biarritz. Clavel, Lacour, Pitchalsky (*méd. gén. Stom.*)
Boulou (Le) (Pyr.-Orles) M. Basman.
Cannes. Abadie, Bourgeois-Gavardin, P. E. Bousquet, Cadinouche, Escarras, P. Houssiaux, Joublot, Gérard Monod, Roques, Stauder.
Carnac-Plage. E. St-Martin.
Cassis-sur-Mer. Agostini.
Cayeux-Brighton-sur-Mer. Colleu (orthopédie).
Croix-de-Vie. Cristau.
Crozon-Morgat. E. Donard.
Deauville. Molina.
Dinard. Badin.
Douarnenez. Damey.
Fouesnant-Beg Meil. Legal.
Grau du Roi (Gard). Ramain.
Hendaye. Th. Casenave.
Le Boulou. J. Noguès.
Mimizan-Plage (Landes). Froustay.
Nice. Faure, M. Lelongt, Nicolas, Trutié de Vaucresson (*chir.*)
Ouistreham-Riva-Bella. Ch. Poullain.
Paramé. Bazin.
Pau. Dr Cornet.
Roscoff. Bagot père, Stéphan.
Saint-Aubin-sur-Mer. (Calvados), Em. Quiquemelle.
St-Georges-de-Didonne. Maudet.
Saint-Jean-de-Luz. J. Reboul.
Ste-Maxime-s/Mer. E. Bausset, Ficonetti.
St-Quay-Portrieux. Bertrand
Saint-Raphaël. Boulle, Léon Clément (*chir.*), M. Rochette (*stom.*), Roux de Laroque (*Gyn. enf.*)
Saint-Servan. Huet.
Sables-d'Olonne. Pelletier.
Sanary-sur-Mer. Gaillard.
Trébeurden. Royer.
Villars-de-Lans. Bassaget.

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du Concours Médical, *Paris* 167-95.

N° 186. — Moto-caméra, obj. Krauss I:2,7, mise au point, chang. de vitesse (10 à 21 par s.) avec sac cuir. Babygraphe, posographe, pince à coller, pince à encocher, pathéine, nécess. entretien. Le tout absolu. neuf. Valeur 2.500, à céder pour 800 fr.

N° 187. — Bretagne. Bon poste près mer et gr. ville. Maison très confort. A céder 30.000 compt. pour rais. santé.

N° 188. — Gap (H.-A.). — Méd. recomm. pens. fam. tenue par son fils. Excell. clim. alt. moyenne, conf. moderne. Reçoit plus spécialem. jeunes élèves. Etudes surveillées. Ouvert pendant vacanc. Bonnet, 14, R. Cap. de Bresson.

N° 189. — Suis achet. matér. chirurgical occ., salle opér., stéril., instr. chirurg., vitrine. Faire offres.

N° 190. — Dr dispo., compt. ch. gros poste méd. seul., accepter. pro-pharm. De préfér. Normandie, Maine, Touraine, Ile de France. Belle habit., exigée.

N° 191. — Dr expér. dispos. voiture libre, juillet, août, sept., accepter. remplacem. toutes régions.

N° 192. — On demande à acheter d'occasion une voiture-ambulance pour une clinique. Faire offre.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet Breitel et Goret

1, rue Dante, Paris (5e). - Tél. : Odéon 36-46

Région industr. 5.000 hab. Seul pro-pharm. Gros rap. Prix 80.000 à déb. selon cpt.

Sud-Est. Stat. climatique., client. tte l'année. Excel. cond. Urgent, 2 heures Paris. Gde ville. Méd. gle. Très belle client. choisie. Prix : 70.000.

Belle région Ouest. 20 km. Gde ville, 30 km. mer. Import. poste. Nombr. Acc. Trav et acchts, belle maison. Prix 75.000. 1/2 ct.

Renseignements

Héliothérapie. Maison santé Hélios. Dr Brody, Grasse.

« **La Soleillette** » Bandol-sur-Mer (Var). Soleil. Régime.

Le manganèse, grand producteur d'oxygène, purifie tout, aseptise tout, désodorise tout. Dans l'organisme, il remplit le même rôle que dans l'hygiène : il nettoie, aseptise, tonifie le tube digestif. La TABLETTE DE MANGAÏNE est le seul produit pouvant rendre ce service. Sucez quotidiennement, et lentement, 4 à 6 tablettes.

AVIS

Renouvellement des Abonnements

En raison des *frais élevés* qu'entraînent actuellement les recouvrements, nos abonnés ont tout intérêt à nous adresser leur réabonnement (60 fr.), par virement postal ou chèque postal au nom du *Concours Médical*, compte Chèques postaux : Paris 167-95.

Changements d'Adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 fr. 50 pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande).

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.** — L'Académie d'Agriculture fait savoir au secrétariat général de l'Académie de médecine qu'elle décernera en 1938 un prix de 5.000 francs à l'auteur d'un travail sur le rôle du phosphore dans la production végétale et animale.

— **Congrès international de l'insuffisance hépatique** (Vichy, 16-18 septembre 1937). — M. le Professeur URBACH (de Vienne) fera au Congrès de l'insuffisance hépatique un rapport sur : *la peau et le foie.*

— **IIe Congrès international pour la protection de l'enfance.** — Le deuxième Congrès international pour la protection de l'enfance aura lieu à Rome, au Cirico Massimo, du 23 au 26 septembre 1937.

Secrétariat général : Docteur Oltramare, 15, rue Levrier, Genève.

Trésorier : Docteur Egidi, 29, Corso Bramante, Torino, Italie.

— **Distinction honorifique.** — S. M. le Roi des Belges (arrêté du 7 juin 1937), vient de nommer le Docteur FOVEAU DE COURMELLES, officier de l'Ordre de Léopold.

Nous sommes heureux d'adresser à notre distingué collaborateur nos plus sincères félicitations.

— **Ministère des pensions.** — Le Docteur M. Sureau, secrétaire général de la Commission spéciale de classement des médecins, pharmaciens, dentistes, vétérinaires, bénéficiaires de la loi du 12 août 1933, communique la note suivante :

Un certain nombre de postes médicaux viennent d'être déclarés vacants et sont à pourvoir dans les plus brefs délais.

Médecin-chef, Lycée Louis-le-Grand, à Paris ; Médecin, Lycée de Laon ; Chirurgien dentiste, Lycée d'Oran, relevant du ministère de l'Education nationale.

Médecin maison d'arrêt de Saint-Nazaire ; Médecin maison d'arrêt de Draguignan, relevant du ministère de la Justice.

Médecins de circonscription, Paris et banlieue : 2 ; Médecins consultants du Comité médical régional, Montpellier, Strasbourg : 1, relevant du Ministère des P. T. T.

Vétérinaire chargé de cours Ecole régionale d'Agriculture et d'horticulture d'Antibes (Alpes-Maritimes), relevant du Ministère de l'Agriculture.

— **Société médicale d'Aix-les-Bains.** — Les membres du Syndicat médical d'Aix-les-Bains informent leurs confrères que les malades adressés à Aix-les-Bains qui préfèreraient souscrire une cure à forfait, trouveront au Syndicat d'initiative d'Aix-les-Bains tous renseignements sur la cure à forfait organisée sous le contrôle du Ministère de la Santé publique et de la Municipalité, organisation dite A. D. E. T. A. B.

Les membres du Syndicat médical ne peuvent pas diriger le traitement thermal des malades qui s'adresseraient à toute autre organisation de cure à forfait, l'A. D. E. T. A. B., seule, garantissant aux malades le libre choix de leur médecin traitant.

— **Hôpitaux de Paris.** — *Concours d'oto-rhino-laryngologiste.* — Total des points obtenus : MM. Bourgeois, 50 ; Rémy Neris, 46 ; Richier, 45 ; Sergent, 43 ; Gason, 43 ; Bérad, 42 ; Salomon, 42.

Sont déclarés admissibles : MM. BOURGEOIS, Rémy NERIS, RICHIER.

— **La Caravane.** — *Visite de Paris et de l'Exposition.* — Visite de Paris et de l'Exposition, en trois, cinq ou huit jours. Quatre groupes sont organisés, du 26 juillet au 25 août. Ecrire : G. Roy, professeur au Collège de Gaillac-sur-Tarn.

— **Hommage à M. H. Martel.** — Le 8 juillet a eu lieu à la « Maison des vétérinaires », 28, rue des Petits-Hôtels, une manifestation en l'honneur de M. H. Martel, à l'occasion de son accession à la présidence de l'Académie de médecine.

M. Clavet, président du Syndicat national des

vétérinaires, a prononcé l'éloge de M. Martel et lui a remis un médaillon à son effigie.

M. Martel a dirigé les services vétérinaires de la Seine de 1902 à 1928. Docteur ès sciences, il a fait de nombreux travaux de bactériologie, notamment sur la morve qu'il a contractée en effectuant ses recherches à l'Institut Pasteur.

En 1903, il réorganisa le service vétérinaire de la Seine, notamment en créant des laboratoires de chimie et de bactériologie aux abattoirs et aux halles centrales. Dans ces laboratoires, en dehors des analyses journalières, sont effectuées de nombreuses études sur les pièces pathologiques provenant de la saisie d'animaux de boucherie.

M. Martel est actuellement président du Conseil d'hygiène de la Seine et président de l'Académie de médecine.

— **Æsculape.** — *Sommaire de juin* 1937 : Une image symbolique appliquée à l'ophtalmologie, par le Docteur Raymond CORDIER (3 ill.). — Quelques borgnes célèbres, par le Docteur Henry GOUDARD, de Vichy (8 illustrations). — A propos de Tobie aveugle (2 illustrations). — Huit estampes sur la vue, par Jean AVALON (8 illustrations). — Le « Montreur de Tours » à l'ectropion, par le Docteur Ch. COUTELA, ophtalmologiste de l'hôpital Saint-Louis (3 illustrations). — Supplément (13 illustrations).

• • •

A TRAVERS L'OFFICIEL

27 JUIN

Service de Santé militaire

Par décret du 20 juin 1937, sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé et, par décision ministérielle du même jour, reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de médecin sous-lieutenant

Les méd. auxil. (rang du 6 mai 1937) Panzani, 15e sect. inf. milit., aff. 15e rég. ; (rang du 16 mai 1937) Rancoule, 16e sect. inf. milit., aff. 16e rég. ; (rang du 20 mai 1937) Deumier, 14e sect. inf. milit., aff. 14e rég. ; (rang du 23 mai 1937) Auvray, 6e sect. inf. milit., aff. 6e rég.

30 JUIN

Asiles publics d'aliénés

Avis de vacances de postes de médecins des asiles publics d'aliénés

Un poste de médecin chef de service à l'asile public autonome d'aliénés de Cadillac (Gironde) est

vacant par suite du départ de M. le Docteur Gardes, appelé à un autre poste.

Un poste de médecin chef de service à l'asile privé faisant fonction d'asile public d'alliénés de Privas (Ardèche) est vacant par suite du départ de M. le Docteur Fail, appelé à un autre poste.

Le poste de médecin chef de service à l'asile privé faisant fonction d'asile public d'aliénés de Leyme (Lot) est vacant par suite du départ de M. le Docteur Mans, appelé à un autre poste.

Un poste de médecin chef de service à l'asile public autonome d'aliénés de Bailleul est vacant par suite du départ de M. le Docteur Toye, appelé à un autre poste.

2 JUILLET

Sanatoriums publics

[Liste d'aptitude aux fonctions de médecin-directeur et médecin-adjoint des sanatoriums publics

Conformément aux dispositions des décrets des 10 août 1920 et 21 novembre 1935, sont inscrits les candidats ci-après (par ordre alphabétique) :

1° *Médecin-directeur* : M. le Dr Châtonnier, Mlle le Dr Chemin, M. le Dr Choffé (pour les sanatoriums traitant les tuberculoses osseuses et ganglionnaires seulement), Mlles les Drs Fié, Jamin, Mme le Dr Marquant-Kuntz, MM. les Drs Thomson, Warnery.

2e *Medecin-adjoint* : Mlle le Dr Allain, MM. les Drs Arribehaute, Benau, Gau, Gautheron, Jacquet, Langeard, Lecoq, Le Moniet, Liron, Machelidon, Meyer, Pérol, Mme le Dr Poivet-Sarthou, M. le Dr Pressat, Mlle le Dr Raymond, M. le Dr Rossignol, Mlle le Dr Tarrade, MM. les Drs Temple, Vivant.

Ces inscriptions sont valables pendant le deuxième semestre 1937.

Circulaire relative à l'organisation du contrôle sur place des lois d'assistance

Paris, le 19 mars 1937.

Le ministre de la Santé publique, le ministre de l'Intérieur et le ministre des Finances à MM. les Préfets.

Les présentes instructions ont pour objet de préciser les conditions dans lesquelles devront être appliquées les dispositions contenues à l'article 7 du décret-loi du 30 octobre 1935, portant organisation du contrôle sur place des lois d'assistance.

Il résulte des termes du décret-loi que ce contrôle sera désormais exercé par les fonctionnaires de l'inspection de l'Assistance publique, qui ne pourront plus recevoir, à ce titre, aucune rémunération sur les budgets des collectivités locales.

La contribution des départements aux dépenses du service est fixée forfaitairement à 20 p. 100 de l'ensemble des sommes qui seront perçues dorénavant



par les intéressés (traitements, indemnités réglementaires, frais de tournées).

Le montant en est versé au budget général comme recette d'ordre proprement dite, à la rubrique budgétaire « Contribution des départements aux dépenses entraînées par le contrôle sur place des conditions d'application des lois d'assistance ».

Ces mesures doivent avoir effet au 1er janvier 1937, date à partir de laquelle les nouvelles échelles de traitements et les nouveaux taux d'indemnités des fonctionnaires de l'Assistance publique entrent en vigueur.

Toutefois, il y a lieu de noter que la contribution des départements aux dépenses effectivement opérées en 1937 ne pourra être connue exactement qu'au début de l'année 1938.

Le ministre de la Santé publique indiquera à ce moment à chaque préfecture la somme nette sur laquelle seront calculés les 20 p. 100 devant être remboursés à l'Etat et la somme à inscrire en dépense au budget additionnel du département, soumis au vote des Conseils généraux lors de la première session annuelle de ces assemblées.

Le département de la santé publique fera parvenir en même temps au ministère des Finances (direction de la comptabilité publique) les titres de perception qui permettront aux trésoriers-payeurs généraux de faire recette, au budget de l'Etat, de la contribution départementale.

Vous voudrez bien accuser réception de cette circulaire au ministre de la Santé publique, sous le timbre : « Direction du personnel, 1er bureau ».

Le ministre de la Santé publique,
Henri SELLIER.

Le ministre de l'Intérieur, Marx DORMOY,
Le ministre des Finances, Vincent AURIOL.

(*J. O.*, 24 mars 1937).

Réponses des ministres aux questions des parlementaires

Cumul de l'indemnité de déplacement des experts en matière criminelle avec les autres indemnités

3.062. — M. Joseph BASTIDE expose à M. le ministre de la Justice : *a*) que l'article 20 du décret du 22 décembre 1927 portant règlement d'administration publique sur les frais de justice en matière criminelle prescrit l'allocation aux experts d'une somme de 30 francs par jour si le lieu de transport se trouve à une distance de plus de 20 kilomètres de la commune de leur résidence (20 francs par jour, si la distance est de plus de 5 kilomètres) ; *b*) que l'article 21 du même décret leur alloue une indemnité de 20 francs, outre leurs frais de transport et de séjour, lorsqu'ils sont entendus devant les cours ou tribunaux ; *c*) que la plupart des cours et tribunaux interprètent comme elle doit l'être, dans son esprit et dans son texte, cette double disposition, passent en taxe cumulativement ces deux allocations, et que d'autres se refusent

à ce cumul ou font une confusion évidente en appliquant aux experts les articles 32 et suivants du décret, qui ne concernent évidemment que les témoins, et demande, s'agissant d'une réglementation et non d'une loi, et l'interprétation appartenant à l'autorité administrative, auteur de cette réglementation, que l'interprétation soit fixée définitivement pour mettre fin aux divergences d'application. (*Question du* 25 *mars* 1937).

Réponse. — La taxe de comparution des experts, prévue par l'article 21 du décret du 5 octobre 1920 modifié par celui du 22 décembre 1927, se cumule avec l'indemnité de voyage de l'article 19 et avec l'indemnité de séjour de l'article 30 ; mais cette dernière indemnité n'est due que lorsque l'expert s'est transporté à plus de 5 kilomètres de la commune de sa résidence (indemnité de 20 francs) ou à plus de 20 kilomètres (indemnité de 30 francs). Si toutefois l'expert est appelé à déposer sur des faits auxquels il a assisté en qualité de témoin, et non sur des questions relatives à sa mission, il n'a plus alors droit qu'aux indemnités accordées aux témoins, par les articles 32 et suivants. L'attention des magistrats taxateurs a été appelée sur le point visé par la question écrite. (*J. O.*, 12 juin 1937).

Naturalisation des chirurgiens-dentistes

4.354.—M. Cournault, sénateur, demande à M. le garde des Sceaux de bien vouloir lui faire connaître : 1° le nombre de chirurgiens dentistes étrangers titulaires du diplôme d'université et celui des étudiants en chirurgie dentaire qui ont fait leur demande de naturalisation durant les années 1936 et 1937 ; 2° si l'on tient compte pour l'acceptation de leur naturalisation du fait que le diplôme d'université qu'ils possèdent ou doivent posséder ne leur donne pas droit d'exercer en France et qu'ils doivent, en conséquence, posséder d'autres moyens d'existence. (*Question du* 27 *mai* 1937).

Réponse. — 1° Il n'est pas possible de répondre à la première question posée par l'honorable sénateur ; en effet, la statistique du bureau du sceau ne comporte pas de rubrique spéciale permettant de donner le nombre des demandes de naturalisation formées, au cours des années 1936 et 1937, par les étudiants en chirurgie dentaire et les chirurgiens dentistes, titulaires du diplôme d'université ; 2° dans l'examen des demandes formées par les étudiants en chirurgie dentaire ou chirurgiens dentistes, la chancellerie tient le plus grand compte de l'avis exprimé par M. le ministre de la Santé publique, et refuse, en principe, la naturalisation à ceux des intéressés qui ne sont pas titulaires du diplôme d'Etat ou qui ne poursuivent pas leurs études en vue de l'obtention de ce diplôme. (*J. O.*, 0 juin 1937).

Exercice du contrôle technique des soins dentaires aux assurés sociaux

3.627. — M. Jean Leroy demande à M. le ministre du Travail, au sujet du contrôle des soins dentaires donnés aux assurés sociaux : 1° si le contrôle

syndical peut être exercé par un dentiste soignant lui-même les assurés sociaux ; 2° dans l'affirmative, qui a le pouvoir de le contrôler lui-même ; 3° si ce contrôle peut s'exercer au domicile particulier du contrôleur soignant lui-même les assurés ; 4° si le syndicat des chirurgiens-dentistes a le droit de contrôler à nouveau les dossiers classés depuis six mois déjà, dûment contrôlés par la Commission technique et par le Syndicat, sans qu'il y ait de plaintes de la Caisse. (*Question du* 21 *mai* 1937.)

Réponse. — 1°, 2° et 3° Le Syndicat des chirurgiens-dentistes avec lequel une convention a été passée par la Caisse d'assurances sociales a le droit de faire contrôler les chirurgiens-dentistes donnant leurs soins aux assurés sociaux par tel de ses membres qu'il lui appartient de désigner. Il peut ainsi mandater pour chaque contrôle un chirurgien-dentiste dont la mission est limitée à un praticien déterminé. Ce contrôle est effectué aux lieux et dans les conditions fixés par le Syndicat ; 4° les décisions de la Commission technique dentaire ne relèvent pas du contrôle syndical et sont définitives. Mais le Syndicat peut exercer à tout moment son contrôle sur les abus commis par un praticien dans l'exercice de sa profession et notamment lorsque des irrégularités ont été commises par lui en vue de provoquer par la Commission technique dentaire des décisions favorables à l'assuré. (*J. O.*, 30 juin 1937.)

◆ ◆ ◆

LÉGION D'HONNEUR

RÉSERVES

Service de Santé

I. ARMÉE MÉTROPOLITAINE

Par décret du 30 juin 1937, rendu sur la proposition du ministre de la Défense nationale et de la Guerre, sont nommés ou promus dans l'ordre national de la Légion d'honneur, au titre de la loi du 3 juillet 1936, *avec traitement*, les officiers des réserves dont les noms suivent :

Au grade d'officier

Maratuech, lieut.-col. 15e rég. ; Boisseau, méd. command. 19e C. A. ; Lucien, méd. lieut.-col. 20e rég. ; Hanns méd. command. 20e rég. ; Laurent, méd. command. 5e rég. ; Lacoste, méd. command. 18e rég.

Au grade de chevalier

Bonnis, méd. capit., 19e rég. ; Pollet, médec. capit., 1re rég. ; Guillot, médec. capit., 14e rég. ; Girard, médec. capit., 14e rég. ; Guichard, capit., 13e rég. ; Hours, médec. capit., 13e rég. ; Talichet, médec. capit., 13e rég. ; Corcelle, médec. capit., 9e rég. ; Dournel, médec. capit., 8e rég. ; Letorey, méd. capit., 8e rég. ; Delaigne, médec. capit., 18e rég. ; Jacquemart, méd. capit., 5e rég. ; Poisonnier, médec. capit., 2e rég. ; Chenet, médec. capit., rég. Paris.

Dalche, médec. lieut., 7e rég. ; Vivien, méd. capit., 4e rég. ; Usquin, médec. capit., 5e rég. ; Daniel, médec. cap. 15e rég. ; Leborck méd. cap. 19e C. A. Cabantous, médec. capit., rég. Paris ; Poirier, médec. capit. 4e rég. ; Legrand, médec. command., 4e rég. ; Lafon, médec. capit., 9e rég. ; Vachez, médec. capit., 9e rég. ; Bailleul, médec. command., 4e rég. ; Laplaze, médec.

capit., 18e rég. ; Lebail, médec. lieut., 15e rég. ; Gaillard, médec. command., rég. Paris ; Delor, méd. command., rég. Paris.

Pujol, médec. lieut., 16e rég. ; Mage, médec. capit., 16e rég. ; Le Poittevin, méd. lieut., rég. Paris ; Deville-bichot, médec. capit., 8e rég. ; Noailles, médec. command., rég. Paris ; Boissart, médec. command., rég. Paris ; Simon, méd. capit., rég. Paris ; Audy, méd. capit. 5e rég. ; Eyssautier, médec. capit., 14e rég. ; Petit, méd., command., rég. Paris ; Brunet, méd. lieut., 9e rég. ; Roerich, méd. capit., rég. Paris ; Timal, méd. command., 1re rég. ; de Mourgues, médec. capit., 13e rég. ; Narcy méd. capit., rég. Paris.

Munier, méd. capit., 20e rég. ; Colleu, médecin capit, 1re rég. ; Duval, médec. capit., 8e rég. ; Dubos, médec. capit., 3e rég. ; Barabeau, médec. capit., rég. Paris ; Aujay de La Dure, médec. capit., 13e rég. ; Delfourd, médec. command., 20e rég. ; Brabant, méd. command., 1re rég. ; Jourdan, médec. capt., 15e rég. ; Guinot, médec. capit., 9e rég. ; Mansillon, médec. capit., 13e rég.

Magnes, médec. command., 16e rég. ; Lehucher, médec. command., Tunisie ; Andrieu, médec. capit., Maroc ; Régnier, médec. capit., 8e rég. ; Bernard, médec. capit., 7e rég. ; Molbert, médec., lieut., 19e C. A. ; Creuzot, médec., capt., 5e rég. ; Dupytout, médec. capit., 9e rég. ; Arnaud, médec. capit., 15e rég.

***

Par décret du 30 juin 1937, rendu sur la proposition du ministre de la défense nationale et de la guerre, sont promus dans l'ordre national de la Légion d'honneur au titre de la loi du 3 août 1936 (*sans traitement*), les officiers des réserves dont les noms suivent :

Au grade de commandeur

Mendelssohn, méd. lieut.-col., 4e rég.

Au grade d'officier

Renaud, méd. lieut.-col., Maroc ; Jeanty, médecin command., 9e rég. ; Guibe, méd. lieut.-col., 3e rég. ; Chon, méd. lieut.-col., 4e région ; Lexa, méd. col., 8e rég. ; Van Vyve, méd. lieut.-col., 6e rég. ; Brunhammer, méd. command., 7e rég. ; Noirclaud, méd. lieut.-col., rég. Paris ; Dupont, méd. lieut.-col., rég. Paris ; Courcoux, médecin lieut.-col., 4e rég. ; Pietkievwicz, médecin, comm., rég. Paris ; Simonin, méd. command., rég. de Paris ; Leygue, méd. command., 2e rég. ; Chalot, méd. command., 17e rég. ; Salomon, médecin command., 11e rég.

Au grade de chevalier

Testard, méd. command., 3e rég. ; Mandy, méd. capit., 13e rég. ; Gilles, méd. comm., 17e rég. ; Jicod; méd. comm., 14e rég. ; Looten, méd. capit., rég. Paris, Maire, méd. capit., 14e rég. ; Halimbourg, méd. comm., rég. Paris ; Thibonneau, méd. comm., rég. Paris ; Poissonnier, méd. comm., 2e rég. ; Boichut, méd. capit., 8e rég. ; Melassez, méd. capt., rég. Paris ; Gelma, méd. comm., 20e rég. ; Vaysse, méd. comm., 9e rég. ; Neyron, méd. capit., 15e rég. ; Badolle, méd. capit., 14e rég. ; Aymes, méd. capit., 15e rég. ; Pierret, méd. comm., 1re rég.

***

Par décret du 30 juin 1937 sont nommés dans l'ordre national de la Légion d'honneur au titre de la loi du 3 août 1936 (avec traitement) les officiers rayés des cadres dont les noms suivent :

Au grade de chevalier

Garnier, anc. méd. capit. ; Michiels, méd. capit. hon.

***

Par décret du 30 juin 1937 sont promus dans l'ordre national de la Légion d'honneur au titre de la loi du 3 août 1936 (sans traitement), les officiers rayés des cadres dont les noms suivent :

Voir la suite page XLVII-2175

PROPOS DU JOUR

UN ESSAI DE PHILOSOPHIE BIOLOGIQUE ET D'ÉCONOMIE GÉNÉRALE DU MONDE VIVANT

M. Louis de Broglie dans le remarquable livre qu'il vient de publier : *Matière et Lumière*, écrit : « L'effondrement en quelques décades des principes les mieux établis et des conclusions les mieux étayées nous montre combien il faut être prudent en cherchant à appuyer des conclusions philosophiques générales sur le progrès des sciences, car c'est là bâtir sur un terrain toujours mouvant. Quand on aperçoit combien la somme de nos ignorances dépasse celle de nos connaissances, on se sent peu porté à conclure trop vite. »

Aussi est-ce avec prudence et après mûre réflexion que M. le Docteur Roule, professeur honoraire du Muséum d'Histoire naturelle, termine la série de ses belles études sur *les Poissons et le monde vivant des eaux*, par un dixième et dernier volume de conclusions qu'il intitule *La Philosophie biologique et l'économie générale du monde vivant* (1). A vrai dire ce volume se borne à grouper les réflexions philosophiques que M. Roule a faites çà et là au cours de ses études ichtyologiques et ces réflexions deviennent, ainsi réunies, d'un ordre général et s'appliquent à la biologie du monde vivant tout entier et en dernier lieu à l'homme.

Il ne faut pas borner l'étude de la nature à donner l'inventaire de ce que contient l'univers ; après avoir ainsi fait cette analyse, accumulé les documents, il convient d'en faire la synthèse, de donner une interprétation générale, prudente, mais aussi exacte que possible, de la nature toute entière. M. Roule affirme qu'il est nécessaire de se rendre compte du mouvement vital et de situer les êtres non seulement dans l'espace mais aussi dans le temps. La vie ne se borne pas à la respiration qui par des oxydations finit par détruire les êtres, ni à l'alimentation qui les répare et prolonge leur existence ; elle comprend encore la reproduction qui assure la pérennité de l'espèce.

Il existe une sorte d'assistance entre les êtres vivants et la lutte pour la vie ne favorise qu'en apparence les plus forts. Une vaste symbiose d'utilisation réciproque s'établit. Le monde vivant prend à la nature inerte ce dont il a besoin et une assistance équitable rétablit l'harmonie.

Organisme durable, établi à la surface du globe, le monde vivant a sa constitution et ses lois. Chaque être contribue à son harmonie et quand il meurt, il est remplacé. La biologie devient une véritable science économique de la nature et de la vie, science de l'exploitation utilitaire que le monde vivant poursuit de façon continue.

Les éléments des êtres vivants viennent du milieu qui les environne et y retournent. Ils renaissent de leurs cendres. La vie exploite et utilise la matière brute à laquelle elle emprunte son énergie. Elle n'est pas une énergie spéciale, comme le veulent les vitalistes, mais une association spéciale des énergies qui parcourent l'univers.

M. Roule aborde alors l'explication de la genèse du monde vivant. Doit-on admettre la fixité ou l'évolution ?

Il est persuadé que la démonstration de l'évolution ne peut se faire par des constatations fragmentaires et statiques que donne la paléontologie mais bien par le développement embryonnaire des êtres, par son mouvement créateur pris dans sa généralité.

Le monde vivant ne se borne pas à l'adulte qui surtout s'entretient, il comprend l'embryon qui s'accroît et se transforme. Dans son évolution créatrice, l'embryon, entraîné par son élan vital, s'arrête dès que son état d'adulte est établi. Mais l'adulte contient en lui la forme formante de sa forme formée. La substance de son germe porte en elle son modèle, force énergétique. D'où résulte l'enchaînement des générations successives. L'individu n'est qu'un anneau dans la chaîne de sa lignée et dépend d'elle et de son milieu. Le moi absolu n'existe pas en philosophie biologique.

L'ontogenèse de l'embryon qui se modifie en se développant, résume en quelque sorte l'évolution des lignées, la phylogenèse. La continuité changeante des lignées peut se faire brutalement

(1) Librairie Delagrave, 15, rue Soufflot, Paris, 1937.

◆◆

ou bien brusquement par des mutations transmissibles telles que les a constatées Vriès. L'hérédité de caractère général est un pouvoir continu qui de l'embryon passe à l'adulte et se prolonge dans le germe. Le modèle force qui y est toujours en éveil, conduit la forme formante et la forme formée à construire sans cesse à frais nouveaux selon les possibilités de son complexe d'énergie. Ce mouvement créateur qui parcourt la lignée, édifie pour chaque génération un organisme viable et complet. Cet organisme subit l'influence de son milieu, s'adapte à lui pour en retirer ce dont il a besoin pour se développer. Mais il est inexact d'étendre le rôle de cette adaptation à des modifications profondes, l'adage : la fonction fait l'organe, est une erreur. L'organe remplit sa fonction une fois formé, il arrive parfois qu'il n'en remplit aucune.

La création phylogénétique a une unité de conduite dans laquelle les changements évolutifs ne sont que des épisodes.

L'évolution n'est pas créatrice dans le sens que lui a donné Bergson. Elle n'est pas causante, elle est causée. Les individus figurent au long des lignées comme des particules dispersées dans l'espace et dans le temps. La mort inéluctable existe surtout pour l'individu, moins rapide pour la lignée. La mort des individus permet au monde vivant de se renouveler, elle devient en quelque sorte le gage de leur existence, constatation paradoxale dans les termes et pourtant vérité dans les faits.

Il existe une morale du monde vivant. Le travail vital est obligatoire ; s'il s'effectue mal, une sanction se manifeste, la vie organique est lésée, soit dans le présent, soit dans l'avenir sur les descendants. La loi du moindre effort qui paraît celle des êtres vivants, finit par conduire à la mort totale.

M. Roule, abordant l'examen de la progression du monde vivant, trouve que la conception monophylétique est trop grande et trop claire, il admet le polyphylétisme, les lignées multiples se développent ou disparaissent selon les circonstances. Les classifications sous leur apparence statique cachent un élan dynamique. Le monde vivant que nous observons actuellement est inégal et hétéromorphe.

L'image symbolique des espèces serait une gerbe, dérivée d'ancêtres multiples et non un arbre à tronc unitaire, exprimant la descendance d'un seul ancêtre initial. L'incarnation créatrice se fait par soubresauts variant avec les lignées. Des groupes éteints cèdent la place à des genèses nouvelles.

L'adaptation au milieu n'est pas une force causale. Le milieu se modifie constamment et nous ne connaissons pas toutes les sortes d'énergie qui parcourent l'univers. Il y a eu des époques créatrices, des époques conservatrices, des époques de destruction. Les grands bouleversements de l'écorce terrestre ont amené fatalement des révolutions chez les êtres vivants.

Le monde vivant s'épure et peu à peu se perfectionne. La première conquête de la vie a été son apparition. La matière vivante, d'abord sans forme, en a pris une et ce fut la pullulation des êtres monocellulaires, puis leur agrégation, leur complexité, la formation d'organes ; tout cela a suivi l'évolution de la croûte terrestre.

La vie lagunaire est devenue la vie terrestre, continentale et de ce fait la végétation s'est modifiée. La création principe énergétique a transformé la matière brute que le monde vivant a exploitée et le mouvement vital a organisé la matière.

La philosophie biologique doit considérer l'homme non comme un être isolé mais comme une partie du monde vivant. Dernier arrivé dans ce monde, il en est promptement devenu le maître. M. Roule admet le polyphylétisme de l'humanité ; il ne croit pas que toutes les races humaines proviennent d'une seule souche. Elles sont plus différentes qu'elles ne paraissent et semblent être nées localement. Les lignées humaines ont eu la même origine que les autres êtres vivants, leur ascendance a été analogue.

Les attributs humains lui ont donné la suprématie. Ce fut d'abord son esprit, dominé par une raison intelligente, puis la station verticale, les membres proportionnés au tronc, les mains préhensibles, la voix, le langage, etc. D'abord chasseur, pêcheur, obsédé par la recherche de son futur repas, l'homme est devenu progressivement pasteur, agriculteur, artisan fabriquant ses armes et ses outils et il est arrivé peu à peu à faire la conquête de la nature.

En somme « l'histoire économique du monde vivant, déployée au cours du temps, se termine ainsi par celle de l'humanité qui lui donne, à notre égard, une finalité présente. Toutes deux se suivent, se complètent, s'éclairent mutuellement. La philosophie biologique, synthèse de l'une, est également celle de l'autre. »

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOTEL-DIEU

MALADIE BLEUE (1)

Par le Professeur CARNOT

Grâce à mon chef de clinique, le Docteur Fiehrer, je puis vous présenter une petite fille de 6 ans atteinte de cyanose congénitale, avec communication interventriculaire et rétrécissement de l'artère pulmonaire : ces lésions tératologiques, souvent associées, doivent être rapportées, dans ce cas, à des crises d'épilepsie de la mère survenues au début de la grossesse.

Voici l'histoire de cette enfant. Elle est venue au monde en état de mort apparente et ne fut ranimée qu'après une demi-heure de soins. Dès ce moment, la sage-femme a constaté que l'enfant avait une teinte anormale des téguments : ceux-ci étaient bleus, principalement à la face et aux extrémités.

A l'âge de trois mois, l'enfant a eu des convulsions qui ne se sont d'ailleurs pas répétées ultérieurement.

Dès la première enfance, la coloration bleue des téguments était nette, devenant presque noire lorsque l'enfant criait ou faisait un effort. Malgré cette cyanose, sa croissance s'est faite, cependant, mieux qu'on n'eût pu le craindre : mais elle a été nettement retardée et, actuellement, le développement pondéral et statural de cette fillette est très inférieur à celui d'un enfant de son âge.

Lorsqu'on l'examine, on est frappé, même à distance, de la cyanose très accentuée des téguments, allant suivant les régions, d'un bleu discret à un violet presque noir. Cette cyanose, étendue à tous les téguments, prédomine au niveau de la face surtout, et au niveau des doigts et des orteils.

A la face, les oreilles, le menton, les pommettes, le nez, les lèvres sont de coloration asphyxique. Les muqueuses de la cavité buccale sont aussi bleutées ; les oreilles sont froides et rouge-violet

Les extrémités des doigts et surtout les ongles sont d'un bleu-noirâtre ; on note aussi une déformation considérable des doigts qui sont renflés en baguette de tambour avec des ongles larges, épais, bombés en verre de montre ; cet hippocratisme digital est particulièrement accentué au niveau du pouce.

(1) Leçon du 13 février 1937, résumée par Mme le Docteur RODZEVITCH.

Des déformations analogues s'observent, quoiqu'à un degré moindre, au niveau des orteils.

L'aspect typique de cette enfant permet de poser d'emblée le diagnostic de *cyanose congénitale*, apparue dès la naissance ; on sait qu'elle est, d'habitude, la conséquence d'une malformation cardiaque complexe et on lui a donné le nom, faisant image, de maladie bleue.

L'examen du cœur confirme cette notion dans notre cas particulier : car on décèle, dans les deuxième et troisième espaces intercostaux du côté gauche, un *frémissement systolique* intense, qui correspond, à l'auscultation, à un *gros souffle systolique* : celui-ci s'entend dans toute l'aire précordiale, mais il a son maximum dans la région para-xyphoïdienne gauche ; il se propage en haut et en dehors vers le milieu de la clavicule gauche et aussi, quoique faiblement, dans l'aisselle : il ne s'entend pas dans le dos.

Le rétrécissement concomitant de l'artère pulmonaire devrait donner, théoriquement, un souffle systolique distinct de celui de la communication interventriculaire et les irradiations devraient en être différentes : le souffle de la sténose devrait siéger dans le deuxième espace intercostal gauche et se propager vers la clavicule gauche et dans le dos ; le souffle, systolique également, de la communication interventriculaire, devrait se localiser à la partie interne du troisième espace intercostal gauche et se transmettre horizontalement, en barre, dans les troisièmes espaces intercostaux droit et gauche en ne se propageant que très peu vers le cou, l'aisselle et le dos. Mais, pratiquement, il est souvent difficile, sinon impossible, de distinguer ces deux souffles : dans notre cas en particulier, on entend un *souffle systolique* très intense et il est impossible de préciser deux localisations permettant de les dissocier.

Nous avons demandé, à la Clinique ophtalmologique du Professeur Terrien, d'examiner à l'ophtalmoscope, la *circulation rétinienne* de notre petite malade : cet examen permet, en effet, de se rendre compte de l'état de la vascularisation profonde, si troublée en pareil cas. Les papilles ont été trouvées rosées des deux côtés, mais sans œdèmes. *Les veines sont énormes et distendues* ; pas de pouls veineux spontané. Les artères sont

aussi de calibre anormalement élargi ; cet aspect se présente identique pour les deux rétines.

L'examen du sang met, d'autre part, en évidence une *polyglobulie considérable*, ainsi qu'il est de règle dans les cas de cyanose : il y a augmentation considérable du chiffre et du diamètre des globules rouges : la polyglobulie est de 8 millions 200.000 hématies (au lieu de 5 millions), et les hématies mesurent 8 μ (au lieu de 5 μ). Le nombre des globules blancs est supérieur à la normale (13.200).

Si nous cherchons *la cause des malformations cardiaques* de cette enfant, nous apprenons que sa mère présente, depuis l'âge de 13 ans, des *crises épileptiques* assez fréquentes, avec perte de connaissance complète et, par conséquent, avec chutes traumatisantes : elle en a présenté, notamment, au début de sa grossesse. Or, la malformation fœtale, aboutissant à l'arrêt de développement des cloisons bulbaires et ventriculaires cause de la maladie bleue, peut être située aux environs des septième et huitième semaines de l'évolution de l'œuf. Il est donc fort probable que les *crises épileptiques de la mère*, accompagnées de traumatismes plus ou moins violents, *ont déterminé, à la fin du deuxième mois de grossesse, un arrêt de développement de la cloison séparant les deux ventricules et, simultanément, une déviation de la cloison aortico-pulmonaire avec rétrécissement pulmonaire.*

Ainsi s'expliquent les malformations associées qui se sont traduites, cliniquement, chez la petite malade par une cyanose permanente congénitale et, consécutivement, par de la polyglobulie et des acro-déformations caractéristiques.

Le père était d'autre part, un tuberculeux, mort à 45 ans de tuberculose osseuse. Parmi les autres enfants du ménage, un garçon de 15 ans est épileptique comme la mère ; une fille est rachitique ; une autre paraît bien portante.

Dans l'ensemble, l'hérédité familiale est, ici très chargée, ce qui explique amplement les malformations tératologiques fœtales.

***

A propos de cette présentation, nous insisterons sur quelques particularités fort intéressantes de la cyanose congénitale : notamment, sur la genèse tératologique des malformations cardio-vasculaires et sur les conséquences physio-pathologiques qui en résultent, telles que la polyglobulie et les acro-déformations.

A. Genèse teratologique des vices de cloisonnement du cœur. — On sait que, le plus souvent, la maladie bleue consiste dans la *tétrade de Fallot* : sténose de l'infundibulum pulmonaire ; déviation de l'aorte vers la cloison interventriculaire ; absence de fermeture du septum interventriculaire ; enfin cyanose consécutive.

Dans quelques cas seulement, on observe un autre complexe, la *triade de Fallot* avec sténose pulmonaire, communication inter-auriculaire et cyanose.

Pour comprendre la genèse et la coexistence de ces lésions, nous rappellerons, d'abord, en un schéma très simple, l'embryologie du cœur, ce qui nous permettra de saisir le trouble tératologique qui est à l'origine de la maladie bleue.

On sait qu'au début de la vie embryonnaire, (comme chez les Poissons) le cœur est représenté par un tube droit qui reçoit le sang afférent par les deux canaux de Cuvier et qui lance le sang efférent dans un tronc artériel commun aboutissant aux arcs branchiaux.

Ce tube, encore unique, se coude ensuite en U, et se différencie : la partie auriculaire du cœur, encore unique, remonte en arrière et au-dessus du tronc artériel : un ventricule unique se développe au-dessous du bulbus cordis.

Enfin, vers la septième semaine, les cavités cardiaques vont se diviser en deux cœurs droit et gauche, par cloisonnement du bulbe, des ventricules et, plus tard des oreillettes ; or, c'est ce cloisonnement en deux cœurs qui est vicié dans le cas qui nous occupe.

Normalement, la cloison interventriculaire se constitue de deux parties, l'une antérieure, l'autre postérieure, occupant les régions correspondantes de la cavité ventriculaire ; ces deux parties cheminent à la rencontre l'une de l'autre et, de ce fait, c'est la partie antéro-médiane et supérieure de la cloison qui reste ouverte le plus longtemps. C'est elle aussi qui peut reste béante sous l'influence de causes tératologiques : or l'arrêt de développement de la cloison interventriculaire provoque une communication interventriculaire des deux cœurs droit et gauche. Le plus souvent, cette perforation du septum est de petites dimensions ; elle siège à la partie antéro-supérieure de la cloison, au-dessous de l'émergence de l'aorte.

Le bulbe artériel, qui, un peu avant le développement de la cloison interventriculaire, s'est divisé lui aussi en deux troncs (aorte et artère pulmonaire) peut être simultanément touché par le processus tératologique contigu : l'aorte se dilate et, par là-même, empiète du côté droit, à cheval sur la communication interventriculaire. Par là aussi, l'artère pulmonaire est rejetée à droite et rétrécie.

Les défauts de cloisonnement du ventricule et du bulbe artériel semblent donc liés et contemporains, ce qui explique la coexistence, dans la tétrade de Fallot, de la communication interventriculaire et du rétrécissement de l'artère pulmonaire, d'où dérivent les signes cliniques de la maladie bleue.

L'arrêt du cloisonnement interauriculaire peut aussi s'associer aux malformations précédentes : on sait que normalement le trou de Botal persiste jusqu'après la naissance et parfois jusqu'à l'âge adulte ; mais, cliniquement, cette communication interauriculaire ne peut être diagnostiquée et ne donne de troubles que si elle est associée à d'autres lésions cardiaques (triade de Fallot) entravant la petite circulation et mélangeant, dans le cœur droit, le sang bleu de l'oreillette droite au sang rouge de l'oreillette gauche.

B. Mécanisme de la cyanose. — Quelles sont les conséquences cliniques de pareilles malformations ? Pour les comprendre il faut avoir à l'esprit le schéma de la circulation normale des deux cœurs. Le cœur droit reçoit du sang bleu réduit par oxydation dans les tissus et qui va s'oxygéner dans les poumons. Le cœur gauche reçoit du sang rouge oxygéné par son passage à travers les poumons, en sorte qu'il ne lance dans la circulation générale que du sang rouge, chargé d'oxy-hémoglobine. S'il y a communication interventriculaire isolée (maladie de Roger), le cœur gauche, de beaucoup le plus musclé, fait passer, à contre-courant, du sang rouge dans le cœur droit ; ce sang rouge passe ainsi deux fois dans la petite circulation à travers les poumons, et, comme il était déjà rouge et oxygéné, on ne s'aperçoit même pas du mélange des sangs, puisque l'hématose n'est pas compromise.

Par contre, s'il y a un obstacle au niveau de l'artère pulmonaire ou de la petite circulation, les faits se présentent d'une autre manière : il y a alors, comme suite à la difficulté d'évacuation du ventricule droit vers la petite circulation, hypertrophie progressive des parois du ventricule droit luttant contre l'obstacle : à un certain moment, les muscles du ventricule droit doublant, triplant même, leur épaisseur, la pression sanguine deviendra plus forte dans le ventricule droit que dans le gauche, et le sens du courant sanguin à travers la perforation ventriculaire sera renversé, le sang veineux passant à chaque systole dans le ventricule gauche sans aller s'oxygéner dans les poumons. Il y aura alors mélange du sang bleu au sang rouge artériel dans le ventricule gauche, puis dans l'aorte et dans la grande circulation générale : d'où la cyanose des téguments. Parallèlement, la circultation pulmonaire se trouvera réduite du fait du rétrécissement pulmonaire : ce qui augmentera beaucoup l'anoxémie et la cyanose.

Cette explication de la cyanose par le *mélange des sangs bleu et rouge* date de Gintrac et elle est encore valable, en grande partie, aujourd'hui. D'ailleurs tout autre obstacle sur le trajet de la circulation peut aussi provoquer la même inversion circulatoire en cas de communication directe des deux cœurs :

La cyanose peut ainsi se produire, en l'absence de toute sténose de l'artère pulmonaire quand il y a communication anormale entre les deux cœurs, dans les cas d'une artérite pulmonaire par artério-sclérose, d'une artérite pulmonaire syphilitique, d'une affection des voies respiratoires aiguë (broncho-pneumonie) ou chronique (sclérose, emphysème, etc.) entravant la circulation pulmonaire. L'élévation de pression dans le ventricule droit hypertrophié et le renversement du courant interventriculaire aboutiront ainsi au mélange de sang bleu et de sang rouge dans la grande circulation et à une anoxémie intense.

Il se produit notamment ainsi des *cyanoses tardives*, bien que la communication interventriculaire soit congénitale, par survenue tardive d'un obstacle pulmonaire provoquant le passage interventriculaire du sang bleu dans le cœur gauche et dans la grande circulation. Bard et Curtillet ont attiré l'attention sur ces cyanoses tardives, souvent intermittentes consécutives à la survenue de lésions pulmonaires qui rendent évidentes des communications ventriculaires méconnues jusque-là. Ils ont rapporté les observations de sujets ayant fait brusquement une cyanose tardive à l'occasion d'une broncho-pneumonie, d'une poussée de tuberculose, etc.

Plus récemment, on a insisté sur d'autres types de cyanoses apparues sans communication anormale entre les deux cœurs et seulement du fait d'obstacles circulatoires sur le trajet de l'artère pulmonaire entravant considérablement l'hématose. Les auteurs argentins, Ayerza et son Ecole, ont minutieusement observé certains asphyxiques qu'ils ont désignés sous le nom de *cardiaques noirs*. Ils ont insisté sur l'absence de malformations cardiaques, sur les altérations de l'artère pulmonaire et sur la saillie de l'arc moyen à la radiographie. Il semble que, dans ces cas, la gêne au niveau de la circulation pulmonaire, sans mélange des sangs artériel et veineux dans la grande circulation, suffise, à elle seule, à déterminer une cyanose extrêmement marquée.

La théorie du mélange des sang de Gintrac ne doit donc plus être généralisée à tous les cas de cyanose tardive : l'anhématose et l'asphyxie par troubles de la petite circulation y jouent certainement un rôle, parfois prédominant ou même unique.

C. Mécanisme de la polyglobulie. — Un autre chapitre, fort intéressant, dans l'histoire de la maladie bleue, est relatif à la *polyglobulie compensatrice*, conséquence de l'anhématose. La polyglobulie existe aussi bien chez les cardiaques noirs que dans la maladie bleue : elle est la conséquence directe de la cyanose et traduit

une défense de l'organisme, luttant contre l'anhématose grâce à une augmentation considérable de la masse du sang, du nombre et du volume des globules rouges. Autrement dit, si les globules rouges ne véhiculent qu'une quantité d'oxygène insuffisante, il y a multiplication de leur nombre, de leurs dimensions et de leur charge en hémoglobine ce qui tend à provoquer une amélioration de l'hématose et un rétablissement de l'équilibre respiratoire des tissus.

La *masse du sang* ne peut être mesurée, encore actuellement, que par des techniques délicates et assez approximatives : les meilleures sont la méthode à l'oxyde de carbone de Haldane et la méthode au rouge neutre. On a ainsi constaté qu'en cas de maladie bleue la masse du sang peut être approximativement doublée.

La *polyglobulie*, chiffrée par le nombre des hématies au millimètre cube, devrait, en réalité, être rapportée à la masse totale du sang (ce qui double les valeurs obtenues, si la masse sanguine est doublée) : le degré de l'augmentation du nombre des hématies constitue l'indice de la gêne apportée à l'hématose : d'après Vaquez et Donzelot, cette polyglobulie a une valeur pronostique, les cas de cyanose avec grosse polyglobulie ayant un très mauvais avenir.

Le plus souvent, dans la maladie bleue, on trouve un chiffre moyen de 6 à 7 millions des globules rouges ; chez les cardiaques noirs, le nombre des hématies peut monter de 10 à 12 millions et davantage. Chez notre petite malapie, la polyglobulie atteignait plus de 8 millions par millimètre cube, ce qui semble indiquer un mauvais pronostic.

L'*accroissement du volume des globules rouges* s'associe, d'autre part, à la polyglobulie pour augmenter la charge globulaire en hémoglobine; le diamètre des hématies peut atteindre 8 μ, au lieu de 5 μ, dimension normale.

Ces phénomènes compensateurs témoignent de l'activité accrue de la moelle osseuse qui, excitée par la charge du sang en acide carbonique ou par l'anoxémie devient hyperacide et produit intensivement de nouveaux globules rouges. L'excitation humorale de la masse osseuse se fait par l'intermédiaire des « *hémopoïétines* » que nous avons décrites avec Mlle Deflandre, et que P.-E. Weil et Stieffel ont retrouvées dans le sang des cyanotiques.

D. Mécanisme des acro-hyperplasies. — Un autre point important, dans l'histoire de la cyanose, est relatif aux *déformations des extrémités, avec doigts hippocratiques ou, même, avec ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumonique.* Nous avons effectivement constaté chez notre malade une augmentation considérable des extrémités des doigts et des orteils : les ongles sont élargis en verre de montre ; les phalangettes sont renflées à leur terminaison. Au début, l'hyperplasie ne porte que sur les parties molles, et sur les ongles, ainsi que le montre la radiographie des mains. Mais à la longue, l'os réagit à son tour, ainsi que les articulations terminales, réalisant le type d'ostéopathie hypertrophiante pneumonique décrite par Pierre Marie. Ces déformations digitales s'observent d'ailleurs aussi chez d'autres anhématosiques, chez des tuberculeux chroniques, chez des dilatés bronchiques, dans des suppurations pleuro-pulmonaires. Ces troubles nous semble liés, beaucoup plutôt à l'anthémaose qu'à des produits septiques élaborés dans les cavités pulmonaires, ainsi qu'on le dit parfois : peut-être la stimulation de l'antéhypophyse doit-elle être invoquée dans ce mécanisme d'acro-hyperplasie.

Dans la maladie bleue, l'hypertrophie des parties molles des doigts, s'étendant parfois à la main et au poignet, s'associe toujours à une distension considérable des artères et des veines de la région, très apparente. Chez notre petite malade, l'examen ophtalmologique a mis en évidence, l'*augmentation du calibre des vaisseaux rétiniens.* La capillaroscopie montre d'autre part, la *distension vasculaire, prédominante à l'extrémité des doigts.* C'est, semble-t-il, pour une bonne part, cette distension des vaisseaux périphériques terminaux qui provoque l'apparition des troubles trophiques des extrémtés si nets chez notre petite malade.

E. Examen radiologique. — Enfin l'examen radioloigque complète les données cliniques : il nous montre une *augmentation considérable du cœur droit,* portant surtout sur le ventricule droit, puis sur le ventricule gauche, constituant un cœur globuleux avec refoulement en haut et à gauche de la pointe du cœur. La distension du cœur droit est surtout visible sur la radiographie pris *en position oblique postérieure droite* qui expose particulièrement bien le bord des cavités droites. Sur les radiographies de notre petite malade, cette dilatation du cœur droit apparaît très nettement.

F. Signes cardiaques. — Les signes cardiaques de la maladie bleue seront analysés brièvement. A la palpation *frémissement systolique,* surtout au foyer de l'artère pulmonaire, dont la partie rétrécie vibre intensément (chez notre malade, ce signe est très net). A l'auscultation, *souffle systolique intense* dominant tous les autres bruits : deux souffles systoliques se combinent et se couvrent, l'un dû au rétrécissement de l'artère pulmonaire, l'autre à la communication interventriculaire. En pratique, leur différenciation est délicate comme chez notre malade. Parfois, d'ail-

leurs, ces souffles font défaut ou sont intermittents aux périodes de cyanose même dans des cas où l'autopsie a confirmé ultérieurement la large communication des deux cœurs.

Dans ces cas latents, ce sont les signes fonctionnels (et surtout la cyanose continue ou intermittente), qui décèlent l'existence de la malformation cardiaque.

G. Cause de la malformation cardiaque. — Elle doit être recherchée dans un *processus tératogène, s'exerçant à la fin du deuxième mois de la grossesse,* ainsi que nous l'avons vu. Dans notre cas, les crises épileptiques de la mère survenues à cette époque, lors du cloisonnement du cœur fœtal, ont déterminé l'arrêt de ce cloisonnement.

Dans d'autres cas, on trouve les principales causes tératogènes habituelles : la syphilis héréditaire, les traumatismes directs, l'alcoolisme.

Il y a parfois des malformations multiples (bec-de-lièvre, pied bot, luxation congénitale de la hanche, doigts supplémentaires, etc.).

Il y a, dans un certain nombre de cas, *inversion des viscères en même temps que cyanose congénitale*

Liota, en Italie, a rapporté le cas d'une mère ayant eu neuf enfants : parmi eux, trois présentaient une maladie bleue coexistant avec une inversion totale des viscères (le foie était à gauche, la rate à droite, etc.).

Je me rappelle, au temps de mon internat à l'hôpital Broussais dans le service de Gilbert, avoir eu à soigner un cas particulièrement suggestif. Il s'agissait d'un homme de 28 ans, qui fut amené à l'hôpital sans connaissance et complètement cyanique : il était tombé brusquement en traversant la rue au pas de course pour éviter un tramway. Etant de garde, j'eus à l'examiner aussitôt : mon premier mouvement fut d'ausculter son cœur, mais je n'entendis aucun bruit cardiaque ; il sortit cependant, peu après de sa syncope et je l'auscultai plus facilement dans la salle où on venait de le porter. Or, si le cœur ne s'entendait pas à sa place habituelle, il s'entendait, par contre, à droite et présentait un énorme souffle systolique se propageant à droite vers la clavicule. L'inversion des viscères était totale : la dextrocardie coexistait avec la transposition de tous les autres organes : le foie était à gauche, la rate à droite etc... Il s'agissait donc d'un cas de maladie bleue combinée à une hétérotaxie. La cyanose était modérée à l'état normal ; mais au moindre effort (comme lors de la course du sujet pour éviter un tramway), il se produisait une anoxhémie totale ; le malade devenait noir et tombait en perdant connaissance.

Le développement intellectuel du sujet état, d'ailleurs, très déficient : il ne savait ni lire ni écrire. Il avait, de temps en temps des crises épileptiques ; il était devenu toxicomane (à la fois d'alcool, de morphine et d'éther). Son hérédité était très lourde et ses deux parents étaient des alcooliques notoires. Pour le mieux observer, je l'avais pris comme aide au laboratoire. Mais dès qu'il faisait un effort il tombait comme une masse, entièrement noir, (comme un jour où il voulut rattraper un chien qui se sauvait). La polyglobulie était considérable (12 millions). Cet homme, qui passa successivement par un grand nombre d'hôpitaux, mourut quelques années après et son autopsie vérifia, à la fois, l'inversion des viscères, la communication interventriculaire et le rétrécissement de l'artère pulmonaire.

On voit, par cet exemple, que parfois, malgré les très gros troubles circulatoires, les sujets porteurs de maladie bleue atteignent l'âge adulte, avec un développement corporel presque normal : mais il est rare qu'on ne trouve pas, chez eux, une série d'autres malformations tératologiques dont la plus complète est l'inversion viscérale, dite « en miroir » : car les organes ont la disposition que, normalement ils auraient si on regardait le sujet dans une glace.

H. Pronostic. — Dans la maladie bleue congénitale, le plus souvent les enfants ne peuvent pas être élevés longtemps. Le pronostic est donc très réservé.

D'ordinaire, la croissance est viciée, ainsi que le développement intellectuel. Les enfants, présentant une cyanose permanente, sont particulièrement fragiles et succombent souvent à des maladies intercurrentes, à des maladies pulmonaires (broncho-pneumonie, tuberculose notamment) qui déséquilibrent définitivement une circulation viciée.

Il est relativement rare que ces enfants atteignent la puberté. S'ils survivent, ce sont des infirmes qui ne peuvent se livrer à aucun effort.

N'oublions pas, cependant que, dans d'autres cas, la lésion reste longtemps latente et ne s'extériorise que tardivement.

Le degré de polyglobulie constitue, nous l'avons vu, un indice du pronostic et, d'après Vaquez et Donzelot, une polyglobulie supérieure à 7 millions comporte une pronostic grave.

Il en est ainsi pour notre petite malade dont la polyglobulie est de 8 millions. Son état est très précaire et on ne peut guère espérer une survie bien longue pour cette pauvre enfant dont l'existence a toujours été précaire et misérable...

LA PSYCHONÉVROSE IRRITATIVE

OU

PSYCHONÉVROSE D'ÉNERVEMENT

Par P. Hartenberg

Dans des publications antérieures (1), j'ai émis l'opinion que toutes les psychonévroses ont pour base un état neuro-psychique particulier, produit lui-même par un trouble fonctionnel du système nerveux. Les états neuro-psychiques fondamentaux des psychonévroses sont au nombre de trois : la dépression, l'inquiétude, l'irritation.

La dépression nerveuse correspond à l'ancienne neurasthénie. Après avoir connu une vogue extraordinaire, la neurasthénie est tombée aujourd'hui en décadence et c'est à peine si on lit encore son nom dans les publications médicales. Certes, il faut reconnaître qu'on a beaucoup abusé de ce terme de neurasthénie et qu'on l'a attribué, à tort et à travers, à quantité de désordres du système nerveux pour lesquels il n'était nullement qualifié : mélancolie, hypochondrie, névrose anxieuse, début de démence précoce et de paralysie générale, etc... Il était donc juste et légitime que l'extension exagérée de la neurasthénie fût corrigée. Mais comme il arrive souvent, on est tombé d'un excès dans l'autre. Et il n'est pas douteux que l'on rencontre encore aujourd'hui de nombreux malades atteints de dépression nerveuse. Il existe donc réellement un type clinique de psychonévrose, ayant pour base la dépression nerveuse et que j'ai proposé, pour éviter toute équivoque, d'appeler simplement « psycho-névrose dépressive ».

Depuis la première description de a neurasthénie par Beard, tous les auteurs avaient introduit dans son tableau clinique les manifestations de l'anxiété que l'on considérait comme un de ses sympt'mes habituels. C'est le mérite de Freud d'avoir soutenu pour la première fois qu'il convenait de séparer de la neurasthénie les manifestations anxieuses pour en faire un type clinique distinct, la névrose d'angoisse. Cette opinion du professeur de Vienne, que j'ai fait connaître en France dès 1901, est universellement adoptée aujourd'hui. A côté de la psychonévrose dépressive nous admettrons donc une seconde forme ayant pour base l'inquiétude, la « psychonévrose anxieuse ».

Mais en plus de la dépression et de l'inquiétude, il existe un troisième état neuro-psychique, susceptible de constituer une psychonévrose : c'est l'irritation nerveuse, bien connue dans le public sous les noms d' « énervement », d' « agacement des nerfs ». De même que l'inquiétude, l'irritation nerveuse faisait partie primitivement de la neurasthénie de Beard, puisque cet auteur l'avait dénommée « faiblesse irritable du système nerveux ». Or, il en est pour l'irritation comme pour l'inquiétude. L'irritation nerveuse peut exister et s'observer en dehors de la neurasthénie, représentant ainsi une psychonévrose indépendante et autonome méritant d'être appelée « psychonévrose irritative » ou « psychonévrose d'énervement ». C'est ce syndrome psychonévropathique nouveau que je désire décrire dans le présent article.

Symptômes

La psychonévrose irritative est essentiellement constituée par l'existence chez le malade d'un état plus ou moins habituel d'irritation nerve se. Ses symptômes primordiaux seront donc les signes mêmes de cet état. Ces signes sont physiques et psychiques.

Au point de vue *physique*, on constate, dans le système cérébro-spinal, de l'agitation motrice, des secousses, des trépidations, du tremblement. Le sujet reste difficilement immobile. Il remue sans but, fait des mouvements superflus tels que tapoter avec ses doigts, tourner les pouces, mâchonner, balancer les jambes, etc. : tous ces mouvements paraissent être des mouvements de dérivation et de détente pour l'hypertension neuro-musculaire. Généralement, la gesticulation est vive et saccadée ; le sujet parle vite, marche vite, fait tout en se hâtant. Il se produit aussi des soupirs, des bâillements, des

(1) P. Hartenberg. — Classification des névroses. *La Clinique*, février (B), 1935. Structure et classification des psychonévroses, 1937, n° 2. *Archives hospitalières*, n° 2, février 1937.

hoquets. Les réflexes tendineux sont particulièrement vifs.

Il existe simultanément un éréthisme de la sensibilité interne, de la cénesthésie. L'individu énervé éprouve dans tout son corps une sensation désagréable de tension, de frémissement, de trépidation intérieure. C'est ce qu'on appelle communément « avoir mal aux nerfs ». Certains déclarent ressentir comme des enfoncements de clous, des plaques de brûlure dans la tête, dans les épaules, dans le dos. D'autres disent : « Je suis comme si mes nerfs étaient à vif, comme si j'étais écorché ». D'autres encore déclarent : « J'ai les nerfs noués, j'ai les nerfs en pelote ». Quelques-uns ont un besoin de s'étirer les membres, parfois un désir de crier, de gémir, de frapper, de briser quelque chose.

Dans le domaine du système neuro-végétatif, même irritation. La respiration, le cœur sont accélérés. Il existe une tendance aux spasmes viscéraux : spasmes du pharynx et de l'œsophage qui produisent une sensation de strangulation, spasmes de l'estomac provoquant des nausées et des vomissements, spasmes de l'intestin avec débâcles diarrhéiques, ténesme vésical et besoin impérieux d'uriner. Fréquemment aussi, il y a de l'excitation génitale. Le sommeil est généralement agité.

Au point de vue *psychique* il semble que toutes les opérations soient accélérées et intensifiées ; hyperesthésie sensitivo-sensorielle, exaltation de l'imagination, rapidité excessive du courant de la pensée. Par contre, l'attention est souvent distraite et la fixation des souvenirs présente des lacunes.

Enfin, au point de vue affectif, c'est l'état mental caractéristique de l'énervement : le sujet est de mauvaise humeur, irascible, impatient, prêt à se mettre en colère au moindre prétexte. Ses réactions volontaires sont violentes et impulsives. Parfois, crises de larmes qui soulagent le malade.

Telle est la description un peu schématique de l'état d'irritation nerveuse qui est à la base de la psychonévrose d'énervement. Il est évident que cet état comporte des nuances.

D'une part, tous les symptômes énumérés n'y sont pas présents. Chaque sujet fait son énervement selon ses prédispositions personnelles. D'autre part, cet état n'est pas toujours permanent. Si certains malades vivent dans un continuel énervement, il en est d'autres qui connaissent des périodes d'apaisement.

Causes

Les causes de la psychonévrose irritative sont, comme celles des autres psychonévroses, de trois ordres.

I. Des causes *physiques* : intoxications et auto-intoxications, troubles digestifs, tachyphagie, écarts de régime, aliments indigestes et toxiques, mets épicés, boissons excitantes, alcool, thé, café, etc... La fatigue et l'insuffisance de sommeil sont aussi des facteurs importants. Une douleur continue produit à la longue l'irritation nerveuse. L'époque des règles favorise, chez la femme, l'énervement. Enfin les prédisposés à l'énervement sont sensibles aux influences météorologiques : baisse barométrique, vent, orages, chaleur, tempêtes, etc.

II. Des causes *morales* qui affectent l'émotivité. Ce sont tantôt des émotions fortes : chagrin profond, peur, déception, etc... Mais bien plus fréquemment, ce sont de petites émotions qui se renouvellent sans cesse : difficultés d'affaires, mésententes familiales, scènes de famille contrariétés de tous genres, etc... La vie agitée des grandes villes est particulièrement nocive. Signalons aussi que la dépression triste et l'inquiétude chronique peuvent produire l'irritation nerveuse. C'est pourquoi les psychonévropathes déprimés et anxieux subissent parfois des bouffées d'énervement.

III. Mais la cause profonde, essentielle, de la psychonévrose irritative est la *prédisposition* même du malade. C'est cette prédisposition qui conditionne à la fois la production de la psychonévrose et sa forme clinique.

En effet, pour qu'un sujet, sous l'influence de causes physiques et psychiques banales, échoue dans la maladie, il faut que son système nerveux soit particulièrement fragile et incapable de résister aux heurts de la vie courante. D'autre part, ces causes physiques et psychiques étant en réalité les mêmes chez tous les sujets, pour que le malade réalise une psychonévrose d'irritation il faut que son système nerveux soit prédisposé à ce mode de réaction. Il fera de l'énervement comme d'autres font de la dépression ou de l'inquiétude.

Complications

Telle est la physionomie clinique, réduite à ses traits essentiels, de la psychonévrose irritative. Tantôt le tableau se réduit aux symptômes que je viens d'énumérer. Il s'agit alors de la forme simple et pure, qui est en réalité assez rare.

Mais il n'en est pas toujours ainsi. Diverses éventualité peuvent se produire qui viennent modifier ou enrichir la symptomatologie.

Tout d'abord, à l'irritation nerveuse peuvent s'associer l'un ou les deux des autres états neuropsychiques fondamentaux des psycho-névroses, la dépression et l'inquiétude. Il se constituera ainsi des psychonévroses *mixtes* dans lesquelles

le sujet irrité souffre également de dépression ou d'anxiété, ou encore subit à la fois ou tour à tour l'irritation, la dépression, l'anxiété. J'ajoute que ces formes mixtes sont de beaucoup les plus fréquentes et c'est ce qui explique pourquoi les anciens auteurs qui ne distinguaient pas les trois états neuro-psychiques fondamentaux avaient réuni tous leurs symptômes dans une seule entité morbide, la neurasthénie.

Ensuite, il peut arriver chez certains sujets que l'irritation s'accroche à un objet particulier, idée, souvenir, plus ou moins permanent dans l'esprit, entretenant ainsi un état affectif continuel de mauvaise humeur, de rancune, d'animosité, qui prend les allures d'une véritable *obsession*. Car, si l'on n'a guère étudié jusqu'à présent que les obsessions à base de crainte, les obsessions phobiques, il faut bien savoir que toute émotion et tout sentiment persistant, chagrin, colère, honte, etc., peut engendrer un système idéo-affectif qui s'impose à l'esprit du malade sans qu'il puisse le chasser et qui constitue ainsi une véritable obsession.

Et enfin certaines manifestations corporelles de l'énervement peuvent s'amplifier, dominer l'ensemble des symptômes pour engendrer une *psychonévrose somatique localisée.*

En tête vient la crise de nerfs. Ainsi que je le soutiens depuis longtemps (1), la crise de nerfs n'est que l'exagération de l'irritation neuro-musculaire de l'énervement. Le sujet dont les nerfs sont hypertendus se laisse aller au besoin de se raidir, de se tordre, de crier, de gémir. Il s'abandonne, tombe et réalise les convulsions. La crise de nerfs est une réaction émotive de détente. Manifestation banale de nervosisme, elle n'est nullement, comme on le croyait jadis, le symptôme d'une névrose dite hystérique et ne présente en rien le tableau clinique rituel que l'Ecole de la Salpêtrière lui attribuait (2).

La surexcitation musculaire peut également produire certains tics, tels que les tics de clignement, de reniflement, d'avalement (aérophagie), de toux, etc... Ces mouvements ont été, à l'origine, des mouvements de détente de l'énervement. Et, peu à peu, ils sont devenus des actes automatiques, qui se répètent par habitude.

Divers spasmes viscéraux, produits de l'énervement, peuvent engendrer aussi des psychonévroses somatiques locales : les spasmes du pharynx et de l'œsophage (sensation de boule), les spasmes de l'estomac, de l'intestin, de la vessie, du vagin, peuvent produire, surtout quand l'émotivité anxieuse s'y associe, l'asthme névropathique, la dysphagie spasmodique, les nausées et vomissements nerveux, l'entérite nerveuse, l'incontinence ou la rétention d'urine, le vaginisme.

Et enfin, certaines sensations pénibles, amplifiées par l'anxiété, l'attention et l'imagination, telles que la sensation des palpitations, les sensations cénesthésiques de l'énervement, peuvent être le point de départ d'une fausse angine de poitrine et d'algies ou de paresthésies névropathiques.

Mais tous ces troubles somatiques localisés, quelle que soit l'intensité qu'ils atteignent, ne sont jamais que des phénomènes secondaires, conséquence de l'état d'irritation nerveuse qui reste l'élément initial et fondamental de tous les accidents.

Conclusions

Il existe trois grands types de psychonévroses, ayant pour base un état neuro-psychique particulier produit par un trouble fonctionnel du système nerveux : la dépression, l'inquiétude, l'irritation.

La psychonévrose dépressive, qui correspond à l'ancienne neurasthénie réduite aux seuls signes de dépression, et la psychonévrose anxieuse, isolée par Freud, constituent aujourd'hui des syndromes classiques. Il convient de considérer également comme un type clinique, indépendant et autonome, la psychonévrose irritative ou psychonévrose d'énervement.

Elle a pour symptômes principaux les signes mêmes de l'irritation nerveuse ou énervement : agitation musculaire, hyperesthésie cénesthésique, en excitabilité et spasmodicité viscérale, excitation psychique et humeur irritable.

Ses causes occasionnelles sont physiques et morales : sa cause profonde est la prédisposition.

La psychonévrose irritative peut s'enrichir de diverses complications. Tantôt à l'irritation s'associent la dépression et l'inquiétude, pour constituer une forme mixte. Tantôt l'irritation et en particulier son état affectif d'humeur coléreuse s'accroche à un objet déterminé, idée, souvenir, etc., et par sa présence plus ou moins permanente et incoercible dans l'esprit, entretient une obsession coléreuse. Tantôt certaines manifestations somatiques de l'énervement acquièrent une importance prépondérante au point de réaliser une psychonévrose spéciale : crise de nerfs, tics, spasmes viscéraux, algies et paresthésies névropathiques.

Mais quelle que soit l'ampleur de ces manifestations secondaires, elles ont toujours, pour condition première l'état d'irritation nerveuse, fondement de la psychonévrose irritative.

(1) P. HARTENBERG. — L'hystérie et les hystériques. 1 vol. Librairie Alcan, Paris, 1910.

(2) V. P. HARTENBERG. Ce que la clinique nous apprend sur la crise de nerfs. *La Clinique*, mars (B), 1937.

LA CLINIQUE AU GOUT DU JOUR

Une variété de paralysie isolée du Sciatique poplité externe : la paralysie post-algique d'origine indéterminée

D'après le Docteur J.-A. CHAVANY (1)

SON AUTONOMIE CLINIQUE INCONTESTABLE

Chez des sujets, qui ne présentaient pas de tares viscérales appréciables, se manifeste tout d'abord, sans qu'il soit possible de retrouver une étiologie bien connue, une *phase douloureuse pure* : lumbago, névralgie sciatique plus ou moins vive, qu'on qualifie de « rhumatismale ».

Cette névralgie prémonitoire se révèle ordinairement courte, et la *paralysie* apparaît suivant deux modes différents : ou bien la douleur a disparu, et le malade se croyait guéri ; ou bien, au cours de l'épisode algique, la douleur a délaissé complètement la fesse et la cuisse pour se localiser à la jambe, mais surtout au pied, et, aussitôt, elle fait place à une impotence qui frappe ces segments.

Parfois l'algie a été réduite à un mimimum de durée, si bien que l'état paralytique semble apparaître *brusquement*, d'une « manière apoplectiforme », telle qu'elle fait volontiers penser à la constitution de quelque foyer médullaire ou encéphalique. Mais aussi, il est possible qu'il se manifeste *avec une certaine lenteur*, en l'espace de plusieurs jours : dans ces conditions, c'est d'abord une gêne progressive au cours de la marche ; le sujet bute à chaque instant, accroche le sol, et il en résulte un « steppage considérable », à titre d'effort compensateur.

A l'examen, on découvre une paralysie plus ou moins complète de tous les muscles innervés par le S. P. E. (à l'exclusion de toute autre branche nerveuse) ; comme conséquence, une chute en équin de la pointe, avec légère tendance au varus, et l'aplatissement de la voûte par déficience du long péronier latéral. Le pied est ballant, car la paralysie est complètement flasque.

D'une manière générale, les réflexes tendineux des membres inférieurs sont normaux. Une remarque importante s'applique cependant au réflexe achilléen, qui peut être diminué par rapport au côté sain, ou se produire avec une certaine lenteur ; or ce phénomène, qui ne se rencontre pas dans les lésions anatomiquement pures, prouve que les lésions débordent ici sur le territoire du sciatique poplité *interne*.

Les troubles objectifs de la sensibilité, quand on les note, vont de l'hypoesthésie à une anesthésie presque totale ; ils intéressent les trois modes de la sensibilité superficielle. Cependant, des troubles de la sensibilité profonde peuvent affecter la notion de position des orteils.

Jamais les troubles des réactions électriques ne font défaut, lorsque la dégénérescence wallérienne a eu le temps de s'installer. D'intensité variable, ils vont de la simple hypoexcitabilité galvanique et faradique à la R. D. partielle avec lenteur de la secousse, et à la R. D. complète. Ces résultats peuvent d'ailleurs s'observer durant de longs mois, et ainsi témoigner que la dégénérescence s'installe « à bas bruit ». Ici encore, on trouve parfois, comme pour les réflexes tendineux, que le domaine du sciatique poplité *interne* révèle des troubles électriques, qui ne correspondent à aucun signe clinique ; d'où une nouvelle preuve à retenir en faveur de l'autonomie et de l'étiologie spéciale de cette affection : « l'atteinte pathologique réelle est un peu plus étendue que son expression apparente ».

D'autres faits, négatifs en quelque sorte, sont enfin à retenir, qui caractérisent pareille atteinte du sciatique poplité externe.

Dans les antécédents, aucune maladie infectieuse (syphilis, tuberculose) ou diathésique (diabète). A l'examen radiologique, l'intégrité du rachis osseux (pas de cancer vertébral, de mal de Pott ou de rhumatisme). Au laboratoire : les caractères tout à fait normaux du liquide spinal retiré par ponction lombaire ; l'absence totale de blocage des espaces sous-arachnoïdiens, « démontré par les réponses normales de l'épreuve manométrique lombaire et le cheminement tout à fait correct de la bile lipiodolée dans le cul-de-sac dural inférieur (épreuve de Sicard-Forestier) ». A l'observation clinique : l'absence de signes traduisant une atteinte d'autres appareils nerveux, durant toute la période d'état et d'évolution de la maladie ; car, « une telle paralysie ne prélude jamais à l'installation d'une maladie grave du névraxe ».

(1) J.-A. CHAVANY. — La paralysie post-algique du sciatique poplité externe d'origine déterminée. (*Gaz. Médicale de France*, 15 avril 1937.)

Pourquoi cette affection se distingue des autres paralysies isolées

Tout d'abord *celles-ci reconnaissent une étiologie précise,* « sous la dépendance, pour une grande part, de la disposition anatomique de ce nerf.

« Le sciatique poplité externe présente, en effet, lorsqu'il contourne la tête du péroné, une zone de plus grande vulnérabilité, créée à la fois par sa situation superficielle et par son passage sur un plan osseux résistant. Le *traumatisme* tient la première place dans cette étiologie, qu'il s'agisse de lésion directe du nerf, de compression par un fragment osseux ou un cal de fracture de la tête du péroné (fracture en diastasis de Maisonneuve), d'étranglement par un appareil de fracture défectueux, d'élongation du nerf au cours de mouvements anormaux ou d'amplitude intempestive. Viennent ensuite les *lésions d'ordre médical,* atteignant les os ou les articulations de voisinage, qu'on ait affaire à une inflammation banale (périostite), spécifique (tuberculose ou syphilis), ou encore à des processus néo-formatifs.

« Une autre variété anatomo-clinique est intéressante à retenir, c'est celle qui survient à la suite d'un *accouchement laborieux* ; elle met en évidence le fait que des facteurs, agissant *bien au-dessus de la bifurcation habituelle du nerf sciatique* dans le creux poplité, peuvent engendrer par compression radiculaire, ou ici plexulaire, une atteinte isolée du S. P. E. Notons que cette paralysie obstétricale s'explique par l'attrition du tronc lombo-sacré par la tête fœtale, au moment où celle-ci franchit le détroit supérieur. Il convient de mentionner à ce propos que l'*origine réelle* du S. P. E. est constituée en presque totalité *par la cinquième paire lombaire,* grossie de l'importante anastomose, qui lui vient de la quatrième paire, cette origine vérifiant la loi de Sherrington, à savoir que les nerfs destinés à la partie antérieure des membres naissent toujours aux dépens des racines les plus élevées des plexus ».

En deuxième lieu, *la névralgie sciatique,* qui précède l'apparition de cette paralysie spéciale *n'en est qu'un signe accessoire* ; en d'autres termes cette paralysie ne peut être considérée comme une complication d'une névralgie sciatique essentielle.

Et, en effet, les vraies névralgies sciatiques ne présentent pas les mêmes caractères ; elles passent ensuite à l'état de névrite ; en dehors d'une algie persistante, les troubles de trophisme y deviennent importants, alors que les troubles objectifs de la sensibilité demeurent estompés, de même que les troubles de la motricité.

Si les radiculites syphilitiques, à allure de sciatique, débutent par des douleurs et des troubles objectifs de la sensibilité, elles se continuent par une phase névritique, non douloureuse, avec abolition de l'un ou des deux réflexes achilléens. Mais « les douleurs de topographie radiculaire sont le plus souvent bilatérales ; les troubles sensitifs prédominent dans le territoire du S^2 et surtout de S^1, et la ponction lombaire fournit toujours des renseignements positifs ».

Enfin, dans certains processus inflammatoires des racines de la queue de cheval, d'étiologie également indéterminée, l'élément douleur l'emporte de beaucoup sur l'élément paralysie, ce qui est exactement l'inverse de ce qui se passe dans le cas envisagé ici.

Son évolution et son traitement

I. Dans environ la moitié des cas, cette paralysie isolée, de nature spéciale, qui affecte le sciatique poplité externe, semble guérir sans laisser de traces. Durant huit ou dix semaines, elle poursuit une régression lente.

D'autres cas sont moins favorables ; la récupération ne devient jamais complète, et, après de longs mois, il subsiste à l'état de séquelle indélébile une incapacité partielle des releveurs du pied. Jamais de rétractions tendineuses, d'ankyloses articulaires ou de contractures. Quelques troubles vaso-moteurs. Fait à retenir, le degré d'atrophie musculaire reste minime, au point de passer quelquefois inaperçu, s'il n'est pas spécialement recherché.

Voici maintenant quelques éléments capables d'éclairer le *pronostic.*

« Alors que l'acuité des douleurs prémonitoires et la gravité des phénomènes paralytiques n'augurent en rien des suites de la maladie, l'intensité des troubles sensitifs objectifs, et l'importance des troubles des réactions électriques (avec toutefois des réserves pour ces dernières) semblent indiquer une forme susceptible de se prolonger et de donner des séquelles définitives. Les modifications du réflexe achilléen plaident dans le même sens, mais il faut avoir présente à l'esprit la facilité avec laquelle s'abolit un tel réflexe dans les processus les plus banaux de la sciatique rhumatismale ».

II. La thérapeutique ne comporte pas d'indications particulières. On recommandera les médications anti-infectieuses, qu'on emploie généralement dans les maladies du système nerveux, puis les rayons X, les différentes variétés de courant galvanique. Si, enfin, des séquelles définitives subsistent, des appareils prothétiques légers pourront pallier aux troubles paralytiques.

G. Fischer.

POUR UNE RÉALIMENTATION RATIONNELLE DANS LES GASTRO-ENTÉRITES AIGUES DU PREMIER AGE

DEUX FACTEURS IMPORTANTS : LA CONNAISSANCE DES CAUSES, L'EXAMEN DES SELLES.

Dans leur forme aiguë, les gastro-entérites imposent dès leur début au thérapeute la suppression totale ou partielle des aliments, sous le mode de la diète hydrique. Par la suite, avant d'en arriver à la phase des médicaments, puis d'un traitement hygiénique général, une étape très délicate reste à franchir : celle de la réalimentation. Bien réglée, elle doit conduire au succès; mais aussi c'est l'échec, au cas d'erreurs.

Quelques remarques préliminaires sont à considérer : tout d'abord, la phase de la diète hydrique sera plus ou moins prolongée suivant la variété de gastro-entérite aiguë à laquelle on aura affaire ; mais aussi, on devra respecter le principe de reprendre l'alimentation, dès qu'il sera possible, surtout en tenant compte de la façon, dont le malade supportera les phases successives de la réalimentation.

Ces deux éléments principaux du problème reconnaîtront donc deux bases d'appréciation rationnelle :

a) les *causes*, qui auront pu produire les accidents ;

b) la *réaction de l'organisme*, qui se traduira par des aspects variables des selles.

En règle générale, il faut agir progressivement : choisir des aliments en rapport avec l'âge du sujet et l'état antérieur de ses fonctions digestives ; donner d'abord des quantités inférieures à celles, qui correspondent à la ration normale ; ne pas hésiter à tâtonner, en surveillant l'état général, la température, le poids. S'il survient, de la fièvre, on diminue la quantité d'aliments où même on revient à la diète hydrique pendant quelques heures. Quant au poids, il ne faut pas, dès le début de la réalimentation, chercher à obtenir un accroissement trop rapide ; il suffit qu'il ne diminue pas.

Le facteur étiologique

On sait que la diète hydrique, ressource précieuse, n'est pas également supportée par tous les sujets ; si des bébés, déjà âgés et vigoureux, peuvent être soumis une à privation assez longue d'aliments, il n'en est pas de même pour les tout petits et les débilités. La reprise de l'alimentation doit donc être effectuée dans un temps de strict minimum, dès que les indications de la diète hydrique ont disparu : au bout de quelques heures, d'un jour ou de deux, rarement plus tard ; on adopte, en principe, le maximum de trois jours. Ces prescriptions de durée sont réglées principalement par les formes des gastro-entérites aiguës.

Dans la forme légère (diarrhée catarrhale et spasmodique, diarrhée commune), on peut ne reprendre l'alimentation qu'au bout de 6, 12, 18 ou 24 heures au plus. Souvent il a suffi : chez l'enfant au sein de diminuer ou d'espacer les tétées, chez l'enfant au biberon de couper largement le lait.

Dans la forme fébrile (entéro-colite, gastro-entérite aiguë infectieuse), il faut attendre pendant deux et même trois jours, si les vomissements se répètent.

Dans la forme cholérique (forme hypothermique ou algide, choléra infantile), malgré les résultats remarquables de la diète hydrique, on doit cependant réalimenter le malade au bout de douze, vingt-quatre, quarante-huit heures, quitte à interrompre de nouveau pour quelques heures si des troubles survenaient aux premières tentatives.

Quant à la forme dysentérique, le délai de trois jours est acceptable, si les phénomènes sont intenses ; mais le plus souvent il peut être de moindre durée.

Les indications tirées de l'examen des selles

C'est pour *l'enfant au biberon*, que le problème de la réalimentation est le plus délicat, surtout dans les formes intenses des gastro-entérites aiguës.

Pour le choix des aliments, on se guide sur l'intensité et la persistance de la diarrhée, et sur les caractères des selles, d'après les principes fort bien énoncés par le Professeur Nobécourt (1). Il ne faut, en effet, pas revenir d'emblée au lait.

1° Les selles sont diarrhéiques, d'odeur aigre, non fétides, de réaction acide, à flore saccharolytique prédominante. Dans ces conditions, la diarrhée résulte d'une exsudation intestinale abondante et d'une exagération du péristaltisme intestinal, qui entraînent un transit trop rapide du contenu de l'intestin grêle, et son expulsion, sans qu'il ait été modifié par un séjour suffisant dans le gros intestin.

(1) Professeur NOBÉCOURT et M. MAILLET. — La thérapeutique du nourrisson en clientèle (3e édition, 1937, Maloine, édit., Paris).

La caséine est bien supportée ; par contre la graisse exagère les troubles intestinaux, et il convient d'en diminuer la quantité.

On donne d'abord alternativement de l'eau de riz, et une eau alcaline légère, telle que la Reine-de-Vals, qui en plus de ses propriétés alcalines, se montre anti-émétisante, grâce à sa teneur en acide carbonique libre. Dans cette eau, celui-ci est si intimement mélangé aux particules liquides qu'il ne se dégage que très lentement, et en bulles particulièrement fines. C'est ensuite le babeurre, qu'il convient de prescrire, à la condition, chez les tout petits, de neutraliser partiellement son acidité avec de l'eau de chaux ou de l'eau de Vals-la-Reine.

Le babeurre est administré d'abord par petites doses, puis par doses progressivement croissantes jusqu'à la quantité équivalente à la ration normale. Ensuite sont prescrites les bouillies de babeurre, et, si l'enfant a plus de 3 ou 4 mois, les bouillies maltosées à l'eau.

Enfin, on introduit de petites quantités de lait ; mais, mieux vaut recourir d'abord aux laits modifiés : lait homogénéisé, qui convient dans les premiers mois, lait maigre, lait sec maigre, lait condensé écrémé, Kéfir n° 2, qui est surtout recommandé pour les enfants débilités. En dernier lieu, on revient au lait de vache ordinaire.

2° Les selles sont peu liquides, peu nombreuses pâteuses, fétides et de réaction alcaline, à flore anarobie protéolytique prédominante. C'est que, pendant le séjour dans le gros intestin, les protides subissent un processus de putréfaction, et qu'il y a souvent déficience des sécrétions digestives, notamment de la sécrétion biliaire.

On recourt d'abord à l'eau de riz, au bouillon de légumes, aux décoctions de céréales. Toutefois, les bébés de moins de 4 mois tolèrent souvent assez mal le bouillon de légumes, et il ne faut pas prolonger l'emploi.

Au moment de la réalimentation, il est nécessaire de proscrire le lait. On ordonne le plus tôt possible le babeurre et les bouillies de babeurre. Quand les bébés ont plus de 4 mois, on peut prolonger l'emploi du bouillon de légumes par les bouillies au bouillon de légumes. Puis on prescrit les bouillies maltosées à l'eau.

Le régime exclusivement farineux ne doit pas être poursuivi trop longtemps ; dès que possible, on y introduit de petites doses de lait ; on emploie d'abord les laits modifiés ; le Kéfir n° 2 réussit souvent, alors que les autres laits ont échoué, et, chez les tout petits, il y a un avantage à le substituer rapidement au babeurre ; on commence par utiliser le Kéfir maigre donné pur, ou le Kéfir ordinaire coupé au 1/3, au 1/4 ou au 1/5, et sucré. Le yoghourt, difficilement ingéré par les tout petits, rend des services à partir de 8 ou 9 mois. Le lait sec ou le lait condensé trouvent ensuite leurs indications, avant le retour au lait ordinaire.

3° Dans les formes cholériques, la réalimentation est souvent très difficile ; il est nécessaire cependant de la tenter rapidement pour éviter l'inanition, qui aggraverait encore l'état du petit sujet. On a recours d'abord à l'eau de riz ; puis on prescrit le babeurre, le Kéfir maigre, le yoghourt, le lait maigre, etc... Enfin on ordonne les bouillies de babeurre, des bouillies maltosées, préparées d'abord avec du lait écrémé, puis avec du lait coupé à l'eau de Vals-la-Reine.

4° Les formes dysentériques sont très fréquentes chez des enfants élevés au biberon qui sont suralimentés, et qui tolèrent mal le lait de vache et ses dérivés. Il faut donc ici supprimer la cause ; et, au moment de la réalimentation, les premiers aliments à prescrire sont : l'eau de riz, le bouillon de légumes, puis les potages de céréales, les bouillies au bouillon de légumes, les bouillies maltosées à l'eau, les panades très cuites et passées. Plus tard, mais sans trop attendre cependant, on ajoute des quantités croissantes de babeurre, de lait écrémé, des bouillies de babeurre, des bouillies maltosées au lait écrémé, du yoghourt ou du Kéfir, du petit suisse. La bouillie de farine d'aleurone peut rendre des services.

Pour *l'enfant au sein*, la solution du problème est des plus simples, surtout pour les formes légères, dans lesquelles il n'y a pas à proprement parler de diète hydrique à instituer. Il suffit, dès lors, de donner des tétées espacées et courtes, de les compléter avec un peu d'eau de Vals-Reine, ou bien de remplacer un certain nombre de tétées par un nombre égal de biberons de cette même eau, ou d'eau bouillie sucrée, ou d'eau de riz. Bientôt on augmente peu à peu, jour après jour, les quantités de lait en supprimant celles de l'eau. Quelle que soit la modalité adoptée, l'enfant doit prendre la quantité de liquide appropriée à son âge et à son poids.

Dans la forme dysentérique, comme dans la forme cholérique (exceptionnelle d'ailleurs chez l'enfant au sein), il faut précéder avec une grande prudence dans la reprise du lait, commencer par de petites doses, et ne donner d'abord que le lait au début de la tétée.

***

Les mêmes guides seront à utiliser pour régler judicieusement l'emploi des médicaments, à la phase de réalimentation. Mais on se rappellera aussi que l'hygiène (logement, promenades, propreté, etc.) joue un grand rôle dans le traitement des enfants, atteints d'affections gastro-intestinales aiguës.

Dr GEORGE.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

La température à type inverse dans les néphrites

On a publié récemment plusieurs exemples de température inverse, c'est-à-dire à maxima matutinal, observés au cours de l'urémie nerveuse fébrile. MM. le Prof. G. Carrière et M. Gineste rapportent deux observations de ce genre. Dans l'une notamment, il s'agissait d'une endocardite maligne dont la terminaison survint dans des manifes ations d'urémie aiguë. Si l'on admet les rapports de l'urémie et de la température in erse, et si l'on note que l'azotémie était normale au moment de l'hospitalisation de la malade, une première manifestation clinique de la défaillance rénale aurait justement été constituée par l'apparition d'une inversion thermique.

Faut-il accorder à l'apparition d'un épisode thermique de type inverse, au cours d'une néphrite, un inté êt pronostique, c'est là une question à discuter. De toute façon, le type thermique inverse ne saurait être admis comme un signe pathognomonique des néphrites, bien que dans un certain nombre de cas observés, le pronostic semble avoir été réglé bien plus par cet élément que par la valeur de l'azotémie. Il faut aussi noter que la température inverse, quoique rare, n'est pas exceptionnelle en dehors des néphrites.

La température inverse mérite de prendre place dans la symptomatologie des néphrites au même titre que l'hypothermie, stigmate classique, mais généralement terminal de l'urémie. Elle n'en constitue cependant pas un signe constant. Mais elle conserve un intérêt pratique très grand dans la recherche clinique d'un trouble de la fonction rénale ; c'est avant tout un symptôme évident, un signe qui saute aux yeux. Son apparition, survenant au cours de l'évolution d'une maladie susceptible d'atteindre le rein, peut dénoncer la faillite de la fonction rénale et devrait engage à pratiquer le dosage de l'urée dans le sang. (*Journal des Praticiens*, 29 mai 1937.)

Les progrès de la chirurgie endocrinienne

Au cours d'un exposé fort clair et particulièrement documenté, Le Docteur L. Mayer montre comment la connaissance du rôle des hormones (thyroïdiennes, parathyroïdiennes, surrénales, hypophysaires, thymiques, pancréatiques et génitales) a permis à la chirurgie d'intervenir pour activer ou freiner beaucoup de syndromes physio-pathologiques où précédemment la médecine était impuissante.

L'auteur envisage successivement les glandes parathyroïdes, les surrénales, l'hypophyse, le thymus et le pancréas. On ne saurait trop recommander la lecture complète de son intéressant travail. (*Bruxelles-Médical*, 16 mai 1937).

Traitement de la névralgie du trijumeau par l'alcoolisation du ganglion de Gasser

Le Docteur J. Lemoyne a pu traiter par cette méthode vingt cas, qui sont aujourd'hui guéris. Il expose en détail la technique, les indications et contre-indications, les complications immédiates et tardives. On peut conclure, dit-il, que l'alcoolisation du ganglion de Gasser a fait ses preuves. Une technique rigoureuse doit donner des résultats constants sans complications. Il ne faudra donc pratiquer cette intervention qu'après s'être exercé longuement sur le cadavre. Mais cette prudence n'infirme en rien la valeur de la méthode. L'alcoolisation du ganglion de Gasser mérite donc de devenir le traitement de choix de la grande névralgie faciale et c'est seulement en cas d'échec que l'on pourra envisager l'opération par voie temporale. (*Journal des Praticiens*, 1er mai 1937.)

Les tumeurs malignes intra-oculaires

Comme conclusions de son travail, G. Renard expose que trop souvent les tumeurs intra-oculaires sont diagnostiquées tardivement et même l'intervention ne peut empêcher la dissémination du néoplasme et la mort du malade qu'une énucléation plus précoce aurait pu sauver.

Tout malade présentant des trouble visuels anormaux, tout sujet ayant eu un décollement rétinien ou un glaucome, devront être surveillés attentivement, jusqu'à ce que l'hypothèse de tumeur puisse être sûrement écartée.

Tout œil atteint de glaucome absolu, c'e t-à-dire n'ayant aucune vision, et qui devient douloureux, devra être énucléé sans attendre si l'on n'est pas certain par de examens antérieurs qu'il s'agit d'un glaucome d'origine non tumorale.

Tout opéré ancien de néoplasme viscéral surtout de cancer du sein qui se plaint de troubles visuels, doit être soumis à un examen oculaire sérieux. (*Le Bulletin Médical*, 29 mai 1937.)



Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Sur les anémies du nouveau-né

(MM. PÉHU et NOEL, de Lyon ; 18-5-1937)

Il est de notion courante que chez le nouveau-né, c'est-à-dire dans les premières semaines de la vie, l'anémie est rarement constatée. Sur plusieurs milliers d'enfants observés à la Clinique obstétricale de Lyon, MM. Péhu et Noël n'ont rencontré qu'un petit nombre d'anémies.

A cette période de l'existence, la teinte générale de la peau est, soit d'un rouge accentué (érythrodermie), soit d'un jaune plus ou moins marqué (ictère physiologique bénin), soit d'une teinte rose physiologiquement normale. De temps à autre, cependant, la peau est décolorée, d'apparence anémique (shock cardio-vasculaire dans un accouchement laborieux, toxi-infection, maladie générale).

En résumé, si l'on jette un coup d'œil d'ensemble sur les anémies des nouveau-nés, on doit relever d'abord leur peu de fréquence. En second lieu, elles ont un trait général : elles se caractérisent le plus souvent par la persistance dans le sang périphérique de formes globulaires jeunes, c'est-à-dire par l'érythroblastose. Dans ces dernières années, d'intéressantes études ont permis d'individualiser une variété particulière d'anémies, dites idiopathiques, des nouveau-nés.

Sélection, immigration, naturalisation

(M. René MARTIAL ; 18-5-1937)

M. René Martial revient sur un problème qu'il a depuis longtemps étudié : le problème de l'immigration, de la sélection des races. Il demande que nous ayons en France, comme cela existe aux Etats-Unis, une politique de l'immigration. Dès 1930, M. René Martial a préconisé, par exemple, la recherche des groupes sanguins, comme moyen de sélection des immigrants. Le métissage est un phénomène qui n'est pas sans analogie avec la transfusion sanguine entre vivants, avec cette différence que c'est une transfusion sanguine médiate, et non immédiate. Il faudrait tenir compte de la race, de la nationalité, de l'état de santé des réfugiés, en matière de naturalisation.

Ecoles de plein air

(M. ARMAND-DELILLE ; 25-5-1937)

L'école de plein air, complétée par l'héliothérapie systématique, produit chez l'enfant, particulièrement lorsqu'il est anémié et débile, de remarquables transformations tant au point de vue physique qu'au point de vue mental et moral. De tels résultats s'obtiennent au maximum en pleine campagne, mais ils s'observent aussi à Paris (à l'Ecole du Bastion 42, par exemple).

Au moment où l'on se préoccupe d'apporter des modifications à l'enseignement, il apparaît possible, en adaptant les programmes des écoles de plein air aux établissements d'enseignement primaire et secondaire, en y instituant chaque jour des séances de culture physique en plein air avec insolation, d'obtenir le même rendement au point de vue du travail intellectuel et de réduire le surmenage.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Ostéolyse étendue du fémur gauche

(M. André RICHARD ; 17-3-1937)

M. André Richard présente un cas d'ostéolyse étendue du fémur. Le malade, un homme de 51 ans, eut successivement : un phlegmon de la jambe gauche en 1915, une ecchymose traumatique de la cuisse gauche en 1916 et une arthropathie du genou gauche en 1918. De 1924 à 1930 reprise d'accidents fonctionnels. En 1930, la cuisse a diminué de longueur, sans phénomènes inflammatoires, et avec signes de pseudarthrose. Raccourcissement de 12 cent. par ostéolyse étendue du fémur gauche.

Péritonite à coli-bacilles dans les hystérectomies supra-vaginales pour fibrome

(MM. A. GOSSET et FUNCK-BRENTANO ; 17-3-1937)

MM. Gosset et Funck-Brentano, sur un chiffre de 2.260 hystérectomies supra-vaginales pour fibrome, ont observé, dans les suites opératoires, quatre fois une péritonite à coli-bacilles. La preuve bactériologique a été faite dans trois cas.

Le tableau clinique est spécial, caractérisé par des signes fonctionnels d'occlusion, par une température rapidement ascendante qui ne suit pas le pouls et surtout par l'aspect et l'abondance du liquide de sécrétion péritonéale. L'affection est grave. L'action du sérum anti-colibacillaire de Vincent a eu, à deux reprises, une valeur quasi-expérimentale. Le point de départ de l'infection péritonéale reste imprécis (inoculation par le moignon cervical, origine dans la stase intestinale post-opératoire ?)

P. L.

Les Congrès

LES XXVe ET XXVIe ASSISES DE MÉDECINE GÉNÉRALE FRANÇAISE

I. La natalité et ses variations — II. La fièvre typhoïde

Par G. Blechmann

I — LA NATALITÉ ET SES VARIATIONS (Etudes régionales et locales comparées)

Les Assises sur la *Natalité* se sont tenues le 7 mars à l'Hôtel-Dieu, sous la présidence de M. Siredey, ancien président de l'Académie de médecine. La séance commence par l'attribution du prix Debat au Docteur Jacquard, de Nods (Doubs).

Nous reproduisons la synthèse des conclusions des Assises départementales par H. Godlewski :

I. — La surnatalité

De la confrontation des milliers d'observations de carrière apportées à ces Assises, il résulte que la France reste prolifique là où subsiste la vie patriarcale. Les Alpes, le Jura, les Cévennes, les Causses, les Pyrénées, la Corse, mentionnent ces données pour les cantons à fermes isolées, sur les hauts plateaux et abritant deux ou trois générations dans l'insouciance et l'ignorance. En basse altitude, on retrouve aussi la surnatalité, mais dans des villages, qui deviennent exceptionnels, où sont agglomérées des familles à vieilles traditions (surtout dans l'Ouest, en Bretagne, Anjou et jusque dans la Sarthe), la simplicité des mœurs y est le trait de la vie commune.

Très généralement, leur population est sédentaire et fidèle aux disciplines morales ; l'abandon progressif de celles-ci est d'ailleurs évoqué pour son rôle de premier plan dans la dénatalité (constatation faite dans les régions à esprit religieux telles qu'en Ille-et-Vilaine, Côtes-du-Nord, Franche-Comté, aussi bien que dans le Lot, le Cher, la Charente, la Dordogne, les Hautes-Alpes, les Bouches-du-Rhône, etc., etc.).

L'alcoolisme engendrant imprévoyance et misère, est donné parfois comme facteur d'une indésirable fécondité. Cependant l'Eure, si sensible au privilège des bouilleurs de cru, a la plus basse natalité. Par contre, l'ébriété simple, occasionnelle ou périodique — *le vin gai* — à l'occasion des réjouissances populaires ou champêtres est très certainement à l'origine de naissances nombreuses, sans tares avérées.

L'immigration (polonaise, italienne, espagnole) n'apporte qu'un élément de surnatalité temporaire ; il décroît dès la seconde génération (observations du Nord et du Pas-de-Calais, concordant avec celles de l'Agenais et des bords de la Méditerranée).

II. — La dénatalité

Elle est générale ; même dans les régions qui ne se dépeuplent pas, l'affaissement est progressivement croissant, accéléré *depuis la crise*. La courbe épouse celle des événements, baisse dans les jours sombres, monte dans l'euphorie. Actuellement, elle suit d'une façon mathématique le chômage et la gêne qu'il entraîne (Nord et Pas-de-Calais), et elle aboutit à une régression alarmante (Dordogne), sans exemple dans les temps modernes (Eure).

La dénatalité s'observe dans tous les milieux (même en Anjou, même en Haute-Loire) ; il y a des communes prêtes à disparaître : on n'y voit que des vieillards (Charente-Inférieure). Les familles restées prolifiques sont dans les classes sociales extrêmes, classes riches ou classes pauvres suivant les régions. Les classes moyennes (surtout fonctionnaires, commerçants, employés aisés) ont généralement le moins d'enfants ; les milieux populaires sont de plus en plus initiés aux méthodes anticonceptionnelles (Gard).

III. — Les causes

La volonté est de plus en plus répandue de ne pas procréer. Les vraies causes, dit le Pas-de-Calais, ne sont ni physiologiques, ni pathologiques, mais surtout économiques et morales.

Crise économique et morale est la formule répétée par le Lot-et-Garonne, l'Indre, le Loiret, l'Ille-et-Vilaine, le Gard. *Crise de moralité d'abord*, précisent le Cher, la Dordogne, les Bouches-du-Rhône, la Sarthe, l'Eure-et-Loir, le Loiret, le Var, le Doubs, les idées morales et religieuses — quelle que soit la religion — ayant perdu de leur importance aux yeux de la masse.

En fait, on restreint les naissances par égoïsme, pour plus de bien-être (Lot), par souci matériel (Hautes-Alpes). Il y a multiplication des besoins (Maine-et-Loire), souci d'une vie toujours plus facile (Pyrénées-Orientales), soif de jouissance (Dordogne, Hérault, Charente-Inférieure).

L'enfant est une gêne. La vie aisée des ménages sans enfant, comparée à celle des familles nombreuses, est une des causes les plus agissantes sur la dénatalité (Ille-et-Vilaine, Hérault). Les enfants coûtent cher et même dans les milieux de moyenne aisance, il y a désir de maintenir un rang social (Lot).

« Moins d'argent, moins d'enfants », quand il y a persistance d'inquiétudes sur l'avenir : « Avoir des enfants pour en faire des malheureux » est une excuse souvent entendue.

La peur des charges et les soucis d'éducation bornent les efforts familiaux à améliorer l'avenir d'un enfant unique. On désire transmettre l'intégrité du domaine à

un seul héritier ; la responsabilité restrictive n'est pas seulement conjugale, mais familiale : parents et beaux-parents y ont leur part (Maine-et-Loire).

Telle devient l'idée de la famille. Elle a perdu du terrain (Lot-et-Garonne). Il y a fléchissement dans les notions de courage, de devoir, d'idéal familial et national (Seine-et-Oise).

La vie moderne entraîne la femme hors du foyer par goût ou par nécessité. Dans certaines régions, l'homme dit ne pas se marier parce qu'il ne trouve plus de femme sachant tenir un ménage (Pas-de-Calais). Les ménages de salariés sont parmi les moins féconds ; il est en effet difficile, sinon parfois impossible, pour la femme qui travaille hors de chez elle, d'avoir des enfants, de les élever dans leur intérêt et suivant ses désirs légitimes.

Dans les causes de stérilité conjugale, le médecin fait une part très grande aux raisons physio-pathologiques, surtout vénériennes, et spécialement aux conséquences de la blennorrhagie, en particulier chez la femme. La stérilité organique paraît cependant avoir un rôle négligeable comparée à la stérilité volontaire et s'il est du devoir du médecin de lutter, souvent efficacement d'ailleurs contre les lésions, il n'échappe pas à sa sagacité que « la prophylaxie médicale ne saurait apporter qu'un maigre correctif à la natalité » (Pyrénées-Orientales).

La lutte contre la mortalité infantile est évidemment à poursuivre. Ses résultats brillants, dans lesquels le médecin de famille a une part capitale, sont enregistrés dans la plupart des départements. Dans certains seulement, la mortalité infantile reste encore alarmante ; mais, dans l'ensemble, ces Assises situent qu'on ne saurait plus attendre de la réduction de la mortalité infantile une grosse action sur la dénatalité.

Partout la *Restriction volontaire* est mentionnée comme *cause majeure* de la stérilité actuelle : « Les filles d'aujourd'hui sont plus *savantes* que leurs grand'mères (Finistère). « Le public ignore le danger des fraudes. Il faudrait l'en instruire » (Maine-et-Loire).

Dans les agglomérations surtout, *l'avortement volontaire* est devenu un facteur évident de la dénatalité. Dans les maternités, où l'on voit « les mauvais cas », leur nombre seul a triplé en vingt ans ; un quart des naissances est ainsi perdu (Maine-et-Loire).

Enfin dernière cause générale : le développement continu du mécanisme, étendu à l'agriculture jusqu'aux plus petits domaines, a une bonne part dans le dépeuplement des campagnes. Avec le machinisme, il n'y a plus d'intérêt à avoir une grande famille qui constituait la main-d'œuvre (Sarthe). Le jeune paysan abandonne la maison paternelle pour jouir seul du fruit de son travail, le plus souvent à la ville, dès qu'il est en état de travailler.

IV. — PROPHYLAXIE

Dans la plupart des départements, il est demandé que l'attention des Pouvoirs publics soit attirée sur la gravité du problème. Le Nord lance cet appel : le redressement de la natalité est le plus sûr garant contre l'invasion pacifique ou armée des peuples voisins.

Or, la politique de la natalité n'existe pas : *elle est à faire* (Dordogne). Pour exalter le sentiment du devoir en présence du danger que court le pays (Finistère) il faudrait une croisade contre l'égoïsme (Charente-Inférieure, Vaucluse) et relever la moralité sous toutes ses formes (Eure, Eure-et-Loir, Bouches-du-Rhône).

Il est demandé d'instaurer *une politique de la famille française* (Gard, Bouches-du-Rhône), exaltant l'esprit, le culte de la famille, honorant comme elles le méritent les familles nombreuses, sous la protection d'une législation appropriée (Finistère), car les lois actuelles font plus pour l'individu que pour la famille (Cher, Pas-de-Calais) ; la famille, base de la société n'a pas de *statut légal* pour la place prépondérante qui lui revient, (Hérault). Pour l'obtenir, le *vote familial* serait nécessaire. Il est réclamé par plusieurs de nos sections (notamment Eure, Finistère, Alpes-Maritimes, Dordogne).

L'ensemble des départements s'élève avec force contre les méthodes néo-malthusiennes, dont la jeunesse est trop informée. Pour apprendre à la jeunesse ses devoirs futurs, l'école ne doit pas oublier que la femme est destinée à être mère (Doubs) et pour cette mission, il faut des maîtres convaincus du péril de la natalité et des devoirs envers la Patrie (Charente).

A ces solutions morales, il est partout demandé de lier l'appoint des solutions économiques et financières du problème : impérativement, il faut obtenir d'améliorer les conditions d'existence de la famille nombreuse : il faut que la venue d'un enfant ne soit pas une charge écrasante, « un désastre », mais une félicité (Eure-et-Loir, Corse, Bouches-du-Rhône, Loir-et-Cher). La sécurité du lendemain doit viser sur les chefs de famille d'abord (Haute-Savoie).

Pour une aide vraiment efficace, il faut des *allocations familiales* qui ne soient pas des oboles dérisoires et qui ne soient pas exclusives. (L'exclusion des métayers et petits propriétaires soulève des protestations véhémentes dans l'Indre en particulier).

La péréquation des charges familiales est réclamée notamment en Charente, Eure-et-Loir, Hérault, Charente-Inférieure.

En somme on conçoit pour la natalité des avantages très substantiels si on les veut efficaces.

Constamment furent évoquées les charges fiscales écrasantes pour le chef de famille. Elles l'obligent à restreindre le nombre des bouches à nourrir. Pour y pallier, il lui faut des « *franchises exaltantes* » (Haute-Loire) ; des droits de priorité tels qu'il en est pour les mutilés (Eure, Bouches-du-Rhône, Cher, Alpes-Maritimes) ; des privilèges successoraux empêchant le morcellement du patrimoine.

L'argent nécessaire à l'exaltation de la natalité serait, suivant la conception de M. le Doyen Merklen, utilement centralisé en une « Caisse autonome de la Natalité », réalisation pratique de la solution de notre éminent maître, le Professeur Jean-Louis FAURE : « SI L'ETAT VEUT DES ENFANTS, QU'IL LES PAIE ».

Après une longue discussion, au cours de laquelle on se recueillit une minute pour saluer la mémoire d'Arnold NETTER, mort un an auparavant à la même table, l'Assemblée approuve les conclusions suivantes :

La natalité est intacte dans les peuplades restées primitives, et les civilisations de race jaune. La dénatalité affecte la race blanche, plus ou moins suivant les contrées et les peuples.

En Europe, la France est particulièrement éprouvée : elle s'est gravement ressentie des derniers envahissements successifs de son sol, qui la privèrent de ses meilleurs procréateurs d'avenir.

Actuellement, la crise mondiale depuis 1930, a précipité à l'allure d'un désastre la dénatalité française.

Les causes générales sont liées : morales et économiques ; ces constatations indiquent les domaines des mesures nécessaires à un redressement indispensable Pour être efficaces, il leur faut l'ampleur d'une longue croisade, disposant de trésors de guerre appropriés. La solution est en effet dans le triomphe d'une « politique de la famille ». Elle n'est pas faite, elle est à faire.

Ces Assises la requièrent des Pouvoirs publics. Elles font confiance au Conseil supérieur de la natalité et à l'Alliance nationale, pour la poursuivre en utilisant l'opinion générale exprimée formellement dans la vaste consultation des Assises de médecine.

II. — LA FIÈVRE TYPHOIDE (Répartition, prophylaxie et traitement actuel)

Les Assises du 9 mai, à l'Hôtel-Dieu de Paris (présidées par le Prof. H. VINCENT), applaudirent comme XXVIe lauréat du prix Debat, le Docteur J. AUDUREAU, de Gallais (Maine-et-Loire).

Voici la synthèse des conclusions des Assises départementales par H. GODLEWSKI :

Au début de ce siècle, la fièvre typhoïde comptait encore parmi les fléaux. La vaccination en a préservé les soldats de la grande guerre. Depuis, la gravité ancienne des épidémies cesse et l'endémie devient rare, même dans les campagnes (1) qui n'ont pas joui cependant de l'eau potable comme les villes où ce bienfait a doublé celui de la vaccination.

Telle est la constatation générale, dont il convient de souligner l'extrême importance : la fièvre typhoïde régionale, à de rares exceptions près, tend à se limiter à des foyers restreints, locaux, temporaires, qui naissent et meurent sur place. Seuls quelques ports méditerranéens paient toujours un lourd tribut à la maladie, pour raisons locales.

Des milliers d'observations de carrière et des vastes enquêtes épidémiologiques confrontées à ces Assises, il résulte que les causes les plus retenues sont :

1° *L'eau souillée*, parfois absorbée à l'occasion de baignades à l'embouchure d'égouts en rivière ou en mer, est signalée comme facteur d'épidémies saisonnières. Mais partout l'eau la plus souillée est l'eau de puits. Le captage en reste trop souvent défectueux, avec souillures du sol, fumiers et fosses d'aisances, parfois en grande profondeur en terrains fissurés. On retrouve généralement, dans les observations, l'éclosion épidémique coïncidant avec l'arrivée d'un typhique ou porteur de germes dont les déjections ont contaminé l'eau.

2° *Les aliments souillés*. — *a*) LES COQUILLAGES. Ils sont facteur essentiel des plus gros foyers actuels méditerranéens. La pêche des mollusques, coutume séculaire et grosse ressource populaire, reste pratiquement libre dans les innombrables anfractuosités d'une côte peuplée, sans marée et polluée de nuisances, spécialement accumulées dans les ports. *Les moules*, qu'un usage méridional fait consommer crues et vaseuses, sont responsables d'une infinité de cas, origine de porteurs de germes contaminant ensuite l'intérieur du territoire (cas typiques des couples atteints au retour de voyage de noces). *Les coques* pêchées dans la vase sont un égal danger. En saison balnéaire, elles ont un rôle local évident sur toutes les côtes ; les médecins bretons insistent beaucoup sur cette cause. *Les huîtres* sont les seuls mollusques à culture réellement contrôlée. La salubrité actuelle de parcs de l'Océan ressort de ce fait : leur région ne connaît plus l'épidémicité de jadis et celles qu'elle alimente de ses produits sont indemnes de typhoïde d'importation (Indre). Il est vivement réclamé (2) qu'il y ait application à tous les coquillages du décret du 31 juillet 1923 qui ne concerne que les huîtres. Il est suggéré que des tubes témoins garantissent contre l'arrosage secondaire des paniers (Vaucluse). *b*) LA CULTURE MARAICHÈRE reste typhoïgène surtout là où subsiste l'épandage d'engrais humains. L'usage exclusif d'engrais chimiques a totalement supprimé la typhoïde des jardiniers, en des régions qui ont acquis ainsi une renommée de salubrité méritée. *c*) LE LAIT SOUILLÉ par récipients sales, addition d'eau sale, par vachers porteurs de germes, consommé cru ou insuffisamment bouilli, donne lieu à des foyers identifiés localement parfois, mais qui restent aisément méconnus, vu la dispersion du lait, dans les grands centres. Les glaces et sorbets sont une origine trop méconnue de fièvre typhoïde (Alpes-Maritimes, Bouches-du-Rhône, Bas-Rhin).

3° *Les porteurs de germes*. — Toutes les causes ci-dessus conduisent à l'existence de porteurs de germes à l'origine des souillures infectantes. Le porteur de germes — *meurtrier qui s'ignore* — est un danger public lorsque professionnellement il souille de ses doigts des produits industriels, agricoles ou commerciaux alimentaires, consommés sans cuisson ou ébullition intermédiaires.

Prophylaxie. — *a*) LA VACCINATION. — En 1889, Chantemesse et Widal expérimentalement, utilisèrent le vaccin chauffé. Le Professeur Vincent proposa le vaccin triple qu'il appela le TAB et qu'il appliqua pour la première fois à l'homme en France en 1910. Ces Assises ont été unanimes à rendre hommage aux savants pour ces découvertes, nouveau bienfait pour l'Humanité.

Depuis la guerre, où elle fut élément de notre victoire, l'immunité par le vaccin TAB s'est prolongée dans les contingents successifs de l'Armée, de la Marine et dans certains éléments civils. Des millions d'individus vivants ont été préservés, qui ont réduit d'autant le nombre éventuel des porteurs de germes dont nous venons de voir le rôle initial dans la transmission de la maladie (1).

On souhaite que la vaccination soit « étendue » par le médecin (Pas-de-Calais) à la population civile (Alpes-Maritimes), plus largement (Eure-et-Loir, Isère), généralisée le plus possible (Sarthe) et en particulier à l'entourage (Var) chez lequel elle gagnerait à être obligatoire, en prévision de récidives du foyer (Orne, Puy-de-Dôme, Vaucluse, Haute-Vienne).

Ces Assises apportent comme arguments et faits sur la valeur de la vaccination TAB : 1° la régression globale de la typhoïde depuis la vaccination obligatoire dans l'Armée ; 2° le faible pourcentage de la typhoïde des vaccinés et son habituelle bénignité ; 3° le contraste flagrant entre la maladie partout réduite chez l'homme adulte et inversement, beaucoup plus fréquente chez la femme et l'enfant, eux non-vaccinés. (La vaccination buccale, solution souhaitée par tous, bénéficie d'assentiments individuels, non collectifs).

b) L'EAU POTABLE. — Ces Assises furent unanimes à réclamer la nécessité de continuer avec opiniâtreté la politique de l'eau saine ; dans les villes, les adductions d'eau pure ou purifiée sont une grande raison de la diminution progressive de la maladie. Des exemples montrent aussi les dangers d'une surveillance insuffisante des appareils, des conduites et de l'eau.

Thérapeutique. — Il y a tendance générale à concevoir que le traitement n'est pas spécifique mais comporte un ensemble de soins. Le moins discuté est l'usage de la *glace abdominale*. Les *bains* conservent des fidèles. *L'hydratation mixte*, buccale et rectale (goutte à goutte, lavements, lavages à double courant) a une faveur progressive. La *vaccinothérapie* est utilisée à petites doses améliorantes. Les sérums de Bec et de Rodet ont des observateurs. On fait de plus en plus confiance à la

(1) Constatation faite spécialement par l'Allier Charente-Inférieure, Cher, Côtes-du-Nord, Dordogne, Eure-et-Loir, Indre, Loiret, Loir-et-Cher, Maine-et-Loire, Pas-de-Calais, Puy-de-Dôme, Sarthe, Haute-Savoie, Seine-et-Oise, Vaucluse, Haute-Vienne.

(2) Réclamation faite par les Alpes-Maritimes, Bouches-du-Rhône Charente-Inférieure, Côtes-du-Nord, Indre, Lot-et-Garonne, Seine-et-Oise, Var, Vaucluse.

(1) Constatations faites notamment par le Cher, la Dordogne, l'Eure-et-Loir, le Finistère, le Pas-de-Calais, es Pyrénées-Orientales, la Vendée.

transfusion sanguine, capable de résurrections. La *chimiothérapie* s'enrichit sans cesse, avec faveur conservée surtout à l'urotropine, adrénaline, colloïdes, strychnine, nervins et attention actuelle pour les petites doses d'arsenic organique et de bismuth. La *diététique* reste doctrinaire et incertaine, faute de base expérimentale. Il y a cependant abandon de l'ancien rigorisme et tendance marquée à soutenir les forces du malade, notamment avec utilisation du sucre.

a) *L'épidémiologie*

Le Professeur VINCENT. — De 1919 à 1921, puis de 1925 à 1933, soit *pendant une période totale de douze années*, la fièvre typhoïde a donné lieu, en France, *à 23.246 morts*. Ce sont surtout, vous le savez, les sujets jeunes, c'est-à-dire ceux qui représentent l'avenir de la nation, qui paient un tribut si lourd à la fièvre typhoïde.

Laissez-moi le rappeler : *la fièvre typhoïde est, avec la variole, la plus évitable des maladies.*

M. DELUEN, de Saint-Brieuc. — Le département des Côtes-du-Nord a eu pendant longtemps le triste privilège d'être parmi ceux où les cas de fièvre typhoïde étaient le plus nombreux.

Coques et palourdes sont toujours récoltées de la même façon, les puits n'ont subi aucune modification, la récolte du lait et la fabrication du beurre est toujours faite en dépit des règles les plus élémentaires d'hygiène. Heureusement qu'à l'ère de la prophylaxie par arrêtés préfectoraux a succédé celle de la vaccination.

M. Paul DURAND, de Courville. — En Eure-et-Loir, j'ai signalé l'importance des porteurs de germes convalescents de fièvre typhoïde. J'ai cité dans ma clientèle deux petites épidémies dues à cette cause.

En conséquence, je demande à mes collègues des villes où les cas sont les plus fréquents, de signaler à leurs malades guéris, *qu'ils sont encore longtemps contagieux* et qu'ils ont des précautions à prendre dans leur entourage, s'ils viennent en convalescence à la campagne.

M. DE LEOBARDY, de Limoges. — Notre région fournit un sujet d'étude curieux sur l'épidémiologie et les causes de la typhoïde.

Nous rendons compte d'un pays où il n'y a pas de typhoïde, même avec une grosse consommation de coquillages ; brusquement en 1924, pandémie de Para B., coïncidant avec la double constatation d'année à prunes et à mouches dans un pays où le champs seuls sont lieux d'aisance. Or, beaucoup de malades se levaient ; n'ayant pas à leur portée un lieu d'aisances, ils allaient dans les champs autour de leur maison ; un grand nombre de porteurs de germes ont ainsi rapidement multiplié les lieux de souillures infectantes.

b) *La vaccination*

M. R. RODON, d'Ouzouer. — J'ai fait pendant la guerre de nombreuses injections de vaccin antityphoïdique : naturellement les simples soldats les acceptaient et ils ne pouvaient guère faire autrement, mais je dois dire que les officiers et parmi eux les médecins, s'y dérobaient volontiers. Je ne veux pas poser de questions indiscrètes, mais j'ai peur que dans cette Assemblée même bien des membres ne soient pas vaccinés.

M. Maurice COFFIN. — La vaccination antityphoïdique ne saurait, sans danger, devenir un acte médical « à la chaîne ». Elle doit être faite prudemment et avec discernement, en tenant compte de l'état débile ou morbide de certains, et également de la possibilité de réactions violentes chez des sujets paraissant sans aucune tare.

c) *La thérapeutique*

M. BEC, d'Avignon. — Toute fièvre typhoïde traitée par le sérum de porc adulte, au cours du premier septénaire de la maladie est normalement jugulée dans les quelques jours qui suivent.

Pendant le second septénaire, cette action du sérum de porc est encore à peu près certaine, bien que déjà moins rapide.

A partir du troisième septénaire, il est difficile de promettre un résultat positif, malgré une baisse de la température et une modification dans l'état général.

M. RODET fils, de Mégève. — Le sérum de Rodet n'est sans doute pas héroïque et connaît des échecs. Mais ses échecs proviennent soit de ce qu'il y a des infections associées en même temps que l'infection par le bacille d'Eberth. Ils proviennent aussi de l'emploi systématique et *erroné* de *grosses doses* et de *doses quotidiennes* qui se sont avérées *nuisibles*. On peut dire en tout cas, comme l'a dit le Professeur Rodet lui-même que, en considérant l'ensemble des cas traités, il y a, par le sérum, *abaissement dans l'échelle de gravité*, le sérum transformant en général les *formes graves en formes moyennes*, les *formes moyennes en formes bénignes*.

Conclusions des Assises nationales

Les Assises de médecine enregistrent la régression de la fièvre typhoïde surtout depuis la fin de la guerre. Les épidémies disparaissent proportionnellement à l'extinction progressive des germes, grâce à l'hygiène et à la vaccination.

Après les recherches expérimentales de Chantemesse et Widal, à Paris, et d'autres travaux à l'étranger, le Professeur Vincent prépara le vaccin triple qu'il appela T. A. B. ; il en fit la première application à l'homme en France, en 1910, et l'étendit rapidement : la vaccination préventive fut un facteur de la victoire.

Depuis un quart de siècle, l'humanité est préservée de ce qui était avant un fléau dans la guerre et dans la paix.

Les mesures essentielles pour la prophylaxie à venir sont les suivantes :

Extension des services d'eau potable et d'assainissement des villes.

Extension à tous les coquillages des mesures sanitaires prévues pour les huîtres.

Vigilance pour la surveillance du lait, la salubrité maraîchère, le dépistage des porteurs de germes.

A cet effet : 1° Déclarations rigoureusement obligatoires de la fièvre typhoïde et enquêtes épidémiologiques multipliées, en liaison avec les médecins par les services d'hygiène dont l'autorité est à renforcer pour opposition efficace à toutes résistances locales aux règlements sanitaires ;

2° Etendre le plus possible, la vaccination préventive à la population civile, conformément au vœu de l'Académie de médecine.

L'Assemblée française de médecine générale, réunie en Assises nationales dans la chaire de Trousseau, s'incline avec respect devant son président, le Professeur Vincent ; après l'hommage général des Assises départementales, elle lui exprime l'unanime reconnaissance, médicale et française, pour son œuvre.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

TRAVAUX ORIGINAUX

Bulletin de l'Actualité

JUSTICE ET PSYCHIATRIE

J'ai raconté ici, il y a quelques mois, l'horrifique histoire de ce pochard tellement imbibé d'alcool qu'il en était à sa troisième ou quatrième attaque de délirium tremens. J'en avais une première fois débarrassé la famille consternée en l'envoyant dans une maison de désintoxication d'où il était sorti au bout d'un mois plein de repentir mais, bien entendu, pas guéri. Une autre fois nous nous étions tous armés de patience et avions attendu que l'orage passât. Enfin à la dernière récidive nous avions essayé de l'hôpital en souhaitant que de là il fût muté, suivant ses mérites, vers un asile. Mais le médecin chef du service m'écrivit que, l'intéressant personnage n'ayant pas fait de scandale dans la salle où il avait été placé, force était de le rendre aux siens dès que faire se pourrait. Si bien que ceux-ci rentrèrent, à leur corps défendant certes ! en possession d'un individu incapable du moindre travail, qui boit de plus belle, qui conduit parfois son auto et qui, logiquement, doit un jour ou l'autre provoquer un accident ou commettre un crime.

Il y avait de quoi, me semble-t-il, déplorer la carence de nos lois qui laissent la société et, plus particulièrement, les familles en butte à ces détraqués chargés d'explosif.

Or, en parcourant les rapports présentés au XXI[e] Congrès international de médecine légale et de médecine sociale de langue française (1) j'ai trouvé la question traitée par un psychiatre, le Docteur Paul Schiff, sous le titre « Prophylaxie criminelle en dehors de la prison ».

Certes, nous sommes nombreux, je crois, à trouver abusives les interventions des psychiatres en matière criminelle et particulièrement ces expertises médico-légales qui font grand bruit dans les prétoires d'assises. Nous avons vu trop d'exemples de scélérats déclarés irresponsables ou à responsabilité atténuée et, de ce fait, acquittés ou condamnés à des peines minimes. Que vient faire ici la notion de responsabilité ? Ce n'est pas une vengeance que réclame la société, vengeance d'autant plus éclatante que la méchanceté du criminel serait plus consciente et plus cynique. Avant tout la société demande à son appareil judiciaire de la protéger, soit en inspirant à qui médite un crime la peur du châtiment, soit en mettant qui a commis un crime hors d'état de récidiver. Responsable ou non le criminel est un ennemi de la société : il l'a prouvé. C'est un ennemi plus dangereux encore s'il est irresponsable ; car, si dévoyé soit-il, un être ne verse pas le sang sans raison. D'un fou ou d'un demi-fou tout est à craindre. Ce sont ceux-là qui abattent le passant inoffensif ou, un soir de lubie font dérailler un train. Qu'on ne nous rabatte donc pas les oreilles de ce facteur abstrait, de ce distinguo byzantin : la responsabilité. Elle sert trop souvent à énerver la sanction et à désarmer les juges. L'on admet communément que ceux-ci ont pour tâche de doser la malignité au cœur des délinquants et de la réprimer au plus juste. Il serait sans doute plus fécond d'apprécier la « dangerosité » (c'est un mot que j'emprunte aux psychiatres) de chacun et d'y pallier par des mesures opportunes sans s'embarrasser de savoir si le crime a été plus ou moins consciemment perpétré, s'il a été plus ou moins longtemps prémédité. Un crime prémédité décèle une rancune tenace, un crime non prémédité décèle un self-control fautif. Décidez vous-même où se trouve la menace la plus précise de récidive.

***

Si opposé soit-on à l'intrusion de la psychiatrie dans le domaine de la justice, il sied pourtant, me semble-t-il, de prêter l'oreille aux déclarations du Docteur Schiff ; car il s'occupe de prophylaxie criminelle, et pas seulement d'éviter la récidive mais d'intervenir *avant le premier*

(1) *Annales de médecine légale*, avril 1937.

délit, à propos de ce qu'il nomme les « manifestations pré-criminelles », les « infractions d'alarme « des criminels en puissance ».

Une statistique entreprise par le service social de l'hôpital Henri-Rousselle montre que sur 27 crimes *de sang,* six ont été commis par des aliénés libérés, dix par des alcooliques, dix par des anormaux antérieurement reconnus comme tels ; un seul porte la marque de l'imprévisible.

Il s'agit de déceler toutes ces tares non pas *après le crime* mais *avant* ; il s'agit en un mot de repérer les individus qui se trouvent en état d'*imminence criminelle.* Et nous voici par conséquent en plein dans le problème qui se posait à propos de mon ivrogne de client.

L'auteur d'un crime est le plus souvent connu de son entourage comme brutal, malfaisant, dangereux. Il a plus ou moins donné lieu à des plaintes de la part des voisins, parfois de la famille même. Actuellement ces plaintes ne dépassent pas le bureau du Commissaire de police qui se contente de faire les gros yeux, de prononcer des paroles sévères et de vagues menaces. Naturellement ces façons de Père Fouettard n'ont pas grand prestige auprès de brutes qui frappent leurs femmes et terrorisent leurs enfants. Un jour ou l'autre, au cours d'une dispute plus violente que les autres, l'irréparable survient ; et la police, alors, se met en branle pour de bon. Le Docteur Schiff estime, et nous estimons avec lui, qu'il y aurait mieux à faire. Sans doute objectera-t-on que c'est menacer dangereusement la liberté individuelle que donner barre à la justice sur l'individu, non plus seulement à propos du fait accompli, mais à propos d'une intention ou d'une possibilité. Il est même vraisemblable qu'un régime totalitaire trouve dans cette conception ample matière à brimer les citoyens. On voit assez distinctement les adversaires d'un tel Gouvernement accusés de prédispositions anti-sociales et, pour ce, discrètement rassemblés dans des établissements de rééducation (l'euphémisme serait charmant !). Mais nous vivons en un siècle dont le destin est de glisser sur la corde raide, entre les deux gouffres de l'anarchie et de la tyrannie. L'attention des plus sensés d'entre nous doit se borner à ne pas perdre l'équilibre.

Lorsqu'un fait, poursuit notre auteur, ne paraît pas de nature à entraîner une inculpation parce que, tout en étant établi par les enquêtes, il n'a pour conséquence que de rendre probable l'exécution d'un délit par un individu exalté, déséquilibré, alcoolique, le rôle du Commissaire de police devrait être de convoquer l'individu en cause, s'il y a lieu de le faire visiter à domicile et de l'inviter à se soumettre à un examen médical. En exerçant une pression patiente, une fermeté douce, en expliquant qu'il s'agit non d'une mesure policière mais d'une intervention médicale, en donnant à celle-ci toute la discrétion désirable, il semble que le Commissaire obtiendrait des résultats.

C'est plus particulièrement dans les relations de familles, régulières ou non, et dans les relations de voisinage qu'une telle action pourrait avec avantage s'exercer. Il conviendrait de prendre en considération les demandes et les réclamations même si, par crainte de représailles, les auteurs refusaient de les consigner par écrit. (J'imagine tout de même que l'on ne tiendrait pas compte des plaintes anonymes, car la tentation serait trop forte et le moyen trop facile de causer des ennuis à un ennemi).

De ces relations nouvelles entre commissariats et dispensaires ou hôpitaux psychiatriques naîtraient des pratiques existant déjà en Angleterre et en Belgique pour les exhibitionnistes : une sorte de liberté surveillée qui tiendrait sous sa coupe certains toxicomanes, alcooliques ou pervers sexuels, une reviviscence, en somme, du système dit de haute police mais sous contrôle médico-judiciaire et non pas policière.

A qui confier ces examens psychiatriques ?

Traitant le même sujet, il y a quelques années, le Professeur Claude envisageait qu'en première instance le psychopathe fût examiné par un médecin, de préférence spécialisé, qui donnerait au Commissaire de police son avis sur les mesures à prendre.

En seconde instance seraient créées des Commissions médico-judiciaires comprenant trois psychiatres, un délégué du Préfet ou du Procureur de la République et un avocat. Ces Commissions se prononceraient sur tous les cas où l'internement, reconnu nécessaire, se heurterait à des difficultés sociales, familiales ou même médicales. Si les essais de persuasion s'avéraient vains, ces Commissions, après entente avec le Parquet et l'Administration préfectorale, useraient de contrainte. Envoyé d'abord dans un Centre de prophylaxie mentale, le psychopathe ne serait interné qu'ensuite si la nécessité apparaissait.

C'est, évidemment, une refonte totale de la loi de1838 sur les aliénés que suppose une telle organisation. Par elle les praticiens seraient dépossédés de la responsabilité qu'ils endossent en signant un certificat d'internement. Je doute qu'il s'en trouve beaucoup pour le regretter, car Dieu sait les débats de conscience que ces certificats nous causent dans certains cas et les tracas qu'ils nous valent à peu près dans tous.

L'idée est du reste, comme on dit, « dans l'air » puisqu'elle a fait l'objet, en mars dernier, d'une proposition de loi déposée par M. Louis Rollin, avocat et ancien ministre. Cette proposition de loi prévoit non seulement l'institution de services médico-psychiatriques chargés de la prophylaxie criminelle ; mais elle dis-

pose que les sujets en cause, s'ils se refusent à l'examen, pourront faire l'objet d'un mandat d'amener. Et que les même mesures devront être prises à l'égard d'individus qui, à la suite de faits criminels ou délictueux, auront bénéficié soit d'un non-lieu, soit d'un acquittement, soit de sursis en raison de l'excuse d'irresponsabilité ou d'atténuation de la responsabilité.

***

Bien entendu, en développant ses réflexions sur la prophylaxie criminelle, le Docteur Schiff dit son mot sur ce qu'il appelle « l'eugénique anti-criminelle », c'est-à-dire les lois de stérilisation édictées en certains pays. On sait que si c'est elle qui a mené grand bruit à propos de ces lois et a attiré l'attention du grand public, l'Allemagne n'est pourtant pas la première à les avoir appliquées. Elles existaient déjà dans certains Etats des Etats Unis, dans les pays scandidaves et en Suisse. Mais elles n'avaient pas pris, dans ces divers gouvernements, l'ample développement qu'on leur a vu Outre-Rhin. Comme la plupart des psychiatres et des criminologistes français le Docteur Schiff est d'avis que les cas de maladies nerveuses ou l'hérédité de l'affection est bien établie sont en nombre si restreint qu'ils n'autorisent pas à généraliser la stérilisation. Et comme d'autre part, nos connaissances sur l'origine du crime, sont encore très réduites, il s'ensuit qu'aucune donnée certaine ne justifie actuellement la stérilisation des criminels.

Au reste, il faut noter que si la puissance sexuelle est fortement diminuée par la castration la *libido* ou tension sexuelle ne l'est, elle, que fort peu. D'où il s'ensuit que chez les psychopathes l'imagerie perverse subsiste ainsi que les impulsions fomentées par elle. Et enfin le retentissement mental de la castration est très différent suivant que cette mutilation a été effectuée à la demande d'un sujet ou lui a été imposée. Psychisme satisfaisant dans le premier cas ; tristesse, nervosité, revendication dans le second.

***

Si ces diverses mesures de prophylaxie, et particulièrement les de niè es, soulèv nt des objections d'ordre moral ou d'ordre sociologique, il en e:t une qui doit être acceptée par tous et qui est susceptible d'apporter une aide sérieuse à l'œuvre projetée. Et le Docteur Schiff décrit ici le fonctionnement de l'assistance sociale judiciaire.

L'expérience en a déjà été faite pendant plusieurs mois à la Préfecture de la Seine. Il s'agit de la prophylaxie de la « petite délinquence » : vagabondage, infraction à arrêté d'interdiction de séjour, prostitution, ivresse avec rebellion et outrages aux agents. Pour beaucoup de ces infractions la sanction est inopérante parce qu'elle n'a d'effet ni sur le psychisme des individus si sur leurs conditions d'existence. Le meilleur moyen d'empêcher la récidive c'est de diriger ces sujets sur des organismes de placement, de relèvement et de secours. Beaucoup de ces œuvres travaillent sans coordination entre elles ; il en résulte que leurs efforts sont sans proportion avec les résultats obtenus. L'on pourrait obtenir mieux et à moindres frais.

Il paraît qu'une récidiviste endurcie, une de celles qui totalisent des centaines d'années d'interdiction de séjour et des dizaines de condamnations coûte facilement à la société 20.000 francs de frais de police, de justice et de répression. Argent gaspillé puisque cette fleur de prison est cuirassée contre toute intimidation, qu'elle est, naturellement, de plus en plus inapte à se reclasser et que cela fait un rebut définitivement tombé à la charge de la collectivité.

Le Docteur Schiff 'excuse d'avance de ce que ses propositions peuvent paraître contenir d'humanitarisme bêlant. Et il est bien vrai que tant d'échecs retentissants de tentatives généreuses ont fini par nous rendre sceptiques et nous endurcir. Il est beau, ayant reçu une gifle, de tendre l'autre joue ; mais si cette autre joue reçoit une gifle à son tour, fatalement on se demande si un coup de pied au derrière n'eût pas été une riposte plus adéquate. Et lorsque l'expérience s'est répétée des centaines de fois, on finit par n'en plus douter.

Le Docteur Schiff demande d'essayer son système ; il assure que celui-ci ne sera pas plus dispendieux que l'ancien et que même il pourrait l'être moins tout en donnant plus de satisfactions.

Souhaitons qu'il dise vrai et que, sous son égide, cette surprise nous soit dévolue de voir fleurir, aux parvis de la Santé, de la Roquette et autres saints lieux, la repentance et le bon vouloir. Ainsi soit-il !

G. Lavalée.



ASSISTANCE MÉDICALE GRATUITE

INSCRIPTION EN VUE DE L'HOSPITALISATION A BON COMPTE

Par la lettre ci-après (4.447), un de nos lecteurs nous signale quelques pratiques abusives, qui se passent dans sa région, dans le but de procurer aux administrés d'une commune des avantages sérieux, en ce qui concerne les frais d'opération chirurgicale.

D'habitude, lorsqu'une commune envoie un indigent dans un hôpital, pour y être opéré, c'est elle qui règle les frais d'hospitalisation.

Je viens de découvrir certains malades, qui sont dans un cas différent. Un maire déclare indigents des malades (malades très pauvres, du reste) et les envoie à l'hôpital pour y subir une intervention, en joignant un certificat médical, constatant la nécessité de l'intervention. Mais, lorsque les familles le peuvent, le maire leur fait payer une partie des frais d'hospitalisation, pour soulager la commune. Est-ce régulier ?

D'autre part, ces malades sont considérés par l'hôpital, comme complètement indigents, et par conséquent, le chirurgien ne touche pas d'honoraires. Est-ce régulier ?

Dr P.

Première question. — En ce qui concerne l'envoi de malades indigents à l'hôpital, les maires doivent se conformer aux prescriptions des articles 3, 24 et 25 de la loi du 15 juillet 1893 sur l'A. M. G.

Tout Français malade et privé de ressources, qui ne peut pas recevoir utilement chez lui les soins nécessaires à son état, sera dirigé par son domicile de secours à l'hôpital de rattachement pour être admis gratuitement dans l'établissement.

Le malade devra fournir un certificat de la mairie, attestant qu'il est inscrit sur les listes d'Assistance médicale gratuite, dans cette commune. Celle-ci s'engage à supporter les dépenses d'hospitalisation.

Ultérieurement, si l'on découvre que le dit indigent a des membres de sa famille tenus à l'obligation alimentaire, telle que la prévoient les articles 205, 206, 207, et 212 du Code civil, le département (art. 25 loi du 15 juillet 1893), ou l'hôpital (art. 5 loi du 7 août 1851) peut alors exercer un recours contre toute personne qui est susceptible de venir en aide obligatoire à son parent indigent.

Il en résulte que, dans certains cas d'inscription d'urgence sur les listes d'assistance, en vertu de l'article 19 de la loi du 15 juillet 1893, le maire peut faire admettre à l'hôpital un malade en se basant sur un certificat médical. Plus tard, si l'on découvre que le malade a des ressources directes ou indirectes, il devra rembourser tout ou partie des frais occasionnés par sa maladie.

L'assistance médicale peut être complète ; elle peut n'être que partielle, portant principalement soit sur les frais d'hospitalisation, soit sur les frais médicaux et pharmaceutiques à domicile.

Il n'y aurait abus susceptible d'être soumis aux Tribunaux administratifs que si le maire inscrivait sur les listes d'Assistance médicale gratuite un malade qui ne serait pas privé de ressources, ou si cette inscription n'avait pour but que de faire supporter par le département ou par l'établissement hospitalier les frais d'hospitalisation, ou si encore l'admission à l'hôpital n'avait pour directives que de faire procéder à une opération chirurgicale à titre gratuit, alors qu'ensuite les soins et les pansements pourraient être faits au domicile du malade.

Qu'il y aurait faute également si l'inscription sur les listes d'assistance était faite avec un effet rétro-actif. A plusieurs reprises, le Sou Médical a porté devant la juridiction administrative des conflits de ce genre.

Deuxième question. — En ce qui concerne la rémunération du médecin de l'hôpital, ce praticien doit soigner indistinctement tous les malades qui sont admis dans son service par la Commission administrative. Le praticien d'hôpital est de plus en plus considéré comme un fonctionnaire, alors que seul l'établissement public doit avoir des rapports avec l'extérieur. C'est ainsi que doit être interprété l'arrêt du Conseil d'Etat dans l'affaire de La Rochelle.

Et la juridiction administrative du Conseil d'Etat, décide que, parce qu'il est considéré comme accomplissant une fonction dans un hôpital public, le médecin ne peut pas réclamer directement des honoraires aux malades payants ; c'est à la Commission administrative de demander ces dits honoraires, d'après un tarif qui est arrêté par elle, avrès avis du Corps médical hospitalier intéressé et de les verser en totalité ou en partie au Corps médical hospitalier.

Dr Paul Boudin.

DE LA NÉCESSITÉ DE L'ENSEIGNEMENT POST-SCOLAIRE MÉDICAL

Par le Docteur G. DESBOUIS
Directeur de l'Ecole de médecine de Caen

Il est souvent nécessaire, pour juger des rapports entre les malades et leur médecin, de se mettre un instant dans l'état d'esprit du malade. Et sans avoir fréquenté bien longtemps ce dernier, on arrive à se rendre compte de la méfiance que lui inspire le très jeune médecin « qui n'a pas encore d'expérience » et de la méfiance, plus grande encore que lui inspire le vieux « qui n'est plus au courant des méthodes modernes ». Et, en se plaçant ainsi dans le cerveau du client, nous arriverions à cette conception que seul, le médecin « entre deux âges » peut avoir cette valeur indiscutable, et mériter la confiance indispensable à l'exercice de la profession.

Et, cette incursion faite dans le camp le plus intéressant, passons maintenant à l'état d'âme du médecin.

Quand nous sortions de la Faculté, avec, tout neuf, dans notre poche, ce diplôme de docteur qui allait nous donner tous les droits dans l'exercice de notre belle profession, nous sentions bien, tous, qui avions parcouru les chemins souvent arides et ingrats des études médicales, que le sillon n'était qu'ébauché ; qu'il allait falloir le compléter ; et que la culture commencée allait durer toute la vie. Il faut cent ans, dit-on en Angleterre, pour obtenir un gazon ; il faut bien à peu près le même temps pour faire un médecin. Et nous avons complété, au départ, nos bibliothèques ; tous les gros traités didactiques sont là, sur les rayons, au complet. Nos collections de journaux médicaux, bien reliées depuis le jour de notre entrée à la Faculté, sont là aussi, qui vont nous permettre, le soir, après la dure journée du praticien, de retrouver, en eux, de vieux amis, et de sages conseillers, à qui nous pourrons confier nos angoisses et demander un avis pour nous permettre de démêler les cas cliniques difficiles de chaque jour.

Et ainsi entourés de toutes ces munitions de bagages livresques, forts de notre acquis théorique et pratique, que, à 26 ans, nous estimions déjà fort coquet, abonnés à toute la série des périodiques médicaux, soutenus en plus par cette belle confiance que nous donnait notre jeunesse, nous abordions, vraiment sans trop d'appréhension, cette vie et cette carrière, qui, nous le sentions bien, tout de même, allaient être une vie d'étudiant... jusqu'à la fin !

Et lorsque lancés dans la carrière, nous avons, le soir en rentrant, souvent harassés de fatigue, décacheté nos journaux ; lorsque, au prix d'une ténacité souvent méritoire, nous avons, après le coup de sonnette tardif, repris notre lecture, nous nous sommes rendu compte que, de toute cette littérature vraiment abondante, nous n'arriverions pas à tout lire ! Et puis, sans offenser personne, les travaux qui s'y publient, dans tous ces journaux, sont de valeur bien inégale ; et puis, ils répondent à des ordres de curiosités qui sont tellement variables ! Les uns sont de pure science : de chimie, de physiologie, d'anatomie pathologique. Et ce soir-là, justement, comme tous les soirs depuis huit jours, ce sont deux ou trois cas cliniques qui nous hantent, avec tous les soucis, toutes les décisions à prendre, qu'ils peuvent comporter. Et malgré nos recherches dans les traités, malgré les journaux compulsés, le nuage reste épais qui nous masque la vérité ; et vraiment nos amis les livres sont bien peu éloquents !

Et pourtant, il en est de très bien, de ces périodiques médicaux. Il semble même, qu'en sachant bien les utiliser, nous devrions y trouver, selon nos désirs, tout ce que nous voudrions.

Celui-ci, qui ne paraît que tous les mois et qui ne semble pas trop s'embarrasser des grands problèmes purement scientifiques, va certainement pouvoir réaliser la pâture du praticien qui ne dispose que de peu de temps. Celui-là, qui paraît deux fois par semaine et qui donne les résumés de l'activité de toutes les sociétés savantes, de Paris, de province, et même de l'étranger, va convenir à ceux d'entre nous qui disposent de loisirs abondants. Et en voici encore un autre qui, chaque année, fait la mise au point de toutes les grandes questions d'actualité ; il va certainement être adopté par tous.

Il n'y a plus de doute : le journalisme médical va, à lui seul, pouvoir être notre guide et suffire à tout notre enseignement post-scolaire.

... Et pourtant ce malade auquel nous pensons maintenant depuis trois semaines, continue, obstinément, à rester indéchiffrable. La clef du problème n'est pas dans les livres ; les journaux sont muets. Et l'angoisse nous prend. Et puis, nous le sentons bien, la confiance de la famille ne nous paraît plus aussi totale qu'au premier jour ; le souvenir d'un de nos camarades de la petite bande d'étudiants de nos vingt ans nous revient : il est maintenant agrégé, professeur, médecin des hôpitaux ; ses écrits, maintes fois ont arrêté nos yeux, dans ces journaux où nous cherchions la solution du problème. Allons le voir, avec notre malade.

Nous avons la chance ; le malade aussi. L'af-

faire est débrouillée ; nous voyons clair. A la lumière de la belle consultation, écrite ou orale, nous reprenons les livres ; nous ouvrons les journaux à la bonne page (tiens ! c'est curieux : cela nous avait échappé). Mais c'est évident : c'est cela ! Comment n'y avions-nous pas pensé ?

Mais le voilà, notre véritable enseignement post-scolaire ; nous prendrons ainsi de précieuses leçons ; nous compléterons par de magistrales leçons cliniques, nos journaux et nos livres, et nous n'aurons plus besoin de rien d'autre.

Et pourtant, malgré notre pratique, malgré ses leçons souvent aussi dures pour notre amour-propre, que pour l'existence de nos malades ; malgré nos livres et nos journaux les consultations, les opérations ; malgré les conversation avec les confrères, sur tous ces sujets qui nous préoccupent, notre curiosité de vieil étudiant ne s'apaise pas, bien au contraire. Et chaque année qui passe ajoute d'autres inquiétudes ; et si telle ou telle de nos erreurs de diagnostic nous a apporté une leçon, en voici bien d'autres qui laissent, pour nous, l'énigme entière.

Mais si absorbante que soit la vie du médecin, il n'en est pas moins, par instants, appelé par d'autres obligations. Nous voici quelques-uns qui sommes apparentés aux milieux militaires ; chaque mois, dans « les écoles de perfectionnement du Service de santé » nous entendons deux conférences ; ce sont quelquefois des sujets de pure organisation militaire qui y sont traités ; ou bien c'est de la chirurgie de guerre ; ou bien c'est une question d'hygiène. Et tous ces cours, chaque mois, nous obligent à réfléchir un instant à des problèmes qui avaient été, jadis, notre souci journalier. Mais bast ! nous savons tout cela. Mais je crois bien que, de temps à autre, il y a un devoir à rédiger ! Et brusquement nous nous apercevons que tout cela n'est plus très présent à notre mémoire. Nous ne saurions l'avouer bien entendu ; mais pour rédiger, nous reprenons le livre.

Et puis un beau jour, la chose se corse ; au chef-lieu du corps d'armée ; une période de neuf jours nous réunit. Quelle joie d'échapper, avec un motif valable, aux soucis du métier et de nous retrouver entre confrères, entre amis ! Et là, au contact de ces militaires de carrière que nous trouvons, nous apprenons que, pour eux-mêmes cet enseignement post-scolaire existe : ce sont les séjours dans les camps ; ce sont « les stages d'information » à telle ou telle école. Et à mieux les connaître nous ne pouvions nous empêcher d'apprécier cette méthode d'enseignement qu'il nous proposaient.

Et puis, un beau jour, avec le client, nous apprenons (que n'apprend-on pas avec le client) que son frère le Jésuite, allait, bien que sorti du Séminaire depuis longtemps, y retourner pour y accomplir son « troisième an ». Peut-être ne s'agit-il pas là d'une année de culture véritable, et purement intellectuelle ; peut-être est-ce plutôt une retraite d'un ordre purement moral et mystique, assez comparable à ces retraites que font les curés ou certaines religieuses non cloîtrées. Mais toujours est-il que, après avoir mis au contact du monde leurs connaissances théoriques à l'épreuve, les religieux nous montrent la nécessité de revenir, pour un temps, à l'abstrait.

Et nous pensons que, peut-être, ces méthodes sont propres aux religieux et aux militaires.

Or, par ailleurs, nous savons que chaque année les instituteurs se rendent au chef-lieu de leur département pour entendre, pendant trois jours une série de conférences qui constituent une sorte de « Cours de perfectionnement pédagogique » et que pendant ces trois journées ils vont se trouver, eux aussi, obligés de réfléchir à des questions professionnelles que, dans leur solitude, ils auraient certainement négligées.

Voilà donc des gens de tendances, de cultures, de genres de vie complètement différents : des instituteurs, des soldats, des religieux, qui tous, ont reconnu la nécessité de se grouper périodiquement en vue d'un complément, en vue même d'une refonte de leur culture, ou bien en vue de l'adaptation de cette culture à des conditions nouvelles. Or si je conçois que l'art de la guerre puisse évoluer vite et obliger ses serviteurs à faire évoluer aussi rapidement leurs doctrines ; si je conçois que les matériaux appelés à remplir, ou même à saturer le crâne des enfants, augmentent avec une rapidité suffisante pour qu'il soit nécessaire de faire souvent la mise au point du menu qu'on doit leur faire ingurgiter ; je conçois également que l'art médical évolue non moins rapidement et qu'il soit nécessaire pour nous, médecins, de temps à autre, de faire une révision de nos connaissances ; quel est celui d'entre nous qui ne s'est vu, dans sa vie, dans l'obligation de répudier des idées qui lui étaient chères, qu'il avait emportées en sortant de la Faculté comme des vérités premières et de modifier ou de bouleverser les techniques qui reposaient sur ces idées théoriques.

Pourrons-nous simplement par le contact, journalier, ou hebdomadaire, ou mensuel avec nos périodiques médicaux, faire cet effort ; qui, certains jours, confinera à l'héroïsme, de nous tenir au courant de l'évolution des doctrines médicales ? Allons-nous arriver, par la fréquentation de nos maîtres, des chirurgiens, des spécialistes, au chevet de nos malades, à compléter, et à rajeunir nos conceptions, bref, à faire œuvre d'étudiants actifs et vivants ? Soyons sincères envers nous-mêmes : nous ne le ferons pas ; et si, par hasard, certains d'entre nous arrivent à réaliser cet effort journalier, et à mettre au tant d'ordre dans leur cerveau qu'un comp-

table en met dans la comptabilité d'une maison de commerce, ayons encore la franchise de nous dire que, suivant notre personnalité, notre tendance aux méditations philosophiques ou au culte des faits précis, notre foi en des thérapeutiques plus ou moins variées, ou simplement notre souci d'un examen bien complet du malade, ou du futur malade, notre poursuite du complément d'instruction va être conduite avec des méthodes complètement différentes.

Quelques-uns d'entre nous ne réduisent-ils pas, n'ayant que le souci thérapeutique en tête, leur culture post-scolaire à la seule fréquentation des voyageurs de spécialités pharmaceutiques, enseigneurs, hélas ! chaque jour plus nombreux et plus envahissants.

Ai-je, en faisant cette critique, le désir que tout le corps médical soit fondu dans un même moule ? et que les conceptions officielles en cours soient immédiatement infligées comme des ordres à toute une armée de médecins serviles qui feraient de toutes ces doctrines leur doctrine personnelle ? Ce serait là de ma part une profonde méconnaissance du caractère français en général et du caractère médical français en particulier. Il n'empêche que tous les dix ans, en moyenne, une découverte fondamentale vient bouleverser les méthodes médicales : que pour cette découverte fondamentale, qu'elle s'appelle l'auscultation, l'antisepsie, l'asepsie, la bactériologie, la radiologie, etc. ; qu'elle s'appelle les grandes thérapeutiques nouvelles : sérumthérapie, vaccinothérapie, électricité médicale, radio ou radiumthérapie, pour que cette découverte dis-je, pénètre jusque dans le fond du Corps médical, il va falloir les vingt-cinq ans qui sont nécessaires pour voir arriver à la retraite, ou, plus normalement, à la mort, le dernier médecin de l'avant-dernière génération.

Et pendant ce temps, l'autre donnée du problème, je veux dire : le malade, ou le futur malade, a, elle aussi, une soif inextinguible d'acquérir toutes les connaissances médicales — et les plus nouvelles. Et le malade, très souvent un homme cultivé, qui est même quelquefois un homme intelligent, s'aperçoit avec épouvante que sa documentation médicale personnelle, aussi désordonnée du reste, en matière de nouveautés, que celle de son médecin, est supérieure à elle. Et ceci se conçoit d'autant mieux que le malade et sa famille n'ont à se préoccuper que du seul problème qui les intéresse en ce moment précis, tandis que le malheureux médecin doit être également au courant des nouveautés concernant tous les soucis de tous ses malades.

Nous en arrivons donc à la constatation d'un fait : le médecin praticien est bousculé par l'emprise d'une clientèle qui exige de lui tout son temps, qui veut qu'il soit toujours arrivé au premier appel, comme les pompiers ou police-secours ; mais qui, sans vouloir lui laisser le loisir de se cultiver, veut en même temps qu'il soit au courant de la dernière publication.

N'y a-t-il donc en présence de ce conflit apparent, rien de fait, et rien à faire ? Conflit apparent seulement, car je reste convaincu que les intérêts des médecins et des malades sont les mêmes. Voyons ce qui est fait pour assurer actuellement notre complément d'éducation post-scolaire. Chaque année, vers l'époque où les vacances approchent, où les feuilles d'imposition commencent à voltiger et à tomber, on voit les murs des facultés se couvrir d'affiches : « Cours de vacances du Professeur X.... Cours de perfectionnement de la clinique Y... Cours de spécialité de Z., etc. ? Il y en a pour tous les goûts, pour toutes les spécialités, pour toutes les tendances. Je crois bien qu'il y en a peu, cependant, qui s'adressent au praticien avide, le pauvre, de se compléter dans tous les domaines. Aussi, si nous allons voir ce qui se passe dans tous ces cours, nous y rencontrerons quelques médecins français en quête d'un diplôme ou d'un certificat complémentaire ; quelques médecins ou étudiants étrangers ; mais de véritables praticiens, de la ville ou de la campagne, les doigts d'une seule main nous permettent en général de les compter. Et au risque de paraître insatiable et de critiquer aussi bien ces « cours complémentaires » que je semblais critiquer « l'auto-didactisme » que nous pratiquons un peu au hasard, je conclurais : les cours dits « de perfectionnement » ne sont pas adaptés aux besoins du praticien qui dispose de peu de temps pour se cultiver. Chacun de ces cours fouille plutôt sa spécialité et semble ne vouloir s'adresser qu'à des spécialistes déjà versés dans la technique et dans les disciplines de la matière enseignée. Le cours, si j'ose dire, de vulgarisation élevée pour le praticien, ne me paraît pas exister jusqu'ici.

Mais n'y a-t-il pas, me direz-vous, « les assises médicales mensuelles » que dirige et qu'anime avec tant de vigueur mon ami Godlewski. D'accord, l'idée et l'exécution sont splendides et je ne vois nulle critique à leur adresser ; mais il ne s'agit pas là, à mon avis, d'un travail de mise au point des données nouvelles pour le praticien ; il s'agit plutôt d'une coopération du praticien à la médecine en mouvement, d'une Société savante élargie, à laquelle tous, du plus grand au plus modeste, peuvent apporter leur pierre. Mais je ne vois pas, dans cette organisation, la mise au point faite au profit de la masse médicale, d'une question difficile, d'une technique nouvelle, ou d'une découverte qui semble faire naître, dans le monde médical et dans le monde des malades, des espérances, justifiées ou non.

Ces mises au point, difficiles à faire, qui exigent de la part de leurs auteurs, une érudition des plus vastes, un bon sens et une impartialité

parfaits, ne me paraissent réalisables que par quelques maîtres de nos grandes facultés, des hôpitaux des très grandes villes, ou par quelques savants, même étrangers au monde médical.

Elles auraient, à mon avis, avantage à être faites sous forme de leçons orales, qui permettent mieux les dessins, les projections ; qui permettent mieux, après la leçon, l'échange de vues entre le maître et son public. Pour ces raisons, je les préfèrerais aux articles de journaux qui, du reste, pourraient ultérieurement en multiplier la connaissance. Ce travail, aucun de nos maîtres ne nous le refusera et une expérience déjà tentée et réalisée en Normandie me permet de l'affirmer. Depuis plusieurs années et à Rouen et à Caen, les Sociétés de médecine locales ont prié nos maitres parisiens de venir nous faire de ces mises au point ; je ne puis citer tous les noms de nos professeurs bénévoles qui se sont ainsi déplacés pour venir nous apporter le fruit de leurs travaux, de leurs lectures, de leurs critiques ; successivement les Professeurs Achard, Roussy, Fiessinger, des Maîtres comme Babonneix, Chevallier, Maurer, Mlle J. Levy et bien d'autres vinrent parmi nous et ne craignirent pas d'ajouter à toutes leurs obligations, cet enseignement post-scolaire dont nous parlons. Et je dois dire que pas une seule fois le Maître sollicité par la société ne s'est récusé ni dérobé ; et les plus occupés n'ont jamais hésité à abandonner pendant toute une journée leurs devoirs parisiens pour venir auprès de nous se livrer à ce travail ingrat d'enseignement.

Dans l'une, comme dans l'autre société, à Caen et à Rouen, les résultats sont des plus intéressants et il me paraît que la méthode soit digne de retenir l'attention. Chacun peut ainsi, au gré de ses réflexions ou de ses soucis, susciter telle ou telle enquête, tel sujet de conférence qui pourra, sans trop tarder, venir compléter ses connaissances sur un sujet où il estime avoir quelques lacunes. Et je suis certain, par l'expérience de ces dernières années, que nos maîtres des grandes facultés, véritables apôtres de l'enseignement médical, ne nous refuseront jamais le concours que nous leur demanderons.

De ce côté, nous pouvons, à mon avis, réaliser une méthode d'enseignement post-scolaire d'un ordre de fréquence à déterminer : mensuel, ou trimestriel, analogue à ce que l'autorité militaire a institué avec les « écoles de perfectionnement des officiers de réserve » et capable de donner pour la masse des médecins qui ne dispose que d'un temps minime, des résultats d'autant plus satisfaisants que les confrères seraient appelés à suggérer et des sujets et des noms de conférenciers.

Voilà pour les sujets qui ne nécessitent ni matériel, ni laboratoires, ni pièces de musée, ni présentation de malades, ni démonstration opératoire, pour ce que nous pourrions appeler : l'enseignement médical à domicile. Pour tous les autres sujets qui ne pourraient se réaliser qu'au siège même des facultés, je ne vois pas d'autre solution que de réunir les médecins au centre universitaire. Mais là, je crois que dans cette organisation qui répondrait assez à « la période d'instruction militaire » et qui pourrait, du reste, être réduite à quelques jours seulement, il serait nécessaire qu'elle différât profondément des « cours de perfectionnement » qui sont actuellement donnés par les facultés. Il serait désirable de les limiter à des groupes de quatre, cinq ou six démonstrations, réservées à de très grosses questions actuelles, susceptibles d'intéresser la quasi-totalité du Monde Médical installé, livré à lui-même et de réaliser ainsi pour lui un balisage qui lui permette de continuer ensuite sa culture par les livres ou par les périodiques, avec plus de profit, et d'élargir ses vues, au moins pour une période de quelques années.

Je proposerais donc aux confrères cette méthode d'enseignement post-scolaire à deux degrés : 1° Un premier degré, de fréquence rapprochée : mensuel ou trimestriel, départemental ou régional, et auquel les facultés et le corps hospitalier des grandes villes apporteraient certainement un patronage des plus effectifs et très dévoué. 2° Un second degré, de fréquence moindre, auquel les praticiens pourraient, par exemple, s'adresser tous les cinq ans, comme programme, des sujets importants, arrêtés par exemple en Conseil de facultés, et susceptibles d'être présentés en une très courte période, de trois ou quatre jours, par exemple.

Et comme toutes les fois qu'un problème se pose, on aime savoir de quelle façon il est résolu ailleurs, nous voyons que, indépendamment de l'U. R. S. S. et de l'Allemagne, où cet enseignement est obligatoire, dans les autres pays, ou bien il n'existe pas, ou bien il est laissé à l'initiative des établissements d'enseignement. Si en Russie et en Allemagne il est obligatoire pour la plupart des médecins, c'est que ces médecins sont fonctionnarisés et que, de la sorte, leur administration peut les envoyer faire un stage comme l'autorité militaire envoie ses officiers du cadre actif en séjour dans un camp.

Il est bien évident que chez nous, le Ministère de la Santé publique ne peut pas se montrer plus autoritaire que l'armée qui a rendu tous ces enseignements facultatifs pour les officiers de réserve. Et il ne me paraît pas nécessaire, ni souhaitable, de s'adresser aux pouvoirs publics, si pleins de bonnes intentions soient-ils, pour faire passer les projets dans le domaine des réalisations. Mais je crois le corps médical tout entier, intéressé à résoudre, par lui-même, un problème qui, préoccupant les malades et leurs familles, ne saurait le laisser indifférent.

LE MÉDECIN DANS LES TEMPÊTES

Dans le Nord de la Norvège, la côte est très découpée, et parsemée d'îles montagneuses, grandes et petites, qui se continuent autour du bloc serré des Lofoten.

Les territoires sont divisés en districts de grande étendue, 1.000 à 1.200 kilomètres carrés où les habitants sont si clairsemés, que souvent, sur un roc isolé en mer se trouvent une ou plusieurs maisons de pêcheurs ou de gardiens de phare.

Le service médical y est assuré par le Gouvernement qui y nomme les médecins pour un certain nombre d'années.

Ce service est très dur, les transports se font le plus souvent en bateau, à moteur, ou simple barque à rames, et l'hiver, le traîneau et le ski, pour l'intérieur des terres.

La plupart du temps, les éléments sont déchaînés, brouillard, tempêtes, pluie, neige, glace, nuit polaire.

Il faut souvent 14 et 18 heures, pour atteindre un malade, dans ces pénibles conditions, il ne peut guère se faire qu'une visite par jour.

Un de mes amis, médecin aux îles Lofoten m'a décrit sa vie de dur labeur, sa vie de médecin, dans les tempêtes, vies ignorées ! trop ignorées.

Les lignes qui vont suivre, sont le récit d'une anecdote qui se passa au début de sa carrière et font part d'une série de faits héroïques qui se succèdent, dans la voie que ces hommes trempés, se sont tracée pour toute leur vie.

A l'heure actuelle, le Docteur Hansen exerce son sacerdoce, au risque quotidien de sa vie, et porte le secours de son art, avec la simplicité des héros.

....

...Cette nuit-là, Reidar Hansen posait le pied sur l'embarcadère, pour reprendre son bateau et rentrer chez lui, il regardait avec inquiétude l'air tourmenté, et le clapotement de l'eau sous la quille.

— Encore un bien mauvais temps ! Le retour demandera de la prudence !

Mais à peine avait-il achevé sa pensée, que dans l'obscurité, lui parvint le bruit d'un moteur, cela se rapprochait, et il perçut le contour indécis d'un bateau :

Des formes humaines se précisèrent, la moins svelte des deux souffla fort dans ses mains et lourdement sauta sur l'appontement, le jeune médecin crut la reconnaître et timidement prononça un nom.

— Tiens, c'est vous Hansen ? Dieu soit loué ! !

— Que me voulez-vous ?

— Que vous m'accompagniez ! Justement je venais vous chercher, sachant que vous étiez ici, j'ai un malade qui m'appelle, et par ce sacré temps, mon âge ne me permet pas d'y aller seul !

Hansen comprit que sous ces paroles relativement quelconques, se cachait une autre histoire.

Il avait peur pensait-il. Oui, il avait peur, peur du temps, de l'espace, de la nuit !

Il connaissait son maître depuis longtemps, le Docteur Petersen était un de ces grands silencieux, au pas lourd et mesuré, qui ne répondait que peu aux questions qui lui étaient posées. Timidité, scepcisme ?

Hansen, se le demandait souvent.

Combien de fois l'élève avait par un simple regard, un geste, interrogé le maître ; mais celui-ci ne répondait jamais, ou alors, bien difficilement lui arrachait-on une phrase symbolique, ou de ces expressions qui avaient l'air de cotoyer le sujet, et qui cependant surveillaient ce sujet même et ne perdaient pas le fil de son chemin ; de cette phrase à côté, il fallait sortir l'expression même la réalité, la vérité juste , mais qui refusait d'être cruelle et brutale.

Le jeune homme était un peu étonné de voir l'hésitation de son chef, et se sentait flatté, avec quelque réticence.

« Est-ce par estime pour moi, qu'il me veut à ses côtés pour l'aider dans son diagnostic, ou bien est-ce tout simplement par crainte de se perdre dans un chemin incertain, accident fatal pour lui, certes, mais alors pourquoi ne pas m'y envoyer seul ?

Toutes sortes de conjectures s'imposaient à son esprit et cependant, machinalement, avec calme, il accepta, sans rien demander, d'accompagner le vieux médecin.

Il se retournait vers lui, lorsque dans la nuit, une lueur incertaine pointa. De plus près, se distingua une lanterne, elle se balançait au bras d'un homme, qui arrivait rapidement glissant en silence sur ses skis.

A ce moment, Reidar Hansen renifla l'air.

Le vent, depuis longtemps soufflait avec violence, mais il apportait maintenant avec lui, l'odeur de la neige, et ce furent de petits grains blancs légers qui commencèrent à tournoyer dans la lumière de la lanterne.

Le Docteur Petersen poussa un soupir, et avec un accent de profond regret, il demanda à

l'homme tenant la lanterne, s'il y avait un long chemin.

— Dame, répondit l'autre, ce n'est pas près, mais nous pourrons glisser sur la neige dure, et retrouver mes traces, si la bourrasque ne vient pas nous gêner !

— La bourrasque, reprit le Docteur Hansen ; la voici ! !

Les deux médecins, chaussèrent leurs skis, qu'ils avaient toujours avec eux dans leurs bateaux.

Lorsqu'ils se courbèrent pour mettre les attaches, leur dos devint tout blanc. Alors ils firent la grimace ! mais personne ne dit mot. En silence les trois hommes partirent, et Johan, s'installa dans la cabine du bord pour dormir, en attendant leur retour.

L'homme qui était ainsi venu attendre les deux médecins, avait une tâche difficile, et ce n'était pas sans peine, qu'il était arrivé à l'appontement, juste à temps.

En partant Reidar songea tout à coup à sa mère laissée seule ce soir, et qui l'attendait, il interpella le Docteur Petersen, et celui-ci dans son langage laconique lui dit, qu'il l'avait fait prévenir par Erik Paulsen qu'ils avaient rencontré en mer, lui et Johan. Reidar alors, glissa en longues enjambées ; mais le chemin s'annonçait dur, la lueur de la lanterne s'atténuait, cachée par l'épaisseur des flocons qui tombaient de plus en plus fort, et en tous sens, secoués par le vent.

— Où nous mènes-tu ? cria-t-il à leur guide. A la mort ?

L'homme visiblement inquiet attendit pour répondre.

Les traces de ses skis, indiquant le chemin par lequel il était arrivé, s'effaçaient sous la neige fraîche.

Il se pencha, regarda attentivement à ses pieds, et se retourna, les traces derrière eux étaient droites.

— Il faut aller très droit, dit-il, perpendiculairement à la mer, vous me direz vous autres, si mon chemin dévie, il faudra rectifier et ne pas s'écarter de la direction. Nous devons trouver un bouleau, et c'est là seulement, que nous piquerons sur la droite.

Le vieux Petersen ne disait mot, et Reidar l'entendait souffler, étouffé par les flocons qui tourbillonnaient follement. Ils sentaient leurs figures piquetées silencieusement par de petits points glacés.

Les rafales de vent passaient au-dessus de leurs têtes, bas dans le ciel, et tout autour d'eux, était d'un noir de four.

Après la longue journée de course, Hansen pensait se reposer chez lui, et hélas ! sa fatigue était grande, le froid lui parut plus intolérable, et dans le tragique de la situation, il pensait au vieux Petersen, qui lui avait cédé sa place, pensant ne plus pouvoir faire ce métier de chien !

Qu'y avait-il donc ce soir, pour qu'il partit malgré ce temps ? Sa grande silhouette sombre et indécise se mouvait devant Reidar, qui sentait la difficulté qu'avait son maître à faire des enjambées régulières, il avait l'air de ne pas tenir sur ses skis, et les bâtons s'appuyaient durement et profondément dans cette blancheur trop molle.

Le chemin était interminable, Reidar se retournait pour voir si les sillons laissés par eux trois, étaient toujours droits ; mais, dans l'obscurité tragique et tourmentée, le vent cinglait les visages, secouait les vêtements, s'introduisait dans les fissures, glaçait les corps, qui s'engourdissaient à faire machinalement les mêmes mouvements. Pas une descente où ils pussent s'abandonner à la glissade, et au contraire, des montées lentes et sans fin, où ils s'essoufflaient.

Deux heures passèrent ainsi, le vieux médecin n'avait pas prononcé un mot, et Reidar pensa qu'ils devaient être perdus ! C'est alors que l'homme qui les guidait s'arrêta.

— Ce doit être là ! dit-il.

— Quoi ? la maison ?

— Oh ! non, mais le bouleau, je suis sûr... j'ai compté le temps, et le nombre des montées, mais je ne vois rien ! !

La couche de neige s'était épaissie depuis que la tourmente avait commencé, nivelant des terrains, s'accumulant contre les roches, déformant les surfaces, créant des trous, des bosses, on ne s'y reconnaissait plus !

L'homme chercha, fit stopper les deux médecins et, à longueur de visibilité de la flamme de la lanterne qu'il avait posée, il décrit un vaste cercle autour d'eux et, sans savoir pourquoi, il buta ; il buta contre une branche qu'il n'avait pas vue ; en se penchant, il reconnut le bouleau presque enfoui.

— Dieu soit loué, dit-il, quelques instants plus tard, il eût été englouti.

En effet, du maigre arbre qui servait de précieux point de repaire, presque rien ne restait, tellement les tourbillons avaient accumulé la neige autour de lui.

— Eh bien maintenant, cria-t-il, nous pouvons aller à droite, tout droit aussi, si vous voyez à gauche, la lumière d'un phare, vous penserez que nous serons près d'arriver.

Sur les pentes douces s'inclinant de nouveau vers la mer, Reidar Hansen, toujours le dernier, et dans cette nuit sans fin, cette tourmente sans répit, ce froid de plus en plus pénétrant, ils allèrent ! peut-être, leur peine infinie n'aurait aucune utilité ! Quel malade donc demandait un tel secours ?

Au bout de deux heures encore, où toute déviation de chemin, assurait une mort atroce

devant eux, un feu rouge intermittent, caché par l'épaisseur des flocons, apparut !

— Attention ! voilà la côte, glissez à gauche ! !

— Et la maison ?

— Encore un instant, et vous allez la voir !

Les trois hommes se raidissaient pour ne pas tomber, l'effort était à sa limite, lorsqu'ils butèrent à un monticule de neige et devant eux la masse noire d'un mur en bois, leur barra la route.

Sans frapper l'homme entra le premier, les skis accotés au mur de l'auvent, laissaient tomber les blocs de neige, et la chaleur de la pièce où pénétrèrent les trois voyageurs, les réconforta.

Une femme éplorée les reçut sans un mot. Ils s'approchèrent du lit, où un jeune garçon verdâtre, les traits décomposés ne cessait de proférer des plaintes, des nausées le secouaient, et les jambes repliées, il se recroquevillait sous la douleur.

Le Docteur Petersen rejeta les draps, et lorsque ses doigts touchèrent le ventre, le garçon hurla.

Alors le médecin s'assit sur un tabouret proche et resta silencieux. Hansen près de lui, se gardait bien de parler.

— Docteur, dit la femme, qu'est-ce qu'il a ? Depuis ce matin il ne cesse de gémir ! alors j'ai envoyé notre voisin vous chercher, je ne puis rester ainsi avec ce garçon !

— Eh bien !..... il a une appendicite ! !

— Que faut-il faire ?

Sans répondre, le Docteur Petersen, regarda autour de lui, et vers la fenêtre noire et tragique son visage se fixa.

— Que faut-il faire ? reprit la femme.

— Quel temps affreux, reprit-il... quel temps affreux. Ah !... si vous saviez...

— Oui !... mais cela ne me dit pas ce que je voudrais savoir... faut-il l'emmener à l'hôpital ? Le laisser ici ? Il va mourir, je ne puis le soigner, seule et je ferai ce qu'il faut !

— Oui... le temps est horrible ...

Et un long et gros soupir s'échappa de la poitrine du Docteur. Après un long silence où un combat se livrait en lui, il se tourna vers la femme et dit...

— Madame ? Avez-vous d'autres enfants ?

— Non, je n'ai que celui-là !

Petersen se tourna vers Reidar, et lui lança un regard désespéré, l'autre figé attendait... et comme poussé à une résolution inévitable, acculé à l'action décisive, il dit.

— Eh bien alors, nous l'emmènerons à l'hôpital !

Reider Hansen avait soudain compris ! l'autre seul n'aurait jamais pu se décider, recommencer un chemin atroce, et prévoyant sa faiblesse, Petersen avait cherché un appui auprès de son ancien élève, et la haute stature énergique de Reidar, dressé comme un spectre près du lit de l'agonisant avait pris la figure d'une conscience, de sa propre conscience à lui, au vieux maître lassé !

La femme leur offrit du café, et les pria de se reposer, mais Reidar Hansen, d'un léger signe de tête, signifia son refus, et se tourna vers Petersen ; sans hésitation, car le temps pressait, et une heure de retard pouvait être fatale, au patient. Ils prirent celui-ci, délicatement et le posèrent, roulé dans d'épaisses couvertures et des fourrures sur le traîneau qu'ils avaient amené. Dehors, ils s'attelèrent en flèche, comme on fait pour les chiens ; la femme sur le pas de la porte, silencieuse, mais le visage ruisselant de larmes, les regarda s'effacer dans la ténébreuse tourmente.

Le Docteur Reidar Hansen, se demanda toujours comment ils avaient pu faire pour arriver au but, avec le garçon encore vivant ; il ne se souvenait pas sans frémir de ce retour sur le chemin effacé, avec la lanterne en tête de la sinistre caravane, et en queue le traîneau parfois secoué, de gémissements allant jusqu'au râle : était-il nécessaire de faire souffrir le jeune malade ? et ne serait-ce pas un cadavre qui glisserait derrière eux sur ce linceul épais et glacé ?

Par quel miracle retrouvèrent-ils le bouleau ? Par quel miracle atteignirent-ils le rivage, où le bateau secoué par le ressac les attendait ?

Ils y posèrent, non sans difficulté, le traîneau et son douloureux fardeau ; quand Johan vit cela, il étouffa un juron ! Comment allait être la mer maintenant, s'ils avaient la chance d'avoir le jusant, celui-ci les porterait plus vite, et les vagues seraient moins hautes, poussant devant elles le bateau.

Mais hélas le manque de visibilité rendait le voyage plus que périlleux, et Johan le dit au Docteur Hansen.

— Pars quand même, lui répondit-il, coûte que coûte, il faut arriver si ton bateau ne doit pas être un corbillard.

— Il sera peut-être vidé avant... répondit le marin.

La vitesse espérée était impossible, Johan ne voulait pas aller se faire crever sur un roc, lentement, le regard tendu vers les signaux lumineux, le souffle arrêté, face aux rafales, il allait, le bruit régulier du moteur atténuait les plaintes qui venaient de la cabine.

Le Docteur Petersen et Reidar s'étaient affalés sur les couchettes comme sourds à ce qu'ils pouvaient entendre.

Quoi faire pour calmer la douleur ? Rien, seulement il fallait aller, avancer, lutter pour arriver au but, à la délivrance, à l'hôpital où aurait lieu l'opération.

Le bateau gagna l'embouchure du détroit, et les vagues plus hautes le portèrent, le tangage

affreux, souleva le malade, le laissa retomber, le secouant comme une loque, et ses cris, ses plaintes redoublèrent, la sueur perlait sur son front, ses yeux se creusaient dans les orbites, le nez se pinçait, les lèvres se retroussaient sur les dents, en un affreux rictus ; et Johan, pris de peur, redoubla de vitesse, il ne voulait pas regarder dans la cabine derrière lui, non, cela était trop affreux, il lui semblait vivre de ces légendes épouvantables qu'il avait lues dans son enfance, où des génies malfaisants vous conduisent dans des chevauchées ignobles.

Poussé par l'horreur, il heurtait son esquif trépidant aux lourdes lames toutes noires qui arrivaient comme d'affreux démons, sortant de l'obscurité, pour se précipiter sur lui.

Il accéléra encore, poussé par un instinct terrorisé, sûr de son chemin, il lui semblait qu'il n'avait plus rien à chercher pour le trouver, devinant qu'aucun obstacle ne viendrait au devant de lui, toujours l'étrave folle rejetait de chaque côté une écume bondissante l'inondant de glace, mais il ne sentait plus rien, arriver, arriver et se débarrasser de cette horreur...

Combien de temps dura l'épouvante ?

Lorsqu'il aperçut les lumières de la petite ville cachée au fond de la baie, il se précipita dessus, en un virage affolant, fendit l'eau sombre et froide et, suant la peur, hagard il s'accota brutalement vers le ponton, Il mit les mains devant ses yeux et attendit, les plaintes maintenant, étaient plus sourdes, le Docteur Hansen et l'homme qui les avait conduits, empoignèrent le traîneau, aidés par les hommes de quai, le Docteur Petersen épuisé, ne bougeait pas.

Les autres, sur la neige durcie et piétinée des rues, allèrent jusqu'à la grande bâtisse dont les fenêtres allumées indiquaient le lieu ; quand la grande porte s'ouvrit devant eux, que l'abondante lumière se répandit, que le malade fut pris sur un chariot, qu'enfin, la délivrance était là !

Reidar Hansen sentit ses forces l'abandonner, sans un mot, lui et l'homme se traînèrent jusqu'au bateau, ils y tombèrent plutôt qu'ils n'y descendirent, s'allongèrent sur les couchettes et sans se déshabiller, sans même sentir le froid mortel qui les envahissait, sombrèrent dans un sommeil profond.

Johan, alors, apparut, en silence, il prit des couvertures et en recouvrit tout doucement les corps endormis.

En plein cœur de l'hiver, le soleil n'apparaît que peu dans la journée, son disque rouge s'élève timidement au-dessus de l'horizon, et la durée de son trajet est courte.

Les deux médecins, rentrés dans la matinée de leur rude randonnée, ne s'éveillèrent que lorsque de nouveau, le soleil avait disparu.

Johan remit de l'ordre dans la cabine et prépara le café, dont la bonne odeur dilata les narines de Reidar. Il se souleva sur son coude et regarda le Docteur Petersen ; celui-ci avait sa face congestionnée et le souffle court ; alors le jeune homme sauta prestemen au bas de la couchet e et lui prit les mains ; elles étaient brûlantes.

— Johan, dit-il à voix basse, le patron est mal, et je crains le pire, vas vite à l'hôpital pour qu'on lui prépare un lit, et dis que l'on vienne ici avec un traîneau le chercher ! Fais vite ! !

De nouveau, il regarda son vieux maître. Cette dernière épreuve l'avait vaincu ! l'effort surhumain, fourni dans cette horrible tourmente, avait été le dernier pour le vieux médecin, et Reidar, de tout son sang-froid envisagea l'avenir proche, hélas ! peut-être ! où le vieil homme aurait succombé devant la trop lourde tâche.

Il se pencha sur le corps endormi et écouta la respiration sifflante. Son cœur à lui battait à se rompre, et cependant, il regarda avec un pâle sourire, celui qui, l'ayant deviné attentif auprès de lui, s'éveillait.

— Mon petit, dit-il faiblement, je crois que je suis terrassé ; c'est vous seul maintenant qui partirez auprès de ceux qui souffrent je vous lègue toutes mes peines ! ! !

Reidar se contint... deux hommes descendaient à bord, et le vieux médecin comprit qu'on venait le chercher.

Il se laissa emmener, et ne vit pas, heureusement, des larmes qui pointaient aux yeux de son élève : celui-ci ne le quitta pas, et lorsque partant de l'hôpital, pour enfin rentrer chez lui, il sentit un froid très lourd, tomber sur ses épaules.

Chaque jour, il allait voir son vieux maître, chaque jour aussi, l'état du jeune opéré, s'améliorait, à force de soins il fut sauvé et Reidar apporta la nouvelle du miracle au vieux médecin agonisant.

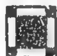
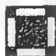
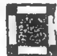
— J'ai rempli ma tâche alors, dit-il, et voilà un jeune, qui remplacera un vieux devenu inutile, cela est ainsi ... et c'est bien.

Et le Docteur Hansen, lui ferma les yeux....

....

Suzanne ZABOWOVSKI.

Iles Lofoten, août 1936.

LE PRÉFET DE POLICE RAPPELLE LES RÈGLES INDISPENSABLES D'HYGIÈNE PENDANT LES CHALEURS POUR LES NOURRISSONS

Fort bien ! Mais la première de ces règles gagnerait à être mise à jour

En raison des conséquences que la chaleur peut avoir sur la santé des jeunes enfants, le Préfet de police, depuis de nombreuses années, rappelle à l'approche de l'été, les recommandations rédigées sur sa demande par le service de protection institué par la Préfecture de police et approuvées par le Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine.

Ces recommandations, répandues par des affiches et reproduites dans tous les grands quotidiens, rendent — à n'en pas douter — des services appréciables, mais elles devraient être révisées fréquemment et faire davantage état des acquisitions récentes et solidement établies de la puériculture.

Les recommandations préfectorales comportent cinq articles. Les quatre derniers sont judicieux et ne prêtent à aucune remarque particulière. Il est conseillé notamment d'appeler le médecin sans délai dès qu'un enfant a de la diarrhée, cet accident pouvant avoir les plus graves conséquences, s'il n'est pas enrayé immédiatement.

Nous ne pouvons qu'approuver cette dernière recommandation, étant entendu que le médecin saura établir une juste discriminaion entre les différentes formes de diarrhée infantile, qu'il aura soin de n'employer la diète hydrique qu'à bon escient, c'est-à-dire très exceptionnellement, et qu'il saura prescrire les différents aliments diététiques susceptibles de remplacer provisoirement le lait ordinaire (babeurre, lait sec, lait concentré, bouillies maltées de régime, etc.).

Le premier des articles préfectoraux, par contre, comporte à mon sens, une omission importante et regrettable. Cet article est ainsi rédigé :

1° *On évitera, s'il est possible, de sevrer les enfants pendant les chaleurs, l'allaitement par la mère ou par une bonne nourrice constituant le meilleur moyen de prévenir la diarrhée infantile. A défaut de cet allaitement, on ne donnera aux nourrissons que du lait provenant d'établissements soumis au contrôle officiel et maintenu soigneusement au frais et à l'abri des souillures ou du lait stérilisé ou bouilli immédiatement avant l'emploi en y ajoutant quatre à cinq gouttes de jus d'orange ou de citron chaque fois.*

Il est sage de donner le plus longtemps possible du lait de femme aux nourrissons et de ne pas les sevrer — si faire se peut — pendant les grandes chaleurs. Toutefois, les accidents du sevrage et surtout les accidents estivaux sont beaucoup moins à appréhender qu'il y a une trentaine d'années, par suite des progrès de l'industrie laitière et de la diffusion méthodique des notions élémentaires de puériculture par les consultations de nourrissons, véritables écoles des mères, par les visiteuses sociales, par les brochures, etc... Le choléra infantile, si fréquent jadis et si meurtrier, ne frappe plus chaque année qu'un nombre minime d'enfants.

Les mesures préfectorales, conseillées pour suppléer au lait de femme, sont recommandables, mais elles n'attirent pas l'attention sur les avantages considérables qu'offrent en pareil cas — et spécialement par les grandes chaleurs — les laits en poudre et les laits concentrés. Ces deux laits donnent en plein été une sécurité telle que je n'hésite pas à les prescrire systématiquement à tous les nourrissons, même à ceux qui passent les vacances dans des contrées réputées pour la qualité de leur production laitière. Les manipulations multiples auxquelles sont soumis les meilleurs laits ordinaires entraînent, par les grandes chaleurs, des fermentations nocives ultra-rapides d'où peuvent résulter les plus fâcheuses conséquences. Depuis que j'agis de la sorte, je n'ai plus eu d'accident estival sévère à déplorer.

Pour lutter, avec succès contre la mortalité infantile et particulièrement pour réduire dans de fortes proportions la morbidité et la mortalité dues aux affections des voies digestives du premier âge, il suffirait — toutes les fois que le lait de femme fait défaut — d'avoir recours dans la plus large mesure au lait sec ou au lait concentré et de familiariser les praticiens avec la préparation des bouillies maltées, notamment des bouillies maltées au lait sec.

Ces mesures simples et d'application facile sur tout le territoire, sauveraient chaque année de nombreux petits Français. Cette certitude devrait à notre avis, primer sur toutes les considérations, d'ordre uniquement économique, qui incitent à laisser officiellement dans l'ombre les laits conservés précités.

Georges SCHREIBER.

BIENFAITS ET MÉFAITS DE LA LUMIÈRE

Dans une conférence prononcée à l'Institut de Cosmobiologie de Nice et publiée dans le dernier numéro de la revue *Cosmobiologie*, le Professeur G. Pontès, de Strasbourg, décrit de curieuses expériences faites sur l'action biologique de la lumière.

Une première série, publiée par Benoit, a trait à l'action sur l'activité sexuelle.

Les aviculteurs savent qu'on peut prolonger ou intensifier la fécondité des oiseaux de basse-cour (et, par conséquent, la ponte) en éclairant le poulailler en automne.

Benoit, expérimentant sur des canards, soumet ceux-ci à la lumière artificielle pendant vingt jours. A la suite de cet éclairement, le poids des testitules augmente trente fois plus que chez les témoins vivant dehors.

Mais il s'agissait de découvrir par quelle voie agissait la lumière. Trois lots de canards sont constitués :

1° Canards aux yeux couverts par un capuchon, tout le corps étant libre ;

2° Canards entièrement couverts par un manteau simple avec trous pour les yeux ;

3° Canards entièrement cachés sous le manteau, toutes les autres conditions étant identiques.

Or, il se révèle que seuls les canards qui *voient* la lumière présentent un développement testiculaire.

De la rétine, l'action lumineuse gagne-t-elle la voie nerveuse ou la voie hormonale ? Il paraît en tous cas certain qu'elle fait un relai dans l'hypophyse. Et cette conviction se fonde sur les faits suivants :

Sur un premier lot de souris femelles témoins le poids des cornes utérines et du vagin ayant été trouvé égal à 8 milligr. 5,

Sur un second lot est implanté hypodermiquement l'hypophyse de canards *n'ayant pas vu* la lumière : en cent heures, le poids des mêmes organes atteint 12 milligr.

Sur un troisième lot est implanté enfin l'hypophyse de canards *ayant vu* la lumière ; en 100 heures le poids passe à 48 milligr. 25.

Une autre série d'expériences a été réalisée par le Professeur Fontès lui-même :

Trois étudiants en parfaite santé sont mis au lit dans une chambre isotherme. La journée est divisée en quatre périodes de six heures. Au début de chacune, ils exécutent les mêmes mouvements et ingèrent le même repas. A la fin de chaque période, la vessie est vidée à fond et les urines réunies de chaque période sont analysées séparément.

Tout est arrangé dans la chambre pour que l'unique variable soit la lumière.

Tant en période de sommeil qu'en période de veille, l'élimination d'azote total est considérablement augmentée par la lumière. Or, le corps est couvert par les couvertures et seule la tête émerge. Il n'y a donc qu'une voie d'entrée : l'œil.

Ici aussi l'hypophyse est un relai certain.

Et le Professeur Fontès conclut en rappelant la vieille pratique médicale observée par ses maîtres montpelliérains qui savaient qu'un malade doit être laissé dans l'obscurité ou la pénombre ; car on est sûr qu'ainsi il restreint son usure azotée.

Cette économie a un intérêt particulier pour les tuberculeux. Nous faudra-t-il donc revenir sur notre culte traditionnel de la lumière et placer nos tuberculeux dans des chambres peu éclairées ?

En attendant que soit résolu ce problème, il est permis de se demander avec le Professeur Fontès si « l'inondation lumineuse » de nos nuits due à la fée Electricité et dont nous sommes si fiers ne va pas se révéler nocive.

Et si, une fois de plus, nous ne sommes pas en train de payer cher la vanité d'avoir vaincu la nuit.

En définitive, nous jouons comme des enfants avec des forces qui nous dépassent.

G. LAVALÉE.

Nos Réunions médicales

ÉCHOS DES JOURNÉES INTERNATIONALES DE LA SANTÉ PUBLIQUE

La visite du Congrès de médecine scolaire et d'éducation physique au Collège féminin de Bouffémont et à l'établissement thermal d'Enghien. — Le banquet au Casino d'Enghien

Une centaine de congressistes sont allés samedi 3 juillet visiter le Collège féminin de Bouffémont. Ils furent très aimablement reçus par M. Pichon et Mme Henriette Pichon, fondatrice du Collège féminin d'abord à Paris, puis à Bouffémont.

Le collège de Bouffémont est le type du collège à la campagne ; il est situé à l'orée des forêts de Montmorency et de l'Isle-Adam, dans un site merveilleux Doté d'un parc de plus de 20 hectares aux arbres séculaires, il possède un très vaste stade olympique au milieu de ce parc. Bouffémont est bien en pleine campagne malgré la faible distance d'à peine 20 kilomètres qui le sépare de Paris, et qui permet d'aller quérir en car le matin et de reconduire le soir à domicile les élèves externes qui veulent suivre l'enseignement du Collège, tout en restant dans leur famille.

Le collège féminin de Bouffémont réunit les avantages de l'enseignement français par des professeurs agrégés de l'Université à ceux des écoles anglaises et américaines en ce qui concerne la culture physique. L'enseignement et l'éducation de Bouffémont sont donnés du Jardin d'enfants jusqu'à la classe de philosophie. Des maîtres éminents, célèbres, viennent à tour de rôle faire des conférences aux élèves.

Le Comité de perfectionnement du Collège compte plusieurs académiciens, dont le Docteur Georges Duhamel.

Le Comité médical a à sa tête le Docteur Armand Delille, médecin des hôpitaux de Paris, le Docteur Chailley-Bert professeur agrégé, le Docteur Dufestel secrétaire général du Congrès, etc. C'est dire l'importance que l'on ajoute à Bouffemont à l'Ecole en plein air et à l'éducation physique.

La lumière et l'air pénètrent largement dans les classes. Tout le confort moderne existe dans le patio, la salle à manger, les chambres. Deux belles piscines, une en plein air et une couverte, sont à la disposition des élèves.

Malgré sa très belle installation confortable le Collège de Bouffémont n'est pas un établissement de luxe ; les tarifs ne dépassent pas un prix très raisonnable.

***

Après avoir admiré Bouffémont, les congressistes se rendirent à Enghien où M. Pâtenotre-Desnoyers, maire, M. le Docteur Sicard, conseiller municipal et M. le Directeur de l'Etablissement, leur firent les honneurs de l'Etablissement thermal. Nouvellement construit, pourvu de toutes les améliorations récentes pour le traitement des maladies de la gorge, du nez et des oreilles, doté de salles d'inhalations, de humages, de cabines de bains, de salles de douches et de massage, le nouvel établissement d'Enghien n'a rien à envier aux stations les mieux outillées et peut utiliser les nombreuses sources qui fournissent en abondance les eaux sulfurées calciques et sulfhydriques dont la réputation thérapeutique n'est plus à faire.

Un excellent banquet fut servi sur la terrasse couverte du Casino. Le lac, encadré de ses hautes futaies, formait au crépuscule un cadre romantique et enchanteur.

Au dessert, le président, Docteur A. Moulin, remercia les autorités d'Enghien de leur aimable hospitalité. Tour à tour les représentants de la Norvège, de l'Allemagne, de la Hongrie, de la Suisse, de l'Italie, de la Belgique remercièrent leurs collègues français. M. Santelli, directeur de l'Enseignement de la Ville de Paris, après avoir félicité les organisateurs du Congrès de médecine scolaire, fit l'éloge aux applaudissements de tous de M. Grandjean, inspecteur administratif, qui se consacre surtout à l'inspection médicale des Ecoles et au nom du ministre lui remit le diplôme de médaille d'or de l'hygiène. M. Santelli rendit encore hommage au Dr Dufestel, le promoteur de la médecine scolaire en France, universellement connu et estimé.

M. le maire d'Enghien clôtura la série des discours en exprimant le plaisir qu'il avait eu à faire les honneurs de la ville, de son établissement et de son casino aux congressistes.

Concluons en faisant l'éloge d'Enghien qui emploie intelligemment ses ressources à la tenue irréprochable de ses rues, de son établissement et de son casino. Cette ville pourrait servir d'exemple à toutes nos villes de France. J. N.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Chaire de clinique thérapeutique chirurgicale.** (Professeur : P. Duval.) — *Dix séances de démonstration de technique chirurgicale* par les prosecteurs de la Faculté de médecine de Paris, auront lieu à l'Ecole pratique de la Faculté à 14 heures, aux dates et sur les sujets suivants :

Mardi 20 juillet, première leçon, Docteur Boudreaux : Interventions chirurgicales dans le goitre exophtalmimique.

Mercredi 21 juillet, deuxième leçon, Docteur Hepp : Chirurgie de la tuberculose pulmonaire.

Jeudi 22 juillet, troisième leçon, Docteur Poilleux : Hémicolectomie droite. Cholécystectomie. Cholédocotomie.

Vendredi 23 juillet, quatrième leçon, Docteur Hepp : Gastrectomies. Splénectomie.

Samedi 24 juillet, cinquième leçon, Docteur Baumann : Ablation du rectum.

Lundi 26 juillet, sixième leçon, Docteur Billet : Hystérectomies. Amputation du sein.

Mardi 27 juillet, septième leçon, Docteur Vuillieme : Arthrodèse de la hanche.

Mercredi 28 juillet, huitième leçon, Docteur Vuillieme : Interventions chirurgicales dans les luxations de l'épaule. Ostéosynthèse vertébrale par greffe osseuse.

Jeudi 30 juillet, neuvième leçon, Docteur Poilleux : Résection du genou.

Vendredi 30 juillet, dixième leçon, Docteur Longuet : Les principales interventions dans la chirurgie du rein.

Les auditeurs répéteront eux-mêmes les opérations sous la direction des prosecteurs. Sont admis à ce cours : les docteurs en médecine français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. Le droit à verser est de : 300 francs. Le cours n'aura lieu que si le nombre des inscriptions est suffisant.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet 4) de 9 heures à 11 heures et de 14 heures à 16 heures.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Congrès national du raisin et du jus de raisin.** — Ce Congrès se tiendra à Paris les 10 et 11 septembre 1937, sous le patronage des ministres de l'Agriculture, du Commerce, de l'Economie nationale, de la Santé publique, des Travaux publics.

MM. les Professeurs Tanon, Labbé, J.-L. Faure, Portmann, Dieulafé ont apporté leur concours à ce Congrès, dont M. le Professeur Boulet, député-maire de Montpellier, et M. Rouanet, médecin de la station uvale de Moissac, sont les rapporteurs généraux, pour la partie médicale.

M. Chassant, professeur à l'Ecole d'agriculture de Montpellier ; M. Colliez, président du raisin marocain ; M. Gardes, secrétaire général du Comité de la semaine du Chasselas de Moissac, ont été nommés rapporteurs de la partie technique du Congrès. M. Malvoisin, secrétaire général de l'Union nationale des producteurs de jus de raisin et de jus de fruits français, a été désigné comme rapporteur de la partie scientifique, au cours de laquelle Mme Randoin, directeur du Laboratoire de physiologie de la nutrition, et M. Delcos, vice-président de la Fédération française des stations uvales, feront une communication.

Le Congrès national du raisin et du jus de raisin, qui se tiendra dans la salle de la Mairie du Centre rural de l'Exposition de 1937 comprendra également, une vaste exposition de raisin, de jus de raisin, de pressoirs à raisin, et de tout le matériel de propagande qui a été créé pour développer cette consommation.

Un banquet au raisin sera servi à cette occasion, et une visite des vignobles de Thomery est organisée, comme conclusion à ces travaux.

Pour tous renseignements s'adresser au commissaire général du Congrès, 22, Chaussée d'Antin, Paris (Tél. Prov. 70-22).

Le Gérant : R. Thiron

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux

Au grade d'officier

Dupuy, anc. méd. command. ; Goidin, méd. command. hon.

II. ARMÉE COLONIALE

Par décret du 30 juin 1937, rendu sur la proposition du ministre de la défense nationale et de la guerre sont nommés ou promus dans l'ordre national de la Légion d'honneur au titre de la loi du 3 août 1936, avec traitement, les militaires des réserves dont les noms suivent:

Est promu :

Au grade d'officier

Collin, méd. comm., serv. santé 15e rég.

Est nommé :

Au grade de chevalier

Mickaniewski, méd. capit., en Indochine.

***

Par décret du 30 juin 1937, rendu sur la proposition du ministre de la défense nationale et de la guerre, est promu dans l'ordre national de la Légion d'honneur au titre de la loi du 3 août 1936 (sans traitement) les militaires des réserves dont les noms suivent:

Au grade d'officier

Sallet, méd. command., 17e rég.

***

Par décret du 30 juin 1937, est nommé dans l'ordre national de la Légion d'honneur au titre de la loi du 3 avril 1936 (sans traitement) l'officier rayé des cadres dont le nom suit :

Au grade de chevalier

Berliat, méd. lieut. hon.

Guérisseurs — Radiesthésistes Téléradiesthésistes en Septimanie

Nous lisons dans le *Cri de Narbonne*, journal local hebdomadaire, du 27 juin 1937, l'entrefilet suivant :

Qu'en pense le Syndical ?

Cent dix francs de cotisation par an ! gromelle un toubib en lisant dans les journaux locaux : Monsieur X, guérisseur, prévient sa fidèle clientèle qu'il part en villégiature jusqu'au 1er août.

— Délicieux et pourquoi pas ? Guérisseurs, rebouteurs, pullulent à Narbonne. Les gogos itou. C'est la bonne ville.

Le *Cri de Narbonne* fait allusion évidemment à l'annonce suivante relevée dans un journal quotidien de Montpellier, que nous envoie un de nos abonnés.

Monsieur X, guérisseur, Narbonne, annonce à sa fidèle clientèle qu'il sera absent jusqu'au 1er août.

Béziers, Perpignan, Carcassonne n'ont rien à envier à Narbonne. Ils possèdent un *Institut technique de radiesthésie et de téléradiesthésie.*

Nous lisons sur la carte-réclame que nous venons de recevoir : « *Si vous ne pouvez vous déplacer, écri-*

vez en donnant tous détails en joignant photo qui vous sera retournée avec la réponse».

Et au verso :

TRAITEMENT. GUÉRISON DE TOUTES AFFECTIONS quelles que soient leur *origine* et leur *ancienneté* par la méthode électro-magnétique X-V.

MANOTHÉRAPIE : Action stérilisante des radiations humaines.

DIRECTE (Main qui guérit)

A DISTANCE (Télé-Ondes).

Comment douter après cela des progrès des sciences médicales ?

La Ligue médicale de Défense professionnelle « Le Sou Médical » a deux objets principaux :

1° Tout d'abord elle garantit ses membres contre les risques de responsabilité professionnelle à concurrence d'une somme de 100.000 francs. Et cette garantie est portée à 500.000 francs pour ceux d'entre eux qui sont en même temps abonnés au *Concours Médical.*

2° En outre, elle leur donne conseils et soutien dans toutes les difficultés et les procès d'ordre professionnel.



CORRESPONDANCE

ASSURANCES SOCIALES

4.863. — Prestations spéciales en cas de maladie ne comportant pas cessation de travail

Un de mes clients, assuré social, au bout de six mois de soins pour affection pulmonaire, va très bien et ne présente pas à mon avis 66 % d'invalidité. Son métier de coiffeur lui permet, à mon sens, de travailler sous condition qu'il continue à se soigner. Comment peut-il dans ces conditions bénéficier de l'assurance sociale ?

Dr P.

Réponse

Votre client peut continuer à bénéficier des prestations des Assurances sociales, bien qu'il ait reçu des soins pendant six mois pour son affection tuberculeuse. Il est, en effet, prévu par l'art. 6, parag. 16 du décret-loi du 30 octobre 1935, que l'assuré dont l'état nécessite des soins préventifs ou qui est atteint d'une maladie ne comportant pas cessation de travail, reçoit s'il y a lieu pendant une durée de deux ans au plus, les prestations spéciales dont le montant maxi-

mum et les conditions d'attributions sont fixés par le règlement des Caisses.

Le propre de ces prestations spéciales est justement de n'être point limitées par l'application du délai de six mois et d'indemniser les maladies de nature chronique ou prolongée ne présentant point de caractère aigu ou les périodes de rémission des affections de nature cyclique.

Mais d'autre part, les prestations ordinaires de l'assurance-maladie pourraient lui être attribuées par sa Caisse dans les conditions prévues par l'art. 33 du règlement d'administration publique du 19 mars 1936, encore bien que le délai de six mois soit actuellement expiré.

Il résulte, en effet, de cet article, que lorsqu'à la fin du délai de six mois, l'assuré reste atteint d'une affection ou d'une infirmité ne réduisant pas des deux tiers sa capacité de travail, mais laissant présager une invalidité future, l'Union régionale et la Caisse d'assurances invalidité peuvent s'entendre pour accorder à titre de soins préventifs les prestations en nature pendant un délai de six mois en suspendant pendant ce même délai, la décision relative à l'attribution de la pension. Cette mesure peut être exceptionnellement renouvelée pour un nouveau délai de six mois au maximum.

Ce serait à notre sens à la fois de l'intérêt de la Caisse et de l'intérêt de l'assuré que l'art. 33 soit appliqué dans ce cas, car la continuation des soins permettrait sans doute à votre client d'éviter l'aggravation de son état et la survenance d'une invalidité de plus de 66 % mettant à la charge des Assurances sociales, le versement d'une pension d'invalidité.

5.151. — Un enfant salarié ne peut bénéficier de l'assurance-maladie de ses parents

J'ai soigné et fait opérer un jeune homme de 15 ans qui travaillait depuis cinq mois ; il fait donc partie des Assurances sociales, en l'occurence une Caisse départementale ; n'ayant que cinq mois de cotisations, il n'a pas droit au remboursement partiel de ses frais. Mais sa mère travaille et fait partie d'une autre Caisse, la Caisse familiale. Cette Caisse ne doit-elle pas rembourser à la mère une partie des frais qu'elle a supportées pour faire soigner son fils ? Ou bien ne pourrait-il pas y avoir entente entre ces deux Caisses ?

Je vous serais très reconnaissant de vouloir bien me faire connaître quelles formalités doit faire cette femme, dans le cas où elle aurait droit aux prestations. Dr M.

Réponse

En vertu de l'art. 6 du décret-loi sur les Assurances sociales, l'assurance-maladie couvre les frais de médecine générale et spéciale nécessaires

pour l'assuré, son conjoint et les enfants à la charge de l'un d'eux, au sens fixé par l'article 14.

Or, d'après cet article 14, par « charges de famille », on entend : enfants de moins de 16 ans non salariés à la charge de l'assuré, qu'ils soient légitimes, naturels, recueillis ou adoptifs.

En l'espèce, votre jeune malade remplit bien la première condition puisqu'il n'est âgé que de 15 ans, mais il ne remplit pas la seconde, puisqu'il fait partie lui-même des Assurances sociales, c'est-à-dire exerce une profession salariée. Dans ces conditions, il ne peut bénéficier des prestations de l'assurance au titre d'enfant à la charge d'un assuré.

Il serait fort possible, par contre, qu'il puisse bénéficier des prestations-maladie en tant qu'assuré puisqu'en vertu de l'art. 7, parag. 3 du décret-loi, si l'assuré est immatriculé depuis moins de six mois au premier jour du trimestre civil de la maladie ou de l'accident, il n'est tenu de justifier, pour obtenir les prestations légales, que d'une retenue de 15 francs pendant le trimestre civil précédent.

5.067. — Déchéance du droit aux primes d'allaitement. Absence de déclaration de grossesse

Vous m'obligeriez beaucoup en me disant si la femme d'un assuré social qui n'a pas fait de déclaration de grossesse en temps utile, peut, après l'accouchement, obtenir quand même des primes d'allaitement.

Dr T.

Réponse

En vertu de l'art. 9, parag. 7 du décret-loi du 28 octobre 1935 modifiant le régime des Assurances sociales, l'assurée doit, sous peine de déchéance du droit aux prestations en argent de l'assurance-maternité, justifier auprès de la Caisse d'assurance de la première constatation de la grossesse par un médecin ou une sage-femme, quatre mois au plus tard avant la date présumée de l'accouchement.

Les termes de la loi ne prêtent donc à aucune équivoque et l'avis donné à la Caisse de la première constatation médicale de la grossesse dans le délai imparti est prescrit à titre obligatoire ; l'inobservation de cette formalité entraîne la déchéance des droits aux prestations en espèces, c'est-à-dire à l'indemnité journalière et aux primes d'allaitement.

Le refus opposé par la Caisse à votre cliente est donc juridiquement fondé et cette dernière ne paraît pas pouvoir exercer utilement un recours contre cette décision.

5.420. — Certains assurés obligatoires, en règle de leurs cotisations ne peuvent avoir droit aux prestations.

Une malade, mariée à un facteur receveur des Postes-Télégraphes-Téléphones, est employée comme « suppléante » pour assurer le service de téléphone en l'absence de son mari. Elle touche pour cela 1.500 fr. de l'Administration.

Inscrite depuis 1934 aux Assurances sociales elle a toujours payé régulièrement ses cotisations soit 18 francs par trimestre, puis 23 fr. 10, puis 26 fr. 40.

Depuis le trimestre octobre, novembre, décembre 1936, elle paie 30 francs (cotisation totale, c'est-à-dire cotisation patronale et ouvrière réunies).

Or, sa fille est malade en décembre 1936. Je la soigne et l'assurée présente sa feuille pour le remboursement des frais.

La caisse lui répond par un refus de paiement et donne comme motif que les cotisations payées (26 fr. 40) antérieurement étaient insuffisantes.

En janvier 1937, l'assurée elle-même est malade. Elle présente sa feuille de maladie avec remboursement et se voit objecter le même réponse.

Cependant, la caisse reconnaître que cette cotisation de 30 francs sera suffisante pour obtenir le remboursement des frais de maladie survenus à partir du 1er avril. C'est-à-dire lorsque deux trimestres à 30 francs auront été payés.

Je vous demande :

1° Si cela est normal ;

2° Dans le cas contraire, quel recours pour obtenir gain de cause ? N'est-il pas trop tard ?

3° Quel serait dans ce cas théoriquement la quotité du remboursement des frais proportionnelle aux cotisations versées, ou entière ? Dr G.

Réponse

En vertu de l'art. 7, parag. 2 du décret-loi sur les assurances sociales, pour avoir ou ouvrir droit aux prestations en nature et en espèces, l'assuré devra avoir subi par précomptes sur son salaire une retenue au moins égale à 30 francs pendant les deux derniers trimestres civils précédant celui de la maladie ou de l'accident, ou de 60 francs pendant les quatre trimestres civils précédents.

Il faut donc, en définitive, que la cotisation trimestrielle à la charge de l'assuré s'élève à un minimum de 15 francs. Puisqu'il n'en a pas été ainsi en l'espèce, pendant la période de référence, la Caisse est juridiquement fondée à refuser le versement des prestations.

Certes, ce refus vient en fait d'une lacune législative ; en effet, le minimum légal de cotisation ne peut être atteint par tous les assurés obligatoires, puisqu'il nécessitait un salaire de base de 1.714 francs pendant l'année 1936 (1.500 francs depuis 1937), alors que l'assujettissement obligatoire avait lieu dès que le salaire annuel atteignait 1.500 francs (1.000 francs depuis la loi du 26 août 1936.)

Le règlement d'Administration publique du 19 mars 1936 avait bien prévu dans son article 65 que les assurés obligatoires pour lesquels le montant de la double contribution serait inférieur à 30 francs par trimestre, pourraient effectuer des versements facultatifs en vue de compléter cette double contribution jusqu'à concurrence de 30 francs. Ces versements étaient représentés pour chaque trimestre sur les feuillets trimestriels à l'aide de timbres poste apposés sur un feuillet intercalaire nominatif délivré aux intéressés sur leur demande, par le service régional des assurances sociales.

Mais cette disposition exceptionnelle n'était applicable que pour l'année 1936 seulement ; à l'heure actuelle de telles cotisations facultatives ne peuvent donc être acceptées par les Caisses. Dans ces conditions, votre cliente ne peut que s'incliner devant la loi et ne sera en droit de prétendre aux prestations que lorsqu'elle aura versé le minimum légal pendant au moins deux trimestres.

ACCIDENTS DU TRAVAIL

5.191. — Accident ou maladie professionnelle. Liaison entre les accidents du travail et les Assurances sociales.

Je vous serais obligé de me renseigner sur le cas suivant et de me dire si je dois le considérer comme accident du travail ? ou maladie professionnelle ? Par qui le risque doit-il être couvert ?

Il s'agit d'un ouvrier chauffeur dans une usine et travaillant dans un local où se trouvent un moteur à gaz pauvre, gazogène et un foyer à charbon. Poste occupé depuis plusieurs années (huit à dix ans). Depuis quelque temps « amaigrissement, lassitudes, mauvais état général », alors que femme et quatre enfants se portent bien.

Examen de sang : anémie (hématies 2.600.000 ; hémoglobine 60 %, leucocytes 25.000 ; formule leucocytaire normale. Dosage de l'oxyde de carbone dans le sang (2,28 %, coefficient d'intoxication 10 %). Examen de crachats pour éliminer la tuberculose pulmonaire : négatif.

Si la Compagnie accident du travail refuse le risque (ce qu'elle a fait), les Assurances sociales le prendraient-elles en charge ? se retourneraient-elles contre l'assurance accidents du travail ?

A mon avis, mon client est victime de son travail. Il a droit aux soins et à une modification de ses conditions de travail.

Dr D.

Réponse

La législation sur les risques professionnels ne s'applique en principe qu'aux accidents survenus au lieu et au temps du travail et non point aux maladies d'origine professionnelle, à moins qu'elles ne figurent sur la liste limitative des

maladies bénéficiant par exception de la protection légale. Comme il n'en est pas ainsi pour les maladies telles que les anémies provenant de l'absorption d'oxyde de carbone et de travail dans des conditions générales défectueuses, votre client ne serait fondé à invoquer à l'égard de son chef d'entreprise ou de son assurance substituée les dispositions protectrices de la loi sur les accidents du travail que s'il peut établir que son état actuel provient d'un accident et non point d'une maladie.

Aux termes de la jurisprudence, il faut entendre par « accident » l'action violente et soudaine d'une cause extérieure portant atteinte à l'intégrité du corps humain, et par « maladie » toute lésion provenant de l'action lente et continue d'une cause tenant à l'exercice régulier de la profession.

Il ressort des renseignements que vous nous donnez que l'état de votre client ne saurait être attribué à l'absorption brutale d'oxyde de carbone, mais provient au contraire d'une intoxication lente et répétée depuis une dizaine d'années. Dans ces conditions, il y a lieu de considérer le refus opposé par la Compagnie d'assurances comme juridiquement fondé.

Mais si l'intéressé ne peut invoquer les dispositions de la loi sur les accidents du travail, il est en droit par cela même de bénéficier des prestations en nature et en espèces de l'assurance-maladie s'il est en règle avec sa Caisse d'Assurances sociales. Il résulte, en effet, de l'art. 20, parag. 1er du décret-loi du 28 octobre 1935 sur les Assurances sociales, que ne donnent pas lieu aux prestations des assurances-maladie les affections et blessures indemnisées ou susceptibles d'être indemnisées, au titre de la loi sur les accidents du travail. Par « indemnisées ou susceptibles d'être indemnisées », il faut entendre « susceptibles d'ouvrir droit aux indemnités prévues par la loi du 9 avril 1898 » et non point, comme le soutient la Caisse d'Assurances sociales, susceptibles de faire l'objet d'une application éventuelle de la loi sur les risques professionnels.

Du moment que la loi sur les accidents du travail ne donne aucun recours à la victime, elle peut prétendre aux prestations des Assurances sociales encore bien qu'il s'agisse d'une maladie d'origine professionnelle. La chose est reconnue de manière incontestable par la Cour de cassation ainsi qu'il ressort d'un arrêt en date du 28 avril 1937 (*Gaz. du Palais*, 5 juin 1937) d'après lequel lorsqu'il a été définitivement reconnu que la maladie de l'assuré n'ouvrait pas droit au bénéfice de la législation des accidents du travail, les prestations du risque maladie sont dues à l'assuré, quel qu'ait pu être l'avis médical de la Commission technique au sujet de la nature professionnelle de l'affection.

D'ailleurs, en cas de contestation, l'assuré n'a

qu'à invoquer à l'égard de sa Caisse, les dispositions de l'art. 20, parag. 4 du décret-loi sur les Assurances sociales, aux termes duquel l'assuré victime d'un accident du travail ou d'une maladie ayant le caractère professionnel et dont le droit aux réparations prévues par la loi du 9 avril 1898 ou la loi du 25 octobre 1919 est contesté par son employeur ou son assurance substituée, reçoit à titre provisionnel les prestations de l'assurance-maladie, s'il justifie des conditions de versement requises et s'il a engagé à l'encontre de son employeur ou de l'assureur substitué une action judiciaire en vue de faire reconnaître son droit à réparation, au titre des lois susvisées. En pareil cas, la Caisse d'assurance peut intervenir dans l'instance. En cas d'échec de l'action entreprise, les prestations versées restent acquises à l'assuré.

5.208. — Accident survenu au veilleur de nuit d'un garage

Le veilleur de nuit d'un garage est, pendant son travail, accidenté par un client du garage et dans le garage. En démarrant, le voyageur coïnce le laveur contre le portail.

Appelé par le patron du garage à donner mes soins au laveur blessé, je le soigne jusqu'à consolidation de sa blessure.

Je vous prie de me faire savoir s'il s'agit d'un accident du travail, ou d'un accident de droit commun.

J'ai envoyé ma note au blessé, et l'ai comptée au tarif de ma clientèle ordinaire.

La Compagnie d'Assurances du patron me demande de l'établir conformément à la loi du 9 avril 1898.

Le blessé n'a-t-il pas le droit de demander directement à celui qui l'a blessé réparation du dommage à lui causé ?

Dans ce cas, dans le certificat final, déclarant incapacité permanente partielle, avais-je à fixer moi-même le quantum de cette incapacité permanente partielle ?

Dr P...

Réponse

L'accident relaté dans votre lettre du 18 juin étant survenu par le fait et à l'occasion du travail, constitue bien un accident du travail relevant de la loi du 9 avril 1898 bien qu'un tiers soit responsable.

Le patron du blessé est donc tenu de payer à celui-ci le demi-salaire jusqu'au jour de la consolidation puis une rente proportionnelle au taux d'inapacité, s'il y a incapacité permanente partielle et enfin de supporter les frais médicaux et pharmaceutiques jusqu'à la consolidation suivant le tarif des accidents du travail.

C'est donc à juste titre que la Compagnie d'assurances du patron vous demandé de ramener au tarif d'accidents du travail la note que vous avez établie conformément au droit commun. D'ailleurs, vous pourrez par la suite réclamer au blessé lui-même la différence entre le tarif d'accidents du travail et le tarif du droit commun.

Mais l'art. 7 de la loi du 9 avril 1898 réserve expressément les droits des victimes d'accidents du travail contre les auteurs responsables des accidents autres que le patron et ses préposés.

Votre client aura donc droit de réclamer à l'automobiliste responsable, le paiement du demi-salaire perdu, du complément de vos honoraires et du « pretium doloris ».

S'il reste atteint d'une incapacité permanente partielle, il aura droit également à un complément de la rente qui lui sera servie par son patron, mais ce complément ne pourra lui être attribué que sous la forme d'une rente viagère et non pas d'un capital.

Enfin, dans son certificat initial, vous n'avez qu'à indiquer que le blessé reste atteint d'une incapacité permanente partielle sans en fixer vous-même le taux. Ce soin sera réservé aux experts qui seront désignés par le Tribunal.

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

4.882. — Rémunération du « donneur de sang » en cas de transfusion

I

Je fais partie du Sou Médical et j'ai organisé un service de transfusion sanguine pour la région sous le patronage et le contrôle du Syndicat médical. J'ai à vous poser la question suivante : comment se pose la question de l'indemnité due au donneur ? Je paie mes donneurs 30 francs d'indemnité de base et 0 fr. 50 du gramme, par exemple 130 francs pour 200 grammes.

Peuvent-ils être payés directement et à quelles conditions dans les cas suivants :

1° Accidents du travail et A. M. G. qui, dans mon département, ont le même tarif, diminué de 15 % pour l'A. M. G.

Mon tarif porte transfusion massive, 500 francs, non compris l'indemnité au donneur. Quel est le taux de celle-ci ?

2° Et surtout Assurances sociales. Transfusion sanguine massive : K40. Il n'est pas question de donneur, ni d'indemnité. Les Caisses appliquent la règle du tout compris. Sont-elles autorisées à consi-

dérer le donneur comme un aide ? ou celui-ci peut-il être considéré comme vendant un médicament ?

La question est épineuse, mais étant donné les conditions économiques difficiles, et le fait que nous ne touchons pas de subventions, je vous serais reconnaissant si vous pouviez nous apporter une décision légale ou un moyen quelconque de faire payer le donneur par la Caisse d'Assurances sociales.

Dr B.

Réponse

1° Accidents du travail : l'indemnité au « donneur de sang » n'est pas inscrite dans le tarif accident du travail ;

2° Assurances sociales : K.40 « transfusion massive », mais rien n'est dit pour l'indemnité au donneur qui est en dehors de l'intervention chirurgicale ;

3° Pensionnés de guerre : A l'art. 1er du décret du 5 mars 1927 modifiant celui du 25 octobre 1922, on lit : après transfusion de sang, etc... « Rémunération du donneur lorsque celle-ci est nécessaire :

1° Pour les 150 premiers centicubes de sang : 50 francs ;

2° Pour chaque prélèvement ultérieur de 100 c. c. : 50 francs ;

(Il résulte que pour 350 c. c., par exemple, on compte 150 c. c. + 100 c. c. + 100 c. c. = 3 × 50 = 150 francs).

Il m'apparaît que dans les autres cas que celui des pensionnés de guerre, on est fondé, devant la « carence » des tarifs, à prendre celui-ci comme base.

Dr F. Decourt.

II

Je vous remercie d'avoir répondu aussi rapidement à ma lettre, mais je dois vous demander quelques éclaircissements.

Assurances sociales......., mais rien n'est dit pour l'indemnité au donneur qui est en dehors de l'intervention chirurgicale.

Que veut dire exactement cette expression « en dehors » ? Y a-t-il une décision juridique ou un règlement qui empêche les Caisses de me répondre comme elles l'ont fait que l'indemnité au donneur est comprise dans le K40 ?

Et quelle est la marche à suivre que vous me conseillez de prendre ?

Dr B.

Réponse

1° Je veux dire par l'expression « en dehors de l'intervention chirurgicale » que le « fournisseur de sang », si je puis dire, est dans la même situation que le pharmacien, fournisseur de médicaments et , par suite, en dehors de toute tarification d'acte médical. Cette « opinion » (car, il n'y

a pas de loi, ni règlement à ce sujet, sauf ce qui suit) est corroborée par le décret du 5 mars 1927 modifiant celui du 25 octobre 1922 (soins aux mutilés). En effet, après avoir tarifé la transfusion du sang : 300 francs, il est dit : « rémunération du donneur lorsque celle-ci est nécessaire : 50 francs pour les premiers centicubes et 50 francs pour chaque supplément de 100 c. c. de sang ». Il y a donc bien là, sous la signature ministérielle, une deuxième tarification (pour le donneur) en dehors de la première (pour le chirurgien).

Dr F. DECOURT.

2° Au cas où la Caisse ferait des difficultés pour admettre la tarification proposée par le Docteur Decourt, il faudrait que l'intéressé c'est-à-dire votre client, porte l'affaire devant la Commission d'arrondissement, seule juridiction compétente pour en connaître.

La Commission d'arrondissement devra être saisie par lettre recommandée adressée à son président dans un délai de dix jours à compter de la notification de la décision de la Caisse ou en cas de réclamation non suivie de réponse dans un délai de dix jours qui commencerait à courir à l'expiration d'un délai de deux mois à partir de la date de l'envoi de la réclamation.

4.868. — Examen et rapport d'expertise

J'ai l'honneur d'accuser réception de votre honorée du 28 mai concernant le Tarif d'assurances sur les accidents du travail.

Bien que je sache que tout accidenté a le libre choix de son médecin, je serais désireux de savoir quel serait le prix du tarif pour les blessés qui nous sont adressés soit systématiquement, soit pour confirmer le diagnostic ou vérifier le traitement du premier médecin choisi par le malade auquel bien souvent, il nous faut faire des certificats d'expertise.

La rédaction de ces derniers demandant un temps et une minutie, veuillez me dire quel serait le prix maximum que l'on puisse noter pour leur délivrance.

Dr T.

Réponse

Lorsque vous agissez comme expert sur demande de l'assurance, il ne s'agit plus du Tarif des accidents du travail, tarif de responsabilité patronale. C'est là une affaire de droit commun à traiter entre l'assurance et vous, au sujet de la valeur de l'expertise effectuée, valeur qui, d'après la jurisprudence, varie entre 50, 150 et 200 francs, et beaucoup plus même, quelquefois, suivant les cas d'espèce. Il ne s'agit pas d'ailleurs du « prix d'un certificat », mais du prix d'un examen et rapport d'expertise.

Dr F. DECOURT.

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

5.360. — Promotion au grade de médecin commandant

Vieil abonné du *Concours*, je me permets d'avoir recours à votre compétence pour quelques renseignements d'ordre médico-militaire.

Classe 1908, je vais donc être libéré normalement le 15 octobre courant des obligations militaires. Médecin capitaine du 20 mai 1934, j'ai demandé à rester dans l'armée au-delà de la limite. Je viens de terminer une période de dix jours.

Je désirerais savoir :

1° Quelle est la durée minimum de grade de médecin capitaine pour être proposable au grade de médecin commandant ?

2° Quel est l'âge limite au-delà duquel on ne peut plus être proposable pour le quatrième galon ?

3° Combien de périodes comme capitaine faut-il exécuter pour être proposable ?

Dr X...

Réponse

Il faut à un médecin capitaine pour pouvoir être proposé pour le grade supérieur un minimum de six ans de grade, et de deux périodes d'instruction, sous réserve de conditions analogues pour le franchissement de grade à celles qui sont ou pourront être exigées des officiers de réserve.

Ces propositions se font normalement jusqu'à l'âge de 53 ans, âge de la mise à la retraite des officiers de l'active ; après, les propositions ne sont admises que dans une proportion réduite.

5.341. — Fin des obligations militaires

Appartenant à la classe 1913, ajourné en 1913 et 1914, parti avec la classe 1915 (decembre 1914).

Père de trois enfants.

Quand serai-je dégagé de toute obligation militaire ?

Dr Z...

Réponse

Vous serez dégagé de toutes obligations militaires, avec les hommes de la classe 1913, le 15 octobre 1942.

Dès maintenant, de par votre âge comme par le nombre de vos enfants, vous appartenez à la 2e réserve.

Cinquante-neuvième année N° 30 25 Juillet 1937

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

- sommaire -

Partie Professionnelle

Travaux originaux

Demi-Colonnes

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	60 fr.	Belgique et Luxembourg...	70 fr.
Etudiants	35 fr.	Première Zone	85 fr.
Le Numéro	1.25	Deuxième Zone	110 fr.

Changements d'Adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 fr. 50 pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande.)



Renseignements

AVIS

Envoi de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

N° 193. — On désire placer, chez médecin de préférence, pendant un mois, sur littoral normand ou breton, frère et sœur bien portants (5 et 6 ans).

N° 194. — On demande personne sérieuse, pour s'occuper d'enfants ; sachant coudre et pouvant faire le service de table. S'adresser au Docteur Richard, 86, rue d'Orléans, Saumur. Références exigées.

N° 195. — Moto-caméra, obj. Krauss I : 2,7, mise au point, chang. de vitesse (10 à 21 par s.) avec sac cuir. Babygraphe, posographe, pince à coller, pince à encocher, pathéine, nécess. entretien. Le tout absolu. neuf Valeur 2.500, à céder pour 800 fr.

N° 196. — Gap (H.-A.). — Méd. recomm. pens. fam. tenue par son fils. Excell: clim. alt. moyenne, conf. moderne. Reçoit plus spécialem. jeunes élèves. Études surveillées. Ouvert pendant vacanc. Bonnet, 14, R. Cap. de Bresson.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Abonnés du « Concours » exerçant dans les Stations Thermales

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains : Bertier, Blondel, Coutaz, Dardel, H. Forestier père, Graber-Duvernay, Lelong, Pégaz.

Allevard-les-Bains : Boël.

Amélie-les-Bains : Boulx.

Ax-les-Thermes (Ariège) : Boyer, Girard, Gomma.

Bagnères-de-Bigorre : Frank-Duprat (*enf.*), J. Courbin, Ricard-Pomarède.

Bagnoles-de-l'Orne : Censier, R. Hügel, Joly, Le Gouriérec, J. Louvel, R. Louvel, Doctoresse M. Peillon, E. Poulain.

Bains-les-Bains : M. Henry, L. Rose.

Barèges : Orliac.

Besançon La Mouillière : Jean Sexe (*opht.*), Tronchon.

Biarritz : Clavel, Dejeant (*derm.*), Lacour, Pitchalsky (*m. g. sto.*) M. Pourquié (*chir.*) G. Pourquié (*o. r. l.*)

Bourbon-Lancy : Bellœuf, G. Vincent.

Bourbon-L'Archambault : Bénabu, Litaud.

Bourbonne-les-Bains : Delacroix, Gay.

Brides-les-Bains et Salins-Moutiers : d'Arbois de Jubainville, Mathieu, Laissus fils.

Cambo-les-Bains : A. Camino, Chatard, Colbert, Dieudonné, J. Trotot.

Capvern : J. Pouy.

Cauterets : Anglada, Armengaud, Corone, Cosserat, L. Pradal.

Challes-les-Eaux : Vexenat.

Châtel-Guyon : J. M. Ballan, Baumann, Cambiès, Casati de Montgolfier, Foucaud, P. Martin, Mazeran, Ribérolles, Saint-René-Bonnet.

Contrexeville : Contal.

Dax : Barrau, Delmas (Armand).

Divonne-les-Bains : Ballivet, Vieux.

Eaux-Bonnes : Bourragué, Creignou.

Enghien-les-Bains : Beyrand, H. Forterre.

Escouloubre-les-Bains : Sarda.

Evaux-les-Bains : E. Legâte.

Evian-les-Bains : Bernex, J. Eyraud-Joly.

Hammam-Lif (Tunisie) : Féré.

La Bourboule : Anglada, Barthomeuf, Boudry, Cany, R. Gallimant, Jean Godonnèche, Rongier Th., Maurel.

La Léchère : Millet, Noailly.

La Motte-les-Bains : Goirand.

Lamalou-les-Bains : Cauvy (*Rééd. motr.*), Faure, Tabarié.

La Roche-Posay-les-Bains : Bardet, Guyot, Huet (*derm.*) Lépine.

Luchon : P. de Beauchamp, Cazal-Gamelsy, Germès, Molinéry (*ne fait que la physiothérapie*), Salles, Sammuller.

Luxeuil-les-Bains : Causeret, Cugnier, Rimey.

Mont-Dore : J. André, Roger André, Béal, Débidour, Dullin, Levadoux, Molines, E. Perpère, Verrier.

Néris : Ducros, Jossand.

Plombières-les-Bains : Bernard, J. Dumont, Truelle.

Preste (La) : Dr P. Baron.

Royat : Mougeot.

Salers : Rongier.

Salies-de-Béarn : Coustere David, Dufourcq, Larrouy, Ortal.

Salins-les-Bains : Bourny, Henri Neumand.

Salies-du-Salat : Barbé, St Béat.

Saujon : R. Dubois, M. Boisseau.

Saint-Didier (Vau.) : Masquin.

St-Honoré-les-Bains : Charpin, Ségard, Silvestre.

St-Nectaire : Sérane, Siguret, Versepuy.

Santenay-les-Bains Boudeille.

Sermaize-les-Bains : Fritsch, (H.), Ramonet (*Malad. des enf.*)

Uriage : G. Barbier.

Vals-les-Bains : David, Galtier.

Vernet-les-Bains : Ponson.

Vichy : Arama (Michel) (*stom.*), Bargy, Berthomier, (*phys.*) Caillon, Castera, Chabrol, (Léon), R. Chaux, Cluzan. Cornillon, Cotar, Cros L., Déléage, Desmaroux, A. Durrieux, (*stom.*), Fau, R. Fraudet, (*stom.*), Fruictier, Gannat, Lère, Marquis, Martin-Péridier, Reynès, Roussignol.

Vittel : Adda, G. Constant, P. Genay, Finck.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Faculté de médecine d'Alger.** — Par décret en date du 5 juillet 1937, M. Montpellier, agrégé, est nommé, à compter du 1er novembre 1937, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université d'Alger (dernier titulaire de la chaire : M. Poujol).

— **Faculté de médecine de Lyon.** — M. Favre, professeur d'anatomie pathologique, est transféré, à compter du 1er novembre 1937, dans la chaire de clinique dermatologique et syphiligraphique à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon (dernier titulaire : M. Nicolas).

M. Patel, professeur de chirurgie opératoire, est transféré, à compter du 1er novembre 1937, dans la chaire de clinique gynécologique à la Faculté de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon (dernier titulaire : M. Villard).

Les chaires de pathologie interne (dernier titulaire : M. Froment) et de clinique chirurgicale infantile et orthopédie (dernier titulaire : M. Nové-Josserand), de la Faculté de médecine de Lyon, sont déclarées vacantes.

— **Faculté de médecine de Marseille.** — Par décret en date du 5 juillet 1937, M. Vayssière, chargé de cours, est nommé à compter du 1er novembre 1937, professeur de la clinique obstétricale à la Faculté mixte de médecine générale et coloniale et de pharmarie de l'Université d'Aix-Marseille (dernier titulaire de la chaire : M. Guérin de Montgareuil-Valmale).

M. Poursines, agrégé à Nancy, est transféré à Marseille.

— **Faculté de médecine de Montpellier.** — M. Giraud, professeur de pathologie médicale et clinique propédeutique, est transféré, à compter du 1er novembre 1937, dans la chaire de clinique médicale à la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier (dernier titulaire : M. Vires).

Par arrêté du ministre de l'Education nationale en date du 7 juillet 1937, les chaires de médecine légale, et médecine sociale (dernier titulaire : M Grasset) de pathologie et thérapeutique générales (dernier titulaire : M. Bosc) de l'Université de Montpellier, et de pathologie médicale et clinique propédeutique de la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier sont déclarées vacantes.

Un délai de vingt jours, à dater du 10 juillet 1937, est accordé aux candidats pur faire valoir leurs titres.

— **Faculté de médecine de Nancy.** — Par décret en date du 5 juillet 1937, la chaire de clinique chirurgicale (dernier titulaire : M. Michel) de la Faculté de médecine de l'Université de Nancy est transformée, à compter du 1er novembre 1937, en chaire de clinique gynécologique.

M. Binet, professeur sans chaire, est nommé, à compter du 1er novembre 1937, professeur de clinique gynécologique à la Faculté de médecine de l'Université de Nancy.

— **Faculté de médecine de Toulouse** — Par décret en date du 5 juillet 1937, la chaire de bactériologie (dernier titulaire : M. Rispal) de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse est transformée, à compter du 1er novembre 1937, en chaire de chimie médicale.

M. Valdiguié, professeur sans chaire, est nommé, à compter du 1er novembre 1937, professeur de chimie médicale à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse.

— **Ecole de médecine d'Angers.** — M. Thouvenin, professeur de pathologie chirurgicale, est nommé professeur de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Martin, retraité.

— **Ecole de médecine de Grenoble.** — M. Lestra, suppléant, est nommé professeur titulaire de la chaire d'histoire naturelle.

— **Ecole de médecine de Poitiers.** — M. Bodroux, suppléant, est chargé provisoirement de la chaire de chimie organique et toxicologie.

Le titre de professeur honoraire est conféré à MM. Coulongeat et Sauvage.

— **Médaille d'honneur de l'Assistance publique.** — *Médaille d'or.* — M. le Docteur Robert Hazemann (de Paris). Nos biens vives félicitations.

— **Congrès français d'oto-rhino-laryngologie.** — La session annuelle de la Société française d'oto-rhino-laryngologie s'ouvrira le lundi 18 octobre à la Faculté de médecine de Paris, sous la présidence de M. le Professeur Brémond, de Marseille.

Questions à l'ordre du jour : 1° Indications et résultats de la chirurgie intracranienne du nerf auditif. Rapporteurs : MM. Aubry et Ombrédanne. — 2° Les inflammations aiguës du larynx et de l'hypolarynx chez l'enfant. Rapporteurs : MM. Le Mée, André Bloch et M. Bouchet.

Secrétariat général : Docteur Henri Flurin, 19, avenue Mac-Mahon, Paris (XVIIe) et à Cauterêts (Hautes-Pyrénées).

— **Luchon.** — Luchon commémorera cette année de nombreux anniversaires : Taine (1857), le Prince impérial (1867), Clemenceau, Coquelin Cadet, Sarah Bernhardt et Paul de Cassagnac (1887).

Au Palais du thermalisme, à l'Exposition internationale de Paris, le stand de Luchon reçoit beaucoup de visiteurs. Le fond du stand, constitué par une toile du plus heureux effet, représente la vallée de Superbagnères, et, dans un angle, a demi-caché par les frondaisons, l'entrée un peu mystérieuse de ce Temple grec qu'est le vaporarium.

— **Office central des œuvres de bienfaisance.**— L'office central des œuvres de bienfaisance vient de rééditer, après mise à jour à la date du 15 juin, la *liste des hospices et des maisons de retraite.*

Cette liste donne tous les renseignements utiles (conditions d'admission, prix de pension, etc.) pour le placement des personnes des deux sexes dans 555 établissements de toutes les régions de la France.

Elle est remise au siège social, 175, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe), moyennant 1 fr. 75 et adressée à domicile moyennant 2 francs.

— **Hôpitaux de Saint-Etienne.** — Le concours ouvert à l'Hôtel-Dieu de Lyon pour la nomination d'un médecin des hôpitaux de Saint-Etienne s'est terminé par la nomination du Docteur Olivier Loras.

— **Fiançailles.** — Mlle Claire Lereboullet, fille de M. le Professeur Pierre Lereboullet, membre de l'Académie de médecine, et M. Jean Michal. Nos bien sincères félicitations.

— **Nécrologie.** — Le Professeur de Lapersonne est mort à Paris, le 4 juillet 1937.

Né à Toulouse, le 29 septembre 1853, il fut interne des hôpitaux de Paris en 1879, aide d'anatomie en 1881, chef de clinique ophtalmologique à la Faculté de Paris de 1883 à 1886, agrégé des Facultés de province en 1886 et chargé cette même année du cours complémentaire des malad es des yeux à la Faculté de Lille, où il devint titulaire de la chaire d'ophtalmologie en 1890, à sa création. En 1893, il fut élu doyen de cette Faculté.

Lorsque Panas quitta la chaire dont il avait été le premier titulaire à Paris, Félix de Lapersonne, bien que non agrégé de Paris, fut appelé à le remplacer.

Elu membre de l'Académie de médecine en 1919, F. de Lapersonne en fut le président en 1931, président de grande allure, avec toutes les qualités que possèdent rarement ceux qui occupent ce poste honorifique.

Le Professeur de Lapersonne est l'auteur de nombreux travaux sur la syphilis oculaire, l'œil tabétique et hystérique, les paralysies oculaires, la conjonctivite granuleuse dans le Nord, l'ophtalmie purulente, etc... Il présidait depuis sa fondation la ligue internationale pour la prévention de la cécité.

— Le Professeur Lucien de Beco, chef de clinique médicale de Liége vient de décéder. C'était un des membres les plus marquants du Comité de patronage du journal médical *Le Scalpel*, nous prions les membres de ce Comité d'agréer l'expression de nos bien sincères condoléances.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Paul Birabeau, président d'honneur du Syndicat médical de Paris.

A TRAVERS L'OFFICIEL

3 JUILLET

Sanatoriums publics

Médecins directeurs de sanatoriums publics

Par arrêté du ministre de la Santé publique en date du 28 juin 1937, M. le Docteur Faget a été nommé médecin directeur stagiaire du sanatorium de Saint-Sever (Calvados), à dater du 14 mars 1937.

Par arrêté du ministre de la Santé publique en date du 28 juin 1937, M. le Docteur Depoire a été nommé médecin directeur stagiaire du sanatorium de Bellegarde, à Châteauneuf-la-Forêt, à dater du 14 avril 1937.

4 JUILLET

Légion d'honneur

Sont nommés chevaliers de la Légion d'honneur, au titre du ministère de la Santé publique : MM. les Docteurs Clément, de Paris, et Martin, de Darnieulles.

7 JUILLET

Service de santé militaire

Avis de concours pour l'admission à l'emploi de médecin sous-lieutenant et de pharmacien sous-lieutenant du Service de santé militaire de l'armée active des troupes métropolitaines.

Par arrêté du 7 juin 1937, un concours sera ouvert, le lundi 6 décembre 1937, à neuf heures, à l'école d'application du Service de santé militaire à Paris (Val-de-Grâce), 277 *bis*, rue Saint-Jacques, pour l'admission à vingt-cinq emplois, en principe de médecin sous-lieutenant et à trois emplois de pharmacien sous-lieutenant de l'armée active des troupes métropolitaines.

Les candidats admis à concourir devront :

1° Etre Français ou naturalisés français depuis dix ans au moins ou remplir les conditions déterminées par la loi du 28 août 1936 sur l'accession des naturalisés à certaines fonctions ;

2° Etre possesseurs du diplôme d'Etat français de docteur en médecine ou de pharmacien ;

3° Avoir eu moins de vingt-neuf ans au 1er janvier 1937 ;

4° Avoir satisfait, au 31 décembre 1937, aux obligations du service militaire actif telles qu'elles sont définies par l'article 37 de la loi du 31 mars 1928 sur le recrutement de l'armée ;

5° Souscrire l'engagement de servir au moins pendant six ans dans le corps de santé de l'armée active à partir de leur nomination au grade de médecin ou de pharmacien sous-lieutenant.

Les demandes d'admission au concours devront être adressées avec toutes pièces à l'appui au ministre

de la défense nationale et de la guerre (direction du service de santé, 1er bureau, personnel) avant le 25 novembre 1937.

Pour tous renseignements complémentaires, les intéressés pourront s'adresser soit au ministère de la Défense nationale et de la Guerre (direction du Service de santé, 1er bureau), soit aux directeurs du Service de santé des régions.

Circulaire relative à la lutte contre la diffusion des maladies vénériennes par la prostitution libre ou réglementée

Le ministre de la Santé publique à MM. les Préfets.

Paris, le 23 décembre 1936.

A la date du 5 novembre 1936, un projet de loi a été déposé par le Gouvernement concernant la prophylaxie des maladies vénériennes et comportant notamment la disposition ci-après :

« Quiconque, pour satisfaire les passions d'autrui, aura embauché, entraîné ou détourné, même avec son consentement, une personne même majeure, de l'un ou de l'autre sexe, en vue de la débauche, ou qui l'aura contrainte à se livrer à la prostitution ou qui aura habituellement exploité sa prostitution, sera puni d'un emprisonnement de six mois à trois ans et d'une amende de 50 à 5.000 francs, avec interdiction de séjour de cinq à dix ans. »

Si l'application des peines prévues à ce texte ne pourra être envisagée que quand il aura été ratifié par le Parlement, son seul dépôt a marqué de la part du Gouvernement la volonté formelle de mettre fin au proxénétisme.

Il entend par cela même, que sous son autorité et sa responsabilité ne soit plus accordée, désormais, d'autorisation administrative qui, sous une forme ou sous une autre, implique l'existence des pratiques que la législation envisagée considère comme délictueuses.

A partir de ce jour, je vous invite donc de la façon la plus formelle à ne plus autoriser l'ouverture de maisons de tolérance et, dans la mesure où ils sont réglementés, à appliquer la même procédure, à tous autres établissements similaires dits « maisons de rendez-vous ».

Au cas où des circonstances d'ordre public de la nature de celles qui ont été visées à l'article 21 du projet de loi impliqueraient l'intervention de dérogations à cette règle, elles ne pourraient être admises que sur mon autorisation expresse et celle du ministre de l'Intérieur. Elles devraient être précédées d'une enquête auprès de tous les corps constitués et groupements qualifiées, susceptibles d'apporter au dossier des éléments d'information indispensables.

J'ajoute qu'une série de faits concordants, confirmés par diverses enquêtes actuellement en cours

ayant mis en évidence le grave péril national que comporte la trop fréquente inobservation des règlements en matière de protections sanitaire contre les maladies vénériennes, j'entends qu'à la moindre infraction, soit prononcée la fermeture totale et définitive des établissements où elle aura été relevée.

Cette règle devra être appliquée à ceux qui, actuellement, seraient l'objet d'une interdiction temporaire, justifiée par leur résistance à l'application des règlements de protection sanitaire.

Il va sans dire que parallèlement à ces mesures que vous aurez à accentuer, conformément à mes récentes prescriptions, la défense sanitaire contre la prostitution clandestine, à utiliser et développer les recherches épidémiologiques et le service social antivénérien, en vue d'amener au contrôle médical et sous la surveillance des dispensaires, le maximum d'individus des deux sexes susceptibles de propager des infections vénériennes.

J'attacherai d'ailleurs le plus grand prix à ce que vous me teniez exactement au courant des diverses mesures que vous aurez été appelé à prendre en vertu des présentes instructions.

Henri SELLIER

(*J. O.*, 10 janvier 1937.)

Réponses des ministres aux questions des parlementaires

Etendue du droit des pensionnés de guerre aux soins gratuits

3.837. — M. Pierre TAITTINGER demande à M. le ministre des Pensions : 1° dans quelle mesure les pensionnés de guerre peuvent utiliser leur carnet de soins gratuits ; 2° si les intéressés n'ont droit qu'à des consultations espacées, ou si le docteur choisi par eux peut, sans formalités administratives, tenter d'enrayer par une cure méthodique l'aggravation, ou une complication de l'état décrit au carnet ; 3° comment ce médecin peut, s'il est dans l'obligation professionnelle de prescrire des substances du tableau B, éloigner ses visites, tout en se conformant à la loi qui lui interdit d'ordonner ces toxiques pour plus de sept jours. (*Question du 8 juin* 1937.)

Réponse. — 1° Aux termes mêmes de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, les anciens militaires ou marins ont droit à la gratuité des soins pour les accidents ou complications résultant de la blessure ou de la maladie qui a motivé leur pension ; 2° les intéressés ont droit à tous les soins que nécessite leur état, sous réserve du contrôle par les Commissions tripartites départementales qui doivent veiller à ce que les frais médicaux et pharmaceutiques n'excèdent pas les indications d'une saine et loyale pratique de la médecine ; 3° l'article 64 n'a d'autre portée que

de mettre au compte de l'Etat, sous certaines conditions de contrôle indiquées par les textes, les soins donnés aux bénéficiaires dudit article. Il ne peut donc modifier en aucune manière les règles de la pratique médicale. Il n'y a rien d'incompatible entre la réglementation des soins gratuits et celle concernant la prescription des toxiques. (*J. O.*, 30 juin 1935).

Difficultés de fonctionnement du service des assurés sociaux notoirement indigents

3.698. — M. VANTIELCKE expose à M. le ministre du Travail : *a*) que la tâche des bureaux d'assistance est rendue difficile du fait que les assurés sociaux réclamant le bénéfice de la loi du 15 juillet 1893 ignorent fréquemment la Caisse primaire à laquelle ils sont affiliés ; *b*) que, dans ces conditions, le dossier de demande de prestations est constitué par la Caisse primaire départementale, laquelle doit consulter le Service régional d'assurances sociales pour connaître l'affiliation de l'assisté assuré ; *c*) que pendant ce temps le médecin traitant doit néanmoins observer les dispositions de l'article 19, § 3, du décret-loi du 28 octobre 1935 qui lui prescrit de donner « avis dans les trois jours de la première constatation médicale » ; *d*) que cet avis est donc envoyé à la Caisse départementale qui souvent le retourne au médecin avec la seule mention : « n'est pas affilié à notre Caisse » ; *e*) que le Service d'assistance médicale gratuite doit alors se substituer au médecin et demander au Service régional de lui faire connaître l'affiliation de l'assisté et en faire part, sitôt connue la réponse, aux médecin, pharmacien, et parfois, au préfet aux fins de rectification des mémoires ; et demande si, en vue d'éviter les inconvénients ci-dessus relatés, les Services régionaux d'assurances sociales ne pourraient porter sur les feuillets trimestriels de cotisations le numéro de la Caisse primaire d'affiliation à laquelle appartiennent les assurés. (*Question du* 27 *mai* 1937.)

Réponse. — Une circulaire interministérielle qui paraîtra sous peu contient toutes les dispositions nécessaires pour éviter les inconvénients exposés par l'honorable parlementaire. (*J. O.*, 30 juin 1937).

La Ligue médicale de Défense professionnelle « **Le Sou Médical** » a deux objets principaux :

1º Tout d'abord elle garantit ses membres contre les risques de responsabilité professionnelle à concurrence d'une somme de 100.000 francs. Et cette garantie est portée à 500.000 francs pour ceux d'entre eux qui sont en même temps abonnés au *Concours Médical*.

2º En outre, elle leur donne conseils et soutien dans toutes les difficultés et les procès d'ordre professionnel.

Voir la suite page XLVII-2235.

PROPOS DU JOUR

LES CAUSES DE LA CRISE MÉDICALE ACTUELLE

Dans un article publié dans le *Temps* du 7 juin 1937, sous le titre : *Pas de clients quand tout va mal*, M. Emile Henriot conte qu'un de ses amis, médecin à Paris, lui a affirmé qu'il ne voit plus personne à sa consultation quand les affaires du pays vont mal, qu'on manifeste dans les rues, que l'horizon international s'obscurcit. Seuls les malades gravement affectés ont recours à leur médecin. M. Emile Henriot cherche les causes psychologiques de cette situation, car son ami exerçant vraisemblablement dans un quartier bourgeois et fortuné, il croit devoir écarter les raisons d'économie qui portent à restreindre le nombre des dépenses qui ne sont pas absolument utiles. Sur ce point nous ne partageons pas absolument l'opinion de M. Henriot, car ce besoin de restriction se fait sentir même chez les gens les plus aisés, en tout cas considérablement dans la moyenne bourgeoisie, chez tous ceux que ne peut influencer la mystique de l'augmentation du pouvoir d'achat. M. Emile Henriot recherche les causes psychologiques qui détournent les clients du cabinet de leur médecin. Pour lui, lorsque tout va bien au point de vue économique et politique, chacun bénéficiant de cette euphorie générale, devient égocentrique, se dorlote, a un souci peut-être excessif de sa santé. Mais quand la situation générale devient mauvaise, c'est elle qui accapare la préoccupation de l'individu qui néglige les petits malaises qu'il peut ressentir et pour lesquels il se fût hâté de demander l'avis de son médecin. « Quand un navire fait naufrage, écrit M. E. Henriot, et qu'il faut sauter en canot, les affligés du mal de mer cessent d'en ressentir les affres : le danger plus pressant l'emporte sur le plus véniel. »

Pour M. Henriot, quand on va consulter le médecin pour une bagatelle, c'est pour se faire rassurer par lui, qui le plus souvent écoute avec une sympathique bienveillance vos doléances. Raconter ces dernières vous soulage, vous console, car le plus souvent vous ne voulez les confier ni à votre entourage, ni à votre famille de peur de les alarmer ou de les fatiguer de vos plaintes si elles se répètent et s'ils les jugent excessives.

A ce sujet M. Emile Henriot fait l'éloge du médecin et cela arrive si rarement dans la grande presse que nous ne résistons pas au désir de citer en entier le passage.

« J'aime, pour moi, écrit-il, la compagnie des médecins, comme specimen d'humanité. J'en ai vu de plus ou moins bons ; je n'en ai jamais trouvé de sots. Leur formation scientifique leur a fait un esprit ouvert et positif. Ils savent des choses que j'ignore et dont je puis un jour avoir besoin. Ils vivent dans l'humain, le réel et le vrai. Ils ne mentent que par charité. Ils ont de la curiosité dans l'esprit. A force de sonder la misère universelle, ils devraient être désespérés ; et cependant, pour la plupart, ils ont un amour merveilleux de la vie. Je conçois qu'ils ne sont pas toujours très contents, quand leur consultation chôme, aux jours de grande peur, comme je l'ait dit en commençant. Mais il leur reste alors au moins un sujet de philosophie : quand le client ne donne pas, c'est l'opinion publique qui est malade. De quoi ausculter tout de même. »

Certes, les raisons psychologiques qu'expose M. Henriot sont fondées, mais seulement dans une certaine mesure et dans un certain milieu. Elles se manifestent surtout chez les hommes d'affaires, chez les intellectuels, chez les épargnants, qui réfléchissent à une situation qui les angoisse et supputent l'avenir.

Mais à notre avis ces raisons psychologiques sont secondaires, locales et souvent momentanées, il en est de plus importantes, de plus générales et de plus durables.

Lorsqu'une mère de famille constate chez son enfant un malaise qui ne paraît pas trop alarmant, elle ne court plus chez son médecin, car elle est tenue d'économiser le prix d'une consultation. Elle va chez le pharmacien voisin qui ne se prive pas de lui délivrer au petit bonheur des conseils et des drogues. S'il n'y a pas d'amélioration, elle a recours aux dispensaires et aux hôpitaux qui depuis quelques années pullulent et ce

◆◆

n'est qu'en dernier ressort qu'elle s'adresse au médecin praticien. Tout cela est dû à la nécessité de restreindre ses frais et si cette nécessité ne s'impose pas absolument, à la facilité trop largement octroyée dans Paris et dans les grandes villes d'obtenir des soins à prix réduits sinon tout à fait gratuits.

Il semblerait quecette crise devrait sévir beaucoup moins dans les clientèles ouvrières et dans les campagnes. C'est en apparence exact, mais seulement en apparence et nous craignons bien de voir le malaise médical s'étendre de plus en plus. Nombreuses sont les demandes de secours à nos œuvres de bienfaisance et par les enquêtes que l'on est tenu de faire pour les classer et venir en aide à ceux dont la grande misère demande des secours immédiats, l'on constate que nombreux sont les praticiens, chargés de famille, dont l'âge oscille entre 40 et 50 ans, qui ne peuvent compter comme revenus professionnels que sur 30.000 à 40.000 francs, défalcation faite de leurs frais professionnels. Il en est, surtout dans le Midi, dont le rapport de la clientèle est bien inférieur ; pour eux ce n'est qu'un appoint, car ils vivent eux et leur famille du produit d'une ferme, étant plus agriculteurs que médecins.

Ajoutons que beaucoup de médecins de campagne qui arrivaient facilement à joindre les bouts, ne le peuvent plus, parce qu'un jeune confrère est venu s'installer dans le voisinage et leur a enlevé une partie de leurs clients ou bien parce que, tirant un bénéfice appréciable de la propharmacie, ils sont obligés de l'abandonner, un pharmacien diplômé étant venu ouvrir une officine dans leur commune.

Toutes ces causes font que l'avenir est sombre pour les médecins praticiens dans les villes comme dans les campagnes.

J. NOIR.

L'ABSENTÉISME, MALADIE CHRONIQUE DU CORPS MÉDICAL

Nous avons mainte fois déploré le nombre infime de confrères qui, dan nos syndicats de la région parisienne, venaient assister aux assemblées générales, même quand les déterminations les plus graves devaient être prises. Ainsi au syndicat des médecins de la Seine, 5 pour 100 des membres assistaient à la dernière assemblée et nos divers syndicats ne groupent pas la moitié des praticiens de la région. Cette situation est grave parce que Paris et la région parisienne comprennent presque le quart du Corps médical français tout entier, y compris celui de l'Algérie. Cette situation ne date pas d'aujourd'hui. Nous avons reçu d'un de nos lecteurs une petite brochure, rapport rédigé il y a plus de 20 ans par le Docteur Bertillon, président du Syndicat médical de l'arrondissement de Versailles. M. Bertillon, père du très distingué confrère qui dirige le *Siècle Médical,* fut à peu près à la même époque vice-président de l'Union des Syndicats médicaux de France. Il fut un médecin syndicaliste ardent et convaincu et jouissait de l'estime et de l'affection de tous ses confrères.

Or, M. Bertillon a intitulé son rapport : *De la diathèse d'absence dans les réunions syndicales. Essai de traitement.* Après avoir exposé la maladie et ses causes qui n'ont pas depuis changé de caractère, M. Bertillon propose un traitement exprimé dans l'ordre du jour suivant : « La cotisation annuelle du Syndicat est fixée à 20 francs (150 francs environ de notre monnaie actuelle) avec l'obligation de présence à toute la durée des deux séances annuelles.

L'absence à l'une de ces deux réunions entraîne le versement par le syndiqué d'une rétribution compensatrice de 10 francs, soit 20 francs pour l'absence aux deux. La présence à l'une et l'autre de ces deux réunions donne droit au versement par la caisse syndicale d'une prime d'assiduité, fixée à 5 francs.

Il n'y a d'excuse valable à l'absence, que la maladie explicitement prouvée.

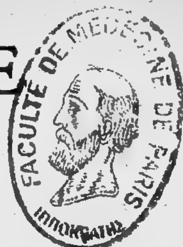
Il résulte de ces dispositions que le confrère absent aux deux séances voit sa cotisation portée à 40 francs (300 francs environ de notre monnaie actuelle), celui absent à une seule séance à 30 francs, et celui présent aux deux séances à 15 francs. Et ce sera justice ! »

Au cours de son rapport, M. Bertillon se défend de vouloir établir une pénalité. C'est, affirme-t il une compensation, le confrère qui assiste aux réunions, peut subir un manque à gagner que ne subit pas l'absent.

Au Syndicat des médecins de la Seine on a essayé de faire bénéficier les présents d'un jeton de présence. Cette mesure ne donna aucun résultat appréciable.

J. N.

PARTIE SCIENTIFIQUE



TRAVAUX ORIGINAUX

DIAGNOSTIC DES CANCERS DE LA VESSIE

Par M. le Professeur Marion

Avant de vous exposer les symptômes qui nous permettent de faire le diagnostic du cancer de la vessie, je vous dirai quelques mots de cette affection malheureusement très fréquente et très grave.

Le cancer de la vessie est une affection de l'âge avancé; c'est surtout à partir de 45 ans que nous l'observons et beaucoup plus fréquemment chez l'homme que chez la femme. Cette fréquence plus grande n'est pas complètement expliquée. Evidemment quelques cancers de vessie ne sont que la propagation de cancers de la prostate ; mais, mis à part ces faits, il n'en reste pas moins que les cancers des parties latérales ou hautes de la vessie s'observent plus fréquemment chez l'homme que chez la femme. Actuellement, dans notre salle d'hommes, nous avons six malades atteints de cette affection, et nous n'en avons pas un cas dans la salle des femmes.

Je vous signalerai en passant que, la leucoplasie vésicale, la bilharziose constituent des appels pour le cancer, de même que l'extrophie vésicale, en raison des irritations de la muqueuse par les frottements qu'elle subit forcément. On a dit que le travail dans les usines d'aniline prédisposait au cancer de la vessie. Sur les très nombreux cas de cancer de la vessie que j'ai observés, une seule fois, j'ai rencontré ce cancer chez un ouvrier travaillant dans une de ces usines.

Mais une des origines principales des cancers de la vessie est la transformation d'un papillome et cette transformation résulte souvent des étincelages multipliés, incomplets, pratiqués sans anesthésie. D'où la recommandation d'agir vite et complètement pour obtenir la destruction des papillomes et cela grâce à une anesthésie suffisante.

Enfin, le cancer de la vessie peut n'être qu'un cancer par propagation ; je vous ai déjà signalé le cancer du col et du bas fond par envahissement d'un cancer de la prostate ; un cancer de l'utérus, de l'intestin peuvent également arriver à envahir la vessie. Dans le cancer du col utérin en particulier, une cystoscopie s'impose parfois avant d'agir pour juger si la vessie est atteinte ou encore respectée.

Les sarcomes et les lymphadénomes de la vessie existent, ils sont véritablement exceptionnels. On peut dire que tous les cancers de la vessie sont des cancers épithéliaux, épithéliomas à cellules pavimenteuses ou à cellules cylindriques, carcinomes.

Ces cancers peuvent exister en n'importe quelle région de la vessie. Malheureusement, leur siège de prédilection se trouve dans la région basse, en particulier au voisinage des orifices urétéraux, au bas-fond, au trigone, ce qui ne rend pas l'ablation de ces tumeurs bien facile.

Vous pouvez voir en ce moment dans la salle des hommes, un malade qui a un cancer de tout le bas-fond, ayant enserré les deux orifices urétéraux, si bien que j'ai dû ouvrir un des reins pour le soulager et lui prolonger l'existence. Il y a quelque temps, succombait à des accidents d'anurie, une malade atteint également d'un cancer du bas fond ayant gagné les deux uretères.

Ces quelques notions générales vous étant connues, quels sont les symptômes qui vont attirer notre attention du côté du cancer vésical et nous obliger à poser un diagnostic ?

On peut dire que l'attention est attirée du côté d'un cancer de la vessie, soit par des *hématuries*, soit par des *troubles de cystite*. Dans les deux cas, l'examen cystoscopique de la vessie s'impose, et c'est par le CYSTOSCOPE que nous allons constater la tumeur, dont nous allons avoir à interpréter les caractères.

Mais déjà, parfois, un phénomène est particulièrement caractéristique, c'est l'odeur que présente, dans des cas assez avancés, l'urine des malades atteints de cancer de la vessie. Il s'agit d'une urine généralement glaireuse, purulente et sanglante, mais possédant une *odeur* repoussante, *putride*, absolument caractéristique pour celui qui l'a constatée une fois. Il faut dire que cette odeur de l'urine n'existe que dans les cas déjà avancés, où l'on peut observer des débris de toute espèce, éliminés par le malade au moment de la miction. Il s'agit d'urine alcaline, dont l'odeur ammoniacale se mélange à l'odeur de débris en putréfaction.

Mais dans tous les cas, c'est le CYSTOSCOPE

qui fait constater la tumeur vésicale et ses caractères.

D'une façon générale, on peut ramener à quatre types l'aspect que peuvent présenter les cancers de la vessie : *papillaire, sessile, infiltré, ulcéreux.*

Il s'agit parfois d'une *tumeur simulant un papillome* : elle est frangée, au moins dans certaines parties ; elle est d'apparence plus ou moins pédiculée, mais en un point, on peut voir, au lieu de franges recouvrant la tumeur, une partie compacte, lisse, quelquefois sphacélée, ce sphacèle se caractérisant par une coloration blanche ou grisâtre ; on pourrait penser qu'il s'agit d'un polype pur et simple, en voie de sphacèle.

Dans d'autres cas, la tumeur au lieu d'être frangée et plus ou moins pédiculée, apparaît massive, compacte, bosselée, sessile, s'attachant à la vessie par toute sa surface ; suivant les points, la coloration de cette tumeur est rosée, rougeâtre, violacée, noirâtre ou recouverte de parties blanches qui représentent encore des parties sphacélées. C'est le type de la tumeur végétante, sessile.

Parfois nous constaterons que la tumeur ne forme pas une saillie aussi manifeste que celle du type précédent, mais, sur une certaine partie de la vessie, se trouvent des mamelons peu saillants, la paroi vésicale présente un véritable aspect cérébriforme, et autour de cette région mamelonnée existe de l'œdème bulleux. Il s'agit d'une *tumeur infiltrante.*

Enfin, parfois la tumeur au lieu d'être saillante est *ulcérante*, et nous nous trouvons en présence d'une ulcération de caractère très variable suivant les cas, plus ou moins profonde, à bords plus ou moins découpés. Mais véritablement les caractères de cette ulcération sont tellement différents suivant les cas, qu'il est impossible d'en donner une description typique.

Parfois, nous verrons les bourgeons constituant la tumeur être développés sur une paroi blanc d'argent, il s'agit d'une *leucoplasie* en voie de transformation épithéliale.

Ces différents aspects peuvent se rencontrer dans toutes les parties de la vessie ; au sommet, sur les parties latérales, mais il faut reconnaître que c'est surtout à la partie inférieure qu'on observe les cancers de la vessie, et plus particulièrement dans la région des orifices urétéraux, lieu d'élection du développement de toutes les tumeurs bénignes ou malignes de la vessie.

Ces aspects seraient parfois très caractéristiques, s'ils n'étaient *très modifiés parfois par la cystite* plus ou moins intense, qui accompagne souvent les néoplasmes de la vessie ; et ceux-ci se trouvent alors très modifiés par cette cystite, qui provoque du sphacèle de la tumeur, des œdèmes, des fausses membranes purulentes qui modifient profondément l'aspect de la lésion.

D'où le précepte très sage de ne pas vouloir toujours interpréter la lésion en présence de laquelle on se trouve, avant que la vessie soit nettoyée, calmée, remise en état. Cela est extrêmement important. Récemment encore, je voyais au cystoscope un malade, dont la vessie était absolument saine. Le malade était venu en octobre 1936 pour des phénomènes de cystite avec hématurie, et à ce moment le résultat de la cystoscopie avait fait conclure à une tumeur maligne, que l'on fulgura pour arrêter les hémorragies. Or, après sonde à demeure, lavages, quelques semaines plus tard, on constatait simplement l'existence de trois polypes, et aujourd'hui la vessie n'a plus aucune lésion. Il faut donc beaucoup se méfier de ces vessies intolérantes, saignantes, suppurantes, les lésions réelles pouvant se trouver totalement transformées par l'inflammation.

En présence de semblables aspects, quels sont les diagnostics que nous pouvons envisager et comment arriver à distinguer les tumeurs d'autres affections qui peuvent les simuler ?

Il est tout d'abord un diagnostic souvent délicat, c'est celui du *polype vésical* ; il existe des cancers de la vessie qui se présentent comme de véritables polypes et, il faut l'avouer, il est à peu près impossible de distinguer ces tumeurs malignes, au début, papillaires, d'un papillome vrai, bénin, d'autant plus que même dans les papillomes en apparence les plus nets, nous trouvons souvent une transformation des épithéliums, qui doit nous faire penser qu'il s'agit d'un début de tumeur maligne.

Dans ces cas, on peut dire que c'est surtout l'examen histologique, qui nous permettra la distinction entre le papillome pur et l'épithélioma papillaire.

Dans d'autres cas, l'examen cystoscopique doit faire prévoir l'épithélioma. Le fait qu'une tumeur pédiculée présente en certains points un aspect lisse, non frangé, que certaines parties sont en voie de sphacèle, doit faire penser plutôt à l'épithélioma qu'au papillome. Il s'agit d'épithélioma relativement bénin et qui, du fait qu'il est pédiculé, ne présente pas la gravité des tumeurs sessiles ou infiltrées.

Beaucoup plus nettes au point de vue de leur nature sont les masses saillantes, sessiles, qui caractérisent la forme sessile. La tumeur est lisse, compacte, bosselée, de couleur très variable, et il est évident qu'il s'agit d'une néoplasie maligne.

Il faudra cependant, en présence de cette saillie, se garder de la confondre avec une *dilatation kystique de l'extrémité inférieure de l'uretère*, masse également sessile, régulière. En considérant bien la masse, on verra qu'elle est recouverte par la muqueuse, qu'elle est oscillante dans son volume, tandis que la surface de la tumeur ne présente aucun des caractères que possède la mu-

queuse, qu'elle ne se modifie pas dans son volume. Enfin, le néoplasme saigne, la dilatation peut déterminer des douleurs du rein, mais, en général, ne provoque pas d'hémorragie.

Mais, parfois, on se trouve en présence de saillies vésicales recouvertes de débris purulents entourées d'œdème et l'on pense qu'il s'agit d'un cancer, alors qu'il s'agit simplement d'*abcès vésicaux avec œdème*, avec gonflement de la muqueuse simulant absolument une tumeur. Il suffira d'une sonde à demeure, de quelques lavages, pour faire tomber cette inflammation et faire disparaître cette pseudo-tumeur. Ces faits ne sont pas exceptionnels, et le diagnostic en est particulièrement difficile. Ce ne sont que les résultats du traitement, qui pourront faire affirmer qu'il s'agit de l'une ou l'autre affection.

Je vous répète que, *dans les cas où il y a une cystite intense avec fausses membranes, débris sphacélés ou purulents, il faut savoir réserver son diagnostic*, et ne pas vouloir d'emblée se prononcer sur la nature de l'affection.



Fig. 1. — Cystographie démontrant qu'à droite existe une déformation vésicale correspondant à une tumeur.

La *tuberculose végétante* peut également simuler un néoplasme infecté. Nous avons actuellement dans le service, un malade auquel on a pratiqué en province une lombotomie, pensant qu'il s'agissait d'une tuberculose vésicale, alors qu'il s'agissait d'un néoplasme infiltrant tout le bas fond vésical. Evidemment, ce sont des cas rares ; mais il faut être prévenu de la possibilité de semblables erreurs pour étudier plus à fond les malades chez lesquels un doute est possible.

Un diagnostic, qui peut être également assez délicat dans ces vessies extrêmement purulentes et enflammées, est celui d'un *calcul* de la vessie. Certains calculs se recouvrent de fausses membranes purulentes, de débris sanguinolents et s'entourent d'un œdème vésical tel, qu'au premier abord, on pense immédiatement à la tumeur vésicale ; dans ce cas encore, il faut réserver son diagnostic et ne le préciser que lorsque la vessie aura été complètement débarrassée de tous les débris purulents ou sanguinolents, qui peuvent masquer ou la tumeur ou le calcul. La radiographie pourrait être très utile pour préciser le diagnostic.

La *cystite incrustée* peut parfaitement simuler un néoplasme encore localisé en voie de sphacèle ; même saillie recouverte de fausses membranes, dans les deux cas. La multiplicité des saillies devra faire penser plutôt à la cystite incrustée. Et cependant, il est des néoplasmes infiltrés sphacélés par place, qui peuvent en imposer absolument pour une cystite incrustée.

Les tumeurs infiltrantes peuvent être confondues avec la bilharziose, affection très rare en France, mais très fréquente dans certains pays, en Egypte, en Tunisie, etc., et les lésions de la *bilharziose*, au moins dans certaines modalités, peuvent absolument simuler un cancer infiltrant de la vessie. C'est souvent l'examen microscopique des urines, qui permettra d'affirmer qu'il s'agit de bilharziose. Encore la constatation d'œufs de bilharzia ne sera-t-elle pas toujours concluante, car nous savons que le cancer se développe souvent sur une bilharziose, et c'est le résultat du traitement de l'affection, qui permettra de formuler un diagnostic définitif exact.

Des *œdèmes* localisés dus à des lésions inflammatoires péri-vésicales peuvent également simuler le néoplasme infiltré, cet œdème déterminant du gonflement irrégulier de la muqueuse reproduit de façon absolument identique le cancer infiltrant de la vessie. Il faudra penser à ces affections péri-vésicales retentissant sur la paroi de la vessie. Le toucher rectal ou vaginal faisant constater des lésions péri-vésicales et surtout l'évolution permettront parfois d'éviter l'erreur.

Quant aux ulcérations néoplasiques, elles peuvent simuler toutes les *ulcérations* que l'on peut rencontrer dans la vessie, ulcérations tuberculeuses, ulcérations banales, ulcérations spécifiques, et le diagnostic est loin d'en être facile, si l'on s'en tient simplement à la constatation des caractères de l'ulcération.

L'examen des urines faisant reconnaître du

bacille de Koch permettra d'éliminer le diagnostic de cancer dans bien des cas, mais il y a des ulcérations simples qui, véritablement, sont extrêmement impressionnantes et simulent absolument le néoplasme. Seul le résultat d'un traitement désinfectant ou d'un étincelage et surtout la biopsie pourront faire distinguer ulcération néoplasique et ulcération inflammatoire.

Le diagnostic est véritablement si difficile parfois par la simple constatation de l'aspect cystoscopie, qu'il faut recourir à une BIOPSIE ; celle-ci sera pratiquée au moyen de pinces cystoscopiques spéciales, qui nous permettent de prélever des fragments au niveau des parties modifiées. Grâce à cette biopsie, nous pourrons affirmer qu'il s'agit de telle ou telle affection. Il s'agit d'un procédé simple, à mon avis pas assez souvent employé et qui démontre de façon absolue à quoi l'on a affaire.

D'autre part, au cas de tumeur inopérable, la biopsie permet de dire si l'on a affaire à un néoplasme radiosensible ou radiorésistant, chose capitale pour la thérapeutique à appliquer à de semblables tumeurs.

Il est des cas, où la vessie se trouve tellement enflammée que la cystoscopie devient véritablement très difficile, car la vessie a perdu la plusgrande partie de sa capacité.

S'agit-il de cystite tuberculeuse arrivée à une période très avancée ? S'agit-il d'un néoplasme ? Le diagnostic ne peut plus être fait par la cystoscopie, celle-ci étant à peu près impossible. Dans ce cas, nous avons à notre disposition la CYSTOGRAPHIE. Cette cystographie peut être pratiquée de deux façons différentes. Nous remplirons la vessie d'un liquide plus ou moins opaque et nous radiographierons le malade. Nous pourrons voir alors la vessie, que nou, ne pouvions pas explorer par le cystoscope, présenter une forme anormale ; la cavité vésicale au lieu de se présenter comme un ovale ou un cercle à peu près régulier, apparaîtra plus ou moins échan rée au point où la tumeur existe, empêchant le liquide opaque de la remplir (*Fig.* 1).

Nous pourron, également employer un mode de radiographie au moyen du collothor, substance opaque qui imprègne les tissus au contact desquels il est mis. La vessie ayant été remplie un certain temps par cette substance, on laissera le liquide s'évacuer et l'on remplira ensuite la vessie d'air, on pourra alors voir sur le fond clair créé par l'air apparaître en noir la tumeur imprégnée de collothor (*Fig.* 2).

Ce sont des moyens qui peuvent nous donner des précisions sur le volume, l'étendue des tumeurs et même sur le diagnostic entre les infections ayant provoqué une diminution considérable de la cavité vésicale et les néoplasmes de la vessie.



FIG. 2. — Cystographie au collothor. La vessie remplie d'air apparait en clair ; la tumeur imprégnée de collothor forme une masse noire tranchant sur le blanc de la vessie.

Une exploration qu'il ne faut jamais manquer de faire dans les néoplasmes de la vessie, c'est le TOUCHER RECTAL OU VAGINAL ASSOCIÉ A LA PALPATION ABDOMINALE.

En effet, ce toucher et cette palpation nous permettront de savoir si la tumeur est encore limitée à l'intérieur de la vessie ou si, au contraire, elle a déjà dépassé ses limites, infiltrant l'espace périvésical.

Ce toucher rectal ou vaginal du reste, ne peut malheureusement nous donner de renseignements que sur les tumeurs de la partie inférieure les plus fréquentes.

Enfin, dans bien des cas, il faut se rendre compte de la VALEUR DES REINS, car les cancers des régions urétérales souvent, entourent complètement un orifice urétéral, créant du côté des reins des lésions extrêmement importantes et graves. Parfois, malheureusement, lorsqu'il s'agit de cancer du bas-fond, l'envahissement de la vessie se fait des deux côtés, les deux uretères se trouvent enserrés avec lésions de dilatation, ou bien provoquent de l'anurie progressive rapidement mortelle.

LES INSUFFISANCES DE LA PRESSION ARTÉRIELLE ET LEUR TRAITEMENT

Par le Docteur Vital-Lassance

Sous ce nom d'insuffisances de la pression artérielle, nous grouperons une série de syndromes traduisant la défaillance de la circulation sanguine, et caractérisée par l'association d'une tension anormalement basse avec des troubles d'ordre circulatoires et nerveux de gravité variable.

Ces syndromes sont restés longtemps perdus dans le grand chapitre de la défaillance cardiaque.

De nos jours, on a bien reconnu ces cas de défaillance circulatoire périphérique, pour les distinguer de l'insuffisance cardiaque proprement dite et les identifier au cours des affections les plus diverses.

Etude clinique

L'insuffisance de la pression artérielle mérite donc d'être étudiée comme un syndrome nettement caractérisé, au cours d'une série d'états morbides où il occupe une place prépondérante.

Considéré en lui-même, dégagé des symptômes appartenant aux différentes affections, dont il fait partie , le tableau clinique de l'insuffisance tensionnelle se reconnaît surtout aux chiffres bas de la pression artérielle et à un cortège de troubles bien particuliers.

Les chiffres. — Normalement, la pression artérielle oscille entre 10 et 12 cent. pour la Mx, 6 et 8 pour la Mn, la pression moyenne se plaçant en général, à un centimètre au-dessus de la minima. Ces limites peuvent être étendues, si l'on tient compte des variations individuelles, mais une maxima de 10 et une minima de 6 représentent le seuil, au-dessous duquel l'hypotension peut être rendue responsable des accidents.

Le cortège de l'hypotension est des plus caractéristiques. Ce sont avant tout, des signes d'ordre circulatoire : abaissement de la température périphérique et refroidissement des extrémités ; sensation d'engourdissement et crampes des membres ; modification de la coloration des téguments avec tendance à la stase et à la cyanose.

La respiration est précipitée et superficielle sans analogie, d'ailleurs avec la dyspnée de l'insuffisance cardiaque. Les signes d'ordre nerveux traduisent la mauvaise irrigation du cerveau : tendance aux accidents lipothymiques, aux syncopes et aux vertiges. D'autres symptômes se manifestent du côté des muscles, allant de la simple lassitude avec impression constante de fatigue et d'asthénie jusque, dans les cas extrêmes, au relâchement musculaire complet et à l'abolition des mouvements.

L'insuffisance cardiaque secondaire, vient toujours, plus ou moins rapide, accusée, s'ajouter à ce tableau. Pour compenser la déficience circulatoire et sans doute aussi, parce qu'il souffre de la mauvaise irrigation à peu près généralisée, le cœur s'accélère. Cette tachycardie à 100 ou 120 à la minute et que l'on dit « compensatrice », est constante. Le choc de la pointe est souvent violent et globuleux. Mais cet effort ne tarde pas à épuiser la résistance du myocarde et l'insuffisance ventriculaire gauche apparaît ; les bruits s'assourdissent, on perçoit un bruit de galop que Gallavardin appelle « galop d'hypotension » pour l'opposer au galop des hypertendus. Chez ces derniers, le cœur est d'ordinaire gros, énorme alors que, dans l'insuffisance tensionnelle, il reste de très petit volume. Cette insuffisance cardiaque peut aboutir à l'asystolie définitive, où les deux syndromes se superposent et où en particulier les phénomènes de congestion passive et les œdèmes s'ajoutent à la stase et à la cyanose.

Ce complexe symptomatique si bien caractérisé est facile à identifier en général, si l'on ne se laisse pas tromper par les signes d'insuffisance cardiaque, et si l'on donne aux chiffres de la pression artérielle toute la valeur qu'ils méritent.

Il est des cas où l'insuffisance tensionnelle se manifeste d'une façon brutale (syncope, états de choc), d'autres où son évolution plus prolongée reste rapide et transitoire, et d'autres enfin où elle constitue un syndrome chronique et permanent.

A) *Formes aiguës* :

La syncope est l'accident le plus fréquent et le plus intense dans la série des insuffisances aiguës de la pression artérielle. Elle relève, le plus souvent, non d'un arrêt primitif du cœur, mais d'une brusque paralysie vaso-motrice. La chute de la tension est complète puisqu'il y a arrêt de la circulation, le cœur s'arrête ; il y a abolition de la conscience et de tous les mouvements.

Son évolution est courte en général.

Dans les états de choc, l'insuffisance de la pression artérielle domine toute la symptomatologie, règle le pronostic et dicte le traitement. On l'observe dans une foule de circonstances.

Le choc traumatique est le plus complet et le plus typique. Le blessé, en état de choc, reste étendu, inerte, le visage plombé recouvert de sueurs froides, le nez pincé, les yeux cernés, répondant très faiblement aux questions. De larges plaques violacées, cyanotiques, siègent surtout sur les cuisses, le dos, l'abdomen traduisent la paralysie vaso-motrice. Le pouls est petit, filant,

fortement accéléré, sans élévation de la température ; la tension très basse est de 6 cm. ou 7 cm. pour la maxima, la minima est à peine appréciable. Les bruits du cœur sont rapides, (100 à 120), très affaiblis.

Le collapsus vasculaire existe jusque dans les veines, qui sont aplaties, difficiles à découvrir, si l'on veut faire une injection intraveineuse. En revanche, le foie est gros, la rate appréciable à la percussion.

Les signes nerveux, outre une obnubilation plus ou moins accusée, sont représentés par un état de relachement et de parésie musculaire, des bourdonnements d'oreilles, des vertiges et parfois par un véritable état syncopal.

Le choc traumatique évolue de façon bien différente suivant les cas — il faut toujours en suivre la marche, le sphygmomanomètre à la main. Quand l'effondrement tensionnel est complet et persiste, on peut craindre l'aggravation générale, les symptômes et l'apparition d'un véritable coma.

Le pronostic est meilleur quand, progressivement, la pression remonte vers la normale.

Le choc opératoire est à redouter dans les grandes interventions abdominales, ou intracraniennes, que l'on doit pratiquer en surveillant toujours la pression. Dans tous ces cas, le traumatisme chirurgical se complique de l'action toxique des anesthésiques, et Desmarest a bien montré la nécessité de prévenir ces accidents ou de les traiter d'urgence. Il a pour cela, obtenu les meilleurs résultats en utilisant le Pressyl.

Les manifestations du choc opératoire sont identiques à celles, que nous avons décrites à propos du choc traumatique, ainsi d'ailleurs qu'à celles qui constituent le *choc obstétrical*, conséquence possible des accouchements laborieux et des hémorragies utérines abondantes.

Le collapsus cardio-vasculaire des maladies infectieuses peut apparaître au cours des formes prolongées et graves des toxi-infections. A côté de la diphtérie, de la scarlatine, du choléra, les cas les plus typiques s'observent dans la fièvre typhoïde. Il est la reproduction exacte du choc traumatique. Il en est de même du *collapsus des intoxications*, (arsenic, chloroforme, champignons, les barbituriques).

Le collapsus cardio-vasculaire du diabète se présente dans des conditions un peu spéciales.

Il peut survenir au cours du coma diabétique banal et se caractérise par l'abaissement parfois extrême de la pression, par la tachycardie et par un collapsus cardiaque très grave rebelle à l'action des toni-cardiaques. C'est un accident d'ordre toxique, acidosique.

Son pronostic est rapidement fatal et demande une thérapeutique urgente et puissante.

On a décrit chez les diabétiques, un état de collapsus cardiaque pouvant d'ailleurs aboutir à un état comateux, sans acidose ; il s'agit d'un cœur primitivement touché par l'éthylisme, l'obésité ou l'hypertension, sans que le diabète soit directement en cause.

De ces faits, il est utile de rapprocher le *choc insulinique*. L'insuline peut, à doses trop élevées, produire des accidents analogues au choc histaminique des physiologistes, déterminés par une paralysie des vaso-moteurs et se traduisant par un état de collapsus (coma hypoglycémique).

Le choc anaphylactique représente une forme extrêmement fréquente d'insuffisance tensionnelle. Au cours des états de sensibilisation et, en particulier au cours des accidents sériques, précoces ou retardés, le collapsus cardio-vasculaire est d'ordinaire très accusé. Quand on les observe, soit immédiatement après l'injection d'un sérum, soit au cours de la maladie sérique, dans un délai qui dépasse rarement huit à dix jours, le fait capital est encore une fois la chute brusque de la pression avec son cortège de pâleur, d'angoisse et de syncopes à répétition qui pourraient être définitives sans un traitement énergique.

Des accidents cardio-vasculaires à forme hypotensive s'observent avec une extrême fréquence au cours des chocs atténués dont sont victimes si souvent les malades sensibilisés. L'anaphylaxie alimentaire ou médicamenteuse explique la répétition presque journalière de ces chocs. Chez la femme, on peut observer en outre une forme extrêmement commune, qu'on a décrit sous le nom de *choc cataménial*. Provoqué par la résorption d'une partie quelquefois infime du sang des règles, ce choc se traduit par une foule de malaises que l'on se contente d'étiqueter dysménorrhée, et où domine l'insuffisance tensionnelle avec pression basse, pouls petit et rapide, fatigue, angoisse et sensation d'extrême faiblesse pouvant aller jusqu'à la défaillance. Si l'on pense alors à la défaillance cardio-vasculaire une thérapeutique rationnelle procurera de meilleurs résultats qn'un traitement exclusivement gynécologique.

B) *L'insuffisance tensionnelle chronique ou permanente* ou bien est *symptomatique*, se rattache très nettement à une affection bien déterminée, ou bien est primitive, « essentielle », constituant, par elle-même, ce syndrome ou mieux cette « manière » d'être appelée hypotension constitutionnelle.

L'insuffisance tensionnelle durable symptomatique est bien connue. Dans la *convalescence des maladies infectieuses*, de la fièvre typhoïde en particulier, on voit souvent, pendant un temps plus ou moins long, la tension rester basse, le pouls rapide et agité, le cœur sourd, en même temps que persiste un état de faiblesse pénible avec pâleur, asthénie et fatigabilité extrême. Les affections chroniques à *tendance cachecti-*

sante, la tuberculose, le cancer, les longues suppurations, etc., s'accompagnent toujours d'une insuffisance de la pression artérielle avec déficience circulatoire souvent progressive. Dans certains cas douteux de cancer, de tuberculose, d'anémie pernicieuse, cette hypotention devient symptomatique ce suffit à confirmer un diagnostic hésitant.

Parmi les *affections endocriniennes* responsables de l'insuffisance de la tension artérielle, l'insuffisance des capsules surrénales est au premier rang. Nous n'insisterons pas sur sa forme la mieux caractérisée, la maladie d'Addison, conséquence d'une tuberculose des capsules surrénales, et où l'hypotension et l'asthénie constituent avec la mélanodermie le trépied symptomatique fondamental.

L'insuffisance circulatoire a été encore signalée dans des états dysendocriniens dépendant de l'hypophyse, du pancréas de la thyroïde : l'hypotension des myxœdémateux est bien connue.

L'hypotension permanente constitutionnelle, [angio-hypotonie (Ferranini) hyposphyxie (Martinet), hypotension artérielle d'allure idiopathique (Lian et Blondel)], relève essentiellement d'une insuffisance de la pression artérielle. L'asthénie, la fatigabilité rendent le malade incapable de mener une vie active. La tendance aux syncopes ou aux simples évanouissements est la règle surtout quand la tension est soumise à d'assez amples variations.

La participation du cœur au processus circulatoire est habituelle sous forme de tachycardie, de palpitations, d'oppression. Dans les vaisseaux périphériques, prennent naissance des troubles rappelant ceux des collapsus cardio-vasculaires aigus : refroidissement et engourdissement des membres, coloration bleuâtre cyanotique des téguments.

Des troubles nerveux, céphalées, vertiges, éblouissements, éclipses visuelles même, peuvent être rapprochés des accidents identiques, observés chez les hypertendus.

L'oligurie est habituelle, parfois avec albuminurie intermittente. Celle-ci se voit surtout dans les cas nettement aggravés par l'orthostatisme.

L'évolution de ces états est souvent entrecoupée de rémission ou d'exacerbation, dont on ne peut pas toujours discerner l'origine, mais parmi lesquelles les accidents anaphylactiques divers et les règles chez les femmes jouent un rôle manifeste. Les formes graves d'insuffisance tensionnelle finissent par se compliquer de signes d'insuffisance cardiaque. La dyspnée permanente, les œdèmes et l'asystolie viscérale témoignent de la participation secondaire du cœur. Toutefois ces complications sont rares et tardives ; dans l'ensemble il s'agit d'une affection pénible par sa persistance, mais à pronostic bénin.

Etude pathogénique

Le rôle essentiel est joué par les artères et les artérioles groupées en un cœur périphérique extrêmement agissant, et par les capillaires représentant des réservoirs ou « lacs sanguins », tandis que l'intervention du cœur est secondaire.

Le cœur périphérique. — Le cœur occupait jusqu'ici, comme on l'a dit, la situation d'un monarque responsable de tous les bienfaits et de tous les méfaits d'ordre circulatoire.

On a maintenant reconnu que le barrage représenté par les lésions ou les spasmes artériels était le vrai responsable de l'hypertension. Inversement, dans les syndromes avec hypotension, c'est l'insuffisance tensionnelle des petites artères et des artérioles qui, créant une sorte de fuite, représente le chainon essentiel du mécanisme hypotenseur. Or, la fonction régulatrice du tonus artériel, appartient au sympathique. Les physiologistes ont depuis longtemps démontré l'action vaso-constrictive et vasotonique des filets sympathiques. Au cours du collapsus vasculaire ces nerfs vaso-moteurs sont en quelque sorte paralysés, il y a insuffisance vaso-motrice, insuffisance du cœur périphérique.

Les capillaires, que l'on peut comparer aux quais de débarquement des grandes voies circulatoires, peuvent, grâce à leur activité nerveuse, s'adapter aux besoins des organes. Dans certaines conditions, ils se laissent dilater, considérablement ; le sang s'y accumule, stagnant comme « en un marécage », et ces immenses réservoirs arrivent à contenir jusqu'à la moitié du sang circulant. Quand les capillaires des organes, comme le foie ou la rate, se gorgent ainsi de sang, il en résulte une véritable saignée à blanc, par immobilisation d'une masse importante de liquide. Ce phénomène a été constaté au cours des états de collapsus vasculaire, et c'est toujours une paralysie des vaso-moteurs, qui en est responsable.

Le cœur central réagit différemment devant cette fuite de la pression périphérique et cette diminution abondante du sang circulant. Il essaye d'abord de compenser l'hypotonie artérielle et la mauvaise irrigation des organes par des battements plus rapides ; la tachycardie est ainsi un des premiers signes de l'insuffisance tensionnelle.

Mais, comme une pompe tournant à vide, il s'épuise vite dans ce travail ; de plus, il souffre plus que tout autre organe de l'ischémie qui lui est imposée car les coronaires ne peuvent pas le nourrir assez richement. Pour ces deux raisons le cœur central ne tarde pas à suivre dans sa défaite, le cœur périphérique, et ainsi se constitue la dernière étape de l'insuffisance tensionnelle — celle d'insuffisance cardiaque secondaire.

Traitement

Voilà donc une série de syndromes, dont l'intérêt clinique est considérable, en raison du caractère pénible et parfois grave de leurs manifestations, et en raison de leur extrême fréquence.

Les notions nouvelles que nous venons de rappeler leur donnent, en pathologie, une place très importante, qui doit encore s'étendre à mesure que nos connaissances sur la circulation viscérale se préciseront. La thérapeutique, heureusement n'a pas attendu ces progrès souhaitables, pour nous donner les moyens de lutte efficace. Il est remarquable de voir que, pour combattre la paralysie vaso-motrice, puisque ce trouble joue le rôle essentiel dans les accidents que nous étudions, nous possédons déjà des médicaments, dont l'action pharmacodynamique apparaît véritablement spécifique.

Le premier but du traitement doit être, nous le répétons, de combattre la paralysie vaso-motrice responsable de tout le désordre circulatoire. Les agents thérapeutiques capables de répondre à cette indication primordiale sont les sympathicotoniques ou mieux les sympathomimétiques, c'est-à-dire les drogues, dont les effets sont semblables à ceux que produit l'excitation du sympathique, et, parmi ces effets, le plus net est l'effet hypertenseur.

L'un des médicaments de ce groupe, le premier en date est l'*adrénaline*. C'est le type des vaso-constricteurs augmentant le tonus des artérioles et des capillaires. Les réactions parfois violentes déterminées par les injections intraveineuses d'adrénaline, les dangers des injections sous-cutanées et l'extrême fugacité de son action expliquent les résultats décevants de cette drogue, en clinique, (Frommel).

Tous ces inconvénients n'existent pas pour les médicaments du groupe éphédrine, et pour ses dérivés, comme la *pressédrine* dont la formule est intermédiaire à celle de l'adrénaline et de l'héphédrine. Ce sont des sympathicotoniques puissants, à action prolongée, et ne déterminant jamais de la fatigue du cœur.

A ces médicaments à action périphérique prédominante sinon exclusive, il est logique d'associer les agents thérapeutiques ayant une prédominance d'action centrale, capable de relever l'excitabilité du système vasomoteur bulbaire. Parmi eux, le meilleur stimulant des centres encéphaliques de la respiration et de la vaso-motricité est le *camphre*, qui, avec les dérivés dits « camphrés », possède au plus haut degré ce pouvoir d'excitation des centres. Il détermine un effet tonicardiaque constant avec augmentation du débit du cœur et une stimulation puissante des centres respiratoires.

L'association d'un sympathicotonique, comme la *Pressédrine*, et d'un stimulant cardiaque et respiratoire, comme la *camphramine*, représente une association médicamenteuse des plus heureuses, dont l'usage large et répété convient à tous les cas que nous avons étudiés. Il est rare d'avoir une médication répondant avec autant de précision aux indications d'ordre clinique et pathogénique. Elle représente pour tous les syndromes où domine l'insuffisance de la pression artérielle, un traitement parfaitement adapté et l'un des plus utiles qui ait récemment enrichi l'arsenal thérapeutique du praticien.

BIBLIOGRAPHIE

ACHARD. — Hypotension artérielle permanente. *Le Monde Médical*, 15 août 1931.

BESSON. — Sur les propriétés vaso-motrices de la pseudo-noréphédrine. C. R. des séances de la Soc. de biol., séance du 2 mai 1936, t. CXXII, année 1936, p. 40.

BICQUEL, FROMMEL et MOZER. — L'insuffisance circulatoire périphérique. *Rev. médic. Suisse romande*, 25 IX 1935.

DESMAREST. — La valeur hypertensive du Pressyl. Soc. franç. d'anesthésie et d'analgésie, 1er mai 1937.

DUMAS. — L'insuffisance tensionnelle. *Arch. mal. du cœur*, VIII 1928.

FERRANINI. — L'angiohypotonie. *Presse Médic.* 27 V 1931.

— L'hypotension artérielle. XXe Congrès français de médecine, Montpellier, 1929.

M. LEBRÉ et BOULIN. — Collapsus cardio-vasculaire. *Presse Médicale*, 29 février 1928.

DE SÈZE. — Les sympathomimétiques en thérapeutique. *Journ. méd. français*, novembre 1936.

P. VALLÉRY-RADOT. — Pression artérielle et choc anaphylactique. Soc. de biologie, 4 juillet 1931.

Cl. VINCENT. — L'état de choc chez les blessés., *Arch. des mal. du cœur*, juin 1918.

LA PRÉMUNITION CONTRE LA TUBERCULOSE PAR LE B. C. G.

Dans un travail présenté au XIVe Congrès de l'Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord (Montréal, 7-10 septembre 1936) le Docteur A. Frappier, chef des départements de bactériologie de l'Université de Montréal, directeur des laboratoires du B. C.G. prononce un énergique plaidoyer en faveur de celui-ci.

1° *Le B. C. G. est inoffensif.*

Sur plus de 1.000 cobayes inoculés par l'auteur avec du B. C. G., par toutes les voies et à toutes les doses, dont certains ont été suivis pendant près de quatre ans, dont un grand nombre a été autopsié, *pas un seul* n'est mort de tuberculose ou de lésions suspectes.

Le produit des lésions dues au B. C. G. réinoculé à d'autres cobayes n'a jamais engendré la tuberculose.

Après vaccination les poids augmentent substantiellement et suivent la même progression que ceux des témoins non vaccinés.

Bien avant la perte de l'état allergique (décelée par cuti à la tuberculine) le B. C. G. a perdu peu à peu sa vitalité ; il fut impossible de le récupérer en culture quelques mois après la vaccinati n, malgré que l'allergie demeurât positive.

Depuis un an il a été observé dans divers laboratoires que les lésions épiploïques des cobayes inoculés par voie intra-péritonéale sont moins volumineuses et encore moins fréquentes. Ce qui ferait supposer une diminution de virulence ; nous sommes donc loin de la récupération de virulence dont certains ont parlé.

Sur plus de 10.000 vaccinations humaines pratiquées au Canada, pas une seule fois le B. C. G. n'a été pris en défaut.

Jamais on n'a pu prouver *scientifiquement* un seul cas de mort par tuberculose ou autre maladie attribuable au B. C. G. ; du reste tous les cas rapportés contre le B. C. G. donneraient, d'après un observateur anglais indépendant, Kayne, un pourcentage de 1 pour 15.000. Pour répondre à l'objection qui décrit des cas de méningite tuberculeuse à bacilles bovins constatés chez des enfants vaccinés au B. C. G. et sans contact connu, on peut rappeler qu'à Toronto, où l'on n'utilise pas le B. C. G., on a trouvé une proportion de 3,32 % de tuberculoses d'origine bovine dont 1 /10 étaient des méningites. Si des enfants sont morts de cause inconnue quelques jours après vaccination par le B. C. G., comme l'autopsie n'a rien révélé, comme d'autres nourrissons avaient reçu impunément la même émulsion comme les animaux témoins sont restés saufs, il faut admettre la mort subite inexplicable, bien connue des pédiâtres.

2° *Le B. C. G. est efficace.*

Il immunise de façon appréciable l'animal d'expérience.

Rankin, de l'Université d'Alberta, a procédé à trois genres d'expériences. Dans une première série il vaccine un lot de bovins et, au bout d'un certain délai, les inocule avec une dose moyenne de bacille tuberculeux virulent capable d'engendrer une tuberculose évolutive et mortelle chez la plupart des témoins non vaccinés. Après une période raisonnable d'observation, il sacrifie les animaux vaccinés et les témoins, tous tenus dans les mêmes conditions et compare l'extension des lésions tuberculeuses ; 80 % des bovins vaccinés ne montrent aucune lésion macroscopique à l'autopsie, 95 % des témoins montrent d'abondantes lésions macroscopiques.

Dans une deuxième série d'expériences, au lieu d'inoculer les microbes virulents aux vaccinés, ceux-ci sont mis en contact avec des animaux tuberculeux. Passé un délai convenable, 68 % des vaccinés sont indemnes de toute lésion macro et microscopique, 72 % des témoins ont des lésions macroscopiques.

Dans une troisième série enfin, Rankin s'efforce de transformer un troupeau tuberculeux en troupeau sain. Sans changer quoi que ce soit au mode d'existence, ni à l'habitat des animaux, sans modifier les méthodes usuelles d'élevage des jeunes, il se contente de vacciner les nouveau-nés dans les quinze premiers jours de la vie et les revaccine chaque année.

Le Docteur Frappier lui-même a poursuivi des expériences sur des cobayes, animaux connus pour leur susceptibilité vis-à-vis de la tuberculose et aussi pour leur aptitude très relative à contracter un état d'immunité. Deux lots de 50 cobayes chacun ont été constitués. Un de ces lots constituait le témoin ; dans l'autre les animaux ont été vaccinés par diverses voies. 81 jours après la vaccination, les 100 animaux ont été inoculés par voie sous-cutanée avec 1 centimillionième de gramme de bacilles virulents. Chez les vaccinés la mortalité est retardée, elle est diminuée et les lésions sont constamment moins étendues.

Quel est le degré ? Quelle est la durée de la résistance conférée par l'immunisation ?

Dans l'expérience sur les cobayes, celle-ci a fléchi nettement vers le cinquième, ou sixième mois après l'inoculation d'épreuve, soit le huitième, ou neuvième mois après la vaccination.

Chez les bovins, l'état de prémunition solide dure au moins un an ; chez les lapins environ six mois.

Chez l'homme, d'après Debré, la résistance pourrait se prolonger cinq ans après une vaccination correctement faite mais il faut savoir que les réactions à la tuberculine ne mesurent pas théoriquement la durée de l'immunité. Il faudrait préciser aussi si les doses et les voies d'introduction du vaccin n'ont pas quelque influence sur la durée de l'immunité.

Quant à la mesure de l'intensité de la résistance, si elle est réalisable chez l'animal par introduction d'une dose mesurée de bacilles, il faut, chez l'homme, se résoudre jusqu'à présent à raisonner sur des statistiques ; reste à les faire aussi rigoureuses que possible.

Il y a des échecs ; et il y a des erreurs. Des échecs tenant à la nature même du sujet observé et échappant au contrôle de celui-ci ; et des erreurs qu'il convient de mettre au compte de l'agent vaccinateur mais pas au débit du vaccin.

Première cause imprévisible d'échec : le sujet est déjà parasité soit par le bacille soit par le virus filtrant : le vaccin vient trop tard. Autres causes : le sujet reste inimmunisable, même par des administrations répétés de B. C. G. ; ou bien il s'infecte de façon si virulente ou si répétée que la meilleure immunité succombe.

Parmi les erreurs évitables et à éviter : contamination et mauvais dosage du vaccin (catastrophe de Lubeck) ; usage d'un vaccin périmé (après dix jours le B. C. G. ne vaccine plus ; c'est pourquoi on ne peut constituer de dépôts) ; l'enfant a vomi son vaccin : si l'on n'a pas réadministré les doses perdues il ne peut être compté comme vacciné ; le vacciné est exposé au contage avant d'avoir constitué son immunité, c'est-à-dire avant six semaines. Dernière erreur, et capitale : négliger d'entretenir l'immunité par des revaccinations, puisqu'il est certain que le B. C. G. s'élimine au bout d'un certain temps et que l'immunité non entretenue faiblit, disparaît.

De cette notion le Docteur Frappier passe à une vue conjecturale sur l'avenir des enfants vaccinés au B. C. G. Large fresque qui ne se cache pas d'être une hypothèse mais qui tient compte, en tout cas, des dernières acquisitions de la pathologie générale.

Ou bien l'enfant vacciné demeure à l'abri de la contagion ; son B. C. G. une fois éliminé il redevient un sujet neuf et, à moins de revaccination, capable de faire au premier contact virulent, une primo-infection.

Ou bien l'enfant vacciné vit avec des tuberculeux ; il ne redeviendra jamais négatif à la tuberculine car, en plus du B. C. G., il a récolté du bacille virulent. Il résiste et de la façon suivante prouvée expérimentalement : les bacilles infectants sont d'abord fixés *in situ* puis éliminés plus ou moins lentement sur place ou par les voies d'excrétion naturelles. Peut-être aussi s'en fixe-t-il quelques unités dans l'organisme ; elles renforcent alors l'immunité et l'allergie. A mesure que le B. C. G. s'élimine, ces petites doses le remplacent au maintien de l'immunité ; le sujet fait en somme, une primo-infection paucibacillaire et, grâce à elle résiste aux réinfections tout comme l'adulte. Mais l'ancien vacciné garde cet avantage que la primo-infection ne l'aura pas atteint en terrain vierge, que ce qui en persistera sera probablement minime et peu susceptible de dégénérer en infection endogène fatale.

Vacciner seulement les enfants nés de parents tuberculeux est une erreur funeste. Puisque le B. C. G. est inoffensif, puisqu'il est efficace, puisque la majorité des adultes réagissent à la tuberculine et puisque l'autopsie révèle des lésions tuberculeuses chez presque tous les individus, passée la trentaine, il convient de vacciner le plus grand nombre possible de nouveau-nés et, parmi les adultes, les plus exposés : étudiants en médecine, garde-malades, s'ils ne réagissent pas à la tuberculine.

Le Docteur Frappier, un tenant convaincu et passionné du B. C. G., s'indigne du mot qu'il a entendu d'un adversaire de Calmette « A la mort de Calmette le B. C. G. tombera dans l'oubli ». La prédiction semble bien actuellement en voie de se réaliser. En France du moins. Mais quarante-huit pays sont engagés dans l'étude et l'application du B. C. G. ; chaque année le nombre de vaccinés augmente par centaines de milliers. Aux Etats-Unis, où le B. C. G. fut d'abord violemment combattu, les gains des dernières années font présager une généralisation relative et prochaine. L'an dernier à Chicago, la vaccination fut entreprise sur une grande échelle.

Telle est la substance d'un article extrêmement fouillé où le Docteur Frappier, de l'Université de Montréal, dit sa foi dans le B. C. G. Il fait entendre un son de cloche que, effectivement nous n'entendons plus guère depuis que Calmette est mort. L'on peut dire qu'aujourd'hui neuf sur dix des communications et des articles relatifs au B. C. G. racontent ses échecs ou ses dangers. Et les praticiens sont certainement peu enclins à utiliser un remède qu'on leur vante de cette façon.

A la lumière d'un travail aussi consciencieux que celui-ci il est permis de penser que la question a besoin d'être remise sur le chantier. Certes en matière de science (comme, du reste, en toute autre) le chauvinisme est haïssable. Mais il est singulier que, sur quarante-huit pays occupés à étudier une découverte française, la France se distingue par l'ardeur de son dénigrement.

G. Lavalée.

LA CLINIQUE AU GOUT DU JOUR

Encore le danger des furoncles de la face

d'après les Professeurs TERRACOL, LAMARQUE et J. BALESTIE (1)

LEUR DÉLIMITATION ANATOMIQUE : SECTEUR DE GRAVITÉ, SECTEURS DE SÉCURITÉ

Les furoncles dangereux sont situés dans une zone bien délimitée de la face ; ils correspondent à toutes les infections staphylococciques de l'appareil pilo-sébacé de la région *médio-faciale.*

Cette région est axée par une ligne, qui commence sur le front au-dessus de l'angle interne de l'œil, suit la racine du nez, le sillon naso-jugal, l'aile du nez, la lèvre supérieure, puis descend sur la lèvre inférieure au voisinage de la commissure, enfin vers le pli sous-commissural. *Cette ligne est parallèle à la direction générale de la veine faciale.* Or, la faciale s'anastomose avec la veine ophtalmique, affluent du sinus caverneux, par l'intermédiaire de la veine angulaire. Un furoncle, développé sur le trajet de la veine faciale sous-entend donc immédiatement la phlébite de la veine faciale, et par le mécanisme de la continuité la *phlébite du sinus caverneux.*

La région qui comprend : la ligne frontale médiane, la moitié interne des sourcils, la zone jugale antérieure, l'aile du nez, la lèvre supérieure, constitue donc un *secteur de gravité.* Dans celui-ci tout furoncle sera considéré comme redoutable et exigera une thérapeutique particulière.

Par opposition à cette zone, il est des *secteurs de sécurité* : notamment la pointe du nez, qui, dans la très grande majorité des cas, n'est jamais dangereuse, sauf fautes thérapeutiques.

LES MANŒUVRES NÉFASTES : LA REDOUTABLE EXPRESSION DIGITALE

Des observations recueillies en grand nombre, il ressort deux points importants à retenir :

1° Tout traitement offensant, dirigé « *in situ* » contre la lésion, *augmente* toujours fortement les chances de complications graves.

2° Tout traitement offensant, dirigé « *in situ* » contre la lésion, qui a provoqué la complication phlébitique et septicémique, *n'atténue en rien* la gravité de la complication, et *exacerbe* la lésion locale, génératrice du désastre.

Aussi faut-il que de la thérapeutique soit exclues les manœuvres chirurgicales : pas d'incision du furoncle ; pas de galvano-cautérisation ; pas de manœuvres d'expression.

Tous les furoncles, observés en quelques années par le Prof. Terracol et suivis d'accident mortels (sept cas), ou les furoncles, qui ont finalement guéri après des infections graves, avaient tous subi des manœuvres, non pas seulement intempestives, mais coupables.

Toutes ces pratiques favorisent l'essaimage microbien. La mortalité varie suivant les auteurs entre 15 et 33 p. 100 ; sur 22 malades atteints de furoncles de la lèvre supérieure, Dittrich a noté 13 p. 100 de morts après incision.

LES MANŒUVRES PERMISES ET UTILES

Quelques principes

L'attouchement à l'iode peut être tenté dans les cas où l'on voit la lésion dans les vingt-quatre ou trente-six premières heures Cette thérapeutique n'est pas abortive dans tous les cas.

Quant aux pansements humides, il est certain qu'ils calment la douleur lancinante ; mais il est beaucoup moins sûr qu'ils abrègent l'évolution du furoncle et hâtent la maturation. Ceux-ci présentent, d'autre part des inconvénients : la macération est habituelle ; même appliqués avec des soins minutieux, additionnés de solution faiblement antiseptique (l'acide borique par exemple), l'essaimage local du furoncle est favorisé. Tout compte fait, si les pansements humides agissent sur l'élément douleur et le psychisme des malades, leurs inconvénients peuvent paraître supérieurs à leurs avantages.

Par contre, les pulvérisations chaudes à la marmite de Lucas-Championnière, pulvérisations teintées d'un antiseptique léger, ont l'avantage de procurer une sédation rapide et durable de l'élément douleur.

Le bactériophage a été proposé sous forme de bouillons-pansements, et sous forme d'injections péri-focales et intra-focales.

(1) Les roentgenthérapies, traitement de choix des furoncles médio-faciaux. *Languedoc Méd.*, avril 1937.

Ces bouillons-pansements ne sont certainement pas nuisibles. Leur utilité peut être discutée et le nombre des cas à évolution rapidement heureuse, que l'on met à leur actif est, à peu de choses près, comparable au nombre des cas qui évoluent spontanément vers la guérison rapide. Ces cas existent. Ils sont même assez fréquents, mais ne sont pas publiés, car considérés comme sans intérêt. Ce silence fausse les statistiques et les rend involontairement tendancieuses, malgré l'honnêteté certaine de leurs auteurs.

Sous formes d'injections intra- ou péri-focales, la question du bactériophage prend un tout autre aspect. On cite nombre de guérisons quasi-miraculeuses, qui ne sont pas suspectes ; malheureusement celles-ci ne surviennent pas dans tous les cas.

Mise en pratique

Il sera surtout question du traitement d'urgence. En présence d'un furoncle de la région dangereuse, le traitement doit être le suivant :

a) *Le furoncle est petit*, peu étendu, peu douloureux, sans élévation thermique accentuée :

— injections de stock-vaccin anti-staphylococcique, après avoir analysé les urines et n suivant la posologie croissante l.abituelle ; — pulvérisations avec la marmite de Lucas-Championnière ; — pansements alcoolisés au tampon imbibé d'alcool boriqué et renouvelé.

b) *Le furoncle est plus étendu, douloureux avec élévation thermique notable* ;

— Injections de propidon ; — pulvérisations et pansements alcoolisés.

En principe, tous ces malades devraient être *hospitalisés*, alités avec une surveillance rigoureuse.

Enfin, le traitement variera selon les circo-sn tances et selon la chronicité (insuline, auto-vaccin, auto-hémothérapie, etc.).

Reste la *rœntgenthérapie*, qui diminue la mortalité dans de notables proportions. Sur 206 cas de furoncles de la face. Baensch (de Leipzig) en a traité 103 par les méthodes habituelles médico-chirurgicales, et 103 par la rœntgenthérapie ; la mortalité a été de 10,7 p. 100 pour les premiers et de 1,9 p. 100 seulement pour les seconds. Les résultats sont d'autant plus satisfaisants que la thérapeutique est plus précoce.

Le Docteur Guilbert en a établi ici même (1) les heureux résultats ; dans cette étude fort savante, et en même temps pratique, il a établi les règles d'application.

(1) *Le Concours Médical*, 11 juillet 1937, page 2085.

D'une manière générale, les résultats heureux sont pour ainsi dire constants, même rapides.

Voici résumées les conclusions de tous les auteurs, qui se sont occupés de la question :

1° La *technique* est variable : radiothérapie profonde, radiothérapie moyennement pénétrante ou même superficielle. Même éclectisme pour la question des filtres. Tandis que certains travaillent avec une forte filtration de métal lourd, d'autres utilisent les rayons X à feu nu.

La question la plus importante paraît être celle de la dose. *L'emploi de faibles doses est recommandé*, sans que l'on puisse d'ailleurs fixer encore un chiffre absolu. La vérité paraît être entre 10 et 125 r.

Voici, par exemple les caractéristiques physiques qui peuvent servir de base.

Tension : 180 k. v. Distance : 30 cm.

Filtre : 5 mm. d'aluminium. Dose : 100 r.

Le champ débordera largement la zone inflammatoire. Souvent une seule application suffit, surtout si elle est précoce. Il est bon d'en faire une seconde le lendemain ; une troisième, deux jours après, est rarement nécessaire.

2° En ce qui concerne *les résultats* :

Les réactions sont différentes suivant le stade d'évolution. Au début, le furoncle peut avorter par dessication, sans suppuration. Mais si l'inflammation date de quelques jours, la suppuration apparaît. Le bourbillon s'élimine avec une étonnante rapidité. L'inflammation régionale disparaît et la cicatrisation est accélérée. Un fait n'est pas négligeable : la cicatrice est invisible.

Il faut insister enfin sur la sédation rapide des phénomènes douloureux et généraux parfois après une courte phase d'exacerbation.

En ce qui concerne le mode d'action, il s'agirait surtout de la détermination d'une réaction générale de l'organisme, qui augmenterait le pouvoir bactéricide du sérum.

La précocité de l'irradiation est un facteur important de succès ; l'action semble d'autant meilleure que l'infection ne s'est pas généralisée.

Un fait subsiste, c'est que la rœntgenthérapie à petites doses est actuellement le traitement de choix dans les furoncles médio-faciaux.

D'une manière générale, grâce au *traitement conservateur* la mortalité est tombée à 5 ou 2,9 p. 100. Le Prof. Terracol n'a perdu aucun malade, depuis qu'il l'applique ; mais tous ses patients ont été vus par lui, dès le début de l'affection.

G. FISCHER.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Place de la césarienne dans la présentation du siège chez les primipares âgées

La césarienne a une place légitime dans le traitement des présentations du siège chez la primipare âgée. La décision opératoire doit être prise de façon rationnelle ; elle dépend essentiellement de l'état de la dilatation au moment de la rupture des membranes.

Toute la difficulté consiste dans cette appréciation, qui est d'autant plus délicate qu'elle doit être faite rapidement, peu de temps après le début du travail. En effet, MM. L. Portes et M. Mayer démontrent que si l'on retarde la décision dans l'intention louable de donner le maximum de chances d'accouchement par les voies naturelles, on risque de perdre tout le bénéfice d'une thérapeutique rationnelle ; car, ou bien on est amené à opérer dans des conditions défavorables et réellement dangereuses pour la mère, ou bien on accepte d'extraire péniblement un enfant mort, ayant succombé comme on pouvait s'y attendre, au cours d'un travail lent et dystocique, ou par le fait de manœuvres d'extraction difficiles. Or, il est facile d'apprécier de façon judicieuse les risques probables que l'accouchement par les voies naturelles fait courir à l'enfant, grâce à des constatations qui peuvent être faites : déjà pendant la gestation, mais surtout pendant les premières heures du travail.

1° Au cours de la gestation, on concluera qu'il y a lieu de se méfier chaque fois que, une présentation du siège ayant été reconnue chez une primipare dépassant la trentaine, on constate : un utérus cylindrique, étroit, rigide et hypertonique ; — une attitude fixée du fœtus en siège décomplété ; — des cul-de-sacs vaginaux sans souplesse et sans profondeur ; — un bassin peu ample au détroit supérieur et d'excavation peu profonde ; — en outre, le volume important du fœtus et le défaut de souplesse des tissus périnéaux constituent des éléments supplémentaires d'aggravation. Dans ces circonstances on n'envisagera même pas les résultats à espérer d'une version par manœuvres externes presque toujours infructueuse, pénible pour la mère et dangereuse pour le fœtus.

Quand le tableau énoncé ci-dessus se trouve réalisé, il y a lieu d'adopter une attitude de sécurité : elle consiste à placer la femme dans un milieu hospitalier ou à sa proximité, de telle sorte que la décision opératoire puisse être prise sans retard, aussitôt qu'elle se trouve nécessaire. Cette nécessité d'agir rapidement apparaîtra dès que la marche du travail aura permis de fixer définitivement le choix de la thérapeutique.

2° Pendant le travail, si la rupture des membranes se fait tardivement à une dilatation avancée, il en résulte généralement une série de conséquences favorables permettant d'accepter l'accouchement par les voies naturelles avec le maximum de chances de survie pour l'enfant. En effet, en pareil cas, le fœtus n'a pas souffert jusqu'au moment où l'extraction est devenue anatomiquement réalisable ; il est évident que les chances de survie seront directement en rapport avec le respect des règles, que l'accoucheur doit observer dans les extractions du siège.

La situation se présente de façon toute différente, quand l'ouverture de l'œuf est précoce ou même prématurée. Les anomalies de la dilatation sont tout spécialement à prévoir, facilitées par la qualité fonctionnelle médiocre de l'utérus qui résulte à la fois de l'âge de la femme et de la dystrophie utérine, dont on se rappelle la fréquence. En pareilles circonstances, le moment où il convient de prendre la décision ne peut être fixé de façon arbitraire. En deux à trois heures au maximum, le col a fait la preuve de ses possibilités. Si les progrès sont francs, en ce qui concerne la dilatation et l'engagement il y a lieu de laisser évoluer ; si, au contraire, il n'y a pas de progrès net, et incontestable, il ne faut pas perdre de temps et intervenir.

Il y a toutefois lieu de temporiser un peu plus, si après la rupture des membranes le travail est torpide et peu énergique. En ce cas, toutes les chances d'un travail efficace ne sont pas exclues. Cependant, il y a lieu de ne pas temporiser de façon dangereuse, et on pourra être amené à opérer avant que des contractions énergiques ne soient apparues, si cela tarde de façon excessive, et si au bout de six à dix heures au maximum la situation est identique. (*La Médecine*, avril 1937.)

Les adénopathies trachéo-bronchiques tuberculeuses de l'adulte allergique

Le Docteur Warembourg et M. Laine, après avoir étudié les formes cliniques et anatomiques de ces adénopathies, estiment que peut-être on a

établi une distinction trop rigoureuse entre les différentes lésions, qui caractérisaient chaque période évolutive de la tuberculose. Il n'est pas tout à fait exact de dire : que ce n'est qu'à la période de primo-infection que s'observe la lésion ganglio-pulmonaire bacillaire ; que les foyers congestifs curables ne se voient qu'à la période secondaire ; que ce n'est qu'à la période tertiaire que la tuberculose pulmonaire évolue sous sa forme chronique typique.

En réalité, la clinique montre une intrication beaucoup plus complexe de ces divers faits. L'enfant le plus jeune peut faire une tuberculose subaiguë ou chronique, analogue à celle de l'adulte allergique. On observe à la période dite tertiaire de la bacillose des foyers congestifs curables, exactement semblables à ceux de la période secondaire de Rancke. Enfin, les observations rapportées montrent que, avec une grande rareté il est vrai, une tuberculose ganglio-pulmonaire ou ganglionnaire pure peut être rencontrée chez des individus indiscutablement allergiques. Ceci établit la vanité de classifications trop rigoureuses, comme celle de Rancke, qui, si elles ont l'avantage d'être schématiques et le mérite d'avoir apporté quelque clarté dans un problème obscur, sont controuvées par la réalité beaucoup plus complexe des faits. On se trouve ainsi amené à rendre son unité évolutive à la tuberculose, maladie générale et chronique dont les atteintes multiples se succèdent avec un polymorphisme dont rendent compte les innombrables combinaisons possibles entre les modalités de l'agression microbienne et celles de la réaction organique. (*Paris Médical*, 8 mai 1937.)

Contribution à l'étude clinique des syphilomes laryngiens

D'une étude fort intéressante, le Docteur R. Vial dégage les faits suivants : le tertiarisme laryngé semble diminuer de fréquence depuis une trentaine d'années. Les formes gommeuses sont exceptionnelles. Le syphilome diffus évoluant vers la sclérose interstitielle constitue la manifestation prédominante. En l'absence d'ulcérations cette variété d'accident peut passer parfois inaperçue et, plus souvent, donner lieu à des erreurs de diagnostic. Elle est facilement confondue soit avec la forme hyperplasique du catarrhe chronique, soit avec le cancer de la paroi postérieure de l'organe. Elle peut aussi, après régression, prêter à confusion avec le lupus guéri.

En raison du rôle prépondérant du processus sclérosant et du diagnostic généralement tardif, les résultats de la thérapeutique sont moins rapides et moins complets que dans les manifestations gommeuses. (*Revue Médicale de Nancy*, 1er mai 1937.)

Du réveil de la primo-infection tuberculeuse sous l'action d'une syphilis intercurrente

Le problème que pose l'étude des influences réciproques, exercées entre la syphilis et la tuberculose, reste à l'heure actuelle un des plus controversés qui soient. En se basant sur l'étude des faits rapportés jusqu'à présent, le Prof. E. Ramel (Lausanne) estime que les cas sont rares dans lesquels tuberculose et syphilis, réunies chez un même individu, donnent des symptômes cliniques manifestes de leur influence réciproque. Deux éventualités se rencontrent le plus souvent : la première concerne l'aggravation d'une tuberculose préexistante par une syphilis primo-secondaire intercurrente ; la seconde démontre sous les traits du scrofulate de vérole, l'influence stimulante de l'hérédo-syphilis, chez les candidats à la scrofulo-tuberculose. Dans la grande majorité des cas, tuberculose et syphilis paraissent évoluer chez un même individu, en toute indépendance.

Beaucoup plus souvent qu'on ne le croit, une syphilis acquise intercurrente, réveille la primo-infection tuberculeuse assoupie. Il en résulte à la peau certaines éruptions, les unes véritables hybrides, ne réagissant qu'imparfaitement au traitement antiluétique, les autres, figurées par des éruptions secondaires, voire secondo-tertiaires, à structure tuberculoïde, susceptibles de guérir complètement sous la seule action de la médication antiluétique, nonobstant leur composante tuberculeuse. Une bactériurie tuberculeuse transitoire marque souvent ce réveil passager de la tuberculose par la syphilis. (*Bruxelles-Médical*, 2 mai 1937.)

Les poussées aiguës de polyathéromatose

Il est banal de voir dans l'athérome chronique se succéder à un intervalle de quelques années des manifestations athéromateuses dans des territoires artériels bien distincts. Le Professeur C. Lian et M. F. Siguier ont montré que l'angine de poitrine évolue souvent par poussées, du fait que sur un fond d'athérome coronarien chronique se greffent des poussées aiguës athéromateuses, dont certaines spécialement intenses peuvent entraîner un infarctus du myocarde.

Ils établissent dans ce travail l'existence de poussées aiguës de polyathéromatose se manifestant par des atteintes athéromateuses multiples, se succédant à brève échéance (une à trois semaines), dans divers territoires artériels éloignés les uns des autres. Cette polyathéromatose aiguë est vraisemblablement due à une brutale exacerbation du processus autotoxique qui est à l'origine de l'athérome (dyscrasie artérielle à l'âge critique puis de la vieillesse). (*Paris Médical*, 1er mai 1937.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

La « natalité » aux Assises de médecine

(M. Henri GODLEWSKI ; 8-6-1937)

Le plan général de recherches pour ces Assises tenues dans les provinces et à Paris, sous la présidence de MM. Carnot et Siredey, comportait l'étude comparée des foyers de *surnatalité* et de *dénatalité*. Les premiers s'observent avec le plus de constance dans les milieux sédentaires et fidèles aux disciplines morales (ainsi les populations pastorales, en haute altitude). L'importance de ces foyers diminue sans cesse tandis que la dénatalité s'accuse et devient générale.

La dénatalité a deux causes majeures : la *restriction et l'avortement volontaires*, auxquelles il convient d'ajouter la *stérilité organique*.

Pour entraver les conséquences de la dénatalité, la lutte contre la mortalité infantile a réduit l'effondrement en conservant des procréateurs. Cette mortalité, fléau d'hier, ne subsiste alarmante que par places progressivement restreintes, résultat brillant dû à l'application des découvertes de la science. Le Corps médical en a été l'exécutant et le propagandiste fervent.

D'autres moyens peuvent agir comme correctifs contre la dénatalité : dans ce but, le chef de famille est à soutenir pratiquement et moralement par l'institution de la *péréquation des charges*, par des *allocations familiales*, par des *franchises exaltantes*. Pour les ressources nécessaires, M. le Doyen Merklen a proposé l'institution d'une *Caisse autonome de la natalité*, alimentée par les prélèvements que l'Etat perçoit sur les célibataires et ménages sans enfants.

Mais la proposition la plus générale et la plus souvent formulée par les médecins fut la nécessité d'une *politique de la famille*, en vue de lui obtenir le *statut légal*, fixant les droits du foyer en regard de l'individualisme, dont les lois, suivant l'expression de Renan, sont faites « pour des citoyens qui naissent enfants trouvés et meurent célibataires ».

— M. COUVELAIRE, dans la discussion qui a suivi la communication de M. Godlewski, tout en déplorant l'extension de l'avortement provoqué, craint que le travail d'une nouvelle Commission de natalité n'aboutisse à aucun résultat pratique.

— M. Ch. FIESSINGER remarque que le problème est surtout de cause morale et religieuse.

— M. BARRIER estime que l'Académie doit néanmoins faire entendre sa voix sur cette importante question, et sans se lasser.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Traitement des vertiges auriculaires par la section intra-cranienne du nerf auditif

(M. Marcel OMBRÉDANNE ; 17-3-1937)

La voie d'accès occipitale, préconisée par Dandy, étudiée et utilisée par Petit-Dutaillis pour aborder le trijumeau, permet actuellement de réaliser la section intra-cranienne du nerf auditif avec un minimum de risques opératoires et d'escompter des résultats satisfaisants.

En 1928, Dandy a publié une première série de neuf cas de vertiges traités et guéris par ce procédé. La méthode avait l'inconvénient de supprimer en même temps l'audition et le chirurgien américain fut amené pour ce motif à pratiquer une section partielle du nerf auditif n'intéressant que la portion vestibulaire du nerf et respectant sa partie cochléaire. Plusieurs auteurs, après Dandy, pratiquèrent cette opération : Cairus en Angleterre, Mackensie au Canada, Aubry et M. Ombrédanne en France.

L'opération serait indiquée dans le syndrome de Ménière résistant à la thérapeutique médicale et dans un syndrome que M. Ombrédanne qualifie de syndrome de Ménière atypique, observé chez d'anciens otorrhéiques en général, comportant cliniquement, outre les vertiges, bourdonnements et surdité plus ou moins marqués, une céphalée postérieure avec ou sans raideur de la nuque, céphalée presque constante dans les arachnoïdites ponto-cérébelleuses. L'opération (craniotomie postérieure unilatérale) permet non seulement une intervention sur le nerf auditif, mais aussi l'exploration de la région ponto-cérébelleuse.

Radiothérapie des fibromes naso-pharyngiens

(MM. G. MIGINIAC et M. ESCAT, fils ; 7-4-1937)

Les auteurs signalent un succès et un échec du traitement radiothérapique des fibromes naso-pharyngiens. Le succès concerne le malade du Prof. Escat traité par les rayons X en 1922 ; la guérison s'est maintenue jusqu'en 1925.

Dans l'autre cas, datant de 1934, la même thérapeutique n'amena aucune modification de la tumeur.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Emploi de la sériescopie pour l'examen radiologique du thorax en profondeur

(M. P. COTTENOT ; 5-3-1937)

Malgré le perfectionnement de la technique radiographique, la détermination précise d'une lésion pleuro-pulmonaire, de sa forme, de ses dimensions, de sa situation exacte dans l'épaisseur du volume thoracique, présente souvent des difficultés insurmontables par les procédés habituellement employés. La tomographie a apporté des nouvelles possibilités de précision en permettant de radiographier une coupe du thorax, qui seule apparaît nettement, les images des plans situés en avant et en arrière d'elle étant brouillées et indiscernables.

L'auteur a pu obtenir des résultats du même ordre en adaptant à l'examen du thorax la méthode de la sériescopie imaginée par Ziedses des Plantes. La sériescopie consiste à examiner, superposés sur un même négatoscope, une série de films stéréoradiographiques (au nombre de quatre), et à les examiner en les faisant glisser synchroniquement les uns sur les autres. En ce qui concerne l'examen du thorax, on se heurte à une difficulté particulière, c'est que toutes les radiographies doivent être prises au même moment du cycle respiratoire pour que les quatre radiographies soient les images d'un même objet, et que les différents points des quatre images puissent être mis en coïncidence. C'est ce que l'auteur a réalisé, grâce à son sélecteur cardio-respiratoire, qui lui permet de prendre successivement les quatre radiographies nécessaires au même temps respiratoire sur le sujet debout, avec un des appareillages radiologiques quelconques habituellement employés pour la radiographie pulmonaire.

Il semble tout à fait prématuré de vouloir opposer la sériescopie et la tomographie. Cette opposition se justifie d'autant moins que les deux méthodes ne sont que deux applications différentes d'un même principe. La sériescopie a des avantages indéniables. C'est d'abord qu'elle montre non pas trois ou quatre coupes du poumon qui ne passent pas forcément par les points les plus intéressants, mais une infinité de coupes, en sorte qu'aucun point ne peut échapper à l'examen. Chacune de ces coupes est une tomographie. Celle-ci exige un appareillage très important et coûteux, ne servant qu'à cet usage ; la sériescopie s'obtient avec tous les appareillages radiologiques habituellement employés en radiologie pulmonaire, avec l'adjonction d'un appareillage peu important constitué par un sélecteur et un sériescope. Cette méthode est ainsi à la portée des laboratoires les plus modestes.

Cancer du poumon à forme paraplégique

(MM. MONIER-VINARD et M. BRUNEL ; 12-3-1937)

La notion essentielle, qui se dégage de cette observation, est qu'un cancer du poumon ne s'est objectivé cliniquement que par une métastase vertébrale provocatrice d'une paraplégie douloureuse, et qu'à aucun moment il n'existe le moindre symptôme fonctionnel ou stéthacoustique pouvant faire soupçonner l'existence d'un cancer du poumon. En présence de la paraplégie douloureuse et de l'image radiologique du rachis, montrant l'altération de deux corps vertébraux, les auteurs ont considéré comme probable qu'il s'agissait d'un cancer vertébral. Dans cette pensée, on a exploré en vain tous les organes dont les néoplasies métastatiques atteignent fréquemment le rachis. Seules, les radiographies du thorax fournissaient un indice en montrant avec netteté une image juxta-trachéo-bronchique. Cette image n'a pas conduit à faire le diagnostic du vivant de la malade et on est resté dans une grande perplexité à l'égard de son interprétation. Seule l'autopsie pouvait élucider le problème. Aucun fait comparable ne semble exister dans la littérature.

Septicémie à pneumobacille de Friedländer

(MM. M. BRULÉ, P. HILLEMAND et R. GAUBE ; 12-3-1937)

Les cas de septicémie pure à pneumobacille de Friedländer sont rares. Chez une femme de quarante-trois ans, après une période prodromique de trois semaines, apparaît le 20 décembre un état fébrile à 40° avec céphalée et délire. Cet état ne s'accompagne jusqu'au 9 janvier, d'aucun signe, tant du côté du thorax que de l'abdomen et le diagnostic de septicémie à pneumobacille de Friedländer n'est posé que par l'hémoculture. Ce n'est que tardivement qu'on voit apparaître, le 6 janvier, un syndrome neurologique caractérisé par un facies figé et des secousses cloniques et le 9 janvier sans toux ni expectoration, un foyer pulmonaire décelé à la base droite seulement par l'examen, cela au vingtième jour d'une évolution restée torpide jusque-là ; enfin, un syndrome de néphrite avec azotémie progressive. La mort survint le 15 janvier au vingt-sixième jour de l'affection.

Dans l'ordre thérapeutique, on n'a rien obtenu ni de la trypaflavine, ni de l'auto-vaccin. Les injections de trypaflavine n'ont pu être poursuivies, en raison de l'azotémie déjà élevée de la malade.

G. F.

Les Congrès

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

XLI*e *session — Nancy (30 juin-5 juillet 1937)

Secrétaire général : Professeur P. COMBEMALE (Lille)

Rapport de médecine légale psychiatrique

Les règles à observer du point de vue neuro-psychiatrique dans l'incorporation des recrues

Par le médecin-commandant Bernard POMMÉ

Professeur au Val-de-Grâce

Les règles à envisager du point de vue neuro-psychiatrique dans l'incorporation des recrues sont variables suivant les variétés syndromiques.

Les principes sont les suivants :

1° Toute recrue trop fragile pour s'adapter à l'ambiance régimentaire doit être éliminée.

2° Verser les sujets à l'état « limite » dans le service auxiliaire, pour permettre une utilisation aussi complète que possible des soldats aptes au service armé ;

3° Nombre de recrues toutefois ayant extériorisé dans les premières semaines leurs tendances constitutionnelles peuvent être conservées dans le service armé et instruites en conséquence.

Sont nettement utilisables : beaucoup de petits émotifs (excellents à l'instruction, aptes au combat en troupe et, le cas échéant, au commandement en sous ordre, inaptes au combat individuel), les schizoïdes simples, les sujets à petite frange paranoïaque, certains petits débiles (sans grosse instabilité, ni perversion).

Pour ce qui concerne les engagés, le choix doit être plus strict en raison même du but de l'engagement volontaire et de son caractère spécial comportant la signature d'un contrat. Tenir compte aussi que la clientèle des bureaux de recrutement est formée pour une partie d'indésirables : parmi ceux-ci on trouve des cyclothymiques, des sujets présentant des troubles épileptoïdes, des petits instables et enfin des pervers. Les aventures d'adolescence de ces derniers aboutissent dans la règle à l'engagement volontaire. Les fautes militaires sont alors stéréotypées : absences illégales, ivresse et violence, désertion. Pour les pervers, l'expérience est concluante : il n'est pas nécessaire d'attendre l'épreuve du corps de troupe et une élimination prophylactique avant l'engagement est préférable.

L'auteur envisage ensuite les moyens médico-légaux de sélection : 1° demande de renseignements au commissariat du secteur territorial du futur engagé ; 2° dossier (certificat d'aptitude médical casier judiciaire et enquête de la sûreté) adressé à l'officier commandant l'unité dans laquelle le candidat désire servir.

Suivant le décret du 16 avril 1934, les jeunes gens qui demandent à souscrire un engagement d'une durée de quatre ans au moins doivent être soumis à des examens médicaux spéciaux. L'engagement est établi provisoirement et une mise en observation de six semaines à compter de l'arrivée de l'engagé au corps donne des éléments d'appréciation pour le contrat définitif. Le décret en question se préoccupe surtout de la prophylaxie de la tuberculose. La prophylaxie mentale mériterait d'y prendre place.

L'incorporation doit aussi viser à la spécialisation des jeunes recrues. Pour ce qui concerne les conducteurs de véhicules automobiles militaires et le personnel navigant de l'aviation, les conditions d'aptitude physique et mentale sont soigneusement énumérées par les textes de l'instruction ministérielle. Le choix des pilotes est particulièrement sévère. Du point de vue psychique, non seulement les instables déséquilibrés doivent être éliminés, mais aussi les hyperémotifs, car ils sont inaptes à l'action individuelle.

Malgré les bons résultats obtenus par cette méthode on peut se demander s'il n'y aurait pas lieu de faire bénéficier l'armée des progrès de la psychotechnique. La question a été envisagée au Congrès international de 1935, avec les conclusions suivantes :

Les méthodes nouvelles, dont la biotypologie est actuellement le terme le plus complet, présentent un intérêt certain pour les armées. Toutefois, jusqu'à ce que ces méthodes aient donné la pleine mesure de leur valeur, les divers renseignements qu'elles fournissent ne doivent être considérés qu'à titre d'éléments d'information.

En outre, pour les petites spécialisations des armes combattantes, une organisation nouvelle basée sur la psychotechnique, même limitée en ses applications, risquerait de perturber le recrutement de l'armée d'instruction, à une époque où il paraît préférable d'éviter en cette matière des expérimentations par trop fondamentales.

Dans l'armée de terre, « l'industrialisation » ne peut être que relative : dans toutes les armes, l'action au combat exige des remplacements immédiats sur place et dans le péril. Il doit exister, par conséquent, dans une troupe instruite, une *hierarchie des*

valeurs, bâtie à la fois sur des spécialisations électives et sur des polyvalences soigneusement développées.

Le rapporteur insiste en terminant sur l'importance du psychisme qui jouera, malgré toutes les motorisations prévues, un rôle décisif en temps de guerre. Devant le redoutable inconnu que représentent les possibilités futures de conflit, une sélection attentive et hiérarchisée des recrues du point de vue psychique est bien pour une nation comme la nôtre, l'un de ses profonds éléments de sécurité.

Rapport de neurologie

Les atrophies cérébelleuses

Par Noël Péron

Médecin des hôpitaux de Paris

Ces affections, à début insidieux, comportent différents syndromes : statique (astasie-abasie cérébelleuse), kinétique (tremblements volontaires), tonus et mouvements anormaux.

Cliniquement, on peut synthétiser l'aspect et l'évolution des atrophies cérébelleuses d'après leur forme anatomique.

Atrophie olivo-ponto-cérébelleuse (Déjerine et Thomas). — Le début est lent et progressif chez des sujets ayant dépassé 50 ans. Le syndrome cérébelleux intéresse d'abord les fonctions locomotrices, prédomine aux membres inférieurs, entravant la station debout et la marche. Au bout de quelques mois d'évolution, les membres supérieurs sont atteints, la symptomatologie cérébelleuse se complète. Il y a de gros troubles de l'écriture. La parole est très touchée. Il existe, au point de vue mental, un état d'asthénie très particulier. La démence est fréquemment notée dans les derniers mois.

L'évolution totale de la maladie est de deux ans à trois ans en moyenne.

Atrophie cérébelleuse tardive à prédominance corticale (Pierre Marie, Foix, Alajouanine). — Atrophie lamellaire (André Thomas). Astasie-abasie par atrophie vermienne de vieillard (Lhermitte).

Cette forme clinique est particulièrement individualisée au point de vue clinique par son début très tardif (le plus souvent après 55 ans) et son évolution très lente.

Cliniquement, prédominent les troubles de la statique et de l'équilibre qui sont très prononcés. Le *syndrome cérébelleux statique* est très complet et très pur : la marche devient impossible sans aide, la rétropulsion fréquente. La recherche des signes cérébelleux est surtout positive au niveau des membres inférieurs, il y a, au contraire, une intégrité relative des membres supérieurs, et les troubles kinétiques au niveau de la main sont à peine marqués, le tremblement est inconstant et son caractère intentionnel n'est, le plus souvent, qu'ébauché.

Un signe négatif de haute valeur est l'absence d'autres manifestations neurologiques, à part l'existence possible d'une extension de l'orteil signalée dans quelques cas.

L'évolution se chiffre par 10 à 20 années et certains malades succombent d'affections intercurrentes souvent 10 à 15 ans après l'apparition des premiers symptômes cérébelleux.

Atrophie olivo-rubro-cérébelleuse (cas de Lejeune et Lhermitte).

Atrophie olivo-cérébelleuse non familiale (cas de Noicá, Nicolesco, Hornet).

Atrophies cérébelleuses acquises associées.

Atrophies cérébelleuses progressives syphilitiques (Guillain et Decourt).

Le diagnostic des atrophies cérébelleuses est, en général difficile ; les atrophies cérébelleuses primitives doivent être schématiquement distinguées des autres affections neurologiques à symptomatologie cérébelleuse :

1° Les syndromes cérébelleux par lésions vasculaires ;

2° Les tumeurs du cervelet et de la fosse postérieure ;

3° Les méningo-cérébellites infectieuses ;

4° La sclérose en plaques ;

5° Les agénésies cérébelleuses, exceptionnelles ;

6° Les atrophies cérébelleuses à type héréditaire et familiales.

Rapport de psychiatrie

Etude biologique des délires alcooliques aigus

Par M. le Docteur R. Bargues

Que donnent les examens de laboratoire pratiqués dans le liquide céphalo-rachidien, les urines, le sang, au cours des délires alcooliques aigus, c'est-à-dire des paroxysmes psychopathiques aigus ou subaigus compliquant un alcoolisme chronique ?

Tous les auteurs qui ont étudié le liquide céphalo-rachidien des délirants alcooliques aigus sont d'accord pour noter le peu d'importance habituelle des modifications des principaux éléments, la rareté des réactions méningées et l'intérêt nul de cette étude en vue du diagnostic. Citons parmi les travaux récents ceux de Claude, Targowla et Lamache, de Courtois, et Pichard, d'Abadie et Pauly, de Mlle Truche, de Claude Marquin, Dublineau et Mlle Bonnard, etc... De toutes ces recherches, il résulte que les accidents mentaux aigus de l'alcoolisme chronique ne s'accompagnent pas d'ordinaire de réactions méningées biologiques. Parfois, seulement, on note une légère hyper-albuminose et une extension vers la droite de la courbe de précipitation du benjoin colloïdal, de même qu'un accroissement de la polypeptidorachie (cette dernière, souvent isolée, est indépendante de la polypeptidémie comme de l'azotémie et de l'albuminorachie).

La présence d'une réaction méningée dans les rares cas où elle se rencontre serait d'interprétation

délicate et sans doute, la signature d'un réveil par l'intoxication d'un processus morbide ancien et latent ; l'alcool aurait là une action neuropexique bien mise en évidence par Claude, Targowla et Lamache.

Les travaux de Hauptmann, Stern et Loksohina ont montré que le toxique chroniquement ingéré exercerait son action nocive sur la barrière hémato-encéphalique en la rendant plus labile, plus perméable à des produits toxiques connus ou inconnus d'origine endogène ou exogène.

Les données urinaires ne sont que le reflet des altérations somatiques et doivent être mises en parallèle avec celles de l'examen du sang.

Il faut signaler la diminution constante du volume des urines sur laquelle l'école bordelaise a longuement insisté, une rétention de l'urée, des chlorures et des phosphates avec tendance à l'acidose. Quant aux éléments anormaux, l'albuminurie est fréquente, la glycosurie spontanée de même, mais moins intéressante à étudier que celle provoquée au cours des différentes épreuves fonctionnelles. L'urobilinurie est constante et parallèle à la courbe délirante (Buchler, Binswanger, etc.). Notons enfin la présenc de sels biliaires, d'indican et bases xanthiques.

Ces modifications urinaires sont transitoires, diminuent puis cessent avec l'accès aigu dans un délai variable de quelques jours à quelques mois.

L'étude du sang constitue la partie la plus importante. La glycémie a une valeur de base très variable. L'urée sanguine suit une ascension parallèle à celle des manifestations cliniques, ascension d'ordinaire peu importante dont le taux n'a pas de valeur pronostique (Courtois). Le rapport azotémique est, en général, faiblement diminué ; la polypeptidémie légèrement augmentée, sans rapport avec la polypeptidorachie.

La bilirubinémie est accrue dans le delirium tremens et revient à la normale de deux semaines à deux mois après l'épisode aigu (Bostroen, Binswanger, Puyuelo), etc. Les épreuves d'hyperbilirubinémie provoquées révèlent des altérations importantes du métabolisme de ce corps.

La vitesse de sédimentation des hématies est toujours augmentée. L'image sanguine (Sukow, Streltschuk, Lindsromm, Puyuelo...) est altérée : diminution des hématies, hyperleucocytose avec neutrophilie, etc...

Dosé par la méthode de Nicloux, le taux alcoolique de l'urine, du sang, du liquide céphalo-rachidien est indépendant de l'éclosion de l'accès aigu, du moins dans la généralité des cas. Pour qu'il soit élevé, il faut que le sujet ait fait récemment des libations exagérées. Le plus souvent, la présence d'alcool est faible ou nulle et on a même pu voir un accès aigu survenir au moment où l'alcool disparaissait du sang.

Comparant les courbes du métabolisme de l'alcool chez les sujets abstinents et chez les alcooliques chroniques, on ne trouve pas de différence notable.

Le tableau biologique des délires alcooliques aigus est, en somme, analogue à l'état bio-chimique de l'intoxication alcoolique chronique. D'ailleurs, il n'existe pas de délire alcoolique aigu sans substratum d'alcoolisme ancien. Tout ce qui ne répond pas à cet axiome constitue, soit une ivresse délirante, soit une psychose de nature quelconque.

Conclusions. — Les examens de laboratoire dans le sang et les urines et notamment les épreuves fonctionnelles mettent en évidence de façon constante chez les délirants alcooliques aigus, un syndrome d'insuffisance hépatique importante et globale, c'est-à-dire portant sur toutes les fonctions du foie : biliaire, cromagogue, glycorégulatrice, antitoxique, sanguine, métabolisme des protides et des matières grasses. Cette insuffisance est nécessaire à l'éclosion du délire et ne s'associe pas d'ordinaire à des altérations massives d'autres organes. En même temps, qu'elle lèse profondément le foie, l'intoxication alcoolique chronique altère la barrière hémato-encéphalique et facilite par neuropexie au niveau de l'encéphale et des méninges le réveil d'infections latentes.

P. Lacroix.

Les livres qui viennent de paraître....

Editions Adyar,
4, square Rapp, Paris VII[e]

Georges Barbarin. — **Le livre de la mort douce.** Un vol. 238 pages. Prix : 15 fr.

Editions de la Médecine mondiale,
5, rue Jean-Baptiste Dumas, Paris

Les stations hydro-minérales et climatiques du monde. — Tchécoslovaquie. Un vol. 122 pages, avec illustrations.

Edition : 35, rue de la Harpe.

Guide Sanita, illustré, 500 maisons de santé, cure, sanas, maisons de repos-convalescence, maisons d'enfants et d'adolescents, cures thermales. Gratuit (timb. 0,50), 35, rue de la Harpe, Paris (V[e]).

Les Thèses

P. — Dr B. Mouras. — **Les anémies pernicieuses. Contribution à leur traitement par un extrait opothérapique combinaison des méthodes de Whipple et de Castle.** (Thèse 1937.)

La thèse du Docteur Mouras apporte une contribution intéressante au traitement des anémies pernicieuses, et aussi à celui de toutes les anémies moyennes et légères qui sont de beaucoup les plus fréquentes.

L'auteur passe d'abord en revue les méthodes de Whipple, et de Castle (administration d'extrait de muqueuse gastrique du porc). Il montre ensuite les excellents résultats que peut procurer une combinaison des deux méthodes, résultats supérieurs à ceux de l'une d'elle employée seule et à leur simple association.

Des diverses combinaisons, mises au point par M. J. Gautier, et expérimentées dans ses laboratoires, l'une d'elle, nommée extrait buvable antianémique no 3 (ou hémopylore) a paru présenter le maximum d'avantage et d'activité.

Le Docteur Mauras a expérimenté cette préparation dans les services du Professeur Loeper, à l'hôpital Saint-Antoine, du Professeur Carrière à l'hôpital Saint-Sauveur de Lille, du Professeur Mauriac, à l'hôpital Saint-André et dans celui du Professeur Cruchet, à l'hôpital-hospice des Enfants de Bordeaux.

Il conclut à son action constante et à une élévation rapide du nombre des hématies qui peuvent passer de 1 à 2, 3 millions et plus en peu de jours.

Dans des cas où extrait hépatique et extrait gastrique avaient échoué, l'extrait anti-anémique no 3 a donné des résultats satisfaisants, cet extrait n'étant pas un simple mélange associant les méthodes de Whipple et de Castle, mais une combinaison, réalisée par une technique spéciale.

Observation (service du Prof. Carrière) : Malade de 59 ans, atteint d'anémie pernicieuse cryptogénétique avec syndrome de Riessen Russel.

Du 12 septembre au 2 octobre, le patient ne reçoit aucun traitement de son anémie autre que le repos et une nourriture substantielle. A cette dernière date, le nombre d'hématies est toujours de 1.200.000.

Puis, pendant un mois, il absorbe trois ampoules le matin et trois ampoules le soir d'extrait buvable antianémique (extrait no 3).

Le nombre des globules rouges passe successivement de 1.200.000 à 1.320.000 — 1.850.000 — 2.200.000.

Soit un acquit de 1.000.000 de globules rouges en quatre semaines.

A son retour, une numération globulaire décèle un nombre de globules rouges encore légèrement augmenté : 2.350.000.

Du 23 novembre au 14 décembre, il reprend son traitement anti-anémique et le nombre de ses hématies passe de 2.350.000 à 3.000.000 3.200.000 et 3.700.000 le 14 décembre.

L'extrait en question, ajoute l'auteur, met entre les mains du praticien un moyen simple et efficace de traiter les anémies graves, essentielles ou cryptogénétiques, les anémies de Biermer s'accompagnant d'achylie ; dans les anémies légères ou graves dues à un dysfonctionnement endocrinien, ce mode de traitement pourra venir aider le praticien comme complément thérapeutique au moyen habituellement employé.

P. — Dr N. Lerich. — **Problèmes d'hygiène posés par la protection collective contre les gaz de combat.** (Thèse 1937.)

L'auteur a cherché à mettre en relief les avantages et les inconvénients du *milieu clos* et de la *ventilation forcée* en circuit ouvert, accentuée jusqu'au *milieu nettement surpressé.*

Le système d'un *milieu clos*, avec protection simultanée contre les trois périls, toxique, explosif et incendiaire, est en principe préférable, mais en fait difficilement réalisable en raison du prix prohibitif des installations qu'il exige et de l'impossibilité d'effectuer facilement des entrées et des sorties, ce qui en limite beaucoup l'emploi.

L'utilisation d'un *milieu surpressé* ou simplement *ventilé* par appel d'air, filtré à volonté, se prête à un nombre beaucoup plus grand d'organisations défensives ; le choix judicieux d'un appareil de filtration complétant le ventilateur assure l'efficacité de ce système, dans les limites où la protection individuelle contre les toxiques peut elle-même être assurée par une cartouche filtrante.

La *protection des aliments*, l'*évacuation des déchets*, la *détoxication des locaux* et de leurs abords, sont autant de problèmes connexes dont l'étude montre combien la lutte contre les gaz a besoin d'être envisagée à l'avance avec calme et réflexion.

P. — Dr A. Thimonnier. — **Traitement de quelques affections cutanées par le bactériophage.** (Thèse 1937.)

Pour maintenir le bactériophage au contact des lésions cutanées, l'auteur l'a inclus dans un excipient : la lanoline.

Cette méthode thérapeutique a paru profitable aux malades atteints de certaines affections cutanées, pyodermites, furoncles, dermo-épidermites, sycosis, phagédénisme, etc...

La difficulté du traitement réside dans sa technique délicate et les manipulations de laboratoire qu'elle nécessite.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

TRAVAUX ORIGINAUX

Bulletin de l'Actualité

LA CHIRURGIE DE LA DOULEUR (1)

Le livre que le Professeur Leriche vient de publier en réunissant les leçons qu'il a faites l'an dernier au Collège de France, n'intéresse pas seulement le chirurgien comme son titre pourrait le faire croire, il s'adresse à tous les membres du Corps médical, quelle que soit leur activité, leur spécialisation, leur formation et il est bien dans la ligne et dans l'esprit de cet enseignement que cherchait à répandre Charles Nicolle de sa chaire magistrale.

Si la douleur est de tous les jours dans le corps de l'homme, nous ne savons d'elle que bien peu de chose et peut-être, comme le remarque notre éminent maître, l'a-t-on trop exclusivement étudiée, comme on le fait des choses mortes, à l'aide d'autopsies et de coupes microscopiques. On a ainsi tracé de l'appareil de la douleur, un schéma valable en toutes circonstances, avec ses récepteurs, ses fibres conductrices, ses centres élaborateurs, et auquel il manque les reflets perpétuellement changeants des mouvements de nos humeurs et tout ce qui donne à toutes les réalités organiques leur tonalité propre.

Or, l'individuel a une part considérable dans la genèse et dans l'entretien de la douleur physique, la sensibilité physique varie d'un sujet à un autre, elle varie avec les races, elle varie avec les époques.

Abordant ainsi l'étude du problème, le Professeur Leriche, en chirurgien qui a beaucoup observé, note la part immense des mouvements de la vaso-motricité dans l'apparition et la violence de la douleur et la possibilité qu'on a de la faire disparaître en infiltrant à la novocaïne, le sympathique correspondant à la région douloureuse.

Comment agit cette infiltration ? Elle suspend l'activité tonique du nerf, elle supprime pour quelques heures, pour quelques jours, les possibilités de vaso-constriction dans un territoire donné, en y établissant un régime de vasodilatation active.

Mais le système sympathique n'est pas tout, et quantité d'autres facteurs doivent avoir leur place si mal défini que soit encore leur rôle. C'est par une analyse minutieuse des faits qu'on arrivera peut-être à concevoir une chirurgie de la douleur établie sur des données solides, c'est la méthode féconde qui a déjà permis au Professeur Leriche, de faire de la sympathectomie périartérielle, de l'artériectomie, de la ramisection, des opérations bienfaisantes, et de nous doter de l'infiltration novocaïnique directe des chaînes sympathiques, dont l'action efficace se répand tous les jours dans tous les domaines.

Je n'aurai pas le mauvais goût d'essayer de résumer, pour en donner au lecteur une idée imparfaite, les dix-neuf chapitres du livre. Les cours du Professeur Leriche ne se retiennent pas, ils sont si pleins d'idées neuves, ils soulèvent à tout propos tant de lumière sur des chapitres qui nous paraissaient obscurs que c'est la pensée même du maître qu'il faut suivre, là où il lui plaît de nous entraîner avec lui.

Dans les premiers chapitres, ce sont les névralgies du trijumeau et les algies de la face, dont Leriche nous trace le douloureux tableau, nous montrant leur évolution progressive, en dépit des accalmies dont le motif nous échappe, pour aboutir à des crises dont l'intensité et la fréquence peuvent conduire au suicide.

La neurotomie peut arrêter ces évolutions terribles et c'est tout le traitement chirurgical de la névralgie faciale avec ses avantages, ses complications, ses contre-indications que l'auteur nous expose.

L'étude des algies diffusantes post-traumatiques est à lire et à méditer par ceux d'entre nous qui voient partout des simulateurs et n'envisagent les traumatismes et leurs séquelles que comme une suite de réactions parfaitement connues, alors qu'au contraire le rapport de l'accident et de ses conséquences tardives, reste un des chapitres les plus obscurs de nos connaissances. La lecture de ce chapitre a évoqué en notre esprit quelques accidentés du travail, atteints de ces algies diffusantes et certainement sincères qu'expertises et contrexpertises ont finalement éboutés et qui continuant à se plaindre n'ont

(1) R. Leriche. — La chirurgie de la douleur. Un vol. 426 pages. Masson et Cie.

même point eu la consolation d'être crus de bonne foi.

Nous avions entendu la très belle conférence sur les douleurs des moignons d'amputation qui fut faite à la Faculté aux médecins de réserve par le Professeur Leriche, il y a quelques années, tous ceux qui en ont gardé le souvenir reliront avec intérêt les pages consacrées aux illusions des amputés, à l'hyperesthésie douloureuse des moignons, aux douleurs persistantes du membre absent.

Si difficiles que soient les thérapeutiques, il est hors de doute qu'un grand nombre d'amputés ont vu leurs douleurs s'améliorer en suivant les directives qui nous sont données.

La description d'un certain nombre de syndromes douloureux, en particulier celui constitué par la présence d'une côte cervicale, ou par l'anomalie d'insertion costale d'un scalène antérieur, nous amène à étudier la douleur dans les crises vaso-constrictives pures et leurs conséquences, les gangrènes par spasme.

Le traitement de la maladie de Raynaud par la sympathectomie péri-artérielle que dès 1913 Leriche avait conseillée, sans trouver aucun écho, nous montre qu'il est souvent bien difficile de lutter contre l'esprit traditionnaliste qui est souvent l'esprit deroutine; d'ailleurs, combien, en dépit des succès publiés, y a-t-il encore aujourd'hui de maladies de Raynaud qui restent sans traitement, considérées comme incurables.

Les conférences consacrées à l'artérite juvénile et à l'angine de poitrine constituent bien le point culminant de l'essai tenté par Leriche pour agir chirurgicalement sur une douleur dont la gravité est telle que dans l'artérite juvénile, elle est liée à la thrombo-angéite et par conséquent au supplice d'être amputé successivement d'un pied, d'une jambe, d'une cuisse et d'assister à sa lente disparition, alors que dans l'angine de poitrine la douleur angoissante est l'avant coureur de la mort par fibrillation ou par infarctus.

Reprenant l'idée d'Oppel, Leriche pense que la surrénale joue un grand rôle dans la production de l'adénite juvénile ; l'élément spasme est diminué par la suppression d'une surrénale, et des réussites extraordinaires ont permis de constater l'action de l'intervention sur la suppression des douleurs, la cicatrisation des ulcérations, l'amélioration de la trophicité de la peau, le réchauffement des extrémités et l'arrêt de la maladie.

Cependant, sur les spasmes périphériques, c'est par l'ablation du ganglion sympathique ou par la résection de l'artère de la zone oblitérée qu'on agira efficacement.

Ces trois moyens de soulager les artéritiques, de neutraliser l'oblitération artérielle, de guérir l'artérite sont encore des armes dont il faut apprendre à se servir, qu'on doit utiliser avec précaution, pour ne pas risquer de les compromettre en leur demandant plus qu'elles ne peuvent donner.

Le syndrome dramatique de l'angine de poitrine est tellement répandu, sa gravité, son triste pronostic si redoutés, qu'il semblait naturel d'y intéresser le chirurgien de la douleur.

S'étant penché sur le problème, le Professeur Leriche a pensé qu'il consistait à interrompre le réflexe vaso-constricteur qui est la cause directe de la crise et à produire, comme le fait d'ailleurs le médecin avec la trinitrine et le nitrite d'amyle, une vaso-dilatation coronarienne.

L'infiltration à la novocaïne du ganglion stellaire gauche semble une technique efficace, au moins momentanée. Il est des angineux qu'il faut infiltrer souvent, à ceux-là il faut conseiller l'intervention chirurgicale.

Après avoir étudié les cicatrices douloureuses, les douleurs viscérales, les douleurs des cancers, le Professeur Leriche nous montre combien il y a dans la maladie, et dans l'homme malade, beaucoup plus de choses que nous ne sommes accoutumés à en voir. Nous devons nous efforcer d'analyser l'homme malade aux côtés de sa maladie, et c'est seulement en l'écoutant avec attention dans le récit long et souvent fastidieux de ses souffrances que nous pourrons peut-être découvrir ce qu'il y a d'individuel dans la maladie.

Pour conclure, l'auteur pose cette interrogation : *Qu'est-ce donc que la douleur physique ?* Il se refuse à croire que la douleur soit en nous d'une façon latente, qu'elle y ait ses récepteurs, ses fibres nerveuses, attendant pendant des années d'hypothétiques éventualités d'utilisation.

« La douleur maladie est un accident qui évo-
« lue au rebours des lois de la sensation nor-
« male. Elle naît d'habitude hors des récepteurs
« sensitifs, sur les conducteurs ou dans les cen-
« tres. Elle ne s'épuise jamais . Elle ne se lasse
« pas. Elle s'exagère avec le temps plutôt que de
« s'user. Tout en elle est anormal, contraire à la
« loi. Y voir un utile avertissement, une réaction
« de défense est une plaisanterie. Plus je l'ana-
« lyse, moins j'arrive à la situer à l'ordre de la vie,
« je ne la vois pas dans le plan de la nature.

« Qu'est-ce donc en soi ? Hors de toute con-
« tingence ? Un phénomène individuel mons-
« trueux, et non une loi de l'espèce. Un fait de
« maladie. Un désordre que ses conséquences ne
« nous permettent pas de contempler avec déta-
« chement, avec lequel nous ne devons pas com-
« poser, qu'il faut chercher à bien connaître
« pour le mieux combattre. C'est le but de l'ac-
« tivité actuelle de la chirurgie, en face du pro-
« blème de la douleur physique. »

Dr Raphaël MASSART.

LA DÉCLARATION DES CAUSES DE DÉCÈS

I

Problèmes d'ordre pratique

Beaucoup de correspondants nous écrivent leurs inquiétudes au sujet de la Circulaire ministérielle, instituant la déclaration obligatoire des causes des décès. De cette correspondance extrayons quelques questions, concernant l'exécution même de cette Circulaire.

1° Obligation de se rendre auprès de la personne décédée

Un confrère nous dit que, dans sa localité, la famille vient, sur la demande de la mairie, lui réclamer un certificat de décès. Comme personne ne se soucie de régler les honoraires du praticien, celui-ci se contente de rédiger une attestation indiquant que son client, M. X. est décédé. Il ajoute souvent : décédé de mort naturelle.

Or, à juste titre, notre confrère nous fait remarquer que, désormais, les praticiens ne pourront plus suivre cette coutume paresseuse. Ils devront d'abord certifier la réalité et la constance de la mort ; autrement dit, ils devront se transporter, aux lieu et place du maire, chez la personne décédée, pour constater scientifiquement la réalité de la mort, afin que, sur le vu de leur certificat, le permis d'inhumer soit accordé par l'officier de l'Etat civil.

Et notre confrère de nous demander si, dans le cas où il continuerait les pratiques anciennes, c'est-à-dire s'il certifie la mort d'après les dires de la famille et sans vérifier par lui-même la réalité de la mort, si donc son certificat ne pourrait pas être qualifié de certificat de complaisance, passible de pénalités ?

Quid également au cas de mort apparente ? Au cas d'empoisonnement, de mort violente, ou autre survenue chez un client soigné pour une affection aiguë, ou chronique ? La négligence du médecin ne pourrait-elle pas se retourner contre lui, au cas où, n'ayant pas vérifié lui-même le décès, il en a cependant certifié la réalité et la cause naturelle supposée ?

2° Absence de médecin traitant

Il arrive parfois, surtout dans les campagnes, que se rendant compte, à tort ou à raison, de l'inutilité de la venue d'un médecin, les familles laissent la mort faire son œuvre. Le praticien ne devra-t-il pas cependant être appelé au chevet du décédé, pour constater la mort et la cause ?

N'en est-il pas de même, lorsque la mort a été subite, ou est le résultat d'un accident ?

Réponse aux deux questions précédentes

Dans le cas où la mort est survenue, alors qu'aucun médecin ne soignait le malade, comme également dans le cas de mort violente, subite, etc., les articles 81 du Code civil et 44 du Code d'instruction criminelle sont applicables. Le maire, où l'officier de police judiciaire doit se faire accompagner d'un homme de l'art, qui constatera le décès et ses causes supposées.

Si le praticien est mis en œuvre par l'officier de l'Etat civil, il devra rendre compte de sa mission et préciser si, à son avis, la cause de la mort lui paraît naturelle, ou s'il y a lieu de faire procéder à une autopsie. Il aura, par suite, le devoir d'interroger la famille, pour apprendre l'état morbide du défunt et les motifs pour lesquels aucun médecin n'a été appelé à donner des soins. Il rédigera, s'il y a lieu, un certificat, sinon véridique du point de vue scientifique pur, au moins vraisemblable, pour préciser si le décès est dû ou non à une cause naturelle.

3° Les honoraires

Cependant l'exécution de ces nouvelles obligations pour la constatation et la certification des décès et de leurs causes est étroitement liée au problème des honoraires. Il est certes facile pour les Pouvoirs publics de prescrire des charges professionnelles nouvelles ; mais il convient de se préoccuper du paiement. On ne peut pas demander à un praticien de se rendre à domicile, de faire un déplacement kilométrique, pour constater un décès, alors que personne ne se souciera des honoraires.

La famille du défunt se dérobera fréquemment : c'est d'ailleurs la règle actuelle. La mairie ne se préoccupera que de ses seuls indigents — et encore soutiendra-t-elle qu'elle ne dispose pas de crédits, pour ce chapitre de l'Assistance médicale gratuite qui ne mentionne que les dépenses pour soins aux indigents et nullement pour constater les décès.

Il est donc impossible de faire supporter à une petite classe de citoyens, les médecins, la charge toute gratuite d'un service public. Du moment où la certification des décès remplace d'une part les obligations imposées aux maires par l'article 77 du Code civil ; du moment où la santé publique doit bénéficier du résultat des statistiques officielles des causes des décès, il importe que les mairies soient obligées de se préoccuper du paiement des honoraires des médecins.

Le défunt est-il indigent ? Un chapitre spécial du budget départemental de l'Assistance médicale devra comporter l'inscription des dépenses de vérification et de certification des décès pour les bénéficiaires des lois d'assistance.

Dans tous les autres cas, la mairie doit honorer le médecin, pour ces nouvelles fonctions, puis recouvrer sur les familles les frais de déplacement et de certificat. Cet honoraire peut être versé au moment où doit être faite la déclaration du décès. Le permis d'inhumer ne sera délivré que si la famille a payé, ou promis de payer entre les mains du percepteur ou du receveur municipal. Ces dettes seront recouvrées comme le sont les impôts et taxes municipales ; le refus de paiement serait passible des mêmes pénalités et contraintes prévues pour le recouvrement des impôts et taxes.

Si les Pouvoirs publics croient qu'il est d'utilité générale de faire appel à la collaboration du Corps médical, pour une nouvelle besogne d'intérêt collectif, c'est à la condition qu'ils se préoccuperont de la manière dont les médecins seront récompensés par qui de droit pour le travail supplémentaire et public qu'ils auront désormais à accomplir.

A la Confédération des Syndicats médicaux de tenir la main pour qu'un texte législatif, ou réglementaire ne passe pas sous silence le mode et le quantum de rémunération du Corps médical en ce qui concerne la constatation et la certification des causes des décès.

D'ailleurs, si une sanction doit être prévue contre les praticiens, qui se refuseraient à divulguer la cause des morts, survenues dans leur clientèle, ou qui seraient simplement négligents, soit en ne transmettant les déclarations que tardivement au médecin inspecteur départemental d'hygiène, soit en n'inscrivant que très brièvement et d'une manière insuffisante, les causes des décès, une contre-partie s'impose : c'est que ce travail, pour être bien fait, doit être bien payé et certainement acquitté par le responsable de ces dépenses. Sinon, la réforme sera inopérante. Il est bien ancien cet adage : pas d'argent, pas de Suisse. On l'oublie trop souvent, dans les milieux officiels et administratifs. Si le maire refuse de se préoccuper de cette question des honoraires, il n'aura qu'à accomplir lui-même cette besogne de constatation des décès, qui lui incombe personnellement en vertu du Code civil et du Code d'instruction criminelle.

4° Sanctions et pénalités

Nombreux confrères sont inquiets. Ils nous demandent si leur Syndicat, ou le Sou médical pourraient les soutenir dans le cas où ils auraient négligé de faire la déclaration, ou la certification, dans le cas où ils auraient rempli les fiches avec précipitation et absence de détails, enfin au cas où les familles les poursuivraient pour violation du secret professionnel ?

N'oublions pas que, sur ce dernier point, une Circulaire ministérielle ne peut pas modifier un texte de loi. La famille du défunt serait donc parfaitement en droit de poursuivre devant le Tribunal correctionnel le médecin traitant qui aurait divulgué la cause d'un décès, alors que les ayants droit du *de cujus* auraient un intérêt moral ou autre pour que la cause véritable de la mort ne soit connue de personne, même du médecin inspecteur départemental d'hygiène.

Le juriste que je suis doit répondre que le Sou Médical ne faillirait pas à ses engagements et qu'il soutiendrait son adhérent ; mais, en l'état actuel de la législation et de la jurisprudence, le praticien serait condamné pour violation du secret professionnel, même s'il s'abritait derrière la circulaire précitée.

Appui serait également donné dans le cas où le médecin serait recherché pour avoir refusé systématiquement d'obtempérer à la Circulaire : *nulla poena sine lege* : aucun texte de loi ou de code ne permet actuellement d'infliger une peine quelconque à ce praticien, pour avoir considéré la Circulaire en question comme lettre morte.

Il en serait différemment si le praticien falsifiait la vérité. Il vaut mieux ne rien dire que d'altérer la vérité, ou de donner des certificats fantaisistes. Je ne saurais trop dire à mes confrères qu'ils ont tort, lorsqu'ils inscrivent des diagnostics de fantaisie, ou ne mentionnent qu'une partie de la vérité. Il est préférable de se refuser à certifier quoi que ce soit, plutôt que d'être incomplet ou mensonger.

Conclusions. Que doit-on faire ?

Nombreux confrères nous demandent s'ils doivent se soumettre, ou s'ils doivent considérer la Circulaire comme inexistante. Ils nous indiquent l'opinion des dirigeants de la Confédération, qui, dans *Le Médecin de France*, semble devoir conseiller l'obéissance à la Circulaire, dans un but supérieur de défense de la Santé publique. Certains de nos correspondants nous font remarquer qu'ils sont tout disposés à obtempérer, mais à la condition de voir leurs intérêts être sauvegardés, tant en ce qui concerne la violation du secret, partie fondamentale de notre charte, que du point de vue honoraires. Trop souvent le praticien travaille gratis : par ces temps de vie chère, nos confrères regimbent contre une nouvelle charge sans rémunération.

Je ne puis répondre : mon seul rôle est de faire la critique juridique des textes législatifs, ou réglementaires qui me sont soumis. Je n'ai aucune qualité pour interevnir auprès de la Confédération, tant que je n'y suis pas prié par cette dernière. D'ailleurs, je tiens nos confrères qui dirigent notre grand groupe national pour trop

avisés, pour n'avoir pas pris leurs précautions, afin de faire respecter les légitimes intérêts du Corps médical.

Aux Syndicats locaux de discuter l'application, ou le refus de collaboration à cette Circulaire. A eux seuls, il appartient de discuter les modalités de réalisation au sein du Conseil d'administration du Syndicat ou de la Confédération. Je ne puis que donner à mes confrères le conseil de se conformer aux décisions prises par les groupes corporatifs locaux, restant cependant à leur disposition, si, du point de vue médico-juridique, je puis les renseigner et leur communiquer les textes, qui étayent mon argumentation.

II

Nous avons reçu d'un président de Syndicat, la lettre suivante (3.779) :

Je lis un de vos articles parus dans le *Concours Médical* relatif à la Circulaire ministérielle du 1er janvier 1937 concernant les certificats de décès, ainsi que votre projet ou proposition de loi susceptible de résoudre cette question au point de vue de la violation du secret professionnel.

Voulez-vous me permettre quelques réflexions à ce sujet ?

N'est-il pas à craindre qu'une telle loi qui aurait pour effet de relever le médecin du secret professionnel dans une circonstance déterminée, n'en fasse surgir d'analogues pour l'en relever également dans divers autres cas ? En un mot, qu'elle ne soit une amorce au démantèlement de ce secret professionnel?

Je ne discuterai pas de l'utilité ou de l'inutilité de ce secret ; mais j'estime qu'il n'y a pas de demi-mesure et que l'on doit ou le maintenir aussi absolu que possible, ou le supprimer complètement. Ne conserver qu'un secret variant avec les circonstances, à observer dans certains cas, à négliger dans d'autres serait, pour nous médecins, une nouvelle source de complications inextricables où notre bonne foi serait constamment surprise.

Or, dans le cas présent, il me semble que l'on pourrait laisser la question du secret tout à fait hors de cause en proposant un texte de loi dans le sens suivant :

Article unique : La loi de 1892 est complétée comme suit : tout docteur en médecine, officier de santé ou sage-femme est également tenu de fournir tous les trois mois au médecin inspecteur un *état numérique* des causes des décès qu'il aura constatés durant cette période.

Un règlement d'Administration publique déterminerait la liste officielle des causes de décès à laquelle les praticiens devraient se reporter, et spécifierait qu'ils devraient certifier la sincérité de leur déclaration.

J'aurai désiré que ce fussent les Syndicats qui prennent l'initiative de ces statistiques. J'avais même fait un essai dans ce sens, en envoyant à la fin de chaque année une feuille de statistique : mortalité et morbidité à chaque médecin de notre ressort avec prière de la remplir et de m'en faire retour. Cet état étant simplement numérique ne portait aucune atteinte au secret. La première année, j'ai eu quelques réponses, mais elles se sont raréfiées et au bout de quatre ans, j'ai dû m'incliner devant l'indifférence générale. J'avais signalé dès le début ma tentative à Cibrie, qui m'avait répondu que la Confédération s'occupait de la question. J'espérais qu'une campagne serait faite en temps voulu dans *Le Médecin de France* pour y intéresser tous les Syndicats ; mais rien ne vint. C'est dommage, car aujourd'hui la Confédération pourrait dire au ministre : vous voulez une statistique des causes de décès ? Mais nous l'avons, nous pouvons vous la donner !

Puisqu'il n'en est pas ainsi, rabattons-nous sur un projet de loi. Il aurait l'avantage d'être impératif, ce qui n'est pas à dédaigner, à une époque où chacun estime que l'esprit d'indépendance ou d'obstruction ajoute à sa valeur personnelle.

Le Président : Dr P.

Réponse

Si vous feuilletez la collection du *Concours Médical*, vous y verrez que personnellement j'ai souvent discuté cette question quasi insoluble de la déclaration des causes de décès.

En particulier, depuis 1923, j'ai engagé des polémiques juridiques et confraternelles tant avec des médecins inspecteurs départementaux d'hygiène ou directeurs de bureaux municipaux d'hygiène, qu'avec des présidents de Syndicats médicaux.

C'est vous dire que le *Concours Médical*, par ma plume, a maintes fois agité cette question.

A l'heure actuelle, les hygiénistes réclament, à tort ou à raison, la statistique des causes exactes des décès et des antécédents.

Il appartient aux Syndicats médicaux de discuter si ce désir des hygiénistes est fondé et si les statistiques qu'ils pourraient ainsi obtenir seraient d'une utilité quelconque pour la défense de la santé publique. Il appartient également aux Syndicats médicaux de faire des propositions pratiques pour faciliter la tâche des pouvoirs publics dans la lutte contre les fléaux sociaux. Mais comme la Circulaire ministérielle est tombée tel un coup de tonnerre dans un ciel limpide, j'ai cru de mon devoir de montrer les erreurs juridiques qu'elle comporte et de construire un projet de loi qui pourrait servir de base pour des discussions à intervenir entre les Syndicats médicaux et les pouvoirs publics. Mon rôle est terminé.

Aux Syndicats maintenant de collaborer à

l'œuvre sociale et de ne pas se montrer seulement sous l'unique jour de défenseurs égoïstes d'une profession.

J'applaudis à vos tentatives locales ; mais je crains qu'elles soient incomplètes, car les hygiénistes n'ont pas besoin d'un état numérique des décès, mais plutôt de précisions cliniques sur les causes de mort et des anamnestiques s'y rapportant. Le secret professionnel est obligatoirement mis en cause ; il faut donc prendre le taureau par les cornes et discuter le problème social dans toutes ses incidences et ses répercussions.

Si une loi doit être votée, il faut qu'elle puisse préciser une sanction à l'obligation qui, désormais, incombera aux praticiens, à savoir de déclarer les causes des décès. *Nullum crimen, nulla poena sine lege.*

Certes, le Corps médical va supporter une nouvelle obligation d'ordre social. Il lui faudra devenir le collaborateur obligatoire des services publics d'hygiène, comme il l'est déjà pour la déclaration des maladies transmissibles. Certes, des récriminations vont se faire entendre de la part des praticiens, qui mettront en cause l'utilité de ces déclarations. Mais je pense avec vous qu'il est du devoir des Syndicats médicaux et de leur Confédération de discuter sur des textes précis, au lieu de s'incliner devant une Circulaire ministérielle, qui, parce qu'elle a été mal étudiée du point de vue médico-juridique, sera inefficace, inapplicable et surtout inopérante au regard des praticiens qui se refuseront à toute déclaration et contre lesquels, vu l'absence d'un texte législatif, on ne pourra prononcer aucune sanction.

Nos Syndicats doivent se considérer comme des conseillers d'Etat. Les Pouvoirs publics estiment que la déclaration des causes des décès devient une nécessité à l'heure présente, pour la lutte contre la mortalité. A nos groupes professionnels d'apporter leur collaboration technique et constructive, pour aboutir soit à un texte législatif, soit au retrait de cette proposition ministérielle.

III

Un confrère (lettre 5.624) nous communique deux lettres du Préfet : l'une destinée aux maires, l'autre aux médecins, pour mettre en pratique la Circulaire, concernant la cause des décès. Je regrette d'être obligé de relever des erreurs dans ce procédé. Au risque de paraître n'être qu'un rétrograde, un ennemi de tout progrès, je dois cependant dire la vérité à mes confrères, quitte ensuite à eux et à leurs Syndicats d'agir en toute connaissance de cause.

Le praticien reçoit des cartes-lettres : une partie est destinée à la mairie, déclarant que la mort est réelle et constante ; l'autre partie, devant être fermée, est destinée à l'inspecteur départemental des Services d'hygiène et comporte le diagnostic.

Or, les deux parties comportent chacune une case, où la mairie inscrit le numéro d'ordre du décès, ce qui permet, par recoupement, de connaître et le nom et le diagnostic du défunt.

En second lieu, la carte-lettre, transmise par les Services de l'état civil à l'Inspection d'hygiène, peut facilement être décollée, pour permettre de prendre connaissance du diagnostic et de la cause de la mort. Or, j'en reste toujours à la réponse que nous fit, en 1923, le Garde des Sceaux : « si, d'une manière quelconque, la lettre confidentielle, adressée par le médecin traitant à l'Inspection départementale d'hygiène, est détournée de sa destination, le praticien devra être considéré, *en l'état actuel de la législation*, comme ayant violé le secret professionnel ».

Une autre objection : la carte-lettre confidentielle porte l'indication suivante : « Ce document, qui ne peut être communiqué à personne, ni en original, ni en copie, est détruit par les soins du médecin inspecteur des Services d'hygiène, lorsque le Service de la statistique y a puisé les renseignements indispensables ».

Ah ! le bon billet ! Alors que le médecin traitant s'imagine de bonne foi qu'ainsi le secret est jalousement gardé, le médecin inspecteur, parce qu'il est fonctionnaire, doit dénoncer au Procureur de la République, les crimes et délits parvenus à sa connaissance. Arguant des termes impératifs de l'article 29 du Code d'instruction criminelle, ce magistrat est en droit de mettre en demeure l'inspecteur d'hygiène d'avoir à lui déclarer les décès suspects. *En l'état actuel de la législation*, ce fonctionnaire médical devra s'incliner et obéir.

Autre irrégularité : dans la lettre circulaire adressée par le Préfet aux médecins, je relève le paragraphe suivant : « En cas de mort suspecte ou violente, vous ne devrez pas clore la carte-lettre, mais écrire de façon bien *évidente* sur la carte-lettre *et* sur la partie destinée à la mairie (en haut et à droite) la mention : Cause du décès : suspect, ou, par accident, ou mort violente, etc., afin que, dans ce cas, la mairie ait la possibilité de ne pas délivrer le permis d'inhumer ».

Ainsi, le médecin traitant devient un fonctionnaire de la mairie, en dénonçant les causes suspectes des décès. Rien de tel n'existe dans la loi, à l'heure actuelle. Aussi, en conclusion, ce n'est qu'à regret que je vois embarquer le Corps médical dans cette affaire. Ce n'est pas une Circulaire, *c'est une loi qui est nécessaire*, pour instituer la déclaration obligatoire des causes des décès. Mon devoir, c'est de crier : « casse-cou ».

Dr Paul BOUDIN.

L'URBANISME SOCIAL

Les grands voyageurs peuvent, au cours de leurs pérégrinations, à la recherche de monuments magnifiques et quasi-impérissables, constater, combien la fameuse expression sur les bâtisseurs de cathédrales présente un sens élevé. Comment — quoique les annales épidémiologiques terrifiantes d'antan tempèrent singulièrement notre enthousiasme pour le bon vieux temps, et quelle que soit notre opinion — ne pas s'incliner devant la mémoire de ces hommes qui, la plupart du temps, sont restés obscurs, qui ont, volontairement, sciemment et farouchement, gardé l'anonymat, et dont la seule ambition était de servir passionnément une cause à laquelle ils étaient heureux de se consacrer entièrement, voire même se sacrifier.

Avec les années, les conceptions urbanistiques changent, et il est hautement instructif, d'après les vestiges pauvres ou bien resplendissants d'un passé, de juger les animateurs qui ont voulu ou ont su imprimer, à leur époque, un cachet dont le souvenir nous remplit de joie ou de commisération. Et, puisque de nos jours, l'urbanisme s'engage dans une voie particulière, on voudrait faire œuvre de prophète pour connaître l'avis de générations futures. La tâche de prédiction n'est pas aisée ! Nous y renonçons donc, et cela d'autant plus volontiers, qu'il importe avant tout de déterminer le domaine, qui fera peut-être un jour l'objet d'investigations d'un historien averti.

Pour nous rendre compte, en tant que médecins, de la branche d'activité qui s'offre à nous, dans la construction de la cité et surtout dans son épanouissement rationnel, nous allons analyser le cours que vient d'inaugurer M. R.-H. Hazemann, professeur à l'Institut d'urbanisme de l'Université de Paris. Notons en passant, qu'une partie de ce cours est consacrée à expliquer les raisons médicales et de technique hygiénique, qui ont motivé la rédaction des règlements sanitaires, pris en vertu de la loi du 15 février 1902. Le rôle du médecin et de l'infirmière visiteuse dans l'application de ces textes est spécialement mis en valeur.

***

Sans entrer en détails sur la définition de l'urbanisme, cher aux uns et détesté par les autres, il y a lieu d'insister sur le fait que des dispositions variées et nombreuses, régissent la voirie, tandis que l'hygiène sociale ne trouve guère de la part du législateur, la même sollicitude. En effet, n'importe quelle collectivité, n'importe quel particulier, insuffisamment avisés, peuvent créer un « centre de santé », un dispensaire, une consultation de nourrissons, etc..., sans que la nécessité en soit évidente, alors que certaines agglomérations, qui en auraient le plus pressant besoin, peuvent très bien manquer des institutions les plus élémentaires d'hygiène, d'assistance et d'aide sociale, les intérêts de la santé physique, intellectuelle et morale des populations se trouvant négligés, alors qu'autre part se manifeste une pléthore injustifiée.

Les praticiens connaissent trop cet état lorsque, dans tel quartier de telle grande ville, des dispensaires trop nombreux s'ouvrent porte à porte, et s'arrachent les clients, alors que, dans une autre agglomération plus éloignée, il n'existe aucun organisme pour remplir le même office.

On s'imagine aisément les résultats d'une organisation sous l'égide de laquelle, éparses, concurrentes ou inexistantes, travaillent des œuvres ou des services qui ne se soucient de l'individu ou de la famille, qu'après avoir fractionné le problème et avoir mis leurs protégés en quelque sorte en « pièces détachées ». Qui ne connaît les dispensaires anti-tuberculeux, anti-vénériens, anti-cancéreux, consultations de nourrissons ou consultations prénatales, centres d'assistance sociale, hébergés dans les locaux tellement séparés les uns des autres ou dans des cerveaux tellement étrangers les uns aux autres, que l'individu y est considéré fragmentairement, et que le milieu familial, urbain et social devient inexistant ?

Cette conception fragmentaire et statique de la lutte, la dispersion d'organismes médicaux et sociaux qui devraient être jumelés, aboutit, comme le signalait récemment M. Henri Sellier, à la tribune du Conseil général de la Seine, à laisser visiter la même famille, pour un seul cas de tuberculose, par neuf assistantes sociales appartenant à autant d'œuvres ou de services différents !

Pour remédier à la situation lamentable et alarmante, il y a lieu non seulement de canaliser l'extension des agglomérations et de lui fournir un cadre, mais aussi de prévoir l'existence de « Centres » qui constitueront des sortes de citadelles abritant le personnel et l'armement, destinés à lutter contre la misère physique, intellectuelle et morale, afin d'obtenir, dans le cadre collectif, le plein épanouissement des possibilités

physiques, intellectuelles et morales de l'individu de la famille et de la cité.

Le « Centre de Santé » en question doit être en liaison organique, constante, avec les constructions nécessaires et suffisantes à prévoir, comprenant non seulement les maternités, les hôpitaux et les écoles de plein air, mais aussi les terrains de jeux et de sport, en des emplacements facilement accessibles.

***

Le médecin conçoit bien le rôle qu'il est appelé à jouer dans l'organisation nouvelle, à condition d'avoir une idée juste du service dit « social ». Il est à noter que l'hygiène et l'assistance constituent les deux modes d'action du service social. Leur but est le plein épanouissement physique, intellectuel et moral de l'individu, dans le cadre collectif, plein épanouissement qui constitue l'état de santé.

En commençant par l'hygiène, nous retiendrons, toujours d'après R.-H. Hazemann, que ces deux branches sont constituées par la médecine et le génie sanitaire. Ce dernier agit sur le milieu extérieur tandis que la première est curative ou préventive :

a) Les agents d'exécution de la médecine curative sont les médecins omni-praticiens ou encore médecins de famille, et les médecins spécialistes, assistés des infirmières soignantes (hospitalières ou privées). Le « Service social à l'hôpital » établit la liaison entre le malade d'hôpital et le milieu familial, entre la médecine curative et la médecine préventive.

b) Les agents d'exécution de la médecine préventive sont les médecins hygiénistes, les médecins de dispensaire, les médecins-inspecteurs (en collaboration avec les médecins praticiens), assistés d'infirmières-visiteuses (participant surtout à la vie du dispensaire) et de visiteuses d'hygiène (ayant une activité surtout extérieure).

Le Corps médical collabore, d'une façon impressionnante et décisive, à la médecine curative ou préventive, mais ses effectifs sont également nombreux pour le génie sanitaire, où médecins hygiénistes, médecins de laboratoires, ingénieurs sanitaires, inspecteurs sanitaires, vétérinaires sanitaires, agents-voyers, inspecteurs du travail, etc., sont des agents d'exécution ; ils sont aidés d'inspecteurs sanitaires, de techniciens sanitaires, etc.

***

Les principes de la médecine et du génie sanitaire étant rapidement établis, passons au système centralisé combinant plus ou moins l'hygiène, la médecine préventive et la médecine curative. Le soin de sa mise au point et de son application sera laissé aux collectivités locales, dont les initiatives sont à encourager au maximum ; celles-ci seront guidées par une politique judicieuse de subventions. Les services médicaux d'assistance, d'assurance sociale, les institutions d'hygiène et d'assistance médicale sociale, dues à l'initiative publique ou privée, une grande partie de la pratique médicale se coordonnant alors d'elles-mêmes dans une organisation locale, souple. (Voir les circulaires ministérielles des 26 août, 26 septembre, 26 novembre 1936 et 26 février, 26 mars 1937).

M. R.-H. Hazemann envisage comme programme à discuter, des circonscriptions sanitaires de 50.000 habitants (environ 800 pour le pays entier), ayant à leur tête un médecin hygiéniste, médecin inspecteur départemental d'hygiène adjoint ou directeur de bureau municipal d'hygiène, se consacrant entièrement à ses fonctions. La circonscription serait subdivisée en secteurs sanitaires, au maximum de 5.000 habitants, pourvus chacun d'une infirmière visiteuse familiale (polyvalente) (8 à 10.000 pour la France entière). Les services départementaux disposeraient de bureau de statistique, de laboratoires, de services épidémiologiques, d'inspecteurs des denrées alimentaires, de vétérinaires, d'enquêteurs, etc...

L'organe central de coordination de la circonscription sanitaire est le « Centre de santé », conformément à la conception de R. René Sand, chargé de coordonner les différentes activités, collaborant avec les organismes d'Assurances sociales, et comprenant :

a) Les dispensaires préventifs : consultation prénatale, consultations de nourrissons et d'enfants d'âge préscolaire, scolaire, services antituberculeux, antivénérien et d'hygiène mentale, services d'examens préventifs et de vaccinations, (certains de ces services étant mobiles dans les régions rurales) ;

b) Après consultations des Syndicats médicaux, certaines consultations sexternes de médecine, de chirurgie, de spécialistes d'art dentaire, avec poste de premier secours ;

c) Eventuellement, un petit nombre de lits pour le traitement des cas urgents et les opérés, pour les accouchements, pour l'isolement des infectieux, pour les malades en observation, etc.

d) Une salle de petites opérations, un laboratoire, un service de radiologie, un service de physiothérapie, un service de donneurs de sang, de séro-prophylaxie, des maladies contagieuses, réserves de vaccins et sérums ;

e) Un service de désinfection terminale pour les rares cas où cette opération est encore pratiquée, et un service de transport des malades et des blessés ;

f) Dans certains cas, des bains et des douches pour la population ;

g) Le bureau d'hygiène et, éventuellement, les

services d'assistance ; mais, en tous cas, un « fichier social central » et un service social polyvalent.

Des consultations de nourrissons locales, foraines ou non, seront rattachées à ces Centres, annexées à de petits dispensaires ou à des postes de secours. Une Croix-Rouge unifiée pourrait avoir un rôle très important pour faciliter ce travail. Enfin, les Centres de santé doivent être en relation avec les hôpitaux, établissements de 500 lits au maximum, comportant un outillage complet, dont celui destiné au diagnostic doit pouvoir être utilisé par le « Centre de Santé ».

***

La réalisation des Centres de santé a son point de départ dans un système planifié de protection de la santé publique. Peut-être, préfère-t-on dire que ces réalisations aboutissent finalement vers le système planifié. Quoiqu'il en soit, c'est un véritable placement rénumérateur ; on peut évaluer à 15 % du revenu national la perte que cause la maladie. Un tiers de cette perte est évitable. On se rend donc compte de l'importance d'un urbanisme réellement social. Comme le dit M. R.-H. Hazemann, on peut estimer que le service sanitaire représente 2 % du revenu national. Il n'est pas défendu de penser que si, en augmentant cette contribution de moitié, on peut économiser d'autre part, 5 % du revenu national, on réalise une « bonne affaire ».

Puisque la question du personnel et de l'outillage est au centre des préoccupations du Corps médical, citons le tableau suivant, présenté à ses auditeurs par M. R.-H. Hazemann :

Nº	Rubrique		Ordre de grandeur
1	Centre de santé.......	par	50.000 hab.
1	Médecin hygiéniste...	par	40 à 50.000 hab.
1	Médecin praticien....	par	1.000 hab.
1	Dentiste............	par	4.000 hab.
1	Infirmière-visiteuse ...	par	4.000 hab.
1	Infirmière hospitalière.	par	1.000 hab.
1	Pharmacien..........	par	4.000 hab.
1	Sage-femme..........	par	10.000 hab.
I	Lit d'hospitalisation..	par	200 à 500 hab.
	dont un pour tuberculeux..............	par	500 à 1.000 hab.
	et un pour mentaux...	par	500 à 800 hab.

Une enquête américaine, citée par le Docteur R. Sand, a permis de fixer un ordre de grandeur aux interventions nécessaires :

1º *Interventions curatives.*

a) *Par habitant et par an* :

3 journées d'hospitalisation.
7 consultations dont :
1 pour les dents,
1 pour les yeux,
2 pour le nez, la gorge et les oreilles,
3 pour la médecine générale, la chirurgie générale et les spécialités,
2 visites à domicile,
4 examens de laboratoire, y compris l'analyse des urines.

b) *Plus pour* 1.000 *habitants et par an* :

300 examens radiologiques,
200 examens physiothérapiques,
20 accouchements,
10 opérations de grande chirurgie,
100 opérations de spécialité et de petite chirurgie, soit en moyenne, 14 à 15 interventions curatives par habitant.

2º *Interventions préventives* (chiffres adoptés par M. R.-H. Hazemann) pour 1.000 habitants et par an :

100 examens préventifs d'adultes, plus les examens ci-dessous,
60 examens prénataux,
20 examens après accouchement,
250 examens d'enfants de moins d'un an,
110 examens d'enfants de 1 à 3 ans,
200 examens d'enfants des écoles des différents enseignements,
100 vaccinations diverses (variole, diphtérie, séroprophylaxie), soit en moyenne, près d'un acte préventif par habitant.

En tout, dix-huit interventions médicales, dont trois journées d'hospitalisation, quatorze interventions curatives et une préventive par habitant.

***

Les quelques extraits du cours de M. R.-H. Hazemann ne se présentent que comme un aperçu d'un vaste domaine : « où le médecin, l'administrateur, le travailleur social, l'architecte, le « médecin doivent se grouper sous la bannière de « l'urbanisme social afin, non seulement de pallier aux inconvénients de la société actuelle, « mais aussi de préparer l'aménagement des « grandes voies triomphales qui conduiront l'humanité des villes vers une vie resplendissante « d'air, de lumière, de bonheur et de santé ».

Dr G. ICHOK.

HYGIÈNE

Les chiens dans la rue

Qui souille la rue, bon Dieu, de ces terribles et laides ordures ? La question peut se poser sous la forme qu'employait, quelque cent ans plus tôt, Boileau pour se plaindre des bruits de Paris.

La réponse est facile : ce sont de jolis toutous, adorés de leurs maîtres, mais qui restent malgré tout des chiens, ayant gardé de leur nature le besoin bien compréhensible de satisfaire à d'impérieux besoins.

A qui la faute s'ils souillent ainsi la rue ? A l'homme, qui les a dépaysés, qui en a fait des citadins en les privant de la joyeuse et verte campagne, où librement ils prenaient leurs ébats, pour les sacrifier au plaisir d'en faire des compagnons favoris. En compensation, il leur a procuré des mets choisis pour exciter leur appétit, souvent perdu par le séjour dans les appartements ; il leur a donné de moelleux coussins pour ménager l'endolorissement, par la dure, de leurs tissus, bouffis de mauvaise graisse. Que ne les a-t-il habitués à l'usage de water-closets spéciaux et bien aménagés !

Il s'agit bien là de l'individualisme ! Dès que le maître n'éprouve plus de plaisir à faire préparer une délicieuse pâtée pour flatter la gourmandise de son toutou, dès qu'il n'est plus satisfait de l'avoir à ses côtés pour le voir sommeiller doucement, plus rien ne compte. Les ordures ? C'est une cause de gêne auprès de lui, une source de démêlés avec ses domestiques, une souillure évidente de ses tapis... alors qu'il ne s'aperçoit pas de toutes les fautes d'hygiène, et les accepte gaiement par une cohabitation, souvent trop intime.

Donc, vite à la rue pour cela ; c'est le bien de tous, et tous seront gênés, mais pour une quote-part seulement. La pluie, le vent, et... parfois, les balayeurs publics en feront leur affaire.

A-t-on pensé aux chutes qu'entraînent ces déjections abondamment répandues sur les trottoirs des villes, aux odeurs qu'elles répandent, à la souillure du sol des maisons parce qu'elles y sont rapportées par les chaussures ? Ne sont-elles pas là pour répandre des affections redoutables, telles que les kystes hydatiques ? Une fois desséchées, elles constitueront une partie appréciable et rebutante des poussières de nos cités. Le Docteur Vigne a pu établir qu'à Lyon plus de deux tonnes et demie d'excréments venaient ainsi polluer chaque jour les rues.

Les chiens créent donc un obstacle important à la propreté des voies publiques. A Paris, il a fallu doubler et même tripler le nombre des tournées de nettoiement, que doivent faire dans la journée les balayeurs pour la propreté de la rue ; et encore, bien souvent les déjections, mal enlevées, sont-elles écrasées et étalées sur le sol, ce qui favorise leur dessèchement et leur participation aux poussières soulevées par le vent.

Cependant le toutou, que l'on promène ainsi dans la rue, ou qu'on laisse courir pour ses besoins, n'est pas toujours plein de sagesse. Il est attiré par les ordures ménagères qui, à l'heure matinale, attendent le passage des boueux. Dans les poubelles, il va fouiner, mais il n'y met pas la même discrétion, forcée d'ailleurs, que les chiffonniers, qui sont obligés par les règlements de police de renverser soigneusement ces récipients sur une toile, puis de remettre les ordures en boîte, une fois leurs prélèvements terminés. Quand les chiens ont renversé les eaux, quand ils soulèvent les couvercles pour y fouiller avec leurs pattes et leur museau, c'est sur la chaussée qu'ils abandonnent les détritus retirés.

Il faudrait donc obliger les propriétaires des chiens à descendre en laisse leurs animaux dans la rue, et surtout (ce qui n'est pas difficile) exiger qu'ils prennent toutes dispositions nécessaires pour que ces toutous s'exonèrent exclusivement dans les ruisseaux en bordure des trottoirs, et non sur les trottoirs eux-mêmes ou sur la chaussée. Dans ces ruisseaux, l'eau circule à certaines heures, et pourrait au mieux entraîner les ordures vers l'égoût collecteur.

J.-P. Robert (1) propose fort justement de ne tolérer la circulation canine dans les rues des villes que le matin avant le balayage des rues ou le soir, quand la plupart des habitants sont rentrés chez eux. Des peines pécuniaires puniraient toutes les infractions à ces ordres. Peut-être serait-il encore possible d'augmenter très sensiblement la taxe municipale pour les chiens ; on limiterait ainsi leur multiplication et les troubles qu'ils apportent à la salubrité des rues.

« Si les chiens restent des amis de la maison, ils deviennent des hôtes indésirables de la rue. »

G. F.

---

(1) I. P. ROBERT. *Le Mouvement scientifique*, août 1936.

LA SÉLECTION MÉDICALE DES ENFANTS POUR LES COLONIES DE VACANCES

Où faut-il envoyer tel ou tel enfant de préférence ? A la mer ou à la montagne ?

Voici une question couramment posée à chaque praticien, surtout à l'approche de la belle saison, et qui n'est pas toujours si facile à résoudre qu'on peut se l'imaginer. Cette question a acquis dans les dernières années, une importance sociale, vu les efforts qu'on a faits et qu'on fait pour permettre à tout enfant, un séjour de vacances qui pourrait lui être utile. Mais les médecins ne sont pas toujours d'accord, quant au choix de la station climatique.

Suivant son expérience personnelle, tel ou tel médecin dirigera tel ou tel enfant à la mer ou à la montagne. Dans la plupart des cas, il ne se sera pas trompé, le résultat heureux sera atteint, mais parfois, il se laisse attendre, ou bien l'enfant ne profite pas du tout. Pourquoi ? On ne peut pas toujours répondre à cette question. « Nous n'avons encore qu'une assez faible idée des causes qui font la santé de nos enfants », dit le Professeur G. Mouriquand dans son rapport au VIIe Congrès National des Colonies de vacances, et il a raison. En effet, on ignore encore, et on ne tient pas assez compte de beaucoup de facteurs, surtout de nature psychologique.

Dans la question des Colonies de vacances, il faut envisager deux facteurs : l'enfant et la station climatique, où on l'enverra. Nous pouvons diviser les climats en climats de plaine, en climats d'altitude et en climat marin. Quant aux enfants, il faut d'abord éliminer ceux, dont on ne pourra s'occuper dans une colonie de vacances. Ce seront les enfants atteints d'une maladie aiguë quelconque, d'une maladie infectieuse, les petits tuberculeux avérés, en général tous ceux qui ont besoin soit d'un traitement hospitalier, soit d'une cure dans un sanatorium.

Les Colonies de vacances ne doivent être que des œuvres de préservation, et non de traitement. C'est pourquoi, il faut savoir dépister chez les enfants, une de ces maladies, ignorée parfois.

Il faut distinguer : 1° Les enfants, ayant besoin d'un climat spécifique, ou pour lesquels tel ou tel climat est franchement contre-indiqué. Ce seront surtout les vrais malades, ceux que nous ne pouvons pas accepter dans une Colonie de vacances ; 2° Ceux qui peuvent profiter de n'importe quel climat ; 3° Enfin, un groupe d'enfants qui sont à envoyer dans un climat ou dans l'autre. Ici, les auteurs ne sont pas d'accord sur les succès ou les échecs.

Voyons maintenant les différents climats avec leurs indications et contre-indications.

Les climats de plaine, toujours sédatifs, ne présentent aucune contre-indication. Ce seront surtout des climats de transition.

Le climat de montagne, qui nous intéresse surtout, sera un climat de moyenne altitude, variant de 500-1.200 m. En effet, une plus haute altitude présente trop d'inconvénients pour l'organisme infantile et nécessite une période d'acclimatation trop longue.

La montagne, en général, présente peu de contre-indications. L'air y est pur, pauvre en germes pathogènes et en allergènes. Grâce aux rayons ultra-violets, l'oxygène de l'atmosphère se polymérise. L'air est donc riche en ozone, dont l'action bactéricide et l'action oxydante sont connues. La respiration y est accélérée avec une inspiration du thorax accru et une expiration plus complète, ce qui a comme résultat une gymnastique respiratoire naturelle. Les échanges de l'organisme augmentent, le quotient respiratoire s'élève ; il y a donc un accroissement de la combustion des hydrates de carbone et une diminution de la consommation des albuminoïdes ce qui a une importance au point de vue alimentaire. Le nombre de globules rouges augmente, le taux de l'hémoglobine et la viscosité sanguine s'élèvent. Il y a donc une stimulation générale de l'organisme.

La colonie de montagne sera indiquée surtout pour les anémies, les insuffisances respiratoires, les adénopathies trachéo-bronchiques, les dilatations bronchiques, les dystrophies, les hyperthyroïdies et, en général, pour tous ceux, pour qui la mer est contre-indiquée.

Le climat marin en général est beaucoup plus stimulant que le climat de moyenne altitude que nous venons d'étudier. L'air y est pur, riche en oxygène, en ozone et en gouttelettes d'eau, contenant du NaCl en suspension. En outre, il contient de l'iode et de la silice à l'état colloïdal. La luminosité et la richesse en rayons ultra-violets y sont considérables.

Tous les enfants bien portants pourront donc bénéficier d'un séjour à la mer et surtout les jeunes enfants entre 2-10 ans. On pourra y envoyer également, les anorexiques, les anémiques, les lymphatiques, les convalescents d'affections aiguës, surtout de la coqueluche, rougeole, grippe les hypotrophiques et les dystrophiques, mais surtout les rachitiques, les scrofuleux et les hypothyroïdiens. Par contre, la mer sera contre-indiquée chez les petits névropathes, instables, agités, dormant mal ou présentant un signe du facial net.

Ces enfants doivent être envoyés plutôt à la campagne ou dans un climat de petite altitude. La même règle doit s'appliquer aussi aux petits cardiopathes, aux enfants souffrant du tube digestif ou uro-génital, à tous ceux qui sont sujets à des poussées congestives, aux rhumatisants, aux hyperthyroïdiens et à ceux qu'on appelle prétuberculeux.

En général, mieux vaut écarter de la mer, tout enfant jeune, à cuti-réaction positive.

Et maintenant, après avoir passé en revue les principales indications et contre-indications des divers climats, avons-nous terminé notre tâche ? Non, la preuve c'est qu'on rencontre des échecs, plus nombreux peut-être que n'en parlent les statistiques. C'est d'ici que proviennent aussi certaines divergences d'opinion.

Le Professeur Degkwitz, de Hambourg, croit que pour la plupart des enfants, ce qui est salutaire, c'est le changement de climat en soi, et non pas le genre de climat. Ce qui importe, c'est d'abord une vie en plein air et l'application d'une éducation compréhensive et rationnelle.

L'utilisation des cures climatiques en pédiatrie, est surtout le résultat d'un long empirisme (Villaret et Girons). Mais la question, s'il faut envoyer un enfant dans tel ou tel climat, ne peut se résoudre toujours d'une manière catégorique dans l'état actuel de nos connaissances scientifiques. Le Professeur Degkwitz, déjà cité, dit que des facteurs climatiques, qui agissent seuls et sans intervention de facteurs psychiques, sont extrêmement rares. Parmi eux, on ne connaît bien que la valeur antirachitique des rayons ultraviolets, la valeur anti-anémique d'une atmosphère riche en oxygène et l'utilité d'un air pauvre en allergènes et en germes pathogènes pour le tractus respiratoire.

Chaque praticien peut constater que des états de même nature peuvent être améliorés par de divers climats ; il n'y a donc pas de spécificité climatologique proprement dite. Chaque praticien peut constater de même que certains enfants nerveux, se développant mal, mais ne présentant rien de pathologique à part cela, ne tirent aucun profit d'un séjour climatique, si ces enfants s'y trouvent en compagnie de leurs parents. Le même médecin peut observer aussi le phénomène inverse, c'est-à-dire qu'un enfant se développant mal dans son milieu familial, est amélioré, après avoir été séparé un certain temps de sa famille, même s'il ne change pas d'endroit. De tels phénomènes doivent nous faire penser à l'importance psychothérapique de tout changement climatique.

La Colonie de vacances est pour l'enfant avant tout une cure de simplification, un retour à la nature, une délivrance.

Il n'y a plus les bruits nuisibles de la grande ville, les inhibitions de différente nature, la défense de toucher à ceci ou à cela, que la vie dans une métropole impose, et enfin l'enfant est délivré de la sollicitude souvent trop grande, presque pathologique de certains parents trop consciencieux, qui ont peur à chaque instant d'un refroidissement, d'une chute, d'une maladie imaginaire et qui inhibent ainsi leurs enfants, souvent pour toute leur vie. On a parfois l'impression d'une sorte de vengeance involontaire et inconsciente des parents pour toutes les privations, que la vie sociale leur impose. La famille est une assemblée d'êtres qui se détestent et qui sont obligés de vivre ensemble, dit Poil-de-Carotte. S'il n'exprime pas par ces paroles, les sentiments de toute famille, il parle ainsi pour un grand nombre d'entre elles. Il ne s'agit pas ici de dénigrer la famille, que je crois irremplaçable, au moins dans l'état actuel de notre société et de notre civilisation et qui, à l'état idéal, peut être un organisme sublime, mais il faut attirer l'attention sur un état de choses fâcheux qui existe et qui devrait être connu, au moins dans les milieux médicaux et pédagogiques.

Donc, pour nous résumer :

Chaque enfant profitera d'un changement de climat, surtout s'il s'accompagne d'une séparation du foyer familial. Mais, d'autre part, les possibilités de succès d'un tel changement sont susceptibles de s'accroître par le choix de la station climatique. Dans un traitement climatologique, il faut donc tenir compte de deux facteurs : l'un psychologique et l'autre climatique proprement dit. Le facteur psychologique y est même souvent prépondérant. Mais, c'est une arme à double tranchant. Certes, le plus souvent le psychisme de l'enfant sera favorablement influencé par le changement. Son imagination travaille, ses inhibitions tombent. Or, ce n'est pas toujours le cas. Certains enfants sont trop inhibés, trop influencés par leur entourage habituel, pour qu'ils se remettent seuls ; ils ne pourront plus s'adapter tout seuls à leur nouveau milieu, à la vie en collectivité. C'est alors que devra intervenir le tact de l'éducateur, du surveillant intelligent. A ceux-là, on ne peut pas indiquer des règles, une conduite à suivre, car il faut étudier chaque enfant individuellement ; il faut savoir à la rigueur le faire sortir d'une tour d'ivoire dans laquelle il s'est enfermé, corriger certaines fautes pédagogiques, créer un nouvel équilibre moral.

Ce n'est qu'alors qu'on pourra tirer des Colonies de vacances toutes les possibilités, tous les résultats heureux qu'elles peuvent donner pour le bien des enfants et de toute l'humanité.

M. MITTELMANN.

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE

« Le Sou Médical »

Assemblée générale ordinaire du 1er juin 1937

L'Assemblée générale s'est réunie au siège de la Ligue, 37, rue de Bellefond, à Paris, le mardi 1er juin 1937, à 14 h. 1/2, sous la présidence de M. le Docteur VIMONT, président de la Ligue, assisté des membres du Conseil d'administration.

Au début de la réunion, M. le président rappelle aux membres de l'assemblée le décès récent de deux membres du Conseil, les deux derniers survivants des fondateurs de la Ligue, et qui lui ont conservé leur concours assidu depuis sa création jusqu'à leur fin, survenue à un âge très avancé. L'un d'eux, M. le Docteur MAURAT, a été très longtemps président de la Ligue et a continué à être membre de son Conseil. Le second, disparu tout récemment, M. le Docteur GASSOT, a rempli les fonctions de trésorier depuis la fondation de la Ligue jusqu'à ces dernières années.

L'Assemblée entière s'associe à l'hommage adressé par son président à ces deux bons serviteurs de la Ligue.

Puis M. le président constate que la convocation à la présente réunion a été publiée dans le n° 17 du *Concours Médical* du 25 avril 1937. En conséquence, l'assemblée générale est régulièrement constituée et peut valablement délibérer.

1° *Rapport du secrétaire général*

Ce rapport, sur le fonctionnement de la Ligue au cours de l'exercice 1936, a été publié dans le n° 20 du *Concours Médical* du 16 mai 1937.

Après un bref commentaire de ce rapport par M. le Docteur Paul BOUDIN, secrétaire général, personne ne demandant la parole, l'approbation en est mise aux voix et adoptée à l'unanimité.

2° *Rapport du trésorier*

Le rapport du trésorier sur les comptes de l'exercice 1936 a été publié dans le *Concours Médical* du 2 mai 1937.

M. le Docteur MIGNON donne quelques explications sur ce rapport.

3° *Rapport des commissaires des comptes*

Le rapport des commissaires sur les comptes de l'exercice 1936 est lu par M. le Docteur HERVOUET, l'un d'eux.

Il conclut à l'approbation desdits comptes.

4° *Approbation des comptes*

En conséquence, personne ne demandant la parole, M. le président met aux voix l'approbation des comptes de l'exercice 1936.

Cette approbation est votée, à l'unanimité.

5° Renouvellement de la série sortante des membres du Conseil et ratification de la nomination de membres du Conseil.

M. le président expose que les membres du Conseil dont les noms suivent et qui sont rééligibles, sont soumis cette année à la réélection :

M. DECOURT, vice-président ;
M. BOUDIN, secrétaire général ;
M. MASSART, trésorier adjoint ;
M. BELLENCONTRE, syndic. ;
M. CHAPON, syndic.

La réélection de ces cinq administrateurs, mise aux voix, est adoptée à l'unanimité.

Pour remplacer M. MAURAT, administrateur, décédé, le Conseil, conformément à l'article 29 paragraphe final, des statuts, a désigné M. le Docteur LAVALÉE, sauf ratification par la plus prochaine assemblée générale.

La ratification de la nomination de M. LAVALÉE, mise aux voix, est adoptée à l'unanimité en même temps que sa désignation comme trésorier, pour remplacer M. le Docteur MIGNON, trésorier démissionnaire.

L'assemblée générale, sur la proposition de M. le président, nomme à l'unanimité, membre du Conseil, M. le Docteur MIGNON, qui accepte.

6° *Election de deux commissaires aux comptes*

M. le président explique qu'il y a lieu de nommer deux commissaires pour l'examen des comptes de l'exercice 1937. MM. les Docteurs HERVOUET et VILPELLE, commissaires sortants, sont rééligibles.

MM. HERVOUET et VILPELLE, commissaires sortants sont réélus, à l'unanimité, commissaires des comptes pour l'exercice 1937.

Rien n'étant plus à l'ordre du jour, la séance est levée à 15 h. 1/2.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers

— **Hôpital Tenon.** — I. Cours de révision des *Acquisitions médicales pratiques* de l'année en pathologie interne (du lundi 8 au samedi 13 novembre 1937).

Ce cours aura lieu sous la direction du Professeur Emile Sergent et du Professeur agrégé C. Lian, avec la collaboration de MM. Abrami et Harvier, professeurs à la Faculté ; Aubertin, Chabrol, Duvoir, professeurs agrégés, médecins des hôpitaux ; Gilbert-Dreyfus, P. Pruvost, Weissenbach, médecins des hôpitaux ; Joannon, professeur agrégé ; Cottenot, chef de laboratoire d'électro-radiologie ; Blechmann, Gaston Durand, Henri Durand, Fernet, Périsson, anciens internes des hôpitaux.

Chaque matin dans un hôpital différent, 9 h. 1/2 à midi, présentation et examen de malades, démonstrations pratiques.

L'après-midi à l'hôpital Tenon, de 3 à 4 heures, démonstrations et exercices pratiques dans le laboratoire ou le service du Docteur Lian, 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4 et 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, conférences cliniques à l'amphithéâtre des cours de l'hôpital Tenon.

Un certificat est remis aux auditeurs du Cours.

II. Cours de perfectionnement sur les *Grands syndromes cardiaques* (insuffisance cardiaque, angine de poitrine, douleurs précoriales, syncopes, cyanose).

Ce cours, qui aura lieu à l'hôpital Tenon du 15 au 25 novembre 1937, sera fait par MM. C. Lian, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Tenon, avec la collaboration de MM. Haguenau, professeur agrégé, médecin des hôpitaux ; H. Velti, chirurgien des hôpitaux ; Gilbert-Dreyfus et F.-P. Merklen, médecins des hôpitaux : J. Facquet, ancien interne des hôpitaux, assistant de service ; Abaza, Brocard, Deparis, Even, Frumusan, Ménétrel, Odinet, Pautrat, Puech, Siguier, anciens internes du service ; Marchal, assistant d'électro-radiologie ; Golblin, assistant d'électro-cardiographie ; Baraige, assistant de laboratoire ; G. Minot, ingénieur E. P. C. I. ; J.-J. Welti, interne du service.

Tous les matins à 10 heures, conférence clinique avec projections. Le mardi et le vendredi matin sont consacrés entièrement à l'examen des malades de la consultation spéciale du service.

Tous les après-midi à 15 heures et à 17 h. 1/2, deux conférences cliniques avec projections ; à 16 heures, démonstration pratique.

Un certificat sera délivré aux médecins ayant suivi régulièrement le cours ; ils pourrons ensuite faire un stage dans le service.

III. Droits d'inscription : 250 francs pour chacun de ces deux cours.

S'inscrire : ou bien à la Faculté de médecine, tous les jours de 9 heures à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi), salle Béclard (A. D. R. M.) ou bien à l'hôpital Tenon auprès du Docteur Lian, soit à l'avance, soit le jour de l'ouverture du cours.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Congrès international d'ophtalmologie** (Le Caire, 8 au 15 décembre 1937). — Il a été signalé antérieurement qu'à l'occasion du Congrès international d'ophtalmologie qui se tiendra au Caire du 8 au 15 décembre 1937, différents voyages en Orient seront organisés, au départ de Marseille, le 3 décembre 1937.

Le prix de ces voyages vient d'être sensiblement réduit.

Le premier voyage, Marseille, Alexandrie, Le Caire, Marseille, du 7 au 21 décembre, sera du prix forfaitaire : belgas 1.595 (au lieu de 1.620).

Le second voyage — comportant en plus la visite de la Haute-Egypte —, sera du nouveau prix : belgas 2.300 (au lieu de 2.350).

Le troisième voyage — avec visite de la Palestine et la Syrie. Prix forfaitaire : belgas 3.300 (au lieu de 3.400).

Enfin le quatrième — avec une visite plus complète de la Syrie et retour par Rhodes, Smyrne, Istanbul, Le Pirée, Athènes, Naples. Prix forfaitaire : belgas 3.850 (au lieu de 3.975).

Le programme détaillé de ces différents voyages sera envoyé gratuitement sur demande adressée au Bureau des Croisières et Voyages médicaux, 29, boulevard Adolphe-Max, à Bruxelles (adresse télégraphique : Belgfranav, Bruxelles).

— **L'activité de la Ligue contre la cécité en Chine.** — La Ligue internationale pour la prévention de la cécité en Chine, fondée en 1924 par le Docteur Lossouarn et deux docteurs chinois, a publié le compte rendu de son activité durant l'année 1936. 10.871 malades furent soignés durant l'année à l'hôpital et dans les six dispensaires dirigés par la Ligue. Les médecins de la Ligue ont vacciné 2.500 personnes contre les maladies contagieuses dont les conséquences sont souvent graves pour la vue. La Ligue a enfin envoyé aux 600 missionnaires de l'intérieur qui sont en correspondance avec elle 187 boîtes de médicaments, 125.000 doses de vaccins et 1.115 vaccinostiles, 82 graphiques décrivant des maladies des yeux et 165 manuels de médecine rédigés en chinois, en français et en anglais. (Agence Fides.)

— **La déclaration des maladies vénériennes en Suède.** En Suède, le médecin qui constate une maladie vénérienne est tenu d'envoyer dans les quarante-huit heures à l'Inspection sanitaire un rapport écrit indiquant la nature de l'affection, le sexe et le domicile du malade (mais pas son nom), le nom et le domicile de la personne supposée être la source de la contagion, s'il a pu être renseigné sur ces points.

— **La médaille d'or David Anderson-Berry.** — Une médaille d'or et une somme de 100 livres seront attribuées en juillet 1938 par la « Royal Society of Edinburgh » à l'auteur du meilleur travail sur la Nature des rayons X et leurs effets thérapeutiques en pathologie humaine.

Pour tous renseignements s'adresser au secrétaire général de la « Royal Society of Edinburgh », 22, George Street, Edinburgh (Ecosse).

Le Gérant : R THIRON

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

Après le « Scandale » d'Eysses

Lettre ouverte à Monsieur Rucart, ancien ministre de la Justice.

Monsieur le Ministre,

Quand vous êtes venu à Eysses, vous nous avez dit : « Je suis la Justice : faites-moi confiance ».

Nous vous avons fait confiance. En silence, nous avons attendu la fin de l'enquête.

Or, les conclusions du rapport des Docteur Paul et Huber sont formelles. Les voici textuellement :

« Abel Roger est mort de tuberculose suraiguë « (phtisie galopante) au-dessus des ressources actuel- « les de la science.

« Au point de vue soins, il n'y a aucun reproche « médical à faire. Il n'y a pas d'erreur de diagnos- « tic. Il n'y a pas de faute thérapeutique. Au point « de vue médico-administratif, certaines dispositions « du règlement n'ont pas été appliquées. »

Quelles sont ces dispositions ?

1° *La pesée trimestrielle n'a pas été faite.*

C'est exact. Pourquoi ? On vous l'a dit à Eysses. Par suite du manque de personnel.

Il y a treize agents en service le jour. Il y en a quatre la nuit, pour 220 pupilles !

Depuis des années, le directeur demande sans cesse six agents de plus. Malgré ses réclamations, malgré ces derniers événements, malgré votre visite, il n'en a pas encore été envoyé un seul.

2° La visite, deux fois par semaine au moins, de tous les pupilles en cellules (observés, isolés, punis, bien portants ou malades) n'a pas été faite.

C'est exact. Pourquoi ?

Cette prescription remonte au règlement du 5 juin 1860 (77 ans) alors qu'il y avait à Eysses un médecin fonctionnaire, résident consacrant toute son activité au seul établissement.

Médecin externe, recevant une indemnité de 1.800 francs avant la guerre, portée à 7.200 francs en 1933 seulement (indice 4), on ne m'a jamais demandé, depuis 37 ans, de faire cette visite, car toute l'Administration sait bien que ce n'était pas possible. Et voici ce que vous avez pu lire dans les rapports du dossier :

« Il est certain que dans la pensée du rédacteur, la « visite médicale bi-hebdomadaire des pupilles en « cellule s'applique à un nombre limité de pupilles. « Il paraît difficile d'exiger du médecin un examen « tant soit peu attentif et prolongé de toute la « population du quartier cellulaire dont l'effectif « dépasse couramment cinquante unités (textuel) ».

D'ailleurs tous les pupilles en cellule sont visités toutes les heures chaque jour, par le personnel de surveillance. Par contre, il me sera permis de faire remarquer que jamais, depuis 37 ans, il n'y a eu un seul cas de maladie contagieuse ; ni rougeole, ni scarlatine, ni varicelle, ni oreillons, ni diphtérie, ni typhoïde ! Et cependant combien d'épidémies de ce genre n'y a-t-il pas eu dans le bourg d'Eysses, même dans les familles de surveillants !

Par arrêté en date du 4 juin 1937, vous avez décidé « que je cesserai de faire partie du personnel des « services spéciaux de la Maison d'éducation sur- « veillée d'Eysses », sans autre explication.

C'est l'ultime récompense de 37 ans de bons et loyaux services consacrés à l'amélioration de l'hygiène et de l'état sanitaire de l'établissement, de services qui m'ont fait décerner spontanément, par votre Administration, la médaille pénitentiaire en 1931 et la Légion d'honneur en 1932.

Vous êtes la justice.

Aujourd'hui, il me paraît nécessaire de faire savoir au public que :

1° Déjà, en 1913, j'avais signalé le système actuel de punitions comme générateur de tuberculose et demandé qu'on recherche un autre moyen de répression ;

2° Que tous les ans, depuis 1930, j'ai signalé la désorganisation du service de l'infirmerie par l'application de la loi de huit heures.

Je n'ai jamais pu obtenir qu'il y ait en permanence, à l'infirmerie... un infirmier ;

3° Ce qu'est exactement la majorité de la population de la colonie d'Eysses : voici ce qu'on lit textuellement dans les rapports du dossier :

« Auteurs de vols, très souvent en récidive, de « multiples cambriolages, de coups et blessures, « d'agressions, de viols, d'outrages à la pudeur, sou- « teneurs, pédérastes, vagabonds incorrigibles et « indisciplinés, tels sont les pensionnaires d'Eysses ».

« Au point de vue physique, ce sont très souvent « de robustes gaillards, cherchant à en imposer au « personnel et à leurs camarades. A ces caractères « difficiles qui sont la majorité orgueilleux, irascibles, « insoumis, résistants, il faut opposer une disci- « pline ferme. »

J'ajoute que 81 % ont plus de 18 ans ; que 53 % pèsent en moyenne 70 kilos ; que 60 % ont, en moyenne, une taille de 1 m. 70 ; enfin que sont à Eysses tous les jeunes assassins de moins de 21 ans.

Pour satisfaire une opinion publique égarée par une campagne d'exagérations mensongères, vous m'avez congédié brutalement sans même motiver votre arrêt.

Indigné, le Corps médical, après lecture des documents qui seront publiés, s'est tout entier solidarisé avec moi.

Le Syndicat national du personnel pénitentiaire m'a, dans une adresse, exprimé ses regrets et son attachement.

Une délégation de quarante anciens pupilles d'Eysses est spontanément venue m'offrir le témoignage de sa gratitude pour les bons soins reçus de moi.

De toute la région où j'exerce depuis 41 ans, une vague de sympathie est venue vers moi, même de mes adversaires.

C'est pourquoi ma conscience est restée sereine.

La vôtre, Monsieur le Ministre, celle de la vraie justice, est-elle aussi satisfaite ? Dr GUY.

TABLEAU D'AVANCEMENT POUR 1937

RÉSERVES

Service de Santé

Sont inscrits au tableau d'avancement les officiers dont les noms suivent :

I. ARMÉE MÉTROPOLITAINE

Pour le grade de médecin colonel

Les médecins lieut.-col. : Enjalbert, 16e rég. ; Bumat, 17e rég. ; Gobinot, 8e rég.

Ambruster, 8e rég. ; Lacaze, 19e C. A. ; Totron, 6e rég. ; Fonvieille, 20e rég. ; Theulet-Luzié, 18e rég. ; Latarjet, 14e rég. ; Mouriquand, 14e rég. ; Simonin, 5e rég. ; Barthélemy, 20e rég. ; Grégoire, rég. de Paris.

Pour le grade de médecin lieutenant-colonel

Les méd. command. : Masson, 14e rég. ; Ruchaud, 9e rég. ; Job, 20e rég. ; Bernard, 19e C. A. ; Validire, 9e rég. ; Abrami, rég. Paris ; Raynaud, 19e C. A. ; Hornus, 17e rég. ; Lévy, rég. Paris ; Bouvier, 6e rég. ; Even, 4e rég. ; Adam, 7e rég. ; Joxe, 2e rég. ; Rigaux, rég. Paris ; Franco, 11e rég. ; Mauriac, 18e rég. ; Lisbonne, 16e rég. ; Hutinet, 4e rég. ; Saint-Pierre, 14e rég. ; Villejean, 3e rég. ; Harvier, 5e rég. ; Laroche, 8e rég. ; Swinghedauw, 1re rég. ; Olivier, rég. Paris ; Lejeune, 1re rég. ; Stern, 6e rég. ; Rochaix, 14e rég. ; Fiessinger, rég. de Paris.

Pour le grade de médecin commandant

Les méd. capit. : Marion, tr. du Maroc ; Ducellier, 9e rég. ; Dordain, 4e rég. ; Greyfié de Bellecombe, 14e rég. ; Médan, h. c. aff. sp., 19e C. A. ; Bétrix, 7e rég. ; Raymond, rég. de Paris ; Hernette, 18e rég. ; Cheylan, 15e rég. ; Chaumet, 8e rég. ; Wattez, 1re rég. ; Jacquot, 7e rég. ; Cardot, 8e rég. ; Chardon, 14e rég. ; Armaing, 17e rég. ; Martial, 9e rég. ; Grosjean, rég. Paris ; Balestre, 15e rég. ; Fonce, 7e rég. ; Foucault, 9e rég. ; Régnard, 20e rég. ; Nivière, 14e rég. ; Dupont, 11e rég. ; Prunet, rég. de Paris ; Vandenbossche, rég. de Paris ; Gibert, rég. de Paris ; Robert, 7e rég. ; Basson, 13e rég. ; Quentin, 4e rég. ; Barillet, 15e rég. ; Legras, 3e rég. ; Voillemot, rég. de Paris ; Dupui, 17e rég.

Morisson, 9e rég. ; Chevalier, 14e rég. ; Constant, 13e rég. ; Pélissier, 19e C. A. ; Casanova, 18e rég. ; Rendu, 14e rég. ; Roqueplo, 17e rég. ; Doucet-Bon, 14e rég. ; Rivière, 17e rég. ; Bourlaud, 19e C. A. ; Pointin, 2e rég. ; Laroche, rég. de Paris ; Adam, 6e rég. ; Dubus, 1re rég. ; Bassuet, rég. de Paris ; Esquier, 19e C. A. ; Arrès, 17e rég. Bourzac, 15e rég. ; Dionnet, 9e rég. ; Sallé, 3e rég. ; Gauthier, tr. du Maroc ; Stouff, 8e rég. ; Meneau, 1re rég. ; Reme, 11e rég. ; Moreau, 8e rég. ; Brée, 9e rég. ; Baylac, 18e rég. ; Bertholon, 14e rég. ; Braun, 5e rég. ; Ratié, 17e rég. ; Durantet, 13e rég. ; Mock, rég. de Paris ; Legris, 20e rég. ; Pradier, 16e rég. ; Le Mitouard, tr. du Maroc ; Schousboé, 19e C. A. ; Diot, tr. du Maroc ; Championet, 7e rég. ; Dubuisson, 2e rég. ; Pélissier, 13e rég. ; Castelain, 1re rég. ; Defaye, 16e rég.

Schmitt, 8e rég. ; Streiff, rég. de Paris ; Boulogne, 4e rég. ; Balland, 5e rég. ; Battesti, 19e C. A. ; Lemière, 3e rég. ; Collet, rég. de Paris ; Berche, 1re rég. ; Secousse, 18e rég. ; Janin, rég. de Paris ; Rolland, 11e rég. ; Gibault, 13e rég. ; Pépin, 3e rég. ; Roger, 3e rég. ; Imbert 8e rég. ; Barrois, 1re rég. ; Bonnet, 14e rég. ; Robillot, 4e rég. ; de Parthenay, 1re rég. ; Ainé, rég. de Paris ; Roques, 17e rég. ; Panou, 9e rég. ; Jacob, rég. de Paris ; Badin, 17e rég. ; Lévy, rég. de Paris ; Toffin, 2e rég. ; Volmat, 7e rég. ; Jalibert, 16e rég. ; Pruvost, rég. de Paris ; Salmont, rég. de Paris ; Chismanian, 5e rég. ;

Finot, rég. de Paris ; Gruber, 7e rég. ; Faveret, 5e rég. ; **Picard**, 1re rég. ; Jouvenet, 1re rég. ; Truffert, rég. Paris ; Matet, 5e rég. ; Collet, 4e rég. ; Lagarde, 15e rég. ; **Girode**, rég. de Paris.

Rocher, 15e rég. ; Andrieux, 11e rég. ; Colleri-Leduc, 18e rég. ; Manissolle, 13e rég. ; Convert, 14e rég. ; Boisserie-Lacroix, 18e rég. ; Simon, 2e rég. ; Dariaux, rég. de Paris ; Mawas, rég. de Paris ; Jouffray, 15e rég. ; Charrier, rég. de Paris ; Quénu, rég. de Paris ; Riser, 17. rég. ; Domec, tr. du gr. de l'Indochine ; Richard, rég. de Paris ; Lemaire, 15e rég. ; Gatellier, rég. de Paris ; Lemaire, 15e rég. ; Gatellier, rég. de Paris ; Petit-Dutaillis, rég. de Paris ; Gaudard d'Allaines, région de Paris ; Bloch, rég. de Paris ; Braine, rég. de Paris ; Costantini, 19e C. A. ; Boppe, rég. de Paris ; Guillemin, 20e rég. ; Moulonguet, rég. Paris ; Rochet, 14e rég. ; Lafargue, 18e rég. ; Wertheimer, 14e rég. ; Chenut, 18e rég. ; Soupault, rég. de Paris ; Poloniwsky, rég. de Paris ; Senèque, rég. de Paris.

Pour le grade de médecin capitaine

Les méd. lieut. : Pélardy, 3e rég. ; Durand, 16e rég. ; Andt, 2e rég. ; Deschamps, 14e rég. ; Pauvert, rég. de Paris ; Padovani, 16e rég. ; Michelland, 14e rég. ; Massina, 16e rég. ; Majour, rég. de Paris ; Maleyx, 20e rég. ; Anquez, 1re rég. ; Schaeffer, rég. de Paris ; Mélamet, rég. de Paris ; Euvrard, 7e rég. ; Pin, 15e rég. ; Chevallierfi, 6e rég. ; Tiphine, 6e rég. ; Chavasse-Fretaz, 8e rég. ; Martin, tr. du gr. de l'Indochine ; Vinit, h. c., aff. sp., 14e rég. ; Herbroteau, 11e rég. ; Grasset, 13e rég. ; Galup, rég. de Paris ; Rouvière, 15e rég. ; Jeannest, 20e rég. ; Germain, 20e rég. ; Gourjon, 14e rég. ; Lasmartres, 16e rég. ; Charrasse, 20e rég. ; Bonhomme, 14e rég. ; Moreau-Lajarrige, 9e région ; Gilles, 4e rég. ; Riol, 13e rég. ; Delon 16e rég. ; Ollier, rég. de Paris ; Boyer, 14e rég. ; Chaumier, 14e rég. ; Rey, 14e rég. ; Raynal, 16e rég.

Gaucherand, 14e rég. ; Candau, 18e rég. ; Widiez, 1re rég. ; Bousquet, 18e rég. ; Mathié, 2e rég. ; Dupuy, 19e C. A. ; Coiquaud, 18e rég. ; Bahier, 11e rég. ; Puig, 16e rég. ; Faure, 14e rég. ; Michon, 14e rég. ; Cadenaule, 18e rég. ; Bridoux, 1re rég. ; Durieux, 14e rég. ; Pélaprat, 15e rég. ; Forthomme, 4e rég. ; Deschamps 14e rég. ; Lascaux, rég. de Paris ; Zeiliger, rég. de Paris ; Vidal, 16e rég. ; Vidy, 14e rég. h. c., aff. sp. ; Duplay, 15e rég. ; Charrat, 14e rég. ; Vincent, 15e rég. ; Alloc, 4e rég. ; Barre, 15e rég. ; Aureille, 3e rég. ; Quesnel, 3e rég. ; Boudot, 5e rég. ; Lavie, rég. de Paris ; Gruas, 12e rég. ; Aussenac, 15e rég. ; Larue, 14e rég. ; Paliard, 14e rég. ; Rochat, 13e rég. ; Ordini, rég. de Paris ; Longy, 14e rég. ; Leclercq, 1re rég. ; Jenvrin, 4e rég.

Gur, 8e rég. ; Ratel, 16e rég. ; Rousset, rég. de Paris ; Le Normand, 1re rég. ; Cau, 17e rég. ; Carrez, 8e rég. ; Dumet, rég. de Paris ; Aumont, rég. de Paris ; Furet, rég. de Paris ; de Passano, 15e rég. ; Bureau, rég. de Paris ; Bouchon, 13e rég. ; Cordebart, 18e rég. ; Sabadini, 19e C. A., h. c., aff. sp. ; Petithomme, 2e rég. ; Delaire, 18e rég. ; Barreau, rég. de Paris ; Dezos, 17e rég. ; Baudouin, 15e rég. ; Garnier, 20e rég. ; Poisson, 2e rég. ; Decousser, 1re rég. ; Lesage, 1re rég. ; Maisonnave, 18e rég. ; Flot, rég. de Paris ; Bernier, 6e rég. ; Duclos, 15e rég. ; Virmont, 13e rég. ; Récamier, rég. de Paris ; Dérieux, 14e rég. ; Conan, rég. de Paris ; Le Basser, 4e rég. ; Lannes, 3e rég. ; Courbe, 3e rég. ; Cottin, 4e rég. ; Cazenave, 18e rég. ; Granal, 16e rég. ; Sébille, 9e rég. ; Delahaye, 1re rég. ; Prévot, 20e rég. ; Lavoine, 1re rég.

Plas, 13e rég. ; Hannedouche, 6e rég. ; Rayan 16e rég. ; Reglade, rég. de Paris ; Montagne, 13e rég. ; Girard, rég. de Paris ; Grillet, 13e rég. ; Gachon, 16e rég. ; Carrière, 17e rég. ; Bonnard, rég. de Paris ; Delavenne, 2e rég. ; Fourrier, 19e C. A. ; Rigondet, 13e rég. ; Bloch, 20e rég. ; Leder, 6e rég. ; Lamarque, 19e C. A. ; Leplat, 1re rég. ; Marangé, 1re rég. ; Sigrist, rég. de Paris ; Rouqès, 5e rég. ; Warusfel, 1re rég. ; Caubet, 18e rég. ; Blum, rég. de Pa-

ris ; Tessier, 13e rég. ; Gueldon, 19e C. A. ; Lévy, 14e rég. ; Gleyvod, 14e rég. ; Sabassier, 5e rég. ; Adam, 20e rég. ; Derville, rég. de Paris ; Lebel, 2e rég. ; Noël, 20e rég. ; Richez, rég. de Paris ; Liénart, 2e rég. ; Delille, 2e région ; Hausknecht, 20e rég. ; Weill, 20e rég. ; Lévy, 20e rég. ; Cailleux, 2e rég. ; Fabre, rég. de Paris ; Moret, 13e rég. ; Queyroi, 9e rég. ; Migot, 14e rég.

Eck, 7e rég. ; Louvot, 7e rég. ; Ferrier, 16e rég. ; Hardoin, 8e rég. ; Cheynier, 9e rég. ; Jettot, 7e rég. ; Diss, 20e rég. ; Dijol, 16e rég. ; Brunerye, rég. de Paris ; Lévy, 20e rég. ; Alcay 15e rég. ; Poux, 15e rég. ; Bloch, rég. de Paris ; Houllion, 20e rég. ; Ladjimi, tr. du Maroc ; Montero, 19e C. A. ; Tabarie, 16e rég. ; Lanselle, 1re rég. ; Champeil, 13e rég. ; Jandot dit Danjou, 8e rég. ; Borel, 15e rég. ; Bourguin, rég. de Paris ; Ducheix, 13e rég. ; Bernard, 20e rég. ; Merland, 15e rég. ; Dubarry, 17e rég. ; Varin, 3e rég. ; Charon, 18e rég. ; Boinet, 2e rég. ; Debray, rég. de Paris ; Lejard, rég. de Paris ; Dufour, 18e rég. ; Delmas-Marsalet, 18e rég. ; Fontan, 18e rég. ; Oury, rég. de Paris ; Baylac, 9e rég. ; Traissac, 18e rég. ; Barret, 9e rég. ; Duhamel, 17e rég. ; Chevallier, 14e rég. ; Lacroix, 14e rég. ; Cantorné, 18e rég. ; Merle d'Aubigné, rég. de Paris ; Thirion, 8e rég. ; Dollfus, rég. de Paris ; Cabenfi rég. de Paris.

Mer, 4e rég. de La Grenière de La Ramée deSéprès, 4e rég. ; Janbon, 16e rég. ; Christy, 4e rég. ; Fournier, 13e rég. ; Thomas, 4e rég. ; Louvel, 4e rég. ; Philippeau, 4e rég. ; Didry, rég. de Paris ; Delecour, 1re rég. ; Albrand, 15e rég. ; Zehnter, 20e rég. ; Bernard, 15e rég. ; Roux, 9e rég. ; Gestat, 5e rég. ; Lendormy, 9e rég. ; Savage, 1re rég. ; Ganimède, 14e rég. ; Pélissier, 14e rég. ; Faivre, 7e rég. ; Faure, 14e rég. ; Auguste, 1re rég. ; Tison, rég. de Paris ; Bloch, rég. de Paris ; Mantelin, 14e rég. ; Seta, 15e rég. ; Balme, 14e rég. ; Santenoise, 20e rég. ; Bejot, 5e rég. ; Auneau, rég. de Paris ; Souron, 3e rég. ; Berand, 8e rég. ; Nouailhac, 9e rég. ; Lagorge, 9e rég. ; Blaire, 2e rég.

Estrabaud, 4e rég. ; Ribet, 19e C. A. ; Saur, 6e rég. ; Roche, 4e rég. Carrette, rég. de Paris ; Timsit, rég. de Paris ; Michel, 13e rég. ; Delmas, rég. de Paris Laure, 16e rég. ; Delannoy, 1re rég. ; Capiaux, 1re rég. ; Chanes, 8e rég. ; Seguin, rég. de Paris ; Thoral, 8e rég. ; Aubertin, 18e rég. ; Biar, 17e rég. ; Coomb, 13e rég. ; Margallan, 15e rég. ; Monpère, 19e C. A. ; Marguet, 7e rég. ; Delvallez, 1re rég. ; Auvynet, 11e rég. ; Stober, 7e rég. ; Picard, 6e rég. ; Fontaine, 20e rég. ; Kopp, 7e rég. ; Menier, 9e rég. ; Walter, 20e rég. ; Volle, 14e rég. ; Villa, 16e rég. ; Peretti, 3e rég. ; Isbecque, 1re rég. ; Bouvier, 17e rég. ; Morlot, 8e rég. ; Tronchon, 7e rég.

Félix, 8e rég. ; Quermonne, 3e rég. ; Audebert, troupes de Tunisie ; Maltete, 18e rég. ; Gotteland, 13e rég. ; Bardon, 3e rég. ; Michon, 20e région ; David-Chaussé, 18e rég. ; Kassel, 20e région ; Pierson, des troupes du Maroc ; Taviani, 15e rég. ; Magendie, 18e rég. ; Hallot, 18e rég. ; Guinaudeau, tr. du Maroc ; Becuwe, 1re rég. ; Meunier, 19e C. A. ; Manhès, 14e rég. ; Pigot, 2e rég. ; Falcoz, rég. de Paris ; Leboucher, 3e rég. ; Barbot, 15e rég. ; Barbe, 4e rég. ; Patel, rég. de Paris ; Adnot, 20e rég. ; Metger, 20e rég. ; Worms, rég. de Paris ; Lachapele, 18e rég. ; Albertin, 16e rég. ; Josserand, 14e rég. ; Hoche, 20e rég.

Chabrat, rég. de Paris ; Hubner, 8e rég. ; Pasquet, 5e rég. ; Portier, 1re rég. ; Dervillée, 18e rég. ; Gradels, 16e rég. ; Reiss, 20e rég. ; Bucquet, 5e rég. ; Fabre, 17e rég. ; Pottier, 4e rég. ; Loue, 11e rég. ; Alibert, rég. de Paris ; Kayser, 7e rég. ; Moritz, 7e rég. ; Doutrebente, rég. de Paris ; Bataille, 1re rég. ; Coupet, 13e rég. ; Fabre, 16e rég. ; Bapteste, 8e rég. ; Plantey, 19e C. A. ; Larrieu, 9e rég. ; Belle, 9e rég. ; Gibotteau, 9e rég. ; Lyon, 13e rég. ; Maurellet, rég. de Paris ; Cunault, rég. de Paris ; Dentan, rég. de Paris ; Goyau, 18e rég. ; Bidoire, rég. de Paris ; Sipndler, rég. de Paris.

Goêau-Brissonnière, 19e C. A. ; Nicolleau, 4e rég. ; Vuillemard, 7e rég. ; Marmasse, 5e rég. ; Richier, rég. de

Paris ; Dornier, 19e C. A. ; Grancher, 3e rég. ; Lelièvre, rég. de Paris ; Bruchon, 7e rég. ; Leccia, 9e rég. ; Luzuy, 5e rég. ; Fromenty, 9e rég. ; Porte, 8e rég. ; Boch, 8e rég. ; Cain, 6e rég. ; Boutot, 9e rég. ; Thomas, 3e rég. ; Coupu, 4e rég. ; Weiss, 20e rég. ; Blondin, rég. de Paris ; Lafourcade, rég. de Paris ; Heraux, rég. de Paris ; Chaumerliac, 13e rég. ; Laforge, 11e rég.

Durand, rég. de Paris ; Robert, 9e rég. ; Garnier, rég. de Paris ; Kohn, rég. de Paris ; Desoubry, rég. de Paris ; Monzat, 15e rég. ; Lacapère, rég. de Paris ; Fabre, 15e rég. ; Rey, 15e rég. ; Tourtou, 15e rég. ; Menard, 15e rég. ; Munera, 19e C. A. ; Bruneau, 9e rég. ; Leuvy, rég. de Paris ; Bosche, 9e rég. ; Schmidt, 7e rég. ; Hussenstein, 9e rég. ; Male, rég. de Paris ; Vilenski, rég. de Paris ; Farret rég. de Paris ; Farret, rég. de Paris ; Joutard, rég. de Paris ; Baconnet, rég. de Paris ; Garnier, rég. de Paris ; Poursines, troupes du Levant.

Paon, 9e rég. ; Louvel, 4e rég. ; Dalsace, rég. de Paris ; Leroy, 4e rég. ; Barthelmé, 7e rég. ; Chicandard, rég. de Paris ; Morel, 17e rég. ; Bru, 17e rég. ; Bernheim, 5e rég. ; Meeus, 11e région ; Redon, rég. de Paris ; Bordas, rég. de Paris ; Coudrain, 2e rég. ; Vuillième, rég. de Paris ; Bernard, rég. de Paris ; Berklen, rég. de Paris.

Cachera, rég. de Paris ; Lemière, 3e rég. ; Roy, 2e rég. ; Calvet, 17e rég. ; Dubost, 8e rég. ; Chatelain, 7e rég. ; Weill, rég. de Paris ; Schwab 7e rég. ; Camus, rég. de Paris ; Chazel, rég. de Paris ; Huguenin, rég. de Paris ; Peytavin, 5e rég. ; Lacoste, 9e rég. ; Tempe, 7e rég. ; Macon, 2e rég. ; Merklen, 20e rég. ; Destand, 16e rég. ; Cuillecard, 7e rég. ; Bouchet, 16e rég. ; Theillier, rég. de Paris ; Bonnemaison, rég. de Paris ; Zuccarelli, 15e rég.

Ungerer, 6e rég. : Benoît, 20e rég. ; Ombredanne, rég. de Paris ; Crama, rég. de Paris ; Eudel, Eudel, rég. de Paris ; Cartotto, 15e rég. ; Offret, 14e rég. ; Sicard, rég. de Paris ; Marcou, 15e région ; Lévy, 6e rég. ; Pansu, 14e rég. ; Lévi, 5e rég. ; Boissel, 2e rég. ; Jouniaux, 2e rég. ; Percevault, 9e rég. ; Chapard, rég. de Paris ; Tissier, rég. de Paris ; Bagot, rég. de Paris ; Feuerbach, 7e rég. ; Isnardi, 13e rég. ; Cordier, rég. de Paris ; Coliez, 6e rég.

Stuhl, rég. de Paris ; Roustan, 15e rég. ; Carsère, 16e rég. ; Gauchet, 3e rég. ; Papin, 18e région ; Huard, rég. de Paris ; Banzet, rég. de Paris ; Soulié, rég. de Paris ; Laffitte, 9e rég. ; Jayle, 16e rég. ; Gouvelaire, rég. de Paris ; Vaurs, 13e rég. ; Pechin, rég. de Paris.

II. ARMÉE COLONIALE

Pour le grade de médecin colonel

Les méd. lieut.-col. : Gallier, rég. de Paris ; Le Goaon, 11e rég.

Pour le grade de médecin lieutenant-colonel

Les méd. command. : Mazurie, 13e rég. ; Descuns, 19e C. A. ; Chollat-Traquet, A. O. F. ; Gayot, 18e rég.

Pour le grade de médecin commandant

Les méd. capit. : de Fajole, Indochine ; Gabillon, Pacifique ; Gallet, 19e C. A. ; Dartiguenave, Indochine.

Pour le grade de médecin capitaine

Les méd. lieut. : Louys, rég. de Paris ; Pflieger, 7e rég. ; Magallon-Graineau, Antilles ; Audiard, rég. de Paris ; Fourneyron, Indochine ; Joucla, 16e rég. : Dunan, Antilles ; Passarini, 19e C. A. ; Bougenot, Antilles ; Cambourieu, 4e rég. ; Sufrin, Antilles ; Holtzmann Indochine ; Tribouillet, Indochine ; Meyer-May, Indochine ; Ayzac, 17e rég. ; Michelin, 19. C. A. ; Warnecke, 15e rég.



Association des chefs de clinique de la Faculté de médecine de Montpellier

L'Association des chefs de clinique de la Faculté de médecine de Montpellier a tenu une réunion le 20 juin 1937, au cours de laquelle diverses questions professionneles ont été débattues.

Considérant que le clinicat est une école qui développe, dans une large mesure, l'instruction médico-chirurgicale théorique et pratique, et qu'elle est, en outre, la pépinière des futurs maîtres de demain, les membres de l'Association décident : à l'occasion de la réforme de l'enseignement supérieur, d'attirer l'attention des Pouvoirs publics sur le clinicat.

Ils demandent que la situation des chefs de clinique soit réglée par voie législative, et sur le plan national, de façon à les soustraire le plus possible aux influences locales ou personnelles ; que soient précisées d'une façon uniforme, dans les diverses Facultés, les modalités du concours, pour leur recrutement et la durée de leurs fonctions et leurs attributions ; que les chefs de clinique rentrent dans le cadre des fonctionnaires de l'enseignement, le titre ne devant être accordé qu'à ceux qui ont régulièrement rempli leurs fonctions pendant un certain temps ; qu'une situation matérielle plus en rapport avec les sacrifices pécuniaires exigés d'eux, soit accordée, ainsi qu'une majoration de points importante pour l'accession aux emplois de l'Etat ou des divers services publics.

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE

« Le Sou Médical »

Au cours de sa réunion du 29 juin 1937, le Conseil a prononcé les admissions suivantes :

12.645 ABBADIE, Beaumont-le-Roger (Eure) (avec effet du 1er janvier 1937). Synd. méd. de Bernay.
12.646 APOSTOLIDES, Saint-Mards-en-Othe (Aube). Synd. de l'Aube.
12.647 BOMPART, 84, rue de Monceau, Paris (VIIIe). Synd. méd. de Paris.
12.648 CADINOUCHE, 40, rue de Flandre, Paris (XIXe). Synd. méd. de Cannes.
12.649 CHARPENTIER, Le Mans (Sarthe). Soc. franç. de gynécologie.
12.650 COMBES, La Suze (Sarthe). Synd. de la Sarthe.
12.651 COURBE-MICHOLLET, Saint-Vincent-de-Reins (Rhône). Synd. des méd. du Rhône.
12.652 DE LAPIZE, Cahors (Lot). Synd. méd. du Lot.
12.653 DERVEAUX, Cérans-Foulletourte (Sarthe). Synd. de la Sarthe.
12.654 DESMARQUEST, 13, boul. de Strasbourg, Toulon (Var). Synd. méd. du Var.
12.655 DESROSIERS, Bourges (Cher). Parrains : Docteurs Bécue et Duncombe.
12.656 DUMAS, Vesoul (Haute-Saône). Synd. de la Haute-Saône.
12.657 DUMON, Montaignac-Saint-Hippolyte (Corrèze). Synd. méd. de la Corrèze.

12.658 GIRAUD, Saint-Just-la-Pendue (Loire). Parrains : Docteurs Cernu et Vergnory.
12.659 GRODÉE, Fouquière-lez-Lens (Pas-de-Calais). Féd. des Synd. méd. du Pas-de-Calais.
12.660 LÉON, 11, rue des Belles-Feuilles, Paris (XVIe). Synd. des méd. de la Seine.
12.661 MARCOVICI, 247 *bis*, bd. Jean-Jaurès, Boulogne-Billancourt (Seine). Synd. des méd. de Boulogne-Billancourt.
12.662 MARTEL, Luché-Prince (Sarthe). Synd. de la Sarthe.
12.663 MEUNIER, Chartres (Eure-et-Loire). Parrains : Docteurs Courtois et Baudin.
12.664 MONCEAU, Beaumont-sur-Oise (Seine-et-Oise). Ass. des anc. ext. de Paris.
12.665 MURET, Saint-Chély-d'Apcher (Lozère). Synd. des méd. de la Lozère.
12.666 PAGNIEN, 24, rue Buirette, Reims (Marne). Parrains : Docteurs Morange et Tramuset.
12.667 POIRIER, Coutansais-La Flèche (Sarthe). Parrains : Docteurs Plaisant et Lhoste.
12.468 REYNES, Harfleur (Seine-Inférieure). Synd. des méd. sanitaires du Havre.
12.669 RIVIÈRE, Courchelettes, par Douai (Nord). Parrains : Docteur Lesaffre et Lecoufte.
12.670 SOUMÈNE, Aïn El Hadjar (Oran). Synd. des méd. de Colonisation.
12.671 VIGNER, Quincy-sous-Senart (Seine-et-Oise). Parrains : Docteurs Molinéry et Noir.

Ces admissions deviendront définitives si elles ne font l'objet d'aucune protestation dans les quinze jours de la présente publication (art. 54 des statuts).

• •

CORRESPONDANCE

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

Accidents du Travail

5.245. — Fracture de la clavicule, appareillage avec extension

Je serais heureux d'avoir un tuyau quant à l'application du tarif des accidents du travail, fracture de la clavicule.

L'art. 18 a été complété et dans le paragr. « réduction sans app. platrés au silicates *ni extension* comporte « clavicule, 50 francs ».

Mais que compter pour l'excellent appareil à extension continue qui maintient le moignon de l'épaule en arrière et que l'on fait avec une chambre à air de bicyclette ?

Il propose 100 francs.

Dr B...

Réponse

Il y a bien à l'art. 18, en effet, réduction de fracture de la clavicule.... sans appareil plâtré au silicate, ni *extension* : 50 francs. Vous vous demandez combien on doit compter en cas de réduction et extension par appareillage avec *extension*. C'est là il est certain une « carence »

de tarification à laquelle vous proposez de remédier en mettant le chiffre de 100 francs. Je ne puis qu'approuver pleinement cette proposition que je prends en note pour une révision du tarif... mais jusque-là ce n'est qu'à l'amiable et par *analogie* qu'on peut le réclamer. L'analogie avec « fracture de l'extrémité inférieure du radium : 100 francs, me paraît équitable. »

5.016. — Injection antitétanique par méthode de Besredka

Je me permets de vous écrire pour vous demander quelques renseignements au sujet de la tarification des soins donnés aux accidentés du travail (loi de 1898).

Dans ce tarif, nous trouvons sous la rubrique : injections sous-cutanées :

« Injection sous-cutanée de sérum antitétanique en une seule fois, 20 francs.

« En plusieurs fois (Besredka), 25 francs.

Qu'entend-on par injection sous-cutanée de sérum antitétanique, en plusieurs fois (Besredka) ?

Peut-on réclamer 25 francs sur la note d'honoraires, quand on pratique ces injections sous-cutanées des façons suivantes :

a) On injecte d'abord 1 c. c. de sérum à un bras par exemple, on attend 5 à 10 minutes et on injecte le reste de l'ampoule à l'autre bras ou au même mais à un endroit différent.

b) Dans des cas tout particuliers où il s'agit de malades pusillanimes et émotifs, on pratique d'abord une injection de 1 c. c., on laisse l'aiguille en place (ceci pour ne pas piquer une seconde fois le malade) et on termine l'injection 5 à 10 minutes après.

Dans le premier cas il s'agit d'une injection faite en plusieurs fois c'est-à-dire en piquant le malade plusieurs fois à des endroits différents et en laissant un intervalle de quelques minutes entre chaque injection, et dans le second cas il s'agit également d'une injection en plusieurs fois mais en ne piquant le malade qu'une seule fois.

J'espère qu'il vous sera possible de me donner ces renseignements et je vous en remercie vivement d'avance.

Dr G...

Réponse

La méthode de Besredka est effectuée lorsqu'il y a lieu de craindre de l'anaphylaxie, le blessé ayant déjà subi des injections A. T.

Il y a une majoration de 5 francs parce que l'on perd du temps à attendre pour faire une seconde injection du reste de l'ampoule. Que cette injection secondaire soit faite au même endroit ou à un bras, puis à l'autre, je ne vois pas que cela change la question..... ni la majoration. »

Dr F. DECOURT.

4.972. — Certificats au cours du traitement

Une Compagnie d'assurances avec laquelle j'ai de fréquents rapports puisqu'elle couvre les risques d'une carrière de pierre de cette commune où je suis seul médecin, me fait parvenir à tout instant (plusieurs fois par semaine) des imprimés ainsi conçus :

Nous vous prions de bien vouloir nous faire savoir au dos de la présente, si ce blessé a repris son travail et dans l'affirmative, à quelle date.

Et on me joint une enveloppe timbrée pour la réponse.

Ai-je droit à des horaires pour cela ? Ce n'est assurément pas un travail bien long, mais encore faut-il chercher dans son registre d'accidents du Travail où en est le blessé en cause ; enfin s'il n'a pas repris son travail il faut bien dire les raisons. Comme cela se répète sans cesse, pour la plus grande partie des accidents et même parfois avant que soit expirée la période d'incapacité temporaire prévue, il y a là quelque chose d'abusif. Par ailleurs la plus élémentaire politesse (d'autant qu'il y a le timbre pour la réponse) exige que l'on réponde.

Dois-je continuer à répondre comme je l'ai fait jusqu'ici sans demander d'honoraire ? Où dois-je compter 16 francs comme lorsque je fournis un rapport sur un blessé en cours à la demande de la Compagnie.

Dr M...

Réponse

Voir art. 30, alinéa 4. S'il n'y a pas, sur le certificat l'énonciation de « la nature du traitement suivi, la marche de la guérison, l'époque à laquelle celle-ci sera vraisemblablement acquise ou la cause qui l'a retardée » il n'y a pas lieu à tarification de 16 francs. Nous tombons donc dans un cas analogue à celui de reprise du travail qui « ne donne pas lieu à une indemnité spéciale » (*Ibidem*, alinéa 3.)

Dr F. DECOURT.

5.012. — Electrothérapie « ondes courtes »

A la demande du Docteur Fauquez, médecin chef de notre service médical central, nous avons l'honneur de vous demander votre avis sur le cas suivant :

Un médecin de la ville d'Oran nous adresse une note d'honoraires pour des séances d'ondes courtes faites à un ouvrier victime d'un accident du travail à notre succursale.

Chacune de ces séances est comptée 50 francs.

A notre avis, c'est le tarif relatif à la diathermie, soit 25 francs, qu'il devrait appliquer.

Voudriez-vous nous faire savoir si nous pouvons maintenir notre point de vue ou si au contraire nous devons faire droit à la réclamation du médecin traitant.

Cie générale d'électricité.

Réponse

Dans l'état actuel du tarif, il n'y a pas de tarification spéciale pour les « ondes courtes ». On ne peut donc que se baser *par analogie* sur les autres postes d'électrothérapie (à moins d'une entente particulière). Comme analogie, je ne vois que le tarif concernant les divers prix *d'électrothérapie* (rayons U. V. Diathermie-électrisation complète., etc....,) tous marqués 25 francs, bien qu'au fond, il y ait lieu, en cas de révision du tarif, de majorer quelque peu ce prix, en cas d'ondes courtes ; ce serait plus équitable à mon avis. »

Dr F. DECOURT.

5.025. — De diverses modalités d'une même intervention

Je suis chargé de trancher la question suivante : Un chirurgien enlève des polypes récidivants de l'urèthre par diathermo-coagulation. Il a assimilé cette intervention à une résection de polypes par bistouri électrique. Cette assimilation est-elle exacte? et peut-on considérer cette intervention comme une intervention chirurgicale proprement dite. La Compagnie ne règle que les interventions dites sanglantes.

Dr A.

Réponse

De quoi s'agit-il ? de « polypes récidivants de l'urèthre qui ont été extraits ». Que ce soit de façon ou d'autre (par thermocautérisation ou au bistouri) le fait *d'extraction* n'en reste pas moins le *même* et cela qu'on l'appelle ou non « intervention chirurgicale » et que cette dernière soit « sanglante ou non ». (Un app areillage pour réduction et contention d'une d'une fracture du col du fémur est, à mon avis, une « intervention chirurgicale » bien qu'elle ne soit pas « sanglante » par principe.

Dr F. DECOURT.

QUESTIONS DIVERSES

5.245. — La déclaration des causes de décès

Vous n'ignorez pas que la constatation des décès se fait dans des conditions différentes suivant les communes. Il y a tous les intermédiaires, en France, entre la grande ville qui possède des médecins de l'état civil et la commune où le maire délivre le permis d'inhumer sans réclamer à la famille du défunt un certificat médical.

Dans les communes où le certificat médical est réclamé, le diagnostic, cause de la mort, n'est pas toujours exigé. Bien des communes se contentent d'un certificat mentionnant simplement la constatation du décès.

Vous avez publié dans le nº du *Concours* du 28 mars dernier la circulaire ministérielle du 1er janvier 1937 relative à la déclaration des causes de décès et l'avez fait suivre de commentaires. Vous y dites notamment qu'en l'état actuel de la législation, il est impossible au médecin traitant de violer un article du code pénal pour obéir à une circulaire ministérielle. Quelle doit donc être notre conduite si la dite circulaire est mise en application le 1er juillet prochain ? Dr A...

Réponse

Vous me demandez quelle ligne de conduite suivre au sujet de l'application de la circulaire ministérielle concernant la déclaration des causes de décès.

Si nous nous plaçons du point de vue juridique, je dois répondre qu'en l'état actuel de la législation et de la jurisprudence, devrait être considéré comme violant le secret professionnel le médecin traitant qui déclarerait la cause des décès au médecin inspecteur départemental d'hygiène.

De plus, celui-ci devra signaler au Procureur les crimes et les délits qui seront parvenus à sa connaissance dans l'exercice de ses fonctions.

Par conséquent, au point de vue juridique pur, nous devons refuser obéissance à cette circulaire. Mais du point de vue pratique, la question se pose autrement.

Les dirigeants de la Confédération semblent faire passer les considérations pratiques et sociales avant l'élément juridique. Ils estiment que du moment où le médecin déclarerait les causes de décès sans indiquer le nom du défunt, le secret professionnel ne serait pas violé. A quoi on peut répondre que par des recoupements divers, ce nom peut très bien être connu soit du médecin inspecteur départemental d'hygiène, soit du Procureur de la République, soit du maire.

Les dirigeants de la Confédération estiment d'autre part que dans l'intérêt social et primordial pour la défense de la santé publique, il faut établir des statistiques, des causes des décès et la Confédération de conclure que, certes, une loi serait désirable, mais qu'en attendant, on peut se conformer aux directives de la circulaire ministérielle.

Mon rôle consiste donc à exposer la thèse juridique, laissant aux syndicats médicaux le soin de comparer tous ces éléments et de saisir le conseil d'administration de la Confédération pour savoir si, en l'absence d'une loi, il faut ou non obéir à cette dite circulaire, qui présente un intérêt social, tout en ne se conformant pas aux textes des codes et des lois.

Conclusion : saisissez votre syndicat départemental et demandez-lui une ligne de conduite.

Dr Paul BOUDIN.

Cinquante-neuvième année N° 31 1er Août 1937

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

- sommaire -

Demi-Colonnes

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	60 fr.	Belgique et Luxembourg...	70 fr.
Etudiants	35 fr.	Première Zone	85 fr.
Le Numéro..........	1.25	Deuxième Zone	110 fr.

Abonnés du Concours exerçant dans les stations d'altitude

Nous rappelons à nos abonnés qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :
Annecy. Lortet, Pierron.
Aubure (Haut-Rhin), Borg.
Chamonix. de Chabanolle (*enf. cure hélio-alpine*)
Jougne. (Doubs). Charlin.
Lajoux (Jura), L. Benoit-Jeannin.
La Louvesc (Ardèche). J. Goubert.
Langogne (Lozère). Adrien Forestier.
Maiche (Doubs). J. Chatelain.
Mégève. Marcel Grenet, Jacqueline Grenet-Gazamian (*enf.*)
Mouthe (Doubs). R. Paindestre.
Osséjà (Pyr.-Or.) J. Avérous.
Pau (Basses-Pyr.). Cornet.
Saint-Gervais. Roux.
St-Pierre-de-Chartreuse. Brianes.
Vernet-les-Bains. Ponson.
Villard-de-Lans. Bassaguet (*mal. enf.*), Suau (*mal. enf.*)

Abonnés du Concours exerçant dans les stations balnéaires et climatiques

MM. les docteurs :
Antibes-Juan-les-Pins. Claudel (chir. ur.).
Ars (Ile de Ré), J. Moinet.
Bandol-sur-Mer. E. Charmot et E. Rozet (*cure hélio-mar.*), L. Marçon.
Banyuls-sur-Mer. E. Panis, Parcé.
Berck-Plage. Bouquier, H. Loze, Ménard. Tridon, Richez.
Biarritz. Clavel, Lacour, Pitchalsky (*méd. gén. Stom.*) M. Pourquié *chir.*) G. Pourquié (*o. r. l.*)
Boulou (Le) (Pyr.-Oles) M. Basman.
Cannes. Abadie, Bourgeois-Gavardin, P. E. Bousquet, Cadinouche, Escarras, P. Houssiaux, Joublot, Gérard Monod, Roques, Stauder.
Carnac-Plage. E. St-Martin.
Cassis-sur-Mer. Agostini.
Cayeux-Brighton-sur-Mer. Colleu (orthopédie).
Croix-de-Vie. Cristau.
Crozon-Morgat. E. Donard.
Deauville. Molina.
Dinard. Badin.
Douarnenez. Damey.
Fouesnant-Beg Meil. Legal.
Grau du Roi (Gard). Ramain.
Hendaye. Th. Casenave.
Le Boulou. J. Noguès.
Mimizan-Plage (Landes). Froustay.
Nice. Faure, M. Lelongt, Nicolas, Trutié de Vaucresson (*chir.*)
Ouistreham-Riva-Bella. Ch. Poullain.
Paramé. Bazin.
Pau. Dr Cornet.
Roscoff. Bagot père, Stéphan.
Saint-Aubin-sur-Mer. (Calvados), Em. Quiquemelle.
St-Georges-de-Didonne. Maudet.
Saint-Jean-de-Luz. J. Reboul.
Ste Maxime-s/Mer. E. Bausset, Ficonetti.
St-Quay-Portrieux. Bertrand
Saint-Raphaël. Boulle, Léon Clément (*chir.*), M. Rochette (*stom.*), Roux de Laroque (*Gyn. enf.*)
Saint-Servan. Huet.
Sables-d'Olonne. Pelletier.
Sanary-sur-Mer. Gaillard.
Trébeurden. Royer.
Villars-de-Lans. Bassaget.

Renseignements

Villa du Parc. Saujon (Char.-Infre.). Charmant hôtel de repos et station de cure pour le traitement des affections nerveuses et neuro-digestives. Dr Dubois.

Rendre un médicament agréable, c'est en doubler la valeur thérapeutique, car l'estomac qui l'accepte bien le digère mieux. Dans toutes les dyspepsies, donner des TABLETTES DE MANGAÏNE, c'est guérir vite et agréablement. Sucer 4 à 6 TABLETTES DE MANGAÏNE, par jour.

« La Soleillette » Bandol-sur-Mer (Var). Soleil. Régime.

Héliothérapie. Maison santé Hélios. Dr Brody, Grasse.

Communication du Bureau de « Voyages »

Le trouble apporté aux monnaies étrangères, à la suite de la récente dévaluation, nous a mis naturellement dans l'obligation de modifier les prix, qui avaient été établis pour les différents voyages, que nous avions organisés pour les vacances.

De nombreuses défections ont été enregistrées et devant la fluctuation continuelle des changes, nous avons, à notre grand regret, pris la décision d'annuler tous les projets, que nous avons annoncés dans nos colonnes.

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du **Concours Médical**, *Paris* **167-95.**

Nº 197. — Creuse : Pour cause décès, a céder excellent poste, suite de docteur-dentiste, avec maison d'habitation confortable, au centre de la ville. Garage et dépendance.

Nº 198. — On désire placer, chez médecin de préférence, pendant un mois, sur littoral normand ou breton, frère et sœur bien portants (5 et 6 ans).

Nº 199. — On demande personne sérieuse, pour s'occuper d'enfants ; sachant coudre et pouvant faire le service de table. S'adresser au Docteur Richard, 86, rue d'Orléans, Saumur. Références exigées.

Nº 200. — Gap (H.-A.). Méd. reconmm. pens. fam. tenue par son fils. Excell. clim. alt. moyenne, conf. moderne. Reçoit plus spécialem. jeunes élèves. Études surveillées. Ouvert pendant vacanc. Bonnet, 14, R. Cap. de Bresson.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet Breitel et Goret

1, rue Dante, Paris (5e). - Tél. : Odéon 36-46

Ouest, proxim. de la côte, petit centre, bonne client, anc. Jolie maison, indemnité : 35.000.

Gros chef-lieu canton. Bord de la Loire, poste actif, possib. de faire radio. Indem. 50.000, 30.000 compt. (y compris import. matér. prof.).

Proche banlieue ouest. A céd. bonnes cond. anc. client., pavillon avec jardin, conf. Urgent.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Enseignement de la médecine.** — M. le Docteur Levy-Solal, professeur agrégé, est nommé professeur de clinique obstétricale pour l'enseignement des sages-femmes, par 23 voix contre 21 à M. le Docteur Le Lorier.

M. le Docteur Chiray, professeur agrégé, est nommé professeur d'hydrologie et de climatologie à l'unanimité de 46 votants.

— **Faculté de médecine de Paris.** — *Avis.* — MM. les étudiants sont informés : 1° que les consignations en vue des examens de la session d'octobre 1937 seront reçues les 1er et 2 octobre ; 2° que les consignations pour la session d'octobre en chirurgie dentaire seront reçues les 4 et 5 octobre ; 3° que les consignations en vue des cliniques et de la thèse sont reçues les lundi et mardi de chaque semaine à partir du lundi 4 octobre ; 4° les deux premières inscriptions de l'année scolaire 1937-1938 seront délivrées aux étudiants de 2e, 3e, 4e et 5e année, ayant satisfait à la scolarité ainsi qu'aux examens à leur année respective, à partir du vendredi 8 jusqu'au samedi 23 octobre 1937.

— **Bibliothèque.** — *Vacances* 1937. — A partir du 13 juillet, les séances du soir seront suspendues et reprises à partir du 1er octobre. Elle sera ouverte : *en juillet* : du 13 au 28, de 14 à 18 heures ; *en août* les jeudis 5, 12, 19, 26 de 14 à 17 heures ; *en septembre* : du 2 au 14, les mardis, jeudis, samedis de 14 à 17 heures, du 15 au 30, les mardis, mercredis, jeudis, vendredis de 14 à 18 heures.

Le service normal quotidien reprendra à partir du 1er octobre.

— **Secrétariat.** — Pendant la duréed es vacances (à partir du 15 juillet) le secrétariat sera ouvert tous les jours (de midi à 15 heures).

Le service normal (de 9 à 11 heures et de midi à 15 heures) reprendra à partir du 1er octobre.

— **Le Sultan du Maroc à Vals-les-Bains.** — Dès son arrivée en France, S. M. Mohamed ben Youssef s'est rendu à Vals-les-Bains où le souverain tenait à poser la première pierre d'une mosquée destinée aux hauts fonctionnaires chérifiens habitués de la station.

Le Sultan était accompagné de S. E. El Mokri grand vizir, de S. E. Si Kaddour ben Ghabrit, président des biens habous de l'Islam, de Si Mammeri, directeur adjoint du protocole, des jeunes princes Moulay Hassan et Moulay Abdallah, fils du Sultan et d'une suite nombreuse. Le souverain a été salué devant le perron de l'hôtel des Bains par M. Mouraret, maire, entouré de son conseil, par M. le Préfet de l'Ardèche, le général commandant la division, d'Avignon, M. Froment, député, MM. Chalamon, administrateur-délégué de Vals-Saint-Jean, prési-

dent du Comité de propagande, et Liénard (Les Perles), Martin (La Favorite), Ribeyre, administrateur délégué des eaux de Vals-Reine. Une compagnie de tirailleurs rendait les honneurs.

Un déjeuner intime fut offert à l'hôtel des Bains, puis le Sultan se rendit au monument aux morts où il déposa une gerbe, il visita enfin les buvettes de Vals-Saint-Jean, Reine, Perles et Favorite. Traversant les parcs fleuris, le cortège se dirigea vers l'avenue Chabalier, où fut posée la première pierre de la future mosquée. A l'issue de la cérémonie eut lieu enfin une réception au Grand Casino.

Au moment de reprendre la route pour Paris, le souverain chérifien fit exprimer au maire toute sa satisfaction pour l'accueil de Val, où il se propose d'ailleurs de revenir prochainement.

— **Hôpitaux et abris contre les gaz.** — Depuis quelques années, les administrations des hôpitaux ont dû se préoccuper de prévoir des installations, tant pour soigner les gazés, que pour mettre à l'abri les malades inévacuables. A Paris, M. Mourier, directeur général de l'Assistance publique, et le Professeur Tanon ont déjà réalisé des installations très complètes. Malgré les difficultés de tout genres, l'organisation continue.

Au centre de Londres, se construit en ce moment l'hôpital de Westminster, hôpital antigaz, où tout est prévu pour la vie *en vase clos*, avec une protection extérieure qui serait, dit-on, absolument efficace.

— **Hôpitaux de Paris.** — *Concours d'oto-rhino-laryngologie.* — Le concours s'est terminé par la nomination de M. Robert Bourgeois.

— **Hôpitaux de Bordeaux.** — M. Jeanneney, chirurgien adjoint des hôpitaux, est nommé chirurgien titulaire et chargé de la direction du service de chirurgie de l'hôpital Tastet-Girard, en remplacement de M. le Docteur Lacouture, atteint par la limite d'âge.

— **Dîner de la Société universelle du théâtre (S. U. D. T.) et des H. B. V.** — Le 7 juin, à l'occasion du Congrès international du théâtre, et sous la présidence de M. Jules Romains, la S. U. D. T. et le Groupe des H. B. V. accueillaient à dîner, au Cercle interallié, un grand nombre d'auteurs dramatiques, de directeurs de théâtre et de metteurs en scène, venus de tous les pays. Ce dîner, suivi de réception, avait été organisé en collaboration avec Mme Paulette Pax, directrice du théâtre de l'Œuvre, par Mmes G. Blechmann, Brille, Boucard, Cayrol, Dujarric de la Rivière, G. Lardennois, M. Martiny, Nemours, Soulas et par MM. L. Berkowitz, Ed. Champion, Jean Gérard, Raymond Philippe ; les Docteurs Bour, M. Delort, Giroux, Mondain, L. Ruaud, Thierry de Martel, Vaudescal R., etc...

— **Centenaire de la naissance de Félix Terrier.** — L'Académie de chirurgie a célébré le Centenaire de la naissance de celui qui fut vraiment le père de l'asepsie chirurgicale, le créateur de la chirurgie modernie, Félix Terrier.

Mercredi 7 juillet, elle tenait en son honneur une séance solennelle dans la salle du Conseil de la Faculté de médecine. L'œuvre du maître successivement fut glorifiée par M. A. Baumgartner, président de l'Académie de chirurgie ; par le Professeur Barrier, ancien directeur de l'Ecole vétérinaire d'Alfort, ancien président de l'Académie de médecine ; par le Professeur Forgue, de Montpellier, et enfin par le Professeur Gosset, ancien élève et assistant de Terrier, qui retraça avec émotion sa vie et son œuvre.

Le matin avait eu lieu la visite du service de chirurgie de la Salpêtrière, où Félix Terrier finit sa carrière, et celle de la maison de la rue de Solférino, où habita le grand chirurgien, demeuré avec son aménagement absolument intact.

— **Exposition internationale de Paris 1937.** *Arts et techniques.* Groupe XII. Transports et tourisme. Classe 69. A. — L'exposition des « Moyens de protection et de secours appliqués aux transports modernes » a été inaugurée au Pavillon du tourisme, le 21 juillet, à 15 heures, sous la présidence de M. Queuille, ministre des Travaux publics, en présence de M. Edmond Labbé, commissaire général de l'Exposition internationale de Paris 1937.

— **Naissances.** — Le Docteur Louis Grangé, oto-rhino-laryngologiste à Pau, et Madame née Ginestous, font part de la naissance de leur fille Jeanne (14 juillet 1937). Nos vives félicitations aux heureux parents ainsi qu'à notre très distingué collaborateur, le Docteur Etienne Ginestous (de Bordeaux).

— Le Docteur Szkolnik annonce la naissance de son 4e enfant Nadine-Liliane. (Vigneulles-Meuse.)

— **Mariages.** — Le Docteur Coste, chevalier de la Légion d'honneur, croix de guerre et Madame annoncent le mariage de leur fille Eliane avec M. Jean Rodier, 10 juillet 1937, Anneyron (Drôme).

— Le Docteur Maurice Armengaud, de Cauterets, et Madame Maurice Armengaud, nous font part du mariage de leur fils Pierre, élève ingénieur des Ponts et Chaussées, avec Mademoiselle Solange Constanky.

Nos cordiales félicitations et nos meilleurs souhaits à notre excellent confrère et à sa famille.

J. N.

— **Nécrologie.** — Nous apprenons le décès du Professeur agrégé A. Ménégaux, docteur ès-sciences, chevalier de la Légion d'honneur.



A TRAVERS L'OFFICIEL

10 JUILLET

Avis de vacance d'un poste de médecin-chef de service des hôpitaux psychiatriques

Un poste de médecin-chef de service est vacant à l'hôpital psychiatrique de Sarreguemines (Moselle) par suite du départ de M. le Docteur Bobé (poste rétabli).

Le médecin nommé devra posséder une connaissance suffisante de la langue allemande.

11 JUILLET

Promotions et nominations dans la Légion d'honneur au titre du ministère de la Santé publique

Au grade d'officier

MM. Barthe (René-Paul), docteur en médecine à Gennevilliers ; Charpentier (Julien-René), docteur en médecine à Neuilly-sur-Seine, président de la Société médico-psychologique ; Frison (Léon-Auguste), docteur en médecine, directeur de l'Ecole odontotechnique de Paris ; Gauzère (Arnaud), docteur en médecine, médecin chef de l'hôpital civil et de l'hospice Dubroca-Depret, à Tartas (Landes) ; Heuyer (Georges-Jean-Baptiste), médecin des hôpitaux de Paris, médecin chef adjoint de l'infirmerie spéciale près la préfecture de police, expert auprès des tribunaux ; Sauvain (Fernand-Jean-Baptiste), docteur en médecine à Paris.

Au grade de chevalier

MM. Barailhe (Octave-Marie-Victor-André), médecin directeur du sanatorium de Dreux ; Bardin (Jean-Sulpice), médecin de l'hôpital-hospice de Valréas (Vaucluse) ; Chapt (Eugène-Joseph-Louis), ancien médecin chef de l'hôpital d'Epernay (Marne) ; Colomb et (Philippe-André), médecin électro-radiologiste à l'hôpital de Périgueux ; Dubois (Joseph-Léger), docteur en médecine, médecin chef de l'asile Sainte-Marie à Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme) ; Duverger (Camille), professeur à l'école de médecine et de pharmacie de Limoges, médecin chef de la Clinique ophtalmologique de l'hôpital de Limoges ; Mme Geismar (Suzanne), docteur en médecine à Paris ; Goguey (Marcel-Henri-Louis), radiologiste à Clamart (Seine) ; Gourichon (Louis-Denis), docteur en médecine, ancien président de la Société des médecins de bureaux de bienfaisance, médecin inspecteur des écoles ; Lacroix (Victor-Jean-Baptiste-Marie), docteur en médecine à Paris ; Petit (Auguste-Raymond), docteur en médecine, président de la Commission administrative du bureau de bienfaisance de Molesmes (Côte-d'Or) ;

Au grade de chevalier

MM. Besançon (Justin-Louis-Eugène), professeur agrégé à la faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux de Paris ; Grinda (Paul-Jean), chef du service de traumatologie des hôpitaux de Nice; Hauduroy (Paul-Joseph-Louis), docteur en médecine, directeur du bureau d'hygiène de Colombes (Seine), agrégé de bactériologie ; Leibovici (Raymond), docteur en médecine, chirurgien des hôpitaux de Paris ; Machebœuf (Michel-Alexandre-Marie), chef de laboratoire à l'Institut Pasteur à Paris, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille.

12 JUILLET

Loi portant amnistie (extraits)

Art. 1er. — Amnistie pleine et entière est accordée pour les faits commis antérieurement au 2 mai 1937 :

17° Aux infractions aux articles 15, 16, 18, 19, 21, 22, 23 de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine, pourvu que, dans le cas prévu à l'article 16, réprimé par l'article 18, il n'y ait pas eu récidive et que, dans les cas prévus par l'article 16, paragraphe 1er, et réprimés par l'article 18, et dans les cas prévus par l'article 19, il s'agisse d'aspirants et d'aspirantes aux différents diplômes visés à l'article 16, paragraphe 1er, régulièrement inscrits à un établissement d'enseignement supérieur ;

18° Aux infractions à l'arrêté du Parlement de Paris du 23 juillet 1748, aux lois du 21 germinal an XI et du 29 pluviôse an XIII et du 4 septembre 1936, concernant l'exercice de la pharmacie, sauf en cas de récidive.

14 JUILLET

Avis de concours pour l'emploi de professeur suppléant de chaires de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers.

Par arrêté du ministre de l'Éducation nationale, en date du 13 juillet 1937, un concours pour l'emploi de professeur suppléant de chaires de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers, s'ouvrira le lundi 17 janvier 1938 devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture de ce concours.

Avis de concours pour l'emploi de professeur suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale et clinique obstétricale à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon.

Par arrêté du ministre de l'Education nationale en date du 13 juillet 1937, un concours pour l'emploi de professeur suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale et clinique obstétricale à l'école

préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon, s'ouvrira le lundi 17 janvier 1938 devant la Faculté de médecine de l'Université de Nancy.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture de ce concours.

16 JUILLET

Médaille d'honneur des épidémies

La médaille d'honneur des épidémies est décernée aux personnes dont les noms suivent :

Médaille d'argent. — M. Risler-Coursier, docteur de l'Université de Paris (sciences), à Paris (Seine) ; M. le médecin lieutenant-colonel Thomas (Louis), détaché au ministère de la Santé publique ; M. Cauvy (Jean), interne à l'hôpital Trousseau (Seine) ; M. Guny (André), interne à l'hôpital de la Pitié (Seine) ; M. le Docteur Sebileau (Jean), chirurgien adjoint à l'hôpital départemental de La Roche-sur-Yon (Vendée) ; M. le Docteur Barre (Paul), médecin-chef du service de médecine à l'hôpital régional indigène de Casablanca (Maroc) ; M. le Docteur Jaubert (Francisque), médecin de 1re classe à la section de prophylaxie régionale à Casablanca (Maroc) ; M. le Docteur Secret (Edmond), médecin de 3e classe, chef du groupe sanitaire mobile de Fès (Maroc) ; M. Michel (Jean), médecin lieutenant du Service de santé des troupes de Tunisie, faisant fonctions de médecin de l'assistance médicale gratuite à Zarzis (Tunisie).

Médaille de bronze. — M. le Docteur Bouysson (Jean), interne titulaire des hôpitaux de Marseille (Bouches-du-Rhône) ; M. Cantini (Sébastien), interne à l'hôpital d'Aix (Bouches-du-Rhône) ; M. Voisin (René), externe en médecine des hôpitaux de Marseille (Bouches-du-Rhône) ; M. le Docteur Lefrançois (Roger), médecin à Villard-de-Lans (Isère) ; M. le Docteur Ribaud (Pierre), médecin à Eybens (Isère) ; M. le Docteur Nilus (Lucien), médecin directeur du sanatorium d'Abreschwiller (Moselle) ; M. le Docteur Tison (Pierre), médecin assistant au centre anticancéreux de la région du Nord ; M. le Docteur Croste (René), médecin de la santé du port de Bayonne (Basses-Pyrénées ; M. le Docteur Leufflen (Adolphe), médecin à Masevaux (Haut-Rhin) ; M. Sprecher (René), interne en médecine des hospices civils de Lyon (Rhône) ; M. le Docteur Alexiou (Michel), médecin à Paris (Seine) ; M. Bruneau (Jacques), externe à l'hôpital Hérold (Seine) ; Mlle Chatagnon (Camille), faisant fonction d'interne en pharmacie au sanatorium de Brévannes ; M. Coupin (Jean), externe au groupe hospitalier Necker-Enfants malades (Seine) ; Mme Hector (Antoinette), interne à l'hôpital Hérold (Seine) ; Mlle Kletter (Félicie), externe à l'hôpital Trousseau (Seine) ; M. le Docteur Pougin (André), médecin auxiliaire au laboratoire d'hygiène de la ville de Paris (Seine) ; M. Szpidbaum (Ichek), externe à l'hospice des Enfants-Assistés (Seine) ; M. le Docteur Audebert (Jean), médecin de l'Assistance médicale gratuite à Sbeïtla (Tunisie).

Voir la suite page XXXVII-2289.

PROPOS DU JOUR

LA MÉDECINE, L'HYGIÈNE ET LA STATISTIQUE

Comme la langue du bon Esope, la statistique a été et est très diversement jugée. Il y a exactement un siècle, elle donna lieu à l'Académie de médecine à une mémorable discussion à laquelle Andral, Bouillaud, Piorry, Martin-Solon, Cruveilher et Louis prirent part, les uns attaquant, les autres défendant la méthode numérique, c'est-à-dire la statistique. Le *Progrès Médical* a résumé dernièrement ces débats passionnés à propos des études que de savants médecins anglais et américains ont publiées sur Louis. P. C. A. Louis fut le plus éloquent défenseur de la méthode numérique, de la statistique et c'est à ce titre qu'il exerça une influence considérable sur le développement de la médecine aux Etats-Unis d'Amérique.

Au début de leur ouvrage considérable, *Arts et Techniques de la Santé* (1), MM. le Docteur Gaston Daniel et Albert Daniel font une étude minutieuse et très documentée de la statistique sanitaire, que nous allons analyser. Constatons tout d'abord que c'est la statistique, appliquée à l'hygiène et à la médecine sociale, qu'envisagent surtout les auteurs ; elle y est en général beaucoup plus utile et moins discutable qu'en médecine proprement dite.

Comme l'affirme Et. Burnet, l'hygiène sociale a pour base, un recensement épidémiologique aussi exact et complet que possible. Cette documentation est indispensable pour prendre des mesures et juger de leurs résultats.

« Au sujet de la mortalité, dit Risler, nous vivons dans des conditions pitoyables, ignorant l'importance des fléaux que nous voulons combattre... Un fléau social qui engendre à peu près tous les autres, le taudis, ne peut être combattu efficacement dans quantité de localités parce que nous n'avons pas de statistiques. »

Pour utiliser sainement la statistique, comme le fait remarquer le Docteur Ichok, « vu la mauvaise réputation dont elle se trouve accablée, il sera indispensable de procéder avec prudence et surtout ne pas lui demander l'impossible ».

M. Daniel note que la statistique est un outil et non une curiosité de vitrine. L'hygiéniste doit savoir se servir de cet outil qui, entre des mains expertes, peut devenir un moyen puissant pour attirer l'attention de l'opinion publique.

M. Yves Biraud, chef de service de statistique à l'Institut d'hygiène de la Faculté de médecine de Paris, fait remarquer avec juste raison qu'il en est de la statistique comme des appareils enregistreurs, il faut apprendre à s'en servir.

Cazanove pour les Colonies, Lutrario, le grand hygiéniste italien, ont montré quelles difficultés l'on rencontre pour arriver à réunir une documentation utile selon les régions.

Là, on se butte à la non déclaration des décès par les médecins ; ici les malades meurent fréquemment sans avoir recours à une assistance médicale ; ailleurs on ne s'entend pas sur la spécification de la cause des décès.

Ichok a relevé que sur 100.000 décès, il en existe 2.113 dans le Haut-Rhin pour lesquels la maladie qui les a causés n'est pas spécifiée. Il y en aurait 4.137 dans le département de la Seine et 68.330 en Corrèze.

Dans le Pas-de-Calais, la Seine, la Seine-et-Oise, la Seine-Inférieure, 98 pour cent des décès sont constatés par un médecin ; il n'y en a que 34,9 dans le Lot et 30,7 dans la Haute-Loire. Ces exemples suffisent pour montrer ce qu'il est possible de tirer d'utile de pareils documents.

Trop de médecins sont persuadés que la déclaration des décès est une vaine formalité. Le manque de contrôle des déclarations, l'arbitraire des diagnostics, l'imprécision de la nomenclature rendent les statistiques inutilisables.

Il faudrait se convaincre que l'agent de la maladie a plus d'importance que sa localisation.

Il serait bon de se tenir dans un juste milieu et de n'avoir ni trop, ni trop peu de rubriques pour répartir les causes des décès.

Les établissements de soins où sont traités des malades en dehors de leur domicile, les mouvements quotidiens des travailleurs dont l'habitation est souvent éloignée du lieu de leur travail (R. Martial), la distinction très arbitraire de la population urbaine et rurale dans les grandes agglomérations sont encore des causes d'erreurs.

Il faut savoir interpréter les statistiques, ne pas tomber dans le ridicule de certains tracts de propagande outrancière où l'on ferait croire en établissant un parallèle entre la mortalité et la consommation des boissons alcooliques, qu'en supprimant totalement la consommation de l'alcool, on arriverait à supprimer la mortalité.

Whipple pour bien montrer l'absurdité de certains rapprochements, établissait une corrélation entre la mortalité infantile et le ramollissement de l'asphalte des rues, la chaleur étant la cause commune de ces deux phénomènes qui n'ont cependant aucune relation entre eux.

Il convient d'étudier les causes de dissem-

(1) G. Doin et Cie, édit. 1937.

blances des chiffres des statistiques. HAZEMANN, ayant constaté que la natalité est beaucoup plus élevée dans le Pas-de-Calais que dans le département de l'Yonne, en rechercha le motif ; il découvrit que, dans ce dernier département, la proportion des femmes de plus de 60 ans était double que dans le Pas-de-Calais.

CHODZKO montre que cette absence de statistiques sérieuses influe sur les résultats de la lutte anti-tuberculeuse. Ici, il y a trop de sanatoriums et pas assez de dispensaires ou vice-versa. Les médecins, les infirmières qualifiées sont défectueusement répartis. Là, on soigne trop d'adultes et on néglige les enfants, on ne s'occupe pas de la tuberculose rurale, etc., etc...

Il convient de dresser les statistiques avec méthode, d'obtenir des chiffres totaux en nombre suffisant et de calculer par pourcentage. Les inventaires sanitaires et démographiques doivent être établis localement. Il faut différencier les zones urbaines des zones rurales, surtout dans les comparaisons internationales.

La statistique doit être de compréhension facile pour la moyenne des intellectuels.

A. LUMIÈRE pour juger de la valeur d'une statistique, l'a comparée à une autre tout à fait différente. Ainsi, il a démontré que le nombre des maisons à cancer était égal à celui des maisons à multiples naissances. Il serait ridicule de baser une conviction sur pareille constatation.

Il convient de savoir corriger et rectifier les statistiques, de tenir compte de l'âge pour la mortalité, de veiller à ce que certains établissements de retraites, d'éducation, ou de soins, ne viennent pas fausser les chiffres de la mortalité.

Etant donné que la statistique est établie avec discernement et méthode, est-elle suffisante pour atteindre le but de l'hygiéniste ?

Certes, elle est un guide fort utile, même indispensable, mais il faut lui joindre l'expérience du médecin, de l'hygiéniste, du savant, du sociologue, etc., etc. Il faut savoir juger intelligemment pour conclure. M. H. SELLIER demandait des enfants robustes et déplorait les maternités à répétition excessive où pour la conquête d'un prix, la mère était sacrifiée, causant ainsi un affaiblissement du pays.

Nous pouvons juger que la statistique est, en hygiène et médecine sociale, un élément technique très utile, même indispensable.

En est-il de même dans les sciences médicales, dans la médecine de soins et la thérapeutique ?

Nous prendrons ici pour guide Claude BERNARD qui, dans son *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, a consacré quelques pages à la critique de l'emploi des statistiques.

Il n'y a pas en médecine, affirme le grand physiologiste, d'unités comparables, ni de malades absolument semblables, pour faire une statistique valable ; elle sera toujours sujette à contestation. La statistique ne donne qu'une probabilité, jamais une certitude. Or, on ne saurait baser des lois sur des probabilités.

Il existe deux sortes de phénomènes : ceux dont la cause est *déterminée* et ceux dont la cause est encore *indéterminée*. Pour les premiers la statistique ne saurait exister, elle serait inutile, même absurde. Dans les seconds, on ne fait de la statistique que parce que l'on ne peut pas faire autrement. Et Cl. Bernard cite comme exemple la statistique faite par un chirurgien qui pratique un procédé opératoire. Cette statistique ne peut être valable, car on ne saurait affirmer que les divers cas observés sont identiques en tous points. « Jamais la statistique ne peut donner la vérité scientifique et ne peut constituer par conséquent une méthode scientifique définitive. » La loi des grands nombres « suivant l'expression d'un grand mathématicien, est toujours vraie, en général, et fausse en particulier ».

Et Cl. BERNARD conclut : « La statistique ne saurait enfanter que les sciences conjecturales ; elle ne produira jamais les sciences actives et expérimentales, celles qui règlent les phénomènes d'après des lois déterminées. »

« Sans doute la statistique peut guider le pronostic du médecin et en cela, elle lui est utile. Je ne repousse donc pas l'emploi de la statistique en médecine, mais je blâme qu'on ne cherche pas à aller au-delà et qu'on croie que la statistique doive servir de base à la science médicale ; c'est cette idée fausse qui porte certains médecins à penser que la médecine ne peut être que conjecturale, que le médecin est un artiste qui doit suppléer à l'indéterminisme des cas particuliers par son génie, par son tact médical ».

« J'insiste sur ce point, continue Cl. BERNARD, parce que beaucoup de médecins ont grande confiance dans la statistique et ils croient que lorsqu'elle est établie sur des faits bien observés qu'ils considèrent comme comparables entre eux, elle peut conduire à la connaissance de la loi des phénomènes. J'ai dit que jamais les faits ne sont identiques ; dès lors que la statistique n'est qu'un dénombrement empirique d'observations »

Nous conclurons que la statistique peut être très utile en hygiène et en médecine sociale et même indispensable, à la condition de savoir l'interpréter, de savoir corriger et rectifier ses résultats. Elle est un outil précieux à utiliser, mais ne doit pas exclure les autres procédés d'investigation. En médecine et en thérapeutique, elle peut servir de guide, mais il faut se garder de considérer ses indications comme des vérités scientifiques. Elle doit être rejetée dans les recherches scientifiques et dans la médecine expérimentale qui exigent la certitude absolue et ne sauraient se contenter de conjectures.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

LA VITAMINE D:

Médicaments et aliments irradiés

Professeur Y. Volmar (de Strasbourg)

Deux agents thérapeutiques différents, les rayons solaires et l'huile de foie de morue, sont employés depuis longtemps avec succès dans le traitement du rachitisme.

Cette affection, caractérisée par un abaissement du phosphore minéral sanguin et une diminution de la teneur en cendres des os, entraînant des troubles de l'ossification, a pu être reproduite artificiellement chez le rat blanc en le soumettant à un régime pauvre en phosphore, et là encore l'effet rachitigène a pu être combattu par ingestion de certaines substances, pourtant peu phosphorées, comme l'huile de foie de morue et les huiles de poisson.

L'action antirachitique de ces huiles a d'abord été attribuée à ce que Drummond appelait le *facteur liposoluble* ou *vitamine A* ; mais l'expérience ayant montré que d'autres substances également riches en vitamine A comme l'épinard ou la carotte étaient sans action sur le rachitisme, et même que leur excès favorisait les effets du déséquilibre minéral du régime, on fut amené à admettre que le principe antirachitique était une substance différente de la vitamine A, coexistant avec elle dans l'insaponifiable des huiles de poisson et s'en distinguant par une plus grande stabilité à la chaleur et à la lumière. Cette *vitamine D* a depuis été isolée et étudiée par Dubin et Funk, Bourdillon, Webster, etc. ; sa présence a été mise en évidence dans toutes les huiles de poisson et surtout, d'après Bills, dans celles préparées avec les foies de ces animaux

L'analogie entre cette action antirachitique de l'huile de foie de morue et celle de la lumière solaire, dont les effets curatifs, surtout manifestes au bord de la mer ou à une certaine altitude, ont pu être rapportés aux radiations ultraviolettes de longueur d'onde voisine de 3.000 U. A., constituant l'extrémité du spectre solaire, a conduit tout naturellement à l'étude de l'irradiation des substances alimentaires ou même simplement chimiques. De nombreuses recherches ont été effectuées sur des produits de nature et d'origine différentes ; les résultats ont été négatifs avec toutes les substances chimiques essayées, tandis qu'une irradiation de une heure au moyen d'une lampe à vapeur de mercure, dans une atmosphère d' zote, a suffi pour donner des propriétés antirachitiques aux huiles végétales, au lait, aux feuilles vertes (épinard, laitue), aux farines. L'irradiation a créé dans ces substances une vitamine D artificielle.

Dans les huiles et le lait, qui se sont montrés aisément activables, le pouvoir antirachitique a pu être concentré dans l'insaponifiable du corps gras, et fut par suite attribué à son principal constituant, le *cholestérol*. Steintock et Black, Fabre et Simonnet constatèrent à leur tour que ce cholestérol, exposé aux rayons ultraviolets, acquiert bien un pouvoir antirachitique considérable par transformation photochimique en une substance identique à la vitamine D et se comporte ainsi comme une *provitamine*.

Rosenheim et Webster expérimentèrent un un certain nombre d'autres stérols végétaux ou *phytostérols* : le *coprostérol*, le *sitostérol*, le *stigmastérol*, le *zymostérol*, l'*ergostérol* et montrèrent que tous étaient susceptibles d'activation.

Mais les résultats contradictoires, ou même négatifs, obtenus par de nombreux auteurs avec ces stérols de plus en plus purifiés amenèrent Windans à se demander si la substance activable était bien le stérol lui-même, et ne serait pas plutôt un autre principe, existant à l'état de traces dans le stérol et éliminé au cours des purifications successives.

Heilbronn, Kamm et Morton par cristallisation fractionnée du cholestérol dans l'éther acétique, parvinrent à mettre en évidence dans les parties les moins solubles une substance très activable présentant trois bandes d'absorption dans l'ultra--violet initial, correspondant aux longueurs d'onde 2.728, 2.825 et 2.940 U. A. Rosenheim, en étudiant ce spectre, montra qu'il était identique à celui de l'*ergostérol* découvert en 1889 par Tanret dans l'ergot de seigle.

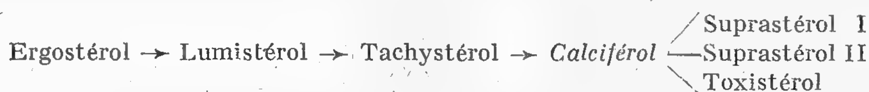
Cet ergostérol serait la véritable substance mère des principes antirachitiques, la *provitamine D* ; il existerait dans tous les stérols végé-

taux et le cholestérol, à une dose n'atteignant jamais 0,25 p. 100 ; les rayons ultraviolets le transformeraient en vitamine D. *Toutes les substances renfermant cet ergostérol seraient donc susceptibles d'être activées par irradiation et d'acquérir ainsi des propriétés antirachitiques.*

Ergostérol et ergostérol irradié. Médicaments irradiés

Tanret préparait l'ergostérol à partir de l'ergot de seigle, mais l'opération était longue et pénible. Aujourd'hui, à la suite des travaux de Windaus , l'industrie s'adresse de préférence à une autre source suffisamment riche, la levure de bière. Cette levure est traitée par un dissolvant des graisses, comme le chloroforme, et la matière grasse ainsi retirée est saponifiée ; la partie insaponifiable, dans laquelle s'accumulent les stérols, est ensuite soumise à une série de cristallisations successives ; on arrive ainsi à isoler sans trop de difficultés un ergostérol un peu moins pur que celui de Tanret et renfermant toujours une petite quantité d'un autre stérol, le *zymostérol* qui, d'ailleurs, ne gêne pas son emploi.

L'irradiation de cet ergostérol, pour le transformer en vitamine D, doit ensuite se faire dans des conditions bien déterminées. La réaction qui se produit et la nature des produits formés sont aujourd'hui bien connus à la suite des travaux de Windaus, Lettré, Heilbronn, Dimroth, etc., qui ont montré que, sous l'influence des radiations ultraviolettes de longueur d'onde voisine de 2.900 U. A., il se produisait une isomérisation progressive de l'ergostérol, suivant le schéma :



Ces sept corps ont pu être mis en évidence dans les produits de l'irradiation de l'ergostérol, ils se forment les uns aux dépens des autres, mais leur proportion varie avec la longueur d'onde de la lumière employée et les conditions de l'opération. Parmi eux, seul le *calciférol* a des propriétés antirachitiques, il est identique à la vitamine D naturelle, Bourdillon et Webster ont pu l'obtenir à l'état cristallisé et pur ; le lumistérol et le tachystérol sont des produits intermédiaires, provitamines se transformant peu à peu sous l'influence de la lumière en calciférol ; les trois autres substances, qui se forment par une irradiation trop prolongée, sont de véritables produits d'altération photochimique du calciférol ; ils sont non seulement sans action physiologique, mais même toxiques ; leur présence doit soigneusement être évitée dans toute préparation antirachitique.

Les meilleures conditions d'irradiation pour arriver à ce résulta et obtenir ainsi un rendement maximum en calciférol ont été indiquées par Fabre et Simonnet : l'ergostérol doit être mis en solution éthérée et irradié dans une atmosphère d'azote, à une distance de 50 cent. d'une lampe à vapeur de mercure ordinaire H. Georges, sa température étant maintenue au voisinage de 0° ; la durée d'irradiation peut varier de cinq minutes à une heure, le produit obtenu est ensuite purifié par cristallisations successives à l'abri de l'air.

Le calciférol ou vitamine D se présente sous la forme d'une poudre cristalline incolore, fusible à 115°-117°, dextrogyre, soluble dans l'alcool, les dissolvants organiques, e les graisses. Il est assez stable à la chaleur et à la lumière, mais un chauffage à 200° ou une irradiation ultraviolette très prolongée arrivent à la détruire. Il est actif contre le rachitisme chez l'enfant à la dose préventive de 0,5 milligramme par jour, à la dose curative de un milligramme par jour.

De nombreuses préparations d'ergostérol irradié ont été préconisées en thérapeutique : *Irrastérine* — *Stérogyl* — *Ergorone* — etc. Elles sont en général constituées par des solutions huileuses de calciférol et s'emploient à la dose de X à XX gouttes par jour, c'est sous cette forme que la conservation du produit serait la mieux assurée.

Mais la forme huileuse provoque parfois chez les jeunes enfants des troubles qui ont pu faire croire à la toxicité du stérol irradié ; aussi Tixier et Huguenin ont-ils conseillé l'emploi du calciférol en poudre, sous la forme de granules ou de dragées ; le produit pulvérulent pourrait se conserver dix-huit mois sans altération, à la condition d'être maintenu à l'abri de l'air et de la lumière.

Le calciférol ne présentant aucune toxicité, ses préparations sont forcément sans danger aux doses thérapeutiques (un milligramme par jour). Les accidents qui ont été signalés à la suite de l'emploi de produits irradiés ne peuvent provenir que de préparations mal faites, soumises à une irradiation trop prolongée ou à des radiations de trop courte longueur d'onde ou encore insuffisamment refroidies et, par suite renfermant du toxistérol ; ils peuvent également n'avoir aucun rapport avec le stérol, et être dus à l'huile servant comme véhicule ou même à des solvants ajoutés à cette huile pour augmenter la solubilité du produit.

Détermination de l'activité antirachitique des médicaments irradiés

L'ergostérol irradié et toutes les préparations qui en renferment doivent être soumis à un essai

rigoureux destiné à vérifier si l'irradiation a été correcte, et à déterminer le pouvoir antirachitique du produit. De nombreuses techniques ont été proposées dans ce but, mais, selon l'expression de Fabre et Simonnet, « la propriété antirachitique ne peut être définie que par l'essai sur l'animal, et la signification des autres propriétés ne peut être assurée que par comparaison avec l'examen biologique ».

L'étude du spectre d'absorption ultraviolet, préconisée par ces auteurs comme très rapide, peut être avantageuse pour des produits préparés dans des conditions bien connues, mais ne peut remplacer l'essai biologique, le seul d'ailleurs officiel.

Cet essai biologique peut se faire de deux manières différentes :

1° *Méthode prophylactique.* — Elle consiste à déterminer la quantité de préparation s'opposant au développement du rachitisme.

Si on soumet de jeunes rats de 30 grammes, maintenus à l'abri de la lumière, à un régime rachitigène (régime 85 de Pappenheimer, par exemple), on constate au bout de neuf jours, l'apparition de lésions caractéristiques : tuméfaction des articulations, décalcification osseuse, aplatissement du thorax, etc... L'essai consiste à déterminer, sur des lots de rats ainsi nourris, la quantité minima de préparation susceptible d'empêcher l'apparition et l'évolution de ces symptômes.

2° *Méthode curative.* — On détermine, par une technique analogue, la quantité de préparation nécessaire pour assurer la guérison d'un rat préalablement rachitisé.

Les divergences et les erreurs, provenant de la non identité des méthodes employées et de l'interprétation des résultats, ont amené, en 1931, la section d'hygiène de la Société des Nations à créer un *étalon international antirachitique*, auquel toutes les préparations irradiées doivent être comparées, afin de déterminer leur activité. Cet étalon est une *solution dans l'huile d'olive d'ergostérol pur irradié, telle que* 10 *c. c. correspondent à un milligramme d'ergostérol initial, avant irradiation.*

L'unité internationale antirachitique est l'*activité développée par un milligramme de cette solution* : un milligramme, donné pendant huit jours à un rat rachitique produit dans la diaphyse, au niveau de l'extrémité du tibia, une large bande de dépot calcaire.

On compare les préparations actives à l'étalon en utilisant vingt rats rachitiques dont la moitié reçoit chaque jour un milligramme de la solution standard et l'autre une quantité connue de la préparation à titrer.

Les solutions huileuses d'ergostérol du commerce sont, en général, titrées de telle façon que, une goutte corresponde à 150 unités internationales.

Aliments irradiés

La vitamine D ou calciférol ne se rencontre toute formée que dans un petit nombre de substances (huiles de poissons) ; au contraire, la provitamine ou ergostérol est très répandue dans la nature. Aussi, depuis sa découverte, toute une industrie a-t-elle pris naissance, qui a pour but de faire apparaître dans divers aliments des propriétés antirachitiques. L'activité des produits irradiés ainsi obtenus, toujours assez faible, dépend évidemment de la quantité d'ergostérol initial ; ces aliments ne peuvent remplacer l'ergostérol irradié lui-même, ce ne sont pas de véritables médicaments ; leur action, plutôt préventive, permet de lutter contre les effets d'un régime mal équilibré, rachitigène.

Le lait s'active facilement par irradiation ultra violette, et se stérilise en même temps ; mais l'opération est délicate, si l'on veut éviter l'altération des graisses et des protéines et la destruction des vitamines A et C. De nombreuses techniques ont été préconisées par Scholl, Scheidt. Vita, etc. ; toutes opèrent dans une atmosphère de gaz carbonique, ce qui modifie légèrement le goût du lait ; elles permettent d'obtenir un lait empêchant le développement du rachitisme chez le rat à la dose de un gramme par jour.

Les farines, ne renfermant que peu de stérols, sont peu activables et d'ailleurs se prêtent mal à l'irradiation.

Le cacao renferme une quantité assez notable de provitamine, localisée dans le beurre ; mais son irradiation à l'état pulvérulent est très difficile, par suite de la présence de débris cellulosiques opaques à l'ultraviolet. On est arrivé néanmoins en France et en Allemagne à préparer, par une technique encore mal connue, des chocolats irradiés et des farines chocolatées actives.

Les huiles végétales sont facilement irradiables, mais leur teneur en stérol est généralement faible, et elles ne permettent pas d'obtenir des produits très actifs.

Les huiles de poissons sont spontanément actives, et leur activité ne peut être beaucoup accrue par irradiation, car, sous l'influence des radiations ultraviolettes, le calciférol se transforme lui-même en produits inactifs ou même toxiques.

Malgré ces premiers essais, une étude systématique de l'irradiation des al ments est encore à faire ; on n'utilise aujourd'hui en thérapeutique que le lait et le cacao irradiés.

Irradiation de l'organisme : la cure solaire

La vitamine D n'existe que toute formée dans les huiles de poissons ; ces animaux la retirent du plankton qui leur sert de nourriture et il semble

bien qu'elle provienne, ainsi que l'a montré Kunt Weydlind, des algues sous-marines soumises pendant l'été à la forte irradiation ultraviolette du soleil polaire.

Tous les autres aliments ne renferment que la provitamine, qui doit être transformée par irradiation en calciférol. Une semblable activation peut-elle se faire dans l'organisme même de l'enfant ou du jeune animal, et peut-on expliquer ainsi l'action de la cure solaire ?

Hess a montré que l'action héliothérapique, plus intense au bord de la mer et à une certaine altitude qu'à l'intérieur des terres et en plaine, était due aux radiations de longueur d'onde voisine de 3.000 U. A. qui constituent l'ultraviolet solaire ; mais ces radiations très absorbables ne peuvent traverser l'épiderme et atteignent à peine les papilles cutanées ; la transformation de la provitamine en vitamine D doit donc se faire uniquement dans la partie superficielle de l'épiderme. Hess a constaté que des rats soumis à un régime rachitigène, auquel on ajoute des fragments de peau irradiée, restent indemnes, tandis que ceux soumis à ce même régime, mais additionné de peau non irradiée, deviennent rachitiques.

Ce sont donc seulement les stérols des cellules épithéliales, qui sont transformables par la lumière en vitamine D, et c'est cette activation toute superficielle qui suffit à assurer le métabolisme normal du calcium et du phosphore et s'oppose au développement du rachitisme.

Qu'elle soit naturelle ou produite artificiellement, ou même qu'elle prenne naissance au sein de l'organisme, la vitamine D a donc toujours une origine photochimique : la lumière est aussi indispensable à l'homme e aux animaux qu'elle l'est à la plante dans sa fonction chlorophyllienne.

DE L'IMPORTANCE DE LA RADIOGRAPHIE DANS LES TRAUMATISMES

Le Docteur CHAMBA, de Lyon, a présenté à la séance du 6 mars 1937 de la Société d'électro-radiologie du Centre et du Lyonnais, deux curieuses observations montrant bien l'importance de la radiographie dans les traumatismes.

OBSERVATION I. — Vieille femme accrochée au coude par la poignée de porte d'une auto allant dans la même direction. Chute de la blessée. Pansements d'une plaie face postérieure du coude avec immobilisation par écharpe. Soins pendant quinze jours. Le gonflement du coude persistant, des radios sont demandées par le médecin traitant.

Surprise : la poignée d auto est dans le coude. Extraction à l'hôpital Saint-Luc.

OBSERVATION II. — Un jeune homme à bicyclette est accroché à un tournant de route par une auto qui le croise et lui fait une profonde coupure face antérieure du coude. Le jeune homme va chez un médecin qui, après un pansement, l'envoie à l'hôpital. Le chirurgien nettoie la plaie, la suture, et garde le blessé une *quinzaine de jours*. Au bout de ce temps, le blessé est renvoyé à son médecin. Il n'y a pas de déformation appréciable du coude, la plaie est presque refermée ; une très légère suppuration persiste.

Cinq ou six jours après, le médecin, par précaution, réclame une vérification radiographique. Elle montre une moitié de poignée d'auto un peu au-dessus du coude et du côté antéro-interne.

Les deux automobilistes n ont pas dû se doute", lorsqu'ils ont recherché leurs poignées de portières, où elles se trouvaient. Pour le pra icien, en tout cas, ces deux observations sont particulièrement suggestives et intéressantes.

P. L.

APLASIE DU PAVILLON DE L'OREILLE

Un garçon d'un an présente une aplasie du pavillon de l'oreille gauche, réduit à deux ou trois bourgeons.

Doit-on l'opérer ? En général le conduit auditif externe n'existe pas, dans le cas de ces malformations et reconstitution plastique du pavillon est très difficile.

Par conséquent, à moins de se trouver en face de circonstances tout à fait particulières, par exemple devant la volonté arrêtée d'une amille très soucieuse des préoccupations esthétiques, il vaut mieux s'abstenir si la famille n'accepte pas l'éventualité de huit ou dix opérations successives.

Dans le cas présent, il sera cependant possible, vers l'âge de 6 ans, de prendre la partie inférieure, de ces bourgeons, la faire descendre, la mettre en place de façon à reconstituer un lobule. Et plus tard, grâce à un artifice de coiffure cachant la partie située au-dessus du lobule cet enfant pourra « dissimuler » cette petite disgrâce,

(1) Notes recueillies à la consultation du lundi, présentée par le Professeur OMBRÉDANNE.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Métrite sénile et cancer du col utérin

Par M. J.-P. Tourneux

Chirurgien-chef des hôpitaux de Toulouse

Parmi les diagnostics particulièrement difficiles et délicats à porter, se compte celui de cancer du corps utérin au début de l'affection, au moment où la malade ne présente encore aucune augmentation du volume de sa matrice, et où toute la symptomatologie se borne des métrorragies, accompagnées de douleurs pelviennes vagues et d'un peu de leucorrhée. En présence d'un pareil tableau clinique, on se contente généralement, si l'utérus ne présente rien de particulier à la palpation et à l'examen, de penser à une métrite sénile banale, et l'on prescrit un traitement tout à fait inefficace. Aussi, pendant que l'on prodigue les antiseptiques les plus divers, la prolifération épithéliale poursuit son cours et en arrive à un moment donné à causer des lésions, telles que toute thérapeutique chirurgicale se trouve désormais impuissante.

C'est pourquoi, lorsqu'on se trouve devant des malades avoisinant la ménopause ou qui l'ont déjà dépassée, et qui offrent des métrorragies discrètes, mais continues, faut-il redoubler d'attention et de soin dans l'examen clinique pour tâcher de voir quelle est la vraie lésion causale. Et cependant, en dépit de toutes les investigations, on demeure souvent hésitant, pour se demander avec anxiété si l'on se trouve en présence d'une inflammation banale de la muqueuse utérine, d'une métrite sénile, ou si au contraire on doit redouter un débu de prolifération cancéreuse.

Il est pourtant un procédé d'examen, qui permet de poser le bon diagnostic et de vous indiquer quelle thérapeutique vous devez suivre, procédé d'examen par trop encore délaissé, particulièrement en clientèle, et que vous m'avez vu pratiquer à plusieurs reprises pour un certain nombre de malades atteintes d'affections utérines, que le simple examen clinique ne nous avait pas permis e préciser suffisamment. Ce procédé consiste dans l'étude histologique des débris de la muqueuse utérine prélevés au moyen d'un curettage explorateur.

C'est là le seul moyen précis, dont nous disposons, et que nous ne devons jamais omettre d'employer dans tous les cas trop nombreux où le diagnostic demeure hésitant. Vous avez pu vous rendre compte que nous n'avons jamais manqué de nous en servir, chaque fois qu'une légère incertitude a pu se manifester dans notre esprit sur l'affection réelle dont notre malade était atteinte.

Comme d'ailleurs celui du col, le cancer du corps utérin subit une longue période de latence, pendant laquelle il ne se traduit que par des symptômes tout à fait vagues et imprécis pouvant se rapporter à différentes affections. Les malades ne s'en préoccupent rdinairement pas, pensant que cet état de choses ne tardera pas à passer, et ne viennent vous trouver la plupart du temps que trop tard, bien heureux quand un faux diagnostic médical ne leur a pas fait perdre un temps précieux. Or, c'est précisément à cette période de début qu'il importerait de dépister l'affection, car si la chirurgie du cancer peut enregistrer de beaux succès, c'est uniquement lorsqu'elle s'attaque à des lésions encore bien limitées, n'ayant pas proliféré dans les tissus voisins.

Sur ce point, le cancer du corps a sur le cancer du col l'important privilège de rester longtemps localisé : le muscle utérin constitue en effet une barrière solide et résistante, isolante même, qui s'oppose pendant une période assez longue à la dissémination des cellules cancéreuses, et augmente par conséquent le laps de temps pendant lequel une intervention chirurgicale pourra être efficace en supprimant définitivement le foyer cancéreux. Ce n'est qu'au bout d'un temps assez long que les boyaux cellulaires, après avoir envahi le muscle utérin, commencent à coloniser dans les régions avoisinantes par de véritables embolies cancéreuses lymphatiques et rendent par suite la thérapeutique chirurgicale beaucoup plus aléatoire.

Le bon moment pour intervenir dans ces néoplasmes, c'est lorsque les lésions ne siègent encor qu'en un point de la muqueuse, ou qu'elles se sont bornées à attaquer la couche musculaire superficielle voisine : mais à ce moment, l'affection ne se révèle encore que par des symptômes très discrets, dont aucun n'est pathognomonique, et seul l'examen histologique peut nous montrer l'existence du cancer. Plus tard, quand les lésion se seront étendues, la même incertitude ne règnera plus, car il y aura d'autres signes locaux plus nets et affirmatifs qui imposeront le diagnostic, mais à ce moment on aura trop souvent dépassé l'heure chirurgicale, et l'intervention ne comportera plus le pronostic rassurant qu'elle présentait auparavant.



Et c'est pour cela, j'insiste une fois de plus sur ce point, qu'il importe de poser de bonne heure le diagnostic de cancer du corps, comme d'ailleurs pour tous les cancers de n'importe quel autre organe.

Vous devez encore vous souvenir de ces différentes malades qui, dans le courant du semestre dernier, sont venues à notre consultation chirurgicale, accusant à peu près toutes un unique symptôme, des métrorragies. Leur âge variait de 50 à 60 ans, elles n'étaient plus réglées depuis quelques années, et avaient été assez surprises de voir réapparaître, au bout d'un temps plus ou moins long, de nouvelles pertes sanguines. Mais ces hémorragies ne présentaient aucun des caractères de leurs anciennes menstrues : elles étaient très irrégulières, survenaient sans cause apparente, parfois très rapprochées les unes des autres, parfois au contraire beaucoup plus distantes, se traduisant à de certains moments par de petits filets sanguins et dans d'autres par quelques simples taches rosées.

En interrogeant soigneusement ces malades, elles finissaient par nous avouer la présence de quelques autres symptômes qu'elles avaient ressentis, mais auxquels elles n'avaient pas attaché grande importance : c'est ainsi qu'elles reconnaissaient qu'elles avaient également des pertes blanches, écoulement séreux plus ou moins abondant, ainsi que des douleurs pelviennes vagues et irrégulières dans leur apparition et leur durée.

Voici tout ce que l'interrogatoire a pu nous fournir de renseignements, et jamais nous n'avons vu de malades nous accuser ces crises paroxystiques extrêmement douloureuses avec irradiations inguinales, que certains auteurs ont décrites et considèrent comme pathognomonique du cancer du corps utérin, alors qu'elles n'en traduisent que la dernière étape.

L'examen direct de nos malades ne nous a pas non plus révélé de symptômes bien caractéristiques : l'utérus ne présentait jamais que des dimensions normales, il n'était pas particulièrement douloureux au toucher, le col était indemne, bien qu'un peu ramolli et entr'ouvert.

Donc, en résumé, signes physiques à peu près nuls et signes fonctionnels réduits à la triade habituelle, métrorragies, leucorrhée et douleurs.

Assurément l'âge de nos malades nous permettait d'éliminer pas mal de lésions utérines, qu'on ne rencontre que chez les femmes n'ayant pas encore subi la ménopause, mais nous pouvions et nous devions encore hésiter entre plusieurs affections. S'agissait-il là de métrite hémorragique, de métrite sénile, de polype muqueux ou fibreux, de sarcome ou d'épithélioma ? Nous n'avions aucun signe précis pour nous orienter d'un côté plutôt que d'un autre.

Aussi, pour asseoir notre diagnostic et éviter à nos malades des pertes de temps qui auraient pu être extrêmement fâcheuses, car elles auraient pu amener l'extension possible des lésions, nous les avons fait entrer dans notre service et leur avons fait subir une petite intervention, qui a consisté en un curettage explorateur. Cette recherche a toujours été effectuée sous anesthésie générale : nous avons procédé à la dilatation extemporanée du col, puis avec la curette de Syms nous avons exploré toute la cavité utérine, râclant soigneusement la muqueuse jusqu'à la perception du cri utérin. Nous nous sommes particulièrement attachés à l'exploration du fond de l'utérus et surtout de ses angles, où se développent principalement les végétations cancéreuses. Tous nos produits de raclage ont été soigneusement mis de côté pour l'examen histologique, qui n'a pas manqué de nous donner les renseignements que nous attendions de lui.

Nous avons pu ainsi nous rendre compte que si trois de nos malades ne présentaient que des lésions de métrite banale, chez les deux autres, il y avait des altérations nettement cancéreuses, ce que nous n'aurions pu reconnaître autrement. Dans la semaine qui a suivi, nous avons procédé chez ces deux malades à une hystérectomie totale, dont les suites ont été des plus favorables. Quant aux trois autres malades atteintes seulement de métrite sénile, le curettage, en supprimant la muqueuse infectée, constituait également le seul traitement rationnel que nous pouvions leur faire subir, car si dans les métrites aiguës il vaut mieux ne pas intervenir et se contenter d'un traitement médical, dans les métrites séniles ou dans les métrites hémorragiques le curettage est véritablement le traitement de choix.

La conduite que nous avons suivie dans ces circonstances, et à laquelle nous sommes attachés depuis de longues années, ne nous est certes pas particulière : nos maîtres nous l'ont toujours recommandée, et c'est ainsi que vous devrez toujours procéder dans tous les cas douteux. Ce qu'il importe, c'est de faire un diagnostic précoce, de ne pas perdre un temps précieux pour la malade, et ce que je vous ait pour le cancer du corps s'applique d'ailleurs aussi pour le cancer du col et pour bien d'autres localisations épithéliomateuses externes. Chaque fois que vous aurez un doute, une incertitude, n'hésitez pas à pratiquer une biopsie et faites en faire l'étude histologique. Assurément dans certains cas elle vous fournira un diagnostic tout à fait rassurant, mais dans d'autres, en vous révélant l'existence d'une lésion grave, elle vous conduira d'emblée à une intervention que vous n'auriez pratiquée que plusieurs mois plus tard, avec beaucoup moins de chances de succès.

Je sais bien que la valeur du curettage explorateur dans les hémorragies post-ménopausiques

a été fortement attaqué au cours de ces dernières années et que plusieurs a teurs ont reproché à cette méthode d'être infidèle, inutile et dangereuse.

Assurément au cours d'un curettage l'instrument tranchant peut passer à côté des lésions et ne ramener que des débris de muqueuse saine, ce qui entraînera une erreur de diagnostic : mais la réapparition des hémorragies après une courte période de guérison apparente vous montrera bien vite que la véritable lésion avait été méconnue et qu'il ne s'agissait pas de métrite sénile, mais bien d'un cancer.

On a également soutenu que le curettage était inutile du fait que dans la majorité des cas de métrorragies post-ménopausiques, on se trouvait en présence d'affections qu'il fallait toujours traiter par l'hystérectomie. En ce qui me concerne, je ne saurais souscrire aux termes de cette proposition, car s'il est évident que toute lésion cancéreuse utérine est justiciable de l'exérèse, il n'en est pas de même des lésions métritiques séniles, dans lesquelles l'infection atténuée joue le rôle dominant, et que le curettage, tant décrié, peut guérir d'une façon définitive. Il me paraît donc complètement inutile de recourir à une intervention toujours grave ; assurément l'hystérectomie devient de moins en moins meurtrière, mais je persiste à croire qu'il ne convient pas d'en courir les risques sans nécessité.

Quant au danger de perforer l'utérus ou de déterminer par simple raclage des accidents graves de septico-pyohémie, je vous avouerai qu'il ne m'impressionne pas beaucoup. Certes nul chirurgien, même le plus compétent qui soit en matière de curettage utérin, n'est à l'abri d'un accident de perforation : toutefois, je crois qu'il ne faut pas dramatiser à l'excès, mais se souvenir, comme l'ont prouvé d'ailleurs les récentes discussions qui se sont élevées sur ce point, que perforation utérine ne signifie pas nécessairement péritonite plus ou moins généralisée, et n'entraîne pas *ipso facto* une hystérectomie. Assurément une perforation est toujours très grave dans les infections utérines aiguës (post abortum), mais dans les cas qui nous occupent actuellement, où la virulence microbienne est infiniment moindre, son pronostic est tout différent, car aucune complication n'est survenue quand le traitement a été borné à la simple expectative. Et j'en dirai tout autant des accidents septico-pyohémiques, qui ne peuvent se déclencher que lorsqu'il existe une infection véritable de la muqueuse utérine et non une infection atténuée comme celle de la métrite sénile.

C'est donc vous dire qu'à mon avis, malgré les critiques qui lui ont été apportées, le curettage garde toute sa valeur dans les cas de métrorragies survenant après la ménopause franchement établie, et j'ajouterai que vous pourrez le pratiquer avec plus de confiance et de sécurité, si vous l'avez fait précéder d'un examen au lipiodol de la cavité utérine. Les irrégularités que vous constaterez sur le cliché vous indiqueront où devra porter votre instrument, et grâce à ce point de repère vous ne risquerez pas de passer à côté de la lésion.

Pour en revenir à notre sujet, n'oubliez pas que vous ne devrez porter le diagnostic de métrite sénile, que l'on est tellement tenté d'accepter, que lorsque vous serez absolument certains qu'il n'existe pas d'autres lésions : il ne devra être pour vous qu'un diagnostic d'exception, auquel vous ne pourrez songer que lorsque vous aurez réussi à éliminer l'existence d'un cancer. Mais dans le curettage que vous pratiquerez, il ne faudra pas procéder comme on ne le fait que trop souvent et vous borner à quelques coups de curette donnés au hasard : il faudra intervenir méthodiquement dans cette petite opération et n'abandonner votre utérus que quand tous les coins et recoins auront été bien explorés. Souvenez-vous que le cancer se développe fréquemmer au niveau des angles utérins, région que l'on se borne seulement à effleurer au passage, il importera donc d'apporter un soin extrême à son curettage.

Enfin il ne faudra pas oublier d'envoyer à l'examen tous les produits de râclage, et non pas un seul fragment, car il est souvent difficile de trouver au début de l'affection des formes nettes d'épithélioma sans examiner de nombreuses préparations faites avec les différents débris.

Vous voyez ainsi par ce rapide exposé que le médecin doit savoir profiter de toutes les méthodes d'investigation mises à sa disposition et qu'il ne faut jamais négliger les recherches de laboratoire, que l'on dédaigne encore trop, car dans bien des cas elles viennent apporter la confirmation de ce que la clinique ne pouvait que soupçonner.

LA CLINIQUE UROLOGIQUE AU GOUT DU JOUR

Mictions fréquentes. Mictions difficiles. Mictions impossibles

D'après le Professeur Legueu et le Docteur Papin (*)

Mictions fréquentes

C'est normalement par cinq ou six mictions qu'en vingt-quatre heures, un sujet sain élimine 1.200 à 1.500 grammes d'urine. Mais ces mictions se font pendant la veille, car *il est anormal d'uriner la nuit,* et toute miction nocturne habituelle doit éveiller l'attention.

Cependant, le nombre des mictions peut être augmenté, sans qu'il existe *aucune lésion de l'appareil urinaire.* Parmi ces pollakiuries, il faut distinguer :

1° Les pollakiuries d'origine digestive. Chez beaucoup de sujets, les mictions deviennent plus fréquentes après les repas, en raison de l'influence particulière que peuvent exercer certains aliments ou certaines boissons. Les dyspeptiques gastriques ou intestinaux sont particulièrement sujets à la pollakiurie. Les maladies de l'intestin terminal, les hémorrhoïdes et la congestion rectale, la coprostase, les contractions intestinales réagissent également sur la vessie.

Il faut enfin remarquer que les malades atteints d'une affection urinaire ont plus facilement de la pollakiurie digestive.

2° Les pollakiuries d'origine gynécologique. Elles sont provoquées par toutes les causes de congestion pelvienne, et notamment par le flux menstruel. Déterminent également une fréquence des mictions, les déplacements de l'utérus (anté- ou rétro-version ou flexion), les colpocèles et les tumeurs utérines (fibromes) ou annexielles, qui irritent la vessie.

3° Les pollakiuries d'origine médullaire. On les observe dans un certain nombre d'affections de la moelle, et notamment chez les diabé iques.

4° Les pollakiuries névropathiques, enfin, constituent un symptôme souvent noté chez les hypochondriaques et les neurasthéniques.

Quant aux *urinaires,* la pollakiurie nocturne est très importante ; toujours pathologique, elle est avant tout le signe de l'hypertrophie prostatique au début.

Même diurne, elle doit être étudiée dans sa fréquence, dans ses variations (suivant la position, la marche, le repos). Dans les calculs, elle est surt ut provoquée par la marche, la fatigue et calmée par le repos ; dans les cystites et la tuberculose, le repos ne calme pas la pollakiurie. Celle-ci peut d'aille rs s'observer, à la fois diurne et nocturne, dans l'hypertrophie prostatique avancée, dans la tuberculose vésicale et dans les calculs vésicaux.

On a désigné, sous le nom de « vessie irritable » ou pollakiurie douloureuse, un syndrome caractérisé par la fréquence et la douleur des mictions, sans lé ions apparentes ; cette affection est surtout fréquente chez la femme.

Les mictions fréquentes peuvent devenir *impérieuses.* Les malades sentent le besoin d'uriner, mais de façon irrésistible ; la miction est si rapide que le malade arrive à se mouiller. C'est une fausse incontinence. Elle s'observe dans trois cas principaux : 1° inflammation de la muqueuse vésicale (cystites) ; 2° mise en tension rapide de la vessie (névropathes et dyspeptiques à urines claires) ; 3° irritation de la muqueuse par contact (calcul, corps étrangers).

***

Les mictions difficiles par obstacle a la sortie ou par insuffisance de la contractilité vésicale

Cette situation se traduit : par la durée prolongée de la miction les efforts d'évacuation, et les modifications du jet de l'urine.

La miction est lente ou retardée. La première s'observe dans le rétrécissement, l'hypertrophie prostatique, la diminution de la contractilité vésicale, la neurasthénie. D'autre part, un long écart entre le besoin d'uriner et l'apparition des premières gouttes au méat caractérise, lorsqu'il est diurne, les rétrécis, les nerveux ou les médullaires ; surtout nocturne, il résulte d'une hypertrophie de la prostate. Un retard très marqué doit faire craindre la rétention. Quand certains sujets neurasthéniques se sentent observés, ils ne peuvent uriner ; c'est le « bégaiement urinaire ».

(*) *Précis d'urologie,* (Maloine, édit., Paris, 1937.)

Un obstacle (hypertrophie prostatique, rétrécissement) ou une faiblesse de la vessie peut occasionner des *efforts d'évacuation*, parfois considérables : le malade se cramponne, se penche en avant, se congestionne, laisse échapper ses matières, peut faire un prolapsus ou une hernie. L'effort au début de la miction se voit chez les prostatiques ; l'effort à la fin s'observe dans les cystites, dans les calculs ; il est toujours douloureux. L'effort continu pendant toute la miction est le propre de certains rétrécis, des tabétiques et des neurasthéniques.

Il ne faut pas attacher trop d'importance aux *modifications du jet* ; celles-ci sont surtout d'origine vésicale, car « on urine avec sa vessie, non avec son canal » (Guyon). Le jet est de petit calibre chez les tabétiques, chez les neurasthéniques. Chez les rétrécis, il est diminué, mais parfois large avec une sténose assez marquée. Les modifications en tire-bouchon, en lame de sabre, jet bifide ou en pomme d'arrosoir ont peu de valeur et dépendent souvent de la forme du méat. La diminution de la projection s'observe dans le rétrécissement et surtout dans l'hypertrophie de la prostate : le malade pisse sur ses bottes ou sur ses genoux. L'arrêt brusque du jet n'est pas un signe de calcul vésical, sauf chez les enfants et les sujets jeunes ; dans ce cas, il se produit toujours dans la station debout ; chez les sujets âgés, et dans le décubitus dorsal, il s'agit toujours d'hypertrophie de la prostate.

***

MICTIONS IMPOSSIBLES. RÉTENTION D'URINE

Si des mictions fréquentes, avec retard de l'apparition d'urine après la sensation du besoin, traduisent une rétention incomplète aiguë ou chronique, la *rétention aiguë complète* se reconnaît à l'impossibilité d'uriner, qui s'accompagne d'angoisse.

Le malade fait d'abord des efforts volontaires de plus en plus violents, puis les efforts deviennent involontaires. Bientôt apparaît un état subdélirant, dû non seulement à l'excès de douleur, mais aussi à l'intoxication urineuse. Des accidents peuvent se produire à la suite des efforts violents ; la rupture de la vessie est tout à fait exceptionnelle ; mais la perte de matières fécales, l'issue d'une hernie, l'hémorragie cérébrale ne sont pas rares.

A l'examen, le globe vésical se dessine au-dessus du pubis, il peut atteindre l'ombilic ; la déformation est typique surtout chez les sujets maigres. Au palper, particulièrement au palper combiné avec toucher vaginal ou rectal, on sent entre les deux mains le globe lisse, régulier, rénitent. Chez la femme, se méfier des erreurs classiques, surtout si la rétention n'est pas complète : kyste de l'ovaire ou fibrome, qui ne disparaissent pas après sondage. Dans tous les cas, pratiquer ou essayer de pratiquer le cathétérisme.

Des crises aiguës de rétention complète se rencontreront dans la *rétention chronique qui, elle, est toujours incomplète,* sans distension, et ne s'impose pas à l'examen : il faut la chercher, car le malade urine à peu près normalement, mais avec plus de fréquence ; quand le sujet a cru vider sa vessie, la sonde découvre un résidu de quelques centimètres cubes à 150 ou 200 centimètres cubes, ou davantage.

Ce qui est surtout important, c'est de faire le diagnostic de la cause ; celui-ci se posera différemment, suivant qu'il s'agit d'un malade ayant un passé urinaire ou non, suivant aussi qu'il s'agit d'un homme jeune, d'un vieillard, d'un enfant, d'une femme.

Le sujet n'a pas de passé urinaire :

a) Une maladie peut être en cause : toutes les fièvres éruptives, la dysenterie, la typhoïde, la paratyphoïde, le tétanos, le paludisme, etc.

L'hémorragie cérébrale ; les péritonites et principalement l'appendicite et la pelvi-péritonite chez la femme.

Les intoxications aiguës : arsenic, mercure, phosphore, benzine.

b) C'est parfois un traumatisme qui porte : sur l'appareil urinaire : plaie de l'urèthre ; rupture de l'urèthre avec ou sans fracture du bassin ; — sur un autre appareil : la rétention passagère s'observe après certaines opérations (hémorroïdes, hernies, opérations gynécologiques) ; — ou sur la colonne vertébrale.

c) C'est encore une affection chronique non urinaire : maladies nerveuses (tabès, paralysie générale, neurasthénie) ; infections chroniques (syphilis, tuberculose).

Mais, dans la plupart de ces affections, à l'exception des traumatismes, la rétention d'urine n'est pas un phénomène essentiel.

Quand le sujet a un passé urinaire, la rétention complète aiguë est, en général, préparée par la rétention incomplète chronique avec ou sans distension.

Chez un homme d'âge moyen, qui présente un écoulement uréthral ou un état inflammatoire du méat, il peut s'agir d'une blennorragie soit au



début (traitée par des injections trop fortes ou à trop haute pression), soit au déclin avec reprise après excès de régime, après coït.

Quand il n'y a pas d'écoulement ou d'inflammat on du méat le cas suivant se présente parfois : après lavage, une bougie à boule n° 18 ne trouve aucun obstacle dans l'urèthre antérieur, mais butte sur le sphincter membraneux comme sur un mur ; en insistant on passe, à la rigueur avec une bougie plus fine, mais rapidement on arrive à un instrument de gros calibre : c'est un spasme, comme on en rencontre au lendemain d'une exploration métallique brutale, ou chez des prostatiques, chez des neurasthéniques.

Cependant, on peut rencontrer un obstacle unique avant le sphincter : c'est un rétrécissement traumatique consécutif à une contusion de l'urètre, à une rupture de la corde, à un faux pas du coït, à une rupture de l'urèthre avec fracture du bassin. Les rétrécissements sont parfois multiples, de plus en plus serrés (blennorragie ; la rétention n'est pas en rapport avec leur degré, mais la congestion : dilatations trop rapides, excès de table, de coït.

Dans certains cas, il n'y a pas d'obstacle du côté des parois de l'urètre, mais la boule butte contre un corps étranger, situé dans la lumière du canal. Il peut venir de l'urètre : calcul caillot, fragment de tumeur. Des corps étrangers auront, dans certaines circonstances, été introduits par le méat : de petit calibre (haricots, cailloux) ils s'arrêtent non loin du méat ; allongés (fragments de sonde, porte-plume, crayon) ils ont tendance à gagner la vessie. La rétention par caillots est toujours passagère. Les corps durs laissent très souvent passer une fine bougie ou une petite sonde à côté d'eux.

Enfin, on pourra déceler à la fois un obstacle pariétal et un obstacle intra-urétral ; c'est le cas des calculs de l'urètre arrêtés derrière un rétrécissement.

S'il n'y a ni rétrécissement, ni obstacle intra-urétral, il faudra songer aux affections de la tate.

En première ligne, vient l'hypert ophie de la prostate. On ne pourra pénétrer dans le canal prostatique avec une boule exploratrice, mais on y arrivera prudemment soit avec une sonde-béquille, soit avec le mandrin de Guyon, courbe ou coudé. L'allongement de l'urètre, le toucher prostatique feront reconnaître l'hypertrophie ; dans le cas de petits adénomes, il sera nécessaire de faire un examen endoscopique.

A côté de l'hypertrophie prostatique, il faut songer au cancer : le toucher rectal, (qui montre les indurations caractéristiques), la facilité du saignement au cathétérisme, la recherche des ganglions pelviens permettront d'établir ce diagnostic.

S'il s'agit d'un sujet âgé, on procédera comme précédemment, mais on songera d'abord à l'hypertrophie de la prostate, ou au cancer de la prostate, et on fera tout de suite le toucher rectal.

Mais il ne faut pas oublier qu'un tel patient peut être un rétréci, et très bien associer le rétrécissement ainsi que l'adénome prostatique.

Chez un enfant, la rétention d'urine est rare.

En dehors du spasme chez les sujets nerveux, il n'y a que deux causes particulières :

a) Le rétrécissement congénital de l'urètre, qui provoque la distension de la vessie et la rétention, suivie d'incontinence ;

b) Le calcul de la vessie qui, par suite de la disposition fusiforme de cet organe, s'engage facilement dans le col.

Chez une femme enfin, toute une série de cas spéciaux sont à envisager.

Au cas d'une grossesse, la rétention s'observe dans a rétroversion de l'utérus gravide, au troisième ou quatrième mois, et souvent la rétention en est le premier symptôme. Après l'accouchement, on peut observer de la rétention pendant vingt-quatre ou trente-six heures.

Il peut y avoir rétention chez une femme présentant une affection de l'appareil génital, et notamment un fibrome à développement vers le vagin, comprimant l'urètre. Cet accident s'observe plus rarement dans les tumeurs annexielles.

La femme a-t-elle une lésion de l'appareil urinaire, on envisagera les éventualités suivantes : *a*) Rétrécissement de l'urètre, blennorragique ou traumatique, affection assez rare, et déterminant exceptionnellement une rétention complète ; *b*) sclérose vésicale apparaissant parfois après la ménopause *c*) polypes de l'urèthre, quand ils sont volumineux ou nombreux ; *d*) cancer de l'urètre (forme vulvo-urétrale), affection rare ; *d*) dilatation kystique de l'urètre, engagée dans le canal uréthral lui-même (petites filles).

G. Fischer.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

La localisation des accidents nerveux consécutifs aux insufflations du pneumothorax thérapeutique

MM. G. POIX et A. JACQUET rappellent que la pathogénie du réflexe pleural, pour expliquer les accidents survenus au cours du pneumothorax, est aujourd'hui abandonnée. Lorsqu'on se réfère aux observations d'accidents nerveux au cours de la collapsothérapie, on y trouve à signaler la fréquence de signes qui révèlent l'embolie gazeuse. Celle-ci peut se produire dans deux conditions : l'aiguille lèse une branche des veines pulmonaires et les bulles d'air se rendent directement dans le cœur gauche, ou bien la blessure siège au niveau d'un vaisseau de la grande circulation (veine intercostale, veine sous-pleurale, veine bronchique) et l'air pénètre dans le cœur droit. Mais il est un fait à noter, c'est que le déplacement de l'embolie gazeuse est fréquemment en relation avec la position occupée par le malade ; ce qui présente au point de vue pratique un intérêt évident.

Une première déduction prophylactique s'en dégage : lorsque, au cours d'une insufflation, des troubles nerveux viennent à se manifester, il convient de laisser le malade étendu dans la position strictement horizontale, et mieux encore, s'il est possible, de le placer en décubitus ventral et même en position déclive de Trendelenburg. Si cette pratique ne peut avoir aucune action sur les embolies gazeuses qui ont déjà pénétré dans la circulation encéphalique, elle pourra éviter la production d'embolies nouvelles et, par suite, l'aggravation des troubles existants.

D'autre part, on ne saurait trop insister sur l'importance de l'auscultation du cœur en vue de déterminer l'existence du bruit de moulin, si particulier, que présente le brassage de l'air et du sang dans ses cavités. Si ce bruit est constaté, le malade devra être maintenu horizontalement étendu ou en position déclive jusqu'à sa disparition, en se souvenant que l'air ne se résorbe pas dans le sang avec autant de rapidité qu'il est classique de l'admettre, et qu'il peut séjourner dans le ventricule droit pendant une durée assez prolongée, et c'est pour éviter ces accidents retardés que Gelbenezger a eu l'idée de procéder à l'évacuation du gaz en réserve, en pratiquant, avec succès d'ailleurs, une ponction intra-cardiaque chez un malade présentant une dilatation considérable du cœur droit, avec bruit de moulin. (*La Presse Médicale*, 19 mai 1937.)

La forme hépato-splénique de la maladie de Hodgkin

Le Professeur P. CARNOT et A. LAFITTE attirent l'attention sur les formes hépato-spléniques de la maladie de Hodgkin, avec atteinte prédominante (mais rarement exclusive), du foie et de la rate, et sur l'utilité des biopsies ganglionnaires pour la confirmation du diagnostic de splénomégalie lymphogranulomateuse.

De cette étude, il résulte que les formes hépato-splénomégaliques de la lymphogranulomatose sont rares par rapport aux formes ganglionnaires. Ces formes sont exceptionnellement pures, et l'on trouve, le plus souvent, des adénies simultanées : mais celles-ci peuvent avoir disparu par la thérapeutique radiologique, être peu apparentes ou profondes. Le développement extrême du foie, de la rate, et, généralement, des deux viscères hépato-spléniques frappés simultanément, est alors le maître-symptôme qui fait envisager nombre de diagnostics d'hépato-splénomégalies de types divers.

En réalité, seule la présence, dans une biopsie ganglionnaire, de cellules de Sternberg, permet un diagnostic péremptoire, les ponctions hépatiques, spléniques ou médullaires ne permettant pas encore, le plus souvent, la mise en évidence de ces cellules caractéristiques.

Ces formes hépato-spléniques se comportent comme des néoplasies métastatiques : les nodules restent, en partie, étrangers au parenchyme hépatique qu'ils refoulent, mais sans le léser gravement. Aussi est-on étonné de ne pas constater, aux épreuves biologiques, de déchéance manifeste de ces organes (au moins jusqu'à une période terminale), malgré les très grandes dimensions qu'ils ont prises. Cependant, il y a, parfois, des ictères transitoires et, même, des ictères aggravés.

Les hépato-splénomégalies hodgkiniennes ont le terrible pronostic habituel de la lymphogranulomatose maligne ; leur évolution est particulièrement grave. Le traitement radiothérapique peut, il est vrai, réduire le volume du foie et de la rate, comme celui des ganglions ; mais l'amélioration n'est que transitoire et, aux poussées ultérieures, la thérapeutique rœntgénienne devient de plus en plus impuissante, si même elle ne provoque pas une exacerbation et une extension finale des lésions lympho-granulomateuses. *Paris Médical*, 15 mai 1937.)

Sur le traitement chirurgical des cholécystites aiguës

Les formes anatomiquement et cliniquement graves des cholécystites aiguës sont certainement bien plus fréquentes qu'on ne l'admet habituellement.

Le traitement médical, que l'on instaure en général, ne met pas à l'abri des complications qui peuvent survenir, et qui sont d'autant plus redoutables que la surveillance la plus stricte n'évite pas le retard dans la décision opératoire que l'on prendra en cas d'échec.

L'acte opératoire, quel qu'il soit, est le plus souvent d'une réelle bénignité et met à l'abri des complications.

De ces faits que l'expérience montre de façon certaine, il découle, d'après le Docteur CHAUVENET, que l'on doit renoncer à l'opposition communément faite entre appendicite et cholécystite aiguës, Ici comme là, l'interventionisme de principe est parfaitement justifié et doit, en fin de compte, diminuer la mortalité globale.

L'intervention décidée, il semble que la cholécystectomie soit l'acte le meilleur dans les cas où elle est techniquement réalisable avec facilité, et ces cas correspondent assez souvent aux formes primitives décrites par Leriche et son Ecole. Mais ces formes n'ont pas de caractère assez tranché, pour que leur différenciation puisse être un guide certain, tant au point de vue de la décision opératoire qu'à celui du choix de l'opération elle-même.

Interventionnisme de principe, et la préférence allant à l'ectomie à chaud, doivent représenter des directives que l'étude de chaque cas, l'examen des lésions, une mesure aussi précise que faire se peut du risque et du gain, feront très souples et adaptables à l'infinie variabilité, qui est la marque des phénomènes biologiques dans la pathologie comme dans la norme. (*Le Progrès Médical*, 15 mai 1937).

La curabilité de la tuberculose à son début

La pénétration du bacille dans l'organisme marque le début vrai de l'infection ; celle-ci est presque toujours latente, dit le Docteur AMEUILLE ; une fois pénétré dans l'organisme, le bacille y demeure dans un foyer latent ; il ne quitte cet état de latence que dans un petit nombre des cas, et les troubles, qu'il provoque alors, n'apparaissent le plus souvent que longtemps après sa pénétration, après qu'il a séjourné des années, sans produire de manifestations cliniques.

Ce passage à l'état évolutif nous échappe fort souvent ; quand il nous apparaît, c'est qu'il produit soudain des réactions générales (fièvre, amaigrissement), des troubles fonctionnels (toux, expectoration), des modifications physiques appréciables à nos méthodes d'exploration (auscultation, radiologie), des éliminations de bacilles tuberculeux à l'extérieur.

Si nous avons quelques moyens de découvrir l'infection latente, nous n'en avons aucun d'établir qu'elle va se mettre à évoluer ; nous ne découvrons l'évolution que déjà réalisée. C'est là le problème pratique du début de la tuberculose : il ne paraît pas près d'être résolu.

Quant au traitement du début réel, on ne saurait s'absoudre, lorsqu'on est médecin, d'avoir attendu sans faire tous les efforts suffisants pour poser le diagnostic de tuberculose évolutive. Bien au contraire, les premiers temps de l'évolution fâcheuse d'une tuberculose évolutive sont souvent peu manifestes, et il y a faute lourde à n'avoir pas fait, dès la première alarme, toutes les vérifications radiologiques et bactériologiques, nécessaires à atermoyer pour l'application du traitement convenable. C'est un devoir absolu pour nous tous de découvrir la tuberculose évolutive, aussitôt que nos moyens cliniques nous permettent de la découvrir, et de la traiter immédiatement par tous les moyens qui peuvent raisonnablement nous inspirer confiance.

Mais il est inhumain de se détourner des formes graves, sous prétexte que, par suite d'une faute imaginaire, leurs porteurs auraient recouru trop tard aux soins compétents.

Il n'est pas loyal de considérer comme une grande victoire thérapeutique, les résultats heureux obtenus dans des cas abortifs ou tellement bénins qu'ils n'avaient peut-être besoin d'aucun traitement.

Enfin, c'est faire acte de charlatan que de réunir de tels cas, peut-être même de fausses tuberculoses, de les affubler du nom de « tuberculose au début », pour les guérir à coup sûr et se poser en thaumaturge.

L'éclosion de la tuberculose dans un organisme humain est souvent difficile à découvrir ; la distinction entre ses atteintes inoffensives et celles, qui tourneront mal, est parfois bien difficile ; les moyens de traitement dont nous disposons sont peu nombreux et ne peuvent pas réussir toujours. Ces difficultés, comme ces insuffisances, nous devons sans doute les dissimuler au malade pour ne pas accroître inutilement ses angoisses ; mais nous ne devons jamais en perdre conscience nous-mêmes : c'est la condition de tout progrès. (*Revue médicale française*, avril 1937.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

A propos des ostéolyses

(M. René LERICHE ; 7-4-1937)

Plusieurs observations d'ostéolyse d'origine indéterminée ont été présentées récemment à l'Académie de chirurgie, par M. Rouvillois, M. Mouchet, MM. Dupas, Babelon et Daydé, M. André Richard. Le pathogénie de ces altérations osseuses reste imprécise, d'où un manque d'indications pour une thérapeutique préventive.

M. Leriche a étudié ce problème avec M. Policard dans son livre de physiologie pathologique chirurgicale. Pour lui, le grand facteur des ostéolyses localisées (c'est-à-dire des ostéolyses qui ne sont pas d'origine hormonale) est l'hyperémie active, celle-ci ne reconnaissant guère que deux causes : le traumatisme et l'infection. Les observations d'ostéolyse rapportées comportaient toutes un traumatisme, origine probable de l'hyperémie.

L'origine traumatique de ces décalcifications comporte une sanction thérapeutique. La sympathectomie pour ostéoporose a fait ses preuves et l'on peut grâce à elle enrayer les ostéolyses après traumatisme. Si le cas est ancien, le résultat ne sera pas instantané ; il demandera des mois. Si le cas est récent, la guérison sera presque immédiate. Peut être même, de simples infiltrations novocaïniques du sympathique suffiraient. M. Leriche pense qu'à l'avenir, on ne doit plus regarder évoluer, sans rien faire, ces raréfactions mutilantes, même si elles ne sont pas très douloureuses.

Sur le traitement des traumatismes cérébraux

(M. Clovis VINCENT ; 17-3-1937)

M. Clovis Vincent estime que la ponction lombaire, les injections intraveineuses de sérum hypotonique ou hypertonique ne sont pas toujours faites, dans le traitement des traumatismes cérébraux, avec des indications précises. Pour ce qui le concerne, il n'aime guère traiter les blessés cérébraux, sans avoir vu leur lésion au moins par un orifice de trépanation.

Ses conclusions pratiques sont les suivantes : quand un sujet a été victime d'un traumatisme cérébral, s'il est conscient, le surveiller. S'il est inconscient : ne pas l'opérer si le coma a été immédiat et si les fonctions sont troublées au point que le malade n'a pas quatre jours à vivre spontanément.

L'opérer quelle que soit la gravité, dans le cas d'espace libre.

Différer l'opération sous surveillance lorsque le sujet étant inconscient, les fonctions vitales ne sont pas troublées. Beaucoup de blessés guérissent ainsi par leurs propres moyens ou avec l'adjonction de moyens médicaux.

Quand les fonctions vitales tendent à se troubler : intervenir.

Si on décide l'opération, et que les examens clinique et radiologique ne fournissent pas d'indications, utiliser, la ponction ventriculaire, l'examen direct par des trous de trépan, la ventriculographie.

Le traitement à appliquer diffère d'un cas à l'autre : évacuer les hématomes avec prudence, évacuer les méningites séreuses par trépanation ou ponction, drainer les hydropisies ventriculaires par rachicentèse ou ponction ventriculaire ; dans l'œdème cérébral, pratiquer un grand volet frontal droit, etc...

Radiographies systématiques dans les traumatismes cérébraux

(MM. H. WELTI et J. BONTRON ; 7-4-1937)

Les auteurs montrent l'intérêt des radiographies systématiques du crâne en cas de traumatisme cérébral. Cet examen est un complément important de l'examen clinique et, pratiqué au lit du blessé, il contribue à préciser la conduite thérapeutique.

Une malade de MM. Welti et Boutron, soignée à l'hôpital à la suite d'un accident d'automobile, n'avait présenté que des troubles peu accentués (légère obnubilation, un peu de difficulté de la parole, pouls à 100). Au quinzième jour, se sentant très améliorée, elle demande à quitter l'hôpital. Une radiographie de contrôle révèle alors un enfoncement osseux de la région temporale gauche, lésion qui serait restée méconnue sans cette radiographie.

— M. SORREL, depuis plusieurs années, radiographie systématiquement tous les malades atteints de traumatisme du crâne admis dans son service et, à plusieurs reprises, il lui a été possible de déceler ainsi des fractures qu'aucun signe clinique ne permettait de diagnostiquer.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

Myxœdème à la suite de l'ablation d'un goitre lingual

(MM. P. SAINTON, G. ARDOIN et P. FRANKFURT ; 19-3-1937)

Cette observation paraît avoir quelque intérêt parce qu'elle apporte un document expérimental sur la question du rôle que peuvent jouer les formations ectopiques dans le fonctionnement des glandes endocrines. Les cas de myxœdèmes consécutifs à l'ablation des goitres linguaux ne sont pas très fréquents. Dans certains cas, comme dans celui de Laheyn, de Boston, l'apparition est assez rapide ; douze jours après l'ablation de la tumeur, le métabolisme basal qui était de +2 avant l'opération tombait à —18. Un redressement s'opérait sous l'influence de l'opothérapie thyroïdienne. La cessation de celle-ci fut suivie d'un abaissement du métabolisme basal à —19.

Dans certains cas, la date d'apparition est plus tardive, quatre à six mois. La plupart des goitres linguaux ont été observés chez l'enfant ; mais ils peuvent se rencontrer chez l'adulte.

Les faits rapportés démontrent le rôle important que peuvent jouer les goitres ectopiques dans certains processus endocriniens. Cecil Joll a très justement insisté sur ce fait que, dans les cas où s'observent les accidents de myxœdème consécutif à l'ablation d'un goitre lingual, la plus grande partie du système thyroïdien est représentée par des masses glandulaires existant en dehors du siège occupé par la glande principale, si bien que la somme du tissu ectopique est bien supérieure à celle du tissu thyroïdien, pouvant exister à la place normale. Autrement dit, la glande ectopique devient la glande principale. D'ailleurs, au point de vue embryologique, la plus grande partie du tissu thyroïdien dérive de la formation médiane primitive, origine de ces goitres linguaux.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 9 avril 1937

L'hémiplégie spasmodique. Considérations thérapeutiques

M. C. CAUVY montre que la rééducation motrice constitue un traitement fort utile de l'hémiplégie spasmodique ; il en est de même de la balnéothérapie. Mais le procédé, qui utilise *synergiquement* ces deux modes de traitement, est encore plus efficace. Dans le bain, en effet, les membres perdent de leur poids, les tissus s'assouplissent, les contractures diminuent, les mouvements s'exécutent plus facilement. En multipliant les efforts d'une manière méthodique le sujet finit par établir ce que Brissaud a appelé la discipline *psycho-motrice* et, par suite, à accroître la force musculaire qui reste dans chaque segment de membre. Cette pratique utilisée par l'auteur permet d'enregistrer, comme le démontrent les observations, des résultats très intéressants.

Un cas banal de chancre syphilitique. Thérapeutique et Assurances sociales

M. Marcel PINARD estime qu'actuellement, au lieu de traiter le syphilitique pendant toute sa vie, on peut arrêter le traitement après deux ans de soins, à la condition que tous les contrôles les plus rigoureux soient satisfaisants. Le malade présumé guéri reste sous surveillance médicale. Ces traitements courts et efficaces doivent être envisagés avec faveur par les Assurances sociales, qui devront les favoriser, non pendant six mois (ce qui contribue à créer les syphilis inguérissables), mais pendant le temps nécessaire dans l'intérêt du malade, de la prophylaxie sociale et aussi dans celui bien compris des Caisses.

Aérophagie du nourrisson

M. AIMÉ expose ses recherches faites avec le Docteur Lelong sur l'aspect radiologique de l'œsophage du nourrisson au cours de la tétée des liquides et de l'absorption des bouillies épaisses. Il montre les indications précieuses fournies par la radiologie pour l'interprétation des phénomènes d'aérophagie du nourrisson.

Indication du forage de la prostate

M. Georges LUYS, rappelant que forage de la prostate et résection endoscopique sont deux termes absolument synonymes, précise que c'est sur le critérium du volume de la prostate que doit être posée l'indication thérapeutique. Pour les petites prostates, c'est de l'avis unanime le forage de la prostate seul qui doit être appliqué. Pour les prostates moyennes, c'est encore sûrement au forage de la prostate qu'il faudra avoir recours en raison de la bénignité de son pronostic.

Enfin, dans les très grosses prostates, dont le volume atteint celui d'une orange ou d'une grosse mandarine, on peut envisager d'effectuer la prostatectomie, et encore pas dans tous les cas, car avec le forage de la prostate, on peut couper de gros morceaux de prostate, ce qui permet de pratiquer de cette façon une véritable prostatectomie endo-urétrale qui ne comporte pas les risques de l'opération de Freyer. Une observation typique est rapportée à ce sujet. Le forage de la prostate est l'opération de sécurité.

G. F.

Les Thèses

P. — Dr R. Warzée. — **Sur le diagnostic du cancer du corps utérin.** (Thèse 1937.)

Chez les femmes ménopausées, à col sain, quel que soit l'intervalle entre la ménopause vraie et l'hémorragie, pour si long que soit cet intervalle, il y a des métrorragies qui ne sont pas dues à un cancer du corps. Il ne faut pas sous-estimer la fréquence de ces métrorragies non cancéreuses des femmes âgées. L'auteur pense qu'on les observe dans la moitié des cas environ.

Elles surviennent après un intervalle libre qui peut être très long, dix ans, quinze ans et plus ; elles sont dues à des polypes isolés du col, à des fibromes interstitiels ou sous-muqueux, à des hyperplasies de réactivation hormonale (d'origine ovarienne), etc...

L'hystérographie rend alors de grands services et on peut souvent se dispenser de curettage biopsique.

Le curettage méthodique et biopsique, dans les cas suspects de cancer du corps utérin, est, parcontre, indispensable avant la ménopause.

P. — Dr J. Voisin. — **De l'hypertonie des muscles releveurs de la paupière supérieure.** (Thèse 1937.)

L'hypertonie des muscles releveurs de la paupière supérieure s'observe dans des conditions diverses :

a) Au cours d'affections où la participation du sympathique est facile à affirmer (maladie de Basedow et états parabasedowiens, syndrome d'excitation du sympathique, réflexe trijémino-sympathique d'origine dentaire).

b) Au cours d'affections neurologiques (lésion cérébrale en foyer réalisant ou non le syndrome de Parinaud, encéphalite épidémique, paralysie de la IIIe paire).

Parfois, l'étiologie exacte du syndrome est difficile à préciser ; dans ce cas, il semble qu'il faille faire une large part à la possibilité d'un réflexe sympathique.

P. — Dr H. Goudard. — **Glutathion et déficience hépatique.** (Thèse, 1937.)

Dans ce travail, poursuivi au laboratoire du Professeur Léon Binet, l'auteur rapporte des travaux personnels sur la biochimie du foie.

Sous l'influence de la ligature du canal cholédoque ou bien à la suite d'une lésion hépatique réalisée avec l'arsenic, l'alcool ou le chloroforme, ou encore à la suite d'une surcharge alimentaire, comme celle que détermine le gavage, la teneur du foie en glutathion subit une baisse considérable. Cet abaissement est suffisamment marqué pour que l'auteur puisse poser le problème thérapeutique d'un essai de recharge du foie en glutathion.

P. — Dr Y. Sauvain. — **L'espace ponto-cérébello-pétreux.** *Anatomie et voies d'abord chirurgical* (Thèse 1936.)

Dans l'ensemble, l'espace ponto-cérébello-pétreux présente une autonomie anatomique nette.

Au point de vue chirurgical, il est une des régions les plus fréquentées par le neuro-chirurgien et se trouve aux frontières du territoire de l'otologiste, qu'il intéresse à de multiples points de vue.

Si la large voie d'abord postérieur est réservée aux neuro-chirurgiens, par contre, la trépanation postérieure limitée semble devoir de plus en plus être utilisée par les otologistes, ne serait-ce qu'à titre d'exploration, manœuvre devant d'ailleurs permettre des diagnostics et des interventions plus précoces et, de ce fait, limiter la fréquence de la large trépanation bilatérale.

Quant aux voies d'abord latérales limitées actuellement aux sections du trijumeau, d'ailleurs en dehors de l'espace ponto-cérébelleux-pétreux, ou à des interventions de drainage, elles prendront peut-être un jour une extension plus grande.

P. — Dr Ch.-H. Birth. — **Les septicémies streptococciques post-angineuses à évolution favorable.** (Thèse 1937.)

L'auteur rapporte quelques observations de septicémies post-angineuses dont la nature streptococcique a été affirmée par l'hémoculture et dont l'évolution s'est faite spontanément vers la guérison.

Elles s'individualisent par un certain nombre de caractères : la variabilité du temps qui s'écoule entre l'épisode pharyngé initial et la période de dissémination sanguine confirmée; la pauvreté séméiologique de l'examen somatique qui, sauf la splénomégalie en général modérée, donne peu de renseignements ; par contre, l'importance clinique des signes généraux — exacerbation fébrile et surtout frisson — et leur intérêt en vue du diagnostic puisqu'ils font soupçonner la septicémie et indiquent l'hémoculture ; la valeur de cette recherche et la nécessité de pratiquer les ensemencements à la fois sur milieux aérobie et anaérobie ; l'utilité de l'examen hématologique qui montre une hyperleucocytose nette avec une polynucléose neutrophile, et aide à distinguer l'affection des fièvres typhiques ou tuberculeuses ; la rareté des localisations septiques secondaires, articulaires ou viscérales ; enfin, l'évolution relativement franche et rapide de la maladie vers la guérison, malgré l'atteinte parfois impressionnante de l'état général.

En présence de toute angine s'accompagnant, surtout chez un adulte jeune, de signes généraux graves, il convient de songer à l'apparition possible

d'une septicémie et de pratiquer à l'acmé thermique un ensemencement de sang.

La connaissance de ces septicémies post-angineuses streptococciques à évolution favorable est à prendre en considération pour formuler un pronostic, en pareil cas.

P. — Dr R. Féry. — **La lutte contre le trachome en Algérie.** (Thèse 1937.)

Il apparaît, en ce qui concerne la lutte contre le trachome en Algérie, qu'un effort louable a été entrepris et qu'on est actuellement dans la bonne voie.

Toutefois, pour parfaire le système actuel, l'auteur estime qu'il serait utile, entre autres améliorations : de créer, dans le cadre futur des inspections départementales d'hygiène, des inspecteurs adjoints, spécialistes qui seraient exclusivement chargés d'une mission de contrôle ;

De transformer les infirmeries et hôpitaux auxiliaires en dispensaires polyvalents où le médecin donnerait, à jours fixes, des consultations d'ophtalmologie ; d'améliorer la condition sociale des indigènes ; d'enseigner aux médecins de colonisation, une méthode de dépistage, capable de permettre l'établissement de l'index exact du trachome en Algérie, etc...

P. — Dr Odette de Pindray. — **Les paralysies faciales congénitales essentielles.** (Thèse 1937.)

Dans le groupe confus des paralysies congénitales des nerfs craniens décrites par Mœbius, on peut schématiquement isoler une variété constituée par les paralysies faciales indépendantes de toute cause connue.

L'association fréquente des troubles moteurs portant sur les paires craniennes voisines permet d'affirmer l'origine nucléaire habituelle de ce syndrome.

Le caractère spécial de ces paralysies, qui sont immuables et parcellaires, vient encore à l'appui de cette théorie.

Selon les cas, on peut invoquer soit une aplasie, soit une lésion d'ordre dégénératif et la plupart des observations rapportées par les auteurs peuvent être rangées dans l'une ou l'autre de ces catégories.

La cause de l'aplasie nucléaire doit intervenir d'une façon très précoce, ainsi qu'en témoignent les deux arguments suivants :

a) Formation des noyaux moteurs craniens avant le deuxième mois de la vie intra-utérine ;

b) Association d'autres malformations remontant environ à cette date.

Quant aux lésions dégénératives, elles sont sans doute beaucoup plus tardives et certaines d'entre elles relèvent probablement d'une toxi-infection.

P. — Dr H. Bouan du Chef du Bos. — **Claude-Toussaint Marot, comte de la Garaye (1675-1755).** (Thèse 1937.)

Le Comte de La Garaye, né gentilhomme, se mit à étudier presque seul la médecine, la chirurgie et la chimie.

Ignorant les théories de ses contemporains, livré à lui-même, il nous apparaît, avec le recul du temps, comme beaucoup plus sensé que certains maîtres de son époque. Ses théories sur le cancer sont encore parfaitement acceptables, l'avenir a confirmé sa préférence pour la cystostomie dans les cas de calculs vésicaux.

Son idée de la purification de l'or par l'antimoine est le point de départ des travaux qui aboutiront à l'établissement de la loi de Bertholet.

Si l'on s'en tient à la légalité, La Garaye, non diplômé, n'avait pas le droit d'exercer la médecine. Il ne fut cependant pas inquiété et reçut même l'approbation des Régents de la Faculté, très rare honneur à l'époque.

P. — Dr J. Lupu. — **Contribution à l'étude des hernies ventrales latérales spontanées, dites de la ligne semi-lunaire de Spigel.** (Thèse 1937).

La hernie ventrale latérale spontanée est une affection rare. C'est en pensant à la rechercher qu'on découvrira parfois la cause d'une occlusion du grêle d'étiologie obscure et qu'on évitera ainsi des fausses manœuvres opératoires.

L'apparition de ces hernies paraît liée presque toujours à la préexistence d'un orifice pariétal anormal parfois dû au passage d'une branche de l'épigastrique, la cause déterminante étant comme toujours, la conséquence d'un effort abdominal.

Le traitement de ces hernies est généralement facile en l'absence d'étranglement, mais il faut prévoir dans les cas anciens, la possibilité d'adhérences intestinales serrées.

En présence d'un syndrome d'occlusion du grêle, il conviendra d'ajouter à l'exploration classique de tous les orifices herniaires, celle de la zone faible paramédiane de la ligne de Spigel, où l'on découvrira parfois la tumeur superficielle de la hernie latérale ventrale.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

TRAVAUX ORIGINAUX

Bulletin de l'Actualité

A PROPOS DU CONTROLE SANITAIRE DES PROSTITUÉES

Notre collaborateur, le Dr G. Lavalée, a reçu du Dr Bizard la lettre suivante à la suite de l'article qu'il a publié sur « Le contrôle sanitaire des prostituées ». Conformément à notre habitude, nous la publions intégralement ci dessous, et nous la faisons suivre de la réponse du Dr G. Lavalée.

A M. le Docteur G. Lavalée,

Mon cher confrère,

Voilà quarante ans que je m'occupe de prostitution et j'ai dû durant cette très longue période avaler bien des couleuvres et subir de nombreuses attaques. J ai toujours laissé passer la caravane...

C'est vous dire que ma vieille patience et ma longue philosophie, m'auraient volontiers incliné à ne pas vous répondre ; si votre article n'avait paru dans un journal très lu et très estimé et si quelques-uns de mes collègues de la Préfecture de Police, plus jeunes et plus chatouilleux, ne m'avaient poussé à vous adresser une énergique protestation.

En premier lieu, je vous le concède, vous n'avez pas tort sur tous les points.

C'est ainsi, *et j'y tiens*, que toutes les femmes des maisons de Paris doivent avoir chaque semaine un jour de liberté.

Cette mesure de simple humanité vous fait bondir ? Pourquoi ? Et surtout comment pouvez-vous écrire que « *les femmes absentes le jour de la visite échappent ainsi, le plus simplement du monde, à la visite ; rien de plus facile à celle qui se sait malade d'esquiver le contrôle en prenant (réellement ou prétendument* sic) *son tour de sortie le jour où doit venir le médecin* ! ! ! » Mais, s'il en était ainsi, mon cher confrère, ce serait une abomination, ce serait presque de l'escroquerie !

Vous nous prenez donc mes vingt-sept collègues et moi, pour des imbéciles ou des inconscients ?

J'avais cru pourtant jusqu'ici que nous étions d'honnêtes gens, n'ignorant pas l'étendue de leurs devoirs et de leurs responsabilités, n'aimant pas qu'on se moque d'eux, ne se laissant pas tromper par les plus astucieux camouflages, et auxquels, même leurs adversaires veulent bien reconnaître une certaine compétence, étant tous anciens internes de Saint-Louis ou de Saint-Lazare, et nommés au concours à la Préfecture de Police.

M. le Docteur Lavalée, vous vous êtes lourdement trompé et pour que vous en soyez convaincu, venez donc nous voir, venez faire au hasard une tournée avec l'un de nous. Un simple coup de téléphone et je me mettrai à votre entière disposition. Je suis habitué aux enquêtes !

Vous constaterez ainsi par vous même que depuis toujours, toute femme absente le jour de la visite (qui *doit* en effet avoir lieu à jour fixe et je vous en fournirai les raisons), n'étant pas du fait de son absence *signée* sur les *deux* livres de contrôle, ne peut reprendre sa place sur les banquettes, qu'après un nouvel examen.

A cette règle aucune exception.

Je ne veux pas abuser et multiplier les protestations, pourtant lorsque vous prétendez que « *les séro-réactions doivent obligatoirement être répétées tous les trois mois, mais que naturellement il est loin d'en être ainsi dans la réalité* », laissez-moi vous arrêter.

J'affirme tout au contraire que tous les Bordet-Wassermann de toutes les femmes de toutes les « maisons », sont effectués très régulièrement dans les *seuls* laboratoires de Saint-Lazare et de la Préfecture. J'affirme encore, et j'ai presque honte que vous m'y obligiez, — qu'il ne se produit « ni faux, ni complaisances coupables ! »

Mon bon vieux camarade Lévy-Bing, censeur sévère et impétueux, mais ami fidèle et dévoué, reconnaît lui-même (interrogez-le, il vous le dira), que sur le chapitre des séro-réactions, il n'a

aucune critique à formuler. Du reste, je le répète encore, venez vous-même vous rendre compte.

Mais je veux vous faire plaisir, car il est un autre point sur lequel je vous donne entièrement raison :

Il est donc parfaitement exact que les femmes des maisons ne sont pas en carte et vous vous en montrez scandalisé ! Pourquoi ?

Grosso modo qu'est-ce que la carte ? Un bout de carton portant des cases, où un timbre apposé prouve que la femme a bien passé ses visites aux jours indiqués.

Mais si ce moyen de contrôle est utile pour les femmes de la rue « travaillant » isolément, pour les femmes de maisons le résultat de la visite étant inscrit sur un livre spécial, il n'est aucun besoin de leur délivrer une carte.

Voulez-vous à ce sujet que je vous confie toute ma pensée !

Le triste brevet, *la carte*, je voudrais qu'il disparaisse, je voudrais que des filles ne soient plus enregimentées et restent des femmes. Ce que nous avons à exiger d'elles, c'est qu'elles soient saines pendant le temps où elle se prostituent, mais notre désir est qu'elles restent des êtres libres, pouvant toujours espérer revenir à une vie normale, sans en être empêchées par des tracasseries policières, et cela parce qu'elles ont été en carte !

Je n'insiste pas sur le dernier alinéa de votre article. Cette maison est fermée, sa tenancière vient de mourir tragiquement... Mai pourquoi trouvez-vous notre époque tellement triste ? Pourquoi vous montrez-vous si acerbe envers les parlementaires, les magistrats, les hauts fonctionnaires, les gouvernants... et certains médecins, ou confrères ?

Ayez donc plus d'indulgence, mon cher confrère, il y a beaucoup de braves gens partout et moi qui ai connu les jours faciles, je trouve les temps que nous vivons prodigieusement intéressants ! A bientôt, je l'espère, mon cher confrère, et croyez-moi votre tout dévoué.

L. BIZARD.

Monsieur et très honoré confrère,

Notre directeur le Docteur Noir me communique votre lettre de protestation contre mon article du 20 juin dernier. Vous avouerai-je que je ne m'explique clairement ni cette lettre, ni le coup de téléphone un peu comminatoire qui y avait préludé ?

N'étant, en effet, pas contrôleur (et pas davantage usager) des maisons de prostitution, je n'avais à émettre aucune idée personnelle sur la façon dont elles fonctionnent. C'est uniquement la lecture des sept rapports rédigés par le Docteur Lévy-Bing à la requête du Ministre de la Santé publique et du Préfet de police et publiés par la *Prophylaxie antivénérienne* (1) de mars 1937 qui a inspiré mon article.

Or le Docteur Lévy-Bing est contrôleur technique sanitaire de la prostitution de Paris et du département de la Seine. Ses rapports ont été lus et discutés à la séance de la Commission de préservation des maladies vénérienne, en date du 28 novembre 1936. Cette séance ét it présidée par M. Henri Sellier, alors ministre de la Santé publique, et l'ordre du jour révèle que vous y assistiez vous-même, puisque vous avez pris part à la discussion.

Vous êtes donc mieux que quiconque à même de vérifier que *je n'ai pas articulé un seul mot qui ne fût textuellement extrait* desdits rapports ou du compte rendu de la séance. J'y renvoie du reste les lecteurs soucieux de documentation précise.

A cette séance, et en votre présence, le Ministre a prononcé ces mots qui me paraissent exempts d'équivoque (je cite le compte rendu : page 160, dernier alinéa) « Il croit toutefois devoir ajouter que s'il avait pu ressentir certaines hésitations avant d'abandonner le vieux système règlementariste, ces hésitations auraient été complètement dissipées en prenant connaissance des conditions d'inefficacité presque totale de ce système au point de vue de la protection de la Santé publique ».

« L'actuel régime de la prostitution a fait faillite », a-t-il dit aussi en propres termes ; et développant son projet de lutte antivénérienne il a dit savoir que ces vues étaient partagées sinon par l'unanimité du moins par la grande majorité de la commission.

Vous avez en séance (et il convient de le préciser ici) soutenu votre point de vue de réglementariste : mais le Docteur Lévy-Bing a conclu qu'aucune de ses constatations n'avait été démentie. Il était permis d'en prendre acte : je n'ai rien fait d'autre.

En concluant moi-même je regrette d'avoir, pour une fois, troublé la sérénité de la caravane : sans doute ai-je aboyé trop fort ; c'est le propre des chiens mal dressés.

Veuillez agréer, Monsieur et très honoré confrère, l'assurance de mes sentiments distingués.

G LAVALÉE

(1) Editée par l'Imprimerie Tancrède 15, rue de Verneuil, Paris (VIIe).

ASSURANCES SOCIALES MATERNITÉ
LES CERTIFICATS DES SAGES-FEMMES DOIVENT-ILS ÊTRE VISÉS PAR UN MÉDECIN ?

Une sage-femme me demande si elle a le droit d'établir les certificats nécessaires, pour faire obtenir l'allocation des femmes en couches, ainsi que les certificats d'allaitement, alors que la praticienne a posé le diagnostic de grossesse et qu'elle est retenue pour faire l'accouchement.

La loi exige-t-elle que ces certificats soient soumis pour visa à un docteur en médecine ?

Les sages-femmes peuvent délivrer tous les certificats nécessaires, concernant une grossesse normale, ou une suite normale de l'accouchement. Mais si la grossesse est pathologique, ou si la mère demande une allocation spéciale pour raison de maladie (bons de lait, ou autres), il est indispensable que le certificat, versé à l'appui de la demande, soit rédigé par un médecin. Ce praticien a seul qualité pour apprécier et certifier un état pathologique.

Ceci a été confirmé par un certain nombre de réponses ministérielles, parues au *Journal Officiel*, en 1936, comme explications fournies pour l'exécution du décret-loi du 28 octobre 1935.

Par conséquent, une sage-femme n'est nullement obligée de faire contresigner par un médecin un certificat délivré à une assurée sociale, ou femme d'assurée, alors qu'il ne s'agit que de déclarer une grossesse normale et de prévoir un accouchement normal, ou de mentionner les suites normales d'un accouchement. Au contraire, si la sage-femme découvre des signes, lui permettant de craindre un état pathologique concomitant à la grossesse, ou aux suites de couches, elle devra ap eler un docteur en médecine, ou inviter la malade à se faire examiner par son docteur habituel, lequel délivrera les certificats nécessaires.

Qui doit payer ces certificats ? Les réponses ministérielles, notamment celles parues au *Journal officiel* des 29 septembre, 13 novembre 1936 précisent que le forfait accordé par la loi pour un accouchement normal, comprend l'ensemble des frais afférents à l'accouchement. Il englobe donc les frais de certificats et même les dépenses de déplacement du praticien.

Il appartient donc aux Syndicats de médecins et de sages-femmes de faire fixer, dans leurs conventions avec les Caisses d'assurances sociales, le remboursement à l'assuré des honoraires qui seront attribués, s'il y a lieu, aux praticiens, pour la rédaction des certificats, les indemnités kilométriques, etc...

En principe, l'assurée honore directement son praticien qu'elle choisit librement. Elle se fait ensuite rembourser par sa Caisse, selon le Tarif de responsabilité de cette dernière. Par suite, le praticien reste libre du quantum de ses honoraires, mais il peut aider ses malades à obtenir un remboursement aussi équitable que possible.

Si la loi des Assurances sociales n'était pas appliquée d'une façon autoritaire et terriblement administrative, les Syndicats locaux de praticiens pourraient entrer en discussion et en collaboration avec les Caisses pour que, dans les limites fixées par le Tarif de réassurance, les Caisses puissent fixer leur Tarif de responsabilité compte tenu du Tarif syndicat en vigueur dans la région. Malheureusement, cette collaboration n'existe guère et on a trop l'habitude de demander au Gouvernement des solutions paresseuses, auxquelles on obéit en rechignant.

S'il s'agit d'indigents, l'article 19 du décret-loi du 28 octobre 1935 décide que le praticien sera payé en adressant sa note d'honoraires à la commune du domicile de secours de l'assuré. Le Tarif syndical applicable pour les frais médicaux est celui de responsabilité des Caisses.

D'après une réponse ministérielle, parue au *Journal Officiel* du 13 novembre 1936, il appartient aux Caisses de convenir avec le service départemental d'assistance médicale, pour répartir la portion du Tarif de responsabilité global qui doit correspondre aux frais médicaux et pharmaceutiques, en ce qui concerne les accouchements normaux.

Un dernier point est à élucider. L'article 9, paragraphe 3 du décret du 28 octobre 1935 spécifie que les bénéficiaires de l'assurance-maternité ne supportent aucune participation dans les prestations auxquelles elles ont droit vis-à-vis de leur Cai se d'assurance.

Cela signifie que le ticket modérateur ne joue pas et que l'assurée, ou femme d'assuré touche de la Caisse maternité, la somme forfaitaire totale, prévue au Tarif de responsabilité. Mais cette malade doit cependant honorer le praticien, qui l'a accouchée selon le tarif de ce dernier. Un médecin, retenu par un accouchement normal, prendra certainement un honoraire supérieur à celui que demanderait une sage-femme, pour la même intervention. A l'assurée de supporter elle-même cette différence de tarif ; elle ne touchera de sa Caisse qu'un forfait global, le même dans tous les cas normaux, quel que soit le praticien qui aura présidé à l'accouchement.

Dr Paul BOUDIN.

HYGIÈNE

Effets remarquables de la dessiccation

Par le Docteur A. GAUDUCHEAU

Sans eau, la vie est impossible, aussi bien chez les microbes que chez les organismes supérieurs. Il est d'observation constante que la dessiccation suspend l'activité des germes de la putréfaction ; elle est un excellent moyen de conservation, notamment pour les denrées alimentaires. Par exemple, les viandes qui sont suspendues à l'air suivant la coutume traditionnelle des bouchers, demeurent assez longtemps en bon état, alors que celles qui sont enfermées en des vitrines non refroidies, sous prétexte de les mettre à l'abri des poussières, se putréfient plus vite. C'est que les premières éprouvent un dessèchement de leur surface avec formation d'une petite pellicule plus ou moins dure, opposant une barrière à la pénétration des germes, pendant que les deuxièmes se couvrent promptement d'une forte végétation microbienne, parce que, dans ces espaces clos, elles restent humides. Cela montre bien le rôle conservateur de la dessiccation, même superficielle.

Une autre observation, fort instructive, peut être faite, lorsqu'on étudie les phénomènes qui se passent dans la profondeur des chairs, formant le saucisson cru de charcuterie en voie de dessication.

La préparation du saucisson consiste à broyer des viandes maigres, provenant généralement du porc ou du bœuf, à les mélanger de gras de porc, de sel et d'épices, et à pousser ces mélanges en des boyaux que l'on met à sécher sans cuisson. Pour que cette préparation soit correcte, il faut que la pâte renfermée dans l'enveloppe ne contienne aucune poche d'air, sinon des végétations microscopiques aérobies s'y installeraient, qui rendraient le produit immangeable ; il faut aussi que la déperdition d'eau soit rapide, au début de l'opération, car le maintien de l'eau en excès dans cette pâte donne à la pullulation des ferments figurés un développement énorme, même en présence du sel ; il faut encore savoir arrêter la dessiccation au point voulu. Cette fermentation est donc anaérobie et ménagée.

Quand on examine, vers la fin de la première semaine de sa maturation, la viande contenue dans l'intérieur d'un saucisson, on y constate la présence d'une très grande quantité de microbes, qui jouent là un rôle comparable à celui des ferments lactiques dans le lait caillé et le fromage. On voit ensuite que l'activité de ces ferments se ralentit et que le nombre des germes diminue à mesure que progresse la dessiccation. Lorsque la pâte renferme moins de 30 % de son poids d'eau, la conservation est pratiquement assurée. Alors la plupart des bactéries ont disparu, se sont dissoutes.

Cette observation permet de comprendre comment le dessèchement progressif partiel à l'abri de l'air, est capable de suspendre le processus bactérien et d'empêcher la corruption. L'efficacité antiseptique de la dessiccation profonde, même relative, augmentée par celle d'une salure modérée, permet à la technique traditionnelle de la charcuterie, de fournir un produit estimable.

On peut dire que plus une préparation de viande crue est chargée d'humidité, plus elle est sensible aux agents putrides. Cette simple notion explique, croyons-nous, la plupart des insuccès ou des impossibilités de la maturation des viandes, connue sous le nom de faisandage. Par exemple, la chair du lapin ne peut supporter cette opération, parce qu'elle est très humide et surtout parce que le tube digestif de cet animal est généralement rempli de végétaux, tels que les feuilles de choux contenant 90 % d'eau. Le résultat est meilleur chez la bécasse ou le faisan, dont l'intestin contient habituellement moins d'humidité. Chez le lièvre, il semble que le faisandage soit plus ou moins fort, que les mauvaises odeurs soient plus ou moins marquées, selon que la masse de l'eau renfermée dans l'organisme est plus ou moins grande.

Rappelons ici que, par mesure de prudence, les viandes faisandées doivent toujours être soumises à une cuisson prolongée, pour détruire les germes et leurs toxines. Il est encore mieux de s'abstenir et de remplacer la douteuse maturation autolytique par la technique décrite dans un article précédent (*Le Concours Médical*, 27 décembre 1936). Les gourmets, qui recherchent le goût fort de la viande très mûre, obtiendront le résultat voulu sans intervention des microbes, en ajoutant simplement un peu de cognac à la formule précédemment publiée.

Les fabricants qui, dans le but de donner plus de poids à leurs produits et d'augmenter ainsi leur bénéfice, laissent dans leurs préparations de viandes un excès d'humidité, voient s'y installer des fermentations anormales, et leurs marchandises s'altèrent. Ces commerçants supportent ainsi des pertes importantes et justifiées. La nature se charge d'infliger la punition puisque les produits se corrompent et doivent être jetés. Les germes qui interviennent de cette manière

pour déranger les calculs de ces spéculateurs poussent rapidement, dès que le taux d'humidité s'élève ; ils paraissent avoir été créés pour rappeler certains individus aux règles de l'art ; ce sont des microbes providentiel , vengeurs ; ils peuvent être, de plus pathogènes et toxiques.

***

Le phénomène que nous avons constaté tout à l'heure, à propos du saucisson de charcuterie, dan le contenu du boyau mort lui servant d'enveloppe, peut aussi s'observer dans l'intestin de l'animal vivant. Lorsque le contenu intestinal s'appauvrit en eau, sa teneur microbienne s'abaisse progressivement ; il se produit une purification spontanée de la matière fécale. On l'a vu d'une manière frappante chez certains animaux.

Je tiens de mon ami, M. Charles Debreuil, éleveur à Melun, vice-président d'honneur de la Société nationale d'acclimatation, l'observation suivante :

Chez l'émeu, sorte de grande autruche, venant d'Australie, que M. Debreuil avait réussi à acclimater en France, les œufs sont couvés par les mâles et ceux-ci restent immobiles sur le nid pendant deux mois environ, sans prendre aucune nourriture, ni boisson. Ce fait étrange a beaucoup intrigué les biologistes. Metchnikoff procéda à l'examen des matières fécales de ces bêtes, à la fin de la couvaison. On supposait que le long séjour des résidus de la digestion dans l'intestin aurait causé une forte putréfaction et on fut très étonné d'y constater, au contraire, l'absence de microbes. Cette stérilité peut être expliquée aujourd'hui très simplement ; la matière putrescible contenue dans le boyau se dessèche progressivement ; la lyse des bactéries se poursuit en même temps ; et ces deux effets associés empêchent la multiplication des microbes. Chez l'oiseau, cette dessiccation ménagée résulte évidemment de ce que la bête perd de l'eau pendant deux mois sans en absorber.

Voilà donc un animal qu' jeûne complètement durant deux mois. Cependant, il dégage de la chaleur ; il doit maintenir la température de son corps et de sa nichée à +37°, sans fléchir ; il doit produire assez de chaleur pour que cette masse de matière vivante reste à quinze ou vingt degrés au-dessus de la température ambiante, donc dépenser au total une importante quantité d'énergie sans aucune recette alimentaire correspondante ; il doit trouver cette énergie dans ses réserves, surtout dans sa graisse. Cela se passe durant l'été, il est vrai ; d'autre part, son rayonnement calorique est faible, le corps étant couvert de plumes isolantes ; enfin, la thermogénèse est aussi réduite que possible par l'absence de tout mouvement volontaire. Cet état de vie ralentie, comparable à certains égards à celui de l'hivernation, s'accompagne d'une réduction du métabolisme de l'eau, puisque la bête ne boit pas. Chez l'émeu couvant, l'activité vitale se ralentit lorsque la provision d'eau diminue. On est en droit de supposer que la diminution de la boisson est une condition du ralentissement de la vie et l'on peut se demander si, chez les animaux vivants, l'arrêt ou le ralentissement du développement de certaines espèces microbiennes pathogènes ne sont pas déterminés, dans une certaine mesure, par la teneur en eau des tissus, si, par exemple, les bons effets du régime hypochloruré dans la tuberculose ne sont pas dus à ce que les humeurs de l'organisme malade sont, par ce moyen, rendues moins humides, plus concentrées et plus bactéricides.

On expliquerait peut être plus facilement les changements de la virulence des microbes et les variations saisonnières de la résistance des animaux d'expérience, si l'on s'inquiétait davantage de savoir, si le terrain n'est pas modifié par la nature des aliments solides et des boissons. Dans tel laboratoire, les rats inoculés de cancer sont nourris de végétaux verts contenant 90 % d'eau ; ailleurs, on leur donne presque exclusivement des grains, à 10 % d'humidité ; et l'on s'étonne que les greffes de ces cancers se comportent différemment. Il est vrai qu'une autre cause d'erreur passe là inaperçue : avec les végétaux verts, on donne une provision de vitamines plus élevée que celle contenue dans les aliments secs, et cela n'est pas sans influence sur la croissance des tumeurs.

Il est possible encore que la dessiccation intervienne aussi pour modifier quelques-unes des propriétés des organismes, que l'on entretient en culture. Les milieux, bouillons ou autres, sont rarement d'une parfaite homogénéité. Dans un même tube, sur une surface incliné de gélose, par exemple, les zones les plus élevées se dessèchent plus vite que celles placées au niveau de l'eau de condensation ; dans un tube de milieu liquide portant une culture en voile, celui-ci se dessèche partiellement dans les parties, qui s'élèvent sur les bords et s'accolent au verre. Alors, les bactéries que l'on y trouve sont soumises à des conditions d'existence variables suivant le degré de dessèchement des zones où on les prélève. On expliquerait peut-être ainsi certaines mutations soit-disant spontanées que l'on constate parfois dans les collections bactériologiques.

***

Les habitants de l'Indochine et du sud de la Chine fabriquent leur papier par fermentation d'une écorce d'arbre dans de l'urine rendue alcaline par de la chaux. La pâte ainsi produite est étalée et mise à sécher en couche mince sur des claies. Il en résulte un papier primitif, de couleur

grise, léger, duveteux, qui se conserve indéfiniment au sec, comme le nôtre.

Ce papier renferme une grande quantité de microbes, en particulier des protozoaires qui restent pendant des années, six ans et probablement beaucuop plus, à l'état de spores ou de kystes. Pour les faire revenir à la vie il suffit de couper aux ciseaux quelques centimètres carrés de ce papier, de les placer dans une fiole avec du bouillon dilué à 5 pour 100 dans de l'eau. Après cinq ou six jours, vers +25°, il se forme un voile dans lequel apparaissent successivement toute une série de protistes, bactéries, amibes, ciliés et flagellés, même de superbes euglènes, vorticelles, etc... Ces êtres récemment ressuscités manifestent une activité extraordinaire. Il est probable qu'aucun microbe pathogène, tombant dans ce milieu, ne serait capable de supporter la concurrence vitale de ces innombrables et robustes représentants de la flore microbienne libre, de résister à cette explosion de vie causée par un peu d'eau.

***

Les effets de la dessiccation sur les matières virulentes sont variables suivant la nature des virus.

Le vaccin antivariolique sec a été employé dès l'origine par Jenner lui-même ; sa méthode consistait à imprégner des fils et des morceaux de tissu de coton dans des pustules, puis à les laisser sécher à l'air. Le vaccin sec reste actif pendant longtemps ; c'est un moyen précieux pour entretenir les souches dans les instituts vaccinogènes des pays chauds ; mais sa richesse en éléments actifs diminue assez vite, surtout pour l'enfant. Cependant, le dessèchement est capable de provoquer d'inexplicables transformations des virus de la vaccine et de la variole. Le vaccin sec provenant du bufflon et accompagné de sa bactérie associée ordinaire, le staphylocoque, peut donner chez le bovidé, chez le macaque et chez l'enfant, de fortes pustules primaires, compliquées d'adénite et parfois d'exanthème. Le virus de la variole spontanée de l'homme, transporté chez *Macacus rhesus*, adapté à cette espèce, débarrassé de son symbiote habituel, le streptocoque, par lavage à l'éther suivant le procédé de Fornet ou par un séjour convenable en glycérine, puis inoculé sans dessiccation préalable, détermine chez le singe une maladie bénigne consistant en une pustule primaire suivie d'un faible exanthème ; mais ce même virus variolique provoque un exanthème grave, souvent mortel, lorsqu'il est inoculé avec ses bactéries associées et après dessiccation.

On sait que Pasteur s'est servi de la dessiccation ménagée pour atténuer le virus rabique. La méthode ne saurait s'appliquer à tous les virus, puisque nous venons de voir que le desséchement peut renforcer l'activité, aussi bien de la la vaccine que de la variole expérimentale.

En général, les microbes pathogènes non sporulés ne supportent pas la dessiccation. Ainsi, le spirochète de la syphilis et le gonocoque périssent par une simple exposition, plus ou moins prolongée, à l'air sec. Lors qu'ils sont, par exemple, répandus sur la peau des régions génitales ou sur les poils du pubis, ils meurent tout seuls par simple assèchement, sans que soit nécessaire, aucun lavage. Mais ces mêmes bactéries ne se dessèchent point lorsqu'elles sont déposées dans un espace balano-préputial humide, clos et chaud où règnent les conditions d'une bonne étuve favorable à la multiplication des germes. Quand on laisse de l'eau de lavage dans cet espace, il s'y produit une abondante végétation de microbes. Mais lorsque le milieu se dessèche, la pullulation s'arrête.

Que devient le tréponème lorsqu'il tombe dans ces smegmas épais, concrets ? Il est probable que, dans une pareille ambiance, il s'enlise, qu'il est incapable de bouger et que, de plus, il y est soumis à la concurrence de la flore microbienne parasite locale, à l'action antiseptique des acides gras et aux autres effets que nous avons observés précédemment à propos des matières putrescibles en voie de dessiccation. Cette relative préservation physiologique contre la syphilis est toujours celle de la plupart des hommes et fut celle de toute l'humanité avant l'invention de l'hygiène

On voit, par ces exemples, que la simple considération de l'humidité des milieux peut conduire à d'utiles conclusions touchant l'hygiène et la médecine.

LES PLAGES AUX NUDISTES ? MAIS QUE S'ABSTIENNENT LES POUMONS DÉLICATS !

Depuis plusieurs années, une mode sévit sur les plages qui va s'accentuant, en même temps que les méfaits qu'elle provoque. On ne se contente plus d'exposer son corps pendant quelques minutes au soleil, avant ou après le bain de mer. Des foules, composées d'invividus de tout âge, passent maintenant des heures immobiles sur un sable brûlant et dans un déshabillé des plus rudimentaires. Ces séances, répétées matin et soir, ont surtout pour but d'aboutir le plus rapidement possible à l'obtention d'une intense pigmentation.

Ces insolations, prolongées outre mesure, exposent à différentes conséquences nuisibles, variables avec l'âge du sujet. On sait, depuis longtemps, que l'insolation du thorax produit des effets néfastes chez les tuberculeux pulmonaires.

Ce que l'on connaît peut-être moins, c'est l'influence excitante des rayons solaires sur les cicatrices et les séquelles, plus ou moins assoupies, d'une infection tuberculeuse ancienne qui, pour la plupart du temps, remonte à l'enfance et n'a jamais eu de traduction clinique.

Le Docteur A. Dufourt (1) a été particulièrement frappé, depuis cinq ou six ans, par le nombre croissant de sujets en pleine éclosion de tuberculose pulmonaire, qu'au début de l'automne, il voyait arriver soit à son cabinet, soit à son service sanatorial.

Il s'agit d'individus des deux sexes, mais surtout du sexe féminin qui, durant les vacances, ont été, suivant l'expression consacrée, « faire une saison de bains de mer ». En réalité, le bain n'a pas été l'élément dominant de la saison ; il est seulement, dans la genèse des accidents, à l'origine des séances d'insolation. Certains sujets ont même avoué ne s'être jamais baignés.

L'histoire est à peu près toujours la même. Durant un mois ou deux, sur une plage, la personne, qui vient consulter, s'est adonnée sans aucun contrôle à la cure solaire, dans tout ce qu'elle a d'expressif. Les stigmates sont là : cicatrices de brûlures sur les épaules, larges lambeaux d'épiderme qui desquament encore par endroits, pigmentation cutanée allant du brun au noir et tranchant sur la blancheur des régions qui sont restées sous la protection d'un parcimonieux maillot.

On est souvent surpris de l'opposition, que l'on trouve entre des lésions pulmonaires déjà importantes, presque toujours excavées, et l'aspect extérieur du sujet, qui garde encore les attributs d'une santé magnifique.

C'est notamment l'histoire d'une jeune homme de 18 ans, solidement musclé, dont les téguments avaient pris la patine d'un bronze. Il s'était mis à tousser à la fin de son séjour dans le Midi. Venu consulter, car il était inquiet d'une pharyngite, sur l'origine de laquelle il désirait solliciter un avis qualifié : excès de tabac ou excès d'aquaplane ? L'auscultation était sans réplique : il y avait de magnifiques cavernes. Ce jeune homme s'était livré à des séances d'insolation habituellement en barque, séances ayant varié de quatre à six heures par jour pendant deux mois.

Mais d'autres fois il n'en est pas tout à fait de même. Au bout de quelques mois, quand la belle pigmentation a disparu, l'amaigrissement fait des progrès sensibles ; l'appétit s'en va : et la fièvre, lente dans sa progression, devient manifeste. Enfin, l'expectoration, rare durant les premières semaines, est devenue assez considérable et a pris un vilain aspect.

Chez les *grands enfants et chez l'adulte*, les tuberculoses solaires des plages paraissent avoir presque toujours les caractères suivants :

a) tuberculose du type tertiaire ;
b) lésions fibro-caséeuses occupant presque toujours les régions sous-claviculaires ;
c) allure rapidement évolutive avec présence de cavités déjà constituées au moment de l'examen, soit de un à trois mois après le début probable ;
d) atteinte fréquente des deux poumons, l'un des poumons présentant des lésions sensiblement plus avancées que l'autre.

A l'examen radiologique, on a l'impression ou bien qu'il s'est produit un début périhilaire avec diffusion rapide du processus dans la direction de la clavicule, ou bien que, sous la clavicule, s'est développé un de ces infiltrats d'apparence autonome, qui sont d'abord repré-

(1) *Lyon Médical*, 13 décembre 1936.

sentés par des ombres radiologiques floues, mal limitées, à structure vaguement réticulée et parfois ponctuée de taches de différentes grosseurs. On constate des pommelures entre le hile et la clavicule. Déjà se distinguent une ou plusieurs images cavitaires. Le poumon opposé peut être sain. Il est exceptionnel de trouver déjà des lésions cavitaires bilatérales.

Ce qui frappe à l'auscultation dans presque tous les cas, c'est l'intensité des signes perçus. Il arrive souvent que, dans d'autres conditions étiologiques, des lésions exactement comparables ne se révèlent à l'oreille que par des signes discrets. Dans les cas présents, les lésions parlent au maximum. Elles forcent l'oreille la plus inattentive : râles crépitants congestifs, craquements, piaulement, souffle cavitaire, tout y est et se mélange. La raison de ces manifestations bruyantes est qu'il s'agit de lésions, qui qui ont été en quelque sorte forcées dès leur origine. Les gens qui viennent consulter sont vaguement inquiets de tousser et cracher, mais ils ne se sentent pas malades. Ils sont convaincus qu'ils n'ont rien de sérieux. En rentrant des bains de mer, ils ont repris leur travail ; ils ne se sont pas reposés, parce qu'ils n'étaient pas fatigués. Leur état général, excellent avant leur aventure, n'a pas eu le temps de fléchir. Ils tombent des nues, quand on leur apprend ce qu'il en est. Ils se révoltent contre le diagnostic posé, et bien souvent, ils vont consulter ailleurs.

D'autre part, il est hors de doute que le soleil imprime une marche rapidement destructrice aux lésions latentes, dont il vient de sonner impétueusement le réveil.

Ainsi témoignent les râles congestifs si abondants, que l'on entend à côté des râles strictement lésionnels. Les signes de congestion débordent largement les limites radiologiques des territoires malades. Ce n'est qu'au bout d'une ou deux semaines de lit que l'auscultation reprend les caractères stéthacoustiques, qui doivent proprement être siens.

Le même danger d'une insolation brutale sur les plages est à redouter chez les tuberculeux anciens même considérés comme guéris.

Chez les jeunes enfants, les poussées tuberculeuses des plages se présentent tout autrement. Il en est forcément ainsi, car il s'agit de sujets qui, au lieu d'être à la période tertiaire, sont au début, ou à une période relativement peu éloignée du début de leur infection. On verra donc survenir chez eux les accidents bien connus des périodes primaires et secondaires.

Ce qui n'est plus discutable, c'est l'effet excitant du soleil des plages sur l'apparition des épituberculoses, ces processus congestifs plus ou moins étendus, plus ou moins fébriles, plus ou moins durables, qui sont d'une banalité déconcertante dans la première année de la tuberculose. On a pu voir plusieurs méningites et granulies, qui étaient écloses chez des enfants, que des parents mal inspirés, ou mal conseillés, avaient emmenés au bord de la mer pour soi-disant guérir des épisodes pulmonaires congestifs initiaux, dont la bénignité naturelle n'est plus à démontrer.

Il est arrivé une fois d'assister à une récidive d'épituberculose chez une fillette qui, ayant eu un érythème noueux, suivi d'épituberculose juxta-hilaire, partit dans le Midi quelques mois après la disparition de cet accident initial. Elle revint avec une épituberculose secondaire importante, occupant la base ; cette lésion guérit également, mais fut suivie d'une péritonite tuberculeuse. Il est bien à supposer que ces deux accidents eussent été évités sans l'adjonction de bains de soleil intempestifs.

***

Pour conclure, on ne saurait nier les heureux effets de la cure solaire en général, ni les bienfaits que beaucoup d'organismes en retirent de toute évidence. Mais il n'est pas indifférent de s'assurer de l'état des poumons de tout sujet avant qu'il ne s'adonne à la quiétude des bains solaires et ne souscrive aveuglément aux exigences d'une mode, qui réclame, sous une certaine latitude, le changement inopiné de la teinte d'un épiderme.

CHRONIQUE FISCALE

Redressement financier

Par décret du 8 juillet 1937, le ministre des Finances, usant des pleins pouvoirs accordés au Gouvernement par la loi du 30 juin précédent, a pris des mesures en vue du redressement financier.

Principales dispositions intéressant nos lecteurs :

Répression de la fraude en matière de coupons non déclarés dans le revenu global et avoirs à l'étranger.

ART. 1, 2, 3. — Les établissements faisant profession de payer des *intérêts*, *dividendes*, etc., sont tenus d'exiger des requérants, la justification de leur identité et de remettre au directeur des Contributions directes le relevé, des sommes payées par eux, indiquant les noms, prénoms et adresses.

L'amende par contravention est de 1.000 francs. Elle est constatée par le Directeur sus-indiqué et comprise dans un rôle, mis en recouvrement jusqu'à la fin de la quatrième année suivant celle au cours de aquelle auront été faits les payements correspondant à l'infraction.

Les contestations seront portées devant le Conseil de préfecture.

Ces dispositions sont applicables à partir du 1er août 1937.

ART. 4. — *Avoirs à l'étranger.* — L'amende égale à la valeur de l'avoir à l'étranger non déclaré (en dehors des peines pour faux serment) sera prononcée à l'avenir par le Directeur des Contributions directes et comprise dans un rôle qui pourra être mis en recouvrement jusqu'à l'expiration de la troisième année suivant celle au titre de laquelle la déclaration a été souscrite.

L'Administration remplaçant le Tribunal, cela permet au contribuable de demander une transaction au Ministre, qui prononce après avis du Comite des remises.

De plus l'amende peut être contestée devant le Conseil de préfecture, comme en matière de Contributions directes.

En cas de décès du contrevenant, l'amende constitue une dette de la succession.

L'Administration a quatre ans pour demander l'application des sanctions pénales prévues par l'article 133 du Code général des impôts directs.

ART. 5. — Les agents d'affaires, conseils fiscaux, comptables de plusieurs clients, qui auront apporté leur concours pour l'établissement ou l'utilisation de documents inexacts seront passibles d'amendes de 1.000 francs pour la première infraction, 2.000 francs, pour la seconde, 3.000 francs pour la troisième et ainsi de suite en augmentant de 1.000 francs par infraction commise pour un ou plusieurs clients, successivement ou simultanément.

Le contrevenant et son client sont tenus solidairement du payement des droits omis et de l'amende, qui est constatée par le Directeur des Contributions directes et comprise dans un rôle mis en recouvrement jusqu'à l'expiration de la troisième année suivant celle au titre de laquelle est dû l'impôt compromis.

ART. 24. — *L'impôt général sur le revenu global* à partir de 1937 est majoré de 20 % lorsque le revenu imposable dépasse 20.000 francs.

Le maximum du taux effectif de l'impôt, rapporté au revenu avant déduction de l'impôt général payé au titre de l'année précédente, est élevé à 36 %.

ART. 48. — Le tarif des *impôts cédulaires*, sauf l'impôt foncier sera de 14 % au lieu de 12 % à partir de 1938. Le minimum déductible par enfant est porté de 800 francs à 933 francs.

Enregistrement et timbre

ART. 29. — Le droit de *mutation d'immeuble* ou de fonds de commerce est porté de 8 à 12 %, et beaucoup d'autres droits sont relevés.

Le droit de première mutation est sans changement.

ART. 7. — Les sociétés improductives qui n'auront pas distribué de bénéfice depuis plus de deux ans ne seront dispensés *du droit de timbre* que si elles n'ont pas constitué de réserves autres que la réserve légale.

Les droits de timbres sont ainsi calculés à partir du 12 juillet :

Les timbres de dimensions sont augmentés de 25 %, la feuille de quatre francs est donc de cinq.

Les timbres de quittances 0,50 de 1 à 100 francs ; 1 franc de 101 à 1.000 francs ; 2 francs de 1.001 à 10.000 francs, 4 francs de 10.001 à 50.000 francs ; au-dessus 2 francs en plus par tranche de 50.000 francs.

Les *timbres des chèques* passent de 0,50 à 0,75.

Les *timbres d'affiches ordinaires* sont augmentés de 10 %.

Droits sur les valeurs mobilières

Portés de 12 à 15 % pour les titres nominatifs appartenant à des personnes physiques.

Portés de 18 à 24 % pour les titres au porteur.

Portés de 24 à 27 % pour les tantièmes et jetons des administrateurs.

Portés de 25 à 30 % pour les valeurs étrangères.

L'exemption en faveur des administrateurs délégués est limitée à deux.

Les emprunts de l'Etat français et des communes restent exonérés. La rente 3 1/2 % 1914 est seule taxée à 15 %.

ART. 6. — Tous les *comptes-courants* sont soumis à l'impôt sur les intérêts de créance.

ART. 8. — Les intérêts des *emprunts de sociétés en nom collectif* sont soumis à l'impôt sur les revenus des créances.

Tarifs postaux et téléphoniques

Lettres : jusqu'à 20 grammes, 0 fr. 65 ; de 20 grammes à 50 grammes, 0,90 ; de 50 grammes à 100 grammes, 1,30 ; de 100 grammes à 200 grammes, 1,80 ; de 200 grammes à 300 grammes, 2,20 ; de 300 grammes à 400 grammes, 2,60 ; de 400 grammes à 500 grammes, 3 fr. ; de 500 grammes à 1.000 grammes,

4,75 ; de 1.000 grammes à 1.500 grammes, 6,50 ; de 1.500 grammes à 2.000 grammes, 8 fr. ; de 2.000 grammes à 3.000 grammes, 9 fr. ; (poids maximum, 3.000 grammes).

Papiers de commerce et d'affaires même tarif.

Factures jusqu'à 20 grammes 0 fr. 50.

Cartes postales ordinaires et illustrées, 0 fr. 55.

Cartes avec cinq mots seulement, 0 fr. 30.

Cartes de visites sans écriture, 0 fr. 20.

Avec cinq mots de souhaits, 0 fr. 30.

Imprimés de 20 grammes, 0 fr. 20 ; de 20 à 50 grammes, 0 fr. 25.

Droit fixe de recommandation pour lettres et cartes postales, 1 fr. 50.

Teléphone : communication locale, 0 fr. 65.

Communication entre circonscriptions limitrophes, 1 fr. 30.

Pneumatique : 2 francs jusqu'à 7 grammes, de 7 à 15 grammes : 3 francs.

Taxe à la production

Elevée de 6 à 8 % à partir du 12 juillet.

Les exonérations en faveur des automobiles ne comportant pas plus de quatre places sont supprimées, sans modifier la situation des petits entrepreneurs de taxis.

A. et S. MARTINOT,
Conseils fiscaux du « Sou Médical »

RÉFLEXIONS D'UN MÉDECIN PRATICIEN A PROPOS DES PENSIONS ABUSIVES

La grande cause de l'existence des pensions, dites abusives, réside dans la prorogation du délai de demande des pensions.

A la faveur de cette prorogation, depuis trop d'années, on a fait passer pour mutilés de guerre, notamment au point de vue pulmonaire et psychiatrique, un nombre considérable d'ouvriers n'ayant jamais fait la guerre, nantis de faux états de services militaires, — à une certaine époque, le Gouvernement n'a-t-il pas dû sévir contre une fabrique de faux timbres humides militaires ! — victimes de gaz dits industriels et de combat.

Chez ces gazés d'usine, vrais intoxiqués, il est matériellement impossible au médecin du centre de réforme, en présence de séquelles, de fixer la date de l'intoxication première.

Quant à l'existence de ces ouvriers gazés, nous en trouvons l'aveu dans cette phrase publiée dans le numéro d'avril 1928 de l'Officier de réserve (publié 17, avenue de l'Opéra, Paris) : « chaque pays dépense chaque année des sommes énormes à la préparation de la guerre chimique ». Cette situation est d'ailleurs l'application pratique de cette pensée du Maréchal Foch, rappelée à la réunion du 18 février 1928 du cours de perfectionnement des officiers du Service de santé de la n[e] Région : « la guerre chimique doit entrer dans nos prévisions et nos préparatifs d'avenir, si nous ne voulons pas subir quelques redoutables surprises. » A la même époque, dans l'*Œuvre*, le général Verraux semblait justifier ce genre de pensions par cette opinion, qu'il appliquait à l'heure présente en général et à l'avancement des officiers de réserve en particulier ; « on doit tenir compte davantage des services rendus actuellement ou de ceux qui pourront être rendus dans l'avenir que de ceux rendus dans le passé ».

Parmi tous ces hommes, qui ont abusé ainsi des dispositions de la loi des pensions et qui présentent parfois de graves séquelles de gaz, à côté des ouvriers ayant travaillé pour la défense nationale, se trouvent les innombrables victimes de la masse, que l'on fait travailler plus ou moins ouvertement pour les guerres étrangères.

L'injustice de la révision des pensions consiste, précisément dans ce fait que les hommes, ayant réellement fait la guerre, seront sacrifiés au bénéfice de ces derniers.

Bien sûr, les véritables victimes, auxquelles on a jusqu'ici supprimé leur maigre pension, n'ont pas protesté. Ils n'en ont pas les moyens.

En 1914, ils sont partis, pendant que leurs voisins restaient embusqués chez eux.

D[r] Albert FLURIAN,
Pauillac (Gironde).

MUTUALITÉ FAMILIALE

Réunion du Conseil d'Administration du 28 juin 1937

Présents : MM. Noir, président ; O'Followell et Pamart, vice-présidents ; Fischer, trésorier ; Jean Mignon, trésorier-adjoint ; Lavalée, secrétaire général; Mazeroux, H. Mignon, M. Mignon, Boelle, membres.
Excusés : MM. Henne, Chevallier, Vimont.

Après adoption du procès-verbal de la précédente séance, publié dans le *Concours Médical* du 25 avril, le Conseil passe à l'Ordre du jour.

Le Secrétaire général expose les premiers résultats obtenus par la campagne de propagande décidée au cours de la dernière séance trimestrielle.

Il expose ensuite la question de l'indemnité maladie-accident pour cures thermales. Après un long échange de vues, il est décidé, à cause des conditions très diverses dans lesquelles s'institue une cure thermale ou climatique, de n'adopter, à ce sujet, aucune règle générale. Il s'agit là de cas d'espèces, qui doivent tous être soumis à l'examen du Conseil ; lui seul statuera sur le droit à indemnité en s'entourant de tous les renseignements qui lui sembleront désirables.

Est examinée ensuite l'éventualité d'une collaboration entre la Mutualité Familiale, et un agent d'assurances qui, tout en exposant aux confrères visités les diverses combinaisons de la Mutualité Familiale, leur soumettrait en outre des contrats-vie et incapacité permanente, formules non prévues dans nos statuts. Il est décidé d'étudier ces polices et d'enquêter sur la Compagnie d'assurances.

M. Jean Mignon propose ensuite une formule d'arbitrage avantageuse à notre portefeuille ; il annonce d'autre part, qu'il a actuellement en vue deux immeubles semblant répondre aux conditions exigées par la dernière Assemblée générale ; l'achat de l'un ou l'autre, après examen des lieux par un architecte, pourrait être envisagé vers octobre prochain.

Un certain nombre de radiations sont prononcées et une démission acceptée.

Indemnités maladie-accidents

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil alloue les indemnités suivantes :

Combinaison maladie à 10 francs

Aujaleu (Tarn-et-Garonne), 10 jours : 110 francs ; Cadilhac (Yonne), 90 jours : 330 francs ; Cochy de Moncan (Aveyron), 6 jours : 66 francs ; Gauthier (Nièvre), 59 jours : 406 fr. 90 ; Kraut (Vendée), 5 jours : 55 francs ; Lablancherie (Indre-et-Loire), 90 jours : 330 francs ; Lemaitre (Manche), 21 jours : 76 fr. 90 ; Rilhac (Haute-Vienne), 90 jours : 330 francs ; Rollet (Haute-Marne), 43 jours : 473 francs ; Roure (Vaucluse), 90 jours : 330 francs ; Gaudier (Seine), 51 jours : 304 fr. 50 ; Massina (P.-O.), 17 jours : 137 francs ; Santelli (Seine), 34 jours, 374 francs ; Potié (Nord), 11 jours : 121 francs ; Courtade (Haute-Garonne), 31 jours : 341 francs ; Gassot (Loiret), 20 jours : 73 fr. 30 ; Archambaud (Eure), 90 jours : 330 francs ; Armand (Savoie), 90 jours : 330 francs ; Balatre Aisne), 104 jours : 821,15 ; Beaupère (Saône-et-Loire), 90 jours : 330 francs ; Bernard (Maine-et-Loire), 90 jours : 330 francs ; Bézy (Haute-Garonne) 90 jours : 330 francs ; Bigeon (Manche), 7 jours : 77 francs ; Cadilhac (Yonne), 90 jours : 330 francs ; Delucq (Gers), 90 jours : 330 francs ; Duhamel (Lot-et-Garonne), 90 jours : 330 francs ; Ferrand (Bouches-du-Rhône), 90 jours : 330 francs ; Gardette (Seine-et-Oise), 90 jours : 330 francs ; Gauthier (Nièvre), 90 jours : 330 francs ; Guillermin (Savoie), 90 jours : 330 francs ; Gustin (Vendée), 33 jours : 121 francs ; Houques (Gironde), 90 jours : 575 fr. 55 ; Huchon (Côte-d'Or), 90 jours : 330 francs ; Lablancherie (Indre-et-Loire), 90 jours : 330 francs ; Lacomme (Saône-et-Loire), 90 jours : 330 francs ; Leibovici (Seine), 90 jours : 330 francs ; Mathieu, (Seine-Inférieure), 90 jours : 330 francs ; Mendel (Seine), 90 jours : 330 francs ; Molinéry (Seine), 60 jours : 220 francs ; Pierrhugues (Var), 90 jours : 561 francs ; Poueydebat (Basses-Pyrénées), 90 jours : 330 francs ; Rilhac (Haute-Vienne), 90 jours : 330 francs ; Robert (Yonne), 90 jours : 330 francs ; Rossigneux (Rhône), 90 jours : 330 francs ; Roure (Vaucluse), 90 jours : 330 francs ; Sexe (Doubs), 139 jours : 949 fr. 55 ; Simonneau (Vendée), 80 jours : 733 fr. 30 ; Traby (Pyrénées-Orientales), 90 jours 330 francs.

Combinaison maladie à 20 francs

Bachelet (Pas-de-Calais), 14 jours : 308 francs ; Bel (Côte-d'Or), 8 jours : 58 fr. 60 ; Laroy (Nord), 18 jours, 396 francs ; Renoult (Calvados), 90 jours : 660 francs ; Serfaty (Seine), 90 jours : 660 francs ; Barrié (Ardèche), 16 jours : 352 francs ; Tarbouriech (Rhône), 13 jours : 286 francs ; Triqueneaux (Nord), 12 jours : 264 francs ; Robert (Haute-Saône), 9 jours : 198 francs ; Boucher (Côtes-du-Nord), 11 jours : 242 francs ; Leroy (Manche), 90 jours : 660 francs ; Mainsbrecq (Loir-et-Cher), 91 jours : 733 fr. 30 ; Mons (Hérault), 52 jours : 339 fr. 90 ; Morvan (Finistère), 9 jours : 198 francs ; Person (Hautes-Pyrénées), 46 jours : 1.012 francs ; Rault (Ille-et-Vilaine), 90 jours : 660 francs ; Renoult (Calvados), 90 jours : 660 francs ; Taviani (Corse), 17 jours : 374 francs

Combinaison à 30 francs

Baudoin (Alpes-Maritimes), 9 jours : 253 francs ; Janicot (Seine), 32 jours : 682 francs ; Meunier (Vendée), 64 jours ; 1.870 francs ; Abitboul (Alger), 20 jours : 660 francs ; Blanc (Aude), 28 jours : 924 francs ; Meunier (Vendée), 49 jours : 539 francs ; Emonin (Côte-d'Or), 99 jours : 2.409 francs ; James (Vendée), 7 jours : 231 francs.

Combinaison maladie à 50 francs

Dassonville (Côtes-du-Nord), 13 jours : 715 francs ; Linval (Finistère), 44 jours : 2.420 francs ; Ouvrard (Vendée), 6 jours : 330 francs ; Samoyeau (Sarthe), 14 jours : 770 francs ; Bourggraff (Meurthe-et-Moselle), 15 jours : 825 francs ; Corbin (Seine), 11 jours : 605 francs ; Farrando (Seine-Inférieure), 5 jours : 275 francs; Ray (Seine), 28 jours : 1.540 francs ; Treuvey (Var), 15 jours : 825 francs ; Linval (Finistère), 31 jours :1.155 francs ; Bapteste (Saône-et-Loire), 88 jours : ;3.445 fr. 90; Linval (Finistère), 19 jours, : 348 fr. 20 Levannier (Seine), 23 jours : 1.265 francs ; Balme (Isère), 68 jours : 3.446 fr. 55; Rio (Morbihan), 90 jours : 1.796 fr. 45.

Pensions aux veuves

Mme Barret de Nazaris (Loir-et-Garonne), 150 francs; Gillette (Calvados), 150 francs ; Chevreux (Seine), 150 francs ; Delthil (Yonne), 60 francs ; Gallois (Côte-d'Or), 150 francs ; Gelain (Nord), 450 francs ; Lepage (Seine), 150 francs ; Lefebvre (Nord), 450 francs ; Roch (Vaucluse), 150 francs ; Rousselot (Haute-Marne), 150 francs ; Valet (Hautes-Alpes), 60 francs.

Ratifications d'admissions

Sur le rapport du Secrétaire général constatant qu'aucune protestation ne s'est élevée au sujet des admissions provisoires en date du 8 avril 1937, le Conseil prononce les admissions définitives de MM. :

Aubert (Hérault) ; Lapouge (Gironde), à la combinaison MA50.
Bard (Puy-de-Dôme) ; Bouche (Loire) ; Cadence (Isère) ; de Marcillac (Sarthe) ; Ecklé (Seine), à la combinaison MA75.
Bard (Puy-de-Dôme) ; Cadence (Isère) ; Ecklé (Seine); Goujou, (Loire) ; Lalaurie (Mme), (Aude), à la combinaison retraite P.
Aubert (Hérault), à la combinaison retraite R.
Bard (Puy-de-Dôme), à la combinaison pensions V.

Admissions provisoires

Sur la présentation et le rapport du Secrétaire général, le Conseil prononce, à titre povisoire, les admissions suivantes aux combinaisons d'indemnités maladies-accidents.

Ces admissions seront rendues définitives au 1er octobre 1937, si aucune protestation ne parvient au Conseil avant cette date :

Combinaison MA20

Lavabre (Aveyron).

Combinaison MA 50

Delavelle (Aisne) ; Deswartes (Nord) ; Sabatier (Hérault) ; Vexenat (Savoie).

Combinaison MA 75

Blondel (Seine-Inférieure) ; Cahier (Seine) ; Créance (Meurthe-et-Moselle) ; Ducluzaux (Aisne) ; Ducrocq (Pas-de-Calais) ; Duval (Loiret) ; Mlle Gautschi (Alpes-Maritimes) ; Huriez (Nord) ; Jadfard (Tunisie) ; Montel (Allier) ; Sicard (Allier) ; Sommelet (Meuse) ; Tailhades (Aevyron).

Admissions aux pensions de retraite

Combinaison Retraite P

Jadfard (Tunisie) ; Montel (Allier) ; Sicard (Allier).

Combinaison Retraite R

Jadfard (Tunisie) ; Montel (Allier) ; Sicard (Allier).

Combinaison Retraite V

Delavelle (Aisne) ; Ducluzaux (Aisne).

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée à 19 h. 30.

Le secrétaire général :
G. LAVALÉE.

VARIÉTÉS

Louis XI et la malariathérapie

Dernièrement en lisant le « Louis XI » d'Auguste Bailly, je relève le passage suivant :

« De Thoars en décembre 1481, Louis XI (alors très souffrant) mande à Pierre Cadouet, prieur de Galles :

« Maître Pierre, mon ami, je vous prie tant que je puis, que vous priiez incessamment Dieu et notre Dame-de-Salles pour moi, à ce que leur plaisir soit m'envoyer *la fièvre quarte*, car j'ai une maladie, dont les physiciens disent que je ne puis être guéri sans l'avoir, et quand je l'aurai, je vous le ferai savoir incontinent. »

Donc déjà, à cette époque, l'idée qu'une fièvre peut influencer la marche d'une maladie était admise. La pyrothérapie était née avec cette différence toutefois que les « physiciens » ne pouvant eux-mêmes vous inoculer la fièvre quarte conseillaient à leurs clients de prier Dieu et Notre-Dame-de-Salles !

Dr Maurice PETIT,
(Montereau).





Nos réunions médicales

RÉUNION SOLENNELLE DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

La Société de médecine de Paris fondée le 4 germinal de l'an IV a tenu le vendredi 9 juillet 1937 à 17 heures sa séance annuelle dans la salle de la Société de géographie.

De nombreuses et éminentes personnalités médicales avaient tenu à y assister; la Faculté de médecine était représentée par le Professeur Lemierre, l'Académie de médecine par son président le Professeur Martel; les Professeurs Besançon, Pouchet, Laignel-Lavastine honoraient de leur présence cette réunion des médecins parisiens, la plus ancienne peut-être, puisque sa fondation remonte à 1796 et que Napoléon ne dédaigna pas d'assister à ses séances.

Malgré ce long passé, la Société est restée très active, elle a même retrouvé une seconde jeunesse sous l'impulsion vigoureuse que lui a donnée son actif président actuel et son secrétaire général dévoué, nos amis Hartenberg et Bécart.

La séance, présidée par le représentant du Président de la République, fut avant tout une séance scientifique. Après qu'Hartenberg eut rapidement montré tout ce que la Société devait à son passé, après qu'il eut remercié la très nombreuse assistance de l'empressement qu'elle avait mis à répondre à son invitation, le programme se déroula tel qu'il avait été prévu. Chaque orateur eut la coquetterie de ne pas dépasser les dix minutes, qui lui étaient accordées pour exposer le sujet qu'il avait choisi.

C'est ainsi qu'en un temps assez court, nous avons pu entendre de nombreux orateurs :

M. Soulas nous parla des raccourcissements congénitaux de l'œsophage, avec sténose, tandis que des projections illustraient la communication.

M. Hinault, en traitant de l'artériographie pulmonaire, nous montra que l'exploration radiologique ne connaissait plus de barrières puisqu'avec une sonde introduite au pli du coude, on peut porter le liquide opaque jusqu'à l'oreillette droite et injecter *sans incidents* l'artère pulmonaire.

M. C. Rœderer fit défiler en les commentant de belles projections d'os atteints de cette curieuse affection qu'est l'ostéopsatyrose ou la fragilité osseuse.

M. R. Massart nous fit assister à de véritables opérations de chirurgie orthopédiques, en projetant un film en couleurs naturelles pris dans son service, dont la belle exécution et la réalité nous montrent tout l'intérêt présenté par cette découverte récente au point de vue de l'enseignement et de la documentation chirurgicale.

M. Lhermitte nous présenta, avec beaucoup de flamme et aussi beaucoup de documents, la manière dont il conçoit l'illusion du membre absent chez les amputés, insistant sur les déformations de l'image de soi qu'on observe et se séparant sur ce point des idées exposées par Leriche sur la même question.

M. Pruche nous rendit très compréhensive, grâce à son exposé instructif, la lecture d'électro-cardiogrammes compliqués dans un cas d'intoxication chez une basedowienne.

M. Marcel projeta, en les commentant, quelques-uns des plus intéressants clichés provenant des 300 cas d'urographies intraveineuses, qu'il a faites chez des enfants et même des nourrissons ; il nous a fait connaître un procédé d'exploration de l'organisme de l'enfant que beaucoup d'entre nous n'imaginaient point.

Ce programme particulièrement bien choisi nous montre combien la Société de médecine va de l'avant. Cette vieille dame, qui à 141 ans, nous paraît être à l'avant-garde de la science médicale et du progrès, et nous sommes sûrs que ceux qui aujourd'hui président à ses destinées la maintiennent dans la voie, que lui avaient tracée, il y a plus d'un siècle, les fondateurs.

R. M.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

— **Clinique de la tuberculose. Hôpital Laennec.** — *Cours de perfectionnement.* — Chaque matin de 10 heures à midi, leçon et présentation de malades à la salle de conférences de la Clinique par M. le Prof. Fernand Bezançon avec la collaboration de MM. Paul Braun, Azoulay, Triboulet, Delarue, André Meyer, Chadourne, Cachin ; de MM. Lardennois et Monod pour la partie chirurgicale; et de MM. Bloch et A. Soulas pour la partie laryngo-bronchoscopique. Première série du 19 au 31 juillet ; deuxième série du 30 septembre au 2 octobre.

Les droits d'inscription sont de 100 francs. S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet 4) les lundis, mercredis et vendredis de 14 à 16 heures.

— **Clinique médicale de la Pitié.** — M. A. Clerc, MM. Aubertin et Mouquin, médecins des hôpitaux, agrégés M. Lenègre, médecin des hôpitaux, MM. Sterne et B. Zadoc-Kahn, chefs de clinique, feront du lundi 3 août au samedi 28, un cours de perfectionnement sur les maladies du cœur et des vaisseaux, selon le programme ci-joint :

Lundi 23 août, M. Sterne : Les nouveaux sympathi-

colytiques de synthèse (Benzodioxans) en thérapeutique cardio-vasculaire. — Mardi 24 août, M. MOUQUIN: Evolution et traitement de l'infarctus myocardique.— Mercredi 25 août, M. ZADOC-KAHN : Le cœur dans la diphtérie. — Jeudi 26 août, M. AUBERTIN : Thrombose des oreillettes. — Vendredi 27 août, M. LENÈGRE : Théories actuelles de l'hypertension artérielle. — Samedi 28 août, M. A. CLERC : Evolution de la dissociation auriculo-ventriculaire.

Les cours auront lieu à 10 h. 30 à l'Hôpital de la Pitié, service 6, salle des cours. Après chaque conférence, causerie pratique.

Droit d'inscription : 100francs. S'inscrire au Secrétariat de la Faculté (guichet 4) les lundis, mercredis et vendredis de 9 heures à 11 heures et de 14 heures à 16 heures, ou bien tous les jours de 9 heures à 11 heures et de 14 heures à 17 heures (sauf le samedi) à la salle Béclard (A. D. R. M.).

— **Hôpital Necker-Enfants-Malades.**— *Cours de broncho-œsophagoscopie.* — Sur l'invitation de M. J.-M. Le Mée, chef de service O.-R.-L. à l'hôpital Necker-Enfants-Malades, M. Chevalier Lawrence Jackson, professeur de clinique broncho-œsophagoscopique à Temple University de Philadelphie, commencera le 1er septembre 1937, un cours théorique et pratique de broncho-œsophagoscopie, avec la collaboration de MM. Maurice Bonnier, Fernand Eeman, A. Soulas et J. Vialle, anciens assistant de la Clinique broncho-œsophagoscopique de Philadelphie.

Les leçons théoriques et les démonstrations cliniques auront lieu le matin : dans la nouvelle installation de broncho-œsophagoscopie du pavillon Blumenthal à l'hôpital Necker-Enfants-Malades. Les exercices pratiques auront lieu l'après-midi à l'Ecole d'anatomie des hôpitaux, 17, rue du Fer-à-Moulin (M. Robineau, chirurgien honoraire des hôpitaux, directeur). Le cours sera fait en français et en anglais ; il comprendra dis leçons et sera terminé le 11 septembre 1937.

PROGRAMME. — *Première semaine* : Mercredi 1er septembre, 10 h. 30 : séance inaugurale. Principes généraux de la bronchoscopie et de l'œsophagoscopie. Projections de films cinématographiques : American Hospital of Paris, 63, boulevard Victor-Hugo, à Neuilly (salle de conférences) ; 15 heures : Exercices pratiques ; laryngoscopie directe et trachéoscopie sur le sujet goscopie directe et trachéoscopie sur le sujet : Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, 17, rue du Fer-à-Moulin. — Jeudi 2 septembre, 9 h. 30 : L'installation, l'organisation, l'instrumentation broncho-œsophagoscopique : hôpital Necker-Enfants-Malades (pavillon Blumenthal), 149, rue de Sèvres ; 10 h. 30 : La laryngo-trachéo-bronchite aiguë (projection cinématographique). La laryngoscopie directe chez l'enfant : hôpital Necker-Enfants-Malades (pavillon Blumenthal), 149, rue de Sèvres; 15 heures : Laryngoscopie directe et trachéoscopie sur le chien : amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux. — Vendredi 3 septembre, 9 h. 30 : Le « contact ulcer » du larynx. Les sténoses laryngées : hôpital Necker-Enfants-Malades ; 11 heures : Problèmes mécaniques posés par les corps étrangers trachéo-bronchiques et leur solution (projections) ; 15 heures : Exercices pratiques : laryngostomie ; trachéotomie sur le sujet : amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux. — Samedi 4 septembre, 9 h. 30 : La bronchoscopie chez l'enfant : hôpital Necker-Enfants-Malades ; 10 h. 30 : Le traitement post-opératoire de la trachéotomie : hôpital Necker-Enfants-Malades ; 15 heures : Exercices pratiques : la bronchoscopie sur le chien : amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux ; 22 heures : Réception à l'Exposition internationale, à bord de la vedette mise à la disposition des organisateurs.

Deuxième semaine : Lundi 6 septembre, 9 h. 30 : Les tumeurs du larynx. Le cancer du larynx. Tumeurs de la trachée ; leur traitement : hôpital Laënnec (service de M. André Bloch) ; 10 h. 30 : Causes et diagnostic de l'obstruction des bronches (projections) ; 15 heures : Recherche et extraction des corps étrangers des bronches sur le sujet : amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux. — Mardi 7 septembre, 9 h. 30 : Technique de l'œsophagoscopie. Diagnostic et traitement des maladies de l'œsophage : diverticules, cardio-phréno-spasmes, cancer (projections) : hôpital Necker-Enfants-Malades ; 15 heures : Œsophagoscopie et gastroscopie sur le sujet : Amphithéâtre d'anatomie. — Mercredi 8 septembre, 9 h. 30 : Les corps étrangers de l'œsophage ; problèmes d'extraction et prévention des accidents (projections) : hôpital Necker-Enfants-Malades ; 10 h. 30 : Traitement des rétrécissements de l'œsophage, du cancer de l'œsophage, des diverticules, 15 heures : Extraction des corps étrangers de l'œsophage sur le sujet : amphithéâtre d'anatomie. — Jeudi 9 septembre, 9 h. 30 : Gastroscopie. Œsophagoscopie rétrograde : hôpital Necker-Enfants-Malades ; 10 h. 30 : Extraction des corps étrangers broncho-œsophagiens sous radioscopie. Radioscopie biplane : hôpital Necker-Enfants-Malades ; 15 heures : Extraction des corps étrangers de l'œsophage sur le chien : amphithéâtre d'anatomie. — Vendredi 10 septembre, 9 h. 30 : Données nouvelles sur le diagnostic et la thérapeutique bronchoscopique : prélèvement des sécrétions ; séparation des crachats, broncho-spirométrie. La bronchoscopie dans les trachéites, dans l'asthme, dans la tuberculose, dans les tumeurs broncho-pulmonaires. La bronchographie lipiodolée chez l'adulte. Le « goutte à goutte bronchique » chez l'enfant : hôpital Laënnec (service de M. André Bloch) ; 15 heures : Extraction des corps étrangers des bronches et de l'œsophage chez le chien : amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux. — Samedi 11 septembre, 9 h. 30 : La bronchoscopothérapie et la broncho-aspiration dans les abcès du poumon, dans la broncho-pneumonie et les bronchiectasies : hôpital Necker-Enfants-Malades ; 11 h. 30 : « Round table discussion » ; 13 heures : Déjeuner à l'Exposition internationale, offert par les organisateurs du cours.

Pour la bonne organisation des exercices pratiques, le nombre des participants est limité à douze. Droit d'inscription : 2.000 francs. — Un diplôme sera délivré à la fin du cours.

Pour tous renseignements et inscription s'adresser à M. Zha, assistant du service d'oto-rhino-laryngologie, hôpital Necker-Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres, Paris.

Le Gérant : R. THIRON

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux

LOI DU 9 JUILLET 1937

ayant pour objet de proroger les délais de mise en instance de pension

Art. 1er. — Peuvent être présentées, à compter du 1er juillet 1937, sans limite de délai, dans les conditions prévues par les lois des 9 janvier 1926 et 26 mars 1927, les demandes de pension au titre de la loi du 31 mars 1919 et des lois subséquentes, lorsque les infirmités ou le décès résultent de blessures de guerre ou de blessures par le fait ou à l'occasion du service, quelle que soit la date à laquelle elles aient été reçues pendant la guerre 1914-1918 ou sur des théâtres extérieurs d'opérations pour la période postérieure à cette guerre, sous réserve qu'elles aient été constatées par un document émanant des autorités militaires.

Art. 2. — Il est ouvert, du 1er juillet 1936 jusqu'au 31 décembre 1938, dans les conditions prévues par les lois du 9 janvier 1926 et du 26 mars 1927, un nouveau délai pour la présentation des demandes de pension au titre de la loi du 31 mars 1919 et des lois subséquentes lorsque les demandeurs invoquent, à l'appui de leur instance, une maladie contractée ou aggravée dans une formation ouvrant droit à la carte du combattant, pendant la guerre 1914-1918 ou en captivité, ou au cours d'opérations déclarées campagnes de guerre, postérieurement au 11 novembre 1918, lorsque l'affection aura donné lieu à une constatation régulière.

La forclusion ne pourra être opposée aux demandes présentées avant le 31 décembre 1938 lorsque les formations seront, postérieurement à cette date, reconnues comme ouvrant droit à la carte du combattant.

Art. 3. — Peuvent être également présentées, à compter du 1er juillet 1936, sans limite de délai, les demandes de pension au titre de la loi du 24 juin 1919 et des lois subséquentes, y compris la loi du 26 mars 1927 en ce qui concerne les ayants cause, lorsque les infirmités ou le décès résultent de blessures reçues dans les conditions prévues aux paragraphes 1er et 2 de l'article 2 de la loi du 24 juin 1919, modifiée par la loi du 28 juillet 1921.

Art. 4. — La prorogation de délai prévue à l'article 2 qui précède est également applicable aux demandes présentées au titre de la loi du 24 juin 1919 et des lois subséquentes, y compris la loi du 26 mars 1927 pour les ayants cause, lorsque les infirmités ou le décès résultent de maladies contractées par suite de mauvais traitements subis dans des forteresses ou des camps de prisonniers.

Art. 5. — En l'absence d'un fait nouveau, les demandes présentées en vertu des dispositions de la présente loi ne seront recevables que si les infirmités alléguées n'ont pas fait, antérieurement à la promulgation de la présente loi, l'objet d'une décision de rejet pour un motif autre que la forclusion ou le défaut de gravité.

La présente loi, délibérée et adoptée par le Sénat et par la Chambre des députés, sera exécutée comme loi de l'Etat.

SERVICE DE SANTÉ

Réserves

Promotions

I. ARMÉE MÉTROPOLITAINE

Par décret du 12 juillet 1937 et pour prendre rang du même jour, sont promus dan le cadre des officiers de réserve du Service de santé :

MÉDECINS

Au grade de médecin colonel

Les médec. lieut.-col. : Enjalbert, 16e rég. ; Bumat, 17e rég. ; Gobinot, 8e rég.

Au grade de médecin lieutenant-colonel

Les médec. command. : Masson, 14e rég. : Ruchaud, 9e rég. ; Job, 20e rég. ; Bernard, 19e C. A.; Validire 9e rég. ; Abrami, rég. Paris ; Raynaud, 19e C. A. ; Hornus, 17e rég. ; Lévy, rég. Paris ; Bouvier, 6e rég. ; Even, 4e rég. ; Adam, 7e rég. ; Joxe, 2e rég. ; Rigaux, rég. Paris.

Au grade de médecin commandant

Les médec. capit. : Marion, tr. du Maroc ; Ducellier, 9e rég. ; Dordain, 4e rég. ; Greyfié de Bellecombe, 14e rég.; Raymond, rég. de Paris ; Hernette, 18e rég. ; Chaumet, 8e rég. ; Wattez, 1er rég. ; Jacquot, 7e rég. ; Cardot, 8e rég. ; Chardon, 14e rég. ; Armaing, 17e rég. ; Martial, 9e rég. ; Grosjean, rég. Paris ; Balestre, 15e rég. ; Fonce, 7e rég. ; Foucault, 9e rég. ; Régnard, 20e rég. ; Nivière, 14e rég. ; Dupont, 11e rég. ; Prunet, rég. de Paris ; Vandenbossche, rég. de Paris ; Gibert, rég. de Paris ; Robert, 7e rég. ; Basson, 13e rég. ; Quentin, 4e rég. ; Barillet, 15e rég. ; Legras, 3e rég. ; Voillemot, rég. Paris ; Dupui, 17e rég.

Morisson, 9e rég. ; Chevallier, 14e rég. ; Constant, 13e rég. ; Pélissier, 19e C. A. ; Casanova, 18e rég. ; Rendu, 14e rég. ; Roqueplo, 17e rég. ; Doucet-Bon, 14e rég. ; Rivière, 17e rég. ; Bourland, 19e C. A. ; Pointin, 2e rég. ; Laroche, rég. de Paris ; Adam, 6e rég. ; Dubus, 1re rég. ; Bassuet, rég. de Paris ; Esquier, 19e C. A. ; Arrès, 17e rég. ; Bourzac, 15e rég. ; Dionnet, 9e rég. ; Sallé, 3e rég. ; Gauthier, tr. du Maroc ; Stouff, 8e rég. ; Meneau, 1re rég. ; Reme, 11e rég. ; Moreau, 8e rég. ; Brée, 9e rég. ; Baylac, 18e rég. ; Bertholon, 14e rég. ; Braun, 5e rég. ; Ratié, 17e rég. ; Durantet, 13e rég. ; Mock, rég. de Paris; Legris, 20e rég. ; Pradier, 16e rég. ; Le Mitouard, tr. du Maroc ; Championet, 7e rég. ; Dubuisson, 2e rég.; Pélissier, 13e rég. ; Castelain, 1re rég.

Au grade de médecin capitaine

Les méd. lieut. : Pélardy, 3e rég. ; Durand, 16e rég. ; Andt, 2e rég. ; Deschamps, 14e rég. ; Pauvert, rég. de Paris ; Padovani, 16e rég. ; Michelland, 14e rég. ; Massina, 16e rég. ; Majour, rég. de Paris ; Maleyx, 20e rég. ; Anquez, 1re rég. ; Schaeffer, rég. de Paris ; Mélamet, rég. de Paris ; Euvrard, 7e rég. ; Pin, 15e rég. ; Chevallier, 6e rég. ; Tiphine, 6e rég. ; Chavasse-Fretaz, 8e rég. ; Martin, tr. du tr. de l'Indochine ; Vinit, h. c., aff. sp., 14e rég. ; Herbreteau, 11e rég. ; Grasset, 13e rég. ; Galup, rég. de Paris. ; Rouvière, 15e rég. ; Germain, 20e rég.; Gourjon, 14e rég.; Lasmastres, 16e rég. ; Charrasse, 20e rég. ; Bonhomme, 14e rég. ; Moreau-Lajarrige, 9e rég. ; Jeannest, 20e rég. ; Gilles, 4e rég. ; Riol, 13e rég. ; Delon, 16e rég. ; Ollier, rég. de Paris ; Boyer, 14e rég.; Chaumier, 14e rég. ; Rey, 14e rég. ; Raynal, 16e rég.

Gaucherand, 14e rég. ; Candau, 18e rég. ; Widiez, 1re rég. ; Bousquet, 18e rég. ; Mathié, 2e rég. ; Dupuy, 19e C. A. ; Coiquaud, 18e rég. ; Bahier, 11e rég. ; Puig, 16e rég. ; Faure, 14e rég. ; Michon, 14e rég. ; Cadenaule, 18e

rég. ; Bridoux, 1re rég. ; Durieux, 14e rég. ; Pélaprat, 15e rég. ; Forthomme, 4e rég. ; Deschamps, 14e rég. ; Lascaux, rég. de Paris ; Zelliger, rég. de Paris ; Vidal, 16e rég. ; Vidy, 14e rég., h. c., aff. sp. ; Duplay, 15e rég. ; Charrat, 14e rég. ; Vincent, 15e rég. ; Allot, 4e rég. ; Barré, 15e rég. ; Aureille, 3e rég. ; Quesnel, 3e rég. ; Boudot, 5e rég. ; Lavis, rég. de Paris ; Gruas, 12e rég. ; Aussenac, 15e rég. ; Larue, 14e rég. ; Paliard, 14e rég. ; Rochat, 13e rég. ; Ordini, rég. de Paris ; Longy, 14e rég. ; Leclercq, 1re rég. ; Jenvrin, 4e rég.

Gur, 8e rég. ; Ratel, 16e rég. ; Rousset, rég. de Paris ; Le Normand, 1re rég. ; Cau, 17e rég. ; Carrez, 8e rég. ; Dumet, rég. de Paris ; Aumont, rég. de Paris ; Furet, rég. de Paris ; de Passano, 15e rég. ; Bureau, rég. de Paris ; Bouchon, 13e rég. ; Cordebart, 18e rég. ; Sabadini, 19e C. A., h. c., aff. sp. ; Petithomme, 2e rég. ; Delaire, 18e rég. ; Barreau, rég. de Paris ; Dezos, 17e rég. ; Baudoin, 15e rég. ; Garnier, 20e rég. ; Poisson, 2e rég. ; Decousser, 1re rég. ; Lesage, 1re rég. ; Maisonnave, 18e rég. ; Flot, rég. de Paris ; Bernier, 6e rég. ; Duclos, 15e rég. ; Virmont, 13e rég. ; Récamier, rég. de Paris ; Dérieux, 14e rég. ; Conan, rég. de Paris ; Le Basser, 4e rég. ; Lannes, 3e rég. ; Courbe, 3e rég. ; Cottin, 4e rég. ; Cazenave, 18e rég. ; Granal, 16e rég. ; Sébille, 9e rég. ; Delahaye, 1re rég. ; Prévot, 20e rég. ; Lavoine, 1re rég.

Plas, 13e rég. : Hannedouche, 6e rég. ; Rayan, 16e rég. ; Reglade, rég. de Paris ; Montagne, 13e rég. ; Girard, rég. de Paris ; Grillet, 13e rég. ; Gachon, 16e rég. ; Carrière, 17e rég. ; Bonnard, rég. de Paris ; Delavenne, 2e rég. ; Fourrier, 19e C. A. ; Rigondet, 13e rég. ; Bloch, 20e rég. ; Leder, 6e rég. ; Lamarque, 19e C. A. ; Leplat, 1re rég. ; Marangé, 1re rég. ; Sigrist, rég. de Paris ; Roquès, 5e rég. ; Warusfel, 1re rég. ; Caubet, 18e rég. ; Blum, rég. de Paris ; Tessier, 13e rég. ; Gueidon, 19e C. A. ; Lévy, 14e rég. ; Gleyvod, 14e rég. ; Sabassier, 5e rég. ; Adam, 20e 20e rég. ; Derville, rég. de Paris ; Lebel, 2e rég. ; Noël, 20e rég. ; Richez, rég. de Paris ; Liénart, 2e rég. ; Delille, 2e région ; Hausknecht, 20e rég. ; Weill, 20e rég. ; Lévy, 20e rég. ; Cailleux, 2e rég. ; Fabre, rég. de Paris ; Moret, 13e rég. ; Queyroi, 9e rég. ; Migot, 14e rég.

Eck, 7e rég. ; Louvot, 7e rég. ; Ferrier, 16e rég. ; Hardoin, 8e rég. ; Cheynier, 9e rég. ; Jettot, 7e rég. ; Diss, 20e rég. ; Dijol, 16e rég. ; Brunerye, rég. de Paris ; Lévy, 20e rég. ; Alcay, 15e rég. ; Poux, 15e rég. ; Bloch ; rég. de Paris ; Houllion, 20e rég. ; Ladjimi, tr. du Maroc, Montero, 19e C. A. ; Tabarie, 16e rég. ; Lanselle, 1re rég. ; Champeil, 13e rég. ; Jandot *dit* Danjou, 8e rég. ; Borel, 15e rég. ; Bourguin, rég. de Paris ; Ducheix, 13e rég. ; Bernard, 20e rég. ; Merland, 15e rég. ; Dubarry, 17e rég. ; Varin, 3e rég. ; Charon, 18e rég. ; Boinet, 2e rég. ; Debray, rég. de Paris ; Lejard, rég. de Paris ; Dufour, 18e rég. ; Delmas-Marsalet, 18e rég. ; Fontan, 18e rég. ; Oury, rég. de Paris.

Baylac, 9e rég. ; Traissac, 18e rég. ; Barret, 9e rég. ; Duhamel, 17e rég. ; Chevallier, 14e rég. ; Lacroix, 14e rég. ; Cantorné, 18e rég. ; Merle d'Aubigné, rég. Paris ; Thirion, 8e rég. ; Dollfus, rég. Paris ; Cahenfi, rég. Paris.

Mer, 4e rég. ; de La Grenière, de La Ramée, de Séprès, 4e rég. ; Jaubon, 16e rég. ; Christy, 4e rég. ; Fournier, 13e rég. ; Thomat, 4e rég. ; Louvel, 4e rég. ; Philippeau, 4e rég. ; Didry, rég. de Paris ; Delecour, 1re rég. ; Albrand, 15e rég. ; Zehnter, 20e rég. ; Bernard, 15e rég. ; Roux, 9e rég. ; Gestat, 5e rég. ; Lendormy, 9e rég. ; Savage, 1re rég. ; Ganimède, 14e rég. ; Pélissier, 14e rég. ; Faivre, 7e rég. ; Faure, 14e rég. ; Auguste, 1re rég.

II. ARMÉE COLONIALE

Par décret en date du 12 juillet 1937, ont été promus dans la réserve du Service de santé des Troupes coloniales (rang à la date dudit décret) :

MÉDECINS

Les méd. lieut.-col. : Gallier, rég. de Paris ; Le Goaon, 11e rég.

Au grade de médecin lieutenant-colonel

Les méd. command. : Mazurie, 13e rég. ; Descuns, 19e C.A.

Au grade de médecin commandant

Les méd. capit. : de Fajole, Indochine ; Gabillon, Pacifique.

Au grade de médecin capitaine

Les méd. lieut. : Louys, rég. de Paris ; Pflieger, 7e rég. ; Magallon-Graineau, Antilles ; Audiard, rég. de Paris ; Fourneyron, Indochine ; Jouclas, 16e rég. ; Dunan, Antilles ; Passarini, 19e C. A. ; Bougenot, Antilles.

***

Mutations

Par décision du 6 juillet 1937, les officiers de réserve du Service de santé ci-après désignés reçoivent les affectations suivantes :

A la rég. de Paris, les méd. capit. : Vauzangues, 8e rég. ; Bardy, tr. du Maroc.

Les méd. lieut. : Puyaubert, de la 13e rég. ; de Ferry de La Bellone, de la 15e rég. ; Degos, de la 18e rég.; Soubrane, de la 18e rég. ; Klein, de la 20e rég.

Le méd. sous-lieut. Vitenson, de la rég. de Paris (pour ordre).

A la 1re rég. : le méd. capit. : Lacombe, de la 20e rég.

Le méd. lieut. Hyronimus, de la rég. de Paris.

A la 2e rég. : le méd. lieut. Sustendal, de la rég. de Paris.

Le méd. sous-lieut. Choffat, de la région de Paris.

A la 2e rég. (p. o.) : le méd. capit. Boulva, de la 15e rég.

A la 4e rég. : les méd. lieut. : Wilpote, de la 1re rég. ; Jossinet, de la 9e rég. ; Herpe, de la 18e rég. ; Molandre, 19e C.A.

A la 7e rég. : les méd. lieut. : Courvoisier, de la rég. de Paris ; Cartault, de la 20e rég. ; Pernot, de la 20e rég,

A la 8e rég. : le méd. lieut. Terrenoire, de la rég. de Paris.

A la 9e rég. : le méd. capit. Meneau, de la 7e rég.

A la 11e rég. : les méd. lieut. : Petit, de la rég. de Paris ; Tisseau, de la 18e rég.

A la 13e rég. : les méd. capit. : Carbillet, de la 16e rég. ; Renaud, de la 18e rég. ; Hickel, de la 20e rég.

A la 14e rég. : le méd. lieut. Brizard, de la rég. de Paris.

A la 15e rég. : les méd. lieut. : Duriez, de la 2e rég. ; Mailhe, de la 18e rég.

A la 16e rég. : les méd. lieut. : Causse, de la rég. de Paris ; Perret, de la rég. de Paris ; Madon, du 19e C.A.

A la 17e rég. : les méd. lieut. : Esquirol, de la ré. de Paris ; Labry, de la 14e rég.

A la 18e rég. : le méd. lieut. Pourquié, de la rég. de Paris.

Aux troupes de Tunisie : les méd. lieut. : Demirleau, de la 4e rég. ; Marty, de la 17e rég.

Aux troupes du Maroc : le méd. lieut. Arnal, de la 16e rég.

***

Situation d'activité

Par décision du 3 juillet 1937, le méd. lieut. de réserve Beauvieux et le méd. sous-lieut. de réserve Lavigne, de la 18e rég., sont autorisés à servir en situation d'activité pour une durée d'un an à compter du 15 juillet 1937, et aff. à la 18e rég. (application des dispositions de l'art cle 42 de la loi du 8 janvier 1925, modifié par l'article 79 de la loi de finances du 31 décembre 1936).

***

Par décision du 11 juillet 1937, sont autorisés à servir en situation d'activité pour une durée d'un an à compter du 1er août 1937 (article 42 de la loi du 8 janvier 1925, modifié par l'article 79 de la loi du 31 décembre 1936, les médecins lieutenants de réserve Servajean, 19e C. A., et Jeandidier, de la 20e rég. ; le méd. lieut. Servajean est aff. au 19e C. A., et le méd. lieut. Jeandidier à la 20e région.

***

Promotions - Affectations

Par décret du 8 juillet 1937, sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé et, par décision ministérielle du même jour, reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de médecin sous-lieutenant

Les méd. auxil. : (rang du 5 juin 1937) : Bonnafous, 14e sect. d'inf. mil. aff. 14e rég. : (rang du 8 juin 1937) Jacob, 23e sect. d'inf. mil. aff. 20e rég.

Par le même décret, le méd. auxil. Senez, 15e sect. d'inf. mil., est nommé au grade de méd. asp. de rés. (rang du 24 juin 1937.)



LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE

« Le Sou Médical »

Au cours de sa réunion du 8 juillet 1937, le Conseil a prononcé les admissions suivantes :

MM. les Docteurs :

12.672 BAFFIÉ, La Ricamarie (Loire). Parrains : Docteurs Modrin et Cochet-Balmey.

12.673 BOITEUX, 29, place Darcy, Dijon (Côte-d'Or). Syndicat médical Haute-Saône et Jura.

12.674 BRUMBERG, Vert-Galant (Seine-et-Oise). Parrains : Docteurs Boizard et Katz.

12.675 CAILLIBAUD, Saint-Sulpice et Cameyrac (Gironde). Syndicat suburbain de Bordeaux.

12.676 CLAMUSET, 1, boulevard Carnot, Dijon (Côte-d'Or). Syndicat de la Côte-d'Or.

12.677 CAMUSET (Maurice), 6, place Wilson, Dijon (Côte-d'Or). Syndicat Côte-d'Or.

12.678 COIRAULT, Poitiers (Vienne). Syndicat des médecins de la Vienne.

12.679 COMEAU-MONTASSE, 16, rue Sauffroy, Paris (XVIIe). S. M. P.

12.680 DE PALMA, 1, place F.-Rude, Dijon (Côte-d'Or). Syndicat de la Côte-d'Or.

12.681 DESLANDRES, 13, place Ed.-Quinet, Dijon (Côte-d'Or). Syndicat médical des médecins de la Côte-d'Or.

12.682 DESLANDRES (Jean), 30, rue Chabot-Charny, Dijon (Côte-d'Or). Syndicat Côte-d'Or.

12.683 DESTOMBES, Tourcoing (Nord). Syndicat de Tourcoing.

12.684 DUBARD, 20, rue Devoges, Dijon (Côte-d'Or). Syndicat de la Côte-d'Or.

12.685 FROMAIGEAT, 16, faubourg Saint-Denis, Paris (X^e^). Parrains : Docteurs Dufieux et Fleury.
12.686 GELLERT, Poilié-sur-Vègre (Sarthe). Parrains : Docteurs Dumas et Roche.
12.687 JULIEN, 10, place Saint-Bernard, Dijon (Côte-d'Or). Syndicat de la Côte-d'Or.
12.688 LEPART, Le Mans (Sarthe). Parrains : Docteurs Mignon et Linget.
12.689 MARJOLET, Locmiquelic (Morbihan). Syndicat médical de l'arrondissement de Lorient.
12.690 MERCEREAU, 38, avenue de la Caillette, Nantes (Loire-Inférieure). Syndicat médical Nantes et banlieue.
12.691 MÉTAFIOT, Saint-Etienne (Loire). Parrains : Docteurs Cochet-Balmey et Modrin.
12.692 MOURAS, Besançon (Doubs). Parrains : Docteurs Mouras et Tronchon.
12.693 NICOLLE, Le Mans (Sarthe). Syndicat médical de la Sarthe.
12.694 NILUS, Metz (Moselle). Parrains : Docteurs Nilus et Wolff.
12.695 Mme le Docteur PAU, 16, rue Erlanger, Paris (XVIe). Syndicat des médecins de la Seine.
12.696 ROY, Le Mans (Sarthe). Syndicat de la Sarthe.
12.697 SAINT-ARROMAN, Chalon-sur-Saône (Saône-et-Loire). Syndicat de Chalon.
12.698 SILBERBERG, Château-Thierry (Aisne). Parrains : Docteurs Henri-Petit et Bonnot.
12.699 VIENNE fils, Bouchain, (Nord). Syndicat de Valenciennes.
12.700 VITENSON, 26, rue de Maubeuge, Paris (IXe). Parrains : Docteurs Jaudel et Clément.

Ces admissions deviendront définitives si elles ne font l'objet d'aucune protestation dans les quinze jours de la présente publication (art. 5 des statuts).

CORRESPONDANCE

MUTUALITÉ FAMILIALE

Tardive prévoyance

...J'ai 48 ans passés ; à cet âge il est temps de penser à l'avenir et aux traquenarts qu'il peut me préparer. Que peut pour moi la *Mutualité familiale*. Je dispose de 3 ou 4.000 francs par an. A ce prix me garantirez-vous contre la maladie, et pourrai-je espérer toucher vers la soixantaine une petite rente qui compense l'abandon progressif de l'ingrate clientèle ?

.— Il est grand temps, en effet, mon cher confrère, de penser à vos vieux jours. Je souhaite que la maladie et les infirmités vous épargnent encore longtemps, mais vous savez comme moi que notre profession use vite son homme. Hâtez-vous donc d'assurer votre avenir.

Pour vos 3 ou 4.000 francs nous pouvons vous donner :

1° 75 francs par jour à partir du cinquième jour et, après soixante jours, 750 francs par mois en cas de maladie (1.089 francs de prime plus environ 100 francs de frais de gestion) ;

2° 6.000 francs de rente à 65 ans (2.125 francs de prime plus environ 150 francs de frais de gestion) à capital réservé spécial, c'est-à-dire qu'au décès du sociétaire le capital versé est remboursé aux ayants droit, déduction faite des arrérages de rente déjà versés si le décès survient après l'âge de la retraite.

En somme pour 3.464 francs vous vous assurez contre la maladie jusqu'à 65 ans et, à partir de cet âge, vous aurez une retraite qui n'est pas royale mais qui peut vous apporter un appoint non négligeable. Envoyez-nous sans retard votre adhésion.

Le Secrétaire général,
G. Lavalée.

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

a) *Accidents du Travail*

5.412. — Radio effectuée d' « extrême urgence » (ou non ?) sans accord préalable

Je vous transmets une note litigieuse adressée à la M. G. F. qui prétend me régler que la moitié des radios sous prétexte que je n'ai pas averti la Compagnie.

Or ces examens radiographiques ont été pratiqués d'urgence avant la rédaction du certificat initial

Dr C.

Réponse

« *a*) Sauf le cas *d'extrême urgence,* l'exploration radiologique et l'électro-diagnostic doivent être prescrits par le médecin traitant *d'accorp* entre le médecin d'entreprise ou de son assureur substitué ». Vous auriez donc dû vous mettre « d'accord » avant d'exécuter la radio.

b) Mais dites-vous, ce fut à cause de « l'urgence ». Ce cas est prévu mais alors vous deviez « prévenir sans délai le chef d'entreprise ou son assureur substitué ». Ce que vous avez fait par le certificat initial même, dont j'ai la copie sous les yeux.

c) Mais y avait-il extrême urgence ? Il s'ensuit que tout le différend repose sur ce point. Je viens de vous citer les deux textes qu'on lit à l'art. 27 : observ. Mais la note 1 de cet alinéa porte : « Il y a « extrême urgence » lorsque la nécessité d'une intervention urgente ou la façon de pratiquer cette intervention ne peuvent être révélées que par l'exploration radiologique ou l'électro-diagnostic » je ne vois pas, devant une « contusion du thorax » quelle intervention d'urgence vous ayiez eu à pratiquer le cas échéant. Je pense donc personnellement que vous n'étiez pas devant un cas « d'extrême urgence » donc vous auriez dû demander « l'accord » préalable.

Conclusion. Je n'oserais donc en l'espèce, vous conseiller autre chose que de vous mettre d'accord avec la Compagnie qui vous offre transactionnellement de payer la moitié du prix demandé par vous. Dr F. Decourt.

5.484. — Massage par une infirmière sur ordonnance du médecin traitant

Je vous serais très obligé de vouloir bien me répondre sur le point suivant : puis-je, avec ou sans autorisation du patron, envoyer un accidenté du travail chez une infirmière diplômée d'une école de Paris en vue de massages ? et dans l'affirmative, ces massages sont-ils rémunérés au tarif officiel (15 francs).

Dr B

Réponse

a) Par analogie avec l'art. 7 précisant que le médecin doit « donner avis préalable » en cas d'intervention d'un spécialiste, il m'apparaît qu'il doit en être de même quand vous envoyez un blessé à une infirmière masseuse diplômée, d'autant plus qu'il s'agit là d'une « série d'interventions » dont parle le même art. 7.

b) Il a été jugé que le tarif de 15 francs par massage s'applique aux masseurs comme aux médecins.

Dr F. Decourt.

5.252. — Toute consultation simple d'un médecin non spécialiste est tarifée 15 francs

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir me faire connaître l'interprétation que l'on doit donner du tarif des accidents du travail dans le cas suivant : Ayant eu à soigner une femme qui à la suite d'un accident du travail, avait eu une petite érosion de la cornée avec forte réaction conjonctivale et photophobie, j'ai envoyé ma note à la Compagnie d'assurance pour trois consultations d'ophtalmologie à 20 francs. Cette compagnie prétend ne me payer que trois consultations à 15 francs sous le prétexte que « s'il peut être exact que les interventions faites par des médecins de pratique générale doivent être rémunérées au tarif des spécialistes, il n'en est pas de même pour la consultation ». Ceci me semble contraire aux stipulations des articles 15 et 25, ce dernier spécifiant que le prix de la consultation d'ophtalmologie (et non d'un spécialiste d'ophtalmologie) est de 20 francs. De même dans l'article 15 il n'est pas question de tarifs de spécialistes, mais de tarifs de spécialités.

Dr D.

Réponse

L'art. 1er dit : « le prix de la visite ou de la consultation est fixé à 15 francs. Pour les médecins spécialisés en urologie, oculistique... ce prix est de 20 francs. Comme d'après l'entête de votre lettre vous n'êtes pas spécialiste, vous ne sauriez demander 20 francs par consultation ordinaire.

L'art. 15 qui parle du tarif des « interventions » n'est pas en jeu en l'espèce.

b) Assurances sociales

5.047. — Surveillance prolongée pour un accouchement dystocique sans avoir terminé ledit accouchement

Je vous serais très obligé de vouloir bien me faire connaître comment je dois indiquer sur la feuille d'Assurances sociales d'une de mes clientes, les actes médicaux suivants :

1° Surveillance d'une nuit complète soit de 22 heures à 4 heures et de 5 h. 30 à 7 h. 30 ; pour un accouchement dystocique que j'ai dû faire achever dans une clinique chirurgicale.

2° L'analyse d'urines (recherche d'albumine au cours de la grossesse).

Je me propose de demander 250 francs pour le premier acte, qui a comporté évidemment plusieurs touchers, auscultation, etc... Dr C.

Réponse

1° L'accouchement est tarifié non pas dans la « Nomenclature *générale* » valable pour toute la France mais dans le « tarif syndical » *régional* » annexé à la Convention syndicat Caisse dans chaque département. Je ne puis donc vous donner de précisions à ce sujet ; vous devez vous adresser au secrétaire de votre syndicat. Toutefois de façon générale, vous pouvez toujours mettre sur la feuille de l'assurée le *prix exact et demandé par vous* à ce sujet. La Caisse verra ce qu'il lui conviendra de rembourser, étant ainsi prévenue. Ne pas oublier cependant que, d'après *l'arrêté du 30 janvier* 1937 fixant le règlement intérieur-type des Caisses il est dit à l'art. 59 : « la Caisse garantit en cas de maternité... une somme *forfaitaire* représentant l'ensemble des frais médicaux et pharmaceutiques relatifs à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites, etc... »

Nota. — Le forfait comprend l'analyse d'urine naturellement. Dr F. DECOURT.

5.090. — Série de séances de réflexothérapie

Permettez-moi de reprendre de façon plus précise les questions sur lesquelles je désirais des renseignements.

1° Une Caisse d'assurances sociales peut-elle refuser de rembourser une série de consultations ou de visites sous prétexte que ces consultations ou visites ont été l'occasion d'un traitement réflexothérapeutique et qu'elle ne reconnaît pas de valeur médicale à ce traitement, qui n'est pas non plus l'objet d'une tarification spéciale.

2° Qu'entend-on par soins spéciaux ? Une série d'actes de petite chirurgie Pc et multiples peut-elle être assimilée à des soins spéciaux.

Une Caisse d'Assurances est-elle fondée à exiger une autorisation pour une série de visites et de consultations simples pour réflexothérapie sous prétexte qu'il s'agit d'un « traitement ».

Réponse

Ceci a déjà été refusé maintes fois par des Caisses. Si le malade veut réclamer à ce sujet, il doit s'adresser à la Commission d'arrondissement ;

2° Est considéré comme « soins spéciaux ce qui n'est pas compris dans la visite ou consultation simple et est l'objet d'une tarification spéciale, s'il s'agit d'une série de « visites ou consultations simples pour réflexothérapie » la Caisse peut considérer qu'il y a là *abus* d'actes médicaux et en refuser le paiement pour ce motif. Si le malade veut réclamer à ce sujet il rentre dans ce que j'ai dit en premier.

Dr F. DECOURT.

---

c) Divers

4.911.—A propos de frais de déplacement

Un confrère venu s'installer ici, il y a un peu plus de deux ans, a installé dans un village à 6 kilomètres d'ici un cabinet de consultations où il reçoit trois jours par semaine de 3 à 4 heures.

Nous sommes ici trois autres confrères qui n'avons pas changé nos habitudes.

Pour les visites dans cette commune, l'administration — elle ne l'a pas fait jusqu'à présent — peut-elle discuter nos indemnités kilométriques pour l'assistance médicale gratuite, les assurés sociaux, les blessés de guerre et les accidentés du travail, pour nos visites faites aux jours de consultations de ce confrère ?

Dr W.

Réponse

En règle générale, dans tous les tarifs à tiers payant, les déplacements sont comptés d'après la distance du médecin *le plus rapproché*, c'est-à-dire qui *habite* le plus près. Il n'y a donc pas à tenir compte si un médecin quelconque se rend trois fois par semaine dans une commune ; s'il lui plaît (déontologie à part) de « se déplacer » trois fois par semaine pour se rendre dans un lieu quelconque, c'est en dehors des tarifs et de leur application usuelle. La seule différence qui pourrait être effectuée concerne ledit médecin, *lui-même* ; les jours où est indiquée sa venue dans la commune, qu'il y ait des malades ou non, il n'y aurait pas lieu, à mon avis, de la part du tiers payant, de lui payer un déplacement quelconque, au sujet d'un blessé ou d'un malade, puisqu'il *ne s'est pas déplacé* pour le dit blessé ou malade.

Cinquante-neuvième année — N° 32 — 8 Août 1937

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

- sommaire -

Partie Professionnelle

Travaux originaux

L'Actualité Professionnelle

Reportage professionnel

Demi-Colonnes

A travers l'Officiel

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	60 fr.	Belgique et Luxembourg...	70 fr.
Etudiants	35 fr.	Première Zone	85 fr.
Le Numéro	1.25	Deuxième Zone	110 fr.

Correspondance

Renseignements

AVIS

Retard dans la réception du « Concours Médical »

Des abonnés continuent à se plaindre que notre journal leur parvient quelquefois tardivement.

L'expédition étant faite à Clermont (Oise), par les soins de nos imprimeurs, le vendredi et le samedi, la réception doit avoir lieu normalement le samedi dans les départements les plus proches, et le dimanche ou le lundi dans les autres régions.

Prière de nous aviser si ces délais sont dépassés, et nous interviendrons auprès de l'Administration des Postes.

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du **Concours Médical,** *Paris* **167-95.**

Nº 201. — Docteur prendrait chez lui un enfant à partir de cinq ans, pendant les vacances, dans la banlieue de Bordeaux.

Nº 202. — Le Docteur Tissier, 64, rue Demours, à Paris, cédera à bon compte, un bidon de 40 litres d'Auréoline compound B. B. entamé.

Nº 203. — Grande ville Midi, très importante clientèle, médecine générale, à céder cause maladie. Affaire exceptionnelle, curieux s'abstenir. Recettes minima garanties : 120.000 francs.

Nº 204. — Creuse : Pour cause décès, à céder excellent poste, suite de docteur-dentiste, avec maison d'habitation confortable, au centre de la ville. Garage et dépendance.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet Breitel et Goret

1, rue Dante, Paris (5e). - Tél. : Odéon 36-46

A toucher Paris, banl. agréable, poste anc., prix très intéres. vu l'urgence.

Normandie. Près grande ville (chasse, pêche), pro-pharmacien, fixes transm. Indem. 25.000 dont 15.000 ct. *Très pressé.*

200 km. Paris. — Très import. client. Seul médecin avec pharmacie instal. grde maison conf. modern. Prix global : 175.000, 90.000 ct.

Abonnés du « Concours » exerçant dans les Stations Thermales

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains : Bertier, Blondel, Coutaz, Dardel, H. Forestier père, Graber-Duvernay, Lelong, Pégaz.

Allevard-les-Bains : Boël.

Amélie-les-Bains : Bouix.

Ax-les-Thermes (Ariège) : Boyer, Girard, Gomma.

Bagnères-de-Bigorre : Frank-Duprat (*enf.*), J. Courbin, Ricard-Pomarède.

Bagnoles-de-l'Orne : Censier, R. Hugel, Joly, Le Gouriérec, J. Louvel, R. Louvel, Doctoresse M. Peillon, E. Poulain.

Bains-les-Bains : M. Henry, L. Rose.

Barèges : Orliac.

Besançon La Mouillière : Jean Sexe (*opht.*), Tronchon.

Biarritz : Clavel, Dejeant (*derm.*), Lacour, Pitchalsky (*m. g. sto.*) M. Pourquié (*chir.*) G. Pourquié (*o. r. l.*)

Bourbon-Lanoy : Bellœuf, G. Vincent.

Bourbon-L'Archambault : Bénabu, Litaud.

Bourbonne-les-Bains : Delacroix, Gay.

Brides-les-Bains et **Salins-Moutiers** : d'Arbois de Jubainville, Mathieu, Laissus fils.

Cambo-les-Bains : A. Camino, Chatard, Colbert, Dieudonné, J. Trotot.

Capvern : J. Pouy.

Cauterets : Anglada, Armengaud, Corone, Cosserat, L. Pradal.

Challes-les-Eaux : Vexenat.

Châtel-Guyon : J. M. Ballan, Baumann, Cambiès, Casati de Montgolfier, Foucaud, P. Martin, Mazeran, Ribérolles, Saint-René-Bonnet.

Contrexeville : Contal.

Dax : Barrau, Delmas (Armand).

Divonne-les-Bains : Ballivet, Vieux.

Eaux-Bonnes : Bourragué, Creignou.

Enghien-les-Bains : Beyrand, H. Forterre.

Escouloubre-les-Bains : Sarda.

Evaux les-Bains : E. Legâte.

Evian-les-Bains : Bernex, J. Eyraud-Joly.

Hammam-Lif (Tunisie) : Fére.

La Bourboule : Anglada, Barthomeuf, Boudry, Cany, R. Galimant, Jean Godonnèche, Rongier Th., Maurel.

La Léchère : Millet, Noailly.

La Motte-les-Bains : Goirand.

Lamalou-les-Bains : Cauvy (*Réed. motr.*), Faure, Tabarié.

La Roche-Posay-les-Bains : Bardet, Guyot, Huet (*derm.*) Lépine.

Luchon : P. de Beauchamp, Cazal-Gamelsy, Germès, Molinéry (*ne fait que la physiothérapie*), Salles, Sammuller.

Luxeuil-les-Bains : Causeret, Cugnier, Rimey.

Mont-Dore : J. André, Roger André, Béal, Débidour, Dullin, Levadoux, Molines, E. Perpère, Verrier.

Néris : Ducros, Jossand.

Plombières-les-Bains : Bernard, J. Dumont, Truelle.

Preste (La) : Dr P. Baron.

Royat : Mougeot.

Salers : Rongier.

Salies-de-Béarn : Coustere David, Dufourcq, Larrouy, Ortal.

Salins-les-Bains : Bourny, Henri Neumand.

Salies-du-Salat : Barbé, St Béat.

Saujon : R. Dubois, M. Boisseau.

Saint-Didier (Vau.) : Masquin.

St-Honoré-les-Bains : Charpin, Ségard, Silvestre.

St-Nectaire : Sérane, Siguret, Versepuy.

Santenay-les-Bains : A. Mélé.

Sermaize-les-Bains : Fritsch, (H.), Ramonet (*Malad. des enf.*)

Uriage : G. Barbier.

Vals-les-Bains : David, Galtier.

Vernet-les-Bains : Ponson.

Vichy : Arama (Michel) (*stom.*), Bargy, Berthomier, (*phys.*) Caillon, Castera, Chabrol, (Léon), R. Chaux, Cluzan, Cornillon, Cotar, Cros L., Déléage, Desmaroux, A. Durrieux, (*stom.*), Fau, R. Fraudet, (*stom.*), Fruictier, Gannat, Lère, Marquis, Martin-Péridier, Reynès, Roussignol.

Vittel : Adda, G. Constant, P. Genay, Finck.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Hôpitaux de Paris**. — *Le Conseil d'Etat annule l'arrêté mettant à la retraite M. Louis Mourier.* — Le Conseil d'Etat, statuant au contentieux, vient de donner raison à M. Louis Mourier, directeur général de l'Assistance publique à Paris, qui avait attaqué pour vice de forme un arrêté du ministre de la Santé publique, le mettant d'office à la retraite.

Voici le texte de l'arrêt du Conseil d'Etat :

Article premier

« Le décret susvisé du 22 avril 1937 est annulé en tant qu'il soumet le directeur de l'Assistance publique à Paris à la même limite d'âge que les directeurs des établissements nationaux de bienfaisance. »

M. Mourier reste donc en fonctions, et c'est tant mieux pour la Ville et pour ses malades.

— **Faculté de médecine de Nancy**. — Sont nommés chefs de clinique médicale à la Faculté de médecine de l'Université de Nancy : M. Pierre Briquet, en remplacement de M. Giraud, à dater du 1er juillet 1937 (service de M. le Professeur Richon); M. Louis Pierquin, en remplacement de M. Grandpierre, à dater du 1er novembre 1937 (service de M. le Prof. Perrin).

— **Faculté de médecine de Marseille**. — M. le Professeur Lucien Cornil, professeur de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique, a été nommé doyen à compter du 1er octobre 1937, date de la retraite de M. le doyen Léon Imbert.

Les élèves de M. le Prof. Léon Imbert, doyen de la Faculté de médecine de Marseille, ont décidé de lui offrir une médaille pour commémorer ses trente-trois ans d'enseignement clinique. Le Comité, qui est constitué sous la présidence de M. le Prof. Fiolle, a décidé que tout souscripteur de 100 francs recevrait un exemplaire de la médaille.

Prière d'envoyer les souscriptions par chèque, mandat ou chèque-postal (C. C. n° 452-02) à M. J. Paoli, trésorier du Comité, 347, rue Paradis, Marseille.

— **Groupement médical franco-tchécoslovaque**. — Il vient d'être créé un groupement médical franco-tchécoslovaque. Affilié à l'Association pour le développement des relations médicales (A. D. R. M.) il a pour but :

L'établissement de relations médicales suivies avec la Tchécoslovaquie, et en particulier avec la Société médicale franco-tchécoslovaque de Prague ;

L'organisation de conférences dans les deux pays ;

L'organisation de l'enseignement pour les étudiants d'échanges ;

La réception des médecins tchécoslovaques ;

L'échange de travaux scientifiques ;

La préparation de voyages médicaux.

Ce groupement a comme présidents d'honneur, M. le Ministre de Tchécoslovaquie à Paris, M. le doyen de la Faculté de Médecine de Paris, et le Prof. Hartmann, président de l'A. D. R. M.

Prière d'envoyer son adhésion à l'A. D. R. M., Faculté de médecine, 12, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (VIe) avec la somme de 20 francs comme membre adhérent.

— **Académie française.** — L'Académie a décerné un prix Marcelin Guérin de 1.000 francs à M. le Docteur Jean Vinchon, pour son ouvrage sur « Mesmer et son secret ».

— **Suède.** — Pour combattre les effets nocifs des longues nuits d'hiver de certaines régions de la Suède, le Gouvernement suédois et la Croix-Rouge font régulièrement chaque année des distributions de fruits aux enfants des provinces suédoises du Nord.

— **Le Ve Congrès de la Société française de phoniatrie** se tiendra le mardi 19 octobre 1937, à 9 heures du matin, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris.

Rapport par J. Tarnaud : « Séméiologie stroboscopique des affections du larynx et de la voix ».

Prière de vouloir bien adresser le titre des communications et des travaux destinés à ce Congrès avant le 30 septembre, en vue de l'établissement du programme.

— **Deuxième Congrès de l'insuffisance rénale.** — On annonce pour le mois de septembre 1938 la réunion à Evian du deuxième Congrès de l'insuffisance rénale.

Ce Congrès organisé par la Société médicale d'Evian aura pour président le Professeur Rathery, pour vice-président le Professeur Chevassu, secrétaires généraux le Docteur E.-P. Merklen et le Docteur Derot.

Le programme détaillé du Congrès sera publié ultérieurement.

— **Le VIIe Congrès français de gynécologie** aura lieu à Nice du 19 au 23 avril 1938, sous la présidence de M. le Professeur E. Chauvin, de Marseille et la présidence d'honneur de M. le Professeur V. B. Green-Armytage de Londres, secrétaire général, M. le Docteur Maurice Fabre, de Paris.

Question à l'ordre du jour : « La blennhorragie génitale féminine ». Rapporteur général : M. le Docteur L.-M. Pierra.

Six rapports seront présentés :

1° L'infection gonococcique chez la femme : *a*) Diagnostic bactériologique au cabinet du médecin Critérium de guérison, par M. Pierre Barbellion (Paris) ; *b*) Cultures, sérologie et biologie du gonocoque par M. Ch.-O. Guillaumin (Paris).

2° Les localisations anatomo-cliniques de la blennhorragie génitale chez la femme, par M. Figarella (Marseille).

3° Complications et séquelles de la blennhorragie

génitale de la femme. La blennhorragie, danger social : la stérilité, par M. L.-M. PIERRA (Luxeuil).

4° Traitements de la blennhorragie génitale de la femme, par MM. Maurice FABRE, F.-A. PAPILLON, André PECKER (Paris).

5° La blennhorragie de la femme enceinte et son traitement par M. MORISSON-LACOMBE (Nice).

6° La vulvo-vaginite des petites filles et son traitement par M. J.-E. MARCEL (Paris).

Pour tous renseignements et inscriptions s'adresser, à M. le Docteur P. Gasquet, président du Comité d'organisation, 47, boulevard Victor-Hugo, Nice (Alpes-Maritimes).

— **Ligue internationale contre le rhumatisme.** — Au cours du Congrès de rhumatisme et de balnéologie de la Ligue internationale contre le rhumatisme et de la Ligue internationale d'hydrologie médicale (I. S. N. H.) qui se tiendra à Oxford en mars 1938, sera organisée une exposition de projets (dessins, plaquettes, etc.) pour dispensaires de rhumatisants. Si l'intérêt manifesté par les Comités nationaux le permet, quelques récompenses avec prix seront proposées.

Pour tous renseignements on peut s'adresser au secrétaire de la Ligue internationale, Docteur J. Van Breemen, 489, Keizersgracht, Amsterdam.

• • •

A TRAVERS L'OFFICIEL

22 JUILLET

Décret du 20 juin 1937 sur le remboursement des sommes indûment retenues au titre du prélèvement général sur les dépenses publiques

ART. 1er. — Est autorisé le payement sans ordonnancement préalable des dépenses résultant de remboursement aux créanciers de l'Etat des sommes portées en recettes au budget de l'Etat au cours des exercices 1935 et 1936 et qui auraient été indûment retenues au titre du prélèvement général sur les dépenses publiques, institué par décret du 16 juillet 1935 et aménagé par les textes subséquents.

Ces dépenses feront ultérieurement l'objet d'un ordonnancement de régularisation sur les crédits du chapitre 194 du budget du ministre des Finances pour l'exercice 1937 (remboursements sur produits indirects et divers).

23 JUILLET

Avis de concours pour l'obtention du titre de professeur agrégé des Ecoles de médecine navale (catégorie physiologie, médecine).

Un concours pour l'obtention du titre de professeur agrégé des Ecoles de médecine navale aura lieu à Toulon, dans le courant du mois de mai 1938, en vue de la nomination d'un titulaire dans la catégorie : Physiologie-médecine.

SERVICE MILITAIRE ACTIF DES MÉDECINS

Décret du 3 Juillet 1937

modifiant celui du 29 mai 1936 pour l'application de l'article 2 de la loi du 17 mars 1936 tendant à adapter le statut militaire à la période dite des années creuses

Article 1er. — L'article 8 du décret du 29 mai 1936 est abrogé et remplacé par le suivant :

Article 8 (bénéficiaires de l'article 37 de la loi de recrutement). — Les jeunes gens visés à l'article 37 de la loi de recrutement (docteurs en médecine, pharmaciens et chirurgiens-dentistes diplômés, étudiants en médecine, en pharmacie et en chirurgie dentaire) accompliront leur service dans les conditions indiquées ci-après :

Les candidats premiers classés de la catégorie « *a* » (1) sont nommés dans l'ordre de classement et jusqu'à concurrence du nombre de places fixé annuellement par le ministre, médecins, pharmaciens ou dentistes aspirants de réserve ; après avoir servi six mois en cette qualité, ils sont nommés médecins, pharmaciens ou dentistes sous-lieutenants de réserve.

Les candidats de la catégorie « *a*) immédiatement classés après les précédents, et les candidats de la catégorie « *b* » (1) qui ont obtenu une moyenne égale ou supérieure à celle fixée, sont nommés médecins, pharmaciens ou dentistes auxiliaires.

Enfin, un certain nombre de médecins, pharmaciens ou dentistes auxiliaires provenant de la catégorie « *a* », pris parmi ceux visés à l'alinéa qui précède, pourront, après onze mois de service, être nommés, dans la proportion fixée par le ministre, médecins, pharmaciens ou dentistes aspirants de réserve : après avoir servi six mois en cette qualité, ils seront nommés médecins, pharmaciens ou dentistes sous-lieutenants de réserve.

Les élèves officiers de réserve du Service de santé des catégories « *a* » et « *b* » qui n'auraient pas obtenu à l'examen de sortie du peloton d'instruction la moyenne des points fixée par le ministre dans les conditions indiquées ci-dessus achèveront leur service actif comme infirmiers, dans un corps de troupe ou dans un hôpital militaire, où ils recevront, sous la surveillance directe du médecin-chef de service ou du médecin-chef, une instruction pratique sur les diverses obligations d'un médecin, d'un pharmacien ou d'un dentiste militaire.

(1) En ce qui concerne la médecine :
a) Candidats : docteurs en médecine, ou nommés au concours interne titulaire des hôpitaux dans une ville de Faculté et pourvus de 16 inscriptions valables.
b) Candidats à 12 inscriptions validées de médecine.

PROMOTIONS — NOMINATIONS

Service de Santé

RÉSERVES

Par décret du 18 juillet 1937, sont promus dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé les officiers de réserve ci-après désignés qui, par décision de même date, sont maintenus dans leur affectation actuelle :

Au grade de médecin lieutenant

Les médec. sous-lieut. : (rang 28 nov. 1936) Dehouve, 20e rég. ; (rang 3 févr. 1937) L'Hirondel, 2e rég. ; Roux, 13e rég. ; Thomas, 13e rég. ; Picamal, 15e rég. ; Lebreton, 18e rég. ; (rang 25 avril 1937) Boscher, 3e rég. ; Duflo, 3e rég. ; Lecouillard, 3e rég. ; Legris, 5e rég. ; Marcland, 9e rég. ; Rolland, 11e rég. ; (rang 29 avril 1937) Codet, rég. Paris ; Gazel, rég. Paris ; Mace, rég. Paris ; Dazin, 1re rég. ; Delevoy, 1re rég. ; Monchy, 1re rég. ; Olivier, 1re rég. ; Piet, 1re rég. ; Zeghers, 1re rég. ; Marq, 6e rég. ; Kolpenitkzi, 20e rég. ; (rang 6 mai 1937) Boulègue, 9e rég. ; Raymond, 9e rég. ; Gandouet, 11e rég. ; Raoust, 14e rég. ; Lemarchand, 18e rég. ; (rang 8 mai 1937) Alix, 7e rég. ; (rang 9 mai 1937) Allouche, rég. Paris ; de Graciansky, rég. Paris ; Petit-Maire, rég. Paris ; Noguier, 2e rég. ; Oudin, 6e rég. ; Lenseignies, 20e rég. ; Schmidt, 20e rég. ; Zimmer, 20e rég.

(Rang 11 mai 1937) Maugenest, 9e rég. ; (rang 1er juin 1937) Llouquet, 19e C. A. ; (rang 3 juin 1937) Hoen, 20e rég. ; Menger, 20e rég. ; Scheffer, 20e rég. ; Weber, 20e rég. ; (rang 7 juin 1937) Martin, 19e C. A. ; (rang 10 juin 1937) Baugé, tr. de Tunisie; Bembaron, tr. Tunisie; (rang 16 juin 1937) Michel, 19e C. A. ; (rang 20 juin 1937) Duval, 1re rég. ; Lernould, 1re rég. ; Motte, 16e rég. ; (rang 21 juin 1937) Denis, 1re rég. ; Deturck, 1re rég. ; Dirand, 1re rég. ; Dorgeville, 1re rég. ; Dufour, 1re rég. ; Goulet, 1re rég. ; Playoust, 1re rég. ; Verbrugge, 1re rég. ; Archambaud, 3e rég. ; Bonan, 3e rég. ; Delabos, 3e rég. ; Dubost, 3e rég. ; Duflos, 3e rég. ; Labiche, 3e rég.; Margueritte, 3e rég. ; Loiseau, 5e rég. ; Bataillon, 7e rég. ; Bucher, 7e rég. ; Maillefert, 7e rég. ; Marx, 7e rég. ; Dezamy, 11e rég. ; Poure, 11e rég. ; Veyrac, 11e rég. ; Bourret, 14e rég. ; Burthiault, 14e rég. ; Dangla, 14e rég. ; Francoz, 14e rég. ; Momet, 14e rég. ; Roman, 14e rég ; Vigier, 14e rég. ; Violet, 14e rég. ; Forestier, 16e rég. ; Malbos, 16e rég. ; Merliac, 16e rég. ; Perramond, 16e rég. ; Regy, 16e rég. ; Reverdy, 16e rég. ; Sagols, 16e rég. ; Blein, 19e C. A. ; Couniot, 19e C. A. ; Osmont, 19e C. A. ; Frnack, 20e rég. ; Voirin, 20e rég.

(Rang 24 juin 1937) Boutillier, 1re rég. ; Desprets, 1re rég. ; Gervois, 1re rég. ; Labbé, 1re rég. ; Leprêtre, 1re rég. ; Toison, 1re rég. ; Verhaeghe, 1re rég. ; Cohier, 3e rég. ; Fallourd, 3e rég. ; Fargette, 5e rég. ; Burg, 6e rég. ; Germain, 6e rég. ; Louka, 6e rég. ; Richier, 6e rég. ; Sunder, 6e rég. ; Vautrin, 6e rég. ; Prades, 7e rég. ; Couture, 14e rég. : Danic, 14e rég. ; Piquet, 14e rég. ; Truchet, 14e rég. ; Bonnefous, 16e rég. ; Cotsaftis, 16e rég. ; Barbier, 20e rég. ; Houillon, 20e rég. : Meyer, 20e rég. ; Muller, 20e rég. ; Rothea, 20e rég. ; Weigel, 20e rég. ; (rang 28 juin 1937) Ségal, 6e rég.

***

Par décret en date du 24 juillet 1937 sont promus dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé et, par décision du même jour, sont maintenus dans leur affectation actuelle :

Au grade de médecin lieutenant-colonel

(Rang du 4 août 1937) le méd. commandant Lejeune, 1re rég.

Au grade de médecin commandant

(Rang du 9 août 1937) le méd. capit. Lemière, 3e rég.

CORRESPONDANCE

ASSURANCES SOCIALES

5.339. — Avance des frais médicaux aux assurés sociaux

J'ai à S..., une Société de Secours mutuel qui moyennant une petite prime minuscule fait l'avance aux assurés sociaux des frais médicaux et pharmaceutiques. Légalement la société peut-elle utiliser une procuration de ses membres pour toucher directement à la Caisse d'assurances-sociales le montant des prestations directes par celle-ci.

Dr B...

Réponse

Le fait pour un tiers quelconque d'avancer aux assurés sociaux le montant des honoraires médicaux, en se réservant ensuite de recouvrer cette avance partiellement sur l'assuré pour la part lui incombant, et sur la Caisse pour la proportion qu'elle prend en charge, en vertu de son tarif de responsabilité, ne viole en aucune manière les dispositions de la loi sur les assurances sociales, du moment que l'assuré ne tire aucun bénéfice de la cette opération et conserve à sa charge la participation obligatoire de 20 % prévue par le décret-loi sur les assurances sociales.

C'est même en s'inspirant de ce système que le Sydicat médical de Cannes a créé l'organisme connu sous le nom « d'Escompte médicale » qui avance aux assurés sociaux privés de ressources, mais non indigents, le montant des frais nécessaires à payer les médecins ou chirurgiens en recouvrant ensuite cette avance par les voies de droit commun, et sur les prestations des assurances sociales au moyen d'une procuration donnée à l'assuré.

La validité de cette procuration a été reconnue par deux réponses ministérielles. Tout d'abord il résulte d'une réponse n° 2.785, parue au *Journal officiel* du 7 novembre 1934, que rien ne s'oppose à ce que le mandataire de l'assuré, pour toucher à son lieu et place le montant des prestations, soit une personne morale. Aucune formalité spéciale n'est imposée pour la délivrance au mandataire de la procuration, qui peut être une lettre ordinaire signée du mandant. Mais le mandat ne saurait être donné d'une façon générale pour une durée indéterminée. Il ne peut être que spécial, c'est-à-dire qu'il n'est valable que pour un seul règlement de prestations, ou à condition que le mandataire l'ait expressément spécifié pour le règlement des prestations dues pour une seule et même maladie.

Toutefois, cette réponse ministérielle, si elle admet qu'il puisse y avoir mandat donné par l'assuré à un tiers pour toucher les prestations,

ne considère pas comme valable, sous réserve de la jurisprudence à intervenir, le fait pour l'assuré de déléguer à un tiers sa créance sur les Caisses d'assurances, car l'assuré seul ou son mandataire a qualité pour donner quittance des prestations et d'autre part, quoique la loi sur les assurances sociales ne contienne aucune disposition relative à la cessibilité et à la saisissabilité des prestations, il y a lieu, toujours sous réserve de la jurisprudence, d'assimiler à une créance alimentaire saisissable, les prestations en nature et à un salaire des prestations en argent, qui ne pourraient dès lors, être saisies que dans les conditions et limites fixées par la législation sur les salaires et traitements.

D'autre part, en vertu d'une réponse ministérielle n° 111730, parue au *Journal Officiel* du 22 mars 1935 « si la délégation est donnée au médecin non pas en tant que créancier des honoraires dus par l'assuré mais comme mandataire de l'assuré, pour lui faciliter l'obtention des prestations, la qualité de praticien ne constitue pas un obstacle à l'accomplissement du mandat.

De ces deux réponses ministérielles, il ressort que l'assuré peut donner mandat à un tiers de toucher les sommes lui revenant de la Caisse des assurances sociales, mais ne saurait céder ses droits sur ces prestations de manière valable. Le mandataire est donc obligé de restituer à l'assuré les sommes touchées par lui. Il ne pourrait retenir, en vertu d'une cession, que la partie saisissable du demi-salaire c'est-à-dire, le dixième seulement.

5.348. — Contrôle en matière d'assurance-invalidité

Je me permets de vous demander le renseignement suivant. Il s'agit du contrôle des Assurances sociales. Une caisse a-t-elle le droit pour établir un dossier d'invalidité de choisir elle-même un spécialiste pour examiner l'assuré social susceptible de bénéficier de l'invalidité ?

Par exemple, pour reconnaître l'existence d'un néoplasme a-t-elle le droit de désigner au malade un chirurgien ? Pour reconnaître un tuberculeux, a-t-elle le droit d'envoyer ce malade a tel laboratoire pour examen des crachats, chez tel radiographe pour examen radiologique ? Il est bien entendu qu'il s'agit de contrôler l'état du malade ; la caisse paye de ses deniers le spécialiste désigné par elle.

D'autre part le médecin contrôleur d'une caisse a-t-il le droit de faire procéder par un spécialiste de son choix, en accord avec la Caisse, à des examens analogues pour établir un diagnostic précis. (La caisse payant les frais).

Le malade a-t-il le droit de refuser de se soumettre à l'examen de tel ou tel spécialiste désigné par la caisse.

Dr C..

Voir la suite page XLVII-2347

PROPOS DU JOUR

LE BUDGET DU MÉDECIN PRATICIEN FRANÇAIS
QUELQUES PRÉCISIONS

Dans le *Propos du Jour* que nous avons publié sous ce titre, nous avons à tort attribué au Docteur L. Robert, un texte (1), qu'il a reproduit dans le *Berry Médical*, et dont l'auteur est un médecin de l'Aube, le Docteur Haussmann, d'Estissac.

Nous avons reçu à ce sujet une lettre d'un de nos confrères qui exerce dans la région parisienne.

« Le calcul de l'auteur de l'article du *Berry Médical*, nous écrit notre correspondant, implique pour le médecin praticien un bénéfice net de 50 % sur son chiffre d'affaires, ce qui est loin, hélas ! d'être la vérité pour le praticien courant, le praticien de la rue.

« On ne peut raisonnablement confondre « bénéfice » et « économies », compter dans les frais généraux, le loyer de son local personnel, ses frais de vie familiale et ses frais personnels de vacances. Si donc on fait le calcul, on constate que le praticien, cité par le *Berry Médical*, accuse 40.000 francs de frais généraux pour 80.000 francs de chiffre d'affaires.

Ce praticien, s'il roule beaucoup en auto, n'a pas le téléphone, reçoit ses clients dans un local non chauffé et non éclairé, ne se lave pas les mains, est bien mal assuré, ne pense pas à la retraite de ses vieux jours, ne se sert ni d'alcool, ne de teinture d'iode, ni de compresses stérilisées pour ses pansements, ne perfectionne jamais son vieux matériel, n'achète que très peu de livres de médecine et n'écrit (l'heureux homme !) que bien peu de lettres professionnelles. C'est sans doute sa femme qui ouvre la porte, répond aux clients, fait le ménage du local professionnel... Mais pourquoi cette auxiliaire épouse n'aurait-elle pas droit à rémunération ?

« Je me permets de vous soumettre le budget moyen d'un praticien de banlieue qui cherche à tenir à la page, tant bien que mal, ses connaissances médicales et son instrumentation.

Vous le verrez acheter une année une lampe à rayons ultra-violets (4.000 francs), une autre année une balance (500 à 800 francs), une autre année un appareil à tension artérielle (Boulitte, 600 francs), une autre année une machine à écrire, voire même un vieux microscope d'occasion.

Vous le verrez renouveler son stock de seringues hypodermiques qui se cassent, d'aiguilles et de pinces qui s'usent. Il lui arrivera de suivre à la Faculté quelque cours de perfectionnement (200, 400, 1.000 francs) ou de s'abonner à l'*Encyclopédie médico-chirurgicale*. Dans ce cas le chiffre que j'indique au chapitre « livres » est manifestement trop faible.

Voilà son budget :

Loyer professionnel	4.000 francs
Téléphone	2.000 francs
Eau, gaz, électricité	
Accessoires ménagers	1.000 francs
Chauffage	1.000 francs
1 domestique (400 francs par mois, plus nourriture et étrennes, etc...)	11.000 francs
Travaux d'entretien et réparations du local professionnel	1.000 francs
Syndicat et associations diverses	500 francs
Autos	20.000 francs
Assurances diverses	3.500 francs
Impôts	8.000 francs
Journaux médicaux	200 francs
Livres de médecine et cours de perfectionnement	1.500 francs
Instruments et mobilier professionnels	2.500 francs
Pharmacie et objets de pansement	1.000 francs
Frais de bureau et de correspondance professionnelle	600 francs
Retraite	5.200 francs
Remplaçant	4.500 francs
Amortissement des frais d'installation (60.000 francs en 30 ans) environ	2.500 francs
Total	70.000 francs

(1) Publié dans le *Concours Médical* du 20 janvier 1935.

S'il ne fait pas 100.000 francs de recettes, notre praticien n'arrive pas à faire vivre sa famille. Il pourra bien, comme j'ai fait cette année, réduire ses frais d'auto en circulant avec une vieille 5 CV Citroën..... Mais il paraît que certains clients qui se figurent que le médecin roule sur l'or, apprécient fort peu ce mépris du décorum.

« Etant données les conditions actuelles de l'exercice de la médecine, l'acte médical coûte au médecin de 12 à 14 francs suivant les années, mettons 13 francs en moyenne. C'est dire que le médecin gagne 7 francs sur une consultation à 20 francs et 12 francs sur une visite à 25 francs.

La consultation de l'article 59 à 13 fr. 50 est à peu près gratuite et quand le praticien fait une visite de l'assistance médicale gratuite à 9 francs, cela lui coûte en plus de son travail 4 francs. Et quand un client ne le paye pas, cela lui coûte 13 francs. C'est l'augmentation notable de ces trois dernières catégories d'actes médicaux au cours de ces dernières années qui tend à rendre impossible l'exercice de la médecine dans les conditions actuelles.

« Le budget que je vous donne n'est pas le mien propre. Il a été établi d'après les données fournies par plusieurs médecins de banlieue. Le mien est moins chargé sur le chapitre auto et plus sur les chapitres bouquins et retraite.

Veuillez agréer, etc...

Dr V.

En ne considérant que le total du budget (70.000 francs), nous qui avons exercé pendant très longtemps en utilisant le *franc-or*, nous n'avons pu maîtriser un haut-le-corps. Puis, en réfléchissant, sachant que notre correspondant est un homme sincère et sérieux, et en examinant un par un les articles du budget qu'il nous a soumis, nous avons dû convenir qu'ils n'avaient rien d'exagéré.

Sans doute on peut rogner sur quelques chapitres et faire même descendre le total à 50.000 francs en obligeant le praticien, comme le Docteur V. l'indique au début, à mener une vie peu digne, à ne pas se tenir au courant des progrès de la médecine, à s'outiller insuffisamment, bref en ne faisant pas bénéficier ses malades des progrès de l'art de guérir ; c'est à dire en faisant de la mauvaise médecine.

***

D'autre part, nous avons reçu d'un jeune médecin qui exerce en Picardie la lettre suivante :

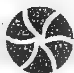
« Permettez à un jeune débutant (je suis installé depuis un an et demi) de vous soumettre une petite remarque au sujet de votre intéressant article : *Le budget du médecin praticien français*.

Vous nous dites : « Aujourd'hui où le prix de la consultation minimum, ou plutôt moyen, est de 25 francs et de la visite de 30 francs... »

Sauf erreur d'impression, cela ne me paraît pas correspondre aux tarifs de campagne, du moins dans notre région, où il ne s'agit pas de consultations à 25 francs, ni même à 20 francs et où la visite à 30 francs est assez difficile et je ne parle que des tarifs « honnêtes ». J'ai dans le voisinage des propharmaciens qui font des visites à 8 kilomètres à 15 francs (et les Assurances sociales font des bénéfices sur leurs prestations) ».

Rapprochez, lecteurs, les deux lettres de nos correspondants et nous vous laissons le soin de conclure.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS

(Hôpital des Enfants-Malades)

M. le Professeur Nobécourt

Pleurésies purulentes à pneumocoques du sommet et de la région antérieure (1)

Lucien, que voici, est né le 1er janvier 1929, de parents bien portants. C'est un Italien qui habite Paris depuis l'âge d'un an.

En 1933, à 4 ans et demi, il a une bronchite ; la radiographie fait découvrir une adénopathie trachéo-bronchique. En juillet 1936, il subit l'ablation des amygdales. En somme, il est habituellement bien portant.

Le 14 août 1936, il va en vacances en Italie, à Luino, près du lac Majeur. Il se porte bien jusque vers le 5 septembre. A cette époque, il commence à tousser et à cracher ; sa température s'élève progressivement à 38°5-39°. Le médecin pense à la coqueluche et le fait entrer à l'hôpital. Les symptômes persistent ; on parle alors d'une broncho-pneumonie du lobe supérieur gauche.

Le 10 octobre, l'enfant rejette au milieu de quintes de toux, une grande quantité de crachats purulents ; son haleine est fétide ; la température est de 37°5 le matin, 39° le soir ; sur la radiographie, on constate une broncho-pneumonie ; la fièvre persiste oscillant de 37°5 le matin à 39°, le soir ; l'haleine est toujours fétide.

Dans la suite, la température continue d'osciller entre 37°5 et 39°, l'haleine reste fétide, plusieurs vomiques surviennent ; après un examen radioscopique, on parle d'abcès du lobe supérieur du poumon gauche.

Pendant cette évolution, trois cutiréactions à la tuberculine sont négatives.

Le 1er novembre, Lucien revient à Paris. Le 5 novembre, il entre à la salle Molland. Il est âgé de 7 ans 10 mois.

Sa température est de 39°2-38°9 ; le lendemain, de 37°9-37°7.

Il est pâle, abattu, a les yeux brillants.

Il a une taille moyenne de 120 cent., un poids de 21 kgr., moyen pour sa taille.

Il tousse et a une expectoration abondante, atteignant 50 c. c. dans les vingt-quatre heures. Par le repos, elle se répartit en trois couches : une couche supérieure mousseuse, une couche moyenne liquide, brunâtre, une couche inférieure muco-purulente. On y voit, de nombreux pneumocoques et on note l'absence de bacilles de Koch.

L'haleine est fétide.

L'ampliation respiratoire du thorax est normale.

En avant : à droite, la sonorité est normale, le murmure vésiculaire peut-être un peu fort ; à gauche, on perçoit une matité franche à la percussion douce et à la percussion forte ; elle remonte jusqu'à la clavicule et dans le creux sus-claviculaire, descend jusqu'à l'espace de Traube, lequel est sonore, sur une hauteur de 7 cm., s'étend en dehors jusqu'à la ligne axillaire antérieure ; en dedans, à la partie supérieure, elle n'atteint pas la matité médiastinale, à hauteur du cœur elle se confond avec la matité précordiale ; il est impossible de délimiter par la percussion le bord gauche du cœur, mais on peut établir cette limite pour la partie inférieure de la pointe. Dans la zone mate, on entend un souffle bronchique, inspiratoire et expiratoire ; il n'y a pas de râles.

En arrière : à gauche, il y a de la submatité dans la région sus-épineuse et dans la partie toute supérieure, sur deux travers de doigt, de la sous-épineuse, une respiration légèrement soufflante ; à droite, une sonorité et une respiration normales.

L'examen du cœur ne décèle rien d'anormal. Le pouls est à 140, la pression au Vaquez de 11,5-6.

Le foie ne dépasse pas le rebord costal. Il n'y a pas de troubles digestifs. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

La cutiréaction à la tuberculine, les réactions de Bordet-Wassermann (H^8), et de Kahn sont négatives.

Le 7 novembre, la température est de 38°5-38° ; le 8, de 36°6-37°9.

Le 9 novembre, à midi et demi, l'enfant est pris d'une forte quinte de toux et rejette environ un verre de sang rouge, aéré, ne paraissant pas mêlé de crachats. Cette hémoptysie se répète dans la journée, puis cesse. Le soir, la température, qui était le matin de 37°6, s'élève à 39°8.

Le lendemain 10, elle tombe à 38°3-37°6.

A gauche : en avant, on constate, dans le creux sus-claviculaire et au niveau des deux premiers espaces intercostaux, une sonorité forte qui a remplacé la matité et, dans toute la région antérieure, un souffle fort, tubo-cavitaire, avec quelques râles sous-crépitants dans la région mammaire ; en arrière, on entend le murmure vésiculaire sur toute la hauteur.

Le 12 novembre, la température est de 37°5-37°.

A partir du 13, elle remonte, graduellement jusqu'à 39° ; le 19, elle est de 38°9 le matin, de 39°9 le soir.

Pendant ce temps, la matité se reforme sur toute la hauteur, comme au moment de l'entrée à l'hôpital, la respiration est soufflante ; il n'y a pas de râles ; l'expectoration diminue.

Le 20 novembre, se produit une défervescence brusque à 37°6-37°3. En même temps, survient une expectoration abondante. On recueille, en vingt-quatre heures, 20 c. c. de crachats purulents, fétides qui ont le même aspect qu'auparavant.

A partir du 21 novembre, la température se maintient à 37°-38°, puis devient apyrétique le 27 et le 28 ; l'expectoration diminue ; les signes physiques restent les mêmes.

A partir du 29 novembre, la température remonte remonte lentement jusqu'à 38°2-38°3, puis brusquement,

(1) Leçon du samedi 19 décembre 1936.

le 4 décembre, monte à 40° et se maintient jusqu'au 9 à 39°40.

L'enfant est très fatigué.

Le 6 décembre, il se plaint de vives douleurs dans l'aisselle gauche, où on constate des gros ganglions, peu mobiles, très douloureux, qui rétrocèdent les jours suivants, sans suppurer.

Le 7 décembre, l'expectoration redevient abondante ; on recueille une centaine de centimètres cubes de pus.

Dans la nuit du 8 au 9 décembre, l'enfant est pris d'un accès de dyspnée très forte, accompagné d'une hémoptysie abondante qu'on évalue à 200 c. c. Le sang est d'abord pur, puis mélangé de pus. L'état est alarmant pendant une demi-heure. L'interne de garde prescrit des injections de 0 gr. 05 de morphine et de 1 c. c. d'extrait hypophysaire ainsi que 10 c. c. d'anthéma par la bouche. Au bout de quelque temps, l'enfant se calme et s'endort.

Le 10 décembre, commence la défervescence (38°6-38°) ; elle est complète (37°8-37°), le 12.

L'expectoration reste abondante ; le 10 décembre, on mesure 130 c. c. La matité est toujours forte ; on entend un souffle cavitaire et de gros râles humides. L'état général s'améliore.

Actuellement, la température est presque normale ; l'état général assez bon ; l'enfant n'a pas maigri ; depuis le 27 novembre, son poids se maintient à 21 kgr. 700. Il a bon appétit, l'expectoration a disparu.

Nous constatons, en avant et à gauche, dans la région sous-claviculaire, à hauteur des deux ou trois premiers espaces intercostaux, une sonorité tympanique, un souffle amphorique qui s'étend jusque vers le mamelon en diminuant d'intensité ; quelques râles sous-crépitants moyens. Au-dessous et au-dessus du mamelon, il existe une zone de submatité ; on peut délimiter par la percussion approximativement le bord du cœur. Au niveau de la submatité, on entend un murmure vésiculaire faible. En arrière, on ne découvre rien d'anormal.

Durant cette évolution, Mlle Morel a fait, avec le Docteur Duhem et ses assistants, plusieurs examens radiologiques.

Le 5 novembre, à l'entrée à l'hôpital, en vue antéro-postérieure, l'hémithorax droit a un aspect normal. A gauche, on voit sur toute la hauteur une ombre diffuse uniforme, laissant apparaitre les côtes ; elle remonte, en s'atténuant jusqu'à la clavicule, descend jusqu'au diaphragme, laissant libre le tiers externe du cul-de-sac diaphragmatique, respectant l'espace de Traube, se continuant sans démarcation avec l'ombre cardiaque, s'atténuant en dehors, vers la silhouette du thorax.

En vue latérale gauche, l'ombre remplit tout l'hémithorax gauche ; elle est surtout accentuée dans la partie supérieure.

Le 18 novembre, l'aspect est à peu près le même que le 5 ; l'obscurité est peut-être un peu moins accentuée, plus estompée vers la partie inférieure et l'aisselle ; on ne distingue toujours pas le cœur.

Le 28 novembre, l'ombre a nettement diminué d'intensité ; elle est floue, inégale, avec des taches plus foncées, à contours déchiquetés.

Le 16 décembre, on constate des modifications importantes. Le sommet et la région sous-claviculaire sont clairs. Sur le reste de la hauteur, on voit des parties plus claires, d'autres plus sombres, des tractus floues qui partent de la région hilaire et rayonnent vers la périphérie ; on voit la silhouette du cœur. A hauteur du cinquième espace, de la sixième côte et du sixième espace, on voit deux taches transparentes, ayant la dimension d'un gros haricot blanc, assez régulières, qui donnent l'impression de cavités, qu'il est impossible de situer en profondeur.

En vue latérale gauche, l'ombre laisse une zone transparente appréciable, assez étendue entre le sternum et le médiastin.

Nous avons à maintes reprises examiné les crachats. La flore est plus ou moins complexe suivant les moments ; les pneumocoques dominent et constituent l'élément le plus constant ; en outre, on voit, au hasard des examens, des streptocoques en chaînettes, des bacilles Gram positif rappelant le bacille diphtérique ; des micrococcus catarrhalis ; jamais on n'a constaté de spirochètes ni de bacilles de Koch.

Les ponctions de la plèvre faites par Mlle Morel ont fourni peu de renseignements.

Le 7 novembre, une première ponction, en avant, dans le troisième espace intercostal, à un travers de doigt en avant de la ligne axillaire antérieure, avec une aiguille longue et assez grosse a donné l'impression de pénétrer dans une coque assez épaisse ; elle a retiré une ou deux gouttes de liquide purulent grisâtre, ayant une mauvaise odeur, dans lequel on a trouvé des polynucléaires très altérés, des pneumocoques et de nombreux bacilles Gram positif ou Gram négatif.

Le 28 novembre, sous la clavicule gauche, une deuxième ponction faite avec un trocart, sous anesthésie locale, donne la même sensation de coque épaisse ; le trocart, poussé dans plusieurs directions et à diverses profondeurs, ne laisse couler que quelques gouttes de sang.

Un examen du sang, le 18 novembre, révèle un léger degré d'anémie (3.600.000 hématies par millimètre cube et 65 % d'hémoglobine), 13.000 leucocytes par millimètre cube et 72 polynucléaires %.

En résumé, nous sommes en présence d'un garçon de 8 ans, atteint d'une affection thoracique à début insidieux, avec fièvre et toux, pour lequel on a pensé successivement à la coqueluche, à une broncho-pneumonie du lobe supérieur du poumon gauche, à un abcès de ce lobe.

A son entrée dans le service, deux mois après le début, il a de la fièvre et des vomiques.

Nous avons l'attention attirée par la matité, et à cause de sa localisation, nous pensons qu'il s'agit d'une pleurésie purulente à pneumocoques de la région antérieure et du sommet gauches. La ponction ne retire qu'une ou deux gouttes de liquide purulent contenant des pneumocoques. Il est probable qu'il existe une coque pleurale épaisse avec des poches aérolaires contenant du pus.

Depuis l'entrée, il y a quarante-quatre jours, nous assistons à deux poussées fébriles séparées par des périodes de rémission. Pendant les poussées fébriles, on constate au maximum la matité, l'expectoration s'arrête. Puis la température tombe brusquement et sa chute coïncide avec la reprise de l'expectoration. Cette reprise est précédée d'hémoptysies abondantes.

Actuellement la sonorité forte, la respiration amphorique dans la région sous-claviculaire font penser à l'existence d'une cavité pleurale contenant de l'air et du pus, d'un pyo-pneumothorax. Il existe vraisemblablement une fistule pleuro-pulmonaire qui se bouche et se rouvre de temps à autre.

***

Lucien me donne l'occasion de vous parler des PLEURÉSIES PURULENTES A PNEUMOCOQUES DU SOMMET ET DE LA RÉGION ANTÉRIEURE.

Je me suis déjà occupé de ces pleurésies dans ma leçon du 28 mai 1921, publiée dans mon livre de *Clinique médicale des enfants*, consacré aux *Affections de l'appareil respiratoire*, sur *Les pleurésies enkystées du sommet et de la région antérieure chez les enfants*.

Elles ne sont pas très fréquentes ou, tout au

moins les auteurs n'ont guère attiré l'attention sur elles. Dans le *Traité de médecine des enfants* que j'ai publié avec M. Babonneix, en 1934, M. Ch. Gardère, auteur de l'article sur les *pleurésies purulentes enkystées,* n'en fait pas mention.

Elles se rencontrent chez l'adulte et chez les enfants de tout âge.

M. Alexandre Faurous, dans une thèse soutenue à Paris, en 1910, *Contribution à l'étude des pleurésies enkystées du sommet,* cite quelques observations sans contrôle bactériologique et, entre autres, celle d'une fille de 3 ans, publiée par M. Rivet dans sa thèse de 1880, qui, cliniquement, paraît bien être une pleurésie à pneumocoques.

MM. Moizard et Langlois dans la thèse de ce dernier, soutenue à Paris en 1895, *Contribution à l'étude des pleurésies partielles et de la pleurésie du sommet,* relatent l'observation d'un garçon de 8 ans, chez qui la ponction de la plèvre retire du pus à pneumocoques.

Avec M. Saint-Girons, à la *Société de pédiatrie de Paris,* en mai 1913, j'ai publié l'observation d'un garçon de 14 mois atteint de *Pleurésie purulente à pneumocoques du sommet droit.* Dans ma leçon de 1921, j'ai cité les observations d'une fille de 3 ans et d'un garçon de 2 ans.

Je n'ai pas poursuivi de longues recherches bibliographiques ; on trouverait probablement d'autres observations, surtout parmi celles classées comme pleurésies du sommet.

Je me borne donc à étudier les pleurésies du sommet intéressant la région antérieure.

Je ne m'occupe pas des pleurésies du sommet intéressant la région postérieure. MM. J.-B. Binschedler et B. Tassovatz, dans la *Revue française de pédiatrie* de 1932, ont publié deux observations d'*empyème du sommet,* concernant des garçons de 2 ans et demi et de 5 ans ; il s'agit de pleurésies à pneumocoques du sommet, localisées dans les régions postérieure et latérale.

Les quatre observations que j'ai citées tout à l'heure et celle de Lucien établissent que ces pleurésies antérieures apparaissent plus particulièrement chez les enfants de moins de 10 ans.

Elles ont été rencontrées, en effet :

Dans un cas, dans la deuxième année
— — troisième —
— — quatrième —
— — huitième —
— — neuvième —

Elles paraissent plus fréquentes chez les garçons (4 cas) que chez les filles (un cas).

***

L'HISTOIRE CLINIQUE rentre dans le cadre général des pleurésies purulentes à pneumocoques ; seule la localisation est spéciale.

D'après l'opinion classique, ces pleurésies compliquent les pneumonies et les broncho-pneumonies lobaires, les syndromes de congestion pulmonaire aiguë ; on décrit des pleurésies parapneumoniques et parabroncho-pneumoniques, des pleurésies métapneumoniques et métabroncho-pneumoniques.

En fait, à côté de ces variétés, assez souvent, la pneumopathie n'est pas aussi nettement caractérisée et est mal définie, il arrive qu'on puisse penser à une pleurésie en apparence primitive ; je dis « en apparence », car *il y a toujours un état* pulmonaire sous-jacent.

Voyons comment se présentent ces pleurésies d'après les observations que je viens de vous citer.

Le malade que j'ai observé avec Saint-Girons, Marcel, a toujours été bien portant. A 14 mois, il a une rougeole, avec une température élevée, une toux fréquente et de l'amaigrissement. La fièvre et la toux persistant, il entre à la salle Blache le 20 avril 1913, douze jours après la disparition de la rougeole.

La température est de 39°-40°, la respiration un peu rapide et superficielle, la toux sèche. A droite, nous constatons une matité franche, au-dessous de la clavicule, sur une hauteur de trois travers de doigt, dans la partie supérieure de l'aisselle et dans la région sus-épineuse. Dans la zone mate, nous entendons, en avant, une respiration soufflante, surtout à l'expiration, dans l'aisselle et en arrière, un souffle tubaire et quelques râles crépitants fins.

Les ponctions faites, il est vrai, avec une aiguille fine, dans la partie supérieure de l'aisselle et, en avant, à deux travers de doigt au-dessous du mamelon, sont négatives.

Le 24 au soir, la température tombe à 37°8 et se maintient ensuite autour de 37°. La matité persiste ; le souffle est remplacé par une respiration bronchique, les râles disparaissent.

La radioscopie révèle une obscurité très marquée de la région supérieure jusqu'au voisinage du mamelon.

Le 29, une troisième ponction avec une grosse aiguille, au-dessus et en dedans du mamelon, retire 5 c. c. de pus couleur chocolat, très épais, formé de polynucléaires très altérés et contenant des pneumocoques.

Dans la suite, la fièvre reprend, puis disparaît, l'état général est mauvais ; cependant les symptômes physiques disparaissent peu à peu.

Finalement, le 29 mai, quarante jours après l'entrée à l'hôpital, la fièvre est tombée, l'état général est meilleur ; les signes physiques ont disparu ; l'enfant paraît guéri.

Dans ma leçon de 1921, j'ai rapporté l'observation de Raymond.

Il est né le 4 septembre 1917.

En avril 1919, il a la rougeole, la varicelle, un abcès du cou.

Le 4 septembre, à 2 ans, il est pris de fièvre, de toux, de vomissements.

Le 11 septembre, il entre à la salle Hussan avec une température de 38°-39°. On trouve à gauche : en avant, une matité hydrique depuis la clavicule jusqu'à la sixième côte, se continuant avec la matité précordiale sauf au niveau de la pointe, se prolongeant dans l'aisselle ; en arrière, la même matité dans toute la région scapulaire, tandis qu'au-dessous de la pointe de l'omoplate, la sonorité est normale. On entend, en avant, une

respiration amphorique ; en arrière, une inspiration rude dans la région scapulaire.

Les ponctions avec le trocart de l'appareil Potain, retirent, en avant, au niveau du quatrième espace, 130 c. c. de pus, en arrière, au niveau du cinquième espace 10 c.c. de pus ; ce pus est verdâtre, peu épais, contient des pneumocoques.

La température baisse, puis reprend au bout de quelques jours ; les périodes de fièvre et les périodes d'apyrexie se succèdent.

On répète les ponctions, en avant et en arrière, suivies d'injections dans la plèvre de bleu de méthylène, puis de sérum antipneumococcique.

A la fin de septembre et au début d'octobre, apparaissent dans la région antérieure des signes de pyo-pneumothorax et, en arrière, à la base, jusque-là indemne des signes d'épanchement ; à la base, une ponction retire 170 c. c. de pus contenant des pneumocoques.

Le 23 octobre, quarante-neuf jours après le début, on fait une pleurotomie en arrière avec résection de la sixième côte.

Le malade guérit rapidement.

Cet enfant a eu une pleurésie du sommet et de la région antérieure ; dans la suite, l'épanchement s'est étendu à la base.

L'autre observation relatée dans ma leçon de 1921 est celle de Mauricette.

Elle est née le 11 mars 1918.

Au début de février 1921, elle tombe malade ; elle paraît souffrir dans le côté droit, a une toux quinteuse, perd l'appétit, maigrit. Ces symptômes persistant, elle entre, le 11 avril, deux mois après le début, à la salle Parrot. Elle est âgée de 3 ans 1 mois.

La température est autour de 38°. Nous constatons, à droite, en arrière, dans le tiers inférieur, de la submatité, une respiration légèrement soufflante ; à la radioscopie, dans le tiers inférieur, une obscurité mal limitée en haut et une masse ganglio-pulmonaire au hile.

Ces symptômes nous font penser à une tuberculose ganglio-pulmonaire droite et à un syndrome de congestion pleuro-pulmonaire de la base droite.

La fièvre persiste, irrégulière, l'état général est mauvais.

Vers le 27 avril, le seizième jour de l'hospitalisation, nous notons dans la région antérieure des signes nouveaux de l'ordre de ceux présentés par les malades précédents ; nous portons le diagnostic de pleurésie enkystée de la région antérieure chez un enfant ayant de la congestion et des adhérences de la base.

Nous faisons, en avant, plusieurs ponctions de la plèvre : deux sont négatives ; une au niveau du deuxième espace intercostal retire 2 c. c. de pus épais, verdâtre, contenant des pneumocoques.

On répète les ponctions, suivies d'injections intrapleurales de sérum antipneumococcique, sans résultat appréciable. De temps en temps, surviennent des petites vomiques.

Le 6 juin, un mois et demi après l'apparition de la pleurésie, on fait une pleurotomie : on retire quelques centimètres cubes de pus grumeleux, jaune.

L'état s'améliore mais, quand l'enfant quitte l'hôpital, le 28 février 1922, après un an de maladie, il persiste un trajet fistuleux ; l'état général est bon.

Voici l'observation de Moizard et Langlois. Je la cite parce qu'elle diffère des précédentes.

Edouard est atteint, à un an, d'une fluxion de poitrine (comme on disait à cette époque). Depuis, il est généralement bien portant.

A 8 ans, il est pris brusquement de fièvre, d'un point de côté. On diagnostique encore une fluxion de poitrine. Au bout de dix à douze jours, les phénomènes aigus s'amendent. Mais l'enfant n'entre pas en convalescence.

Il entre à l'hôpital le 5 janvier 1890. Il a de la fièvre, est maigre, bouffi.

On constate, du côté gauche, en avant, au niveau des quatre premiers espaces intercostaux et à la partie supérieure de l'aisselle, des symptômes de pleurésie, pleurésie du sommet, dit-on, mais aussi de la région antérieure, car la matité descend assez bas. Des ponctions à l'angle de l'omoplate et sur la ligne axillaire ne retirent pas de liquide ; une ponction sous la clavicule retire une goutte de liquide louche, contenant des pneumocoques.

Les jours suivants, la température reste autour de 38° ; la matité antérieure s'étend.

Le 23 janvier, une thoracentèse, à un centimètre au dessous du mamelon, retire 210 c.c. de pus verdâtre assez épais, inodore. Après la ponction, la température s'élève à 39°, le liquide se reproduit.

Le 27 janvier, on fait, en avant, à hauteur du quatrième espace une thoracotomie qui laisse écouler trois quarts de litre de pus.

L'état s'améliore rapidement. Le 10 mars, l'enfant sort guéri de l'hôpital.

Ces quatre observations, jointes à celle de Lucien, établissent quelques-unes des MODALITÉS CLINIQUES des pleurésies à pneumocoque du sommet et de la région antérieure.

Première modalité. — L'enfant a une broncho-pneumonie lobaire ou une pneumonie localisées au lobe supérieur. La défervescence se fait, mais il persiste un état fébrile. Au bout de dix à quinze jours, la fièvre reprend, et on voit apparaître au sommet et dans la région antérieure des signes de pleurésie. Il s'agit d'une pleurésie méta- ou post-pneumonique.

Cette modalité est la plus rare ; elle existait une fois sur cinq, chez le garçon de 8 ans soigné par MM. Moizard et Langlois.

Deuxième modalité. — Le début est aigu : l'enfant a de la fièvre et tousse, mais ne présente pas de symptômes thoraciques nets. La fièvre persiste ; au bout de quelques jours apparaissent des signes d'épanchement au sommet et dans la région antérieure.

Cette modalité a été rencontrée deux fois sur cinq, chez le garçon de 14 mois que j'ai soigné avec M. Saint-Girons et chez l'enfant de 2 ans, Raymond, dont j'ai parlé en 1921. Il faut remarquer que le pus s'est constitué rapidement : sept ou huit jours après l'apparition des premiers symptômes, il y avait déjà un épanchement abondant.

Troisième modalité. — Le début n'est pas franc. L'enfant a une fièvre plus ou moins élevée et tousse ; son état général est affecté ; les symptômes thoraciques sont plus ou moins nets ; on porte les diagnostics de bronchite, de congestion pulmonaire, de broncho-pneumonie.

C'est seulement au bout de plusieurs semaines, de deux ou trois mois même, qu'on constate les symptômes de pleurésie. Quand, à ce moment, on voit le malade pour la première fois, on peut se

demander si ces symptômes n'existaient pas antérieurement, et s'ils n'ont pas échappé au médecin.

Cette modalité a été rencontré deux fois sur cinq ; chez la fille de 3 ans, Mauricette, et chez le garçon de 7 ans, Lucien.

Les SIGNES PHYSIQUES conduisent à penser qu'il existe une pleurésie du sommet et de la région antérieure.

Dans cette variété de pleurésie localisée, l'inflammation siège au niveau du dôme pleural, c'est-à-dire dans cette région de la plèvre qui coiffe le sommet du poumon et dépasse l'orifice supérieur du thorax, limité par la première côte.

Elle siège également dans la région antérieure, qui s'étend de la première côte au cul-de-sac costo-diaphragmatique, du bord antérieur de l'aisselle au cul-de-sac médiastinal, qui recouvre du côté droit, le lobe supérieur et le lobe moyen du poumon, du côté gauche, le lobe supérieur du poumon, lequel descend jusqu'au diaphragme, au devant du lobe postérieur.

Suivant les cas :

1° La pleurésie est localisée au sommet ; elle coiffe le poumon à la façon d'une calotte et descend peu dans la région antérieure, la région postérieure et l'aisselle.

2° La pleurésie atteint le sommet et la région antérieure ; elle descend plus ou moins bas ; quelquefois, elle descend, en outre, dans la région postérieure ;

3° La pleurésie est localisée à la région antérieure et respecte le sommet.

Les SIGNES PHYSIQUES d'épanchement liquide de la plèvre sont plus ou moins au complet.

On peut constater une voussure appréciable, l'effacement et la tension des espaces intercostaux. Mais le symptôme capital est la matité franche, hydrique avec augmentation de la résistance et perte de l'élasticité.

Dans la pleurésie du sommet, la matité occupe la région sus-claviculaire et la partie supérieure de la région sous-claviculaire, sur une hauteur de un ou deux travers de doigt ; d'autre part, la région sus-épineuse et la partie supérieure de la région sous-épineuse.

Dans la pleurésie antérieure, l. matité occupe soit toute la hauteur, s'étendant de la clavicule jusque vers le rebord inférieur du thorax, soit la partie supérieure, soit la partie inférieure et alors elle siège généralement du côté gauche. En dehors, elle est limitée plus ou moins exactement à la ligne axillaire ; en dedans, elle s'étend jusqu'à la limite du cul-de-sac costo-médiastinal et se continue avec la matité précordiale. En bas, à droite, elle peut se continuer avec la matité hépatique ; à gauche, elle respecte généralement l'espace de Traube. En haut, e'le p ut atteindre la clavicule et même la région sus-claviculaire, quand il y a pleurésie antérieure et pleurésie du sommet.

La matité antérieure contraste avec la sonorité postérieure ; dans certains cas, cependant, il y a de la matité sus- et sous-épineuse, de la submatité dans la région inférieure.

La recherche des vibrations vocales ne donne pas grand renseignement, comme il est habituel chez l'enfant.

A l'auscultation, les signes sont différents, non seulement suivant les malades, mais encore chez un même malade suivant les moments de l'examen : tantôt le murmure vésiculaire est faible et même aboli ; tantôt la respiration est soufflante ; tantôt on entend un souffle bronchique, un souffle tubaire, un souffle tubo-caverneux, un souffle cavitaire et même amphorique, rarement le souffle dit pleurétique, doux et voilé. Ces bruits dépendent de l'état du poumon sous-jacent ou, dans certains cas, de la réalisation d'un pyopneumothorax.

Assez souvent, on entend des râles sous-crépitants, des râles humides et même des râles caverneux qui traduisent des lésions du poumon.

Donc, comme il est de règle dans les pleurésies purulentes, les symptômes d'auscultation ne sont pas pathognomoniques.

La radiologie révèle une ombre qui correspond à la zone mate ; cette ombre est plus ou moins opaque, généralement mal limitée; ses contours sont flous ; souvent l'obscurité n'est pas assez accusée pour caractériser un épanchement liquide de la plèvre. Il en est d'ailleurs généralement ainsi dans les pleurésies purulentes enkystées de la grande cavité.

MM. Armand-Del lle et Lestocquoy font remarquer à juste titre que ces pleurésies « ne se traduisent pas, sur le cliché, par des ombres denses à contours nets ».

L'ensemble des symptômes conduit à faire une PONCTION EXPLORATRICE DE LA PLÈVRE. Il faut la faire avec une grosse aiguille ou le petit trocart de l'appareil de Potain, car le pus est souvent épais et coule difficilement. On la fait en pleine zone mate, soit sous la clavicule, dans le premier ou le deuxième espaces intercostaux, si la pleurésie siège au sommet, au voisinage du mamelon, si elle est antérieure.

Les résultats des ponctions sont divers.

Il y a des cas où la ponction retire quelques gouttes ou quelques centimètres cubes de pus ; une ponction évacuatrice peut en retirer 100 à 200 c. c. Le pus est habituellement épais, fibrineux, verdâtre, parfois brun-chocolat ; l'examen des lames et la culture donnent des pneumocoques ; inoculé à la souris, il la tue par septicémie pneumococcique.

Il y a des cas où la ponction reste blanche. Il

faut alors la répéter en des points différents, et les jours suivants. Tantôt toutes les ponctions restent blanches, tantôt l'une d'elles retire du pus.

Ces résultats différents s'expliquent par les caractères des pleurésies purulentes à pneumocoques. Il y a formation de membranes épaisses, qui déterminent des adhérences entre les feuillets de la plèvre ; quand on les décolle, chacun d'eux à l'apparence d'une tartine de beurre. Les membranes limitent soit une cavité importante contenant du pus en assez grande quantité, soit des logettes renfermant un peu de pus épais, qui réalisent les *pleurésies aréolaires*. Quelquefois, il s'est produit une vomique et la poche est vide.

Si la ponction retire du pus, le diagnostic de pleurésie est évident ; si elle n'en retire pas, il n'est pas permis de conclure qu'il n'y a pas de pleurésie.

Quand la pleurésie est reconnue, son ÉVOLUTION se poursuit suivant plusieurs modalités.

Dans une *première modalité*, l'évolution est rapide et favorable. Il en a été ainsi une fois sur cinq, chez le garçon de 14 mois, que j'ai soigné avec M. Saint-Girons. Une ponction retire 5 c. c. de pus. Une cinquantaine de jours après le début, l'enfant peut être considéré comme guéri. Mais il faut cependant faire des réserves, car la pleurésie peut récidiver au bout d'un temps plus ou moins long. Les pleurésies purulentes à pneumocoques sont assez souvent récidivantes.

Dans une *deuxième modalité*, l'évolution est plus longue, mais la terminaison est cependant favorable. Ce type a été réalisé trois fois sur cinq : chez Raymond, chez Mauricette et chez Edouard, le malade de Moizard.

On fait une thoracentèse : la fièvre diminue. Puis, au bout de quelques jours, la fièvre reprend, le liquide se reforme ; on répète les ponctions. Finalement, on est conduit à faire la pleurotomie. Si l'intervention est assez précoce, trois semaines ou un mois après l'apparition du liquide, la guérison est assez rapide ; si elle est plus tardive, il peut persister une fistule comme chez Mauricette.

Dans une *troisième modalité*, l'évolution est traînante, la pleurésie se prolonge. Il en est ainsi, quand se forment des membranes épaisses, adhérentes, cloisonnant la cavité, réalisant une pleurésie aréolaire. La fièvre persiste, des vomiques apparaissent et se répètent. Après la vomique, la fièvre tombe. Puis le pus se reforme, tandis que la fièvre reparaît.

Cette modalité a été constatée une fois sur cinq, chez Lucien.

Dans les pleurésies purulentes localisées à pneumocoques, les VOMIQUES ne sont pas rares.

Sur les cinq malades atteints de pleurésies du sommet et de la région antérieure, deux en ont présenté, Mauricette et Lucien.

Chez Lucien, les vomiques ont été précédées ou accompagnées d'HÉMOPTYSIES BRONCHIQUES assez abondantes.

Les hémoptysies dans les pleurésies purulentes localisées ne sont pas rares. Elles sont attribuables à l'érosion d'une artériole bronchique, qui se produit en même temps que l'érosion de la bronche.

Les vomiques peuvent être suivies de la formation d'un PYOPNEUMOTHORAX, comme chez Raymond et chez Lucien.

Je suis entré dans assez de détails sur l'histoire clinique et les symptômes des pleurésies purulentes à pneumocoques du sommet et de la région antérieure, pour ne pas avoir à discuter longtemps le DIAGNOSTIC.

Il a pour base un *examen méthodique*.

La matité constitue le symptôme le plus important ; elle a souvent plus de valeur que les données radiologiques. Les signes d'auscultation ne sont pas pathognomoniques ; ils sont éminemment trompeurs ; par exemple, les râles humides, le souffle cavitaire peuvent faire penser à une ramollissement tuberculeux du poumon.

La ponction pleurale, quand elle est positive, permet d'affirmer la pleurésie ; mais, quand elle est négative, ne permet pas de l'éliminer.

Quand on constate les symptômes décrits, il ne faut pas confondre une pleurésie localisée à la région antérieure, une pleurésie enkystée, avec une pleurésie de la grande cavité, non enkystée, dont le liquide envahit la région antérieure, soit du fait de la condensation du lobe inférieur, qui plonge dans le liquide et le refoule en avant, soit du fait d'un épanchement abondant qui envahit toute la cavité pleurale. L'examen complet du malade permet de différencier ces modalités.

Quand le diagnostic de pleurésie du sommet et de la région antérieure est porté, il s'agit le plus souvent d'une pleurésie purulente à pneumocoques. Mais il peut s'agir aussi d'une pleurésie purulente causée par d'autres germes, d'une pleurésie putride, d'une pleurésie purulente secondaire à un abcès du poumon, comme chez un enfant de 8 ans, dont Bouvier a rapporté l'observation en 1864 : chez cet enfant, l'abcès du poumon était consécutif à un corps étranger de la bronche gauche. Il peut s'agir enfin de pleurésies séro-fibrineuses enkystées. Je n'insiste pas sur ces faits, dont j'ai parlé dans ma leçon de 1921.

Réserve de ces faits, c'est le pneumocoque qui est l'agent le plus habituel des pleurésies du sommet et de la région antérieure, parce que, chez l'enfant, la pneumonie et la broncho-pneumonie lobaire siègent avec une fréquence particulière dans le lobe supérieur ; parce que, au

cours de ces affections, l'inflammation de la plèvre se réalise au niveau du foyer pulmonaire ; enfin parce que les pneumocoques déterminent la production d'un exsudat fibrineux, des membranes épaisses qui déterminent des adhérences.

Parfois, les adhérences sont anciennes et datent d'une affection pulmonaire antérieure.

Les pleurésies purulentes du sommet et de la région antérieure, comme toutes les autres pleurésies à pneumocoques, posent des PROBLÈMES THÉRAPEUTIQUES souvent difficiles à résoudre.

Quand on assiste à la phase aiguë, à la période où l'épanchement purulent s'installe, on fait des ponctions de la plèvre suivies ou non d'injections de bleu de méthylène, de sérum antipneumocoque, d'optochine ; elles peuvent suffire pour amener la guérison, témoin le bébé que j'ai soigné avec M. Saint-Girons.

Quand la ponction n'amène pas la guérison, *quand le liquide se reforme après la ponction* et quand la fièvre persiste, il ne faut pas continuer trop longtemps ce mode de traitement ; au bout de trois ou quatre semaines, il faut pratiquer la pleurotomie pour évacuer le pus. Les résultats sont favorables et on assiste souvent à la guérison ; deux malades sur cinq ont guéri ; une autre, Mauricette, avait toujours de la fièvre quand elle a quitté l'hôpital.

Il est des cas où la décision est difficile. Lucien en est un exemple. Chez lui, le début de la pleurésie n'est pas précis ; plusieurs ponctions n'ont pas ramené de liquide, une seule a retiré une ou deux gouttes de pus ; il se produit des vomiques ; il y a probablement des membranes pleurales épaisses, adhérentes et une pleurésie aréolaire. Depuis quelque temps, la pleurotomie semble nécessaire, mais les chirurgiens ne savent pas où intervenir.

Il y a quelques jours, nous avons demandé l'avis du Docteur Jourdain, assistant du Docteur Roux-Bergé, spécialisé en chirurgie pulmonaire ; il a proposé de faire une incision de la plèvre au-dessus du mamelon, où siège le maximum de la matité, de débrider la plèvre plan par plan avec le bistouri électrique jusqu'à la découverte du pus. Nous étions d'accord. Mais, depuis quelques jours, après une vomique, l'état du malade s'est modifié : l'apyrexie s'est installée et paraît durer plus longtemps que d'habitude ; d'autre part, nous avons constaté des signes de pyo-pneumothorax. Or l'ouverture d'un pyo-pneumothorax est toujours aléatoire ; Raymond cependant a guéri.

Dans ces conditions, j'ai demandé de surseoir à l'intervention. Mais si la fièvre reprend, je suis d'avis qu'il faut intervenir sans tarder.

HYPOSPADIAS (1)

En examinant un hypospade, on constate que l'orifice de l'urètre se trouve à l'extrémité du gland et s'ouvre à la commissure inférieure de la fosse naviculaire ; le raphé inférieur et médian semble se bifurquer en se continuant latéralement de part et de l'autre de la verge par deux lignes qui croisent de chaque côté l'organe ; il existe une aplasie de la gaine préputiale, qui n'enveloppe pas le gland, et un léger degré d'incurvation de l'axe du gland par rapport à l'axe de la verge. Actuellement, le patient observé n'éprouve aucune gêne de cette malformation. Faut-il intervenir dans ce cas ? Les lésions que nous observons chez ce garçon, ne sont pas accentuées : l'aplasie du prépuce révèle le même aspect que l'on observe après la circoncision, et ne peut gêner les fonctions génitales. La coudure du gland est peu prononcée, la verge est relativement bien développée. En conséquence, l'intervention, qui ne saurait redresser l'axe du gland sur l'axe de la verge sans faire reculer le méat paraît excessive : tout porte à penser que cet enfant n'éprouvera pas de gêne fonctionnelle du fait de sa petite malformation lorsqu'il deviendra un adolescent et un jeune mâle agissant.

(1) Notes recueillies à la consultation chirurgicale du lundi, faite par le Professeur OMBRÉDANNE à l'Hôpital des Enfants-malades

L'INSTABILITÉ VAGO-SYMPATHIQUE, ET SON ROLE DANS L'ÉVOLUTION DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

Par

Louis MICHON

Jean CHAIZE et Henri MOLLARD

L'an dernier nous avons publié les résultats de nos premières recherches sur le traitement de la tuberculose pulmonaire par l'infiltration des trois premiers ganglions sympathiques dorsaux Chaize et Mollard (1).

A la même époque, élève de M. Leriche, l'un de nous, (Louis Michon, de Lyon), a préconisé et pratiqué « l'infiltration anesthésique du ganglion stellaire » dans la thérapeutique de la même maladie (2).

Au même moment encore, M. Alvarez, d'Oviedo, — dont les travaux ont été résumés ici-même par M. Fischer (3) — a exposé dans un beau mémoire les recherches qu'il a poursuivies pendant plus de vingt années, et qui l'ont conduit à traiter les tuberculeux par la section des trois premiers nerfs intercostaux, puis celle de la chaîne sympathique entre le 1er et le 2e ganglion en haut, entre le 4e et le 5e en bas (4).

Issus de conceptions divergentes, et orientés sur des techniques différentes, ces travaux ont une plateforme commune : l'opportunité d'inhiber le système sympathique local des tuberculeux pulmonaires. Pourquoi cette intention ? Nous voudrions dire ici les raisons cliniques qui nous l'ont personnellement inspirée.

A vrai dire, nous n'avons cherché d'abord à lutter que contre certains symptômes, témoins de certains terrains. Aujourd'hui, sans aucune prétention doctrinale, nous pensons que le traitement de la tuberculose devra de plus en plus s'orienter dans cette direction, et que, partant, il conviendra de perfectionner les techniques précédentes, ou d'en créer de nouvelles, si celles-ci ne donnent pas les résultats pratiques espérés.

Au cours de plusieurs années de recherches l'un de nous s'est attaché à l'étude du système neuro-végétatif chez les tuberculeux (5). Son attention fut attirée tout d'abord par les malades dont les lésions évoluaient, et dont les symptômes se dessinaient sur un tableau évident de sympathicotonie. Il put conclure que ces sujets, c'est-à-dire ceux qui présentent une excitabilité nettement exagérée du sympathique, sont exposés à des formes graves et à la répétition d'accidents congestifs. Ces manifestations surgissent même très constamment lorsque, sous une cause occasionnelle variable (trouble atmosphérique, trouble alimentaire, etc.) le réflexe oculo-cardiaque passe par un maximum d'élévation et d'instabilité. Inversement un réflexe oculo-cardiaque stable est presque toujours d'un pronostic favorable, sauf à la phase terminale où les réactions neuro-végétatives paraissent abolies comme les autres, ou tout au moins incapables de réaction appréciable. L'instabilité vago-sympahique est un facteur constamment défavorable, et toute méthode capable de la diminuer entraînera donc logiquement une diminution des risques congestifs et probablement, de ce fait, une amélioration de l'état général et local. Du reste n'avait-on pas remarqué depuis quelques années que le pourcentage des succès consécutifs à la phrénicectomie était nettement plus remarquable chez les sujets dont l'intervention avait provoqué de gros accidents sympathiques que chez les autres (1), et que par conséquent l'arrachement involontaire des filets sympathiques jouait un rôle obscur mais important dans les résultats de la phrénicectomie ? (Sergent, Carle, etc.). Cette remarque confirmait les conclusions doctrinales où était parvenu Jean Chaize.

Aujourd'hui, disons-nous, nous croyons que les raisons d'infiltrer le sympathique sont encore plus nombreuses et péremptoires. Sans doute jusqu'ici les troubles vaso-moteurs locaux ont peu retenu l'attention des auteurs, et cependant l'on a remarqué depuis longtemps que les petits anxieux, les émotifs étaient très souvent guettés par la maladie et que, lorsqu'ils y tombaient, ils présentaient presque toujours un tableau très nettement évolutif. On les opposait aux grands psychiques, beaucoup plus réfractaires, mais l'on s'étonnait de cette antinomie, et précisément car on ne savait pas encore qu'entre les premiers, victimes de leur système neuro-végétatif, et les seconds, victimes de leur système nerveux central, il n'existe somme toute que des

(1) J. CHAIZE et H. MOLLARD. — *Revue de médecine*, février 1936.

(2) L. MICHON et J. ANGIRANY. — Soc. des médecins d'Hauteville, séance du 24 octobre 1935.

(3) FISCHER. — *Concours Médical*, 12 juillet 1936.

(4) ALVAREZ. — *Archives médico-chirurgicales de l'appareil respiratoire*, 1935, n° 6.

(5) J. CHAIZE. — Système vago-sympathique, n° 5, 1936.

(1) J. CARLE. — Essai sur la phrénicectomie. Th. Lyon, 1931.

traits de ressemblance purement superficiels et lointains.

Sans doute aussi en 1929, MM. Bezançon et Jacquelin ont montré dans un mémoire remarquable l'importance des troubles vasomoteurs dans l'éclosion d'un symptôme important : l'hémoptysie, qui, sur deux sujets à lésions sensiblement égales, n'atteindra jamais le premier, au lieu qu'elle colorera sans cesse en quelque sorte la symptomatologie et l'évolution clinique du second (1). Ils ont montré (et les observations de J. Chaize sur les rapports de l'hémoptysie avec l'inversion brusque du réflexe oculo-cardiaque et les troubles de l'ionisation, ont confirmé cette manière de voir) que l'hémoptysie était la traduction au niveau du poumon d'un trouble vasomoteur, d'ordre général, c'est-à-dire étranger au poumon et déclenché par des causes extérieures très variables.

Mais les troubles vaso-moteurs ne sont-ils responsables que de quelques symptômes ? On a beaucoup étudié depuis quelques années les troubles physiopathiques, qui compliquent d'autres champs de la pathologie médico-chirurgicale. On commence à distinguer les manifestations autonomes externes (maladie de Raynaud, œdème de Quinqué) et internes (endo-sympathoses de May) des syndromes sympathiques. On sait aussi que les malades organiques présentent, autour des lésions qui leur sont propres, des phénomènes inflammatoires déclenchés par elles, et souvent plus importantes qu'elles, du point de vue clinique et surtout du point de vue pronostique.

Ces notions, et surtout la connaissance de cette intrication des lésions et des troubles vasomoteurs, ont été précisées par Leriche qui les a mises en lumière d'abord dans quelques syndromes chirurgicaux, tels que l'entorse, puis les a retrouvées peu à peu dans les branches les plus diverses de la pathologie. C'est ainsi que la méthode de l'infiltration cocaïnique locale et celle du blocage ganglionnaire lui ont montré, comme nous venons de l'écrire, que les phénomènes vaso-moteurs circulatoires et réflexes jouaient le rôle principal dans le tableau clinique et dans l'évolution. « Ce sont eux, dit-il, qui font souvent la gravité de la situation, eux qui tuent, parfois car on meurt souvent non pas de la lésion elle-même, mais d'un phénomène fonctionnel contingent et secondaire, qu'il eût été facile de supprimer ».

Or, l'un de nous depuis trois ans s'est attaché à l'étude des phénomènes fluxionnaires au cours de la tuberculose pulmonaire. Dans une série d'études avec M. Benda, il a montré que les phénomènes inflammatoires étaient quelquefois *si marqués qu'ils se paraient d'une autonomie* clinique (épituberculose), et que, bien plus souvent, et même presque dans tous les cas, les lésions présentaient, par intermittences, quels que soient leur stade et leur étendue, une ceinture de processus satellites à leur périphérie. Nous avons ajouté que, dans la plupart des cas, les signes cliniques étaient bruyants, tant que ces phénomènes existaient, et que la scène clinique et évolutive redevenait silencieuse dès qu'après l'évanouissement de ces processus satellites, la lésion dégageait ses contours jusqu'alors incertains. Il ne subsistait plus alors que les signes ou les troubles fonctionnels liés aux déformations architecturales, aux « ruines » du poumon. Ainsi un infiltrat ou une caverne autour desquels rien ne se passe sont généralement muets et sans danger. Le péril ne reviendra que si le foyer est entraîné à nouveau dans le jeu explosif de la fluxion.

Ainsi, quand nous écrivions avec M. Benda (1) : « Bien des manifestations cliniques ne durent ou ne sont très marquées que le temps, où la réaction périfocale entoure le foyer », nous arrivions, dans le domaine de la tuberculose, à des conclusions qui se rapprochaient singulièrement des données générales exposées par M. Leriche.

Aussi bien cet auteur ne dit-il pas lui-même dans un récent mémoire (2) : « Ne peut-on pas penser que, dans nos interventions pour la tuberculose pulmonaire, il faille attribuer une grande part du résultat à la dissociation effective par voie vaso-motrice de la lésion et des phénomènes adjacents, qu'elle provoque et qui l'aggravent ».

Il nous apparaît donc désormais que le sympathique des tuberculeux pulmonaires doit faire l'objet d'une étude minutieuse. Il ne convient plus seulement de porter son attention sur les sympathicotoniques évidents, c'est-à-dire sur les malades qui présentent de grands dérèglements du système sympathique : nous pensons, qu'*apparente ou non l'excitabilité vago-sympathique est une cause d'aggravation et d'évolution des plus importantes dans la tuberculose pulmonaire active.* S'il est vrai que le terrain commande le pronostic, l'une des raisons, qui rendent très fréquemment ce terrain propice aux poussées évolutives, est l'excitabilité du système sympathique. C'est parce que son système sympathique est instable que l'homme peut si souvent n'opposer qu'une faible résistance à l'envahissement de son organisme par la tuberculose, ou tout au moins à son extension. Aussi bien la pathologie vétérinaire nous permet d'étayer ces assertions sur des constatations expérimentales ; il résulte en effet

(1) Bezançon et Jacquelin. — Hémoptysie et troubles vaso-moteurs. (*Presse Médicale*, 1929.)

(1) R. Benda et H. Mollard. — L'infiltration périfocale et l'épituberculose. *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 25 novembre 1935.

(2) R. Leriche. — *Journal médical français*, février 1937.

des expériences de M. Maignon sur la sensibilité comparée des animaux à la pilocarpine et à l'adrénaline, que plus leur organisme est sensible à ces poisons, plus il est sujet à la tuberculose, et à la tuberculose grave. A l'une des extrémités nous trouvons le cobaye, qui présente le ralentissement cardiaque maximum avec la pilocarpine et une mortalité importante avec ce poison et l'adrénaline. Or cet animal est également d'une sensibilité extrême à l'anaphylaxie et à la tuberculose. A l'autre extrémité se trouve le rat, qui est à la fois réfractaire à l'anaphylaxie et à la tuberculose, et qui ne présente qu'un ralentissement cardiaque à peine perceptible (1).

La conclusion est donc bien qu'il existe une relation indiscutable entre l'excitabilité sympathique et le fléchissement devant la tuberculose, et qu'il importe de diminuer cette excitabilité.

Jadis et récemment encore, les auteurs n'étudiaient qu'une phtisiologie dans l'espace. Ils ne décrivaient que le siège des lésions, leur forme, leur aspect, « comme si les foyers — du moins à l'heure où il ne sont pas encore devenus des ruines, des vestiges d'une bataille livrée et partiellement perdue par l'organisme — comportaient une signification personnelle, et n'étaient pas ce qu'ils sont en réalité : les expressions momentanées d'un combat perpétuellement modifié Or aujourd'hui nous comprenons qu'une place plus importante doit être attribuée à l'évolution des faits. La maladie générale, que nous appelons la tuberculose pulmonaire, parce qu'elle livre son principal conflit dans le poumon, ne se résume pas notamment dans un acte unique, ni dans un mode évolutif adopté une fois pour toutes par un organisme donné » (1). Qu'on parle, par exemple, de tuberculose fibreuse ou caséeuse, mais qu'on sache que ces épithètes sont des étiquettes à poser sur l'heure présente ; demain les faits pourront nous contraindre à nommer caséeux, ce qui, hier, était fibreux. Ainsi le phtisiologue ne doit plus se borner à dresser la carte des dégats ; à la phtisiologie plane doit succéder une phtisiologie dans le temps, et la même exigence doit être formulée dans la thérapeutique. Les meilleurs traitements de la tuberculose sont orientés actuellement dans un sens local, mais il nous paraît qu'ils bénéficieraient singulièrement de méthodes adjacentes, qui tendraient à modifier favorablement le terrain.

Arrachement de la chaîne sympathique, infiltration du stellaire, infiltration des ganglions dorsaux : il y aura lieu de revenir sur les avantages respectifs de ces trois procédés, de bien préciser leurs techniques, leurs inconvénients, et surtout leurs résultats ; comme il conviendra d'appliquer les idées précédentes à la thérapeutique médicamenteuse et surtout à cette science encore bien obscure qui est la climatothérapie de la tuberculose pulmonaire.

(1) F. Maignon. — *Acad. Médecine*, 1936, p. 642.

(1) R. Benda et H. Mollard. — L'infiltration périfocale dans la tuberculose pulmonaire ; son importance anatomique et clinique. *Revue médicale française*, février 1936.

ICTÈRE CATARRHAL ET SYPHILIS

Le Docteur G. Milian (*Paris Médical*, 10 juillet 1937) rapporte deux cas où un ictère catarrhal diagnostiqué a pu être considéré comme caractéristique de la syphilis. Un signe différentiel, capital d'avec les ictères gastro-intestinaux infectieux, est consitué par l'état de la langue, qui est rose, humide, non saburrale, ou à peine saburrale, ainsi qu'on l'observe d'ailleurs dans les ictères syphilitiques secondaires les plus typiques survenant au cours de la roséole ou en contemporanéité avec des éruptions syphilitiques flagrantes.

Cet ictère est un peu plus fréquent à la période secondaire de la syphilis qu'aux périodes tardives, mais on peut l'observer également plusieurs années après le chancre, apparaissant, comme ici, sans cause apparente. C'est au point qu'un ictère, survenant sans cause au cours de la vie d'un individu, doit faire suspecter immédiatement la syphilis.

Ces faits pourront permettre, pour le plus grand bien du malade, de son avenir, de sa descendance, de découvrir une syphilis ignorée et d'autre part, d'administrer, au lieu du salicylate de soude ou un simple régime, un traitement antisyphilitique tel que le cyanure de mercure. Ce médicament paraît le traitement de choix à cause de ses propriétés diurétiques, et permettra certainement, comme l'auteur l'a vu à plusieurs reprises, de raccourcir de beaucoup la durée de l'accident hépatique et, dans certains cas, d'empêcher celui-ci d'évoluer vers l'ictère grave.

LA CLINIQUE AU GOUT DU JOUR

Une cause de mort subite, que l'on méconnait parfois :

l'infarctus du myocarde

D'après le Docteur TROCMÉ (1)

CEPENDANT, LE DIAGNOSTIC DE L'INFARCTUS MYOCARDIQUE EST PARFOIS FACILE

« Hier encore méconnu des cliniciens, il n'était découvert que sur la table d'autopsie. Ce n'est néanmoins pas une maladie rare, ni même de diagnostic difficile ». La clinique et l'électro-cardiographie s'épaulant réciproquement, le syndrome de l'oblitération coronarienne et de l'infarctus s'est nettement précisé en ces derniers emps.

Les symptômes cardinaux en sont les suivants: *douleur angineuse atroce et persistante* ; *collapsus cardiaque* ; *chute brusque de la tension artérielle* ; *fièvre* ; *frottement péricardique*.

Voici sa description dans sa forme typique.

Un homme de plus de cinquante ans, souvent polyscléreux, rarement syphilitique ancien, parfois atteint déjà d'angine de poitrine, est pris *brutalement* d'une douleur angineuse intense, atroce, épouvantable. Cette douleur siège, soit dans la région rétro-sternale, soit à l'épigastre, irradie largement aux deux membres supérieurs, à la région axillaire, au dos.

Au lieu de se calmer par le repos ou les vaso-dilatateurs habituels, l'angor se prolonge avec la même intensité pendant des heures et des jours : véritable état de mal angineux. Le malade, immobilisé par l'angoisse dans son lit, est à la fois pâle et cyanosé ; ses traits sont tirés, son nez pincé ; il est plus ou moins dyspnéique.

Des troubles gastro-intestinaux sont fréquents et marqués : nausées, vomissements, météorisme abdominal, parfois diarrhée, quelquefois une légère défense de la paroi abdominale.

Les bruits du cœur sont lointains, assourdis, si bien que la perception du bruit de galop, souvent présent, peut être difficile. Le pouls est petit, misérable, filant ; on peut noter une tachycardie régulière ou irrégulière, et même une bradycardie extrême.

L'effondrement de la tension artérielle objective le collapsus cardiaque ; il prédomine sur la maxima, d'où écrasement de la tension différentielle ; mais la minima est elle-même abaissée ; soit 10-8 pour 22-12 avant la crise.

Dès le lendemain, apparaît la fièvre, en général modérée : 38, 38°5 ; rarement 39° et davantage ; elle se prolonge plusieurs jours, et, dans les cas graves, peut durer jusqu'à la mort.

Vers le troisième ou quatrième jour, un frottement péricardique, *signature de l'infarctus superficiel*, peut être perçu ; il est souvent léger, localisé, fugace ; il ne dure parfois que quelques heures ; sa constatation est importante pour le diagnostic ; mais, assez souvent, il fait défaut.

Aussi, ce diagnostic doit-il, en général, s'appuyer sur la prise d'un *tracé électro-cardiographique*. Il est évident que la courbe en sera modifiée par suite de la mortification brutale d'une partie du myocarde.

L'interprétation des courbes obtenues est cependant délicate : elle nécessite une grande prudence et beaucoup d'habitude. Schématiquement, on distingue :

1° Des déformations précoces et transitoires, durant un ou deux jours : c'est la grande onde monophasique, ou onde T en dôme ;

2° Des déformations secondaires, apparaissant vers le troisième jour : c'est l'inflexion de la ligne RT, ou onde coronarienne de Pardee ;

3° Des déformations tardives : l'onde de Pardee disparaît, l'onde T est négative, et aiguë dans une ou deux dérivations.

Bien entendu, on observe en outre les altérations liées aux divers types d'arythmie, qui peuvent résulter de l'infarctus.

Dans l'ensemble, et malgré des difficultés d'interprétation dans certains cas, l'électro-cardiographie est l'un des procédés de diagnostic et de pronostic les plus précieux.

« La prise de ce tracé électro-cardiographique revêt une grande importance pour reconnaître certaines formes cliniques, où manque l'un des signes cardinaux, énumérés plus haut. Cette épreuve est aujourd'hui rendue facile, grâce aux appareils transportables, qui permettent la prise du tracé au lit du malade.

Il faut citer plusieurs variétés de l'infarctus myocardique :

la *forme sans douleur*, qui se reconnaît à l'insuffisance cardiaque brusque et grave, avec grande hypotension et dyspnée accentuée ;

(1) L'infarctus du myocarde est assez fréquent. (*L'Actualité médico-chirurgicale*, février 1937).

la *forme abdominale*, qui prête à confusion en raison de ses signes graves : vomissements alimentaires ou bilieux incessants, météorisme, parfois contracture de la paroi, faciès grippé.

Récemment, on a même décrit une forme à type d'embarras gastrique, à signes atténuées et sans aucun symptôme cardiaque net.

la *forme avec insuffisance cardiaque prédominante*, insuffisance suraiguë ou asystolie assez rapide et irréductible ;

les *formes arythmiques* : avec extrasystoles ; avec tachycardie paroxystique (assez fréquente) ; avec tachyarythmie ; avec dissociation auriculo-ventriculaire.

***

La mort subite ou retardée ; la guérison possible après la troisième semaine

L'infarctus du myocarde est, en effet, un accident très grave, souvent mortel dans la moitié où les deux tiers des cas.

La *mort* peut survenir par syncope : soit de façon précoce, et le syndrome se réduira, dans ces cas, à la mort subite, — soit au bout de quelques heures ou quelques jours de souffrances atroces ; — soit encore de façon plus tardive, par exemple vers le huitième ou le dixième jour, alors que l'état de mal angineux, progressivement atténué, tendait à disparaître ; cet accident peut être redouté jusqu'au vingtième jour.

La mort est parfois aussi le résultat de l'insuffisance cardiaque, véritable collapsus plus ou moins brutal ou progressif, rebelle aux médications tonicardiaques. Enfin, elle résulte encore d'une complication, la thrombose intraventriculaire, qui se révèle par des embolies pulmonaires, cérébrales, rénales, périphériques — ou d'une rupture du cœur, lorsque la zone mortifiée est particulièrement étendue.

La *guérison* sera espérée, quand le malade aura franchi le cap critique de la troisième semaine, et que l'on constatera un relèvement de la tension artérielle.

Dans les cas les plus favorables, on observe une guérison en apparence complète, le malade n'éprouvant plus ni douleurs angineuses, ni signe d'insuffisance cardiaque.

Parfois, persistent au contraire des *séquelles* plus ou moins importantes : insuffisance ventriculaire, troubles du rythme (parfois, en particulier, dissociation auriculo-ventriculaire), ou encore persistance de douleurs angineuses.

La survie atteint quelquefois plusieurs années : mais, le plus souvent, la maladie coronarienne persiste et on peut voir survenir de nouveaux infarctus en l'espace de quelques années.

***

Le **traitement** de l'infarctus du myocarde comporte trois indications majeures :

1° *Calmer la douleur*, par le repos absolu, les sédatifs et surtout l'usage de la morphine et de la papavérine ;

2° *Soutenir le cœur* : l'usage prudent, mais régulier et répété de l'ouabaïne en injections intraveineuses s'impose de toute nécessité. Certains auteurs ont hésité à l'employer ; il semble pourtant que, maniée avec précautions, elle permette à certains malades de franchir le cap critique des premières semaines de la maladie. Sans doute, elle est impuissante dans les cas suraigus, où l'asystolie est d'emblée irréductible ; mais il n'est pas de même dans les cas de gravité moyenne, où elle doit toujours être associée à la médication suivante ;

3° *Rétablir la circulation coronarienne* : la trinitrine est peu efficace et risque de provoquer une chute de tension trop brusque et trop profonde. Il faut s'adresser plus volontiers aux hormones circulatoires et à l'aminophylline (Carena), par séries alternées.

Ces médications vaso-dilatatrices devront être poursuivies très longtemps, associées plus tard à un traitement ioduré et au repos absolu et prolongé, qui s'impose chez ces invalides du cœur.

G. Fischer.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Dangers de certaines interventions chirurgicales au cours des polyarthrites chroniques évolutives

MM. F. COSTE, J. FORESTIER et R. MANDE estiment, d'après leur exposé, qu'en phase évolutive, les polyarthrites chroniques constituent pour le chirurgien, dans la grande majorité des cas, un cas d'abstention, sans nier toutefois l'utilité des traitements orthop diques et chirurgicaux, s'ils sont appliqués avec discernement.

A la période évolutive de la maladie, quand l'infiltration synoviale et la douleur provoquent une contracture de défense, fixant l'article dans une position vicieuse, l'immobilisation fractionnée par gouttière plâtrée, en position de détente, selon la méthode de Swain, est de la plus grande utilité. Dans cette méthode, on doit retirer tous les jours la gouttière pendant un temps variable et faire exécuter quelques mouvements actifs et passifs pour éviter l'ankylose. Elle s'oppose donc, par son objectif même, à l'immobilisation absolue; loin de tendre à provoquer l'ankylose, elle a pour but de faire céder la contracture et d'augmenter ainsi l'amplitude des mouvements articulaires.

Quant au redressement forcé sous anesthésie, par voie sanglante ou non sanglante, il garde des indications limitées mais fort précises dans les cas où la maladie a fixé une jointure importante comme le genou, la hanche ou le coude en position vicieuse, empêchant le sujet d'accomplir les actes les plus essentiels de la vie courante. Mais il convient de n'admettre au bénéfice de ces interventions qu'un très petit nombre de cas bien choisis, de les préparer par un traitement médical prolongé où la chrysothérapie méthodique tient la première place. Il faut, autant que cela est possible en pratique, s'assurer par une longue observation des signes cliniques, par les réactions biologiques, que toute tendance évolutive a disparu.

Si, malgré le témoignage concordant de tous les examens pratiqués, le début des tentatives de redressement orthopédique paraît ranimer quelque évolutivité, il faut immédiatement les interrompre, reprendre le traitement médical et remettre à plus tard, les tentatives de correction mécanique des positions vicieuses.

Il faut, d'autre part, après les interventions, procéder à une mobilisation précoce et régulière, avec l'aide de masseurs, de kinésithérapeutes bien entraînés. Cette rééducation musculaire peut être favorisée par les pratiques thermales, *notamment par la reprise de la marche en piscine* thermale. Elle nécessite des soins post-opératoires prolongés, de l'ordre de deux à trois mois, sous stricte surveillance médicale.

Si l'une ou plusieurs de ces garanties manquent les résultats ne peuvent être que défavorables. (*La Presse Médicale*, 15 mai 1937.)

Les indications thérapeutiques dans l'adénome de la prostate

L'adénomectomie est évidemment le traitement chirurgical radical. Cependant, MM. GOUVERNEUR et MOTZ rappellent que récemment une nouvelle méthode est venue s'ajouter au traitement de l'adénome de la prostate : c'est la résection trans-uréthrale.

Cette dernière méthode a l'immense avantage de présenter un danger minime : elle est peu shockante et n'exige pas d'anesthésie générale, élément important chez un vieillard. La mortalité est presque nulle. Il est non moins vrai qu'à l'heure actuelle l'adénomectomie comporte un pronostic opératoire bien moins grave qu'autrefois, par suite des soins pré- et post-opératoires, que tous les urologues instituent d'une façon systématique. La résection trans-uréthrale a une efficacité réelle, mais à la condition d'en bien poser les indications, ce que font les auteurs au cours de leur travail. On ne doit donc pas généraliser cette méthode à tous les cas.

Le critérium de la résection est basé autant sur la nature de la lésion que sur son volume, et sur son aspect uréthroscopique : adénome assez gros nettement perçu au toucher rectal ; adénomectomie. Rétention avec prostate normale ou faiblement augmentée de volume, déformation uréthroscopique du col sans saillie considérable des lobes latéraux dans la fossette prostatique : résection.

Cette opération doit se faire chez des malades hospitalisés et jamais de façon ambulatoire. Elle exige de l'opérateur, une grande expérience de l'endoscopie urinaire et un gros entraînement. Le malade sera préparé par une série de lavages uréthro-vésicaux et une dilatation de l'urèthre jusqu'au n° 60 béniqué. Une sonde à demeure sera placée vingt-quatre à quarante-huit heures avant l'intervention.

L'intervention se fait sous une anesthésie épidurale ou sous-rachianesthésie ; cette dernière

anesthésie est plus sûre et permet de travailler plus tranquillement.

Comme résectoscope, les auteurs n'ont utilisé que l'appareil de Davis, qui s'est révélé non seulement précis et pratique dans sa conception, mais robuste dans sa construction. Les sections doivent se faire sous pression d'eau.

Le malade garde durant cinq à six jours une sonde à demeure ; les lavages vésicaux biquotidiens avec des solutions de protargol faible ou d'oxycyanure sont pratiqués. Les premiers jours, il faudra faciliter la diurèse avec du sérum physiologique. Il est bon de surveiller l'opéré pendant les vingt premiers jours. Parfois, vers le dixième ou le douzième jour, on peut voir une hémorragie qui correspond à la chute de l'escharre, et qui a pu nécessiter deux à trois fois la remise en place de la sonde à demeure et des lavages chauds.

Le résultat final de la résection endo-uréthrale, basé sur le volume du résidu, ne peut être jugé qu'après plusieurs semaines. On constate parfois, en effet, après avoir retiré la sonde à demeure, une sorte de parésie vésicale allant jusqu'à la rétention complète, dont le mécanisme nous échappe. On était tenté de conclure à un échec, mais la mise au repos de la vessie (sonde à demeure) ou des sondages bi-quotidiens complétés par des lavages en viennent à bout rapidement. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 mai 1937.)

La chirurgie du sympathique

Le Docteur J. Govaerts expose que la chirurgie du système nerveux sympathique repose sur des données physiologiques précises ; ses interventions ont pour but d'interrompre les voies de conduction efférente ou afférente de ce système. Au cours de son intéressant exposé, il étudie la pathogénie et le traitement d'un certain nombre d'affections, qui relevaient autrefois d'une thérapeutique uniquement médicale. A lire son étude, on peut ainsi se rendre compte de l'évolution survenue dans la conception de la thérapeutique chirurgicale. Celle-ci reposait jadis presque uniquement sur des données anatomo-pathologiques, et l'acte chirurgical consistait essentiellement en l'extirpation des organes malades. Au cours de cette période, la chirurgie connut un développement remarquable. La technique chirurgicale fut créée et acquit le degré de perfection, que nous lui connaissons aujourd'hui en bien des des domaines.

Dans la suite et en ces derniers temps, grâce aux progrès incessants des sciences biologiques, la méthode expérimentale a conquis l'esprit chirurgical. Aussi les chirurgiens se sont-ils efforcés de modifier l'équilibre fonctionnel des organes, et ainsi s'est créée et développée une chirurgie nouvelle, qui n'est encore qu'à ses débuts : celle du système nerveux végétatif et des glandes endocrines. (*Bruxelles-Médical*, 9 mai 1937.)

Le cholestérol dans les ictères infectieux

Le pronostic des affections du foie et des voies biliaires peut trouver d'utiles indications dans le dosage sanguin du cholestérol. Jusqu'à ces derniers temps, on pensait que l'hypercholestérolémie reflétait l'insuffisance de l'émonctoire hépatique. MM. F. Chabrol, Jean Sallet et J.-L. Parrot démontrent que c'est, au contraire la diminution du cholestérol sanguin, et non point son augmentation, que l'on observe à la dernière étape des affections hépatiques, à l'heure où la faillite générale des différentes fonctions organiques est trop facilement exprimée par le vocable « d'insuffisance du foie ». Cette notion résulte de l'étude des cirrhoses et des ictères par obstruction cholédocienne, et mieux encore des ictères infectieux. Il a été ainsi démontré qu'il n'existait aucun parallélisme entre le taux du cholestérol sanguin et de degré de la jaunisse dans les ictères infectieux graves et les cirrhoses ictérigènes terminées par la mort. En réalité, le foie ne joue pas vis-à-vis du cholestérol le rôle d'émonctoire électif, qui lui est accordé vis-à-vis de la bilirubine et des sels biliaires. L'hypercholestérolémie des ictériques serait, dans une certaine mesure, le reflet d'une réaction tissulaire de défense sous l'agression toxique des pigments et des sels biliaires. On accorde volontiers un pouvoir anti-hémolytique au cholestérol, on lui attribue une certaine importance dans le renforcement de la résistance des hématies ; on sait que l'hypercholestérolémie a la valeur d'un test d'immunité dans la convalescence des maladies infectieuses.

Ces considérations doivent être connues du praticien, qui demande au laboratoire des directives nouvelles. Ce sont deux indices de fort mauvais augure que la disparition des sels biliaires et la chute progressive du cholestérol sanguin au-dessous de 1 gr. 20 p. 1.000 chez les ictériques ; ce sont aussi deux éléments précieux de diagnostic, car, dans les rétentions cholédociennes le taux de la cholémie, plus fréquemment encore que celui du cholestérol, est généralement élevé.

Le chirurgien ne doit pas l'ignorer, lorsqu'il hésite à se prononcer entre l'hépatite ictérigène et le calcul du cholédoque. Une précieuse indication séméiologique lui est fournie par la triade : disparition des sels biliaires, chute de la cholestérolémie au-dessous de 1 gramme, brusque ascension de la polypeptidémie.

(*Paris Médical*, 15 mai 1937.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Cuti-réaction et intra-dermo-réaction à la tuberculine chez les vaccinés au B. C. G. et les non-vaccinés

(MM. H. FOLEY et L. PARROT ; présentation par M. Ed. SERGENT ; 1-6-1937)

MM. Foley et Parrot ont étudié la valeur respective des deux réactions à la tuberculine (cuti et intra-dermo), chez les vaccinés au B. C. G et chez les non-vaccinés. Ils concluent que l'on n'est pas fondé à affirmer l'anergie pré- ou post-vaccinale sur la foi de cuti-réactions tuberculiniques négatives, ni par conséquent à multiplier les revaccinations anti-tuberculeuses jusqu'à ce que la cuti-réaction devienne positive.

Comme R. Debré et ses collaborateurs l'ont établi, nombre de sujets vaccinés, à cuti-réactions négatives, sont, en réalité allergiques : l'intra-dermo-réaction, pratiquée avec les doses suffisantes de tuberculine, le démontre ; il en va de même pour certains non vaccinés.

Avant de conclure qu'un sujet vacciné ou non vacciné n'est pas allergique, il est nécessaire de le soumettre à l'intra-dermo-réaction avec des doses croissantes de tuberculine allant jusqu'à un et deux centigrammes.

La voie nasale pour la division des airs des poumons

(MM. F. BEZANÇON, P. BRAUN, M. CACHIN, SOULAS et GUILLAUMIN ; 1-6-1937)

M. Bezançon a signalé déjà tout l'intérêt de la méthode de séparation des airs pour l'exploration fonctionnelle des poumons. La première technique utilisée était celle de Jacobœus simplifiée, au moyen du bronchoscope.

La communication actuelle du Prof. Bezançon a pour but de montrer que l'on peut obtenir la division des airs des poumons par voie nasale, à la fois pour l'examen fonctionnel et pour l'examen microscopique. L'intérêt de la simplification ainsi obtenue n'est pas discutable, la mise en œuvre du bronchoscope pouvant passer difficilement dans les habitudes courantes en raison de sa délicatesse.

Les sondes employées sont demi souples, à extrémité mousse, pour éviter tout traumatisme des voies aériennes, et de petit calibre. Une bonne anesthésie laryngo-trachéale est une condition préalable essentielle. Il suffit, pour cela, d'injecter à trois reprises, à cinq minutes d'intervalle, 3 à 4 cent. cubes d'une solution à 10 p. 100 d'huile scuroformée. Chez certains émotifs, il est bon de faire prendre quelques heures avant l'examen dix centigrammes de gardénal.

La sonde, légèrement recourbée, est introduite dans une narine de bas en haut. On doit en même temps exercer une traction assez forte de la langue, sans laquelle le passage de l'instrument dans la trachée serait impossible. Cette manœuvre doit être effectuée avec douceur pour éviter la blessure du frein de la langue.

Il est des cas faciles où l'on pénètre d'emblée dans la trachée. Mais, d'autres fois, la sonde vient buter contre la base de la langue et se diriger vers l'œsophage. Dans ce cas, il y a intérêt à la remettre en bonne direction par voie buccale. La progression de la sonde est suivie sous écran, et elle pénètre alors dans l'une des bronches.

On peut recueillir par l'extrémité libre de la sonde 10 à 20 c. c. d'air expiré, dans une ampoule. En retirant la sonde, les mucosités bronchiques sont ramenées. Air et mucosités sont soumis à un examen chimique, histologique et bactériologique.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Section intra-cranienne du nerf auditif pour vertige

(M. H. WELTI ; 7-4-1937)

M. Welti a opéré en 1931 un jeune homme de 19 ans atteint de vertige de Ménière rebelle. La section intra-cranienne du nerf auditif amena une guérison restée totale.

L'examen des fragments des nerfs réséqués au cours de l'opération en question permettra peut-être de préciser la pathogénie encore obscure de la maladie de Ménière. M. Marcel Ombrédanne a appelé l'attention sur les lésions histologiques du nerf rencontrées alors. Dandy admet de même, pour un grand nombre de cas, la présence de lésions intrinsèques de l'auditif. Selon lui, assez souvent une boucle anormale de l'artère cérébelleuse moyenne jouerait un rôle en comprimant l'auditif à son émergence du bulbe. La rigidité plus grande des artères avec l'âge permettrait de comprendre l'apparition tardive des vertiges malgré la congénitalite de l'anomalie artérielle.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Un nouveau cas de disparition de crises d'asthme après appendicectomie. Persistance de la guérison depuis six ans

(M. René-A. GUTMANN ; 12-3-1937)

Il s'agit d'une femme âgée de trente ans qui, en 1924, commença à présenter des crises d'asthme, diurnes, nocturnes. Comme toujours, les petites infections rhino-pharyngées ou pulmonaires amenaient des recrudescences des crises d'asthme. Contre cet état, elle essaya, sous diverses directions médicales, toute une série de remèdes, en inhalations, en absorption, en injections. L'état resta toujours le même. Depuis la même époque, soit 1924, cette malade a présenté des troubles intestinaux, caractérisés surtout par des douleurs légères dans la fosse iliaque droite, des lourdeurs de digestion, parfois de petites diarrhées, tous phénomènes n'existant pas auparavant.

En 1930, survient une crise nettement localisée dans la fosse iliaque droite, douleurs, vomissements. On l'aurait opérée, dit-elle, si elle n'avait pas eu son état pulmonaire. En 1931, nouvelle crise d'appendicite subaiguë. Dans ces conditions, la malade est adressée au Docteur Picot, qui intervient à l'anesthésie locale et enlève l'appendice. Depuis le jour de l'opération, c'est-à-dire depuis six ans, cette malade n'a plus eu d'asthme. Elle a eu, à l'occasion, des rhumes, des grippes qui, auparavant, déclenchaient des crises d'asthme violentes ; aucun trouble respiratoire ne se produit. Son état asthmatique qui, de 1925 à 1931, a troublé complètement sa vie, n'est plus qu'un souvenir.

M. GILBERT-DREYFUS estime que, malheureusement, il est impossible de savoir *a priori* si l'ablation de l'appendice malade chez un asthmatique apportera ou non quelque amélioration.

Un cas de tétanos aigu traité par la méthode de Dufour et suivi de paralysie post-sérothérapique partielle de la IIIe paire

(MM. Maurice GAUTHIER et J. ROUVIER ; 12-3-1937)

Ces accidents survenus à la période du déclin de la maladie ont paru présenter un intérêt. En effet, quoique l'atteinte des nerfs craniens soit bien connue au cours de l'évolution de certaines formes du tétanos, elle se produit généralement au début de son évolution, et elle n'a pas été signalée, dans la convalescence de la maladie. Aussi bien n'est-ce pas au tétanos qu'on doit imputer cette paralysie de la IIIe paire, apparue dans la convalescence d'accidents tétaniques aigus incontestables. Elle s'est produite en pleine période de réaction sérique, et il y a toute chance qu'il s'agisse d'une complication nerveuse post-sérothérapique.

Il paraît d'ailleurs intéressant de remarquer que ces paralysies post-sérothérapiques, avec atteinte unique des nerfs craniens ou avec association des nerfs périphériques des membres, semblent être surtout le fait du sérum antitétanique qui paraît plus toxique pour le système nerveux que les autres sérums.

Les Livres

Les livres qui viennent de paraître...

Chez VIGOT, frères,

Dr S. LOEW. — **Nouvelles voies pour la guérison du bégaiement et de la crainte de parler.** Un vol. 94 pages. Prix : 7 francs.

Chez J.-B. Baillière et fils,
19, rue Hautefeuille

Dr A. PRUCHE (de Brest). — **La cardiologie du praticien.** — II. LES TROUBLES DU RYTHME DU CŒUR. LA CARDIO-DYNAMOMÉTRIE CLINIQUE. ÉLECTRO-CARDIOGRAPHIE. Un vol. 152 p., 42 fig. et planches. Prix : 36 francs.

Fiches de Pratique médicale. (Direction scientifique : Docteur DESFOUR, Montpellier, Administration ; 46, rue aux Laines, Bruxelles.)

Les éditeurs de cette publication font paraître des fiches complémentaires qui enrichissent et rajeunissent l'importante collection de base parue en 1935.

. La collection des Fiches de pratique médicale donne au praticien une documentation qu'il pourra consulter pour n'importe quel cas ; c'est un *livre permanent de pratique médicale.*

Editions LA SANTÉ DANS LA BEAUTÉ,
3, rue des Pyrénées, Paris

J. MOLNAR DE VERSIGY. — **Aide-mémoire de l'anatomie.**

Curieux petit opuscule de 32 pages, destiné surtout aux peintres et aux sculpteurs, qui leur donne une idée succincte des os et des muscles du corps humain et leur fournit des repères mnémotechniques.

G. L.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

TRAVAUX ORIGINAUX

Bulletin de l'Actualité

LES ASSURANCES SOCIALES ET LA PROPRIÉTÉ DES ORDONNANCES

La question que j'ai soulevée ici doit intéresser bien des confrères, si j'en juge par la quantité de lettres qui m'ont été adressées, aussi bien d'ailleurs par des praticiens, que par des médecins contrôleurs, et même par un professeur à la Faculté de Lille.

Mon excellent ami Cathelin me fait très justement observer que la plupart de ses malades, assurés sociaux, n'ayant plus d'ordonnances quand ils reviennent le voir, il ignore ce qu'il leur a ordonné. Comme le contrôle réclame les films pour payer les radios, il devient impossible au médecin de constituer des dossiers susceptibles de faciliter la continuité d'un traitement et de suivre l'évolution d'une maladie. Il trouve cette façon de faire intolérable d'autant qu'elle lui paraît, comme elle me le paraissait à moi-même, contraire à l'esprit de la loi.

Dans toutes ces questions, ce qu'il importe avant tout d'envisager, c'est l'intérêt du malade et de savoir s'il est contraire à cet intérêt que les Caisses gardent pour leur contrôle, l'ordonnance, la radiographie qui deviennent ainsi des pièces comptables.

Vanverts (de Lille) que la question intéresse doublement, comme membre du Conseil d'administration de la Confédération et comme chirurgien chargé du contrôle des Caisses, nous a envoyé la note suivante que nous reproduisons intégralement.

« Dans le numéro du 13 juin du *Concours Médical*, le Docteur Massart a envisagé la question des ordonnances en Assurances sociales et insisté sur la nécessité de laisser aux assurés malades, ces ordonnances sur lesquelles se trouvent inscrits les conseils donnés par les médecins pour le mode d'emploi des médicaments, les régimes, etc. Il a fait remarquer que ces ordonnances étaient la propriété des malades et il a conclu qu'elles devaient être remises par les Caisses aux assurés. Cette conclusion est, du reste, conforme à une Circulaire ministérielle récente.

Je suis complètement d'accord avec le Docteur Massart sur l'utilité de laisser à la disposition du malade, les renseignements fournis par le médecin ; mais je diffère d'avis sur la solution à donner au problème. Celle qu'il propose est, sans doute, simple en théorie ; mais elle se heurterait en pratique à des difficultés que l'on n'a pas le droit de négliger.

De l'enquête à laquelle je me suis livré, il résulte que les 9/10e des ordonnances ne renferment que les noms des produits pharmaceutiques et qu'aucune explication sur leur mode d'emploi n'y figure. Je conclus de cette constatation que, pour 9/10e des ordonnances, il est inutile de demander que celles-ci soient rendues aux assurés.

Que faire pour les ordonnances (1/10e) qui contiennent des renseignements destinés aux malades ?

On doit d'abord se demander si les Caisses peuvent se contenter de garder la copie de ces ordonnances et se dessaisir de celles-ci qui constituent des pièces comptables et qui peuvent leur être utiles en cas de réclamations, de conflits, etc.

Il faut, en second lieu, reconnaître que la remise des ordonnances aux intéressés est impossible, en ce qui concerne les assurés indigents. Elles doivent, en effet, être conservées par les pharmaciens pour être jointes aux mémoires d'honoraires adressés à la préfecture en fin de chaque trimestre. Elles ne parviennent ainsi aux Caisses que très tardivement, à un moment où il n'y a plus aucun intérêt à les remettre aux malades. Les pharmaciens seuls pourraient se charger de remettre aux intéressés les copies des ordonnances dont ils conserveraient les originaux.

Je doute que caisses et pharmaciens acceptent volontiers le travail supplémentaire de copie des ordonnances médicales. J'ajoute que, en ce qui concerne les Caisses, une difficulté se présenterait souvent du fait que les ordonnances sont remises par les assurés à leurs correspondants et ne leur parviennent que quelques jours après ; il faudrait donc que, avec ce retard inévitable, pouvant être dommageable pour les assurés, elles renvoient à ceux-ci la copie des ordonnances ou les originaux par l'intermédiaire des correspondants ou de la poste !

Il me semble possible d'obtenir par un moyen plus simple le résultat cherché.

Je rejette la proposition, qui a été faite, de demander aux médecins de rédiger en double leurs

ordonnances à l'aide du papier carbone, car je n'ai aucun doute sur son insuccès.

J'estime, par contre, que les médecins accepteraient d'indiquer sur une feuille, destinée au pharmacien, les produits ordonnés et sur une autre feuille, les conseils destinés à l'assuré. Ce système n'augmenterait pas le travail du praticien. Il est, du reste, utilisé par beaucoup de mes confrères.

Dr J. VANVERTS.

La solution proposée par Vanverts est celle à laquelle quelques confrères, si j'en juge par les lettres reçues, se sont déjà ralliés, ainsi leurs malades satisfont aux désirs des Caisses et sont convenablement soignés. Ils établissent deux pièces, l'une qui est la vraie ordonnance, que l'assuré garde, qu'il ne montre pas à la Caisse, l'autre qui est un bon de pharmacie.

Je doute cependant que cette solution soit acceptée par le pharmacien, qui demande des précisions des explications, et je prévois ses réactions, d'ailleurs justifiées, lorsqu'il verra une ordonnance ainsi conçue, sans aucune autre indication.

1°)	Nitrate d'argent au 1/510e....	200 grammes
2°)	Salicylate de soude	10 grammes
	Rhum......................	30 grammes
	Sirop de limon...............	30 grammes
	Julep gommeux.............	80 grammes
3°)	Alcoolat de Fioraventi....... } Huile d'amandes douces...... }	80 grammes
	Alcool camphré.............	30 grammes
	Ammoniaque	6 grammes

Avec cette ordonnance, le pharmacien donnera au malade trois bouteilles, d'une contenance assez voisine, sur lesquelles souvent il se bornera à mettre un numéro, et qui ne porteront aucune autre indication, ni posologie, ni dose, ni manière de s'en servir.

Ne craindra-t-il pas des erreurs possibles et pour moi, j'ai peur que les risques d'empoisonnement n'augmentent chez les assurés sociaux avec de telles solutions, que le nitrate d'argent serve aux frictions, que le liniment soit pris en potion, et que la potion serve aux insti lations.

Sous prétexte de contrôle, on va compliquer un peu plus le rôle du médecin et du pharmacien en diminuant un peu plus la sécurité du malade.

Je crois qu'il est beaucoup plus logique de se reporter aux pièces officielles et, en particulier, à la note du 19 août 1936 que je reproduis ici.

Circulaire ministérielle concernant les Assurances sociales

Année 1936

NOTE DU 19 AOUT 1936
(Administration générale, 3e bureau)

Récépissés de versements et ordonnances médicales sont la propriété de l'assuré

Il m'a été signalé que certaines Caisses primaires d'assurances maladie-maternité croient devoir conserver définitivement les récépissés de versements que les assurés présentent pour obtenir leurs prestations.

J'ai l'honneur de vous faire connaître que les récépissés dont il s'agit peuvent être retenus provisoirement par les Caisses qui doivent en délivrer un reçu à l'assuré. En tout état de cause, ils doivent être rendus à l'intéressé contre remise dudit reçu lorsque le paiement des prestations est effectué.

Je vous rappelle, d'autre part, QUE LES ORDONNANCES MÉDICALES CONSTITUENT LA PROPRIÉTÉ DE L'ASSURÉ ET QUE LES CAISSES NE SAURAIENT CONSERVER PAR DEVERS ELLES MÊME EN INVOQUANT LES NÉCESSITÉS DU CONTRÔLE, LES ORDONNANCES QUI LEUR SONT RÉCLAMÉES PAR LES ASSURÉS.

Chaque organisme doit évidemment être à même de justifier par des pièces probantes l'attribution des prestations pharmaceutiques, mais il suffit, à cet effet, de conserver la copie des ordonnances, certifiée conforme par le Directeur et l'Agent comptable ou le caissier.

La circulaire ministérielle est sage, mais peut être peut-on pour faciliter le contrôle et simplifier les papiers demander aux Caisses de faire une discrimination dans les ordonnances. Les ordonnances qui, comme le dit Vanverts ne sont que des bons de pharmacie, ne portent aucun conseil: aucune indication, et forment les 9/10 de l'ensemble peuvent SANS INCONVÉNIENT être conservées comme pièces comptables par les Caisses, mais QUE LES AUTRES SOIENT LAISSÉES AUX ASSURÉS, après que la Caisse en aura conservé la copie conforme.

Ce sera la solution logique, celle qui satisfera Caisses, médecins et assurés, elle ne demande qu'un peu de bonne volonté.

Dr Raphaël MASSART.

DISPENSAIRE D'ASSISTANCE ET D'HYGIÈNE SOCIALE DISTRIBUTION GRATUITE DE MÉDICAMENTS

Le médecin-chef d'un dispensaire me demande si un établissement polyvalent d'assistance et d'hygiène sociale, qui vient d'être créé et dans lequel collaborent neuf médecins, peut être autorisé à avoir au siège du dispensaire une certaines quantité de médicaments, achetés soit chez un grossiste, soit chez un pharmacien, en y comprenant des quantités d'échantillons gratuits que nombreux établissements pharmaceutiques de spécialités envoient très largement aux hôpitaux et dispensaires.

Ces médicaments seraient distribués gratuitement aux seuls malades indigents, soignés au dispensaire ou utilisés pour leur traitement. Dans aucun cas ne serait effectuée de vente au public non-indigent.

En cas d'ordonnance magistrale, la préparation de l'ordonnance pourrait être confiée soit à un pharmacien de la ville, soit aux pharmaciens de service à tour de rôle.

Enfin, l'établissement, agissant comme centre antivénérien, reçoit gratuitement les produits spirillicides, délivrés par les Pouvoirs publics, pour la lutte contre la syphilis, dans un but de préservation sociale.

En conséquence, il m'est demandé si la présence d'un pharmacien est absolument indispensable ? Pourrait-on qualifier d'exercice illégal de la pharmacie le fait d'utiliser ou de distribuer gratuitement des médicaments préparés d'avance aux seuls malades indigents soignés dans l'établissement ?

Si la présence d'un diplômé était imposée, faudrait-il prévoir la dépense du traitement d'un pharmacien attaché uniquement au dispensaire, ou pourrait-on demander au propriétaire d'une officine de la ville de venir, de temps à autre, surveiller ce qui se passe ?

Bien entendu, dans aucun cas, ne seront donnés aux malades des préparations contenant des produits inscrits aux tableaux A et B.

Quant aux spécialités, reçues gratuitement, doivent-elles être remises aux malades, avec leur conditionnement d'origine, ou peut-on ouvrir une boîte de pilules, par exemple, pour les donner à plusieurs malades ?

En résumé, est-il licite, pour un dispensaire ne faisant donner des soins qu'aux seuls indigents, d'utiliser ou de fournir à ces derniers des désinfectants d'ordre chirurgical, des collyres nécessaires aux soins d'ophtalmologie, des spirillicides pour la lutte antivénérienne, des sels d'or et autres médicaments, pour la lutte antituberculeuse, ainsi que des médicaments d'urgence ?

Ces drogues et produits officinaux, ou spécialisés constitueraient un dépôt au dispensaire, alors que les préparations magistrales seraient confiées à des pharmaciens de la ville.

En principe, la loi du 21 germinal an XI toujours en vigueur ordonne que seuls les pharmaciens diplômés auront le droit de préparer, vendre et débiter les drogues et médicaments. Il en résulte que lorsqu'un établissement public ou privé veut avoir une officine, c'est à la condition de faire gérer cette dernière par un pharmacien diplômé.

Cependant en faveur d'un dispensaire qui fonctionne selon les directives de la loi du 15 avril 1916, on peut concevoir un adoucissement, surtout lorsque seuls les malades privés de ressources sont soignés gratuitement et, vu leur indigence, reçoivent des médicaments sans avoir à payer ceux-ci.

Pour ce faire, on peut invoquer les termes de la déclaration royale du 25 avril 1777, qui, en son article 8, stipule que « Ne pourront les com- « munautés séculières, ou régulières, même les « hôpitaux et les religieux mendiants, avoir de « pharmacie, si ce n'est pour leur usage par- « ticulier et intérieur ».

On pourrait donc soutenir qu'en vertu de cet article, un dispensaire gratuit pourrait avoir sa pharmacie intérieure, uniquement affectée à la distribution gratuite des médicaments aux seuls indigents de l'établissement.

Certains prétendent que cette déclaration royale a été abrogée par la Révolution et ils s'appuient sur un arrêt de la Cour de cassation le décidant. D'autres au contraire soutiennent que cette déclaration est toujours en vigueur et que la loi de germinal y fait implicitement allusion.

Quoi qu'il en soit, il est prudent de confier à un pharmacien diplômé la gérance de la partie pharmaceutique d'un établissement de bienfaisance surtout s'il est important, ne serait-ce que pour se mettre à l'abri d'une responsabilité professionnelle quelconque, provenant d'une erreur de distribution et surtout de préparation des formules magistrales, des médicaments en vrac, etc.

La question se pose de savoir si, pour éviter les frais de présence d'un pharmacien, ou de surveillance, il ne serait pas possible de n'avoir à la disposition des médecins traitants que des spécialités, ou des médicaments préparés d'avance par un pharmacien ou grossiste, et livrés sous cachet du préparateur. De la sorte, seraient

respectées les obligations de la loi de Germinal, faisant défense à quiconque n'est pas pharmacien de préparer, vendre ou débiter des médicaments et préparations pharmaceutiques. Il n'y aurait ainsi ni « préparation », ni « vente » ni « débit ».

Etablissement de bienfaisance, puisqu'il ne s'adresse qu'aux seuls indigents, le dispensaire pourrait, de la sorte, diminuer ses frais, en achetant au prix de gros, des spécialités et des drogues préparées d'avance.

Mais, en conformité avec la consultation juridique que j'ai publiée dans le *Concours Médical* du 21 mars 1937, tous ces procédés sont en marge de la loi de Germinal, laquelle a eu pour but la protection de la santé publique, en imposant le grade de pharmacien à quiconque doit livrer et vendre des médicaments aux malades. Cependant, le rigorisme de la loi semble devoir être atténué par la jurisprudence qui, en matière de pharmacies d'hôpitaux, se laisse émouvoir par le caractère non-commercial, tout de bienfaisance des établissements publics ou privés, alors qu'ils ne délivrent de médicaments qu'à leurs seuls malades, délaissant entièrement la vente au public extérieur.

Pour conclure, je crois pouvoir répondre ainsi aux questions qui m'ont été posées :

Un dispensaire, ne fonctionnant que sous la forme établissement de bienfaisance et comme établissement polyvalent d'assistance et d'hygiène sociale, peut posséder, à l'usage exclusif de ses seuls malades privés de ressources, un dépôt de médicaments soit spécialisés, soit préparés d'avance par une pharmacie grossiste, ou de détail. Ces préparations ne seront utilisées que par les médecins de l'établissement, ou remis gratuitement aux seuls bénéficiaires des consultations gratuites.

La présence d'un pharmacien n'est pas absolument obligatoire, du moment où il n'y a ni préparation, ni débit de médicaments, c'est-à-dire de vente au détail. Le diplômé ne serait utile que pour endosser la responsabilité professionnelle, au cas d'erreur dans la distribution d'un médicament, ou de mauvais état de ce dernier, mauvais dosage, etc.

Quant aux échantillons que *larga manu* les laboratoires envoient gratuitement et avec extrême largesse aux hôpitaux, dispensaires et autres établissements, les médecins peuvent s'en servir, sans passer par l'intermédiaire d'un pharmacien. Du moment où ces échantillons gratuits ne sont pas mis en vente, alors qu'ils ne sont pas détournés de leur affectation gracieuse pour des malades indigents, il n'y a aucune faute, ni délit.

En principe, ces flacons et boîtes d'échantillons doivent être remis aux malades, dans leur forme originale. De la sorte, en cas d'accident, la responsabilité incomberait au pharmacien préparateur, c'est-à-dire à la maison de spécialités donatrice.

Cependant, rien ne s'oppose à ce qu'un flacon ou boîte soit ouvert, pour que le contenu puisse servir à plusieurs malades.

En ce qui concerne les spirillicides et autres produits employés dans la thérapeutique antivénérienne, les Pouvoirs publics approvisionnent largement les dispensaires en ces produits. Point n'est besoin de pharmacien, pour réglementer l'utilisation de ces médicaments, du moment où le Ministère lui-même passe par-dessus la tête des pharmaciens détaillants, pour lutter avec le plus d'efficacité et d'économie possibles contre le fléau vénérien.

Quant aux formules magistrales prescrites et ordonnées par un médecin du dispensaire pour un cas particulier, la préparation peut en être confiée soit à un seul pharmacien de la ville désigné par le dispensaire, soit à tous les pharmaciens de la localité, qui sont de service à tour de rôle. L'Administration du dispensaire est libre de ces désignations.

Quant à la rémunération des pharmaciens, elle est fixée en toute souveraineté par la Commission administrative du dispensaire. Soit rémunération forfaitaire, soit paiement à l'acte professionnel ; c'est affaire de règlement intérieur, qui doit être approuvé par l'autorité préfectorale.

Je viens de donner une consultation médico-juridique, en me basant principalement sur des considérations législatives et théoriques. Mais, si je pouvais donner un conseil utile aux administrateurs d'un dispensaire, je les engagerais à s'entendre avec le Syndicat des médecins et celui des pharmaciens. Par conversations, on pourrait aboutir à un accord, pour adopter un *modus vivendi*, qui ne lèserait aucun intérêt.

Si le dispensaire entend soigner les malades indigents, le plus économiquement possible, les médecins et pharmaciens apporteront leur concours, à la condition que les malades payants ne se faufileront jamais parmi les privés de ressources. Nous souffrons énormément de ce resquillage. Des clients qui peuvent payer cherchent à obtenir les mêmes avantages gratuits que les vaincus de la vie.

Si les hôpitaux et dispensaires n'y prennent pas garde, ils contribueront à faire doter le pays d'une médecine salariée, gratuite pour tous les habitants d'une ville ou d'un canton. Aux dirigeants des établissements publics ou privés de bienfaisance de se demander avec le Corps médical et pharmaceutique si cette politique de la santé publique serait désirable, alors qu'elle aboutirait à une médecine collective d'Etat.

Dr Paul BOUDIN.

L'ACTUALITÉ PROFESSIONNELLE

Informations judiciaires

La réduction de 10% sur les loyers n'est pas applicable aux contrats postérieurs au 17 juillet 1935

Nous avions récemment exposé à nos lecteurs que le décret-loi du 16 juillet 1935, instituant une réduction de 10 % sur les loyers professionnels et l'habitation, avait été interprété par le Garde des Sceaux, la généralité de la doctrine et la plupart des décisions de jurisprudence, comme ayant instauré un nouveau prix limite des loyers, égal à celui payé au 17 juillet 1935 diminué de 10 %. Nous en déduisions en conséquence que, pour les locaux soumis à la législation d'exception sur les loyers et arrivant en fin de prorogation, le bailleur ne pouvait appliquer la majoration de 325 % prévue par la loi de 1929, et que, pour les locaux soumis au droit commun, le prix du loyer même en cas de nouvelle location, ne pouvait dépasser le montant ainsi fixé par le décret-loi Laval.

Nous croyions cette solution bien établie ; malheureusement avec les textes si peu explicites, dont nous gratifient maintenant les législateurs ou les auteurs de décrets-loi, il est impossible de donner pour des dispositions légales, des interprétations définitives et hors de toutes contestations. En effet, un récent arrêt de la Commission supérieure de cassation, en date du 24 juin dernier (*Gaz. Pal.*, 12 juillet 1937), vient de mettre à bas la thèse du prix limite, en décidant que « *l'art.* 1er *du décret-loi du* 16 *juillet* 1935 *ne réglemente que le prix actuel* des locaux professionnels ou d'habitation. Sont exclus de ses prévisions, d'une part les locaux non loués au jour de la publication du décret, d'autre part ceux qui, postérieurement à cette même date, viendraient à être reloués moyennant un nouveau prix à de nouveaux locataires. Ceux-ci ne sauraient réclamer la réduction de 10 % qui n'a été accordée qu'aux seuls locataires et occupants de bonne foi lors de la publication du décret ».

Cet arrêt appelle indubitablement de nombreuses critiques. Il méconnaît certainement la volonté et l'esprit du législateur, confondu, en l'espèce, avec l'auteur de la Circulaire ministérielle du 16 août 1935, puisqu'il s'agissait d'un décret-loi, car la Circulaire, nous l'avons déjà indiqué, se rattachait expressément à la thèse du prix limite. Cette thèse était d'ailleurs la seule compatible avec l'expérience déflationniste qui prétendait, non pas seulement agir sur les contrats actuels au moment des décrets-lois, mais encore limiter pour l'avenir le prix des loyers aux cours *actuels*, c'est-à-dire aux cours du 17 juillet 1935. Certes on objectera que l'expérience déflationniste a pris fin, qu'une expérience contraire l'a suivie, et que le maintien du prix limite était en conséquence paradoxal. De telles objections s'adressent au législateur ; mais, en l'absence de toute abrogation, le décret-loi devait continuer à recevoir application dans son sens primitif.

Toutefois, devant l'arrêt de la Cour suprême, dont il est peu vraisemblable d'espérer un revirement de jurisprudence, on ne peut que prendre son parti de l'abandon de la thèse du prix limite. Les conséquences de cet abandon ne seront heureusement pas aussi graves que l'on aurait pu le craindre, puisque la loi du 30 juin 1937 a reporté au premier juillet 1938 l'expiration des prorogations légales prévues pour le 1er juillet 1937. Il s'en suit que l'application de la majoration de 300 % est reculée d'un an, de même d'ailleurs que la majoration annuelle de 15 %, et que le prix limite des locaux soumis à la loi de 1926-1929 reste fixé à 3,05 fois la valeur d'avant-guerre.

Mais il ne s'agit là encore que d'une mesure temporaire, et les locataires professionnels attendent toujours le statut et la protection légale à laquelle ils pourraient légitimement prétendre.

Jean MIGNON.

La Presse et les Sociétés

Traumatismes du thorax et tuberculose pulmonaire ultérieure

Sur une question aussi délicate, on ne saurait formuler de conclusions absolues. MM. R. AMSLER et COTTENCEAU estiment cependant que :

1° La tuberculose pulmonaire chez les traumatisés du thorax n'est pas rare : elle a pu être rencontrée dans une proportion de près de 10 % par ces auteurs, qui en ont rassemblé vingt-cinq obse vations personnelles.

2° Elle apparaît plus fréquente dans les contusions que dans les plaies par armes à feu. Dans cette dernière catégorie, le pourcentage est particulièrement élevé, lorsque le traumatisme se complique de rétention du projectile.

3° Pour affirmer ou infirmer un rapport de cause à effet entre le trauma et la tuberculose ultérieure, beaucoup d'auteurs accordent la première place au critérium chronologique. Celui-ci paraît insuffisant : il faut, en outre, prendre fortement en considération : les données anamnestiques familiales et personnelles ; la localisation de l'affection, en la rapportant à la topographie de la blessure ou de la contusion.

4° De même, on attachera la plus grande importance à la recherche des séquelles anatomiques et fonctionnelles qu'on peut trouver à titre de conséquences tardives ; celles-ci existent, en effet, dans une proportion très élevée (62 % d'après les auteurs italiens) chez les traumatisés du thorax. Une appréciation délicate sera la possibilité de la préexistence, au traumatisme, de foyers tuberculeux latents ou éteints.

5° Ces séquelles, lorsqu'elles sont dues à l'action traumatique, entraînent un degré plus ou moins notable d'hypofonctionnement de l'appareil respiratoire et peuvent constituer des conditions de moindre résistance. Celles-ci, ajoutant leur action à celle de l'anergie post-traumatique (dont l'action a été démontrée par MM. Weissmann-Netter, Fircket), favorisent le développement même tardif de la tuberculose pulmonaire. (*Archives médicales d'Angers*, mai 1937.)

***

Rappelons que, déjà le Docteur FIRKET avait exposé, à propos de deux observations personnelles de granulies traumatiques, à vrai dire exceptionnelles, la question de la tuberculose miliaire traumatique au point de vue médico-légal.

L'expert, appelé à se prononcer dans de tels cas, devra incontestablement informer le magistrat que des lésions, demeurées latentes et brusquement ramollies, par suite des effets sur l'organisme du trauma, auraient pu rester latentes pendant un temps indéterminé et peut-être même ne jamais plus évoluer, ainsi que l'indiquent les autopsies d'individus, morts de tout autre chose que d'un processus tuberculeux, mais que pourtant une cause débilitante quelconque aurait pu entraîner les mêmes conséquences.

Ce raisonnement, qui éclairera le juge sur ce qu'est une infection tuberculeuse et une lésion latente, n'est pas de nature à diminuer la responsabilité de l'accident en matière civile. Dans le cas d'accident de travail, d'après le nouveau texte de la loi belge entrée en vigueur le 1er janvier 1930 « la loi sera appliquée, quelles que soient les prédispositions constitutionnelles de la victime » (P. Horion). En droit commun, la question de responsabilité est, au contraire, plus délicate.

En conséquence, il semble que l'expert devra établir, pour admettre la relation de dépendance d'un trauma et d'une tuberculose miliaire subséquente :

1° Que l'accident est réel ;

2° Que les symptômes cliniques et notamment la fièvre ont apparu seulement quelques jours après le trauma ;

3° Qu'il n'y avait pas de signes cliniques de tuberculose en évolution avant l'accident ;

4° Que la réalité du diagnostic de granulie ressort bien des constatations faites par l'autopsie et par la confrontation des lésions avec les signes cliniques relevés ;

5° Subsidiairement, que l'autopsie établit l'existence au moins une lésion tuberculeuse latente ou fraîchement ramollie. (*Liège médical*, 1936, n° 43.)

L'enseignement de la médecine sociale à l'étranger

Un cours de médecine sociale vient d'être organisé par la Faculté de médecine de Cracovie, en collaboration avec le ministère de l'Assistance sociale, et de l'Institut des Assurances sociales.

Ce cours traitera des différents problèmes des Assurances sociales et des questions suivantes de médecine du travail : maladies contagieuses professionnelles, organisation de secours médicaux, hygiène du travail, hygiène des ateliers, intoxications professionnelles et poussières industrielles.

Le programme comprendra en outre des visites pratiques d'hôpitaux, de fabriques, de mines, etc... (*Informations sociales*, 19 avril 1937).

LES CERTIFICATS DE VACCINATION SONT-ILS EXEMPTS DU DROIT DE TIMBRE ?

Par

E. GINESTOUS (Bordeaux)
Lauréat de l'Institut

P. DEPIERRIS
Directeur du Bureau d'hygiène de la ville de Bordeaux

Les certificats de vaccination, dont la délivrance est si fréquemment réclamée, doivent-ils être rédigés sur papier timbré ou peuvent-ils être remis sur papier libre ? C'est là une question parfois embarrassante de la pratique professionnelle.

Il nous est permis de la mettre au point par une documentation officielle, recueillie dans l'Administration d'une grande ville.

L'article 12 de la loi du 13 brumaire an VII pose en principe que tous les actes ou écritures susceptibles de faire titre ou d'être produits pour justification sont assujettis au droit de timbre. Il en résulte qu'un médecin obligé de donner un certificat doit le délivrer sur papier timbré, à moins qu'il ne soit autorisé à user du papier libre par un texte ne comportant qu'une interprétation stricte.

Telle est la doctrine générale souvent exprimée et affirmée. Etudions dans quelles conditions elle est applicable aux cas d'espèces des vaccinations.

Nous envisagerons :

A. *La vaccination contre la variole,* la seule légalement obligatoire dans certains cas.

B. *Les vaccinations contre d'autres maladies.*

A) VACCINATION CONTRE LA VARIOLE

I. Sont exempts de timbre

1° *Les certificats de vaccination et revaccination prescrits par la loi du* 15 *février* 1902.

Car, dans ce cas, l'obligation de la vaccination ou de la revaccination est *imposée* par un texte légal, qui en fixe les conditions et l'âg9.

« *Art.* 6 *de la loi du* 15 *février* 1902 :e La vac-
« cination antivariolique est obligatoire au cours
« de la première année de la vie, ainsi que la re-
« vaccination au cours de la 11ᵉ et de la 21ᵉ année.
» Les parents ou tuteurs sont tenus personnel-
« lement de l'exécution de la dite mesure... »

Le décret du 27 juillet 1903, portant règlement d'administration publique, a précisé le mode d'application de cet article de la législation sanitaire.

Antérieurement à la loi du 15 février 1902, un arrêté du 29 décembre 1889 du Ministre de l'Instruction publique ayant prescrit la vaccination ou la revaccination des enfants des Ecoles, une décision du Ministre des Finances du 23 avril 1889 (Instr. Adm. Enregistr., n° 2794-19) reconnut que les certificats délivrés à cet effet devaient être dispensés du timbre « comme se rattachant à l'exécution d'une mesure de police générale » à la condition toutefois qu'il y soit fait mention de leur destination ». La législation sanitaire de 1902 a donc renforcé les dispositions réglementaires qui ne sont pas abrogées.

Par une lettre du 22 avril 1937, répondant à une demande qui lui avait été adressée à ce sujet, M. le Directeur de l'Enregistrement, des domaines et du timbre a fait connaître à M. le Député-maire de Bordeaux que « son Administration
« supérieure avait décidé, le 19 avril courant,
« que les certificats de vaccination et de revac-
« cination contre la variole délivrés en applica-
« tion de la loi du 15 février 1902, étaient dis-
« pensés du timbre à condition, toutefois, de
« mentionner leur destination et de rappeler la
« loi en vertu de laquelle ils sont fournis... »

Cette décision toute récente de la Direction de l'enregistrement confirme donc la règle précédemment établie en la matière.

Les certificats de vaccination et de revaccination délivrés en application de la loi du 15 février 1902 sont exempts de timbre, à la condition de porter la mention suivante : « Conformément à l'article 6 de la loi du 15 février 1902 ».

2° *Les certificats de vaccination délivrés aux ambulants, forains et nomades.*

Le décret du 3 mai 1913 portant règlement d'administration publique en exécution de l'article 11 de la loi du 16 juillet 1912, sur les mesures

prophylactiques applicables aux ambulants forains et nomades prescrit que ces derniers, doivent « fournir un certificat constatant qu'ils « ont été vaccinés ou revaccinés avec succès « depuis moins de dix ans. Faute de fournir cette « justification, ils sont tenus de se soumettre, « sur l'injonction qui leur est faire par le maire, « à une vaccination ou revaccination immédiate ».

Ainsi ces certificats sont dispensés du droit de timbre comme se rattachant à l'exécution d'une mesure de police sanitaire générale.

3° *Les certificats délivrés en application des mesures de défense aux frontières de terre et de mer.*

Sont également exempts de timbre les certificats délivrés par les autorité sanitaires aux personnes, émigrés et réfugiés, passant les frontières maritimes ou terrestres par troupes, conformément aux dispositions de la Convention de Paris de 1926 et du décret du 8 octobre 1927 portant règlement de police sanitaire maritime.

En ce moment, ces mesures sont appliquées pour les réfugiés espagnols.

II. Sont soumis au timbre

Les certificats de vaccination pour l'admission à des emplois officiels ou administratifs.

Les administrations publiques (Postes et Télégraphes-Préfecture) ou privées (Compagnies de navigation, chemins de fer, etc.) exigent des candidats au moment de la constitution de leurs dossiers des certificats constatant leur vaccination ou leur revaccination. La question s'est posée de savoir si la règlementation quasi officielle qui les oblige à la revaccination — surtout quand il s'agit d'un poste d'Etat — entraînait la dispense du droit de timbre.

La lettre toute récente du 22 avril 1937 adressée à M. le Député-maire de Bordeaux par la Direction de l'Engregistrement ne laisse plus subsister aucun doute à ce sujet : « Les certificats de vaccination dont la production est exigée « des candidats à des emplois dans les services publics (P. T. T., Préfecture, Chemins de fer, etc.) étant délivrés dans un intérêt privé, doivent être rédigés sur papier timbré de dimension ». (1)

B) Vaccinations diverses

La législation sanitaire aussi bien que la législation fiscale sont étroitement restrictives en ce qui concerne la vaccination antivariolique. Seule cette dernière est obligatoire, et, comme conséquence, uniquement dans les cas où cette obligation est imposée, la dispense du droit de timbre est admise.

Il en résulte que les certificats délivrés en vue de la constatation de vaccinations autres que l'antivariolique ne sauraient bénéficier de la même dérogation.

Tout au plus pourrait-on admettre les certificats de vaccination antityphique, rendus obligatoires dans l'armée par la loi Labbé à la veille de la guerre de 1914. Encore un certificat de cet objet ne saurait-il servir pour un but administratif en dehors de l'autorité militaire.

Pareille restriction nous paraît parfaitement regrettable, particulièrement en ce qui concerne la vaccination antidiphtérique.

Adoptant un vœu de Léon Bernard, l'Académie de médecine a demandé que « cette vaccination soit instituée systématiquement parmi les enfants ». Bien qu'elle ne soit pas encore rendue obligatoire par une loi, c'est avec raison que les administrations sanitaires la recommandent et l'imposent même pour l'admission dans certaines crèches ou garderies d'enfants.

En vérité, ce n'est pas favoriser la pratique et la vulgarisation de la vaccination antidiphtérique que d'imposer à ceux qui, répondant au vœu de l'Académie de médecine, et s'y étant soumis, en demandent le constat une taxe sous la forme d'un droit de timbre.

(1) Voir aussi, plus loin, page 2354.

LA RETRAITE DU MÉDECIN ET LA PROPOSITION DE LOI POMARET

Nul n'a perdu le souvenir de la célèbre proposition de loi « Pomaret », tendant à interdire l'exercice des professions libérales à partir de l'âge de 65 ans. Après avoir soulevé les plus vives protestations, elle a suscité une action plus positive, qui s'est manifestée par de nombreux contre-projets, tendant à assurer aux médecins une retraite suffisante pour leurs vieux jours, en faisant de cette retraite, au lieu d'une obligation, une simple faculté plus compatible avec le caractère libéral des professions intellectuelles.

On aurait pu craindre que cette activité reste quelque peu stérile. Nous voulons croire qu'il n'en sera rien, car le procès-verbal de la réunion intervenue entre les représentants des diverses professions libérales d'une part, et M. Pomaret et le Bureau universitaire de statistique d'autre part, que nous extrayons de la Gazette du Palais du 3 juillet 1937, fait espérer dans un avenir peut-être prochain une solution légale à ce double problème : d'éviter le chômage des « jeunes », et d'assurer aux « vieux » le repos, auquel ils sont légitimement en droit de prétendre.

Lors de sa réunion du 30 mars 1935, le Conseil d'administration du Bureau universitaire de statistique avait adopté un « plan d'action contre le chômage intellectue ». La plupart des vœux contenus dans ce plan furent repris par M. Pomaret, député, ancien ministre, qui déposa sur le bureau de la Chambre une proposition de loi très complète tendant à assurer le placement immédiat et régulier de l jeunesse française.

Parmi ces vœux, celui relatif à l'institution d'une limite d'âge dans les professions libérales n'avait pas manqué de retenir l'attention de nombreuses assoc ations professionnelles, avant de devenir l'art. 3 de la proposition de M. Pomaret.

Ce vœu ayant soulevé soit sous sa forme primitive, soit sous sa dernière forme, de vives protestations et de nombreux commentaires, le Bureau univers taire de statistique décida de provoquer une réunion des dirigeants de la Confédération des Travailleurs intellectuels, ainsi que des Associations syndicales des principales professions libérales, au cours de aquelle M. Pomaret serait invité à préciser les termes exacts de sa proposition.

Cette réunion a eu lieu le 17 juin 1937 au Musée social sous la présidence de Me Sarran, vice-président de la Confédération des travailleurs intellectuels, assisté de M. Rosier, secrétaire général du Bureau universitaire de statistique, des représentants qualifiés de la Confédération des travailleurs intellectuels, de la Confédération des Syndicats médicaux français, de la Confédération nationale des Syndicats dentaires, du Syndicat national des vétérinaires, de l'Association nationale des avocats de France et des Colonies, de la Confédération des Sociétés françaises d'architectes et de l'Association provinciale des architectes, ainsi que de l'Union nationale des étudiants.

Après divers exposés faits par MM. Pomaret et Rosier et une longue discussion, à laquelle participèrent activement les Docteurs Cibrie, Hilaire et Friteau, Mes Sarran et Jovart, MM. Legrand, Tabourier et Brévot, l'accord le plus complet fut réalisé entre tous les membres présents sur le point suivant.

M. Pomaret s'est engagé à retirer sa proposition pour y substituer un nouveau projet de loi, qui imposerait aux Associations nationales des principales professions libérales l'organisation d'un régime de retraite, pour la constitution desquelles les versements seraient obligatoires et contrôlés par l'Etat. Le droit à la retraite serait fixé à 65 ans.

Toutefois l'entrée en jouissance resterait au gré du bénéficiaire. Cette retraite devra être reversible au profit de la veuve et des orphelins mineurs.

Le Bureau universitaire de statistique est chargé, en collaboration étroite avec M. Pomaret et des services d'actuaires, d'entreprendre immédiatement l'étude d'un projet détaillé, susceptible d'être soumis dans un très bref délai, à l'approbation des groupements intéressés.

M. Pomaret et les représentants des groupements ayant assisté à cette réunion se sont tout particulièrement réjouis des résultats ainsi acquis dans le sens d'une meilleure organisation professionnelle, assurant le maximum de sécurité à leurs adhérents, et de nature à favoriser le placement des jeunes gens dans les professions libérales.

L'assemblée fut en outre unanime pour insister à nouveau sur la nécessité d'obtenir, sans plus de retard, l'adoption des mesures préconisées en faveur de la loi contre les empiriques et les illégaux, dont l'action si néfaste a été maintes fois signalée par les autorités les plus qualifiées.

CHRONIQUE THÉATRALE

AUX MATHURINS : EVE, de Jean YOLE

Un de nos très distingués confrères qui sous le pseudonyme de JEAN YOLE a publié il y a quelques mois une description remarquable de la Vendée, a fait jouer récemment aux Mathurins une pièce dramatique : *Eve*.

Evidemment *Eve* de Jean Yole a été inspirée par la triste destinée d Eve-Lavallière. Mais elle est loin, très loin d'en être un portrait fidèle. Gœthe, en écrivant Werther, tout en se remémorant le drame de Jérusalem, n'en a pas reproduit les traits, ni Benjamin Constant, en contant les aventures d'Ellenore et d'Adolphe, n'a pas conté exactement l'histoire de ses amours avec Anna Lindslay.

La pièce d'*Eve*, remarquablement jouée aux *Mathurins* par les Pitœff et leur troupe, est émouvante dans sa simplicité. Elle se passe en Vendée, le pays de Jean Yole qu'il a su si poétiquement peindre. C'est l'histoire d'une petite Vendéenne, exportée à Paris, où belle et brillante artiste, ne comptant plus ses succès et adulée par tous, est devenue la maîtresse d'un roi qui l'adore.

Elle a la nostalgie de la Vendée natale et se rend à Challans dans la pauvre chaumière d'une pieuse veuve, Bertrande, qui prit soin d'elle dans son enfance. Le milieu misérable mais dont tous les menus objets évoquent ses souvenirs, les discours sententieux de la vieille paysanne qui ne saurait approuver le genre de vie que mène l'enfant qu'elle a aimée, l'apparition du bon garçon, un peu niais, avec lequel elle a joué jadis et qui garde pour elle une profonde affection, tout cela provoque une crise morale chez Eve qui, en proie à une poignante irrésolution, fuit avec le roi, son amant. Mais la crise est loin d'être apaisée bien qu'Eve ait repris à Paris sa vie de grande artiste et ait retrouvé ses succès mondains. Ni les preuves d'amour délicat que le roi, son amant, lui prodigue, ni l'affection des comédiens, ses camarades, ni la cour insidieuse que lui fait un conseiller du roi, être cynique et sans scrupule, n'arrivent à l'égayer et à lui faire oublier la pauvre chambre de Bertrande, la vieille paysanne de Challans. Elle tente de se suicider et est sauvée par un petit garçon. Peu après, le sonneur de cloche, le naïf amoureux de son enfance, vient lui annoncer la mort de Bertrande qui lui laisse en héritage sa pauvre chaumière.

Après une lutte intérieure, désespérée, son irrésolution est vaincue ; elle retourne à Challans, prend possession du logis de Bertrande et continue l'œuvre pieuse et mystique de cette dernière qui consiste à soigner les malades et à ensevelir les morts. Rien ne saurait la détourner de sa décision, ni l'amour touchant du sonneur de cloche, ni la tristesse du roi, son amant, ni l'appel des comédiens qui organisent une tournée pour elle, ni les propos pervers du méphistophélique conseiller du roi.

Cette histoire édifiante est très émouvante. La crise morale d'Eve, provoquée par le dégoût de sa vie dissolue, est exposée avec une finesse psychologique et une simplicité touchante. Les personnages s'expriment dans un langage d'une élégante pureté, même la vieille Bertrande, même le sonneur de cloche qui, parfois, prononcent de vrais sermons avec une éloquence mystique qui étonne un peu dans la bouche naïve de ces pauvres gens.

La conversion de l'Eve de Jean Yole nous paraît plus poignante et plus pure que celle d'Eve Lavallière, car cette dernière trouva seulement son chemin de Damas quand la maladie, la cécité et la douleur morale vinrent torturer son corps et réveiller son âme.

Jean Yole dans son *Eve* a écrit un conte de fées qui s'adapte merveilleusement aux légendes vendéennes ; comme elles, Eve est simplement émouvante et pieusement irréelle.

J. NOIR.

POUR OU CONTRE LES EXPOSITIONS UNIVERSELLES

L'Exposition de 1937 est la sixième exposition universelle de Paris, ses devancières s'étant échelonnées à douze ou onze ans d'intervalle dans la seconde moitié du XIXe siècle en 1855, 1867, 1878, 1889, 1900.

Partant de points de vue différents, industriel, social, sanitaire même, quelques économistes, quelques écrivains, condamnant les expositions universelles, arrivent à cette même conclusion qu'elles sont plus nuisibles qu'utiles et qu'il faut les supprimer. Paul Leroy-Beaulieu écrivait dans l'*Economiste Français* du 7 décembre 1895 : « Une Exposition universelle sérieuse, morale, élevée, pratique, n'est plus possible ; les conditions matérielles et les conditions morales ne s'y prêtent plus. Il ne peut plus s'agir que d'une foire gigantesque, un fouillis où rien ne se peut classer avec méthode, d'où ne se dégage aucune impression intellectuelle ».

Alphonse Démy, auteur de l'*Essai historique sur les Expositions universelles de Paris*, conteste l'exactitude de cette thèse, mais reconnaît que P. Leroy-Beaulieu s'est malheureusement trouvé prophète dans son pays, car l'Exposition de 1900 présentait trop souvent une image du chaos. Après avoir rappelé les critiques de M. de Vogüé relatives aux expositions précédentes, auxquelles manquait une ordonnance d'ensemble, coordonnant en un tout des efforts intelligents et intéressants, mais dépourvus de cohésion, A. Démy observe qu'un défaut analogue peut être relevé contre les expositions étrangères ; ayant visité celle de Philadelphie en 1876, le journaliste Louis Simonin ironisait : « Aimez-vous le désordre ? On en a mis partout ».

La *Dépêche de Toulouse* publia en juin 1895, sous la signature de M. Allain-Targé, ce commentaire relatif au projet d'exposition de 1900 : « Convoquer à Paris tous les dix ans non seulement nos clients de France et d'Europe, de l'Asie et de l'Amérique, mais en même temps tous nos rivaux et ouvrir à ceux-ci, à Paris même, le marché français dans des conditions de faveur pour eux exceptionnelles ; leur préparer nous-mêmes des magasins, des étalages où ils pourront, avec l'attrait de l'exotique et de la nouveauté, rassembler leurs échantillons les mieux choisis, user de nos journaux, de l'éclat de notre hospitalité pour proposer à leurs hôtes des réductions de prix, de la réclame et du bon marché, en un mot pour détourner nos acheteurs ordinaires, c'est une opération qui m'a toujours paru parfaitement absurde ».

Au Sénat, un membre de la haute Assemblée, M. Le Play, dénonçait en 1896 la malsaine influence qu'exercerait l'exposition de 1900 sur les paysans : « Quel bénéfice, disait-il, le paysan, cette unité la plus précieuse du peuple français, peut-il retirer d'une visite faite à Paris dans de pareilles conditions ? Cet homme, qui gagne péniblement un si maigre salaire, emportera l'impression d'une ville, où tout le monde s'amuse et où, par conséquent, l'argent doit être facile à gagner. Aussi à peine rentré dans son pays, il sera naturellement poursuivi par le désir de venir s'établir dans cette capitale où la vie lui semble, si douce et où les salaires sont si élevés, et s'il réussit à réaliser son projet, il sera le plus souvent déçu dans ses espérances, soit parce qu'il ne trouvera pas d'emploi, soit parce qu'il sera incapable de remplir celui qui lui sera offert. Il ira alors grossir le bataillon des sans travail... » M. Le Play déplorait avec raison cet exode des paysans attirés par Paris après les expositions universelles. Parmi les conséquences de l'exode, l'une des plus fâcheuses est la régression de la natalité qui le suit ; ce grief ne saurait, il est vrai, être retenu contre l'exposition de 1937, le mal, hélas ! étant accompli depuis longtemps.

Enfin, Georges Gérault se montre sceptique, sur les résultats des expositions qui seraient, selon lui, plus illusoires que réels : « Parfois dans le corps humain une surexcitation accélère les mouvements du cœur, colore les joues, donne un éclat brillant aux yeux et donne à tout l'organisme une force factice et passagère. Bientôt une réaction a lieu, et le moindre effort devient impossible au corps tout à l'heure si animé, maintenant complètement abattu. De même, au moment des expositions, le commerce extérieur acquiert une force nouvelle, mais cette force est un acompte sur la force future et l'accalmie nécessaire ne tarde pas à se produire... »

***

Les Expositions universelles françaises ont-elles eu des répercussions sur la criminalité et

sur la mortalité ? A. Démy a compulsé de nombreuses statistiques à cet égard. Criminalité d'abord. L'auteur distingue criminalité générale et criminalité spéciale (principalement vagabondage, vol, mendicité). En ce qui concerne la première, les années d'exposition ne révèlent d'augmentation qu'en 1867, augmentation du reste insignifiante : 18 crimes (3.694 au lieu de 3.676 en 1866) ; les autres années d'exposition la criminalité générale est demeurée à peu près stationnaire.

Au point de vue criminalité spéciale, il y a sensible recrudescence dans le département de la Seine les années d'exposition, et quelquefois au cours des années suivantes. Muet sur le nombre d'arrestations dans l'enceinte de l'Exposition, le rapport de 1855 signale toutefois 215 réclamations dont 115 transmises au Parquet relatives à des vols. En 1867 on compta 102 arrestations dans l'enceinte, dont 71 pour vols, 19 pour abus de confiance, 3 pour outrages publics à la pudeur, 9 pour coups et blessures ; 942 arrestations en 1878, et, en 1889, 1.519 sur lesquelles 128 de pickpockets (79 Français et 49 étrangers). Pour 1900 le rapport d'Alfred Picard indique le nombre d'affaires suivies par les commissariats de police, mais ces « affaires » ne sont pas exclusivement des délits ; il y en eut 8.283 pour l'enceinte principale et 13.113 dans les commissariats du Champ de Mars, des Champs-Elysées, du Gros Caillou, des Invalides, de Chaillot et de Grenelle. Un dixième environ des affaires donna lieu à poursuites.

L'année 1900 ne totalisa pourtant que 26.497 arrestations dans le département de la Seine (contre 27.187 en 1899) ; en revanche 1901 en totalisa 30.399 ; au sujet de cette augmentation, le Préfet de police s'exprimait ainsi : « Il n'y a pas à se le dissimuler, l'Exposition nous a malheureusement laissé une énorme quantité d'individus venus des quatre coins de la France et de l'Europe. Maintenant ils n'ont plus aucun moyen d'existence avouable. Ce sont les résidus des foules formidables accourues aux grandioses fêtes de Paris. Parmi ces parias, les uns ne sont que de pauvres misérables, de pitoyables vagabonds : mais il y a les autres... »

D'après A. Démy les Expositions universelles françaises n'ont pas été funestes à la santé publique. Ici encore l'étude de statistiques est à la base de l'opinion formulée. Le tableau de décès pour la France se présente comme suit :

1854	992.779
1855	937.942
1856	837.082
1866	884.873
1867	866.887
1868	922.038
1877	801.756
1878	839.176
1879	839.882
1888	837.867
1889	794.333
1890	876.505
1899	816.233
1900	853.285
1901	784.810

Dans le département de la Seine, la mortalité a diminué d'exposition en exposition : 3,45 pour cent en 1855 ; 2,47 en 1867 ; 2,40 en 1878 ; 2,37 en 1889 ; 2,11 en 1900. Certaines années d'exposition ont coïncidé avec des épidémies : variole, fièvre typhoïde, diarrhée infantile, sans que du reste il ait été possible d'établir de manière absolue une relation de cause à effet. La plus grave épidémie fut celle d'influenza en 1889, qui éclata en novembre, à la fin de l'exposition ; sa répercussion se trouve dans le chiffre des décès de 1890. Celui de 1901, abstraction faite des années 1896 et 1897 également exceptionnelles, était le plus bas enregistré depuis vingt-cinq ans, considération dont il faut tenir compte si on fait un rapprochement avec l'année 1900 qui sans cela paraîtrait avoir été particulièrement meurtrière.

Michel RENAULT.

SUR MER, DANS LES AIRS ET SUR TERRE, SÉVIT UN « MAL » DES TRANSPORTS

D'après le Docteur Jean RAULT (1)

Les différents modes de transport (terrestres, maritimes, aériens) provoquent chez certains sujets un ensemble de malaises plus ou moins accentués.

La question du mal de mer, celle du mal des aviateurs, sans être élucidées complètement, ont été étudiées au cours de ces dernières années. Leur pathogénie, leur tableau clinique, leur traitement même, sont aujourd'hui connus. Quant aux malaises provoqués par les transports terrestres (chemins de fer, voitures hippomobiles et surtout automobiles), ils n'ont fait l'objet que d'un nombre restreint de travaux. C'est à eux que sera consacrée la majeure partie de ce travail.

S'il existe entre le mal de mer, le mal des aviateurs et le mal des transports terrestres des relations incontestables, en raison des causes très voisines susceptibles de produire des effets semblables, l'aptitude réactionnelle des sujets occasionne entre eux des différences fréquentes. C'est ainsi que s'explique la rareté du mal de mer chez l'enfant et la fréquence chez lui, au contraire, du mal des voitures. Chez l'adulte même, tel sujet enclin au mal des chemins de fer supportera parfaitement les voyages sur mer. Il faut enfin tenir compte des causes propres à chaque mode de voyage, qui rendent parfaitement compte des manifestations spéciales, que l'on relève dans chaque catégorie de transport.

MAL DE MER

Des baillements répétés, des vertiges violents, des sueurs froides, pâleur extrême, ce sentiment d'angoisse, sont des signes qui précèdent les nausées, rapidement suivies de vomissements alimentaires, bilieux, puis de vomissements « à vide », de plus en plus pénibles. Pendant toute la durée de ces malaises, l'intolérance gastrique reste absolue. Tous ces phénomènes ont une durée très variable allant de quelques heures à quelques jours. Certains sujets, même, ne sont soulagés que lorsqu'ils mettent pied à terre ; si long qu'ait été le voyage, l'habitude, l'amarinage n'a pu s'installer chez eux. Dans bien des cas, heureusement, les modifications des conditions de navigation, et surtout le traitement institué, mettent rapidement fin à cette intolérable affection, qui laisse après elle une sensation de fatigue, plus ou moins profonde, plus ou moins lente à disparaître.

La cause du mal de mer réside, évidemment, dans les mouvements du navire : mouvements de tangage autour d'un axe transversal, mouvements verticaux dus à la houle.

Mais à côté de cette cause principale, il importe de ne pas méconnaître les causes accessoires, qui sont : l'insuffisance de la ventilation pulmonaire, résultant à la fois des troubles respiratoires et du séjour dans l'atmosphère confinée de la cabine, l'influence des odeurs, tout spécialement des odeurs de machines, si désagréables, celle de la chaleur. Enfin il faut insister sur la fréquence et l'importance de l'élément psychique chez certains sujets prédisposés.

Schématiquement, le mal de mer apparaît comme un phénomène réflexe à point de départ labyrinthique (perturbations des canaux semi-circulaires de l'utricule et du saccule). La voie centripète du réflexe est le nerf vestibulaire, la voie centrifuge le vague. Parfois le réflexe a un point de départ oculaire, abdominal, voire pulmonaire ou sino-carotidien.

La *prophylaxie* du mal de mer réside avant tout dans le perfectionnement des constructions navales, qui tendent à réaliser des navires de plus en plus stables, en particulier grâce à l'emploi de la gyroscopie. A l'intérieur des paquebots, il faut assurer une ventilation suffisante, installer des sièges et des lits spécialement suspendus pour amortir les mouvements du bateau.

La prophylaxie individuelle n'est pas cependant négligeable : port d'une large bande de crêpe pour maintenir l'abdomen, exercices respiratoires consistant avant tout en des expirations prolongées au nombre de cinq toutes les demi-heures pour assurer une parfaite ventilation pulmonaire. Enfin on doit tenir compte de l'élément psychique.

Pour *le traitement du mal de mer déclaré*, la position horizontale demeure la position idéale au cours du mal de mer. L'ingestion, par petites prises, d'eau *gazeuse* (source Perrier, par exemple)ou de champagne glacé, apporte à certains sujets un soulagement passager.

La thérapeutique médicamenteuse vise à supprimer les phénomènes relevant de la sympathicotonie, ou plus souvent, semble-t-il, de la vagotonie.

Le rôle du pneumogastrique dans le mal de mer a orienté naturellement vers l'emploi de

(1) Thèse de Paris, 1937.

la belladone et de l'atropine. On prescrit habituellement deux ou trois granules d'un quart de milligramme de sulfate d'atropine, administrés chaque jour à titre préventif ; une injection sous-cutanée de un à deux milligrammes du même produit, par fractions de un demi-milligramme, en vingt-quatre ou trente-six heures à titre curatif ; il est parfois intéressant dans certains cas rebelles d'associer morphine et atropine en injections. M. Bohec substitue à l'atropine à titre préventif quatre comprimés renfermant les alcaloïdes totaux de la belladone, ingérés dans la journée et deux comprimés, où se trouvent associés les alcaloïdes de la belladone et le gardénal, pris le soir avant le coucher. On prescrit les alcaloïdes totaux de la belladone en injection hypodermique ; chaque ampoule en contient un demi-milligramme ; on ne dépasse pas habituellement la dose de un milligramme et demi en vingt-quatre ou trente-six heures.

M. Cazamian préconise l'atropine aussi, en plus des modificateurs du sympathique, le tartrate d'ergotamine en particulier en solution à 1/1.000 à la dose de XXX à XL gouttes par jour.

Pour d'autres auteurs (G. et R. Leven) le traitement doit viser, avant tout, à calmer le système nerveux central, « sans tenir compte de la constitution vago-tonique ou sympathicotonique ». Deux jours avant l'embarquement, on donne par prises séparées, de dix à vingt centigrammes de gardénal par jour, et de deux grammes de bromure de sodium dans le même temps ; il faut, de plus, réduire l'alimentation avec suppression du pain et de l'alcool.

MAL DES AVIATEURS

I. Mal de l'air

Le mal de l'air est proche du mal de mer par ses manifestations. Il résulte, au moins partiellement, des véritables mouvements de tangage et de roulis observés au cours de la navigation aérienne ; il provient aussi des accélérations ou ralentissements brusques et des dénivellations rapides, des facteurs de perturbation labyrinthique. Notons en dernier lieu l'influence certaine des bruits de l'avion et de la trépidation.

Quoi qu'il en soit, le mal de l'air apparaît en général chez les sujets peu habitués à cette navigation. L'accoutumance le fait disparaître, dans la majorité des cas. Chez les sujets particulièrement sensibles les précautions hygiéniques, les petits moyens physiques, employés pour prévenir le mal de mer doivent être mis en œuvre. Il importe, en outre, que le pilote recherche, dans la mesure du possible, les couches d'air les plus calmes. Quant à la thérapeutique, on donne la préférence aux calmants généraux ou aux substances qui agissent électivement sur le pneumogastrique.

II. Mal des aviateurs

Le mal des aviateurs est bien différent du mal de l'air. Il est sous la dépendance des conditions d'existence très spéciales, réalisées par la vie en altitude. Il n'est donc pas, comme le mal de mer, en relation directe avec ce mode de transport que constitue la navigation aérienne.

Les conditions physiques de la vie en avion dépendent de deux facteurs essentiels : la baisse de la pression atmosphérique, ayant comme corollaire la baisse de la tension partielle de l'oxygène de l'air, et la baisse de la température à mesure qu'on s'élève. La baisse de la pression atmosphérique est très rapide jusqu'à 2.000 mètres, sa décroissance est ensuite plus lente. A 8.000 mètres la température atteint moins 30° à moins 40° C ; à la même altitude la pression atmosphérique est de 280 millimètres de mercure. Il faut ajouter qu'à partir de 11 000 mètres la température se maintient de façon à peu près constante à moins 56°5 C.

Quelques facteurs plus accessoires sont à retenir : le vent, la sécheresse de l'air.

Réactions organiques. — On observe des accélérations fréquentes du pouls, proportionnelle à la vitesse de dénivellation. Les variations de la tension artérielle peuvent être ainsi schématisées : avec la montée la tension maxima croît, la minima croît aussi, mais plus lentement ; en palier les deux tensions s'abaissent ; au cours de la descente la maxima continue à décroître, la minima s'élève légèrement ; après l'atterrissage la maxima s'abaisse encore légèrement, tandis que la minima, continuant à s'élever, atteint un niveau sensiblement supérieur à son niveau initial. Si elle persiste, cette hypertension de la minima est de fâcheux augure.

Au point de vue hématologique, on note une polyglobulie passagère après le vol. Celle-ci peut être persistante, si le vol devient habituel.

Quant aux modifications respiratoires, elles sont surtout accentuées au-dessus de 5.000 mètres, l'hyperventilation est très nette. La quantité d'oxygène inspiré est cependant insuffisante ; de plus cette hyperventilation amène l'élimination exagérée de gaz carbonique, d'où un état d'alcalose.

Les perturbations de l'appareil urinaire sont habituellement une augmentation de la diurèse, avec diminution du pouvoir concentrateur du rein.

Les réactions, observées au niveau du système nerveux central, sont de grosse importance pratique. Immédiatement après l'atterrissage, on note l'hypertension nette du liquide céphalo-rachidien ; sans doute faut-il rattacher à cette hypertension la céphalée presque constante observée pendant le vol sous forme d'étau temporal, devenant à terre plus diffuse et s'accom-

pagnant alors d'un besoin intense de sommeil. Enfin, il faut noter la fatigue accusée par tous les aviateurs au-dessus de 3.000 mètres ; elle devient très intense au-dessus de 5.000 mètres.

Les manifestations auriculaires sont enfin bien fréquemment observées : hypoacousie à partir de 1.200 mètres ; bourdonnements d'oreille à partir de 1.800 mètres.

En dehors des phénomènes ainsi résumés, qui sont presque constants au cours du vol en avion, il existe une véritable *pathologie de l'aviateur.* Ce sont des troubles tardifs s'observant chez les aviateurs soumis à un travail aérien intense, à des vols fréquents, aux grandes altitudes.

Dans le mal mineur, il s'agit seulement de fatigue avec dépression générale et besoins fréquents de sommeil; au point de vue objectif, l'hypertension de la minima persiste après le vol, pendant plusieurs heures, ou pendant quelques jours.

Dans le mal vrai des aviateurs, le sujet se plaint d'une fatigue très profonde ; son sommeil est insuffisant dans sa durée, peu reposant ; abattu, sans énergie, il redoute l'effort, et voit approcher avec crainte l'heure de son tour de vol ; l'appétit est nul, quelquefois existent des vomissements et de la diarrhée. Sans doute les causes générales de surmenage intellectuel ou physique ont leur importance dans l'apparition de ces troubles. Mais les causes propres à la vie en avion sont primordiales. Parmi ces dernières, on note tout d'abord les phénomènes relevés dans le syndrome de l'érythrémie chronique des altitudes : polyglobulie chronique, instabilité du pH sanguin avec tendance à l'alcalose, surmenage du cœur droit lié aux vasodilatations pulmonaires répétées en relation avec la vie en altitude. D'autre part, relève aussi de la vie en avion l'hypertrophie légère du ventricule gauche, qui témoigne d'une adaptation du cœur aux variations brutales de la pression artérielle.

Le *traitement du mal* des aviateurs exige *l'interruption immédiate de tout* service aérien, avec mise au repos intellectuel et physique pendant plusieurs semaines.

La *prophylaxie* des troubles réside tout d'abord dans la sélection rigoureuse des futurs pilotes. L'intégrité du système nerveux, de l'appareil cardiaque, des organes des sens, doit être absolue ; il importe spécialement que la perméabilité de la trompe d'Eustache soit parfaite, que l'acuité visuelle soit normale.

Quelques règles d'hygiène sont aussi d'importance. Les unes sont à la charge de l'aviateur, les autres relèvent du perfectionnement des constructions d'appareils et des conditions de la navigation aérienne.

A terre, la vie de l'aviateur doit être calme surtout dans les périodes de service très actif : ni excès alimentaires, ni excès alcooliques. Le sommeil sera de durée suffisante. Quant aux règles d'hygiène à appliquer pendant le vol, elles visent à soustraire l'aviateur, autant que possible, aux conditions imparfaites de la vie en altitude. C'est ainsi qu'il faudra assurer sa protection contre le froid par la fermeture des cabines de pilotage, par le port de sous-vêtements et vêtements spéciaux. Les dénivellations brusques seront évitées dans la mesure du possible. On recherchera les couches d'air les plus calmes. Les troubles respiratoires seront calmés par l'inhalation d'oxygène, en lui adjoignant au besoin l'inhalation de gaz carbonique.

MAL DES TRANSPORTS TERRESTRES

Le mal des voitures se rencontre avant tout chez l'enfant entre trois et dix ans, mais il est loin d'être exceptionnel chez l'adulte. S'il disparaît habituellement chez l'adolescent, sa persistance est possible. Comme pour le mal de mer, le sexe féminin y semble plus prédisposé.

Voici la succession habituelle des phénomènes : au bout de 4 ou 5 kilomètres, très vite par conséquent, l'enfant se plaint d'une sensation de chaleur, d'angoisse, d'étau épigastrique. Il devient pâle, transpire abondamment, sa respiration est plus ample. Rapidement apparaissent alors des vomissements alimentaires ou bilieux verdâtres, si le repas précédent est éloigné. Ceux-ci font place à des vomissements « à vide » très pénibles, quand le voyage continue. Ils cessent au contraire, dès que l'enfant met pied à terre. Un peu de fatigue persiste, mais très passagère ; le retour à l'état de santé habituel est en général très rapide.

Les sujets enclins au mal des transports sont habituellement craintifs, réagissant violemment à des chocs minimes. Chez les enfants, il faut noter la fréquence et l'importance des troubles digestifs, surtout des vomissements.

Les mouvements du véhicule jouent un rôle incontestable dans l'apparition des malaises ; aussi l'amélioration de la suspension des automobiles et des voitures de chemin de fer a-t-elle eu les plus heureux effets sur certains sujets, enclins au mal des transports.

Il faut aussi insister sur les autres facteurs étiologiques. La médiocrité de la ventilation pulmonaire intervient : l'atmosphère raréfiée des wagons surpeuplés entraîne des malaises précoces et nombreux. Dans ce cas, la chaleur a une action favorisante non douteuse, et le seul fait de s'exposer à l'air frais suffit à calmer souvent les troubles ressentis.

L'influence des odeurs n'est pas négligeable : gaz d'échappement dans les automobiles, fumée de charbon dans les trains à vapeur, influence néfaste de la fumée du tabac.

Un dernier facteur étiologique mérite une mention spéciale, surtout chez l'adulte, c'est le fac-

teur optique. Très souvent la vision rapide des éléments successifs du paysage entraîne l'apparition des troubles. La correction d'un astigmatisme par le port de verres appropriés aurait amené la guérison de l'affection. Enfin la déficience de la fonction hépatique n'est parfois pas négligeable.

Comme le mal de mer, le mal des voitures est un phénomène réflexe. Les faits cliniques traduisent une perturbation du système neuro-végétatif avec, habituellement, prédominance sur le vague. D'après l'expérimentation, cet accident a pour point de départ une irritation du labyrinthe, plus souvent que celle des voies optiques. Il faut retenir aussi l'influence de la rétention intra-alvéolaire de gaz carbonique, par suite de l'insuffisance de la ventilation pulmonaire.

Le traitement curatif, pour important qu'il soit, n'a pas le même intérêt que pour le mal de mer, du fait de la durée habituellement courte des voyages en automobile et en chemin de fer. Et tout de suite, il faut remarquer l'heureuse influence que déjà a pu exercer l'amélioration de la suspension des différents véhicules sur terre et sur voie ferrée. L'apparition des autorails semble avoir marqué une sensible régression.

Pour un trajet sur voie ferrée, le voyage sera de préférence nocturne ; l'enfant sera ainsi plus calme ; le sommeil ne tardera pas à venir, la position horizontale sera la meilleure pour prévenir les malaises.

En automobile, le départ s'effectuera le matin. Il sera précédé d'un repas léger, d'où seront bannis café, lait, chocolat, pain beurré, et que l'on composera volontiers de thé léger avec pain grillé sec. La vitesse sera aussi constante que possible ; les arrêts brusques seront évités ; les virages seront pris à faible allure. On veillera toujours à maintenir une aération suffisante sans crainte du froid, le sujet étant protégé en conséquence. S'il s'agit d'un enfant, il gardera, lorsque ce sera possible, la position horizontale, car les malaises apparaissent rarement chez l'enfant endormi. Si un repas est pris en cours de route, il sera peu abondant avec le minimum de liquide, le départ se fera au plus tôt deux heures après la fin de ce repas.

Toutes ces précautions, cependant, peuvent être inefficaces. L'apparition des troubles est-elle imminente, : arrêter la voiture, aérer largement, rassurer l'enfant. Le plus souvent cet arrêt suffit à calmer les premiers symptômes, et l'on peut repartir... jusqu'à une nouvelle étape.

Chez de nombreux sujets, toutefois, ces mesures prophylactiques sont insuffisantes. Certains auteurs préconisent alors l'emploi des médicaments, dont l'efficacité est réelle dans la prévention du mal de mer. Ils prescrivent l'ingestion, la veille du voyage et le matin même du départ, d'un calmant du système nerveux : le gardénal, suivant l'âge à la dose de 2 à 10 centigrammes par prise. Il est bon d'associer chez l'adulte la prise, en cours de route, d'un ou deux grammes de bromure de sodium en tablettes.

L'administration par gouttes de la solution d'adrénaline à 1/1000 ou d'éphédrine (à la dose de deux à cinq centigrammes par jour) donne d'excellents résultats, mais chez certains sujets seulement.

***

En résumé, tous les sujets qui empruntent des moyens de locomotion modernes sont soumis aux mêmes excitations labyrinthiques, oculaires, viscérales ou cœliaques, et un certain nombre seulement sont atteints du mal des transports. Les accidents n'apparaissent que chez les prédisposés par un terrain spécial, par une hyperexcitabilité du système neuro-végétatif avec parfois un déséquilibre vago-sympathique, soit alternant, soit prédominant. Cette sensibilité du système nerveux végétatif, qui permet à une excitation sensorielle ou psychique, dépassant les limites normales, de se traduire par des troubles pathologiques parfois graves, est quelquefois constitutionnelle et héréditaire. Dans d'autres cas, elle est transitoire et provoquée par des perturbations humorales ou des troubles fonctionnels. Notamment, le mal des transports terrestres chez l'enfant est très souvent conditionné par une insuffisance hépatique et des troubles gastro-entéritiques chroniques.



Stations hydrominérales et climatiques

Décret du 31 décembre 1936 concernant la Commission permanente des stations hydrominérales, climatiques et uvales de France

Art. 1er. — Les articles 41 et 42 du décret du 4 mai 1920, modifiés par les décrets susvisés des 26 septembre 1930, 7 septembre 1935 et 25 octobre 1935, sont remplacés par les dispositions suivantes :

Art. 41. — La Commission permanente des stations hydrominérales, climatiques et uvales de France, instituée près le ministre de la santé publique, est composée de 63 membres ci-après énumérés :

Un conseiller d'Etat, en service ordinaire, nommé par décret rendu sur le rapport du ministre de la Santé publique et après avis du vice-président du Conseil d'Etat, président ;

Quatorze membres de droit :

Le directeur général de l'Hygiène et de l'Assistance ;

Le directeur de l'Administration départementale et communale au ministère de l'Intérieur ;

Le directeur de la Sûreté nationale au ministère de l'Intérieur ;

Un représentant du ministre des Finances ;

Le commissaire général au Tourisme ;

Le directeur des Mines ;

Le directeur du Service de santé au ministère de la Guerre ;

Le chef du Service central de santé au ministère de la Marine ;

Le président du Conseil supérieur du Service de santé des colonies ;

Le doyen de la Faculté de médecine de Paris ;

Le directeur de l'Ecole de pharmacie de Paris ;

Le délégué général au commissariat général au Tourisme ;

Le vice-président de la section permanente du Comité consultatif du tourisme, du thermalisme et du climatisme ;

Le secrétaire général de l'Institut d'hydrologie et de climatologie ;

Six membres désignés respectivement par la Cour des comptes, l'Académie des sciences, l'Académie de médecine, le Conseil général des mines, le Conseil supérieur d'hygiène publique de France, la Faculté de médecine de Paris ;

Quarante-deux membres nommés par décret sur la proposition du ministre chargé de l'hygiène publique, savoir :

Trois sénateurs ;

Trois députés ;

Un inspecteur général des Services administratifs au ministère de l'Intérieur ;

Quatre maires de communes, sièges de stations hydrominérale ou climatiques ;

Un maire de commune, siège de station uvale ;

Deux représentants des Administrations des chemins de fer ;

Trois représentants de Associations de tourisme ;

Huit médecins hydrologues désignés comme suit : trois sur une liste de présentation de la Société d'hydrologie médicale de Paris, trois sur une liste de présentation du Syndicat général des médecins des stations balnéaires et sanitaires de France ; deux sur une liste de présentation de l'Institut d'hydrologie ;

Deux membres désignés par le Conseil supérieur de l'Assistance publique ;

Quinze membres désignés parmi les personnes compétentes en ce qui concerne l'hygiène des stations ou ayant qualité pour représenter les intérêts économiques des stations, dont nécessairement deux personnes compétentes en matière uvale ;

Les membres de la Commission permanente, autres que les membres de droit, sont nommés pour quatre ans.

Art. 42. — Des rapporteurs spéciaux nommés par le ministre de la Santé publique et choisis parmi les maîtres des requêtes et les auditeurs au Conseil d Etat et parmi les auditeurs à la Cour des comptes sont attachés avec voix consultative à la Commission permanente. Ils ont voix délibérative dans les affaires où ils sont rapporteurs.

Le chef de bureau de la direction de l'Hygiène et de l'Assistance auquel ressortissent les affaires soumises à la Commission permanente assiste aux séances avec voix consultative.

Un secrétaire et des secrétaires adjoints nommés par le ministre de la Santé publique sont attachés à la Commission permanente. Ils tiennent les procès-verbaux des séances et conservent les archives de la Commission. »

Art. 2. — Le ministre de la Santé publique, le ministre de l'Intérieur, le ministre des Travaux publics et le ministre des Finances sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

(*J. O.*, 3 janvier 1937).

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Congrès de l'Union des Associations d'anciens élèves des lycées et collèges de France.** — Le XXVIIIe Congrès de l'Union se tient en ce moment au Lycée Louis-le-Grand sous la présidence d'honneur de M. Paul Labbé, vice-président de l'Alliance française et la présidence effective de M. le Professeur Laignel-Lavastine, membre de l'Académie de médecine. L'Union représente 215 Associations d'anciens élèves représentant au total plus de 120.000 membres.

Après le rapport de M. Badolle de l'Association de Lyon, le Congrès a voté la constitution d'une Commission interfédérale comprenant des délégués des Associations de parents d'élèves, des Associations d'anciens élèves et des Associations d'anciennes élèves pour l'étude en commun des questions intéressant l'enseignement secondaire.

La séance de l'après-midi du 19 juillet était consacrée à l'étude du projet de loi sur la refonte des enseignements du 1er et du 2e degrés.

Les rapports du Docteur Chicandard (Assoc. de Versailles), secrétaire général, de MM. Lamarche (Assoc. de Moissac), Deroide (Assoc. de Calais), membre du Conseil supérieur de l'Instruction publique ont été suivis des interventions très remarquées de MM. le médecin colonel Léon, Mordagne, Boissier (Assoc. de Grenoble), Vallon (Assoc. de Janson de Sailly), Quiminal (Assoc. d'Alès), Reymond, secrétaire général de la Fédération des Parents d'élèves Paul Labbé (Assoc. de Michelet).

Le Congrès de l'Union a finalement voté les vœux suivants :

Le Congrès de l'Union des Associations,

tout en reconnaissant l'effort d'unification nationale que représente le projet de loi sur la refonte d'ensemble des enseignements du 1er et du 2e degrés, émet les vœux suivants :

1° Désireuse de voir conserve son caractère à l'enseignement secondaire, devenu enseignement du 2e degré, lequel a fait ses preuves en formant depluis plus de cent ans les élites de la nation, demande que soit gardé à cet enseignement son esprit, son personnel et son organisation actuels, et que la réforme envisagée soit précisée dans les détails de son application ;

2° Que soient maintenues les classes primaires préparatoires des lycées et collèges ;

3° D'accord avec nombre d'éducateurs, de médecins et de psychologues qualifiés, repousse, parce que 1° inefficace et 2° dangereuse dans ses conséquences sociales, la création de la classe dite d'orientation.

Elle rappelle à ce sujet les vœux précédemment votés au Congrès de Strasbourg en mai 1934.

Elle estime, toutefois, que les projets d'aménagement des heures de loisirs ne doivent pas être dirigés uniquement vers le sport et l'éducation physique, mais aussi vers les travaux manuels, qui contribueront à cultiver ou à révéler chez l'enfant des qualités d'observation et d'exécution techniques, également utiles à la pleine réalisation de ses facultés.

— **XXVe Congrès français de médecine** (Marseille, 26-28 sept. 1938.) — Les questions suivantes ont été mises à l'ordre du jour :

Les spirochétoses ictérigènes : Les formes ictériques par le Prof. Jules MONGES et Jean OLMER (de Marseille) ; Les formes anictériques, par le Prof. agrégé Jean TROISIER (de Paris) ; Les spirochétoses dans la France d'Outre mer, par BORDES et RIVOALEN, professeurs agrégés du Service de santé coloniale.

Les hypochlorémies : Le chlore considéré au point de vue physiopathologique, par le Prof. AMBARD (de Strasbourg) ; Les hypochlorémies médicales, par le Docteur MACH (de Genève) ; Les hypochlorémies du point de vue chirurgical, par le Prof. BIGWOOD et VAN DOOREN (de Bruxelles).

La thérapeutique actuelle des avitaminoses de l'adulte : Introduction à la thérapeutique des avitaminoses, par le Prof. MOURIQUAND (de Lyon) ; Thérapeutique des avitaminoses A, par le Prof. CHEVALIER (de Marseille) ; Thérapeutique des avitaminoses en pathologie coloniale (béribéri, sprue), par le Prof. TOULLEC et le Docteur RIOU (d'Hanoï) ; Thérapeutique de la pellagre, par le privat-docent NITZULESCU (de Jassy) ; Thérapeutique des avitaminoses du type scorbutigène, par le Prof. agrégé GIROUD et LEBLOND (de Paris) ; Thérapeutique des avitaminoses D et E par le Prof. WILDSTEADT (Copenhague).

Seules seront admises les communications ayant trait à ces sujets.

— **Congrès français de stomatologie.** — Le prochain congrès français de Stomatologie aura lieu en octobre 1938.

Le Bureau est ainsi constitué : président, Docteur Lacronique ; vice-présidents, Docteur L'Hirondel et Docteur Beltrami, de Marseille ; secrétaire général, Docteur Mme Papillon-Léage ; trésorier, Docteur Ginestet.

Le premier rapport : Sur les adénites géniennes, sera traité par le Prof. DUBECQ, de Bordeaux.

Le deuxième rapport : Sur les dystrophies dentaires de l'hérédosyphilis, par le Docteur LEBOURG.

Le Docteur HÉNAULT a été chargé de la question en discussion : elle portera sur la vaccinothérapie en stomatologie.

Le Gérant : R. THIRON

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux

Réponse

Aux termes de l'art. 31 du règlement d'administration publique du 19 mars 1936, lorsqu'un assuré prétend au bénéfice de l'assurance invalidité et adresse sa demande à la Caisse d'Assurance-maladie, qui la transmet à la Caisse d'Assurance-invalidité, celle-ci doit communiquer le dossier à son médecin-contrôleur qui procède ou fait procéder à un contre-examen de l'assuré s'il le juge utile et donne son avis motivé.

Par conséquent, non seulement la Caisse d'assurance-invalidité est en droit de faire procéder à un tel examen, mais encore il est de son devoir de le faire avant de prendre une décision. Bien entendu, le médecin-contrôleur, lorsqu'il ne se juge pas suffisamment qualifié pour procéder à l'examen du malade, est en droit de s'adresser à un autre médecin en pur droit commun et il incombe alors à la Caisse de l'honorer.

L'assuré ne saurait se refuser à l'exercice de ce contrôle ; il a au contraire l'obligation de s'y prêter, conformément à l'art. 8, parag. 2 du décret-loi du 28 octobre 1935. En cas de refus constaté, les prestations seraient suspendues et notification en serait faite à l'intéressé. Ce contrôle n'est d'ailleurs susceptible de porter aucun préjudice aux intérêts légitimes de l'assuré puisque, si les conclusions qu'en tire la Caisse ne lui semblent pas fondées, il est en droit de contester le pourcentage d'incapacité, qui lui est notifié en saisissant du litige la Commission technique régionale d'invalidité conformément à l'art. 10 parag. 3 du décret-loi et à l'art. 35, parag. 1er du décret d'Administration publique. Aux termes de cet article, l'assuré qui entend contester la décision prise par la Caisse d'assurance invalidité, décision qui lui a été notifiée par lettre recommandée déposée dans un délai de 15 jours à compter de cette notification, peut adresser sa réclamation par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, au secrétariat de la Commission technique régionale en indiquant le nom du médecin qu'il désigne pour y siéger.

Le fonctionnement de la Commission technique régionale est réglé par un arrêté ministériel du 29 mai 1936. Elle est composée : d'un médecin désigné par le premier président de la Cour d'appel sur une liste de médecins-experts ou sur une liste établie par les Syndicats médicaux, d'un médecin désigné par l'Union régionale des Caisses primaires d'assurance maladie et d'un médecin représentant l'assuré et désigné par lui dans sa lettre recommandée.

La Commission statue dans un délai de deux mois après avoir procédé à une enquête et à une expertise sur place s'il y a lieu. L'assuré et la Caisse d'invalidté peuvent interjeter appel de sa décision devant la Section permanente du Conseil supérieur des Assurances sociales par lettre

recommandée avec demande d'avis de réception, dans les quinze jours de la notification de la décision.

5.414. — Délivrance des soins dentaires aux assurés sociaux

Je viens encore une fois vous mettre à contribution pour un renseignement concernant une de mes clientes.

Son mari, employé du P. O., assuré social, s'est vu refuser par sa caisse une feuille pour soins dentaires, dont devait bénéficier ma cliente, non assurée.

Quoique la chose me paraisse impossible, j'aurais pu admettre que la femme de cet assuré social n'ait droit à aucun remboursement. Mais, pour motiver le refus, réponse lui a été faite que : s'il s'agissait d'extractions seulement, la feuille d'Assurances sociales lui serait fournie et serait valable.

Dans le cas présent il s'agit uniquement d'obturations, et, ma cliente m'a affirmé que son mari était bien en règle pour ses cotisations.

Je ne crois pas que le règlement des Assurances sociales puisse forcer un dentiste à faire uniquement des extractions pour une certaine catégorie d'assurés et, pour tirer la chose au clair, je vous serais très reconnaissant de me donner votre avis.

Dr F.

Réponse

La délivrance des soins dentaires aux assurés sociaux ou aux membres de leur famille est réglée par l'art. 25 de l'arrêté ministériel du 30 janvier 1937 instituant le règlement intérieur-type des Caisses d'assurances sociales.

En vertu de cet article, l'assuré qui désire obtenir pour lui ou pour les membres de sa famille bénéficiaires de l'assurance, les prestations pour soins dentaires demande à sa Caisse de lui délivrer une feuille de traitement dentaire. Les obturations dentaires donnent lieu à l'application de leur tarif de responsabilité établi sur la base des obturations en matière plastique ou métal non précieux. Les dispositions du présent règlement relatif à l'intervention d'un spécialiste de même que celles relatives au remboursement des frais sont applicables aux soins dentaires.

Ceci veut dire que, pour avoir droit au remboursement des frais dentaires, exposés par lui ou les membres de sa famille, l'assuré doit se conformer aux dispositions de l'art. 24, c'est-à-dire qu'il doit demander à sa Caisse, préalablement au traitement, pour être annexée à la feuille de maladie en cours ou apposée sur ladite feuille, une acceptation de prise en charge des prestations dans les conditions pévues par l'art. 115 du règlement d'Administration publique.

Si la Caisse refuse cette prise en charge pour les motifs médicaux tirés de l'état du malade, le différend doit être tranché par la Commission

technique des trois médecins instituée par l'art. 8, parag. 3 du décret-loi.

Cette Commission est saisie par l'assuré au moyen d'une lettre recommandée adressée au greffier du juge de paix de son domicile.

Si le refus est fondé sur un motif non médical, d'ordre juridique ou réglementaire, il y a lieu de saisir de ce refus la Commission d'arrondissement au siège de la Caisse, par lettre recommandée adressée au Président de ladite Commission au greffe du Tribunal civil dans les dix jours de la notification du refus.

5.325 — Assujettissement d'un jardinier aux Lois sociales

J'occupe depuis plus de quinze ans un journalier employé à des travaux divers dont le principal, en dehors de l'entretien des voitures, est la mise en culture d'un vaste jardin de 5.000 mètres carrés. Cet homme ne travaille pas exclusivement pour moi ; je l'occupe environ trois à quatre jours par semaine, plus ou moins selon les saisons. A la période de récolte des fourrages et des moissons, il va travailler chez des agriculteurs voisins.

N'étant pas son seul employeur, il s'est, sur mon conseil, fait inscrire à une Caisse d'Assurances sociales. Du fait de ses occupations presque exclusivement agricoles, cette inscription a eu lieu au titre et au tarif agricoles, ceci depuis le début d'application de la loi. Je paie d'ailleurs pour lui et ses cotisations et les miennes.

D'autre part, le versement des allocations familiales pour les salariés de l'agriculture étant devenu obligatoire dans le département de l'Orne depuis le 1er avril dernier et l'intéressé étant chargé de famille (sept enfants), il y aurait intérêt à ce qu'il puisse être inscrit.

Pensez-vous que la profession libérale de son principal employeur puisse être un obstacle à ce sujet, puisqu'elle ne l'a pas été à son inscription aux assurances sociales au titre agricole ? Et en cas d'impossibilité ne pourrai-je m'inscrire pour lui à une caisse de compensation d'une autre profession.

Dr G...

Réponse

Votre jardinier doit être considéré en effet au point de vue de l'application des lois sociales, comme exerçant une profession agricole. Son cas est formellemet prévu par le paragraphe 2 de la loi du 15 décembre 1922 étendant la législation sur les risques professionnels à l'agriculture. Aux termes de cet article, bénéficient de la protection légale les ouvriers qui, n'étant pas petits patrons, sont employés par des entrepreneurs ou des particuliers à l'entretien et à la mise en état de jardins.

Toutes les lois sociales, qui ont suivi la loi du

15 décembre 1922, lorsqu'elles ont voulu définir leur champ d'application dans l'agriculture, se sont référées purement et simplement à la définition posée par cette loi ; ainsi en est-il notamment du tarif d'application sur les allocations familiales et du décret-loi du 30 octobre 1935 sur les Assurances sociales.

Dans ces conditions, il importe peu que vous exerciez une profession libérale ou une profession agricole, et sa qualification d'ouvrier agricole est juridiquement exacte.

5.498. — Situation des assurés sociaux qui ont dépassé 60 ans

J'ai engagé une bonne qui est née le 29 décembre 1872 Elle a donc plus de 60 ans. Suis-je forcé de l'inscrire aux Assurances sociales ?

Elle a versé jadis pendant trois années consécutives.

Ces versements lui donnent-ils droit à quelque chose en cas de maladie, infirmité ou vieillesse.

Actuellement elle est bien portante.

Dr M.

Réponse

En vertu de l'art. 3 du décret-loi du 28 octobre 1935 sur les Assurances sociales, l'assuré qui atteint l'âge de 60 ans est radié à compter du premier jour du trimestre civil suivant. S'il continue à travailler, il est exonéré de toute retenue à sa charge, mais la contribution patronale reste due pour l'emploi de tout salarié âgé de 60 ans ou plus, dont la retraite est liquidée ou en instance de liquidation ou même qui ne bénéficie d'aucune retraite.

Cette contribution doit être acquittée trimestriellement dans les mêmes formes et conditions que la contribution patronale et ouvrière. Elle est périodiquement versée au fond de majoration et de solidarité.

Mais si cette assurée perd ainsi ses droits, à l'âge de 60 ans, aux prestations maladie ou invalidité, elle peut par contre, demander la liquidation de ses droits à la pension de retraite dans les conditions prévues par l'art. II du décret-loi. Cette pension vieillesse est égale, en principe à 40 % du salaire moyen résultant des cotisations versées.

Pour les assurés âgés d'au moins 30 ans, qui auront rempli depuis cette date jusqu'au 31 décembre 1935 les conditions de cotisations prévues par l'art. 15, paragr. 2 de la loi de 1928-1930 (c'est-à-dire, ont fait des versements durant cette période correspondants au moins à 240 jours de cotisations journalières d'après leurs catégories) et qui auront subi chaque année, à compter du 1er janvier 1936 une retenue de 60 francs au moins, la pension-vieillesse est égale

à autant de trentièmes de la pension normale qu'il y a de retenues annuelles sans que le chiffre puisse être inférieur à 600 francs.

5.527. — Immatriculation des femmes de ménage

J'avais depuis un certain temps une femme de ménage que j'avais fait inscrire aux Assurances sociales. Cette femme est tombée malade en février et a dû cesser son travail. Je l'ai remplacée successivement par plusieurs autres, espérant que son état de santé s'améliorerait et qu'elle pourrait reprendre son emploi ; mais je vais sans doute être obligé de la remplacer définitivement par celle que j'avais prise provisoirement. Or, celle-ci ne veut pas s'assurer, sous prétexte qu'elle bénéficie de l'assurance de son mari.

Je me croyais parfaitement à l'abri de tout ennui, puisque cette femme travaille également pour d'autres employeurs, lorsque j'ai lu dans le dernier numéro du *Concours* (art. 4.796) que depuis 1936, l'employeur, même s'il n'est pas unique, est tenu de faire immatriculer sa femme de ménage. C'est du moins ainsi que j'ai compris la réponse parue dans le *Concours*, je serais heureux d'avoir des précisions à ce sujet.

Dr B.

Réponse

Il est exact que depuis l'entrée en vigueur du nouveau régime des Assurances sociales institué par le décret-loi du 28 octobre 1935, les employeurs de femmes de ménage sont obligés de les déclarer et de les faire immatriculer aux Assurances sociales, sans qu'il importe qu'elles travaillent ou non pour plusieurs employeurs, du moment que leur service n'est pas occasionnel ou intermittent et présente une périodicité et une continuité suffisantes.

Il importe peu à cet égard que la femme de ménage consente ou non à cette immatriculation, car il s'agit-là d'une obligation imposée par la loi à l'employeur, en dehors de tout consentement de l'assurée.

ACCIDENTS DU TRAVAIL

5.493. — Prélèvement de 10% sur les honoraires accidents à la charge de l'Etat

Je viens vous soumettre un petit litige : les « Accidents du travail » pour le compte de l'Administration des Ponts et Chaussées sont-ils soumis au prélèvement de 10 % ? L'Administration départementale fait subir automatiquement ce prélèvement aux mémoires qui lui sont présentés et le caissier de la Perception m'affirme que ce prélèvement est supprimé depuis octobre 1937 sans pouvoir me préciser la date de ce décret.

Je compte sur votre amabilité coutumière pour me donner toutes précisions utiles à ce sujet.

Dr P.

Réponse

L'article 1er du décret-loi du 16 juillet 1935 instituant un prélèvement de 10 % sur toutes les dépenses publiques, venues à échéance postérieurement à sa publication, n'a fait l'objet d'aucune abrogation ou modification partielle ou totale.

Par contre l'art. 2 de ce même décret instituant un prélèvement spécial pour les dépenses de personnel a été à plusieurs reprises modifié par des lois ultérieures (art. 54 de la loi du 31 décembre 1935, loi du 21 juin 1936, loi de mars 1937).

Mais, en l'espèce, c'est bien l'art. 1er et non l'art. 2 du décret qui est applicable. En effet, le médecin, qui donne ses soins à un ouvrier de l'Administration des Ponts et Chaussées, n'est nullement lié avec cette Administration par un contrat de louage de services et lui prête au contraire, ses services dans les mêmes conditions qu'à un client de droit commun. Par conséquent, le montant de ses honoraires ne constitue nullement un traitement et doit subir le prélèvement de 10 %, puisqu'il résulte d'un tarif fixé par l'autorité publique et non point d'une convention expresse ou tacite intervenue entre les parties intéressées dans chaque cas particulier.

Il apparaît donc certain que le percepteur de votre pays a confondu le décret relatif aux dépenses de personnel avec celui afférent aux dépenses publiques en général.

5.349. — Accident de battage

Un cultivateur établi à son compte, mais travaillant un jour à la moisson chez son père cultivateur aussi, fut victime d'un accident de battage qui entraîna l'amputation d'un bras, accident survenu en 1921, donc avant la loi qui assujettissait les cultivateur à la législation des accidents du travail.

Le cultivateur en question, ni son père n'étaient assurés. Existe-t-il réellement une disposition nouvelle qui accorde à ces mutilés une rente comme s'il avaient été assurés et comment en réclamer le bénéfice.

Dr B.

Réponse

Si l'accident dont votre client a été victime au cours de travaux de battage, s'est produit, comme il est probable, alors qu'il était occupé à la conduite ou au service de la machine, la responsabilité de l'accident incombait à l'exploitant de la machine, conformément à la loi du 30 juin 1899.

Votre client aurait donc pu poursuivre contre ce dernier le paiement des indemnités prévues par la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail. Ne l'ayant pas fait il se trouve *forclos* à son égard.

Mais par contre, une série de lois depuis la loi initiale du 15 juillet 1922, ont accordé des indemnités supplémentaires à des catégories sans cesse plus nombreuses de victimes d'accidents du travail et même aux victimes d'accidents survenus avant l'entrée en vigueur de la loi du 9 avril 1898. Suivant l'art. 2 de la loi du 15 juillet 1926, le caractère professionnel de l'accident ainsi que le degré d'invalidité qui en est résulté directement, sont fixés sans appel par ordonnance du Présient du Tribunal civil du lieu de l'accident.

Il convient donc que votre client commence par présenter requête au Président du Tribunal pour faire reconnaître le caractère professionnel de son accident et son taux d'incapacité. Une fois l'ordonnance du Président rendue, i' pourra demander au Ministère du Travail, contrôle des Assurances privées, l'établissement de son dossier pour obtenir le paiement de l'allocation qui era proportionnelle au taux de son incapacité. Nous vous signalons que l'allocation annuelle varie actuellement entre 300 francs par an pour une invalidité de 20 à 24 % et 4.735 francs pour une invalidité de 100 %.

Nous restons à votre disposition au cas où vous auriez besoin de renseignements complémentaires.

5.609. — L'intoxication par le benzol et ses dérivés est une maladie professionnelle protégée

Pourriez-vous me dire, si l'intoxication aiguë ou chronique par le benzol et ses dérivées peut-être considérée comme un accident du travail (maladies professionnelles).

Dr C.

R. ponse

Parmi les maladies professionnelles bénéficiant par exception de la protection légale en vertu de la loi du 25 octobre 1919, modifiée par la loi du 1er janvier 1931, figurent le benzinisme professionnel, et en particulier les troubles gastro-intestinaux benziniques accompagnés de vomissements répétés, les polynévrites benziniques des membres inférieurs, les troubles oculaires benziniques, le purpura hémorragique, l'anémie progressive, ou leucopénie et mononucléose, et les accidents aigus benziniques (coma, convulsions).

Toutefois ces maladies, pour bénéficier de la législation protectrice sur les accidents du travail, doivent provenir des travaux industriels

suivants : production du gazol par distillation, rectification de la benzine, extraction des corps gras, fabrication des matières colorantes, teinturerie, dégraissage, préparation des plumes, fabrication et réparation des pneumatiques ou en général d'objets caoutchoutés à l'aide de la benzine.

FISCALITÉ

4.320. — Timbre des certificats de vaccination ou revaccination

L'un de nos correspondants nous communique la lettre ci-après, qu'il a reçue du ministre des postes, télégraphes et téléphones en réponse à une question qu'il lui avait posée :

MINISTÈRE DES POSTES
TÉLÉGRAPHES
ET TÉLÉPHONES Paris le 14 mai 1937.
Direction du Personnel
2e Bureau

Monsieur,

Vous avez bien voulu me signaler qu'il vous paraissait contraire aux dispositions de la loi du 15 février 1902 d'exiger que les certificats de vaccination ou revaccination demandés aux candidats à l'emploi de jeune agent des installations extérieures fussent établis sur papier timbré.

J'ai l'honneur de vous faire connaître que mon Administration applique en la circonstance les instructions formelles du Ministère des Finances. Celui-ci considère, en effet, que les seuls certificats de vaccination appelés à bénéficier de l'exemption d'impôt sont ceux dont l'établissement est imposé par la loi du 15 février 1902 qui a rendu obligatoire la vaccination des jeunes enfants.

L'exonération du droit de timbre ne peut, en conséquence, être étendue au certificats fournis par les candidats aux emplois publics.

Veuillez agréer, etc.

Pour le Ministre,
Pour le Directeur du Personnel,
Signature illisible.

5.431. — Déduction des primes pour constitution de retraite

J'ai souscrit pour la constitution d'une retraite valable dans quinze ans, à la Caisse des dépôts et consignations. Le percepteur chez qui j'avais fait le contrat m'avait certifié que les sommes ainsi versées étaient à déduire pour l'établissement de l'impôt sur le revenu. Or le contrôleur des contributions ne veut pas l'admettre.

Qui a raison ? Je vous serais extrêmement obligé de vouloir bien m'éclairer sur ce point.

Dr T.

Réponse

Depuis 1934 l'Administration n'admet plus la déduction des primes versées pour constitution de retraite.

Lorsqu'il y a un capital réservé l'Administration a certainement raison. Mais s'il s'agit d'une simple retraite, nous soutenons que l'on peut déduire une prime égale à 6 % des recettes professionnelles.

A. et S. MARTINOT,
Conseillers fiscaux

5.881. — L'impôt général sur les revenus n'est pas applicable au Maroc

Un Français résidant au Maroc est-il imposable sur le revenu d'immeubles situées en France ?

Dr V.

Réponse

Les français habitant le Maroc, et n'ayant pas de résidence en France, ne sont pas soumis à l'impôt général dans la Métropole, même s'ils y possèdent des immeubles.

A. et G. MARTINOT
Conseillers fiscaux

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

5.612. — Radiation des cadres

Comme médecin capitaine de réserve de la classe 1908, j'ai reçu dernièrement, du directeur du Service de santé de la région, une lettre me demandant si je voulais être rayé des cadres ou « être maintenu dans les cadres ».

Qu'entend-on exactement par ces mots : « Être rayé des cadres » ? Le fait d'être rayé des cadres est-il unanime, au point de vue militaire, d'être mort ? Ou bien dans certaines circonstances, après avoir été rayé des « cadres » (et non des « contrôles ») peut-on être à nouveau rappelé à la vie militaire en dehors des cadres, c'est-à-dire sans grade ?

Dr F.

Réponse

Rayé des cadres « signifie : libéré définitivement de toutes obligations militaires. Si vous ne voulez pas actuellement, après le 15 octobre 1937, être maintenu dans les cadres, vous serez libéré de tout service militaire en même temps que les hommes de votre classe ; après votre radiation, vous ne pourrez plus être rappelé au service, fût-ce comme soldat de 2e classe.

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

5.864. — Tentative d'intervention

J'ai fait à une femme faisant partie de l'Assistance médicale gratuite, atteinte de « luxation complète de l'épaule », une tentative de réduction sans résultat parce que sans anesthésie. Je l'ai envoyée à l'hôpital.

Quel prix demander, s'il vous plaît. Le tarif Assistance médicale gratuite est ici de 49 francs.

Réponse

Je ne vois pas que v us puissiez compter une « réduction de luxation de l'épaule » alors qu'elle n'a pas été effectuée par vous Il n'y a, dans *aucun* tarif officiel, de tarification pour « tentative d'intervention ». Nous rentrons donc alors dans le cas de la visite ou consultation simple. C'est, à coup sûr, très ennuyeux pour le médecin mais je ne vois pas le moyen de faire autrement ».

Dr Fernand DECOURT

5.774. — Méthode de Leriche (Rappel de réponse). — Autohémothérapie

Je me permets de vous demander les renseignements suivants :

Accidents du travail, quel est le prix à demander à la Compagnie pour :

a) Injections novocaïne intra-articulaire au cours d'une luxation ;

b) Injections intr-aveineuses en série (CnHg) ;

c) Séances d'auto-hémothérapie.

Dr A.

Réponse

« *a*) Les « infiltrations anesthésiques périarticulaires » (méthode de Leriche) ont fait déjà l'objet d'une réponse détaillée dans le *Concours* du 24 juin 1936, après enquête faite auprès des chirurgiens, en vue de propositions à faire *à l'amiable*, puisqu'il n'y a rien dans le tarif actuel sur cette méthode. Il a été ainsi proposé, pour une *série* de ces infiltrations, le prix de 60 francs ; s'il n'y a eu qu'une ou deux piqûres, ce prix serait exagéré et devrait être réduit de moitié.

b) Injections intraveineuses quelconques isolées = 30 francs ; en série = 25 francs (art. 16).

c) Séances d'auto-hémothérapie, *par analogie* avec « prise de sang pour analyse = 25 francs. L'injection du sang ainsi pris étant intramusculaire n'est pas l'objet d'une tarification spéciale ».

Dr Fernand DECOURT

5.269. — Intervention sur deux membres différents

J'ai été appelé hier dimanche 4 juillet pour me rendre d'urgence à 5 kilomètres auprès d'une personne qui venait d'être renversée et mordue par une vache. Je m'y suis rendu immédiatement et j'ai constaté : contusions multiples et une plaie au bras gauche ayant nécessité quatre agrafes de Michel et une plaie au bras droit ayant nécessité trois agrafes.

Puis-je établir ma note ainsi :

Deux certificats initiaux.........	8 fr.
Déplaceemnt 5 kil. + 5 kil......	15 fr.
Pansement bras gauche.........	40 fr.
Pansement bras droit..........	40 fr.
	103 fr.

Y a-t-il une majoration pour visite du dimanche ?

Dr W.

Réponse

S'il s'agit d'un accident du travail ou assimilable pour le tarif, vous avez à compter : *a*) Certificat initial en double exemplaire = 8 francs + points de suture au bras gauche = 25 francs (art. 17) + points de suture au bras droit = 25 francs + 10 kil. à 1,50 = 15 francs, soit au total = 8 + 25 + 15 = 73 francs.

b) Il n'y a de majoration dominicale (art. 3-*b*) que pour la visite *simple*, mais pas pour la consultation ni les interventions.

Dr Fernand DECOURT.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Décret du 5 février 1937 modifiant le décret du 19 septembre 1919 concernant la réorganisaiton de l'Ecole du service de santé militaire

Art. 1er. — Le premier alinéa de l'article 8 du décret du 19 septembre 1919 concernant la réorganisation de l'école du service de Santé militaire, modifié en dernier lieu le 19 juin 1935, est abrogé et remplacé par le suivant :

« Nul ne peut être admis au concours s'il n'a préalablement justifié :

« 1° Qu'il est français ;

« Ou naturalisé français depuis un temps suffisant à compter du 15 octobre de l'année du concours, pour réunir dix ans de naturalisation lors de l'achèvement normal de sa scolarité ;

« Ou bénéficiaire d'un décret de naturalisation antérieur au 20 juillet 1934 et qu'il a accompli les obligations militaires du service actif dans l'armée française ;

« Ou indigène français d'Algérie et qu'il a pris l'engagement de demander l'admission

à la citoyenneté française dès qu'il aura atteint l'âge de vingt-et-un ans ;

« 2° Qu'il possède l'aptitude physique déterminée par une instruction ministérielle ».

Art. 2. — Le ministre de la défense nationale et de la guerre est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

(*J. O.*, 14 février 1935).

Décret du 10 février 1937 portant réorganisation du Comité consultatif de santé

Art. 1er. — Un Comité consultatif de santé est institué auprès du département de la de fense nationale et de la guerre.

Art. 2. — Ce Comité est composé :

a) De membres titulaires, au nombre de douze au moins, choisis parmi les officiers généraux du Corps de santé militaire et du Corps de santé militaire et du Corps de santé des troupes coloniales ;

b) De membres consultants au nombre de dix au moins chosis parmi les membres civils de l'Académie de médecine (quatre), et parmi les officiers généraux et supérieurs du Corps de santé militaire et du Corps de santé des troupes coloniales, y compris ceux mis à la disposition d'autres départements ministériels.

Art. 3. — Les membres titulaires et les membres consultants du Comité consultatif de santé sont, à dater du 1er janvier de chaque année, régulièrement nommés pour une période d'une année, leur mandat étant susceptible d'être renouvelé par périodes successives et équivalentes d'une année. Toute désignation prononcée en cours d'année est renouvelable à la date du 1er janvier suivant.

Art. 4. — Toutes dispositions antérieures contraires au présent décret, notamment le décret du 22 février 1912, modifié les 15 septembre 1919, 31 décembre 1926 et 14 janvier 1931 sont abrogées.

Art. 3. — Le ministre de la Défense nationale et de la Guerre est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal Officiel* de la République française.

(*J. O.*, 24 février 1937.)

BULLETIN DE SOUSCRIPTION

à L'AGENDA-MEMENTO du PRATICIEN (édit. 1938)

NOTA. — Les souscriptions seront reçues jusqu'au 1er septembre, au prix de 30 francs.

Le soussigné (*nom et prénoms*)..

abonné au Concours Médical, *médecin à*..

dépt........................ *désire recevoir* l'Agenda-Memento du Praticien, *édition* 1938 (1)

(2)
- *J'envoie ci-inclus un mandat de 30 fr.*
- *Je verse 30 fr. au compte de chèques postaux* Concours Médical, *Paris 167-95.*
- *Je demande le recouvrement postal (3 fr. de supplément).*
- *Je demande à être inscrit pour les éditions suivantes.*

A........................ *le*........................ 1937

(1). — *On peut dès maintenant se faire inscrire pour les éditions suivantes un rappel sera alors envoyé en temps utile aux souscripteurs).*

(2). — *Biffer les mentions qui ne conviennent pas.*

Adresser le présent bulletin à M. G. Boulanger, Administrateur du *Concours Médical*, 37, rue de Bellefond, Paris (9e).

Cinquante-neuvième année N° 33 15 Août 1937

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

- sommaire -

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	60 fr.	Belgique et Luxembourg...	70 fr.
Etudiants	35 fr.	Première Zone	85 fr.
Le Numéro...........	1.25	Deuxième Zone	110 fr.

Abonnés du Concours exerçant dans les stations d'altitude

Nous rappelons à nos abonnés qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :
Annecy. Lortet, Pierron.
Aubure (Haut-Rhin), Borg.
Chamonix. de Chabanolle (*enf. cure hélio-alpine*)
Jougne. (Doubs). Charlin.
Lajoux (Jura), L. Benoit-Jeannin.
La Louveso (Ardèche). J. Goubert.
Langogne (Lozère). Adrien Forestier.
Maiche (Doubs). J. Chatelain.
Mégève. Marcel Grenet, Jacqueline Grenet-Gazamian (*enf.*)
Mouthe (Doubs). R. Paindestre.
Osséja (Pyr.-Or.). J. Avérous.
Pau (Basses-Pyr.). Cornet.
Saint-Gervais. Roux.
St-Pierre-de-Chartreuse. Brianes.
Vernet-les-Bains. Ponson.
Villard-de-Lans. Bassaguet (*mal. enf.*), Suau (*mal. enf.*)

Abonnés du Concours exerçant dans les stations balnéaires et climatiques

MM. les docteurs :
Antibes-Juan-les-Pins. Claudel (chir. ur.).
Ars (Ile de Ré), J. Moinet.
Bandol-sur-Mer. E. Charmot et E. Rozet (*cure hélio-mar.*), L. Marçon.
Banyuls-sur-Mer. E. Panis, Parcé.
Berck-Plage. Bouquier, H. Loze, Ménard, Tridon, Richez.
Biarritz. Clavel, Lacour, Pitchalsky (*méd. gén. Stom.*) M. Pourquié (*chir.*) G. Pourquié (*o. r. l.*)
Boulou (Le) (Pyr.-Oles) M. Basman.
Cannes. Abadie, Bourgeois-Gavardin, P.-E. Bousquet, Escarras, P. Houssiaux, Joublot, Gérard Monod, Roques, Stauder.
Carnac-Plage. E. St-Martin.
Cassis-sur-Mer. Agostini.
Cayeux-Brighton-sur-Mer. Colleu (orthopédie).
Croix-de-Vie. Cristau.
Crozon-Morgat. E. Donard.
Deauville. Molina.
Dinard. Badin.
Douarnenez. Damey.
Fouesnant-Beg Meil. Legal.
Grau du Roi (Gard). Ramain.
Hendaye. Th. Casenave.
Le Boulou. J. Noguès.
Mimizan-Plage (Landes). Froustay.
Nice. Faure, M. Lelongt, Nicolas, Trutié de Vaucresson (*chir.*)
Ouistreham-Riva-Bella. Ch. Poullain.
Paramé. Bazin.
Pau. Dr Cornet.
Roscoff. Bagot père, Stéphan.
Saint-Aubin-sur-Mer. (Calvados), Em. Quiquemelle.
St-Georges-de-Didonne. Maudet.
Saint-Jean-de-Luz. J. Reboul.
Ste-Maxime-s/Mer. E. Bausset, Ficonetti.
St-Quay-Portrieux. Bertrand
Saint-Raphaël. Boulle, Léon Clément (*chir.*), M. Rochette (*stom.*), Roux de Laroque (*Gyn. enf.*)
Saint-Servan. Huet.
Sables-d'Olonne. Pelletier.
Sanary-sur-Mer. Gaillard.
Trébeurden. Royer.
Villars-de-Lans. Bassaget.

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

N° 205. — Psychothérapie. Pratic. de méd. génér. déjà spécialisé dans rééducat. des psychasthéniques, cherche à s'installer dans centre urbain. Céder. clientèle solide indépendamment.

N° 206. — Le Docteur Tissier, 64, rue Pierre-Demours à Paris, céderait à bon compte un bidon de 40 litres d'Auréoline Compound B. B. entamé.

N° 207. — Seine-et-Oise. Doct. céder. premier et deuxième trimestres *Illustration* 1937.

N° 208. — Ouvr. médic. divers ; livres de luxe et érotiques ; instrum. de chirurgie ; nombr. access. auto ; sphygmotens. Pachon, appareil photo 9 × 12, haut. parleur élect. dyn. Renseign. sur demande. Timb. p. rép.

N° 209. — Vittel. Pour raison âge et santé, cabinet thermal créé il y a 25 ans, à céder à des condit. avantageuses. Prise de possess. imméd. avec promesse de collabor. pendant saison 1937.

N° 210. — Dr installé banlieue parisienne avec grande propriété, cherche deux malades pensionnaires en traitement, non contagieux, pour un mois et plus.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet BREITEL ET GORET

1, rue Dante, Paris (5e). - Tél. : Odéon 36-46

Sud-Ouest. Grde ville. Anc. client. (méd. gle, femmes, enf.) en plein rend. chiffre bien maintenu, 7 p. (plein centre) tout conf. Pour cause santé repr. urgente 60.000, 40.000 ct.

Orléanais. Méd. gle et radio. Belle habitation. Prix avec inst. 50.000, 30.000 ct.

Jolie région, près de Paris et prox. grde ville, pro-phc. peu déplac., belle maison reprise imméd., 25.000, 12.000 ct.

Renseignements

« **La Soleillette** » Bandol-sur-Mer (Var). Soleil. Régime.

Héliothérapie. Maison santé Hélios. Dr Brody, Grasse.

C'est en vain que vous avez usé de poudres de saturation pour calmer les brûlures de votre estomac, de purgatifs pour réduire les ballonnements de votre intestin, d'antiseptiques pour diminuer la putridité de vos selles. Essayez quelques TABLETTES DE MANGAÏNE, 4 à 6 par jour, et vous verrez tous ces symptômes réunis disparaître.

AVIS

Renouvellement des Abonnements

En raison des *frais élevés* qu'entraînent actuellement les recouvrements, nos abonnés ont tout intérêt à nous adresser leur réabonnement (60 fr.), par virement postal ou chèque postal au nom du *Concours Médical*, compte Chèques postaux : Paris 167-95.

Changements d'Adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 fr. 50 pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande).

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Syndicat des médecins de la Seine et des communes limitrophes.** — *Séance du 30 juillet 1937.* — *Premier ordre du jour voté* :

Le Syndicat des médecins de la Seine,

Considérant que les journaux médicaux sont indispensables à la diffusion des travaux scientifiques, des observations cliniques, des méthodes thérapeutiques qui découlent des uns et des autres ;

Que cette mise au point constante des questions médicales est également indispensable au maintien et à l'amélioration de la santé publique ;

Que ces journaux médicaux ne peuvent être considérés comme des entreprises commerciales ayant des disponibilités leur permettant de faire face à des charges nouvelles ;

Qu'en particulier l'augmentation des taxes postales est susceptible, par son importance, d'obliger nombre de ces journaux médicaux à suspendre leur publication ;

Demande que la question des taxes postales à leur appliquer soit examinée à nouveau en tenant compte de l'intérêt qu'ils présentent au point de vue de la santé publique.

Deuxième ordre du jour voté :

Le Syndicat des médecins de la Seine, considé-

rant qu'une campagne de presse particulièrement injustifiée au sujet de l'affaire d'Eysses tend à jeter le discrédit sur le Corps médical,

Déclare se solidariser tant avec le Docteur Guy qu'avec le Syndicat des médecins du Lot-et-Garonne, et regrette qu'un joural se soit fait l'écho de faits tendancieux ou inexacts sans prendre la précaution de s'informer auprès des groupements médicaux qualifiés.

— **Réunion annuelle des internes et anciens internes des hôpitaux de Toulouse**. — Sous la présidence de M. le Docteur Jean Paul Tourneux, chirurgien en chef honoraire des hôpitaux, il a été procédé à l'élection du nouveau bureau avec, comme président, M. le Docteur Laporte, professeur de clinique médicale et vice-présidents, M. le Docteur Molinéry, M. Gourdon, président de l'Internat.

L'ordre du jour appelait : *a*) l'augmentation du traitement des internes ; *b*) les gardes doivent être assurées régulièrement par les internes eux-mêmes, et les internes ne doivent se faire remplacer que par leurs camarades ; *c*) les congés annuels seront accordés officiellement et seront des congés payés.

Au sujet de la fondation d'une assurance contre les accidents et risques professionnels concernant les internes en exercice, M. Molinéry rappelle qu'en 1924 ou 1925 il fut rapporteur de cette question. Il a été décidé que notre collègue écrirait au *Sou Médical* pour que, une fois encore, cette question soit étudiée.

On envisagea également *la défense du titre d'interne des hôpitaux des villes de Faculté*. Le soir même, au cours du dîner qui suivit l'assemblée générale, de nombreux jeunes camarades, venus de Nancy, Lille, Marseille, Montpellier, Bordeaux, exposèrent qu'ils étaient porteurs de mandats demandant d'étudier les moyens de défendre, plus énergiquement encore, le titre d'interne des hôpitaux.

A la fin de la séance, le Docteur Molinéry remit à M. Pontonnier, le prix de l'Umfia qu'il a créé, voici une dizaine d'années, pour ses camarades de l'internat toulousain.

— **IVe Congrès international de pédiatrie** (Rome 27-30 septembre 1937). — Les sujets à l'ordre du jour sont : 1° Les maladies neuro-psychiques chez les enfants au point de vue clinique et social ; 2° Métabolisme minéral et hydrique dans la première enfance, ses répercussions sur le problème de l'allaitement artificiel ; 3° Le problème de la tuberculose chez l'enfant, au point de vue : *a*) des études modernes sur l'ultra-virus ; *b*) de la contagiosité provenant de l'enfant ; *c*) de la prophylaxie et de la thérapeutique.

La cotisation est de 200 lires par congressiste, 100 lires par personne de sa famille. Une cotisation supplémentaire facultative de 50 lires donne droit aux volumes des rapports et des discussions. L'inscription donne droit à une réduction de 40 % pour le voyage

d'aller et retour sur les chemins de fer français pour toutes classes entre le 23 septembre et le 15 octobre ; une réduction de 70 % sur les chemins de fer italiens, de la frontière à Rome et vice-versa, et 50 % sur quatre billets en Italie.

Les congressistes se rendant à Rome en automobile peuvent obtenir des tryptiques valables dix jours, un ou deux mois, et bénéficient de réduction importante sur l'essence, à la condition de rester en Italie huit ou quinze jours et de prendre des bons d'hôtels. Les services aériens italiens font également une réduction de 30 % et les bateaux 25 %.

Les inscriptions doivent être faites avant le 31 août. Elles peuvent être faites en lires touristes au bureau de la C. I. T. à Paris, 3, boulevard des Capucines et dans les succursales de Dijon, Lyon, Marseille, Nice et Strasbourg, ou directement au trésorier italien par chèque ou mandat international. Pour renseignements s'adresser au secrétaire-trésorier : Docteur A. Colarizi, Clinica pediatrica, Policlinico, Roma ; au Docteur Robert Clément, 205, faubourg Saint-Honoré, Paris (VIIIe) ou au Docteur Robert Pierret, villa Ménival, parc Fenestre, La Bourboule.

— **Hôpital et dispensaire français de Londres.** — Une vacance de médecin-résident à cet hôpital se produira le 1er octobre 1937.

Les nominations sont faites par concours sur titres. Les principales conditions à remplir sont les suivantes : être âgé de moins de trente ans, docteur en médecine, célibataire, parler français, signer un engagement d'au moins un an. Les fonctions sont à peu près celles des internes des hôpitaux français ; traitement en espèces (100 livres sterling par an), logement, éclairage, nourriture. Il y a deux (ou trois) médecins-résidents prenant la garde à tour de rôle.

Pour tous renseignements, écrire au Docteur Robert Pierret, 95, avenue Kléber, Paris.

— **Clinique médicale des enfants** (Professeur Nobécourt). *Cours d'hygiène infantile, scolaire et d'éducation physique.* — Ce cours est donné sous la direction du Professeur Nobécourt et du Docteur Marcel Maillet, ancien chef de clinique. Il s'adresse aux personnes possédant déjà le diplôme d'Etat et désirant se spécialiser, aux institutrices et aux jeunes filles trop jeunes pour entrer dans les écoles préparant aux diplômes d'Etat. Ce cours de perfectionnement et de spécialisation ne donne *aucun des droits conférés par le diplôme d'Etat.*

Les *leçons théoriques* ont lieu à la Clinique médicale des enfants, à l'hôpital des Enfants-Malades, les mercredis et vendredis de 17 à 19 heures.

Les stages pratiques ont lieu le matin, à l'hôpital des Enfants-Malades, et l'après-midi dans les squares d'enfants et œuvres de l'enfance.

Sont admises à s'inscrire, les jeunes filles et femmes françaises et étrangères de 17 ans au moins.

Un certificat peut être délivré à la fin du cours, après examen.

Pour les inscriptions, s'adresser à Mme Gamble, directrice, hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres, Paris (XVe), à partir du 1er octobre.

— **Mariages.** — Le Docteur André Fasquelle, directeur de l'Institut de vaccine, fait part du mariage de M. Raymond Fasquelle, ingénieur des Arts et Manufactures, son fils, avec Mlle Jacqueline Bérard. Le mariage a été célébré le 29 juillet 1937, à Millançay (Loir-et-Cher). Nous adressons au Docteur A. Fasquelle nos bien vives et amicales félicitations, et tous nos vœux de bonheur aux jeunes époux.

— Nous apprenons le prochain mariage de Mademoiselle Françoise Peyre, fille du Procureur général près la Cour d'appel de Rennes et de Madame, née Gagne, et nièce des Docteurs Edouard Peyre et René Legroux, de l'Institut Pasteur, avec le Lieutenant François Huber, du 33e régiment d'artillerie Nord-Africain, fils du Docteur Julien Huber, médecin de l'hôpital Hérold et de Madame, née Fournier.

Nos sincères compliments au Dr Julien Huber et nos souhaits de bonheur aux futurs époux.

— **Naissance.** — Le Docteur et Madame J. Wallet nous annoncent la maissance de leur fils *Alain*. 17 juillet 1937. Jouarre (Seine-et-Marne).

Nos sincères félicitations.

— **Nécrologie.** — Le Docteur Henri Béclère, électroradiologiste de l'hôpital de Vaugirard est décédé à Paris le 31 juillet 1937.

— **Æsculape.** *Sommaire des numéros de juin et de juillet-août* 1937. — Numéro de juin. — Une image symbolique appliquée à l'ophtalmologie, par le Docteur Raymond Cordier (3 ill.). — Quelques borgnes célèbres, par le Docteur Henry Goudard, de Vichy (8 ill.). — A propos de Tobie aveugle (2 ill.). — Huit estampes sur la vue, par J. Avalon (8 ill.). — Le « Montreur de Tours », à l'ectropion, par le Docteur Ch. Coutela, ophtalmologiste de l'hôpital Saint-Louis (3 ill.). — Supplément (13 ill.).

Numéro de juillet-aout. — La courtisane ivre, estampe d'Outamoro (1 ill.). — L'Image d'offrande de la corporation des chirurgiens-barbiers d'Anvers, par Jules Pieters (4 ill.). — Les mœurs et les vertus des Pagures, par le Docteur A. Mazeyrie (de Tulle). (6 ill.). — Jeune femme enceinte avec son séducteur, eau-forte de René-Jean Clot (1 ill.). — Trois nus : La Vénus du Titien ; la Maja de Goya ; l'Olympia de Manet, par le Docteur R. Amsler (d'Angers) (4 ill.). — La mamelle droite des amazones, par L.-F. Flutre, professeur à l'Université de Lyon (7 ill.). — Les amants trépassés, peinture de Grunewald (1 ill.). — Supplément (13 ill.).

● ● ●

A TRAVERS L'OFFICIEL

27 JUILLET

Vacances de chaires

Par arrêté du ministre de l'Education nationale en date du 26 juillet 1937, les chaires d'anatomie pathologique (dernier titulaire : M. Favre) et de chirurgie opératoire (dernier titulaire : M. Patel) de la Faculté de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon sont déclarées vacantes.

Un délai de vingt jours à dater de la publication du présent arrêté, est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

Avis de concours pour l'emploi de professeur suppléant de pharmacie et matière médicale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon.

Par arrêté du ministre de l'Education nationale en date du 26 juillet 1937, un concours pour l'emploi de professeur suppléant de pharmacie et matière médicale de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon, s'ouvrira le lundi 7 février 1938 devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon.

Un concours pour l'emploi de chef des travaux de chimie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de l'Université de Dijon, s'ouvrira le vendredi 12 novembre 1937 au siège de cette école.

29 JUILLET

Loi du 26 juillet 1937, étendant à certains chirurgiens-dentistes sarrois, le bénéfice de l'article 1e de la loi du 26 juillet 1935.

Article unique. — L'article 1er de la loi du 26 juillet 1935, relative à l'exercice de la médecine et de l'art dentaire, est complété par la disposition suivante :

« Les dispositions des deux alinéas précédents s'appliquent aux chirurgiens-dentistes sarrois résidant en France et détenteurs des autorisations nécessaires pour l'exercice de leur art dans la Sarre. »

30 JUILLET

Décret du 29 juillet 1937 coordonnant le régime des Assurances sociales résultant du décret-loi du 28 octobre 1935 avec le régime en vigueur dans les départements recouvrés

(*Sera publié prochainement*)

Arrêté modifiant le règlement de l'adjuvat de la Faculté de médecine de Paris

Art. 1er. — L'article 2 de l'arrêté susvisé du 30 avril 1935, modifié par les arrêtés du 12 novembre 1935 et du 28 décembre 1936, est modifié à nouveau ainsi qu'il suit :

Le nombre des aides d'anatomie est fixé à 15.

Pour s'inscrire au concours de l'adjuvat, il faut être Français et étudiant en médecine. Chaque étudiant ne pourra s'inscrire que quatre fois consécutivement et devra avoir déposé un certain nombre de pièces dont le nombre et la nature seront fixés chaque année par le Conseil de la Faculté, trois mois avant l'ouverture du concours.

Art. 2. — L'article 4 de l'arrêté du 30 avril 1935 est modifié ainsi qu'il suit :

1°..

2° Une leçon sur une question d'anatomie descriptive tirée au sort.

Quinze minutes sont accordées aux candidats pour réfléchir à la question et quinze minutes pour la traiter.

3°..

1er AOÛT

Nominations de professeurs de Faculté

La chaire de chirurgie infantile et orthopédie (dernier titulaire : M. Frœlich) de la Faculté de médecine de l'Université de Nancy, est transformée, à compter du 1er novembre 1937, en chaire de pathologie chirurgicale.

M. Barthélemy, agrégé libre, est nommé, à compter du 1er novembre 1937, professeur de pathologie chirurgicale à la Faculté de médecine de l'Université de Nancy.

M. Paucot, professeur d'accouchements et hygiène de la première enfance (emploi d'agrégé pérennisé d'Etat, chaire d'Université), est transféré, à compter du 1er novembre 1937, dans la chaire d'obstétrique (budget de l'Etat) à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille (dernier titulaire : M. Bué).

M. Gérard, professeur de pathologie externe (budget de l'Etat), est transféré, à compter du 1er novembre 1937, dans la chaire de clinique des maladies des voies urinaires à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille (dernier titulaire : M. Potel).

M. Santenoise, professeur d'hygiène thérapeutique et climatologie, est transféré, à compter du 1er novembre 1937, dans la chaire de physiologie à la Faculté de médecine de l'Université de Nancy (budget de l'Etat) (dernier titulaire : M. Lambert).

Décret du 25 juillet 1937 sur l'exercice de la clientèle payante par les médecins civils et militaires de l'A.E.F.

Art. 1er. — Les médecins civils appartenant à des cadres régis par décret et les médecins militaires en service en Afrique équatoriale française reçoivent, lorsqu'ils sont appelés à donner leurs soins en cession, pour le compte de l'Administration, à une clientèle payante, conformément aux règlements en vigueur, les allocations prévues en pareil cas pour les médecins fonctionnaires des cadres locaux.

Voir la suite page XXXVII-2401

PROPOS DU JOUR

DE LA MÉTHODE POUR BIEN CONDUIRE SA RAISON DANS LA CONNAISSANCE ET LA PRATIQUE DE LA MÉDECINE

Ce fut le titre de la conférence que fit le Professeur ACHARD, membre de l'Institut, secrétaire général de l'Académie de médecine, dans le grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur. Cette conférence fut présidée par le Prof. MARTEL, président de l'Académie de médecine, assisté du Prof. MARANON, le célèbre endocrinologiste espagnol, réfugié à Paris.

En termes vibrants, le Docteur DARTIGUES, président-fondateur de l'*Union médicale latine* (UMFIA), qui avait organisé la conférence, remercia le Prof. ACHARD, trop connu et trop estimé pour qu'il fut besoin de le présenter au public d'élite qui remplissait l'amphithéâtre et joignit à ses remerciements des paroles élogieuses aux deux éminents présidents M. MARTEL et M. MARANON.

***

Est-il besoin de faire remarquer que M. le Professeur ACHARD s'est inspiré de DESCARTES et a saisi l'occasion du troisième Centenaire de son immortel ouvrage pour aborder le sujet qu'il a judicieusement choisi. Le titre même de la conférence : *De la méthode pour bien conduire sa raison dans la connaissance et la pratique de la médecine* est à peine une variante de celui de Descartes : *Discours de la méthode pour bien conduire sa raison et chercher la vérité dans les sciences.*

***

Après avoir montré toute l'importance et le mérite de la révolution cartésienne qui a substitué le raisonnement au principe dogmatique d'autorité qui régnait jusqu'alors, M. ACHARD a abordé le rôle de la méthode en médecine. Le clinicien, fait-il remarquer, observe soigneusement les symptômes de la maladie, les groupe, les compare, puis il s'efforce de les expliquer, cherche à en déterminer la cause et conclut en instituant un traitement rationnel.

Tout naturellement cette méthode est appliquée par l'étudiant qui s'initie à la clinique. Il examine le malade et note tous les faits qu'il constate dans une observation ; puis il cherche à comparer ce qu'il a observé à ce qu'il a appris théoriquement en étudiant la pathologie ; il arrive ainsi à poser un diagnostic précis, diagnostic pathogénique des symptômes, diagnostic étiologique, diagnostic de la maladie ; il en déduit avec prudence et réserve un pronostic et rationnellement indique le traitement. Cette méthode est au fond, celle que la nature impose à l'enfant nouveau-né, ce « débutant intégral », qui fait connaissance avec le monde extérieur en enregistrant dans sa mémoire les impressions de ses sens, puis les coordonne bien avant qu'on lui apprenne aucune science abstraite.

Pour connaître vraiment la maladie, le médecin doit faire d'abord une analyse détaillée de tous les symptômes ; puis il en fait la synthèse, rétablissant dans la pensée tout le processus morbide à partir de son origine, même de sa cause, jusqu'aux symptômes observés à l'état actuel du malade.

Dans ce travail méthodique, il y a des écueils à éviter. Le plus dangereux consiste à remplacer un fait qui fait défaut par une hypothèse et d'avoir foi en cette hypothèse qui fatalement conduit le médecin à une erreur.

En examinant l'œuvre de DESCARTES en ce qui concerne la médecine, M. ACHARD fait remarquer que le grand philosophe ne s'est pas toujours conformé aux sages préceptes qu'il a formulés. Il faut cependant se rendre compte de ce qu'étaient les sciences biologiques à l'époque de DESCARTES ; mais cela n'empêche qu'il a donné en dépit de sa doctrine, une trop grande créance à beaucoup d'hypothèses qu'il a imaginées, ne serait-ce qu'à celle des esprits animaux « qui sont, d'après lui, comme un vent très subtil, ou plutôt comme une flamme très pure et très vive, qui, montant continuellement en grande abondance du cœur dans le cerveau, se va rendre de là par les nerfs dans les muscles et donne le mouvement à tous les membres.... ».

Claude Bernard dans son immortelle *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale* a fort bien relevé ces imperfections lorsqu'il fait remarquer que l'hypothèse « soumise à la logique seule, devient un système », et qu'il est nécessaire qu'elle subisse une vérification critique expérimentale pour devenir une théorie. Cl. Bernard est loin d'être l'ennemi de l'esprit philosophique, mais il se méfie des philosophes qui veulent régenter dogmatiquement la science et imposer des systèmes. « Pour faire des observations, des expériences ou des découvertes scientifiques, écrit-il, les méthodes et les procédés *philosophiques* sont trop vagues et restent impuissants ; il n'y a pour cela que des méthodes et des procédés *scientifiques* souvent très spéciaux, qui ne peuvent être connus que des expérimentateurs, des savants ou des philosophes qui pratiquent une science déterminée. »

M Achard tente d'expliquer ces contradictions par la foi que Descartes avait conservée intégrale. Il n'est pas facile d'unir la foi et la raison dans le même cerveau. Pascal avait dans cette lutte sacrifié la raison à la foi. Chez Descartes la paix régnait entre les deux voisines. Il n'abandonnait jamais tout à fait sa foi quand il raisonnait, ni sa raison quand il croyait.

Et le Professeur Achard conclut en reconnaissant que Descartes fut un libérateur de la pensée humaine. Il a eu le mérite et le courage, quatre ans après l'abjuration imposée à Galilée, de proclamer dans un langage admirable la souveraineté de la raison sur le dogme et la tradition.

***

Une ovation enthousiaste fut faite par l'auditoire au savant et éloquent conférencier.

J. Noir.

ANECDOTES SUR CLAUDE BERNARD

Contées par M. d'Arsonval

Claude Bernard et la Thériaque

Dans un bel ouvrage sur le Professeur d'Arsonval le Docteur Louis Chauvois relate des anecdotes que d'Arsonval, préparateur et ami de Claude Bernard, avait entendu conter par son maître.

A 15 ans Claude Bernard sortant du collège de Villefranche, puis de Thoissey, était venu se placer comme « garçon-potard », élève en pharmacie dans une officine de Lyon.

Tous les ans, il y avait à la dite pharmacie lyonnaise, liquidation générale des fonds de bocaux... du moins de ceux qui avaient perdu toute étiquette. Alors le patron pharmacien disait au jeune Claude : « Monte tous ces résidus au grenier. En les mélangeant on en fera de la thériaque ». La thériaque comme la garde à Waterloo.... *suprême espoir et suprême pensée* ! bonne pour toutes les maladies parce qu'on ne sait plus de quoi elle est faite ! Le patron pharmacien ne répondait-il pas aux timides objections de son jeune élève, un peu suffoqué d'une pareille solution : «Ne t'en fais pas.... la Nature saura bien s'y retrouver mieux que nous ».

Claude Bernard et l'Agrégation

En 1844, Claude Bernard se présenta au concours de l'agrégation de la Faculté de médecine, il échoua, on lui préféra Augustin Béclard qui confessait d'ailleurs ouvertement la supériorité de son concurrent, mais en y apportant le correctif suivant : « Il n'est pas douteux que Claude Bernard m'est infiniment supérieur comme chercheur. Mais il s'agit d'une chaire d'enseignement. Alors j'enseignerai beaucoup mieux que lui ce qu'il découvrira ».

Cela dégoûta Claude Bernard des concours et contribua puissamment à en préserver d'Arsonval, son élève.

(D'après le livre du Docteur L. Chauvois : D'Arsonval. Soixante-cinq ans à travers la science. Edit. J. Oliven, 65, av. de la Bourdonnais, Paris.)

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

MYOCARDE ET TRAUMATISME

Par M. E. Duhot

Professeur à la Faculté de médecine de Lille
Médecin des Hôpitaux
Expert près les Tribunaux

Les ruptures valvulaires, par leur relative fréquence et les problèmes médico-légaux qu'elles soulèvent, constituent l'élément capital de la pathologie traumatique du cœur ; elles ne doivent cependant pas faire négliger d'autres lésions plus rares des séreuses cardiaques : endocardites et péricardites traumatiques. Très importantes sont aussi les atteintes diverses que le muscle cardiaque lui-même peut présenter sous l'action du traumatisme : myocardies d'origine mécanique, myocardites diffuses, myocardites régionales.

La DILATATION AIGUË DU CŒUR peut s'observer *soit à la suite d'effort violent, soit à la suite de traumatisme précordial.*

Les cas de dilatation aiguë par effort sont encore désignés sous le nom de « cœur forcé ». Tantôt il s'agit d'une série d'efforts successifs ; il est à peine besoin de rappeler l'exemple ancien du coureur de Marathon et l'exemple moderne, à tous égards moins pur, de la prostituée de Maurice Raynaud. Tantôt il s'agit d'un effort unique dépassant d'emblée la capacité d'adaptation du myocarde, et nous rentrons ici dans la pathologie des accidents du travail.

La première observation typique est celle du porteur de pierres de Fraentzel (1889). La thèse de Mme Duter-Oswalt (Paris 1923) a étudié la question. Quelques cas ont été rapportés depuis lors. Mosès a présenté en octobre 1934 à la Société de médecine légale les calques radioscopiques d'une dilatation par effort, passagère.

Cette dilatation aiguë peut porter sur les deux ventricules, mais plus particulièrement elle intéresse le ventricule gauche : c'est avant tout un syndrome d'insuffisance ventriculaire gauche aiguë.

Cliniquement, dans sa phase initiale, elle est en général caractérisée par un phénomène douloureux que Lutenbacher a décrit sous le nom de « *douleur de distension cardiaque* ». A l'occasion d'un violent effort, le sujet ressent tout à coup une « crampe douloureuse rétrosternale » qui, par ses caractères, ses irradiations dans le bras gauche, l'angoisse dont elle s'accompagne et sa terminaison possible par la mort subite, rappelle en tous points l'angine de poitrine. Examiné peu après l'accident, le blessé est dyspnéique, anhélant, souvent cyanosé. La pointe du cœur est abaissée et déviée en dehors ; le diamètre transversal est augmenté ; souvent la matité cardiaque déborde le côté droit du sternum. Les bruits du cœur sont sourds et mal frappés ; on peut entendre un bruit de galop, un souffle d'insuffisance mitrale ou tricuspidienne, coïncidant ou non avec un pouls alternant ou des battements des jugulaires. La plupart du temps, il y a hypertension maxima et minima ; on peut constater aussi une maxima abaissée et une minima élevée ; parfois enfin un abaissement des tensions systolique et diastolique. Le blessé reste plusieurs jours en proie à la dyspnée, aux palpitations, aux crises angineuses et *évolue plus ou moins rapidement vers la guérison ou vers l'asystolie.* La présence du pouls alternant est un élément de pronostic à peu près fatal.

Les observations suivantes peuvent être considérées comme des exemples de dilatation cardiaque par effort, survenue en pleine santé apparente :

Observation personnelle. — V... Henri, 43 ans, sans antécédents pathologiques, en empilant des sacs de 50 kgr. sur d'autres, ce qui n'était pas son travail habituel, s'affaisse et perd connaissance ; en revenant à lui, il ressent de très violentes douleurs dans la poitrine, après une demi-heure environ il rentre très péniblement à 500 mètres de là à son domicile où il s'affaisse de nouveau. Le médecin le trouve très profondément schocké, pâle, angoissé, dyspnéique, avec douleur précordiale et tachyarythmie. Huit jours après, à l'hôpital, on porte le diagnostic de dilatation aiguë du cœur, confirmé un mois plus tard dans un autre service qui donne des précisions : arythmie complète interprétable par l'électrocardiogramme comme « fibrille flutter». Pas de signes de lésion valvulaire, dilatation du cœur mesurée radiologiquement ; signes légers de défaillance cardiaque. Six mois plus tard, lors de l'expertise, était amélioré mais encore incompatible avec tout effort physique.

Observation de Mosès. — Un ajusteur de 20 ans, bien constitué, le 9 mai 1934 en tournant avec les deux mains la manivelle d'un vérin, éprouva brusquement, suivant ses propres expressions, une sensation de grande fatigue, comme de paralysie dans tout le membre supérieur gauche, suivie au bout d'une demi-heure de l'apparition dans toute la poitrine, d'une vive douleur qui alla en augmentant les jours suivants. Un orthodiagramme fait le 17 mai révèle une légère augmentation du volume ventriculaire et du calibre aortique. Un nouvel orthodiagramme le 12 juin, indique des dimensions cardio-aortiques sensiblement normales, en régression manifeste par rapport à l'examen du 17 mai. Entre temps la cardialgie s'était progressivement atténuée, elle était disparue lors de l'examen pratiqué le 16 juin ; l'ouvrier put reprendre le travail le 21 et après avoir été dispensé quelques semaines de travaux de force, l'a continué sans interruption.

Le plus souvent, les accidents sont favorisés par l'âge ou par un état pathologique antérieur, notamment l'hypertension artérielle ; ce qui, en même temps, aggrave le pronostic.

Observation de Madame Duter-Oswalt. — Homme de 47 ans, robuste, sportif, fait au cours d'une chasse de violents efforts pour arracher une souche de bruyères. Tout à coup il éprouve une vive douleur dans la région précordiale et s'affaisse. Relevé et guidé par son garde, il rentre péniblement chez lui. Le lendemain, le malade est pâle, anhélant ; le pouls bat à 120, et est nettement alternant. L'auscultation fait entendre un bruit de galop ; le cœur est hypertrophié, la tension artérielle est de 27-7. La réaction de Bordet-Wassermann est négative, le taux d'urée normal. Les symptômes s'aggravent et le malade meurt six semaines après l'accident.

A la suite d'un choc violent de la région précordiale, la mort peut survenir très rapidement sous l'effet d'une véritable commotion cardiaque. Le fait suivant, observé sur un sujet jeune et vérifié anatomiquement, en est un bel exemple :

Observation de Emerich Osch. — Soldat de 22 ans, ayant reçu sur la région thoracique un coup de pied de cheval. Chute immédiate. Le pouls devient imperceptible après une à deux minutes. Mort presque immédiate après de vaines tentatives de respiration artificielle.

A l'autopsie, on ne trouve comme lésions traumatiques qu'une minime suffusion sanguine intradermique dans la région située au devant de la pointe du cœur et de nombreuses suffusions sanguines de la dimension d'une lentille sous la plèvre pariétale de la région correspondante, sur l'épicarde, au-dessus de la pointe et surtout à la face postérieure du sillon coronarien et sous l'endocarde du ventricule gauche.

L'auteur pense que les suffusions sanguines sont dues non à des lésions traumatiques directes mais à une excitation vaso-motrice qui chasse les globules rouges des vaisseaux munis de musculature et remplit ainsi jusqu'à les faire sauter les vaisseaux non munis de musculature (capillaires et veines). Dans les coupes microscopiques on voit en effet des artères plutôt contractées et une réplétion veineuse et capillaire extrême. Il est du reste difficile de dire s'il s'agit de diapédèse ou de rupture.

D'autres fois, le tableau est celui de la dilatation aiguë du cœur, pouvant entraîner la mort ultérieurement comme chez le jeune homme de 19 ans observé par Lennhoff ou comme chez le jeune ouvrier dont l'histoire est rapportée ci-après :

Observation de Courtois-Suffit, Ribierre et Delfau. — Un ouvrier agricole de 18 ans, reçoit un coup de pied de cheval dans la région précordiale. Syncope. Quelques heures après, anxiété, dyspnée, cyanose, assourdissement notable des bruits du cœur avec de nombreuses extra-systoles ; dans la nuit, douleur de l'hypochondre droit et augmentation considérable du volume du foie, qui disparaît ensuite progressivement ; on constate une bradycardie notable probablement extra-systolique. Amélioration telle que le blessé quitte l'hôpital après trois semaines avec un cœur en apparence normal. Mais lorsque, quelque temps plus tard, ce jeune homme veut reprendre son travail, il présente de la dyspnée d'effort et les phénomènes d'insuffisance cardiaque s'accentuent. Le blessé doit rentrer à l'hôpital six mois après sa première sortie et y rester en état d'insuffisance cardiaque plus ou moins accentuée. Expertisé trente mois après l'accident, il présente alors de la dilatation du cœur prédominant sur les cavités droites, de l'hépatomégalie, de la stase jugulaire, de la cyanose, un peu d'œdème prétibial, de la tachycardie, sans autre phénomène arythmique.

Chez un sujet prédisposé, un traumatisme thoracique violent, même s'il n'est pas directement appliqué dans la région du cœur, peut donner lieu à des phénomènes d'insuffisance myocardique.

Observation personnelle. — Homme de 60 ans, présentant à la suite d'une chute du 1er étage, une contusion de la région axillaire au niveau des 10e et 11e côtes avec fracture de la 10e côte. Dyspnée extrêmement marquée, aboutissant en 36 heures à une véritable crise d'asystolie très grave, dont il se remet peu à peu. Deux mois plus tard, il présente encore une tachycardie accentuée avec extrasystoles, un pouls très irrégulier et inégal ; il a d'autre part, des signes d'emphysème, état antérieur qui a dû favoriser l'éclosion des accidents. Consolidation avec 30 % d'invalidité. Revu deux ans et demi après, pour révision, il présente un cœur régulier avec 60 pulsations par minute, sans indices d'insuffisance cardiaque ; signes d'artério-sclérose et emphysème.

Il est par ailleurs des cas où, une fois disparus les symptômes dus à la contusion thoracique, les manifestations myocardiques ne se produisent qu'un certain temps après le traumatisme ; elles se révèlent par l'oppression, les palpitations, surtout par de la tachycardie et de l'arythmie ; après des alternances de défaillance et d'amélioration, la mort survient au bout de quelques mois ou de peu d'années, par asystolie.

Ce sont les faits où a été incriminée LA MYOCARDITE TRAUMATIQUE. Cependant les observations sont loin d'entraîner toute la conviction. Georges Paillard dans sa thèse (Paris 1912) en a fait une révision sévère, mais juste. Il est souvent fort difficile et même impossible de préciser si les troubles sont purement fonctionnels comme dans la dilatation cardiaque ou s'ils sont sous la dépendance d'une altération matérielle des fibres myocardiques. Le rôle du

traumatisme comme créateur de lésions diffuses et même généralisées est d'ailleurs assez malaisé à concevoir.

Nous citerons les observations suivantes, qui semblent échapper à la critique et qui ont été suivies d'un contrôle anatomique :

Observation de Potain : sujet de 40 ans, robuste, est frappé en mars 1892 par le timon d'une voiture à la hauteur du troisième espace intercostal gauche. Chute et perte de connaissance. Ensuite, douleur vive au point contus qui ne diminue que lentement. Un mois après, oppression, palpitations, réapparition de la sensation douloureuse. Entre en novembre 1892 à l'hôpital où Potain fit le diagnostic de dilatation du cœur portant sur la région de l'infundibulum et d'origine traumatique (bruit de galop droit, dédoublement du second bruit à la base). Sort amélioré, puis rentre à l'hôpital au début de 1893 et meurt en avril, en asystolie. L'autopsie pratiquée par Suchard montre une dilatation considérable de l'infundibulum de l'artère pulmonaire, avec myocardite diffuse prédominant sur la paroi des cavités droites. Foyer de péricardite chronique au point où le traumatisme avait porté.

Observation de Bret (*in* Thèse Desanti). — Un homme de 38 ans, mécanicien, reçoit en pleine poitrine le choc d'une manivelle actionnant un treuil ; il est projeté à la renverse, perd connaissance et porte une large ecchymose de la région précordiale. Interruption de travail, puis hospitalisation. Le malade présente une lassitude spéciale accompagnée de douleurs, de dyspnée, de palpitations au moindre mouvement ; cœur dilaté avec souffle mitral et souffle tricuspidien ; cachexie progressive, et mort six mois après l'accident. A l'autopsie, dilatation de toutes les cavités cardiaques, sans lésions valvulaires, et au microscope, altération profonde des fibres musculaires du cœur.

Par contre, la possibilité de lésions élémentaires du myocarde d'origine traumatique est bien établie. Divers auteurs tels que Renbold, Ludwig, Prescott, Herwett, Morel-Lavallée, ont pu constater, à l'autopsie de sujets ayant succombé à d'autres lésions traumatiques, la présence de petits épanchements sanguins ou de foyers de rupture dans la profondeur du myocarde. Expérimentalement, Schlomka (1933), qui a étudié les effets de la commotion cardiaque sur environ sept cents animaux, a observé tantôt de simples pétéchies, tantôt de petites déchirures péricardiques ou endocardiques, et tantôt de petits foyers de ramollissement du myocarde, sans doute dus à une ischémie par vaso-constriction avec nécrose consécutive, puis tendance ultérieure à la cicatrisation fibreuse.

Thoinot, qui dans son livre sur les accidents du travail a consacré une étude aux altérations myocardiques remarquées par ses prédécesseurs, signalait le rôle qu'elles pourraient jouer, dans les cas où la survie est possible, pour l'édification de foyers de myocardite scléreuse cicatricielle.

Les MYOCARDITES RÉGIONALES peuvent se présenter sous deux formes très distinctes : localisée sur la paroi, la cicatrice fibreuse peut donner lieu à un anévrysme partiel du cœur d'origine traumatique (cas de Muhlig, Dittrich, Potain) ; localisée sur la cloison interventriculaire en un point du faisceau primitif, elle peut déterminer une arythmie cardiaque.

Ribierre dans son intéressante communication au Ier Congrès de médecine légale de langue française (1911) concluait que l'avenir montrerait si le traumatisme est ainsi capable de créer de toutes pièces des syndromes anatomo-cliniques d'origine myocardique. Cette démonstration peut être actuellement considérée comme faite.

De telles lésions peuvent expliquer, à la suite d'un traumatisme ayant porté directement sur la paroi précordiale, la persistance d'*extrasystoles* coïncidant avec un certain degré d'insuffisance cardiaque.

Elles peuvent également être à la base de tachycardies de cause organique ; elles seraient surtout à incriminer en cas de *tachycardie paroxystique*, la théorie cardiaque étant aujourd'hui la plus communément admise pour expliquer cette arythmie, plus spécialement encore en ce qui concerne la tachycardie paroxytique ventriculaire attribuable à une irritation directe du faisceau de His par lésion circonscrite du septum.

La réalité de ces foyers de myocardite parcellaire est surtout bien démontrée par quelques faits d'un intérêt capital concernant les *bradycardies*.

Une observation de Laubry, S. Bloch et J. Meyer (Société médicale des hôpitaux, 21 octobre 1921) vint apporter un *premier cas typique* de bradycardie par dissociation auriculo-ventriculaire d'origine traumatique :

Mlle R..., 25 ans, employée des postes, étant chez elle à la campagne, traînait une petite voiture à deux roues ; en descendant rapidement une côte, une des roues ayant heurté violemment une pierre, la secousse projeta l'extrémité du timon sous le sein gauche. Localement, simple contusion avec ecchymose, mais pendant la soirée et la nuit qui suivirent l'accident, le cœur battit tumultueusement selon la propre expression de la malade qui en percevait tous les battements, rapides et irréguliers. Le lendemain matin, comme elle ne les ressentait plus, elle compte son pouls qui battait à 40 à la minute ; dès ce jour, le pouls lent fut établi. L'examen des auteurs, pratiqué cinq ans après, montre une bradycardie permanente, avec arythmie jugulaire, le diagnostic de pouls lent par dissociation complète étant confirmé par les électrocardiogrammes, par les épreuves à l'atropine et au nitrite d'amyle.

Sans doute, à l'occasion de cette observation des réserves furent formulées par Josué, estimant que des influences cardiaques ou nerveuses fonctionnelles et non lésionnelles sont capable de créer de semblables bradycardies.

Mais désormais, la cause paraît entendue si l'on joint les deux observations suivantes de

Gallavardin (*Lyon Médical*, 1922, p. 545 et *Journal de Médecine de Lyon*, 20 septembre 1922.)

Jeune homme de 20 ans. Pas de maladies antérieures, excellente santé jusqu'à l'âge de 18 ans. A 18 ans, violent traumatisme par coup de pied de cheval. Le sujet tombe à terre sans connaissance ; huit jours de lit à la suite. Depuis ce moment, modification radicale de l'état fonctionnel : essoufflement au moindre effort, cyanose facile. Un examen médical pratiqué deux ans après l'accident montre un pouls lent à 47-52, par block total (tracé veineux). Ventricule gauche un peu hypertrophié, souffle systolique sourd à la base, de signification imprécise.

Homme de 46 ans. Excellente santé jusqu'à ces dernières années. Ni rhumatisme, ni maladies infectieuses. Pas de syphilis ; Wassermann négatif. Maladie de Stokes-Adams avec ralentissement intermittent du pouls et nombreux accidents vertigineux ou syncopaux. Phases frustes avec pouls à peine ralenti ; allongement à peine sensible de l'intervalle a-v mais altération très nette du complexe ventriculaire électrique. Cardiopathie hypertrophique avec dyspnée d'effort, sans lésions valvulaires, sans hypertension artérielle, sans albuminurie. Origine traumatique très probable de cette cardiopathie : le malade ayant été victime d'un accident dans lequel les deux roues d'un tombereau lui passèrent sur la poitrine. Début de la dyspnée d'effort six mois après l'accident, et des accidents vertigineux et syncopaux, un an et demi après.

Nous ne signalerons qu'à titre de curiosité les deux cas cliniques connus de bloc auriculo-ventriculaire par coup de feu (Koetzle, 1914, Mintz 1921).

C'est également à une hémorragie dans le tissu musculaire de l'oreillette que A. Jervell attribue un cas d'*arythmie complète* consécutive à un traumatisme violent ayant porté sur la région scapulaire gauche.

L'étude des relations entre un traumatisme d'une part, des troubles fonctionnels ou des lésions organiques du myocarde d'autre part, doit, en ce qui concerne leur répercussion médico-légale et plus particulièrement en ce qui concerne l'application de la loi sur les accidents du travail, tenir compte de multiples éléments :

— âge et état habituel de santé du sujet,

— genre de travail qu'il accomplissait d'ordinaire et qu'il accomplissait au moment de l'accident incriminé,

— circonstances étiologiques précises (effort brusque et violent, choc direct et sa localisation),

— troubles fonctionnels immédiats, constatations médicales initiales, évolution.

L'emploi des techniques modernes d'exploration cardiaque : orthodiagraphie, méthodes graphiques, électrocardiogrammes, peut être nécessaire.

Comme Ribierre y insistait à propos des ruptures valvulaires, ce n'est pas sur un seul signe, mais sur un ensemble de faits que doivent s'établir le diagnostic et l'interprétation.

Lorsque l'intégrité antérieure du sujet est certaine et que l'importance de l'accident est démontrée, il n'y a lieu à aucune discussion.

Si même le sujet était suspect au point de vue cardiaque, mais dans un état d'équilibre permettant un travail régulier et si, à la suite d'un violent effort ou d'un choc démontré, sont apparus les symptômes d'insuffisance cardiaque, il n'y a pas davantage de difficultés : l'accident est intégralement responsable de la suppression de latence de l'affection cardiaque connue ou supposée.

Plus délicat peut paraître le problème si le sujet âgé, manifestement hypertendu, n'a été soumis qu'à un effort ou à un choc minimes. De toute évidence, la présence d'un état antérieur déjà sérieux a seule pu permettre le déclenchement si facile d'accidents myocardiques. Toutefois, en l'état actuel de la jurisprudence, la responsabilité de l'accident ne pourrait être écartée que si l'apparition des troubles cardiaques était *sans rapport d'aucune sorte* avec le traumatisme invoqué ; dans le cas contraire, cette responsabilité est entière.

L'évaluation de l'incapacité permanente partielle en cas de troubles fonctionnels graves, de myocardite diffuse ou de myocardite régionale doit toujours être élevée, variant suivant l'importance des symptômes et de la gêne qu'ils occasionnent entre 40 et 80 %, pouvant même aller jusqu'à l'incapacité absolue.

LE ROLE DU MÉDECIN EN PRÉSENCE D'UNE APPENDICITE AIGUE

Par le Professeur J. VANVERTS

La doctrine de la nécessité de l'intervention précoce dans la crise d'appendicite aiguë est actuellement admise par la grande majorité des médecins. Dès que l'existence d'une appendicite aiguë est reconnue ou soupçonnée, le malade est d'ordinaire adressé au chirurgien.

L'amélioration des statistiques, qui a suivi l'application de cette doctrine, est telle (1) que la discussion n'est plus possible et que peu à peu les partisans de l'expectation — il en existe encore — finiront par disparaître.

Il faut cependant se garder d'être systématique en cette matière et de considérer que tout individu atteint d'appendicite aiguë doit être opéré immédiatement. Si tous les chirurgiens sont d'accord sur la nécessité de l'intervention *immédiate* dans les quarante-huit premières heures, la plupart d'entre eux sont réservés quand le début de la crise remonte à plus de deux jours. Si certains interviennent toujours, quelle que soit la date du début de l'affection, d'autres — les plus nombreux — déclarent qu'il n'est pas possible d'adopter une règle générale de conduite et que, suivant les cas, il faut opérer ou il faut s'abstenir en surveillant.

La dernière discussion de l'Académie de chirurgie a surtout été consacrée à l'étude de la conduite à tenir dans les cas où le début de la crise date de plus de quarante-huit heures.

Deux tendances se sont manifestées.

Métivet, Rouhier, Cadenat, Leclercq, Okinczyc et moi-même se sont déclarés éclectiques. Pou eux, l'expectation s'impose dans les cas où les phénomènes sont nettement localisés à la fosse iliaque droite, où un plastron existe dans cette région ; le refroidissement des lésions peut être espéré dans ces conditions et l'appendicectomie est ultérieurement pratiquée à froid. L'intervention peut toutefois se trouver indiquée, soit pour l'aggravation des phénomènes d'infection et d'intoxication, soit i une collect on purulente se développe et doit être évacuée et drainée.

Duval, Chalier et Delagenière ont, au contraire, manifesté leur préférence pour le principe de l'opération immédiate, sans se déclarer cependant des interventionnistes systématiques.

Métivet, l'auteur de la communication qui déclencha la discussion, résuma celle-ci :

« Il n'y a pas de traitement médical de l'ap-« pendicite aiguë. Toute appendic te aiguë doit, « dès qu'elle est reconnue, être placée sous con-« trôle chirurgical, dans un milieu chirurgical.

« Toute crise observée précocement doit être « traitée par l'appendicectomie immédiate.

« Une appendicite aiguë observée tardivement « doit en principe être opérée d'urgence. Mais « l'opération doit être différée dans un certain « nombre de cas. Le chirurgien, seul responsable « de l'acte opératoire, est seul qualifié pour faire « la discrimination entre les cas.

« L'indication opératoire majeure, en cas « d'intervention tardive, est le drainage du foyer « suppuré. L'appendicectomie doit être prati-« quée, mais si seulement l'ablation de l'appen-« dice est aisée. Une appendicectomie laborieuse « peut favoriser la diffusion de l'infection et « entraîner la mort. »

De ces conclusions qui me semblent très judicieuses, on peut tirer la conduite que le médecin doit tenir en présence d'une crise d'appendicite dont il a reconnu ou soupçonné l'existence : *appeler immédiatement un chirurgien, user à cet effet de toute son influence auprès de la famille* ; ÉVITER DE SE PRONONCER SUR LA QUESTION DE LA NÉCESSITÉ ET DE L'URGENCE DE L'INTERVENTION.

Si, en effet, il émet une opinion catégorique et s'il déclare que l'opération doit être immédiate, il peut mettre e chirurgien dans une situation embarrassante. Supposons que le début de la crise remonte à plusieurs jours et que le chirurgien soit d'avis de temporiser, alors que le médecin s'est prononcé pour la nécessité de l'cpération. En ce cas : *a*) Ou bien le chirurgien suivra la conduite qu'il estime indiquée et il s'abstiendra. Mais en agissant ainsi, si l'intervention devient ultérieurement utile ou si le malade succombe, la famille ne manquera pas de lui reprocher de ne pas s'être rangé à l'avis formulé par le médecin ; *b*) Ou bien, tenant compte : 1° de l'effet produit sur la famille par le désavœu infligé au médecin, 2° des conséquences qui seront tirées du décès du malade s'il se produit à la suite de l'abstention, 3° de ce que certains chirurgiens sont partisans de l'intervention à toute époque de la maladie, le chirurgien se décidera, malgré lui, à intervenir ; mais il exposera ainsi son opéré à des complications graves, en raison des difficultés de l'intervention, et, si la mort survient, il aura l'amer regret de s'être laissé influencer et de ne pas avoir suivi la conduite qu'il estimait la meilleure.



(1) Les chirurgiens de ma génération se rappellent la période où l'expectation était de règle et où l'on s'abstenait dans l'espoir, non toujours réalisé, d'obtenir le refroidissement des lésions. C'est cette doctrine que je défendais en 1897, dans un livre sur l'appendicite publié avec mon maître Ch. MONOD. Mais, quel changement fut constaté quand on eut adopté l'intervention dès le début de la crise !

ÉTUDE DE LA FONCTION RÉNALE PAR L'EXCRÉTION DU FERROCYANURE DE SODIUM

Par Jean F. PORGE
Interne des Hôpitaux de Paris

Frappés par les travaux de Marshall (1) sur le rôle essentiel du glomérule dans l'élimination du ferrocyanure de sodium, nous avons essayé, à la suite de Wayne Gordon, d'appliquer ses conclusions dans la recherche d'un test nouveau de la fonction rénale.

L'étude, dont nous rapportons aujourd'hui les résultats, concerne un ensemble de vingt et un sujets, chez lesquels nous avons pratiqué systématiquement l'épreuve fractionnée à la phénolsulfonephtaléine, la constante d'Ambard, l'« Urea Clearance », de Van Slyke, enfin l'épreuve au ferrocyanure, sur laquelle nous voudrions attirer l'attention.

Nous rapportons plus loin les résultats comparatifs de ces épreuves et les conclusions que l'on peut en déduire ; nous voudrions auparavant résumer les travaux qui servent de base à cette méthode.

Marshall et Grafflin (2), étudiant comparativement chez l'animal la fonction glomérulaire, trouvent que chez certains poissons dont l'appareil rénal est dépourvu de glomérule (Lophius piscatorius), l'excrétion du ferrocyanure de sodium se fait en proportion quasi-insignifiante.

Gersh et Stieglitz (3) montrent que, chez le lapin, l'excrétion du ferrocyanure est glomérulaire, et que sa réabsorption dans les tubes contournés est pour ainsi dire nulle.

Enfin, Van Slyke, Hiller et Miller (4), injectant par voie intraveineuse des quantités importantes de ferrocyanure de sodium chez le chien, prouvent que l'épurement du plasma (« clearance ») pour le ferrocyanure est parallèle à celles de la créatinine et de l'inuline. Un rapport si étroit entre trois substances chimiquement si différentes, plaide fortement en faveur d'une élimination purement glomérulaire, sans réabsorption tubulaire.

S'appuyant sur ces travaux, Stieglitz et Knight (5) proposent la recherche de l'élimination du ferrocyanure de sodium comme test du fonctionnement rénal, et plus particulièrement de la filtration glomérulaire.

Comme par ailleurs, certains auteurs (6) avaient cru pouvoir apporter la preuve de l'élimination de la phénolsulfonephtaléine par les tubes contournés, il était intéressant de comparer entre eux ces deux tests, en particulier dans les affections dont le déséquilibre tensionnel pouvait amener des perturbations dans la circulation glomérulaire.

On aurait eu ainsi le moyen de saisir les fonctions de deux territoires anatomiquement et physiologiquement différents, celle du glomérule, et celle des tubes contournés.

Malheureusement, comme nous allons le voir, il ne nous a pas été permis de confirmer à ce sujet les travaux des auteurs américains qui, dans les cas d'hypertension isolée sans insuffisance rénale, ont pu enregistrer à la fois des épreuves normales à la phénolsulfonephtaléine, et défavorables au ferrocyanure de sodium.

Technique

La réalisation de l'épreuve au ferrocyanure est des plus simples. La technique que nous avons employée a été réalisée, grâce à notre ami Morel, qui a bien voulu la mettre au point pour nous.

1° INJECTION. — Le sujet étant à jeun, l'on injecte par voie intraveineuse 10 c. c. d'une solution de ferrocyanure de sodium à 5 % représentant par conséquent 0 gr. 50 de sel.

Cette solution aura été tyndallisée trois jours à 60° pendant une heure, afin d'éviter l'hydrolyse du sel, qui produirait une libération d'acide cyanhydrique toxique (réaction s'accompagnant d'une précipitation d'hydrate de sesquioxyde de fer rouge très visible).

L'heure exacte de l'injection étant notée, le sujet urinera 1 h., 2 h., et 3 h. après l'injection. Dans les dix minutes qui précéderont cette injection, il absorbera un verre d'eau ou de tisane, qu'il renouvellera au moment de la première et de la deuxième émission.

2° DOSAGE. — Le ferrocyanure de sodium donne avec le perchlorure de fer une coloration bleue de Prusse par formation de ferrocyanure ferrique.

La réaction colorée étant très intense, l'on opèrera sur un demi c. c. d'urine. On complète à 15 c. c. avec de l'eau distillée, et on ajoute X gouttes de réactif au perchlorure de fer (solution officinale diluée).

La solution étalon, servant à la préparation de la gamme des témoins sera naturellement au même titre que la solution injectée (5 %), et aura été prélevée sur la solution mise en ampoules afin de réduire, autant que possible, les causes d'erreurs.

De cette solution-étalon diluée au 1/100 (un c. c. = 0 gr. 0005), on prend successivement

2 c. c., 1 c. c. 5, 1 c. c., 0 c. c. 5, etc., et on complète à 15 c. c. avec de l'eau distillée. On effectue ensuite dans chaque tube, la réaction au bleu de Prusse par addition de X gouttes du réactif au perchlorure de fer.

L'échantillon d'urine peut être alors comparé aux témoins ; si aucun de ces derniers ne correspond exactement à l'intensité de sa coloration, on choisit celui qui s'en rapproche le plus, et l'on réalise l'égalité de teinte soit par la méthode des dilutions, soit au colorimètre.

Il est possible qu'à la longue se produise une précipitation de ferrocyanure ferrique entraînant une décoloration partielle des tubes témoins, aussi semble-t-il préférable d'en assurer la préparation au moment même du dosage.

Exemple de calcul du taux d'élimination rapporté a 100 % de la quantité de ferrocyanure de sodium injectée.

Supposons que l'échantillon examiné présente la même intensité de coloration que le tube étalon préparé avec un c. c. de la solution à 1/100 (soit 5/10 de milligr. de sel), c'est-à-dire que un demi c. c. de l'urine examinée contient 5/10 de milligr. de sel et un c. c., un milligr.

Si 200 c. c. représentent la quantité totale de l'urine émise dans l'échantillon, c'est que 200 milligr. de ferrocyanure de sodium ont été éliminés. Le pourcentage de cette élimination par rapport aux 500 milligr. injectés est donc :

$$\frac{200 \times 100}{500} = 40 \%$$

Ainsi dans chacun des trois échantillons d'urine furent recherchés :

le taux du ferrocyanure éliminé ;
la concentration uréique ;
la densité.

Une prise de sang était pratiquée au milieu de la période des trois heures.

Il nous était facile dès lors de rechercher par une seule épreuve :

le test au ferrocyanure ;
la constante d'Ambard ;
la constante de Van Slyke.

Le lendemain de cette première épreuve, nous avons systématiquement recherché, la perméabilité rénale par la phénolsulfonephtaléine.

Nous avions ainsi des termes de comparaison multiples dont nous donnons ici les résultats.

Résultats

Des différents malades sur lesquels nous avons fait porter notre étude, nous avons retenu vingt et un cas, éliminant ceux où des fautes de technique avaient pu s'introduire, ou bien où manquait l'une des épreuves que nous voulions parallèlement enregistrer.

Sur ces vingt et un sujets :

Dix pouvaient être considérés comme cliniquement normaux, et sans atteinte rénale apparente ;

Cinq présentaient des signes d'insuffisance rénale avec présence d'albumine dans les urines ;

Cinq étaient des hypertendus sans atteinte rénale concomitante ;

Un était atteint d'une néphrose lipoïdique.

Dans tous les cas, l'injection fut bien supportée, et nous n'avons constaté aucun incident méritant d'être signalé.

Nous avons alors étudié parallèlement :

1° L'élimination du ferrocyanure de sodium par rapport à celle de la phénolsulfonephtaléine ;

2° La constante d'Ambard par rapport à celle de Van Slyke.

Enfin, nous avons confronté entre eux, ces deux séries de résultats.

La seconde partie de cette étude ne rentre pas dans le cadre de ce travail et sera exposée ultérieurement. Nous voudrions seulement rapporter les résultats de la première.

De l'étude comparative de ces tests différents, il nous a semblé pouvoir établir ainsi les taux normaux de l'élimination du ferrocyanure de sodium.

Un rein qui élimine plus de :

24 % en une heure,
35 % en deux heures,
50 % en trois heures,

peut être considéré comme fonctionnellement normal.

Un rein qui élimine moins de :

18 % en une heure,
30 % en deux heures,
40 % en trois heures,

est un rein insuffisant. Dans ces cas, l'on retrouve le plus souvent une altération des autres épreuves fonctionnelles, et l'examen clinique met souvent en évidence des signes que l'on peut logiquement rapporter à l'insuffisance rénale.

C'est d'ailleurs à des chiffres semblables qu'aboutissent les conclusions du travail de Wayne Gordon (7).

Il nous a semblé que la prolongation de l'épreuve en trois heures apportait peu de renseignements et, que la recherche du taux d'élimination de la première heure était parfaitement suffisante.

Nous basant alors sur cette échelle d'appréciation, nous avons comparé l'élimination du ferrocyanure à celle de la phénolsulfonephtaléine.

Ce dernier test, nous l'avons dit, était pratiqué le lendemain même de l'épreuve au ferrocyanure. Après l'injection intraveineuse de 0,06 milligr. de phénolsulfonephtaléine, nous avons recueilli les urines, 15 minutes et 70 minutes après l'injection selon la technique que nous avons contri-

bué à mettre au point avec notre maître Pasteur Valléry-Radot (8).

Rappelons que nous avons pu montrer par ce procédé, qu'une élimination de moins de 25 % au premier quart d'heure permettait de grosses présomptions en faveur d'une atteinte rénale alors qu'une élimination supérieure permettait presque à coup sûr d'en affirmer l'intég ité.

Dans tous les cas sauf un, l'épreuve au ferrocyanure s'est montrée rigoureusement parallèle à celle de la phénolsulfonephtaléine. Dans un cas seulement, l'élimination au ferrocyanure s'est montrée très satisfaisante alors que l'épreuve à la phénolsulfonephtaléine s'est montrée très défectueuse. Il s'agissait d'un cas de néphrose lipoïdique.

Voici quels étaient les résultats des épreuves fonctionnelles chez ce malade :

1° P. S. P. en 70 minutes : 30 % (pas d'élimination au premier quart d'heure) ;

2° Ferrocyanure, une heure : 26 % ; deux heures : 50 % ; trois heures : 66 %.

3° Constante d'Ambard 0,12 ;

4° Constante de Van Slyke 15 %.

Toutes les épreuves fonctionnelles concordaient donc pour confirmer une insuffisance, rénale qui existait cliniquement ; seule, l'épreuve au ferrocyanure de sodium donnait une élimination très supérieure à la normale. Nous n'avons trouvé aucune explication satisfaisante à donner à ce désaccord.

Conclusions

Sans doute, il serait encore prématuré d'apporter des conclusions à une épreuve, pour laquelle nous n'avons encore qu'une expérience trop limitée. Malgré tout, il nous a semblé qu'elle méritait d'être retenue pour des raisons différentes.

Son innocuité absolue, son parallélisme avec la phénolsulfonephtaléine ne lui donnent à ce point de vue aucune supériorité à cette dernière.

Par ailleurs, il ne nous a pas été permis de pouvoir vérifier sa spécificité dans la mesure de la filtration glomérulaire chez les hypertendus.

En d'autres points, elle nous semble présenter des avantages.

La quantité de ferrocyanure de sodium injectée (500 milligr.) permet une élimination globale plus importante et un titrage beaucoup plus exact des échantillons ; par conséquent, une échelle d'appréciation plus large que pour la phénolsulfonephtaléine. Autrement dit, la différence entre un bon rein et un rein mauvais est indiquée avec un écart numérique moindre pour la phénolsulfonephtaléine que pour l'épreuve au ferrocyanure.

D'autre part, une méthode de titration chimique est indubitablement plus précise qu'une méthode purement colorimétrique, et, quiconque a pratiqué les deux méthodes, se convainct que la netteté de la réaction au bleu de Prusse permet un dosage plus facile.

Enfin, elle permet en une seule expérience de réunir au même moment trois épreuves, qui saisissant la fonction rénale au même instant, en donneront une expression sur laquelle les modifications physiologiques n'auront pas le temps d'influer.

Résumé

Le taux d'élimination de 10 c. c. de ferrocyanure de sodium à 5 % injectés intraveineux, permet de mesurer la valeur de la fonction rénale.

Les résultats de cette méthode semblent sensiblement parallèles à ceux que donne l'épreuve classique à la phénolsulfonephtaléine.

Elle peut être étudiée avantageusement dans la même épreuve, avec la constante d'Ambard et la constante de Van Slyke.

BIBLIOGRAPHIE

1. MARSHALL (E.-K. jr) : A comparison of the function of the glomerular and a glomerular Kidney. *American. J. of Physiology*, 94, 1 ; 1930.

2. MARSHALL (E.-K. jr) and GRAFFLIN (A.-L.) : The structure and Function of the Kidney of Lophius piscatorius. *Bull. Johns Hopkins Hosp.*, 43, 205 ; 1928.

3. GERSH (I.) and STIEGLITZ (E.-J.) : Histochemical studies on Mamamalian Kidney ; glomerular Elimination of Ferrocyanide in the Rabbit and some related problems. *Anat. Records*, 58, 349 ; 1934.

4. VAN SLYKE (D.-D.), HILLER (A.), and MILLER (G.-F.) : The Clearance, Extraction percentage and estimated filtration of sodium ferrocyanid in the Mammalian Kidney. Comparison with inulin, creatinine and urea. *Am. Journal of Physiology*, 113, 611 ; 1935.

5. STIEGLITZ (E.-J.), and KNIGHT (A.-A.) ; Sodium Ferrocyanid as a clinical test of glomerular efficiency. *J. Am. medical association*, 103, 1760 ; 1934.

6. MARSHALL, VICKERS : Mecanisme de l'élimination de la P. S. P. ; preuves d'une secrétion par les tubes contournés. *Bull. of the Johns Hopkins Hosp.*, janvier 1923.

7. The excretion of ferrocyanid in man in relation to the urea clearance : Wayne Gordon : *Amer. J. of the Med. sciences*, août 1936.

8. L'épreuve de la phénolsulfonephtaleïne en un quart d'heure : PASTEUR VALLÉRY-RADOT, DELAFONTAINE, ISRAEL et Jean PORGE, *Presse Médicale*, 12 décembre 1936.

LA CLINIQUE AU GOUT DU JOUR

Dans la goutte, c'est l'état du rein, qui règle le pronostic

D'après le Professeur Rathery (*)

Une première phase de néphropathie simple, sans insuffisance des fonctions rénales : sonnette d'alarme

Il convient, tout d'abord, de préciser que la goutte est loin d'être toujours une affection des riches, faisant *bonne chère*. D'autres facteurs entrent en jeu dans son étiologie. C'est tout d'abord l'*hérédité* ; l'enfant supporte toujours les conséquences des erreurs des parents, notamment en ce qui concerne la goutte. C'est ensuite, et surtout, le *saturnisme* ; la goutte saturnine présente des caractères un peu particuliers, et sur sa fréquence pèse un autre facteur, qui est l'éthylisme. La goutte saturnine se caractérise par certains points particuliers. Elle apparaît chez des sujets profondément intoxiqués par le plomb ; les crises et les arthropathies y sont fréquentes, extensives et présentent une allure traînante ; mais surtout les tophus deviennent très conséquents et les lésions rénales sont presque constantes et importantes.

C'est d'ailleurs une règle générale, que le rein est très fréquemment touché à toutes les périodes de l'évolution de la vie d'un goutteux, et aussi que l'état du rein règle le pronostic de la goutte.

Au point de vue clinique, on sépare deux phases différentes dans l'évolution du rein goutteux.

Dans la première, le rein est lésé, mais aucune des manifestations n'aggrave sensiblement le pronostic : il n'existe pas d'insuffisance des fonctions rénales : c'est la néphropathie simple. Dans la seconde, au contraire, une complication provient des signes d'insuffisance rénale : il ne s'agit plus de néphropathie, mais d'une néphrite.

Dans la phase de néphropathie simple, les manifestations sont différentes suivant le moment où l'on voit le goutteux : avant que la crise de goutte apparaisse, pendant la crise, pendant la période intercalaire.

Avant la crise de goutte, les manifestations rénales sont de deux ordres : la goutte et la lithiase d'une part, l'albuminurie cyclique des adolescents de l'autre.

Le sable se présente sous forme d'une multitude de petits graviers, pouvant se sédimenter en un dépôt cristallin mobile, de couleur rougeâtre ou rosé. Ce sédiment doit être différencié du dépôt pulvérulent jaunâtre et rougeâtre, adhérent au vase, qui traduit la précipitation *in vitro* d'urates, après émission et refroidissement de l'urine. Il est parfois difficile à trouver, si on le recherche dans une urine contenue dans un flacon de verre transparent ; il faut regarder celui-ci par le fond : le dépôt est cristallin, collecté à la base, dans l'angle formé par le fond et la paroi latérale. Quand on étudie le pH urinaire, on voit qu'il est franchement acide ; l'acide urique cristallise, en effet, dans une urine nettement acide quand le pH est au-dessous de 5,7.

L'émission de sable urinaire s'accompagne d'une *douleur lombaire vague*, qui, s'exacerbe par le voyage en auto ou en chemin de fer. On a signalé des troubles urétro-génitaux revêtant le type soit d'une urétrite, soit d'une prostatite. Cette *émission de sable* peut se poursuivre pendant des années. Les alcalins, le phosphate disodique, par exemple, auraient une action dissolvante.

Beaucoup plus dramatique est la seconde manifestation rénale de cette période : la *colique néphrétique*. La douleur en est le symptôme le plus fréquent, siégeant dans la région lombaire, irradiant le long de l'urèthre vers le testicule chez l'homme, vers le pli de l'aîne et les grandes lèvres chez la femme ; elle est d'intensité variable, sourde ou violente, avec ses points douloureux caractéristiques, postérieurs et antérieurs ; il persiste parfois une douleur au niveau du rein. D'autre part, se produit une hématurie qui a pour caractère d'être provoquée, douloureuse, totale. La température n'est pas élevée. Les grandes fonctions rénales se font normalement.

Enfin, une autre manifestation rénale, avant l'apparition de la crise de goutte, est l'*albuminurie*. C'est une maladie des sujets jeunes, des adolescents à hérédité goutteuse. Ceux-ci se plaignent de malaises vagues, d'une diminution progressive des forces, d'inaptitude au travail ; ils sont souvent nerveux, impressionnables. Ils présentent des arthralgies, des douleurs au niveau des muscles de la jambe et du mollet, de la rachialgie. La céphalalgie est fréquente. Ce



(1) Le rein goutteux. Leçons cliniques (1934-1936). Baillière, éditeur, Paris, 1937.

sont de gros mangeurs, prenant peu d'exercice.

L'examen fractionné des urines montre que l'albumine s'élimine suivant un cycle caractéristique. Elle apparaît vers 1 heure de l'après-midi, alors que les urines sont très colorées, rouge foncé ; elle augmente jusque vers 2 ou 3 heures, pour disparaître entre 4 et 5 heures. Le cycle de l'après-midi peut se répéter quelquefois le soir de 7 à 11 heures. La quantité d'albumine éliminée est, en général, peu abondante ; cette albumine n'est pas rétractile, elle est riche en globuline. Les urines contiennent toujours des urates et des oxalates en abondance.

Le mode d'élimination des urates se fait également suivant un cycle ; l'examen à l'acide azotique permet de l'étudier, en même temps que celui de l'albumine. Vers 1 heure de l'après-midi, outre le petit disque d'albumine, on voit un disque très net (pigment rouge brun), qui le surmonte. De 2 à 3 heures, le disque d'albumine est très marqué, et l'on note au dessus un nuage diffus, dû à une réaction uratique très manifeste. Vers 4 ou 5 heures, l'albumine est à peine visible, ou elle a disparu ; le disque d'urates persiste seul. A 6 heures du soir, il n'existe aucun disque d'urates, ou d'albumine, mais on voit apparaître au fond du verre un abondant dépôt de nitrate d'urée.

Il semble qu'il faille invoquer le rôle du foie pour ces albuminuries cycliques. Pré-goutteuses, elles surviennent chez des sujets à hérédité neuro-arthritique chargée. On peut rapprocher de l'albuminurie cyclique fonctionnelle, certaines observations d'albuminurie orthostatique, survenant chez des jeunes gens de 14 à 18 ans.

Dans certains cas, enfin, il y a non plus précipitation de l'acide urique dans l'urine, mais phosphaturie ; parfois, s'y associe la glycosurie, qui s'accompagne d'oxalurie et d'oxalémie. Il faut distinguer la phosphaturie vraie, avec augmentation réelle des éléments phosphoriques, et la pseudo-phosphaturie avec urines lactescentes, due à un simple phénomène de précipitation.

La crise de goutte se complique de manifestations rénales : les urines sont colorées, fortement acides et de densité élevée. Secondairement on a pu constater un excès d'acide urique ; il n'en est pas de même de l'hyperuricémie qui, contrairement à ce que l'on admettait autrefois, n'existe pas toujours. Dans d'autres cas, la crise de goutte s'accompagne d'une *localisation rénale prédominante* ; à la fluxion goutteuse, s'associe à une douleur profonde lombaire avec albuminurie, parfois d'hématurie.

Pendant la période intercalaire enfin, l'albuminurie existe et fréquemment intermittente : déclenchée par les excès alimentaires ; parfois continue, avec un taux parfois élevé ; il y a oligurie et les urines très colorées ont une densité élevée. Il y a souvent une phosphaturie élevée. La tension artérielle est *normale* ; l'auscultation du cœur révèle l'absence de bruit de galop. Comme précédemment, ces manifestations seraient en rapport avec l'atteinte du foie, et la mise en liberté d'albumines hétérogènes, provenant du trouble dyscrasique.

UNE DEUXIÈME PHASE DE NÉPHRITE TÉMOIGNE DE L'INSUFFISANCE DES FONCTIONS RÉNALES

Le *rein* prend ici la prédominance sur le foie pour régler le pronostic, si bien que le goutteux saturnin meurt habituellement à cause de son rein. A cette phase, il ne s'agit plus d'un goutteux floride, mais ordinairement pâle et asthénique. Alors que les urines étaient peu abondantes, fortement colorées, contenaient de l'albumine en abondance avec densité élevée, alors que la tension artérielle était normale, le tableau était bien différent. Maintenant, il y a *polyurie* : les urines sont pâles, de densité peu élevée ; on y trouve de l'*albumine à l'état de traces*, et parfois, pas du tout.

L'examen cardio-vasculaire met en évidence une *tension artérielle élevée*, un *bruit de galop* ; on retrouve les petits signes du brightisme.

Il y a néphrite, et les épreuves fonctinonelles montrent l'insuffisance des fonctions rénales. La constante d'Ambard est élevée ; l'épreuve de la phénolsulfonephtaléine donne un chiffre anormal ; l'urée sanguine s'élève de même que l'indice polypeptidique et le sucre protéidique. La réserve alcaline s'abaisse en cas d'acidose rénale. Enfin, comme dans toutes les néphrites, le taux de l'acide urique s'élève au-dessus de son chiffre normal (1 mgr. 5 à 2 mgr. 5 pour 100), et peut atteindre 15 et 20 milligrammes pour 100 ; or, dès le début des néphrites goutteuses, on note parfois comme premier signe de la déficience rénale, précédant celui de l'urée, une élévation d'acide urique à 4 ou 8 milligr. ; l'hyperuricémie goutteuse proprement dite est d'ailleurs elle-même inconstante, peu stable.

Il s'agit presque toujours de *néphrite azotémique*, parfois de néphrite mixte, rarement de néphrite pure avec œdème et troubles de l'élimination des chlorures. Signalons qu'il existe une forme, assez rare du rein goutteux à cette époque, due aux accidents septiques de la lithiase rénale. C'est une pyélo-néphrite calculeuse avec pyonéphrose et infection ; le plus souvent les calculs sont mixtes, uriques, phosphatiques.

G. FISCHER.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Appendicite gangréneuse ; empyème ; septicémie à streptocoques ; guérison

L'observation communiquée par MM. G. MIGINIAC, DE VERBIZIER et J. GÉRAUD a évolué en deux phases bien distinctes :

Dans la première, phase chirurgicale, c'était une appendicite gangréneuse, vue trop tard, le quatrième jour, par la faute de la malade. La pleurésie purulente survenue par la suite peut être interprétée comme une manifestation, d'ailleurs unique, de la pyohémie.

La deuxième phase, médicale pure, a duré un mois, constituée par la septicémie streptococcique, alors qu'au point de vue chirurgical tout était rentré dans l'ordre. L'évolution favorable de cette septicémie est intéressante en raison de la thérapeutique mise en œuvre. De grosses doses de sérum antistreptococcique de Vincent ont été faites, en tout 725 c. c. par voie intra-musculaire et intra-veineuse. Deux immuno-transfusions ont été pratiquées, ainsi qu'un abcès de fixation. La guérison brusque après un accès de fièvre particulièrement violent, l'hémoculture négative au moment de ce dernier accès sont également les phénomènes saillants de cette observation. (*Paris Médical*, 22 mai 1937.)

Les hyperthermies provoquées

Des faits qu'il a exposés, M. Charles RICHET conclut que sous le nom de thérapeutique par la fièvre ou de pyrétothérapie nous désignons des méthodes qui ne sont pas identiques. Certes les unes et les autres produisent une élévation thermique ; certes, grossièrement, leur action thérapeutique paraît comparable, mais nous avons vu que là se bornait leur similitude. Actives ou passives, les hyperthermies agissent par des mécanismes qui ne sont pas homologues.

Chaque procédé a évidemment son avantage. La pyrétothérapie passive a le mérite de régler de façon précise le degré thermique que l'on veut atteindre. La pyrétothérapie active a l'avantage de faire appel aux défenses de l'organisme stimulées à la fois par la perturbation cellulaire et par la simple élévation thermique.

Dans les hyperthermies passives, la source calorique n'est pas toujours la même puisque tantôt il s'agit d'apport calorique simple, tantôt de dégradation de l'énergie électrique fournie à l'organisme par ondes courtes ou courant induit. Dans l'hyperthermie active, il y a un mélange d'hyperthermie et de choc, parfois associés à des phénomènes infectieux et des réactions locales, en proportions variables suivant l'agent hyperthermisant et le terrain.

Il n'est pas douteux que chaque mode d'hyperthermie ayant son individualité, chacun d'eux va agir de façon différente sur les divers états morbides. Il est en effet paradoxal, et cela heurte le bon sens, de soigner par la même technique une paralysie générale et une arthrite gonococcique, une syphilis secondaire et une chorée. (*Le Progrès Médical*, 22 mai 1937.)

Traitement moderne des abcès chauds en général et des abcès du sein en particulier

De l'étude du Docteur QUET, il résulte que le traitement classique, incision et drainage, doit à l'heure actuelle être considéré comme un pis aller.

Il faut aujourd'hui : au début et tant qu'il n'existe pas de pus, activer la leucocytose par le traitement classique, vessie de glace ou compresses chaudes, antiphlogistine, pansements humides ou bouillon-vaccin, ou pommade à l'anti-virus.

Dans une deuxième phase il y a du pus :

L'incision est remplacée par la ponction qui vide aussi bien la poche permet le lavage : peut se réaliser sans douleurs vives, ni anesthésie générale ; évite la production de cicatrices. Mais la véritable innovation thérapeutique consiste dans l'injection *in situ* qui réalise le traitement biothérapique moderne.

Trois produits peuvent être injectés :

Le bactériophage qui a donné des résultats remarquables, mais il tient son activité d'une spécificité stricte : aussi le résultat est-il toujours incertain à moins d'avoir lors d'une ponction précédente éprouvé *in vitro* la vertu du bacté-phage employé.

Les peptones qui ont permis d'obtenir des succès indiscutables, mais il y a eu aussi des échecs ; ils ont été attribués au défaut de pureté de la peptone employée.

Le bouillon-vaccin qui agit par immunisation locale à la Besredka. Il peut toujours et partout être employé. Il réalise l'unité de traitement. Ses résultats sont remarquables.

A une troisième phase enfin : l'abcès chaud tend à diffuser. Il faut appliquer le traitement biothérapique comme dans la phase précédente.

Ce traitement ne suffit pas toujours ; douleur et fièvre diminuent ; il y a arrêt de la diffusion de l'abcès. L'évolution du contenu restant peut se faire par une incision minime et pratiquement invisible. (*La Provence Médico-chirurg.*, mars 1937.)

Sur le traitement de l'ostéomyélite aiguë

Le Professeur E. Sorrel fait un exposé des divers traitements qu'il convient d'appliquer aux différentes formes d'ostéomyélites aiguës. Pour résumer en quelques mots son opinion, il croit pouvoir dire qu'en attendant d'être fixé sur la valeur de l'anatoxine et du sérum antistaphylococcique, l'intervention s'impose dans tous les cas d'ostéomyélite aiguë avec abcès. Elle sera, suivant la gravité des lésions, une simple incision d'abcès sous-périosté, une trépanation de l'os. ou une résection diaphysaire ; et il y a intérêt à la pratiquer sans retard.

Ce n'est que dans les formes de septicémie proprement dite, à foyer osseux encore imprécis — et ce sont des formes rares par rapport aux autres — que l'attente est justifiée ; elle s'impose d'ailleurs d'elle-même le plus souvent. (*L'Union médicale du Canada*, avril 1937.)

Les écoulements de liquide sanglant par le mamelon

Le fait n'est nullement physiologique ; il dépend d'une rupture vasculaire. A l'origine, on trouve souvent un traumatisme, qui, même minime peut provoquer une rupture vasculaire. Si l'hémorragie se produit spontanément, il doit y avoir des causes favorisantes : hypertension artérielle, vaso-dilatations capillaires réflexes, stase veineuse et enfin altérations sanguines. M is les causes agissent surtout où une néoformation altère la structure vasculaire.

Voici les conclusions pratiques du Prof. G. Jeanneney et de M. E. Dubarry.

Théoriquement, les écoulements par le mamelon doivent toujours éveiller la crainte d'une tumeur, bien que pouvant souvent se manifester en dehors de toute lésion grave ; même si on ne trouve ni tumeur ni adénopathie, il existe presque toujours des lésions histologiques de la glande pour expliquer l'hémorragie (en général lésions de végétations intra-canaliculaires au début). Ces lésions peuvent être bénignes, mais susceptibles de cancérisation, ou franchement malignes.

L'abstention chirurgicale est légitimée par l'absence clinique de tumeur ; mais elle suppose une surveillance rigoureuse de la malade. A la moindre alerte, une exploration sera faite. Si une tumeur est rencontrée on aura recours à une amputation de sûreté dans le cas où l'examen histologique montrerait des lésions malignes ou douloureuses.

S'il y a une tumeur localisée et limitée, on fera une exérèse extra-capsulaire et non pas la simple énucléation. (*Gaz. Médicale de France*, n° 6, 1937.)

Origine viscérale de certains zonas

Certaines répercussions du zona sont gastriques ou intestinales, hépatiques ou rénales. Tantôt indépendantes de l'alimentation, tantôt rythmées par elle elles sont parfois douloureuses au point de simuler une crise tabétique, coprostatiques au point de simuler un iléus, exceptionnellement dysuriques, diarrhéiques ou mucorrhéiques. La localisation thoracique, plus ou moins élevée, éveille une réaction viscérale de même niveau.

Mais il est des cas où la succession est inverse et où les accidents viscéraux précèdent la manifestation périphérique.

Le Professeur Loeper et G. Loisel publient deux observations personnelles, qui mettent de façon frappante en évidence la porte d'entrée gastrique.

On peut certes, quand cette succession est rapide, admettre encore la localisation parallèle d'un même virus. Mais, quand elle est lente, tardive, s'étendant même sur plusieurs années, on est bien forcé de discuter une autre hypothèse : celle de la pénétration par les viscères, estomac, foie, rein, vésicule, d'un virus à tropisme ganglionnaire et à détermination zonique secondaire, c'est-à-dire un circuit en quelque sorte inverse du précédent.

De la critique de toutes les observations connues jusqu'à ce jour, une hypothèse se dégage, qui mérite d'être placée bien en évidence : s'il existe des zonas à répercussion viscérale, il existe des zonas d'origine viscérale. Leur apparition, succédant de quelques semaines à la lésion viscérale, permet parfois d'envisager avec vraisemblance la pénétration du virus zonateux par les voies nerveuses viscérales et sa localisation ultérieure dans le territoire cutanéo-nerveux ou le métamère correspondant.

Cette hypothèse apparaît déjà solide, et elle mérite d'être discutée.

Elle ne change rien à la nature du zona, à la qualité spécifique de son virus, ni même à sa thérapeutique. Elle est seulement une interprétation pathogénique intéressante et vraisemblable, et qui s'inscrit dans le cadre probablement vaste des maladies nerveuses à porte d'entrée viscérale. (*La Presse Médicale*, 29 mai 1937.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'infection ourlienne chez le lapin

(MM. DE LAVERGNE, KISSEL, ACCOYER et CHAHIDI ; 1-6-1937)

M. de Lavergne et ses collaborateurs, inoculant du liquide céphalo-rachidien de méningite ourlienne à des lapins, ont obtenu une infection expérimentale qui pourra contribuer — si leurs recherches se confirment — à une meilleure connaissance de la maladie humaine.

Sur le droit des savants

(Rapport de M. H. VINCENT, au nom d'une Commission composée de MM. BALTHAZARD, PORTIER, RAMON et Ch. FIESSINGER ; 1-6-1937)

Ce rapport, présenté à la suite de la communication de M. Ch. Fiessinger concernant l'ouvrage de M. Paul Olagnier sur le droit des savants, conclut au vœu suivant qui, mis aux voix, est adopté à l'unanimité :

L'Académie de Médecine :

« Après avoir recueilli les avis juridiques de M. A.-V. Richard, conseiller à la Cour de cassation, et de M. P. Olagnier, avocat à la Cour d'appel ;

« Considérant que les lois actuelles ne reconnaissent pas aux savants, sur leurs découvertes et leurs inventions, les mêmes droits qu'elles reconnaissent aux auteurs d'œuvres littéraires ou artistiques ;

« Estime qu'il est de stricte justice que les savants, auteurs de découvertes de science pure ou appliquée, jouissent de droits semblables à ceux des auteurs et qu'ils bénéficient des mêmes avantages, lois et règlements que ces derniers.

« En conséquence, elle émet le vœu que le Gouvernement saisisse le Parlement d'un projet de loi ayant pour objet de sauvegarder les droits moraux et matériels des savants et des inventeurs, dans tous les domaines où se manifestent leurs découvertes et leurs inventions scientifiques. »

La vaccination antituberculeuse des grands enfants sans cuti-réactions préalables

(MM. H. FOLEY et L. PARROT. — Présentation de M. Ed. SERGENT (d'Alger) ; 8-6-1937)

Dans une précédente communication, MM. Foley et Parrot ont été amenés à conclure que la cuti-réaction tuberculinique, même plusieurs fois répétée, ne décèle pas d'une façon certaine l'allergie, tant chez les sujets vaccinés par le B. C. G. que chez les non-vaccinés en état d'infection tuberculeuse latente. En fait, toutefois, cette épreuve offre l'avantage de permettre d'écarter de la vaccination les sujets à cuti-réaction positive, pour lesquels le bacille de Calmette-Guérin n'est d'aucun secours, puisqu'ils sont déjà porteurs de germes.

Si les cuti-réactions restent utiles d'une façon générale (quoique d'une signification incertaine), elles apparaissent d'importance moindre dans certains pays d'outre-mer, en Algérie par exemple. Dans ces pays, la vaccination des enfants indigènes à la naissance, par le B. C. G. buccal, administré en trois doses à deux jours d'intervalle chaque fois et dans les dix jours suivant l'accouchement, est pratiquement irréalisable hors des villes et de quelques agglomérations. En milieu indigène rural, la vaccination normale des nouveau-nés ne saurait recevoir qu'une extension très limitée ; d'où la nécessité d'y administrer le B. C. G. à un âge plus avancé. Et la vaccination des grands enfants, si on doit la faire précéder des cuti-réactions actuellement prescrites lorsque l'enfant n'est plus un nouveau-né, rencontre les mêmes obstacles : pénurie de médecins, dissémination des groupements indigènes, etc...

Avec l'assentiment de M. Calmette, MM. Foley et Parrot ont essayé et emploient depuis quelques années une technique particulière de vaccination antituberculeuse, destinée aux enfants de tous âges, indigènes ruraux, et qui consiste simplement à administrer le B. C. G. par voie buccale *sans cuti-réactions préalables*. Il suffit, à jour fixé, de réunir les enfants d'un douar et de faire ingérer à chacun une dose uniforme de B. C. G. (5 centigrammes) dans un peu d'eau sucrée. L'opération est renouvelée tous les trois ans.

Certes, il arrive que l'on vaccine ainsi des enfants déjà allergiques. Mais l'expérience confirme l'innocuité complète du B. C. G. même pour cette catégorie de sujets. Au cours de leurs recherches, les auteurs ont eu l'occasion d'administrer du B. C. G. à 84 enfants en état d'allergie sans noter de troubles quelconques pouvant paraître en résulter. Au total, 1.215 enfants âgés de un à quinze ans, ont été ainsi vaccinés sans accident, ni incident.

Visibilité de l'oreillette gauche en radiographie frontale

(MM. Ch. LAUBRY, ROUTIER et HEIM DE BALSAC ; 8-6-1937)

MM. Laubry, Routier et Heim de Balsac signalent dans quelles conditions ils ont pu obtenir la visibilité radiologique de l'oreillette gauche, grâce aux progrès de la technique actuelle. P. L.

Les Congrès

LES JOURNÉES MÉDICALES DE BRUXELLES

(XVIe session — Juin 1937)

Résumé des conférences

Action des gonades sur le psychisme

Professeur P. COMBEMALE (de Lille)

Le psychisme est soumis à l'empreinte sexuelle. Chez le mâle, dominent l'agressivité, l'instinct combatif ; chez la femelle, il y a plus de placidité et de soumission, dans une certaine mesure du moins. La castration avant la puberté empêche ces caractères d'apparaître ; les injections d'extraits ou d'hormones les rétablissent.

Tous les caractères psycho-sexuels ne semblent pas cependant relever uniquement des sécrétions sexuelles adultes. On est ainsi amené à admettre la prédisposition des formes sexuelles dans les chromosomes des noyaux cellulaires.

L'influence qu'exercent les glandes sexuelles sur les qualités intellectuelles a été peu étudiée. Dans l'espèce humaine, si l'on signale quelques castrés très intelligents, on s'accorde en général à accabler les eunuques de nombreux défauts. En réalité, ce ne sont là que des appréciations superficielles qui ne tiennent compte ni du moment de la castration, ni de la race du castré. Les Skoptzy (châtrés volontaires) seraient, d'après Pittard, affables, honnêtes, pacifiques et laborieux.

En résumé, les glandes génitales interviennent par leurs hormones pour donner au psychisme une empreinte propre à chaque sexe. Cette empreinte serait très légère sur les qualités intellectuelles supérieures, très marquée sur celles qui dépendent de l'instinct de reproduction. Le rôle du soma n'est pas complètement passif.

Hormones, vitamines et milieu intérieur

Professeur agrégé BRULL, de Liége

Pour apprécier comment hormones et vitamines règlent la composition du milieu intérieur, l'auteur prend deux exemples :

Premier exemple. — La régulation du métabolisme du phosphore par la vitamine D et les hormones parathyroïdiennes et hypophysaires.

Les phosphates calciques, peu solubles dans le plasma, tendent à se déposer dans les os, quand leur concentration augmente. Inversement, quand la concentration tombe trop bas, le phosphate des os tend à se solubiliser. Deux éléments interviennent pour régler ce niveau : d'une part, l'absorption intestinale des phosphates, qui dépend de la vitamine D ; d'autre part, l'excrétion urinaire du phosphore, qui est sous l'influence de l'hypophyse et de la parathyroïde.

Deuxième exemple. — L'ingestion d'eau est rapidement suivie de son élimination urinaire. Il suffit d'une trace d'extrait hypophysaire postérieur pour empêcher la sortie de l'eau. Il est établi par des expériences que l'hypophyse déverse dans le sang le principe anti-diurétique, qui règle les sorties hydriques.

Vers une dermatologie physiologique

M. le Professeur PAUTRIER, de Strasbourg

Pendant longtemps, la dermatologie est restée morphologique et descriptive, s'encombrant d'une terminologie souvent touffue et complexe. Depuis quelques années, elle évolue dans le sens biologique et physiologique.

L'étude de certaines dermatoses représente un domaine d'élection, pour l'observation et l'expérimentation, en matière d'intolérance et de réactions allergiques. Elle a permis de préciser l'existence de sensibilisations tissulaires, dermique dans les affections du type de l'urticaire, épidermique dans le groupe des eczémas.

Nous avons vécu jadis avec le sentiment que la peau était un des organes les moins nobles de l'organisme, opinion complètement à réviser, notre tégument fonctionnant certainement comme une véritable glande nécessaire à l'harmonie générale.

Envisagée sous cet angle physiologique, la dermatologie représente un champ d'expérimentations particulièrement favorable et intéressant.

Les vésicules douloureuses non lithiasiques

MM. le privat-docent Charlie SALOZ (de Genève) et M. DEMOLE

Si l'origine vésiculaire est à la base d'un grand nombre d'états douloureux de l'abdomen — qu'il s'agisse vraiment de troubles à symptomatologie vésiculaire, ou qu'il s'agisse simplement de formes dyspeptiques — la lithiase, elle, dans ces troubles vésiculaires de tous ordres, ne joue pas le rôle principal.

La majorité des cas en question est composée de sujets présentant des cholécystites liées à des troubles intestinaux : constipation, diarrhée, colite, appendi-

cite ; d'autres se partagent divers états vésiculaires, qualifiés troubles fonctionnels d'évacuation ou dyskinésie vésiculaire. Sur l'ensemble, les calculeux représentent la plus faible part.

La radiographie aidera à préciser si une cholécystite est ou non lithiasique, et le tubage duodénal, avec épreuve d'excrétion vésiculaire, permettra de séparer ce qui est dyskinésie simple ou inflammation du cholécyste sans calculs. En pratique, il faut tenir compte des causes d'erreur (calcul échappant aux rayons, etc.).

Le traitement de la cholécystite non calculeuse est dominé par la nécessité de ne pas méconnaître l'intestin au profit de la vésicule. Traiter seulement les accidents hépatiques reviendrait à ne s'occuper que des complications d'une maladie.

La septicémie de Bruce chez les enfants

M. le Professeur R. JEMMA, de Naples

On a cru longtemps que la fièvre ondulante était une maladie peu fréquente chez l'enfant. A la vérité, la septicémie de Bruce frappe également tous les âges, et elle n'épargne même pas les nourrissons.

La symptomatologie n'est souvent pas la même que chez les adultes, et la clinique a presque toujours besoin des épreuves de laboratoire pour établir un diagnostic certain. Ces épreuves sont le séro-diagnostic et l'hémoculture. En Italie, les formes cliniques les plus fréquemment observées chez l'enfant ont été : la fièvre ondulante, la pseudo-typhoïde, la forme splénomégalique, rénale ou nerveuse.

Le traitement par la vaccinothérapie est efficace contre la fièvre et les autres symptômes, qu'on voit alors diminuer et à peu près disparaître. Le vaccin peut être injecté par voie intra-musculaire ou intraveineuse.

Sur la pathogénie et le traitement du rhumatisme

M. le Professeur GUNZBURG, de Bruxelles

Le problème des causes du rhumatisme reste entier. La théorie microbienne ne se confirme pas. L'allergie a subi au Congrès de Stockholm un échec : le rhumatisme ne présente pas les caractères d'une maladie allergique. Mais l'unité de tous les rhumatismes comme affection du substratum conjonctif mésenchymateux, soit de l'appareil locomoteur seul, soit du système locomoteur et viscéral, se confirme.

En attendant de connaître la cause, le traitement sera pathogénique. Nous agirons sur la réaction du tissu conjonctif, que nous savons sensible à l'or, au soufre, peut-être à d'autres médicaments encore. Nous savons aussi que ce tissu reçoit une stimulation des agents physiques ; la chaleur, jusqu'à la fièvre, stimule la cellule conjonctive ; le mouvement et le massage remédient à son induration passagère ; la vaccination (sans recherche de la spécificité) est utile. On ne négligera pas le terrain (constitution, diathèse).

Les rayons infra-rouges et ultra-violets au cours des interventions chirurgicales

M. le Docteur Charles MARX, de Paris

L'utilisation des rayons infra-rouges et ultra-violets au cours des interventions chirurgicales est de date récente. Le mérite de leur emploi revient avant tout à Havlicek, de Schazlar, pour les ultra-violets, et à Paschoud, de Lausanne, pour les infra-rouges.

Cette méthode est encore en pleine période d'études. Néanmoins, on peut dire déjà que les opérations au cours desquelles on a utilisé ces rayons ont présenté des suites opératoires plus favorables, en ce qui concerne les vomissements, les douleurs, la parésie intestinale, ainsi que les phlébites et les embolies. Les vomissements post-opératoires ont presque entièrement disparu.

Problèmes médicaux de l'aéronautique moderne

M. Ch. SILLEVAERT (aéronautique militaire belge)

Sur l'avion de chasse, obligé de prendre rapidement de la hauteur (6.000 mètres en six minutes actuellement), l'aviateur est particulièrement exposé au mal des recompressions. Par contre, le mal du séjour en hautes altitudes et celui des recompressions brusquées sont rarement à craindre.

Pour l'aviation d'attaque, où le pilote après avoir lancé sa bombe ou sa grenade, remonte à son altitude antérieure, pour redescendre, le gros danger est le mal des recompressions brusquées.

Dans le bombardement, montée lente, trajet à haute altitude, descente lente ; le séjour aux hautes altitudes constitue tout le danger.

La fourniture d'oxygène en quantité adéquate aux besoins, le caisson pneumatique sont à utiliser en pareils cas.

La glycémie des diabétiques

M. le Professeur RATHERY, de Paris

Dans le diabète, quels sont les rôles respectifs à attribuer à la glycémie et à la glycosurie ?

Si l'hyperglycémie, dit M. Rathery, traduit l'existence d'un trouble du métabolisme glucidique, elle n'est pas capable de le mesurer. On ne saurait admettre ni la théorie des variations du seuil pour expliquer le trouble métabolique, ni la glycémie dite critique pour expliquer l'acidose. On peut même voir des diabètes véritables sans hyperglycémie.

L'importance de la glycémie, au point de vue pronostique, n'est que très relative.

Au point de vue thérapeutique, il est plus utile de mesurer le taux du sucre urinaire que le taux du sucre sanguin. De l'avis du Professeur Rathery, le taux du sucre urinaire représente, beaucoup mieux que l'état de la glycémie, la réaction et l'adaptation de l'organisme au trouble métabolique.

Le monde médical parisien il y a cent ans

M. J. de Fourmestraux, de Chartres

M. de Fourmestraux évoque le monde médical parisien, il y a cent ans : Broussais, Laënnec, Dupuytren, Récamier, qui le premier pratiqua une hystérectomie vaginale, Antoine Dubois, qui mît au monde le roi de Rome, Larrey, Velpeau, Malgaigne...

Transfusion de sang conservé

M. le Professeur Jeanneney, de Bordeaux

On peut utiliser, pour la transfusion, du sang conservé (après citratation) à la glacière à +3°. Ce système, qui s'inspire de la méthode russe du sang de cadavre (Judine) a été employé simultanément en République Argentine par Teuconi et Palozza, et en France par Jeanneney, Servantie et Vieroz. Le sang citraté et conservé à la glacière a pratiquement la même valeur que le sang citraté frais. La méthode ramène la transfusion à une banale injection intraveineuse de sang, que le médecin peut se procurer aussi facilement qu'un médicament ordinaire. Le sang peut être ainsi conservé vingt à vingtcinq jours, sans perdre son efficacité, comme agent de transfusion.

La syphilis indigène marocaine

M. E. Lépinay, de Casablanca

Quels changements a-t-on observés dans la syphilis indigène marocaine sous l'influence des traitements modernes ? La syphilis cutanéo-muqueuse s'est minimisée, les manifestations ostéo-articulaires ont disparu, sans qu'apparaissent, chez les musulmans, les neuro-syphilis. Le tabes est toujours rare, la paralysie générale exceptionnelle, se rencontrant le plus souvent chez des indigènes non traités. Ces constatations sont favorables à l'unicité du virus.

P. Lacroix.

Les Thèses

P. — Dr Y. Auvray. — **Contribution à l'étude des encéphalites ourliennes.** (Thèse 1937).

On peut observer au cours des oreillons des syndromes d'encéphalites pures. Ces encéphalites sont beaucoup plus rares que les autres complications nerveuses des oreillons. Elles sont dues au virus ourlien, encore mal connu. Celui-ci serait un virus neurotrope et cytotrope qui s'inoculerait par voie cornéenne. De là, il gagnerait directement l'encéphale, les glandes salivaires n'étant que l'orifice de sortie. Il présente donc de nombreuses analogies avec le virus rabique et herpétique et celui de l'encéphalite épidémique.

Les lésions anatomiques sont difficiles à préciser vu le nombre peu important d'autopsies pratiquées.

Tous les types cliniques peuvent se rencontrer ; toutefois les syndromes cérébelleux et pédonculaires sont les plus caractéristiques. Ce qui frappe avant tout, c'est la fréquence des psychoses, psychoses soit à type de confusion mentale, soit à type d'excitation maniaque.

Il n'existe aucun rapport entre la gravité des encéphalites ourliennes et l'intensité du gonflement des parotides.

Le diagnostic différentiel sera surtout à établir avec l'encéphalite léthargique quand celle-ci s'accompagne de tuméfaction parotidienne. Le pronostic est souvent assombri par des séquelles nerveuses. Des cas de mort ont été signalés par divers auteurs. La thérapeutique est toute symptomatique. L'atropine semble donner des résultats intéressants.

P. — Dr J.-N. Courvoisier. — **Les interventions mobilisatrices dans les raideurs et ankyloses du genou.** (Thèse 1937).

Il est nécessaire de distinguer nettement les ankyloses et les raideurs du genou.

Les ankyloses comportent les cas pathologiques où une masse de fusion, osseuse ou fibreuse, réunit les extrémités articulaires et, comblant l'interligne, supprime toute mobilité.

Aux raideurs du genou appartiennent tous les autres états où l'amplitude des mouvements est plus ou moins diminuée, sans que soit effacé l'interligne articulaire. Cette classification anatomo-physiologique montre que des lésions très diverses peuvent être à l'origine des raideurs du genou (lésions articulaires, capsulaires ou extra-articulaires).

Raideurs et ankyloses du genou provoquent des troubles fonctionnels souvent assez graves pour demander un traitement chirurgical dont les résultats sont aujourd'hui suffisamment probants pour qu'on ne puisse en refuser le bénéfice.

L'*arthroplastie* est la seule intervention susceptible de restaurer la mobilité dans un genou ankylosé.

Il semble, contrairement aux notions classiques, que l'on puisse intervenir dès un an, et parfois moins, après la cessation des phénomènes aigus. Les raideurs du genou comportent un traitement chirurgical plus complexe, du fait de la multiplicité des étiologies de ces états (capsulotomies, libération d'adhérences, hémi-arthroplasties, etc.).

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

TRAVAUX ORIGINAUX

Bulletin de l'Actualité

MORBIDITÉ, MORTALITÉ ET SITUATION SOCIALE

Les tableaux statistiques relatifs à la région parisienne publiés par M. Marcel Moine et paraphrasés ici il y a quelques semaines (*Concours Médical*, 14 mars 1937) montrent la relation étroite qui lie la mortalité tuberculeuse au taudis. Qui dit taudis dit pauvreté, et c'est ainsi que se vérifie (à condition toutefois qu'une statistique puisse être considérée comme probante) l'adage bien connu « La misère fait le lit de la tuberculose ».

Si j'émets ce doute injurieux à propos des statistiques c'est que justement sur ce sujet certaines infirment ce que d'autres avaient affirmé.

Dans le livre fort intéressant de notre confrère belge René Sand : *L'économie humaine par la médecine sociale*, on trouve le récit suivant :

En Angleterre, à Stockton-en-Tees, on démolit un quartier insalubre dont les habitants vont se loger dans une cité-jardin municipale où les loyers sont plus élevés.

Contrairement à toute attente la mortalité de ces familles, au cours des cinq années qui suivent, s'élève de près de moitié alors que celle de la population restée dans un autre quartier insalubre s'abaisse de 1/10.

L'auteur explique ce résultat paradoxal par les restrictions alimentaires que se seraient imposées les familles de la cité-jardin pour payer un loyer plus élevé.

C'est une hypothèse ; il faudrait, pour la vérifier, faire d'autres statistiques, et prendre garde qu'elles ne disent pas le contraire de ce qu'on souhaite.

Forts de cette notion les sociologues se sont livrés à toutes sortes de considérations sur l'effort d'urbanisme qui s'impose dans les villes surpeuplées et les devoirs d'assistance qui tombent à la charge de l'Etat et des communes.

Ce qui est vrai pour la tuberculose ne doit pas en effet l'être moins pour les autres maladies. La sous-alimentation, l'habitation dans un logement malsain et surpeuplé, le surmenage ou bien le découragement devant un état de chômage qui dure, sont autant de mauvaises conditions pour résister à l'assaut des germes morbides. Certains font en outre état de l'hésitation que peuvent éprouver les pauvres à appeler le médecin dès le début d'une maladie, c'est-à-dire au moment où elle peut encore être enrayée, à cause des frais qui vont grever leur maigre budget. Et cela est vrai pour une certaine catégorie de pauvres, la plus digne, la plus méritante, et aussi hélas ! au temps où nous sommes, la moins nombreuse : celle qui livre son combat solitaire et tient à honneur de ne rien demander. Ce n'est pas vrai pour la plèbe dont nous sommes amplement pourvus. Celle-là crie toujours, comme autrefois, « Panem et circenses ». Mais elle a en outre découvert les commodités de l'A. M. G. et en fait un libéral usage. Je ne suis pas inquiet pour elle : sa peau est bien gardée ! Mieux, certainement, que celle des probes travailleurs et des chétifs rentiers saignés un peu chaque jour par les astuces de nos argentiers, grands et petits.

Quoi qu'il en soit les sociologues ont eu l'idée de tracer une pathologie des classes sociales. C'est-à-dire, pour élucider ce que ce terme pourrait avoir d'incertain, de chercher la façon dont chaque classe paye son tribut à la maladie et à la mort. Cette idée on pourrait la croire inspirée des bouillonnements politiques actuels. Or, elle a déjà fait l'objet d'un travail publié dans les « Mémoires de l'Académie royale de médecine » en 1828 ; et, en 1907, J. Bertillon présentait au Congrès international d'hygiène de Berlin une communication intitulée « De la mortalité et de l'aisance ». C'est donc une vieille histoire, mais elle reste d'actualité ; à telle enseigne que j'ai eu la surprise de l'entendre, ces jours-ci, évoquer dans un film qui est projeté sur les écrans parisiens : *La grande Illusion*. Les cinéastes s'adonneraient-il par distraction à la sociologie ?

M. L. Hersch, professeur à l'Université de Genève, reprenant ces études dans des mono-

graphies parues en 1920 et 1932, s'est fondé sur les statistiques de la Ville de Paris (1). Il a cherché des indices sur la situation sociale du décédé dans le produit de la contribution personnelle mobilière dont le montant, on le sait, varie proportionnellement au loyer payé. Les gens sans ressources ou à ressources exiguës en sont exemptés. En conséquence, le nombre de ménages, dans chaque arrondissement, étant connu par les tables de recensement, plus l'écart entre le nombre des cotes et le nombre des ménages sera grand, plus l'arrondissement sera considéré comme pauvre ; plus les deux chiffres auront tendance à se rejoindre, plus *l'aisance sera répandue.*

***

Ceci étant, M. Hersch divise les arrondissements parisiens en cinq classes : dans les deux premières la population aisée forme encore la majorité des habitants, dans les trois dernières la population pauvre est la plus nombreuse. La première classe est constituée par le XVIe (Passy) et le VIIIe (Elysée) ; la dernière par le XXe (Ménilmontant), XIIIe (Gobelins) et XIXe (Buttes-Chaumont). En gros l'on peut dire qu'à Paris la pauvreté augmente à mesure que l'on va de l'ouest à l'est.

La mortalité augmente nettement et à peu près régulièrement dans le même sens, passant de 10,9 pour 1.000 dans le XVIe à 16,6 pour 1.000 dans le XXe.

Si, au lieu de mortalité générale, on considère seulement la mortalité par tuberculose, l'écart est beaucoup plus frappant encore. De 12,1 pour 10.000 dans la 1re classe d'arrondissements (classe dite opulente), elle passe à 35,4 pour 10.000 dans la dernière classe (dite miséreuse), soit tout près du triple. Ces chiffres sont ceux de la période 1924-1928. Ils ont baissé depuis puisque les statistiques de M. Marcel Moine, établies sur les taux de 1931, donnent : 10,8 pour le XVIe, 7,9 pour le VIIIe, 29,5 pour le XXe et 28,2 pour le XIXe. Le record, pour 1931, appartient au IVe avec le taux de 34 pour 10.000, le IVe appartenant à l'avant-dernière classe de M. Hersch (Influence des îlots insalubres du quartier Saint-Merri).

Le rôle de la pauvreté dans l'extension de la tuberculose paraît donc incontestable. Il s'agit, il est vrai, de pauvreté citadine, celle qui grouille dans des clapiers infects, au fond de corridors obscurs, qui, au long de mois entiers, ne hume que les relents de la grande ville, qui désapprend la couleur du ciel et la forme des arbres. Peut-être nos confrères ruraux, s'ils considéraient autour d'eux les valets de fermes ou les ouvriers agricoles, dont les salaires sont pourtant loin d'équivaloir ceux des manœuvres d'usines, seraient-ils d'un avis différent. Et accuseraient-ils surtout comme complice de la tuberculose le défi au bon sens que constituent aujourd'hui la vie dans les grandes villes et le travail industriel.

***

Poursuivant ses recherches M. Hersch a considéré diverses autres causes de mort dans les diverses classes. Et il en est un certain nombre qui n'ont plus rien à voir avec la situation sociale. Par exemple, le suicide : sur 10.000 habitants de 20 ans et plus, il en meurt 2,2 par suicide dans les trois premières catégories d'arrondissements, 2,7 dans la quatrième et 2,1 dans la cinquième. La cause du suicide est peut-être différente, mais le résultat est identique : on ne tient pas plus à la vie parmi les opulents que chez les miséreux. Et ceci, dirait Bossuet, est une « grande et profitable leçon ». L'appendicite et la hernie, de même que les affections de l'estomac, montrent aussi une constance qui se joue de la valeur des comptes en banque : 1,9 pour les premières, avec de très faibles variations par excès et par défaut, 0,8 pour les secondes. C'est la 3e catégorie, d'aisance moyenne, qui montre les taux les plus élevés. Les petits bourgeois sont donc particulièrement visés dans leur tube digestif. A quoi doivent-ils cette infortune ?

Certaines maladies frappent particulièrement les riches. Il en est ainsi de la néphrite chronique : 5,5 pour 10.000 chez les gens de Passy, 5,1 chez ceux de Ménilmontant. Les gens du monde n'ont donc pas tort de tellement s'inquiéter de leur tension artérielle.

Et enfin, révélation alarmante, la grippe est nettement anticapitaliste. De 1922 à 1931 elle a mis à son actif 184 sur 10.000 décès dans le XVIe arrondissement, 119 dans le VIIIe, 60 dans le XIXe, 80 dans le XXe et 46 dans le XIe.

En conséquence le meilleur conseil que puissent donner les médecins à leurs clients des beaux quartiers, lors de la prochaine épidémie de grippe c'est de déménager et d'aller s'établir aux environs de la rue Popincourt.

G. LAVALÉE.

(1) La Mortalité à Paris et dans le département de la Seine. Docteur G. ICHOK. Edité par l'Union des Caisses d'assurances sociales de la région parisienne, 9, rue Boudreau, Paris (IXe).

DÉONTOLOGIE — DÉTOURNEMENT DE CLIENTÈLE CHOIX D'UN CONSULTANT — SAGE-FEMME CONTRE MÉDECIN

Une de nos confrères nous expose le fait suivant (3.350). Dans la localité où il exerce, une sage-femme fait une propagande très marquée pour un praticien, aux dépens d'un autre.

C'est ainsi que, lorsqu'elle pratique un accouchement et qu'elle doit recourir à un médecin, pour faire un forceps, ou autre intervention, elle tente de faire appeler le praticien ami, pour faire écarter l'autre. Si la famille désigne le second, elle cherche par tous moyens, à faire venir le premier. Elle apporte ainsi un sérieux obstacle au libre choix du médecin.

Elle prétend avoir le droit d'agir de la sorte et soutient même qu'elle pourrait refuser ouvertement de collaborer avec le praticien qui n'a pas l'heur de lui plaire et que même elle pourrait menacer ses clients de se retirer, si on ne faisait pas appel au médecin qui a sa confiance.

Que peut-on faire en pareil cas contre cette sage-femme ? Peut-on la citer devant les tribunaux, pour détournement de clientèle et violation du libre-choix ? Quelles condamnations pourrait-on obtenir, principalement pour réparation du dommage moral ainsi causé ?

Il faut dire que ce qui a provoqué l'animosité de la sage-femme contre le médecin en question, c'est que ce dernier lui a fait des remontrances sur sa pratique quelque peu abusive et illégale. Elle fait fréquemment des injections de lobe hypophysaire au cours du travail. Cette pratique est-elle légalement répréhensible ?

Disons de suite, sur ce dernier point, qu'en théorie, la sage-femme ne doit se servir d'aucun instrument, pas même d'une seringue hypodermique. Et cependant quelle est la sage-femme qui n'a pas, dans sa trousse, seringue de Pravaz et ampoules diverses, ergotine, hypophyse, etc ?

Certes, il est plus prudent pour la praticienne de s'abstenir de pratiquer *proprio motu* une injection quelconque, même pour activer un travail quelque peu long. Il est préférable, pour elle, de s'abriter derrière l'avis du médecin, Mais, la sage-femme invoquera l'excuse de l'urgence, de la nécessité, etc.

La question la plus grave consiste dans ce détournement de clientèle, fait par la sage-femme au détriment d'un praticien et en faveur d'un autre.

En principe, un praticien a toujours le droit de refuser de se rencontrer en consultation avec un confrère. Il n'outrepasse pas ses possibilités, lorsqu'il fait savoir à la famille que tel docteur serait mieux indiqué que tel autre.

Mais l'abus de droit consiste à systématiquement refuser la consultation d'un confrère, et en toutes circonstances, faire l'impossible, pour que le choix de la famille puisse se porter sur le praticien favorisé, toujours le même.

En effet, il convient, tout d'abord, de respecter le libre choix des familles et du patient lui-même. Ce ne serait que dans des circonstances précises, graves, heureusement assez rares, qu'il est permis d'aiguiller le choix des familles vers tel praticien, au détriment des autres. Ajoutons que le fait ne doit pas dégénérer en habitude.

Cependant, un médecin peut être suspect en raison de ses habitudes professionnelles. Ses voisins ne tiennent pas à se rencontrer avec lui à cause de ses procédés quelque peu charlatanesques, ou parce qu'il est coutumier du fait de racolage pour son propre compte. Peu soucieux de la délicatesse, il s'est fréquemment arrangé pour se substituer au praticien qui l'avait fait appeler en consultation.

On peut également avoir affaire à un médecin exclu du syndicat, ou mis à l'index par ce dernier. Bref, dans certaines circonstances, le médecin traitant peut avoir des motifs sérieux et graves pour se refuser à être mis en présence d'un confrère indésirable. Comment s'y prendre ?

Il ne faut pas commettre l'erreur de donner aux clients des précisions sur les motifs du refus de consultation. Mieux vaut rester dans le vague et dire à la famille qu'on ne tient pas à se rencontrer avec M. le Docteur X. Si la famille insiste pour que la consultation ait lieu, le praticien pourra déclarer qu'il préfère abandonner son client, puisque tel autre praticien est appelé à son chevet. Mais toujours ne pas donner de motifs du refus de collaboration.

Les tribunaux ont en effet reconnu à un docteur en médecine le droit de refuser une consultation avec un confrère ; mais ils estiment que constituerait une diffamation non publique, un dénigrement avec intention de nuire le fait de dire les raisons pour lesquelles le Docteur X est mis en quarantaine.

Pour en revenir au cas de la sage-femme, qui fait l'objet de la plainte de notre correspondant, nous pouvons dire que cette praticienne peut préférer le concours de tel médecin plus versé dans l'art des accouchements, plus habile, plus titré et plus expérimenté. Mais elle a le devoir de ne pas boycotter systématiquement les autres praticiens, au profit du seul qui a sa confiance.

Elle ne doit pas, par des manœuvres détournées, favoriser l'appel d'un au détriment des

autres, en faisant semblant de téléphoner, pour soutenir ensuite que personne ne répond chez le docteur ; que par suite, elle a dû faire appel, vu l'urgence, au praticien, qui a ses faveurs. Il y aurait de ce fait un détournement de clientèle, qui, s'il était prouvé, pourrait faire condamner la sage-femme à des dommages-intérêts.

Mais, pour rester fidèle à ma foi syndicaliste, j'insiste pour que le litige soit porté à la connaissance du Conseil de famille. Ce ne serait qu'en cas d'échec de ce dernier, ou de son refus, qu'il faudrait recourir aux tribunaux de droit commun.

Le médecin peut porter plainte à son syndicat contre la sage-femme. Le président du syndicat des médecins se mettra en rapport avec la présidente du syndicat des sages-femmes, afin qu'il soit possible de constituer un conseil de famille intersyndical. La praticienne et le plaignant seront convoqués par lettre recommandée. Une explication interconfraternelle aura lieu, en famille. Peut-être les débats se termineront-ils par une réconciliation générale. Sinon, le conseil de famille fera, s'il y a lieu, comprendre à la sage-femme qu'elle abuse de la confiance que les futures mamans ont en elle. On pourra également apprécier à leur valeur les arguments de défense. Il sera peut-être possible de démontrer au docteur que, lui aussi, a des torts et que la sage-femme a pu être froissée de certains propos, de certains actes, qui ont provoqué sa rancune contre le médecin.

Fort souvent, le rôle du conseil de famille est non pas celui d'un juge implacable, mais d'un conciliateur, d'un juge de paix. Une franche explication, parfois orageuse au début, se termine fréquemment par la reconnaissance de torts réciproques surtout lorsqu'on prête trop l'oreille aux propos médisants de nos clients. Paternel et confraternel, le conseil de famille a pour principal devoir l'obligation de faire régner la concorde et la déontologie. Pourquoi ne pas essayer dans le cas qui m'a été soumis ?

Dr Paul BOUDIN.

LES SAGES-FEMMES VOUDRAIENT CRÉER UN SOU MÉDICAL

A plusieurs reprises, notre Ligue de défense professionnelle a été pressentie, pour admettre, parmi ses membres, des sages-femmes ou des chirurgiens-dentistes. Le Conseil d'administration du Sou médical a toujours entendu rester fidèle aux directives, qui ont présidé à sa création et demeurer uniquement au service des docteurs en médecine.

Un syndicat de sages-femmes me demande aujourd'hui la marche à suivre pour créer un organisme de défense individuelle, analogue à notre Ligue.

Je ne puis que recommander la prudence, car il serait désastreux de promettre la sécurité aux adhérents et de ne pas pouvoir tenir ces engagements.

A côté des hommes entraînés et spécialisés dans les questions de Droit médico-juridique, il faut avoir les éléments, documents et archives nécessaires, pour répondre à toutes les demandes, organiser les dossiers et se mettre en rapport avec les avocats de France, qui ont à diriger soit l'attaque, soit la défense.

Rappelons que le service contentieux du Sou a reçu, en 1936, tout près de 12.000 (douze mille) lettres et que ces dernières ont reçu réponse. Il faut que le secrétariat soit en mesure de donner les textes de lois et les documents de jurisprudence, qui sont nécessaires pour situer les réponses aux questions multiples qui sont posées. La seule responsabilité professionnelle est une minime partie de l'activité du Sou médical. Aussi, ceux qui veulent créer un organisme similaire doivent-ils pouvoir s'entourer des compétences idoines qui s'appuiront sur des archives remontant à de très nombreuses années.

A côté de ce secrétariat du contentieux, il faut de l'argent. Les procès coûtent de plus en plus cher ; les frais d'avocats et d'avoués augmentent considérablement. Il ne faut donc pas qu'une simple question d'argent puisse empêcher une Ligue d'aller en Appel, puis en Cassation, arrivant ainsi parfois à quintupler, ou à décupler les frais de première instance. Il faut aussi mettre en réserve, à la fin de chaque exercice, les sommes nécessaires, pour conduire jusqu'au bout les procès engagés dans l'année et dont la solution se fera attendre quelque dix ans plus tard.

L'idée de bénéfice doit donc être entièrement bannie de cette Ligue : elle ne peut être vraiment utile à ses adhérents que si elle peut dépenser sans compter, surtout sans avoir à prévoir de dividendes à distribuer en fin d'année.

Voici les difficultés de la création d'une œuvre telle que le Sou, qui a fait ses preuves, depuis 1897, date de sa fondation.

Dr Paul BOUDIN.

LE « SERVICE DE SANTÉ » DANS L'ASSURANCE SUR LA VIE

La prophylaxie individuelle, systématique, périodique et gratuite

On a beaucoup parlé ces temps derniers de développer en France la médecine préventive par la création de « Centres de santé ». Sous la dénomination de « Service de santé », M. le Docteur Lichtendorff-Clairville présente, dans l'intéressant article que nous publions ci-après, une organisation ayant le même but, créée non plus par l'Etat, mais par les Compagnies d'assurances. Un tel système appelle naturellement les mêmes approbations et les mêmes réserves que les centres de santé ; ainsi que le dit l'auteur et que le prouve l'exemple américain, il ne peut réussir et porter tous ses fruits qu'à la condition de n'être pas réservé aux seuls médecins appointés des organismes d'assurances, mais d'être institué en collaboration avec le Corps médical tout entier, avec respect du libre-choix et du secret professionnel.

N. D. L. R.

La médecine préventive est encore dans sa petite enfance. Des essais timides ont été faits pour la réaliser ; l'Etat, les communes, les institutions de bienfaisance privée, ont organisé des œuvres utiles. La lutte contre les grands fléaux sociaux : la tuberculose, la syphilis et le cancer en a bénéficié. Mais la lutte systématique et précoce contre tout ce qui peut menacer la vie de l'individu, le contrôle périodique de son état de santé n'a pas encore été même ébauchée en France. Les initiatives prises par quelques-unes des Compagnies françaises d'assurances font ressortir encore plus l'insuffisance des moyens employés.

Il faut souligner que les réalisations pratiques de l'idée de prévoyance sont peu connues, même par le public médical, et à plus forte raison, le grand public est loin de se douter de l'importance de cette question et des possibilités pratiques pour la résoudre.

Nous croyons pour notre part que le problème de la diffusion des méthodes de médecine préventive individuelle et généralisée devra être posé, et que c'est avant tout au praticien qu'incombe le devoir de le faire dans son travail de tous les jours, un devoir qui coïncide avec les intérêts moraux les plus hauts du Corps médical.

En outre, l'expérience faite à l'étranger (surtout en Amérique) prouve qu'une propagande intelligente, large, populaire et scientifique à la fois, est nécessaire pour inculquer au public ces idées utiles. A l'occasion d'une étude que nous avons publiée dernièrement sur une nouvelle forme d'*assurance-maladie privée* (1), nous avons eu l'occasion d'entendre dire que toute innovation dans ce domaine serait particulièrement difficile à introduire en France, parce qu'il faudrait d'abord « éduquer » un public particulièrement réfractaire à l'idée de prévoyance en général. Nous croyons que cette affirmation est absolument fausse. On attend que le public s'occupe d'une question dont il ignore à peu près tout. Il n'y a aucune raison pour que le public français ne s'y intéresse, une fois son attention dûment éveillée. Nous nous bornerons à rappeler ce qu'une propagande bien faite a pu obtenir en France, dans un laps de temps très court, dans le domaine du tourisme, des sports d'hiver, de l'éducation physique, etc., etc.. Cette propagande a abouti presque à un bouleversement des habitudes des plus invétérées d'une grande partie du public.

Ici, nous ne nous occuperons que d'une partie du problème : *la médecine préventive* comme elle est pratiquée par les Compagnies d'assurances.

Numériquement, la masse d'individus qui peut être atteinte par ces mesures préventives est, certes, faible, mais les assurances sur la vie s'étendent petit à petit à des classes populaires nombreuses : les Assurances sociales elles-mêmes ont contribué beaucoup à répandre l'idée de la prévention de la maladie, et le terrain en France est actuellement propice à une diffusion de cette idée.

Dans notre travail cité plus haut, nous avons préconisé une liaison plus étroite entre les branches diverses de l'assurance des personnes : l'assurance-vie, l'assurance-accident et l'assurance-maladie. La liaison de ces branches entre elles et la collaboration des diverses Compagnies d'assurances (comme cela se voit à l'étranger, mais ce qui est très rare en France) permettrait à celles-ci de créer en commun des organismes de diagnostic et de thérapeutique d'une haute valeur médicale et humanitaire, ains qu'une propagande sur une large échelle et vraiment efficace.

La question spéciale qui nous intéresse ici, c'est le « Service de santé » créé par les Compagnies d'assurance sur la vie.

(1) L'assurance-maladie privée et facultative concernant les classes moyennes et les professions libérales. Paris, 1937 chez Maloine.

Nous croyons utile de donner une description sommaire de l'origine de ce service, et de a manière dont il a été organisé dans divers pays.

En Allemagne, l'hygiéniste Buchner, de Munich, mentionne dès 1890, la nécessité de l'examen médical périodique, le Professeur Neisser demande en 1903, cet examen périodique pour tous les assurés sociaux et privés.

Mais tous ces désidérata restèrent en Europe dans le domaine théorique. C'est en Amérique seulement qu'eut lieu dès 1909, la première réalisation pratique. L.-K. Frankel de la Compagnie « Metropolitan » commença d'abord à distribuer aux assurés une littérature instructive, et en 1911, il inaugura les examens périodiques avec l'aide du « Life extension Institute ». Les réalisations importantes de Frankel ont eu une influence féconde sur le développement de cette idée dans le monde entier.

Aux Etats-Unis, le Service de santé a eu rapidement une grande Extension, mais il y eut bientôt conflit avec le Corps médical. En effet, la plupart des Compagnies n'admettaient ni le libre choix du médecin, ni le respect du secret professionnel. Mais bientôt les Compagnies durent céder sous la pression du Corps médical et du public, et donnèrent le droit aux assurés de choisir entre le « Lifre Extension Institute » et le médecin particu ier. Ce dernier a été préféré dans 68 % des cas ; en 1933, ce pourcentage en faveur du libre choix monte à 82 %.

L'examen médical se fait suivant le instructions établies par le « Life Extension Institute », par la « American Medical Association », etc., qui mettent des formulaires imprimés à la disposition des médecins. Plus d'un tiers de toutes les Compagnies américaines offrent à leurs assurés les services gratuits d'une organisation médicale préventive.

Au Canada, une propagande écrite est faite en anglais et en français. Le Service de santé est organisé en commun par toutes les Compagnies d'assurance-vie et en contact étroit avec le Corps médical. La « Life Insurance Officers Association » a formé un Comité d'hygiène par l'entremise duquel les Compagnies d'assurance-vie du Canada prêtent leur concours à des œuvres médico-sanitaires d'intérêt public.

Ce Comité a créé :

1° Une campagne contre la tuberculose dans les provinces maritimes ;

2° Un Conseil canadien pour la sauvegarde de l'enfance et de la famille (Circulaire aux mères avant et après l'accouchement) ;

3° Un Conseil d'hygiène dentaire, des campagnes annuelles sur l'hygiène de la bouche ;

4° Une association médicale canadienne qui publie dans plusieurs journaux du Canada des articles d'hygiène générale.

3° En 1931, est créé le « Canadian Medical Institute » où tout médecin peut examiner l'assuré qui le lui demande pour une rémunération fixe, donc, libre choix du médecin.

Au Japon, organisation très complète d'un Service de santé dès 1922. Des brochures, des feuilles volantes, des films cinématographiques de propagande ont été édités. Des médecins-voyageurs visitent les petites localités pour le compte des Compagnies.

En Angleterre, dès 1923, différentes Compagnies introduisent le Service de santé et font de la propagande écrite.

En Suède, il existe un Service de santé ayant pour but principal, la lutte contre la tuberculose.

En Suisse, dès 1925, la Compagnie « Vita » adopte le Service de santé et le développe tellement, que ce Service devient un modèle pour toute l'Europe. Elle préconise la première, le libre choix du médecin. Elle renonce au rapport médical et l'assuré a la certitude que le secret professionnel est respecté.

La Compagnie édite des brochures de propagande en français, italien et allemand, un journal d'hygiène franco-a lemand qui est envoyé aux assurés, et plusieurs films de propagande.

En Allemagne, le Service de santé a été introduit en 1925 et y a pris une grande extension grâce à la création d'un organisme central, la « Deutsche Zentrale für Gesundheitsdienst der Lebensverisicherung (Société centrale allemande pour le Service de santé de l'assurance sur la vie) qui réunit vingt-sept Compagnies différentes. Cette société centralise tout le matériel scientifique, statistique et de propagande. Elle possède une bibliothèque où tout ce qui se réfère au Service de santé du monde entier est représenté. Elle organise des expositions, des conférences, édite des journaux illustrés qu'elle envoie aux assurés, différentes brochures, etc... Tout cela établit un contact étroit entre les Compagnies et les assurés.

Le choix du médecin est libre. Le travail du médecin est simplifié par des formules imprimées. Le secret médical est respecté. La Compagnie est seulement informée que le cœur, les poumons, le foie, ont été examinés, la présence d'albumine et de sucre dans l'urine recherchée, mais elle n'apprend rien sur le résultat de l'examen.

Ont droit à ces examens périodiques (tous les trois ans) et gratuits, tous les assurés sur la vie pour la somme minima variant entre 3.000-8.000 R. M. La majorité du Corps médical est favorable à cette innovation. En 1935, il y avait 360.000 assurés privés ayant droit à des examens périodiques gratuits ; de ce nombre 40 % en ont déjà fait usage.

Les Compagnies accordent en outre, si une

opération a été jugée nécessaire, une avance sans intérêts concédée aux sujets assurés depuis au moins trois ans et pour une somme minima de 3.000 R. M.; l'assuré doit lui-même verser 25 % des frais.

Une Compagnie allemande (Alte Leipziger) a publié dernièrement (1935) des résultats intéressants sur le fonctionnement de son Service de santé.

En 1931, 32, 33 % des assurés ont eu recours au Service de santé. La mortalité des assurés examinés est plus basse que celle des non examinés. Pendant trois ans, la réduction était de 20,9 % par rapport au nombre d'assurances conclues, et 23,4 % par rapport aux sommes assurées.

La Compagnie n'est pas renseignée sur les résultats des examens ; on ne peut pas indiquer dans quelle mesure des maladies latentes ont été découvertes chez les assurés soumis à l'examen. Cependant les résultats obtenus confirment la Compagnie dans sa conviction que les frais occasionnés par le Service de santé sont justifiés par la mortalité réduite des assurés soumis à des examens périodiques.

En France, depuis 1926, la Compagnie « Le Nord », donne des conseils écrits à ses assurés Les assurés de Paris ont droit à une consultation médicale gratuite. Les assurés vivant hors Paris peuvent se faire examiner tous les cinq ans, s'ils sont assurés pour au moins 25.000 francs ; tous les trois ans si la somme est de 100.000 francs. L'examen médical est fait par les médecins de la Compagnie et porte surtout sur les poumons, le cœur, la tension artérielle, le foie, les réflexes et l'urine. Un examen radiologique peut être accordé si nécessaire. Le médecin garde le secret professionnel envers la Compagnie, il ne fait mention de l'examen de l'assuré que lors de la demande de ses honoraires. Il donne à l'examiné des conseils d'hygiène, et, si nécessaire, de traitement. La Compagnie accorde en outre des avances à un taux modéré sur la somme assurée, s'il y a besoin vital d'opération chirurgicale. La Compagnie édite également plusieurs brochures de propagande d'hygiène.

La « Compagnie générale d'assurance » accorde tous les un à quatre ans des examens médicaux effectués par ses médecins attitrés. La périodicité des consultations est fixée d'après la durée des contrats et le montant des capitaux assurés.

Les Sociétés suisses « Vita » et Neufchateloise » accordent aussi des examens médicaux périodiques gratuits avec libre choix du médecin.

Nous nous arrêterons brièvement sur le rendement du Service de santé. Il est bien difficile d'évaluer les résultats de la propagande, mais pour le service individuel médical il sera peut-être possible d'en faire une évaluation mathématique avec le temps.

Néanmoins quelques grandes Compagnies ont déjà pu établir certaines données. Nous avons déjà mentionné plus haut les résultats obtenus par la « Alte Leipziger ». La Compagnie américaine « Metropolitan » a calculé que pour chaque dollar dépensé pour le Service de santé, un bénéfice de 2 dollars a pu être constaté. Elle s'est basée dans ses calculs sur la chute du nombre des décès. Dans les dépenses engagées, celles occasionnées par les examens périodiques sont peu élevées. La Société suisse « Vita » qui pratique les examens périodiques d'une façon très libérale, a réduit dernièrement la période séparant ces examens de trois à deux ans.

Se basant sur des données concordantes dans leurs grandes lignes, le Docteur Neustätter (Congrès International de médecine d'assurance sur la vie, Londres, 1935) affirme que la diminution de la mortalité parmi les assurés périodiquement examinés est de 10 à 20 %.

En ce qui concerne l'accueil que les assurés font aux examens périodiques, les chiffres connus varient entre les pays ; ils sont partout en augmentation constante. En supposant que cent personnes se soient soumises aux examens périodiques il y a dix ans, on a calculé qu'aujourd'hui y font appel : aux Etats-Unis 200 personnes, en Europe 245, au Japon de 500 à 600. En Allemagne pendant la période de 1925 à 1934, ce chiffre a triplé.

Le pourcentage parmi les ayants droit à cet examen a été calculé par la « Metropolitan » à 7 % ; elle constata que le nombre des assurés augmente de quatre à *cinq fois, tandis que le* nombre des assurés utilisant les examens périodiques augmente pendant le même laps de temps de douze fois.

En Europe le pourcentage des assurés se soumettant à cet examen a monté de 20 % à 35-50 %. Le faible chiffre américain s'explique par le fait que le libre choix du médecin n'y a été introduit que tardivement.

Quant aux différences entre les diverses nations d'Europe, elles ne paraissent pas très importantes. La Compagnie suisse « Vita » qui fonctionne dans six pays différents dans les mêmes conditions, a pu constater les chiffres suivants d'utilisation par les assurés des examens périodiques :

Suisse 46,7 %, Belgique 51,6 %, Allemagne 47,1 %, Hollande 39,6 %, Espagne 32,7 %, France 35,5 %.

En Italie, le pourcentage est de 50 % (Istituto Nationale delle Assicurazioni, Roma).

En Pologne et en Hongrie 55 % (Phénix).

Il paraît établi que l'intérêt pour les examens périodiques est déjà grand et va augmentant, et que même là où il est encore faible, le public se laisse influencer par une propagande bien menée. De nombreuses statistiques intéressant autant

la médecine que l'assurance, s'accumulent et fourniront un jour des déductions utiles.

On peut affirmer dès aujourd'hui que le Service de santé dans l'assurance s'avèrera comme d'une très grande valeur, tant pour les assurés que pour la Compagnie elle-même, mais, une condition *sine qua non* s'est déjà dégagée de l'expérience acquise : ce n'est qu'en contact étroit et en collaboration intime avec le Corps médical que les Compagnies pourront assurer le bon fonctionnement de ce service et en tirer le maximum d'avantages.

A. Lichtendorff-Clairville.

BIBLIOGRAPHIE

Dodson (J.-M.). — A Manual of suggestions for the conduct of periodic examinations of apparently healthy persons (*American Medical Association*, Chicago, 1932).

Falk (J.-S.), Rorem (C.-R) et Ring (M.). — The economical aspect of medical services. Chicago, 1935.

Fujikawa (Tokio). — L'organisation du Service de santé des assurés sur la vie. Xe Congrès intern. des actuaires, Rome, 1934.

Hesse (W.-J.-C. de). — Le Service de santé aux Pays-Bas. Xe Congrès intern. des actuaires, Rome, 1934.

Lichtendorff-Clairville. — L'assurance-maladie privée et facultative concernant les classes moyennes et les professions libérales, Paris, 1937.

Liljenfeld-Krzewski (Varsovie). — Les devoirs du Service de santé dans la pratique des assurances. Xe Congrès intern. des actuaires, Rome, 1934.

MEDECINS DE CAMPAGNE, VOUS VOICI PRÉVENUS

Les Syndicats médicaux, particulièrement ceux des grandes villes, mènent grand bruit à propos de la floraison insolite de dispensaires qui, peu à peu, grignotent leurs clientèles et menacent de ne plus leur laisser grand'chose dans l'exercice de la médecine.

Le ruraux suivaient jusqu'ici la joute d'un œil assez détaché car ils n'ont pas encore ressenti les atteintes du mal. Mais leur sérénité ne durera plus longtemps si j'en crois l'avertissement solennel qui leur est donné. . . à l'Exposition. Oui ! tout simplement.

A la porte Maillot, sous les vertes frondaisons du bois de Boulogne, s'est installé le « Centre rural ».

Organisé par le ministère de l'Agriculture, le Centre rural est un village-type plein de vie et d'animation, doté de tous les perfectionnements de la technique moderne, de tous les progrès de l'organisation corporative, *tels qu'ils peuvent s'appliquer à n'importe lequel de nos villages de France*.

On y admire, c'est un fait, une exploitation agricole « up to date ». Les vaches y sont traites et les chevaux pansés à l'électricité. Aux moutons, on promet une tondeuse électrique.

La laiterie s'orne d'un réfrigérateur à ruissellement pour refroidir le lait aussitôt après la traite, d'un chauffe-eau pour le nettoyage des bidons.

Chaudron-cuiseur, moulin-concasseur, scie, batteuse, monte-sacs, tarau-trieur, tout cela, bien entendu, est mû électriquement. Même le jardin est pourvu d'une « couche horticole » chauffée à l'électricité.

La mairie est cossue. Dans la « halle » se trouvent le frigo-consigne électrique et l'embranchement d'un réseau de chemins de fer grâce auquel seront emportées vers les grands marchés les denrées périssables. Il y a aussi « l'atelier syndical » où sont entreposées les machines, dont le coût ou le rendement imposent un usage collectif : treuil de labourage électrique, chariot mobile de battage.

Enfin, voici la série des bâtiments abritant les coopératives auxquelles les ruraux peuvent faire appel pour le stockage, le traitement ou la transformation de leur produits.

Bref, en ce village-modèle, l'ouvrier agricole sera dorlotté et le fermier, à longueur de journée n'aura plus qu'à contempler son nombril. Nous sommes sur le chemin du Paradis.

Mais si l'ouvrier-pacha et le fermier-nabab tombaient néanmoins malades ?

Nous y avons pensé ! Et voici, attenant à l'école, le « service sanitaire » de la commune, le dispensaire pourvu, lui aussi « de tous les perfectionnements de la technique moderne ».

Et c'est pourquoi, confrères ruraux qui dormiez sur vos deux oreilles et écoutiez en baillant nos discussions sur les dispensaires, je vous disais qu'une visite à l'Exposition vous donnera sans doute un salutaire sujet de méditation.

G. Lavalée.

L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU SYNDICAT DES MÉDECINS DE L'INDRE

L'Assemblée générale de printemps a eu lieu le dimanche 30 mai 1937, à dix-sept heures, à Châteauroux.

Cotisations des démissionnaires. — Il est entendu qu'à l'avenir, toute démission notifiée *après le 31 janvier* ne dispensera pas de la cotisation annuelle.

Cotisation des médecins fonctionnaires. — Le Docteur Robert expose ensuite la requête des médecins fonctionnaires syndiqués qui demandent que leur cotisation soit moindre que celle des médecins praticiens. Il soutient le bien-fondé de cette demande en faisant remarquer que les médecins fonctionnaires n'ont aucun avantage immédiat à retirer de leur entrée au Syndicat et qu'ils le font beaucoup plus par sympathie que par intérêt.

Le chiffre de 150 francs est proposé et accepté par l'Assemblée à l'unanimité moins trois voix.

Assurances sociales. Convention Syndicat-Hôpitaux-Caisses. Etat de la question. — Le Président expose la situation actuelle :

« Jusqu'à ce jour, le Syndicat s'était refusé à toute convention, fidèle au principe de ne pas créer de monopole pour les médecins des hôpitaux. Cependant, cette façon d'agir frustre le Corps médical de sommes assez importantes. Ne serait-il pas préférable de signer une convention concernant les assurés sociaux indigents hospitalisés, quitte à attribuer plus tard une affectation spéciale aux sommes ainsi perçues par les médecins des hôpitaux comme cela se pratique en Indre-et-Loire, par exemple ? »

Le principe en est accepté par l'Assemblée qui charge le Docteur Jeannin de continuer les pourparlers en cours avec M. Sadron, président de l'Union des Caisses de l'Indre, qui a mis de son côté la question à l'étude dans les groupements qu'il préside.

Assurances sociales. Ordonnances. — Le Président rappelle que la Caisse départementale des Assurances sociales s'est attiré des observations de la part de contrôleurs des Caisses, du fait que les médecins omettaient d'inscrire sur les ordonnances destinées aux assurés sociaux *le nom et le matricule de l'assuré précédé des lettres A. S.* (cf. Convention Syndicat-Caisses, art. 4.).

Ces observations sont justifiées. La Convention Syndicat-Caisses doit être respectée. Que chacun de nous n'omette point, par conséquent, d'inscrire *au moins le numéro matricule de l'assuré*, sur chaque ordonnance, et cela *de façon lisible.*

Groupement médical intersyndical de la région orléanaise (Cher, Indre, Loir-et-Cher, Loiret, Nièvre). — Le Président rend compte de la réunion du 18 avril où diverses questions ont été étudiées, notamment la question des soins par les sages-femmes au cours des avortements.

Voici *in extenso* le passage du compte rendu officiel qui doit être connu de tous les médecins :

« Le Docteur Robert rappelle que, d'après la Confédération, l'intervention des sages-femmes ne peut être reconnue et rémunérée par les Caisses qu'*après six mois de grossesse.* Avant ce délai, les sages-femmes ne sont considérées que comme auxiliaires du médecin après visite et avis de celui-ci.

« Les Docteurs Vion et Caillaud estiment qu'en effet l'on doit s'en tenir à l'esprit de la loi qui interdit aux sages-femmes : *a*) l'emploi d'instruments ou la prescription de médicaments ; *b*) la pratique, sans l'assistance d'un médecin, d'un accouchement laborieux. Le Professeur Couvelaire dit d'ailleurs que la sage-femme ne peut intervenir que si l'expulsion n'entraîne ni hémorragie, ni fièvre, et le Professeur Perreau qu'une sage-femme ne peut donner ses soins que si tout paraît normal.

« Or, remarque très justement, le Docteur Dattin, l'avortement est un acte *pathologique*, alors que l'accouchement est une éventualité *normale* qui, seule, à son avis, entre dans le domaine de la pratique des sages-femmes.

« Le Docteur Caillaud fait donner par l'Assemblée mandat à nos délégués d'exposer au Comité d'entente des Caisses que la doctrine formelle du Groupement médical de l'Orléanais est la suivante : *Les « soins avant six mois ne doivent pas légalement être « donnés par les sages-femmes et ne doivent, en conséquence, donner lieu à aucune rémunération* ».

Education physique. Visite médicale des membres des Sociétés sportives. Etat des pourparlers. — Le Docteur Robert expose longuement les pourparlers qu'il a eus avec le Docteur Thierry au sujet des visites médicales des membres des Sociétés sportives, et explique à l'Assemblée que le refus de collaboration médicale aurait pour conséquence, soit la création d'un nouveau médecin fonctionnaire, soit l'attribution de ces visites à un ou plusieurs médecins fonctionnaires déjà existants.

Le Conseil général a voté provisoirement la somme de 10.000 francs pour la rémunération de ces visites, ce qui fait environ 2 francs pour chaque sociétaire visité (4 francs par an puisque deux visites annuelles sont prévues).

Après une discussion assez agitée, l'Assemblée générale décide — malgré une opposition de 10 voix — de mettre sur pied cette visite médicale des sportifs, étant bien entendu que ces visites seront uniquement pratiquées par les médecins syndiqués, le Bureau ne pouvant contracter que pour les membres du Syndicat.

Doctorat dentaire. — Le vœu suivant est adopté à l'unanimité et sera adressé à la Confédération :

« Le Syndicat des médecins de l'Indre, réuni en Assemblée générale à Châteauroux le 30 mai 1937,

« Considérant la nécessité de situer au plus tôt la réforme dentaire dans le cadre général de l'organisation des spécialités médicales,

« Emet le vœu que la Confédération poursuive l'organisation par les Facultés de médecine d'un enseignement complet de l'odonto-stomatologie, enseignement qui sera sanctionné par des examens réguliers, justificatifs de la qualification ;

« Que, par mesure transitoire, des équivalences d'inscriptions soient accordées aux chirurgiens-dentistes qui voudraient aborder les études en vue du Doctorat en médecine d'Etat. »

Tarif syndical minimum et projets de relèvement des tarifs. — Le principe du relèvement du tarif minimum syndical est reconnu par tous. Après discussion, les tarifs syndicaux minima seront désormais les suivants : *Consultation* : 20 *francs.* — *Visite (dans la localité)* : 25 *francs.* — *Visite de campagne* : 2 *francs du kilomètre parcouru plus* 20 *francs de visite.*

De ce fait, les visites de campagne ne subissent pratiquement aucune majoration, mais le Président insiste vivement pour que tous les médecins qui n'observent pas encore ce tarif, l'appliquent sans défaillance à dater du 15 juin prochain.

Une circulaire sera d'ailleurs adressée à tous les médecins syndiqués.

Service de garde du dimanche. Extension possible à tous les centres comportant au moins deux médecins et même aux médecins isolés d'une même région. — Le Président expose le fonctionnement du service de garde des dimanches et jours fériés qui vient d'être créé à Issoudun.

Dans les journaux locaux paraîtra désormais chaque samedi un avis :

Le Président invite ses confrères à mettre un tel service sur pied dans toutes les localités où cela sera possible, et même de le généraliser à certaines régions comportant des médecins isolés. La population sera assurée de trouver un médecin en cas d'urgence et chaque médecin pourra, s'il le désire, s'absenter en toute tranquillité.

Compagnies d'assurances-accidents. Tarif des expertises officieuses. — A la demande d'un confrère, le Président rappelle que le tarif syndical minimum pour une *expertise officieuse* demandée par une Compagnie d'assurances — le plus souvent avant d'introduire une instance pour la révision du taux de l'incapacité — est de 100 francs.

Visites à jours fixes. Présentation d'un ordre du jour. Sanctions à envisager. — Le Président fait part de son intention bien arrêtée de mettre fin à la pratique anormale des visites à jour fixe et de charger le secrétariat d'une enquête à ce sujet. Il présente l'ordre du jour suivant qui est adopté à l'*unanimité* et déclare qu'il est bien décidé à faire respecter la discipline syndicale.

Le Syndicat des Médecins de l'Indre réuni en Assemblée générale à Châteauroux le 30 mai 1937,

Prenant acte des déclarations de son Président concernant les défaillances persistantes de certains syndiqués dans l'observation des Statuts et de la Charte syndicale,

Considérant que les avertissements amiables n'ont jusqu'ici donné que d'insignifiants résultats,

Fait confiance à son Bureau pour assurer par tous les moyens en son pouvoir le respect des statuts et des décisions syndicales.

Le Banquet. — Le dîner servi à l'hôtel de France à vingt heures, à l'issue de la réunion, fut empreint d'un bout à l'autre de la plus franche gaieté. La présence des dames — accueillies en toute simplicité pour la première fois parmi nous — donna à ce repas une cordialité et un entrain que n'oublieront pas de sitôt tous les convives présents.

Pour cette circonstance, à côté de chaque menu avait été placée une plaquette imprimée contenant le sonnet suivant d'un anonyme :

LA FEMME

La femme, c'est la fleur qui, née avec l'aurore,
S'ouvre et s'épanouit aux rayons d'un beau jour;
Le luth mélodieux dont la fibre sonore
Pleure avec la souffrance ou chante avec l'amour!

C'est aux regards ravis l'horizon qui se dore
Aux feux resplendissants du terrestre séjour ;
C'est le rêve idéal qu'en secret on adore ;
C'est l'âme à qui le cœur se donne sans retour!

C'est plus : c'est du foyer la fée enchanteresse
Dont la grâce séduit, dont le charme caresse
Et qui sème autour d'elle une douce clarté...

C'est l'ange du berceau, l'appui de la vieillesse,
Qui porte dans ses yeux cette flamme : Tendresse,
Au front cette auréole : Harmonie et Beauté!

X...

La tombola qui clôtura le repas — et où les dames bénéficièrent de lots particuliers — obtint un succès tel que le Bureau du Syndicat se fera un plaisir de continuer la tradition au banquet de décembre prochain.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Les Epidémies et l'Histoire, d'après Albert COLNAT (1)

Les historiens ne tiennent pas suffisamment compte du rôle des maladies dans l'histoire et surtout de leurs conséquences prépondérantes dans la plupart des guerres. L'expédition de Madagascar faillit, il y a 40 ans, se terminer par un désastre, car la direction incompétente du corps expéditionnaire n'avait pas prévu les véritables ennemis à combattre : le climat et les maladies, et c'est grâce aux sages et minutieuses précautions préventives que les Italiens ont pu récemment occuper l'Ethiopie avec des pertes insignifiantes comme l'a admirablement démontré le Professeur Castellani. M. Albert COLNAT établit dans une étude approfondie et très documentée le rôle important et parfois prépondérant que les épidémies ont joué dans l'histoire des peuples.

La Bible signale les mesures draconiennes que les Hébreux durent prendre contre la blennorragie, la peste, la lèpre, peut-être même la tuberculose qui décimaient leur nation. Les *Nombres* content l'épisode du massacre des Madianites et de leurs femmes qui avaient infecté le peuple d'Israël et le Livre de *Samuel* relate comment les Philistins vainqueurs furent décimés par une épidémie vraisemblablement de peste qui les détermina à abandonner l'Arche d'Alliance dont ils s'étaient emparés.

Thucydide fait une description dramatique de la peste d'Athènes et de ses répercussions sur l'issue de la guerre du Péloponèse.

Diodore de Sicile raconte le siège de Syracuse en 396 avant J.-C. par les Carthaginois et la destruction de leur armée par la peste.

En 165, après la prise de Séleucie par les Romains, éclata la peste dite Antonine, assez semblable à la peste d'Athènes décrite par Thucydide et que le Docteur Béteau qui a rapproché de ce dernier le texte d'Ammien Marcellin, considère comme une forme de la dengue. Quoiqu'il en soit, l'épidémie causa la mort de Marc Aurèle, dévasta tout l'Empire et seconda les Barbares que Marc Aurèle avait réussi à refouler. Puis vinrent au III[e] siècle, l'épidémie que décrivit Saint-Cyprien, au V[e] siècle, la peste de Justinien, au VI[e] siècle, celle que Procope a signalée. En un mot, toutes ces épidémies furent pour beaucoup dans les causes qui précipitèrent la fin de l'Empire romain.

Le Moyen Age fut aussi très éprouvé par les épidémies et les ravages, faits par les maladies pestilentielles, furent la cause principale des terreurs de l'an 1000.

Les croisades furent très éprouvées. Lors de la première croisade, l'expédition de Pierre de l'Ermite et de Gauthier sans Avoir, sans organisation, anarchique, fut totalement détruite par les maladies. La croisade des Seigneurs qui lui succéda, fut, elle aussi, décimée par la peste à Antioche. Six cent mille hommes furent victimes de maladies lors de la première croisade. La deuxième croisade perdit les neufs dixièmes de son effectif s'il faut en croire L'Estoire d'Eracles. Toutes les autres échouent de la même façon lamentablement et les Francs se maintiennent miraculeusement pendant près d'un siècle en Palestine et en Syrie, grâce aux pèlerins, aux ordres militaires, aux marins des villes italiennes qui font du commerce. La dernière croisade à Tunis coûta la vie à Saint-Louis qui mourut de la dysenterie.

La cause des échecs des Croisades est uniquement l'insuffisance de la science médicale et hygiénique de l'époque.

Le principal résultat des Croisades est d'avoir mis le monde à la merci du rat noir (*mus ratus*) qui apparut en Occident dès le XII[e] siècle et jusqu'à notre époque fut le vecteur des épidémies les plus redoutables et de la disette.

Le XIV[e] siècle fut celui de la peste noire qui ravagea la Mongolie, la Chine du Nord (1346), la Mésopotamie, la Syrie, y fit 24 millions de victimes, non compris les Chinois ; elle gagna l'Egypte, la Thrace, Constantinople, la Macédoine, la Grèce, Chypre, la Sicile, la Sardaigne, la Corse, s'étendit en Italie, décima à Calais les armées anglaises et françaises, passa en Angleterre et en Ecosse.

Au cours de la Guerre de Cent ans, les épidémies (peste, dysenterie, variole), rendirent illusoires les victoires des Anglais et sans résultats leurs incursions.

Nous arrivons aux temps modernes. La découverte et la conquête de l'Amérique dotent l'Europe d'une véritable épidémie de syphilis que les troupes de Charles VIII, retour de Naples où elles ont été presque complètement détruites, répandent en France. François-I[er] et Charles-Quint en sont tous deux atteints.

Les indigènes d'Amérique sont en grande partie détruits par les maladies infectieuses européennes ; ce qui décida l'évêque de Chiapa, Barthélemy de las Casas, à faire venir des esclaves nègres d'Afrique pour cultiver les colonies américaines nouvelles. Aussi Moreau de Jomès a-t-il pu dire que la découverte de l'Amérique fut « un épouvantable échange des calamités des deux mondes ».

La syphilis eut de curieuses conséquences sur les mœurs et le costume. Les bains en commun furent à peu près supprimés au XVII[e] siècle et les hommes prirent l'habitude de se raser et de couvrir leur calvitie en adoptant le port de la perruque.

(1) Albert COLNAT : *Les épidémies et l'histoire*. 56 ill. Collection *Hippocrate*, 7, rue des Grands-Degrés, Paris (V[e]). Dépôt chez Lefrançois, 91 boulevard Saint-Germain.

Au XVI[e] siècle les épidémies de peste, de typhus, de dysenterie détruisirent les armées tant françaises qu'espagnoles et allemandes. L'échec de Charles-Quint en Provence, et celui du siège de Metz furent surtout le fait des épidémies.

La persécution des Morisques du Sud de l'Espagne et leur dispersion en Castille et dans le Nord de la péninsule y propagèrent la peste et la fièvre jaune.

Dans le Nord de l'Europe au XVI[e] siècle, ce fut la suette qui débuta en Angleterre, gagna l'Allemagne par Hambourg d'où elle s'étendit en Pologne, en Russie, dans les pays scandinaves.

Ce fut elle qui amena la dispersion des partisans de Zwingli et de Luther lors du colloque de Marbourg et empêcha de ce fait l'unification de la réforme.

Au début du XVII[e] siècle, l'Allemagne était florissante, survint la guerre de Trente ans avec son cortège d'atrocités, de pillages, de famine, d'épidémies. Ces dernières détruisent l'armée victorieuse de Tilly après le sac de Magdebourg (1631).

Celle de Gustave-Adolphe eut le même sort du fait du typhus et du scorbut au siège de Nuremberg en 1632. Ce fut la cause de l'effondrement du vieil empire d'Allemagne.

La guerre de Sept ans fut moins meurtrière.

Arrivons à l'histoire de la Révolution et de l'Empire de Napoléon. L'invasion de Brunswick est arrêtée nette par la dysenterie qui fut le réel facteur de la victoire de Valmy.

Pendant la Terreur, à Nantes, l'encombrement des prisons par les Vendéens et les suspects qui amenèrent les foyers dangereux de typhus et de dysenterie déterminèrent Carrier à ordonner les fusillades et les noyades.

Malgré les précautions prises par Larrey, la campagne d'Egypte fut assombrie par le typhus et la peste qui sévit surtout en Syrie et à Jaffa, ce qui détermina surtout Bonaparte à abandonner son armée et à regagner la France.

La fièvre jaune détruisit complètement à Saint-Domingue, l'armée du général Leclerc qui en fut lui-même victime. Le typhus régna dans les armées après Austerlitz ; avec la fièvre jaune, il fut pour beaucoup dans l'échec de la campagne d'Espagne. Les maladies de toutes sortes furent en partie cause du désastre de Napoléon en Russie.

La période contemporaine fut l'âge du choléra. De l'Inde, il gagna Ceylan au début du XIX[e] siècle, puis Maurice, Bourbon, Zanzibar, la Perse, la Turquie. En février 1832, il était constaté à Londres, puis à Paris, où il dura jusqu'en 1837. Cette épidémie fit un million de victimes en Europe, 400.000 en Russie, 250.000 en Angleterre, 95.000 en France. Il réapparut depuis à diverses reprises, mais avec moins d'intensité. La dernière apparition du choléra en France eut lieu en 1890 et fut peu grave.

La guerre de 1914 ne s'accompagna pas sur le front français de véritables épidémies graves, mais dans les Balkans, en Serbie, en Roumanie, en Russie, le typhus fit d'innombrables victimes.

La grippe de 1918, réplique infiniment plus meurtrière de celle de 1892, fut la dernière grande épidémie constatée en Europe occidentale.

M. Albert Colnat termine ce remarquable ouvrage historique en rappelant la fable du Lion et du Moucheron où ce dernier triomphe. C'est la victoire du microbe qui s'affirme au cours de toute l'histoire de l'humanité, c'est la maladie qui abat les Empires, qui arrête les conquérants, qui ruine les pays les plus riches, qui détruit les civilisations.

J. Noir.

LES AVANTAGES DES HUITRES VERTES

M. Gilbert Ranson, docteur ès sciences, assistant au Muséum national d'histoire naturelle, a publié dans la revue *La Terre et la Vie* (mai-juin 1937) un intéressant article sur *l'huître et la navicule bleue*. Le pigment des huîtres vertes est d'origine végétale. Il est produit par une diatomée la nivicula ostrearia ou navicule bleue dont les eaux argileuses de Marennes provoquant la formation de mucus, favorisent le développement dans les huîtres. La substance pigmentée, sécrétée par la navicule et absorbée abondamment par l'huître, est de l'ordre des phosphatides, c'est à-dire une véritable lécithine végétale ; de là proviendraient les qualités exceptionnelles des huîtres vertes qui ont une influence heureuse sur l'organisme humain, influence constatée empiriquement depuis longtemps.

J. N.

CHRONIQUE AUTOMOBILE

Le camping automobile

Le camping est à la mode, et ce n'est pas une mauvaise chose, car ce genre de distraction est agréable, sain, et relativement économique. Il y a bien des manières de pratiquer le camping. Nous ne parlerons ici bien entendu que du camping automobile. C'est d'ailleurs celui qui permet le plus de confort.

Le camping automobile peut à son tour être envisagé de différentes manières, suivant que l'on dispose d'une roulotte, d'une remorque, ou tout simplement d'un certain nombre d'objets et ustensiles de campement dont plusieurs sont obligatoirement communs aux trois procédés.

C'est principalement sur la dernière catégorie que nous voudrions vous donner aujourd'hui des indications qui, nous l'espérons, vous seront utiles.

Nous supposons donc que le problème du couchage de nuit est résolu, et nous abordons immédiatement celui de l'abri pendant les haltes de jour, celui du repos et celui de la nourriture.

Le premier matériel de campement à acquérir est la tente, dont la grandeur variera en proportion de la place dont on disposera pour le transport.

On trouve dans les magasins spécialisés des tentes qui s'adaptent aux voitures. Elles ne conviennent à notre avis qu'aux campeurs tout à fait occasionnels, leur confort étant assez relatif. Il est en effet bien difficile de les rendre étanches à l'air et à la pluie du côlé de la voiture. D'autre part la carosserie se trouvant en contact avec tous les « habitants » de la tente, risque d'être salie ou rayée.

Les campeurs qui désirent passer de longues heures à l'abri d'une tente, auront intérêt à acquérir une vraie tente, autant que possible sans mât central, avec fenêtre et auvent, et surtout d'une hauteur suffisante pour permettre aisément la position debout. Une tente en tissu léger est évidemment bien séduisante, mais souvent fort peu résistante. Il ne faut donc pas trop s'inquiéter du poids mais plutôt de la qualilé du tissu, que l'on choisira de préférence de teinte unie et neutre, car les couleurs vives ont vite fait de « passer » au soleil et sont alors plus laides que les autres. S'assurer aussi de la réelle imperméabilisation du tissu afin de ne pas être inondé à la première pluie. Une bonne tente « auto » doit comporter un tapis de sol imperméable, indispensable pour s'installer confortablement sur un sol mouillé. Comme dimensions, nous conseillons 2 m. 25 × 2 m. 25 × 2 m. 20. Les tentes dites « canadiennes » ne peuvent guère être utilisées que pour dormir, leur faible hauteur ne permettant pas par exemple à deux ou quatre personnes de s'asseoir autour d'une table pour manger, écrire ou faire leur toilette.

Un ustensile très important du camping est précisément la table.

Tout le monde connaît les tables-valise. Neuves, leur contenu n'ayant jamais servi, elles sont charmantes. Mais ce n'est pas à ce moment-là qu'il faut les voir. Leur aspect change bien quand on veut y réintégrer après usage assiettes sales, couteaux, fourchettes, cuillers gras et gluants.

La table-valise qui ne contient que des chaises pliantes serait déjà plus pratique, mais nous estimons cependant que rien ne vaut une simple table pliante légère mais robuste, indépendante de tous les autres objets, qu'il est toujours facile de caser dans de vulgaires paniers en osier et par catégorie : un panier pour la vaisselle, un panier pour les chaises-pliantes, un panier pour les provisions, un panier pour le linge, etc

Pour s'asseoir, nous donnons la préférence aux fauteuils plutôt qu'aux chaises souvent très inconfortables. Les meilleurs semblent être ceux en tubes d'aluminium. Nous signalons les fauteuils à accoudoirs souples en cuir, naturellement plus doux au bras que les accoudoirs en métal ou même en bois.

Mais il ne faut pas oublier que l'un des plus grands agréments du camping est la délicieuse sieste en position couchée.

Oui, mais pas à même le sol où l'on récolte plus de rhumatismes et de courbatures que de bien-être.

Le développement du camping a heureusement amené quelques fablicants sérieux à mettre au *point* des matelas pneumatiques ou à intervenir en Kapok. Certains de ces matelas qui rendent les plus grands services et procurent un repos complet sont des merveilles d'ingéniosité. Nous en avons vu à larges bourrelets longitudinaux qui calent le corps sans le blesser à la longue, munis d'un oreiller et d'un parasol au-dessus de l'oreiller. On peut s'allonger pendant des heures sur de tels matelas sans éprouver la moindre gêne. C'est idéal pour les cures de repos et les bains de soleil.

(*A suivre.*) Marcel TOUSSAINT.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Thèses.** — Lundi 14 juin. — Jury : MM. Clerc, Harvier, Loeper, Turpin. — M. VAN RECUM : Considérations sur deux cas de septicopyohémie mortelle d'origine dentaire. — M. AVERBUH : Traitement de la lèpre par le bleu de méthylène. — M. SÉGAL : Contribution à l'étude du traitement des affections du follicule pilo-sébacé. Rœntgenthérapie.

Mardi 15 juin. — I. Jury : MM. Bezançon, Rathery, Lemaire, Mouquin. — M. DULAC : L'exploration radiologique de la muqueuse colique. Technique, difficultés, échecs. — M. POUVREAU : Etude sur le traitement biologique de la tuberculose. Principes et méthodes.

II. Jury : MM. Léon Binet, Carnot, Sergent, Gayet. — M. SERVEAUX : L'électrodiagramme endocrinien de Dausset et Ferrier. Ses applications diagnostiques et thérapeutiques dans les troubles de la menstruation. — M. VANUXEEM : Etude sur la toxicité des vitamines. Syndromes d'hypervitaminose.

Jeudi 17 juin. — Jury : MM. Cunéo, Lemaître, Basset, Velter. — M. RIOU : La perforation en péritoine libre des ulcères peptiques jéjunaux et gastro-jéjunaux. — Mme WAGNER-DIAMANT : Contribution à l'étude du traitement chirurgical de l'ostéo-arthrite tuberculeuse sous-astragalienne de l'adulte. — M. BLONDEL : De l'hémos-

tase biologique par thrombases dans le traitement local et instantané des hémorragies alvéolo-dentaires. — Mlle WILLOCQ : Contribution à l'étude des mastoïdites des nourrissons.

Vendredi 18 juin. — Jury : MM. Robert Debré, Fiessinger, Gosset, Troisier. — M. LE GALL : Erythème marginé rhumatismal. — M. BELLOTTE : Le syndrome de Cushing et ses rapports avec le basophilisme hypophysaire. — M. CHAUVIN : Contribution à l'étude du traitement des cancers du sein.

Samedi 19 juin. — Jury : MM. Tanon, Chabrol, Joannon, Richet. — M. VANCOSTENOBLE : Essais de vaccination antivariolique au moyen de cultures pures « *in vitro* » de virus vaccinal. — M. BILLARD : Organisation sanitaire dans les petites villes exposées à des calamités. — M. COTTONI : Hygiène alimentaire du nourrisson. — M. SERHANESCO : Prophylaxie de la pellagre. — M. ABDALLAH : La néphrite palustre chez l'indigène musulman tunisien. — M. VIGNER : Le kala azar autochtone à Paris : état actuel de la question.

— *Thèses vétérinaires.* — Mercredi 16 juin. — Jury : MM. Harvier, Robin, Simonnet. — M. MONIER : Les entérites chez les animaux domestiques et leur traitement par le salicaire (Lytrum salicaria).

Jeudi 17 juin. — Jury : MM. Tanon, Letard, Lesbouyries. — M. MILLIÈRE : Etude d'ensemble sur les races animales de l'Auxois.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Un hôpital souterrain.** — On va construire en Tchéco-Slovaquie un hôpital souterrain destiné aux secours en cas d'attaque aérienne.

L'hôpital, prévu pour 200 lits, sera situé à quatre mètres de profondeur, sous un jardin. Il assurera lui-même son éclairage électrique.

— **Dénonciation des vénériens à l'autorité publique.** — Hâtons-nous de dire que cela n'est pas en France, mais en Allemagne.

La loi allemande relative à la lutte contre les maladies vénériennes a prévu la notification obligatoire, au Bureau de la Santé publique, des malades vénériens suspects de négliger le traitement médical nécessaire, après toutefois invitation du médecin-traitant à régulièrement se soigner, et si cette invitation demeure sans effet.

Le Bureau de la Santé publique du Reich a pu établir que, *rien qu'à Berlin*, en 1933, environ 2.988 hommes et 3.888 femmes ont été signalés ainsi par les médecins-traitants, la première invitation de ceux-ci étant demeurée sans résultat.

Entre parenthèses, soulignons l'importance de ces nombres, auxquels il faut ajouter les négligents que leurs médecins n'ont pas signalés et surtout les nombreux malades qui se soignent bien, pour avoir le total formidable des vénériens berlinois. Cela n'empêchera pas les abolitionnistes de nous dire que la suppression des maisons de tolérance dans la capitale allemande y fait régner la vertu et a considérablement réduit la syphilis.

Quoi qu'il en soit, l'Association berlinoise des médecins de Caisses a conclu le 15 juillet 1936 avec le Bureau berlinois de la santé publique une convention qui oblige le médecin-traitant à signaler désormais les vénériens négligents audit Bureau, sans plus adresser aux intéressés l'invitation qui était jusqu'ici de règle. Cette notification n'est pas payée au médecin.

D'autre part, cette convention oblige le médecin-traitant à dépister soigneusement la source de l'infection et à traiter la ou les personnes en question. Si le médecin n'est pas en mesure de réaliser le traitement de ces malades, il doit notifier la source de l'infection au Bureau de la santé publique, même si tous les faits concernant le cas ne lui sont pas connus. Le Bureau verse trois marks pour chaque notification médicale de cet ordre. (*Le Médecin d'Alsace-Lorraine*, 16 juin 1937.)

— **Les avortements en Grande-Bretagne.** — Une enquête faite par l'Association médicale britannique a fait connaître le nombre très élevé des avortements en Angleterre, comme en bien d'autres pays d'ailleurs. La proportion des grossesses interrompues s'élèverait à 15 à 20 %.

— **Union internationale contre la tuberculose.** *Fondation Léon Bernard.* — Le Comité exécutif de l'Union internationale contre la tuberculose met à la disposition des gouvernements et associations, membres de l'Union, un prix bisannuel d'une valeur de 2.500 francs français destiné à commémorer le souvenir du Professeur Léon Bernard, fondateur et pendant quatorze ans, secrétaire général de l'Union.

Ce prix sera décerné pour la première fois au cours de l'année 1938 à l'auteur d'un travail original sur l'aspect social de la tuberculose, rédigé en anglais ou en français. Ces deux langues sont choisies uniquement dans le but de faciliter la tâche du Comité exécutif.

Les travaux préparés en vue de l'attribution de ce prix devront être imprimés ou dactylographiés et ne pas dépasser 10.000 mots. Ils devront être transmis par un gouvernement ou une association membre de l'Union, au secrétariat de l'Union internationale contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (VIe), avant le 1er mai 1938.

Si le Comité exécutif décide qu'aucun des travaux soumis ne présente une valeur suffisante, le prix ne sera pas décerné en 1938 mais sera offert à nouveau pour l'année suivante.

La décision du Comité exécutif est sans appel.

Le Gérant : R. THIRON

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE
« Le Sou Médical »

Au cours de sa réunion du 20 juillet 1937, le Conseil a prononcé les admissions suivantes :

12.701 BARTOLI, 114 boulevard Longchamp, Marseille (Bouches-du-Rhône). Parrains : Docteurs Piériet Rouit.
12.702 CARRIÈRE-MONJOSIEU, Peyreleau (Aveyron). Synd. méd. de Millau.
12.703 DANIEL, 20, rue Dieudé, Marseille (Bouches-du-Rhône). Synd. des méd. de Marseille.
12.704 COCCOLA (DE), Drancy (Seine). Parrains : Docteurs Colanéri et Capot de Quissac.
12.705 GARRIGUE, Feignies (Nord). Synd. d'Avesnes.
12.706 GOSSELIN, 107, boulevard Victor-Hugo, Lille (Nord). Synd. méd. de Lille.
12.707 GROMEZ, Marquette (Nord). Synd. de Valenciennes.
12.708 GUITTARD, Brie-Comte-Robert (Seine-et-Marne). Parrains : Docteurs Paley et Olferlé.
12.709 HERDING, Reims (Marne). Synd. méd. de la Marne.
12.710 MAUNARY, Pargny-sur-Saulx (Marne). Parrains : Docteurs Camus et Reny.
12.711 MENCIÈRE, Reims (Marne). Synd. de la Marne.
12.712 MEYRAT, Reims (Marne). Synd. méd. de Reims.
12.713 POLACCO, 4, rue A.-Dehodencq, Paris (XVIe). Société médicale du XVIe.
12.714 POURQUIÉ, Biarritz (Basses-Pyr.). Parrains : Docteurs Camine et Leroy.
12.715 Mme le Docteur POURQUIÉ, Biarritz (Basses-Pyr.). Parrains : Docteurs Camine et Leroy.
12.716 RENARD, 24, avenue Junot, Paris (XVIIIe). Parrains : Docteurs Pascalis et Feldstein.
12.717 SOUNAT, Reims (Marne). Synd. méd. de Reims.

Ces admissions deviendront définitives, si elles ne font l'objet d'aucune protestation dans les quinze jours de la présente publication (art. 5 des statuts).

SERVICE DE SANTÉ

ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Liste par ordre alphabétique des candidats admis à subir dans les centres et aux dates ci-après les épreuves orales du concours d'admission à l'Ecole du service de santé militaire en 1937.

SECTION DE MÉDECINE

(Lyon, Ecole du Service de santé militaire le 30 août 1937

Candidats à 8 inscript. : Boileau, Monge.

Candidats à 4 inscript. : Babouot, Barrière, Barthélémy, Billon, Bloch, Boillet, Boithias, Bouvier, Canas, Cellier, Charcosset, Chauvet, Debois, Desprez, Doussot, Durand, Etragnat, Faure, Fervel, Gagne, Gilbert-Desvallons, Guedj, Gutierrez, Horiot, Hudelot, Huot, La Fay, Ladadec, Loicy, Malaval, Méry, Morer, Pallas, Philiopon, Porcq, Prat, Prince, Rey, Reynaud, Richard, Robert, Ruzie, Sagnier, Schott, Selesse, Tillier, Tournier, Trouiller, Villa.

Candidats P. C. B. : Agnetz, Aloin, Auduge, Bascou-

lergue, Bonhomme, Camoulard, Conjeaud, Comptour, Charcosset, Couture, Defrance, Daviet, Dessaignes, Dubois, Forissier, Grumel, Legros, Leorat, Mafart, Martin, Meynier, Miffred, Morilleau, Nosny, Pellegrini, Peschaud, Quenard, Richard, Robardet, Roche, Seys, Serre, Tauzin, Vulliet.

(Nancy, hôpital militaire, le 3 septembre 1937.)

Candidats à 8 inscript. : Beltrando, Decreuse, Hosotte, Weisgerber.
Candidats à 4 inscript. : Beltrando, Roy.
Candidats P. C. B. : Bello, Dantoine, Dupart, Gandar, Goulon, Israël, Johan, Le Couteur, Leduc, Mangenot, Nordon, Paulus, Tissier.

(Paris, hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce, le 6 septembre 1937.)

Candidats à 8 inscriptions : Boucheron, Chaumeix, Cot, Delahousse, Meslier, Rondreux.
Candidats à 4 inscriptions : Escolivet, Jarniou, Jeudy, Journée, Léandri, Le Forestier, Moitel, Morel, Paque, Secques, Vialle.
Candidats P. C. B. : Arnaud, Ayach, Baland, Barry, Besnard, Béon, Benard, Bonel, Barraud, Carli, Costevec, Contencin, Cuinet, Dorion, Eyquem, Flot, Forestier, Garnon, Gourmand, Gratsac, Granier, Guérin, Guillon, Héraud, Hagonnaud, Lacombe, Lacolley, Lannes, Lansiaut, Laurent, Levy, Malet, Marty, Mazaud, Menguy, Michallet, Miquel, Monnier, Nataf, Moumri, Piobetta, Poli, Ponse, Régent, Roiter, Ronflet, Rousset, Strich, Solignac, Sifantus, Sicard, Thierry, Vaichère, Weil.

(Rennes, hôpital militaire, le 11 septembre 1937.)

Candidats à 12 inscriptions : Chevallier.
Candidats à 8 inscriptions : Marot, Valet.
Candidats à 4 inscriptions : Berroche, Blochet Chrétien, Collignon, Collignon, Collos, Denigo, Déchazal, Eenhinard, Coasguen, Grandbarbe, Gueguen, Guyader, Lavenant, Le Gall, Le Reste, Le Rumeur, L'Hermitte, Merilhou, Pely, Renault, Salou, Testu, Thalabert.
Candidats P. C. B. : Barre, Kebastard, Langlois, Le Houerou, Libouban, Marrec, Méar, Morin, Rivelon, Ropars.

(Bordeaux. — Direction du Service de santé, caserne (Pelleport, 11, rue de Cursol, le 15 septembre 1937.

Candidats à 8 inscriptions : Bernuzeau, Tardieu.
Candidats à 4 inscriptions : Bach, Beaufort, Doche de Laquintane, Dubourg, Duthil, Genet, Girard, Guyard, Heyraud, Hourtiguet, Labbé, Nicolau, Parvais, Tallier, Trouillot, Troupeau, Zuccarelli.
Candidats P. C. B. : Albertini, Casassus, Dutheil, Ferrand, Gibertaud, Guillemeteau, Guibert, Kan, Minvielle.

(Toulouse. — Hôpital militaire, 18 septembre 1937),

Candidats à 12 inscriptions : Tasei.
Candidats à 8 inscriptions : Thut.
Candidats à 4 inscriptions : Bourdet, Carbonne, Colson, Favarel, Frézières, Imbert, Laquièze, Latcher, Palanque, Pédoussaut.
Candidats P. C. B. : Allouche, Dulac, Fontân, Fraysse, Julia, Laurens, Laur, Poujade.

(Montpellier. Faculté médecine : le 21 septembre 1937.)

Candidats à 4 inscriptions : Jaubert, Pania, Rosat.
Candidats P. C. B. : Abou, Fiamma, Galy, Gontier, Gueye, Guerrini, Le Quère, Martin, Olivier, Pignan, Pujol, Rauzy, Renaudat.

(Marseille, hôpital, militaire le 23 septembre 1937.)

Candidats à 8 inscript.: Guyomarc'h, Légier, Méchali, Rochu.

Candidats à 4 inscript. : Amouroux, Autheman, Autric, Baillet, Basso, Bellon-Serre, Benedetti, Bernot, Borromei, Bouhier, Catala, Davin, Dumoulin, Dutour, Eberlé, Fourment, Grimaldi, Jacquinet, Manipoud, Mathé, Millet, Mourgues, Perrot, Pons, Ramanantsoa Raymond, Rouayrenc, Sine, Thobie, Torrenti, Vallino, Vidal, Vincent.

Candidats P. C. B. : Besquet, Delors, Devors, Djabali, Finalteri, Girard, Guillermou, Pariente, Puech, Scarrone, Talent.

Tous les candidats devront être présents dans les centres respectifs à 7 h. 45. Les épreuves commenceront très exactement à huit heures. Les candidats devront remettre au président du jury un certificat de scolarité attestant qu'ils ont satisfait aux examens afférents à leur scolarité ; ceux qui ne pourraient présenter ce certificat ne seraient pas admis à prendre part aux épreuves.

La Ligue médicale de Défense professionnelle « **Le Sou Médical** » a deux objets principaux :

1° Tout d'abord elle garantit ses membres contre les risques de responsabilité professionnelle à concurrence d'une somme de 100.000 francs. Et cette garantie est portée à 500.000 francs pour ceux d'entre eux qui sont en même temps abonnés au *Concours Médical*.

2° En outre, elle leur donne conseils et soutien dans toutes les difficultés et les procès d'ordre professionnel.

CORRESPONDANCE

A propos de l'absentéisme dans nos Assemblées syndicales

Un de nos correspondants de la région lyonnaise nous fait remarquer que l'absentéisme n'est pas seulement chronique dans la région parisienne. A l'Assemblée générale du Syndicat des médecins du Rhône présidée par le Docteur J. Chalier, président de la Confédération, il y avait 93 présents et 13 excusés. Or 603 médecins exercent à Lyon et 101 dans le reste du département du Rhône, au total 704.

L'Assemblée a eu à se prononcer sur l'exclusion d'un membre du Syndicat. Les rapports avec la Clinique mutualiste, la question des Caisses mutuelles chirurgicales, les rapports avec les Assurances sociales, le rajustement des honoraires, etc., etc., étaient à l'ordre du jour.

Nous ferons remarquer à notre correspondant que si la proportion des médecins lyonnais qui prennent part aux Assemblées syndicales est faible, ce qui est fort regrettable, elle dépasse et de beaucoup celle que nous déplorons de constater à Paris.

FISCALITÉ

3.829. — L'impôt général sur les revenus en 1937

Je vous prie de m'indiquer : de quelle façon doit être calculé l'impôt sur le revenu (somme à verser au Percepteur), pour un homme marié ayant un enfant.

Peut-on encore, sans pénalité, rectifier une déclaration antérieure ?

Jusqu'à quelle année antérieure peuvent remonter les recherches du Contrôleur ?

Y a-t-il encore amnistie et jusqu'à quelle date ?

Dr D.

Réponse

Pour l'année 1937. *Impôt général sur le revenu* : un contribuable marié avec un enfant a droit aux déductions suivantes (à opérer sur le montant total de ses revenus) :

5.000 comme contribuable marié
5.000 pour un enfant
10.000 total des déductions.

Ces déductions sont diminuées d'un cinquième lorsque le revenu net global est compris entre 75.000 et 150.000, de 2/5 lorsqu'il est compris entre 150.000 et 300.000, de 3/5 entre 300.000 et 600.000 et 4/5 lorsqu'il excède 600.000 francs.

L'impôt est calculé en appliquant au montant du revenu taxable après défalcation des déductions ci-dessus et de la somme de 10.000 francs totalement exonérée le taux qui lui correspond.

1° Revenu taxable ne dépassant pas 10.000 francs 1 %.

2° Revenu taxable supérieur à 10.000 mais ne dépassant pas 70.000 francs 1 à 4 % avec progression de cinq centièmes par 1.000 francs.

3° Revenu taxable supérieur à 70.000 mais ne dépassant pas 170.000 francs 4 à 13 % avec progression de 5 centièmes par 1.000 francs.

4° Revenu taxable supérieur à 170.000 mais ne dépassant pas 270.000 francs 13 à 18 % avec progression de 5 centièmes par 1.000 francs.

En vertu du décret du 8 juillet, la cote de chaque contribuable au titre de l'impôt général sur le revenu est majorée de 20 %.

Toutefois cette majoration n'est pas applicable aux contribuables dont le revenu net, défalcation faite des déductions pour situation et charges de famille, ne dépasse pas 20.000 francs.

Vous pouvez toujours faire une déclaration rectificative spontanée, en disant que vous vous apercevez d'une omission.

Le droit de regard est de trois ans non compris l'année de l'imposition, c'est-à-dire qu'en 1937 on impose 1936, le Contrôleur peut donc réviser

les revenus de 1935-34 et 33 (déclarations de 1936-35 et 34).

Il n'y a plus d'amnistie fiscale.

A. et G. MARTINOT
Conseillers fiscaux

5.662. — Recours en matière fiscale. Expertise

Dans un de vos récents numéros, vous parlez d'expertise en cas de contestation pour les déclarations professionnelles de bénéfices.

Voudriez-vous me dire si une telle expertise a déjà eu lieu et par quels moyens, avec quels documents peut-elle se faire ?

Il y a trois ans, on a rehaussé des déclarations exactes à plusieurs confrères de la région et le Conseil de Préfecture, même le Conseil d'Etat ont approuvé. J'aimerais savoir quel genre d'expertise serait susceptible d'éclairer l'Administration et acceptée par elle.

Dr C.

Réponse

Lorsqu'à la suite d'un rehaussement de bénéfices par le Contrôleur et la Commission de taxation on a fait une réclamation au Directeur des Contributions directes qui l'a rejetée, on se pourvoit devant le Conseil de Préfecture ; on peut demander à celui-ci d'ordonner l'expertise.

Le contribuable choisit alors dans son entourage une personne qu'il connaît, par exemple : le Président de son Syndicat qui, avec l'expert de l'Administration, examine son dossier et les rapports de ces experts indiquent au Conseil de Préfecture si la déclaration est exacte ou si le rehaussement est justifié.

Mais, pour mener à bien toute réclamation, il est bon de demander l'appui du « Sou Médical » qui fait rédiger la défense par le Conseil fiscal ».

A. et G. MARTINOT
Conseillers fiscaux

5.625. — Exemption d'impôt foncier pour les constructions neuves

Je vous serais très obligé si vous vouliez bien soumettre à MM. Martinot, conseillers fiscaux du « Sou », une demande de renseignements relative à ma contribution foncière. Il s'agit d'ailleurs d'une question qui me paraît susceptible d'intéresser un certain nombre de confrères qui doivent se trouver dans le même cas.

J'ai construit en 1934, la maison que j'habite, et j'ai obtenu à ce moment l'exemption de l'impôt foncier pour une durée de quinze ans.

En effet, je n'ai pas été imposé en 1935, ni en 1936.

Mais en 1937, je reçois un avertissement, comportant une contribution foncière sur un loyer de 727 francs au titre des propriétés bâties.

J'ai pris des informations à ce sujet ; et le Contrôleur des Contributions directes me déclare qu'un arrêt récent du Conseil d'Etat a supprimé l'exemption de quinze ans de l'impôt foncier en ce qui concerne les locaux professionnels, et n'accorde cette exemption que pour les locaux d'habitation proprement dits.

Si cette interprétation est exacte, je n'ai qu'à m'incliner ; mais je serais heureux auparavant d'avoir votre avis sur cette question.

Dr D.

Réponse

Il est exact que les locaux d'habitation bénéficient seuls de l'exemption de quinze ans re ative à l'impôt foncier. Les locaux professionnels sont exemptés pendant deux ans (ar icles 160 à 167 du décret du 27 décembre 1934).

Le revenu net foncier est évalué pour une période allant jusqu'à la revision générale, par comparaison avec les autres immeubles de même importance. En cas d'exagération, il faudrait nous adresser le dossier pour faire une réclamation.

A. et G. MARTINOT
Conseillers fiscaux

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

6.104 — 1° Abcès de fixation
2° Surveillance de nuit

1° Quel est le tarif à appliquer pour abcès de fixation et ses suites, intervention qui n'est pas prévue au titre II ;

2° En cas de surveillance de nuit, art. 6, chaque demi-heure équivalant à une visite, doit probablement être tarifée comme une visite de nuit : 15 × 3.

Dr T.

Réponse

1° En cas d'abcès de fixation, vous faites d'abord une injection hypodermique (comprise dans le prix de la consultation ou visite) puis plus tard, X jours après une incision d'abcès superficiel (25 francs), puis une série de pansements, comme après chaque incision d'abcès. Je ne vois pas d'autre façon de compter.

2° La visite de nuit est tarifée le prix d'une visite ordinaire plus une majoration pour dérangement de nuit. Je ne pense pas que vous puissiez compter un « dérangement » spécial à chaque demi-heure. A mon avis, il y a lieu de prendre comme analogie, l'art. 8 (prix des actes opératoires faits la nuit) et de compter une majoration de 25 % pour chaque demi-heure. Il m'apparaît que nous rentrons là dans le normal et l'équitable.

Ds Fernand DECOURT.

DIVERS

5.722. — Accident du travail. Appareils de prothèse

Un de mes malades, victime l'an dernier d'un accident du travail et pensionné à 50 %, présente encore à l'heure actuelle une faiblesse durable, avec tendance aux entorses, du pied gauche, telle que l'application d'un soulier orthopédique me paraît souhaitable :

1° Peut-on l'imputer à la charge de la Compagnie d'assurances ?

2° Si oui, suffit-il que j'avertisse la Compagnie par un simple certificat et puis-je compter mon examen et mon certificat au compte de ladite Compagnie ?

3° Les frais pharmaceutiques supportés par le malade depuis la consolidation et le règlement de son incapacité (bandes de caoutchouc, genouillière, etc.), peuvent-ils être imputés à la Compagnie ?

Dr C.

Réponse

En matière d'accidents du travail, les frais médicaux et pharmaceutiques constituent un accessoire de l'indemnité temporaire et cessent d'être dus en même temps qu'elle, c'est-à-dire lorsque le blessé est guéri ou consolidé.

En application de cette règle, la jurisprudence décide que seuls peuvent être mis à la charge du patron responsable les appareils destinés à concourir au traitement de la blessure, mais non les appareils orthopédiques ou les appareils de prothèse.

Il est donc certain que dans l'affaire que vous nous exposez, c'est au blessé seul qu'il appartient de faire les frais du soulier orthopédique qui lui est nécessaire. De même tous les frais médicaux et pharmaceutiques exposés depuis la consolidation restent à la charge du blessé.

5.750. — Maladies professionnelles et Assurances sociales

Je vous serais obligé si vous vouliez bien me renseigner sur la conduite à tenir pour un de mes clients — ouvrier qui a travaillé pendant six mois chez un patron cultivateur de cresson — et qui présente actuellement au genou droit un hygroma de la grosseur d'une orange. (L'occupation de cet ouvrier consistait à ramasser le cresson, agenouillé sur une planche posée en travers des ruisseaux où se fait la culture).

Il me semble qu'il s'agit dans ce cas d'une maladie professionnelle faisant partie du groupe visé par le décret-loi du 16 octobre 1935, et que mon patient est en droit de réclamer des soins en vertu de la loi du 9 avril 1898, comme s'il s'agissait d'un accident du travail (patron responsable des demi-salaires et des frais de traitement).

S'il n'en est pas ainsi, doit-il s'adresser aux Assurances sociales ?

Dr B.

Réponse

Il est exact que le décret du 16 octobre 1935, relatif à la déclaration ob igatoire des maladies d'origine professionnelle, prévoit expressément les cas professionnels d'inflammation d ı tissu cellulaire sous-cutané du genou (genou battu) et d'inflammation de la gaine synoviale et des gaides tendineuses de l'articulation du poignet causée par des attitudes particulières nécessités par le travail.

Mais vous n'ignorez pas que ce décret a seulement pour objet de dresser la liste des maladies que doivent obligatoirement déclarer les médecins, en vue de la prévention de ces maladies et de l'extension ultérieure de la protection légale aux ouvriers qui en seraient victimes.

Par définition même, les maladies qui doivent ainsi être obligatoirement déclarées, ne peuvent donc bénéficier à l'heure actuelle de la loi sur les accidents du travail.

Dans ces conditions, et quoi que la maladie de votre cl ent soit d'origine professionnelle, celui-ci ne peut être indemnisé qu'au titre des Assurances sociales s'il est en règle de sès cotisations à l'égard de sa Caisse. Ainsi que l'a reconnu la Cour de cassation à plusieurs reprises, le fait que cette maladie provienne de l'exercice de la profession ne saurait le priver de ses droits aux prestations de l'assurance-maladie, puisqu'il n'est ni indemnisé, ni susceptible de l'être au titre de la loi sur les risques professionnels.

5.746. — Hernie accident du travail

Fin mai, un ouvrier, en levant une lourde charge dans son travail, se plaint de la région inguinale droite. Je rédige un certificat d'accident du travail en mentionnant déchirure musculaire sans parler de hernie et donne dix jours d'incapacité.

Au neuvième jour, l'Assurance fait contre-visiter le blessé et, à la suite du rapport de son expert, refuse le sinistre. Cet ouvrier, père de 5 enfants en bas-âge, s'adresse alors aux Assurances sociales. Cette Caisse est réticente à payer sous prétexte :

1° Que la carte-lettre n'a pas été adressée dans les trois jours de la première constatation médicale ;

2° Que le blessé n'a pas avisé la Caisse de l'instance engagée contre l'assureur ou l'employeur.

Elle me la baille belle, la Caisse.

Ce n'est pas elle qui fera revenir la Compagnie d'Assurances sur sa décision. Le blessé n'a pas à engager d'instance.

Comme la loi dit qu'il ne peut y avoir cumul, mon client ne pouvait toucher à la fois de 'a Caisse accidents du travail et de la Caisse Assurances sociales.

Ainsi, par honnêteté et scrupule, pas d'avis à la Caisse Assurances sociales dans les trois jours, mais seulement au dixième jour.

Par suite de ce retard, la Caisse ne veut rien payer à ce père de cinq enfants, pour une incapacité de 13 à 14 jours.

Que faire pour tâcher de le faire toucher ?

Belle défense de la famille !!!

D^r D.

Réponse

En vertu de la jurisprudence constante de la Cour de cassation, toute lésion dont le travail même normal a été la cause, ou l'occasion, doit être considérée comme résultant d'un accident du travail, au sens de la loi du 9 avril 1898, quel qu'ait été l'état antérieur de la victime, à moins qu'il ne soit établi que l'accident ait été complètement étranger à l'incapacité invoquée. (V. notamment, Cassation Ch. Civ. 9 janvier 1934, le Droit Ouvrier 1934, p. 442).

Par conséquent, pour qu'il y ait accident du travail mettant en jeu la responsabilité du chef d'entreprise, il est nécessaire et suffisant qu'un traumatisme ou toute autre cause extérieure survenue au lieu et au temps du travail fasse apparaître, décèle ou révèle un mal jusque là latent ou ait une répercussion sur son évolution

Le chef d'entreprise ou son Assurance substituée ne peuvent s'exonérer de leur responsabilité qu'à condition d'établir que la lésion provient uniquement de l'état antérieur de la victime et c'est donc à eux qu'incombe la charge de la preuve

Ces principes sont applicables intégralement au cas particulier de hernie survenant durant le travail, Il a été ainsi décidé par la Cour d'Angers, dans son arrêt du 4 décembre 1934 (D. H. 1935-75), qu'il suffit à un ouvrier atteint d'une hernie de prouver que cette lésion est produite par un effort au cours du travail. Il est sans intérêt de savoir s'il avait une prédisposition morbide à contracter cette affection et quel a été le degré et la violence des efforts effectués. L'employeur ne peut faire échec à l'action de l'ouvrier qu'en apportant la preuve que la hernie est la conséquence unique et exclusive de son état constitutionnel et que l'accident n'a joué aucun rôle dans son apparition (Cour d'appel de Nimes, 12 juin 1935. Revue générale des assurances sociales et des accidents du travail, janvier 1936).

Il y a donc les plus grandes chances, en l'espèce, que l'accident dont votre client a été victime, puisse bénéficier de la protection légale sur les accidents du travail. D. ns ces conditions, l'attitude de la Caisse d assurances sociales est fort compréhensible.

Lorsque la lésion d'un assuré paraît pouvoir bénéficier de la loi du 9 avril 1898 et qu'il y a contestation sur ce point, l'attitude à suivre est fixée par l'art. 20, parag. 4 du décret-loi du 28 octobre 1935. Dans ce cas l'assuré reçoit à titre provisionnel les prestations de l'assurance-maladie, si par ailleurs il justifie des conditions de versements requises et s'il a engagé à l'encontre de son employeur ou de l'assureur substitué une action judiciaire en vue de faire reconnaître son droit à réparation, au titre de la loi du 9 avril 1898.

En pareil cas, la Caisse d'assurances peut intervenir dans l'instance ; en cas d'échec de l'action entreprise, les prestations versées restent acquises à l'assuré.

Nous vous rappelons d'autre part, que l'assistance judiciaire est de droit en matière d'accidents du travail et que tous les frais d'une telle instance paraissent devoir être au premier abord peu élevés, même s'ils devaient ultérieurement rester à la charge de l'accidenté.

Nous conseillons donc, en conclusion, à votre client de poursuivre son chef d'entreprise au titre de la loi sur les accidents du travail et en justifiant de ces poursuites, de demander à la Caisse le versement provisionnel de ces prestations.

5.776. — Prolongation, jusqu'au 1er janvier 1938, de la prorogation venant à échéance le 1er juillet 1937

Je me permets de vous demander quelques renseignements au sujet de mon loyer :

1° Le prix de mon loyer était de 1.200 francs avant 1914 ;

2° J'occupe toujours le même local ;

3° Depuis le décret-loi du 16 juillet 1935, je paye 3.678 francs ;

4° A partir de maintenant, que devrais-je payer ?

Dr S.

Réponse

La valeur locative de votre appartement en 1914 étant comprise entre 1.000 et 2.000 francs, et cet appartement se trouvant situé dans une ville de plus de 100.000 habitants, la prorogation à laquelle vous aviez droit en vertu de la loi du 29 juin 1929 à titre d'occupant professionnel, devait prendre fin le 1er juillet 1937.

Mais une loi, votée quelques jours avant la séparation des Chambres, a reculé l'échéance de cette prorogation au 1er janvier 1938. Jusqu'à cette date, vous devez donc continuer à payer le loyer que vous avez payé jusqu'à ce jour.

Sans doute d'ici le 1er janvier prochain une nouvelle loi sur les loyers sera-t-elle votée et pourrez-vous bénéficier des avantages qu'elle accordera aux locataires.

BULLETIN DE SOUSCRIPTION

à L'AGENDA-MEMENTO du PRATICIEN (édit. 1938)

NOTA. — Les souscriptions seront reçues jusqu'au 1er septembre, au prix de 30 francs.

Le soussigné (*nom et prénoms*)..

abonné au CONCOURS MÉDICAL, *médecin à*..

dépt.............................. *désire recevoir l'*Agenda-Memento du Praticien, *édition* 1938 (1)

(2)
J'envoie ci-inclus un mandat de 30 fr.
Je verse 30 fr. au compte de chèques postaux Concours Médical, *Paris 167-95,*
Je demande le recouvrement postal (3 fr. de supplément).
Je demande à être inscrit pour les éditions suivantes.

A.............................. *le*.............................. 1937

(1). — *On peut dès maintenant se faire inscrire pour les éditions suivantes un rappel sera alors envoyé en temps utile aux souscripteurs).*

(2). — *Biffer les mentions qui ne conviennent pas.*

Adresser le présent bulletin à M. C. BOULANGER, Administrateur du *Concours Médical*, 37, rue de Bellefond, Paris (9e).

Cinquante-neuvième année N° 34 22 Août 1937

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

- sommaire -

Partie Professionnelle

Demi-Colonnes

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	60 fr.	Belgique et Luxembourg...	70 fr.
Etudiants	35 fr.	Première Zone	85 fr.
Le Numéro	1.25	Deuxième Zone	110 fr.



Renseignements

AVIS

Changements d'Adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 fr. 50 pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande.)

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — ***Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)***

***Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du* Concours Médical, *Paris* 167-95.**

N° 211. — Docteur installé banl. Paris avec grande propriété, cherche deux malades pensionn. en traitem., non contagieux, pour un mois et plus.

N° 212. — Vittel. Pour rais. âge et santé, cabinet thermal créé il y a 25 ans, à céder à des cond. avantag. Prise de possess. imméd. avec promesse de collabor. pendant saison 37 seulement.

N° 213. — Docteur Tissier, 64, rue Pierre-Demours à Paris, cédera à bon compte un bidon de 40 l. auréoline compound BB entamé.

N° 214. — A vend. état neuf, 7 vol. « Encyclopédie médico-chirurgicale ».

N° 215. — Jne méd. franç. très au courant médec. génér. accouch. pet. chirurgie, grande habit. clientèle, cherche remplac. pour septembre toute région. Docteur Heller, 45, rue de Trévise, Paris (IXe).

N° 216. — Bretagne. — A vend. rais. santé, très gros poste pro-pharmac. proxim. mer. Seul méd. chef-lieu canton, 15 km. tout confr., pas sage-femme. Partie comptant, facilités pour le reste.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet Breitel et Goret

1, rue Dante, Paris (5e). - Tél. : Odéon 36-46

Bords de la Seine. Import. et jolie ville, client. méd. gle de 30 ans. Gros fixes, cession urgente cause décès.

100 kms. ouest Paris, prox. grde ville, pro-pharm. d'un bon rap., avec petits fixes, vu l'urgence, prix 25.000, 12.000 cpt.

Touraine, gros centre, très anc. et import. client. rurale, grde et belle maison. Prix 60.000 cpt.

Abonnés du « Concours » exerçant dans les Stations Thermales

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains : Bertier, Blondel, Coutaz, Dardel, H. Forestier père, Graber-Duvernay, Lelong, Pégaz.

Allevard-les-Bains : Boël.

Amélie-les-Bains : Bouix.

Ax-les-Thermes (Ariège) : Boyer, Girard, Gomma.

Bagnères-de-Bigorre : Frank-Duprat (*enf.*), J. Courbin, Ricard-Pomarède.

Bagnoles-de-l'Orne : Censier, R. Hügel, Joly, Le Gouriérec, J. Louvel, R. Louvel, Doctoresse M. Peillon, E. Poulain.

Bains-les-Bains : M. Henry, L. Rose.

Barèges : Orliac.

Besançon La Mouillière : Jean Sexe (*opht.*), Tronchon.

Biarritz : Clavel, Dejeant (*derm.*), Lacour, Pitchalsky (*m. g. sto.*) M. Pourquié (*chir.*) G. Pourquié (*o. r. l.*)

Bourbon-Lanoy : Bellœuf, G. Vincent.

Bourbon-L'Archambault : Bénabu, Litaud.

Bourbonne-les-Bains : Delacroix, Gay.

Brides-les-Bains et Salins-Moutiers : d'Arbois de Jubainville, Mathieu, Laissus fils.

Cambo-les-Bains : A. Camino, Chatard, Colbert, Dieudonné, J. Trotot.

Capvern : J. Pouy.

Cauterets : Anglada, Armengaud, Corone, Cosserat, L. Pradal.

Challes-les-Eaux : Vexenat.

Châtel-Guyon : J. M. Ballan, Baumann, Cambiès, Casati de Montgolfier, Foucaud, P. Martin, Mazeran, Ribérolles, Saint-René-Bonnet.

Contrexeville : Contal.

Dax : Barrau, Delmas (Armand).

Divonne-les-Bains : Ballivet, Vieux.

Eaux-Bonnes : Bourragué, Creignou.

Enghien-les-Bains : Beyrand, H. Forterre.

Escouloubre-les-Bains : Sarda.

Evaux-les-Bains : E. Legâte.

Evian-les-Bains : Bernex, J. Eyraud-Joly.

Hammam-Lif (Tunisie) : Fére.

La Bourboule : Anglada, Barthomeuf, Boudry, Cany, R. Galimant, Jean Godonnèche, Rongier Th., Maurel.

La Léchère : Millet, Noailly.

La Motte-les-Bains : Goirand.

Lamalou-les-Bains : Cauvy (*Réed. motr.*), Faure, Tabarié.

La Roche-Posay-les-Bains : Bardet, Guyot, Huet (*derm.*) Lépine.

Luchon : P. de Beauchamp, Cazal-Gamelsy, Germès, Molinéry (*ne fait que la physiothérapie*), Salles, Sammuller.

Luxeuil-les-Bains : Causeret, Cugnier, Rimey.

Mont-Dore : J. André, Roger André, Béal, Débidour, Dullin, Levadoux, Molines, E. Perpère, Verrier.

Néris : Ducros, Jossand.

Plombières-les-Bains : Bernard, J. Dumont, Truelle.

Preste (La) : Dr P. Baron.

Royat : Mougeot.

Salers : Rongler.

Salles-de-Béarn : Coustère David, Dufourcq, Larrouy, Ortal.

Salins-les-Bains : Bourny, Henri Neumand.

Salies-du-Salat : Barbé, St Béat.

Saujon : R. Dubois, M. Boisseau.

Saint-Didier (Vau.) : Masquin.

St-Honoré-les-Bains : Charpin, Ségard, Silvestre.

St-Nectaire : Sérane, Siguret, Versepuy.

Santenay-les-Bains : A. Mélé.

Sermaize-les-Bains : Fritsch, (H.), Ramonet (*Malad. des enf.*)

Uriage : G. Barbier.

Vals-les-Bains : David, Galtier.

Vernet-les-Bains : Ponson.

Vichy : Arama (Michel) (*stom.*), Bargy, Berthomier, (*phys.*) Caillon, Castera, Chabrol, (Léon), R. Chaux, Cluzan. Cornillon, Cotar, Cros L., Déléage, Desmaroux, A. Durrieux, (*stom.*), Fau, R. Fraudet, (*stom.*), Fruictier, Gannat, Lère, Marquis, Martin-Péridier, Reynès, Roussignol.

Vittel : Adda, G. Constant, P. Genay, Finck.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Faculté de médecine de Paris.** — *Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu.* — Un cours de *chirurgie oculaire* commencera le 15 octobre 1937, à l'amphithéâtre Dupuytren (Hôtel-Dieu). Ce cours, fait sous la direction de M. le Professeur F. Terrien, aura lieu tous les jours et comprendra douze leçons.

— **Hôpitaux de Paris.** — *Concours de l'internat.* — Le concours de l'internat en médecine des hôpitaux de Paris (places vacantes le 15 avril 1938) s'ouvrira le mercredi 13 octobre 1937, à 9 heures, au Parc des Expositions, porte de Versailles, Paris (XVe) ; entrée des candidats : Porte de Versailles.

Les élèves sont admis à se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria, bureau du Service de santé, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 13 à 17 heures, depuis le mercredi 1er septembre jusqu'au mardi 21 septembre 1937 inclusivement.

Seront seuls admis dans la salle où auront lieu les compositions écrites, les candidats porteurs du bulletin spécial délivré par l'Administration et constatant leur inscription au concours.

Les candidats sont obligatoirement tenus d'occuper, pour rédiger leurs compositions, les places marquées à leur nom.

— **Journée internationale de rhumatologie.** (Paris, 9 octobre 1937). — La « Journée internationale » 1937, organisée par la Ligue française contre le rhumatisme, sous la présidence du Professeur Laignel-Lavastine, sera consacrée au sujet suivant : Les médications radio-actives en rhumatologie.

Séance clinique. — Une séance clinique de présentation de malades aura lieu le matin à 10 heures à la Clinique médicale de M. le Professeur Loeper, hôpital Saint-Antoine.

Séance scientifique. — A 15 heures, à la Faculté de médecine, sous la présidence du Professeur Laignel-Lavastine, présentation et discussion des rapports suivants : *a*) Les médications radio-actives en rhumatologie (M. F. Coste) ; *b*) Emanothérapie artificielle dans les maladies rhumatismales (MM. Cluzet et Thiers, Lyon) ; *c*) Emanothérapie dans les cures thermales (MM. Piéry et Milhaud, Lyon) ; *d*) Les actions radio-actives exercées par les eaux thermales et leurs dérivés (MM. Euzière, Castagne, Montpellier).

Un banquet réunira le soir les membres de la Journée. Les médecins rhumatologues, radiologues, hydrologues et chirurgiens s'intéressant à cette importante question sont invités à prendre part à cette journée internationale.

Des facilités de voyage ainsi que des entrées gratuites à l'Exposition seront accordées aux membres adhérents au Congrès.

Pour les inscriptions et tous renseignements, s'adresser à la Permanence : 23, rue du Cherche-Midi, Paris (VIe).

— **Hôpitaux de Marseille.** — *Un enseignement élémentaire de pratique chirurgicale courante et d'urgence* sera fait du 9 au 25 septembre 1937 dans le service de chirurgie de l'Hôtel-Dieu, sous la direction de M. Marcel Arnaud, chirurgien des hôpitaux, avec la collaboration de MM. Salmon, J. Dor, L. Artaud, chirurgiens des hôpitaux ; A. Léna, Lamy, Escarras, G. Arnaud, G. Farnarier, Bouillon, Zananiri, Guidoni et Poucel, internes ou anciens internes des hôpitaux.

Le *programme* de cet enseignement comporte l'étude des problèmes médico-légaux qui entourent les actes de pratique chirurgicale et d'urgence à l'hôpital (Marcel Arnaud), de l'anesthésie en chirurgie d'urgence (Lamy), des contusions de l'abdomen (L. Artaud), des accidents aigus de l'avortement (Escarras), des plaies récentes des doigts (Marcel Arnaud), des petites règles de l'exérèse des tumeurs superficielles (Poucel), des perforations digestives (J. Dor), des traumatismes de l'orbite (G. Farnarier), des fractures ouvertes des diaphyses (Salmon), des plaies articulaires récentes (A. Léna), de la surveillance des traumatisés cranio-encéphaliques (Marcel Arnaud), des plaies intéressant le cuir chevelu (Guidoni), des panaris (Salmon), des plaies contuses des parties molles (Bouillon), des indications de la radiographie d'urgence de l'abdomen (J. Dor), de la pratique du traitement d'urgence des grands brûlés (G. Arnaud), des traumatismes récents du rachis (Marcel Arnaud) et des contusions lombaires (Zananiri).

L'inscription à cet enseignement destiné aux praticiens et aux étudiants, est gratuite. S'adresser à M. le président de la Commission administrative des hospices civils, 9, rue Lafon, Marseille (premier service).

— **Hôpitaux d'Arles.** — *Concours d'oto-rhino-laryngologiste.* — Un concours pour une place d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux d'Arles aura lieu le 27 octobre 1937.

S'adresser pour tous renseignements au secrétariat des hospices d'Arles-sur-Rhône (Bouches-du-Rhône).

— **IVe Conférence internationale de la lèpre.** (Le Caire, mars 1938.) — Les léprologues qui désirent participer à la Conférence qui s'ouvrira le 21 mars prochain sont priés d'adresser, avant le 15 septembre, un résumé et, avant le mois de février, le texte complet des travaux qu'ils désirent communiquer à M. le Professeur Muir, secrétaire général de la Conférence, 131, Baker street, London W1.

— **Hôpital intercommunal de Créteil.** *Concours*

d'internat. — Un concours sera ouvert le vendredi 10 septembre 1937, pour la nomination de sept internes titulaires et de cinq internes provisoires.

Pièces à fournir : Extrait de naissance. Certificat de bonnes vie et mœurs délivré par le Commissaire de police du quartier (Paris) ou le maire de la commune (Province). Indication de la situation militaire. Certificat d'une Faculté ou d'une Ecole de médecine française, attestant que le candidat est pourvu d'au moins douze inscriptions. Indication des hôpitaux où le candidat a passé, avec certificats des chefs de service attestant qu'il a rempli correctement ses fonctions. Exposé, écrit et signé par le candidat, de son *curriculum vitæ*. Demande d'inscription au concours, avec engagement écrit par le candidat et signé par lui, de se conformer exactement au règlement. Ces différentes pièces devront être déposées avant le 1er septembre 1937, dernier délai, au siège du Syndicat intercommunal de l'hôpital de Créteil, 5, rue de Saint-Maur, à Créteil (Seine). (L'enveloppe les contenant portera la suscription : *Concours d'internat*).

Les candidats seront individuellement informés avant l'ouverture du concours, en même temps que de la régularisation de leur inscription, du lieu et de l'heure de la première épreuve.

Epreuves du concours : 1° Une épreuve écrite, théorique ; 2° Une épreuve orale, comprenant deux questions : une de pathologie médicale, une de pathologie chirurgicale ou d'obstétrique.

Les internes titulaires nommés à ce concours entreront en fonctions le 11 octobre 1937 ; les provisoires seront appelés à remplacer les titulaires suivant les vacances qui se produiront.

La durée des fonctions des titulaires est de deux ans ; toutefois, une année supplémentaire pourra être accordée à la demande des chefs de service.

Avantages accordés aux internes en fonctions : Les internes de garde prennent leurs trois repas à l'hôpital. Les autres prennent le repas de midi à l'hôpital. Les internes sont logés et reçoivent un traitement annuel de : 5.600 francs la première année, 6.000 francs la deuxième année, et 6.600 francs la troisième année (facultative). Il est attribué aux internes mariés une indemnité annuelle de 500 francs ; ils reçoivent en outre des indemnités pour charges de famille.

— **Hôpitaux de Rouen**. — *Externat*. — Le jeudi 14 octobre 1937, s'ouvrira à l'hospice général, salle des séances de la Commission administrative, un concours pour l'externat des hôpitaux de Rouen.

Les étudiants en médecine appartenant aux Écoles ou Facultés françaises peuvent s'inscrire au secrétariat des hospices, 1, rue de Germont, Rouen, jusqu'au 28 septembre 1937.

— **Le Mont-Dore**. — L'Etablissement thermal

du Mont-Dore offre cette année à sa clientèle de nouveaux aménagements.

Une des innovations les plus appréciées est le service des nébulisations qui permet à des malades fatigués, au cœur fragile, à la pression artérielle forte, d'inhaler longuement et commodément, en cabines individuelles, les principes totaux de l'eau minérale pulvérisée à l'état de brouillard sec et sans mélange de vapeurs.

D'autre part, la Compagnie fermière a fait aménager pour la Société de médecine du Mont-Dore et les médecins curistes ou visiteurs et leurs familles, un cercle d'accueil avec salons de lecture et bibliothèque où pourront se retrouver chaque jour, dans une cordiale intimité, les membres de la grande famille médicale.

— **Hôpitaux de Bordeaux.** *Médailles d'or de l'internat.* — Après concours, par délibération de la Commission administrative des hospices, la médaille d'or du prix de l'internat en 1937 pour la Section chirurgie a été décernée à M. Barroux, interne de quatrième année, et pour la Section médecine à M. Personne de Lachaud, interne de quatrième année.

— **Congrès national et international de l'herboristerie.** — Le premier Congrès national et international de l'herboristerie, de la production et du commerce des plantes médicinales, se tiendra à Paris du 21 au 26 septembre prochain, dans l'enceinte de l'Exposition.

Ce Congrès est ouvert à tous ceux qui s'intéressent aux plantes médicinales. Pour renseignements s'adresser au Congrès national et international de l'herboristerie, 79, rue du Temple, Paris (IIIe).

— **Naissances.** — Le Docteur et Madame Henri Vezin nous font part de la naissance de leur fille *Danièle* (17, rue du Palais, Blois ; 7 août 1937).

— Le Docteur et Madame Raymond Corbin nous annoncent la naissance de leur fille *Françoise.*

(Amiens, le 1er août 1937, 69, route de Rouen).

Nos sincères compliments.

— **Nécrologie.** — Nous appprenons avec une profonde tristesse la mort de Monsieur Georges-Henri Robichon, maire de Trois-Rivières (Canada), officier de la Légion d'honneur, Conseil du Roi.

Les participants de la Croisière du Canada en 1934 (Congrès de Québec) se souviendront avec émotion de cet homme aimable, grand ami de notre pays, qui reçut dans sa cité, de concert avec le Docteur de Blois, les médecins français qui avaient accepté de faire un arrêt à Trois-Rivières, où ils trouvèrent un accueil, nous pouvons dire inoubliable.

Nous adressons à Madame Robichon et à ses enfants nos condoléances attristées et l'expression de notre douloureuse sympathie.

• • •

A TRAVERS L'OFFICIEL

2 AOÛT

Décret du 31 juillet sur le pourcentage de réduction à appliquer aux frais pharmaceutiques afférents aux assurés sociaux indigents.

Art. 1er. — A compter de la date à laquelle le tarif interministériel pharmaceutique du 25 mai 1937 susvisé sera utilisé par les organismes d'assurances sociales et les groupements professionnels de pharmaciens comme base de la tarification des prestations pharmaceutiques dispensées aux assurés sociaux, les frais dus aux pharmaciens pour les assurés indigents et les membres de leur famille, inscrits sur les listes d'assistance, seront réglés sur cette base, conformément au tarif appliqué aux autres assurés affiliés au même organisme d'assurance, sous déduction d'un pourcentage de 1 p. 100.

Art. 2. — Provisoirement et jusqu'à l'application de la tarification prévue à l'article 1er, les frais dus aux pharmaciens pour les assurés indigents et les membres de leur famille, inscrits sur les listes d'assistance, seront réglés conformément au tarif interministériel pharmaceutique ou conformément au tarif précédemment appliqué avec l'accord des parties intéressées, sous déduction d'un pourcentage de 1 p. 100.

La présente disposition aura effet à compter du 1er juillet 1937.

Art. 3. — La réduction prévue aux articles 1er et 2 du présent décret s'appliquera aux prix des produits, aux honoraires et aux indemnités de manipulation ; elle ne sera pas effectuée pour les produits à prix marqués obligatoires et pour les eaux minérales.

Art. 4. — Un décret fixera ultérieurement, conformément à l'article 19 du décret-loi du 28 octobre 1935 susvisé, le tarif limite des analyses et le pourcentage de réduction applicable au règlement des frais d'analyses concernant les assurés indigents et les membres de leur famille.

Les décrets du 25 mars 1937 et les arrêtés du ministre du Travail en date du 12 janvier 1937, relatifs aux appareils d'orthopédie et d'optique, restent provisoirement applicables à ces appareils, à l'exclusion des pansements et autres accessoires énumérés dans le tarif interministériel pharmaceutique.

Art. 5. — Pour l'application des articles 1er, 2 et 3 ci-dessus, il sera tenu compte des bulletins de variations successifs du tarif interministériel pharmaceutique.

Voir la suite page XXXVII-2453

PROPOS DU JOUR

EXERCICE ILLÉGAL ET CHARLATANISME

Au Congrès international pour la répression de l'exercice illégal de la médecine, qui était incorporé aux Journées internationales de la Santé publique, notre distingué confrère, Directeur du *Berry médical*, le Docteur Louis Robert, Président du Syndicat des médecins de l'Indre, a présenté un rapport qui est une intéressante étude documentaire de l'exercice illégal et du charlatanisme.

M. Robert examine tour à tour les questions : 1° des guérisseurs, 2° du charlatanisme pharmaceutique, 3° du charlatanisme médical.

La crédulité du public en ce qui concerne les guérisseurs dépasse tout ce qu'il est possible d'imaginer, et il ne faut pas croire que les personnes qui s'adressent aux plus impudents d'entre eux soient des débiles mentaux. M. L. Robert cite l'expérience du Dr L. H. Couderc affublé du pseudonyme : Professeur Merric, fit paraître dans quelques grands quotidiens une annonce se donnant comme un fakir, initié aux sciences occultes. Le Docteur Couderc, attaché à un asile d'aliénés, avait constaté le grand nombre de ses malades qui avaient préalablement eu recours aux fakirs. Quelle ne fut pas sa stupéfaction en dépouillant l'importante correspondance qu'il reçut à la suite de cette publicité, de constater que la plupart des lettres émanaient de personnes « sensées » dont la situation sociale et les connaissances intellectuelles étaient bien au-dessus de la moyenne.

Les escrocs guérisseurs qui vendent très cher des appareils inoffensifs qui ne leur coûtent rien, jouissent d'une stupéfiante immunité et les tribunaux se montrent d'une indulgence toute particulière à leur égard.

Le *charlatanisme pharmaceutique* ne laisse rien à envier au charlatanisme des guérisseurs. Ce charlatanisme trop répandu, hélas ! est plus dangereux, car il prend un aspect plus scientifique et inspire plus de confiance aux jeunes mamans qui, tremblant pour la santé de leurs enfants, s'adressent toujours au pharmacien avant d'avoir recours au médecin. Le mal ne serait pas grand si le pharmacien, homme prudent, se bornait à donner au bébé qui tousse une potion anodine, mais trop souvent le pharmacien sert d'entremetteur à certains produits, lancés à grand tapage par la grande presse, et font de la vitrine de leur officine un panneau-réclame pour tel remède de jouvence pour femmes sur le retour, tel produit de beauté ou de rajeunissement, telle cure merveilleuse d'un abbé que nos syndicats firent condamner à plusieurs reprises.

Reste le *charlatanisme médical* dont nous voyons actuellement la floraison la plus abondante et la plus déplorable. Nous en avons publié ici maints exemples qui rendent inutile la reproduction de quelques annonces de choix qu'a cueillies avec discernement M. Robert dans des plates-bandes touffues.

Ce charlatanisme qui affecte toutes les formes et va de l'exploitation, discrète bien que coupable, de la souffrance humaine jusqu'à l'étalage sans pudeur des pratiques les plus éhontées, est le plus dangereux pour le corps médical, car il déconsidère la profession et le public qui n'est pas averti, confond facilement le praticien honnête et consciencieux avec le charlatan diplômé.

Un chapitre pourrait encore être consacré aux médecins dévoyés qui couvrent de leur diplôme les pires exploitations charlatanesques. Ces médecins sont généralement des besogneux, des malheureux que la misère oblige à toutes les compromissions.

***

L'exercice illégal et le charlatanisme ont été l'objet des préoccupations de nos syndicats depuis qu'ils existent. Plusieurs de nos confrères, Léon Duchesne au début du fonctionnement du Syndicat des médecins de la Seine, Ch. Levassort, le promoteur du Congrès pour la répression de

l'exercice illégal, actuellement Boëlle, ont consacré à cette tâche ingrate tout leur dévouement et toute leur activité.

Le doyen Brouardel en 1899 consacra un ouvrage à l'étude du charlatanisme. Moutier (1892), Regnault (1896), Texier (1896), Kerambrun (1898), Gauthier (1900), Saint-Aurens (1904), prirent cette question comme sujet de thèse.

Nous ne saurions énumérer tout ce qui a été écrit là-dessus, ce serait inutile et fastidieux.

Le Congrès de médecine professionnelle et de déontologie médicale de 1900, le Congrès pour la répression de l'exercice illégal de la médecine de 1904, les trois congrès des praticiens ont envisagé le charlatanisme sous tous ses aspects. Malgré tous ces efforts, malgré des poursuites ininterrompues, des condamnations, hélas ! insuffisantes et inefficaces, le charlatanisme est toujours débout et plus que jamais se vérifie l'adage :

Vulgus vult decipi.

J. Noir.

MÉDECINE PUBLICITAIRE

Un de nos lecteurs nous communique la coupure d'un article intitulé : *Traitement pratique de la syphilis*, paru dans un journal destiné à des lecteurs qui, tous doivent avoir et ont, nous en sommes certains, le plus grand souci de leur honorabilité. Cet article est signé d'un docteur dont le nom à désinence grecque se trouve relaté dans l'Annuaire. Cet article vante une spécialité consistant en comprimés, associant les trois spécifiques éprouvés de la syphilis et dont les résultats « dépassent tout ce qui avait été obtenu jusqu'ici avec le traitement buccal ». « Ce médicament économique (31 francs le flacon pour une cure), s'impose à tout malade soucieux de se faire bien traiter par une méthode moderne » (*sic*).

Le laboratoire chimiothérapique de la spécialité qui donne son adresse, « envoie sous pli fermé l'ouvrage du Docteur X sur la syphilis et sur le médicament que l'on trouve également dans toutes les pharmacies » ! !

COMMENT ON EXERÇAIT LA MÉDECINE EN LIMOUSIN, IL Y A PRÈS D'UN SIÈCLE

Dans un beau livre sur d'Arsonval (1), le Docteur L. Chauvois raconte l'anecdote suivante : Claude Bernard voulut savoir de son futur préparateur comment exerçait la médecine dans le Limousin le Docteur d'Arsonval père.

« Je lui dis que dans nos montagnes, conte Arsène d'Arsonval, les hameaux étant clairsemés et sans routes, les visites se faisaient à cheval, que pour les mêmes raisons les pharmacies étant très rares, le praticien devait emporter, pendant à l'arçon de sa selle, une sacoche contenant quelques rares médicaments ayant fait leurs preuves : opium, quinine, émétique, calomel, éther, digitale, belladone, etc.. Le médecin de campagne emportait donc et préparait même souvent ses remèdes. Quand il envoyait par hasard chez l'introuvable pharmacien, il savait formuler, art précieux, qui tend à disparaître et où la thérapeutique individuelle trouvait pourtant son compte.

Les ordonnances de mon père étaient parfois formulées sur d'étranges supports. En voici une qui fit ce jour-là la joie de Claude Bernard et qu'il citait volontiers :

« Appelé dans une maison perdue dans la montagne, mon père constata que sa sacoche ne contenait pas la drogue idoine, il fallait envoyer chez le pharmacien. Au moment de formuler, ni lui, ni moi, n'avions de quoi écrire, le client encore moins, ne sachant pas lire.

Le médecin de campagne devait être fertile en expédients. Mon père avise une porte blanchie à neuf, taille un fumeron pris au foyer et écrit son ordonnance sur la porte . « Attelle tes vaches, dit-il au paysan, et conduis cette porte au pharmacien, il te donnera ce qu'il faut pour ta femme. »

J. N.

(1) Dr Louis Chauvois. D'Arsonval: Soixante-cinq ans à travers la Science (Edit. J. Oliven. Paris 1937).

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

TRAITEMENT DES CANCERS DE LA VESSIE

Par M. le Professeur MARION

Comme tous les cancers de l'organisme, les cancers de la vessie gagneraient à être enlevés extrêmement précocement, largement, en même temps que les ganglions qui peuvent déjà être atteints. Malheureusement, le cancer de la vessie ne se présente pas à nous, en général, d'une façon précoce ; ce n'est la plupart du temps que longtemps après le début que nous le constatons. La faute en est parfois à la négligence des malades, qui ne souffrent pas au début ; la faute en est aussi à ce que les médecins ne reconnaissent pas toujours l'affection suffisamment à temps, n'attachant pas assez d'importance aux manifestations produites par ce cancer (hématurie ou cystite).

D'autre part, l'ablation large du mal nous est souvent interdite, parce que les régions dans lesquelles se développe le cancer nous empêchent de réséquer tout ce que nous voudrions (col vésical, uretères, trigone) ; quant à l'ablation totale de l'organe, elle est difficilement acceptée par les malades, alors qu'elle serait encore possible. Enfin, les ganglions pris dans certains cas très précocement sont pratiquement inenlevables en raison de l'aggravation considérable de l'intervention déjà très sérieuse par elle-même, que constituerait leur ablation. Aussi les cancers de la vessie sont-ils parmi les cancers les plus graves de l'organisme et les plus désespérants.

Les traitements que nous pouvons appliquer aux cancers de la vessie, sont de deux ordres :

Les TRAITEMENTS RADICAUX, qui consistent en la destruction ou en l'ablation de la masse cancéreuse. La *destruction* peut être pratiquée par *étincelage*, par *implantation d'aiguilles de radium* dans la masse néoplasique, grâce à une taille. D'autre part, on peut pratiquer l'*ablation de la tumeur* par une résection, cystectomie le plus souvent partielle. L'idéal serait de pouvoir pratiquer la cystectomie totale, l'ablation totale de la vessie, comme nous pratiquons l'ablation du sein pour un cancer de la glande mammaire ; elle n'est pas toujours facile à faire accepter par les malades.

Lorsque la destruction ou l'ablation est impossible, nous ne pouvons que recourir à des MÉTHODES PALLIATIVES destinées à agir sur la tumeur elle-même pour la réduire, la retarder dans son développement, ou pour parer à certains accidents.

C'est encore par le *radium*, placé par la taille ou introduit dans la vessie par les voies naturelles, que nous pouvons agir.

La *radiothérapie* peut être également employée pour essayer de détruire une masse cancéreuse radiosensible.

Dans d'autres cas, les traitements palliatifs, que nous emploierons, chercheront à parer à certains accidents. Les *hémorragies* des cancers sont quelquefois extrêmement intenses, prolongées ; nous pourrons les arrêter par l'*étincelage* du point qui saigne, par le *radium* introduit dans la vessie par voie urétrale, si la *sonde à demeure* ne parvient pas à les faire cesser.

Lorsque les malades se plaignent surtout de *phénomènes de cystite*, nous aurons à nettoyer la vessie par des *lavages, par la sonde à demeure* ; *l'étincelage* pourra encore nous donner de très bons résultats en supprimant des portions sphacélées, qui entretiennent l'inflammation putride de la vessie.

Enfin, les *douleurs* qu'éprouvent les malades atteints de cancer de la vessie sont parfois extrêmement vives, soit localisées, soit à distance, par suite de la compression des nerfs par des ganglions ou des infiltrations périvésicales. Nous devrons employer à haute dose *tous les calmants possibles*, et parmi ces calmants, il en est un qui réussit parfois fort bien dans ces cas de névralgies

néoplasiques, c'est le *venin de cobra*, la cobratoxine.

Les injections de *mesothorium* ont été utilisées parfois avec avantages ; elles pourront être conseillées dans les cas où l'ablation d'une tumeur est impossible.

Une opération a été pratiquée assez souvent contre les douleurs de cystite, qu'éprouvent les malades atteints de tumeur vésicale : la *cystostomie*. J'avoue que, pour ma part, je suis tout à fait opposé à cette intervention destinée à mettre soi-disant fin à des douleurs de cystite. La cystostomie ne calme pas les malades, qui souffrent par un néoplasme vésical ; une sonde à demeure, les calmera tout autant.

D'autre part, bien souvent, quelque temps après la cystostomie, nous voyons apparaître par l'orifice de la taille des bourgeons néoplasiques, qui font hernie à travers la fistule. Par leur sensibilité, les hémorragies dont ils sont le siège, ils aggravent singulièrement l'état des malades, qui n'ont en rien été soulagés par l'ouverture de la vessie.

Etant connus les moyens, que nous avons à notre disposition pour lutter contre le cancer de la vessie, quelles sont les INDICATIONS de ces différents moyens ?

Pour poser des indications précises, il faut tenir compte tout d'abord de l'état des malades. Dans une précédente leçon, je vous ai dit que le cancer de la vessie était une affection de l'âge avancé ; il peut donc s'agir de vieillards déjà passablement débilités par l'âge, fatigués par leur affection, et dont l'état général est vraiment précaire. D'autre part, je vous ai dit combien étaient fréquents, les cancers localisés au bas-fond, au niveau des orifices urétéraux, et bien souvent, sans que les malades s'en rendent compte, un orifice urétéral se trouve englobé par la tumeur, le rein correspondant ayant un fonctionnement très médiocre, de sorte que chez nos malades, il y aura lieu également d'étudier avec soin, en dehors de leur résistance générale, leur résistance rénale qui importe tant au point de vue d'une opération.

Il faudra également tenir compte des caractères des tumeurs. Je vous ai dit que nous avions affaire tantôt à des cancers papillaires plus ou moins pédiculés, dérivant des papillomes dégénérés, tantôt à des cancers sessiles formant des masses plus ou moins volumineuses, implantées plus ou moins largement sur la vessie, tantôt à des tumeurs infiltrées qui, sans faire une saillie considérable dans la cavité vésicale, envahissent toute l'épaisseur des parois de la vessie, sur une étendue en général beaucoup plus grande qu'elles ne le paraissent ; enfin parfois à des cancers ulcérants. De toutes ces variétés, nous pouvons dire que le cancer papillaire est le moins mauvais, car sa tendance à la diffusion pariétale n'est pas très grande ; d'autre part, il est en général assez radiosensible.

Il faudra tenir compte aussi du siège de la tumeur. Il est très différent d'avoir affaire à une tumeur de la partie supérieure de la vessie ou de la partie inférieure ; la première est beaucoup plus facilement et beaucoup plus largement enlevable, et cependant, il faut savoir que telle tumeur du sommet de la vessie, qui n'offre pas à la cystoscopie un gros volume peut déjà avoir traversé la paroi vésicale et pris des adhérences avec l'intestin.

Les tumeurs de la partie inférieure enserrent le plus souvent les orifices urétéraux et font prévoir une intervention beaucoup plus complexe que celles des parties supérieures ou latérales.

Il faudra noter avec soin l'étendue de la tumeur, et cela en tenant compte de ses limites et de la distance, qui sépare les bords de la masse de la bulle d'air, des orifices urétéraux, du col vésical. Une cystographie pourra également donner des notions précises sur le volume et l'étendue.

Mais il y a un point qu'il faut bien connaître, c'est que très précocement la tumeur vésicale provoque des adénites, que nous ne pouvons pas percevoir, mais qui vont évoluer, et l'on peut dire que toute tumeur vésicale est beaucoup plus étendue en surface et en profondeur qu'elle ne le paraît à la cystoscopie. Cela est un point important au point de vue du traitement.

En tenant compte des divers éléments dont nous venons de parler, on peut diviser en trois catégories les tumeurs vésicales au point de vue de leur traitement.

Les TUMEURS PAPILLAIRES sont des tumeurs relativement bénignes, qui disparaissent facilement par le radium, qui peuvent être également détruites par la fulguration, qui peuvent être enlevées, et tout cela avec des résultats sensiblement les mêmes, les malades pouvant rester guéris définitivement ou tout au moins pendant très longtemps. Dans ces cas, l'ablation est la méthode de choix ; elle est facile, elle n'a pas besoin d'avoir une étendue considérable, et dans ces conditions, si le malade est capable de supporter une taille, il faut pratiquer cette ablation. Certains urologues préfèrent l'implantation d'aiguilles de radium à l'ablation de la tumeur. Mais je crois que, du moment qu'on ouvre la vessie, il est encore plus sûr d'enlever largement la tumeur ; si l'on veut, on complétera cette ablation par l'implantation d'aiguilles autour de la plaie résultant de l'ablation. Dans ces cas les résultats sont bons et durables.

Lorsque le malade ne paraît pas d'après son âge, d'après sa résistance, pouvoir supporter

une taille, et ceci se voit quelquefois chez des malades âgés, on pourra recourir à l'étincelage large, un peu profond, qui pourra donner également un excellent résultat, et même on pourra compléter le traitement lorsqu'il y aura disparition de la tumeur après cicatrisation par une application de radium par les voies naturelles.

Dans une seconde catégorie nous pouvons classer les TUMEURS NETTEMENT INOPÉRABLES. Nous avons affaire à des tumeurs développées sur des malades extrêmement cachectiques, à des tumeurs infiltrantes, à des tumeurs qui ont déjà dépassé la paroi vésicale, ce fait étant reconnu par le toucher rectal qui démontre un envahissement du tissu péri-vésical, et nous devons toujours nous dire que cet envahissement que nous percevons est infiniment plus grand qu'il ne nous paraît. Ce sont des tumeurs extrêmement étendues, qui prennent tout le bas-fond, quelquefois les deux orifices urétéraux; ce sont des tumeurs, qui sont également parfois une propagation de tumeur voisine venant de la prostate, de l'utérus, de l'intestin. Dans tous ces cas, il n'y a pas de discussion possible, nous n'avons vraiment aucune possibilité de traitement radical, il faut nous contenter d'agir palliativement, comme je vous le disais plus haut, en combattant les accidents que produisent ces tumeurs, les hémorragies, les cystites, les douleurs, et en essayant de ralentir la marche de la tumeur par des thérapeutiques irradiantes : applications de radium par les voies naturelles, radiothérapie profonde, injections de mésothorium.

Une troisième catégorie comprendra les tumeurs, pour lesquelles nous pouvons hésiter au point de vue du traitement : ce sont les TUMEURS SESSILES ET LES TUMEURS ULCÉRANTES qu'aucune constatation ne peut nous faire prévoir comme ayant dépassé les limites de la vessie.

Dans ces cas évidemment nous devons chercher à enlever la tumeur ; il serait logique, rationnel de l'enlever en supprimant toute la vessie comme nous le faisons pour les cancers du sein, de l'utérus, etc... Mais cette mutilation grave n'est pas acceptée facilement par les malades, qui ne souffrent pas encore, et auxquels on ne peut pas dire la vérité, et dans ces conditions il faut se résoudre la plupart du temps à pratiquer une cystectomie partielle. J'avoue que de moins en moins je pratique de ces cystectomies, parce que véritablement leurs résultats sont décourageants. Il s'agit d'une intervention toujours sérieuse et, d'autre part, après une guérison apparente de quelques mois, nous voyons les malades récidiver le plus souvent et la tumeur prendre une évolution extrêmement rapide.

Dans la salle des hommes actuellement, vous pourriez voir deux malades, qui sont un exemple de ces récidives. *L'un a été opéré par mon* chef de clinique, M. Pérard, il y a dix-huit mois ; il revient avec une récidive vésicale et une métastase ou une greffe de la paroi abdominale au niveau de son ancienne cicatrice. Un autre malade a été opéré par moi de cystectomie extrêmement large au mois d'octobre ; il est revenu ces jours derniers ayant réouvert la cicatrice abdominale de la taille, et par cette ouverture commencent à apparaître des bourgeons néoplasiques d'une récidive vésicale.

Après avoir été partisan de la cystectomie partielle dans des cas déjà avancés, après les résultats que j'en ai obtenus, j'avoue qu'actuellement je réduis de plus en plus les indications de cette opération, et à mon avis elle doit être réservée à des cas, où la tumeur est encore très limitée où nous pouvons enlever la tumeur et une surface extrêmement large autour d'elle. Le siège de cette tumeur, en particulier au niveau des orifices urétéraux n'est pas une contre-indication absolue à l'ablation ; nous en serons quittes pour réimplanter l'uretère s'il ne paraît pas trop dilaté ou pour enlever le rein correspondant si l'uretère est très dilaté ou déjà un peu infecté lui-même. Mais il faut pouvoir agir très largement.

Dans ces cas de tumeurs sessiles ou ulcérantes encore *localisées*, nous pouvons avoir de bons résultats, soit que les malades récidivent après plusieurs années, soit qu'ils restent complètement guéris, mais il faudra nous attendre encore à avoir, malgré l'étendue de la résection pour une tumeur sessile, des récidives parfois rapides ou des développements ganglionnaires périvésicaux, ou des métastases, ou des greffes abdominales, même dans les cas où l'opération nous avait paru simple et très large.

A mon avis, il faut limiter la cystectomie à des cas, où la tumeur permet encore une ablation large ; volume d'une petite noix à la partie inférieure de la vessie, volume d'une grosse noix sur les parties latérales ou au sommet. Dans les autres cas, lorsqu'il y a déjà une partie étendue de la vessie envahie, même s'il n'y a pas d'envahissement périvésical, il vaudra mieux s'abstenir, à moins que le malade ne consente à l'ablation totale de la vessie et à une fistulisation définitive de ses deux uretères.

Dans ces tumeurs sessiles ou ulcérantes trop étendues ou mal situées pour être enlevées, le radium, en aiguilles appliquées après ouverture de la vessie n'est même pas à conseiller. Il est insuffisant et ne fait qu'accélérer l'évolution de la tumeur. D'autre part, il est immédiatement dangereux car, à la suite de ces applications, on voit fréquemment le malade être emporté par une véritable septicémie, résultant soit de la résorption des tissus néoplasiques nécrosés par le

radium, soit de l'infection simple provoquée par la pénétration des aiguilles entraînant dans les tissus les éléments septiques existant si fréquemment sur la muqueuse vésicale dans ces cas.

Pour résumer les indications des différentes méthodes thérapeutiques, que nous pouvons utiliser dans les cancers de la vessie, nous pouvons dire que la CYSTECTOMIE TOTALE, qui est une opération rationnelle, aurait ses indications dans les cas de tumeurs qui n'ont pas encore dépassé la vessie ; elle pourrait véritablement procurer des guérisons définitives plus fréquentes que la cystectomie partielle.

La CYSTECTOMIE PARTIELLE aura ses indications dans les épithéliomas papillaires, dans les épithéliomas sessiles ou ulcérants, mais très localisés. Ils devront, pour être enlevés, être d'autant plus localisés qu'ils sont situés dans la partie inférieure de la vessie.

L'ÉTINCELAGE peut être employé comme méthode curative pour des épithéliomas papillaires chez les sujets peu résistants, et pour lesquels une taille paraît une intervention trop sérieuse.

A titre palliatif, l'étincelage pourra être employé pour arrêter des hémorragies, pour détruire des bourgeons sphacéliques, qui peuvent produire des fermentations putrides dans la vessie. Il s'agit là d'opérations analogues à ce qu'est le curettage de bourgeons néoplasiques du col utérin : c'est une intervention de propreté.

Le RADIUM peut rendre de très grands services dans les tumeurs de vessie. Certains l'emploient en aiguilles après taille dans les épithéliomas papillaires, préférant la destruction par le radium à la destruction par l'ablation. Du moment qu'on ouvre une vessie et que l'ablation est possible, je pense qu'il vaut mieux pratiquer cette ablation, quitte à la compléter par des implantations d'aiguilles de radium.

Le radium par la voie urétrale peut être employé dans les tumeurs inopérables, qu'il réduira pendant un certain temps.

Le radium par la voie urétrale aura surtout son indication dans les épithéliomas saignants, le radium arrêtant remarquablement les hémorragies dans ces cas. Grâce à cette hémostase, il permettra parfois de voir exactement ce qui se passe dans la vessie, alors qu'auparavant l'hémorragie était telle qu'elle ne permettait pas une exploration convenable.

La RADIOTHÉRAPIE PROFONDE pourra être conseillée dans des cas de tumeurs inopérables, si des examens de fragments ont démontré que la tumeur était radiosensible. Elle pourra être employée également, après l'ablation d'une tumeur, lorsque la tumeur apparaîtra radiosensible, pour détruire des cellules que le bistouri n'aura pas enlevées.

Je n'insiste pas sur l'utilité des LAVAGES DE VESSIE, de la SONDE A DEMEURE dans les cas de cystite, d'hémorragie, d'infection vésicale ; sur la nécessité des CALMANTS de toute espèce et parfois à très haute dose lorsque les malades souffrent. Nous avons alors à faire à ce moment-là une thérapeutique symptomatique qui est celle de toutes les affections de la vessie.

Quant à la CYSTOSTOMIE destinée à drainer la vessie dans les cas de tumeur, il ne faudra l'employer qu'à la dernière extrémité pour calmer une vessie dans laquelle se forment des débris qui empêchent la miction en obstruant le canal. Mais il faut savoir qu'elle ne calme en rien les douleurs dues à l'envahissement des nerfs pelviens par le néoplasme et qu'elle expose le malade à une hernie de la tumeur vésicale à travers la bouche de la cystostomie. C'est donc une opération à réserver à des cas tout à fait spéciaux : ils sont très rares.

En terminant je vous dirai de nouveau que les cancers de la vessie sont évidemment parmi les plus terribles de l'organisme ; nous les voyons trop souvent à une période avancée et le cancer, nous pouvons l'affirmer, est toujours déjà beaucoup plus avancé qu'il ne nous paraît à la cystoscopie, de sorte que, même dans les cas où nous le voyons encore très limité, il faut nous attendre à des échecs thérapeutiques parce que, même lorsque nous aurons enlevé ce cancer largement, il persistera souvent des cellules néoplasiques dans la paroi vésicale ou dans les ganglions que nous ne pouvons enlever en même temps que le cancer vésical. C'est dire que la thérapeutique de ces cancers est essentiellement décevante, mise à part la thérapeutique des cancers papillaires.

LE TRAITEMENT PRÉVENTIF DE L'APPRÉHENSION DE LA DOULEUR EN CHIRURGIE

Par le Docteur DERECQ

Parmi toutes les misères humaines, celle que les médecins sont appelés à combattre avant tout, c'est la douleur.

Depuis des siècles, ils ont cette mission admirable, et, que ce soit par le suc des plantes, les sels minéraux, ou le venin des bêtes, ils y réussissent pleinement.

Allant plus loin, ne conviendrait-il pas d'envisager, non pas le traitement de la douleur même, mais ce qui est mieux, semble-t-il, écarter même l'idée que l'on se fait de cette douleur. Bref faire de la prophylaxie mentale.

Qu'y a-t-il en effet de plus pénible dans la douleur, si ce n'est l'image préliminaire que l'on s'en fait ?

C'est si vrai que l'aphorisme « Mourir de peur » est pris par les médecins tellement en considération qu'un chirurgien redoutera toujours d'opérer, sauf urgence, un patient « terrifié ».

Pour écarter ce péril mental capable d'arrêter la vie physiologique, comment faut-il s'y prendre ?

Autrefois, « l'Homme de l'Art » — quel beau titre nous avons perdu — s'ingéniait à des petits soins préparatoires, faisait montre d'une manière de tendresse dévouée, comme seuls en ont les vrais amis. Tant et si bien que, lorsqu'enfin il pratiquait le geste opératoire, dont la douleur passagère devait enrayer la préexistante : le malade, comme analgésié par la confiance et la reconnaissance, ne ressentait que peu de chose.

Aujourd'hui, par ce siècle de science positive, la sensibilité cède en quelque sorte le pas à des techniques dérivées des acquisitions nouvelles de la biologie.

C'est ainsi que, sous la présidence du Professeur Gosset, s'est créée la « Société d'études sur l'anesthésie et l'analgésie », et que, récemment, le Professeur Forgue a fait paraître chez Doin, un « Précis d'anesthésie chirurgicale », où tout le tome premier est consacré à « La prénarcose », c'est-à-dire aux soins et précautions qui doivent précéder l'anesthésie.

En effet, en chirurgie, malgré la diversité des produits et des techniques, l'anesthésique parfait en toutes circonstances n'est pas trouvé et ne le sera jamais.

La raison en est simple : ou le psychisme du malade favorise une réceptivité physique telle que la dose d'anesthésique est toujours trop forte, ou, au contraire, par la frayeur, le désarroi et la panique, la moindre dose de stupéfiant devient un toxique grave, un poison mortel.

L'anesthésie est un équilibre entre la vie et la mort ; pour le réussir il faut qu'il dure peu.

Or, les chirurgiens, peut-être trop emportés par la faveur dont jouit tout une gamme de barbituriques et d'aldéhydes, tentent de résoudre le problème de la prénarcose, c'est-à-dire de l'appréhension de la douleur, par une riche thérapeutique chimique, qui n'est au fond qu'une narcose progressive et préliminaire de celle, profonde, celle-là, dont ils ont besoin.

Ainsi, l'anesthésie opératoire arrive à être obtenue avec une faible dose apparente, alors qu'à tout bien considérer, elle se trouve précédée par un nombre d'heures considérable de calmants, dont l'accumulation est sournoisement toxique pour la cellule hépatique, les éléments fragiles du système nerveux ; bref, pour toute la résistance vitale.

Il serait à souhaiter qu'écartant en quelque sorte le machinisme à la mode et la standardisation des techniques, les chirurgiens, par un indispensable retour en arrière, tiennent de nouveau compte, comme les médecins, de l'équilibre sans cesse recherché par chaque être humain, entre ses fonctions physiologiques et ses fonctions nerveuses et mentales.

Qu'ils n'oublient plus que chaque ensemble de symptômes ou de lésions, selon le système organique intéressé, provoque un retentissement psychique particulier, et, qu'inversement, chaque altération psychique engendre un syndrome de désordres organiques, préface d'alarme d'une altération cellulaire définitive.

Alors la véritable prénarcose, le véritable traitement préventif de l'appréhension de la douleur en chirurgie, n'est pas dans les cachets, les gouttes ou les piqûres, mais dans le rayonnement même du chirurgien.

Il y a un quart de siècle, dans une période plus nuancée que la nôtre, des maîtres comme Poirier et Pozzi maniaient le charme de l'envoûtement, qui apaise, avec autant d'habileté que le bistouri.

A l'époque, Barrère caricaturait Poirier en le montrant offrant une fleur d'une main, tandis que de l'autre il cachait la lame redoutable.

Quant à Pozzi, jouant du fluide affectueux que dispensait sa voix de Bergerac, il donnait lui-même les premières bouffées de chloroforme



à ses clientes, avec un mouchoir de dentelle parfumé.

De quelle auréole était nimbée la gloire de ces prodigieux opérateurs ! Ils la méritaient, car, à leur habileté dont la notoriété passait les frontières, ils avaient su ajouter ce rayonnement qu'ont seuls les hommes exceptionnels qui savent faire le don de soi.

Il n'y avait pas alors de médecine de pauvres. A chacun de leurs malades, ils donnaient dès l'abord cette pépite d'amour, qui réconforte et vivifie la confiance jusqu'à l'extase.

De quelle main ne savaient-ils pas palper un malade ! . . .

Elle semblait, dès le premier contact, détendre les muscles, écarter les spasmes et les défenses organiques.

Le pouls, sous leurs doigts magiques, semblait se normaliser, et les lésions se limiter.

Lorsque, enfin, dans la demi-obscurité et le silence ils s'approchaient du lit du malade pour le grand miracle de l'anesthésie, les mots qu'ils savaient dire alors étaient si chargés d'espoir, qu'ils apportaient la certitude d'une vie nouvelle de bonheur par la santé recouvrée.

Si la chirurgie veut éviter la fonctionnarisation, si le spectre de la médecine à la chaîne doit disparaître, il faut que les malades, au plus tôt, retrouvent comme par le passé, dans chaque chirurgien la tendresse d'un Pozzi, et dans chaque médecin le cœur d'un Charcot.

Les lois n'endiguent pas l'amour et il n'y a pas de traitement de l'appréhension de la douleur sans beaucoup d'amour et peut-être, plus que jamais, nous en avons un besoin infini.

OBSERVATION CLINIQUE D'UNE PERTURBATION MÉTÉOROLOGIQUE

C'est en effet par l'observation de troubles insolites présentés par des nourrissons qu'il a été possible, en cette circonstance, de déceler un phénomène météorologique passé inaperçu.

Voici le fait, tel qu'il est relaté par le Professeur Mouriquand, Mlle L. Weill et M. R. Charpentier (1).

Une surveillante de crèche signale le 7 avril 1936 au matin que, dans la nuit précédente, les enfants ont été particulièrement agités : insomnie, agitation permanente ; mais chez aucun n'a été constatée ni poussée thermique, ni chute de poids. Il semble donc s'agir d'un phénomène purement nerveux.

Cette surveillante est une sœur, qui a une grande habitude des enfants, puisqu'elle prend la veille tous les quatre jours. Or, elle dit n'avoir jamais constaté semblable agitation ni pareils cris.

Elle a pris sa veille à 20 heures : tout était calme, mais vers 23 h. 30 les enfants commencent à crier ; certains se contorsionnent dans leur lit, sans toutefois présenter de convulsions. Ni en leur donnant à boire, ni en les changeant, ce qui, d'ordinaire, est suffisant, la garde ne parvient à les calmer.

Or la salle est climatisée ; donc il ne s'agit pas d'un changement thermique ou hygrométrique. Le vent est nul. Par contre, il s'est produit une très forte chute barométrique : du lundi à 8 heures au mardi à 14 heures la pression est tombée de 745 mm. à 733 mm.

Les météorologistes consultés répondent d'abord, en consultant leurs documents, qu'il ne s'est rien produit d'anormal. Mais la curieuse manifestation d'ensemble des nourrissons les incite à étudier la situation météorologique complète, et ils arrivent à déceler ainsi un fait assez rare, puisqu'il ne se produirait qu'une fois ou deux dans l'année.

Il paraît s'agir de l'arrivée assez brusque d'un « front d'air polaire » et de son entrée en contact avec une masse d'air saharien, ou tout le moins méditerranéen.

L'heure de cette rencontre au-dessus de la région lyonnaise semble correspondre au moment où se sont produits les troubles observés chez les enfants de la crèche. L'invasion d'air polaire s'est confirmée les jours suivants par un abaissement considérable de la température.

Il est probable que ces masses d'air d'origine tellement dissemblable sont électrisées différemment, et que leur rencontre donne naissance à un état électrique ou électro-magnétique particulier.

Le Professeur Mouriquand insiste sur ce qu'a d'hypothétique son explication et sur notre grande ignorance en telle matière, jusqu'à présent du moins.

Il n'en demeure pas moins que les nourrissons se sont conduits comme de véritables détecteurs d'une situation météorologique anormale mais suffisamment discrète pour avoir passée inaperçue des météorologistes.

Ce simple fait acquiert une valeur considérable de ce que jusqu'à présent on essayait d'interpréter des phénomènes atmosphériques par des faits cliniques. Cette fois la marche du raisonnement est inversée, et le détecteur vivant a montré plus de sensibilité que les appareils de mesure.

Sans doute l'histoire de la crèche lyonnaise marquera-t-elle une date dans l'histoire de la météoro-pathologie. G. Lavalée.

(1) *Le Mouvement sanitaire*, juin 1937.

CE QUE PRATIQUEMENT LE MÉDECIN DOIT SAVOIR DE...

l'infection amygdalienne, de ses répercussions, de son traitement

D'après le Professeur TERRACOL et le Docteur R. AZÉMAR (1)

L'AMYGDALE, FOYER INFECTÉ, FOYER INFECTANT

Quand l'amygdale est devenue un foyer d'infection, il est nécessaire de la détruire en vue du développement et de la santé de l'individu.

Voyons comment cette glande naît, puis s'infecte et dissémine ses germes pathogènes dans l'organisme.

L'amygdale palatine, simple reticulum lymphoïde avec peu de follicules, est complètement constituée chez le nourrisson, à la fin de la première année de la vie. Elle s'accroît ensuite progressivement pour atteindre, à la puberté, son maximum de développement ; dès cet âge, suivant la règle dite de l'involution physiologique, lentement elle diminue de volume.

Rarement pédiculée, le plus souvent enchâtonnée chez l'adulte, elle se dissimule dans sa loge et dans le voile du palais. Elle est alors difficile à voir et à énucléer ; son volume est toujours sous-estimé, si l'on omet certains procédés d'exploration : doigt, stylet, crochet, etc. Son pôle supérieur (à l'inverse de son pôle inférieur, qui est vasculaire) constitue le pôle pathologique ; il s'engage dans l'ogive des piliers, mais il y laisse une région supérieure libre, dite fossette sus-amygdalienne. Celle-ci, intra-vélique, dans une région riche en tissu lymphoïde, constitue la cavité close idéale pour le développement des germes.

Chez l'enfant jeune, sans passé pathologique, l'amygdale est naturellement molle et spongieuse. Chez l'enfant plus âgé et chez l'adulte, l'amygdale, qui a souffert, est traversée par des bandes de sclérose ; elle devient dure au toucher. Elle ne possède pas de lymphatiques afférents, mais simplement des lymphatiques efférents, qui gagnent la chaîne jugulaire, et principalement son élément le plus élevé, le *ganglion* rétro-sous-angulo-maxillaire de Chassaignac. D'où l'engorgement fréquent et rapide des ganglions de cette chaîne dans toutes les affections amygdaliennes : ce qui constitue un *signe de grande valeur.*

L'*intégrité de l'épithélium* est un élément capital de résistance de l'amygdale. Sa desquamation, au contraire, favorise l'invasion microbienne. Au fond des cryptes, dans toute inflammation, l'épithélium peut même complètement disparaître, et on y décèle des lésions d'endo-vascularite, des foyers de thrombose : d'où la pénétration facile des bactéries et des toxines dans le courant circulatoire et l'explication des métastases bactériennes, émanées de ces microphlébites.

Comme cause de traumatisme de l'épithélium, il faut mentionner une coutume de vieille routine, qui consiste en badigeonnages de l'amygdale avec des ingrédients variés au cours de toute amygdalite aiguë ; il en résute une ouverture des vaisseaux, avec ensemencement sanguin consécutif. Pour la même raison, le chirurgien ne doit pas employer d'instruments tranchants, qui laissent un vaisseau béant, mais toujours agir par écrasement.

Cependant l'*amygdale exerce un rôle défensif*, en tant qu'elle fait partie du grand cercle de tissu lymphoïde de Waldeyer, qui est placé à l'origine confluente des deux voies respiratoire et digestive. Elle s'oppose au passage des germes. D'ailleurs, dès l'enfance, nombre d'individus fabriquent ainsi trop de leucocytes ; on connaît les enfants à volumineuses amygdales et végétations adénoïdes, qui subissent un développement retardé. Lermoyez a pensé que le tissu lymphoïde pharyngé sécrétait une substance interne toxique, qui empêcherait la croissance en affectant surtout le système nerveux ; ceci explique que des enfants, à la suite de l'ablation de petites amygdales, pharyngées et palatines, même peu infectées, subissent une transformation physique et intellectuelle rapide.

Bref, « barrage efficace dans les toutes premières années de la vie tant qu'il conserve son intégrité et son plein rendement physiologique, le tissu lymphoïde amygdalien, *dès qu'il faiblit*, non seulement ne remplit plus son but, mais devient un organe nocif, un *foyer d'infection*, un type idéal de « focal infection ». C'est une *brèche ouverte*, c'est une grande route d'invasion microbienne pour tout l'organisme ».

Or, l'infection amygdalienne relève de causes locales et de causes générales.

(1) Les bases chirurgicales de l'infection amygdalienne (*Montpellier médical*, juin 1937).

Les causes générales sont : le terrain et les maladies infectieuses.

Le lymphatisme, par exemple, est caractérisé par une hypertrophie persistante de tout le tissu lymphoïde, qui prédispose le sujet aux infections ; ainsi l'hypertrophie tonsillaire coexiste souvent avec les végétations adénoïdes, les adénopathies cervicales et médiastinales. On sait aussi le rôle de la scarlatine, de la diphtérie, de la grippe, de la syphilis congénitale, de la tuberculose.

Les causes locales conditionnent surtout l'infection chronique.

Ce sont d'abord certaines particularités anatomiques de la tonsille, notamment la constitution des cryptes, en ce qu'elle favorise la rétention de produits pathologiques : caséum, grumeaux calcaires, et surtout pus ; des sécrétions glandulaires de la tonsille ; ainsi que la putréfaction de particules alimentaires.

Ce sont ensuite les voisinages pathologiques : infections nasales, sinusiennes, rhino-pharyngées ; septicité bucco-dentaire et accidents de la dent de sagesse.

Enfin, les atteintes successives et répétées provoquent les lésions chroniques de l'amygdale.

Quant à la *dissémination* à travers l'organisme des germes, qui émanent de l'amygdale infectée, des travaux récents ont bien mis en valeur son rôle dans les infections générales, et plus particulièrement dans les septicémies post-angineuses.

On connaît aussi les foyers secondaires, développés dans les voies respiratoires et digestives, dans les reins.

L'infection secondaire de l'appareil broncho-pulmonaire atteint sa plus grande fréquence chez l'enfant. L'histoire clinique est, en pareil cas, peu variée : ascension thermique, coryza, dysphagie, catarrhe pharyngé, précèdent la trachéite, suivie elle-même de l'inflammation bronchique ; la succession chronologique de ces diverses étapes met en évidence l'envahissement descendant.

Les troubles intestinaux, consécutifs à des foyers amygdaliens, sont les plus fréquents ; ils existent surtout dans le jeune âge et sont provoqués soit par la déglutition des sécrétions septiques, soit par la toxi-infection par voie sanguine. On signale parfois des gastrites. Toutefois, les rapports entre l'amygdale palatine et l'appendice iléo-cæcal ont un intérêt considérable ; entre ces deux organes existe un véritable lien de parenté, en raison d'une analogie de structure lymphoïde, et d'une même prédisposition héréditaire, que crée la diathèse lymphatique. S'il est impossible d'affirmer que l'infection appendiculaire soit toujours consécutive à une affection amygdalienne, dans de nombreux cas, il y a analogie et coexistence.

La néphrite, enfin, fait suite à l'angine comme la cardiopathie au rhumatisme aigu (Bouchard). Cependant, il y a lieu de distinguer : les amygdalites aiguës donnent, dans 75 % des cas, l'albuminurie transitoire et dans une proportion de 5 % seulement la néphrite vraie ; quant aux amygdalites chroniques, elles ne seraient à l'origine d'un retentissement rénal que dans 0,74 % des atteintes. On peut affirmer que la néphrite hématurique d'origine amygdalienne par streptocoque hémolytique est un fait de constatation courante ; l'œdème chronique est plus rare, et la néphrite hypertensive paraît une exception.

Dans le rhumatisme articulaire aigu ou dans les rhumatismes infectieux, la participation de l'amygdale est depuis longtemps reconnue. D'ailleurs l'amygdalectomie influence souvent favorablement les manifestations d'une infection rhumatismale aiguë. Elle est systématiquement préconisée par certains auteurs. Du point de vue étiologique, les résultats signalés sont démonstratifs, soit qu'on les attribue à la suppression du foyer causal, soit qu'on y voie une influence exercée à distance par une action localisée à la porte d'entrée de l'infection. Le rhumatisme déformant, d'autre part, ne paraît pas d'origine amygdalienne ; et d'ailleurs, la tonsillectomie n'amène aucun résultat.

***

L'infection amygdalienne et ses indications opératoires

Dans la très grande majorité des cas, l'exérèse des amygdales n'entraîne aucun trouble, à condition que l'indication opératoire ait été posée judicieusement, et que l'opération ait été exécutée correctement.

L'intervention est indiquée toutes les fois que l'amygdale est la cause certaine de troubles dans l'organisme, et que la preuve est établie que l'amygdale est nettement en cause.

L'indication opératoire d'une amygdale volumineuse, c'est-à-dire de l'amygdale hypertrophique, est rare ; elle n'existe que chez le tout petit, où l'hypertrophie entrave mécaniquement l'alimentation, et lorsque, combinée avec une amygdale pharyngée congestionnée, elle provoque par surcroît des troubles respiratoires.

En ce qui concerne l'infection, les amygdalites aiguës à répétition et les amygdalites chroniques, réchauffées ou non, constituent, par contre, une indication opératoire journalière.

Sous le terme d'amygdalites chroniques, il faut englober : les amygdalites cryptiques, les

angines de Vincent à répétition (surtout lorsque la carie dentaire a été supprimée), les amygdalites dites caséeuses ; elles constituent autant de signes révélateurs d'une infection profonde, parenchymateuse de la tonsille et ne peuvent céder qu'à une suppression totale de l'organe. Il en est de même des mycoses, car il apparaît avec netteté qu'une mycose ne se développe avec facilité que sur une amygdale infectée. La crypte constitue pour l'enracinement du mycélium un terrain de premier ordre, et ce n'est pas l'arrachement du bouquet sporulaire qui amène la guérison.

D'autre part, tout phlegmon péri-amygdalien est une indication absolue d'amygdalectomie totale.

Les porteurs chroniques de bacilles de Löffler, qui résistent à tous les procédés, sont à opérer de préférence. On admet que parmi les convalescents, il en est certains (environ 8 à 10 pour 100) à l'égard desquels toute thérapeutique reste vaine. Et la question se pose, chez ces sujets généralement porteurs de lésions rhino-pharyngées, d'une intervention chirurgicale, capable de leur assurer une vie normale dans la communauté humaine. Mais cette intervention ne va-t-elle pas déterminer un ensemencement sanguin ? En réalité, surtout chez les sujets à réactin de Schick négative (réaction qu'il est nécessaire de pratiquer), l'expérience démontre que les suites opératoires sont normales.

Dans les affections rénales, il ne faut intervenir sur les amygdales que lorsqu'on a la preuve certaine qu'elles sont d'origine amygdalienne ; c'est l'urologiste averti qui, le plus souvent, apporte cette preuve.

On doit opérer en période de refroidissement, car chaque intervention en période aiguë a toujours déclanché une recrudescence des accidents rénaux, et souvent des accidents infectieux généraux. De plus, l'intervention doit être complète ; il faut enlever totalement la tonsille, et même dépasser la glande, afin de faire disparaître le tissu conjonctif du voisinage, car celui-ci est toujours infecté. Ne pas traumatiser la glande ; aveugler au plus vite l'hémorragie, en raison des voies de résorption par les vaisseaux.

Les résultats seront d'autant meilleurs que l'opération aura été plus précoce. Une glomérulo-néphrite aiguë hémorragique, due à une amygdalite et traitée par amygdalectomie totale est toujours guérie dans la quasi-totalité des cas ; il en est de même pour des poussées récidivantes. Mais si l'intervention a été retardée, et si la lésion rénale est devenue chronique, les résultats sont moins bons ; cependant, l'état du rein s'améliore toujours.

Les indications selon l'âge

Un préjugé trop répandu dans le public, et répété trop souvent par des médecins, veut que l'amygdalectomie soit limitée par des conditions d'âge. Toute opération chez des enfants trop jeunes serait inopérante, car les « amygdales repoussent ». Toute opération chez les adultes (on fixe volontiers l'âge de vingt ans) serait dangereuse parce qu'elle provoque des hémorragies redoutables. Voici, à cet égard, les considérations dont il importe de tenir compte.

Chez l'enfant, sauf dans les cas marqués où la croissance est entravée, où durant des hivers les amygdalites se succèdent avec des complications broncho-pulmonaires, on ne doit pas autant que possible pratiquer l'amygdalectomie avant l'âge de quatre ans ; dans les toutes premières années de la vie, la pathologie adénoïdienne est, en effet, prépondérante. En ce qui concerne l'amygdale pharyngée, dans le doute, la circonspection n'est pas de mise, même chez le nourrisson. Celle-ci entrave, en effet, la respiration, elle infecte l'oreille, elle provoque des troubles pulmonaires et digestifs. On ne doit donc pas hésiter à opérer l'amygdale pharyngée même chez le nourrisson.

Par contre, dès que la période des angines à répétition commence (et c'est le plus souvent à partir de l'âge de quatre ans), il ne convient pas d'attendre, car on recule toujours l'enfant devient « trop grand », « il a passé l'âge », et il traîne une existence angineuse avec le regret de l'incurie paternelle.....

Chez l'adulte, il n'y a pas de contre-indications d'âge, il n'y a que des contre-indications personnelles. *Un sujet, quelque soit son âge, peut être opéré d'amygdalectomie*, à condition que son bilan fonctionnel soit bon et que toutes les précautions pré-opératoires soient prises.

Comment réaliser l'opération ?

L'amygdalectomie doit être totale.

Si, chez un tout jeune enfant, l'amygdalectomie partielle est, dans de rares cas, l'opération de choix pour une hypertrophie simple, c'est, par contre, une opération insuffisante pour une amygdale infectée et infectante. Elle n'est pas sûre dans ses résultats, et parfois une intervention secondaire devient nécessaire. Quand il s'agit d'amygdales infectantes, le moignon infecté subsiste dès lors, et l'on sait que, dans les états septicémiques, le barrage vasculaire est une nécessité absolue.

Cette opération totale n'est pas dangereuse, si elle est correctement effectuée par un chirurgien idoine ; en effet, par la suppression de la glande,

elle découvre la loge dans toute son étendue, et facilite ainsi l'action hémostatique.

Cependant, un examen pré-opératoire du sujet est nécessaire, sauf dans les cas d'urgence absolue.

Si, dans les opérations de chirurgie générale, il est possible, en procédant à une hémostase rigoureuse, d'éviter les accidents hémorragiques, même chez les sujets en état d'hypocoagulabilité sanguine, — dans les opérations nasales ou pharyngienne, par contre, la situation cavitaire d'organes très vascularisés empêche l'hémostase précise et complète, de sorte que la moindre altération du mécanisme de la coagulation peut provoquer des hémorragies profuses.

Le chirurgien pourra les éviter en étudiant, au préalable, minutieusement, la coagulation sanguine par l'interrogatoire et par les examens de laboratoire.

L'interrogatoire fixe sur les antécédents personnels (hémorragies spontanées ou provoquées de divers organes, abondance et durée de l'écoulement sanguin après une avulsion dentaire, chez la femme, abondance et durée des règles), et héréditaire ou collatéraux.

Les examens de laboratoire sont : *la recherche du temps de saignement et du temps de coagulation* ; temps de saignement par l'épreuve de Duke — et temps de coagulation par divers procédés : lames, éprouvette (Hayem), seringue (Flandin et Tzanck).

D'autres examens ne sont qu'accessoires : sédimentation plastique ; rétractibilité du caillot ; signe du lacet ou du purpura provoqué.

On n'opèrera pas un sujet qui saigne plus de rois minutes ou qui ne coagule pas en moins de dix minutes, sans chercher à normaliser ces temps. Chez la femme, il ne faut pas opérer immédiatement avant et après les règles, ni pendant la période cataméniale ; il faut être très prudent chez la femme qui allaite.

Chez tout sujet, il vaut mieux s'abstenir d'opérer au cours d'une poussée inflammatoire aiguë des fosses nasales, du cavum ou du pharynx. *Les hémorragies, qui se produisent chez des sujets dont l'examen n'avait révélé aucun trouble humoral, tiennent, dans 90 pour 100 des cas, à la non-observation de cette règle.*

Les autres précautions pré-opératoires sont les mêmes que pour toute intervention : auscultation du cœur et des poumons, anesthésie générale, analyse d'urines (analgésie loco-régionale).

De plus, il faut mettre la bouche en état, enlever toutes les dents cariées et désinfecter les foyers suspects. Il faut réduire au minimum la septicité amygdalienne.

On ne doit pas, sauf cas très particuliers (amygdalectomie à chaud pour collection péri-tonsillaire suppurée avec complications septicémiques graves), *opérer en période aiguë.* Il faudra attendre au moins trois semaines après toute phlegmasie de l'amygdale et il conviendra de s'assurer, par l'emploi judicieux du thermomètre, que toute poussée inflammatoire est éteinte.

En dehors de la poussée aiguë amygdalienne, toutes les contre-indications générales subsistent néanmoins : affections cardiaques, hépatiques ou rénales, diabète grave, etc... De plus, un tuberculeux ne doit pas être opéré sans l'indication du phtisiologue. Très souvent, il faut s'abstenir.

***

L'indication opératoire étant nettement posée, c'est la question de la *technique chirurgicale* qui est envisagée.

Deux procédés opératoires existent. Celui de Sluder est applicable chez l'enfant comme chez l'adulte ; il est excellent, à la condition que le chirurgien soit rompu à sa pratique et que les amygdales s'y prêtent par leurs caractères. Quant à la méthode par dissection (procédé et instrumentation simple), elle permet dans tous les cas une exérèse tonsillaire complète.

Dans les cas qui ne peuvent être opérés, l'électro-coagulation, méthode parfaitement mise au point, est très utile, mais ce n'est qu'un pis-aller, surtout pour les amygdales, dites infectantes. La coagulation ne peut, en effet, dépasser une certaine limite, et celle-ci laisse souvent un moignon, qui devient une source d'infections récidivantes.

***

EN CONCLUSION, « l'amygdalectomie totale est une opération dont les suites sont presque toujours bénignes. Les complications sont exceptionnelles, et cette intervention, à la seule condition d'indications opératoires judicieuses, de manœuvres préparatoires systématiques et d'une bonne technique, fournit d'excellents résultats, immédiats et éloignés ».

G. FISCHER.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Etude de neuf cas d'utérus doubles observés à la Maternité de Port-Royal de 1931 à 1937

La malformation par utérus double est une affection rare, généralement non génératrice d'incidents, mais susceptible cependant d'entraîner des dystocies mécaniques graves, qui, lorsqu'elles surviennent, sont le plus souvent justiciables d'opérations césariennes. La fréquence de cette affection est très réduite, si on ne prend en considération que les utérus véritablement doubles. L'essentiel consiste dans la présence constante de deux cavités utérines et de deux corps utérins indépendants, du moins par toute la partie supérieure ; ces deux cavités aboutissant, le plus souvent, à deux cols, soit dans une cavité vaginale unique, soit, le plus souvent, dans un vagin cloisonné, de façon complète ou non, par une cloison médiane sagittale.

Il faut insister sur le fait que, vraisemblablement, un certain nombre de cas restent totalement méconnus, parce que ne donnant lieu à aucun trouble pathologique, même à l'occasion d'accouchements. Le Docteur M. Mayer divise ses observations en trois groupes, selon le mode de traitement appliqué. Le premier groupe est relatif à des femmes dont la malformation fut reconnue, au cours de la gestation, par leurs caractères cliniques ou leurs antécédents particuliers, et qui accouchèrent, par les voies naturelles, sans présenter, au cours de leur accouchement aucune dystocie réelle ; ces cas sont les plus nombreux : 4 sur 9 ; ils ne représentent vraisemblablement, qu'une partie des cas silencieux, dont la plupart restent, sans doute, totalement méconnus. Le deuxième groupe est celui des malformations doubles pour lesquelles on avait accepté les risques d'un accouchement par voie basse, ces risques s'étant révélés réels par la survenue d'une dystocie grave. Le troisième groupe est celui des cas traités par césariennes abdominales.

Il ne faut retenir ces cas exceptionnels qu'à titre d'indication ; il est évident que le pronostic général des femmes porteuses d'utérus doubles doit être plus réservé qu'à l'état normal, mais, dans l'ensemble, il convient de rappeler l'évolution généralement favorable des grossesses dans de pareilles malformations. Le plus souvent l'accouchement est possible par les voies naturelles, se fait sans difficulté et n'est marqué que par une dystocie légère. (*Rev. Française de Gynécologie et d'Obstr.*, mai 1937.)

Sur un cas d'accidents rénaux consécutifs à la transfusion sanguine

Les accidents rénaux de la transfusion sanguine sont rares, 2 % d'après Tzanck, sur une statistique de 12.000 transfusions. Le cas rapporté par le Professeur Langeron concerne une transfusion de 300 c. c. pour laquelle le donneur appartenait cependant au même groupe sanguin que la malade ; il y eut quelques frissons immédiats, une oligurie marquée avec hématurie, azotémie clinique et biologique ; au sixième jour se fit une reprise progressive de la diurèse ; malheureusement une complication pulmonaire ultérieure emporta la malade.

L'aspect général de ces accidents rappelle un peu la néphrite aiguë sèche et azotémique des intoxications mercurielles par exemple. Les accidents rénaux de la transfusion apparaissent ici comme un cas particulier, occasionné d'une façon très générale par l'introduction d'une albumine étrangère dans l'organisme ; ils sont passibles des mêmes discussions pathogéniques, des mêmes remarques générales ; ils obéissent aux mêmes lois de soudaineté, d'apparition et de disparition rapides ; les conséquences en sont ici spéciales, tenant aux fonctions propres de l'organe intéressé.

La précipitation intra-rénale de protéines étrangères, non tolérées par l'organisme récepteur, en est la caractéristique ; on pourrait peut-être les prévenir par la recherche préalable de la compatibilité protéique ajoutée à celle de la compatibilité globulaire, seules pratiquées pour le moment. On voit que cette notion de précipitation rejoint un peu la « floculation » de Lumière, invoquée à la base des phénomènes anaphylactiques dont cette intolérance rénale n'est qu'un cas particulier.

Cette observation est bien un exemple, atténué, de cette manière de voir ; sangs compatibles aux épreuves classiques, phénomènes de choc immédiats lors de l'injection, manifestations rénales d'intensité moyenne, de disparition progressive et complète. La mort est survenue ensuite pour des raisons d'ordre totalement différent. (*Journ. des S. médicales de Lille*, 23 mai 1937.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Ostéopsathyrose : Maladie de Lobstein

(MM. G. CARRIÈRE, E. DELANNOY et CL. HURIEZ, de Lille ; 8-6-1937)

Cette maladie, à caractère héréditaire et familial, a pour triade symptomatique : la coloration bleue des sclérotiques, la fragilité osseuse dès l'enfance et la surdité.

MM. Carrière, Delannoy et Huriez ont pu observer cinq familles dont 34 membres sur 86 sont atteints de maladie de Lobstein. Du point de vue clinique, il leur a semblé que la coloration bleue des sclérotiques représentait le symptôme essentiel, en raison de sa fréquence et de la facilité de sa constatation. Ils l'ont notée chez 33 de leurs 34 malades. La coloration des sclérotiques est alors de teinte variable : bleu outremer, gris fer, bleu ciel, bleu lavande, etc... Ce symptôme est quelquefois isolé. Les autres symptômes sont moins constants. La fragilité osseuse (fractures spontanées)) n'a été rencontrée que sept fois, et chez cinq malades seulement la dénomination d'« homme de verre », proposée par Apert, était justifiée. Les déformations osseuses sont communes, au crâne en particulier, ainsi que la scoliocyphose. La surdité est classiquement le dernier trait important de l'ostéopsathyrose. M. Carrière l'a relevée dans sept cas sur trente-quatre. A côté de ces stigmates oculaires, osseux et auditifs, les descriptions ont jusqu'ici trop laissé dans l'ombre les troubles endocriniens, qui sont apparus fréquents et variés dans les cinq familles suivies par MM. Carrière, Delannoy et Huriez.

Dans le processus qui engendre à la fois ces symptômes pluri-glandulaires et cette dystrophie osseuse, la syphilis semble intervenir pour une part importante.

Quelles sanctions thérapeutiques découlent de ces diverses données ? Si l'on admet l'hypothèse d'une dystrophie osseuse dépendante de perturbations glandulaires, les malades en question sont justiciables d'une thérapeutique endocrinienne et spécifique. La thérapeutique endocrinienne complètera la médication anti-syphilitique.

Au cas de fractures à répétition, de décalcification intense du squelette et d'hypercalcémie, la parathyroïdectomie paraît devoir être tentée.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Méniscite temporo-maxillaire

(MM. BERCHER, GUILLERMIN et FRIEZ ; rapport de M. MENEGAUX ; 14-4-1937)

MM. Bercher, Guillermin et Friez rapportent le cas d'un jeune homme de 21 ans hospitalisé pour douleur au cours de la mastication au niveau des articulations temporo-maxillaires, accompagnées de craquements. Les douleurs sont plus marquées au moment de l'écrasement des aliments.

La pression des interlignes temporo-maxillaires est douloureuse et à gauche on perçoit un claquement violent au niveau de l'articulation dans le mouvement d'ouverture de la bouche. Ces troubles, qui sont anciens, se sont constitués à la suite d'une luxation temporo-maxillaire banale.

Le malade est opéré sous anesthésie locale et une ménicectomie est pratiquée. Résultat très satisfaisant.

Les constatations opératoires et anatomo-pathologiques qui ont été faites permettent d'entrevoir le rôle des lésions méniscales dans l'apparition et la constitution de certains syndromes douloureux mandibulaires classés sous le nom de craquements douloureux des mâchoires ou mâchoires à ressort. Chez ce malade, le bord externe du ménisque épaissi et désinséré, paraît bien avoir constitué l'élément pathologique responsable des douleurs.

— M. MENEGAUX ajoute que l'observation de MM. Bercher, Guillermin et Friez prouverait une fois de plus l'importance physio-pathologique du ménisque temporo-maxillaire ; ce sont les altérations de celui-ci qui conditionnent la plupart des dysfonctions de l'articulation. Parmi les symptômes présentés par ce malade, les uns survenant au moment de l'occlusion de la bouche et dans les premiers mouvements d'ouverture n'étaient que des craquements d'arthrite chronique, comparables à ceux que l'on observe dans les grandes articulations. Le claquement observé à la fin de l'ouverture de la bouche serait dû, probablement, à la fuite en arrière du ménisque, à une sorte de subluxation intermittente de l'articulation.

— M. TRUFFERT note que ce patient a présenté des craquements du côté précisément où il avait un trouble de l'articulé résultant d'une malformation dentaire. Dans de tels cas, la lésion dentaire doit être recherchée non pas du côté où l'articulation craque, mais du côté opposé. Or, la simple avulsion dentaire a parfois en pareille circonstance, permis de guérir ces craquements douloureux de la mâchoire sans toucher au ménisque.

P. L.

Les Congrès

JOURNÉES INTERNATIONALES DE PATHOLOGIE ET D'ORGANISATION DU TRAVAIL

(Paris, 1-6 juin 1937)

COMMUNICATIONS

Considérations sur la législation française des maladies professionnelles

M. POLLET (Paris) souligne l'illogisme de la législation actuelle qui accepte la néphrite mercurielle et non la néphrite des travailleurs du plomb, l'anémie saturnine, celle provoquée par les rayonnements et non l'anémie progressive des ouvriers du benzol.

— M. KREMER (de Paris) estime qu'une réforme de la législation à ce point de vue est nécessaire

Services d'urgence de traumatologie

M. ROUQUÈS (Paris). — Certaines villes étrangères, parmi lesquelles il faut citer Moscou, Vienne et Rio-de-Janeiro possèdent un réseau d'hôpitaux d'urgence bien organisé.

Dans une région comme la région parisienne ce réseau devrait comporter : 1° des postes de secours traumatologiques se répartissant eux-mêmes en postes de secours d'usines et postes de secours communaux et d'arrondissements ;

2° Des hôpitaux d'urgence traumatologiques ;

3° Un Institut central du réseau traumatologique.

Dans ces formations, le médecin doit se préoccuper non seulement de la question thérapeutique, mais de la prophylaxie des traumatismes et de la récupération fonctionnelle des blessés.

— Le Docteur SCHWAZ (Berlin) montre l'importance du premier pansement en cas d'accident et donne des exemples de la nécessité d'une radiographie d'urgence. Les postes de premiers secours devaient être munis d'une installation radiographique.

L'oxycarbonémie professionnelle

Prof. LOEPER et Docteur GILBRUN. — MM. Loeper et Gilbrun, en dosant l'oxyde de carbone du sang par la méthode de Nicloux, ont pu affirmer une intoxication oxycarbonée chronique, qu'ils soupçonnaient, chez cinq malades travaillant dans une usine de gaz pauvre et présentant de la céphalée, des troubles digestifs et de l'anémie.

— M. KOHN-ABREST (Paris) remarque qu'il existe normalement dans le sang une certaine quantité d'oxyde de carbone. D'autre part, il est un fait paradoxal : dans l'intoxication aiguë, au bout de quelques heures, tout l'oxyde de carbone est éliminé. Au contraire, dans l'intoxication chronique, on peut trouver de faibles quantités de ce gaz pendant des mois.

Pathologie du travail chez la femme enceinte

Professeur BRINDEAU (Paris). — La femme enceinte est porteuse d'une albumine étrangère vivante constituée par le fœtus et ses annexes. Le plus souvent son organisme peut lutter contre cette invasion, mais il est en équilibre instable et tout surmenage, toute intoxication sont capables de provoquer des accidents. La présence de l'utérus gravide dans l'abdomen agit comme une volumineuse tumeur en comprimant les vaisseaux des membres inférieurs, d'où varices, œdèmes, etc... Aussi certains métiers lui sont-ils interdits : station debout prolongée, vibrations intenses, positions penchées en avant ; d'autres encore sont plus dangereux : les intoxications professionnelles parmi lesquelles il faut surtout citer les hydrocarbures. Le travail excessif ou les intoxications peuvent provoquer l'avortement, l'accouchement prématuré, la naissance d'enfants plus petits.

L'organisation du travail chez la femme enceinte doit être proposée par les médecins. Un certain nombre de lois et d'arrêts sont déjà en vigueur, mais sont insuffisants. Pourtant un grand progrès a été réalisé : grâce aux consultations de femmes enceintes qui se sont généralisées, on voit disparaître un certain nombre d'affections comme l'éclampsie et de nombreux cas de dystocie, comme la présentation de l'épaule par exemple. A côté de l'influence du médecin, il faut citer celle de la sage-femme, de l'infirmière sociale, de la surintendante d'usine, des nombreuses œuvres de maternité. Dans toute société bien constituée, la femme enceinte ne devrait pas travailler à l'usine et s'occuper seulement des soins du ménage, mais les ressources du budget seront pendant longtemps encore insuffisantes, aussi tous les genres de bonne volonté : chefs d'industrie, patrons, ouvriers, médecins, œuvres d'assistance doivent s'entendre pour favoriser la bonne santé de la femme enceinte. En France, nous possédons un organisme central, le *Comité national de l'enfance*, créé pour étudier les causes de la mortalité infantile et de la dépopulation ; il appartient à des Congrès internationaux de le compléter.

Les annexites chez les femmes au travail

Le Docteur DALSACE (Paris) montre, par des statistiques, la plus grande fréquence des annexites chez les femmes qui travaillent. Cette fréquence est due, en grande partie, à l'impossibilité de suivre un

traitement long et à garder un repos suffisant, ainsi qu'à la reprise trop précoce du travail après l'accouchement. Il y a là un grave problème social dont doit s'occuper un Institut de pathologie du travail.

Les dermatoses professionnelles

Le Professeur Sézary (Paris) propose la classification suivante qui a son intérêt pour le pronostic, la prophylaxie et la thérapeutique.

Il met d'abord à part les néoplasmes cutanés qui peuvent survenir longtemps après l'exercice de la profession (cancer du goudron, des raffineurs de pétrole, cancer des rayons X, etc.).

Considérant ensuite les dermatoses qui surviennent au cours même de l'exercice de la profession, il distingue d'abord les dermatoses dues à des agents physiques, chimiques, microbiens et parasitaires et survenant chez tous les membres d'une même collectivité ouvrière, se trouvant dans les mêmes conditions physiques ; en second lieu, les dermatoses dues à des agents chimiques, à des végétaux ou à des microbes et qui ne surviennent que chez *des sujets prédisposés*. Cette prédisposition peut être mise en évidence par l'épidermo-réaction qui a des applications intéressantes pour prévoir ou pour diagnostiquer ces dermatoses.

Le syndrome pulmonaire dans le manganisme

Le Professeur Baader (Berlin) signale le grand nombre de pneumonies chez les travailleurs du manganèse.

Arthroses micro-polytraumatiques du coude

Docteur Belot et L. Nahan (Paris). — Chez les ouvriers travaillant avec des marteaux et perforatrices pneumatiques, ou maniant de lourds outils imprimant de fortes secousses ou de nombreuses vibrations aux membres supérieurs, il n'est pas rare de rencontrer de grosses modifications ostéo-articulaires du coude, analogues à celles décrites dans l'arthrite chronique déformante. Sans recherche systématique, les auteurs en ont rassemblé une vingtaine de cas en quelques années.

Le plus souvent, cette affection est révélée à l'occasion d'un examen radiographique fortuit, pratiqué à la suite d'un accident banal et le plus souvent bénin, car cliniquement, ces arthroses ne déterminent que de légères douleurs et de la raideur articulaire.

La radiographie montre des lésions considérables et souvent bi-latérales : amincissement de l'interligne, agrandissement et déformation des extrémités articulaires, productions ostéophytiques accusées, présence de corps étrangers intra-articulaires.

L'origine traumatique de cette affection est universellement admise : l'ébranlement osseux répété subi au niveau de l'articulation au cours du travail de ces ouvriers détermine une usure avec érosion progressive et pulvérisation des extrémités articulaires.

Mais, en considérant la faible fréquence de ces cas (2 pour 1.000, d'après Rostock) il y a lieu d'admettre que ces micro-traumatismes répétés ont agi sur des articulations déjà fragilisées. Et, dans l'étiologie de cette variété d'arthrose, à côté de l'acte vulnérant, il faut envisager une prédisposition naturelle ou acquise du sujet.

Docteur Desoille (Paris). — Il faut distinguer deux choses : d'une part, la prédisposition ; d'autre part, la façon dont l'ouvrier utilise son outil. S'il l'utilise maladroitement il fera une arthrite ; l'école allemande, à juste titre, a insisté sur ce dernier point.

Le Professeur Kœlsch (Munich) s'associe à ce que vient de dire le Docteur Desoille. Pour lui, il n'y a pas de prédisposition. Lorsque l'ouvrier tient l'outil maladroitement, sans souplesse, la trépidation au lieu d'être amortie par les muscles est transmise directement à l'articulation qui s'altère.

Le benzénisme larvé chez les ouvriers d'usines de la grande banlieue parisienne

Le Docteur Tara (Paris) a été frappé des très longues durées d'incapacité de travail chez des ouvriers travaillant dans des usines où l'on emploie le benzol. Ces ouvriers étaient atteints d'affections diverses de peu de gravité apparente n'expliquant pas une invalidité prolongée.

Il résulte d'une enquête discrète que les symptômes notés : anémie, asthénie, fatigabilité, ont été rencontrés chez des ouvriers travaillant dans des usines où l'aération est insuffisante, où les prescriptions d'hygiène sont insuffisamment observées.

La question du plomb tétra-éthyle

Docteur Valentin (Paris). — On doit distinguer quatre sources d'intoxication :

1° La fabrication du plomb tétra-éthyle : elle ne se fait pas en France ; en Amérique, les précautions prises ont supprimé les accidents qui furent redoutables au début de cette fabrication ;

2° La dilution du « Fluid éthyl » à l'essence pour préparer l'essence éthylée.

L'auteur a examiné quelques ouvriers effectuant ce travail dans la région parisienne ; il n'existait pas de signes de saturnisme, pas d'hématies à granulations basophiles ; chez la plupart, la quantité de plomb dans les urines n'était pas exagérée. Le travail paraît donc peu dangereux si la surveillance médicale est convenable.

3° L'utilisation de l'essence éthylée. Elle n'est pas dangereuse à condition d'exclure les essences éthylées de tout autre usage que l'alimentation des moteurs ;

4° La carburation de l'essence éthylée. Une partie du plomb se dépose dans le moteur, une autre est rejetée dans l'atmosphère avec les gaz d'échappement. La quantité de plomb rejetée dans l'atmosphère avait inquiété les hygiénistes. L'auteur a examiné les ouvriers travaillant au banc d'essai des

moteurs d'avion. Il n'a pas trouvé de signes d'intoxication.

D'autre part, les ouvriers qui décalaminent les moteurs peuvent encourir un risque de saturnisme d'ailleurs peu important et qui peut être évité grâce à quelques précautions.

Les altérations pathologiques des empreintes digitales chez les travailleurs

Prof. Ribeiro (Rio-de-Janeiro). — Après avoir signalé les altérations des dessins papillaires produites par la lèpre, les radiodermites et la sclérodermie, l'auteur montre que plusieurs dermites et dermatoses professionnelles peuvent aussi empêcher l'identification par la dactyloscopie.

M. Ribiero a observé d'autre part plusieurs cas dans lesquels il a obtenu la reconstitution des points caractéristiques des dessins papillaires, après un certain temps de repos, des applications radiothérapiques et un traitement médical.

La principale conclusion de l'auteur est qu'il faut considérer ces altérations pathologiques des empreintes digitales comme de véritables maladies professionnelles donnant droit à indemnisation pendant le traitement et le repos nécessaires à la guérison.

Lésions oculaires dans les industries de l'électricité

Le Docteur Coutela (Paris) montre qu'elles sont de deux ordres : les unes, par électrocution qui détermine des cataractes, les autres par exposition à l'étincelle électrique qui détermine l'ophtalmie électrique (kérato-conjonctivite, éblouissement avec scotome, cataracte).

Accidents de l'électricité

Docteur Uzac (Toulouse). — L'auteur appelle l'attention sur des catégories de sujets plus particulièrement prédisposés, aux mains moites et molles qui ne sauraient opposer au contact électrique les résistances qu'une main calleuse et sèche peut offrir efficacement à des courants de tension relativement élevée comme le 1.500 v. Ces catégories de sujets plus que tous autres devraient se prémunir contre les contacts électriques par des vêtements protecteurs, gants de caoutchouc, casques isolants, semelles non conductrices.

La conception moderne du médecin d'usine

Docteur Barthe (Paris). — Avant toutes choses et comme principe essentiel, toutes les disciplines du service médical d'usine doivent être orientées vers la prévention. Ceci fixe les limites de la médecine de soins. Dans son second caractère, le médecin d'usine est incorporé au travail lui-même et doit effectivement participer à l'équilibre des entreprises. Il est, pour cela, admirablement placé au lieu de rencontre des préoccupations du chef des travaux, des techniciens, des observations des délégués ouvriers.

Dans les grandes usines, il est possible de dépasser la prévention propre aux risques industriels (maladies professionnelles et accidents du travail), pour tenter l'organisation locale de la médecine préventive. Le médecin est servi en cela par tout ce que la médecine et l'hygiène du travail comportent d'examens périodiques obligatoires. Comme conseiller de sécurité, d'hygiène et d'organisation scientifique du travail, le médecin a une action à double effet, d'une part, sur le matériel avant sa mise en usage, et en cours de marche ; d'autre part, sur le personnel. Sa collaboration avec l'ingénieur, le technicien sanitaire, et le psycho-technicien doit être très étroite. A la tête de son service social, le médecin d'usine devra surtout régler les liaisons avec tout ce que la Cité environnante possède déjà comme médecins, hôpitaux et œuvres sociales. Il centralisera toutes ces collaborations nécessaires au dépistage et à la surveillance préventive des ouvriers.

La compétence indispensable pour mener à bien une tâche aussi complexe requiert une éducation fortement spécialisée, que les instituts modernes de médecine du travail et de médecine sociale sauront lui donner.

Contrôle chimique de la salubrité de l'air des ateliers

M. Kohn-Abrest (Paris). — En principe, les procédés de contrôle de la salubrité doivent être rapides, précis et démonstratifs : dosages de CO^2, de CO, des gaz combustibles et des dérivés chlorés des carbures d'hydrogène (Aérodoseurs de gaz carbonique, de gaz carbonés, appareil pour rechercher des dérivés chlorés des carbures d'hydrogène, aéro-oxycarbomètre, etc., etc.).

Le laboratoire de psychotechnique du chemin de fer du Nord. Recherches expérimentales sur les causes psychologiques des accidents du travail

Prof. J.-M. Lahy (Paris). — Le premier laboratoire français de psychotechnique des chemins de fer a été créé par la Compagnie du Nord en 1931.

Une sélection préalable psychotechnique basée sur les résultats de cette recherche permet d'éloigner des métiers présentant des risques d'accidents plus de 60 % des sujets qui y sont prédisposés et de les orienter vers d'autres métiers.

Le laboratoire d'études des chemins de fer de l'Etat

Le Docteur G. Ichok (Paris), à l'aide de projections, donne une idée du fonctionnement du Laboratoire du travail des Chemins de fer de l'Etat, dirigé par M. le Prof. H. Laugier et Mlle D. Weinberg, à Viroflay. Après avoir examiné la possibilité de prévoir des accidents, le conférencier envisage l'étude de la précision, de la vitesse et de l'exactitude des candidats à un emploi. Les moyens d'apprécier la mémoire, l'intelligence, la vision, l'audition, etc., sont exposés ensuite avant de passer à la classification des individus et des types humains, d'après les données scientifiques de la biotypologie.

P. Lacroix.

Les Livres

J.-B. Baillière et Fils, éditeurs,
19, rue Hautefeuille, Paris (VI[e])

Traité pratique de curiethérapie. Premier volume : *Généralités sur le radium et sur la curiethérapie du cancer*, par les Docteurs P. Degrais, chef des travaux de curiethérapie au Centre anticancéreux de l'Hôpital Necker et A. Bellot, 1937. Un vol. de 160 pages avec 36 fig. Prix : 36 francs.

Principaux titres de la table des matières de cet ouvrage :

Chapitre I. — Considérations générales sur le radium et sa radio-activité.

Chapitre II. — Appareils radifères : mesure des appareils radifères ; instrumentation complémentaire : filtrage primaire, filtrage secondaire, protection contre les rayons.

Chapitre III. — Des techniques en général. Radiumpuncture. Télécuriethérapie. Mise en œuvre des techniques : applications faites en surface, applications faites à l'intérieur des tumeurs.

Chapitre IV. — De l'action biologique des radiations sur les éléments cellulaires : 1° Réactions histologiques ; 2° Réactions cliniques : *a*) locales ; *b*) générales.

Chapitre V. — Données générales concernant l'application du radium au traitement du cancer ; radio-sensibilité des tumeurs malignes ; Détermination du pronostic d'après les indications fournies par les examens histologique et clinique ; Du traitement du cancer par le radium ; Choix de la technique ; De la posologie, etc...

L'Expansion Scientifique française,
23, rue du Cherche-Midi, Paris (VI[e])

Contribution à l'étude des spasmes vasculaires. Symposium publié sous la direction de MM. Maurice Villaret et L. Justin-Bezançon. Un vol. illustré de 268 pages. Prix : 20 francs.

Dans ce livre auquel ont collaboré MM. P. Bardin, M. Bariéty, R. Boucomont, R. Boulin, R. Cachera, A. Clerc, X.-J. Contiadès, R. Couvelaire, P.-N. Deschamps, H. Desoile, R. Fauvert, C. Franck, A. Gosset, R. Granpierre, R. Grégoire, M. Guédé, L. Justin-Besançon, M. Labbé, R. Leibovici, A. Lemaire, M. Loeper, J. Mallarmé, L. Merklen, M. Mouquin. M. Racine, R. Reboul, D. Santenoise, A. Sézary, S, de Sèze, Mme Schiff-Wertheimer, M. Vidacovitch, M. Villaret et Vital-Lassance, sont envisagés tour à tour les spasmes vasculaires périphériques et splanchniques. En ce qui concerne les vaisseaux des membres, on trouve des exposés précis sur les artérites juvéniles, diabétiques, séniles ; sur le syndrome de Raynaud et les acro-asphyxies ; sur les esters de la choline ; sur l'angiographie.

Dans le domaine des vaisseaux splanchniques, ce sont successivement les spasmes des vaisseaux coronariens, mésentériques, hépatiques, pulmonaires, cérébraux, rétiniens, rénaux qui retiennent l'attention des auteurs. On y trouve encore des chapitres consacrés aux artérites syphilitiques et aux traitements médicaux et hydrominéraux des spasmes vasculaires.

J.-B. Baillière et Fils, éditeurs,
19, rue Hautefeuille, Paris (VI[e])

D[r] F. Rathery, professeur de clinique thérapeutique médicale à la Faculté. — **Néphropathies et néphrites.** Leçons cliniques (1934-1936). 2[e] *série*. 1937, un vol. de 356 pages avec 30 fig. Prix : 60 francs.

Le Professeur Rathery vient de réunir dans un second volume une nouvelle série de leçons, sur les néphrites, dont voici les principales :

Une classification moderne des néphropathies. — Purpura et néphrites. — Néphrite chronique azotémique avec hypochlorémie secondaire à une lésion unilatérale du rein. — Acidose rénale. — Formes rénales de l'endocardite végétante lente. — Un cas de néphrose lipoïdique pure — Néphrose lipoïdique ou néphrite chronique. — Les formes cliniques de la néphrose lipoïdique. — Pronostic et traitement de la néphrose lipoïdique. — Néphrite aiguë saturnine. — Néphrite mercurielle à évolution prolongée et mortelle. — Hépatonéphrite subaiguë post-abortive d'origine infectieuse. — Hépatonéphrite aiguë post-abortive d'origine toxique. — Hépatonéphrite colibacillaire. — Le rein goutteux. — Néphrite lithiasique. — Nanisme rénal.

J.-B. Baillière et Fils, éditeurs,
19, rue Hautefeuille, Paris (VI[e])

D[r] Marie Nageotte-Wilbouchewitch, ancien interne des hôpitaux de Paris, chargé d'un service orthopédique à l'hôpital des Enfants-Assistés. — **Traitement des déviations de la colonne vertébrale et de l'insuffisance respiratoire.** 2[e] édition, 1937, Un vol. de 80 pages, avec 87 figures. (Bibliothèque de Thérapeutique Carnot et Harvier, physiothérapie, 5[e] volume). 20 francs.

L'hygiène infantile est de plus en plus à l'ordre du jour ; la base essentielle d'une bonne santé est assurément une conformation osseuse parfaite, aussi est-il important de veiller dès le plus jeune âge à la régularité du squelette en général et de la colonne verté-

brale en particulier ; c'est ce but que s'est proposé d'atteindre l'auteur.

L'ouvrage est divisé en deux parties : d'une part, les traitements relatifs aux déviations de la colonne vertébrale (préventif général, préventif spécial, curatif, corset orthopédique) ; d'autre part, les traitements ayant trait à l'insuffisance respiratoire : cette partie comprend des tableaux indiquant les différents périmètres et diamètres thoraciques ainsi que le volume d'air de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte, le diagnostic de l'insuffisance respiratoire, les indications thérapeutiques, le traitement par la gymnastique respiratoire.

VIGOT, frères, éditeurs,
23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris

et V. BOURGUIGNON, éditeur-libraire,
16, rue des Dominicains, Liége

Dr Lucien GAROT, agrégé de pédiatrie à l'Université de Liége. — **Méthodes actuelles de puériculture.** HYGIÈNE ET ALIMENTATION DES NOURRISSONS. SOINS GÉNÉRAUX EN COURS DE MALADIES. ELÉMENTS DE PROPHYLAXIE. Préface du Prof. Plumier, de Liége, Deuxième édition, revue et augmentée. Un vol. 292 pages, 30 figures. Prix : 30 francs.

Cet ouvrage s'adresse plus particulièrement aux infirmières, accoucheuses, éleveuses et aux mamans, qui le liront avec avantage et utilité. Les médecins le consulteront aussi avec intérêt. Il est divisé en trois parties. La première est consacrée à l'hygiène et à l'alimentation du nourrisson sain. Successivement, l'auteur étudie les conditions de vie et de développement de l'enfant pendant sa première année, l'allaitement au sein, les techniques modernes d'allaitement artificiel, les ressources de l'allaitement mixte, les soins spéciaux à donner aux enfants débiles et prématurés.

La deuxième partie traite des soins généraux en cours de maladie. On y trouve décrites de nombreuses techniques de soignage le plus souvent omises dans les livres de pédiatrie et qui sont d'un réel intérêt pour le praticien.

La dernière partie est consacrée aux éléments de prophylaxie indispensables à quiconque s'occupe de collectivités d'enfants jeunes : épidémiologie des maladies infectieuses, vaccinations, organisation des crèches ; notions générales sur la tuberculose infantile et sur la syphilis congénitale.

Editions Louis ARNETTE, Paris

Dr Vincent MÉNAGER. — **Essai sur l'histoire médicale de la Vendée militaire** (1793-1796).

Dans ce travail, l'auteur entreprend de démontrer le rôle important que jouèrent pendant l'insurrection vendéenne le corps médico-chirurgical et les ordres religieux hospitaliers.

Il affirme que les Chouans eurent une véritable organisation sanitaire et donne d'intéressants détails sur les moyens de combat en 1793. La Convention aurait, paraît-il, envisagé l'emploi en Vendée des gaz asphyxiants (!!) Heureusement, les essais d'alors échouèrent. Cet échec nous aura au moins donné un répit de 120 ans.

L'auteur tient à rendre hommage à deux historiens encore vivants et qui l'ont amplement documenté : le Docteur Raoul Mercier, de Tours, auteur du « Monde médical en Touraine pendant la Révolution », et M. E. Gaborit, archiviste de Nantes, auteur de « La Révolution et la Vendée ».

G. L.

THÉRAPEUTIQUE

Une intéressante médication de secours dans la pratique odonto-stomatologique

Par M. le Docteur H. FAVIER

La pratique odonto-stomatologique a toujours été, à certains points de vue tout au moins, d'un exercice plus délicat que beaucoup d'autres spécialités de l'art de guérir, parce que, outre ses difficultés intrinsèques, elle se heurte, plus qu'aucune autre, à l'écueil de ces deux obstacles : la souffrance physique et la pusillanimité de certains de nos patients.

Certes, lorsque nos clients sont entre nos mains, dans notre cabinet, nous disposons de tout ce qu'il faut, grâce à l'arsenal thérapeutique moderne, pour réduire la douleur au minimum ; et, si nous montrons suffisamment de persuasion, de douceur, de patience et de doigté, nous finissons bien, le plus souvent, par venir à bout du psychisme spécial des plus timorés d'entre eux.

Mais en dehors de cette brève séance d'un quart d'heure ou d'une demi-heure, le sujet, abandonné à lui-même, échappe complètement à notre contrôle. Et pourtant, c'est justement alors, bien souvent, qu'il aurait le plus grand besoin de conseils et de réconfort.

C'est ainsi qu'au fur et à mesure qu'approche l'heure fixée pour leur prochaine séance, certains patients, deviennent de plus en plus agités, assaillis par une appréhension irrésistible et

insurmontable, totalement disproportionnée à son objet, et qui est parfois si forte qu'ils ne trouvent plus le courage de venir à leur rendez-vous, ou qu'ils arrivent chez nous dans un état d'émotivité et d'excitation lamentable, rendant par avance tout travail sérieux absolument impossible.

D'autres fois, une ou deux heures après que nos opérés nous ont quittés, ravis d'avoir supporté sans aucune souffrance leur petite intervention, ils ont la surprise et l'inquiétude de voir progressivement s'installer, parallèlement à la disparition de l'anesthésie locale que nous avions pratiquée des douleurs post-opératoires d'abord sourdes et vagues, puis de plus en plus aiguës, qui les ramènent complètement bouleversés à notre cabinet. Ou bien la nuit suivante, commencée dans le calme, se poursuit bientôt dans les affres de la névralgie, de la fièvre et de l'insomnie, et alors, si le sujet n'est pas outillé pour combattre lui-même ces pénibles symptômes, c'est nous-mêmes qui avons la désagréable surprise d'être à une heure indue tirés de notre sommeil par l'appel strident de la sonnette de nuit.

Or la plupart de ces désagréments professionnels peuvent être évités par la mise en œuvre, à titre préventif, de petits moyens simples et efficaces que nous avons tout intérêt à ne pas négliger.

L'objet de ces lignes est précisément de relater les bienfaisants effets que nous avons obtenus, dans cette double lutte contre la souffrance physique et la pusillanimité de nos clients (qui est le pain quotidien de la pratique odonto-stomatologique , de l'emploi d'un produit d'apparition récente, le saridon, dont les propriétés à la fois analgésiques, sédatives, hypnogènes et antipyrétiques font un véritable antalgique à quadruple action combinée, spécialement créé pour répondre aux exigences et aux conditions particulières de notre profession.

Voici comment nous l'avons utilisé jusqu'ici :

Lorsqu'un nouveau client s'est montré, dès sa première visite, anormalement émotif, ou bien si craintif qu'il nous a paru très difficile à manier, ou encore franchement désagréable, nous écourtons au maximum cette première séance, qui ne pourrait qu'engendrer des complications ou laisser des souvenirs pénibles, et prescrivons l'absorption immédiate de deux comprimés de saridon pour calmer l'état hypernerveux et les souffrances momentanées du patient. En même temps, nous fixons un nouveau rendez-vous, en ordonnant, comme condition préliminaire, l'absorption de deux autres comprimés de saridon à prendre une heure avant le moment choisi pour cette nouvelle séance.

De même, après des extractions pénibles, des pulpotomies en série faites sous anesthésie, des curettages alvéolaires, des interventions longues et difficiles en milieu infecté, des ouvertures d'abcès dentaires, nous n'omettons jamais de prévenir le sujet de la possibilité de douleurs post-opératoires, ou d'un léger mouvement fébrile avec insomnie pour la nuit suivante, tous symptômes en rapport avec les circonstances de l'intervention pratiquée, et qui seront également jugulés par l'absorption de deux comprimés de saridon pris au premier signe de leur apparition.

Et nous voyons, grâce à cette double précaution, revenir des patients satisfaits et tranquilles, mis en confiance et débarrassés de leurs ridicules appréhensions, très reconnaissants du bien-être que nous avons su leur donner, et tout disposés à affronter dans les meilleures conditions les traitements les plus longs et les préparations et travaux les plus délicats.

Car le saridon, dont les quatre éléments constituants sont la phényl-diméthyl-isopropyl-pyrazolone, l'acétyl para-phénétidine, l'allyl-iso-propyl-acétyl-carbamide, et la triméthylxanthine, agit toujours, grâce à cette quadruple combinaison, d'une manière certaine, en assurant un calme complet ou un repos bienfaisant, suivant les cas, par la détente progressive et totale du système nerveux des sujets les plus émotifs et les plus irritables.

Sans aucune action nocive aux doses thérapeutiques, sans possibilité d'accumulation, sans danger d'accoutumance, sans risque de toxicomanie, il jugule la douleur, apaise la fièvre, calme les névralgies et supprime l'éréthisme nerveux.

C'est dire qu'il s'adresse précisément aux symptômes les plus fréquents et les plus gênants dans notre spécialité, et qu'il mérite ainsi, par sa commodité d'emploi et sa précieuse efficacité, une place de plus en plus importante, comme médicament de secours, dans la pratique odonto-stomatologique.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

TRAVAUX ORIGINAUX

Bulletin de l'Actualité

DERNIÈRES NOUVELLES D'U. R. S. S.

La revue *France-U. R. S. S.* publie un numéro spécial sur la Mission médicale française en U. R. S. S. organisée par M. Henri Sellier, alors ministre de la Santé publique et présidée par le Docteur Dézarnauld.

Cette Mission a séjourné en Russie du 23 mars au 15 avril de cette année 1937.

Elle était composée du Docteur Besredka, professeur et Wolmann, chef de service à l'Institut Pasteur de Paris ; Pierre Fredet, et Rouvillois, de l'Académie de médecine, Desmarest professeur et Cadenat, professeur agrégé à la Faculté ; Monod, chirurgien des hôpitaux de Paris ; Lisbonne, professeur à la Faculté de Montpellier ; Giroud, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur. Le même numéro contient, en outre une relation de voyage du Professeur Lemaître, de l'Académie de médecine, qui, ne faisant pas partie de la mission, s'était rendu quelques mois auparavant en Russie.

Voici donc une dizaine de membres éminents du Corps médical français qui, revenant de là-bas racontent leurs impressions. Il est superflu de préciser que toute question de politique est résolument écartée. La Mission française allait en U. R. S. S. pour se rencontrer avec des médecins russes, procéder à un échange de vues, visiter des hôpitaux et des instituts de recherches, voir ce qui s'y fait en matière de bactériologie et de chirurgie. Je va s essayer de donner une vue synthétique des récits écrits par ses membres.

***

Nés en Russie, parlant la langue, aptes en conséquence à se passer des services de l' « Intourist », les Docteurs Besredka et Wolmann ont eu la naturelle curiosité de se promener dans les rues, de regarder de tous leurs yeux et d'écouter de toutes leurs oreilles. Expérimentateurs tous deux, tenus en garde par leurs habitudes d'esprit contre toute généralisation hâtive, ils s'efforcent à ne rien dire qu'ils n'aient contrôlé et qui dépasse leurs simples impressions de touristes.

« Il n'est pas douteux, dit le Docteur Wolmann, qu'un observateur étranger de bonne foi, arrivant en U. R. S. S., puisse être désorienté et dépaysé. Si simple, si modeste que soit le logement qu'il a quitté, c'est un logement installé et aménagé. Or, ce qu'il découvre est un immense chantier avec sa vie intense, son grouillement, mais aussi son désordre apparent et..... ses incommodités.

Si, au lieu de comparer ce qu'il trouve à ce qu'il vient de quitter il évoque l'ancienne Russie et la tourmente par laquelle le pays est passé le spectacle qu'il a sous les yeux prend toute sa signification « celle d'un monde qui naît ».

Dans ce monde qui naît et qui est en état de perpétuelle évolution le Professeur Besredka a trouvé des gens chaussés et, casquettes à part, vêtus convenablement , gais. L'aspect de la rue est celui de n'importe quel centre européen. Les immeubles vétustes et peu engageants sont encore nombreux, mais on voit surgir des pâtés de maisons modernes de cinq ou six étages où les locataires sont souvent propriétaires de leurs appartements. Certains intérieurs sont tout à fait confortables, presque luxueux. Entré dans quelques boulangeries et pâtisseries et dans une épicerie, il y a trouvé du pain, des gâteaux et des victuailles de bonne apparence que les clients achetaient librement.

Le Professeur Desmarest était déjà allé à deux reprises en Russie, en 1928 et en 1931. Il en avait rapporté une impression de pauvreté, de morne laideur et de tristesse. Revenant à Moscou six ans plus tard, il y voit circuler de confortables automobiles sur de vastes avenues asphaltées. L'animation des rues est considérable. Des signaux règlent la circulation. Les boutiques sont nombreuses et bien approvisionnées. Les habitants ont bonne mine. Bref, il n'a pas reconnu Moscou.

***

Ce surprenant pays a aboli l'ancienne religion. Mais il propose à ses habitants trois cultes auxquels il s'adonne avec une ferveur toute mystique : le culte de l'enfant, le culte de la science, le culte du travail.

Pour le bien-être des enfants et des adoles-

cents rien n'est trop beau, rien n'est trop cher. Sur ce point les visiteurs sont unanimes. « Si tout est en harmonie avec les quelques installations de crèches, de garderies d'enfants attenantes à l'usine de roulements à billes que nous visitâmes, l'effort est indéniable et la réussite appréciable, car les enfants y sont de belle venue ». (Prof. Desmarest). « Pour préserver le jeune dieu tout a été mis en œuvre, même avant sa naissance... Des instituts spéciaux pour la protection de la mère et de l'enfant ont été créés..... Les immenses parcs de culture créés pour les loisirs, les jeux, les exercices physiques et l'instruction qui ne perd jamais ses droits comportent des sections pour enfants particulièrement bien aménagées...... L'abandon d'enfant constitue un délit sévèrement puni et qui entraîne naturellement la déchéance paternelle..... Aucune distinction n'est faite entre l'enfant légitime et l'enfant naturel ; la recherche de la paternité n'est d'ailleurs pas un mythe et le père est tenu de verser le tiers de son salaire pour élever l'enfant ; il préfère le reconnaître..... Pour donner une idée de l'effort qui est fait en faveur de l'enfant disons que cette année, 400 millions de roubles auraient été affectés à la création et à l'entretien des crèches et que l'an prochain cette somme doit être de 700 millions ; au cours des trois dernières années, 400.000 lits d'enfants auraient été créés dans les villes et 4 millions dans les campagnes (Professeur Lemaître).

Par contraste, il faut dire (et les dirigeants soviétiques le reconnaissent) que rien n'existe pour les vieillards ; pas le moindre asile. Plus tard, on songera à eux ; pour l'instant, ils sont le passé. « Comme sur un bâtiment en péril, le mot d'ordre a été pendant un temps : sauvons les enfants d'abord (Docteur Wollmann). Au reste, il semble qu'il y ait peu de vieillards en U.R.S.S. : les conditions de vie doivent être trop dures pour eux.

Aussi la Russie donne-t-elle aux visiteurs, une impression dominante de jeunesse, avec ce que la jeunesse comporte d'ardeur, de promesses, de possibilités et aussi peut-être — pourquoi ne pas le dire — d'illusions. (Docteur Wollmann).

***

La religion du travail, le fanatisme du « rendement » sont choses bien connues et la propagande soviétique, revues et films, ont mis à l'ordre du jour depuis plusieurs années le « Stakhanovisme ». Cet ordre de préoccupations n'avait pas à retenir particulièrement l'attention de nos pèlerins scientifiques. Je relèverai pourtant quelques traits épars.

« Si j'écris que nous avons visité l'usine où se fabriquent tous les roulements à billes dont a besoin l'industrie russe et que nous avons été très impressionnés par l'équipement de ce centre où 25.000 ouvriers travaillent nuit et jour par équipes, on peut m'objecter que nous n'avons vu que cette seule usine. Mais dans cette seule usine, il est possible de remarquer la sévérité du contrôle, à l'entrée, et de noter que si les magnifiques machines sont d'importation étrangère déjà apparaissent d'autres machines de fabrication russe. Tout l'effort ne tend-il pas vers la production intensive... C'est à cette œuvre de réalisation, de construction que se rattache le nouveau métro dont la population moscovite est si fière. Un métro, en soi, c'est une œuvre banale : toutes les capitales en possèdent depuis de longues années, mais celui-ci, dernier venu, est né dans l'enthousiasme ; chaque travailleur a voulu spontanément participer à son édification. Tant que cette religion du travail, d'ailleurs très habilement entretenue par les avantages accordés aux meilleurs ouvriers, sera à l'honneur, il se fera à Moscou de grandes choses, même si la vie y est pénible. (Professeur Desmarest).

M'étant assis sur un banc devant une grande usine de la banlieue de Moscou, je fus surpris de voir de jeunes garçons, probablement des ouvriers, mettre à profit les quelques minutes d'attente pour ouvrir des livres d'étude : le vent d'Est était pourtant terriblement froid. (Docteur Wollmann).

***

Naturellement, c'est à propos des institutions scientifiques qui surabondent, s'entrecroisent et se complètent les impressions des savants français.

« Je me suis demandé si les idées prophétiques développées par Renan dans son livre vieux de près d'un siècle : *l'avenir de la science*, n'ont pas directement inspiré les fondateurs du régime nouveau tant les magnifiques anticipations de Renan sont devenues réalité en U.R.S.S......
La Russie d'aujourd'hui paraît vivre sous le « climat » de la science. Ce qui ne peut pas ne pas frapper, brutalement peut-on dire, le visiteur qui va de laboratoires en laboratoires, à Moscou comme à Léningrad, c'est, d'une part, l'enthousiasme ardent des maîtres et de leurs jeunes collaborateurs pour la recherche dans toutes les branches du savoir ; c'est, d'autre part, la volonté, tenacement manifestée par le gouvernement, de doter la masse des travailleurs de tous les moyens matériels qui sont utiles à leur activité. Je pense qu'en dehors des Etats-Unis, il n'existe pas d'Instituts de recherches aussi vastes, aussi peuplés que ce V. I. E. M. dont la richesse en outillage est telle que longtemps après l'avoir quitté on en demeure encore étonné, mieux, « ahuri » pour employer l'expression de mon ami, le Professeur Soula, après sa visite au laboratoire de Pavlof (Professeur Lisbonne).

Ce V. I. E. M., cet « admirable Viem » (Doc-

teur Wollmann), dont le but essentiel est l'étude de l homme paraît avoir subjugué ses visiteurs par l'ampleur de ses proportions, le nombre de ses laboratoires et les merveilleuses facilités qu'il offre aux chercheurs. Tel quel, cependant, il ne donne pas satisfaction au Commissariat de la Santé qui, pour 1939, veut avoir édifié un nouvel Institut situé dans un parc de 460 hectares et dont le plan provoque un sentiment de stupeur (Professeur Lemaitre). Il possédera une bibliothèque de 600.000 volumes, une clinique de vingt-cinq étages, comprendra des sections pour l'étude de tous les âges et de toutes les conditions physio-pathologiques. Le Professeur Lemaitre en a vu la maquette: la bâtisse s'élèvera à 425 mètres de hauteur. Et les Etats-Unis en feront une maladie !

Je ne reviendrai ni sur l'enseignement médical (il en a été parlé dans ce journal voici peu de mois), ni sur l'organisation hospitalière maintes fois décrite, y compris le service d'urgence, dirigé par le Professeur Judine et dont le Professeur J.-L. Faure a chanté les louanges.

Les chirurgiens de la Mission décernent toutes sortes d'éloges à leurs collègues russes et le Professeur Desmarest précise que si lui et les autres Français ont apporté en ce qui concerne l'anesthésie des notions qui n'ont pas encore droit de cité en U. R. S. S. ils ont dû admirer les résultats obtenus dans le traitement des fractures ouvertes.

Mais quelques lignes du Professeur Desmarest me semblent dignes d'être relevées : celles où il décrit les facilités de repos fournies aux travailleurs, aux ingénieurs, aux artistes, aux savants.

« Il existe en U. R. S. S., quelques vastes domaines, en particulier dans la magnifique région caucasienne où les médecins attachés aux recherches scientifiques ou aux hôpitaux trouvent une très confortable installation qui leur permet de goûter le calme et le repos nécessaires. Ils y peuvent travailler à leur aise ; les bois et la campagne environnants leur offrent des buts d'agréable promenade. Ce sont de véritables zones de silence et, pensant au vœu si souvent émis par Duhamel, je me disais en traversant la maison de repos des commandants, que la réalisation s'en poursuivait en U. R. S. S. ».

Enfin, le Professeur Desmarest s'attarde avec une faveur qu'il ne cherche pas à dissimuler sur l'organisation de la petite ville de Bolchévo. Les 7.000 habitants de ce centre sont des condamnés de droit commun. Ils y purgent leur peine, mais dans une demi liberté et avec la possibilité de se réhabiliter par le travail. Qu'il y ait du déchet, c'est probable. Mais il y a aussi des résultats. Et le Professeur Desmarets est d'avis que la noblesse de l'entreprise mérite la sympathie. « Le pays où s'affirmera la noble mission du devoir individuel se fondant harmonieusement dans un devoir collectif librement consenti sera le pays qui apportera au monde la plus pure doctrine des valeurs morales modernes. L'avenir nous dira si ce rôle immense est dévolu aux peuples de l'Union des Républiques soviétiques ».

***

En attendant que se réalise ce rêve de régénération humaine l'U. R. S. S. a paru à tous un pays de « possibilités illimitées ».

« L'ordre et la discipline remarquables qui y règnent, ainsi que l'autorité absolue des dirigeants (des responsables, comme on dit là-bas) permettent des réalisations en tous points conformes aux décisions prises... Les possibilités, même financières, de ce pays de bientôt 200 millions d'habitants sont considérables, malgré la valeur fictive du rouble, car il possède presque toutes les matières premières nécessaires et plus de 100 millions de travailleurs qui ne connaissent ni chômage, ni grèves. (Professeur Lemaître).

Et voici du même les conclusions :

— Tout est loin d'être parfait — il s'en faut de beaucoup et les autorités soviétiques le reconnaissent — dans l'organisation actuelle de la médecine en U. R. S. S.

— L'effort fourni est prodigieux et les possibilités pour ainsi dire illimitées.

— Des réalisations remarquables ont déjà été obtenues, l'évolution depuis deux ans se faisant à pas de géant.

— Nous avons le devoir de reprendre, de renforcer, d'intensifier nos relations médicales avec l'U. R. S. S. — à condition, naturellement, que ces contacts amicaux restent d'ordre technique, médical, scientifique.

C'est ainsi que peu de mois après les confessions désabusées de Gide et de Céline, une mission médicale française revient de Russie pleine de sympathie et d'espoir.

Il est probable que les uns et les autres, ni n'allaient chercher là-bas les mêmes protocoles d'expériences, ni n'ont conversé avec les mêmes personnages. Il est certainement plus aisé de se rencontrer sur le terrain de la science que dans les fourrés de la philosophie. Et l'on s'entretient plus sérieusement des fractures ouvertes que de la Cité future.

Par quoi se vérifie une fois de plus que la science dissipe les malentendus entre les hommes. Dommage que la philosophie et la politique s'entendent si bien à faire le contraire !

G. Lavalée.

SERVICE MUNICIPAL DE TRANSFUSION SANGUINE

Un de nos confrères (lettre 4.252) nous demande des renseignements et des conseils, au sujet d'un service de transfusion sanguine, que la municipalité d'une ville d'eaux aurait l'intention d'organiser. Quelle serait la responsabilité du médecin traitant ? Quelle serait celle de la municipalité, ou du Bureau municipal d'hygiène ou du laboratoire chargé des différentes analyses ?

Tout d'abord, l'opérateur doit être docteur en médecine. Celui-ci est responsable de ses actes cliniques et thérapeutiques, de même qu'il peut être recherché pour les fautes techniques de ses collaborateurs immédiats non docteurs en médecine. Ainsi, un infirmier exécuterait-il mal les ordres du docteur ; ferait-il des stérilisations incomplètes, etc. : le médecin pourrait être inquiété à cause de son défaut de surveillance.

En second lieu, une responsabilité peut découler du fait du donneur lui-même. Il peut être syphilitique et contaminer le malade qui doit recevoir le sang. Il appartient donc au médecin traitant de s'assurer par tous les moyens scientifiques actuels de laboratoire, que ledit donneur ne pourra pas être cause de la transmission d'une maladie quelconque. Le laboratoire d'analyses a donc également sa part de responsabilité, en cas d'erreur, ou de négligence.

Il convient maintenant d'étudier la modalité d'organisation de ces services, pour considérer les incidences possibles de cette responsabilité.

S'agit-il d'une organisation privée purement médicale ? Le médecin qui pratique la transfusion et le directeur propriétaire également médecin pourront être civilement rendus responsables des dommages-intérêts qui pourraient être alloués en cas d'accident provenant soit de la transfusion elle-même, soit de l'infection possible du donneur, soit du matériel (seringues, aiguilles, etc.), soit enfin du fait d'un infirmier, salarié de l'établissement.

Si, au contraire, l'organisation est municipale, on peut, en cas d'accident, se demander si le médecin traitant n'a pas agi comme étant commis par la municipalité et exécutant de ce fait un service public.

La jurisprudence actuelle du Conseil d'Etat a une tendance très marquée à considérer le médecin attaché à un établissement public, tel un hôpital, comme exerçant une fonction publique, alors qu'il a reçu, de la Commission administrative, le mandat de soigner les malades admis par elle dans l'établissement. Seule la dite Commission administrative traite avec les malades au sujet des conditions des soins.

Dr Paul BOUDIN.

AGE D'ENTRÉE POUR LES MÉDECINS DE DISPENSAIRES D'HYGIÈNE SOCIALE

Il m'est demandé quels sont les textes qui précisent l'obl gation de ne pas avoir atteint l'âge de 45 ans, pour postuler une nomination au poste de médecin de dispensaire d'hygiène sociale. Ne pourrait-on pas concevoir que ces fonctions, moins fatigantes, pourraient être attribuées à des médecins, quelque peu handicapés par l'âge,

En dehors de la loi du 15 avril 1916 sur les dispensaires d'hygiène sociale, il n'existe aucun règlement fixant le statut des médecins desdits dispensaires.

Au ministère de la Santé publique, il m'a été répondu que le ministre tient essentiellement à ce que le corps des médecins de dispensaires d'hygiène sociale soit composé de praticiens, qui, bien que n'exerçant plus la médecine, se trouvent cependant dans des conditions de validité et de santé suffisantes. Il s'ensuit donc que les médecins âgés, n'exerçant plus pour cause de santé ou par retraite, doivent être éliminés de ces fonctions.

En second lieu, si, dans les annonces de concours, on fixe un âge maximum de 45 ans, c'est pour qu'il soit possible à ces fonctionnaires de se constituer une retraite (quinze ans au minimum).

Dans ces conditions, le Ministre est d'avis de réserver la possibilité de concours à des praticiens âgés de moins de 45 ans.

Dr Paul BOUDIN.

L'ACTUALITÉ PROFESSIONNELLE

La Presse et les Sociétés

La collaboration des médecins à la médecine préventive en Meurthe-et-Moselle

Il est beaucoup question en ce moment de la collaboration du Corps médical et des Syndicats médicaux avec les Pouvoirs publics en ce qui concerne la médecine sociale et particulièrement la médecine préventive. Ce problème a déjà reçu une solution et une application pratique en Meurthe-et-Moselle, l'un des quatre ou cinq départements où la culture physique et l'inspection scolaire obligatoires sont déjà entrées en vigueur à titre d'expérience. Aussi est-il intéressant de suivre les résultats de cet essai, et d'en étudier l'organisation, d'après les documents que nous fournit le *Médecin de Lorraine* dans son numéro de mars 1937.

Un « contrat de collaboration », qui mériterait assez d'après la terminologie actuelle, la dénomination de « convention collective », a été conclu, en ce qui concerne l'inspection médicale scolaire, entre le Syndicat médical et l'Office d'hygiène sociale. En vertu de ce contrat, toute fonction de médecine préventive et, en particulier d'inspection des écoles, est réservée par priorité aux médecins praticiens *qualifiés* dans leur secteur d'action. Le rôle des médecins fonctionnaires consiste à combler les insuffisances, et à assurer l'orientation, l'unité et le contrôle des méthodes de travail en liaison avec l'office d'hygiène sociale.

Pour être *qualifié*, c'est-à-dire pour que sa participation à la médecine préventive présente toute l'efficacité requise, le médecin praticien doit s'engager à suivre un enseignement de perfectionnement, créé spécialement à cet effet, et à appliquer les méthodes techniques et administratives fixées par l'Office d'accord avec le Syndicat. Il doit en outre être porté sur une liste dressée par l'assemblée générale syndicale en accord avec l'Office, et être présenté par le Syndicat à l'agrément préfectoral.

Le fonctionnement de l'inspection a lieu sous le contrôle technique de l'Office. Toutes les difficultés à ce sujet doivent être soumises par lui au Syndicat médical, dans les conditions fixées par le contrat intervenu entre ces deux organismes.

En même temps que cette organisation voyait le jour, son complément indispensable, un enseignement spécial des matières concernant l'inspection médicale des écoles, et le contrôle de l'éducation physique, était institué par le ministre de l'Education nationale à la Faculté de Nancy.

Le programme de cet enseignement préparatoire, qui est considéré comme complétant celui afférent au diplôme supérieur d'hygiène, comprend les matières suivantes : hygiène générale, hygiène scolaire, maladies de l'enfance (en particulier tuberculose infantile), pédagogie psychologique, éducation physique, service social.

Cet enseignement devra être généralisé dans toute la France, lorsqu'aura été v té le projet de loi sur l'inspection médicale scolaire obligatoire, puisque cette fonction sera réservée aux médecins titulaires d'un certificat d'aptitude à ce sujet.

La direction administrative des hôpitaux publics

Il est beaucoup question en ce moment de reviser la loi du 7 août 1851, charte de nos établissements publics hospitaliers et de l'adapter aux conditions techniques et sociales actuelles. Une Commission fonctionne même à ce sujet au ministère de la Santé publique et examine le pro jet préparé par la Confédération des Syndicat médicaux. Mais ce projet s'est inspiré principas lement de soucisd'ordre scientifique et profes-sionnel ; il laisse de côté le point de vue administratif qui aux yeux de M. Fauvre, directeur des hospices civils de Montauban, n'est pourtant pas le moins important.

Aux termes d'un article publié par lui dans la *Revue des Hôpitaux* (31 mars 1937) le point crucial est de savoir entre les mains de qui doivent être concentrés les pouvoirs de directeur et les attributions administratives dans les hôpitaux publics, — problème que ne suffirait point à résoudre l'introduction de deux médecins dans les Commissions administratives.

Actuellement c'est entre les mains de cette Commission que se trouvent les pouvoirs de surveillance et de direction des hôpitaux publics. Mais en fait, dans de nombreux cas, le maire ou un autre membre joue le rôle prépondérant et la Commission est réduite à un rôle passif. Souvent aussi existent des conflits, des luttes de préséance ; de toutes façons le morcellement de la direction, les influences locales, la mainmise d'un seul administrateur nuisent au bon fonctionnement du service par manque de continuité et d'unité de direction.

D'autre part le recrutement du personnel dirigeant administratif, par comparaison avec

le personnel médical, laisse beaucoup à désirer. Il est en effet par trop soumis au népotisme et aux influences politiques locales. Aucune condition de capacité ou d'expérience administratives n'est généralement requise, et l'exercice antérieur de fonctions électives ne saurait constituer une préparation suffisante.

M. Fauvre est donc d'avis, pour porter remède à cet état de chose, de confier la direction administrative des établissements publics hospitaliers à des fonctionnaires provenant d'un cadre national, ayant son statut juridique, et dont le recrutement serait entouré de règles uniformes et de garanties de capacité. Ceci permettrait d'élever le niveau professionnel du personnel administratif hospitalier et donnerait un cadre à la hauteur des besoins de la nouvelle politique sanitaire.

Quelques statistiques sur le nombre des étudiants étrangers en France

Dans son compte rendu moral à l'Assemblée générale de l'Association pour le développement des relations médicales (A. D. R. M., *Bulletin* d'avril 1937), M. le Professeur Hartmann, président, a exposé quelques chiffres intéressants sur le mouvement des étudiants étrangers à la Faculté de Paris depuis quelques années.

Ces chiffres sont à vrai dire assez attristants, car, si l'on constate une grande diminution des étudiants étrangers, cette diminution affecte principalement les étudiants venant s'instruire chez nous et repartant ensuite dans leur pays pour contribuer à y faire aimer la France, alors que nous conservons une grande partie de ceux qui espèrent pouvoir un jour pratiquer dans notre pays.

Le nombre total d'étudiants étrangers avait atteint son maximum en 1929 et s'élevait alors à 280. Il n'était plus que de 71 en 1935 et de 31 en 1936. Sur ce total en 1929, 144 étaient inscrits pour le diplôme universitaire, contre 36 pour le diplôme d'Etat. Ea 1935 le nombre d'étudiants briguant le diplôme d'Université était encore plus important que celui des aspirants au diplôme d'Etat (44 contre 27). Au contraire en 1936 on assiste à un renversement de la tendance : 22 étudiants étrangers pour le diplôme d'Etat, et 9 seulement pour le diplôme d'Université. La perte est donc subie presque intégralement par la première catégorie, la plus intéressante, qui tombe brutalement de 144 en 1929 à 9 en 1936.

Les causes de cet état de chose sont multiples : crise économique, restrictions apportées à l'exportation des devises, manifestations contre les étudiants étrangers, mais surtout équipement parfois supérieur au nôtre des pays neufs de l'Amérique du Sud notamment, en hôpitaux, laboratoires et matériel médical ou chirurgical. Il faut espérer que l'effort fait récemment dans notre pays pour nous doter d'établissements modernes susceptibles de soutenir la comparaison avec l'étranger, permettra de rétablir les anciens courants qui s'étaient détournés de nous.

J. M.

Traumatismes et néoplasmes des membres

Dans deux observations rapportées par le Docteur Desplas, on peut affirmer qu'après un traumatisme violent, s'est développée rapidement au niveau des points contus, dans l'un et dans l'autre des cas, une tumeur maligne sarcomateuse. Il faut noter que les deux sujets étaient jeunes, 29 et 33 ans, que les examens histologiques et les radiographies sont formelles. Il est possible d'établir une relation de cause à effet entre le traumatisme subi et la tumeur apparue secondairement.

C'est une question très controversée de savoir s'il existe un rapport de cause à effet entre un traumatisme et l'apparition d'une tumeur maligne.

Pour qu'on puisse admettre une relation de cause à effet entre un traumatisme et l'apparition d'une tumeur sarcomateuse, il faut :

1° Que le sujet soit jeune ;

2° Qu'une constatation médicale précise constate la nature, le siège et la violence du traumatisme ; qu'une constatation médicale affirme l'intégrité de la région avant le traumatisme, que la localisation du néoplasme se superpose à celle du point contus et qu'il existe une continuité des manifestations pathologiques locales, depuis l'instant du traumatisme jusqu'à l'évolution du néoplasme reconnu comme sarcome. La première observation communiquée est à cet égard absolument démonstrative ; en effet, la blessée se trouve actuellement, après huit ans qu'elle a été opérée de son sarcome, en parfaite santé locale et générale ; c'est bien là une preuve de la nature traumatique du sarcome musculaire dont elle était atteinte.

Dans l'appréciation de pareils faits, une grande prudence est nécessaire, mais une indépendance d'esprit absolue est aussi indispensable. (*Annales de médecine légale*, juillet 1937.)

MÉDECINE LÉGALE

La pathologie en marche... avec l'automobile et l'avion

LA PHOBIE POST-TRAUMATIQUE

D'après les travaux du Professeur P. CHAVIGNY (*)

L'accident d'automobile est devenu l'un des grands pourvoyeurs de la pratique médicale. Il fournit à la chirurgie, générale et spéciale, à la médecine, à la psychiâtrie, à la médecine légale d'innombrables problèmes nouveaux.

La phobie post-traumatique doit s'ajouter aux autres séquelles nerveuses des accidents de l'automobile, comme à celles de l'avion: états dépressifs, aboulie, perte ou diminution de la mémoire, inaptitude au travail intellectuel, fatigabilité intellectuelle, etc... C'est une question, dont tout médecin-expert est amené à s'occuper, et souvent elle est fort embarrassante.

Cliniquement, la phobie de l'automobile se présente sous un tableau toujours identique, et il est facile d'en reconnaître les traits essentiels.

Très fréquemment, il s'agit de femmes, qui ont été victimes d'un accident d'automobile. Les unes ont été renversées par la voiture, qui les a renversées, sur le trottoir ou sur la chaussée ; les autres étaient passagères dans la voiture, qui est allée s'écraser contre un arbre, ou est entrée en collision avec un autre véhicule. Elles disent, que recommençant pour la première fois à faire quelques pas dans la rue, après la fin du traitement, elles éprouvent une terreur presque indescriptible, en voyant passer une automobile à vive allure sur la chaussée voisine. C'est souvent une sensation d'effondrement des jambes, telle que le sujet se croit obligé de s'accroupir, tant il craint de tomber, et doit s'agripper de toutes ses forces à la personne qui l'accompagne.

Cette peur intense expose ces anciens accidentés à de nouveaux dangers. Traverser une rue devient pour eux le problème le plus angoissant ; souvent, ceux-ci font plus que le nécessaire pour se précipiter sous les voitures.

Il est une autre forme clinique, spéciale aux personnes qui, avant l'accident, conduisaient elles-mêmes leur voiture. Guéries de leurs blessures, elles se sentent incapables de monter de nouveau en automobile, et surtout de conduire. Elles sont devenues, disent-elles, trop nerveuses ; elles ont perdu toute confiance en elles-mêmes

Il s'agit bien d'une phobie ; mais, à l'inverse des phobies constitutionnelles, qui durent toute la vie d'un individu ; celle-ci est « *occasionnelle* ».

De plus, elle se développe de préférence chez les *prédisposés.* C'est la raison pour laquelle on la rencontre si inégalement répartie parmi le lot des victimes d'un même accident. Elle se présente sous une forme grave chez certains traumatisés bénins, alors qu'elle manque absolument chez d'autres personnes, qui ont été victimes des accidents les plus effroyables.

D'autre part, elle est *illogique* au suprême degré. Il en a été d'ailleurs de même pour la « peur aux armées ». En voici un exemple : au plus fort d'une attaque ennemie sur un château, en Champagne, la maîtresse de maison, non encore évacuée, demeure blottie et tremblante au pied de l'escalier. On lui conseille un peu vivement de descendre à la cave. Alors, cette réponse si *typique* : « Vous n'y pensez pas !... Et les rats !... »

Voici un autre cas tout aussi illogique : vers 1880, un jeune garçon de quinze ans est pris dans un accident de voiture. Le break, dans lequel il était avec sa famille, culbute sur la route. Il n'est pas blessé ; mais, pendant deux ans au moins, il lui était presque impossible de monter dans une voiture à chevaux, si grande était sa terreur de verser. Cependant, et pendant la même période, ce même jeune garçon montait à cheval et faisait du grand bicycle-araignée d'autrefois, sans éprouver la moindre crainte. C'est bien illogique au suprême degré ; et il s'en rendait parfaitement compte.

En ce qui concerne les accidents de circulation (automobile ou avion) on ne devra donc pas être surpris outre mesure, si l'on rencontre de ces peurs strictement spécialisées. Un accidenté pourra présenter la peur, la phobie de l'automobile, alors qu'il n'hésitera pas à se livrer à des acrobaties en avion, etc.

Enfin il est essentiel de savoir que la phobie de l'automobile est, dans presque tous les cas, chose *transitoire.* Elle s'épuise avec le temps, et finit le plus souvent même par disparaître complètement. C'est par le mécanisme de l'oubli que se

(1) Une séquelle mentale des accidents de la circulation. (*Paris-Médical*, 28 septembre 1935.)

produit cette guérison. Cette notion de guérison habituelle est encourageante.

Par contre, certains prédisposés conservent de cette atteinte de phobie, un souvenir, qui s'éveillera au moindre incident.

Quant à la thérapeutique, *une phobie de cette sorte ne se raisonne pas plus que le délire d'un aliéné.* Il faut renoncer à croire qu'on puisse faire appel soit au courage, soit au raisonnement logique de l'individu à la vertu efficace de bons conseils.

Puisque la phobie de l'automobile guérit par le mécanisme de l'oubli, la thérapeutique doit, être entièrement commandée par cette donnée. Quand un blessé de l'automobile recommence ses premières sorties et manifeste violemment sa crainte des automobiles, faites lui une obligation de limiter absolument ses promenades aux parties de la ville, où les automobiles sont rares. Puis surtout, faites l'éducation de l'entourage en imposant à celui-ci un silence absolu, concernant à la fois l'accident survenu et aussi la question des automobiles.

Surtout, comptez sur le temps qui atténue tant de choses, sur les circonstances accessoires, qui pourront détourner l'attention du sujet alors qu'il circule en automobile.

Quant à la rééducation par la violence, qui consisterait à l'obliger à se plonger, dès le premier jour, dans le milieu de la circulation intense, ou le contraindre à monter de force ou par surprise dans une automobile, soyez convaincus que c'est le moyen de faire échec absolu, presque toujours, à toute amélioration possible.

Pour la *phobie de l'avion*, les choses n'en vont pas tout à fait de même.

L'accident d'avion crée évidemment un état cérébral, tel qu'un second accident, même banal, avec traumatisme cranien presque insignifiant, provoque des manifestations pathologiques importantes, violentes parfois. « C'est un cerveau de panique, en équilibre instable, qui a été touché. »

Contrairement à ce qui se produit en automobile, où les accidents sont en général instantanés, l'accident d'avion comporte souvent une phase d'angoisse très longue avant le choc terminal, et durant parfois plusieurs minutes. Cette particularité entre certainement pour une grosse part dans la constitution et le déclenchement de l'état phobique (Soupet-Mégy).

La phobie peut être tellement prononcée qu'on soit obligé de changer de fonctions, au moins provisoirement, un aviateur, qui en est atteint. On dit d'une manière un peu triviale, que « tel aviateur est dégonflé ». Or, un ordre maladroit de vol donné à un « dégonflé » constitue un véritable homicide par imprudence. Par contre, au point de vue prophylactique, il faut savoir lutter contre ce qu'on appelle « le dégonflement collectif », et il est parfois d'usage, pour l'éviter d'ordonner à tous les aviateurs présents de prendre l'air immédiatement, dès qu'un accident mortel est connu. La « remise en selle » instantanée empêche que l'on ait le temps de s'émouvoir, de réfléchir, de s'apitoyer.

Question médico-légale

« Doit-on s'en rapporter aux déclarations des traumatisés, croire à leur sincérité, quand, au cours de l'expertise demandée par le Tribunal ou par une Compagnie d'assurances, ils accusent une phobie de cette sorte ? Rien assurément n'est plus exclusivement subjectif que cette phobie. Il semblerait qu'un simulateur ait facile d'exploiter la situation. Mais, là, comme à l'égard d'un trouble psychiatrique, c'est l'*ensemble de l'examen* qui renseigne. On se rend bien compte par d'autres particularités, par d'autres symptômes, par le passé familial et personnel du sujet, qu'on est réellement en présence d'un individu, particulièrement accessible à des manifestations d'ordre mental. Puis, quand on a déjà eu occasion d'interroger d'autres malades de cette même catégorie on perçoit aisément, dans la description clinique, des détails convaincants ou, au contraire, des allégations inventées de toutes pièces.

Cette phobie de l'automobile, insignifiante chez des personnes, n'ayant aucune fonction sociale active à assurer, et qui faisaient de l'automobile pour leur seul plaisir, revêt au contraire une réelle gravité chez des sujets, qui passaient leur existence professionnelle en automobile. C'est le cas de placiers, de représentants de commerce qui parcourent la campagne en visitant leur clientèle. Pour ceux-là, l'impossibilité de circuler en automobile équivaut à la perte presque absolue de leur situation ; c'est à leur égard que le côté médico-légal apparaît avec toute son importance. « La peur de l'automobile peut donc dans certaines conditions, justifier l'allocation d'une indemnité basée sur une appréciation médico-légale du cas. »

Quant au montant de l'indemnisation, il faut se rappeler qu'il s'agit le plus souvent d'une phobie susceptible de disparaître.

« Il apparaît donc que, dans les cas de phobie de l'automobile ou de l'avion, le taux de l'incapacité de travail doive être à la fois *modéré, transitoire,* mais accordé *pour une période de temps assez prolongée.* On peut, par exemple, attribuer à la phobie un pourcentage d'incapacité de travail de dix ou de vingt pour cent, pour une durée de quatre ou six mois. Une échéance à une aussi longue portée soustrait les intéressés à des examens répétés, qui ont l'inconvénient d'entretenir le sujet en état processif. »

G. F.

« .... RESPECTONS LES VIEILLARDS AIMONS-LES — SECOURONS-LES .... »

Il y a quelques mois, le 28 février 1937, le *Concours Médical* me faisait l'honneur de vouloir bien publier une étude que nous avons faite pour dépeindre aussi exactement que possible la situation actuelle réservée aux vieillards et pour apporter sur « Le problème de l'Aide à la vieillesse » la seule solution simple, logique, rationnelle et respectueuse qui semblait s'imposer : « *Donner aux pauvres vieillards, c'est-à-dire à ceux qui ont dépassé la soixantaine, la même somme d'argent que celle donnée actuellement aux jeunes* ».

Il nous a été très agréable de voir que certains confrères avaient été très intéressés par certaines propositions et c'est avec plaisir que nous avons reçu des suggestions de la part de certains qui ont compris tout l'intérêt de la question et cherchent à venir en aide à ceux qui ont fait de notre pays ce qu'il est.

Pourquoi faut-il qu'un article paru dans le *Concours Médical* du 16 mai 1937, à la suite de celui que nous avons fait, semble vouloir non seulement faire marquer le pas à la suggestion logique que nous avons proposée, mais même vouloir faire régresser ce qu'on voulait présenter pour eux !...

Je n'insisterai pas sur la manière dont on représente nos bons vieillards dans l'article que nous avons sous les yeux, ni sur la manière pour le moins irrespectueuse dont on parle de « *leur pauvre corps délabré et sans charme, de leur sommeil souvent affreux et de leurs pauvres hardes* » ! ! ! N'oublions pas que ce sont des glorieuses victimes du combat de la vie, que s'ils sont dans un état minable, *c'est qu'ils ont épuisé leurs forces pour les autres et leurs économies pour donner et élever des enfants pour la France*... S'ils n'ont pu mettre de l'argent de côté, c'est que leur bon cœur les a empêchés de satisfaire à l'égoïsme qui mène malheureusement aujourd'hui tant d'autres hommes. S'ils sont habillés pauvrement, c'est une raison de plus de les saluer encore plus bas. Ils sont dignes de notre vénération, de notre affection, de notre soutien, et de notre respect.

Un homme a toujours le vif désir, le légitime orgueil de mener sa vie indépendante et libre, c'est-à-dire de pouvoir subvenir par lui-même à tous ses besoins sans tendre la main et de pourvoir par lui-même à sa nourriture, son logement, son entretien. Il ne s'agit pas de savoir « *s'il est tiraillé*, comme on l'a écrit dans l'article du 16 mai 1937, « *par l'instinct grégaire qui le pousse à vivre en famille ou en tribu, et sa personnalité consciente qui l'incite à s'isoler des autres*... »

L'homme dégagé de toutes les basses passions de la jeunesse n'a qu'un désir qu'on trouve d'ailleurs à tout âge : « *Celui d'être indépendant et libre* »... La liberté et l'indépendance sont spéciales à l'homme et c'est ce qui le différencie précisément des animaux auxquels nous avons eu le regret de le voir comparer... *De grâce que l'on ne compare plus notre Société humaine à des éponges, à des moules, ou à des bancs de poissons* ..... C'est changer et dénaturer les faits. Mieux, c'est se moquer du monde.

Pourquoi vouloir, coûte que coûte, chercher à mettre les bons vieillards dans un pensionnat, comme on nous le propose une fois de plus. Dans cet article il est proposé de cloisonner les salles et de faire des stalles pour donner un peu plus d'individualité à chaque personne. Cette solution n'apporte à vrai dire que bien peu de changement à l'état actuel de la situation de nos bons vieux. Ils restent toujours ainsi pensionnaires dans une maison qui n'est pas la leur et soumis à un réglement qu'ils sont obligés de subir comme des enfants au collège ou au lycée. ... De plus ces cloisons dans les salles d'hôpitaux seraient contraires aux commandements de l'hygiène qui nous prescrit de toujours rechercher de l'air et de la lumière pour le bien des gens.... Cette solution ne serait qu'un recul et un retour au passé que l'hygiène a condamné.

Ce qu'il faut pour nos bons vieillards, c'est le respect de l'un des principes vitaux de l'état : « *La Liberté* » ! ! ! Qu'on leur donne une pension s'ils ne peuvent vivre par eux-mêmes et qu'on les laisse libres de la dépenser. On le fait pour les jeunes, plus turbulents, plus tapageurs, moins ordonnés, moins excusables d'être au repos. Pourquoi est-on si dur pour nos bons pères, pourquoi les ramasser ? Pourquoi leur refuse-t-on cette douce et belle faveur ????......... Il n'y a pas deux sortes de français. Il y a les français tout court : La France en un mot.

Qu'on donne donc à tous indistinctement, à tous ceux qui sont dane le besoin et qui ne peuvent plus avoir de travail pour vivre, l'allocation de chômage ? Qu'on ne leur manque plus de respect ! ! !

Dr BRIAND.

***

Nous avons relu soigneusement l'article du Docteur Briau : *Le respect de l'individualité* (hospitalisation des vieillards), nous n'y avons trouvé rien d'irrespectueux, ni d'humiliant pour les vieillards dont nous sommes, étant plus que septuagénaire. Il est vrai que pour apprécier l'article du Docteur Briau, il faut le lire en entier sans y mettre de prévention ni de passion, en comprendre l'esprit et l'intention, qui sont bienveillants, et ne pas y découper des fragments de phrases qui, séparés du contexte, peuvent paraître irrespectueux sinon injurieux.

Nous rendons hommage aux intentions de M. Briand, qui voudrait voir en France tous les vieillards suffisamment rentés pour mener une vie honorable, confortable et digne. C'est le plus grand de nos désirs, mais est-ce possible ? Nous avons très sérieusement étudié la question tant à l'Association générale et à notre Mutualité familiale, qu'à la Maison du médecin, sociétés à l'administration et aux travaux desquelles nous prenons activement part à différents titres depuis bien des années : nous nous sommes rendus mathématiquement compte qu'il était impossilbe de fournir à un vieillard une pension suffisante pour lui assurer individuellement les mêmes avantages que dans un établissement collectif.

Tous les projets de retraite ou de secours de droit aux vieux médecins méritent d'être pris en considération et d'être soigneusement examinés ; mais il ne suffit pas d'émettre des idées, ce qui est relativement facile, il faut aboutir à des réalisations. Et c'est autrement difficile.

A notre avis les réflexions de M. Briau sur l'instinct grégaire et l'individualisme des animaux et de l'homme ne doivent froisser en rien un biologiste, ni un médecin. Elles sont la constatation de faits.

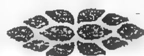
J. NOIR.

LES OPTICIENS ANGLAIS DEVIENDRONT-ILS OCULISTES ?

C'est le *Daily Mail*, du dimanche 13 juin, qui nous apporte cette nouvelle confirmant en cela la difficulté que le Corps médical a partout, en ce moment, à faire respecter ses droits. Voici les faits. Il y avait déjà quelque vieille rivalité entre les opticiens et les médecins anglais. Les choses en restaient pourtant à l'état latent lorsqu'un récent décret vient de déclarer qu'un certain nombre d'opticiens était autorisé à examiner la vue des personnes en quête d'une assurance.

N'était-ce pourtant pas là un début d'autorisation illégale de l'exercice de la médecine ? Oui, à en juger par l'attitude courtoise, mais ferme du Corps médical britannique qui proteste, avec juste raison semble-t-il, contre cette manière de voir des Compagnies d'assurances. Voit-on alors les opticiens soigner des conjonctivites, des cataractes, au lieu de se contenter de donner les verres prescrits par les ophtalmologistes ? Dès qu'on a franchi la barrière des lois, il est bien difficile de s'y arrêter. Depuis trois semaines, la Chambre des communes a un rapport dans ce sens-là, mais il ne semble pas que les responsabilités plaisent à beaucoup et, de fait, personne ne parle de se charger de la présentation du rapport. Néanmtins, on apprenait en dernière heure que Sir Kingsley Wood allait « agiter le grelot ». Quelle que soit l'issue de l'affaire, elle ne manquera pas d'intéresser les oculistes praticiens français et les maîtres de l'ophtalmologie ; car dans une époque où les lois d'u pays voisin ont toujours un retentissement hors frontières, on se demande si, un jour prochain, les spécialistes d'ici n'auront pas à lutter contre les mêmes prétentions autant illégitimes qu'imprévues. Le marchand de lunettes ayant droit d'examiner médicalement la vue ! On aura tout vu !

Dr Pierre LABIGNETTE.



Variétés

CE QU'IL ADVINT DES RESTES DE DESCARTES TRANSPORTÉS A PARIS EN 1667

Décrets de la Convention pour la translation des restes et de la statue de Descartes au Panthéon

Les 2 et 4 Octobre 1793, la Convention nationale, sur la proposition de M. J. Chénier, vota les décrets suivants qui ne furent jamais exécutés. Nous donnons ci-dessous la copie du texte authentique de ces décrets :

DÉCRETS DE LA CONVENTION NATIONALE, des 2 et 4 octobre 1793, l'an second de la République Française, une et indivisible, qui accordent à René DESCARTES les honneurs dûs aux grands Hommes, et ordonnent de transférer au Panthéon Français son corps, et sa Statue faite par le célèbre PAJOU.

1° *Du 2 Octobre.* — LA CONVENTION NATIONALE, après avoir entendu le rapport de son comité d'instruction publique, décrète ce qui suit :

Article Premier. — René DESCARTES a mérité les honneurs dûs aux grands hommes.

II. — Le corps de ce philosophe sera transféré au Panthéon Français.

III. — Sur le tombeau de Descartes, seront gravés ces mots :

Au nom du Peuple Français,
La Convention nationale
à René DESCARTES.
1793, l'an second de la république.

IV. — Le comité d'instruction publique se concertera avec le ministre de l'intérieur pour fixer le jour de la translation.

V. — La Convention nationale assistera en corps à cette solemnité ; le Conseil exécutif provisoire et les différentes autorités constituées renfermées dans l'enceinte de Paris, y assisteront également.

Visé par l'inspecteur. Signé S. E. MONNEL.

Collationné à l'original par nous président et secrétaires de la Convention nationale. A Paris, le seizième jour du premier mois de l'an second de la république, une et indivisible. Signé : L. J. CHARLIER, président ; PONS (de Verdun) et LOUIS (du Bas-Rhin), secrétaires.

AU NOM DE LA RÉPUBLIQUE, le Conseil exécutif provisoire mande et ordonne à tous les Corps administratifs et Tribunaux, que la présente loi ils fassent consigner dans leurs registres, lire, publier et afficher, et exécuter dans leurs Départements et ressorts respectifs ; en foi de quoi nous y avons apposé notre signature et le sceau de la république. A Paris, le seizième jour du premier mois de l'an second de la république Française, une et indivisible. Signé DEFORGUES. Contresigné GOHIER. Et scellée du sceau de la république.

2° *Du 4 Octobre.* — LA CONVENTION NATIONALE décrète que la statue de Descartes, faite par le célèbre Pajou, et qui se trouve déposée dans la salle des antiques, en sera extraite pour être placée au Panthéon le jour où les cendres de ce grand homme y seront transférées ; autorise le ministre de l'intérieur à faire tous les arrangements et ouvrages nécessaires pour remplir cet objet.

Visé par l'inspecteur des procès-verbaux. Signé JOSEPH BECKER. Collationné à l'original, par nous président et secrétaires de la Convention nationale. A Paris, le 5 octobre 1793, l'an second de la république Française, une et indivisible. Signé L. J. CHARLIER, président PONS (de Verdun) et Louis (du Bas-Rhin) secrétaires.

AU NOM DE LA RÉPUBLIQUE, le Conseil exécutif provisoire mande et ordonne à tous les Corps administratifs et Tribunaux, que la présente loi il fassent consigner dans leurs registres, lire, publier et afficher, et exécuter dans leurs départements et ressorts respectifs ; en foi de quoi nous y avons apposé notre signature et sceau de la république. A Paris, le cinquième jour du mois d'octobre mil sept cent quatre-vingt-treize, l'an second de la république Française, une et indivisible. Signé DESTOURNELLES. Contresigné GOHIER. Et scellée au sceau de la République.

Vérifié conforme par les Membres du Directoire du District.

Les restes de Descartes restèrent dans l'Eglise de l'Abbaye de Sainte-Geneviève et furent transférés provisoirement peu après les décrets au *Jardin Elysée des Monuments français*, à l'Ancien Couvent des Petits Augustins (l'actuelle Ecole des Beaux-Arts), où Alexandre Lenoir s'efforçait de recueillir les documents historiques pour les préserver du vandalisme révolutionnaire.

D'après Charles Adam (1) le 26 février 1819 les ossements de Descartes, recueillis dans un cercueil en chêne, furent fransférés à Saint-Germain-des-Prés dans la deuxième chapelle du chevet au sud, entre les tombeaux de Mabillon et de Montfaucon. Al. Lenoir et le secrétaire perpétuel de l'Académie des Sciences, l'astronome Delambre, assistaient à la cérémonie.

J. NOIR.

(1) Cité par Verneau dans *Æsculape*.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Thèses.** — Mardi 22 juin. — I. Jury : MM. Cunéo, Lemaître, Lenormant, Halphen. — M. Gigou : Les névroses de la vésicule biliaire. — M. Aboulker-Kamoun : Les épithéliomas du maxillaire inférieur. — M. Deliberos : Le rôle des affections gingivo-dentaires en pathologie cutanée. — M. Darbois : Contribution à l'étude du traitement du furoncle de la face par la rœntgenthérapie. — M. Goude : La novocaïnisation du sympathique lombaire. Résultats. Indications.

II. Jury : MM. Couvelaire, Terrien, de Gaudart, Velter. — M. Boros : Contribution à l'étude des formations ovariennes résiduelles consécutives à l'hystérectomie et à la castration totale. — M. Wajnapel : Contribution à l'étude de la rétinite gravidique. — M. Léger : Contribution à l'étude des modifications des réactions pupillaires dans la syphilis. — M. Morax : Les paralysies des mouvements associés des yeux. Etude clinique. La dissociation des activités volontaires et réflexes des globes oculaires.

III. Jury : MM. Claude, Gougerot, Laignel-Lavastine, Chevallier. — M. Pige : Contribution à l'étude de l'hyperérotisme. — M. Bernstein : Sur la guérison de certaines urticaires par l'appendicectomie. — M. Cren : Conditions d'action des sels d'or dans la tuberculose cutanée. — Mlle Plucer vel Pilicer : Contribution à l'étude de l'épreuve du rose bengale dans les diverses dermatoses et les maladies du sang. — M. Cruppan : Les adénites tuberculeuses de l'aine.

Mercredi 23 juin. — Jury : MM. Baudouin, Lemierre, Tanon, Joannon. — M. Labarrère : Considérations sur l'hormone mâle et sur le traitement des insuffisances génitales de l'homme. — M. Baillargeat : L'ouabaïne administrée par voie buccale et de son association avec les sédatifs. — M. Blanc : Hygiène infantile en Basse-Bretagne au commencement du XIX[e] siècle. — M. Jaffré : Contribution à l'étude de la prophylaxie du rhumatisme chronique et ses conséquences sociales. — M. Jurist : Etude pathogénique de la pellagre. — M. Perrossier : Les applications externes du mercurochrome en thérapeutique dermatologique.

Jeudi 24 juin. — I. Jury : MM. Chevassu, Marion, Mocquot, Lantuéjoul. — M. Sieurin : A propos du traitement des pyélonéphrites gravidiques et en particulier du traitement médical. — M. Meyer (Moïse) : Diagnostic des pyuries non tuberculeuses du nourrisson. — M. Thevenin : Trophœdème vulvaire parallèle avec l'éléphantiasis. — M. Buffet : A propos d'un cas de fistule pancréatique d'origine traumatique guérie par le traitement médical.

II. Jury : MM. Roussy, Balthazard, Guillain, Duvoir. — M. Gauthier : La cataplexie. — M. Bouley : Le fluor. Ses manifestations toxiques. Son rôle biologique. — M. Lefeuvre : Sur l'établissement des statistiques de mortalité par cancer dans le département du Morbihan. — M. Aubrun : L'état mental des Parkinsoniens. Contribution à son étude expérimentale.

Vendredi 25 juin. — Jury : MM. Gosset, Grégoire, de Gaudart d'Allaines, Cadenat. — M. Simon : Cancer de l'utérus. — M. Delorme : De l'ostéotomie cunéiforme appliquée au redressement des membres. — M. Fontaine : La réfection des ligaments latéraux et croisés du genou. — M. Gil : Contribution à l'étude de la tuberculose de la clavicule. — M. Guy : Contribution à l'étude des complications chirurgicales et obstétricales des fixations utérines. — M. Sergent : Les syndromes aigus de l'abdomen simulant l'urgence chirurgicale.

Samedi 26 juin. — Jury : MM. Bezançon, Lereboullet, Cathala, Lévy-Valensi. — Mlle Morel : Pleurésie primitive et primo-infection tuberculeuse — M. Weil : Les attitudes de cure adjuvantes de la collapsothérapie au cours de la tuberculose pulmonaire. — Mlle Lorain : L'étape initiale de la tuberculose pulmonaire dans la première année de la vie.

— **Thèses.** — Lundi 28 juin. — Jury : MM. Robert Debré, Lemierre, Guy Laroche, Moreau. — M. Veisman : Etude critique du rhumatisme chronique déformant syphilitique. — M. Avrilleaud : A propos de quatre observations de méningococcémies chez l'enfant. — M. Vahl : Contribution à l'étude de la variabilité microbienne. Quelques observations sur le B. typhi-murium. — M. Winter : Du relâchement des pneumothorax artificiels inefficaces. — M. Froim : La maladie des porchers. — M. Pupro : Les complications graves mortelles de l'érysipèle. — M. Valat : Acrodynie infantile. — Mlle Rambert : Les encéphalomyélites de la scarlatine.

Mardi 29 juin. — I. Jury : MM. Brindeau, Marion, Mocquot, Lantuejoul. — M. Nicaud : Réflexions à propos des suites éloignées de six symphysiotomies à la Zaraté. — M. Brassier : Contribution à l'étude des pyélonéphrites au cours du traitement des cancers de l'utérus par les radiations. — Mlle Jourdan Gagneur : Les hémorragies utérines survenant après la ménopause en l'absence de lésions cervicales.

Mardi 29 juin. — II. Jury : MM. Carnot, Maurice Villaret, J. Besançon, Lévy-Valensi. — M. Bonnot : Contribution à l'étude du carbone végétal intra-veineux en thérapeutique humaine. — M. Nefussy : Gynécomastie au cours d'un cancer métastatique du testicule (Etude clinique et histologique). — M. Coste : Contribution à l'étude des recto-colites ulcéreuses de cause inconnue. — M. Pouget : Les données récentes sur les pneumothorax suffocants. — M. Vassilckowsky : A propos d'un cas de spasme du larynx révélateur d'un tabès latent. — Mme Reichman : Hyperpituitarisme et diabète bronzé. — Mlle Abadie : Cynélyse et érythrodialyse.

III. Jury. — MM. Laignel-Lavastine, Sergent, Lian, Mlle J. Lévy. — M. Clotteau : Le purpura gastrique solitaire. Purpura chronique exclusivement stomacal. — M. Krewer : Contribution à l'étude de la spondylose rhizomélique. — M. Bosvieux : Les tuberculoses traumatiques. — M. Veau : Contribution à l'étude de la vitesse de sédimentation globulaire au cours de la syphilis. — Mlle Gauthereau : Le dosage pondéral de la fibrinémie. Sa valeur sémiologique, en particulier dans les affections hépato-biliaires. — Mlle Huguet : Les septicémies à pneumocoques chez les enfants. — Mlle Kroudria-Kiriloff : Souffle continu de la veine cave supérieure.

Le Gérant : R. Thiron

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

4 AOUT

Par décret du 20 juillet 1937, le titre de professeur honoraire de leur Faculté respective a été décerné à :

UNIVERSITÉ D'ALGER : M. Poujol, ancien professeur à la Faculté de médecine.

UNIVERSITÉ DE LILLE : MM. Bué, Potel, Le Fort, anciens professeurs à la Faculté de médecine.

UNIVERSITÉ DE LYON : MM. Nicolas, Nové-Josserand, Paviot, Villard, anciens professeurs à la Faculté de médecine.

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER : MM. Pavillard, ancien professeur à la Faculté de médecine.

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE : MM. Bardier, Rispal, Sorel, anciens professeurs à la Faculté de médecine.

Nomination de professeur de Faculté.

Par décret en date du 30 juillet 1937, rendu sur le rapport du ministre de l'Education nationale, M. LÉVY-SOLAL, agrégé libre, est nommé, à compter du 1er novembre 1937, professeur de clinique obstétricale (Pitié) à la Faculté de médecine de l'Université de Paris (dernier titulaire de la chaire : M. Jeannin).

M. CHIRAY, agrégé libre, est nommé, à compter du 1er novembre 1937, professeur d'hydrologie thérapeutique et climatologie à la Faculté de médecine de l'Université de Paris (dernier titulaire de la chaire: M. Villaret).

Réponses des ministres aux questions des parlementaires

Situation d'un tâcheron bûcheron au regard ; 1° de la loi sur les accidents du travail : 2° de la loi sur les Assurances sociales : 3° de la loi sur les allocations familiales.

3.624. — M. Jean DESCHANEL demande à M. le ministre du Travail quelle est la situation au regard : *a)* de la loi sur les accidents du travail ; *b)* de la loi sur les Assurances sociales ; *c)* de la loi sur les allocations familiales, du tâcheron bûcheron effectuant à forfait ou aux pièces, avec ses propres outils, seul ou avec l'aide des membres de sa famille, ou avec l'aide de compagnons engagés et rémunérés exclusivement par lui, un travail accompli à son gré, sans limitation de durée, hors de la surveillance de l'entrepreneur avec lequel il a traité : 1° quand il travaille d'une façon habituelle et régulière pour cet entrepreneur de manière à en tirer sa principale source de gains ; 2° quand il ne travaille pas d'une façon habituelle et réuglière pour cet entrepreneur mais pour plusieurs personnes et que ces travaux à tâche constituent cependant la principale source de ses moyens d'existence. (*Question du* 21 *mai* 1937.)

Réponse. — Sous réserve expresse de la décision des Tribunaux seuls compétents pour statuer souverainement à l'occasion des cas d'espèce qui leur sont soumis, il apparaît qu'un tâcheron bûcheron tra-

vaillant avec ses propres outils, seul ou avec l'aide de compagnons engagés et rémunérés par lui et en dehors de toute surveillance de l'entrepreneur avec lequel il a traité est lié à ce dernier par contrat d'entreprise et que conformément à la jurisprudence actuelle il ne peut, en l'absence d'un contrat de travail, bénéficier de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail. Ainsi que l'a précisé un arrêt de la Cour de cassation en date du 25 novembre 1936, il résulte de l'article 1er, paragraphes 2 et 3 du décret-loi du 28 octobre 1935 modifiant le régime des Assurances sociales applicable aux professions agricoles et forestières comme aux professions commerciales et industrielles, que la qualité du salarié, en tant qu'elle implique un lien de subordination entre travailleur et employeur, n'est pas une condition indispensable à l'assujettissement aux Assurances sociales, et que, par application de ce texte, est assuré obligatoire tout Français ou Française travaillant pour un ou plusieurs employeurs quelle que soit la forme ou la nature du contrat qui les lie, sous la seule condition que leur rémunération annuelle, quelle qu'en soit la nature, ne dépasse pas les chiffres-limites de 25.000 ou 21.000 francs suivant qu'ils ont ou non des enfants à charge. Le bénéfice de la loi du 11 mars 1932 sur les allocations familiales étant subordonné à l'existence d'un contrat de travail ou de louage de services, quel que soit le mode de rémunération du travail effectué, un tâcheron bûcheron ne peut bénéficier de ladite loi que s'il est lié à son ou ses employeurs par un contrat de cette nature. Lorsque ledit tâcheron travaille habituellement avec l'aide de ses enfants majeurs ou de compagnons engagés et rémunérés exclusivement par lui, il est tenu, comme tout employeur occupant habituellement des ouvriers ou employés, de s'affilier à une Caisse de compensation et d'y déclarer ses enfants majeurs ou les ouvriers qu'il occupe.

(*J. O.*, 19 juillet.)

Assurances sociales. Droit à l'assurance-maternité en cas d'accouchements rapprochés.

3.757. — M. Henri Becquart expose à M. le ministre du Travail : *a*) qu'aux termes de l'article 9, § 6, du décret-loi du 28 octobre 1935, l'assurée, pour avoir droit à l'assurance-maternité, doit avoir subi sur son salaire une retenue d'au moins 60 francs au cours des quatre trimestres civils précédant celui de l'accouchement, dont 15 francs au moins durant le premier de ces trimestres ; *b*) que cette dernière condition ne se trouve parfois pas remplie, malgré leur bonne volonté, par les assurées ayant eu un précédent accouchement dans ce même trimestre de référence ; *c*) qu'une circulaire ministérielle du 16 décembre 1936 a admis, par mesure exceptionnelle, et en raison de cette situation particulière, que les Caisses pouvaient accorder les prestations de l'assurance-maternité, mais seulement dans les cas où l'insuffisance

de cotisations dans le premier des quatre trimestres résulte d'accouchements survenus en 1935 ; *d*) que la même situation est créée aux assurées ayant eu un précédent accouchement en 1936 ; et demande si la circulaire du 16 décembre 1936 ne peut être étendue aux accouchements postérieurs à 1935, car il est non seulement illogique, mais inhumain, de refuser le droit aux prestations dans des circonstances absolument identiques en se basant uniquement sur une différence d'année. (*Question du* 1er *juin* 1937).

Réponse. — Réponse négative. Les mesures transitoires prévues par la circulaire ministérielle du 16 décembre 1936 se justifiaient par le fait que pour les accouchements postérieurs au 31 mars 1936, et dont le premier des quatre trimestres de référence se plaçait dans l'année 1935, l'assurée ne pouvait prétendre, pour ce trimestre, ni au bénéfice des cotisations forfaitaires de l'article 9 du décret-loi du 28 octobre 1935, ni au bénéfice des dispositions légales de l'ancienne législation qui assimilaient les journées de repos de l'assurance-maternité à des journées de cotisation. Désormais, si le premier des quatre trimestres civils précédant l'accouchement est postérieur au 31 décembre 1935, l'assurée a droit aux cotisations forfaitaires de l'article 9 précité qui lui permettent de conserver ses droits en cas de maladie ou d'accouchement ultérieurs.

(*J. O.*, 29 juillet).

Assurances sociales. Droit aux prestations de l'assurance maladie en cas de passage du régime ordinaire à un régime spécial.

3.758. — M. Jean Castagnez expose à M. le ministre du Travail : *a*) Que l'assuré X... a été affilié à la Caisse départementale des Assurances sociales jusqu'au 30 novembre 1935 ; *b*) Qu'à partir du 1er décembre 1935 il a été radié de la Caisse départementale comme bénéficiaire d'un régime spécial (ouvrier aux établissements militaires) ; *c*) Que son enfant âgé de deux ans est tombé malade le 13 janvier 1936 ; *d*) Qu'il a adressé à la Caisse départementale une feuille de soins spéciaux et que la Caisse départementale a refusé les prestations réclamées parce que l'assuré n'avait acquitté, pendant le trimestre de référence (quatrième trimestre 1935) que 48 cotisations journalières pour les mois d'octobre et de novembre 1935 ; *e*) Que l'assuré s'est alors adressé pour réclamer les prestations au nouvel organisme auquel il est affilié depuis le 1er décembre 1935, c'est-à-dire aux établissements militaires (régime spécial) mais que le nouvel organisme lui a refusé les prestations en s'appuyant sur l'article 4 du décret du 6 juillet 1931 ; *f*) Que cet assuré, passant au cours d'un trimestre du régime ordinaire des Assurances sociales à un régime spécial, se voit refuser par l'ancienne Caisse et la nouvelle les prestations auxquelles il prétend avoir droit, et ces prétentions semblent justifiées car il a acquitté sans interruption pendans le quatrième tri-

mestre 1935 (trimestre de référence) ses obligations respectives auprès des deux organismes d'Assurances sociales auxquels il a été affilié ; et demande quel est celui des deux organismes qui doit les prestations. (*Question du 1er juin 1937*).

Réponse. — Le régime spécial d'assurance auquel l'intéressé est soumis depuis le 1er décembre 1935 ne peut prendre en charge une maladie de janvier 1936, les conditions d'affiliation exigées par l'article 4 du décret du 6 juillet 1931 n'étant pas remplies. En conséquence, c'est la Caisse à laquelle l'assuré était affilié avant le 1er décembre 1936 qui est débitrice des prestations, quels que soient les versements dont l'assuré justifie à son égard, dès l'instant, bien entendu, que l'intéressé remplissait au cours du trimestre de référence les conditions de versements requises par la loi du 30 avril 1930, compte tenu des cotisations acquittées sous le régime spécial postérieurement au 1er décembre 1935.

(*J. O.*, 29 juillet).

● ● ●

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE

« Le Sou Médical »

Au cours de sa réunion du 3 août 1937, le Conseil a prononcé les admissions suivantes :

12.718 AVENIER, Sèvres (Seine-et-Oise). Ass. des ext. et anciens ext.

12.719 BERNARD, Avrille (Vendée). Synd. méd. de la Vendée.

12.720 BONVALLET, Angers (Maine-et-Loire). Synd. d'Angers-Ville.

12.721 BRADY, Champigneulles (Meurthe-et-Moselle). Synd. des méd. de Meurthe-et-Moselle.

12.722 COQUATRIX, Fos-sur-Mer (Bouches-du-Rhône). Ancien membre du Sou.

12.723 DAIGNAS, Mérignac (Gironde). Synd. prof. des méd. bordelais.

12.724 DUPERTOUT, Saugnac-et-Muret (Landes). Parrains : Docteurs Aupicon et Lagrave

12.725 GALPERIN, Candas (Somme). Synd. des méd. de la Somme.

12.726 JANKELEVITCH, 75, boulevard Exelmans, Paris (XVIe). Parrains : Docteurs Wind et Vilensky.

12.727 LATARGEZ, Aniche (Nord). Parrains : Docteurs Helbecque et Raoul Vincent.

12.728 Marchand, 76, rue Jean-Bart, Lille (Nord). Synd. méd. de Lille.

12.729 Merredieu, Périgueux (Dordogne). Parrains : Docteurs Faguet et Fructus.

12.730 Perrin, Royat (Puy-de-Dôme). Synd. méd. de Royat.

12.731 Quilichini, Ajaccio (Corse). Synd. méd. d'Ajaccio.

12.732 Veyrac, Roquefort (Aveyron). Parrains : Docteurs Laur et Razimbaud.

12.733 Zuckman, Rochefort-Montagne (Puy-de-Dôme) Parrains : Docteurs Rosenfeld et Piollet.

Ces admissions deviendront définitives si elles ne font l'objet d'aucune protestation dans les quinze jours de la présente publication (art. 5 des statuts).

La Ligue médicale de Défense professionnelle : « **Le Sou Médical** » a deux objets principaux :

1° Tout d'abord elle garantit ses membres contre les risques de responsabilité professionnelle à concurrence d'une somme de 100.000 francs. Et cette garantie est portée à 500.000 francs pour ceux d'entre eux qui sont en même temps abonnés au *Concours Médical*.

2° En outre, elle leur donne conseils et soutien dans toutes les difficultés et les procès d'ordre professionnel.

• •

CORRESPONDANCE

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

6.032 — Frais de déplacement des médecins pour les assurés-assistés

Dans le département, le tarif des visites pour indigents est ainsi établi : 13 francs par visite dans un rayon d'un kilomètre, pour les visites éloignées ; 13 francs plus 3 francs par kilomètre aller et retour, le premier kilomètre n'étant pas compté. Exemple : une visite à 6 kilomètres : 13 + 15 = 28 francs. La visite du dimanche et de nuit est comptée double = 26 francs.

Pour les indigents assurés sociaux, une Circulaire préfectorale nous apprend que les honoraires sont réglés conformément au tarif de responsabilité des Caisses soit :

Visite : 12 francs dans un rayon d'un kilomètre.

Visite du dimanche : 15 fr. 60.

Visite de nuit : 24 francs.

Pour le calcul de l'indemnité kilométrique, il y a lieu d'appliquer le tarif actuellement pratiqué dans le Service départemental d'Assistance médicale gratuite.

Je trouve absolument injustifié qu'une visite soit

payée moins cher pour un indigent assuré social que pour un indigent tout court. S'il est déjà inéquitable qu'un kilomètre nous soit subtilisé dans le calcul de l'indemnité kilométrique lorsqu'il s'agit d'indigents, cela l'est encore bien plus dans le cas d'indigents assurés sociaux.

De cette façon, ce sont les médecins qui supportent ce qui devrait l'être par les communes et personne ne proteste ! Peut-être n'y a-t-il rien à faire en effet.

Nous sommes mûrs pour être fonctionnaires. Cependant, je voudrais bien avoir l'avis du *Concours Médical*.

Dr G.

Réponse

Vous êtes bien renseigné au sujet du tarif des assurés assistés. Pour les visites ou interventions, les prix sont ceux du tarif de responsabilité (pas de « remboursement » qui est inférieur de 20 %) des Caisses. Pour les indemnités de déplacement, c'est celui de l'Assistance médicale gratuite, en vigueur dans le département. Toutefois, il est dit dans le Règlement intérieur type des Caisses (Arrêté du 30 janvier 1937) à l'art. 21 : « Lorsque le malade ne pouvant se déplacer, les frais médicaux comprennent les frais de déplacement du praticien, ceux-ci sont remboursés par la Caisse dans la limite de son tarif de responsabilité... »

Il s'ensuivrait donc qu'il n'est pas indispensable que ce tarif soit celui de l'Assistance médicale gratuite. Il y a là un point que le Syndicat régional pourrait examiner avec les Caisses... Je vous cite cet article à tout hasard car d'ordinaire, c'est le tarif d'Assistance médicale gratuite qui est employé par les Caisses, ainsi qu'il vous a été dit.

Dr Fernand DECOURT.

6.076 — « Soins » dentaires

J'ai dernièrement soigné une cliente assujettie à la loi sur les Assurances sociales : n'ayant pratiqué sur elle ni extraction, ni soins dentaires à proprement parler, mais simplement une résection de capuchon muqueux recouvrant une dent en évolution ; j'avais cru naturel de mentionner sur la feuille d'Assurances sociales, une consultation pour chacune des deux séances où je l'avais vue ; je vous précise qu'il s'agissait d'une feuille de traitement dentaire.

Or, lorsque ma cliente s'est présentée à la Caisse d'assurances sociales pour toucher son dû, on lui a dit qu'il n'y avait pas de tarif de responsabilité prévu pour une consultation dentaire, et que, par conséquent, elle n'avait droit à aucun remboursement.

Je vous demande donc :

1° S'il est exact qu'une Caisse d'assurances sociales puisse se refuser à rembourser une consultation dentaire ?

2° Dans la négative, c'est-à-dire si elle ne le peut pas, quelle conduite dois-je tenir, et quelle est la marche à suivre pour obliger la Caisse à effectuer le règlement en litige, et tous autres à venir de même nature ?

3° Enfin, dans le cas où elle aurait le droit de ne pas rembourser la consultation dentaire, — puis-je de mon côté et pour tourner en quelque sorte, l'obstacle, demander à signer à l'avenir dans des cas semblables, une feuille de soins spéciaux, et non une feuille de soins dentaires : la stomatologie constituant en effet, une des branches spéciales de la médecine, je crois pouvoir user de feuilles de soins spéciaux, tout comme un autre spécialiste. Dr L.

Réponse

Dans le « Règlement intérieur type des Caisses » (Arrêté du 30 janvier 1937) il est dit : « L'assuré qui désire obtenir pour lui ou les membres de sa famille bénéficiaires de l'assurance des prestations pour soins dentaires demande à la Caisse de lui délivrer une feuille de traitement dentaire... ». La Caisse, dites-vous, a dit à votre cliente qu'il n'y avait pas de tarif de responsabilité prévu pour une consultation dentaire et que, par conséquent elle n'avait droit à aucun remboursement.

Sans doute, dans la Nomenclature générale des actes de spécialité, il n'y a pas de K autrement que pour consultation simple. Mais il en est de même pour les chirurgiens, les oculistes et même les omnipraticiens, en bref pour tout médecin, quel qu'il soit. Quand il s'agit d'une consultation simple, les D..., chirurgien ; Y..., oculiste, Z..., dentiste n'ont pas à mettre de K, mais C ou V ou P. C. tout comme le Docteur W..., omnipraticien. Je ne vois pas comment on pourrait interdire à un médecin quelconque de soigner un assuré, de s'en faire payer la consultation et d'indiquer sur une feuille de maladie ce qu'il a fait : visite, consultation ou intervention... Qu'il s'agisse par exemple d'une incision d'abcès au pied ou à la gencive. Néanmoins devant ce refus d'une Caisse (ou de X... Caisse) il me semble qu'il y aurait lieu pour le Syndicat des stomatologistes, de s'occuper de la question et de la faire trancher officiellement.

Dr Fernand DECOURT.

SECRET PROFESSIONNEL

6.150 — Les déclarations des causes de décès et les habitudes médicales locales

Je lis dans le *Concours Médical* du 25 juillet votre article sur la déclaration des causes de décès.

Les lignes 8 et suivantes de la première colonne, page 2224 viennent singulièrement troubler la ligne de conduite que j'avais fini par adopter après avoir été bien des fois « refait ».

Lorsqu'un membre de la famille d'un décédé venait me demander de la part de la mairie, un certificat de décès, je lui lisais l'article 77 du Code civil : aucune inhumation ne sera faite, sans une autorisation sur papier libre et sans frais de l'officier de l'Etat-civil.....

Je lui faisais comprendre que sa déclaration ayant été faite à la mairie, il n'avait aucune dépense à engager à ce propos, que si la mairie tenait absolument à avoir un certificat médical, elle devait m'en aviser par une lettre signée du maire.

En général, la mairie n'allait pas plus avant. Si je recevais une lettre, j'allais constater le décès et rédigeais pour la mairie un certificat souvent ainsi conçu :

« Je soussigné, etc., certifie avoir examiné le corps du..... Le décès est constant, il paraît avoir eu lieu tel jour, telle heure. »

Dans le cas de suicide ou d'accident mortel (n'ayant pas été le médecin traitant), je donnais un certificat détaillant les causes du décès, et j'étais payé par la mairie.

Devrai-je changer maintenant mes errements ou devrai-je attendre que les articles 77 du Code civil et 378 vu Code pénal soient modifiés par une loi ?

Dr L.

Réponse

Ne changez en rien vos habitudes qui sont conformes à l'état actuel de la législation. Vous êtes dans la vérité.

D'ailleurs, la Circulaire interministérielle n'a aucune valeur au cas où pour faire l'économie de vos honoraires, la mairie vous l'opposerait. C'est au maire à faire lui-même la constatation des décès ou à payer les honoraires du médecin qui constatera à sa place (article 77 Code civil).

Comme aucune sanction n'est prévue par une loi, vous êtes en droit d'ignorer la fameuse Circulaire ministérielle et on ne pourra rien contre vous.

Continuez donc vos habitudes, qui sont empreintes du bon sens et conformes à notre actuelle législation.

Dr Paul Boudin.

LOYERS

5 867 — 1° Intérêts des loyers payés d'avance. 2° Exercice de la profession dans une boutique.

J'ai, déposée chez mon propriétaire, la somme de 8.000 francs montant de 6 mois de loyer d'avance ; mon bail finissant le 31 octobre 1937, ai-je le droit, de réclamer à mon propriétaire l'intérêt de cet argent, à quel taux et depuis quelle date ?

2° Quand on a appliqué la réduction de 10 % (décrets Laval) sur les loyers, mon propriétaire s'est refusé à me dégrever prétextant que du moment où j'exerçais en boutique ma profession, mon loyer

devait être considéré comme commercial, ai-je maintenant le droit de lui demander la restitution de cette différence ; mon loyer étant de 16.000 francs, c'est 1.600 francs qu'il a perçu en trop par an. Si j'ai bonne mémoire, c'est depuis juillet 1935 que ce décret-loi a été appliqué.

Réponse

1° En vertu de l'art. 22 de la loi du 1er avril 1926, « à dater de la promulgation de la loi, tous loyers payés d'avance, sous quelque forme que ce soit et même à titre de garantie, porteront intérêt au profit du locataire au taux pratiqué par la Banque de France pour les avances sur titres, pour les sommes excédant celle qui correspond au prix du loyer de plus d'un terme. Défalcation sera faite de cet intérêt sur les quittances de loyer des deuxième et quatrième trimestres en cas de règlement trimestriel, et des sixième et douzième mois si le payement se fait par mensualité. Toutes clauses et conventions contraires seront frappées de nullité absolue ».

Si l'immeuble que vous habitez tombe sous le coup de cette loi et de la loi du 29 juin 1929 qui l'a modifiée et complétée, c'est-à-dire s'il a été construit avant la guerre, vous êtes en droit d'exiger de votre propriétaire le paiement des intérêts prévus à l'art. 22 depuis le versement entre ses mains du dépôt de garantie de 8.000 francs correspondant à six mois de loyer. Les intérêts ne doivent être comptés que sur la moitié de cette somme, c'est-à-dire 4.000 francs.

2° Le fait que vous exerciez votre profession dans un local situé au rez-de-chaussée de l'immeuble et ouvrant directement sur la rue, ne saurait modifier le caractère de votre profession qui reste une profession libérale et non commerciale. Par conséquent, vous aviez droit depuis le 16 juillet 1935, à la réduction de 10 % sur le principal de votre loyer prescrite par le décret-loi Laval.

Actuellement, vous pouvez encore exiger la restitution du trop-perçu depuis le 16 juillet 1935 et refuser pour les termes à venir, de payer vos quittances si elles ne tiennent pas compte de la réduction de 10 %.

5.809 — Réduction de 10% sur les loyers

Je paie un loyer de 6.000 francs qui est un taux très élevé pour l'immeuble que j'occupe.

Cependant mon propriétaire ayant été jusqu'alors très arrangeant je n'avais pas demandé à bénéficier de la réduction de 10 % lorsque la loi a été promulguée.

Suis-je en droit d'en réclamer maintenant le bénéfice ?

Réponse

Le décret-loi du 16 juillet 1935 a prescrit une réduction de 10 % sur tous les loyers des locaux à usage d'habitation ou professionnel.

Par un décret ultérieur, cette réduction a été réduite à 8,5 % lorsque les charges se trouvent comprises dans le prix global du loyer.

La réduction de 10 % ou de 8,5 % est due de plein droit aux locataires depuis le 16 juillet 1935 et toutes clauses ou conventions qui tendraient à lui faire échec sont nulles et non avenues.

En conséquence, non seulement votre propriétaire ne peut continuer à exiger de vous l'intégralité du loyer fixé au bail, mais encore il vous doit la restitution du trop perçu depuis le 16 juillet 1935.

6.349 — Renouvellement du bail d'un médecin

Titulaire pour mon cabinet d'un bail commercial 3-6-9 ayant débuté en avril 1930, je vous serais très reconnaissant de me faire savoir quand et comment je dois demander au propriétaire le renouvellement de ce bail (car j'ai entendu dire que ces demandes de renouvellement devaient être faites dans le délai de 24 à 18 mois précédant l'expiration du bail).

Réponse

En vertu de la législation sur la propriété commerciale, les locataires qui désirent obtenir de leur propriétaire un renouvellement de bail doivent en faire la demande par exploit d'huissier dans le délai maximum de deux ans et minimum de dix-huit mois avant la date d'expiration du bail.

Mais nous devons vous faire remarquer que si vous vous bornez à exercer votre profession de médecin dans les locaux qui vous ont été loués, sans y hospitaliser de malades, vous n'exercez pas une profession commerciale, mais une profession libérale. Il en résulte que vous n'avez nullement à solliciter le renouvellement de votre bail dans les formes prévues par la loi sur la propriété commerciale, mais que, par contre, vous serez sans doute appelé à bénéficier des prorogations nouvelles que doit accorder aux locataires de locaux à usage d'habitation ou professionnel une loi actuellement en préparation qui doit être votée avant le 1er janvier prochain.

Cinquante-neuvième année — N° 35 — 29 Août 1937

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN



- sommaire -

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	60 fr.	Belgique et Luxembourg...	70 fr.
Etudiants	35 fr.	Première Zone	85 fr.
Le Numéro...........	1.25	Deuxième Zone..........	110 fr.

Abonnés du Concours exerçant dans les stations d'altitude

Nous rappelons à nos abonnés qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :
Annecy. Lortet, Pierron.
Aubure (Haut-Rhin), Borg.
Chamonix. de Chabanolle (*enf. cure hélio-alpine*)
Jougne. (Doubs). Charlin.
Lajoux (Jura), L. Benoit-Jeannin.
La Louvesc (Ardèche). J. Goubert.
Langogne (Lozère). Adrien Forestier.
Maîche (Doubs). J. Chatelain.
Mégève. Marcel Grenet, Jacqueline Grenet-Gazamian (*enf.*)
Mouthe (Doubs). R. Paindestre.
Osséjà (Pyr.-Or.) J. Avérous.
Pau (Basses-Pyr.). Cornet.
Saint-Gervais. Roux.
St-Pierre-de-Chartreuse. Brianes.
Vernet-les-Bains. Ponson.
Villard-de-Lans. Bassaguet (*mal. enf.*), Suau (*mal. enf.*)

Abonnés du Concours exerçant dans les stations balnéaires et climatiques

MM. les docteurs :
Antibes-Juan-les-Pins. Claudel (chir. ur.).
Ars (Ile de Ré), J. Moinet.
Bandol-sur-Mer. E. Charmot et E. Rozet (*cure hélio-mar.*), L. Marçon.
Banyuls-sur-Mer. E. Panis, Parcé.
Berck-Plage. Bouquier, H. Loze, Ménard, Tridon, Richez.
Biarritz. Clavel, Lacour, Pitchalsky (*méd. gén. Stom.*) M. Pourquié (*chir.*) G. Pourquié (*o. r. l.*)
Boulou (Le) (Pyr.-Oles) M. Basman.
Cannes. Abadie, Bourgeois-Gavardin, P.-E. Bousquet, Escarras, P. Houssiaux, Joublot, Gérard Monod, Roques, Stauder.
Carnac-Plage. E. St-Martin.
Cassis-sur-Mer. Agostini.
Cayeux-Brighton-sur-Mer. Colleu (orthopédie).
Croix-de-Vie. Cristau.
Crozon-Morgat. E. Donard.
Deauville. Molina.
Dinard. Badin.
Douarnenez. Damey.
Fouesnant-Beg Meil. Legal.
Grau du Roi (Gard). Ramain.
Hendaye. Th. Casenave.
Le Boulou. J. Noguès.
Mimizan-Plage (Landes). Froustay.
Nice. Faure, M. Leiongt, Nicolas, Trutié de Vaucresson (*chir.*)
Ouistreham-Riva-Bella. Ch. Poullain.
Paramé. Bazin.
Pau. Dr Cornet.
Roscoff. Bagot père, Stéphan.
Saint-Aubin-sur-Mer. (Calvados), Em. Quiquemelle.
St-Georges-de-Didonne. Maudet.
Saint-Jean-de-Luz. J. Reboul.
Ste Maxime-s/Mer. E. Bausset, Ficonetti.
St-Quay-Portrieux. Bertrand
Saint-Raphaël. Boulle, Léon Clément (*chir.*), M. Rochette (*stom.*), Roux de Laroque (*Gyn. enf.*)
Saint-Servan. Huet.
Sables-d'Olonne. Pelletier.
Sanary-sur-Mer. Gaillard.
Trébeurden. Royer.
Villars-de-Lans. Bassaget.

Renseignements

« **La Soleillette** » Bandol-sur-Mer (Var). Soleil. Régime.

Vous avez l'air triste, c'est votre estomac qui fonctionne mal et qui vous fait souffrir. Il vous donne des idées noires, et la vie vous paraît un fardeau. Revenez vite et sûrement à la joie en suçant 4 à 6 TABLETTES DE MANGAÏNE par jour.

Héliothérapie. Maison santé Hélios. Dr BRODY, Grasse.

AVIS

Renouvellement des Abonnements

En raison des *frais élevés* qu'entraînent actuellement les recouvrements, nos abonnés ont tout intérêt à nous adresser leur réabonnement (60 fr.), par virement postal ou chèque postal au nom du *Concours Médical*, compte Chèques postaux : Paris 167-95.

Changements d'Adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 fr. 50 pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande).

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du Concours Médical, *Paris* 167-95.

Nº 217. — Bretagne. A vend. pr rais. santé, très gros poste pro-pharmac., proxim. mer, seul médec. chef-lieu canton, 15 km. tout confr., pas de sage-femme. Partie comptant, facilités pour le reste.

Nº 218. — Doct. inventeur d'un précieux auxiliaire de défense anti-gaz, céderait marque déposée à groupe financier désirant entrepr. exploitat. commerciale.

Nº 219. — Doct. installé banl. Paris, avec grande propriété, cherche deux malades pensionn. en traitement, non contagieux, pour un mois et plus.

Nº 220. — A céder, pour rais. santé, excell. poste dans stat. balnéaire Océan très fréquentée. Maison avec bail, eau, gaz, électr.

Nº 221. — Marseille. A vend. à confr., joli appartem., 5 p., 301, Bd Chave, confort moderne, quartier avenir, ascens., ch. cent., s. bains. Prix 70.000. S'ad. Dr Coulange. 128, cours Lieutaud, à Marseille.

Nº 222. — Loiret. Poste pro-pharm. 30 km. Orléans, bon rapport. Maison avec jardin. A céder 30.000, dont 20.000 compt., plus 6.000 frs pour pharmacie et access.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet Breitel et Goret

1, rue Dante, Paris (5e). - Tél. : Odéon 36-46

Est. Poste industriel, laissant gros bénéf., peu déplac., belle maison neuve. Cession urgente : petit comptant.

Grde Banlieue. Anc. client méd. gle avec fixes import. Prix 50.000.

1 h. 1/2 Paris. Grde ville, client. méd. gle. Assur. soc., acc. trav., bon renseignem., pour cause santé. Prix 30.000 cpt.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Faculté de médecine de Paris.** — *Cours sur l'art d'explorer les urinaires*, par le Professeur Maurice Chevassu, chirurgien de l'hôpital Cochin, avec la collaboration de MM. Gautier, Lazard et Moret, assistants du service, du lundi 30 août au mardi 7 septembre.

Le cours aura lieu tous les matins, à 10 heures, au pavillon Albarran, hôpital Cochin.

— **Ecole de médecine de Besançon.** *Cours de vacances d'anatomie.* — Comme chaque année, le cours de vacances d'anatomie de l'Ecole de médecine de Besançon ouvrira le 21 septembre et se terminera le 17 octobre.

Ce cours est destiné à préparer les étudiants à leurs stages de clinique en leur faisant disséquer les organes thoraciques et abdominaux. En raison également de la courte durée des études d'anatomie, il donne à ceux qui le suivent une avance notable sur leurs camarades.

Les élèves suivent le matin les cliniques hospitalières, où un accueil spécial leur est réservé. De plus, afin de ne pas faire perdre aux étudiants le bénéfice d'une partie de leurs vacances, le cours est entrecoupé d'excursions, de visites de musées et d'établissements, de façon à leur faire connaître cette région extrêmement intéressante qu'est la Franche-Comté. Le droit à verser est de 200 francs.

S'adresser, pour tous renseignements complémentaires, à M. Duvernoy, professeur d'anatomie, Ecole de médecine, Besançon (Doubs).

— **Hôpitaux de Lyon.** *Concours de médecin des hôpitaux.* — Le dernier concours de médicat des hôpitaux de Lyon, s'est terminé le 8 juillet par la nomination du Docteur Paul Lagèze, ancien chef de clinique médicale à la Faculté, à qui nous adressons nos plus sincères félicitations.

— **Ire Semaine médicale internationale de Salsomaggiore.** — Du 29 août au 5 septembre aura lieu, sous la présidence du sénateur professeur Nicolas Pende (de Rome), une réunion médicale où l'on entendra des conférences de MM. P. Delore (de Lyon), N. Pende (de Rome), Temesvary Miklos (de Budapest), Cawadia (de Londres), Accohci (de Gênes), Vignes (de Paris), Théodor Brugsch (de Berlin), Seitz (de Francfort), Alferi (de Milan), Aschner (de Vienne), Martiny (de Paris), Cova (de Turin), Daniel (de Bucarest), Gaifami (de Rome).

Un programme de fêtes, de réceptions et d'excursions est prévu autour du programme scientifique.

Secrétariat général : Regie Terme Berzieri, à Salsomaggiore (Italie).

— **Quatrième Congrès de psychothérapie et de psychologie comparée.** — L'ouverture du Congrès a eu lieu le 16 juillet sous la présidence du Professeur

Pierre Janet, assisté de MM. le Docteur Bérillon, président du Congrès ; le Docteur Marcel Viard, secrétaire général ; le Professeur Maranon (de Madrid) ; le Docteur Ch. Sampson (de Londres) ; le Docteur Legrain, médecin honoraire des Asiles de la Seine ; le Docteur Popesco (de Sibiu, Roumanie) le Professeur Franquet (de Reims).

La séance inaugurale fut consacrée aux communications sur l'hypnotisme. M. Pierre Janet démontra avec éloquence qu'il fallait s'attendre à ce que, d'une façon périodique, le problème de l'hypnotisme et de son utilisation thérapeutique réapparaisse sous des noms variés. En réalité, il s'agit des mêmes faits présentés sous des noms nouveaux et interprétés d'une façon différente. L'hypnotisme demeure l'élément essentiel de ce gouvernement des esprits.

Le banquet, présidé par le Professeur Maranon (de Madrid), fut suivi d'agréables réceptions, parmi lesquelles il convient de mentionner un lunch offert par l'Ecole de psychologie et la Société de psychothérapie avec un brillant concert dirigé par M. Gaston Bardout, de l'Opéra ; une visite au Zoo sous la direction de M. le Professeur Urbain et une brillante garden-party organisée par Mme la Doctoresse Laraque dans les beaux jardins de M. l'Ambassadeur de Fontenay, à Versailles.

— **Hôpital civil de Belfort.** *Internat.* — Deux postes d'internes seront vacants pour le 15 octobre 1937. Ce concours sur titres est réservé aux étudiants français ayant au moins 16 inscriptions, externes des hôpitaux et de préférence admissibles à l'internat des villes de Faculté.

Engagement minimum d'un an (400 francs par mois, nourri, logé, blanchi. Un mois de congé par an).

Pour tous renseignements, écrire au directeur de l'établissement.

— **Légion d'honneur.** — Dans les récentes promotions du Ministère du Commerce, nous relevons avec plaisir le nom de M. Edmond Deschiens, directeur des laboratoires bien connus de produits pharmaceutiques, promu au grade de commandeur de la Légion d'honneur.

Nous sommes heureux de lui adresser nos plus sincères félicitations.

— **Naissances.** — Madame Henri Leduc, docteur en médecine, et le Docteur Henri Leduc nous font part de la naissance de leur fille *Jacqueline.*

Pont-de-l'Arche (Eure), le 11 août 1937.

Nos sincères compliments.

— Marie-Thérèse, Jean-Pierre, Etienne, Clotilde, Philippe Draillard ont la joie de nous annoncer la naissance de leur petit frère *Yves.*

Le Candais-Chalonnes-sur-Loire (Maine-et-Loire), le 14 août 1937.

Toutes nos félicitations à la belle famille médicale de notre confrère le Docteur R. Draillard.

A TRAVERS L'OFFICIEL

10 AOÛT

Sanatoriums publics

Par arrêté en date du 4 août 1937, M. le Docteur Thomson, médecin adjoint au sanatorium de Plougoven (Finistère), a été nommé médecin directeur du sanatorium de Meynardie (Dordogne).

Par arrêté du ministre de la Santé publique en date du 4 août 1937, M. le Docteur Lecoq a été nommé médecin adjoint des sanatoriums publics et affecté au sanatorium des Tilleroyes, près Besançon (Doubs).

11 AOÛT

Légion d'honneur

Sont promus ou nommés dans la Légion d'honneur, au titre du ministère des Pensions :

Officier : M. le Docteur Ponroy, médecin chef du service maxillo-facial du ministère des Pensions.

Chevalier : M. le Docteur Targowla, surexpert près le Centre de réforme de Paris.

12 AOÛT

Est nommé chevalier de la Légion d'honneur, au titre du ministère de la Santé publique : M. le Docteur Demahis, de Cérilly (Allier).

Asiles publics d'aliénés

M. le Docteur de Boucaud, médecin directeur à l'asile de Saint-Lizier (Ariège), a été affecté sur sa demande en qualité de médecin-chef de service à l'asile public autonome de Cadillac.

M. le Docteur Pouffary, médecin chef de service à l'asile de Pont-Labbé-Picauville (Manche), est affecté sur sa demande à l'asile public d'aliénés de Lafond (Charente-Inférieure).

M. le Docteur Guilbert, reçu au concours du médicat des asiles en 1936, est nommé médecin-chef de service et affecté en cette qualité à l'asile public autonome d'aliénés de Bailleul, en remplacement de M. le Docteur Toye.

13 AOÛT

Récompenses honorifiques pour actes de courage et de dévouement

Médailles d'or : MM. les Docteurs Quenouille, Dorosoy et Boyer, de Villeneuve-Saint-Georges.

Médaille d'argent de 1re classe : M. le Docteur Hervy, de Juvisy.

Légion d'honneur

Sont nommés chevaliers de la Légion d'honneur, au titre du ministère de l'Education nationale : MM. les Docteurs Arlaud et Dieulafé, de Toulouse.

Enseignement de la médecine

Par arrêté du ministre de l'Éducation nationale en date du 12 août 1937, la chaire d'anatomie pathologique (dernier titulaire : M. Hoche) de la Faculté de médecine de Nancy est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à dater de la publication, est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

Pensions militaires

Décret du 6 août 1937 fixant la rétribution des médecins examinateurs et vérificateurs

Art. 1er. — Les médecins chargés des expertises sur pièces, nécessaires à l'instruction des affaires ressortissant à la direction du contentieux et des services médicaux (bureau des Tribunaux de pensions et du contentieux), sont rétribués dans les conditions déterminées ci-après :

Par heure de travail effectif : une vacation fixée à 14 francs pour les médecins examinateurs et à 18 francs pour les médecins vérificateurs, chaque médecin devant fournir un rendement horaire minimum à fixer par décision du ministre des Pensions.

En aucun cas, les médecins visés ci-dessus ne pourront faire plus de quarante-huit heures de travail par semaine.

Art. 2. — Le ministre des Pensions et le ministre des Finances sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal Officiel* de la République française.

La retraite du médecin

Nous recevons du Docteur Proust, président du Syndicat médical du Var la lettre suivante :

Notre Syndicat a voté à l'unanimité à sa dernière assemblée générale l'ordre du jour ci-dessous que nous serions heureux de voir figurer dans le *Concours Médical*, lu par la majorité des médecins.

Retraite du médecin

Le Docteur Bausset présente le vœu suivant, déjà approuvé aux Assemblées générales de Brignoles et Draguignan et de nouveau admis à l'unanimité :

« Attendu que la pléthore médicale subit une ascension effrayante.

« Attendu que l'avenir est sombre tant pour le vieux praticien que pour les débutants, le Syndicat médical du Var demande que la Confédération mette sur pied, d'urgence, un projet de retraite médicale et que le projet soit soumis à l'appréciation des Syndicats en même temps que les autres projets soit de certains groupements ou de certaines individualités. »

◆ ◆ ◆

A propos de l'absentéisme et de l'impuissance relative de certains syndicats

Le Docteur Pibre, de Beaucaire, ancien médecin des hôpitaux de Nîmes, nous adresse la lettre suivante en nous demandant instamment de la publier :

Beaucaire le 6 août 1937.

Monsieur,

« L'absentéisme » est une maladie à la mode, comme le je m'enfoutisme, et la force d'inertie.

A la dernière réunion générale du Syndicat du Gard, nous étions, en tout, 30 !

Après un mot aimable de notre sympathique et dévoué président, demandant une augmentation des honoraires, trois confrères ont pris la parole :

— Le premier pour dire que le Directeur de la Caisse départementale d'assurances sociales avait écrit à un de ses clients pour qu'il se fasse faire ses injections intra-veineuses par une infirmière, raison économie.

— Le second pour dire que, depuis quelque temps le service de contrôle de la Caisse lui demandait toujours le diagnostic chaque fois qu'il avait un nouveau malade et que cela devenait odieux.

— Le troisième (votre serviteur) pour dire que depuis des mois et des mois les Pouvoirs publics ne payaient pas les honoraires pour soins aux assurés indigents et qu'il fallait, chaque fois, procéder à des citations devant les juridictions compétentes, chose absolument scandaleuse.

Savez-vous ce que le secrétaire général (chirurgien du reste), a répondu ? Eh bien, « que c'étaient là autant de questions *personnelles* à liquider par les intéressés, le Syndicat ne s'occupant que des questions *d'ordre général* » (*sic*).

Quant aux honoraires, nous savons que la visite aux réformés est à 13 fr. 50 au lieu de 15, et celle au assurés indigents à 12 francs au lieu de 15.

La cause de l'absentéisme est l'impuissance manifeste de certains Syndicats à se faire respecter, c'est simple, et triste en même temps . . .

Je tiens essentiellement à ce que vous donniez une petite place à cette lettre dans un prochain *Concours* parce que je fais partie du Syndicat et de toutes les œuvres syndicales et parasyndicales et d'avance je vous en remercie sincèrement.

Dr C. PIBRE.

Certes nous déplorons la situation que nous signale notre confrère de Beaucaire, mais nous ne sommes pas absolument de son avis sur les causes de l'indifférence de la majorité des syndiqués pour l'action de leurs syndicats. Cette indifférence pour certains est causée par leur manque d'activité et leur impuissance relative. Mais très souvent ce manque d'activité et cette impuissance tiennent à ce que les dirigeants des Syndicats ne se sentent pas suffisamment soutenus et ne sont pas certains d'être suivis en cas de conflits par la grande majorité de leurs confrères.

J. N.

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE

« Le Sou Médical »

Au cours de sa réunion du 10 août 1937, le Conseil a prononcé les admissions suivantes :

12.734 Clot, Chaumont (Haute-Marne). Synd. méd. de la Haute-Marne.
12.735 David, Tiaret (Oran). Synd. des méd. de colon. d'Algérie.
12.736 Dubois, Formerie (Oise). Synd. de l'Oise.
12.737 Dupont, Piémontré (Aisne). Ass. amicale des méd. des Etab. publics d'aliénés.
12.738 Gasne, Quimperlé (Finistère). Synd. méd. du Finistère (Quimper).
12.739 Gauthier, 20, avenue Foch, Nancy (Meurthe-et-Moselle). Synd. local.
12.740 Loth, 44, avenue Foch, Nancy (Meurthe-et-Moselle). Synd. des méd. de Meurthe-et-Moselle.
12.741 Maur, Lourdes (Hautes-Pyrénées). Synd. méd. des Hautes-Pyrénées.
12.742 Porte, Tournay (Hautes-Pyrénées). Synd. des Hautes-Pyrénées.
12.743 Quentin, Reims (Marne). Parrains : Docteurs Morange et Petit.
12.744 Rossano, 113, rue de la Tour, Paris (XVIe). Synd. méd. de la Seine.
12.745 Ségal, Reims (Marne). Synd. de la Marne.
12.746 Séguin, Le Havre (Seine-Inférieure). Parrains : Docteurs Le Nouëne et Soret.

Ces admissions deviendront définitives si elles ne font l'objet d'aucune protestation dans les quinze jours de la présente publication (art. 5 des Statuts).

CORRESPONDANCE

LOYERS

6.336. — Renonciation à la prolongation. Délai de préavis

Je suis en prorogation de bail dans l'appartement que j'occupe à l'adresse ci-dessus depuis 1911. Loyer 2.500 francs.

Je voulais quitter cet appartement le 1er juillet dernier. Pensant être à l'expiration de ma prorogation, je n'ai pas donné congé.

On m'objecte une loi d'après laquelle je suis locataire verbal depuis le 1er juillet 1936 et par conséquent dans l'obligation de donner congé.

Réponse

Puisque la valeur locative de l'appartement que vous occupez était comprise en 1914 entre 2.000 et 3.000 francs et que, d'autre part, les locaux sont affectés au moins en partie à l'exercice de votre profession, la prorogation à laquelle vous donnait droit l'art. 2 de la loi du 29 juin 1929 venait à échéance non pas le 1er juillet 1936, mais seulement le 1er juillet 1937.

Comme toutes les prorogations venant à

Voir la suite page XXXVII-2505

PROPOS DU JOUR

LE DANGER DES RÉFLEXIONS INCONSIDÉRÉES AU SUJET DES SOINS ANTÉRIEURS DONNÉS A UN MALADE TANT A L'HOPITAL QUE DANS LA CLIENTÈLE PRIVÉE

Beaucoup de personnes se croient autorisées à porter un jugement sur le médecin praticien ou sur le traitement qu'il a prescrit à un malade. Presque toujours ce jugement est péjoratif et la critique émise, sans fondement, est malveillante. Quand pareilles appréciations proviennent de profanes, cela n'a le plus souvent qu'une importance secondaire et il est permis de les dédaigner, même de les mépriser. Mais il n'en est pas de même quand la critique émane d'un auxiliaire du médecin : pharmacien, infirmière qui paraissent parler avec une certaine compétence, et quand elle provient d'un étudiant en médecine, attaché à un service hospitalier, ou d'un docteur en médecine, cela devient déplorable et souvent très dangereux. La plupart des poursuites en diffamation, la plupart des procès en responsabilité que soutient notre *Sou médical*, ont comme origine les propos inconsidérés, les appréciations téméraires d'un confrère, d'un étudiant ou d'une infirmière.

Nous avons connu jadis certains confrères qui, sans raison, uniquement pour se donner un air plus avantageux, n'hésitaient pas à qualifier le médecin traitant d'un malade qui, sous un prétexte quelconque était venu les consulter, d'âne, d'imbécile, de crétin ou de quelques autres qualificatifs de ce genre. Quelques-uns avec une élégance plus hypocrite, savaient faire preuve dans un jugement aventuré, d'une indulgence tout aussi venimeuse et dangereuse pour leurs confrères.

Nous avons relaté déjà l'histoire de ce Maître qui, appelé, il y a une trentaine d'années, au chevet d'une de nos petites malades, atteinte d'une fièvre continue dont on ne put déceler l'origine, nous demanda devant les parents avec le plus grand sérieux ; « Avez-vous cherché l'indican dans l'urine ? » Et comme nous avouions que nous n'y avions pas songé : « Comment, nous dit-il, vous n'avez pas cherché l'indican? Il faut chercher l'indican. » Et la famille, nous regardant avec méfiance, répétait : « Le Docteur n'a pas cherché l'indican ! » Nous eûmes notre revanche, l'enfant était guérie spontanément le lendemain, malgré le pronostic sérieux du Maître et son traitement qui n'avait pas été appliqué.

A l'hôpital, dans certains services, si le maître donne l'exemple, les étudiants et même les infirmières croient de bon ton de surenchérir et nos syndicats ont été fréquemment saisis de plaintes à ce sujet. Cette manie de critiquer, de blâmer, de condamner les actes d'un confrère sans connaître les raisons qui l'ont fait agir, sans savoir exactement quel était l'état du malade quand il avait été appelé à le soigner, ne date pas d'aujourd'hui et les lettres de Gui Patin nous en donnent de très nombreux exemples. Nous devons reconnaître que, sur ce point, la déontologie a fait de sérieux progrès et que les écarts de langage du personnel hospitalier sont aujourd'hui tout à fait exceptionnels. L'esprit de confraternité a largement pénétré chez nos maîtres des hôpitaux ; presque tous, sinon absolument tous, ont abandonné la morgue que certains affectaient jadis, morgue qui rendait pour le praticien leur abord difficile.

* * *

Si nous avons cru devoir aborder aujourd'hui cette délicate question, c'est parce qu'elle a été évoquée par un procès récent. Tout le monde se souvient de l'assassinat du Docteur Taubmann, un excellent praticien, doublé d'un brave

homme, que tous les confrères de son quartier estimaient, à qui ils rendirent solennellement les honneurs posthumes les plus éclatants. Il fut abattu de deux coups de revolver par le frère d'un de ses malades, mort trois mois auparavant à l'hôpital.

Le malade était un jeune homme, très aimé de sa famille, et surtout de son frère aîné, le meurtrier. Le Docteur Taubmann était depuis 15 ans le médecin de la famille qui, ayant la même origine que lui, le considérait comme un ami en qui elle avait toute confiance. Le jeune malade, atteint d'une affection du genou, fut hospitalisé, opéré et mourut à la suite de l'opération. Le chagrin de la famille et surtout du frère, le meurtrier, fut immense, et ce dernier, inconsolable, finit par se convaincre que le Docteur Taubmann était responsable de la mort. Mais voyons sur quelle base le meurtrier avait établi sa conviction, elle est précisée par ses déclarations au cours du procès en cour d'assises, procès dont Geo London donne un compte rendu détaillé dans le *Journal*.

« *L'infirmière dit à ma mère*, affirme le meurtrier, *qu'elle ne comprenait pas pourquoi on avait amené l'enfant si tardivement à l'hôpital pour le faire opérer.* »

Et peu après, il ajoute :

« Mes parents ont voulu que j'aille à l'hôpital pour savoir de quoi mon frère était mort. Je n'en ai pas eu le courage. *J'ai envoyé deux de mes amis qui ont rencontré un infirmier ou un interne qui leur a dit qu'effectivement mon frère avait été opéré trop tard.* »

Le meurtrier prétend avoir entendu dire par de bonnes âmes que le Docteur Taubmann était négligent, qu'il avait un amour-propre professionnel exagéré. D'abord il ne tint pas compte de ces propos, mais il en fut peu à peu obsédé et au bout de trois mois, la mort du Docteur Taubmann était résolue. Cependant au cours de l'instruction les experts, les Docteurs Hubert et Martin, ont déclaré que « le Dr Taubmann, blessé de guerre, n'avait commis aucune faute professionnelle dans les soins qu'il a donnés au jeune frère de l'accusé. »

Si l'infirmière interrogée par la mère et si l'infirmier ou l'interne (?) rencontrés par les amis du meurtrier, n'avaient pas parlé inconsidérément de choses d'ailleurs qu'ils ne pouvaient sainement apprécier, le Docteur Taubmann n'aurait pas été victime du crime d'un malheureux obsédé presqu'irresponsable. Ce sont eux les vrais auteurs de la mort de notre confrère.

Que ce fait serve à l'avenir de leçon.

J. Noir.

***

Un autre fait nous a été rapporté. Un chirurgien de valeur pratiqua une opération osseuse délicate sur une malade à laquelle il évita ainsi une infirmité grave et permanente. Un médecin contrôleur vint visiter la malade et se permit de mettre en doute l'efficacité de l'opération, laissant entendre le but très intéressé du chirurgien. Ce dernier prit mal la chose. Il cita le contrôleur en justice et la malade, complètement guérie, vint elle-même faire l'éloge de celui qui lui avait épargné un avenir désastreux pour elle. Le juge condamna le contrôleur imprudent et malveillant avec des attendus sévères qui seront publiés quand le jugement sera devenu définitif.

J. N.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE

(HÔPITAL DES ENFANTS MALADES)

Quelques malades vus à la consultation du lundi

Par M. le Professeur OMBRÉDANNE (1)

Ce bébé présente une *fissure* au niveau de la moitié droite *de la lèvre supérieure*. La fissure se prolonge en forme d'un sillon vers la cavité orbito-palpébrale droite, passant en dehors de l'aile du nez. On constate l'existence d'une encoche au niveau du bord libre de la paupière inférieure droite. Il s'agit d'une fissure congénitale rare, appelée le *coloboma*.

La forme de coloboma que nous observons chez ce bébé résulte de la non-coalescence entre le bourgeon frontal d'une part, et le bourgeon maxillaire supérieur d'autre part. Rapprochons cette malformation d'une autre, que je vous ai récemment montrée ici : l'absence de coalescence entre le bourgeon maxillaire supérieur et le bourgeon maxillaire inférieur, se manifestant par un allongement extrême de la commissure buccale en dehors et constituant la macrostomie.

Le bourgeon frontal se termine en bas par quatre bourgeons — les deux bourgeons nasaux internes et les deux bourgeons nasaux externes, séparés au stade embryonnaire par des fissures. La soudure ne manque jamais entre les deux bourgeons nasaux internes, semble-t-il ; par contre, l'absence de coalescence entre le bourgeon nasal interne et le bourgeon nasal externe entraîne la malformation si fréquente du bec-de-lièvre, qui, par définition, ouvre la narine. La fissure entre le bourgeon nasal externe d'une part, et le bourgeon maxillaire supérieur d'autre part, détermine la présence du coloboma. Parfois, le coloboma peut coexister avec le bec-de-lièvre et dans ce cas, la fissure qui intéresse la lèvre supérieure semble se bifurquer sous l'aile du nez ; une moitié entre dans la narine ; l'autre se prolonge en dehors de l'aile du nez vers l'œil ; il s'agit en pareil cas d'une aplasie complète du bourgeon nasal externe.

La fissure caractéristique du coloboma s'étend vers le rebord palpébral en y déterminant une encoche ; assez souvent, ce sillon se prolonge au-dessus de l'œil. Les milieux de l'œil peuvent être intéressés : l'opacité congénitale n'est pas rare . A un degré moindre on ob erve de petites brides congénitales, qui se perdent dans la conjonctive. Presque toujours cette forme de coloboma est caractérisée par l'existence d'une ou même de deux encoches au niveau de la paupière inférieure ; parfois, ces encoches se perdent dans la peau sans descendre plus bas. Le bord libre de la paupière est normal en dehors de ces encoches, tandis qu'en dedans, c'est une surface épidermique sans saillie ; nous avons observé sur une paupière inférieure à deux encoches la présence d'un petit amas rougeâtre entre ces deux encoches ressemblant à un caroncule lacrymal.

Dans le coloboma, la fissure peut s'étendre de l'œil jusqu'à la lèvre supérieure ; elle peut être différente, et se perdre sur la partie latérale du nez au niveau d'un infundibulum cutané conduisant dans la fosse nasale.

D'après la conception embryologique, le sillon de coloboma est donc bien distinct du sillon du bec-de-lièvre. C'est une malformation rare.

Quant au traitement chirurgical du coloboma associé au bec-de-lièvre, il faut envisager séparément la réparation de la partie basse et la restauration de la partie haute de la fissure. Chez ce bébé de 8 mois, on ne peut intervenir actuellement et on attendra jusqu'à l'âge d'un an au moins.

***

Le garçon que voici est âgé de 3 ans ; en le regardant debout, on constate que des deux côtés l'axe de la jambe fait avec l'axe de la cuisse, un angle à sommet interne et à sinus ouvert en dehors ; il présente donc un *genu valgum bilatéral* très marqué. En palpant le thorax, on perçoit une série de nodosités correspondant à l'union des côtes avec les cartilages costaux ; ce chapelet costal monte de chaque côté, en convergeant avec le chapelet du côté opposé. Le ventre de cet enfant est gros, proéminent en avant lorsqu'il se tient debout. La déformation des genoux est évidemment d'origi e rachitique ; la dystrophie osseuse agit dans ce cas sur les régions bulbaires juxta-épiphysaires du fémur et du tibia, en y provoquant une incurvation. Cette incurvation peut se faire en genu varum, en

---

(1) Consultation du lundi (Notes recueillies par Mme le Docteur RODZEVITCH.)

genu recurvatum et, éventualité la plus fréquente, en genu valgum. Souvent, le genu valgum rachitique s'accompagne d'un pied varus de compensation.

Aucune intervention sanglante ne doit être envisagée avant l'âge de 4 ans et demi ou 5 ans. On obtient de très bons résultats par la correction manuelle, maintenue au moyen d'appareils plâtrés successifs, changés toutes les deux ou trois semaines, chaque appareil fixant une attitude de correction en progrès sur la précédente.

En quoi consiste et comment peut se faire le redressement de genu valgum rachitique par cette méthode de traitement ? Le genu valgum rachitique est constitué par deux éléments de déformation, la déviation du genou et celle du pied, tordu en varus. On applique un grand appareil plâtré, étendu depuis la racine du membre jusqu'au pied : pendant la dessication de l'appareil, le genou est mis en varus, sans aucun degré de flexion, et le pied en valgus : au bout de quinze jours, on coupe à mi-jambe l'appareil, et on enlève sa partie inférieure. On exagère la correction du pied, et on la fixe par un plâtre raccordé à la partie restante de l'appareil. Après deux autres semaines, on enlève la partie supérieure de l'appareil et on exagère la correction du genou en fixant ce nouveau progrès par un appareil plâtré solidarisé avec la pièce inférieure ; et ainsi de suite. Cette manière de procéder permet d'obtenir l'hypercorrection voulue du genou et du pied. Ce traitement doit être prolongé longtemps : il agit non sur les os, mais sur l'ostéogénèse, qui s'accélère dans la moitié externe de l'interligne du genou, où la pression est diminuée, et se ralentit dans la moitié interne dans laquelle la pression devient plus forte. C'est Delpech qui a décrit le premier en 1828, les modifications de la croissance des os sous l'influence des pressions anormalement réparties sur les cartilages articulaires, le ralentissement de croissance au niveau des points où les pressions s'exagèrent et l'augmentation de croissance au niveau des points où les pressions diminuent ; nous désignons ce phénomène de croissance sous le nom de loi de Delpech. Les Allemands l'appellent injustement loi de Wolff : Julius Wolff n'a décrit ce phénomène qu'en 1870.

Les appareils plâtrés successifs ont pour but de guider l'ostéogénèse pour orienter la croissance qu'assure le cartilage conjugal. Il est évident que ce mode de traitement doit être appliqué pendant un délai suffisamment long et que l'attitude définitive doit être maintenue pendant 8 à 10 mois pour que les corrections obtenues soient durables.

L'âge le plus favorable pour ce traitement est environ quatre ans. Quant à cet enfant, il faut l'envoyer en attendant à la mer en mettant dans l'appareil ses membres inférieurs.

***

Cette petite fille a un angiome étendu au niveau de la fesse gauche. En examinant la région fessière, on constate une dépression sacro-coccygienne assez importante dont le fond est mince. Au-dessus de cette fossette, il existe une tumeur molle rappelant la consistance d'un fibro-lipome. Il s'agit *d'un spina bifida épidermisé* ; les membres inférieurs ne présentent pas de malformation, ni de troubles trophiques. L'enfant n'est âgée que de 8 mois et on ne peut pas intervenir actuellement.

L'épreuve radiographique nous montre qu'il y a un bouleversement complet d'ossification au niveau du sacrum : la première pièce sacrée paraît normale, mais en dessous il n'existe que des fragments osseux. La tumeur, que l'on constate, siège probablement au niveau du sacrum : il est fort possible qu'à l'intérieur de cette masse se trouve une poche kystique. Nous sommes en présence d'un spina bifida à forme bénigne, à évolution favorable, la tumeur étant recouverte d'un revêtement épidermique continu et épais sauf au fond de la dépression. Les membres inférieurs ont un développement suffisant et par ailleurs, on ne constate aucune malformation à leur niveau. Les lésions de spina bifida sont dans ce cas compatibles avec la vie et on pourra vers l'âge de deux ou trois ans songer à attaquer le kyste pour le mettre à l'abri des traumatismes et d'une rupture accidentelle ; à cet âge, le grand danger post-opératoire des interventions pour spina bifida, l'hydrocéphalie, se serait déjà produite si elle devait survenir et l'opération s'effectuera sans risque pour la vie de l'enfant. Mais, ici, l'angiome est si étendu qu'on serait obligé d'intervenir s'il augmentait de volume de façon inquiétante.

Les enfants atteints de spina bifida sont fréquemment atteints d'accidents d'hydrocéphalie. Très souvent à la suite d'une intervention, même chirurgicalement réussie, on observe l'apparition de l'hydrocéphalie qui emporte le petit malade : non que l'opération en soit a cause car il est fort probable que cet accident serait survenu en dehors de toute intervention. M. Leveuf, qui a étudié cette question, estime que dans le spina bifida exstrophié, l'apparition de l'hydrocéphalie est de règle dans tous les cas, avec ou sans opération ; dans le spina épidermisé, l'hydrocéphalie se manifeste dans 50 % des cas ; au contraire, le chiffre de pourcentage s'abaisse lorsqu'il s'agit d'une tumeur solide sans exstrophie médullaire apparente. Jadis, on estimait que l'hydrocéphalie se manifestait à cause de l'opération et on s'abstenait de toute intervention.

A mesure que l'enfant grandit, le danger de l'hydrocéphalie diminue progressivement, et le chirurgien peut opérer à l'âge de deux ans sans avoir à redouter cette complication désespérante

URTICAIRE AU FROID, MALAISES GÉNÉRAUX MORT SUBITE DANS LES BAINS FROIDS, ET HISTAMINE

Par R. Barthélemy

Ancien chef de Clinique à la Faculté

L'histamine est à la mode. Découverte en 1909 dans l'ergot de seigle par Barger et Dale, étudiée les années suivantes par Ackermann, par Berthelot et Bertrand, cette β-imidazol-éthylamine dérive de l'histidine (acide β-imidazol-α-aminopropionique), par décarboxylation, c'est-à-dire suppression d'un groupement O-CO.

On sait, comme le rappelle Perrault, que cette transformation, prévue par Berthelot pour les plaies de guerre, a été démontrée par Zunz, et que pour Dale, l'histamine intervient dans la pathogénie des phénomènes de choc se produisant chez les grands blessés.

Nous verrons qu'elle intervient aussi dans certains accidents post-opératoires.

On sait encore que Béhier, relatant à la Société médicale des hôpitaux, il y a 70 ans, son auto-observation d'urticaire par le froid, indiquait qu'il était atteint de *lipothymie*, si le séjour dans l'eau durait plusieurs minutes. (Discussion de la communication de Bourdon sur l'urticaire intermittente).

On sait enfin que certains malades jeunes, sujets ou non à l'urticaire par le froid, sont morts subitement au cours d'un bain froid, en dehors de toute circonstance « congestive » ou de tout autre accident.

Erling Skonge en a relaté en 1934 un cas bien étudié et dont voici le résumé : la malade, au cours d'un bain, éprouva de la pesanteur dans les membres, de la constriction temporale et une tendance à la syncope. Elle parvint péniblement à gagner la plage où elle tomba sans connaissance. Ranimée, elle avait des démangeaisons et une éruption d'allure urticarienne. Voulant, quinze jours plus tard, faire une nouvelle tentative, elle ressentit les mêmes symptômes et revenue au bord, y eut une syncope telle qu'on la crut morte. Cette fois, elle n'avait plus d'éruption au réveil, mais dans les semaines qui suivirent, il lui suffisait de se laver les mains à l'eau froide pour avoir une crise d'urticaire. Pourtant, elle put prendre, l'hiver suivant, des bains de piscine. Par contre, deux ans plus tard, les symptômes reparurent quand elle prit, l'été, des bains de pleine eau.

Saylor et Wright, puis Horton, Brower et Roth dont le premier mémoire remonte à 1919, sont récemment revenus sur la question en insistant sur l'importance des accidents généraux, dont Ravina et Mlle Lyon avaient fait en 1933, une bonne étude dans la *Presse Médicale*, sous le titre : La mort subite au cours des bains froids.

La seconde malade de Saylor et Wright avait eu une syncope qui avait failli être mortelle, suivie d'urticaire généralisée, de diarrhée et de vomissements à l'occasion d'un plongeon dans l'eau froide, et conservait depuis cinq ans de l'urticaire *a frigore*.

Toute la série des manifestations peut se montrer, ajoutant à l'urticaire le gonflement des muqueuses, en particulier aux lèvres, à la langue, au pharynx, des frissons, de la fièvre, du coryza spasmodique, de l'asthme, et des phénomènes syncopaux plus ou moins complets.

La diarrhée, les vomissements semblent correspondre à un flux sécrétoire gastro-intestinal ; la sialorrhée s'observe aussi. Bref, tout le revêtement cutané et digestif, et, sans doute aussi l'ensemble des tractus ectodermiques épars dans l'organisme, sont le siège d'une turgescence, d'un état exsudatif intenses.

Si l'on étudie de plus près la réaction générale, on constate qu'après l'exposition au froid, il existe une période de latence durant quelques minutes. Ensuite, le pouls s'accélère, la pression sanguine baisse, il y a congestion de la face, tendance à la syncope et rétablissement au bout de quinze à vingt minutes (Horton et Brown).

Ces signes cliniques de choc, auxquels Pasteur Vallery-Radot et Rouquès ont ajouté l'inversion du réflexe oculo-cardiaque, peuvent être accompagnés — ou mieux précédés — de signes hématologiques qu'on n'a pas toujours le temps, l'occasion ou l'idée de rechercher. Les signes hématologiques, plus ou moins au complet d'ailleurs, ne sont autres que les éléments de la crise hémoclasique de Widal, Abrami et Brissaud : leucopénie, inversion de la formule leucocytaire, baisse de l'index réfractométrique, hypercoagulabilité sanguine, abaissement de la réserve alcaline.

Ces signes seraient d'ailleurs inconstants, mais peut-être, ainsi que l'indiquent Gougerot et Peyre, parce qu'ils se produisent très tôt et qu'on risque de les laisser passer, ou encore parce qu'on peut admettre des troubles humoraux sans choc décelable, et il en est ainsi dans plusieurs dermatoses par sensibilisation.

Au total, dans les cas complets, on observe

1° une réaction cutanée locale, d'abord vaso-motrice, immédiate et restant cantonnée au territoire refroidi, puis urticarienne « auto-toxique » à point de départ local mais à généralisation ultérieure sur tout le tégument ;

2° Une réaction organique, générale dans son extension, générale aussi dans le caractère de ses manifestations qui peuvent se rencontrer au cours d'autres états « de choc » quelle qu'en soit l'origine : intoxication médicamenteuse, brûlures étendues, choc chirurgical, etc...

Nous paraissons loin de l'histamine. Nous y revenons par le détour des belles expériences de Lehner (1929) qui ont montré la possibilité de limiter, par un garrot, l'extension de l'urticaire *a frigore* provoquée sur un seul membre, comme si une substance nocive provenant de la peau du malade pouvait être arrêtée par cette coupure de la circulation sanguine.

D'autre part, le sérum du sang recueilli 10, 30, 60 minutes après l'application froide et injecté dans le derme du sujet normal y a provoqué la réaction urticarienne maxima lorsqu'il était prélevé à la trentième minute.

Enfin, Lehner a pu désensibiliser son malade par des applications froides méthodiquement réglées.

Horton et Brown, la même année, écrivaient : « Expérimentalement, on peut reproduire chez ces sujets des troubles identiques au moyen de l'injection d'un demi-milligramme d'histamine. En arrêtant la circulation du bras avec un garrot, la main étant immergée dans l'eau froide, aucune réaction ne se produisait tant que le garrot n'était pas desserré... Ces observations confirment les travaux de Lewis sur la présence de l'histamine ou de substances voisines dans la peau humaine ».

Bien que la théorie histaminique de l'urticaire en général, « laisse sans explication un certain nombre de problèmes » (Joltrain), elle reste valable tout au moins dans bon nombre de cas d'urticaire par le froid, où intervient sans doute la secousse nerveuse de réfrigération si marquée chez certains sujets et qui pourrait de son côté mettre en branle ou favoriser la transmission *neuro-humorale* histaminergique sur laquelle insiste Ungar.

Un autre facteur favorisant est sans doute à chercher dans l'action complexe et nocive de la lumière que les baigneurs prodiguent si largement sur les plages à leurs téguments. En effet, d'après Lehner, la substance formée dans la peau sous l'influence du froid se rapproche des substances formées sous celle des rayons lumino-chimiques, en particulier par le fait qu'elles ne provoqueraient l'inflammation caractéristique qu'en présence de sérum sanguin.

Erling Skonge déjà cité plus haut a, depuis, expressément noté que l'irradiation ultra-violette augmentait la sensibilité de sa malade à l'eau froide « vraisemblablement parce que ces radiations transforment une grande partie de l'histidine de l'épiderme en histamine comme Ellinger l'a montré ». La contre-épreuve avait été faite par la malade elle-même, qui avait pu prendre sans accident des bains de piscine l'*hiver* qui suivit son attaque *estivale* d'urticaire *a frigore* avec syncope quasi-mortelle.

Nous ne passerons pas en revue tous les cas d'urticaire par le froid épars dans la littérature. Mais il faut mentionner que le traitement désensibilisateur histaminique a été essayé, dans certains d'entre eux, avec succès (Saylor et Wright) comme dans l'urticaire indépendante du froid où MM. N. Fiessinger et Gajdos ont obtenu de brillants résultats par l'ionisation à l'histamine.

Si le froid ne produit pas d'urticaire, mais seulement du gonflement cutanéo-muqueux, réaction voisine et apparentée à l'œdème de Quincke, avec phénomènes à distance (rougeur de la face) et syncope par bains froids, le même résultat thérapeutique s'obtient par l'histaminase et l'histamine (voir dans le *Concours Médical* du 23 mai 1937, le résumé par G. Lavalée d'une observation américaine).

Enfin, les troubles analogues post-opératoires, phénomènes de choc à prédominance sur la circulation sanguine (Michalowski, Rusznyack) semblent aussi en rapport avec une intoxication par l'histamine, et plus particulièrement le collapsus cardiaque avec pâleur, faiblesse du pouls, hypothermie et hypotension veineuse.

La prévention du collapsus cardiaque, lequel intervient également dans la syncope urticarienne *a frigore*, a pu être obtenue chez les opérés de Rusznyack par un traitement histaminique préopératoire. C'est chez les sujets réagissant de la façon suivante qu'elle a été appliquée avec succès : une injection d'histamine ; après la baisse de pression causée par celle-ci (20 à 60 millimètres de mercure) et qui ne dure guère que 30 à 90 secondes, la tension, au lieu de reprendre sa valeur initiale, remonte au-dessus ; il y a hypertension marquée. Le traitement préventif a préservé les dix malades qui présentaient ce trouble, alors que sur vingt autres qui n'avaient pas été traités, il y eut quatre collapsus mortels et seize troubles circulatoires divers.

Le processus général des divers états syncopaux, plus ou moins rapidement mortels que nous avons passés en revue, et des phénomènes locaux spécialement dus au froid, qu'il s'agisse d'urticaire géante ou d'urticaire simple, paraît donc se ramener à une pathogénie histaminique dans la majorité des cas.

Signalons, pour être complets, que Roux (*Presse Médicale*, 6 janvier 1934, n° 2, p. 34) a relaté des cas de céphalée ou d'asthme nasal, au

cours des bains, et qui seraient dus à l'albumine des algues bleues si répandues dans la nature aquatique.

Si l'on pousse plus loin l'analyse, on constate une fragilité tissulaire — et non pas exclusivement sanguine — qui permet l'altération des albumines vivantes par le froid, leur résorption partielle réalisant une « auto-injection d'albumine » (Gougerot) qui provoque l'urticaire et le choc humoral.

La fragilité tissulaire, le *terrain colloïdoclasique* sont souvent dus, comme l'ont montré Ravaut, Marcel Pinard et d'autres, à l'hérédo-syphilis. Dans l'urticaire *a frigore*, Wagner, Watrin, Gougerot et Peyre ont démontré la réalité de celle-ci. Cela ne veut pas dire que le traitement antisyphilitique sera toujours suivi du succès, mais c'est une des armes à essayer.

Le traitement n'est d'ailleurs pas univoque. En dehors même de l'histamine, qui doit en constituer le fond, des succès, au moins, temporaires, ont été obtenus par les procédés les plus variés (auto-hémothérapie, ergotamine, peptonothérapie intradermique, adrénaline, éosinate de césium intra-veineux, etc.).

Dans les cas légers, s'il n'y a pas tendance constante à la rémission spontanée, on peut observer une sédation comparable à la guérison clinique par la suppression combinée des bains de soleil et des bains froids, quelques précautions de régime hépatique, et par l'opothérapie modérée. C'est ce que j'ai constaté dans un cas franc, mais non syncopal, chez une jeune fille de 16 ans qui, atteinte d'urticaire *a frigore* en pleine puberté tardive, dut sans doute sa guérison au parachèvement de celle-ci plus qu'à ma thérapeutique endocrinienne adjuvante.

BIBLIOGRAPHIE

SAYLOR et WRIGHT. — Deux cas d'urticaire au froid. Traitement histaminique. *Amer. J. of méd. Sc.*, septembre 1936, p. 388.

HORTON, BROWN et ROTH. — Hypersensibilité au froid. *J. Amer. Ass.*, 17 oct. 1936., p. 1263.

BLACHEZ. — Urticaire par le froid. *Soc. méd. des hôpitaux de Paris*, 8 novembre 1872, p. 267.

WIDAL, ROSTAINE, ABRAMI, BRISSAUD et LERMOYEZ. — Auto-anaphylaxie. *Semaine médicale*, 24 décembre 1913.

JOLTRAIN. — Histamine et urticaire. *Progrès méd.*, 30 janvier 1937, n° 5, p. 164.

JOLTRAIN, MORAT et LÉVY. — *Presse médicale*, 9 novembre 1927, p. 136.

LEHNER. — Kälte Urticaria. *Klin. Wochschr.*, t. VIII, n° 7, 12 février 1929.

PISACANE. — Orticaria da freddo. *Giorn. Ital. Derm.*, 1932, t. 73, p. 821.

PASTEUR VALLERY-RADOT et ROUQUÈS. — *Paris médical*, 26 oct. 1929, p. 365.

RUSZNYAK, KARADI et SZABO. — Traitement prophylactique des troubles post-opératoires par l'histamine. *Archiv. f. klin. chirurg.*, t. 187, fasc. 2, p. 279, 1936.

GOUGEROT et PEYRE. — Urticaire *a frigore*. *Archives dermato-syphiligraphiques*, t. I, fasc. IV, décembre 1929 pp. 809-832.

BLACKFORD. — Cold urticaria and histamin allergy. *J. Amer. Assoc.*, 1931, t. 96, p. 525.

RAVINA et Mlle LYON. — La mort subite au cours des bains froids. *Presse méd.*, n° 97, 6 décembre 1933, p. 1964.

ROUSSY et MOSINGER. — La réaction cutanée locale à l'histamine. *Presse médicale*, 26 avril 1933, p. 665.

SKONGE. — La question de la mort subite dans le bain. *Deutsche Arch. f. klin. mediz.*, 28 décembre 1934, p. 151.

LOEPER, BLOY, PERRAULT et VAROY. — Œdèmes et imidazols. *Presse méd.*, 1er mai 1935.

JADASSOHN et SCHAAF. — Urticaire au froid chez deux sœurs. *Derm. et Woch.*, avril 1928, p. 365.

MICHALOWSKI. — Accidents post-opératoires, leur pathogénie. *Polski Przeglad chir.*, 1934, p. 572.

WATRIN. — Urticaire au froid. Réunion Dermat. Nancy, 8 juillet 1927 (*in Bull. Soc. fr. de Dermat.*).

LA CHLOROPHYLLE

Ses propriétés physio-biologiques et thérapeutiques

Par le Docteur Ph. DALLY

La plante est verte, l'animal est rouge ; l'une contient de la chlorophylle, l'autre de l'hémoglobine.

Le rouge est la couleur de la colère, de la guerre, de la violence ; le vert reste celle de la sérénité. Les militaires s'habillent en rouge ; les bureaucrates portent des visières vertes pour regarder leurs cartons verts. Le rouge excite l'animal : le vert l'apaise, couleur des prairies.

On pourrait voir là, entre les deux règnes, une démarcation pigmentaire : mais la chlorophylle et l'hémoglobine sont très différentes des innombrables pigments qui donnent à la nature un aspect si plaisant et aux animaux des robes si brillantes. La chlorophylle, comme l'hémoglobine, est un pigment vital en même temps qu'un colorant. Toutes deux sont chargées de fonctions essentielles.

Le suc vert des végétaux, qui naît, aux dépens des glucides et de l'oxygène, sous l'influence de la lumière et d'un optimum de température, est un mélange des deux chlorophylles α et β, qui ne diffèrent que d'une molécule H^2O de la chlorophylle γ (chlorofucine), du xantophylle, et du carotène. La chlorophylle α est bleue, la chlorophylle β verte : leurs solutions ont une fluorescence rouge.

La chlorophylle est chargée d'une œuvre énorme. Elle revêt la surface terrestre d'une immense pellicule à couches superposées, présentant au soleil qui la féconde les innombrables chloroplastes où elle vit. Un arbre de taille moyenne a de très nombreuses feuilles, et les feuilles contiennent, par mètre carré, 400.000 chloroplastes ou environ.

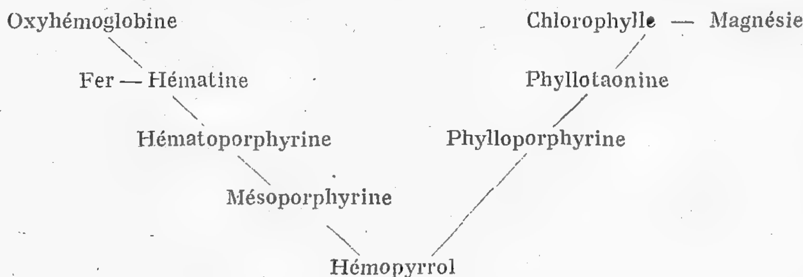
Au cours de ses deux rythmes, nycthéméral et saisonnier, la chlorophylle fixe le carbone sur la plante, et y accumule les glucides ; un hectare de prairie verte élabore ainsi chaque année entre 2.000 et 5.000 kilogr. de carbone, que les couches géologiques emmagasinent depuis le premier des jours, et d'où nous tirons indéfiniment des tonnes de charbon. Ainsi la chlorophylle thésaurise, au cours des âges, l'énergie solaire.

La masse vivante du règne végétal est très supérieure à celle du règne animal. L'animal passe, naît et meurt, composé éphémère et clairsemé de matériaux végétaux qu'il prend et rend en quelques années à la terre nourricière. L'animal est fait de la plante et celle-ci du soleil : car tout, dans la nature, mange de la lumière, même ces organismes incertains qui vivent au fond des cavernes, atteints selon l'expression de Roule de rachitisme abyssal, mais auxquels il faut cependant pour vivre quelques radiations.

***

Le sang, tissu fondamental des animaux, est un proche cousin de la chlorophylle, sang des végétaux.

L'hémoglobine contient un noyau ferrique, et la chlorophylle un noyau magnésien : mais toutes deux sont des chaînes cycliques de quatre noyaux pyrroliques. Des dégradations successives les amènent respectivement à l'hématine et à la phyllotaonine, puis à l'hématoporphyrine, puis à des porphyrines de moins en moins complexes, que l'on retrouve dans les fèces, les urines, la bile.



Ainsi que Tswett le souligne, la chlorophylle et l'hémoglobine prennent naissance à partir d'une octioporphyrine, et leurs produits de dégradation sont en dernière analyse des urobilines : elles ont donc une même origine et une même fin.

Physiologiquement, hémoglobine et chlorophylle jouent un rôle analogue de fixation biochimique, bien que le sang soit chargé de fonctions apparemment plus complexes que celles de la chlorophylle.

Il fallait s'attendre, étant donné cette parenté chimique et physiologique entre des substances

également vitales, à une similitude très étroite d'action pharmacodynamique.

La chlorophylle est absorbée en quantité considérable par notre organisme, dans les végétaux, qui en contiennent de 10 à 20 grammes par kilogramme.

Mais absorbé ne veut pas dire assimilé. La chlorophylle n'est pas à l'état pur et isolé dans les légumes verts : dans le protoplasma des leucytes (ou plastides), elle constitue un hydrogel, ou un complexe lipidique ou protéique, très instable. La chlorophylle pure est rapidement détruite au soleil ; si on y ajoute une substance protéique comme la gélatine, elle reste inaltérée.

Que devient l'hydrogel chlorophyllien alimentaire ? Soumis à l'action de la chaleur dans les végétaux cuits, il se désagrège. Quant aux légumes crus, les sucs digestifs le détruisent également, en démembrant la molécule protéique où la chlorophylle est engagée.

Au contraire, la chlorophylle pure absorbée *per os* reste intacte. On retrouve, dans les fèces et les urines des animaux auxquels on l'administre, des porphyrines, ses produits de désintégration, qui n'existent pas chez les animaux nourris expérimentalement de légumes verts, crus ou cuits.

On ne connaît pas encore le métabolisme de la chlorophylle combinée des végétaux, mais il est certain qu'elle est profondément désagrégée dès ses premiers pas dans le tube digestif, en même temps que les molécules complexes dans lesquelles elle est à l'état colloïdal ou adsorbé.

***

La chlorophylle est une petite usine de vitamines. Les plantes à chlorophylle, que les botanistes appellent autotrophes, sont plus riches en acide ascorbique que les plantes hétérotrophes qui n'ont pas de chlorophylle (les champignons, par exemple, où le carotène existe seul), et leurs parties vertes sont plus riches en acide ascorbique que les parties blanches. Les plantes étiolées n'en ont plus.

La vitamine D existe en assez grande quantité dans les plantes. Elle disparaît rapidement quand elles sont coupées : mais elle réapparaît, si on expose ces végétaux coupés aux radiations solaires ou aux rayons ultra-violets.

La vitamine E est également présente dans les feuilles vertes où elle dérive peut-être de la xantophylle.

La teneur en vitamine A de la chlorophylle a été soulignée par Burgi (1), qui pense qu'elle dérive du carotène des feuilles vertes. Il soumit de jeunes rats à un régime sans vitamine A, et leur croissance s'arrêta ; puis il leur donna de la chlorophylle et la croissance reprit. La chlorophylle est donc un succédané physiologique du facteur de croissance, qui serait, d'après Rosenthal, inclus dans la chlorophylle B (2).

Dans une autre série d'expérience, Burgi a pu élever normalement trois générations de rats, avec un régime privé de vitamine A, mais riche en chlorophylle.

Verne (4) a montré que la désintégration de la chlorophylle met en liberté le noyau pyrrolique, favorisant ainsi la formation d'hémoglobinoïde et d'hémoglobine ; chez les Daphnies, l'apparition du pigment hémoglobique est subordonnée à la présence de fer et de chlorophylle dans le milieu nutritif.

Burgi et Tracewzki (5), chez des lapins anémiés administrent de la chlorophylle ; ils constatent que leur sang est régénéré en trois semaines au lieu de six à sept chez les témoins. L'adjonction de fer réduit ce délai à sept à dix jours.

Binet et Strumza, chez des chiens dont le taux d'hémoglobine est réduit à un tiers de la normale par des saignées répétées (6), ont constaté que l'administration simultanée de chlorophylle et de fer augmentait l'hémoglobine plus que les hématies, tandis que l'association chlorophylle cuivre déterminait l'accroissement du nombre des globules rouges plus que leur teneur en hémoglobine. P. Chevallier a également insisté sur le rôle du cuivre dans les régénérations sanguines produits par la chlorophylle (8).

La parenté chimique et biologique de l'hémoglobine et de la chlorophylle a été vérifiée par la régénération sanguine déterminée par l'administration de chlorophylle, et largement utilisée en thérapeutique. La chlorophylle a donné d'excellents résultats dans le traitement des anémies hypochromes, ou le taux d'hémoglobine doit être relevé : elle provoque, d'une part, l'enrichissement des globules en hémoglobine, et d'autre part, elle augmente le nombre des globules et des thrombocytes.

Bien que la chlorophylle soit parfaitement inoffensive, sa posologie n'est pas indifférente. D'après Zih (7), la chlorophylle agit pour un animal donné à une dose optimum, au-dessus de laquelle l'effet est non seulement nul, mais contraire. Il semble que, pour l'homme, la chlorophylle produise son plein effet à la dose de cinq à dix centigrammes par jour.

Mais on ne sait pas encore si l'action de la chlorophylle s'exerce directement sur la cellule sanguine, ce qui est l'avis de Burgi et de Zickgraf (9), ou bien sur les organes hématopoïétiques, à la façon des extraits de foie, de rate, ou de moelle osseuse, comme le pense entre autres Roessingh, qui a retrouvé la chlorophylle absorbée *per os* dans le foie, la rate et les glandes lymphatiques. La chlorophylle apporte en tout cas à l'organisme des éléments d'hématopoïèse déjà élaborés. Rentz (10) a montré que la prolifération des éléments figurés qu'elle détermine inté-

resse surtout les thrombocytes et les polynucléaires.

La chlorophylle est toni-cardiaque, comme l'a montré Rentz, et peut à la dose de 0 gr. 0002 à 0 gr. 2 par kilogramme d'animal augmenter de 2 à 12 % la pression sanguine. Mais cet effet, analogue à celui de la digitale, est fugace. Il s'exerce probablement, par l'intermédiaire du sympathique ; c'est un adjuvant utile des toniques du cœur du type digitale. Gsell a ajouté à cette action un effet vaso-dilatateur prolongé.

Kolle et Vollmar (11) ont rétabli par la chlorophylle les contractions du cœur isolé.

Plus généralement, la chlorophylle a des propriétés excitantes sur le nerf, le muscle lisse, l'intestin, et les organes à innervation autonome. Rentz (10), Gordonoff et Hasokawa (12), et Grigoriev (13) lui reconnaissent des propriétés diurétiques.

***

Enfin, pour terminer cette énumération des vertus de la chlorophylle, il faut signaler ses applications dans le cancer. Elles s'exercent de trois façons différentes :

Tout d'abord comme tonique général et régénérateur sanguin. On l'emploiera avec bénéfice dans les anémies cancéreuses.

Deuxièmement, le chlorophylle semble avoir une action cyto-régulatrice. Elle le montre dans la biologie végétale ; c'est elle qui règle la prolifération cellulaire. C'est un cyto-freinateur, et David-Galatz (14) a fait ressortir l'intérêt, contre les processus néoplasiques, de cette vertu régulatrice. La chlorophylle pourrait remplacer, d'après lui, l'action freinatrice probablement hormonale qui paraît avoir disparu chez les cancéreux. Il a constaté que, dans les régions d'une tumeur soumise à l'injection locale de chlorophylle, l'intensitéde la mitose était fortement diminuée.

Une troisième propriété de la chlorophylle, enfin, trouve sa place dans la thérapeutique du cancer : c'est son action photo-sensibilisatrice.

Kitchevatz et Jausion (15) ont mis en valeur cette propriété des téguments à absorber et à utiliser les radiations qui normalement le traverseraient sans modification. La chlorophylle sensibilise la cellule aux radiations ; il y a donc un grand intérêt à l'administrer aux malades soumis au traitement par radiations, soit dans le cancer, soit au cours des applications de rayons ultra-violets ou d'ergostérol irradié, ou bien des cures hélio-marines, ou encore dans les cures d'altitude et d'ensoleillement auxquelles on soumet les tuberculeux. Et Edelmann cite, à l'appui, l'ancienne coutume de donner aux anémiques du jus de cresson et d'épinard (16).

***

On voit que la chlorophylle présente des vertus nombreuses et variées, qui devraient lui assurer parmi nos moyens thérapeutiques une place plus importante. Sa grande qualité est de n'avoir absolument aucune toxicité, son grand attrait est d'être un médicament naturel.

L'oubli dont elle pourrait se plaindre n'est peut être dû qu'à une question de forme ou de préparation. La chlorophylle est une substance en perpétuel devenir, et dont la stabilisation demande quelques précautions. Dans la plupart des cas, elle est mélangée dans les végétaux à un ferment qui la détruit : la chlorophyllase, dont certaines espèces, comme les euphorbiacées, sont dépourvues. Absorber des légumes verts, comme les choux crus des diététiciens américains, ou les « aliments solaires » de Bircher-Brenner, c'est une mesure empirique qui donne quelques chances d'assimiler un peu de leur chlorophylle, échappée à la destruction digestive ; mais il semble que la chlorophylle pure, qui a servi aux expériences de Burgi et de Binet, soit la meilleure forme sous laquelle on puisse bénéficier des vertus thérapeutiques de ce médicament naturel.

BIBLIOGRAPHIE

1. E. Burgi. — Das Chlorophyll als Wachtumstoff A. *Klinische Wochenschrift*, 26 avril 1930.
2. A. Giroud, R. Ratsimamanga et C.-P. Leblond. — Parallélisme entre la vitamine C et la chlorophylle. *C. R. de la Société de Biologie*, 1934, 32, p. 612.
3. Dhere et Wegezzi. — Composition pigmentaire de l'hématochlorophylle. *C. R. Acad. des Sciences*, 163, 1916.
4. J. Verne. — *Bull. de la Soc. zoologique de France*, 1923.
5. E. Burgi et Traczewski. — *Biochemische Zeitschrift*, 1919.
6. L. Binet. — Le pouvoir antianémique de la chlorophylle, des sels de fer et de cuivre. *Le Sang*, nov. 1934.
7. Zih. — Einfluss des Chlorophyllgehaltes von Fütter aufdie Blutk örperchenbildung. *Archiv. für die gessammele Physiologie*, t. 225, p. 723, 1930.
8. P. Chevallier et A. Sevaux. — Quelques acquisitions nouvelles dans la thérapeutique des anémies. La chlorophylle et le cuivre. *Le Monde Médical*, 1er mai 1934.
9. Zickgraf. — Ueber Chlorophyllintherapie. *Münchener Medicinische Wochenschrift*, 12 juin 1932, p. 988.
10. E. Rentz. — Action de la chlorophylle sur la pression sanguine et les vaisseaux sanguins. Société biologique de Suède, 16 mars 1928, p. 812.
11. Kolle et H. Vollmar. — Ueber die Wirkung des Chlorophylles auf Gewebs kulturen von Herzen. *Medicinische Wochenschrift*, 5 décembre 1931.
12. Gordonoff et Hasakawa. — *Zeitschrift fur experimentale Medicine*, 46 /545, 1925.
13. Grigoriev. — *Biochimische Zeitsch.* 98-284, 1919.
14. David-Galatz. — La chlorophylle dans le traitement du cancer. *Le Progrès Médical*, 6 avril 1935, p. 583.
15. Jausion et F. Jacobski. — Huit observations de dermite bulleuse des prés. *Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, nov. 1936.
16. Edelmann. — Propriétés pharmacodynamiques et thérapeutiques de la chlorophylle. *Le Bulletin Médical*, 13 septembre 1931, p. 651

LES RÉGIMES AU GOUT DU JOUR

Traitement actuel de l'urémie

D'après le Professeur P. LE GAC, de Rennes (*)

DONNÉES DE BASE

On sait que les sucs digestifs transforment les matières protéiques des aliments en acides aminés, et que le foie a pour mission d'en faire, pour la plus grande partie, des substances atoxiques. Mais, quand l'action de la glande hépatique se ralentit par atteinte de son parenchyme, il survient des accidents parfois graves, en raison de l'impossibilité relative, où se trouve cet organe de fabriquer, aux dépens de l'azote polypeptidique (ou des acides aminés) l'urée, produit non toxique, qui cheminera jusqu'au rein, sans créer de troubles dans le chimisme individuel. C'est alors qu'intervient le rein. Sain, il élimine facilement. Mais s'il est lésé, l'élimination devient défectueuse et toutes les substances toxiques s'accumulent dans le milieu hématique, pour créer ce qu'on appelle l'*urémie*. Cependant, le rein, même sain primitivement, peut être lésé secondairement par des produits toxiques, qui ont échappé à l'action purificatrice du foie.

Le plus souvent toutefois, l'urémie résulte d'une altération rénale par néphrite infectieuse ou intoxication aiguë (mercure) ou lente (plomb). Or, dans une phase première, alors que le sang reste encore normal grâce au rein, qui réalise une dilution aqueuse plus grande des produits toxiques, la découverte d'une tension sanguine un peu plus élevée et de traces d'albumine dans les urines permettrait au médecin de faire un diagnostic précoce. Malheureusement, le malade n'éprouve pas grand malaise à ce stade aigu, et il ne vient pas consulter. Dès lors, la maladie, encore curable, continue ses ravages pour aboutir à la phase de l'urémie chronique.

Mais, comment en clinique décéler les premiers symptômes de *l'urémie* ?

Dans sa *forme nerveuse*, elle se traduira :

a) par des maux de tête, ou *b*) par des sensations de crispation des doigts (sensation de doigt mort), ou *c*) par des secousses musculaires involontaires, ou *d*) par une tendance invincible au sommeil, ou *e*) par un sommeil troublé de cauchemars horrifiants et dans sa forme ultime, par le « coma urémique », coma total entrecoupé de secousses violentes.

La *forme digestive* fera observer :

a) des vomissements que rien n'arrête, ou *b*) des diarrhées rebelles, ou *c*) un manque total d'appétit.

(1) Le métabolisme des matières protéiques et les traitements actuels de l'urémie (*Bull. Soc. scientifique de Bretagne*, 3-4-1936).

Quant à la *forme respiratoire*, elle se revèlera :

a) soit par des signes de bronchite chronique, *b*) soit plus fréquemment par des signes de congestion passive, *c*) soit dans sa forme aiguë par le terrible accident que constitue l'œdème aigu du poumon. Un type respiratoire souvent observé est le rythme de Cheyne-Stokes.

Enfin, la *forme cutanée* pourra donner lieu à :

des démangeaisons permanentes (prurit azotémique), ou de l'eczéma.

En présence de symptômes aussi variés, il suffira de prendre la *tension artérielle*, que l'on trouvera élevée, et de faire une *recherche d'albumine* dans les urines. Jamais un cas d'urémie n'existe sans un au moins de ces deux symptômes, et la constatation de l'un ou de l'autre, et surtout des deux, oblige à certifier le diagnostic par l'*examen chimique du sang*, qui, par le taux de la rétention azotée, fixe la gravité du cas.

La prise de sang, sauf urgence, est faite le matin à jeun, et s'il y a réellement urémie, on trouve un taux d'urée supérieur à la normale. Celui-ci varie normalement entre 0 gr. 10 et 0 gr. 40 par litre de sang. Vers 0 gr. 50 le chiffre acquiert un caractère pathologique, mais il faut toujours se souvenir que le nombre n'a de valeur que chez un individu à jeun une azotémie de 0 gr. 60, et même plus n'a aucune signification morbide, si la ponction a été faite en période de digestion.

L'azotémie mesure réellement la gravité de l'affection urémique, et si une azotémie exagérée, mais passagère, est sans intérêt au point de vue du pronostic, l'*augmentation croissante et régulière du taux de l'urée sanguine est un signe de fâcheux augure*, permettant même de fixer avec une grande approximation la date à laquelle pourra se produire la mort du malade.

D'après le Professeur Widal, une azotémie de 0 gr. 50 est curable, et constitue ce qu'il appelle l' « azotémie d'alarme ». Si le taux varie de 0 gr. 50 à 1 gramme, la survie du malade est une question d'années. Si le taux est compris entre 1 gramme et 2 grammes, la survie est une question de mois, et, si le chiffre se place entre 2 et 3 grammes, la survie n'est plus qu'une question de semaines. Au-dessus, on peut prédire le décès pour quelques jours, ou quelques heures même, quand le chiffre est très élevé.

Cependant, comme dans tous les cas biologiques, il y a des exceptions à cette règle.

Supposons maintenant que, malgré une tension élevée et une albuminurie indubitable, l'azotémie ne dépasse pas les 0 gr. 40 fatidiques, le malade n'est-il pas en puissance d'urémie, n'a-t-il pas de l'insuffisance rénale ? Le diagnostic se fera toujours au laboratoire au moyen de méthodes un peu plus complexes, telles que la « Constante d'Ambard », ou l'examen des éliminations provoquées de substances colorées. (phénol-phtaléine-sulfone, ou P. S. P.

Il faut savoir *qu'une azotémie normale ne signifie pas fatalement que le rein est sain,* et il est parfois utile de pousser les recherches plus loin que le dosage de l'urée dans le sang.

De même la gravité de l'atteinte rénale n'est pas en rapport avec la hauteur de l'indice sphygmomanométrique : *une tension basse peut exister avec une azotémie élevée* — Enfin le *taux de l'albumine au litre d'urine ne peut mesurer le degré de l'insuffisance néphritique* : dans les formes les plus graves l'albuminurie est souvent à peine décelable, et le terme de « traces » a une valeur diagnostique énorme.

LES ÉLÉMENTS DU RÉGIME

Un triple objectif se présente au médecin :

D'abord, *restituer à l'appareil rénal ses propriétés fonctionnelles*; ensuite, *restreindre l'auto-intoxication*, et enfin, *limiter l'intoxication alimentaire.*

En l'état actuel de la science, on n'arrive guère à rendre bon un rein déficient, tout au plus est-il possible de conserver au parenchyme rénal les propriétés qu'il possède. Quant à restreindre l'auto-intoxication, à diminuer le métabolisme tissulaire des protéiques, on n'y arrive guère non plus, puisque la vie suppose le mouvement, un incessant changement interne, qui provoque la naissance de déchets toxiques. On s'arrangera donc pour atténuer leurs propriétés nocives en soignant le foie, qui est l'usine de désintoxication de l'organisme, tandis que le rein est la porte de sortie des déchets rendus aussi peu agressifs que possible.

Il reste à limiter l'intoxication alimentaire, et toutes les intoxications extérieures par un régime aussi substantiel que possible, qui éliminera les mets susceptibles d'engendrer des poisons.

Il faut agir non sur l'estomac ou sur l'intestin, mais modifier ce qui se passe au delà de l'intestin, dans le foie, dans le sang, dans les tissus. Il n'est pas question de prescrire des grillades ou des viandes sans sauce, de conseiller les biscottes à la place de pain, d'interdire les graisses et tous les condiments. Ce qu'il faut, c'est donner les aliments qui, au delà de l'intestin, n'engendreront pas de poisons, ou tout au moins n'en donneront qu'en quantité minime.

Voici le type de régime conseillé par l'auteur.

1. Suppression complète de : œufs, poissons, viandes d'animaux jeunes, volailles, gibier, charcuterie, abats, etc.
2. Tolérance relative (selon la gravité du cas) pour la viande provenant d'animaux adultes : bœuf, mouton adulte, porc adulte.
3. Consommation libre de fruits, légumes, lait et laitages frais. Pain en quantité assez abondante.
4. Boissons : lait, eaux, eaux minérales, bière légère, vin rouge largement coupé d'eau. Pas de cidre. Pas de vin blanc. Exceptionnellement café ou thé ou chocolat.
5. Condiments : un peu de sel (ne pas le supprime totalement), un peu de vinaigre ou de citron. Pas de poivre, moutarde, ail ou oignon cru (ou similaires).

L'œuf est un aliment tonique, mais toxique (cellules jeunes riches en cholestérine, en albuminoïdes complexes, en « noyaux cellulaires »). — Quant aux poissons, ils donnent des acides diaminés très toxiques. — Les viandes d'animaux jeunes sont riches en nucléines, qui engendrent de l'acide urique. De même la volaille. — Quant au gibier, il a été tué le plus généralement au travail, et il constitue de ce fait un aliment chargé des déchets de la vie active de l'animal. — La charcuterie est un aliment complexe, épicé, de composition trop variable pour que l'on puisse en autoriser l'usage. — Quant aux abats, ils donnent par hydrolyse nombre de substances indésirables dans la circonstance. — Au contraire, les viandes d'animaux adultes sont relativement dénuées de toxicité (peu de purines, d'acides diaminés). — Les albumines des végétaux, ainsi d'ailleurs que celles du lait, sont pratiquement inoffensives, et elles renferment des hydrates de carbone utiles. — Le lait paraît même agir comme agent de désintoxication. — Le vin blanc est à supprimer par suite de la présence possible de substances chimiques employées au cours de sa préparation (sulfites). — Le cidre, riche en acide malique, agressif pour le rein, est à proscrire : il est diurétique, c'est entendu, mais par irritation de l'épithélium rénal, irritation à éviter à tout prix dans le cas présent. — Café, thé et chocolat sont susceptibles de donner de l'acide urique, ou des corps voisins. — Le sel est une substance nécessaire à la vie, et l'acide acétique du vinaigre est, lui, facilement brûlé en CO^2 et H^2o. De même d'ailleurs l'acide citrique. — Le poivre renferme un alcaloïde toxique (pipéridine), la moutarde renferme, ainsi que l'oignon et l'ail, une essence sulfurée irritante.

Un tel régime est susceptible d'être suivi longtemps sans provoquer le dégoût..., et peu à peu, si l'état du malade s'améliore, on arrive à le modifier à l'agrémenter, à le rapprocher du régime normal : le but du médecin doit être de donner à tout malade, quel qu'il soit, un *régime qui se rapproche le plus possible de l'alimentation ordinaire,* et dans le régime de l'urémique, il doit en être ainsi également.

Pareil malade ne pourra ainsi que se maintenir en bonne santé relative, vivre peut-être très vieux, éloigner de lui le spectre des complications dangereuses ou désagréables, et jusqu'à un certain point mener l'existence utile de tous.

G. FISCHER.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Causes favorisantes des lésions de primo-infection dans la tuberculose de l'homme et de l'animal

MM. Paul COURMONT et H. GARDÈRE résument leur opinion de la manière suivante. Il est certain que la primo-infection massive du jeune enfant réalise, à elle seule, les lésions ganglio-pulmonaires. Mais la contamination paucibacillaire, chez les grands enfants, se heurte à un terrain capable de lui résister. Si des affections intercurrentes surviennent, elles doivent collaborer à la réalisation des lésions par une action tachy-allergisante. Par contre, si elles ne surviennent pas, l'infection tuberculeuse peut demeurer latente indéfiniment, jusqu'à ce que l'organisme se soit, dans un délai plus ou moins long, débarrassé du bacille infectant. Il serait d'un grand intérêt de déceler cette phase tout à fait latente de la primo-infection et il y a un grand intérêt à tâcher de le faire par le séro-diagnostic qui peut être positif à la phase anté-allergique. Il est à pratiquer chez tous les enfants qui ont été en contact avec un tuberculeux et ont une cuti-réaction négative. (*Lyon Médical*, 25 avril 1937.)

Hépatonéphrites et syndromes hépatorénaux

Le Docteur Maurice DÉROT a réservé le terme d'hépatonéphrite aux cas où l'atteinte rénale résultait de l'intervention d'une même cause infectieuse ou toxique. A côté de ce premier groupe de cas, il faut faire place à des syndromes hépato-rénaux de divers ordres et dont les principaux sont les suivants ; syndromes hépatorénaux d'ordre circulatoire tels qu'on les observe au cours de l'asystolie ; syndromes hépatorénaux d'ordre métabolique (amylose et lipoïdose hépatorénales) ; syndromes hépatorénaux dus à l'action de plusieurs causes simultanées : par exemple anurie déclenchée chez un cirrhotique par une injection de diurétique mercuriel. Par contre, c'est parmi les hépatonéphrites qu'on rangera les syndromes hépatorénaux post-opératoires. (*Paris Médical*, 22 mai 1937.)

Complications du traitement du cancer du col par les radiations

Le Professeur DUCUING et P. NÈGRE, comme conclusion de leur travail particulièrement documenté, établissent que la radiothérapie du cancer du col comporte une morbidité, une mortalité non négligeables. Ces accidents, d'ailleurs, sont en régression pour le plus grand nombre ; peut-être disparaîtront-ils, sauf dans les cas de lésions très étendues ou de susceptibilité individuelle (tendance à la sclérose). Ils sont la rançon légère d'une thérapeutique exceptionnellement efficace et souvent la seule possible.

Pour les cas opérables, ils ne sont pas à mettre en balance avec la mortalité et la morbidité de la thérapeutique chirurgicale du cancer du col. (*Rev. Franç. de Gynécologie*, mai 1937.)

L'apicolyse avec plombage paraffiné dans le traitement de la tuberculose pulmonaire

L'apicolyse est une opération qui a pour but d'affaisser le sommet du poumon, en séparant la plèvre pariétale du fascia endothoracique ; la cavité extrapleurale ainsi créée est comblée au moyen d'un corps étranger destiné à s'opposer à la réexpansion du poumon.

Le principe sur lequel est basée l'apicolyse est celui qui régit toutes les méthodes de collapsothérapie. Il ne s'agit nullement d'exercer une compression sur le poumon, mais seulement de libérer ce dernier de la paroi thoracique, pour lui permettre de réaliser sa rétraction cicatricielle.

MM. A. BIDERMANN et A. ALIBERT se demandent quelle place il faut accorder à l'apicolyse parmi les méthodes collapsothérapiques. Certains auteurs ne la considèrent que comme un pis-aller en raison des accidents auxquels elle expose. Ils s'élèvent en particulier contre l'introduction d'un corps étranger dans l'organisme, qui est contraire aux dogmes chirurgicaux. Cette critique a sa valeur mais on en a exagéré l'importance. L'intolérance à la paraffine est surtout le fait des plombages volumineux actuellement abandonnés ou de faute de technique.

Les accidents observés chez les opérés par cette méthode ont eu dans l'ensemble un caractère tout à fait bénin ; ils ont cédé rapidement, sauf dans un cas, au déplombage et n'ont eu aucune influence fâcheuse sur l'évolution de la maladie. Ces inconvénients ne doivent pas être mis en balance avec les avantages de la méthode : facilité de la technique, absence de choc opératoire, absence de mortalité due à l'intervention.

Sans vouloir opposer l'apicolyse à la thoracoplastie, il ne faut pas la réserver aux seuls cas où cette dernière est contre-indiquée du fait de l'âge du malade, du mauvais état général, ou de l'état de l'autre poumon. Au contraire, dans certains cas bien limités (cavernes rigoureusement apicales) elle donne, avec de moindres risques, des résultats aussi satisfaisants. (*Rev. Méd. Française*, avril 1937.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Lanugo et hypothyroïdisme

(MM. MUSSIO-FOURNIER et J.-M. CERVINO, de Montevideo. — Présentation par M. Emile SERGENT ; 15-6-1937)

La persistance du duvet fœtal (lanugofœtal) après l'époque habituelle de sa disparition a été signalée, soit comme la manifestation d'une constitution particulière familiale, soit encore comme un symptôme associé à des tableaux d'infantilisme.

MM. Mussio-Fournier et Cervino ont eu l'occasion d'étudier un cas de lanugo fœtal chez un hypothyroïdien congénital, trouble pileux qui disparut sous l'influence du traitement thyroïdien. Il s'agit d'un enfant de huit ans atteint de retards divers (retard mental, retard de la parole, peau myxœdémateuse, etc.) et porteur de duvet fœtal très abondant dans la région dorsale du tronc et sur la face externe des avant-bras. Au bout de deux mois et demi de traitement par la thyroïdine, le duvet avait presque complètement disparu en même temps que s'était amélioré le reste de la symptomatologie.

Sur la lutte contre le bruit

(M. PORTIER ; 22-6-1937)

La Commission de lutte contre le bruit de l'Académie de médecine a émis les vœux suivants qui, mis aux voix, ont été adoptés :

« 1° Que soit appliqué, dans tout le département de la Seine, l'arrêté du Préfet de police interdisant d'utiliser un signal sonore de 10 heures du soir à 7 heures du matin ;

« 2° Que soient interdits les échappements trop bruyants des moteurs à explosion suivant l'arrêté du Préfet de police en date du 20 février 1931 ;

« 3° Que soient interdites de 10 heures du soir à 10 heures du matin les émissions radiophoniques bruyantes ;

« 4° Qu'une Commission, comme il en a été déjà réunie, s'entende sur un mode de signal sonore s'éloignant de la portée musicale normale ;

« 5° Que ne soit pas exigé l'avertissement autant sur les routes que dans les villes, mais qu'on encourage les chauffeurs à aborder les croisements aux carrefours au ralenti ;

« 6° Qu'il soit imposé aux stations hydrominérales ou climatiques, ou même aux villes dans lesquelles la municipalité le jugera utile, des zones dites silencieuses où il sera interdit de corner ou de klaksonner ;

« 7° Que la Commission du Touring Club soit chargée d'élaborer un règlement dans ce sens et de le soumettre à l'approbation de la Commission du bruit à l'Académie de médecine, laquelle le transmettra aux autorités compétentes. »

Le traitement du stade initial de la tuberculose dans l'enfance, élément fondamental de la lutte antituberculeuse

(MM. R. DEBRÉ et M. LELONG ; 22-6-1937.)

On sait aujourd'hui que le stade initial de la tuberculose apparaît en général dans l'enfance. On sait aussi que ce stade est dans une large mesure curable. Le dépister doit permettre d'agir à une période plus favorable de la maladie et de limiter les suites souvent si sérieuses de l'âge adulte.

Le début vrai de la tuberculose est représenté — dans la pratique — par le moment où l'on peut déterminer la première réaction tuberculinique positive. Ce qu'il faut saisir, par la répétition des épreuves, c'est le moment où la réaction, de négative qu'elle était, devient positive. Ce virage de la réaction tuberculinique marque, en règle générale, l'éclosion de la lésion initiale. La clinique n'est d'ailleurs pas toujours muette alors et l'on peut observer divers syndromes cliniques concomitants (typho-bacillose, fièvre tuberculeuse, foyer pulmonaire, etc.).

Le stade initial en question comporte, certes, des formes malignes, mais on peut fréquemment compter sur la tendance naturelle de la lésion primaire à guérir. Cette tendance, il convient de l'aider en plaçant les enfants dans des conditions d'hygiène thérapeutique convenables (repos, vie au grand air, alimentation surveillée en qualité et quantité). La durée de la cure variera suivant les cas (trois mois, un an) et l'on aura recours au préventorium, au sanatorium et aux écoles en plein air s'il y a lieu.

La guérison de l'accident initial se montre ainsi comme la meilleure assurance contre l'éclosion ultérieure des autres accidents, beaucoup plus difficilement curables.

— M. LESNÉ propose, en conclusion, à l'Académie le vœu suivant :

« Chez l'enfant, la cuti-réaction à la tuberculine doit être répétée aussi longtemps qu'elle reste négative, au moins une fois par an, par le médecin de famille ou, à défaut, par le médecin d'école. Une attestation de cette investigation sera demandée au début de chaque année scolaire, le « virage » de la cuti-réaction étant le seul moyen certain de dépister, chez l'enfant, le début de la primo-infection et de prendre les mesures prophylactiques et curatives indispensables. »

P. L.

Les Congrès

LE IXe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE MILITAIRES

(*Bucarest, 2-8 juin 1937*)

Le IXe Congrès international de médecine et de pharmacie militaires a tenu ses assises à Bucarest du 2 au 8 juin 1937. Vingt-sept nations des deux continents étaient représentées par des délégations officielles.

La séance inaugurale a été présidée par le Général Paul Angelescu, aide de Camp du Roi, ministre de la Défense nationale. Elle a été réservée aux allocutions du médecin inspecteur général Iliescu, inspecteur général du Service de santé de l'armée roumaine ; du médecin colonel Voncken, secrétaire général du Comité permanent ; du Docteur Costinescu, ministre de la Santé et du Médecin général inspecteur Rouvillois.

Le Congrès a poursuivi ses travaux sous la présidence du médecin général inspecteur Iliescu.

La première question étudiée avait trait à l'*Organisation et au fonctionnement du Service de santé des opérations combinées des Armées de terre et de mer.*

Elle a fait l'objet de rapports des lieutenant-colonel Edgar Erskine Hume et capitaine Williams L. Mann, de l'armée américaine et du lieutenant-colonel A.-F.-C. Martyn, de l'armée britannique.

Les médecins colonels Gelonesi (G.) et Manganaro (C.) (Italie) ; le médecin chef de 1re classe Solcard (P.), le médecin commandant Sabrié (R.) (France) et le médecin général de division Boysan (M.) (Turquie), ont présenté successivement le point de vue de leur armée respective.

L'ensemble des rapports et communications a donné lieu aux conclusions suivantes :

1° « Le rendement effectif des Services de santé de l'Armée et de la Marine, dans les opérations combinées, nécessite, tant dans l'offensive que dans la défensive :

« *a*) un plan d'opération préalable établi ;

« *b*) le maintien de la coopération et de la coordination des deux services par l'établissement d'un commandement unique, représenté par le chef du Service de santé, accrédité auprès du commandant des opérations ;

« *c*) l'évacuation et la répartition des évacués sur des navires — jouissant de la protection de la Convention de La Haye ;

« *d*) la mise au point de la Convention de La Haye, en ce qui concerne les navires-hôpitaux et les canots d'évacuation.

« 2° Toute opération combinée des armées de terre et de mer, doit disposer obligatoirement d'une base qui fonctionne initialement à bord des bateaux-hôpitaux accompagnant l'expédition navale et ultérieurement à terre.

« 3° L'unification de principe du matériel employé dans les armées de terre et de mer faciliterait l'exécution du service à terre.

« 4° L'organisation de villes ou localités sanitaires maritimes présenterait des avantages considérables. Nous rappelons ici l'intérêt qu'il y aurait à condenser en une convention internationale unique, toutes les dispositions relatives à la protection des blessés et des malades. »

***

La seconde question abordée par le Congrès concernait le *transport, l'hospitalisation et le traitement des blessés gazés.* Elle fut rapportée par l'Oberfeldarzt docent Muntsch, de l'Armée allemande, les médecins lieutenant-colonels Radoulovitch et Danith Radovan, de l'Armée yougoslave.

Après avoir souligné l'importance majeure de la rapidité et de la précocité des premiers soins à donner aux gazés, les auteurs ont montré que le transport des suffoqués doit être effectué pendant la période de latence des accidents, c'est-à-dire pendant les premières heures qui suivent l'agression. La nécessité de l'évacuation rapide et confortable de ces intoxiqués ne peut être satisfaite que par l'amélioration des moyens de transport et surtout par celle de véhicules appropriés. Pour les ypérités, la question de désinfection se pose expressément.

En ce qui concerne les ypérités présentant en même temps des blessures par armes ou projectiles, les soins doivent être donnés dans la même formation sanitaire, afin que les deux sortes de traitement puissent se poursuivre de concert.

Actuellement, la thérapeutique des gazés est essentiellement symptomatique.

Les recherches scientifiques doivent, par conséquent, s'attacher à élucider le mécanisme d'action des gaz de combat pour permettre l'application d'un traitement causal.

Après une communication du médecin général Parvulescu (G.) (Roumanie), les conclusions suivantes ont été adoptées :

« 1° La question du transport, de l'hospitalisation et du traitement des blessés gazés est dominée par l'état et la qualité des lésions.

« 2° Le transport ne pose aucun problème spécial.

« 3° Il est possible d'assurer le traitement et l'hospi-

talisation, soit dans une formation sanitaire de gazés, pourvue d'un service de chirurgie, soit dans un service de chirurgie pourvu d'une section de gazés.

« 4° La technique chirurgicale exigeant une spécialisation plus grande et un matériel approprié, la deuxième solution paraît la meilleure.

« 5° Si les circonstances démontrent que le nombre des blessés gazés est très élevé, la création de formations sanitaires spécialisées pour eux est à envisager.

« 6° Les opérations de désimprégnation toxique concernant les personnes, appartiennent en propre au Service de santé, qu'il s'agisse d'une mesure prophylactique ou d'un traitement. »

***

La troisième question avait trait à l'*Organisation et au fonctionnement du service chirurgical dans les troupes motorisées.* Elle avait pour rapporteurs le médecin colonel Manganaro, de l'armée italienne, le médecin général inspecteur Iliescu et le médecin major Gilorteanu, de l'armée roumaine.

Les auteurs ont insisté sur la nécessité d'une large dotation de véhicules d'évacuation, tous les blessés des troupes motorisées devant être, sans distinction, dirigés rapidement sur l'arrière à l'aide de moyens automobiles. Dans ce but, le quart des véhicules d'évacuation doit être du type « tous terrains ».

D'autre part, les voitures auto-chirurgicales et les autres véhicules du même type doivent être interchangeables.

Enfin, la motorisation du Service de santé des unités motorisées doit être organisée dès le temps de paix, car on ne saurait songer à improviser à la période de mobilisation.

Après la lecture des rapports, le médecin général Parvulescu (G.) et le médecin capitaine Vascoboinic (Roumanie) ont fait un exposé du « traitement chirurgical dans les troupes motorisées » et le médecin colonel. Pawlowski (Pologne) a présenté une communication sur « le secours chirurgical pendant le combat des unités motorisées ».

A la suite de ces échanges de vue, le Congrès a adopté les conclusions suivantes :

« 1° Les unités motorisées utilisant la vitesse et luttant souvent indépendamment et même isolées, il est nécessaire que les échelons sanitaires-chirurgicaux qui leur sont ajoutés les suivent dans le même rythme et qu'elles soient complètement dotées et abondamment approvisionnées ; pour que toutes gardent leur indépendance. Jusqu'à la division inclusivement, tous les échelons sanitaires-chirurgicaux doivent être motorisés (compagnies, bataillons, régiments).

« 2° Le point principal de l'activité des formations sanitaires-chirurgicales est constitué par l'évacuation des blessés vers les formations de l'arrière. Les soins chirurgicaux sont difficiles à donner aux échelons dont la qualité est la mobilité.

« Cependant, jusqu'à la division inclusivement, seront traités les cas d'extrême urgence et d'urgence; mais dans les situations tactiques défavorables, l'activité consistera surtout en des évacuations massives, rapides, vers n'importe quelle formation sanitaire appropriée.

« 3° Le facteur dominant étant l'évacuation des blessés, il faut envisager les développements nouveaux des moyens d'évacuation à tous les échelons.

« 4° Plus que dans les autres cas, il importe que les chefs des formations motorisées possèdent, à côté de leurs qualités techniques, de solides connaissances militaires, pour leur permettre de s'adapter rapidement et sans erreur aux conditions variables du combat. »

***

La quatrième question sur l'*Utilisation des méthodes colorimétriques en analyse dans les laboratoires* a été rapportée par le pharmacien colonel Seitaro-Yamaguchi, le médecin lieutenant-colonel Shusuhe Horiguchi, de l'armée japonaise et le pharmacien colonel Thomann, de l'armée suisse.

Les auteurs japonais ont montré « que la méthode colorimétrique étant la plus commode des méthodes analytiques, le service pharmaceutique de leur armée faisait tous ses efforts pour la perfectionner, afin d'obtenir une réaction colorimétrique propre à chaque substance, correctement dépistée au point de vue quantitatif. Les résultats dépendent non seulement de l'ombre de la couleur au moyen des méthodes générales d'optique, mais encore de son examen précis grâce à la méthode photo-électrique ».

En ce qui concerne la méthode volumo-colorimétrique, il est nécessaire de trouver d'abord un agent décolorant adéquat à chaque méthode colorimétrique. C'est à cette condition que cette dernière pourra entrer dans le domaine de la pratique.

Pour le pharmacien colonel Thomann, la colorimétrie ne pourra jamais remplacer les méthodes classiques de chimie analytique, mais — dans bien des cas — elle leur est un adjuvant très appréciable.

En conséquence, son importance n'est nullement négligeable pour les laboratoires médico-militaires.

Après une série de communications du pharmacien colonel Ionescu Matiu (A.), du pharmacien commandant Bibescu (I), du pharmacien lieutenant Constantinescu (D.) (Roumanie) ; du médecin lieutenant colonel Lukaszewicz, du médecin commandant Cybulski et du capitaine pharmacien Lempicki (Pologne), le Congrès a adopté les conclusions suivantes :

« 1° Les méthodes colorimétriques peuvent être prises en considération pour les divers dosages, après un contrôle rigoureux par rapport aux méthodes gravimétriques et titrimétriques. Elles possèdent l'énorme avantage de permettre souvent le dosage de quantités minimales de substances, impossible à effectuer par les méthodes ordinaires, comme c'est

le cas dans les analyses toxicologiques, biologiques et même industrielles.

« 2° Rechercher, si c'est possible, des méthodes de dosage colorimétrique, qui soient pratiquement exactes à 1 pour 1.000.

« 3° Pour obvier aux inconvénients de la colorimétrie proprement dite, adapter, selon les cas, la méthode volumo-colorimétrique, ou encore celle de la cellule photo-électrique.

« 4° L'utilisation de ces méthodes dans les laboratoires de recherches pour les liquides biologiques, peut être aisément réalisée à condition d'avoir des solutions exactement étalonnées. S'assurer par une étude minutieuse de la réaction, dans quelles conditions la quantité de matière colorante formée est proportionnelle au corps à doser (en fonction de température, concentration, temps, ionisation et éclairage).

« 5° Avant d'arriver à une adaption officielle de ces méthodes colorimétriques, il s'impose d'étudier — pour chaque produit — la méthode colorimétrique ou volumo-colorimétrique, afin d'assurer la précision nécessaire (exception faite pour la détermination colorimétrique du pH dont les méthodes sont suffisamment précises). »

*
* *

La cinquième question portait sur les *édentés aux armées* (définition, traitement, appareillage) et *leur utilisation en temps de paix et en temps de guerre.* Elle fut traitée par le médecin lieutenant dentiste Carydis (N.) de l'Armée hellénique et l'officier dentiste de réserve Poelstra, de l'Armée hollandaise.

Comme les rapporteurs l'ont montré, l'aptitude au service militaire — considérée du point de vue de l'appareil masticateur — doit être appréciée en tenant compte d'abord de l'état général de l'appareil digestif et de son fonctionnement, puis de la bouche et des unités masticatrices.

L'appréciation de la capacité masticatoire dépend de la nature de la nourriture fournie au soldat. Son examen peut se faire empiriquement (Gelman), compte tenu du fait qu'une mauvaise volonté préméditée peut fausser les résultats.

Quoique la prothèse dentaire soit compatible avec le service, elle doit être considérée comme une ressource qui n'est pas sans inconvénient et la possibilité d'une bonne mastication ne peut en dépendre tout à fait.

Après un exposé du médecin lieutenant-colonel dentiste Mieszkis (Pologne), ces diverses considérations ont abouti aux conclusions suivantes :

« 1° La perte des dents, partielle ou totale, n'est pas une cause d'exemption du service, si elle peut être compensée efficacement par la prothèse, toute question d'esthétique mise à part.

« 2° Au point de vue militaire, est édenté l'homme dont le déficit fonctionnel de la denture est susceptible de retentir sur l'état général et de diminuer l'aptitude au service.

« 3° Le traitement de choix, dès le temps de paix, est l'appareillage prothétique, lorsqu'il est indispensable au point de vue fonctionnel, après la mise en état de la cavité buccale débarrassée des foyers septiques d'origine dentaire.

« 4° En temps de guerre, aux armées, l'appareillage doit être préparé, fait et réparé dans la zone de l'armée ; il ne doit pas motiver une évacuation sur l'intérieur, en règle générale. »

*
* *

La question dernière visait l'*étude comparative du ravitaillement en vivres* et de l'*alimentation des malades et des blessés en temps de paix et en temps de guerre.*

Elle fut présentée par le lieutenant-colonel d'Administration Dionisi, de l'Armée française, le colonel médecin Adbulkadir Noyan et le commandant médecin Zeki Ural, de l'Armée turque.

Après lecture de ces rapports et d'une Communication du pharmacien colonel Cerbulescu (Roumanie), les conclusions suivantes ont été adoptées :

« 1° Il est impossible de standardiser les rations, mais il est très désirable de les catégoriser.

« Les conditions varient avec les ressources économiques de chaque pays et surtout avec les habitudes nationales.

« 2° L'alimentation des malades et blessés doit bénéficier des progrès de la science et des recherches sur la physiologie alimentaire en donnant une large place aux aliments protecteurs.

« 3° Il y a lieu, dans les services des cuisines et dans les réfectoires, de profiter de tout le modernisme, d'utiliser des appareils de cuisine au gaz ou à l'électricité, et de se servir d'appareils frigorifiques pour la conservation des denrées.

« 4° Créer, si cela est nécessaire, des écoles de cuisiniers, de façon à ne confier la préparation des aliments qu'à des professionnels. Organiser dans les hôpitaux des services de diététique qui, en raison de leur précision, permettent de donner à certains malades l'alimentation spéciale qui leur convient.

« 5° Surveiller la préparation et la présentation des plats, qui doivent être agréables au goût des malades. »

En terminant ses travaux, le Congrès prit acte du vœu émis par le médecin général Marosin, de l'Armée roumaine, de voir résoudre — dans les conditions les plus favorables — l'importante question des villes et des localités sanitaires et condenser en une seule convention internationale toutes les dispositions relatives à cet objet.

Aux séances de travail du IXe Congrès se sont ajoutées des démonstrations scientifiques et militaires variées. Elles se sont déroulées dans les hôpitaux militaires ou civils, au dépôt du matériel sani-

taire de l'armée, et dans divers établissements hospitaliers.

Les congressistes ont reçu un très cordial accueil dans les services des Professeurs Angelescu, Iacobovici, Cristide, Zaharesco-Karama, Jiano (A. et J.), Skupiewiski, Gheorghiu, Nasta, Topa, Balanesco, Daniel, Jortolomeu et Metiano, ainsi qu'à l'Institut Cantacuzène, où le Professeur Ionescu Mihaiesti et ses éminents collaborateurs firent les honneurs de leurs laboratoires.

En résumé, les travaux du Congrès ont été particulièrement suivis et ont abouti à des résultats très importants.

Par ailleurs, les congressistes garderont de leur séjour en Roumanie et du cordial accueil qui leur a été réservé, un très profond et reconnaissant souvenir.

* * *

En réponse à la gracieuse invitation du Gouvernement américain, il a été décidé que le Xe Congrès international de médecine et de pharmacie militaires aurait lieu à Washington, en 1939.

Le programme du futur Congrès comportera l'étude des questions suivantes :

— Organisation et fonctionnement du Service de santé dans les expéditions coloniales (Rapporteurs : Italie et U. S. A.).

— La prévision des pertes en temps de guerre et leurs méthodes de calcul (Rapporteurs : U. S. A. et Allemagne).

— Procédés pratiques d'anesthésie et d'analgésie dans la chirurgie de guerre (Rapporteurs : Brésil et U. S. A.).

— Traitement d'urgence et appareillage primaire des fractures de guerre des maxillaires (Rapporteurs : France et U. S. A.).

— Spécialisation technique des officiers d'Administration du Service de santé (Rapporteurs : Mexique et U. S. A.).

— Organisation et fonctionnement du service chimico-pharmaceutique militaire (Rapporteurs : Argentine et Tchécoslovaquie).

Jean DES CILLEULS.

Les livres qui viennent de paraître....

Chez MASSON et Cie
120, Boulevard Saint-Germain

P. SAINTON, H. SIMONNET et L. BROUHA. — **Endocrinologie clinique, thérapeutique et expérimentale.** Un vol. 832 p., 158 fig. Prix : 130 francs.

Quelques vérités premières (OU SOI-DISANT TELLES) :

En chirurgie abdominale, par H. MONDOR. Un vol. 98 p. Prix : 24 francs.

En oto-rhino-laryngologie, par M. OMBRÉDANNE. Un vol. 88 pages. Prix : 24 francs.

Sur les maladies infectieuses, par A. LEMIERRE. Un vol. 78 pages. Prix : 24 francs..

Sur les maladies des reins, par PASTEUR VALLÉRY-RADOT. Un vol. 68 pages. Prix : 24 francs.

A. BESREDKA. — **Les immunités locales**, Un vol. 224 pages. Prix : 35 francs.

Imprimerie du Commerce, Angers

Henri FRUCHAUD. — **Chirurgie et radiations dans le traitement des cancers superficiels ou peu profonds.** Indications thérapeutiques. Procédés d'irradiation, techniques chirurgicales. *Préface du* Prof. A. GOSSET. Un vol. 334 pages avec fig., 1937.

Imprimerie L. SÉZANNE
75, rue de la Buire, Lyon

Auguste LUMIÈRE. — **Quelques travaux complémentaires relatifs à la propagation de la tuberculose.** 1937. Cinquième fascicule. Un vol. 172 pages avec figures.

Librairie Ernest LEROUX
108, Boulevard Saint-Germain

Revue des Revues littéraires et scientifiques hongroises de l'année 1935. — II. Sciences. Sciences appliquées. Un vol. 148 pages.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

TRAVAUX ORIGINAUX

Bulletin de l'Actualité

POUR OU CONTRE LA STÉRILITÉ FÉMININE : TOUJOURS L'ARTIFICE

Comme il se met au service des ménages « fraudeurs », l'artifice vient au secours des ménages « loyaux », mais impuissants : c'est ainsi qu'il peut assurer la cure de certaines stérilités, par l'introduction chirurgicale de sperme valide dans les voies génitales de la femme.

De même que l' « artifice de stérilité », l' « *artifice de fécondation* » est aussi vieux que le monde. L'idée de la fécondation artificielle avait été utilisée par les Arabes dès avant le XIV[e] siècle ; mais les premiers travaux scientifiques datent des expériences, réalisées sur la chienne par Spallangani vers 1782. Grâce à eux, John Hunter fut amené, en 1799, à tenter et à réussir la première fécondation artificielle féminine des temps modernes.

Certes, *a priori*, le procédé paraît un peu choquant, antinaturel ; car, s'il est vrai que la femme accouche dans la douleur, il est bien juste que par une faible compensation elle doive concevoir dans le plaisir, et cela malgré que des fécondations artificielles puissent être réalisées en dehors de l'orgasme physiologique de la copulation.

Après tout, le défaut d'orgasme ne viendrait-il pas constituer quelque cause des échecs assez nombreux de la méthode ? Car, il est des gamètes qui, pour des raisons encore obscures, ne se marient pas forcément, parce qu'ils ont été mis en présence, même si toutes les précautions indiquées plus loin ont été prises. C'est pourquoi le Docteur A. Chalier (1) considère comme inexact le terme de « fécondation artificielle », en ce qu'il préjuge du résultat. Il lui préférerait celui d' « insémination artificielle » plus vrai, parce que celle-ci ne dépasse pas notre pouvoir, qui est limité à l'apport artificiel, dans les voies génitales, d'un liquide spermatique sain, mais sans que nous puissions agir sur la fusion intime des deux gamètes, d'où la fécondation. « Notre rôle est un peu comparable à celui d'un agent matrimonial qui *rapproche, mais n'unit pas* ».

Dans certains cas, on doit malgré tout, faire une abstraction nécessaire de nos scrupules et considérer, en toute objectivité, le procédé comme un moyen thérapeutique. En dehors des femmes, qui ont vraiment l'instinct de devenir mères, et qui l'acceptent comme un remède à certaines impossibilités organiques de l'un des deux conjoints, n'est-il pas de vraies malades allant jusqu'à une neurasthénie de stérilité, ou même de ces femmes qu'autrefois on dénommait volontiers des « hystériques », et qu'il serait ainsi possible de guérir ?

Laissons de côté ces névropathes, et voyons quelles peuvent être les *impossibilités organiques à la fécondation*, qui nécessiteront le recours à l'insémination artificielle. A. Chalier relève :

1° du *côté féminin* : la *déficience périnéale* avec rejet immédiat du sperme ; les obstacles vaginaux ou utérins réalisés, soit par un vaginisme invétéré, soit par des déviations utérines en antéou en rétro-flexion, qui seraient justiciables d'une intervention chirurgicale, mais pour lesquelles, avec ou sans raison, la malade refuse l'intervention ; les cas, enfin, des sécrétions cervicales ou vaginales nuisibles aux spermatozoïdes.

2° Du côté masculin : *impotentia cœundi* (énorme tumeur des bourses avalant la verge, érection insuffisante) ; troubles de l'éjaculation (phimosis très serré, éjaculation ante introïtum, abouchement uréthral défectueux) ; anomalies du sperme (azoospermie, oligospermie, etc.)

Cependant, il est certaines *conditions de réussite, qui sont capitales* pour réaliser une insémination artificielle :

1° Chez la femme, il s'agit de la notion de la perméabilité tubaire, dont la preuve aura été faite, quelques jours auparavant, avec l'insufflation ou avec l'instillation lipiodolée, puis de l'absence d'autres signes d'infécondité. Le Docteur Devraigne sur 2.500 femmes stériles, n'en a trouvé que seize pouvant bénéficier d'une fécondation artificielle, soit 0,64 %.

(1) La fécondation artificielle. (*Lyon Médical*, 25 octobre 1936.)

2° Chez l'homme on doit s'assurer de la validité du sperme injecté, et de l'absence de gonocoques.

3° On choisira le moment optimum pour la femme.

Ce moment devra se rapprocher le plus possible de la date de l'ovulation, qui a lieu généralement le douzième jour après le début des règles, et qui se traduit parfois par quelques signes cliniques, notamment par l'apparition d'une crisette douloureuse intermenstruelle, occupant le bas-ventre ; celle-ci est d'ordinaire localisée à un seul ovaire (un mois d'un côté, un mois de l'autre), et s'accompagne souvent d'un léger écoulement sanguin. Dans quelques cas, existe aussi une surexcitation génitale, qui s'explique par la résorption massive du liquide folliculaire, et qui rappelle le rut expérimental provoqué par l'injection de folliculine.

Mais ces signes cliniques manqueront parfois, et il deviendra possible, par deux méthodes de préciser le *moment de la ponte ovulaire* (Devraigne et Séguy). On recherchera les *glaires translucides filantes du col,* qui semblent être le milieu nécessaire à l'ascension des spermatozoïdes, ainsi qu'à leur vitalité, pour attendre qu'ils pénètrent dans les parties hautes de la sphère génitale. En général, ces glaires surviennent vers le onzième jour après le début des règles, et durent trois ou quatre jours. Leur recherche doit être faite pour chaque femme, car leur date d'apparition est variable dans des limites importantes ; pour les mettre en évidence, il est parfois nécessaire de faire l'aspiration du col.

En second lieu, il conviendra de déceler et de doser la folliculine dans les urines ; l'élévation souvent très brutale de son taux permettra d'indiquer d'une façon assez précise la ponte ovulaire, qui coïncide presque toujours avec le maximum des glaires cervicales. Ce dosage doit être fait régulièrement tous les deux jours pendant un ou deux cycles consécutifs ; l'absence ou le peu d'amplitude des variations du taux de la folliculine traduit l'absence d'ovulation.

Que faire *si le sperme du mari est inacceptable* ? Le choix d'un donneur peut-il laisser à l'opération quelque légalité ? Cette question soulève une série de problèmes sociaux, moraux, confessionnels, que nous ne devons pas ignorer.

Bien qu'au point de vue théologique, la fécondation artificielle avec le sperme d'un donneur soit absolument illicite, — si *la femme,* en désir d'enfanter, se met *d'accord avec son impuissant mari,* la chose est simple. Il importera, avant tout, que « le donneur, choisi par le médecin avec toute l'attention désirable, tant au point de vue physique (syphilis, etc.) que moral (hérédité impeccable), ne soit connu ni de la femme, ni du mari, qu'à son tour il ignorera. Dans ces conditions, le mari sera légalement le père légitime de l'enfant, qu'il n'aura pourtant pas créé ». D'après les articles 312 et 313 du Code civil « pater is est quem justæ nuptiæ demonstrant » ; or le désaveu de paternité n'est possible que du 300e au 180e jour avant la naissance de l'enfant, s'il y a eu éloignement des époux ou impossibilité physique de cohabitation ; de plus, le désaveu n'est pas possible du fait d'adultère ou d'impuissance. D'ailleurs, comme le fait remarquer Douay, la fécondation artificielle ainsi comprise paraît supérieure à l'adoption d'un enfant, dont on ignore l'origine et l'hérédité.

Plus délicate est la question, si la fécondation artificielle est demandée à *l'insu de la femme* par le mari stérile : le médecin agit ici sans le consentement de sa cliente. « Il y a une sorte de tromperie, qui peut choquer la conscience médicale. Une telle complicité entre le médecin et le mari ne paraît plausible que d'une façon tout à fait exceptionnelle, si l'on assiste par exemple chez la femme à des troubles nerveux graves, liés à un besoin inassouvi de maternité, et que l'on suppose curable par l'apparition providentielle d'une grossesse tant désirée ».

***

Et voici maintenant la manière de se servir de l'artifice. Elle exige une scrupuleuse asepsie et une parfaite douceur.

Le sperme aura été préalablement reconnu normal et sain. Nombre de spermatozoïdes par champ : 100 ; pas plus de 30 % de spermatozoïdes immobiles (morts ou oscillants sur place) ; pas plus de 25 % de formes anormales (micro ou macrocéphales, tête repliée, double tête ou double queue, incomplètement développés).

Le liquide spermatique est recueilli soit par masturbation dans une boîte de Petri stérile et en verre neutre (c'est la meilleure manière) — soit par coït avec condom, — soit par coïtus interruptus, — soit par coït naturel (en prélevant le sperme dans le fond du vagin). Dans les cas de stérilité par épididymite double, il ne sert à rien de recueillir des spermatozoïdes par ponction du testicule, car le liquide prostatique semble indispensable à leur vitalité.

On utilisera le sperme le plus tôt possible après l'éjaculation, après l'avoir tiédi au besoin, mais sans trop le chauffer, afin de ne pas détruire ses propriétés vitales. Il ne paraît pas avantageux de le diluer, mais il est bon de l'avoir laissé s'homogénéiser, soit en le plaçant à l'étuve à 37° pendant quelques minutes, soit en le laissant plus longtemps à l'air libre.

L'injection du sperme nécessite une seringue en verre de 5 cent. cubes, munie d'une canule métallique assez fine, à bout mousse, de 8 à 10 centimètres de longueur, du type de la sonde de Braun. Préalablement stérilisés, ces instru-

ments doivent être utilisés *secs*, sans la moindre goutte d'eau, ni la plus petite trace de liquide ou de vapeurs antiseptiques.

Dans la majorité des cas, on pratique l'insémination intra-utérine. Après l'introduction du spéculum, le col et le fond du vagin sont lavés à l'eau bouillie, puis essuyés avec une compresse de gaze stérile. Le sperme est alors aspiré dans la seringue, à laquelle on adapte la sonde, en ayant soin d'en chasser tout l'air. La sonde introduite dans la cavité cervicale, avec délicatesse pour ménager la muqueuse, on pousse lentement quelques gouttes de sperme, dès qu'on a franchi l'isthme. Si on injectait davantage, l'utérus réagirait par une contraction violente, qui chasserait tout ; aucun saignement ne doit se produire après le retrait de la canule. Il semble plus pratique de pousser le sperme jusque dans les trompes au moyen d'une insufflation d'air ou d'une injection lipiodolée.

Quant à l'insémination uniquement vaginale elle est peu pratiquée.

Quel que soit le procédé choisi, on recommandera à la patiente de rester ensuite étendue et immobile, le siège surélevée par un coussin, pendant un temps minimum de 20 à 30 minutes, ou même pendant deux heures. On pourra, en outre administrer un antispasmodique.

On répète des séances de fécondation artificielle jusqu'à l'obtention d'une grossesse, d'ordinaire tous les mois, à la période d'ovulation.

Quant aux *résultats*, malgré un sperme valide et des voies génitales perméables, rien n'assure la présence formelle d'un ovule, ni sa qualité. Il faut donc se garder d'un optimisme excessif. On semble pouvoir tabler sur 44 % de succès environ, bien que les cas choisis par les auteurs, n'aient, pour la plupart, pu relever que de la fécondation artificielle.

Les enfants naissent tout à fait sains et se développent normalement. La fécondation artificielle, est tout à fait inoffensive pour la femme.

***

Nous avons parlé plus haut de certaines femmes, qui étaient atteintes d'une véritable « neurasthénie de stérilité », et pour lesquelles l'insémination artificielle était susceptible de devenir un bon moyen de guérison.

Parmi ces neurasthéniques, se rangent certaines femmes musulmanes, dont a parlé Mme E. Delanoé (de Mazagan) ; leur dépression nerveuse s'explique car « nulle part ailleurs, à l'heure actuelle, l'opprobre n'accompagne la femme stérile avec une rigueur aussi constante et agissante qu'au Maroc » (1). Les femmes, claustrées, ne durent, en effet, dans l'affection de leurs maris polygames, qu'en tant que mères de leurs enfants. Leur situation n'est affermie qu'en raison des enfants, qu'elles procurent.

Toute femme indigène stérile peut être renvoyée du domicile conjugal suivant le bon plaisir de son époux, qui justifie son infidélité en invoquant le fait que la femme répudiée est stérile. Celle-ci fait piètre figure chez elle ainsi que dans la société musulmane, c'est un souffre-douleur dont tout le monde parle avec compassion et pitié.

Aussi, pour remédier à l'indignité de son état autant que pour la mettre à l'abri des critiques, existe-t-il au Maroc une croyance bizarre et bien établie : toute femme, du seul fait de son mariage, devient, comme ils disent, « dépositaire d'un enfant dans son ventre ». Elle en accouche ou n'en accouche pas. Dans ce dernier cas, son entourage la considère comme une femme conditionnellement stérile, car, d'après les indigènes du Maroc, le fœtus s'étant endormi à une certaine période de la grossesse peut, sous une influence quelconque, se réveiller et évoluer normalement jusqu'à être accouché.

Les Marocaines viennent nombreuses demander à la Toubiba de réveiller leur enfant endormi dans leur sein cherchant remède contre le « Haser », nom qu'on donne dans le pays à ce soi-disant enfant endormi *in utero*.

La croyance du « Haser », du « Regned », a force de loi, et la justice musulmane en tient grand compte toujours. Il arrive qu'une femme séparée de son mari depuis deux, trois ans et plus, accouche d'un enfant attribué à ce dernier, et les tribunaux indigènes condamnent le mari à servir une pension alimentaire pour le bébé qui vient de naître.

Pour porter remède à ces neurasthéniques, il n'est cependant pas nécessaire, comme on pourrait le croire, de recourir à l'insémination artificielle. La chose est beaucoup plus simple. Leur stérilité tient ici surtout à la syphilis et à la gonococcie, dont les effets se révèlent d'autant plus mutilants, que les sujets se marient souvent à l'âge prépubère, et sont infectés de bonne heure, car tout bon musulman (90 % des cas) a sa syphilis, sa blennorragie, quelquefois les deux à la fois. Or, comme l'hygiène est inconnue et comme la maladie vient d'Allah, les femmes endurent longtemps leur mal, trop longtemps. Il suffit dès lors de traiter leur syphilis, leurs endocervicites ou exocervicites oblitérantes, leurs déviations et flexions multiples pour faire disparaître une stérilité dégradante, et sans apporter, par l'artifice, le liquide spermatique.

G. Fischer.

(1) La stérilité dans le milieu indigène au Maroc. (Congrès français de gynécologie, mai 1936).

EXERCICE DE L'ART DES ACCOUCHEMENTS PAR UNE INFIRMIÈRE D'HOPITAL

Une sage-femme nous demande conseil, parce qu'elle et sa collègue voient leur clientèle leur échapper au profit de l'hôpital local.

Pour des prix défiant toute concurrence, les futures mamans sont admises à l'hôpital, où elles paient une somme forfaitaire, comprenant les frais de séjour et les frais obstétricaux.

Théoriquement, le service de maternité est confié à la surveillance du médecin de l'hôpital. Dès qu'une femme entre en travail, une sage-femme de la ville doit, en principe, être prévenue, pour prodiguer ses soins à la parturiente.

En réalité, une religieuse infirmière de l'établissement s'arrange pour prétexter l'urgence ; ou bien, elle fait prévenir trop tard la sage-femme, surtout lorsqu'elle sait que cette dernière peut être absente. Le résultat, c'est que cette religieuse, qui n'a aucun diplôme de sage-femme, pratique presque tous les accouchements dans l'établissement hospitalier.

Le médecin, chef de service, mis au courant, ferme les yeux et laisse faire.

Comment agir contre pareille situation ?

A première vue, nous voyons se renouveler la lutte du pot de fer contre le pot de terre. Commission administrative d'hôpital, préfet, ministre : tout le monde laisse faire et les praticiens locaux se verront frustrés de leur gagne-pain au profit de l'établissement public.

A mon avis, cependant et malgré les difficultés, je crois qu'il faut réagir.

Tout d'abord, il convient que médecins, comme sages-femmes, puissent fournir la preuve de l'exercice illégal commis par la religieuse infirmière. Il est indispensable d'obtenir le témoignage de malades ayant accouché à l'hôpital, pour déterminer l'heure à laquelle elles ont présenté les premiers signes du travail et l'heure à laquelle la religieuse a fait appel soit à une sage-femme, soit à un médecin.

Hormis les cas d'extrême urgence, une infirmière ne peut pas pratiquer l'art des accouchements, sans avoir un des diplômes exigés par la loi du 30 novembre 1892.

Une fois en possession de deux cas, il sera possible d'utiliser la voie amiable, ou la voie judiciaire.

A l'amiable, le Syndicat des sages-femmes peut faire de justes remontrances à la Commission administrative de l'hôpital. Si celle-ci fait la sourde oreille, on s'adressera au préfet, si besoin en est, au ministre de la Santé publique.

Toujours par voie amiable, on peut faire une démarche à l'évêché, pour avertir les autorités écclésiastiques qu'il est de leur devoir de rappeler la religieuse à l'ordre, pour éviter des poursuites correctionnelles. Au besoin, cette religieuse pourrait être déplacée, car la communauté à laquelle elle appartient, s'inclinera devant les justes observations provenant de l'évêché.

En cas d'échec des démarches ainsi faites par le Syndicat, reste la voie judiciaire. Tant pis pour le scandale ; mais les droits légitimes des médecins et des sages-femmes doivent être respectés par tous.

On assignera devant le Tribunal correctionnel la religieuse, comme auteur principal, du délit d'exercice illégal de l'art des accouchements, délit prévu par l'article 16 de la loi du 30 novembre 1892 et puni par les peines prévues à l'article 18. Il est nécessaire que les témoignages se rapportent à des accouchements illicites ayant eu lieu depuis moins de trois ans.

Comme complices du délit seront compris dans les poursuites, le médecin chef du service hospitalier de maternité, comme n'ayant pas surveillé son service et ayant toléré des pratiques illégales. De même, le maire, président de la Commission administrative de l'hôpital sera inculpé dans la plainte, comme n'ayant pas exercé une surveillance administrative suffisante, pour ne pas empêcher que, dans l'établissement, une infirmière puisse enfreindre les dispositions législatives sur l'exercice de la médecine et de l'art des accouchements.

A l'heure où le Corps médical tout entier se plaint de la concurrence faite par les hôpitaux, qui admettent, largement, contre payement, des malades, qui ne sont pas privés de ressources, il convient cependant que, pour augmenter les bénéfices plus ou moins licites des hôpitaux, on n'assiste pas à des violations flagrantes des lois qui régissent l'art de guérir.

Dr Paul BOUDIN.

A PROPOS D'UN RÉCENT ARRÊT DE LA COUR DE CASSATION

LE CONTRAT DE LOUAGE DE SERVICES EST-IL COMPATIBLE AVEC LA PROFESSION MÉDICALE

Depuis longtemps déjà l'exercice de la médecine ne se borne plus à des rapports directs entre médecin et malade. De plus en plus fréquemment le médecin prête ses services non pas au malade lui-même, mais à une tierce personne, physique ou morale, publique ou privée, qui prend en charge le paiement de sa rémunération. On peut d'ailleurs distinguer à cet égard deux formes de « tiers-payant » : ou bien, il s'agit de rapports occasionnels laissant au médecin son indépendance totale, et, dans ce cas, il suffit d'appliquer les mêmes règles qu'en clientèle ordinaire, ou bien, au contraire, il s'agit de rapports continus mettant le praticien dans une certaine dépendance à l'égard de celui qui a recours à ses services. Cette seconde hypothèse pose alors de très délicats problèmes, en raison de l'incertitude où l'on est des règles juridiques à lui appliquer, étant donné le caractère essentiellement libéral de la profession médicale.

Cependant le développement de cette forme de contrat dans l'organisation professionnelle actuelle exige des solutions précises. La première idée, la plus simple qui vienne à l'esprit, serait d'assimiler ces rapports à un contrat de louage de services ou « contrat de travail » ordinaire. Il serait alors facile de résoudre tous les problèmes qui se posent à cette occasion puisqu'il suffirait d'appliquer aux médecins toutes les règles afférentes à ce contrat, notamment la législation du travail.

Toutefois, cette assimilation pure et simple choque quelque peu dès le premier abord. Il semble, en effet que tout médecin digne de ce nom n'est pas et ne peut pas être un salarié ordinaire. La mission dont il est investi exige qu'il mette au service du malade non pas seulement son temps, son travail, sa technique, mais encore ses qualités morales, sa conscience, sa personnalité, dans l'indépendance la plus grande et la plus entière. Il s'agit là, d'ailleurs, non pas seulement d'une obligation professionnelle, mais encore d'une règle légale, puisqu'il tient de son diplôme le monopole de l'art de guérir, et qu'il est interdit à toute personne non titulaire du diplôme de docteur en médecine de s'immiscer dans le traitement des maladies.

Peut-on concilier ces principes avec le cadre juridique du contrat de louage de services ? Doit-on faire au contraire de la « promesse de services médicaux », un contrat *sui generis*, et, dans ce cas, quelles en sont les règles ? C'est ce qu'il y a lieu de rechercher en étudiant tout d'abord les solutions de la jurisprudence et l'évolution qu'elle a suivie.

La nature juridique de la promesse de services médicaux d'après la jurisprudence civile

Quelques décisions ont admis que, ni la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine, ni aucun texte ne défendant à un médecin d'engager ses services moyennant une rémunération préalablement fixée, rien ne mettait obstacle à l'application des principes du droit commun édictés par le Code civil pour le contrat de louage de services (V. not. Cour de Paris, 30 mars 1926). La Cour de Limoges, par un arrêt du 25 octobre 1932, avait même décidé que, s'il est vrai qu'un médecin jouit obligatoirement d'une entière indépendance dans l'exercice de son art et dans le discernement des traitements à appliquer aux malades, il n'en doit pas moins être considéré comme lié par un contrat de louage de services du moment que, médecin-chef d'un asile privé d'aliénés, il est rétribué par des appointements annuels déterminés à l'avance, assujetti à la résidence dans l'établissement, ainsi qu'à des heures de présence, et se trouve soumis à la discipline de l'établissement et à l'autorité du directeur. Cet arrêt fortement motivé, considérait *donc que le contrat de* louage de services n'était pas inconciliable avec l'indépendance technique, et qu'il existait dès que le médecin était astreint à une certaine dépendance administrative à l'égard de l'employeur.

Mais la jurisprudence a, à plusieurs reprises, rappelé que l'objet principal de la promesse de services médicaux est la délivrance de soins aux malades, et que la condition essentielle de la validité d'une telle promesse est l'indépendance de l'homme de l'art dans l'accomplissement de sa mission. Ainsi a-t-il été décidé par la Cour de Pau (arrêt du 9 juin 1931) que le contrat par lequel une société thermale interdit au médecin qu'elle s'est attaché tout traitement des malades par des moyens autres que le seul moyen thérapeutique des eaux thermales, est contraire à l'ordre, à la santé et à la morale publique. De même, la Cour de Paris avait rappelé, dans son arrêt du 14 décembre 1922, que l'identité de traitement imposée au médecin à l'égard de tous les malades d'un dispensaire, à raison de leur qualification commune de tuberculeux et abstraction faite de toute particularité individuelle, est contraire aux principes les moins contesta-

bles de la science, car elle méconnaît les droits et obligations du médecin dont la fonction est d'instituer un traitement dépendant *uniquement* de sa conscience professionnelle. Cette liberté est la condition même de sa responsabilité, et, sans elle, on ne peut concevoir la pratique de l'art médical.

La Cour suprême, saisie par deux fois de cette question à onze ans d'intervalle, n'a, d'autre part, pas varié dans ses décisions. La première affaire, qui a motivé son arrêt du 3 mars 1926, concernait le cas d'un médecin chargé par un établissement industriel des soins aux victimes d'accidents du travail, moyennant une rémunération annuelle fixe. La Cour de cassation, ayant à statuer sur le droit à l'indemnité de ce médecin brusquement révoqué, a posé les principes suivants : *les actes dépendant d'une profession libérale sont susceptibles de faire l'objet d'une promesse de rémunération par celui au profit duquel ils doivent être accomplis. Mais l'engagement ainsi pris par le médecin envers le chef d'entreprise ne présente pas les caractères d'un contrat de louage de services.*

Tout récemment enfin, la Cour suprême, par son arrêt du 17 mars 1937, cassait l'arrêt précité de la Cour de Limoges, en décidant que *les conditions d'ordre intérieur auxquelles se soumet un médecin pour assurer la régularité des soins qu'il s'est engagé à donner aux malades d'un établissement de santé, ne sauraient, au point de vue des conditions mêmes dans lesquelles il donne les soins, c'est-à-dire remplit l'obligation faisant l'objet du contrat, créer dans les rapports du directeur et de l'homme de l'art le lien de subordination nécessaire à l'existence d'un contrat de louage de services.*

La thèse jurisprudentielle peut en définitive se résumer ainsi : le critérium du contrat de louage de services est l'existence d'un lien de subordination entre employé et employeur. Or, la délivrance de soins, objet principal de la promesse de services médicaux est incompatible avec la subordination du médecin à un tiers. Dans ces conditions, la promesse de services médicaux constitue, non pas un contrat de louage de services, mais un contrat innommé soumis aux principes généraux et au droit commun des obligations.

Les conséquences de la thèse jurisprudentielle

Ainsi donc le médecin qui loue ses services à un tiers ne peut invoquer la législation spéciale du travail, mais seulement les règles générales du droit. Il se trouve indubitablement de ce fait dans une situation moins favorable qu'un salarié ordinaire qui bénéficie à de nombreux points de vue de la protection du législateur.

En ce qui concerne tout d'abord la *rupture du contrat*, le médecin ne peut invoquer les dispositions de l'art. 1780 du Code civil (art. 23 du Code du travail) relatives au délai-congé et à l'abus du droit de résiliation. Toutefois, celles-ci ne sont que l'application à un cas particulier de principes plus généraux et l'on aboutit en définitive à peu près aux mêmes résultats. Ainsi que l'a reconnu la Cour de cassation dans son arrêt du 3 mars 1936 précité « , lorsque l'engagement pris par un médecin envers un chef d'entreprise de donner ses soins aux accidentés du travail a été fait sans détermination de durée, il peut cesser à toute époque sans indemnité par la volonté de l'une des parties *à moins que la convention ou l'usage n'impose l'observation d'un délai de prévenance ou que la rupture ait eu lieu dans des circonstances constitutives d'une faute* ». La preuve de cette convention, de cet usage ou de ces circonstances fautives incombe bien entendu à la partie qui se prétend victime de la résiliation abusive. Mais, d'après une jurisprudence bien établie de la Cour suprême, il en est de même en matière de contrat de travail ordinaire.

La question de la *responsabilité envers les tiers* montre mieux encore les conséquences de cette différence de nature. On sait qu'en vertu de l'art. 1384 du Code civil le commettant est responsable à l'égard des tiers des dommages causés par le fait de son préposé. Cette responsabilité que le Code civil fait peser sur le commettant suppose tout à la fois qu'il a choisi son préposé et qu'il a le droit de lui donner des instructions et des ordres sur la manière de remplir la fonction à laquelle il l'emploie. Or, ainsi que l'a décidé la jurisprudence à propos des médecins d'hôpitaux, les médecins agissent pour le traitement des malades avec la plus entière indépendance, et n'ont à recevoir à ce point de vue ni ordres, ni instructions de la part de l'employeur. Ils ne sont point dès lors les préposés de celui-ci qui ne peut, par suite, être déclaré responsable de leurs actes professionnels (Trib. civ. de la Seine, 27 décembre 1894, et 14 décembre 1920). Au contraire, le salarié ordinaire rentre par essence même dans la définition du préposé. Mais la notion de préposé est plus large que celle de salarié : elle comprend toute personne se trouvant sous la direction même occasionnelle d'une autre, fût-ce en l'absence de tout contrat de louage de services. Le médecin lié à un employeur pourra donc engager, sa responsabilité comme le salarié, par tous faits extra-médicaux.

Une autre conséquence fort importante elle aussi est de priver le médecin du *bénéfice des lois « sociales »* qui exigent en général pour leur application l'existence d'un contrat de travail. Ainsi en est-il particulièrement de la *législation sur le risque professionnel*, à propos de laquelle est intervenu l'arrêt de la Cour de cassation en date du 17 mars 1937, que nous exposions ci-dessus.

Il s'agissait dans cette affaire d'un médecin d'asile privé d'aliénés tué par un malade au cours de son service. La Cour suprême, en cassant l'arrêt de la Cour de Limoges, a décidé que les ayants droit de la victime ne pouvaient actionner en indemnité l'établissement en question en vertu de la loi du 9 avril 1898, mais seulement en vertu du droit commun, à la condition d'établir l'existence d'une faute conformément à l'art. 1382 du Code civil. La solution serait la même en ce qui concerne les autres lois sociales (durée du travail, congés annuels payés, etc.). Toutefois, depuis la réforme du régime des *assurances sociales* par le décret-loi du 28 octobre 1935, le médecin qui loue ses services à un tiers devrait être considéré comme assuré obligatoire, du moment que le chiffre de la rémunération serait inférieur au maximum légal, puisque l'art. 1er du décret définit d'une manière très large le champ d'application des Assurances sociales, qui comprend « toute personne louant ses services *à un titre quelconque* à un ou plusieurs employeurs. »

La jurisprudence fiscale et administrative

Les juridictions administratives, étant indépendantes à l'égard des solutions du droit civil, et pouvant se fonder sur un critère autre que l'existence d'un lien de subordination entre commettants et préposés, ont adopté une thèse plus compréhensive et mieux adaptée aux faits que la jurisprudence civile.

C'est ainsi qu'en matière fiscale, le Conseil d'Etat a décidé à plusieurs reprises qu'étaient « salariés » ou « commis à gages » et comme tels exonérés de la patente ou relevant de la cédule des traitements et salaires, les médecins au service d'une Compagnie de navigation (arrêt du 30 janvier 1929) ou d'un établissement privé d'aliénés (arrêt du 15 décembre 1916), ou encore les médecins attachés à un hôpital public, à un dispensaire d'hygiène sociale ou à une Compagnie de chemins de fer (arrêt du 27 mai 1935).

De même, en matière administrative, de nombreuses décisions considèrent les médecins qui louent leurs services à l'Administration, comme ayant la qualité de fonctionnaires et comme titulaires des droits et obligations attachés à cette qualité. C'est ainsi tout d'abord que le Conseil d'Etat a annulé à maintes reprises des révocations concernant des médecins hospitaliers, pour inobservation de l'article 65 de la loi du 22 avril 1905 sur la communication du dossier. Plus récemment, le Sou Médical a fait reconnaître par divers arrêtés de Conseils de préfecture que les traitements des médecins titulaires de fonctions publiques constituaient des « dépenses de personnel » ne relevant que du prélèvement dégressif en ce qui concerne l'application du décret-loi du 16 juillet 1935. Nous rappellerons, d'autre part, l'arrêt du Conseil d'Etat, en date du 21 février 1936, aux termes duquel le médecin d'un établissement public hospitalier ne peut réclamer directement des honoraires aux malades hospitalisés, quel que soit le titre auquel ils y sont admis. Ceci revient à considérer le médecin comme l'agent du service public hospitalier, soumis aux règles communes des services administratifs.

Plus topique encore à cet égard est l'évolution actuelle de la jurisprudence, en ce qui concerne la responsabilité des hôpitaux du fait de leur corps médical. Contrairement aux décisions de la jurisprudence civile citées ci-dessus qui, arguant de l'indépendance professionnelle du médecin, se refusent à lui reconnaître la qualité de « préposé » de l'Administration, le Conseil d'Etat par deux récents arrêts des 7 novembre 1935 et 12 mars 1937, suivi d'ailleurs par le Conseil de préfecture de Marseille, a reconnu que les fautes lourdes des médecins et chirurgiens d'hôpitaux engagent la responsabilité de l'Administration hospitalière.

Dans sa note sous l'arrêt précité, M. Heilbronner, auditeur au Conseil d'Etat, s'exprimait de la manière suivante : « Il paraît bien audacieux de nier l'existence de tout lien entre le médecin et l'Administration. Il ne suffit pas de constater, comme l'ont fait les Tribunaux judiciaires que le médecin n'est pas un préposé, ni l'Administration un commettant. Il reste que c'est l'Administration qui choisit le médecin..... qu'elle fournit au service médical tous les moyens d'action dont il dispose, et pourvoit financièrement au fonctionnement du service. L'indépendance du médecin dans ces conditions ne peut être autre chose qu'une certaine attitude scientifique ou morale..... ».

Conclusions

Ces quelques lignes posent à la vérité tout le problème et permettent d'expliquer la différence que nous venons de constater entre la jurisprudence administrative et la jurisprudence civile, et les solutions peu favorables de cette dernière.

Celles-ci partent en effet d'une conception beaucoup trop étroite du contrat de louage de services. Nous ne sommes plus au temps où l'on pouvait dire que la personne qui loue ses services à un tiers, se trouve placée par cela même dans une subordination totale, tant au point de vue matériel qu'au point de vue technique, et que le commettant est censé diriger entièrement l'activité de son préposé. Les progrès des sciences et des techniques rendent absurde, dans la plupart des domaines de l'industrie humaine, une telle théorie. Il nous suffira de rappeler qu'une société anonyme est juridiquement le commettant de tous ses employés, y compris les techniciens, ingénieurs et directeur général, et il ne viendrait à l'idée de personne de soutenir qu'en fait ces

« salariés » supérieurs se trouvent sous la subordination technique du Conseil d'administration.

La loi qui donne aux médecins le monopole de l'art de guérir n'a fait que consacrer juridiquement un fait matériel, la spécialisation d'un homme dans une technique dont l'exercice par un profane serait singuièrement dangereux, mais qui se retrouve à des degré plus ou moins grands dans beaucoup d'autres domaines. L'indépendance du médecin est donc « une certaine attitude scientifique et morale » que nous nous accordons à reconnaître avec la jurisprudence comme nécessaire à l'exercice correct de sa profession, mais qui ne saurait suffire à classer la « promesse de services médicaux » dans une catégorie spéciale et à l'exclure du cadre du contrat de louage de services.

En effet, ainsi que l'a montré M. le Professeur Savatier dans un article du *Dalloz Hebdomadaire* (de 1934, page 39 et suivantes), ce qui caractérise le contrat de louage de services n'est point cette prétendue subordination, mais le fait pour le salarié de ne point travailler pour son compte, à ses risques et périls, mais pour le compte, aux risques et périls de l'employeur qui tire profit de cette activité, et fournit au salarié les moyens matériels et financiers nécessaires à l'exercice de son art. En un mot le critère d'un tel contrat n'est point une subordination juridique et technique, mais une *dépendance économique* à l'égard de l'employeur. Cette dépendance est parfaitement compatible (ainsi que le prouve le cas des médecins d'hôpitaux) avec l'indépendance professionnelle, et le contrat de louage de services est donc lui aussi compatible avec la profession médicale.

Ceci dit le fait que la Cour suprême ait confirmé sa jurisprudence à onze ans d'intervalle ne nous paraît pas rendre vraisemblable un revirement prochain. Il appartient donc au médecin qui loue ses services à un tiers de se rappeler qu'il n'a à attendre de la loi aucune protection spéciale, et qu'il doit prévoir dans son contrat de manière expresse tous ses droits contre son employeur (conditions de rupture, vacances, accidents, etc.).

On nous dira sans doute qu'une telle recommandation est plus facile à faire qu'à observer en pratique. Nous répondrons, et ce sera notre conclusion, que la forme de rapports juridiques la meilleure entre médecins et « employeurs » publics ou privés nous paraît être la convention collective conclue par les syndicats médicaux au profit du Corps médical, qui, se trouvant ainsi sur un pied d'égalité économique, pourrait conserver le caractère libéral de sa profession.

Jean MIGNON.

BIBLIOGRAPHIE

Editions MICHELIN, à Clermont-Ferrand

On peut faire reculer la tuberculose. Prix : 1 franc. (Envoi d'un spécimen gratuit sur demande.)

La mortalité tuberculeuse baisse ; mais la morbidité est étale. Cette proposition qui est strictement vraie dans la France entière ne l'est pas aux usines Michelin où la morbidité tuberculeuse, entre 1931 et 1936, est passée de 8,2 ‰ à 3,8 ‰.

Comment cela ?

En supprimant les taudis, en créant des logements sains et des jardins ouvriers.

En instituant les allocations familiales.

En confiant le dépistage à un dispensaire, les soins à un préventorium, une école de plein air et un sanatorium.

Ce que Michelin a obtenu dans un cadre restreint, les pouvoirs publics doivent l'obtenir pour l'ensemble du pays.

Oui, mais....., il faudrait commencer par ne pas ouvrir 2.000 bistrots supplémentaires !

VIGOT frères, éditeurs, Paris

Leçons du jeudi soir à la Clinique Tarnier. — *Quelques considérations sur l'exercice de la médecine et les œuvres de protection mutuelle*, par Louis CHAPON.

Sous d'humoristiques sketches inspirés de la pratique professionnelle, le Docteur Chapon laisse transparaître sa mélancolie. Il sait, comme nous savons tous, que nous sommes les derniers à exercer la médecine traditionnelle. Les jeunes qui entrent dans la carrière ne pourront pas reprocher à l'auteur de leur avoir « doré la pilule ». La leçon fait penser aux couplets de la Vivandière. « Tu connaîtras le froid ; tu connaîtras la faim ». Avis aux amateurs !

Par une amicale attention d'aîné, il signale à ceux-ci les œuvres d'entr'aide professionnelle où il est bon de jeter dès maintenant des amarres car la tempête approche.

Merci d'y avoir mis en bonne place la « Mutualité Familiale » et le « Sou Médical ».

Mais le Docteur Chapon n'est-il pas un vieil ami de la maison ? G. L.

SIMPLICITÉ...

Par le Docteur Certain, de Souillac (Lot)

Ex-médecin colonial.

A fréquenter les paysans et les paysages de France on apprend à voir les choses calmement, simplement ; elles nous apparaissent plus claires, presque aussi limpides que l'onde de la Dordogne, qui, chaque soir, au pied de ma demeure, m'offre l'incomparable harmonie de ses volutes d'argent. De quelques modestes résultats de ces premiers contacts je désire faire part à mes confrères citadins.

***

Mlle C..., âgée de 70 ans, souffre, depuis plus de dix ans, d'une névralgie faciale qui ne lui laisse de répit ni jour ni nuit. Des accalmies passagères, durant à peine quelques jours, lui permettent de reprendre haleine.

Cette névralgie, qui intéresse l'hémiface gauche, se traduit par des élancements extrêmement violents surtout au niveau de l'angle interne formé par la branche horizontale et la branche verticale du maxillaire inférieur, rendant la mastication impossible, et, par une sensation de brûlure, au niveau de la commissure gauche des lèvres et du nez. A l'examen : aucun point douloureux à la pression.

Tous les traitements actuellement en honneur ont été essayés, tous les antalgiques du Formulaire y ont passé, depuis l'aconitine jusqu'à l'histamine, injections de substances anesthésiantes, traitements électriques (diathermie, ionisation, etc.). La sédation durait de quelques heures à deux jours, mais les douleurs reparaissaient aussi tenaces, aussi violentes, déterminant chez cette malheureuse, un état psychique facile à deviner.

Inutile de dire que, devant ce « cas », je restai perplexe pensant déjà au chirurgien ou au spécialiste de la seringue : tel fut mon premier réflexe de citadin. Mais bientôt surgit dans mon esprit le souvenir d'un malade atteint d'iritis, immédiatement soulagé par l'application d'une sangsue au niveau de la région temporale (méthode très connue d'ailleurs). Essayons toujours, me dis-je, et je prescris l'application d'une sangsue au-dessous de la pointe de l'apophyse mastoïde : *les douleurs cédèrent dans les heures qui suivirent et n'ont plus reparu depuis deux mois.* La tension artérielle a été prise quelques jours après : elle était de 21-10. Un traitement *ad hoc* fut institué. Y est-il pour quelque chose ? Chi lo sa ?

***

Un jeune homme de 26 ans, un « Parisien », un « vacancier », comme nous disons ici, vient me consulter pour un torticolis, qui le gêne considérablement, depuis plusieurs semaines. A la « consultation » d'un hôpital on lui a fait une radio, il a reçu plusieurs injections *in loco dolenti.* Pas de résultats. Allons voir un peu plus bas : ce méat est bien humide. Le malade avoue une blennorragie vieille d'un an. « On ne m'a rien demandé », dit-il. Quelques injections de vaccin antigono et le malade repart pour Paris, en nous laissant son torticolis. Il fera soigner sa chaude-pisse dans la capitale.

***

Enfin, tout dernièrement, un confrère, chef de clinique d'une Faculté voisine, fervent du camping, était de passage dans notre petite cité. Il me fait appeler un soir en proie à de violentes douleurs abdominales avec nausées. Il est très alarmé et se demande avec anxiété quel va être l'issue de ce drame abdominal commençant. Tous les diagnostics, même les plus sombres, sont effleurés. Mais il n'a pas de fièvre, la douleur est localisée sous l'ombilic ; aucun antécédent gastro-intestinal. Un peu de morphine, e je conseille à notre confrère de prendre le lendemain matin calomel, santonine.

A sa grande stupéfaction et à mon profond contentement, il émet trois lombrics : mais là, c'était autant le médecin colonial que le médecin de campagne qui avait fait le diagnostic.

Documents officiels



ASSURANCES SOCIALES

Décret du 29 juillet 1937

coordonnant le régime des Assurances sociales résultant du décret-loi du 28 octobre 1935 avec le régime en vigueur dans les départements recouvrés.

TITRE Ier

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Art. 1er. — § 1er. — Les assurés du régime général des Assurances sociales qui vont travailler dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, et les assurés du régime local d'assurance maladie-maternité et d'assurance invalidité-vieillesse-décès des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, qui vont travailler dans les autres départements, sont soumis au régime des Assurances sociales en vigueur à leur lieu de travail.

§ 2. — Toutefois, les assurés du régime général ou du régime local qui effectuent, dans un département où l'autre régime est applicable, des travaux dont la durée ne doit pas excéder six mois, demeurent soumis au régime d'assurance en vigueur à leur ancien lieu de travail.

§ 3. — En ce qui concerne l'application du paragraphe 1er, est considéré comme lieu de travail :

a) Pour les travailleurs employés dans un établissement s'étendant à la fois sur le territoire de l'un des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle et sur celui d'un autre département : la commune où se trouve la direction de cet établissement ;

b) Pour les travailleurs ambulants qui, attachés à une entreprise de transport, dans un département autre que le Haut-Rhin, le Bas-Rhin et la Moselle, travaillent sur le territoire de l'un de ces départements et inversement : la localité où se trouve la direction de cette entreprise ;

c) Pour les personnes qui travaillent à façon, aux pièces, à la tâche, à domicile, ou sont rémunérés à l'aide de commissions ou suivant le chiffre d'affaires, et qui travaillent pour le compte de plusieurs établissements relevant de régimes d'assurance différents, ainsi que celles qui ne travaillent pour le compte d'un même employeur qu'une seule fois ou par intermittence : le lieu de leur domicile ;

d) Pour les travailleurs qui, au cours d'une période de douze mois consécutifs, sont occupés alternativement par le même employeur ou par des employeurs différents, dans l'un des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle et dans un autre département : le lieu de leur domicile.

§ 4. — Dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, les assurés visés au paragraphe précédent sont affiliés aux Caisses d'assurance et relèvent des offices d'assurance dans la circonscription desquels se trouve, suivant le cas, soit la direction de l'établissement ou de l'entreprise qui les occupe, soit leur domicile.

Art. 2. — § 1er. — Les assurés soumis à l'un des deux régimes visés à l'article 1er ne peuvent effectuer de versements au titre de l'autre régime pour une même période d'assurance.

Les cotisations qui auraient été versées contrairement à cette disposition ne peuvent donner lieu qu'à remboursement au profit des intéressés après amputation, le cas échéant, du montant des prestations en nature et en espèces dont ils auraient bénéficié.

Les demandes de remboursement devront être introduites dans le délai d'un an à partir de la date de mise en vigueur du présent décret.

§ 2. — Par dérogation au paragraphe précédent, les assurés du régime local, dont le nouveau lieu de travail est situé dans un département autre que le Haut-Rhin, le Bas-Rhin et la Moselle et qui de ce fait, sont assujettis au régime général des Assurances sociales, peuvent continuer à cotiser sous le régime local pour les assurances maladie et maternité, tant qu'ils ne remplissent pas, compte tenu des périodes d'assurance accomplies sous le régime local, les conditions prévues pour bénéficier de ces assurances sous le régime général.

§ 3. — Les assurés du régime local soumis au régime général ne peuvent invoquer le bénéfice de l'article 62 de la loi du 20 décembre 1911 sur l'assurance des employés ni celui de l'article 8 du décret du 8 juillet 1925 relatif au régime des prestations fixé par ladite loi.

Art. 3. — Les assurés qui cessent de travailler dans les départements autres que le Haut-Rhin, le Bas-Rhin et la Moselle et dont le nouveau lieu de travail est situé dans l'un de ces trois départements, et les assurés qui, inversement, cessent de travailler dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle et dont le nouveau lieu de travail est situé dans l'un des autres départements, sont tenus d'en faire la déclaration dans le délai d'un mois, à la mairie de leur nouveau lieu de travail. Il en est de même des assurés visés au paragraphe 3 de l'article 1er, qui cessent d'être soumis à l'un des régimes prévus à cet article pour être assujettis à l'autre régime.

Les intéressés joignent à leur déclaration, suivant le cas, soit les feuillets de cotisations, soit les cartes-quittances qui sont en leur possession. Toutefois, si les feuillets de cotisations comportent des versements en timbres, ces feuillets doivent être déposés, contre reçu dans un bureau de poste.

Le maire délivre à l'assuré récépissé des cartes-quittances. Il adresse la déclaration, accompagnée desdits feuillets ou cartes, suivant le cas, soit au Service régional des Assurances sociales, soit à l'Office général des Assurances sociales de Strasbourg, en vue de leur transmission aux services et organismes intéressés.

Art. 4. — Lorsque des assurés sont affiliés successivement ou alternativement au régime général et régime local ou inversement et que leurs droits sont subordonnés à l'accomplissement préalable de périodes minima d'affiliation ou de versement, il est tenu compte, pour l'application de chaque régime, sous réserve des dispositions de l'article 2, paragraphe 1er, et des articles 5, 6 et 7 ci-après, des périodes effectives ou assimilées d'assurance obligatoire et des périodes d'assurance facultative lorsque ces dernières entrent en compte pour la détermination des droits aux prestations de l'assurance obligatoire.

Ces dispositions ne sont pas applicables aux prestations supplémentaires dont l'octroi, sous le régime local, est subordonné à l'accomplissement d'un stage spécial.

TITRE II

Assurances maladie et maternité

Art. 5. — § 1er. — Les assurés du régime local, qui sont soumis au régime général, sont considérés, pour la détermination de leurs droits aux prestations des assurances maladie et maternité, comme ayant subi sous le régime général une retenue égale à la double cotisation d'assurance-maladie-maternité acquittée pour ou par les intéressés sous le régime local, pendant les périodes d'assurance entrant en compte sous le régime général. Ces cotisations s'ajoutent aux retenues qui ont été subies par lesdits assurés sous le régime général pour ces périodes.

§ 2. — Pour les périodes de maladie ayant motivé l'octroi des prestations en espèces de l'assurance-maladie-maternité sous le régime local, les assurés visés au présent article sont considérés comme ayant bénéficié, au cours des périodes d'assurance ci-dessus mentionnées, du versement à leur profit, par l'organisme d'assurance maladie-maternité, d'une contribution forfaitaire de 3 francs pas semaine de maladie qui entre en compte pour la détermination du minimum de versements prévu par le régime général.

§ 3. — Les intéressés doivent justifier des versements et des périodes de maladie ci-dessus visés auprès de l'organisme d'assurance maladie-maternité du régime général en produisant une attestation de la Caisse d'assurance maladie-maternité du régime local.

§ 4. — Les prestations dues en application du présent article restent intégralement à la charge de l'organise d'assurance maladie-maternité du régime général.

Art. 6. — § 1er. — Pour les assurés antérieurement assujettis au régime général, qui sont soumis au régime local dans les conditions dudit régime et compte tenu de l'application de l'article 4 ci-dessus, les organismes d'assurance maladie-maternité du régime général cessent d'être tenus de délivrer des prestations à compter de la date à laquelle les intéressés sont pris en charge par un organisme du régime local.

§ 2. — Pour les assurés antérieurement assujettis au régime local, qui sont soumis au régime général et qui compte tenu de l'application de l'article 4 ci-dessus, remplissent les conditions pour bénéficier des prestation, dudit régime, les organismes d'assurance maladie-maternité du régime local cessent d'être tenus de délivrer des prestations à compter de la date à laquelle les intéressés sont pris en charge par un organisme du régime général.

§ 3. — Le bénéfice des prestations prévues par le régime local en cas d'accouchement n'est accordé que s'il est justifié des périodes d'assurance accomplies sous le régime général, par la production à l'organisme d'assurance maladie-maternité du régime local des attestations de versements délivrées par les bureaux de poste ou les Services régionaux des Assurances sociales.

TITRE III

Assurance invalidité-vieillesse et décès

Section I

Acquisition des droits aux prestations.

Art. 7. — § 1er. — Pour les assurés antérieurement assujettis au régime local qui sont soumis au régime général et inversement, les périodes de versements visées à l'article 4 ci-dessus, accomplies sous le premier de ces régimes, entrent en compte sous le second régime dès l'instant qu'il est justifié du minimum d'années de versements prévu à ce dernier régime.

§ 2. — Lorsque l'un des régimes susvisés subordonne l'attribution de prestations ou la fixation de leur quotité à l'obligation pour l'assuré d'avoir été soumis à l'assurance à partir d'un âge ou d'une date déterminé, cette condition est considérée comme remplie vis-à-vis de l'autre régime dès l'instant que l'intéressé y a satisfait sous le premier de ces régimes.

§ 3. — Le bénéfice de la période transitoire prévu à l'article 11, paragraphe 7, du décret-loi du 28 octobre 1935 et à l'article 8, paragraphe 2, alinéa 2, du décret-loi du 28 octobre 1935 et à l'article 8, paragraphe 2, alinéa 2, du décret-loi du 30 octobre 1935 n'est acquis aux assurés antérieurement soumis au régime local, qui auront été assujettis à l'assurance invalidité-vieillesse de ce régime avant le 1er juillet 1930, qu'autant qu'ils étaient âgés de plus de trente ans à la date à laquelle le régime local a été applicable à leur catégorie professionnelle.

Section II

Calcul et liquidation des prestations

Art. 8. — Pour le calcul et la liquidation de la pension de vieillesse ou d'invalidité des assurés qui ont été soumis successivement au régime général et au régime local des Assurances sociales ou inversement, il est fait état des droits acquis par eux sous l'un et l'autre régime, dans les conditions ci-après :

1° Les droits acquis sous le régime général sont liquidés par l'organisme compétent de ce régime comme si les périodes d'assurance accomplies sous le régime local l'avaient été sous le régime général. Toutefois, la pension est réduite au prorata des périodes accomplies sous ce dernier régime ; elle ne peut être inférieure à la rente à laquelle l'intéressé a droit pour les versements inscrits à son compte individuel.

Pour la détermination du salaire moyen devant servir de base au calcul de la pension, l'intéressé est considéré comme ayant subi chaque année, sous le régime général, en sus des retenues subies en application de ce régime, une retenue égale à la double cotisation d'assurance invalidité-vieillesse acquittée pendant les mêmes années sous le régime local ;

2° Les droits acquis sous le régime local sont liquidés par l'organisme compétent de ce régime, en ce qui concerne la fraction de la pension comprenant la somme de base et la contribution de l'Etat, comme si les périodes d'assurance visées à l'article 4 accomplies sous le régime général l'avaient été sous le régime local, mais elle est réduite au prorata des périodes accomplies sous ce dernier régime. A la fraction de pension ainsi liquidée s'ajoutent les majorations de rente prévues par le régime local auxquelles l'assuré a droit pour les versements opérés sous ce régime.

Pour la détermination du nombre minimum de semaines ou de mois de cotisations prévu par le régime local, l'intéressé est considéré comme ayant acquitté chaque année, en sus des cotisations effectivement versées sous ce régime, les cotisations minima dudit régime pour les périodes d'assurance pendant lesquelles a été effectué pour son compte, sous le régime général, le minimum fixé par ce régime pour l'assurance-invalidité ou l'assurance-vieillesse suivant le cas.

Art. 9. — § 1er. — Lorsque les droits acquis par l'assuré, en application de l'acticle précédent, conduisent simultanément à l'octroi d'une pension liquidée par application du régime général et à une pension liquidée par application du régime local, ces pensions sont payées par l'organisme d'assurance invalidité-vieillesse du régime auquel l'assuré a été affilié en dernier lieu à charge de remboursement par l'organisme de l'autre régime de la pension qui lui incombe. Les conditions de ce remboursement sont fixées par un arrêté du ministre du Travail, du ministre chargé des Services d'Alsace et de Lorraine et du ministre des Finances.

§ 2. — Lorsque le montant de la pension, liquidée con-

formément à l'article 8, 1° ou 2°, ou lorsque le total des deux pensions visé au paragraphe précédent est inférieur au minimum de la pension auquel l'assuré aurait eu droit pour les seules périodes d'assurance accomplies sous l'un des deux régimes, l'organisme d'assurance invalidité-vieillesse de ce régime est tenu de parfaire la différence par l'octroi d'un complément de pension.

§ 3. — Pour la détermination du minimum de pension prévu au paragraphe précédent et correspondant aux périodes d'assurance accomplies sous un seul régime il est fait application des dispositions suivantes :

a) En ce qui concerne le régime général, les périodes d'interruption de ses versements par l'assuré du fait de son affiliation régulière au régime local ne donnent pas lieu à la réduction de la pension d'invalidité dans les conditions de l'article 10, paragraphe 6, du décret-loi du 28 octobre 1935 ;

b) En ce qui concerne le régime local, les droits éventuels aux prestations de l'assurance invalidité-vieillesse, y compris celles de l'assurance des employés, sont considérés comme maintenus pendant toutes les périodes d'affiliation régulière au régime général.

Art. 10. — § 1er. — Les allocations de l'asurance-décès et les pensions d'orphelins du régime général, ainsi que les secours pécuniaires de veuves, les dotations d'orphelins, les rentes de survivants du régime local, y compris les majorations ou allocations pour charges de famille attachées à ces avantages, sont liquidés au profit des ayants droit des assurés conformément aux règles fixées par les articles 8 et 9.

§ 2. — Pour l'application des dispositions de l'article 9, paragraphe 2, les prestations prévues au paragraphe précédent sont décomptées en capital suivant les tarifs de l'organisme d'assurance intéressé.

Art. 11. — § 1er. — Les demandes de prestations sont adressées à l'organisme d'assurance invalidité-vieillesse auquel les assurés étaient affiliés en dernier lieu.

Communication en est faite avec les pièces du dossier à l'organisme d'assurance invalidité-vieillesse auquel l'assuré était affilié sous le précédent régime, aux fins de déterminer les droits de l'intéressé et de liquider s'il y a lieu, sa pension. Notification du montant de celle-ci est faite à l'organisme saisi de la demande.

§ 2. — La constatation du degré d'invalidité d'un assuré faite conformément au régime applicable à l'organisme qui instruit la demande, est valable au regard de l'autre régime.

§ 3. — Lorsque le montant total des pensions de vieillesse susvisées est inférieur à 50 francs par an, le titulaire de la pension peut demander le remboursement sans intérêts des sommes qui ont été inscrites à son compte individuel d'assurance vieillesse sous le régime général et d'un capital égal à trois fois le montant annuel de la portion de pension à la charge du régime local.

TITRE IV

Dispositions transitoires applicables aux assurés des retraites ouvrières et paysannes et aux bénéficiaires des institutions d'assurance-invalidité d'Alsace et de Lorraine

Art. 12. — § 1er. — Les assurés des retraites ouvières et paysannes qui, antérieurement au 1er juillet 1930, se sont rendus, pour y travailler, dans l'un des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle et qui n'ont pas opté pour le régime local d'assurances sociales, conformément à l'article 1er de la loi du 19 avril 1921, bénéficient de ce régime à compter du 1er juillet 1930, date de la mise en vigueur de la loi du 5 avril 1928 sur les assurances sociales, sous réserve d'avoir rempli ou de remplir les conditions prévues par ce régime. Les cotisations versées pour eux, après cette date, en application du régime local et mises en réserve par les organismes d'assurance invalidité-vieillesse sont acquises définitivement à ces organismes, à charge d'allouer aux intéressés et à leurs ayants droit les prestations correspondantes.

§ 2. — Les périodes de versement accomplies en application de la loi du 5 avril 1910 sur les retraites ouvrières et paysannes entrent en compte pour la détermination des droits des assurés susvisés cu de leur ayants cause, à l'assurance invalidité-vieillesse-décès du régime local y compris l'assurane-employés, dans les conditions suivantes :

Les intéressés doivent être considérés comme ayant versé chaque année sous le régime local le nombre de cotisations hebdomadaires ou mensuelles de la classe correspondant aux persements acquittés pendant les mêmes années sous la loi du 5 avril 1910. Toutefois, les années de versements comportant le minimum annuel de versements prévu à l'article 4, paragraphe 2, de la loi du 5 avril 1910 seront décomptées dans tous les cas, en ce qui concerne le droit à la contribution de l'Etat, comme cinquante-deux cotisations hebdomadaires. Les versements effectués par les intéressés sous le régime des retraites ouvrières donneront lieu, dans les trois mois suivant la publication du présent décret, au transfert des réserves mathématiques correspondantes à l'Institut d'assurance invalidité-vieillesse de Strasbourg, à la Caisse de pension des chemins de fer d'Alsace et de Lorraine, ou à la Caisse d'assurance des employés, suivant le cas.

Art. 13. — § 1er. — Les assurés des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle qui, antérieurement au 1er juillet 1930, se sont rendus, pour y travailler, dans les autres départements et qui n'ont pas opté pour le régime des retraites ouvrières et paysannes, bénéficient, à compter du 1er juillet 1930, date de mise en vigueur de la loi du 5 avril 1928 sur les Assurances sociales du régime général des Assurances sociales, sous réserve d'avoir rempli ou de remplir les conditions prévues par ce dernier régime.

§ 2. — Les périodes de versements accomplies sous le régime général des Assurances sociales et comportant le minimum de versements donnant droit aux prestations par ce régime entrent en compte pour le maintien des droits des assurés susvisés à la rente de l'assurance invalidité-vieillesse-décès du régime local, y compris celle de l'assurance des employés.

TITRE V

Contentieux

Art. 14. — Les réclamations et recours relatifs aux droits des assurés visés à l'article 1er du présent décret sont adressés aux services ou aux organismes d'assurance du régime auquel ils sont ou ont été soumis en dernier lieu, et dans les délais prévus par lui.

Ceux-ci les transmettent, s'il y a lieu, dans le délai de huitaine, au service, à l'organisme ou à la juridiction compétents d'après le régime sous lequel est placé l'intéressé par l'intermédiaire soit de l'Office général des Assurances sociales de Strasbourg, soit du ministère du Travail, selon le cas.

Art. 15. — § 1er. — Dans les cas visés au paragraphe 3, *a*) et *b*), de l'article 1er du présent décret, la juridiction compétente est celle dans le ressort de laquelle est située la commune où se trouve la direction de l'établissement ou de l'entreprise.

§ 2. — Lorsque pour l'assuré soumis au régime général la juridiction compétente est déterminée d'après son domicile ou son lieu de travail et que l'un ou l'autre, suivant le cas, est situé dans l'un des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, la juridiction compétente est, sous réserve des dispositions du paragraphe 1er, celle dans le ressort de laquelle se trouvait, en dernier lieu, dans l'un des autres départements, soit le domicile, soit le lieu de travail.

§ 3. — Lorsque pour l'assuré soumis au régime local la juridiction compétente est déterminée d'après son domicile ou son lieu de travail et que l'un ou l'autre suivant le cas, se trouve hors des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, la juridiction compétente est, sous réserve des dispositions du paragraphe 1er, celle dans le ressort de laquelle se trouvait en dernier lieu, dans l'un des départements ci-dessus, soit le domicile, soit le lieu de travail.

TITRE VI

Dispositions diverses

Art. 16. — § 1er. — Lorsqu'un assuré qui a droit aux prestations de l'assurance maladie ou maternité en application de l'un des régimes visés à l'article 1er, séjourne dans un département où l'autre régime est en vigueur, la Caisse compétente pour lui dispenser, le cas échéant, les prestations, soit sur sa demande, soit sur celle de la Caisse à laquelle il est affilié, est, dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, la Caisse générale de maladie, et dans les autres départements, la Caisse primaire départementale.

§ 2. — Dans le cas visé ci-dessus et sous réserve des contrats prévus au paragraphe 5 du présent article, l'assuré choisit son praticien parmi ceux ayant qualité pour délivrer des soins aux assurés de la Caisse du lieu de séjour désignée au paragraphe 1er. Il règle lui-même directement les frais afférents à ces soins, à charge pour la Caisse à laquelle il est affilié de lui rembourser le montant de sa participation dans les limites prévues par le régime d'assurance sous lequel elle fonctionne.

§ 3. — L'assuré est, à la requête de la Caisse à laquelle il est affilié, soumis au contrôle de la Caisse dans la circonscription de laquelle il séjourne. Les frais de ce contrôle sont remboursés à cette dernière dans les conditions fixées par arrêté du ministre du Travail et du ministre chargé des Services d'Alsace et de Lorraine.

§ 4. — La Caisse dans la circonscription de laquelle séjourne l'assuré pourvoit, le cas échéant, à l'hospitalisation de celui-ci, soit dans un établissement qui lui est rattaché, soit dans un établissement avec lequel elle a passé une convention. Elle en informe sans délai la Caisse à laquelle l'assuré est affilié.

§ 5. — Les conventions passées entre les Caisses du régime général et celles du régime local pour régler les conditions de la mise en subsistance de leurs assurés respectifs sont soumises à l'approbation du ministre du Travail et du ministre chargé des Services d'Alsace et de Lorraine.

§ 6. — Les dispositions du présent article s'appliquent aux assurés invalides qui séjournent dans un département où est en vigueur un régime autre que celui en vertu duquel fonctionne la Caisse qui effectue le service de la pension.

Art. 17. — § 1er. — Les prestations à attribuer aux assurés visés à l'article 1er ou à leurs ayants droit ne peuvent être liquidées que dans les conditions prévues par le présent décret.

§ 2. — En aucun cas, la part de la contribution de l'Etat, revenant à un assuré par application du régime local, augmentée du complément de pension garanti accordé par application du régime général, ne peut excéder le montant le plus élevé soit du complément de pension, soit de la contribution de l'Etat qui résulterait de l'application exclusive de l'un ou l'autre régime.

La réduction à opérer est imputée soit sur la part de la contribution de l'Etat, si celle-ci est supérieure au complément de pension garanti, soit sur ce complément de pension dans le cas contraire.

Art. 18. — § 1er. — Les dispositions de l'article 4 et celles du titre III concernant les prestations de l'assurance invalidité-vieillesse-décès sont applicables :

1° Aux assurés de l'un et de l'autre régime dont les droits non encore liquidés se sont ouverts à dater du 1er juillet 1930 et sans pouvoir donner lieu à des payements d'arrérages pour des périodes antérieures à cette date ;

2° Aux assurés dont les droits ont été liquidés à dater du 1er juillet 1930 et qui peuvent obtenir le bénéfice du présent décret.

§ 2. — Les dispositions de l'article 2 ci-dessus sont applicables aux assurés qui ont été affiliés simultanément avant la date de mise en vigueur du présent décret au régime local et au régime général.

Art. 19. — Le présent décret entrera en vigueur le 1er août 1937.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— Thèses. — Mercredi 30 juin. — I. Jury. — MM. Couvelaire, Gosset, Grégoire, Lacomme. — M. Du Fresnay : La dénatalité en France. — M. Nguyen van Tan : Contribution à l'étude des kystes dermoïdes de l'ovaire dans leurs rapports avec la grossesse, en particulier de leur complication d'ordre suppuratif. — M. Gaignerot : La radiographie dans les tumeurs de la vessie. — M. Ragot : La résection diaphysaire précoce dans les ostéomyélites aiguës. — M. Cavy : L'ulcère simple du jéjunoiléon. — M. Halley Miralles : La dilatation douloureuse du côlon droit. — M. Inizan : Considérations sur le traitement des fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus chez les sujets âgés.

II. Jury. — MM. Fiessinger, Harvier, Lœper, Lemaire. — M. Pocoulé : Recherches sur l'histaminémie normale et pathologique. Etude d'une technique biologique de détermination. — M. Siraga : Les ictères médiats de la chimiothérapie anti-syphilitique. — M. Cante : Les médications du spasme vasculaire. — M. Vajda : Les fonctions de reproduction après roentgenthérapie des glandes génitales. — M. Dutter : Agranulocytose et streptocoque. — M. Rousseau : Ulcère chronique d'estomac chez l'enfant jusqu'à 15 ans. — Mlle Jooss : La protéose d'Oriel chez l'enfant dans les accidents sériques et les dermatoses allergiques.

III. Jury. — MM. Tanon, Alajouanine, Chiray, Joannon. — M. Blanchard : Contribution à l'étude de la tuberculose ostéo-articulaire chez le vieillard. — M. Borgida : Fonctionnement d'une consultation de médecine préventive pour enfants d'âge scolaire. — M. Avram Salom : La génétique moderne et l'hérédité chez l'homme. — M. Salomon Recu : Le point de vue de l'hygiène dans l'orientation professionnelle. — M. Vettier : Protection des denrées alimentaires contre les gaz de combat. — M. Havet : L'hémophilie et son traitement par les vitamines. — M. Colleau : Erythème noueux et maladies infectieuses. — M. Landolt : La question du plomb dans l'industrie des émaux. — M. Bendayan : Les empreintes digitales dans leurs rapports avec la médecine. — M. Belkodja : Prophylaxie administrative et médicale des Leishmanioses en France. — Mme Walden Rywka : L'assistance médico-sociale en Palestine.

Jeudi 1er juillet. — I. Jury. — MM. Lemaitre, Lenormant, Halphen, Welter. — M. Lambert : Contribution à l'étude des caries dentaires chez les femmes enceintes. — M. March : Contribution à l'étude des lipomes de la langue. — M. Bertys : De la fistulisation des phlegmons péri-amygdaliens dans le conduit auditif externe. — M. Pouquet : Contribution à l'étude des goitres intra-trachéaux. — M. Rialland : Ozones et ozonides terpéniques en stomatologie. — M. Iha : Acquisitions récentes sur les kystes uniloculaires d'origine dentaire. — M. Vincent : Traitement des plaies infectées et des foyers de suppuration par le savon.

II. Jury. — MM. Besançon, Laubry, Bariety, Troisier. — M. Brandel : Etude sur les épreuves fonctionnelles respiratoires. — M. Diéras : La thoracoplastie antéro-latérale par voie sous-pectorale. — M. Fuller : Contribution à l'étude de la thérapeutique cardio-rénale. (La théophylline-éthylène-diamine). — M. Lalonde : Les signes d'auscultation chez les anciens porteurs de pneumothorax. — M. Lobjois : L'index et le virage de la cutiréaction tuberculinique dans un service de médecine sociale infantile. — M. Neumann : Contribution à l'étude de la maladie de Pelger. — M. Touboulic : Les apicolyses sans plombage dans le traitement des cavernes pulmonaires. — M. Laure : Le syndrome de l'éréthisme cardiaque des adolescents — Mlle Meehler : Le traitement des pleurésies purulentes chez l'enfant.

Samedi 3 juillet. — I. Jury. — MM. Chevassu, Cunéo, Rathery, Mollaret. — M. Maurisset : Observations sur la thérapeutique de l'incontinence essentielle d'urine dans ses rapports avec le déséquilibre acido-basique. — M. Adrianopoulos : Contribution à l'étude du traitement chirurgical de l'ulcère du duodénum. — M. Houradou : De l'emploi de l'extrait de lobe postérieur de l'hypophyse dans les curetages pour avortements. — M. Montarnal : Sur des cas d'exploration pyélo-urétérale pratiquée à l'Hôpital d'Argenteuil. — M. Dupuis : Étude sur les réactions biologiques de la tuberculose.

II. Jury. — MM. Gougerot, Lereboullet, Rouvière, Vignes. — M. Francis : Du diagnostic précoce de la syphilis au moyen de la séro-réaction B. de Vernes. — M. Bigeard : Destruction leucocytaire aiguë, phénomène fondamental de la crise nitritoïde post-arsénobenzolique. — M. Guillemain : Traitement du lichen plan par le stovarsol buccal. — M. Joly : Contribution à l'étude de la syphilis dans la ville de Rennes de mars 1935 à mars 1937. — M. Viardot : Contribution à l'étude de l'analgésie obstétricale par la cyclopentenyallylmalonylurée. — M. Gerchater : Les chylothorax dans l'enfance. — M. Hakim : Recherches sur l'articulation sacro-iliaque chez l'homme et chez les anthropoïdes.

— *Thèses vétérinaires.* — Mardi 29 juin. — MM. Brumpt, Henry, Lesbouyries. — M. Meunier : A propos d'un cas de pneumothorax hydatique chez une bête bovine.

Vendredi 2 juillet. — Jury. — MM. Champy. Lesbouyries, Panisset, Simonnet. — M. Alzear : Observations pratiques sur la prévention physiologique de l'avortement épizootique des bovidés. — M. Bage : Stérilité et vitamine « E ».

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **IVe Conférence internationale de la lèpre.** — L'Association internationale de la lèpre a pris l'initiative d'organiser pour le 21 mars 1938 au Caire (Egypte) avec l'assentiment et l'appui du gouvernement égyptien, la IVe conférence internationale de la lèpre. On sait que les trois premières se sont tenues à Berlin en 1897, à Bergen en 1909 et à Strasbourg en 1923. En dehors des délégués officiels cette réunion est ouverte à tous les léprologues. Pour plus amples renseignements s'adresser à M. le Professeur Muir, secrétaire général de la conférence, 131, Baker Street, Londres W.

— **Thèses de la Faculté de médecine de Bordeaux.** — Vendredi 7 mai 1937. — Jury : MM. Guyot, Duvergey, Papin, Massé. — Mme Frankel : Le cancer de l'urètre chez la femme.

Mercredi 12 mai. — Jury : MM. C. Sigalas, Rocher, Fabre, Wangermez. — M. Loustau : Contribution à l'étude de la capacité vitale et de la richesse du sang en hématies chez les montagnards.

Vendredi 21 mai. — I. Jury : MM. Andérodias, Villemin, Faugère, Dufour. — M. Jaulain : Contribution à l'étude des ruptures des cicatrices après césariennes. — II. Jury : MM. Réchou, Leuret, Joulia, Wangermez. — M. Sarthou : Sur quelques cas de pelade rebelle traités par des bains généraux d'ondes courtes.

Lundi 24 mai. — Jury : MM. Guyot, Papin, Jeanneney, Massé. — M. Métreaud : Le traitement des syncopes anesthésiques graves.

Jeudi 27. — Jury : MM. C. Sigalas, Rocher, Fabre, Wangermez. — M. Briol : Contribution à l'étude des réactions cardio-vasculaires consécutives aux exercices physiques.

Vendredi 18 juin. — Jury : MM. Sabrazès, Papin, Fabre, de Grailly. — M. Perrin : Contribution à l'étude de l'apnée chez l'homme.

Vendredi 9 juillet. Jury : MM. Papin, Treyx, Loubat, Massé. — M. Cornier : Contribution à l'étude de la chirurgie conservatrice des kystes dermoïdes de l'ovaire.

Le Gérant : R. Thiron

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux

échéance à cette date, elle a d'ailleurs été prorogée jusqu'au 1er janvier 1938 par une loi récente.

Il vous est loisible toutefois de renoncer à la prorogation en cours, mais pour cela vous êtes dans l'obligation de donner congé à votre propriétaire dans le même délai que s'il s'agissait d'une location verbale, c'est-à-dire au moins trois mois à l'avance.

6.358 — Troubles de jouissance provenant du fait d'un voisin

Un garage automobile vient de se monter dans la maison immédiatement avoisinante de la mienne.

Je suis incommodé par la marche de deux petits moteurs pour perforeuses, alésages et polissages : ces deux moteurs installés le long du mur mitoyen qui sépare le garage de mon cabinet de consultations et de ma salle d'attente y produisent quand ils fonctionnent des bruits et vibrations gênants pour la tranquillité des lieux et l'examen approfondi de mes malades surtout quand il s'agit d'apprécier le degré de surdité.

Estimez-vous que judiciairement j'ai quelque chose à faire pour obtenir par exemple l'installation des moteurs sus-désignés sur toute autre partie du garage distante du mur mitoyen, et dans l'affirmative veuillez m'indiquer la marche à suivre dans l'action à entreprendre.

Dr C.

Réponse

Suivant la jurisprudence de la Cour de cassation et notamment un arrêt de la Chambre civile du 4 décembre 1935 (D. H., 1936-70), le propriétaire qui, par le mode d'occupation de son immeuble, cause aux voisins un préjudice excédant la mesure des obligations ordinaires du voisinage d'après le mode courant de jouissance des lieux environnants, est en faute s'il néglige les précautions qu'il y aurait lieu de prendre pour prévenir ces inconvénients.

Dans le cas soumis à la Cour de cassation dans l'affaire sus-indiquée, il s'agissait de bruit excessif provenant d'une écurie et le propriétaire de cette écurie a été condamné à payer une indemnité au voisin qui avait intenté une action contre lui.

Dans votre affaire, il s'agit avant tout de savoir si le bruit des deux petits moteurs installés le long du mur mitoyen excède ou non la mesure des obligations ordinaires du voisinage. C'est là, avant tout, une question de fait qui ne peut être résolue qu'après une expertise ou une enquête. Mais si vous estimez que ces bruits sont de nature à vous causer un trouble sérieux et dans votre vie privée et dans l'exercice de votre profession, il est certain que vous êtes fondé à exiger du propriétaire voisin qu'il prenne les dispositions nécessaires pour faire cesser le trouble

et, à défaut, le poursuivre en dommages-intérêts.

Il conviendrait d'abord que vous fassiez constater le trouble par un huissier et qu'ensuite vous dénonciez ce constat à votre voisin avec sommation de faire cesser le trouble.

Au cas où cette sommation resterait sans effet, il ne vous resterait plus alors qu'à porter l'affaire devant le Tribunal civil.

ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES

6.030 — Maladies professionnelles Obligations des employeurs successifs

Un ouvrier peintre qui a été employé durant ces derniers mois par plusieurs patrons, présente actuellement un syndrome de paralysie saturnine du nerf médian de la main gauche s'accompagnant naturellement d'impotence fonctionnelle. Est-ce uniquement au dernier employeur et à son assureur que le malade devra s'adresser ?

Dr J.

Réponse

D'après la loi sur les maladies professionnelles et ses décrets d'application, lorsqu'un ouvrier quitte une exploitation où s'effectuent des travaux susceptibles de provoquer le saturnisme, son employeur demeure responsable des maladies professionnelles correspondant à cette exploitation qui peuvent atteindre cet ouvrier dans le délai d'une année.

Toutefois cette responsabilité va en décroissant en raison du temps écoulé entre le départ de l'ouvrier et le moment où survient une incapacité résultant de la maladie en question.

D'autre part, le dernier des employeurs responsables sera tenu vis-à-vis de la victime ou de ses ayants droit, pour le tout, sauf son recours contre les employeurs précédents, qui sont tenus proportionnellement au temps que la victime a passé à leur service.

Pour calculer les droits de l'intéressé, il y a lieu de réduire les indemnités légales temporaires et permanentes théoriques de 1/365e par jour écoulé depuis le moment où il a quitté la dernière entreprise où s'effectuaient les travaux dangereux.

5.791. — Honoraires pour soins donnés à un agriculteur blessé dans son travail

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir me donner votre avis sur le fait suivant. J'ai soigné une fermière qui s'est blessée au cours de son travail. A l'expiration des soins, je me suis fait régler par elle et lui ai remis une quittance (note globale) pour lui permettre de se faire rembourser par son Assurance.

Aujourd'hui la Compagnie d'assurances me

réclame une note détaillée « conformément à l'art. 31 de l'arrêté ministériel » parce que la fermière est assurée en accident du travail. Veuillez me dire si : 1° je dois appliquer le tarif accident du travail aux fermiers et fermières ; 2° je suis obligé de fournir une note détaillée des soins fournis et de me faire payer par la Compagnie d'assurances.

Dr T.

Réponse

En matière d'accidents du travail, le médecin traitant a une action contre le patron responsable en paiement de la partie de ses honoraires fixée par le tarif et il conserve le droit, qu'il n'exerce presque jamais, de réclamer au blessé lui-même la différence entre son tarif de droit commun et le tarif d'accidents du travail.

Lorsque la législation sur les accidents du travail a été étendue aux exploitations agricoles, elle a prévu la faculté pour les agriculteurs d'ahdérer à la loi pour eux-mêmes et pour les membres de leur famille.

Lorsqu'ils usent de cette faculté, les agriculteurs sont en droit de réclamer à l'Assurance avec laquelle ils ont contracté, le paiement de toutes les indemnités prévues par la loi du 9 avril 1898 quand ils sont victimes d'accidents au cours de leur travail.

Mais, dans leurs rapports avec le médecin traitant qui, par ailleurs, n'a aucun lien de droit direct avec la Compagnie d'assurances, la personnalité du blessé et celle du patron responsable se confondent en une seule et même personne.

Il en résulte qu'en pareil cas, le médecin traitant doit considérer ces clients comme des clients ordinaires et se faire payer par eux suivant son tarif de droit commun.

C'est ce que vous avez fait en l'espèce, avec juste raison.

Maintenant pour permettre à votre client de se faire régler dans la mesure de ses droits, par la Compagnie d'assurances, il est normal que vous lui remettiez une copie détaillée de votre note d'honoraires. Il appartiendra à l'Assurance de fixer sa part de remboursement d'après les bases du tarif des accidents du travail.

6.406 — Accident du travail causé par un tiers — Paiement des honoraires du médecin.

Je viens de soigner, pendant près d'un an, un blessé, victime d'un accident d'automobile pendant son travail. La consolidation, avec une grosse incapacité, date du 1er juillet. Au moment d'établir ma note, je me demande si je dois adopter le tarif de la loi 1898, ou le tarif syndical. La responsabilité de l'automobiliste qui a renversé cet ouvrier paraît engagée, mais la Compagnie d'assurances va plaider

naturellement. Si la Compagnie est condamnée, ce sera le tarif syndical. Par contre, si la responsabilité de l'accident reste entière au blessé, ce sera, je pense le tarif accident du travail.

Or, avant d'être fixé à ce sujet, le délai d'un an pour les notes d'honoraires au tarif de la loi 1898 sera écoulé... et par conséquent, je risque un refus.

Mon premier mouvement était d'adresser ma note au blessé lui-même, au tarif syndical, ... mais celui-ci ne peut pas payer. Dr C.

Réponse

Quand un accident du travail est dû à la faute d'un tiers étranger à l'entreprise, il n'en reste pas moins un accident du travail et la victime est en droit de poursuivre contre son patron le paiement de toutes les indemnités prévues par la loi du 9 avril 1898.

Indépendamment de cette action, la victime conserve contre l'auteur de l'accident son recours de droit commun pour toute la partie de préjudice subi par lui non couverte par l'indemnisation forfaitaire de la loi sur les accidents du travail.

D'autre part, si le médecin traitant choisi par le blessé possède une action directe en paiement de la partie de ses honoraires fixée par le Tarif contre le patron responsable, il n'a absolument aucun lien de droit avec le tiers auteur de l'accident ou l'Assurance de celui-ci.

Vous devez donc commencer par vous faire payer par le chef d'entreprise responsable ou son Assurance la partie de vos honoraires fixés par le Tarif. Vous pourrez ensuite demander au blessé lui-même de vous payer le complément entre ce tarif et le Tarif syndical et lui donner un reçu acquitté pour qu'il puisse comprendre la partie de vos honoraires qu'il a payée, dans la demande d'indemnité qu'il pourra présenter lui-même à l'auteur de l'accident.

QUESTIONS DIVERSES

5.978 — Cumul d'une retraite de l'Etat avec un traitement privé

Existe-t-il dans les nombreux lois et décrets récents un texte interdisant de cumuler une retraite de médecin militaire avec un emploi salarié, rémunéré par un fixe, de médecin-contrôleur dans une Compagnie d'assurances ?

Réponse

Il résulte de l'art. 16, du décret du 29 octobre 1936, relatif au cumul de retraites, de rémunérations et de fonctions que les retraités civils et militaires ne pourront être pourvus par les collectivités publiques ou les entreprises concessionnaires ou subventionnées assurant un service public, d'un emploi susceptible d'absorber l'ac-

tivité complète d'un homme ou d'assurer son existence compte tenu du niveau de l'emploi et des qualités requises pour l'occuper.

Il ressort de cet article qu'un médecin militaire retraité ne pourrait être valablement titulaire d'une fonction telle que celle de médecin-contrôleur d'une Caisse d'assurances sociales (ces organismes étant expressément visés par l'art. 1er du décret). Par contre, aucune disposition de ce même décret ne lui interdit de cumuler sa retraite avec un emploi ou une fonction privée. Il peut donc valablement être médecin-contrôleur d'une Compagnie d'assurances ou médecin au service d'un dispensaire privé ou d'une entreprise industrielle de nature privée.

5.830 — Prélèvement de 10 % sur les honoraires dus par les collectivités publiques

Je suis médecin-inspecteur des enfants du premier âge (Loi Roussel) et médecin des pupilles de l'Assistance publique.

A ces deux titres, je présente annuellement ou semestriellement mes mémoires d'honoraires à la Préfecture à M. l'inspecteur de l'Assistance publique. Régulièrement depuis les décrets Laval ces mémoires sont amputés de 10 %. Ils m'ont été retenus par exemple, sur mes mémoires présentés en janvier dernier.

Je désirerais savoir si l'Administration préfectorale a toujours le droit de me faire la retenue de 10 %, autrement dit, si les décrets Laval sont toujours en vigueur alors qu'ils ont été supprimés pour les fonctionnaires par exemple.

Dr A.

Réponse

Le décret-loi du 16 juillet 1935 instituant un prélèvement sur les dépenses publiques comportait deux articles bien différents. L'art. 1er prévoyait un prélèvement de 10 % sur toutes les dépenses incombant à une collectivité publique et venues à échéance postérieurement à sa publication.

Dans son art. 2, il prévoyait un régime spécial dérogatoire au principe général de l'art. 1er et instituait un prélèvement réduit en ce qui concerne les dépenses de personnel.

Tandis que l'art. 2 a fait l'objet de diverses modifications et atténuations par les lois du 31 décembre 1935, 20 juin 1936 et 26 mars 1937, et que son application a été de plus en plus restreinte, l'art. 1er n'a fait l'objet, jusqu'à présent, d'aucune modification ou abrogation.

Dans ces conditions le prélèvement de 10 % doit continuer à être appliqué par l'Administration sur toutes les dépenses n'ayant point le

caractère de dépenses de personnel, c'est-à-dire de traitement. Par suite, relèvent en particulier de ce prélèvement, les honoraires touchés par les médecins des collectivités publiques du moment que ces honoraires ne sont point déterminés dans les conventions expresses ou tacites dans chaque cas particulier, mais résultent d'un barème ou d'un tarif fixé ou approuvé par l'autorité publique.

Si, en l'espèce, la rémunération que vous recevez comme médecin-inspecteur des enfants du premier âge, et comme médecin-inspecteur de l'Assistance publique est proportionnelle à chaque acte médical et si l'on peut prouver l'existence d'un lien de dépendance ou de subordination entre vous et l'Administration, lien nécessaire à l'existence d'un contrat de louage de services, l'Administratoin reste en droit d'appliquer le prélèvement de 10 % sur le montant de votre traitement.

6.835 — La loi sur les congés payés est applicable dans les professions libérales.

Je vous serais obligé de me faire connaître :

1° Si mon infirmier secrétaire a droit à un congé payé de 15 jours par an.

Si le cas échéant je dois déduire les jours de fête indigène.

2° Si la semaine de quarante heures lui est applicable.

Dr A.

Réponse

1° La loi du 20 juin 1936 sur les congés payés s'applique d'ores et déjà à toutes les professions industrielles, commerciales ou libérales aussi bien dans la France métropolitaine qu'en Algérie.

Il est donc certain que vous devez à votre infirmier un congé payé de quinze jours comportant au moins douze jours ouvrables. Si les jours de fêtes indigènes sont chômés obligatoirement en Algérie, ces jours de fête ne doivent pas être compris dans les douze jours ouvrables qui doivent nécessairement être compris dans le congé.

2° Par contre, la semaine de quarante heures n'est pas encore applicable aux professions libérales.

6.139 — Responsabilité du médecin remplacé à l'égard de son remplaçant

Je pars en vacances. Je prends un remplaçant légalement autorisé. Un assureur me conseille justement de m'assurer pour ce remplaçant. Il s'agit d'une individuelle pour médecin remplaçant (100.000

francs en cas de mort, 100.000 francs pour incapacité totale). Je paierai 150 francs de prime pour un mois.

Suis-je responsable de mon remplaçant et que me conseillez-vous ? Dr D.

Réponse

La question est encore controversée en doctrine et en jurisprudence de savoir quelle est exactement la nature juridique du contrat passé entre un médecin et son remplaçant.

En admettant même que ce contrat s'apparente au louage de services, ce qui est contesté, il convient de remarquer que la législation sur les accidents du travail n'a pas encore été étendue aux professions libérales. Il en résulte que même dans cette hypothèse, le remplacé ne peut être considéré de plein droit comme responsable des accidents dont le remplaçant peut être victime au cours de son service.

Pour que la responsabilité du remplacé soit engagée, il faut, conformément aux règles du droit commun (art. 1382 et suivant du Code civil) que l'accident ait pour cause une faute commise par le remplacé lui-même ou par l'un de ses préposés, un chauffeur par exemple.

Ce n'est que dans le cas où vous feriez conduire votre remplaçant par votre chauffeur qu'il y aurait lieu de prévoir une extension éventuelle de votre police automobile à la garantie de votre responsabilité envers votre remplaçant.

Mais si votre remplaçant conduit lui-même sa voiture ou la vôtre, vous n'encourez pratiquement aucune responsabilité à son égard et il n'y a pas lieu pour vous de vous couvrir contre un risque en fait inexistant.

5.960 — Exercice illégal de la médecine et de la pharmacie — Amnistie

1) Il y a dans la commune où je suis une sage-femme qui se permet de poser des agrafes et de faire des injections de sérum antitétanique :

2) Cette même sage-femme tient un dépôt pharmaceutique alimenté régulièrement par un pharmacien de la ville voisine : or, je suis propharmacien et ne pense pas que le colportage a été interdit pour permettre à quiconque de tenir officine.

Que croyez-vous qu'il soit utile de faire dans ces deux cas ?

Dr L.

Réponse

1° En posant des agrafes et en procédant à des injections de sérum antitétanique en dehors de toute prescription et de toute surveillance médicale, la sage-femme excède la limite de ses attributions et se rend coupable du délit d'exercice illégal de la médecine. Une action peut donc être engagée contre elle devant le Tribunal correc-

tionnel à votre requête ou à celle du Syndicat, ce qui serait préférable.

Mais nous devons vous signaler que la loi d'amnistie du 12 juillet 1937 s'applique aux faits d'exercice illégal commis antérieurement au 2 mai 1937. Seuls doivent donc donner lieu à poursuites, des faits établis d'exercice illégal postérieurs à cette date.

2º C'est aux médecins seuls que l'art. 27 de la loi du 21 Germinal, an II, accorde le droit de vendre des médicaments à leurs malades lorsque, dans la commune, il n'existe aucun pharmacien tenant officine ouverte. Une sage-femme ne saurait donc à aucun titre exercer la propharmacie ni même tenir un dépôt de médicaments pour un pharmacien d'une localité voisine.

En agissant comme elle le fait, la sage-femme commet le délit d'exercice illégal de la pharmacie, également amnistié et dans les mêmes conditions que le délit d'exercice illégal de la médecine par la loi du 12 juillet.

6.048 — Les abus de l'Assistance médicale gratuite par les maires

Je vous remercie de la consultation juridique remarquable que vous m'avez adressée en réponse à ma lettre, j'en ferai mon profit à l'occasion. Je viens de lire dans le *Concours Médical*, numéro du 18 juillet 1937, page 2162, un article intéressant au sujet de l'assistance médicale gratuite : aussi ai-je lu avec intérêt vos comptes rendus à ce sujet et vos avis si autorisés.

Permettez-moi de vous signaler que le fait n'est pas isolé et que les maires font un véritable abus pour servir leurs propres intérêts personnels et électoraux. Cela devient un scandale. Jusqu'à présent les familles remboursaient les prix de journée d'hôpital à la commune le plus souvent pour éviter les réclamations du Conseil municipal, et de ce fait l'intéressé était opéré gratuitement, cela devient dans beaucoup d'endroits et dans beaucoup de pays une habitude courante. Or les Syndicats médicaux sont désarmés vis-à-vis de cette façon de faire, mais je suis certain que la publicité faite par votre remarquable journal pourrait peut-être attirer l'attention sur ces pratiques qui nous lèsent gravement.

En attendant le vote de lois nouvelles réglementant l'admission des malades dans les hôpitaux (et je suis encore très sceptique sur leur efficacité), ne pourriez-vous signaler le fait en quelques lignes dans le *Concours Médical*. Cette façon de faire est illégale et les préfets ignorent ces marchandages ; mais comme il s'agit là d'une question électorale on ne dit rien si la chose est connue. Je peux même vous affirmer qu'un médecin parlementaire est le premier à encourager ces procédés au détriment de ses confrères locaux qui s'en plaignent vivement.

Un médecin âgé, honorable, me disait dernière-

ment qu'il connaissait un village ou depuis plus de dix ans toutes les opérations avaient été pratiquées au compte de l'Assistance médicale gratuite, à l'hôpital bien entendu. Dr X.

Réponse

De tous temps, la législation sur l'Assistance médicale gratuite a été détournée de son but philanthropique par de trop nombreux maires et conseillers municipaux. Ils s'en sont servis dans un but électoral, pour se maintenir au pouvoir. Si, par hasard ils étaient remplacés par une liste adverse, cette dernière s'empresserait de continuer les errements passés pour conserver sa popularité.

Si l'on ne se contente pas de palabres, de vœux et autres sornettes, il faut que le Syndicat local soit mis au courant de cas bien précis pour que le préfet puisse être informé de ce détournement de pouvoir commis par certains maires. Si le préfet ne réagit pas, le Syndicat s'adresse au supérieur hiérarchique, c'est-à-dire le ministre. Enfin, un recours devant la justice administrative (Conseil de préfecture et Conseil d'Etat) pourra être fait par le Syndicat.

Dans toutes ces circonstances, le Sou Médical accorde son appui pécuniaire au prorata du nombre de syndiqués du groupe corporatif adhérents à notre Ligue de défense.

D'autre part, le Syndicat local doit tenir au courant la Confédération des Syndicats médicaux pour que ce groupement national puisse faire le nécessaire auprès du ministre et même auprès du Parlement afin de réprimer les abus locaux et obtenir une loi qui rendre la législation du 15 juillet 1893 à son véritable but, c'est-à-dire « l'assistance aux Français malades privés de ressources et à eux seuls ».

Dr Paul BOUDIN.

6.148 — 1° Certificats de prolongation 2° Envoi de reçu avant paiement

J'ai à nouveau recours à votre obligeance pour vous prier de régler par un avis le litige de principe suivant.

Il s'agit encore de certificat en cours de traitement ainsi que vous le verrez par la lettre ci-jointe à laquelle j'ai fait la réponse annexée.

A l'heure actuelle sans doute par mesure d'économie plusieurs Compagnies d'assurances suppriment la rémunération du certificat en cas de prolongation. Ce certifiact est exigé du blessé par les patrons qui demandent des explications. S'il s'agit d'un simple certificat de non-reprise du travail, il est parfaitemnet inutile, puisque si le blessé n'a pas de certificat de guérison, c'est qu'il n'est pas guéri, il est donc inutile de faire une paperasse de plus.

Il y a également le cas d'une aggravation en cours de traitement. Il m'est arrivé de prévenir spontanément la Compagnie des complications survenues. Si la nouvelle façon de procéder se généralise je m'en abstiendrai à l'avenir. Dr M.

Copie de ma lettre

« Je suis extrêmement surpris de votre lettre du 24 juillet et de la fiche de votre direction générale.

« Vous voudrez bien lui faire savoir que je soumets l'incident à l'appréciation du Sou Médical car depuis quelque temps les Compagnies se retranchent sur le dernier alinéa de l'art. 30, qui supprime en fait la rémunération du certificat fourni en cours de traitement.

« En l'espèce il s'agissait d'un certificat délivré à la demande du directeur de l'usine indiquant l'état de la blessure, les causes de la prolongation et le traitement suivi. Il ne s'agissait donc pas d'une simple attestation de non-guérison.

« Si votre directeur ne revient pas sur sa décision, je me verrai dans l'obligation de ne délivrer aucun certificat en cours de traitement pour les blessés de votre Compagnie ce qui ne pourra manquer de gêner votre service de renseignements.

« Veuillez agréer, Monsieur, etc... »

Réponse

L'art. 30 dit au 4e alinéa : « Tout certificat fourni au cours du traitement à la demande du patron ou de son assureur pour énoncer... sera tarifé à 16 francs ». Puis, à la fin de cet alinéa : « Ne sont pas considérés comme certificats de cette catégorie, les attestations affirmant simplement que le blessé n'est pas guéri ». Il en résulte que pour pouvoir demander 16 francs, le médecin doit : *a*) avoir fourni le certificat à la demande du patron ou assureur ; *b*) avoir envoyé un certificat suffisamment « descriptif » de l'état du malade. Donc, ce sont là des questions de fait sur lesquelles je ne puis vous donner un avis, ne sachant même pas quel était le texte du certificat en question. En tout cas, inutile d'envoyer un certificat de prolongation si la Compagnie ne vous le demande pas et par écrit.

Nota. — Je vois dans la lettre de la Compagnie : « Vous voudrez bien acquitter cette quittance et nous la retourner. A réception, nous vous adresserons un mandat-postal en paiement ». J'ai fait paraître dans le *Concours*, une lettre de protestation (au sujet de ce *modus agendi*) lettre que j'avais écrite au président de la Réunion des assureurs ; et je donnais sa réponse dans laquelle il me précisait la circulaire qu'il venait, dès réception de ma lettre, d'envoyer aux divers présidents de Compagnies d'assurances. Je vois qu'il est des Compagnies qui n'en ont pas tenu compte... Vous n'avez pas à envoyer de reçu d'une somme non encore touchée.

Dr Fernand DECOURT.

Cinquante-neuvième année | N° 36 | 5 Septembre 1937

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

- sommaire -

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	60 fr.	Belgique et Luxembourg...	70 fr.
Etudiants	35 fr.	Première Zone	85 fr.
Le Numéro..........	1.25	Deuxième Zone	110 fr.

Renseignements

AVIS

Changements d'Adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 fr. 50 pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande.)

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du **Concours Médical**, *Paris* 167-95.

Nº 223. — Doct. 15 ans exerç. campagne, désire reprend. client. minimum 100.000 dans ville province ayant lycée garçons et filles.

Nº 224. — On dem. à acheter balance d'occasion pour bébés, à réglette.

Nº 225. — Loiret. Poste pro-pharmac. 30 km. Orléans, bon rapport, maison avec jardin. A céder 30.000 dont 20.000 compt., plus 6.000 pour pharmacie et access.

Nº 226. — A céder pour raisons santé, excell. poste dans station balnéaire Océan très fréquentée. Maison avec bail, eau, gaz, électr.

Nº 227. — Bretagne. A vend. pour raisons santé, très gros poste pro-pharm. proxim. mer, seul médec. chef-lieu canton, 15 km. tout confr., pas de sage-femme. Partie compt. facilités pour le reste.

Nº 228. — Sud-Est. — Dans chef-lieu agréable, région riche, à céder cabinet ophtalmo. contre indemn. égale à moitié des bénéf. annuels. Client. régul. datant de dix ans, deux oculistes.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet Breitel et Goret

1, rue Dante, Paris (5e). - Tél. : Odéon 36-46

Belle banlieue immédiate. Suite décès, très anc. et import. client., grde maison de maîtres ; prix intéres.

Centre. Prox. belle stat. propharmac. gros rendem. Jolie propriété conf. Présentat.

Vallée de la Garonne. Chef-lieu canton. Seul médecin 6.000 hab. à desserv. très conf. habit. avec beau parc. Prix : 40.000.

Abonnés du « Concours » exerçant dans les Stations Thermales

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains : Bertier, Blondel, Coutaz, Dardel, H. Forestier père, Graber-Duvernay, Lelong, Pégaz.

Allevard-les-Bains : Boël.

Amélie-les-Bains : Bouix.

Ax-les-Thermes (Ariège) : Boyer, Girard, Gomma.

Bagnères-de-Bigorre : Frank-Duprat (*enf.*), J. Courbin, Ricard-Pomarède.

Bagnoles-de-l'Orne : Censier, R. Hügel, Joly, Le Gouriérec, J. Louvel, R. Louvel, Doctoresse M. Pellion, E. Poulain.

Bains-les-Bains : M. Henry, L. Rose.

Barèges : Orliac.

Besançon La Mouillière : Jean Sexe (*opht.*), Tronchon.

Biarritz : Clavel, Dejeant (*derm.*), Lacour, Pitchalsky (*m. g. sto.*) M. Pourquié (*chir.*) G. Pourquié (*o. r. l.*)

Bourbon-Lancy : Bellœuf, G. Vincent.

Bourbon-L'Archambault : Bénabu, Litaud.

Bourbonne-les-Bains : Delacroix, Gay.

Brides-les-Bains et Salins-Moutiers : d'Arbois de Jubainville, Mathieu, Laissus fils.

Cambo-les-Bains : A. Camino, Chatard, Colbert, Dieudonné, J. Trotot.

Capvern : J. Pouy.

Cauterets : Anglada, Armengaud, Corone, Cosserat, L. Pradal.

Challes-les-Eaux : Vexenat.

Châtel-Guyon : J. M. Ballan, Baumann, Cambiès, Casati de Montgolfier, Foucaud, P. Martin, Mazeran, Ribérolles, Saint-René-Bonnet.

Contrexeville : Contal.

Dax : Barrau, Delmas (Armand).

Divonne-les-Bains : Ballivet, Vieux.

Eaux-Bonnes : Bourragué, Creignou.

Enghien-les-Bains : Beyrand, H. Forterre.

Escouloubre-les-Bains : Sarda.

Evaux-les-Bains : E. Legâte.

Evian-les-Bains : Bernex, J. Eyraud-Joly.

Hammam-Lif (Tunisie) : Fére.

La Bourboule : Anglada, Barthomeuf, Boudry, Cany, R. Galimant, Jean Godonnèche, Rongier Th., Maurel.

La Léchère : Millet, Noailly.

La Motte-les-Bains : Goirand.

Lamalou-les-Bains : Cauvy (*Rééd. motr.*), Faure, Tabarié.

La Roche-Posay-les-Bains : Bardet, Guyot, Huet (*derm.*) Lépine.

Luchon : P. de Beauchamp, Cazal-Gamelsy, Germès, Molinéry (*ne fait que la physiothérapie*), Salles, Sammuller.

Luxeuil-les-Bains : Causeret, Cugnier, Rimey.

Mont-Dore : J. André, Roger André, Béal, Débidour, Dullin, Levadoux, Molines, E. Perpère, Verrier.

Néris : Ducros, Jossand.

Plombières-les-Bains : Bernard, J. Dumont, Truelle.

Preste (La) : Dr P. Baron.

Royat : Mougeot.

Salers : Rongier.

Salies-de-Béarn : Coustère David, Dufourcq, Larrouy, Ortal.

Salins-les-Bains : Bourny, Henri Neumand.

Salies-du-Salat : Barbé, St Béat.

Saujon : R. Dubois, M. Boisseau.

Saint-Didier (Vau.) : Masquin.

St-Honoré-les-Bains : Charpin, Ségard, Silvestre.

St-Nectaire : Sérane, Siguret, Versepuy.

Santenay-les-Bains : A. Mélé.

Sermaize-les-Bains : Fritsch, (H.), Ramonet (*Malad. des enf.*)

Uriage : G. Barbier.

Vals-les-Bains : David, Galtier.

Vernet-les-Bains : Ponson.

Vichy : Arama (Michel) (*stom.*), Bargy, Berthomier, (*phys.*) Caillon, Castera, Chabrol, (Léon), R. Chaux, Cluzan. Cornillon, Cotar, Cros L., Déléage, Desmaroux, A. Durrieux, (*stom.*), Fau, R. Fraudet, (*stom.*), Fruictier, Gannat, Lère, Marquis, Martin-Péridier, Reynès, Roussignol.

Vittel : Adda, G. Constant, P. Genay, Finck.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Faculté de médecine de Paris**. — *Visite médicale pour les étudiants*. — Comme en 1935 et en 1936, la Faculté de Paris a organisé cette année une visite médicale pour les étudiants qui commencent leurs études. Bien que cette visite ne soit pas obligatoire, MM. les étudiants sont instamment priés de se rendre à la convocation qui leur sera adressée. Cette visite médicale est faite dans leur intérêt : trop de jeunes étudiants tombent sérieusement malades au début de leurs études médicales pour qu'il ne soit pas de leur devoir d'aider leurs maîtres dans la protection de leur santé. Cette visite est surtout orientée vers l'examen de l'appareil respiratoire et vise particulièrement la prophylaxie de la tuberculose. Elle est faite par des médecins des hôpitaux et des chefs de consultation, sous la haute direction des professeurs de la Faculté et du Corps médical des hôpitaux. Toutes les précautions seront prises pour que le secret médical soit strictement respecté. Si les étudiants le désirent, les résultats de leur examen médical pourront être communiqués à leurs parents ou au médecin de leur famille. Le Doyen, convaincu que cette visite de santé donnera d'excellents résultats, ne doute pas que les étudiants ne répondent à l'appel qu'il leur adresse, au nom de leurs maîtres.

Les visites médicales commenceront le lundi 17 octobre, à l'hôpital Laënnec (consultation), à 20 h. 30. Les étudiants seront convoqués individuellement au moment de leur inscription.

— **La médaille du Professeur Sabrazès**. — Un Comité s'est constitué en vue d'offrir une médaille commémorative à M le Professeur Sabrazès, de Bordeaux, à l'occasion de son admission à l'honorariat.

Toute souscription de 70 francs minimum donnera droit à une reproduction, en bronze, de la médaille, Trésorier : Docteur Pauzat, compte courant, Bordeaux 43.193.

— **Hôpital de la Glacière** (35, rue de la Glacière, Paris). — Un *cours de pratique chirurgicale oto-rhino-laryngologique* sera fait par le Professeur Georges Portmann, du jeudi 21 octobre au mercredi 27 octobre 1937, avec la collaboration de MM. J. Auzimour et Chabert, du Professeur agrégé Despons et M. Paul Leduc.

PROGRAMME. — Jeudi 21 octobre, 9 h. 30 : Indications techniques et résultats de la laryngectomie totale ; 15 heures : Les otites aiguës ; 16 heures : Sinusites fronto-maxillaires. Traitement chirurgical. — Vendredi 22 octobre, 9 h. 30 : Mastoïde. Anatomie, pathologie ; 15 heures : La mastoïdectomie. — Samedi 23 octobre, 9 h. 30 : Ethmoïde. Anatomie, pathologie, chirurgie ; 15 heures : Insuffisance respi-

ratoire nasale et traitement chirurgical. — Lundi, 25 octobre, 9 h. 30 : Tumeurs malignes du massif facial ; 15 heures : Amygdales. Anatomie, pathologie, chirurgie. — Mardi 26 octobre, 9 h. 30 : Les otites chroniques ; 15 heures : Traitement chirurgical des otites chroniques. — Mercredi 27 octobre, 9 h. 30 : Tumeurs malignes du larynx ; 15 heures : Chirurgie du larynx.

Ce cours essentiellement pratique comprend des séances opératoires de démonstrations. Chaque assistant sera individuellement initié aux détails de la technique chirurgicale et de l'anesthésie.

Ces séances opératoires seront précédées d'un exposé théorique, après examen de malades, accompagné de projections et de films cinématographiques.

Droit d'inscription : 250 francs. Les inscriptions seront reçues chez le Professeur Portmann, 25 *bis*, cours de Verdun, à Bordeaux.

— **Deuxième Congrès international des sanatoria et des maisons de santé privés.** — Le deuxième Congrès international des sanatoria et des maisons de santé privés a eu lieu à Paris du 12 au 17 juillet 1937.

Des délégations étrangères représentaient l'Allemagne, la République Argentine, le Brésil, le Danemark, la Hongrie, l'Italie, la Suisse et la Yougoslavie. Elles étaient composées, pour la plupart, par les présidents ou les membres dirigeants des associations nationales de maisons de santé.

Trois rapports ont donné lieu à d'intéressantes discussions. Ils avaient pour objet :

« La réglementation du travail dans les maisons de santé des différents pays », par le Docteur Reutti, de Berlin.

« Le traitement individuel des psychopathies dans les maisons de santé », par le Docteur Achille Delmas, de Paris.

« L'héliothérapie », par le Docteur Antonio Magrassi, de Desenzano.

Ce Congrès devait, en outre, procéder à la création d'une Union internationale dont les statuts ont été arrêtés ; le siège en a été fixé à Rome, et la présidence en a été confiée pour trois ans à la France.

On décida enfin qu'un troisième Congrès aurait lieu l'année prochaine, à la fin d'août, à Berlin et dans différentes villes d'Allemagne.

Ces travaux ont été coupés par un certain nombre de distractions : une réception à l'Hôtel de Ville de Paris, une soirée dans les salles des Antiques du Louvre, la visite de la Cité Universitaire, une excursion à Versailles, une soirée artistique, des visites de différentes maisons de santé et une présentation de modèles de couture à la maison Drecoll.

— **Mariages.** — Le Docteur Emile Fischer, frère de notre Rédacteur en chef, fait part du mariage de sa fille Elisabeth avec le Docteur Paul Robert, au moment où il termine sa quarante-quatrième année d'exercice professionnel à Rougemont-le-Château

(territoire de Belfort). La cérémonie a été célébrée le 25 août 1937.

Nous lui adressons, ainsi qu'à Madame Fischer, nos très vives et cordiales félicitations, et nous formons pour les jeunes époux les meilleurs vœux de bonheur et de succès.

— Nous apprenons le mariage de l'enseigne de vaisseau Jean PLATET, avec Mademoiselle Andrée CHABRIAT, fille de Madame et du Docteur Chabriat.

La bénédiction nuptiale leur a été donnée le 11 août 1937, en l'église de Djidjelli (Algérie).

Tous nos souhaits de bonheur aux jeunes époux.

— **Nécrologie**. — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Jean BITTERLIN, de Saint-Maur-des-Fossés, décédé accidentellement le 13 août 1937, dans sa 43e année, à Sixt (Haute-Savoie).

Nous adressons à Madame Jean Bitterlin, sa veuve, à ses enfants, à son père et à son frère, les Docteurs Georges Bitterlin et Charles Bitterlin, si cruellement éprouvés, l'expression de notre profonde et douloureuse sympathie.

— Le Docteur Henri Alardo a la douleur de nous faire part du décès de son père, le Docteur BRAULIO-RAFAEL ALARDO, ancien professeur à la Faculté de médecine de Santo-Domingo (Antilles), survenu le 21 août 1937, dans sa 73e année, en son domicile, 46, rue Monge, à Paris.

Nous prions le Docteur Henri Alardo et sa famille d'agréer nos plus vives condoléances.

A TRAVERS L'OFFICIEL

14 AOUT

Légion d'honneur

Est promu grand officier de la Légion d'honneur, au titre du ministère de l'Intérieur, M. le Docteur Lambret, professeur à la Faculté de Lille.

Service de santé militaire

Par décret du 4 août 1937, sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé et, par décision ministérielle du même jour, reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de médecin sous-lieutenant

Les méd. auxil. : (rang du 23 juin 1937) Cren, 11e sect. inf. milit., aff. 11e rég. ; (rang du 6 juillet 1937) Prouzet, 17e sect. inf. milit., aff. 17e rég. ; (rang du 11 juillet 1937) Martin, 23e sect. inf. milit., aff. 20e rég.

Par décret du 11 août 1937, sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé, les officiers de réserve titulaires du diplôme de docteur en médecine ci-après désignés, qui, par décision de même date, sont maintenus dans leur affectation actuelle.

Au grade de médecin commandant

Le pharm. command. : (rang du 25 déc. 1931) Navarre, 4e rég., maint.

Au grade de médecin lieutenant

Le pharm. lieut. : (rang du 5 nov. 1931) Lannelongue, 17e rég., maint.
Le dent. lieut. : (rang du 11 oct. 1936) Blondel, 3e rég., maint.

Par décret du 11 août 1937, sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé, et par décision ministérielle du même jour, reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de médecin sous-lieutenant

Les médecins auxiliaires ci-après désignés : (rang du 23 juin 1937) Léger, 22e sect., aff. rég. de Paris ; (rang du 30 juin 1937) Vannier, 2e sect., aff. 2e rég. ; (rang du 2 juillet 1937) Lobjois, 22e sect., aff. rég. de Paris.

Par décret du 11 août 1937, sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé à compter du 1er juillet 1937, et par décision de même date, reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de médecin sous-lieutenant

Les médecins auxiliaires des sections d'infirmiers militaires, inscrits sur la liste d'aptitude à ce grade, ci-après désignés :

(Rang du 1er juillet 1930).

A la région de Paris : d'Escrivan, 22e sect. ; Landrieu, 22e sect. ; Loiseau, 5e sect. ; Merger, 7e sect. ; Vannier, 3e sect.
A la 14e région : Chavent, 14e sect.

(Rang du 1er juillet 1931).

A la région de Paris : Orinstein, 22e sect. ; Siguier, 22e sect.
A la 14e région : Charvet, 14e sect.
A la 15e région : Brugeas, 15e sect.
A la 20e région : Laugier, 14e sect.

(Rang du 1er juillet 1932.)

A la région de Paris : Boisseau, 7e sect. ; Ménétrier, 23e sect. ; Rouvillois, 22e sect. Temerson, 22e sect. ; Tissot, 7e sect
A la 14e région : Leclerc, 8e sect.
A la 15e région : Gascard, 15e sect.

(Rang du 1er juillet 1933).

A la région de Paris : Allilaire, 9e sect. ; Ghenebault, 8e sect. ; Claisse, 22e sect. ; Hector, 23e sect. ; Horeau, 22e sect. ; Molinery, 23e section.
A la 3e région : Philippe, 3e sect.
A la 14e région : Viret, 14e sect.

(Rang du 1er juillet 1934).

A la région de Paris : Verne, 22e sect. ; Welti, 14e sect.
A la 13e région : Muller, 14e sect.
A la 14e région : Pinet, 14e sect. ; Viallier-Raynard, 14e sect.

Par le même décret, sont promus dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé :

Au grade de médecin lieutenant

Les médecins sous-lieutenants ci-après désignés :
(Rang du 1er juillet 1934) d'Escrivan, rég. de Paris ; Landrieu, rég. de Paris ; Loiseau, rég. de Paris ; Merger, rég. de Paris ; Vannier, rég. de Paris ; Chavent, 14e rég.
(Rang du 1er juillet 1935) Orinstein, rég. de Paris ; Siguier, rég. de Paris ; Charvet, 14e rég. ; Brugeas, 15e rég. ; Laugier, 20e rég.

(Rang du 1er juillet 1936) Boisseau, rég. de Paris ; Ménétrier, rég. de Paris ; Rouvillois, rég. de Paris ; Temerson, rég. de Paris ; Tissot, rég. de Paris, Leclerc, 14e rég. ; Gascard, 15e rég.

(Rang du 1er juillet 1937) Allilaire, rég. de Paris ; Chenebault, rég. de Paris ; Claisse, rég. de Paris ; Hector, rég. de Paris ; Horeau, rég. de Paris ; Molinery, rég. de Paris ; Philippe, 3e rég. ; Viret, 14e rég.

Par décret du 11 août 1937, sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé à compter du 1er juillet 1937 et par décision de même date reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de médecin sous-lieutenant

Les méd. auxil. des sect. d'inf. milit. inscrits sur la liste d'aptitude à ce grade ci-après désignés :

(Rang du 1er juillet 1934).

A la rég. de Paris : Auffret, 22e, sect. ; Bardery, 22e sect. ; Bardon, 22e sect. ; Benoist, 22e sect. ; Boivin, 22e sect. ; Bouvier, 22e sect. ; Bronstein, 22e sect. ; Brossard, 22e sect. ; Chautemps, 22e sect. ; De Chirac, 22e sect. ; Clarac, 22e sect. ; Comar, 22e sect. ; Desgrez, 22e sect ; Dubarry, 22e sect. ; Dumont, 22e sect. ; Gritty, 22e sect. ; Guebel, 22e sect. ; Hamelin, 22e sect. ; Koressios, 22e sect. ; Lambling, 22e sect. ; de Lavedan de Casaubon, 22e sect. ; Leclercq, 22e sect. d'inf. milit. ; Lhuillier, 22e sect. ; Maillard, 22e sect. ; Martinié, 22e sect. ; Mauclaire, 22e sect. ; de Mestier du Bourg, 22e sect. ; Opolon, 22e sect. ; Pecunia, 22e sect. ; Philippe, 22e sect. ; Polacco, 22e sect. ; Prevost, 22e sect. ; de Rubiana, 22e sect. ; Saillant, 22e sect. ; Salzman, 22e sect. ; Szwarc, 22e sect. ; Wolfin, 22e sect. ; Biderman, 2e seet. ; Saune, 2e sect. ; Balandra, 3e sect. ; Coquelin, 4e sect.

Debroise, 4e sect. ; Achard, 6e sect. ; Advenier, 6e sect. ; Baudet, 6e sect. ; Frak, 6e sect. ; Garelly, 6e sect. ; Gérard, 6e sect. ; Grauer, 6e sect. ; Martin, 6e sect. ; Nico, 6e sect. ; Ribert, 6e sect. ; Rossignol, 6e sect. ; Weil, 6e sect. ; Cazettes de Saint-Léger, 7e sect. ; Feldstein, 7e sect. ; François-Dainville, 7e sect. ; Fulconis, 7e sect. ; Moreau, 7e sect. ; Pasqualini, 7e sect. ; Cheve, 9e sect. ; Laurent, 9e sect. ; Nau, 9e sect. ; Dugast, 11e sect. ; Fortineau, 11e sect. ; Legroux, 14e sect. ; Antomarchi, 15e sect. ; Bory, 15e sect. Martel, 15e sect.

Rolland, 15e sect. ; Touati, 15e sect. ; Toûze, 17e sect. ; Laherrere, 18e sect. ; Kessis, 21e sect. ; Beaumel, 23e sect. ; Dequeant, 23e sect. ; Gerbet, 23e sect. ; Gillon, 23e sect. ; Guthmann, 23e sect. ; Joseph, 23e sect. ; Kron, 23e sect. ; Lavie, 23e sect. ; Leroux, 23e sect. ; Persoz, 23e sect. ; Ray, 23e sect.

A la 1re région : Albecq, 1re sect. inf. milit. ; Ansart, 1re sect. ; Dauchy, 1re sect. ; Dieulouard, 1re sect. ; Ducloux, 1re sect. ; Duflot, 1re sect. ; Duflot, 1re sect. ; Dufosse, 1re sect. ; Dumortier, 1re sect. ; Dutilleul, 1re sect. ; Herbaux, 1re sect. ; Lamendin, 1re sect. ; Letourmy, 1re sect. ; Le Treust, 1re sect. ; Moniez, 1re sect. ; Plouvier, 1re sect. ; Remez, 1re sect. ; Trullemans, 1re sect. ; Dauptain, 2e sect. ; Puistienne, 5e sect. ; Forge, 6e sect. ; Gosselin, 6e sect. ; Grailles, 6e sect. ; Henniquau, 6e sect. ; Malice, 6e sect. ; Top, 6e sect.

A la 2e rég. ; Caudreliez, 2e sect. ; Durin, 2e sect. ; Girot, 2e sect. ; Lévêque, 2e sect. ; Parmentier, 2e sect. ; Pennequin, 2e sect. ; Poncelet, 2e sect. ; Legros, 4e sect. ; Vignolles, 6e sect. ; Busy, 22e sect. ; Deloche, 22e sect. ; Prunier, 22e sect. ; Varin, 22e sect.

A la 3e rég. ; Fontaine, 1re sect. ; Hardy, 2e sect. ; Bernard, 3e sect. ; Champion, 3e sect. ; Debon, 3e sect. ; Duquesne, 3e sect. ; Grandsire, 3e sect. ; Guesdon, 3e sect. ; Guillaume, 3e sect. ; Labougle, 3e sect. ; Le Bars, 3e sect. ; de La Querière, 3e sect. ; Trolle, 3e sect. ; Vannier, 3e sect. ; Vornière, 3e sect. ; Fournée, 4e sect. ;

François, 4e sect. ; Gurwic, 6e sect. ; Benard, 22e sect. ; Couedic, 22e sect. ; Joame, 22e sect. ; Silvestre, 22e sect. ; Tabourdeau, 23e sect.

A la 4e région : Dufresne, 1re sect. ; Blaizot, 4e sect. Chauveau, 4e sect. ; Couffron, 4e sect. ; Divet, 4e sect. ; Géhan, 4e sect. ; Jacquelin, 4e sect. ; Lory, 4e sect. ; Richard, 4e sect. ; Chardronnet, 11e sect. ; Drouet, 22e sect. ; Tricault, 22e sect.

A la 5e région : Bailey, 5e sect. ; Lenoir, 5e sect. ; Rochette, 5e sect. ; Salle, 5e sect. ; Richard, 22e sect.

A la 6e région : Ascher, 6e sect. ; Favret, 6e sect. ; Lemoine, 6e sect. ; Quereux, 6e sect. ; Robert, 6e sect. ; Simon, 6e sect. ; Thouvenot, 6e sect. ; Baudin, 23e sect. ; Vernier, 23e sect.

A la 7e région : Collot, 7e sect. ; Dechaux, 7e sect. ; Pelletier, 7e sect. ; Ricklin, 7e sect. ; Cortial, 14e sect. ; Chevassu, 22e sect.

A la 8e région : Collenot, 8e sect. ; Gallois, 8e sect. ; Longuet, 7e sect. ; Perdu, 8e sect. ; Roch, 23e sect.

A la 9e région : Colonna d'Istria, 9e sect. ; Jadot, 9e sect. ; Mayaud, 9e sect. ; Romanace, 15e sect. ; Massonnet, 22e sect.

A la 11e région : Dassonville, 4e sect. ; Le Bris, 4e sect. ; Fromentin, 8e sect. ; Dussert, 9e sect. ; Baudard, 11e sect. ; Bonamy, 11e sect. ; Bourmalo, 11e sect. Cousin, 11e sect. ; Dodin, 11e sect. ; Le Guern, 11e sect. ; Le Lostec, 11e sect. ; Leschallier de Lisle, 11e sect. ; Marchand, 11e sect. ; Marjolet, 11e sect. ; Pelletour, 11e sect. ; Strowski de Lenka, 11e sect. ; Thebaud, 11e sect. ; Renoux, 18e sect.

A la 13e région : Canty, 7e sect. ; Bernard, 13e sect. ; Bernole, 13e sect. ; Bertheol, 13e sect. ; Brosson, 13e sect. ; Degoulange, 13e sect. ; Demahis, 13e sect. ; Deschamps, 13e sect. ; Fournet: 13e sect. ; Guyotat, 13e sect. ; Pennetier, 13e sect. ; Pougnet, 13e sect. ; Trarieux, 13e sect. ; Verrier, 13e sect. ; Vey, 13e sect. ; Giraudoux, 14e sect. ; Goujou, 14e sect. ; Prunet, 14e sect. ; Roquetanière, 14e sect. ; Bergier, 17e sect. ; Goux, 17e sect.

A la 14e région : Thée, 7e sect. ; Damidot, 8e sect. ; Martin, 13e sect. ; Abry, 14e sect. ; Armand, 14e sect. ; Ben Drihem, 14e sect. ; Bousquet, 14e sect. ; Chancerel, 14e sect. ; Dalban, 14e sect. ; Dor, 14e sect. ; Dussant, 14e sect. ; Escomel, 14e sect. ; Martinet, 14e sect. ; Mattei, 14e sect. ; Munier, 14e sect. ; Trojani, 14e sect. ; Trombert, 14e sect. ; Causse, 15e sect. ; Couve, 22e sect. ; Dirand, 23e sect. ; Gillot, 23e sect.

A la 15e région : Leproux, 14e sect. ; Mathon, 14e sect. ; Meplan, 14e sect. ; Sicard, 14e sect. ; Teston, 14e sect. ; Agnel, 15e sect. ; Allies, 15e sect. ; Aubert, 15e sect. ; Bastier, 15e sect. ; Boudou, 15e sect. ; Bribot, 15e sect. ; Callemand, 15e sect. ; Capus, 15e sect. ; Chauvin, 15e sect. ; Fus, 15e sect. ; Gastaud, 15e sect. ; Gilli, 15e sect. ; Guercia, 15e sect. ; Guillaume, 15e sect. ; Jacques, 15e sect. ; Mariotti, 15e sect. ; Mery, 15e sect. ; Milhavet, 15e sect. ; Perrimo d, 15e sect. ; Rech, 15e sect. ; Simonot, 15e sect. ; Stephanopoli, 15e sect. ; Vadon, 15e sect. ; Verdollin, 15e sect. ; Corbeau, 16e sect. ; Granier, 16e sect. ; Dumetz, 18e sect.

A la 16e région : Ginies, 13e sect. ; Avezou, 15e sect. ; Bruel, 15e sect. ; Carles, 15e sect. ; Moulin, 15e sect. ; Petit, 15e sect. ; Calvet, 16e sect. ; Cutzach, 16e sect. ; Delon, 16e sect. ; Ferre, 16e sect. ; Fraker, 16e sect. ; Gaubert, 16e sect. ; Hugonnet, 16e sect. ; Lacube, 16e sect.

Malaval, 16e sect. ; Marques, 16e sect. ; Paran, 16e sect. ; Riu, 16e sect. ; Roquefeuil, 16e sect. ; Roux, 16e sect. ; Saunal, 16e sect. ; Senty, 16e sect. ; Vidal, 16e sect.

A la 17e région : Delayre, 13e sect. ; Solier, 15e sect. ; Barrère, 16e sect. ; Loubet, Bucart, 17e sect. ; Chwartz, 17e sect. ; Darbas, 17e sect. ; Deumié, 17e sect. ; Dousset, 17e sect. ; Martin, 17e sect. ; Theron, 17e sect. ; Zabraniecki, 17e sect. ; Capgrand, 18e sect.

A la 18e région : Durand, 15e sect. ; Marres, 17e sect.

Dandrieu-Bergez, 18e sect. ; Debedat, 18e sect. ; Fournier, 18e sect. ; Hapette, 18e sect. ; Pouysegur, 18e sect. ; Prunet, 18e sect.

Au 19e C. A. : Bouquet de Jolinière, 19e sect. ; Cros, 19e sect. ; Lacroix, 19e sect. ; Massebœuf, 19e sect. ; Maurin, 20e sect. ; Sorin, 20e sect. ; Casanova, 21e sect. ; Daien, 21e sect. ; Dupuy, 21e sect. ; Fischer, 21e sect. ; Grill, 21e sect. ; Mezzuca, 21e sect. ; Zonza, 21e sect.

A la 20e région : Mathey, 7e sect. ; Maurel, 16e sect. ; Bouton, 23e sect. ; Brady, 25e sect. ; Burckel, 23e sect. ; Desaux, 23e sect. ; Duchêne, 23e sect. ; Fried, 23e sect. ; Malraison, 23e sect. ; Petri, 23e sect. ; Schatz, 23e sect. ; Viel, 23e sect. ; Weidenfeld, 23e sect.

Aux troupes de Tunisie : Loupi, 25e sect. ; Priet, 25e sect.

Aux troupes du Maroc : Comat, 18e sect. ; Bonnel, 32e sect.

(Rang du 1er juillet 1935).

A la région de Paris : Calbet, 22e sect. ; Mourret, 22e sect. ; Puig, 22e sect. ; Simon, 22e sect. ; Dacheux, 3e sect. ; Jouffray, 14e sect. ; Sauvage, 14e sect. ; Lamaze, 23e sect. ; Pignot, 23e sect.

A la 1re région : Lengrand, 1re sect. ; Valois, 1re sect.

A la 3e rég. : Lanel, 3e sect.

A la 11e rég. : Poirier, 11e sect.

A la 13e rég. : Blanchon, 13e sect.

A la 14e rég. : Beaumel, 14e sect.

A la 15e rég. : Franchi, 15e sect. ; Pourtal, 15e sect.

A la 15e rég. : Belliard, 17e sect.

A la 18e rég. : Cosassus, 18e sect.

Au 19e C. A. : Elbaz, 21e sect. ; le dent. aux. titul. du dipl. de docteur en médecine.

(Rang du 1er juillet 1935).

A la 3e rég. : Weill, 22e sect.

18 AOUT

Hôpitaux psychiatriques

Par arrêté en date du 4 août 1937, M. le Docteur Adnes, reçu au concours du médicat des asiles, a été nommé médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique départemental de Hoerdt (Bas-Rhin).

21 AOUT

Enseignement de la médecine

M. Papin, professeur sans chaire, est nommé à compter du 1er novembre 1937 professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Bordeaux.

M. Wangermez, agrégé pérennisé, est nommé à compter du 1er novembre 1937 professeur de physique médicale et pharmaceutique à la Faculté de Bordeaux (dernier titulaire de la chaire : M. Sigalas).

M. Damade, agrégé, est nommé à compter du 1er novembre 1937, professeur d'anatomie pathologique et microscopie clinique à la Faculté de Bordeaux (dernier titulaire de la chaire : M. Sabrazès).

Sanatoriums publics

Par arrêté en date du 19 août 1937, l'arrêté ministériel du 4 août 1937 nommant M. le Docteur Thomson, médecin-directeur au sanatorium de Meynardie (Dordogne), en remplacement de M. le Docteur Calvet, a été rapporté, ce dernier étant maintenu, sur sa demande, à ce poste.

Voir la suite page XLVII-2563

PROPOS DU JOUR

COMMENT L'ÉTAT RECONNAIT LES SERVICES DES MÉDECINS AUJOURD'HUI ET COMMENT IL LES RECONNAISSAIT SOUS L'ANCIEN RÉGIME

LETTRES DE NOBLESSE ACCORDÉES A DES MÉDECINS AU XVIIIe SIÈCLE POUR SERVICES RENDUS

Tous les ans au 1er janvier et au 14 juillet paraît à l'*Officiel* une longue liste de distinctions accordées pour services publics rendus. Les palmes académiques, les rosettes de l'Instruction publique se comptent par milliers, les croix et les promotions dans la Légion d'honneur par centaines. Ces distinctions sont assez largement attribuées aux médecins qui reçoivent en outre les médailles du Mérite social, de l'Assistance publique, de l'Hygiène, des Epidémies, etc., etc... De sorte qu'à un certain âge la plupart de nos confrères sont en droit de fleurir leur boutonnière de rubans multicolores.

Le médecin assure tant de services publics si faiblement rétribués et collabore gratuitement à tant d'œuvres de bienfaisance que nous pouvons affirmer que tous ceux qui exercent depuis un certain temps, peuvent légitimement recevoir les récompenses que l'Etat leur attribue et ce dernier peut le faire avec d'autant plus de libéralité que ça ne lui coûte pas grand'chose. Le plus souvent il se borne à donner un diplôme qui, depuis bien des années, n'est plus en parchemin mais en simple papier parcheminé.

Sous l'Ancien Régime les distinctions accordées aux médecins étaient infiniment moins fréquentes mais elles se traduisaient par des avantages plus substantiels.

Nous ne parlerons pas des médecins de la Cour ; approchant du Soleil, ils se réchauffaient à ses rayons. Le premier médecin du Roi devenait de ce fait comte héréditaire, et, quand on rendait un service personnel au monarque ou à un puissant seigneur, on en était largement récompensé. Témoin le cas de Félix Tassy, le chirurgien qui opéra la fistule du grand roi. Louis XIV lui donna 300.000 livres et la terre des Moulineaux, il l'anoblit, l'autorisant à faire suivre son nom du titre d'écuyer. Les lettres de noblesse portaient que son anoblissement lui était accordé « à la charge de vivre noblement, sans néanmoins que l'exercice de notre premier chirurgien que nous voulons être continué par le dit sieur Félix, lui puisse être imputé à dérogeance » (1). Le cas d'anoblissement de Félix ne fut pas le seul ; il en fut de même de son successeur, Georges Maréchal, et de Clément, accoucheur de la Cour.

Certains médecins éminents, doyens de la Faculté de Paris, furent faits chevaliers de l'Ordre de Saint-Michel, distinction nobiliaire très recherchée sous l'Ancien Régime.

Mais nous n'avons fait jusqu'alors allusion qu'à des médecins ou chirurgiens haut placés et ayant des relations à la Cour ou auprès des gens en place qui dirigeaient les affaires de l'Etat.

Or, il est arrivé que le vrai mérite et les actes de dévouement furent récompensés chez de simples praticiens, témoins les lettres de noblesse de deux médecins, lettres que nous avons sous les yeux et qui indiquent en détail pour quelles raisons le Roi les a anoblis.

Le *premier est le sieur François* BAILLI, *Docteur*-Régent de la Faculté de médecine de l'Université de Paris. Bailli s'était signalé en trois occasions dans la lutte contre les maladies contagieuses et la dernière fois en se rendant en mission à la Canourgue où régnait la peste, pour conseiller et seconder les médecins du Languedoc. Après avoir contracté la maladie et en être guéri, il s'était rendu à Marvejols-en-Gévaudan, avait bravé courageusement les menaces des habitants d'un village qui, le croyant propagateur de la peste, le menaçaient de mort, et était parvenu à enrayer l'épidémie qui durait depuis un an, en soignant les malades et présidant aux désinfections.

Aussi le Roi déclare dans des Lettres de noblesse :

« Nous avons annobli et décoré et par ces présentes signées de notre main, annoblissons et décorons ledit sieur Fançois Bailli, ses enfans et postérité, nés et à naître en légitime mariage, des titres et privilèges de noblesse, voulons et noble et d'Ecer, parvenir à l'ordre de Chevalerie, qu'ils soient honorés et respectés dans tous les

(1) Cité par A. FRANKLIN : La vie privée d'autrefois.

actes d'Assemblée généraux et particuliers, tant en jugement que dehors, qu'ils jouissent de tous les honneurs, privilèges, prérogatives, prééminences, franchises, libertés, exemptions et immunités quelconques, dont jouissent les autres nobles et gentilhommes de notre Royaume, sans aucune distinction, tant qu'ils vivront noblement et ne feront aucun acte dérogeant à la noblesse. Permettons au dit Sr Bailli, sa postérité de posséder tous fiefs, terres, sgries nobles de quelques titres et qualités qu'ils soient sans être tenus de payer à nous ou à nos successeurs Rois aucune finance et indemnité dont nous lui faisons en tant que besoin don et remise, leur permettons de porter armes timbrées, telles qu'elles sont blazonnées et enregistrées par le Sr d'Hozier, juge d'armes de France... »

Ces lettres datées de mai de l'an de grâce 1723, sont signées Louis et contresignées Philippeaux.

***

Les secondes lettres dont nous avons le parchemin en notre possession, ont trait au Sr Dubreuil, médecin de l'hôpital de la Charité de Saint-Germain-en-Laye, et sont datées de Versailles au mois de Décembre de l'an de grâce 1784, le onzième du règne de Louis XVI. Ce parchemin émane de la Chambre des Comptes. Ces lettres précisent les origines de Dubreuil et les services qu'il a rendus.

Jean-Baptiste-Léon Dubreuil est né le 20 avril 1743 à Villefranche-de-Rouergue, de Jean Dubreuil et de Marie-Antoinette Lacarrière dont les ancêtres rendirent prospères le commerce et l'industrie des provinces de Rouergue et de Quercy. Le grand oncle maternel Lacarrière fut grand prévôt de la maréchaussée de France et, disent les lettres de noblesse, a été honoré de l'estime de Louis XIV.

Reçu docteur en médecine à Montpellier à *dix-neuf ans*, Dubreuil alla passer deux ans à Paris à la suite des hôpitaux, et alla s'établir à Figeac-en-Quercy.

« Il trouva cette ville dévastée par une épidémie pestilentielle qui avait répandu l'alarme dans la province ; quoique le Sr Dubreuil n'eut pas encore vingt-deux ans, il gagna bientôt la confiance publique et traita plus de cinq cents malades dont il ne mourut que deux. Dès ce moment il fut le médecin le plus occupé de la province et se voua néanmoins pendant onze années, au traitement gratuit des malades à l'hôpital de cette ville ; sa réputation l'a fait nommer à la place de médecin de la Charité de Saint-Germain-en-Laye, qu'il occupe depuis huit ans à la satisfaction publique et au soulagement des pauvres.

« La confiance que nous ont inspirée son expérience et ses lumières dans la science de la médecine, l'administration sage qu'il a établie à l'hôpital de St-Germain-en-Laye, nous ont déterminé à le charger de l'inspection dans les hôpitaux de la marine, et de l'*établissement d'une école de médecine pratique pour les colonies et les ports* qui sera infiniment utile. Il s'est acquitté de ses fonctions avec autant d'intelligence que de désintéressement.

« Les services noninterrompus du Sr Dubreuil nous ont paru devoir fixer notre attention et nous avons cru ne pouvoir mieux les reconnaître qu'en lui accordant une récompense qui l'élevant au Rang de la noblesse de notre Roïaume l'engage à nous donner des preuves de son zèle et à nos sujets les soins et les secours que sa capacité et ses talents connus le mettent dans le cas de leur procurer. »

Suit la formule rituelle des Lettres de noblesse que nous avons reproduite plus haut.

Dubreuil fut nommé médecin en chef à Brest et prit sa retraite le 1er septembre 1818.

Il eut un fils, Joseph Dubreuil, né à Landerneau le 14 août 1790, qui fut chirurgien de la marine, docteur en médecine à Paris en 1813, où il devint l'ami de Broussais et de Geoffroy Saint-Hilaire ; il se distingua en combattant en 1816 et 1817 une épidémie de fièvre jaune aux Antilles. Professeur d'anatomie aux Ecoles de médecine navale de Rochefort et de Toulon, il termina sa carrière à Montpellier où il fut professeur d'anatomie à la Faculté de médecine. Il s'était fait de nouveau remarquer par son dévouement lors de l'épidémie de choléra qui ravagea le Midi de la France en 1835. Il avait été décoré chevalier de la Légion d'honneur après son séjour aux Antilles.

Il suivit fidèlement l'exemple de son père et l'on peut à son sujet appliquer l'adage : *Qualis pater, talis filius.*

Nous voyons par le texte même des lettres de noblesse que la distinction ne se bornait pas à une simple satisfaction d'amour-propre, elle s'accompagnait d'avantages matériels, de privilèges nobiliaires tels que franchise, exemptions d'impôts, possibilité d'acquérir des fiefs et des seigneuries et de transmettre tous ces avantages à sa postérité.

Loin de nous la pensée de egretter les privilèges de la noblesse, que cette dernière considéra elle-même comme abusifs, puisqu'elle les abandonna spontanément dans la nuit du 4 août. N'empêche que dans certains cas les services réels rendus étaient plus efficacement reconnus sous l'Ancien Régime qu'ils ne le sont à notre époque.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE CHIRURGICALE

(HÔPITAL COCHIN)

Leçon de M. le Professeur agrégé WILMOTH

Complications des fractures de la base du crâne (1)

A propos d'un malade du Service je vous parlerai aujourd'hui de certaine complication des fractures de la base du crâne : il s'agit d'un homme ayant dépassé la soixantaine qui a été renversé par une voiture dans la rue ; il est tombé aussitôt dans le coma et c'est dans cet état qu'on l'amena au pavillon Pasteur. A l'examen on a constaté qu'il présentait une otorragie gauche. Ce blessé ne présentait pas d'ecchymoses importantes, sauf au niveau de la région mastoïdienne gauche ; il n'avait pas de paralysie faciale gauche, la température était aux environs de la normale, le pouls légèrement ralenti.

Au bout de trois jours il est sorti de son coma et a commencé à prononcer quelques paroles, puis il a pu boire spontanément et lire son journal. Ces fracturés du crâne nous les gardons habituellement vingt et un jours ; nous l'avons donc maintenu au lit, et fort heureusement car le 19e jour il a présenté un léger degré d'obnubilation ; puis le 23e jour une élévation de température, de la somnolence, avec accélération passagère du pouls, suivie de ralentissement.

Au point de vue du diagnostic, voilà un sujet qui a eu une otorragie, qui a été dans le coma et qui 23 jours après l'accident présente une complication encéphalique : le diagnostic s'imposait, il s'agissait d'une méningo-encéphalite traumatique.

Dès l'apparition des signes d'irritation méningée, l'interne du service fit une ponction lombaire qui a retiré un liquide d'aspect purulent, et sans avoir fait d'examen cyto-bactériologique il a injecté dans le liquide céphalo-rachidien 20 c. c. de sérum antipneumococcique et 20 c. c. de sérum antistreptococcique.

Le malade a quitté l'hôpital hier pour être dirigé sur la Pitié, dans un service spécialisé pour l'examen de l'oreille.

A la vérité, à l'examen des cultures du liquide céphalo-rachidien on n'a pas trouvé de germes microbiens mais des polynucléaires très altérés, ce qui prouve qu'il y avait bien suppuration. Malgré l'absence de germes on peut affirmer que ce blessé a présenté un épisode de méningo-encéphalite traumatique secondaire.

Comment expliquer le développement d'une méningo-encéphalite après une fracture du rocher ? En règle on peut observer une méningo-encéphalite après toute fracture ouverte de la voûte du crâne, moins souvent dans les fractures de la base qui ne s'accompagnent pas de plaies. On l'observe à l'étage antérieur de la base ; elle s'explique par ce fait que la fracture permet la communication avec les fosses nasales.

A l'étage antérieur, ces méningo-encéphalites sont précoces et fatales presque toujours, mais elles ne nous retiendront pas aujourd'hui où nous étudierons les *méningo-encéphalites consécutives à une fracture du rocher*.

Je vous rappelle en quelques mots la structure du rocher : c'est, vous le savez, une pyramide. Ce qui nous intéresse dans ces fractures du rocher compliquées de méningo-encéphalite ce sont les deux faces : endocranienne antérieure et endocranienne postérieure.

A la partie moyenne de la face endocrinienne antérieure se trouve une éminence appelée *eminentia arcuata*, puis endehors une lame mince, appelée le *tegmen tympani*. L'eminentia arcuata correspond au canal semi-circulaire supérieur, le tegmen tympani forme le plafond de la caisse du tympan, de l'oreille moyenne.

A la face postérieure endocranienne du rocher se trouve un premier orifice qui est le conduit auditif interne dans lequel pénètrent le facial, l'intermédiaire de Wrisberg, l'auditif, l'artère.

Immédiatement après le conduit auditif interne se voit la *fossa subarcuata*, logeant le sac endolymphatique, qui est en somme une extériorisation intracranienne de l'oreille interne; cette extériorisation se fait par l'orifice dit l'*aqueduc du vestibule*, orifice qui fait communiquer l'oreille interne avec les méninges.

Comment expliquer qu'une lésion du rocher fasse communiquer les cavités du rocher avec les méninges ? Il faut étudier pour cela les variétés de fractures du rocher.

La *fracture de la pointe* du rocher ne nous occupera pas aujourd'hui.

---

(1) Leçon du 27 avril 1937.

Par contre, il est deux grands groupes de fractures que nous devons considérer :

— la *fracture longitudinale du rocher* : le trait court le long de la face antérieure et ce faisant, ouvre fatalement le tegmen tympani établissant ainsi une communication directe entre la cavité de l'oreille moyenne et les méninges : voilà la raison pour laquelle une infection venue de l'oreille moyenne se propage aux méninges ;

— la *fracture transversale* : en principe, elle ne fait pas communiquer les cavités endocraniennes avec les cavités méningées; cette fracture transversale perpendiculaire doit être connue : elle se manifeste par des signes évidents, éclatants, car elle sectionne le facial et provoque ainsi une paralysie faciale : quand, au cours d'un traumatisme du crâne on observe une paralysie faciale, on doit penser tout de suite qu'il s'agit d'une lésion du rocher et qu'il s'agit d'une fracture transversale. Mais cette fracture, en principe, ne se complique pas de méningo-encéphalite.

Comment se propage l'infection ?

Grâce à la communication de la cavité de l'oreille moyenne avec les méninges par le trait de la fracture du tegmen tympani : chose importante c'est la caisse du tympan qui est la première infectée ; elle s'infecte parce qu'en même temps qu'il y a rupture du tegmen tympani il y a déchirure de la membrane du tympan ; la communication avec l'extérieur appelle l'infection.

Mais un traumatisme du crâne peut intéresser un rocher déjà malade : les otites moyennes sont fréquentes ; un individu qui a une otite peut être victime d'une fracture du crâne, avoir une fracture du rocher ; dans ce cas l'infection est antérieure à l'accident.

Il faut savoir que le trait de fracture longitudinal peut non seulement fissurer le tegmen tympani, mais encore se continuer au niveau de la paroi interne de la Caisse du tympan ; *comme nous le verrons plus loin la fracture de la coque de l'oreille interne existe.* L'oreille interne fracturée s'infecte. Cette fois, ce sera par son intermédiaire que les méninges seront infectées.

A cette infection on donne le nom de méningo-encéphalite parce qu'il y a non seulement participation des méninges, mais participation de l'encéphale ; les méninges sont *épaissies, œdématiées et rouges*, l'écorce cérébrale est œdématiée et rosée : telles sont les deux lésions grossières à retenir.

Entre les méninges et l'encéphale se trouve une nappe de liquide séro-purulent ; le liquide céphalo-rachidien devient trouble, séro-purulent ; il peut contenir des flocons fibrineux, que l'on peut voir aussi à la surface de l'encéphale. En résumé lésions méningées, lésions encéphaliques, modifications du liquide céphalo-rachidien.

Que peut-on trouver dans le liquide céphalo-rachidien ? Des germes pathogènes divers, mais en cas de traumatisme, pour les méninges, les deux principaux microbes offensants sont le pneumocoque et le streptocoque.

Le *pneumocoque* se trouve plus souvent dans les cas de fracture de l'étage antérieur. Dans les fosses nasales végète toujours du pneumocoque ; il infectera donc l'étage antérieur de la base du crâne lorsque le trait de fracture qui cisaille la lame criblée de l'ethmoïde fait communiquer les fosses nasales toujours septiques avec l'étage antérieur de la base du crâne d'où méningite traumatique à pneumocoque.

En ce qui concerne l'oreille moyenne et interne c'est plutôt le *streptocoque* qui est en cause, mais il peut y avoir également infection à pneumocoque. Exceptionnellement on trouve du staphylocoque. Si ces notions sont exactes, on doit injecter immédiatement au blessé du sérum antipneumococcique et du sérum antistreptococcique ; c'est d'ailleurs la règle dans le service : dès qu'un blessé du crâne nous arrive, on fait toujours la sérothérapie préventive.

Voilà pour l'anatomo-pathologie et la bactériologie de ces méningites.

Quant à leur date d'apparition, elle est variable : certaines méningites apparaissent *précocement*, d'autres sont *retardées*, d'autres enfin sont *très tardives*.

La *méningite qui apparaît dans les trois premiers jours*, la *méningite préco e* se voit rarement dans les fractures du rocher ; elle comporte toujours un pronostic fatal.

Dans les fractures de l'étage moyen les premiers jours se passent habituellement sans incidents et on commence à reprendre espoir ; mais vers la fin de la première semaine ou au commencement de la seconde apparaissent les premiers signes de méningite ; celle-ci n'est pas obligatoirement fatale mais reste redoutable.

La *méningite tardive* est celle qu'a présentée notre malade du service ; elle est apparue après le 21[e] jour, chiffre qui constitue pour nous la limite probable de la pé iode dangereuse ; c'est pourquoi on doit maintenir le blessé couché pendant ces 21 jours ; chez notre malade la méningite s'est déclarée au 23[e] jour.

Récemment, en janvier 1937, Ramadier, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux, a rapporté une observation concernant une jeune fille de 21 ans qui en décembre 1934 avait eu une fracture du crâne. En février 1936, 14 mois après, par conséquent, Ramadier voit cette malade en pleine méningite, elle meurt peu après. L'autopsie montra, de même que la radiographie, un trait de fracture atteignant l'oreille interne.

Cette malade de 21 ans a eu une fracture du rocher. On l'a crue guérie pendant 14 mois ; puis au bout de ce temps, elle a présenté les signes d'une méningite consécutive à une infection de l'oreille moyenne, puis de l'oreille interne

causée par le trait de fracture que la radiographie a révélé ultérieurement.

C'est là une conception toute récente. Mon collègue et ami Ramadier avait comme nous la notion de l'accident qui datait de quatorze mois, mais ne savait pas, au moment où il vit la blessée, que le trait de fracture pouvait aller jusqu'à l'oreille interne ; on admettait que l'infection se propageait par l'intermédiaire des fenêtres ovale et ronde, et non pas par l'intermédiaire de la fracture : c'est donc, je le répète, une notion toute nouvelle relativement à l'infection méningée dans les fractures de la base du crâne.

Voilà les différentes catégories de méningo-encéphalites consécutives à une fracture du rocher. Comment en faire le diagnostic différentiel des méningites du début, des méningites retardées et des méningites secondaires ou tardives ?

Méningite du début. — Chez un blessé comateux, si la méningite débute au troisième jour, le diagnostic est très difficile : en voici le tableau clinique. Lorsqu'une méningo-encéphalite se développe très rapidement, dans les trois premiers jours on a affaire soit à des convulsions généralisées, soit localisées ; soit à des contractures également généralisées ou localisées ; convulsions ou contractures indiquent toujours une excitation de la corticalité cérébrale ; on est parfois obligé de maintenir le malade entre des planches et cela ne suffit pas le plus souvent, il faut un infirmier constamment à côté de lui ; le malade pousse des cris, sa face est vultueuse, ses pupilles sont tantôt inégales, tantôt en myosis ; la température est toujours élevée, à 40°.

Mais ce tableau clinique peut également être observé dans le cas d'un grand épanchement de sang d'origine traumatique ; il s'agit dans ce cas d'une irritation du cortex cérébral par le sang. L'hémorragie, l'hématome intracranien qui irritent la corticalité donnent à peu près les mêmes symptômes que la méningo-encéphalite primitive.

Comment faire alors le diagnostic entre les deux syndromes ? Par la ponction lombaire : le liquide est-il franchement sanglant, il s'agit d'une hémorragie ; le liquide est-il trouble, il s'agit d'une méningo-encéphalite.

Quand le blessé est sorti du coma le diagnostic est beaucoup plus facile. Dès le 6e jour, ou vers le 21e jour il faut de suite penser à la méningite la sérothérapie peut être efficace à cette période.

Ce ne serait que plus tard que le diagnostic pourrait être difficile car à la suite des traumatismes craniens on voit se développer des abcès localisés du cerveau et quelquefois ceux-ci se manifestent par une méningite mais d'une forme un peu spéciale : c'est une méningite puriforme, aseptique.

Est-ce la complication que nous avons constatée chez notre malade ? Je ne le crois pas, parce qu'elle s'est accusée au bout de vingt-trois jours, délai un peu court pour l'établissement d'un abcès du cerveau. Je pense simplement que notre malade a bien fait une infection méningée, mais une infection localisée parce que le liquide céphalo-rachidien purulent était aseptique, comme la culture l'a démontré.

Je peux vous rapporter le cas d'un blessé de l'armée américaine que j'ai opéré en octobre 1918 pour une fracture du temporal gauche par un projectile. Ce blessé a présenté, neuf jours après l'intervention tous les signes d'une méningite traumatique. Dans le liquide céphalo-rachidien la culture a montré la présence de streptocoque pur. Des injections de sérum de Leclainche et Vallée dans le liquide céphalo-rachidien m'ont permis de guérir ce blessé.

On peut préserver ces blessés de la méningite par la médication préventive, puisque nous savons que c'est l'infection des cavités nasales, de l'oreille moyenne, qui engendre la méningite. Le premier geste est de *désinfecter* les cavités naturelles des fosses nasales, du rhino-pharynx, de désinfecter l'oreille externe. Pour cela on utilise des solutions goménolées ou mieux encore des solutions de sels d'argent.

Le second geste est la sérothérapie. Elle doit être élective, contre le pneumocoque et contre le streptocoque, puisque ce sont les deux germes offensants des méninges après un traumatisme de la base du crâne. Préventive elle sera sous-cutanée. Curative elle sera intra-rachidienne.

Lorsque, malgré cette sérothérapie, la méningite se déclare, il ne faut pas perdre tout espoir, bien qu'en fait le pronostic soit des plus réservés ; il ne faut pas rester inactif et voici des exemples qui prouvent que le geste *chirurgical* peut souvent avoir un résultat heureux. Lecène a dit à ce propos : ne dût-on sauver qu'un malade sur 50 atteints de méningite post-traumatique, ce serait encore un très beau résultat, puisque jusqu'ici cette lésion abandonnée à elle-même entraînait fatalement et constamment la mort.

Voici un cas où l'intervention chirurgicale a donné un succès : c'est un cas de Dandy qui a réséqué le bord postérieur du trou occipital, a élargi l'espace atloïdo-occipital ; il a ouvert les méninges, y a placé un drain qu'il a laissé cinq jours : le malade a guéri.

Dans un autre cas de Raincy et Alford, les auteurs n'ont pas fait le drainage au niveau de l'espace sous-occipital — mais plus bas — ce qui est peut-être plus logique car la méningo-encéphalite est diffuse et il est préférable de drainer au point déclive. Ils ont pratiqué une laminectomie au niveau des troisième et quatrième lombaires, ils ont placé là un drain qu'ils ont laissé plusieurs jours et ont guéri leur blessé.

Malgré la gravité de ces méningites, il ne faut donc pas désespérer et tenter le geste chirurgical.

UNE OBSERVATION D'ENCÉPHALITE AIGUE PARAISSANT INFLUENCÉE PAR LA VACCINATION

Je viens de lire dans le *Concours* du 27 juin 1937, la lettre du Docteur Ezanno complétée par les commentaires du Docteur Babonneix sur un cas d'encéphalite aiguë immédiatement consécutif à la vaccination. Cet article m'a intéressé car j'ai eu en main un cas analogue et cependant bien différent.

De braves gens, de mes clients habituels, me montraient, il y a deux mois environ, leur dernière née, âgée de 16 mois, d'aspect tout à fait normal, quoique de teint un peu pâle, en me disant qu'elle avait des « crises ». Or, des crises, ici, cela veut tout dire. J'ai fini par comprendre qu'il s'agissait d'une courte perte de connaissance, avec révulsion des yeux, sans convulsions proprement dite et *cri initial.* Pas de signe de Choswtek net, aucun autre antécédent, intelligence paraissant normale. Je pensai à une épilepsie fruste et ordonnai du gardénal, surtout à titre de traitement d'épreuve. Quinze jours après, je la vaccinai en même temps que les autres enfants de la commune

Elle avait eu dans l'intervalle cinq ou six de ces « crises », qui ne semblaient pas influencées par le gardénal.

Au deuxième jour de la vaccination, soit une trentaine d'heures après, j'étais appelé d'urgence auprès de cette enfant qui présentait aussi exactement que possible l'état décrit par le Docteur Ezanno : Température rectale : 39°8. Yeux grands ouverts, regard absolument fixe, mydriase. Cri spasmodique à intervalles fixes. Contractions musculaires débutant brusquement puis se propageant en ondes plus lentes, atteignant la face et les quatre membres, survenant toutes les cinq secondes environ et durant deux à trois secondes.

Je ne fis aucun rapprochement entre la vaccination et cet état, sans doute à tort. Me rappelant les « crises » invoquées par les parents qui me disent que le « cri » était le même, je cherchai le signe de Trousseau, qui était très net. Le diagnostic d'état de mal spasmodique me parut alors évident. Ce début avait été absolument brutal, en pleine santé apparente, la mère s'étant absentée quelques minutes avait trouvé l'enfant dans cet état en rentrant.

Le diagnostic de tétanie grave étant posé, je fis administrer immédiatement du chlorure de calcium en lavement : deux grammes toutes les deux heures, et par la bouche dès que l'enfant put avaler. La crise cessa en quelques heures. La température ne revint à la normale qu'en trois jours. L'enfant resta dans un état de prostration profonde pendant quatre jours ; elle comprenait très bien ce qu'on lui disait, répondait par oui ou non aux invites, mais ne voulait pas accepter de nourriture, et se refusait à tout mouvement. Puis elle s'est remise complètement et progressivement, sans avoir jamais présenté le moindre phénomène parétique ni aucune des manifestations précédentes. On a continué le chlorure de calcium à doses décroissantes. Actuellement, à un mois et demi de cet épisode, l'enfant va bien, a recommencé à marcher.

Il semble que cette observation présente un grand intérêt si on la rapproche de celle du Dr Ezanno. Tout autant que sa petite malade, la mienne avait l'air absolument perdue et j'étais réellement très inquiet. Mais n'ayant pas pensé à incriminer la vaccination, je n'ai pas songé à une infection des centres nerveux, ainsi que je l'aurais fait si cet épisode était survenu dix jours après la vaccination. N'incriminant que la tétanie, j'avais l'espoir que l'enfant s'en tirerait.

En présence de ces deux cas, qui malgré notre divergence diagnostique paraissent superposables, je réfléchis à d'autres « coïncidences ».

Bien que ce soit le seul cas que j'aie eu jusqu'à présent l'occasion d'étiqueter tétanie (un an et demi d'exercice à P.), il doit y en avoir eu d'autres — non vus — ou appelés épilepsie. En effet les eaux de ce pays sont extrêmement pauvres en calcium, provenant de terrains entièrement volcaniques, et il est courant que les enfants ici attendent 10 à 12 mois leur première dent.

D'autre part il y a chaque année, et cette année en particulier — dans la région — des cas de mort rapide — presque subite — de nourrissons, après vaccination, en général dans la nuit ou les vingt-quatre heures suivantes. Je n'ai malheureusement pas été appelé — ni d'autres confrères d'ailleurs ! — pour ces cas mortels et il faudrait une enquête qui risquerait de ne donner que des renseignements bien vagues.

Je me demande donc si un état spasmophilique, plus ou moins latent, n'existe pas chez un certain nombre de nourrissons. Celui-ci serait brutalement révélé par l'infection aiguë, bien que généralement minime que réalise la vaccination, provoquant ainsi une tétanie aiguë, grave, peut-être mortelle en l'absence de traitement immédiat.

Cette petite étude pourrait avoir son intérêt, car si l'hypothèse que j'émets se trouvait vérifiée, elle entraînerait, dans des régions où la spasmophilie est fréquente, la nécessité de rechercher le signe de Trousseau chez tous les nourrissons présentés à la vaccination, et l'application d'un traitement préventif chez les suspects.

Dr Lépine (de Pradelles, Haute-Loire).

LES INDICATIONS DES TRAITEMENTS RÉÉDUCATEURS CHEZ L'ENFANT

Par le Docteur G. de PARREL

Directeur du Centre de Rééducation pour les déficients de l'Ouïe et de la Parole
et pour les Retardés scolaires

L'effectif des enfants justiciables de soins de réadaptation sensorielle, psychique ou motrice est innombrable. Comme nous l'avons maintes fois répété, on peut estimer à *un enfant sur cinq* le pourcentage des jeunes sujets qui ne peuvent se développer au même rythme que les autres et qui sont incapables de suivre une classe normale. C'est par vingtaines de mille qu'on compte les petits *inadaptés* ou *mal adaptés* dans un pays comme le nôtre. Un grand nombre d'entre eux sont récupérables pour l'école et pour l'atelier ; les autres peuvent être partiellement revalorisés de telle façon qu'ils puissent subvenir en partie à leurs besoins ; seuls quelques-uns sont socialement inutilisables, leur déficit étant trop large pour être comblé : ce sont des déchets d'humanité qui demeurent à la charge de leur famille ou de la collectivité.

Nous voudrions dresser ici le tableau par catégories des enfants susceptibles de profiter des bienfaits d'une rééducation méthodique. On peut artificiellement répartir tous ces traînards de l'enfance en quatre grands groupes : les *déficients sensoriels*, les *déficients psychiques*, les *déficients de la parole*, les *déficients moteurs*. Il va sans dire que beaucoup d'entre eux présentent des troubles qui ressortissent à deux ou plusieurs de ces groupes : ce sont des *pluridéficients*.

***

Les déficients sensoriels

Malentendants et malvoyants

A. Les *sourds* comptent pour 10 % environ de l'effectif total de la population enfantine.

Ils se répartissent en trois catégories : les *durs d'oreille*, les *demi-sourds* et les *sourds-muets*.

Les *durs d'oreille* sont ceux qui entendent la voix, d'un côté au moins, à une distance supérieure à deux mètres.

Les *demi-sourds* sont ceux dont l'audition ne dépasse pas une portée de deux mètres, mais qui ont pu néanmoins acquérir l'usage de la parole, celle-ci étant plus ou moins déformée, mal timbrée et pauvre en vocabulaire.

Les *sourds-muets* sont ceux dont l'audition est totalement absente ou réduite à quelques reliquats ; ils ne parlent pas parce qu'ils n'entendent pas. Après démutisation, ils deviennent des *sourds-parlants*.

Ces trois catégories de sourds doivent être soumis à des exercices acoustiques réglés, soit pour éveiller leur audition, soit pour développer leurs reliquats acoustiques, soit pour récupérer dans la mesure des possibilités la partie de leur capacité auditive qu'ils ont perdue.

Les *durs d'oreille* qui n'ont pu retrouver une audition suffisante après l'application du traitement médico-fonctionnel indiqué, devraient être rassemblés dans des *classes spéciales de malentendants*, agencées à cet effet et confiées à des professeurs préparés à ce mode d'enseignement particulier. Malheureusement, de tels organismes scolaires n'ont pu être réalisés en France dans le cadre de l'enseignement public ; seuls des établissements privés ou des *Centres sociaux* comme ceux de l'*Œuvre de la réadaptation de l'Enfant*, sont équipés pour la réadaptation scolaire de ces déficients de l'ouïe.

Pour les *demi-sourds*, la rééducation individuelle est indispensable car il faut, d'une part, relever leur acuité auditive par des exercices appropriés, et, d'autre part, rectifier leur articulation, étendre leur vocabulaire, leur apprendre à lire sur les lèvres et leur inculquer des notions primaires. Ces infirmes de l'ouïe ne trouvent du secours que dans des Centres de rééducation privés ou sociaux.

Les *sourds-muets* d'âge scolaire sont placés dans des écoles spéciales à eux réservées, créées par l'Etat (Institutions nationale de Paris, Chambéry, Bordeaux, Metz), par les départements, par les communes ou par des œuvres philantropiques. Mais il n'y a pas assez d'écoles pour les recevoir tous. La moitié à peine des enfants sourds-muets y trouvent asile et ces établissements sont, du point de vue pédagogique, de valeur inégale. De façon générale, aucun effort direct de développement de l'audition n'est tenté dans ces écoles et cette carence est profondément regrettable.

Ajoutons que c'est *entre 2 ans et 6 ans* qu'il serait le plus opportun de rééduquer l'ouïe des sourds-muets et d'entamer un effort méthodique d'initiation à la lecture sur les lèvres. Notre certitude sur la valeur d'une telle préparation psycho-sensorielle précoce est fondée sur une longue expérience et nous croyons avoir été des premiers à traiter les sourds-muets dès l'âge de 2 ans.

B) Un mot sur les *aveugles* et les *malvoyants*. Les premiers sont reçus dans des écoles spéciales où une instruction primaire et professionnelle leur est donnée par des professeurs pourvus de tout le matériel éducatif indispensable. Mieux protégés que les grands sourds, les aveugles sont ainsi réadaptés à la vie sociale dans les meilleurs conditions d'efficacité. Moins bien aidés sont les enfants dont la vue déficiente entrave considérablement la scolarité. Leur infirmité est parfois méconnue ou la correction par des verres n'est pas toujours suffisante pour leur permettre de suivre les leçons au tableau. Ne pourrait-on pas organiser à leur intention des classes particulières à effectif réduit dites *classes de malvoyants*, où le professeur disposerait pour son enseignement de livres, cahiers et cartes en relief, de modes d'éclairage spéciaux et d'un matériel approprié d'éducation manuelle ?

Notons que le nombre des aveugles en France affleure celui des sourds-muets, soit en moyenne 30 à 35.000 individus de chaque catégorie ; mais comme il y a beaucoup d'aveugles de guerre et d'adultes devenus aveugles sur le tard, le nombre des enfants aveugles est inférieur à celui des enfants sourds-muets. On compte 2 amblyopes pour 1.000 enfants.

***

Les déficients psychiques

C'est par dizaines de mille qu'on compte en France les enfants retardés du langage ou de l'intelligence, instables de l'attention, du caractère, de l'affectivité, inadaptés scolaires, pervers, etc... La majorité d'entre eux sont privés de l'aide médicale et pédagogique dont ils auraient besoin, parce que les classes et les écoles de perfectionnement ne sont pas encore assez nombreuses, que le dépistage et le recensement de ces déficients ne sont pas méthodiquement pratiqués. Des projets de loi sont en préparation à l'heure actuelle pour l'établissement d'un statut des déficients et la création des établissements indispensables (centres de rééducation, écoles professionnelles, maisons d'éducation surveillée, établissements médico-pédagogiques, etc., etc.).

Nous ne pouvons mieux faire pour réduire au minimum ce chapitre que de dresser une classification des déficients psychiques éducables.

Classification des déficients psychiques éducables

I. Déficients par troubles prédominants de l'activité intellectuelle

Troubles localisés (mal équilibrés de l'intelligence).

Déficients de la mémoire : Insuffisance, lenteur, instabilité.

Déficients de l'imagination : Insuffisance ou excès.

Déficients de l'attention : Dispersion, instabilité, lenteur arrêts.

Déficients du jugement : Fausseté, hésitation, puérilité.

Troubles globaux (débiles mentaux).

Retardés du langage.

Retardés scolaires : maladroits de l'intelligence.

Obnubilés intellectuels.

II. Déficients par troubles prédominants de l'affectivité, du caractère, de l'émotivité ou du sens moral.

Déséquilibrés de l'affectivité par insuffisance ou par excès.

Déséquilibrés de l'émotivité : inhibition psychomotrice au moindre choc ; crises de rire et de larmes sans motif apparent ; impassibilité ; dépression.

Déséquilibrés du caractère : instables, entêtés, fantasques, indisciplinés.

Déséquilibrés du sens moral : petits, moyens et grands pervers ; menteurs, opposants, pervertis ; mineurs délinquants.

III. Déficients par troubles prédominants de l'activité motrice

a) *Débiles moteurs.*

Déficients de l'articulation, de la mastication et de la déglutition.

Déficients de l'écriture et du dessin.

Déficients de la motricité des membres supérieurs ou inférieurs.

Déficients de la tonicité sphinctérienne.

b) *Débiles psycho-moteurs.*

Mongoloïdes.

Bégayeurs et bredouilleurs.

IV. Déficients par troubles prédominants de l'activité endocrinienne

Dysendocriniens par troubles localisés.

Déficients de la thyroïde : apathiques, maladroits, somnolents, paresseux, myxœdémateux.

Déficients de l'hypophyse : mal développés, très mous, insuffisants de la mémoire, déviés du sens moral.

Déficients des surrénales : insuffisants de l'énergie, fatigables, avec l'apparence des petits vieux.

Déficients des parathyroïdes : tendance à la tétanie, aux spasmes, à l'opposition aux ordres.

Déficients du thymus : lents, maladroits, désorientés.

Dysendocriniens par troubles globaux.

Déficients pluriglandulaires par instabilité, insuffisance ou hyperactivité avec troubles de l'énergie, de la motricité, de l'attention, du développement, etc.

V. DÉFICIENTS PAR NEURO OU PSYCHOPATHIES.

Déséquilibrés mentaux. Epileptiques et épileptoïdes. Encéphalitiques. Déments.

Cyclothymiques : périodes alternées d'excitation avec instabilité motrice et de dépression.

Paranoïaques : délires systématisés ; excitation maniaque et dépression mélancolique.

Schizoïdes : tendance à la rêverie et isolement des réalités : état de distraction par concentration psychique.

Les faux déficients

(Retardés provisoires)

1. *Enfants ignorants* par fréquentation irrégulière de l'école.

2° *Retardés pédagogiques* par suite d'erreurs techniques des éducateurs.

3. *Insuffisants de l'ouïe ou de la vue* sans troubles psychiques vrais.

4. *Insuffisants respiratoires* avec troubles de l'hématose et de l'irrigation cérébrale.

5. *Dysendocriniens simples* par excès, insuffisance ou instabilité des glandes à sécrétion interne, mais sans troubles psychiques vrais.

6. *Intoxiqués* gastro-intestinaux et hépatiques.

7. *Malmenés sociaux* par mésentente familiale, négligence, brutalité, sous-alimentation.

Tous ces petits en souffrance doivent être dépistés, recensés, soignés et instruits par des méthodes conformes à leurs moyens d'acquisition ; ils seront ainsi réadaptés à la vie familiale, scolaire et sociale et ils participeront plus tard à l'activité de la Nation dans la mesure de leurs possibilités.

Pour donner son plein rendement, la rééducation doit être *individuelle* et toutes les fois que la chose est réalisable, l'enfant sera *maintenu en milieu familial* soit à son propre foyer, soit dans un autre foyer équivalent, soit dans une école du type familial.

En outre, les conditions du succès sont les suivantes : l'effort de rééducation doit être précédé, accompagné et suivi d'une *action thérapeutique soigneusement réglée* ; la *coopération des parents ou de leurs représentants* favorise grandement le travail de récupération accompli par les professeurs spécialisés ; les *techniques doivent être d'une extrême malléabilité*, dégagées de toute standardisation ce qui comporte un usage modéré du matériel éducatif du type classique ; la *démutisation ou la rectification des mécanismes de la parole, l'enseignement du vocabulaire, l'initiation au langage* constituent l'élément central du travail de réadaptation.

Déficients de la parole

On ne saurait trop insister auprès des parents d'un enfant qui parle mal pour que d'urgence un traitement rééducateur lui soit appliqué. Ce qui peut paraître un gracieux gazouillement chez un écolier devient chez l'adolescent et chez l'adulte une déplorable infériorité. Pour certaines carrières, c'est un vice redhibitoire. La voix et la parole jouent dans la vie familiale, professionnelle et sociale d'un individu un rôle éminent qu'on aurait tort de sous-estimer. Pour tout être humain, la voix représente un capital de haut prix ; c'est par elle qu'il exprime ses émotions et ses peines ; c'est par elle qu'il exerce son influence sur ses proches et ses interlocuteurs.

Un culbuteur de syllabes, un indigent du son, un nasonneur, un contrefacteur de consonnes est en partie désarmé dans le combat quotidien que tout homme doit livrer. Il n'est pas d'intelligence ou d'adresse qui puisse suppléer à la déficience de la voix ou de la parole.

C'est pourquoi tout enfant qui parle mal doit être rééduqué, dès que son défaut a été reconnu.

Il y a deux grandes catégories de troubles de la voix parlée : ceux qui relèvent de l'émission, de la résonance ou de la motricité laryngée : ce sont les *dysphonies*, telles que la raucité, le nasonnement, la voix infantile, les dyskinésies vocales et les phonasthénies ; ceux qui résultent d'un défaut d'articulation, de débit ou de rythme : ce sont les *dyslalies* telles que les sigmatisme, le chuintement, le bredouillement, le bégaiement. En ce qui touche ce dernier trouble, il n'est pas indifférent de faire remarquer que la dyslalie n'est qu'une des manifestations de la maladie. En réalité, le bégaiement est un syndrome complexe, de formule psycho-neuro-motrice, qui se développe sur un terrain *émotif* et spasmophile ; il s'accompagne de symptômes marqués d'instabilité du système sympathique et d'incoordination dynamique. Le traitement rééducateur à lui opposer est long et semé d'obstacles ; certains cas offrent aux efforts du médecin rééducateur une résistance sévère et pour en triompher, celui-ci doit mettre en œuvre une énergie et une ingéniosité exceptionnelles. En tout état de cause, il convient de s'assurer de la collaboration effective d'une personne de l'entourage de l'enfant, pour que ce dernier soit strictement surveillé, soutenu et dirigé dans son travail de répétition à la maison. La psychothérapie et les exercices collectifs de coordination psycho-motrice et phonétique sont inscrits en bonne place au tableau des méthodes à appliquer.

A la base de tout traitement rééducateur des troubles de la parole ou de la voix, se place l'entraînement suivi du souffle expiré, matière première de la voix. Puis interviennent les exercices de rythme, d'émission, de syllabation, d'articulation, d'intonation, de détente et de coordination musculaires, d'automatisme psycho-phonétique, etc... Ces divers éléments techniques sont

utilisés selon des formules variables, adaptées aux cas à traiter.

C'est une erreur de croire que l'orthophonie est à la portée de tous les éducateurs. Certains cas très simples de blésités peuvent être redressés par l'instituteur (1), s'il veut bien y consacrer le temps nécessaire et faire travailler son élève individuellement. Mais en général les troubles de la voix ou de la parole exigent l'action méthodique d'un technicien de l'orthophonie et la coopération du médecin laryngologiste pour déceler la cause de la dyslalie ou de la dysphonie et appliquer la thérapeutique appropriée.

***

Les déficients moteurs

Les dyslaliques, les bégayeurs, les énurésiques, les tiqueurs, beaucoup de retardés psychiques, les insuffisants respiratoires sont en même temps des déficients ou des déséquilibrés de la motricité. C'est pourquoi la rééducation motrice est étroitement liée à l'orthophonie, à la spiroscopie et à la réadaptation psychique. Par ailleurs, l'éducation manuelle, l'entraînement de l'adresse manuelle, la préparation aux métiers manuels figurent parmi les techniques rééducatives à appliquer aux déficients psychiques, aux sourds-muets et aux aveugles.

Dans cette réadaptation fonctionnelle, les exercices de rythme et de coordination jouent un rôle de premier plan ; eux seuls créent ou rétablissent le jeu normal des différents mécanismes moteurs et psycho-moteurs : respiration, articulation, phonation, mastication, déglutition locomotion, préhension, etc.

Il est des cas où la rééducation motrice doit mettre en œuvre des moyens de *suppléance fonctionnelle* pour remplacer des mouvements abolis par un traumatisme ou une maladie. Tous les paralysés, les estropiés et les impotents sont justiciables de procédés supplétifs de ce genre, renforcés par l'appoint d'appareils de prothèse, de mécanothérapie ou de physiothérapie.

Notons que la *débilité motrice* est la compagne obligée de la *débilité intellectuelle* et qu'à mesure que le déficient monte vers l'adolescence, sa lenteur et sa maladresse manuelle se manifestent avec plus de netteté. Cette constatation a pour corollaire la nécessité d'intensifier la rééducation motrice d'année en année. La gymnastique rythmique doit compléter les essais de réapprentissage professionnel, parce qu'elle tend vers une meilleure coordination statique ou dynamique et qu'elle rompt les syncinésies. Comment obtient-on ce résultat ? Par de petits travaux manuels de tissage, de découpage, de tapisserie, etc., par des mouvements très simples des membres supérieurs et inférieurs exécutés au commandement ou à l'appel cadencé du métronome ou du piano.

Les grands pourvoyeurs des troubles de la motricité chez le jeune enfant sont les encéphalopathies, la maladie de Little, l'épilepsie, les nombreux syndromes de débilité motrice ou d'infantilisme moteur décrits par les auteurs, le mongolisme, le rachitisme, la chorée double congénitale, etc., etc.

***

Conclusion

Le fracas des événements sociaux et économiques ne saurait empêcher l'Etat et les collectivités d'entendre les appels qui s'élèvent de toutes parts pour le sauvetage de l'enfance entravée, retardée ou négligée.

Le nombre des enfants qui reçoivent des soins dans des classes ou établissements spéciaux est insuffisant par rapport à celui des justiciables de traitements de réadaptation. L'initiative privée, notamment l'Œuvre de la Réadaptation de l'Enfant, malgré tous ses efforts si méritoires, ne peut prétendre à se substituer à l'Etat pour une tâche aussi lourde. Elle a accompli sa mission avec une incontestable efficacité en créant des Centres sociaux de rééducation où des centaines d'enfants sont réadaptés, et qui peuvent servir de prototypes pour l'organisation future.

En vérité, c'est à la Nation qu'échoit la mission de récupérer tous les déficients de l'intelligence, des sens, de la motricité, du caractère, de l'affectivité. Elle n'est pas si riche en matériel humain, qu'elle puisse se désintéresser de celui que représentent les vingtaines de milliers de sujets éducables.

Au reste, n'est-ce pas de bonne politique financière à longue échéance que d'accepter le poids de dépenses immédiates pour alléger dans l'avenir le budget d'assistance de la collectivité ?

De tous côtés un mouvement se dessine vers la réalisation d'un dispositif de récupération dans le cadre national, vers la création de Centres de rééducation et la formation d'assistantes multivalentes de rééducation.

Nous n'en voulons pour preuve que les vœux émis en ce sens par l'*Académie de médecine* dans sa séance du 4 mai 1937, par la *Société internationale d'Etudes des questions d'Assistance* dans sa séance du 24 mai 1937 et par la *Société de médecine publique* à la même date.

(1) Nous avons publié, en collaboration avec Junca, à l'usage des membres de l'enseignement, un petit Manuel : « L'éducation vocale », qui peut leur être très utile. (Nathan, éditeur.)

LA CLINIQUE UROLOGIQUE AU GOUT DU JOUR

Pour dépister une hypertrophie de la prostate

D'après le Professeur MARION (*)

LES SYMPTÔMES D'ALARME :
DYSURIE, POLLAKIURIE, INCONTINENCE OU RÉTENTION, ÉTAT GÉNÉRAL DÉFECTUEUX, HÉMATURIES, CYSTITE.

Ils s'expliquent d'autant mieux qu'il s'agit, en réalité , d'une lésion qui englobe le sphincter vésical, d'un adénome péri-urétral intra-sphinctérien. Anatomiquement, ce qu'on appelle « hypertrophie de la prostate » est une affection qui n'a rien à faire avec la prostate. Il s'agit d'une tumeur bénigne, constituée par des adénomes développés aux dépens des glandes urétrales, que l'on trouve en dedans du sphincter vésical, alors que les glandes constituant la prostate se trouvent situées en dehors de ce sphincter. Ainsi est-il possible de faires des adénomectomies, sans enlever la glande prostatique proprement dite, qui est refoulée en arrière, mais non absorbée, et sans toucher au veru-montanum, qui se trouve toujours situé au-dessous de l'adénome.

A la première période, dite de congestion, les malades vident complètement leur vessie ; ils éprouvent des envies fréquentes d'uriner, qui apparaissent dans la seconde partie de la nuit.

La deuxième période est caractérisée par le défaut d'évacuation de la vessie ; la quantité d'urine résiduelle varie de quelques dizaines de grammes à plusieurs centaines de centimètres cubes ; il n'y a pas encore distension de l'organe. La dysurie est plus marquée ; une pollakiurie apparaît, surtout marquée au cours de la nuit.

Enfin, vient la période de distension avec rétention incomplète (600 grammes, 1.500 et même deux litres). La distension vésicale retentit sur les uretères pour les dilater, et sur les reins. La pollakiurie est extrêmement marquée ; l'incontinence nocturne d'abord, devient diurne ; plus ou moins précocement, il y a une déchéance de l'état général.

Chez toute une série de malades, on est amené à pratiquer l'examen en raison d'une *dysurie*, puis d'une *pollakiurie* de plus en plus marquée. D'autres se plaignent d'*incontinence*. Celle-ci est fausse ou vraie. Dans le premier cas, les sujets éprouvent le besoin d'uriner, mais ils ne peuvent le satisfaire assez rapidement, et un peu d'urine s'écoule dans leurs vêtements ; cela tient à des *poussées congestives*. Dans la vraie incontinence, au contraire, le malade perd le contrôle de ses sphincters, la nuit d'abord, le jour ensuite : il y a *distension vésicale* et émission d'urines par regorgement.

Quelques sujets, arrivés à cette période de distension, n'attirent pas spécialement l'attention sur leurs voies urinaires, et c'est leur *état général* qui pâtit : ils maigrissent, ils perdent l'appétit, ils ont de la constipation, la bouche sèche, une soif constante, et en même temps ils ont remarqué que leur ventre, contrairement au reste de leur individu, augmentait de volume. Les diagnostics les plus invraisemblables peuvent être faits chez ces malades, si l'on ne pense pas à la possibilité de l'altération de l'état général par trouble de l'élimination urinaire, dû à la distension vésicale.

Au cours de toutes ces phases de « prostatisme », on peut observer différentes *complications*. C'est, par exemple, une rétention complète *aiguë*, survenant à la suite du froid, d'une retenue prolongée d'urine, d'un repas un peu trop copieux, trop excitant. Celle-ci ne se produit cependant jamais à la troisième période, lorsqu'il y a distension vésicale. Ou bien cet accident disparaîtra rapidement après quelques sondages ; ou bien il faudra quelques jours, et parfois l'affection progressera de la première à la deuxième période, c'est-à-dire qu'il subsistera un certain état de rétention complète *chronique*.

Des hématuries ne sont pas rares, et il est possible d'affirmer aussitôt qu'elles viennent bien de la prostate, quand le saignement est initial ou bien initial et terminal, le milieu de la miction évacuant de l'urine limpide. Il en est de même si, en dehors des mictions, il y a urétrorragie ; mais fréquemment, c'est une hématurie qui est soit uniquement terminale, soit totale à reforcement terminal ; encore faut-il avoir fait un examen très attentif de la vessie avant de dire que c'est la prostate qui saigne.

Le malade se plaint parfois de cystite, à la suite de sondages et d'explorations motivées par la crainte du prostatisme. Mais aussi celle-ci peut être spontanée, et, avant d'affirmer la cause d'un adénome péri-urétral, il faut avoir éliminé la tuberculose, le calcul et le cancer de la vessie.

(*) *Journal des Praticiens*, 3 avril 1937.

Les conditions d'un examen rationnel

Tout d'abord on doit faire uriner le malade, et quelquefois la façon, dont se fait la miction, suggérera déjà quelques idées. Un prostatique peut uriner avec un jet assez large, mais ce jet n'a pas de force et tombe rapidement, presque verticalement ; le rétréci, au contraire, urinera avec une certaine force, mais son jet sera petit, s'éparpillant en pomme d'arrosoir.

Une fois que le malade aura uriné, on doit *palper son abdomen*. Ceci est de la plus haute importance, parce que si on constate que la vessie, bien que le malade vienne d'uriner, forme un globe au-dessus de la région pubienne, il est absolument interdit d'y introduire une sonde. Si une exploration du canal s'impose chez un rétréci distendu, au contraire quand il s'agit d'un prostatique, on ne doit pas sonder ce malade qui, avec la moindre infection vésicale, risque d'avoir une infection rénale bilatérale qui lui sera fatale.

Le *toucher rectal*, en cas d'un adénome péri-urétral la plupart du temps, fera, constater cette tumeur soit sous forme de deux lobes latéraux beaucoup plus volumineux que les lobes prostatiques normaux, soit sous forme d'une masse arrondie effaçant le sillon normal entre les deux lobes prostatiques, de telle sorte qui existe une véritable boule médiane plus ou moins développée. Le volume de ces tuméfactions peut être extrêmement variable : une noix, une petite mandarine, une orange, ou même une très grosse orange. En tous cas, quels que soient le volume et la forme de ces tuméfactions, elles ont pour caractère commun d'être régulières, non bosselées, d'une consistance molle ou ferme, mais non dure, d'être bien limitées sur les côtés et même en haut, si on peut arriver à dépasser leur partie supérieure.

Mais il est des cas où le toucher rectal ne révèle rien, lorsque l'adénome péri-urétral évolue en totalité vers la vessie ; dès lors, si les symptômes accusés par le malade sont vraiment ceux d'un adénome péri-urétral, il faudra soit par une *urétroscopie*, soit par une *cystoscopie*, voir ce qui se passe du côté de la vessie et là on trouvera ou une saillie bombante du col en arrière, ou des déformations des parties latérales du col.

Le toucher rectal ayant fait constater qu'il existe nettement un adénome péri-urétral, reste à savoir comment le malade vide sa vessie : d'une manière complète ou avec un résidu plus ou moins important. On pratiquera donc un *sondage* prudent, mais seulement si le malade ne présente pas un globe vésical saillant au-dessus du pubis. Il sera bon également à ce moment de savoir quelle est la valeur de la vessie, et cela tout simplement en la remplissant et en levant le pavillon de la sonde au-dessus du niveau vésical. Si la vessie se vide complètement, le pavillon de la sonde se trouvant dans cette position, on en conclura que la contractilité vésicale est parfaitement conservée. Si, au contraire, on est obligé d'abaisser le pavillon pour que l'urine s'écoule, cela prouvera que la vessie commence à perdre ou a perdu sa contractilité.

Lorsque le malade présente un globe vésical perçu au-dessus du pubis, comme dit : pas de sondage, mais un toucher rectal et une exploration de l'urètre, car il peut s'agir d'un distendu par le rétrécissement de l'urètre.

Cette exploration sera faite au moyen d'une bougie à boule. Si celle-ci franchit nettement la région membraneuse, il ne s'agit évidemment pas d'un rétrécissement, et on ne doit pas l'enfoncer plus loin : il y a une hypertrophie de la prostate. Si, au contraire, la boule est arrêtée dans la région membraneuse, ce que l'on reconnaîtra à ce fait que la palpation de l'urètre au niveau du périnée en arrière des bourses permet de sentir la boule, c'est un rétrécissement ayant produit une distension beaucoup moins grave que la distension du prostatique.

D'autres affections de la prostate peuvent provoquer des troubles, en tout semblables à ceux de l'adénome : c'est avant tout le *cancer de la prostate*. Contrairement à ce que l'on trouve dans l'hypertrophie par le toucher rectal, le doigt fait percevoir une masse plus ou moins volumineuse, mais dont la dureté est vraiment ligneuse, masse le plus souvent bosselée, irrégulière, masse mal limitée tout d'abord vers le haut et en dehors, puis sur les côtés. La plupart du temps, les signes sont assez nets pour le distinguer d'une prostatite.

La cystoscopie est indispensable pour écarter — en dehors de l'hématurie initiale et terminale caractéristique de l'adénome péri-urétéral — toute autre cause d'hématurie vésicale ou rénale en particulier les papillomes et les tumeurs de la vessie. Il en est de même pour éliminer la tuberculose, le cancer ou le calcul en cas de cystite.

Enfin, si le diagnostic d'adénome périurétral est ferme, il convient, avant d'envisager son ablation, de compléter les examens locaux par un examen général, pour être renseigné en particulier sur la valeur des reins : la recherche de la constante, l'épreuve de la phénol-sulfone-phtaléine pemettront ainsi d'apprécier si un malade est, ou non, opérable.

G. Fischer.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Retentissement du cancer du col utérin (non traité) sur l'appareil urinaire

Les tumeurs du col utérin progressent, dans leur marche inexorable, vers la vessie et l'uretère pelvien. Le Professeur E. Chauvin et les Docteurs M. Leroy et J.-B. Giscard, au cours d'une longue étude, établissent que de très bonne heure ces tumeurs retentissent sur la vessie et l'uretère pelvien indirectement d'abord, par des troubles circulatoires ou inflammatoires. Elles les atteignent et les compriment ensuite. Elles les envahissent enfin.

Il semble que ces premières atteintes soient beaucoup plus fréquentes et surtout puissent être beaucoup plus précoces qu'il n'est classique de l'admettre. Pour l'uretère terminal, en effet, la chromocystoscopie et l'urétérographie rétrograde révèlent des troubles de la statique et de la dynamique, parfois nets, dans des tumeurs qui ont à peine franchi le premier degré de la classification internationale.

Par contre, l'envahissement néoplasique terminal paraît exceptionnel et en tout cas extrêmement tardif.

Au point de vue des indications opératoires, on peut ranger en trois groupes, les cas soumis à un examen urologique et distinguer : des cas sans troubles urinaires ou avec lésions urinaires purement indirectes : circulatoires ou inflammatoires, dans lesquels l'acte chirurgical ne se heurtera à aucune difficulté. Des cas avec simple compression par une tumeur au contact ou légèrement adhérente et dans lesquels les difficultés de dissection seront d'autant plus grandes que ces adhérences seront plus étroites. Dans ces cas, la décision opératoires devra être sévèrement discutée. Des cas avec envahissement néoplasique, pour lesquels toute tentative d'exérèse devra être rejetée.

D'autre part, les troubles dynamiques ou mécaniques apportés au fonctionnement urétéral par la tumeur cervicale peuvent compromettre gravement la fonction rénale et conduire le malade à l'urémie ou à l'anurie terminales.

Il est donc important, si l'on veut établir avec précision le bilan d'une cancéreuse du col, tant pour fixer la ligne de conduite opératoire que pour établir un pronostic rigoureux, de préciser l'atteinte de son appareil urinaire, par un examen des urines (degré d'oligurie et état d'infection possible), par l'étude du fonctionnement rénal, et par une cystoscopie après injection d'indigo-carmin.

L'urographie intraveineuse, qui donnera, dans les cas de stase urétéro-pyélique, surtout intéressants à déceler, des images toujours lisibles, dessinera le siège et les dimensions des urétéro-hydronéphroses. Enfin, si l'on veut préciser avec exactitude, l'état de l'uretère pelvien, on utilisera l'urétéro-pyélographie rétrograde. Celle-ci nous montrera le siège, la forme et le degré exacts des rétrécissements juxta-vésicaux. (*Rev. française de gynécologie*, juin 1937.)

Le pouvoir tuberculisant de certaines maladies infectieuses

Le Prof. agr. A. Dufourt et M. Viallier estiment qu'il n'y a pas lieu de redouter aussi intensément qu'on l'a fait autrefois l'apparition de certaines maladies infectieuses telles que la rougeole et la coqueluche chez les enfants suspects de tuberculose ou déjà atteints de lésions confirmées.

La rougeole est certainement la maladie qui a le rôle favorisant le plus net. Encore ne faut-il pas l'exagérer. Si elle paraît faciliter l'éclosion de quelques méningites chez des enfants déjà contaminés, dans la grande majorité des cas, elle évolue pour son propre compte sans modifier sensiblement les lésions tuberculeuses existantes. Elle est particulièrement bénigne lorsqu'elle survient chez des enfants atteints de lésions congestives primaires ou secondaires. La coqueluche est exceptionnellement tuberculisante même chez le nourrisson. Les autres maladies infectieuses sont pratiquement dépourvues de tout effet.

Il n'en reste pas moins que toute maladie grave et prolongée débilite l'organisme. A ce titre toute maladie infectieuse sévère contient en elle un certain pouvoir tuberculisant. C'est peut-être ce point de vue surtout qu'il y a lieu de retenir. Mais il s'agit là d'un effet général et non plus d'une action strictement spécifique. Celle-ci n'a pas l'importance souvent démesurée qu'on lui a accordée jadis. C'est tout au moins ce que nombre d'enquêtes et de constatations modernes tendent à établir aujourd'hui avec une concordance et une netteté suffisantes, pour qu'il y soit accordé quelque crédit, et que l'on envisage désormais les rapports de la tuberculose et des maladies infectieuses avec plus d'optimisme que dans le passé. (*La Médecine*, mai 1937.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Sur une nouvelle fièvre par morsure de rat

(MM. LEMIERRE, J. REILLY, A. LAPORTE et M. MORIN ; 22-6-1937.)

La fièvre par morsure de rat dont parle M. Lemierre est absolument distincte du Sodoku. Il ne s'agit pas, en effet, d'une spirochétose mais d'une septicémie dont l'agent spécifique est une bactérie.

Cliniquement, la maladie se traduit par un état fébrile plus ou moins prolongé (un mois et demi dans le cas des auteurs) et par une polyarthrite, phénomènes auxquels peuvent s'adjoindre des exanthèmes cutanés et des manifestations douloureuses pharyngolaryngées. Le microbe trouvé dans le sang, par hémoculture, est le streptobacillus moniliformis.

Le streptobacillus moniliformis a été décrit pour la première fois en 1926 par Levaditi, Nicolau et Poincloux. Il a été signalé aux Etats-Unis dans une maladie épidémique à symptomatologie similaire et dans une septicémie expérimentale de la souris.

Il résulte, d'autre part, des recherches de Miss Strangerways et de celles de M. Lemierre et de ses collaborateurs que cet agent pathogène fait partie de la flore bactérienne bucco-pharyngée du rat normal, qu'il s'agisse du rat blanc de laboratoire ou du rat d'égout. Bactérie inoffensive pour le rat lui-même, le streptobacillus est hautement virulent pour l'homme. La contamination peut se faire par morsure, peut-être aussi par excoriation des téguments au contact des rongeurs porteurs de germes ou de leurs déjections, ou par voie digestive.

La protamine-zinc-insuline

(M. H. SCHWAB. — Présentation par M. TIFFENEAU ; 22-6-1937.)

L'insuline ordinaire a l'inconvénient de s'éliminer assez rapidement, d'où la difficulté d'obtenir une action prolongée sans multiplier les injections.

Pour parer à ce désavantage, Hagedorn, Jensen, Krarup et Wodstrup ont préconisé une préparation spéciale d'insuline : la protamine-insuline, substance plus lentement résorbée que l'insuline. La protamine est une protéine basique provenant de la laitance de poisons.

Depuis la découverte de Hagedorn, plusieurs essais ont été faits pour améliorer la formule protamine-insuline, en vue d'avoir un produit à absorption plus lente encore. Scott et Fisher constatèrent que l'addition de zinc à l'insuline retarde l'action hypoglycémiante et la combinaison protamine-zinc-insuline a ainsi pris naissance. D'observations faites à l'étranger et de ses observations personnelles, M. Schwab, estime pouvoir tirer des conclusions favorables à cette nouvelle préparation. Les avantages consistent non seulement dans la diminution des injections mais aussi dans une sorte de normalisation du métabolisme des diabétiques. L'action, plus prolongée, est aussi plus lente, mais il est facile, lorsqu'il faut intervenir avec rapidité, d'associer l'insuline ordinaire à la protamine-zinc-insuline dans une proportion à déterminer selon chaque cas. La posologie reste très individuelle : 10 à 40 unités, sous un contrôle assez strict.

La tularémie. Mesures préventives

(M. E. BRUMPT ; 22-6-1937)

La tularémie est une septicémie qui détermine des épizooties graves chez certains rongeurs et oiseaux sauvages (lapins, lièvres, poules d'espèces américaines, etc.) et qui s'observe parfois chez l'homme (éleveurs, chasseurs). La maladie se présente dans la plupart des cas comme une lymphadénite pseudopesteuse et relève d'un germe particulier : *pasteurella tularensis*. Chez l'homme, ce germe détermine une infection généralement professionnelle, non contagieuse, caractérisée, après une incubation de 14 heures à quelques jours, par une invasion brusque accompagnée de fièvre, de douleurs et d'un grand abattement.

La maladie ne serait pas contagieuse d'homme à homme. L'infection se contracte soit par contact direct avec les animaux malades, soit par l'intermédiaire de parasites (tiques, etc.)

Jusqu'à ce jour la maladie — qui a été observée en Amérique du Nord, en Russie, en Norvège, au Japon — n'a pas été rencontrée en France. M. Brumpt estime, cependant, qu'il convient d'être à ce point de vue vigilant, la maladie pouvant être introduite chez nous par l'importation de nombreux animaux vivants et morts des régions infectées, notamment d'Autriche et de Tchéco-Slovaquie. Des mesures prophylactiques, dépendantes des services vétérinaires, seraient à prendre dès maintenant pour éviter l'introduction de la tularémie en France.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

Essai de traitement de la fièvre typhoïde par la vitamine A

(MM. P. GIRAUD, SARDOU, BOUDOURESQUE et PROVANSAL ; 19-3-1937

Ayant observé les effets remarquables des applications locales de vitamine A sur les escarres des typhiques, les auteurs ont eu l'idée d'utiliser cette substance pour le traitement général de la fièvre typhoïde. Dans ce but, ils ont employé diverses préparations : tout d'abord une huile de foie de morue titrant au moins 2.000 unités par centicube, qu'ils prescrivent à la dose de X à XX gouttes par jour, suivant l'âge, par voie buccale. Ils ont aussi, parfois, administré à leurs malades par voie buccale une solution de vitamine titrant 60.000 unités par centicube, à la dose de un centicube par jour. Enfin, récemment, ayant pu disposer d'ampoules injectables de solution titrant aussi 60.000 unités, ils ont injecté à toute une série de typhiques 1/2 c. c. de cette solution par voie musculaire ; les injections ont été soit quotidiennes dans les cas graves, soit espacées de quarante-huit heures dans les cas moins immédiatement alarmants.

Cette thérapeutique a été appliquée par eux dans quinze cas de fièvre typhoïde. A part les traitements par la vitamine, la thérapeutique fut des plus restreintes : une vessie de glace sur le ventre, quelques tonicardiaques et une entéroclyse par jour. Pas de transfusion, pas de thérapeutique à prétention spécifique.

Un seul cas de mort à noter. La durée de maladie a été bien souvent écourtée, et surtout des formes très graves au début ont tourné court au bout de une ou deux semaines, alors que l'on pouvait craindre à tout le moins une évolution beaucoup plus prolongée. L'absence de complications intestinales constitue le phénomène le plus remarquable de cette thérapeutique. Les autres complications de la fièvre typhoïde ont été aussi très heureusement influencées par la vitamine ; le myocarde a été rapidement tonifié lorsqu'il était défaillant à l'entrée.

Quant au mode d'administration de la vitamine, l'ingestion par voie buccale ne constitue qu'une forme peu active de cette thérapeutique. Les injections se sont montrées nettement plus efficaces et les auteurs conseillent d'y avoir recours d'emblée surtout dans les formes graves de la fièvre typhoïde. Les injections doivent alors être quotidiennes pendant quelques jours ; on pourra ensuite les espacer de quarante-huit heures. Aucun effet toxique n'a été observé et il n'a été noté, à l'heure actuelle, aucune contre-indication à ce traitement. Les préparations utilisées contenaient de la vitamine A pure à l'exclusion du carotène trop souvent assimilé à la vitamine, quoique n'en possédant pas toutes les propriétés.

La rœntgenthérapie de la maladie de Basedow. Ses indications. Ses résultats

(M. Paul GIBERT ; 19-3-1937)

L'auteur s'efforce de préciser les indications du traitement chirurgical et du traitement conservateur, leurs avantages et leurs inconvénients réciproques. Il précise tout d'abord qu'un grand nombre d'hyperthyroïdiens peuvent être secourus très efficacement par le traitement médical — repos et iode — sans avoir recours à la rœntgenthérapie ou à la chirurgie. Mais, dans les cas où le syndrome de Basedow est au complet, il semble admis que la médication iodée ne guérit qu'exceptionnellement.

S'il est parfaitement judicieux de tenter le traitement médical chez les basedowiens, le radiothérapeute, tout comme le chirurgien, demande qu'il ne soit pas trop longtemps poursuivi si ses résultats sont insuffisants. Il faut considérer que les cas aigus relèvent formellement de la rœntgenthérapie. Ils ne sont pas très fréquents et peuvent même parfois être l'objet de curieuses erreurs de diagnostic ; mais, contrairement à ce que pensent beaucoup de médecins, ils donnent des succès particulièrement brillants. A côté des cas aigus, rares, et de la forme progressive, plus fréquente, qui sont les indications majeures de la rœntgenthérapie, il est toute une série de formes frustes, monosymptomatiques — amaigrissement, diarrhée, tachycardie — dont le diagnostic n'est fait, en général que tardivement, après échec de thérapeutiques variées, et grâce à la mesure minutieuse du métabolisme basal. Il s'agit là d'une éventualité très fréquente, mais la rœntgenthérapie ne doit être mise en œuvre qu'après un examen clinique approfondi. Il faut, chez tout basedowien, pratiquer une radioscopie du thorax dans un double but, la recherche d'un goitre plongeant, la mesure de l'aire cardiaque. L'irradiation doit porter sur la totalité du corps thyroïde, et des échecs de la rœntgenthérapie peuvent être dus à l'existence d'un goitre médiastinal méconnu. Sous ces quelques réserves, il n'existe pas de contre-indications au traitement rœntgenthérapique du syndrome de Basedow typique. Une irradiation pratiquée à la légère ne pourrait que discréditer la méthode.

M. BÉCLÈRE. — Etant donné qu'il existe une méthode de traitement, la rœntgenthérapie, éprouvée depuis 35 ans, qui donne dans la très grande majorité des cas de remarquables succès sans danger, sans douleur, sans perte sanguine, sans cicatrice consécutive, sans crainte de myxœdème, je crois qu'avant de recourir à l'intervention chirurgicale dont j'admire les merveilleux résultats, il est indiqué de tenter l'emploi de la rœntgenthérapie correctement appliquée et dosée en se tenant prêt à abandonner cette tentative si elle ne donne pas, dans un délai convenable, le succès attendu. Quant à la possibilité d'une action cancérigène des rayons de Rœntgen sur la glande thyroïde, je la nie absolument.

G. F.

Bordeaux

SOCIÉTÉ D'HYDRO-CLIMATOLOGIE

La réaction de Faust Zambrini peut-elle devenir un test en crénologie ?

Charles Richet, d'Arsonval, Pende, Henri Grenet, le Professeur Gattaneo et bien d'autres, avaient porté sur cette méthode d'examen les jugements les plus favorables. MM. Grenet et Isaac (Georgês), dans la *Gazette des Hôpitaux* du 9 janvier 1935, attiraient l'attention des praticiens sur l'utilité de la réaction de Faust Zambrini « réaction qui paraît susceptible de constituer un utile complément de l'examen clinique et de servir, peut-être, de point de départ à de nouvelles recherches sur les éliminations salivaires, au cours de différents processus pathologiques ». L'éminent maître de l'hôpital Bretonneau ajoute : « dans l'ensemble, il nous a paru exister un lien manifeste entre l'état général du malade et le résultat de la réaction de Zambrini », et M. Louis Moinson, de l'hôpital de la Glacière, ajoute : « *La réaction de Zambrini nous a donné une idée très claire de « l'individualité humorale », ou, en d'autres termes, du « terrain* ». D'où l'expression de M. d'Arsonval du Collège de France : « La réaction de Zambrini peut être considérée et consultée comme le *Thermomètre de la résistivité vitale* ».

M. Zambrini, lors du Congrès du lymphatisme à La Bourboule, il y a trois ans, eut à examiner trois enfants qui répondaient au type si bien individualisé par M. le Professeur Marfan. Tous trois donnaient avant leur cure une ptyalo-réaction très pâle. Après les vingt jours de cure arsenicale la ptyalo-réaction avait changé nettement de coloration. La résistivité des enfants s'était complètement modifiée en bien. »

Partant de ce principe que la salive totale est le reflet des humeurs de tout l'organisme, M. Zambrini pense que la ptyalo-réaction permettra de déceler « *la valeur du potentiel vital de chaque individu* » et d'établir un pronostic certain qu'il s'agisse d'un état aigu ou d'un état chronique. On connaît la technique de sa méthode (1). En plus de la coloration, obtenue par le mélange salive-réactif, il faut encore considérer le « collet » qui se forme à la surface du liquide dans le tube de réaction.

Ce collet se rencontre toujours, dans toutes les éactions, quand la maladie est causée par un agent nfectieux. Il s'agit ici des cas aigus.

Ce n'est pas ce qui nous intéresse en crénothérapie.

Ici, nous sommes en présence du « *terrain* », du « *tempérament* », de la « *constitution* ».

Portant le poids de toutes nos hérédités, chacun de nous n'est-il pas, comme l'ont écrit Martiny, Prétet et Berné, « *un musée de reliques* » ? C'est à atténuer ce musée de reliques que va s'employer la crénothérapie.

(1) Voir *Concours médical*, n° 20 du 16 mai 1937.

Plus particulièrement au cours de ces vingt dernières années, la crénothérapie entrant résolument dans le sillon du thermalisme social a eu à se préoccuper de la création de centres de triage : ceux-ci ayant pour but de diagnostiquer les indications de chacun des enfants à adresser à telle ou telle station. Ces centres de triage vont offrir un champ d'expérience considérable pour la réaction de Zambrini : la valeur de résistivité de chacun des enfants venant toujours s'ajouter à l'examen clinique le médecin pourra plus facilement diriger vers la plaine, la montagne ou la mer, vers les chlorurées sodiques, les arsenicales, les sulfurées sodiques, les bicarbonatées, etc., l'enfant qui aura présenté telle ou telle réaction. En fin de cure, au retour, la même réaction permettra de vérifier dans quelle mesure l'enfant a — ou non — bénéficié de sa cure. Pour l'année suivante, voilà une précieuse indication.

Au cours de la cure (il est, dès maintenant, admis en thermoclimatisme social que l'enfant devra séjourner de 45 à 60 jours dans la station), il sera fait, chaque 15 à 20 jours, un « Zambrini ». La réaction restant identique à celle du début de la cure, il y aura lieu de se préoccuper de faire changer l'enfant de milieu ou encore, d'intensifier la cure ou enfin, d'en modifier les modalités interne ou externe.

L'expérience apprendra encore que « *l'Heure thermale* » dont nous donnâmes, avec le Docteur Saint-Béat, la définition, à Bordeaux, en 1926, pourra bénéficier de ce nouveau mode de recherches. Suivant l'intensité de la réaction, on pourra dire l'urgence ou la non-urgence d'une cure climatique ou thermale. L'association de cures et le choix de cette association pourront encore être établis — également après une longue expérience — suivant la colorimétrie de Zambrini. La « fièvre thermale », dont il a été beaucoup parlé, trouvera, peut-être, son explication dans les réactions dont nous parlons.

A cette échelle colorimétrique de Zambrini, nous aimerions voir parallèlement s'accoler celle de Talqwist. L'hémoglobinométrie, confrontée avec la ptyalo-réaction (deux examens des plus faciles à faire dans le cabinet du praticien) aideraient au pronostic d'une cure.

Pourquoi cela ne serait-il pas bien ainsi ?

Certes ! Ce ne sont ici qu'hypothèses ; mais les hypothèses peuvent être fécondes si on les considère comme point de départ de recherches et si on veut bien ne pas les regarder comme vérités préétablies à toute expérimentation.

N'est-ce pas M. le Professeur Jacques Carles qui a écrit : « Tout malade constitue, en quelque sorte, un sujet neuf, un cas nouveau, en raison de son hérédité, de son alimentation, de son habitus, genre de vie... ». Et cette opinion du Maître Bordelais, nous sera une occasion de citer Bordeu : « Plus que jamais les eaux minérales sont nos premiers maîtres en thérapeutique générale des affections chroniques » partout où, complétera Tzanck, « la pathogénie prime l'étiologie ». MOLINÉRY.

Les Congrès

XVIe RÉUNION NEUROLOGIQUE INTERNATIONALE ANNUELLE

(Paris, 8-10 juillet 1937)

La douleur en neurologie

Analyses des rapports

Diagnostic de la réalité de la douleur. Considérations médico-légales

MM. O. CROUZON et Henri DESOILLE

L'indemnisation de la douleur se présente dans des conditions différentes suivant qu'il s'agit d'accident du travail, d'expertise de droit commun, de pension militaire, de polices d'assurance individuelle.

La loi de 1898 sur les accidents du travail est forfaitaire. L'ouvrier est toujours indemnisé même s'il est, par son imprudence, responsable de l'accident. Mais seule l'incapacité de travail est indemnisée. On ne tient pas compte, par exemple, du préjudice esthétique. La douleur n'est indemnisée qu'en tant qu'elle gêne le travail et l'on n'a pas à évaluer les souffrances subies pendant la période de traitement. La jurisprudence admet actuellement que l'on doit indemniser toute l'incapacité résultant de l'accident, sans avoir à prendre en considération le fait qu'un état antérieur ait pu en aggraver les conséquences. Enfin, la loi prévoit la révision du taux d'incapacité dans un délai de trois ans, disposition qui facilite la première expertise.

L'expertise de droit commun est plus délicate. Il n'y a pas de révision et il faut d'emblée fixer un pronostic précis. Il y a parfois intérêt à ne pas donner de conclusions immédiatement et à demander à revoir le blessé au bout de quelques mois, pour conclure alors définitivement. Le Tribunal, en accédant à cette demande, peut d'ailleurs décider qu'une provision sera versée au blessé.

D'autre part, on tient compte ici du terrain sur lequel a porté le traumatisme. Un très léger traumatisme cranien provoquant un syndrome subjectif exagéré du fait de la nervosité habituelle du sujet sera indemnisé dans la proportion de ce qu'il aurait provoqué chez un sujet normal. On indemnise toutes les douleurs, même celles qui n'entravent pas la capacité de travail. C'est ce qu'on nomme le *pretium doloris*.

Pour les pensions militaires, un barème impératif énumère ce qui doit être indemnisé et en précise le taux.

Les polices d'assurance individuelle contiennent des clauses variables suivant les Compagnies et les désirs de l'assuré. Généralement, le taux n'est pas révisable et il est stipulé que, lorsque les conséquences d'un accident sont aggravées par l'action d'un état constitutionnel, l'indemnité sera calculée non sur les suites effectives mais sur celles qui se seraient produites chez un sujet sain. Le barème joint à la police est généralement peu détaillé et est muet sur les phénomènes douloureux, sans *pretium doloris*.

En droit commun, donc, on tient compte de toutes les souffrances. Dans le *pretium doloris*, on intégrera les douleurs dues à des plaies qui pourtant, n'auront pas laissé de séquelles ; on retiendra le nombre des opérations, leur caractère douloureux, certaines douleurs persistantes. L'expert résume ces éléments en concluant que le *pretium doloris* est léger, moyen, important, etc., laissant au magistrat le soin de le traduire pécuniairement.

On indemnise également la perte d'une distraction résultant d'un accident et aussi les douleurs morales causées par l'accident, la mort d'un être cher, d'un enfant par exemple, voire même certains sacrifices que s'étaient imposés les parents pour élever l'enfant. L'expert aura ainsi à déterminer si la séquelle d'un traumatisme empêche de se livrer à tel plaisir, à tel sport favori ; il pourra avoir à établir si l'être cher perdu était malade ou bien portant (par l'autopsie), pour préciser l'étendue du préjudice.

Indemnise-t-on la sinistrose ?

Brissaud a donné le nom de sinistrose à un état psychopathique spécial observé chez les blessés assurés et qui consiste en une sorte de délire raisonné, basé sur l'idée fixe du droit à l'indemnité. La sinistrose, exagération inconsciente (le blessé se plaint généralement de faiblesse, de douleurs), doit être distinguée de la simulation consciente.

En principe, elle ne doit pas être indemnisée. Il n'y a pas d'incapacité réelle de travail, mais convoitise, inconsciente peut-être, qu'il ne faut pas encourager. Pratiquement, toutefois, elle donne lieu quelquefois à une indemnisation très minime, de 2 à 3 %, qui évite des revendications prolongées, que l'on termine par l'allocation d'une indemnité une fois donnée.

L'expert appelé à donner son avis sur la réalité d'une douleur, doit examiner complètement le sujet et confronter les sensations accusées avec les signes lésionnels constatés objectivement. Cela nécessite une connaissance exacte de la séméiologie. Il n'existe pas de signe pathognomonique de la douleur.

Neuro-chirurgie de la douleur

M. René Leriche

La chirurgie de la douleur, dit M. Leriche, paraît devoir être, dans l'avenir, une chirurgie physiologique, à visée fonctionnelle, bien plus qu'une chirurgie anatomique ayant pour but la section des voies de conduction centripète. Nous avons, en outre, à perfectionner beaucoup nos connaissances sur le mécanisme central de la douleur. Il y a des phénomènes douloureux qui semblent d'emblée fixés, de façon indélébile, dans les centres. On dirait, parfois, qu'il se crée autour de ces centres, probablement par voie circulatoire, des états fonctionnels ou anatomiques, qui constituent le terrain de l'état psychique et l'élément de cette installation du malade dans sa douleur qui rend si difficiles certaines guérisons.

Au delà de l'étude sympathique et endocrinienne de la douleur, nous avons donc à connaître de ses conditions cérébrales. M. Leriche s'est souvent demandé si, devant certains phénomènes douloureux à fort retentissement psychique, il n'y aurait pas lieu de trépaner au niveau de la zone rolandique et de chercher, en incisant la dure-mère, à modifier les conditions circulatoires locales. Nous avons trop négligé jusqu'ici, dans l'analyse et dans la thérapeutique de la douleur, la part cérébrale. Il est bon de songer, quelquefois, chez ceux qui souffrent, à ce qui se passe au niveau des centres non pour penser que les malades exagèrent, et que chez eux presque tout est psychique, mais pour réfléchir à ce singulier phénomène de la projection périphérique de la sensation élaborée dont nous ignorons tout et qui cependant est aussi un élément essentiel de l'intensité de la douleur. En neuro-chirurgie de la douleur, au lieu de fixer entièrement son attention sur les récepteurs périphériques, il serait utile que l'on regarde aussi du côté des récepteurs cérébraux de l'excitation.

La rœntgenthérapie de la douleur

MM. J. Haguenau et L. Gally

On peut tenir pour acquis l'effet antalgique des rayons rœntgen et leur action sur les douleurs rebelles à d'autres thérapeutiques. L'amélioration peut être dans une certaine mesure psychique, mais elle est pour une large part réelle. Des malades que des applications simulées n'avaient nullement soulagés ont vu leurs douleurs disparaître après des applications réelles.

Nous sommes loin, cependant, de savoir prescrire les rayons dans tous les cas où ils sont indiqués et dans ces cas seulement. Nous en sommes encore à la période empirique et nous ne pouvons pas encore distinguer les cas d'algies radio-sensibles et les cas radio-résistants. Ce qu'il faut répéter, c'est que la crainte de la rœntgenthérapie qu'ont certains malades et même certains médecins n'est pas justifiée. Maniée par des rœntgenthérapeutes compétents, elle peut, sans danger aucun, donner des guérisons d'algies qui n'avaient cédé à aucune autre thérapeutique (angine de poitrine, algies du zona, causalgies des membres, sympathalgies de la face, névralgie du trijumeau, etc.). Certaines douleurs (douleurs fulgurantes du tabès...) ne paraissent pas ressortir de la rœntgenthérapie.

Physiologie et pathologie générale de la douleur

MM. A. Baudouin et H. Schæffer

La douleur comporte un double élément, périphérique et central. Les stimuli de la douleur n'ont que peu de spécificité. Dans ce symptôme, l'élément central prend souvent une importance prépondérante et suivant l'expression d'Achelis, la douleur est « plutôt déclenchée que conduite ». Il semble que l'étude de la douleur, comme celle des sensations en général, soit appelée à bénéficier grandement des progrès de l'électro-physiologie moderne. Mais il faudra sans doute bien des recherches pour arriver à une conception réellement satisfaisante de son mécanisme.

Les traitements de ce symptôme sont innombrables, pour beaucoup empiriques. Dans bien des cas, la cause nous est inconnue ou est au-dessus de notre action et il faut bien user de thérapeutiques symptomatiques.

La thérapeutique dispose de moyens physiques, chirurgicaux, psychiques, médicamenteux.

L'action des centres prouve que, dans beaucoup de cas, la psychothérapie ne saurait être négligée. En présence d'algies psychiques accentuées, c'est par l'isolement et le gardénal que l'on obtient les meilleurs résultats. En outre, ce n'est pas faire injure aux autres thérapeutiques que de dire qu'elles doivent souvent une partie de leur efficacité à leur rôle psychique.

Les médicaments analgésiques sont nombreux. On les divise communément en analgésiques locaux et analgésiques généraux. Le type des premiers est la cocaïne et ses dérivés qui interviennent en bloquant la conduction nerveuse. Le prototype des seconds est l'opium et son alcaloïde principal, la morphine. Les traités de pharmacologie déclarent qu'elle agit en « déprimant le centre de la douleur ». C'est sans doute là une formule schématique. On peut se demander si une étude expérimentale, chimique ou micro-chimique, de la localisation des opiacés sur les différentes parties des centres nerveux ne pourrait pas donner quelques précisions sur ce centre de la douleur.

Physiopathologie de la douleur d'origine centrale

MM. Riddoch et Critchley, de Londres

Trente années ont passé depuis la publication du Prof. Roussy, intitulée *La couche optique*, monographie qui attira l'attention sur la survenance de douleurs intolérables se révélant comme signe d'une lésion thalamique. Head et Holmes, quelque

années plus tard, confirmèrent les constatations des neurologistes français.

La douleur est complexe et présente deux aspects : 1° une sensation spécifique qui, dans sa forme pure, peut être graduée selon son intensité ; 2° une sensation désagréable ou une tonalité affective pénible qui n'est pas spécifique et peut colorer des sensations autres que la douleur. La première est une fonction du cortex sensitif, tandis que la dernière est une fonction du thalamus.

La douleur dans les lésions centrales

M. Raymond Garcin

L'auteur étudie la douleur dans les lésions médullaires, dans les affections bulbo-protubérantielles, dans les affections pédonculaires, la douleur thalamique, la douleur d'origine corticale, etc...

Disons quelques mots de la douleur thalamique. Elle fut la première connue des douleurs centrales ; elle en demeure le prototype. Elle a des caractères que Head, à la suite des travaux de Déjerine et Roussy, a mis en lumière. Elle a une topographie hémiplégique avec une prédilection pour les extrémités.

Le malade se plaint de douleurs diffuses, tantôt profondes, tantôt superficielles, à qualification difficile. Elles s'accompagnent d'une sensation insupportable : de malaise vague, d'un état d'anxiété qui s'exagère lors des recrudescences paroxystiques. La plus légère excitation portant sur le côté malade provoque une exacerbation atrocement pénible des phénomènes douloureux (over-réaction de Head). De plus, la douleur ainsi provoquée se répercute sur tout le côté malade. La *symptomatologie* peut se borner à cette douleur (forme hémialgique de Lhermitte), mais le plus souvent l'algie thalamique s'accompagne de troubles divers, sensitifs, moteurs, sympathiques.

La douleur dans les maladies des nerfs périphériques

M. Jean Dechaume, de Lyon

Successivement sont envisagés par l'auteur, les caractères de la douleur dans les affections des nerfs périphériques, les documents anatomo-pathologiques concernant la douleur dans ces affections, les faits expérimentaux (sections nerveuses, infiltrations anesthésiantes), la valeur séméiologique de la douleur, en pareils cas.

La douleur vue par un psychiatre

M. Noël Péron

Une classification des douleurs psychopathiques a été proposée par Maillard, qui envisage quatre groupes : douleurs hallucinatoires, pithiatiques, paranoïaques, cœnesthopathiques.

Les douleurs hallucinatoires et paranoïaques relèvent uniquement du psychiatre. Il s'agit de sujets délirants et le diagnostic est aisé : les troubles accusés par ces sujets n'ont aucun caractère des douleurs neurologiques ou médicales.

Les douleurs pithiatiques apparaissent spontanément ou à la suite de traumatismes. Ce sont des douleurs diffuses ou localisées, des spasmes, souvent tenaces, hors de proportion avec la topographie de la blessure. Le rôle du psychiatre peut ici être essentiel pour établir un diagnostic (souvent évident), et surtout pour fixer les directives d'un traitement essentiellement individuel et conforme à l'ambiance psychologique de chaque cas. Beaucoup de ces malades, qui réclament fréquemment des traitements multiples, des interventions (une malade de M. Péron avait réussi à se faire faire plus de cinquante ponctions lombaires en cinq ans), peuvent guérir simplement par l'isolement et la psychothérapie.

Les douleurs cœnesthopathiques peuvent, comme les douleurs des hypochondriaques, constituer une source d'erreurs. Elles ont une symptomatologie vraisemblable. Si leur origine psychologique est méconnue, elles peuvent pousser à des traitements pour le moins inutiles. Certains sujets accusent une diminution du sens cœnesthésique : leurs organes semblent allégés, diminués. Les douleurs des hypocondriaques *sont fréquemment intenses, décrites en* termes médicaux abondants. Qu'il s'agisse de céphalée, d'algies centrales, ces malades vont de consultation en consultation, demandant des examens multiples, des radios, des ponctions lombaires répétées. On sait aussi les tendances classiques de ces hypocondriaques, persécutés persécuteurs non exceptionnels. A côté des formes graves et homicides de ces psychopathies, il existe toute une série d'états atténués qui peuvent, pour le médecin, constituer une source d'ennuis et de récriminations. En présence de certaines algies des hypocondriaques il est sage bien des fois de s'abstenir d'actes chirurgicaux et d'interventions (alcoolisation, par exemple) susceptibles de laisser de minimes suites ou cicatrices à propos desquelles pourraient apparaître des troubles anxieux.

P. Lacroix.

Les Livres

J.-B. Baillière et Fils, éditeurs,
19, rue Hautefeuille, Paris (VIe)

A. Pruche, ancien chef du service de cardiologie de l'hôpital maritime de Brest. — **La cardiologie du praticien.** II. *Les troubles du rythme du cœur. Notions élémentaires d'électro-cardiographie. Comment déterminer la valeur fonctionnelle du cœur. La cardiodynamométrie clinique.* 1937, un vol, gr. in-8 de 152 pages avec 42 fig. et des planches 36 francs.

Dans ce deuxième volume sont étudiés les troubles du rythme du cœur, question principale de l'ouvrage ; puis sont exposées les premières notions d'électro-cardiographie et la détermination de la valeur fonctionnelle du cœur.

Les différents sujets sont classés méthodiquement et s'enchaînent naturellement.

Un troisième et dernier volume viendra terminer cet ouvrage. Il traitera les types circulatoires, le diagnostic, le pronostic et la thérapeutique cardiaque en général.

Masson et Cie, éditeurs
120, boulevard Saint-Germain, Paris

P. Sainton, médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu, H. Simonnet, professeur à l'Ecole nationale vétérinaire d'Alfort, L. Brouha, professeur à la Faculté de médecine de Liége. — **Endocrinologie clinique, thérapeutique et expérimentale.** Un vol. de 832 pages, avec 158 figures, 130 francs.

Les sécrétions internes interviennent dans le fonctionnement de la plupart des appareils ; elles règlent la croissance et la morphologie du corps, président au métabolisme des substances alimentaires et à la nutrition de l'organisme. Aussi leurs troubles se manifestent-ils sous des modalités très diverses.

Les auteurs rappellent que l'examen d'une glande doit accompagner, sinon précéder, la recherche du trouble hormonal. Ils étudient les tests, si précieux dans nombre de cas pour apprécier la nature et l'intensité du trouble.

Ils ont classé les syndromes endocriniens en syndromes d'hyperfonctionnement et en syndromes d'hypofonctionnement. Ils attirent cependant l'attention du lecteur sur la facilité avec laquelle certains malades passent d'un état d'hypofonctionnement à un état d'hyperfonctionnement et sur l'existence de syndromes dissociés qui prouve que les troubles sécrétoires d'une glande peuvent se limiter à une seule fonction hormonale à l'exclusion des autres ou encore dépendre de la sensibilité particulière de certains tissus à un excès ou à un défaut d'hormone.

La thérapeutique est exposée dans ses grandes lignes aussi bien au point de vue médical qu'au point de vue chirurgical, radiothérapique ou physiothérapique. Les auteurs ont traité avec un soin particulier ces sous-chapitres non seulement parce que c'est au médecin qu'incombe le plus souvent le soin de tracer les indications thérapeutiques, mais encore parce que le médecin doit s'efforcer d'instituer un traitement individuel en tenant compte de la notion de terrain glandulaire sur lequel les troubles ont évolué et de la cause qui les a provoqués.

L'ouvrage se termine par une vue d'ensemble sur les syndromes endocriniens communs, dont il est difficile d'attribuer la paternité plutôt à une glande qu'à une autre, sur les ectosympathoses et sur les syndromes pluriglandulaires.

Une très abondante illustration clinique, anatomopathologique et schématique rehausse le texte et une table alphabétique des matières permet aux lecteurs de se reporter, avec la plus grande facilité, aux pages qui les intéressent.

Cet ouvrage constitue une mise au point aussi complète que possible des connaissances endocrinologiques actuelles.

Laboratoires de Biométrie
Dr René Ledent et Lucien Wellens
rue Sainte-Marie, 24, Liége

Des livres pour les parents et pour les maîtres

Enfants difficiles. Parents perplexes, par le Docteur René Ledent et Lucien Wellens, 3e mille, 224 p., 15 francs.

« Pour mieux diriger vos enfants, ce livre, par la « précision des conseils qu'il donne, par les synthèses « harmonieuses qui en découlent, vous aidera dans « votre tâche d'éducateur. »

Cet ouvrage permettra aux parents de mieux suivre l'évolution de leurs enfants et leur fournira la solution de maints problèmes qui peuvent les préoccuper. Il contribuera à mieux faire saisir par le personnel enseignant le nouveau plan d'études primaires.

Les Thèses

P. — Dr E. Coulescu. — **Sur quelques nouvelles acquisitions dans l'alimentation du nourrisson.** (Thèse 1937).

L'alimentation des nourrissons a recours actuellement et sous l'influence de quelques travaux étrangers, aux farines et aux légumes.

Les auteurs français ne conseillent pas leur emploi en quantité trop grande. Les aliments doivent être soigneusement dosés et leur qualité surtout, très analysée.

Le lait reste la base de cette alimentation, mais il faut qu'il soit de bonne qualité. Ce n'est que dans le cas où il ne sera pas possible d'avoir un bon lait qu'on sera autorisé à y ajouter des farines ou des purées de légumes.

Les laits peuvent être d'ailleurs modifiés d'une autre façon que le médecin jugera nécessaire ; babeurre, lait écrémé, lait sec, lait de vache ordinaire et lait condensé. Tous offrent des avantages et des inconvénients qui tiennent à leur acidité le plus souvent. Enfin, on pourra les modifier suivant les indications données par MM. Ribadeau-Dumas et Lesné.

P. — Dr P. Gautreau. — **Le diagnostic des lésions chroniques de la région du hile chez l'enfant.** (Thèse, 1937.)

Il est commode de diviser le hile en trois étages pour étudier les images hilaires anormales.

L'étage supérieur est le domaine électif des ombres ganglionnaires. La tuberculose ganglionnaire y réalise deux types : l'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse et la tuberculose ganglionnaire associée à une tuberculose pulmonaire.

A l'étage moyen se rencontrent surtout des images de tuberculose parenchymateuse de primo-infection. Dans l'étage inférieur, la majorité des images anormales a son origine dans les bronches et le tissu péribronchique. On y rencontre assez fréquemment aussi des images de primo-infection tuberculeuse.

P. — Dr A. Vigner. — **Le kala-azar autochtone vu à Paris. Etat actuel de la question.** (Thèse, 1937.)

Le kala-azar est une affection qui devient de plus en plus fréquente, en France.

L'incubation varie beaucoup. De dix jours au minimum, elle peut atteindre des mois, des semestres, des années.

Les épreuves de laboratoire jouent un rôle important dans la confirmation du diagnostic. Au premier rang de celles-ci, il faut placer la réaction de formol-leucogélification, et la réaction de Chopra et Gupta. Elles suffisent, si elles sont positives, à poser le diagnostic de façon certaine.

Si, au contraire, elles se montrent douteuses, il faudra recourir, soit à la ponction du manubrium sternal, procédé de choix ; soit à défaut, à la ponction de la rate.

Les dérivés stibiés sont les médicaments spécifiques de la maladie.

P. — Dr M. Jacquet. — **Les formes anatomo-cliniques de la thrombose cardiaque.** (Thèse, 1937.)

Les formes cliniques de la thrombose cardiaque sont multiples. Selon l'*évolution*, on peut distinguer des formes aiguës, subaiguës, chroniques, latentes. Selon le *type anatomique*, il existe des thromboses généralisées, qui se traduisent par des troubles de la grande et de la petite circulation, des thromboses ventriculaires insidieuses, des thromboses auriculaires manifestées souvent par une arythmie complète, des thromboses libres qui peuvent se traduire par un bruit de cliquetis et des formations myxoïdes dont on a souvent discuté l'origine thrombosique ou humorale. Selon *la cause*, on distingue trois formes importantes : celles qui surviennent au cours de la sténose mitrale, au cours de toutes les endocardites (en particulier les formes secondaires subaiguës, lentes et latentes), et enfin au cours de l'infarctus myocardique qui s'accompagne alors d'embolies. Les causes vasculaires, infectieuses, leucémiques, érythrémiques viennent ensuite.

P. — Dr P. Porret. — **Les dérivés acridiniques en thérapeutique.** (Thèse, 1937.)

Agents actifs, les dérivés acridiniques doivent être employés avec une certaine prudence. Avant de recourir à une dose importante, on jugera de la susceptibilité du malade et on vérifiera par des examens d'urine répétés l'élimination du colorant.

Parmi les nombreux colorants d'acridine, M. Porret préfère le brun d'acridine ou brunacrine, dont le pouvoir bactéricide vis-à-vis du gonocoque est trente fois plus grand que celui du sublimé. Il est aussi le moins toxique des dérivés acridiniques.

Localement, il rend de grands services dans les dermatoses (acnés, dermites, prurit). Il donne d'heureux effets dans les affections génito-urinaires de nature gonococcique et colibacillaire, dans la fièvre de Malte, etc.

Dr J.-M. Boivin. — **Etude de l'exophtalmie basedowienne.** (Thèse, 1937).

Le Docteur Boivin présente les considérations thérapeutiques suivantes concernant l'exophtalmie basedowienne :

Le premier traitement à mettre en œuvre est le

raitement de l'hyperthyroïdie quand elle existe. Traitement médical d'abord, radiothérapique ou mieux chirurgical (thyroïdectomie subtotale) si besoin est, ensuite. Les exophtalmies résiduelles sont très fréquentes. Une correction du déséquilibre neuro-végétatif s'impose dans tous ces cas ; elle est seule indiquée et efficace en cas de para-Basedow. Les succès de la sympathectomie (trop aléatoire et dangereuse) ne peuvent dorénavant entrer en ligne de compte avec la médication par l'yohimbine mise au point par M. le Professeur agrégé Justin-Besançon — traitement imparfait, certes, mais actuellement le meilleur et suffisamment actif pour que son auteur n'ait plus eu à faire pratiquer une seule blépharorraphie depuis qu'il l'a à sa disposition.

P. — Dr M. Rancoule. — **Troubles psycho-sensoriels dans le syndrome de Parkinson encéphalitique.** (Thèse, 1937.)

Ayant réuni douze observations d'encéphalitiques chroniques parmi lesquels onze parkinsoniens indéniables, l'auteur a relevé chez tous ces malades de nombreux troubles psycho-sensoriels qui varient de l'hallucinose à l'hallucination et s'intègrent dans un psychisme plus ou moins perturbé. Il a distingué dans ces troubles psycho-sensoriels trois grands groupes : 1° les hallucinoses ; 2° les états d'anxiété hallucinatoire ; 3° les états délirants hallucinatoires chroniques.

Dans tous les cas il y a été frappé par la prédominance visuelle des troubles, par les caractères oniriques et la forte charge affective qu'ils comportent.

P. — Dr P. Chatain. — **La radiothérapie dans les hémiplégies.** (Thèse, 1937.)

La radiothérapie peut être utile contre certains processus causaux du syndrome hémiplégie (états néoplasiques ou inflammatoires) ou contre les processus péri-lésionnels.

Mais la mode d'action principal des rayons paraît relever de son influence sur les formations scléro-cicatricielles.

Tous les malades traités ont bénéficié d'une amélioration plus ou moins importante. Les syndromes associés bénéficient également du traitement.

Les doses nécessaires sont si faibles qu'il n'y a aucun accident à redouter. Une longue pratique a démontré l'innocuité parfaite du procédé. Aucune contre-indication n'est à signaler.

La radiothérapie ne s'oppose pas aux autres méthodes de traitement.

P. — Dr J. Lucquin. — **Action de l'ouabaïne administrée à hautes doses et par voie buccale au cours de l'insuffisance ventriculaire gauche.** (Thèse, 1936.)

L'ouabaïne administrée en solution à deux pour cent par voie buccale et à dose convenable possède une action comparable à celle du même produit injecté dans la veine.

Toutefois, *per os*, l'action semble se produire avec un retard de deux jours environ, ce qui contre-indique l'emploi dans les cas nécessitant une action rapide, en particulier dans l'œdème pulmonaire aigu.

Sous cette dernière réserve, l'emploi de l'ouabaïne en ingestion présente les mêmes indications que par la voie intra-veineuse.

Avant tout l'insuffisance ventriculaire gauche.

Plus généralement, toutes les insuffisances cardiaques s'accompagnant d'un rythme lent et régulier.

Enfin, toutes les affections cardiaques où la digitaline se trouve inefficace ou mal tolérée.

On peut utiliser la voie buccale aussi bien au cours du traitement d'attaque que du traitement d'entretien.

Son action se manifeste par l'amélioration des troubles fonctionnels et des symptômes objectifs :

a) disparition de la dyspnée d'effort et de décubitus ;

b) ralentissement du rythme cardiaque ;

c) stabilisation de la tension artérielle.

d) élévation importante et presque constante de la diurèse avec fonte des œdèmes, diminution et même disparition d'une albuminurie antérieure, abaissement du taux de l'urée sanguine.

Expérimentalement, de même que cliniquement, il est nécessaire pour que l'action favorable se manifeste, d'utiliser de fortes doses (35 à 48 fois plus élevée que par voie intra-veineuse) allant chez l'homme de 1 cgr. à 2 cgr. par jour.

Le médicament sera administré en deux fois et en dehors des repas.

De pareilles doses sont parfaitement supportées.

Les manifestations d'intolérance sont rares. Dans tous les cas où elles apparaissent, il est facile de les faire cesser soit en diminuant la dose, soit en supprimant pendant deux ou trois jours le médicament.

L'albuminurie ne constitue pas une contre-indication.

En raison de sa prompte élimination, évitant les phénomènes d'accumulation, l'ouabaïne pourra être prescrite à la dose quotidienne de 2 centigrammes au cours d'une cure d'entretien, et ceci pendant un temps d'une durée indéfinie.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Bulletin de l'Actualité

DROGUES ET MÉDECINE POUR TOUS

En réfléchissant aux causes multiples de la crise médicale, il faut faire une large place, aux conseils médicaux et thérapeutiques que tous nos clients reçoivent, malgré eux et qui, sans que nous puissions rien faire contre, finissent par exercer sur eux une action certaine, je veux parler DE LA PUBLICITÉ MÉDICALE ET PHARMACEUTIQUE que répand, chaque jour, de par le monde, le journal et la radiophonie.

Son action doit être considérable, si l'on en juge par l'importance qu'elle a prise, par le nombre des produits nouveaux qui se vendent et s'absorbent, sans qu'aucun avis de médecin ait jamais été donné, pour en conseiller la prescription.

Lorsqu'en Germinal, une loi vint réglementer la profession de pharmacien, le législateur avait compris que l'exercice de cette profession devait offrir au malade de sérieuses garanties. Dans la préparation des remèdes entraient des produits dangereux, des poisons, des substances toxiques délicates à manier et il avait paru nécessaire de réglementer la délivrance et la préparation de ces remèdes, en offrant aux malades la double garantie du médecin et du pharmacien, puisque pour exercer ces deux professions, il fallait faire de solides études et être pourvu de diplômes nécessitant de longues années de travail.

Où en sommes-nous arrivés aujourd'hui ?

Il suffit d'ouvrir un journal, pour voir à toutes les pages, les thérapeutiques les plus diverses conseillées aux lecteurs. Des gouttes, des pilules, des élixirs, des cachets pour le foie, les reins, les glandes à sécrétion interne y sont recommandés en des termes dithyrambiques, et on conçoit qu'il doit être bien difficile de résister à l'envie de les essayer, si l'on pense avoir à se plaindre d'un des organes énumérés. Le fait grave, c'est que de telles préparations sans valeur soient revêtues et vendues sous la responsabilité d'un pharmacien, qu'on ne puisse se les procurer que dans une officine ; rien ne les distingue plus alors des thérapeutiques actives, pour lesquelles précisément, la loi de Germinal a été faite.

N'importe qui, actuellement, peut se procurer des quantités industrielles de ces drogues, en absorber des tonnes à un seul repas, et si vraiment l'efficacité de ces produits est réelle, il y a danger à laisser à la libre disposition de chacun des substances aussi actives.

Sans doute l'absorption de telles doses n'aurait guère d'autre effet qu'une bonne indigestion et quelques vomissements. Mais alors, celui qui fait le sacrifice de pareils achats sur la foi de ce qu'il a lu ou de ce qu'il a en endu est induit en erreur, et il pourrait être en droit de se demander pourquoi sous le couvert de la garantie du diplôme d'un pharmacien prête-nom, le législateur permet qu'on trompe les malades.

Actuellement la plupart des produits dont la publicité inonde le journal et la radiophonie sont fabriqués par des industriels non pharmaciens qui s'aperçoivent qu'il est plus aisé de faire des bénéfices, dans cette branche, qu'à fabriquer des aspirateurs ou à vendre des produits d'entretien. La complaisance rétribuée d'un pharmacien prête-nom permet de tourner facilement la loi, une publicité bien faite répand *urbi et orbi* les effets merveilleux de cette panacée, qui se vend aussitôt.

Il est triste de voir que la plupart de ces produits sans effet et sans action s'étalent à la vitrine de pharmacies sérieuses et je me demande si vraiment il ne serait pas possible, en provoquant une entente du Corps médical et du Corps pharmaceutique, de mettre fin à un pareil scandale.

Si c'est l'intérêt du médecin de ne pas voir ses clients se soigner n'importe comment, traiter une tuberculose qui débute, ou une cirrhose qui évolue par je ne sais qu'elle poudre de Perlinpinpin, c'est encore plus l'intérêt bien compris du pharmacien de garder la dignité de sa profession. Il arrivera un jour, où ces produits actuellement élaborés et vendus grâce à une façon habile de tourner la loi de Germinal, voudront être vendus partout librement, dans les grands magasins, chez les petits détaillants et on aura tôt fait d'abolir un privilège que le pharmacien n'aura pas eu la sagesse de conserver à l'abri de toute critique et dont on montrera l'inutilité complète.

Ces remèdes sans valeur scientifique, dont la composition est anodine, *sont des produits uniquement commerciaux,* la preuve en est administrée par les organismes de médecine sociale, les assurances, les pensionnés, les mutilés, qui se garderaient de les rembourser à leur tarif, même s'il se trouvait un médecin assez peu soucieux de sa réputation, pour les porter sur une ordonnance.

Actuellement la profession du médecin et la profession du pharmacien ont des intérêts trop communs, pour ne pas se donner la main dans la lutte qui doit être entreprise contre ces faux remèdes, ces compositions sans effet qui souvent copient jusqu'au nom de spécialités vraiment actives et constituent vis-à-vis de celui qui les achète, pour se soigner, une véritable tromperie.

La caractéristique du malade d'aujourd'hui, et je l'ai souvent écrit, c'est que sa conception primaire lui laisse croire qu'il sait la médecine, qu'il peut se soigner lui-même, analyser ses symptômes, faire son diagnostic, après quoi l'avis émis par la T. S. F. ou la simple lecture de son journal lui permet de trouver le médicament spécialement étudié pour son cas.

Il suffit de regarder autour de soi pour vérifier l'exactitude de ce que j'écris, j'en ai eu récemment la preuve, dans une famille aisée où je fus appelé pour un accident grave survenu à l'un des siens. Cette famille est restée, dans mon souvenir, comme l'illustration comique de la famille soignée à la T. S. F. On me montra des remèdes que j'ignorais, que je n'avais jamais vus, dont je n'avais jamais entendu parler. Tous avaient été achetés sur les conseils du haut-parleur.

Fort heureusement la santé robuste de chaque membre de la famille lui permettait d'absorber annuellement des quantités énormes de ces drogues, en restant persuadé que c'était à leur efficacité qu'ils devaient une santé aussi florissante. Mais comme ici-bas rien n'est parfait, il manquait au catalogue la drogue pour réparer les os, et c'est à cette lacune que j'expliquais ma présence au milieu d'eux.

Quand on voit qu'il suffit d'un coup de grosse caisse, d'un pharmacien complaisant et de quelque argent pour faire vendre à un public crédule n'importe quelle composition baroque, on se demande comment il existe encore en France, des chercheurs, des pharmaciens, désireux de bien faire pour étudier, essayer, mettre au point des médications difficiles, qui leur coûtent du temps, de la peine, des gros sacrifices d'argent. On se demande si le médecin qui se plaint de sa situation mal protégée, mal défendue, ne l'est pas encore plus que le pharmacien qui doit accepter pour vivre de son diplôme, les bénéfices que lui consentent des industriels non pharmaciens qui sont en train de tuer sa profession.

Dr Raphaël MASSART.

LA MÉDECINE ET LA CHIRURGIE A BORDEAUX AU XVIIIe SIÈCLE

Dans les vieilles bibliothèques des châteaux de Province on découvre toujours quelques documents intéressants. C'est ainsi que nous avons trouvé durant ces vacances un petit livre intitulé : « *Les Etrennes bordelaises ou le Calendrier raisonné du Palais pour l'année* 1774, imprimé à Bordeaux sous les auspices de la souveraine Cour de Parlement de Guienne ». Nous y avons relevé d'intéressants renseignements sur la médecine et la chirurgie à Bordeaux à cette époque.

L'*Université de Bordeaux*, la 14e du royaume, fondée en 1441 par le pape Eugène IV et confirmée par Louis XI en 1473 comprenait quatre Facultés : Théologie, Droit, Médecine et Arts. Le recteur était nommé pour quatre mois et pris alternativement dans chaque Faculté. La *Faculté de médecine*, qui ne paraît pas avoir une grande importance, n'a alors que deux professeurs : Betheder, rue Saint-James, et Caze fils.

L'Académie royale des Belles-lettres, Sciences et Arts, fondée par Lettres patentes du 5 septembre 1711, comprend plusieurs médecins. Parmi les membres associés nous relevons : M. Bellet, docteur en médecine à Paris ; M. Dupuy, chirurgien ; M. Grégoire, docteur en médecine ; Raulin, médecin à Paris ; Aymon, docteur en médecine à Castillon, Douzan, médecin ; Roux, médecin-chimiste à Paris ; Buchoz, médecin à Nancy, Lamothe, docteur en médecine de Bordeaux, médecin de l'hôpital Saint-André.

« Le *Collège des médecins* de Bordeaux, plus connu sous le nom d'*Agrégation*, est une société formée d'un nombre indéterminé de docteurs qui, après avoir donné les preuves de capacité fixées par les statuts et prêté serment, exercent exclusivement leur profession dans cette capitale. » Le doyen en 1774 est M. Chambert. Parmi les 17 membres nous relevons les deux professeurs royaux de la Faculté de médecine et quatre médecins de l'hôpital Saint-André.

L'Ecole royale de Saint-Cosme des chirurgiens est plus récente. Les lettres-patentes qui la fondent, datent du 8 septembre 1752. Le roi l'a prise sous sa protection et c'est son Premier chirurgien, Messire Germain Pichaut de la Martinière, chef de la chirurgie du royaume, président de l'Académie de chirurgie, qui présente à la nomination de sa Majesté les cinq professeurs et démonstrateurs royaux. Les professeurs d'anatomie et des opérations donnent leurs leçons tous les jours. Les autres (principes de chirurgie des plaies, des ulcères et des apostèmes ; ostéologie et maladies des os ; médicaments), professent quatre fois par semaine.

J. NOIR.

ASSURANCES SOCIALES
ÉTAT DU MALADE ET SECRET PROFESSIONNEL

Le médecin-chef d'un sanatorium de l'office public d'hygiène sociale de la Seine (3.281) nous demande quelle doit être sa ligne de conduite, lorsqu'il reçoit du centre des fiches à remplir, concernant l'état des malades hospitalisés en sana. Ces fiches de renseignements doivent être retournées directement au médecin contrôleur de l'Office. Elles serviront la plupart du temps à documenter la section invalidité, pour permettre l'octroi de la pension pour les malades ayant une incapacité de travail supérieure aux deux tiers.

Notre confrère nous expose que certains d'entre eux se refusent à rédiger ces rapports, estimant que leur qualité de médecin traitant des hospitalisés en question les contraint au respect du secret professionnel. De plus, ne serait-ce pas, de la sorte, faire du médecin traitant un médecin de contrôle, qui ainsi se surveillerait lui-même ?

La question d'honoraires n'est nullement en cause, car ce n'est pas les quelque 45 francs qui peuvent intéresser le médecin chef, pour la rédaction de telles paperasses.

En résumé, les médecins peuvent-ils se refuser à rédiger de pareils papiers ? Voici d'ailleurs les Circulaires reçues.

CAISSE INTERDÉPARTEMENTALE
DES ASSURANCES SOCIALES
DE SEINE ET SEINE-ET-OISE

Paris, le

—

Monsieur le Directeur,

Afin de permettre au médecin-contrôleur de la Section invalidité, d'établir un rapport médical concernant l'assuré actuellement en traitement dans votre Etablissement, nous vous serions très obligés de lui faire parvenir, sous le sceau du secret professionnel, dans l'enveloppe ci-jointe, quelques informations précises au sujet de son état.

Veuillez agréer, etc.

Le Chef de la « Section Invalidité ».

CAISSE
INTERDÉPARTEMENTALE
DES ASSURANCES SOCIALES
DE SEINE ET SEINE-ET-OISE

—

FICHE DES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX.

— *Adultes* —

A renvoyer sous enveloppe fermée non affranchie, au Médecin-Contrôleur de la Section invalidité, 69 bis, rue de Dunkerque, Paris (IXe).

Monsieur,

Nº Matricule

est en traitement au Sanatorium de

depuis le

Diagnostic (localisation, étendue, forme)

Examen clinique

Examen radiologique

Examen bactériologique (date)

Etat général et pronostic

Traitement actuel.

La cure paraît-elle bénéficiable à l'assuré, et doit-elle être continuée.

Durée probable du séjour au Sanatorium.

Date.

Le Médecin-chef :

MINISTÈRE
DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Paris, le 22-9-1934.

—

DIRECTION DE L'HYGIÈNE
ET DE L'ASSISTANCE

—

Service de coordination
des Assurances Sociales
avec l'Hygiène et l'Assistance

Le ministère de la Santé publique,
à Monsieur le Directeur de la Caisse interdépartementale d'Assurances sociales, 69 *bis*, rue de Dunkerque,

Par lettre du 15 septembre dernier, vous voulez bien me demander s'il est légitime que certains médecins, directeurs de sanatoriums publics, aient sollicité de vous des honoraires pour l'établissement de certificats constatant l'état des malades assurés sociaux, hospitalisés dans des Etablissements de cure.

Ma réponse est nettement négative.

La documentation que doivent fournir les médecins chefs de sanatoriums, soit aux familles, soit aux collectivités, sur l'état de santé des malades confiés à leurs soins, rentre pleinement dans leurs obligations administratives et ne peut ni ne doit leur donner droit à aucune réclamation d'honoraires.

Pour le Ministre :

Le problème doit être envisagé sous deux aspects différents, selon qu'il s'agit de médecine de soins, ou de médecine de contrôle, ayant pour but l'établissement d'une pension d'invalidité.

I. — Médecine de soins et secret professionnel

La question qui nous est posée précise une fois de plus le conflit qui existe à l'heure actuelle entre la médecine individuelle et la médecine collective pour l'application des lois sociales.

En principe, le médecin traitant est lié à son malade par les obligations du secret professionnel.

Mais ce malade est soigné aux frais d'une collectivité. Le secret professionnel doit-il rester intangible à l'égard de la dite collectivité ou tiers payant ? Telle est la question.

Le fonctionnement de la loi sur les Assurances sociales comporte la nécessité du contrôle médical. Il est très compréhensible que, lorsque les bénéficiaires d'une Caisse d'Assurances sociales sont soignés dans un autre département, dans un sanatorium en particulier, la Caisse primaire ne peut pas envoyer à grands frais un médecin-contrôleur dans le département siège dudit sanatorium.

Il vient donc de suite à l'idée de réclamer du médecin de cet établissement public un certificat précisant l'état du malade et permettant de déterminer s'il a encore droit aux prestations dont il a bénéficié jusqu'à présent. Il semble très simple de prier le médecin-chef d'adresser à son confrère, médecin contrôleur de la Caisse intéressée, un certificat confidentiel précisant l'état du malade. Le secret professionnel paraît ainsi être respecté.

A la vérité, nous pouvons dire qu'au regard de sa Caisse d'Assurances sociales, le malade ne peut pas invoquer le secret, puisqu'il est soigné dans un sanatorium pour un accident de tuberculose : la cause de l'affection et le traitement sont donc, pourrions-nous dire, de notoriété publique.

Néanmoins, l'état du malade peut comporter certains renseignements d'ordre confidentiel, ne serait-ce que du point de vue pronostic.

Si le secret professionnel devenait celui de polichinelle dans les bureaux de la Caisse, très rapidement la famille du malade et l'intéressé lui-même pourraient être mis au courant du pronostic de l'affection.

En second lieu, je tiens à bien préciser que si le médecin de contrôle est lié *erga omnes* par le secret professionnel, il ne l'est pas du tout par rapport à son mandant, c'est-à-dire la Caisse. Il doit à son commettant, qui le paie pour cette besogne, toute la vérité sur la mission de contrôle qui lui est confiée.

Il eut fallu faire décider par la loi des Assurances sociales que le médecin de contrôle accomplira sa mission sans avoir à donner à la Caisse de motifs d'ordre médical.

Cependant, on peut opposer aux défenseurs outranciers du secret professionnel, que celui-ci est bien atténué au moment du fonctionnement de la Commission technique des trois médecins.

La législation des Assurances sociales prévoit en effet que lorsqu'il y a divergence entre le médecin traitant et le médecin contrôleur sur l'état du blessé, le Président du Tribunal civil désigne un troisième médecin. Les trois confrères discutent ensemble de l'état pathologique du patient en cause et décident à la majorité.

Il en résulte que pour soutenir les intérêts de son client, le médecin traitant est dans l'obligation de violer le secret professionnel au regard de ses deux autres confrères, dont l'un, le médecin contrôleur, doit dévoiler la vérité entière à son commettant, c'est-à-dire la Caisse.

J'estime donc qu'en attendant qu'une loi soit votée, il appartiendrait au médecin-contrôleur de faire admettre par sa Caisse que cette dernière acceptera les décisions de son mandataire médical sans qu'il ait à donner des précisions d'ordre technique.

II. — Assurance-invalidité

En matière d'assurances sociales, lorsque la maladie dure plus de six mois et entraîne une incapacité de travail de plus des deux tiers, l'assuré peut toucher une pension d'invalidité. Pour l'éatblissement de celle-ci, il doit fournir des certificats et attestations de médecins, indiquant son état d'invalidité et permettant à la Caisse, ainsi qu'à son service de contrôle, de reconnaître le bien fondé de la demande.

Dans ces conditions, on peut dire que, théoriquement, il appartient au malade de réclamer lui-même à ses médecins des pièces établissant son état de maladie et donnant toutes précisions nécessaires, pour l'établissement du dossier, sur lequel on statuera. Il n'y a donc plus de secret professionnel qui s'impose au médecin traitant, puisque c'est au malade lui-même qu'il remettra la pièce demandée. L'assuré adressera son dossier à sa Caisse, à l'appui de sa demande de pension d'invalidité.

Cependant, pour éviter des lenteurs, des négligences de la part de malades, parfois très atteints pour sauvegarder le bon moral du patient, qui s'illusionne fréquemment sur son état, les médecins contrôleurs de la Caisse invalidité ont pensé pouvoir correspondre directement avec leurs confrères de sanatorium pour obtenir d'eux, non pas un diagnostic de maladie — puisque, dans notre hypothèse, il ne s'agit que de tuberculose — mais un rapport sur le degré d'invalidité du patient, ce qui permettra de faire octroyer à celui-ci la pension d'invalidité réclamée.

Certes, la théorie est violée, puisque le médecin traitant ne doit pas correspondre directement avec la Caisse, sans que le malade en soit informé et qu'il ait donné son assentiment. Cependant, la pratique permet l'atténuation du rigorisme du secret, en attendant que la Confédération des Syndicats médicaux ait pu faire établir par les juristes un projet de loi, réglant d'une manière définitive cette question d'actualité de l'opposition de devoir au secret vis-à-vis de l'application des lois sociales.

Dr Paul Boudin.

EXPERTISES

Comment il faut interpréter les tests de la Tuberculose

A PROPOS DE L'EXERCICE DES FONCTIONS PUBLIQUES

D'après M. le Docteur E. RIST (1)

Dans la lutte qu'il a entreprise contre la tuberculose, fléau social, l'Etat s'est préoccupé à juste titre de l'état de santé des sujets, qui étaient à son service, et de ceux qui devaient y entrer. Aux premiers, il a voulu assurer des mesures de traitement, aux seconds il a appliqué des garanties de prévention. Ainsi s'est posée la question des tests de guérison de cette maladie.

Pour les uns, atteints de tuberculose ouverte, il a voulu accorder la mise en congé avec traitement intégral pendant trois ans, et avec demi traitement pendant deux ans (art. 51 de la loi du 30 mars 1929). Mais à la fin de cette période devait se poser, pour la reprise du service, la question de guérison.

Pour les autres s'imposait, en contre-partie, l'admission limitée à ceux qui seraient reconnus indemnes de toute affection tuberculeuse (art. 18 du décret du 10 décembre 1929). Ici, de nouveau, se répétait le problème de savoir par quels moyens on pourrait juger de la guérison pour les sujets, antérieurement atteints de tuberculose.

Quels tests l'Etat a-t-il mis à la disposition du phtisiologue, seul qualifié pour juger de cette délicate question, lorsqu'il a été prescrit, en effet, que celui-ci devait faire, « outre un examen clinique, un examen radioscopique et, s'il y a lieu, une analyse bactériologique ». (Art. 4 de l'arrêté ministériel du 25 février 1929).

Nous allons voir de quelle manière est mise ainsi à l'épreuve la conscience des experts les plus scrupuleux, et faire ainsi l'étude critique des tests de la tuberculose.

Comment, tout d'abord, apprécier qu'un *candidat* aux fonctions publiques est indemne de tuberculose.

Son examen clinique et bactériologique est demeuré négatif . Aucun antécédent pathologique ; aucun symptôme morbide, fonctionnel ou général.

Mais, à l'examen radiologique, on constate une ou plusieurs ombres calcifiées. Au voisinage d'un hile, dans un sommet ou une base pulmonaire. celles-ci témoignent presque toujours d'une contamination tuberculeuse antérieure, guérie du point de vue de la clinique, rendue inactive du point de vue de la pathologie. La lésion tuberculeuse est latente, silencieuse, cicatrisée ; toutefois personne ne peut affirmer qu'elle ne se réveillera pas un jour. Il est donc impossible, en conscience, de certifier que le candidat est « indemne de toute tuberculose, ni même de toute affection tuberculeuse ».

Il faut, par conséquent l'éliminer, bien que les probabilités d'une réactivation soient très faibles.

Or, il existe des cicatrices, qui peuvent échapper à la radiologie, parce que non imprégnées de sels calcaires, et qui présenteraient les mêmes dangers comme aussi les moindres chances de réactivation. Une cuti-réaction à la tuberculine pourrait seule en faire supposer l'existence. Cette épreuve n'est heureusement pas réglementaire pour les expertises, dont nous nous occupons. C'est un bien, car elle conduirait à éliminer encore plus de candidats, alors qu'ils sont appelés à rester sains tout le restant de leur vie. Une primo-infection leur a, en effet, conféré un état allergique, et, s'ils présentent la *tuberculose-infection*, ils ne seront plus, en raison de cet état de défense, atteints dans l'avenir de la *tuberculose-maladie*, la seule qui soit à craindre pratiquement.

Parmi les Français, de 18 à 25 ans, ils sont ainsi 75 à 80 pour 100 à cuti-réaction positive ; n'admettre que les autres, à cuti-réaction négative, donnerait de sérieuses craintes d'accepter seulement dans les cadres, les individus les plus susceptibles de devenir tuberculeux, après avoir éliminé les réfractaires. *Il est donc heureux que la cuti-réaction ne soit pas imposée parmi les tests du médecin-expert.*

Nous en arrivons maintenant à l'*appréciation d'un état de guérison* pour les candidats, qui ont présenté une *atteinte manifeste* de tuberculose pulmonaire pendant un temps plus ou moins long, et qui en ont guéri.

Ce qui va être exposé s'appliquera, par la même occasion, aux *fonctionnaires mis en congé* pour tuberculose ouverte, lorsque se posera, au bout de cinq ans, la question de leur réintégra-

(1) L'admission aux fonctions publiques des tuberculeux guéris (*La Presse Médicale*, 5 mai 1937).

tion possible dans les cadres, ou mieux de leur guérison.

Il y a des guérisons solides et des guérisons fragiles. —

Distinguer les unes des autres est souvent malaisé. Il faut pour se prononcer une observation médicale prolongée et très compétente.

Tout d'abord, on doit éliminer, au même titre que les lésions progressives, les lésions régressives, car celles-ci sont encore en évolution. « Sur un cliché radiographique, nous constatons à une certaine date, l'existence d'un foyer de condensation pulmonaire d'une certaine étendue. Trois mois plus tard, un nouveau cliché nous apprend que ce foyer est moins dense et que son étendue s'est réduite de moitié , en même temps que s'amélioraient les symptômes locaux et généraux présentés par le malade. Evolution régressive, favorable, mais évolution tout de même. C'est uniquement lorsqu'une lésion, ne donnant plus de symptômes, reste constamment identique à elle-même que l'on peut parler de stabilisation, de *tendance non évolutive,* d'arrêt ».

Une tuberculose guérie, n'évolue plus, ne donne lieu à aucun symptôme fonctionnel ou général, ni à aucun signe d'activité. Ce n'est pas à dire que les cicatrices des lésions ne puissent se traduire par certains symptômes, tels que l'essoufflement facile ou par des signes stéthacoustiques, submatité, diminution du murmure vésiculaire, voire même crépitations atélectasiques, et par des modifications caractéristiques de l'image radiologique du thorax. Mais il n'y a ni anomalies thermiques, ni tachycardie, ni amaigrissement, ni toux, ni expectoration, ni surtout de bacilles tuberculeux dans une expectoration occasionnelle.

Encore ne faut-il pas attribuer, à une persistance d'activité lésionnelle, des symptômes qu'un examen approfondi montre, déterminés par une affection toute différente. D'être guéri d'une tuberculose pulmonaire ne protège pas contre l'appendicite, la lithiase biliaire, les angines ou même le simple coryza.

Enfin, il ne suffit pas qu'une tuberculose soit guérie selon toutes apparences, il faut que la guérison soit solide, qu'elle ait subi *l'épreuve du temps et aussi l'épreuve du travail.*

On peut être resté un an sans expectorer et sans dépasser 37° sur une galerie de cure, puis recommencer à cracher des bacilles, et atteindre 38° tous les soirs, trois mois après avoir repris un travail modéré.

Le facteur *temps* revêt donc une importance capitale. *Mais peut-on fixer un délai ?* Le Professeur Leuret demande « trois années sans présence de bacilles dans les crachats et sans signes d'évolution lésionnelle ». Le Professeur Gaussel se contenterait d'une « guérison clinique apparente, maintenue depuis plus d'un an ». Le Professeur Aubry trouve nécessaire « un délai de six mois après constatation de la guérison ». Le Professeur Gernez demande que « l'absence de bacilles ait été constatée par l'examen répété tous les mois pendant au moins un an ».

Peut-être est-il dangereux de trop préciser, en une matière où il y a tant d'impondérables. Le Docteur Rist modifierait volontiers le texte de l'article 18 du décret du 10 décembre 1929 de la manière suivante : « L'admission ne pourra être prononcée que si le certificat médical reconnaît le candidat indemne de toute affection, tuberculeuse actuelle, ou guéri d'une telle affection depuis un temps suffisant pour que la guérison paraisse solide et durable. »

Car il faut un moindre délai pour s'assurer de la stabilité de la guérison, lorsqu'il s'est agi d'une pleurésie séro-fibrineuse ou d'infiltrations discrètes, micro-nodulaires d'un sommet, que lorsqu'on a eu affaire à une lobite excavée.

Une question fort agitée est celle du *pneumothorax thérapeutique.* M. Vaucher demande que celui-ci soit résorbé depuis un an au moins, M. Hirschserg depuis trois ans, pour que l'admission puisse être envisagée. Le Professeur Sergent estime qu'il faut considérer un pneumothorax entretenu « *radiologiquement nettoyé* », comme un état séquelle, et le Professeur Gernez partage cette opinion.

« Ne serait-il pas étrange, en effet, dit le Docteur Rist, que le fait d'être traité par la méthode, la plus efficace que l'on connaisse, frappât en quelque sorte le tuberculeux guéri d'une suspicion supplémentaire ? La pratique nous enseigne que la guérison acquise sous l'influence du pneumothorax est plus solide, plus durable que la guérison en quelque sorte spontanée procurée par la cure sanatoriale. Elles nous enseigne aussi que la capacité de travail du tuberculeux traité est souvent restaurée, bien avant que le pneumothorax soit abandonné. Les phtisiologues avertis préfèrent, en général, que leurs convalescents reprennent leur travail sous la protection de leur pneumothorax. La réadaptation à la vie active se fait ainsi avec plus de sécurité. S'agit-il d'une jeune fille, on lui permet le mariage et la maternité, à la condition expresse qu'elle conserve, en vue de cette épreuve physiologique capitale, le pneumothorax, qui l'a guérie. Je ne verrais pour ma part que des avantages à ce que l'on exigeât de certains candidats, admis à titre d'essai, qu'ils continuassent à faire entretenir leur pneumothorax, si celui-ci, parfaitement efficace et ayant conduit à la guérison, n'a pas eu une durée jugée suffisante. En règle générale, un

candidat, qui a été traité avec succès par le pneumothorax, offre plus de garanties que s'il avait été traité par des méthodes moins rigoureuses et plus aléatoires. Non seulement, en effet, il a bénéficié de la meilleure thérapeutique que nous connaissions, mais, de par la nécessité des reinsufflations périodiques, il a été placé sous un contrôle médical plus continu, et il y a des chances, par conséquent, pour que les étapes de sa guérison aient été mieux observées et vérifiées avec plus de soin. C'est aussi l'avis du Professeur Sergent et du Professeur Gernez ».

L'article 2 de l'arrêté ministériel du 25 février 1930, qui fait allusion à la question, qui nous occupe est ainsi conçu : « Les fonctionnaires mis en congé ne pourront être réintégrés que lorsque les signes généraux, fonctionnels et radiologiques, permettront de les considérer comme cliniquement guéris . Dans tous les cas, l'absence de bacille devra avoir été constatée par des examens répétés depuis six mois au moins, et pratiqués sous contrôle médical dans un laboratoire agréé.

Et le Dr Rist ajoute : « Six mois, cela peut suffire à la rigueur dans certains cas. Il en est d'autres, où ce délai paraîtra beaucoup trop court. Et d'ailleurs, le délai n'est pas tout ; les modalités de la recherche : tubage gastrique, homogénisation, culture, inoculations, ont tout autant d'importance. Tout cela, que l'évolution de la technique rend si mouvant, peut-il se définir raisonnablement dans un texte législatif ou administratif ? Je ne le crois pas. Le doyen Roussy dit fort sagement : « L'appréciation doit être laissée aux médecins assermentés, en prenant pour base *minima* les dispositions de l'article 2 de l'arrêté. » Ayez de bons médecins, et faites-leur confiance. C'est l'essentiel. »

***

Bref, en ce qui concerne les tests de guérison, il y aurait de grands inconvénients, à les fixer dans une formule trop rigide. Il faut modifier et adapter, après usage, les règlements actuels. « On devra tenir compte désormais de ce grand fait de la *curabilité de la tuberculose pulmonaire*, et donner une solution équitable au problème de l'admission aux fonctions publiques de candidats, *anciens tuberculeux guéris.*

Les intérêts en jeu sont multiples. Ceux des candidats ont deux aspects souvent contradictoires, dont l'un concerne leur santé, et l'autre leur carrière. Ceux de l'Etat sont également divers : il se doit d'être économe du bien public, et ne doit pas assumer indûment la charge des congés payés de longue durée, mais il se doit aussi de ne pas se priver indûment des services de fonctionnaires qualifiés et méritants. Enfin, il lui incombe de ne pas exposer à la contagion tuberculeuse des enfants des écoles d'une part, les fonctionnaires sains d'autre part. »

« Il n'est pas impossible de concilier ces intérêts divergents. La responsabilit principale des décisio:s à prendre pèsera sur la conscience des médecins. De leur choix judicieux, beaucoup plus que de la précision des textes administratis, dépendra la sage et équitable application de la loi ».

BIOLOGIE VÉGÉTALE

L'influence des couleurs sur le blé

A mesure que les recherches des bio ogis es se poursuivent l'influence des diverses couleurs sur la matière vivante s'affirme et se nuance.

C'est ainsi que des expérimentateurs ayant eu l'idée d'entourer des épis de blé de sachets de couleurs différente ont constaté des différences notables dans la quantité et le poids des graines, comme aussi dans leur qualité.

De ces expériences, il ressort que les rayons rouges et jaunes sont les plus favorables à une bonne maturation.

Par contre, le gluten des grains mûris sous papier bleu est de qualité supérieure.

Il importe, toutefois, pour que ces manifestations se produisent, que l'ombrage débute assez tôt après la maturité laiteuse. Plus tard, le taux de l'amidon est stabilisé et les variations sont moins prononcées.

(*Du blé au pain*, mai-juin 1937).

G. L.



LE MÉCANISME DE LA TRANSMISSION NERVEUSE

Par H. Tuchmann

Le mécanisme de la transmission de l'influx nerveux, après avoir longtemps échappé aux investigations des physiologistes, à cause de la complexité anatomique et histologique, du système nerveux, semblait cependant avoir reçu une explication définitive à la fin du dernier siècle. La première grande explication scientifique qui tendait à assimiler le mécanisme de la transmission nerveuse à un phénomène d'ordre électrique rallia presque l'unanimité des physiologistes. Cette conception semblait d'autant plus justifiée qu'on obtenait une décharge électrique dans le muscle chaque fois qu'on excitait un nerf. Les premières observations de Volta (décharge électrique mesurable sur une patte de grenouille), furent rapidement vérifiées. Les auteurs rivalisèrent d'ingéniosité pour construire des appareils de plus en plus sensibles et susceptibles d'enregistrer les variations de courant électrique les plus faibles qui accompagnent le fonctionnement neuro-musculaire.

Un auteur italien n'est-il pas arrivé dernièrement, à obtenir un enregistrement graphique de la pensée humaine, grâce à un système d'amplificateurs cathodiques ? L'onde électrique concomitante du fonctionnement de la pensée humaine, mais de faible amplitude, est ainsi rendue visible, grâce à cet ingénieux système.

D'autre part, l'influx nerveux et la vitesse de contraction des muscles semblaient étroitement liés à un rapport chronologique neuro-musculaire. Tout fonctionnement neuro-musculaire semblait lié à l'isochronisme entre ces deux éléments et toute perturbation du rapport chronologique paraissait devoir se traduire par un arrêt de la transmission de l'influx nerveux.

A cette interprétation purement physique de la transmission de l'influx nerveux s'oppose actuellement une explication chimique : *l'hypothèse de l'intermédiaire chimique.* L'idée d'un intermédiaire chimique assurant la transmission entre le nerf moteur et le muscle strié a été posée et résolue par Dale. L'hypothèse de Dale se rattache à des considérations pharmacodynamiques de système nerveux involontaire. C'est notamment par la constatation du parallélisme de l'action de certains alcaloïdes et de celle du sympathique et du système para-sympathique qu'on est arrivé aux conclusions actuelles. Les recherches de Dale et de Lœvi qui viennent d'être couronnées par le prix Nobel nous apportent à la fois une explication nouvelle du mécanisme de la transmission de l'influx nerveux et une interprétation satisfaisante du mécanisme d'action des poisons des systèmes sympathique et para-sympathique.

Oliver et Schaffer semblent avoir été les premiers à avoir extrait des surrénales une substance qui, injectée dans les veines d'un animal, provoquait une hypertension avec vaso-constriction et accélération cardiaque. Comme on obtient les mêmes phénomènes en excitant le nerf splanchnique, on s'était demandé si l'excitation du splanchnique n'excitait pas les surrénales. Des ponctions dans les vaisseaux surrénaliens avaient permis de vérifier cette hypothèse en même temps qu'on identifiait le principe actif de la stimulation du splanchnique.

Il s'agit d'un produit sécrété par les cellules de la médullo-surrénale. Après l'avoir isolée à l'état pur, Takamine en fait la synthèse en la dénommant adrénaline. Le parallélisme entre l'action de l'adrénaline et l'excitation du sympathique que fut d'abord interprété comme résultant d'une excitation directe du sympathique par l'adrénaline.

On avait cependant vu que l'action de l'adrénaline ne s'exerçait pas par l'intermédiaire du nerf, car on obtient encore une dilatation pupillaire après adrénalisation sur un animal dont le ganglion cervical supérieur a été enlevé, ce qui fait dégénérer les fibres sympathiques. Il y avait là, une indication d'une action indirecte périphérique et différente d'un effecteur à l'autre. Malgré cette constatation fondamentale qui aurait dû guider les recherches du côté chimique, la théorie d'une action excitante de l'adrénaline sur le système sympathique était restée classique jusqu'à ces dernières années.

Pour le para-sympathique on était arrivé aux mêmes conclusions, groupant les alcaloïdes en excitants (pilocarpine) et paralysants (atropine) et suivant que ceux-ci reproduisaient les effets de l'excitation ou de la paralysie des nerfs para-sympathiques. On supposait que ces poisons agissaient par l'intermédiaire des nerfs para-sympathiques en les excitant ou en les paralysant. Il est curieux de constater que c'est cette notion qui a servi de repère pour l'identification et la délimitation de ce système. Ici encore l'observation de Langley montrant la possibilité d'excitation du para-sympathique pelvien après atropinisation (section physiologique) resta sans échos. Aussi l'hypothèse d'un intermédiaire chimique d'Elliot qui envisageait l'idée d'une action indirecte des poisons du para-sympathique fut vite oubliée. Pour Elliot, il s'agirait d'un influx nerveux qui arrivé au niveau d'un nerf libèrerait seulement au contact immédiat de l'organe

effecteur la substance active. Cette conception permettait cependant d'expliquer la contradiction des faits expérimentaux rapportés par Langley. Aussi la théorie de l'intermédiaire chimique insuffisamment appuyée par l'expérimentation tomba en disgrâce. Elle devait renaître cinquante ans plus tard et finir par s'imposer définitivement grâce aux travaux de O. Lœvi et Dale.

Le parallélisme entre l'action des nerfs et l'action des substances chimiques s'explique par le fait que ces nerfs agissent par l'intermédiaire de ces substances. L'excitation des nerfs provoque la sécrétion d'une substance chimique qui agira à son tour sur l'organe récepteur. Cet intermédiaire chimique est l'acétylcholine pour le para-sympathique, l'adrénaline pour le sympathique. Les antagonistes de ces substances (atropine et alcaloïdes de l'ergot de seigle) n'agissent pas directement sur le nerf qui continue à sécréter l'intermédiaire chimique, mais rendent inapte l'organe récepteur. L'adrénaline et l'atropine agissent directement sur le sol protoplasmique, la première en augmentant la perméabilité cellulaire, la seconde en la diminuant. L'excitation du para-sympathique provoque seulement une très faible sécrétion d'acétylcholine, à tel point que, entrevue en 1923, lors des expériences de perfusion sur le cœur, elle n'a pu être établie que di x ans plus tard.

La démonstration de l'acétylcholine comme intermédiaire chimique devait venir d'un progrès technique. On avait pu constater que le muscle longitudinal de la sangsue qui se contracte par l'acétylcholine est rendu très sensible à cette substance après ésérinisation, à tel point que des quantités infinitésimales suffisent à provoquer des contractions. Il en était de même pour l'intermédiaire chimique du sympathique où la mise en évidence de l'adrénaline n'a pu être définitivement établie qu'après un perfectionnement technique qui consiste en une sensibilisation de l'organe récepteur par la cocaïne. La production d'un intermédiaire chimique résultant de l'excitation des nerfs du système involontaire est aujourd'hui un fait établi aussi bien pour les fibres adrénergéniques que cholinergétiques.

On s'est alors demandé comment les nerfs du système involontaire secrétaient à leur extrémité la substance chimique spécifique. Y a-t-il sécrétion, c'est-à-dire s'agit-il d'une fabrication suivie d'excrétion, ou plutôt libération de substances préexistantes sous l'influence de l'excitation ? Cette substance est spécifique et différente pour chaque groupe de nerfs, car il y a pour les neurones, une qualité adrénergique et une qualité cholinergétique. Cette spécificité est conditionnée par la nature et l'origine du neurone, pour le para-sympathique, il s'agit de fibres issus de l'axe encéphalo-rachidien avec centre trophique axial, alors que les neurones adrénergiques appartiennent au même groupe des cellules chromaffines que ceux de la médullo-surrénale. Alors qu'on peut encore admettre pour l'adrénaline une sécrétion à partir de ces fibres adrénergiques, ceci semble impossible (à cause de leur structure histologique) pour les fibres cholinergétiques. Comme, d'autre part, l'influx nerveux se propage avec une grande rapidité, on ne peut pas concevoir un transport de substances le long des nerfs. On admet que l'excitation produit une onde de négativation au niveau du nerf qui entraîne un changement de la concentration ionique qui donne lieu à une réaction d'activation au niveau de la terminaison axonique à partir d'un matériel préexistant. Il peut y avoir, par exemple, réduction d'une adrénaline oxydée ou synthèse d'esters pour l'acétylcholine.

Pour le système neuro-musculaire volontaire la mise en évidence de l'intermédiaire chimique était d'autant plus difficile que la transmission physique de l'influx nerveux semblait démontrée. La transmission de l'influx nerveux semblait étroitement liée à un accord chronologique, à un isochronisme neuro-musculaire. On constata en effet que les muscles à contractions rapides étaient innervés par des nerfs à conduction rapide (petite chronaxie), et que, inversement les muscles lents possédaient des nerfs dont la vitesse de conduction était moindre. Nous n'entrerons pas dans les détails qui ont contribué à l'édification de la théorie de la transmission de l'influx nerveux par voie physique. Nous nous bornerons uniquement à dire qu'en dernière analyse, le mécanisme de la transmission de l'influx nerveux était interprété comme résultant d'une onde de dépolarisation négative qui donnait lieu à un transport de ions négatifs à partir du point excité. Cette onde était considérée nniquement au point de vue physique, son action dérivant de ses propriétés électriques.

En 1934, Dale en perfusant la langue d'un chien en même temps qu'il excitait le nerf grand hypoglosse (nerf purement moteur) trouve dans son liquide de perfusion de faibles quantités d'acétylcholine. A la suite de cette expérience fondamentale, Dale conclut à la transmission chimique et étend ainsi la notion de l'intermédiaire chimique du système involontaire au système volontaire. Critiquée au moment de son établissement, cette théorie tend à s'imposer. Une objection fondamentale à cette hypothèse semblait résider dans la vitesse de l'influx nerveux incompatible avec la théorie chimique. On ne peut pas admettre un transport de substance spécifique le long du nerf à partir du point excité.

On explique actuellement la vitesse de transmission par le fait que la conduction est liée à un phénomène physique qui est un transport de

ions négatifs par une onde de dépolarisation qui, arrivée au niveau de l'organe récepteur déclenche la libération d'adrénaline ou d'acétylcholine active qui engendrera une réponse musculaire.

A la lumière des acquisitions récentes le mécanisme de la transmission de l'influx nerveux nous apparaît comme un phénomène complexe dans lequel les actions physiques et chimiques s'intercalent et se succèdent sans se confondre ni se superposer. Schématiquement, on peut distinguer deux phases : une phase de conduction dont le mécanisme est physique et une deuxième phase de transmission proprement dite d'ordre chimique. Ces deux phénomènes sont d'inégale importance en ce qui concerne le système volontaire et involontaire. Le phénomène électrique est beaucoup plus important pour les tissus à contractions rapides et conditionne en partie leur fonctionnement bien qu'à lui seul, il soit insuffisant. Au contraire, pour le système involontaire et les tissus à contractions lentes le phénomène physique est négligeable et c'est *l'intermédiaire chimique* qui acquiert la plus grande importance, étant le vrai facteur de la transmission de l'influx nerveux.

LA LUTTE CONTRE LES PARASITES DE L'HABITATION

Le cloporte

Par P. CHAVIGNY (Strasbourg)

Le temps n'est plus où la médecine employait le cloporte comme remède contre l'anurie. On le prescrivait alors vivant ou pulvérisé. Il était surtout employé comme *cloporte préparé* (Armadille). Vivant, on le prescrivait jusqu'au nombre d'une centaine.

Le cloporte ne vit pas spécialement dans l'habitation humaine, car on le rencontre dans tous les endroits humides quelconques, là où il peut vivre dans les joints des pierres.

Mais, il est tout au moins déplaisant dans les habitations quand il a envahi les caves et sous-sols.

C'est un animal extrêmement vorace, mangeant de tout sans exception, tellement vorace que si l'alimentation vient à leur manquer, ils vont jusqu'à s'entredévorer.

Ils s'attaquent à toutes les provisions quelconques qu'on peut avoir déposées dans une cave, dans une arrière-cuisine.

On peut donc être désireux de s'en débarrasser.

Il faut, bien entendu, essayer d'agir dès qu'on constate le début de l'invasion, car, c'est un animal extrêmement prolifique.

Il résiste facilement à toute une série de produits qu'on pourrait essayer d'employer pour le détruire. Par exemple, il résiste pendant quelques minutes dans le formol du commerce, dans l'essence de térébenthine, ainsi que dans l'éther.

Pour le détruire, il est indiqué de recourir aux pulvérisations de xylol. Plongé dans le xylol ou soumis à une pulvérisation du xylol, le cloporte périt instantanément.

Il est donc indiqué d'utiliser ce produit qu'on peut pulvériser dans un pulvérisateur absolument quelconque, pulvérisateur de toilette, pulvérisateur de peintre, etc...

Le xylol, même pulvérisé, n'est guère inflammable, sauf si vraiment on avait l'imprudence de le pulvériser dans une flamme. Il n'est nullement comparable, comme danger, à l'éther.

VARIÉTÉS

Hommage posthume rendu à un éminent praticien

Louis DUVERNAY

Chirurgien de l'Hôpital municipal d'Aix-les-Bains

Sa vie — Son œuvre

(1877-1930)

La famille et les amis du Docteur Louis Duvernay, le distingué chirurgien de l'hôpital d'Aix-les-Bains, enlevé le 30 décembre 1930 en pleine activité à l'âge de 53 ans, ont voulu honorer sa mémoire. Ils ont choisi le meilleur moyen qui soit pour rendre un hommage posthume à un homme d'une haute valeur morale et professionnlle ; c'est d'exposer simplement l'histoire de sa vie et son œuvre. Ils l'ont fait avec goût et discrétion. L'ouvrage intitulé : *Louis Duvernay, sa vie, son œuvre*, ouvrage qui n'est pas en vente, est merveilleusement édité. Il fait honneur à ceux qui l'ont rédigé et au maître-imprimeur Paul Jacques, d'Aix-les-Bains, des presses duquel il est sorti.

***

Louis Duvernay naquit à Aix-les-Bains le 14 mai 1877. Fils d'un pharmacien distingué, il fut élevé par sa mère devenue veuve alors qu'il n'avait que 5 ans. Accueilli à l'Abbaye cistercienne d'Hautecombe, il fit ses études au collège de Rumilly. L'abbé Soudaz, son professeur de philosophie, marque son esprit d'une forte empreinte cartésienne. Sa distraction favorite est la musique pour laquelle il est particulièrement doué. En 1896, il s'inscrit à la Faculté de médecine de Lyon. Il entre dans une pension d'étudiants que tenait un vieux prêtre, le père Brizard. Il concourt pour l'externat, est reçu en 1898, fait son service militaire au 13e bataillon de chasseurs alpins et y apprend à connaître et à aimer la haute montagne. Interne provisoire des hôpitaux de Lyon en 1900, il est reçu le premier interne titulaire en 1901. Il passe tour à tour dans les services de Rollet, Villard, Augagneur, Bret, Gangolphe, Garel, Monisset, Commandeur et Audry. Le but de ce grand travailleur est de devenir un médecin complet.

D'abord préparateur, puis moniteur dans le laboratoire du Professeur Renaut, il y entre en relations avec le Professeur Claude Regaud, alors agrégé et devient l'ami de ces maîtres. Le Professeur Ch. Regaud lui donne le sujet de sa thèse, l'*hémosiderose viscérale*. Il eut pu aborder avec succès tous les concours, il préféra rejoindre sa mère à Aix et s'y installer. Il épousa en 1906 une jeune fille qu'il avait connue étudiante dans le service du Docteur Garel et dont il avait inspiré la thèse. Il en eut une fille qui fit avec succès ses études de médecine.

La carrière de Louis Duvernay à Aix fut brillante. Amoureux de son pays natal, la Savoie, dont il se plut à étudier les mœurs et l'histoire, il devint vice-président de la Société d'histoire et d'archéologie de la Savoie. Clinicien averti, connaissant à fond la valeur thérapeutique des eaux d'Aix, il créa l'Ecole des doucheurs-masseurs d'Aix, pour assurer par un personnel auxiliaire d'élite la parfaite exécution des prescriptions médicales.

Il est un médecin complet à la fois hydrologue, pédiatre, chirurgien, accoucheur, laryngologiste. Il n'oublie pas que chez le Professeur Renaut, il fut un micrographe averti.

Lors de la construction des nouveaux hôpitaux d'Aix, le service de chirurgie lui est confié. Là, il donne toute la mesure de son talent et aussi de son inépuisable bienveillance et de sa bonté.

Survient la guerre. En 1914, il organise le centre chirurgical d'Aix (700 lits), ceux de Gap et de Bourgoin. En 1915 il va au front et y reste jusqu'à la fin de la guerre en Alsace, dans la Somme, à Verdun. Cité à l ordre du jour, croix de guerre, il est fait chevalier de la Légion d'honneur.

Revenu à Aix, il se consacre surtout à l'étude du rhumatisme et de l'arthrite chronique de la hanche. Il accumule les documents radiographiques notamment sur les manifestations rhumatismales des mains.

Il allait se reposer de ses travaux absorbants en rejoignant sa famille dans son petit chalet au bord du lac du Bourget où il aimait à cultiver ses roses et ses arbres fruitiers.

Son âme d'artiste s'intéressait surtout à la musique mais aussi à la peinture. A la fin de la saison d'Aix, il passait un mois à Annecy, dans la vieille maison de la famille de sa mère. Puis il se rendait à Lyon suivant les séances des Sociétés médicales dont il était correspondant. Le Professeur Bard lui demanda en janvier 1927 de faire une leçon sur *Le rôle du terrain dans le rhumatisme chronique* et le Professeur Tixier l'appela à faire un cours sur l'*Arthrite chronique de la hanche*. Il donna un caractère scientifique à la

Société médicale d'Aix-les-Bains et en 1929, y fit un exposé sur *la goutte.*

Pendant la période d'hiver, il s'ingénia à faire connaître la station d'Aix. Il fit des conférences en Suède, en Danemark, en Hollande, en Pologne. En 1925 le Gouvernement suédois lui attribua la Croix de l'Ordre de l'Eto le Polaire. Il put étudier en mission officielle les divers établissements thermaux d'Allemagne et d'Autriche. Il publia en mars 1930 son ouvrage sur l'*Arthrite chronique de la hanche* pour lequel l'Académie de médecine lui décerna le Prix Godard. Il s'apprêtait à partir pour la Suède, chargé d'une mission par l'Office national du tourisme quand le 31 décembre 1930, il mourut subitement en examinant un malade durant sa consultation.

Peu avant, la veille de Noël, il avait fait pratiquer pour la première fois par son ami, le Docteur Cléret, chirurgien de Chambéry, une opération dont il avait eu l'idée et qui porte son nom, le *forage de l'épiphyse supérieure du fémur dans les arthrites chroniques douloureuses de la hanche.*

Telle fut la vie et l'œuvre de Louis Duvernay, d'après la biographie du Professeur Favre que nous avons trop brièvement analysée.

A la suite de la biographie sont publiés plusieurs articles ayant trait aux travaux de L. Duvernay signés du Professeur G. Mouriquand, du Professeur Nové-Josserand, du Professeur R. Leriche, du Docteur J. Graber-Duvernay, du Prof. agrégé G. Kahlmeter (de Stockholm), du Docteur F. Cottin, du Professeur Cl. Regaud, du Professeur agrégé Levrat, du Professeur Favre, tous savants ou praticiens éminents qui démontrent la valeur de l'œuvre de celui qui fut leur ami.

Ce livre d'or est terminé par un article intitulé: *Louis Duvernay, historien d'Aix-les-Bains et de la Savoie,* pieux hommage rendu à son père par sa fille, Docteur Marie-Thérèse Graber-Duvernay.

J. Noir.

BIBLIOGRAPHIE

L'effort humain, par Yves Lebéhal.

(Jean Crès, édit., 16, rue Soufflot, Paris)

Sur les bords du lac Léman, à Genève, au bout du parc du Bureau international du Travail entre de hauts cèdres, se dresse un monument presque étrange, monument rude et émouvant qui fixe de loin l'attention du visiteur ; c'est l'*effort humain* du sculpteur James Vibert.

L'effort humain n'est pas l'image de l'effort d'un instant d'un homme qui veut accomplir un travail donné, c'est le symbole, c'est la synthèse du travail des générations humaines qui se suivent et dont les efforts, lents, patients, silencieux s'additionnent à travers les siècles.

Le groupe de pierre consiste en une harmonieuse théorie de travailleurs de tous les âges, vieillard, adultes, femme, adolescent qui, étroitement groupés, s'avancent pesamment, lentement, voûtés par l'effort continu qu'ils accomplissent.

A quelque distance du groupe, un personnage jeune, dressé, le visage face au ciel, ferme la marche, chantant en s'accompagnant sur la lyre.

Ce monument est trop puissant pour être vu de près ; on ne peut, on ne doit pas chercher à en admirer les détails. On ne saurait le comparer au *monument aux morts* du Père Lachaise de Bartholomé dont sa vue évoque, nous ne savons pourquoi, en notre esprit l'image mélancolique, bien que fort dissemblable.

Les critiques trouveront certes à redire sur les membres massifs, sur les muscles trop saillants. L'artiste n'a pas voulu réaliser un modèle d'Académie, il a voulu faire une œuvre puissante, synthétiser l'*effort humain*, et il y a pleinement réussi.

Ce beau monument, beau si par beau dans l'art on entend l'expression sincère d'une forte pensée, a inspiré à Yves Lebéhal quelques pages d'un lyrisme enthousiaste qu'on ne saurait analyser.

C'est en prose, un hymne poétique en l'honneur de l'*effort humain* et la traduction littéraire de l'œuvre géniale du sculpteur James Vibert.

J. Noir.

CHRONIQUE AUTOMOBILE

Le camping automobile (*Suite*)

Pendant longtemps, « camping » était synonyme de « rudimentaire », et par conséquent de manque de confort. C'est pourquoi, seuls ou à peu près, les jeunes pratiquaient ce genre de vie au grand air. Aujourd'hui, fort heureusement, l'ingéniosité des fabricants de matériel pour camping a complètement changé la face des choses, et « camping » signifie : confort différent de celui des villes, mais confort tout de même.

Dans notre Chronique parue le 15 août, nous avons étudié quelques-uns des articles de base du camping qui nous en ont bien apporté la preuve.

Nous allons en examiner une nouvelle série qui sera loin de l'infirmer.

En dehors des matelas pneumatiques et des matelas à intérieur de kapok ou de duvet, destinés à être posés à même le sol, il y a des dispositifs dénommés peut-être un peu pompeusement « lits » qui, plus encombrants et surtout plus lourds que les matelas, ont l'avantage d'être montés sur des pieds surélevés.

Il va de soi que les cadres de ces lits sont pliants, ce qui en facilite le transport. Il s'en fait, pour les personnes délicates, avec des pieds formant ressort, qui sont vraiment très moelleux.

Certains se suffisent à eux-mêmes. D'autres sont plutôt faits pour recevoir un matelas, pneumatique ou à kapok, duvet, etc.

Mais, quand on pratique le camping, on ne se contente pas de dormir. L'exercice donne faim, et l'heure des repas est impatiemment attendue. Raison de plus pour savoir s'organiser et manger de la bonne cuisine saine, et non pas des conserves et de la charcuterie exclusivement.

Le choix des ustensiles de cuisine a donc une réelle importance.

Croyez bien que dans ce domaine aussi, les fabricants ont sorti des merveilles.

C'est d'abord la série des réchauds. Qu'ils soient à alcool liquide, à alcool solidifié, à essence, à pétrole, à gaz d'essence, tous sont de dimensions assez réduites et de poids assez légers pour ne pas encombrer inutilement le campeur. A notre avis, pour le camping automobile, c'est le réchaud à essence ou gaz d'essence qui est le plus pratique, puisque le ravitaillement en combustible se fait en même temps que celui du moteur.

Ici, un petit conseil qui a son importance : donnez votre préférence aux réchauds comportant un dispositif de protection contre le vent. Rien n'est plus difficile en effet que de faire cuire un aliment quand la flamme du réchaud est éteinte à chaque instant par le .... moindre vent qui d'aventure... ! !

Mais si on aime manger chaud et cuit à point, il est bien agréable aussi de boire frais. N'oubliez donc pas une bonne bouteille isolante, de qualité forte, avec intérieur en verre incassable. C'est plus cher à l'achat, certes, mais combien plus économique à l'usage.

Dans cet ordre d'idée, nous signalons les boîtes isolantes qui permettent de conserver chauds ou froids des aliments pendant plus de vingt-quatre heures. Ces boîtes sont indispensables pour les mayonnaises, salades, glaces, entremets, etc., etc., et aussi pour éviter de jeter ce qui n'a pas été consommé en un seul repas.

On commence d'ailleurs à trouver dans le commerce des « valises-glacières » qui ne sont qu'une amplification des boîtes isolantes, et qui rendront certainement de grands services.

On n'a évidemment que l'embarras du choix pour tous les récipients : boîtes à provisions hermétiques, boîtes à œufs, salières, casseroles, assiettes, poêles, timbales, cafetières, etc.

Plutôt que métalliques, prenez ces objets en matière plastique incassable (sauf ceux devant aller au feu, bien entendu), car ils sont plus légers, plus agréables, et surtout ne donnent pas de goût aux aliments.

Et, maintenant, pensons à la toilette et à l'éclairage.

Un lavabo est indispensable. Il en est de merveilleusement pratiques, pliants, à armature duralumin, qui peuvent se suspendre n'importe où. La cuvette contient trois à quatre litres d'eau, et une tablette est disposée pour recevoir les objets de toilette.

Un modèle plus simple consiste en une cuvette en toile imperméable montée sur trépied en bambou, le tout en sac. Un seau en toile avec poignée permet de remplir un réservoir à eau également en toile imperméable, muni d'un robinet en duralumin. La contenance habituelle de ces réservoirs est de 30 litres.

Pour l'éclairage, on utilise l'électricité, par piles, l'essence ou la bougie.

L'électricité est évidemment le mieux, mais aussi le plus onéreux. Une bonne lampe de tente, à puissance d'éclairage de 1.200 bougies, d'une durée de 100 heures, ne coûte guère moins de 275 francs, et la pile de rechange 30 à 35 francs.

La vieille lampe Pigeon de nos grands parents s'est modernisée en fabricant un modèle de camping à essence d'une durée de 7 heures, pour environ 25 à 30 francs.

Inutile de donner des détails sur les lanternes à bougies que tout le monde connaît.

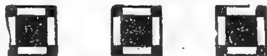
Pour l'intérieur de la tente, on trouve d'ingénieux porte-lanternes, porte-manteaux, porte-objets divers, qui se fixent instantanément au mât, ou si on le préfère, à un arbre quelconque.

Ne pas oublier les ustensiles nécessaires au nettoyage de la tente : balayette, petit rateau, ou encore l'outil combiné balai-rateau, qui seront les bienvenus pour retirer du sol tout ce qui ne devrait pas s'y trouver.

Enfin pour terminer, rendons grâce à ces fabricants qui ont été jusqu'à penser aux nuits fraîches, et ont imaginé des réchauds radiateurs qui fonctionnent sans fumée ni dégagement de mauvaises odeurs.

Et pour éviter que l'on puisse appliquer aux médecins le vieux proberbe qui prétend que les cordonniers sont souvent mal chaussés, songez à la petite trousse à médicaments et aux remèdes contre les piqûres, tant des simples moustiques que des vipères.

Marcel TOUSSAINT.



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Clinique gynécologique** (Hôpital Broca, 11, rue Broca. Professeur : M. Pierre Mocquot). —*Gynécologie. Cours de vacances.* — M. R. Palmer, chef des travaux de gynécologie ; M. J. Guillot, chef de clinique gynécologique ; M. R. Moricard, chef du laboratoire ; M. P. Lejeune, ancien chef de clinique obstétricale ; M. J. Pulsford, assistant d'électro-radiologie ; Mlle Wolff, ancien interne des hôpitaux de Paris, feront ce cours du lundi 20 septembre au samedi 2 octobre 1937.

Ce cours s'adresse aux docteurs en médecine français et étangers et aux étudiants en fin d'études désirant acquérir la pratique des méthodes actuelles de diagnostic et de traitement en gynécologie. Un certificat sera délivré à la fin du cours.

Le droit à verser est de 200 francs. S'inscrire à la Faculté de médecine au secrétariat, les lundis, mercredis et vendredis (guichet n° 4 de 14 à 16 heures) ou bien tous les jours de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi) à la salle Béclard (A. D.R. M.).

— **Thèses.** — Lundi 5 juillet. — Jury : MM. Fiessinger, Loeper, Moreau, Lelong. — M. Cohen-Tannoudji : Contribution à l'étude des formes cliniques et du traitement de la fissure anale. — M. Dehergue : Contribution à l'étude de l'état du foie dans les polysérites bacillaires. — M. Franck : Hépatite graisseuse. — M. Prudent : Etude sur les rapports de la peau avec les sécrétions internes. — M. Mami : Des injections directes de médicaments dans les artères. — Mlle Brouet : L'estomac des hyperthyroïdiens. — M. Duran : Déformation sus-mésocolique du duodénum et du duodénum mobile. — M. Ramadout : Etude critique sur le volvulus gastrique.

Mardi 6 juillet. — I. Jury : MM. Lenormant, Marion, Mauclaire, Wilmoth. — M. Berrondo : Contribution à l'étude de la calcification et de l'ossification des ménisques du genou. — M. Capmas : Contribution aux traitements nouveaux des bartholinites. — M. Gorvel : Les fractures par enfoncement du cotyle. — M. Hechavarria y Vaillant : Contribution à l'étude des greffes de Davis. — M. Garibaldi : Intensification de l'efficacité des vaccins antigonococciques par l'adjonction d'une solution de lécithine colloïdale. — M. Ghayour : La reposition du rein ou « néphropexie ».

II. Jury : MM. Balthazard, Carnot, Rathery, Lavier. — M. Pruvost : Le risque électrique, Commentaire du décret du 4 août 1935 du ministre du Travail concernant la protection des travailleurs dans les établissements qui mettent en œuvre des courants électriques. — M. Meyniel : Le syndrome sus-phrénique du cancer suppuré du poumon. — M. Bensimon : Contribution à l'étude de l'équilibre humoral du vieillard.

III. Jury : MM. Gougerot, Laignel-Lavastine, Huguenin, Mlle Lévy. — M. Bléchet : Contribution à l'étude du syndrome secondaire de la chimiothérapie. Accidents cutanés. — M. Chevreul : Contribution à l'étude de la syphilis de l'ovaire. Aménorrhée et syphilis. — M. Dang Vu Hy : Contribution à l'étude de la syphilis de l'ovaire. — M. Dreyfus-Lemaître : L'anesthésie au protoxyde d'azote et ses applications en dermatologie. — M. Askenasi : Contribution des Juifs à la fondation des écoles de médecine en France au Moyen-Age. — M. Buquin : L'hygiène et la médecine à l'Ecole de La Flèche. — M. Girault : Contribution à l'étude du rôle du Service de santé militaire. — M. Rapaport : La castration rituelle. L'état mental des Skoptzy.

Mercredi 7 juillet. — I. Jury : MM. Gosset, Funck Quénu, Sénèque. — M. Bataille : Quelques cas de cancers gastriques, invisibles à l'opération, vérifiés histologiquement. — M. de Cagny : Contribution à l'étude de la boiterie, séquelle des coxalgies. — M. Goyer : Technique et gastrectomie pour ulcère avec anastomose bout à bout gastro-duodénale. — M. Le Bigot : Tumeurs bénignes du bulbe duodénal. — M. Le Bourgeois : Contribution à l'étude de la dégénérescence cancéreuse des polypes solitaires recto-sigmoïdiens et leur traitement chirurgical. — M. Léra : Contribution à l'étude du traitement des tuberculoses chirurgicales par l'émulsion bactérienne de Vaudremer. — M. Moreau : Le rôle de l'uretère lombaire dans la statique du rein droit et particulièrement des rapports de l'appendicite et de l'hydronéphrose.

II. Jury : MM. Abrami, Champy, Robert Debré, Henri Bénard. — Mme Ass-Léonardow : Contribution à l'étude des néphrites de guerre. Etiologie spirochétienne de certaines d'entre elles. — M. Perrin : De l'autohémothérapie dans les troubles fonctionnels en gynécologie. — Mlle Champy : Essai sur la régulation de la croissance ovarienne et le rôle qu'y jouent les hormones sexuelles. — M. Coujard : Recherches histologiques et expérimentales sur la prostate et sa croissance normale et pathologique. — M. Habib : Contribution à l'étude de la xanthomatose osseuse. — M. Neumann : Contribution à l'étude de l'allergie tuberculinique et de l'immunité chez le cobaye.

Le Gérant : R. Thiron

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux

Le Congrès de documentation universelle

La séance du 20 août (matin), présidée par M. Harlé, a été consacrée principalement à l'utilisation de la documentation pour les besoins de la politique, de la médecine, de la philosophie.

M. L.-H. Dejust, ancien chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Paris, a exposé les caractères et les besoins de la documentation médicale.

Si l'instruction acquise au cours de ses études permet le plus souvent au médecin praticien de décider de la conduite à tenir vis-à-vis de son malade, il se rencontre fréquemment des circonstances où s'impose le besoin de se documenter. L'ampleur et la rapidité des acquisitions contemporaines dans les sciences biologiques et médicales est telle qu'aucun médecin ne peut nourrir l'espoir de connaître, ni surtout de retenir toutes celles-ci : c'est à peine si le spécialiste, dans son domaine limité, peut y parvenir partiellement. Le praticien, en présence d'un problème particulier et précis posé par la maladie, a cependant la nécessité de connaître l'état actuel de la science sur ce point.

Le praticien, éloigné des bibliothèques et insuffisamment entraîné à la recherche des documents à travers les périodiques, ne peut vraiment utiliser l'amas des documents contenus dans les bibliothèques que par l'intermédiaire nécessaire d'un médecin instruit et bibliographe. Le rôle de ce « consultant en documentation » est fort comparable à celui du médecin consultant en clinique appelé par un confrère auprès d'un malade difficile. Le rapporteur esquisse l'organisation d'un tel centre de documentation médicale au service des praticiens.

C'est plutôt aux besoins des spécialistes que s'attache un autre rapporteur de la documentation médicale, Mme M.-Th. Meyer-Oulif. Elle signale l'utilité des traités, des journaux médicaux, des thèses, et tout particulièrement des répertoires de travaux médicaux, produits principalement par les Etats-Unis et l'Allemagne, et des journaux d'analyse édités surtout en Allemagne. Après avoir signalé la quasi-impossibilité pour les médecins de consulter tous les périodiques, la possibilité d'omission, l'impossibilité d'avoir une bibliographie à jour, sans retard de six mois à un an, le rapporteur conclut par le vœu qu'un jour prochain voie la création d'un centre de documentation mondiale, dont le fonctionnement, établi d'après les techniques les plus récentes de la classification, soit assez souple et rapide pour que les médecins du monde entier y trouvent les éléments nécessaires à une documentation fructueuse pour l'avancement des sciences médicales.

(*Le Temps*, 20 août 1937.)

* * *

Ier Congrès national des hôpitaux

La Fédération hospitalière de France a tenu son premier Congrès national à Paris, du 3 au 5 juillet dernier, dans l'hôtel des Arts et Métiers, 9 *bis*, avenue d'Iéna (16e).

A cette réunion, assistaient les représentants de toutes les Unions hospitalières de France et de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris, qui constituent cette Fédération. Les Congressistes étaient au nombre de 340.

Les travaux du Congrès portèrent, en premier lieu, sur la question des dix premiers jours d'hospitalisation, présentée par M. le Docteur G. Petit, vice-président de la Commission administrative des hospices d'Orléans. Le Congrès a unanimement adopté le vœu suivant :

« Le Congrès national de la Fédération des Unions hospitalières de France, tenu à Paris le 4 juillet 1937, émet le vœu que les hôpitaux soient exonérés de la charge des dix premiers jours de traitement, et que ceux-ci soient imposés aux collectivités responsables de l'assistance obligatoire. Cette exonération doit être absolue, dans le sens le plus complet, quelle que soit la durée du séjour du malade ou du blessé à l'hôpital. La loi du 15 juillet 1893 doit être révisée dans ce sens, dans son article 25 complété par la loi du 1er août 1919, et la loi du 7 février 1937.

Vint ensuite la discussion du rapport présenté par M. le Docteur Renon et M. Merle, des hospices de Niort, sur « La répercussion des lois d'assistance et de prévoyance sociales sur l'hospitalisation ». M. Renon fin un large exposé sur les importantes répercussions de chacune des lois d'assistance depuis celle de 1893 jusqu'à celle des Assurances sociales, et précisa les conséquences de cette nouvelle législation.

Le Congrès a adopté enfin le vœu suivant de M. Ciaudo, vice-président de la Commission administrative des hospices de Nice, sur « l'hospitalisation des étrangers » :

« Que soit élaboré sans délai un projet de loi tendant à faire décharger par l'Etat les hôpitaux, en très grande partie sinon en totalité, des frais d'hospitalisation des étrangers indigents, sans qu'il soit fait de différence entre les malades appartenant à des pays avec lesquels nous sommes liés par des traités de réciprocité, et ceux appartenant à des pays avec lesquels nous n'avons pas de traité ;

Qu'en attendant la promulgation de cette loi dont l'urgence est évidente, la répartition du crédit dont dispose le ministère de la Santé publique pour subventionner les hôpitaux recevant des étrangers indigents, soit faite au prorata de leurs frais, quel que soit le pays d'origine des hospitalisés étrangers. »

• •

Ve Congrès international des hôpitaux

Le Ve Congrès international des hôpitaux s'est tenu à Paris, du 5 au 11 juillet dernier, à l'Hôtel des Arts et Métiers, 9 *bis*, avenue d'Iéna (XVIe). Il a réuni 690 congressistes appartenant à 44 Nations.

Les principaux rapports présentés ont été les suivants :

M. le Prof. ROUSSY, sur « L'hospitalisation en France, des malades atteints du cancer » ;

M. le Prof. PEICHAUD, sur « Les principes généraux de l'organisation et de la construction de l'hôpital en France » ;

M. CROS-MAYREVIEILLE, sur « Le développement et l'état présent de l'hôpital en France » ;

M. CHENEVIER, sur « L'infirmière et l'infirmier de France » ;

M. le Docteur FREY (de Berne), M. Mac EACHERN (de Chicago), M. ZEITLER (de Berlin), et M. UKLEIN (de Prague), sur le thème : « Comment l'hôpital peut-il augmenter ses recettes et diminuer ses dépenses, sans inconvénient pour son action ? » ;

M. SARRAZ-BOURNET, sur « Le plan national de l'organisation des hôpitaux » ;

M. l'architecte DISTEL (de Hambourg), sur « L'économie nationale et régionale de la construction des hôpitaux » ;

M. le Docteur MOUTTET (de Berne), sur « La modification des statuts de l'Association internationale des hôpitaux » ;

M. le Docteur PLANK (de Nuremberg), sur « Le droit de l'hôpital à l'égard des documents établis pour le service des hospitalisés » ;

M. l'abbé SVOBODA (de Vienne), sur « l'hôpital, sa publicité, sa propagande et la presse ».

Le Congrès avait été précédé d'une visite technique des Etablissements hospitaliers de Lyon (hôpital Edouard-Herriot), des sanatoriums de la région des Alpes, dépendant de l'Office public d'hygiène sociale (Hauteville), et de la Société des villages-sanatoriums (Passy-Praz-Coutant), des Hospices de Beaune et des hôpitaux de Dijon.

Il a été suivi par des visites de l'Institut du cancer, de la Fondation Foch, de l'hôpital Beaujon et du Musée de l'Assistance publique où une réception a été offerte aux congressistes par M. le Docteur Mourier.

Le prochain Congrès international aura lieu en 1939 à Toronto (Canada).



A l'Exposition de 1937

Réductions accordées aux mutilés de guerre

— Une réduction de 50 % sur le prix des entrées à tarif normal est consentie aux mutilés de guerre, sur présentation de la carte de réduction de 50 % délivrée par les chemins de fer. (Il s'agit des cartes à barre bleue ou à barre rouge.)

— La gratuité de l'entrée est accordée aux mutilés de guerre titulaires de la carte à 100 % et aux porteurs de la carte d'accompagnement.

Les titulaires d'une pension d'invalidité à 100 % n'étant pas munis d'une carte spéciale, il est envisagé d'accorder la gratuité de l'entrée aux porteurs de la carte de priorité délivrée par la Préfecture de police, avec surcharge 100 % pour les mutilés habitant Paris.

D'autre part, les mutilés habitant la province devront se présenter ou faire présenter leur livret de pension, pièce officielle leur octroyant une pension d'invalidité à 100 %, au pavillon du service des cartes, quai d'Orsay, où il leur sera délivré soit une carte temporaire pour la durée de leur séjour à Paris, soit une carte permanente, auquel cas il y aurait lieu de faire accompagner la demande d'une photographie.

Quant aux grands mutilés, proposés pour une pension de 100 %, mais n'ayant pas encore obtenu la notification définitive qui seule leur permet, en principe, l'entrée gratuite à l'Exposition, il a été décidé qu'ils peuvent se présenter au service des cartes, quai d'Orsay, en amont du pont de l'Alma, pour, sur la présentation de leur titre n° 10, retirer la carte spéciale qui leur donnera accès à l'Exposition (1).

(1) Nous empruntons ces renseignements au *Journal des Mutilés* (29 août 1937).

La Ligue médicale de Défense professionnelle : « **Le Sou Médical** » a deux objets principaux :

1° Tout d'abord elle garantit ses membres contre les risques de responsabilité professionnelle à concurrence d'une somme de 100.000 francs. Et cette garantie est portée à 500.000 francs pour ceux d'entre eux qui sont en même temps abonnés au *Concours Médical*.

2° En outre, elle leur donne conseils et soutien dans toutes les difficultés et les procès d'ordre professionnel.

Commission permanente du Rhumatisme

Décret du 16 *novembre* 1936 *instituant une Commission permanente du rhumatisme*

Art. 1er. — Il est créé au ministère de la Santé publique une Commission permanente du rhumatisme.

Art. 2. — La Commission permanente du rhumatisme délibère sur toutes les questions concernant la prophylaxie et le traitement des maladies rhumatismales sur lesquelles elle est consultée par le Gouvernement.

Art. 3. — La Commission permanente du rhumatisme comprend des membres de droit qui sont :

Le rapporteur du budget de la Santé publique au Sénat.

Le rapporteur du budget de la Santé publique à la Chambre.

Le directeur de l'Hygiène et de l'Assistance au ministère de la Santé publique.

Les conseillers techniques sanitaires du ministère de la Santé publique.

Le chef de service chargé des services centraux d'hygiène sociale au ministère de la Santé publique.

Le secrétaire général de la Commission de propagande du ministère de la Santé publique.

Un représentant du Conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières.

Un représentant du Conseil supérieur d'hygiène.

Un représentant du Conseil supérieur de l'Assistance.

Un représentant du ministère de l'Education nationale.

Un représentant du ministère du Travail.

Un représentant du ministère des Finances.

Un représentant du ministère de la Guerre.

Un représentant du ministère de la Marine.

Un représentant de la Caisse interdépartementale des Assurances sociales de Seine et Seine-et-Oise.

Un représentant de l'Union régionale des Caisses maladie maternité de la Seine.

Un représentant de la Société d'hydrologie.

Un représentant de la ligue nationale française contre le rhumatisme.

Un représentant de l'aide aux cardiaques.

Un représentant de l'aide aux rhumatisants.

Un représentant de la Confédération des Syndicats médicaux de France.

Un inspecteur départemental d'hygiène.

Quinze membres nommés par le ministre.

Art. 4. — La présidence de la Commission appartient de droit au ministre de la Santé

publique, qui nomme tous les trois ans, pour l'assurer à son défaut, un président et deux vice-présidents choisis parmi les membres de la Commission. Il désigne également un secrétaire général.

Art. 5. — La Commission désigne les rapporteurs ; les procès-verbaux sont signés du président et du secrétaire général présents à la séance.

Art. 6. — Le président peut à l'occasion d'une affaire déterminée, appeler à prendre part avec voix consultative, aux séances de la commission plénière ou de la section permanente, les personnes que leurs connaissances mettent en mesure d'éclairer la discussion.

Art. 7. — Il est constitué une section permanente composée : du président, des vice-présidents, du secrétaire général, du chef de service chargé des services centraux d'hygiène sociale, et de trois membres désignés par le ministre.

Art. 8. — Les membres de la Commission du rhumatisme, à la nomination du ministre de la Santé publique, sont désignés pour une période de trois ans.

Les membres sortants peuvent être nommés à nouveau.

(*J. O.*, 22 novembre 1936.)



CORRESPONDANCE

MUTUALITÉ FAMILIALE

La famille médicale française

Pourquoi, nous a-t-on écrit récemment, imprimez-vous en toutes lettres dans les statuts de la *Mutualité Familiale* : « Elle recrute ses membres participants parmi les docteurs en médecine de nationalité française » ? Il y a, en France, des médecins étrangers qui seraient heureux de se joindre à vous et de participer à votre œuvre. La force d'une société de secours mutuels résidant dans le nombre de ses membres, on voit aisément ce que vous pourriez y gagner. S'agit-il de xénophobie ?

Nous avons répondu ceci :

Il n'y a pas plus de xénophobie chez nous que nulle part ailleurs en France. S'il y a encore en Europe deux ou trois pays accueillants, vous conviendrez, j'imagine, que la France est de ceux-là.

Mais dans une œuvre qui s'appelle « Mutualité familiale » il est naturel que règne un certain esprit de famille et que nous voulions nous sentir entre nous.

Si vous avez le désir de venir à nous qui sommes une fraction de la famille médicale française, le mieux est de nouer des liens avec la famille tout entière et de vous unir à elle, suivant la formule anglaise, « pour le meilleur et pour le pire ». Faites-vous naturaliser et si vous avez passé l'âge du service militaire demandez un poste de mobilisation.

On s'attache à un pays par les sacrifices qu'on lui fait, non par les profits qu'on en tire !

Le secrétaire général,
G. Lavalée.

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

Accidents du Travail

6.462. — Une lettre du Syndicat des radiologistes

J'ai reçu du Docteur Aimé, secrétaire général du Syndicat national des électro-radiologstes, la « mise au point » suivante au sujet de « l'urgence dans les radiographies » à la suite d'une réponse que, texte du tarif en main, j'avais dû faire — et *ne pouvais* faire autre. Lors d'une modification du tarif actuel, j'ai l'intention de faire état des arguments de cette lettre mais j'aurai certainement contre moi... les « abus » de certains confrères (radiologues ou non) qu'on ne manquera pas de m'opposer et avec lesquels il y aura lieu de « composer », dans une certaine mesure. Ceci dit, voici cette lettre :

Dr F. Decourt.

Certains de nos collègues m'écrivent pour me signaler leur étonnement à la lecture d'une réponse parue dans le *Concours Médical* (page 2295) au sujet de l'urgence des radiographies après contusions thoraciques.

L'un d'eux, estimant qu'une autorisation préalable peut être très préjudiciable au malade, et, d'autre part au médecin, m'écrit :

« Il me semble cependant d'urgence absolue dans une véritable contusion thoracique (à moins évidemment qu'il ne s'agisse d'une minime contusion thoracique) de savoir s'il y a fracture de côte, afin de pouvoir prévoir une plus ou moins longue incapacité de travail et afin de savoir s'il faut exiger du blessé une immobilisation plus ou moins absolue avec contusion ou non...... Je trouve d'ailleurs que la définition de l'urgence pour les radiographies d'accidents du travail est absurde et sujette à toutes espèces de contestations. Je trouve que l'extrême urgence devrait être définie par la crainte du médecin traitant de lésions osseuses ou articulaires. Je doute fort qu'un médecin traitant (honnête s'entend) veuille attendre quatre ou cinq jours l'autorisation préalable de l'Assurance pour faire pratiquer une radiogra-

phie quand il craint une lésion osseuse ou articulaire... La réponse d'aujourd'hui ne peut qu'inciter encore davantage les médecins traitants (ce à quoi d'ailleurs tendent les Assurances), à envoyer de plus en plus leurs blessés se faire radiographier au siège des Assurances où, du moins, il n'y a aucune formalité à remplir. »

Sur tous ces points, nous partageons entièrement l'avis de notre collègue. Je comprends que les Caisses aient à se prémunir contre des abus toujours éventuels de la part de certains médecins, mais je ne pense pas que ces précautions doivent être prises de façon à nuire à toute intervention radiologique normale, voire même indispensable.

Les Caisses d'ailleurs ont tout intérêt à ne pas méconnaître l'urgence, étant donné les recours auxquels les malades auraient droit, dans les cas de complications pouvant aller jusqu'à l'infirmité, lorsqu'il s'agit de consolidation vicieuse des fractures, par exemple... Les indemnités qu'auraient à verser les Caisses dans ces cas seraient de tout autre importance que les frais d'examens qu'elles pourraient être amenées à refuser.

Ceci, sans tenir compte du préjudice pouvant résulter pour le médecin radiologiste, qui, intervenant immédiatement pour éviter des suites graves à son accidenté, ne sera pas remboursé de ses frais et de sa peine.

Connaissant votre dévouement à la cause syndicale, pour la mise au point des questions délicates je ne doute point que vous n'adoptiez notre point de vue de spécialistes, qui sauvegarde d'ailleurs à la fois l'intérêt des malades et celui des Caisses.

Le Secrétaire général :
Dr Paul Aimé

5.337. — Suture partielle du tendon rotulien

Voulez-vous avoir la bonté de me dire quel tarif je dois appliquer pour :

Premier plan : de sutures tendineuses à la soie (section par éclat de verre de la moitié interne du ligament rotulien) ;

Second plan : sutures de la peau.

Dr D.

Réponse

Il n'y a rien dans le tarif qui se rapporte de près ni de loin, à votre cas soit « suture de la moitié inférieure du ligament rotulien ». Je ne verrais que la suture du talon d'Achille (200 francs), s'il y avait eu rupture complète du ligament rotulien. Mais ce ligament n'ayant été que partiellement atteint, donc sans aucun écartement, la difficulté technique est beaucoup moindre. Je proposerais donc 100 francs par analogie avec : « Régularisation, épluchage...

avec suture des tendons extenseurs ou lésion ostéo-articulaire : 100 francs (art. 17).

Naturellement les sutures de la peau font partie intégrante de l'intervention ci-dessus.

Dr F. DECOURT.

ACCIDENTS ET MALADIES PROFESSIONNELLES

6.548. — Maladies causées par l'action du bichromate de potassium

Je viens solliciter du *Concours Médical*, un avis au sujet d'un litige avec une Compagnie d'assurances : un ouvrier travaillant à peindre le bois de machines à laver, avec du bichromate de potassium a été brûlé et j'ai déclaré l'accident. J'avais vu, en effet dans le *Concours*, n° 24, 13 juin, que ce risque entrait dans la loi des accidents du travail depuis le 18 janvier 1937. Mon client ayant été blessé après cette date je m'estimais ce droit. La Compagnie refuse les paiements et conteste la responsabilité. Je lui réponds en citant textuellement votre réponse du 13 juin au Docteur G... Aujourd'hui, elle me déclare que « pour cette fois, et à titre de conciliation seulement elle accepte de payer, mais me demande un certificat de guérison définitif pour clore l'affaire. Dans l'avenir, elle ne reconnaîtra plus rien, car le décret reconnaît les lésions du bichromate dans les travaux de fabrication, et non pas de manipulation ».

Dois-je signer ce certificat, car mon client est guéri, mais dès qu'il retravaillera, les ulcérations vont réapparaître. Que ferai-je alors ? La Compagnie dit que la police du patron a été signée il y a cinq ans et que pour chaque additif à la loi des accidents de travail, il doit correspondre un avenant de la police mentionnant chaque additif. Je crois qu'elle joue sur les mots « fabrication et manipulation ».

En résumé, puis-je signer la guérison définitive ? Si mon client me revient dans quinze jours avec les mêmes lésions, que devrais-je faire ?

Dr L.

Réponse

Il est exact que le décret du 12 juillet 1936, qui a étendu, à partir du 18 janvier 1937, la législation sur les maladies professionnelles aux ulcérations causées par l'action du bichromate de potassium, n'a prononcé cette extension que pour les ulcérations cutanées et nasales engendrées par la fabrication de ce produit.

Puisque le travail auquel se livrait votre client comportait l'utilisation, mais non la fabrication du bichromate de potassium, la Compagnie d'assurances était dans son droit strict en refusant de reconnaître la maladie comme maladie professionnelle assimilée à un accident du travail.

Sans doute n'êtes-vous nullement tenu de délivrer un certificat de guérison définitive, puis-

que vous prévoyez que des ulcérations pourront apparaître à nouveau dans un délai assez bref, mais la Compagnie d'assurances de son côté, sera fondée à refuser à l'avenir le paiement des indemnités de la loi du 9 avril 1898 et notamment des frais médicaux.

Ne donnez donc pas le certificat qui vous est demandé, mais prévenez votre client que la législation sur les maladies professionnelles n'est pas applicable à son cas et que, désormais, il devra régler directement vos honoraires.

5.935. — Les frais médicaux sont dus jusqu'à consolidation de la blessure

J'ai soigné en 1935, un ouvrier d'une usine de la région qui avait outre une fracture du péroné, des troubles cardiaques graves ayant nécessité son transfert à l'hôpital (le malade n'avait jamais à ma connaissance présenté aucun trouble cardiaque avant son accident).

J'ai soigné ce blessé du 9 mai 1935 au 16 novembre 1935 et j'ai envoyé à la Compagnie une note de 398 francs montant de mes honoraires.

La Compagnie m'offre la somme de 248 francs, sous prétexte que le blessé a été contre-visité par le Docteur R., expert près le Tribunal, qui a fixé la consolidation au 9 août 1935.

Or, je n'ai jamais été prévenu de cette contre-visite et du résultat, c'est-à-dire de l'arrêt des soins médicaux au 9 août 1935 ; ce qui vous explique mes soins donnés jusqu'au 16 novembre 1935.

Je trouve le procédé plus que sans gêne. J'ai refusé déjà plusieurs fois la réduction, et nous en sommes là actuellement. Je n'ai jamais eu aucune réponse à mes lettres de protestation, sans doute de peur de se compromettre.

Dr H.

Réponse

En matière d'accidents du travail, l'action du médecin traitant contre le patron responsable en paiement de ses honoraires, constitue un demembrement de l'action du blessé lui-même et se trouve soumise aux mêmes limites et aux mêmes exceptions.

Or, suivant le parag. 3 de l'art. 15 de la loi du 9 avril 1898, les indemnités temporaires dont les frais médicaux et pharmaceutiques ne sont qu'un accessoire, sont dues jusqu'à la consolidation de la blessure, c'est-à-dire jusqu'au jour où la victime se trouve soit complètement guérie, soit définitivement atteinte d'une incapacité permanente.

Il n'appartient pas plus au blessé qu'au patron ou à l'Assurance de fixer de leur seule autorité la date de guérison ou de consolidation. A défaut d'accord entre les parties, cette date ne peut

être fixée que par une décision de Justice après expertise.

En l'espèce, il paraît bien y avoir eu une expertise judiciaire puisque la Compagnie se base sur les résultats de cette expertise pour fixer la consolidation au 9 août 1935. Mais le tout est de savoir si cette date a été adoptée par le Tribunal dans sa décision.

Dans l'affirmative, la position de la Compagnie serait inattaquable et vous ne pourriez exiger d'elle que le paiement de vos honoraires jusqu'au 9 août 1935, le solde étant à la charge du blessé lui-même. Au surplus les soins ayant cessé depuis plus d'un an, la prescription se trouve depuis longtemps acquise et il vous serait impossible d'exercer une action en paiement de vos honoraires contre le patron responsable sans vous la voir opposer.

C'est seulement en cas de contre-visite du médecin du patron ou de l'Assurance que le médecin traitant doit être avisé quarante-huit heures à l'avance par lettre recommandée. Un expert désigné par le Tribunal n'a légalement aucune obligation à remplir vis-à-vis du médecin traitant, à moins que celui-ci ne soit personnellement partie à l'instance.

5.963. — Les appareils de prothèse ne sont pas à la charge du patron

Je vous prie d'avoir la bonté de me faire savoir, si un blessé, qui s'est cassé une dent et ébranlé l'autre qu'on était obligé d'extraire, a droit à un appareil dentaire pour remplacer ces deux dents.

Ci-joint la lettre de la Compagnie d'assurances adressée à M. X. qui a vu mon blessé et a demandé l'autorisation pour l'appareil.

Dr M.

Réponse

La thèse développée dans cettelettre constitue une exacte application de la loi et de la jurisprudence en matière d'accidents du travail.

En effet, les frais médicaux et pharmaceutiques constituent un accessoire de l'indemnité temporaire et cessent d'être dus en même temps qu'elle, c'est-à-dire lors que la blessure est définitivement guérie ou consolidée.

Il en résulte que seul peut être compris dans les frais médicaux et pharmaceutiques le coût des appareils destinés à concourir au traitement de la blessure. Par contre les appareils de prothèse restent à la charge du blessé seul. En l'espèce, votre client ne pourra donc obtenir le remplacement de ses dents aux frais de l'Assurance.

5.692. — Accident survenu à l'école

Vieil abonné au *Concours* et assuré au Sou, je viens souvent vous ennuyer, mais j'aurais besoin d'un renseignement pour un de mes clients. J'ai vu passer des cas analogues dans vos colonnes de « questions et réponses », mais excusez mes souvenirs très imprécis qui m'obligent à vous écrire.

Le fils d'un de mes clients, vers 12 h. 50 ou 12 h.55, cinq ou dix minutes environ avant l'entrée en classe, bousculé par des camarades, a fait une chute dans la cour de l'école communale qu'il fréquente sur une branche, qui, me semble-t-il ne devait pas se trouver là. Résultat : fracture du tibia et vraisemblablement luxation, fracture de la tête du péroné. Plâtre 40 jours. Incapacité permanente néant, mais assez gros frais pour un pauvre petit cultivateur.

Peut-il avoir recours pour paiement des frais, partiel ou total, (il ne demandera pas davantage, je crois), contre l'institutrice (école mixte), qui n'est pas assurée ou par elle contre l'Etat responsable ? Et, dans ce cas, quelles sont les démarches à faire ?

Dr L.

Réponse

Il résultait jusqu'à présent de l'art. 1384 du Code civil que les instituteurs et l'Etat lorsqu'il s'agit d'école publiques, étaient présumés responsables des dommages causés aux tiers, par le fait des élèves placés sous leur garde. On en déduisait donc que lorsqu'un accident survenait à un élève dans une école par le fait de l'un de ses camarades, les parents de la victime se trouvaient en droit de demander une indemnité à l'Etat, représenté par le Préfet du département, et il incombait à l'Etat, pour s'exonérer de toute responsabilité, d'établir que l'accident était survenu par suite d'un fait imprévisible.

Mais en vertu d'une récente loi en date du 5 avril 1937, l'art. 1384, parag. 5 a été modifié et la présomption de faute à la charge des instituteurs ou de l'Etat a été supprimée. Pour que les parents de la victime puissent obtenir une indemnité de l'Etat, il est nécessaire qu'ils établissent en Justice qu'une faute ou une négligence a été commise dans le service. L'action continue à être comme par le passé de la compétence des Tribunaux civils ordinaires et doit être dirigée contre le Préfet du département.

En l'espèce, le seul moyen d'établir d'après vos renseignements la responsabilité de l'Etat dans l'accident qui a motivé vos soins, serait de soutenir que la chute de l'enfant a été provoquée par suite d'une bousculade, c'est-à-dire d'un défaut de surveillance des enfants et de prouver que les conséquences de cette bousculade ont été aggravées par suite de la présence d'une branche d'arbre qui n'aurait pas dû se trouver là. Mais les résultats d'une telle action sont beaucoup plus aléatoires que par le passé puisque la charge de la preuve incombe au demandeur.

Cinquante-neuvième année — N° 37 — 12 Septembre 1937

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN



- sommaire -

Partie Professionnelle

Travaux originaux

L'actualité professionnelle

Faculté de Médecine de Paris

Reportage professionnel

Demi-Colonnes

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	60 fr.	Belgique et Luxembourg...	70 fr.
Etudiants	35 fr.	Première Zone	85 fr.
Le Numéro..........	1.25	Deuxième Zone	110 fr.

● ● ●

Abonnés du Concours exerçant dans les stations d'altitude

Nous rappelons à nos abonnés qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :
Annecy. Lortet, Pierron.
Aubure (Haut-Rhin), Borg.
Chamonix. de Chabanolle (*enf. cure hélio-alpine*)
Jougne. (Doubs). Charlin.
Lajoux (Jura), L. Benoit-Jeannin.
La Louvèse (Ardèche). J. Goubert.
Langogne (Lozère). Adrien Forestier.
Maiche (Doubs). J. Chatelain.
Mégève. Marcel Grenet, Jacqueline Grenet-Gazamian (*enf.*)
Mouthe (Doubs). R. Paindestre.
Osséjà (Pyr.-Or.) J. Avérous.
Pau (Basses-Pyr.). Cornet.
Saint-Gervais. Roux.
St-Pierre-de-Chartreuse. Brianes.
Vernet-les-Bains. Ponson.
Villard-de-Lans. Bassaguet (*mal. enf.*), Suau (*mal. enf.*)

Abonnés du Concours exerçant dans les stations balnéaires et climatiques

MM. les docteurs :
Antibes-Juan-les-Pins. Claudel (chir. ur.).
Ars (Ile de Ré), J. Moinet.
Bandol-sur-Mer. E. Charmot et E. Rozet (*cure hélio-mar.*), L. Marçon.
Banyuls-sur-Mer. E. Panis, Parcé.
Berck-Plage. Bouquier, H. Loze, Ménard, Tridon, Richez.
Biarritz. Clavel, Lacour, Pitchalsky (*méd. gén. Stom.*) M. Pourquié (*chir.*) G. Pourquié (*o. r. l.*)
Boulou (Le) (Pyr.-Oles) M. Basman.
Cannes. Abadie, Bourgeois-Gavardin, P.-E. Bousquet, Escarras, P. Houssiaux, Joublot, Gérard Monod, Roques, Stauder.
Carnac-Plage. E. St-Martin.
Cassis-sur-Mer. Agostini.
Cayeux-Brighton-sur-Mer. Colleu (orthopédie).
Croix-de-Vie. Cristau.
Crozon-Morgat. E. Donard.
Deauville. Molina.
Dinard. Badin.
Douarnenez. Damey.
Fouesnant-Beg Meil. Legal.
Grau du Roi (Gard). Ramain.
Hendaye. Th. Casenave.
Le Boulou. J. Noguès.
Mimizan-Plage (Landes). Froustay.
Nice. Faure, M. Lelongt, Nicolas, Trutié de Vaucresson (*chir.*)
Ouistreham-Riva-Bella. Ch. Poullain.
Paramé. Bazin.
Pau. Dr Cornet.
Roscoff. Bagot père, Stéphan.
Saint-Aubin-sur-Mer. (Calvados), Em. Quiquemelle.
St-Georges-de-Didonne. Maudet.
Saint-Jean-de-Luz. J. Reboul.
Ste Maxime-s/Mer. E. Bausset, Ficonetti.
St-Quay-Portrieux. Bertrand
Saint-Raphaël. Boulle, Léon Clément (*chir.*), M. Rochette (*stom.*), Roux de Laroque (*Gyn. enf.*)
Saint-Servan. Huet.
Sables-d'Olonne. Pelletier.
Sanary-sur-Mer. Gaillard.
Trébeurden. Royer.
Villars-de-Lans. Bassaget.

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

N° 229. — Doct. installé près Océan, bas Médoc, climat idéal, cherche deux pensionn. convalesc. ou fatigués.

N° 230. — Fille médec. 49 ans, active, cultivée, excell. référ., habitude client., cherche situat. (interne ou externe) garde jour auprès personne âgée, infirme. Seconderait doct., mais. santé, soins, surveill., administr. correspond. Entretien trousseau. Interpr. angl.

N° 231. — Dr recherche emploi médic. ou paraméd. avec fixe, laborat., cliniq. assurances.

N° 232. — Loire. Ville à proxim. Lyon, poste occupé dep. 28 ans par titulaire actuel, à céder contre faible indemnité. Urgent.

N° 233. — Encyclop. méd.-chir., tome fract. et lux. neuf. Faire offres. Dr Lalesque, Arcachon.

N° 234. — Jne doct. libéré octobr. du serv. milit., cherche poste méd. génér. à la campagne, région Ouest, avec ou sans propharmacie.

N° 235. — Par suite décès du titulaire, belle clientèle médicale à reprendre sur Côte d'Azur. Indemnité à débattre. Bail à reprendre.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet BREITEL ET GORET

1, rue Dante, Paris (5e). - Tél. : Odéon 36-46

Auvergne. Bonne client. Méd. gle et thermale, situat. agréab. nécessit. pas grosse activité ; frais réduits, grd. appart. bien situé, loyer 5.500. Indemn. : 40.000 fr.

Belle région ouest, près de la côte, seul méd. prophcien. bon chiffre d'aff. tout au cpt. Prix : 25.000 cpt. à déb.

90 km. Paris. Centre riche, bonne client. mélangée. Rapport intéres. A céd. d'urg. avec présentat., sans indemn. imméd.

Renseignements

« La Soleillette » Bandol-sur-Mer (Var). Soleil. Régime.

Estomac douloureux, souvent guéri, amélioré toujours, constamment calmé par les TABLETTES DE MANGAINE.
En sucer lentement de 4 à 6 par jour.

Héliothérapie. Maison santé Hélios. Dr BRODY, Grasse.

AVIS

Renouvellement des Abonnements

En raison des *frais élevés* qu'entraînent actuellement les recouvrements, nos abonnés ont tout intérêt à nous adresser leur réabonnement (60 fr.), par virement postal ou chèque postal au nom du *Concours Médical*, compte Chèques postaux : Paris 167-95.

Changements d'Adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 fr. 50 pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande).

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Faculté de médecine de Paris.** — *Institut de médecine coloniale.* — L'Institut de médecine coloniale a été créé pour donner aux médecins français et étrangers un enseignement théorique et pratique des maladies tropicales.

La session de 1937 commencera le 1er octobre et sera terminée en décembre.

A la fin des cours de la session, les étudiants subissent un examen en vue du diplôme de : « médecin colonial de l'Université de Paris ».

L'enseignement est à la fois théorique, pratique et clinique.

Seront admis à suivre les cours de l'Institut de médecine coloniale :

1o Les docteurs en médecine français ;

2o Les étrangers pourvus du diplôme de doctorat universitaire français, mention : médecine ;

3o Les docteurs étrangers, pourvus d'un diplôme médical étranger admis par la Faculté de médecine de Paris ;

4o Les étudiants en médecine des Facultés françaises pourvus de seize inscriptions, sans distinction de nationalité ;

5o Les internes en médecine des hôpitaux, à quelque degré qu'ils soient de leur scolarité.



Les dames sont admises, si elles se trouvent dans l'une ou l'autre des conditions ci-dessus.

Droits à verser : un droit d'immatriculation : 150 francs ; un droit de bibliothèque : 60 francs ; droits de laboratoires (parasitologie, bactériologie, clinique, etc.) : 750 francs ; deux examens gratuits.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté (guichet nº 4), à partir du 25 septembre, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Les titres et diplômes et, de plus, pour les étrangers, l'acte de naissance devront être produits au moment de l'inscription.

— **Faculté de médecine de Paris.** — *Exonération du droit d'inscription.* — Des exonérations totales et des réductions de moitié du droit d'inscription sont accordées aux étudiants, en vertu du décret du 10 août 1935. (Ces exonérations et réductions ne portent pas sur le droit de bibliothèque, ni sur celui de travaux pratiques afférents à l'inscription trimestrielle.)

Le nombre des bénéficiaires des exonérations ne peut excéder 25 p. 100 du total des étudiants ; celui des bénéficiaires de réduction est limité à 10 p. 100 du même total.

Les demandes établies sur papier timbré et accompagnées de l'imprimé délivré par le Secrétariat doivent être adressées à M. le Doyen, jusqu'au 31 octobre.

MM. les étudiants qui ont déposé une demande d'exonération ou de réduction du droit d'inscription doivent l'indiquer sur leur bulletin, en prenant leurs inscriptions trimestrielles. Ils seront inscrits provisoirement et ne paieront qu'après décision ultérieure. Aucun remboursement ne sera accordé aux étudiants qui ne se seraient pas conformés à ces prescriptions.

— *Exonération de droits scolaires aux étudiants appartenant à des familles nombreuses* (décret du 22 novembre 1925). — MM. les étudiants français appartenant à une famille d'au moins trois enfants, ou ayant un frère ou une sœur également en cours d'études dans une Faculté, peuvent être dispensés en totalité ou en partie des droits de scolarité ou d'examen pour l'obtention du diplôme de docteur en médecine. Les enfants morts pour la France sont mis en ligne de compte pour l'admission au bénéfice de ces dispositions.

Les demandes établies sur papier timbré, accompagnées de l'imprimé délivré par la Faculté, d'un certificat de vie des frères et sœurs, d'un relevé des contributions et, le cas échéant, d'un certificat établissant la situation scolaire d'un frère ou d'une sœur dans un autre établissement d'enseignement supérieur, doivent être adressées à M. le Doyen, jusqu'au 31 octobre.

En prenant leurs inscriptions trimestrielles, MM. les étudiants qui se sont mis en instance d'exonération de droits scolaires au titre des familles nombreuses, doivent l'indiquer sur leur bulletin. Ils

seront inscrits provisoirement et ne paieront qu'après décision ultérieure. Aucun remboursement ne sera accordé aux étudiants qui ne se seraient pas conformés à ces prescriptions.

— **Le dîner des « Médecins amis de la Côte basque »** a eu lieu au Casino de la Pergola, à Saint-Jean-de-Luz, le samedi 21 août, sous la présidence du Docteur Reboul, premier adjoint remplaçant le maire de Saint-Jean-de-Luz absent.

Etaient présents : M. le maire de Biarritz, le maire de Ciboure, le Professeur Marcland (Limoges), le Professeur Rohmer (Strasbourg), le Professeur Mercier (Marseille), le Docteur Deval (directeur du Casino de Saint-Jean), les Docteurs Benoit (Biarritz), Blazy (Saint-Jean), M. et J. Braunberger (Paris), Cahen (Paris), Chatard (Cambo), L.-Jh. Colanéri (Paris), Constantin (Biarritz), Dieudonné (Cambo), Madame le Docteur Finkelstein (Paris), les Docteurs Frankel (Paris), Houssaye (Hendaye), Lier (Laon), Lafaille (Bayonne), P. Lévy (Paris), Lassablière (Paris), Lacau Saint-Guily (Paris), Lamaison (Bayonne), Leroy (Biarritz), Mondot (Saint-Jean), Robert (Saint-Jean), Schreiber (Paris), Iribarne (Paris), Tèze (Saint-Jean), Delaye (Bayonne), M. Deffarge. De nombreuses dames et jeunes filles étaient également présentes.

Le Docteur L.-Jh. Colanéri, secrétaire général, a présenté le rapport annuel en insistant sur le rôle que peuvent tenir les médecins dans la propagande touristique. A cet égard, il rappelle que chacun des membres, a fait tous ses efforts pour contrebalancer certaines insinuations malveillantes à l'égard de la côte basque du fait des événements d'Espagne.

Le Professeur Marcland, remplaçant le Professeur Minet, président, fait l'éloge du Pays basque, en évoquant la poésie de ses paysages et ses traditions, qui sont un réconfort non seulement pour l'organisme, mais pour l'esprit.

Le Docteur Reboul rappelle que la mortalité est faible dans cette contrée et met en lumière les mesures prises récemment pour l'hygiène touristique. Enfin, M. Hirigoyen, maire de Biarritz, félicite les membres de cette société amicale du succès grandissant.

Le dîner a été suivi d'une soirée dansante.

Excusés : le Professeur Minet (Lille), le Professeur Nayrac (Lille), le Docteur Lissar (sénateur), le député de Coral, le Professeur Masse (Bordeaux), les Docteurs Rollin (Paris), Despeignes (Lyon), etc...

— **Congrès international de l'insuffisance hépatique.** Vichy, 16-18 septembre 1937. — Rappelons que le Congrès international de l'insuffisance hépatique tiendra ses assises à Vichy, les 16, 17 et 18 septembre, sous la présidence du Professeur Loeper.

Secrétariat général : Dr J. Aimard, 24, boulevard des Capucines, Paris (IXe).

— **Assises du souvenir à Jean Charcot.** — « L'Assemblée française de médecine générale », que pré-

side le Professeur Carnot, commémorera l'anniversaire de la mort de Charcot et de ses compagnons du *Pourquoi pas ?*, le 12 septembre, à Saint-Malo-Saint-Servan.

— **Les délires de grève.** — Les nombreuses grèves actuelles ont donné l'occasion d'observer à la clinique psychiatrique de la Faculté de médecine de Bordeaux, toute une série de manifestations mentales qui ont été groupées sous le terme général de délires de grève. Le Professeur agrégé Delmas-Marsalet, notamment, a signalé plusieurs manifestations de ce genre. (*Le Siècle Médical.*)

— **Faculté de médecine de Marseille.** — M. le Docteur M. Salmon, chef des travaux d'anatomie, est chargé d'un cours d'anthropologie coloniale à la Faculté de Marseille.

— **Hôpitaux de Marseille.** — *Internat et externat.* — Un concours sera ouvert à l'Hôtel-Dieu le lundi 18 octobre 1937, pour douze places d'élèves internes en médecine et en chirurgie.

Les externes titulaires des hôpitaux de Marseille et les internes titulaires des hôpitaux d'une ville de France possédant une Faculté, une Ecole de plein exercice ou une Ecole préparatoire de médecine, pourvus de huit inscriptions, ont seuls le droit de se présenter au concours. Les candidats devront se faire inscrire et déposer leur dossier au Secrétariat de l'Administration des Hospices, rue Lafon, n° 9, avant le 4 octobre.

Un concours sera ouvert dans les locaux de la Faculté de médecine, rue Auguste-Blanqui, 92, le lundi 25 octobre 1937, pour trente-cinq places d'élèves externes en médecine et en chirurgie.

Les candidats doivent avoir au moins quatre inscriptions de médecine, avoir subi une revaccination antivariolique et une vaccination antityphoparatyphoïdique récentes, et avoir accompli dans les services des hôpitaux de Marseille, un stage d'un mois au moins au cours des mois de juillet, août et septembre précédant le concours. La liste d'inscription ouverte au Secrétariat de l'Administration des hospices, rue Lafon, n° 9, à Marseille, sera close le lundi 11 octobre.

— **Hôpitaux de Nimes.** — *Internat.* — Un concours sera ouvert au Centre médical de Nîmes, le 10 décembre 1937, pour cinq places d'internes en médecine et en chirurgie.

Les candidats devront être français et pourvus de 12 inscriptions au moins de doctorat. S'inscrire au secrétariat des hôpitaux, 5, rue Hoche, à Nîmes, avant le 4 décembre 1937.

— **Naissance.** — Le Docteur et Madame Y. Guilmard ont la joie de nous faire part de la naissance de le r fils *François-Marie*.

Seiches-sur-Le Loir. Angers, 9 août 1937.

Nos sincères félicitations.

NÉCROLOGIE

Le Docteur Alfred CERNÉ, de Rouen

Nous avons le profond regret d'annoncer la mort du Docteur Alfred Cerné, ancien chirurgien en chef des hôpitaux de Rouen, ancien maire de cette ville, ancien professeur à l'Ecole de médecine, ancien président de l'Association des médecins de la Seine-Inférieure.

Né à Saint-Martin-du-Vieux-Bellême (Orne), le 7 avril 1856, Alfred Cerné avait été interne des hôpitaux de Paris et élève du Professeur Verneuil. Il vint exercer à Rouen en 1881 et ne tarda pas à s'y créer une situation hors pair. Chirurgien en chef des hôpitaux en 1886, il était professeur de clinique chirurgicale à l'École de médecine en 1890 et pendant quarante-cinq ans éduqua de nombreuses générations de jeunes médecins, formant avec ses collègues Brunon et Hue, disparus avant lui, un triumvirat de maîtres respectés et vénérés. Il dirigea pendant la guerre l'hôpital n° 101, fut à ce titre fait chevalier de la Légion d'honneur et décoré de la médaille de la Reconnaissance française.

Le Docteur Alfred Cerné dirigea pendant de longues années *La Normandie médicale*. Esprit ouvert à tous les progrès, il installa dans son service d'hôpital un des premiers laboratoires de radiologie de notre pays. Il ne cessa jusqu'à sa mort de s'intéresser à cette nouvelle science dont il fut, hélas ! victime, car il subit plusieurs amputations, nécessitées par des radiodermites. Quelques semaines avant sa mort, il avait dû être amputé du bras.

Il supporta stoïquement ces souffrances physiques, comme il avait supporté d'ailleurs des souffrances morales aussi grandes quand deux de ses fils se noyèrent en se baignant en mer.

Président de l'Association des médecins de la Seine-Inférieure, vice-président du Conseil départemental d'hygiène, Alfred Cerné s'imposait à la vénération de ses confrères et de ses concitoyens par sa valeur et ses hautes qualités professionnelles. Il fut adjoint au maire et pendant quelques mois maire de Rouen après la guerre et s'occupa activement de l'assainissement de la ville. Les caprices de la politique et son caractère entier et autoritaire qui n'admettait guère de compromission ne lui firent pas que des amis et, tout en gardant à son égard le respect qu'il imposait, les électeurs de Rouen ne renouvelèrent pas son mandat aux élections municipales. Il n'en ressentit ni chagrin, ni rancœur.

Alfred Cerné consacra les derniers jours de sa vie à des recherches historiques et archéologiques sur la vieille cité normande dont il connais-

sait à fond les archives et la bibliothèque. Il fit paraître de savants travaux sur les *Anciennes Sources et Fontaines de Rouen*, sur les *Anciens Hôtels de Ville de Rouen, leurs Beffrois et la Grosse Horloge* ; son dernier ouvrage sur *les Moulins à eau de Rouen* qu'il ne put terminer, aurait comporté plusieurs volumes ; le premier parut peu avant sa mort.

Le Docteur Alfred Cerné, d'un abord assez distant, d'une correction absolue mais d'une conscience rigide, d'un caractère quelque peu hautain, inspirait surtout à ses confrères le respect et la vénération. A la fin de sa vie, il était devenu plus indulgent et même affable.

Quoiqu'il en soit, Alfred Cerné était un noble caractère comme on en rencontre peu à notre époque et sa vie de droiture peut servir d'exemple aux nouvelles générations d'hommes et de médecins praticiens.

Nous adressons à Madame Alfred Cerné, à son fils, le Docteur Pierre Cerné, professeur à l'Ecole de médecine et chirurgien de l'hôpital de Rouen, et à toute sa famille l'expression de nos sincères condoléances.

J. Noir.

***

— Le Docteur Chevallereau. — Nous avons eu le regret de lire dans les journaux :

Le Docteur Chevallereau, ancien médecin-chef des Quinze-Vingts, ancien conseiller général de la Vendée, vient de mourir à Charzais, près Fontenay-le Comte, à l'âge de quatre-vingt-sept ans.

Le Docteur Chevallereau fut un ophtalmologiste très réputé et aussi un excellent confrère.

Ami de Le Baron, il collabora en 1892 à la fondation du Syndicat des médecins de la Seine, fut pendant plusieurs années membre de son Conseil d'administration et contribua beaucoup au développement de notre association professionnelle. Bien que depuis bien des années, le Docteur Chevallereau se fut désintéressé de l'action syndicale, nous ne saurions oublier la part qu'il prit à cette action aux débuts difficiles de notre syndicat parisien.

J. N.

***

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. René Monal, étudiant en médecine.

M. René Monal a été victime d'un déplorable accident survenu au cours d'un assaut pour le championnat d'épée des Jeux universitaires internationaux. Il était le fils, le frère et le beau-frère de docteurs en pharmacie distingués, auxquels nous adressons nos sincères condoléances.



A TRAVERS L'OFFICIEL

22 AOÛT

Enseignement de la médecine

Décret du 28 juillet 1937 relatif à la composition du jury des examens à l'Ecole de médecine de Hanoï

Art. 1er. — Par dérogation à l'article 15 du décret du 19 octobre 1933, modifié par celui du 30 mai 1935, les jurys chargés de faire subir les examens de l'année scolaire 1936-1937 à l'école de médecine et de pharmacie de plein exercice de l'Indochine pourront comprendre les professeurs et chargés de cours actuellement en fonctions dans cet établissement et remplissant les conditions requises par l'article 3 du décret du 19 octobre susvisé.

Art. 2. — Le ministre des colonies et le ministre de l'Education nationale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française et au *Journal officiel* de l'Indochine française et inséré au *Bulletin officiel* du ministère des Colonies.

24 AOÛT

Sanatoriums publics

Par arrêté en date du 10 août 1937, M. le Docteur Chatonnier, médecin adjoint au sanatorium de Belligneux-Hauteville, à Lompnes (Ain), a été nommé médecin directeur du sanatorium de la Crolle-Saint-Bernard à Touvérac (Charente).

Hôpitaux psychiatriques

Un poste de médecin-chef de service est actuellement vacant à l'asile privé faisant fonction d'asile public de Saint-Joseph-de-Cluny, à Limoux (Aude) (poste créé).

25 AOÛT

Pharmacie

Décret du 15 août 1937 rendant obligatoire le nouveau Codex pharmaceutique

Art. 1er. — Le nouveau Codex pharmaceutique (pharmacopée française), édition de 1937, est et demeure obligatoire à partir du 1er avril 1938.

Art. 2. — Le ministre de l'Education nationale, le ministre de l'Agriculture et le ministre de la Santé publique sont chargés, chacun en ce qui le concerne de l'exécution du présent décret.

Hygiène publique

Arrêté du 12 août 1937 relatif au concours pour le recrutement des inspecteurs adjoints départementaux d'hygiène et emplois assimilés.

Arrêté du 12 août 1937 relatif au stage dans les inspections et bureaux d'hygiène.

Circulaire et arrêté du 12 août 1937 relatifs aux attributions des inspecteurs départementaux d'hygiène et des directeurs des Bureaux d'hygiène.

Décret du 12 août 1937 relatif au recrutement des inspecteurs départementaux d'hygiène et des directeurs des bureaux d'hygiène.

Ces documents seront publiés ultérieurement.

26 AOÛT

Soins aux pensionnés de guerre

Décret du 25 août 1937 modifiant les dispositions de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 en ce qui concerne les soins donnés aux mutilés de guerre par l'intermédiaire des Sociétés de Secours mutuels.

Art. 1er. — A dater du 1er janvier 1938, seront abrogés les trois derniers paragraphes de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, concernant la délivrance de soins par l'intermédiaire des Sociétés deSecours mutuels ; le service des soins médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques dus aux bénéficiaires de ladite loi, s'effectuera exclusivement dans les conditions fixées par ledit article 64 ainsi modifié.

Art. 2. — Les mémoires de fournitures effectuées par les pharmacies mutualistes, au titre de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, à leurs adhérents, seront établis suivant le tarif applicable à l'ensemble de leurs membres, dans la limite du tarif prévu par le paragraphe 64 précité.

Art. 3. — Le présent décret sera soumis à la ratification des Chambres, conformément aux dispositions de la loi du 30 juin 1937.

29 AOÛT

Légion d'honneur

Sont promus ou nommés dans la Légion d'honneur, au titre du ministère de l'Education nationale.

Commandeurs : MM. les Docteurs Duhamel, de l'Académie française et Guillaume-Louis, directeur de l'Ecole de médecine de Tours.

Chevaliers : MM. les Docteurs Bourdes, de Marseille ; Bruneau, de Sèvres ; Marcland, de Limoges ; Baron, de Dijon et Perrin, de Clermont-Ferrand.

La Ligue médicale de Défense professionnelle « **Le Sou Médical** » a deux objets principaux :

1° Tout d'abord elle garantit ses membres contre les risques de responsabilité professionnelle à concurrence d'une somme de 100.000 francs. Et cette garantie est portée à 500.000 francs pour ceux d'entre eux qui sont en même temps abonnés au *Concours Médical*.

2° En outre, elle leur donne conseils et soutien dans toutes les difficultés et les procès d'ordre professionnel.

Voir la suite page XLVII-2623

PROPOS DU JOUR

LA PROPHYLAXIE MENTALE ET CRIMINELLE

A notre époque où la médecine préventive est à la mode, il est temps de se préoccuper de la prophylaxie des affections mentales et surtout de leurs conséquences criminelles. On a créé à Paris dans les dépendances de l'Asile clinique Sainte-Anne un *Centre de Psychiatrie et de Prophylaxie mentale* que dirige M. le Docteur SIMON, centre auquel est annexé un dispensaire, des laboratoires de recherches et d'analyse et l'*Hôpital Henri Rousselle* où l'on observe et traite les malades psychiques qui y viennent librement. Ce centre rend les plus grands services, mais il ne saurait répondre à tous les besoins.

Il vient de se réunir à Paris sous la présidence de M. le Dr TOULOUSE, un *Congrès international d'hygiène mentale* où 50 nations avaient envoyé des délégués.

Pour faire en France dans ce domaine de la prophylaxie vraiment efficace, il convient de modifier profondément notre législation, de commencer par faire porter l'effort préventif sur l'enfance délinquante, de l'arracher à la prison, à la maison de correction pour la confier aux psychiatres. Pour arriver à cette réalisation il convient d'éclairer le Parlement et l'opinion publique, c'est ce qu'a tenté de faire M. Louis ROLLIN, député de Paris, ancien ministre, qui a déposé récemment sur le bureau de la Chambre des Députés une proposition de loi dont il a exposé les motifs dans une intéressante brochure : *Hygiène mentale et Prophylaxie criminelle. Les morbides psychiques devant la loi* (1).

Le rôle des psychiatres est actuellement annihilé. On ne les consulte que lorsque le délit ou le crime sont accomplis, alors que, dans nombre de cas, en s'éclairant de leurs conseils, on aurait pu empêcher de les commettre. Les magistrats doivent tenir compte de l'opinion publique qui exige l'exemplarité ; ce qui n'est pas la vraie justice, et, dans certains procès, les médecins experts sont obligés de procéder à un dosage ridicule de la responsabilité. Il arrive souvent que le psychiâtre conscient des conséquences de la mise en liberté d'un criminel psychopathe, conclut sans conviction à la responsabilité.

Des milliers d'individus sont atteints de maladies psychiques chroniques et d'infirmités mentales et constituent pour eux et pour la société de redoutables périls. Les Pouvoirs publics qui s'inquiètent des dangers que font courir les maladies transmissibles ordinaires, ne se préoccupent guère des maladies mentales. Tous les jours les journaux relatent en faits divers des drames causés par des fous, drames qui auraient pu être évités, et cela ne date pas d'aujourd'hui. Il y a plus de quarante ans, Bourneville qui se rendait compte de ce péril social, avait ouvert dans les *Archives de Neurologie* de Charcot, dont il dirigeait la rédaction, une rubrique : *Les aliénés en liberté*, où il relatait tous les crimes et délits relevés dans la presse, ayant l'aliénation pour cause. Cette rubrique était toujours abondamment pourvue. Le Professeur Brouardel, dans son cours de médecine légale à la Faculté de Paris, se plaisait à raconter l'histoire d'un aliéné qui, sortant de l'Asile, avait tout aussitôt fait l'achat d'un revolver et était allé tirer, sans l'ombre d'un prétexte, sur les promeneurs des boulevards.

Pour éviter pareils faits, il faut en donner les moyens aux magistrats et leur adjoindre un service de psychiâtrie criminelle. Comme le proclame avec raison le Docteur LOCARD, de Lyon, il manque à notre civilisation, si incomplète, un statut du criminel-psychiatre. M. Louis ROLLIN, dans sa brochure, cite un fait particulièrement typique qu'a relaté M. Alexis DENAN dans *Paris-Soir* du 6 octobre 1936 : C'était après le procès de Soclay, l'assassin sadique de la petite Nicole Marescot ; une mère vint lui faire part de ses craintes au sujet de son fils, marié, père de famille, déjà condamné plusieurs fois pour

(1) Paris. Fernand Nathan, édit., 18, rue Monsieur-le-Prince, 1937.

◆◆

attentats à la pudeur. Cet érotomane regardait avec des yeux étranges les petites filles en train de jouer et sa mère était convaincue qu'un jour ou l'autre il accomplirait un crime sous l'empire de ses obsessions. Elle avait consulté des médecins aliénistes qui lui avaient répondu que son fils étant majeur, père de famille, hélas ! et électeur, n'ayant causé aucun scandale, ne pouvait être interné.

La pauvre mère se rendit à la police et exposa que son fils, amoral, déséquilibré, pervers, alcoolique, exhibitionniste, plusieurs fois condamné de ce fait, courant derrière les petites filles, pouvait commettre un crime sur une innocente victime et déshonorer ainsi les siens. La réponse du commissaire impuissant fut typique :

« Laissez-le faire un coup dur. A ce moment-là, il n'y coupera pas. »

Or, la grande préoccupation de M. Louis ROLLIN est d'empêcher les déséquilibrés de ce genre de « faire un coup dur » et c'est pourquoi il a déposé sur le Bureau de la Chambre des Députés la proposition de loi suivante :

Art. 1. — Il est créé dans le ressort de chaque Cour d'appel un service psychiatrique chargé de l'hygiène mentale et de la prophylaxie criminelle.

Art. 2. — Toute personne atteinte de tares physiologiques ou de désordres mentaux autres que ceux visés par la loi de 1838 sur le régime des aliénés et de nature à l'entraîner à des actes criminels ou délictueux, sera, soit sur sa demande, soit à la requête de ses parents ou tuteurs ou du Procureur de la République du lieu de sa résidence, soumise à un examen psychiatrique.

Art. 3. — Dans le cas où elle se refuserait à cet examen, elle pourra, sur réquisition du Parquet, faire l'objet d'un mandat d'amener.

Art. 4. — Le rapport établi à la suite de l'examen psychiatrique sera, par les soins du procureur de la République près le Tribunal du domicile de l'intéressé transmis au président dudit Tribunal.

Art. 5. — Celui-ci convoquera l'intéressé en Chambre du Conseil et, après l'avoir entendu ainsi que ses conseils, et après les conclusions du Procureur de la République, prendra, s'il y a lieu, toutes mesures nécessitées par son état. Il pourra, soit le laisser en liberté sous le contrôle du Service psychiatrique, soit prescrire son hospitalisation en vue d'un traitement approprié.

Art. 6. — L'ordonnance du président prescrivant cette mesure pourra toujours être revisée; elle sera susceptible d'appel.

Art. 7. — Les mêmes mesures devront être prises à l'égard d'individus qui, à la suite de faits criminels ou délictueux, auront bénéficié soit d'un non-lieu, soit d'un acquittement, soit du sursis en raison de l'excuse d'irresponsabilité trouvée dans leurs tares physiologiques ou mentales.

Art. 8. — Un règlement d'administration publique déterminera la composition et le fonctionnement du Service psychiatrique ainsi que les conditions d'application de la présente loi.

* * *

Cette proposition de loi a reçu l'adhésion de M. Henri SELLIER, alors qu'il était ministre de la Santé publique, de M. Marc RUCART, alors Garde des Sceaux, de M. Louis MOURIER, directeur général de l'Assistance publique à Paris, des Docteurs TOULOUSE, Etienne MARTIN, LOCARD, etc., etc... Nul doute que tous les médecins qui ont tant soit peu réfléchi à la question, n'approuvent cette proposition de loi et n'en félicitent son auteur. Sans doute des critiques seront faites à la proposition de M. Louis ROLLIN ; sans doute il faudra de sérieuses et laborieuses études pour régler les applications de cette loi, mais sa réalisation dans un pays d'une civilisation avancée comme la France, s'impose.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

LES STÉNOSES DU PYLORE (1)

Par le Docteur René-A. Gutmann

Médecin des Hôpitaux de Paris

I. Sténose du pylore chez les ulcéreux

Nous prenons comme type de notre description, la sténose des malades atteints d'un ulcère duodénal ou gastrique, non seulement parce qu'elle est la plus fréquente, mais aussi parce qu'elle nous permet de distinguer les types les plus importants des sténoses du pylore en général.

1) Sténose spasmodique

La douleur tardive des ulcéreux est le plus souvent due à des séries de fermetures sphinctéralgiques du pylore avec efforts douloureux d'évacuation par l'estomac.

Cet état est l'amorce de ce qu'on appelle inexactement la « sténose spasmodique ». Chez certains malades, la poussée se traduit, en effet, non seulement par des douleurs, mais aussi par des vomissements. Ceux-ci ont un rythme tardif, calmant la douleur au point que s'ils tardent, le malade les provoque. Pendant ces périodes, il existe, au tubage et à la radiologie, les signes discrets qui caractérisent le début de la sténose. L'on ne peut pas vraiment parler, dans ces cas, de sténose. Il existe à certaines heures une gên momentanée du jeu du pylore, qui fait plutôt partie de l'exagération des phénomènes douloureux tardifs de la journée de l'ulcéreux. Ce sont des signes pyloriques ; on peut les observer quelle que soit la localisation de l'ulcère, duodénal, gastrique près ou loin du pylore.

Tout cet ensemble disparaît avec la poussée, et, pendant des mois, le malade redevient normal.

Au cours des poussées ultérieures, les mêmes phénomènes peuvent se reproduire, et l'on voit des ulcères évoluer ainsi longtemps par poussées limitées d'allure sténosante, avec intégrité sphinctérienne dans l'intervalle.

Dans d'autres cas, nous le verrons la sténose devient peu à peu organique.

2) Sténose inflammatoire

Toutes différentes sont les sténoses inflammatoires. Chez un ulcéreux ancien, éclate brusquement une poussée nouvelle, et, d'emblée, le malade se présente comme un sténosé vrai, c'est-à-dire qu'il existe, en plus des douleurs, une intolérance alimentaire, avec des vomissements abondants, mais non incoercibles. Le malade est fatigué, légèrement subfébrile; il peut exister de la lymphocytose.

Le tubage à jeun montre un abondant liquide d'hypersécrétion et de stase. A la radio, le bulbe duodénal et le pylore sont invisibles sur les clichés ; l'estomac, rempli par la baryte, est gros, dilaté ; ses contours sont un peu flous, indiquant l'épaississement de la muqueuse ; ses contractions sont faibles, il ne se vide pas. En somme, on voit s'installer brusquement un état clinique et radiologique de grande sténose.

Il semblerait que l'on dût opérer rapidement ces malades. Il n'en est rien ; il s'agit en effet d'une poussée de gastrite : elle porte sur la région du pylore, qu'elle obstrue par gonflement muqueux ; elle porte sur le corps de l'estomac, dont elle parésie le péristaltisme et dont elle provoque la distension (pyloro-gastrite ectasiante). L'expérience prouve que cet état cède en quelques jours à un traitement médical dont je vous parlerai tout à l'heure : les vomissements cessent, le pylore redevient perméable et le malade guérit de sa poussée. De tels *épisodes ont une certaine* tendance à se répéter ; l'opération reste donc indiquée, mais le traitement médical aura permis de la faire à froid, dans des conditions générales et locales favorables.

Si ce tableau représente le type le plus net de la sténose inflammatoire, les rapports de l'inflammation et de la sténose sont multiples. C'est ainsi que certains rétrécissements du pylore sont, pathogéniquement parlant, la conséquence de gastrites (gastrites sténosantes de Boas ; pylorites sténosantes de M. de Abreu) ; ils peuvent accompagner l'ulcère ou être autonomes. Il peut, de plus, exister dans les ulcères, des hypertrophies inflammatoires qui ressemblent à la sténose hypertrophique qu'on observe chez les nourrissons et, rarement, chez l'adulte. Nous ne faisons que signaler ces faits qui ont un intérêt plus pathologénique que pratique, les tableaux qu'ils réalisent étant ceux des sténoses organiques.

3) Sténose organique

La reproduction des poussées amène peu à peu des modifications organiques locales. Leurs causes sont multiples : hypertrophie inflammatoire du pylore, rétraction cicatricielle de l'ulcère ou

(1) Leçon faite à la Clinique chirurgicale de la Salpêtrière en juin 1937 et recueillie par Mme le Docteur Langle

de la gastro-pylorite qui l'accompagne, raccourcissement scléreux de la petite courbure qui altère et gêne le pylore, adhérences parfois.

Quoi qu'il en soit, le tableau clinique change. Les douleurs tardives s'accompagnent de plus en plus de vomissements. Les poussées douloureuses s'allongent et tendent à se souder. Finalement, le malade souffre tous les jours de douleurs tardives avec vomissements qui, de plus en plus, peuvent contenir des aliments ingérés des heures plus tôt, ou même la veille.

L'aspect du malade, en même temps, se modifie, il maigrit et se déshydrate, il est constipé. A l'examen local, on peut voir parfois l'estomac se contracter en bloc sous forme de dôme, ou la paroi se soulever par des trains d'ondes péristaltiques qui descendent lentement du haut de l'hypocondre gauche vers le bas de l'hypocondre droit.

A une période plus avancée, l'estomac cède ; les vomissements s'espacent, mais deviennent abondants, « en tombereau », contenant des aliments de la veille et même plus anciens ; le malade cachectisé, déshydraté, le foie rétracté et insuffisant, finit par succomber. C'est dans ces cas que l'on a signalé la tétanie.

L'évolution de la sténose est parfois interrompue brusquement par une poussée inflammatoire aiguë qui la complète et provoque immédiatement un tableau grave de vomissements incoercibles, rebelles à la thérapeutique médicale. Si elle n'est pas opérée sans délai, un tel état mène à la mort au milieu de signes toxiques. Cette forme de la sténose organique complète s'oppose donc, par sa malignité, à la forme bénigne inflammatoire décrite plus haut.

Examens divers

Deux sortes d'examens servent à caractériser la sténose ; le tubage à jeun et la radiologie. Signalons aussi l'intérêt d'examens divers : azotémie, polynucléose, anémie, Wassermann, etc.

Tubage. — L'estomac normal contient à jeun très peu de liquide et pas de résidus alimentaires. Ces deux éléments augmentent au fur et à mesure que la sténose se précise. On a donc successivement un liquide peu abondant (moins de 100 grammes), mais dont la concentration est supérieure à la concentration du suc gastrique pur (0 gr. 01), c'est-à-dire qui contient des résidus alimentaires dissous ; un liquide abondant (plus de 100 grammes), à concentration supérieure à 0 gr. 01 ; du liquide contenant des particules alimentaires non identifiables, mais formant une couche sédimentaire importante ; du liquide enfin contenant des particules alimentaires reconnaissables.

Ces gradations représentent à peu près les divers degrés de la sténose. Les deux premiers doivent être interprétés, c'est-à-dire qu'ils ne sont pas, *ipso facto*, signes de sténose et qu'on peut les observer incidemment sur des estomacs atones ; même produits par une sténose débutante, ils sont intermittents avec les variations de cette sténose. Les autres types marquent toujours une gêne nette de l'évacuation et (à part les rares cas de spasmes prolongés, de paralysie gastrique émotive, migraineuse, etc.), ils traduisent une nature organique.

Le liquide retiré est, dans la plupart des cas d'ulcère, acide. Je n'insiste pas sur cette notion, car le cancer au début, qu'il s'agisse de cancer ulcériforme ou d'ulcère transformé, laisse l'acidité gastrique intacte. Il ne faut donc pas attacher une valeur considérable à cette notion classique, importante avant l'ère radiologique, quand il s'agissait de distinguer un vieil ulcère d'un cancer avancé.

Radiologie. — C'est d'elle que l'on tire les signes capitaux pour reconnaître le début et les progrès d'une sténose. Les premiers signes de la gêne d'évacuation sont tirés de la réaction de l'estomac. Les ondes péristaltiques sont plus nombreuses, plus rapides et plus profondes ; elles sont symétriques sur les deux courbures, alors que normalement, elles sont bien plus importantes sur la grande. Ces contractions surviennent par crises, suivies de repos, ou, parfois même, l'estomac fatigué prend l'aspect atonique. Dans un second stade, l'estomac commence à se distendre ; cette distension commence par la région sous-pylorique et réalise ce que j'ai appelé la « poussée vers la droite », d'abord intermittente au moment des contractions, puis permanente, donnant ce que j'ai appelé l' « image en sabot ».

Dans un troisième stade, l'antre commence à se dilater vers le bas.

Dans un quatrième stade, la dilatation tend à gagner le reste de la grande courbure. On arrive ainsi peu à peu à l'image classique de l'estomac sténosé, rempli de liquide à travers lequel la baryte tombe « en neige », pour se déposer « en cuvette » dans un bas-fond dilaté, animé encore de contractions péristaltiques qui disparaîtront elles-mêmes à un stade plus avancé.

Dans les sténoses purement inflammatoires par poussée de gastrite ectasiante, le traitement médical supprime rapidement tous les signes de sténose et de dilatation, et l'estomac redevient normal, sauf en ce qui concerne la lésion gastrique ou duodénale causale. Aux signes radiologiques de sténose, s'adjoignent les signes de cette lésion.

II. Sténose du pylore cancéreuse

Lorsque le cancer de l'estomac est tout à fait au début, les signes radiologiques de sténose initiale qu'il peut provoquer sont les mêmes que ceux des ulcères. Ce sont les images de la lésion qui diffèrent et doivent être interprétées selon des règles spéciales, en liaison étroite avec la

clinique et l'évolution. A cette époque, le chimisme ne donne pas non plus la clef du diagnostic.

Lorsque le cancer de l'estomac est avancé, l'étude de la lésion prend encore, comme je l'ai dit au début, le pas sur celle de la sténose.

Néanmoins, il est des caractères classiques qu'il faut rappeler, qui s'opposent à ceux de l'ulcère et qui sont d'ailleurs inconstants : estomac peu spasmodique, peu sécrétant, à parois moins extensibles, à liquide achlorhydrique contenant du sang, de l'acide lactique. En réalité, l'étude de la sténose elle-même dans le cancer a peu d'intérêt ; ce qui est capital, ce sont les signes cliniques et radiologiques de la lésion néoplasique, dont la description n'entre pas dans cette leçon.

III. Autres sténoses

Nous ne parlerons pas aujourd'hui des *sténoses syphilitiques*, ni des *sténoses tuberculeuses*.

Sténoses par périviscérites. Des brides inflammatoires diverses peuvent gêner le pylore ; elles sont, le plus souvent, d'origine vésiculaire, mais peuvent avoir une autre origine, appendicite, épiploïte, péritonite tuberculeuse, etc... Notons que dans les *cholécystites calculeuses*, le pylore peut être comprimé par une grosse vésicule bourrée de calculs, ou bloqué par le calcul lui-même passé à travers une fistule cholécysto-pylorique.

La *sténose hypertrophique de l'adulte* est souvent méconnue ; elle se traduit, pendant des années, par des troubles dyspeptiques vagues. Dans d'autres cas, elle appelle plus tôt l'attention par une gêne nette de l'évacuation.

Les caractères radiologiques sont l'augmentation de longueur apparente du pylore, l'aspect concave de la base du bulbe et de la portion juxta-lésionnelle de l'antre.

Souvent le diagnostic de la nature exacte de la petite tumeur n'est faite qu'au microscope, sur la pièce réséquée.

Sténoses spasmodiques. Il est fréquent de voir un spasme pylorique gêner de façon intermittente le jeu du pylore ; ceci s'observe, nous l'avons vu, dans l'ulcère, mais peut se voir dans une foule d'affections voisines (cholécystites), ou distantes (appendicite). Il en résulte des douleurs, des vomissements et, à l'écran, des aspects de spasme du pylore : blocage brusque du pylore où rien ne passe pendant de longs moments puis brusque déblocage avec passage tout à fait libre (système de « tout ou rien » de Barret). Parfois le spasme s'étend à tout l'antre. Mais cet ensemble n'est pas permanent ; il cède à la thérapeutique, il ne s'agit pas à proprement parler de sténose. Les aspects radiologiques permanents que l'on qualifie de spasmodiques sont le plus souvent dus à des phénomènes inflammatoires, à des gastro-pylorites localisées provoquant des gonflements œdémateux simulant le spasme (comme, au niveau du bulbe ulcéreux, ce qu'on appelait l'encoche spasmodique est en général dû à un bourrelet d'œdème).

Il existe pourtant, chez des sujets prédisposés, des sténoses pyloriques purement spasmodiques d'origines diverses, appendiculaire, vésiculaire, tc... Ce sont des faits tout à fai exceptionnels, dont nous tiendrons toutefois compte dans la thérapeutique.

Traitement. — En présence d'une sténose pylorique, deux questions thérapeutiques sont à résoudre : le traitement de la lésion causale, et le traitement du syndrome de sténose.

D'après ce que nous avons dit, on peut supposer que, dans la constitution d'une sténose, se combinent à des taux divers les éléments inflammatoire et spasmodique (en plus de l'élément cicatriciel sur lequel nous avons peu de prise). Ce sont ces éléments qu'il faut combattre et aussi leur conséquence : la stagnation alimentaire elle-même irritante.

Contre l'inflammation, on donnera des pansements gastriques à type de bismuth ; du collargol à 3 %, une cuillerée à café dans une cuillerée à soupe d'eau. Si l'on veut agir vite, les méthodes de choc, comme la protéinothérapie intraveineuse, sont nettement indiquées.

Contre l'élément nerveux, on prescrira les calmants (type bromure), les antispasmodiques (type belladone). Pour agir vite, on fera de l'atropine sous-cutanée à doses progressives (1/4 de milligramme à 2 milligrammes par jour).

Contre la stagnation alimentaire, on s'efforcera de prescrire un régime d'autant plus digestible et sans résidus, que la sténose est plus serrée : il va donc du régime large, type des ulcéreux en dehors de leurs poussées, au régime lacté.

Dans les formes prononcées, les classiques lavages d'estomac sont indiqués.

En cas de poussée aiguë du genre de celles décrites plus haut à propos des sténoses inflammatoires, on se rappellera que ces accidents sont curables médicalement (atropine, collargol, lavages) et qu'il y a toujours avantage, même si l'on doit opérer, à ne pas le faire en période aiguë, sur un estomac enflammé et infecté. L'indication opératoire est fournie par l'aggravation progressive des signes cliniques et radiologiques, c'est-à-dire par l'apparition des divers stades que nous avons schématisés plus haut.

Dans tous les cas, elle est impérative si la lésion causale est suspecte d'être cancéreuse.

Au cours des poussées aiguës, elle résulte, dans des conditions rares, de la persistance des vomissements, de leur caractère incoercible ; dans ces conditions, il ne faut pas attendre le passage à la phase toxique, et pratiquer d'urgence une gastro-entérostomie, au besoin au bouton.

LES ARTHRITES SACRO-ILIAQUES

Par M. Mathieu-Pierre WEIL

Médecin des Hôpitaux

Subissant tout le poids du tronc, par l'intermédiaire de la colonne vertébrale et recevant en même temps les forces que lui transmettent les membres inférieurs et le bassin, l'articulation sacro-iliaque, par sa situation particulière, peut être considérée comme une des plus importantes de l'économie. C'est aussi l'une des plus fréquemment touchées par les processus pathologiques. Nous n'avons pas l'intention dans ce bref exposé d'étudier comme elles le mériteraient les arthrites qui en résultent ; nous voudrions seulement insister sur certaines notions, tant étiologiques que cliniques et thérapeutiques, qui nous ont semblé plus particulièrement susceptibles de retenir votre attention.

L'articulation sacro-iliaque présente l'anatomie et la physiologie de toute articulation, avec ses surfaces osseuses, son cartilage, sa synoviale, sa capsule, ses ligaments. Certains caractères cependant lui donnent un aspect un peu particulier : le cartilage est mince sur des surfaces osseuses irrégulières ; la synoviale est remarquablement courte ; la partie interne de la capsule semble parfois faire défaut ; quant aux ligaments qui la renforcent, ils sont exclusivement postérieurs, remplacés presque uniquement en avant par les énormes trousseaux musculaires des muscles lombaires et tout particulièrement du psoas. Mais ces quelques caractères ne suffisent pas à conférer aux arthrites sacro-iliaques une étiologie particulière et l'on peut dire que tous les processus morbides, générateurs d'arthrites, peuvent ici se retrouver.

Ces facteurs étiologiques sont d'ailleurs multiples. En premier lieu viennent les infections. Nous ne ferons que rappeler certaines d'entre elles trop classiques pour qu'il soit besoin de s'y attarder et parmi lesquelles, la *tuberculose* — la sacro-coxalgie est connue depuis un demi siècle — ou la *blennorragie*, occupent une large place. Il est par contre deux affections, dont on doit souligner l'importance comme causes possibles d'arthrite sacro-iliaque : la *fièvre de Malte* et la *dysenterie bacillaire.* L'atteinte articulaire dont elles peuvent se compliquer s'extériorise par une symptomatologie souvent nette, marquée surtout par des douleurs extrêmement violentes siégeant au niveau de l'article et survenant au décours de l'affection causale, parfois quelques semaines ou quelques mois plus tard. A leur propos rappelons que les manifestations douloureuses, si l'on en excepte toutefois certaines formes de la tuberculose où l'abcès peut être le premier signe, restent le symptôme majeur de l'arthrite sacro-iliaque. Chaque articulation a ainsi sa façon propre de réagir vis-à-vis du processus morbide : le genou réagit en « formant de l'eau » ; le poignet en créant des fongosités ; la sacro-iliaque en entraînant de la douleur.

L'arthrite sacro-iliaque ne relève pourtant pas que de facteurs infectieux. Elle peut succéder encore au froid, à l'humidité. Combien de sciatiques, apparues brusquement chez un sujet qui la veille s'est étendu sur l'herbe *humide*, ne reconnaissent vraisemblablement pas d'autre origine ! Elle se retrouve d'autre part dans une proportion d'environ 30 % des cas, dans les formes progressives du *rhumatisme généralisé.* Enfin elle peut être une manifestation de la *goutte* elle-même, au cours de ses formes aiguës, comme en témoignent deux observations qui restent à ce sujet fort suggestives, de Paillard.

Mais, si ne pouvaient survenir au niveau de l'articulation sacro-iliaque que les processus morbides que nous venons de mentionner, cette articulation n'aurait pas pris l'importance qu'elle a au point de vue pathologique, et qui tient à ce que de *petits facteurs traumatisants* sous l'influence de l'effort que subit l'articulation, peuvent encore entrer en jeu. Quel en est donc le mécanisme ?

La colonne vertébrale vient appuyer sur le sacrum qui tend d'une part à s'enfoncer dans le bassin, et d'autre part à glisser en avant. Le sacrum cependant va être gêné dans son mouvement de descente par les deux os iliaques entre lesquels il est placé et qui l'enserrent. Mais, théoriquement du moins, rien ne s'opposerait à ce qu'il glisse en avant si n'existaient un certain nombre de muscles et de ligaments, — ligaments sacro-iliaques postérieurs, volumineux ; muscles antérieurs abdominaux. Que ces ligaments perdent de leur élasticité et de leur force sous l'influence *de l'âge* ; qu'apparaissent des *grossesses* répétées distendant à ce moment, comme l'avait déjà remarqué Hippocrate, les surfaces articulaires ; que se développe un certain état d'*obésité*, avec ventre proéminant, tendant à attirer en avant le sacrum, alors se trouvent réalisées des conditions suffisantes pour que l'articulation sacro-iliaque, sous l'influence des forces qui s'exercent sur elle, puisse subir un déplacement. Et c'est ce « relâchement » que les auteurs anglais ont traduit par le terme

expressif de « Strain », qui va entraîner la souffrance de l'articulation.

Dans un très grand nombre de cas, cependant, c'est à l'occasion d'un *effort supplémentaire* que se trouvera apparaître cette souffrance. Presque tous les efforts, si nombreux dans la vie courante, trouvent leur répercussion au niveau de l'articulation sacro-iliaque et sont susceptibles de déclencher le glissement des surfaces en contact. Il n'est pour s'en convaincre que d'examiner un sujet qui se baisse, soulève un objet volumineux, porte un fardeau un peu lourd, ou même, geste qui disparaît de plus en plus, met en marche sa voiture à la manivelle. Il existe ainsi toute une pathologie traumatique à laquelle il faut savoir penser en présence d'une arthrite sacro-iliaque, en fouillant les antécédents et en analysant, afin d'en saisir la valeur, le traumatisme parfois le plus léger.

Dans bien des cas, il est vrai, une telle arthrite « d'effort », peut ne pas attirer l'attention. La douleur qu'elle entraîne est loin de posséder l'acuité des arthrites mélitococciques ou la symptomatologie si spéciale de la sacro-coxalgie de la goutte. Il faudra souvent la dépister en présence d'un léger endolorissement lombaire, en se refusant à porter un diagnostic trop rapide de courbature ou de lumbago, et en examinant le malade avec le plus grand soin.

Cet *examen du malade*, que l'on soupçonne d'être atteint d'arthrite sacro-iliaque, reste en effet extrêmement important et doit être conpuit de façon méthodique. Le sujet sera examiné tout à fait nu. Ainsi son simple aspect peut déjà être très instructif. Normalement, en effet, existe une lordose lombaire qui disparaît par redressement du rachis, dans la flexion du tronc en avant, la colonne vertébrale épousant une courbure régulière, vraiment élégante, de l'atlas au sacrum. En cas d'arthrite sacro-iliaque, cette courbure reste irrégulière, la lordose lombaire ne disparaissant pas complètement. A la *marche*, le malade avance avec précaution, comme s'il hésitait ; parfois existent même des mouvements de salutation, rappelant ceux observés dans la luxation de la hanche.

Mais c'est la recherche des points douloureux qui doit rester le temps essentiel de l'examen. Elle se fait d'abord sur le sujet debout, après avoir repéré le siège de l'articulation, à deux ou trois centimètres de la ligne médiane, au-dessous de l'origine du sacrum. Elle se fait ensuite sur le *sujet couché* et couché sur un plan dur, en décubitus dorsal puis ventral. Les points douloureux peuvent siéger non seulement au niveau de l'articulation elle-même, mais ncore à distance. C'est ainsi que les points de Valleix sont souvent sensibles. L'inverse peut d'ailleurs également s'observer, et une douleur dont le point de départ est loin de l'articulation, peut irradier à la sacro-iliaque et en imposer, à première vue, pour une arthrite.

Certaines *manœuvres*, destinées encore à provoquer la douleur compléteront les recherches précédentes. Il en existe de nombreuses variétés et les auteurs anglo-saxons, au cours de ces dernières années, se sont plus encore à les enrichir. Nous n'en décrirons que quelques-unes, parmi les plus intéressantes :

Le sujet assis sur un tabouret rigide, se soulève légèrement en s'aidant de ses deux mains appuyées sur les bords de ce tabouret, puis se laisse brusquement retomber. Il en résulte en cas d'arthrite, une douleur plus ou moins violente dans l'articulation.

Le sujet debout, pose la jambe du côté sain sur un tabouret et s'efforce d'y monter sans aucun élan. Dans ce mouvement apparaît une douleur au niveau de l'articulation opposée. Cette manœuvre peut ê re modifiée en demandant au malade de poser d'abord sur le tabouret la jambe du côté de l'arthrite supposée : toute ascension peut être alors impossible.

Le sujet étant couché sur un plan dur, de façon à ce que sa jambe du côté présumé sain pende dans le vide, replie la jambe opposée, genou contre poitrine. La pression sur la jambe pendante, exagérant la position d'extension qu'elle a déjà prise par son propre poids, fait basculer le bassin et provoque une douleur vive dans l'articulation sacro-iliaque opposée.

L'essai de rapprochement des deux ailes iliaques par forte pression latérale entraîne une douleur du côté malade.

Le sujet étant en décubitus ventral, l'élévation de ses deux membres inférieurs, saisis et soulevés ensemble, ne provoque aucune douleur en cas d'arthrite sacro-iliaque, l'articulation lombo-sacrée étant seule intéressée dans ce mouvement.

Enfin la dernière manœuvre que nous mentionnerons est celle de Lasègue. Sans suivre dans leur opinion les auteurs suédois qui lui dénient toute valeur, sachons en reconnaître l'intérêt. Certaines précautions sont seulement nécessaires. Ainsi convient-il de soulever très doucement le membre inférieur examiné. Lorsqu'il forme avec la table d'examen un angle d'environ 45°, une douleur en cas d'arthrite sacro-iliaque va apparaître. Pour éliminer alors une sciatique banale, il faut abaisser légèrement le membre, puis fléchir le pied sur la jambe : si la douleur n'est pas exagérée, il ne s'agit pas de sciatique...

Toutes ces manœuvres, réveillant la douleur au niveau de l'articulation malade sont extrêmement intéressantes à pratiquer. A elles seules, elles restent pourtant insuffisantes, et les données de l'examen clinique devront toujours être vérifiées par des *épreuves radiologiques*.

Sans doute ne faut-il pas trop demander à la radiographie. Ici, plus encore peut-être qu'au niveau des autres articulations, on ne doit pas s'attendre à trouver des lésions dont l'intensité emportera d'emblée la conviction. Beaucoup plus fréquemment au contraire, les lésions resteront minimes et devront être discutées. Tantôt on notera une légère irrégularité de l'espace articulaire, tantôt, à la partie inférieure de cet espace apparaîtront de petits processus ostéophytiques ; il ne faudra alors retenir comme témoins d'arthrite, que les ostéophytes assez volumineux, ceux à peine ébauchés n'ayant aucune signification. Parfois encore, l'espace articulaire aura disparu. Mais il est un signe radiologique essentiel : il réside dans la modification de la structure osseuse au niveau de l'articulation, qu'il s'agisse d'ostéoporose ou d'hypercalcification. Ce signe est malheureusement inconstant.

Ce n'est que dans des cas très rares, qu'on sera amené à constater une disparition totale de l'articulation elle-même. Cette image se voit surtout dans les spondyloses rhizoméliques. Quelle en est l'explication ? Peut-être faudrait-il s'en tenir à ce que déjà avait remarqué Farabeuf, lorsqu'il écrivait que c'est par la calcification des articulations sacro-iliaques que l'organisme essayait de lutter contre la fragilité du rachis.

Pour que l'examen radiologique garde tout son intérêt, il importe que toutes les parties de l'articulation soient nettement visibles. Celle-ci en effet peut, du point de vue radiologique, être divisée en deux portions : l'une antérieure, verticale, située dans un plan sagital ; l'autre postérieure, horizontale, située dans un plan oblique. Elles se trouvent ainsi diversement orientées et ne peuvent être également projetées sur le même cliché. Il est donc absolument nécessaire, comme nous l'avons montré avec Coliez, de prendre deux clichés, en modifiant l'inclinaison de l'ampoule. L'un sera pris en position frontale, et intéressera la partie verticale de l'articulation ; l'autre en position oblique (oblique antérieure droite pour la sacro-iliaque droite, oblique antérieure gauche pour la sacro-iliaque gauche) et intéressera sa partie horizontale, l'obliquité optima du rayon étant de 20°. Ce n'est qu'en adoptant cette méthode qu'on pourra explorer avec bénéfice l'articulation sacro-iliaque ; encore ne faudra-t-il pas hésiter à multiplier les radiographies.

Le *traitement* des arthrites sacro-iliaques est bien différent selon les cas. Il est de toute évidence, qu'une arthrite tuberculeuse, gonococcique, mélitococcique ou goutteuse devra avant tout être soumise à une thérapeutique spécifique. Nous ne nous y attarderons donc pas. Nous ne nous attarderons pas non plus au traitement des arthrites dues à un trauma important, où la technique employée peut être voisine de celle utilisée dans la luxation. Mais dans les autres cas, devant une douleur du bas du dos (bachache des auteurs anglais, devant ces arthrites d'effort, dont nous avons souligné toute la fréquence et l'importance, il est une thérapeutique qu'il faut immédiatement mettre en œuvre : *le repos au lit.* A lui seul, ce repos arrive à calmer la douleur, et si les premiers jours apparaît une exacerbation des phénomènes douloureux, ce n'est là qu'une recrudescence passagère.

Le repos au lit ne peut malheureusement convenir à tout le monde. Bien des considérations peuvent en gêner l'application. C'est alors que la *fixation*, l'immobilisation de l'articulation par le port d'une ceinture peut donner d'excellents résultats. Ceux-ci seraient meilleurs encore si, comme dans certains pays étrangers, l'appareillage était plus développé, mieux connu en France. Tel qu'il est conçu cependant il permet d'apporter un soulagement effectif aux malades. Dans certains cas, il pourra être remplacé avec profit par un « verrouillage sacro-iliaque » au moyen de greffons (Massart). Cette intervention chirurgicale a le mérite d'être simple, et efficace ; elle a contre elle de nécessiter, comme toute intervention ankylosante, trois mois de lit. Quant à l'objection qu'on a pu lui faire d'empêcher ultérieurement le développement normal d'une grossesse et de gêner l'accouchement, elle ne peut actuellement être retenue, l'écartement du pubis s'étant montré suppléer suffisamment l'écartement des sacro-iliaques.

Il ne nous reste plus qu'à mentionner en terminant, la pratique des injections « loco dolenti ». Celles-ci peuvent se faire juxta-articulaires ou au niveau des ganglions lombaires, le liquide injecté étant une solution de novocaïne à 1 ou 2 pour 200.

Mais cette thérapeutique, qui cependant a pu donner certains succès, doit rester au second plan, car il est une notion qui domine toute l'histoire des arthrites sacro-iliaques d'effort des arthrites par « relâchement », c'est qu'elles doivent avant tout, commander l'immobilisation de la jointure.

(*Leçon faite le* 9 mai 1937 *à la Faculté de médecine. Recueillie et résumée par P. Molinéry, interne des hôpitaux.*)

LA CLINIQUE AU GOUT DU JOUR

Pour améliorer le sort de ceux qui souffrent dans leurs articulations

D'après le Docteur Raphaël MASSART (*)

LES INFILTRATIONS SYMPATHIQUES DANS LE ARTHRITES CHRONIQUES RHUMATISMALES, OU AUTRES. LEURS RÉSULTATS.

La majorité des malades, traités par l'infiltration des ganglions symphatiques (stellaire ou 2e lombaire), étaient des malades souffrant énormément dans leurs articulations : rhumatisants chroniques, obèses, cas inopérables, etc. Il faut bien le dire : c'étaient des sujets, qui avaient épuisé, sans résultats, toutes les ressources de la thérapeutique.

Infiltrations lombaires

Soixante-deux d'entr'eux étaient atteints de coxarthries rhumatismales, avec lésion d'une ou des deux hanches. Ils souffraient beaucoup et marchaient à peine. Leurs douleurs diurnes et nocturnes étaient aggravées par la marche et l'appui ; elles s'accompagnaient de troubles statiques importants, avec faux appui, du fait d'une flexion permanente de la cuisse sur le bassin. Cette position paraissait fixée, et pouvait être prise pour une ankylose entraînant le bassin, dans les mouvements les plus limités. Il y avait des troubles de la musculature : atrophie de certains groupes, en particulier des fessiers et du quadriceps ; contractures d'autres groupes, notamment des adducteurs et des pelvi-trochantériens. Radiologiquement, on avait des images de coxarthries extrêmement développées. Certains aspects radiologiques et cliniques donnaient à tort l'impression d'une ankylose complète ; mais, après infiltration, on s'apercevait qu'il s'agissait seulement, dans bien des cas, d'une contracture réflexe et que, cette contracture tombée, il était possible de mobiliser l'articulation, et de lui donner une position meilleure.

a) *Résultat immédiat* :

Le *résultat* de l'infiltration se traduit de façon immédiate par une sensation d'écoulement le long du rachis et par une calorification du membre. On attend qu'elle se produise, avant d'essayer de mobiliser l'articulation douloureuse et de faire lever le malade. Lorsque l'action de l'analgésique sur le ganglion commence à se produire, les sensations éprouvées se traduisent par des *comparaisons diverses : tantôt le membre* inférieur paraît moins lourd, tantôt une douleur tenace, irradiée au mollet ou à la jambe, disparaît brusquement ; tantôt le mouvement reparaît, et le malade étonné met le pied à terre et marche sans appui.

Dans 70 % des cas, on note une amélioration immédiate, importante, de l'appui et de la marche , du fait de la suppression de la douleur. Ce résultat est *frappant*, car on voit une malade, qui avant l'infiltration ne pouvait bouger sans ses cannes, marcher en s'appuyant à peine sur un rebord de table.

Un homme souffrant beaucoup, vieux client du rhumatisme, dont le caractère s'était aigri, subit non sans récriminer une première infiltration. L'effet en fut, chez lui, extraordinaire, puisqu'il put fléchir et étendre sa hanche si douloureuse ; un sourire d'étonnement illumina son visage.

S'il y a des insuccès il faut accuser surtout des fautes de techniques : le ganglion n'a pas été touché par l'analgésique, par suite de l'inexpérience de celui, qui fait la piqûre, ou par suite d'une disposition anatomique, qui a empêché le ganglion d'être atteint par la solution.

Malgré tout, il reste des cas, où aucun résultat n'a été obtenu : ni calorification du membre, ni modification de la tension ; il est certain que chez ces malades la chaîne sympathique doit échapper à l'infiltration, pour une raison anatomique d'ailleurs difficile à préciser.

b) *Résultats éloignés* :

Dans la majorité des cas, l'amélioration persiste et dure ; les pourcentages varient, mais dans l'ensemble ils vont de 30 à 60 %. Ces chiffres obtenus chez des malades intelligents, capables de s'analyser, paraissent répondre à la réalité et situer exactement le gain, donné par cette thérapeutique.

Ces malades sont revus de huit jours en huit jours, et, dès que le bénéfice thérapeutique obtenu commence à diminuer, une nouvelle infiltration est faite, On peut aller jusqu'à cinq ou six du même côté. Il est certain que les infiltrations s'espacent énormément dans le temps, et qu'on arrive à atteindre des répits dans la souffrance, atteignant plusieurs mois.

(1) Traitement des arthrites chroniques douloureuses par les infiltrations sympathiques. (*Revue du Rhumatisme*, avril 1937).

Les infiltrations du ganglion sympathique lombaire paraissent particulièrement convenir *en dehors du rhumatisme, aux lésions articulaires du genou et surtout de la hanche* ; la bilatéralité n'est point une contre-indication, tout au contraire, et dans douze cas de *luxations congénitales invétérées* très douloureuses, l'auteur a pu obtenir une cessation des douleurs et une disparition des contractures très remarquables. Voici l'observation très caractéristique d'une infirmière adressée, il y a deux mois, pour une hanche luxée congénitalement, et réduite en 1914.

« Cette luxation, dit le Docteur Massart, devint peu à peu douloureuse et, depuis septembre 1936, elle empêchait cette malade, âgée de 30 ans, de faire son service : c'était pour que je l'opère qu'elle me fut envoyée.

« Je trouvai une subluxation douloureuse de la hanche avec position hanchée, escamotage de l'appui sur le membre douloureux, douleur à la pression de la tête, perceptible au pli inguinal. Radiologiquement la tête était déformée, mal appuyée, sortie sur plus des 2/3 de la circonférence. A n'en pas douter, c'était un cas où il fallait donner un appui à la tête, faire une butée et appliquer le traitement opératoire devenu classique.

« La proximité des fêtes de Noël me fit surseoir à l'opération et, pour la soulager, je lui fis le 19 décembre 1936, une infiltration de 10 centimètres cubes autour du deuxième ganglion lombaire.

« L'après-midi même, la malade se sentait moins lourde, comme si quelque chose venait de se remettre en place ; l'amélioration s'était faite en trois jours, toute douleur avait disparu et elle pouvait marcher comme cela ne lui était plus arrivé depuis des années.

« A l'examen, la hanche a retrouvé sa souplesse, il n'y a plus de contracture, et la malade heureuse se croit guérie. Combien de temps ce mieux va-t-il durer ? Actuellement, il y aura bientôt deux mois qu'il se maintient intégralement. »

Les autres cas observés étaient des lésions beaucoup plus évoluées, chez des malades âgés où il ne pouvait être question d'une intervention, et si l'infiltration a permis de diminuer la douleur, de faire disparaître des contractures, de rendre la marche plus facile, d'apporter une amélioration très importante, jamais encore l'auteur n'avait assisté à une résurrection totale, comme chez cette infirmière.

Ce beau succès fait croire que l'infiltration devrait être plus souvent utilisée, dans les subluxations douloureuses, et qu'en tout cas, on ne devrait jamais opérer de telles hanches, avant d'avoir eu recours au procédé simple et inoffensif qu'est l'infiltration du deuxième ganglion lombaire.

La méthode a encore été utilisée chez six malades *qui avaient été forés* pour de vieilles arthrites de la hanche et qui, très améliorés, conservaient encore de la contracture, et de temps à autre souffraient. Bon résultat, en particulier chez une femme à laquelle le forage avait donné plus de mouvement : l'infiltration lui a rendu une souplesse et une activité qui ont complété le résultat opératoire. D'autre part, on pourra améliorer énormément le résultat du forage, en l'associant à l'infiltration, faite dans les jours qui suivent l'opération.

Dix cas d'arthrites sacrées, soit sacro-iliaque, soit sacro-lombaire, ont été infiltrés ; *résultats médiocres dans l'ensemble* ; pour trois de ces malades une intervention a d'ailleurs donné un résultat que l'infiltration n'avait point permis d'obtenir. Il semble qu'il s'agisse là d'une région, qui anatomiquement n'est pas contrôlée par le deuxième ganglion lombaire ; c'est donc en un autre point de la chaîne qu'il faudrait porter l'anesthésique ; l'infiltration de D10 a donné des sédations rapides de douleurs dans l'arthrite sacrée.

Une infiltration lombaire fut faite pour des *troubles post-phlébititiques,* survenus chez une femme de 45 ans, pesant 119 kilos. L'amélioration a été très importante et elle s'est maintenue : les fourmillements, les douleurs et les troubles de la fin de la journée ont disparu.

Une infiltration du deuxième ganglion lombaire a été pratiquée au cours de la consolidation d'une résection du genou ; qui présentait aussi une arthrite de la hanche, et aussi bien pour agir sur la contracture réflexe que sur la rapidité de réparation du foyer réséqué. L'infiltration a fait disparaître la contracture, et le cal interfragmentaire, solide, qui a été obtenu au bout de *deux mois,* a été très satisfaisant.

En résumé, d'après l'étude de quatre-vingt-neuf observations, l'infiltration du ganglion sympathique lombaire apparaît comme un moyen thérapeutique très efficace, qu'on ne saurait négliger chez tous les malades, qui souffrent des hanches ou des genoux, en particulier les rhumatisants ; sa simplicité, son indolence doivent l'imposer chez les malades inopérables, auxquels toutes les thérapeutiques ont été appliquées. Il faut l'utiliser et la conseiller, même aux cas qui paraissent opérables, car souvent, en faisant tomber la contracture, en supprimant la douleur, on transforme son malade et on peut lui appliquer une thérapeutique, à laquelle on n'aurait osé se confier : c'est le cas des anciennes luxations congénitales devenues douloureuses.

Les infiltrations stellaires

L'examen d'une dizaine de cas permet de se faire une idée des lésions, susceptibles de tirer profit d'une telle thérapeutique.

Deux contractures spasmodiques de la face et du cou n'ont tiré aucun profit de ces infiltrations ; chez ces deux malades cependant, on a obtenu, après l'injection, un magnifique syndrome de Claude Bernard-Horner et si, pendant quelques minutes, on a pu croire à une amélio-

ration, les troubles se sont reproduits aussitôt.

Dans une maladie de Raynaud, on a infiltré à dessein un seul côté, pour juger par comparaison de l'effet obtenu. Dès la première infiltration, la malade, dont les extrémités étaient froides avec une peau épaisse, qui sentait mal les objets et se plaignait de fourmillements, a retrouvé plus de souplesse ; sa main s'était réchauffée, et les fourmillements étaient moins marqués. L'étude des oscillations a montré une augmentation de l'amplitude, par rapport à ce qu'elle était avant l'infiltration. La malade a trouvé une différence considérable avec le côté non infiltré. Au bout de trois semaines, cette infiltration a été renouvelée, et l'auteur a décidé, étant donné l'action certaine qu'on exerçait sur le ganglion stellaire, de pratiquer une stellectomie.

Une malade présentait une épaule ballante, après résection pour scapulalgie, cicatrisée par première intention. Cette épaule ballante causait des troubles nerveux et musculaires importants, par étirement de son plexus vasculo-nerveux. On avait mis sur le compte du pithiatisme des lésions réelles : modification de la couleur des téguments, œdèmes de la main, douleurs dans tout le membre, difficulté de se servir de la main, gêne dans la flexion du coude, impossibilité de mobiliser le bras, troubles trophiques importants. Une arthrodèse de l'épaule était proposée ; auparavant on fit une infiltration du ganglion stellaire du côté, où l'épaule avait été réséquée. Huit jours plus tard, la malade revenait heureuse d'avoir moins souffert, son hypersensibilité disparue, et le bras ayant perdu sa forte coloration violacée. Nouvelle infiltration, et application d'un grand plâtre rapprochant l'humérus de l'omoplate, pour essayer de réduire la grande laxité. Ce plâtre est depuis trois mois en place ; on le laissera six mois ; la malade le supporte bien ne souffre plus et se sert de sa main.

Une autre malade, présentant une raideur douloureuse de l'épaule consécutive à une violente contusion par chute, était dans l'impossibilité de se servir de son bras. Cette femme de 57 ans, présentait une épaule douloureuse, à mouvements si limités que pratiquement il y avait ankylose. L'ayant infiltrée le 9 juin au niveau du ganglion stellaire, et aussitôt améliorée, le Docteur Massart profitait de la circonstance pour mobiliser l'épaule à la manière de Memmel. Trois jours plus tard, la malade se servait de son membre supérieur droit et à sa plus grande satisfaction, elle pouvait balayer sa maison.

Une autre patiente, qui a bénéficié de cette même thérapeutique, avait été traitée à l'hôpital pour une fracture du radius ; elle se présentait avec une impotence fonctionnelle de l'avant-bras et du poignet, où siégeaient des douleurs irradiées au bras et à la main. Les doigts étaient œdématiés, leurs articulations enraidies et douloureuses. (Ces complications post-traumatiques ne sont pas rares chez les femmes âgées). Le 14 mai, infiltration, et dans le ganglion stellaire et dans l'ancien foyer de fracture, renouvelée le 23 mai et le 7 juin. A cette époque, to s les troubles avaient disparu et la malade se servait de sa main.

***

TECHNIQUE DES INFILTRATIONS SYMPATHIQUES

Les ganglions de la chaîne sympathique sont relativement faciles à atteindre à la région cervicale et à la région lombaire, en suivant les techniques, décrites par Leriche et Fontaine.

Les voici résumées :

a) *A la région cervicale*, c'est le ganglion stellaire, cervico-dorsal, le dernier de la chaîne que l'on cherche à atteindre.

Ce ganglion profondément situé, en arrière d'un plan vasculaire important, répond au col de la première côte, qu'il sépare de l'artère vertébrale, située plus en avant et plus haut.

Pour le trouver avec une aiguille, il est nécessaire d'utiliser celle dont on se sert pour la ponction lombaire, qui, longue de 12 cm. et *en platine*, possède une section d'environ 8/10 millimètre.

Le malade est étendu horizontalement sur la table d'opération avec un coussin sous la nuque, et la tête tournée du côté opposé à celui où l'infiltration va être faite.

Le premier repère important, c'est le milieu de la clavicule.

On pique à ce niveau, en rasant l'os, puis on relève l'aiguille en la dirigeant obliquement vers l'apophyse transverse de la 7e cervicale, et on l'enfonce en se déviant de 30° en dehors.

Au cours de cette manœuvre, il n'est pas rare de piquer un vaisseau qui saigne par l'aiguille, c'est *souvent* l'artère vertébrale. Il suffit de retirer l'aiguille, la piqûre artérielle étant sans importance.

Quand on pense être au contact du ganglion, on pousse une injection de 10 c. c. d'une solution à un demi pour cent, et on attend.

Si le ganglion stellaire est bien infiltré, on voit se produire un rétrécissement de la fente palpébrale, et un changement de couleur de l'hémi-face par vaso-dilatation : c'est le syndrome de Claude Bernard-Horner.

Son apparition, qui se fait dans les minutes *qui suivent la piqûre*, est l'indice d'une *infiltration* réussie.

b) *A la région lombaire* :

La chaîne sympathique et ses ganglions répondent au plan des corps vertébraux, et le deuxième ganglion, le plus constant, le plus volumineux, répond en général au 2e corps vertébral lombaire.

C'est là qu'on a le maximum de chances d'atteindre la chaîne pour en réaliser, par analgésie, la section physiologique.

La technique demande beaucoup moins d'adresse, et on a beaucoup moins de ratés qu'à la région cervicale.

Leriche et Fontaine conseillent, le malade étant assis, de repérer la deuxième apophyse épineuse lombaire et de se porter à son niveau, latéralement à trois bons travers de doigts. C'est là qu'on enfonce une longue aiguille de 12 cm., en la dirigeant obliquement en dedans, vers la ligne médiane. Il est possible de rencontrer aussitôt l'apophyse transverse. On se porte alors au-dessus ou au-dessous, jusqu'à ce qu'on sente le contact osseux du corps vertébral, à une profondeur de 8 ou 9 centimètres.

Dès qu'on sent ce contact osseux, très particulier, il suffit de pousser l'injection de 10 c.c. de la solution à un demi pour cent.

Sitôt l'injection poussée, le malade a une sensation de calorification du membre inférieur correspondant, et on note, à l'oscillomètre, une augmentation de l'amplitude des battements artériels.

Dans les cas les plus graves, avec lésions bilatérales, on infiltre simultanément les ganglions lombaires, droit et gauche, en utilisant une solution à *un demi pour cent* d'un dérivé synthétique de la cocaïne (soit la scurocaïne, soit la syncaïne, soit la novocaïne R. C.) ; de chaque côté, une seringue de 20 centimètres cubes.

Chez les sujets obèses, le repérage vertébral doit être fait avec une grande minutie, car, si l'on n'est pas sur le flanc du corps vertébral, on risque de passer entre deux vertèbres, et d'aller faire une ponction lombaire latérale ; on s'en rend compte seulement en voyant sourdre du liquide céphalo-rachidien par l'extrémité de l'aiguille. C'est pourquoi, il est bon, avant d'injecter, de toujours aspirer pour être certain de n'être pas dans le cul-de-sac dural.

D'autre part, si l'on ne prend pas soin de séparer l'aiguille de la seringue et que l'on injecte directement, on risque de faire, par la fausse route, une rachianesthésie. Deux faits de ce genre, sont survenus dans les cabinets de praticiens, qui étaient assez émus par cet incident et qui ont dû garder chez eux plusieurs heures un malade, ayant perdu toute mobilité et toute sensibilité, dans la moitié inférieure du corps.

Il faut signaler ces accidents, pour montrer que ces infiltrations ne doivent jamais être faites ailleurs qu'à la maison de santé.

D'ailleurs, ces deux techniques dont l'une est simple, dont l'autre plus délicate, demandent de l'*adresse*, même une *certaine habitude*, méritent d'être apprises, car c'est grâce à leur exécution correcte qu'on obtient des effets thérapeutiques intéressants.

***

En conclusion, l'infiltration des ganglions sympathiques, lombaires et stellaires, a une *valeur curative* ; elle paraît une arme merveilleuse dans le traitement de certaines douleurs articulaires, en particulier chez les rhumatisants ; on note parfois une amélioration rapide, dès la première injection ; elle se montre efficace dans des cas où toutes les thérapeutiques ont été épuisées sans succès.

Elle a une valeur diagnostique, car elle permet de séparer les phénomènes, qui sont sous la dépendance du système neuro-végétatif, et ceux, qui sont le fait du pithiatisme ou des lésions d'autres appareils.

G. FISCHER.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

La coqueluche, son traitement, sa prophylaxie, ses conséquences

Le Docteur G. SCHREIBER a fait une vaste enquête auprès des pédiatres français et étrangers sur cette intéressante question, et il nous résume les résultats.

L'importance de l'aération dès le début de la maladie est soulignée par divers auteurs. Les sédatifs des quintes qui obtiennent le plus de suffrages sont, seuls ou associés : le droséra, la belladone, le bromoforme, le gardénal, le bismuth colloïdal, l'æthone. Les injections d'huile éthérogoménolée et de morphine sont préconisées dans les formes sévères ; on recommande également les inhalations d'oxygène ou d'ozone.

La vaccination préventive possède une efficacité réelle ; cependant, quelques auteurs signalent des résultats inconstants ou nuls. Des effets préventifs plus satisfaisants sont obtenus au moyen du sérum de convalescent en injections. La vaccination curative est surtout appréciée à l'étranger, sans que l'origine du vaccin semble devoir être mise en cause. Sur cette méthode, certains auteurs étrangers restent pour le moins sceptiques. Les pédiatres français sont en majorité réservés au sujet du vaccin anti-coquelucheux employé à titre curatif. Babonneix, Bohn, cependant le croient intéressant. Le Prof. Lereboullet le conseille systématiquement. Le Prof. Mouriquand, Paraf, Péhu, Railliet, ont l'impression qu'il atténue parfois la maladie. Il semble qu'il y ait là une question de cas individuels, de précocité d'action ou de dose à mettre au point.

La durée de l'isolement après le début des quintes peut être réduite à douze jours pour le Prof. Carrière, à quinze jours pour Babonneix et le Prof. Gautier, à vingt et un jours pour Armand-Delille, mais la plupart des auteurs sont d'accord pour exiger trente jours ; le Prof. Lereboullet demande cinq semaines après la première quinte. Quelques-uns considèrent ce délai comme un minimum et demandent trente à quarante ou quarante-cinq jours d'isolement, soixante jours même dans certains cas.

La cure d'air au déclin de la coqueluche rallie tous les suffrages. Certains ne la jugent pas indispensable pour les formes bénignes ou moyennes; mais tous la recommandent très vivement pour les formes sévères, débilitantes ou compliquées. Les avis sont partagés au sujet du choix des stations climatiques de convalescence. Les uns préfèrent les plages très ventilées de la mer du Nord ou de la Manche. Les autres donnent la préférence aux stations moins exposées telles qu'Hosségor ou Salies-de-Béarn. L'influence de la coqueluche sur la tuberculose semble exagérée par les auteurs classiques. Certains la nient complètement, d'autres la mettent en doute ou déclarent simplement ne pas l'avoir constatée. Un assez grand nombre estiment que cette influence est exceptionnelle, mais qu'elle leur a paru indéniable dans certains cas observés personnellement (Beutter, Blechmann, Mouriquand, G. Schreiber) Le Prof. Fanconi résume ainsi la majorité des réponses : la coqueluche n'a pas une influence très manifeste sur la tuberculose, mais il existe des cas rares qui montrent que l'association des deux maladies peut entraîner de redoutables conséquences. (*La Clinique*, mai 1937-B.)

Du simple rhume à l'influenza épidémique

D'après A. BÉCLÈRE, le rhume banal et l'influenza épidémique, en dépit des différences de leurs symptômes, de leurs lésions, de leur évolution et de leur pronostic, ne semblent pas des entités morbides essentiellement distinctes.

La cause qui les produit paraît être un même agent infra-visible et filtrant, un même virus. Ce virus, s'il agit seul, ne provoque chez l'homme qu'un léger et inoffensif état morbide, un simple rhume, l'équivalent de ce que Shope dénomme, dans l'influenza porcine, la maladie du filtrat.

C'est l'association à ce virus d'une ou plusieurs bactéries visibles, parmi lesquelles le bacille de Pfeiffer joue le rôle capital, qui, transformant cet état morbide, en fait la gravité et le danger.

La diversité des tableaux cliniques de la maladie est attribuable à trois facteurs principaux diversement combinés : *a*) le pouvoir pathogène du virus, variable en d'assez étroites limites ; *b*) le pouvoir pathogène des bactéries associées, incomparablement plus variable et plus important ; *c*) l'existence en plus ou moins grande quantité, dans le sang des malades, de substances antivirulentes et neutralisantes, dues à des atteintes antérieures, légères ou sérieuses, récentes ou anciennes, de la maladie. (*La Presse Médicale*, 2 juin 1937.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Le problème de la tuberculose chez les Noirs
(MM. F. BEZANÇON et E. ARNOULD ; 6-7-1937.)

Le problème de la tuberculose chez les Noirs est dominé par le mémoire bien connu de Borrel. La réunion en France, au camp de Fréjus, d'un fort contingent de tirailleurs sénégalais a permis à cet auteur de donner une description d'un grand intérêt de l'infection tuberculeuse des Noirs, indiquant les rôles de la race, de la « transplantation » d'organismes neufs dans des milieux contagionnants.

Il semble, cependant, que l'on a un peu hâtivement généralisé les conclusions de Borrel. Un crédit exagéré a été accordé à la doctrine de l'extrême fragilité du terrain vierge à l'égard d'une première infection, faisant admettre que le problème de la tuberculose chez les Noirs était simplement d'ordre bactériologique ou immunologique. Des investigations plus étendues ont montré que la tuberculose chez les Noirs n'est réellement fréquente et souvent grave que parmi les nègres changés de milieu, de conditions de vie, nonobstant l'état allergique ou non allergique de ces sujets.

On se trouve en définitive devant un problème d'ordre social. Ici également, la tuberculose apparaît comme la maladie sociale par excellence, dont la fréquence et la gravité dans les groupes humains sont commandées avant tout par les conditions de vie de ceux-ci, par leur activité, leur alimentation, leur habitat, leur hygiène générale. Quand ces conditions de vie se trouveront suffisamment adaptées aux besoins des Noirs, compte tenu d'une certaine fragilité raciale de ceux-ci, nous verrons sans doute la tuberculose se comporter parmi eux d'une façon peu différente de celle que nous lui voyons couramment affecter parmi les collectivités blanches.

Telle est l'opinion du Prof. Bezançon sur cette question de la tuberculose des Noirs. Elle aboutit à des conclusions prophylactiques nettes et positives.

Médecins coloniaux d'autrefois et d'aujourd'hui
(M. SOREL ; 6-7-1937.)

Les premiers médecins coloniaux remontent aux Croisades et les premiers médecins de la Marine paraissent avoir été créés en 1492 par la reine Isabelle qui obligea Christophe Colomb, lors de son premier voyage vers Antilia, à se faire accompagner par un médecin.

L'expansion coloniale conduisit de nombreux médecins dans nos possessions d'outre-mer. Beaucoup y laissèrent leur vie, victimes des maladies des pays chauds, de la fièvre jaune en particulier dont on ignorait et la propagation et la protection. C'est en faisant le sacrifice de leur existence que nombre de médecins et de savants de laboratoire purent étudier les grandes endémies coloniales : paludisme, peste, typhus, fièvre jaune. La lutte n'est pas encore terminée.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Complications septiques de l'avortement provoqué : abcès pyogazeux de l'utérus ; gangrène utérine gazeuse

M. Jacques BOUDREAUX. — Rapport de M. PETIT-DUTAILLIS ; 28-4-1937)

M. J. Boudreaux a observé, dans le service du Professeur Gosset, deux cas de complications septiques particulières, après avortement provoqué.

Une femme de trente-huit ans, enceinte de deux mois, s'introduit elle-même dans l'utérus une fine canule en ébonite. Cette manœuvre brutale entraîne une douleur violente suivie de syncope. L'embryon est expulsé au bout de deux jours. Les pertes continuent, deviennent très fétides. La femme entre à l'hôpital six jours après le début des accidents. Température : 39°6. On constate le long de la corne utérine gauche, une masse de la grosseur d'une mandarine. En raison de l'aggravation progressive des symptômes, l'intervention chirurgicale est décidée. On trouve un abcès pyogazeux, gangréneux, de l'utérus, développé entre l'insertion tubaire et celle du ligament rond, en pleine corne utérine. Il s'est agi d'une lésion par inoculation directe du muscle utérin.

Cliniquement, l'évolution des symptômes s'est faite en trois temps : douleur syncopale initiale suivie d'hémorrhagie éveillant l'idée de la blessure utérine, puis phase de latence de quelques jours, à laquelle succèdent les signes d'infection du myomètre. La patiente a guéri.

La deuxième observation concerne une jeune femme de dix-neuf ans admise mourante à la Salpêtrière. Température : 40°, pouls incomptable, extrémités refroidies . Toxhémie consécutive à des manœuvres intra-utérines au cours d'une grossesse de deux mois. Du côté de l'utérus, peu de chose de véritablement appréciable, mais on note à la fesse, et à la cuisse droites une crépitation de gangrène gazeuse qui a fusé en bas jusqu'au mollet et en haut jusqu'aux aisselles. Le diagnostic de gangrène gazeuse généralisée consécutive à un avortement septique est posé. La mort survient rapidement.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

Les ramollissements pseudo-tumoraux de l'encéphale

(MM. RISER et PLANQUES ; 19-3-1937)

Trois sujets atteints de ramollissement cérébral ont présenté des signes en foyer importants, apparus progressivement dans deux cas, et chez l'un d'eux de l'épilepsie jacksonienne préalable. L'hypertension cranienne a été forte, et parfois durable ; deux fois le fond d'œil a présenté l'aspect habituel des compressions cérébrales, sans signes de rétinite brightique à proprement parler ; l'évolution clinique dans l'ensemble était celle d'une tumeur chez des sujets encore jeunes, sans artério-sclérose, ni hypertension artérielle.

Le ramollissement cérébral peut être confondu avec une tumeur intracranienne pour les raisons suivantes : 1° il peut avoir une évolution relativement progressive en quelques semaines, se constituant en plusieurs temps ; d'autre part, les tumeurs après une phase de latence assez longue peuvent quelquefois se manifester par des signes en foyers rapidement constitués, hémiplégie, troubles mentaux, aphasie, précédés par de petits ictus successifs tout comme dans l'apoplexie banale, par ramollissement ; 2° l'âge du malade ne constitue pas un critérium ; les troubles vasculaires cérébraux de jeunes sujets étant fréquents et, d'autre part, des observations de tumeurs primitives cérébrales après soixante ans, ont été publiées ; 3° le syndrome d'hypertension cranienne, au cours des thromboses et artérites cérébrales, est loin d'être exceptionnel.

Le ramollissement relève des causes suivantes, isolées ou associées : l'œdème cérébral des premières semaines, méningite aseptique irritative, avec réaction cellulaire ou dissociations, hypertension veineuse hyposystolique, auto-intoxications variées. La pathogénie des modifications du fond d'œil est également complexe ; la papillite relève de lésions locales par artérite rétinienne, et d'hypertension cranienne.

Les éléments du diagnostic sont donc basés sur la recherche de ces facteurs, l'exploration minutieuse du système artériel, l'abaissement fréquent et durable de la pression cranienne, dans certaines conditions ; l'hyperhémie du fond d'œil et même l'œdème simple n'ont pas de valeur, tandis que la lésion de l'artère rétinienne est d'une importance capitale. La ventriculographie est d'un très gros intérêt, sauf dans les premiers jours qui suivent l'apparition des signes cliniques, car le foyer de ramollissement aigu donne parfois — temporairement — les mêmes images qu'une tumeur. L'encéphalographie par voie carotidienne, suivant la techniqêue de Moniz, serait certainement d'un grand intérêt.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 9 avril 1937

Traitement des tuberculoses chirurgicales

M. RŒDERER présente un rapport sur un travail de MM. CARAJANOPOULOS et CONDODINOS, d'Athènes, ayant trait à la méthode de Finikoff dans la thérapeutique des tuberculoses externes. L'examen des vingt-neuf cas présentés par les auteurs permet de conclure que le procédé à l'étude a donné des résultats généralement satisfaisants.

Radiumpuncture du cancer du rectum. Résultats

M. OPPERT constatant le peu d'efficacité des sondes radifères intra-rectales a obtenu par la radiumpuncture des lésions végétantes limitées de l'ampoule rectale et du recto-sigmoïde des résultats palliatifs et quelquefois curatifs qui méritent d'être signalés. L'aiguillage par une douzaine d'aiguilles environ de 10 microcuries heure au travers d'un gros rectoscope d'un diamètre de 3 centimètres se pratique sous le contrôle de la vue. L'anus artificiel définitif est indispensable lorsqu'il y a rétrécissement marqué. Sur 25 cas, il y a eu des survies de 6 à 18 mois pour les cas avancés ; mais dans trois cas la survie a été de 15 ans, de 9 ans et de 6 ans. La guérison peut être considérée comme définitive chez une malade actuellement âgée de 71 ans. Lorsque le rétrécissement rectal n'est pas effectué, on peut utiliser la même instrumentation et pratiquer la radiumpuncture sans anus artificiel.

Radiumpuncture du cancer du sein

M. OPPERT étudiant la radiumpuncture dans les tumeurs du sein, le considère comme le traitement de choix dans certains cas limités. Elle doit être complétée par la rœntgenthérapie profonde ou la télécuriethérapie des creux axillaires et sus-claviculaires et, dans certains cas par la diathermo-coagulation destructive. Elle se substitue à l'exérèse chirurgicale chez les femmes âgées présentant des lésions squirrheuses. Elle est indiquée dans les récidives locales. Elle détermine une guérison apparente prolongée dans de nombreux cas, mais, par contre, la méthode comporte des échecs dans les formes radio-résistantes. Les métastases sont exceptionnelles avec une technique bien conduite.

G. F.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES PRATICIENS

Traitement des varices ; chirurgie ou injections sclérosantes

La séance du 21 mai de la Société médicale des Praticiens a été entièrement consacrée au TRAITEMENT DES VARICES. La question du choix du traitement, *Chirurgie ou injections sclérosantes,* était seule à l'ordre du jour et fut seule étudiée.

Les chirurgiens s'intéressant à la question ainsi que les spécialistes des affections veineuses avaient été particulièrement et personnellement invités.

C'est le Docteur Raymond TOURNAY qui avait été chargé du rapport. Il fit une étude complète et documentée de la question, répondant avec la plus grande franchise aux critiques diverses faites à la méthode sclérosante.

Les conclusions du Docteur Raymond Tournay furent les suivantes :

1° DU POINT DE VUE PRATIQUE, ET DE LA MOINDRE GÊNE APPORTÉE A LA VIE SOCIALE DU MALADE.

Il ne peut y avoir de doute sur les *avantages de la méthode sclérosante.* Ils sont par trop évidents.

2° DU POINT DE VUE INDICATIONS OU CONTRE-INDICATIONS.

Tout ce qui est possible par la méthode chirurgicale l'est également par la méthode sclérosante.

Par contre, *quantité de cas de varices non traitables par la chirurgie* (eczématisation, peau infectée ou fragile, varices spongieuses, varicosités, etc.) *sont traitables par les injections sclérosantes.*

3° DU POINT DE VUE « DANGERS » DE L'UN OU DE L'AUTRE TRAITEMENT.

Il ne semble pas qu'il puisse y avoir d'hésitation à conclure :

Dangers insignifiants, *accidents rarissimes consécutivement au traitement sclérosant.*

Accidents rares consécutivement au traitement chirurgical, mais tout de même infiniment plus fréquents si on les compare aux premiers.

4° DU POINT DE VUE RÉSULTATS.

Ils *peuvent être excellents et durables,* dans les cas favorables par les deux méthodes.

Mais certains résultats sont possibles par la méthode médicale qui ne le sont pas par la méthode sanglante.

Concernant les récidives (surtout de voisinage), elles sont également possibles, tant après traitement sclérosant qu'après traitement chirurgical.

Mais il est infiniment plus facile d'y remédier par de nouvelles injections que par une nouvelle intervention.

5° DANS QUELQUES CAS RARES.

La question de l'intervention chirurgicale peutse discuter à égalité de résultats, sinon de risques, avec la méthode sclérosante (*saphène forcée extrêmement volumineuse*) : au malade de décider.

Enfin, dans certains cas rarissimes de récidives par pression considérable des veines perforantes, au tiers inférieur de la jambe, le médecin pourra demander au chirurgien la ligature des perforantes en cause.

Lille

SOCIÉTÉ MÉDICALE ET ANATOMO-CLINIQUE

Pronation congénitale du membre supérieur droit traitée chirurgicalement

M. BOUDAILLIEZ. — Garçon de 7 ans, amené pour déformation de l'épaule droite ; il s'agit d'une paralysie obstétricale typique du plexus brachial droit, avec bras en rotation interne, avant-bras en pronation forcée, mouvements actifs et passifs très limités. La reposition de la tête humérale dans sa cavité glénoïde donne un résultat excellent.

L'auteur étudie la pathogénie des faits de ce genre et croit qu'à côté du traumatisme obstétrical, il faut faire la part large à des malformations congénitales de la région.

Tuberculose rénale à forme pseudo-lithiasique

M. BOURQUE. — Homme de 39 ans, pris soudainement de vives douleurs lombaires, immédiatement rattachées à une lithiase urinaire et soignées en conséquence.

Il s'agit, en réalité, d'une tuberculose rénale, mise en évidence par une pyélographie et confirmée par les recherches de laboratoire. Une néphrectomie a guéri le malade.

L'auteur précise que la douleur lombaire est loin d'être pathognomonique d'un calcul et qu'un examen complet est indispensable pour formuler un diagnostic. Le fait est d'autant plus important pour la tuberculose rénale que la sanction chirurgicale s'impose immédiatement.

Péritonite aiguë, chez un enfant

M. BOUDAILLIEZ. — Fillette de 12 ans 1/2, envoyée pour réaction péritonéale aiguë, température à 38°9, pouls à 120. Certains signes sont en faveur d'une péritonite à pneumocoques, d'autres font pencher vers une manifestations de tuberculose. Diagnostic difficile, que discute l'auteur.

Hypertension artérielle ; décapsulation rénale et biopsie ; néphro-angio-sclérose histologique

MM. LANGRON et PAGET. — Observation clinique d'une hypertension grave, post-éclamptique ; décapsulation rénale sans action sur l'hypertension ; existence d'une néphro-angiosclérose décelée par biopsie.

L'étude biochimique suit les caractéristiques intéressantes de cette observation.

Les Congrès

CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE SCOLAIRE ET D'ÉDUCATION PHYSIQUE

(*Paris, 1-6 juillet 1937*)

Rapports

Rapports du médecin-inspecteur des Ecoles avec le Corps enseignant et avec les parents

M. le Docteur L. Dufestel

A Paris, et dans le département de la Seine, le médecin-inspecteur des Ecoles est nommé à la suite d'un concours comportant des épreuves théoriques et pratiques.

Le projet de loi sur l'inspection médicale des Écoles stipule que « pour pouvoir être nommé médecin scolaire, il faudra être titulaire d'un certificat d'hygiène scolaire délivré par une Faculté ». D'ailleurs, des cours d'hygiène scolaire et d'éducation physique ont commencé cette année dans trois Facultés de médecine : Paris, Lyon et Nancy.

Dans ses rapports avec le Corps enseignant, le médecin scolaire n'oubliera pas que c'est l'instituteur qui le premier a la lourde charge de protéger la collectivité des écoliers contre les maladies contagieuses et de donner aux élèves des habitudes d'hygiène. Il fera en collaboration avec lui la visite des locaux scolaires, l'examen individuel des élèves. Le Maître pourra donner au médecin d'utiles renseignements sur le caractère, les aptitudes de l'enfant, ses déficiences, ses anomalies psychiques en particulier.

Le médecin-inspecteur des écoles n'est pas médecin traitant. Il est chargé de la surveillance hygiénique, de la prophylaxie des maladies contagieuses et du dépistage des tares et des affections dont les élèves peuvent être atteints, tares et affections souvent méconnues des parents.

En principe, les parents devraient toujours être convoqués à l'examen pratiqué à l'Ecole. Pour les affections décelées par le médecin, si la mère est présente, il suffit de lui en faire saisir l'importance pour en obtenir le traitement. Si elle n'assiste pas à l'examen, on lui adresse une lettre ainsi libellée :

« Le médecin-inspecteur signale que l'élève X, semble atteint de... et que, dans l'intérêt de sa santé, il convient que vous le fassiez suivre par votre médecin (ou par un médecin spécialiste de votre choix, après en avoir référé à votre médecin de famille), en vue d'un traitement s'il y a lieu.

« Je vous prie de me faire savoir ci-dessous quelle suite vous aurez donnée au présent avis ».

La mère vient quelquefois, d'autre part, demander l'avis du médecin scolaire pour l'envoi en colonie, le placement dans une école de plein air, etc. Lorsque l'enfant est anormal, les rapports entre les parents et le médecin scolaire doivent être plus complets encore. La création des assistantes d'hygiène scolaires a facilité les relations avec les familles.

Des rapports entre le médecin-inspecteur scolaire, le corps enseignant et les parents

M. Ch. Blanc, directeur d'école à Lyon

M. Ch. Blanc pose en principe que les enfants des écoles doivent être soumis *obligatoirement* à l'inspection médicale, l'organisation actuelle ne donnant, à son avis, que des résultats insuffisants.

Sur le plan législatif, trois projets de loi sont à l'étude : projet Goujon, projet Roux, projet Strauss. Ils comportent tous trois l'inspection médicale obligatoire des écoles avec des variantes dans l'application. Le projet Roux limite l'inspection aux établissements d'instruction primaire, le projet Goujon l'étend aux établissements d'enseignement secondaire, publics et privés.

Le projet Roux réserve l'inspection à des médecins fonctionnaires ne faisant pas de clientèle. Le projet Goujon confie cette fonction, à titre transitoire, à des médecins praticiens. Le projet Strauss dit : l'inspection est assurée par des médecins inspecteurs assistés de différents praticiens (phtisiologues, hygiénistes).

Les trois projets instituent le carnet individuel sanitaire dont le médecin a seul la garde et sur lequel il note tous renseignements donnés par son examen (poids, taille, audition, vision, aptitudes physiques), et les appréciations de l'instituteur relativement aux aptitudes intellectuelles de l'enfant.

M. Ch. Blanc met en parallèle les avantages respectifs de l'inspection médicale faite par un médecin fonctionnaire et par un médecin praticien. Le médecin fonctionnaire peut assurer sa tâche avec beaucoup de régularité et d'indépendance. Malheureusement, ne pratiquant plus en clientèle, il aura une culture médicale pratique généralement moins grande. Le médecin praticien a, en outre, l'avantage d'être sur place, de connaître le milieu où il exerce.

L'auteur voudrait donner au médecin-scolaire un rôle plus important encore que son rôle actuel. Il ne s'agirait plus simplement pour lui d'aménagement des locaux, de constatation de l'état sanitaire des enfants, de surveillance de l'état physique, mais encore d'une spécialisation du médecin dans l'ordre

psychologique lui permettant, avec la collaboration de l'instituteur, de rechercher et de traiter les anomalies psychologiques de l'enfant, paresse, agitation, défaut de mémoire, etc. Les médecins psychologues scolaires existent d'ailleurs dans certains pays.

Pour faciliter les rapports du médecin-inspecteur avec les parents l'assistante scolaire jouera un rôle important. La création d'« Associations de parents » pourrait aussi faciliter beaucoup, tout au long de la scolarité, les bonnes relations entre médecin, maître et parents.

Les rapports entre l'inspection médicale scolaire et la famille

M. le Docteur Houard, de Seraing-sur-Meuse (Belgique)

A Seraing-sur-Meuse, M. Houard examine à peu près 3.000 enfants par an. Trois infirmières sociales lui sont adjointes et il a à sa disposition un dispensaire avec un matériel largement suffisant.

Lorsqu'un enfant examiné est reconnu atteint d'une affection à traiter, une infirmière est déléguée au domicile de l'enfant pour expliquer aux parents la situation de l'enfant. Il leur est recommandé de se rendre au plus tôt chez leur médecin ou s'ils ne l'acceptent pas (familles nécessiteuses) de venir au dispensaire scolaire.

Les rapports du médecin inspecteur des Ecoles avec le personnel enseignant et les parents

Mme le Docteur Hansen-Booleman (Bruxelles)

Le travail de l'infirmière scolaire peut, s'il est bien compris, suppléer dans une certaine mesure au manque de contact qui existe parfois entre les parents des élèves et le médecin inspecteur, mais il ne le remplace jamais. L'infirmière fera des visites, se rendra régulièrement dans les familles des élèves dont elle doit connaître parfaitement le milieu social, le genre de vie, les habitudes, etc. C'est de cette façon seulement qu'elle obtiendra la confiance des parents qui, peu à peu, viendront à elle d'eux-mêmes chaque fois qu'ils se trouveront dans l'embarras.

L'infirmière soumettra au médecin de l'école, certaines situations sociales spécialement intéressantes et où par exemple l'envoi d'un enfant dans une colonie ou dans un préventorium pourrait s'imposer.

L'installation d'une clinique scolaire ainsi que l'outillage médical qu'elle comporte facilite beaucoup le travail du médecin et rend possibles certaines recherches qui ne peuvent pas se faire à l'école.

Les conséquences sociales de l'inspection médicale des Ecoles

M. le Docteur M. Grosset, de Paris

Le premier document officiel qui fasse mention de l'inspection médicale des écoles est le projet de décret présenté à la Convention par Sieyès, Daunou et Lakanal, le 25 juin 1793.

En 1883, le Conseil municipal de Paris institua l'inspection médicale des écoles. Elle fut réorganisée en 1910, à la suite du rapport du Docteur Guibert. C'est sur les bases de ce rapport que fonctionne encore le service qui a subi, depuis, d'importants perfectionnements, notamment par l'adjonction de la fiche scolaire et la création d'assistantes d'hygiène scolaire.

Actuellement, en France, de nombreux départements, des grandes villes et des communes, dont le nombre s'accroît chaque jour, ont organisé l'inspection médicale des écoles. Celle-ci n'a pas encore été rendue obligatoire par une loi mais divers projets sont sur cette question en instance.

Circonscrire les maladies infectieuses à l'école, prendre contre elles des mesures prophylactiques efficaces, noter les infirmités et maladies présentées par l'enfant lors de la confection de sa fiche sanitaire, pour les signaler à sa famille qui le fera soigner par son médecin traitant, faire un choix judicieux des enfants à envoyer dans les colonies scolaires, enfin, faire une sélection des enfants débiles, chétifs, tel est l'ensemble du rôle dont a la charge le médecin inspecteur des écoles.

Voici, par exemple, l'indication de mesures visant la prophylaxie scolaire de la diphtérie. Le médecin scolaire, averti qu'un cas de diphtérie s'est déclaré dans un immeuble habité par des enfants fréquentant l'école, se rend à l'école. S'il apprend qu'un élève a pu être en contact direct avec le malade, ou si un enfant lui paraît suspect, il fait un prélèvement sur la gorge ou il envoie directement l'enfant au laboratoire. Au cas de réponse positive, l'écolier est exclu jusqu'à négativité de l'examen. En cas d'épidémie grave, ces mesures peuvent être étendues à toute une classe, à toute l'école. D'autre part, des séances de vaccination, qui ont lieu tous les ans dans chacune des écoles, complètent ces moyens prophylactiques.

L'idée première des colonies de vacances revient à Michelet (J. Noir). Le placement y est collectif ou familial. Ces colonies de vacances ont été heureusement complétées par les colonies thermales et les camps thermaux (Molinéry).

Dans le dépistage de la tuberculose, le médecin scolaire trouvera une aide importante auprès des Dispensaires anti-tuberculeux.

Quelques aspects particuliers des conséquences sociales de l'Inspection médicale scolaire

Docteur Chalut, de Lyon

L'inspection scolaire, par les disciplines qu'elle est appelée à donner aux écoliers, aura parfois pour conséquences de transformer heureusement et radicalement des habitudes familiales défectueuses. En voici un exemple : il arrive que, dans certains milieux fami-

liaux moralement sains, des parents aimant tendrement leurs enfants les soignent mal par ignorance. Le médecin, en signalant un enfant chétif à l'infirmière déclenche l'intervention de celle-ci : par ses conseils, par des notes signées du médecin inspecteur qu'elle présente, l'infirmière scolaire fait alors une véritable rééducation des parents et de la famille, au double profit de l'enfant et de la famille elle-même.

Conséquences sociales de l'Inspection médicale scolaire

Docteur DELCOMINETTE, de Liége

L'auteur insiste sur l'importance de l'infirmière sociale comme agent de liaison entre le médecin scolaire et la famille.

Rapport général sur l'éducation physique intégrale à l'Ecole primaire

Docteur R.-J. LAUFER et Dr G. ROSENTHAL

L'éducation physique est utile non seulement à la santé générale mais au travail intellectuel. Elle ne doit pécher ni par excès, ni par insuffisance. L'excès d'effort physique aboutit à une diminution de l'attention, à des signes de fatigue avec irritabilité psychique.

Considérant les résultats des méthodes antiphysiologiques, qui maintiennent un déséquilibre flagrant et excessif entre l'activité intellectuelle et l'activité physique, déséquilibre singulièrement fâcheux à la fois pour l'essor physique et psychique, MM. Laufer et Rosenthal demandent que ce déséquilibre soit corrigé par une éducation physique rationnelle, ne péchant ni par excès ni par défaut et comportant la gymnastique et les jeux quotidiens, doublés par une pédagogie active et vivante, stimulant le fonctionnement sensori-moteur ; que cette éducation physique intégrale soit contrôlée non seulement par le développement somatique, mais parallèlement par le développement psychique (attention et caractère).

L'éducation physique à l'Ecole primaire

M. P. DHÉLIN

L'exercice est nécessaire à l'enfant. L'éducation physique à l'Ecole visera à l'amélioration de la santé par la gymnastique et les jeux pratiqués en plein air. La collaboration du médecin est ici nécessaire. Certains enfants ont des tares qui obligent à différer ou à atténuer les exercices physiques. Ces inaptes pourront être quelquefois placés dans d'autres centres d'enseignement (Ecoles de plein air).

L'Education physique à l'Ecole

M. le Docteur R. LEDENT (Belgique)

L'auteur envisage le problème de l'éducation physique à l'Ecole, plus spécialement à propos des enfants débiles, des anormaux physiques et des anormaux intellectuels.

Le sauvetage des débiles appartient aux colonies, préventoria, etc.. Dans les cas d'anomalies physiques, l'importance de la gymnastique, régulièrement pratiquée, est bien connue. Pour les anormaux intellectuels, la gymnastique n'est pas moins importante. Le mouvement est pour ces sujets un facteur indispensable de leur développement intellectuel.

Etude de l'insuffisance respiratoire chez l'écolier

Mme le Docteur H. GARDÈRE

On est frappé de la forte proportion d'enfants ayant de l'insuffisance respiratoire. Celle-ci est deux fois plus fréquente chez les filles que chez les garçons.

Le traitement sera d'abord causal : opération (adénoïdiens), cure marine (rachitiques, hypotrophiques). Il sera complété par la rééducation des mouvements respiratoires.

Les résultats des Ecoles de plein air

M. le Docteur P.-F. ARMAND-DELILLE

Etant donné le nombre encore très restreint des écoles de plein air, l'expérience n'a porté jusqu'à présent que sur certaines catégories d'enfants : ceux qu'on désigne sous le terme un peu vague, de débiles ou d'anémiques et parfois sur des enfants dits ganglionnaires ou prétuberculeux (qui relèvent en réalité du préventorium). Presque toujours, il s'est agi de petits citadiens, de familles pauvres, à régime carencé.

Les débuts, à *l'arrivée à l'école de plein air*, sont souvent difficiles, mais au bout de quelques semaines, l'enfant prend des couleurs et de l'entrain et la transformation morale se fait de pair avec les modifications physiques. Un des éléments les plus intéressants à noter est l'augmentation de l'aptitude au travail intellectuel, suivant la formule antique : *mens sana in corpore sano.*

Une pédagogie nouvelle ne pourrait-elle pas être établie sur le type de l'école de plein air ? M. Armand-Delille se demande quel empêchement il y aurait, pendant la belle saison, à laisser les écoliers jouer dans les cours, vêtus simplement d'un caleçon de bain, pour leur permettre de prendre en même temps un bain de soleil — et quel inconvénient, il y aurait à ce que dans ces mêmes cours et en costume d'héliothérapie se fassent des leçons de géographie, d'histoire naturelle, etc.

Lycées et collèges climatiques

M. le Docteur E. WEIGERT, de Lyon

Pour l'auteur, la création de lycées, collèges et même d'établissements d'enseignement primaire climatiques s'impose. Y seraient placés des enfants ou

adolescents déficients, anémiques, petits nerveux, asthéniques ou convalescents de maladie grave.

Ces écoles seraient nettement différenciées, d'une part des écoles ordinaires pour enfants bien portants, d'autre part des maisons pour malades.

Rapports complémentaires

Le dépistage de la tuberculose pulmonaire latente chez les écoliers de la ville de Prague

Docteur HOFFMANN, de Prague

Ce dépistage est fait par l'épreuve de la tuberculine (dans la pratique scolaire, en grande série, l'auteur emploie l'épreuve de More) et par l'examen radiologique. L'exploration radiologique des enfants au voisinage de la puberté est très important, presque indispensable.

Le dépistage précoce de la tuberculose chez les écoliers

M. le Docteur WINTSCH, de Lausanne

Les écoliers qui ont des adénopathies avec calcification et ceux qui, n'ayant pas de calcification, présentent un Moro positif, avec fièvre et signes cliniques, ne sont pas seulement des prétuberculeux : ce sont des tuberculeux tout court. Il faut les suivre longtemps, au moins trois ans, même si tout va bien.

Résultats d'investigation de la température de 70.000 écoliers des Ecoles primaires

Docteur C.-L. COMETTO, de Buenos-Aires

L'auteur a trouvé chez 7 % des élèves examinés des états fébriles prolongés durant des mois et des années. Les causes en sont diverses et pas toujours faciles à préciser. Il faut rechercher, avec un intérêt particulier, la tuberculose ganglionnaire et pulmonaire ainsi que le rhumatisme cardio-articulaire.

Les maladies compatibles avec la fréquentation scolaire

M. Ch. GARDÈRE et Mme Bl. BOSC, de Lyon

50 à 60 % des élèves, dans les écoles primaires, sont atteints d'affections compatibles avec la fréquentation scolaire. L'action du médecin-inspecteur et de l'infirmière sur la famille permettra souvent de faire traiter ces enfants et d'améliorer ainsi le rendement social.

Les écoles de plein air doivent être des écoles de redressement physique

Docteur POREZ, de Lille

Pour les nombreux enfants de nos écoles, dénommés débiles et déficients et qui sont en réalité des malades méconnus, des anormaux physiques, l'école de plein air peut être une école de redressement physique susceptible de les rendre normaux.

Le contrôle de l'éducation physique par le médecin-inspecteur

Docteur L. DUFESTEL

Le problème de la gymnastique médicale

Docteur G.-A. RICHARD

Education physique et déviations vertébrales

Docteur L. LAMY

L'éducation physique à l'Ecole

Mme le Docteur DREYFUS-SÉE

L'Institut d'éducation physique de l'Université de Paris

Docteur P. CHAILLEY-BERT

Créé par décret du 9 juin 1928, l'Institut d'éducation physique de l'Université de Paris est installé à Vaugirard. Il comprend un dispensaire d'éducation physique, des laboratoires, et il dispose d'un terrain de deux hectares.

Son but est la formation de professeurs d'éducation physique et l'enseignement aux médecins et étudiants en médecine (diplôme médical d'éducation physique). Un laboratoire de recherches est annexé à l'Institut.

Le centre d'hygiène scolaire de l'Institut d'éducation physique de Paris

M. le Docteur Ch. LESTOCQUOY

L'hygiène scolaire, après s'être longtemps limitée à la prophylaxie des maladies contagieuses et à l'aménagement des bâtiments, arrive maintenant à la conception dynamique de l'hygiène active par l'éducation physique, la vie en plein air et l'héliothérapie. Le médecin inspecteur sera ici le conseiller guidé de cette éducation physique.

P. LACROIX.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

TRAVAUX ORIGINAUX

Bulletin de l'Actualité

DOSES MINIMES ? D'ACCORD
ALORS HOMÉOPATHIE ? PEUT-ÊTRE

Il peut paraître irrévérencieux de résumer par un slogan de ce genre de savantes dissertations et des travaux considérables. Telle est pourtant, me semble-t-il, l'exacte impression ressentie lorsqu'on prend connaissance de ce qui s'est dit à la séance solennelle de la Société de Pathologie comparée.

Le Professeur Loeper, le Professeur Simonnet, d'Alfort, les Professeurs agrégés Lemaire, Hazard et Delore, enfin les Docteurs Glénard et Foveau de Courmelles ont, chacun dans son domaine, examiné le problème des doses minimes. Bien qu'il revête un intérêt d'actualité indiscutable en ce qui concerne les hormones, les vitamines, les bases azotées telles que l'histamine, les cures thermales et la physiothérapie, il ne saurait être question de résumer ici ces communications farcies de faits expérimentaux et de vues originales. Le mieux pour le lecteur curieux sera de se reporter au texte même.

Mais le Professeur Loeper et le Professeur agrégé Delore, de Lyon, s'étant cantonnés dans des considérations générales à propos desquelles s'ouvrent toutes sortes de controverses et philosophiques et doctrinales, ce sont leurs communications qui vont particulièrement éclairer le titre ci-dessus.

Il serait plaisant, expose le Professeur Loeper, de nier l'action de la dose infinitésimale en médecine alors justement que la chimie, la physique et la biologie modernes ont, peut-on dire, établi leurs quartiers dans l'infinitésimal et y décèlent de formidables sources d'énergie. Plutôt que d'affirmer qu'il n'y a pas d'effet produit, disons donc et plus modestement que nous ne savons pas le percevoir.

Mais comment définir cette dose et comment en suivre l'action dans les arcanes de l'organisme.

Tout corps introduit dans l'estomac se trouve, de ce fait, menacé dans sa structure et compromis dans ses effets. Telle est l'adrénaline, tel le tryptophane ; même s'il y a transformation et non destruction complète la substance qui se résorbe est bien différente de celle qui a été introduite.

La voie sous-cutanée, moins fallacieuse, n'est pourtant pas absolument sincère. Que devient l'histidine dans un muscle acide ? Il est acquis que la choline du muscle lisse renforce l'action de l'atropine et de la morphine. Enfin n'a-t-on pas pensé que le traumatisme seul d'une piqûre peut agir, et les Chinois, en créant l'acupuncture n'y ont-ils pas pensé avant nous ?

La voie veineuse ? certes, mais le sang est encore un tissu prompt aux réactions et aux combinaisons, capable de désarmer la toxicité de tel agent et de rendre toxique tel autre qui ne l'était pas.

N'oublions pas l'inversion dans leurs effets des doses faibles et des doses fortes, l'impossibilité qu'ont parfois les doses faibles de parcourir le cycle complet de leur action, les ripostes de l'organisme variables avec la massivité de l'agression, les accoutumances, les sensibilisations ; une dose infinitésimale sera puissante chez un sensibilisé et une dose forte sera inappréciable pour un accoutumé.

Et puis enfin quand nous aurons bien cherché, longuement expérimenté et sacrifié bien des animaux, restera ce fait irréductible qu'il y a loin de l'animal peu complexe et plus ou moins passif à l'homme encombré de son hérédité, de ses antécédents morbides, de son psychisme.

Certes, on entrevoit la possibilité d'utiliser un corps chimique à doses minimes pour combattre les accidents que produiraient les doses plus élevées d'un corps semblable. Ce sera une sorte de vaccination chimique.

Mais, en tout cela, parler de mesures, proportionner l'effet à la dilution, on peut dire que c'est observer avec les yeux de la foi. Il est très beau d'avoir la foi ; c'est d'ailleurs, parce qu'elle est communicative, un facteur contagieux de guérison. Toutefois en thérapeutique il ne s'agit pas de croire, mais seulement de constater.

Et nanti de cette douce philosophie le Profes-

seur Loeper verrait volontiers s'affronter les deux thérapeutiques, chacune apportant des affirmations, mais sincèrement contrôlées.

***

Si l'homéopathie, ainsi toisée, peut estimer qu'elle ne se tire pas trop mal de l'entrevue, elle a certes plus à souffrir de ses rapports avec le Professeur agrégé Delore, de Lyon.

La position de celui-ci est connue : il l'a exposée déjà en diverses publications et particulièrement dans ce beau livre publié l'an dernier : *Tendances de la médecine contemporaine*. Il reconnaît et même proclame que l'homéopathie doit devenir un chapitre, et non le moindre, de la thérapeutique générale. Mais , si, de l'état de doctrine hermétique, elle veut accéder à une situation assise et reconnue, il lui faudra préalablement se constituer un compendium de faits expérimentaux et de contrôles cliniques. Hors de là point de salut pour elle, ni du reste pour personne.

Or les affirmations de l'homéopathie manquent actuellement de ces conditions essentielles de crédibilité. Par exemple, qu'apporte-t-elle au problème des petites doses ? Un principe et une pratique étayée sur des expérimentations insuffisantes. Depuis peu, il est vrai, quelques auteurs cherchent à donner à l'homéopathie des bases scientifiques ; mais cette tendance est encore trop récente pour avoir imprimé à la doctrine une orientation nouvelle.

En ce qui concerne les données cliniques elles sont innombrables dans les ouvrages des homéopathes ; mais le reproche général qu'on peut leur adresser c'est d'être éparses et imprécises parce que manquant d'objectivité. Ici aussi une tendance à plus de rigueur se fait jour. Mais en somme il reste que, acceptable dans sa ligne de départ, l'homéopathie est trop empirique ; que raisonnant sur des entités et des abstractions, elle manque de sens clinique et que, enfin, les confirmations expérimentales lui ont été apportées du dehors, notamment par la physique biologique et par la chimie physique.

Parmi les desservants même l'accord n'est pas parfait sur la question de la dose homéopathique.

Pour eux le dogme fondamental c'est la loi de similitude. La dose est affaire de tendances ; les uns s'en tiennent aux basses dilutions et même ne craignent pas les doses massives ; les autres ne veulent entendre parler que de trentièmes ou centièmes dilutions centésimales. Il y a un abîme des unes aux autres. Un des leurs, du reste, Berné, a établi que les dilutions sont toujours plus concentrées qu'on ne le pense surtout par la méthode Korsakow qui ne change pas de flacon et que, en dehors, de ces basses dilutions, on ne sait plus du tout la teneur de ce qu'on emploie. Mauvais point de départ, évidemment, pour une expérimentation précise !

Au fait y a-t-il une limite à la divisibilité de la matière ? En partant des travaux de Perrin sur les atomes, on arrive, écrit Picard, à cette donnée qu'au bout de 24 dilutions décimales homogènes où de 12 dilutions centésimales on touche au terme de la division du corps. Que reste-t-il, alors, dans les dilutions ultérieures ?

La science moderne tend, c'est un fait, vers la recherche de l'infiniment petit. Il suffit de citer, dans le domaine thérapeutique, les vaccins, la tuberculine, les méthodes d'anti-anaphylaxie et de désensibilisation, les métaux colloïdaux, l'ionisation et même la crénothérapie toute entière, car dans l'eau minérale, on trouve la dose infinitésimale et la dynamisation moléculaire. C'est ainsi que la pharmacologie s'efforce d'établir pour les médicaments la dose liminaire d'action. Quant à la biologie elle abonde en preuves péremptoires de l'action des doses infinitésimales : action du nitrate d'argent sur l'aspergillus niger (inhibition à la trentième et même la cinquantième dilution (Raulin) ; du formol sur la fermentation lactique (Richet) ; recristallisation des substances saturées déclenchée par un millionième de milligramme (W. Ostwald) ; neutralisation de 1 c. c. de toxine diphtérique contenant 100 fois la dose mortelle par un centième de milligramme de palmitate de soude (Vincent) ; enfin les catalyseurs, les ferments, les diastases, les vitamines, les hormones.

Il est donc indiscutable que l'infiniment petit, l'impondérable peut être actif sur un organisme vivant.

***

Seulement, fait aussitôt remarquer le Professeur Delore, il ne faut pas confondre la dose infinitésimale homéopathique et la dose minima employée par la thérapeutique moderne.

« La dose minima, c'est, par définition même, la plus petite dose susceptible d'être déterminée par ses effets cliniques ou biologiques. Elle comporte donc des critères objectifs ; elle se prête à la mesure, à l'expérimentation, à l'analyse répétée ».

La dose homéopathique ? on discute sur son efficacité, sur sa grandeur, bien plus sur sa réalité même.

Il sied de traiter tout différemment la doctrine d'Hahnemann et les applications qui en ont été faites. La première mérite considération : tous les esprits indépendants reconnaîtront que les deux principes de similitude et de dilution reçoivent d'éclatantes confirmations. Mais les secondes sont suspectes et appellent les critiques.

Est-il possible de concevoir des points de contact entre l'homéopathie et l'allopathie à doses minima ?

Assurément !

D'une part l'homéopathie se fait moins sectaire et elle commence à organiser ses contrôles cliniques et expérimentaux.

D'autre part l'allopathie évolue aussi. Amblard emploie des doses de plus en plus réduites d'eau de Vittel ; Comby proteste contre les doses massives de sérum de Roux ; Blechmann et Mme Ménard emploient les vaccins à des dilutions très étendues ; Foveau de Courmelles signale les effets de l'électricité à doses homéopathiques.

La loi de Arndt-Schultze met tout le monde d'accord en montrant que les petites excitations provoquent l'activité vitale, que les moyennes l'augmentent et que les fortes la dépriment. Cette loi est confirmée par de multiples faits (antianaphylaxie, tuberculinothérapie, rayons X et radium). Et Bier, faisant remarquer l'extrême sensibilité des malades aux remèdes, sensibilité qui fait défaut chez les sujets sains, préconise de s'en tenir aux réactions de foyers ébauchées, sortes de phénomènes de désensibilisation, qui sélectionnent l'effet primitif du remède et éliminent la réaction de l'organisme qui s'ensuivrait infailliblement avec une dose forte.

La chimie physique moderne a mis sur le pavois les petites doses en montrant que l'activité des corps dissous est fonction de leur dissociation. « Corpora non agunt nisi soluta » disaient les anciens ; et les modernes précisent « Les corps n'agissent qu'autant qu'ils sont ionisés ». Ce n'est pas par sa masse qu'agit le médicament mais par son dynamisme, affirmaient déjà Albert Robin et Huchard. Or la dynamisation est fonction de la dilution et non seulement de la dilution mais encore des agitations et succussions qui augmentent la dissociation en déterminant une extension de surface.

Que sont d'ailleurs les dilutions les plus extrêmes auprès de l'ordre de grandeur selon lequel se meuvent les électrons ? Que la médecine quitte donc les conceptions grossières qui comparent le corps à un laboratoire où les médicaments se combinent aux substances organiques selon des affinités purement chimiques. Il est temps pour elle de faire intervenir un point de vue plus profond : celui d'une physique subtile où l'on cherche à réformer les rythmes dérangés les plus cachés de la substance vivante par des vibrations appropriées émanant des moyens thérapeutiques (Mouézy-Eon).

Enfin l'homéopathie reconnaît la valeur du stimulant approprié, valeur proclamée par la science. « Chaque équilibre de la matière n'est sensible qu'à un excitant qu'il faut trouver pour obtenir un effet cherché » (G. Le Bon). L'étincelle tire d'une masse de poudre des effets sans commune mesure avec son existence chétive d'étincelle.

Ayant ainsi généreusement taillé la part de l'homéopathie dans la thérapeutique moderne, le Professeur Delore se hérisse d'entendre dire « Les allopathes font de l'homéopathie sans le savoir et sans le vouloir ». Car ce n'est pas à l'homéopathie que revient le mérite de l'évolution actuelle vers les petites doses. Il a fallu, pour cela, une réaction spontanée de bons esprits devant les excès de la période précédente, et des progrès techniques qui permettent l'étude scientifique des petites doses. Sans l'invite de la technique jamais les allopathes n'auraient revisé le format de leur Codex.

Il appartient donc à la thérapeutique clinique et expérimentale de débroussailler les archives, et il appartient aux homéopathes de sortir de leur monastère pour lier connaissance avec leurs confrères séculiers. Notre époque est à la collaboration.

***

En somme ces deux éminents allopathes, tout en tirant quelques salves traditionnelles sur leurs frères ennemis, leur font assez cordialement des ouvertures de paix.

— Vous êtes de malheureux idolâtres, leur crient-ils.

— Peut-être, rétorquent ceux-ci ; mais nous nous en trouvons bien.

— Oui, vous avez bonne mine ; cependant il est grossier d'adorer une idole. Notre dieu à nous le seul vrai Dieu, tient dans sa dextre une balance de précision. Adoptez la balance et nous vous ouvrons les bras.

Le bon roi Henri IV était d'avis que Paris valait bien une messe.

Les homéopathes penseront-ils que le label officiel n'est pas trop cher payé par le port de la balance ?

G. LAVALÉE.

LIMITE D'AGE MINIMA POUR L'EXERCICE DE LA PHARMACIE

Un membre du Sou médical m'avait consulté au sujet de son fils, reçu pharmacien par la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, à l'âge de 24 ans 1/2. Ce jeune homme se présenta à la Préfecture du Rhône, pour faire enregistrer son certificat provisoire, tenant lieu de diplôme. Devant le refus d'enregistrement qui lui fut opposé, le jeune pharmacien protesta auprès du Préfet, qui répondit par la lettre suivante, pour justifier la conduite de ses bureaux.

PRÉFECTURE DU RHÔNE Lyon, le 5 février 1937,

Monsieur,

Comme suite à votre lettre du 22 janvier dernier, j'ai l'honneur de vous faire connaître que l'interdiction pour les Préfectures d'enregistrer les certificats de réception, délivrés provisoirement aux pharmaciens âgés de moins de 25 ans, résulte d'une Circulaire de M. le ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts du 25 novembre 1889.

L'enregistrement des certificats de l'espèce permettrait en effet de faire échec à l'application des dispositions de la loi du 21 Germinal an XI qui exige l'âge de 25 ans pour l'exercice de votre profession.

Pour le Préfet : *Le Secrétaire général adjoint.*

***

Le jeune pharmacien en appela au ministre de l'Education nationale. Il reçut la réponse suivante par le canal du ministre de la Santé publique :

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE L'EDUCATION PHYSIQUE

Paris, le 19 mars 1937,
7, rue de Tilsitt (XVIIe)

—

Monsieur,

Monsieur le Ministre de l'Education nationale me transmet votre lettre, par laquelle vous lui avez fait savoir que Monsieur le Préfet du Rhône, s'appuyant d'une part sur la loi du 21 Germinal, an XI, d'autre part, sur les termes d'une Circulaire du 25 novembre 1889, refusait de procéder à l'enregistrement de votre certificat de réception au grade de pharmacien, parce que vous n'auriez pas 25 ans accomplis.

J'ai l'honneur de vous faire connaître que la loi du 21 Germinal, an XI exige, effectivement, l'âge de 25 ans pour pouvoir exercer la profession de pharmacien. Les dispositions des articles 16 et 25 sont formelles : « Pour être reçu, l'aspirant devra être âgé d'au moins 25 ans ».

C'est, dans cet esprit que la Circulaire ministérielle du 25 novembre 1889 prescrit de porter sur les certificats de réception, délivrés provisoirement aux pharmaciens âgés de moins de 25 ans, la mention suivante : « Le présent certificat ne peut en aucun « cas tenir lieu du diplôme de pharmacien, qui ne « peut être délivré à l'impétrant avant sa vingt- « cinquième année. »

Cette interprétation est également celle de la jurisprudence qui déclare que « Nul ne peut gérer une officine de pharmacie, s'il n'est à la fois propriétaire du fonds et muni du diplôme de pharmacien ». (D. P., 95.2.483, D. P. 02.2.397 D. P. 17.2.74).

En particulier un arrêt rendu par la Cour de Bourges, le 2 mars 1844 (et qui se trouve dans le recueil périodique Dalloz (D. P. 45.4.32), précise cette interprétation :

« La vente d'une pharmacie faite à un individu « qui *n'a pas encore atteint l'âge requis pour obtenir* « *le diplôme de pharmacien* est valable, s'il a été sti- « pulé que le vendeur demeurerait titulaire, et que « *les médicaments seraient préparés sous son contrôle* « *et sous sa surveillance.*

Voilà pourquoi le diplôme de pharmacien est conservé à la Faculté tant que l'intéressé n'a pas atteint l'âge exigé.

Pour le Ministre,

Le Conseiller d'Etat, directeur général.

Je ne veux pas ici entamer une discussion avec les pharmaciens, pour savoir si la santé publique exige l'âge de 25 ans, pour l'exercice de la profession. Aux Syndicats pharmaceutiques de faire connaître leur opinion sur ce point.

Je désire aborder uniquement le point de vue juridique pur, en constatant que la réponse ministérielle ne me donne pas satisfaction.

Les bureaux du ministère font dire à la loi de germinal plus que le texte législatif n'indique. La loi se borne à spécifier que « pour être reçu pharmacien » le candidat doit être âgé de 25 ans révolus. Ne faut-il donc pas conclure qu'une fois reçu, le pharmacien doit avoir le droit d'exercer, quel que soit son âge, sous la seule condition de faire enregistrer son diplôme ?

La Circulaire ministérielle du 25 novembre 1889 interprète la loi et la modifie même, — ce qui est illégal, car une loi ne peut être modifiée que par une loi. Il faut avouer que de plus en plus, le pouvoir administratif empiète sur le pouvoir législatif. A l'heure présente, souvent une simple circulaire, parfois un arrêté ministériel ajoute, ou retranche à un texte de loi, promulgué régulièrement par le Président de la République. La plupart du temps, les syndicats laissent faire, sans déférer le litige à la censure du Conseil d'Etat.

Le ministre s'appuie sur un arrêt de la Cour d'appel de Bourges, du 2 mars 1844. Or, les

juristes savent bien que, tant que la Cour de Cassation n'a pas tranché un point de droit, une Cour d'appel décide dans un sens, alors qu'une autre décide en sens contraire.

Quoi qu'il en soit, que peut pratiquement faire un jeune homme qui est reçu pharmacien avant l'âge fatidique, et qui veut cependant s'installer ?

Je ne parle pas des procédés illicites, trop souvent employés en matière de gérance d'officines pharmaceutiques : il y a déjà en France trop de prête-noms, trop de combinaisons occultes, qui permettent à un non-diplômé, propriétaire effectif d'une pharmacie, d'en tirer bénéfice et même d'exercer illégalement, sous le couvert du diplôme d'un pharmacien, lequel sert de paravant, en se présentant comme propriétaire réel du fonds.

Le jeune diplômé a-t-il le tempérament processif, veut-il, faire trancher judiciairement une question de principe, il n'a qu'à froidement s'installer, même si la Préfecture refuse d'enregistrer son certificat provisoire.

Dès lors, il deviendra justiciable du Tribunal correctionnel, sous la double inculpation d'exercice illégal de la pharmacie, puisqu'il n'a pas l'âge de 25 ans et de violation de l'obligation d'enregistrement de diplôme.

Devant le Tribunal correctionnel, il soutiendra qu'est illégale la circulaire ministérielle du 25 novembre 1889, qui enjoint aux préfets de ne pas enregistrer le certificat provisoire présenté par un moins de 25 ans. Il fera plaider que la loi de germinal porte interdiction aux Facultés de pharmacie de laisser se présenter aux examens définitifs les candidats âgés de moins de 25 ans ; mais une fois reçu, l'impétrant doit jouir de tous les droits attachés au grade qu'il vient de conquérir.

Appel sera interjeté par la partie perdante, puis, après l'arrêt de Cour d'appel, il faudra former un pourvoi en Cassation, pour que cette juridiction suprême puisse dire le Droit.

Bien entendu, avant la fin du procès, il s'écoulera pas mal de mois, sinon d'années : le plaideur aura dès lors atteint l'âge de 25 ans.

Cependant, je me demande si je dois conseiller cette solution.

A tort, ou à raison, les Syndicats pharmaceutiques me semblent tenir à l'observance de cet âge fatidique, pour pouvoir ouvrir une officine et faire acte de pharmacien. Pousser le conflit jusque devant la Cour de Cassation serait donc faire dresser un jeune pharmacien contre l'ensemble de ses confrères syndiqués : c'est une situation confraternelle qui mérite d'être prise en considération.

Mais, avant de donner le conseil d'engager devant les Tribunaux, un procès, pour faire juger une question de principe, il convient d'examiner par avance les répercussions possibles de l'action ainsi introduite. D'autant que, pour faire définitivement trancher ce problème, il faudrait conduire les débats jusque devant la Cour de Cassation, ce qui demandera beaucoup d'argent et beaucoup de temps. Ce ne sera que dans quelques années que la Cour suprême décidera si les textes législatifs doivent être interprétés dans le sens favorable au jeune diplômé, ou dans celui des Syndicats professionnels pharmaceutiques.

Autrement dit, la Cour de Cassation dira si possesseur de son certificat provisoire, le jeune, pharmacien pourra faire enregistrer ledit certificat et exercer, bien qu'il n'ait pas 25 ans révolus et, si, par conséquent, il appartenait à la Faculté de pharmacie de refuser l'inscription en vue du dernier examen définitif à un candidat âgé de moins de 25 ans.

Au contraire la question sera tranchée, si la Cour suprême décide que l'esprit et non la lettre de la loi sur la pharmacie exige, pour la protection du public, non seulement le diplôme de pharmacien, mais aussi un âge déterminé, pour pouvoir s'installer, préparer, vendre et débiter des drogues et médicaments aux chalands.

Dans la première hypothèse, le résultat pourrait ne pas se faire attendre et se retourner contre les jeunes.

D'accord avec le ministre de la Santé publique, le ministre de l'Education nationale et celui de l'Agriculture, pourraient par une Circulaire, inviter les doyens des Facultés de pharmacie à désormais ne plus accepter l'inscription, en vue du dernier examen probatoire définitif, de tout candidat, qui serait âgé de moins de 25 ans révolus.

D'où la conséquence, c'est qu'un étudiant, ayant 24 ans 1/2 devrait attendre six mois, pour terminer ses études, alors même qu'il serait tout à fait prêt pour subir la dernière épreuve, nécessaire pour l'obtention de son diplôme.

Pendant ces six mois, il ne saurait que faire et se trouverait dans l'obligation de s'entretenir dans les connaissances exigées en vue du dernier examen, alors qu'en l'état actuel des choses, il peut être débarrassé du poids de ses études, obtenir son certificat provisoire et attendre ses 25 ans révolus pour faire acte de pharmacien et faire enregistrer son titre.

J'estime donc que de deux maux, il faut savoir choisir le moindre. Je pense qu'il est de l'intérêt des jeunes candidats de rester dans la situation actuelle et de ne pas rechercher l'absolu en droit. Qu'ils passent leurs examens, qu'ils se fassent ecevoir pharmaciens et qu'ils attendent, avant d'exercer, d'avoir l'âge fatidique. Ce sera plus avantageux pour eux que d'être obligés d'attendre quelques mois, avant de subir les dernières épreuves, qui les libéreront du travail à la Faculté.

Il appartient d'ailleurs aux Syndicats pharmaceutiques locaux d'apprécier les questions particulières et parfois de fermer les yeux sur une infraction concernant l'âge du jeune confrère, qui cherche à s'occuper comme pharmacien, soit en qualité de technicien dans un laboratoire, soit comme successeur de son père, soit enfin comme associé d'un praticien, qui ultérieurement lui cédera son officine.

Il y a tant d'illégaux qui, sans diplôme de pharmacien, exercent irrégulièrement avec fréquemment la complicité d'un diplôme prête-nom ; les pénalités applicables sont si ridiculement faibles qu'il est possible, dans quelques cas particuliers, de montrer un peu de bienveillance à l'égard d'un diplômé, qui n'a que le malheur d'être trop jeune et d'avoir fini ses études dans un temps minimum.

Dernière heure. — Ma consultation juridique était déjà envoyée, lorsque, dans la *Gazette des Tribunaux* du 11 juillet 1937, je lis un arrêt de la cour de Cassation, chambre criminelle, du 10 mai 1937 : la cour suprême estime qu'exerce illégalement la pharmacie le prévenu qui, après avoir subi tous les examens imposés pour l'obtention du diplôme de pharmacien, a ouvert une officine sans avoir atteint l'âge de 25 ans et obtenu la délivrance de son diplôme.

« Attendu, dit l'arrêt, qu'il résulte de l'article « 16 de la loi du 21 germinal an XI, dont la loi « du 30 juin 1906 n'a abrogé que les dispositions « relatives au serment des aspirants pharma- « ciens, ainsi que les articles 21, 22 et 25, que « nul ne peut ouvrir une officine de pharmacie « s'il n'est âgé de 25 ans au moins et s'il n'a « rempli toutes les formalités prescrites par la « loi, parmi lesquelles figure le dépôt du diplôme « à la préfecture et au greffe du tribunal. »

En conséquence la cour de Cassation reconnait que c'est à bon droit que la cour d'appel de Besançon a pu déclarer, par son arrêt du 29 novembre 1934, que le prévenu avait exercé illégalement la pharmacie, parce qu'il n'avait pas 25 ans révolus et qu'il n'avait pas fait enregistrer son diplôme.

La question se trouve donc tranchée par cet arrêt de la cour suprême, bien que la cour de Cassation ait fait dire à l'article 16 de la loi de germinal plus que ne décide le texte exact lui-même : Le candidat au dernier définitif doit être âgé de 25 ans révolu exige l'article 16 qui ne spécifie pas qu'il est interdit d'exercer la pharmacie avant l'âge de 25 ans.

Dr Paul Boudin.

HONORAIRES POUR SOINS DONNÉS AUX HOSPITALISÉS DE L'ASSISTANCE MÉDICALE GRATUITE

Un de nos confrères (lettre 5.351) nous demande s'il serait possible d'obtenir du Conseil général un honoraire pour les soins médicaux et chirurgicaux, donnés à l'hôpital, aux bénéficiaires de l'Assistance médicale gratuite.

Si une tarification à l'acte médical ne pouvait être allouée, ne pourrait-on pas accorder au Corps médical hospitalier un tantième sur le prix de journée ?

Existe-t-il des précédents dans d'autres départements ?

La spécialisation des établissements publics dits hospices et hôpitaux prévoit leur affectation pour l'admission des malades privés de ressources.

La loi du 7 août 1851 impose à l'hôpital l'admission gratuite des personnes habitant la commune, privées de ressources et tombées malades sur le territoire du siège de l'hôpital.

La loi du 15 juillet 1893 prévoit que les communes sont rattachées à un hôpital pour faire admettre dans cet établissement tout malade privé de ressource qui ne peut pas recevoir à domicile les soins nécessaires à son état.

De tous temps, le Corps médical a voulu s'associer à l'œuvre de bienfaisance des collectivités publiques. Il a donc accepté des indemnités très modestes pour donner à l'hôpital des soins aux malades privés de ressources. Progressivement, les Commissions hospitalières ont considéré que cette indemnité constituait un traitement.

A son tour, la jurisprudence du Conseil d'Etat a assimilé le médecin d'hôpital à un fonctionnaire, qui remplit dans cet établissement un rôle qui lui a été confié par la Commission administrative.

Aussi, dois-je conclure que nulle part en France, un pourcentage quelconque est accordé aux médecins d'hôpitaux pour les soins qu'ils donnent dans un établissement public aux hospitalisés non fortunés.

N'oublions pas que nous vivons toujours sous le régime d'une loi du troisième Empire, puisqu'elle date du 7 août 1851 et qu'elle aurait par conséquent besoin d'être modernisée.

Voilà pourquoi les Syndicats médicaux et leur Confédération peuvent mettre à leur ordre du jour la révision du statut des médecins des hôpitaux et les honoraires qu'ils sont en droit de toucher non seulement pour les hospitalisés payants, mais même pour les hospitalisés gratuits.

Dr Paul Boudin.

L'ACTUALITÉ PROFESSIONNELLE

Informations judiciaires

Le régime des Assurances sociales dans les grands réseaux de chemins de fer devant le Conseil d'Etat

Le régime ordinaire des assurances sociales, ainsi que nul ne l'ignore, n'est pas applicable aux salariés des collectivités publiques et des réseaux de chemins de fer. Mais, en vertu de l'article 49 de la loi de 1928-1930, repris par l'art. 23 du décret-loi instituant le nouveau régime, des décrets devaient instituer une coordination entre le régime général et le régime spécial de ces salariés, de telle sorte que, d'une part ils soient couverts contre l'ensemble des risques prévus par les assurances sociales, et que d'autre part les prestations de même nature qui leur étaient accordées avant la loi ne soient ni réduites, ni supprimées. C'est ce qu'on a appelé le « principe d'équivalence » entre les deux régimes.

Cette coordination fut l'œuvre d'un décret en date du 30 juin 1931, lequel se bornait à prévoir que les agents des réseaux demeuraient, en ce qui concernait le risque maladie et maternité, soumis à la réglementation particulière qui les régissait. Or cette réglementation n'est nullement équivalente au régime général ; en effet :

1° Seules les maladies de l'agent donnent lieu à indemnité. Aucune prestation n'est accordée en cas de maladie de son conjoint ou de ses enfants ;

2° En cas de maternité, les femmes agents ont droit à un congé de douze semaines avec salaire entier, plus une petite allocation de 150 francs en capital, mais ne touchent aucune prestation en nature. Les femmes des agents n'ont droit qu'à l'allocation en capital ;

3° *Les agents ne jouissent, ni en cas de maladie ni en cas de maternité, du libre-choix de leur médecin.* Mais ils ont droit aux soins gratuits du médecin du réseau.

Dès le premier abord le décret du 30 juin semblait donc avoir méconnu le principe d'équivalence et les intentions du législateur.

Aussi un recours en annulation fut-il formé devant le Conseil d'Etat par les syndicats de cheminots. Par son arrêt du 19 février 1937, le Conseil vient de donner partiellement satisfaction aux requérants, en précisant sa jurisprudence sur les problèmes de la coordination, jurisprudence très nuancée à laquelle on pourrait reprocher cependant une interprétation un peu trop restrictive de l'esprit de la loi.

Contrairement à la thèse de l'Administration, le Conseil d'Etat considère que le principe d'équivalence doit être appliqué, non pas à l'ensemble des risques couverts, ou à la famille « *in globo* », mais à l'intérieur de chaque risque, de chaque éventualité distincte. Le fait que les prestations-maladies accordées à l'agent soient supérieures à celles des assurés ordinaires ne saurait donc permettre aux réseaux de n'accorder aucune prestation en cas de maladie des membres de la famille de l'assuré. La couverture de ce risque distinct est obligatoire, et sur ce point le décret doit être annulé.

Mais, en ce qui concerne chaque risque, il suffit que les prestations accordées soient au moins équivalentes à celles du régime général, sans qu'il importe que leurs modalités soient différentes. Ainsi en matière d'assurance-maternité le plein salaire pendant un mois et la gratuité des soins médicaux compensent la faiblesse de l'allocation en capital. Pour les deux risques maladie et maternité, *cette même gratuité des soins compense l'absence de libre-choix du médecin*, qui ne constitue, d'après le Conseil, qu'une modalité de la fourniture des prestations-maladie. Dans cette mesure la requête est donc rejetée.

Sur ce dernier point, l'arrêt en question nous semble discutable. La faculté pour l'assuré de choisir librement son médecin ne nous paraît pas être une simple « modalité » indifférente du service médical, et en tous cas sa valeur, surtout morale et inappréciable en argent, nous paraît pouvoir être difficilement mise en comparaison avec des avantages purement matériels. Il y a là une mathématique juridique qui ne nous paraît guère correspondre avec la réalité. Il est d'ailleurs regrettable que dans cette affaire, qui touche de près les intérêts du Corps médical, sa voix n'ait pas été entendue.

A cet égard, les syndicats médicaux d'Alsace et de Lorraine ont obtenu une position bien préférable et ont fait ou sont en voie de faire respecter dans le réseau d'Alsace-*Lorraine* cet article fondamental de la charte médicale que constitue la faculté du libre-choix, ainsi que le prouve le texte de la convention collective conclue entre la F. S. A. et les Caisses de chemin de fer (*Le Médecin d'Alsace et de* Lorraine, 16 mai 1937). Sur un point au moins le régime des assurances sociales alsacien-lorrain se trouve ainsi supérieur au régime général !

Jean MIGNON.

La Presse et les Sociétés

Du choix et de l'interprétation des tests biométriques en médecine scolaire

Avec le dépistage et la prophylaxie des maladies contagieuses, avec le repérage des sujets atteints de tares ou malformations diverses, il entre dans les attributions du médecin scolaire de contrôler la croissance et d'apprécier la robusticité de tous les enfants soumis à son inspection.

Les mensurations biométriques ont pour but d'aider le médecin dans cette tâche. Mais, pour qu'elles soient comparables entre elles, il importe d'en codifier la technique et l'interprétation.

Dans ce but le Docteur Franz Vandervael a institué une méthode qui confronte les résultats : 1° d'un examen médical ; 2° des mensurations biométriques ; 3° de quelques épreuves d'aptitudes physiques.

Il n'y a pas lieu de s'attarder à l'examen médical d'où les médecins tireront les conclusions coutumières.

En ce qui concerne les mensurations, il sied d'abord de poser un principe liminaire : toute mensuration qui n'intervient pas de manière directe et immédiate dans les conclusions est inutile et doit être supprimée.

Il semble que l'on puisse se borner actuellement aux mesures suivantes : taille, poids, périmètre thoracique moyen, diamètres transverse et antéro-postérieur du thorax, ampliation thoracique, spirométrie, périmètre maximum de l'avant-bras et du mollet au repos.

Encore convient-il que ces diverses mensurations soient convenablement prises : à la taille sur l'enfant déchaussé, adossé à la toise ou au mur, et touchant ce plan à la fois par les talons, les fesses, les épaules et la tête. L'approximation du demi-centimètre suffit.

Pour le poids, il suffira de le donner à 100 gr. près et de le mesurer chaque fois à la même heure.

Les mensurations thoraciques se fondent sur ce postulat qu'il y a un rapport constant entre la puissance des fonctions cardio-pulmonaires et la résistance organique de l'individu. La mesure du diamètre est préférable à celle du périmètre moyen car elle renseigne sur la *forme* de la cage costale. Elle se prend avec le compas d'épaisseur.

La spirométrie met en œuvre l'énergie contractile de tous les muscles inspirateurs et expirateurs ; c'est donc une véritable mesure fonctionnelle de la puissance espiratoire dans tous ses modes à la fois. Pour remédier à l'inexpérience du sujet on recommencera trois fois l'épreuve et l'on retient le chiffre le plus élevé.

Quant aux périmètres maximums de l'avant-bras et du mollet ils donnent une idée du développement de la musculature.

Le classement des sujets se fait en cinq catégories : la moyenne, deux inférieures (un peu, beaucoup), deux supérieures (un peu, beaucoup). Les chiffres limites de chaque classe déterminés par l'écart admissible avec le chiffre idéal s'obtiennent par une formule mathématique.

Il est facile de construire des graphiques lisibles d'un coup d'œil et qui donnent une idée plus exacte de la valeur physique d'un enfant, en soulignant ses défauts et ses qualités, que tous les indices de robusticité en usage.

Enfin le Docteur Vandervaele propose de sonder le rendement physiologique des sujets en les soumettant à quelques tests physiques : course de vitesse de 50 mètres, saut en hauteur avec élan sans tremplin, flexion du bras à partir de la suspension tendue à une barre horizontale, mesure de la force dynamo-métrique.

Des fiches permettent de comparer toute les mesures d'un examen à l'autre et de suivre par conséquent avec précision la marche de la croissance de l'enfant (*Liège Médical*, 27 juin 1937. Franz Vandervael, chargé de cours à l'Université de Liège).

G. L.

Repérage en vue de la connaissance de la position de la tête dans l'espace

Il peut être intéressant, dit le Docteur Claoué pour les études morphologiques et radiologiques cranio-faciales, de repérer de façon précise la position de la tête par rapport aux trois plans : horizontal, vertical-sagittal et vertical-frontal.

L'auteur s'est arrêté à la technique suivante :

Plan horizontal : la ligne tragus commissure des paupières représente un des rayons du mouvement de bascule dans ce plan ; un rapporteur permet de mesurer facilement l'angle de flexion ou de déflexion de cette ligne par rapport à l'horizontale.

Plan vertical-frontal : même méthode avec, comme repère, une ligne inion-nasion pour mesurer la rotation à gauche et à droite.

Plan sagittal-vertical : pour les mouvements d'inclinaison latérale, le repère sur l'arête nasale prolongée sur le front et le menton. (*Le Jeune médecin*, mai 1937.)

G. L.

MOTS DE CLIENTS

Nos clients ne nous intéressent pas seulement par leurs maux, il peut leur arriver de le faire aussi par leurs mots et j'en ai déjà relaté, ici-même, quelques-uns qui ne manquaient pas de saveur.

Certains sont trop courants, trop de partout, pour qu'il soit intéressant de les rappeler, cependant chez nous, la difficulté pour certains de s'exprimer en français nous vaut d'entendre parler « d'huile d'hérisson », de « ouate à trois fils » qui sont un peu plus spéciaux, — et il y en a bien d'autres.

La « mort fine » est déjà mieux. C'est précisément une de mes clientes (qui mourait d'urémie) qui me rappelant ce mot m'a provoqué des souvenirs et m'a incité à les conter.

Elle avait déjà eu de nombreuses crises, que de multiples saignées m'avaient permis de conjurer. Mais cette fois (pourquoi les malades sentent-ils si bien cela ?) elle se rendit compte qu'il n'en était plus de même.

Quand j'arrivai, elle me dit : « Ah, cette fois, Monsieur, c'est la fin, je le sens bien ; faites-moi une piqûre pour m'en aller, comme vous fait à mon mari (*sic*) et puis dites qu'on m'envoie M. le Recteur » (*resic*).

Je ne m'appesantirai pas sur la mentalité que décèlent ces propos, mais note simplement que cette malade voulait elle aussi, un piqûre « de mort fine ».

Un autre malade, un tuberculeux celui-là, me démontra l'importance qu'il convient d'attacher à ces notices qui accompagnent la plupart des spécialités pharmaceutiques.

Ces notices sont parfois utiles. Il nous est certainement arrivé à tous, de prescrire à des malades un médicament sous forme spécialisée, alors que cela n'était pas nécessaire, parce que la lecture de la notice pouvait être utile pour appuyer notre diagnostic et nos affirmations quant à l'efficacité du traitement prescrit.

Mais l'effet contraire peut aussi se produire, et ce fut le cas pour ce malade.

Je lui avais indiqué une spécialité ; quand je revins le lendemain, je trouvai un homme absolument « démonté ».

Son attitude était tellement désespérée que je m'enquis : « mais voyons qu'est-il arrivé depuis hier ? » — « Oh, docteur vous ne vouliez pas me le dire, mais je sais bien maintenant que je suis fichu. » — « Mais enfin pourquoi ? » — Voyez donc, Docteur ». Et il me tendait un papier, l'index posé sur une phrase.

C'était la notice du médicament. Il y avait au début un éloge, naturellement dithyrambique de son action curative dans la tuberculose, prise au début, et puis une phrase venait qui disait (en substance, car je ne saurais rappeler le texte exact) : « à la deuxième période le... ne la guérit pas, mais il améliore considérablement tous les signes cliniques, etc... » Le type qui avait rédigé çà, était évidemment bien portant, mais mon client, lui, le lisait avec un état d'esprit de malade ! « voyez çà, me dit-il, depuis le temps que je suis malade, je suis certainement parvenu à la deuxième période... donc je ne guérirai plus ! »

J'eus bien du mal à réconforter mon malade et à lui démontrer que son syllogisme péchait par la base. Il n'avait retenu, lui, que les mots : « Il ne guérit pas ». Voilà des mots qu'un produit charlatanesque n'eût certes pas employés !

Heureusement il n'y en a pas que ce genre — il en est aussi qui sont drôles, tel celui-ci, qui s'il n'a pas d'autre mérite, a au moins celui d'être tout frais, et véridique : tout récemment, j'étais réveillé par des gens complètement affolés : leur fille (26 ans) avait « une attaque », on croyait qu'elle allait « passer » !

Naturellement, quand j'arrivai, tout était terminé, mais il me fallait bien tout de même procéder à un interrogatoire pour pouvoir donner un nom à cette attaque. (Çà, c'est au moins aussi important que de la traiter !)

« N'a-t-elle jamais présenté rien de semblable?
— Oh ! non Monsieur... Ah ! pourtant, dans sa petite enfance, nous nous souvenons maintenant qu'elle a eu une crise *de vers* (naturellement !) C'est même à cause de cela qu'elle est restée infirme et qu'elle marche difficilement, elle a eu une paralysie d'infanterie (*Rigoureusement sic*).

Mais je ne puis résister au désir de transcrire après ceci, non pas un mot mais toute une phrase (*encore sic*) mais là laquelle j'ai le regret de ne pouvoir ajouter l'accent qui la rend encore plus savoureuse : « Voilà, Docteur, j'étais enceinte, il me fallut aller à un enterrement. Là, je pris un coup de courant d'air, et mon sang a changé de direction. Depuis ce jour-là, j'ai eu de l'albumine, et ma fille qui est née cinq mois après, n'avait plus profité... même qu'à sa naissance (vous ne me croirez peut-être pas) elle avait les doigts comme des épingles, et elle pesait dix morceaux de sucre de moins que le kilog. »

N'estce pas, qu'elle est bonne ?

Un de mes confrères m'écrivait un jour, à propos d'un cas de jugement en Conseil de famille « à côté des lois écrites, il y a les lois non écrites ».

Eh bien ! il y a aussi des mots qui existent,

sans avoir besoin d'avoir été proférés, témoin la petite histoire suivante que je n'invente pas (je ne suis pas assez malin pour cela !)

J'assistais une multipare, çà ne marchait pas, je me souviens que cela se passait un dimanche, un dimanche d'été, ce qui faisait encore le temps paraître plus long.

L'heure avançait, quand nous entendîmes du bruit à l'étage supérieur. C'était une locataire, une jeune institutrice qui rentrait de promenade. Nous l'entendîmes pendant quelque temps aller et venir dans sa chambre, et puis, elle se mit à son piano.

Elle ne savait rien de ce qui se passait au-dessous d'elle, mais elle avait sans doute, un sens supplémentaire, celui de l'opportunité, — à moins que le hasard fut seul en cause, ce hasard qui, dit-on, fait si bien les choses !

Toujours est-il qu'après quelques accords, elle se décida et, pleine d'entrain attaqua... l'invitation à la valse. Le résultat fut épatant.

Ce qui prouve qu'il y a des mots qui, même informulés, provoquent des douleurs !

Dr E. Damey.

BIBLIOGRAPHIE

Librairie de l'Arc,
149, rue de Rennes, Paris (VIe)

Pierre Lucius. — **Un siècle et demi de révolution 1789-1936.**

En 131 ans (de 1643, avènement de Louis XIV, à 1774, mort de Louis XV), la France a connu un seul régime politique, deux rois, une constitution non écrite, des combats de frontières, mais pas d'invasions, pas de révolutions.

En 131 ans (de 1774, mort de Louis XV, à 1905, fin de septennat du Président Loubet), la France a connu : neuf régimes politiques, onze constitutions différentes, cinq invasions, quatre révolutions sanglantes.

Et l'auteur conclut comme on le devine.

Editions G. Doin et Cie, Paris

A. Thooris. — **La Médecine morphologique.**

« Je me suis tué par l'analyse » s'écriait Amiel.

« L'analyse ? pourrait s'écrier en écho le médecin contemporain, j'en suis écœuré ».

C'est de cet écœurement que naît aujourd'hui la réaction contre la tyrannie anatomique et anatomo-pathologique. Ces mornes disciplines, qui nous ont trop longtemps courbés sous leur férule, nous en percevons la stérilité. Nous voulons des synthèses, des vues d'ensemble. Et c'est à quoi s'appliquent les livres tels que celui-ci.

Magnifiquement édité, illustré de nombreux dessins et schémas, l'ouvrage du Docteur Thooris ouvrira des horizons nouveaux à ses lecteurs. Il leur apprendra à saisir les phénomènes dans leur devenir, à observer l'être vivant avec ses caractéristiques de vie et non comme une pièce sèche de musée.

L'on trouvera ici combinées et synchronisées, les doctrines des grands morphologistes français : Baron, Houssay, Sigaud. Et l'on trouvera aussi des règles thérapeutiques, pour l'individu et pour la race, qui n'ont vraiment rien à voir avec le Codex.

Editions Louis Arnette, Paris

Dr Vincent Ménager. — **Essai sur l'histoire médicale de la Vendée militaire** (1793-1796).

Dans ce travail, l'auteur entreprend de démontrer le rôle important que jouèrent pendant l'insurrection vendéenne le corps médico-chirurgical et les ordres religieux hospitaliers.

Il affirme que les Chouans eurent une véritable organisation sanitaire et donne d'intéressants détails sur les moyens de combat en 1793. La Convention aurait, paraît-il, envisagé l'emploi en Vendée des gaz asphyxiants (!!) Heureusement, les essais d'alors échouèrent. Cet échec nous aura au moins donné un répit de 120 ans.

L'auteur tient à rendre hommage à deux historiens encore vivants et qui l'ont amplement documenté : le Docteur Raoul Mercier, de Tours, auteur du « Monde médical en Touraine pendant la Révolution », et M. E. Gaborit, archiviste de Nantes, auteur de « La Révolution et la Vendée ».

G. L.

A LA SOCIÉTÉ D'HISTOIRE NATURELLE DU DOUBS

LES SENS DES POISSONS
LES INFRA-ROUGES EN AGRICULTURE ET DANS LA VIE COURANTE

Le Docteur Ernest Sexe, a fait à cette Société, le 15 février 1937, une causerie intéressante et originale sur les « *Sens des poissons* » : 1° Sens de la vision ; 2° Sens du toucher de l'eau, qui additionne le toucher, l'audition, l'équilibration et l'orientation des êtres à sang chaud ; 3° Sens de la télégustation (gustation à distance réunissant les sens de l'odorat et du goût, qui sont distincts chez l'homme).

1° L'œil des poissons est fortement hypermétrope, c'est-à-dire plus court, plus aplati d'avant en arrière qu'un œil sphérique parfait. L'accommodation joue chez eux par déplacement de la lentille oculaire, et les recherches du Docteur Rochon-Duvigneaud permettent d'affirmer l'existence d'une vision binoculaire limitée stéréoscopique, leur donnant la sensation du relief. L'œil de la carpe, comme l'œil des Nègres, est doté d'un pigment choroïdien formidable qui permet, d'après le Professeur Roule, à la rétine d'être influencée par une luminosité des plus faibles. Bien que des auteurs de valeur aient affirmé la soi-disant faiblesse de vue des poissons, l'expérience quotidienne des pêcheurs de truite sur la Loue et sur les autres rivières pour tous les poissons en surface, dément totalement cette assertion purement théorique. Il faut pratiquement, se comporter en pêche comme si le poisson avait la vue très perçante. C'est là la vérité.

2° *Toucher de l'eau* : Par les nerfs dits « de la ligne latérale » s'étendant de la base du crâne à la naissance de la queue sur toute la longueur du corps, les poissons enregistrent toutes les vibrations perçues par l'homme, de 30 à 30.000 par seconde, et même les infra-sons jusqu'à six par seconde ! Le poisson « sent » remuer à distance ses congénères et ses proies, et même privé de ses yeux, en pleines ténèbres, se dirige sans chocs dans des canaux pleins d'obstacles. Pas d'aveugles parmi les poissons ! Ce merveilleux sens du « toucher de l'eau », frère du « toucher de l'air » des chauves-souris supplée totalement aux organes visuels. Donc, en pêche, prohiber toute vibration par choc direct sur le sol ou la barque. L'action de la voix parlée et chuchotée reste quasi-inoffensive.

3° *Télé-gustation.* — Les poissons sont dotés de nombreuses papilles gustatives aux lèvres, joues, barbillons, front, fosses nasales et même naissance des nageoires. D'odorat, point. Seules les particules « sapides » des amorces pouvant se dissoudre dans l'eau (sang, graines broyées de chénevis, etc...), les influencent à très longue distance, à des doses absolument imperceptibles à nos papilles humaines. Amorces et appâts seront donc « sapides ». Les « odeurs » même violentes sont indifférentes au cyprins. Ce sens très curieux et très développé chez eux équivaudrait chez l'homme au pouvoir de « goûter » à cent mètres à un apéritif ou à un gigot cuit à point.

Les poissons ne sont donc nullement, au point de vue « sens », des déshérités. Merveilleusement adaptés à leur milieu spécial : l'eau, ils n'ont rien à nous envier comme moyens de lutte pour la vie. Cette étude spéciale ne fait qu'ouvrir un aperçu sur cet immense conte de fées véridique qu'est l'étude de la nature.

M. Arcay a parlé à la même séance de « *Quelques applications récentes des radiations infrarouges à la biologie, à l'agriculture et à la vie courante* ». Les radiations infrarouges sont, pour le physicien, des radiations électro-magnétiques qui, dans l'échelle des fréquences, se classent entre les oscillations électriques ultracourtes que l'on produit dans les laboratoires et le rouge du spectre visible. Pour tout le monde, elles sont une lumière rouge à laquelle l'œil n'est pas sensible, que toutes nos sources lumineuses naturelles ou artificielles nous dispensent très largement, de telle sorte qu'il suffit pour les étudier ou les utiliser de les séparer des radiations visibles par des filtres convenables qui absorbent ces dernières ; pratiquement, on n'utilise d'ailleurs que les radiations infrarouges dont la fréquence est très voisine de celle du rouge visible.

Elles ont, d'une manière générale, toutes les propriétés physiques bien connues de la lumière, mais leur plus grande longueur d'onde les différencie des radiations violettes ou ultraviolettes dont, à certains points de vue, elles paraissent antagonistes ; ainsi, non seulement elles n'excitent pas, comme elles, la phosphorescence et n'agissent pas sur les émulsions photographiques ordinaires, mais encore elles détruisent leur effet sur les corps phosphorescents et sur les plaques photographiques. On aurait cependant tort de leur dénier toute propriété photochimique car on sait actuellement, par l'addition aux émulsions de colorants de la famille des cyanines, réaliser des plaques sensibles à l'infrarouge ; comme d'autre part, ces radiations sont moins diffusées que les radiations visibles par les particules liquides ou solides en suspension dans l'atmosphère, on peut ainsi les utiliser pour la photographie des lointains et la photographie aérienne par temps de brume, impossibles par les procédés ordinaires.

Cet antagonisme entre les radiations infrarouges et les radiations ultraviolettes se retrouve dans leurs effets biologiques ; les premières favorisent la croissance des organismes animaux et végétaux, les dernières agissent sur la différenciation cellulaire.

Toutes les sciences utilisent avec profit la photographie infrarouge, aussi bien l'astronomie, la météo-

rologie, que l'anthropologie, l'entomologie, la botanique, la cytologie et même que l'expertise judiciaire et l'épigraphie ; les rayons infrarouges traversant la peau et n'étant diffusés que par les tissus sous-cutanés, les cliniciens l'emploient pour l'étude de la circulation superficielle et le diagnostic précoce des maladies cutanées. Ils utilisent également au point de vue thérapeutique les propriétés trophiques et analgésiques des radiations infrarouges qu'ils associent parfois aux radiations ultraviolettes, aux rayons X ou même à un traitement chimique.

Les effets calorifiques des infrarouges viennent de trouver une intéressante application en horticulture ; ils permettent en effet de faire vivre et croître normalement en hiver à l'air libre des végétaux. On commence également à les utiliser pour le chauffage des consommateurs à la terrasse des cafés et des restaurants et des spectateurs dans les lieux publics ouverts.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Dr Ernest Sexe. — **La Carpe de Rivière.** La pêche à la ligne en eaux libres en Franche-Comté (Saône, Doubs, Ognon). (Vesoul, Impr. Marcel Bon, 27, rue d'Alsace-Lorraine)

Nous ne sommes pas pêcheur le moins du monde et bien qu'ayant écrit un article sur la psychologie du pêcheur à la ligne inspiré par la lecture de l'ouvrage du Pr Roule, nons n'avons aucune qualité pour critiquer le livre savant, documenté et produit d'une sérieuse et longue expérience que notre aimable confrère le Docteur Ernest Sexe a écrit sur la *Carpe de Rivière* et sa pêche en eaux libres en Franche-Comté. Le Docteur E. Sexe est un amant fervent de la pêche à la ligne de la Carpe ; elle condense, s'il faut l'en croire, en elle seule une Ethique et une Philosophie complètes. C'est, dit-il, une école de vertus familiales et sociales qu'on n'a pas l'air de soupçonner. Chez lui, c'est une passion héréditaire, car son père l'a initié dans cet art et a parfait son éducation.

L'élève a sérieusement profité de l'enseignement de son maître. En parcourant son livre, on peut s'assurer que rien de ce qui concerne la Carpe ne lui est étranger ; il a étudié ses habitats dans la Saône, le Doubs, l'Ognon ; il n'ignore rien de ses mœurs qu'il a lui-même étudiées, sans pour cela dédaigner les travaux des naturalistes qui ont écrit sur les poissons.

Le Docteur Sexe consacre un long chapitre aux esches (esca, nourriture) et aux amorces.

Non seulement la question de l'appât joue un grand rôle mais comme la pêche à la ligne est un art difficile à bien pratiquer, elle exige de nombreuses connaissances. La question de la lunaison (vieille lune pour certains pêcheurs de carpe) n'a pas grande importance pour M. Sexe. Le niveau et la transparence de l'eau méritent plus d'attention. Quand l'eau monte, sa transparence s'atténue, le poisson vient s'alimenter sur les bords. C'est une condition très favorable pour pêcher sur les bords. Quand l'eau baisse, la transparence augmente, le poisson s'écarte de la rive, on doit pêcher au large.

La température de l'eau a son importance. La pêche, pour être fructueuse, doit s'effectuer quand l'eau a une température minima de 9° et maxima de 25°.

Les vents et la température de l'air influent moins sur la carpe que sur le pêcheur.

L'heure n'influe pas sur le résultat de la pêche. M. Sexe s'en est assuré en notant les heures de ses prises sur son carnet de pêche.

Les déversements industriels, les herbiers, la chute des feuilles dans les cours d'eau sont funestes à la carpe de rivière.

M. Sexe, alors, étudie le matériel nécessaire à la pêche : canne, moulinet, lignes (soies et fouets), bas de ligne et plombs, empiles, hameçons, épuisette, sac à pêche, barquette ; tout cela est l'objet de considérations fort judicieuses, dictées par une longue expérience.

Un rifflard, c'est-à-dire un grand parapluie, est nécessaire pour protéger le pêcheur contre la pluie, le vent et le soleil. M. Sexe qui, tout en étant un humoriste est un psychologue, démontre la nécessité de la pipe qui tient le pêcheur en éveil.

Il aborde l'hygiène du pêcheur, hygiène vestimentaire, alimentaire, morale. Il clot le chapitre du matériel par un paragraphe sur le statut légal du pêcheur de carpe et les sociétés de pêche. Enfin, il termine en exposant les diverses méthodes de la pêche de la carpe. Il faut que M. Sexe ait éprouvé et éprouve une singulière jouissance à pêcher en eaux libres dans ses rivières de Franche-Comté, car il exprime à la fin de son livre son intime et profonde satisfaction sous le titre de *Béatitudes*, en citant en épigraphe quelques vers des *Trophées* de Heredia.

> Et dans les mailles d'or de ce filet subtil,
> Chasseur harmonieux, j'emprisonne mes rêves.

Ce qui ne le dispense pas de rendre grâce à Dieu de toute son âme, à Dieu qui lui a permis dans sa bonté infinie de pêcher la carpe à la ligne...

Lecteurs, prenez exemple sur le Docteur Sexe, c'est un sage.

J. Noir.

HYGIÈNE URBAINE

POUR L'ÉTABLISSEMENT D'UN PLAN DE DÉRATISATION

D'après le Docteur A. STILLMUNKÈS (1)

Le rat compte au nombre des fléaux de nos habitations. C'est un animal nuisible, agent indiscuté de la peste, de la spirochétose ictéro-hémorragique, du sodoku ou fièvre par morsure de rat, et peut-être aussi d'autres maladies non moins redoutables. Les agglomérations urbaines ne peuvent que souffrir de son voisinage, et la dératisation apparaît comme un problème hygiénique et économique, qui intéresse au même titre la santé publique et le trafic commercial.

Pour mener à bien une campagne de dératisation, il faut prendre exemple sur le chasseur et le braconnier, qui commencent par étudier l'identité du gibier, son habitat, son genre de vie, etc... Le rat possède une personnalité biologique, on n'oubliera pas ce qui le distingue des autres animaux, très voisins de lui par leurs caractères zoologiques.

C'est un animal, dont l'habitat est strictement superposé aux habitations des hommes. Si cependant, on rencontre le surmulot à quelque distance des maisons, c'est qu'il suit le tracé des égouts, et se nourrit des détritus qui y passent. Il se cache et craint la lumière. Son activité, surtout nocturne, commence à s'exercer quand la période de travail humain cesse. Pendant le jour, il dort ou semble dormir; il sort de son trou à la nuit tombante, empêchant le sommeil des habitants et causant de nombreux dégâts à la faveur de l'obscurité. C'est aussi un animal rusé qui déjoue très facilement l'ingéniosité des procédés de destruction. Il a de gros besoins alimentaires, des besoins répétés d'alimentation, et ces besoins en font un commensal strict de l'homme. Avec une nourriture abondante et des repas fréquents, le rat a besoin également d'absorber de grandes quantités de liquides : aussi recherche-t-il les endroits humides des habitations et plus particulièrement les égoûts.

Quant à sa vitalité, cet animal est d'une résistance incroyable au parasitisme. Ainsi pour les trypanosomiases, le rat ne manifeste aucun trouble apparent de la santé, alors même que son sang est infesté, au point que les parasites s'y trouvent aussi nombreux que les hématies. On sait d'ailleurs que le rat blanc, malgré ses facilités d'élevage et de manipulation, reste, tout comme le rat noir ou le surmulot, à peu près sans emploi dans les laboratoires de bactériologie, parce qu'il est réfractaire à la plupart des germes pathogènes.

Un autre caractère de la vitalité du rat se trouve dans la façon intensive, avec laquelle il se reproduit. Un seul couple de rats engendre en trois ans vingt millions de ces animaux. Leur fécondité est véritablement effrayante, mais pour acquérir cette intensité, il faut que la nourriture soit adéquate et suffisamment abondante. La privation complète de nourriture montre à quel point l'animal est fragile. Insensible au parasitisme, il ne tarde cependant pas à mourir rapidement, dès que les aliments font complètement défaut.

***

Critique des procédés de destruction des rats

Si étrange que puisse paraître cette affirmation, il faut tout d'abord être persuadé que la destruction des rats n'est qu'un pis aller. La meilleure des méthodes ne vaut rien, si on ne prend pas simultanément toutes les précautions voulues pour en éviter à nouveau la mutiplication. Les rats se sont multipliés grâce à notre ignorance, à notre incurie, à notre malpropreté, à notre méconnaissance des lois de l'hygiène. Si nous prétendons détruire les rats, et néanmoins rester aussi ignorants, aussi négligents et aussi malpropres, il est à peu près inutile d'entreprendre la lutte.

(1) *Toulouse Médical*, 15 mars 1937.

Les procédés de destruction sont simplement des moyens adjuvants, et rien de plus. L'essentiel, c'est de ne pas nourrir les rats, de ne pas les laisser se multiplier en laissant traîner de toutes parts des déchets alimentaires.

La multiplicité des procédés de dératisation est un sûr garant de leur efficacité restreinte. On parvient à réduire le nombre de ces animaux, mais on n'arrive pour ainsi dire jamais à les faire disparaître. La quantité des rats qu'on détruit est infime, par rapport au nombre existant. Les conditions alimentaires redevenant favorables, la pullulation a vite fait de combler les vides. Quand on manie le poison, le rat se

déplace, et c'est à peu près le seul bénéfice obtenu.

Cependant le rat est un animal profondément attaché à son logis : quand il est contaminé ou intoxiqué, il revient mourir dans son trou ; dès lors, les locaux, qui renferment les cadavres, deviennent rapidement inhabitables. Des phénomènes de putréfaction se développent sous les planchers, et, pour lutter contre l'odeur nauséabonde qui se dégage, il faut déplacer les planches, ensuite procéder à un nettoyage des plans sous-jacents.

Au voisinage de nos habitations, le rat est à l'abri des ennemis naturels, qui détruisent les petits rongeurs des champs : hiboux, chouettes, couleuvres, fouines, buses, héron, etc...

Deux ennemis des rats vivant en domesticité, le chien et le chat, ont été proposés et sont encore utilisés.

Le chien est un auxiliaire précieux, et certaines races de chiens, le fox-terrier notamment, peuvent être convenablement dressées à la chasse aux rats. Mais, pour que leurs services soient efficaces, il faut qu'ils soient dirigés par un homme au courant de cette chasse. Mal dirigée, elle ne produit aucun résultat.

Quant au chat ratier, il faut, pour chasser le rat, qu'il soit fort et bien nourri. On ne doit donc pas l'affamer comme on le croit généralement. La chasse du rat est pour lui un sport ; il ne chasse pas pour se nourrir.

La présence du chat ne saurait supplanter les autres moyens de destruction des rats. Après avoir fait les opérations de dératisation, il faut avoir des moyens de destruction des rats à utiliser journellement et, pour cela, le chat peut rendre de grands services. Il empêchera l'intrusion de nouveaux rats qui, n'étant pas habitués à un local, se feront prendre facilement par ce félin rusé et patient.

***

Pour une entreprise rationnelle de dératisation

Toute entreprise de dératisation, dans un établissement public ou dans une agglomération urbaine, doit tenir compte de la loi de répartition de ces animaux, qui vont là où il y a de la nourriture disponible. La méconnaissance de cette loi doit fatalement conduire à des échecs.

D'autre part, si la lutte contre les rats est en général inefficace, c'est qu'on ne tient pas suffisamment compte des facteurs qui favorisent leur pullulation, et qui sont : des portées à progression formidable et une multiplication liée à la quantité des aliments disponibles.

Pour avoir quelque chance de succès, les mesures de dératisation doivent, en outre, être utilisées sur de très vastes étendues.

Dératiser un établissement public comme les hôpitaux, à l'exclusion des bâtiments voisins, est toujours possible, mais les résultats seront éphémères. Quand on essaie de détruire les rats en un point localisé, ils fuient et vont coloniser plus loin. Puis des rats reviennent en exploration revoir la région perdue et, lorsque le danger a disparu, on voit la masse reprendre possession du point momentanément abandonné. Mais il en reste toujours dans les lieux nouvellement conquis. On a ainsi obtenu le contraire de ce que l'on désirait, on a donné de l'extension à la pullulation des rats.

Une prophylaxie bien comprise comporte deux séries de mesures : des mesures individuelles, des mesures collectives.

Les mesures individuelles sont simples et peuvent se résumer dans des tracts ainsi libellés :

« On a le nombre de rats qu'on mérite par sa malpropreté. »

« Qui sème les ordure ménagères fait pousser les rats. »

Quant aux mesures collectives, elles doivent avoir plusieurs objectifs :

1° Mettre les approvisionnements de matières alimentaires à l'abi des rongeurs.

2° Empêcher que les déchets alimentaires ne profitent à la multiplication des rats.

3° Supprimer les repaires des rats.

La dératisation apparaît ainsi comme une véritable organisation de combat, qu'il s'agit d'instituer et de développer systématiquement par l'*éducation des masses*.

Il faudrait par des tracts, des conférences illustrées de films, par une campagne de presse bien menée intéresser le public, et lui montrer que la lutte contre les rats est inefficace, si on ne commence pas par appliquer les mesures, pourtant bien simples, de protection et d'hygiène. La crainte de fléaux, comme la peste, pourrait être le commencement d'exécution des mesures de propreté.

Deux corporations pourraient intervenir avec fruit en faveur de la dératisation : les médecins et les instituteurs.

Les médecins ont accès dans les familles pour

soulager les malheureux que la maladie met en danger. Leurs conseils ont quelque chance d'être écoutés.

Les instituteurs pourraient agir sur les masses par l'intermédiaire des enfants, dont l'instruction et l'éducation leur sont confiées.

Dans les musées d'histoire naturelle et dans les musées d'hygiène, on réserverait aussi deux vitrines, où l'on exposerait les mauvaises et les bonnes méthodes de lutte contre les rats.

En réalité, le problème de la dératisation est lié à celui de l'ordre, de la propreté et de la salubrité générale. Il s'ensuit que c'est l'esprit d'une population qu'il est nécessaire de préparer : c'est son instruction qu'i est indispensable de faire. L'ensemble de la collectivité prendra alors l'initiative de ces mesures, comme elle a pris l'initiative heureuse de tant d'autres, qui ont abouti à l'amélioration de la santé publique.

En *conclusion*, les pièges, les poisons et les virus, appliqués d'une façon systématique et continue pour la destruction directe, ne diminuent que dans une faible mesure le nombre des rats, dont la mortalité est très vite compensée par la prodigieuse fécondité de ces animaux.

Une tentative de dératisation doit être une opération de grande envergure. Dératiser les hôpitaux à l'exclusion des établissements voisins, est une entreprise vouée à un échec presque certain. C'est la ville qu'il faut dératiser pour donner aux malades des hôpitaux le calme et le repos, dont les rats les ont souvent frustrés. Chaque ville devrait posséder un service de dératisation, comme elle dispose d'un service de désinfection, d'un service de la diphtérie, etc. Celui-ci devrait avoir à sa tête un comité de dératisation, qui préparerait la campagne auprès du public, chercherait à détruire les repaires des rats, et s'inspirerait des conditions particulières à chaque industrie.

Il faudrait instituer chaque année une semaine du rat, pendant laquelle la population opérerait une véritable révision des habitations et des locaux, qui sont à sa disposition. Le service de nettoiement apporterait sa contribution, en redoublant momentanément d'activité. On attaquerait le rat par la famine : l'inanition en détruirait un grand nombre et leur multiplication serait considérablement enrayée.

C'est alors qu'on pourrait recourir aux moyens complémentaires : pièges, chasse, moyens de destruction divers au nombre desquels figurerait en première place le chat ratier.

Pour favoriser le développemeat de cet animal domestique, qui est aussi un ennemi naturel du rat, on constituerait un haras de chats sélectionnés avec une chatterie destinée à l'entraînement des jeunes animaux.

Ces deux moyens : famine d'abord, et vigilance constante du chat ratier paraissent résumer à l'heure actuelle les seuls éléments importants susceptibles d'apporter un remède efficace à l'infestation par les rats.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Clinique de la tuberculose.** — Professeur : M. F. BEZANÇON. — *Cours de perfectionnement sur la tuberculose* organisé avec le concours du Comité national de défense contre la tuberculose, par MM. E. Rist et P. Ameuille, avec la collaboration de M. le Professeur F. Bezançon, de M. J.-E. Evrot, directeur du Comité national, de Mme Dubois-Verlière, et de MM. C. Kudelski, C. Lejard, V. Hinault, H. Mollard, J.-M. Lemoine et J. Canetti.

Ce cours, d'une durée de quatre semaines, commencera le lundi 18 octobre 1937, à 9 heures, à l'hôpital Cochin (Pavillon Claude-Bernard). Il se composera d'exercices pratiques et de leçons.

Les exercices pratiques comprendront :

1° L'examen clinique des malades dans les salles d'hospitalisation et à la consultation du service de M. Ameuille, à l'hôpital Cochin ;

2° La recherche des bacilles tuberculeux dans les produits pathologiques ;

3° Des démonstrations radioscopiques et l'interprétation des clichés ;

4° Le fonctionnement du Dispensaire antituberculeux ;

5° La pratique du pneumothorax artificiel ;

6° Des démonstrations pratiques de laryngoscopie, de trachéo-bronchoscopie et de bronchographie lipiodolée ;

7° Des démonstrations pratiques de pleuroscopie ;

8° Des visites à diverses organisations de lutte antituberculeuse.

Le Comité national de défense contre la tuberculose met à la disposition des médecins de dispensaires ou des candidats aux postes de médecins de dispensaires, désireux de suivre ce cours, un certain nombre de bourses.

S'adresser à M. Evrot, directeur du Comité national, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (VIe).

Les droits à verser sont de 250 francs.

Les inscriptions sont reçues au Secrétariat de la Faculté de médecine, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures (guichet n° 4), et salle Béclard (A. D. R. M.), à la Faculté, tous les jours de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures, sauf le samedi après-midi.

— **Chaire de clinique cardiologique.** (Hôpital Broussais, 96, rue Didot, Paris (XIVe). Professeur : M. Ch. Laubry.) — *Maladies du cœur et des vaisseaux.* Cours

complémentaire du lundi 4 octobre au samedi 23 octobre 1937.

Objet du cours : Les sujets cardiologiques d'actualité. Les questions à l'étude dans le service. — Les leçons seront faites par M. le Professeur Ch. Laubry, chef de service, professeur de clinique cardiologique, médecin de l'hôpital Broussais ; MM. les Professeurs Pezzi (Milan), Doumer (Lille) ; MM. les Docteurs G. Marchal, médecin de l'hôpital Tenon, P. Soulié, J. Lenègre, médecins des hôpitaux ; MM. les Docteurs D. Routier et J. Walser, assistants du service ; MM. les Docteurs L. Deglaude et R. Heim de Balsac, chefs de laboratoire ; MM. les Docteurs P. Landowski, E. de Véricourt, chefs de clinique ; MM. F. Joly, L. Dugas, A. Malinsky, J.-F. Porge et Y. Bouvrain, anciens internes et internes du service.

Tous les jours à 17 heures, examen dans les salles sous la direction des chefs de clinique et des internes du service : travaux pratiques (radiologie, électro-cardiographie, mesure du métabolisme basal).

Droit d'inscription : 250 francs.

Les inscriptions sont reçues à la Faculté de médecine, au secrétariat (guichet nº 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures, et au B. R. M. E. (salle Béclard), tous les jours, de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi après-midi).

Les auditeurs qui auront fait preuve d'assiduité pourront, sur leur demande, recevoir à la fin du cours un certificat.

— **Cours de perfectionnement de technique chirurgicale concernant l'appareil moteur**, par les Professeurs Ombrédanne et P. Mathieu, avec la collaboration de MM. Leveuf, agrégé ; Sorrel, Richard, Fèvre, chirurgiens des hôpitaux ; Lance, Huc, Padovani, Iselin, assistants et chefs de clinique.

Ce cours aura lieu chaque jour du 11 octobre au 28 octobre 1937, à 14 h. 30, au Petit amphithéâtre. A la suite de chaque leçon une répétition des opérations envisagées aura lieu à l'Ecole pratique à partir de 15 h. 45 sous la direction de MM. les Prosecteurs.

Droit : 250 francs. Inscriptions au Secrétariat de la Faculté.

Thèses. — Jeudi 8 juillet. — I. Jury : MM. Roussy, Bezançon, Strohl, Huguenin. — M. Leuret : Essai sur les tumeurs épithéliales primitives de l'ovaire. — M. Orlando de Sola : Technique et indications de l'anesthésie générale à l'évipan sodique dans la pratique chirurgicale. — Mme Auerbach : Evolution bénigne de certaines bilatéralisations au cours du pneumothorax artificiel unilatéral. — Mlle Brenniel : Le délire alcoolique aigu. — M. Malabou : Etude sur les méthodes physiques et chimiques de dosage des vitamines. — M. Radziwiller : Contribution à l'étude du syndrome de Mickulicz au cours des leucémies. — M. del Regate : Sur la rœntgenthérapie des épithéliomas du sinus maxillaire.

II. Jury : MM. Cunéo, Pierre Duval, Mocquot, Cadenat. — M. Bakhouche : Contribution à l'étude des tumeurs primitives de la cloison recto-vaginale. — M. Bozonnet : Considérations sur l'étiopathogénie de l'hypertrophie prostatique et son traitement endocrinien. — M. Combeau : Contribution à l'étude de l'extraction des corps étranger s de l'œsophage par voie cervicale externe. — M. Escurra : Essai de traitement des salpingites par les sels d'or. — Mlle Coulombeix : Contribution à l'étude de la rœntgenthérapie de la tuberculose utéro-annexielle. — M. Klocznyk : Etude manométrique vraie en hystéro-salpingographie.

III. Jury : MM. Jeanuin, Nobécourt, Sergent, Lian. — Mme Barbe, dite Bienaimé : Quelques points de puériculture. Observations d'une mère. — M. Abaza : Tuberculose, croissance et puberté. — M. Boulignat : Contribution à l'étude des hémopathies benzéniques. — — M. Jorge : Exploration radiologique des poumons en position couchée avant et pendant le pneumothorax artificiel.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Ligue nationale française contre le péril vénérien.** *Cours de service social antivénérien pour les infirmières et les assistantes sociales et les personnes s'intéressant à la lutte contre les maladies vénériennes.* Du 15 au 20 novembre 1937, à l'Institut Alfred-Fournier, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (XIVe), et à la Clinique Baudelocque. — Deux visites auront lieu au Musée de l'hôpital Saint-Louis, sous la direction de M. le Docteur Brodier : le jeudi 18 novembre, à 16 heures, et le samedi 20 novembre, à 14 h. 30.

Le nombre des admissions devant être limité, les personnes désireuses de suivre ce cours sont priées de se faire inscrire à la Ligue nationale française contre le péril vénérien, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (XIVe), le plus tôt possible. Une carte d'admission strictement personnelle sera délivrée. Droit d'inscription : 10 francs.

La Ligue nationale française contre le péril vénérien a créé une école de stage de service social antivénérien pour l'instruction des infirmières assistantes d'hygiène sociale qui désirent se spécialiser dans la lutte contre les maladies vénériennes.

La direction tehnique de cette école de stage est confiée au Service social à l'hôpital.

Un certificat de stage est délivré aux élèves ayant accompli d'une manière satisfaisante un stage d'une durée minimum d'un mois.

Pour tous renseignements, s'adresser à la Ligue nationale française contre le péril vénérien, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (XIVe) ou au Service social à l'hôpital, 44, rue de Lisbonne, Paris (VIIIe).

— **Nouvelle revue médicale.** — *La Revue de phytothérapie.* — Le deuxième numéro de cette revue mensuelle vient de paraître. Rédacteur en chef : Docteur Henri Leclerc. Administration : 58, avenue de la République, Paris (XIe). Abonnement annuel : 25 francs.

Le Gérant : R. Thiron

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

Commission permanente de documentation

Rapport au président
de la République Française

Le service de documentation du ministère de la Santé publique, créé en 1925 dans le cadre de l'office national d'hygiène sociale, a été rattaché au ministère en 1934.

Le décret du 4 décembre 1924 lui avait donné pour objectif de « centraliser et de mettre à la disposition des services publics nationaux et locaux, du Corps médical, des hygiénistes et du public, tous les documents français et étrangers, tous les renseignements relatifs à l'hygiène, aux maladies sociales et à leur prophylaxie ».

Dans ce but, ce service a constitué peu à peu un véritable centre de documentation sanitaire technique et législative comprenant :

Une bibliothèque de plus de 11,000 volumes.

Un service de dossiers actuellement au nombre de 19.000 et renfermant environ 400.000 documents.

Il dépouille plus de 300 revues françaises, internationales et étrangères, et reçoit une quantité considérable d'informations de toute nature.

Il répond aux demandes de documentation qui lui parviennent de toutes parts, soit de France, soit de l'étranger, sur les sujets les plus variés.

Son fonctionnement a fait l'objet d'appréciations très flatteuses de la part de ceux qui ont eu l'occasion de l'étudier et tout particulièrement de différents rapporteurs parlementaires du budget de la Santé publique, des organismes techniques de documentation et de la section d'hygiène de la Société des nations.

L'importance même prise par ce service justifie la création d'une commission qui aura pour mission d'apporter au chef de ce service son concours technique dans les différentes activités de documentation et tout particulièrement dans la préparation du bulletin et des différentes publications du ministère dont le budget de 1937 prévoit une importante extension.

Décret du 30 décembre 1936

Art. 1er. — Il est créé au ministère de la Santé publique une commission permanente de documentation.

Art. 2. — La commission permanente de documentation délibère sur toutes les questions concernant le fonctionnement du ser-

vice de documentation du ministère de la Santé publique.

Art. 3. — La Commission permanente de documentation comprend des membres de droit qui sont :

....

Et six membres nommés par le ministre.

Art. 4. — La présidence de la Commission appartient de droit au ministre de la Santé publique, qui nomme tous les trois ans, pour l'assurer à son défaut, un président et deux vice-présidents choisis parmi les membres de la commission. Le chef du service de documentation est de droit secrétaire général de la Commission.

Art. 5. — La commission désigne les rapporteurs ; les procès-verbaux sont signés du président et du secrétaire général présents à la séance.

Art. 6. — Le président peut, à l'occasion d'une affaire déterminée, appeler à rendre part aux séances, avec voix consultative, les personnes que leurs connaissances mettent en mesure d'éclairer la discussion.

Art. 7. — Les membres de la Commission de documentation, à la nomination du ministre de la Santé publique, sont désignés pour une période de trois ans.

(*J. O.*, 10 janvier 1937).

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE
« Le Sou Médical »

Au cours de sa réunion du 24 août 1937, le Conseil a prononcé l'admission de MM. les Docteurs

12.747 Boissin, Saint-Rémy-les-Chevreuse (Seine-et-Oise). Parrains : Docteurs Chausselat et Perrez.
12.748 Droulle, Jalons (Marne). Syndicat de Châlons-sur Marne.
12.749 Dubois, La Baule (Loire-Inférieure). Syndicat des chirurgiens français.
12.750 Forgeaud, Angoulême (Charente). Syndicat médical de la Charente.
12.751 Fouche, Fontainebleau (Seine-et-Marne). Syndicat médical de Seine-et-Marne.
12.752 Fromentin. La Roche-Bernard (Morbihan). Syndicat des médecins de Vannes.
12.753 Gauthereau, 114, avenue Gambetta, Paris, (XX[e]). Parrains : Docteurs Gauthereau et Lian.
12.754 Gogue, Courbevoie (Seine). Syndicat de la Banlieue Ouest.
12.755 Lagarde, Montbazens (Aveyron). Syndicat médical de Villefranche de Rouergue.
12.756 Modrin, Hauterives (Drôme). Syndicat médical du Nord et de la Drôme.
12.757 Nègre, Montauban (Tarn-et-Garonne). Syndicat médical du Tarn-et-Garonne.
12.758 Oriat, Laon (Aisne). Syndicat de Laon.
12.759 Penez (Charles), Montfermeil (Seine-et-Oise). Parrains : Docteurs Penez et Chausselat.
12.760 Roose, La Fère (Aisne). Syndicat de Laon.
12.761 Tlatli, Nabeul (Tunisie). Syndicat des médecins tunisiens.

Ces admissions deviendront définitives si elles ne font l'objet d'aucune protestation dans les quinze jours de la présente publication (art. 5 des statuts).

CORRESPONDANCE

ASSURANCES SOCIALES

6.082. — Accident du travail contesté. Rôle des Assurances sociales

Puis-je vous demander un renseignement pour tirer d'embarras un de mes jeunes clients, M. P...

Il se présente à moi au début de juin, pour une synovite tendineuse des extenseurs de la main, avec des commémoratifs très nets de traumatisme. Je rédige un certificat constatant cette synovite tendineuse et la déclaration est faite à l'Assurance.

Après une huitaine de jours, l'Assurance refuse le risque, sous prétexte qu'une synovite tendineuse ne saurait être traumatique, et engage mon blessé à s'adresser aux Assurances sociales : ce qu'il fait. L'Assurance sociale envoie son médecin contrôleur qui déclare indiscutable l'origine traumatique, et le renvoie à l'Assurance accident ; laquelle Assurance renvoie à mon blessé la lettre ci-jointe. L'avis du Docteur M. doit-il faire force de loi, et quel recours peut exercer M. P. contre les Assurances soit sociales, soit accident. Etant parfaitement en règle des deux côtés, est-il admissible qu'il reste assis..... entre deux chaises ?

Dr B.

Réponse

Les difficultés que vous nous exposez ont fait l'objet d'une disposition expresse dans le décret-loi du 28 octobre 1935 instituant le nouveau régime des Assurances sociales.

Aux termes de l'art. 20 parag. 4 du décret, l'assuré victime d'un accident du travail ou d'une maladie reconnue comme ayant un caractère professionnel et dont le droit aux réparations prévu par la loi du 9 avril 1898 est contesté par son employeur ou par l'assureur substitué, reçoit à titre provisionnel les prestations de l'assurance-maladie si, par ailleurs, il justifie des conditions de versement requises et s'il a engagé à l'encontre de son employeur ou de l'assureur substitué, une action judiciaire en vue de faire reconnaître ses droits à réparation au titre des lois susvisées.

En pareil cas, la Caisse d'assurances peut intervenir dans l'instance. En cas d'échec de l'action entreprise, les prestations versées restent acquises à l'assuré.

En conclusion, nous conseillons donc à votre client de se conformer à cet article, c'est-à-dire de poursuivre son chef d'entreprise afin de faire trancher par le Juge de paix le point de savoir s'il s'agit ou non d'un accident du travail et dans l'attente de cette décision de demander à sa Caisse le versement des prestations maladie.

6.348 — Invalidité. Délai nécessaire

Je vous serais très obligé de bien vouloir me renseigner sur le sujet suivant :

Un de mes clients, inscrit aux Assurances sociales depuis le 1er décembre 1936 (avec effet du 19 septembre 1936) tombe malade le 26 janvier 1937 : tuberculose pulmonaire. La Caisse lui verse régulièrement les prestations de maladie.

Les six mois de maladie étant écoulés mon client demande à la Caisse s'il peut bénéficier des prestations d'invalidité. La Caisse répond qu'il n'y a pas droit. Est-ce exact ?

Dr F.

Réponse

Le § 4 de l'article 10 du décret-loi du 28 octobre 1935 sur les Assurances sociales prévoit que, pour invoquer le bénéfice de l'assurance-invalidité, l'assuré doit être immatriculé depuis deux ans au moins au début du trimestre civil au cours duquel est survenu la maladie ou l'accident.

Votre client, immatriculé aux Assurances sociales depuis le 1er décembre 1936, avec effet rétroactif au 19 septembre 1936, n'est pas encore en situation de pouvoir bénéficier de l'assurance-invalidité.

Le refus de la Caisse est donc strictement conforme à la loi, et ne pourrait être utilement l'objet d'aucun recours.

5.289. — Honoraires insuffisants et notés en clair ? ? Reproches de la Caisse

Le médecin est-il obligé d'indiquer en K sur la feuille-maladie la valeur conventionnelle de son intervention.

Je mentionne après avoir demandé et obtenu l'autorisation d'une radiographie pulmonaire. Scopie et graphie thoracique. Honoraires réglés 120 francs.

La Caisse refuse le remboursement et exige la notation en K. Est-elle dans son droit strict (les renseignements pour les coefficients en K sont d'ailleurs assez imprécis et difficiles à capter).

Dr L.

Réponse

En somme, la Caisse vous reproche d'avoir pris des honoraires « insuffisants » et ce qui est mieux encore, d'avoir en toute conscience, mis sur la feuille de visite le montant exact de ce que vous aviez touché de votre malade. Et cela alors, que vous aviez auparavant demandé et obtenu la « prise en charge » par la Caisse (ne dites pas l'autorisation) des frais d'une radiographie pulmonaire ?

Si c'est bien cela, j'avoue ne rien comprendre à l'attitude de la Caisse... En tout cas, la « radiographie du thorax » est indiquée dans la Nomenclature : E. R. K 10, ce qui est, en effet,

supérieur aux 120 francs que vous aviez demandés à votre malade et qu'il vous a payé... Et, si vous aviez mis K 10 après avoir touché 120 francs c'est alors que la Caisse aurait pu vous accuser, à bon droit, de l'avoir trompée, etc... En vérité, je vous répète que je ne comprends rien à l'attitude — ridicule à mes yeux — de cette Caisse, si j'ai bien saisi l'histoire « à la Courteline » que vous me racontez...

Dr F. DECOURT.

6.058. — Part de frais d'hospitalisation à la charge de l'assuré

Un domestique, assuré social non indigent, est envoyé d'urgence à l'hôpital. Il y est admis sur présentation de ses pièces d'assuré social. Et il en sort ensuite sans qu'on lui demande quelque chose.

Plusieurs mois après, il est invité à régler une somme de 90 francs, pour la différence entre le prix de l'hospitalisation et celui versé par l'Assurance.

Ce malade avait été admis et soigné dans la salle commune.

Que doit-il faire ? Il n'a pas d'argent, ou très peu, et en allant à l'hôpital, il croyait (et moi aussi) que c'était au compte de l'Assurance sociale.

Dr A.

Réponse

La réclamation dont est actuellement l'objet votre client assuré social, est en principe juridiquement fondée. En effet, si votre client n'a pas la qualité d'assuré assisté, c'est-à-dire s'il n'est pas inscrit sur la liste d'Assistance de sa commune, conformément à la loi du 15 juillet 1893, il ne peut prétendre à une hospitalisation et à un traitement entièrement gratuits.

S'il s'est fait hospitaliser dans un hôpital public ayant passé une convention avec sa Caisse, cette dernière a versé directement à l'hôpital les indemnités prévues par la convention en cas d'hospitalisation pour frais de séjour et honoraires médicaux, mais ces indemnités ne doivent pas obligatoirement coïncider avec le prix auquel l'assuré est admis.

L'article 6, parag. 15 du décret-loi sur les Assurances sociales indique seulement que ce prix d'admission ne saurait être supérieur au tarif le plus bas des malades payants. Il est donc légal que l'assuré ait à sa charge la différence entre le tarif le plus bas de l'hôpital et le tarif de responsabilité de la Caisse.

6.568. — Soins à des assurés sociaux notoirement indigents qui ne sont pas en règle avec la Caisse

Je viens de recevoir l'avis d'une réduction sur mon mémoire d'assurés assistés du premier semestre

1936, sous prétexte que ces assurés assistés n'étaient pas à jour de leurs cotisations. Cette façon de faire est-elle régulière, étant donné qu'à chaque semestre, ce phénomène se produit et que certains assistés assurés à qui j'en ai parlé, prétendent être en règle. D'ailleurs, étant donné que la Caisse est prévenue dans les quarante-huit heures de la maladie, elle devrait le faire savoir plus vite et ne pas attendre plus d'un an pour en prévenir le médecin.

Dr B.

Réponse

Il est exact que si les assurés sociaux indigents que vous avez soignés ne sont pas en règle au point de vue cotisation vis-à-vis de leur Caisse, la collectivité d'assistance, c'est-à-dire le service départemental est fondé à refuser de vous payer vos honoraires au tarif prévu par l'art. 19 du décret-loi sur les assurances sociales et ne vous doit que les sommes prévues par le tarif de l'assistance médicale gratuite.

Si donc, vous avez été payé au tarif de l'art. 19, vous seriez ainsi redevable vis-à-vis du service d'assistance de la différence entre les deux tarifs.

Toutefois, il n'en est pas moins vrai que vous avez donné vos soins à des assurés assistés régulièrement munis d'une feuille d'assurances sociales et que c'est à ce tarif et non à un autre que vous avez accepté d'intervenir auprès de vos clients. Vous êtes donc légitimement fondé à prétendre être honoré à ce tarif et non au tarif inférieur de l'assistance médicale gratuite.

Toute la question consiste à rechercher qui est débiteur de la différence et de quelle manière vous pouvez en obtenir le paiement.

Ceci dépend en grande partie de la manière dont les soins aux assurés sociaux indigents sont organisés dans votre département. Si les assurés qui ont besoin de recourir au médecin reçoivent leur feuille de maladie de la mairie de la commune de secours après avis donné à la Caisse dont ils dépendent ou si cette caisse intervient d'une manière ou d'une autre dans la délivrance de ces feuilles de maladie, il faut la considérer comme responsable du préjudice qu'elle cause en ne vous ayant pas prévenu de l'impossibilité où elle était de prendre en charge les soins que vous donniez.

La question s'est posée devant la jurisprudence dans un cas analogue au vôtre, et le tribunal civil d'Epinal par un jugement en date du 5 décembre 1936, dont nous vous adressons copie, a reconnu que le médecin se trouvant dans cette situation était fondé à réclamer à la caisse de son client une indemnité égale au préjudice qui lui était causé en application de l'art. 1382 du Code civil.

D'autre part, si la situation irrégulière de vos clients au regard des assurances sociales provient

de ce que leur chef d'entreprise n'a point versé à la caisse des cotisations requises pendant la période de référence, ce chef d'entreprise est responsable d'après la jurisprudence, toujours en vertu des art. 1383 et suivants du Code civil, du préjudice qu'il a causé aux tiers par suite de l'inobservation des prescriptions légales et peut être poursuivi tant par l'assuré que par vous-même en paiement des indemnités auxquelles vous auriez eu droit s'il avait été à jour de ses cotisations.

Dans ces deux cas, les poursuites sont de la compétence non point de la Commission d'arrondissement, mais de la juridiction ordinaire à savoir, le juge de paix du domicile du défendeur.

QUESTIONS DIVERSES

A propos de la déclaration des causes de décès

Ne croyez-vous pas qu'il soit utile de donner à la présente lettre l'hospitalité des colonnes du *Concours* dans le but de contribuer à la mise au point de cette question, puisqu'il semble qu'il en soit besoin.

Je n'avais pas attendu votre consultation du *Concours* pour estimer que la délivrance des certificats de décès, dans la forme qui nous est proposée, pouvait nous valoir des ennuis.

C'est pourquoi, *puisqu'on nous présentait la chose comme facultative*, décidai-je de ne pas marcher, jusqu'à nouvel ordre.

Oui mais, je fus rapidement l'objet d'une manœuvre de la mairie. On pensa que ce que je refusais à la mairie, je ne le refuserais pas à des clients (par peur de me les aliéner), et on me les envoya réclamer le certificat.

Une explication m'a fait savoir des choses intéressantes, jugez-en : 1° ce qu'on nous a présenté, à nous, comme facultatif a été donné aux mairies (par une note) comme obligatoire ;

2° La mairie remplit de son côté une feuille (vert pâle) qui comporte l'indication de la cause du décès. Notion que la mairie obtiendra comment et qui permettra des ..... vérifications !

3° Il paraîtrait qu'il y aurait eu une certaine Circulaire qui prescrirait aux médecins quand leurs constatations, ou *les aveux de leurs clientes* (c'est moi qui souligne), leur auront fait connaître un avortement criminel, de le dénoncer.

Tout cela m'a rendu perplexe et m'a confirmé dans ma résolution de ne pas marcher.

On m'a objecté que je *serais le seul* à résister ! ! ?... et on m'a dit que les médecins avaient une mission sociale à remplir. (Je ne m'en étais jamais aperçu !!!)

Mais interrogeant un certain nombre de ces confrères qui « marchent » j'ai appris « qu'on met n'importe quoi, — ou bien — « on ne met que ce qu'on veut, n'est-ce pas ? ».

Et voilà la mission sociale accomplie...

Moi je préfère ne rien faire du tout plutôt que de faire mal la chose.

On m'objecte (et la Confédération la première) que le secret professionnel est garanti. Eh bien, j'ai et je le sais, la tête dure d'un breton, c'est pourquoi je pense : « c'est possible *si les certificats suivent l'ordre normal*... mais s'ils ne le suivaient pas ?

On a eu le tort de prévoir l'acheminement des certificats vers le médecin de la Préfecture par deux intermédiaires : 1° les héritiers ; 2° la mairie. De plus, on a institué un numéro d'ordre répété qui permet des recoupements.

Ces considérations m'ont inspiré des craintes, que vos articles ont confirmées.

Et puis à la campagne, il y en a une autre qui interviendra : quand il s'agit de vieux, on les laisse souvent mourir *tranquillement*, sans appeler un médecin qui (et ceci est vrai), les « embête » parfois.

Alors ? ce médecin qu'on a estimé inutile de leur vivant... il faudra l'appeler *et le payer* pour constater leur décès...

N'étant pas simplement destructeur, n'ayant aucun plaisir à être celui qui empêche de danser en rond, je propose une solution, au sujet de laquelle je serais heureux, au surplus de connaître votre avis : Que les imprimés qu'on nous demande de remplir soient composés de deux parties, — nous remettrions la partie mairie aux héritiers. Quant à l'autre partie, qui alors pourrait contenir le diagnostic (*le vrai diagnostic*) nous l'enverrions *directement* à la Préfecture, et de préférence un peu plus tard, par paquets, et sans numéros d'ordre de rappel.

Si l'Administration ne veut *réellement* que réunir les éléments d'une statistique, elle sera satisfaite, et la statistique *pourra répondre à la réalité*, sans nous exposer à des procès (perdus d'avance par nous, selon vous).

Restera à convaincre les gens de la nécessité de nous payer... mais ça, c'est une autre histoire...

Ne pensez-vous pas qu'il serait utile d'avoir là-dessus l'avis des confrères militants, qui comme moi n'ont pas peur de résister à une mesure mal présentée, qui comporte beaucoup d'arbitraire, et que leurs observations permettraient peut être de rendre admissible *si on consentait à les entendre* ?

Dr E. DAMEY,
de Douarnenez.

5.962 — Récusation d'un expert pour parenté avec une partie

Le Tribunal m'a nommé co-expert dans une affaire d'accident d'auto. Puis-je accepter, sans risque de récusation ultérieure, d'examiner un homme blessé par un tiers qui est mon cousin issu de germain.

Dr D.

Réponse

Les experts peuvent être récusés pour les

mêmes causes qui permettent de reprocher des témoins.

Or, aux termes de l'art. 283 du Code de procédure civile, peuvent être reprochés les parents ou alliés de l'une ou de l'autre des parties jusqu'au degré de cousin issu de germain inclusivement.

La récusation n'est pas de droit strict, elle doit être invoquée par la partie qui a qualité pour la demander et dans un délai de trois jours à partir de la nomination.

Si, en l'espèce, l'adversaire de votre cousin ne vous a pas récusé dans les délais impartis par la loi vous pourriez valablement poursuivre votre expertise.

Mais l'avis que vous pourrez donner au Tribunal serait forcément suspecté en raison de votre parenté avec l'une des parties.

Il serait donc préférable que vous refusiez d'accepter la mission qui vous a été confiée en indiquant au Président les raisons qui vous poussent à agir ainsi.

5.647. — Responsabilité du médecin remplacé envers son remplaçant

Sur le point de partir en vacances et de confier ma clientèle à un jeune docteur en médecine, qui doit utiliser sa propre voiture pendant le temps de ce remplacement, je viens vous demander si j'encours quelque responsabilité pour les dommages éventuels subis tant dans sa personne que dans son véhicule, ainsi que pour les accidents corporels ou matériels causés à des tiers de son propre fait.

Je me permets de vous demander une réponse rapide afin de me faire couvrir pour ces risques ?

Assuré contre les risques professionnels à la X., et au « Sou Médical », je pense qu'un avenant pourrait être établi dans ce sens.

Dr T.

Réponse

La question de savoir quelle était exactement la nature juridique du contrat passé entre un médecin et son remplaçant est encore controversée aussi bien en doctrine qu'en jurisprudence.

Mais en admettant même que ce contrat constitue un véritable louage de services, le remplacé ne saurait être rendu responsable en toute hypothèse des accidents survenus au remplaçant car la législation sur les accidents du travail n'est pas encore applicable aux professions libérales.

Le remplaçant ne peut donc réclamer une indemnité au remplacé en cas d'accident, qu'à la condition de démontrer que l'accident est survenu par la faute du remplacé ou d'un de ses préposés. Cette faute ne saurait exister lorsque le remplaçant conduit lui-même sa propre voiture.

Il n'y a donc pas lieu pour vous de contracter une assurance spéciale pour vous couvrir contre un risque absolument inexistant.

6.301. — Prélèvement de 10% sur les traitements d'un médecin d'hôpital

Vieil abonné du *Concours*, je viens vous demander un renseignement. Le percepteur prétend retenir 10 % sur mon mémoire pour l'hôpital. J'ai vu dans un numéro du *Concours* que j'ai égaré qu'une lettre ministérielle avait traité cette question, mon percepteur doit faire erreur. Voulez-vous m'indiquer la date de ce document ministériel ?

Dr M.

Réponse

Dès l'entrée en vigueur du décret-loi du 16 juillet 1935, l'Administration avait émis la prétention d'opérer le prélèvement de 10 % sur les rémunérations dues aux médecins des hôpitaux. Nous avons réagi avec vigueur contre cette prétention et soutenu que seul devait être appliqué le barème progressif prévu par le décret du 25 juin 1936 pour les traitements et salaires.

Notre thèse a été admise par plusieurs décisions judiciaires et aussi par une Circulaire du Garde des sceaux du 8 octobre 1936 publiée au *Journal Officiel* du 9 octobre 1936, page 10644.

Mais depuis lors est intervenue une nouvelle loi en date du 26 mars 1937 qui a exonéré de tout prélèvement à compter du 1er avril 1937 les traitements, soldes, salaires et rémunérations inférieurs à 30.000 francs. Actuellement, votre traitement de médecin de l'hôpital, qui est certainement inférieur à 30.000 francs, ne doit donc plus subir aucun prélèvement.

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

5.423. — 1° Assurances sociales. Contestation sur l'état du malade ; 2° Accident du travail. Ne pas confondre l'article 7 et l'article 27-Obs.

Une Compagnie m'écrit : Comme suite à votre lettre du..., nous vous autorisons à faire, cinq à six séances d'ultra-diathermie à X.

J'ai averti par lettre recommandée que je faisais un nombre de séances indéterminé, dix séances à X.

La Compagnie a-t-elle le droit sans rien connaître du blessé de fixer elle-même le nombre des séances ?

D'autres Compagnies n'ont pas répondu à des lettres recommandées les informant que tel cas nécessite de la diathermie : ultra-courte, ankylose du genou, par exemple, ou combiné avec les sels d'or, les résultats sont parfois impressionnants.

Dr A.

Réponse

1° *a*) Vous n'avez jamais « d'autorisation » à

recevoir du patron ou de son assureur substitué. Dans certains cas (art. 27-Obs.) vous avez à vous mettre « d'accord » avec le médecin patronal ou d'Assurance. Mais là n'était pas votre cas puisque ce n'est qu'en cas de « exploration radiologique ou électro-diagnostic ». Pour vos séances de diathermie (il n'y a pas d'ultra-D dans le tarif), il s'agit de série d'interventions à tarif spécial (art. 7) au sujet desquelles vous avez simplement à « donner avis ». Pratiquement, le mieux est de s'entendre à l'avance pour éviter des ennuis éventuels ultérieurement, mais il n'y a là aucune « obligation » et encore moins d'autorisation à demander.

b) Vous parlez de « diathermie ultra-courte » ; ne voudriez-vous pas parler de ce qui est inscrit dans le tarif sous la rubrique « 8° Rœntgenthérapie. Radiothérapie superficielle... moyennement pénétrante... et pénétrante ». Auquel cas, cela ne change rien à ce que j'ai dit plus haut.

2° Voir art. 7, alinéa 3 : « Si une contestation s'élève en ce qui concerne l'état du malade entre l'assuré et la Caisse, cet état est apprécié par une Commission technique composée du médecin traitant, d'un médecin désigné par la Caisse et d'un médecin choisi par le Juge de paix... » Si vous trouvez que le médecin de Caisse n'a pas « fait le diagnostic par incapacité professionnelle » (jugement plutôt excessif de votre part, quel que soit votre sentiment en l'espèce) il y a contestation entre l'assuré (que vous représentez) et la Caisse (représentée par le médecin de Caisse). Donc le malade doit faire apprécier son état par la Commission technique, dite « des trois médecins » ; c'est bien la procédure qui m'apparaît juste, dans le cas que vous me signalez.

Dr F. DECOURT

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

5.742. — Engagement volontaire en cas de guerre

J'ai cru lire dans une de vos réponses à vos correspondants que les officiers de réserve démissionnaires ou rayés des cadres pouvaient continuer à concourir pour les grades dans la Légion d'honneur au titre militaire à condition de contracter un engagement spécial valable seulement pour le cas d'une guerre éventuelle.

Puis-je vous demander quelques précisions sur ce point ainsi que sur la nature de cet engagement ?

Dr M.

Réponse

En vertu des lois des 26 juin 1931 et 16 février 1932, du décret du 9 mars 1932, des Circulaires ministérielles du 3 mai 1935, 23 juin 1936, les officiers rayés des cadres peuvent dès mainte-

nant contracter un engagement volontaire pour le cas d'une guerre éventuelle.

Se munir d'un extrait de l'acte de naissance sur papier libre, et le joindre à une demande d'engagement (en vertu des dispositions règlementaires ci-dessus) et l'adresser au général, commandant la Région, en sollicitant une affectation à une formation sanitaire de l'Intérieur. Attendre une convocation pour visite médicale, puis, ayant été reconnu apte, une affectation.

Il devient ainsi possible aux officiers rayés des cadres de continuer à concourir pour la Légion d'honneur avec les officiers de réserve qui bénéficient d'un contingent de croix bien supérieur à celui des rayés des cadres.

6.444. — Situation d'un officier honoraire

Je me permets encore une fois d'user de votre complaisance et de votre amabilité, ainsi que de celles de votre conseiller technique des questions médico-militaires, pour lui poser cette question :

« Quand un médecin du cadre de réserve du Ser-
« vice de santé a été rayé des cadres et nommé à l'ho-
« norariat de son grade, sans avoir reçu la croix de
« Chevalier de la Légion d'honneur, et après avoir
« été cependant proposé une ou plusieurs fois par la
« Direction du Service de santé de la région à la-
« quelle il appartient ou a appartenu. »

Que devient cette proposition ?

Est-elle, elle aussi, rayée des cadres ? rejetée définitivement et jetée au panier ? ou, au contraire, reste-t-elle xxxxxx, en attendant un meilleur sort ?

Les années d'honorariat qui suivront la radiation des cadres seront-elles comptées comme annuité valant pour les vingt ou trente ans de grade d'officier nécessaires pour la promotion ?

Cette nomination a-t-elle quelque chance de sortir un jour ou l'autre, ou bien, est-il plus sage, pratiquement, de ne plus y compter ? Dr F.

Réponse

Un officier nommé à l'honorariat après sa radiation des cadres, n'appartient plus aux cadres de la réserve, ainsi qu'il ressort des termes de l'expression précédente. Les années, qui s'écoulent dans la suite, ne sauraient donc plus compter pour lui comme des annuités militaires, puisqu'il ne fait plus partie de l'armée.

Le nombre de ses annuités restera désormais invariable, quelle que soit l'époque à laquelle il pourrait faire l'objet d'une proposition pour la Légion d'honneur.

D'ailleurs, dès l'année qui suit sa radiation des cadres, un tel officier n'est plus l'objet d'aucune proposition. Il ne le sera qu'à titre tout à fait exceptionnel, si d'une part il a déjà été proposé pendant qu'il était officier de réserve, et si, de plus, il a continué à rendre ou à rendu à l'armée des services spéciaux, pour la préparation militaire, les Ecoles de perfectionnement.

Cinquante-neuvième année — N° 38 — 19 Septembre 1937

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

- sommaire -

Partie Professionnelle

Travaux originaux

Demi-Colonnes

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	60 fr.	Belgique et Luxembourg...	70 fr.
Etudiants	35 fr.	Première Zone	85 fr.
Le Numéro..........	1.25	Deuxième Zone	110 fr.

Renseignements

Héliothérapie. Maison santé Hélios. Dr Brody, Grasse.

CANCER. — **L'action puissamment antinévralgique du Pyréthane, donné aux doses de 40, 60, 80 gouttes, en eau bicarbonatée à renouveler, procure une sédation et permet de garder en main médicale l'emploi de la morphine, d'en diminuer la dose ou de l'espacer.**

Le manganèse, grand producteur d'oxygène, purifie tout, aseptise tout, désodorise tout. Dans l'organisme, il remplit le même rôle que dans l'hygiène : il nettoie, aseptise, tonifie le tube digestif. La TABLETTE DE MANGAÏNE est le seul produit pouvant rendre ce service. Sucez quotidiennement, et lentement, 4 à 6 tablettes.

AVIS

Envoi de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale. Paris, 182-32.

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

N° 256. — Vichy. — A céder urgence pour rais. famille belle client. thermale et locale, avec appartem. bien central, loyer modéré. Prix demandé : 40.000.

N° 237. — Nous recherchons, pour des textes scientifiques, un médecin écrivain parfaitem. au courant des questions d'endocrinologie. Ecr. Editions Parvillée, 20, rue Louis-David, Paris (16e).

N° 238. — Pressé. Cause départ colonies, à céder poste pro-pharm. gros avenir, créé récemment, ayant fait gros chiffre 1re année. Méd. seul, ni sage-femme, ni dentiste. Possibl. reprise mobilier profes. et autre. Prix extrêm. intéress.

N° 239. — Normandie. A céder poste méd. génér. et accouch. Chiffre moyen, mais susceptib. forte augmentat. Maison avec bail, jardin. Pays très agréab., chasse et pêche. Faib. indemnité. Pressé.

N° 240. — Flle de médec., instruite, sténo-dact., notions anglais et comptabil., cherche place secrétaire, Paris.

N° 241. — Bon poste méd. génér. à céder. Condit. reprise du bail. S'ad. Dr Lucquin, 6 rue J. Récamier, Chalons-sur-Marne.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet BREITEL ET GORET

1, rue Dante, Paris (5e). - Tél. : Odéon 36-46

Ouest. Près de la côte. Client. Y, O. R. L. A céd. avec inst. neuve, jolie maison tout conf. Prix 65.000.

Paris. Vieille client. mélangée de quart. raport stable. A céd. avec présentat. 80.000. 50.000 cpt.

40 kms Paris. Bon poste en aug. Seul méd., maison avc jardin, garage. Cession urgente 25.000, 15.000 cpt.

Abonnés du « Concours » exerçant dans les Stations Thermales

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains : Bertier, Blondel, Coutaz, Dardel, H. Forestier père, Graber-Duvernay, Lelong, Pégaz.

Allevard-les-Bains : Boël.

Amélie-les-Bains : Bouix.

Ax-les-Thermes (Ariège) : Boyer, Girard, Gomma.

Bagnères-de-Bigorre : Frank-Duprat (*enf.*), J. Courbin, Ricard-Pomarède.

Bagnoles-de-l'Orne : Censier, R. Hügel, Joly, Le Gouriérec, J. Louvel, R. Louvel, Doctoresse M. Peillon, E. Poulain.

Bains-les-Bains : M. Henry, L. Rose.

Barèges : Orliac.

Besançon La Mouillière : Jean Sexe (*opht.*), Tronchon.

Biarritz : Clavel, Dejeant (*derm.*), Lacour. Pitchalsky (*m. g. sto.*) M. Pourquié (*chir.*) G. Pourquié (*o. r. l.*)

Bourbon-Lancy : Bellœuf, G. Vincent.

Bourbon-L'Archambault : Bénabu, Litaud.

Bourbonne-les-Bains : Delacroix, Gay.

Brides-les-Bains et **Salins-Moutiers** : d'Arbois de Jubainville, Mathieu, Laissus fils.

Cambo-les-Bains : A. Camino, Chatard, Colbert, Dieudonné, J. Trotot.

Capvern : J. Pouy.

Cauterets : Anglada, Armengaud, Corone, Cosserat, L. Pradal.

Challes-les-Eaux : Vexenat.

Châtel-Guyon : J. M. Ballan, Baumann, Cambiès, Casati de Montgolfier, Foucaud, P. Martin, Mazeran, Ribérolles, Saint-René-Bonnet.

Contrexeville : Contal.

Dax : Barrau, Delmas (Armand).

Divonne-les-Bains : Ballivet, Vieux.

Eaux-Bonnes : Bourragué, Creignou.

Enghien-les-Bains : Beyrand, H. Forterre.

Escouloubre-les-Bains : Sarda.

Evaux-les-Bains : E. Legâte.

Evian-les-Bains : Bernex, J. Eyraud-Joly.

Hammam-Lif (Tunisie) : Fére.

La Bourboule : Anglada, Barthomeuf, Boudry, Cany, R. Gallimant, Jean Godonnèche, Rongier Th., Maurel.

La Léchère : Millet, Noailly.

La Motte-les-Bains : Goirand.

Lamalou-les-Bains : Cauvy (*Rééd. motr.*), Faure, Tabarié.

La Roche-Posay-les-Bains : Bardet, Guyot, Huet (*derm.*) Lépine.

Luchon : P. de Beauchamp, Cazal-Gamelsy, Germès, Molinéry (*ne fait que la physiothérapie*), Salles, Sammuller.

Luxeuil-les-Bains : Causeret, Cugnier, Rimey.

Mont-Dore : J. André, Roger André, Béal, Débidour, Dullin, Levadoux, Molines, E. Perpère, Verrier.

Néris : Ducros, Jossand.

Plombières-les-Bains : Bernard, J. Dumont, Truelle.

Preste (La) : Dr P. Baron.

Royat : Mougeot.

Salers : Rongier.

Salies-de-Béarn : Coustère David, Dufourcq, Larrouy, Ortal.

Salins-les-Bains : Bourny, Henri Neumand.

Salies-du-Salat : Barbé, St Béat.

Saujon : R. Dubois, M. Boisseau.

Saint-Didier (Vau.) : Masquin.

St-Honoré-les-Bains : Charpin, Ségard, Silvestre.

St-Nectaire : Sérane, Siguret, Versepuy.

Santenay-les-Bains : A. Mélé.

Sermaize-les-Bains : Fritsch, (H.), Ramonet (*Malad. des enf.*)

Uriage : G. Barbier.

Vals-les-Bains : David, Galtier.

Vernet-les-Bains : Ponson.

Vichy : Arama (Michel) (*stom.*), Bargy, Berthomier, (*phys.*) Caillon, Castera, Chabrol, (Léon), R. Chaux, Cluzan. Cornillon, Cotar, Cros L., Déléage, Desmaroux, A. Durrieux, (*stom.*), Fau, R. Fraudet, (*stom.*), Fruictier, Gannat, Lère, Marquis, Martin-Péridier, Reynès, Roussignol.

Vittel : Adda, G. Constant, P. Genay, Finck.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **XLVIe Congrès français de chirurgie.** — Le XLVIe Congrès français de chirurgie se tiendra à Paris à la Faculté de médecine, du lundi 4 au samedi 9 octobre 1937, sous la présidence du Professeur Grégoire.

Les questions suivantes ont été mises à l'ordre du jour du Congrès :

Les accidents immédiats et tardifs des embolies artérielles des membres (physiologie pathologique et traitement). — Rapporteurs : MM. Fiolle (Marseille) et Funck-Brentano (Paris).

Physiologie pathologique et traitement des brûlures cutanées récentes. — Rapporteurs : MM. Pierre Duval (Paris) et Mourgue-Molines (Montpellier).

Les indications relatives à l'intervention sanglante et au traitement orthopédique des fractures fermées des deux os de la jambe et résultats. — Rapporteurs : MM. Danis (Bruxelles), Merle d'Aubigné (Paris) et Creyssel (Lyon).

Le jeudi après-midi aura lieu une séance de démonstration par films dans le grand amphithéâtre de la Faculté.

Les membres du Congrès qui désireront assister aux séances opératoires dans les hôpitaux voudront bien désigner le nom du ou des chefs de service chez qui ils voudraient se rendre.

Secrétariat : M. A. Vulliod, secrétaire administratif de l'Association française de chirurgie, 12, rue de Seine, à Paris (6e).

— **Clinique Calot.** — A l'occasion du Congrès de chirurgie, le Docteur Calot (de Berck) fera le mercredi 6 octobre, de 9 h. 1/2 à 11 h. 1/2, à sa clinique de Paris, 69, quai d'Orsay, une séance de démonstrations techniques, avec présentations de malades.

Questions envisagées : 1° Les *adénites cervicales.* Comment les guérir sans laisser de cicatrices. *Tuberculoses* des os et articulations (*coxalgies, mal de Pott,* etc.) ; 2° *Luxation congénitale de la hanche.* Réductions de luxations, etc. ; 3° fréquence et rôle ignorés jusqu'ici, des *subluxations congénitales* à tous les âges ; 4° autres affections orthopédiques (congénitales ou acquises).

Moyens d'accès. Les autobus 12 et 14, descendre à l'arrêt « rue Jean-Nicot » entre le Pont des Invalides et le pont de l'Alma.

— **Hôpitaux de Paris.** — *Concours pour la nomination à deux places de stomatologiste des hôpitaux de Paris.* — Ce concours sera ouvert le lundi 15 novembre 1937, à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria.

MM. les Docteurs en médecine qui voudront concourir se feront inscrire au Bureau du Service de

santé de l'Administration de l'Assistance publique, de 14 à 17 heures, du samedi 16 au mardi 26 octobre 1937 inclusivement (dimanches et fêtes exceptés).

— **Assemblée française de médecine générale.** — Les prochaines Assises nationales, consacrées aux *colibacilloses urinaires* auront lieu à Paris à l'Hôtel-Dieu, le dimanche 7 novembre 1937, de 9 heures à midi.

— **Deuxième centenaire de Galvani.** — Le deuxième centenaire de la naissance du savant italien Galvani sera celébré à Bologne au mois d'octobre prochain.

— **Université de Lyon.** — Le Professeur Dustin, l'éminent maître belge, vient d'être nommé docteur *honoris causa* de l'Université de Lyon. Les insignes de ce grade lui seront remises, en séance solennelle, le 3 novembre prochain.

— **Lyon.** — *Concours de médecin-inspecteur des Ecoles.* — Un concours s'ouvrira le lundi 4 octobre 1937, à l'Hôtel de Ville, pour la désignation de quatre médecins-inspecteurs titulaires des écoles de la ville de Lyon.

L'échelle de traitement de cet emploi s'élève de 7.500 francs à 11.000 francs.

Seront admis à concourir, les docteurs en médecine âgés de moins de 40 ans au jour du concours, domiciliés à Lyon.

Les candidats devront adresser, avant le 23 septembre 1937, à M. le Maire de Lyon (Mairie centrale, 2e Bureau), les pièces suivantes :

a) Une demande sur timbre, tendant à obtenir l'autorisation de prendre part au concours ;

b) Un extrait du casier judiciaire n'ayant pas plus de six mois de date et constatant : 1° qu'ils sont âgés de moins de 40 ans le jour du concours ; 2° qu'ils n'ont pas subi de condamnation ;

c) Un état indiquant leurs situations antérieures et leurs services civils et militaires. Cet état sera établi sur une formule délivrée par l'Administration.

d) Un exemplaire des travaux imprimés ;

e) Un certificat du médecin de l'Administration, indiquant qu'ils possèdent les aptitudes physiques nécessaires pour l'emploi sus-indiqué.

— **Les officiers de réserve français en Yougoslavie.** — Comme suite à l'invitation qui leur a étéfaite par l'Association des officiers de réserve yougoslaves, les officiers de réserve français se rendront en Yougoslavie en octobre prochain.

De nombreuses réceptions et manifestations de l'amitié franco-yougoslave auront lieu en leur honneur aussi bien à Belgrade qu'à Skoplje où le groupe passera le 26 octobre, date du 25e anniversaire de la prise de la ville par les armées serbes.

Les officiers de réserve français et leurs familles sont invités à se joindre en grand nombre à ce

voyage qui sera placé sous la présidence d'honneur de S. A. R. le Prince Paul de Yougoslavie.

Un dépliant détaillé sera adressé à toute personne qui voudra bien en faire la demande à l'U. N. O. R., 17, avenue de l'Opéra, Paris. (Joindre un timbre à 0, 65 pour la réponse.)

— **Les médecins amis d'Hossegor.** — Le dîner des « Médecins amis d'Hossegor » a eu lieu à l'hôtel du Lac, à Hossegor, le samedi 28 août, sous la présidence du Docteur L. Devraigne.

Etaient présents : M. Deyris, président du Conseil général des Landes ; M. Eluère, maire d'Hossegor ; les Professeurs Maranon (Madrid), Cruchet (Bordeaux), Dambrin (Toulouse), les Docteurs Batz (Saint-Vincent-de-Tyrosse), Jean Boyau (Paris), Colaneri (Paris), Cousergue (Rabat), Dambrin fils (Toulouse), Pierre Devraigne (Paris), Gibert (Paris), Le Hello (Bénesse-Maremme), Krebs (Paris), André Lehmann (Clichy), Jacques Lehmann (Paris), Lumière (Paris), Pouyanne (Bordeaux), René Rudler (Auxerre), Jean-Claude Rudler et Mme (Paris), Georges Schreiber (Paris), etc. De nombreuses dames, des jeunes filles et des jeunes gens étaient également présents.

Au dessert, le Docteur Georges Schreiber exposa les raisons de l'attirance si grande qu'Hossegor exerce sur les nombreux visiteurs et sur les médecins en particulier. Après des allocutions du Président du Conseil général et du Maire d'Hossegor qui remercièrent les médecins de l'intérêt qu'ils portent à la station, le Docteur L. Devraigne montra avec éloquence que le lac constituait la parure incomparable d'Hossegor et il souligna l'intérêt que présenterait la construction d'un seuil permettant d'y retenir l'eau en permanence.

Le bureau du Groupement fut ensuite ainsi renouvelé : Président d'honneur : Docteur L. Devraigne ; président : Docteur Georges Schreiber ; vice-présidents : Professeur Portmann, Professeur Dambrin ; secrétaire : Docteur André Lehmann.

— **Le cinquième Congrès de l'Association pour la documentation photographique et cinématographique dans les sciences** aura lieu, comme chaque année, du 7 au 9 octobre prochain à Paris.

Ce Congrès se tiendra dans la Salle de Cinéma du Palais de la Découverte (Exposition internationale), entrée par la porte du Grand-Palais, rue Jean-Goujon.

Pour renseignements, s'adresser au Docteur C. Claoué, 39, rue Scheffer, Paris.

— **Hôpital de Nevers.** — Un concours sur titres est actuellement ouvert pour un poste de chirurgien de l'hôpital de Nevers.

Les candidats devront avoir déposé leurs titres et diplômes avant le 24 septembre 1937, chez M. le Directeur de l'hôpital.

— **Pour documentation.** — Le Docteur Jean Sexe, ophtalmologiste, 2, rue Victor-Delavelle, à Besançon (Doubs), serait reconnaissant à toutes personnes qui voudraient bien lui adresser tous documents (exemplaires originaux ou photographies d'instruments, appareils, lunettes, prothèses oculaires, accessoires thérapeutiques optiques et pharmaceutiques, livres, thèses, dessins, gravures, peintures, sculptures, médailles, lettres, autographes, notes manuscrites, affiches et brochures, précisions, priorités, découvertes, anecdotes, biographies, imprimés, etc.) concernant l'ophtalmologie française, et particulièrement son histoire.

— **Mariage.** — Le Docteur Eugène Briau, membre du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, chevalier de la Légion d'honneur et Madame Eugène Briau nous font part du mariage de Madame Josette Briau, leur fille, avec Monsieur Yves D'Allens.

La bénédiction nuptiale leur sera donnée dans l'intimité, le mardi 21 septembre, à 15 heures, au Temple de Plaisance, 95, rue de l'Ouest, Paris (XIVe).

Nous adressons à notre distingué collaborateur, le Docteur Eugène Briau, et à Madame Eugène Briau nos sincères compliments et tous nos souhaits de bonheur aux futurs époux.

— **Nécrologie.** — Nous avons le grand regret d'annoncer la mort de notre vieux camarade, le Docteur Emile Fournier de Lempdes, médecin de l'Etat civil du Ve arrondissement. Issu d'une très vieille famille médicale de Clermont-Ferrand, Fournier de Lempdes était le petit-fils d'un ancien chef de clinique de Montpellier, qui fut, il y a un siècle, un des précurseurs de l'invention de la lithotritie.

J. N.

Le Docteur Cerné cité à l'Ordre de la Nation

Le Docteur Alfred Cerné, de Rouen, dont nous avons annoncé la mort, a fait l'objet d'une citation posthume à l'Ordre de la Nation. Le texte de cette citation, publié à l'*Officiel*, suffit dans sa brièveté pour rendre hommage au grand mérite du Docteur Cerné :

« Le Gouvernement de la Republique cite à l'Ordre de la Nation :

« Alfred-Eugène Cerné, médecin radiologiste, professeur honoraire à l'Ecole de médecine de Rouen.

« Praticien de haute tenue morale, de grande valeur professionnelle, qui a toujours fait preuve, au cours de sa carrière, des plus grandes qualités de dévouement et de désintéressement. A constamment donné l'exemple du devoir accompli au prix des plus grands sacrifices. A subi quatre amputations. Est mort victime de son dévouement à la science. »

A TRAVERS L'OFFICIEL

31 Août

Sanatoriums publics

Par arrêté du ministre en date du 20 août 1937, M. le Docteur Rossignol a été nommé médecin adjoint des sanatoriums publics et affecté au sanatorium departemental de la Savoie à Hauteville (Ain).

Par arrêté du ministre en date du 20 août 1937, Mlle le Docteur Tarrade a été nommée médecin adjoint des sanatoriums publics et affectée au sanatorium interdépartemental du Cluzeau (Haute-Vienne).

2 septembre

Assurances sociales

Circulaire du 28 août 1937 relative à l'application du décret-loi du 28 octobre 1935 sur les Assurances sociales aux assurés inscrits sur les listes d'assistance dans les conditions de la loi du 15 juillet 1893.

Cette circulaire sera publiée ultérieurement.

4 septembre

Hôpitaux psychiatriques

Le poste de médecin directeur de l'hôpital psychiatrique de Sarreguemines (Moselle) sera vacant à dater du 1er octobre 1937, par suite de la mise à la retraite, sur sa demande, de M. le Docteur Plagnieux.

Le médecin nommé devra, autant que possible, avoir une connaissance suffisante de la langue allemande.

Un poste de médecin chef de service est vacant à l'hôpital psychiatrique de Sarreguemines (Moselle), par suite du départ de M. le Docteur Got.

Le médecin nommé devra posséder, autant que possible, une connaissance suffisante de la langue allemande.

Service de santé militaire

Par décret du 28 août 1937, sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du service de santé et, par decision du même jour, reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de médecin sous-lieutenant

Les méd. aux. (rang du 21 juillet 1937) : Malaterre, 16e sect. d'inf. mil., aff. 16e rég. ; (rang du 24 juillet 1937) : Denoyes, 16e sect. d'inf. mil., aff. 16e rég.

Par décret du 19 août 1937 sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du service de santé à

compter du 1er juillet 1937 et par décision de même date reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de médecin sous-lieutenant

Les médecins auxiliaires des sections d'infirmiers militaires inscrits sur la liste d'aptitude à ce grade, ci-après désignés :

(Rang du 1er juillet 1934) : Nacht, 22e sect. d'inf. mil. Aff. rég. de Paris ; Lucquin, 23e sect. d'inf. mil. Aff. 6e rég. ; Mergui, 20e sect. d'inf. mil. Aff. tr. de Tunisie ;

(Rang du 1er juillet 1935) : Glorion, 2e sect. d'inf. Aff. 2e rég. ; Imbert, 22e sect. d'inf. mil. Aff. 3e rég. ; Carosin, 4e sect. d'inf. mil. Aff. 4e rég. ; Guerin, 4e sect. d'inf. mil. Aff. 4e rég. ; Juvaux, 4e sect. d'inf. mil. Aff. 4e rég.

(Rang du 1er juillet 1931) : le pharm. auxil. titul. du diplôme de docteur en méd. Ganem, 25e sect. d'inf. mil. Aff. tr. de Tunisie.

Par le même décret est promu dans le cadre des officiers de réserve du service de santé :

Au grade de médecin lieutenant

Le méd. sous-lieut. : (rang du 1er juillet 1935) Ganem, tr. de Tunisie.

Par décret du 19 août 1937, sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du service de santé et, par décision ministérielle du même jour, reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de médecin sous-lieutenant

Les méd. auxil. : (rang du 25 juin 1937) : Buffet, 2e sect. d'inf. mil. Aff. 3e rég. ; (rang du 8 juillet 1937) : Baudry, 6e sect. d'inf. mil. Aff. 6e rég. ; (rang du 14 juillet 1937) : Bohn, 23e sect. d'inf. mil. Aff. 20e rég.

Réponses des ministres aux questions des parlementaires

Cumul d'une retraite et d'un emploi public

3.315. — M. Reille-Soult demande à M. le ministre des Finances si, dans l'interdiction des cumuls, ne seraient pas comprises les attributions de fonctions officielles rétribuées, communales, départementales et de l'Etat, à des médecins déjà retraités de l'armée. (*Question du* 27 *avril* 1937.)

Réponse. — L'article 16 du décret du 29 octobre 1936 interdit de la façon la plus générale aux retraités civils et militaires l'exercice d'un emploi public « susceptible d'absorber l'activité complète d'un homme et d'assurer son existence... ». Cette interdiction ne vise pas toutefois les sous-officiers retraités proportionnels ni les bénéficiaires de pensions proportionnelles d'officier concédées en application des dispositions de la loi du 26 décembre 1925. Par ailleurs, des mesures transitoires sont prévues par l'article 22 du décret susvisé en faveur des titulaires d'une pension d'ancienneté et occupant un emploi public antérieurement au 31 octobre 1936.

(*J. O.*, 22 août 1937.)

Admission d'un assisté dans un sanatorium

3.935. — M. Amédée Guy demande à M. le ministre de la Santé publique, si un préfet à qui un tuberculeux demande son placement d'urgence, en application du décret-loi du 30 octobre 1935 complétant l'alinéa 8 de l'article 3 de la loi du 7 septembre 1919, en joignant à sa demande des certificats médicaux établis dans ce sens, peut se retrancher derrière la loi du 15 juillet 1893, pour subordonner sa décision à celle du maire de la commune auprès de qui une demande adressée depuis un mois et demi n'a pas abouti, sous prétexte que l'enquête administrative n'est pas encore terminée. (*Question du* 15 *juin* 1937.)

Réponse. — Conformement à l'article 13 du décret du 10 août 1920, complété par le décret du 29 octobre 1936, le malade qui sollicite son admission, d'urgence, à l'assistance médicale gratuite, en vue d'être placé dans un sanatorium, doit adresser au maire de sa résidence une demande accompagnée du certificat médical et de la fiche du dispensaire d'hygiène sociale, s'il en existe dans la circonscription. Dans un délai de huit jours, le maire est tenu de transmettre la demande au préfet, en y joignant les renseignements qu'il possède sur les résidences et sur la situation de fortune de l'intéressé. Si le maire n'a pas fait la transmission, dans le délai ci-dessus, le préfet, dès qu'il a été informé, doit le dessaisir, d'office, de la demande et statuer dans les huit jours. Il en est autrement lorsque l'hospitalisation au sanatorium n'est pas sollicitée au titre de l'assistance médicale gratuite. Dans ce cas, l'admission d'urgence, au bénéfice de la loi du 7 septembre 1919, sur l'assistance aux tuberculeux, ne peut être effectuée que par le maire conformément à l'article 8 du décret-loi du 30 octobre 1935 et c'est seulement au vu de la décision par laquelle le maire a prononcé cette admission que le préfet peut procéder au placement dans un sanatorium. (*J. O.*, 8 juillet 1937.)

Patente d'un médecin qui loue une chambre à la journée dans différentes villes

3.282. — M. Georges Cousin demande à M. le ministre des Finances dans quelles conditions pourrait être patenté un médecin qui a pour toute installation professionnelle une chambre louée à la journée tour à tour dans différentes villes et sans aucune installation professionnelle à son domicile privé. (*Question du* 27 *avril* 1937.)

Réponse. — Le médecin envisagé est passible de la contribution des patentes au lieu de son domicile, sans préjudice des droits dont il pourrait être redevable dans celles des communes qu'il visite où, eu égard aux circonstances de fait, il pourrait être considéré comme possédant un établissement professionnel distinct. (*J. O.*, 22 août 1937.)

Voir la suite page XLVII-2683

PROPOS DU JOUR

LES VARIATIONS DES DOCTRINES : ALCOOLISME ET TUBERCULOSE

L'étiologie de la tuberculose est un sujet qui, depuis la découverte du bacille, prête le plus à des variations de doctrines. Les uns ne considèrent que la *contagion*, ce serait le seul élément qui devrait être pris en considération et ils sont convaincus que l'influence des causes secondes est absolument négligeable. Les autres donnent le pas dans l'étiologie de la phtisie et dans sa prophylaxie au *terrain* ; ils insistent sur l'hérédité, les mauvaises conditions d'hygiène, les intoxications chroniques telles que l'alcoolisme, qui amènent une déficience de l'état général et font que le sujet devient plus facilement la proie du bacille, en un mot ils donnent le pas aux causes « secondes ».

Il est intéressant de rechercher quelles sont les variations qu'ont subies ces doctrines depuis 50 ans environ. Nous nous bornerons à examiner aujourd'hui la seule question toujours à l'ordre du jour des *rapports de l'alcoolisme et de la tuberculose*. Notre tâche sera d'autant plus facile que dans leur remarquable ouvrage : *Arts et techniques de la santé* (1) MM. le Docteur Gaston Daniel et Albert Daniel consacrent un chapitre à ce sujet.

***

Nous nous souvenons du mot de Landouzy constamment répété par les cliniciens de son époque : *L'alcoolisme fait le lit de la tuberculose.* En 1893, Marfan écrivait dans le *Traité de médecine* de Charcot, Bouchard et Brissaud : « Une des causes auxquelles on tend à l'heure actuelle à attribuer un rôle prépondérant dans la genèse de la phtisie, c'est l'alcoolisme ». Et après avoir signalé les observations de Lancereaux à ce sujet, Marfan ajoute : « Cette action nocive de l'alcool et des huiles essentielles (absinthe, apéritifs, liqueurs) est si puissante qu'elle détermine la tuberculose chez des sujets exempts de toute tare héréditaire. La phtisie acquise, chez l'ouvrier des villes qui a atteint l'âge mûr, serait *presque toujours due à l'alcoolisme* ».

Or, la doctrine de la contagion se développa et devint de plus en plus exclusive. Elle trouva en M. Rist, un apôtre. Il la donna comme un *dogme* qui ne pouvait, qui ne devait pas être discuté. La conviction de M. Rist était tellement sincère, tellement définitivement établie dans son esprit, qu'il voulut la faire partager par le public. En 1927, il publia dans la *Collection Armand Colin* un petit livre de 350 pages, *La Tuberculose*, ouvrage de vulgarisation très intéressant, où nous relevons ces phrases :

Les causes secondes de la tuberculose « qu'on invoquait le plus volontiers, la prédisposition héréditaire, l'ALCOOLISME, la misère physiologique, les troubles de la nutrition générale *ou bien ne résistent pas à une critique un peu serrée, ou bien représentent des notions si vagues qu'elles n'ont aucun sens réel* » (page 159).

Plus loin, page 282, M. Rist revient sur la question et ajoute :

« Une des formes les plus communes de ce renoncement (1) consistait — et consiste encore — à subordonner la solution du problème tuberculeux à celle d'autres problèmes plus vastes encore et non moins difficiles, celui de l'ALCOOLISME, celui du logement ouvrier, celui du paupérisme.

« *Sophismes néfastes dont la propagande ne pouvait servir qu'à paralyser toute initiative individuelle et à justifier une politique gouvernementale d'abdication et d'inertie.* »

Malheureusement la conviction de M. Rist ne fut pas partagée et la lutte anticontagionniste, menée *à grands frais* depuis un demi-siècle, n'a pas donné les résultats espérés. On s'est rendu compte que les causes dites secondes tenaient le premier rang dans la prophylaxie de la tuberculose. Le chapitre de l'ouvrage de MM.

(1) Doin et Cie, édit., 8, place de l'Odéon.

(1) Renoncement à continuer la lutte contre la tuberculose du fait de la difficulté de résoudre tous les problèmes d'hygiène qu'elle suscite.



DANIEL que nous allons analyser, nous paraît le démontrer. La doctrine de M. Rist paraît périmée, car elle n'est même pas discutée.

***

MM. Daniel citent d'abord l'opinion du Prof. Léon BERNARD. Ce dernier n'admet pas l'influence directe de l'alcoolisme comme agent producteur de la tuberculose, et sur ce point tout le monde est, croyons-nous, de son avis, mais il conclut :

« *Si l'alcoolisme exerce des effets authentiques sur le développement de la tuberculose, c'est en tant qu'intoxication affaiblissant la résistance de l'économie* ; c'est surtout en vertu des *conditions d'ambiance* dont il est le témoin et la conséquence, conditions qui favorisent l'apport du contage. »

S. SEGRÉ et ANGYAL publièrent en 1931 le résultat de recherches démontrant qu'il y a une réelle diminution du pouvoir bactéricide du sang et de son plasma chez les alcooliques.

MM. DANIEL font alors judicieusement remarquer que les dépenses que fait l'alcoolique au cabaret nuisent à son budget familial et restreignent les dépenses essentielles (alimentation, vêtements, mobilier, etc.) qu'il devrait faire.

RISLER réédite le mot de Landouzy. COUVY a étudié la tuberculose à Dakar chez les indigènes musulmans et non-musulmans ; ils sont tous frappés à peu près dans la même proportion, mais les non-musulmans qui font usage d'alcool, présentent une maladie dont l'évolution est infiniment plus grave.

HUOT constate la rareté et la bénignité de la tuberculose au Sénégal ; il l'attribue à la tempérance des indigènes, qui, étant musulmans, s'abstiennent d'alcool et à la sécheresse du climat.

Contrecarrant la théorie d'ARNOULT qui tend à diminuer le rôle de l'alcoolisme dans la genèse de la tuberculose, Auguste LUMIÈRE cite les faits cliniques et expérimentaux de LEGRAND, de GALLIER, de PEACOCK, de DESTRÉES et GALLEMAERT, l'Annuaire de statistique italien de 1892, BERTILLON, la thèse formelle d'IMBAULT ; J. COURMONT, BRUNON, JACQUET, BARBIER, BANQUEL ont remarqué la très grande fréquence de l'éthylisme chez les tuberculeux. LEGRAND qui a étudié très sérieusement la question, écrit : « Il n'est pas contestable que, passé un certain âge, pour devenir tuberculeux, il est un facteur presque indispensable : l'alcoolisme ».

Auguste LUMIÈRE est persuadé que la tuberculose est beaucoup plus fréquente dans les professions qui permettent à l'ouvrier de s'alcooliser. Il cite à l'appui de sa thèse le nombre très faible des tuberculeux chez les employés de chemins de fer d'Australie, particulièrement surveillés au point de vue alcoolisme et le nombre 30, 40 et même 60 fois plus grand des phtisiques chez les mineurs australiens qui consomment librement de l'alcool et ne s'en privent guère.

***

Tel est l'état de la question *alcoolisme et tuberculose*. A notre avis, il faut se garder dans des sujets aussi délicats et qui peuvent être controversés d'émettre des doctrines absolues, nous souvenant qu'ici, comme dans toutes les sciences, on ne saurait émettre des *dogmes* indiscusables, ni intangibles, et qu'il faut laisser ouverte largement la porte au doute scientifique.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

LE CANCER DE LA VERGE [1]

Par M. le Professeur Ch. LENORMANT

Je vais vous montrer deux malades, présentant tous deux la même affection. Mais le début a été différent et les caractères cliniques de la lésion sont différents aussi.

Le premier malade, un homme de 70 ans, peintre en bâtiments, a toujours été bien portant jusqu'à l'apparition, il y a deux ans, d'une tumeur rosée au niveau du frein, sur la muqueuse du gland. Il n'a jamais souffert, il ne présente aucun écoulement, les mictions sont normales. A l'examen, on peut noter que le malade ne présente pas de phimosis. On aperçoit sur la muqueuse du gland, en arrière, une tumeur rosée suintante, humide, d'aspect mamelonné. A la palpation, on sent que la tumeur est de consistance dure. Le méat est entouré par la tumeur mais pas envahi par elle. Si on frotte la tumeur avec une compresse, on voit une rosée sanglante à la surface de la tumeur. Donc, tumeur irrégulière, dure, qui saigne, est la signature d'un épithélioma. En outre, dans les deux aînes, on sent un semis de ganglions petits et durs. Il faut noter l'évolution lente de cette néoplasie qui a débuté il y a deux ans, qui n'a pas envahi le méat.

Le deuxième malade est un homme jeune de 34 ans. Il présente un phimosis congénital. Il eu souvent des poussées inflammatoires de balano-posthite avec écoulement au niveau de l'orifice préputial. En 1927 il a eu une adénite inguinale gauche qui, ponctionnée, a guéri. Quelques mois après, il a présenté, à gauche, une épididymite bacillaire légère qui a guéri. On aperçoit la cicatrice de la fistule.

En 1933 apparaît au niveau de la verge, à la base du gland, une induration profonde qui évolue lentement. En 1934 il se produit au niveau du sillon balano-préputial une ulcération. Le malade a subi des traitements multiples : thermo-coagulation à Alger, puis des piqûres de Dmelcos, de bismuth, d'arsenic. En dépit de tous ces traitements, l'ulcération continue. Aujourd'hui, en 1937, vous pouvez constater que l'ulcération, très étendue, a amputé presque complètement le gland, le séparant des corps caverneux. L'urèthre a été envahi. Le malade n'urine plus par le méat, mais au niveau même de l'ulcération qui a ouvert le méat. La tumeur est saignante, elle est dure, elle se propage à l'urèthre, au corps caverneux, elle a envahi presque jusqu'à la base de la verge. L'adénopathie est moins nette que chez le malade précédent. On trouve néanmoins quelques petits ganglions durs au niveau du triangle de Scarpa. Le diagnostic est évident, c'est un épithélioma.

Le cancer de la verge est une affection peu fréquente en France puisqu'elle ne représente que 3 % de l'ensemble des cancers. Mais il est d'un intérêt capital d'en faire le diagnostic précoce pour traiter les malades avec le maximum de chances de succès. Chez nous, le cancer de la verge est une affection des vieux et même des très vieux. Elle est rare avant 50 ans. Dans d'autres pays, en Extrême-Orient notamment, le cancer de la verge est beaucoup plus fréquent. Des statistiques estiment qu'il représente 10 à 15 % des cancers observés aux Indes et en Indo-Chine. En outre il semble que le cancer de la verge frappe souvent dans ces pays des sujets plus jeunes, il n'est pas rare de le voir entre 30 et 40 ans. Quelquefois même avant.

Les cancers de la verge ont comme origine ou la peau (face externe du prépuce ou du fourreau) — ou, plus souvent la muqueuse (gland, sillon balano-préputial, face interne du prépuce). Quant au cancer de l'urèthre pénien nous n'en parlerons pas aujourd'hui car les symptômes en sont nettement différents. Ce sont en effet les troubles urinaires, urétrorragies, mictions anormales, qui sont au premier plan. Le cancer de la verge, naissant de la peau ou de la muqueuse, est donc toujours un cancer pavimenteux, malpighien et, suivant les cas, spino-cellulaire ou baso-cellulaire. On admet que les cancers naissant de la peau sont spino-cellulaires, ceux naissant de la muqueuse sont baso-cellulaires. Nous pensons que la distinction est loin d'être absolue.

ETIOLOGIE. — L'étiologie véritable du cancer de la verge reste obscure comme celle de tous les

(1) Leçon faite à la Clinique chirurgicale de l'hôpital Cochin le 4 mai 1937 ; résumée par Mme le Docteur SJÖBERG.

cancers. Mais il faut mettre nettement en évidence le *phimosis* comme cause prédisposante. Les soins d'hygiène et de propreté sont rendus difficiles, les irritations locales sont fréquentes. On peut dire même que la circoncision est le traitement prophylactique du cancer de la verge. Chez les Israélites, en effet, on n'observe jamais de cancer de la verge et les statistiques de l'Inde anglaise prouvent que cette affection est inconnue chez les Mulsulmans, alors que chez les Hindous non circoncis, elle représente 10 % des cancers observés.

Il y a aussi, toute une série de lésions préalables, lésions bénignes en elles-mêmes, mais qui sont comme des « états précancéreux ».

Les papillomes sont relativement rares, mais les « végétations » et les « crêtes de coq » du gland ou du sillon balano-préputial sont extrêmement fréquentes. Sans que l'on puisse préciser les causes de la transformation, ces lésions qui resteront longtemps et parfois toujours bénignes, deviendront à un moment donné du cancer.

La leucoplasie, qui est la transformation épidermique de la muqueuse, peut dégénérer en cancer. La leucoplasie siège le plus souvent au niveau de la bouche mais elle se voit aussi au niveau des organes génitaux externes et, là comme ailleurs, elle est un cancer en puissance.

On peut trouver au niveau du gland des transformations de cellules en cellules pagétiques comme dans la maladie de Paget du mamelon, réalisant une véritable maladie de Paget du gland.

Enfin on a signalé des cas, rares d'ailleurs, de cancers développés au niveau d'une cicatrice antérieure.

Je veux, en passant, vous signaler l'existence du « cancer conjugal », c'est-à-dire l'existence simultanée du cancer de la verge chez l'homme, du col utérin chez la femme. Ce cancer existe, on en a publié un certain nombre de cas ; mais il faut que vous sachiez qu'il est très rare par rapport au nombre de cancers de la verge observés, encore plus rare par rapport au nombre des cancers du col utérin.

Le siège initial de la lésion est variable. Le plus souvent c'est au niveau du gland ou du sillon balano-préputial. Sur dix cas personnels dans lesquels j'ai pu préciser le point de départ, le cancer a débuté cinq fois au niveau du gland, quatre fois au niveau du sillon balano-préputial, une fois au bord libre du prépuce.

Pour le diagnostic, comme je vous l'ai dit plus haut, il est d'un intérêt majeur de le préciser dès le début pour avoir des guérisons durables.

Au stade initial, le diagnostic est souvent difficile à établir. Il y a d'abord des cancers que l'on voit et des cancers qu'on ne voit pas parce qu'ils sont masqués par un phimosis qui peut être congénital ou récent, secondaire à la lésion.

Quand on peut ramener le prépuce en arrière, on découvre une ulcération ou des végétations bourgeonnantes. L'induration de la tumeur, le suintement purulo-sanglant, doit être pour le praticien, la signature du cancer. En outre, des symptômes négatifs ont leur importance, c'est l'absence de douleurs et l'absence de troubles urinaires. D'ailleurs, dans tous les cas, je conseille formellement de pratiquer une biopsie qui affirmera un diagnostic jusque-là hésitant. L'erreur la plus habituelle est de confondre l'ulcération avec un chancre. Le deuxième malade que je vous ai montré tout à l'heure a été soumis pendant longtemps à un traitement antisyphilitique, puis, comme l'ulcération gagnait en profondeur, on a pensé à un chancre mou. Les formes bourgeonnantes du cancer peuvent être confondues avec des végétations banales et ne sont pas traitées. Quand le cancer arrive sur une leucoplasie jusqu'alors banale, il est parfois difficile de le déceler ; la plaque qui s'épaissit, s'indure et saigne, doit guider le médecin dans son diagnostic.

Quand il existe un phimosis, il ne faut pas hésiter à débrider le prépuce pour examiner les lésions possibles du gland ou du sillon balano-préputial. Il est classique de dire qu'il faut penser au cancer de la verge toutes les fois où l'on voit un phimosis qui n'existait pas auparavant chez tout homme, non diabétique, de 40 ou 50 ans. Cela est exact. Sans doute, le diabète est une cause fréquente d'inflammations locales, de phimosis irréductible ; néanmoins, diabète et cancer ne s'excluent pas et j'estime qu'il ne faut pas hésiter même chez un diabétique à réduire le phimosis pour voir les lésions qui se cachent derrière.

A un degré plus avancé, le diagnostic de cancer me semble évident qu'il s'agisse de formes ulcéreuses qui rongent et détruisent le gland, perforent le prépuce, envahissent les corps caverneux, ou de formes bourgeonnantes saignant au moindre contact, recouvrant parfois tout le gland.

Quand le diagnostic est fait, deux points d'importance pratique doivent retenir notre attention : l'extension du cancer et son infection secondaire.

Comme tous les cancers malpighiens, le cancer de la verge a peu de tendance aux métastases. Par contre, il a une tendance remarquable à l'extension locale et à l'envahissement lymphatique. Localement, le cancer progresse de l'extrémité de la verge vers sa racine. La tumeur envahit les enveloppes cutanées, les corps caverneux et respecte longtemps le corps spongieux de l'urètre. Cet envahissement progressif peut amener, à la longue, une destruction complète de la verge.

L'envahissement des ganglions lymphatiques par les cellules néoplasiques a été longuement discuté. Les premiers ganglions atteints sont les gangions superficiels de l'aîne. Mais ce ne sont pas les seuls et les ganglions profonds rétro-cruraux le sont aussi. Kenna affirme même que dans le cancer de la verge, les ganglions rétro-cruraux sont les premiers envahis. Quoi qu'il en soit, il faut remarquer la fréquence extrême de ces adénopathies puisqu'elles existent dans 80 pour 100 des cas (Majanz). Mais dans quelle mesure ces adénopathies sont-elles cancéreuses ? Ne traduisent-elles pas plutôt, dans bien des cas, l'infection secondaire du cancer ?

Tout cancer de la verge est en effet un cancer infecté. La preuve en est fournie par la suppuration qui accompagne toujours ce cancer. Au niveau de la verge, les microbes pullulent et ont souvent une grande virulence. Il est indéniable que certains ganglions sont uniquement inflammatoires, puisqu'on a vu, après la simple amputation du gland, les ganglions diminuer puis disparaître. L'examen au microscope montre aussi que bien des ganglions, enlevés parce qu'ils étaient augmentés de volume ne présentent aucune lésion cancéreuse. Dans quelle proportion sont-ils cancéreux ? Les avis diffèrent. Le Roy des Barres a trouvé chez ses malades une proportion de 50 % de ganglions cancéreux. D'autres auteurs admettent que la cancérisation des ganglions est rare. Pour ma part, j'estime qu'il est logique, dans tout cancer de la verge, de considérer comme suspects les ganglions des deux côtés, aussi le traitement doit-il viser les ganglions en même temps que la lésion cancéreuse. Même s'il n'existe d'adénopathie que d'un seul côté, il faut faire un curage des deux aînes. Je vous citerai le cas d'un malade de Jahn qui ne présentait d'adénopathie que d'un seul côté. On pratique l'amputation de la verge, le curage unilatéral de l'aîne et la récidive cancéreuse se fait peu après dans l'aîne opposée. Il faut donc intervenir à la fois et sur la tumeur préventive et sur les ganglions. Comment faut-il conduire le traitement ?

Au XVIIIe siècle on pratique uniquement l'ablation de la verge ; au siècle suivant on enlève les ganglions de l'aîne avec la verge. Puis l'amputation se fait de plus en plus large. Pearce Gould enlève les corps caverneux en totalité et Annandale finit par faire l'émasculation totale : amputation de la verge, curage des deux aînes, ablation des cordons, des testicules et du scrotum. Cette émasculation totale est illogique, car il n'y a aucun rapport topographique lymphatique entre la verge et les testicules.

Comme je l'ai dit plus haut, les ganglions superficiels de l'aîne et les ganglions rétro-cruraux devant être tenus pour suspects, il est logique de faire l'ablation de ces ganglions en même temps que l'amputation de la verge. L'opération idéale est d'enlever dans le même temps, ganglions et verge. Mais en pratique, elle comporte d'assez gros risques car les ganglions sont toujours infectés. Après l'opération, il y a très fréquemment suppuration d'une ou des deux plaies inguinales et, il y a quelques années, j'ai perdu un malade de phlegmon gangréneux de l'aîne. Il est beaucoup moins dangereux à mon avis de pratiquer l'opération en deux temps : d'abord amputation de la verge, puis cinq à six semaines après, ablation ganglionnaire. En attendant on risque de voir rétrocéder les adénopathies si elles ne sont qu'inflammatoires, on peut espérer une moindre septicité des ganglions et l'on exposera le malade à un choc moindre qu'avec l'opération en un temps.

Mais, à l'heure actuelle, il semble que la curiethérapie apporte, au traitement du cancer de la verge, un élément nouveau et important. Pour les cancers vus tout à leur début, il est possible que seule, la curiethérapie suffise. Dean prétend que l'on obtient en pareil cas plus de 90 pour 100 de succès. Cette méthode a l'important avantage de n'entraîner qu'une mutilation minime.

Dans les cancers plus avancés, je crois que l'amputation chirurgicale de la verge conserve sa valeur. Avec la curiethérapie, Le Roy des Barres a observé des sténoses du méat ou de l'urèthre. A mon avis la curiethérapie pour ces cancers avancés doit donc être écartée. L'opération est rapide, simple et parfaitement supportée par des sujets même très âgés.

Quant aux ganglions, j'ai dit pour quelles raisons il me paraissait préférable de retarder leur ablation chirurgicale de quelques semaines ; mieux vaudrait encore éviter ce temps complémentaire, en faisant de la curiethérapie des régions inguinales, au moyen d'appareils moulés. Je crois que c'est ainsi, amputation chirurgicale de la verge, curiethérapie des ganglions, qu'il convient d'envisager le traitement actuel du cancer de la verge.

CE QUE PRATIQUEMENT LE MÉDECIN DOIT SAVOIR...

du traitement de la migraine ophtalmique

D'après le Professeur agrégé G. Renard et le Docteur A.-P. Mekdjian (*)

Une affection visuelle et douloureuse, évoluant sur un terrain spécial

L'accès de migraine ophtalmique peut survenir brusquement. Parfois, certains prodromes annoncent la crise. Le malade sait les reconnaître, car, s'ils varient d'un sujet à l'autre, ils sont identiques pour le même individu. Quelquefois on note une euphorie particulière, une légère excitation. Le plus souvent, il s'agit d'une sensation de faiblesse, d'abattement, d'incapacité intellectuelle. Le malade est triste et irritable, il accuse, dans certains cas, des troubles du goût, de l'odorat, de la fonction intestinale. Ces malaises ont une durée variable ; puis l'accès éclate.

Il est constitué essentiellement par trois symptômes, qui se manifestent dans l'ordre suivant :

Un scotome obscur.

C'est la suppression momentanée d'une partie symétrique des deux champs visuels. Celle-ci, semblable aux deux yeux, est en général négative ; en d'autres termes, elle se traduit par une zone de non-vu, un véritable trou, où il n'y a rien, et non pas la perception d'une tache noire. Au début, la lacune est petite, correspondant, par exemple, seulement à quelques lettres, qu'aurait lues le sujet. Puis, elle s'étend. Il n'est pas rare de lui voir prendre la forme d'un croissant, le bord concave regardant le centre du champ visuel, le bord convexe la périphérie. C'est surtout par ce dernier que le croissant va s'étendre. Fréquemment, dans cette zone d'extension, le malade perçoit des mouvements vibratoires. Le scotome obscur perd de son intensité en se déplaçant vers la périphérie. Il disparaît, quand il atteint les limites extrêmes du champ visuel. En général, un peu avant sa disparition, apparaît le second symptôme.

Un scotome scintillant.

C'est l'apparition de dessins lumineux, mobiles et fugitifs, dans la région occupée par le scotome obscur, en commençant par les régions, qui étaient devenues obscures les premières. Le malade éprouve une sensation de vibration, sans déplacement dans l'espace. Ce scotome est constitué par des lignes brisées, aux angles saillants et rentrants, mobiles et brillantes. Leur éclat est très vif, souvent douloureux, obligeant le sujet à fermer les yeux, ce qui d'ailleurs ne l'empêche pas de les voir ; leur teinte est d'un blanc éclatant. Ces phénomènes lumineux se déplacent : partis d'une zone proche du point de fixation, ils vont gagner en amplitude, gagner la périphérie, où ils s'éteindront.

La céphalée et les vomissements ou nausées.

La céphalée apparaît le plus souvent au déclin des troubles visuels ; parfois, il y a un intervalle libre. Elle débute dans la région orbito-frontale, puis se généralise à un côté du crâne, ou bien aux deux. Quand elle reste unilatérale, elle siège souvent du côté op osé au scotome hémianopsique. La douleur est très vive, exacerbée par le bruit, la lumière, le fait de remuer, de tousser. C'est une sensation de broiement, d'éclatement, de martellement, etc... Des nausées et des vomissements e manifestent, qui calment en général la douleur, et celle-ci reprend bientôt après, aussi vive. Le malade est prostré et silencieux ; il cherche le repos et l'obscurité, qui le soulagent.

On peut admettre, en moyenne, que les phénomènes visuels ont une durée, qui n'excède guère une demi-heure. Au contraire, la céphalée, les malaises, peuvent persister plusieurs heures, souvent toute une journée.

La fin de l'accès est annoncée par une diminution progressive de la douleur. Parfois il existe des sueurs abondantes et de la polyurie, faisant suite à une certaine oligurie.

Si les cas débutent quelquefois dès la première enfance, c'est à la puberté que généralement surviennent les premières crises. Après vingt-cinq ans, la migraine ophtalmique n'apparaît plus. La migraine ophtalmique peut ne se produire qu'exceptionnellement ; d'autres fois, elle revient avec une fréquence extrême. Il semble qu'avec l'âge, elle puisse changer d'aspect, s'associer à d'autres troubles, qui en modifient l'individualité clinique. Chez la femme migraineuse depuis sa jeunesse, la période de la ménopause marque une diminution de la fréquence et de la sévérité des crises, souvent même leur cessation.

(*) La migraine ophtalmique. (Masson, éditeur, Paris, 1937.)

Cet aspect clinique est susceptible de nombreuses variations : soit par une manifestation dans l'ordre d'apparition des troubles, soit par l'absence de l'un deux, soit par des aspects différents des symptômes : scotomes scintillants colorés, de forme variable ; intensité de la douleur, des troubles digestifs (surtout chez l'enfant). Enfin, aux signes classiques peuvent s'en ajouter d'autres : pâleur du visage, variations dans la circulation rétinienne, aphasie, agraphie, crampes, engourdissements. Quand la migraine n'apparaît qu'à un âge avancé, elle est souvent atypique.

Il faut se souvenir qu'en présence de phénomènes, qui semblent pouvoir être imputés à une migraine ophtalmique, l'examen soigneux de l'appareil visuel s'impose ; il permettra d'éliminer un certain nombre de diagnostics, le glaucome par exemple, où d'autres lésions rétiniennes.

Quant au *terrain migraineux*, ce qui frappe, lorsqu'on examine les sujets atteints de migraine ophtalmique, c'est qu'ils présentent un certain nombre de troubles généraux, souvent discrets d'ailleurs, et qu'on retrouve identiques chez eux avec une fréquence particulière. Ces modifications paraissent caractériser le terrain, sur lequel se déclenchent des phénomènes paroxystiques migraineux ; mais il faut pour cela la contingence de causes occasionnelles diverses, dont il sera question plus loin.

Ce sont tout d'abord des modifications digestives et surtout des perturbations du fonctionnement hépatique, peut être capitales du fait que les apports nutritifs, qui sont nécessaires à l'organisme, se trouvent modifiés et qu'ainsi on observe des troubles : le milieu humoral et sa régulation (pH, réserve alcaline, etc.), avec production d'intolérances, de phénomènes anaphylactiques.

Le système neuro-végétatif est également en déséquilibre, en instabilité spéciale, en réaction dystonique. Des troubles du thyroïde se rencontrent fréquemment. Il en est de même des fonctions ovariennes ; on connaît les migraines menstruelles, l'apparition des accès au moment de la puberté, leur atténuation au cours de la grossesse ou à la ménopause. Les autres glandes endocrines peuvent également présenter d'intéressants troubles sécrétoires.

On note encore des modifications de la tension artérielle, qui est instable, avec une tendance à l'hypotension ; le fait est vrai surtout chez les malades âgés de moins de quarante ans (89 %) ; chez les sujets plus vieux, au contraire, l'hypertension semble prédominer, mais alors les crises migraineuses sont modifiées, et leur pronostic devient sévère : vomissements et nausées rares ; quelques signes oculaires seulement, parfois une amaurose transitoire ; au premier plan, des paresthésies, des engourdissements passagers, qui sont peut-être des équivalents mineurs du ramollissement cérébral.

Il existe enfin un état psychique particulier, plutôt à type anxieux et dépressif qu'euphorique en rapport avec le dysfonctionnement organique général, qui caractérise l'éclat migraineux.

Bref, le terrain migraineux est constitué essentiellement par des états de troubles dans l'équilibre neuro-humoral-endocrinien, généralement instables, mais qui semblent aussi pouvoir être transmis héréditairement.

Pour ce qui est des *causes occasionnelles*, dans l'immense majorité des cas, la migraine ne paraît pas reconnaître une cause locale, décelable cliniquement. Exceptionnellement, on a invoqué une irritation cérébrale locale par une tumeur, une méningite ; on a rapporté un certain nombre de cas, qui étaient consécutifs à des traumatismes craniens, à certaines épines irritatives locales (hyperostoses craniennes), à la fatigue physique ou cérébrale, aux troubles de réfraction, tels l'astigmatisme. On connaît, d'autre part, l'influence de l'état atmosphérique sur le déclenchement des crises, celle des émotions, de la menstruation, et aussi celle de certains aliments, le chocolat, par exemple.

***

POUR UN TRAITEMENT RATIONNEL DU TERRAIN ET DE LA CRISE CHEZ LES MIGRAINEUX

Le terrain

Lorsqu'un sujet présente des accès de migraine ophtalmique, un certain nombre d'investigations sont nécessaires : examen de l'appareil visuel, examen soigneux des fonctions digestives, examen des endocrines et de la tension artérielle. Si un trouble bien caractérisé de l'appareil visuel digestif, hépatique, endocrinien est décelé, on doit tout d'abord y porter remède ; on luttera aussi contre toutes les causes occasionnelles, dont on aura pu déceler l'existence. Mais très souvent, cela sera insuffisant pour prévenir les accès, et il faudra essayer de modifier le terrain.

Une bonne hygiène est d'importance capitale. On doit : éviter les fatigues, les abus de toutes sortes ; supprimer les aliments mal tolérés ; lutter contre les inconvénients de la vie sédentaire, par l'exercice physique modéré, la marche à

pied, l'hydrothérapie, des séjours aussi fréquents que possible à la campagne ou à la montagne.

En présence d'un état de déséquilibre, en somme léger, du système neuro-hépato-endocrinien, il ne convient pas d'utiliser des thérapeutiques très actives, afin de ne pas risquer de créer des phénomènes qui dépassent le but visé. Chez les malades, dont les crises sont fréquentes, on conseillera de petites doses répétées chaque jour de gardénal (1 à 2 centigr., le soir par exemple) ; par périodes de 8 à 10 jours, espacées d'un repos égal, II à X gouttes de teinture de belladone au début du repas de midi. Si les crises sont plus rares, une thérapeutique continue est inutile.

Le rôle important des endocrines a conduit de nombreux auteurs à pratiquer des traitements opothérapiques ; ceux-ci ont pu donner de bons résultats au cas de dysfonctionnement caractérisé d'un organe, en particulier pour le corps thyroïde, à un degré moindre pour l'ovaire et l'hypophyse. Les troubles hépato-digestifs indiquent le régime classique en pareil cas, la cure de Vichy, les extraits hépatiques, les tubages, qui, dans certains cas ont donné de brillants résultats.

Les cures de désensibilisation ont procuré certains succès : peptones ; chlorure de calcium par voie buccale (3 à 4 grammes par jour) ; hyposulfite de soude à 20 % par voie intraveineuse (10 à 20 cent. cubes) ; protéinothérapie ; autohémothérapie.

Enfin, chez les sujets à prédominance vagotonique : atropine, belladone, datura, éphédrine, adrénaline ; et chez les sympathicotoniques : tartrate d'ergotamine, jaborandi, pilocarpine.

L'accès

On cherchera surtout à modifier l'état de malaise migraineux. La caféine, l'éphédrine, la papavérine, le lactate de calcium auraient une certaine efficacité ; de même par l'acétylcholine, le benzoate de benzyle, le nitrite d'amyle. Les injections sous-cutanées de novocaïne, au niveau des points douloureux, ont pu faire disparaître très rapidement la céphalée (une à deux minutes au lieu de douze et quarante-huit heures).

Dans tous les cas, le repos dans l'obscurité, le malade étant allongé, loin de tous bruits, sera un sédatif précieux.

G. FISCHER.

L'ANESTHÉSIE AU CYCLOPROPANE

Par le Docteur Jean SABOURIN,
Ancien interne des Hôpitaux de Paris

Le cyclopropane ou triméthylène C^3H^6 fut isolé chimiquement en Allemagne par Freund en 1882. Ce n'est qu'en 1934 que Lucas et Henderson, de Toronto, découvrirent ses propriétés anesthésiques et que Waters pratiqua les premières narcoses à l'hôpital Wisconsin, de Madison. Son usage s'est très rapidement répandu aux Etats-Unis, au Canada, en Angleterre, où il est actuellement couramment utilisé. Le cyclopropane est présenté sous la forme d'un gaz liquéfié contenu dans des obus d'aluminium à la pression de 5 kgr. 27. Son point d'ébullition est — 34°5.

L'anesthésie est obtenue en faisant respirer au patient un mélange de cyclopropane et d'oxygène dont la concentration moyenne est de 15 % de cyclopropane pour 85 % d'oxygène. Elle nécessite un appareillage spécial basé sur le double principe : de la mesure débimétrique des deux gaz ; de l'absorption du gaz carbonique par la chaux sodée, en circuit fermé.

L'expérimentation sur l'animal et les observations cliniques démontrent l'absence complète d'effets toxiques du cyclopropane sur les différents appareils.

La puissance anesthésiante du cyclopropane est de l'ordre de celle du chloroforme ; la rapidité de son absorption et de son élimination est de l'ordre de celle du protoxyde d'azote.

L'anesthésie a pour caractères principaux : un début rapide sans impression désagréable pour le malade, sans période d'excitation ; un sommeil calme, profond, avec complet relâchement musculaire, sans augmentation de l'amplitude respiratoire, sans abaissement de la tension artérielle, un réveil très rapide.

La plupart des avantages de l'anesthésie au cyclopropane sont dus à la constante hyper-oxygénation du mélange anesthésique.

Il est particulièrement indiqué : à cause du relâchement musculaire en chirurgie abdominale ; à cause du calme respiratoire en chirurgie thoracique ; à cause de son action minime sur la réserve alcaline et la glycémie, dans la chirurgie des diabétiques.

Il a également été utilisé avec succès en obstétrique, en oto-rhino-laryngologie et en stomatologie.

Ses inconvénients sont une légère augmentation du suintement capillaire et son inflammabilité, qui n'est d'ailleurs pas supérieure à celle de l'éthylène et de l'éther (1).

(1) Thèse de Paris, 1937.

LA MÉTHODE PHYTOTHÉRAPIQUE

Par Jean SCHUNCK DE GOLDFIEM

Nous avons défini la phytothérapie dans un article du *Courrier Médical* (31 décembre 1936). Rappelons que la définition de la thérapeutique de Manquat : « La science des modificateurs utilisables de l'organisme, de ceux des causes morbides et des maladies et l'art d'appliquer leurs propriétés à la correction profitable des troubles de la santé » est en tous points applicable à la phytothérapie.

La méthode de cure par les plantes englobe la science phytologique qui a pour objet l'étude des végétaux et de leur utilisation médicinale, et l'art clinique personnel du praticien.

La phytothérapie empirique est la première en date. Elle consiste dans l'emploi de simples dont l'efficacité est reconnue des sorciers, des matrones, sans qu'ils soient capables d'en donner une explication scientifique. C'est ainsi que, dans nos campagnes, on reconnaît des vertus à la chélidoine, et que les Indigènes de l'Ouest-Africain ont catalogué les cholagogues cholérétiques locaux sous le vocable « Kinkélibah », sans tenir compte de leur parenté botanique, comme l'a démontré Alice S. de Goldfiem.

La physiologie faisant des progrès, les thérapeutes ont combattu les troubles pathologiques qu'ils ont appris à connaître par des drogues capables de produire des effets physiologiques inverses.

Telle l'utilisation de *Digitalis lanata* dans l'asthénie cardiaque, ainsi que nous l'avons indiqué dans un récent travail original de *La Presse Médicale* (19 mai 1937).

La connaissance de plus en plus approfondie de la physiologie normale et pathologique a permis l'utilisation de drogues modifiant un état fonctionnel défectueux, comme dans l'emploi de *Digitalis lanata*, ou encore la préférence accordée à *Ilex paraguayensis* (Maté) sur les caféïques à la suite de nos travaux sur cette drogue végétale (voir bibliographie).

D'autres fois, la phytothérapie aura un rôle plus restreint, mais néanmoins indispensable, en combattant un symptôme pénible ou fâcheux, sans se préoccuper essentiellement de la pathogénie, tel : Le traitement de la douleur en phytothérapie (*Courrier Médical*), par le lierre grimpant, le kawa-kawa particulièrement indiqué dans les algies des affections génito-urinaires (voir bibliographie), ou la médication neurosédative végétale : Aubépine, Passiflore, etc...

La phytothérapie nosocratique qui s'attaque aux causes morbides est susceptible de très nombreuses applications, tant parmi les spécifiques comme la fleur de *Carica papaya* dans les aphonies, la banane dans les gastro-entérites, etc...

La phytothérapie est à même de soulager et de guérir de nombreuses maladies, même réputées les moins vulnérables aux agents thérapeutiques, ainsi que nous le démontrons dans de récents articles du *Courrier Médical* : Le traitement phytothérapique de la tuberculose pulmonaire ; les plantes et le cancer ; et, en collaboration avec Alice S. de Goldfiem, dans *Paris Médical* : La cure antigrippale ; la cure antirhumatismale ; la défense pulmonaire, etc..., publications au cours desquelles nous indiquons les vertus intéressantes du maté, de la banane, du galanga, de la chlorophylle, etc...

Mais toujours le médecin devra individualser la phytothérapie au malade qui le consulte, en tenant compte de l'âge, du sexe, du tempérament de ce malade, des modifications subies par les organes du fait de la maladie, par exemple l'état du foie sur le choix des plantes. En général, la tolérance est plus grande pour les remèdes végétaux qu'en chimiothérapie Le praticien devra préférer les plantes qui sont le moins susceptibles d'accumulation et délaisser celles qui peuvent entraîner des troubles d'intolérance ou d'idiosyncrasie.

Lorsque les spécifiques végétaux font défaut, il faut diriger la médication de façon à maintenir le malade dans des conditions de lutte aussi favorables que possible. On conçoit donc que, dans la majorité des cas, l'intervention phytothérapique suppose une connaissance aussi parfaite que possible du malade, et c'est tout l'art du phytothérapeute.

L'administration de la plante entraîne fatalement une modification générale de l'organisme. Nous ne concevons pas une action thérapeutique curative sans action, même infinitésimale, sur les grandes fonctions de l'organisme, contrairement à ce qu'en a dit Manquat. Il résulte en effet de l'imprégnation d'un protoplasme par le principe actif d'une plante, une cascade de réactions sur l'ensemble des organes, comme nous l'avons exposé dans le phénomène biochimique (*Biodynamisme*, décembre 1936).

Les plantes ont des actions purement médicamenteuses à côté de celles purement mécaniques (*Psyllium Ispaghula*) ou biologiques générales (papaïne de *Carica papaya*), sans omettre l'action physique proprement dite, telle la chaleur de la tisane absorbée ou le changement d'ionisation du milieu intérieur.

C'est l'action médicamenteuse qui est la mieux

connue parce que, avouons-le, la plus perceptible. Son étude comporte l'examen de l'absorption de la drogue, ses transformations dans l'organisme et son élimination.

La phytothérapie consiste à choisir des plantes capables de concourir à la réparation de l'organisme malade, de soulager, d'aider à la guérison et même de guérir le malade.

La plante médicinale doit, comme le dit Guinard pour le médicament en général, n'apporter au protoplasme humain qu'un changement passager, sans risquer de destruction de la matière vivante.

Sauf, en ce qui concerne les topiques n'agissant qu'à l'extérieur, la plante médicinale doit être absorbée en tout ou partie par l'organisme malade à la suite de transformations d'ordre bio-chimique, formes consécutives qui devront du reste, généralement, s'éliminer en un temps plus ou moins long.

L'absorption n'est guère possible que si le principe actif est liquide ou dissous dans un excipient, ou encore gazeux. De là, la présentation médicamenteuse des plantes sous forme de tisanes, d'extraits fluides, de pilules, cachets, etc..., solubles par les sucs digestifs, ou sous forme de fumigations, d'inhalations... qui permettent la diffusion des complexes biochimiques de la plante dans l'économie.

L'action médicamenteuse des plantes est due à un ensemble de facteurs.

La constitution biochimique des végétaux est pour beaucoup dans leur action. Sans nier la réelle parenté des actions chimiothérapiques entre la plante et le produit de synthèse, nous devons reconnaître que le phénomène biochimique est plus complexe que celui des matières mortes. Nous nous sommes déjà expliqué à ce sujet en différentes publications.

On doit tenir grand compte du degré de dissociation électrolytique des médications phytothérapiques, de leur « pH » comparé à celui du milieu intérieur. La division mécanique, le degré de solubilité des principes actifs de la plante entrent naturellement en ligne de compte.

Il faut examiner et surveiller attentivement la dose et *son fractionnement*. C'est ainsi que le totum glycosidique de *Digitalis lanata* est tonicardiaque à raison de IV gouttes *pro die* chez l'adulte, il devient sédatif du cœur à X gouttes, puissant diurétique à XXX.

Nous pouvons comparer aussi l'effet laxatif ou purgatif de certains végétaux selon la dose utilisée.

A 10 pour 1000, l'infusion de maté est digestive, tonique générale ; à 30 pour 1.000, elle sera antigrippale.

Le complexe vivant de la plante permet d'obtenir des effets fort différents de ceux des médicaments chimiques. Les glycosides et les alcaloïdes des végétaux sont beaucoup plus actifs en présence des protides de la même plante mère. Les plantes fraîches sont plus actives que lorsqu'elles ont été desséchées.

C'est pourquoi la stabilisation des plantes, due aux savants pharmacologues E. Perrot et Goris a augmenté considérablement le champ de la phytothérapie.

L'ordonnance phytothérapique doit tenir un grand compte des incompatibilités des plantes en présence. Le praticien observera avec attention les phases d'action, comme la constipation opiniâtre qui suit les exonérations abondantes dues à certains laxatifs.

La phytothérapie est complexe dans ses applications et, dans ses résultats, mais elle est supérieure à la chimiothérapie et de ce fait doit attirer l'attention du médecin. Après les travaux de maîtres comme Huchard, Renon, Loeper, Henri Leclerc, la médication par les plantes n'est plus empirique, elle est devenue une *méthode*.

BIBLIOGRAPHIE

Alice S. de Goldfiem. — Les fébrifuges d'Afrique (*La Presse médicale*, 8 août 1936.)

— Les cholagogues cholérétiques d'Afrique (*La Presse médicale*, 21 novembre 1936.)

Alice et Jean S. de Goldfiem. — La phytothérapie d'actualité : Défense pulmonaire (*Paris-Médical*, 14 novembre 1936). Cure antigrippale (*ibid.*), 23 janvier 1937). Cure antirhumatismale (*ibid.*, 10 avril 1937).

Jean S. de Goldfiem. — Etude clinique des drogues à base purique. (*Presse médicale*, 16 décembre 1936).

Etude de l'action physiologique de *Digitalis lanata* en médecine expérimentale (*La Presse médicale*, 19 mai 1937).

Une drogue plurivalente : *Ilex paraguayensis* (*Concours Médical*, 19 juin 1937.)

Le Maté. — *Journal de médecine de Paris*, 11 février 1937.

Quinquinas. — 6 sept. 1933. (*La Presse médicale*).

Le Carica Papaya, 1934. *La Presse médicale*.

Xylopia aethiopica (*La Presse Médicale*, 29 septembre 1934).

Sterculia Kola et tragacantha (*La Presse médicale* 19 janvier 1935.)

La banane en thérapeutique (*La Presse Médicale* 28 août 1936.)

La phytothérapie. — *Le Courrier Médical*, 31-12-1936.)

Réflexions liminaires sur la phytothérapie. (*Journal des Praticiens*, 12 juin 1937.)

Le traitement de la douleur en phytothérapie (*ibid.*, 14 janvier 1937.)

Synergiques végétaux du traitement anti-syphilitique (*ibid.*, 28 février 1937.)

La phytothérapie de la tuberculose pulmonaire (*ibid.*, 14 avril 1937.)

Les plantes et le cancer (*ibid.*, 19 mai 1937. Le traitement phytothérapique des stomatites, angines et maladies de l'œsophage (*ibid*, 6 juin 1937.)

Le *kawa-kawa* (Collect. « *L'homme et la plante* »).

La banane (Collect. « *L'Homme et la plante* »).

Le maté (Collect. « *L'Homme et la plante* ».

(Ces plaquettes de 32 pages in-8° sont éditées par Th. de Chaperosay, à Paris, 32, rue Guyot).

LA THÉRAPEUTIQUE PAR LES OCCUPATIONS (TRAVAIL, JEUX, ETC.) DANS LES MALADIES MENTALES AUX ÉTATS-UNIS

Docteur André TISSOT

Ancien interne de la Maison départementale de Clermont-de-l'Oise

La thérapeutique par les occupations, appliquée dans le domaine psychiatrique depuis fort longtemps, mais tout à fait empiriquement, est devenue aux Etats-Unis, depuis une trentaine d'années, une méthode fort en honneur : elle a été là-bas envisagée suivant des règles scientifiques rigoureuses et de façon véritablement SYSTÉMATIQUE : les moyens qui lui sont consacrés sont considérables et l'épanouissement de son organisation est d'année en année plus sensible, ainsi qu'en témoignent les statistiques, Ecoles spéciales où sont formés des thérapeutes diplômés, établissements et départements hospitaliers pour les applications cliniques, revues spécialisées pour l'étude détaillée des problèmes, bureau central des statistiques pour le contrôle numérique des résultats, concourent à faire de ce traitement une méthode autonome, tout en lui imprimant le rendement maximum.

L'extension s'est précisée particulièrement depuis l'année 1931 et l'on peut dire que, dans les hôpitaux des Etats-Unis, qu'ils soient de l'Etat, assimilés ou privés, les malades sont peu ou prou touchés par cette thérapeutique.

Pour cette recherche de l'occupation favorable et utile, il existe une phase d'une importance capitale, qui est celle de la PRÉPARATION du malade :

a) D'une part, l'étude détaillée et approfondie de son comportement et de son psychisme tout entier, les investigations ayant pour but de découvrir en lui ce pour quoi il peut manifester un intérêt majeur, permettront d'établir un bilan complet du malade : sa personnalité ainsi dépouillée par le thérapeute, son diagnostic psychiatrique une fois posé par le médecin, on mettra sur pied le système d'activités ayant le plus de chances de le régénérer : ainsi est établie la fiche médicale.

b) D'autre part, et parallèlement à cette première préparation, la préparation morale du malade, sa mise en état de réceptivité médicale par une psychothérapie intensive et quotidienne, entreprise sans le moindre retard, lui feront accepter le traitement institué, et lui permettront d'en tirer tout le profit possible.

Ces deux tâches, étroitement conjuguées et solidaires, sont dévolues à un thérapeute spécialiste affecté à chaque cas clinique : c'est sur ses indications que le traitement sera poursuivi, mais sous la haute surveillance permanente et le contrôle du médecin psychiatre.

Que comprend la thérapeutique par l'occupation ? Naturellement, et avant tout, la grande activité humaine qu'est le travail, travail utile et créateur, manuel dans la plupart des cas : mais si le travail manuel, comprenant différentes catégories graduées en difficulté, reste l'élément primordial, il n'est pas, à vrai dire, absolument le seul, et le terme d'occupation englobe bien d'autres activités qui pourront, en certains cas, être essayées successivement ou simultanément : les travaux intellectuels, les divertissements et les jeux, qu'ils soient purement physiques et sportifs ou intellectuels (jeux de cartes, d'échecs, etc., même jeux dramatiques), suscitant l'intérêt par leur caractère de diversité et de fantaisie, pourront constituer une ressource supplémentaire, non toujours accessoire, et fort précieuse pour améliorer l'état du malade.

C'est ainsi que la thérapeutique dite « dramatique » est pratiquée dans certains hôpitaux des Etats-Unis à l'exclusion de toute autre ; de même le divertissement par la lecture, activité mixte, pourra lui aussi, soigneusement contrôlé, donner des résultats inespérés : le Docteur W. R. Dunton cite à ce propos le cas d'une jeune psychopathe qui, ayant lu « la Vie des abeilles » de Maeterlinck, s'intéressa vivement à ces insectes, acheta des ruches pour les étudier et fit ainsi dériver ses pensées vers des saines réalités, au point qu'elle guérit de sa psychose.

Quelles sont les indications et les contre-indications de la méthode ?

C'est à presque tous les malades mentaux, peut-on dire, de tout âge et de toute catégorie, qu'elle s'applique : aux convalescents des cas aigus, les accès d'agitation trop vive une fois apaisés, et même aux aliénés difficiles ayant des réactions violentes, qui pourront être soumis à un certain programme de travail, à la condition de les entourer d'une surveillance étroite ; ce seront, au besoin, des travaux à exécuter au lit qui seront prescrits, par exemple chez les malades confus, agités, délirants. Seuls devront être exclus ceux qui sont frappés d'un affaiblissement physique leur interdisant tout effort, ou d'une déchéance mentale trop profonde, incompatible avec l'activité la plus rudimentaire. C'est ainsi que les déments eux-mêmes tant que l'automatisme moteur peut jouer en eux, devront être

astreints à travailler, et ce afin de retarder leur chute dans le gâtisme irréductible.

Aussi bien, existe-t-il des indications assez précises pour certaines psychoses.

Aux MANIAQUES, on prescrira des occupations sédatives ; elles seront donc stéréotypées, faisant appel à l'automatisme mécanique comme dans le travail dit « taylorisé » ; l'agitation une fois calmée, on préfèrera des occupations plus variées, capables de concentrer leur attention.

Aux DÉPRIMÉS, on prescrira des occupations stimulantes, demandant l'initiative, et capables de susciter l'intérêt par leur caractère changeant et leur diversité : les jeux seront, dans cet ordre d'idée, particulièrement favorables.

Aux SCHIZOPHRÉNIQUES seront prescrits, et des travaux collectifs pour contrecarrer les tendances asociales qui sont particulières à cette psychose, et des travaux requérant la vigilance dans l'effort, afin de s'opposer aux tendances autistiques : c'est par cette double correction que sera parfois obtenue chez eux la réadhésion au réel ; le DÉMENT PARANOÏDE, de son côté, tirera profit de travaux exécutés dans le calme et l'isolement.

En ce qui concerne les PSYCHO-NÉVROSES, l'HYSTÉRIQUE devra exécuter des travaux manuels alors que les occupations intellectuelles, surtout si elles parlent beaucoup à l'imagination, pourront déterminer de dangereuses décharges émotionnelles et fournir un aliment à ses troubles : afin d'éviter l'extériorisation de ces derniers, et aussi la contagion mentale, le travail isolé est préférable ; au PSYCHASTHÉNIQUE conviendront au contraire des travaux collectifs pour lutter contre son égocentrisme, des travaux requérant l'initiative, fermement prescrits et surveillés, pour corriger leur comportement aboulique ou velléitaire ; chez le NEURASTHÉNIQUE, une précaution capitale à observer : on prescrira des périodes de travail extrêmement courtes, afin que jamais la lassitude ne puisse en résulter.

Les INSUFFISANTS MENTAUX seront plus ou moins éducables selon le degré de leur déficit mental : des méthodes pédagogiques spéciales, fondées sur la simplification et la répétition de notions scolaires élémentaires, donneront de beaux résultats chez les retardés et les arriérés, et surtout l'éducation professionnelle prolongée parviendra fort bien à leur donner, ainsi qu'aux débiles, une activité routinière et bien réglée, dans un métier déterminé et simple, leur permettant ainsi un certain rendement social.

Enfin tant les ALCOOLIQUES que les ÉPILEPTIQUES pourront tirer profit des travaux agricoles qui semblent apporter, à ces derniers surtout, une rédemption toute spéciale : les épileptiques devront être l'objet d'une surveillance très serrée en raison de la multiplicité des dangers qu'ils présentent pour eux-mêmes et pour les autres.

Les autres variétés morbides peuvent parfaitement tirer bénéfice de la méthode, mais pour elles les indications sont moins précises et, pour instituer le traitement, il faudra se fonder sur l'étude du malade et su les circonstances.

La valeur de la méthode, établie par des faits cliniques patents, est corroborée par les chiffres des tables statistiques : ceux-là nous montrent d'abord que le nombre des psychopathes traités par ce moyen a doublé de 1926 à 1933 ; que, d'autre part, si le pourcentage des guérisons est assez faible avec 3 % (mais est-il jamais élevé, quelle que soit la méthode utilisée), celui des améliorations est incomparablement plus satisfaisant (47 %) et égalise celui des malades à l'état inchangé : ce qui donne, globalement, à peu près la moitié de cas améliorés ou guéris. Quant à la disparité des résultats obtenus dans les diverses psychoses, elle n'est pas pour étonner : ceux qui sont notables, et nettement au-dessus de la moyenne, concernent avant tout l'alcoolisme, la psychose maniaque dépressive, les psychonévroses et les psychopathies constitutionnelles. Les psychoses les plus rebelles à la thérapeutique, sont, comme on pouvait le prévoir, les psychoses séniles, la démence précoce et la paralysie générale.

Il est bien entendu qu'on ne doit pas créditer au compte seul de la méthode tous les résultats favorables obtenus, d'autres facteurs ont pu intervenir, mais la part de cette thérapeutique n'en reste pas moins prépondérante dans les établissements spécialisés.

Qu'apporte, en résumé, aux malades, la thérapeutique par les occupations ? A presque tous elle apporte quelque chose de positif et l'on peut, somme toute, lui assigner un double rôle : à un certain nombre de malades, dont les troubles ne sont pas irréductibles, elle procure un bénéfice appréciable sous forme d'amélioration ou de guérison, dans des proportions d'ailleurs très variables avec chaque psychose ; à presque tous les autres, sauf à ceux ayant sombré dans la déchéance physique terminale et le gâtisme, elle apporte, alors même qu'elle n'est plus agent curateur, un bien essentiel en ce sens qu'elle constitue une détente, une diversion, un incomparable délassement : cette activité heureuse peut seule éloigner d'eux « le monstre délicat » de l'ennui, atténuer la tristesse — souvent perçue par eux — de leur condition anormale, de leur diminution sociale et de leur claustration, les leur rendre tolérables, leur donner l'illusion qu'ils ne sont pas absolument retranchés du nombre des vivants : ainsi se vérifie la vérité profonde de l'axiome anglo-saxon : « Joy is in doing » (la joie est dans l'action) (1).

(1) Thèse de Paris, 1937.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

La régression de la tuberculose infantile dans ses rapports avec la prophylaxie

Il résulte d'un long et intéressant travail du Docteur Charles LESTOCQUOY que, depuis l'année 1918, l'index de tuberculisation (cuti-réaction positive) est en voie d'abaissement rapide. Le nombre des enfants atteints de tuberculose ostéo-articulaire et envoyés en cure par les hôpitaux a diminué de près de moitié. Les médecins des dispensaires constatent qu'en famille de tuberculeux le risque de contamination est moindre qu'autrefois.

Les statistiques de mortalité marquent une régression importante du fléau. Ces résultats sont attribuables : 1° au dépistage et au traitement crécoce des adultes par le pneumothorax et la pure sanatoriale ; 2° au placement familial type Grancher ; 3° à une série de progrès économiques, sanitaires et moraux.

De grands efforts restent à accomplir ; il faut maintenir d'une manière inflexible les règles pratiques de la prophylaxie basées sur la notion ondamentale de la contagion tuberculeuse dans l'enfance. (*La Médecine*, mai 1937.)

Le traitement prophylactique de la coqueluche

Quand un cas de coqueluche apparaît dans une collectivité, il faut d'abord éviter le licenciement, car celui-ci ne sert qu'à éparpiller la maladie en autant de foyers secondaires.

Pour les Docteurs A. STILLMUNKES et P. DARDENNE, la prophylaxie de la coqueluche comporte deux séries de mesures : 1° l'isolement qui cherche à tarir la source de la contagion ; 2° les méthodes biologiques de prémunition, vaccins, sérums de convalescents, dont le but est d'arrêter l'évolution de la maladie à sa période d'incubation.

Les mesures d'isolement, doivent s'appliquer aussi bien aux malades qu'aux sujets intacts. Basées sur l'observation clinique, elles risquent d'être arbitraires et de se montrer inefficaces ; elles trouveraient au contraire une base solide dans l'examen bactériologique de l'expectoration. L'isolement serait levé dès que l'absence de bacille aurait été constatée.

La vaccinothérapie préventive paraît, à condition d'être précoce, appelée à rendre de grands services : de nouvelles recherches sont encore nécessaires. La sérothérapie par les sérums de convalescents est une méthode plus sûre et d'action immédiate. Appliquée sans retard et avant l'apparition des quintes, son pouvoir préventif ou atténuant est aujourd'hui bien démontré.

La prophylaxie idéale de la coqueluche doit cherchér autant à arrêter le développement de la contagion qu'à transformer une maladie qui est d'autant plus meurtrière qu'elle s'adresse à des enfants plus jeunes. (*La Clinique*, mai 1937-B).

Sur le traitement des abcès du poumon

Les Professeurs L. LANGERON, H. D'HOUR et G. DESBONNETS relatent l'histoire d'un grand abcès gangréneux profond qui, traité chirurgicalement, est complètement guéri depuis cinq ans. A ce propos, ils rappellent que déjà il ont insisté plusieurs fois sur la thérapeutique médicale, lorsqu'on se trouve en présence d'un abcès du poumon ; il leur semble que celle-ci doit être poursuivie avec ténacité. Mais il ne faut pas seulement se contenter de suivre l'amélioration de l'état général et l'évolution décroissante des signes cliniques ; il faut aussi suivre pas à pas la lésion radiographiquement. Si ces affections demandent une grande patience, il ne faut pas prolonger les tentatives médicales trop longtemps.

Au moment où l'intervention chirurgicale s'impose, il est nécessaire de préciser la nature de l'opération, qui sera demandée au chirurgien. La pneumotomie ne peut s'appliquer qu'aux cas récents et pour les abcès superficiels. Dans des abcès profonds, étendus et entourés d'une coque scléreuse, il faut, au contraire par pneumectomie exclure l'abcès, permettre au parenchyme sain de repousser vers la périphérie la paroi de l'abcès et amener ainsi sa disparition progressive. On fera une curéo-résection, type Coquelet très large.

Une intervention bien conduite est souvent bien supportée par le malade. Celle-ci n'est certainement pas facile et sans risques ; mais il faut se défendre contre la réputation de gravité, qu'on lui avait faite, il y a quelque temps encore. Le temps capital est celui de la préparation du malade, et, en particulier celui du repérage radiologique précis de la lésion. (*J. Sc. médicales de Lille*, 6 juin 1937.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Réflexions sur l'appendicite

(M. J. OKINCZYC ; 28-4-1937)

M. Okinczyc étudie sa statistique personnelle d'opérations d'appendicite qui porte sur 1.314 cas . De cette analyse, il croit pouvoir conclure que l'opération précoce, immédiate, urgente, doit demeurer la règle pour les appendicites aiguës, de diagnostic évident, observées dans les premières heures et même dans les deux premiers jours de leur évolution. Au-delà de ce terme, il convient d'apporter à cette règle quelques atténuations qui seront établies sur l'examen clinique du malade, l'indication d'intervention immédiate ou d'intervention différée demeurant la somme réfléchie de nos explorations et de notre expérience.

Syndrome hyperthermique et sérum physiologique

(M. OKINCZYC ; 28-4-1937).

Deux observations recueillies dans son service incitent M. Okinczyc à se demander si l'administration du sérum physiologique chez les opérés ne pourrait pas jouer un rôle dans la genèse du syndrome hyperthermie.

Une jeune femme est opérée pour grossesse ectopique rompue. On lui administre un litre de sérum physiologique sous la peau et 500 c. c. en goutte à goutte rectal. La température s'élève à 39°5 et le pouls monte à 120.

Le lendemain, la situation semble détendue. Mais, une certaine oligurie persistant, on reprend les injections de sérum. Aussitôt, frissons, température à 40°5, pouls à 140. Le sérum supprimé, la température revient en quarante-huit heures à la normale.

Dans une seconde observation, concernant une opération pour hémato-salpinx, de larges injections de sérum physiologique ont été suivies d'hyperthermie (41°6), pouls à 140. On renouvelle l'injection : le pouls monte à 160. On cesse le sérum : la température tombe dès le lendemain.

On sait que l'apport massif de sérum dans l'organisme peut provoquer l'apparition d'œdème de tel ou tel territoire, et, en particulier au niveau du bulbe et du cerveau ; d'où peut-être les accidents constatés chez ces deux malades.

— M. Jean QUÉNU a pensé à une explication analogue pour les accidents de pâleur-hyperthermie dont il a entretenu l'Académie dans de précédentes communications. Ces faits méritent de retenir l'attention tout en restant hypothétiques. Peut-être avons-nous tendance à abuser un peu des injections de sérum physiologique.

Vernis pour la protection du champ opératoire

(MM. J. LEVEUF et H. GODARD ; 28-4-1937)

M. Leveuf utilise pour la protection du champ opératoire un vernis dont la formule est la suivante :

Gomme mastic......	200 grammes
Colophane	400 grammes
Huile de ricin........	10 grammes
Dichloramine P	1 gramme
Ether sulfurique	580 grammes

On applique un champ stérile sur la surface de la peau préalablement recouverte de ce produit. C'est à travers lui qu'on mènera l'incision. Pour la chirurgie des membres, l'auteur emploie comme revêtement des tubes de jersey qui sont d'un usage courant en orthopédie.

La voie artérielle dans le traitement du tétanos

(M. J. DE FOURMESTRAUX ; 21-4-1937)

La toxine tétanique se fixe au niveau des centres nerveux et il apparaît logique de chercher à agir le plus directement possible sur ces derniers. A ce point de vue, l'injection de sérum par la voie carotidienne, intervention facile, doit permettre à l'agent antitoxique de se diffuser rapidement dans la totalité de l'aire vasculaire des artères cérébrales.

M. de Fourmestraux a employé cette méthode dans trois cas de tétanos sévères. Deux de ses malades sont morts, le troisième a guéri. L'auteur verse au débat toujours ouvert sur le traitement difficile du tétanos, ces trois observations sans conclusions précises.

Syndactylie. Plastie par greffe cutanée libre

(M. BOPPE ; 14-4-1937)

M. Boppe présente un enfant de six ans porteur d'une syndactylie serrée de la main gauche. Les doigts 4 et 5, puis 2 et 3 furent traités par les méthodes autoplastiques habituelles à lambeaux opposés. Cicatrisation en six semaines seulement . Entre le 3e et le 4e doigt, l'opération fut faite par greffe cutanée libre . En trois semaines, prise de la greffe ; ce procédé présente les avantages suivants : simplicité, rapidité de la cicatrisation, qualité de la guérison.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

L'index tyramine dans les hépatites

(MM. M. LOEPER, A. LEMAIRE et A. LESURE 19-3-1937)

Les fonctions du foie sont aussi variées que les substances qui lui parviennent du tube digestif, de la rate et des tissus. Aussi ne sont-elles qu'imparfaitement connues et probablement innombrable ; Chaque jour, il en apparaît de nouvelles. Organe de réserve, de sélection, de répartition, le foie est le premier relai imposé aux substances alimentaires ; il les fixe, les transforme, les détruit ; bien plus, il élabore les matériaux utiles à la nutrition des tissus, au fonctionnement des organes internes et à leur sécrétion.

Dans l'élaboration spécifique des glandes vasculaires intervient un corps chimique défini. Ce corps a été préparé le plus souvent par le foie et, malgré son raffinement, on reconnaît qu'il en provient. Vis-à-vis des glucides et des lipides, le travail est toujours d'oxydation et de désamination. Travail incessant auquel concourent toute une série de ferments ou mieux d'actions fermentaires, sinon spécifiques, du moins orientées de façon élective. Il aboutit à la formation de corps connus, dont l'insuffisance ou l'excès témoignent de troubles divers et opposés. Leur dosage dans le sang et les urines apporte déjà au clinicien des renseignements intéressants que vient heureusement compléter, préciser, l'exploration provoquée.

L'étude de la fonction sucrée est actuellement au point ; elle a fixé le pouvoir amylolytique, glycogénique ou glycopexique de l'organe. Celle de la fonction lipidique est moins précise et celle de la fonction protidique est encore en plein développement. C'est surtout à cette dernière, semble-t-il, en raison de la variété des corps, utilisables ou toxiques, auxquels elle donne naissance que l'on doit attribuer la majeure importance.

A lui seul, le taux des acides aminés est déjà capital. Marcel Labbé en effectuait le dosage global dans le sang ou dans les urines. Certains auteurs allemands, suivis de près par Chabrol, ont fixé leur attention sur la tyrosine et proposé dans certaines affections du foie, non le dosage de la tyrosine, mais l'établissement de l'index tyrosine dont les variations semblent marcher de pair avec la gravité de la maladie. Cet index tyrosine rend d'incontestables services, et sa valeur pronostique est indéniable. Bien que colorimétrique, son dosage est précis et exact.

La tyrosine se forme dans le tube digestif sous l'influence des ferments pancréatiques et elle est fixée par le foie. Son accroissement dans le sang tient à l'alimentation d'abord, à la défaillance aussi du foie et spécialement de son pouvoir fixateur. Elle est un élément nutritif, un aliment et non un produit toxique, mais elle peut, très aisément et par un processus chimique facile, une simple décarboxylation, se transformer en tyramine. Or, la tyramine n'est plus un aliment, mais un produit toxique, qui agit sur les sécrétions, le système nerveux, les vaisseaux, la tension artérielle, le cœur et l'élimination urinaire.

Elle vient du tube digestif et peut-être aussi des tissus ; mais, dès que formée, elle est fixée par le foie normal, détruite ou neutralisée par lui. On conçoit qu'elle s'accroisse ainsi dans les affections hépatiques et que son accroissement puisse avoir une valeur pronostique comme celui de la tyrosine. Mais elle peut être source d'accidents et d'incidents et elle prend ainsi une valeur pathogénique.

La tyraminémie a été peu étudiée ; dans leur communication, les auteurs montrent son importance et envisagent les troubles électifs, sinon spécifiques, auxquels elle peut donner lieu.

Fréquemment accrue dans le sang des hépatiques, la tyramine vient sans doute du tube digestif ; elle se forme peut-être dans les tissus par suite d'une formation *in situ* de la tyrosine. Le taux de la tyraminémie est assez proportionnel à la gravité de la maladie. L'index tyramine peut donc servir au pronostic. Ce corps cause certainement des accidents ; mais il est actuellement difficile d'en spécifier la nature.

Emphysème pulmonaire à grosses bulles, simulant des kystes congénitaux du poumon

(MM. M. BRULÉ, P. HILLEMAND, J. DELARUE et R. GAUBE ; 16-4-1937)

On a tendance, actuellement, à poser le diagnostic de kystes congénitaux du poumon en présence d'un malade dont les troubles pulmonaires remontent parfois jusqu'à l'enfance et chez lequel la radiographie montre des images polycycliques, annulaires et finement bordées. C'est ce que les auteurs ont fait chez le sujet dont ils rapportent l'observation. Mais l'examen anatomique est venu leur montrer que ce qu'ils prenaient pour des kystes congénitaux était, en réalité des bulles emphysémateuses, remaniées par des lésions inflammatoires et avec oblitération d'une bronche principale. Ces cavités réalisaient de véritables formations kystiques acquises, et les auteurs ont pu observer d'une manière schématique toutes les formes de passage entre ces lésions et l'empyème ampullaire.

Il en résulte que, chez un sujet atteint de sclérose pulmonaire acquise avec emphysème, d'origine probablement tuberculeuse discrète, l'oblitération bronchique, dont la cause précise échappe, a déterminé un processus d'atélectasie et de sclérose mutilante de la plus grande partie du lobe inférieur droit ; que, après un temps plus ou moins long, l'infection secondaire de cette région atélectasiée a déterminé, en même temps que la suppuration des kystes et des phénomènes de thrombose artérielle, des accidents généraux graves qui ont entraîné la mort.

Cette observation appuyée solidement sur des faits anatomiques, est la preuve que la question des kystes gazeux intrathoraciques doit être revisée.

G. F.

Les Livres

Les livres qui viennent de paraître...

MASSON et Cie, éditeurs

EXPOSITION INTERNATIONALE, PARIS 1937.
PALAIS DE LA DÉCOUVERTE

Microbiologie. L'ŒUVRE DE PASTEUR ET SES CONSÉQUENCES. (Pasteur Vallery-Radot, Legroux et Schœn). Une brochure, 96 pages, avec fig. Prix : 6 francs.

La Chirurgie (A. Gosset, P. Fredet et R. Monod, A. Tzanck). Une broch. 68 pages, avec fig. Prix : 6 francs.

La Médecine : LES ASPECTS DE LA SCIENCE MÉDICALE. Une broch. 82 pages avec fig. Prix : 6 francs.

La Biologie. Une broch. 118 pages avec fig. Prix : 6 francs.

Editions Hans HUBER
Berne (Suisse).

Problèmes psychologiques à l'usage des infirmières d'hygiène maternelle et infantile, par le Docteur W. MORGENTHALER. Traduction de Mme le Docteur Ruefenacht-Gerber. Un vol. 58 pages. Prix : fr. suisses 2.50.

Aide-mémoire de l'hospitalier

M. Julien Quet, surveillant à l'hôpital Saint-Louis, Paris, vient de publier un Recueil de règlements et de décisions, formant le statut du personnel hospitalier.

Tour à tour, nous lisons les textes réglementaires, qui décident de la nomination, du recrutement de ce personnel, de la discipline, des devoirs et droits, de l'application des lois sociales aux établissements hospitaliers.

Tout un chapitre est consacré à l'enseignement professionnel, un autre au traitement et paiement des salaires tant du personnel logé que des agents externes. L'auteur aborde ensuite les droits des agents malades ou blessés en service, le régime disciplinaire et le fonctionnement des conseils de discipline, enfin les retraites, les congés payés, le repos hebdomadaire.

Ce livre est très utile non seulement aux médecins d'hôpitaux, ou de cliniques privées et maisons de santé, mais aussi à ceux de nos confrères qui sont chargés, soit comme maires, ou conseillers municipaux, soit par désignation du préfet, de fonctions de membres des Commissions administratives des hôpitaux publics.

Dr Paul BOUDIN.

MASSON ET CIE, éditeurs,
120, boulevard Saint-Germain, Paris

A. BESREDKA, professeur à l'Institut Pasteur. — **Les immunités locales**. Un vol., 224 pages, 35 fr.

Les recherches que le Professeur Besredka poursuit depuis une vingtaine d'années ont montré que, dans bien des cas, l'organisme est susceptible de s'immuniser sans avoir recours aux anticorps du sang. En étudiant l'évolution des maladies infectieuses, on se rend compte que les microbes pathogènes rencontrent, aux points de leur irruption dans l'organisme, des cellules réceptives, lesquelles les retiennent pendant quelque temps *loco læso* ; aussi nombre de maladies infectieuses se présentent-elles, au début, avec les caractères d'une maladie locale.

Au cours de cette phase locale de la maladie infectieuse, l'organisme met en œuvre les ressources des immunités naturelles locales. Quand celles-ci, en cas d'invasion microbienne massive, deviennent insuffisantes, nous sommes en mesure d'y remédier par des moyens spécifiques, également locaux, tels que antivirus et sérums thérapeutiques ; ceux-ci, appliqués *loco dolenti*, sous forme de pansements, entrent en réaction avec les cellules réceptives saines, limitrophes du foyer infecté ; ils saturent l'affinité de ces cellules et les empêchent de se laisser infecter. La prophylaxie des cellules saines étant ainsi réalisée, le foyer allumé par les microbes se trouve circonscrit : l'infection ne peut guère se généraliser.

L'ouvrage comporte quatorze chapitres. Les trois premiers renferment des notions générales, relatives aux immunités locales, naturelles et acquises. Les chapitres qui suivent traitent de l'immunité locale de la peau, des poumons, des plèvres, du péritoine, des méninges, de l'intestin et de la rate. Un chapitre spécial résume le problème de l'immunité locale chez les plantes ; enfin, le dernier chapitre est consacré à l'immunité locale passive.

P. L.

RENOUVELLEMENT DES ABONNEMENTS

Pour éviter les frais de recouvrement, qui sont aujourd'hui très onéreux, nous prions nos abonnés de vouloir bien nous adresser le montant de leur abonnement, soit **60 fr.**, par versement à notre compte de chèques postaux *Concours Médical*, PARIS, 167-95, versement qui peut être fait dans tous les bureaux de poste.

Les Thèses

M. — Dr A. Vellin. — **Contribution à l'étude du traitement de la gale par le benzoate de benzyle.** (Thèse 1937.) Travail de la Clinique dermatologique de Marseille.

L'auteur apporte à l'appui de son étude cent douze observations de malades traités par la méthode de Kissmeyer (application de lotion au benzoate de benzyle). Les avantages de ce traitement sont les suivants : efficacité égale, sinon supérieure à celle de la frotte ; action très rapide, plus marquée que celle du baume du Pérou ; prix de revient très faible ; grande propreté d'application.

Mélangé à l'alcool et au savon, le pouvoir de pénétration du médicament augmente et son utilisation est des plus commodes. Après un savonnage suivi d'un bain, on brosse le patient à l'aide d'un pinceau en soies de porc, imprégné de lotion antipsorique, en insistant sur les régions atteintes. Deux applications, qu'on laisse sécher, faites à quelques minutes d'intervalle, suffisent généralement à détruire tous les parasites. Il convient d'attendre une semaine la preuve d'une récidive avant de refaire le traitement. Sur 112 malades, 103 furent guéris en vingt-quatre heures. Le traitement est le moins irritant de tous ceux qui ont été utilisés jusqu'alors. Il peut être employé dans toutes les formes cliniques de la gale ; seules les pyodermites très prononcées exigent une médication préalable.

Dépourvu de toxicité, le traitement de la gale par le benzoate de benzyle est applicable chez les enfants les plus jeunes, les vieillards et les femmes enceintes. C'est la méthode de choix pour les sujets à peau délicate. Elle facilite grandement le traitement à domicile et réunit toutes les conditions voulues de propreté. L'auteur s'est adressé pour traiter ses malades à un produit spécialisé (lotion antipsorique Specia) dont la formule est la suivante :

Benzoate de benzyle.....	30 grammes
Excipient hydro - alcoolique savonneux........	q. s. pour 100 c. c.

P. — Dr V.-J. Weil. — **Les attitudes de cure adjuvantes dans la collapsothérapie au cours de la tuberculose pulmonaire.** (Thèse, 1937.)

Les études radiologiques de la statique et de la cinématique thoracique dans les différentes attitudes montrent que certaines positions peuvent assurer un repos plus ou moins complet à certaines parties du poumon et au contraire entraîner l'hyperfonctionnement d'autres régions. On a été dès lors amené à recommander en connaissance de cause ces positions pour renforcer l'action de la collapsothérapie et utiliser au maximum le fonctionnement des parties saines du poumon.

Ainsi, au cours du pneumothorax artificiel efficace la meilleure attitude de cure sera celle du décubitus dorsal ou ventral. En cas d'adhérences apicales non sectionnables, la cure déclive pourra permettre de continuer le pneumothorax.

Un pneumothorax inefficace, qu'on ne peut améliorer par une méthode complémentaire, est dangereux et il *ne doit pas être continué. La cure latérale* sur le côté malade permettra d'obtenir plus rapidement la symphyse souhaitée en ramenant le moignon pulmonaire vers la paroi.

Au contraire, si au cours d'un pneumothorax efficace mais récent une symphyse vient faire craindre son abandon prématuré la cure en décubitus latéral sur le côté sain retardera cette réexpansion en écartant le poumon de la paroi.

THÉRAPEUTIQUE

Notes sur l'insomnie

Par le Dr Chauvet

Parmi les problèmes que, presque journellement, le praticien doit résoudre, il en est un, l'insomnie, qui est particulièrement complexe. En effet, nombreuses sont les causes des troubles du sommeil, plus nombreux encore les moyens que met à notre disposition l'arsenal thérapeutique moderne. Aussi faut-il, pour arriver au résultat cherché, savoir dépister ces causes et surtout prescrire le médicament exactement approprié au cas envisagé.

Parfois l'insomnie n'est que l'un des éléments d'un tableau symptomatique riche et nettement défini. Les hypnotiques trouvent rarement ici leurs indications primordiales, ils cèdent le pas au traitement causal. Plus que d'un hypnotique, l'insomnie d'un asystolique bénéficiera d'un tonicardiaque, celle d'un tuberculeux pulmonaire, qu'à chaque instant ébranle une secousse de toux, d'un antispasmodique. Mais si dans ces cas l'insomnie et sa cause semblent exactement

proportionnées il en est d'autres où l'harmonie est rompue. La cause est minime ou cachée, l'insomnie évolue pour son propre compte et à son tour engendre de nouveaux troubles. Le malade qui passe une grande partie de ses nuits à se tourner et retourner sur sa couche, attendant un sommeil trop tardif que viennent encore troubler de brusques réveils, est rapidement déprimé, asthénié, et bientôt, parmi tous ces symptômes intriqués, il est difficile de découvrir le primordial. Devant les traits tirés, le teint blafard, la fatigabilité, on serait tenté, après un interrogatoire superficiel, de prescrire quelque stimulant qui ne peut manquer d'aggraver encore l'état de l'insomniaque. Il importe donc ici de rechercher avec soin l'épine irritative et la précision des malaises.

Mais fréquents sont les cas où il est impossible de découvrir une base organique. Il est classique de dire que la fatigue engendre un bon sommeil réparateur. Il n'en est pas toujours ainsi. Qu'elle soit causée, ou par un travail physique trop intense, ou plus fréquemment, par un travail intellectuel, la fatigue peut s'accompagner d'insomnie. Cet intellectuel, après de trop longues soirées de travail est poursuivi, jusque dans son lit, par les livres qu'il vient de quitter, tous ses efforts ne font qu'ancrer plus profondément les pensées dont il veut se débarrasser. Bientôt il est obsédé et l'agacement qui en résulte concourt encore à retarder la venue du sommeil. Et ce sommeil déjà réduit dans sa quantité sera aussi diminué dans sa qualité : loin d'être calme et vide, il sera peuplé d'associations d'idées plus ou moins baroques. Les cellules nerveuses soumises à une trop rude épreuve réagissent paradoxalement par une activité désordonnée hors de propos.

Si beaucoup d'individus n'arrivent à ce stade d'hyperexcitabilité nerveuse avec insomnie qu'après une période de réel surmenage, d'autres, au contraire, se comportent comme de véritables réactifs trop sensibles au milieu ambiant. Ce sont les émotifs, petits anxieux, pour lesquels chaque projet demande une discussion serrée et chaque acte une critique rétrospective. Ils sont abouliques, tenaillés par les regrets, assaillis de remords. Les évènements extérieurs se répercutent longuement en eux et le soir, à l'heure du sommeil, critiques du passé et préoccupations d'avenir, s'unissent pour l'éloigner.

Tous ces insomniaques de types divers doivent être traités différemment ; à une insomnie d'origine organique, on opposera, si possible, une médication étiologique, mais si elle occupe le premier plan, il faudra associer un traitement symptomatique. Enfin dans les cas, les plus nombreux, où l'insomnie est fonctionnelle, il faudra prescrire une médication hypnotique.

Ces malades sont souvent imprégnés de toxiques soit exogènes, tabac, café, soit endogènes, produits de désassimilation mal éliminés pendant un sommeil trop court et incomplet. Cette intoxication, il faut supprimer ses causes par les règles hygiéno-diététiques et ne pas leur substituer un autre toxique médicamenteux, l'importance de la notion de toxicité de l'hypnotique choisi.

A cette notion se rattache celle de l'accoutumance. Les malades ont tendance à prolonger sans besoin l'emploi d'un médicament qui leur a rendu un sommeil naturel hanté par le souvenir des nuits blanches passées. Et l'action de beaucoup d'hypnotiques s'épuise progressivement ; de plus s'ils procurent le sommeil, beaucoup ne régularisent pas la fonction perturbée. Tous ces facteurs ont tôt fait, si l'on n'y prend pas garde, de faire passer l'insomniaque dans le rang des toxicomanes.

Les dérivés de l'urée forment une gamme de médicaments très actifs et très maniables du plus haut intérêt. Le type en est l'allylisopropylacétylcarbamide. Préparé industriellement, sous le nom de sédormid, et présenté sous la forme de comprimés dosés à 25 centigrammes, il est réellement actif aux doses de 25 à 75 centigrammes, alors que les effets toxiques n'apparaissent qu'à des doses sept à huit fois plus élevées : donc très large marge de sécurité.

Deux comprimés pris au cours de la journée soulagent les anxieux, deux comprimés le soir, dans une infusion procurent une nuit paisible.

Chez aucun de nos malades l'usage du sédormid n'a entraîné de phénomènes d'accoutumance ou d'accumulation.

Après une nuit calme, le réveil est agréable, l'esprit tout à fait libre.

Pour terminer la cure, il suffit de diminuer les doses progressivement, par paliers et le malade passe sans à-coup du sommeil provoqué au sommeil naturel.

L'emploi du sédormid nous a permis de rendre de grands services à nos malades anxieux ou insomniaques, convalescents, surmenés, émotifs. Non seulement leurs nuits sont consacrées au sommeil et non plus aux inquiétudes, mais les journées sont rendues supportables par la suppression de la fatigue passée et de l'appréhension de la nuit à venir.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

TRAVAUX ORIGINAUX

Bulletin de l'Actualité

LA TUBERCULOSE DES NOIRS

En nous rendant à la séance spécialement organisée à l'Académie de médecine, à l'occasion de l'Exposition et des Congrès médicaux, nous ne croyions point entendre, à propos de la médecine aux colonies, un exposé aussi substantiel, aussi plein d'intérêt, aussi important pour notre avenir colonial que celui que fit le Professeur Bezançon, sur « *la tuberculose des Noirs* ».

Avant la grande guerre, cette question n'offrait qu'un faible intérêt ; de temps à autre, nous voyions mourir dans les services hospitaliers des Nègres transplantés, dont les tuberculoses et les formes anatomiques évolutives rappelaient bien peu la marche habituelle de la tuberculose, évoluant chez les Blancs.

C'est pendant la guerre, la nécessité d'incorporer des troupes noires qui posa le problème d'une manière angoissante, car les tristes résultats obtenus au camp de Fréjus, firent douter de la possibilité d'utiliser en France, des troupes indigènes.

La mortalité élevée du camp de Fréjus pendant le premier hiver, ne fut point le fait de la tuberculose ; ce furent surtout des affections à pneumocoques, particulièrement graves, avec de fortes réactions thermiques, qui décimèrent les effectifs.

Ce n'est qu'au cours des années suivantes, que la tuberculose commença ses ravages, en portant à des chiffres élevés le taux de la mortalité. Lors d'une enquête, qu'il fit à Fréjus, le Professeur Borrel avait pu se rendre compte que la plupart des Noirs ne réagissaient à la tuberculine que dans de très faibles proportions et il en avait conclu que l'infection tuberculeuse présentait, chez eux, des caractères très particuliers de gravité, et que son évolution présentait des analogies, avec ce qu'on observe chez les souris, chez les cobayes et aussi chez les nourrissons.

Ces constatations et ces conclusions avaient pour corollaire immédiat, de modérer l'entrée des troupes noires en France, de renoncer aux grands effectifs de troupes de couleur qui fondaient très rapidement, puisque la plupart de ces soldats, amenés à grands frais, y contractaient une tuberculose mortelle.

***

MM. Bezançon et Arnould pensent qu'il faut reprendre cette question, car depuis les constatations faites par Calmette et Borrel, bien des observations nouvelles sont venues infirmer leurs conclusions.

On a attribué à tort l'extrême gravité de la tuberculose des troupes d'Afrique, à l'absence d'allergie tuberculeuse, constatée par Borrel. Cette absence de réaction ne s'observe plus sur les effectifs actuels, où la proportion de ceux qui réagissent à la tuberculine s'est élevée à plus de 60 %, et où la mortalité par tuberculose, tout en restant supérieure à celle des troupes métropolitaines, a diminué dans de fortes proportions.

L'allergie ne doit point être mise en cause, car on retrouve chez des Noirs, en état d'allergie, des tuberculoses extrêmement graves, en étudiant la mortalité des Nègres qui travaillent dans les mines du Sud de l'Afrique où ils ne sont pas cependant transplantés hors de leur continent et qui réagissent à la tuberculine, avec la même fréquence que les Européens. Si la mortalité est chez eux élevée, ce n'est pas le fait de la transplantation, mais le fait du changement de vie qui leur est imposé. Le Nègre habitué à vivre libre au grand air, ne s'adapte pas au travail de la mine, aux conditions souvent déplorables de la nourriture et du logement.

***

Ces constatations faites en Afrique, correspondent aux observations des médecins américains, dont l'expérience est considérable, puisque douze millions de Nègres vivent aux Etats-Unis. Des Américains ont trouvé que les cuti-positives sont aussi fréquentes chez les Nègres que chez les Blancs, et cependant la tuberculose présente sans aucun doute chez le Noir, une gravité plus grande. En reprenant l'étude de la mortalité chez les Noirs d'Amérique, aux temps de l'esclavage, et pendant les deux premiers tiers du XIXe siècle on est étonné de voir qu'elle y était modérée, tout auplus égale à celle des Blancs, la grande mortalité n'apparaît qu'avec la libération des Nègres, elle atteint le double, le triple, voire dans les villes le quadruple et même davantage de la mortalité chez les Blancs. On se l'explique par le changement survenu aux habitudes du Nègre, obligé de modifier sa manière de vivre, quittant les grands domaines ruraux où leurs propriétaires les entretenaient avec soin, pour mener dans les grandes agglomérations urbaines une vie misérable, faite surtout de privations.

La tuberculose du Nègre, ainsi comprise, vérifie cette règle générale que les conditions d'existence d'un groupe primitif commencent d'abord par empirer, quand il entre en contact avec un groupe civilisé. En pareille circonstance, sous l'action de causes banales défavorables, l'organisme humain, le terrain biologique, et sa résistance naturelle à l'infection bacillaire fléchissent chez nombre d'individus et n'entravent plus la pullulation du bacille.

La grande mortalité par tuberculose est avant tout, une question sociale et c'est en partant de cette notion nouvelle, qu'il faut entreprendre la lutte contre la mortalité tuberculeuse.

La question n'est d'ailleurs point spéciale au Noir, elle se pose, depuis quelques années, pour les émigrés de provenances diverses qui vivent en Amérique et dont les conditions de vie sont un peu celles des Noirs transplantés.

Si au cours de la grande guerre il y a eu chez les Nègres d'Afrique tant de tuberculoses graves et mortelles, ce n'est point tant l'absence d'allergie, la transplantation qu'il faut mettre en cause, que les conditions de la vie du front qui étaient le fait de la guerre.

A la triste expérience du camp de Fréjus, il faut opposer les résultats réconfortants obtenus, au camp de la Rochelle où il semble que la tuberculose a perdu de son caractère d'extrême gravité, car à la Rochelle, les Noirs vivent dans de bonnes conditions d'hygiène.

Quantité de précautions sont prises concernant leur nourriture, leur couchage, la manière dont ils sont vêtus. Les troupes nouvelles sont soumises à un entraînement progressif et l'organisation du Service de santé permet un dépistage précoce et systématique des cas nouveaux de tubercuose. On veille à la manière dont les recrues sont habillées, des précautions particulières sont prises, pour éviter les méfaits du froid, des boissons chaudes sont distribuées judicieusement, en un mot, on réduit au minimum, l'action redoutable de toutes ces causes secondes qui sont les facteurs d'une tuberculose rapide et grave.

L'expérience du camp de La Rochelle, les bons résultats obtenus, remettent en mémoire ce mot si juste de Casimir Périer : « *la tuberculose sévit dans le monde où l'on pâtit* ».

On mesure ainsi l'importance du facteur social dans la détermination et dans l'évolution de la tuberculose et on peut dire que l'acclimatation des troupes noires en France est possible, à condition de faire tout ce qu'il faut, pour leur organiser une vie hygiénique, bien surveillée.

***

La question de la tuberculose des Noirs telle que nous l'ont présentée MM. Besançon et Arnould est d'une haute portée sociale, elle intéresse au plus haut point notre défense nationale et nous devons remercier ces auteurs de l'avoir mise sur son véritable terrain qui est celui d'une hygiène bien comprise et bien organisée.

Dr Raphaël MASSART.

CONGRÈS INTERNATIONAL POUR LA RÉPRESSION DE L'EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE

Préambule

A l'occasion des Journées médicales internationales, qui se sont tenues à Paris, le Docteur Boelle, le dévoué directeur de l'Office de répression de l'exercice illégal du Syndicat des médecins de la Seine, avait eu l'heureuse idée de convoquer ceux des confrères français et hors frontières, qui s'occupent de la lutte contre le charlatanisme et l'empirisme.

Grâce au concours du Docteur Fernand Decourt, secrétaire général de l'A. P. I. M., une revue d'ensemble a pu être faite, embrassant divers pays et leur législation. Point n'est besoin, en effet, de voter des vœux, de faire de grands discours, pour invoquer un *modus vivendi*, qui se ressent de l'idéalisme, pour ne pas dire de l'utopie : mieux vaut assembler des compétences, leur demander d'exposer la loi telle quelle est, établir des comparaisons entre diverses législations, puis se tourner vers des techniciens, en l'espèce des juristes et les charger de rédiger des projets de lois, qui seront ensuite portés aux Pouvoirs publics.

Donc, pas de vœux, des actes ; pas de grands discours et longues dissertations que bien peu écoutent ou lisent ; mais des travaux constructifs, aboutissant à remplacer un article de loi par un texte mûri, dont les termes sont bien pesés : donc travail tout préparé pour nos législateurs.

Les directives du Congrès

Deux présentations, à l'extrême l'une de l'autre avaient été adoptées. D'une part, le Docteur Fernand Decourt, qui possède une documentation considérable sur l'exercice de la médecine hors de nos frontières, avait accepté de présenter la thèse suivante : De l'exercice « libre » de la médecine dans certains pays. Quels sont les résultats obtenus, lorsque les gouvernements reconnaissent à quiconque, avec ou sans titre, le droit absolu et complet de traiter les maladies ? Est-ce un bien ? Est-ce un mal ? La santé publique a-t-elle plus à pâtir de cet état de choses, que lorsque l'exercice de la médecine est réglementé ?

A l'extrême opposé, le Docteur Paul Boudin devait, en juriste médical, soutenir la thèse de la réglementation légale et obligatoire de l'art de guérir. Il devait exposer les motifs des échecs de certaines législations et présenter aux suffrages des congressistes, un texte législatif, devant modifier la loi française, pour que soit possible la répression efficace de l'exercice illégal de la médecine.

Entre ces deux thèses contraires, les assistants devaient faire des communications en sens divers. Après quoi, les congressistes auraient à faire connaître leurs préférences soit en faveur de l'exercice « libre » de la médecine, soit en faveur d'un exercice légalement réglementé.

De l'exercice libre de la médecine dans certains pays

Nous ne saurions trop répéter la reconnaissance que le Corps médical de tous les pays doit au Docteur Fernand Decourt, pour avoir eu l'idée, puis le courage d'organiser un Bureau international d'informations professionnelles, en ce qui concerne l'exercice de la médecine dans le monde entier. Tous nos confrères connaissent maintenant l'A. P. I. M. ; mais ce qu'ils savent moins, c'est la forte, l'intéressante documentation qui a pu être réunie patiemment, de sorte que quiconque a besoin de renseignements précis, sur l'application médicale de telle ou telle loi sociale (accidents du travail, assurances sociales, jurisprudence, etc., etc.), peut les trouver, dans les bureaux de l'A. P. I. M. une bibliographie et des rapports très documentés, rédigés par les représentants médecins de chaque nation.

Decourt, dans son rapport, se borne à prendre comme exemple, quatre grands pays, dont chaque correspondant national a déclaré que l'exercice de la médecine était libre : Allemagne, Grande-Bretagne, Norvège, Suède. Autrement dit, dans ces grands pays, il n'est pas indispensable de posséder un diplôme médical, pour traiter ses compatriotes.

Voici les réponses aux diverses questions qui ont été posées aux correspondants nationaux médecins de ces pays.

Première question : *Peut-on, dans votre pays, donner des soins sans être pourvu d'un diplôme ?*

Allemagne. — L'exercice de la médecine est entièrement libre ; mais à la condition, pour les non-diplômés, de ne pas exercer une pratique ambulante, de ne pas prendre le titre de médecin, ou vocable analogue, obligation de se présenter chez le médecin d'arrondissement ; — exclusion des fonctions de médecin fonctionnaire ; — défense de vacciner ; — interdiction de soigner les malades des Caisses d'Assurances sociales ; — interdiction de pratiquer les accouchements ; — interdiction aux pharmaciens de pratiquer l'art de guérir ; les guérisseurs ne peuvent prescrire que les médicaments dont le commerce est libre.

Il est indispensable d'acquérir un diplôme, délivré sur présentation d'un « certificat de capacité », si l'on veut se donner le titre de médecin, de chirurgien, d'oculiste, d'accoucheur, de médecin-dentiste, de vétérinaire.

Même obligation, si l'on veut obtenir une charge

médicale administrative, soit de l'Etat, soit d'une commune. Ce diplôme ne donne pas le droit de porter le titre honorifique de « docteur ».

Une loi allemande du 13 décembre 1935 confirme ces principes généraux. Quiconque n'a pas obtenu le diplôme ne peut pas se qualifier « médecin », ni exercer la médecine publique, ni traiter certains malades, ou certaines affections.

GRANDE-BRETAGNE. — L'exercice de la médecine est libre ; mais la réglementation permet à quiconque réclame des soins de savoir si celui qui le traitera est ou non « qualifié ». C'est donc la protection du titre qui est établie.

Cependant quelques restrictions frappent les praticiens non qualifiés : ils ne peuvent pas recevoir certains honoraires, ni signer de certificats, ni soigner les maladies vénériennes, ni prescrire des remèdes dangereux.

NORVÈGE. — Le titre de « médecin » est seul protégé, alors que l'exercice est libre. Il est interdit aux non-médecins de traiter des maladies contagieuses, ou épidémiques, ni accidents du travail, ni assurés sociaux.

SUÈDE. — L'exercice n'est pas entièrement libre : il faut être qualifié par un diplôme, ou avoir obtenu un agrément de l'administration par une permission spéciale.

DEUXIÈME QUESTION : *Les groupements professionnels médicaux, dans ces pays, s'occupent-ils de la lutte contre le charlatanisme ?*

En ALLEMAGNE, les chambres médicales, les médecins fonctionnaires, etc., se préoccupent des inconvénients, pour la santé publique, de cette liberté. Aussi un projet de loi est-il en préparation, pour réglementer l'exercice de la médecine.

En GRANDE-BRETAGNE et en NORVÈGE, les Associations médicales ne peuvent que poursuivre les usurpations de titres, et de qualifications.

TROISIÈME QUESTION : *Faut-il viser à l'interdiction de la médecine libre ?*

Les médecins allemands souhaitent l'abolition de la liberté de guérir ; mais les procédés immédiats et brusqués n'auraient aucune chance d'aboutir. Il faut procéder par paliers, étant données les habitudes locales.

En Angleterre, le public n'est pas préparé à une réglementation de l'art de guérir : tout au plus serait-il souhaitable que les para-médicaux puissent justifier de certaines connaissances élémentaires, sans leur délivrer de diplôme.

De même en Norvège et en Suède, ni le Gouvernement, ni le peuple n'admettraient une répression de l'exercice illégal.

Conclusions du rapporteur

Le Docteur Decourt fait remarquer que, dans ces pays où l'exercice de la médecine est libre, c'est l'usurpation du titre, ou de la qualification qui est poursuivie et non le fait de soigner la plupart des maladies, sans avoir de diplôme. De plus, dans ces pays, l'opinion publique est en faveur de la conservation du droit de soigner pour les guérisseurs.

Aperçu sur les réglementations législatives de divers pays

Le Docteur Brandlight rapporte cette question.

En ITALIE, une loi du 30 mai 1928 punit d'une amende de 500 à 2.000 lires quiconque exerce la médecine sans diplôme. En cas de récidive l'amende est de 2.000 à 5.000 lires et emprisonnement de un à trois mois. De toutes façons, le matériel employé pour commettre le délit est confisqué au profit de l'Etat. Il peut même être placé sous séquestre, par ordre du préfet de la province, en attendant le jugement du tribunal.

Dans les PAYS-BAS, la loi punit les illégaux de la médecine.

En TCHÉCOSLOVAQUIE, interdiction des conférences faites par des non-diplômés.

En ALLEMAGNE, la publicité charlatanesque est refrenée.

Au DANEMARK, est passible d'une amende quiconque, sans être agréé comme médecin, aura, par voie d'annonces, abstraction faite de la simple indication de son adresse, de réclames, affiches, ou par l'envoi de prospectus, ou de toute autre manière, fait connaître au public, ou à toutes autres personnes qui lui sont inconnues qu'il traite des malades.

Egalement, en ITALIE, la publicité médicale est réglementée, portant interdiction de toute réclame promettant la guérison, ou de celles qui pourraient choquer la morale ou la dignité sociale.

En DANEMARK, est punie l'usurpation du titre de médecin, ou de tout autre vocable permettant de faire croire qu'on est agréé comme médecin. Est également punissable quiconque, sans avoir été agréé comme médecin, pratique une opération, fait une anesthésie générale, ou locale, administre des médicaments, qui ne doivent être délivrés, dans les pharmacies, que sur ordonnance médicale, ou applique un traitement radio ou radiumthérapique, ou se sert d'appareils électriques, dont l'emploi, par des personnes non diplômées, est interdit par le ministre de l'Intérieur.

En URUGUAY, les mécaniciens dentaires qui font de l'exercice illégal de la profession de dentiste voient leur matériel professionnel confisqué au profit des polycliniques dépendant du « Conseil de santé ».

Exercice de la médecine en Belgique

Le Docteur Hyvart, rapporteur, insiste tout d'abord sur ce principe, c'est que les grands coupables de l'exploitation du public par les illégaux et le charlatanisme, ce sont les journaux, les périodiques, les volumes dits de vulgarisation, la radio, le cinéma. Débauche de publicité de toute sorte, innombrables consultations gratuites, ou distributions de médicaments par des non-diplômés. Et notre confrère démontre que cette tolérance incompréhensible du charlatanisme aboutit à des fardeaux sociaux et fiscaux considérables, puisque les victimes de ces réclames tombent à la charge de la collectivité, ou sont incapables de tenir leur rôle social dans la production collective de la nation.

Parce que le médecin n'est pas appelé à diagnostiquer en temps utile une affection, qui, à ce moment peut-être curable, ou améliorable, parce que les charlatans de tous ordres, ces illégaux peuvent vendre leur camelote avec gros bénéfices, nombreux sont ces malades qui tombent à la charge des œuvres de charité, de l'assistance publique, c'est-à-dire à la charge des contribuables et de la Nation.

Tous les ans, notre gouvernement dépense des millions pour faire de la médecine préventive, pour subventionner des œuvres de lutte contre le cancer, la tuberculose, ou la syphilis. Cette œuvre gouvernementale se heurte à la publicité des trafiquants en médicaments et à leurs procédés de guérison de tous ordres. Ils ne gagnent de l'argent que parce que les Pouvoirs publics ne veulent pas enrayer ce coupable commerce.

Au nom de la « Liberté de la Presse », on permet par les réclames de quatrième page des journaux de détruire l'effet des communications scientifiques officielles de la première page. Le micro de la T. S. F. est censuré en ce qui concerne certaines communications politiques mais jamais il ne l'est pour la réclame de certains médicaments, lancés à grand renfort de publicité.

Et le rapporteur de conclure que certains pays novateurs n'ont pas craint de faire passer au premier plan de leurs préoccupations la protection de la santé publique ; avec raison, ils ont compris l'importance primordiale de l'hygiène sociale, tout autant menacée par ces réclames charlatanesques que par des germes microbiens de tous ordres. La censure devrait être rigoureusement appliquée tant sur les réclames de journaux que sur les annonces de T S.F. que de cinéma.

La défense du titre de docteur en médecine

Me Vachette, avocat à la Cour d'appel de Paris, avocat conseil du Syndicat médical de la Seine expose les empiètements que journellement font les illégaux de la médecine, pour faire croire à leurs dupes que celles-ci ont affaire à un véritable médecin diplômé. Ce titre de docteur est usurpé aussi bien par ceux qui n'ont aucun diplôme que par ceux qui escamotent l'énoncé de la Faculté étrangère, à laquelle ils ont pu obtenir, trop souvent contre argent comptant, des grades plus ou moins fantaisistes, enfin par ceux qui, docteurs d'université, c'est-à-dire qui n'ont aucun droit légal pour exercer en France, ou qui, pratiquant une branche annexe ou connexe de la médecine, usent d'un grade de docteur en une matière quelconque, pour faire supposer qu'ils sont véritablement docteurs en médecine

En France, l'usage bien établi, reconnu par la jurisprudence, admet que le vocable « docteur » précédant le nom, signifie « médecin ». Et Me Vachette cite de nombreux exemples, qui prouvent l'ingéniosité des gens qui entendent abuser la confiance du public, pour en tirer un profit pécunier.

Et s'appuyant sur la jurisprudence et sur les usages en matière de droit médical ou de droit commercial, ou de professions diverses, le rapporteur de souhaiter que la loi puisse permettre aux tribunaux de réprimer toute infraction, afin de ne plus tolérer que certains puissent se servir du titre d'une profession pour en exercer une autre, soit par détournement du crédit attaché à la profession médicale, soit en punissant d'amende, pour la première infraction, toute usurpation de titre, ou de vocable ou même simple équivoque.

Le doctorat d'Université

A son tour, Me Fontaine, avocat à la Cour de Paris et avocat conseil du Syndicat des médecins de la Seine, vint nous exposer l'historique de ce diplôme, uniquement réservé aux étrangers, lesquels en principe, leurs études terminées, devraient retourner dans leur pays d'origine.

Malheureusement, ceux de ces étrangers, qui préfèrent désormais vivre en France, font jouer des influences politiques diverses, pour obtenir des équivalences des titres initiaux (baccalauréat, P C. B) ou même la dispense d'inscriptions et de la plupart des examens, afin d'obtenir, sans grande difficulté le remplacement de leur titre d'Université en grade d'Etat. D'où l'envahissement progressif de la profession médicale par une phalange de plus en plus compacte de praticiens de souche étrangère, introduisant, dans l'exercice de notre profession — certains disent de ce sacerdoce — un esprit mercantile, ou autre, qui n'est pas français.

Le rapporteur démontre qu'à cause du barrage établi par la loi du 26 juillet 1935, de nombreux étrangers, diplômés d'Université, restent en France épousent des françaises et se livrent à l'exercice de la médecine, tant en se faisant passer pour diplômés d'Etat qu'en s'associant plus ou moins ouvertement avec des Français titulaires du grade d'Etat, pensant être ainsi couverts par le titre régulier de leur complice. Aussi, les syndicats médicaux — et celui de la Seine en particulier — poursuivent-ils devant les tribunaux correctionnels ces diplômés d'Université, lorsqu'ils exercent illégalement, avec ou sans

complicité française, ou lorsqu'ils tentent d'usurper le titre et le vocable de docteur en médecine d'Etat

Exercice illégal et charlatanisme médical

Le Docteur Robert, d'Issoudun, expose avec beaucoup d'humour de nombreux exemples, montrant l'audace, l'ingéniosité, ou même la naïveté de certaines annonces et réclames, destinées à attirer la foule des malades dans telle ou telle officine d'illégalité. Malheureusement, il n'y a pas que les non-diplômés, qui utilisent ces procédés coupables : des pharmaciens, des médecins authentiques abusent de cette réclame charlatanesque, qui jette un discrédit sur notre profession.

Exercice illégal de l'ophtalmologie

Le Docteur Liégard démontre comment les para-médicaux, les charlatans et les opticiens peuvent abuser du public, en vendant leurs verres et appareils, tout en pratiquant, ou en simulant la pratique des examens médicaux nécessaires. D'autres, à grand renfort de réclames, vendent des collyres, des pommades, voire même des médicaments pour l'usage interne, destinés à combattre, ou à guérir de nombreuses affections oculaires.

Ce sont des Instituts, des cliniques, une Académie ophtalmologique, où l'on traite soit directement, soit par correspondance. Certains se font assister par un médecin à gages, lequel est remercié, lorsqu'il a dressé et éduqué des employés qui, parés du titre de « réfractionnistes », détermineront l'acuité visuelle par des procédés instrumentaux.

Le commerce des verres d'optique, des lunettes et autres appareils correcteurs de la vision étant libre en France, de nombreuses firmes qui ont beaucoup de succursales ou de voyageurs, des forains même débitent force lunettes, drogues diverses, appareils de massage, etc., après un simulacre d'examen.

Et la réclame de s'étaler dans les journaux de Paris, ou de province, au cinéma, à la T. S. F. : les pouvoirs publics ne semblent pas s'émouvoir de cette mise en coupe réglée de la maladie. Le Syndicat national des oculistes a entrepris la chasse aux illégaux. Il en fait condamner un certain nombre, il a même fait affirmer, par la Cour de cassation, certains principes généraux, par exemple, l'interdiction de la skiascopie aux non diplômés.

A côté de cette lutte judiciaire, le rapporteur propose que les maisons sérieuses d'optique soient dotées d'un panonceau spécial, qui ferait connaître au public les opticiens vraiment compétents et recommandables aux malades.

Exercice illégal de la médecine dermatologique

Le Docteur Desaux montre que certains individus, dépourvus de tout diplôme, s'occupent de l'entretien et de l'hygiène de la peau de leur clientèle féminine — parfois masculine —, mais traitent aussi des dermatoses gênantes, disgracieuses, au risque d'apporter des perturbations graves dans l'organisme.

Aucune loi ne réprime ces procédés dommageables pour ces clients, qui demandent le rajeunissement, ou le maintien de la beauté, par des procédés de massages, applications d'emplâtres ou de pommades, lesquels provoquent fréquemment des désordres locaux, ou généraux. D'autant que les juges correctionnels hésitent à condamner, lorsque l'avocat de la défense soutient que le prévenu n'a pas pris part au traitement des maladies, puisque les procédés d'esthétique n'ont pas d'effet curatif.

Cependant, le Congrès international de dermatologie de septembre 1935 a défini la « dermatose » : le moment où la peau ne possède plus, ou a perdu sa structure et sa physiologie normales. Au surplus, le terme de dermatose inesthétique doit disparaître comme créant une confusion dans l'esprit des juges et des malades.

La loi devrait ne confier qu'aux seuls médecins le droit de poser un diagnostic et de procéder au traitement de toutes les affections de la peau. Une fois reconnues, certaines de celles-ci demandent, pour être traitées, une douceur et une prudence thérapeutiques que seuls peuvent posséder les docteurs en médecine spécialisés.

Devraient également être interdits tous ces procédés divers d'intervention sur des peaux même absolument normales, sous prétexte d'hygiène et de soins de beauté. Le « dysfonctionnement de la peau » peut résulter de pratiques appliquées sans discernement par des non-diplômés, qui échappent actuellement à toute surveillance médicale.

Le charlatanisme et les maladies vénériennes

Le Docteur Sicard de Plauzolles, avec sa compétence très appréciée, montra les ravages bien connus que font les illégaux, ou même des médecins dits « d'urinoirs ». Les Pouvoirs publics sont saisis de vœux divers, émanant de congrès et de sociétés savantes ; on leur a soumis des propositions de lois ; mais aucune réaction ne se produit, pour protéger la santé publique, alors qu'on dépense de grosses sommes, pour fournir gratuitement des spirillicides aux véritables dispensaires, où travaillent de véritables médecins spécialisés.

Le charlatanisme en phtisiologie

Mlle le Docteur Yvonne Simon expose les ravages que font tous ceux qui permettent la guérison, ou la prévention de la tuberculose, par des procédés de tous ordres. Les illégaux de la médecine, les réclames et publicités médico-pharmaceutiques, les médecins, indignes de porter ce titre gagnent de l'argent au détriment de malades trop crédules, qui ne consultent l'homme de l'art que lorsque de graves désordres irréparables sont produits.

Le rapporteur s'élève à juste titre contre la publicité donnée trop hâtivement à des procédés de

thérapeutique mal étudiée, ou n'ayant pas subi l'épreuve de l'expérience. Les uns par mystique de la médecine, par zèle intempestif dans la lutte contre la tuberculose, d'autres pour gagner rapidement de l'argent prônent des médications aussi inefficaces que nuisibles.

Il est souhaitable que des Commissions médicales émanant des sociétés savantes et des Syndicats médicaux, puissent éclairer les praticiens sur la valeur de certains procédés, en attendant qu'une loi mette un terme à l'exploitation de la santé publique.

Exercice illégal en spécialité dentaire

MM. Friteau et Corniou présentent un rapport, qui corrobore les doléances du Corps médical tout entier. Ils insistent surtout sur l'exploitation de cabinets, qui sont propriété d'illégaux, de mécaniciens, lesquels ont à leur solde des opérateurs diplômés, pour couvrir les pratiques illégales. Aussi, tout en acceptant les mesures de répression, proposées par le Corps médical, insistent-ils sur la question de la propriété du cabinet qui, s'il était possible de le définir juridiquement par un texte de loi, ne devrait appartenir qu'à un diplômé de la loi de 1892.

Activité du Syndicat des médecins de la Seine dans la lutte contre le charlatanisme

A son tour, le Docteur Boelle cite, par des exemples, comment le Syndicat des médecins de la Seine essaye de lutter contre les illégaux, en introduisant de nombreuses plaintes. Certes, les résultats sont encourageants, car des condamnations fréquentes sont obtenues. Mais il faut toute la ténacité de Boelle et le dévouement de Mes Vachette et Fontaine, pour réussir d'abord à émouvoir le Parquet et obtenir de lui qu'il veuille bien poursuivre, puis pour entraîner la conviction des juges, lesquels, liés par un texte législatif (article 16, loi du 30 novembre 1892) ne doivent appliquer la loi pénale que, dans certaines conditions. Les magistrats du tribunal correctionnel sont contraints à une interprétation *stricto sensu* d'un texte pénal, et ne peuvent prononcer que des peines vraiment insuffisantes, à l'heure actuelle, à cause de l'article 18 de la loi de 1892. Au nom des Syndicats médicaux, Boelle réclame une réforme de notre loi sur l'exercice de la médecine, en ce qui concerne la répression de l'exercice illégal.

La répression par voie législative

Le Docteur Paul Boudin, parce que docteur en médecine et docteur en droit, fut chargé d'exposer au Congrès les possibilités de lutte contre l'exercice illégal et le charlatanisme, à la condition d'obtenir du Parlement le vote d'une loi, dont il présente le texte, afin de défendre efficacement la santé publique.

Le rapporteur insiste principalement sur quelques points de son projet de loi qu'il a publié dans le *Concours Médical* 1937, pages 2041 et suivantes. Il convient de donner aux magistrats correctionnels un texte précis de loi pénale, lequel, devant être appliqué *stricto sensu*, ne pourra permettre à la défense de faire acquitter le prévenu. Aussi les termes de l'article 16 nouveau, qui remplacerait l'ancien de la loi du 30 novembre 1892, doivent-ils retenir l'attention des congressistes et des juristes.

Il convient de définir ce qu'il faut entendre par le mot : traitement, afin que les termes de cette définition soient aussi explicites que possible. Il est également nécessaire d'interdire le diagnostic aux non-diplômés, et que ne défend pas la loi de 1892; de même la tentative de délit doit être punissable, en ce sens que celui, qui, par annonces ou autres procédés, fait savoir au public qu'il peut traiter les maladies, alors qu'il ne possède aucuns diplômes, exigés par la loi de 1892 doit être puni au même titre que lorsqu'il donne des soins.

Un second point de grande importance consiste à déterminer la quotité des sanctions : parmi celles-ci, il est indispensable de frapper fort à la caisse, en faisant saisir et vendre au profit du Trésor public, dès la première infraction, le mobilier professionnel ayant participé à la production du délit. Cela se fait en Italie et en Uruguay : ce serait d'une utilité efficace en France.

Enfin, en ce qui concerne l'usurpation du titre de docteur, certaines pénalités doivent être abaissées, du moins pour la première infraction. Les peines actuelles sont celles de l'article 259 du Code pénal : elles paraissent souvent trop élevées aux yeux des magistrats, qui préfèrent acquitter plutôt que de condamner à la prison.

Ce rapport fut approuvé par le Congrès et le projet de modifications à la loi du 30 novembre 1892 fut retenu par l'assemblée, comme devant être présenté par les syndicats aux Pouvoirs publics.

En conclusion : Congrès excellent, qui est le digne descendant de celui de 1906 ; il fut court, mais il donnera, nous l'espérons, des résultats tangibles et pratiques.

Dr Paul BOUDIN.

RAPPORTS ENTRE MÉDECIN SPÉCIALISTE ET MÉDECIN TRAITANT

Soit qu il soit adressé au spécialiste par le médecin traitant, soit parce que, à l'insu de ce dernier, le malade va se faire examiner par un spécialiste, celui-ci peut-il dire la vérité entière au client, lui remettre une lettre ouverte pour le confrère traitant ? e ma ade ne sera-ti-il pas ainsi mis au courant des divergences d'opinion ui peuvent exister entre les deux praticiens ?

Si l'examen spécialisé a montré une erreur de diagnostic de l'omni-praticien, est-il vraiment utile que le malade en soit informé soit oralement, soit par la lettre ouverte remise au patient et que ce dernier doit porter chez son docteur ?

Il se peut également que ce soit le spécialiste qui se soit trompé. Il arrive assez souvent, par exemple, qu'une image radiographique de l'estomac soit prise, par l'un pour un ulcus, alors que l'autre l'interprète dans le sens d'un néo. Est-il utile de mettre le malade au courant de ces divergences d'interprétation, tant qu'un traitement n'est pas définitivement arrêté ?

Est-ce même bien humain de raconter au malad des discussions diagnostiques, alors que la vie de l'intéressé est en jeu ? Ne peut-on pas, dans certains cas graves, mentir au malade luimême, pour maintenir sa confiance à un niveau nécessaire, alors que les deux praticiens pourront, à l'insu du patient, se mettre d'accord, ou faire intervenir un troisième confrère, pour décider d'un diagnostic et d'un traitement ?

Ce sont ces difficultés que nous expose un confrère dans sa lettre nº 5.915. Le spécialiste avait remis une lettre ouverte au malade, venu le consulter ; malheureusement, la suite démontra une erreur d'interprétation du radiographe ; le diagnostic était autrement plus grave qu'il ne l'avait pensé. Et, pour se tirer d'embarras, ce praticien soutint que sa lettre ouverte, remise au patient, avait eu pour but de maintenir la confiance de ce dernier, De son côté, le médecin traitant reproche à son confrère de ne pas l'avoir averti directement, à l'insu du malade, du diagnostic, qu'il prétendait être atténué, alors que la vérité était tout autre.

Ce sont des cas, qui ne peuvent être appréciés judicieusement que par les Conseils de famille locaux. Je me borne donc à donner une opinion d'ordre très général.

Lorsqu'un malade est adressé à un spécialiste par le médecin traitant, le patient désire connaître d'une façon certaine le diagnostic et le pronostic portés par ledit spécialiste. Il est donc impossible à ce dernier, du moins difficile, de dire au malade : « Vous connaîtrez votre arrêt par le canal de votre médecin traitant ». Le spécialiste parle, discute et fait savoir son opinion, qui peut être orale, qui peut être écrite, sous forme d'une lettre remise au malade pour être portée au médecin traitant. A ce moment, deux directives doivent dicter l'attitude du spécialiste.

S'il n'est pas du même avis que le médecin traitant, il doit s'efforcer de se montrer d'une prudence extrême pour ne pas diminuer la confiance que doit avoir le malade dans le médecin qui lui donne ses soins. Le spécialiste peut donc dire au malade qu'il est indispensable qu'une consultation ait lieu avec son confrère, pour préciser certains points d'ordre scientifique pur.

Si, au contraire, le spécialiste corrobore le diagnostic du médecin traitant, il pourra l'indiquer au patient pour donner à ce dernier une augmentation si possible de la confiance qu'il doit avoir dans celui qui le soigne.

Reste maintenant l'attitude du spécialiste par rapport au malade, lorsqu'il s'agit d'un diagnostic très grave pouvant influencer la mentalité de l'intéressé. Je rappelle les termes d'un arrêt de la Cour d'appel de Bruxelles du 4 juin 1923 (*Concours Médical* 1924-1250), qui reconnaît à un médecin radiographe que, dans un cas extrêmement grave, ce praticien peut substituer une radio à une autre, pour la montrer au malade, afin de ne pas diminuer l'espoir dans la guérison du patient. Par suite, le médecin spécialiste s'arrangera de manière à faire connaître la vérité réelle et brutale à son confrère, tout en masquant, gazant, escamotant même le diagnostic et surtout le pronostic au malade lui-même.

Je conclus en disant que le véritable bon médecin, qu'il soit omni-praticien, qu'il soit spécialiste, qu'il soit même un grand maître, doit toujours se souvenir de l'adage : *errare humanum est*. N'avons nous pas tous à nous reprocher des erreurs de diagnostic, ou d'interprétation ?

Pour être utile avant tout à notre malade, ne cherchons nullement à paraître, aux yeux de ce dernier, plus savant que notre confrère. L'humble praticien de campagne, par sa bonne clinique et son gros bon sens, est fréquemment plus près de la vérité que l'homme de science, qui va chercher midi à quatorze heures. Dans nos rapports confraternels, soyons prudents au regard du malade.

Un litige survient-il ? Seul le Conseil de famille doit en connaître, pour paternellement arranger les choses, rétablir l'ordre et surtout ne pas mettre le public au courant de nos luttes et de nos discordes. Le prestige de notre profession doit être respecté avant tout par les médecins eux-mêmes.

Dr Paul BOUDIN.

LA LUTTE CONTRE LA MORTALITÉ MATERNELLE EN GRANDE-BRETAGNE

Le ministère britannique de la Santé publique vient de publier, au début du mois de mai, le rapport si attendu dans les milieux médicaux d'Outre-Manche sur les résultats de l'enquête qui vient d'être faite pendant deux ans sur les causes de la mortalité maternelle. Il n'est pas sans intérêt d'en parcourir les grandes lignes et de voir par quels moyens les services anglais de l'Hygiène vont essayer de lutter pour améliorer encore les statistiques.

Habituellement, le pourcentage de mortalité pour l'ensemble de la Grande-Bretagne est de 4 pour 1.000. Aussi, pour abaisser ce taux un récent décret prescrit tout d'abord que chaque femme enceinte aura, à partir du 1er juillet prochain, une sage-femme dûment qualifiée pour son accouchement. D'autre part, on tâchera d'avoir en nombre suffisant des médecins spécialisés en obstétrique et chaque organisation locale aura en outre des consultants à qui on s'adressera de la manière la plus large. Il est prescrit d'éviter le transport à l'hôpital des femmes dont le déplacement serait dangereux. Dans ces cas, on fera appel à des « équipes médicales volantes » qui se déplaceront à domicile. Cette organisation générale devra entrer très rapidement en vigueur. Une partie du rapport ministériel à trait à l'avortement. Il y est dit que les tentatives d'avortements paraissent plus fréquentes depuis quelques années et que cette augmentation explique dans une certaine mesure le nombre des décès par infection puerpérale. En effet, l'avortement serait cause de 14 % des morts par puerpéralité. La mortalité puerpérale qui au cours des années 1933, 1934 et 1935 a été de 4,51, 4,6 et 4,1 pour 1.000 n'eût été que de 3,86, 3,94 et 3,51 pour 1.000 si on en excluait les morts consécutives aux tentatives d'avortements. Il est à noter aussi que certains décès sont dus aux conditions défectueuses dans lesquelles les médecins de certaines petites villes sont amenés à exercer les manœuvres obstétricales courantes dans les accouchements normaux.

La partie du rapport concernant l'Angleterre proprement dite indique que le principal but de l'enquête prescrite était de rechercher les raisons pour lesquelles la mort par puerpéralité ne baissait pas et restait élevée en dépit des efforts tentés pour assurer la surveillance maternelle par l'augmentation des services de maternité. On a pu ainsi constater que depuis plusieurs années, la mortalité maternelle a été plus élevée dans le Pays de Galles et le Nord-Ouest de l'Angleterre que dans n'importe quelle autre région du Royaume-Uni. Cette plus grande fréquence des décès dans le Nord et l'Ouest plus que dans le Sud et l'Est, peut-elle être attribuée à une différence du climat, les régions les plus ensoleillées ayant moins de décès ? On ne peut le préciser, mais il est intéressant de noter que la mort par septicémie puerpérale se voit surtout pendant les périodes les plus froides de l'année tandis que les décès par toxémie proprement dite se verraient surtout pendant les grandes chaleurs.

Contrairement à ce qu'on pourrait croire, les districts dans lesquels on note les plus nombreux logements insalubres et les habitations surpeuplées sont ceux qui ont la mortalité la moins élevée.

De même, il ne paraît pas exister de rapport entre les conditions économiques défectueuses de vie dues au chômage et le nombre des décès. Si, dans certaines régions, on note à la fois un mauvais état social et une forte mortalité ; par contre, il y a des contrées riches dans lesquelles on trouve également un nombre de décès plus important que la moyenne nationale.

Le nombre des décès est plus fréquent chez les femmes d'âge déjà un peu avancé que chez les jeunes et, d'une manière générale, il a pu être établi que la sous-alimentation des femmes enceintes est assez rare, car d'une façon ou d'une autre, elles sont toujours secourues.

Autre fait à signaler : il ne semble pas que les comtés ayant davantage de fièvre scarlatine soient ceux dans lesquels on note une plus grande quantité d'infection puerpérale.

Les rapporteurs ont constaté qu'en dehors des cas pour lesquels il y a eu une erreur dans le calcul de la grossesse, le nombre d'accouchements faits à domicile par les praticiens de médecine générale a diminué, tandis que ceux faits par les sages-femmes augmentent. Pourtant, dans certaines régions, il y a eu un développement rapide et sans cesse accru de cliniques obstétricales. Un décret datant de 1936 a d'ailleurs mis cette organisation au point et prévoit un nombre de sages-femmes salariées assez considérable.

En principe, d'après les règlements du Bureau des sages-femmes (Central Midwives Board), la sage-femme doit appeler le médecin dans tous les cas de maladies de la femme et de l'enfant ou lorsqu'elle constate quelque chose d'anormal pendant la grossesse, le travail et les suites de couches. Les services locaux payent les honoraires du médecin sans avoir pour cela le droit de désigner d'avance le médecin à appeler. Pour l'avenir, il paraît raisonnable de modifier un peu cette largesse dans le choix et de donner la préférence aux médecins ayant des compéten-

ces reconnues en matière d'accouchements. La spécialisation en obtétrique a été en Angleterre beaucoup plus longue à se faire que dans n'importe quelle autre spécialité.

Les hospitalisations ne sont pas toujours très faciles à faire et, en dépit de l'extension des services de maternité, il y a encore des districts dans lesquels le nombre des demandes d'admission a été supérieur aux possibilités des hôpitaux. Il a même fallu faire admettre des parturientes dans des services hospitaliers généraux que rien ne désignait pour recevoir ces malades. Il y a donc un effort réel à faire pour améliorer cette situation en créant de nouveaux hôpitaux spécilisés. D'autre part, il y a un nombre relativement élevé de femmes qu'on amène à l'hôpital mourantes ou exsangues et c'est pour remédier à ces transports fâcheux qu'on aura recours aux équipes volantes.

A la suite de cette enquête, la Commission ministérielle chargée d'étudier les causes de la mortalité maternelle et les remèdes à y apporter conclut en proposant quatre nouveaux aménagements :

1° Etablissement dans chaque région d'un service de consultations obstétricales sous la direction d'un médecin de la Santé publique.

2° Possibilité d'envoyer à domicile des accoucheurs lorsque la malade est intransportable.

3° Désignation dans chaque localité, d'accord avec le Corps médical du lieu, d'un médecin spécialiste à qui les sages-femmes pourront s'adresser en cas de nécessité.

4° Création de services de maternité en quantité suffisante.

Pour ce qui est du Pays de Galles, la situation est assez différente de l'Angleterre. Le Pays de Galles présente une double particularité géographique que l'on retrouve dans l'étude de la mortalité obstétricale. Dans la partie du sud où on trouve les mines, les grands ports et la grande industrie, les conditions ne sont pas les mêmes que dans le reste du pays moins peuplé mais demeuré agricole.

Dans les campagnes galloises, les femmes se marient plus jeunes et ont proportionnellement davantage d'enfants que dans les villes industrielle mais les enfants illégitimes y sont deux fois plus nombreux. Les décès maternels se rencontrent dans les zones industrielles surtout au cours des premières grossesses. Les avortements ont beaucoup augmenté ces dernières années dans la partie sud de la province, mais demeurent très rares dans les campagnes. Par contre, la mortalité par infection puerpérale est très peu élevée dans les zones rurales.

Dans le Pays de Galles industriel, la mortalité maternelle est élevée et plusieurs causes semblent y contribuer. Peut-être, la mauvaise santé habituelle de bien des femmes d'usines joue un rôle important, mais certainement aussi la négligence de beaucoup de parturientes en est-elle cause et un des points qui paraît capital pour réduire les accidents est d'avertir les femmes des dangers qu'elles peuvent courir. Un gros effort d'hygiène prénatale est donc à faire dans cette région. Il faut en outre accroître l'importance et surtout le nombre des maternités existant déjà.

La lecture de ce rapport sur les causes de la mortalité puerpérale est déjà instructive en elle-même, mais elle devient encore plus intéressante lorsqu'on lit les réactions qu'il a provoquées chez certains membres de la « Bristih Medical Association ». Bien des praticiens britanniques voient d'un mauvais œil les projets d'installation de petits centres obstétricaux dans toutes les agglomérations. Ils estiment qu'ils n'auront pas l'importance d'un grand service régional et que leur utilité peut être ainsi illusoire. Et puis, certains pensent qu'une partie de la clientèle risque ainsi de leur échapper. Mais la protestation est plus grande encore contre le projet consistant à établir une liste locale de praticiens spécialisés que les sages-femmes devront appeler de préférence aux autres. De ce fait, on retrouve l'atmosphère qui anime parfois les protestations des Syndicats médicaux français contre certaines tendance jugées envahissantes de l'Etat contre la médecine libre. Les réactions du Corps médical britannique sont assez semblables aux nôtres et, chose curieuse, présentées d'une manière absolument comparable. Le fait vaut, semble-t-il, d'être souligné et montre une fois de plus que le libre-choix du médecin demeure des deux côtés de la Manche un objet constant de préoccupation professionnelle.

Dr Pierre LABIGNETTE
Chef du laboratoire
de la Maternité de l'Hôpital Boucicaut

VARIÉTÉS BIBLIOGRAPHIQUES

Senlis et Chantilly

d'après Edmond Pilon (1)

Au premier chapitre de ce livre où l'auteur d'après l'expression de Marceline Desbordes-Valmore décrit merveilleusement un « mélange pompeux et doux de l'art et de la nature », M. Edmond Pilon fait remarquer que le Valois est à l'Ile-de-France, ce que cette dernière est à la France toute entière, c'est-à-dire « une contrée de modération, de mesure et de grâce » où deux villes, Senlis et Chantilly, sont deux joyaux dans cet admirable écrin. Nul ne pouvait mieux décrire cette région et ces villes qu'Edmond Pilon dont le talent est fait aussi de modération, de mesure et de grâce pittoresque.

Et ce livre précieux méritait d'être édité par notre confrère, le Docteur B. Arthaud (1), dont les belles publications si brillamment illustrées, ont atteint un degré de perfection artistique qui ne saurait guère être dépassé.

***

Senlis, rappelons-le, fut la ville où en 987, Hugues, le premier des Capétiens, fut proclamé roi par ses pairs. La devise de la ville fut longtemps : *Liliati Galliœ regum flores cœlitus demissi* (Les fleurs de lys des rois de France sont ici tombées du ciel).

Sa cathédrale est surmontée d'une flèche que Viollet-le-Duc considérait comme une des plus belles de France. On y trouve les vestiges d'une enceinte gallo-romaine qui entoure Saint-Frambourg, le vieux château, Saint-Maurice, la Chancellerie. Une seconde enceinte du XVe siècle renferme l'Hôtel de Ville, Saint-Pierre, les Carmes, la Charité, Saint-Aignan, la Chantrerie de Saint-Rieul, et une profusion de vieilles maisons, à tourelles, enfin l'ancienne abbaye Saint-Vincent devenue un collège.

« Etre à Senlis, écrivait au XIVe siècle, Jean de Jaudun, c'est être dans de belles maisons aux murs solides, non de plâtre fragile, mais de pierres les plus dures et les plus belles disposées avec une ingénieuse sagacité. »

Senlis n'a pas perdu ces qualités et l'on peut encore admirer dans ses vieux hôtels de belles caves voûtées et fraîches qui, au Collège Saint-Vincent, forment une véritable ville souterraine. Le château de Senlis fut à l'époque féodale une des plus puissantes redoutes du Valois.

La Renaissance marqua de son empreinte, le vieux château comme la cathédrale ; les blasons de Diane de Poitiers ou de Catherine de Médicis y voisinent avec les armes du Béarnais.

Nous ne pouvons ici décrire tous les monuments, évoquer tous les événements historiques qui eurent lieu à Senlis. La cathédrale en partie du XIIe et XIIIe siècles dont la façade Nord-Est est du XVIe siècle, mérite la longue description qu'en donne Edmond Pilon et les superbes héliogravures qui l'illustrent.

Les derniers événements qui marquent dans l'histoire de Senlis est l'exécution cruelle par les Allemands en 1914 du maire, M. Odent, et de ses amis dans le lieu appelé depuis le Champ des Otages et le séjour pendant quelques mois du Maréchal Foch à l'hôtel Fautrat dont il partit le 11 novembre 1918 pour aller à Rethondes imposer l'Armistice.

Nous devons signaler le Musée régional, installé dans la Maison du Haubergier (XVIe siècle). On y trouve nombre de fragments archéologiques et artistiques, entre autres la crosse épiscopale en bronze dorée de l'évêque de Senlis, le chancelier Guérin, stratège éminent, qui, en 1214, contribua beaucoup à la victoire de Philippe-Auguste à Bouvines.

***

De Senlis, on gagne Chantilly en suivant sur le Pavé du Roi les rives de la charmante rivière, la Nonette. On traverse la forêt d'Halatte, témoin aux XVIe et XVIIe siècles des prouesses cynégétiques des grands seigneurs de cette époque. Sur la route avant d'atteindre Chantilly, on passe à Saint-Firmin et à Courteuil où mourut sur le chemin l'abbé Prévost, l'auteur de *Manon Lescaut* et qui, à côté de Manon, évoque la Sylvie de Gérard de Nerval.

Chantilly fut le berceau de la vieille famille des Montmorency. Le Connétable Anne de Montmorency fit sous la Renaissance du Château de Chantilly une demeure si fastueuse que Charles-Quint ébloui, disait que, pour posséder la pareille, il donnerait une des plus riches provinces de ses Pays-Bas.

Chantilly fut confisqué par Louis XIII après la révolte et l'exécution d'Henri de Montmorency. Plus tard, le château et ses dépendances furent restitués à sa sœur, Charlotte de Montmorency qui épousa Henri, prince de Condé et Chantilly devint la demeure des Condé dont le dernier le légua à Henri d'Orléans, duc d'Aumale, fils de Louis-Philippe.

Sur la demeure féodale des Orgemont, Anne de Montmorency fit construire par Jean Bullant, Pierre Chambige et Pierre Biard, un château qui devait défier les siècles. Il n'en est resté que le petit château

(1) Collect. *Sites et Monuments*, 178 pages, couverture de N. Halio, 118 héliogravures, B. Arthaud, édit, 23, Grande-Rue, Grenoble.

ou Capitainerie, car le grand Condé voulut faire plus grand et confia la reconstruction à Mansart. Le grand Condé ne vit pas achever ce plan et ce fut son fils Henri-Jules qui avait hérité des goûts magnifiques de son père, qui le fit terminer. Jean Aubert succéda à Mansart et donna à Chantilly l'aspect un peu uniforme qu'il conserva jusqu'à la fin du XVIIIe siècle.

Durant la Révolution, Chantilly fut transformé par Collot d'Herbois en maison de force. Une mission confiée à Lamarck et Geoffroy Saint-Hilaire fit transporter au Jardin des Plantes, le cabinet d'histoire naturelle des Condé. Sauf la Capitainerie, les Ecuries, le château d'Enghien et le pavillon de Sylvie, le grand château fut totalement ruiné. Le château actuel fut construit par l'architecte Honoré Daumet à la demande du Duc d'Aumale, qui s'efforça d'apparenter les constructions nouvelles à la Capitainerie de Jean Bullant.

Nous ne décrirons pas le château, devenu un très riche musée qui regorge de chefs-d'œuvre avec sa galerie de Peinture, celle de Psyché, le Santuario, le cabinet des Gemmes, la tribune et la galerie des Cerfs. Les descriptions de M. Edmond Pilon et les très belles héliogravures de l'ouvrage en donnent une idée exacte.

Bornons-nous à rappeler qu'au milieu de tant de richesses artistiques, les miniatures des *heures d'Etienne Chevalier* par Jean Fouquet et celles des *très riches heures du Duc de Berry*, par Pol de Limbourg et ses frères sont des joyaux de Chantilly d'un prix inestimable.

Les derniers chapitres de l'ouvrage de M. E. Pilon ont trait au Cabinet des livres, à la lingerie, à la galerie de M. le Prince, au château d'Enghien, à la Maison de Sylvie et à son labyrinthe, aux jardins de Le Nostre, au nouveau jardin anglais, au Hameau, aux Ecuries de Jean Aubert. Enfin est évoquée la belle figure du duc d'Aumale, dernier propriétaire du château, qui, Mécène fastueux et averti, consacra les dernières années de sa vie à embellir Chantilly et à enrichir ses collections.

J. Noir.

Les travaux de la S. D. N.

Lu dans le vestibule de l'administration, sur l'un des panneaux destinés à l'affichage des comptes rendus des séances de la Société des Nations :

Association de secours mutuel
Comité exécutif du 10 *juillet* 1937
Séance à 17 *h.* 30

Cas divers : *Frais pour poses de sangsues*

Conformément aux précédents, le Comité décide que de tels frais doivent être assimilés aux frais de pose de ventouses. (*Art.* 81 *des statuts.*)

(*Aux Ecoutes*, 23 juillet 1937.)

Comment les Etrangers venus à l'Exposition jugent Paris

Entendue la conversation suivante :

Une dame tchécoslovaque à une de ses amies parisienne qui lui demande comment elle trouve Paris :

« On m'avait dit que Paris était une très belle ville. J'ai été déçue en le parcourant. — « Comment ! ? » fait son interlocutrice indignée. — « Oui, ma chère amie, Paris est sale, très sale ; je connais la plupart des capitales d'Europe, Paris est la plus sale que j'ai vue. Je ne parle pas des gravats de votre Exposition inachevée, je parle de vos rues et de vos boulevards. Sur tous les trottoirs, on trouve des déjections de chiens et des papiers. A 10 heures du matin les boîtes à ordures, découvertes, ne sont pas encore enlevées. En face du Louvre les voitures maraîchères qui se rendent aux Halles remplissent la chaussée de détritus. Un peu partout les rues sont éventrées pour des travaux d'édilité entrepris sans méthode et en souffrance. Voilà ! hélas ! ce qu'est devenu votre beau Paris. »

La Parisienne se tut, consternée.

Documents officiels

ASSISTANCE SOCIALE

Circulaire du 10 février 1937 relative à la mise en vigueur du décret du 30 octobre 1935 prévoyant l'unification et la simplification des barèmes en vigueur pour la répartition des dépenses des lois d'assistance

M. le ministre de la Santé publique à MM. les préfets.

Le décret-loi du 30 octobre 1935, prévoyant l'unification et la simplification des barèmes en vigueur pour la répartition des dépenses des lois d'assistance, stipulait qu'un règlement d'administration publique interviendrait pour fixer ses modalités d'application et plus spécialement le nouveau barème unique.

Ainsi que je vous l'ai indiqué dans ma Circulaire du 30 décembre dernier, ce règlement a été pris le 29 décembre et publié au *Journal Officiel* du 30 du même mois, page 13570, et la présente circulaire a pour objet de vous donner toutes instructions utiles pour la mise en vigueur des nouveaux textes à compter du 1er janvier 1936.

Les lois visées par le décret sont :

1° La loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite ;

2° La loi du 14 juillet 1905 sur l'assistance aux vieillards, infirmes et incurables ;

3° La loi du 14 juillet 1913 sur l'assistance aux familles nombreuses ;

4° Les lois des 17 juin et 30 juillet 1913 sur l'assistance aux femmes en couches ;

5° La loi du 24 octobre 1919 sur les primes d'allaitement ;

6° La loi du 27 juin 1904 sur les enfants assistés ;

7° La loi du 30 juin 1838 sur les aliénés ;

8° La loi du 7 septembre 1919 sur l'assistance aux tuberculeux.

Les principales modifications aux textes antérieurs concernent le domicile de secours, les barèmes de répartition des dépenses, le mode d'établissement des taux d'allocation, la composition et les attributions des Commissions d'admission, les modalités de l'admission d'urgence, et enfin le droit de renonciation des communes bénéficiant d'une organisation spéciale d'assistance médicale gratuite conformément aux dispositions de l'article 35 de la loi du 15 juillet 1893 qui fera l'objet d'un décret spécial.

I. — Domicile de secours

Les règles du domicile de secours sont unifiées et extrêmement simplifiées. En effet, jusqu'à présent étaient appliqués plusieurs systèmes différents : celui de la loi de 1893 (acquisition et perte par un an de résidence) ; celui de la loi de 1904 (domicile résultant de la naissance ou du lieu de dépôt de l'enfant) ; celui de la loi de 1905 (acquisition et perte par cinq ans de résidence avec consolidation à partir de 65 ans). Désormais une seule règle est appliquée : domicile déterminé par une résidence d'un an, calculée au moment de la demande.

Par ailleurs, la recherche dans chaque cas des résidences communales successives d'un postulant à l'assistance était parfois une tâche ardue pour les services, surtout pour les bénéficiaires de l'assistance aux vieillards. En vertu des dispositions nouvelles, il n'existe plus de domicile de secours communal, mais seulement un domicile de secours départemental, qui s'obtient dans les conditions fixées par les articles 6 et 7 de la loi de 1893 pour l'acquisition du domicile de secours communal.

Mode d'acquisition du domicile de secours.

Le domicile de secours s'acquiert donc pour les bénéficiaires des six lois visées plus haut :

1° Par une résidence habituelle d'un an dans un département, postérieurement à la majorité ou à l'émancipation ;

2° Par la filiation. L'enfant possède le domicile de secours de son père. Si la mère a survécu au père ou si l'enfant est un enfant naturel reconnu par sa mère seulement, son domicile est celui de sa mère. En cas de séparation de corps ou de divorce des époux, l'enfant légitime partage le domicile de l'époux à qui a été confié le soin de son éducation ;

3° Par le mariage. La femme, du jour de son mariage, acquiert le domicile de secours de son mari. Les veuves, les femmes divorcées ou séparées de corps, conservent le domicile de secours antérieur à la dissolution du mariage ou au jugement de séparation. Pour les cas non prévus dans le présent article, le domicile de secours est le lieu de naissance jusqu'à la majorité ou à l'émancipation.

Perte du domicile de secours.

Le domicile de secours se perd :

1° Par une absence ininterrompue d'une année postérieurement à la majorité ou à l'émancipation ;

2° Par l'acquisition d'un autre domicile de secours. Si l'absence est occasionnée par des circonstances excluant toute liberté de choix de séjour ou par un traitement dans un établissement hospitalier situé en dehors du lieu habituel de résidence du malade, le délai d'un an ne commence à courir que du jour où ces circonstances n'existent plus.

Les enfants assistés ont leur domicile de secours dans le département au service duquel ils appartiennent jusqu'à ce qu'ils aient acquis un autre domicile de secours.

Naturellement, comme par le passé, à défaut de domicile de secours départemental, l'assistance incombe à l'Etat.

Domicile de secours des vieillards.

Ces modifications sont surtout importantes pour les vieillards, les infirmes et les incurables. En effet, pour cette assistance, les délais sont réduits de 5 ans à 1 an ; d'autre part, la consolidation du domicile de secours qui existait à partir de 65 ans et sa fixité après l'admission à l'assistance sont supprimées sauf dans les cas de défaut de liberté de choix du séjour.

Admission des sans domicile de secours.

Le décret du 30 octobre 1935 ne prévoyant aucune exception dans le mode d'examen des demandes, toutes les admissions au compte de l'Etat pour les sans domicile de secours seront effectuées dorénavant par la Commission cantonale de la résidence des intéressés dans les conditions indiquées plus loin sous la rubrique III « Examen des demandes ».

Vous devez immédiatement m'adresser un avis avec l'indication des résidences successives des intéressés au cours des deux ans, qui ont précédé leur demande. Si le renseignement ne peut être fourni, vous devrez me donner les raisons de cette impossibilité. Par ailleurs, il y aura lieu d'y joindre une pièce établissant de façon certaine le manque de ressources de l'assisté et, s'il y a lieu, un certificat médical. C'est seulement après réception de mon acceptation que vous pourrez mettre ces assistés à la charge de l'Etat. Ces prescriptions ne constituent qu'une extension à toutes les assistances visées par le décret de ce qui avait été imposé pour l'assistance médicale gratuite par la Circulaire du 18 mai 1894.

Il s'ensuit que pour les aliénés sans domicile de secours, il y aura lieu de renoncer aux prescriptions antérieures, suivant lesquelles l'admission au compte de l'Etat était acquise, « sauf avis contraire » de la part de mes services. Vous aurez donc, pour chaque aliéné ne possédant pas de domicile de secours départemental, à me faire parvenir les pièces et renseignements prévus plus haut.

Je dois ajouter que pour tous les assistés, dont le domicile de secours est dans un autre département que celui de la résidence, vous aurez à appliquer les règles ci-dessus vis-à-vis des préfets des départements intéressés.

Enfants assistés.

En ce qui concerne ce service spécial d'essence départementale, il n'y a pas lieu d'envisager une modification aux règles du domicile de secours telles qu'elles ont été fixées par l'article 39 de la loi du 27 juin 1904, modifié par la loi du 13 juillet 1911. Une disposition formelle à cet égard sera insérée dans le projet de loi que je viens de déposer pour modifier un certain nombre d'autres dispositions de la loi susvisée. Il y a le plus grand intérêt, en effet, à maintenir le régime actuel comme étant le plus simple, ainsi qu'il résulte de l'expérience acquise, et le seul compatible avec l'intérêt des enfants.

II. — MODE D'ÉTABLISSEMENT DES TAUX D'ALLOCATIONS

La répartition des dépenses entre les collectivités étant effectuée en tenant compte de la part supportée antérieurement par les collectivités, le taux des allocations doit comprendre désormais les majorations ou compléments qui étaient autrefois entièrement à la charge de l'Etat.

Auparavant le taux des allocations à domicile était arrêté pour chaque commune, par le Conseil municipal, sous réserve de l'approbation du Conseil général et du ministre de la Santé publique, dans certains cas déterminés. Avec le décret du 30 octobre 1935, la détermination est faite par le Conseil général pour chaque commune du département après avis du Conseil municipal. Toutefois les taux ne pourront être inférieurs aux chiffres en vigueur à la date du 1er janvier 1935, compte tenu des diverses majorations ou compléments d'allocations précédemment à la charge de l'Etat.

Chaque Conseil municipal devra vous adresser à cet effet ses propositions accompagnées de son avis, sous forme de délibération, de l'avis de la Commission administrative du bureau d'assistance ou de bienfaisance, du rapport du maire, du dernier compte de la commune et de l'indication du nombre des assistés au regard de la population. Vous aurez alors à saisir l'assemblée départementale desdites propositions accompagnées de votre avis motivé.

Taux excédant celui qui a été fixé par le Conseil Général.

Les Conseils municipaux conservent la faculté d'accorder une allocation complémentaire de celle fixée par le Conseil général, mais la dépense supplémentaire qui en résulte reste inté-

gralement à la charge de la commune, même au cas où l'assisté possède son domicile de secours dans un autre département ou en est dépourvu.

Pour l'assistance aux vieillards, infirmes et incurables notamment, les taux supérieurs à 80 francs (anciennement 60 francs plus 20 francs) n'ont plus à être approuvés par mon Administration après avis du Conseil supérieur de l'Assistance publique.

Taux applicables aux assistés.

Le taux applicable à chaque assisté est non plus celui de son domicile de secours, mais celui de la commune où il a sa résidence habituelle. Ce système supprime les inégalités choquantes de traitement qui pouvaient être constatées dans une même commune, entre plusieurs assistés y habitant et recevant des taux différents parce qu'ils avaient des domiciles de secours différents. Toutefois, pour éviter des changements trop fréquents pour un même assisté, et les conséquences comptables qui en résultent, il conviendrait de n'opérer les mutations qu'une fois par an.

III. — Examen des demandes

Dans le système initial des lois d'assistance de 1893, 1905 et 1913 le service d'assistance devait être assuré dans chaque commune par un bureau d'assistance et l'admission était prononcée par le Conseil municipal, sauf appel pour certaines assistances (vieillards et familles nombreuses) devant des juridictions spéciales. Ces règles fondamentales sont aujourd'hui profondément modifiées. Déjà la loi du 28 février 1934 avait commencé la transformation en dessaisissant le Conseil municipal de son pouvoir de statuer sur certaines admissions (assistance aux vieillards, et aux infirmes, aux femmes en couches, aux familles nombreuses) et en transférant le pouvoir d'admission à la Commission cantonale.

Désormais la procédure sera la même pour toutes les lois d'assistance, sauf les exceptions visées au paragraphe 1er de l'article 6 du décret du 30 octobre 1935 et qui concernent d'une part les aliénés, d'autre part les enfants assistés. Les demandes d'admission doivent être adressées à la mairie de la résidence. Elles sont instruites par le bureau d'assistance, et transmises ensuite avec l'avis de ce bureau et celui du Conseil municipal au secrétariat de la Commission cantonale de la résidence déjà instituée par la loi du 28 février 1934. Cette Commission, présidée par le Juge de paix, est composée pour parties égales de fonctionnaires et de représentants élus : d'une part, deux fonctionnaires financiers, de l'autre le Conseiller général du canton et le maire de la commune où habite l'intéressé. Il est prévu que les maires peuvent se faire suppléer par un membre du Conseil municipal. *A contrario* les autres membres ne peuvent se faire remplacer par des suppléants. C'est cette Commission, qui dresse la liste d'assistance pour chaque commune du canton. C'est elle, qui doit désormais statuer sur le mode d'assistance à appliquer.

Le secrétariat de ladite Commission est assuré par les greffiers de Justice de paix et, à défaut, par des employés de mairie.

Les frais de fonctionnement sont imputés au compte des frais d'administration départementale du service, ainsi que les indemnités arrêtées par le Conseil général, en faveur du président et des membres de la Commission.

Comme sous l'empire de la loi du 28 février 1934, le Conseil général peut décider sur la proposition du préfet le groupement de plusieurs cantons en une circonscription ne comportant qu'une seule Commission, mais cette éventualité ne doit être envisagée que si l'examen des dossiers ne doit pas en souffrir. Dans ce cas, il appartiendra au conseiller général du canton le plus peuplé de faire partie de la Commission intercantonale.

Les demandes tendant à la formation des Commissions intercantonales doivent comprendre l'avis de tous les Conseils municipaux intéressés, l'avis des Commissions administratives des bureaux d'assistance, et, s'il y a lieu, l'avis du sous-préfet.

Les Commissions doivent se réunir toujours au moins une fois par trimestre sur la convocation du préfet ou du sous-préfet et plus souvent s'il est nécessaire. Elles statuent sur les demandes à la majorité des membres présents, la voix du président étant prépondérante et le quorum étant de trois membres. Elles dressent les listes d'assistance et les transmettent aux préfets et aux maires des communes de la circonscription.

Il demeure entendu que c'est toujours à la Commission cantonale chargée de statuer sur la demande d'examiner la question du domicile de secours, sauf à la collectivité intéressée à élever éventuellement une contestation devant le Conseil de préfecture.

L'appel contre leurs décisions, tant en ce qui concerne l'admission que le mode d'assistance, peut être porté devant la Commission départementale.

Présidée par le président du Tribunal du siège , cette Commission comprend aussi pour parties égales des fonctionnaires financiers et des représentants élus (3 conseillers généraux désignés par le Conseil général). Son secrétariat est assuré par les bureaux de préfecture.

Les décisions sont prises à la majorité des membres présents, la voix du président étant

prépondérante et le quorum étant de cinq. Elles sont notifiées aux intéressés par l'intermédiaire du préfet et des maires.

Décisions sur le mode d'assistance.

Antérieurement, c'est le conseil municipal qui déterminait le mode d'assistance applicable à chaque ayant-droit (allocation à domicile ou hospitalisation). Par suite de la suppression du domicile de secours communal, c'est la Commission cantonale d'admission qui aura à se prononcer à ce sujet. Le dossier de demande devra toujours contenir l'avis du Conseil municipal sur ce point.

IV. — ADMISSION D'URGENCE

La loi du 28 février 1934 prévoyait que l'admission d'urgence à l'assistance était éventuellement prononcée par le maire. En ce qui concernait l'assistance médicale gratuite, le maire rendait compte de sa décision, en Comité secret, au Conseil municipal, dans sa plus prochaine séance. Pour les autres lois la Commission d'examen ratifiait dans le délai d'un mois au maximum, l'admission d'urgence décidée par le maire. Si le maire refusait l'admission d'urgence, l'intéressé ou son représentant pouvait faire appel de cette décision devant le préfet qui statuait immédiatement.

Avec la nouvelle législation et sous réserve de la procédure spéciale instituée par un décret-loi du 30 octobre 1935 en faveur des tuberculeux proposés pour un sanatorium, c'est toujours le maire de la commune de résidence qui aura qualité pour prononcer l'admission d'urgence, mais pour toute les assistances, même l'assistance médicale gratuite, sa décision devra être soumise à la ratification de la Commission cantonale dans le délai d'un mois maximum. Les appels devant le préfet n'existent plus.

Pour permettre à la Commission cantonale de juger en toute connaissance de cause l'opportunité d'accorder ou de refuser l'admission, vous voudrez veiller à ce que l'instruction des demandes de cette nature soit accélérée et que les dossiers soient complets au moment de la ratification. Vous voudrez bien également inviter les présidents des Commissions à prendre toutes dispositions utiles pour que le délai d'un mois ne soit jamais dépassé. En cas de rejet, les intéressés pourront naturellement bénéficier des mêmes voies de recours que ceux qui ont sollicité l'admission normale.

V. — NOUVEAU BARÈME DE RÉPARTITION

Avant l'intervention du décret du 30 octobre 1935, la répartition de dépenses des lois d'assistance susvisées s'effectuait au moyen de treize barèmes différents, tenant compte tantôt de la valeur du centime communal, tantôt du centime superficiaire, tantôt du centime démographique.

Dans le nouveau système, une règle unique est adoptée. Les dépenses sont à la charge du département du domicile de secours et sont inscrites en totalité à son budget. Les participations de l'Etat et des Communes à ces dépenses sont portées en recettes au budget du département. L'Etat conserve naturellement la charge des assistés sans domicile de secours et, par ailleurs, les organisations spéciales existant dans certaine villes pour l'assistance médicale gratuite ne sont pas modifiées et restent en dehors de la répartition entre les trois collectivités.

Le barème annexé au décret du 29 décembre 1936 ayant été établi en tenant compte des dépenses que l'Etat supportait antérieurement, le taux des allocations des assistés à domicile comprend, comme il a été indiqué précédemment, les majorations ou compléments d'allocations qui étaient à la charge exclusive de l'Etat ; les compléments de prix de journée d'hospitalisation qui étaient payés par l'Etat sont intégrés dans les frais de cure pour les malades admis en sanatorium. En conséquence, les avances non remboursables, les subventions directes et complémentaires versées aux communes sont supprimées.

Calcul de la part de l'Etat.

Lorsque pour une assistance déterminée toutes les dépenses à la charge des trois collectivité ont été arrêtées, la part de l'Etat est calculée d'après le barème visé ci-dessus.

Calcul de la part des communes.

La sous-répartition entre les communes de la portion des dépenses d'assistance, incombant à l'ensemble des communes d'un département, est effectuée conformément à un barème départemental unique pour toutes les catégories d'assistance, arrêté annuellement par le Conseil général, sur la proposition du préfet.

Cette sous-répartition est obligatoirement effectuée, à concurrence de 50 p. 100 au moins, du total des dépenses auxquelles elle s'applique au *prorata* de la dernière valeur constatée du centime additionnel communal ; elle peut, pour le surplus, tenir compte de tous les autres éléments susceptibles de permettre une évaluation équitable des charges sociales assumées par les communes.

L'ensemble des réformes ci-dessus mentionnées entraîne nécessairement des modifications importantes dans la présentation des états de liquidation que vous aurez à m'adresser pour justifier la part due par l'Etat dans les dépenses d'assistance. Vous recevrez incessamment, pour

chaque loi d'assistance, toutes les indications qui vous seront indispensables à ce sujet.

J'appelle particulièrement votre attention sur la présente circulaire, dont vous voudrez bien m'accuser réception dans le moindre délai.

J'attacherai du prix à ce que vous preniez toutes mesures utiles en vue d'assurer la mise en vigueur immédiate des nouvelles dispositions intervenues, en tenant compte, d'une part, des intérêts des indigents, dont les demandes ne peuvent rester en souffrance, d'autre part, de la bonne gestion des finances publiques, qui ne peuvent que trouver leur avantage à la simplification des règles précédemment applicables en la matière.

Henri Sellier.

(*J. O.* 14 février 1935).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Clinique thérapeutique médicale de la Pitié.** Professeur : F. Rathery. — *Cours de perfectionnement sur le diabète sucré*, du 11 octobre au 23 octobre 1937. — Ce cours sera fait par M. le Professeur Rathery avec la collaboration du Professeur Terrien, professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine, du Professeur Jeannin, professeur de clinique d'accouchement à la Faculté de médecine, du Docteur Thalheimer, chirurgien des hôpitaux, du Docteur Mollaret, agrégé, médecin des hôpitaux, des Docteurs Boltanski, Julien Marie et Kourilsky, médecins des hôpitaux, du Docteur Froment, ancien chef de clinique, médecin assistant du service, des Docteurs Derot, Germaine Dreyfus-Sée, Sigwald, chefs de clinique et anciens chefs de clinique à la Faculté de médecine et du Docteur Doubrow, chef de laboratoire.

Exercices pratiques sous la direction du Docteur Doubrow et de M. de Traverse, chefs de laboratoire.

Les auditeurs seront invités par petits groupes aux méthodes récentes de laboratoire concernant les recherches utiles dans l'étude et dans le traitement du diabète : La recherche et le dosage des sucres urinaires. — Le dosage du sucre sanguin et les épreuves d'hyperglycémie provoquée. — Le pH et la réserve alcaline. — La recherche et le dosage de l'acétone, de l'acide diacétique et de l'acide B oxybutyrique. — Le métabolisme basal. — Etude des lésions anatomo-pathologiques au cours du diabète, etc.

Visite quotidienne dans les salles et présentation de malades diabétiques par le Professeur Rathery.

Un diplôme sera délivré aux auditeurs à l'issue du cours. Droit d'inscription : 250 francs. Les inscriptions sont reçues à la Faculté de médecine, soit au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis de 14 à 16 heures, soit à l'A. D. R. M. (salle Béclard), tous les jours de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi après-midi). Le cours n'aura lieu que si le nombre des inscrits n'est pas inférieur à dix.

— **Clinique d'accouchements et de gynécologie Tarnier.** Professeur : M. C. Jeannin. — *Cours de pratique obstétricale.* — Le cours est réservé aux étudiants et aux docteurs français et étrangers. Il commencera le lundi 18 octobre 1937 ; il comprendra une série de leçons cliniques, théoriques et pratiques, qui auront lieu tous les jours à partir de 9 h. 1/2 et de 16 heures. Les auditeurs seront personnellement exercés à l'examen des femmes enceintes et en couches, à la pratique des accouchements et aux manœuvres obstétricales. Un diplôme sera donné à l'issue de ce cours.

Pour renseignements, s'adresser à M. le chef de clinique, à la clinique Tarnier. Les bulletins de versement relatifs au cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures. Le droit à verser est de 200 francs.

— **Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.** — *Cours pratique et complet de dermatologie*, du 4 octobre au 30 octobre 1937, sous la direction de M. le Professeur Gougerot, avec la collaboration de MM. Joyeux, professeur de parasitologie à la Faculté de Marseille ; Milian, médecin de l'hôpital Saint-Louis ; Sézary, agrégé, médecin de l'hôpital Saint-Louis ; Touraine, médecin de l'hôpital Saint-Louis ; Weissenbach, médecin de l'hôpital Saint-Louis ; Flandin, médecin de l'hôpital Saint-Louis ; Guy Laroche, agrégé, médecin de l'hôpital Tenon ; Sabouraud, ancien chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis ; Pasteur-Vallery-Radot, agrégé, médecin de l'hôpital Bichat ; Gastinel, agrégé ; P. Chevallier, agrégé, médecin de l'hôpital Cochin ; Coste, agrégé, médecin des hôpitaux ; Degos, médecin des hôpitaux ; Ferrand, assistant de consultation à l'hôpital Saint-Louis ; Fernet, médecin de Saint-Lazare ; Périn, ancien chef de clinique ; Carteaud, ancien chef de clinique ; Lortat-Jacob, ancien chef de clinique à l'hôpital Saint-Louis ; Mlle Eliascheff, chef de laboratoire à la Faculté ; M. Civatte, chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis.

Le cours aura lieu du lundi 4 octobre au samedi 30 octobre 1937, tous les jours, *excepté les dimanches et fêtes*, de 1 h. 30 et 3 heures, à l'hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat, au Musée.

Les cours seront accompagnés de présentations de malades, de projections, de moulages du musée de l'hôpital Saint-Louis, de préparations microscopiques, de démonstrations de laboratoire (Examens bactériologiques, culture des mycoses et des teignes, etc.).

Les salles de la clinique et des services de l'hôpital Saint-Louis seront accessibles aux assistants du cours tous les matins, de 9 heures à 11 h. 30. Le musée des moulages, les musées d'histologie, de parasitologie, de radiologie, de photographie sont ouverts de 9 heures à 12 heures et de 2 heures à 5 heures. Un horaire détaillé sera distribué à chacun des auditeurs. Un certificat pourra être délivré à la fin du cours aux auditeurs assidus.

Un cours spécial sera organisé pour les élèves qui désirent se perfectionner dans les techniques de laboratoire. Ce cours est suivi d'un cours de syphiligraphique et vénéréologie qui aura lieu du 2 au 27 novembre 1937 et d'un cours de thérapeutique dermato-vénéréologie qui aura lieu du 29 novembre au 21 décembre 1937. Le droit à verser est de 500 francs. Seront admis les médecins et étudiants français et étrangers sur la présentation de la quittance de versement du droit et de la carte d'immatriculation, délivrées au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures. Pour renseignements complémentaires, s'adresser au Docteur Carteaud (hôpital Saint-Louis, pavillon de la Faculté).

— **Cours de radiologie clinique.** — M. R. Ledoux-Lebard, chargé de cours, commencera le vendredi 8 octobre

1937, à 18 heures, à l'amphithéâtre de physique de la Faculté de médecine et continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure, une série de leçons consacrées à l'exposé des notions indispensables de radiodiagnostic clinique médico-chirurgical et d'interprétation radiologique.

Ces leçons seront accompagnées de projections et à la suite de chacune d'elles, les élèves seront exercés à la lecture et à l'interprétation des clichés.

Cet enseignement est destiné aux étudiants, aux externes et aux internes des hôpitaux ainsi qu'aux docteurs en médecine désireux d'acquérir des notions pratiques d'interprétation des images radiologiques et de posséder les éléments indispensables du radiodagnostic clinique basé sur l'emploi des techniques les plus récentes.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Faculté de médecine de Montpellier.** Année 1936-1937. — Thèses de Doctorat d'Université *Mention « Médecine »*: Kaoury (Salim B.). — Considérations à propos d'un cas de cancer de la lèvre d'origine sudoripare.

Ardian (Léon). — Contribution à l'étude des fistules partielles post-opératoires de l'uretère traitées par la sonde à demeure.

Tatéossian (T.). — De la gastro-entérologie spécialité médicale, ses moyens d'explorations.

Tanenzapf (Hermann). — A propos d'un cas de pneumonie caséeuse tuberculeuse post-traumatique.

Toncoff (Yvan). — Contribution à l'étude des gangrènes par angéite thrombosante infectieuse.

Baha-el-Dine Nammari. — Contribution à l'étude des paralysies unilatérales isolées du grand-hypoglosse.

Fardellas (Demètre). — Contribution à l'étude de la suppuration des kystes de l'ovaire.

Partélidès (Georges). — Contribution à l'étude du réflexe plantaire de la flexion des orteils (réflexe de Rossolimo) et de sa valeur séméiologique.

Weisman (Herman). — Contribution à l'étude de la réadaptation sociale et de l'orientation professionnelle des tuberculeux pulmonaires aux Etats-Unis.

Gomulinski (Alexandre). — Etude clinique et diagnostic du cancer du cæcum.

Najman (Aham). — Le traitement du diabète sucré. Régime, insuline.

Braester (Mircea). — Contribution à l'étude de l'épithélioma pavimenteux primitif de la glande sous-maxillaire.

Trigo Claros (I. Adrian). — La vaccinothérapie neurotrope.

Samovici (Hirsch). — Phrénicectomie esthétique.

Lebzine (Basile). — Les soins post-opératoires immédiats dans les interventions nasales.

Cornblum (Marcu). — Contribution à l'étude des fibromes de l'ovaire.

Kopliku (Bahri). — Pour diminuer les risques opératoires chez les nourrissons.

Galpern (Choma). — Contribution à l'étude des fractures-luxations du condyle du maxillaire inférieur.

Cukier (Abraham Chaskiel). — A propos du traitement des arthrites suppurées du genou par ponction et injection.

Klopman (Abram). — Contribution au traitement de la luxation congénitale irréductible de la rotule.

Szmulewicz (Donat). — Odontomes et parodontomes. Etude anatomo-clinique.

Bathia (Basza Laja). — Tenenbaum. — Contribution à l'étude de l'épithélioma des lobes aberrants de la glande mammaire.

Rundo (Halina). — Contribution à l'étude des imperforations vaginales basses.

Rosenstein (Léon). — Contribution à l'étude des hémorragies gastro-intestinales consécutives aux grands traumatismes osseux.

Barati (Harnard). — Contribution à l'étude de l'état des capillaires dans les cyanoses des insuffisances cardiaques.

Solorzano (Adan Fuentes y). — Les manifestations oculaires de la lèpre.

Socolova (Mlle Alexandra). — Manifestations et séquelles nerveuses de l'intoxication barbiturique aiguë.

Escobar Mejra (Delio). — La grippe dans ses relations avec la tuberculose pulmonaire.

Morrison (Henry). — A propos des poussées aiguës au cours des leucémies chroniques.

Sor (Mendel). — Contribution au traitement chirurgical de la hernie ombilicale du nouveau-né. Quelques points de technique.

Bunnag (Yont). — Les accidents cutanéo-muqueux de l'aurothérapie.

Hemmi (Jacques-Christian). — Etude sur les rapports des épidémies, endémies et épizooties avec le milieu géologique et climatique.

Shaarawi (Ali Hassan). — Contribution à l'étude de la valeur des procédés de tunnellisation dans la gastrostomie (Procédé de Gernez).

Le Gérant : R. Thiron

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux

CORRESPONDANCE

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

Accidents du Travail

6.322. — Pansement de jambe variqueuse par bande à pâte de Unna

Ayant à appliquer depuis quelque temps, sur le conseil d'un chirurgien venu en consultation avec l'autorisation de la Compagnie d'assurances, des bandes à la pâte de Unna, prenant toute la jambe, pour une plaie atone, du reste fort améliorée par ce traitement, et ce, tous les huit à dix jours, je me demande quel est le tarif que je pourrais appliquer ? D'autant plus que je crois devoir avertir la compagnie, car je vais mettre cette semaine la cinquième bande et je crois que je serais obligé de prévenir (si un tarif spécial doit être suivi), à partir de la sixième application ?

Je vous serai obligé de me répondre dès que possible et vous en remercie d'avance.

Dr B.

Réponse

J'ai déjà proposé (ce qui fut admis *à l'amiable*) pour pansement par bandes à la pâte de Unna renouvelé rarement, le prix, par *analogie*, d'un « pansement de brûlure moyenne sur deux segments de membre : 30 francs ».

Naturellement vous devez en avertir la Cie en cas « d'une série d'interventions à tarif spécial » (art. 7), sans tenir compte du chiffre « 5 » qui a disparu dudit article depuis le tarif de février 1932.

Dr F. DECOURT.

6.560. — A propos du médecin le plus rapproché

Le Dr R. habite à six kilomètres de chez moi. Je suis en excellents termes avec lui.

Ayant eu des difficultés avec l'assurance « l'A », il me prie aujourd'hui de venir soigner chez lui (où je ne vais jamais que pour le remplacer), un blessé B., accidenté du travail dont le patron est assuré à l'A.

Il prévient, d'autre part l'assurance qu'il ne veut plus donner ses soins aux blessés qui y seraient assurés et qu'il refuse de soigner le blessé B.

Je préviens l'assurance dans mon certificat : distance du médecin le plus proche consentant à se déplacer six kilomètres et je compte à chaque visite demander 18 francs d'indemnité kilométrique.

Suis-je en règle avec la loi ?

Dr D.

Réponse

Il m'apparaît que le Docteur R. *refusant* de soigner les blessés dont le patron est assuré à l'A., *il ne compte plus*, en l'espèce, comme médecin praticien « le plus proche ». C'est donc tout autre praticien « le plus proche » sur lequel on doit se baser pour évaluer le montant de l'indemnité kilométrique. Au cas où la Cie d'assurances refuserait de se placer sur ce terrain, il y aurait lieu de demander une décision à la *Commission d'arbitrage*.

Dr F. DECOURT.

6.404. — Ponctions répétées d'hémarthrose du genou

J'ai l'honneur de vous prier et je vous serais obligé de bien vouloir me faire connaître le tarif à appliquer pour ponctions répétées du genou au trocart par suite d'hémarthrose récidivante.

Dr L.

Réponse

Vous pourriez compter, à l'amiable par *analogie* avec « ponction d'abcès froid avec ou sans injection modificatrice » : en série : 25 francs ; parfois, isolée : 30 francs (art. 16) mais en donnant « avis préalable » à la Cie d'assurances (art. 7).

Dr F. DECOURT.

6.518. — Déplacements exclusifs ou non ?

J'ai adressé à une Compagnie d'assurances mes notes d'honoraires pour deux blessés graves.

Ces deux notes s'élèvent respectivement à 3.598 francs et 1.466 fr. 80.

La Compagnie me prie de bien vouloir réduire mes deux notes : elle invoque pour cela un paragraphe de l'article 2 du tarif officiel.

Lorsque le médecin utilise son passage dans la résidence du blessé sans se déplacer exclusivement pour lui, il n'a droit qu'à la moitié de l'indemnité kilométrique.

Donc, sur la note de 3.598 francs, la Compagnie me prie d'admettre que dans un tiers des déplacements, j'ai pu utiliser des visites sur le parcours, donc réduction de 250 francs sur celle de 1.466 fr. 80, elle me propose sur seize indemnités kilométriques de 46 fr. 80, une réduction de 117 francs.

C'est la première fois, qu'une assurance me fait une pareille observation. Que dois-je faire ?

Dr M.

Réponse

C'est là une question de bonne foi et de conscience. Avec des notes aussi élevées il doit y avoir eu de nombreux déplacements et tous n'ont pas dû avoir été faits *exclusivement* pour le blessé intéressé. C'est à vous de vous rendre compte si la réclamation de la Cie est justifiée ou non, *matériellement*. *A priori*, et sons toutes réserves, il

me semble que oui, en tous cas elle s'appuie, si elle était justifiée, sur le texte même du tarif et s'explique, au nom de l'équité, en principe.

Dr F. Decourt.

FISCALITÉ

6.584. — Le pouvoir pour représenter un médecin devant le Conseil de famille est assujetti au timbre

Un pouvoir de mandataire, établi par un médecin appelé devant un conseil de famille, pour être remis à un autre médecin ou à un avocat qu'il charge de le représenter, doit-il être établi sur papier timbré ?

Je pense que oui, mais un confrère a vu contester le fait.

Dr H.

Réponse

Le pouvoir dont vous parlez doit en général être sur timbre car c'est d'une simple représentation qu'il s'agit puisqu'un avocat peut remplacer un médecin.

A. et S. Martinot.
Conseillers fiscaux

6.524. — Amortissement du prix d'achat d'une automobile

Au point de vue fiscal, j'ai dû racheter une voiture qui m'a coûté 20.000 francs.

La précédente accidentée était amortie, mais pouvait encore me servir trois ou quatre ans. Que devrais-je déduire l'an prochain de mes bénéfices ? Un simple amortissement en quatre ou cinq ans ? Ce n'est tout de même pas comme si j'avais de mon gré changé ma voiture et si ma voiture valait encore 5 ou 6.000 francs je les ai perdus.

Puis-je déduire la valeur de la voiture détruite et en plus l'amortissement annuel de la nouvelle ?

Dr T.

Réponse

Puisque votre précédente voiture était complètement amortie, vous n'avez pas à tenir compte du chiffre de sa reprise éventuelle si elle n'avait pas été accidentée, chiffre qui aurait dû alors être réintégré dans vos bénéfices.

Puisque votre nouvelle voiture a coûté 20.000 francs vous devez l'amortir en quatre ou cinq ans à raison de 4 ou 5.000 francs.

A. et S. Martinot.

6.761. — Exemption de timbre des certificats pour les membres de Sociétés de secours mutuels approuvées

J'ai lu dans un numéro du *Concours*, il y a quelques mois, qu'étaient dispensés du timbre les reçus faits pour les Sociétés de secours mutuels approu-

vées, à condition d'y ajouter « Dispensé du timbre. Loi du 1er avril 1898, article 19 ».

Cette loi a-t-elle toujours son effet ou un décret récent l'a-t-il modifiée ?. Un secrétaire de Société de secours mutuels m'affirmait ce matin qu'il fallait, comme pour tout reçu ordinaire, un timbre quittance.

Dr R.

Réponse

En effet « les certificats délivrés aux membres participants des Sociétés de Secours mutuels régulièrement approuvés ou reconnues d'utilité publique (loi du 1er avril 1898, art. 19 et 33), sont dispensés du timbre », mais doivent porter cette destination.

Cette exemption est, en vertu des articles 437 à 442 du Code du timbre des 23 décembre 1934 et 19 janvier 1935.

A. et S. M.

6.734. — L'indemnité touchée à la suite d'un accident n'est pas un revenu

Accidenté assez sérieusement je vais garder une incapacité partielle permanente. Mon assurance individuelle va me verser une indemnité. Il est vraisemblable qu'elle la déclarera dans ses frais généraux à son contrôleur. Mais moi ? J'entends toute sorte de conseils différents. J'ai l'impression que tant que ce capital ne sera pas placé je n'ai rien à déclarer à mon contrôleur du moment que j'en ai l'emploi ou que je le garde en billets de banque dans mon coffre. C'est une indemnité qui m'est versée par contrat pour compenser une diminution physique. Ai-je bien raison ? Je serai très heureux d'avoir l'avis de votre conseiller fiscal.

Dr X.

Réponse

Vous n'avez pas, en effet, à déclarer une somme qui vous a été versée pour compenser une incapacité physique; ce n'est pas un bénéfice, c'est un capital. Dès lors qu'elle vous rapportera des intérêts, vous devrez les porter dans votre revenu global et ces derniers seront taxés à l'impôt général sur le revenu.

S'il vous était accordé une indemnité en compensation des honoraires dont vous a privé votre accident, cette dernière serait imposable au même titre que les honoraires.

A. et S. M.

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

6.413. — Droits de la veuve et des enfants d'un pensionné de guerre

Abonné au Sou Médical, je vous serais très obligé de vouloir bien me donner le renseignement concernant un de mes clients.

Le mari, pensionné de guerre à 65 %, pour perte d'un œil à la guerre. Décédé en janvier 1937.

La femme n'a rien touché depuis le décès et elle a deux enfants âgés de 14 et 16 ans.

A-t-elle droit à une partie de la pension ou à une indemnité pour elle et pour les deux enfants âgés de moins de 18 ans ?

Dr B.

Réponse

Cette veuve d'un pensionné de guerre à 65 % a droit à une pension, dite de réversion, puisque le taux dépassait 60 %.

Les enfants recevront également une allocation jusqu'à l'âge de 18 ans.

Elle doit adresser, avec tous renseignements utiles, une demande de pension à l'Intendant départemental des Pensions qui se chargera de constituer son dossier.

ACCIDENTS

6.403. — Blessures reçues dans une rixe au cours du travail

J'ai soigné, il y a peu de temps, un jeune aide-vacher pour des blessures multiples des deux derniers doigts des deux mains. Il s'était battu pendant son travail et sur les lieux du travail avec son vacher qui l'avait mordu. J'ai conseillé de le considérer comme un accident du travail, ce qui a été fait. Voici la réponse du représentant de la Compagnie : « Nous remarquons qu'au moment de l'accident le blessé se battait avec un de ses camarades. Dans ces conditions, nous refusons la prise en charge de ce sinistre ».

Qu'en pensez-vous ? et que puis-je conseiller à mon client ?

Dr D.

Réponse

La jurisprudence est depuis longtemps fixée dans ce sens que tout accident dont le travail a été la cause ou l'occasion, constitue un accident du travail sans qu'il soit besoin qu'il soit rattaché par un lien direct aux occupations mêmes de l'ouvrier. C'est ainsi que les blessures reçues au cours d'une rixe survenue au lieu et au temps du travail sont admises comme accidents du travail par une jurisprudence actuellement bien stable (voir notamment un arrêt de la Cour d'appel de Rennes du 15 octobre 1936. Revue générale des accidents du travail, 1936-61).

Dans ces conditions, nous nous étonnons que la compagnie d'assurances prétende contester la responsabilité de son assuré. Il convient donc que votre client, pour faire admettre qu'il a bien été victime d'un accident du travail, cite son patron devant le juge de Paix du canton où l'accident s'est produit, en paiement de son demi

salaire. Lorsque le jugement aura été rendu en sa faveur, vous aurez à votre tour une action contre le patron en paiement de vos honoraires dans la limite du tarif.

6.350. — Les appareils de prothèse ne sont pas à la charge du chef d'entreprise

Par suite d'un accident du travail, un de mes clients a eu deux ou trois dents du maxillaire supérieur cassées, ainsi qu'un appareil de prothèse de de huit dents. Les dents cassées ont été extraites par un dentiste, et j'ai délivré un certificat mentionnant la nécessité de faire un appareil de prothèse de dix dents pour remplacer l'appareil et les dents cassées.

La Compagnie d'assurances m'informe qu'elle refuse de payer le nouvel appareil de prothèse. Que faut-il faire ?

Dr C.

Réponse

En matière d'accident du travail, les frais médicaux et pharmaceutiques constituent un accessoire de l'indemnité temporaire et cessent d'être dus en même temps qu'elle, c'est-à-dire dès que le blessé est guéri ou atteint définitivement d'une incapacité permanente partielle.

Il en résulte, suivant la jurisprudence, que seuls peuvent être compris parmi les frais médicaux à la charge du patron les appareils destinés à concourir au traitement de la blessure mais non les appareils de prothèse. C'est donc à bon droit et par une stricte application de la jurisprudence que la Cie d'assurances refuse de prendre à sa charge les frais de l'appareil de prothèse dentaire nécessités par l'accident.

Par contre, malgré la correction que peut apporter à l'incapacité le port d'un appareil, le blessé a droit à une indemnité permanente proportionnelle à l'incapacité partielle résultant pour lui de l'accident, s'il en existe une, aussi légère soit-elle.

6.612. — Accident du travail causé par un tiers

Un de mes clients a été heurté par un camion, le 8 décembre dernier, alors qu'il était lui-même sur le camion de son patron. Son camion était arrêté et mon client etait sur le marchepied.

Cet accident a eu de graves conséquences et les blessures ne sont pas encore consolidées.

Mon client qui travaillait pour le compte du patron du camion, a, dans sa déclaration initiale aux gendarmes, déclaré qu'il venait d'attacher des bestiaux dans son camion quelques secondes avant d'être tamponné.

Le tribunal correctionnel a condamné pénalement le conducteur du camion tamponneur, et mon client n'a été cité qu'à titre de témoin.

C'est, ce me semble, un accident de droit commun; le réglement n'en pouvant être fait (c'est du moins ce que je crois), que par le versement d'une somme globale et définitive.

Or, l'avocat de mon client prétend qu'il s'agit d'un « accident de droit commun survenu au cours du travail « et que le règlement en sera fait, outre le remboursement des frais médicaux et pharmaceutiques, par le versement d'une rente annuelle et viagère.

J'avoue ne pas comprendre. Cette affaire devant venir devant le Civil en octobre je ne crois tout de même pas que ce tribunal juge en sens. Seulement la même compagnie assure et le patron de mon client et le patron du tamponneur. De nombreuses démarches ont été faites auprès de mon client pour qu'il accepte que son accident relève de la loi de 98, ce qui ne manquerait pas d'être plus avantageux pour l'assurance. Et pour comble ! mon client a choisi comme avocat un des plaideurs habituels de ladite compagnie.

Je serai très content d'avoir votre avis, afin de pouvoir conseiller mon client. Dr J.

Réponse

L'article 7 de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail réserve à la victime contre les auteurs de l'accident autres que le patron et ses ouvriers et préposés le droit de réclamer la réparation du préjudice causé conformément aux règles du droit commun.

L'indemnité allouée à la victime et mise à la charge de l'auteur de l'accident exonère à due concurrence le chef d'entreprise des obligations mises à sa charge.

Mais la loi spécifie que, dans le cas où l'accident a entraîné une incapacité permanente ou la mort, l'indemnité doit être attribuée à la victime sous forme de rente servie par la Caisse nationale des retraites.

Dès lors que l'accident s'est produit par le fait et à l'occasion du travail et qu'un tiers en est responsable, c'est avec raison que l'avocat de votre client lui a indiqué que l'indemnité pour incapacité permanente serait attribuée non pas en capital, mais sous forme de rente.

En outre, votre client aura le droit de réclamer à l'auteur de l'accident le remboursement du demi-salaire non payé par le patron et de toutes les pertes causées par l'accident, détérioration de vêtements par exemple.

En ce qui concerne vos honoraires, vous avez une action contre le patron responsable dans les limites du tarif comme s'il s'agissait d'un accident du travail ordinaire. Mais n'oubliez pas que la loi sur les accidents du travail n'a jamais limité ou taxé les honoraires médicaux.

Vous pourrez donc, après avoir reçu du patron, vos honoraires calculés suivant le tarif, demander au blessé lui-même de vous payer la différence entre le tarif des accidents du travail et votre tarif ordinaire de droit commun.

Le blessé pourra à son tour comprendre la partie de vos honoraires qu'il aura réglés lui-même, dans sa demande d'indemnité contre l'auteur de l'accident.

6.693. — La congestion est une maladie et non un accident

Un de mes clients est décédé d'une congestion survenue au cours d'un bain à la mer vers 17 heures, il avait mangé vers 12 h. 30, la mort a été presque instantanée. Ramené presque immédiatement après le premier accident, sur la plage, malgré les soins immédiats, il a succombé.

Or, il se trouve qu'il est assuré,

a) sur la vie,

b) sur les accidents,

la seconde étant la plus élevée, dans quelle catégorie peut-on classer la cause du décès ?

— *Puis-je indiquer sur le certificat médical la cause du décès ?* D[r] Z.

Réponse

La question que vous nous posez a fait l'objet récemment d'un arrêt de la Cour d'appel de Limoges en date du 2 mars 1937 (*Gaz. Pal.*, 14 avril 1937).

Aux termes de cet arrêt lorsqu'une police d'assurances définit les accidents corporels qu'elle garantit comme étant toutes lésions provenant d'une cause fortuite, violente, extérieure, subite et involontaire et exclut toutes atteintes dues à la maladie, la mort subite due à une congestion qui n'est ni une mort violente ni une mort accidentelle est la conséquence d'une maladie qui s'est révélée subitement sans l'intervention d'un traumatisme et n'est, par suite, pas garantie par le contrat d'assurances accidents.

Il en résulte qu'en l'espèce ce serait au contrat d'assurance-vie de jouer et c'est la somme prévue par ce contrat que les héritiers de votre client doivent réclamer à la Compagnie d'assurances.

En principe, il est exact que vous êtes lié par le secret professionnel tant à l'égard des héritiers qu'à l'égard de l'assurance elle-même.

Toutefois, l'art. 378 du Code pénal n'interdit au médecin de révéler que les faits secrets par leur nature, c'est-à-dire les faits dont la divulgation serait susceptible de porter atteinte aux intérêts légitimes du défunt.

Par contre, d'après un arrêt récent de la Cour de cassation, un médecin peut valablement indiquer la cause du décès de l'un de ses clients lors-

que cette cause ne peut, en aucune manière, porter préjudice à sa mémoire. Puisqu'il en est ainsi, en l'espèce, vous pouvez donc indiquer sur le certificat la cause du décès afin de simplifier les rapports contre l'assurance et les héritiers de votre client.

ASSURANCES SOCIALES

6.734. — Demande par une Caisse d'indication du montant des honoraires versés au médecin.

J'ai un malade, employé de la Compagnie X., affilié à la « Mutuelle de la compagnie », cette Caisse s'obstine à me demander le prix de mes différents actes médicaux.

1° Est-elle en droit d'agir ainsi et ne suffit-il pas que je porte les coëfficients habituels sur la feuille ?

2° En cas de refus de ma part est-elle en droit de diminuer le remboursement de l'assuré ? Sachant que le remboursement habituel de cette Caisse est plus fort que celui des autres Caisses officielles (exemple : 12 francs au lieu de 9 fr. 60 pour une consultation).

Dr N.

Réponse

En principe, une Caisse d'assurances sociales n'a point à connaître le montant exact des honoraires exigés par le médecin de son client.

En effet, la délivrance des soins aux assurés sociaux est régie par le principe de l'entente directe entre le médecin et le malade. La Caisse doit se contenter de verser à l'assuré le montant des sommes prévues par son tarif de responsabilité sur le vu de l'attestation par le médecin que les actes médicaux ont bien été accomplis et qu'il a bien été payé.

Toutefois, ce principe a une limite résultant de l'art. 6, paragr. 5, du décret-loi sur les Assurances sociales en vertu duquel la part remboursée par la Caisse à l'assuré ne peut excéder en aucun cas le montant des frais réellement exposés par ce dernier.

Si donc, la Caisse craint que vos honoraires soient égaux ou inférieurs au tarif de remboursement, elle veut éviter que vos clients ne fassent soit un bénéfice, soit au moins une économie en ne supportant pas intégralement comme les autres assurés la participation obligatoire de 20 %, connue sous le nom de ticket modérateur.

C'est sans doute pour éviter qu'il en soit ainsi qu'elle demande soit à vous même, soit à vos clients, le montant exact de vos honoraires.

Nous vous conseillons donc d'indiquer ce montant s'il est inférieur au tarif de responsabilité ou dans le cas contraire, de répondre à la Caisse que vos tarifs ne risquent pas de procurer des bénéfices à vos clients.

6.742. — Droit des assurés sociaux indigents aux spécialités pharmaceutiques

Je lis dans les préliminaires de la quatrième édition du Tarif pharmaceutique interministériel des ministères de la Santé publique, des Pensions et du Travail (arrêté du 25 mai 1937), les indications ci-après :

Le Tarif pharmaceutique est applicable aux fournitures suivantes :

I. Fournitures aux assurés sociaux notoirement indigents (art. 19 du décret-loi du 30 octobre 1935, ancien article 59) :

« Selon les instructions de la direction générale des Assurances sociales, le Tarif à appliquer est le Tarif pharmaceutique interministériel ;

« Les assurés sociaux indigents ont, *quant à présent* droit à tous les médicaments (*spécialités comprises*), au même titre que les assurés sociaux ordinaires. »

Je croyais précisément que la fourniture des spécialités à cette catégorie d'assurés sociaux indigents était encore en litige.

Je viens donc vous prier de bien vouloir me documenter d'une façon certaine s'il vous est possible à ce sujet.

Dr G.

Réponse

Le point de savoir si les assurés sociaux indigents ou leur famille ont droit aux spécialités pharmaceutiques a soulevé en effet, jusqu'à présent de nombreuses difficultés entre l'Administration et le Corps médical. L'Administration prétendait assimiler les assurés sociaux indigents aux assistés médicaux gratuits relevant de la loi du 15 juillet 1893 et elle en déduisait que les assurés sociaux indigents ne pouvaient recevoir à titre de fournitures pharmaceutiques que les médicaments figurant dans la nomenclature du règlement départemental d'assistance.

Cette thèse était à la vérité contraire aux textes et à la jurisprudence. Il résulte tout d'abord de l'art. 19, parag. 3, alinéa 3, du décret-loi du 28 octobre 1935 sur les Assurances sociales, que les prestations à la charge des Caisses d'assurances sociales pour les assurés sociaux assistés, sont les mêmes que celles prévues pour les autres assurés et sont accordées suivant les modalités et sous réserve du contrôle applicable à ces assurés. Ceci veut dire qu'en particulier la délivrance des prestations en nature de l'assurance-maladie concernant les assurés assistés est régie par les mêmes principes que pour les assurés ordinaires. Or, en vertu de l'art. 6, paragr. 8 du décret-loi, les prescriptions médicamenteuses sont laissées à

l'initiative des médecins qui conservent la liberté d'ordonner suivant la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement, les médicaments conformes à la législation et à la réglementation existantes.

D'autre part, la jurisprudence décide de manière formelle que les assurés sociaux notoirement indigents pour bénéficier aux conditions et dans les limites fixées par la loi sur les Assurances sociales de l'assistance médicale gratuite, n'en demeurent pas moins avant tout des assurés soumis aux obligations, mais conservant tous les avantages de l'assurance. Même dans la mesure où ils sont rattachés à l'assistance, la prédominance de leur qualité d'assurés se manifeste notamment par l'obligation de calculer les frais médicaux les concernant selon les règles de l'assurance et non d'après le tarif de l'assistance et aussi par la proportion réduite (20 %) dans laquelle l'assistance participe au paiement de ces frais tandis que la Caisse primaire y contribue pour 80 %. (Trib. des Conflits, arrêts des 26 octobre 1936 et 11 janvier 1937. *Dalloz hebd.*, 1937, p. 103.)

On doit donc en déduire de manière certaine que les assurés sociaux indigents doivent être traités en principe comme des assurés sociaux ordinaires et que leur médecin traitant jouit de la liberté de prescription la plus entière dans la seule limite fixée par l'art. 6, paragr. 8 et 9, du décret-loi sur les Assurances sociales. Ils peuvent donc ordonner à leurs malades les médicaments et spécialités pharmaceutiques de vente légale en France.

Il est curieux de constater que l'Administration ne veuille pas s'incliner devant des textes et une jurisprudence aussi formelle, et écrive, dans sa Circulaire du 28 août 1937 que : « les assurés sociaux indigents ne pourront bénéficier que des seules spécialités pharmaceutiques qui sont actuellement délivrées aux bénéficiaires de la loi du 15 juillet 1893 ».

Il s'agit là d'une simple affirmation, dénuée, on l'a vu, de tout fondement.

6.841. — Droit des titulaires d'une pension d'invalidité aux prestations de l'assurance-maladie

Je soigne actuellement un jeune homme qui vient de faire une hémoptysie. Ce malade, il y a quatre ans, avait été soigné un certain temps par sels d'or. A la suite du traitement (il est aux Assurances sociales), la Caisse lui a proposé une pension d'invalidité (50 %) qu'il a acceptée et le droit aux soins médicaux et pharmaceutiques pendant cinq ans.

Or, actuellement, il a fait une demande à la Caisse

pour avoir des feuilles de maladie, cette demande est restée sans réponse.

Pourriez-vous me dire s'il a droit au remboursement de ses frais médicaux et pharmaceutiques puisque le délai de cinq ans n'est pas écoulé ?

Dr C.

Réponse

Il est exact qu'en vertu de l'art. 10, paragr. 8, du décret-loi sur les Assurances sociales qui n'a fait que reprendre, les dispositions analogues du régime antérieur établies par la loi de 1928-1930, l'assuré titulaire d'une pension d'invalidité bénéficie des prestations en nature de l'assurance-maladie pendant la durée de son invalidité et au maximum pendant cinq années.

Ces prestations sont servies aux pensionnés pour le compte de l'Union régionale par la Caisse dont ils dépendaient pour l'assurance-maladie et suivant les conditions fixées par l'art. 6 du décret loi, c'est-à-dire les conditions afférentes aux prestations ordinaires.

Bien entendu toutefois, il ne peut être question d'appliquer dans cette hypothèse, la limitation à six mois de soins qui est remplacée par la limitation à cinq années figurant au paragr. 8 de l'art. 10.

Si votre client ne peut obtenir ces prestations à l'amiable, de la Caisse débitrice, il doit la poursuivre devant la Commission d'arrondissement de son siège par lettre recommandée adressée au Président de cette Commission au greffe du Tribunal civil dans les dix jours de la notification d'une décision de refus ou en cas de non réponse, de l'expiration d'un délai de deux mois.

Pour faire courir ce délai, il est naturellement nécessaire que la Caisse ait été saisie de la demande de prestations par lettre également recommandée avec avis de réception. Cet avis doit être joint d'ailleurs à la requête au Président de la Commission d'arrondissement.

Nous vous signalons que les lettres adressées aux Caisses d'assurances sociales et aux Commissions d'arrondissement circulent en franchise postale même recommandées. D'autre part, les frais de procédure devant la Commission sont réduits au strict minimum c'est-à-dire aux frais de greffe qui se montent à environ une trentaine de francs et sont remboursés à l'intéressé en cas de gain.

Cinquante-neuvième année — N° 39 — 26 Septembre 1937

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

- sommaire -

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	60 fr.	Belgique et Luxembourg...	70 fr.
Etudiants	35 fr.	Première Zone	85 fr.
Le Numéro..........	1.25	Deuxième Zone	110 fr.

Correspondance

Abonnés du Concours exerçant dans les stations d'altitude

Nous rappelons à nos abonnés qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :
Annecy. Lortet, Pierron.
Aubure (Haut-Rhin), Borg.
Chamonix. de Chabanolle (*enf. cure hélio-alpine*)
Jougne. (Doubs). Charlin.
Lajoux (Jura), L. Benoit-Jeannin.
La Louvese (Ardèche). J. Goubert.
Langogne (Lozère). Adrien Forestier.
Maiche (Doubs). J. Chatelain.
Mégève. Marcel Grenet, Jacqueline Grenet-Gazamian (*enf.*)
Mouthe (Doubs). R. Paindestre.
Osséjà (Pyr.-Or.) J. Avérous.
Pau (Basses-Pyr.). Cornet.
Saint-Gervais. Roux.
St-Pierre-de-Chartreuse. Brianes.
Vernet-les-Bains. Ponson.
Villard-de-Lans. Bassaguet (*mal. enf.*), Suau (*mal. enf.*)

Abonnés du Concours exerçant dans les stations balnéaires et climatiques

MM. les docteurs :
Antibes-Juan-les-Pins. Claudel (chir. ur.).
Ars (Ile de Ré), J. Moinet.
Bandol-sur-Mer. E. Charmot et E. Rozet (*cure hélio-mar.*), L. Marçon.
Banyuls-sur-Mer. E. Panis, Parcé.
Berck-Plage. Bouquier, H. Loze, Ménard, Tridon, Richez.
Biarritz. Clavel, Lacour, Pitchalsky (*méd. gén. Stom.*) M. Pourquié (*chir.*) G. Pourquié (*o. r. l.*)
Boulou (Le) (Pyr.-Oles) M. Basman.
Cannes. Abadie, Bourgeois-Gavardin, P.-E. Bousquet, Escarras, P. Houssiaux, Joublot, Gérard Monod, Roques, Stauder.
Carnac-Plage. E. St-Martin.
Cassis-sur-Mer. Agostini.
Cayeux-Brighton-sur-Mer. Colleu (orthopédie).
Croix-de-Vie. Cristau.
Crozon-Morgat. E. Donard.
Deauville. Molina.
Dinard. Badin.
Douarnenez. Damey.
Fouesnant-Beg Meil. Legal.
Grau du Roi (Gard). Ramain.
Hendaye. Th. Casenave.
Le Boulou. J. Noguès.
Mimizan-Plage (Landes). Froustay.
Nice. Faure, M. Lelongt, Nicolas, Trutié de Vaucresson (*chir.*)
Ouistreham-Riva-Bella. Ch. Poullain.
Paramé. Bazin.
Pau. Dr Cornet.
Roscoff. Bagot père, Stéphan.
Saint-Aubin-sur-Mer. (Calvados), Em. Quiquemelle.
St-Georges-de-Didonne. Maudet.
Saint-Jean-de-Luz. J. Reboul.
Ste Maxime-s/Mer. E. Bausset, Ficonetti.
St-Quay-Portrieux. Bertrand
Saint-Raphaël. Boulle, Léon Clément (*chir.*), M. Rochette (*stom.*), Roux de Laroque (*Gyn. enf.*)
Saint-Servan. Huet.
Sables-d'Olonne. Pelletier.
Sanary-sur-Mer. Gaillard.
Trébeurden. Royer.
Villars-de-Lans. Bassaget.

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Nº 242. — A céder après décès, cabinet de radiologie à Lyon.

Nº 243. — A vend. appar. spiroscope de Pescher tout neuf, avec livre documentation complète. Val. 330 fr. prix demandé : 200. Dr Daveau, Ligné (Loire-Inf.).

Nº 244. — Poste médical banlieue Est 10 km. Paris. En pleine extension., départ cause santé. A céder pour 20.000. Pour renseign. écr. à Mme Marlangeon, 8, av. de Lespinasse à Villemomble (Seine).

Nº 245. — Dame 40 ans, veuve ingénieur-chimiste cherche pour après-midi situat. chez médec. réception clients, téléph., correspond. Référ. milieu médical. Ecr. S. Landry, 81, rue Laugier, Paris (17e).

Nº 246. — Fille de méd. instruite, sténo-dactylo, notions anglais et comptabil., cherche place secrétaire Paris.

Nº 247. — Doctoresse diplômée phtisiolog. courant préventor. sana., ex-assistante maladies nerveuses, mentales, laboratoire, demande place dans clinique privée, laborat. région de Paris, provençale ou languedocienne. Fixe modéré demandé.

Nº 248. — Urgent. Vve méd. céder bonne client. région Lyonnaise. Maison très agréab. très bien située, eau, électr., chauf. cent., garage, jardin. Céder. mobilier consult.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet BREITEL ET GORET

1, rue Dante, Paris (5e). - Tél. : Odéon 36-46

Champagne. Par suite décès, reprise urgente d'un très anc. poste prophcien, facil. paiem., grande et belle maison à louer.

Paris. Laborat. biologie. Associat. avec 50.000.

Centre prophcien. Gros rapport. Prix : 75.000 cpt. à déb.

150 km. Paris. Gros centr. industr. Import. client. avec pet. chir. Urgent. Prix 50.000.

AVIS

Renouvellement des Abonnements

En raison des *frais élevés* qu'entraînent actuellement les recouvrements, nos abonnés ont tout intérêt à nous adresser leur réabonnement (60 fr.), par virement postal ou chèque postal au nom du *Concours Médical*, compte Chèques postaux : Paris 167-95.

Changements d'Adresses

Nous rappelons à nos lecteurs **que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 fr. 50** pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande).

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Journée internationale du rhumatisme** (Paris, 9 octobre 1937). — Nous rappelons que cette journée, organisée par la Ligue française contre le rhumatisme aura lieu à Paris, le 9 octobre prochain.

PROGRAMME. — 10 heures, séance clinique à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. le Professeur Loeper ; 15 heures, séance scientifique à la Faculté de médecine sous la présidence du Professeur Laignel-Lavastine. Premier rapport : Médications radio-actives. Prof. agrégé F. COSTE (Paris). — Deuxième rapport : Cures hydro-minérales radioactives et rhumatismales. Prof. PIÉRY et H. MILHAUD (Lyon). — Troisième rapport : L'émanothérapie dans le rhumatisme chronique. Prof. CLUZET et H. THIERS (Lyon). — Quatrième rapport : Actions radioactives exercées par les eaux minérales et leurs dérivés. Prof. EUZIÈRE et R. CASTAGNE (Montpellier).

A 20 h. 30, un dîner réunira les congressistes au Pavillon Dauphine, au Bois de Boulogne.

COTISATIONS. — Membres adhérents, 75 francs, membres associés, 55 francs. (La cotisation donne droit au dîner auquel les dames sont cordialement invitées à prendre part.)

INSCRIPTIONS. — S'inscrire d'urgence au siège social de la Ligue contre le rhumatisme, 23, rue du

Cherche-Midi, Paris (VIe), en envoyant le montant des cotisations par chèque bancaire ou chèque postal (CC. Paris 1414.50). Téléphone : Littré 14-61.

— **VIe Congrès de chimie biologique.** — Le VIe Congrès de chimie biologique se tiendra à Lyon les 11, 12, 13 octobre 1937 ; il sera réservé à la discussion des sujets suivants :

1° Nouvelles données concernant les relations entre la structure chimique et l'action pharmacologique ;

2° Les infiniment petits chimiques en chimie biologique ;

3° Chimie de l'immunité ; immuno-chimie des bacilles acido-résistants.

Les conférences et communications auront lieu dans un amphithéâtre de la Faculté de médecine.

— **Un Congrès international des stations balnéaires** aura lieu à Budapest du 7 au 14 octobre 1937 (au lieu du 3 au 10). Bureau du Congrès : Budapest, V., Dorottya Utca II.

— **Les Journées nationales 1937 de service social** se tiendront à Paris les 23 et 24 octobre 1937 et auront pour sujet : *l'évolution du service social en France.* Pour renseignements, s'adresser à Mlle Hardouin, secrétaire générale, Comité français de Service social, 6, rue de Berri, Paris (VIIIe).

— **Une nouvelle fondation en faveur des recherches médicales.** — Un grand industriel suédois, M. Axel Wenner Gren, vient de déposer une somme de plus de 100 millions de francs dont le revenu annuel, soit environ 7 millions de francs, sera destiné à encourager et financer les travaux scientifiques effectués dans le domaine de l'économie sociale des sciences naturelles et de la médecine.

Cette donation, a précisé M. Wenner Gren, devra récompenser et faciliter les travaux qui seront de nature à amener la paix entre les citoyens et la paix entre les peuples, à perfectionner l'économie des nations et, d'une façon générale, à augmenter la prospérité et la santé de l'humanité.

Un Comité, composé de hautes notabilités suédoises, est chargé de la répartition annuelle de ces fonds. (*Le Temps.*)

— **La Tasmanie « nationalise » ses médecins :** *Dix d'entre eux sont « fonctionnarisés » et soigneront gratuitement et indistinctement pauvres et riches.* — L'Etat de la grande île de Tasmanie située au sud de l'Australie et qui s'est engagé depuis plusieurs années dans un vaste plan de « nationalisation » de toutes les professions commerciales, industrielles ou libérales présentant un caractère social marqué ou un intérêt public évident vient, par de nouvelles mesures prises à l'égard des médecins traitants, de démontrer son intention de poursuivre jusqu'au bout son programme.

Dix médecins viennent de recevoir, après concours, leur nomination comme « fonctionnaires ». Ils

toucheront des appointements fixes de £ 10.000 (132.000 francs) par an, moyennant quoi ils devront donner leurs soins gratuitement à domicile à tous les habitants de l'île qui feront appel à leur diagnostic. Il leur est formellement interdit de percevoir aucuns honoraires, même des citoyens notoirement fortunés. (*Paris-Soir.*)

— **Hôpitaux de Bordeaux.** *Concours de stomatologiste adjoint.* — Un concours pour une place de stomatologiste-adjoint des hôpitaux de Bordeaux aura lieu le 16 novembre 1937.

Pour tous renseignements s'adresser au secrétariat des hospices, cours d'Albret, 91, avant le 1er novembre 1937.

— **Hôpitaux du Havre.** — *Internat.* — Un concours pour six places d'internes titulaires, aura lieu le vendredi 15 octobre 1937, à l'hospice général du Havre, 55 *bis*, rue Gustave-Flaubert.

Pour être admis à ce concours, les candidats devront être pourvus de seize inscriptions minimum.

Ils devront faire parvenir à la Direction des Hospices, pour le 5 octobre au plus tard, leur demande d'inscription ainsi que les pièces exigées pour y prendre part.

Le règlement du concours est tenu à la disposition des intéressés, à la Direction des Hospices du Havre 55 *bis*, rue Gustave-Flaubert, où tous renseignement utiles pourront également être demandés.

— **Thermalisme social.** — Le Docteur Molinéry a soumis à l'approbation de l'Assemblée générale de l'Association des anciens combattants indépendants le vœu suivant :

L'Association des anciens combattants réunis en Congrès national, à Luchon, le dimanche 5 septembre 1937, après avoir entendu et discuté le rapport de l'auteur sur les « Lieux de Genève », l'article 64 des pensions, et le thermalisme social, émet, à l'unanimité, le vœu que les stations thermales et climatiques de France, chaque fois que les nécessités de la défense nationale ne s'y opposeront pas, soient transformées :

1° en lieux de Genève ;

2° que les stations thermales et climatiques de France soient ouvertes, par extension de l'article 64, à tous ceux qui relèvent de la loi sur les pensions ;

3° que les Assurances sociales soient invitées à étudier les voies et moyens d'investir une partie de leurs capitaux pour l'équipement scientifique, économique, médical et social de stations thermales et climatiques de France, désignées par le Conseil d'administration de la Confédération française, climatique et thermale.

— **Croisière en Indochine.** — *La caravane universitaire* fait une remise considérable aux médecins et à leurs familles qui désirent participer à la croisière d'Indochine (1er décembre 1937, 17 février 1938), époque de l'année la plus favorable.

Demander le programme et les conditions à M. Roy, professeur au Collège, Gaillac (Tarn).

— **Naissances.** — Le Docteur et Madame ARRADON nous font part de la naissance de leur fils *Pierre*.

Vannes, 38, rue du Roulage, 12 septembre 1937.

— Le Docteur et Madame FARRAGGI nous annoncent la naissance de leur petite *Suzette*.

La Bachellerie, 8 septembre 1937.

— Nous apprenons avec plaisir la naissance (27 août 1937) de *Catherine-Marie-Claire* MÉNÉTREL, fille du Docteur Bernard Ménétrel, médecin assistant à l'hôpital Beaujon, ancien chef de clinique à la Faculté.

Nos meilleurs compliments à nos confrères et à leurs familles.

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort de Mademoiselle Hélène-Marie-Yvonne Boucher, âgée de 7 ans, petite-fille de M. le Docteur Armand SIREDEY, médecin honoraire des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine, président de la F. E. M., vice-président de l'Association générale des médecins de France. Nous adressons l'expression de nos plus vives sympathies à M. le Docteur Siredey et à sa famille.

• • •

A TRAVERS L'OFFICIEL

8 SEPTEMBRE

Enseignement de la médecine

Par décret en date du 1er septembre 1937, rendu sur le rapport du ministre de l'Education nationale :

M. Giraud, agrégé, est nommé, à compter du 1er novembre 1937, professeur de clinique médicale infantile à la Faculté d'Aix-Marseille (dernier titulaire de la chaire : M. Cassoute).

M. Bourde, agrégé, est nommé, à compter du 1er novembre 1937, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté d'Aix-Marseille (dernier titulaire de la chaire : M. Imbert).

M. Mosinger, agrégé, est nommé, à compter du 1er novembre 1937, professeur de médecine légale à la Faculté d'Aix-Marseille.

9 SEPTEMBRE

Conseil supérieur d'hygiène publique de France

Par arrêté en date du 8 septembre 1937, M. le Docteur Cavaillon, médecin chargé d'études au ministère de la Santé publique, est nommé membre du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, en remplacement de M. François Martin, décédé.

Prisonniers civils de la guerre

Loi du 14 mars 1936 tendant à instituer une médaille des prisonniers civils, déportés et otages de la grande guerre

Art. 1er. — Il est institué une médaille dite « médaille des prisonniers civils, déportés et otages de la grande guerre », destinée à commémorer le souvenir de leurs sacrifices et à honorer leurs actes de dévouement à la patrie, en reconnaissance des épreuves qu'ils ont dû subir pour elle au cours de la guerre de 1914-1918.

L'attribution de cette médaille ne comportera ni pension, ni allocation, ni aucun autre avantage pécuniaire.

Art. 2. — Pourront prétendre à cette décoration les habitants de toutes les régions envahies par l'ennemi, y compris les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, prisonniers civils déportés, emmenés comme otages ou internés dans des camps de concentration.

Ce droit sera acquis à titre posthume pour les prisonniers civils tués ou décédés des suites de blessures reçues ou de privations endurées au cours de l'internement.

Art. 3. — Un décret rendu sur le rapport du ministre des Finances, d'accord avec le ministre de la Guerre et le ministre chargé des régions libérées, fixera les conditions d'application de la présente loi, ainsi que le modèle de l'insigne et du ruban de la médaille des prisonniers civils, deportés ou otages de la grande guerre.

Art. 4. — Il sera délivré par le ministre chargé des régions libérées, d'accord avec le ministre de la Guerre, un diplôme conférant le droit de porter la médaille des prisonniers civils, deportés ou otages de la grande guerre.

Art. 5. — Les demandes des intéressés seront reçues pendant une période de deux années, à dater de la promulgation de la présente loi, par les préfets des régions libérées où habitaient les ayants droit au moment où ils ont subi leurs épreuves.

Art. 6. — Les dossiers seront examinés, tout d'abord, par un Comité départemental composé de douze membres :

Le Préfet ou son représentant, président ;

Trois conseillers généraux désignés par l'Assemblée departementale ;

Trois maires désignés par le Préfet ;

Cinq représentants des Fédérations ou Associations déclarees de prisonniers civils, otages ou déportés de guerre.

Art. 7. — Les dossiers régulièrement constitués seront transmis au ministre chargé des regions libérées où ils seront à nouveau examinés par un Comité central interministériel composé de cinq membres :

Le directeur des Services des régions libérées ou son représentant, président ;

Un représentant du ministre de la Guerre ;

Un représentant du ministre des Pensions ;

Un représentant des Associations de prisonniers civils ;

Un représentant de la Fédération des anciens déportés et otages des divers camps d'Allemagne et pays étrangers au cours de la guerre 1914-1918.

Art. 8. — Sont exclus du droit à l'attribution de la médaille des prisonniers civils, déportés et otages, tous ceux qui, à quelque époque que ce soit, avant ou après la guerre, auront été l'objet d'une condamnation pour des faits qualifiés crimes par le Code pénal ou le Code de justice militaire.

Réponses des ministres aux questions des parlementaires

Imposition d'un médecin rémunéré par un traitement fixe

3.741. — M. Antoine Pinay demande à M. le ministre des Finances si un traitement forfaitaire fixe, établi par contrat, alloué par une compagnie d'assurances à un médecin pour qu'il assure, dans un établissement métallurgique, le service des accidentés du travail, quel qu'en soit le nombre, doit être imposé à la cédule des salaires où à celle des bénéfices des professions non commerciales. (*Question du* 1er *juin* 1937.)

Réponse. — Le traitement fixe alloué au médecin visé dans la question relève de l'impôt sur les traitements et salaires. Mais, si l'intéressé donne, en outre, ses soins à une clientèle particulière et dispose ainsi à la fois de revenus provenant de traitements et de bénéfices d'une profession non commerciale, il est imposable, en vertu de l'article 101 du code général des impôts directs, pour l'ensemble de ces revenus et bénéfices, déterminés suivant le mode propre à chaque catégorie, sous une cote unique établie au titre de celui des impôts cédulaires auquel correspond le chiffre de revenus le plus élevé.

(*J. O.*, 22 août 1937.)

Justification de la première constatation de la grossesse d'une assurée sociale

3.945. — M. Polimann expose à M. le ministre du Travail que le paragraphe 7 de l'article 9 du décret-loi du 28 octobre 1935 prescrivant que sous peine de déchéance du droit aux prestations en argent, l'assurée doit justifier, auprès de la Caisse d'assurances, de la première constatation de la grossesse quatre mois au plus tard avant la date présumée de l'accouchement, et qu'il se trouve que l'assurée, par un simple défaut de formalité administrative, se voit privée, malgré le versement régulier des cotisations, de ses droits aux indemnités journalières, dues pendant les six semaines qui précèdent et les six semaines qui suivent la naissance, privée également de la prime

d'allaitement pendant neuf mois, soit 850 francs ; sanction vraiment scandaleuse, puisqu'elle frappe à la fois la mère et l'enfant, sanction aggravée lorsqu'il s'agit d'une famille nécessiteuse ; et demande si les Caisses doivent appliquer rigoureusement cette prescription. (*Question du* 15 *juin* 1937.)

Réponse. — La déchéance instituee par l'article 9 (§ 7), du decret-loi du 28 octobre 1935 susvisé, a été prévue dans l'intérêt de la santé de la mère et de l'enfant pour obliger l'assuree à se conformer pendant les quatre mois précédant l'accouchement aux prescriptions fixees par le règlement intérieur de la Caisse d'assurances et à observer le repos prénatal. Il est indispensable que la Caisse soit avertie, dès le début de cette période, de l'état de l'assurée pour pouvoir suivre cet état et faire connaître à l'intéressée lesdites prescriptions. Mais dans les cas où la Caisse est à même de constater que l'assurée, malgré le retard qu'elle a apporté à lui fournir la déclaration prescrite, s'est conformée aux prescriptions concernant son état et a observé le repos prénatal, elle a la possibilité de lui accorder les prestations en argent dans la mesure et pour les périodes où elle a pu exercer son contrôle, sous réserve que la période totale de repos avant ou après l'accouchement atteigne au moins six semaines.

(*J. O.*, 22 août 1937.)

Habilitation des pharmaciens pour la délivrance des médicaments aux assistés

4.144. — M. André PARMENTIER demande à M. le ministre de la Santé publique si les bénéficiaires de l'Assistance médicale gratuite d'une ville où un seul pharmacien est titulaire des fournitures pharmaceutiques aux hospices peuvent être tenus de se faire délivrer leurs médicaments exclusivement par ces hospices et perdre ainsi la liberté du choix de leur pharmacien tout en gardant le choix du médecin. (*Question du* 6 *juillet* 1937.)

Réponse. — Réponse négative. Tous les pharmaciens qui délivrent les produits pharmaceutiques dans les conditions prévues au tarif interministériel pharmaceutique, modifié en dernier lieu par arrêté du 25 mai 1937, sont habilités à être pharmaciens du Service d'assistance médicale gratuite.

(*J. O.*, 22 août 1937.)

Conditions de la naturalisation des médecins et étudiants en médecine

4.139. — M. Joseph DENAIS demande à M. le ministre de la Justice pour quelles causes, en soixante-dix jours, trente-deux medecins ou étudiants en médecine ont obtenu leur naturalisation alors qu'il est notoire qu'un très grand nombre de méde-

cins et d'étudiants français ne vivent qu'à grand'-peine. (*Question du 6 juillet 1937.*)

Réponse. — La naturalisation française ne peut être refusée à un étranger pour la seule raison que ce dernier est docteur ou étudiant en medecine ; la décision prise dans chaque cas d'espèce après examen complet de la situation individuelle du postulant est fonction de l'intérêt que présente la mesure en question pour la collectivité tout entière ; les intérêts du corps médical français sont pris en considération comme il convient, le ministère de la Santé publique étant toujours appelé à donner son avis.

(*J. O.*, 22 août 1937.)

La Ligue médicale de Défense professionnelle : « **Le Sou Médical** » a deux objets principaux :

1° Tout d'abord elle garantit ses membres contre les risques de responsabilité professionnelle à concurrence d'une somme de 100.000 francs. Et cette garantie est portée à 500.000 francs pour ceux d'entre eux qui sont en même temps abonnés au *Concours Médical.*

2° En outre, elle leur donne conseils et soutien dans toutes les difficultés et les procès d'ordre professionnel.



LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE

« Le Sou Médical »

Au cours de sa réunion du 7 septembre 1937, le Conseil a prononcé les admissions suivantes :

12.762 BARDIN, 13, rue de Turin, Paris (VIII[e]). Parrains : Docteurs O'Followell et P. Boudin.
12.763 COUDERC, Saint-Jeant-de-Fos (Hérault). Synd. méd. de l'Hérault.
12.764 DEHERGNE, 70, rue de la Ville-en-Pierre, Nantes-Doulon (Loire-Inférieure). Parrains : Docteurs E. Dehergne et Ch. Mirallié.
12.765 LEFEUVRE, Josselin (Morbihan). Parrains : Docteur Denarié et Delebecque.
12.766 PAGÈS, Le Grand-Pressigny (Indre-et-Loire). Synd. méd. d'Indre-et-Loire.
12.767 PÉTRY, Saint-Dié (Vosges). Synd. des méd. des Vosges.
12.768 RAOULX, Toulon (Var). Synd. méd. de Toulon.
12.769 VASSOR, Montmorillon (Vienne). Parrains : Docteurs Foisy et Resnier.

Ces admissions deviendront définitives si elles ne font l'objet d'aucune protestation dans les quinze jours de la présente publication (art. 5 des Statuts).

Voir la suite page XLVII-2743

PROPOS DU JOUR

DE L'ORIENTATION PROFESSIONNELLE EN GÉNÉRAL ET EN PARTICULIER DANS L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

Depuis quelques années, nous voyons naître et se développer l'orientation professionnelle. En théorie, on ne saurait qu'approuver son but. Il est évident qu'il est utile, même nécessaire d'éloigner d'une profession les jeunes gens qui, physiquement ou intellectuellement, n'ont pas l'aptitude nécessaire à l'exercer et que les conseils de personnes compétentes, médecins, professeurs, techniciens, sans compter les parents, ont bien, croyons-nous, leur mot à dire et leur détermination à prendre en pareil cas ; les conseils de ces personnes compétentes, peuvent très utilement guider l'adolescent dans le choix d'un métier, d'une profession.

En pratique, il s'est créé depuis quelques années une profession nouvelle, celle des *orienteurs* qui se basant sur une « science » nouvelle, la psychotechnique, prétend pouvoir indiquer au sortir de l'enfance la voie que doit suivre un adolescent.

Nous ne nions pas l'intérêt qu'il y a à utiliser les procédés de la psychotechnique dans l'examen des candidats à certaines fonctions. Leur application donne d'excellents résultats pour éliminer certains qui n'ont pas l'aptitude nécessaire pour les remplir. Dans les chemins de fer, dans les transports en commun par exemple, on a diminué considérablement le nombre des accidents depuis que l'on procède à des épreuves psychotechniques. Mais les orienteurs ont de plus larges prétentions. Ils affirment qu'ils peuvent désigner le métier, la profession que l'adolescent est apte à remplir au moyen de l'étude de sa constitution, de son hérédité, de l'examen psychologique du sujet. Seuls, ils seraient capables de déceler les aptitudes à telle ou telle profession. Les médecins, disent-ils, sont dépourvus d'esprit scientifique ! ? ? Ils se bornent dans l'orientation à signaler les inaptitudes, à donner des contre-indications ; ce qui en la matière est déjà bien quelque chose. Quant aux membres de l'enseignement, qui, tous les jours vivent avec leurs élèves, ils ne sont pas observateurs et sont incapables de connaître le caractère de ces derniers et de déceler leurs aptitudes.

Nombre d'orienteurs sont convaincus de l'infaillibilité de leur « science » ; ils défendent âprement leur dogme, car, malgré Descartes et Claude Bernard, le véritable esprit scientifique devient avec eux dogmatique.

Ils considèrent l'écolier comme un sujet immuable, comme un être prédestiné, que l'on peut connaître à fond par la biotypologie et auquel on indiquera la route qu'il doit suivre durant toute sa vie. C'est un peu le *tanquam ac cadaver* que l'on reprochait jadis aux jésuites.

Un de nos confrères, chirurgien distingué, M. G. Wolfromm, membre de l'Académie de Chirurgie, qui a, en outre, l'avantage d'être le fils d'un professeur de lycée, a étudié les principes des orienteurs et en a fait une critique objective et serrée dans une conférence faite à la *Fédération corporative des médecins de la région parisienne*. Nous croyons intéressant pour nos lecteurs de résumer ici l'étude de M. le Docteur G. Wolfromm.

***

Les principes des orienteurs sont au nombre de quatre que nous allons examiner tour à tour.

1° *Dans chaque homme existeraient des aptitudes dominantes* et on pourrait constater ces aptitudes différentes d'origine constitutionnelle et héréditaire.

Ceci est en partie vrai. Ces aptitudes dominantes peuvent tenir à la déficience des autres aptitudes : par exemple, chez les arriérés et chez les retardés mentaux. Elles peuvent tenir à un développement mental privilégié chez les hommes de grand talent et de génie.

Elles peuvent dominer les autres aptitudes, cependant normales, du fait de leur complet épanouissement sous l'influence du goût de l'enfant, du milieu où il vit ou du fait de l'éducation qu'on lui donne. Le plus souvent, chez les individus normaux, mais moyens, toutes les aptitudes peuvent se développer également.

Les orienteurs considèrent l'être humain un peu comme ces insectes spécialisés, les abeilles ou les fourmis. Ils oublient que chez les abeilles, les ouvrières sont des neutres dont le développement est incomplet.

L'homme normal, au contraire, a la faculté de s'adapter physiquement avec une plus ou moins grande facilité aux climats les plus variés et cette faculté d'adaptation existe aussi pour son intelligence.

L'action des orienteurs pourrait, semble-t-il, s'exercer utilement sur les arriérés et les ratés. Elle est inutile chez les normaux ;

2° Le deuxième principe des orienteurs est le suivant : *il est possible de déterminer scientifique-*

◆◆

ment dès l'âge de 12 ans, les aptitudes dominantes d'un homme.

Mais, pour cette détermination, il faut faire intervenir la compétence des orienteurs. Il n'y a qu'eux qui possèdent cette compétence à l'exclusion des parents, des enseigneurs, des médecins. Ils redoutent la concurrence. Dogmatiques, ils sont les ennemis de l'indépendance intellectuelle qui est un des bienfaits de l'enseignement secondaire.

Leur but est de créer des groupements homogènes et à chacun d'entre eux sera donné un enseignement confiné.

L'orienteur remplacera le directeur de conscience de jadis. Son autorité s'étendra sur la famille. On ne tiendra pas compte de l'avis des parents qui sont aveugles.

Pourvu d'une *surconscience*, il exercera son autorité sur les professeurs. M. G. Wolfromm cite quelques exemples d'épreuves psychologiques donnés par des orienteurs notoires que nous regrettons de ne pouvoir citer ici. Mais nous ne résistons pas à donner un échantillon de leur langage parce qu'il touche à notre profession.

Un orienteur, étudiant les professions de chirurgien et de médecin considère que leur travail est « *surtout psychique de type mixte* ».

Le travail du chirurgien sera qualifié : « *spatio-abstracto-verbo-percepto-réactionnel* », tandis que le travail du médecin se bornera à être « *abstracto-verbo-spatial* ».

Les orienteurs veulent appliquer à la pensée que l'on connaît si mal, les lois physiques comme celle de la pesanteur et créer une sorte de météorologie de l'esprit.

Sans doute, en se basant sur la loi des grands nombres, il est permis de croire que la moyenne intellectuelle d'un groupe important d'enfants de 12 ans sera sensiblement la même lorsqu'ils auront atteint l'âge adulte, mais cela ne permet pas de déterminer ce que sera devenue l'intelligence d'un de ces enfants.

L'homme varie au cours de sa vie. Les aptitudes peuvent se modifier avec l'âge et, même au point de vue physique, il est impossible de prévoir l'avenir.

3° Le troisième principe des orienteurs se définit ainsi : *Il est possible de déterminer les aptitudes dominantes qui assurent le succès dans chaque profession.*

Pour déterminer les aptitudes dominantes à un métier, il faut bien connaître ce dernier, sinon l'avoir pratiqué. Or, les orienteurs se font forts de donner un avis compétent sur 477 métiers. En outre, en dix ans, temps probable que mettra l'adolescent avant de pouvoir exercer la profession vers laquelle il aura été orienté, la technique de la profession peut avoir changé. M. G. Wolfromm cite, comme exemple, la chirurgie, profondément modifiée avec l'anesthésie, l'asepsie, l'hémostase, etc., etc... Jadis, la chirurgie exigeait la promptitude et la mentalité du chirurgien était celle du toréador. Actuellement, elle est toute de minutie et la mentalité du chirurgien nouveau style est celle de la brodeuse.

4° Le quatrième principe est :

Il convient, les aptitudes dominantes déterminées chez un enfant, de lui donner le mode d'instruction qui les portera à leur maximum.

L'examen de ce principe oppose l'humanisme au pragmatisme et il y aurait beaucoup à dire à ce sujet. Contentons-nous de citer avec M. G. Wolfromm l'opinion d'un professeur de mathématiques spéciales, M. Devisme : « Rien n'est plus pénible, dit-il, que d'entendre prononcer ces jugements définitifs sur un enfant de 12 ans ; c'est un littéraire ou c'est un scientifique. Raisonner ainsi c'est confondre l'enseignement et la tératologie. »

Les orienteurs cherchent à obtenir le maximum de succès avec le minimum de risques, tandis que les humanistes cherchent dans l'enseignement secondaire à assouplir le cerveau et à développer l'indépendance de la pensée. Les premiers donnent une importance excessive au métier, se souciant peu de la culture. Ils sacrifient l'individu et sa personnalité à la Société, quand « l'Etat, dit M. Wolfromm, est un mal rendu nécessaire par l'égoïsme et l'avidité des hommes, il n'en faut pas faire une idole. »

M. G. Wolfromm conclut : Tous les enfants normaux sont aptes à suivre l'enseignement secondaire. Les anormaux relèvent des psychiatres. Les arriérés peuvent être confiés aux orienteurs qui essayeront de se rendre compte des aptitudes qu'on pourra développer chez eux.

Les retardés pourront bénéficier de la collaboration des psychiatres et des orienteurs.

On pourrait tenter l'expérience avec l'assentiment des familles de soumettre aux orienteurs des élèves de sixième, mais ce n'est qu'une enquête faite vingt à trente ans après, sur la situation de ces orientés, qui pourrait fixer sur les résultats obtenus.

L'examen médical des écoliers, tel qu'il doit être pratiqué par l'inspection médicale scolaire s'impose.

M. G. Wolfromm concède de soumettre à la psychotechnique des orienteurs, les élèves qui, considérés comme normaux, ne peuvent s'adapter à une discipline.

Les familles pourraient utilement prendre connaissance de la documentation des orienteurs sur les professions diverses et leur demander des conseils, mais ces conseils ne doivent avoir aucun caractère impératif.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

(Hôtel-Dieu)

Cataracte par agents physiques — Paralysies saturnines Conjonctivites à fausses membranes

Par M. le Professeur Félix Terrien (*)

Cataracte due a la chaleur. — Je vous ai parlé dans ma précédente leçon de la cataracte traumatique à la suite de contusions et de traumatismes directs sur le globe oculaire, compliqués ou non de plaie pénétrante. La cataracte traumatique peut aussi se développer à la suite de l'action de décharges électriques, de rayons X et de la chaleur. Toutes ces causes déterminent la nécrose des cellules de l'épithélium souscapsulaire, d'où opacité du cristallin.

Obs. — Ce malade, âgé de 51 ans, présente une cataracte complète de l'œil droit, or la cataracte sénile se développe à un âge plus avancé. Notre malade travaille depuis de nombreuses années dans une usine où il est obligé d'entretenir sans cesse et de nettoyer un haut-fourneau, ayant, par conséquent, les yeux continuellement exposés à une très haute température. Il est avec cela, on le comprend, toujours altéré, et absorbe deux litres de vin par jour et peut-être davantage, car très souvent ces ouvriers travaillant dans une atmosphère ainsi surchauffée, tels les ouvriers verriers, boivent journellement de quatre à six litres. Chez ce malade vous pouvez mettre en évidence les signes habituels de l'éthylisme — tremblement des doigts, pituites matutinales, troubles digestifs et hépatiques, athérome, On peut même se demander si l'opacité du cristallin n'est pas sous la dépendance de l'artério-sclérose. Mais on constate aussi à l'œil gauche une cataracte et celle-ci est incomplète. Si la pupille n'est pas dilatée par l'atropine, la cataracte occupe tout le champ pupillaire non recouvert par l'iris ; si par contre, on instille de l'atropine, on se rend compte que la cataracte se localise en regard de la partie centrale de la pupille et siège seulement dans les couches postérieures. Il s'agit par conséquent d'une cataracte centrale, analogue à celle observée chez les verriers . Sans doute celle-ci pourra se compléter. Mais actuellement l'œil gauche voit encore suffisamment et il n'y a pas intérêt à opérer l'œil droit de ce malade ; mieux vaut attendre que la cataracte de l'œil gauche se développe complètement, car on ne peut espérer, ici, après extraction de la cataracte de l'œil droit, le rétablissement de la vision binoculaire. D'ordinaire, le malade est plus gêné après l'opération, les deux images ne pouvant se fusionner. Cette cataracte par la chaleur revêt une forme spéciale. Elle est toujours centrale, tout au moins au début, occupant les couches postérieures de la partie centrale du cristallin non recouverte par l'iris et exposée à l'action de la chaleur. Peut-être les sujets à iris foncé sont-ils atteints moins fréquemment que ceux à iris clair.

La cataracte due à l'action de la chaleur la plus anciennement connue est celle des verriers, particulièrement exposés à la lumière incandescente au moment où ils effectuaient le soufflage du verre avec la bouche ; aujourd'hui, tout au moins pour la fabrication des bouteilles, le soufflage est fait automatiquement et les conditions de travail sont améliorées. Toutefois il se fait toujours avec la bouche pour la fabrication des verres de lunettes et demande des efforts considérables.

On a beaucoup discuté sur les causes de la cataracte des verriers : Panas incriminait l'intoxication alcoolique et l'excès de boisson, ces ouvriers ingérant habituellement une quantité considérable, parfois cinq, six, huit et même dix litres par jour. D'autres auteurs ont invoqué le rôle des rayons infra-rouges qui favoriseraient l'apparition de la cataracte. Sans doute la chaleur joue-t-elle le rôle le plus important et vous trouverez sur ce sujet dans les *Archives d'Ophtalmologie* de 1926 un article très complet du Professeur Rollet. Quelle que soit d'ailleurs la cause on peut ranger cette variété de cataracte dans le cadre des maladies professionnelles. De

(1) Leçon du 12-II-1937, résumée par Mme le Docteur Rodzevitch.

même chez notre malade les caractères de sa cataracte nous permettent de conclure à une maladie professionnelle.

La cataracte par la chaleur n'est centrale qu'au début de son développement : plus tard elle envahit la totalité du cristallin. Chez notre malade la cataracte de l'œil gauche est à son stade initial, mais celle de l'œil droit a envahi la partie centrale et les couches postérieures de la lentille.

***

Paralysies oculaires saturnines. — Ce second malade vient nous consulter parce qu'il voit double ; la diplopie est apparue il y a huit jours. L'examen nous montre qu'il s'agit d'une diplopie croisée. En effet l'image vue par l'œil paralysé est reportée du côté sain ; si nous demandons au sujet de toucher avec les mains les deux images en le priant de désigner l'image vue par l'œil correspondant avec la main du même côté, il nous montre l'image vue par l'œil droit avec l'index droit, l'image vue par l'œil gauche avec l'index gauche et dans ce mouvement les deux bras se croisent.

Lors de paralysie d'un muscle de l'œil, le malade voit double toutes les fois que l'objet fixé se trouve dans la sphère d'action du muscle paralysé — dans notre cas, la diplopie apparaît dans la sphère d'action du muscle droit supérieur droit — l'image fausse est plus haute que l'image vraie, elle est inclinée suivant le méridien correspondant du muscle paralysé et elle est reportée du côté gauche.

La diplopie peut être binoculaire ou monoculaire : dans le premier cas, elle disparaît si le malade ferme l'un des yeux. La diplopie monoculaire dépend d'une réfraction défectueuse, après déchirure de l'iris ou subluxation du cristallin. Celui-ci étant déplacé, son bord périphérique devient visible dans le champ pupillaire ; les rayons traversant la partie de la pupille privée de cristallin forment une image hypermétropique et ceux traversant le cristallin une image myopique, de ce fait aucune des deux n'est nette.

La diplopie binoculaire, vous le savez, homonyme ou croisée, est la conséquence d'une parésie ou d'une paralysie d'un des muscles moteurs de l'œil. On peut répartir ces six muscles en deux groupes suivant qu'ils attirent l'œil en dedans ou en dehors : groupe des trois *adducteurs* (droit supérieur, droit interne et droit inférieur), groupe des abducteurs (droit externe, petit oblique, grand oblique). La diplopie est dite homonyme lorsque l'image vue par l'œil paralysé se trouve du même côté, croisée lorsqu'elle est reportée du côté sain. Pour mettre en évidence la variété de diplopie, il suffit de demander au malade de montrer l'image vue par l'œil correspondant avec la main du même côté, procédé que nous avons employé chez notre malade. Dans la diplopie homonyme les deux bras sont sensiblement parallèles, dans la diplopie croisée, comme ici, ils se croisent. D'ordinaire on désigne sous le nom d'image fausse l'image vue par l'œil paralysé ; celle vue par l'œil sain est l'image vraie, dénominations en réalité assez inexactes, car il s'agit dans les deux cas d'images de projection. Mais l'image dite fausse se forme en dehors ou en dedans de la macula ; pour cette raison, elle est moins nette et paraît toujours plus trouble que celle vue par l'œil sain. Elle serait mieux dénommée image faible. Mais peu importe le terme ; il suffit de s'entendre.

L'image fausse est toujours déviée du côté où agit le muscle paralysé et apparaît dans sa sphère d'action. En règle générale, toute diplopie homonyme résulte de la paralysie d'un abducteur ; toute diplopie croisée de la paralysie d'un adducteur. Il devient donc facile de reconnaître le muscle paralysé d'après la variété de diplopie et la situation de l'image faible, toujours déviée du côté où agit le muscle paralysé et présentant la même inclinaison que le méridien correspondant à l'action de ce muscle.

Dans notre cas, la diplopie est croisée ; il s'agit donc d'une paralysie d'un adducteur ; l'image moins nette est plus haute que l'image maculaire, enfin, elle est inclinée en haut et en dedans, inclinaison superposable au méridien du droit supérieur ; enfin la diplopie apparaît dans la moitié gauche du champ visuel ; c'est donc une paralysie du supérieur droit.

Il nous faut maintenant rechercher si a paralysie nerveuse intéresse les noyaux ou la branche périphérique du moteur oculaire commun innervant le droit supérieur.

Ce malade nous raconte qu'il travaille depuis l'âge de 12 ans, soit depuis trente-cinq ans, dans une imprimerie où il manie constamment des caractères de plomb ; il n'y a pas longtemps, il a été pris de coliques très violentes ; il présente un tremblement caractéristique. Nous pouvons donc rattacher la paralysie du droit supérieur à une intoxication saturnine.

Ainsi voici deux malades dont les troubles visuels semblent bien être la conséquence de leur travail. Il s'agit donc d'une maladie professionnelle, et si celle-ci entraînait une incapacité à peu près complète, ce pourrait devenir le cas pour notre cataracté, ils pourraient avoir droit à une pension, non pas en vertu de la loi de 1898 mais de celle de 1919. La loi du 9 avril 1898 en effet règle la question des accidents de travail dans ce sens que l'ouvrier reçoit toujours une indemnité après un accident compromettant sa vi ion ; même si l'accident est survenu par sa faute. Mais cette loi n'a pas pris en considération les maladies professionnelles pouvant déterminer des troubles visuels. Or, nombre de

métiers exposent l'ouvrier à une intoxication — tel est le cas de notre second malade. D'autres agissent plus directement, et nous avons vu que chez l'ouvrier qui travaille à une température très élevée, la chaleur peut favoriser le développement d'une cataracte. C'est le cas de notre premier malade.

Contrairement à l'accident de travail, assez difficilement évitable, bien que nombre d'entre eux pourraient être diminués en améliorant les conditions de travail, les maladies professionnelles, conséquence d'une imprégnation lente de l'organisme, pourraient être grandement améliorées par une hygiène meilleure. La nouvelle loi de 1919 a donné droit à une indemnité pour les maladies professionnelles dues aux intoxications par le plomb et le mercure ; ce n'est que plus tard que l'on a envisagé les autres intoxications provoquant également des troubles visuels très graves et la loi concernant les maladies professionnelles fut élargie par le décret du 16 novembre 1929.

Parmi les substances toxiques employées dans l'industrie, le plomb et le mercure ont une place importante. L'intoxication plombique se manifeste sous des formes multiples : coliques, arthropathies, liseré saturnin, anémie, néphrite, paralysies, etc. ; elle retentit également sur l'appareil visuel. Ces troubles visuels, témoignant d'une imprégnation profonde de l'organisme, coexistant presque toujours avec quelque manifestation générale. Chez notre malade la paralysie du droit supérieur a été précédée de coliques de plomb et sans doute un examen plus complet nous permettra-t-il de déceler une atteinte rénale.

Du côté de l'appareil de la vision, les troubles sensoriels, presque toujours bilatéraux, se traduisent par une diminution de l'acuité visuelle et par des modifications du champ visuel ; parfois on observe une amaurose aiguë passagère. Dans d'autres cas, l'amblyopie s'établit progressivement : l'examen ophtalmoscopique peut montrer des signes de névrite optique, des lésions vasculaires et des altérations rétiniennes.

Les troubles moteurs sont plus rares : le plus souvent, c'est le moteur oculaire externe qui est intéressé. On observe aussi la paralysie totale ou partielle du moteur oculaire commun, tel le cas de notre malade. Il s'agit le plus souvent de névrites périphériques.

Avec les intoxications, les agents physiques et chimiques, nous venons de le voir, peuvent déterminer l'apparition de troubles visuels et la cataracte centrale des verriers rentre dans ce cadre. La cataracte centrale bilatérale de notre premier malade, travaillant au fourneau à haute température, pourrait rentrer dans le groupe.

Mieux vaut attendre pour l'opérer l'évolution de la cataracte gauche.

***

CONJONCTIVITE A FAUSSES MEMBRANES. — Ce malade est entré dans notre service le 30 janvier 1937 pour une conjonctivite bilatérale à fausses membranes. A son entrée on constatait la présence de fausses membranes blanc-grisâtres sur les deux conjonctives palpébrales. Ces fausses membranes, peu épaisses, se laissaient facilement détacher ; au -dessous, la muqueuse était rouge, saignante et les fausses membranes se reproduisaient rapidement. Les paupières étaient souples ; pas d'engorgement ganglionnaire, bon état général.

Toute conjonctivite à fausses membranes doit toujours éveiller l'attention et faire songer tout d'abord à la diphtérie, dont elle peut constituer la seule manifestation. La conjonctivite diphtérique, en effet, est le type des conjonctivites à fausses membranes. Mais bien que les fausses membranes soient souvent provoquées par le bacille de Klebs-Loeffler, d'autres microbes pathogènes peuvent déterminer ces productions ; bacilles de Weeks, gonocoque, staphylocoque et pneumocoque. Il faut aussi retenir certains traumatismes mécaniques, chimiques ou thermiques, capables d'engendrer une conjonctivite à fausses membranes.

Suivant leur siège, on distingue deux types cliniques : forme superficielle et forme interstitielle. La première est bénigne, les signes généraux sont nuls ou très peu accentués, l'état général reste bon. Les signes locaux se bornent à la présence de fausses membranes siégeant à la surface des conjonctives palpébrales, à une légère injection conjonctivale, à un œdème pâle et mou des paupières. Ces dernières sont souples et se retournent facilement. Il n'y a pas de sécrétion. C'est là d'ailleurs une règle générale. Celle-ci se tarit lorsqu'apparaît la fausse membrane. On peut la détacher sans effort, la muqueuse sous-jacente est rouge, villeuse et saigne facilement. Notre malade a présenté tous ces signes et nous pouvons porter chez lui le diagnostic d'une forme superficielle de conjonctivite à fausses membranes.

Dans la forme interstitielle, tous ces signes sont très accentués — l'état général est grave d'emblée, la température est élevée, les ganglions préauriculaires et sous-maxillaires tuméfiés et parfois douloureux. La fausse membtane, épaisse, grisâtre, sale, ne se laisse détacher que difficilement. Au-dessous la muqueuse est tomenteuse et saigne. Les paupières, dures, chaudes et tuméfiées, se laissent difficilement retourner. L'apparition de la fausse membrane est précédée par la sécrétion d'un liquide sanieux ; à la période d'état, ce liquide fait place à la suppuration ; au stade cicatriciel, la sécrétion se tarit, la muqueuse se recouvre de granulations

qui disparaissent très lentement. Souvent, il se fait des adhérences entre les portions palpébrale et bulbaire de la conjonctive.

Aussi, tandis que le pronostic de la forme bénigne est favorable, celui de la forme maligne est très sérieux — on observe presque toujours des ulcérations de la cornée aboutissant à la perforation et la vision est menacée. Dans d'autres cas, l'apparition de brides entre les conjonctives bulbaire et palpébrale et l'atrophie des culs-de-sac peuvent entraîner un desséchement total de la muqueuse avec opacification de la cornée, d'où la perte définitive de la vision.

La forme interstitielle est presque toujours provoquée par le bacille diphtérique ; souvent on observe l'extension de la maladie à la gorge, au larynx. Parfois même surviennent des paralysies diphtériques, cependant très rares contrairement à ce qu'on observe pour la diphtérie des autres muqueuses.

La forme superficielle, je vous l'ai déjà signalé, peut être provoquée par des microbes pathogènes autres que le bacille de Klebs-Lœffler : cocci et bacilles, et par les agents physiques et chimiques. Entre ces deux formes, légère et profonde, se placent de nombreux intermédiaires.

J'ai vu une conjonctivite à fausses membranes survenir chez un enfant à la suite de lavages répétés de l'œil avec une solution trop concentrée de permanganate de potasse. La solution de 25 cgr., par litre, employée généralement pour injections et gargarismes, est trop forte pour les lavages oculaires ; il faut employer une solution très faible, d'une teinte rosée, pour éviter l'irritation des conjonctives.

Le diagnostic clinique sera toujours complété, bien entendu, par l'examen microscopique des frottis de sécrétion et les cultures pourront révéler la présence du bacille diphtérique ou d'un autre agent pathogène. Ces recherches seront souvent répétées, car les résultats obtenus peuvent varier, aussi bien sur les lamelles qu'avec les cultures. Chez notre malade on n'a pas trouvé de bacilles diphtériques, mais seulement les différents cocci banaux, que l'on rencontre toujours dans la plupart des conjonctivites. A son entrée, ce malade se plaignait aussi d'avoir mal à la gorge et l'examen montrait une angine pultacée ; la bouche était en mauvais état et on a constaté la présence d'une stomatite muco-membraneuse avec lésions gangréneuses à certains endroits. Les frottis recueillis montraient une flore microbienne banale. Nous avons recherché, bien entendu, une origine syphilitique possible, mais notre chef de laboratoire, M. Hudelo, ne constata pas le moindre tréponème et la réaction de Wassermann deumeura négative. N'ayant rien non plus trouvé de précis dans les frottis provenant de l'œil et de la cavité buccale, ceux-ci furent envoyés à l'Institut Pasteur où mon ami, le Professeur Dêbré, voulut bien les examiner. Là non plus on ne trouva aucun germe spécifique digne d'être retenu. L'interrogatoire nous apprend que le malade, un peu avant l'apparition de conjonctivite, aurait reçu dans l'œil un corps étranger, mais l'examen n'a révélé d'autres troubles que la présence des fausses membranes.

Ainsi ces examens négatifs ne nous apportent aucun renseignement sur la nature de cette conjonctivite et son celle de la stomatite. Notre malade fut montré au Professeur Gougerot et à M. Béliard, stomatologiste de l'Hôtel-Dieu, qui ont songé au pemphigus. Cette affection se traduit, vous le savez, par l'apparition à la surface de la muqueuse, de grosses bulles qui, en disparaissant, laissent après elles des adhérences et des rétractions cicatricielles. Le pemphigus conjonctival coexiste presque toujours avec les manifestations éruptives de même nature sur la peau ou sur la muqueuse buccale : ses caractères essentiels sont la répétition des poussées bulleuses et les adhérences très rapides entre les conjonctives bulbaire et palpébrale — la cornée finit pas s'opacifier. Le traitement chirurgical n'a aucune action sur les adhérences car elles se forment de nouv au très rapidement. Rien de pareil chez notre malade et il ne semble pas que ces manifestations conjonctivales puissent être rapportées à un pemphigus.

Ce fut d'ailleurs l'impression des membres de la Société d'oto-neuro-ophtalmologie où ce malade fut présenté hier et l'un de nos collègues rappelait avoir observé souvent au cours de la grande guerre semblable aspect chez les soldats demeurés longtemps dans les tranchées, si bien qu'on l'avait dénommé « bouche des tranchées ». M. Velter a pensé à la possibilité de la fièvre aphteuse, affection contagieuse, inoculable, analogue à la fièvre aphteuse des bovidés. Chez l'homme, elle se traduit par une éruption vésiculeuse siégeant sur la muqueuse buccale et laissant parfois des ulcérations superficielles ; ailleurs, elle s'accompagne de phénomènes généraux et de troubles gastro-intestinaux. Le microbe pathogène de cette affection est un virus filtrant et vous trouverez dans les *Klinische Monatsblätter f. Augenheilkunde* de 1921 un intéressant article de MM. Ascher et Klauber, qui rapportent trois observations d'affections conjonctivo-cornéennes se rapportant à trois jeunes enfants, consécutives à la fièvre aphteuse.

La nature de la conjonctivite et de la stomatite chez notre malade demeure indéterminée, mais il était intéressant, à l'occasion de cette observation, d'insister sur l'importance clinique des conjonctivites pseudo-membraneuses avec leurs différentes modalités.

ARTÉRITES DES MEMBRES INFÉRIEURS ET FOLLICULINE

Par MM.

Maurice RACINE
Chef de clinique à la Faculté

Henri REBOUL
Ancien interne des Hôpitaux de Paris

et le Dr René GORSE

L'étiologie des artérites des membres inférieurs est une question fort complexe qui a toujours attiré l'attention des cliniciens, des physiologistes, et l'on peut dire que dans ces cinquante dernières années des précisions extrêmement importantes ont pu être établies. En effet, une série de facteurs joue un rôle très net ; qu'il nous suffise de rappeler qu'il est fréquent de trouver à la base du processus artéritique, soit une infection, soit une intoxication. Et les causesles plus souvent rencontrées dans ces groupes étiologiques sont d'une part la syphilis, d'autre part l'intoxication tabagique et le diabète. Mais dans un grand nombre de cas, ces facteurs jouent un rôle accessoire ou même complètement effacé. Et alors on prononce les noms d'athérome, d'artériosclérose, avec tout ce qu'ils ont d'obscur quant à leur pathogénie.

On sait que depuis longtemps on a incriminé le rôle de l'hypersurrénalisme dans les artérites juvéniles, le rôle d'un dysfonctionnement parathyroïdien dans certaines artérites préséniles et séniles. Il nous semble qu'on a jusqu'à présent complètement négligé le facteur endocrinine génital qui apparaît être un élément primordial fondamental dans la genèse de nombreuses artérites. Et le but que nous nous proposons est de montrer comment on peut concevoir le rôle des glandes endocrines génitales, de certaines hormones et en particulier de la folliculine, dans le déterminisme des processus d'artérite. En rapportant des observations étudiées à ce point de vue depuis plusieurs années, nous pensons pouvoir démontrer le bien-fondé d'une conception qui semble particulièrement riche en possibilités d'avenir. Telles sont les idées générales qui, au départ, nous ont permis de penser à cette synergie pathologique ;

Aussi, après un court chapitre d'historique, nous montrerons quelles sont les grandes lignes qui permettent de penser que les glandes génitales jouent un rôle extrêmement important dans les processus artéritiques, puis, à la lumière d'observations que nous résumerons, nous montrerons quelles sont les déductions cliniques, pathogéniques et thérapeutiques que l'on est en droit de tirer d'un ensemble de faits cliniques.

Ceci nous permettra de conclure que la thérapeutique folliculinique mérite probablement d'être largement étudiée dans les perturbations circulatoires artérielles périphériques et que ses limites ne semblent pas devoir être uniquement limitées au traitement des artérites des membres inférieurs.

I) Historique

Les rapports qui existent entre les troubles circulatoires et les modifications du métabolisme de la folliculine n'ont suscité jusqu'à présent que fort peu de travaux. En effet, après des recherches bibliographiques minutieuses dans la littérature française et étrangère, nous n'avons trouvé que quelques articles ayant trait à cette question. Et pratiquement, les rapports qui existent entre folliculine et artérite n'ont jamais été abordés jusqu'ici dans un travail d'ensemble.

C'est en 1934 que l'on trouve les premiers travaux concernant certains effets vasculaires de la folliculine, dans la *Revue française de Gynécologie et d'Obstétrique*, en juin 1934, que Daniel et Crainicianu ont abordé ce problème dans une revue générale fort intéressante. En mai 1936, dans la *Revue d'Endocrinology*, Friedlander, Laskey et Silbert étudient les effets des substances œstrales sur le volume du sang, et ce problème est repris également la même année par Steinkam et Glesen qui s'occupent tout particulièrement de l'action circulatoire générale de la folliculine.

Tels sont les seuls travaux étrangers que l'on puisse relever sur cette question. En France, Champy publie une observation à l'Académie de médecine en 1935, dans laquelle il note l'absence de folliculine dans les urines chez un malade atteint d'artérite des membres inférieurs. Cependant, nous avons insisté à plusieurs reprises, dans différents articles, sur les troubles endocriniens dans les artérites, en publiant deux observations relatant des troubles endocriniens génitaux et une perturbation du métabolisme de la folliculine au cours de processus d'artérite évolutive. Dans un autre travail (1) envisageant les spasmes au cours des artérites des membres inférieurs nous avons montré que le traitement de ceux-ci doit être souvent un traitement folliculinique.

Ainsi, on est frappé par l'extrême rareté des publications ayant trait à la question des

rapports qui peuvent exister entre les troubles endocriniens génitaux, les perturbations du métabolisme de la folliculine et la genèse, le développement, l'évolution des artérites des membres inférieurs.

II) Ce qui permet de penser au rôle que jouent les glandes génitales dans la genèse des artérites des membres inférieurs

On peut grouper en trois chapitres les faits d'observation courante qui permettent d'envisager les rapports de cause à effet qui semblent exister entre le trouble endocrinien génital et le processus artéritique.

1° Données étiologiques

Deux notions frappent de suite tout clinicien. C'est d'abord l'extrême fréquence des artérites chez l'homme par rapport à l'extrême rareté des artérites chez la femme. Comment expliquer cette différence si profonde ? Il est fréquent, en pathologie, de trouver des affections qui frappent davantage le sexe masculin ou le sexe féminin, mais il est peu d'exemples où cette prédominance pour un sexe soit tellement importante. Et de la statistique que nous avons eue entre les mains, il résulte que 90 % des artérites surviennent chez l'homme, et 10 % seulement chez la femme.

On a essayé d'invoquer, dans cette prédisposition étiologique, le rôle de l'intoxication tabagique.

Traube le premier, avait pensé que c'était un facteur important de sclérose artérielle. Potain, au contraire, pensait que le rôle du tabac était tout à fait secondaire dans la production des scléroses vasculaires. Erb, étudiant spécialement la claudication intermittente des membres inférieurs, rencontre le tabagisme 38 fois sur 45 cas. Lian, sur 25 malades, trouve 23 fumeurs qui fumaient tous plus de 10 cigarettes par jour, et il ajoute : « Il n'est aucune affection cardio-vasculaire dans laquelle nous ayons noté une proportion aussi considérable de fumeurs. Nous affirmons donc, sans la moindre réserve, que le tabac a un rôle étiologique important dans la genèse de la claudication intermittente des membres inférieurs par artérite oblitérante. »

On sait d'ailleurs depuis longtemps qu'une injection de nicotine, répétée quotidiennement à un animal, détermine à la longue de l'athérome. C'était l'opinion d'Adler et Heuser, Baylac et Amouroux, Gouget, Lesieur, Loeper et Boveri, Ball. Cependant, nous rappellerons que pour Josue, Guillain et Guy, cette influence n'était pas aussi considérable que certains le pensaient. Et d'ailleurs, pour Lian, le tabac interviendrait non comme facteur de sclérose artérielle, mais comme cause grandement favorisante du symptôme claudication intermittente, c'est-à-dire comme facteur favorisant le spasme vasculaire artériel. D'ailleurs, des travaux récents de Lapicque et ses élèves viennent confirmer cette manière de voir. Ces auteurs ont montré en effet que la nicotine agit avant tout comme facteur de spasme vasculaire. En effet, lorsqu'on explore la chronaxie des filets sympathiques chez l'animal soumis à l'intoxication expérimentale nicotinique, on trouve une modification importante de la chronaxie des fibres préganglionnaires, Et lorsqu'on sait l'importance du rôle du sympathique dans la détermination du spasme artériel, on conçoit l'intérêt d'une telle constatation qui vient probablement ajouter ses effets à ceux déjà entrevus par les classiques.

Il est en outre certain qu'il semble difficile, ainsi que le pense Silbert, d'améliorer, par un traitement médical, une artérite, si le malade qui en est porteur continue à faire usage du tabac. Et cependant, une de nos observations montre que par un traitement folliculinique, on a réussi à stabiliser depuis trois ans une artérite dont la tendance évolutive était certaine et dont la gravité des lésions était révélée non seulement par l'examen clinique, mais encore par l'examen artériographique, chez un malade qui a continué à fumer régulièrement une trentaine de cigarettes par jour.

Enfin, il existe un assez grand nombre d'artérites juvéniles ou séniles, absolument indépendantes de l'intoxication tabagique. On ne saurait donc déduire de ces quelques faits que l'intoxication tabagique est une cause nécessaire à la production du processus artéritique. Quand elle existe, elle en favorise l'aggravation, elle en augmente le danger par l'importance du spasme vasculaire qu'elle détermine, elle diminue ainsi la valeur de la circulation collatérale, elle aggrave donc les dangers d'ischémie. A cela se borne son rôle.

Il est un autre point d'une importance toute spéciale : c'est la fréquence avec laquelle les artérites des membres inférieurs se développent à partir du moment où les troubles endocriniens génitaux surviennent ou lors de la ménopause.

En effet, la majorité des artérites des membres inférieurs s'observe chez des sujets ayant dépassé la cinquantaine. Et en règle générale, toutes les artérites séniles font partie d'un riche tableau d'artériosclérose, d'athérome généralisé, dont l'évolution a été particulièrement accentuée habituellement, soit aux artères rétiniennes, soit aux artères coronaires, soit au artères des membres inférieurs.

Cette corrélation : artérite apparaissant après la cinquantaine et disparition des fonctions génitales, est-elle une simple coïncidence ou

(1) Maurice Racine, Henri Reboul, Paul Lagey.

doit-elle être envisagée comme une relation de cause à effet ? Dans ce dernier cas, comment peut-on expliquer l'existence d'artérites juvéniles ?

Nous ne croyons certes pas que l'étiologie du processus artéritique soit univoque. Et si l'intoxication tabagique joue parfois son rôle dans la production du spasme vasculaire, et au contraire est parfois complètement absente, nous pensons que de même la perturbation endocrinienne génitale, et en particulier le trouble du métabolisme de la folliculine n'est peut-être pas un fait absolument constant. Mais, la fréquence avec laquelle on le rencontre est un fait clinique, d'observation courante, qu'on ne saurait nier.

De plus, dans les artérites juvéniles, il existe très souvent des troubles génitaux, en particulier dans les artérites juvéniles de l'homme nous avons très souvent rencontré de l'impuissance. Il y a là par conséquent une relation encore assez étroite entre le dysfonctionnement endocrinien et le processus d'artérite.

2° Données cliniques

Nous avons remarqué que dans un grand nombre de nos observations d'artérite, au cours des poussées évolutives de celle-ci, poussées évolutives se traduisant tantôt par une augmentation du spasme vasculaire, tantôt par des modifications portant uniquement sur l'indice oscillométrique, tantôt par une exagération des troubles trophiques avec modifications humorales plus ou moins importantes, il existait des troubles génitaux particulièrement nets chez l'homme où il se traduisent par des périodes d'impuissance plus ou moins prolongées. Ces troubles durent pendant toute la durée de la poussée évolutive ; ils s'atténuent et disparaissent après elle, quelquefois cependant ils subsistent complètement.

Ce point particulier est un élément de plus qui vient augmenter le faisceau de preuves qui permettent de penser qu'il existe des rapports étroits entre glande endocrine, folliculine et artérite.

3° Données humorales

Le dosage systématique de la folliculine dans l'urine de nos malades nous a permis de constater la diminution ou la disparition de la folliculine des urines. A ce propos de nombreux dosages nous ont presque constamment prouvé qu'il existait une perturbation dans le métabolisme de la folliculine chez ces malades. Nous l'avons pas pu encore faire un nombre de recherches suffisantes pour vérifier si cette diminution ou cette disparition de la folliculine éliminée par l'urine correspondait à une modification quantitative analogue dans le sang.

4° Données thérapeutiques

La folliculine a normalement un rôle considérable dans les troubles circulatoires de la femme ; il n'y a qu'à rappeler ici combien son action peut être efficace dans certains troubles des règles, en particulier dans les retards de règles, dans les règles insuffisamment abondantes, pour comprendre que son action sur l'ovaire détermine le flux menstruel dont les répercussions circulatoires générales sont très considérables et l'on peut se demander si cette action de la folliculine sur l'ovaire où elle produit les modifications du cycle œstral n'est pas elle-même liée aux modifications circulatoires que l'introduction de folliculine dans l'organisme, où sa présence en quantité normale détermine habituellement.

Un autre fait nous semble particulièrement digne de retenir l'attention, c'est que chez toute une série de malades du sexe masculin, ne présentant aucun trouble artéritique, mais simplement de petits troubles circulatoires avec refroidissements des extrémités, frilosité, instabilité vago-sympathique, des injections de folliculine déterminent une modification importante de ces troubles, et en particulier l'état de frilosité disparaît assez rapidement. Cette disparition ne se maintient que si on donne à ces malades, régulièrement, 10 à 15.000 unités de folliculine par mois.

III) Traitement des artérites par la folliculine

En nous reportant aux observations que nous avons pu recueillir, on peut dégager les règles générales de la thérapeutique folliculinique dans les artérites des membres inférieurs. Les principes que nous allons poser peuvent être bien précisés, parce que certains de nos malades ont reçu, d'une manière exclusive, de la folliculine, à l'exception de tout autre médicament.

Le premier point d'importance capitale est la continuité avec laquelle il faut pratiquer cette thérapeutique. Nous soumettons nos malades régulièrement à l'injection de folliculine, à dates assez rapprochées.

Il nous semble qu'il est préférable d'employer des doses de folliculine un peu moins fortes et de faire des injections un peu plus rapprochées. C'est ainsi que, au début, nous faisions 10.000 unités de folliculine toutes les trois semaines puis nous avons fait ensuite 50.000 unités toutes les sept semaines. Les résultats moins encourageants que nous avons obtenus nous ont conduits à reprendre notre première manière d'opérer, et nous faisons maintenant une injection tous les quinze jours, de 10.000 unités de folliculine, quitte au besoin à les rapprocher même encore légèrement. Ainsi, le malade est constamment

sous l'action de la thérapeutique folliculinique les troubles qu'il présente s'estompent peu à peu et les manifestations évolutives des artérites se fixent progressivement.

Quand faut-il commencer la thérapeutique folliculinique dans une artérite ? En réalité, le résultat sera d'autant meilleur que la thérapeutique aura été commencée d'une manière plus précoce. Et nous croyons qu'il faut instituer ce traitement dès les premiers signes cliniques ou paracliniques d'artérite des membres inférieurs. On évitera ainsi ou on retardera considérablement l'apparition de lésions graves que le traitement folliculinique pratiqué ultérieurement ne pourrait que stabiliser sans les faire régresser.

Quelles sont les variétés d'artérites particulièrement justiciables de cette thérapeutique ? Essentiellement les artérites pariétales ou oblitérantes, avant le stade de gangrène. Nous pensons en effet que l'action de la folliculine consiste essentiellement à favoriser la cirulation collatérale et à rétablir de ce fait la vitalité tissulaire compromise par les lésions des gros troncs artériels.

Dans ces conditions, son action est surtout importante tant que les principales voies collatérales ne sont pas oblitérées par un processus d'artérite sténosante rapidement ascendante. Or, à la phase de gangrène, ou bien il existe une oblitération complète totale de toutes les branches artérielles distales, ou bien il y a une oblitération segmentaire, poplitée ou fémorale, qui en s'étendant vers le haut, oblitère les branches collatérales qui ont pu assurer pendant quelque temps la nutrition du membre. Dans ces deux cas, une thérapeutique folliculinique ne peut avoir qu'un effet complémentaire, en facilitant la circulation au-dessus des grosses lésions constatées, et peut-être peut-elle dans ce cas permettre d'éviter des amputations successives. Mais l'indication majeure de son application reste la phase prégangréneuse où son action est particulièrement efficace dans les artérites préséniles et séniles.

Cependant, dans certaines artérites juvéniles, son efficacité a été très remarquable.

Au total, ce qui importe surtout, c'est d'instituer la thérapeutique folliculinique à une période où la circulation collatérale n'est pas encore compromise d'une façon irrémédiable, de l'instituer à doses moyennes, et selon un rythme régulier et continu.

En résumé les rapports qui existent entre les troubles du métabolisme de la folliculine et les troubles circulatoires ont été jusqu'ici à peu près méconnus.

Nos observations nous permettent cependant de penser qu'il existe entre les fonctions des glandes génitales et l'apparition des artérites des membres inférieurs, des rapports qui méritent d'être retenus. L'étiologie des artérites prouve en effet qu'elles apparaissent surtout lors de la ménopause ou en corrélation avec des troubles endocriniens génitaux.

En outre part, l'étude clinique et humorale de ces artérites révèle deux notions :

a) Il existe presque toujours dans les poussées évolutives des artérites chez l'homme, des troubles cliniques génitaux pouvant aller jusqu'à l'impuissance ;

b) Le dosage de l'élimination folliculinique dans l'urine révèle chez ces malades des modifications importantes et parfois même l'absence complète de toute élimination folliculinique.

Dans les artérites graves, bilatérales, une thérapeutique folliculinique exclusive a pu amener une stabilisation des lésions et une amélioration fonctionnelle considérable ; cette thérapeutique devra toujours être pratiquée de façon continue, à doses moyennes, en répétant par exemple bimensuellement des injections de 10.000 unités de folliculine ; elle sera toujours contrôlée par des dosages réguliers de folliculine dans les urines et dans le sang.

Les résultats favorables que l'on peut obtenir dans le traitement des artérites des membres inférieurs par la thérapeutique folliculinique semblent être en rapport avec l'amélioration de la circulation collatérale, ce qui permet de penser qu'il y aurait peut-être intérêt à étendre ce mode de traitement à d'autres troubles circulatoires périphériques.

ÉTAT PRÉSENT DE LA THÉRAPEUTIQUE PAR LES AGENTS PHYSIQUES

En 1926, l'Association médicale américaine qui, comme on le sait, tient à honneur d'être non seulement un groupement professionnel, mais aussi un centre d'études scientifiques, avait organisé un Comité de physiothérapie (Council on physical Therapy), dont l'un des buts principaux était de réhabiliter cette branche de la thérapeutique, alors accaparée par les charlatans, et de l'incorporer dans les cadres réguliers de l'art médical.

C'est le décennaire de ce Comité que résume, anonymement, selon la coutume, *The Journal of the American medical Association.*

La thérapeutique physique comprend le traitement des maladies par la chaleur, le massage, l'exercice, la lumière, l'eau, l'électricité et les autres agents mécaniques ou physiques.

Ces méthodes, bien que pratiquées depuis un temps immémorial, sont, en réalité, peu connues ; il se mêle à leurs effets des éléments psychologiques dont la part est difficile à déterminer. En Amérique, plus encore qu'ailleurs, d'astucieux industriels ont mis en vente d'ingénieux appareils qu'ils ont vendus largement aux médecins et au public, en vantant habilement leurs mérites ; à l'usage la thérapeutique physique est devenue une question d'habileté commerciale. La guerre, qui a permis à la physiothérapie de prendre sa place légitime dans la thérapeutique, a également favorisé le développement du charlatanisme.

Le seul remède à ce mal fut la fondation, dans de nombreux hôpitaux, de cliniques bien outillées où la physiothérapie était étudiée scientifiquement.

Le praticien utilisait dans son cabinet quelques méthodes simples de physiothérapie, mais il avait à sa disposition des installations plus complètes dans beaucoup d'hôpitaux — et l'on sait que sous ce nom, les Américains comprennent des cliniques et des maisons de santé de toutes classes.

Parmi les moyens thérapeutiques qui ont été trouvés doués de vertus utiles, on peut énumérer :

La chaleur, appliquée au moyen de coussins chauds, de poches d'eau chaude, de compresses électriques, de lampes à radiations, de bains chauds, de haute fréquence ou d'autres systèmes ;

Le massage, par frictions, pétrissages, percussions, vibrations, associés à des mouvements de flexion et d'extension, ou à des manœuvres correctives ;

L'exercice (ce que nous appelons *mécanothérapie*), composé de mouvements passifs ou actifs, ou contro-résistants, de jeux correctifs, ou de mobilisations dans des appareils spéciaux ;

L'hydrothérapie, comprenant les sachets thermaux, les douches, les vaporisations, les bains, les bains contrastés, en tourbillons ou autres, l'exercice sous l'eau et les piscines thérapeutiques ;

L'énergie radiante, soit naturelle comme l'héliothérapie ou les bains de soleil, soit artificielle, produite par des lampes à arc, des rayons infrarouges, ou bien au moyen du radium et des rayons X ;

L'électricité, galvanique, faradique ou sinusoïdale, les ondes courtes, la haute fréquence ;

Les procédés mécaniques utilisant la pression ou la succion, ou certains appareils électriques ou hydrauliques ;

Et enfin la *thérapeutique artisane* (*occupational thérapy*), sous ses formes fonctionnelles ou non fonctionnelles, aboutissant à faire pratiquer des exercices physiques dans un but de diversion ou de simple activité.

Le Comité pensait d'abord que la thérapeutique physique devait être considérée comme un adjuvant à d'autres formes de traitements médicaux ou chirurgicaux. Actuellement, il est possible de concevoir des cas où la physiothérapie est comme l'indication première, les autres moyens médicaux ou chirurgicaux étant des adjuvants.

Le Comité met en garde contre l'enthousiasme excessif dont jouissent, par poussées, certaines formes de traitements physiques. L'excès, dans cette matière, est de l'eau pour le moulin des charlatans, à l'affût de toutes les découvertes médicales pour en tirer le meilleur bénéfice, à tout prix. La physiothérapie est un de leurs champs préférés d'exploitation. L'hyperenthousiasme actuel pour la diathermie par ondes courtes et les appareils à pressions négatives et positives est un bon exemple de ces abus. Chacune de ces méthodes a son champ d'action, plus ou moins limité, et toutes les deux sont menacées de tomber dans l'oubli et le mépris à cause de l'abus qu'on en fait. Il est indispensable de prendre le contrôle de l'industrie qui exploite ces découvertes, afin de protéger les fabricants consciencieux contre les innombrables exploiteurs qui déconsidèrent les meilleures méthodes.

Il en fut de même, jadis, avec les ultra-violets ; des milliers de mercantis nondèrent les cabinets médicaux, les hôpitaux, et beaucoup de familles, de lampes plus ou moins efficaces. Actuelle-

ment, la liste des appareils approuvés et celle des indications des ultra-violets ont été exactement dressées, et la thérapeutique par les ultraviolets est devenue régulière et profitable.

Un autre résultat des travaux du Comité fut de rendre au médecin, et exclusivement à lui, la prescription des traitements physiques, en tant que faisant intégralement partie de l'art médical.

Un médecin, prescrivant à son malade un traitement qu'il ne peut pas faire lui-même, a bien soin de ne le confier qu'à un autre médecin, plus entraîné ou mieux outillé que lui. Pourquoi la plupart des médecins, quand il s'agit de physiothérapie, utilisent-ils les services de masseurs, d'infirmières ou d'empiriques quelconques, n'ayant reçu qu'une éducation médicale à peu près nulle ? Jadis, le nombre des médecins pratiquant la thérapeutique physique, ou de techniciens possédant une connaissance suffisante de ces méthodes pour pouvoir les appliquer sous le contrôle du médecin, était très faible.

La situation a changé ; des écoles de physiothérapie se sont créées, d'où sortent des auxiliaires instruits et compétents. Mais ces écoles, elles-mêmes, doivent être contrôlées, et l'on doit toujours exiger, notamment, que leur direction soit exclusivement médicale.

Pour l'instruction des praticiens, qui laisse encore à désirer, le Comité dispose d'un corps de conférenciers qui font, sur l'invitation des sociétés médicales, des cours de perfectionnement ; ils utilisent des films et des projections variées.

De plus, un *Manuel de physiothérapie* en est à sa seconde édition, récemment revue et corrigée ; il faut y ajouter diverses brochures sur des sujets particuliers, et une liste approuvée d'appareils, qui se complète constamment par les appareils nouveaux soumis à l'approbation du Comité.

On voit avec quel esprit de suite, quelle persévérance, servie par des ressources abondantes et soutenue par le puissant appui de l'Association médicale américaine (80.000 membres), le Comité de physiothérapie a résolu de rendre à cette précieuse technique sa valeur scientifique, et à l'arracher des mains des charlatans pour l'intégrer dans la pratique médicale normale.

Ph. DALLY.

LA COXA-PLANA

Docteur Raymond STERIN,
Ancien interne des Hôpitaux de Paris

L'affection aujourd'hui connue sous les noms d' « ostéochondrite déformante infantile de l'extrémité supérieure du fémur » ou de « coxa plana » a été individualisée en 1910 par Legg en Amérique et par Calvé en France.

Frappant surtout le garçon entre 5 et 10 ans, elle débute en général insidieusement, se manifestant cliniquement par une boiterie.

A la période d'état, elle se caractérise surtout par la limitation de l'abduction et de la rotation interne, par l'atrophie musculaire.

Au point de vue radiographique, elle évolue en plusieurs stades : le premier semble comporter une lésion métaphysaire primitive ; le second se traduit par l'aplatissement et la fragmentation de l'épiphyse, l'élargissement de l'interligne articulaire, l'irrégularité du cartilage conjugal, les modifications de volume du col ; on peut également observer des lésions acétabulaires ; le troisième stade est le stade de réparation et de reconstitution osseuse de l'épiphyse avec persistance d'une déformation en béret basque, en casquette, en croissant, etc... Le col raccourci, trapu, présente un bord inférieur infléchi et parfois une déformation en coxa vara.

L'affection évolue en trois à cinq ans vers la guérison avec bon résultat fonctionnel malgré les déformations osseuses souvent importantes.

Il semble en outre que l'évolution ultérieure puisse se faire par poussées vers la constitution, à l'âge adulte, d'une forme d'ostéoarthrite déformante.

Le pronostic à distance doit être réservé.

Le diagnostic peut se poser, au début, avec une coxalgie débutante, avec les tuberculoses juxta-coxales, avec l'épiphysite intra-cotyloïdienne.

L'étiologie et la pathogénie de l'affection ne sont pas encore élucidées. Les examens de laboratoire et les biopsies ne permettent pas de conclure. Elle ne semble pas d'origine rachitique ni ongénitale.

Diverses causes entrent sans doute en jeu : troubles endocriniens, infection atténuée à germes banaux dans certains cas, hérédo-syphilis dans d'autres, le traumatisme, la surcharge pouvant jouer un rôle adjuvant comme causes de déformation.

Le traitement consiste à mettre l'articulation au repos en laissant le malade au lit sous extension continue dans certains cas.

Un traitement général adjuvant pourra être prescrit : héliothérapie, recalcifiants, opothérapie, traitement antisyphilitique.

Le traitement chirurgical sous forme de forage ou de greffes pourrait hâter la guérison ; la greffe pourrait éviter, en outre, le glissement en arrière de l'épiphyse (1).

(1) Thèse de Paris, 1937.

LES RÉGIMES AU GOUT DU JOUR

Le traitement actuel du diabète sucré

D'après le Professeur P. Le Gac, de Rennes (1)

Données de base

Le glucose de l'organisme reconnaît, pour la plus grande partie, une origine alimentaire. Mis en réserve dans le foie, et également dans le muscle sous forme de glycogène, ce corps est à l'origine de l'énergie animale. En se combinant à l'acide phosphorique, il fournit un complexe organo-phosphoré transitoire, le lactacidogène, qui se dédouble en acide lactique, acide phosphorique, gaz carbonique et eau pour engendrer la contraction musculaire. Mais l'ensemble de ces transformations ne peut se faire en l'absence d'insuline, sécrétée par les îlots de Langerhans du pancréas.

Un déficit d'insuline dans l'organisme empêche donc la destruction du glycogène ; l'excès de glucose aboutit au « diabète insulaire ».

A noter qu'il existe des formes rares de diabète sucré, dans lesquelles l'organisme produit assez d'insuline, mais où l'action de celle-ci est contrariée par un autre facteur : diabète ovarien, diabète hypophysaire, etc. Ce sont les diabètes « extra-insulaires ».

Parfois le diabète est dit « gras », parce que le malade conserve le plus souvent un aspect normal, et qu'il est même fréquemment plein de santé apparente. Cet état est la conséquence d'une sécrétion d'insuline *suffisante pour entretenir le jeu musculaire et vital normal*, mais *insuffisante pour utiliser un excès de sucre*, qui est rejeté au dehors. Le diabète gras n'a pas de gravité ; il s'améliore et se guérit par le régime seul.

En opposition avec le diabète gras, nous trouvons le diabète « maigre ». Ici le malade *n'a pas* à sa disposition *assez d'insuline* pour que son *sucre puisse être utilisé en quantité suffisante*. Ne pouvant brûler du sucre, *il vit en détruisant sa propre substance*, ce qui le fait perdre du poids très rapidement. C'est une maladie grave, nécessitant des soins constants, une surveillance médicale continue ; on le traite actuellement par les piqûres d'insuline, qui apportent à l'organisme la substance qui lui fait défaut. Le patient est toujours en imminence de « coma diabétique », complication dont le diagnostic, avant l'emploi de l'insuline, comportait pour ainsi dire un arrêt de mort.

Cependant, le diabète gras, peu grave en soi, met le sujet en état d'équilibre sanitaire instable, le rendant très réceptif à toutes les maladies. Une émotion un peu importante, des chagrins, une blessure, une maladie quelconque, sans gravité pour l'homme normal, vont choquer le diabétique, annihiler la sécrétion réduite de son pancréas, transformer donc son diabète simple en un diabète maigre temporaire, avec tous les risques et la gravité de ce dernier. Le coma va, lui aussi, guetter le malade.

Le diabète maigre se différencie au laboratoire du diabète gras, par l'apparition dans les urines de corps cétoniques, substances qui sont la cause d'une intoxication nouvelle, due en partie à leur acidité. C'est la consommation exagérée des albumines de l'individu lui-même, fournissant des acides gras cétogènes, qui crée ce nouvel empoisonnement, dont le point de départ n'est autre que la non-utilisation des sucres.

Un diabétique présente quelquefois un diabète gras typique, mais le plus souvent, il y a plus ou moins d'acidose. Aussi le traitement de chaque malade sera-t-il variable, et il ne peut être indiqué de ligne de conduite absolue.

* * *

Les éléments du traitement

I. En présence d'un cas de **diabète simple**, le *régime seul doit amener la disparition du sucre urinaire*. Il ne s'agit pas, comme on le pense trop souvent, de supprimer tous les aliments sucrés, farineux ou féculents. Non, le problème est plus complexe. Chaque malade, en effet, peut utiliser chaque jour une certaine quantité d'hydrates de carbone. On doit rechercher cette quantité par des analyses faites de semaine en semaine, et autoriser le patient à consommer dans les vingt-quatre heures, ce qu'il peut assimiler de mets hydrocarbonés. Les divers *appareils n'étant plus surmenés par l'excès de sucre*, l'organisme reprend le dessus, et le plus souvent on assiste à un accroissement de la tolérance, ce qui permet d'augmenter de semaine en semaine la ration de sucre

(1) Le métabolisme des sucres et le traitement actuel du diabète (*Bull. Soc. scientifique de Bretagne*, fasc. 1 et 7, 1936.)

ou de pain. Surveiller l'apparition de l'acidose, et si elle survient, la traiter comme nous allons le voir.

Dans la grande majorité des cas, les médicaments sont inutiles.

II. Quand le malade est atteint de diabète avec dénutrition azotée (**diabète maigre**), le *régime seul est nettement nocif.* Il faut augmenter la tolérance aux hydrates de carbone, en fournissant à l'organisme ce qui lui manque : de l'*insuline.* Celle-ci doit pénétrer directement dans les tissus, et, étant altérée par les sucs digestifs, elle est *obligatoirement injectée.* La quantité à donner à chaque patient est variable d'un cas à l'autre ; on pratique les injections de deux à trois fois par jour, aussitôt avant les repas. L'examen des urines, avec *dosage du sucre* et des *corps cétoniques* renseigne sur le taux d'hormone endo-pancréatique à utiliser. Quand la glycosurie disparaît, mais avec persistance des corps cétoniques, *il faut conseiller au malade de manger du sucre,* notion qui paraît révolutionnaire au premier abord, mais qui se comprend très bien, quand on sait que ces composés toxiques ne sont brûlés dans les tissus que concurremment avec l'oxydation du glucose.

On arrive peu à peu à diminuer la quantité d'insuline injectée ; cependant, il faut agir progressivement pour ne pas amener de troubles. Jusqu'à présent, dans cette variété de diabète, on tient la maladie en échec au moyen des piqûres, mais on n'arrive pas encore à supprimer les injections ; si on le faisait, le patient courrait au devant des complications pouvant entraîner la mort.

III. **Diabète avec coma.** — C'est le cas du diabétique « gras » qui, pour des raisons variables, fait subitement de la dénutrition azotée, du pré-coma, ou même du coma constitué.

Pendant ce temps, il faut le traiter par l'insuline, comme dans le cas précédent ; mais, dès que les phénomènes d'acidose ont disparu, on doit revenir progressivement au *régime seul.* Contrairement à l'opinion qui existe dans le public, le fait de commencer une cure insulinienne n'oblige pas à continuer les piqûres pendant toute une vie ; tout dépend de la variété de diabète à laquelle on a affaire.

Par conséquent, le *diabète selon sa nature, et selon sa période d'évolution,* se traite en principe, *par le régime* ou *par l'insuline,* ou *par le régime et l'insuline.*

Mais il faut savoir que certains diabètes résistent au régime, et ne sont pas améliorés par l'insuline. Ce sont les cas dits d' « *insulino-résistance* ». Certains d'entre eux : diabète rénal, diabète ovarien, diabète hypophysaire (cas rares, il est vrai) ne sont pas d'origine insulaire, et sont logiquement insulino-résistants. Cependant, d'autres *qui étaient sensibles à l'insuline deviennent* quelquefois, subitement, non influençables par l'hormone pancréatique. C'est ici que peut se poser la question d'*utiliser le phosphate de sodium pour influencer favorablement le métabolisme du glucose* : c'est, en effet, par insuffisance du phosphates sanguins qu'il a parfois une synthèse difficile du lactacidogène.

En voici un exemple probant : un homme de 65 ans, à la fois diabétique et albuminurique, suivait consciencieusement les deux régimes, qui lui étaient conseillés : peu de viandes, peu de féculents. De petites doses d'insuline amélioraient son état, quand, tout d'un coup, ce produit devint inopérant : la glycosurie augmentait malgré des doses croissantes d'insuline.

L'auteur remarqua que la quantité de phosphates urinaires était basse ce qui s'expliquait bien parce que le régime était devenu ici déficient en viandes et en féculents, et que ces aliments fournissent normalement la plus grande partie du phosphore de l'organisme. Pensant que le trouble de la nutrition pouvait ainsi résider dans une synthèse difficile du lactacidogène, par insuffisance de phosphates sanguins, il fit prendre au malade du *phosphate de sodium.* L'insuline redevint aussitôt active, et le sucre urinaire diminua très rapidement. L'ingestion quotidienne de phosphate entretint dés lors le malade en excellent état.

Instruit par cette observation, il est bon de faire prendre du phosphate de sodium aux malades, dont les phosphates urinaires sont à un taux anormalement faible ; les résultats obtenus sont des plus intéressants.

Voici la formule adoptée par le Prof. Le Gac :

Phosphate de sodium officinal.	33 gr.
Alcoolat de mélisse..........	10 gr.
Eau	490 cm³

(soit un gramme de phosphate disodique par cuillerée à soupe).

Prendre toutes les heures pendant trois heures, puis ensuite toutes les trois heures, une cuillerée à soupe de cette potion.

Elle est efficace dans de nombreux cas de diabète, et toujours dans les cas de coma diabétique, par suite de la nécessité où se trouve l'organisme de posséder assez d'ions phosphoriques pour métaboliser normalement le glucose.

Les découvertes récentes de la chimie biologique ont donc permis que le diabète, traité d'une manière scientifique, cesse actuellement d'être une épée de Damoclès, perpétuellement suspendue audessus du malade. Surveillé médicalement, traité par l'insuline, ou par les autres méthodes, que nous avons à notre disposition, le diabétique peut vivre comme chacun, mener une existence active. Il ne devra plus mourir de sa maladie, ni même de ses complications ; il mourra comme tout le monde d'une cause *occasionnelle.*

G. FISCHER.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Corrélations entre la tuberculose cervicale et la tuberculose pulmonaire

La tuberculose ganglionnaire cervicale peut précéder la tuberculose pulmonaire et il y a souvent homolatéralité des lésions. Contrairement à ce qui se passe chez l'enfant, cette localisation nervicale chez l'adulte ne confère pas un proostic favorable à l'évolution de la phtisie.

Ce que le Professeur Etienne BERNARD a pu observer, c'est que lorsque l'adénopathie est relativement ancienne, le sujet semble montrer une assez bonne résistance à la tuberculose, à la condition toutefois qu'il ne continue pas à être soumis à un contage continu et richement bacillifère, et à condition que les « causes secondes » ne déterminent pas d'une façon importante un affaiblissement du terrain.

D'autre part, lorsqu'il existe au niveau de la région cervicale des ganglions calcifiés visibles aux rayons, on a pu observer des tuberculoses apicales fibreuses de faible évolutivité. (*La Médecine*, mai 1937.)

Traitement des abcès du poumon par l'alcool intraveineux

MM. H. D'HOUR, J.-L. LAGARDE et P. HAVET relatent l'histoire d'un abcès pulmonaire gangréneux consécutif à une perforation gastrique. Cette observation tire son intérêt du fait qu'une thérapeutique unique par injections d'alcool a été employée et qu'elle a permis d'obtenir la guérison dans une forme particulièrement grave d'abcès pulmonaire. L'alcool intraveineux n'a pas encore conquis droit de cité dans le traitement des abcès du poumon ; les avis restent partagés en raison d'un certain nombre d'insuccès de cette méthode. Celle-ci relève d'ailleurs des indications générales, qui doivent guider tout traitement médical en pareille occurrence : traitement médical actif avec surveillance radiologique, afin de ne pas laisser passer le moment opportun pour une intervention chirurgicale.

Certes, il ne faut pas limiter l'emploi de la méthode aux abcès non putrides ; mais, en raison de son caractère non spécifique et de la possibilité de l'insuccès, les auteurs n'emploient plus maintenant les injections d'alcool isolées, ils les associent aux autres thérapeutiques, en particulier à l'arsenic. L'abcès du poumon est une affection suffisamment grave pour recourir à une thérapeutique polyvalente d'emblée, quitte à ne plus savoir ultérieurement à quelle médication rapporter le résultat heureux ou l'échec. (*J. Sc. médicales de Lille*, 6 juin 1937.)

Le diagnostic radiologique des coxarthries

Dans son article, le Professeur P. LAMARQUE rappelle tout d'abord le rôle important de la radiologie pour la confirmation des diagnostics de coxarthries. Elle permettra notamment d'éliminer les affections dont les signes cliniques pourraient prêter à confusion après un examen superficiel. C'est le cas de la névralgie sciatique ; beaucoup de malades sont adressés aux spécialistes pour névralgies sciatiques, alors qu'en réalité ils souffrent d'une coxarthrie ou inversement. Il en est de même de la spondylose rhizomélique, et celle-ci se reconnaîtra aux calcifications ligamentaires spéciales, ainsi qu'à l'atteinte des articulations sacro-iliaques et scapulo-humérales. *Certaines arthropathies tabétiques pourraient* prêter à confusion sur le simple examen radiologique ; toutefois, il existera en pareil cas des proliférations osseuses et des transformations morphologiques beaucoup plus importantes que dans la coxarthrie avec un minimum de troubles fonctionnels ; les signes cliniques d'ailleurs viendront enlever toute hésitation. Beaucoup plus importante sera la différenciation avec les arthrites inflammatoires ; ce diagnostic cliniquement si délicat ne présentera presque jamais de difficultés pour le radiologiste. Dans la coxalgie, on pourra avoir des images plus délicates à interpréter, tantôt de l'irrégularité de la tête ou du cotyle, tantôt les deux à la fois ; dans la coxalgie cotyloïdienne, aujourd'hui si fréquente, on aura de véritables géodes creusées dans l'os coxal ; mais un radiologiste averti ne pourra que très exceptionnellement, et encore pour un temps très court, confondre une coxalgie et une coxarthrie.

Il faut enfin signaler l'intérêt de la radiologie en dehors de toute question diagnostique pour l'établissement des directives thérapeutiques, et en particulier lorsqu'il s'agit de poser une indication opératoire. (*Revue du Rhumatisme*, avril 1937.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'action des hormones sexuelles sur la prostate

(MM. CHAMPY, HEITZ-BOYER et COUJARD ; 20-7-1937)

MM. Champy, Heitz-Boyer et Coujard ont poursuivi leurs travaux concernant l'action des hormones sexuelles sur la prostate.

Physiologiquement, l'introduction dans l'organisme d'animaux mâles normaux, jeunes ou vieux, d'un excès de folliculine produit, comme l'ont vu Lacassagne et de Jong, une sorte d'hypertrophie adénomateuse de la prostate. Cette action ne semble pas être de nature directe. La folliculine en excès modifie profondément le testicule et agit aussi d'ailleurs sur l'hypophyse. Il s'ensuit une altération désordonnée de la spermatogénèse, un état de la glande mâle qui n'est pas sans rappeler celui du testicule sénile.

De l'ensemble de ces faits, dit M. Champy, on est amené à l'idée que, dans l'hypertrophie prostatique adénomateusede la fin de l'âge adulte et du vieillard, entre en jeu une perturbation de la sécrétion interne testiculaire, entraînant dans la prostate une activation de la multiplication cellulaire, avec diminution corrélative de la sécrétion.

Les auteurs envisagent aujourd'hui plus particuièrement un fait clinique constaté à plusieurs reprises dès le début du traitement hormonal de l'adénome prostatique : c'est l'action souvent si rapide de ce traitement sur la dysurie, action qui précède la diminution de l'adénome, même dans les cas où celle-ci semble pouvoir être mise en évidence.

Une chose frappe au cours de l'expérimentation. A la suite de l'introduction des hormones mâles on voit, chez l'animal, s'établir un œdème mucoïde, autour des vaisseaux du veru montanum, œdème qui, régulier chez l'animal adulte, manque chez les castrats et se trouve diminué chez les animaux âgés.

Or, on sait que partout où les tissus d'œdème ainsi provoqué voisinent avec des faisceaux de fibres lisses, l'apparition de l'œdème coïncide avec un relâchement considérable de ces muscles, d'où une cessation de l'etat de spasme desdits muscles. M. Champy, considérant l'importance de l'état de spasme des fibres lisses sphinctériennes vésicales dans la dysurie des prostatiques, trouve là l'explication de l'action rapide des ingestions ou injections d'hormones testiculaires sur la dysurie prostatique.

Traitement de la lèpre par le tellure

(MM. MARCHOUX et V. CHORINE ; 20-7-1937)

Le tellure métallique ou engagé dans des sels minéraux suspend chez le rat l'évolution de la lèpre ;

Les germes ne se reproduisent pas ou se multiplient lentement chez l'animal traité, mais ils poussent activement quand on les transporte sur un autre rat ;

Le métal se dépose sur la membrane cireuse des bacilles, mais c'est sans doute le milieu intérieur de la cellule-hôte qui agit plus que ce dépôt pour entraver la multiplication des éléments parasitaires ;

Du 6 avril 1936 au 15 juin 1937, des rats de 100 grammes environ ont supporté parfaitement une injection hebdomadaire de tellurate de sodium de 2, de 4, de 5, de 6 et de 10 milligrammes, soit au total 2 gr. 40 par kilogramme ;

Dès les premières injections, ils répandent une forte odeur alliacée ; les yeux des rats blancs se colorent en noir, la peau prend une teinte grise ;

Dans le traitement de la lèpre humaine, les auteurs ont observé la coloration de la peau et la décoloration des cheveux déjà signalées par Stanziale. Les lésions cutanées se détachent en noir sur la peau à peine grisâtre ;

Une injection de 25 centigrammes tous les cinq jours paraît bien supportée ;

Sous l'influence du tellure, les douleurs disparaissent, les lépromes s'affaissent, l'état général se consolide. Toutes ces améliorations se manifestent dans le mois qui suit le commencement du traitement.

L'anesthésie générale et régionale chez les gazés suffoqués. Etude expérimentale

(M. CHAMBON et Mlle E. PÉRIER. — Présentation par M. A. MOREL ; 20-7-1937)

Le chien a une résistance beaucoup plus grande que l'homme au phosgène et il faut en tenir compte lorsqu'on cherche à appliquer à l'homme les données expérimentales.

M. Chambon et Mlle Périer pensent que le chloroforme ou l'évipan qui ont tendance à amener chez les animaux gazés des syncopes respiratoires et abaissent notablement la tension artérielle, doivent n'être utilisés en pareil cas qu'avec beaucoup de circonspection.

Le protoxyde d'azote, moins irritant pour l'arbre respiratoire que l'éther, paraît particulièrement indiqué pour les anesthésies générales chez les blessés gazés et préférable peut-être aussi à la rachianesthésie dont l'action hypotensive n'est pas sans inconvénients chez ces intoxiqués déjà hypotendus.

Quant au vol en avion sans correction de la dépression atmosphérique (par inhalation d'oxygène par exemple), elle semple présenter aux auteurs des dangers pour le blessé ayant inhalé des gaz suffocants.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

Etude clinique et anatomique de différents cas de kystes congénitaux du poumon

(MM. P. ARMAND-DELILLE, Ch. LESTOCQUOY et R. HUGUENIN ; 9-4-1937)

Les auteurs ont envisagé spécialement les pseudo-bronchiectasies congénitales chez l'enfant. Les observations qu'ils ont pu réunir sont, les unes purement cliniques et lipiodo-radiographiques, les autres vérifiées par l'autopsie. D'après les coupes anatomiques et les histologiques qu'ils résument, il est possible d'esquisser une opinion sur la pathogénie de cette affection et d'en discuter les probabilités évolutives.

Au point de vue pathogénique, l'origine congénitale paraît indiscutable puisque l'aspect anatomique n'est ni celui d'une bronche dilatée et modifiée par l'inflammation, ni celui d'un tissu pulmonaire remanié à la suite d'un processus inflammatoire tel qu'un abcès : les lésions correspondant à un tissu bronchique et pulmonaire anormal, ce qui permet de faire l'hypothèse de dysembryoplasie.

Au point de vue de l'évolution, l'hypothèse de la nature dysembryoplasique permet d'expliquer beaucoup mieux l'évolution progressive de ces lésions. Les altérations d'ordre inflammatoire observées autour de cavités ne suffiraient pas à expliquer l'accroissement des cavités kystiques. Il est légitime, si on accepte l'hypothèse de la dysembryoplasie, de rapprocher ces altérations des malformations congénitales qu'on peut observer au niveau du rein. On connaît, en effet, dans cet organe, le développement progressif de ces altérations polykystiques qui peuvent devenir énormes sans que l'on puisse incriminer une origine mécanique.

Etant donnée l'évolution progressive de ces lésions et les dangereuses poussées inflammatoires qui s'y surajoutent, il est peut-être logique d'admettre l'opportunité d'une thérapeutique chirurgicale.

Kystes aériens suppurés

(MM. J. CATHALA et BRINCOURT ; 16-4-1937)

Nous voudrions, à propos de cette observation, attirer l'attention sur deux points : 1° les kystes aériens de moyenne dimension peuvent être confondus avec des cavernes pulmonaires tuberculeuses. Dans notre cas, la cuti-réaction positive, les antécédents bacillaires dans la famille de l'enfant ont orienté vers ce diagnostic et pendant quatorze mois la jeune malade a vécu dans un sanatorium en compagnie d'enfants vraiment tuberculeux. Cependant, l'étude un peu attentive du cliché ne doit pas permettre l'erreur. Le contour des cavernes est moins fin et surtout moins régulier que celui des images kystiques et, d'autre part, on ne concevrait pas un tel nombre de cavernes sans infiltration diffuse du parenchyme.

L'absence de bacille de Koch dans une expectoration constamment purulente devait faire rejeter définitivement le diagnostic.

2° L'aspect radiologique de ces kystes est un argument en faveur de leur origine congénitale. Sans doute, comme dans la plupart des observations analogues, ce n'est que tardivement que les signes pulmonaires ont fait leur apparition. Mais l'on conçoit très bien que de telles malformations restent latentes jusqu'à ce que des complications mécaniques ou infectieuses viennent les révéler.

Le cliché pulmonaire a montré des images kystiques pures, non associées à des lésions ulcéreuses radiologiquement décelables. Alors que les dilatations bronchiques secondaires aux infections broncho-pulmonaires aiguës s'accompagnent toujours de sclérose, les kystes aériens congénitaux non transformés encore par une trop longue phase de suppuration ne s'accompagnent d'aucune réaction de voisinage. L'absence de toute lésion parenchymateuse est un argument en faveur de l'origine congénitale des kystes aériens. Un autre argument est fourni par certaines constatations anatomiques. Personnellement, l'un des auteurs a assisté à l'autopsie d'un sujet atteint de maladie polykystique pulmonaire, qui avait deux reins polykystiques et de nombreux kystes dans le foie.

Kystes du poumon et bronchiectasies

(M. J. COMBY ; 16-4-37)

Des communications et projections, récemment présentées à l'Association médicale des hôpitaux de Paris, nous devons retenir des acquisitions précieuses pour le diagnostic et le pronostic des kystes aériens du poumon. Grâce à elles, nous apprendrons à distinguer les kystes géants et solitaires du pneumothorax vrai, etc.

Malgré le recours à la radiographie, au lipiodol, à la cuti-réaction, la maladie kystique du poumon sera difficilement reconnue. Comment la distinguer de la bronchiectasie, avec laquelle elle a tant de points de contact ? Si l'on consulte l'étiologie, on ne trouve pas de différence fondamentale. Certains cas sont nettement congénitaux et l'origine intra-utérine peut être admise pour beaucoup de kystes du poumon comme pour certaines dilatations bronchiques. L'anatomie pathologique n'est pas plus démonstrative, comme on peut le voir par les quelques faits cités. Il semble résulter des examens *post mortem*, macroscopiques et microscopiques, une certaine solidarité et inter-dépendance des kystes du poumon et des bronchiectasies.

Sans récuser l'origine congénitale de certaines dilatations des bronches, l'auteur a la conviction que beaucoup d'entre elles sont acquises dans la première ou la seconde enfance à la suite de corps étrangers des voies respiratoires, et surtout de coqueluche, rougeole ou autre maladie infectieuse compliquée de broncho-pneumonie, et à la suite de phlegmasies broncho-pleuro-pulmonaires chroniques de causes diverses. G. F.

Société de Médecine de Paris

Séance du 24 avril 1937

Abcès froid sternal

M. Grimberg présente une malade atteinte d'un abcès sternal guéri par extrait bacillaire colloïdal.

M. Dupuy de Frenelle demande si la vaccination sous-cutanée est supérieure à la vaccination par voie buccale.

M. Grimberg et M. Rosenthal préfèrent la voie sous-cutanée.

M. A. Trêves est un peu sceptique sur les résultats du traitement par vaccins dans les tuberculoses osseuses.

M. Séjournet et M. Joly sont du même avis.

Rhinoplastie par lambeau tubulé abdominal

M. Claoué à l'occasion de ce cas, insiste sur trois points essentiels : 1° il faut éviter les lambeaux prélevés sur la face sinon on ajoute des difformités secondaires à la difformité principale ; 2° la région abdominale constitue la réserve de peau de choix et se transporte par inclusion dermique ; 3° la naissance des ailes du nez constitue le problème le plus délicat de réfection.

Accoutumance au froid et à l'humidité

M. G. Rosenthal considère que nombre de rhumatisants sont devenus de grand malades en raison d'une sensibilité exagérée au froid et à l'humidité. Cette sensibilité marque leur entrée dans la voie morbide et il est nécessaire de la combattre. La douche froide matinale sur les pieds, le quart d'heure de torse nu, *le séchage retardé ou incomplet du torse* après la toilette matinale sont la base de cette éducation.

Algies faciales et système nerveux sympathique

M. Dechaume montre que les algies faciales consécutives aux extractions semblent rentrer dans le groupe des causalgies avec vaso-constriction. L'injection autour de la faciale de novocaïne sans adrénaline, les médicaments sympathicolytiques, ont une heureuse action sur elles, de même que sur les algies dentaires liées à des lésions pulpaires ou périapicales, et sur certaines algies faciales continues. C'est dans cette voie que doit s'orienter la thérapeutique de la douleur.

Ce que j'ai vu à Berlin, par M. Pierre Le Gac

Invité au Congrès allemand de chirurgie, en compagnie de Bécart qui présenta un film sur la transfusion du sang, de Claoué qui présenta un film sur la chirurgie réparatrice du sein, l'auteur a montré son film sur la gastrectomie. Il rapporte différentes choses intéressantes vues à Berlin et projette un film montrant l'admirable résultat obtenu par Sauerbruch, dans un cas d'amputation des deux avant-bras. La prothèse par le procédé dit du « canal cutané » permet à l'opéré de se servir avec précision de ses mains artificielles.

Immobilisation de la hanche par une vis plantée dans la tête fémorale au travers du toit de la cavité cotyloïde

M. Dupuy de Frenelle préconise le vissage de a tête fémorale au travers du toit de la cotyloïde pour immobiliser l'articulation de la hanche. Cette opération n'est indiquée que lorsque les parties osseuses traversées par la vis sont compactes et ne présentent aucune tache claire de raréfaction.

Lithiase biliaire dans l'ictère hémolytique

M. P. Le Gac en apporte trois observations : une splénectomie faite à l'âge de 17 ans pour un ictère hémolytique, qui fut suivie de guérison.

Une deuxième observation dans laquelle on fit d'abord une cholécystectomie pour boue biliaire, cause d'ictère additionnel, puis secondairement une splénectomie pour guérir l'ictère hémolytique. Enfin, une troisième observation d'une malade splénectomisée il y a quatorze ans et opérée cette année de cholécystectomie pour lithiase pigmentaire. Il faut donc traiter tôt l'ictère hémolytique par la splénectomie pour éviter les complications biliaires à distance.

Lille

Société médicale et anatomo-clinique

Confrontation artériographique et anatomique

MM. Langeron et Desplats présentent les radiographies d'un cas d'artérite, dans lequel l'artériographie montrait une artérite localisée et conseillait une artériectomie plutôt qu'une amputation, et où, cependant, après l'amputation, on trouvait des lésions artérielles diffuses, vis-à-vis desquelles l'artériectomie eût été certainement insuffisante.

Ils montrent que les renseignements donnés par l'artériographie sont toujours d'une interprétation délicate, — que les sanctions pratiques doivent être prises à la lumière du contexte clinique et des renseignements fournis par l'anatomie pathologique.

Manifestations laryngées rhumatismales ; à propos de deux observations

MM. Lavrand et Didier. — L'une de ces observations simulait une périchondrite bacillaire, l'autre une paralysie des dilatateurs des cordes. A ce propos, les auteurs rappellent le caractère insidieux de ces laryngites rhumatismales et attirent l'attention sur les troubles respiratoires graves, qui peuvent survenir. La trachéotomie, qui a été nécessaire dans l'un des deux cas, aurait pu être évitée, si le traitement salicylé, particulièrement efficace, avait été institué à temps.

Les Congrès

PREMIER CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE NÉO-HIPPOCRATIQUE

C'est du 1er au 5 juillet, que s'est tenu à la Faculté de médecine, le premier Congrès international de médecine néo-hippocratique, sous la présidence du Professeur Laignel-Lavastine.

Les plus grands noms de la médecine contemporaine se retrouvaient sur la liste des membres du Comité de patronage ; l'assistance au Congrès répondit à ces heureuses prémisses.

Sous la présidence du Professeur Roussy, doyen de la Faculté de médecine de Paris, la séance inaugurale se tint en commun avec les Journées internationales et les Etats généraux de la Santé publique. Au cours des nombreuses séances de travail, le Professeur Aschner, de Vienne, fit une conférence sur les « applications pratiques du néo-hippocratisme » ; le Docteur André Jacquelin, médecin des hôpitaux, sur « les prédispositions constitutionnelles dans la tuberculose pulmonaire » ; M. Mistal (de Montana), une communication sur « le système endocrinien, terrain, constitution et prédisposition à la tuberculose » ; M. le Prof. L. Cornil, doyen de la Faculté de médecine de Marseille exposa la « Pathologie de l'individuel » ; M. Germain Blechmann, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris, fit un magnifique exposé de la théorie des humeurs et de l'abcès de fixation » ; M. Martiny, à cette occasion, développa sa conception synthétique des maladies aiguës ; puis, M. P. Delore, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon montra la situation de « la médecine moderne devant la tradition hippocratique et pythagoricienne », enfin M. Fortier Bernoville, directeur de l'École française d'homéopathie exposa « la loi de similitude, son domaine, ses limites ses possibilités ». En outre, les communications, furent nombreuses et d'un remarquable éclectisme ; c'est ainsi que furent discutées :

— le traitement des annexites par les sangsues ;
— l'hygiène néo-hippocratique ;
— la thérapeutique constitutionnelle ;
— l'humoro-vitalisme ;
— néo-hippocratisme et diététique ;
— documentation médicale et néo-hippocratisme ;
— l'esprit méditerranéen en médecine ;
— l'intersexualité d'Hippocrate et les concepts modernes neuro-endocriniens ;
— le naturisme d'Hippocrate et le nôtre ;
— l'antagonisme des suppurations chaudes et froides ;
— la médecine hippocratique et l'école de Vienne ;
— l'étude expérimentale et clinique des médicaments sur le système neuro-endocrinien ;
— les phénomènes fluxionnaires ;
— les substitutions morbides ;
— la dysmicrobie intestinale ;
— la neuro-psychologie infantile ;
— la classification biologique de la voix parlée et chantée ;
— l'immuno-transfusion ;
— la schizophrénie ;
— la personnalité morpho-psychologique et les tempéraments ;
— l'énergétique spirituelle, geste, langage et localisations cérébrales ;
— la diétothérapie ;
— les causes des épidémies ;
— comment l'excès de nourriture peut simuler une maladie grave du système nerveux et du cœur ;
— l'initié de Cos et le médecin de famille ;
— néo-hippocratisme et néo-biologisme mathématique ;
— le serment d'Hippocrate.

***

Tel fut ce premier Congrès international de médecine néo-hippocratique ; le court résumé que nous venons d'en faire montre assez la variété des questions qui y furent soulevées ; sans exagérer, il semble que l'on puisse dire que le fil n'est pas toujours visible, qui les relie l'une à l'autre ; une suite d'études analytiques sur les sujets les plus divers, telle semble être, à première vue, cette première manifestation dite « néo-hippocratique ».

Et pourtant, quelle était la signification que donnaient au « néo-hippocratisme », les organisateurs du Congrès ? — Une manifestation de « médecine synthétique traditionnelle rénovée ».

Suite de mémoires analytiques, dont la diversité ne le dispute qu'à la multiplicité, tel parut être le Congrès.

Nouvelle conception synthétique de la médecine, tel était le but.

L'opposition ne semble-t-elle pas absolue entre ces deux termes ?

Pour comprendre cette opposition, il faut, croyons-nous, savoir exactement ce qu'on entend par néo-hippocratisme.

Pour l'apprendre, écoutons ces quelques phrases

prononcées par le Professeur Laignel-Lavastine, dans son discours inaugural :

« On peut s'étonner que la pathologie, qui tend à devenir une science exacte, puisse être qualifiée par une épithète indiquant une tendance mentale de ceux qui la pratiquent. Mais la médecine est un complexe dans lequel l'élément biologique n'est pas tout.

« Le merveilleux développement des techniques physiques, chimiques et physiologiques permet aujourd'hui au médecin d'agir scientifiquement sur une partie des troubles de certains malades ; mais cette précision, qui aboutit à une évidence partielle dans le diagnostic et le traitement, ne doit pas faire méconnaître que bien des inconnues subsistent dans le cas clinique le plus simple.

« Pour diriger ses actes, le médecin trouve encore dans l'enseignement des livres hippocratiques tous les principes généraux ; d'abord un principe de méthode : la primauté de la clinique. Ensuite la conception dynamique individuelle du trouble morbide. Enfin un troisième principe : le traitement, pour être rationnel, doit tendre à être naturel. Le malade lutte pour sa guérison, sa maladie est en partie réaction utile. Le médecin doit aider cette réaction en cherchant à découvrir les forces individuelles.

« Reconnaître l'utilité de ces principes dans la conduite médicale est un retour vers les doctrines hippocratiques, mais ce n'est pas embrasser tout l'hippocratisme périmé, tel qu'il émerge de la lecture des livres de la Collection.

« C'est pourquoi on doit parler de néo-hippocratisme et non d'hippocratisme qui comporterait une construction doctrinale, issue en partie du Pythagorisme, intéressante au point de vue historique en raison des liaisons des philosophies pré-socratiques avec les sectes médicales, mais dont la portée pratique est aujourd'hui révolue.

« Cette position ainsi définie n'empiète pas sur la spiritualite du médecin. Quelle que soit son attitude mentale relative aux problèmes métaphysiques, il peut donc être néo-hippocratique.

« On peut en dire autant des praticiens qui aiment à se dire relever de tel grand penseur médical, Paracelse, Hahnemann, Freud, etc... *mais à la condition que leur étiquette d'école ne les empêche pas d'appliquer comme tout le monde les thérapeutiques d'une utilité évidente* : mercure, arsenic, bismuth dans la syphilis, sérothérapie dans la diphtérie, vaccination jennerienne comme prophylaxie antivariolique, etc...

« L'individualité morbide est fonction non seulement des réactions aux excitations du macrocosme, mais encore des interréactions des éléments du microcosme.

« Qui ne saisit l'actualité de cette conception ? Elle légitime le développement de la pathologie de terrain que les cliniciens ont toujours cultivée et que des découvertes comme celles de l'anaphylaxie et de la colloïdoclasie, ont intégrée désormais dans la pathologie expérimentale avec ses précisions scientifiques.

« Et l'étude de la réaction individuelle au milieu s'épanouit aujourd'hui dans la double direction de la cosmo et de la socio-biologie ».

Ainsi défini, le néo-hippocratisme, en somme, propose à tous les savants et les médecins de reprendre, sur des bases à la fois anciennes et nouvelles, l'étude synthétique de la médecine.

Il est certain qu'actuellement les cadres dans lesquels la médecine évoluait depuis une soixantaine d'années craquent de tous côtés, de même que s'effritent les barrières sociales entre lesquelles nous vivions. « Nous vivons vraiment une époque bien intéressante », me disait récemment un vieux médecin de 83 ans. A côté de la médecine dite officielle, et lui reprochant son dogmatisme, se sont développées d'autres disciplines : l'homéopathie, le naturisme, la sympathologie, dont chacune a ses adeptes, tous aussi exclusifs. La conception microbienne des maladies subit de nombreuses attaques ; partout, au microbe spécifique de la maladie, on oppose la réaction diverse des multiples terrains individuels ; plus même : le microbe, toujours semblable à lui-même morphologiquement, cède la place au microbe qui évolue, est en mutations perpétuelles, non seulement « in vivo », mais même « in vitro » ; de tous côtés, on attaque Pasteur ; on lui reproche le postulat de la spécificité microbienne ; tout au plus lui garde-t-on reconnaissance de son postulat de la non génération spontanée — et encore ! Reproches d'ailleurs totalement injustifiés : Pasteur, grâce à la rigueur de son expérimentation, s'est toujours contenté d'affirmer ce qu'il constatait ; c'est nous qui, interprétant les constatations du Maître, en avons déduit ce qu'on a appelé la « doctrine pastorienne » ; ce n'est pas à Pasteur que nous devons nous en prendre, mais à ce que nous entendons par « doctrine pastorienne » ; et tout aussi bien que « néo-hippocratique », le mot « néo-pastorien » pourrait fort bien convenir à la nouvelle conception de la médecine qui s'échafaude ; les doctrines passent ; les faits demeurent. Et il est toujours possible, prenant pour exergue, une phrase de n'importe quel auteur, isolée de son contexte, d'échafauder sur cette phrase une doctrine toute entière. Ce qu'ont voulu les organisateurs du Congrès néo-hippocratique, c'est convier tous les médecins et les savants de notre époque à se réunir pour prendre acte de la faillite des conceptions actuellement en vigueur dans la médecine et pour essayer de dresser en commun, sans exclusive contre aucune idée, une nouvelle conception synthétique de la médecine, qui tienne compte de tous les faits reconnus comme vrais. Comment s'étonner si, à cette première réunion de travail en commun, de personnalités venues d'horizons divers, chacun a tenu à exposer ses propres théories ? comment s'étonner que la juxtaposition de toutes ces conceptions ressemble à un catalogue

de grand magasin ? C'est de la confrontation de ces théories, des discussions courtoises entre leurs auteurs que s'élaborera un nouvel essai de synthèse de la médecine.

Néo-hippocratisme, propose-t-on ? Pourquoi pas ? Comme l'a dit M. le Professeur Roussy, Doyen de la Faculté de médecine de Paris :

« Quant à vous, mon cher Laignel-Lavastine, vous voici à la tête du premier Congrès international de la médecine néo-hippocratique. Votre culture est immense, je le sais, et le sombre Hésiode vous est aussi familier que l'antique Hippocrate ; vous lisez dans le texte les odes de Pindare aussi bien que les sereines rogations du divin Platon. Quoi donc d'étonnant que vous ayez, dans le dessein de souder les uns aux autres les millénaires, essayé de réunir les savants de tous les temps et de tous les pays, et que vous songiez à dédier vos travaux à la mémoire pieusement rajeunie du vieil ancêtre de tous les médecins ?

« Si se réclamer d'Hippocrate, c'était du même coup rayer de l'histoire médicale des siècles entiers et ceux qui nous ont conquis d'éclatantes acquisitions, je n'aurais garde de vous suivre, mais quand on sait qui vous êtes, toute inquiétude disparaît. Et puisque se proclamer l'adepte du néo-hippocratisme, c'est affirmer, vous venez de le dire, la primauté de la clinique, accepter l'existence au sein de chaque tempérament morbide d'un certain dynamisme, reconnaître dans chaque maladie une part de réaction utile, lier et relier l'être à son climat physique et moral, votre église ne saurait compter beaucoup d'hérétiques. « Pas d'église au porche surbaissé », disait en parlant d'Ernest Renan le charmant Abbé Mugnier qui, par delà les oppositions apparentes, songeait à intégrer l'auteur de la « Vie de Jésus » dans la communion des Saints.

« Mon cher Laignel, vous avez si peu surbaissé le porche du temple que nous y réclamons tous une place autour de vous qui y officiez avec le talent, la science, la conscience qui vous valent, depuis si longtemps, notre affectueuse amitié . »

R. FASQUELLE St-YVES MÉNARD.

Les livres qui viennent de paraître....

Chez DOIN et Cie,

8, place de l'Odéon

L. DAMBRIN. — **Urgences de chirurgie**. TABLEAUX CLINIQUES. CONDUITE A TENIR. Un vol. 140 p., 128 fig. Prix : 37 francs.

Albert GIRAUD. — **Précis de phtisiologie**. Evolution générale, diagnostic et traitement de la tuberculose pulmonaire chez l'adulte. Deuxième édition entièrement remaniée par l'auteur et révisée par F. CARDIS (de Leysin). Un vol. 490 p., 45 fig. XXXIII pl. Prix : 100 francs.

Dr Louis BERCHER. — **L'homœopathie sans mystère**. Préface du Docteur Léon Vannier. Un vol. 120 p. Prix : 32 francs.

A. STILLMUNKÈS. — **Les sérums de convalescents**. Leur emploi dans la prophylaxie et le traitement des maladies infectieuses (poliomyelite, rougeole, scarlatine, etc.). Préface du Prof. Debré. Un vol. 176 p. Prix : 32 francs.

Robert MERKLEN. — **Les rhumatismes de l'épaule**. Un vol. de la Collection des « Actualités de médecine pratique ». 206 pages, 17 fig. Prix : 30 francs.

Editions de la « REVUE DES INDÉPENDANTS »

Dépôt : Librairie MIGNARD frères

38, rue Saint-Sulpice, Paris (VIe)

Emile CHRISTOPHE. — **Apologie du sourcier. La téléradiesthésie**. Nouvelle édition illustrée. Un vol. 240 pages, 9 illust. Prix : 30 francs.

Chez J.-B. BAILLIÈRE et fils

19, rue Hautefeuille, Paris (VIe)

Les régulations hormonales en biologie, en clinique et en thérapeutique. Rapports présentés aux Journées médicales de Paris, 1937. Un vol. 850 pages. Prix : 100 francs.

WITOLD AUBRUN. — **L'état mental des parkinsoniens**. Contribution à son étude expérimentale. Un vol. 158 pages.

DESCLÉE, DE BROUWER et Cie, Paris

L'Edition Universelle, S. A., 53, rue Royale, Bruxelles

Docteur H. CALLEWAERT. — **Physiologie de l'écriture cursive**. Un vol. 124 p. avec 56 fig. (croquis, photogravures, reproductions d'écriture). Prix : 30 francs.

Les Livres

L'expertise en stomatologie

Les Docteurs Dechaume, stomatologiste des hôpitaux de Paris et Dérobert, assistant du laboratoire de médecine légale de la Faculté de médecine de Paris, ont publié chez Masson, un recueil très substantiel sur l'expertise et jurisprudence, en matière de stomatologie et spécialité médicale dentaire. Non seulement, des précisions nous sont offertes, en ce qui concerne l'expertise elle-même, mais les auteurs passent en revue les divers cas pathologiques, qui peuvent retenir l'attention de l'expert. Droit commun, accidents du travail, maladies professionnelles, pensions militaires, assurances sociales : tour à tour ces chapitres sont étudiés et envisagés, pour permettre au lecteur d'être guidé, lorsque le juge lui demande son avis technique, en qualité d'homme de l'art désigné comme expert.

Ce livre est des plus utiles et doit figurer en bonne place, dans la bibliothèque de ceux de nos confrères, qui sont parfois les auxiliaires de la justice.

Dr Paul Boudin.

La pratique légale de l'art dentaire en France et aux Colonies

Madame Suzanne Grimberg , avocat à la Cour d'appel de Paris présente un livre très documenté sur la profession de dentiste. Quelles sont les conditions légales requises pour entreprendre les études dentaires ? Où et comment acquérir les diplômes nécessaires pour exercer ?

Ensuite, quels sont les droits et devoirs du praticien ? Certes, ce chapitre rappelle les règles générales de la profession médicale tout entière, puisqu'une seule et même loi, celle du 30 novembre 1892, régit le statut des médecins et des dentistes ; mais l'auteur apporte des précisions d'ordre juridique et pratique, en ce qui concerne l'exercice de cette spécialité médicale, celle des soins à donner aux maladies de la bouche, des dents et des maxillaires.

La question de la propriété du cabinet dentaire fait l'objet de tout un chapitre, car, ne l'oublions pas, c'est parce que des non-diplômés peuvent être propriétaires d'un cabinet dentaire et avoir des diplômés à leurs gages que de nombreuses situations illégales se présentent chez les dentistes, bien plus que chez les médecins.

Un autre chapitre traite du champ d'action et de la responsabilité du chirurgien-dentiste, abordant tour à tour chacun des problèmes juridiques, déontologiques ou professionnels de la vie de chaque jour.

L'avant dernier chapitre est consacré à l'application des lois sociales aux collaborateurs, employés, mécaniciens d'un dentiste, alors que l'ouvrage se termine sur l'éternelle question de la répression efficace de l'exercice illégal de l'art dentaire.

Ce livre préfacé par Me Jean Appleton, professeur honoraire des Facultés de droit, rendra de très grands services, non seulement aux jeunes qui veulent embrasser cette carrière médicale, mais aussi à tous confrères, dirigeants ou membres actifs des Syndicats médicaux et dentaires, qui veulent, pour réclamer les droits de la profession, en connaître également tous les devoirs.

Dr Paul Boudin.

Masson et Cie, éditeurs
120, boulevard Saint-Germain, Paris

Exposition internationale, Paris 1937 Palais de la Découverte

Au milieu de l'Exposition internationale de 1937, on a réalisé une exposition particulière où sont démontrées et commentées les découvertes fondamentales des sciences. Le « Palais de la Découverte » en est la réalisation ; il occupe le Grand Palais et est divisé en plusieurs sections.

Pour en faciliter la visite, un certain nombre de maîtres de nos Facultés ont rédigé des brochures, abondamment illustrées, qui sont une mise au point générale, écrite pour le grand public, de diverses branches de la science contemporaine.

I. **Médecine. Les aspects de la science médicale.** Une broch. 82 pages avec fig. Prix : 6 francs.

Les étapes des découvertes médicales. Les glandes à sécrétion interne. Quelques acquisitions modernes de la médecine.

II. **La chirurgie.** (A. Gosset, P. Fredet et R. Monod, Tzanck). — Une broch., 68 p. avec fig. Prix : 6 francs.

L'anesthésie chirurgicale. L'asepsie chirurgicale. La transfusion sanguine.

III. **La biologie.** Une broch. 118 pages avec fig. Prix : 6 francs.

La bioénergétique et la nutrition animale. La psychophysiologie des sensations. La biométrie humaine, etc.

IV. **Microbiologie.** L'œuvre de Pasteur et ses conséquences. Un vol. 96 p. avec fig. Prix : 6 francs.

L'œuvre de Pasteur. L'Institut Pasteur et ses filiales. Microbes. Maladies virulentes.

Les Thèses

P. — Dr L. Meyer. — **La première année du pneumothorax artificiel.** (Thèse, 1937.)

L'auteur a retenu 259 cas de pneumothorax créés au sanatorium « La Tuyolle » entre 1923 et 1935 et suivis d'une façon continue pendant leur première année. La plupart des malades continuent à se faire insuffler ou examiner au sanatorium et ont ainsi pu être suivis pendant plusieurs années.

A la fin de la première année, l'examen des 259 pneumothorax donna les résultats suivants :

— 50 % de résultats favorables.

— 18 % de cas stationnaires.

— 32 % d'aggravations.

Les résultats éloignés ont montré une confirmation assez générale des améliorations obtenues la première année. L'avenir des stationnaires a été mauvais et les résultats éloignés des aggravés décevants.

P. — Dr G. Durand. — **La prophylaxie du typhus exanthématique en Tunisie.** (Thèse, 1937.)

La prophylaxie du typhus exanthématique en Tunisie est basée : *sur l'épouillage*, qui, devant les difficultés qu'il rencontre souvent, est complété par *la vaccination préventive*.

La vaccination préventive suivant la méthode de Ch. Nicolle et de J. Laigret a donné d'excellents résultats : *par son efficacité* (aucun vacciné n'a contracté le typhus exanthématique) ; *par son innocuité* (aucun vacciné n'a présenté de réaction importante)

La vaccination en deux temps était une méthode prudente de début ; on lui a progressivement substitué la vaccination en un temps, plus pratique. Cette dernière est la seule employée actuellement.

P. — Dr P. Bonnot. — **Contribution à l'étude du carbone végétal activé intra-veineux en thérapeutique humaine.** (Thèse, 1937.)

L'auteur a étudié après injection intra-veineuse, la répartition du carbone dans l'organisme et il l'a retrouvé principalement dans les poumons, le foie, la rate, les ganglions, avec une affinité particulière pour le tissu réticulo-endothélial.

Au point de vue histologique et anatomo-pathologique, il a vu qu'il ne déterminait aucune réaction inflammatoire au niveau des organes qui le fixaient.

Pour expliquer le mode d'action du carbone intraveineux, certaines hypothèses méritent d'être retenues : en premier lieu, la stimulation du système réticulo-endothélial qui se traduit par une hyperleucocytose marquée et qui augmente les défenses naturelles de l'organisme ;

en second lieu, les qualités physiques propres du carbone qui lui confèrent une action anti-infectieuse par suite de phénomènes électro-biologiques complexes.

Si la question du mode d'action du carbone n'est encore qu'ébauchée, les observations cliniques, par contre, sont fort éloquentes tant par leur nombre que par leur qualité.

On note 70 % de succès à l'actif de la méthode et quelques observations remarquables qui, à elles seules, justifient la vitalité de cette thérapeutique.

De plus, l'anthracothérapie est une thérapeutique non choquante.

Son innocuité, tant au point de vue anatomo-pathologique qu'au point de vue clinique, a été établie.

Le carbone végétal activé n'offre aucune toxicité, et il a pu être employé sans conséquences fâcheuses chez des malades qui présentaient une grande déficience organique.

P. — Dr P. Crochet. — **Le groupement médical nantais de transfusion sanguine.** (Thèse, 1937.)

S'inspirant de l'exemple de l'Œuvre de la transfusion sanguine d'urgence de Paris et de ses directives générales, quelques praticiens nantais ont fondé le Groupement *médical nantais de transfusion* sanguine, dans le but de pratiquer toutes les transfusions dont aurait besoin la population de Nantes et de sa région, hors l'Hôtel-Dieu.

Autour du centre social, véritable permanence, répondant à tout appel des médecins, reliée à tous les transfuseurs par téléphone, s'organisent le recrutement des donneurs, leur minutieux triage, le service des fiches, la trésorerie de l'œuvre.

Le Groupement médical nantais de transfusion sanguine fonctionne, depuis janvier 1935, à la satisfaction générale. Il a déjà rendu de signalés services, comme le démontre le relevé des statistiques : 47 transfusions en 1935 ; 42 en 1936 ; déjà 20 dans le premier quadrimestre 1937. Il est intéressant de souligner son caractère original d'entreprise privée d'intérêt général, fondée et dirigée par des médecins, sans appui des Pouvoirs publics.

P. — Dr M. Demigneux. — **Organisation de la vente d'un lait pur.** (Thèse, 1937.)

La distribution d'un lait de bonne qualité hygiénique, organisée par la loi du 2 juillet 1935 est nécessaire ; elle n'est possible actuellement, pour le lait bon marché, que par l'emploi de la pasteurisation.

La pasteurisation basse et la pasteurisation

en couche très mince permettent d'assurer l'innocuité du lait sans altérer sensiblement sa constitution.

L'expérience montre que les laits bien pasteurisés et bien manipulés ensuite, ne contiennent pas au bout de 24 heures, de coli-bacilles (décelables par formation d'indol) dans 1 centimètre cube — sauf peut-être dans la saison chaude.

L'examen de 53 laits pasteurisés vendus à Paris en pots, montre qu'aucun n'est franchement défectueux ; par contre, 7 d'entre eux seulement ne contiennent pas de colibacille décelable dans 1 cent. cube.

L'examen de 3 laits pasteurisés vendus en cartons scellés, dont 2 au prix ordinaire, montre que tous les 3 remplissent cette condition.

Combinée avec une bonne pasteurisation, la vente en récipients fermés permet à coup sûr d'obtenir un lait de pureté satisfaisante ; elle doit être favorisée par tous les moyens, y compris par une légère majoration de prix.

P. — Dr A. Martin. — **La tension dans l'artère centrale de la rétine.** (Thèse 1937.)

Le problème de la tension artérielle rétinienne est complexe. La connaissance de cette donnée a un réel intérêt physiologique et clinique, mais la difficulté d'obtenir des mesures précises oblige à n'en tenir compte qu'avec prudence et discernement. La seule tension artérielle rétinienne ne peut donner que des indications incomplètes ; on ne peut asseoir un diagnostic sur une base aussi fragile. La recherche des tensions veineuse et capillaire a une importance au moins égale, sinon plus grande. L'examen de l'aspect du fond d'œil, des croisements vasculaires, des modifications de calibre, des hémorragies et des exsudats donne des indications également précises sur l'état de la circulation oculaire.

L'auteur pense que le sujet est à reprendre sur de nouvelles bases en comparant les résultats obtenus avec le dynanomètre de Bailliart et les appareils actuellement en usage à l'étranger, celui de Sobanski en particulier.

P. — Dr A. Lambert. — **Les caries dentaires chez les femmes enceintes.** (Thèse 1937.)

D'une impression clinique, l'auteur estime, qu'à âge égal, le nombre de dents saines et de dents cariées est approximativement le même chez l'homme et chez la femme. L'état de la denture des femmes ne paraît donc pas forcément aggravé par la grossesse et toutes les caries survenant pendant celle-ci lui sont difficilement imputables.

Dans un nombre restreint de cas, de gros troubles peuvent être observés : *polycaries* ; *taches d'émail* ; *fractures coronaires de dents obturées.*

La plupart des hypothèses ayant pour but d'expliquer la pathogénie de la carie gravidique ont insisté sur les troubles du métabolisme calcique. La décalcification, au cours de la grossesse, est un fait acquis, mais elle n'est pas constante et l'importance en est très variable. Elle entre vraisemblablement pour une grande part dans le mécanisme des polycaries.

P. — Dr G. Devillechabrolle. — **Contribution à l'étude de la sprue.** (Thèse 1937.)

L'étude des rapports de la *Sprue*, maladie de l'adulte, et de la maladie cœliaque des nourrissons, montre la profonde similitude de leurs signes cliniques, mais il est évident que seule la connaissance de la nature exacte de ces affections permettra de résoudre d'une façon définitive le problème, et il semble prématuré de les classer sous un titre unique.

Pour expliquer la pathogénie de la sprue on a fait intervenir les glandes endocrines : foie, capsules surrénales, glandes parathyroïdes. La valeur de ces théories semble bien hypothétique. Quant à l'idée très séduisante d'avitaminose, qui a de nos jours de nombreux partisans, elle ne repose, pour l'instant, sur aucun fait précis de laboratoire.

Ly. — Dr F. Ribollet. — **Les contagions intra-hospitalières dans les services d'enfants.** (Thèse 1937.)

La prévention des contagions intra-hospitalières dans les services d'enfants, constitue un problème primordial de l'hygiène infantile.

Cette contagion peut revêtir différents modes. La contagion par l'air, mise en évidence par les expériences de Trillat, est possible par l'intermédiaire des gouttelettes de Flügge. La contamination par les objets, les aliments, les jouets est fréquente, mais la contamination par le personnel est, de beaucoup, la plus importante.

Les surinfections les plus fréquentes sont principalement les infections broncho-pulmonaires et gastro-intestinales.

La prophylaxie des contagions intra-hospitalières consistera dans l'isolement individuel de chaque malade dans les services de nourrissons et de contagieux, dans l'installation de petites unités de quatre à cinq lits dans les salles d'enfants.

Une asepsie rigoureuse et un examen médical soigneux éviteront le transport des germes par le personnel.

La vaccination et la séro-prophylaxie ou séro-atténuation rendront de grands services, particulièrement en cas d'épidémie.

Enfin, comme vient de le proposer M. Debré, la présence d'un assistant spécialisé dans chaque service d'enfants, chargé de dépister les malades contagieux et de s'occuper du service externe, apportera une aide efficace à la prophylaxie des contagions intra-hospitalières.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

TRAVAUX ORIGINAUX

Bulletin de l'Actualité

● ● ●

LA COMPLEXITÉ ACTUELLE DES GRANDS PROBLÈMES THÉRAPEUTIQUES

Il semble actuellement que la plupart des grands problèmes thérapeutiques soient abordés de façon très différente par tous ceux qui sont amenés à les étudier, et qu'une sorte de compétition, pour le meilleur traitement des malades, s'établisse entre médecins généraux, spécialistes et chirurgiens. Chacun publie à l'envie ses bons résultats, discutant âprement ceux d'autrui, arrivant même à mettre en doute l'exactitude de faits bien observés et de résultats certains obtenus en dehors d'eux.

Cette manière de concevoir la thérapeutique est le fait des recherches qui sont faites, dans des directions diverses pour aborder le même problème. Il apparaît que leur solution n'est point une solution unique, exacte et précise comme celles que l'ont obtient en étudiant les sciences exactes et que, dans ces thérapeutiques chacun y trouve sa vérité.

En réalité nos efforts thérapeutiques n'ont d'autre but que de déterminer des réactions biologiques favorables à une guérison, et c'est la possibilité qu'il y a d'obtenir les mêmes effets biologiques par les moyens les plus divers qui explique qu'un chirurgien, un radiothérapeute, un médecin aboutissent par des moyens très différents, à la guérison des mêmes malades.

La question est actuellement posée pour le traitement des affections rhumatismales, où chacun, appliquant les techniques et les thérapeutiques dont il dispose, croit être seul à posséder le traitement efficace des lésions.

Il est regrettable de voir tant d'efforts isolés, rester éparpillés, de voir des esprits qui devraient être scientifiques se contenter de théories, et d'hypothèses au lieu d'analyser des faits indiscutables et de chercher, dans les résultats obtenus, l'enseignement qu'on peut retirer de toutes les méthodes. Par un travail en commun bien dirigé, on aboutirait plus certainement à des observations utiles, que par ces efforts divergents où chacun ignorant son voisin ne voit qu'un côté forcément extrêmement limité du problème.

Je me demande souvent ce que doit penser un praticien désireux de s'instruire, en lisant toutes ces publications négatives où, sans rien apporter de précis, faute d'une documentation suffisante, un auteur se contente de mettre en doute des résultats obtenus par des collègues qui abordent les problèmes thérapeutiques, d'une manière toute différente de la sienne.

Il y a quelques mois, en étudiant *la rétraction des muscles fléchisseurs des doigts*, connue sous le nom de syndrome de Volkmann, j'avais été frappé de voir opposer les thérapeutiques, et particulièrement la chirurgie et l'électrothérapie. Chacun, parlant de ce qu'il a fait et qu'il connaît forcément mieux, semblait minimiser les résultats obtenus par des thérapeutiques qu'il n'utilisait point. Remisez votre bistouri devenu inutile disent les physiothérapeutes ; ne perdez pas un temps précieux à vous traiter électriquement diront les chirurgiens ; en réalité, un problème aussi complexe peut être utilement envisagé d'un point de vue moins étroit et comporter une collaboration utile des différentes techniques.

En reprenant le problème à sa base, on découvre qu'une même action biologique peut être obtenue par des procédés différents, les effets produits par une sympathectomie chirurgicale, par certaines actions des rayons X, par les effets de l'ionisation sont assez semblables pour qu'on puisse croire que les réactions bio-

logiques obtenues sont les mêmes et qu'il n'y a pas à s'étonner que chacun croie sa thérapeutique efficace.

L'erreur, c'est de croire qu'elle est la seule efficace, et qu'il faille la prôner à l'exclusion de toute autre.

Le progrès à réaliser serait justement de pousser l'étude des faits assez à fond, pour se rendre un compte exact, de ce qu'il faut demander à une méthode, de savoir limiter son action, à des cas bien déterminés et de tracer à chacun la part qui lui revient, dans la manière d'aborder le problème.

Depuis les longues années où le fibrome bénéficie des progrès de la radiothérapie, il n'est pas encore possible de fixer d'une façon précise, la conduite à tenir et le praticien est souvent bien embarrassé lorsqu'il est appelé à donner son avis.

Pour les uns, le fibrome n'est plus chirurgical, on amplifie à tort les risques présentés par son ablation, on monte en épingle les morts opératoires et on exagère fatalement les indications de la radiothérapie, par un esprit de système, poussé trop loin. La réaction inverse est aussi courante, on montre les méfaits d'une radiothérapie pratiquée sur des lésions mal connues, susceptibles de subir une dégénérescence maligne et on enlève bien des fibromes qui auraient pu se passer d'une ablation chirurgicale, sacrifiant avec le fibrome, des ovaires et des trompes, dont l'organisme cependant, pouvait avoir un réel besoin.

Les problèmes de thérapeutique qui sont en réalité le but de la médecine ne sauraient être envisagés d'un point de vue aussi limité, la richesse des moyens dont nous disposons actuellement nous fait un devoir de confronter toutes les solutions proposées et nous oblige à ne pas nous faire un point d'honneur de tout guérir par la chirurgie si nous sommes chirurgiens, de tout traiter par les thérapeutiques internes si nous sommes médecins, de soumettre aux radiations tous les malades si nous sommes radiologues. Cette manière très primaire d'envisager les hoses aboutit vite à des échecs qui nuisent à la vulgarisation de méthodes en déterminant beaucoup de scepticisme et de doute, chez ceux qui désireraient les appliquer.

Il n'est point possible à l'heure actuelle d'envisager seul un problème thérapeutique quel qu'il soit, la collaboration médico-chirurgicale à laquelle on a tant consacré d'articles, est elle-même très insuffisante, il est nécessaire de grouper, de réunir, les documents de tous ceux qu'une même maladie intéresse, et d'essayer suivant les lésions, suivant les formes cliniques, suivant les sujets, d'en dégager les thérapeutiques les meilleures.

Il y a quelques mois, notre ami Mathieu-Pierre Weil a essayé de réaliser dans son service à l'hôpital Saint-Antoine, cette merveilleuse orchestration de la thérapeutique des rhumatismes, en laissant à chacun le soin de tenir sa partie.

De tous les nombreux auditeurs qui ont suivi ces leçons, il est certain que la plupart ont rapporté des idées précises et extrêmement nettes sur les indications des diverses techniques.

Ils ont compris qu'il n'y avait pas un traitement unique du rhumatisme, ils ont compris que le réflexe qui consiste à administrer du salicylate, ou de l'iode à tout malade atteint de douleurs articulaires, était vraiment une formule trop simpliste et que la thérapeutique rationnelle consistait avant tout, à réunir l'action de moyens très divers dont l'association trop négligée, parce que mal connue, réalisait vraiment l'art médical.

C'est, dans cette étroite collaboration que doivent travailler tous ceux qui s'intéressent aux grands problèmes de la pathologie, c'est par l'association des recherches et des efforts qu'on arrivera à des résultats féconds, alors que l'esprit de système du travailleur isolé, critiquant par principe tout ce qu'il n'a pas fait et ne voyant qu'une face du problème, n'aboutira souvent à rien.

Nous aimerions voir ces méthodes de travail en commun beaucoup plus répandues, tout le monde en tirerait un bénéfice certain et il deviendrait possible de fixer exactement ce que chacun de nous peut faire, pour diminuer les effets de la maladie et pour mieux traiter les malades.

Raphaël MASSART

MÉDECINS ASSERMENTÉS

Une des façons nouvelles de grignoter les droits du Corps médical est la création de médecins assermentés, laissée à l'arbitraire, avec des fonctions mal définies, donc susceptibles d'être développées chaque jour davantage. Le décret de 1853 est resté enseveli dans les poussières impériales jusqu'à ces dernières années. Tous les fonctionnaires qu'il pouvait intéresser sont morts depuis longtemps. On exhume ce décret pour les besoins d'une nouvelle cause. On l'invoque depuis quelques années pour essayer de créer un monopole. La limitation du droit de certifier aboutira progressivement à la suppression de ce droit au profit des médecins agréés par les pouvoirs publics.

Quand on s'avisera de protester, il sera trop tard, les Syndicats auront laissé passer l'occasion.

D'abord y a-t-il besoin de médecins assermentés ?

Pour le public. Pour l'administration. Pour les médecins.

Pour le public. — Au lieu de s'adresser à son médecin habituel, on l'oblige à s'adresser à un médecin qui ne le connaît pas, et qu'il ne connaît pas. Il y a quelquefois une longue distance ntre eux deux. Brimade et perte de temps.

Pour l'administration. — Que signifie le certificat d'un médecin assermenté sinon qu'il a été confectionné par un homme souple, qui a su plaire à l'Administration. Donne-t-il des garanties de science ? Non, on n e lui demande pas de titres scientifiques. Garanties de moralité ? A-t-on choisi un homme d'âge, un père de famille de préférence à un célibataire ? A-t-on tenu compte des services rendus à la collectivité ? Services secrets, inavouables : peut-être. Mais services publics tels que : ancien combattant, blessure, non.

C'est une sélection arbitraire, hors de toute compétence, sélection à rebours trop souvent. Si parmi les médecins assermentés, il y a des confrères distingués, ceux-ci doivent rougir certains jours, de se rouver en compagnie si mélangée.

Pour les médecins. — C'est faire injure au Corps médical, dans l'ensemble resté l'un des plus fermes soutiens du droit et l'une des gloires scientifiques de la France que de désigner un sur dix ou sur vingt pour renseigner l'administration et considérer la valeur scientifique et morale des autres comme inexistante.

En droit, sur quoi repose l'institution de médecins assermentés ? Sur rien ou si peu, qu'il faut donner à ce rien, la consistance d'un ballon de baudruche pour de ce rien, faire quelque chose.

Il y a eu une loi sur la fusion de la Caisse de retraite des fonctionnaires dans le budget général le 9 juin 1853. Il y a eu un décret de finances pour l'application de cette loi, le 9 novembre 1853. Il y a eu dans le décret un article 30, titre III dans lequel un fonctionnaire a glissé par inadvertance, les mots de médecin assermenté, sans savoir que cette appellation nouvelle allait dormir 80 ans et fleurir après un long sommeil pour la plus grande gloire de notre époque éprise de science, de liberté, d'égalité......

Par malheur, si on lit bien le texte du décret, on s'aperçoit qu'il limite l'intervention d'un médecin assermenté à la contre-visite, à l'examen en deuxième rang de fonctionnaires ayant demandé leur retraite anticipée par application de la loi du 9 juin 1853.

Combien en 1934, 1935, 1936, 1937, y a-t-il eu en France de fonctionnaires ayant demandé leur retraite anticipée par application de la loi du 9 juin 1853 ?

Ne cherchons pas la réponse : elle doit tendre vers zéro. Cela n'empêche pas que l'on crée de nouveaux médecins assermentés.

A quoi les emploie-t-on ? A tout autre chose que ce qu'indique la loi faussement invoquée.

Ils doivent canaliser les rapports entre public et administration, fonctionnaires et administration, on leur réserve le monopole des certificats pour fonctionnaires malades (après avoir délivré le certificat le premier jour, on continue les soins les jours suivants : le malade a intérêt à être bien avec le médecin assermenté), l'examen des candidats fonctionnaires l'examen des étrangers en instance de naturalisation, des candidats au permis de poids lourds, etc., etc... Chaque fois que l'Administration aura besoin de l'intervention d'un médecin, elle ajoutera au mot de médecin celui d'assermenté, et ainsi s'opérera lentement mais sûrement la division des médecins en deux catégories : ceux qui sont agréés et vers lesquels l'Administration canalise sa clientèle ; tous les autres que l'Administration tend à ignorer de plus en plus.

Les Syndicats ne pourraient-ils pas nous défendre tant par des interventions amiables que par le rappel à certains fonctionnaires de l'article 114 du Code pénal ainsi conçu :

« Lorsqu'un fonctionnaire public, un agent ou un « préposé du Gouvernement, aura ordonné ou fait « quelque acte arbitraire ou attentatoire, soit à la « liberté individuelle, soit aux droits civiques d'un « ou de plusieurs citoyens, soit à la constitution, il « sera condamné à la peine de la dégradation civi- « que ».

Mais enfin, qu'est-ce qu'un certificat ? C'est un témoignage écrit. De qui accepte-t-on témoignage ? D'illettrés, d'enfants, on laisse même témoigner des bagnards. S'il est question de la liberté, de la vie d'un accusé, on accepte tous témoignages, même les plus discutables. Mais s'il est simplement question d'un étranger en instance de naturalisation, ou d'un candidat au permis de conduire les camions, on refuse le témoignage écrit d'un docteur non agréé ! !

Que mettons-nous dans un certificat ? Les conclu-

sions d'un examen médical fait en application de la loi du 30 novembre 1892. Le droit au certificat appartient au médecin comme à tout citoyen qui porte témoignage écrit des faits arrivés à sa connaissance, et le certificat médical est délivré spécialement en application de la loi du 30 novembre 1892. On peut punir l'auteur d'un certificat sciemment inexact, le déférer à la justice. On peut demander contre-expertise ; tout cela pour la sauvegarde des droits de l'Administration et du public. La meilleure sauvegarde serait de laisser à tous la liberté, liberté contrôlée et surveillée, dont seuls les abus seraient punissables.

L'Administration tient à avoir des médecins assermentés? Qu'elle le proclame honnêtement et leur donne un statut spécifiant : un recrutement à tous, le fonctionnement, la rémunération.

Recrutement. — Tous médecins nés français, jouissant de leurs droits civils et politiques sont admis à faire valoir leurs droits. Il peut y avoir un médecin assermenté, par grosse agglomération ou par canton.

Titres scientifiques : ancien interne ou externe ayant xx années de pratique (au moins quinze ans).

Titres sociaux : charges de familles, carte de combattant, Légion d'honneur, etc...

Le concours sur titres est annoncé par la préfecture au Syndicat départemental. Celui-ci établit des propositions motivées pour un ou plusieurs candidats parmi lesquelles le préfet choisit.

La désignation devrait constituer non un titre, mais une fonction révocable, éphémère, valable seulement pour un cas ou une durée déterminée, comme les fonctions d'expert.

Aux médecins assermentés sont envoyés les fonctionnaires en instance de pension anticipée et les personnes que l'Administration désire faire examiner. Ces personnes se présentent avec leur dossier médical et un certificat du médecin qui leur donne habituellement ses soins. Le médecin assermenté vérifie les dires de son confrère et contresigne au bas du certificas pour avis conforme ou pour avis non conforme motivé. Ce contrôle est gratuit pour le public.

Le médecin assermenté ne doit pas faire de clientèle. Il ne peut pas être à la fois le médecin traitant et son propre contrôleur pour la même personne. S'il est accessible aux faiblesses humaines, il a toutes facilités pour commettre des actes indélicats : détournement de clientèle, abus de soins, certificats exagérés, incapacité trop longue, se terminant toujours par un gaspillage des deniers de l'Etat.

L'Administration qui a désigné un médecin assermenté qui oblige ses assujettis à se faire visiter par lui doit payer ses honoraires. Toute intervention d'un médecin assermenté à la requête de l'Administration doit être payée par l'Administration.

On pourrait admettre que le certificat de contre-visite d'un médecin assermenté soit payé comme un certificat détaillé pour accident de travail, soit actuellement 15 francs.

Conclusions pratiques. — Le médecin assermenté ne devrait pas faire de clientèle. Le médecin assermenté non syndiqué qui délivre à titre onéreux des certificats dans la clientèle des autres médecins commet une indélicatesse et fait un acte illégal.

Le médecin assermenté syndiqué (si ces mots accouplés conservent quelque signification) qui agit de même est plus coupable : il feint de défendre dans le Syndicat le droit de tous, qu'il s'empresse de trahir chez lui pour quelques deniers.

Un médecin assermenté syndiqué qui peut agir avec correction doit exiger des certificats des médecins traitants, les vérifier et contresigner gratuitement pour accord ou non accord motivé.

Dans sa propre clientèle, il devrait être contrôlé par un autre médecin assermenté.

Médecin nommé par l'Administration, il doit toucher ses honoraires de l'Administration qui l'a nommé.

Dr Duclos, Viry-Châtillon (S.-et-O.).

Commentaires

Ce problème des médecins assermentés retient l'attention des praticiens depuis de nombreuses années. Cette institution arbitraire crée des différends et même des jalousies parmi ceux qui exercent l'art de guérir dans une même région.

Certes, l'Administration préfectorale a besoin d'avoir des techniciens en lesquels elle place sa confiance et qui, à ses yeux, lui diront toujours la vérité, rien que la vérité, toute la vérité.

Elle est maintes fois sollicitée par des praticiens pour accorder à quelques-uns de ces derniers ce titre envié de médecin assermenté. Ainsi les *beati possidentes* pourront-ils inscrire ce nouveau titre sur leurs feuilles d'ordonnances et tenter d'attirer dans leur cabinet une plus nombreuse clientèle. Pourquoi donc la Préfecture changerait-elle sa manière de faire ? Dans son omnipotence, elle nomme qui elle veut, sans concours et sans obligations.

Ce n'est donc pas à l'Administration publique qu'il faut adresser des réclamations pour modifier le statut des médecins assermentés, mais aux syndicats médicaux auxquels incombe la tâche d'organiser la médecine de contrôle.

Les lois sociales en effet s'imposent de plus en plus dans l'exercice de la médecine traditionnelle. Le tiers payant, quel qu'il soit, veut être renseigné sur l'état du malade pour le compte duquel il paiera tout ou partie des honoraires médicaux ou accordera des congés.

Il faudrait une loi pour arrêter le statut des médecins contrôleurs, leurs fonctions, leurs devoirs et obligations. Aux Syndicats médicaux et à leur Confédération incombe ce travail pour qu'il soit possible à nos représentants corporatifs d'apporter aux Pouvoirs publics un projet de loi murement étudié par des médecins en collaboration avec des juristes.

Dr Paul Boudin.

ASSURANCES SOCIALES



Le nouveau régime des assurés indigents d'après la circulaire interministérielle du 28 août 1937

Depuis l'entrée en vigueur de la loi sur les Assurances sociales, la question du régime des assurés sociaux bénéficiaires de l'assistance médicale gratuite n'a cessé de susciter des difficultés entre le Corps médical, les Caisses et l'Administration.

Jusqu'au décret-loi du 28 octobre 1935, les nombreux litiges qu'a soulevés l'application de l'ancien article 59 tenaient d'une part à l'imprécision des textes légaux et, d'autre part, au manque de coordination entre Caisses et Administration. Le service départemental d'assistance devait, en effet, faire l'avance aux médecins de leurs honoraires, sans être sûr que les Caisses seraient en mesure ultérieurement de les rembourser. D'où des retards, des réclamations, des demandes de reversement adressées plusieurs mois après le paiement du mémoire aux médecins, qui faisaient en définitive les frais de cette organisation défectueuse.

L'article 19 du décret-loi a précisé de nombreux points et a résolu de manière définitive les questions de tarif. Il a, d'autre part, stipulé que le paiement des mémoires médicaux par les collectivités d'assistance n'aurait lieu qu'après versement par les Caisses de la part leur incombant. En outre, pour prévenir toutes difficultés entre Caisses et Administrations et hâter les règlements, il a donné la possibilité aux Caisses de contrôler les assurés indigents, comme les assurés ordinaires, en obligeant, non point les assurés qui s'en désintéressent, mais les médecins traitants à donner connaissance aux organismes d'assurances de la première constatation de la maladie, dans les trois jours, sous peine de déchéance de leurs droits.

Si le régime de 1928-1930 pèchait par insuffisance de précisions et d'organisation, le régime de l'article 19 péche incontestablement par l'excès contraire, en imposant aux médecins des formalités, assorties de sanctions, qu'il leur était pratiquement impossible d'observer. D'une part, en effet, aucune commodité ne leur était donnée à ce point de vue et, d'autre part, les Caisses et l'Administration prétendaient mettre à leur charge, en outre de la déclaration légale, tout un travail de paperasseries administratives qui ne rentrait évidemment pas dans leurs fonctions. Enfin, l'envoi de ces cartes-lettres était une nouvelle source de difficultés, car les Caisses prétendaient, de bonne ou de mauvaise foi, n'avoir rien reçu, et le médecin, dénué à cet égard de tous moyens de preuve, se voyait par ce nouvel artifice obligé de se satisfaire du Tarif de l'Assistance médicale gratuite.

On comprend que, dans ces conditions, le Corps médical soit allé, pour faire triompher ses justes revendications jusqu'à la grève, non pas d'ailleurs la grève des soins, mais la grève des formalités inutiles qui tendaient à transformer les praticiens en scribes auxiliaires des Caisses et des départements. C'est dans ces conditions qu'est intervenue la Circulaire ministérielle du 28 août 1937, parue au *Journal officiel* du 2 septembre dernier, dont l'application générale permettra, espérons-le, de mettre fin à ces conflits.

Nous étudierons successivement les mesures préconisées en ce qui concerne les formalités initiales, la délivrance des soins, et enfin le contrôle, le paiement et le contentieux des mémoires.

1° Formalités initiales

Toute la difficulté réside dans l'application du dernier paragraphe de l'article 19 : « *Le règlement des frais revenant aux praticiens ne peut intervenir qu'autant que le médecin traitant a informé la Caisse d'assurances de la première constatation de la maladie dans les trois jours suivants* ». Le but de cette disposition est en soi très louable : permettre aux Caisses d'exercer un contrôle sur les assurés indigents comme sur les assurés ordinaires en imposant la formalité au principal intéressé qui est le médecin et non le client. Mais, pour que ceci soit pratiquement possible, il faut que le médecin :

— sache s'il a affaire à un assuré indigent ou à un assisté ;

— connaisse le nom et le numéro de l'assuré, sa Caisse d'affiliation et sa commune de secours ;

— ait le moyen d'établir qu'il s'est conformé à la formalité légale.

Ceci sera obtenu par le moyen suivant :

« *Avant de consulter le médecin traitant, l'assuré devra demander la délivrance à la mairie de la*

commune de sa résidence d'une carte-lettre, sur présentation de sa carte d'immatriculation et de ses attestations de versements, et sur justification de sa qualité de bénéficiaire de l'art. 19. *La mairie indiquera sur la carte-lettre outre les noms, adresses et matricule de l'intéressé, la Caisse dont il fait partie. Elle y mentionnera de plus, les versements constatés sur les attestations présentées. Lorsque l'assuré n'aura pas été l'objet des versements minima, ouvrant droit aux prestations, la carte-lettre ne sera pas délivrée* ».

Par ce moyen, le médecin qui recevra la visite d'un client muni d'une telle carte-lettre sera sûr d'avoir à faire à un assuré assisté en règle et d'être honoré au tarif de l'art. 19. Les services d'assistance ne pourront donc plus dorénavant réduire les mémoires des praticiens et appliquer le Tarif de l'Assistance médicale gratuite, motif pris de la situation irrégulière du malade au regard des Assurances sociales. En admettant même que cette situation irrégulière soit réelle, le médecin ne saurait en supporter les conséquences. Les mairies qui ne se seraient pas conformées aux prescriptions réglementaires seraient responsables à leur égard du préjudice causé par leur faute de service.

Quant au troisième point, il est réglé par l'adoption d'un modèle de carte-lettre à trois volets : le volet A destiné aux Caisses, le volet B destiné aux médecins et le volet C destiné à la collectivité d'assistance : « *Le médecin remplira la partie de la carte concernant la Caisse d'assurances et retournera la carte avec ses trois volets à la mairie qui l'aura délivrée, au plus tard le lendemain de la consultation. La mairie, dès réception détachera le volet A et le transmettra à la Caisse ; elle renverra le volet B au médecin et le volet C au service départemental après avoir noté sur ce volet la date de réception et de transmission du volet A à la Caisse* ».

Les dispositions de la Circulaire sur ce point sont donc satisfaisantes. Elles sont d'ailleurs pleinement logiques, car elles mettent comme il se doit, les formalités purement administratives à la charge de l'Administration, et non à la charge des médecins. Elles donnent enfin à ces derniers, le moyen de se ménager une preuve opposable à la Caisse.

N'oublions pas en effet, ainsi que le rappelle la Circulaire, que l'absence d'envoi de la carte-lettre dans le délai légal entraîne déchéance pour le médecin des droits qu'il tient de l'article 19, et application des règles et du Tarif de l'Assistance médicale gratuite. Toutefois : « *le simple retard apporté soit par le médecin, soit par la commune, dans l'envoi de la déclaration à la Caisse ne saurait entraîner la suspension définitive des prestations... En cas de retard dans l'envoi de la déclaration, la Caisse doit les prestations afférentes à la période de maladie qui suit la date à laquelle cette dernière lui a été connue en fait* ».

2° Délivrance des soins

Les formalités administratives à observer durant cette période consistent pour le médecin à remplir les parties le concernant dans la feuille de maladie, d'un modèle spécial qui serait délivré à l'assuré indigent en même temps que la carte-lettre. Cette feuille comportera également trois volets : le volet A destiné à l'assuré pour les prestations en argent ; le volet B destiné au médecin, sur lequel seront inscrits les actes médicaux accomplis et servant au décompte des frais médicaux, et le volet C réservé au pharmacien.

Le médecin traitant conservera les volets B pendant toute la durée de validité des feuilles de maladie (huit jours pour les deux premières, quinze jours ensuite). Ils seront ensuite envoyés à la Caisse intéressée. Au volet C sera adjoint, dit la Circulaire, l'ordonnance médicale tarifée par le pharmacien, ou plutôt, l'ordonnance elle-même, la partie de cette ordonnance contenant les prescriptions s'adressant au malade devant être conservée par ce dernier.

Quant aux *modalités de la délivrance des soins*, il y a lieu de rappeler ici quelques principes que nous avons exposés ici à de nombreuses reprises, mais que la Circulaire semble avoir volontairement méconnus.

Il résulte tout d'abord de l'article 19, § 3, alinéa 3, que les *prestations à la charge des Caisses pour les assurés indigents sont les mêmes que celles délivrées aux autres assurés, et leur sont accordées suivant les modalités applicables à ces assurés.* D'autre part une jurisprudence bien établie (voir notamment deux arrêts du Tribunal des conflits en date respectivement du 26 octobre 1936 et du 9 mars 1937), décide que « l'assuré indigent pour bénéficier de l'Assistance médicale gratuite, n'en demeure pas moins avant tout un assuré soumis aux obligations, mais conservant tous les avantages de l'assurance. Même dans la mesure où il est rattaché à l'assistance, la prédominance de sa qualité d'assuré se manifeste notamment par l'obligation de calculer les frais médicaux le concernant selon les règles de l'assurance, et aussi par la proportion réduite (20 %) dans laquelle l'assistance participe au paiement de ces frais, alors que la Caisse primaire y contribue pour 80 % ».

Il faut donc en conclure que les *règles de la délivrance des prestations en nature, aux assurés indigents sont, en principe, celles de l'art.* 6 *du décret-loi relatif aux assurés ordinaires, sauf en cas de dérogation expresse dans l'article* 19.

Par conséquent :

a) Il est inexact, contrairement à ce que dit la Circulaire, que les assurés indigents n'aient pas droit aux spécialités pharmaceutiques. Le médecin traitant est en droit de lui prescrire tous les médicaments de vente légale en France, comme aux assurés ordinaires ;

b) Il est inexact que les assurées indigentes soient soumises au règlement d'assistance en ce qui concerne le choix du praticien. Elles jouissent, comme tous les assurés, du libre-choix de leur médecin, et peuvent ne pas s'adresser à une sage-femme, même si le règlement départemental en fait une obligation pour les assistées ;

c) Il est inexact que l'assuré assisté doive être hospitalisé en principe dans un établissement de soins public. Il jouit du libre-choix de son établissement de soins et peut se faire admettre dans un établissement privé, conformément aux prescriptions du règlement intérieur de sa Caisse ;

d) Il est exact par contre, comme le dit la Circulaire, que les assurés indigents ont droits aux frais d'appareils et d'analyses, ainsi qu'aux soins dentaires et aux appareils de prothèse, même lorsque le règlement départemental ne prévoit pas ces soins pour les assistés.

En ce qui concerne l'*hospitalisation* des assurés assistés, la Circulaire précise un point un peu obscur de ce régime. Elle rappelle tout d'abord le principe des deux indemnités distinctes : l'une pour *frais de séjour*, l'autre pour *honoraires médicaux.* Leur montant est fixé par le Tarif de responsabilité de la Caisse ; mais en ce qui concerne les honoraires, ils ne sont versés par la Caisse à l'établissement hospitalier que sous déduction des 20 %. Il incombe alors à la collectivité d'assistance de prendre en charge ces 20 % afin de parfaire l'indemnité pour honoraires médicaux.

3° Contrôle. Paiement. Contentieux

Rappelons qu'en vertu de l'article 19 lui-même les assurés assistés sont soumis au même contrôle que les assurés ordinaires. Comme les prestations prévues par les Assurances sociales peuvent être supprimées au cas où l'assuré ne se soumettrait pas au contrôle de la Caisse, les collectivités d'assistance et les médecins ont donc le plus grand intérêt à prévenir toute irrégularité et même à intervenir auprès de l'assuré en temps opportun. Le médecin traitant de son côté est soumis, non pas au contrôle de l'assistance mais au contrôle technique des Syndicats médicaux.

Pour qu'intervienne le paiement des mémoires le praticien doit adresser au début de chaque mois, non plus au service d'assistance, mais *directement aux diverses Caisses intéressées*, les volets B des feuilles de maladies, accompagnés d'un état les récapitulant, en double exemplaire, indiquant le montant par feuille et le montant total des honoraires qui lui sont dus. La Caisse saisie vérifie le mémoire et arrête le montant des sommes qu'elle aurait remboursées à son assuré s'il n'était pas assisté. Elle communique, avec les mémoires, l'état des sommes représentant sa participation, dans le délai d'un mois, au service d'assistance. Dès que le service lui a donné son accord, elle lui fait parvenir les sommes dont elle est ainsi débitrice. Espérons que cette coordination très étroite entre les deux services hâtera le règlement des mémoires médicaux, qui trop souvent sont payés avec des retards de plusieurs mois ou même années, par suite des litiges survenant entre Caisses et services d'assistance.

Le contentieux relatif au règlement des honoraires médicaux pour soins donnés aux assurés assistés, est, rappelons-le, non pas de la compétence du Conseil de préfecture, mais de la compétence de la juridiction des Assurances sociales à savoir la Commission d'arrondissement, ainsi que l'a décidé à deux reprises le Tribunal des Conflits. Il en va autrement toutefois lorsque l'assuré n'est pas en règle à l'égard de sa Caisse, par suite de la faute de son *patron, qui, soit ne* l'a pas fait immatriculer, soit n'a pas exercé le précompte et n'a pas versé de cotisations ou n'a versé que des cotisations insuffisantes. Ainsi que le précise fort justement la Circulaire, le service d'assistance peut, en ce cas, se retourner contre l'employeur, en application de l'art. 1382 du Code civil, pour obtenir réparation du préjudice qu'il lui cause par sa faute. Il en est d'ailleurs de même du médecin qui peut réclamer de son côté une indemnité égale à la différence entre le Tarif de l'Assistance médicale gratuite, et le Tarif de l'article 19.

Ces deux actions sont alors de la compétence des Tribunaux de droit commun, c'est-à-dire du Juge de paix ou du Tribunal civil suivant le chiffre de la demande.

Jean MIGNON.

VARIÉTÉ

Dialogue des morts avec Hippocrate

HIPPOCRATE. — Parlez sans crainte de paraître ridicules ou possédés par les démons de la folie. Ici, nous sommes d'accord avec les Hindous pour dire que la légende représente le calice de la vérité. Ici pas de ciel, point d'instrument qui divise le temps qui coule, pas de frontières ni de langues diverses, ni durée, ni sommeil, ni espace, ni mort. Quels sont vos souvenirs ? Mais remontez à la source première de cette synthèse que vous appelez maintenant votre moi, à l'une des toutes premières de vos vies sur la terre. Je vous écoute. La Femme représentant la lumière, l'Homme seulement la Puissance — que Mah parle avant Mi.

MAH. — Maître des maîtres médecins voici.

Des millions d'années terrestres ont passé depuis. Et je me vois chevauchant une bête au milieu de vingt cavales fongueuses qui vont le galop, accélèrent leur course, volent plus vite dans un éther serein. Des bonds prodigieux, un élan plein de démence, une traversée rapide, sans poussière ni bruit, en ligne droite, indéviée, dans la matière subtile. Sur les coursiers blancs lancés à cette vertigineuse allure, des créatures en forme humaine, toutes d'aspect jeune, se tiennent, sans guide aux mains, quatre par quatre, la femme à la droite de l'homme, en cinq rangées également distantes l'une de l'autre. Cependant, à l'arrière, une division s'est faite. Je perçois un couple qui s'écarte, au dernier rang, et, dans cette chevauchée en flèche dans l'éther, galope un peu derrière. D'où viennent ces cavaliers ? Vers quel but se précipitent-ils ? Secret du départ. Mystère de la destination. Le savent-ils eux-mêmes ?

Mais qui sont-ils ?

Femmes ou jeunes filles, maris ou adolescents ? Tous ont la chevelure blonde, courte chez les hommes, tombant bouclée sur les épaules, longue et lourde d'épaisseur chez leurs compagnes et soulevée en écharpe d'or ondoyante dans la course folle des montures. Leurs yeux sont bleus, mais d'un azur clair qui semble plus pâle dans la nacre où il baigne d'une limpidité d'eau jamais encore troublée. Aussi le regard de ces créatures énigmatiques marque le vague sinon le vide d'un esprit qui n'a pas vécu d'épreuve. Projetés de l'inconnu, ces êtres paraissent suivre, sans intelligence ni volonté, le chemin d'une destinée mystérieuse vers laquelle une Force supérieure les pousse inconscients. Seuls les deux derniers de cette troupe migratrice se distinguent des autres. Ils se trouvent, eux aussi, entraînés vers des fins toutes d'énigme, dans l'obscurité de l'esprit, dans l'ignorance de leur état, sans doute instruments aveugles d'Etres ou de Forces qu'ils ne connaissent pas. Et pourtant une ombre, ô combien fugitive, de conscience, apparaît, par moments, sur leur visage pâle, froid, dépourvu d'expression. Quand ce reflet d'un très vague mouvement instinctif glisse sur leurs joues, une lueur fugace traverse leurs prunelles mortes, au bleu éteint à toute lumière. Alors, malgré eux, mus comme par un besoin dont la cause et l'effet possible leur demeurent inconnus, ils se regardent et, dans un effort tout de suite abandonné, s'efforcent de se reconnaître. Puis ils chevauchent encore, le corps vide d'esprit et peut-être même inconscient de lui-même. Pourtant, des sensations confuses, lointaines au-dedans le plus secret de leur être, les troublent brusquement et l'effroi qui les émeut, brutal, bref, les contraint à se chercher des yeux, s'assurer de leur présence constante. Et plus longtemps déjà leur regard s'attache l'un sur l'autre dans un appel sourd, indéterminé. Ce fut durant l'un de ces échanges muets d'idée et de parole que, dans une impulsion irrésistible leurs mains se joignirent. Cette étreinte provoqua un choc, une impression, un ébranlement si nouveaux que, pour la première fois, leurs yeux s'interrogèrent. La réponse mutuelle, silencieuse dut les satisfaire, car ils sourirent l'un à l'autre.

HIPPOCRATE. — Mah et Mi ?

MI. — Oui, Maître des maîtres de la santé.

HIPPOCRATE. — L'amour, avant l'intelligence, éveille dans l' « Inconscient » les germes du « conscient ». Que Mi poursuive.

MI. — Un ilôt, peut-être le premier formé dans cette vaste région éthérée, se trouve sur le chemin que suivent fatalement les vingt cavaliers fantômes. Cette île, terre ferme, halte dans l'immensité qu'elle coupe est couverte d'une forêt épaisse, sans éclaircie ni route visible de l'extérieur, toute dans l'obscurité, comme si jamais rayon de lumière ne l'a pénétrée du dehors. C'est apparemment une nuit éternelle qui règne sur ce petit monde jeté puis fixé par une Main omnipotente inconnue en ce point de la plaine céleste sans borne. Les rives, constituées par une bande étroite et mince de sol poussant des futaies gigantesques, sont silencieuses et noires. Et les cîmes hautes de ces arbres, sans libre espace entre eux, dressées en pointes menaçantes,

demeurent immobiles. Comment donc se manifeste la vie dans cet îlot perdu ? Ou n'est-ce que mort avec des ombres, des spectres de flore ?

L'aspect des choses change intégralement lorsqu'on pénètre dans la forêt même. Le voile sombre, dense, sinistre qui ne permet pas au dehors de découvrir les étranges et curieuses beautés que l'île recèle, s'évanouit aussitôt. On entre dans une atmosphère de vaste féerie, de magie inconcevable, de phénomènes incompréhensibles : toutes manifestations réelles, cependant, perceptibles aux sens de la vue, de l'ouïe, de l'odorat, du goût et du toucher. Il n'y a pas nuit ni mort, mais réalité de la Vie aux formes encore inconnues et certainement connaissables. Les arbres appartiennent à des races diverses que révèlent les modifications les plus singulières dans la densité, le dessin, la couleur et autres apparences des racines, des troncs, des feuilles et des fleurs. Les racines épaisses, noueuses, longues ont des flexuosités, des courbures, des sinuosités qui les font ressembler à des reptiles sans cesse mouvants. Elles n'enfoncent pas dans le sol et, pourtant, y adhèrent grâce, sans doute, à quelque vertu de courants magnétiques par laquelle deux substances en contact demeurent indissolublement liées l'une à l'autre, bien que ne se pénétrant point. Sur cette base en apparence fragile, instable ont grandi les corps des végétaux, colonnes puissantes, de fort diamètre. Les racines, en anneaux enroulés, déroulés, rampant ou s'élevant, en spires, en cercles, anguleuses, ondoyantes paraissent être des serpents figés en sommeil, mais qui peuvent tout de suite, en un instant, s'éveiller, reprendre mouvement et briser l'équilibre immuable des troncs qu'elles ont engendrés.

Des lueurs moirées, liquides, émanent de ces reptiles durcis qui semblent dormir. Et ces feux châtoyants qui coulent en vagues indiscontinues ont des couleurs différentes selon qu'ils montent sur un arbre ou un autre. Ce sont les fuyants reflets du mercure, les nuances fauves du cuivre, le gris cendré du fer, la blanche matité de l'étain, la noirceur du plomb, la blancheur lunaire de l'argent, les flammes courtes de l'or. Ces termes n'évoquent que des images approximatives, et s'il y a nom de métal ou appellation au sens caché d'astre — puisque la lune argente ce qu'elle touche, que le brasillement de l'or rappelle l'éclat des rayons solaires, que, pour telle croyance de poète Vénus engendre le cuivre, Mars le fer, Jupiter l'étain et Saturne le plomb — la cause en est dans l'ignorance où nous sommes encore de nombreuses réalités qui prennent forme en divers points de l'immensité de notre univers et, partant, dans le manque de vocables pouvant dénommer ce que l'imagination nous permet de découvrir. Il est évident que rien dans la matière subtile de notre îlot ne possède la nature des métaux terrestres, et que les planètes désignées, même si elles existent déjà se trouvent à des centaines de milliers de lieues de notre forêt enchantée. Aussi les mots employés ne servent-ils qu'à indiquer très vaguement les manifestations de vie perçues dans notre rêve émerveillé. Du reste les sept radiations métalliques dont nous venons de parler ne sont point les seules à émaner des fortes racines des futaies. Cinq autres rayonnements très caractéristiques fusent des pieds de différents arbres, mais faute de termes par absence de métaux semblables sur la terre, nous ne pouvons les définir. D'autres flamboiements, de minerais évidemment intermédiaires, aux couleurs mélangées, moins précises, glissent de divers côtés zigzaguant sur le sol et lèchent assez haut les écorces des plantes. Ces masses corticales se distinguent les unes des autres par la diversité de leurs vibrations sonores. Celles-ci naissent assez bas sur le tronc, dès que s'éteignent les dernières moires colorées montant des racines. La durée des sons demeure constante, leur hauteur et leur intensité croissent tandis qu'ils se rapprochent des branches et des frondaisons, leur timbre varie suivant la nature de l'arbre. Le timbre porte l'accent, l'expression, le caractère même de la vibration. Criard, perçant, rude, bref et sec alors qu'il prend naissance au niveau des vagues mourantes des flammes radicellaires, il change avec l'augmentation en étendue et en volume du son même. Le timbre devient comme la forme même de ce son, représentant, dans cet aspect que l'on pourrait percevoir en *figures géométriques*, le langage de l'arbre. Langue musicale de la plante, d'intonations, de modulés, de puretés, de clartés, d'harmoniques se multipliant, se répondant, se fécondant, que nulle voix, aucun instrument sur notre terre ne possède et que nul esprit ne saurait concevoir. L'acuité, la gravité, la douceur, la force de toutes ces vibrations de paroles mélodieuses s'élèvent et descendent sur une échelle de gradations innombrables et de dimensions hors de toute mesure connue de nous terrestres mortels. Or, un phénomène singulier se produit. Lorsque les vibrations musicales atteignent la hauteur où les premières frondaisons s'éploient, les sonorités s'assourdissent, se fondent : un son unique, avec intermittences égales et sur un rythme toujours le même se fait entendre qui engendre une mélodie au sens indéchiffrable. Car cette parole harmonieuse, de ton perpétuellement semblable, possède certainement une signification, puisque les feuilles semblent être agies par elle et lui répondre. Sous l'effet de cette psalmodie les feuillées dorment, mais leur sommeil ressemble à un entrancement : le silence, le calme de l'ombre qu'elles répandent paraissent eux-mêmes percevoir, bruire des visions continues : mémoires

du passé, pénétrations de l'avenir ? Qui saura jamais ? Enfin au-dessus de ce grand repos des feuillages s'épanouissent des fleurs. Celles-ci carrées, ovales, coniques, rectangulaires, sphériques, pyramidales, irradient de faibles étincelles fluant en éventail hors des pétales. Ces petits éclairs qui forment comme une nimbe autour de la flore des cimes se colorent de toutes nuances parentes de l'améthyste, de l'indigo, du saphir et de l'émeraude. Des parfums se dégagent du feu des fleurs et ces effluves qui embaument puissamment, aux aromes que l'odorat, le cerveau des mortels ne pourrait supporter, se répandent, s'élargissent en vaste nappe de senteurs exquises qui ondule, reflue et coule doucement sur la forêt enchantée.

Hippocrate. — Image du passé et du devenir de la terre et de l'homme. La pensée sera musicale, Confucius et Platon ont connu cette vérité, lorsque tout l' « Inconscient » humain aura été transmuté en manifestations conscientes. Alors cette planète et ses races vivront dans des parfums de nature encore inconcevable. Continue.

Mi. — Ainsi, dans cette île, l'évolution des mondes minéral et végétal semble avoir atteint une étape de degré supérieur. Le règne animal s'y trouve aussi représenté. Mais sa vie, à l'opposée, semble s'être immobilisée, pétrifiée à un stade très inférieur de développement. Seuls les oiseaux, parmi lesquels l'aigle vole le plus haut, parviennent presque à l'altitude des frondaisons qui sommeillent, sereines, d'un sommeil de transe. Ils n'atteignent pas à la région du silence où se compose, peut-être, dans le calme des feuillages aux paupières closes, pour des humanités à venir, le livre des mystères des passés et des avenirs ces éternels présents. Mais d'avoir approché la hauteur où se psalmodie le bruissement de ces visions secrètes, les volatiles gardent, inscrites en leurs mémoires, les vibrations mélodieuses qui, pour des races humaines futures, deviendront des chants annonciateurs de l'inéluctable. Aucun autre animal ne monte aux degrés appartenant aux ondes musicales. Reptiles ou batraciens géants, carnassiers, toutes bêtes fauves, les unes d'apparence inoffensive de puissante stature, les autres d'aspect cruel, de taille qui remplirait les humains d'épouvante, gisent sur le sol, les yeux ouverts, disant l'attente perpétuelle d'événements nécessaires, le corps immobile, sans un tressaillement qui révélât quelque agitation intérieure, comme changée en pierre. Seules vivent les prunelles, mais dans leur éclat terrible luisent les torrents de forces instinctives que jugule la paralysie des membres, et qui restent toutes prêtes à jaillir.

Mah. — Mi est fatigué. J'achèverai, Maître des maîtres médecins des âmes et corps de l'homme.

Là-bas, dans les éthers lourds de solitudes, de silences, d'immuabilités, les vingt cavaliers continuent sur leurs montures emportées, la traversée de la plaine du ciel sans frontière, ni route, ni étape. Les dix couples, fantômes migrateurs, courent sans arrêt, aveugles, sourds et inconscients, vers un destin dont l'énigme doit certainement, dans un espace qui se déterminera, une heure qui se fixera, leur être dévoilée sinon expliquée. Pourtant, une transformation plus grande s'est opérée chez les deux dernières ombres voyageuses. Elles chevauchent tout près l'une de l'autre. Leurs bêtes, par moments se frôlent presque : alors, comme pour leur interdire tout éloignement, l'homme prend la main de sa compagne : la femme la lui abandonne, la retire, la rend. Il la supplie du regard et leurs mains ne se séparent plus. Un travail sourd et lent se fait dans leur esprit. Une lumière très pâle vacille, s'éteint, se rallume et selon qu'elle disparaît ou reprend feu, une expression plus sombre ou plus claire passe sur le visage des amants inconscients. Qu'est-ce donc que cette image confuse dessinée en éclairs au fond de l'être ? Aucune démarcation nette, rien ne se fixe, tout glisse et fuit, revient pour s'évanouir encore et reparaît. Flammes du souvenir ? Il semble aux cavaliers qu'ils cessent d'être étrangers l'un à l'autre, c'est une nouvelle rencontre après nombre de voyages semblables, de chutes dans des gouffres d'oubli, de retours à une mémoire obscure. Ils se connaissent donc. Un premier sentiment de joie naît, grandit en eux et brille dans leurs prunelles qui se rivent irrésistiblement les unes à la fascination des autres. Enfin, sous l'effet omnipotent du rythme aux mesures fantastiques de ce galop effréné, des sons magiques, fortes vibrations musicales, retentissent en chant de gloire autour des deux âmes parentes. Et c'est une syllabe, puis une autre que portent, que disent ces sonorités prodigieuses changées en douce mélodie au-dedans de leur être. Ces deux termes ne sont-ils pas leurs noms, ne se reconnaissent-ils pas en eux comme ayant déjà vécu ? N'est-elle point Mah ? Ne s'appelle-t-il pas Mi ? Et leurs lèvres murmurent plus d'une fois ces noms chargés de souvenirs et d'amour. Or, voici que brusquement la troupe voyageuse s'arrête, la chevauchée mystérieuse, démente prend fin. Une muraille invisible semble s'être dressée soudain, opposant un obstacle infranchissable. Malgré eux, les vingt fantômes ont rompu les rangs : les couples, maintenant, se tiennent sur une ligne unique. Mais ils ne regardent pas, leurs yeux restent aveugles ; ils n'entendent rien, leurs oreilles demeurent sourdes. Sur leurs bêtes, leur inconcience attend. Seuls Mah et Mi se souviennent obscurément. Leur regard distingue une brume grisâtre qui s'éclaire, par moments,

de longues traînées lumineuses colorées en forme d'arc. Et des harmonies suaves viennent en zéphire mélodieux caresser leur âme surprise, ravie.

Quand la force supérieure pousse les cavaliers jusqu'au bord de la forêt enchantée où dorment les animaux pétrifiés, Mah et Mi sont les seuls unis par un lien d'affinité indéfinie encore mais que nul choc, nul assaut du dehors ne sauraient rompre. Cependant, un prodige s'opère dans l'île aux arbres magiques. Rien ne change dans les hauteurs. Mais sur le sol un mouvement est né qui s'étend, se propage en tous lieux : les animaux s'éveillent, s'étirent, bâillent et tandis que les uns glissent ou rampent, d'autres d'un saut se dressent sur leurs pattes prêts aux bonds, aux attaques. Point de bipèdes. Des reptiles hideux de bave et de viscosité, ou des quadrupèdes aux masses pesantes, toutes de maladresse et de lourdeur à se mouvoir, aux gueules grimaçantes, aux dents longues, effilées, courbes et tranchantes comme des faux. Et des bêtes plus souples, aux pieds plus légers, chez qui la cruauté prête à écraser, déchirer, tuer, s'allie à la méchanceté retorse, à la ruse savante, férocité circonspecte, raffinement dans la maîtrise de l'art de satisfaire son avidité de carnage. Quelques unités, enfin, de race plus sereine, accroupies ou allongées au repos, dans une posture grave, une attitude majestueuse. Les coursiers portant les créatures en forme humaine, après une courte halte, dans un dernier élan, sautent sur la rive plus dense que l'éther et s'arrêtent, de nouveau.

Devant les fantômes prototypes d'une future race d'hommes, les ancêtres, vivant toute la puissance de leurs poussées bestiales, des najas, des pythons, des hyènes, des chacals, des rhinocéros, des tigres, d'autres fauve s, images des instincts malfaisants, abjects, cruels, démoniaques, et des éléphants, des lions. Inconscients de la réalité, les couples spectraux restent sans réaction, insensibles, sans vie en face des bêtes qui lentement, sournoisement, l'œil mauvais, assassin, tête et corps suant la haine, le bas appétit, l'horreur, la malédiction, pas à pas approchent, figures des destinées de sang, de crime, implacables, glaciales, inéluctables, inflexibles. Ils viennent par centaines, par milliers les animaux de meurtre et de mort. La forêt veut-elle se vider de toute matière impure, laide, diabolique, ne garder, pour les demains mystérieux, que les ondes harmonieuses, les mélodies sustentatrices des entracements visionnaires, les nappes de parfums qui nourrissent les pensées les plus évoluées ? Et la distance diminue encore : les bêtes sont tout près, il semble qu'elles touchent les spectres, cavaliers. Une Puissance inconnue fait alors un choix immédiat. Trois à quatre centaines de ces formes animales disparaissent instantanément, tandis que les autres reptiles et quadrupèdes reculent, rentrent dans la forêt pour s'immobiliser en sommeil jusqu'à l'arrivée de nouvelles créatures d'aspect humain.

Que sont devenus les serpents et les fauves évanouis, désormais invisibles ? Lorsque, cet autre miracle accompli, la troupe humaine a quitté presque aussitôt l'île aux enchantements, ce ne sont plus les mêmes créatures qui chevauchent dans les airs devenus plus denses. Leur apparence est semblable, mais c'est dans les yeux, uniquement dans le regard que le changement s'est produit. La pupille dilatée donne une expression singulière à l'œil jusqu'alors vide de vie et qui désormais miroir révélateur, réfléchit le dedans de l'être. A travers les prunelles des hommes et des femmes des entités d'horreur et d'épouvante, de laideur et de mensonge, de cruauté, de bassesse et de vice, des animaux de toutes guerres, de tous effrois, de toutes morts regardent... Mah et Mi ont changé de même. Mais de différente manière. Leur dualité d'amour renaissant a été comme un bouclier. Rien de la boue du monde bestial n'a pu les pénétrer, les toucher...

Hippocrate. — Cependant quelle déesse, quel dieu, n'aurait reconnu dans leurs yeux qui s'ouvraient à la lumière de l'espace les regards des ancêtres de notre lion, de notre éléphant, de notre aigle le seul oiseau qui, dans l'île aux magies de la couleur, du son et du parfum atteignait presque les frondaisons au sommeil de trance. Qui de clairvoyant n'aurait perçu autour de leurs corps un rayonnement de douze nuances subtilement diffusées ; la première, au-dessus de la tête plus raréfiée que celle de l'améthyste, la dernière plus éclatante que celle du rubis sous les pieds... Et je vous le dis, c'est moi qui, maintenant, vous vois tous deux au départ ; les neuf autres couples se sont écartés comme sous l'action irrésistible de votre aura ; la haine et le vice ont brillé impuissants dans leurs yeux. Mah et Mi ont passé devant. Maintenant, ils chevauchent en chefs. Leur silence indique la voie du destin aux hommes-bêtes qui les suivent.

Marc Semenoff.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Ecole de puériculture.** Directeur : Docteur B. Weill Hallé. — *Enseignement pour infirmières.* — L'enseignement des infirmières dure trois années, et permet d'obtenir, outre le diplôme universitaire de visiteuse d'hygiène maternelle et infantile, le diplôme d'infirmière hospitalière, et le diplôme d'infirmière visiteuse d'hygiène sociale de l'Etat français (enfance et tuberculose).

Conditions d'admission : Etre pourvue du brevet élémentaire, du brevet d'enseignement primaire supérieur (section générale), du baccalauréat ou du diplôme de fin d'études secondaires ; âgée de 20 ans au moins et de 40 ans au plus. Exceptionnellement des dispenses d'âge peuvent être accordées, mais les études ne peuvent être commencées avant 18 ans révolus.

Sont acceptées aussi les candidates munies du diplôme d'Etat d'hospitalière (7 mois à accomplir pour le diplôme de l'enfance, 4 mois de plus pour celui de la tuberculose), les sages-femmes munies d'un diplôme universitaire antérieur au diplôme de sage-femme (11 mois pour le diplôme de l'enfance, 8 mois de plus pour celui de la tuberculose).

L'enseignement commence en novembre, sous la direction de MM. les Professeurs Couvelaire, Lereboullet, Nobécourt et de M. le Docteur Weill-Hallé, chargé de cours, avec la collaboration de MM. les Professeurs Lévy-Solal, Mulon, MM. les Docteurs Joannon, agrégé, Benda, Chevalley, médecins des hôpitaux, Poirot, pharmacien des hôpitaux, Vitry, Hallez, Bing, Mme Bach-Anchel, Mme Popp, Mlle Blanchy, MM. Ducas, Kaplan, Poilleux, Facquet, anciens chefs de clinique, Detrois, chef de laboratoire à la Faculté, Trèves, Parienté, Mme Bellon-Crémieux, Delthil, anciens internes des hôpitaux, Cavaillon et Leclainche, chefs de services au Ministère de la Santé publique, Mlle Greiner, surveillante générale de l'Ecole de puériculture.

Cadre des monitrices : Mlles Durand, Nazon, Arnaud, M. J. Durand, Lenormand, Durand-Caron, Aribat, Madou, Mercier, Schroeder, Rousseau.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat de l'Ecole de puériculture, 26, boulevard Brune, Paris-XIVe.

— **Thèses.** — Vendredi 9 juillet. — I. Jury : MM. Grégoire, Ombrédanne, Hovelacque, Vignes. — M. Adle : Traitement des adénopathies tuberculeuses par l'injection intra-lymphatique de chlorophylle en solution éthérée. — M. Lévy : Contribution à l'étude de la cicatrisation de certaines plaies opératoires par les rayons ultra-violets. Utilisation du générateur Goude-Axelos. — M. Stéphani : La voie d'abord sacrée (Kraske) dans le traitement du cancer du rectum. — M. Chalmeau : Sur un cas héréditaire de synostose astragalo-scaphoïdienne bilatérale.

II. Jury : MM. Couvelaire, Lemierre, Bariéty, Lévy-Solal. — M. Cygler : Conditions cliniques de la production des phlébites puerpérales. — M. de Lemos : Contribution à l'étude des ruptures traumatiques pendant l'accouchement. — M. Renaudin : La mortalité maternelle au cours et à la suite des accouchements. — Mlle Durande : Les régimes épais dans les vomissements des nourrissons. — Mlle Fabre : Contribution à l'étude de la maladie cœliaque. — M. Guittard : Contribution à l'étude des variations de l'azotémie au cours des traitements par les sels de jaune d'acridine. — M. Herscu : Contribution à l'étude des phlébites à bascule d'origine traumatique (forme hyperalgique). — M. Weber : Un centre de triage de la tuberculose. Fonctionnement du service et de la consultation de l'hôpital Beaujon, à Clichy. Etude critique.

Samedi 10 juillet. — I. Jury : MM. Lemaitre, Terrien, Gayet, Renard. — M. Daudier : Contribution à l'étude des tumeurs mixtes des fosses nasales. — M. Salvator : Etat actuel de nos conceptions sur la pathogénie de l'otospongiose. — M. Sobieski : Essai d'un traitement biologique de l'ozène. Association de la bactériophagothérapie et de l'endocrinothérapie. — M. Traccas : Traitement adjuvant des thrombo-phlébites du sinus latéral par l'immobilisation jugulaire. — M. Villain : Quelques considérations sur le respirateur buccal. — M. Frileux : Les oscillations de la tension oculaire sous l'influence des pesées tonométriques et sous l'action de la pilocarpine. — M. Salagnac : Les hémorragies rétiniennes au cours de la pachyméningite hémorragique du nourrisson. — M. Topol : Des corps étrangers intra-oculaires tolérés. Etude clinique et médico-légale.

II. Jury : MM. Tanon, Joannon, Chabrol, Hazard. — M. Crépin : Les cités ouvrières du Nord de la France. Etude d'hygiène urbaine et d'hygiène sociale. — M. Devillechabrolle : Contribution à l'étude de la sprue. — M. Fox : Contribution à l'étude de l'organisation de la campagne contre la tuberculose aux Etats-Unis. — M. Haravi : Etude hydrogéologique du nord de l'Iran. Considérations générales sur la purification des eaux de boisson. — M. Laxer : La pellagre en Roumanie. — Mlle Lévy (Hélène) : Le lait de femme et l'allaitement au sein. Leur importance capitale dans la lutte contre la mortalité infantile. — M. Martin : Contribution à l'étude de la tension dans l'artère centrale de la rétine, en particulier dans ses rapports avec la tension artérielle humérale. — M. Martin-Charpenel : Le pain de froment. Etude médicale de la valeur alimentaire des farines et du pain. — M. Potier : L'alimentation et l'hygiène. — M. Warhaftig : Le typhus exanthématique en Pologne.

III. Jury : MM. Gougerot, Laubry, Gastinel, Sézary. — Mlle Eman-Zadeh : Contribution à l'étude du mal perforant au cours de la lèpre et de la syringomyélie. — M. Hoesli : Troubles fonctionnels et lésions de l'œsophage dans la sclérodermie — M. Lefkovitch : Contribution à l'étude de l'association hépato-bismuthique dans le traitement de la syphilis. — M. Michel : Contribution à l'étude des accidents cutanés de la phénolphtaléine. — M. Tauchner : Acné conglobata et son traitement. — M. Van Quaethem : Etude expérimentale de la maladie de Nicolas-Fabre par la culture des tissus et l'intradermo-réaction.

IV. Jury : MM. Claude, Maurice Villaret, J. Besançon, Mollaret. — M. Cornu : Sur une forme léthargique et onirique d'encéphalite toxique colibacillaire. — M. Kinkulkin : L'épicondylite. — M. Esteve : Contribution à l'étude des tumeurs sarcomateuses du médiastin. — M. Geerken-Saladrigas : Les lésions cutanées escharotiques du barbiturisme. — Mlle Roche : Cures sulfatées calciques et sécrétion biliaire.

Le Gérant : R. Thiron

Clermont (Oise) — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

CORRESPONDANCE

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

a) Assurances sociales

6.558. — L'indemnité kilométrique au sujet des assurés assistés

Je lis dans le n° 21 du *Médecin de France* de novembre 1936, pages 1056 et 1057 : Assurés indigents. Art. 19, etc... Tarifs : « ... donc pour les assurés indigents le tarif kilométrique, nous le répétons, n'est pas représenté par le tarif de responsabilité des Caisses, mais par le tarif de l'Assistance médicale gratuite dans le département ».

J'ai établi, suivant ces directives, mon mémoire du premier trimestre 1937 concernant les assurés sociaux indigents. Or la Caisse refuse de me régler l'indemnité kilométrique au tarif de l'Assistance médicale gratuite du département qui est de 1 fr. 50 ; elle prétend ne me devoir que son tarif de responsabilité soit : 75 centimes par kilomètre parcouru.

Je vous prie de vouloir bien me faire savoir quel est le tarif applicable à cette catégorie de malades.

Dr P.

Réponse

La Caisse a raison, et vous aussi. L'art. 19 du décret-loi du 30 octobre 1935 (qui nous régit actuellement) porte à son alinéa 3 : « La différence entre le montant des frais... est prise en charge par les collectivités d'assistance. Il en sera de même de la différence entre le prix payé par la Caisse pour l'indemnité kilométrique et le prix payé par les collectivités d'assistance dans le département qui paye cette indemnité ». Il en résulte que le tarif de responsabilité de la Caisse pour l'indemnité kilométrique étant de 0 fr. 75 dites-vous, elle ne vous doit que cela..., mais l'Assistance médicale gratuite du département dont le tarif est, dites-vous, de 1 fr. 50 vous doit la différence, soit également 0 fr. 75. Vous avez donc bien à toucher 0 fr. 75 plus 0 fr. 75 = 1 fr. 50 d'indemnité de déplacement par kilomètre parcouru, prix qui serait celui pour l'Assistance médicale gratuite dans votre département, d'après ce que vous m'écrivez.

Dr F. DECOURT.

6.573. — Une radiographie n'est pas un acte thérapeutique

Un de mes clients se fracture une jambe. Je fais un appareil non plâtré, je marque K12 et quelques jours après je fais procéder à une radiographie.

La Caisse se refuse de payer la radio sous prétexte que K12 comporte 19 jours de soins. Je trouve que la radio faite après avis à la Caisse ne rentre pas dans K12.

Tout ce qui concerne les soins que je fais donner, oui — tout est compris dans K— mais la radio me semble une chose tout à fait à part. Quel est votre avis et que doit faire mon client ?

Dr S.

Réponse

La nomenclature porte K12 pour réduction et contention d'une fracture simple sans appareil plâtré (avec, ce serait K20). Ceci comporte comme toujours, tous soins consécutifs pendant vingt jours. C'est entendu, mais une radiographie (pas plus qu'une analyse de laboratoire, etc.), n'est pas un acte « thérapeutique ».

Il ne s'agit pas là de « soins consécutifs », mais de recherche en vue du dignostic, ce qui « est une autre histoire ». La Caisse confond thérapeutique et diagnostic. Si elle persiste dans cette erreur il appartient à votre client de l'appeler devant la Commission d'arrondissement par lettre recommandée, dans un délai de dix jours à compter de la date de réception de la notification de la décision (art. 36, parag. 1er du même décret-loi), avec appel possible devant le Tribunal civil de l'arrondissement. (Je ne parle pas ici de la Commission dite « des trois médecins » dont il est parlé à l'art. 8, alinéa 3, car, en l'espèce, il ne s'agit pas d'une « contestation, qui concerne l'état du malade, entre l'assuré et la Caisse.)

Dr F. Decourt.

b) Accidents du Travail

6.366. — 1° Appareil plâtré pour fracture de métacarpien ; 2° Injection intraveineuse pour fracture ne se consolidant pas ; 3° Expertise pour révision d'une incapacité permanente partielle

Combien tarifer : réduction et immobilisation avec attelle plâtrée d'une fracture du métacarpien du pouce.

Cette fracture présentant un retard de consolidation, j'avertis la Compagnie d'assurances que je desire faire une radio et pratiquer dans la fracture quelques injections d'Ossical pour obtenir la cristallisation du cal. La Compagnie étant d'accord, combien tarifer ces injections ?

Enfin, combien compte-t-on les examens faits aux accidentés du travail à qui la Compagnie verse une rente pour incapacité permanente partielle, examen en vue de la révision, le cas échéant, de cette rente ?

Dr C.

Réponse

1° On pourrait, à l'amiable, demander 60 francs pour appareil plâtré immob lisant une fracture d'un métacarpien, par analogie avec « fracture d'un seul os de l'avant-bras » (art. 18).

2° Pour une injection intraosseuse d'ossical en cas de fracture ne se consolidant pas, on pour-

rait demander 30 francs par analogie avec injection intraveineuse (art. 16).

3° S'il s'agit de révision d'une rente pour incapacité permanente partielle, c'est une affaire d'expertise demandée par le blessé et qui n'est pas du ressort du tarif de la responsabilité patronale.

Dr F. DECOURT.

QUESTIONS DIVERSES

6.774. — Prix limite des loyers et réduction de 10%

Je loue deux maisons semblables construites en 1932-1933, et qui ont été louées pour la première fois le 1er décembre 1933. L'une est louée à nouveau depuis le 1er juillet dernier, après le départ des premiers locataires, au prix de 4.200 francs seul mentionné dans le bail. Ce prix a été calculé de la façon suivante : même loyer annuel que les locataires précédents soit 4.400 francs — 10 % = 3.960 francs, mais avec augmentation à 4.200 francs en raison de l'installation complète d'une salle de bains. Quant à la seconde, les locataires partent le 31 de ce mois, et elle sera à louer le 1er septembre ; les locataires payaient un loyer annuel de 4.500 francs diminué de 10 %.

Je vous serais obligé de me faire savoir dans quelles conditions je pourrai relouer ce second immeuble — car j'ai appris qu'il n'y aurait plus de prix limite d'après un jugement récent — et notamment si je puis tenir compte de la suppression des 10 % et de la baisse du franc pour cette nouvelle location. D'autre part, pourrais-je obtenir pour la première maison une modification du bail qui vient d'être enregistré, puisque j'ai tenu compte à tort de la réduction de 10 %.

Dr G.

Réponse

Il est exact, ainsi que nous l'avons publié au reste dans le *Concours Médical*, qu'un récent arrêt de la Commission supérieure de cassation, en date du 24 juin 1937 (*Gaz. Pal.*, 12 juillet 1937), a rejeté expressément la thèse suivant laquelle le décret-loi du 16 juillet 1935 sur les loyers aurait institué un nouveau prix limite égal à celui payé au 17 juillet 1935 diminué de 10 % ?

Il résulte au contraire, de cet arrêt que l'art. 1er du décret-loi qui réduit à titre exceptionnel et temporaire de 10 %, le prix des loyers des locaux à usage d'habitation ou professionnel n'a entendu réglementer que le prix actuel de ces locaux. Sont au contraire, exclus de ces prévisions, d'une part les locaux non loués au jour de la publication du décret, et d'autre part, les locaux qui, postérieurement à cette même date, viendraient à être reloués moyennant un nouveau prix, à de nouveaux locataires. Ces derniers ne sauraient réclamer la réduction et la protection subséquentes

accordées par la loi aux seuls locataires et occupants de bonne foi lors de la publication du décret.

En vertu de cet arrêt, vous recouvrez donc votre pleine liberté quant à la fixation du prix du loyer de vos deux immeubles lors du départ des locataires actuels. Il vous est notamment possible d'insérer dans le bail une clause vous mettant à couvert contre les dépréciations monétaires en instituant une révision périodique du prix du loyer suivant les variations de l'indice général des prix, tel qu'il est publié mensuellement par la statistique générale de la France.

Par contre, si vous avez conclu ferme un bail en stipulant comme prix du loyer le prix payé au 17 juillet 1935 diminué de 10 %, il ne vous est plus possible actuellement de revenir sur ce contrat, bien que cette clause ait été acceptée par vous par erreur. Il n'en irait autrement qu'au cas où le bail serait conclu au loyer de base de 4.000 francs avec une clause prévoyant expressément jusqu'à l'abrogation du décret-loi, l'application de la réduction de 10 %, aux termes et conditions du texte légal.

Dans ce cas, en effet, la nouvelle jurisprudence de la Commission supérieure de cassation permettrait de soutenir que le décret-loi ayant cessé de produire ses effets pour les nouveaux locataires, c'est le prix principal du loyer prévu au bail qui devrait prendre effet entre les parties.

6.848. — Prélèvement de 10 % sur les honoraires pour soins aux mutilés

Veuillez me dire si le prélèvement de 10 % sur les mémoires trimestriels des médecins, pour le service des mutilés, est maintenu. Je le croyais abrogé, mais l'administration préfectorale l'a encore maintenu sur mon mémoire du deuxième trimestre 1937.

D^r^ A.

Réponse

Le prélèvement de 10 % institué de manière générale sur toutes les dépenses publiques par l'art. 1er du décret-loi du 16 juillet 1935 continue à subsister, car cet article n'a fait l'objet d'aucune modification ou abrogation depuis lors.

Il en va tout autrement en ce qui concerne le prélèvement applicable aux dépenses de personnel, c'est-à-dire aux traitements et indemnités alloués par les collectivité publiques aux personnes liées avec elles par un contrat de louage de services. De nombreux adoucissements au prélèvement primitif ont été apportés par des lois postérieures et à l'heure actuelle, il n'en subsiste plus grand chose.

Mais les sommes dues par l'Administration aux médecins pour soins donnés aux pensionnés de guerre, en vertu de l'art. 64 de la loi du 31 mars 1919 ne constituent en aucune manière un traitement ou salaire, car le médecin ne saurait être

considéré dans ce cas comme au service de l'Administration. Il s'agit là d'honoraires qui relèvent de l'art. 1er et qui, conformément à l'Instruction ministérielle du 6 août 1935, doivent subir le prélèvement de 10 % puisque leur montant ne résulte pas d'une convention expresse ou tacite conclue entre les parties dans chaque cas particulier, mais bien d'un tarif fixé et approuvé par l'autorité publique.

Certes, ce prélèvement se défend mal à l'heure actuelle, alors que nous ne sommes plus à l'époque de la politique de déflation et que, d'autre part, le prix de la vie a augmenté de manière notable. Mais, au point de vue juridique, il est impossible d'obtenir gain de cause sur ce point ; il serait nécessaire que soit entreprise en cette matière une action syndicale énergique.

6.940. — Retenue de 10% sur les honoraires pour soins donnés à un accidenté du travail au service des Ponts et Chaussées

J'ai a deux reprises donne des soins à un ouvrier des Ponts et Chaussées (non titulaire, auxiliaire) pour accident du travail.

Chaque note a consisté en : une intervention, 15 francs, un certificat, 5 francs, total 20 francs ; soit deux notes s'élevant à 40 francs envoyées en 1936, après réclamation on me propose aujourd'hui de me régler 36 francs soit 40 francs — 10 %. J'ai refusé les honoraires, les accidents du travail ne devant donner lieu à aucune retenue, je pense.

Dois-je actionner en Justice de paix pour recevoir intégralement ce qui m'est dû, et le president de notre Syndicat m'a demandé s'il pouvait dans cette affaire me soutenir légalement car nous en faisons surtout une affaire de principe ?

Dr L

Réponse

Quelque regrettable qu'il en soit, la retenue de 10 % effectuée par l'Administration des Ponts et Chaussées sur votre mémoire pour soins donnés à un accidenté du travail est fondée au point de vue juridique.

En effet, le décret-loi du 16 juillet 1935 instituant un prélèvement sur les dépenses publiques contenait deux dispositions distinctes ; dans son art. 1er, il prévoyait un prélèvement uniforme de 10 % sur toutes les dépenses en général, incombant aux collectivités publiques, aux entreprises concessionnaires ou subventionnées assurant un service public. Dans son art. 2, il instituait un prélèvement à taux dégressif afférent aux dépenses de personnel, c'est-à-dire aux traitements des personnes liées avec les Administrations publiques par un contrat de louage de services.

Si l'art. 2 a subi ultérieurement de nombreu-

ses modifications qui sont venues en atténuer la portée et même pour certains traitements, supprimer entièrement le prélèvement, par contre, l'art. 1er n'a fait l'objet jusqu'à présent, d'aucune modification ou abrogation. Il s'ensuit que la retenue de 10 % est toujours applicable et que n'en doivent être exemptées que les dépenses prévues par l'art. 4 de ce même décret, c'est-à-dire les « dépenses relatives au fonctionnement des services ». Ces termes obscurs ont été précisés par la Circulaire ministérielle du 10 août 1935. D'après cette Circulaire, sont exemptées du prélèvement, les sommes dues à des particuliers ne faisant pas partie à proprement parler de l'Administration et dont les honoraires ou émoluments sont déterminés dans chaque cas particulier par une convention expresse ou tacite avec l'Administration. Par contre, sont soumis au prélèvement les honoraires dont le montant résulte d'un barème ou d'un tarif fixé ou approuvé par l'autorité publique.

En l'espèce, vous vous trouvez non pas dans la première, mais bien dans la seconde hypothèse. En effet, vos honoraires pour soins donnés aux accidentés du travail au service de l'Administration des Ponts et Chaussées ne sont pas fixés par accord entre vous et l'Administration, mais résultent du Tarif ministériel des accidents du travail, institué en application de l'art. 4 de la loi du 9 avril 1898.

Dans ces conditions, l'Administration est juridiquement en droit d'appliquer à ces honoraires, la retenue de 10 % prévue par l'art. 1er du décret-loi.

Certes, nous ne méconnaissons pas ce que cette retenue peut avoir d'injuste et d'absurde à l'heure actuelle puisqu'il s'agit là d'une mesure instituée en vertu d'une politique de déflation alors que nous avons vécu l'expérience contraire et que les prix, bien loin d'être l'objet d'une réduction sont, au contraire, en constante augmentation. Mais il nous est impossible, ainsi que nous venons de vous l'indiquer, de faire trancher cette question en faveur du Corps médical par les Tribunaux étant donné les termes formels de la loi ; l'abrogation du prélèvement de 10 % sur les honoraires de médecine sociale ne peut provenir que d'une vigoureuse action syndicale au besoin par les moyens employés par le Syndicat de Seine-et-Oise au sujet de l'application de l'art. 19 du décret-loi sur les Assurances sociales.

D'autre part, si l'Administration est en droit de réduire de 10 %, sa participation aux frais médicaux de l'ouvrier accidenté, les médecins ne doivent pas oublier que la loi du 9 avril 1898 leur a donné le droit de s'entendre directement

avec leurs clients ainsi que la Cour de cassation l'a reconnu à de nombreuses reprises.

Si donc vous entendez ne pas vous contenter de la participation du chef d'entreprise dans vos honoraires, il vous est loisible de poursuivre votre client en droit commun devant le Juge de paix de son domicile en paiement d'un complément de vos honoraires entre le tarif des accidents du travail diminué de 10 % et le tarif normal.

FISCALITÉ

6.975. — Conditions d'exemption de la patente

Voudriez-vous être assez aimable de me renseigner sur une question de patente.

Je ne fais plus que très peu de clientèle (moins que le montant de ma patente) mais je suis médecin du Chemin de fer et (en titre seulement) de la Société du gaz. Je pourrais, je crois, me faire exonérer de ma patente l'an prochain en supprimant complètement ma clientèle particulière (deux à trois consultations même pas, chaque mois) ainsi que la plaque que j'ai toujours à ma porte ?

Comme je vois dans le *Concours Médical* les médecins de chemins de fer sont exempts de patente.

Que devrai-je faire ? Ecrire au Contrôleur de mon quartier ? en lui exposant la situation (ou bien lui porter ma lettre). A quelle époque devrai-je le faire ?

Dr L.

Réponse

Si vous ne recevez plus aucun client à votre domicile, si vous supprimez votre plaque et votre papier à lettre et ne faites des ordonnances que pour les malades de Compagnies dont vous êtes le médecin, vous ne devrez plus la contribution des patentes.

Vous serez considéré comme un médecin salarié de ces dites Compagnies, rétribué par un traitement et non par des honoraires.

Vous pouvez avertir dès maintenant votre Contrôleur de ce changement à compter du mois de janvier.

A. et S. MARTINOT
Conseillers fiscaux

ACCIDENTS

6.863. — Accident survenu à la voiture du remplacé — Responsabilité du remplaçant

Je vous serais reconnaissant de me donner un renseignement qui intéresse, je crois, tous les confrères ayant recours à un remplaçant.

Le docteur assurant pendant mes vacances ma clientèle, se servant de ma voiture automobile en dehors de ses visites médicales a, au cours d'un déra-

page, occasionné des dégâts matériels à une voiture en stationnement, dégâts que mon assurance règlera, mais il a causé sur ma propre voiture des dégâts dont la réparation se monte à 4.932 fr. 25. N'ayant pas d'assurance « tout risque », dois-je payer ces dégâts, ou puis-je les réclamer à mon remplaçant et dans ce cas quelle marche dois-je suivre ?

J'insiste sur le fait que de son aveu même l'accident est arrivé en dehors des visites médicales et pour une course personnelle pour laquelle il s'était passé de mon chauffeur qui était à son entière disposition.

Dr H

Réponse

La question que vous nous posez est assez délicate à trancher, étant donnée l'incertitude où l'on est sur la qualification juridique du contrat de remplacement. Votre cas n'est pas nouveau et a déjà fait l'objet de décisions de jurisprudence.

La première en date est un arrêt de la Cour de Bourges du 14 mars 1933 (Répertoire Commaille, 1933, no 11.413) qui a décidé que le contrat de remplacement constitue la situation juridique réglée par l'art. 1841 et l'art. 1842 du Code civil qui définit la société particulière créée en vue de l'exercice d'un métier ou d'une profession. Aux termes de l'art. 1851, si les choses dont la jouissance seulement a été mise dans la société sont des corps certains qui ne se consomment point par l'usage, elles demeurent aux risques de l'associé propriétaire ; tel est le cas pour l'automobile du remplacé. Il n'en est ainsi toutefois que si l'autre associé, c'est-à-dire le remplaçant, s'est servi de cette automobile dans l'intérêt de la société, c'est-à-dire pour l'exercice de la profession. Au contraire, le remplaçant serait responsable à l'égard du remplacé de l'accident causé à la voiture par sa faute en dehors du service.

Mais plus récemment, la Cour de Bordeaux a été amenée à trancher la question et l'a fait par son arrêt du 15 juillet 1935 (*Semaine Juridique*, 29 octobre 1935) dans un sens tout différent de celui de la Cour de Bourges. Elle a, en effet, décidé que la convention par laquelle un médecin remplace un confrère pendant l'absence de ce dernier, à charge par le remplacé de payer au remplaçant une indemnité journalière tout en lui fournissant le loyer et la nourriture et en mettant à sa disposition les instruments de travail, l'installation professionnelle et une voiture automobile, ne saurait constituer un contrat de louage de services, puisqu'il y manque le lien de subordination, ni une société, le partage des risques n'existant pas.

Sans définir la nature juridique d'une telle convention qui présente un caractère *sui generis* et constitue au moins une gestion d'affaire, il y a lieu de condamner le remplaçant à faire réparer à ses frais la voiture endommagée par sa faute et

dont il était l'usager, ce, dans les termes de l'art. 1382 du Code civil.

En l'espèce, que l'on adopte l'une ou l'autre de ces deux thèses, il n'apparaît pas douteux que votre remplaçant est responsable à votre égard des dégâts matériels causés à votre voiture, puisque c'est par sa faute que l'accident s'est produit et que, d'autre part, cet accident est survenu non point en service, mais durant un déplacement effectué par lui dans son intérêt personnel.

C'est, du reste, ce qu'a décidé la Cour de Bourges dans son arrêt précité car, dans cette affaire, l'accident dommageable était survenu un dimanche au cours d'une promenade de plaisance.

Le mieux est, pour recouvrer les sommes qui vous sont dues, de les retenir sur la rémunération de votre remplaçant et, pour le supplément, de lui faire signer une reconnaissance de dette ; il pourra vous régler par paiements échelonnés.

7.008. — La hernie accident du travail

Hernie inguinale, accident du travail. J'ai vu hier un ouvrier qui présente une hernie apparue la veille à la suite d'un violent effort accompagné d'une douleur vive dans la région inguinale. Il a continué son travail après un court repos et s'est aperçu le soir qu'il avait une « grosseur » dans l'aine. La bonne foi de cet ouvrier me paraît certaine. J'ai rédigé les deux certificats en relatant les faits tels qu'ils m'ont été racontés par l'ouvrier. Je n'ai pas parlé d'incapacité temporaire de travail, ni permanente partielle. J'ai conseillé sur l'ordonnance le port d'un bandage (qui a été refusé par le pharmacien) que va-t-il se passer ? Si la hernie est vraiment apparue après l'effort, l'ouvrier est en droit de réclamer une indemnité. De quel ordre ? Basée sur quoi ? l'Assurance a-t-elle le droit de refuser le bandage et a-t-elle le droit d'imposer l'opération ?

Il est d'ailleurs probable que cette Assurance va faire examiner ce blessé par son médecin contre-visiteur. Mais en attendant et si cette contre-visite tarde à venir, que dois-je faire et que dois-je conseiller à l'ouvrier ?

Dr L.

Réponse

En vertu de la jurisprudence constante de la Cour de cassation, toute lésion dont le travail même normal a été la cause, ou l'occasion, doit être considérée comme résultant d'un accident du travail, au sens de la loi du 9 avril 1898, quel qu'ait été l'état antérieur de la victime, à moins qu'il ne soit établi que l'accident ait été complètement étranger à l'incapacité invoquée. (V. notamment, Cassation Ch. civ., 9 janvier 1934, *Le Droit Ouvrier*, 1934, p. 442).

Par conséquent, pour qu'il y ait accident du travail mettant en jeu la responsabilité du chef d'entreprise, il est nécessaire et suffisant qu'un

traumatisme ou toute autre cause extérieure survenue au lieu et au temps du travail fasse apparaître, décèle ou révèle un mal jusque là latent ou ait une répercussion sur son évolution.

Le chef d'entreprise ou son Assurance substituée ne peuvent s'exonérer de leur responsabilité qu'à condition d'établir que la lésion provient uniquement de l'état antérieur de la victime et c'est donc à eux qu'incombe la charge de la preuve.

Ces principes sont applicables intégralement au cas particulier de hernie survenant durant le travail. Il a été ainsi décidé par la Cour d'Angers, dans son arrêt du 4 décembre 1934 (D. H., 1935-75), qu'il suffit à un ouvrier atteint d'une hernie de prouver que cette lésion est produite par un effort au cours du travail. Il est sans intérêt de savoir s'il avait une prédisposition morbide à contracter cette affection et quel a été le degré et la violence des efforts effectués. L'employeur ne peut faire échec à l'action de l'ouvrier qu'en apportant la preuve que la hernie est la conséquence unique et exclusive de son état constitutionnel et que l'accident n'a joué aucun rôle dans son apparition (Cour d'appel de Nîmes, 12 juin 1935. *Revue générale des Assurances sociales et des accidents du travail*, janvier 1936).

Mais, en admettant qu'il soit reconnu que la hernie dont a été atteint votre client soit un accident du travail mettant en jeu la responsabilité du chef d'entreprise ou de l'Assurance, à quelle indemnité pourra-t-il prétendre, étant donné, d'une part, qu'il n'y a ni incapacité temporaire ni incapacité permanente partielle ? A notre avis, il ne peut exiger de son patron que le remboursement de ses frais médicaux et pharmaceutiques. Mais peut-on comprendre dans ces frais, le prix d'un bandage ? Pour résoudre cette question, il y a lieu de se rappeler que, d'après une jurisprudence constante, la loi de 98 n'a mis à la charge du patron que les frais ayant un but curatif et non ceux ayant pour but de porter remède à un état stabilisé. Ainsi un accidenté qui a perdu plusieurs dents ne peut prétendre se faire payer par son patron un appareil de prothèse, car cet appareil n'a nullement pour but de le guérir. Si, au point de vue médical, le port d'un bandage n'est pas destiné à guérir la hernie, mais simplement à l'empêcher de se produire fréquemment, le patron est juridiquement en droit d'en refuser le coût.

Par contre, si une opération chirurgicale peut faire totalement disparaître cette infirmité, l'ouvrier est en droit d'exiger cette cure de son patron et de s'en faire payer les frais. Mais, bien entendu, on ne saurait lui imposer de subir une telle opération qui présente quelques risques et quelques aléas, car, d'après une jurisprudence bien établie, un ouvrier est toujours en droit de refuser de subir une intervention chirurgicale.

ASSURANCES SOCIALES

6912. — Droit pour un employeur de récupérer sur son domestique les cotisations ouvrières arriérées

Une bonne qui est restée à mon service quatre ans mais n'est plus chez moi depuis un an, n'était pas aux Assurances sociales. Un inspecteur revient sur cette affaire et me réclame la somme de 2.396 francs ? Je n'ignore pas que je suis obligé de payer mais il me semble avoir vu qu'un jugement permettait à l'employeur de récupérer sur le salarié la part qui lui incombait. Est-ce bien exact ? Et quel est le jugement sur lequel je puis m'appuyer ?

Puis-je choisir la Caisse à laquelle je ferai le versement ?

Dr P.

Réponse

Le droit pour l'employeur, qui a omis d'immatriculer un salarié aux Assurances sociales, de récupérer sur ce dernier les cotisations ouvrières, au cas où il est obligé ultérieurement de s'acquitter de sa dette à l'égard de l'Administration, est contesté par la doctrine et par la jurisprudence. En effet, vous n'ignorez pas que, d'après la loi, c'est à l'employeur qu'incombe l'obligation à la fois de procéder à l'immatriculation, d'opérer le précompte sur le salaire de son domestique et de verser la double cotisation au Service des Assurances sociales.

L'employé qui n'a subi aucun précompte sur son salaire est donc fondé à soutenir que le patron prenait à sa charge, comme accessoire de contrat de travail, le paiement de la cotisation ouvrière ; cette prise en charge est pleinement valable, ainsi que l'a reconnu la jurisprudence. Aussi l'employeur ne serait-il pas fondé ultérieurement à modifier unilatéralement les clauses du contrat de travail et à réclamer le remboursement des cotisations qui, par suite d'un accord tacite, lui incombaient.

Toutefois en l'espèce, ce raisonnement paraît difficile à soutenir, car non seulement vous n'aviez pas versé aux Assurances sociales le montant des cotisations, mais encore vous n'aviez pas procédé à l'immatriculation de votre domestique. Cette dernière devait savoir qu'il en était ainsi puisqu'elle n'avait reçu aucune carte d'immatriculation ou d'affiliation à une Caisse quelconque. Par conséquent, il ne pouvait y avoir accord, tacite ou non, entre vous au sujet du paiement de la cotisation ouvrière. Nous estimons donc que, dans ces conditions, vous êtes juridiquement fondé à vous retourner contre elle pour exiger ce paiement.

Au reste, certaines décisions ont admis ce principe, ainsi qu'il ressort d'un jugement du Tribunal de paix du sixième canton de Marseille en

date du 12 février 1936. Au point de vue compétence et ainsi que le prouve la décision communiquée et le jugement du Tribunal civil de la Seine du 25 juillet 1934, l'action doit être portée devant les Tribunaux de droit commun, c'est-à-dire, suivant le taux de la demande, devant le Tribunal de paix ou le Tribunal civil du domicile de l'intéressé. Il ne s'agit pas en effet d'un litige portant sur l'application de la loi sur les Assurances sociales, mais d'une contestation relative au contrat de travail intervenu entre l'employeur et son domestique.

6.804. — Un assuré social indigent doit être inscrit sur la liste d'assistance

Le 22 fevrier 1937, un ouvrier non agricole m'appelle pour voir trois sur quatre de ses enfants, malades à la fois. Il est assuré social, les cartes-lettres sont adressées à la Caisse. Il fait en même temps une demande d'admission d'urgence à l'Assistance médicale gratuite. Le maire l'admet. Les enfants une fois guéris, n'ayant toujours pas les carnets individuels d'assistance medicale gratuite où consigner les dates de mes visites, je prie l'interessé de s'informer sans tarder. On lui répond que la Commission cantonale (?) a refusé l'inscription à l'Assistance médicale gratuite. L'histoire étant vieille de plus de six mois, l'assuré a-t-il encore la ressource d'un appel quelconque ?

D[r] D.

Réponse

Il est exact que pour qu'un assuré social puisse bénéficier des dispositions de l'art. 19 du décret-loi du 28 octobre 1936 et recevoir des prestations en nature de l'assurance-maladie au titre d'indigent, il doit être inscrit sur la liste d'assistance de sa commune dans les mêmes formes et conditions que les assistés médicaux gratuits bénéficiant de la loi du 15 juillet 1893.

La procédure d'inscription est réglée par un décret-loi du 30 octobre 1935. Aux termes de l'art. 8 de ce décret l'admission d'urgence à l'assistance peut être prononcée par le maire, mais il faut que la Commission cantonale ratifie cette admission dans le délai d'un mois au maximum. Les intéressés disposent en vertu de l'art. 7, d'un délai de vingt jours à compter de la notification de la décision de la Commission, pour former un recours devant la Commission d'appel siégeant au chef-lieu du département. Les décisions de cette Commission sont notifiées aux intéressés par l'intermédiaire du préfet et des maires. Elles peuvent faire l'objet d'un recours devant une Commission centrale dans un délai de deux mois à dater de leur notification.

Cinquante-neuvième année — N° 40 — 3 Octobre 1937

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

- sommaire -

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	70 fr.	Belgique et Luxembourg...	80 fr.
Etudiants	45 fr.	Première Zone	95 fr.
Le Numéro..........	1.50	Deuxième Zone	120 fr.

Demi-Colonnes

Renseignements

AVIS

Changements d'Adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 fr. 50 pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande.)

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du **Concours Médical**, *Paris* 167-95.

Nº 249. — A céder après décès, cabinet de radiologie à Lyon.

Nº 250. — A vend. appar. spiroscope de Pescher tout neuf, avec livre documentation complète. Val. 330 fr. prix demandé : 200. Dr Daveau, Ligné (Loire-Inf.).

Nº 251. — Poste médical banlieue Est 10 km. Paris. En pleine extension, départ cause santé. A céder pour 20.000. Pour renseign. écr. à Mme Marlangeon, 8, av. de Lespinasse, à Villemonble (Seine).

Nº 252. — Dame 40 ans, veuve ingénieur-chimiste cherche pour après-midi situat. chez médec. réception clients, téléph., correspond. Référ. milieu médical. Ecr. S. Landry, 81, rue Laugier, Paris (17e).

Nº 253. — Fille de méd. instruite, sténo-dactylo, notions anglais et comptabil., cherche place secrétaire Paris.

Nº 254. — Doctoresse diplômée phtisiolog. courant préventor. sana., ex-assistante maladies nerveuses, mentales, laboratoire, demande place dans clinique privée, laborat. région de Paris, provençale ou languedocienne. Fixe modéré demandé.

Nº 255. — Urgent. Vve méd. céder bonne client, région lyonnaise. Maison très agréab. très bien située eau, électr., chauf. cent., garage, jardin. Céder, mobilier consult.

Nº 256. — Paris, confr. âgé, spécialisé, chronique, l'après-midi seulement, cherche collaborat. qui succéder. Capitaux nécess. Très bonne affaire demi-repos, possibil. grande extension.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet Breitel et Goret

1, rue Dante, Paris (5e). - Tél. : Odéon 36-46

Seine-et-Oise. — Jolie résid. 7.000 hab. groupés à desserv. jolie propriét. avec parc. Loy. 6.500. Très urgent. Prix : 50.000 comptant.

Seine-et-Marne. — Client. aisée, excellent rap. Belle villa conf. grd jardin. Prix : 70.000, 50.000 cpt.

Champagne. — Belle région riche. Import. poste seul méd. avec *pharmacie* instal. Prix global 175.000. 90.000 comptant.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Journée internationale du rhumatisme.** *Séance clinique.* — La séance clinique à l'hôpital Saint-Antoine (10 heures précises), dans le service de M. le Professeur Loeper, sera consacrée à la maladie de Chauffard-Still.

Professeur agrégé A. LEMAIRE et Mme BROUET-SAINTON : Considérations cliniques, radiologiques et pathogéniques à propos de la maladie de Chauffard-Still.

Docteur CLÉMENT, médecin des hôpitaux : La maladie de Chauffard-Still chez l'enfant.

Docteur J. PATEL, chirurgien des hôpitaux : Maladie de Chauffard-Still et splénectomie.

Professeur Maurice VILLARET, A. BERGERET, J. JUSTIN-BESANÇON et A. RUBENS-DUVAL : Présentation d'une malade atteinte de polyarthrite chronique d'allure infectieuse et splénectomisée en juin 1937.

— **Le Congrès de la tuberculose**, qui s'est tenu en septembre à Lisbonne, a décidé que les prochaines assises auront lieu à Berlin, en 1939.

— **Un sanatorium d'altitude pour officiers et sous-officiers.** — Le premier sanatorium d'altitude destiné à l'armée vient d'ouvrir à Passy (Savoie). C'est le sanatorium Geoffroy de Martel de Janville. Cet établissement a été édifié, avec l'appui et le concours financier des ministères de la Guerre et de la Santé publique, par l'Association Les Villages sanatoriums de haute altitude. Situé face au Mont-Blanc, à 1.140 mètres d'altitude, il comprend 170 chambres de malades, pourvues de galeries de cure, toutes exposées au midi. Construit suivant les techniques architecturales et médicales les plus récentes, il est outillé de manière à permettre l'application des dernières méthodes de thérapeutique et de chirurgie pulmonaire.

Les villages sanatoriums de haute altitude groupent déjà sur les Plateaux de Passy les Sanatoriums de Praz Coutant (pour hommes), de Guébriant (pour femmes), du Roc des Fiz (pour enfants), destinés aux malades peu fortunés des classes moyennes. Les marquables résultats dont ont bénéficié depuis douze ans les malades soignés dans ces établissements pourront ainsi s'étendre aux officiers et sous-officiers de l'Armée de terre auxquels doivent se joindre ceux de l'Armée de mer, et, probablement aussi, ceux de l'Armée de l'air.

— **Journées médicales franco-tchéco-slovaques.** — Pour fonder les assises d'un groupement franco-tchéco-slovaque, il a été organisé les 11, 12 et 13 octobre, à Paris, des journées avec le programme provisoire suivant : une réception à la Faculté de méde-

cine ; des conférences des Professeurs Belehradek, Binet et Divis, etc.

Droit d'inscription : 30 francs. Trésorier : M. Ch. Jacquelin, 81, boulevard Beaumarchais, Paris (IIIe)

— **Congrès international du tourisme, du thermalisme et du climatisme.** — Nous rappelons que les séances des Sections thermale et climatique du Congrès international du tourisme, du thermalisme et du climatisme sont fixées aux 14, 15, 16 et 17 octobre. Elles auront lieu à l'Exposition, au Palais du thermalisme et du climatisme.

Cette manifestation est de beaucoup la plus importante dont le thermalisme et le climatisme aient été encore l'objet. La Section climatique seule n'a pas reçu moins de cinquante rapports dont plus de la moitié étrangers.

Pour prendre part aux travaux, s'inscrire au secrétariat de la Fédération thermale et climatique française, 127, avenue des Champs-Elysées.

Droit d'inscription : 50 francs donnant droit au compte rendu du Congrès, à une réduction de 40 % sur le parcours, et à l'entrée gratuite à l'Exposition pendant la tenue du Congrès.

— **Hommage au Docteur A. Siredey.** — On nous informe que la date de remise du volume offert en hommage au Docteur Armand Siredey a été fixée au 17 octobre 1937, à 10 heures, à l'hôpital Saint-Antoine (amphithéâtre Hayem).

Les amis et admirateurs du Docteur Armand Siredey pourront apposer leur signature sur des feuillets qui seront joints à l'exemplaire personnel du Docteur Siredey. Ces feuillets sont d'ores et déjà à leur disposition aux éditions Doin, 8, place de l'Odéon.

— **Prix de l'Académie française.** — Nous apprenons avec plaisir que le Docteur Jean Girou, ancien interne, médaille d'or des hôpitaux de Toulouse, a été couronné par l'Académie française (fondation Charles Blanc).

Le Docteur Molinéry a analysé, ici, « Terre d'Aude », cet ouvrage qui donne sur les paysages, la vie, les mœurs de l'une des régions les plus intéressantes de France les notations les plus délicates, les plus vraies.

L'auteur de « Trencavel » a été vivement félicité par tous ses amis.

— **Hôpitaux de Paris.** *Concours de l'internat.* — Le jury est provisoirement composé de MM. les Docteurs de Sèze, Etienne Bernard, Chiray, Armand-Delille, Lévy-Valensi, Duvoir, Claude, Meillère, Velter, Maurice Chevassu, Ch. Lenormant, Quénu, Heitz-Boyer, Robineau et Séguy.

— **Hôpitaux de Paris.** *Concours de l'externat* (places vacantes le 1er mai 1938). — L'ouverture du concours aura lieu le mercredi 15 décembre 1937,

au parc des Expositions (Porte de Versailles, Paris, XVe).

Les étudiants qui désirent y prendre part seront admis à se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria, bureau du Service de santé, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de quatorze à dix-sept heures, de jeudi 4 novembre au mercredi 24 novembre 1937 inclusivement.

— **« Archives internationales des brucelloses et des maladies communes à l'homme et aux animaux ».** — Le péril social toujours croissant des brucelloses humaines et animales rendait nécessaire la création d'un organe de centralisation des études poursuivies sans plan défini jusqu'ici par les chercheurs du monde entier (médecins, vétérinaires, hygiénistes, éleveurs, etc.). Les *Archives internationales des brucelloses*, dont la fondation avait fait l'objet d'un vœu au Congrès international d'Avignon, répondront ainsi à un réel besoin, et l'œuvre à laquelle elles s'attachent est d'un grand intérêt.

Le premier numéro est annoncé pour le 1er janvier 1938. Les personnalités et les organismes intéressés peuvent dès maintenant se mettre en rapport avec le Docteur Jos Jullien, secrétaire de la rédaction des *Archives*, à Joyeuse (Ardèche, France).

— **Ecole de podologie.** — A l'occasion du Congrès de chirurgie, une démonstration de petite chirurgie podologique (hallux valgus et orteils en marteau) et une présentation d'opérés récents et anciens, seront faites le 7 octobre, de 14 heures à 16 heures, par M. Wallet, à la clinique chirurgicale Henner, 5, rue Henner (IXe).

— **Hopital de Saint-Nazaire.** *Internat.* — Un concours pour deux places d'interne titulaire et une place d'interne suppléant aura lieu, le 20 octobre 1937, à l'hôpital de Saint-Nazaire.

Pour renseignements, s'adresser au directeur-économe de l'hôpital.

— **Naissances.** — Nous annonçons avec plaisir la naissance d'*Anne-Marie* Xardel, fille et sixième enfant de Madame et du Docteur Jacques Xardel.

Aix-en-Provence, 17 septembre 1937.

Nos sincères félicitations au Docteur Jacques Xardel et à sa belle famille médicale.

— Le Docteur et Madame Chapuis nous font part de la naissance de leur fille *Nicolle*. Diou (Allier), 16 septembre 1937.

Nos sincères compliments.

— **Nécrologie.** — On annonce la mort du Docteur François Bredier, décédé à Saint-Victurnien (Haute-Vienne), dans sa soixante et unième année.

Nous adressons au Docteur Maurice Bredier, son fils, l'expression de notre profonde et douloureuse sympathie.

— Nous apprenons la mort du Docteur Xavier Colanéri, de Paris, et celle du Docteur Chabrier, professeur honoraire du Lycée Henri IV.

— Nous avons le grand regret d'annoncer la mort du Docteur André Fasquelle, Directeur de l'Institut de vaccine, Officier de la Légion d'honneur, décédé subitement le 24 septembre 1937, à son domicile 8, rue Ballu, dans sa 70e année. Ses obsèques ont eu lieu le lundi 27 septembre, en l'Eglise de la Sainte-Trinité, au milieu d'une grande affluence de confrères et d'amis.

Le Docteur André Fasquelle, ami de toujours du *Concours Médical*, était le père de notre collaborateur, M. Robert Fasquelle Saint-Yves Ménard, interne des hôpitaux de Paris. Nous adressons à M. Robert Fasquelle, à MM. Jacques et Raymond Fasquelle et à leur famille l'expression de notre vive et profonde sympathie.

Dans notre prochain numéro, nous consacrerons un article nécrologique à notre très regretté confrère et ami.

La Ligue médicale de Défense professionnelle « **Le Sou Médical** » a deux objets principaux :

1° Tout d'abord elle garantit ses membres contre les risques de responsabilité professionnelle à concurrence d'une somme de 100.000 francs. Et cette garantie est portée à 500.000 francs pour ceux d'entre eux qui sont en même temps abonnés au *Concours Médical*.

2° En outre, elle leur donne conseils et soutien dans toutes les difficultés et les procès d'ordre professionnel.

A TRAVERS L'OFFICIEL

15 septembre

Enseignement de la médecine

Décret du 15 août 1937 portant création d'une chaire de Faculté

Art. 1er. — Il est créé une chaire d'assistance médico-sociale à la Faculté de médecine de l'Université de Paris.

Art. 2. — Cette chaire sera rétribuée intégralement sur le budget de l'Université de Paris. Elle sera supprimée si l'Université ne dispose plus des crédits nécessaires à son entretien.

Art. 3. — Le ministre de l'Education nationale et le ministre des Finances sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret.

Légion d'honneur

Sont promus ou nommés dans la Légion d'honneur, au titre du ministère de la Santé publique :

Commandeur : M. le Docteur Ertzbischoff, de Paris.

Officier : M. le Docteur Ricolfi, de Nice.

Chevaliers : MM. les Docteurs Devaux, de Vichy et Versini, de Calcatoggio (Corse).

16 SEPTEMBRE

Légion d'honneur

Est promu officier de la Légion d'honneur, au titre du ministère de la Santé publique : M. le Docteur Bonnet, de Paris.

Enseignement de la médecine

Décret du 3 septembre 1937 relatif aux traitements des assistants des Facultés

Art. 1er. — Les traitements des assistants des Facultés des sciences et des lettres pourvus d'une agrégation de l'enseignement secondaire et des assistants des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie qui ont été institués agrégés à l'issue d'un concours d'agrégation de médecine sont fixés ainsi qu'il suit :

Université de Paris

1re classe	36.000 fr.
2e classe	32.000 »
3e classe	28.000 »
4e classe	24.000 »

Universités des départements

1re classe	33.000 fr.
2e classe	29.600 »
3e classe	26.200 »
4e classe	22.800 »

Art. 2. — Les assistants satisfaisant aux conditions ci-dessus et rangés actuellement dans la 5e classe pour l'Université de Paris, dans la 5e ou la 6e classe pour les Universités des départements seront rangés à compter du 1er janvier 1937, dans la 4e classe pour Paris, dans la 4e classe pour les départements.

Art. 3. — Le ministre de l'Education nationale et le ministre des Finances sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret.

Création de chaire

Par décret en date du 11 septembre 1937, rendu sur la proposition du ministre de l'Eduction nationale, il est créé, à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes, une chaire de clinique d'urologie.

CORRESPONDANCE

MUTUALITÉ FAMILIALE

Une dame prévoyante

Mon mari m'a inscrite, nous écrit-elle, à la Mutualité Familiale pour une retraite que je toucherai à 60 ans. Ce terme est encore loin et bien des choses peuvent se passer d'ici là. Par exemple je pourrais (c'est une supposition gratuite pour le moment) divorcer. Qu'adviendrait-il de ma retraite dans ce cas-là?

— Soyez rassurée, Madame ; vous n'êtes pas, à cause de votre retraite, forcée d'endurer un mari qui aurait cessé de vous plaire. Trois alternatives s'ouvriront à vous le jour où vous aurez, je veux dire où vous auriez tranché le lien conjugal.

1° Vous pouvez continuer le versement de vos cotisations et attendre tranquillement la soixantaine;

2° Si vous avez déjà cotisé pendant au moins trois ans vous pouvez cesser les versements et vous toucherez une retraite proportionnelle ;

3° Si vous n'avez pas encore cotisé pendant trois ans, vous pouvez verser les primes jusqu'à concurrence de la troisième et vous rentrerez alors dans la catégorie précédente.

De toutes façons, vous le voyez, vos droits seront sauvegardés.

Le secrétaire général,
G. LAVALÉE.

ASSURANCES SOCIALES

6.879. — Le plafond des prestations existe toujours dans les Assurances sociales agricoles

Ci-joint la feuille de remboursement d'assurances sociales reçue par un de mes clients pour soins à sa fillette, âgée de 4 ans, pour diphtérie ; ces soins se décomposent ainsi :

Une semaine de soins, comprenant cinq injections de sérum antidiphtérique (PC n° 2 dans la nomenclature départementale) et deux visites sans sérum (les sept visites à trois kilomètres). Les remboursements se faisant sur la base de 9 fr. 60, le décompte est donc correct (à part l'oubli de l'indemnité kilométrique de 4 francs par acte, (six kilomètres parcourus).

Le décompte pharmaceutique est également exact ; mais pour quelle raison intervient l'application du plafond de 8 francs par jour ?

Je croyais le « plafond » supprimé depuis le 1er janvier 1936 (remaniement des Assurances sociales). Alors à quoi sert de parler de PC n° 2 remboursés à 19 fr. 20, et de sérums coûteux remboursés à 80 %, si une autre clause vient tout supprimer par derrière (64 francs au lieu de 183 fr. 10 sans compter les 32 francs de kilomètres oubliés).

La diphtérie est une maladie essentiellement courte et coûteuse ; mais faudra-t-il donc désormais la faire traîner sur deux ou trois semaines pour que le client puisse être remboursé ? Dr R.

Réponse

Il est exact que le nouveau régime des Assurances sociales dans le commerce et l'industrie institué par le décret-loi du 28 octobre 1935, ne comporte plus les dispositions du régime antérieur relatives au plafond journalier des prestations médicales et pharmaceutiques.

Mais il n'en va pas de même en ce qui concerne le régime des Assurances sociales dans l'agriculture, qui a fait l'objet du décret-loi du 30 octobre de la même année. Certes ce décret-loi ne prévoit pas directement l'institution d'une telle mesure ; il se borne à prévoir dans son art. 7 que les Sociétés de Secours mutuels et les sections agricoles des Caisses primaires départementales servent à leurs adhérents en cas de maladie ou de maternité , les prestations prévues par leurs statuts. Mais, d'autre part, ces statuts doivent être conformes au règlement-type établi par le ministre du Travail dans son arrêté du 3 mars 1937.

Or, aux termes de l'art. 8, parag. 3 de ce règlement-type : « Pour les maladies ne comportant ni intervention chirurgicale, ni hospitalisation, le total des frais médicaux et pharmaceutiques ne pourra excéder par journée de maladie, la somme de 8 francs au maximum ».

Toutefois, si le principe du plafond journalier est ainsi légal et si la Caisse est fondée à l'opposer, il ne saurait être appliqué dans tous les cas. Bien au contraire, l'art. 8 précité stipule formellement que cette limitation ne saurait trouver application si le déplacement du médecin est nécessaire ou si la maladie exige un traitement spécial.

En l'espèce, ces deux conditions paraissent remplies simultanément et nous pensons donc que votre client serait fondé à s'opposer à l'application de ce plafond. S'il y a contestation entre lui et sa Caisse, quant au point de savoir si la maladie exigeait un traitement spécial, le différend devrait être soumis à la Commission technique des trois médecins, par lettre recommandée adressée au Greffier du Juge de paix du domicile de l'assuré.

Lorsque la Commission technique aura rendu sa décision et si à ce moment la Caisse ne veut pas s'incliner devant ses conséquences juridiques, l'intéressé devra porter le litige devant la Commission d'arrondissement du siège de sa Caisse, par lettre recommandée adressée au Président de cette Commission, au Greffe du Tribunal civil, dans les dix jours de la notification d'une décision de refus.

6.897. — Obligation pour le médecin traitant d'avertir la Caisse après la première constatation de la maladie

1° *Le médecin est tenu d'envoyer aux Caisses*

d'assurances sociales un avis lorsqu'il donne ses soins à un assuré social assisté médical gratuit au début d'une maladie.

Supposons que la Caisse prétende n'avoir pas reçu l'avis envoyé par le médecin (faute postale, négligence de la Caisse d'assurances sociales), quel recours ce dernier a-t-il contre la Caisse qui refuse le règlement des honoraires ?

2° Lorsque le medecin refuse de faire connaître son diagnostic à l'aide d'un certificat delivré aux Caisses d'assurances sociales, dans le cas d'un malade atteint d'une invalidité de plus de 66 % faisant valoir ses droits à pension, ce refus peut-il entraîner pour le malade un inconvénient quelconque ?

Dr L.

Réponse

Il est exact qu'en vertu de l'art. 19 du décret-loi du 28 octobre 1935 sur les Assurances sociales, les médecins traitants d'assurés assistés sont obligés d'avertir la Caisse d'assurances sociales dans les trois jours suivant la première constatation médicale de la maladie, sous peine de perdre leur droit au Tarif des assurés indigents et de n'être réglés par la collectivité d'assistance qu'au Tarif de l'Assistance médicale gratuite.

Certes, cette formalité a suscité en pratique de nombreuses difficultés entre l'Administration, la Caisse et les médecins. Mais ces difficultés, qui ont même amené certains Syndicats de la région de Paris à faire la grève des formalités administratives, viennent de recevoir une solution par la Circulaire inter-ministérielle en date du 28 août 1937 parue au *Journal Officiel* du 2 septembre, page 10140. Aux termes de cette Circulaire, l'Assistance ne devant payer le médecin que si elle a été elle-même désintéressée par la Caisse, c'est le médecin qui pourrait être responsable en définitive de sa propre négligence ou du défaut de constatation dans l'accomplissement de la formalité légale. Il est donc nécessaire de lui donner le moyen de prouver qu'il a adressé en temps utile la déclaration de maladie. A cet effet, il est recommandé aux médecins d'utiliser une carte-lettre d'un modèle spécial dont les communes seront approvisionnées par les Services départementaux d'assistance. Ces cartes-lettres comporteront, en effet, trois modèles différents. Elles ne seront délivrées aux assurés assistés que si ces derniers sont en règle de leurs cotisations à l'égard des Caisses et, d'autre part, l'Administration portera sur la carte-lettre les diverses indications administratives ne laissant aux médecins que les inscriptions de nature médicale.

Le premier volet est destiné à la Caisse d'assurances ; le troisième est destiné au Service départemental d'assistance ; quant au second (volet B), il devra servir d'accusé de réception

Voir la suite page XLVII-2803

AVIS A NOS ABONNÉS

L'accroissement continuel des frais d'édition des journaux (impression, brochage, papier, poste, etc.) nous met dans l'obligation de porter notre abonnement de 60 à 70 frs.

Nous nous en excusons auprès de nos lecteurs en les priant de considérer que l'augmentation que nous leur demandons aujourd'hui est loin de correspondre aux nouvelles charges qui nous sont imposées par les événements.

LE CONSEIL DE DIRECTION.

Pour éviter les frais de recouvrement que les tarifs postaux nous obligent à porter à CINQ FRANCS nos abonnés auront intérêt à nous faire parvenir leur renouvellement au moyen de chèque bancaire, virement ou chèque postal, mandat etc., à l'expiration de leur abonnement, dont la date est indiquée chaque semaine sur la bande du journal.

PROPOS DU JOUR

Le nouveau Recteur de l'Université de Paris
M. le Professeur Roussy, doyen de la Faculté

Le Professeur Gustave ROUSSY, doyen de la Faculté de médecine de Paris, vient d'être nommé Recteur de l'Université. C'est la première fois qu'un médecin est, croyons-nous, élevé à ces hautes fonctions. Nous applaudissons sans réserve à ce choix, convaincus que M. le Professeur Roussy saura, à la tête de l'Université de Paris, mettre en œuvre les brillantes qualités d'organisateur et d'administrateur dont il a fait preuve à l'Institut du Cancer et à la Faculté de Médecine.

***

Né en Suisse d'une famille française émigrée lors de la révocation de l'Edit de Nantes, ce qui lui a permis de revendiquer la qualité de citoyen français, M. Gustave Roussy commença ses études médicales à Genève. Il vint les continuer à Paris où il devint interne des hôpitaux en 1901. Docteur en médecine en 1907, il fut successivement chef des travaux de physiologie pathologique au Collège de France, chef des travaux d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine en 1908, professeur agrégé en 1910. Il succéda au Professeur Letulle à la chaire d'anatomie pathologique.

Ses importants travaux eurent surtout pour objets le système nerveux, les glandes endocrines et le cancer.

Pendant la guerre, M. Roussy fut médecin en chef des Centres neurologiques de la Xe armée et de l'armée de Lorraine.

La direction médicale de l'hôpital départemental Paul-Brousse à Villejuif lui fut confiée. Il y fit construire et y organisa un centre anticancéreux modèle où l'outillage le plus moderne permit les recherches biologiques, le diagnostic et le traitement du cancer. Un hôpital de 150 lits avec services de radiothérapie et de curiethérapie, fut annexé à l'Institut de cancérologie.

En 1929, le Professeur Roussy fut élu membre de l'Académie de médecine.

En 1933, il fut appelé à remplacer le Professeur Balthazard au décanat de la Faculté de médecine. Les améliorations matérielles et les installations nouvelles de la vieille Ecole de médecine dont il fut l'auteur, et la réalisation de l'annexe de la Faculté sur l'emplacement de l'ancien hôpital de la Charité qui est en voie de construction, mettent encore en relief ses talents d'administrateur et d'organisateur, ce qui nous porte presque à regretter son élévation au Rectorat de l'Université qui l'éloigne de notre Faculté.

***

Nous ne saurions oublier au *Concours Médical* avec quelle bienveillance toute confraternelle M. le Professeur Roussy, nouveau doyen, voulut bien accepter de présider notre banquet, le 22 novembre 1933, et il nous fit l'honneur d'y prononcer un remarquable discours-programme sur le nouvel aménagement des Etudes médicales.

J. NOIR.



La nouvelle chaire d'Assistance médico-sociale de la Faculté de médecine de Paris

Le jeune docteur sortant de la Faculté se trouve assez désorienté le lendemain de son installation. S'il peut poser des diagnostics et prescrire des traitements, il se trouve singulièrement embarrassé quand ses clients relèvent d'une loi sociale : Assistance médicale gratuite, Assurances sociales, Pensionnés de guerre, Accidents du travail, etc... La majorité de ses clients relèvent d'une loi sociale qu'il est censé connaître mais qu'on ne lui a pas appris. Aussi est-ce avec satisfaction que nous avons annoncé (*Concours médical* du 18 avril 1937) l'adoption de la proposition de M. de Fontenay au Conseil municipal de Paris qui, de concert avec le Conseil général de la Seine, a voté les fonds nécessaires à la création d'une chaire d'Assistance médico-sociale à la Faculté. Dès le début (*Concours Médical* du 23 mai 1937) nous avons fait remarquer la difficulté de limiter le programme de cette chaire qui pourrait empiéter sur l'enseignement déjà existant de l'hygiène et de la médecine préventive, de l'hygiène et clinique de la première enfance, sur celui de la médecine légale et sur celui de la puériculture.

M. le Docteur O. CROUZON, membre de l'Académie de médecine, médecin de la Salpêtrière, organisateur et directeur de l'Ecole des Infirmières de l'Assistance publique, membre du Conseil de surveillance de l'Assistance publique, expert près des tribunaux (nous ajouterons à ces titres officiels secrétaire général de la Société d'anthropologie de Paris et trésorier de la Société de secours mutuels de femmes et enfants de médecins), M. le Docteur O. Crouzon vient d'être nommé professeur de la nouvelle chaire.

D'ailleurs les paroles de M. Fiancette au Conseil municipal lors du vote de la subvention faisait prévoir cette désignation dont nous ne pouvons que nous féliciter.

Or, nous avons eu la bonne fortune de rencontrer, il y a quelques semaines, le sympathique Docteur Crouzon et nous ne lui avons pas caché notre sentiment sur les difficultés qu'il rencontrerait pour la limitation du programme de sa chaire. Très aimablement M. O. Crouzon a bien voulu nous donner les explications suivantes :

La première proposition au Conseil municipal a été faite par M. de Fontenay le 30 novembre 1936. Il est juste de rappeler qu'en 1923 M. le Docteur Calmels, conseiller municipal, avait fait la même proposition et une généreuse donation aurait permis de la réaliser ; mais l'anonymat de l'auteur de la donation empêcha la Faculté d'accepter la proposition. Treize ans plus tard le Préfet de la Seine fit à la Faculté une proposition analogue le 17 décembre 1936. Cette dernière donna un avis favorable à la presque unanimité.

D'accord avec les professeurs de médecine légale et d'hygiène et de médecine préventive, le titre de chaire d'assistance médico-sociale fut préféré à celui de médecine sociale. Pour éviter les emprises sur les programmes des chaires déjà existantes l'enseignement du nouveau professeur portera spécialement sur l'organisation et le fonctionnement de l'Assistance publique en France et à Paris (Assistance médicale gratuite, Bureaux de bienfaisance et d'assistance, Assistance hospitalière, Assistance spéciale aux vieillards, incurables, aliénés, enfants déficients et anormaux, enfants assistés, aveugles, sourds-muets, etc.). L'assistance aux familles nombreuses, l'orientation professionnelle, l'anthropologie, les assurances sociales, les œuvres de prévoyance sociale, les assurances privées, les œuvres de mutualité, le service social, la sociologie médicale étrangère, etc., rentreront encore dans ce programme considérable qui, sans doute, s'enrichira de matières plus abondantes, débordant et de beaucoup le cadre de l'enseignement officiel déjà existant. C'est ce qui a déterminé le Conseil de l'Université de donner le 21 décembre 1936 une approbation unanime à la proposition de la Faculté.

Cela permit au Conseil municipal sur un rapport de M. Contenot de voter à l'unanimité la participation de la Ville de Paris à la création de la chaire proposée par M. de Fontenay, et au Conseil général au rapporteur M. Puech, soutenu par MM. R. Gilloin et P. Rivet d'apporter la contribution du département de la Seine.

La création de cette nouvelle chaire permettra un enseignement complet de la médecine sociale à la Faculté de Paris, étendant les enseignements déjà donnés dans les chaires de médecine légale, d'hygiène et de médecine préventive et à l'Institut de puériculture, etc... M. A. Crouzon ne se fait pas d'ailleurs d'illusions sur les difficultés de la tâche à remplir et sur l'immensité du programme de sa chaire, programme qui est appelé encore à s'enrichir dans l'avenir.

Le *Concours Médical* qui a *pendant cinquante neuf ans* étudié la médecine sociale dès son origine, souhaite au nouveau professeur le plus grand succès dans la tentative courageuse qu'il entreprend. Il espère que l'exemple de la Faculté de Paris sera suivi par les autres Facultés de médecine de France.

J. NOIR

PARTIE SCIENTIFIQUE

LES BRULURES GRAVES (1)

Par M. le Professeur agrégé MENEGAUX

Je voudrais vous montrer aujourd'hui deux malades, toutes deux en voie de guérison.

La première, âgée de 64 ans, a été brûlée le 15 mars par de l'eau bouillante. La brûlure était du second degré, elle atteignait la face dorsale du pied et du cou-de-pied. La malade a été traitée tout d'abord par de l'acide picrique, par du tannin ensuite. Elle n'est arrivée à l'hôpital Cochin qu'après huit jours environ. Actuellement, après un mois, des escarres s'éliminent encore, et les plaies sont encore loin d'être cicatrisées.

La deuxième malade s'est brûlée le 1er avril avec de l'essence ; ces brûlures qui atteignaient les deux avant-bras et les mains étaient aussi du deuxième degré. Nous les avons traitées par l'absence complète de pansements. Au quinzième jour, la malade, comme vous le voyez, est complètement cicatrisée, et elle quitte l'hôpital.

Ces deux malades vous montrent d'une manière frappante, les avantages considérables de l'absence de pansement. Pourtant, dans le traitement des brûlures, ce n'est pas toujours le traitement local qui est le plus important, mais celui des accidents généraux qu'elles peuvent entraîner. Vous savez leur gravité, et, pour les constater d'une manière concrète, je vous prie d'aller tout à l'heure, regarder la malheureuse qui est salle Lorin ; cette femme, depuis quelques jours dans le service, est atteinte de brûlures étendues et est dans un état très précaire.

Dans la classification actuelle des brûlures, seuls doivent subsister les trois premiers degrés décrits par Dupuytren.

Le premier degré est une lésion superficielle, sans destruction cellulaire : c'est *l'érythème*.

Le deuxième degré est une brûlure qui s'accompagne de décollement de la couche cornée sur la couche de Malpighi, par conséquent avec formation de phlyctènes : c'est la *vésication*.

Le troisième degré est caractérisé par l'existence de destruction de l'épiderme avec plus ou moins grande atteinte du derme ; c'est *l'escarrification*.

En réalité, chez un brûlé quelconque, il y a association de lésions des trois degrés. Ainsi, dans une brûlure au fer rouge, le centre est atteint d'escarrification ; autour se trouvent des phlyctènes et à la périphérie une zone d'érythème.

La *gravité de la brûlure* n'est pas en rapport avec sa profondeur ; elle dépend de son étendue par rapport à la totalité de la surface du corps. On a fait des études expérimentales pour savoir quelle étendue brûlée était compatible avec la survie. On est arrivé aux résultats suivants :

Quand la surface brûlée égale 50 % de la surface du corps, la brûlure est mortelle.

Quand la surface brûlée varie entre 20 et 30 %, le pronostic est douteux, mais doit être réservé.

Quand elle est inférieure à 20 %, la survie peut être assurée. Chez l'enfant, il faut diviser ces chiffres par deux. En effet, chez lui, *la gravité* de la brûlure est plus grande, car la surface du corps est plus grande par unité de volume. Ces chiffres n'ont pas d'ailleurs une valeur absolue.

Avant de vous décrire les accidents généraux que présentent les grands brûlés, il convient que vous connaissiez, au moins sommairement, l'évolution générale des brûlures.

La brûlure du 1er degré s'accompagnant de chaleur et de rougeur, évolue vers la desquamation : celle-ci apparaît au bout de quelques jours, et la guérison est obtenue très facilement. Dans les lésions du 2e degré, les phlyctènes crèvent spontanément ou non ; elles laissent s'écouler de la sérosité, puis la cicatrisation se fait. L'escarre de la brûlure du 3e degré se limite, tombe, et la guérison se fait par cicatrisation secondaire.

Dans ces deux dernières formes, la cicatrisation est plus ou moins rapide, car elle peut être troublée par des accidents inflammatoires secondaires. La cicatrice elle-même peut être chéloïdienne, désastreuse au point de vue esthétique. Elle peut entraîner une symphyse ; dans les brûlures concomitantes du bras et du thorax par exemple, le bras peut rester collé au thorax. A un moindre degré, elle peut former des brides gênantes. Tous ces points mériteraient une étude approfondie. Je veux m'en tenir aux accidents généraux des brûlés, qui présentent une gravité considérable.

ACCIDENTS GÉNÉRAUX DES BRULURES

Il est constant que l'on observe, immédiatement après une brûlure d'une certaine étendue,

(1) Leçon faite à la Clinique chirurgicale de l'hôpital Cochin, le 15 avril 1937, recueillie par Mme le Docteur SJOBERG.

des *symptômes de choc*, avec pâleur, pouls petit, hypothermie, parfois même collapsus. Assez rapidement, le blessé une fois mis au repos et réchauffé, ce choc diminue d'intensité ; la face se recolore ; le pouls devient mieux frappé.

C'est assez progressivement, en quelques heures, qu'apparaissent alors les symptômes d'intoxication, qui vont peu à peu s'aggraver. Si vous voulez les schématiser, vous pouvez dire qu'ils atteignent tous les appareils : L'appareil respiratoire : dyspnée. — L'appareil circulatoire : tachycardie, arythmie. — L'appareil digestif : diarrhée, vomissement. — L'appareil urinaire : oligurie pouvant aller jusqu'à l'anurie, albuminurie, hématurie. — L'appareil nerveux : prostration ou agitation.

Si le malade doit survivre, les accidents disparaissent peu à peu, et l'état général s'améliore.

A quelles lésions sont dus ces accidents ?

Pour répondre à cette question, nous disposons des résultats des autopsies et des analyses des différents liquides organiques. On a ainsi constaté que, d'une manière générale, toutes les lésions des différents systèmes sont des lésions de congestion, pouvant aller jusqu'à la thrombose. La muqueuse digestive congestionnée explique les vomissements et la diarrhée. Les thromboses expliquent les hématémèses et les ulcérations duodénales, si fréquentes chez les grands brûlés. Le rein est congestionné et thrombosé : les urines renferment de l'albumine et du sang. La rate, le cerveau, présentent les mêmes lésions de congestion . La surrénale est peut-être plus atteinte que les autres organes ; l'hypotension marquée en est la conséquence. Enfin, il est prouvé que le système réticulo-endothélial qui comprend la moelle des os, la rate, les ganglions lymphatiques, une partie du foie, est touché.

Le sang présente des lésions très importantes chez les grands brûlés. Tout d'abord, il est hypervisqueux, et plus concentré qu'à l'état normal. Sa teneur en *hémoglobine* est augmentée, cette augmentation qui peut être mesurée, conditionne le pronostic . Si on considère le chiffre 100 comme le chiffre normal, on peut dire qu'à 140 d'hémoglobine, le malade mourra, tandis qu'à 120 d'hémoglobine par exemple, le malade peut survivre. Les *altérations globulaires* sont constantes, l'hyperglobulie en particulier. Lorsque le nombre des globules rouges atteint neuf millions, les chances de survie sont bien minimes.

De même, il existe une certaine leucocytose, avec polynucléose. Parfois, on remarque une éosinophilie ; elle serait d'un bon pronostic.

Les modifications de la composition chimique du sang sont les plus importantes. Il y a tout d'abord, *hyperglycémie* et *hypochlorurémie*. Aussi doit-on lutter contre cette déficience des chlorures, en injectant des solutions salées hypertoniques. L'hypochlorurémie est à peu près proportionnelle à l'étendue de la brûlure. Elle n'apparaît que vers la douzième heure ; elle s'accompagne toujours d'hypochlorurie (Davidson). L'azote a son métabolisme troublé. Dans le sang se trouvent des composés azotés nombreux : albumines, globulines, urée, polypeptides. Il y a toujours augmentation de ces corps dans le sang, d'où l'*hyperazotémie* et l'*hyperpolypeptidémie*. L'*hyperazotémie* a surtout été étudiée par Davidson. Elle n'est jamais très forte ; elle atteint son maximum entre la 24e et la 48e heure qui suit la brûlure. Elle décroît progressivement dans les cas favorables pour retomber à la normale vers le 8e ou le 10e jour ; elle reste, au contraire, élevée dans les cas défavorables.

La notion de l'*hyperpolypeptidémie* est plus récente. Elle a été mise en relief surtout par P. Duval et Goiffon, et par leur élève Rudler. Les polypeptides, produits de désintégration des albumines, sont des substances toxiques, normalement détruites par le foie et éliminées par le rein. Leur taux normal dans le sang est de 15 à 20 milligr. par litre.

Après une brûlure grave, leur taux peut monter à 30, 40 centigrammes ou plus. D'après Rudler, l'hyperpolypeptidémie apparaît très précocement : elle est déjà sensible 5 à 6 heures après la brûlure. Sa recherche est donc d'un intérêt capital. De plus, la comparaison de son chiffre avec celui de l'urée sanguine permet, jusqu'à un certain point, d'établir un pronostic. En effet, une hyperpolypeptidémie élevée, coïncidant avec une hyperazotémie élevée, indique que le foie fonctionne convenablement ; le cas est favorable. Le cas contraire, hyperpolypeptidémie élevée avec azotémie voisine de la normale, est, à l'inverse, d'un très mauvais pronostic. Enfin, pour en terminer avec ces altérations sanguines, il convient que je vous signale l'existence constante de *modifications de l'acidité du sang*, toujours dans le sens de l'acidose, avec diminution de la réserve alcaline.

Quelle est maintenant LA PATHOGÉNIE de ces accidents. L'étude précédente va nous permettre de répondre à cette question. Je passerai rapidement sur les théories anciennes :

1° *Théorie nerveuse*, soutenue par Dupuytren, puis Sonnenburg. Elle contient une part de vérité. Cependant, l'action du système nerveux est faible, puisque les accidents se produisent expérimentalement lorsqu'on a coupé les nerfs de la patte brûlée d'un animal (Kotzareff) ou que la brûlure a été faite sous anesthésie (Rudler).

2° *Théorie cutanée*. Elle n'a guère de valeur, aussi bien lorsqu'on invoque la suppression de la fonction respiratoire (?) que celle de la fonction excrétrice de la peau.

Il est à l'heure actuelle prouvé que les accidents généraux des brûlés sont dus à une *intoxi-*

cation de l'organisme *par les produits de désintégration* des tissus atteints par la brûlure.

Déjà Boyer et Guiraud avaient démontré la toxicité des urines. Vogt, Vicarrezza ont mis en évidence la toxicité du sang par des expériences de parabiose. C'est surtout à Kotzareff (1922) que revient le mérite d'avoir apporté la preuve expérimentale de la toxicité du sang des brûlés ; cet auteur a démontré que la pose d'un garrot en amont de la brûlure, ralentit la production des accidents, que la ligature des vaisseaux à la racine du membre la rend plus tardive, que l'amputation de la patte brûlée la supprime, enfin que le sérum de brûlé a une action antitoxique.

Enfin, il convient de signaler que l'ensemble des analyses, dont je vous ai tout à l'heure donné le détail, montre à l'évidence l'existence d'une intoxication grave de l'organisme.

Le fait initial est la production d'albumoses toxiques par désintégration des tissus ; celles-ci sont reprises par le torrent circulatoire et répandues dans tout l'organisme, d'où l'hyperpolypeptidémie. Les chlorures sont alors appelés vers les tissus pour lutter contre cette intoxication, d'où l'hypochlorurémie et l'hypochlorurie.

Il résulte de cette pathogénie des accidents généraux des brûlures des déductions thérapeutiques de la plus haute importance. Je vous les développerai tout à l'heure.

Traitement des brulures

Il convient d'envisager successivement le traitement local et le traitement général.

En ce qui concerne le *traitement local*, il ne faut pas oublier que les pansements sont toujours douloureux, qu'ils favorisent l'intoxication, et qu'ils gênent la réparation, par les minuscules traumatismes dont ils sont accompagnés.

Aussi faut-il délibérément rejeter les pansements au sérum, à l'acide picrique, etc... Les corps gras peuvent être employés (tulle gras, huile goménolée, etc.), si la brûlure est de petite étendue et qu'elle demande à être traitée par un traitement ambulatoire. Dans tous les autres cas, c'est encore l'*absence de pansement* qui constitue la meilleure thérapeutique, comme nous l'ont appris les travaux de Patel (de Lyon) et de Pierre Duval. Recouverte et protégée des souillures extérieures par des champs ou draps stériles, la brûlure se dessèche rapidement ; des croûtes se forment, qu'avec patience il faut enlever. On obtient ainsi une cicatrisation rapide, beaucoup plus rapide que par les autres modes de traitement, comme vous avez pu en juger tout à l'heure par l'exemple que je vous ai présenté.

On peut encore faire mieux, tout au moins pour les brûlures étendues, et lorsqu'aucun traitement, en particulier aucun pansement gras, n'a *été appliqué, par le tannage. Le but de la* méthode, préconisée surtout par Davidson en Amérique, est de fixer les tissus désintégrés et d'en faire une carapace protectrice ; on diminue ainsi l'intoxication générale et les risques d'infection.

On emploie une solution fraîche de 2 à 2,5 % d'acide tannique, ramenée au pH des tissus par une addition de bicarbonate de soude. Avec des compresses ou des pulvérisations faites toutes les heures ou toutes les deux heures, on obtient le tannage de la brûlure en 12 ou 24 heures.

Les résultats de cette méthode sont excellents. Je n'en veux pour preuves que quelques statistiques américaines ou anglaises ; dans l'une d'elles, la mortalité a baissé de 28 à 15 %, dans une autre de 26 à 12 %, dans une troisième de 30 à 2,5 %, dans une dernière enfin, de 25 à 6 % par l'emploi du tannage. Bien entendu, le tannage n'exclut nullement la prévention locale et générale de l'infection, par le nettoyage minutieux des téguments autour de la brûlure et par l'administration de sérum antitétanique : on connaît, en effet, la fréquence du tétanos chez les brûlés.

Le traitement général cherche avant toute autre chose à lutter contre l'intoxication. Soutenir le cœur, réhydrater l'organisme, lui fournir des chlorures, telles sont les principales indications à remplir. On utilise pour cela des médications diverses, dont le *sérum salé hypertonique*, administré par voie veineuse toutes les trois heures, est sans contredit un des plus efficaces.

Le sérum de convalescent sera employé, si vous pouvez en avoir à votre disposition

La transfusion sanguine est une excellente thérapeutique. Faites plusieurs jours de suite à de petites doses, elle apporte à l'organisme de nouveaux moyens de lutte contre l'intoxication, elle stimule de plus l'hématopoïèse. Il serait logique d'utiliser l'immuno-transfusion ; elle n'a jamais été, que je sache, encore pratiquée.

En pratique, devant une brûlure d'une certaine étendue, la première indication est de calmer la douleur (morphine) et de réchauffer le blessé (lit, cage chauffante, etc.). Une fois la période de choc initial terminée, et seulement à ce moment, vous procèderez au déshabillage et au nettoyage. Vous prendrez connaissance des lésions, de leur importance, de leur étendue, de leur topographie, et vous commencerez immédiatement le tannage. Un examen rapide du sang (taux de l'hémoglobine) vous apprendra la valeur de la concentration sanguine. Dès ce moment, une injection intra-veineuse massive de sérum salé pourra être faite. Les jours suivants, il vous sera loisible de traiter les lésions locales, de faire faire des examens de sang et d'urines en série pour mesurer l'importance de l'intoxication et de mettre ainsi en œuvre une thérapeutique efficacement adaptée.

LA CLINIQUE OTOLOGIQUE AU GOUT DU JOUR

L'évidement pétro-mastoïdien, excellente opération grâce à une bonne technique

D'après le Docteur G. Liébault, de Quimper (1)

Comment en comprendre la technique opératoire et les pansements

Dans l'exposé de cette question, il est fait table rase des indications de l'évidement, qui restent fonction des tendances de chacun ; sont exceptés aussi les cas d'urgence, où ne peut subsister aucun doute sur la nécessité de l'intervention.

L'auteur a basé son étude sur les observations, qu'il a pu faire au cours de vingt années de pratique ; nous les reproduirons presque dans leur intégralité.

En ce qui concerne l'*évidement total,* il a semblé pendant longtemps que la technique par voie externe était la seule applicable. Mais une nouvelle orientation s'est faite, et la voie canaliculaire d'évidement par le conduit a pris droit de cité.

La chirurgie à ciel ouvert est cependant préférable à la chirurgie obscure. Il est possible que par la voie du conduit, on ait une vision convenable de la mastoïde, de la caisse et des lésions de ces cavités, mais cette vision sera généralement réduite par voie externe. On sera toujours moins bien armé dans ce couloir, malgré tout étroit, contre un incident telle l'ouverture accidentelle du sinus, que si on opère par l'extérieur. Si des lésions imprévues mènent plus loin qu'on ne pensait, on se privera par exemple de la possibilité d'une contre-incision postérieure, permettant d'explorer la région occipitale. Or, y a-t-il un opérateur qui soit certain de ne pas rencontrer ces lésions, insoupçonnées jusqu'au moment de l'opération ?

L'esthétique ultérieure est vraiment peu de chose, surtout si l'incision externe a été faite curviligne dans le sillon rétro-auriculaire, et si la suture de la plaie a été immédiate et totale ; or, à ce sujet, tous les opérateurs sont d'accord : un évidemment pétro-mastoïdien se ferme et se réunit par première intention.

Reste enfin la *durée des pansements.* Elle constituait jusqu'à présent, le meilleur argument en faveur de l'évidement par le conduit. Mais la façon, dont l'auteur pratique actuellement les pansements, et qui sera décrite plus loin, réduit considérablement cet avantage : ceux-ci ne seront désormais pas plus nombreux que s'ils étaient faits par la voie du conduit ; leur durée devient donc aussi restreinte dans un cas que dans l'autre.

Sur *la technique proprement dite de l'évidement,* tout le monde est d'accord pour chercher à obtenir une cavité large, mais avec abrasion maxima du massif facial. On doit nsister seulement sur l'importance à faire un nettoyage minutieux de la cavité de la caisse. En particulier, l'orifice de la trompe demande toute l'attention, car son nettoyage avec une curette fine donne souvent la clé du succès opératoire, en provoquant la formation d'adhérences cicatricielles, qui ferment définitivement cet orifice.

L'emploi large du chlorure de zinc à 1/10e, constitue le moyen le plus efficace pour détacher des fongosités par un écouvillonnage de tous les recoins, que l'on pratique plusieurs fois pendant l'intervention. Jamais l'auteur n'a constaté le moindre inconvénient à son emploi ; jamais, il n'a vu la nécrose osseuse, qui a été parfois signalée, et dont la crainte rend timides ceux qui n'ont pas l'habitude de l'employer.

Quant à l'exécution de la plastique, il faut préférer la technique de Moure, car elle donne un jour net et une vision bien axiale de la cavité. D'autres sont certes aussi bonnes, pourvu qu'elles respectent la plus grande partie de la conque. Il est évident que les plastiques larges, qui suppriment la presque totalité de la conque, rendent le travail de cicatrisation plus facile et sa surveillance plus commode ; mais elles sont inesthétiques, et surtout elles entrent pour une certaine part dans le *mauvais résultat de l'audition après l'évidement.* La conservation de la conque permet, en effet, de constituer, par une cavité opératoire plus creuse, une sorte de caisse de résonnance pour les sons : ce qui contribue à une meilleure audition ultérieure. De plus, une oreille évidée avec conservation de la conque, est à peine différente esthétiquement d'une oreille qui n'a pas été opérée.

Quant aux *pansements,* il faut savoir qu'ils constituent le point le plus délicat de l'opération.

On estimait jadis qu'un évidement correctement pansé devait être tamponné minutieuse-

(1) *Gazette médicale de Nantes,* mai 1937.

ment, et cela pendant longtemps. Pour arriver au résultat désiré, on s'astreignait à placer soigneusement, toutes les quarante-huit heures dans la cavité une mèche iodoformée, vioformée ou ektoganée, etc., en la tassant méticuleusement et avec ordre : caisse, aditus, antre, mastoïde. La conservation intégrale de la cavité opératoire était un dogme intangible, et l'on pensait que ce tassement était nécessaire, car il s'opposait au bourgeonnement. Aucun soin méticuleux ne rebutait, une propreté scrupuleuse était indispensable. Chaque recoin de la cavité était exploré, nettoyé, puis mêché.

Et malgré cela, que de bourgeonnements, traités par le chlorure de zinc ou le nitrate d'argent : la cavité en était largement badigeonnée, presque à chaque pansement. Souvent, rien n'y faisait, et plus on soignait cette cavité, plus l'épidermisation était difficile à obtenir. C'est que le tamponnement systématique serré contrariait la réparation en favorisant un processus de bourgeonnement. De plus, le caustique appliqué sur l'épiderme naissant détruisait cette mince pellicule, et tout était à refaire.

Peu à peu, les idées ont évolué ; le méchage de la cavité, actuellement, est à peu près abandonné. Beaucoup d'auteurs lui ont préféré des poudres, des pâtes, des corps gras où encore des greffes. Le Docteur Liébault a donné longtemps la préférence à l'ambrine. Le progrès était appréciable, car cette méthode permettait d'obtenir, douze à quinze jours après l'opération, une cavité indolore recouverte d'une mince pellicule d'épiderme naissant. C'est à cette époque également qu'il a réduit l'emploi du caustique, se contentant d'applications très imitées, et arrivant peu à peu à toucher le moins possible l'intérieur de la cavité. Tout allait aussi bien ; au bout de douze à quatorze jours, la plaie rétro-auriculaire étant guérie, l'opéré quittait la Clinique sans pansement, ni externe, ni interne, changeant seulement le coton placé à l'orifice du méat aussi souvent que c'était nécessaire.

Depuis un an ou deux, nouvelle simplification et suppression de l'ambrine, de tout pansement intérieur, lavages ou autres : les résultats sont aussi satisfaisants.

Actuellement, voici comment il faut pratiquer les pansements d'un évidé.

La mèche mise dans la cavité au moment de l'opération, mèche au vioforme non tassée, est enlevée progressivement en six jours. Le premier pansement est fait au bout de quarante-huit heures : levée du pansement externe, toilette de la région péri-auriculaire, ablation d'une petite partie de la mèche, juste ce qui affleure au conduit et adhère légèrement à la plaie.

Tout cela est fait doucement, à bout de pince en quelques minutes, et à peu près sans douleur.

Quarante-huit heures après, même pansement en enlevant un peu plus de la mèche ; à ce moment la plaie du nouveau méat a souvent tendance à bourgeonner un peu, un porte-coton petit imbibé de chlorure de zinc à 1/10e la touche légèrement et la régularise.

Quarante-huit heures après, même technique encore ; la fin de la mèche vient facilement : en tirant doucement, on la détache du fond de la cavité, une légère douleur un peu aiguë se produit pendant quelques secondes, mais ne dure pas. Inutile d'éponger le sang qui peut se coaguler dans le fond. On place seulement un coton au méat, on enlève les fils postérieurs et on met encore pour vingt-quatre heures un pansement externe.

Le lendemain : levée de ce pansement, nettoyage de l'entrée du méat et surveillance du bourgeonnement possible à ce niveau ; ceci est très important, car c'est souvent de là que part la prolifération intra-cavitaire.

Le malade, sans pansement externe dans la journée, en met un le soir pour éviter le frottement du drap sur l'oreille pendant le sommeil. Il rentre chez lui du neuvième au dixième jour sans pansement externe, avec toute l'apparence de la guérison.

Toutefois, il n'est pas guéri ; il a besoin de surveillance pendant un certain temps, et encore sa durée est-elle très variable : deux, trois ou huit jours ; les malades ont pour unique consigne de maintenir leur oreille propre à l'extérieur, et de changer le coton du méat aussi souvent que c'est nécessaire. Au bout d'une semaine, la cavité d'évidement a une surface rosée légèrement humide. On peut à ce stade l'éponger et l'assécher doucement ; on constate parfois une certaine tendance au bourgeonnement, ou plutôt à l'épaississement de la surface de revêtement de l'os ; mais il ne faut pas céder à la tentation de réduire cette prolifération diffuse ; seul, un bourgeonnement bien localisé doit être attaqué avec un porte-coton petit, discrètement imbibé de chlorure de zinc, qui le touche, le frotte légèrement, au besoin le détache, mais évite la diffusion du liquide sur les parties voisines. Peu à peu, l'épidermisation progresse comme avec les anciennes méthodes, le malade espace ses visites et reprend sa vie normale.

Avec une semblable méthode de traitement, les pansements sont très simples et indolores. Quant à la cavité, comme auparavant, certaines s'épidermisent plus facilement que d'autres, sans que nous sachions pourquoi ; d'autres ont tendance à combler. En général, la partie mastoïdienne se rétrécit et même se comble ; cela n'a pas d'inconvénients ; l'essentiel, c'est qu'il ne se forme pas de diaphragme cachant des clapiers non cicatrisés.

En résumé, l'évidement pansé de cette façon apparaît sous un jour absolument différent ; l'opération est l'acte le plus important, les pansements ne deviennent que secondaires ; ils ne constituent plus l'acte principal, dont dépendait autrefois le succès de l'intervention.

***

Les heureux résultats que l'on peut obtenir dans ces conditions

En utilisant cette technique, l'évidement pétro-mastoïdien, très en vogue autrefois, puis un peu abandonné, doit constituer une excellente opération.

Une oreille évidée est, en effet, une oreille guérie ; car le seul argument, qui permette de proposer l'intervention, c'est le danger que font courir à tout malade l'infection et la suppuration de son oreille. Or, un évidement fait correctement, supprime complètement l'ostéite causée par l'infection, donc fait disparaître les dangers d'envahissement progressif du labyrinthe et des méninges et, par conséquent, donne la sécurité. Même s'il persiste un suintement ultérieur, nous savons qu'il y a une barrière de tissu cicatriciel entre ce suintement et les méninges.

Si, cependant, dans quelques cas, l'écoulement *persiste, c'est qu'il est produit* par une continuation de la suppuration initiale ; la faute n'en est pas alors à l'opération, mais à l'opérateur qui a fait une intervention incomplète.

D'autres fois, il est dû à un bourgeonnement plus ou moins important, soit localisé en un ou plusieurs points, soit occupant une surfac assez étendue, particulièrement la face postérieure de la conque ; un peu de persévérance et surtout de patience, en évitant le prurit de cautérisation, arrive à tout faire rentrer dans l'ordre.

Enfin, le plus souvent, la cavité paraît s'épidermiser normalement ; elle est sèche presque partout, sauf dans le fond de la caisse où un suintement, venant manifestement de la trompe, empêche l'épidermisation à ce niveau.

Voici le grand reproche fait à l'évidement : le malade croyait être débarrassé de sa suppuration, et son oreille continue à couler. Cela, cependant, ne veut pas dire que l'intervention n'a pas rempli son but ; il n'y a là qu'un écoulement muqueux par un orifice tubaire resté perméable ; ce n'est qu'une petite infirmité post-opératoire ; ce n'est pas une continuation, et à plus forte raison une récidive de l'infection, qui a motivé l'opération.

L'idéal serait évidemment d'éviter cette séquelle ; malheureusement, tout a été préconisé et essayé, sans un résultat certain ; certains orifices tubaires se ferment facilement, d'autres restent perméables quoique on fasse. En tout cas, cette perméabilité n'est pas grave, et elle ne constitue aucun danger pour l'avenir ; on ne peut en dire autant au même titre d'une oreille, que l'on n'a pas voulu évider, par crainte de la persistance de cet écoulement tubaire.

Une oreille évidée n'est pas sourde ; elle entend souvent mieux, et en tout cas pas plus mal qu'auparavant.

Il est certain que cette considération ne doit pas entrer en ligne de compte pour la décision opératoire, et qu'il ne faut rien promettre auparavant : on évide une oreille moyenne parce qu'elle suppure, et non pour améliorer l'audition.

Deux facteurs paraissent intervenir sur l'audition après l'évidement :

a) D'abord, un bon nettoyage de la cavité et une conservation la plus complète possible de cette cavité à la période de cicatrisation. Il est bien évident que, si elle se comble entièrement des tissus cicatriciels, la transmission des sons sera impossible, et pratiquement l'audition sera nulle ;

b) Mais aussi, la conservation de la conque : celle-ci fermant en avant la cavité d'évidement, les sons peuvent encore trouver à l'intérieur une sorte de boîte de résonance favorable à l'audition. D'ailleurs, avec un orifice petit, il est encore possible de placer ultérieurement un tympan artificiel ; chez certains évidés, une simple lamelle de coton imbibée de glycérine, et placée d'une certaine façon, améliore considérablement l'audition ; mais bien entendu cela n'est possible que lorsque la cavité d'évidement est complètement sèche.

***

En résumé

Après vingt ans de pratique fidèle de l'évidement pétro-mastoïdien, le Docteur Liébault « reste partisan convaincu de cette intervention, surtout depuis que la suppression totale des pansements, douloureux et indéfinis, permet au malade de reprendre progressivement ses occupations au bout d'une quinzaine de jours au maximum. En se soumettant à une surveillance intermittente, il acquiert la sécurité pour l'avenir, tout en ayant parfois la possibilité d'obtenir une amélioration de son audition ».

G. Fischer.

LA CHIMIOTHÉRAPIE ET LA VACCINOTHÉRAPIE DE LA BLENNORRHAGIE CHEZ L'HOMME (1)

Par le Docteur Louis GERSON
Assistant à l'Hôpital Saint-Louis

Pour beaucoup de médecins, il s'agit là d'un de ces domaines mystérieux où, comme les anciens cartographes, on pourrait écrire « désert » ou « terra ignota ». La réalité est plus simple, très facile à comprendre si l'on veut bien se donner la peine de poser correctement les données du problème.

D'abord, pourquoi recourir à des traitements aussi aléatoires pour ne pas dire davantage, quand la méthode de Janet offre de si beaux résultats ? Pour le comprendre, il faut passer en revue l'histoire de la blennorrhagie.

La blennorrhagie a une histoire divisée en trois parties : avant Janet, avec Janet, après Janet, ceci bien que Janet soit toujours vivant et sa méthode toujours debout.

Avant Janet, le traitement de la blennorrhagie ne reposait sur aucune base systématique. Depuis les Pharaons, on fait des injection uréthrales, et Ricord porta cette méthode à son apogée avec l'injection aux trois sulfates. L'usage de la seringue, ce qui n'est pas sans humour, fut d'ailleurs perfectionné par Janet. Mais avant lui les solutions concentrées, le nitrate d'argent avec tous ses méfaits, régnaient en maître.

Nombre de médecins employaient plus volontiers la *méthode du laisser-couler*. Dans ce cas, l'affection évoluait en trois périodes :

1° Période de laisser-couler proprement dite, durant quinze jours à trois semaines où on administrait des boissons abondantes et émollientes ainsi que des alcalins en quantité ;

2° Période d'emploi des balsamiques, dont l'apparition de l' « écoulement filant » marquait le début. L'emploi de tous les opiats était licite, dût l'estomac en desquamer.

3° Période dite de guérison et, en réalité, d'évolution fréquente vers le rétrécissement. Cette période était coupée d'intermèdes uréthraux, prostatiques ou même épididymaires.

De tout cela, on peut retenir une chose : c'est l'action des produits balsamiques par la voie buccale sur l'abondance de la sécrétion urétrale.

Avec Janet tout changea. Il posa de grands principes, desquels toute méthode doit, encore à l'heure actuelle, procéder :

1° L'urèthre a une muqueuse cylindrique résistant bien au gonocoque et mal aux antiseptiques. Il ne faut pas la détruire, car elle serait remplacée par un épithélium plat dont les tendances sont inverses ;

2° L'organisme et non le médicament tue le microbe. On ne doit donc pas le gêner, mais bien l'aider.

D'où suit toute une série de déductions :

a) Ne traiter que les zones malades ;

b) Traiter toutes les zones malades, d'où la nécessité du grand lavage et celle de la recherche des foyers d'infection.

c) N'employer que des doses faibles et inversement proportionnelles à l'inflammation.

d) Ne pas attendre la constitution des foyers profonds, facteurs de rétrécissements, d'où la nécessité de traiter *immédiatement toutes* les zones malades.

Le progrès fait par Janet se traduit bien plus par une diminution dans la gravité que dans la durée de la blennorrhagie. Les gonococcies traitées par sa méthode évoluent un peu plus vite, mais surtout beaucoup plus favorablement. Enfin, la création géniale des tests de guérison, des *preuves*, comme dit Janet, permet d'éviter l'évolution vers le rétrécissement ou la blennorrhagie chronique.

Cette méthode est cependant *imparfaite* :

En ville : par le doigté qu'elle exige ; par la *longueur du traitement, surtout en cas de foyers* extra-muqueux ; par l'assiduité imposée au malade.

A l'hôpital ou dans les collectivités : par l'assiduité dont le contrôle est difficile ; par l'abondance du matériel et du personnel qu'elle exige ; par la difficulté de maintenir propre une salle de lavages collectifs ; par la difficulté du dépistage des cas compliqués et des foyers d'infection.

Aussi a-t-on pensé à utiliser des méthodes basées sur des principes tout différents et avant tout à celles qui dérivent des deux grands groupes de thérapeutique anti-infectieuse :

— La vaccinothérapie,

— La chimiothérapie.

A) La vaccinothérapie

I. Sur quels principes repose la vaccinothérapie de la blennorrhagie ?

1° La gonococcie urétrale est une maladie générale et non pas seulement locale :

la fièvre n'y est pas exceptionnelle ;

il y a fréquemment gonococcémie dont la manifestation la plus bénigne est le rhumatisme ;

(1) Travail du Service d'urologie de l'Hôpital Saint-Louis (Docteur R. GOUVERNEUR).

on peut déceler la présence d'anticorps spécifiques dans le sérum sanguin (gono-réaction) ;

enfin, l'évolution de l'intradermo-réaction démontre l'existence d'une réaction générale (Gaté, Grimberg).

2° L'immunité existe dans la blennorrhagie :

il existe des individus immuns ;

on observe des formes abortives, ou écourtées par un accès fébrile (orchite) ;

la blennorrhagie revêt souvent une forme bénigne chez les anciens blennorrhagiques.

D'où la pensée de créer cette immunité par des moyens bien réglés. On pensa donc avoir recours à la vaccination. Pour comprendre ses modalités, il faut se souvenir de ce qu'est un vaccin.

II. Principes généraux de la vaccinothérapie

Laissons de côté la vaccine que l'on voit trop souvent rapprocher des vaccins alors que c'est une méthode toute différente.

Pasteur a créé la vaccination en établissant la double possibilité :

— d'atténuer des virus, et

— de mithridatiser progressivement l'organisme avec des substances de virulence croissante.

Seuls certains virus ou certaines bactéries *semblent pouvoir être utilisés de la sorte* jusqu'à présent : le type en est la vaccination antirabique ou anticharbonneuse.

Wright a utilisé pour les cocci et les bacilles les *vaccins*, constitués par des microbes morts en suspension dans l'eau. Cette méthode présente sur la précédente un avantage de facilité d'exécution.

De toutes manières, *la vaccinothérapie vise à créer dans l'organisme une immunité active ou autogène en obligeant l'organisme à fabriquer une quantité suffisante d'anticorps spécifiques*. Par là, cette méthode s'oppose à *la sérothérapie qui est l'apport de quantités limitées d'anticorps spécifiques hétérogènes*. La sérothérapie est une méthode de vitesse, la vaccinothérapie une méthode de fond.

Quelle est l'idée qu'on doit se faire de l'emploi des vaccins par corps microbiens ? *Dans l'ensemble, c'est un échec* : *Pasteur a raison contre Wright*.

Aussi a-t-on cherché *à perfectionner les vaccins* : on a tué les microbes par l'iode, le formol. On a mis les solutions en milieu fluoré ou magnésié. On a même créé des vaccins contenant uniquement des toxines chauffées (filtrats-vaccins). On a mélangé les deux précédents (technique de Jaubert, de Ronchèse). On a créé des autovaccins par opposition aux précédents, dits stock-vaccins. Enfin, on en est venu à des toxines modifiées (anatoxine) ou neutralisées, voire même hyperneutralisées (J. Renault) (1).

Qu'a-t-on obtenu de tous ces vaccins ? Un succès relatif dans les maladies à bacilles (antityphique par exemple) ; un échec dans les maladies à cocci (antistaphylococcique par exemple), où il a fallu attendre l'apparition des anatoxines pour obtenir un résultat à vrai dire inconstant.

On pourra s'étonner de ce que nous donnions le vaccin antistaphylococcique de type classique comme un exemple d'échec. Nous croyons cependant que le pourcentage de succès dépasse de peu les guérisons spontanées. Cette impression est formelle pour les auto-vaccins. Elle l'est moins pour les stock-vaccins, qui ont une action protéinothérapique souvent très nette. Avec Tzanck, nous séparons nettement la vaccination, réalisable avec certitude, de la vaccinothérapie qui est surtout une protéinothérapie. Nous pensons que c'est une chimère que de vouloir créer avec des microbes morts une immunité que l'organisme ne peut constituer en face des mêmes microbes vivants.

Autrement dit, *la vaccination par vaccins microbiens est mise en échec dans les affections non spontanément immunisantes.*

III. Application de ces notions à la blennorrhagie

1° Des vaccins de type Wright ou, si l'on préfère, du type Chantemesse-Widal. Tel le vaccin de l'Institut Pasteur. Ces vaccins sont des émulsions de corps microbiens stérilisés par la chaleur. Ce sont des vaccins de richesse *moyenne* (« vaccins à milliards »).

On peut rapprocher les vaccins iodés des vaccins fluorés qui sont, pour la plupart, des vaccins moins riches (« vaccins à millions »). Tel le néo-Dmesta.

Ces vaccins ont été récemment complétés par l'apparition de vaccins très concentrés, dont le type est le vaccin de Demonchy (« vaccin à grande puissance » de Janet).

2° Des vaccins utilisant seulement les toxines obtenues par filtration ou par lyse microbienne : tel le vaccin de Duchon ;

3° Un mélange des précédents : tel le gonagone de Jaubert, ou l'ampho-vaccin de Ronchèse.

4° Certains vaccins sont gonococciques purement et simplement (Institut Pasteur, Clin.) ; d'autres mélangent un grand nombre de races gonococciques (Demonchy), d'autres associent des races voisines (synocoques), d'autre sont ajouté du staphylocoque, du colibacille, du pyocyanique, de l'entérocoque, tous les coques et les

(1) Pour simplifier, nous ne parlerons ici que d'anticorps, terme qui fait image. Il s'agit ici non pas des anticorps habituels, tels que les a conçus Bordet, mais des *opsonines* (Wright), catégorie spéciale d'anticorps qui auraient la propriété de rendre l'antigène phagocytable. Wright a décrit et mesuré le pouvoir opsonique du sérum ou *index opsonique*.

(1) Nous parlerons plus loin des modifications dues au mode d'emploi (techniques de Poincloux).

bacilles de l'univers. Sauf dans des cas spéciaux, nous sommes fermement opposés à cette « salado-thérapie » qui se fie à l'organisme pour trier le bon grain et l'ivraie.

Comment employer ces vaccins ?

Jusqu'à présent *seulement en injections sous-cutanées.* Nous conseillons de les pratiquer soit dans la fosse sus-épineuse avec la technique habituelle, soit dans la partie interne de la zone fessière haute avec une aiguille de 3 centimètres enfoncée perpendiculairement. *Il ne faut jamais masser la région piquée.*

L'*espacement des injections* a été fixé à deux jours par la plupart des auteurs. Seuls les lysats-vaccins sont injectés quotidiennement, ce que justifie leur excellente tolérance.

Nous sommes, sauf sur ce tout dernier point, *complètement opposé à cette technique qui ne tient pas compte de la phase dite négative* (Wright).

En effet, lors de l'injection d'un vaccin, tout se passe comme si (nous insistons sur ces mots) les réactions suivantes se déroulaient dans les humeurs :

Première réaction : fixation des substances de défense circulantes ou anticorps par les antigènes injectés.

Deuxième réaction : constitution progressive d'anticorps de quantité proportionnée à la dose injectée.

La première phase peut être instantanée et en tout cas très rapide : *elle est traduite cliniquement par les réactions locales et générales* bien connues. La seconde phase est lente à atteindre son apogée. En tout cas, la marée des anticorps néoformés ne comble la dépression due à la phase initiale que lorsque les réactions locales et générales sont éteintes puisque celles-ci traduisent la fixation des anticorps (opsonines). D'où suit le théorème :

Il est absurde d'injecter une dose quelconque de vaccin tant que la dose précédente donne encore lieu à une réaction quelconque.

On peut, pour aider à comprendre ce qui se



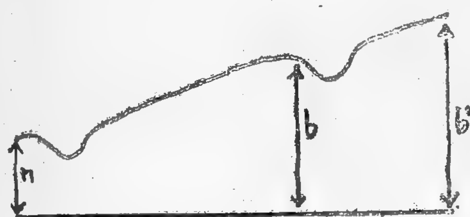
Courbe 1

n = dose d'anticorps circulants
a = — — fixes par l'antigène vaccinal
b = — — existants du fait de l'injection de vaccin
b = n+x
x = le bénéfice de la piqûre

première piqûre deuxième piqûre



Courbe 2



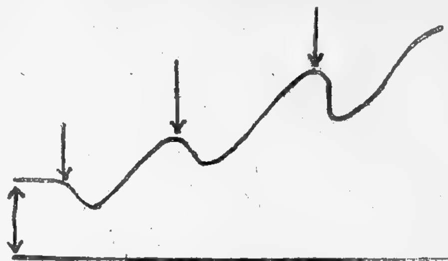
Courbe 3



Courbe 4 = Courbe normale



Courbe 5 = Courbe idéale



Courbe 6. Courbe dangereuse

Courbes qualitatives

passe, s'aider d'un schéma (voir courbe n° 1). Si on faisait une deuxième piqûre trop rapprochée de la première, on aurait la courbe n° 2. Si on continuait de la sorte, on nuirait gravement au malade. Au contraire, un espacement correct donne la courbe n° 3.

La question des doses doit être jugée de la même manière.

On a un intérêt évident à augmenter les doses pour augmenter la formation des anticorps : mais ici encore intervient la notion de la phase négative : si une dose x donne une réaction forte, la même dose x répétée donnera une réaction moindre, donc une phase négative moindre, puisque la quantité d'anticorps circulants sera plus grande.

Par contre, si on injecte une plus forte dose on aura une réaction de nouveau violente, ce qui est nuisible, en créant une phase négative évitable, donc :

Ne jamais augmenter la dose si une piqûre donne une réaction.

Ce fait a été très bien compris par Demonchy, qui évite avec soin de créer des phases négatives chez ses vaccinés C'est la connaissance de ces faits qui empêche de se servir de la vaccinothérapie curative dans certaines maladies où l'on peut craindre les répercussions de la phase négative (courbes nos 4, 5 et 6). Cette question des phases négatives a conduit à employer des vaccins ne donnant aucune réaction : c'est une erreur. Tous les urologues ont constaté que le meilleur vaccin est le vaccin de l'Institut Pasteur parce que disent-ils, il est « choquant ». C'est vrai, il est le meilleur, mais pas pour cette raison — mais bien parce que sa réaction est suffisante pour apprécier la phase négative. Si on veut la diminuer ou l'éviter, on ne peut avoir une bonne immunisation. *Les vaccins qui ne donnent pas de réaction ne semblent posséder qu'un faible pouvoir antigénique.*

En pratique, que faire ?

Employer le vaccin Pasteur, à doses progressives suivant la tolérance à espacement variable suivant tolérance. Employer des vaccins non choquants chez des malades fragiles ou chez ceux qui ont besoin de se déplacer pour suivre un traitement local indispensable.

Dans quels cas employer les vaccins ?

— *Dans l'uréthrite aiguë, jamais* : les résultats sont nuls, très probablement parce que l'affection, comme le dit très bien Mauté, est surtout locale.

— *Dans l'uréthrite chronique*, ce raisonnement est encore bien plus valable.

— *Dans les complications*, les résultats sont d'autant meilleurs que les complications sont plus aiguës et plus fébriles. On en conçoit donc l'intérêt.

— *Pour l'orchi-épididymite*, pratiquer 4 à 6 piqûres *au maximum, sans modifier le traitement local.* Le vaccin calme la douleur parfois en quelques heures, ce qui n'est pas facile à expliquer puisque le malade, théoriquement, est en pleine phase négative.

A l'hôpital, pour des raisons extra-médicales, du reste discutables, on juge souvent utile d'interrompre les lavages.

— *Pour la prostatite suppurée*, les résultats sont également assez satisfaisants. La technique est la même.

— *Dans la prostatite aiguë simple*, les résultats sont un peu moins bons, de même que dans les *périurétrites.* Ici, le traitement local garde toute son importance.

— *Dans la cystite*, les résultats sont nuls, car la majorité des symptômes est d'ordre réflexe (spasme sphinctérien).

— *Dans les rhumatismes*, les résultats sont bons, mais nous n'y insistons pas ici, le sujet, trop vaste, sort de notre programme.

En résumé, vacciner peu, mais à bon escient, ne pas faire beaucoup de piqûres, les espacer correctement, employer le vaccin de l'Institut Pasteur... et n'en pas attendre des miracles.

Tout ce qui précède a trait à la vaccinothérapie de type classique. Poincloux, seul et avec Basset, a étudié une méthode de vaccination différente, qui repose sur de tout autres bases. On peut les résumer en ces deux propositions :

1° Existence d'une immunité locale au sens de Besredka ;

2° Démonstration de la spécificité du vaccin injecté à la porte d'entrée.

D'où suit le mode d'emploi du vaccin (qui est le vaccin de l'Institut Pasteur) :

1° Injection de vaccin strictement spécifique ;

2° Injection à la porte d'entrée du microbe pathogène.

Les résultats sont très variables suivant les cas — ils peuvent être rapides — en particulier dans les salpingites, les métrites chroniques, les complications articulaires ou épididymaires. Ils sont nuls dans l'urétrite aiguë. En tout cas, c'est une méthode qui a des inconvénients : la difficulté de trouver la porte d'entrée, la difficulté d'employer le vaccin strictement spécifique en cas d'infection mixte, et enfin et surtout la réaction générale intense que ce procédé de vaccination provoque.

Pour nous, il s'agit là d'une méthode biophylactique, au sens de Tzanck, plutôt qu'une méthode de choc ou qu'une vaccination.

B) La chimiothérapie

La chimiothérapie de la gonococcie donne beaucoup d'espoirs. Sa jeunesse lui vaut des sympathies et en tout cas lui fait mériter l'indulgence.

Citons d'abord les précurseurs :

Les *balsamiques* qui diminuent l'écoulement. En réalité, ils diminuent la leucopoïèse. Nous avons fait quelques recherches en vue de remplacer ces corps par d'autres plus actifs. Elles n'ont, à l'heure actuelle, aucune portée pratique et nous n'en parlerons pas ici.

Les *arsénobenzols*, employés dès 1912 par Janet et Lévy-Bing. Ces derniers corps sont très intéressants et mériteraient de nouvelles recherches.

Le *mercurochrome*, employé dès 1925 par Young par voie veineuse avec de bons résultats.

Mais, dès 1918, on commence, en Allemagne et en Angleterre, à essayer la trypaflavine (chlorure de diamino 3-6 méthyl 10 acridine). De nombreux travaux furent faits en Allemagne jusqu'en 1925, date où Jausion reprend le procédé, le rend essentiellement pratique et le vulgarise.

Certains en sont enthousiastes : notre ami Adelmann, y a consacré, en 1927, un article remarqué. Notre sympathique collègue Tissot, a, lui aussi, publié ses observations, en particulier sur l'action de l'acridine sur la vessie.

Jausion a substitué récemment à la gonacrine (chlorure de 3-6 diamino-méthylacridine), le méthane sulfonate de diamino-acridine en solution à 4,76 %. Ce produit ne nous paraît pas supérieur au précédent.

Enfin, on a introduit un colorant azoïque possédant le groupe sulfamido dans la thérapeutique urologique. Il paraît très intéressant dans les affections à colibacilles et à staphylocoques chroniques, mais moins utile dans les affections à gonocoques. Aussi attendrons-nous avant d'en parler.

Nous ferons la même réflexion à propos du mandelate d'ammonium.

I. Bases de la chimiothérapie par l'acridine

On peut espérer influencer une infection en atteignant directement le microbe dans tous ses repaires : pour cela, on peut injecter une substance qui soit « parasitotrope » et non « histiotrope ». Cette substance se répandant dans l'organisme atteindra les parasites. Le mercurochrome représente un grand progrès dans cette voie. Les acridines sont venues le supplanter parce que ce sont des colorants très peu toxiques et très nocifs pour les cocci *in vitro*.

De plus, dans l'antisepsie des voies urinaires, une circonstance favorable se trouve réalisée : ces produits s'éliminent par l'urine qui baigne la muqueuse. On peut donc espérer prendre les cocci entre deux feux ;

— par l'inondation d'origine vasculaire ;

— par l'absorption d'origine muqueuse.

Pourquoi, maintenant, choisir les acridines ? Parce que ce sont des colorants énergiques, donc très aptes à se fixer sur la matière vivante et ensuite que leur tolérance par l'organisme paraît excellente. On peut même envisager le perfectionnement de ces méthodes de coloration :

1° *Par l'adjonction d'autres colorants*, comme l'a fait Jausion, en particulier le bleu de méthylène. D'autre part, il ne faut pas oublier qu'on a pu injecter du violet de gentiane et que le Trypanblau est un traitement de certaines maladies à virus filtrant (maladie de Parkinson), probablement par son action sur le système réticulo-endothélial.

2° *Par l'adjonction de mordants*, l'alun de chrome par exemple. Ces formules complexes ne sont pas encore sorties du domaine de l'expérimentation. Sur ce point, nous avons remarqué que la gonacrine actuellement employée est beaucoup moins colorante que la gonacrine primitive. C'est peut-être là qu'il faut chercher l'explication des échecs de nombreux auteurs : l'ictère acridinique a disparu, de même que les coups de lumière.

II. Effets de l'acridine sur l'organisme

1° *Réaction immédiate* : elle consiste en une sensation de chaleur pharyngée, laryngée et intrathoracique qui apparaît dès le début de l'injection, parfois aussitôt après. En même temps une curieuse impression de chaleur périnéale se manifeste, accompagnée parfois d'un goût désagréable dans la bouche et même d'une nausée. Tout cela est sans importance ;

2° *Réaction cutanée* . beaucoup plus tardive.

Coloration de la peau et des muqueuses (conjonctive), quelques heures après la piqûre. Cette manifestation est actuellement rare. Elle peut faire penser à une imprégnation urétrale.

Parfois *coups de soleil* ou même *coup de lumière*, qui traduisent un abaissement du seuil de sensibilité cutanée aux ultra-violets. Cet abaissement, constatable au sensitomètre de Saidman, peut être combattu par certains phénols, telle la résorcine, que l'on fait ingérer au malade.

3° *Elimination par les émonctoires.*

Le foie semble éliminer la gonacrine. D'où l'habitude de ne pas en injecter chez les insuffisants hépatiques.

Le rein en élimine la plus grande partie en un temps variable, parfois très court, parfois très long, ce qui oblige à se défier de l'accumulation (certains malades en éliminent encore pendant des semaines après un traitement un peu prolongé).

Les glandes lacrymales, salivaires.

Les glandes prostatiques et urétérales participent à cette élimination, ce dernier point est particulièrement intéressant théoriquement.

Le système réticulo-endothélial dont le rôle éliminateur a été encore peu étudié.

A cette question se rattache celle de la *toxicité*

des acridines. On a décrit des ictères toxiques, des cas de mort. En réalité, dans ces cas, il s'agit toujours de trypaflavine et non de gonacrine française ou bien de malades fragiles. Il ne faut pas oublier :

— qu'on peut injecter la gonacrine dans les endocardites ;

— que la gonacrine actuelle semble moins toxique que celle d'il y a dix ans ;

— que la technique d'emploi doit être la suivante :

4° *Technique d'emploi* :

On doit se servir de la solution à 2 % et non à 1/2 %.

Injecter 5 c. c. tous les deux jours (ou même tous les jours pendant quelques jours, pour Tissot). On peut débuter à 3 c. c.

Eviter de s'en servir chez des malades fragiles, albuminur ques ou tuberculeux.

A notre avis, ne pas dépasser cinq ou six piqûres.

5° *Résultats.*

a) *Uréthrite simple*, antérieure.

C'est un échec. Jausion avoue 20 % d'échecs après deux mois de traitement, ce qui est une proportion bien supérieure à ce que donne le traitement de Janet.

Cette opération, basée sur le traitement *exclusif* à la gonacrine, doit être révisée en considérant la possibilité d'un traitement associé.

b) *Uréthrite totale.*— Les résultats sont meilleurs en ce sens qu'on peut guérir l'urèthre postérieur, donc limiter les dégâts, raréfier les complications et supprimer la douleur ;

c) *Uréthrite compliquée* :

Les prostatites s'améliorent en ce sens que l'urèthre postérieur va mieux, mais les lésions glandulaires ne s'améliorent pas.

L'épididymite profite de l'acridinothérapie par la sédation remarquable, parfois presque instantanée de la douleur et par une évolution rapide.

La cystite est le triomphe de la gonacrine, comme l'a bien montré Tissot. En quatre piqûres, la dysurie cesse, la pollakiurie s'améliore. On voit parfois les phénomènes fonctionnels et physiques disparaître après une ou deux piqûres et les urines s'éclaircir brusquement.

En tout cas, cette méthode évite les instillations de nitrate si pénibles et *permet de faire très vite des lavages vésicaux.*

Les rhumatismes voient souvent la douleur disparaître, les mouvements s'amplifier, le gonflement s'affaisser.

En résumé, la gonacrine est la *médication de la douleur et de l'urètre postérieur* (Adelmann). Cet aphorisme consacre la faillite de la théorie de l'imprégnation par voie sanguine et l'existence d'une possibilité de stérilisation par utilisation de l'élimination urinaire. C'est la justification des balsamiques dans la gonococcie et aussi des essais de la chimiothérapie dans les staphylococcies urinaires et les colibacilluries.

En pratique :

La gonacrine ne supplante jamais le traitement local, mais est le meilleur adjuvant, très supérieur au vaccin.

Dans l'uréthrite antérieure, on peut s'abstenir.

Dans la cystite, son emploi s'impose avant le nitrate.

Dans l'uréthrite postérieure, elle est utile.

Dans l'épididymite, elle est inférieure au vaccin, sauf sur l'élément douleur.

Dans les prostatites, on peut l'essayer mais jamais sans traitement local.

Enfin, nous terminerons en insistant sur les admirables résultats du *triple traitement* (1) : lavages associés à la gonacrine et au vaccin. Nous avons ainsi liquidé en une ou deux semaines un nombre considérable de cas graves et compliqués. Ce traitement est beaucoup mieux toléré qu'on ne pourrait le penser, sans oute à cause de la sédation rapide des phénomènes toxi-infectieux.

(1) Comme nous l'avons déjà indiqué dès 1933.



PHTISIOLOGIE

La cuti-réaction tuberculinique négative signifie-t-elle toujours chez l'enfant absence de tuberculose ?

C'est un important problème phtisiologique qu'a soulevé le Professeur Bezançon à l'une des dernières séances de l'Académie de médecine. Sa communication a fait quelque bruit, ses conclusions étant assez nettement opposées aux données classiques actuelles sur ce sujet et aboutissant à des suites pratiques assez troublantes.

La cuti-réaction tuberculinique est un procédé de dépistage employé de façon courante et régulière, chez les enfants principalement. Il est admis aujourd'hui qu'une cuti-réaction négative éloigne toute idée d'atteinte tuberculeuse et qu'une cuti-positive témoigne, au contraire, d'une imprégnation bacillaire et d'un état allergique de l'enfant examiné. Le moment du *virage*, du passage de la réaction du stade négatif au stade positif, indique même à peu près l'époque de cette imprégnation tuberculeuse. Rappelons que M. Lesné a recommandé de rechercher chez les jeunes sujets par des cuti-réactions tuberculiniques répétées, systématiquement ce virage, pour déceler les tuberculoses commençantes et se placer dans les meilleures conditions de traitement.

***

Dans une série d'études poursuivies à l'hôpital Laennec, à la crèche Landouzy — crèche où sont recueillis des enfants de tuberculeux — et dans les familles de ces enfants, M. le Professeur Bezançon et ses collaborateurs, MM. Paul Braun et Ch. Paul, Mme Frey-Ragu et Mlle Raymond, ont recherché les variations de la cuti-réaction tuberculinique chez des enfants vivant avec leurs parents tuberculeux, malades à lésions actives, à expectoration plus ou moins abondamment bacillifère, et dans des conditions hygiéniques défectueuses. Or, parmi ces enfants, tous très exposés à la contagion, quelques-uns ont continué à présenter, avec un état apparemment satisfaisant, une cuti-réaction négative, et cela malgré des examens répétés. Par opposition, leurs frères et sœurs avaient des réactions nettement positives.

Voici par exemple, un enfant de quinze ans qui a vécu juqu'à sept ans chez ses grands-parents tuberculeux et, dans la suite, est resté en contact avec ses cousins également tuberculeux : il a cependant une cuti-réaction négative, vérifiée à trois reprises, ainsi qu'une intradermo négative. Or, son frère jumeau, qui a vécu dans les mêmes conditions, a une cuti-réaction positive. Pourquoi le premier jumeau, qui s'est trouvé dans une ambiance de contamination semblable a-t-il pu échapper à la germination du bacille ?

Voici une autre famille de cinq enfants, où le père est tuberculeux et où l'un des enfants fait une tuberculose évolutive. Quatre autres ont une cuti-réaction positive mais deux filles qui partagent le lit de la sœur tuberculeuse ont une cuti-réaction négative.

Voici un enfant vivant en contact avec son père bacillifère, depuis sa naissance jusqu'à l'âge de six ans, époque à laquelle meurt le père. La cuti-réaction reste négative pendant deux ans encore : à huit ans seulement se fait le virage. Ces exemples de virages retardés ne sont pas rares.

Pour nombre de phtisiologues, le virage de la réaction ne peut être considéré que comme le résultat d'une contamination récente qu'on s'efforce de mettre en évidence. Les observations de M. Bezançon montrent des sujets dont la cuti-réaction reste négative pendant de nombreuses années de séjour en milieu très contagieux et chez qui le virage se produit un temps assez long après, alors qu'ils vivaient dans des conditions normales. Est-il logique d'admettre que, ayant résisté à la contamination dans un milieu familial très bacillifère, ils se sont contagionnés dans la rue, à l'école, à l'atelier ?

M. Bezançon inclinerait volontiers à penser qu'ayant subi la contagion auprès de leurs parents tuberculeux, ils ont pu garder le bacille, à l'état de latence, dans la trame pulmonaire, dans les ganglions. De latents, les germes seraient devenus actifs ultérieurement, sous des influences diverses : changement de vie, fatigues, privations, surmenage, dépression nerveuse. A ce moment là, se produirait le virage de la réaction.

La cuti-réaction négative, constatée avant le virage, aurait coïncidé, dans ces cas, avec un hébergement latent de bacilles. Il s'ensuivrait de là que la cuti-réaction tuberculinique négative ne signifierait pas toujours absence de bacille dans l'organisme examiné.

Ce problème, gros de conséquence, est, il est vrai, seulement posé par M. Bezançon sans affirmation définitive. Il reste soumis à la discussion des phtisiologues.

***

Cette phase initiale de l'infection tuberculeuse sans réaction positive à la tuberculine, période qui pourrait être de longue durée et qu'on pourrait dénommer *préallergique*, est bien connue des vétérinaires. M. Guérin remarque que, dans l'espèce bovine, aucun doute n'est possible sur l'existence de cette période qu'il a appelée *stade parasitique*. La démonstration dudit stade initial parasitique a été apportée par l'expérience bien connue, effectuée il y a près d'un demi-siècle dans tous les pays du monde, sous l'impulsion de Bang et de Nocard.

Persuadé que l'on était à cette époque que tous les bovidés porteurs de bacilles tuberculeux devaient réagir positivement à l'épreuve de la tuberculine, on avait instauré une méthode de prophylaxie, dite méthode de Bang, basée sur l'*emploi* de la *tuberculine*. Dans une étable infectée de tuberculose, on soumettait tout l'effectif à l'injection de tuberculine, ce qui permettait de diviser les animaux en deux lots : ceux qui réagissaient positivement étaient gardés pour l'abattoir. Ceux qui ne réagissaient pas étaient conduits dans une étable soigneusement désinfectée. Mais, fait qui paraissait alors extraordinaire : si, un an plus tard, on soumettait ces mêmes animaux sains, ou prétend s tels, à une nouvelle injection de tuberculine, on constatait avec surprise qu'un certain nombre d'entre eux réagissaient positivement. C'est ici qu'intervient la notion du stade initial parasitique de M. Guérin, stade où le bacille tuberculeux passé dans l'organisme s'y comporte comme un parasite bien toléré — d'où cuti-réaction négative. Ce stade peut se prolonger longtemps ; les bacilles peuvent être éliminés et l'organisme récupère son intégrité initiale. Pour d'autres sujets, au contraire, sous des influences diverses, la lésion tuberculeuse folliculaire prend naissance, déclenchant la réaction positive à la tuberculine. La méthode de Bang est apparue ainsi inopérante. En transposant à l'homme ces données de pathologie animale — si cela est possible — on expliquerait les faits signalés par M. Bezançon.

***

L'opinion du Prof. Bezançon a soulevé d'assez vives critiques. M. Marfan ne croit pas que dans l'espèce humaine la période de simple parasitisme du bacille tuberculeux puisse avoir la longue durée qu'elle est susceptible d'atteindre dans l'espèce bovine. Toute une série d'observations montrent que, dans l'espèce humaine, l'incubation la plus longue de l'infection bacillaire ne dépasse guère trois mois.

La cuti-réaction a une valeur d'autant plus grande que les causes d'anergie sont très peu nombreuses et n'ont qu'une action transitoire. M. Marfan ne connaît guère que la rougeole qui, pendant la période d'éruption, suspend la cuti-réaction.

M. Rist croit qu'il ne faut toucher qu'avec une extrême prudence à l'édifice doctrinal qui repose sur l'interprétation aujourd'hui universellement acceptée des réactions à la tuberculine. Rien jusqu'ici, à son avis, n'est de nature à diminuer la confiance que nous avons en la valeur de la cuti-réaction, contrôlée en cas de négativité suspecte, par l'intra-dermo-réaction.

Pour M. Lesné, l'intra-dermo-réaction et la cuti-réaction à la tuberculine conservent chez l'enfant toute leur valeur sémiologique. Passée la période antéallergique, qui ne dépasse pas deux à trois mois, la cuti-réaction est toujours positive chez tous les enfants tuberculeux.

M. Robert Debré, pour si importantes, si saisissantes que soient les affirmations de M. Bezançon, si intéressantes que soient ses hypothèses pathogéniques, considère néanmoins jusqu'à nouvel ordre les données maintenant traditionnelles sur la sensibilité à la tuberculine comme répondant à la presque totalité des faits observés.

P. Lacroix.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

La calcithérapie en gynécologie

Le Docteur M.-H. Violet n'envisage que le calcium en injection intraveineuse ou en injection intramusculaire, pour lesquelles l'action thérapeutique ne peut être contestée étant donné sa rapidité d'action. A son point de vue, il peut être employé en gynécologie soit :

1° Comme hémostatique et coagulant ;

2° Comme sédatif du système nerveux végétatif pelvien dans tous les cas où on constate une irritabilité de ce système nerveux, soit liée à une inflammation, soit à une épine irritative organique ou fonctionnelle ;

3° Dans les cas de décalcification s'accompagnant de douleurs, de troubles du métabolisme calcique qui retentissent très vite sur l'état général : ostéomalacies frustes, ou ostéomalacies partielles de la grossesse, de l'allaitement, des convalescences, de la ménopause. (*Lyon médical*, 30 mai 1937.)

Accidents produits par l'électricité

Dans son étude, le Docteur J. Uzac démontre que les lésions locales, que peut fournir le contact électrique, sont d'ordres très différents suivant que le corps de la victime fait ou non dérivation de courant. Un sujet qui, sans faire par son propre corps dérivation de courant, se trouve dans le voisinage immédiat d'un arc jailli entre deux conducteurs sous tension écartés accidentellement, se trouvera soumis aux effets de cette source de chaleur faite de vapeurs conductrices environnées d'une atmosphère d'air chaud qui constitue l'arc. La brûlure qui en résultera sera en rapport avec le voisinage des points d'amorçage, la température produite, le volume d'air chaud, sa durée d'action généralement courte, la surface du corps mise à son contact ou encore l'inflammation éventuelle des vêtements dont la combustion peut à elle seule, produire des brûlures étendues. Ces lésions ne sont pas sans rapport avec le courant en ce sens que s'il se caractérise par une forte tension et un gros débit, il peut fournir un arc de grande amplitude et une atmosphère en ignition volumineuse pouvant lécher le corps sur une grande surface.

On comprend qu'avec les gros voltages et les gros débits industriels on obtienne des lésions plus étendues et plus profondes allant jusqu'à la carbonisation d'une portion de membre. Ces brûlures, véritablement électriques, ont un caractère spécial, atteignant tous les tissus, particulièrement ceux qui présentent une plus grande résistance électrique : peau, tendons ; elles entraînent l'élimination des tissus sphacélés plus étendue parfois que ne le faisait prévoir un premier examen ; il ne se produit généralement pas d'infection ; on note par contre, assez souvent, des hémorragies secondaires à la chute des escharres. Presque toujours la guérison se fait par un bloc cicatriciel, qui, lorsqu'il englobe des tendons, peut laisser les impotences fonctionnelles les plus graves.

A côté des accidents locaux, on peut observer des accidents généraux d'autre nature, dont la manifestation la plus caractéristique est la mort par inhibition. Cependant, les conditions nécessaires pour la réaliser ne se trouvent que très imparfaitement dans les contacts accidentels ; aussi obtient-on des effets beaucoup plus gradués, pouvant aller de l'état lipothymique passager à la syncope se dissipant spontanément, parfois à la mort apparente dont la victime peut être ramenée par la respiration artificielle et enfin jusqu'à la mort réelle vis-à-vis de laquelle toutes les ressources de la thérapeutique se révèlent impuissantes.

D'autres réactions générales peuvent apparaître simultanément ; ce sont des contractures qui se manifestent de préférence aux muscles des mains et des avant-bras, prolongeant les contacts, parfois aux muscles thoraciques, maintenant les victimes en apnée, des congestions viscérales pouvant se traduire par des crachats hémoptoïques ou une expectoration spumeuse, de la polyurie ou même de l'hématurie, quelquefois des vomissements sanglants. Des phénomènes de congestion cérébrale peuvent se manifester après les contacts ayant intéressé la tête, se traduisant par des phénomènes d'obnubilation plus ou moins durables et des vomissements à caractère méningé.

Ces diverses réactions au courant électrique, très différentes en leur nature et souvent confondues sous la dénomination d'accidents d'électrocution, peuvent apparaître isolément ou coexister chez le même sujet. Un ouvrier qui manœuvre un sectionneur en charge provoque un arc passant entièrement entre les conducteurs qu'il tend à écarter ; s'il se trouve lui-même trop près, il sera léché par les vapeurs conductrices en

ignition et l'atmosphère chaude qui les environne ; ses effets et ses cheveux seront roussis, les parties découvertes, mains, face, seront recouvertes d'un dépôt charbonneux où l'analyse révélera la nature des vapeurs conductrices qui l'ont produit (cuivre provenant de plots volatilisés dans un cas) ; si, comme il est de règle, l'arc a été très court, l'épiderme sera légèrement soulevé, quelquefois détruit, le derme étant mis à nu ; tout autour, on notera une bordure érythémateuse correspondant au contact produit avec les portions les plus extérieures et, par conséquent, les moins chaudes de l'arc. Pareille lésion guérit assez rapidement sous un simple pansement protecteur, produisant généralement une cicatrice souple.

Pour lutter contre les accidents produits par l'électricité, des prescriptions impératives ne sont pas suffisantes ; il faut compter avec les défaillances individuelles, le défaut d'attention ou les négligences inhérentes à la nature humaine. C'est donc à limiter leurs effets ou leurs conséquences que doit tendre la prévention, en faisant appel à la fois à des mesures générales techniques de sécurité, et à des mesures individuelles d'isolement préventif.

Dans cet ordre d'idées, peut-être pourrait-on éliminer certains sujets, paraissant avoir une susceptibilité particulière au courant électrique, notamment ceux qui présentent de la moiteur des mains, condition qui favorise souvent l'accident électrique grave. Il ne serait pas sans intérêt pour les agents, qui réalisent cette condition, de savoir qu'ils sont plus exposés que d'autres ; on les inciterait ainsi sans doute à se prémunir par des moyens individuels : gants, casque, etc., ou tout au moins à faire plus attention dans l'exécution des manœuvres, qui peuvent les mettre en contact avec un conducteur en charge. (*La Presse Médicale*, 5 juin 1937.)

Les grandes incisions du col au cours de l'accouchement

D'après le Docteur P. Guéniot, les grandes incisions du col, pratiquées pour permettre la terminaison de l'accouchement, ne peuvent être opérantes et ne doivent être employées que lorsque certaines conditions nécessaires sont réalisées.

Il y a deux grands groupes d'indications :

1° Les accouchements traînant démesurément en longueur, — par suite d'insuffisance des contractions utérines rebelles aux moyens d'excitation habituellement usités, ou surtout par suite de rigidité primitive ou secondaire du col, — lorsqu'on constate que la dilatation du col a cessé de progresser ;

2° Les cas où il y a urgence, soit pour la mère, soit pour l'enfant, à évacuer l'utérus, tandis que le col encore insuffisamment ouvert ne permet pas de procéder à cette évacuation. C'est une éventualité qui peut se présenter dans maints états pathologiques de la mère (accidents gravido-cardiaques, affections créant une dyspnée grave, éclampsie, hémorragies par placenta prævia, infection du contenu utérin), ou bien en cas de souffrance de l'enfant.

Il ne faut pas abuser des incisions du col pratiquées pour frayer un passage à l'extraction du fœtus. Elles ne sont pas toujours sans inconvénients. Lorsque l'utérus est infecté ou s'infecte dans les jours qui suivent, elles représentent des plaies qui peuvent s'infecter par les écoulements des organes génitaux et être des sources de résorptions toxi-infectieuses ; elles peuvent aussi se cicatriser vicieusement, entraîner dans la suite soit une rigidité cicatricielle, du col, soit même une atrésie, qui sont capables de gêner dans des accouchements ultérieurs la dilatation du col.

Les grandes incisions du col nécessitent des conditions techniques d'installation, d'éclairage et d'assistance opératoire qui les rendent en général difficiles à réaliser d'une manière convenable au domicile des parturientes. (*La Pratique médicale française*, avril-mai 1937.)

Le traitement actuel des fièvres typhoïdes

Le professeur agrégé Janbon a fait sur cet intéressant sujet une enquête auprès de cent quarante-cinq médecins de l'Hérault. D'après les réponses reçues, il semble que l'on puisse proposer une conduite thérapeutique, représentant la moyenne des opinions exprimées et capable de rallier la majorité des suffrages. Cette thérapeutique tient en trois termes : diététique, hydrothérapie, toniques du cœur et des artères :

1° La diététique réalisera une ration alimentaire aussi nutritive que possible, dans la mesure où cette alimentation est compatible avec l'état anatomique et fonctionnel de l'appareil digestif ;

2° L'hydrothérapie doit être envisagée d'une manière différente suivant les milieux : à l'hôpital et dans les milieux urbains aisés, la préférence doit être donnée à la balnéothérapie qui sera tiède et à température progressivement abaissée, et administrée sous le couvert d'une surveillance compétente ; en dehors de ces milieux, mieux vaut s'abstenir de balnéothérapie que de la mal conduire et s'adresser alors aux enveloppements humides et à la vessie de glace ;

3° Les seules médications symptomatiques systématiquement prescrites et précocement instituées seront les toniques du cœur (camphre) et les toniques artériels (extraits surrénaux). (*Languedoc Médical*, mai 1937.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Les embolies pulmonaires post-opératoires

(M. Pierre BARDIN. — Rapport de M. BROCQ ; 23-6-1937)

On connaît les travaux de M. Bardin, poursuivis dans les laboratoires de MM. Villaret et Roussy, avec la collaboration de MM. Justin-Besançon et Delarue, et les conceptions nouvelles de ces auteurs sur les embolies pulmonaires post-opératoires.

Il existe un schéma classique qui veut que la mort subite corresponde à une embolie massive, à l'arrêt de la circulation pulmonaire par cette embolie, les accidents subaigus à une embolie de moyen volume, et les phénomènes hémoptoïques à une embolie plus petite. M. Bardin critique cette conception et lui substitue des idées nouvelles d'où il tire des déductions thérapeutiques intéressantes.

Réalisant des embolies pulmonaires chez le chien au moyen de perles d'émail, il a constaté qu'il était ainsi impossible d'obtenir une mort foudroyante. Il n'en est résulté immédiatement qu'une simple dyspnée transitoire, la mort ne survenant la plupart du temps qu'au bout de quelques jours ou même de quelques semaines. M. Bardin n'a pu obtenir la mort subite ou très rapide qu'avec des embolies très fines, matériellement incapables de gêner la circulation intra-pulmonaire. L'auteur conclut que les accidents graves immédiats sont le résultat non de l'obstruction, mais de l'irritation de la paroi des vaisseaux. La mort subite ne pourrait être que le résultat d'un réflexe à point de départ pulmonaire, déterminé par les particules embolisantes. Dans ces conditions, le traitement chirurgical serait une thérapeutique d'exception. Le traitement médical serait plus actif, et plus important encore serait le traitement préventif. Le traitement médical comprendrait l'atropine, l'éphédrine et le bicarbonate de soude.

— M. Jean QUÉNU signale un symptôme qui, presque constamment accompagne la production de l'infarctus pulmonaire : la sudation profuse. Ce symptôme peut présenter un intérêt diagnostique et il cadre bien avec la théorie pathogénique de l'ébranlement neuro-végétatif.

— M. OKINCZYC fait connaître l'action remarquable de l'héroïne pour calmer l'angoisse et favoriser la respiration au cas d'embolie pulmonaire. Il lui est arrivé souvent de n'obtenir aucun soulagement avec la morphine et de calmer instantanément les malades avec l'héroïne.

— M. CAPETTE, a rédigé, à propos du travail de son élève Bardin, la petite note pratique suivante qui se trouve dans son service :

1° Pour essayer de réduire la proportion des embolies graves, soumettre les malades au traitement suivant :

a) Injection quotidienne de 1/2 milligramme d'atropine ;

b) Injection quotidienne de 6 centigrammes d'éphédrine ;

c) Faire absorber quotidiennement, 10 grammes de bicarbonate de soude ;

2° En cas d'embolie grave :

a) Faire des injections d'atropine à hautes doses, de 1 à 3 milligrammes ;

b) Injections d'éphédrine à raison de 8 à 12 centigrammes ;

c) Injections de morphine à hautes doses, allant jusqu'à 10 et même 15 centigrammes ;

d) Des injections intraveineuses d'ouabaïne (1 à 2 milligrammes) et une saignée si le cœur défaille ;

e) Si la respiration s'arrête, pratiquer la respiration artificielle durant quinze minutes au moins.

Fibrome du mésentère. Ablation large d'intestin grêle

(M. BOTA POPOVITCH, de Belgrade. — Rapport de M. J. BRAINE ; 21-4-1937)

Les tumeurs *solides du mésentère, sans être exceptionnelles*, sont plus rares que les tumeurs kystiques. Falala, d'autre part, sur 216 cas de tumeurs solides primitives du mésentère a noté 113 tumeurs bénignes (dont 49 fibromes) contre 103 tumeurs malignes.

M. Bota Popovitch a opéré un malade porteur d'un fibrome du mésentère de la grosseur d'une orange. La symptomatologie avait consisté à peu près exclusivement en douleurs costales et lombaires. La situation de la tumeur à proximité de la racine du mésentère et des gros vaisseaux, les doutes sur la nature de la lésion, obligèrent M. Popovitch à réséquer une partie importante de l'intestin grêle : 1 m. 80. Le malade guérit normalement, malgré la large exérèse intestinale.

On donne comme maximum de résection de l'intestin compatible avec la vie, 2 m. 50 à 3 mètres, chiffres au-dessus desquels l'existence du sujet serait sérieusement compromise. Withall a montré que, en dehors de la question de longueur de la résection, une exérèse du grêle est d'autant plus grave qu'elle est faite plus haute, plus près de l'estomac. En enlevant près de 2 mètres de grêle, M. Popovitch s'attendait à voir survenir des troubles importants. Or, il n'a observé ni dénutrition, ni diarrhée, ni troubles dus à l'innervation de l'intestin. P. L.

Société médicale des hopitaux de Paris

Septicémie staphylococcique « post abortum » avec phlébite. Guérison

(MM. J. Troisier, M. Bariéty et R. Lesobre ; 9-4-1937)

On connaît le rôle important du staphylocoque dans la genèse de divers états morbides ; ses atteintes sont généralement considérées comme extrêmement graves ; mais, dans quelques cas, rarement signalés, il n'en est heureusement pas de même ; c'est là des points intéressants de l'observation communiquée. Un autre côté à retenir : la rareté de la staphylococcémie dans l'infection puerpérale. Cependant, une identification bactériologique précise aura chance à l'avenir de trouver le staphylocoque doré dans certaines septicémies puerpérales ou post-abortum.

Malgré la gravité apparente du cas, la malade a guéri, bien que son sang, par deux fois, ait véhiculé du staphylocoque doré. S'agit-il d'une atténuation spontanée de la virulence du germe, se traduisant cliniquement par l'apparition d'une phlegmatia, s'agit-il plutôt d'une action thérapeutique favorable par le carboxy-sulfamido-chrisoïdine, on ne saurait se prononcer sans réserves ? Pour ce qui est de la mise en œuvre de ce traitement, il faut noter expressément la reprise des accidents septicémiques après un mois d'apyrexie, malgré une cure préalable de 33 grammes échelonnés sur vingt jours. La rechute fut néanmoins jugulée en huit jours avec une nouvelle cure de carboxy-sulfamido-chrysoïdine (33 gr. 5 échelonnés sur vingt et un jours) et suivie de deux petites cures complémentaires de 3 grammes prescrites malgré l'apyrexie.

La thyroïdectomie subtotale dans quarante-cinq cas d'hyperthyroïdie avec accidents cardiaques

(M. C. Lian ; 9-4-1937)

Chez un basedowien, non seulement l'arythmie complète et l'insuffisance cardiaque réalisent une indication pressante de la thyroïdectomie subtotale curatrice, mais même les affections cardio-vasculaires associées, loin d'être une contre-indication opératoire, constituent une raison nouvelle pour intervenir. Cependant, les résultats sont d'autant meilleurs que l'hyperthyroïdie est moins ancienne et qu'il n'y a pas d'affection cardio-vasculaire associée.

A l'innocuité de la thyroïdectomie subtotale s'opposent les dangers possibles de la thyroïdectomie totale : risques immédiats pour les glandes parathyroïdes et le récurrent, insuffisance thyroïdienne qui peut devenir accentuée et qui, tout en étant améliorable par l'opothérapie, n'en constitue pas moins alors une séquelle regrettable. Ainsi donc, dans les accidents cardiaques de l'hyperthyroïdie, la thyroïdectomie subtotale était et reste l'opération de choix.

A propos des kystes pulmonaires de l'adulte et de leur signification

(MM. P. Ameuille et Charles Rendu ; 16-4-1937).

L'étude des kystes aériens du poumon paraît très délicate. La difficulté surgit pour en délimiter le contenu. Il devra s'agir de cavités intra-pulmonaires, à contenu aérien, de dimensions supérieures, le plus souvent très supérieures à celles des cavités aériennes normales. Une cavité à contenu liquide, comme le kyste hydatique, ou plus consistant encore, comme le kyste dermoïde, n'en fera pas partie. Il faudra, en outre, que ces cavités ne soient pas dues à la destruction du poumon par un processus pathologique ulcératif, comme les cavernes pulmonaires, gangréneuses, etc., mais consécutives à l'élargissement pathologique de cavités aériennes normales. Si bien que leur caractère essentiel sera avant tout d'ordre anatomique : une paroi formée exclusivement par les éléments que l'on trouve dans les cavités aériennes normales.

La clinique radiographique présente ces kystes aériens avec l'apparence de bulle à contour bien délimité ; mais cette apparence appartient également à d'autres cavités à contenu gazeux. Si bien que le diagnostic, sauf certains concours de circonstances favorables, est presque impossible. Ainsi en est-il notamment pour les cavernes tuberculeuses et le pneumothorax. La difficulté est insurmontable quand il s'agit de kystes isolés, petits ou grands. Il y aurait intérêt à pouvoir distinguer par l'examen radiologique, les kystes uniloculaires et les kystes cloisonnés. C'est irréalisable.

La clinique pourrait dans une certaine mesure nous aider à éclaircir la distinction entre les kystes congénitaux et les kystes acquis. Les pédiatres, qui observent des kystes pulmonaires dès la naissance ou dans les tout premiers débuts de la vie, pensent surtout aux kystes congénitaux. Ils verraient volontiers un développement de ceux-ci dans les kystes de l'adulte.

Il semble bien au total qu'il existe des kystes aériens du poumon qui sont congénitaux, mais aussi des kystes acquis, de même nature que l'emphysème pulmonaire et de cause encore tout aussi mystérieuse.

G. F.

Société de médecine militaire française

Séance du 8 avril 1937

Sur le vaccin jennerien de culture

M. Le Bourdelles souligne l'intérêt du vaccin jennérien de culture, tel que le prépare actuellement M. Plotz à l'Institut Pasteur. La technique est simple ; le vaccin est parfaitement pur ; desséché et mis en ampoules, son activité demeure satisfaisante après plus d'un an, ainsi que le montre l'inoculation intradermique au lapin ; il se prête ainsi au stockage et à l'emploi colonial.

A propos de la cellulite torpide inguino-crurale

M. Stéfanini. — Sous la dénomination de cellulite torpide inguino-crurale, Favre le premier, Paul Chevallier et Fiehrer après lui, ont décrit une affection, jusque-là inconnue, caractérisée par une inflammation sclérogène étendue de la région inguinale et du triangle de Scarpa, absolument indépendante de toute atteinte ganglionnaire et sans qu'aucun germe ait pu être mis en évidence au sein de ces lésions dont l'étiologie demeure actuellement inconnue. L'auteur a observé et opéré trois de ses malades porteurs d'une lésion à localisation et à symptomatologie clinique exactement superposables à celles de la cellulite et qui n'étaient, en réalité, que la traduction d'une réaction de défense localisée de l'organisme à une première atteinte de filariose.

Fistule pancréatique post-traumatique ; traitement de Wohlgemuth, guérison

MM. Voizard et Cerne rapportent l'observation d'un homme atteint d'un traumatisme abdominal grave, ayant provoqué un hématome de la partie moyenne du pancréas, et nécessité une intervention. Dans la suite, des fragments de glande s'éliminent par la plaie opératoire, puis une fistule s'installe, donnant issue à un écoulement très abondant, avec une quantité importante de suc pancréatique.

Le blessé se trouvait dans un état grave, lorsque fut institué le traitement de Wohlgemuth (régime antidiabétique sévère). La fistule s'est alors tarie rapidement et la guérison totale a été obtenue en quelques semaines.

Sur le dépistage radiologique de la tuberculose pulmonaire dans l'armée

M. Le Bourdellès a pu recueillir plus d'un millier d'observations de jeunes soldats tuberculeux dont l'affection venait d'être découverte. Il précise l'interprétation à donner aux images radiologiques douteuses selon qu'il s'agit de séquelles de pleurésie qui imposent des examens radiographiques répétées de contrôle ; de nodules dont l'inactivité est habituelle ; d'images de tramite ou d'alvéolite parcellaire qui impliquent, au contraire, presque toujours des réserves quant à l'aptitude au service. Ainsi que MM. Codvelle et Meersseman, il estime que les confrontations radiographiques sont le meilleur moyen de juger de l'inactivité lésionnelle dans les cas limites, et que ces sujets doivent subir l'épreuve du temps que permettra la réforme temporaire. La radioscopie systématique à l'incorporation paraît devoir entraîner un fléchissement appréciable de la morbidité tuberculeuse dans l'armée. Cependant, les débuts brusqués sont fréquents chez le soldat, la moitié des cas environ. Il est pourtant des poussées pneumoniques précédées de prodromes légers, ce qui indique que ces poussées se greffent sur un substratum de tramite discrète que pourrait déceler longtemps à l'avance la radioscopie ou mieux la radiographie. Quant à la primo-infection au cours du service, les faits recueillis en milieu hospitalier montre qu'elle demeure extrêmement rare sous la forme du complexe ganglio-pulmonaire, chez le jeune soldat originaire de la métropole. Chez les sujets coloniaux transplantés en France, le complexe ganglio-pulmonaire demeure fréquent bien que l'indice de réceptivité ait baissé pour ces populations.

La primo-infection tuberculeuse dans l'armée

M. Meersseman, après avoir rappelé l'état actuel du problème de la primo-infection tuberculeuse de l'adulte, rapporte les résultats de ses recherches sur cette question. Se basant d'une part sur les statistiques hospitalières, d'autre part, sur la pratique systématique *de la cuti-réaction tuberculinique, il conclut* que la primo-infection tuberculeuse n'est pas exceptionnelle dans l'armée, mais qu'elle s'y fait dans la presque totalité des cas d'une manière complètement inapparente, le virage de la cuti-réaction en constituant le seul signe. Cette latence et cette bénignité habituelles, qui s'opposent aux constatations faites dans d'autres milieux, sont indiscutablement en rapport avec la rareté et la pauvreté des causes de contagion que les sujets neufs peuvent rencontrer dans l'armée.

A propos de la détérioration des tissus provoqués par la nitro-sulfuration

M. Kerny signale que, contrairement à une opinion répandue, l'humidité n'est pas indispensable à la formation d'acide sulfurique au cours de la désinsectisation par nitro-sulfuration. La combustion du soufre en présence d'azotate de potasse donne toujours naissance à des quantités notables d'anhydride sulfurique et les tissus, même apparemment secs (surtout le coton), sont détruits à plus ou moins longue échéance.

Toulouse

Société de médecine

Exostose ostéogénique de l'omoplate

M. J.-P. Tourneux rapporte le cas d'un jeune homme, âgé de 17 ans, qui présentait sur le milieu du bord interne de l'omoplate gauche une petite tumeur du volume d'une noix, immobile et de consistance très ferme, évoluant depuis deux ans environ. Il s'agissait d'une exostose ostéogénique, développée au niveau du point marginal d'ossification et dont l'ablation fut des plus simples. Alors que les exostoses ostéogéniques se rencontrent assez fréquemment dans certaines régions osseuses (tiers inférieur du fémur), elles s'observent au contraire très rarement au niveau de l'omoplate, comme en témoigne l'étude que leur a consacrée Ferbos en 1906.

Un cas de myxœdème diiodothyrosinique

M. M. Sendrail, après avoir rappelé que la diiodotyrosine jouit à l'égard des symptômes de la lignée hyperthyroïdienne de propriétés thérapeutiques certaines, a pu constater que son abus, son usage anor*malement prolongé pouvait entraîner des réac*tions de sens contraire. Il communique, à ce sujet, l'observation d'une basedowienne de 38 ans, traitée successivement par la radiothérapie, le lugol et l'iodothyrosine pour divers accidents (goitre, exophtalmie, glycosurie, tachycardie, etc...) La malade revue après un très long intervalle (près de deux ans) montrait des symptômes nouveaux : apathie, aménorrhée, facies lunaire, peau ichthyosique, augmentation de 26 kil., abaissement du métabolisme basal de 24 %. La malade, en dehors de tout avis médical, avait absorbé *sans interruption* pendant deux ans, 0,20 à 0,30 de diiodothyrosine par jour, sous prétexte que ce produit était le seul à agir favorablement sur ses insomnies. Ce cas, d'un intérêt quasi-expérimental, établit à la fois la valeur et les limites de la médication diiodothyrosinique.

Ostéite de la crête antérieure du tibia

MM. J. P. Tourneux et Lestrade. Il s'agit d'un homme de 32 ans ayant eu un chancre syphilitique l'année précédente et qui ressent depuis quatre mois une douleur assez vive un peu au-dessous de la tubérosité antérieure du tibia gauche. Tous les mouvements du genou sont conservés, ni rougeur, ni tuméfaction : on sent sous la tubérosité un léger épaississement osseux douloureux au palper, s'accompagnant d'une légère atrophie du quadriceps et d'une adénopathie inguinale. L'examen radiologique montre une perte de substance périphérique contenant un petit séquestre.

Les auteurs discutent la signification de cette lésion : pour diverses raisons ils éliminent l'origine traumatique, infectieuse, syphilitique ou tuberculeuse ; ils hésitent entre l'hypothèse d'une dystrophie osseuse liée à des troubles endocriniens et celle d'une ostéochondrite.

Leucémie lymphoïde à forme médiastinale simulant une péricardite

MM. Laporte, Lyon et Darnaud rapportent l'observation d'une femme de 36 ans, qui présentait une tumeur médiastinale volumineuse, dont l'ombre radiologique simulait une péricardite avec épanchement. Une splénomégalie modérée coexistait avec cette tumeur, mais on ne put mettre en évidence aucune hypertrophie ganglionnaire externe. L'hématologie montra qu'il s'agissait d'une leucémie lymphoïde. Malgré l'effet immédiat que la radiothérapie sembla obtenir et qui se traduisit par la disparition de la tumeur et par l'amélioration de l'état clinique, l'examen du sang révéla l'apparition d'une poussée aiguë. La malade succomba en moins de six mois. Cette évolution est de règle dans cette forme de leucémie rentrant dans le cadre des leucémies à tumeur mère médiastinale.

Pneumothorax partiel simulant une caverne pulmonaire

MM. Laporte et Darnaud présentent l'image radiologique d'un pneumothorax enkysté qui simule une énorme caverne pulmonaire : c'est une image annulaire située à la partie moyenne du poumon droit, cernée d'un contour opaque ininterrompu, et présentant un niveau liquide à sa partie inférieure. Cette image s'est constituée dans un poumon indemne de toute autre lésion. L'observation clinique et radiologique permet d'affirmer qu'on se trouve en présence du reliquat d'un épanchement hydro-aérique enkysté. Les auteurs insistent sur l'intérêt de la radiographie pulmonaire de profil, qui apporte souvent la solution des cas difficiles.

Variations du rapport de Maillard au cours de la cure sulfurée sodique

MM. Caujolle et P. Valdiguié ont pratiqué un assez grand nombre de déterminations de pH, d'ammoniaque et d'urée chez des malades atteints d'affections diverses en traitement thermal à Ax-les-Thermes. Ils ont établi le rapport de Maillard suivant la formule de Derrien-Clogne et le coefficient ammonical corrigé de Fiessinger, Guillaumin et Walter.

Dans la quasi totalité des cas, ils observent au cours de la cure un abaissement de ces deux coefficients. Ce fait, qui sera étudié systématiquement dans des recherches ultérieures, semble mettre en évidence d'une part l'absorption des composants de l'eau sulfurée sodique dans le bain et l'alcalinisation qui s'ensuit, d'autre part, l'amélioration du fonctionnement hépatique.

Les Livres

IMPRIMERIE DU COMMERCE
Angers

Henri FRUCHAUD. — **Chirurgie et radiations dans le traitement des cancers superficiels ou peu profonds.** INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES. PROCÉDÉS D'IRRADIATION. TECHNIQUES CHIRURGICALES. Préface du Professeur A. Gosset. Un vol. 334 pages avec figures.

L'excellent livre du Professeur Fruchaud traite d'un sujet particulièrement intéressant : l'association de la chirurgie et des radiations dans la thérapeutique des cancers peu profonds.

Les différents points suivants ont été envisagés :

1° Discussion des indications thérapeutiques : quel procédé utiliser : radium, rayons X ou chirurgie, selon le siège du cancer, ses caractères histologiques, son extension, ses rapports anatomiques, l'etat infectieux local, etc...

2° Discussion des associations possibles des radiations et de la chirurgie : soit chirurgie nettoyant le terrain pour une irradiation post-opératoire, soit chirurgie complétant une irradiation qui pourrait être incomplète ; soit irradiation faisant suite à une opération insuffisamment large ; ou encore, irradiation de la lésion cancéreuse initiale et extirpation du foyer ganglionnaire, etc...

3° Exposé des techniques d'irradiation et des techniques chirurgicales (celles-ci très détaillées) et exposé des modifications que les procédés d'irradiation peuvent subir par suite de leur association avec la chirurgie ou vice-versa, des modifications qu'il faut apporter à la technique chirurgicale (par la diathermo-coagulation en particulier).

MASSON et Cie
120, boulevard Saint-Germain

H. MONDOR, professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital Bichat. — **Quelques vérités premières** (OU SOIT-DISANT TELLES) **en Chirurgie abdominale.** Un vol. 98 pages. Prix : 24 francs.

Ces « vérités premières » concernent la pathologie de la paroi abdominale, des organes sous-jacents (foie, et reins exceptés). En voici quelques exemples :

« Donner de la morphine à un malade atteint d'un traumatisme de l'abdomen de violence inconnue, c'est obscurcir une situation qu'il est pressant d'éclaircir. »

« Appendicite aiguë. — S'attendre à un tableau toujours semblable à lui-même, s'accrocher aux arêtes d'un schéma scolaire, c'est se condamner à être souvent aveugle et souvent indécis. — Le premier jour de crise ne saurait, quelque atténuation qu'on y crût lire, apporter une sûre promesse de bénignité. »

MASSON et Cie, éditeurs,
120, boulevard Saint-Germain

Marcel OMBRÉDANNE, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Paris. — **Quelques vérités premières** (OU SOI-DISANT TELLES) **en oto-rhino-laryngologie.** Un vol. de la Collection « Quelques vérités premières », 86 pages. Prix : 24 francs.

Voici quelques-uns des aphorismes du Docteur Marcel Ombrédanne :

« Chez l'enfant du premier âge, l'examen du larynx au miroir s'avère le plus souvent impossible. Un seul procédé : la laryngoscopie directe sans aucune anesthésie préalable. Il suffit pour y réussir que l'enfant soit correctement maintenu. »

« Ozène : les optimistes prétendent la guérir. Les pessimistes l'appellent « punaisie »..., Les sages l'améliorent pour un temps. »

« Furoncle du conduit : un tel furoncle ne doit être ni incisé, ni touché à l'iode ; il paraît même avéré que mieux vaut s'abstenir de la classique pointe de feu. Une injection sous-cutanée de stock-vaccins et une application locale d'un excipient de ces vaccins en constituent la véritable thérapeutique. »

Gaston DOIN et Cie, éditeurs
8, place de l'Odéon, Paris (VIe)

Docteur Louis BERCHER. — **L'homœopathie sans mystère.** Préface du Docteur Léon Vannier. Un vol. in-8° de 120 pages, 32 francs.

L'homœopathie reste pour beaucoup une pratique mystérieuse. Le Docteur Bercher s'est proposé de dissiper cette atmosphère de mystère.

Il expose les originalités *actuelles* de l'homœopathie, le comportement du médecin homœopathe, l'attention qu'il porte, par delà la « maladie » au sujet malade considéré comme un tout, attitude qui rejoint la pure tradition hippocratique et n'est en rien contradictoire avec l'idéal clinique et thérapeutique de la Faculté ; les dilutions *infinitésimales* (l'organisme vivant est sensible aux réactifs ionisés) ; les expériences faites sur l'homme sain pour la découverte des symptômes multiples que peuvent provoquer les réactifs ionisés, etc.

Les Thèses

P. — Dr M. Labarrère. — **La fonction endocrinienne du testicule. Les insuffisances génitales et leur traitement.** (Thèse, 1937.)

Il ressort de l'étude des insuffisances génitales que l'hypofonctionnement testiculaire se voit rarement à l'état isolé mais bien plus souvent associé à d'autres troubles glandulaires (hypophyse, thyroïde, pancréas). C'est la conséquence fatale de l'intimité des liens qui solidarisent le testicule aux différents éléments du système endocrinien.

L'expérience a montré que les sujets ayant un fonctionnement testiculaire déficient ne sont pas tous justiciables de l'opothérapie orchitique. Il arrive fréquemment que les opothérapies thyroïdienne, hypophysaire, pluriglandulaire, ovarienne même, apportent une amélioration vainement attendue de l'organothérapie testiculaire.

L'opothérapie testiculaire demeure, malgré tout, le traitement fondamental des insuffisants génitaux.

P. — Dr P. Léger. — **Contribution à l'étude des modifications des réactions pupillaires dans la syphilis nerveuse.** (Thèse, 1937.)

A côté du signe d'Argyll-Robertson proprement dit, il existe des modifications frustes des réactions pupillaires d'une réelle importance pour le diagnostic de la syphilis nerveuse.

On peut, actuellement, envisager : le syndrome d'*ataxie pupillaire* (Bujadoux) ; les altérations décrites par Löwenstein, semblables, dans leur ensemble, aux différentes modifications que présente successivement une pupille normale soumise à une fatigue artificielle intense et prolongée ; l'atrophie irienne, fréquente dans la syphilis nerveuse (elle en est un excellent signe) ; etc . . .

P. — Dr A. Bellotte. — **Le syndrome de Cushing et ses rapports avec le basophilisme hypophysaire.** (Thèse 1937.)

Cushing a décrit un syndrome caractérisé schématiquement par : une obésité de type spécial, affectant surtout la face et l'abdomen, épargnant les membres ; des stries cutanées pourpres, siégeant principalement sur l'abdomen ; un ralentissement de l'activité génitale, beaucoup plus net chez la femme (aménorrhée) que chez l'homme (impuissance non constante) ; une hypertrichose avec distribution masculine des poils chez la femme ; de l'hypertension artérielle ; des troubles de décalcification ou d'ostéoporose ; une polyglobulie, avec hyperglycémie et hypercalcémie

Ce syndrome a été attribué par Cushing à un adénome basophile de l'hypophyse, lequel est généralement de petites dimensions, et compatible avec une existence prolongée.

Cependant, Cushing lui-même n'a pas trouvé constamment cet adénome dans tous les cas répondant au syndrome par lui décrit.

Le Docteur Bellotte apporte trois observations de syndrome de Cushing sans adénome basophile hypophysaire. Il s'agissait : d'une tumeur chromophobe, d'une tumeur de la poche de Rathke, d'une lésion non tumorale de l'hypophyse.

P. — Dr P. Nicaud. — **Suites éloignées de six symphysiotomies à la Zarate.** (Thèse 1937.)

Les malades dont l'auteur relate les observations, ont pu reprendre, à bref délai, leurs occupations actives de ménagère et de cultivatrice, ceci sans en être incommodées, en dépit de la persistance d'un diastasis notable. Certaines femmes ont conservé un peu de dandinement de la démarche auquel elles se sont adaptées assez bien

La symphysiotomie sous-cutanée partielle à la Zarate, en raison de son pronostic immédiat favorable et de ses résultats lointains satisfaisants, en général, mériterait donc l'estime qu'elle a su reprendre en chirurgie obstétricale, pourvu que les indications en soient bien posées.

P. — Dr F. Cottoni. — **Hygiène alimentaire du nourrisson. Contribution à l'étude des régimes de sevrage.** (Thèse 1937.)

Le lait seul, ajouté aux réserves de fer et de sels minéraux que possède le nourrisson à sa naissance, peut assurer son développement un certain temps.

Quand ces réserves s'épuisent, et que la croissance du jeune organisme demande d'autres matériaux, il est nécessaire de les lui fournir par une alimentation complémentaire. L'évolution des fonctions digestives concorde avec l'apparition de ces nouveaux besoins. Le but d'un sevrage bien dirigé sera donc d'accommoder l'apport de plus en plus important des aliments neufs aux possibilités plus grandes d'assimilation. Les régimes devront comporter des repas plus substantiels et moins fréquents, pour s'associer aux nouvelles capacités de digestion On tiendra compte de la variété des éléments indispensables au maintien de l'équilibre physiologique et à l'augmentation normale du poids.

L'expérience a suffisamment éprouvé la valeur des diverses diététiques pour que nous puissions maintenant déterminer le régime qui convient à la vie du nourrisson, et pour permettre aux pédiatres d'aujourd'hui de rendre la date du sevrage plus précoce qu'autrefois. P. L.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Bulletin de l'Actualité

POUR LES TUBERCULEUX.
SE REPOSER ET S'ENNUYER ? OU SE TRAITER EN TRAVAILLANT ?

Il est salutaire et profitable à chacun de « faire oraison », au moins de temps à autre ; d'abord l'on manifeste ainsi une juste méfiance vis-à-vis de soi-même, un doute concernant ses opérations spirituelles ; ensuite l'on récolte le bénéfice de cette modestie en découvrant par où l'on a pèché. Cela ne veut pas dire qu'on ne pêchera plus, mais on se donne du moins quelques chances de s'améliorer. Telle est la grâce que je vous souhaite, médecins mes frères, en passant de ce préambule philosophique à l'exposé de mon sujet.

Tout comme au reste des mortels il nous arrive de tenir des raisonnements d'une rigueur apparente et d'une naïveté réelle. Il nous arrive, certes oui !, de faire les primaires. L'essentiel est de s'en apercevoir ; le primaire de pure race ne s'en aperçoit pas, de là viennent son intransigeance et sa confiance en lui-même.

A propos de la tuberculose nous avons, confessons-le, raisonné comme des pantoufles. La tuberculose est une maladie consomptive, avons-nous dit ; la consomption étant une perte de substance, il faut, pour récupérer celle-ci, bonifier le bilan ; il saute aux yeux qu'un bilan se bonifie en augmentant les recettes et diminuant les dépenses. Et, par une implacable logique, l'on aboutit ainsi à la méthode de la chaise-longue et des douzaines d'œufs. Quelques tuberculeux s'améliorèrent ; beaucoup d'autres contractèrent de l'entérite et des troubles hépatiques. Il y avait au bilan quelques « postes » dont n'avaient pas tenu compte les calculateurs.

Ce ne fut pas le moindre mérite de Forlanini de substituer au dogme du repos général celui du repos *local* en soustrayant le tissu pulmonaire au traumatisme des mouvements respiratoires (voir, à propos de ce traumatisme, l'intéressante leçon du Professeur Morelli de Rome, publiée ici récemment). Allant plus avant, les phtisiologues, qui venaient de renoncer au repos de leurs malades, se sont posé la question de savoir si l'on pouvait les faire travailler. Ils se sont aperçus en effet qu'à côté des tuberculeux fébriles, oisifs par nécessité et par manque de forces, restait l'immense contingent des fibreux, des latents que révèle un fortuit examen radioscopique ou l'autopsie terminale d'une autre maladie. Et il leur a fallu se rendre à l'évidence qu'on pouvait être tuberculeux et mener une vie active, voire fatigante. Puisque la nature n'avait pas inscrit le repos parmi les conditions de vie du tuberculeux, la thérapeutique, humble et souvent maladroite servante de la nature, aurait mauvaise grâce à se montrer plus exigeante.

D'autres arguments n'ont pas tardé à se faire jour. L'on avait fondé, avec les sanatoriums, un ordre de laïques contemplatifs à qui l'on proposait pour seul idéal de guérir. Et il semblait que l'entreprise dût être assez chère à chacun pour rallier toutes ses pensées. Or n'avoir en tête que de sauver sa peau mène les meilleurs à la rage de se sentir déchus et les pires à un égoïsme exacerbé ; les premiers rongent leur frein (et c'est aussi, cela, perdre de sa substance !), les seconds aperçoivent le prétexte idéal pour faire légitimer leur paresse. Et voilà encore qui dérange les calculs par « doit » et « avoir ».

Enfin il convient de tenir compte des progrès scientifiques ; l'on vise actuellement à dépister la tuberculose dès qu'elle a commencé de léser l'organisme, et même l'on s'enquiert de trouver ceux qu'elle *pourrait léser*, les prédisposés. Va-t-on étendre à tous ceux-là les mesures envisagées pour les malades confirmés ? Va-t-on créer d'immenses armées de désœuvrés ?

La question ainsi posée se résout d'elle-même. Aussi trouve-t-on dès maintenant des phtisiologues de plus en plus nombreux pour penser que la nécessité de faire travailler les tuberculeux est hors de discussion ; le seul point qui reste à déterminer est de savoir comment. Il est symptomatique que les médecins d'Hauteville aient discuté ce sujet dans leur réunion du 20 juin dernier. L'on ne pourra les soupçonner, j'imagine, de mauvaises pensées à l'égard des sanatoriums ; leur discussion confirme de façon éclatante ce que j'écrivais ici voici quelques mois et répond à des préoccupations qu'il n'est plus permis d'ignorer.

***

Bien entendu une période d'observation est nécessaire à l'arrivée du malade au sanatorium ; fixer le diagnostic de la forme clinique et surveiller l'adaptation au changement de climat,

tel est le premier devoir du médecin à qui s'est adressé le tuberculeux,

Mais dès que cela est possible il convient ensuite de lui proposer de petites occupations pour combler le vide des heures. « Petites occupations » cela va bien à dire ; c'est plus difficile à réaliser. Car s'il est de tradition que les femmes recourent d'elles-mêmes à la couture où à la broderie, si les intellectuels trouvent facilement à s'occuper sans gros effort physique, les manuels eux, sont beaucoup plus dépourvus. Pour ceux-ci l'on a coutume, à Hauteville, de commencer par de courtes promenades à pied afin de tâter leur susceptibilité à l'effort. Vient seulement ensuite le travail effectif. A cette période le rôle du médecin est de veiller à ce que la feuille de température n'accuse pas l'intolérance et à ce que le sujet ressente, en prenant de l'exercice, du bien-être et non de la fatigue.

C'est, à coup sûr, en exerçant son activité professionnelle habituelle qu'un homme, réduit temporairement à ménager ses forces, se réadapte le mieux au travail. Et cette considération mène à envisager la création d'écoles professionnelles et d'ateliers adjoints aux sanatoriums.

Ici encore les réalisations sont infiniment plus aisées pour les femmes que pour les hommes. Mais en fait, et il faut le dire à la honte de notre sexe, les hommes sont beaucoup moins disposés que les femmes à travailler. La loi sur les réformes militaires est certes déplorable et l'on ne compte pas ses méfaits ; parmi ceux-ci l'un des plus graves est d'avoir inoculé aux anciens combattants ce préjugé qu'un tuberculeux a *droit* au repos absolu et au compte de la Société. Des anciens combattants la conception de cette « situation acquise » a gagné toute la population mâle. Et c'est ce qui explique que les hommes opposent, aux efforts des phtisiologues pour les faire travailler une résistance sourde. La faute de la loi du 31 mars 1919 est patente du fait qu'à l'étranger, en Suisse, en Belgique, en Hollande, en Italie, où sont faits des efforts dans le même sens, on ne rencontre pas ces sortes de difficultés. Les villages-sanatoriums de Papworth et de Preston Hall, en Angleterre, sont des affaires commerciales en pleine prospérité. Chez nous l'exemple d'une organisation similaire n'est pas encourageant. Sans doute faudrait-il, avant tout, réveiller chez ces rétifs au travail le sentiment de la dignité humaine. Trop de gens, dans la France actuelle, ne ressentent pas de honte d'être à la charge des autres.

Des organisations comme ces villages anglais s'adressent aux tuberculeux qui vont bien et qui ont encore besoin de se soigner ; en pratique les porteurs de pneumos à entretenir. Au bout de quelques années, guéris et rendus à la vie normale, ces sujets ont intérêt à s'installer dans le climat qui s'est montré favorable. A ce moment il faut viser à réunir pour eux quatre conditions qui leur assureront une bonne réadaptation :

a) un climat sec, protégé des vents, assez éloigné de la Manche et de l'Océan et des grosses agglomérations usinières ;

b) l'activité d'abord réduite, sera progressivement augmentée, tout séjour dans un air confiné est à éviter ;

c) l'emploi devra assurer une indépendance suffisante pour que, s'il se produit un incident, la cure puisse être reprise immédiatement et sans complication ;

d) enfin ils doivent être assurés que si l'essai s'avère prématuré ils retrouveront au sanatorium la place qu'ils ont laissée.

***

Il semblerait que l'agriculture doive être le refuge naturel de ces gens blessés par les villes et les taudis : est-il une autre profession pouvant leur offrir si libéralement le grand air et l'alimentation saine ? Et ce serait un début de « retour à la terre » qui certes arrangerait bien des choses à l'époque où nous sommes. Mais la théorie propose et la mise en œuvre dispose : jusqu'à présent rien de viable n'a pu être obtenu dans ce sens. La fatigue est trop grande à travailler les champs. Sans doute aussi l'incompétence s'y fait elle payer plus cher que dans un quelconque emploi de sous-ordre au sein d'une administration.

Et, en attendant d'avoir trouvé la méthode pour faire de citadins diminués des ruraux qui se suffisent à eux-mêmes, force est de se rabattre sur d'autres professions. Un certain nombre sont à éliminer d'emblée :

— d'abord, naturellement, les insalubres, soit par poussières (charbonniers, menuisiers, rémouleurs, cardeurs, fondeurs, cimentiers, plâtriers), soit par gaz délétères (égouttiers, cuisiniers, caoutchoutiers), soit par produits toxiques (peintres, empailleurs, ouvriers des papiers peints, doreurs, allumettiers, ouvriers des tabacs et des pneumatiques) ;

— les travaux s'accompagnant de chaleurs excessives ou de brusques refroidissements (vernies, chauffeurs, fondeurs) ; d'humidité (laveuses, blanchisseuses) ;

— le travail dans l'obscurité (mines) ;

— le travail de nuit (boulangeries, spectacles) ;

— et aussi le travail où la tentation de boire est naturellement si impérieuse que l'alcoolisme y est pour ainsi dire constant (tenanciers et garçons de café, sommeliers, livreurs).

S'il est, de ce fait, de nombreux malades qui, au moment de reprendre le travail, doivent changer de métier, il en est d'autres qui sont réellement favorisés car ils trouvent sans grande peine à s'employer dans les conditions de climat

de travail et de sécurité souhaitables : tels sont les médecins et infirmiers qui, si souvent, restent à exercer leur profession là même où ils sont venus comme malades ; tels sont les notaires, les huissiers à qui il suffit de trouver une charge ; les membres du clergé, les professeurs, les officiers qui se font affecter à des régions favorables.

La solution est plus ardue pour ceux que le langage du jour appelle les « économiquement faibles ». Pour eux l'artisanat est l'idéal : bourrellerie, vannerie, cordonnerie, horlogerie, photographie.

Restent enfin à envisager les exigences des jeunes malades, les enfants et adolescents à propos de qui se pose impérieusement la nécessité de l'enseignement. Des établissements d'instruction installés dans les meilleures conditions et pourvus d'un personnel recruté parmi les malades guéris y pourvoiraient sans difficulté.

Tout cela, on le voit, est affaire de plan d'ensemble, de claire vision des choses, d'organisation. Mais tout cela est aussi, hélas !, en bien des points, affaire d'œuvres à créer et, par conséquent, de crédits. Car il y a et il y aura toujours nombre de faibles, d'irrésolus, de timides pour qui prendre une initiative est au-dessus de leurs forces, dussent-ils en périr. C'est le poids mort qu'un corps social traîne toujours à sa suite et que les sociétés modernes, si bizarrement empêtrées de doctrines, font foisonner sans mesure.

***

Et, par ce biais mélancolique, nous en venons à examiner l'ensemble des dispositions législatives existantes qui peuvent faciliter la postcure et la reprise d'une vie active.

Tout d'abord il a été voté que pendant les deux ans qui suivent la sortie du sanatorium d'un indigent considéré comme guéri, il demeure inscrit sur les listes d'Assistance médicale gratuite de la commune d'origine ; de telle sorte que s'il tente une reprise de travail dans une nouvelle résidence et, en particulier, dans la région environnant le sanatorium, il ne soit pas, en cas de rechute, une charge pour sa commune d'adoption.

L'institution d'indemnité de chômage lui permet d'autre part d'attendre sans être pressé par la nécessité que se présente une occupation lui convenant.

Les lois sociales récentes sur les 40 heures et les congés payés ont réduit la durée normale du travail et l'ont rapprochée des possibilités physiques d'un tuberculeux récemment guéri.

Les Assurances sociales versent une pension d'invalidité totale si la capacité de travail est inférieure à 33 % et réduite si le gain est égal ou inférieur à 50 % du salaire touché au moment où l'assuré cotisait.

L'indemnité de soins aux réformés de guerre tuberculeux, à condition qu'ils ne se livrent à aucune occupation, est connue de tous et a donné lieu à de nombreux commentaires.

Enfin l'on connaît aussi l'institution pour les fonctionnaires de congés de longue durée permettant, à la fois, un traitement prolongé, fût-ce de quelques années, et la réintégration à l'expiration de celui-ci.

Cet ensemble de mesures représente déjà un notable effort de la part de la collectivité et des charges qu'il convient de ne pas sous-estimer.

Les médecins de sanatoriums, sans méconnaître précisément la valeur de ce qui est déjà réalisé, proposent d'y adjoindre un certain nombre d'organisations dont ils ont reconnu la nécessité.

D'abord ils souhaitent que soient créés des centres de rééducation annexés ou non aux sanatoriums, permettant de récupérer des travailleurs d'une part et de déjouer d'autre part les nocifs conseils de l'oisiveté.

Que soient précisées et renforcées les garanties légales aux indigents en cas de rechute après sortie du sana.

Qu'il soit permis aux Assurances sociales de prolonger l'octroi de pensions d'invalidité aux anciens malades reprenant une vie active, avec diminution progressive du taux accordé.

Que pour les fonctionnaires et officiers porteurs de pneumothorax entretenus et pourvus de congés de longue durée soient déterminés des tests de guérison permettant de les réintégrer.

Que soient créés des postes « à activité réduite », par analogie avec ce qui a été fait pour les anciens combattants. Il y a déjà dix ans qu'en Allemagne est enjoint à tout industriel employant plus de cent ouvriers de réserver à d'anciens malades guéris quelques emplois compatibles avec leur état.

Enfin que soit développée l'œuvre des habitations à bon marché de façon à construire aux environs des centres de travail des locaux aptes à accueillir d'anciens malades et reliés aux centres par des moyens de transport à prix réduit.

Et ces confrères bien placés pour connaître le sujet à fond réclament en conclusion qu'en matière de lutte contre la tuberculose il soit fait tout le nécessaire *mais rien de plus*. Soigner des malades, bien, disent-ils ; admettre que les bacilles signent un titre de rente viagère, non !

Biffons de nos tablettes le dogme du repos pour les tuberculeux !

G. LAVALÉE.

ASSURANCES SOCIALES

Conventions entre Syndicats et Unions de Caisses

Il nous est demandé si la création, par l'article 8, paragraphe 4 du décret-loi du 28 octobre 1935, de Commissions régionales ne devrait pas inciter Caisses et Syndicats de praticiens à contracter ensemble dans le cadre de la région et non pas dans celui du département.

Ne serait-il pas possible aux Syndicats de praticiens d'une même région de s'entendre avec les Caisses, ou Unions de Caisses, pour n'établir qu'un seul contrat, qui serait applicable à toute la région ? Cette convention collective pourrait ainsi unifier les tarifs en vigueur dans la région et prévoir des Conseils de famille régionaux — et non plus départementaux — pour la répression des abus commis par les praticiens.

Nous devons nous demander en premier lieu qui a qualité pour passer les conventions, prévues par l'article 6, paragraphe 5 du décret-loi, modifiant la législation des Assurances sociales.

Par praticiens, nous entendons ceux qui sont visés par la loi du 30 novembre 1892, c'est-à-dire les médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes. Nous comprenons également les pharmaciens, dont les Syndicats sont qualifiés pour passer convention avec les Caisses.

1° Les Unions de Caisses

En principe et selon les termes mêmes de l'article 6, § 5 du décret du 28 octobre 1935, ce sont les Caisses primaires, qui peuvent passer des conventions avec les Syndicats de praticiens, ces syndicats ayant été, au préalable, habilités par leurs groupements nationaux.

Mais, lorsque plusieurs Caisses forment entre elles une Union régionale, cette dernière est-elle également habilitée pour contracter avec les syndicats de praticiens ?

Il convient tout d'abord de faire une distinction entre les Unions régionales de Caisses rendues *obligatoires* par l'article 30 du décret et du 28 octobre 1935 et les Unions *facultatives*, autorisées par l'article 31, § 8.

Les premières, celles de l'article 30, sont créées par la loi en vue de la garantie collective et de la compensation, en réunissant toutes les Caisses d'une même circonscription. Elles ont pour but la réassurance, la ventilation des cotisations pour l'invalidité et la vieillesse, puis apporter une aide pécuniaire aux Caisses primaires du ressort qui se trouveraient en déficit.

Au contraire, les Unions prévues par l'article 31 sont des Fédérations facultatives entre Sociétés de secours mutuels, agréées comme Caisses primaires d'Assurances sociales. Librement, ces Caisses peuvent se fédérer entre elles, tant pour l'organisation de services communs, pour la création de centres de diagnostic et de soins, que pour l'organisation même du service médical ou de spécialités.

Mais, de même que les Caisses primaires doivent recevoir l'agrément ministériel, pour pouvoir fonctionner comme Caisses d'assurances sociales, de même ces Unions de l'article 31 doivent, selon les termes de l'article 31, § 1er du décret-loi de 1935, soumettre leurs statuts et leur règlement intérieur à l'agrément du ministre du Travail. Cet agrément peut être retiré, tout comme il peut l'être également pour les Caisses primaires, qui ne remplissent plus les conditions de fonctionnement exigées par la loi.

Il en résulte que lorsqu'un syndicat de praticiens est sollicité de passer convention avec une Union de Caisses d'assurances sociales, il convient, tant pour le Syndicat que pour la Commission régionale prévue par l'article 8, § 4 du décret de 1935, de fournir la preuve que cette Union a été instituée, non en vertu de l'article 30, mais bien de l'article 31 du décret-loi et que cette Union a reçu l'agrément ministériel.

Si ces conditions n'étaient pas remplies, la Commission régionale instituée par l'article 8, § 4 devrait prononcer la nullité des conventions intervenues entre cette Union et un Syndicat de praticiens.

2° Les Fédérations régionales de praticiens

D'une manière générale, du moins en ce qui concerne les médecins et les chirurgiens-dentistes, les praticiens sont groupés en Syndicats départementaux, ou en Fédérations départementales de Syndicats locaux. Ces Syndicats reçoivent l'habilitation de l'organisme national, autrement dit Confédération des Syndicats médicaux, ou Confédération des Syndicats dentaires.

Une Fédération interdépartementale peut-elle exister ? Cela dépend des statuts de la Confédération, qui peut les tolérer, ou les interdire, ou les ignorer. En tout cas, seuls les Syndicats, ayant reçu l'habilitation de leur Confédération, ou du Conseil supérieur des Assurances sociales, ont qualité pour passer convention avec les Caisses.

Il appartiendra d'ailleurs à la Confédération nationale de dire si des tractations régionales sont désirables ou non, intervenues entre des

Unions régionales de Caisses et une Fédération régionale de Syndicats de praticiens.

En effet, la Confédération nationale peut estimer souhaitable que, dans le cadre des statuts confédéraux, l'autonomie syndicale soit conservée et maintenue, surtout en ce qui concerne le fonctionnement des Conseils de famille. Elle peut au contraire favoriser le fonctionnement de la région, surtout lorsque les statuts prévoient que des collèges électoraux régionaux peuvent être constitués pour l'élection des conseillers de la Confédération.

Il appartiendrait donc à la Confédération de décider si elle doit ou non habiliter cette Fédération régionale dans le cadre de la loi des Assurances sociales.

Une question nous a été posée : antérieurement à la constitution d'une Confédération nationale, une Fédération régionale s'était constituée, qui avait passé convention avec une Union régionale de Caisses. Les statuts actuels de la Confédération en question ne reconnaissent comme ladite Confédération que les Syndicats départementaux, à l'exclusion de toute Fédération tant départementale que régionale. L'ancienne Fédération dont s'agit peut-elle se considérer comme pouvant continuer à être qualifiée pour renouveler ses anciennes conventions avec les Caisses de la région ?

Nous devons répondre par la négative. La loi du 30 avril 1930, comme le décret-loi du 28 octobre 1935 ne reconnaissent qualité pour passer convention avec les Caisses qu'aux seuls Syndicats professionnels habilités par leurs groupements nationaux (décret-loi article 6, § 5). Il en résulte que puisque d'après ses statuts, la Confédération ne reconnaît pas les Fédérations régionales, elle ne peut pas les habiliter. Seuls les Syndicats départementaux habilités peuvent passer convention.

Certes, il peut y avoir entente entre des Syndicats d'une même région qui, sans créer un organisme fédéral autonome, peuvent déléguer quelques-uns de leurs membres, pour discuter, avec l'Union des Caisses, d'un texte de convention. Après quoi, chaque Syndicat départemental pourra accéder aux termes de ladite convention, qui, sans avoir la qualification de régionale, sera cependant applicable à toute une région. Chacun des Syndicats conservera son autonomie, ce qui semble être voulu par les statuts tant de la Confédération des Syndicats médicaux que par celle des Syndicats dentaires.

Si la convention était renouvelée entre l'Union des Caisses et l'ancienne Fédération, qui persisterait, à vouloir subsister, cet accord serait déféré à la Commission régionale, prévue à l'article 8, § 4 du décret-loi, qui prononcerait la nullité de pareilles tractations, puisque la Fédération régionale en question fonctionnerait en dehors de la Confédération et des statuts de cette dernière.

Conclusion

Les Syndicats de praticiens habilités par leur Confédération nationale ont seuls qualité pour contracter avec les Caisses. Ils peuvent librement se concerter pour adopter une même convention pour une région, chaque Syndicat conservant cependant son autonomie pleine et entière.

N'oublions pas que la loi des Assurances sociales est applicable dans le cadre départemental. C'est avec les Caisses du département que le Syndicat départemental de praticiens, ou la Fédération départementale des Syndicats locaux de praticiens contractera. De plus, l'organisation du contrôle technique et le fonctionnement des Conseils de famille syndicaux sont compris dans le cadre départemental.

Il en résulte que les Syndicats départementaux verront s'ils ont un intérêt professionnel à conserver ce cadre départemental et leur autonomie, ou s'ils doivent se concerter, pour adhérer, par département, à une convention régionale.

Mais ces Syndicats ne peuvent contracter qu'avec des Unions de Caisses prévues par l'article 31 du décret-loi et non pas avec les Unions, créées obligatoirement par l'article 30, lesquelles sortiraient de leurs attributions et des buts que leur assigne la loi, si elles tendaient à se substituer aux Unions facultatives prévues à l'article 31.

Dr Paul Boudin.

ASSURANCES SOCIALES
CERTIFICAT PRÉ-NATAL. QUI DOIT LE DÉLIVRER ? LA SAGE-FEMME OU LE DOCTEUR EN MÉDECINE ?

Un de nos confrères (lettre 6824) nous expose qu'une assurée sociale enceinte se fit examiner par un médecin, qui délivra un certificat de grossesse. Cette femme s'entendit avec une sage-femme, qu'elle retint pour l'accouchement. La praticienne délivra le second certificat. L'assurée reçut de sa caisse la lettre suivante :

« En réponse à votre communication, j'ai « l'honneur de vous informer que votre certificat « de deuxième consultation prénatale m'est bien « parvenu. Mais je vous signale qu'un examen « de sage-femme n'est pas un examen médical. « Il est donc de votre intérêt de subir votre « troisième examen chez un médecin, dans une « consultation maternelle, ou dans un hôpital. »

Notre confrère nous demande quelle peut être désormais la valeur du diplôme de sage-femme, si on dénie à ces praticiennes, qui en sont titulaires, le *droit* de délivrer des certificats prénataux, pour des grossesses normales. De plus certaines consultations maternelles de dispensaires, ou *d'hôpitaux* ne présentent pas *quelquefois* toutes les garanties désirables, étant donné que ce sont fréquemment des sages-femmes ou des internes ou des infirmières, qui pratiquent les examens et rédigent les certificats dits médicaux.

En second lieu, notre confrère s'insurge contre ces complications d'ordre administratif : la future maman est ainsi obligée d'avoir recours à un médecin, pour les constatations et certificats, puis à une sage-femme, pour l'accouchement. D'où conflits d'attributions entre les deux praticiens; questions de préséance, par suite, froissement d'amour-propre et relations confraternelles difficiles.

Au surplus, l'assurée, ou femme d'assuré doit supporter la charge du prix de ces certificats, qui cependant sont compris dans le forfait maternité auquel elle a droit et qu'elle touchera aussi bien si la sage-femme délivre les certificats et pratique l'accouchement, ou si les uns sont rédigés par un docteur en médecine et l'acte obstétrical fait par l'accoucheuse. Cette dépense supplémentaire mise à la charge de la future mère est-elle bien nécessaire ?

Voici ma réponse :

En nous plaçant dans l'esprit de la législation des Assurances sociales, le Parlement a entendu non seulement faire donner des soins aux *bénéficiaires malades, mais aussi* — et je dirais presque : surtout — prévenir les maladies ou accidents morbides.

Dans ces conditions, il est reconnu et admis que légalement la sage-femme doit procéder uniquement aux accouchements normaux et aux soins normaux d'une grossesse normale.

Dès que l'état devient pathologique, ou est soupçonné tel, un médecin doit intervenir. Dans ces conditions, une Caisse d'Assurances sociales, qui a grand intérêt à diminuer autant que possible le remboursement partiel des frais médicaux, des frais de maternité, des indemnités journalières à verser aux malades et qui, d'autre part, a le devoir de prévenir les maladies ou les accidents morbides, peut inscrire dans son règlement qu'une femme enceinte devra être visitée *médicalement* par un docteur en médecine.

En effet, selon les termes de l'article 1er de la loi du 30 novembre 1892, ce docteur a seul qualité pour examiner l'état de santé d'une personne et rédiger un certificat *médical* concernant cet individu.

Une sage-femme ne peut délivrer pareil certificat *médical*, selon les termes de l'article 4 de la loi de 1892 précitée. Quant aux infirmières de dispensaires, ou visiteuses d'hygiène sociale, aux internes, etc., ils n'ont aucune qualité pour établir un certificat quelconque concernant un état de santé, ou de maladie.

Ce rappel aux obligations légales est indispensable pour démontrer que toutes les fois qu'une assurée sociale ou femme d'assuré social, invoque le bénéfice de l'assurance-maternité, elle peut être obligée par sa Caisse de se faire examiner par un médecin pour savoir si l'état de santé apparent dans lequel elle se trouve ne masque pas une affection pathologique occulte qui se révèlera au moment de l'accouchement, compliquera ce dernier et pourra mettre en danger la vie de la mère ou celle de l'enfant.

Si comme je le souhaite ardemment des ententes étaient établies entre Syndicats de praticiens qui exercent dans le cadre de la loi de 1892 (docteurs en médecine, chirurgiens-dentistes et sages-femmes), on pourrait pallier aux inégalités de droit conférées par les divers diplômes qui sont prévus par cette loi sur l'exercice de la médecine.

Que ceux-ci s'entendent intersyndicalement au lieu de s'ignorer mutuellement et nous y gagnerons tous.

Dr Paul Boudin.

L'ACTUALITÉ PROFESSIONNELLE

Informations judiciaires

Quel est le tribunal compétent pour connaître des demandes d'honoraires médicaux ?

Nous nous sommes donnés pour tâche jusqu'à présent d'enregistrer sous cette rubrique, les résultats des actions soutenues par le « Sou Médical » devant les diverses juridictions pour la défense des intérêts du Corps médical. Malheureusement, le « Sou Médical » n'obtient pas que des succès, et ceux-ci restent évidemment à la merci d'un revirement de jurisprudence ou de recours devant les juridictions supérieures. Il nous incombe donc de faire connaître ses défaites, lorsqu'elles mettent en jeu une question de principe de quelqu'importance.

La question qui se pose en l'espèce est la suivante : le médecin peut-il invoquer, pour recouvrer ses honoraires, la règle de procédure posée par l'article 4 de la loi du 6 avril 1932, d'après laquelle « les contestations relatives aux fournitures, travaux, louage d'ouvrage ou d'industrie, peuvent être portées devant le Juge du lieu où la convention a été contractée ou exécutée, lorsqu'une des parties sera domiciliée en ce lieu »? Autrement dit, le médecin peut-il poursuivre son client devant le Tribunal du lieu où les soins ont été donnés ?

Plusieurs décisions de Tribunaux civils avaient répondu de manière affirmative, et fait application au cas des honoraires médicaux de l'art. 4 de la loi du 6 avril 1932. (V. not. Trib. civ. de Beauvais, 26 mars 1935, Trib. civ. de Chalon-sur-Saône, 13 octobre 1936.) Ces jugements se fondaient tout d'abord sur des motifs d'ordre juridique : les soins et opérations administrés par un médecin peuvent entrer dans le cadre du « louage d'ouvrage », et en second lieu sur des raisons d'équité : on ne voit pas pourquoi les médecins de ville d'eaux, de stations de villégiature, etc., seraient privés de cette facilité de procédure accordée au garagiste ou à l'épicier.

Mais la Cour de cassation n'a pas été de cet avis. Par un arrêt de sa Chambre civile, en date du 13 juillet 1937, elle vient de décider formellement que l'art. 4 de la loi du 6 avril 1932 n'était pas applicable aux contrats intervenus entre les médecins et leurs clients, et que l'on devait dans ce cas s'en tenir à la règle de compétence de droit commun, et poursuivre le débiteur devant le Tribunal du lieu de son domicile.

A la vérité, cette décision n'est cependant pas dénuée d'intérêt pour le Corps médical, car elle a permis à la Cour suprême de se prononcer sur la nature juridique du contrat qui se forme entre le médecin et le malade, auquel il apporte son assistance et ses soins. D'après la Cour, on ne saurait y voir un louage d'ouvrage ou d'industrie ; il ne peut s'agir que d'un contrat *sui generis* ne rentrant point dans les cadres juridiques ordinaires et soumis *seulement* aux principes généraux du droit.

Cette situation spéciale, hors du droit commun des contrats, faite par la jurisprudence aux médecins, et plus généralement, aux membres des professions libérales, nous l'avons déjà rencontrée *récemment, à propos d'un autre arrêt* de la Cour de cassation, lorsque nous avons recherché si le contrat de louage de services est compatible avec la profession médicale. Nous avons vu alors que la Cour suprême avait résolu aussi cette question par la négative. Ceci prouve la nécessité pour les professions libérales d'un droit *professionnel* différant à la fois du contrat de travail a plicable aux seuls salariés, et du contrat d'entreprise qui ne s'adapte qu'aux professions industrielles ou commerciales.

Jean MIGNON.

La Presse et les Sociétés

Les intoxications par les essences du type « 87 octane » dans l'aviation militaire belge

Nous résumons une étude fort intéressante du lieutenant-colonel médecin Ch. SILLEVAERTS. Les services belges emploient à l'heure actuelle presque exclusivement l'essence « 87 octane » tétraéthylée. Plus les moteurs sont poussés, plus le nombre des « octanes » doit être élevé dans es essences. L'essence « 87 octane » correspond à un carburant composé de 87 parties « d'octane » et de 13 d' « heptane ». Plus une essence est assimilable à un combustible riche en « octane », plus son nombre « octane » est élevé, donc plus elle sera naturellement antidétonante, c'est-à-dire plus elle permettra de pousser un moteur aux environs de son régime maximum de compression, sans occasionner de « cognage ».

Le nombre « octane » de la plupart des essen-

ces naturelles restant bien en dessous des nécessités des moteurs à taux élevé de compression, qui sont employés actuellement, la technique moderne s'est attachée, ces dernières années, à retarder le « cognage » des moteurs, en incorporant à des combustibles liquides, à nombre « octane » aussi élevé que possible, des substances antidétonnantes. La plus communément employée, tant en raison de son prix de revient relativement minime, que de son excellent rendement, et enfin de sa toxicité, qui reste bien en dessous de celle de tous les produits similaires étudiés à ce jour, est le tétraéthyle de plomb. Employé tel quel, il donne malheureusement un dépôt d'oxyde de carbone. Pour remédier à cet inconvénient majeur, on dissout le tétraéthyle de plomb dans un solvant chloré ou bromé, d'où la nécessité d'examiner attentivement la forme sous laquelle s'élimine dans l'atmosphère le produit envisagé, renseignements que fournissent les analyses des gaz d'échappement des moteurs d'avions. Si le plomb est éliminé sous forme de très fines particules métalliques, cela n'a guère d'importance, celles-ci n'étant pas toxiques ; par contre, la formation de produits solubles pourrait constituer une source sérieuse d'intoxications, sans compter les vapeurs de chlore ou de brome dégagées.

L'oxyde de carbone est le gaz le plus toxique, *qui soit contenu dans les produits de combustion* du moteur ; il peut causer des accidents en vol, par refoulement à l'intérieur de la carlingue ; mais ce sont les vapeurs d'essence tétraéthylée non brûlée, qui constituent les principaux facteurs d'intoxication, alors qu'elles proviennent des fuites du fait de canalisations insuffisamment étanches, ou du fonctionnement des trop-pleins.

Des accidents de ce genre se produisent presque toujours au cours de missions aériennes entraînant de nombreux et brusques changements d'altitude, ainsi qu'à l'occasion de manœuvres acrobatiques. Dans ces circonstances les trop-pleins fonctionnent à plein rendement, et le moteur débite également le maximum d'oxyde de carbone.

On n'a observé des phénomènes d'intoxication que dans les services de manipulation des essences, genre « 87 octane » tétraéthylée, alors qu'on n'avait pas eu recours au circuit fermé, car le dernier est toujours employé pour le transvasement du wagon citerne aux réservoirs d'emmagasinement. Dans ce cas, les légers malaises observés doivent être attribués au tétra-éthyle de plomb et à l'intoxication benzénique.

Grâce aux précautions prises, on a pu faire disparaître actuellement les inconvénients qui avaient été observés dans les postes de rinçage et de remplissage des fûts. (*Bruxelles-Médical*, 20 juin 1937.)

Basedow et traumatismes

Il n'existe pas à la connaissance de MM. F. Bremer et Jean Slosse, d'observations valables de Basedow, qui soient imputables à un traumatisme direct de la thyroïde ou des régions voisines. Celles qui peuvent être dues à un traumatisme cranien, ayant déterminé une perte de connaissance immédiate du blessé, paraissent être d'une extrême rareté. L'hyperthyroïdie, même légère, ne fait pas, en effet, partie de la symptomatologie, cependant si touffue, du syndrome commotionnel tardif des traumatismes craniens. Ce fait est significatif, en raison de la grande fréquence de cette catégorie de traumatismes.

Cependant, d'assez nombreuses observations de Basedow, offrant toutes les garanties ont été publiées comme ayant fait suite en quelques jours ou quelques semaines, à un traumatisme qui n'avait pas comporté de perte de conaissance dans sa symptomatologie immédiate.

La gravité et la localisation du traumatisme incriminé paraissent avoir été beaucoup moins importantes dans le déterminisme du syndrome basedowien que l'intensité et la durée de l'ébranlement émotionnel, provoqué par l'appréhension de l'accident imminent ou par des suites immédiates. Il existe d'ailleurs toutes les transitions entre ces cas de Basedow traumatique vrais et ceux qui sont consécutifs à un choc émotionnel par « traumatisme psychique ».

Dans la moitié environ des cas de Basedow traumatiques publiés, le sujet présentait des signes manifestes, ou bien il existait de sérieuses présomptions d'une prédisposition constitutionnelle thyroïdienne ou névropathique. Toutefois, dans plusieurs cas bien observés, aucun signe de ces prédispositions n'a pu être relevé.

Dans les cas exceptionnels de Basedow consécutifs à une commotion cérébrale traumatique, le trouble fonctionnel neuro-hypophysaire pourrait être l'expression de l'atteinte commotionnelle directe de l'appareil hypothalamo-hypophysaire. Dans ceux, beaucoup plus fréquents de traumatismes quelconques n'ayant pas comporté de commotion cérébrale, la perturbation hypothalamo-hypophyso-thyroïdienne serait liée intimement au déséquilibre fonctionnel, aigu ou chronique, des mécanismes nerveux, qui commandent les manifestations viscérales de l'émotion.

L'admission, ou le rejet, d'une filiation causale entre un traumatisme et l'apparition consécutive d'un syndrome basedowien, sera basée, dans chaque cas particulier sur les règles générales, qui guident l'expert dans l'appréciation de la valeur étiologique d'un facteur traumatique. (*Annales de médecine légale*, juin 1937).

LES DIRECTEURS DE BUREAUX D'HYGIÈNE

Leur situation nouvelle — Leur recrutement

Le décret-loi du 30 octobre 1935 et le décret tout récent du 17 avril 1937 ont apporté à l'organisation de l'Administration sanitaire aussi bien départementale que communale des modifications profondes.

Les Directeurs de Bureaux d'hygiène avant les décrets du 30 octobre 1935 et du 17 avril 1937. — Par l'article 19 de la loi du 15 février 1902, il était indiqué que « si le Préfet, pour assurer « l'exécution de la présente loi, estime qu'il y a « lieu d'organiser un service de contrôle et d'ins« pection, il ne peut y être procédé qu'en suite « d'une délibération du Conseil général régle« mentant les détails et le budget du service ».

L'institution d'une inspection sanitaire départementale n'était donc qu'une po sibilité, une faculté, non une obligat on pour les Conseils généraux et les Préfets.

Jusqu'à ces dernières années, les départements n'usaient que fort rarement de cette faculté. En 1931, le Docteur Ambruster, rapporteur au Sénat du budget du ministère de la Santé publique disait que « depuis la création de l'Office « national d'hygiène sociale en 1924, le nombre « des départements possédant des inspecteurs « départementaux d'hygiène adjoints était passé « en six ans de 4 à 19 ». En 1933, M. Manceau, rapporteur du même budget au Sénat disait : « La nécessité d'une inspection d'hygiène n'a « pas été reconnue dans tous les départements ». Toutefois de grands progrès ont été accomplis depuis 1919, puisque le nombre de ces services est passé de 51 en 1924 à 80 au 31 décembre 1932 et que dans 72 départements, le service est assuré par des médecins spécialisés et dans 22 départements par plusieurs médecins spécialisés.

En ce qui concerne les Bureaux municipaux d'hygiène leur institution était obligatoire « sous « l'autorité du maire dans les villes de 20.000 « habitants et au-dessus et dans les communes « d'au moins 2.000 habitants qui sont le siège « d'un établissement thermal ».

En fait, bien des villes même très importantes demeurèrent en marge de la loi ; c'est ainsi qu'à Bordeaux, ce ne fut qu'en avril 1925, par conséquent vingt-trois ans après l'application de la loi du 15 février 1902 que fut nommé un directeur du Bureau municipal d'hygiène.

Dans son rapport à la Chambre des députés (1), sur le projet de loi de protection de la Santé publique, le Dr G. Legros faisait ces pénibles constatations : « D'après la loi de « 1902, il devrait exister en France 135 « bureaux d'hygiène. On n'en compte guère « que 75 et une cinquantaine seulement jouissent « d'une organisation rigoureuse, avec des direc« teurs spécialisés, mais *le plus souvent réduits à « la plus parfaite impuissance.* On s'explique que « tous les départements n'aient pas créé des ins« pections d'hygiène d'autorité, faute de moyens « d'action, puisque l'obligation n'en était pas « inscrite dans la loi. On s'explique plus malaisé« ment cette désobéissance à des injonctions « pourtant précises visant la création obliga« toire de Bureaux municipaux d'hygiène dans « les conditions qui viennent d'être précisées. « Toujours est-il qu'on rencontre de nombreu« ses municipalités qui s'obstinent à n'en vou« loir à aucun prix. D'autres, qui les acceptent, « ne consentent à leur offrir un abri que dans des « locaux misérables,. On y éprouve cette im« pression que les municipalités n'ont consenti « qu'à faire juste l'indispensable pour se mettre « en règle avec la loi et considèrent l'hygiéniste « comme un parasite auquel elles opposent une « incroyable force d'inertie ».

(1) Chambre des députés, session de 1932. Annexe au procès-verbal de la séance du 4 juillet 1932.

Les Directeurs des Bureaux d'hygiène sous la réglementation nouvelle. — Ces critiques d'ordre parlementaire ont inspiré les rédacteurs du décret-loi du 30 octobre 1935 portant réorganisation des inspections départementales d hygiène. Dans l'exposé des motifs, il est dit en effet : « Au « moment où la loi du 15 février 1902 sur la pro« tection de la santé publique est entrée en « vigueur, il a paru opportun de laisser aux Con« seils généraux et aux Conseils municipaux le « soin d'organiser comme ils l'entendaient les « services départementaux et municipaux d'hy« giène. Si cette liberté a permis dans de nombreux « cas des réalisations heureuses, elle a présenté de « sérieux inconvénients dont l'importance grandit « chaque jour avec le développement de l'hy« giène... Pour que les fonctionnaires sani« taires puissent accomplir leur tâche dans « les meilleures conditions, il importe au pre« mier rang qu'ils soient choisis parmi l'élite des « médecins et qu'ils soient soustraits aux influen« ces locales ... ».

Par l'article 1er de ce décret le Service d'inspection et de contrôle de la Santé publique qui, sous la loi de 1902, n'était que facultatif est devenu *obligatoire* dans chaque département.

Le Directeur de ce service prend le nom d'inspecteur départemental d'hygiène. Quant aux Bureaux municipaux d'hygiène, leur institu-

tion n'est plus obligatoire que dans les villes de 50.000 habitants et non de 20.000 comme il était prévu dans la loi du 15 février 1902. Les directeurs de ces Bureaux sont toujours placés sous l'autorité du Maire, mais sous le contrôle de l'Inspecteur départemental. Suivant le mode de recrutement plus loin exposé, ils sont nommés non par le Maire comme il était fait antérieurement, mais par le Ministre.

Recrutement. — Le décret récent du 17 avril 1937 a maintenu et précisé les dispositions précédentes du décret-loi de 1935. De plus, il a fixé — et c'est là une modification importante et heureuse — les conditions de recrutement des directeurs de Bureaux d'hygiène. L'article 2 du décret du 3 juillet 1905 déterminant les conditions d'organisation et de fonctionnement des Bureaux d'hygiène donnait au Maire la nomination « du chef de service parmi les personnes « reconnues aptes, à raison de leurs titres, par « le Comité consultatif d'hygiène publique de « France ». Ce mode de nomination avait soulevé des critiques. Dans son rapport du budget de 1931, M. le Sénateur Ambruster demandait que soit « assuré un bon recrutement des méde- « cins hygiénistes » disant que leur nomination « intervient en toute liberté et sans qu'on exige « les diplômes qualifiés susceptibles de donner le « maximum de garanties au point de vue de la « compétence ».

Dans son rapport (1932) sur le projet de loi relatif à la Protection de la Santé publique, M. Georges Legros était plus affirmatif encore. Il disait «... Des Bureaux ont eu ou ont encore « à leur tête des pharmaciens, des sages-femmes « ou des agents voyers. Aucun titre, pas même « le diplôme d'hygiène ni même celui de docteur « en médecine n'est *légalement* exigible. Les di- « recteurs sont nommés le plus souvent sur de « vagues références et le Maire n'a qu'à choisir « parmi les trois premiers candidats qui figurent « sur une liste dressée par le Conseil supérieur « d'hygiène publique de France. De nouveau « ici, votre Commission estime que d'autres « garanties sont indispensables ... ».

Désormais, par l'article 5 du décret du 17 avril 1937, en sus des conditions de nationalité française, d'âge — 35 ans au plus — (les femmes sont admises), des garanties de compétence médicale scientifique, technique sont exigées des candidats : « *Ils doivent être titulaires du diplôme d'Etat « de docteur en médecine, d'un des diplômes universitaires d'hygiène* institués dans les condi- « tions prévues par le décret du 21 juillet 1897 « et d'un *certificat délivré à la suite d'un stage « de trois mois dans une inspection départementale d'hygiène ou dans un Bureau d'hygiène d'une « ville de* 100.000 *habitants au moins* ».

Les nominations sont faites par le ministre suivant les besoins du service après concours sur épreuves, et sur titres annoncées deux mois à l'avance par voie d'insertion à l'*Officiel.*

Une modification importante est donc apportée sur le mode de recrutement des directeurs de Bureaux d'hygiène. Antérieurement, ils étaient choisis uniquement après épreuves sur titres. Le nouveau règlement a ajouté à cette épreuve des examens probatoires dont le programme sera arrêté par le Ministre.

D'autre part, jusqu'à ce jour, toute vacance d'un bureau était publiée au *Journal Officiel* et un délai était imparti aux candidats pour faire valoir leurs titres. La nomination était faite pour ce poste déterminé. Par le nouveau décret, il n'en sera plus ainsi. Il semble bien qu'il sera fait un concours général « le nombre des admis- « sions étant limité à celui des vacances à pré- « voir dans l'année qui suit. »

Avancement. — D'une manière générale, il ressort de la réglementation nouvelle que les directeurs de Bureaux d'hygiène devenant fonctionnaires d'Etat constitueront un corps d'hygiénistes ayant leurs statuts. D'après les articles 6 et 7 du décret du 17 avril 1937, ils sont divisés en catégories et en classes. Leur avancement se fait à l'ancienneté ou au choix suivant un tableau établi annuellement d'après ordre de mérite par une Commission de classement.

Pour chaque grade et chaque classe, le traitement ainsi que les frais de déplacemeut seront fixés par décret contresigné par le ministre de la Santé publique et le ministre des Finances. Ce décret n'a pas encore paru.

Il est certain cependant qu'il unifiera la situation des directeurs des Bureaux d'hygiène, actuellement très différente suivant les départements et suivant les villes. Nous devons ajouter que nous ne savons pas encore si ces fonctionnaires, dont le traitement est désormais fixé par le Ministre, continueront à être payés sur les budgets départementaux ou communaux.

Enfin, nous ne savons pas davantage si les classes seront attribuées aux personnes, ou, suivant les cas, aux départements ou aux villes... Cela, on en conviendra, a son importance.

Organisation et attributions. — Le personnel et les locaux nécessaires sont mis pour l'inspection départementale à la disposition de l'Inspecteur départemental par l'autorité préfectorale. En dehors des attributions qui leur sont conférées par les lois et règlements relatifs à l'hygiène, l'inspecteur départemental est appelé à connaître de toutes les questions se rattachant à la protection de la Santé publique.

Les directeurs des Bureaux municipaux d'hygiène ont les mêmes attributions dans la limite de leur compétence territoriale.

Dr Ginestous.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Clinique des maladies mentales et de l'encéphale.** (Asile clinique : 1, rue Cabanis). — *Conférences de psychiatrie.* — Le Docteur Henri Ey, ancien chef de clinique, médecin des Asiles, reprendra ses conférences et examens de malades à partir du mercredi 20 octobre jusqu'au 15 avril. Ces conférences ont pour objet, comme les années précédentes, l'étude des divers problèmes neuro-psychiatriques classiques et d'actualité. Les examens de malades auront lieu tous les mercredis, à 16 heures, à l'Amphithéâtre de la clinique du Professeur Claude. Les conférences théoriques auront lieu le soir du même jour, à 21 heures, à la Bibliothèque de l'Asile Sainte-Anne. Pour inscriptions et renseignements s'adresser au Docteur Nodet, chef de clinique, Asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, Paris (XIVe).

— **Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu** (Professeur : M. F. Terrien). — *Cours de chirurgie oculaire* (Octobre 1937). — M. le Professeur F. Terrien, assisté de M. le Professeur Lacassagne ; de MM. les Docteurs Velter et Renard, agrégés ; de MM. les Docteurs P. Veil et Dollfus, ophtalmologistes des hôpitaux ; de MM. les Docteurs J. Blum, Hudelo, Mme Braun-Vallon et M. Joseph, chefs de clinique et de laboratoire, fera un cours de chirurgie oculaire à l'Hôtel-Dieu.

Le cours commencera le vendredi 15 octobre 1937, à 10 heures, à l'amphithéâtre Dupuytren (Hôtel-Dieu) et continuera les jours suivants. Il comprendra douze leçons. Les cours théoriques seront complétés par une série d'exercices pratiques : séances opératoires, exercices pratiques à l'Ecole de médecine ; démonstrations, visite à l'Institut du radium, etc. Droits : 300 francs. Inscription au secrétariat de la Faculté.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Faculté de médecine de Montpellier.** — *Thèses de l'année* 1936-1937. Doctorat d'Etat :

Mouriès (Marcel). — De l'ostéosynthèse immédiate en foyer ouvert dans les fractures de jambes compliquées de plaies.

Vernières (Paulette). — Remarques sur le parasitisme intestinal chez l'enfant dans la région de Montpellier.

Serre (Henri). — La thérapeutique de choc dans les maladies des articulations.

Fermaud (Robert). — Contribution à l'étude de l'alcoolisation du nerf phrénique dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

Avezou (Maurice). — Contribution à l'étude du délire transitoire critique dans la pneumonie.

Fassio (Edouard). — Les syndromes angio-neuro-endocriniens.

Roche (Jean). — Contribution à l'étude du pouvoir agotoxique et phylactique de quelques eaux minérales et notamment des eaux de Vichy.

Atger (Jeanne). — Un cas d'épithélioma adéno de du rein chez un enfant.

Chatton (Pierre). — Contribution à l'étude des fibro myomes kystiques de l'utérus.

Le Forestier (Ghislaine). — Fluxion dans la tuberculose pulmonaire.

Muzard (Marguerite). — Contribution à l'étude des compressions médullaires dans la fièvre de Malte.

De Gaudin de Lagrange (Marguerite-Marie). — Le tissu amygdalien, son rôle étiologique dans la tuberculose de l'enfance.

Algava (Moïse). — Contribution à l'étude du syndrome de Stokes-Adams dans la maladie de Bouillaud.

El-Fegoun Abdelkrim (Ben Cheikh). — L'ostéomyélite primitive de la rotule.

Lé-Van-Tri. — Contribution à l'étude des courbures dans la scoliose.

Doan Van Thu. — De la grossesse tubaire récidivante, considérations étiologiques, pathogéniques et thérapeutiques.

Leuthrau (Edmée-Marie). — Contribution à l'étude de l'action de l'eau de Vichy sur le chimisme gastrique.

Tran-Va-Chi. — De l'amibiase intestinale chronique, données étiologiques, cliniques et thérapeutiques.

Euzet (Elie). — La maladie polykystique des reins chez l'adulte.

Navatel (Paul-Henri). — La réaction de Vernes et la vitesse de sédimentation globulaire dans la tuberculose pulmonaire.

Roques (Jacques). — Le syndrome pseudo-tumoral en pathologie cérébrale.

Gabbai (Albert). — La tension artérielle dans la maladie palustre en pays d'endémie.

Verheggen (Jean-Louis). — L'acupuncture chinoise et les dermalgies, écho des douleurs viscérales.

Vieu (Jean). — Le nanisme rénal.

Péguret (Pierre). — Contribution à l'étude du traitement des dysménorrhées rebelles par la résection du nerf présacré.

Quet (Emile). — Contribution à l'étude du traitement par ponction des abcès chauds en général et des abcès du sein en particulier.

Sanglier (Maxime). — Considérations sur le transport par avion des malades et des blessés.

Martin (Pierre). — Contribution à l'étude de l'occlusion intestinale tardive consécutive à l'appendicectomie.

Andrieu (M.). — Ventilation et échanges gazeux pulmonaires au cours de l'exercice musculaire prolongé.

Galtier (Andrée). — La maladie de Morquio.

Cros (André). — Le diagnostic radiologique de l'ulcère du bulbe duodénal.

Ravel (Jean-Pierre). — A propos de quelques cas cliniques et expérimentaux de pancréatite aiguë.

Boudouresques (Joseph). — Contribution à l'étude

de la rupture sous-cutanée du tendon long extenseur du pouce.

DIZIER (Lucien). — Contribution à l'étude thérapeutique du tétanos.

PECH (Etienne). — Etude des différences des potentiels électriques de contact de quelques liquides.

HYGOUNENC (Henri). — Contribution à l'étude des hernies rétropéritonéales paraduodénales.

BALESTIÉ (Jean). — Les furoncles médio-faciaux. Complications et traitement.

BARNAY (Jean). — La maladie de Chauffard-Still chez l'enfant. (Trois observations.)

MILLET (Jean). — Contribution à l'étude des formes cliniques et typiques de granulomatose maligne.

MITCHNIK (Rosa). — Soins pré- et post-opératoires dans la sténose hypertrophique congénitale du pylore.

GRASSOUS (Albert). — Anomalie aortique congénitale. Déductions médico-chirurgicales.

GRANIER (Yvan). — Résultats éloignés du traitement des fractures du col du fémur par la méthode de Lucas-Championnière.

FRÉCHINOS (Georges). — Etude du rythme cardiaque et de la pression artérielle au cours du travail musculaire prolongé.

CAUVY (Louis). — Contribution à l'étude des recto-colites ulcéreuses chez les bacillaires pulmonaires de Koch.

SOLOMON (Beno). — La vaccination antidiphtérique avec l'anatoxine de Ramon à la pouponnière de Montpellier.

GAUDEMARD (Paul). — De la rectoscopie, ses indications diagnostiques et thérapeutiques.

DEFFUANT (Robert). — Les troubles du système neuro-végétatif des mélancoliques.

DEFFUANT-GAILLANDE (Ch.-R.). — Les troubles neuro-végétatifs des épileptiques et leur action sur la crise.

FRIED (Gabriel). — Contribution à l'étude des résultats éloignés des ostéotomies pour déformations rachitiques des membres inférieurs.

CATHARY (René). — Contribution à l'étude du méga-duodénum.

COUDERC (Fernand). — Contribution à l'étude de l'adénome du fond de l'utérus.

BOUISSET (André). — Contribution à l'étude de la cure des prolapsus des anus contre nature.

KRYMM (Clara). — La thoracoplastie du sommet par voie basse.

CAMUS (Edmond). — Les diarrhées des tuberculeux.

TAILLAN (J.-E.). — Un cas de sténose pylorique par lymphogranulomatose (pylorectomie) chez un enfant de dix ans.

JOURDAN (Marcel). — Le végétarisme ou régime de Pythagore. Son action physiologique.

LAPORTE (Lucie). — Le spirochète d'Inada et Ido, chez le rat d'égoût de Montpellier.

BIROT (Roger). — La thérapeutique moderne des cholécystites lithiasiques.

WAGNIER (Paul). — Le traitement du mal de mer en 1937.

CATALAN (Henri). — Action de l'héliothérapie marine sur l'activité phosphatique du sérum.

CALAS (François). — Contribution à l'étude du diagnostic et du traitement de l'invagination intestinale aiguë du nourrisson.

BOUZIGUES (Paul). — Contribution à l'étude des dyschromatopsies.

PISTRE (Georges). — Tonus vago-sympathique et troubles vaso-moteurs chez les déments précoces.

AUSSILLOUX (Jean). — Les métrorragies post-ménopausiques d'origine extra-utérine.

ROBERT (Roger). — Les propagations des cancers buccaux au maxillaire inférieur.

CHRISPOPHE (Paul). — Contribution à l'étude des hépatites mélitococciques.

HATOUX-ANSTETT (Madeleine). — Vaccination antidiphtérique. Essai d'immunisation en un temps à l'aide d'anatoxine activée par l'hydrate d'alumine. Vaccin de Sordelli.

TOYE-LAZARIN (Paul). — L'ulcère duodénal post-bulbaire.

GOULESQUE (Jean). — L'extraction totale du cristallin. Cataracte par prise capsulaire pneumatique.

ORABONA (Jean). — Formes nerveuses du paludisme aigu.

MATHIEU (Jean-Antoine). — Valeur diagnostique de la formule hémo-leucocytaire au cours de quelques maladies infectieuses aiguës.

FAYARD (Henri de). — Etats scléro-kystiques (mammites chroniques) et cancer du sein.

PASSEBOIS (Pierre). — Contribution à l'étude du corps vertébral.

ALQUIÉ (Raymond). — Les caractères morphologiques et biologiques du bacille diphtérique et leurs rapports avec les manifestations cliniques de la maladie.

JOUBÉ (Jean). — Etude critique de quelques observations de grossesse extra-utérine.

SANTUCCI (Antoine-Paul-Ours). — Contribution à l'étude du « choc opératoire ». Etude clinique et chimique des opérés en chirurgie générale.

FLAVIER (Gaston-Joseph-Lucien). — Contribution à l'étude du traitement des complications graves de l'appendicite aiguë (péritonites, gangrène gazeuse), par l'emploi complémentaire du sérum polyvalent de Weinberg.

JACQUES (Louis). — Contribution à l'étude de l'état actuel du choix de l'anesthésie en chirurgie gastrique.

HOARAU (Ignace). — Les grandes ascites des tumeurs bénignes de l'ovaire et du parovaire.

PASCOU (Paul). — Contribution à l'étude des luxations traumatiques du genou en avant.

FARINACCI (Vincent). — Contribution à l'étude des kystes hydatiques calcifiés du foie à propos d'une observation.

PORCHÉ (Georges). — Contribution à l'étude du syndrome ictère chronique par rétention sans obstacle.

IGLISIS (Gérard). — Contribution à l'étude de l'anesthésie dans la thoracoplastie pour tuberculose pulmonaire.

BOUSQUET (Elisée). — Contribution à l'étude de l'épithélioma primitif du vagin. A propos d'une observation.

AGOT (Marcel-Marie). — Hématémèses et splénomégalie chez les enfants. Trois observations.

QUET (Maurice). — Une épidémie minière de spirochétose ictéro-hémorragique.

DENOYÉS (Paul). — Appendice et radiologie.

MALATERRE (André). — Contribution à l'étude des kystes hydatiques du rein.

Le Gérant : R. THIRON

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux

pour le médecin. Ce dernier retournera la carte complètement remplie avec ces trois volets, à la Mairie qui l'aura délivrée. La Mairie renverra le volet B au médecin et transmettra les autres volets à leur destinataire, après avoir noté la date de réception et de transmission. Le Service d'assistance et la Caisse seront ainsi avertis et le médecin pourra prouver qu'il s'est bien conformé aux prescriptions de l'art. 19, en cas de contestations ultérieures au moment du règlement de son mémoire.

L'indication de la nature de l'affection occasionnant à l'assuré une incapacité de plus de 66 % présente pour la Caisse un incontestable intérêt. En effet, le droit à l'assurance-invalidité ne s'ouvre pour l'assuré qu'à l'expiration du délai de six mois de soins concernant une affection déterminée et c'est à partir de la première constatation médicale de cette affection que doivent être comptés les huit trimestres civils de référence servant à déterminer le droit de l'intéressé aux prestations. D'autre part, au cas où l'incapacité proviendrait soit d'une blessure de guerre, soit d'une maladie ayant donné lieu à l'allocation des indemnités prévues par la législation sur les accidents du travail, la Caisse d'assurances sociales invalidité ne devrait pas intervenir. Pour ces deux raisons, il est donc extrêmement utile de savoir d'où provient l'incapacité donnant lieu à la demande de pension.

D'un autre côté, le médecin, s'il est incontestablement lié par le secret professionnel à l'égarp de la Caisse, peut résoudre cette difficulté sans porter préjudice aux intérêts de son client. Il lui suffit, en effet de délivrer à ce dernier, en mains propres, le certificat portant le diagnostic de sa maladie ; ce faisant, il ne violera pas l'art. 378 du Code pénal puisqu'il est de jurisprudence constante qu'il n'y a pas de secret entre le médecin et le malade. Ce dernier pourra faire de ce certificat tel usage qu'il lui plaira et notamment le produire à l'appui de sa demande en paiement auprès de la Caisse d'assurance-maladie. D'ailleurs, d'après la jurisprudence la plus récente de la Cour de cassation, l'obligation au secret professionnel n'a pas juridiquement la même étendue et le même caractère absolu que celui que les médecins lui prêtent généralement. Ne sont interdites, en effet, que les révélations de faits présentant un caractère secret et par faits secrets, il faut entendre non point tous les faits de nature médicale ou professionnelle, mais seulement ceux dont la divulgation serait susceptible de porter atteinte aux intérêts matériels ou moraux de son client. Puisqu'il ne peut en être ainsi dans le cas que vous nous exposez et que c'est au contraire, l'observation absolue du secret professionnel qui pourrait porter préjudice à l'assuré, nous ne croyons pas que vous puissiez refuser la mention du diagnostic sur le certificat d'invalidité.

6.933. — Immatriculation des femmes de ménage aux Assurances sociales

Jusqu'au 1er janvier 1933, quels étaient les devoirs en ce qui concerne les Assurances sociales des employeurs vis-à-vis des femmes de ménage travaillant une ou deux heures par jour, chez eux ?

Dr P.

Réponse

Sous le régime de la loi de 1928-1930 et d'après le décret du 24 mai 1930, le principe de la déclaration obligatoire des salariés par les employeurs, aux Assurances sociales, souffrait des exceptions lorsqu'il s'agissait de femmes de ménage rémunérées à l'heure ou à la tâche pour effectuer les travaux d'ordre domestique et travaillant pour le compte de plusieurs employeurs.

Dans ces cas, la déclaration et l'immatriculation des intéressées restaient à leur charge. Aux termes du décret, les employeurs pouvaient exiger de ces salariés qu'ils leur donnent décharge d'accomplissement de la formalité sur des formules spéciales d'un modèle dressé par le ministre du Travail. Ce modèle comportait seulement l'attestation que le salarié travaille pour le compte de plusieurs employeurs et qu'il prend à sa charge la déclaration concernant l'immatriculation.

Nous vous signalons que depuis le 1er janvier 1936, date d'entrée en vigueur du nouveau régime institué par le décret-loi du 28 octobre 1935, les formalités de déclaration et d'immatriculation des femmes de ménage n'incombent plus à ces dernières, mais bien à l'employeur, dans les mêmes formes et conditions qu'en ce qui concerne les salariés ordinaires.

7.030. — Coexistance du droit à une pension militaire et à une pension de l'assurance-invalidité

M. S. est pensionné militaire pour blessure de guerre à 40 %. Opéré d'ulcère d'estomac, il a obtenu des Assurances sociales une invalidité de 65 %. Mais par suite du non-cumul, il a eu à choisir entre la pension de blessé de guerre, et celle d'assurance-invalidité. Il a choisi celle de blessé de guerre plus avantageuse. Cela me paraît normal.

Ce qui me le paraît moins, c'est qu'il continué de cotiser aux Assurances sociales et qu'on lui ait supprimé les soins médicaux, c'est inscrit sur sa pension d'invalidité.

En somme blessé de guerre il est plus mal traité par l'Assurance sociale que s'il ne l'était pas : l'Assurance sociale assurant les soins à ses invalides ordinaires pour eux. Et restant employé (avec l'aide de sa femme, elle-même assurée sociale et de son fils, il assure la marche d'une métairie), il est assujetti aux Assurances sociales. L'Assurance sociale tire double-

ment profit de sa situation de blessé de guerre : privation d'indemnité pour soins, assujettissement aux versements d'assurances sociales que les autres invalides du travail ne payent pas. C'est peut-être légal, mais me paraît injuste. Voulez-vous donner votre avis, ou nous détromper si nous faisons erreur d'interprétation ? Dr L.

Réponse

Il n'est pas exact qu'un assuré social pensionné de guerre ait à choisir, en cas d'invalidité de 65 %, entre le régime des Assurances sociales et celui des Pensions. Cette hypothèse a fait l'objet au contraire d'une disposition expresse dans le décret-loi du 28 octobre 1935 sur les Assurances sociales.

Il résulte, en effet, de l'art. 18, paragr. 3 de ce décret qu'en cas d'aggravation de l'état d'invalidité à la suite de maladie ou d'accident, l'incapacité d'origine militaire entre en compte pour la détermination du degré d'invalidité ouvrant droit à la pension d'assurance. Si le degré total d'invalidité atteint au moins 66 % et si la pension militaire est inférieure à la pension à laquelle l'assuré aurait droit au titre de la loi sur les Assurances sociales, la pension d'assurance est liquidée pour un montant égal à la différence entre la pension calculée comme il est dit à l'art. 10 de la loi sur les Assurances sociales, et la pension militaire.

Il en résulte, *a contrario*, que si la pension militaire d'invalidité est supérieure à la pension théorique des Assurances sociales, l'assuré continue à recevoir cette pension et ne touche aucun supplément de l'assurance. Par suite, ses droits aux prestations de l'assurance-invalidité n'ont pas été liquidés et il ne peut donc prétendre aux accessoires de la pension, c'est-à-dire aux soins gratuits pendant cinq années, conformément à l'art. 10, parag. 8.

Les termes de cet article ne permettent d'ailleurs aucun doute, puisqu'il est dit que pendant la durée de son invalidité et au maximum pendant cinq ans, l'assuré titulaire d'une pension d'invalidité bénéficie des prestations en nature de l'assurance-maladie. *A contrario*, s'il ne reçoit aucune pension d'invalidité, il ne peut prétendre aux soins médicaux.

Mais il y a lieu de remarquer que cette privation des prestations spéciales de l'assurance-invalidité n'entraîne pas de conséquences bien graves pour l'intéressé puisqu'il continue à avoir droit aux soins gratuits, en application de l'art. 64 de la loi du 31 mars 1919 sur les pensions militaires.

D'autre part, il est régulier que votre client continue à cotiser à l'assurance s'il n'a pas été obligé de cesser tout travail salarié. Bien entendu ces cotisations lui ouvriraient droit éventuelle-

ment aux prestations de l'assurance-maladie et entreront en compte pour le montant de sa retraite.

6.998. — Prescription des appareils d'optique aux assurés sociaux

Une personne ayant besoin de lunettes demande une feuille de soins spéciaux à sa Caisse, on lui adresse en réponse la note suivante : « Les feuilles de soins spéciaux ne sont délivrées que sur demande du médecin traitant et après avis de notre contrôleur. Veuillez donc nous adresser un certificat indiquant la nature et le numéro des soins réclamés. »

Cette façon de procéder me paraît odieuse parce qu'elle met le malade dans l'obligation de faire la dépense supplémentaire d'une consultation préalable du médecin traitant, que celui-ci (qui peut ne pas être traitant si l'intéressé n'est pas malade, comme pour une affaire de lunettes) n'est pas compétent pour apprécier la nature des soins à donner et surtout le numéro de la nomenclature et que pour éviter les tracasseries de la Caisse le malade perd ses avantages d'assuré en n'excipant pas de sa qualité s'il va consulter.

Dr D.

Réponse

Il est exact que, dans l'esprit de la loi sur les Assurances sociales et ainsi qu'il résulte de diverses réponses ministérielles et de l'art. 30 de règlement intérieur type des Caisses d'Assurances sociales, la délivrance des appareils d'optiques tels que les lunettes, est assimilée aux prescriptions pharmaceutiques. Il est donc nécessaire en principe que l'assuré désirant obtenir des lunettes se fasse prescrire cet appareil par le médecin-traitant de son choix.

Il faut en outre, qu'il demande à la Caisse la prise en charge de ces frais et l'accord de son médecin-contrôleur.

Il doit, d'autre part, acheter ces appareils auprès d'un des fournisseurs agréés par la Caisse. Les frais lui sont remboursés suivant le tarif de responsabilité et sous réserve de la participation de 20 % aux frais.

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

a) *Accidents du Travail*

7.082. — Intervention dominicale et intervention double

En ma qualité de membre du Sou Médical et du *Concours Médical*, je viens vous demander un conseil sur cette application du tarif des honoraires médicaux dans un accident du travail.

J'ai soigné ces temps derniers un ouvrier agricole domicilié à 3 kilomètres de mon domicile qui a eu un

dimanche soir, sa main gauche prise par une faucheuse. Il en est résulté des plaies multiples des doigts avec fracture ouverte de la troisième phalange du médius et fracture ouverte de la deuxième phalange du pouce. Je me suis rendu à son appel, lui ai fait prendre un bain de main, lui ai fait une injection de sérum antitétanique, ai nettoyé la plaie de mon mieux et l'ai pansé. Le tout m'a pris environ deux heures et je suis rentré chez moi vers 9 h. 1/2 du soir.

En appliquant le tarif, je crois qu'il m'est dû : certificat 8 francs, injection de sérum antitétanique 20 francs, indemnité kilométrique (6 kilomètres à 1,50), 9 francs, indemnité pour visite du dimanche 7 fr. 50 soit au total 44 fr. 50.

Etant donné l'effort professionnel accompli et le résultat obtenu (la blessure s'est rapidement cicatrisée et l'incapacité permanente partielle sera insignifiante), je trouve ces honoraires insuffisants.

Il n'y a évidemment pas lieu de noter une régularisation de plaie et un épluchage, mais ne puis-je pas ajouter à la somme de 44 fr. 50, les honoraires fixés pour fracture fermée de doigt qui sont tarifés 35 francs à l'article 18. Qu'en pensez-vous ?

Dr V.

Réponse

a) La majoration du dimanche ne s'applique qu'à la seule visite, même pas à la consultation et *a fortiori* à une intervention.

b) Comptant l'injection antitétanique vous ne pouvez compter une visite (que celle-ci soit avec ou sans pansement c'est la même chose, art. 1er) se serait le cumul d'une intervention plus une visite qui est interdit par l'art. 13.

c) Voici donc le dilemne : ou compter visite dominicale seule : 15 francs plus 7 fr. 50 : 22 fr. 50 ou compter injection antitétanique : 20 francs. Naturellement, dans les deux cas, compter votre déplacement pour cette première visite ;

d) Ne pas compter de déplacement pour les autres fois, le blessé (à la main) pouvant « se déplacer sans inconvénient pour sa santé » (art. 2) ;

e) Mais, comme il y eût une fracture de la phalange du médius ; 2° fracture de la deuxième phalange du pouce, vous pourriez avantageusement compter : « réduction et contention de fracture de deux doigts d'une même main : 35 plus 35 : 2 = 17 fr. 50, soit en tout 52 fr. 50. Et comme il ne s'agit plus d'une visite simple, l'art. 13 ne serait plus en jeu, ce qui vous permettrait de compter en plus : injection antitétanique 20 francs, soit au total 80 francs, plus toujours l'indemnité kilométrique.

Dr F. Decourt.

7.018. — Pansement aux deux yeux par un non-oculiste

Je vous serais très obligé de bien vouloir me fixer sur une question d'application du tarif des accidents loi.

Je soigne un blessé d'une minoterie qui présente, suite à l'introduction de poussières, une conjonctivite subaiguë *bilatérale.*

N'étant pas spécialiste, j'ai demandé son avis à un de mes confrères ophtalmologue et, sur ses indications, je traite le blessé tous les jours :

Instillation de cocaïne,
Brossage des conjonctives au nitrate d'argent,
Irrigation au permanganate.
Ceci, aux deux yeux.

Comment dois-je établir ma note d'honoraires ?

Dr L.

Réponse

Vos consultations et pansements, fût-ce aux yeux, sont de 15 francs, n'étant pas spécialiste.

Toutefois, puisqu'il s'agit des deux yeux, il s'agit de « pansements multiples sur le même membre : 20 francs » (art. 16), avec précisions justificatives à fournir à l'Assurance.

Dr F. DECOURT.

b) Assurances sociales

7.119. — Au sujet des valeurs des P. C. et des K en matière d'Assurances sociales

Ou trouver la nomenclature des actes de petite chirurgie au tarif Assurances sociales ? Ainsi que la valeur des chiffres de K et P. C. (je sais qu'elle varie selon les régions) au Syndicat d'X... où j'ai posé ma candidature sans y avoir été encore admis, ni le président ni le secrétaire ne semblent d'accord sur la valeur de ces chiffres ? 25 francs ? 9 francs ? *Quid* ? J'ai tarifé K 20 une fracture double de l'avant-bras, réduction et plâtre, j'ai pris 500 francs est-ce juste ? et combien l'assuré touchera-t-il ? En outre on a pris K6 pour radio de contrôle, cette radio n'était-elle pas comprise dans mon K20 ? Excusez-moi de vous embêter avec autant d'insidieuses questions, mais les jeunes sont vraiment bien embarrassés lorsqu'il s'agit de se débrouiller dans tous ces tarifs ! Assurances sociales, Accident du travail, Art. 64, Assistance médicale gratuite, Assistance médicale ou Assurances sociales, etc., ne pourrait-on pas essayer d'unifier tous ces tarifs et est-il juste qu'un acte médical ait une valeur différente selon qu'il s'agit d'un accident ou d'un assuré.

Dr B.

Réponse

a) La valeur des actes de petite chirurgie se

marque par des P. C. qui varient suivant le tarif syndical régional. C'est donc votre Syndicat qui peut vous fournir cette nomenclature ;

b) La valeur des chiffres-clés marqués en K pour chirurgie et spécialités est indiquée dans la « nomenclature générale » officielle, parue au *Journal officiel*. Celle-ci est uniforme pour toute la France en tant que « Nomenclature », le prix des K variant suivant chaque syndicat régional. Donc, à ce sujet, je puis vous donner des précisions, à savoir : une réduction et contention de fracture de l'avant-bras est marquée dans la nomenclature générale : K 20. Quant à la valeur de K dans votre département est-elle de 15 ou 20 francs par exemple, je ne puis le savoir puisqu'elle dépend de la décision du syndicat prise d'ordinaire en assemblée générale.

c) D'ailleurs, en matière d'Assurances sociales, vous n'avez en l'espèce, qu'à indiquer K 20 sur la feuille de maladie. La Caisse remboursera l'assuré suivant la valeur de K d'après son tarif de responsabilité, le médecin pouvant toujours prendre le prix qu'il prendrait en clientèle ordinaire — et cela, d'après le principe de l'entente directe.

D[r] F. DECOURT.

7.084. — Les différentes annotations en K pour les traitements électriques ordinaires

Membre du Sou et syndicaliste, je vous serais très obligé de me donner votre avis compétent sur le point suivant : à savoir l'interprétation à donner au texte de la nomenclature des Assurances sociales concernant l'électrothérapie.

J'ai toujours noté mes séances de rayons ultra-violets (mercure) à K3 pour deux localisations et moins de 30 minutes en tout, K4 pour deux localisations et plus de 30 minutes.

Mes clients ont été remboursés aux tarifs les plus fantaisistes de K2 et K4, la même Caisse variant d'un jour à l'autre son taux de remboursement.

J'ai écrit à l'Union des Caisses et je garde précieusement la réponse d'après laquelle : « Les séances de rayons ultra-violets localisés sont remboursables à K3 et les séances généralisées à K4 ». Réponse assez imprécise mais qui confirmait en somme ma façon de voir.

Là-dessus je suis l'objet d'une plainte de la Caisse d'assurances sociales au sujet d'un malade auquel j'avais tarifé des séances d'ultra-violets K3 ou K4 selon leur durée. Je passe devant la Commission du Syndicat des médecins de la Seine qui reconnaît ma bonne foi mais se désintéresse complètement de la solution du litige.

Je dous demande donc :

1º de me donner votre avis ;

2° si j'ai raison, comme je le crois, de me dire à quel organisme je puis m'adresser pour avoir une réponse officielle sur la question, réponse qui me permettrait de dire, à l'avance et avec certitude, à mes clients, à combien de K leur Caisse les remboursera.

Dr C.

Réponse

a) « La nomenclature générale des actes de chirurgie et des actes de spécialités » est officielle et a paru dans le *Journal officiel*. Elle est valable pour ses K dans toute la France. En ce qui concerne le point particulier que vous signalez, elle apparaît assez explicite.

K2. — Traitement électrique par les procédés usuels pour une seule localisation et une durée de 30 minutes.

K3. — Traitement, etc., pour plusieurs localisations simultanées et une durée de 30 minutes.

K4. — Traitement, etc., pour plusieurs localisations ou pour plus de 30 minutes.

D'où je conclus que le « ou » de K4 ne peut se traduire que par « et », quand il y a plusieurs localisations. Donc « plusieurs localisation et 30 minutes K3 ».

Plusieurs localisations et plus de 30 minutes : K4.

b) En cas de différend entre le malade et la Caisse au sujet des remboursements, ce n'est plus la « Commission des trois médecins » qui est compétente, puis qu'il ne s'agit pas de « l'état du malade ». C'est la Commission d'arrondissement » (alinéa 1er de l'art. 36 du décret-loi du 30 octobre 1935).

Dr F. Decourt.

ACCIDENTS ET MALADIES PROFESSIONNELLES

6.934. — Les maladies causées par les brais, goudrons, etc, ne sont pas garanties par la législation sur les maladies profesionnelles

J'ai recours à votre extrême obligeance en vous priant de vouloir bien me fixer sur le point suivant.

J'ai soigné plusieurs ouvriers de l'usine M... qui présentaient une dermite eczématiforme, due au contact de l'huile au cours d'opérations de décolletage.

J'ai considéré l'affection comme professionnelle et l'Assurance sociale a refusé le risque. D'autre part l'Assurance accident m'explique par la lettre que je vous communique qu'elle non plus ne peut l'accepter.

J'agirai selon vos directives.

Dr B.

Réponse

La législation sur les risques professionnels ne s'applique en principe qu'aux accidents survenus au temps et au lieu du travail. En sont exclues, au contraire, les maladies d'origine professionnelle, sauf au cas où elles sont comprises dans la liste limitative dressée par la loi du 25 octobre 1919, modifiée par celle du 1er janvier 1931 et par le décret du 2 juillet 1936.

Or, les affections de la peau et les inflammations des tissus cellulaires produites par les brais, les goudrons, les bitumes, l'asphalte, les huiles minérales ou autres produits irritants ou cancérigènes ne figurent pas dans ces listes et sont seulement prévues par le décret du 16 octobre 1935 relatif à la déclaration obligatoire des maladies d'origine professionnelle, déclarations qui sont imposées aux médecins en application de l'art 12 de la loi du 25 octobre 1919, en vue de la prévention de ces maladies et de l'extension ultérieure de la protection légale. Cette extension n'ayant pas été réalisée, les ouvriers qui en sont victimes ne sont point fondés à demander à leur chef d'entreprise ou à leur assurance substituée le versement des indemnités légales prévues par la loi du 9 avril 1898. Par voie de conséquence, les médecins-traitants de ces accidentés ne sauraient avoir d'action contre le patron en paiement de leurs honoraires puisque cette action n'est que l'exercice par eux-mêmes des droits de l'ouvrier et ne peut trouver d'appui que dans l'existence de ces droits.

On doit considérer la réponse que vous a faite en l'espèce la Compagnie d'assurances comme juridiquement fondée. Il est exact qu'il appartient en ce cas à la Caisse d'assurances sociales de l'intéressé de prendre en charge sa maladie et de lui verser les prestations en nature prévues par son tarif de responsabilité. Il importe peu en l'espèce qu'il s'agisse d'une maladie d'origine professionnelle, car en vertu de l'art. 20, parag. 1er du décret-loi du 28 octobre 1935, les seules maladies exclues de la garantie des Assurances sociales sont celles qui sont indemnisées ou susceptibles d'être indemnisées au titre de la loi sur les risques professionnels.

Il a d'ailleurs été jugé par la Cour de cassation dans son arrêt du 28 avril 1937 (*Gaz. du Palais*, 5 juin 1937) que lorsqu'il est acquis au point de vue juridique que la maladie de l'assuré n'ouvre pas droit au bénéfice de la législation des accidents du travail, les prestations du risque-maladie sont dues à l'assuré quel qu'ait pu être l'avis médical de la Commission technique prévue par la loi. Mais s'il y a contestation sur ce point entre la Caisse et l'assuré, le mieux serait que ce dernier agisse conformément à l'art. 20, parag. 4 du

décret-loi sur les Assurances sociales, décret d'après lequel l'assuré victime d'un accident du travail ou d'une maladie reconnue comme ayant le caractère professionnel et dont le droit aux réparations prévu par la loi du 9 avril 1898 ou par la loi du 25 octobre 1919 est discuté par l'employeur ou l'assureur substitué, reçoit à titre provisionnel les prestations de l'assurance-maladie si, par ailleurs, il justifie des conditions de versement requises et s'il a engagé à l'encontre de son employeur ou de l'assureur substitué une action judiciaire en vue de faire reconnaître son droit à réparation au titre des lois sus-visées.

En cas d'échec de l'action entreprise, les prestations versées restent acquises à l'assuré. Nous vous rappelons d'autre part, que l'Assistance judiciaire est de droit en matière de poursuites intentées par un accidenté du travail, en application de la loi du 9 avril 1898.

En ce qui vous concerne, le mieux nous paraît être que vous considériez votre client dès maintenant comme un assuré social ordinaire et qu'en conséquence vous vous entendiez directement avec lui sur le montant et le paiement de vos honoraires.

QUESTIONS DIVERSES

7.103. — Application à une infirmière de la législation du travail

Je viens de prendre une infirmière-secrétaire qui vient chez moi de 9 heures moins 1/4 à 12 h. 1/2 et de 3 heures à 7 h. 1/2 tous les jours, sauf le mercredi où elle ne vient que le matin et le dimanche où elle ne vient pas.

Voudriez-vous me dire quelles sont les obligations qui m'incombent vis-à-vis d'elle au sujet des Assurances, congés payés, etc.. ?

Elle s'occupe des appareils de radiologie, ultraviolets et, à l'occasion, de conduire la voiture.

Dr F.

Réponse

L'infirmière que vous avez l'intention de prendre à votre service étant liée avec vous par un contrat de travail sera fondée à invoquer à votre égard toute la législation dite du travail et notamment :

1° La législation sur les risques professionnels, à condition, toutefois, qu'il s'agisse d'une clinique ou d'une maison de santé, c'est-à-dire que vous soyez directeur d'un établissement commercial. Si, par contre, vous ne possédez qu'un cabinet médical, dans ce cas vous exercez une profession libérale et la loi sur les accidents du

travail ne vous est pas applicable, puisqu'elle ne vise que les professions industrielles, commerciales ou agricoles.

2° La loi sur les Assurances sociales. Celle-ci s'applique à toute personne qui loue ses services à un titre quelconque à un ou à plusieurs employeurs. Vous devez donc déclarer votre infirmière au Service régional des Assurances sociales si elle n'a point encore été immatriculée ou, en cas contraire, lui demander la production de ses feuillets trimestriels de cotisations.

Vous aurez à verser dans les dix jours de chaque trimestre, les doubles cotisations patronales et ouvrières concernant le salaire versé au cours du trimestre précédent au taux de 8 % dont 4 % à la charge de l'employeur et 4 % à la charge du salarié. La rémunération servant à calculer cette cotisation s'entend naturellement avantages en nature compris. La valeur de ces avantages en nature résulte de l'arrêté ministériel du 10 janvier 1935. Elle s'élève à 150 francs par mois dans les villes de 5.000 à 200.000 habitants et à 90 francs par mois dans les autres communes.

3° La loi sur les allocations familiales en date du 11 mars 1932 a été étendue aux professions médicales à compter du 1er janvier 1935. Les obligations auxquelles vous astreint cette loi consistent à vous affilier à une Caisse de compensation ayant pour rôle de répartir entre les adhérents les charges résultant de la loi et de faire aux intéressés le service des allocations. Les Caisses de compensation sont organisées dans le cadre départemental et par profession. Pour avoir l'adresse de la Caisse de votre région, le mieux serait que vous vous adressiez au syndicat local ;

4° La loi du 20 juin 1936 sur les congés payés. Aux termes de cette loi tout employé dans une profession libérale a droit après un an de services continus dans le même établissement à un congé payé annuel continu d'une durée minimum de quinze jours comportant au moins douze jours ouvrables. Si la période ordinaire des vacances survient après six mois de services continus, l'employé a droit à un congé minimum continu d'une semaine.

D'autre part, cette infirmière constituant votre préposé au point de vue juridique engagera par son fait, votre responsabilité à l'égard des tiers, soit en conduisant votre voiture automobile, soit en manipulant vos appareils. Il serait donc opportun de prévoir dans votre police d'assurance automobile, que les risques résultant de ce fait seront pris en charge par la Compagnie d'assurances. D'autre part, nous vous conseillons de conclure un contrat vous garantissant contre la responsabilité professionnelle que vous ferait encourir cette infirmière par ses fautes personnelles. En effet, la garantie que vous accorde le

« Sou Médical » ne s'étend qu'à votre propre faute (qu'elle provienne de vos actes personnels ou d'un défaut de direction et de surveillance occasionnelle sur votre employée), mais non à la responsabilité civile qui vous incombe en tant que commettant en application de l'art. 1384 du Code civil.

7.097. — Personnel bénéficiant des allocations familiales

Abonné au *Concours Médical*, je vous serais obligé de m'indiquer, le plus tôt possible, quel est le personnel domestique qui est assujetti aux allocations familiales et à quelle Administration faut-ils'adresser pour effectuer les versements.

En particulier, j'emploie un ménage dont la femme est bonne à tout faire et dont l'homme est à la fois chauffeur et valet de chambre.

Dr F.

Réponse

La loi du 11 mars 1932 sur les allocations familiales est applicable depuis le 1er janvier 1935 aux professions médicales ; elle n'a pas encore été étendue par contre aux domestiques et gens de maison.

Si vos employés ont un caractère mixte, c'est-à-dire sont utilisés par vous à la fois pour votre service personnel et pour votre service professionnel, il y a lieu d'appliquer la règle préconisée par la réponse ministérielle, nº 2.921 parue au *Journal officiel* du 25 janvier 1935. Aux termes de cette réponse, un médecin n'est assujetti à la loi du 11 mars 1932 sur les allocations familiales pour la domestique qu'il emploie partie pour son service personnel, partie pour son service professionnel, que si cette domestique consacre la plus grande partie de son activité à son service professionnel.

Pour déterminer cette proportion, vous pourrez vous référer entre autres éléments, à la façon dont vous comptez le coût de ces domestiques dans vos dépenses professionnelles.

Au cas où vous seriez assujetti à la loi sur les allocations familiales pour votre personnel, il y aura lieu de vous affilier à la Caisse de compensation des professions médicales de votre département dont l'adresse pourra vous être donnée par votre Syndicat local.

Cinquante-neuvième année — N° 41 — 10 Octobre 1937

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

- sommaire -

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	70 fr.	Belgique et Luxembourg...	80 fr.
Etudiants....	45 fr.	Première Zone....	95 fr.
Le Numéro....	1.50	Deuxième Zone....	120 fr.

Renseignements

AVIS

Renouvellement des Abonnements

En raison des *frais de plus en plus élevés* qu'entraînent actuellement les recouvrements, nos abonnés ont tout intérêt à nous adresser leur réabonnement (**70 fr.**), par virement ou chèque postal, chèque bancaire, etc., au nom du *Concours Médical* (Compte Chèques postaux, Paris 167-95.)

Changements d'Adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 fr. 50 pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande.)

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du **CONCOURS MÉDICAL**, *Paris* **167-95.**

N° 257. — Fille de méd., instruite, sténo-dactylo, notions anglais et comptabl. cherche place secrét. Paris.

N° 258. — Urgent. Vve méd. céder, bonne client. région lyonnaise. Maison très agréab., très bien située, eau, électr., chauf. cent., garage, jardin. Céder. mobilier consultat.

N° 259. — Vve méd. céder. bonne client. région Pyrénées, 800 m. alt., à doct. pro-pharmac., accouchem., dentisterie. Maison agréab., très bien située, eau, électr., chauf. cent. garage, jardin.

N° 260. — Jne doct. habitué client., cherche place assistant chez confr. surchargé en vue cession éventuelle, Paris, banlieue.

N° 261. — Jne méd. ancien interne province, grande habitude client., cherche remplacem. dans ville Provence ou Côte d'Azur.

N° 262. — Dame 45 ans, ayant référ., cherche place secrétaire chez doct., ou directr. dans clinique ou similaire.

N° 263. — Les frais généraux étant toujours de plus en plus onéreux, je cherche à adjoindre à mes livraisons personnelles Paris et banlieue des prod. pharmac., ayant à Paris maison particul. et téléph. Je peux entreposer à mon dépôt banlieue.

N° 264. — Médecin-littérateur cherche secrétaire au pair à Nice, pouvant s'occuper un peu du ménage, vie de famille, légère rétribution.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet BREITEL ET GORET

1, rue Dante, Paris (5e). - Tél. : Odéon 36-46

Côte d'Azur. — Jolie stat. climat. prox. mer. Très anc. client. d'un gros rap. Prix 60.000, 40.000 compt.

Touraine. — Centre import. grosse popul. à desserv. Poste très actif. A céder avec gr. maison tout conf.

Orléanais. seul méd. pro-pharmac. client. aisée, sans perte, loyer 1.800. Maison avec parc. Indem. 35.000, dont 15.000 compt.

NÉCROLOGIE

Le Docteur André FASQUELLE

Directeur de l'Institut de Vaccine animale
Officier de la Légion d'honneur

Nous avons eu la douleur de perdre un des meilleurs amis du *Concours Médical*, le Docteur André Fasquelle, le père de notre jeune et distingué collaborateur, Robert Fasquelle, interne des hôpitaux. Le Docteur André Fasquelle était pour nous un ami sûr et serviable, dont la bonté n'avait guère de limites. Sa vie, où il fit preuve des qualités les plus éminentes d'énergie, d'intelligence et de dévouement, mérite d'être contée et donnée en exemple.

Né à Janville (Eure-et-Loir), André Fasquelle, issu d'une bonne famille bourgeoise, avait un frère aîné, médecin militaire, devenu médecin général, et une sœur plus jeune, mariée avec le Docteur Roué qui exerce la médecine à Janville.

A 14 ans, alors qu'il était au lycée d'Orléans, ses parents subirent de grands revers de fortune et ne purent lui permettre de continuer ses études.

Courageusement, il entra comme aide d'abord chez le pharmacien de Janville, puis dans une pharmacie d'Orléans. Notons en passant que tels furent les débuts de Claude Bernard.

Désespéré de se voir forcé d'abandonner ses études, André Fasquelle tomba gravement malade. Un de ses oncles, de Châteauroux, le recueillit et le fit entrer au lycée de cette ville où, se livrant à un labeur acharné, il réussit en un an à combler une lacune de trois ans d'interruption de ses études.

Il fut admis comme boursier à l'Ecole de santé militaire de Lyon. Il en sortit le premier, entra au Val-de-Grâce dont il fut encore le premier de sa promotion. Tour à tour, attaché comme aide-major au 13e cuirassiers à Chartres et aux sapeurs-pompiers de Paris, il profita de son séjour dans la capitale pour préparer l'agrégation du Val-de-Grâce.

Le 4 février 1902, il épousa Mlle Yvonne St-Yves Ménard, fille du Docteur St-Yves-Ménard, qui dirigeait l'Institut de vaccine avec M. Chambon.

En 1904, malgré l'avenir brillant que lui offrait la médecine militaire, le Docteur André Fasquelle donna sa démission pour seconder son beau-père à l'Institut de Vaccine ; il en prit la direction à la mort de ce dernier en 1909.

De 1904 à 1914, le Docteur Fasquelle apporta de nombreux perfectionnements à la préparation et à l'utilisation du vaccin antivariolique. C'est ainsi qu'il réalisa le remplissage des tubes de vaccin par le vide, qu'il installa des glacières permettant de conserver des réserves de pulpe vaccinale et de faire

face avec ces stocks à une épidémie de variole imprévue, qu'il appliqua l'asepsie la plus rigoureuse dans la récolte et la mise en tubes du vaccin, qu'il institua une méthode de vérification de la virulence du vaccin par scarification sur le dos du lapin et organisa le contrôle bactériologique.

En 1914, lors de la déclaration de guerre, il s'apprêtait à prendre la direction d'un hôpital de campagne comme médecin-major de 1re classe, quand le Directeur du Service de santé au ministère de la Guerre, M. Troussaint, le convoqua d'urgence : « Combien avez-vous de doses de vaccin en réserve, lui demanda-t-il ». — « Plus d'un million ». — « Je les réquisitionne, dit le chef. Votre Institut de vaccine devient le Centre vaccinogène de l'Armée et je vous en nomme le médecin-chef. »

Aussitôt le Docteur André Fasquelle organisa le service. Il ne fallait pas songer à l'armée seulement, mais à la population civile, à la Ville de Paris et aux départements. Il fit mobiliser sur place le Docteur Guilhaud, inspecteur du Service de la vaccination, et le chargea de surveiller l'éclosion de la variole à Paris et dans les usines du camp retranché de Paris. Il obtint le rappel à Paris du Docteur Camus, chef technique de l'Institut supérieur de vaccine sous la direction du Docteur Wurtz, et obtint sa nomination comme médecin chef-adjoint du Centre vaccinogène.

Lors de l'approche des Allemands de la Capitale, il dédoubla ses services, en installa une partie à Bordeaux, et maintint le Centre de la rue Ballu sous la direction du Docteur Le Mière. Le 4 janvier 1915, le Centre vaccinogène unifié fut réinstallé à Paris.

Grâce à la collaboration du personnel spécialisé, mobilisé sur place, le Docteur A. Fasquelle assura pendant toute la guerre la protection de la population civile contre la variole et la vaccination des armées française, américaine, belge, serbe, italienne, grecque et polonaise.

Le 25 mars 1919, le Docteur André Fasquelle donna à l'Académie de médecine les résultats du fonctionnement du Centre vaccinogène. Tandis que durant la guerre de 1870-71, il y avait eu dans l'armée française 175.000 cas de variole avec 23.470 décès, de 1914 à 1918, dans une armée huit fois plus nombreuse, on n'avait constaté que *douze cas de variole avec un seul décès*. Et le Docteur Fasquelle rappela la phrase de Roux : « C'est la première fois, fait unique dans l'histoire, qu'une guerre n'est pas accompagnée d'une épidémie de variole ».

Après la guerre, le Docteur Fasquelle se consacra au développement et au perfectionnement de l'Institut de vaccine animale et à la vulgarisation de l'application du vaccin sec dans les colonies françaises où peu à peu, avec l'aide d'Instituts vaccinogènes locaux, la variole diminua et où elle ne tardera pas à disparaître.

Durant les dernières années de sa vie, le Docteur André Fasquelle eut la satisfaction d'assister aux succès de ses trois fils : l'aîné, Robert, notre distingué collaborateur, mis au courant du fonctionnement des services vaccinaux depuis quatre ans, va prendre la direction de l'Institut de vaccine et succéder à son père ; le second, Jacques, a entrepris ses études médicales ; le troisième, Raymond, est ingénieur des Arts et Manufactures. Il y a à peine six mois, le Dr A. Fasquelle eut la douleur de perdre Madame Fasquelle, le modèle des épouses et des mères. Ce deuil eut une répercussion fâcheuse sur sa santé et le 24 septembre, il mourait subitement dans son lit.

Telle fut la vie de cet homme de bien, et le simple récit que nous venons d'en faire vaut mieux pour l'honorer que les éloges les plus éloquents.

Le *Concours Médical*, dont le Docteur André Fasquelle avait bien voulu assurer le service vaccinal et où il ne comptait que des amis, prend la part la plus vive au deuil qui frappe sa famille et l'assure de sa plus sincère et cordiale sympathie.

J. Noir.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Faculté de médecine de Paris.** *Visite médicale des nouveaux étudiants.* — La visite médicale (facultative) des nouveaux étudiants aura lieu dans les divers services de clinique auxquels ils seront affectés pour le stage hospitalier. Les renseignements nécessaires seront donnés en temps utile dans les cliniques.

— **Clinique cardiologique de la Faculté de médecine de Paris.** — Le doyen de la Faculté de médecine de Paris a été autorisé à accepter la donation de 31.500 francs de rente française faite par le Docteur Manheimer, d'Amsterdam, et dont les arrérages seront employés à l'enseignement de la cardiologie, aux recherches relatives à cette branche de la science médicale, au fonctionnement de la clinique cardiologique de la Faculté de médecine.

— **XXIVe Congrès d'hygiène.** — La date d'ouverture du Congrès, primitivement fixée au 18 octobre 1937, est retardée et fixée au 25 octobre 1937. Le Congrès tiendra séances les 25, 26, 27 et 28 octobre 1937, à Paris, dans le Grand Amphithéâtre de l'Institut Pasteur, sous la présidence de M. E. Lesné, membre de l'Académie de médecine, médecin de

l'hôpital Trousseau, président de la Société pour 1937.

Les rapports suivants seront présentés : I. Hygiène scolaire : *a*) Surmenage scolaire ; Fatigue à l'âge scolaire ; Aspect médical, social et administratif de la question ; *b*) Prophylaxie de la tuberculose à l'école. — II. Les inadaptés urbains. — III. Le lait sain.

Secrétaire général de la Société : M. R. Dujarric de la Rivière, à l'Institut Pasteur, 28, rue du Docteur Roux, Paris (XVe).

— **Congrès français d'oto-rhino-laryngologie** (Paris, 18-21 octobre 1937). — La session annuelle de la Société française d'oto-rhino-laryngologie s'ouvrira le lundi 18 octobre à la Faculté de médecine de Paris, sous la présidence de M. le Prof. Brémond, de Marseille.

Questions à l'ordre du jour : Indications et résultats de la chirurgie intracranienne du nerf auditif ; rapporteurs : MM. Aubry et Ombrédanne. — Les inflammations aiguës du larynx et de l'hypolarynx chez l'enfant ; rapporteurs : MM. Le Mée, André Bloch et M. Bouchet.

Secrétaire général : M. Henri Flurin, 19, avenue Mac-Mahon, Paris (XVIIe).

— **Fédération nationale des médecins du front.** — La Fédération nationale des médecins du Front qui groupe les huit associations de médecins ayant fait la guerre, nous prie d'inviter le Corps médical à ses manifestations d'automne 1937.

Le vendredi 22 octobre, la cérémonie de la Flamme sous l'Arc de Triomphe aura lieu à 18 h. 30. Les membres de la Fédération sont instamment priés de se réunir dès 6 heures du soir, sur le trottoir de gauche de l'avenue des Champs-Elysées à la hauteur de l'hôtel Astoria.

Tous les confrères qui ont le culte du souvenir voudront se joindre à eux ainsi que les étudiants en médecine désireux de participer à cette pieuse manifestation.

Le jeudi 11 novembre, la cérémonie traditionnelle en commémoration de l'Armistice aura lieu à 9 h. 30 du matin dans la salle des pas perdus de la Faculté de médecine, devant le monument aux Morts.

Le samedi 27 novembre, grande fête de bienfaisance, organisée au bénéfice de la caisse de secours, au pavillon Dauphine (dîners par petites tables, soirée dansante).

— **Association des Anciens élèves de la Faculté de médecine de Bordeaux.** — *Conférences.* — L'Association des Anciens élèves de la Faculté de Bordeaux organise, en liaison avec le Service de santé de la 18e région, la Faculté et un groupe de spécialistes, des conférences de perfectionnement pour les médecins praticiens.

Une courte leçon (ne devant jamais dépasser une

demi-heure) sera donnée à la suite des conférences militaires E. P. O. R. du samedi et du dimanche.

Le caractère strictement pratique de ces conférences de mise au point, le choix des conférenciers, laisse espérer aux organisateurs qu'elles seront utiles et par conséquent suivies. En effet, bien des questions ont considérablement évolué pendant ces dernières années (endocrinologie, diabète, tuberculose, cancérologie, chirurgie cérébrale, pulmonaire, articulaire) et il est difficile aux praticiens d'avoir sur elles des idées claires et d'en bien posséder les applications pratiques.

Grâce à un accord survenu entre le Service de santé et la Faculté, grâce à l'appui de M. le Doyen, un amphithéâtre est mis à la disposition de l'Association pour cet enseignement.

L'assistance aux dites conférences est, bien entendu, facultative, mais les organisateurs ont pensé que les praticiens y trouveront une source réelle de perfectionnement.

— **Cours internationaux de perfectionnement médical à Berlin.** — Des cours de perfectionnement médical sont organisés à Berlin dans les cliniques des Professeurs von Bergmann, Sauerbruch, Bessau, Frieboes, Stoeckel-Wagner, von Eicken, etc...

La plupart de ces cours sont professés en langue allemande. Des cours spéciaux le sont en langues étrangères.

Pour tous renseignements (programmes, prix, facilités de voyage), s'adresser au secrétariat de la *Berliner Akademie für ärztliche Fortbildung*, Berlin NW7, Robert Koch Platz 7 (Kaiserin Friedrich Haus).

Ce bureau peut aussi procurer aux médecins des lettres de recommandation pour la visite des hôpitaux et des cliniques et des conseils sur la meilleure façon de mettre à profit leur séjour en Allemagne.

— **Congrès international d'ophtalmologie.** (Le Caire 8-15 décembre 1937). — Ainsi que nous l'avons signalé antérieurement, à l'occasion du Congrès d'ophtalmologie qui se tiendra au Caire du 8 au 15 décembre prochain, différents voyages en Orient sont organisés, au départ de Marseille le 3 décembre.

Le premier voyage, comportant les traversées aller et retour en 1re classe à bord du paquebot de luxe *Mariette Pacha* des Messageries maritimes, le parcours Alexandrie-Le Caire et retour en 1re classe, et le séjour au Caire du 8 au 16 décembre (chambre et petit déjeuner seulement), revient à 6.975 francs belges (retour à Marseille le 21 décembre).

Le second voyage, qui comporte, en sus des services indiqués ci-dessus, la visite de la Haute-Egypte, revient à 10.500 francs belges (retour à Marseille par *Champollion* le 28 décembre).

Le troisième voyage comprend, outre la visite de la Haute-Egypte, celle de la Palestine et de la Syrie. Retour à Marseille le 4 janvier. Prix : 15.500 francs belges.

Enfin le quatrième voyage, identique au précédent jusqu'à Beyrouth, avec toutefois une visite plus complète de la Syrie, comporte le retour à Marseille par Rhodes, Smyrne, Istanbul, Le Pirée (Athènes) et Naples. Retour à Marseille le 15 janvier. Prix : 18.500 francs belges.

Ces différents voyages sont accessibles, non seulement aux ophtalmologistes, mais encore, dans la mesure des places disponibles, à tous les médecins.

Pour recevoir le programme détaillé des voyages en question, écrire, de la part du *Concours Médical*, au Bureau des Croisières et Voyages médicaux, 29, boulevard Adolphe-Max, Bruxelles.

— **IIe Congrès international de la transfusion sanguine.** — Ce Congrès s'est ouvert le 29 septembre à la Faculté de médecine de Paris et a tenu séances pendant quatre journées. La séance d'inauguration a eu lieu sous la présidence du ministre de la Santé publique. La séance de clôture fut présidée par le Professeur Gosset.

— **Ier Congrès international de la conserve.** Paris 14-15-16 octobre 1937. — Le premier Congrès international de la conserve, organisé sous le patronage de M. le ministre de la Santé publique, des Professeurs Gabriel Bertrand, Martel, Louis Martin et Javillier, tiendra ses assises à Paris, 9 *bis*, avenue d'Iéna, les 14, 15 et 16 octobre 1937.

Les adhésions doivent être adressées à M. P. Peissi, secrétaire général, 25, rue du Général-Foy, Paris, (VIIIe). Cotisation : 50 francs.

— **Hôpital d'Oran.** — Un concours pour une place de chirurgien adjoint à l'hôpital d'Oran s'ouvrira à Alger le 17 janvier 1938.

Pour renseignements, s'adresser au Directeur de l'hôpital civil d'Oran.

— **Naissance.** — Le Docteur et Mme Etienne Boyer nous annoncent la naissance de leur fils, *Patrick*.

Le 11 septembre 1937, 72, rue Villebois-Mareuil Villeneuve-Saint-Georges.

Nos sincères félicitations.

— **Documentation.** — Le Docteur Verrier, du Mont-Dore, l'hiver à Hyères (Var), 1, avenue Gambetta, serait reconnaissant aux confrères qui voudraient bien lui communiquer leurs observations concernant les troubles pathologiques qu'ils auraient pu voir survenir après la vaccination à l'anatoxine antidiphtérique de Ramon.



A TRAVERS L'OFFICIEL

21 SEPTEMBRE

Protection de l'enfance

Circulaire du 15 *septembre* 1937 *relative à la protection de l'enfance*

Cette Circulaire sera publiée ultérieurement.

23 SEPTEMBRE

Hôpitaux psychiatriques

Par arrêté en date du 14 septembre 1937, M. le Docteur Mondain, médecin-chef de service à l'hôpital psychiatrique autonome de Bailleul (Nord), a été affecté, sur sa demande, au poste de médecin-chef de service de l'hôpital psychiatrique départemental de Quimper (Finistère), en remplacement de M. le Docteur Hacquard.

Par arrêté en date du 20 septembre 1937, M. le Docteur Tarbouriech, médecin-chef de service à l'hôpital psychiatrique autonome d'Armentières (Nord), est affecté, sur sa demande, au poste de médecin-chef de service à l'asile privé, faisant fonction d'asile public de Privas (Ardèche), en remplacement de M. le Docteur Fargier.

25 SEPTEMBRE

Enseignement

M. Roussy, doyen de la Faculté de médecine de Paris, est nommé recteur de l'Académie de Paris, en remplacement de M. Charléty, admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite, à date du 1er octobre 1937.

Art. 1er. — Le titre de professeur honoraire de leur Faculté respective est conféré à :

Université de Bordeaux

MM. Begouin, Dupouy, Sabrazès et Sigalas, anciens professeurs à la Faculté de médecine.

Université de Montpellier

MM. Bosc, Vires, Villard et Cabannes, anciens professeurs à la Faculté de médecine.

Université de Nancy

MM. Frœlich, Hoche et Lambert, anciens professeurs à la Faculté de médecine.

26 SEPTEMBRE

Par décret en date du 23 septembre 1937, rendu sur le rapport du ministre de l'Education nationale, M. Crouzon, docteur en médecine, est nommé, à compter du 1er novembre 1937, professeur d'assistance médico-sociale à la Faculté de médecine de l'Université de Paris (budget de l'Université, chaire créée).

Hôpitaux psychiatriques

Un poste de médecin chef de service est vacant à l'hôpital psychiatrique autonome d'Armentières (Nord), par suite du départ de M. le Docteur Tarbouriech.

Réponses des ministres aux questions des parlementaires

Cessation des droits aux prestations de l'assurance-maladie après six mois de traitement

4.092. — M. Louis GAILLEMIN demande à M. le ministre du Travail : 1° si une Caisse primaire maladie d'assurances sociales a le droit de déclarer déchu de ses droits à la prestation maladie un assuré social qui a été malade d'une façon intermittente, mais qui a totalisé dans l'espace d'une année six mois de maladie : 2° si elle peut s'appuyer sur le simple rapport de son médecin contrôleur, sans solliciter d'aucune façon l'avis du médecin traitant, pour déclarer que ledit malade a toujours souffert de la même maladie depuis un an et qu'il n'est pas encore guéri. (*Question du* 30 *juin* 1937.)

Réponse. — 1° Réponse affirmative si chaque interruption de prestations a été inférieure à deux mois ; 2° réponse affirmative. Mais l'assuré, s'il conteste le refus de sa Caisse, peut soumettre le différend à la Commission technique prévue à l'article 8 (§ 3), du décret-loi du 28 octobre 1935.

(*J. O.*, 22 août 1937.)

L'accouchement par opération césarienne ressort à l'assurance-maladie et non à l'assurance-maternité

4.110. — M. DUBOYS FRESNEY demande à M. le ministre du Travail si, dans le cas d'un accouchement anormal, par opération césarienne, cette intervention chirurgicale est de nature à rendre applicables les règles de l'assurance-maladie au lieu de celles de l'assurance-maternité, cette dernière intervenant toutefois pour toutes les dépenses occasionnées à l'assurée en dehors de l'intervention chirurgicale proprement dite. (*Question du* 1er *juillet* 1937.)

Réponse. — Sous réserve de l'avis du Conseil supérieur des assurances sociales qui sera appelé, au cours de sa prochaine session, à fixer le tarif de responsabilité des Caisses primaires pour les dystocies de l'accouchement, il semble bien que le fait de subir une opération césarienne donne à l'accouchement le caractère pathologique et qu'en conséquence il y a lieu de se référer aux conditions de l'assurance-maladie en ce qui concerne le remboursement des frais médicaux et pharmaceutiques occasionnés par cette intervention chirurgicale.

(*J. O.*, 22 août 1937.)

Voir la suite page LV-2871

PROPOS DU JOUR

QUELQUES ASPECTS DE LA CRISE MÉDICALE ET LA CRITIQUE DES MOYENS D'ACTION DE NOS SYNDICATS

Dans l'abondante correspondance que nous recevons chaque jour, nous trouvons exprimés des idées ou des conseils qui méritent d'être soumis à nos lecteurs.

I. Le Docteur G. Ezanno, de Carnac (Morbihan) nous écrit :

J'ai lu avec beaucoup d'intérêt votre article « Le Causes de la Crise médicale actuelle ».

La situation certes n'est pas brillante ; nos doléances sont « ressassées » à profusion dans notre Presse professionnelle ; mais à quoi bon ? Les médecins dont la situation continue à être « confortable » feront quand même des médecins de leurs fils, si le métier plaît à ceux-ci ; ceux qui « tirent le diable par la queue » les dirigeront dans une autre voie...

Mais ne pensez-vous pas qu'une bonne arme pour lutter contre la pléthore envahissante serait, non plus notre presse professionnelle, mais bien la grande Presse, celle qui va toucher toutes les catégories nationales susceptibles d'engendrer des médecins ? Une fin d'article comme celle du vôtre pourrait tout de même faire réfléchir les commerçants, les fonctionnaires qui ont des fils.....

Nous sommes bien de l'avis de notre confrère. En déplorant les causes de la crise médicale dans nos journaux médicaux nous nous adressons à des gens qui n'ont plus à être convaincus. C'est le grand public qu'il conviendrait de toucher et pour cela il faudrait exposer la situation dans des organes qui pourraient l'atteindre. Les grands quotidiens parisiens nous paraissent inabordables, car ils exigent des conditions le plus souvent extrêmement onéreuses. Il faut songer en effet qu'une campagne de ce genre pour produire un résultat appréciable devrait être menée pendant assez longtemps. Mais chaque syndicat ne pourrait-il pas à peu de frais obtenir de temps à autre la publication dans un journal local d'un article où il exposerait la situation du médecin telle qu'elle est et non telle qu'on la croit ?

Il y a quelques années notre distingué confrère, le Docteur Dardelin, de Saint-Brévin-les-Pins, prit l'initiative de l'envoi d'un tract sur le surnombre des médecins et leur situation critique dans notre pays, aux membres de l'enseignement secondaire. La statistique qu'il publia quelques années après, parut prouver que son effort n'avait pas été inutile. Mais il est impossible à l'initiative individuelle, même subventionnée, comme le fut celle du Docteur Dardelin, d'entreprendre une campagne de ce genre pendant assez longtemps pour qu'elle soit suffisamment efficace et, du reste, ce n'est qu'après plusieurs années qu'il est possible d'en apprécier les résultats.

II. Nous recevons d'autre part du Docteur Gibert, de Commentry, la lettre suivante indiquant bien les causes qui poussent les praticiens à se désintéresser de l'action de leurs Syndicats et qui montre que les dirigeants de ces Syndicats peuvent y remédier, par leur activité.

Mon cher Confrère,

Notre confrère le Docteur Pibre vous a adressé une lettre, parue dans le numéro du 29 août, que j'approuve absolument. Si, *dans certains départements* les médecins tendent à se désintéresser de leur Syndicat, c'est que les dirigeants se désintéressent d'eux.

La direction d'un Syndicat, et par là, j'entends la mission du Bureau, est sans doute un honneur, mais c'est surtout une très lourde tâche, car, contrairement à ce qu'on a répondu à notre confrère Pibre, elle ne doit pas seulement s'inquiéter des questions d'ordre général, mais aussi *des questions personnelles.*

D'ailleurs, dans les exemples cités, ces cas personnels sont d'ordre général. Qu'une Caisse d'assurances sociales prétende faire faire des injections intra-veineuses par une infirmière ; qu'un service de contrôle demande le diagnostic pour chaque nouveau malade, cela met en cause l'exercice normal de la profession. Le geste de Ponce-Pilate ne doit pas être celui de dirigeants syndicaux et ils ne doivent pas s'évader commodément dans la théorie pour éviter la lutte nécessaire.

Il est toujours osé et gênant de parler de soi, mais je crois que la ligne de conduite suivie par notre bureau du Syndicat de l'Allier est la seule qui puisse rallier les confrères aux groupements professionnels.

Loin d'être indifférents aux questions personnelles, nous les étudions soigneusement. Jamais une lettre n'est parvenue à un membre du Bureau qui



n'ait reçu une réponse presque immédiate ; et, s'il s'agit d'une difficulté avec l'Administration ou les Caisses, l'affaire est étudiée aussitôt et contact établi avec l'organisation intéressée. Il est évident que, dans ces conditions, les litiges prennent une toute autre tournure.

Aussi, l'Administration et les Caisses avec qui nous avons de ce fait un contact presque journalier et qui se sont rendu compte de notre esprit de conciliation et de notre volonté de la bonne marche des services médicaux, ont pris l'habitude de passer par notre intermédiaire pour tous les cas, même les plus personnels ; et comme nous agissons de même de notre côté, il existe un climat de confiance réciproque dont nous avons tous à nous louer. En voici une preuve entre autres : dans ce Syndicat de 250 membres, en sept ans quatre affaires seulement ont été déférées au Conseil de famille au titre des Assurances sociales.

Evidemment, cela exige correspondances, démarches, présence partout dans toutes les Commissions départementales ou régionales. Mais il n'est que de se partager la besogne et d'en confier chaque partie au plus compétent.

Cela ne suffit pas encore. Il faut que les médecins *se souviennent qu'ils font partie du Syndicat*, même quand ils n'ont pas besoin de lui pour une affaire personnelle. C'est là qu'apparaît la nécessite d'un organe *de liaison entre* le Bureau et eux. De ce besoin est née cette presse syndicaliste provinciale si intéressante qui nous tient au courant des incidents de la vie professionnelle dans tous les coins de la France. Mais en général ces journaux s'en tiennent à quelques articles de doctrine et à des compte rendus d'Assemblée générale.

Nous avons pensé qu'il fallait pénétrer plus intimement dans la vie professionnelle de nos confrères, et nous publions une Circulaire tirée au Ronéo suivant les besoins de l'actualité et adressée uniquement aux syndiqués du département. Là sont relatés les incidents de notre vie médicale locale, surtout les cas concrets d'où nous tirons un enseignement et des conseils pratiques. Point d'articles théoriques : on les trouve dans la grande presse ; simplement le résultat de l'expérience journalière. Ainsi le médecin de la plus lointaine campagne se sent moins isolé, il voit qu'on veille sur ses intérêts et sait où s'adresser en cas de difficultés. Quoi de plus décevant pour un jeune médecin nouvellement installé, perdu dans le maquis des lois et règlements administratifs que de ne recevoir aucune réponse des dirigeants du Syndicat auquel il avait adhéré en espérant légitimement y trouver aide et conseils ?

Le résultat de notre « politique » le voici : 90 % de syndiqués, 83 présents à l'Assemblée générale d'hiver ; 128 à celle de printemps (ne pas oublier qu'il faut que le service médical soit assuré ce jour-là).

C'est en s'occupant de leurs intérêts personnels qu'on arrive à créer chez les médecins l'esprit de solidarité, l'esprit d'équipe. Ils n'ont cure des exposés théoriques et des discours après-dîner. Des mots ! des mots ! S'ils veulent s'instruire dans la doctrine, les publications abondent. Si elles les laissent indifférents, les discours ne les intéresseront pas davantage. Ce qu'ils veulent, c'est une organisation agissante pour la défense de leurs intérêts. Dois-je rappeler la cause du succès de la C. G. T. ?

Qu'on ne nous objecte pas que c'est avilir le Syndicalisme que l'abaisser à des préoccupations matérielles, et qu'on ne place pas ici le grand couplet moral. Nous savons tous qu'une situation matérielle suffisante assurée rend la vertu plus facile et que la *malesuada fames* des anciens est toujours la vérité.

Donc, quand on accepte une fonction syndicale dans ces conditions, il faut savoir qu'on aliène une partie de sa liberté, qu'il faudra lire une prose technique souvent peu réjouissante, écrire de nombreuses lettres, courir les routes pour assister aux réunions de commissions variées, conférer avec les diverses autorités, et cela, au détriment de la clientèle.

Mais si on ne se sent pas capable de cet effort, qu'on reste dans le rang et qu'on ne croie pas avoir reçu délégation pour écrire ou discourir sur l'avenir de la médecine ou sur une société meilleure en négligeant de mettre de l'ordre dans sa propre maison. C'est là le résumé de tous les griefs proférés contre certains dirigeants de Syndicats. Il est mille fois justifié.

Tant qu'ils continueront à discourir et à négliger les « cas personnels » (qui sont si souvent d'ordre général), ils n'auront pas l'audience de leurs confrères et leurs assemblées « générales » seront clairsemées.

Dr J. Gibert,
Président du Syndicat de l'Allier.

III. Nous recevons en outre de la région du Sud-Ouest, la lettre d'un confrère, qui se plaint du tarif fixé par son Syndicat pour la surveillance des enfants du premier âge. Le Syndicat aurait demandé et obtenu la suppression des consultations de nourrissons et leur remplacement par la visite individuelle de chaque enfant au domicile de la nourrice. Cette décision, tant au point de vue sanitaire que professionnel se défend parfaitement. Mais il nous paraît inadmissible de taxer syndicalement cette visite à *cinq* francs.

Notre correspondant fait remarquer que le médecin doit transporter avec lui une balance et une toise, doit entrer en pourparlers avec la nourrice, parfois avec l'entourage, examiner le bébé. Il estime que cette visite est l'équivalent d'un acte médical ordinaire. Nous sommes de son avis. On ne saurait assimiler la visite individuelle à la visite collective d'une consultation de nourrissons, où le médecin, secondé par des assistantes, peut examiner rapidement de nombreux enfants en un minimum de temps.

J. Noir

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

CLINIQUE MÉDICALE

(HÔPITAL SAINT-ANTOINE — Service du Professeur LOEPER)

Diagnostic du cancer du rectum

Par M. le Docteur BENSAUDE (1)

Je désire vous entretenir aujourd'hui du diagnostic endoscopique du cancer du rectum : l'endoscopie est une méthode d'exploration des conduits (œsophage, rectum) et des cavités à orifice étroit (vessie, larynx) à l'aide d'un instrument appelé endoscope. Il permet d'examiner les cavités profondes du corps et à les éclairer au moyen d'une lumière extérieure dont les rayons sont réfléchis par un miroir ou bien à l'aide d'une lampe électrique placée à l'extrémité interne du tube.

Mon fils a fait construire par la Maison Collin, un appareil très commode pour examiner le canal anal et la partie inférieure du rectum. Cet appareil, qui rappelle un endoscope employé par les laryngologistes, est éclairé au moyen d'une lampe alimentée par une pile électrique placée à l'intérieur du manche ; ce dispositif est particulièrement pratique pour des examens en ville quand on ne dispose pas du courant électrique.

Le diagnostic du cancer rectal n'est pas facile ; à la consultation de proctologie de cet hôpital, nous observons chaque année de 20 à 25 % des malades qu nous sont envoyés comme hémorroïdaires et qui, en réalité, sont des cancéreux. Les erreurs de diagnostic sont très fréquentes : les conséquences qui en résultent sont graves pour le malade, et très nuisibles à la réputation du médecin. Il faut savoir poser le diagnostic du cancer du rectum ; la vie du malade en dépend. La symptomatologie décrite dans les livres paraît très nette : d'où proviennent donc ces erreurs si fréquentes ? Elles dépendent de trois causes : tout d'abord, il est rare que le malade atteint de cancer rectal présente dès le début, les signes classiques de cette affection. Très souvent, il n'a qu'un signe, et le médecin n'attachant pas assez d'importance à ce signe unique du néoplasme se contente du diagnostic facile d'hémorroïdes.

(1) Leçon résumée par Mme le Docteur Rodzevitch.

L'âge et l'aspect du malade peuvent souvent induire en erreur : on a l'habitude de croire que le malade atteint de cancer est âgé et cachectique ; ceci est vrai seulement pour un nombre de cas très restreint. Il existe des cancers chez les jeunes : dernièrement, j'ai observé un malade cancéreux de 16 ans. L'aspect du malade est parfois florissant : il paraît en parfait état de santé. Le cancer du rectum siège, pour ainsi dire, en dehors de l'organisme, les produits toxiques du néoplasme sont peu absorbés, et, de ce fait, le malade peut avoir un aspect sain tout en étant cancéreux. J'aime à citer l'exemple d'un porteur des Halles qui menait une vie très dure, et qui présentait un cancer du rectum du volume du poing.

Une autre cause fréquente et très regrettable d'erreur de diagnostic est l'examen médical insuffisant : souvent, les médecins ne *pratiquent* pas le toucher rectal ni l'endoscopie ; ils se bornent à inspecter la région anale et constatant la présence d'hémorroïdes, attribuent à celles-ci les troubles observés. Le toucher rectal permet de découvrir beaucoup de cancers du rectum ; le rectoscope montre les cancers haut situés et inaccessibles au toucher.

Quels sont les caractères endoscopiques typiques du cancer rectal ? Il se présente le plus souvent sous forme d'une tumeur aplatie dont les bords évasés ressemblent au rebord du pavillon de l'oreille ; il a une couleur rouge vif ou rouge foncé tranchant sur la teinte rosée de la muqueuse environnante. Ce cancer est très fragile et saigne facilement : l'attouchement avec le doigt ou un instrument provoque toujours un saignement. La consistance du cancer est dure, cartilagineuse. Tous ces signes endoscopiques sont suffisamment nets pour permettre de poser le diagnostic. Cependant, dans certains cas, la tumeur est masquée par l'œdème, et il est impossible de l'atteindre ni par le toucher, ni par l'instrument.

Dans d'autres cas, enfin, le cancer est caché par des matières accumulées dans l'ampoule rectale.

Plus rarement, certaines formes atypiques peuvent prêter à confusion : tel est le cas pour le cancer métastatique qui est secondaire à un cancer de la vésicule biliaire, ou de l'estomac. Le cancer métastatique du rectum est situé sous la muqueuse saine et, de ce fait, simule le rétrécissement péri-rectal.

Le problème diagnostique du cancer du rectum n'est pas aussi facile à résoudre qu'on le croit communément : l'étude du diagnostic différentiel est de toute première importance.

Nous signalerons tout d'abord la cause d'erreur la plus fréquente, les hémorroïdes. Très souvent on pose le diagnostic d'hémorroïdes chez un malade et l'on méconnaît le cancer dont il est atteint en même temps. J'attire votre attention sur ce fait d'une importance primordiale : *la présence d'hémorroïdes n'exclut nullement celle du cancer.*

Le diagnostic d'hémorroïdes internes ne peut pas être fait par le simple toucher rectal. L'emploi de l'endoscope est souvent nécessaire et, dans ce cas, les hémorroïdes ne se révèlent point sous forme de tumeurs congestionnées, d'une couleur rouge vif, traduisant la dilatation de grosses veines hémorroïdales, comme en parle la description classique. En réalité, les hémorroïdes internes aplaties par l'instrument ont l'aspect d'une muqueuse parcourue par de nombreux capillaires. La thrombo-phlébite sphacélée, appelée vulgairement hémorroïde étranglée peut simuler le cancer. L'aspect bleu-noirâtre des lésions, la douleur extrêmement vive et le début tout récent des symptômes, permettent de faire le diagnostic.

En résumé, retenez surtout qu'il ne faut pas méconnaître la présence du cancer chez un hémorroïdaire, car la coexistence de ces deux affections n'est point exceptionnelle.

Je voudrais vous signaler encore trois causes d'erreur ; la confusion possible entre le cancer du rectum et la dysentérie, les polypes et la tumeur villeuse.

Au début de ma pratique, j'ai fait une erreur de diagnostic en examinant un médecin de Tunis qui présentait une grosse tumeur saignante du rectum : j'ai supposé qu'il s'agissait d'un cancer. Le malade fut opéré par mon ami, le Professeur Gosset, qui a pratiqué un anus artificiel. Ce confrère retourna à Tunis : là, on a fait un examen parasitologique des selles et on a constaté la présence d'amibes. On lui a fermé l'anus artificiel, prescrit un traitement antidysentérique et jusqu'à ce jour ce médecin se porte bien. Ce que j'avais pris pour une tumeur était la muqueuse rectale ulcérée et œdématiée.

Des erreurs de ce genre sont rares, ce qu'il faut surtout vous rappeler, c'est que la présence d'amibes dans les selles n'exclut point l'existence du cancer qui peut se greffer sur la muqueuse rectale ulcérée. La *coexistence du cancer* et *des lésions ulcéreuses de la dysenterie* peut rendre le diagnostic très difficile : pour éviter la confusion possible, il faut avoir soin de se livrer à deux investigations : l'examen parasitologique des selles et l'examen de la muqueuse rectale au moyen de l'endoscope, complété au besoin par la biopsie. J'ai rapporté plusieurs observations de dysentériques avérés, atteints en même temps de cancer du rectum.

Mais la question se présente parfois sous une forme encore plus complexe : il existe des *porteurs d'amibes* sans aucune lésion dysentérique, mais atteints de cancer du rectum : les deux examens dont je viens de vous souligner l'importance deviennent, dans ces cas, indispensables pour permettre de se prononcer.

Donc, l'erreur qui consiste à croire à l'existence d'une dysentérie alors qu'il s'agit d'un cancer est aussi très fréquente : je ne compte plus le nombre de malades à qui l'on a fait des injections d'émétine et qui avaient un cancer. Le traitement par l'émétine très déprimant pour la plupart des malades, a une action encore plus nuisible sur l'organisme du cancéreux. La présence d'amibes dans les selles d'un malade qui ne réagit pas à l'émétine, commande un examen rectoscopique et une biopsie.

Les polypes se présentent dans le rectum et le sigmoïde sous deux formes : le polype solitaire et les polypes multiples. Les polypes peuvent s'accompagner de troubles fonctionnels analogues à ceux du cancer ; hémorragies expulsées et glaires, etc... Mais l'aspect des polypes est bien différent de celui du cancer : ce sont des tumeurs arrondies, sessiles ou pédiculées, rouges, dont le volume varie de celui d'un petit pois à celui d'une noisette ; leur consistance est résistante, mais n'a rien de la dureté du cancer. A première vue, la confusion entre le polype et le cancer ne paraît guère possible. La difficulté tient à ce que les polypes dégénèrent fréquemment et peuvent conserver longtemps leur aspect de polypes bénins. Ce qui doit faire craindre la cancérisation du polype, c'est sa couleur foncée, son ulcération, le saignement à l'attouchement, l'augmentation de consistance, mais souvent, les signes cliniques sont insuffisants et il faut recourir à des biopsies répétées pour découvrir s'il n'y a pas un point qui a subi la transformation cancéreuse.

Actuellement, on tend à admettre de plus en plus qu'un grand nombre de cancers du rectum dérivent de polypes primitivement bénins. J'ai eu plusieurs fois l'occasion d'observer des polypes solitaires recouverts d'une muqueuse saine dont l'intérieur était rongé par le cancer. La polypose, maladie très curieuse, dans laquelle le rectum et le côlon sont tapissés par de nombreux polypes, est la maladie cancérigène par

excellence. Il n'est pas très rare de trouver un cancer du rectum typique entouré d'une série de polypes qui peuvent dégénérer ultérieurement. Ce qu'il faut retenir de ces faits, c'est la nécessité de débarrasser les malades des polypes qui tôt, ou tard, peuvent se transformer. La chasse aux polypes constitue la meilleure prophylaxie du cancer du rectum (1).

Il existe une autre tumeur rectale, capable de se transformer en cancer, reconnaissable facilement à l'examen endoscopique — c'est a *tumeur villeuse*, décrite par Quénu et Landel en France, et longtemps méconnue en Allemagne. Depuis la remarquable thèse de Lambling, dans laquelle l'auteur rapporte plusieurs observations très bien analysées, Junghanns a publié un article sur la tumeur villeuse en grande partie inspiré par cette thèse. Histologiquement, la tumeur villeuse est bénigne, mais souvent, elle présente une dégénérescence néoplasique avec ce caractère particulier que son évolution est très lente et, la tumeur villeuse même maligne, conserve longtemps l'opérabilité des tumeurs bénignes. Cette tumeur a un aspect lobulé, elle est couverte par de petites franges, observée à la rectoscopie, elle révèle un aspect caractéristique. Cliniquement, elle se signale par un syndrome recto-colique banal, par des hémorragies et, surtout, par un écoulement muco-glaireux qui, dans les cas typiques, a l'aspect du frai de grenouille. Souvent, la sécrétion glaireuse peut être masquée par la présence de matières. Le prolapsus de la tumeur est assez fréquent. Le traitement de cette tumeur est exclusivement chirurgical : il importe de réséquer la totalité du pédicule en enlevant à la base de ce dernier une partie de muqueuse saine. Il y a danger de récidive lorsque la tumeur est enlevée sans ces précautions nécessaires. Tant que la tumeur villeuse reste bénigne, elle est de consistance molle : ses lobules durcissent lorsqu'elle dégénère. Le plus souvent, on observe une tumeur unique, mais on a aussi noté des tumeurs villeuses multiples : dans ce cas, il y a une véritable polypose villeuse. L'évolution lente de cette tumeur, même pendant la transformation néoplasique, constitue un avantage énorme pour le chirurgien qui a tout le temps d'intervenir et peut les enlever une à une, sans faire la résection du rectum. Je cite souvent le cas d'un américain atteint d'une tumeur villeuse. Ce malade, en voyageant, consulte en Suisse un éminent spécialiste qui pose le diagnostic de cancer. J'ai eu l'occasion d'examiner ce malade un peu plus tard : il présentait une tumeur villeuse typique. Je lui conseillai l'ablation de la tumeur par les voies naturelles sans résection du rectum, opération qu'il décida de faire pratiquer en Amérique. Peu de temps après, j'ai reçu un télégramme de son chirurgien qui me demandait si je prenais la responsabilité de l'enlèvement local de la tumeur sans résection du rectum : je lui répondis affirmativement. Le malade fut débarrassé de sa tumeur suivant la technique que je lui avais conseillée : il y a neuf ans de cela et il vit toujours.

Le fibrome et le lympho-sarcome du rectum s'observent très rarement, il en est de même de l'angiome. Ce dernier ressemble extérieurement à des hémorroïdes, de là une possibilité d'erreur de diagnostic. Souvent, l'angiome du rectum est accompagné d'angiomes de la verge et des bourses, qui peuvent dans certains cas faciliter le diagnostic. L'angiome du rectum se manifeste souvent par des hémorragies très abondantes devant lesquelles tous les traitements restent inefficaces. J'ai vu un malade mourir dans ces conditions.

En résumé, le diagnostic de cancer du rectum n'est pas si facile qu'on le décrit dans les traités classiques : les signes précoces sont très discrets et le laboratoire ne peut donner que de très vagues indications. Certaines formes atypiques peuvent prêter à un diagnostic erroné, dangereux pour le malade. Le toucher rectal, si souvent omis, et, mieux encore, la rectoscopie, permettent de faire un diagnostic exact ; dans les cas difficiles, il faut pratiquer la biopsie. Le diagnostic précoce du cancer permet de recourir de bonne heure au traitement approprié et de sauver la vie à un grand nombre de malades.

(1) A. Bensaude.— La dégénérescence cancéreuse des tumeurs bénignes du rectum. Importance de la prophylaxie du cancer du rectum (sous presse) Masson 1937.

LA CLINIQUE AU GOÛT DU JOUR

L'énigme posée par un état de somnolence

D'après le Docteur Louis RAMOND (*)

UNE HISTOIRE CLINIQUE, SUSCEPTIBLE D'INTRIGUER LE PRATICIEN

Il s'agit d'une jeune fille de 17 ans, qui, au moment de l'examen, semble dormir profondément, malgré le bruit qui se fait autour d'elle. Elle a le visage coloré ; sa respiration est calme, régulière ; couchée dans le décubitus dorsal, les jambes allongées dans l'attitude du sommeil le plus normal, elle ne paraîtrait pas malade, si sa feuille de température n'indiquait 39°4 de fièvre.

Que s'était-il passé jusque-là ?

Onze jours auparavant, la patiente s'était sentie pour la première fois fatiguée. Elle s'était plainte de souffrir de la tête, et avait vomi son déjeuner avec d'assez grands efforts. La température ne dépassait pas 37°6 ; on ne relevait aucun signe d'affection organique ; le diagnostic simple porté était celui d'« embarras gastrique ». Deux jours après, elle pouvait reprendre ses occupations. Mais, au bout de quarante-huit heures, c'est-à-dire quatre jours après le début les malaises recommençaient ; le mal de tête reparaissait, et de nouveau des vomissements alimentaires se reproduisaient à midi et le soir. En outre, à plusieurs reprises, le nez se mettait à saigner pendant quelques instants, et cependant la température restait normale de 37° à 37°5. Diète et repos au lit. La céphalée persista ; des vomissements se répétèrent de temps en temps ; une constipation opiniâtre s'installa.

La malade fut hospitalisée, avec le diagnostic de « fièvre typhoïde probable » ; la température à ce moment (soir du sixième jour) montait à 39°, avec un pouls à 90.

Cependant l'attention des infirmières était aussitôt attirée par une raideur de la nuque et du rachis, par un pelotonnement en « chien de fusil ». Une ponction lombaire, pratiquée instantanément, ne donnait néanmoins qu'un liquide clair. Vessie de glace sur la tête.

Le soir la patiente s'endormait, et dès lors ne cessait plus de dormir profondément ; le lendemain matin encore, au moment de son examen. Il n'était pas possible de la tirer de cette hypersomnie, en dehors des périodes où des questions lui étant posées : elle y répondait avec une lucidité parfaite, pour retomber aussitôt en sommeil.

Tout l'intérêt de la situation résidait dès lors dans les résultats qu'allait donner une complète investigation clinique.

On remarquait tout d'abord la fatigue, qu'elle éprouvait de tout interrogatoire, auquel elle répondait constamment les yeux fermés, sous prétexte que la lumière lui faisait mal. Elle disait aussi souffrir violemment de la tête, et n'aspirer qu'à se replonger dans son immobilité et dans la torpeur. Depuis son hospitalisation, elle n'avait plus eu de vomissements, mais, d'autre part, elle n'avait pas été non plus à la garde-robe, et n'avait pas uriné.

A l'examen :

Son corps ne présente ni éruption, ni taches rosées lenticulaires. L'abdomen n'est ni ballonné, ni rétracté en bateau, ni douloureux à la pression. Foie et rate normaux. A l'hypogastre, un globe vésical témoigne d'une importante rétention d'urine. Pas d'inflammation de la gorge ; langue sèche et saburrale. Cœur et poumons normaux.

Cependant la nuque est raide ; la colonne vertébrale manque de souplesse. Signe de Kernig, Signe de Brudzinski : quand cette jeune fille couchée dans son lit, les deux membres inférieurs allongés en rectitude, on essaie de fléchir la nuque en maintenant le thorax sur le plan du lit, pour l'empêcher de se soulever, les deux cuisses se fléchissent sur le bassin, et les jambes sur les cuisses.

Aucune paralysie, mais une hyperesthésie cutanée très accentuée. Photophobie ; pression des globes oculaires douloureuse ; pupilles inégales, la gauche étant plus dilatée que la droite. Ni paralysies oculaires, ni nystagmus. Les réflexes tendineux, rotuliens et achilléens gauches sont abolis ; les autres sont conservés. Pas de signe de Babinski. La raie méningitique de Trousseau s'obtient avec la plus grande facilité et persiste très longtemps. Pas la moindre myoclonie.

Ajoutons que, si la malade avait toujours été bien portante jusqu'ici, son père était mort de tuberculose pulmonaire.

(1) Docteur L. RAMOND. — Au chevet d'une jeune fille somnolente (*La Presse Médicale*, 27 février 1937).

LES RAISONS D'ÊTRE INDÉCIS : LA CLÉ DE L'ÉNIGME

Il faut préciser que c'est *autour de la somnolence*, que devait graviter toute la discussion diagnostique. Toutefois, il n'en avait pas toujours été ainsi, car au début il était très plausible d'admettre l'éventualité d'une fièvre typhoïde : c'était une nouvelle importée à Paris, atteinte d'embarras gastrique, d'asthénie, et d'épistaxis.

Actuellement le problème se posait en face de la triade : *hypersomnie, fièvre, syndrome méningé typique.*

De fait, si les symptômes de réaction méningée et l'hyperthermie avaient manqué, on aurait dû envisager successivement : une intoxication exogène susceptible de provoquer l'hypersomnie ; une intoxication alcoolique aiguë ; un empoisonnement par un hypnotique de la série barbiturique, bien qu'en ce dernier cas s'amorce parfois une « fièvre barbiturique », indépendante de toute complication pulmonaire, quarante-huit heures après l'absorption du somnifère.

L'hyperthermie actuelle était aussi un argument propre à faire délaisser aussitôt le diagnostic d'état précomateux diabétique ou urémique ; le coma s'observe, en effet, d'une manière fréquente dans le diabète des jeunes, qui est, en général, un diabète consomptif ; d'autre part, l'anurie, ou mieux l'oligurie, chez une jeune fille somnolente permettait d'invoquer un coma urémique ; mais ni l'un ni l'autre de ces comas ne s'accompagnent jamais de fièvre.

Seule, *une maladie du système nerveux central, capable d'atteindre les centres du sommeil*, pouvait expliquer cette somnolence accompagnée d'un *syndrome nerveux fébrile.*

La plus fréquente de ces affections est l'*encéphalite léthargique.* Cependant, si le début des accidents par de la céphalée, des vomissements et des malaises généraux est bien dans la règle de cette maladie, l'état actuel ne répondait pas au tableau clinique de cette affection. En effet, les signes cardinaux de l'encéphalite — mise à part l'hypersomnie — faisaient entièrement défaut : aucune paralysie oculaire ; pas davantage d'algies, ni de myoclonies ; tandis que les symptômes de réaction méningée, en général absents ou tout au moins peu intenses dans l'encéphalite, étaient ici très accentués et au premier plan.

L'évolution aiguë et fébrile des manifestations cliniques faisait éliminer sans discussion une *tumeur de l'hypophyse ou de la région du troisième ventricule,* susceptible de se traduire par des accès de narcolepsie, mais qui n'aurait pas manquée de se révéler par d'autres signes du syndrome hypophysaire : de la polyurie, de l'infantilisme, de l'acromégalie, du syndrome adiposo-génital.

Un abcès du cerveau. — hypothèse qui aurait l'avantage de concorder avec l'hyperthermie n'était pas non plus discutable, puisqu'on ne trouvait dans les antécédents de cette personne aucune suppuration de voisinage (sinusite, otite), aucune suppuration éloignée (abcès du poumon, dilatation des bronches, phlegmon périnéphrétique...), aucun signe de septicémie ou d'endocardite infectieuse, permettant de trouver l'origine d'une suppuration encéphalique. Du reste, l'absence de symptômes nerveux nettement cérébraux et, au contraire, l'importance du syndrome méningé s'inscrivaient franchement contre le soupçon d'une maladie du cerveau.

Le diagnostic de méningite s'imposait ici, non seulement à cause de l'existence d'un trépied méningitique caractéristique des plus nets — céphalée, vomissements, constipation — accompagné de fièvre, mais surtout à cause de l'importance des contractures présentées par cette jeune fille : raideur de la nuque, signe de Kernig, signe de Brudzinski.

1° Contre le diagnostic d'une *méningite aiguë microbienne* et, en particulier, d'une *méningite cérébro-spinale épidémique à méningocoques* (en faveur duquel on aurait pu faire valoir quelques vésicules d'herpès péribuccales) s'inscrivait déjà le début insidieux, lent et progressif de la maladie. La ponction lombaire, en donnant issue à un liquide céphalo-rachidien limpide et clair comme de l'eau de roche, permet d'écarter d'une manière définitive cette hypothèse.

2° Il ne restait donc plus à choisir un diagnostic que parmi les MÉNINGITES A LIQUIDE CLAIR. Les deux plus importantes et les plus fréquentes sont la méningite syphilitique et la méningite tuberculeuse.

a) *La méningite syphilitique* affecte rarement cette forme somnolente. Elle coïncide souvent avec d'autres manifestations syphilitiques (roséole, gommes du voile du palais, signe d'Argyll Robertson), qui étaient complètement absentes chez cette jeune Bretonne bien constituée et qui appartenait à une famille nombreuse. La méningite syphilitique est d'ailleurs relativement rare en comparaison de la méningite tuberculeuse.

b) C'est malheureusement au diagnostic de MÉNINGITE TUBERCULEUSE que l'on fut finalement conduit chez cette adolescente, transplantée récemment de la campagne à la ville, après

avoir passé toute son enfance auprès d'un père ancien gazé de guerre, mort récemment de phtisie pulmonaire.

La forme somnolente revêtue chez elle par la maladie n'est pas pour étonner.

En voici la description classique d'après Rilliet et Barthez : « Si l'on cause auprès de leur lit, ces méningitiques somnolents restent les yeux fermés ; ils ne prennent aucune part à la conversation ; et après avoir répondu juste, mais brièvement et sèchement, à la question qu'on leur adresse, ils se retournent de l'autre côté et se rendorment. »

N'est-ce pas exactement ainsi que s'était comportée la patiente en cause quand on avait procédé à son interrogatoire ?

Ce diagnostic clinique de méningite tuberculeuse, était d'ailleurs confirmé par le résultat de l'*examen du liquide céphalo-rachidien* clair retiré par ponction lombaire : 88 lymphocytes par millimètre cube à la cellule de Nageotte ; 0 gr. 80 d'albumine par litre ; réaction du benjoin colloïdal négative (aucune précipitation dans zone dite syphilitique) ; pas de bacilles de Koch à l'examen *direct après centrifugation prolongée* ; pas de germes microbiens ordinaires.

La réaction lymphocytaire, l'hyperalbuminose, l'absence de germes pathogènes ordinaires et la négativité de la réaction du benjoin colloïdal plaident en faveur du diagnostic de méningite tuberculeuse. L'absence de bacilles de Koch à l'examen direct ne permet pas de l'affirmer d'une façon péremptoire. Elle n'autorise pas non plus à l'infirmer.

Certes, il existe en dehors de la syphilis et de la méningite tuberculeuse des *méningites lymphocytaires* — par exemple dans les oreillons, le zona, la aricelle, la spirochétose ictérigène, l'herpès, la poliomyélite antérieure aiguë — mais, en présence d'une insuffisance des réponses du laboratoire, c'est à la clinique qu'il appartient de conclure, et il y avait ici trop de aisons en faveur du diagnostic de méningite tuberculeuse, pour en chercher un autre en faveur duquel aucun symptôme ne militait franchement.

Porter le diagnostic de méningite tuberculeuse, c'était presque à coup sûr prononcer un arrêt de mort. A moins d'une exception rarissime, cette patiente devait succomber dans un avenir prochain : huit à quinze jours probablement.

G. FISCHER.

CLINIQUE ET HYSTÉROGRAPHIE

Dans sa thèse récente (Paris, 1937), le Docteur Pierre VANNIER étudie les indications cliniques de l'hystérographie.

Exception faite, dit-il, pour les contre-indications d'ordre général, tout utérus qui saigne sans cause précise, à quelque âge que ce soit, sauf peut-être chez la jeune fille, doit être hystérographié.

C'est le moyen de dépister l'épithélioma du corps chez les femmes encore jeunes, ou plutôt (puisque l'hystérographie ne peut faire le diagnostic certain de ces épithéliomas), c'est le moyen d'apprécier chez des femmes pâles, qui ont des pertes rosées, malodorantes, au long cours, l'opportunité d'une hystérectomie.

C'est le moyen de confier au radiothérapeute, sans curettage biopsique, les utérus vraiment saignants de la préménopause et de la ménopause (métrorrhagies fonctionnelles avec ou sans hyperplasie), quand l'examen clinique ne révèle ni fibrome, ni annexes perceptibles, et quand les images radiologiques prises au lipiodol léger, en période exsangue, donnent de face un triangle normal légèrement concave, sans lacune, sans irrégularité des bords, sans dénivellation ou effacement d'une corne. L'hyperplasie peut donner à l'image des bords légèrement serratiques.

L'hystérographie est aussi utile pour ne pas opérer sans discernement toutes les femmes âgées qui saignent, sous prétexte qu'elles ont un cancer.

L'hystérographie est une ressource importante en matière de polype fibreux. Elle peut avoir son indication au cas de stérilité.

Le diagnostic de fibrome utérin, souvent facile, n'appelle pas toujours par contre nécessairement la confirmation graphique.

Dans les déplacements simples de l'utérus, la graphie n'a pas d'intérêt réel. De même, pour le diagnostic de la grossesse et il faut éviter cette méthode d'exploration quand il y a des présomptions suffisantes de grossesse.

P. L.

LA DISSOCIATION AURICULO-VENTRICULAIRE AU COURS DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU

D'après MM. Ch. Aubertin et Robert-Lévy

Au cours de la maladie rhumatismale, si les complications du côté de l'endocarde et du péricarde sont les plus anciennement connues, il ne faut pas négliger les complications du côté du muscle cardiaque lui-même.

Ces complications, connues anatomiquement depuis la description des « nodules d'Aschoff » ont été soupçonnées cliniquement dans les formes légères et affirmées dans les formes sévères où elles jouaient un rôle important dans l'insuffisance cardiaque du rhumatisme articulaire aigu (asystolie inflammatoire) ; mais avant l'ère électro-cardiographique, elles passaient pour très rares.

Les tracés électriques, en permettant une analyse délicate des désordres fonctionnels du myocarde, ont révélé la très grande fréquence de la participation du muscle cardiaque au cours de la maladie de Bouillaud, participation silencieuse et fruste dans la plupart des cas.

En effet, les troubles du rythme cliniquement décelables, sont fort rares (1). Les extra-systoles sont assez rarement constatées, l'arythmie complète est exceptionnelle ; les tachycardies hétérotopes sont très rarement observées. Généralement le pouls est régulier, parfois un peu lent : nous verrons que, dans quelques cas, une bradycardie véritable peut être constatée.

En effet le virus rhumatismal semble avoir une prédilection particulière pour le système de conduction auriculo-ventriculaire dont les atteintes se traduisent principalement, et selon leur intensité soit par un allongement du temps de conduction, soit par une dissociation auriculo-ventriculaire partielle, incomplète ou totale.

L'allongement du temps de conduction est une anomalie électro-cardiographique assez fréquente puisque Cohn et Swift disent l'avoir constatée dans 84 p. 100 des cas de rhumatisme ; Clerc, Robert-Lévy et Vialard ne la trouvent que dans 37 p. 100 de leurs cas. Elle se traduit simplement par un allongement de l'espace compris entre P (contraction de l'oreillette) et R (début de la contraction du ventricule) ; cet espace qui est normalement compris entre 14 et 18 centièmes de seconde, peut atteindre et dépasser en cas de rhumatisme 25 et 30 centièmes de seconde. Cette anomalie purement électrique ne s'accompagne d'aucun trouble du rythme.

(1) Aubertin. — Troubles du rythme dans les myocardites infectieuses aiguës. Problèmes actuels de pathologie médicale, 3e série, Masson 1934, p. 39.

La *dissociation auriculo-ventriculaire*, — exagération du trouble précédent, — est par contre beaucoup plus rare : C'est ainsi que Vialard sur 63 cas de rhumatisme articulaire aigu trouve dans vingt-quatre cas un allongement simple de P R, une fois un bloc incomplet, et une fois un bloc total. Une dizaine de cas en ont été publiés, en particulier par Gallavardin, Esmein, Pezzi et Donzelot. MM. Aubertin et Robert-Lévy en ont observé récemment deux cas à la Pitié (1) ; il s'agit de deux jeunes filles ayant des antécédents rhumatismaux nets avec séquelles polyvalvulaires mitro-aortiques ; au cours d'une nouvelle poussée rhumatismale, fruste chez la première, sévère chez la seconde, il se produisit un blocage auriculo-ventriculaire partiel et intermittent, avec retour rapide au rythme sinusal physiologique. Ces auteurs donnent de la dissociation dans la maladie de Bouillaud une étude d'ensemble dont nous résumerons les traits essentiels.

***

Elle n'est pas l'apanage des formes graves de la maladie rhumatismale et peut se rencontrer au cours des formes frustes, oligo-articulaires ou même *abarticulaires ; il s'agit parfois d'une* première atteinte, parfois d'une atteinte itérative.

Dans bien des cas elle se manifeste isolément, non seulement en l'absence de toute atteinte du côté de l'endocarde ou du péricarde, mais encore à l'exclusion de tout symptôme patent de myocardite ; elle est alors le seul symptôme de l'atteinte cardiaque dans la maladie rhumatismale.

La date d'apparition du blocage peut être très précoce, survenant dès les premiers jours de la poussée rhumatismale : elle peut même précéder les arthralgies.

Le plus souvent toutefois c'est après une semaine ou même, comme dans un cas d'Aubertin, après un mois et en quelque sorte au décours de la maladie, qu'apparaît la dissociation.

Elle succède généralement à une phase, plus ou moins longue, durant laquelle les électro-cardiogrammes recueillis en série ont déjà montré un élargissement progressif de l'intervalle P R.

***

(1) Aubertin, Robert Lévy et Cacault. — La dissociation auriculo-ventriculaire dans la maladie rhumatismale. (*Paris Médical*, 1er mai 1937) et P. Cacault (Thèse de Paris, 1937.)

L'électro-cardiogramme montre qu'il s'agit le plus souvent de dissociations partielles et incomplètes.

Les *dissociations partielles intermittentes* revêtent généralement le type observée par Aubertin et Robert-Lévy : le rythme est soit de fréquence normale, soit légèrement bradycardique, et l'on trouve constamment sur les tracés, un élargissement un peu variable, mais non régulièrement progressif, de l'espace P. R. ; généralement le blocage survient pour les valeurs les plus grandes dudit espace, mais les phases de blocage sont un peu capricieuses et irrégulières dans leur répétition. Ils se traduisent en clinique par une pause ventriculaire, c'est-à-dire une intermittence.

Dans d'autres cas, fort intéressants, le blocage est *rythmé*, et réalise le « type périodique » de Wenekebach-Luciani : pendant quatre ou cinq contractions par exemple, l'espace P. R. augmente progressivement, puis le blocage survient pour se renouveler plus loin après un même nombre de contractions ventriculaires sinusales.

Les *dissociations incomplètes* réalisent, selon les fréquences respectives des oreillettes et des ventricules, différentes variétés, de 4/1 à 2/1 cette dernière étant la plus commune. Dans ces cas le rythme est généralement ralenti et régulier.

Dans la *dissociation complète ou bloc total*, il y a *indépendance absolue* entre les contractions de l'oreillette et celles du ventricule. Le rythme ventriculaire est habituellement régulier et ralenti, mais il peut être de fréquence normale.

Ces différentes formes peuvent se voir successivement chez le même malade ; elles peuvent s'associer à d'autres troubles du rythme (extrasystoles, fibrillation auriculaire) ; les complexes ventriculaires sont le plus souvent normaux.

***

Cliniquement les symptômes de la dissociation rhumatismale sont très obscurs. On pourra éventuellement la soupçonner lorsqu'on constatera des intermittences vraies (bloc partiel), ou un rythme nettement bradycardique (bloc total) ; mais il faut savoir que dans le rhumatisme, on peut constater une bradycardie purement sinusale ; d'autre part on peut avoir des dissociations avec pouls de fréquence normale ou rapide.

Il ne faut pas trop compter sur la constatation des systoles en écho par l'auscultation, ni sur la comparaison des soulèvements jugulaires et du pouls radial. Enfin les signes fonctionnels (vertiges, tendances syncopales) n'existent guère dans le bloc rhumatismal.

C'est donc pratiquement l'électro-cardiogramme seul qui permettra de faire le diagnostic ; encore sera-t-il nécessaire de répéter ces prises de tracés car le trouble peut n'être que très passager.

***

La dissociation rhumatismale est, en effet, éminemment instable ; sa durée est relativement brève, puisque dans les observations d'Aubertin et Lévy, la période de bloc ne dura que dix et douze jours ; on ne trouve aucun cas de bloc ayant duré plus de six semaines.

Ces troubles de conductibilité s'atténuent avec la crise rhumatismale elle-même ; le blocage est suivi d'une période plus ou moins longue durant laquelle s'observe encore l'élargissement de P. R. ; puis tout rentre dans l'ordre.

Il n'existe aucun cas de persistance prolongée ou définitive de la dissociation rhumatismale.

Le pronostic immédiat est donc essentiellement bénin ; on a observé, il est vrai, quelques rares cas mortels, mais il faudrait savoir si dans ces cas, la dissociation était seule en cause.

Quant au pronostic lointain, il faut faire quelques réserves sur l'apparition ultérieure d'une dissociation permanente favorisée par la dissociation transitoire rhumatismale antécédente ; néanmoins nous n'en connaissons pas d'exemple.

***

L'existence de cette dissociation, phénomène généralement isolé, fait évidemment penser à une myocardite, et à une myocardite régionale frappant le système de conduction. Mais les autopsies sont peu nombreuses et on n'a pas encore constaté de lésions spécifiques (nodules d'Aschoff) siégeant au niveau du faisceau de His. On a pourtant trouvé de tels nodules, à localisation variable ; d'autres fois on a constaté des lésions inflammatoires banales, d'autres fois une intégrité histologique du myocarde. Il s'agit donc vraisemblablement d'une altération discrète qui se répare rapidement et complètement, ou encore d'un trouble fonctionnel. Il ne faut pas oublier la possibilité du rôle de l'excitation du pneumogastrique ; quand à l'action du salicylate de soude elle doit être éliminée.

Cette dernière particularité doit conduire à la conclusion thérapeutique suivante : la constatation d'un bloc rhumatismal, bien qu'en elle-même peu grave, indique néanmoins qu'on est en face d'une atteinte parcellaire de myocardite rhumatismale et que par conséquent le traitement salicylé doit être poursuivi et intensifié même en l'absence de toute détermination articulaire ou endocarditique.

Une observation récente de Jacquelin, Lenègre et Lecointe (*Le Documentaire Médical*, mai 1937) montre bien cette action favorable du salicylate de soude sur la dissociation ; dans ce cas, le pouls battait aux environs de 30 et la dissociation était totale : le traitement salicylé intensif, institué alors rendit d'abord incomplète cette dissociation puis la guérit complètement en quelques jours, et sans séquelles.

ÉVOLUTION MÉDICO-CHIRURGICALE...

SUR LE TRAITEMENT DE L'OSTÉOMYÉLITE AIGUË A STAPHYLOCOQUE

Il était considéré comme classique, il y a peu d'années encore, d'intervenir d'urgence par une trépanation osseuse dans tout cas d'ostéomyélite aiguë à staphylocoque, chez les enfants en particulier. Dans son enseignement, à la clinique chirurgicale de l'hôpital des enfants, Kirmisson classait l'ostéomyélite aiguë dans un groupe de trois maladies microbiennes infantiles qui, à son avis, réclamaient une opération d'urgence : l'appendicite, la mastoïdite et l'ostéomyélite. Le groupe de Kirmisson ne paraît retenir aujourd'hui, il est vrai, qu'une seule affection, l'appendicite aiguë.

Depuis quelques années, la doctrine de la trépanation immédiate dans l'ostéomyélite aiguë à staphylocoque a été critiquée et des chirurgiens de grande valeur sont venus y opposer la doctrine de l'intervention retardée, de la simple ouverture de l'abcès plus ou moins collecté. Il y a là un fait d'évolution des idées chirurgicales en général. Le vieil axiome : *ubi pus...* n'est plus considéré avec la même rigueur et pour nombre de suppurations (panaris, abcès du sein, péritonites à pneumocoques, etc...) on tend plutôt à attendre que les forces naturelles défensives de l'organisme aient limité les lésions avant de prendre le bistouri.

Il est certain que l'acte opératoire dans un foyer suppuré en pleine évolution, par le traumatisme tissulaire qui peut en résulter, est susceptible de provoquer une stimulation du processus morbide et une extension des lésions. Il s'agit ici de foyers dont la délimitation n'est pas elle-même nette car il en va différemment pour d'autres foyers limités et enfermés (l'appendicite par exemple), dont l'ablation n'a pas cet inconvénient ; l'exérèse précoce est alors prémunitrice de toutes propagations de voisinage. Dans l'ostéomyélite aiguë, l'infection est à la fois générale et locale et la lésion locale intéresse à des degrés divers l'ensemble des tissus osseux (trabécules, moelle, etc...).

***

A la séance du 4 mars 1936 de l'Académie de chirurgie, M. Leveuf fit une communication très écoutée sur : l'*évolution spontanée des ostéomyélites aiguës à staphylocoque doré. Avantages du retard de l'intervention.* Rappelons les principaux points de cette importante communication que nous avons longuement analysée en son temps.

Lorsqu'on suit l'évolution spontanée de l'ostéomyélite aiguë, on voit la fièvre, très élevée au début, baisser régulièrement, la défervescence étant achevée ordinairement aux environs du quinzième jour. En même temps, l'état général s'améliore. Les hémocultures sont positives ou négatives. Si l'on peut dire que l'hémoculture négative est d'un pronostic favorable, on ne saurait conclure à une gravité absolue d'une hémoculture positive. La négativité apparaît spontanément où à la suite d'une intervention, de l'incision de l'abcès sous-périosté par exemple.

Appliquant sa méthode de temporisation dans son service de l'hôpital Bretonneau, M. Leveuf n'a observé aucune aggravation de l'ostéomyélite, chez 17 malades ainsi traités. La temporisation a évité les inconvénients de la résection d'urgence et a permis une évacuation simple de l'abcès collecté. Pour lui, les méthodes de temporisation doivent prendre le pas, en matière d'ostéomyélite aiguë, sur les méthodes de chirurgie d'urgence, la trépanation en particulier.

***

Le 1er février 1937, à la Société de chirurgie de Marseille, M. Victor Aubert est revenu sur le même sujet en posant à nouveau le problème en ces termes : où en est la question du traitement de l'ostéomyélite aiguë à staphylocoque ?

« C'est il y a huit ans, dit-il, en 1929, à la suite d'une communication du Professeur Fiolle, que, en réaction contre un interventionnisme outrancier, j'ai pris part à la discussion. C'était l'époque encore où le chirurgien de garde, appelé d'urgence pour une ostéomyélite, se croyait tenu d'ouvrir sur le champ tout foyer d'ostéite aiguë. Or, aujourd'hui, nous voyons beaucoup de jeunes chirurgiens prétendre guérir ces malades sans même un coup de bistouri. Comme évolutionnisme, il est difficile d'imaginer mieux».

Dès 1929, M. Aubert s'est élevé contre l'intervention précoce, faite en pleine poussée inflammatoire du début et il proposait de retarder le moment de l'ouverture pour laisser au malade le temps de faire ses défenses contre une infection toujours générale, quelque localisée qu'elle puisse se montrer. La mode à cette époque étant la vaccinothérapie, pour attirer l'attention il disait : « au lieu de me précipiter sur mon bistouri, je me précipite sur ma seringue ».

La notion d'infection sanguine, primitive pourrait-on dire, dans toute ostéomyélite aiguë, paraît aujourd'hui bien établie. On ne défend plus le caractère d'urgence de l'ouverture du

foyer et beaucoup recommandent d'en retarder le moment. On discute sur ce moment et sur les indications de la résection diaphysaire.

La confusion avec l'appendicite est dangereuse plus encore pour l'appendicite que pour l'ostéomyélite. Autant dans le traitement de l'ostéomyélite on peut s'inspirer à juste titre des idées de maturation et d'auto-défense, autant il est dangereux de parler de maturation dans l'appendicite. Ce n'est pas que ces modes généraux de défense de l'organisme n'entrent en jeu dans la poussée appendiculaire. Mais, compter sur eux, se fier à eux pour limiter le foyer semble un leurre quand, par un acte opératoire simple, on peut le supprimer en entier en quelques minutes.

Dans l'ostéomyélite aiguë, l'étape locale, difficile souvent à préciser, est brûlée. L'état septicémique accapare aussitôt la scène. Le foyer osseux dit primitif est toujours secondaire à une phase septicémique préexistante. Ceci posé, il n'en reste pas moins la constitution d'un foyer infectieux dont l'évolution va retentir à son tour sur l'organisme.

Ces considérations expliquent les tendances thérapeutiques nouvelles en matière d'ostéomyélite aiguë.

Le traitement général a pris une place importante. Bien que les staphylococcies soient des affections peu *vaccinantes, à réactions* humorales de défense faibles, on aura néanmoins avantage à utiliser les vaccins, n'interviendraient-ils que comme méthode de choc.

Localement, le caractère d'urgence de l'ouverture du foyer n'est plus admis et surtout il n'existe plus de partisans de l'ouverture large de l'os. Le plus grand nombre conseille de retarder l'heure de l'intervention dans la mesure du possible. Crudité, maturation, ces vieilles doctrines qui nous ont fait sourire apparaissent ici plus vraies que bien des théories modernes.

Autant il est opportun, à la période de maturation, de donner issue aux déchets de la lutte, qui par leur rétention peuvent devenir cause d'aggravation, autant à la période d'invasion il paraît dangereux de traumatiser un foyer en pleine organisation défensive. Comme traitement local préopératoire, recourir à l'immobilisation et à la chaleur humide.

***

La Société de chirurgie de Bordeaux (mars 1937) s'est à son tour occupée de la question. Ecoutons les remarques de M. le Prof. agrégé Loubat concernant l'ostéomyélite aiguë :

« 1° Quelle que soit l'étendue de l'intervention primitive, les phénomènes généraux continuent à rester sérieux assez longtemps : température élevée, pouls rapide, état infectieux grave, toutes manifestations d'une septicémie qui continue à évoluer à côté du foyer local et malgré le drainage ;

« 2° Des os qui paraissaient devoir être complètement détruits ou nécrosés, d'après les constatations cliniques et radiologiques, se réparent parfois complètement en l'absence de toute intervention large ;

« 3° Des foyers importants d'ostéomyélite, primitifs ou secondaires, qui, pour des raisons diverses, n'ont pas été traités chirurgicalement au début, évoluent spontanément vers la guérison, sans la moindre intervention chirurgicale. »

M. Pouyanne, de Bordeaux (1), qui a suivi dans le service de M. Rocher et dans celui de M. Loubat quelques cas d'ostéomyélite aiguë traités suivant la ligne de conduite indiquée par M. Leveuf, a noté des constatations analogues à celles de ce dernier auteur. Il préconise, comme *traitement* de l'ostéomyélite aiguë, l'immobilisation avec surveillance chirurgicale, surveillance du foyer et des articulations voisines, un traitement médical, et une intervention généralement retardée et guidée par la radiographie.

***

L'opinion de MM. Arnaud, Loubat et Pouyanne se rapproche beaucoup, on le voit, de celle de M. Leveuf. Si tous les chirurgiens ne partagent pas entièrement l'avis de ces maîtres, il faut reconnaître que néanmoins la chirurgie a évolué sur ce sujet et que la doctrine de l'intervention immédiate systématique en matière d'ostéomyélite aiguë a reçu une atteinte dont, en toute probabilité, elle ne se relèvera pas.

P. LACROIX.

(1) *Progrès Médical*, 4 septembre 1937.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Le rétrécissement cardio-phrénique de l'œsophage

Le rétrécissement inférieur de l'œsophage, appelé encore « cardio-œsophagien » ou « phréno-œsophagien », siège sur la portion inférieure du conduit qui va du passage diaphragmatique à l'estomac. La dénomination de cardio-phrénique, écrit M. A. Soulas, répond donc bien à la localisation anatomique, mais elle n'implique nullement une participation sphinctérienne diaphragmatique car il semble bien prouvé actuellement qu'il n'existe pas de sphincter au niveau de l'hiatus.

Si l'on excepte quelques rares cas d'œsophagisme ou de troubles purement fonctionnels — et ceux-ci coexistent parfois avec des images radiologiques d'aspect réellement pathologique — d'une manière générale les faits dénommés phréno-spasme, cardiospasme, sténose du cardia répondent à une même entité morbide « le rétrécissement cardio-phrénique ». Celui-ci est un réel rétrécissement inflammatoire qui devient peu à peu scléro-cicatriciel ; il est bien « cardio-phrénique », siégeant sur l'œsophage inférieur.

La cause de cette affection est intrinsèque, œsophagienne ou gastro-œsophagienne ; c'est l'œsophagite qui joue le rôle principal ; compte tenu de certains cas de péri-œsophagite ou encore d'infections générales et aussi de tendances organiques spasmophiles d'une part, scléro-cicatricielles d'autre part. L'élément local domine cependant l'élément de terrain. Le rétrécissement cardio-phrénique doit être nettement séparé des autres affections sténosantes ou des dilatations idiopathiques (méga-œsophage) dont l'étiologie, la pathogénie et la physionomie clinique sont tout à fait différentes.

Les méthodes thérapeutiques découlent de la nature même du rétrécissement ; au début, traitement médical rapidement suivi par le traitement œsophagoscopique et, si besoin est, par l'œsophagotomie inférieure extra-muqueuse.

Le rétrécissement cardio-phrénique ainsi compris n'est pas une infirmité incurable ; sa guérison est de règle. (*Bronchoscopie et Œsophagoscopie*, avril 1937.)

Troubles mentaux et tumeurs cérébrales

Pour MM. J.-A. Chavany, M. David et N. Fabiato, le signe qui paraît avoir le plus de valeur pour soupçonner l'origine tumorale des troubles mentaux est la présence de manifestations comitiales, qu'il s'agisse d'épilepsie généralisée, d'épilepsie bravais-jacksonienne ou même d'équivalents épileptiques ; les crises peuvent être généralisées ou localisées.

Quand l'épilepsie apparaît à un certain âge de la vie chez un sujet indemne de tout accident excito-moteur dans son jeune âge et dans son adolescence, qu'elle se complique ou non de troubles mentaux, il faut surveiller le malade au point de vue de l'évolution possible d'une tumeur cérébrale, multiplier les examens de fond d'œil, faire des radiographies stéréoscopiques du crâne et, si le doute grandit, ne pas hésiter à faire pratiquer une ventriculographie qui viendra lever toutes les appréhensions, procédé sans danger si on est prêt à opérer dans les heures qui suivent lorsqu'on a dépisté une tumeur. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 juin 1937.)

Sur l'infection tuberculeuse par voie lymphatique

Dans toutes les observations qu'il a pu recueillir, le Docteur E. Berthet a remarqué la coexistence de tuberculose pulmonaire et d'adénites cervicales *calcifiées. Il se demande quel est le* rapport entre ces deux localisations morbides. Y a-t-il même un rapport ou s'agit-il d'une simple coïncidence ?

Dans la plupart des cas, conclut cet auteur, se vérifie la loi de l'homolatéralité des lésions pulmonaires et des lésions cervicales suivant la formule de Compani : homolatéralité absolue, si la tuberculose est unilatérale, homolatéralité avec les lésions les *plus anciennes* si la *tuberculose est* bilatérale. De même la tuberculose pulmonaire était à tendance fibreuse et son début par un point de pleurite, des bronchites à répétition, des hémoptysies semble bien indiquer une prédominance de l'infection dans la trame du poumon.

Dans quelques observations, la présence dans les antécédents du malade d'épisodes septicémiques plus ou moins diagnostiqués, la présence d'adénopathies généralisées à tous les territoires ganglionnaires semble mettre en évidence le rôle de la voie lympho-hématogène dans la genèse de la tuberculose. (*Lyon Médical*, 13 juin 1937).

Gastroscopie en pathologie gastrique

Le professeur agrégé J. Baumel estime que l'endoscopie avec tube flexible est un moyen d'investigation de premier ordre, qu'il ne faut pas

hésiter à préconiser et à employer pour diagnostiquer d'abord, pour suivre ensuite l'évolution des gastrites.

D'autre part, l'examen gastroscopique permet d'identifier l'ulcus gastrique, de noter les modifications de la muqueuse, de se rendre compte de la tendance évolutive de l'ulcère vers l'extension ou la cicatrisation et de l'existence de complications locales (hémorragies, sténoses, adhérences péri-gastriques). L'ulcus duodénal n'est presque jamais visible au cours d'une gastroscopie. Celle-ci permet seulement de juger du retentissement indirect d'ulcus sur l'état de la muqueuse gastrique.

On n'oubliera pas que la présence d'un ulcère en un point quelconque de la cavité gastrique ou du duodénum s'accompagne toujours de lésion de la muqueuse et de troubles fonctionnels visibles endoscopiquement.

La précocité du diagnostic du cancer gastrique, quelle que soit sa localisation, est un des buts les plus intéressants de la gastroscopie, surtout avant l'apparition de la tumeur, ou en tous cas d'une manière aussi précoce que possible après son apparition. Il ne faut pas réserver la gastroscopie aux cancéreux cachectiques, pour lesquels on ne peut plus rien. Chez eux, point n'est besoin d'un pareil examen ; l'étude clinique, les recherches radiologiques suffisent amplement pour affirmer l'existence du néoplasme.

Ainsi donc aujourd'hui et grâce au gastroscope flexible l'examen endoscopique de l'estomac est devenu une investigation facile et peu dangereuse, mais elle demande simplement à être bien interprétée. De plus en plus en gastroentérologie ce moyen de contrôle doit être employé aussi fréquemment que l'examen radiologique ou l'examen rectoscopique qui ont depuis longtemps fait leur preuve. (*Bronchoscopie et Œsophagoscopie*, avril 1937.)

Régimes acidosants et alcalosants

Comme conclusions sur les modifications expérimentales que ces régimes peuvent amener dans l'organisme, le Professeur A.-M. Bonanno estime qu'on peut affirmer que les variations de l'équilibre acido-basique, spécialement dans le sens acide, sont capables de déterminer des modifications importantes de l'équilibre biochimique et immunitaire. Ce qui, du reste, est facile à comprendre, si l'on pense aux modifications que les susdits régimes déterminent dans les divers systèmes organiques, du tissu sanguin, et de la structure histologique des divers organes, aux modifications biochimiques complexes du plasma, et de l'équilibre électrolytique. Et, s'il est quelquefois malaisé d'expliquer les rapports qui interviennent entre les modifications trouvées et l'influence exercée par le régime, cependant de tels rapports existent indubitablement, et c'est à cette déviation que l'on doit rapporter les modifications complexes rencontrées. En effet, pour chaque groupe de recherches, l'auteur a tenté de donner une explication simple, en se rapportant aux connaissances acquises sur le phénomène lui-même.

Si les résultats tirés des recherches expérimentales pratiquées sur les animaux de laboratoire ne peuvent être transposés en clinique humaine, cependant ils constituent le fondement sur lequel le chercheur s'appuie pour ses investigations dans le domaine de la physiopathologie humaine. (*Paris Médical*, 12 juin 1937).

La lipase hépatique dans les cirrhoses avec ascite et œdèmes

Dans un rapport présenté aux Journées médicales internationales de Paris, 1937, le Professeur Noël Fiessinger a rappelé les recherches cliniques et expérimentales qu'il a entreprises avec M. A. Cajdos sur les variations de la lipase sérique notamment au cours de l'insuffisance hépatique, recherches qui l'ont amené à étudier plus spécialement avec son collaborateur l'action des injections de lipase hépatique sur l'évolution des cirrhoses.

Au cours de la cirrhose du foie avec ascite à répétition, ils ont observé, en même temps que des résultats intéressants, l'innocuité absolue du traitement : pas d'albumine dans les urines, pas de température, pas de réactions locales.

Le signe le plus objectif de l'effet thérapeutique de la lipase hépatique est constitué par la diurèse qui s'installe progressivement à la suite de la troisième ou de la cinquième piqûre et qui atteint facilement 2 litres à 2 litres 1/2 par jour dans les cas favorables.

De même, dans les cas favorables, l'action sur l'ascite et les œdèmes est manifeste ; le subictère disparaît rapidement ainsi que l'urobilinurie ; l'amélioration de l'état général est objective dès le début du traitement ; le malade sort de sa torpeur, l'appétit augmente, les forces reviennent et, point à noter, l'augmentation du taux de la lipase sérique est un phénomène important qui accompagne l'amélioration obtenue.

Les auteurs utilisent la lipase hépatique du porc (Roche), en ampoules de 5 c. c. contenant 10 unités par centimètre cube. Ils injectent cinq à six jours de suite cette lipase par voie sous-cutanée pour recommencer de la même façon après une interruption de dix jours. Ce médicament est indiqué dans les cirrhoses avec ascite et œdèmes, dans les ictères aigus ou prolongés par hépatite. Il est, toutefois, contre-indiqué dans les cirrhoses avec ictère grave, avec hémorragies gastriques ou intestinales abondantes. (*Les régulations hormonales en biologie, en clinique et en thérapeutique.* Rapports aux Journées médicales internationales de Paris, 1937.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Pour élever le taux de la natalité

(M. A. COUVELAIRE ; 29-6-1937)

L'Académie de médecine a consacré une séance spéciale à la question de la dépopulation. Des communications ont été faites par M. Couvelaire, par M. Brindeau, par M. J. Renault et Mlle Labeaume.

M. Couvelaire note que dans la vie des couples existent deux comportements. Les uns, livrés aux élémentaires instincts, procréent en série continue ; les autres, animés de l'esprit de prévoyance, limitent le nombre de leurs enfants autant qu'ils le peuvent.

Certaines mesures peuvent augmenter le taux de la natalité. En 1813, Napoléon exempta du service militaire tous les Français mariés. En un an, la nuptialité doubla et on enregistra, en 1814, 100.000 naissances de plus qu'en 1813. Moins efficaces ont été les mesures et demi-mesures prises depuis vingt-cinq ans (assistance aux familles nombreuses, primes à la natalité, indemnités aux fonctionnaires, etc.). Les allocations du sursalaire familial sont d'un ordre beaucoup plus important. Elles atteindraient le chiffre de 2 milliards de francs par année.

Les encouragements matériels et verbaux peuvent-ils suffire à relever le taux de la natalité de façon notable ? Beaucoup n'en sont pas convaincus. Il faudrait changer le climat moral : entreprise difficile !

Le dépeuplement d'origine obstétricale

(M. A. BRINDEAU ; 29-6-1937)

L'avortement clandestin et la restriction volontaire sont les causes les plus importantes du dépeuplement dans notre pays. Il est difficile de lutter contre l'un et l'autre. On peut, par contre, réduire les avortements spontanés et diminuer la mortinatalité. La pelvitomie et la césarienne, avec les techniques modernes, diminuent la mortalité infantile à la naissance, sans faire courir plus de risques à la mère. Les consultations de femmes enceintes rendent de grands services en atténuant beaucoup les conséquences, pour l'enfant, de certains états morbides gravidiques.

L'évolution de la protection de l'enfance

(M. Jules RENAULT et Mlle LABEAUME ; 29-6-1937)

C'est surtout depuis deux siècles que la protection de l'enfance s'est organisée, par des œuvres et par des lois.

En 1784, se créait la Société de la Charité maternelle, que présida Marie-Antoinette. La première crèche fut instituée en 1844 par Firmin Marbeau. Budin, en 1892, fonda la première consultation de nourrissons et Dufour la première goutte de lait.

Diverses lois vinrent en aide aux familles nombreuses. La plus efficace est la loi récente des allocations familiales. La Caisse de compensation de la région parisienne verse des allocations mensuelles allant de 90 francs à 200 francs par enfant (après le sixième). Une famille de six enfants touche ainsi 9.600 francs par an d'allocations familiales.

D'autres lois sont directement protectrices de l'enfance (loi Roussel, etc.). La diminution des abandons, la baisse de la mortalité infantile traduisent les résultats de cette lutte.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Suture non résorbable au fil d'acier inoxydable

(M. H. WELTI ; 19-5-1937)

M. Welti emploie quelquefois pour les sutures non résorbables en chirurgie abdominale, du fil d'acier inoxydable, dont les avantages sont sa souplesse, son prix minime, sa stérilisation parfaite.

— M. SOUPAULT craint que ce fil d'acier fin ne soit coupant.

— M. AMELINE se demande si, en cas de radiothérapie ultérieure, le métal ne pourrait pas être le point de départ d'un rayonnement secondaire *nocif*.

— M. BÉCLÈRE se souvient avoir lu récemment l'observation d'une malade qui, soumise à la diathermie médicale (mode de traitement qu'on peut appeler le « chauffage central par l'électricité »), éprouva aussitôt une sensation très douloureuse de brûlure commandant l'interruption immédiate de la séance. Une radiographie révéla la présence sous la paroi abdominale de plusieurs fils métalliques. Meilleurs conducteurs du courant électrique que les tissus avoisinants, ces fils l'avaient pour ainsi dire totalement accaparé et s'étaient ainsi fortement chauffés.

Phlèbites saisonnières

(M. J. OKINCZYC ; 19-5-1937)

Après être resté longtemps sans observer de phlébites, dans sa pratique chirurgicale hospitalière et privée, M. Okinczyc a vu une véritable épidémie de phlébites dans son service, du 15 novembre au 15 mars dernier (onze cas). Sans que la grippe puisse être mise en cause, l'influence saisonnière a été manifeste.

— M. SAUVÉ se demande si des modifications de la crase sanguine à certaines époques ne pourraient pas expliquer la recrudescence parfois saisonnière des phlébites.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Gangrène diabétique et tétanos

(MM. R. BOULIN, P. UHRY et M. CHAROUSSET ; 23-4-1937)

Il s'agit d'un cas de gangrène diabétique remarquable par la survenue d'une complication exceptionnelle en pareil cas : le tétanos. Chez un sujet relativement jeune, diabétique depuis une dizaine d'années, surviennent au niveau de plusieurs orteils des foyers sphacéliques, dus probablement à des artèriolites terminales, les artères principales paraissent chez lui tout à fait normales. Ce malade, assez misérable, ne s'alimente que très insuffisamment, d'où l'absence de glycosurie, mais une épreuve d'hyperglycémie alimentaire confirme qu'il est bien diabétique. Un mois et demi après l'installation de cette gangrène se déclare un tétanos qui cède en l'espace d'une semaine à la sérothérapie antitétanique.

Le tétanos est une complication extrêmement rare des gangrènes diabétiques. On peut se demander pourquoi cette infection vient si rarement compliquer ces gangrènes, car la présence de glycose dans les milieux de culture favorise plutôt le développement du bacille de Nicolaïer. Il est probable qu'il faut faire intervenir la rerté du contact entre les zones sphacélées et les poussières tétanigènes ; si, dans le cas rapporté le tétanos a pu se développer, c'est que le malade marchait sur les routes, ses orteils sphacélées nus dans des souliers percés.

Dans toutes les observations recueillies jusqu'à présent, l'évolution s'est terminée par la mort, et cela parfois malgré une amputation précoce, haute. Il est possible que l'hyperglycémie habituelle des diabétiques favorise le développement du tétanos particulièrement sévère.

Kyste congénital du poumon chez un nourrisson. Infection du kyste au cours d'une rougeole

(MM. R. DEBRÉ, J. MARIE, MM. MIGNON et S. BIDOU ; 23-4-1937)

Il s'agit d'un kyste, infecté et à extension progressive, qui simula un pneumothorax chronique. Chez un nourrisson de 14 mois, au cours de l'évolution d'une rougeole, apparut une pneumopathie singulière, que l'on considéra d'abord comme un abcès pulmonaire. Mais rapidement, l'aspect particulier de l'image radiologique et l'extension progressive des cavités pulmonaires, cependant asséchées, ont permis de reconnaître deux volumineux kystes aériens congénitaux du poumon droit, infectés passagèrement au cours de la rougeole, et présentant dans les semaines suivantes uncaractère extensif avec aspect de pneumothorax, à la suite d'une désinfection spontanée et d'une poussée de distension gazeuse.

On doit affirmer ici le diagnostic de kyste aérien du poumon.

En effet, il ne peut s'agit d'abcès du poumon : la fixité des contours de l'image radiologique, nettement dessinée dès le premier film, et permettant rétrospectivement de distinguer dès ce moment les deux cavités kystiques, n'appartient pas à l'abcès pulmonaire. Cette fixité est contraire aux caractères de l'image de l'abcès qui se remanie sans cesse. L'évolution, enfin, est toute différente : alors que l'abcès du poumon, lorsqu'il guérit, disparaît sans laisser de traces appréciables — comme les auteurs l'ont observé de nombreuses fois chez l'enfant — dans ce cas, les contours si nets des poches gazeuses sont de plus en plus apparents et commencent une évolution centrifuge qui repousse parenchyme, cœur, médiastin, coupole diaphragmatique pour occuper finalement la presque totalité de l'hémithorax.

On ne peut pas soutenir davantage le diagnostic de pneumothorax partiel secondaire à une pleurésie purulente enkystée évacuée par vomique. En effet, il n'y a jamais eu d'image de caractère pleural chez cette enfant ; de plus, il faudrait admettre la généralisation du pneumothorax qui, de partiel, serait devenu total. Dans ces conditions, on ne conçoit pas la fixité des contours des poches gazeuses et surtout on n'arrive pas à saisir, sur aucun des nombreux films, la présence d'un moignon pulmonaire.

Les kystes aériens dans la première enfance

(M. L. RIBADEAU-DUMAS ; 16-4-1937)

L'auteur apporte quelques observations de kystes aériens recueillies chez des enfants au début de la vie. Les publications faites jusqu'à présent font penser que ces kystes, sans être communs chez le grand enfant et chez l'adulte, ne sont cependant pas exceptionnels. Ils sont à coup sûr, plus fréquents à la naissance, mais il s'agit de malformations qui trop souvent ne sont pas compatibles avec la vie. L'enfant vient au monde, avec quelques symptômes sans relief, dyspnée, cyanose, quelquefois œdème. Il fait quelques efforts respiratoires et meurt. La survie est, dans quelques cas, un peu plus longue : la dyspnée est permanente, la cyanose devient de plus en plus forte et le sujet meurt au bout de vingt-quatre ou trente-six heures.

Il existe trois formes cliniques de kystes aériens du poumon : une forme latente, une forme avec dyspnée et cyanose, et une forme avec kystes multiples.

Le kyste aérien, si souvent latent chez l'enfant, peut ainsi rester pendant très longtemps sans manifestations extérieures. Mais bien souvent, les kystes aériens donnent lieu à des accidents cliniques apparents, parfois dramatiques. Il s'agit surtout d'une séméiologie rappelant celle du pneumothorax. Les signes ont une apparition précoce ou tardive. Ils prennent quelque importance à l'âge de plusieurs semaines, plusieurs mois ou même plusieurs années

G. F.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 14 mai 1937

Aspergillose pulmonaire primitive et pure évoluant depuis quinze ans

M. Ed. JOLTRAIN présente une malade atteinte depuis quinze ans d'aspergillose pulmonaire ayant conservé un excellent état général. Les examens physiques au point de vue clinique et les examens radiographiques plaident en faveur de l'hypothèse de tuberculose pulmonaire, mais il s'agit d'aspergillose pure comme le prouve l'examen des crachats qui a toujours donné des cultures d'aspergillus fumigatus et jamais de bacilles de Koch. Il attire l'attention sur quatre points particuliers de cette histoire clinique :

1° L'absence de réactions biologiques ;

2° L'évolution scléreuse des lésions aboutissant progressivement à la déviation du cœur ;

3° Un examen bronchoscopique qui montre les différences entre l'aspect des lésions aspergillaires et des lésions tuberculeuses et la réalité de petites dilatations bronchiques ;

4° L'action thérapeutique incontestable des injections intraveineuses d'iodure de potassium à haute dose et des balsamiques.

M. ROSENTHAL préconise dans cette affection l'injection intratrachéale de lipiodol.

M. M. PINARD indique aussi les bons résultats du traitement créosoté.

M. GALLIOT étudie cette question des pseudotuberculoses au point de vue social.

De l'influence de la volonté sur les fibres lisses

M. H. LEGRAND cite comme exemples de la volonté agissant sur les fibres lisses : un méryciste qui, dans un cirque, avalait douze grands verres d'eau, des grenouilles vivantes et divers objets qu'il rejetait à volonté dans l'ordre demandé ou en faisant un jet d'eau avec sa bouche.

Un élève d'Alfort qui s'était exercé à imiter les ruminants en faisant revenir dans la bouche, le bol alimentaire déjà ingurgité.

Les bagnards d'avant-guerre qui mettaient leurs économies sous forme de pièces d'or dans un petit tube et le cachait dans la partie postérieure de l'intestin d'où il les sortaient à volonté.

A propos de la communication de M. Le Gac sur « ce qu'il a vu à Berlin », dans le Service du Professeur Sauerbruck, cas d'un amputé de l'avant-bras droit

M. GOUIN montre l'intérêt médico-légal de cette communication qui semble indiquer que la législation allemande en tenant compte de la capacité professionnelle a favorisé la rééducation des accidentés du travail plus sûrement que la législation française.

Le rétrécissement inférieur de l'œsophage ; remarques pathogéniques et thérapeutiques

M. A. SOULAS estime que si l'on excepte quelques cas de troubles purement fonctionnels, les faits dénommés phrénospasme, cardiospasme, sténose du cardia répondent à une entité morbide : « le rétrécissement cardio-phrénique ». Celui-ci est d'ordre inflammatoire et devient plus tard scléro-cicatriciel ; il siège sur le segment canaliculaire de l'œsophage inférieur, il est cardio-phrénique. C'est l'œsophagite qui est l'élément étiologique essentiel ; l'élément loca domine l'élément de terrain et la notion acquise domine celle de congénitalité. Affection généralement curable, le traitement médical, œsophagoscopique ou chirurgical selon la phase où on l'observe, est suivi d'excellents résultats. Il n'en est pas de même du mégaœsophage, infirmité définitive, dont l'étiologie et la physionomie clinique sont tout à fait différents. Ces remarques sont appuyées sur des observations et sur des études radiographiques.

M. GUISEZ appuie les conclusions de M. SOULAS et pose les indications opératoires.

Essais de traitement par le sérum d'animaux éparathyroïdés

MM. RŒDERER et PARTURIER montrent que le sérum d'animaux éparathyroïdés saignés après l'apparition des phénomènes tétaniques, employé dans certaines arthroses, semble déterminer un processus de récalcification et administré à des tuberculeux a donné une amélioration constante de l'état général, des signes fonctionnels et des signes physiques.

Il paraissait logique d'essayer pareille médication dans le traitement des tuberculoses osseuses et même dans différentes affections osseuses.

Durant dix-huit mois, les auteurs ont traité vingt et un cas de maladies osseuses les plus variées : Paget, rachitisme, décalcification vertébrale, diverses ostéo-arthrites bacillaires. Il leur a paru que, dans les seize cas suivis, une amélioration notable était intervenue dans des délais plus rapides qu'il n'est habituel.

Séance du 29 mai 1937

Intervention précoce dans les abcès putrides du poumon

M. Marc ISELIN expose les idées de Neuhof (de New-York) qui entraînent des conclusions diamétralement opposées aux règles généralement admises. Cet auteur a montré que l'abcès est primitif et non pas secondaire à la fonte d'un bloc pneumonique, que très précisément, à partir de cet abcès, par embolie bronchique, vont se développer d'autres abcès en quelques jours. Les lésions sont si disséminées que l'intervention est très aléatoire. Il faut donc intervenir dès que l'abcès est visible sur la radiographie, c'est-à-dire le dixième, douzième jour, même plus tôt si c'est possible. Neuhof publie trente-neuf cas avec deux morts seulement, ce qui est remarquable.

Toulouse

Société de médecine

Abcès du poumon et lipiodol

MM. P. Fabre, Cahuzac et Lasserre insistent sur les difficultés du diagnostic topographique de certaines suppurations pulmonaires. Ils rapportent trois cas d'abcès du poumon : dans une observation, l'examen radio-clinique permettait de localiser le foyer, dans les deux autres, les auteurs durent injecter par voie transthoracique du lipiodol et ils pratiquèrent simultanément une injection d'huile iodée par sonde intra-bronchique. Le diagnostic topographique fut ainsi exactement porté, ce qui facilita grandement l'intervention chirurgicale.

Phlegmons sus-hyoïdiens circonscrits

MM. J. Calvet, M. Escat et Papazoff présentent sept cas de phlegmons sus-hyoïdiens dont la symptomatologie diffère nettement de celle du phlegmon septique du plancher buccal. Dans aucun de ces cas, ils n'ont pu incriminer au point de vue étiologique, le canal de Bochdalek, comme certains auteurs l'ont prétendu. L'un d'eux particulièrement extensif avait fusé jusqu'au zygoma, ayant suivi semble-t-il le tunnel ptérygo-amygdalien de Constantini.

Scissurite oblique gauche muette à l'auscultation

M. Castay insiste sur la nécessité de pratiquer des radiographies pulmonaires de profil, chaque fois qu'il existe sur le cliché de face une image anormale. Le profil seul permet de voir et d'explorer dans toute leur étendue les scissures obliques en raison de leur direction particulière.

Dans le cas particulier, il s'agissait d'un sujet présentant sur le cliché de face dans la partie inférieure du champ pulmonaire gauche, en bordure du ventricule gauche, une image arrondie, opaque, de la grosseur d'un petit œuf de poule à contours flous, nuageux, donnant l'aspect d'un abcès pulmonaire à son début. Sur le cliché de profil, cette image se prolongeait par un ruban opaque très long coupant nettement le champ pulmonaire, obliquement de haut en bas, et d'arrière en avant, et s'épanouissant à sa partie antérieure par une large image en forme de tulipe. Il s'agissait donc d'une scissurite oblique gauche se terminant à sa partie antéro-inférieure par une petite zone de périscissurite.

Néphropexie et appendicectomie lombaire, gangrène gazeuse

MM. J.-P. Tourneux et M. Grimoud. — Il s'agissait d'une jeune femme de 24 ans, qui, en plus d'une ptose rénale droite (2e degré), présentait des troubles d'appendicite chronique évoluant depuis plusieurs années. L'intervention eut lieu le 22 février, sans aucun incident, et consista, suivant les conseils de Legueu, d'abord en une appendicectomie par voie lombaire (section de l'appendice au thermocautère et enfouissement) et, en second lieu, en une néphropexie capsulaire.

L'opérée, après avoir été assez calme le jour suivant, présenta dans la nuit du 23 au 24 de l'agitation s'accompagnant de sensation de constriction thoracique, de dyspnée, d'élévation de température, etc... Le 24, l'examen de la plaie montra qu'il s'agissait de gangrène gazeuse, et malgré toute la thérapeutique mise en œuvre, la malade décéda dans l'après-midi. L'auteur, qui a eu l'occasion de pratiquer une dizaine de fois cette double intervention sans jamais avoir observé de complications, essaie d'élucider la pathogénie des accidents infectieux, en énumérant les diverses sources de contagion (appendice, catgut, etc.), et, en discutant leur importance.

Volumineux diverticule de l'œsophage

M. Gayral a eu l'occasion d'observer fortuitemen chez une malade cyphotique, âgée de 85 ans, pré sentant depuis un an environ des troubles intestinaux graves (tumeur de l'angle hépatique du côlou) un diverticule de l'œsophage. Chez cette malade qui n'avait jamais accusé au cours de son existence le moindre trouble qui eut pu faire penser à une malformation œsophagienne, en examinant debout et en projection frontale, on voyait se dessiner derrière l'ombre cardiaque, au niveau de la 6e dorsale, une image opaque, présentant un niveau liquidien très net avec image de flot à la succussion.

Appendicite herniaire

MM. J.-P. Tourneux, Cahuzac et Lestrade ont eu l'occasion d'intervenir chez une femm e de 45 ans envoyée à l'Hôtel-Dieu pour hernie crurale droite étranglée, (tumeur irrégulière, dure, chaude, douloureuse, irréductible, pas de vomissements, ni d'arrêt des matières et des gaz, pouls à 80, température à 38,2).

Après deux jours d'observation, sans changement malgré des pansements humides, on se décida à intervenir. Au centre d'un gros lipome préherniaire, se trouvait le diverticule péritonéal contenant une frange épiploïque indurée, ainsi que l'appendice augmenté de volume, congestionné et adhérant en partie aux parois du sac. L'examen histologique ayant montré la présence d'une infiltration leucocytaire très intense de la muqueuse et des couches musculaires, sans lésions congestives, il semble bien que l'on se soit trouvé en présence d'une appendicite herniaire.

Les Livres

Les livres qui viennent de paraître...

Imprimerie Nationale
Paris

Bulletin du ministère de la Santé publique. Service de la documentation. Textes officiels concernant la protection de la Santé publique publiés en 1936. (Lois, décrets, circulaires, arrêtés). Un vol., 346 pages.

Masson et Cie, éditeurs
120, boulevard Saint-Germain, Paris

A. Lemierre. — **Quelques vérités premières** (ou soi-disant telles) **sur les maladies infectieuses.** Un vol. 78 pages. Prix 24 francs.

Exemples de ces « Quelques vérités premières » :

—L'apparition, au troisième ou au quatrième septenaire d'une fièvre typhoïde, de grands accès fébriles précédés d'un frisson peut faire prévoir le développement d'une phlébite.

—Trois épreuves biologiques permettent d'affirmer l'existence d'une brucellose : l'hémoculture, le sérodiagnostic et l'intra-dermo-réaction de Burnet à la mélitine.

—Il faut se méfier des grippes d'été. Un état fébrile à début brusque, s'accompagnant de céphalalgie et de courbature intenses, n'est souvent que la phase initiale d'un ictère infectieux, spirochétosique ou autre, qui se démasquera quelques jours plus tard. Il existe même des formes pseudogrippales de la spirochétose anictérique, presque toujours consécutives à l'usage de bains de rivière ou de piscine.

Gaston Doin et Cie, éditeurs
8, place de l'Odéon, Paris (VIe)

Robert Merklen, médecin de l'hôpital Reine-Hortense, d'Aix-les-Bains. — **Les rhumatismes de l'épaule.** Un vol. in-8° de 206 pages, avec 17 fig., Collection des « Actualités de médecine pratique ». 30 francs.

Les rhumatismes de l'épaule sont fréquents. Ils représentent pour les malades qui en sont atteints une incommodité pénible entraînant une incapacité souvent longue.

Ces rhumatismes ont fait l'objet de nombreuses et remarquables études partielles. Un effort de synthèse paraissait donc s'imposer, car, jusqu'à ce jour, aucun ouvrage d'ensemble ne leur avait été consacré.

L'architecture et les fonctions de l'articulation scapulo-humérale peuvent, dans une certaine mesure, expliquer les particularités des rhumatismes localisés à l'épaule ; aussi un rappel anatomique et physiologique précède-t-il les chapitres consacrés aux arthrites et aux périarthrites.

Certaines affections voisines doivent être distinguées des rhumatismes de l'épaule ; elles sont passées en revue à propos du diagnostic. Enfin, un chapitre de pronostic général et un autre très détaillé de traitement complète cette synthèse, particulièrement au point des rhumatismes de l'épaule.

Gaston Doin et Cie, éditeurs,
8, place de l'Odéon, Paris (VIe)

Albert Giraud. — **Précis de phtisiologie.** Évolution générale, diagnostic et traitement de la tuberculose pulmonaire chez l'adulte. ***Deuxième édition*** entièrement remaniée par l'auteur et révisée par F. Cardis, médecin directeur du sanatorium Belvède-Leysin. Un vol. de 490 pages, avec 45 fig. et XXXIII planches radiographiques hors texte, 100 francs.

Le but de ce Précis a été de présenter au lecteur, en un seul volume, l'ensemble de nos conceptions actuelles sur l'évolution générale, le diagnostic et le traitement de la tuberculose pulmonaire.

Ecrit dans un esprit didactique et pratique, l'ouvrage s'adresse à la fois à l'étudiant désireux de s'initier aux choses de la phtisiologie et au médecin praticien qui est dans l'impossibilité de rechercher dans les traités spécialisés un exposé des notions dont il a besoin pour l'exercice de son art.

Le succès obtenu par la première édition a montré à l'auteur qu'il avait, ce faisant, rendu un réel service et l'a engagé à ne rien changer au plan général du livre.

Par contre, en bien des matières, et en particulier pour tout ce qui touche à la question capitale de la thérapeutique, une nouvelle mise au point était indispensable : elle a été faite largement, et de nombreux chapitres ont été refondus, d'autres se sont ajoutés ; enfin, l'iconographie radiologique, dont l'importance augmente chaque jour, occupe une place plus étendue encore que dans la première édition.



Les Thèses

P. — Docteur Eck. — **Les résultats éloignés de l'orchidopexie trans-scrotale par le procédé du Professeur Ombrédanne.** (Thèse 1937.)

Dans ce travail, l'auteur a réuni 117 observations d'enfants et d'adultes opérés d'ectopie testiculaire par le procédé du Professeur Ombrédanne et qu'il a examinés entre une et plusieurs années après l'intervention.

Chez 84, 5 % des opérés, les testicules sont abaissés en bonne place, qu'il s'agisse d'orchidopexie simple ou double.

Dans 8,5 % autres cas, les résultats sont considérés comme incomplets, les testicules demeurant à la racine des bourses ou au niveau du pubis. Il y a 2,5 % d'échecs partiels et 2,5 % de résultats nuls.

Parmi les cas rapportés, on remarque le bon développement de testicules qui, à l'opération, étaient hypoplasiques, constatation particulièrement importante dans les cas d'orchidopexie double.

D'autre part, la fixation, bien exécutée, du testicule à travers le septum scrotal médian n'entraîne pas, comme on pourrait le croire *a priori*, de déformation scrotale importante et durable ; ceci est particulièrement net chez les anciens cryptorchides opérés des deux côtés et revus à l'âge adulte, certains ne présentent plus aucune déformation scrotale visible ou palpable.

Chez un certain nombre de sujets, l'opothérapie avait été tentée sans succès ; l'auteur conclut de l'examen de leurs cas que si l'opothérapie peut agir utilement sur l'état général de l'enfant, sur la descente du testicule quand la voie est libre et son développement quand il est en bonne place ou qu'on l'y a mis, on ne saurait s'y attarder, surtout au delà du début de la puberté quand il existe un obstacle anatomique à la migration du testicule.

L'opération doit être faite, de préférence, avant l'âge de la puberté pour permettre le développement complet de la glande, tant du point de vue spermatogénétique que de la puissance génésique.

L'auteur ajoute à ses propres observations les résultats de travaux français et américains, travaux qui établissent qu'une proportion élevée de cryptorchides doubles, opérés de bonne heure, sont féconds alors que cette fécondité est l'exception, chez les cryptorchides non opérés à l'âge adulte.

Pierre Molinéry.

P. — Dr R. Valat. — **L'acrodynie infantile.** A propos de quatorze cas observés en Bas-Limousin. (Thèse 1937.)

Le Bas Limousin a vu apparaître depuis trois ans un nombre croissant d'acrodynies infantiles, sous forme de cas sporadiques, et sévissant uniquement parmi la population rurale.

La phase initiale se manifeste par des symptômes divers, et souvent par des troubles digestifs. Les vomissements, la diarrhée ont constitué chez plusieurs enfants les premiers signes de la maladie, et ont pu rendre le diagnostic difficile à la période de début.

A la période d'état, le syndrome psychique, l'asthénie, l'hypotonie musculaire, la tachycardie n'ont jamais fait défaut.

Par contre, l'hypertension artérielle ne s'est pas toujours manifestée d'une façon nette.

Peu des malades de l'auteur ont présenté un syndrome acropathologique typique.

L'examen des réflexes tendineux a permis de trouver chez presque tous ces enfants une exagération nette de tous les réflexes.

Mp. — Dr G. Iglesis. — **Contribution à l'étude de l'anesthésie dans la thoracoplastie pour tuberculose pulmonaire.** (Thèse 1937.)

Le problème de l'anesthésie dans la thoracoplastie n'a pas encore reçu de solution unanimement adoptée et pleinement satisfaisante.

Le débat reste toujours ouvert entre partisans des anesthésies localisées et des anesthésies générales.

Parmi les premières, la méthode de Dogliotti ne semble pas être l'anesthésie idéale un moment espérée. L'anesthésie loco-régionale reste la plus employée.

Mais, à danger égal, il semble bien que l'anesthésie générale serait préférée par tous.

Si donc les anesthésies par inhalation, et notamment l'éthérisation suivant la technique habituelle doivent être abandonnées, il n'en est pas de même pour certains modes ou certaines substances. La réduction des doses d'éther ou d'une façon générale de l'anesthésique inhalé, grâce à une anesthésie de base par le rectanol, constitue un grand progrès.

D'ailleurs, l'anesthésie générale trouverait sans doute des partisans encore plus nombreux si certains anesthésiques, le protoxyde d'azote notamment, devenaient d'un emploi facile.

P. — Dr A. Lobjois. — **L'index et le virage de la cuti-réaction tuberculinique dans un service de médecine sociale infantile.** (Thèse 1937.)

Voici quelques conclusions du travail de l'auteur :

Le pourcentage croissant avec l'âge de l'index tuberculinique, est une nouvelle preuve de la transmission de la maladie par contagion : à 5 ans 13 % ; à 10 ans 25 % ; à 13 ans 37 %.

Un enfant peut se trouver en contact avec un tuberculeux avéré et conserver pendant un certain

temps une cuti-réaction négative. Le contage n'entraîne donc pas nécessairement les contaminations.

Les tuberculeux avérés peuvent vivre avec leurs enfants et ceux-ci conserver une cuti-réaction négative à condition d'observer rigoureusement des mesures d'hygiène et de prophylaxie. Dans les familles *disciplinées*, il est ainsi possible de ne pas séparer les enfants de leurs parents.

On ne peut fixer approximativement la date d'une primo-infection tuberculeuse qu'en se basant sur le virage de la cuti-réaction. La valeur de la première cuti-réaction positive est fonction du plus ou moins grand nombre de cuti-réactions négatives antérieures.

Il n'a jamais été constaté qu'une réaction positive soit devenue négative.

P. — Dr M. Brunel. — **Les tumeurs intra-bulbaires. Etude clinique.** (Thèse 1937).

Les tumeurs intra-bulbaires sont les plus rares parmi les tumeurs du tronc cérébral.

Leur symptomatologie a été longtemps confondue avec celle des tumeurs du IVe ventricule, mais au contraire de celles-ci les tumeurs intra-bulbaires ne s'accompagnent que rarement et très tard, de symptômes d'hypertension intra-cranienne.

Par leur évolution axiale, elles ont tendance à envahir la protubérance ou la moelle.

Il n'est pas un groupement symptomatique qui soit réalisé d'une façon constante. Les signes de début sont très variables, l'évolution de l'affection est lente et longtemps bien tolérée. Le diagnostic s'oriente plus volontiers vers un processus inflammatoire ou dégénératif du tronc cérébral que vers une tumeur.

Les tumeurs du bulbe sont, en général, des gliomes de l'adulte jeune.

Le diagnostic de tumeur intra-bulbaire n'est fait que d'une façon exceptionnelle ; car l'association des symptômes cordonaux et focaux du type bulbaire, groupés suivant un mode progressif, n'est constituée que rarement ou tardivement. Souvent, la lésion n'est reconnue qu'à l'occasion d'une trépanation exploratrice de la face postérieure.

Toute intervention chirurgicale, même exploratrice est contre-indiquée quand le diagnostic est certain ; cependant, on ne peut déconseiller la trépanation exploratrice dans les cas douteux. La radiothérapie est la seule thérapeutique à conseiller. Elle n'est pas toujours inutile.

P. — Dr P. Colleau. — **Erythème noueux et maladies infectieuses.** (Thèse 1937.)

Ce qui frappe dans l'étude de l'érythème noueux, qu'il soit primitif ou secondaire, c'est l'importance qu'on doit attribuer à la tuberculose dans l'étiologie de cette affection. La preuve en est fournie soit par les moyens que la clinique met journellement à notre disposition, soit par les réactions biologiques, soit encore par les procédés bactériologiques les plus modernes, comme l'hémoculture sur milieu de Loewenstein.

Cependant, dans un nombre appréciable de cas, l'étiologie tuberculeuse ne peut être démontrée. S'agit-il alors d'une affection autonome, à virus spécifique inconnu, comme l'avait décrit Trousseau dans ses cliniques de l'Hôtel-Dieu, ou bien d'un ensemble de troubles à manifestations cutanées et viscérales comme le pensent certains auteurs américains. Il est difficile de le préciser.

Quoi qu'il en soit, les maladies infectieuses associées à l'érythème noueux ne doivent pas être regardées comme de simples coïncidences ; elles jouent à l'égard de l'éclosion de l'érythème, sinon un rôle déterminant, du moins un rôle favorisant, en modifiant le terrain sur lequel va évoluer la dermatose noueuse.

P. — Dr R. d'Escrivan. — **Tuberculoses rénales bilatérales.** (Thèse 1937.)

La tuberculose rénale bilatérale est une affection d'un pronostic excessivement sombre.

Elle est proportionnellement plus fréquente chez l'enfant et toujours beaucoup plus grave et plus rapidement évolutive.

On peut poser dans certains cas une indication de néphrectomie si l'un des reins est suffisant et l'autre cause d'accidents ou complètement détruit ; c'est-à-dire que l'indication de la néphrectomie est dans la tuberculose rénale bilatérale une question d'espèce.

Ce qui est capital dans la tuberculose rénale bilatérale, c'est l'action du traitement médical. Il ne faut pas se désintéresser de ces malades parce qu'on a trouvé du bacille de Koch dans leurs deux reins et les abandonner. Il faut soigner leur vessie, leur état général par les méthodes générales et par les méthodes spécifiques, que domine le vaccin de Vaudremer. Ces thérapeutiques, rationnellement menées, ont un effet indiscutable sur l'état local et général et, par suite, sur le moral de ces malades condamnés.

Sous l'effet de ces différents traitements, on constate des survies prolongées. Il faut savoir d'ailleurs que la tuberculose rénale livrée à elle-même est susceptible de rémissions spontanées et il est quelquefois difficile de faire la part de l'action thérapeutique.

LE GLUCOSE EN THÉRAPEUTIQUE

Par le Docteur Gaston LÉVY

Il est classique de diviser les facteurs entrant dans notre alimentation en deux grandes catégories :

1° Les facteurs énergétiques, c'est-à-dire les aliments qui du point de vue purement mécanique pourraient suffire à l'entretien de la machine humaine.

2° Les facteurs alimentaires plastiques, c'est-à-dire ceux qui sont absolument nécessaires parce que la machine humaine est quelque chose de plus qu'une machine, un être vivant.

Cette deuxième catégorie est d'une complexité qui s'avère de plus en plus étendue au fur et à mesure que la science découvre de nouveaux aspects du problème. Le corps a besoin de tel ou tel acide aminé, de vitamines, etc., pour mener à bonne fin la croissance, pour pouvoir assurer telle ou telle sécrétion glandulaire et ainsi de suite.

Il est pour le moins intéressant de voir le problème énergétique résolu par un facteur unique, le glucose. Qu'on fournisse au corps des hydrates de carbone, des graisses, voire même des albumines, c'est toujours par une transformation préalable en glucose que les aliments deviennent énergétiquement utilisables. Sans insister sur la physiologie du glucose, nous rappelons que la teneur normale du sang en glucose se rapproche de l'unité par litre de sang (approximativement 0 gr. 92 par 1.000 c. c.). L'unique forme sous laquelle nous trouvons les hydrates de carbone à l'intérieur des tissus, utilisable pour eux, c'est le glycogène $C_6 H_{10} O_5$.

Il dérive du glucose par amputation d'une molécule d'eau. Cette réaction est d'ailleurs réversible et le foie et les muscles par hydratation reconstituent du glucose. C'est le foie et le muscle qui constituent les grands réservoirs de glycogène véritable amidon animal comme l'appelait Claude Bernard qui l'a découvert en 1857. Ce sont eux qui distribuent aux différents organes le combustible pour leur entretien énergétique. Le foie déverse par jour et kilog de poids vif, environ 10 grammes de glucose dans le sang, ce qui fait environ 600 grammes pour un homme moyen.

Les expériences qui montrent la consommation du glucose par les organes sont classiques. Le muscle cardiaque, par exemple, peut être maintenu en vie par une circulation artificielle, pourvu que le liquide qui perfuse l'organe contienne du glucose (expérience de Stewart 1910).

De cette valeur nutritive indéniable du glucose on déduit aisément l'importance de ce sucre comme médicament. Le principe général qui indique ce médicament peut s'énoncer : « Nourrir l'organisme en lui imposant le moindre effort ». Combien de fois le clinicien se trouve dans cette situation ! Il n'y a presque pas de maladie importante qui ne profite de l'adjuvant thérapeutique qu'est le glucose. Depuis peu de temps l'on trouve d'ailleurs dans le commerce sous le nom de Dextrosol un glucose presque pur (99,7 %) retiré du maïs et qui rend la thérapeutique glucosée très aisée.

Pour étudier en détail la thérapeutique du glucose nous nous tiendrons aux deux indications suivantes :

1° Le corps doit faire face à une dépense énergétique de quelque importance. Il sera bon, dans ce cas, de lui donner de l'énergie préformée sous forme de glucose, qui, transformé en glycogène viendra augmenter les réserves du foie et des muscles.

2° Il y a lieu de ménager les organes auxquels la maladie impose un travail supplémentaire, ou dont elle a, au contraire, diminué le rendement. Le glucose, aliment directement assimilable, trouve ici son indication complète.

Dans la société moderne le muscle joue un rôle de plus en plus grand ; sport, vie au grand air, préparation militaire de la jeunesse, exigent un rendement de plus en plus important du système musculaire. Ce système est grand consommateur de glucose. Il le brûle directement pour en tirer l'énergie mécanique, ou l'emmagasine sous forme de glycogène. Chaque effort musculaire profitera d'un « doppage » préalable en glucose. Tout effort sportif pourrait être précédé d'une ingestion de fortes doses de glucose. Ce sont surtout les sports en haute altitude, comme le ski, qui profiteront d'une thérapeutique préventive au glucose car dans ce cas ce n'est pas seulement aux muscles du système locomoteur, mais aussi au muscle cardiaque qu'on demande un grand effort (Altrock).

L'accouchement demande à la femme un tra-

vail musculaire très intense. Depuis longtemps le glucose figure parmi les moyens thérapeutiques des accoucheurs.

Le glucose pourra de même rendre de très grands services en chirurgie. Le malade devra arriver dans le meilleur état possible sur la table d'opération. Souvent une longue maladie a épuisé ses forces. La sous-alimentation s'ajoutant au mauvais fonctionnement de son économie auront vidé les réserves glycogéniques du foie. L'anesthésie, l'acte opératoire, la diète post-opératoire vont encore ajouter leur effet pour consumer ce qui reste de glycogène. Quoi donc de plus utile que de laisser faire au malade son plein de glycogène, dans la période préopératoire en lui administrant de fortes doses de glucose, trois ou quatre jours avant l'opération on donnera de 60 à 100 grammes de glucose par jour dans les différents liquides. Les injections et lavements glucosés post-opératoires sont trop classiques pour que nous nous y arrêtions. Les premiers liquides que prendra le malade pourront être chargés de glucose qui se résorbe déjà dans les parties très hautes de l'intestin (duodénum et début de l'intestin grêle).

La radium et la rœntgénothérapie imposent au corps une grande fatigue. L'ingestion journalière de 100 grammes de glucose est à conseiller pendant ces traitements.

Le bas-âge a des besoins caloriques particulièrement élevés. Depuis le début de la pédiatrie, le sucrage du lait de vache coupé se pratique pour reconstituer un aliment aussi près que possible du lait de femme. Le sucrage normal est de 5 à 7 %. Pour les dystrophiques, M. Nobécourt va avec succès à des pourcentages beaucoup plus élevés, 15 % et plus. Quel sucre doit-on employer pour ce sucrage ? Guidé par des vues théoriques on a longtemps donné la priorité au lactose. La plupart des pédiatres l'ont abandonné vu ses propriétés laxatives et fermentatives. On l'a remplacé un peu partout par le saccharose. D'après des observations récentes du Professeur Polonovski les courbes des enfants qui reçoivent une nourriture sucrée au glucose seraient plus favorables que celles qu'on observe par un sucrage au saccharose. Personnellement nous n'avons pas pu nous convaincre de ce fait. Nos sucrages dans un service hospitalier étaient faits par un mélange de saccharose et de dextro-maltose. Nous n'avons pu nous convaincre que le glucose remplace dans ce sucrage, d'une façon complète, mais non avantageuse, le saccharose. Il n'en est plus de même quant à la valeur du glucose pour la femme qui allaite. Ici, son emploi semble donner un lait plus riche et de plus belles courbes de croissance au nourrisson (Polonovski).

Dans ce qui précède nous avons examiné l'emploi intéressant qu'on peut faire du glucose pour renforcer l'énergie du corps. L'adjonction du glucose dans ce cas est évidemment une dépense de luxe. C'est pourtant de la bonne médecine préventive. Dans ce qui vient nous essayerons de voir la place qui revient au glucose comme véritable agent thérapeutique. Ce sont là, en premier lieu tous les *états pathologiques du foie.*

Chaque fois que la glande hépatique est malade elle s'appauvrit en glycogène. L'apport de glucose corrige cette déficience. Au début d'un ictère le malade vomit, ne supporte que des liquides. Des jus de fruits sucrés au glucose constituent à ce moment une alimentation de choix. Pendant la durée de l'ictère on donnera de hautes doses de glucose (deux à trois cuillerées à soupe, par jour). Dans l'ictère grave on a pu, avec beaucoup de succès, ajouter l'insuline au glucose pour augmenter le glycogène du foie. On donne, deux fois par jour, 40 à 50 grammes de glucose et 20 à 30 unités d'insuline ou injections sous-cutanées. La même thérapeutique sera précieuse dans l'atrophie jaune aiguë du foie. Le glucose a encore son indication dans les cirrhoses et dans les affections vésiculaires.

Dans ces derniers cas, il trouvera son emploi dans la diète qui suit immédiatement une colique hépatique. Le malade a encore mal et ne supporte guère que quelques jus de fruits qu'on peut charger en glucose.

C'est dans les affections ulcéreuses de l'estomac et du duodénum que le glucose trouve depuis quelques années un emploi des plus heureux. Aliment éminemment résorbable et calorigène, son emploi est logique chez des malades qu'on est obligé de mettre à un régime sévère pour obtenir la cicatrisation de leur ulcère. Mais l'ingestion de glucose a encore un autre intérêt, c'est que les grandes quantités de glucose en arrivant dans l'estomac alcalinisent le suc gastrique. Déjà H. Strauss en 1896 et Schuele dans la même année ont constaté ce fait. Plus près de nous Weitz, Kalk, Buleto et Carlson, Iwanaka, Lœper et Marchall ont confirmé ce fait. On n'a pas pu suffisamment mettre en évidence le mécanisme de cette action alcalinisante du glucose. Les uns ont invoqué une action spécifique sur les cellules sécrétoires, les autres un reflux de suc duodénal alcalin. Une troisième théorie enfin, invoque sous l'action du glucose une sécrétion augmentée de mucus gastrique qui protégerait plus efficacement la muqueuse. D'expériences récentes sur des estomacs d'enfants bien portants, il semblerait plutôt résulter une action légèrement inhibitrice du glucose sur le parenchyme secrétoire gastrique (Uflacker, 1936).

Quoi qu'il en soit, l'introduction du glucose dans le traitement médical des ulcères gastriques est du plus haut intérêt. Voici comment mettre en pratique cette diététique. Recht (1931) dit

les bons effets du traitement suivant : le malade reçoit chaque jour 200 à 240 grammes de glucose, soit trois fois par jour 80 grammes de glucose dans du thé léger. Si le malade a de trop fortes douleurs on donne toutes les deux heures 50 grammes de glucose dans 200 grammes d'eau. Des doses plus minimes sont inutiles. Si le malade est constipé on fera bien de lui donner, avant de dormir, une à deux cuillerées à potage de miel dans de l'eau tiède.

Une autre manière de donner le glucose au début du traitement médical des ulcères gastro-duodénaux, se trouve dans le schéma suivant dû à Loube-Ewald.

Jour de traitement...	1	2	3	4	5	6	7	8
Lavement glucose 6 %	1 × 200	5 × 200	5 × 200	4 × 200	3 × 200	2 × 200	1 × 200	
Lait				400	600	800	1.000	1.000
Œuf								
Biscottes								2
Beurre								
Viande hachée								
Potage avec bouillon de légumes, farines								
Bouillie, semoule, glucose								
Purées de pommes								
Compotes, pommes et glucose								
Gateaux secs								

Jour de traitement...	9	10	11	12	13	14	15	16
Lavement glucosé 6 %								
Lait	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	
Œuf		1	2	2	2	2	2	
Biscottes	4	6	8	10	10	10	10	
Beurre		15	15	30	30	30	30	
Viande hachée				35	35	35	35	
Potage avec bouillon de légumes, farines				100	100	300	300	
Bouillie, semoule glucose				50	50	100	100	
Purées de pommes					100	100	100	
Compotes, pommes et glucose					50	50	50	
Gateaux secs							200	

Dans les ulcères qui saignent Clément recommande de nourrir le malade par des cubes de gélatine glucosée qu'on fait préparer comme suit :

Faire cuire ensemble sept carrés de gélatine et 125 grammes de Dextrosol dans un demi-litre d'eau. Laisser refroidir, couper en petits cubes. Le malade les avale sans mâcher. (*A suivre.*)

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

TRAVAUX ORIGINAUX

Bulletin de l'Actualité

LA RETRAITE DU MÉDECIN

La retraite du médecin intéresse de plus en plus tous nos confrères et l'ordre du jour voté dernièrement par le Syndicat du Var est le meilleur témoignage de l'Actualité de la question. Il y a plusieurs mois, j'ai envisagé, ici même, les difficultés que présentait la réalisation de la création d'un fonds, suffisant pour donner, aux médecins âgés, désireux de ne plus exercer, une retraite facultative, fixe et honorable. Nous étions quelques-uns à penser qu'une rente de 20.000 francs était le minimum qu'on puisse offrir, pour permettre aux confrères âgés de ne plus faire de clientèle, or il n'est point actuellement d'organisation professionnelle syndicale ou non qui puisse assurer, d'ici longtemps, et par ses seuls moyens une retraite de cette importance.

Les solutions jusqu'ici envisagées ne prévoient que des rentes insuffisantes pour vivre sans faire de clientèle, or pour l'avenir même de notre profession, pour permettre aux jeunes d'exercer, il est nécessaire de faciliter la retraite des confrères qui font encore de la médecine, parce qu'il leur est impossible, malgré le vif désir qu'ils en ont, de ne plus faire de clientèle.

La question, telle que je l'envisage, n'a rien à voir avec le projet de loi Pomaret, qui a si violemment heurté l'opinion médicale et dont les vives réactions ne sont point encore éteintes. Cependant, il y avait dans ce projet de bonnes choses, qu'il serait peut-être encore possible de sauver.

Actuellement la profession médicale se trouve encombrée de deux façons : par des jeunes qui ont du mal à se constituer une clientèle leur permettant de vivre, et par des médecins âgés ou infirmes qui travaillent à peine assez, pour couvrir leurs frais. Bien mieux, on voit des confrères qui ayant passé la soixantaine et retraités du Corps de santé de l'armée, de la marine ou honoraires du corps hospitalier changent l'orientation de leur carrière et tout comme à trente ans briguent des places, des emplois, qu'ils n'auraient jamais consenti à accepter, au moment de leur grande activité. Ces médecins souvent poussés par la nécessité trouvent dans les mutualités, dans les Assurances sociales, le complément qui leur est nécessaire pour vivre. Ils disputent ces places à des tarifs souvent très bas à des confrères plus actifs qui ayant des charges, des familles à élever, des enfants à instruire, ne peuvent accepter des conditions aussi modestes. Je suis certain que si nous pouvions offrir sous forme de retraite, à ces confrères âgés, l'équivalent de ce qu'ils touchent, nous débarrasserions d'un seul coup la concurrence médicale de ces confrères « rabaisiens » qui portent un préjudice certain à la profession tout entière.

Depuis plusieurs années que je m'occupe de la Maison du médecin, je reste étonné du nombre relativement peu élevé des demandes d'admission qui nous parviennent. Alors que de tous côtés, nous entendons parler des misères médicales, qu'ici même, il n'est point de semaines où nous ne recevions de lettre nous informant de la situation lamentable d'un confrère, les œuvres médicales comme celle dont je m'occupe, restent au-dessous de leurs possibilités, car elles pourraient, j'en suis certain, venir au secours, s'ils en manifestaient l'intention, d'un plus grand nombre de confrères.

Les capitaux importants que nos œuvres sont parvenues à réunir, à force de patience et de gestion prudente pourraient être employés d'une façon plus profitable pour le Corps médical tout entier et en particulier permettre aux aînés de se retirer, sans avoir le perpétuel souci du lendemain, et sans être obligés de travailler jusqu'au dernier jour.

Quand on examine le problème, on constate que d'une façon générale, le médecin âgé ou infirme répugne à s'adresser à la charité confraternelle, il a conservé une légitime fierté, qui lui fait préférer la vie difficile, en exerçant sa profession, à la vie facile et sans souci qu'il ne tient qu'à lui, de trouver dans nos œuvres confraternelles. Il hésitera à demander un secours, une aide qui ne peuvent lui être donnés que sous

certaines conditions, établies par les règlements mêmes de nos œuvres. Il redoute la retraite en commun qu'il réalise mal, dont il voit beaucoup plus les inconvénients que les avantages et finalement, il succombe à la tâche, alors qu'il lui aurait été possible de vivre tranquille et sans soucis, en étant entièrement, à l'abri du besoin.

Je pense que seule la réalisation d'une retraite fixe, suffisante pour vivre est la solution convenable, pour satisfaire tout le corps médical : les jeunes, en assurant le renouvellement des clientèles, les médecins âgés, en leur assurant l'avenir, les médecins dans la force de l'âge en rendant impossible la collaboration de médecins « rabaisiens » poussés par la nécessité de vivre et prêts à accepter les honoraires les plus modestes.

Pour réaliser la retraite, il faut résolument se tourner vers l'Etat qui seul peut actuellement organiser la répartition de sommes aussi importantes, que celles qui seront nécessaires. Il paraît d'ailleurs actuellement, assez disposé à étudier la retraite des vieux travailleurs. En nous tournant vers l'Etat, nous nous retrouvons sur un terrain assez voisin de celui de M. Pomaret et nous pourrions sans doute, en lui montrant ce que son projet de loi avait d'irritant, lui faire comprendre qu'il peut exister cependant une possibilité d'accord entre lui et nous et qu'il lui est possible de nous aider à réaliser notre retraite.

Les forces financières dont dispose le Corps médical avec ses œuvres, sont loin d'être négligeables si on parvient à les réunir. Elles sont actuellement éparpillées et il est certain que nous n'aboutirons jamais, en demandant à un groupement au détriment des autres de réaliser à lui seul la retraite, en ne tenant aucun compte des résultats qui ont déjà été obtenus. C'est bien parce que tous nos efforts ont été faits sans cohésion, qu'aucune solution pratique n'a pu encore être envisagée, et ne pourra l'être de longtemps, je le crains.

Je ne crois pas qu'une organisation privée, si puissante et si riche qu'elle soit, puisse prendre en charge la gestion d'une masse de capitaux aussi importante que ceux qui sont nécessaires pour assurer avec sécurité des retraites aux médecins ; seul un organisme d'Etat en est capable, ne pas vouloir le reconnaître, c'est se réserver de bien cruelles déceptions.

Si nous voulons vraiment que la retraite du médecin sorte du domaine de l'utopie et constitue la rente qui lui permettra la sécurité de ses vieux jours, c'est résolument vers la formule d'une retraite contrôlée, sinon assurée par l'Etat que nous devons nous tourner.

Déjà c'est vers une formule administrative que le corps hospitalier, cependant moins nombreux, mieux discipliné et présentant plus de cohésion, cherche la solution pratique, nous qui plus nombreux, avons encore moins d'intérêts communs, nous devons comprendre à notre tour, que c'est seulement d'une organisation contrôlée par l'Etat que peut dépendre notre Retraite.

En étudiant chiffres en mains la mise à la retraite de deux mille médecins, c'est une somme de 40 millions qu'il faut pouvoir mobiliser annuellement.

La moitié de cette somme pourrait être demandée sous la forme d'une contribution obligatoire au corps médical actif, en lui faisant comprendre que cette participation le débarrasse de concurrents âgés, de titulaires de postes et de fixes qui deviendront libres, qu'il n'aura plus à redouter des tarifs rabaisiens dans la lutte qu'il a entreprise contre les organisations de soins, qu'il désencombre la profession des plus âgés. Cette somme de 20 millions représenterait à peine 1.000 francs par confrère, ce serait une manière de prime d'assurance pour la constitution d'une rente de 20.000 francs.

L'autre moitié de la somme soit 20 millions pourrait être couverte par moitié soit 10 millions par le revenu de toutes les œuvres syndicales ou non mises en commun, et il est certain que devant un tel effort il serait possible d'obtenir de l'Etat qui trouverait à cette combinaison l'avantage d'un apport régulier d'argent frais, les 10 millions restant.

Si différent qu'il soit de l'idée inexacte que nous nous faisons encore de l'organisation d'une retraite médicale, ce projet a l'avantage de ne point être irréalisable, de rester dans nos possibilité, de ne point être lié à des combinaisons financières ou commerciales qu'on ne manque pas de nous reprocher, tout en assurant au praticien désireux de ne plus exercer, la certitude d'un revenu suffisant et fixe pour vivre honorablement.

Je livre cette idée à tous ceux de nos confrères qui se sont déjà intéressés aux médecins âgés, infirmes et privés de ressources, et qui d'une manière ou d'une autre, ont développé des œuvres pour leur venir en aide. Je reste persuadé que le jour où il serait possible d'assurer une somme de 20.000 francs à tout médecin français ayant plus de 65 ans, désireux de ne plus rien faire, toutes les œuvres de solidarité confraternelle viendraient donner leur appui et leur collaboration agissante à la Retraite du médecin, puisque de ce fait même, elles deviendraient toutes inutiles.

Dr Raphaël MASSART.

ASSISTANCE MÉDICALE GRATUITE
UN MÉDECIN PROPHARMACIEN PEUT-IL DÉBITER DES MÉDICAMENTS A SES PROPRES MALADES HABITANT UNE COMMUNE OU EXISTE UNE PHARMACIE OUVERTE ?

Un adhérent du Sou Médical demande à notre Ligue appui moral et pécuniaire pour porter devant les Tribunaux compétents le litige suivant :

Médecin de l'Assistance médicale gratuite et propharmacien, il se voit refuser, par la Préfecture, paiement de mémoire pharmaceutique, pour délivrance de médicaments, à son cabinet, à certains bénéficiaires de l'assistance, parce que les dits malades résident dans une commune où un pharmacien tient officine ouverte.

Dans le dossier, qui nous a été adressé, je relève qu'en 1935, ce praticien avait déjà eu maille à partir avec la Commission de contrôle, qui, tout en ordonnançant son mémoire de fournitures pharmaceutiques, pour les assistés résidant dans une commune, avait cependant décidé que moitié du montant du mémoire serait attribué au pharmacien du domicile desdits malades, pourcentage qui fut ensuite ramené à 30 %.

Actuellement, par lettre du 22 mai 1937, le Préfet informe le praticien que la Commission de vérification, statuant pour l'année 1936, a décidé, à l'unanimité ne de pas prendre en charge les frais pharmaceutiques, pour médicaments délivrés par le médecin-propharmacien, à des malades résidant dans une commune, sur le territoire de laquelle se trouve ouverte une pharmacie.

Au doss er, je vois également une consultation juridique, émanant de M. Viaud, professeur honoraire à l'Ecole de médecine et de pharmacie de Nantes. Cette consultation juridique, qui entraîna la conviction des membres de la Commission de vérification de l'Assistance médicale gratuite, surtout celle des médecins, contient des erreurs de droit, car l'interprétation de certains textes de jurisprudence, est entachée d'inexactitudes.

Aussi, crois-je nécessaire de me reporter aux textes eux-mêmes des arrêts et jugements en la matière et à la lumière de ces décisions, rétablir la situation, puis voir quels sont les droits et devoirs des médecins propharmaciens, appelés à donner leurs soins — et des médicaments — à des malades résidant dans une localité, où existe une pharmacie ouverte.

Le médecin qui n'est pas propharmacien ne peut délivrer de médicaments aux malades résidant dans une commune dépourvue d'officine

Cette affirmation est loin d'être une lapalissade, car elle doit détruire une citation erronée, faite dans le mémoire juridique de M. Viaud, en ce qui concerne les termes de l'arrêt de la Cour de cassation, chambre criminelle, du 20 janvier 1855.

Cet arrêt, publié dans le Répertoire périodique Dalloz de 1855-1-87, précise qu'un officier de santé, domicilié dans une commune où exerce régulièrement un pharmacien — par conséquent l'article 27 de la loi du 21 germinal an XI étant inapplicable en l'espèce — ne peut pas débiter des médicaments — et surtout en l'espèce des médicaments secrets — à des malades bien que certains de ces derniers résident dans des communes où il n'y a pas de pharmacie ouverte.

L'interprétation donnée à cet arrêt par M. Viaud est donc totalement erronée, puisque M. Viaud en tire la conséquence que le médecin propharmacien, bénéficiaire des dispositions de l'article 27 de la loi de germinal, n'a pas le droit de débiter des médicaments à ceux de ses malades, résidant dans une commune où n'existe pas de pharmacie ouverte.

L'arrêt de la Cour de cassation, chambre criminelle du 21 mars 1906 (*Gazette du Palais*, 19 mai 1906) décide, contrairement à ce que lui fait dire M. Viaud, que le médecin résidant dans une commune, dans le faubourg de laquelle est ouverte une pharmacie, même si l'officine est ouverte d'une façon irrégulière, pendant une partie de l'année, ne saurait débiter de médicaments à ses propres malades, même à ceux des communes voisines, alors que dans les dites communes, il n'y a pas de pharmacie ouverte.

Nombreuses décisions de jurisprudence, telles que Tribunal correctionnel de Blois, 21 juillet 1897, Cour d'appel de Toulouse, 25 mai 1900, Tribunal correctionnel de la Roche-sur-Yon, 18 décembre 1906, etc., etc., refusent tout droit au bénéfice de l'article 27 de la loi de germinal, dans toutes les conditions et dans tous les cas, au médecin dans la résidence duquel fonctionne une pharmacie.

En aucune manière, ce praticien ne peut tourner la loi, en établissant, par exemple, un second cabinet dans une localité où ne se trouve pas de pharmacien (Trib. Blois et la Roche-sur-Yon précités), ni faire préparer des ordonnances, par un confrère propharmacien.

Ces précisions étaient nécessaires, étant données les erreurs juridiques, contenues dans la consultation de M. Viaud.

Les droits des médecins propharmaciens

A) Droit de débiter des médicaments tant à leur cabinet qu'au domicile des malades, lorsque ces derniers résident dans une localité où il n'y a pas de pharmacie ouverte.

Cette faculté est unanimement reconnue, tant par la jurisprudence (Tribunal correctionnel de Versailles, 14 juillet 1868 et Cour d'appel de Paris, 27 août 1868, *Sirey*, 1868-2-209), que par la doctrine et les auteurs.

B) Droit de délivrance de médicaments au domicile du médecin, à des malades résidant dans des communes où se trouve une pharmacie ouverte.

Lorsque le malade consulte un médecin-propharmacien au domicile de ce dernier, le praticien n'a pas à se préoccuper de rechercher si, dans la commune de résidence du malade, existe ou non d'officine ouverte. Il peut donc débiter à ce client les médicaments qu'il juge opportun de lui prescrire (Tribunal correctionnel de Châlon-sur-Saône, 21 janvier 1890 et Cour d'appel de Dijon, 12 mars 1980, *Sirey* 1890-2-104 et *Dalloz périodique*, 1891-2-127).

Sur ce premier point, la décision de la Commission de vérification de l'Assistance médicale gratuite est donc erronée et le médecin-propharmacien a droit à la totalité des sommes afférentes aux médicaments fournis pour le service de l'assistance, à des indigents, qui ont consulté à son propre cabinet.

C) Droit de délivrance de médicaments au domicile des malades, lorsque dans la commune de résidence de ces malades est ouverte une pharmacie.

D'une part, le Tribunal correctionnel de Versailles, 14 juillet 1868 et Cour d'appel de Paris, 27 août 1868 précités, reconnaissent au médecin propharmacien le droit de vendre et débiter des médicaments à ses seuls malades, au domicile de ces derniers alors même qu'existe une pharmacie ouverte dans la commune, d'autre part, le Tribunal civil de Rennes (1re Chambre), 24 février 1910 (*Gazette du Palais*, 19 avril 1910), condamne un médecin, qui avait cru pouvoir tourner la loi de germinal, en s'installant de l'autre côté d'une rue, laquelle établissait la limite entre deux communes, l'une pourvue d'une pharmacie et l'autre non : « dès lors qu'il « existe un pharmacien dans le bourg, les ma- « lades sont certains de trouver chez lui es « médicaments qui leur sont nécessaires... »

De son côté, le Conseil d'Etat, consulté par le gouvernement, a donné deux avis entièrement favorables au droit que possède le médecin-propharmacien, de débiter des médicaments à ses seuls malades, en toutes circonstances et en tous lieux, sans que le praticien ait à se préoccuper si, dans la commune où réside le malade, existe ou non une officine pharmaceutique (Conseil d'Etat, 13 juillet 1898, (*Sirey*, Lois annotées 1899, 876, et Conseil d'Etat, 20 juin 1900, *Sirey* Lois annotées 1902, 452).

On peut certes soutenir qu'à l'heure présente, étant donné le nombre des pharmacies sur tout le territoire, ainsi que les facilités de communication, le droit des médecins-propharmaciens devrait être restreint aux seuls cas où l'intérêt du malade exige que ce soit ce praticien qui délivre les médicaments. Pour défendre cette idée, on pourrait s'appuyer sur les termes du jugement du Tribunal de Rennes précité. Telle est la thèse soutenue par les pharmaciens, qui réclament pour eux le monopole que leur accorde la loi de germinal. Ils supportent avec difficulté l'existence des médecins pro-pharmaciens, dont ils ont souvent demandé la suppression.

En sens contraire, j'estime qu'il est de l'intérêt même des populations — et surtout dans les régions pauvres et déshéritées — de permettre cet exercice de la propharmacie. Dans bien des régions, le médecin ne peut pas vivre avec le seul rapport de sa clientèle médicale. Il lui est nécessaire d'adjoindre l'appoint de l'exercice légal de la propharmacie.

Interdire le bénéfice de l'article 27 de la loi de germinal serait aller à l'encontre du bien public. Le médecin-propharmacien, ne pouvant plus vivre dans une contrée à clientèle pauvre, dans des régions de montagne, etc., sera obligé de déguerpir. Désormais, les malades devront ou bien faire venir à grands frais, vu la distance kilométrique, un médecin de la localité voisine, ou bien s'adresser au pharmacien, lequel sera ainsi incité à exercer illégalement la médecine.

Conclusion

Le Préfet ayant suivi les conclusions de sa Commission de vérification, a été induit en erreur, comme cette dernière, par une consultation juridique, qui a fait dire aux jugements et arrêts, qui y sont cités, tout autre chose que ces décisions de jurisprudence ont affirmé.

Le médecin propharmacien, soutenu pécuniairement et moralement par la Ligue de défense professionnelle, le Sou Médical, va introduire une instance devant le Conseil de Préfecture, à l'effet de se faire payer intégralement son mémoire de pharmacie, pour médicaments fournis par lui-même aux bénéficiaires de l'Assistance médicale gratuite.

La partie perdante ira certainement devant le Conseil d'Etat et nous aurons ainsi une décision de cette haute juridiction administrative, pour faire trancher une question de principe, qui intéresse au plus haut point plusieurs milliers de confrères qui exercent légalement la propharmacie.

Dr Paul BOUDIN.

LE CONTROLE DE L'ÉDUCATION PHYSIQUE PAR LE MÉDECIN-INSPECTEUR DES ÉCOLES

Dr L. Dufestel

Secrétaire général de la Société des Médecins-inspecteurs des écoles de Paris et de la Seine

Bien que nous considérions que l'éducation physique doit être intégrée dans les programmes de l'enseignement au même titre que les autres matières et que, par conséquent, elle est d'ordre pédagogique, il est évident que le médecin scolaire qui est chargé de la surveillance du développement physique des écoliers a un droit de contrôle sur les exercices qu'on leur impose.

Tout d'abord, c'est le médecin-inspecteur de l'école qui, après les examens des élèves pratiqués au début de l'année scolaire, désigne :

1° Ceux qui, ne présentant aucune anomalie, peuvent suivre le cours normal de gymnastique ;

2° Ceux qui, atteints de troubles respiratoires curables, ne pourront bénéficier des avantages de la leçon de gymnastique qu'après un traitement (hypertrophie des amygdales, végétations adénoïdes, hypertrophie ou déviation des cornets, etc.) ;

3° Ceux qui, pour une raison quelconque, ne peuvent être astreints qu'à des exercices modérés (malingres, déficients physiques, convalescents de maladie aiguë, fatigués par une poussée de croissance, atteints d'une lésion cardiaque plus ou moins compensée, etc.) ;

4° Enfin ceux auxquels tout exercice est interdit (porteurs d'appareil orthopédique pour mal de Pott, coxalgie, tumeur blanche du genou, séquelle de paralysie enfantile, grosse hernie, lésion cardiaque grave, etc.,

Après ce premier examen, le médecin, d'accord avec le maître d'éducation physique, constituera, pour faciliter la leçon, des groupes homogènes d'égale force physique. Ce classement est indispensable si l'on veut obtenir des séances vraiment utiles.

Dans le courant de l'année de nouveaux examens demandés par le maître ou résultant des observations du médecin permettront de faire changer de groupe certains enfants.

Le professeur d'éducation physique signale au médecin les enfants qui, au cours des leçons, lui paraissent déficients, comme par exemple ceux qui s'essoufflent au moindre effort et dont le retour au calme est d'un temps trop long, et tous ceux chez lesquels il constate une anomalie.

Le médecin scolaire surveillera tout particulièrement les élèves qui semblent se désintéresser de la leçon et pour lesquels tout effort paraît une corvée.

C'est également le médecin scolaire qui désigne pour le cours de gymnastique orthopédique les élèves chez lesquels il a constaté une attitude vicieuse ou une scoliose curable. Il donnera au professeur des indications sur le traitement, notera le degré de la déviation et constatera les résultats obtenus.

L'un des meilleurs moyens de stimuler les malingres et de les encourager à pratiquer les exercices, c'est de leur montrer que, par un entraînement progressif, ils peuvent arriver à imiter leurs camarades.

C'est au maître à trouver des exercices à la fois utiles et attrayants qui leur feront prendre goût à la leçon d'éducation physique. Si elle est entremêlée de jeux et relativement courte pour éviter la fatigue, ils l'accepteront peu à peu avec plaisir.

Quand l'élève est d'âge à des exercices sportifs, le médecin doit lui faire subir un nouvel examen et n'encourager le sport qu'avec beaucoup de précautions. Il serait même nécessaire de renouveler au moins deux fois par an l'examen médical afin d'éviter les accidents dus aux excès sportifs.

Comme conclusion, nous insistons pour que pendant toute la période scolaire, période de croissance, il existe entre le professeur d'éducation physique et le médecin-inspecteur une continuelle collaboration pour le plus grand bien des élèves dont ils assurent la surveillance (1).

(1) Congrès international de médecine scolaire et d'éducation physique (Paris 1937).

SOINS AUX PENSIONNÉS DE GUERRE

Prix des interventions effectuées à domicile

(*Note du* Docteur Fernand DECOURT)

J'ai toujours soutenu, dans mes réponses du *Concours*, qu'il y avait lieu, lors d'une intervention effectuée à domicile de compter les frais de déplacement, quelle que soit la catégorie dans laquelle se trouve le domicile du malade. Donc, à Par s et dans les grandes villes de plus de 100.000 habitants et leur banlieue, où les frais de déplacement, en matière de soins aux pensionnés de guerre, sont payés *à forfait cinq francs* quelle que soit la distance, il y a lieu d'ajouter au prix de l'intervention la somme de cinq francs pour frais de déplacement du médecin de son domicile à celui du malade.

Si, par exemple, le prix d'une intervention de petite chirurgie est de 30 francs, le médecin traitant devra toucher 30 francs si cette intervention a lieu à son cabinet et 30 + 5 = 35 francs si elle a lieu au domicile du malade.

Je suis heureux de voir que cette thèse est celle adoptée par la Commission supérieure, dans sa décision du 15 avril 1937 obtenue avec l'appui du « Sou Médical » et pour que « nul n'en ignore » je donne ci-dessous le texte même de la Commission.

Commission supérieure de surveillance et de contrôle des soins gratuits aux mutilés

Séance du 15 avril 1937 (Archives du « Sou Médical »)

Attendu que l'appel a été interjeté dans les délais impartis par le décret du 8 juillet 1924 :

Attendu qu'il ressort des pièces du dossier que M. le Docteur P....., au cours du quatrième trimestre 1935, a effectué à domicile au bénéficiaire L....., inscrit à 40 % pour paraplégie spasmodique et mentionné comme impotent sur les bulletins de visite onze injections intraveineuses d'iodure de sodium et qu'il a compté chacune de ces opérations au prix de 35 francs ; Attendu que la Commission tripartite départementale a supprimé l'augmentation de 5 francs portée par le Docteur P..., ramenant l'injection au prix de 30 francs, conformément à l'art. 74 du décret du 25 octobre 1922 ; Attendu que le praticien en cause conteste cette réduction ;

Attendu que le Docteur P... se base, pour soutenir sa thèse, sur des renseignements officiels figurant en particulier sur la couverture des imprimés de mémoires médicaux, indiquant que pour toute visite, une indemnité de déplacement de 5 francs doit s'ajouter au tarif de la consultation dans toutes les villes de plus de 100.000 habitants et dans leur banlieue ; Que, dans ces conditions, à son avis, il doit en être de même pour les opérations spéciales faites à domicile, qui ainsi, doivent en plus de la rétribution de l'opération elle-même comporter l'indemnité forfaitaire de déplacement de 5 francs ;

Attendu que l'art. 74 du décret du 25 octobre 1922 fixe le prix des injections intraveineuses autres que le novarséno-benzol à 30 francs, mais n'indique nullement que ledit prix est compatible avec une indemnité supplémentaire de déplacement ;

Qu'il est seulement indiqué que le prix des consultations ou des visites ne se cumule pas avec celui des interventions à tarif spécial ;

Que d'ailleurs, l'art. 64 du décret du 25 octobre 1922, stipule que lorsque le malade ne peut se rendre au domicile du médecin, ce dernier, pour se rendre au domicile du malade, a droit, outre le prix réglementaire de la consultation, soit 5 francs), à une indemnité spéciale de déplacement, qui est de 3 francs pour les villes de 30.000 à 100.000 et leur banlieue, et de 5 francs pour les villes de plus de 100.000 soit 18 francs dans le premier cas et 20 francs dans le deuxième cas ;

Attendu que le déplacement du médecin est justifié par l'état du bénéficiaire (paraplégique) ;

Attendu qu'il serait injuste de refuser à un médecin qui se rend au domicile d'un malade pour lui faire une piqûre dont la tarification englobe le prix de l'examen l'indemnité de déplacement qu'on lui accorde pour ce simple examen clinique isolé ;

Que, dans ces conditions, l'indemnité fixe de déplacement doit se surajouter au montant du prix de l'acte à tarif spécial, comme elle se surajoute au prix de la visite ; Qu'ainsi c'est à juste titre que le Docteur P... a tarifé 35 francs le montant de chacune de ses piqûres ;

Pour ces motifs, Infirme la décision de la Commission tripartite départementale ; Décide que chacune des injections dont litige, faites à domicile doit être payée 35 francs et non 30 francs.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Intoxications par le tétrachlorure de carbone utilisé comme extincteur d'incendie

L'utilisation du tétrachlorure de carbone, dérivé chloré du méthane, comme extincteur d'incendie, appelle les remarques suivantes.

Il s'agit d'un corps ininflammable et incombustible.

C'est un produit est relativement peu couteux, Il paraît convenir tout particulièrement à l'extinction de certains incendies, où l'usage de l'eau se trouve contre-indiqué : incendies provenant d'hydrocarbures et à foyer restreint ; incendies d'origine électrique, qui doivent être combattus avec des produits à la fois extincteurs et isolants.

Il apparaît toutefois que de tels avantages sont loin de compenser les inconvénients résultant de l'emploi de CCL^4 comme extincteur, car le tétrachlorure est considéré de plus en plus comme un produit toxique, soit par lui-même, soit du fait de sa décomposition au contact des substances incandescentes.

MM. R. Gaulejac et P. Dervilliée (1) envisagent dans quelles conditions générales peuvent survenir de pareils accidents.

Les intoxications se font surtout par l'intermédiaire des voies respiratoires, car il s'agit d'un corps extrêmement volatile. Logiquement, cette pénétration dans l'arbre respiratoire ne pourra s'opérer qu'au cours : 1° du remplissage des appareils extincteurs ; 2° de l'utilisation de ces appareils ; 3° du dégagement dans un espace relativement clos de vapeurs de CCL^4, par suite d'une fuite au niveau d'un appareil ou du fonctionnement accidentel de ce dernier.

1° Les accidents au cours du remplissage sont, à vrai dire, exceptionnels : en effet, les manipulations sont effectuées à l'air libre avec célérité, et par un personnel averti.

2° Au cours de l'utilisation de l'appareil extincteur, un certain nombre de fautes peuvent être commises et il est nécessaire de les rappeler avec quelques détails : tout d'abord, l'appareil peut être imprudemment manié, l'opérateur se plaçant, par exemple, dans le rayonnement des vapeurs toxiques (courant d'air ou vent ramenant le CCL^4 vers le visage de la personne qui s'efforce d'éteindre le foyer). En second lieu, l'extincteur peut être utilisé dans un espace clos, ou bien dans une atmosphère où l'air est insuffisamment renouvelé : cale de navire, pièce étroite renfermant un transformateur électrique, locaux en sous-sol, galeries de mines, etc. La décomposition du CCL^4 par la chaleur est facile ; et, même lorsque ces produits sont largement dilués dans l'air, leur toxicité demeure des plus redoutables.

3° Dans le mécanisme des fuites, il faut envisager le pouvoir d'attaque du CCL^4 sur les éléments constituants de l'appareil, pouvoir qui facilite le passage du produit : soit par la soupape de l'extincteur, soit par la perforation provoquée sous l'effet de la tension de vapeur.

Voici maintenant quelques circonstances particulières sur la production des accidents d'intoxication lors de l'emploi des extincteurs au CCL^4.

Accidents d'intoxication à bord des avions. — Il y a quelques années, les extincteurs utilisés sur les avions étaient en majeure partie des extincteurs au tétrachlorure de carbone. Ces appareils pouvaient fonctionner automatiquement, quand le feu se déclarait sur l'avion ; mais leur déclenchement pouvait aussi se faire à la main.

Il est arrivé que le fonctionnement de l'extincteur ait eu lieu intempestivement, soit du fait d'une rupture accidentelle du système automatique, soit par suite d'une mise en action involontaire ou maladroite du déclenchement à main, alors que le moteur tournait normalement et qu'aucun incendie n'était déclaré à bord de l'avion ; d'où premier groupe d'accidents observés, accidents en rapport avec l'inhalation de vapeurs de CCL^4 projetées en assez grande abondance dans l'habitacle du pilote.

D'autres manifestations pathologiques ont été occasionnées par l'existence de fuites au niveau des appareils extincteurs ; ces fuites, lorsqu'elles n'étaient découvertes que tardivement, ont pu causer des débuts d'intoxication, en permettant la pénétration dans la carlingue de l'avion d'une quantité variable de CCL^4, surtout dans les vols à une certaine altitude.

Il y a lieu d'envisager également la possibilité d'accidents « a fortiori » beaucoup plus graves, lorsqu'un incendie survient en cours de vol ; nous savons, en effet, que dans ce cas la décomposition du CCL^4 donne naissance à toute une série de produits particulièrement toxiques.

(1) *Annales de médecine légale*, avril 1937.

A l'heure actuelle, l'aviation française emploie concurremment les extincteurs à tétrachlorure de carbone et ceux à bromure de méthyle ; mais les premiers, uniquement utilisés sur les avions il y a quelques années, tendent à disparaître. Ils n'existent plus que sur les avions de modèles anciens.

Accidents d'intoxication à bord des navires. — Le tétrachlorure de carbone a été autrefois utilisé comme extincteur à bord des navires. On a pu alors observer un certain nombre d'accidents, dont plusieurs très graves.

Ces accidents tenaient aux conditions suivantes : projection de CCl^4 dans des atmosphères restreintes et surchauffées ; pénétration, après l'incendie, dans des locaux insuffisamment ventilés, de sujets non munis de masques respiratoires.

Accidents en rapport avec l'emploi particulier du CCl^4 comme extincteur.

Il s'agit de l'utilisation défectueuse des petits appareils extincteurs employés par des personnes isolées, dans diverses circonstances, dans le cas d'incendie d'automobile, par exemple.

Il faut reconnaître que très souvent ces appareils sont maniés de façon incorrecte. La projection du jet est de durée très limitée, l'appareil étant vidé dans un délai de trois minutes environ. D'autre part, le maximum d'intensité du jet est atteint vers la quarantième seconde, et par suite il est nécessaire que l'opération soit réglée très méthodiquement.

Ces précautions sont loin d'être toujours prises, étant donné l'état d'émotivité du sujet qui manipule l'extincteur. Dans ces conditions, la manœuvre risque d'être inefficace ; elle peut même devenir dangereuse, si les occupants de la voiture, ignorant la toxicité du CCl^4, se placent dans le rayonnement des vapeurs, issues du foyer de combustion.

Voici le récit d'une observation, qui se rapporte à cette catégorie de faits : une voiture automobile sort d'un garage ; à la porte de ce dernier, le moteur prend feu. Un employé lève immédiatement le capot de l'automobile, saisit l'appareil extincteur au tétrachlorure, et projette le liquide sur les flammes. Un nuage de vapeurs se produit. A ce moment, souffle une légère brise et le courant d'air, dirigé vers l'employé, provoque chez ce dernier une brusque inhalation de vapeurs ; l'ouvrier tombe foudroyé. La mort du sujet, qui, d'ailleurs, présentait des troubles fonctionnels cardiaques, doit être attribuée au dégagement massif de vapeurs de tétrachlorure de carbone et aux produits de décomposition de ce dernier.

Il est classique d'attirer l'attention sur les dangers de l'emploi du CCl^4, lorsqu'il s'agit de sauver des sujets environnés de flammes. On peut, en effet, observer dans ces conditions : soit des accidents *immédiats*, dus à l'inhalation de produits de décomposition — soit des accidents *tardifs*, à type d'hépatonéphrite, lorsque les sinistrés ont présenté des brûlures importantes.

Mesures prophylactiques

Un certain nombre de précautions sont à prendre au cours de l'utilisation des appareils. — L'emploi de ces derniers peut, certes, être avantageux dans le cas d'incendie d'origine électrique (court-circuit — ou de petits foyers limités d'incendies provoqués par des hydrocarbures, réalisant ce que les techniciens désignent sous le nom de « feux gras ». Encore est-il nécessaire que le renouvellement de l'air soit très largement assuré dans l'atmosphère, où le liquide se trouve projeté.

En principe, CCl^4 ne devrait être employé qu'à *l'air libre*. La personne qui procède à la manipulation de l'appareil agira avec méthode, sans précipitation, en évitant de se placer dans le rayonnement des vapeurs. Elle sera avertie du danger résultant de l'inhalation des produits de décomposition.

D'autre part, les appareils installés à demeure (dans un hangar, une voiture, par exemple), ainsi que les réservoirs contenant le tétrachlorure, feront l'objet de vérifications très régulières dans le but de dépister les fuites possibles.

Quant à l'emploi, à bord des aéronefs, d'extincteurs d'incendie à base de tétrachlorure de carbone, il « devrait comporter la réalisation de carlingues dans lesquelles le poste de l'équipage ne puisse, en cours de vol, recevoir des gaz provenant des parties où sont situés les moteurs » (Beyne et Gœtt).

En attendant ce perfectionnement, le personnel sera prévenu du danger qu'il y a à respirer dans l'atmosphère de la carlingue, pendant les moments, qui suivent le fonctionnement d'un extincteur.

Cependant, on doit, dans un certain nombre de cas, ne pas hésiter à proscrire l'emploi d'extincteurs au CCl^4.

C'est ainsi que la présence d'une ou de plusieurs personnes, dans le foyer d'incendie ou à proximité de ce foyer, est une contre-indication à l'utilisation de tels appareils.

Les vapeurs résultant de la combustion du CCl^4 pouvant être particulièrement nocives pour

des sujets fatigués ou peu résistants du fait de leur âge, on ne doit pas placer d'extincteurs au CCL^4 dans des salles hospitalières, des cliniques, des maisons maternelles, des crèches, des pouponnières.

L'utilisation de ces appareils en atmosphère confinée (pièces en sous-sol, galeries souterraines, loge de théâtre, atelier mal ventilé, cale de navire) constitue un très grave danger pour l'opérateur, à moins que ce dernier ne soit muni d'un masque. Il faut savoir toutefois que le masque du « type filtrant » est nettement insuffisant et qu'il est absolument nécessaire d'employer un masque « isolant », mettant véritablement le sujet à l'abri du milieu extérieur. Mais, de telles mesures de précaution ne peuvent guère être envisagées que pour un personnel spécialisé et entraîné (corps des sapeurs-pompiers, équipes de secouristes, etc.).

Il est classique de dire que pour éviter la décomposition du tétrachlorure, on doit avoir recours au CCL^4 stabilisé ; cela est vrai lorsqu'il s'agit d'empêcher la décomposition spontanée du tétrachlorure à l'air, à la lumière ou dans l'atmosphère légèrement surchauffée d'une pièce. Mais il est évident qu'un tel procédé ne peut que demeurer inefficace, lorsque le CCL^4 est soumis à une température particulièrement élevée, celle qui règne par exemple dans un foyer d'incendie : sa décomposition est alors inévitable. Certains fabricants ont incorporé au tétrachlorure une amine, qui aurait pour but de neutraliser le phosgène produit au cours de la décomposition ; mais il faut compter également avec la décomposition, à peu près fatale, de l'amine utilisée.

Il est nécessaire, enfin d'envisager la question de la substitution au tétrachlorure d'autres liquides extincteurs ou substances isolantes, qui pourraient être employés dans les mêmes conditions, et qui seraient doués d'un pouvoir toxique moindre. C'est dans ce sens qu'on a récemment préconisé l'emploi du bromure de méthyle. Toutefois, les recherches de Kohn-Abrest montrent que le bromure de méthyle est loin d'être encore le liquide extincteur idéal, car sa toxicité incite à de sérieuses réserves.

La toxicité du CCL^4 et celle du bromure de méthyle conduisent à utiliser d'autres substances, qui puissent jouer à la fois un rôle « extincteur » et « isolant ».

Les appareils dits « à mousse épaisse » permettraient de lutter contre tous les genres de feux : feux d'hydrocarbures en nappe étendue, et même feux traversés par des courants électriques à haute tension ; toutefois de tels appareils demeurent assez encombrants. Quant aux extincteurs à poudre, dont le jet présente l'avantage d'être non pas linéaire, mais en forme d'éventail, ils ne sont pas dépourvus de tout danger, les poudres pouvant se coaguler, boucher l'appareil et le faire sauter.

Le point de vue médico-légal

M. le Professeur agrégé Devillée, expose ce côté de la question d'une manière complète, et nous reproduisons textuellement cette partie de son étude (1).

« Au point de vue médecine légale pure, dans le cas d'intoxication par le tétrachlorure de carbone, il appartient à l'intéressé ou à ses ayants droit de faire la preuve de la filiation des accidents. L'expert devra se baser sur les résultats de l'enquête, les circonstances étiologiques et l'histoire clinique. Il devra s'efforcer de reconstituer aussi exactement que possible les conditions, dans lesquelles le travail a été effectué, en se rappelant l'importance que présente, dans la genèse de l'intoxication, un séjour prolongé dans une atmosphère restreinte et privée d'air.

Ce diagnostic « clinique » sera conduit avec une précision d'autant plus grande qu'on ne peut guère compter ici sur le laboratoire pour apporter un argument décisif.

Dans le cas, en effet, où l'intoxication a été mortelle, le diagnostic « toxicologique » demeure toujours délicat. Chez le malade de l'observation de Duvoir, Guibert et Desoille, dont l'autopsie avait été pratiquée cinq jours après le décès, aucun renseignement ne pût être donné par l'examen chimique des différents viscères, du sang et de l'urine, aucune trace de CCL^4 n'ayant pu être décelée dans ces organes.

L'absence dans les viscères de tétrachlorure n'implique pas cependant qu'il n'y ait pas eu intoxication, car ce produit peut avoir disparu de l'organisme, lorsque la mort survient dix à quinze jours après son absorption.

Tout récemment, Kohn-Abrest a présenté à l'Académie des sciences un dispositif pour la recherche toxicologique rapide des alkylhalogènes, dispositif qui est basé sur la dissociation pyrogénée du tétrachlorure et sur la mise en évidence du chlore par le nitrate d'argent ; car, pour l'auteur, le CCL^4 donnerait naissance non pas à du phosgène, mais à du chlore. Ce dispositif permet de déceler avec une sensibilité extrême et dans tous les milieux des traces de tétrachlorure ; c'est une méthode qualitative,

(1) Circonstances étiologiques et modalités cliniques de l'intoxication par le tétrachlorure de carbone. Le point de vue médico-légal. (*Journal de médecine de Bordeaux*, 24 avril 1937).

mais non quantitative, parce qu'on ne connaît pas encore bien le mécanisme de la décomposition chimique du CCL^4 (Kohn-Abrest). Un procédé analogue a été récemment utilisé par Gasq pour le dosage du trichloréthylène et du tétrachloréthane.

Législation

En ce qui concerne la législation française, le tétrachlorure de carbone est inscrit sur le tableau C du décret du 14 septembre 1916 (loi du 12 juillet 1916, réglementant la vente des substances vénéneuses).

En vertu de ce décret, le corps ne peut être délivré, pour l'usage de la médecine humaine ou vétérinaire, que dans des récipients portant une inscription, qui indique le nom de la substance, et entourés d'une bande de couleur verte, avec le mot « Dangereux » inscrit en caractères très apparents. En ce qui concerne les lotions pour cheveux, des précisions sont apportées par l'article 44 du précédent décret : « Les lotions préparées avec des substances du tableau C ne peuvent être détenues en vue de la vente, mises en vente ou vendues que dans des récipients portant une étiquette indiquant le nom des dites *substances entrant dans leur composition* et revêtus, en outre, de la bande de couleur verte, avec le mot « *Dangereux.* »

En réalité, ces prescriptions légales sont très souvent négligées, et c'est pour réagir contre cette tendance que l'Académie de médecine a émis le 5 mai 1931 un vœu demandant l'interdiction par une loi « de l'emploi de tous liquides ou mélanges de liquides inflammables ou toxiques destinés à l'hygiène de la chevelure ».

Récemment, Desoille et Antoine se sont associés au vœu émis en 1933 par O. K. Moller, qui demande que tous les flacons, contenant du tétrachlorure ou des mélanges à base de CCL^4 portent des étiquettes indiquant clairement les conditions de l'emploi et mettant en garde le public non averti contre les propriétés toxiques de ce corps.

Reste à envisager le *point de vue professionnel.*

En France, la loi du 1er janvier 1931 ne range pas les manifestations toxiques causées par le CCL^4 parmi les maladies, donnant droit à réparation ; mais un décret prévoit, en vue de l'extension éventuelle de la législation, *la déclaration obligatoire* de tous les accidents occasionnés par le tétrachlorure de carbone.

Ainsi que le fait remarquer Agasse-Lafont, « toute intoxication professionnelle due au CCL^4 devrait faire l'objet d'une déclaration adressée, par le médecin qui l'a constatée, au ministère du Travail, en vue, d'une part, de faire une enquête immédiate destinée à voir si toutes les précautions de prophylaxie ont été prises, et, d'autre part, d'établir un dossier appelé à préciser la fréquence et la gravité de ce danger ».

En Suisse, les accidents dus au CCL^4 sont indemnisés comme maladie professionnelle; ils le sont aussi dans les pays, qui indemnisent les maladies provoquées par les gaz et les vapeurs. D'après les termes mêmes de la loi fédérale du 13 juin 1911, la maladie, pour donner droit à indemnisation, n'a pas besoin d'être occasionnée exclusivement par le toxique, mais seulement « essentiellement », c'est-à-dire en majeure partie.

En Italie, la loi du 20 mars 1929 range le CCL^4 au nombre des substances dites toxiques.

Il reste à souhaiter qu'en France l'intoxication par le tétrachlorure de carbone soit inscrite sur la liste des maladies professionnelles, donnant droit à réparation. Ce vœu semble d'autant plus légitime que le tétrachloréthane, dérivé halogéné assez voisin du CCL^4, figure actuellement sur cette liste.

LA DISPARITION DU CRAPAUD DANS LA RÉGION PARISIENNE QUI SERAIT CAUSÉE PAR L'UTILISATION DE SON VENIN EN THÉRAPEUTIQUE

M. le Professeur Lapicque a signalé à l'Académie d'agriculture la disparition du crapaud dans la région parisienne. Or, le crapaud serait un utile auxiliaire de l'agriculture en détruisant nombre d'insectes et d'animaux nuisibles. La cause de la disparition du crapaud serait la chasse qui lui est donnée pour extraire de sa peau le venin destiné à préparer un sérum anticancéreux sur l'efficacité duquel on n'est pas encore fixé. Ne pourrait-on pas réglementer la chasse au crapaud et l'interdire au moment de la ponte pour ne pas en détruire la race ?

J. N.

LE DÉBARQUEMENT DE NAPOLÉON Ier A SAINTE-HÉLÈNE

Son séjour aux Briars et le sourire de Miss Betsy Balcombe

Il y avait une fois dans un ilot perdu dans l'immense Atlantique, qui s'appelait Sainte-Hélène, une petite fille du nom de Betsy. Elle avait treize ans au moment où commence notre histoire. C'était une gamine aux cheveux d'or, aux joues roses, à la mine espiègle, qui faisait enrager tous ses voisins, tandis que Jane sa sœur aînée, savait conserver les attitudes posées et sérieuses des grandes personnes. Sainte-Beuve disait de Madame de Souza qu'elle avait des yeux de velours et faisait patte de velours avec ses yeux. Betsy, qui avait des yeux de chat, griffait avec ses yeux.

Elle avait débarqué toute jeune dans le port de James Town dont les rochers basaltiques s'ouvraient comme une mâchoire au milieu des flots, en baillant d'ennui sous le soleil tropical. L'observation était de Betsy, qui comparait Sainte-Hélène à « un cercueil flottant sur l'Atlantique », partageant ainsi l'opinion du Commissaire français, le Marquis de Montchenu qui déclarait qu'elle était de nature à inspirer les peintres voulant donner une vue exacte de l'Averne, qui, comme on le sait, servait d'entrée aux Enfers, au temps où la sybille de Cumes lançait ses oracles, au milieu des vapeurs sulfureuses.

Lorsque l'embarcation l'avait déposée à terre, ses craintes avaient été très vives, car on lui avait raconté que le rocher, qui avait une vague ressemblance avec une tête de nègre, allait se soulever comme un caïman pour venir dévorer tout le monde, en commençant par les petits enfants. Mais, comme rien n'était arrivé, Betsy avait repris courage entre les bras de sa mère, Mrs. Balcombe, femme douce et harmonieuse, dont la frêle constitution s'accommodait très mal du climat chaud et humide Saint-Hélénois.

Le père, M. Balcombe, était un fonctionnaire de la Compagnie des Indes Orientales, pléthorique et goutteux, une sorte de Maître Jacques exotique, qui cumulait les fonctions d'agent du Trésor, de banquier et de pourvoyeur, car l'île désertique était incapable de nourrir ses habitants. Les mauvaises langues — il y en a sous toutes les latitudes — murmuraient tout bas qu'il était le fils naturel de Son A. R. le Régent d'Angleterre.

Sur la route aride et désolée qui grimpait vers Long-Wood, en côtoyant « le Bol à Punch du Diable », on rencontrait, à 5 kilomètres de James-Town, un oasis de verdure, appelé les « Briars » dont la traduction littérale signifie les « Ronces » mais qu'il est plus pittoresque d'appeler « les Eglantiers ». Betsy le comparait à un « Eden tout fleuri tombé dans le désert ». On l'abordait par une magnifique avenue de figuiers banians, flanquée elle-même de droite et de gauche de laquiers gigantesques, entremêlés de grenadiers, de myrtes et d'un épais fouillis de roses blanches semblables à celles de nos églantiers.

C'est dans cet endroit charmant que les Balcombe avaient bâti leur résidence, un bungalow à étage, comme on en rencontre souvent sur la route des Indes, avec un pavillon isolé, devant lequel on disposait une tente les jours de grande réception aux Briars. Enfin, pour compléter l'agréable décor, derrière le bungalow, jaillissait un verger planté de citronniers, d'orangers, de goyaviers et de manguiers aux feuilles rouges, tandis que non loin de là, le filet d'eau d'une cascade se précipitait de la proi verticale du roc, d'une hauteur de 60 mètres, pour venir se pulvériser dans une vasque de pierre.

Aujourd'hui, le bâtiment des Balcombe, cédé à la *Western Telegraph C°*, tombe en ruines, le verger a été saccagé et, seul, le pavillon isolé a été aménagé, avec une petite chambre en plus, pour servir de domicile à un des employés de la Compagnie.

Dans la matinée du 12 octobre 1815, Betsy dormait encore, lorsqu'elle fut réveillée par un coup de canon, tiré du poste de garde de Ladder-Hill. Quelques heures après, un officier de marine commandant le bateau de guerre, L'*Icare*, vint informer le propriétaire des Briars que le vaisseau de haut-bord, le *Northumberland*, commandé par l'Amiral Sir George Cockburn, allait accoster à James-Town le 15, portant à son bord l'empereur Napoléon. Balcombe, à cette nouvelle extraordinaire surmontant les douleurs d'un accès de goutte, se dressa sur son fauteuil, en levant les bras au ciel, de stupéfaction. Quant à Betsy, elle fut morte d'épouvante. Songez donc : l'Empereur Napoléon ! le scélérat d'entre les scélérats, que toutes les mères anglaises, avec les gravures de l'époque, décrivaient comme un ogre géant, à l'œil rouge cyclopéen, avec de longues dents pointues qui dévoraient les petites filles pas sages, comme le méchant loup du Chaperon Rouge.

Le dimanche 15 octobre, le Northumberland vient en effet jeter l'ancre dans le port de James-Town, mais Napoléon ne débarque que le lendemain, à la tombée de la nuit. Tous les Saint-Hélénois étaient accourus pour voir arriver « la bête féroce » — le mot est de l'empereur lui-

même — et les curieux qui se pressaient derrière la haie des sentinelles purent voir passer, entre l'Amiral et le Général Bertrand, un homme enveloppé d'un manteau et sur la poitrine duquel brillait une étoile en diamants.

Ce soir là, l'Empereur alla coucher chez un M. Porteus qui tenait hôtellerie, les jours très rares, où des voyageurs demandaient hospitalité à James-Town.

Betsy, blottie sous les draps, avait passé une nuit parcourue par d'affreux cauchemars, lorsque le 17, en mettant le nez à la fenêtre, elle aperçut une longue file de cavaliers qui montaient sur la route de Long-Wood. Avec une lunette d'approche, elle cherche, mais en vain, à découvrir la redingote grise légendaire, qui s'en allait à la recherche de sa dernière demeure.

Mais, vers 4 heures de l'après-midi, les mêmes cavaliers reparurent sur les hauteurs. A la bifurcation du chemin des Eglantiers, ils s'arrêtèrent un moment pour se diriger, après un court conciliabule, vers le bungalow Balcombe. Tout le monde mit pied à terre, à l'exception d'un homme revêtu d'un habit vert, constellé par une étoile éblouissante et monté sur un superbe cheval noir qui grattait de ses sabots impatients le gazon de la pelouse, A son tour, il descendit de cheval et l'Amiral Cockburn le présenta aux assistants : le Général Bonaparte.

Beltsy malgré son effroi, glissa ses regards vers le personnage. Le visage est pâle et d'aspect un peu froid ; lorsqu'il parle, on voit des dents noires — car Napoléon avait l'habitude de suçer de la réglisse — mais elles ne sont pas pointues. Les traits sont beaux, les cheveux bruns aussi soyeux que ceux d'un enfant et puis, dès qu'il sourit, sa figure s'illumine d'un charme fascinateur.

L'Empereur paraît enchanté du paysage et il voudrait même acheter le cottage Balcombe pour s'y fixer. Mais on ne lui accorde que d'y passer quelques semaines, en attendant l'aménagement des locaux de Long-Wood.

Il s'assied familièrement sur une chaise posée sur le gazon et apercevant l'enfant, il l'invite à faire comme lui. Puis, il l'interrogea :

— Parlez-vous français ?

Et sur la réponse affirmative de Betsy, il lui demanda :

— Quelles sont les capitales de l'Europe ?

En arrivant à la Russie, elle est un peu interloquée :

— Aujourd'hui Saint-Pétersbourg, autrefois Moscou.

Napoléon la fixa un instant, puis brusquement :

— Qui l'a brûlé ?

Et devant le trouble de l'enfant, en riant d'un rire un peu forcé :

— Oui, oui, vous savez très bien ; c'est moi qui l'ai brûlé.

Alors, Betsy recouvra son sang-froid et déclara avec assurance :

— Je crois, Monsieur, que ce sont les Russes qui l'ont brûlé pour se débarrasser des Français.

L'entretien se terminait par l'audition d'une ballade écossaise « Ye banks and braes » (1) chantée par l'enfant en s'accompagnant sur une harpe.

Et c'est ainsi que Betsy fit connaissance avec l'ogre de Corse qui devait la dévorer : le Général Bonaparte.

L'Empereur demeura aux « Briars » du 18 octobre au 10 décembre 1815, dans l'unique chambre du pavillon dont nous avons parlé plus haut et qui avait aussi un grenier où couchait le Comte de Las-Cazes. Mais à l'heure du dîner, le maître d'hôtel Cipriani, venait annoncer s'inclinant : « le dîner de Votre Majesté est servi ».

Revenons maintenant de quelques années en arrière, au 20 mars 1811. Nous sommes au Palais des Tuileries, sur les bords de la Seine, le fleuve de chez nous qui a vu s'écouler toute l'histoire de la France. Il est 8 heures du matin. Dans la chambre de l'Impératrice Marie-Louise, un homme, le visage anxieux, se penche vers un frêle petit être qui vient d'être mis au monde avec les fers du chirurgien-accoucheur Dubois. Il y a déjà sept minutes et il ne respire pas encore. Enfin, un cri plaintif s'échappe des langes impériales : c'est le premier vagissement du Roi de Rome.

Le canon tonne ; les ordres sont donnés : 21 coups pour une fille, 100 coups pour un garçon. A travers les rideaux de la chambre, le père, redevenu l'Empereur, contemple les foules amassées, dans l'attente, au milieu des jardins des Tuileries. Au 22e coup, une immense clameur joyeuse s'éleva dans Paris qui, non seulement gardait son Empereur, mais le sentait prolongé par son enfant.

C'était la chair de sa chair et Napoléon l'aimait profondément. Toutes les fois qu'il le voyait, il le soulevait dans ses bras, le caressait, le portait devant une glace en lui faisant mille grimaces, l'asseyait à table sur ses genoux, en lui barbouillant le visage de sauce et l'Aiglon amusé, riait jusqu'aux larmes. Avec lui, il redevenait « l'Oncle Bibiche », fils d'Hortense, au temps où il n'était que Premier Consul. Sur les routes de Russie, il écrivait à sa gouvernante, Madame de Montesquiou, « Maman Quiou » : « J'espère que vous m'apprendrez que les quatre dernières dents sont faites ».

Il était bien loin de lui à Sainte-Hélène !

Mais son image, gravée sur toutes les miniatures qui meublaient sa pauvre chambre d'exilé,

(1) De Robert Burns.

se profilait à chaque instant dans le champ de son regard.

Et c'est sans doute en songeant à lui, que son affection se penchait doucement et avec indulgence sur l'espiègle enfant de Sainte-Hélène.

— Et bien, qu'as-tu, Mlle Betsy ? Le petit Las-Cases aurait-il été inconstant ? Dans ce cas, amène le moi.

Le petit Las-Cases avait 14 ans et l'Empereur, pour la taquiner, lui répétait qu'elle serait la femme de ce gamin, ce qui la rendait furieuse. Comme elle résistait, il la saisit par les mains, en ordonnant à Las-Cases de lui prendre un baiser. Betsy en se débattant, dut accepter l'accolade, mais sitôt sa liberté reconquise, elle se précipita sur ce dernier pour lui appliquer une paire de gifles retentissantes. Elle ne se tint pas encore pour satisfaite et un jour que l'Empereur suivi du Comte de Las-Cases, de son fils et de Jane Balcombe passait sur le sentier, à travers la pelouse, pour se rendre au cottage, elle se précipita comme une trombe sur le petit page, en provoquant une bousculade générale qui, par ricochet, atteignit Napoléon lui-même.

Betsy riait aux éclats, lorsque furieux le jeune Las-Cases s'élança à son tour sur elle et la poussa avec violence sur un banc de pierre. Les pleurs succédèrent aux rires et le petit démon des Briars ne se déclara satisfaite que lorsqu'elle eut la permission de rosser son agresseur, avec l'aide de son impérial ami.

Continuons à égrener au fil des jours des Tropiques, les souvenirs de Miss Balcombe.

— Betsy, ma petite Betsy, viens que je te montre mon épée.

Et Napoléon dégagea d'un magnifique écrin, une belle arme de contes de fée.

Le fourreau est en écaille d'un seul morceau, semé d'abeilles d'or et surmonté d'une coquille d'or dessinant une fleur de lys. L'enfant tire la lame du fourreau et en menace son partenaire qui cherche à se protéger en battant en retraite. A la fin, épuisée par l'effort, elle laisse tomber l'arme trop lourde qui pesait à son bras et le prisonnier, délivré, se c ntenta e riant de lui tirer les oreilles.

Un autre jour, il lui présenta le Roi de Rome en déversant sur les genoux de l'enfant les miniatures qui le montrait endormi dans un berceau en forme de casque de Mars, à cheval sur un mouton enrubanné, à genoux devant un crucifix, les mains jointes, les yeux levés au ciel, avec cette devise : « Je prie le bon Dieu pour mon Père, ma mère et ma Patrie ».

Quelquefois, il joue aux cartes avec elle, sa sœur Jane et le Comte de Las-Cases. L'enjeu est un Napoléon contre une pagode, petite monnaie d'or indienne d'une valeur de 10 francs environ. La voilà enragée parce qu'elle s'aperçoit que son partenaire s'est mis à tricher, puis à brouiller les cartes, pour cacher le flagrant délit. Elle proteste avec violence. L'Empereur, qui rit en sourdine, n'en a cure et court s'enfermer dans son pavillon en emportant avec lui une robe de bal, la première robe que Betsy devait étrenner le lendemain à une réunion offerte par Sir George Cockburn. Toutes ses supplications demeurèrent sans effet. Cependant lorsque l'heure du bal allait sonner, elle vit l'Empereur, la robe à la main, traverser en toute hâte la pelouse : « Tenez, Miss Betsy, voilà votre robe. J'espère que vous serez une bonne fille et que vous vous amuserez bien. N'oubliez pas de danser avec Gourgaud ».

Puis, il l'accompagna jusqu'à la bifurcation du chemin, en profitant de l'occasion pour aller visiter la villa voisine du Major Hogdson. La nouvelle de cette infraction à la consigne du Gouverneur parvint au milieu de la fête de l'Amiral et toutes les autorités furent en émoi parce que le Général Bonaparte s'était écarté de quelques mètres de sa cage pour jeter un regard sur le monde extérieur.

Il y avait au milieu du jardin des Briars, près d'un bassin d'eau, où nageaient des poissons dorés, un berceau couvert de feuilles de vigne. Le prisonnier aimait à s'y réfugier pour échapper aux heures chaudes de la canicule. Là, assis à une table, quelquefois à 4 heures du matin, il se mettait à écrire et, lorsqu'il était fatigué, il passait la plume au Comte de Las-Cases.

Dans ce sanctuaire de feuillage, personne n'avait le droit de pénétrer, à l'exception de Betsy. C'est ainsi qu'à Paris, l'entrée de son bureau, n'était ouverte qu'au Roi de Rome. Or Betsy, après avoir baigné un jour dans la vasque d'eau un magnifique terre-neuve appartenant à l'Amiral Cockburn et qui répondait au nom de Tom Pipes, conduisit le chien sous la tonnelle fleurie où l'Empereur travaillait. Par un geste naturel à la gent canine, il se mit à se secouer furieusement, éclaboussant d'eau les habits de Napoléon et les papiers étalés sur la table. Devant ce désastre, elle s'efforça d'expulser le chien mouillé. Mais Tom Pipes résistait de toutes ses forces, car il avait reconnu dans sa victime un passager du Northumberland. L'Empereur fut un moment en colère, mais devant la mine contrite de Tom Pipes qui le regardait avec ses bons yeux innocents, en remuant sa queue trempée, il se contenta de lui caresser le dos et d'aller changer d'habits.

Sous l'influence de l'intimité naissante, l'Empereur était devenu Bony et partageait les jeux de l'enfant des Briars. On jouait au « Blindmann's buff » le colin-maillard anglais, avec la sœur de Betsy, le fils du Général Bertrand et un autre enfant de la suite impériale. Le sort désigna Betsy la première à avoir le bandeau sur les yeux. En s'apercevant qu'elle trichait, Napoléon

la traita de « petit singe » et l'aveugla avec un deuxième mouchoir. A tâtons, elle chercha en vain à le saisir : son partenaire, glissant sur ses pieds avec l'agilité d'un jeune homme, se déroba toujours à son étreinte.

Croirait-on que cette aventure enfantine, grâce à la médisance de M. le Marquis de Montchenu, réussit à franchir les mers pour arriver jusqu'en Europe ? Les journaux puritains de l'époque poussèrent des cris de pudeur effarouchée en apprenant que Bonaparte « *prenait des baisers aux filles de l'île* ».

— Betsy, ma petite Betsy, qu'êtes-vous devenue ?

Toute la journée, Napoléon n'avait pas aperçu son démon familier qui avait été mis aux arrêts pour mauvaise conduite. Elle lui avait montré la veille une caricature où il était représenté grimpant sur une échelle. Chaque échelon représentait un pays conquis et l'Empereur finissait par se trouver à califourchon au sommet, sur le globe terrestre. A ce moment là un jeu de bascule faisait exécuter une culbute au Maître du monde pour le précipiter sur le rocher de Sainte-Hélène.

Le père Balcombe trouva la plaisanterie de mauvais goût et pour la punir, il mit la gamine en prison dans une cave infestée de rats. Ce fut une nuit d'horreur. Pour se défendre contre l'assaut des rongeurs, elle dut leur lancer toute la nuit des bouteilles qui jonchaient le sol autour d'elle. « Lorsque les premières lueurs de l'aube, raconte Betsy, pénétrèrent à travers les barreaux de ma prison, je fus terrifiée de voir ce que la victoire avait coûté à mon père. J'étais entourée de bouteilles brisées, le sol était inondé et imbibé de vin, et, soit par suite de la fatigue, soit par l'effet des vapeurs d'alcool, l'esclave qui m'apportait à déjeuner me trouva dans un état de stupeur dont je fus longue à revenir ».

Ce fut sur les instances de l'ami Bony, que M. Balcombe consentit à faire remise de la punition, qui devait durer une semaine.

Hélas ! les heures tournaient rapidement au cadran solaire de James-Town et l'instant de la séparation approchait.

Les marins de Sir George Cockburn avaient terminé l'aménagement de Long-Wood et le gouverneur Hudson Lowe voyait d'un mauvais œil l'intimité qui s'était établie entre les Balcombe et l'Empereur.

Lorsque le 10 décembre, l'Amiral vint prendre livraison du captif, Napoléon se rendit chez Madame Balcombe, retenue au lit par la maladie et, après lui avoir exprimé tous ses vœux de guérison, il la remercia de toutes ses attentions. Puis il lui fit présent d'une tabatière en or, en la priant de la conserver en souvenir de son séjour aux Briars.

« Quant à vous, Betsy, dit-il en se tournant vers l'enfant, recevez cette bonbonnière. Ce sera un *gage d'amour* à donner au petit Las-Cases ». Puis il sourit et se mit à lui tirer l'oreille.

Mais cette fois, la taquinerie alla droit au cœur de la petite anglaise qui éclata en sanglots. « Allons, ajouta l'Empereur, ne pleurez pas pour moi, petite amie. Venez me voir la semaine prochaine et très souvent. C'est bien promis, Balcombe, lorsque vous viendrez vous promener à cheval jusqu'à Long-Wood, n'oubliez pas d'amener les enfants ».

Betsy courut à sa fenêtre et armée d'une longue vue elle suivit des yeux la longue file de cavaliers qui escortait son ami Bony, jusqu'au moment où il s'évanouit dans les brouillards qui couronnaient les hauteurs de Sainte-Hélène.

Sur le plateau de Long-Wood, une foule nombreuse était accourue pour assister à l'entrée de l'Empereur, revêtu de l'uniforme vert des chasseurs de la Garde, escorté de ses compagnons d'exil. Devan le poste, qui rendait les honneurs, un tambour se mit à battre. Effrayé par le bruit, le cheval de Napoléon, très vif et récemment arrivé du Cap, refusa d'avancer. Déjà les assistants commençaient à sourire ; mais le Maître, l'attaquant avec les éperons, le força à franchir l'enceinte. Puis la prison se referma. Il était quatre heures du soir.

L'idylle des Briars était terminée. Elle allait cependant continuer par intermittences jusqu'au départ des Balcombe le 27 mars 1818. Mais ce ne sera plus la même chose. Jamais plus, l'Empereur ne retrouvera les heures de douce familiarité qu'il avait vécues dans un site tropical, en compagnie d'une enfant de treize ans.

Comme M. Balcombe était chargé du ravitaillement de Long-Wood, il s'y rendait en effet presque toutes les semaines, accompagné de Jane et de Betsy. Mais quelques mois après, celle-ci tomba gravement malade. Napoléon fit prendre souvent de ses nouvelles et, au moment de la convalescence, il donna l'ordre à son pâtissier de lui envoyer chaque jour une friandise pour réveiller son appétit.

Bientôt un morne ennui s'abattit sur Long-Wood et sous l'influence du climat et de l'insalubrité des lieux, le prisonnier commença à ressentir les premières atteintes du mal qui devait l'emporter.

Et puis, en devenant femme, Betsy oubliait peu à peu son ami Bony. Autour de la harpe d'or qui accompagnait ses chants écossais, se réunissaient aujourd'hui ses amoureux de la garnison : le Major Fehrzen, le lieutenant Reardon, le colonel Read, le chirurgien Verling. Elle fréquente les bals de James-Town et flirte avec les officiers du 53e régiment cantonné à Deadwood.

Et pourtant Bony ne l'a pas oubliée. Lorsqu'on annonce sa visite, il guette son apparition sur la route. Mais il est peiné de la voir si insou-

ciante et si légère, préoccupée seulement de sa toilette et des fêtes où elle promène sa jeune beauté en fleurs. « Ah, Miss Betsy, petite étourdie, que vous êtes, lui dit-il un jour en lui tapant amicalement sur la joue, vous ne serez donc jamais sage ». Une fois, il s'impatiente et hausse les épaules : « Après tout, c'est une fille comme une autre ».

Mars 1818. — L'heure de la séparation définitive approche.

Inquiet sur la santé de sa femme, accablé par les tracasseries de Hudson Lowe qui lui reprochait son intimité avec les Comtes Bertrand et de Montholon dont il était le fournisseur, Balcombe résolut de demander un congé de six mois. Le Gouverneur s'empressa de le lui accorder. En apprenant la nouvelle, l'Empereur lui écrivit : « Je crains que la démission de votre emploi dans cette île ne soit commandée par les tracasseries que vous attirent les relations établies entre votre famille et Long-Wood par suite de l'hospitalité que vous m'avez donnée dans les premiers moments de mon arrivée à Sainte-Hélène. Je ne veux pas que vous puissiez regretter jamais de m'avoir connu ». Et il lui fit remettre un mandat de 72.000 francs sur Londres et un brevet de pension de 12.000 francs.

La veille de l'embarquement qui eut lieu le 27 mars 1818, M. Balcombe et ses deux filles se rendirent à Long-Wood pour faire leurs derniers adieux à l'Empereur. Mais passons ici la parole à Miss Betsy :

« Il était alors dans la salle de billard, au « milieu des livres qu'on venait de lui envoyer. « Il parut chagrin d'apprendre que nous allions « quitter l'île et dit que le coup de notre départ « l'affligeait beaucoup ; il exprima l'espoir que « ma mère se rétablirait bientôt et nous pria de « lui dire bien des choses affectueuses, car, en « raison de son état de faiblesse, elle n'avait pu « nous accompagner à Long-Wood.

« Après être restés quelques t mps assis, nous « allâmes avec lui dans le jardin ; il sourit triste- « ment en nous montrant l'Océan qui s'étendait « à perte de vue, puis nous dit :

« — Ainsi donc, vous vous embarquez pour « l'Angleterre et me laissez mourrir sur cet « affreux rocher. Regardez ces effrayantes mon- « tagnes : ce sont les murs de ma prison. Vous ne « tarderez guère à apprendre que l'Empereur « Napoléon est mort ». Je fondis en larmes, « j'éclatai en sanglots ; il me semblait que mon « cœur allait se briser. Il parut fort touché du « chagrin que nous éprouvions. J'avais laissé « mon mouchoir dans la poche de ma selle. « Napoléon voyant mes larmes ruisseler, tira le « sien, m'essuya le visage et me pria de le gar- « der en souvenir de ce triste moment ».

« Nous revînmes peu après et nous dînâmes « avec lui. Mon cœur était trop gros pour que « j'eusse le moindre appétit. Lorsque Napoléon « m'offrit ces tartes et ces bonbons que j'aimais « tant, je lui dis que j'avais la gorge serrée et que « je ne pouvais rien avaler.

« Enfin arriva l'heure des adieux. Il nous « embrassa affectueusement, ma sœur et moi, « nous pria de ne pas l oublier, ajoutant que de, « son côté, il n'oublierait pas l'amitié et la bonté « que nous lui avions montrées ; il nous remercia « à plusieurs reprises des heures charmantes « qu'il devait à notre société.

« Il me demanda ce que je désirais emporter « en souvenir de lui. Je lui répondis que pour moi, « une mèche de cheveux vaudrait plus que tous « les cadeaux. Il envoya chercher Monsieur « Marchand, se fit apporter une paire de ciseaux « et coupa quatre mèches, pour ma sœur, et pour « moi, pour mon père et ma mère.

« Je possède encore cette boucle de cheveux : « c'est tout ce qui me reste des nombreux « cadeaux que m'avait fait le grand Empereur ».

Et le lendemain, du haut d'un rocher solitaire, le pauvre exilé Bony regardait avec une longue-vue les voiles blanches du vaisseau le *Winchelsen* qui se gonflaient sous l'alizé et s'enfuyaient vers l'horizon de la mer australe, en emportant l'oiseau moqueur dont le chant avait égayé un instant la cage où il demeurait prisonnier.

A son arrivée en Angleterre, Balcombe fut assez fraîchement reçu, mais grâce à l'appui du Régent, on se contenta de l'envoyer en qualité de trésorier dans la Nouvelle-Galles du Sud, où il mourut à 47 ans.

Et que devint Miss Betsy ?

M. Aimé Legras, *dans l'introduction qu'il a* consacrée à « ses souvenirs » nous apprend qu'elle épousa « un » M. Abbel, dont elle eut une fille, qui épousa à son tour un M. Jonhstone et qu'elle mourut à Londres, après avoir assisté à l'apogée et à la chute du Premier Empire, à l'avénement et à l'effondrement du Second ».

Ce n'est que bien plus tard, qu'elle s'aperçut qu'ayant côtoyé un grand homme, elle se devait de publier son journal de Sainte-Hélène, ce qui lui assurait sa part d'immorta ité terrienne et quelques profits pour l'avenir.

Elle entretint les meilleures relations avec les membres de la famille Impériale et le Roi Joseph lui passa un jour au doigt, une bague magnifique sertie d'un camée antique, rapporté d'Egypte (1) par le général Bonaparte.

Le Prince Louis, le futur Napoléon III, allait souvent lui rendre visite dans sa maison de Portman-Square pour s'entretenir avec elle de la vie de son oncle à Sainte-Hélène, et, devenu Empereur, il lui fit souvent ses offres de services, lui proposant même de la loger dans un de ses palais. Mais, soit par modestie, soit par discré-

(1) Probablement de Péluse, aujourd'hui Port-Saïd.

tion, elle refusa toujours les présents du nouveau César.

Cependant, elle se décida un jour à solliciter l'Empereur en faveur de son gendre, M. Johnstone, pressé par le besoin. Napoléon III lui fit aussitôt obtenir une concession de 40 hectares en Algérie, dans une région fertile de la Province de Constantine.

« Si Napoléon III, a écrit M. Aimé Le Gras, fut constant dans la sympathie qu'il avait vouée à celle qui avait eu la touchante amitié de son oncle, celle-ci lui conserva son affection, son dévouement, son culte, aux jours des plus douloureuses épreuves. Celle qui, enfant, vit le premier Napoléon dans l'exil, devait voir son successeur lui aussi dans un autre exil. Elle se prit à espérer cependant des jours plus heureux pour le jeune Prince qu'elle voulait voir sur le Trône de son grand ami, pour celui qui devait mourir sous les mêmes latitudes que le premier de sa race, dans un exil volontaire, mais du moins les armes à la main.

Mrs. Abell ne vit point cette dernière catastrophe, car elle mourut en juillet 1871. De Chislehurst, Napoléon envoya un dernier adieu à l'amie des exilés, et par lettre autographe témoigna à Mrs. Johnston toute sa douloureuse sympathie».

Ici finit notre conte de fées.

Betsy, ma petite Betsy, démon familier des Tropiques, aux cheveux d'or et aux yeux de chat, soyez bénie, car sous les branches des églantiers fleuris, vous avez su illuminer d'un sourire la captivité de votre ami Bony, en butte à la persécution humaine. En vous écoutant parler, les Femmes de France et d'Angleterre ont dû verser des larmes de reconnaissance.

Pendant la longue agonie solitaire, votre image, comme un papillon léger, a voltigé devant les yeux d'un grand Empereur, à côté de celle d'un autre enfant, blond comme vous, et dont vous aviez si souvent contemplé les traits charmants sur les miniatures impériales, le bel Aiglon prisonnier lui aussi et déjà poursuivi par le ombres de la Mort.

S. ABBATUCCI.

LES BOIS SACRÉS

Cimetières de l'avenir

Docteur CLAVEL (Biarritz)

Devant la question angoissante que se posent les municipalités : Que ferons-nous de nos morts ? (Sénateur Morizet).

Aux tristesses, aux dangers et aux graves erreurs d'hygiène des cimetières actuels, à l'insécurité du dernier repos,

Substituons désormais, grâce à l'automobile, qui supprime les distances, le retour à la loi naturelle.

Portons nos morts dans d'immenses parcs aux larges avenues, pelouses et bosquets : Les Bois sacrés.

Le cercueil léger sera enseveli profondément et directement dans l'humus *qui absorbe* et purifie tout. Vingt-cinq mètres carrés seront réservés à chaque sépulture.

Respectant toutes les croyances, une croix ou une stèle sera placée au chevet, au centre un arbre sera planté : l'arbre protecteur.

Leur multiplication régulière procurera :

Pour une ville de	comptant par an	un boisement annuel	et par siècle de
20.000 hab.	400 décès	1 hect.	100 hect.
200.000 »	4.000 »	10 »	1.000 »
2.000.000 »	40.000 »	100 »	10.000 »

La transformation climatérique consécutive sera des plus heureuses pour la santé publique, l'agriculture, les inondations, l'embellissement et la richesse du pays.

Et nous aurons la satisfaction de songer qu'en assurant ainsi la paix inviolable du dernier sommeil dans la communion de nos restes à la vie universelle de la terre notre mère — *morts, nous continuerons, en cela encore, à servir et protéger les vivants* (1).

(1) Résumé d'une communication faite le 2 juillet 1937 à la Section d'hygiène des Journées internationales de la Santé publique.





LE IIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DES SAGES-FEMMES CATHOLIQUES

Ce fut Paris qui, en cette année 1937 (8-10 juillet) accueillit les délégations et les travaux du IIIe Congrès de l'Association internationale des sages-femmes catholiques, fondée par le Docteur Favreau, professeur d'obstétrique à la Faculté libre de Lille.

Le thème du Congrès était « Art et technique de la sage-femme au service de la vie ». Les séances furent suivies par une moyenne de trois cents congressistes dont une grande partie venue de nos provinces françaises comme aussi de Belgique, de Luxembourg, de Suisse, d'Allemagne, de Portugal, d'Autriche, de Hongrie, d'Angleterre et de Russie.

D'éminents rapporteurs : M. l'abbé Viollet, M. l'abbé Macé, le Révérend père Lemaire (Charleroi), le Professeur Jeannin (Paris), les Docteurs P. Balard (Bordeaux), Duval-Arnould et J.-R. Barca, montrèrent toute l'élévation et l'importance capitale du rôle de la sage-femme dans la famille.

Plusieurs communications touchant les questions sociales furent également très appréciées. Citons celles de Mmes A. Lefebvre (Belgique), A. Schmitt (Luxembourg), de Jessé (Marseille) et L. Gauchois (Rouen), celles de l'Autriche et de la Hongrie (R. P. Schmitz).

La visite d'œuvres et de services hospitaliers et un film « Le médecin de campagne » agrémentèrent le programme que clôtura un banquet plein d'entrain.

Le rapport plus spécialement corporatif du Congrès était confié à notre collaborateur le Docteur P. Balard, qui étudia avec une largeur de vues et une impartialité auxquelles unanimement on se plut à rendre hommage « la formation technique et le perfectionnement de la sage-femme ».

Ce sujet, tout d'actualité (la réforme du statut des sages-femmes étant toujours pendante depuis le dernier rapport de l'Académie) intéressera tout particulièrement nos lecteurs, aussi croyons-nous utile de reproduire les conclusions de ce rapport.

Rapport sur la formation technique et le perfectionnement de la sage-femme

Par le Docteur Ballard

Accoucheur des Hôpitaux de Bordeaux

Conclusions

I. — La sage-femme doit posséder une formation technique solide qui garantira son indépendance professionnelle.

II. — Pour acquérir cette technique :

L'aspirante sage-femme doit posséder une culture générale d'un niveau supérieur à celui qui est demandé dans les divers pays. En France, le brevet sera strictement exigé.

Les études seront commencées à dix-huit ans si leur durée est portée à trois ans. Le chiffre de dix-huit ans paraît la limite inférieure au-dessous de laquelle on ne peut descendre. La limite d'âge supérieure n'excédera pas trente ans.

Avant l'entrée à l'Ecole, l'aspirante sage-femme subira une visite médicale et sera l'objet d'une enquête préalable de moralité. Ce n'est qu'après un stage probatoire de trois mois, portant sur ses qualités physiques et morales, qu'elle sera définitivement admise.

Les études seront toujours faites dans une Maternité-Ecole, dont les élèves assureront tous les services cliniques. Ces établissements devront être dûment qualifiés par le personnel enseignant (professeurs, maîtresses sages-femmes monitrices) et par leur activité hospitalière ; ils seront munis d'un statut commun et placés sous un contrôle général. Les élèves seront, autant que possible, soumises au régime de l'internat.

Le programme des études comportera une culture médicale élémentaire avec stages cliniques pour permettre d'acquérir la pratique du soignage et de l'asepsie ; une connaissance approfondie de l'obstétrique et de la puériculture jusqu'au sevrage avec stages pratiques dans les œuvres ; enfin l'enseignement des lois sociales et de la déontologie.

La durée des études devrait être augmentée dans tous les pays. Elle devrait être de vingt-quatre mois minimum (vacances non comprises). En France, au lieu de quatre années proposées par l'Académie, il serait suffisant et partant désirable que la durée n'excédât pas trente-six mois, dont trente-trois mois d'enseignement et de stage effectif.

Un carnet de scolarité devrait être fourni pour l'examen ; il en serait tenu obligatoirement un compte important par les examinateurs. Le Professeur en chef de la Maternité-Ecole devrait faire partie de droit du jury d'examen. Une épreuve écrite anonyme serait ajoutée aux épreuves actuelles. Deux échecs (trois au maximum) seraient éliminatoires.

III. — Il importe de maintenir à son niveau la formation technique de la sage-femme qui, dans la pratique, ne tarde pas à diminuer au contact de la clientèle et de réaliser son perfectionnement moral et professionnel.

Du point de vue moral :

Il serait désirable de voir se développer, parallèlement aux Syndicats, d'ailleurs indispensabes, des groupements à tendances moins strictement corporatives mais préoccupés de questions spirituelles.

L'Ordre des sages-femmes, légalement organisé, constituerait un excellent moyen moralisateur de la profession.

Du point de vue technique professionnelle :

La sage-femme doit parfaire son instruction par la lecture de revues, comportant, à côté d'une partie corporative et déontologique, des articles scientifiques se rapportant à l'exercice de son art, spécialement rédigés à son intention. Il serait désirable que les divers groupements de sages-femmes organisent périodiquement des conférences et des journées d'études, précieux moyens de perfectionnement professionnel.

De tous les modes de perfectionnements, le plus nécessaire et le mieux adapté à son but consiste dans l'assistance à des stages de perfectionnement périodiques, tous les cinq ou dix ans, dans des Maternités-Ecoles, comportant en dehors de leçons théoriques et cliniques, spécialement conçues pour des sages-femmes ayant fait de la clientèle, la pratique individuelle des divers services cliniques de la Maternité.

Ces stages, sans constituer une obligation légale, devraient être fortement recommandés aux sages-femmes. L'assistance à ces cours serait facilitée par des subventions officielles ou des bourses dues à l'initiative privée. Des certificats sanctionneraient ce stage.

Grâce à une telle formation professionnelle initiale, et à un perfectionnement ultérieur constant, la sage-femme verra s'augmenter le prestige de sa corporation, dont le maintien, ainsi que cela a été constamment démontré, constitue une véritable nécessité sociale.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Chaire d'anatomie pathologique** (Professeur G. Roussy). — *Cours de perfectionnement de diagnostic et de technique anatomo-pathologique,* par MM. Roger *Leroux, Charles Oberling, René Huguenin,* agrégés ; Albot, Busser et Delarue, assistants. — Ce cours commencera le lundi 11 octobre à 14 heures, au laboratoire d'anatomie pathologique, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine, et se poursuivra les jours suivants de 13 h. 30 à 17 heures. Droit : 250 francs. Inscription au secrétariat de la Faculté.

— **Ecole de sérologie de la Faculté de médecine de Paris** (Fondation de la Ligue nationale française contre le péril vénérien). Enseignement donnant lieu à l'attribution du diplôme de sérologie de l'Université de Paris. — Stages, conférences et travaux pratiques du lundi 3 janvier au samedi 7 mars 1938, à l'Institut Alfred-Fournier, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (XIVe).

Le stage préparatoire commencera le lundi 3 janvier 1938, à 9 heures, sous la direction de M. le Docteur Pierre Girand, chez des travaux. Les séances de stage auront lieu chaque jour, matin et soir.

Le stage d'application commencera le lundi 7 février, sous la direction de M. Pierre Girand, pour se terminer le 5 mars : les séances de travaux pratiques auront lieu chaque jour, matin et soir.

Examens : vendredi 6 mars 1938, 9 heures : Sérologie pratique ; 14 heures : Microbiologie pratique. — Samedi 7 mars 1938, 9 heures : Examens oraux.

Les cours de l'Ecole de sérologie sont ouverts aux étudiants en médecine pourvus de seize inscriptions, aux médecins français et étrangers, et à toutes personnes agréées par le Conseil de l'école, tous régulièrement immatriculés à la Faculté de médecine de Paris.

Les cours comprennent : 1° un stage préparatoire de deux semaines ; 2° le cours proprement dit : conférences et travaux pratiques pendant trois semaines ; 3° un stage d'application de quatre semaines.

Le nombre des élèves est limité, les demandes d'inscription doivent être adressées à M. le Docteur Sicard de Plauzoles, directeur de l'Institut Alfred-Fournier, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (XIVe), avant le 1er décembre 1937.

Faire connaître exactement : nom, prénoms, lieu et date de naissance, titres universitaires, hospitaliers ou autres et adresse. Les demandes d'inscription sont soumises à l'examen du Conseil de direction de l'Ecole.

Les élèves admis recevront un avis dans la première semaine de décembre et devront alors s'inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine, et payer les droits suivants : 1° Immatriculation (si elle n'est déjà effectuée), 210 francs ; 2° scolarité, leçons théoriques A, 200 francs ; 3° scolarité travaux pratiques B, 250 francs ; 4° scolarité travaux pratique C, 100 francs ; 5° frais de stage, 100 francs ; 6° droits d'examen, 100 francs ; 7° diplôme, p. m.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Docteur Sicard de Plauzoles, directeur de l'Institut Alfred-Fournier.

— **Chaire de clinique gynécologique** (Hôpital Broca, 111, rue Broca. Professeur : M. Pierre Mocquot). — *Cours de biologie expérimentale appliquée à la gynécologie.* — M. R. Moricard, chef du laboratoire de la clinique gynécologique et Mlle Gothié, préparatrice, commenceront le lundi 29 novembre 1937, une série de dix leçons sur la biologie sexuelle (le matin) ainsi qu'une série de dix séances de travaux pratiques (l'après-midi, de 14 heures à 17 heures).

Les élèves exécuteront eux-mêmes des coupes histologiques, des extractions hormonales, des opérations de micro-chirurgie, des titrages hormonaux, des micromanipulations d'ovule, et ils auront à lire des coupes d'exploration cytohormonale. Seuls pourront prendre part au cours et plus spécialement aux travaux pratiques les élèves qui se seront inscrits à cet effet au secrétariat de la Faculté et auront versé les droits spéciaux afférents à ces séances.

Programme des cours théoriques (matin). — *Histopathologie et bactériologie* : 1° Etude histologique et cytologique de l'appareil génital de la femme ; 2° Inflammations ; 3° Tumeurs bénignes et dystrophies génitales ; 4° Tumeurs malignes ; 5° Histologie de la grossesse.

Hormonologie : 6° Effets de la castration et de l'hypophysectomie sur la souris et le rat ; 7° Hormones génitales (titrage de la folliculine, de la lutéine et de la testostérone) ; 8° Hormones hypophysaires (titrage des mitosines) ; 9° Un nouveau test biologique : La formation du premier globule polaire dans des ovules de souris

cultivés *in vitro*; 10° La mesure de la sécrétion hormonale de l'ovaire de femme par l'étude cytologique de la muqueuse utérine.

Programme des travaux pratiques (après-midi): 1° Technique de collage des coupes ; examen de tissus normaux ; 2° Technique de coloration des coupes ; examen d'inflammations ; biologie du gonocoque ; 3° Fixations cytologiques ; examen de tumeurs bénignes et de dystrophies génitales ; 4° Coupes à congélation ; application aux biopsies extemporanées ; examens de tumeurs malignes ; 5° Colorations cytologiques ; réactions histo-chimique des graisses ; étude du placenta ; 6° Démonstration d'hypophysectomie sur le rat, castration de la souris et technique du frottis vaginal ; 7° Technique biochimique d'extraction de la folliculine à partir des urines. Titrage de folliculine ; examen d'animaux préalablement injectés de folliculine, de progestérone, ou de testostérone ; 8° Technique biochimique d'extraction des mitosines, à partir des urines ; diagnostic de la grossesse ; titrages ; examens d'animaux préalablement injectés de mitosines ; 9° Technique de culture *in vitro* des ovules de souris et micromanipulation des ovules ; 10° Lecture de coupes d'exploration cyto-hormonale.

Droit d'inscription : 300 francs ; le nombre des inscriptions est limité. Un certificat sera délivré aux élèves qui auront régulièrement suivi les travaux pratiques. S'inscrire à la Faculté de médecine au secrétariat, les lundis, mercredis et vendredis (guichet n° 4) de 14 à 16 heures.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers

— **Hôpital Tenon** (4, rue de la Chine, métro Gambetta). — *Cours de revision* d'une semaine (8 au 13 novembre 1937) sur les *Acquisitions médicales pratiques de l'année* en pathologie interne. — Ce cours aura lieu sous la direction du Professeur Emile Sergent et de M. C. Lian, agrégé, médecin de l'hôpital Tenon, avec la collaboration de MM. Abrami et Harvier, professeurs à la Faculté ; Aubertin, Chabrol, Duvoir, agrégés, médecins des hôpitaux ; Gilbert-Dreyfus, P. Pruvost, Weissenbach, médecins des hôpitaux ; Joannon, agrégé ; Cottenot, chef de laboratoire d'électro-radiologie ; Blechmann, Gaston Durand, Henri Durand, Fernet, Périsson, anciens internes des hôpitaux.

Programme du cours. — Chaque matin dans un hôpital différent, 9 h. 1/2 à 11 heures, exercices pratiques au lit des malades ; 11 heures à midi, démonstration pratique.

Lundi 8, M. Lian, hôpital Tenon ; mardi 9, M. Aubertin, hôpital de la Pitié ; mercredi 10, M. Périsson, hospice de la Salpêtrière (service du Prof. Guillain) ; jeudi 11, M. Pruvost, hôpital Tenon ; vendredi 12, M. Chabrol, hôpital Saint-Antoine ; samedi 13, M. Fernet, hôpital Saint-Louis (service de M. Weissenbach).

L'après-midi à l'hôpital Tenon, 3 à 4 heures, démonstration pratique (service ou laboratoire de M. Lian) ; 4 h. 1/2 à 5 h. 1/4 et 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, conférences cliniques (amphithéâtres des cours de l'hôpital Tenon).

Lundi 8, 3 à 4 heures, M. Henri Durand (tuberculose) ; 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, M. Duvoir (médecine légale) ; 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, M. Pruvost (appareil respiratoire).

Mardi 9, 3 à 4 heures, M. Lian (cœur et vaisseaux) ; 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, M. Gaston Durand (estomac) ; 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, M. Harvier (thérapeutique).

Mercredi 10, 3 à 4 heures, M. Périsson (neurologie) ; 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, M. Chabrol (foie et voies biliaires) ; 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, M. Gilbert-Dreyfus (endocrinologie et nutrition).

Jeudi 11, 3 à 4 heures, M. Cottenot (électro-radiologie) 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4 M. Fernet (peau et syphilis) ; 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, M. Abrami (pathologie générale).

Vendredi 12, 3 à 4 heures, M. Weissenbach (médecine générale) ; 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, M. Gaston Durand (intestin) ; 5 h. 1/2 à 6 heures, M. Joannon (hygiène) ; 6 heures à 6 h. 1/2, M. Aubertin (sang).

Samedi 13, 3 à 4 heures, M. Blechmann (pédiatrie) ; 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, M. Blechmann (pédiatrie) ; 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, M. Sergent (appareil respiratoire).

Un certificat sera délivré aux médecins ayant suivi régulièrement le cours. Droit d'inscription : 200 francs.

S'inscrire : ou bien à la Faculté de médecine, tous les jours de 9 heures à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi), salle Béclard (A. D. R. M.), ou bien à l'hôpital Tenon auprès de M. Lian, soit à l'avance, soit le jour de l'ouverture du cours.

— **Hôpital Tenon**, 4, rue de la Chine (métro Gambetta). — *Cours de perfectionnement sur les grands syndromes cardiaques* (Insuffisance cardiaque, angine de poitrine, syncope). — Ce cours, qui aura lieu du 15 au 25 novembre 1937, sera fait par M. Camille Lian, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Tenon, avec la collaboration de MM. Haguenau, professeur agrégé, médecin des hôpitaux ; H. Welti, chirurgien des hôpitaux ; Gilbert-Dreyfus, F.-P. Merklen, médecins des hôpitaux ; J. Facquet, ancien interne, lauréat des *hôpitaux*, assistant du service ; Abaza, Alibert, Brocard, Deparis, Even, Frumusan, Ménétrel, Moricard, Odinet, Pautrat, Puech, Siguier, anciens internes du service ; Marchal, assistant d'électro-radiologie ; Golblin, assistant d'électro-cardiographie ; Baraige, assistant de laboratoire ; Mme Meurs-Blatter, assistante de physiothérapie ; G. Minot, ingénieur E. P. C. I., ; J.-J. Welti, interne du service.

Tous les matins à 10 heures, conférence clinique avec projections. Le mardi et le vendredi matin sont consacrés entièrement à l'examen des malades de la consultation spéciale du service.

Tous les après-midi de 15 heures à 17 h. 1/2 ; deux conférences cliniques avec projections ; à 16 heures, démonstration pratique.

Programme du cours. — Lundi 15 novembre, 10 heures, M. Lian : Considérations générales sur l'insuffisance cardiaque ; 11 heures, M. Facquet : Exercices cliniques ; 15 heures, M. Facquet : Dyssystolie et hyposystolie ; 16 heures, M. Golblin : Démonstration d'électrocardiographie ; 17 h. 1/2, M. Brocard : Asystolie.

Mardi 16 novembre, 10 heures, M. Lian : Démonstration de clinique à la consultation de cardiologie du service ; 15 heures, M. Gilbert-Dreyfus: La toux cardiaque ; 16 heures, M. Deparis : Démonstration de sphygmomanométrie auscultatoire ; 17 h. 1/2, M. Frumusan : Encombrement ventriculaire gauche et encombrement ventriculaire droit.

Mercredi 17 novembre, 10 heures, M. Lian : Le bruit de galop ; 11 heures, M. Golblin : Démonstration clinique (traitement des varices) ; 15 heures, M. Odinet : Encombrement aigu de la circulation pulmonaire ; 16 heures, M. Golblin : Démonstration d'électrocar-

diographie ; 17 h. 1/2 : M. Haguenau : L'insuffisance cardiaque dans les néphrites.

Jeudi 18 novembre, 10 heures, M. Lian : Le pouls alternant ; 11 heures, M. Marchal : Démonstration de radiologie cardiaque ; 15 heures, M. Merklen : Les cyanoses ; 16 heures, M. Pautrat : Démonstration d'oscillométrie ; 17 h. 1/2, M. Gilbert-Dreyfus : L'insuffisance cardiaque des maladies infectieuses aiguës.

Vendredi 19 novembre, 10 heures, M. Lian : Démonstration de clinique à la consultation de cardiologie du service ; 15 heures, M. Facquet : Formes étiologiques de l'insuffisance cardiaque ; 16 heures, M. Baraige : Mesure du débit cardiaque. ; 17 h. 1/2, M. Alibert : L'insuffisance cardiaque des affections respiratoires.

Samedi 20 novembre, 10 heures, M. Lian : Traitement de l'insuffisance cardiaque ; 11 heures, M. Marchal : Démonstration de radiologie cardiaque ; 15 heures, M. Siguier : Myocardie et hypodynamie du myocarde ; 16 heures, M. Facquet : Mesure de la vitesse circulatoire ; 17 h. 1/2, M. Moricard : Accidents gravido-cardiaques.

Lundi 22 novembre, 10 heures, M. Facquet : Le syndrome angine de poitrine ; 11 heures, M. Lian : Exercices pratiques d'interprétation des électro-cardiogrammes ; 15 heures : M. Deparis : Forme commune de l'angine de poitrine et angor abdominalis ; 16 heures, M. Even : Mesure et valeur séméiologique de la pression veineuse ; 17 h. 1/2, M. Merklen : Angor aigu coronarien fébrile.

Mardi 23 novembre, 10 heures, M. Lian : Démonstration de clinique à la consultation de cardiologie du service ; 15 heures, M. Puech : Les anxieux ; 16 heures, M. Ménétrel : Injections d'oxygène et de gaz carbonique ; 17 h. 1/2, M. Welti : Traitement chirurgical des angines de poitrine.

Mercredi 24 novembre, 10 heures, M. Lian : Traitement médical des angines de poitrine ; 11 heures, M. Golblin : Démonstration clinique (traitement des varices) ; 15 heures, M. Facquet : Angors réflexes et névrosiques ; 16 heures, M. Baraige : Epreuve du pas gymnastique sur place ; 17 h. 1/2 : M. Marchal : Physiothérapie des angines de poitrine.

Jeudi 25 novembre, 10 heures, Mme Meurs-Blatter : Cellulite précordiale ; 11 heures, M. Marchal : Démonstration de radiologie cardiaque ; 15 heures, M. Odinet : Les syncopes ; 16 heures, M. Minot : Auscultation collective des bruits et souffles cardiaques, leur inscription sur films et sur disques ; 17 h. 1/2, M. Lian : Traitement des syncopes.

Un certificat sera délivré aux médecins ayant suivi le cours ; ils pourront ensuite faire un stage dans le service.

Chaque année, avant la Pentecôte, et à la mi-novembre, est fait dans le service un cours de perfectionnement sur les affections cardio-vasculaires. Tout le programme est réparti en quatre cours : 1° arythmies ; 2° grands syndromes cardiaques ; 3° artères, veines et capillaires ; 4° maladies organiques du cœur, de l'aorte et de l'artère pulmonaire. Le cours de juin 1938 portera sur les maladies des artères, des veines et des capillaires. Droit d'inscription : 250 francs.

S'inscrire ou bien à la Faculté de médecine, tous les jours de 9 heures à 11 heures et de 14 heures à 17 heures (sauf le samedi), salle Béclard (A. D. R. M.), ou bien à l'hôpital Tenon auprès du Docteur Facquet, assistant du service, soit à l'avance, soit le jour de l'ouverture du cours.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **La Société d'histoire naturelle du Doubs.** — La Société d'histoire naturelle du Doubs a été créée par le Docteur Antoine Magnin, professeur de botanique générale à la Faculté des Sciences de Besançon, en 1899. Elle a pour buts : 1° d'établir des relations entre les personnes de la région qui s'intéressent aux sciences naturelles ; 2° de propager le goût de l'étude des sciences naturelles et celui des recherches personnelles dans ce domaine ; 3° de faciliter cette étude aux personnes, notamment aux jeunes gens, qui désirent s'y adonner ; 4° d'étudier et de faire connaître la faune, la flore, et la constitution géologique du sol du département du Doubs et des régions limitrophes, ainsi que les applications pratiques des sciences naturelles à l'hygiène, à l'agronomie, etc...

Elle cherche à atteindre les buts indiqués : 1° par des réunions et des conférences ; 2° par la constitution d'une bibliothèque et de collections mises à la disposition des sociétaires ; 3° par des excursions scientifiques.

Le siège de la Société est à Besançon, à l'Institut botanique de la Faculté des Sciences. Secrétaire général : Docteur Sexe, 2, rue Victor-Delavelle, Bezançon.

— **Deuxième Congrès de l'insuffisance rénale.** — On annonce pour le mois de septembre 1938 la réunion à Evian du deuxième Congrès de l'insuffisance rénale.

Ce Congrès, organisé par la Société médicale d'Evian, aura pour président le professeur Rathery, pour vice-président le Professeur Chevassu, secrétaires généraux le Docteur E. P. Merklen et le Docteur Derot.

Le programme détaillé du Congrès sera publié ultérieurement.

Le Gérant : R. Thiron

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE
« Le Sou Médical »

Au cours de sa réunion du 21 septembre 1937, le Conseil a prononcé les admissions suivantes :

12.770 ARNOULD, Royaumeix (Meurthe-et-Moselle). Syndicat médical de Meurthe-et-Moselle.
12.771 BÉRARD, Pau (Basses-Pyrénées). Syndicat médical des Basses-Pyrénées.
12.772 GAGNEPAIN, Sochaux (Doubs). Parrains : Docteur Demesy et Véron.
12.773 Madame le Docteur GOMOLITSKY, 15, rue de la Santé, Paris (XIIIe). Parrains : Docteurs Hubac et Pecker.
12.774 HERMANN, Saint-Michel (Aisne). Syndicat des médecins de l'Aisne.
12.775 JOEL, 10, rue Henri-Monnier, Paris (IXe). Parrains : Docteurs Bellencontre et Patlajean.
12.776 LAPORTE, Bassens (Gironde). Syndicat suburbain de la Gironde.
12.777 MAUBOUSSIN, Angers (Maine-et-Loire). Syndicat médical d'Angers-ville.
12.778 RÉGY, Montredon-Labessonnie (Tarn). Syndicat médical de Castres-Lavaur.
12.779 RÉMY, Chauny (Aisne). Synd. méd. de l'Aisne.
12.780 ROMARY, Draguignan (Var). Syndicat médical du Var.
12.781 SOBIESKI, 6, avenue du Point-du-Jour, Paris (XVIe). Association des externes et anciens externes des hôpitaux de Paris.

Ces admissions deviendront définitives si elles n'ont fait l'objet d'aucune protestation dans les quinze jours de la présente publication (art. 5 des statuts).

Pour la protection de l'enfance

Le ministère de la Santé publique communique :

Soucieux de continuer et de développer l'œuvre de protection de l'enfance, entreprise par ses prédécesseurs, M. Marc Rucart, ministre de la Santé publique, vient d'adresser des instructions aux Préfets pour préciser les améliorations qu'il a reconnues nécessaires à la suite des inspections qu'il a fait effectuer et pour encourager les initiatives qui auraient pour but d'améliorer les conditions de vie tant matérielles que morales de l'enfance délaissée.

Son attention s'est portée d'abord sur l'organisation médicale du service des enfants assistés. Le système préventif doit désormais prendre la plus large extension possible.

Une organisation rationnelle et une coordination méthodique des services médico-sociaux doivent être réalisées à cet effet.

La grave question de l'éducation des pupilles difficiles ou vicieux est également étudiée. L'attention des préfets est appelée sur la nécessité de suivre attentivement les mineurs placés dans des établissements de rééducation afin, le cas échéant, de modifier la mesure prise à leur égard, et aussi d'exercer sur ces établissements une surveillance constante tant en ce qui concerne les conditions matérielles de vie faites aux enfants que les résultats obtenus par les traitements médico-pédagogiques qu'ils doivent leur procurer. (*Le Temps.*)

CORRESPONDANCE

ACCIDENTS ET MALADIES PROFESSIONNELLES

7.056. — Les piqûres de guêpes peuvent être des accidents du travail

Un cultivateur, en coupant des fougères sur un fossé a été gravement piqué à la face et sur l'abdomen par un essaim de guêpes.

La Compagnie d'assurances refuse de considérer cela comme un accident de travail. N'y a-t-il analogie de cet accident avec une morsure de vipère qui est considéré comme accident puisque survenu au cours du travail.

Quel est votre avis ? D[r] R.

Réponse

En principe, la législation sur les risques professionnels ne couvre que les accidents survenus par le fait et à l'occasion du travail. Sont, au contraire exclus de sa garantie, d'après une jurisprudence bien établie, tous les accidents attribuables à l'action des forces naturelles telles que le chaud, le froid, la foudre, etc., car il s'agit là d'un risque qui n'est point inhérent au travail et qu'on ne saurait en conséquence mettre à la charge du chef d'entreprise ou de son Assurance substituée.

Les blessures causées par les piqûres d'insectes venimeux (mouches, guêpes, etc.), sont considérées par la jurisprudence comme provenant de l'action d'un phénomène naturel, étranger au risque professionnel, même si elles sont survenues au temps et au lieu du travail. Elles ne peuvent donc, en principe, engager la responsabilité patronale. Ainsi en a-t-il été décidé tout récemment par un arrêt de la Chambre des requêtes de la Cour de cassation en date du 27 mai 1935 (*Gaz. du Palais*, 4 octobre 1935).

Toutefois, les principes que nous venons d'exposer supportent des exceptions lorsqu'il est établi que les circonstances ou les conditions même du travail dans l'entreprise ont contribué à mettre en ouvre le jeu des forces de la nature ou en ont aggravé les effets. Il a été ainsi décidé qu'était fondé à invoquer la législation sur les accidents du travail le charretier agricole atteint par la foudre sur la route en conduisant un tombereau garni de pièces métalliques (Cour de Besançon, 15 juillet 1935).

En ce qui concerne particulièrement les lésions causées par les piqûres de guêpes, on devrait considérer comme accidents protégés les piqûres

dont seraient victimes les ouvriers d'une fabrique de confitures puisque les conditions du travail ont contribué à attirer les guêpes et ont ainsi accru le risque naturel de piqûre. De même les piqûres par mouches charbonneuses dans une entreprise coloniale sont considérées comme accidents du travail.

Le Tribunal de paix de Falaise a jugé, d'autrepart, le 27 mai 1933, que devait être admis au bénéfice de la loi de 1898 un moissonneur piqué par une mouche venimeuse en rangeant des gerbes aprèsle passage d'une faucheuse, car la présence des insectes dans les récoltes est d'observation constante et une piqûre d'insecte est un des risquesauxquels les moissonneurs sont plus particulièrement exposés.

Il importe donc, pour résoudre la question que vous nous posez, de rechercher si, en l'espèce, la nature du travail ou les conditions dans lesquelles il était effectué, étaient susceptibles d'exposer particulièrement l'ouvrier aux piqûres de guêpes. S'il en est ainsi, il peut prétendre au versement des indemnités légales. Dans le cas contraire, il doit apporter personnellement les conséquences de cet accident.

7.276. — Accident survenu au cours d'une partie de foot-ball

Ayant eu à soigner quelques jeunes gens accidentés lors d'une partie de rugby, l'Assurance à laquelle j'ai présenté ma note me répond :

1° Que la police d'assurance porte une franchise d'avarie de 75 francs (cela est possible) ;

2° Que les notes doivent être tarifées : certificat, 5 francs ; visites, 12 francs (Tarif Baron).

Pour ma part, j'ai toujours tarifé mes accidents de droit commun au tarif accident de travail actuel et personne n'a trouvé à y redire.

Dites-moi donc, je vous prie si la Compagnie d'assurances est en droit d'exiger le tarif Baron en question, qui me paraît périmé.

Dr B.

Réponse

L'accident à la suite duquel vous avez été appelé à donner vos soins aux blessés ne relève pas de la législation sur les accidents du travail.

Par conséquent, la police contractée par la Société sportive au profit de ses joueurs est une police de droit commun qui peut limiter ou restreindre la participation de la Compagnie au paiement des frais médicaux.

Il se peut donc, qu'aux termes des clauses du contrat, la Compagnie n'ait pas à supporter les premiers frais et que pour les autres, elle limite

sa garantie à la somme de 5 francs pour un certificat et de 12 francs par visite.

Si vous acceptez que la Compagnie vous règle vos honoraires, vous ne pouvez exiger d'elle plus que ce à quoi elle s'est engagée en vertu du contrat.

Mais, à la condition de formuler des réserves expresses dans votre quittance à la Compagnie vous aurez le droit de demander aux blessés eux-mêmes la différence entre la somme que vous aurez reçue de l'Assurance et votre note telle qu'elle devrait être établie d'après votre tarif ordinaire.

Au cas où vous éprouveriez des difficultés pour obtenir paiement de ce complément nous pourrions demander à notre Conseil d'administration de vous faire bénéficier de l'appui de la Ligue pour porter le litige devant la juridiction compétente.

7.061. — L'eczéma des laveuses n'est pas une maladie professionnelle protégée par la loi

L'eczéma des mains chez une laveuse est-il une maladie professionnelle, au titre de la loi du 9 avril 1898 ou *addenda* ?

Dr D.

Réponse

Les affections de la peau causées par l'action des alcalis caustiques et des substances analogues notamment la soude et l'ammoniaque et plus généralement toutes les dermatoses chroniques ou récidivantes figurent dans la liste des maladies d'origine professionnelle dressée par le décret-loi du 16 octobre 1935, maladies que les médecins doivent obligatoirement déclarer dans les formes et conditions prévues par l'art. 12 de la loi du 25 octobre 1919 en vue de l'extension ultérieure de la protection légale.

Cette extension n'ayant pas encore été réalisée, il résulte évidemment de là que les victimes de telles lésions ne peuvent actuellement invoquer les dispositions de la loi du 9 avril 1898, ni réclamer à leur chef d'entreprise le versement des indemnités légales.

Il n'en irait autrement qu'au cas où de telles affections proviendraient non pas d'une action lente et continue tenant à l'exercice régulier de la profession, mais d'une action violente et soudaine ayant les caractères d'un accident.

Mais du moment que l'intéressée n'est pas indemnisée ni susceptible de l'être au titre de la loi sur les risques professionnels, elle est en droit de demander à sa Caisse d'assurances sociales le versement des prestations de l'assurance-maladie, sans qu'il importe d'ailleurs que son affection provienne de son travail.

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

7.334. — Situation d'un médecin de réserve rayé des cadre

Abonné du *Concours* et me trouvant sur le point d'être libéré de mes obligations militaires (médecin capitaine), je reçois de mon Directeur du Service de santé une note me demandant si je veux rester ou non dans les cadres.

Afin de prendre une décision, pourrais-je vous demander de vouloir bien me préciser les points suivants :

Si je me fais rayer des cadres, quelle serait ma situation en cas de guerre. Serais-je entièrement libre ? Pourrais-je, en raison de mon âge (50 ans) être touché par une mobilisation civile ? Une semblable mobilisation est-elle prévue à l'heure actuelle ?

En un mot, pourrais-je compter être entièrement libre ou risquerai-je d'être astreint à d'autres obligations ?

Dr C.

Réponse

Si vous acceptez votre radiation des cadres actuellement, vous serez, comme les hommes de votre classe, entièrement et définitivement libéré de toute obligation militaire. Quant à l'éventualité d'une réquisition civile en cas de guerre, vous ne pourriez guère y échapper qu'au cas d'une inaptitude physique. Cependant, vous seriez préalablement pressenti pour toute charge que l'on se proposerait de vous imposer : service des populations civiles, service de l'assistance, de l'hygiène, etc...

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

a) *Accidents du Travail*

7.116. — Le certificat initial doit dans tous les cas être fourni en double, sans que ce duplicatum ait besoin d'être mentionné sur la note d'honoraires

Le duplicatum étant toujours fourni pour les accidents du travail (loi), pourquoi, dans les notes d'honoraires éditées par le *Concours Médical*, la ligne des certificats initial sommaire et descriptif ne comporterait-elle pas « et duplicatum », ce serait autant de moins à écrire.

Dr G..

Réponse

Le certificat initial comprend *ipso facto*, un duplicatum et cela dans tous les cas ; s'il est simple, il est payé 8 francs s'il est descriptif 15 francs à titre d'indemnité spéciale. Le duplicatum est une obligation du tarif, il est donc inutile de le mentionner, d'autant plus que si, par inadvertance ou une raison quelconque, le médecin

oubliait de fournir le duplicatum, la Compagnie serait en droit de refuser le paiement de ce certificat. De même, le médecin n'a pas à mettre sur sa note « certificat initial avec duplicatum » puisque, par le fait même qu'il indique « certificat initial » le duplicatum fait partie intégrante de cette rubrique.

Dr F. DECOURT.

7.241. — Assistance du médecin traitant à une expertise ou contre visite

Je vous serais bien obligé de m'indiquer le tarif des actes suivants en matière d'accidents du travail :

Assistance du médecin traitant à l'expertise ;

Assistance du médecin traitant à une contre-visite.

Assistance du médecin traitant à une visite de contrôle par le médecin de la Compagnie d'assurances,

Dr C.

Réponse

a) L'assistance du médecin traitant à une expertise n'est plus une question de soins, c'est-à-dire de « responsabilité » patronale, et ne peut donc être tarifée dans le tarif accident du travail et elle reste à la charge de l'intéressé (le blessé) ;

b) et *c*) L'assistance de ce médecin à une contre-visite ne peut être tarifée que lorsqu'il s'agit de la visite du médecin patronal (ou de l'assureur substitué). Dans ce cas, elle est tarifée 15 francs plus majoration de 50 % = 7 fr. 50. Donc au total : 22 fr. 50 (art. 3-*a*).

Dr F. DECOURT.

b) Pensionnés de guerre

7.163. — Instillation uréthrale avec une injection hypodermique en plus

J'ai donné mes soins à un mutilé réformé pour tuberculose vésicale : un grand spécialiste a prescrit des injections d'antigène de l'Institut Pasteur et des instillations vésicales bien entendu d'un cathétérisme évacuateur.

Dans la même séance, je pratique donc :

1° Une injection hypodermique d'antigène (à dose croissante) ;

2° Un cathétérisme évacuateur à la sonde souple ou à la sonde en gomme ;

3° Une instillation vésicale médicamenteuse (en général avec de l'huile goménolée à 10 %), préedée ou non d'un lavage du bas-fonds vésical.

Combien dois-je compter ?

Dr M.

Réponse

a) L'injection hypodermique n'est pas l'objet d'une tarification spéciale ;

b) L'instillation uréthrale ou vésicale est tarifée 20 francs. Elle implique par elle-même, un cathétérisme évacuateur préalable. Il ne m'apparaît donc pas que ce cathétérisme puisse faire l'objet d'une tarification supplémentaire.

Nota. — Il est certain que le cas que vous présentez, avec, en réalité, trois petites interventions dont une seule « payable » peut être aisément classé dans la catégorie des cas « mauvais » au point de vue de leur rémunération.

Dr F. DECOURT.

QUESTIONS DIVERSES

7.168. — Application de la réduction de 10% sur les loyers

A X., je possède un immeuble dont je louais deux appartements identiques d'ailleurs, 3.600 francs chacun jusqu'au 29 septembre 1935.

Or devant changer de locataire (pour les deux appartements), j'avais loué aux successeurs 3.000 francs chaque appartement, faisant donc une diminution de 14 %.

Or, les décrets-lois sont venus.

L'un des locataires a fait enregistrer son bail le 28 juin 1935, l'autre en août 1935. Lorsqu'ils ont payé leur terme six mois après, le premier a réclamé ses 10 % de diminution et n'a pas voulu payer les 1.500 francs (demi-loyer).

Je n'ai pas protesté, mon notaire prétendant qu'il avait droit aux 10 % des décrets-loi.

Le deuxième locataire lui a payé son terme de 1.500 francs sans sourciller.

Je trouve la chose anormale, étant donné que ce sont deux appartements absolument identiques et je me demande vraiment si le premier a le droit de réclamer ses 10 % étant donné que j'avais déjà diminué de 14 % le 28 juin 1935.

Dr X.

Réponse

Si le décret-loi du 8 août 1935 relatif à la réduction de 10 % sur les baux à termes a bien prévu la possibilité pour le propriétaire de ne point appliquer cette réduction, lorsqu'il avait accordé antérieurement au décret mais postérieurement au 1er janvier 1935 une réduction analogue, rien de tel par contre, ne figure dans le décret-loi du 16 juillet 1935, instituant une réduction de 10 % sur le prix du loyer des locaux d'habitation ou professionnels.

C'est donc à bon droit que votre locataire entré dans les lieux avant la parution de ce décret-loi a exigé l'application de la réduction légale, quoique votre loyer ait déjà subi une forte diminution peu avant la parution du décret-loi.

Par contre, votre second locataire a vu son

acte de location prendre effet postérieurement au 17 juillet 1935. Dans ce cas, et contrairement à la jurisprudence qui avait cours jusqu'à présent, il n'est point fondé à demander les bénéfices de la réduction de 10 %. Il a été, en effet, décidé par un récent arrêt de la Commission supérieure de cassation en date du 24 juin 1935, (*Gaz. Pal.*, 12 juillet 1937) que sont exclus des prévisions du décret-loi instituant à titre exceptionnel et temporaire une réduction de 10 %, d'une part les locaux non loués au jour de la publication du décret, et, d'autre part, les locaux qui, postérieurement à cette même date viendraient à être reloués moyennant un nouveau prix, à de nouveaux locataires. Ces derniers ne sauraient réclamer la réduction et la protection subséquantes accordées par la loi aux seuls locataires et occupant de bonne foi lors de la publication du décret.

Il est donc conforme aux dispositions légales que vos deux locataires, quoiqu'entrés à des dates très voisines et quoiqu'occupant les locaux identiques, paient un loyer différent et que le plus ancien en date bénéficie de la réduction de 10 %.

ASSURANCES SOCIALES

7.138. — Formalités à remplir pour bénéficier de l'assurance-invalidité

Une de mes clientes, assurée sociale, fait une demande de pension d'invalidité, accompagnée de mon certificat habituel. La Caisse d'assurances sociales désigne un de mes confrères, même pour la contre-visiter. Cette façon de faire est-elle légale ? Contre-visite par un confrère exerçant dans le même pays que moi ?

Dr P.

Réponse

Les formalités à remplir pour bénéficier de l'assurance-invalidité sont fixées par les articles 30 et suivants du règlement d'administration publique du 19 mars 1936. L'assuré doit remplir une demande accompagnée du certificat du médecin-traitant qui est adressée à la Caisse d'assurance-maladie. Celle-ci la transmet immédiatement à son médecin-contrôleur qui doit établir un rapport préliminaire à l'instruction de la demande. Elle transmet ensuite, avec son avis personnel, le rapport du médecin-contrôleur, à la Caisse d'assurance-invalidité, qui détermine tout d'abord si le requérant réunit les conditions d'immatriculation et de versement exigées par la loi, et transmet ensuite le dossier à son médecin-contrôleur qui établit un nouveau rapport et,

en cas de besoin, peut recourir à une expertise faite par un spécialiste.

En principe donc, c'est au médecin-contrôleur de la Caisse-maladie et de la Caisse-invalidité, qu'il appartient d'examiner l'assuré. Il est prévu par l'art. 15 du règlement d'administration publique que les fonctions de médecin-traitant et de médecin-contrôleur, sont incompatibles ou plus exactement qu'un médecin-contrôleur ne peut donner des soins aux assurés affiliés à la Caisse. Il est donc probable que le médecin qui a procédé à l'examen de votre cliente n'est pas le médecin-contrôleur en titre de la Caisse intéressée. Mais il est fort possible que ce médecin-contrôleur se soit adressé à votre confrère local soit pour éviter de se déranger personnellement, soit parce qu'il estimait que l'avis de ce confrère pouvait être utile pour la constitution de son dossier.

Dans ces conditions, l'avis que donnera votre confrère n'aura qu'une valeur d'information dont le médecin-contrôleur et la Caisse pourront tenir ou ne pas tenir compte.

D'autre part, nous vous rappelons que la décision prise par la Caisse d'assurance-invalidité, est notifiée à l'assuré en ce qui concerne le pourcentage de son incapacité, est susceptible de voie de recours et peut être déférée dans un délai de quinze jours à la Commission technique régionale prévue par l'art. 10, parag. 3 du décret-loi. C'est à cette Commission qu'il appartiendra de statuer en définitive sur l'état de l'assuré avec toutefois possibilité d'appel devant la Section permanente du Conseil supérieur des Assurances sociales.

7.113. — Durée des prestations en nature de l'assurance-maladie. Champ d'application du Tarif pharmaceutique interministériel

Je vous serais reconnaissant de m'indiquer quels sont les droits d'une malade assurée sociale, prétuberculeuse en traitement depuis plus d'un an, mais qui, depuis dix mois, a repris son travail et n'a plus bénéficier d'aucune prestation. Tout en travaillant, elle fait de temps à autre une série de sels d'or ou autres. Les Assurances sont-elles en droit de lui refuser les remboursements médicaux et jusqu'à quand ?

Pouvez-vous m'indiquer également à quelle clientèle est applicable le tarif interministériel pour fournitures pharmaceutiques. Assurances sociales ? Assurances sociales Assistance médicale gratuite ? Mutités ?

Dr C.

Réponse

En principe, il résulte de l'art. 6, parag. 12 du décret-loi du 23 octobre 1935 sur les Assurances sociales que les prestations en nature de l'as-

surance-maladie ne sont dues, pour une même affection que pendant une durée totale de six mois de soins.

Toutefois, en vertu de l'art. 6, parag. 13, lorsqu'il y a interruption des prestations pendant plus de deux mois, celles-ci peuvent être servies à nouveau, pendant un délai de six mois si l'assuré a fait constater sur la feuille de maladies en cours au moment de l'interruption la guérison apparente ou la fin de l'état de maladie et s'il en a avisé la Caisse dans les huit jours.

Deux conditions, sont donc nécessaires pour que cet article trouve application et que l'assuré recouvre ses droits aux prestations pour l'affection envisagée :

1° Il faut, tout d'abord qu'il y ait interruption des prestations, au moins pendant deux mois ;

2° Il faut que durant cette période, l'assuré ait été en état de guérison apparente, c'est-à-dire que son affection, après avoir traversé une période d'activité passe par une phase de stabilité le dispensant de recourir aux soins médicaux ou pharmaceutiques et lui permettant de reprendre son travail.

En l'espèce, cette seconde condition ne paraît pas remplie puisque votre cliente tout en travaillant a eu cependant besoin de temps à autre, de recourir à un traitement par sels d'or. Ce n'est donc point l'art. 6, parag. 13 qu'elle doit invoquer à l'égard de sa Caisse mais bien l'art. 6, parag. 16 aux termes duquel, l'assuré ou l'ayant droit dont l'état nécessite des soins préventifs, ou qui est atteint d'une maladie ne comportant pas cessation de travail reçoit, s'il y a lieu pendant une durée de deux ans au plus (délai de temps et non de soins courant de la première constatation médicale) des prestations spéciales dont le montant maximum et les conditions d'attribution sont fixés par le règlement intérieur de sa Caisse.

C'est donc sous le régime de l'art. 6, parag. 16 que doit demander à passer votre cliente et elle est en droit de bénéficier de ces prestations spéciales même si le délai de six mois de soins prévu pour les prestations ordinaires se trouve actuellement expiré.

D'autre part, votre cliente pourrait demander à sa Caisse le bénéfice de l'art. 33 du règlement d'Administration publique du 19 mars 1936. Nous vous signalons toutefois, qu'il s'agit là d'une faculté donnée par la loi aux Caisses d'assurances et non d'un droit pour l'assuré.

En vertu de l'art. 33 lorsqu'à la fin du délai de six mois l'assuré reste atteint d'une affection ou d'un infirmité ne réduisant pas au moins des deux tiers sa capacité de travail, mais laissant présager une invalidité future, l'Union régionale et la Caisse d'assurance-invalidité peuvent s'entendre pour accorder à titre de soins préventifs

les prestations en nature pendant un délai de six mois en suspendant pendant le même délai les décisions relatives à l'attribution de la pension.

Cette mesure peut être exceptionnellement renouvelée pendant un nouveau délai de six mois au maximum.

Le tarif interministériel pour fournitures pharmaceutiques qui a fait l'objet d'un récent décret est applicable non point aux assurés sociaux ordinaires, mais aux assurés sociaux indigents bénéficiaires de l'a t. 19 et sert à calculer le montant de remboursement alloué aux pharmaciens, remboursement qui est égal au prix prévu par ce tarif diminué de 1 %.

7.051. — Formalités en cas de radiation ou de changement de région d'un assuré social

Je viens de prendre une domestique qui, il y a trois ans, dans un autre département, étant employée, était aux Assurances sociales.

Les renseignements que l'on m'a donnés dans deux mairies sont contradictoires : dans une mairie, on m'a dit que je devais faire une nouvelle déclaration, dans l'autre mairie que cette bonne ayant appartenu aux Assurances sociales, bien qu'ayant cessé tous versements depuis trois ans, gardait toujours son numéro et qu'il fallait faire venir à Paris son dossier de province.

En réalité, aucun de ces ronds de cuirs, cependant préposés à renseigner le public, ne m'a l'air d'être au courant de ces questions. Ce sont de simples machines à distribuer des morceaux de papier.

Que dois-je faire comme patron, et pour que mon acte puisse permettre à ma domestique de toucher sans difficultés ce qui lui reviendra en cas de maladie?

Au bout de combien de temps de séjour de la domestique, doit-on faire la déclaration ?

Dr C.

Réponse

Lorsqu'un assuré social a cessé de remplir les conditions fixées par la loi sur l'assujettissement obligatoire, le service départemental auquel il était inscrit durait automatiquement procéder à sa radiation et donner notification de cette radiation à la fois et à la Caisse intéressée, au salarié en lui demandant de renvoyer immédiatement sa carte d'immatricultion et ses feuillets de cotisation.

Si en l'espèce, votre domestique ne possède plus sa carte et ses feuillets, c'est que la radiation a dû être effectuée au moment où elle a cessé de remplir les conditions légales. Dans ce cas, vous devez la considérer comme employée n'ayant jamais fait partie de l'assurance et devez en conséquence la déclarer obligatoirement dans

le délai de huit jours qui suivent l'embauchage, afin de vous mettre en règle avec les obligations que vous impose la loi.

Si, par contre, votre domestique, possède encore sa carte d'immatriculation, ceci montre que la radiation n'a pas été effectuée. Dans ce cas, vous n'avez aucune déclaration à faire. Toutefois, si l'assurée n'a pas ses feuillets de cotisation, vous devez demander les feuillets duplicata au Service régional des Assurances sociales.

7,195. — Cas d'un bénéficiaire d'une pension d'invalidité qui recommence à travailler

J'ai l'intention de prendre à mon service une jeune fille qui, assurée sociale depuis le début des Assurances sociales, a été hospitalisée en 1933. Puis en janvier 1934, on lui a donné une pension d'invalidité.

Elle va mieux actuellement. Je crois qu'elle pourrait reprendre son travail. Si elle retombait malade, les Assurances sociales pourraient-elles lui redonner sa pension ? Et au bout de combien de mois de travail ?

Dr M.

Réponse

Il résulte de l'art. 10, parag. 7 du décret-loi du 28 octobre 1935 sur les Assurances sociales, que le service de la pension n'est suspendu en tout ou en partie, à l'assuré invalide en cas de reprise du travail, que si ce dernier jouit sous forme de pension, de salaire ou de gain cumulés, de ressources au moins égales au salaire dont il bénéficiait avant d'être reconnu invalide.

Si votre domestique n'est point dans ce cas, elle peut donc parfaitement travailler à votre service et recevoir un salaire en espèces et les avantages en nature, sans pour cela perdre son droit à sa pension.

Par contre, si la reprise du travail entraînait une suspension partielle ou totale des prestations invalidité, il est prévu à l'art. 10, parag. 8, alinéa 2, que le droit aux prestations en nature peut être maintenu.

D'autre part, en vertu du parag. 17 de ce même article 10, si un assuré reprend le travail après la suppression de sa pension d'invalidité, il est considéré comme ayant subi pendant les huit trimestres civils précédant celui de la suppression, le minimum légal des retenues ouvrant droit aux prestations en nature de l'assurance-*maladie, maternité et invalidité.*

Cinquante-neuvième année — N° 42 — 17 Octobre 1937

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

- sommaire -

Propos du Jour

Partie Scientifique

Travaux Originaux

L'Actualité Scientifique

Partie Professionnelle

Demi-Colonnes

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	70 fr.	Belgique et Luxembourg...	80 fr.
Etudiants	45 fr.	Première Zone	95 fr.
Le Numéro...........	1.50	Deuxième Zone	120 fr.

● ● ●

Renseignements

Changements d'Adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 fr. 50 pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande.)

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — ***Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)***

***Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du* CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.**

Nº 265. — Méd. 50 km. Paris, cherche associé, doct. ou doctoresse en vue extens. de sa pet. client. Mettra à sa disposition, un cabinet indépend. avec matériel professionn., locaux d'habitat., téléph., service, auto au besoin.

Nº 266. — Doct. recomm. tout particul. jeune femme 25 ans, très distinguée, pour secrétar., récept., etc. avec toutes garanties.

Nº 267. — Méd. spécialiste tube digestif, longue expérience, labor. ray. X, électr., cherche à prendre suite ou s'établir région intéressante.

Nº 268. — Urgent. Vve méd. céd. bonne client., région lyonnaise. Maison très agréab., très bien située, eau, électr., chauff. cent., garage, jardin. Céder. mobilier consultat.

Nº 269. — Jne doct. Français, interne hôp., libre, cherche occup. médic. ou paraméd. à Paris, l'après-midi ou le soir.

Nº 270. — Jne médec. habitué client., recherch. collaborat. avec méd. plus âgé, en vue reprise ultér. de sa clientèle. Paris.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Un savant anobli.** — Le Professeur Castellani, déjà sénateur de l'Empire, a été créé Comte de Chisimaio par le Roi d'Italie en récompense des services qu'il a rendus pendant la campagne d'Ethiopie. (*Bruxelles médical*)

—**La «Tuberculosis Association»**, de Londres, a tenu son assemblée à Paris du 14 octobre au 16 octobre 1937. — Le jeudi 14 octobre, nos confrères britanniques ont été reçus par le Comité national de défense contre la tuberculose, à la Cité universitaire de Paris, 19, boulevard Jourdan, sous la présidence du Professeur Bezançon, assisté d'un représentant du ministre de la Santé publique. Ils ont visité le Service médical de la Maison internationale de la Cité universitaire, conduits par le Docteur Pélissier, médecin-chef du service.

Un dîner, dans un restaurant de l'Exposition internationale a été offert par le ministère de la Santé publique et le Comité d'accueil de l'Exposition, sous la présidence du ministre de la Santé publique. De nombreuses personnalités médicales françaises et en particulier les membres du Comité national de défense contre la tuberculose et de la Société d'études scientifiques sur la tuberculose, y ont pris part.

Le vendredi 15 octobre, les membres de la « Tuberculosis Association » se sont rendus à l'Institut Pasteur, à l'hôpital Laënnec, et au Dispensaire Léon Bourgeois sous la direction du Professeur Bezançon et du Docteur Rist. Un déjeuner leur a été offert, par la Municipalité de Suresnes, suivi de la visite de l'Ecole de plein air, de la crèche, des écoles professionnelles, etc., ensemble particulièrement intéressant de réalisations sociales modernes.

Le samedi 16 octobre, visite de la Caisse interdépartementale des Assurances sociales, 69 *bis*, rue de Dunkerque, sous la conduite de M. Marcel Martin, directeur et de M. Georges Cahen, chef des services médicaux et sociaux de la Caisse. Visite de l'Ecole de puériculture de l'Université de Paris, sous la direction du Docteur Weill-Hallé, médecin-directeur et de Mlle Greiner, directrice de l'Ecole.

— **La médaille du professeur Grégoire.** — Les élèves et les amis du Professeur Raymond GRÉGOIRE ont décidé de lui offrir une médaille pour commémorer sa Présidence du 46e Congrès français de chirurgie.

Tout souscripteur de 100 francs recevra un exemplaire de la médaille due au talent du Maitre-graveur Pillet.

Trésorier de la souscription : M. Georges Masson, 120, boulevard Saint-Germain. Chèques postaux n° 599.

— Une journée médicale a la XIIIe foire internationale de Marseille. — Une journée médicale s'est tenue le 2 octobre 1937 à Marseille, dans le cadre de la XIIIe foire internationale. De nombreux médecins y assistaient parmi lesquels nous citerons : les professeurs Cornil et Imbert, doyen et ancien doyen de la Faculté de médecine de Marseille, le médecin-général Morisson, les professeurs Mattei, Malmejac, Beltrami, le Docteur Cibrie, secrétaire général de la Confédération des syndicats médicaux, les Docteurs Battesti, Foata, Vignoli, Ribot, Tourtou, Houssiaux, etc.

Les congressistes visitèrent longuement la section de l'Art médical de la foire internationale, sous la direction de M. Fages, commissaire général, et un grand banquet fut servi au Palais des Congrès. D'éloquents discours y furent prononcés par MM. Battesti, Vignoli, Cibrie et Mattei.

— Hôpitaux de Toulon. — *Internat.* — Le 16 novembre 1937 sera ouvert aux hospices civils de Toulon, un concours pour quatre places d'internes en médecine et chirurgie.

Conditions d'admission : Etre Français ou naturalisé Français ; être agréé par la Commission administrative ; être pourvu de douze inscriptions validées *ancien régime, ou seize inscriptions* validées nouveau régime.

Les internes sont nommés pour une période d'une année qui peut être renouvelée à deux reprises, avec l'agrément de la Commission administrative. Ils recevront un traitement annuel de 4.200 francs la première année, 4.800 francs la deuxième année, 5.400 francs la troisième année. Ils bénéficieront de tous les avantages en nature afférents à leur fonction.

Aucun congé ne pourra être accordé aux internes pour aller exercer des fonctions hors des hospices (remplacement médical) sauf autorisation spéciale de la Commission administrative.

Inscriptions, jusqu'au 1er novembre 1937, au secrétariat général des hospices civils de Toulon.

— Mariage. — Nous sommes heureux d'annoncer le mariage de M. Jean TRUELLE, ancien élève de l'Ecole Polytechnique, ingénieur des Mines et du Corps de l'Aéronautique avec Mademoiselle Jeanne DAVOUS, d'Uzerche (Corrèze). M. Jean Truelle est le fils de notre excellent confrère le Docteur Roger TRUELLE, de Plombières-les-Bains. Nos plus vives félicitations à notre confrère et aux familles des nouveaux mariés auxquels nous adressons aussi nos meilleurs souhaits.

— Naissance. — Le Docteur et Madame Guy MALAVAL nous font part de la naissance de leur fille *Marie-Thérèse*. Belmont-sur-Rance (Aveyron), 2 octobre 1937. Nos sincères félicitations.

— Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur CAILLERET, décédé à Vaucottes (Seine-Inférieure) ; du Docteur Henri DUCLAUX,

chirurgien de la Chambre des Députés ; du Docteur Maurice Jacquemont (de Roubaix), père du Docteur André Jacquemont ; du Docteur Henri Laperventhe ancien interne des hôpitaux de Bordeaux.

— Le Docteur Eugène Broussolle. — Nous apprenons avec un profond regret la mort du docteur Eugène Broussolle, ancien interne des hôpitaux de Paris (promotion 1882), directeur honoraire de l'Ecole de médecine de Dijon, chirurgien honoraire de l'hôpital de Dijon, membre de la Société internationale de chirurgie, décédé le 5 octobre 1937 à Semur-en-Auxois (Côte-d'Or) dans sa 79e année. Ses obsèques ont eu lieu à Dijon le 9 octobre 1937.

Elève de Terrier, le Docteur Eugène Broussolle fut un des chirurgiens de l'époque héroïque de la chirurgie qui répandit en province les méthodes nouvelles. Sur sa tombe, le Docteur Leclerc, directeur de l'Ecole de médecine de Dijon, et le Docteur Zipfel, vice-président de l'Association générale des médecins de France, rappelèrent sa vie de labeur et de dévouement, sa bonté envers ses malades de clinique ou d'hôpital, son affection pour les nombreux étudiants qui, pendant 48 ans, reçurent de lui un enseignement médical très apprécié et aussi l'exemple d'une haute conscience professionnelle.

Nous adressons à son fils, notre distingué confrère le Docteur Jean Broussolle, ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur à l'Ecole de médecine de Dijon, nos vives condoléances et l'expression de notre douloureuse sympathie.

A TRAVERS L'OFFICIEL

29 SEPTEMBRE

Hôpitaux psychiatriques

Un poste de médecin-chef de service à l'hôpital psychiatrique de Bailleul (Nord) est actuellement vacant, par suite du départ de M. le Docteur Mondain.

1er OCTOBRE

Par arrêtés du 29 septembre 1937 :

M. le Docteur Mignardot, reçu au concours du médicat des asiles en 1937, avec le no 3, a été nommé médecin-chef de service à l'hôpital privé faisant fonction d'asile public de Leyme (Lot).

M. le Docteur Perrot, reçu au concours du médicat des asiles en 1937, avec le no 4, a été nommé médecin directeur à l'hôpital psychiatrique de Saint-Lizier (Ariège).

M. le Docteur Daumezon reçu au concours du médicat des asiles en 1937, av c le no 7, a été nommé médecin directeur à l'hôpital psychiatrique de Sarreguemines *(Moselle).*

Protection de l'enfance

Décret du 30 septembre 1937 instituant un Conseil supérieur de protection de l'enfance

Service de santé militaire

Par décret du 3 septembre 1937, sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé et, par décision ministérielle du même jour, reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de médecin sous-lieutenant

Les méd. auxil. (rang du 29 juin 1937) Valat, 5e sect. inf. milit., aff. 5e rég. ; (rang du 6 juillet 1937) Lami, 4e sect. inf. milit., aff. 4e rég. ; (rang du 10 juillet 1937) Guyodo, 11e sect. inf. milit., aff. 11e rég.

Par décision du 7 septembre 1937, le médecin sous-lieutenant de réserve Jacob, de la 20e région, est autorisé à servir en *situation d'activité* pour une durée de six mois à compter du 1er octobre 1937, et maintenu à la 20e région (application des dispositions de l'article 42 de la loi du 8 janvier 1925, modifié par l'article 79 de la loi de finances du 31 décembre 1936).

Par décision du 30 avril 1937 :

Le méd. lieut. de réserve Pain, *en situation d'act.* aux tr. du Levant, est admis en stage d'act. dans les cond. fixées par l'article 4, paragraphe 2 de la loi du 4 janvier 1929, à compter du 1er octobre 1937 et maintenu aux troupes du Levant.

Par déc. du 16 septembre 1937 :

Le médecin lieut. de rés. Bourrel, 16e rég., est admis *en stage d'act. dans les conditions fixées par l'article 4*, paargraphe 2, de la loi du 4 janvier 1929, à compter du 1er oct. 1937 et aff. rég. de Paris.

Admission en stage

Par décision du 25 septembre 1937 sont admis à compter du 1er octobre 1937 :

1° En stage dans les conditions fixées par l'article 3, § 5, de la loi du 4 janvier 1929 :

Le méd. sous-lieut. de réserve Lebourgeois, 2e rég., maint.

2° A servir en situation d'activité pour une période d'un an, dans les conditions fixées par l'article 42 de la loi du 8 janvier 1925 modifié par l'article 79 de la loi de finances du 31 décembre 1936 :

Le méd. sous-lieut. de réserve Lucquin, 6e rég., aff. 20e rég.

Réponse d'un ministre à la question d'un parlementaire

La Caisse peut refuser le remboursement des appareils d'orthopédie non inscrits au tarif ministériel

4.111. — M. Louis GAILLEMIN demande à M. le ministre du Travail si une Caisse primaire d'assurances sociales est en droit de se baser sur le fait que le tarif ministériel de remboursement des appareils d'orthopédie, paru au *Journal Officiel* du 23 janvier 1937, ne prévoit pas le remboursement d'yeux en verre, pour refuser à un assuré social d'effectuer ce remboursement qu'elle effectuait toujours auparavant. (*Question du 1er juillet* 1937.)

Réponse. — Réponse affirmative.

(*J. O.*, 22 août 1937.)

Une observation intéressante d'un médecin parisien

Vraiment je viens de faire une excellente cure ! Parmi les eaux bienfaisantes jaillies de la terre volcanique de Vals-les-Bains, celle de la Reine, qui m'a paru la plus agréable, me fut nettement salutaire.

Bue à pleins verres, elle ne provoque ni choc, ni malaise, tant elle a de douceur et de puissance à la fois : estomac, intestin, foie, reins, tous les organes en reçoivent un bien-être instantané.

Par sa sérénité agissante, cette source a réveillé dans mon souvenir une image que j'avais oubliée : il s'agit d'une des figures allégoriques du tombeau de François II, duc de Bretagne, qui se trouve dans la cathédrale Saint-Pierre de Nantes. Délicieuse forme féminine, au visage de noble fermeté, elle étreint de la main gauche la gorge d'un monstrueux reptile, et sans même lui accorder un coup d'œil, l'arrache d'une fente de muraille où il se cachait : l'Esprit du Mal cède à la Force Justicière.

Ainsi, sans effort apparent, l'Eau de la Reine chasse les impuretés et rétablit dans l'organisme un harmonieux équilibre.

Les explications physiologiques n'en sont pas difficiles à donner. Mais on doit reconnaître qu'il existe toujours une part d'inconnu dans le génie des eaux, essence mystérieuse qui varie d'une source à l'autre.

Aussi bien, à la place de clichés un peu usagés, je préfère transcrire le propos d'une brave Marseillaise devant qui l'on s'étonnait qu'un peu d'eau pût faire tant de bien : « Eh bé ! elle vous décrasse « le dedans comme le dehors ! Avec elle, pas besoin « de savon ! »

Cette remarque, même sans l'accent ne manque pas de saveur, ni de justesse. En effet, et on ne l'a jamais dit, à ma connaissance, l'Eau de la Reine de Vals a une action topique sur la peau. Employée en lavages de tête, elle fait disparaître les squames pelliculeuses, et même la séborrhée grasse, affection désespérante. Mieux encore ! Donnée en boisson avec un peu de bon sirop de myrtilles, de pommes, ou d'orgeat, *chez les nourrissons diarrhéiques et eczémateux*, si l'on ajoute des applications locales de la même eau, les résultats sont d'une rapidité incomparable.

Moralité : l'Eau de la Reine agit en souveraine à l'extérieur comme à l'intérieur, intus et extra.

Confrères, veuillez vérifier !

Septembre 1937.

Dr D. H.



SANS COMMENTAIRES !

Un de nos confrères de Seine-Inférieure nous communique un tract répandu à profusion sur les marchés de la région. Nous nous contenterons de reproduire la première page à titre documentaire.

L'Abbé CHAUPITRE
est le Précurseur et le Vulgarisateur de l'Homéopathie complexe
(*suit le portrait de l'abbé*)

Monsieur l'Abbé Chaupitre, qui a maintenant 74 ans, a fait *à Rennes de la* Médecine illégale *pendant près de vingt-cinq ans.*

Si ses médicament n'avaient pas été tout simplement merveilleux, il y a longtemps que les malades, le considérant comme un charlatan, lui auraient tourné le dos.

Au contraire, son succès fut sans précédent et il est parti avec l'estime et la reconnaissance de tous.

Suivent des attestations de guérison dont deux émanant de médecins dont l'un s'intitule disciple et successeur de l'Abbé Chaupitre.

L'Abbé Chaupitre est bien connu du Syndicat des médecins de l'Ille-et-Vilaine et de l'Office pour la répression de l'exercice de la médecine illégale.

CORRESPONDANCE

ASSURANCES SOCIALES

7.121. — L'inobservation des formalités entraîne-t-elle déchéance du droit aux prestations maternité ?

J'ai encore recours à votre obligeance pour étudier le cas d'une de mes clientes (assurée sociale en règle pour ses cotisations maternité), qui est venue en temps utile me faire constater son état de grossesse. Je lui ai garni la carte destinée à aviser la Caisse dont elle dépend de son état de grossesse et de la date probable de l'accouchement.

Il paraît que, dans ce document, j'ai oublié d'indiquer à quelle époque ma cliente devrait cesser tout travail. Or, la Caisse lui refuse maintenant les six semaines d'indemnité journalière pré-natale en se retranchant derrière le prétexte de cette omission.

J'ai eu beau, dès que l'intéressée a été avisée de cette mesure, fournir un certificat établissant la réalité de l'arrêt du travail (ceci s'est passé après la naissance de l'enfant), rien n'a pu vaincre le refus de l'Administration.

Je pense qu'en premier lieu, on ne saurait pénaliser cette personne pour une erreur que j'ai commise, qu'en second lieu, c'était à la Caisse qu'il appartenait,

au reçu de ma carte d'avis de grossesse, de solliciter les indications que j'avais pu ne pas fournir.

Enfin, il me paraît que ces six semaines d'indemnité pré-natale ont un caractère d'automaticité qui doit rendre leur attribution indépendante d'une circonstance aussi fortuite qu'un simple lapsus calami.

Puisque la Caisse savait par mon certificat, la date probable de l'accouchement, il me semble qu'elle pouvait par ses propres ressources déduire à quelle époque devaient commencer les six semaines du repos pré-natal. Elle pouvait donc exercer le contrôle qu'elle prétend n'avoir pas pu effectuer faute de renseignements omis.

Dr G.

Réponse

D'après l'art. 9, parag. 7 du décret-loi du 28 octobre 1935 sur les Assurances sociales, l'assurée doit, sous peine de déchéance du droit aux prestations, justifier auprès de sa Caisse de la première constatation médicale de la grossesse, quatre mois au plus tard avant la date présumée de l'accouchement, et se conformer aux prescriptions édictées par la Caisse d'assurances dans son règlement intérieur, notamment en ce qui concerne les visites pré-natales, post-natales et la fréquentation régulière des consultations maternelles et de nourrissons.

Or, parmi les prescriptions du règlement intérieur-type telles qu'elles ont été établies par l'arrêté ministériel du 30 janvier 1937, ne figure nullement l'obligation pour l'assurée de faire connaître l'époque à laquelle elle doit cesser tout travail. Par conséquent, l'oubli de cette formalité n'entraîne pas obligatoirement la déchéance du droit aux prestations. En effet, pour toutes les formalités non prévues par l'art. 9, parag. 7 précité, il y a lieu d'appliquer la jurisprudence de la Cour de cassation, d'après laquelle l'inobservation des prescriptions imposées par le règlement des Caisses aux assurés qui y sont affiliés, ne saurait être considérée comme entraînant dans tous les cas une déchéance des droits desdits assurés. Il convient au coutraire de tenir compte des circonstances de fait et des conséquences que le manquement peut avoir en ce qui concerne les intérêts légitimes de la Caisse (Cour de cassation, Chambre civile, 28 novembre 1933. *D. H.*, 1934, p. 101).

En l'espèce, puisque l'oubli a été réparé ultérieurement et que la Caisse, par son contrôle médical, pouvait facilement apprécier si l'assurée était ou non en état de continuer le travail, nous estimons que l'oubli de la date de cessation du travail ne saurait préjudicier gravement aux intérêts de la Caisse et ne peut motiver un refus absolu des prestations en espèces.

Nous conseillons donc à votre cliente de pour-

suivre sa Caisse devant la Commission d'arrondissement de son siège, par lettre recommandée adressée au président de cette Commission, dans les dix jours de la notification du refus, à peine de forclusion.

7.127. — Refus illégal par un maire des bons de visite à un assuré indigent

J'ai accouché une femme, dont le mari est assuré social assisté, d'un sixième ou septième enfant. Jusqu'à présent la mairie avait délivré à chaque accoucheur le bon payable au médecin par la Préfecture à 375 francs (maintenant 325 francs). Or, cette fois sous prétexte que cette femme touchera une somme relativement importante des Assurances sociales, de la Caisse de compensation, etc., la mairie refuse le bon et lui dit de payer le médecin.

Or, de toute évidence cela ne sera pas, cette femme, habituée à être assistée, quelle que soit la somme touchée par elle, ne me paiera pas, surtout que, dans ce cas je serais obligé de lui faire payer le tarif syndical minimum soit 500 francs.

La mairie ne doit-elle pas délivrer le bon d'office puisqu'il s'agit d'une famille assurée assistée ?

D'autre part, en donnant le bon, la mairie fait-elle une dépense particulière. Il me semble que non, car, en tout état de cause, ce doit être la Caisse d'assurances sociales qui, sur les 325 francs verse au moins les 240 francs réglementaires ? (qu'elle rembourse à toute assurée sociale). Vous seriez bien aimables de me faire connaître votre avis, car cela va constituer un précédent dont j'aurais à tenir compte, dans l'avenir. Dr D.

Réponse

Aux termes de l'article 19 du décret-loi instituant le nouveau régime des Assurances sociales, les assurés indigents et les membres de leur famille peuvent être inscrits sur les listes d'assistance dans les conditions de la loi du 15 juillet 1893. En principe, d'après l'article 13 de la loi en question, l'inscription doit être nominative pour chacun des membres de la famille. Toutefois, la Circulaire interministérielle du 28 août 1937, parue au *Journal officiel* du 2 septembre, page 10140, rappelle que si l'inscription est nominative, elle doit comporter obligatoirement, quand il s'agit d'un assuré social, celle des membres de sa famille qui sont indigents comme lui et qui ont, au sens du décret-loi du 28 octobre 1935, la qualité d'ayants droit. Il en résulte donc que l'inscription du chef de famille assuré social sur les listes d'assistance, entraîne automatiquement celle de son conjoint et de ses enfants à charge.

En l'espèce, une seule chose doit donc importer au sujet de la délivrance du bon d'assis-

Voir la suite page XLVII-2931

PROPOS DU JOUR

Le Docteur D'ARSONVAL

Hommage à un grand savant

L'exposition de 1937 est le triomphe de l'électricité et parmi ceux qui ont le plus contribué à ce triomphe est, au premier rang, le Docteur d'Arsonval. Nous disons Docteur, car c'est de ce seul titre que cet illustre savant, professeur au Collège de France, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, ait voulu faire précéder son nom et sa signature.

La meilleure manière d'honorer un grand homme est de raconter sa vie et d'exposer son œuvre. C'est ce qu'a fait le Docteur Louis Chauvois en écrivant un remarquable livre intitulé : D'Arsonval. *Soixante ans à travers la Science* (1). Le Docteur Louis Chauvois, élève, ami et admirateur de d'Arsonval, pouvait mieux que tout autre conter la vie et résumer l'œuvre immense de l'auguste et savant vieillard dans l'intimité duquel il a pénétré. Il a fréquenté le magnifique laboratoire de physique biologique des Hautes-Etudes de Nogent-sur-Marne où depuis 1909, vit et travaille d'Arsonval. Cette institution, admirablement outillée, a remplacé avantageusement le laboratoire de la rue Claude-Bernard sur l'emplacement duquel a été élevé l'Institut agronomique, le petit laboratoire improvisé au nº 25 de la rue de la Montagne-Sainte-Geneviève où dans sa jeunesse d'Arsonval fit ses premières recherches avant de les continuer en 1883 dans le laboratoire de physique biologique de la rue Saint-Jacques et d'occuper au Collège de France, le *Caveau* misérable et célèbre où il avait, comme préparateur, collaboré avec Claude Bernard.

***

Arsène d'Arsonval naquit en 1851, au manoir de la Borderie, commune de la Porcherie dans cette région du Limousin qui donna tant d'illustres médecins et savants à notre pays. Citons les grands chirurgiens Boyer, d'Uzerche, Dupuytren et le physiologiste Lagrange, de Pierre-Buffières, Jean Cruveilhier, de Limoges, Gay-Lussac, de Saint-Léonard, etc.

Le père d'Arsène d'Arsonval était médecin de campagne. Il avait été l'élève de Dupuytren et le préparateur bénévole de Laënnec. Le grand-père d'Arsonval était docteur en médecine de Toulouse et avait exercé lui-même à La Borderie. Il avait épousé Mlle de Beaune, filleule de Napoléon Ier qui avait été élevée à Ecouen. La famille d'Arsonval était de vieille souche ; originaire de Champagne, elle remontait au XIVe siècle. Au XVIIe siècle, une branche avait émigré en Limousin. Le blason était composé d'armes parlantes, un javelot (dard), une cloche (son) et un ovale. Il était suivi de la fière devise :

> Paraître ne veux
> Quand être je peux.

Arsène d'Arsonval était le huitième d'une famille de neuf enfants. Un de ses frères, médecin, exerça à Tulle.

Elève à l'école communale de la Porcherie jusqu'à 11 ans, il fut au petit séminaire de Brive-la-Gaillarde, jusqu'à 14 ans, rentra en quatrième au lycée de Limoges où il eut comme condisciples, le neurologiste Gilbert-Ballet, le pédiatre Paul Comby, l'aliéniste Wallon, Couty qui fut préparateur de Vulpian et finit professeur à Buenos-Ayres, Augustin Charpentier qui devint professeur de physique médicale à Nancy, tous Limousins et savants distingués. Reçu bachelier ès sciences en 1869, il vint à Paris au Collège Sainte-Barbe. Le directeur Dubief le fit entrer en mathématiques spéciales pour préparer Polytechnique. La guerre de 1870 supprima cette année le concours. D'Arsonval, à son corps défendant, orienta différemment ses études. Son père l'engagea à prendre des inscriptions à l'Ecole de médecine de Limoges. Il y devint interne et préparateur de Bouillant, professeur de physiologie. Pendant son internat à Limoges en 1871, à 20 ans, il fit la connaissance d'une jeune veuve, mère d'une petite fille, et l'épousa. Le très jeune ménage vint à Paris. Externe des hôpitaux en 1873, il suivit le cours de Claude Bernard au Collège de France.

Un hasard heureux lui ouvrit le laboratoire du grand physiologiste. Au cours d'une expérience pendant une leçon au Collège de France, un galvanomètre se détraqua. D'Arsonval offrit de le réparer. Claude Bernard, surpris de l'habileté du jeune étudiant, l'emmena chez lui, 40, rue des Ecoles, l'interrogea sur ses études, sa famille, en fit son élève et peu après son préparateur. Il vécut désormais dans le célèbre *Caveau* qui servait de laboratoire à Claude-Bernard, caveau que fréquentaient Pasteur, Berthelot, Paul Bert, Marey, etc., où il vit venir Victor-



(1) Editions J. Oliven, Paris, ouvrage de 437 pages illustré de 150 figures.

Hugo, Alexandre Dumas fils, Renan, Chevreul, A.-C. Becquerel, le Père Didon, G. Clemenceau, etc., etc.

Tout en collaborant aux travaux de Claude Bernard, d'Arsonval continua ses études médicales. Il fut externe de Jaccoud, à Lariboisière, d'Archambaud à l'Enfant-Jésus, de Bayer à l'Hôtel-Dieu où il fit la connaissance de Roux, le futur directeur de l'Institut Pasteur. Le 6 août 1877, il passa sa thèse de doctorat en médecine sous la présidence de Gavaret, le sujet était : *Recherches théoriques et expérimentales sur le rôle de l'élasticité des poumons dans les phénomènes de la circulation.*

Après la mort de Claude-Bernard (1878), d'Arsonval resta le préparateur de son successeur Brown-Séquard. En 1881 il fut appelé à suppléer son maître au Collège de France et Paul Bert, alors ministre de l'Instruction publique, créa pour lui le laboratoire de physique biologique qui devint le laboratoire de Nogent, construit grâce à une souscription nationale.

Des dissentiments l'avaient séparé pendant quelque temps de Brown-Séquard et Marey l'avait accueilli, mais cela ne dura pas ; Brown-Séquard lui demanda lui-même de le suppléer, l'associa à ses travaux sur les extraits d'organes et il devint son successeur dans cette chaire de médecine du Collège de France, illustrée par Portal, Corvisart, Laënnec, Magendie, Claude Bernard, Brown-Séquard et où Ch. Nicolle devait lui succéder quand sonna pour d'Arsonval l'âge de la retraite à 80 ans, en 1930, et qu'on lui conféra l'honorariat. En 1888, d'Arsonval avait été élu à l'Académie de médecine. En 1894 il était entré à l'Institut par l'Académie des sciences qu'il présida en 1917.

A 64 ans, pendant la guerre, il collabora très activement aux services des poudres et des explosifs et fit bénéficier les blessés de l'hôpital du Jardin Colonial dont son élève, le Docteur Bordas, était médecin en chef, de sa haute compétence en électricité et en radiologie pour la recherche des projectiles dans les tissus.

Il fut acclamé président d'honneur de la Société d'actinologie et lorsque la nouvelle Académie de chirurgie fut créée, il fut inscrit parmi ses tout premiers membres.

En 1925, lors de son élévation à la dignité de grand officier de la Légion d'honneur, d'Arsonval fut l'objet d'une grande manifestation, prélude du Jubilé qui eut lieu le 27 mai 1933, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne où, en présence du Président de la République, M. A. Lebrun, sous la présidence du ministre de l'Education nationale, M. de Monzie, les délégués de très nombreuses sociétés savantes françaises et étrangères se joignirent à ses collègues, à ses élèves, à ses admirateurs, pour rendre un hommage touchant à l'octogénaire, Grand Croix de la Légion d'honneur, qui, avec une verve juvénile, répondit aux éloges dont il fut l'objet.

Si M. d'Arsonval put mener à bien ses recherches, c'est qu'il trouva à son foyer la compagne dévouée, la collaboratrice indispensable à sa vie calme et méditative de grand savant. Encore interne à l'hôpital de Limoges, il avait épousé une jeune veuve, mère d'une fillette de trois ans. Cette première épouse mourut après vingt ans de vie conjugale sans nuages. La jeune fille, belle-fille et pupille de M. d'Arsonval, remplaça sa mère dans la maison, si bien que ce dernier, mû par un sentiment plus tendre, la décida à l'épouser et Mme d'Arsonval s'ingénia à assurer à l'homme de science le paisible bonheur qui fut la meilleure récompense de sa vie laborieuse.

***

Nous ne saurions ici résumer même succinctement l'œuvre de d'Arsonval, nous renvoyons ceux de nos lecteurs qui désireraient en avoir connaissance au livre si documenté du Dr L. Chauvois. Nous nous contenterons d'énumérer ses principaux travaux :

Ses premières études eurent trait à la calorimétrie, à l'industrie des étuves et aux régulateurs thermiques. Il fit ensuite des recherches sur l'électricité dans ses rapports avec les organismes vivants, construisit le galvanomètre apériodique, un électro-cardiographe, des oscillographes cathodiques. Il imagina le muscle artificiel, étudia les organes électriques de certains poissons.

A l'Exposition et au Congrès d'électricité de 1881, il collabora avec Desprez pour la réalisation du transport de l'énergie électrique à distance.

De 1889 à 1894, il créa l'opothérapie avec Brown-Séquard, inventa la voltaïsation sinusoïdale, étudia la mort par l'électricité.

Il s'intéressa aux essais de navigation aérienne de Santos-Dumont, au moteur à explosion de Fernand-Forest, à l'automobile avec ses amis Panhard, Levassor et Bunau-Varilla.

De 1890 à 1914, il fit ses remarquables recherches sur la haute fréquence, publia son mémoire sur la néo-diathermie à ondes courtes. Benedikt, de Vienne, dénomma *Darsonvalisation* l'application thérapeutique de cette découverte. Il construisit avec Gaiffe le meuble de haute fréquence qui peut servir de générateur de rayons X (1904). Il étudia les corps radio actifs, collabora avec Georges Claude et l'encouragea dans ses essais industriels de l'air liquide. Il imagina les récipients à parois de vide (bouteille thermos).

Il organisa le 15 février 1913, une manifestation en l'honneur de Ch. Tellier « le père du froid industriel », inventeur génial, oublié et méconnu. Après la guerre, il s'efforça de perfectionner la diathermie, déjà employée en chirurgie par Doyen et dont Jos. Rivière et Keating-Hart avaient été les précurseurs en 1906. On doit à d'Arsonval les principes sur lesquels reposent la réalisation des appareils électro-coagulateurs, la diathermie, le bistouri électrique, l'effluvation, l'étincelage, les appareils à haute fréquence à trains d'ondes amorties, le bistouri électrique à section froide (Heitz-Boyer).

Cette simple énumération montre que les travaux du Professeur d'Arsonval ne bornent pas leurs applications à l'électrothérapie, à la médecine et à la chirurgie, mais aussi à l'industrie, comme l'exposèrent éloquemment, lors de son jubilé, à la Sorbonne, MM. Langevin et Georges Claude au nom du Collège de France et de l'Académie des sciences.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE

(Hôpital des Enfants-Malades)

Quelques malades vus à la consultation du lundi [1]

Par M. le Professeur Ombrédanne

Cette fille âgée de dix ans présente une tuméfaction considérable au niveau du maxillaire inférieur, apparue il y a trois mois : on constate l'existence de deux fistules localisées sur la face inférieure du menton. On peut hésiter entre la séquelle d'une ostéomyélite et une poussée de tuberculose osseuse, et pour trancher le diagnostic, il faut rechercher l'adénopathie au niveau du cou : une ostéo-tuberculose s'en accompagne toujours ; dans notre cas, l'adénopathie fait entièrement défaut, il s'agit donc d'une *ostéomyélite*. En examinant la cavité buccale de cette enfant, on voit qu'une molaire du côté droit fait défaut : à ce niveau la muqueuse du rebord alvéolaire est détruite et on voit émerger une masse de consistance osseuse, sensible au toucher, de coloration légèrement verdâtre. Ce fragment osseux est mobile — il s'agit évidemment d'un séquestre libre de l'ostéomyélite que l'on doit extraire. On est en présence d'une ostéomyélite avec tendance à la séquestration et, par conséquent aux fistules. Comment faut-il la traiter ? Dans ce cas, la vaccinothérapie est sans effet appréciable ; seules les ostéomyélites des nourrissons sont nettement influencées par les stock-vaccins polyvalents. La question de l'intervention précoce ne se pose pas ici, car l'affection date déjà de trois mois, et nous sommes arrivés à un stade d'évolution de la maladie où des interventions à caractère radical ne sont plus de mise ; les fistules se sont déjà établies et la suppuration chronique est installée. Il faut savoir s'il y a des séquestres libres à l'intérieur de l'abcès : ils peuvent être mis en évidence par deux modes d'exploration : au moyen du stylet, introduit à travers une fistule ou par l'examen radiographique. En telle place, et à ce moment d'évolution, un séquestre ne doit être enlevé que s'il est mobile, autrement on risque en séparant l'os mort de l'os vivant ou de laisser un fragment de l'os mort ou de trancher dans l'os vivant ce qui aurait pour résultat une nouvelle poussée d'ostéomyélite. La présence d'un séquestre mobile décelable à la radiographie ou accessible au stylet, commande l'intervention : on taille une large ouverture dans la coque osseuse engaînant le séquestre et en l'enlevant on pratique un nettoyage soigneux à la curette pour enlever les fongosités : après ce traitement, il n'est pas rare d'observer une guérison rapide.

Chez cette malade, nous allons extraire le séquestre libre mobile que l'on voit apparaître dans la bouche : une pince y suffira. Mais nous attendrons l'épreuve radiographique pour savoir s'il existe d'autres séquestres à la partie inférieure de la mandibule ; pour ceux-ci rien ne presse, et nous attendrons leur complète mobilité pour les extraire.

***

Ce bébé âgé d'un mois présente une tumeur très volumineuse bosselée, d'une teinte bleutée, siégeant à la partie latérale du cou : le diagnostic s'impose à simple inspection, c'est le *kyste séreux congénital*. Depuis les travaux de Lannelongue et Achard, on le désigne sous le nom de lymphangiome kystique du cou. Dans notre cas, le volume du kyste est égal à la moitié du volume de la tête de l'enfant ; parfois, le volume est encore plus considérable. Si la tumeur kystique est de grosseur modérée, elle est recouverte par un revêtement cutané normal. Dans notre cas, la peau est amincie par distension et présente une coloration bleuâtre, elle n'adhère pas à la tumeur et peut être pincée à sa surface. La consistance du kyste est molle et semble uniforme, on perçoit facilement la fluctuation. La tumeur est irréductible et ne se modifie pas pendant les cris, on ne sent pas d'impulsion. Le kyste paraît constitué par une poche unique, mais on sait qu'il existe toujours d'autres kystes parfois de dimension minime. Le lymphangiome kystique est toujours multiloculaire, mais tantôt une des poches a pris une prédominance excessive et le kyste se manifeste clinique-

(1) Résumé par Mme le Dr Rodzevitch.

ment sous aspect uniloculaire, tantôt les poches sont presque de même volume et on observe un kyste bilobé ou multilobé.

Le kyste séreux congénital est une tumeur constituée par une transformation kystique du système des vaisseaux lymphatiques. Elle s'apparente ainsi aux lymphangiomes diffus dont les observations sont si fréquentes : le lymphangiome diffus est pour les vaisseaux blancs ce qu'est l'angiome pour les vaisseaux rouges ; il y a à la fois néo-formation et malformation. Le lymphangiome est une néoplasie bénigne : elle ne récidive pas après ablation complète et ne se généralise jamais.

Le lymphangiome kystique est capable de s'accroître rapidement et il est susceptible de régressions partielles et passagères, après lesquelles le kyste revient à son volume antérieur. Dans un cas, nous avons même observé une régression telle que la guérison spontanée semble s'être produite ; mais en règle très générale, il s'agit seulement de la variabilité de volume, signe caractéristique et presque constant des kystes séreux congénitaux.

La transformation maligne du lymphangiome n'a pas été signalée. Il peut se compliquer d'une infection et d'une suppuration en apparence spontanée ; les relations du lymphangiome kystique avec les vaisseaux lymphatiques expliquent la possibilité d'une infection venue par la circulation générale d'une autre région de l'organisme. Nous avons vu apparaître cette infection au cours d'une scarlatine et d'une rougeole. Alors, la masse kystique devient douloureuse, chaude et rouge, la température s'élève ; finalement, la peau s'amincit, devient violacée et s'ulcère ; le pus s'écoule par cette ouverture.

Quel est le traitement du lymphangiome kystique ? Le seul procédé de traitement est l'extirpation chirurgicale. L'énucléation des lobes périphériques du kyste n'est point difficile ; au contraire, le point d'implantation est parfois assez étendu ; il est toujours situé le long d'une des grosses veines de la région, en particulier le long de la veine jugulaire interne. C'est le long de ce vaisseau que le lymphangiome semble s'implanter le plus souvent ; le clivage devient plus difficile à ce niveau. Il existe très souvent un chapelet ganglionnaire le long de la veine en question.

Ces ganglions sont plus gros que des noyaux de cerise, roses, assez fermes, sans périadénite. Les examens histologiques de ces ganglions nous ont toujours montré qu'il s'agit d'une hypertrophie simple, d'une malformation congénitale du même type que le lymphangiome, d'une adéno-lymphocèle ; il n'est pas nécessaire de les enlever. Le lymphangiome kystique doit être extirpé en totalité : dans le cas contraire, une lymphorragie persistante s'installe, suivie rapidement d'une infection de la zone d'exérèse.

L'extirpation du lymphangiome doit être pratiquée avec le maximum d'asepsie, contrairement à d'autres opérations de la face et du cou, où une asepsie relative n'est jamais suivie d'une infection post-opératoire. De sorte que, pour avoir de bons résultats, le lymphangiome doit être extirpé complètement dans les conditions d'une asepsie rigoureuse. Les traitements par les agents physiques et par les injections modificatrices n'aboutissent à aucun résultat. Il n'est pas question d'appliquer les rayons γ de radium sur la région cervicale d'un si jeune enfant étant donnée la proximité du corps thyroïde.

A quel âge faut-il intervenir ? Autant que possible, il faut attendre que la première année se soit écoulée : l'intervention précoce laisse des cicatrices disgracieuses à cause de la mauvaise qualité autoplastique de la peau des très jeunes enfants. Donc, on ne doit pas se presser d'intervenir chez ce bébé à moins que le kyste ne présente une augmentation de volume excessive et rapide à un moment donné.

***

Le nez du bébé que voici est augmenté de volume et il est de coloration bleuâtre : il s'agit évidemment d'un angiome à type veineux qui occupe non seulement le dos du nez, mais aussi la majeure partie des ailes nasales. Il semble bien que les angiomes de la face siègent le plus souvent sur les traces de la soudure des lignes de coalescence embryonnaire : suivant la dénomination de Wirchow ce sont des angiomes fissuraires. Ce sont donc des embryomes. Il est impossible de superposer exactement les stades évolutifs embryonnaires aux formes anatomiques définitives, mais il est néanmoins possible d'établir une correspondance approximative des lignes de soudure avec la topographie faciale de l'enfant. *L'angiome du dos du nez* occupe la ligne médiane et dépend vraisemblablement d'un enclavement sur la grande fissure dorso-cranienne médiane, qui a présidé à la formation ectodermique du cerveau et de la moelle. Dans notre cas, l'angiome intéresse la totalité du nez, présente un volume considérable — de ce fait, malgré l'âge de l'enfant, qui n'a que 5 mois, j'estime qu'il faut pratiquer l'exérèse de cet angiome à développement trop rapide. En général, comme dans le lymphangiome kystique du cou, il vaut mieux intervenir après la fin de la première année. Dans l'angiome, seul le traitement chirurgical donne des résultats satisfaisants ; les autres traitements sont incertains et entraînent des cicatrices très apparentes. La curiethérapie appliquée sur la tête de si jeunes enfants est fort dangereuse ; l'action presque élective des rayons γ sur les cellules jeunes est susceptible de déterminer une atteinte cérébrale

et, de ce fait, l'enfant débarrassé de l'angiome peut être exposé plus tard à une sérieuse déficience cérébrale.

Nous ne pouvons admettre l'application de la curiethérapie sur la face d'un jeune enfant et nous la rejettons systématiquement.

***

Ce garçon âgé de 6 ans est atteint d'une forme typique *d'extrophie de la vessie* : il existe au niveau de la région hypogastrique une tumeur rouge suintante, dont le volume égale celui d'une orange. On voit au niveau de son tiers inférieur deux petites éminences coniques, percées en leur centre d'un orifice punctiforme, ce sont des caroncules d'abouchement des uretères. L'urine jaillit en courtes éjaculations par ces deux orifices. Au-dessus de la vessie exstrophiée, il existe quelques rides cutanées, constituant l'ébauche de l'ombilic. En général, l'ombilic fait entièrement défaut dans cette malformation. Les organes génitaux externes sont rudimentaires et il est souvent difficile d'apprécier le sexe : cependant, il existe un signe constant qui nous permet de nous prononcer — chez le garçon, le tubercule génital est toujours unique, chez la fille, il est divisé en deux, chacune de ces petites formations réprésentant un demi-clitoris.

L'exstrophie de la vessie, en raison d'une incontinence absolue de l'urine, n'est pas compatible avec une vie sociale acceptable : l'enfant ne peut aller à l'école, car obligé d'être garni de tissus absorbants, il répand autour de lui une odeur nauséabonde qui fait de lui un objet de répulsion. Les dispositifs mécaniques ne parviennent pas à recueillir assez exactement, les urines qui suintent continuellement.

Au point de vue chirurgical, plusieurs opérations ont été proposées — abouchement des deux uretères à la peau de la région lombaire, reconstitution autoplastique d'une paroi vésicale antérieure après fistulisation de la vessie au périnée, ou fabrication autoplastique d'un nouveau réservoir urinaire aux dépens de segments intestinaux isolés : ces opérations sont d'une gravité extrême et comportent une mortalité très élevée. Il semble que l'abouchement des uretères dans l'S iliaque donne de meilleurs résultats. Cette opération, réminiscence de l'opération de Senion d'Heidelberg, a été très améliorée par la précision de certains points de technique dus à Coffey, et qui donnent à l'intervention un caractère de sécurité relative. Dans l'implantation des uretères suivant la technique de Coffey, on doit faire parcourir à l'uretère un trajet interstitiel long de 5 cent. dans l'épaisseur de la paroi colique avant de le faire déboucher à l'intérieur de l'intestin ; à ce moment, on transfixe l'uretère et la muqueuse intestinale au moyen d'un fil de lin qui réalise l'anastomose par section spontanée du fil au bout de quelques jours. On n'implante qu'un seul uretère à la fois au cours d'une même opération ; on ne s'attaque au second uretère qu'après avoir acquis la certitude que le premier fonctionne. Ce procédé donnerait une relative sécurité, mais il n'est pas rare d'observer des échecs au cours de l'implantation du second uretère. La mortalité de cette opération est encore de 30 % ; donc, les risques opératoires restent très graves. A cause des épouvantables infirmités qu'engendre l'exstrophie de la vessie, j'estime qu'on est pourtant autorisé à recourir à la dérivation d'urine dans l'S iliaque suivant la technique préconisée par Coffey. Même si l'opération a réussi, la pyélonéphrite continue à menacer ces malformés et les condamne le plus souvent à une fin précoce.

***

Chez cet autre enfant, nous sommes en présence d'une malformation congénitale qui constitue un degré moins accentué de l'exstrophie vésiculaire — c'est *l'épispadias*. En effet, les notions embryologiques nous montrent que l'exstrophie de la vessie se manifeste à la suite d'un arrêt de développement, de mésodermisation de la paroi antérieure de l'embryon ; l'arrêt de mésodermisation peut intéresser les différentes régions de la paroi abdominale antérieure et donner lieu à une série de lésions congénitales. Lorsque l'aplasie s'étend de la région ombilicale au tubercule génital on observe l'exstrophie complète de la vessie ; l'aplasie localisée entre le bas de l'hypogastre et le tubercule génital donnera lieu à une exstrophie incomplète dite rétro-symphysaire, n'ouvrant que la moitié inférieure de la vessie ; l'aplasie plus basse encore engendre l'épispadias.

A PROPOS DE LA MESURE DU TEMPS DE COAGULATION DU SANG

Professeur Maurice PERRIN (Nancy) et Professeur agrégé HANNE (Strasbourg)

Nous avons exposé notre technique personnelle à la Réunion biologique de Nancy ; elle a été publiée dans les comptes rendus de la Société de biologie, séance du 28 novembre 1922, tome LXXXVII, page 1215, sous le titre : « Méthode pratique d'appréciation du début macroscopique de la coagulation du sang ».

Nous avons signalé en 1922, comme le Docteur Grimbert le signale en 1937, la possibilité d'ajouter aux procédés classiques la recherche, sur des gouttes de sang placées sur des lames de verre, du moment où une tige effilée entraîne un filament de fibrine. Il n'y a entre la description du Docteur Grimbert et la nôtre que les différences de détails que voici.

Nous avons demandé une quinzaine de gouttes de sang, alors qu'il en demande deux ou trois, car il faut éviter d'avoir à toucher trop souvent *la même goutte. M. Grimbert cherche à* attirer en l'air le filament fibrineux (d'après sa figure explicative) ; nous-mêmes avons cherché *à obtenir ce filament sur le bord* des gouttes, tout en évitant l'erreur que pourrait donner un liseré de sang desséché. Nous admettons volontiers que le soulèvement du filament est un geste plus élégant et plus démonstratif.

Lorsque nous avons signalé cette possibilité de rechercher, avec un fin stylet, l'apparition du premier filament de fibrine entraîné, nous étions en train d'étudier le « Rôle antihémorragique de l'extrait d'hypophyse » et de constater qu'une action coagulante s'ajoute à ses effets dynamiques dans la plupart des cas où son introduction intraveineuse jugule les hémoptysies (XVI[e] Congrès de médecine, Paris, octobre 1922, *Paris Médical*, thèse de M. Stéfanovitch, etc.). Les circonstances thérapeutiques nous faisaient étudier la coagulation du sang obtenu par ponction veineuse ; celle-ci me procure des résultats plus précis que la piqûre du doigt ou du lobule de l'oreille, à cause des substances que la peau abandonne au sang et qui activent sa coagulation. Nous pensons toutefois que le rôle de la peau n'est pas un argument suffisant pour qu'il faille recourir à la ponction veineuse dans la pratique courante, et nous n'utilisons habituellement que le procédé de Milian. Il faut seulement dire toujours quelle méthode a été employée et se souvenir que, sur lame, le sang de la piqûre de a peau se coagule normalement en 15 minutes environ, alors que le sang retiré par ponction veineuse n'est gélifié qu'en 25 à 50 minutes.

Nous avons conseillé de mettre une cloche au-dessus des lames de verre et d'opérer à une température constante et voisine de 15°, si possible, comme cela avait été déjà recommandé par certains, car le froid ralentit la coagulation, la chaleur et l'évaporation l'accélèrent.

Nos chiffres de 1922 ont été en général plus longs que les chiffres récents de A. Grimbert. Nous avons noté le premier filament fibrineux après 15, 20 minutes, ou plus ; il l'a observé au bout de 4 à 5 minutes. Ces différences tiennent à ce que nous avons utilisé du sang de ponction veineuse et placé les lames sous cloche.

Très importante est, à notre avis, la différence d'appréciation suivante. Le Docteur A. Grimbert dit : « Par ce procédé, le temps de coagulation normal est de quatre à cinq minutes ». Nous avons écrit jadis : « aussitôt qu'un fin filament non dissociable apparaît, la coagulation est considérée comme commencée » ; on pourrait dire qu'elle est commencée déjà auparavant, mais il s'agit, dans de telles recherches, de phénomènes faciles à constater objectivement, et c'est ce qu'exprimait notre titre : méthode pratique d'appréciation du début macroscopique de la coagulation du sang. Nous tenons à ce mot « début », car le filament apparaît bien avant le moment où les gouttes de sang ne se déforment plus, moment qui est classiquement le terme du délai appelé « temps de coagulation ».

Comme nous l'avons dit ci-dessus, dans la pratique courante, nous utilisons surtout le procédé de Milian (sans le compléter par notre technique de 1922). La simplicité de ce procédé et l'approximation suffisante qu'il donne le rendent précieux au lit du malade et dans le cabinet du médecin. Il est le plus pratique lorsqu'on veut faire des examens répétés et en série (par exemple, recherches de M. Perrin et A.-M. Binet sur la coagulation du sang des tuberculeux). Nous en sommes finalement arrivés à considérer la recherche du premier filament fibrineux comme un complément intéressant de l'observation, mais aussi comme une complication opératoire ayant peu d'intérêt pratique.

Doit-on retenir cette recherche comme un procédé spécial méritant de porter un ou plusieurs noms propres ? S'il en était ainsi, nos quinze ans d'antériorité nous feraient revendiquer nos droits de priorité, sous réserve, bien entendu que des travaux antérieurs ne seront pas exhumés ! Mais nous estimons qu'il ne faut pas encombrer la littérature médicale de vocables inutiles, sauf en cas de découvertes sensationnelles ou de techniques remarquables.

QUE CONCLURE D'UNE CUTI-RÉACTION A LA TUBERCULINE NÉGATIVE ?

Par

Max Fourestier et R. Fasquelle Saint-Yves Ménard

Chef de Clinique à la Faculté de médecine de Paris

Interne des Hôpitaux de Paris

L'épreuve de la cuti-réaction à la tuberculine est entrée dans la pratique courante ; apanage autrefois des phtisiologues, elle a d'abord été adoptée par les pédiatres ; aujourd'hui, tout praticien doit savoir faire et interpréter une cuti-réaction à la tuberculine. L'Académie de médecine ne vient-elle pas d'adopter le vœu suivant de M. Lesné : « Chez l'enfant, la cuti-réaction à la tuberculine doit être répétée aussi longtemps qu'elle reste négative, au moins une fois par an, par le médecin de famille, ou, à défaut, par le médecin d'école. Une attestation sera demandée au début de chaque année scolaire » ?

Or, dans les résultats de la cuti-réaction, c'est bien souvent la réponse négative de l'épreuve, qui est la plus difficile à interpréter.

***

Première question donc : quand une cuti-réaction à la tuberculine doit-elle être considérée comme négative ? Au risque de paraître insister sur quelque chose d'évident, nous n'hésitons pas à dire que la première condition est que la cuti-réaction soit bien faite ; malheureusement, ce n'est pas toujours le cas. Cette intervention, si simple en apparence, exige de multiples précautions : le mieux est d'être fidèle à la technique, préconisée par l'inventeur même de la cuti-réaction, von Pirquet (1906) :

Déposer, sur la peau du bras, une goutte de tuberculine (tuberculine brute de l'Institut Pasteur) ; à travers cette goutte, à l'aide d'un vaccinostyle stérile, pratiquer une scarification, juste assez profonde pour laisser perler une goutte de sang ; sur le bras opposé, à l'aide d'un autre vaccinostyle, faire une scarification témoin, sans tuberculine. Laisser la tuberculine au contact de la peau pendant au moins deux minutes ; au besoin, déposer un petit taffetas sur la plaie, afin de prolonger l'imprégnation de la peau. Lire la réaction au bout de quarante-huit heures : la réaction sera considérée comme négative, si aucun érythème ni aucune infiltration n'est apparue au niveau de la scarification à la tuberculine ; la négativité sera surtout affirmée par comparaison avec le témoin. Si on ne voit rien au bout de quarante-huit heures, jusqu'au quatrième, cinquième, huitième jour, on s'assurera qu'une réaction tardive n'est pas apparue.

***

Si la cuti-réaction est négative, que doit-on conclure ? En vérité, aucune conclusion ne peut être tirée d'une cuti-réaction isolée. Seule a de la valeur la comparaison entre les résultats de plusieurs cuti-réactions successives. Tous les auteurs semblent d'accord sur ce point : une cuti-réaction trouve toute sa signification dans la confrontation de son résultat avec ceux de cuti-réactions antérieures.

Pourquoi ? c'est ce que nous allons essayer de démontrer. Et pour cela, nous devons faire une petite incursion dans le domaine de la physiopathologie générale de la tuberculose.

Peut-on, en précisant le mécanisme de la réaction cutanée à la tuberculine, entrevoir la signification de celle-ci ? Toutes les recherches faites jusqu'ici, en ce sens, ont été négatives, qu'elles aient été pratiquées chez l'homme ou chez l'animal :

— Il n'existe dans le sérum tuberculeux aucune substance qui, injectée à un sujet neuf, lui transmette la sensibilité à la tuberculine : un mélange sérum tuberculeux-tuberculine injecté dans le derme d'un sujet neuf ne donne rien (Carlinfanti, Kourilsky) ; de même le transfusion massive du sang d'un cobaye tuberculeux à un cobaye sain ne transmet à cet animal aucune sensibilité à la tuberculine.

— Il n'existe dans la peau *du cobaye tuberculeux* aucune substance qui, injectée dans la peau d'un cobaye sain, lui transmette une sensibilité à la tuberculine : le mélange broyage de peau de cobaye tuberculeux-tuberculine injecté dans le derme d'un cobaye sain ne donne rien (Kourilsky et Ong-Sian-Gwan).

— Quand au fait constaté par Reilly et Friedman, que l'injection périsplanchnique de tuberculine à un cobaye tuberculeux détermine des lésions hémorragiques de l'intestin — même comparé à l'expérience de Kourilsky et Ong-Sian-Gwan, à savoir que l'injection dans la paroi intestinale d'un cobaye tuberculeux d'histamine ou d'acétylcholine provoque les mêmes lésions hémorragiques, tandis que les injections de tuberculine dans le splanchnique, ou d'histamine et d'acétylcholine dans la paroi intestinale de cobayes neufs ne donnent rien — sa signification est encore loin d'être élucidée.

Si on ne peut préciser le mécanisme intime de la réaction cutanée à la tuberculine, la tuberculino-réaction donne-t-elle au moins des résultats concordants avec ceux d'autres examens de laboratoire pratiqués chez les tuberculeux ? il semble bien que non.

A première vue, il paraîtrait vraisemblable que les résultats des cuti-réactions soient parallèles aux dosages des anticorps tuberculeux dans le sang des malades ; en réalité, il n'en est rien. Kourilsky et Ong-Sian-Gwan ont, en effet, montré que dans des cas de tuberculose au début, avec cuti-réaction très positive, les anti-

corps peuvent être absents ; au contraire, que chez des tuberculeux moribonds, la cuti-réaction est négative, alors que les anticorps sont très nombreux. Donc aucun parallélisme entre cuti-réactions et dosage des anticorps tuberculeux dans le sang. De même, la cuti-réaction n'a aucun rapport avec les autres réactions humorales, telles que le Vernes-résorcine, la vitesse de sédimentation des hématies, la formule et la numération sanguine, la formule chimique ou cytologique des sérosités par pose de vésicatoires.

Pour préciser la signification de la cuti-réaction à la tuberculine, aucune aide ne peut donc nous être donnée ni par la connaissance du mécanisme intime de la réaction cutanée à la tuberculine, ni par l'étude de tous les examens sérologiques actuellement connus.

***

Deux choses seules peuvent être comparées : les résultats de la cuti-réaction d'une part, les résultats de l'examen clinique et radiologique des sujets d'autre part.

Que donne la confrontation de ces deux ordres de faits ?

Voici la réponse des auteurs classiques :

Chez l'enfant, jusqu'à 7 ans, la cuti-réaction est en règle négative ; chez l'adulte, 98 % des cuti-réactions sont positives.

Le virage de la négativité à la positivité de *la cuti-réaction est* avec un certain retard (une certaine incubation) contemporain d'un épisode dû à l'infection du sujet par le bacille de Koch ; cet épisode se manifeste tantôt cliniquement, tantôt seulement radiologiquement ; sa forme la plus typique est réalisée par le complexe : chancre d'inoculation pulmonaire, réaction ganglionnaire périhilaire ; c'est la primo-infection tuberculeuse. Cette primo-infection survient en règle dans la deuxième enfance ou l'adolescence ; c'est exceptionnellement qu'on la rencontre chez l'adulte : chez les Noirs de l'Afrique centrale, récemment transplantés, chez des campagnards, peu de temps après leur arrivée à la ville. Cette primo-infection est toujours de pronostic très sérieux : chez le nourrisson, elle est souvent mortelle ; chez l'enfant, elle impose une surveillance attentive ; chez l'adulte, elle est fréquemment le point de départ d'une tuberculose plus ou moins rapidement évolutive. A la suite de cette primo-infection, si le sujet n'y succombe pas, il présentera une cuti-réaction positive, qui persistera toute la vie. Dans deux cas seulement, la cuti-réaction de positive, peut redevenir négative : au cours de certaines maladies, coqueluche, rougeole surtout — maladies à la suite desquelles précisément il n'est pas rare de voir se développer un épisode tuberculeux grave — chez le tuberculeux cachectique à la veille de la mort.

De ces faits d'observation classique, les auteurs tirent deux sortes de conclusions :

Conclusion d'ordre théorique : c'est la théorie dite de l' « allergie ». Le sujet naît indemne de tuberculose ; sa première rencontre avec le bacille de Koch le met dans un état *allergique*, état complexe fait à la fois de sensibilité à la tuberculine et d'immunité relative vis-à-vis du bacille de Koch. Un sujet à cuti négative, *non allergique*, risque de faire une tuberculose grave ; un sujet à cuti positive, *allergique*, résistera mieux à la maladie tuberculeuse. Le temps perdu, le retard entre la constatation radio-clinique de la primo-infection et l'apparition d'une cuti-positive, est dit *période antéallergique*. La rougeole est une maladie *anergisante*. La cachexie met le sujet en état d'*anergie*.

Conclusion d'ordre pratique : la cuti-réaction permettant de juger de l'existence ou non d'un état d'allergie, a donc une très grosse valeur :

Une cuti-réaction négative chez l'enfant doit être périodiquement répétée, jusqu'au jour où elle devient positive ; le virage de la cuti-réaction signifie que l'enfant vient de faire sa primo-infection, exige un examen clinique et radiologique minutieux, impose des précautions d'hygiène sévères : repos, suralimentation, examens répétés, au besoin séjour en préventorium.

Une cuti-réaction négative chez l'adulte signifie que le sujet n'a jamais rencontré le bacille de Koch, qu'il est donc exposé à faire, le jour de sa contamination, une primo-infection grave, contitue donc une contre-indication à certaines professions exposant au contage : médecins, infirmières.

Par extension, la cuti-réaction est donc un moyen de juger de l'efficacité de la vaccination par le B. C. G. ; le but de la vaccination est de rendre le sujet allergique ; si la cuti est négative après la vaccination, c'est donc que la vaccination a échoué.

Telles étaient les rigoureuses conclusions, auxquelles il semblait logique de souscrire jusqu'à ces dernières années.

***

Mais les résultats des travaux récents sur la cuti-réaction à la tuberculine paraissent imposer la révision du problème.

En effet, quatre faits nouveaux sont à considérer :

1° Les statistiques récentes révèlent toutes un pourcentage énorme de cuti-réactions négatives:

Sur 3.288 soldats de Stockholm, Arborelius ne trouve que 75 p. 100 de réactions cutanées à la tuberculine positives.

A l'Université de Minnesota, Lees et Myers n'en notent que 35 p. 100.

A l'Université de Yale, Soper et Wilson : 59 p. 100.

En France, Debenedetti et Foret, chez des soldats, trouvent :

66 % de cutis positives chez les citadins ;

43 % chez les ruraux.

Galland, de Berck, note :
De 0 à 10 ans, 97 % ;
De 10 à 14 ans, 75 % ;
De 15 à 19 ans, 65 %.
De 20 à 24 ans, 72 %.
De 25 à 29, 50 %.
Au-dessus de 30 ans, 25 % de cutis négatives.
Sergent et Kourilsky, chez les étudiants en médecine de première année, notent seulement 40 % de cuti-réactions positives.

Toutes ces statistiques, où qu'elles aient été faites, sont donc concordantes ; certes, peut-être contiennent-elles des erreurs en moins en raison d'une mauvaise technique ; certes, la généralisation de la cuti-réaction en faisant porter l'épreuve sur un plus grand nombre de sujets, de toutes conditions sociales ou géographiques, explique-t-elle en partie la discordance avec les statistiques anciennes, faites surtout en milieux hospitaliers et urbains ; il n'en reste pas moins que le pourcentage de cuti-réactions négatives est beaucoup plus grand qu'on ne le croyait autrefois et tend même à augmenter.

2° Des enfants qui ont manifestement présenté une primo-infection, constatée cliniquement et radiologiquement, en même temps qu'une cuti-réaction positive peuvent voir leur cuti redevenir négative, si séjournant à la campagne ils sont soustraits à toute nouvelle réinfection.

Ce fait, de très grosse signification, a été mis en évidence par Kourilsky et Ong-Sian-Gwan chez plusieurs enfants, suivis de bout en bout au cours de leur primo-infection et des années suivantes.

3° Des sujets, présentant dans leur anamnèse ou sur leurs radiographies le témoignage certain d'une ancienne atteinte tuberculeuse, peuvent avoir une cuti-réaction négative (Sergent ; Eschbach).

4° La diminution du pourcentage des cuti-réactions positives peut être parallèle à une diminution de la mortalité générale de la tuberculose.

A Trondjem, en Norvège :
En 1914, Arlinsen note :
23 % de cuti-positives à 7 ans.
33 % » » à 10 ans.
60 % » » à 15 ans.
En 1930, Ursted, dans le même lieu :
8 % de cuti-positives à 7 ans.
20 % » » à 10 ans.
40 % » » à 15 ans.
Or, dans les pays scandinaves, la morbidité et la mortalité tuberculeuses diminuent d'année en année.

Ces quatre faits nous paraissent mériter réflexion ; déjà fort intéressants constatés chacun isolément, ils le sont peut-être encore plus, en raison de leur confrontation.

Les trois premiers s'éclairent l'un l'autre, en quelque sorte ; en effet si un sujet, atteint de primo-infection tuberculeuse, peut ultérieurement voir sa cuti redevenir négative, on comprend fort bien qu'il puisse, bien qu'ayant une cuti négative, présenter des stigmates radiologiques de sa primo-infection ; et si des sujets, après primo-infection, peuvent avoir une cuti négative, on s'étonnera d'autant moins de constater chez l'adulte un gros pourcentage de cutis négatives, puisqu'aux sujets qui ont toujours eu une cuti négative s'ajoutent ceux dont la cuti, après avoir été positive, est redevenue négative.

Quant au quatrième fait, la diminution parallèle dans certains pays du pourcentage de cuti-réactions positives et de la mortalité tuberculeuse générale, c'est peut-être le plus important. En effet, si conservant la théorie de l'immunisation relative et heureuse conférée par une primo-infection tuberculeuse dans l'enfance, on l'applique au pourcentage de plus en plus grand de cuti-réactions négatives chez les adolescents et les adultes, on arrive à la conclusion suivante : plus on évitera la contamination des sujets dans leur enfance, plus on risque de les exposer à une primo-infection grave à l'âge adulte ; il en est exactement de même pour les enfants, qui après une primo-infection, et soustraits à toute nouvelle réinfection, ont vu leur cuti-réaction redevenir négative ; ces sujets, anciennement infectés, et tellement bien guéris que leur cuti est négative, sont redevenus des sujets neufs ; ils devraient donc être aussi exposés qu'un sujet neuf. Autrement dit : plus grands seront les efforts pour éviter la contamination par le bacille de Koch, dans l'enfance, plus grande devrait être logiquement la mortalité tuberculeuse *chez l'adulte*. Or, nous venons de le voir pour les pays scandinaves, il n'en est rien. Devant ces faits, force est donc d'admettre que constater un gros pourcentage de cuti-réactions négatives dans la population n'est pas un facteur de mauvais pronostic pour celle-ci.

***

Dès lors, que devient la théorie de l'allergie ? Puisqu'elle est en contradiction avec les faits, devons-nous l'abandonner ?

Prenons soin de définir les termes que nous utilisons ; l'origine de nos difficultés vient du mot « allergie ». Que veut dire le mot allergie ? — réaction autre, réaction différente, un point c'est tout. Un exemple, le premier : vous inoculez la vaccine à un enfant de 3 mois ; il fait une pustule vaccinale qui évolue en 20 jours. A 15 ans, vous revaccinez cet enfant : il présente encore une pustule ; mais celle-ci est autre, différente de la première ; en huit, dix jours, elle aura parcouru tout le cycle de son développement. C'est une réaction autre, différente de la première ; c'est une réaction allergique ; et généralisant, nous dirons : l'enfant a été rendu allergique par la première vaccination ; il était en état d'allergie vaccinale.

Transposons ceci dans la tuberculose. Voici un cobaye : nous lui inoculons le bacille de Koch dans la peau ; il fait un chancre cutané, et peu à peu tuberculise tous ses organes. Réinoculons-lui ultérieurement d'autres bacilles de Koch, en un autre point de la peau ; aussitôt, une grosse lésion se développe rapidement ; une escarre se forme et s'élimine. C'est une réaction autre, différente de la première, c'est une réaction allergique ; le cobaye a été rendu allergique par la première inoculation ; il était en état d'allergie tuberculeuse.

Jusqu'ici, tout est simple et clair ; dans un cas comme dans l'autre, dans la vaccine humaine comme dans la tuberculose cutanée du cobaye (1), c'est la deuxième inoculation cutanée, en tous points semblable à la première, qui, donnant un résultat autre, différent, permet de dire que le sujet est en état d'allergie.

Les difficultés surgissent quand il s'agit d'appliquer ces notions à la tuberculose chez l'homme. La première difficulté réside dans le fait qu'on ignore où se fait la première inoculation (est-elle pulmonaire, digestive ? en tout cas, elle n'est pas, en règle, cutanée) ; la deuxième difficulté, *c'est qu'on parle d'état allergique*, alors même qu'une deuxième inoculation, semblable à la première, n'est pas réalisée, qui pourrait montrer l'existence d'une réaction autre, différente.

Tout ce dont on dispose, c'est de la cuti-réaction, c'est-à-dire de l'inoculation de tuberculine sur la peau. On a reconnu que chez un sujet présentant manifestement une lésion tuberculeuse en activité, l'inoculation de tuberculine sur la peau donne une papule érythémateuse, alors que chez un sujet manifestement indemne de tuberculose, elle ne donne rien. Là-dessus, on parle *d'allergie ; encore que le mot même* d'allergie soit fort discutable dans le cas présent (peut-on dire qu'une chose qui existe est différente d'une chose qui n'existe pas ?), même en l'admettant, il ne s'agit jamais que d'une réaction de la peau ; on peut dire que la peau de l'homme infecté par la tuberculose réagit à la tuberculine différemment de la peau de l'homme indemne de tuberculose ; mais c'est tout ; qu'il s'agisse d'allergie cutanée, peut-être ; mais de là à conclure à une allergie des autres tissus, du tissu pulmonaire en particulier, c'est pure hypothèse gratuite. Du fait qu'il y a allergie cutanée, rien ne permet de conclure qu'il y a forcément allergie pulmonaire ; et l'inverse peut aussi être vrai : s'il n'y a pas d'allergie cutanée, quelle preuve avons-nous qu'il n'y a pas d'allergie pulmonaire ? La peau est peut-être le miroir qui reflète à nos yeux une image de l'allergie générale de l'organisme ; mais une image peut être déformée ; un miroir est parfois infidèle. L'hypothèse est donc parfaitement défendable, que certains sujets, chez qui nous constatons des stigmates de lésions tuberculeuses anciennes, sont en état d'allergie pulmonaire, bien que leur cuti-réaction soit négative ; ainsi s'expliquerait chez des sujets à cuti négative l'évolution parfois très favorable d'une tuberculose pulmonaire. Ce fait a été cliniquement bien mis en évidence par notre maître M. Sergent : il s'élève contre la prétention de nombreux auteurs, qui, sur la simple constatation d'une cuti-réaction négative et de lésions pulmonaires en évolution, concluent à une primo-infection tuberculeuse ; il trouve beaucoup plus juste, si des stigmates de lésions tuberculeuses anciennes existent, dans l'anamnèse ou sur la radiographie, de parler de primo-réinfection ou de primo-rechute ; et ceci a le gros avantage de ne pas préjuger du pronostic, toujours réservé, quand il s'agit vraiment de primo-infection.

Quant à l'expression « période anté-allergique », c'est-à-dire le temps perdu entre la constatation des lésions de primo-infection et l'apparition de la réaction cutanée à la tuberculine, outre que le mot « anté-allergique » est baroque, tirant à la fois son origine des langues grecque et latine, elle risque de nous induire en erreur, en paraissant impliquer qu'il s'agit d'un stade d'évolution bien défini de la tuberculose ; disons simplement que la constatation de la réaction cutanée à la tuberculine a un certain retard sur l'observation du syndrome radio-clinique ; nous aurons dit tout ce que nous savons, et rien en plus.

Au surplus, cette fameuse réaction de la peau à la tuberculine, sur laquelle on table tant pour interpréter toute la tuberculose, n'est pas toujours semblable à elle-même ; elle semble varier suivant les sujets, certaines peaux paraissant réagir beaucoup plus que d'autres ; plusieurs auteurs ont constaté qu'au même moment, chez le même sujet, la réaction cutanée à la tuberculine en divers points du tégument est d'importance très diverse, ces réactions paraissant parfois en rapport avec la richesse de l'innervation des régions ou avec la proximité de la lésion tuberculeuse en évolution.

Enfin la dose même de tuberculine injectée semble jouer un rôle important; ici, nous effleurons un problème qui paraît mériter toute une étude, celui de la notion quantitative de l'allergie.

De même qu'on admet que le nombre des bacilles infectants puisse jouer un rôle dans l'étendue et l'activité évolutive des lésions tuberculeuses, de

(1) Ce que nous discutons, c'est l'emploi du mot « allergie ». Nous comparons simplement les réactions différentes provoquées par la première et la deuxième inoculation de virus vaccinal d'une part, de bacilles de Koch d'autre part. Inutile de dire qu'il n'y a là aucune allusion au classique problème de la vaccine, maladie qui immunise, et de la tuberculose, maladie qui n'immunise pas.

même il ne semble pas illogique d'admettre que la quantité de tuberculine inoculée puisse mesurer une allergie cutanée plus ou moins importante. C'est même pour cette raison que certains auteurs préfèrent à la cuti-réaction l'intra-dermo-réaction de Mantoux : on injecte d'abord 1/10 de c. c. de la dilution de tuberculine au 1/5.000 ; si la réaction est négative, on recommencera la réaction avec des dilutions au 1/1.000, au 1/100, au 1/10, ou même avec de la tuberculine brute. Ainsi à la notion quantitative de l'infection pourrait peut-êt e répondre une notion quantitative de l'allergie (les remarques faites sur la vaccination par le B. C. G. sont curieuses à rapprocher de cette hypothèse : les auteurs sont d'accord pour reconnaître, d'une part que la vaccination par voie digestive est souvent suivie d'une cuti négative, et que seule l'intradermo à la tuberculine est positive — d'autre part que la vaccination par voie sous-cutanée est plus souvent suivie d'une cuti-réaction positive. Dans un cas pour le vaccin, dans l'autre cas pour la tuberculine, on préfère l'injection, parce que l'on connaît la quantité injectée soit de vaccin, soit de tuberculine).

***

Ces quelques considérations ne tendent nullement à critiquer la pratique de la cuti-réaction, épreuve simple, très supérieure, au point de vue pratique, à l'intradermo-réaction. L'intradermo-réaction, renseignant sur les caractères de l'allergie, reste aux mains des phtisiologues, et des expérimentateurs ; et, que les praticiens se contentent d'une cuti-réaction bien faite, elle a la valeur d'un signe clinique ou radiologique, mais sans valeur absolue.

Si, chez l'adulte, il semble que de nombreuses réserves doivent être faites, par contre, chez l'enfant, l'épreuve de la cuti-réaction conserve une grosse valeur pratique ; dans les milieux scolaires, en dehors de l'intérêt particulier pour chaque enfant examiné, elle a un véritable intérêt collectif pour toute la collectivité scolaire. Si en effet on note en même temps chez de très nombreux enfants le virage à la positivité de cuti-réactions jusque-là négatives, on est amené à soupçonner et à rechercher une cause de contage soit chez les petits camarades, soit dans le personnel enseignant ou subalterne ; ainsi, on arrive à dépister une tuberculose méconnue et à protéger toute la collectivité scolaire.

Quant à la signification d'une cuti-réaction négative après vaccination par le B. C. G., tout ce qu'on peut dire c'est que le pourcentage des cuti-réactions négatives paraît moins important après la vaccination par injection qu'après vaccination par ingestion.

***

Au terme de cette étude, nous nous croyons donc autorisés à CONCLURE que :

1° Avant d'affirmer qu'une cuti-réaction à la tuberculine est négative, il faut s'être assuré que la technique de l'épreuve a été impeccable.

2° Une cuti-réaction négative trouve toute sa valeur, non pas tellement dans ce résultat négatif lui-même, que dans la comparaison de ce résultat avec ceux de cuti-réactions faites antérieurement, et dans sa confrontation avec les résultats des examens cliniques et radiologiques.

3° Chez l'enfant la cuti-réaction a bien la très grosse valeur qu'il était classique de lui attribuer :

La cuti-réaction négative est la règle avant trois ans (une cuti positive à cet âge est de très mauvais pronostic).

La cuti-réaction doit être répétée à l'âge scolaire, tant qu'elle est négative, de manière à ce que le médecin puisse saisir l'éventuel virage de la négativité à la positivité, témoin de la primo-infection qui exige une surveillance attentive clinique et radiologique.

4° Chez l'adulte par contre, la valeur de la cuti-réaction négative semble avoir été exagérée ; une cuti-réaction négative doit inciter le sujet à une surveillance régulière tant clinique que radiologique, mais n'est pas une raison suffisante pour lui faire changer toute l'orientation de sa vie ; dans l'état actuel de nos connaissances, une cuti-réaction négative ne permet pas en effet d'affirmer que le sujet *n'a jamais été infecté par* le bacille de Koch ; selon les constatations de M. le Professeur Sergent, un adulte à cuti-réaction négative peut en effet présenter dans son anamnèse ou sur sa radiographie, des stigmates certains de tuberculose ancienne ; s'il fait un épisode tuberculeux, on pourra parler de primo-rechute ou de primo-réinfection, non de primo-infection ; et le pronostic à porter sera beaucoup moins grave.

5° La constatation d'un gros pourcentage de cuti-réactions négatives dans une population ne paraît pas être un facteur de mauvais pronostic pour celle-ci ; au contraire l'expérience révèle que l'augmentation du nombre de cuti-réactions négatives peut être contemporain d'une diminution du taux de mortalité générale de la tuberculose ; cette constatation montre que tous les efforts mis en œuvre dans la lutte antituberculeuse actuelle ne l'ont pas été en vain ; et ceci est, en somme, assez encourageant...

(Travail de la Clinique Médicale Propédeutique.
Hôpital Broussais-la Charité :
Professeur Emile SERGENT)
(manuscrit déposé en Juillet 1937)

N. D. L. R.

LA CLINIQUE SYPHILIGRAPHIQUE AU GOUT DU JOUR

L'importance des signes « mineurs » pour dépister les syphilis frustes, latentes ou ignorées

D'après le Docteur L.-C. WAINTRAUB (1)

CE SONT DES SYNDROMES, SANS CARACTÈRE SPÉCIFIQUE, QUI PRENNENT LA VALEUR D'UNE PRÉSOMPTION, QUAND UN EXAMEN MINUTIEUX PERMET D'EN GROUPER QUELQUES-UNS

La syphilis acquise est très capricieuse dans ses manifestations ; elle peut produire les dégâts les plus considérables, à côté de cas où sa présence passe presque inaperçue. C'est ainsi qu'aux signes dits « majeurs » (chancre, roséole, accidents tertiaires bien nets) s'opposent les signes « mineurs », qui seuls révèlent parfois la présence du tréponème.

Certes, ils ne sauraient diminuer la valeur des séro-réactions ; mais on a trop tendance à faire le diagnostic de syphilis, ou à le rejeter, d'après le résultat de l'analyse du sang. On oublie trop que, dans les syphilis anciennes à symptomatologie pauvre, les séro-réactions sont généralement négatives ; aussi, parfois peut on conclure à tort, dans le cas où l'infection tréponémique est latente, fruste, ou que même elle est restée ignorée du patient.

C'est alors qu'interviennent, à défaut des signes majeurs, ou de certitude, les petits signes, minimes, ou signes de présomption. Ils aident à dépister le mal chez des personnes, qui n'ont pas souvenir d'avoir jamais contracté la syphilis, ou bien encore qui ne se rappelaient plus aussitôt avoir eu divers accidents (chancre induré, roséole, etc...), et ne s'étaient traitées que d'une manière tout à fait insuffisante : quelques frictions, injections, ou pilules. Et, en effet, les uns comme les autres présenteront ultérieurement des syndromes, qui n'ont pas de valeur spécifique, et peuvent être dus à d'autres affections que la syphilis, mais deviendront cependant révélateurs de cette infection, quand on pourra les découvrir par un examen minutieux, et surtout les grouper.

Voici, d'après M. Milian les principaux de ces signes « mineurs », qu'il faut rechercher :

« *L'insuffisance aortique* par aortite, principalement si l'on ne trouve chez le patient aucun an écédent infectieux ou diathésique ;

« L'*hypertension artérielle,* surtout quand il s'agit de sujets jeunes et en l'absence de lésions du rein et du cœur, c'est-à-dire lorsqu'elle paraît idiopathique, est 85 fois sur 100 d'origine syphilitique.

« Le système nerveux étant souvent touché d'une manière très précoce, il faut reconnaitre la valeur considérable de la *disparition des réflexes achilléens,* surtout lorsque cette disparition est bilatérale et sans cause traumatique connue ; la disparition des réflexes *rotuliens* revêt la même valeur.

« Les *troubles pupillaires* ont également une importance considérable ; cependant l'inégalité pupillaire est considérée aujourd'hui comme de moindre valeur qu'autrefois, car elle peut être réalisée par d'autres causes que la syphilis. La tuberculose d'un sommet amènerait aussi, d'après les phtisiologues, une mydriase correspondante. Restons cependant toujours en éveil devan l'inégalité pupillaire, surtout quand elle est très marquée et permanente. De plus, l'irrégularité pupillaire, principalement lorsqu'elle est jointe à l'inégalité, revêt une valeur séméiologique beaucoup plus grande. Il va sans dire que cette irrégularité doit être idiopathique, c'est-à-dire qu'il ne doit pas y avoir eu antérieurement d'iritis et d'irido-choroïdite.

« Le *signe d'Argyll-Robertson* est considéré aujourd'hui, et à juste titre, comme un signe pathognomonique de la syphilis.

« *Un gros foie, une grosse rate* seront également l'indice vraisemblable d'une syphilis en activité, et dès lors devront constituer, de plus, la raison d'une interdiction du mariage. Dans les pays à malaria, il faut cependant faire attention, et ne pas cons dérer comme syphilitique le gros foie ou la grosse rate d'un paludéen.

« La *leucoplasie* de la face interne des joues ou de la langue devient un stigmate absolu de syphilis.

« L'examen de la *langue* peut nous montrer en outre des ulcérations qui, par leur aspect linéaire

(1) Les signes majeurs et les signes mineurs de la syphilis acquise ; syphilis pauci-symptomatique et syphilis fruste. (*Paris Médical,* 27 février 1937.)

ou en Y ou en Z ou en baïonnette, sont des plus caractéristiques.

« Il y a enfin un certain nombre de symptômes discrets, qu'il faut considérer comme de véritables stigmates, non seulement d'une syphilis, mais d'une syphilis en activité. Ce sont : les *séquelles du chancre, les séquelles ganglionnaires, les lésions unguéales* » (leucome transversal traumatique de l'ongle, syphilis unguéale atrophique et pigmentaire, kératose pulpaire, nigritie unguéale partielle, arc lilas des ongles, bourrelet et surtout érosion ponctuée syphilitique des ongles).

Le Docteur Waintraub a lui-même décrit : « les striations unguéales, longitudinales en relief et interrompues », lésions que l'on rencontre avec une fréquence d'environ 1 p. 20 des sujets examinés ; elles sont révélatrices d'une syphilis acquise depuis au moins dix ans. Leur recherche est d'autant plus importante et nécessaire, qu'elles peuvent être parfois le *seul stigmate* de l'infection trépohémique.

Leredde insistait beaucoup sur l'arythmie matinale.

Les *prurits* sont un syndrome où l'étiologie syphilitique doit être envisagée. On les guérit même souvent par un traitement antisyphilitique. Récemment M. Milian a décrit des acrodermatites syphilitiques.

Une modalité, qui paraît négligée, mais qui doit attirer l'attention et faire prévoir a syphilis, est l'*évolution particulière que subissent certaines affections qui évoluent sur le terrain syphilitique* ; le chancre mou papuleux serait un chancre mou, évoluant sur un terrain syphilitique.

Le *diabète*, et surtout le mal perforant, sont également à classer parmi les signes de présomption de la syphilis.

Ces signes mineurs, ou signes de présomption, existent surtout à la période tertiaire. Parfois, ils coexistent avec les signes majeurs ; mais, aux périodes latentes de la maladie, ils sont bien souvent le seul témoignage d'une ancienne infection syphilitique. Bien entendu, le nombre des signes de présomption sera en rapport inverse de celui des signes de certitude. La présence de l'un de ces premiers signes, faisant supposer l'existence d'une syphilis, doit nous inciter à en rechercher d'autres, par un examen plus approfondi, et une enquête aussi complète que possible (personnelle, descendants, etc.).

« *La coexistence de plusieurs de ces petits signes en vaut un grand* ».

***

Quelques observations concluantes, où la syphilis fut diagnostiquée grace aux petits signes

I. Il s'agit d'une *syphilis ignorée*, chez une malade, *présentant par ailleurs* une syphilis pauci-symptomatique.

Une patiente d'une soixantaine d'années vient consulter pour un *prurit généralisé*, installé depuis deux mois. A l'examen, on ne trouve pas de signes de syphilis ; les séro-réactions sont négatives, mais les *réflexes rotuliens sont abolis*. Sur tous les ongles de cette malade, on voit des striations en relief interrompues des plus nettes, voisinant avec des striations accentuées. Or, le mari de cette malade, ancien officier de cavalerie, a la syphilis depuis quarante ans — diagnostiquée à Bucarest et à Paris. Il a été soigné par des frictions mercurielles. A présent il est diabétique, et « bien portant ». Ce ménage a eu un enfant mort de convulsions à huit mois et trois enfants vivants, tous entachés de signes des plus frappants de syphilis héréditaire.

II. Voici un cas de *syphilis fruste*. Ce diagnostic, d'abord nié par le malade, ne fut établi que grâce à un seul petit signe : les striations longitudinales des ongles en relief et interrompues.

L. W..., âgé de soixante-cinq ans, vient consulter le 18 juin 1934, pour un intertrigo inguino-scrotal.

Il était déjà venu pour cet intertrigo, et, comme il était porteur d'une lésion aortique, il fut interrogé à plusieurs reprises, mais il avait toujours nié d'avoir jamais eu le moindre accident syphilitique. D'ailleurs, une aortite, à son âge, n'était pas nécessairement spécifique.

Cette fois-ci, en examinant ses ongles, on constate qu'ils présentaient : sur les pouces et les indicateurs des deux mains, des *striations* longitudinales interrompues ; sur les deux médius, des striations longitudinales accentuées.

En raison de ces lésions, qui avaient une signification sûrement syphilitique, on l'interrogea avec plus d'assurance, ce qui fit qu'il avoua avoir eu un chancre suivi de roséole en 1888. Depuis, il ne suivit plus de traitement. En 1918, trente ans après, on diagnostiqua chez lui une aortite, qu'on ne pût que confirmer, avec une tension, qui, prise plusieurs fois, variait autour de 23,5-10,5 au Vaquez-Laubry. Son intertrigo fut par ailleurs assez rebelle, tant aux frictions d'alcool iodé à 1 p. 100 qu'à la pommade de Whitfield.

Le B. W. fait à plusieurs reprises — sans réactivation — fut toujours négatif.

III. Un autre malade, après le chancre et la ro-

séole, en dépit d'un traitement des plus insuffisant, n'a plus présenté dans les quarante ans, qui ont suivi son infection, aucun signe, qui puisse éveiller l'idée de syphilis, à part les striations ou relief et interrompues des ongles. C'est un exemple des plus typiques de *syphilis fruste*.

A. âgé de 60 ans, il vient demander le 24 octobre 1934, si l'*ictère bénin* que son fils a présenté quelques semaines auparavant — et pour lequel on n'avait pas trouvé d'explication — n'était pas dû à une syphilis héréditaire.

Cet ictère avait évolué d'une façon bénigne, c'est-à-dire que les téguments et les muqueuses avaient été peu colorés, l'urine n'avait été que peu foncée de couleur, les matières fécales à peine décolorées ; l'état général avait été peu atteint et l'affection s'amenda en une huitaine.

C'est à ce moment que le patient avoua avoir eu, quarante ans auparavant, un chancre suivi de roséole, que le médecin avait diagnostiqué : chancre et roséole syphilitiques. On le traita par des frictions mercurielles et des pilules contenant probablement aussi du mercure.

Depuis, il ne fit plus de traitement suivi. De temps à autre et à des intervalles atteignant des années, il prenait discrètement par la voie buccale une boîte de l'un des produits de réclame de la sixième page des journaux. En dépit de ce traitement des plus insuffisant et irrégulier, il n'a jamais eu le moindre accident cutané ou autre — arythmies, palpitations, céphalalgies, etc. Et, actuellement, on n'entend pas de souffle aortique. La tension artérielle au Vaquez-Laubry est 15,5-8,5

Les pupilles, normales, réagissent correctement à la lumière et à distance. Les autres réflexes sont aussi normaux. Les séro-réactions du B.-W. et de Meinicke sont négatives. Pas de leucoplasie, fissures linguales et, en général, absence de tout signe imputable à la syphilis, sauf toutefois des *striations unguéales en relief* et interrompues, qui voisinent, sur la plupart des ongles, avec des striations en relief accentées. Sa femme n'a pas fait de fausse couche.

A noter que le fils du sujet consultant, âgé de vingt ans, le seul enfant, présente quelques légères dystrophies : voûte palatine en ogive, mauvaise implantation de quelques dents, léger strabisme convergent.

IV. Un malade de MM. Milian et Aubert, — atteint de mal perforant plantaire, diabète et syphilis, — a toujours été considéré comme un *diabétique idiopathique*.

Or, il présente actuellement des stigmates nets de syphilis : notion d'un enfant mort-né, signe d'Argyll et surtout érosion ponctuées du type syphilitique ; il est ainsi permis de penser à l'origine syphilitique de ce diabète. Il est donc vraisemblable que les autres signes observés, tels que la diminution des réflexes achilléens, les douleurs tabétiformes du pied droit, le mal perforant plantaire, qui sont habituellement rattachés au diabète, sont également liés à la syphilis.

V. C'est enfin un cas de M. Galliot.

Aucun antécédent vénérien au dire du malade. Marié sans enfant sa femme n'a pas fait de fausse couche. Réactions sanguines négatives ; réflexes normaux ; un peu d'hypertension (18,9 au Lian). Il se plaint seulement de céphalées fréquentes.

Ce patient était traité depuis six ans pour un *diabète*. Depuis huit mois, il a un *mal perforant* siégeant sous la première phalange au pied droit.

Or, depuis trois mois, l'auteur lui a fait quinze injections de campho-carbonate de Bi, dont les effets sont des plus heureux : l'ulcération tend à se combler ; la glycosurie est tombée de 4 à 5 grammes.

***

Conclusions

Au stade actuel de nos connaissances, bien que l'on ait reculé les limites de la syphilis *latente*, on trouve encore assez de cas qui permettent de constater son existence.

Le fait de découvrir dans les syphilis frustes des signes cliniques, qui étaient inconnus ou *non considérés* il y a quelques années, est devenu un indice, qui signifie que nombre de syphilis n'étaient étiquetées latentes, que parce qu'il manquait les moyens de dépister leurs manifestations.

Désormais, il est à prévoir que des moyens plus sensibles, dont disposera vraisemblablement la science pour diagnostiquer la syphilis, permettront de mettre en évidence encore d'autres — peut-être toutes — les syphilis étiquetées, actuellement considérées comme latentes. On entrevoit, dès lors, le moment où la syphilis latente sera du domaine de l'histoire.

La syphilis latente ne serait donc latente qu'en apparence, — et cela, en raison de notre insuffisance clinique et de la carence de nos moyens diagnostiques.

G. Fischer.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Un cas d'angine de poitrine traité chirurgicalement

Le malade de MM. F. PALIARD, J. VIALLIER et B. MULLER est mort subitement trois semaines après la stellectomie. L'infiltration du ganglion stellaire semblait avoir donné tout au moins un soulagement momentané au malade, avec atténuation toute temporaire des crises. Quant à la stellectomie, si elle a donné un résultat immédiat, il fut plus momentané puisque huit jours après l'état de mal a recommencé. On peut même se demander si elle n'a pas joué un rôle dans la mort subite du malade et dans la constitution du petit infarctus récent trouvé à l'autopsie.

La difficulté réside précisément, dans les indications opératoires, à apprécier l'intensité des lésions myocardiques. En présence de ces malades, véritables infirmes de la douleur, parlant comme celui-là de suicide, on est tenté d'agir ; or, il est certain que l'hypertrophie cardiaque et les grosses modifications de l'électro-cardiogramme pouvaient bien laisser supposer l'existence de lésions importantes et cela était une contre-indication formelle à la stellectomie. Par contre, l'infiltration du stellaire peut certainement être pratiquée sans danger, et elle n'est pas sans efficacité. (*Lyon Médical*, 13 juin 1937.)

Traumatismes cranio-encéphaliques et œdème pulmonaire

Le Docteur G. BENASSI (de Bologne), rappelle que depuis longtemps les praticiens avaient observé que toute lésion cranio-cérébrale avérée expose le blessé à de redoutables complications pulmonaires. Il s'agit, dans la plupart des cas, d'une pneumonie ou d'une broncho-pneumonie, souvent bilatérale, qui emporte le malade quelques jours après l'accident, Mais il faut ajouter tout de suite, que les mêmes complications s'observent aussi chez les sujets frappés par un ictus apoplectiforme ou par d'autres troubles considérables de la circulation encéphalique.

Les expériences, jusqu'ici, sont positives au sens d'une corrélation physio-pathologique entre l'encéphale et les poumons, mais plutôt négatives au sujet d'un œdème si soudain et abondant que la mort par asphyxie en devient inévitable si on n'arrive pas à temps pour en arrêter la formation. Cela tient, au moins en bonne partie, aux différences anatomiques et fonctionnelles qui se passent entre l'homme et les animaux.

En conclusion, on peut affirmer, au point de vue pratique, qu'on doit surveiller attentivement les poumons chez les blessés du crâne et les autres malades de lésions cérébrales. Au point de vue médico-légal, on peut affirmer que l'œdème pulmonaire massif constaté à l'autopsie dépose en faveur d'une survie après l'accident cranio-cérébral, qui peut avoir été très brève ou même d'une certaine durée. Il ne serait pas prudent, pour le moment, d'aller plus loin. (*Paris Médical*, 12 juin 1937.)

L'hémorragie méningée du post-partum et l'éclampsie tardive

L'apparition après l'accouchement d'un syndrome éclamptique est considérée comme exceptionnelle au fur et à mesure qu'on s'éloigne de la date de l'expulsion de l'enfant, et même, les accidents qu'on peut alors observer ne sont pas classés sans restriction par la majorité des auteurs dans le cadre de l'éclampsie. Le professeur agrégé ALAJOUANINE rapporte deux cas mortels d'accidents convulsifs avec hémorragie méningée survenus l'un après une mort intra-utéro au septième mois avec apoplexie placentaire, l'autre après un accouchement prématuré au huitième mois avec, également, apoplexie utéro-placentaire.

Une femme de 25 ans, qui a déjà eu une première grossesse avec accouchement prématuré par hémorragie placentaire, a une deuxième grossesse interrompue au septième mois par mort du fœtus *in utero* par apoplexie placentaire, et un certain nombre de jours après la cessation des mouvements du fœtus apparaissent des crises convulsives, un état subcomateux avec hémorragie méningée entraînant la mort huit jours après l'expulsion de l'enfant.

D'autre part, une femme de 35 ans qui avait présenté toute une série de grossesses anormales, a un accouchement prématuré au huitième mois, avec apoplexie utéro-placentaire ; huit jours après, elle est prise de céphalée ; au dixième jour, elle présente une crise d'épilepsie, on constate une hémorragie méningée à la ponction lombaire ; elle meurt au onzième jour avec des crises d'épilepsie subintrante : l'examen anatomique des centres nerveux qui a pu être pratiqué dans ce dernier cas révèle des lésions considérables et diffuses d'ordre circulatoire sous forme d'une vaso-dilatation très marquée avec œdème cérébral généralisé que l'on peut superposer à l'apo-

plexie séreuse des anciens auteurs. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 juin 1937.)

Technique d'ostéosynthèse des fractures diaphysaires du fémur (récentes et anciennes)

Pour diminuer la gravité de l'ostéosynthèse dans les fractures de cuisse et pour améliorer les résultats fonctionnels, le Docteur MASMONTEIL conseille trois points de technique opératoire :

1° L'adoption systématique de la voie d'abord antérieure du fémur ; 2° La mise de l'opéré en position de Trendelenburg pendant l'intervention ; 3° L'immobilisation post-opératoire, le genou en flexion.

Quant au résultat, voici ce qu'il en pense :

Grâce à la position de Trendelenburg, l'opération est plus facile et plus rapide.

Grâce à l'immobilisation du membre inférieur avec flexion du genou, la récupération fonctionnelle est complète ; plusieurs malades présentés à la Société des chirurgiens de Paris avaient retrouvé l'intégrité des mouvements du genou, le talon venant toucher la région ischiatique. Grâce enfin à la prothèse homo-isoélectrique, non seulement les fistules post-opératoires ont disparu ainsi que les processus d'ostéite mais aussi les cals hypertrophiques en rapport avec une légère réaction périostique ; les cercles de Parham par *exemple ne sont plus enfouis sous des néoformations* osseuses ; ils restent à fleur du périoste ; certains, posés il y a plus de trois ans, sont libres comme au jour de l'opération ; sous eux le canal médullaire s'est reconstitué, l'architecture osseuse s'est organisée normalement avec une trabéculation régulière. Plus d'ostéite condensante.

L'avenir de l'ostéosynthèse semble devoir en être entièrement modifié. (*Bruxelles Médical*, 13 juin 1937.)

Le vrai moyen de raréfier la tuberculose pulmonaire ; immuniser les prédisposés

Telle est l'idée que développe le Docteur BARTH dans son étude. Ne remarque-t-on pas, en effet, le fâcheux contraste entre la puissance des moyens, actuellement mis en œuvre pour combattre le fléau, et la pauvreté relative des résultats obtenus ?

A toutes les raisons invoquées pour l'expliquer, il faut en joindre une autre, encore plus importante : les prédisposés, les sujets qui, soit par hérédité, soit à la suite d'une maladie débilitante, offrent au bacille tuberculeux une proie facile, ne sont l'objet d'aucune attention, tant qu'ils ne sont pas nettement atteints.

Les enfants en bas âge, dont les organes sont tendres et les tissus perméables, sont tous exposés à contracter la maladie, si le bacille de Koch vient à les pénétrer. Après la dixième année, il n'en est plus de même : sur cent adolescents des deux sexes, pris au hasard, quatre-vingt-dix en moyenne, à moins de contamination massive, se montrent réfractaires.

Bien différente est la réaction des dix autres : mis en contact même passagèrement avec un tuberculeux cracheur de bacilles, ils manifestent bientôt à leur tour les signes de la maladie, et si des mesures promptes ne sont pas prises, on les voit évoluer vers la phtisie, tantôt d'emblée, tantôt en épisodes séparés par des rémissions plus ou moins longues.

Si on analyse avec soin les antécédents de ces malades, on constate que la plupart comptent des tuberculeux parmi leurs ascendants, que d'autres sont fils d'alcooliques, ou présentent les stigmates de rachitisme, ou ceux de l'hérédo-syphilis, que d'autres encore ont eu une enfance maladive, des troubles digestifs prolongés pendant l'allaitement, une rougeole grave, une grippe maligne suivie de bronchite persistante, une fièvre typhoïde.

On sait déjà que par une thérapeutique rationnelle, il est possible de modifier la nutrition des tuberculeux, au moins dans les premières périodes, et de la rapprocher de celle des sujets, qui se montrent spontanément réfractaires à l'action pathogène du bacille de Koch. Cet état réfractaire est obtenu par l'action combinée de trois agents médicamenteux, employés en injections sous-cutanées. Ce sont d'abord les acides aminés (l'auteur a employé la formule du Docteur Hervouët), qui modèrent le métabolisme basal et relèvent la tension artérielle, en augmentant la teneur du sang en cholestérine et en acide urique. C'est ensuite le cacodylate de soude, qui améliore le potentiel nerveux et favorise l'assimilation. C'est enfin l'iode (en suspension huileuse), qui nettoie l'appareil lymphatique et débarrasse l'organisme des résidus inflammatoires et des dépôts caséeux. A ces agents principaux, viennent se joindre quelques moyens complémentaires pour lutter contre la dyspepsie, l'anémie, la décalcification.

Il était à prévoir que ce traitement, si efficace chez les tuberculeux avérés, se révèlerait encore plus puissant chez les prétuberculeux. Grâce à lui, les prédisposés se transforment presqu'à vue d'œil, et cela en quelques mois, et quelquefois en quelques semaines. Un des avantages de cette méthode, c'est qu'elle ne connaît pas de contre-indications et convient pour ainsi dire à tous les cas. Aux enfants et aux adolescents des deux sexes, qui rentrent dans cette dernière catégorie et ne sont pas encore malades, l'auteur pratique la triple injection sous-cutanée (acides aminés, cacodylate de soude et huile iodée), tous les quinze jours ; entre temps ils prennent alternativement du fer et du glycérophosphate de chaux. (*Journal des Praticiens*, 12 juin 1937.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Implantation intra-utérine de l'ovaire avec grossesse consécutive

(M. G. PANIS, de Commercy. — Rapport de M. MENEGAUX ; 19-5-1937)

Chez deux malades, après salpingectomie bilatérale, M. Panis a implanté un ovaire dans la corne utérine. Les deux fois, l'opération a été couronnée de succès : l'une et l'autre femmes sont devenues enceintes et leurs grossesses ont évolué normalement jusqu'à terme, avec mise au monde d'enfants vivants et bien constitués.

L'implantation intra-utérine de l'ovaire est une opération qui paraît être assez rarement pratiquée. MM. Mocquot et Cotte, dans leur rapport au Congrès de chirurgie de 1936, n'ont pu en relever que 223 observations, par ailleurs de valeur très inégale. L'intervention aurait dans ces 223 cas été suivie de grossesse dans la proportion de 10 %.

Staphylococcie guérie par l'anatoxine

(M. ROUSSET, de Ploermel. — Rapport de M. MOULONGUET ; 9-6-1937)

L'histoire du malade de M. Rousset est celle, typique, d'une infection généralisée à staphylocoques : furoncle anthracoïde, pyodermie, phlegmon périnéphrétique gauche, suppuration pulmonaire. La guérison est obtenue à la suite d'une série de piqûres d'anatoxine staphylococcique.

Il s'est agi d'une forme prolongée et subaiguë de staphylococcie. On sait que la porte d'entrée du staphylocoque est souvent cutanée. Ici, ce fut un anthrax de la nuque qui a duré sous une forme torpide pendant plus de six mois. Une des localisations secondaires a été une épididymite métastatique.

Le point le plus intéressant est celui de la thérapeutique. Avant de recevoir les piqûres d'anatoxine staphylococcique (quatre piqûres de 1/2 c. c., 1 c. c., 2 c. c., 2 c. c., à quatre jours d'intervalle), les complications se succédaient et se multipliaient. L'anatoxine a renversé la situation dès la première piqûre, qui a amené la suppuration franche du foyer épididymaire. Suivant en cela les conseils de Ramon, (thèse de Mercier, 1937), l'auteur a rapproché les piqûres d'anatoxine : une tous les quatre jours. C'est à une réaction focale qu'il attribue l'abcédation si heureuse de l'épididymite. La température (qui avoisinait 39° depuis plus d'un mois) s'est abaissée en lysis dès la seconde injection.

Le mode d'administration de l'anatoxine paraît bien fixé. Il faut commencer par une dose minime : 1/10e de c. c., véritable épreuve de la sensibilité du sujet ; puis, si la première injection n'a pas donné de réaction, monter progressivement à 1/4, 1/2, 1 et 2 c. c. Les injections sont faites à quatre ou cinq jours d'intervalle, leur nombre ne paraissant pas devoir excéder cinq. Ces questions de posologie sont importantes, l'anatoxine n'étant pas un produit inoffensif. Elle peut entraîner chez les sujets infectés par le staphylocoque des réactions sérieuses (choc, collapsus, réactions locales, focales).

Que conclure ? Nous sommes encore mal renseignés sur le mode suivant lequel l'anastaphylotoxine guérit certains cas de staphylococcémie ; nous ne savons pas déterminer quels cas seront guéris et quels cas ne seront pas influencés par cette médication nouvelle. Mais nous savons que, pour quelques cas, l'anatoxine Ramon est une arme efficace dans des situations désespérées.

— M. Louis BAZY a employé l'anatoxine staphylococcique dans la cure des staphylococcies avec des fortunes diverses.

— M. LEVEUF a constaté beaucoup d'échecs de l'anatoxine et a entendu parler d'un grand nombre de cas où son action a été nulle.

— M. SAUVÉ fait des réserves, quant à l'observation de M. Rousset, sur la durée de la guérison. *On connaît la ténacité extrême du staphylocoque* et ses retours offensifs.

— M. MOULONGUET estime que le cas traité par M. Rousset est indiscutablement un exemple de staphylococcie grave guérie par l'anatoxithérapie.

Traitement préventif du syndrome de Volkmann

(M. E. SORREL ; 16-6-1937)

Si nous pouvons peu de chose contre les rétractions ischémiques de Volkmann constituées déjà depuis quelque temps, nous avons la possibilité d'empêcher souvent le développement de ce syndrome.

En face d'une fracture grave sus-condylienne, à grand déplacement osseux, avec œdème important du bras et de l'avant-bras, cyanose des téguments, impotence partielle ou totale de la main et des doigts, etc., il faut intervenir de suite, habituellement par voie antérieure. De cette façon, on préservera l'enfant de la grave infirmité qu'est le syndrome de Volkmann.

Au cas où l'enfant ne serait vu que quelques jours plus tard, alors que le syndrome de Volkmann est déjà en partie constitué, il faudrait agir de même sans retard.

P. L.

Société médicale des hôpitaux de Paris

Caverne pulmonaire ou kyste chez une syphilitique

(MM. P. Pruvost, Boissonnet et Lecomte ; 23-4-1937)

Cette observation montre d'une part combien il faut être réservé en présence d'une cavité pulmonaire qui ne fait pas ses preuves et qu'on aurait tort de rapporter systématiquement à la tuberculose, malgré les apparences elle incite d'autre part à être également prudent en ce qui concerne le diagnostic de kystes aériens. Tout d'abord, à l'observation prolongée de cette malade, le diagnostic de tuberculose pulmonaire, qu'il était légitime de porter en présence d'hémoptysie avec image pulmonaire d'aspect cavitaire, dut être abandonné. La longueur de l'évolution sans aucune modification radiologique, l'absence d'accidents évolutifs malgré la répétition des grossesses et surtout l'absence constante de bacilles de Koch à tous les examens ne concordaient nullement avec une telle étiologie.

Il n'était pas question non plus devant cette affection dont l'évolution s'échelonne sur des années, de discuter les diagnostics d'abcès pulmonaire ou de néoplasmes à forme cavitaire qu'on aurait pu soulever aux premiers examens. On pouvait seulement hésiter entre une caverne pulmonaire et un kyste aérien. Aucun argument n'a permis de trancher la question avec certitude, même par l'aspect radiologique, en raison de ses caractères imprécis. Quant au rôle de la syphilis, celui-ci est indiscutable en raison des résultats de laboratoire extrêmement et constamment positifs, de l'amélioration considérable de l'état général par le traitement. Quant à l'atténuation des images radiologiques par celui-ci, on serait tenté d'établir un rapprochement étiologique entre la lésion et la syphilis ; cependant, on ne peut rien affirmer sur un terrain aussi délicat, puisque la malade ne présentait aucune autre manifestation syphilitique. Il est simplement possible de penser à une affection kystique ou pseudo-kystique du poumon.

Les kystes congénitaux isolés et suppurés du poumon

(MM. Emile Sergent et Raoul Kourilsky ; 16-4-1937)

D'après trois observations communiquées, dont deux comportaient une étude histologique minutieuse, les auteurs ont pu tracer le tableau complet de cette variété de kyste congénital isolé, et rendre ainsi son identification plus facile.

Ces kystes sont congénitaux et restent entièrement latents avant leur infection accidentelle. Cependant, ils donnent souvent lieu à des hémoptysies de sang rouge, qui, lorsqu'elles existent, sont très souvent révélatrices.

L'image radiographique hydro-aérique est frappante par la régularité du contour, qui paraît tracé au compas dans le parenchyme — sans condensation périphérique. Il faut donc se méfier des abcès pulmonaires trop parfaitement réguliers, trop volumineux et à double contour.

Mais le signe essentiel de la nature kystique est la permanence de l'image radiologique, avec tous ses caractères durant des mois, des années.

Les dispositions anatomiques du kyste expliquent que celui-ci ne puisse être clivé du parenchyme adjacent, dont la paroi kystique fait partie intégrante. L'extirpation chirurgicale est donc à proscrire formellement, sous peine d'hémorragies mortelles. La seule opération logique serait la lobectomie, mais elle n'est pas possible pour tous les kystes et elle est malgré tout dangereuse. Le drainage par pneumotomie est la seule décision chirurgicale logique, et encore est-elle difficile dans les kystes profonds.

Groupement symptomatique inhabituel au cours d'une encéphalite aiguë primitive

(MM. M. Loeper, A. Lemaire, L. Roy et Mme Lœwe-Lyon ; 23-4-1937)

Une jeune malade sans antécédents notables fait une hémiplégie gauche à début crural et progressivement extensive, réalisant point pour point le tableau d'une hémiplégie syphilitique. La constatation d'une névrite optique rétrobulbaire gauche et bientôt bilatérale, l'absence de toute réaction méningée, la négativité des réactions sérologiques obligent à réformer ce diagnostic ; on pense qu'il s'agit d'une sclérose en plaques aiguë. Alors que la régression de l'hémiplégie semble confirmer ce diagnostic survient brusquement une réaction méningée des plus nettes et des plus intenses. Elle se résout en quelques jours. Mais à l'hémiplégie persistante se surajoutent un syndrome myotonique discret, analogue à celui que réalisaient certaines formes d'encéphalite épidémique et une paralysie oculaire de type supra-nucléaire précédant de peu la mort qu'annonceront quelques signes bulbaires.

Certains des syndromes observés chez cette malade, l'hémiplégie, la névrite optique rétro-bulbaire, l'intense réaction méningée constituent déjà des anomalies qui surviennent d'ailleurs aussi bien dans la sclérose en plaques que dans les névraxites. Il est encore plus curieux de les voir se grouper chez un même patient sous forme d'épisodes successifs et bien tranchés. Il ne fait aucun doute qu'ils ressortissent à un même processus anatomique « d'encéphalite » ; mais il serait vain, en l'absence de tout examen histologique et de tout résultat d'inoculation, d'en vouloir préciser la nature.

Pour rester sur le terrain pratique, les auteurs font remarquer combien apparaît excessive la règle classique selon laquelle l'hémiplégie des sujets jeunes non cardiopathes doit être tenue pour syphilitique : c'est le diagnostic qui semblait s'imposer chez la malade en question, et que l'évolution a infirmé.

G. F.

Les Thèses

P. — Docteur R. SIMON. — **Cancers de l'utérus.** INDICATIONS DU TRAITEMENT (CHIRURGIE. RADIUM. RADIUM-CHIRURGIE). (Thèse 1937.)

Après avoir envisagé les indications du radium et de la chirurgie dans le cancer du col, du corps, et le cancer total, l'auteur étudie plus spécialement la méthode radium-chirurgicale mise au point par MM. Wallon et Sauvage et employée depuis quatre ans à la Clinique chirurgicale de la Salpêtrière.

Cette méthode consiste à aller porter de forts foyers de radium très filtrés en bonne place par voie abdominale après avoir pratiqué une simple hystérectomie abdominale, tout en assurant une protection minutieuse des organes voisins.

Elle est relativement assez bénigne puisque sur vingt-cinq patientes traitées de la sorte, il y a eu deux décès des suites opératoires, l'un le cinquième jour, l'autre le trente-cinquième jour.

Cette méthode présente une indication formelle dans les cancers totaux pour lesquels les résultats thérapeutiques ont été jusqu'ici décevants.

Dans nombre de cas de cancers du col, elle permet d'éviter certains accidents dramatiques de la curiethérapie utéro-vaginale habituelle.

Dans les cancers du corps enfin, elle donne une sécurité dont la recherche est justifiée par la notable proportion d'insuccès de l'exérèse chirurgicale isolée.

P. — Docteur Pierre MALET. — **Essai de prophylaxie des infections puerpérales.** Travail de la Clinique Baudelocque. (Thèse 1937).

Sous l'influence de mesures générales de prophylaxie, s'inspirant des méthodes pasteuriennes, la mortalité par infection puerpérale a marqué un recul considérable pendant le dernier quart du dix-neuvième siècle ; depuis 1900, au contraire, elle a peu varié.

Jusqu'en 1935, en effet, elle s'est maintenue entre 1,5 et 2,5 pour 1.000, sans qu'aucune méthode prophylactique nouvelle soit parvenue à abaisser ce taux.

Dès la fin de juin 1935, on a entrepris à la Clinique Baudelocque un essai de prévention de l'infection puerpérale, basé sur l'administration aux accouchées du chlorhydrate de sulfamido-chrysoïdine, puis du carboxy-sulfamido-chrysoïdine (1).

Un essai préliminaire fut tenté pendant trois mois ; il consista à prescrire le colorant azoïque lorsque les circonstances cliniques (risques d'infection) indiquaient son emploi.

(1) Rubiazol.

A partir d'octobre 1935 et pendant toute l'année 1936, l'expérience fut singulièrement élargie, puisqu'au cours de ces quinze mois, toute femme accouchant à la Clinique par les voies naturelles, a été soumise à la cure préventive par le dérivé de la chrysoïdine.

Quatre mille femmes environ ont été ainsi traitées. Chacune reçut huit comprimés par jour pendant cinq jours, l'administration commençant aussitôt que possible après le début des douleurs, c'est-à-dire dès l'entrée à la salle de travail.

A l'actif de la méthode l'on peut porter :

— La mortalité nulle par infection puerpérale franche pendant la période d'expérimentation ;

— Le nombre très faible des infections sérieuses et l'absence totale d'infections réellement graves ;

— La baisse du nombre des infections légères et moyennes.

On est donc en droit de conclure que le taux de la mortalité par infection puerpérale à la Clinique Baudelocque dans la deuxième partie de l'année 1935 et dans toute l'année 1936, s'est abaissé de façon très notable.

Cette chute a coïncidé avec l'institution du traitement préventif par le colorant azoïque.

P. — D[r] E. CLOTTEAU. — **Le purpura gastrique solitaire. Purpura chronique exclusivement stomacal.** (Thèse 1937.)

Les recherches de MM. Paul Chevallier et Fr. Moutier ont découvert une affection spéciale : le purpura gastrique solitaire chronique.

La maladie se traduit en clinique par une fatigue intense, de l'anorexie et souvent des troubles gastriques divers.

Elle évolue par poussées cliniques, bien que le purpura se reproduise dans l'estomac, même au cours des périodes de bien-être.

Il n'existe pas de stigmates biologiques d'une diathèse hémorragique. Les lésions ressemblent au purpura cutané le plus banal.

Le purpura gastrique essentiel chronique appartient, par ses caractères, au groupe des purpuras inflammatoires primitifs ; c'est une forme localisée viscérale du purpura inflammatoire primitif chronique de Paul Chevallier.

On ne connaît pas de traitement curateur. Mais le fer à hautes doses est capable de donner des périodes de guérison apparente.

LE GLUCOSE EN THÉRAPEUTIQUE

Par le Docteur Gaston Lévy

(*Suite et Fin*)

Dans les troubles digestifs du nourrisson les soins constants du pédiatre tendent à parer à la grosse chute de poids, signe d'une déshydratation des tissus pouvant devenir fatale au petit malade. MM. Ribadeau-Dumas et ses collaborateurs à la Salpêtrière, Mathieu, Max Lévy, Fleury, ont examiné le problème humoral de ces états de déshydratation dont le plus grave se voit au cours du syndrome cholérique. Ils ont institué une sérothérapie selon les variations du rapport — chlore globulaire — chlore plasmatique. Normalement, ce rapport est près de 0,48. Lorsque le chlore globulaire est augmenté en même temps que le chlore plasmatique (le rapport restant par conséquent normal) il y a intérêt à faire des injections de sérum glucosé, car le glucose déplace le chlore du globule vers le plasma et augmente en même temps la diurèse. On injecte un sérum glucosé isotonique (47 ‰) à raison de 100 à 400 c. c. par 24 heures. On peut ajouter une unité d'insuline (non purifiée) par 100 *c. c.*

Un rapport $\frac{\text{Cl gl}}{\text{Cl pl}}$ augmenté nécessite l'administration de sérum bicarbonaté. Mais là encore il sera utile d'ajouter du sérum glucosé pour chasser le chlore des globules. Les rapports inférieurs à 0,48 sont réservés aux sérums salés.

Lorsque l'on n'a pas de laboratoire de contrôle à sa disposition, et c'est la grande majorité des cas, cette sérothérapie présente quelques inconvénients. C'est pour cela et aussi, dit M. Ribadeau-Dumas (Encyclopédie Ped. 4059-D. p. 3), à cause de l'action si énergique du sérum salé avec ses inconvénients visibles que beaucoup d'auteurs ont été amenés à lui préférer le sérum sucré, sérum glucosé ou solution de dextrose à 5 %. Le sucre réalise une économie énergétique considérable. Il convient au cas ou il y a hypoglycémie, insuffisance du métabolisme du sucre (cétose, appauvrissement du foie en glycogène dans l'hypothrepsie par exemple), mais dit l'auteur la puissance de rétention d'eau des solutions sucrées est beaucoup moins forte que celle des solutions salines !

En pratique, malgré cet inconvénient, les solutions glucosées seront employées de préférence, vu leur action moins choquante. N'oublions pas d'ailleurs que la réhydratation par la bouche est capitale, chaque fois qu'elle peut se faire, et que des solutions de glucose à 5 % ou des mélanges à moitié de solution de Ringer et de sérum glucosé à 15 % arrivent souvent à faire sortir très vite un petit cholérique de sa somnolence toxique et à donner un meilleur turgor à la peau (Vollmer et Burghardt).

Dès le début de cet article nous avons parlé du besoin physiologique du muscle cardiaque en glucose. L'administration de ce médicament — aliment dans les différentes maladies du cœur est fort recommandable. Dans un article, « Le régime des cardiaques et la nutrition du cœur » (*Presse Médicale*, 15 nov. 1930), MM. Loeper et Lemaire s'expriment comme suit : « C'est certainement le sucre qui représente l'aliment essentiel du cœur, celui qui joue le rôle principal dans le mécanisme de sa contraction, celui qu'il est indispensable de fournir au cardiaque. Glycogène et glucose sont les deux termes les plus définis d'une sorte de balancement chimique qui précède et déclenche la contraction mécanique du cœur ». Il y a intérêt à donner aux myocarditiques de grosses doses de glucose en ingestions ou en injections intra-veineuses (trois fois par jour par exemple 50 à 70 grammes de glucose dans une infusion quelconque ou encore des injections intraveineuses de 100 c. c. d'une solution de glucose à 10 ou à 15 %). Les solutions glucosées injectées dans les veines peuvent être vecteurs de médicament comme le strophantus par exemple, dans l'affaiblissement subit du myocarde avec œdème plus ou moins étendu du poumon, R. Franck conseille une saignée de 200 à 300 c. c. suivie d'une injection intraveineuse de 200 à 300 c. c. d'une solution de glucose à 25 %.

L'auteur pense par cette incorporation d'une solution hyperconcentrée dans le torrent circulatoire, provoquer un appel de liquide tissulaire dans le sang et décongestionner ainsi les poumons. Les travaux modernes (Kossa et E. Meyer, Deutsch et Drost) ont mis en évidence une deuxième action du glucose arrivant en grandes quantités dans l'organisme. Il y provoquerait une phase d'hyperglycémie entraînant :

1° Une vasodilatation, puis :

2° Une hypersécrétion d'insuline et en général une hyperactivité pancréatique qui continue la vaso-dilatation.

L'on sait, en effet, par les travaux de Gley, Vaquez et Kisthinios que le pancréas sécrète une substance dépressive, l'angioxyl. Par ce mécanisme un peu compliqué le glucose devient un médicament vaso-dilatateur indiqué chaque fois qu'il s'agit d'élargir la lumière artérielle,

soit dans l'angine de poitrine, dans la maladie de Raynaud, dans l'artério-sclérose.

Dans les maladies aiguës de l'appareil urinaire, le principe de la mise au repos de l'organe est doublé d'un autre principe, celui de protéger l'organisme de l'accumulation de produits uréiques. Il n'y a guère que le glucose qui remplisse ces conditions. Il est à la fois, calorigène, non uréogène et en même temps diurétique. Au début d'une néphrite aiguë on ne permettra au malade qu'une quantité modérée de liquides chargés de glucose. Volhard conseille de commencer la diète du néphritique par un jeûne complet de un à deux jours, si ce jeûne n'est pas supporté il n'autorise que du glucose. Après les premiers jours, des jus de fruits, puis des bouillies à l'eau sucrée au glucose sont autorisés. Martin et Sciclounoff ont eu de très bons résultats en injectant à leurs néphritiques avec œdèmes et albuminurie, chaque jour 400 c. c. d'une solution de glucose à 20 %. Bokay, Zoltan et Kostyal voient de très bons résultats en donnant à leurs malades de 240 à 400 grammes de glucose par jour.

Chez l'enfant on donnera 15 grammes de glucose par kilog de poids. Ils ajoutent à ces énormes quantités de glucose quelques jus de fruits, si le malade répugne aux solutions hypersucrées.

Dans la pyurie des jeunes enfants et du nourrisson, H. Aron a expérimenté la diète glucosée. L'auteur croit par cette technique protéger le rein qui serait, d'après lui, toujours malade dans les pyélonéphrites.

Quoi qu'il en soit, l'auteur a pu voir dans trente-neuf cas dont quelques-uns très graves, une grande amélioration ou une guérison complète. Il n'y a eu aucune mortalité. L'auteur donne au nourrisson environ 20 à 25 grammes de glucose par kilog de poids, au jeune enfant, 10 à 15 grammes par kilog et 24 heures. Chez le nourrisson il a recours à la voie rectale et sous-cutanée (6 à 8 %). Cette diététique pourrait être continuée un à deux jours. L'emploi exclusif d'une solution de glucose pur éviterait la dyspepsie que l'on pourrait craindre chez le jeune nourrisson. Nous donnons cette méthode sous toutes réserves. Elle semble digne d'intérêt et mérite d'être expérimentée.

L'heureuse influence du glucose sur le système digestif, la glande hépatique, le cœur et le rein, en font un aliment-médicament de choix dans toutes les maladies infectieuses. De nombreuses observations attestent en effet sa grande valeur chez les diphtériques, les typhiques, dans la pneumonie et même dans nombre de maladies infectieuses. On le donne aussi bien en injections intraveineuses que par la bouche. Dans les derniers temps on y a ajouté volontiers la vitamine C, dont l'organisme semble faire une consommation excessive pendant toute maladie infectieuse.

On connaît bien, aujourd'hui, le traitement du diabète et nous ne nous attarderons pas à l'indication du glucose dans le coma diabétique et dans l'hypoglycémie. Parmi les maladies de la nutrition, le glucose trouve sa grande indication pour combattre la maigreur, soit la maigreur constitutionnelle ou la maigreur par maladie consomptive (tuberculose, maladie de Basedow). On l'emploie seul ou avec l'insuline. Nous indiquerons ci-dessous une recette due à Wirth et Berger, qui permet de donner sous une forme agréable, de fortes doses de glucose.

	Albumine	Graisses	H. de C.	Calories
200 grammes crème fouettée	5,4	60	6	604
4 jaunes d'œufs	10,4	20	0,2	228
100 grammes de dextrosol			99,6	400
	15,8	80	105,8	1,232

On met une cuillerée à soupe d'eau chaude dans un récipient et on y ajoute le sucre dextrosol en agitant continuellement la masse, qui prend une consistance sirupeuse. On y ajoute les quatre jaunes d'œufs et on aromatise avec du citron ou du rhum ou de la vanille ; on ajoute alors lentement la crème fouettée et porte le tout dans un moule à glace ; après trois heures on peut consommer. Inutile de dire que c'est peu à peu qu'on habituera le malade à prendre cette quantité relativement importante d'aliment glacé.

Les cures glucose-insuline, sont surtout intéressantes chez les tuberculeux et les basedowiens, elles permettent à la fois de relever l'état général et d'améliorer l'appétit. Chez les basedowiens on va graduellement jusqu'à injecter trois fois par jour 15 à 20 unités d'insuline une demi-heure avant les repas. De suite, avant ou après l'injection, le malade prend 50 à 60 grammes de glucose. Chez les tuberculeux on donne seulement 3 à 5 unités d'insuline et on progresse avec beaucoup de prudence.

Avant de quitter les maladies de la nutrition, signalons encore la grande valeur du glucose dans les vomissements acétonémiques des enfants et les vomissements incoercibles de la grossesse.

La pathogénie des vomissements acétonémiques de l'enfant est encore peu claire. L'acétone ne vient certainement pas du jeûne (causé par l'intolérance de toute alimentation) car il précède les vomissements. De toutes les théories

avancées il semble résulter qu'à l'origine du trouble il y ait un déséquilibre dans la fonction glycogénique du foie. Quoi qu'il en soit des théories pathogéniques, le traitement glucosé a depuis longtemps fait ses preuves. Voilà comment il faut l'instituer. L'enfant est mis au repos. On peut, à la rigueur, lui injecter 0 gr. 02 de gardénal. On cesse toute alimentation pour ne donner, les premières heures, que de petits lavements glucosés isotoniques à 5 %. Dans les cas graves avec déshydratation aiguë, il peut être utile de faire des injections intramusculaires de sérum glucosé et de sérum de Ringer. Ce dernier devra corriger l'hypochlorémie occasionnée par les vomissements ; après quelques heures il sera possible de donner de l'eau glucosée, par la bouche. En passant par les jus de fruits chargés en glucose, on revient lentement à une alimentation plus substantielle.

Avec les vomissements incoercibles de la grossesse et la bonne action exercée par le sucre sur cet état (Titus) nous abordons une nouvelle fonction du glucose, sa fonction antitoxique. Elle est connue depuis fort longtemps. Les peuplades sauvages employaient toujours le sucre contre *les venins*. « In Cajenna contra morsum colubrorum, interne et externe adhibent sacharum » (Richter). Steinbrink put maintenir *vivant par des injections de sucre*, des animaux soumis à de fortes doses de toxiques. On sait, d'autre part, que l'acide cyanhydrique peut être neutralisé par de fortes quantités de glucose (L. de Saint Rat Violle). Le Docteur Max Vauthey croit par ce dernier fait, expliquer la résistance miraculeuse de Raspoutine au cyanure de potassium au cours de la tentative d'empoisonnement par le prince Youssoupoff.

L'action antitoxique du glucose est employée de nos jours pour diminuer la toxicité de quelques médicaments comme l'iodure de potassium, le salicylate de soude, les arséno-benzènes, beaucoup mieux supportés en solutions glucosées intraveineuses.

Citons enfin l'emploi du glucose dans les empoisonnements par le sublimé. L'injection intraveineuse de solutions hypertoniques semble avoir donné des succès incontestables (Rojdestwenskaia et Nietschajew). C'est encore cette action antitoxique qui avec son heureuse influence sur le foie, fait du glucose un antianaphylactique alimentaire.

Pour être complet, disons encore que les qualités physiques du glucose, c'est-à-dire sa valeur pour la régulation des pressions osmotiques des humeurs, est souvent employée en neurologie. Des injections intraveineuses de solutions hyperconcentrées de glucose sont indiquées dans le but de diminuer la tension intracranienne au cours des traumatismes crâniens, des tumeurs cérébrales, etc...

C'est encore pour sa valeur de régulateur des forces osmotiques, que le glucose a trouvé son emploi dans le traitement des plaies.

Après ces grandes indications de la thérapeutique glucosée, il ne nous reste que quelques mots à dire sur la posologie du glucose. Nous avons dit, au début de cet article, qu'on trouve actuellement dans le commerce, un glucose presque pur, retiré du maïs, sous le nom de Dextrosol. Nous le prenons comme type dans notre indication posologique.

Et d'abord les mesures :

1 cuillerée à café rase....................	pèse environ............	3 grammes
1 cuillerée à café chargée	« «	7 grammes
1 cuillerée à potage, rase................	« «	12 grammes
1 cuillerée à potage chargée	« «	25 à 30 grammes

Par voie buccale. — Un adulte reçoit en moyenne 100 à 150 grammes de dextrosol par jour, dissous dans du thé, des jus de fruits, de la compote, etc... En cas de nécessité d'apport de grandes quantités d'H. de C. on peut donner jusqu'à 500 grammes de dextrosol par jour. Chez le nourrisson on ne dépassera par le sucrage normale de 5 à 10 %.

Par voie rectale. — Sous forme de goutte à goutte, jusqu'à 2.000 c. c. d'eau plus 15 % de dextrosol, plus 25 gouttes d'opium à 10 % par 24 heures, avec deux intervalles de repos de deux heures.

Par voie sous-cutanée. — Une à trois fois par jour, jusqu'à 1.000 c. c. d'une solution stérile de dextrosol à 6 %.

Par voie intra-musculaire. — Au maximum, 200 c. c. d'une solution stérile de dextrosol à 15 %.

Par voie intra-veineuse. — Au maximum, 1.000 c. c. d'une solution stérile de dextrosol à 10 %. Durée d'instillation 25 à 40 c. c. par minimum deux fois par jour, maximum 800 c. c. d'une solution stérile de dextrosol à 50 %.

Par voie intra-sinusale. — Chez le nourrisson on injectera en moyenne 80 à 100 c. c. d'une solution stérile de dextrosol de 5 à 10 %. On ne dépassera pas le 50e du poids du corps.

Par voie intra-péritonéale. — On ne dépassera pas 300 c. c. d'une solution stérile de dextrosol de 6 à 8 %.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Bulletin de l'Actualité



Hommage aux Maîtres qui s'en vont

EMILE SERGENT

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur à la Faculté de PARIS

La limite d'âge, qui atteint le Professeur Sergent, fait disparaître de notre enseignement parisien, une de ses figures les plus représentatives et certainement un des hommes qui s'y sont le plus entièrement consacrés.

Le Concours Médical ne veut point le laisser quitter sa chaire de clinique, sans lui exprimer toute la gratitude que lui gardent les praticiens, nos lecteurs, dont les générations ont été formées depuis trente ans à la Faculté de Paris, et qui ont tous été plus ou moins ses élèves.

Le successeur de Laënnec dans la chaire magistrale de l'hôpital de la Charité a été un enseigneur né, il a aimé, dès le début de sa carrière hospitalière, s'entourer de jeunes étudiants, leur apprendre les éléments du métier, façonner leur cerveau et peu à peu, c'est vers lui que se dirigeait tout naturellement le débutant, frais émoulu du P. C. N., qui désirait au début de sa carrière, avoir un bon guide.

Très rapidement son service était devenu la pépinière des talents futurs et la foule des élèves qui se pressaient, autour de lui, obligeait la Faculté à en limiter le nombre.

C'est le profit immédiat qu'ils retiraient de l'enseignement donné par Sergent qui attirait à lui les étudiants, ils étaient assurés que la matinée passée près du maître, serait toujours fructueuse, qu'elle se solderait par une acquisition nouvelle, ce n'était point l'espoir d'une recommandation, ou d'un appui dans un examen, dans un concours, car tous savaient que si leur maître était bienveillant et facilement accessible, il était juste et ne se prêtait point à des combinaisonsdestinées à ne pas favoriser le plus digne.

Lui-même, avait eu à souffrir de tels procédés, et éloigné de l'enseignement officiel, par son échec à l'agrégation, il pouvait croire que son désir d'enseigner, ne se réaliserait jamais pleinement.

Sans se soucier des difficultés qui lui venaient, du fait qu'il ne faisait point de cours à la Faculté, qu'il ne participait point aux examens, il organisa à côté de l'enseignement officiel, un véritable enseignement privé, auquel il se donna complètement.

Sa matinée d'hôpital appartenait à ses élèves et à ses malades, il donnait aux premiers l'exemple de la régularité, leur montrant qu'il n'est point de réussite possible sans une discipline de vie, et il consacrait aux pauvres et aux déshérités, un temps qu'il aurait pu, comme tant d'autres, sacrifier à sa clientèle.

En agissant ainsi il a montré par son exemple, à toute une génération de praticiens, qu'il a marqués d'une forte empreinte, que l'exercice de la médecine n'était point un commerce destiné à assurer une vie facile, il a su dès le début de leur vie médicale, montrer aux jeunes étudiants, les difficultés, les responsabilités d'une profession qui doit comporter des sacrifices, il leur a fait comprendre les devoirs qui s'imposaient au médecin vis-à-vis de ses malades, vis-à-vis de ses confrères, vis-à-vis de lui-même, et tous ceux qui ont été élevés à cette école, ont pour la plupart fait honneur à leur maître. Ainsi, par son effort personnel, sans appuis officiels, aidé, dans son service, par les plus fidèles de ses anciens internes Sergent, avant la guerre, avait pris dans l'enseiseignement de la médecine à Paris, une place si importante, que la Faculté lui ouvrait, au lendemain de la victoire, ses portes toutes grandes.

Le moins officiel de tous les enseigneurs revêtait à son tour, la robe et la toque, il voyait se

réaliser un rêve qu'il avait pu croire impossible et qui n'était que la juste récompense de ses longs efforts.

Cette charge nouvelle, cette consécration professorale ne troublèrent point l'organisation de l'enseignement, tel qu'il avait toujours été fait, au contraire, elles donnèrent au maître, des facilités nouvelles, en lui permettant d'étendre partout en France et à l'étranger, son rayonnement.

Les missions nombreuses occupaient les vacances du professeur, il en conduisit plusieurs au Canada (1) et le souvenir qu'elles ont laissé là-bas contribue certainement à l'expansion de la science française dans le nouveau monde.

De tels titres vraiment exceptionnels nous laissaient croire que nous verrions quelques années encore, le professeur occuper sa chaire, enseigner la clinique, former des jeunes et que seulement alors, lorsque ses forces ne lui permettraient plus de soutenir de pareils efforts, il passerait à un autre, le flambeau symbolique.

Il n'en a rien été, les titres exceptionnels n'ont point compté pour lui, et c'est en pleine force, et riche encore de bien des possibilités, qu'il quitte une chaire, un service, des élèves, des malades qui ont été le but de son activité et de sa vie.

Si la Faculté voit partir avec lui un de ses meilleurs enseigneurs et elle n'en a pas tellement, nous espérons que pendant longtemps encore, par ses conseils, par ses écrits, par son action personnelle, le professeur honoraire continuera à faire profiter de sa grande expérience, les générations qu'il a vues s'élever.

Ainsi s'atténuera le regret que cause son départ à tous ceux qui savent la grande influence qu'il a eue sur la formation morale et professionnelle du médecin, précisément au moment où notre profession subit une des crises les plus graves qu'elle ait jamais connue.

L. IMBERT

Membre correspondant de l'Académie de Médecine
Doyen de la Faculté de MARSEILLE

Dans la jeune Faculté, qu'il a contribué à fonder à Marseille et qu'il quitte, le Professeur Imbert atteint par la limite d'âge va laisser d'unanimes regrets.

Depuis l'époque où, ancien interne des hôpitaux de Paris, puis agrégé de la Faculté de Montpellier il s'était installé dans la vieille cité phocéenne, le Professeur Imbert avait toujours rêvé de voir élever son Ecole au rang de Faculté. Il avait su par ses travaux personnels, par son activité créatrice, utiliser les immenses ressources qu'offrait aux chercheurs notre grand port *méditerranéen, il avait su former à son école* une pépinière de médecins, de chirurgiens de valeur et comme un sage il se retire après avoir vu la réalisation complète du désir de sa vie, et après avoir présidé aux destinées de la Faculté pour laquelle il a tant fait.

Les jeunes talents ne manquent point à la Faculté nouvelle et déjà elle fait le plus grand honneur à celui qui par sa ténacité et par son action personnelle a su la porter au rang des meilleures.

Nous ne voudrions pas laisser partir dans la retraite le maître éminent d'une Faculté où notre journal a toujours compté tant d'amis, sans lui apporter l'hommage de tous ceux qui ont toujours eu la plus grande admiration pour sa belle carrière et sans lui dire toute la gratitude que lui gardera le Corps médical français, dont il a été un grand ouvrier. R. M.

(1) Rappelons que M. le Professeur Emile Sergent, sous les Auspices de *l'Union Médicale latine* (UMFIA) a fait à l'Institut Océanographique, une très belle conférence sur le Canada, sous la présidence de S. E. Philippe Roy, ministre plénipotentiaire du Dominion, conférence dont nous avons publié un important compte-rendu dans notre numéro du 29 mai 1932. J. N.

LA DÉCLARATION DES CAUSES DE DÉCÈS

I

La dénonciation des décès de cause suspecte

Il fallait s'y attendre ! Parce que, dans le but de faciliter l'organisation de la lutte contre la mortalité, certains d'entre nous avaient cru pouvoir accepter une violation de l'article 378, en se conformant à la Circulaire interministérielle sur la déclaration des causes des décès, immédiatement les Parquets ont saisi cette occasion si belle qui leur était offerte, pour essayer de contraindre le Corps médical à dénoncer les avortements, ou autres causes délictuelles, ou criminelles des décès.

La Circulaire, que nous reproduisons ci-après, émane du Garde des Sceaux, qui imite ses collègues de la Santé publique, de l'Intérieur et de l'Economie nationale. Pourquoi se gêner ? Pourquoi ne pas donner une nouvelle entorse à cet article 378 du Code pénal, qui est vraiment bien gênant pour les Pouvoirs publics et les Administrations ? Si le Corps médical s'incline, — il semble accepter sans protester la Circulaire illégale ordonnant la déclaration des causes des décès — le secret, qui fait encore partie de la Charte médicale, est bien près d'avoir vécu.

Voici la Circulaire en question :

PARQUET
DE LA COUR D'APPEL
DE PARIS

Paris, le 22 juillet 1937

Section civile

Circulaire 82, 1937

Le Procureur général près la Cour d'Appel de Paris à Monsieur le Procureur de la République,

Je reçois en date du 20 juillet 1937, de M. le Garde des Sceaux, la Circulaire suivante, dont vous m'accuserez réception, et aux prescriptions de laquelle vous voudrez bien vous conformer :

« Aux termes de l'article 77 du Code civil, aucune « inhumation ne peut être faite sans l'autorisation de « l'officier de l'Etat civil, qui doit se transporter près « de la personne décédée et constater le décès. Mais, « dans la pratique, cette formalité est remplie par le « médecin de l'Etat civil, qui a été institué à Paris, et « son intervention réglementée par un arrêté du 31 dé- « cembre 1821. Pour la province, une Circulaire du « Ministère de l'Intérieur du 24 décembre 1866, a pres- « crit aux Maires de toutes les Communes de déléguer « un ou plusieurs médecins dans le même but. En effet, « le médecin est plus particulièrement qualifié, par ses « connaissances professionnelles pour « relever les signes « ou indices de mort violente » et provoquer le refus « du permis d'inhumer, en application de l'article 81 « du Code civil.

« Ainsi le médecin d'Etat civil constate les décès. « Mais en règle générale, il s'abstient quand la mort est « survenue dans un hôpital, bien que cette exception « ne soit pas prévue par la loi. On s'explique que cet « usage se soit instauré en raison des garanties morales « et de savoir que présentent les chefs de service des « établissements hospitaliers, qu'on a voulu soustraire « au contrôle de confrères souvent moins autorisés « qu'eux. Un très grave inconvénient s'ensuit : les « chirurgiens et médecins des hôpitaux, dont les clientes « sont mortes des suites de manœuvres abortives, ne « peuvent, par respect du secret professionnel, dénoncer « le délit qu'ils ont constaté et qui reste ainsi impuni. « Aussi, pour se mettre à l'abri de toute poursuite, les « professionnels de l'avortement ont-ils coutume, lors- « qu'ils ont des clientes en danger, de les envoyer mou- « rir à l'hôpital.

« Cette situation est le résultat, non d'une mauvaise « application des lois existantes, mais d'un usage qu'il « appartient aux autorités compétentes de réformer. « Il importe donc, que dans les localités où il existe un « service de l'Etat civil, un médecin, ayant donné « des soins à une avortée, décédée, c'est-à-dire lié « vis-à-vis d'elle par le secret professionnel, ne puisse « en aucun cas, même dans un hôpital, délivrer le cer- « tificat en vue du permis d'inhumer ; qu'en consé- « quence le médecin de l'Etat civil ait seul qualité « pour délivrer ce certificat pour les femmes décédées « dans des services d'accouchement et de gynécologie « et dans ceux de chirurgie qui reçoivent des femmes « hospitalisées pour fausses-couches.

« Dans les communes où il n'existe pas de médecin « d'Etat civil, c'est le médecin traitant qui provoque « la délivrance du permis d'inhumer. Mais son devoir « serait de refuser ce permis quand il a acquis la preuve, « soit par ses constatations personnelles, soit par « l'aveu de la mourante, qu'il s'agit d'un avortement « provoqué par un tiers. Or, certains praticiens passent « outre et empêchent ainsi, par leur silence, la recher- « che des coupables. Il devra donc être rappelé par « les autorités compétentes à tous les *médecins, tant* « à ceux des hôpitaux qu'aux autres, *qu'ils n'ont pas le* « *droit en présence d'un décès survenant après un avor-* « *tement pratiqué par une tierce personne, de délivrer le* « *certificat en vue du permis d'inhumer, car en le déli-* « *vrant, ils couvriraient l'infraction.*

« D'accord avec MM. les ministres de l'Intérieur et « de la Santé publique, je vous prie de bien vouloir « porter ces indications à la connaissance de vos Substi- « tuts en les invitant à prendre toutes dispositions utiles « en conséquence.

« Vous aurez soin de m'accuser réception de la pré- « sente Circulaire.

« *Le Garde des Sceaux, ministre de la Justice.*
Par autorisation,
« *Le Conseiller d'Etat, Directeur des Affaires civiles et du Sceau,*
Signé : Pierre BRACK ».

Ai-je besoin de dire quel émoi, quel désarroi se manifestent dans les très nombreuses lettres que j'ai reçues. Mes confrères demandent ce qu'ils doivent penser de cette Circulaire et surtout s'ils ont l'obligation de s'y conformer. Ne doivent-ils pas, au contraire, rester fidèles au secret professionnel et attendre qu'une loi à intervenir vienne les relever de l'obligation d'avoir à garder le silence sur tout ce qu'ils ont appris dans l'exercice de leur profession ?

Aussi, en ne considérant que la législation, telle qu'elle existe encore à l'heure actuelle, vais-je aborder une série de considérations, afin de pouvoir répondre aux questions nombreuses, qui m'ont été posées et que je groupe dans les différents chapitres suivants.

II

Dans quels cas la loi oblige-t-elle à se porter dénonciateur ?

En sa qualité de citoyen, le médecin entend obéir aux lois de son pays. Voyons donc tour à tour les obligations légales qui s'imposent au praticien, tantôt comme citoyen, tantôt comme exerçant une profession visée à l'article 378 du Code pénal.

A) Déclarations légales inhérentes à l'exercice de la médecine

Je laisse de côté les obligations qui nous sont faites par des lois spéciales, en ce qui concerne la pratique même de notre profession. L'article 56 du Code civil nous fait un devoir de déclarer à l'officier de l'Etat civil et dans les trois jours, toute naissance à laquelle nous avons assisté, lorsque le père n'est pas présent à l'accouchement.

Nous devons également déclarer certaines maladies transmissibles (lois du 30 novembre 1892, article 15 et 15 février 1902, article 5) sans oublier les obligations que précise la loi du 3 mars 1822, en matière de police sanitaire, ni celles de la loi du 25 octobre 1919, article 12, sur la déclaration obligatoire pour les médecins des cas de maladies d'origine professionnelle.

B) Obligations communes à tous les citoyens

Le Code d'instruction criminelle, en son article 30 et le Code pénal en ses articles 103 et suivants, 136 et 137 font un devoir, sous astreinte pénale, à tout citoyen de se porter dénonciateur dans certains cas bien précisés. Je laisse de côté les obligations de l'article 29 du Code d'instruction criminelle qui fait un devoir à tous les fonctionnaires, aussi bien à nos confrères au service de l'Etat qu'à tous autres qui dépendent de la puissance publique, d'avoir à déclarer sans délai au procureur de la République les crimes, ou délits parvenus à leur connaissance dans l'exercice de leurs fonctions. Ce devoir imposé par le Code à nos confrères médecins fonctionnaires ne saurait être annihilé ou diminué par une simple Circulaire ministérielle, parce qu'en qualité d'inspecteurs départementaux d'hygiène, directeurs municipaux de Bureaux d'hygiène, etc., nos confrères ne sont plus des médecins, mais des fonctionnaires, soumis aux règles générales des fonctionnaires et non pas à celles qui régissent l'exercice de la médecine libre.

Article 30 du Code d'instruction criminelle

« Toute personne qui aura été témoin d'un « attentat contre la sécurité publique, soit con- « tre la vie, ou la propriété d'un individu, sera « pareillement tenue d'en donner avis au Pro- « cureur de la République, soit du lieu du crime « ou délit, soit du lieu où le prévenu pourra être « trouvé. »

Cet article ne semble pas devoir, à première vue, retenir notre attention : pour être contraint à se porter dénonciateur, il faut que le citoyen ait été le *témoin* de l'attentat, ce qui est chose assez rare.

Interprétant cet article 30, le Professeur Garraud écrit, dans son livre « Traité de droit pénal français ; 2e édition, T. V., n° 2.069 : « cette « obligation ne s'applique qu'aux crimes ou dé- « lits, dont les particuliers ont été les témoins ; « elle ne vise pas les crimes ou délits connus ou « surpris dans l'exercice, ou à l'occasion de l'exer- « cice de leur profession par les personnes énu- « mérées à l'article 378 du Code pénal ».

En ce qui concerne l'exercice de notre profession, nous pouvons parfois nous trouver en présence d'un problème de conscience. Si le praticien est témoin d'un crime ou délit, commis ou tenté en sa présence, quelle doit être sa conduite ? S'il constate une tentative d'empoisonnement sur son malade, un infanticide, coups et blessures donnés devant lui et pouvant entraîner la mort, doit-il dénoncer, en sa qualité de citoyen ? Doit-il se taire en tant que médecin ?

Disons de suite que ce n'est pas notre diplôme de docteur en médecine, qui nous met au-dessus de la loi ; c'est l'exercice même de notre profession. C'est uniquement pendant les seuls moments où nous pratiquons l'art de guérir que l'article 378 nous fait l'obligation de nous taire sur tout ce qui est secret de sa nature et que nous avons appris, deviné, constaté dans l'exercice même de notre profession, en notre qualité de confident nécessaire.

Il est indispensable de bien établir cette dualité d'attitude entre le citoyen et le praticien ; nous pouvons ainsi décider de notre conduite, surtout dans des circonstances où notre conscience nous ordonne une attitude.

Heureusement, ces situations sont extrêmement rares et les conseils juridiques du « Sou médical » pourront, dans chaque cas particulier, conférer entre eux pour donner au praticien embarrassé la ligne de conduite qu'il souhaite.

Articles 103 et suiv. 136 et 137 du Code pénal

Ces articles ont été abrogés par la loi du 28 avril 1832. Les premiers comportaient la révélation des crimes qui compromettent la sûreté intérieure ou extérieure de l'Etat ; les seconds les fabriques ou dépôts de fausse monnaie.

III

Ligne de conduite du médecin appelé à constater une mort violente

En l'état actuel de la législation, il incombe à l'officier de l'Etat civil ou au Parquet, de requérir l'assistance d'un homme de l'art, pour constater l'état du cadavre et déceler si possible les causes de la mort. Telles sont les directives données par l'article 81 du Code civil et l'article 44 du Code d'instruction criminelle.

Mais disons de suite que le « Sou Médical » a été appelé maintes fois à défendre les intérêts de ses adhérents. Commis par le maire, pour constater un décès suspect, le médecin ne peut se faire payer par personne. Le Parquet refuse d'ordonnancer le mémoire d'honoraires, s'il n'y a pas eu crime. Quant au maire, il repoussse également la demande de paiement, prétendant que ces dépenses doivent incomber au budget de la Justice et non au budget communal.

Les Circulaires, tant celle du ministre de la Santé publique que celle du Procureur général, tendent au même but : personne ne parle des honoraires du médecin ; bien plus, le fardeau du paiement semble devoir incomber aux familles, puisque ce sont celles-ci qui doivent appeler un médecin, pour obtenir un certificat médical, sur le vu duquel le permis d'inhumer pourra être délivré.

Examinons à présent la nouvelle situation juridique, qui doit découler de l'application des Circulaires précitées.

Mis en œuvre par une famille, le praticien a été ou non le médecin traitant. Disons d'abord que, dans l'immense majorité des cas, le secret professionnel n'existe pas : la cause de la mort est connue dans l'entourage, dans le village ; le décès est consécutif à une maladie avouable, qui n'est pas secrète de sa nature. Dans ces conditions, le praticien peut délivrer à la famille le certificat demandé.

Mais, nous sommes invités à remettre ledit certificat, non pas à la famille, mais à la mairie. Dans certains cas, les parents du *de cujus* ne tiennent nullement à ce que la cause véritable de la mort soit décelée à quiconque. Le médecin traitant est donc tenu au devoir du secret — et le Procureur général le reconnaît, dans sa Circulaire, puisqu'il insiste sur ce point : c'est que le médecin de l'Etat civil ne doit pas être autant que possible confondu dans la personne du médecin traitant.

En second lieu, ayant été appelé, ou non à donner ses soins au décédé, le praticien relève une cause suspecte de mort. Le Procureur général nous invite à nous transformer en auxiliaires de la justice, par notre refus de certificat de décès. Nous dénoncerons ainsi le crime, ou le délit et toute l'organisation de la justice sera mise en branle, devant aboutir à l'expertise médico-légale et à l'autopsie.

N'oublions pas que, selon les termes des Circulaires précitées, ce sont les familles qui mettent en œuvre le praticien, constatateur du décès. Cet homme de l'art n'a pas été commis, ni par l'officier de l'Etat civil, ni par le Parquet. Et cependant, par-dessus la tête des parents du défunt, la mairie sera informée, par le médecin — par son refus de certificat — que la cause du décès est suspecte et que l'inhumation doit être retardée.

Quelle sera l'attitude du médecin, auquel la famille demandera cependant le secret ? Ce praticien devra-t-il obéir aux ordres formels du Code pénal, ou devra-t-il se conformer aux injonctions d'une Circulaire ?

Si le médecin se décide pour cette seconde alternative, ne risque-t-il pas d'être poursuivi par la famille, comme ayant violé les termes de l'article 378 du Code pénal ? Poser la question, c'est la résoudre, car, dans l'état actuel de la législation et de la jurisprudence, le médecin sera certainement condamné par le Tribunal correctionnel, alors même qu'il fera plaider qu'il s'est conformé à une Circulaire ministérielle. Seule une loi peut nous ordonner pareilles certifications.

Ajoutons que si, dans son examen, le praticien a commis une erreur de diagnostic et que l'autopsie médico-légale, pratiquée à la suite de son refus de certificat, prouve que le décès est dû à une mort naturelle, la famille sera en droit de réclamer des dommages-intérêts. Ce ne sera ni *l'autorité municipale, ni le Parquet qui paieront* les frais, qui incomberont au seul médecin, coupable d'avoir obtempéré à une Circulaire, prise au mépris des lois existantes. Mairie et Procureur soutiendront victorieusement que ni l'un, ni l'autre n'ont commis et requis le médecin. Ce dernier supportera seul le poids de son erreur.

IV

Constatation des décès dans les hôpitaux

Le médecin chef d'un hôpital nous fait part de l'émotion qu'il a ressentie, à la lecture de la Circulaire du Procureur général, circulaire publiée plus haut. Après avoir reconnu que, par suite d'un usage, le médecin de l'Etat civil ne pénètre jamais dans un établissement hospitalier, pour vérifier la cause des décès, la Circulaire décide que, pour pouvoir punir les avorteurs, le médecin de l'Etat civil devra désormais vérifier les corps des décédés, dans un service hospitalier d'accouchement, de maternité, ou de chirurgie. A bon droit, la Circulaire fait remarquer que le médecin traitant est lié par le secret professionnel et ne saurait, par suite, faire état des confidences

qu'il a reçues de sa malade, avant la mort de cette dernière.

Malheureusement, toujours guidé par le souci de punir les coupables, le Procureur général décide que, dans les localités où n'existe pas de médecin de l'Etat civil, — et c'est l'immense majorité en France, — ce sera le médecin à l'hôpital, qui devra refuser le certificat de décès, lorsque la mort sera due à des causes suspectes.

Aussi, notre confrère, qui est chirurgien d'un hôpital assez important, nous manifeste-t-il son désarroi, alors que, d'une part, il doit garder sous silence les choses secrètes de leur nature, les confidences qu'il a reçues, les constatations qu'il a pu faire, au cours de son traitement et que d'autre part, il doit se faire indirectement dénonciateur, en refusant le permis d'inhumer, pour se conformer à la Circulaire précitée.

Examinons donc ce que dit la loi.

Article 80 du Code civil :

« En cas de décès dans les hôpitaux, ou les « formations sanitaires, les hôpitaux maritimes « coloniaux, civils, ou autres établissements « *publics, soit en France, soit dans les colonies,* « ou les pays de protectorat, les directeurs, « administrateurs, ou maîtres de ces hôpitaux, « ou établissements devront en donner avis, dans « les vingt-quatre heures, à l'officier de l'Etat « civil, ou à celui qui en remplit les fonctions. »

« Celui-ci s'y transportera pour s'assurer du « *décès et en* dressera l'acte, conformément à « l'article précédent, sur les déclarations qui lui « auront été faites et sur les renseignements « qu'il aura pris.

« Il sera tenu, dans les dits hôpitaux, forma- « tions sanitaires, et établissements, un registre « sur lequel seront instcrits des déclarations et « renseignements. »

Nous référant toujours à la loi, recherchons quelles sont ces déclarations et renseignements. L'article 79 du Code civil nous précise que l'acte de décès énoncera :

« 1° Le jour, l'heure et le lieu du décès ;

« 2° Les prénoms, nom, date et lieu de nais- « sance, profession et domicile de la personne « décédée ;

3° Les prénoms, noms, date et lieu de nais- « sance de ses père et mère ;

« 4° Les prénoms, nom, de l'autre époux, si la « personne décédée était mariée, veuve, ou « divorcée

« 5° Les prénoms, nom, âge, profession et domi- « cile dudéclarant et, s'il y a lieu, son degré de « parenté avec la personne décédée ;

« Le tout autant qu'on pourra le savoir. »

Ainsi le Code n'oblige nullement à la déclaration de la cause du décès pas plus que le Règlement modèle des hospices et hôpitaux du 31 mars 1926 article 43.

De ceci résulte que, profitant de ce que les médecins savent la médecine, mais ne connaissent pas le Droit, les autorités administratives cherchent à nous faire faire gratuitement leur besogne, en constatant nous-mêmes les décès et en déclenchant le fonctionnement de la justice répressive, par la non-délivrance du certificat de décès, lorsque la cause de ce dernier est douteuse, délictuelle, ou criminelle.

Certes, le médecin de l'hôpital doit se conformer aux ordres, qui lui sont donnés par la Commission administrative de l'établissement. Mais au-dessus de la Commission, du Préfet et du ministre lui-même, il y a le Conseil d'Etat, qui est le gardien de la loi.

Si d'aventure, un médecin d'hôpital était frappé d'une mesure disciplinaire, pour s'être refusé à déclarer la cause d'un décès, le Sou médical n'hésiterait pas à donner tout son concours à son adhérent, pour porter le litige, devant la justice administrative compétente et faire annuler la dite mesure disciplinaire, parce que prise en conformité avec des Circulaires ministérielles, ou judiciaires illégales, violant *les termes des codes et des lois encore en vigueur.*

Conclusion

Ne devrait-il y avoir en France qu'un seul médecin qui soit poursuivi pour avoir violé le secret professionnel, aboli par une simple Circulaire, que je crois de mon devoir de dire bien haut ma façon de penser.

Il est regrettable que la Confédération des Syndicats médicaux n'ait pas été appelée à donner son avis sur l'élaboration de ces Circulaires. Nos dirigeants syndicaux sont trop avertis pour ne pas faire remarquer aux différents ministres que leurs textes réglementaires ne peuvent pas modifier un article du Code.

Si les nécessités de la protection de la Santé publique, si la lutte contre l'avortement réclament du médecin une certification précise des causes des décès, élaborons ensemble un texte de loi, qui atténuera la portée de l'article 378. Les Syndicats médicaux sont de véritables conseillers d'Etat. Ils apporteront aux Pouvoirs publics leur compétence technique et leur expérience, pour aboutir à un texte de loi.

En attendant, disons que si certains praticiens placent leur conception du devoir professionnel au-dessus des simples Circulaires ministérielles, lorsque celles-ci sont illégales, aucun texte de loi n'a prévu de pénalités contre eux, alors qu'ils persisteront dans leur conduite ancestrale, celle de conserver à leurs malades le secret le plus absolu sur les choses secrètes de leur nature, qu'ils ont apprises dans l'exercice de leur art de guérir.

Dr Paul BOUDIN.

L'ACTUALITÉ PROFESSIONNELLE

Informations syndicales

Le régime alsacien-lorrain des Assurances sociales vu par les médecins locaux

Ainsi que nul ne l'ignore, le régime général des Assurances sociales institué par la loi de 1928-1930 et le décret-loi du 28 octobre 1935 n'est pas applicable dans les départements recouvrés, qui restent régis par les dispositions du Code allemand. Ce Code, par sa méconnaissance totale des principes du libre-choix du médecin, et de l'entente directe entre le médecin et son client, a fait au Corps médical local, une situation fort peu enviable, ainsi que l'expose le Docteur Welter, dans son rapport à la Commission officielle d'études pour la modification du régime alsacien-lorrain d'Assurances sociales. (*Le Médecin d'Alsace et de Lorraine,* juin 1937.)

La législation locale est muette en ce qui concerne les droits des médecins. Leurs rapports avec les Caisses d'assurances sociales n'ont donc pu s'établir que par conventions collectives Syndicats-Caisses. L'élaboration de ces conventions, qu'aucune règle légale ne venait limiter, fut donc régie par le droit du plus fort, économiquement parlant, et le « plus fort », on s'en doute n'était pas les Syndicats médicaux. C'est ainsi que ces derniers se sont vu imposer la source principale de leurs maux actuels, la rétribution des médecins par un forfait global annuel, calculé d'après le nombre d'assurés de la Caisse.

Par suite de l'absence de « ticket modérateur », et de la gratuité totale des soins médicaux pour l'assuré, l'appel au médecin est d'une fréquence élevée et les besoins médicaux se sont fortement développés dans la population. La rémunération de l'acte médical est, par voie de conséquences, tombée à des chiffres infimes, souvent à peine croyables. C'est ainsi que, dans les Caisses industrielles de la Moselle, la consultation ressort à 3 francs. Dans le Bas-Rhin, la situation est encore pire : 2 fr. 50 pour la consultation de spécialiste, 1 fr. 50 pour la consultation de praticien. Aux Caisses des mines de potasse du Haut-Rhin, la valeur du bulletin trimestriel pour tous les soins donnés par un praticien tombe à 5 francs ! Cette somme forfaitaire payée par les Caisses aux Syndicats constitue somme toute, ainsi que le fait remarquer le rapporteur, une indemnité de réassurance, et ce contrat consiste tout bonnement à faire supporter le risque-morbidité, par le Corps médical, en sorte qu'il sait par avance, que plus il travaillera, moins il sera rémunéré !

Les dangers d'une telle médecine en série, forcément hâtive, ne sont pas douteux, et les Assurances sociales ne peuvent ainsi atteindre le but qu'elles recherchent c'est-a-dire l'amélioration de la santé publique. La modification du régime actuel, qui est en projet, ne peut donc que satisfaire tous les intérêts en présence.

Les médecins alsaciens-lorrains demandent en définitive à bénéficier des mêmes avantages que les médecins des autres départements, c'est-à-dire veulent obtenir le respect par toutes les conventions collectives du libre-choix, et du payement à l'acte médical, et l'institution de Commissions tripartites destinées à régler les différends entre Caisses et Corps médical.

Espérons que ces vœux, dont la justice est incontestable, seront enfin entendus.

J. M.

L'organisation administrative du service des assurés assistés en Seine-et-Marne

Nous avons récemment exposé les dispositions de la Circulaire ministérielle du 28 *août* 1937 *et le système qu'elle recommande pour le fonctionnemen administratif de l'article* 19 *de la loi sur les Assurances sociales. Ce système n'est toutefois pas obligatoire et les départements, tout en s'en inspirant, peuvent le modifier à leur gré. Nous indiquons ci-dessous la solution adoptée en Seine-et-Marne, qui présente des analogies, mais aussi des différences intéressantes avec la solution ministérielle.*

La question du règlement des rapports administratifs devant exister entre Caisses d'assurances sociales, services préfectoraux d'assistance et médecins à propos des soins donnés aux assurés assistés est fort délicate à résoudre. On peut dire que les solutions qui lui avaient été données jusqu'à présent laissaient beaucoup à désirer et aboutissaient en fait à mettre à la charge totale des budgets d'assistance, et à faire considérer comme assistés médicaux ordinaires de nombreux assurés indigents, faute de liaisons suffisantes entre Caisses et collectivités débitrices. Rappelons que pour porter en partie remède à cet état de chose, l'art. 19 du décret-loi du 28 octobre 1935 fait dépendre le paiement au tarif des assurés assistés des mémoires médicaux par les services d'assistance, du règlement préalable par les Caisses de la portion de frais (80 %) leur incombant. D'autre

part, en vertu de ce même article, il appartient au médecin traitant de porter à la connaissance de la Caisse de son client dans les trois jours suivant la première constatation médicale de la maladie. L'inobservation de cette prescription est sanctionnée par la déchéance des droits prévus par l'art. 19, c'est-à-dire par l'application du tarif de l'Assistance médicale gratuite:

Le problème se pose sous l'aspect, un peu contradictoire, suivant : d'un côté il s'avère nécessaire d'avoir une organisation suffisamment sûre pour que tout assuré assisté puisse bénéficier du régime spécial institué par l'article 19 et ne retombe pas à la charge totale des collectivités d'assistance, ce qui a pour effet d'aggraver le déséquilibre budgétaire de ces dernières, et de priver les médecins d'une partie de leurs honoraires. D'autre part il importe que cet appareil administratif n'exige pas de trop nombreuses formalités, surtout en ce qui concerne les médecins auxquels incombent des missions autrement urgentes !

Nous croyons intéressant à cet égard d'exposer la solution adoptée en Seine-et-Marne, qui concilie assez bien ces deux nécessités opposées. D'après le *Bulletin du Syndicat de Seine-et-Marne* (février 1937), ce système consiste essentiellement en une feuille de maladie à quatre volets remises par les mairies aux assurés assistés faisant appel à un médecin. Le premier volet constitue la feuille de maladie sur laquelle le secrétaire de mairie inscrit tous les renseignements d'ordre adminitratif, et le médecin les actes médicaux dispensés. Le second volet certifie l'arrêt du travail. Le troisième est la carte-lettre d'avis adressée par le médecin à la Caisse, et le quatrième un talon sur lequel il inscrit la date et la nature des actes médicaux.

Par ce moyen le médecin tout d'abord connaît le nom de la Caisse de son client. La Caisse prévenue vérifie la régularité de la situation de son assuré et peut confirmer au médecin la prise en charge des soins ou au contraire l'informer que son client doit être soigné au titre de l'Assistance, ce dans un délai de dix jours environ. S'il y a erreur sur le nom de la Caisse la carte est envoyée au Service régional qui se charge de la faire parvenir à la Caisse d'affiliation.

Les talons constituent pour le médecin la pièce justificative des soins ; ils doivent être joints aux mémoires qui seront envoyés *directement aux Caisses*. Ce procédé quoique contraire au texte de l'art. 19 paraît susceptible d'accélérer grandement le règlement des mémoires. Les Caisses en effet, après vérification, envoient leur acceptation et le montant de leurs prestations à la Préfecture qui les verse au médecin après avoir ajouté la participation de 20 % lui incombant.

Enfin pour les cas d'urgence, il est convenu que les assurés indigents pourront détenir d'avance une feuille de maladie, afin de pouvoir faire appel régulièrement au médecin même en cas de fermeture des secrétariats de mairie.

Ce système a dû entrer en vigueur à partir du deuxième trimestre de l'année. Nous croyons qu'il présente une sécurité et une simplicité suffisantes et que d'autres départements pourraient s'en inspirer.

J. M.

La Presse et les Sociétés

Le danger des matelas

M. M. Lièvre-Brizard, inspecteur départemental d'hygiène de l'Eure, et Crithari ont eu l'idée de rechercher si les poussières retenues par la laine des matelas contenaient des germes, pathogènes ou non. Leur enquête a porté sur des matelas appartenant à des particuliers et à des salles d'hôpitaux (1).

Il est assez troublant de constater qu'on trouve dans ces poussières le bacille d'Eberth, le bacille de Koch, le bacille de Loëffler, les pyogènes, le colibacille. Et encore plus troublant de se demander ce qu'on aurait trouvé dans un matelas de chambre d'hôtel au contact duquel les hôtes se succèdent et qui n'est jamais désinfecté.

Aussi les auteurs aboutissent-ils à ces conclusions : Qu'il soit fait de laine ou de crin le matelas retient les poussières qui s'y accumulent peu à peu. Le matelas métallique présente les mêmes inconvénients du fait que les ressorts sont recouverts sur les surfaces de couchage d'une couche de laine, de coton ou de kapok ; peut-être même est-il plus suspect car il n'a pas à être refait, comme le matelas ordinaire, de temps en temps, opération qui suppose un cardage et un dépoussiérage.

En définitive le matelas qui semble aux auteurs présenter le maximum de sécurité est le matelas de caoutchouc dont la matière est essentiellement lavable et stérilisable par des solutions antiseptiques.

G. L.

(1) *Gazette de la Santé publique*, mars 1937.

LE CONGRÈS DE CHIRURGIE

(Paris, 4-9 octobre 1937)

Séance d'ouverture

Le 46e Congrès français de chirurgie a tenu comme d'habitude, ses assises du 4 au 9 octobre, à la Faculté de médecine de Paris ; de nombreux visiteurs l'ont honoré de leur venue, des questions importantes y ont été discutées, l'exposition des instruments, du matériel, des livres a connu son succès accoutumé, en dépit *du grand malaise et de l'inquiétude* qui pèsent sur toute la chirurgie française.

C'est précisément cette inquiétude, ce malaise qui ont fait l'objet du discours du président, le Professeur Grégoire.

Tous ceux qui entendirent ce discours très substantiel, admirablement dit, élégamment présenté, tous ceux qui le liront et je ne saurais trop en conseillé la lecture, comprendront l'importance qu'il y a pour l'avenir de notre profession, à voir des maîtres comme le Professeur Grégoire, dont la carrière est derrière lui, brillante et enviable, se pencher sur le problème de demain, et se soucier de ce que sera dans l'avenir, le chirurgien.

Avant d'entrer dans le vif du sujet, le Professeur Grégoire évoque tout d'abord le souvenir des chirurgiens français morts dans l'année, et plus particulièrement deux d'entre eux qui furent élus présidents, Michel (de Nancy) et Pauchet (de Paris). Nous n'avons pas entendu sans émotion, Grégoire rendre hommage à l'ami si cher, qu'a été Pauchet, en quelques phrases, il a fait revivre cette belle figure trop tôt disparue et il a trouvé, pour honorer justement sa mémoire, les mots exacts qu'il fallait dire.

Examinant ensuite les desiderata des chirurgiens de France, le président du Congrès montre que dans tous les milieux, règnent l'inquiétude, le malaise et que des temps nouveaux sont venus pour les chirurgiens.

Si la crise économique et toutes ses conséquences peuvent être mises en cause, il faut bien savoir qu'on ne doit pas se contenter d'une formule aussi simple, pour expliquer l'évolution qui est en train de se faire. Il faut comprendre que la chirurgie, comme tant d'autres arts, subit le contre-coup de l'évolution qui a toujours suivi les grandes découvertes.

Le chevalier bardé de fer du Moyen-Age, son château aux donjons inaccessibles ont disparu après la bataille de Crécy, où le canon faisait pour la première fois son apparition ; plus tard, la découverte de l'Amérique a bouleversé à son tour, la civilisation du Moyen-Age.

C'est un phénomène analogue qui s'est produit pour la chirurgie. Avant la découverte de l'anesthésie, avant la découverte de l'antisepsie, la chirurgie comptait peu d'adeptes, il fallait une âme fortement trempée, pour pratiquer avec un peu de persuasion et deux aides solides maintenant le patient, ces opérations rapides, dont la description nous fait aujourd'hui frémir.

L'anesthésie, l'antiseptie ont remplacé l'acte brutal, violent, souvent dramatique par une technique précise, basée sur une étude anatomique poussée fort loin et ainsi la chirurgie apparut à toute une génération avec tant d'attraits, que ses adeptes se firent de plus en plus nombreux. Leur nombre a été sans cesse augmentant, et on assista à une décentralisation de la chirurgie. Là où autrefois il y avait un chirurgien il y en eut dix.

Tous les élèves devenus des maîtres essaimant dans les grandes villes de France, eurent à leur disposition une instrumentation bien établie, des techniques de plus en plus rigoureuses vulgarisées par l'image et, ainsi, en perfectionnant ses méthodes, le chirurgien arriva à une perfection telle des gestes et des méthodes qu'on pouvait parler d'une véritable taylorisation.

Le côté technique prenait une importance de premier plan, et déjà on pouvait voir apparaître le *fléchissement, ce qui est d'ordre spirituel et doit tenir* une si grande place dans notre art chirurgical.

Puis, ce fut la guerre avec sa chirurgie très particulière, avec ses cas toujours semblables, créant cette chirurgie de facilité demandant seulement un peu d'ordre, et de méthode qui fit croire à tant de ceux qui la pratiquèrent, sans une solide instruction préparatoire, qu'il était aisé de s'improviser chirurgien Le nombre considérable de ces chirurgiens d'après guerre, autodidactes souvent adroits, dressés dans les ambulances du front augmenta encore la pléthore.

L'exercice de la chirurgie devint pour quelques-uns un métier manuel, et à une époque où dès le collège, il n'est question que d'enseignement pratique, le côté spirituel de cette belle profession fut vite mis de côté.

Il est nécessaire de réagir contre cette civilisation mécanique au milieu de laquelle nous vivons et qui étouffe les valeurs spirituelles, il faut faire retour à l'individu, à son âme et à ses forces psychiques.

Si le nombre des chirurgiens s'est considérablement accru, les possibilités de la chirurgie actuelle ont été aussi en augmentant, et le chirurgien pour faire honneur à son titre doit être muni de vastes connaissances. Il doit avant de s'installer, se consacrer pendant de longues années à des études spéciales, et on avait pensé equitable qu'un diplôme vint consacrer cette spécialisation.

Le diplôme de chirurgien semblait une solution logique, cette excellente idée attend sa réalisation, et la pléthore médicale et chirurgicale sévit plus que jamais.

On a pensé restreindre la concurrence, en sélectionnant les étudiants à l'entrée de la carrière, en essayant d'en limiter le nombre. Ces moyens n'ont jamais reçu de réalisation pratique, et cependant l'installation d'un chirurgien s'avère chaque jour plus difficile, elle nécessite une instrumentation coûteuse, des moyens de travail plus compliqués.

Pour s'adapter à ces conditions nouvelles les chirurgiens se sont groupés en associations, en équipes, et actuellement on envisage un groupement plus étendu encore, devenant un centre chirurgical à grand rendement. Cette conception fait disparaître la personnalité du chirurgien, qui doit s'adapter pour le service des collectivités et non plus pour les malades.

Ces formations telles qu'elles sont conçues nécessitent d'énormes crédits, tant par la complexité des services qu'elles comportent que par l'importance des malades qui doivent y être traités, et elles tendent à devenir des fondations d'Etat.

Nous ne sommes point encore prêts pour ces adaptations nouvelles, les difficultés sont faites de questions de sentiments et avant de voir nos successeurs devenus des fonctionnaires, il nous est permis de croire que la chirurgie deviendra plus simple, qu'on s'attachera moins au côté technique pour donner plus d'importance à l'étude pathologique des tissus, des glandes; on n'envisagera pas le malade en dehors de ses réactions individuelles et le chirurgien reviendra à la philosophie de son art.

Nous ne reverrons sans doute plus de ces situations merveilleuses qui firent du fils d'un meunier, un baron authentique et il est possible qu'une double tendance se manifeste chez les chirurgiens, aiguillant les uns vers l'organisation collective qui leur facilitera l'exercice de leur art, tandis que d'autres lui préfèreront la culture supérieure de l'esprit.

L'avenir nous réserve-t-il une réglementation de la maladie, verrons-nous le chirurgien, le cou marqué d'un collier ?

Il est probable même en cette période de transition où la vie est difficile, que la plupart des nôtres se refuseront à accepter *un bonheur en série*, qu'ils comprendront qu'il y a toujours intérêt à s'instruire et finalement, il est à penser que, ce sentiment complexe, fait d'un balancement égal de mesure et d'élégance qui est le goût de chez nous, aidera l'individu à reprendre sa place et à dominer encore, grâce au rétablissement des élites.

Les applaudissements qui saluèrent la péroraison montrèrent au Professeur Grégoire combien la portée de son discours et l'élévation des sentiments exprimés avaient été appréciés. Il restera dans notre souvenir comme la traduction exacte de nos inquiétudes actuelles, et il gardera sa place dans l'histoire de la chirurgie contemporaine.

Le Docteur Georges Duhamel en habit vert, qui avait accepté la présidence d'honneur du Congrès, eut des phrases heureuses pour opposer les solutions des problèmes mécaniques qui sont totales aux solutions complexes, semées de difficultés infinies et inépuisables qui sont celles de la science de la vie.

La réserve d'inconnues qu'elle comporte, les surprises, les ténèbres, rendent immense la tâche de celui qui essaie de les pénétrer, et c'est devant cette immensité qu'il faut s'incliner.

Il suffit d'avoir entendu ces deux discours présidentiels pour reprendre conscience de notre mérite et comprendre que la chirurgie ne descendra jamais, jusqu'à devenir un métier manuel, une tâche d'ouvrier que des conceptions sociales mal étudiées peuvent envisager comme l'évolution naturelle et un peu décourageante du chirurgien.

Trois questions étaient mises à l'ordre du jour.

La physiologie pathologique et le traitement des brûlures cutanées étendues et récentes, avec comme rapporteurs : MM. Pierre Duval (de Paris) et E. Mourgues-Molines (de Montpellier).

Les embolies artérielles des membres. Physiologie et traitement. Rapporteurs : MM. J. Fiollle (de Marseille) et P. Funk Brentano, de Paris.

Les indications relatives de l'intervention sanglante et des méthodes orthopédiques dans les fractures diaphysaires fermées de jambe. Rapporteurs : MM. R. Merle d'Aubigné (de Paris) ; J. Creyssel (de Lyon) et R. Danis (de Bruxelles).

Nous donnerons ultérieurement l'analyse de ces intéressants rapports.

Raphaël MASSART.

SIMPLICITÉ ? PAS TOUJOURS !

J'ai beaucoup goûté l'article du Dr Certain, du *Concours Médical* du 28 septembre 1937.

Très intéressante, la névralgie faciale qui, chez une demoiselle de 70 ans, avait résisté à tous les traitements connus, y compris les plus modernes, guérie par une simple application de sangsue. Il est vrai que quelques jours plus tard on trouve une tension artérielle de 21/10, et on la traite. On s'étonne seulement de voir tant de traitements essayés, sans prise de la tension artérielle ? Serait-elle si compliquée ? !

Très instructif aussi le torticolis, soigné à Paris après radiographie par injections *loco dolenti*, dû à une vieille blennorragie !

L'examen général et complet n'a donc pas encore perdu ses droits, malgré la radio !

Mais, c'est avant tout le troisième cas qui m'a incité à écrire ces lignes.

Comment faire le diagnostic de « lombric », en présence d'un syndrome abdominal caractérisé par « violentes douleurs abdominales, avec nausées », chez un confrère campeur, même s'il « n'y a pas de fièvre, que la douleur est péri ou sous-ombilicale, qu'il n'y a aucun antécédent gastro-intestinal » ?

Oserai-je à mon tour citer deux observations pour prouver, très modestement, que tout n'est pas toujours aussi simple ! !

La dernière observation me rappelle le cas suivant : Un jour d'été très chaud, on m'appelle d'urgence auprès d'un malade atteint dit-on d' « intoxication alimentaire ». Arrivé sur les lieux, je me trouve en présence d'un jeune homme de 28 ans, en proie à de violentes douleurs abdominales, avec vomissements abondants, presqu'en fusée. Tout ceci serait survenu quelques instants après l'ingestion d'une boîte de conserves. (La boîte de conserves complètement vidée, avait été jetée.)

L'entourage avait tout de suite porté le diagnostic d'intoxication alimentaire et on avait fait avaler au malheureux près de deux litres d'eau tiède pour « nettoyer son estomac ».

Un examen rapide m'apprend : pas le moindre antécédent gastro-intestinal, pas de fièvre (37°1), pas de ventre de bois, mais une certaine défense (chez un malade énervé ne voulant pas se laisser toucher), pouls modérément accéléré : 95 à 100 ; tout le ventre est douloureux, avec légère prédominance péri-ombilicale ; les vomissements continuent, abondants, apportant un très passager soulagement. Tout en lui faisant une injection camphrée, j'ai hésité quelques minutes entre un lavage d'estomac et l'envoi du jeune homme au chirurgien de la ville voisine.

Tout de même, il n'avait pas été seul à goûter à la fameuse conserve, et en plus, pouls un peu rapide, légère défense abdominale ; je l'envoie tout de même au chirurgien.

Quatre heures plus tard, le chirurgien intervient et trouve un bel ulcère perforé de l'estomac, ulcère jusque-là tout à fait latent.

Autre cas, qui ne me semble pas beaucoup plus simple. Un dimanche matin, on m'appelle voir une dame qui venait de tomber et de se faire une belle coupure du cuir chevelu. L'entourage, légèrement affolé, n'attache de l'importance qu'à cette plaie de la tête. Après quelques points de suture, je désire connaître les causes de cette chute. Ledit matin, ma malade avait senti quelques douleurs dans le bas-ventre. Oh, pas terribles, mais juste assez pour éveiller le désir d'une application chaude. Elle se lève du lit, fait quelques pas et tombe en perdant connaissance pour quelques instants.

Il s'agit d'une dame de 45 ans, sans enfants, se sachant atteinte de rétroversion utérine avec « un petit fibrome ». Jamais rien au cœur, je n'y trouve rien non plus, tension artérielle normale. Et l'appareil génital ? Jusqu'à présent — nous étions à quelques jours de la période menstruelle à venir, — toujours bien réglée, normalement au point de vue quantité et qualité, avec quelques retards ou avances de vingt-quatre ou quarante-huit heures. Et à l'examen, un utérus rétroversé, et, dans le cul-de-sac postéro-latéral droit une petite masse faisant corps avec l'utérus (le petit fibrome signalé depuis des années ? ?)

Le Douglas est légèrement douloureux, mais loin du « cri » ; le pouls normal, ainsi que la tension artérielle, aucun signe d'hémorragie interne.

Et je conseille néanmoins le transport dans un milieu chirurgical. La malade y reste en observation trois ou quatre jours ; on l'opère ensuite sans que le moindre signe complémentaire soit venu confirmer ma crainte d'une « grossesse extra-utérine ». Et à l'intervention : utérus rétroversé, avec un petit fibrome et une grossesse tubaire droite en voie de fissuration et un peu de sang dans le Douglas.

Deux jours auparavant, un collègue me disait : Tu cherches toujours les choses rares et compliquées.

Dr M. Auslander
Saint-Bonnet-le-Château (Loire)

CHRONIQUE AUTOMOBILE



Le Tourisme automobile

A la fin de la période des vacances, il paraît opportun de parler de la réglementation du tourisme international automobile. Chaque automobiliste a en effet profité des avantages dûs aux grandes associations de tourisme, et plus ou moins souffert des lacunes qui restent encore à combler dans ce domaine. Il est donc normal que les propriétaires de voitures envisagent avec faveur tout effort fait dès maintenant en vue de leur procurer encore plus de facilités et d'agréments pour leurs futures vacances, car il ne saurait être question d'attendre la dernière heure pour improviser hâtivement des mesures mal étudiées.

Les rapports présentés sur ce vaste sujet au Congrès international du tourisme, du thermalisme et du climatisme sont pleins d'enseignements et de suggestions extrêmement intéressants, qui méritent d'autant plus d'être largement diffusés que leur adoption aurait incontestablement des répercussions favorables pour tout le monde.

Il est indéniable, en effet, que même l'automobiliste français circulant très rarement et uniquement dans un petit secteur, se ressent des dispositions générales prises dans le monde entier à l'avantage ou au désavantage des touristes internationaux.

Quelques exemples appuieront utilement cette opinion :

N'est-il pas évident que le prix de l'essence sera d'autant plus bas que la consommation en sera grande ? Or, la consommation française, si importante soit-elle, ne pourra être qu'augmentée si des milliers d'étrangers viennent faire du tourisme automobile en France.

N'est-il pas évident que le nombre d'accidents diminuera si, en vertu de conventions internationales, la signalisation routière et le code de la route sont standardisés dans tous les pays ?

N'est-il pas évident que les taxes et impôts divers qui accablent l'automobile seront moins lourds pour les Français, si une partie de ceux-ci peut être répartie sur les touristes étrangers ?

On ne saurait donc trop féliciter des personnalités qui, comme M. Jean Pétavy, directeur général de la Société des pneumatiques Dunlop, M. Le Troquer, président et M. Paul Roland-Gosselin, secrétaire général de l'Union routière de France, M. G. Bernardot, directeur-administrateur d'*Automobilia*, consacrent une activité toujours en éveil à faire profiter les automobilistes de toutes catégories de la formidable documentation dont ils disposent de par leurs hautes fonctions et leur compétence de spécialistes avertis.

Le Corps médical a un intérêt tout particulier à voir s'accroître et s'améliorer le tourisme automobile international en raison de ses répercussions sur le développement du thermalisme.

Il apparaît donc que les lecteurs du *Concours Médical* prendront connaissance avec plaisir de quelques-uns des vœux présentés au Congrès international du tourisme mentionné ci-dessus, dans le rapport fait à la section du tourisme automobile par M. Jean Pétavy :

1° Que les Gouvernements s'entendent pour faciliter la circulation internationale en réduisant autant que possible les formalités de passage des frontières, notamment :

a) Que les passeports ne soient plus exigés et soient remplacés au besoin par une simple carte d'identité internationale ;

b) Que les États autorisent les automobilistes étrangers à pénétrer sur leurs territoires avec leurs documents nationaux de circulation dont il y a intérêt à provoquer la standardisation ;

2° Que les Etats qui n'ont pas encore adhéré à la Convention du 30 mars 1931 sur l'unification de la signalisation routière y adhèrent le plus rapidement possible et que ceux qui ont déjà donné leur adhésion en imposent la stricte application ;

3° Que les Gouvernements organisent à tous les postes frontières des Bureaux d'accueil pour recevoir et guider les touristes étrangers, ou subventionnent ceux qui seraient créés par des organismes publics ou privés ;

4° Que les routes soient élargies en fonction du trafic et non que le trafic soit restreint en fonction des routes ;

5° Que des enquêtes sérieuses soient faites dans tous les pays afin de localiser les zones dangereuses pour la circulation automobile et d'y remédier ;

6° Que les Gouvernements allègent les charges fiscales qui pèsent sur les automobilistes ;

7° Que la limitation de vitesse sur les routes spécialement aménagées pour le grand trafic soit supprimée en ce qui concerne les autocars de tourisme, la vitesse sur les routes secondaires restant réglementée selon les nécessités de la circulation ;

8° Que les services de tourisme collectif bénéficient du régime le plus libéral et qu'en particulier les plus grandes facilités soient accordées dans chaque pays, sous réserve de réciprocité, aux autocars circulant avec leur propre clientèle.

Personne ne saurait se désintéresser de questions aussi importantes pour la prospérité de notre Pays. C'est pourquoi nous n'hésitons pas à les placer devant nos lecteurs, en leur demandant de bien vouloir les peser, les critiquer, et, au besoin de nous faire part de leurs propres suggestions que nous nous ferons un devoir de transmettre à qui de droit.

Marcel Toussaint.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

— **Hôpital Cochin.** — Tous les dimanches à 10 heures, dans le service de M. Ameuille, auront lieu des démonstrations de radiologie réservées aux médecins et aux étudiants régulièrement immatriculés.

— **Concours de l'Internat.** — *Jury après acceptation* : MM. F. Bezançon, Lenormand, Chevrier, Alglave, Comte, Heitz Boyer, Brulé, Chiray, Lévy-Valensi, Duvoir. Quenu, Meillière, De Sèze, Velter, Séguy.

— **Concours de l'internat.** — *Liste alphabétique des candidats autorisés à prendre part aux épreuves écrites.*

Mlle Aalam (Iran) ; MM. Abeille, Adam, Aharfi, Albert, Albou, Alhomme, Alison, Allain, Alpérine, Amado (Georges), Amado (René) ; Mlle Ancel ; MM. Ancelin, Anquetil ; Mlles Antoine, Arditti ; MM. Ardouin, Arnaud, Arnavielhe, Aslanian, Attali, Aubouy (Marcel), Audoly, Aupinel, Aurégan, Azaiz.

MM. Bachet, Bailly (Pierre), Ballade, Ballerin, Bally (Marie), Barbier (Pierre), Bardon, Bareau, Barré, Barrier, Bastard, Bastin, Bauchart, Baudon, Baulon, Beau, Beaugrand ; Mlle Bellettre ; MM. Bena, Ben-Haïm ; Mme Benoit, née Muller ; Mlles Bentkowski, Bérenger ; MM. Berger, Bernager, Bernard (Pierre), Bernheim, Berthet, Berthon, Bertier, Bertrand (Jean), Berveiller, Bessière, Bigou, Bijoux, Blanc, Blancard, Blanchon, Blestel, Blinder, Bloch (Claude), Bloch (Jac), Bloch (Mirtil), Blondé, Bœswilwald, Boismoreau, Bolivar, Bolo, Bonnefis, Bonnet (Jacques), Bonvallet, Boreau, Borja ; Mlle Boudeville ; M. Boudon ; Mme Bouillié, née Jury ; MM. Bouillié (Raymond), Bourdeau, Bourdon, Bourgine, Bourguet, Bourlière; Mlle Bournisien ; MM. Bouvaist, Bouygues, Bouyssi, Brault, Brennier, Bricaire ; Mlle Brisac ; MM. Brisset, Brochenin, Brunat, Buchenaud, Butet, Bulzbach (Jacques), Butzbach (Jean).

MM. Cabrières, Cachin (Yves), Cahen, Cahn, Caillods, Caldier, Callerot, Campagne, Camus (Jean), Camus (Pierre), Capron, Carballo, Carlo, Carlotti, Carton, Casalta, Castaigne, Catalogne, Caufment ; Mlle Caulliez ; MM. Cauvy, Cayrol, Ciaudo, Ciechanowicz, Chabasseur, Chabert, Chambon, Chaouli, Chappe, Chappellart, Chardack, Chartrain, Chauvin, Chavarot, Chenille, Chessebeuf, Chevillotte, Chigot, de Chirac, Clamageran, Clerfeuille, Cluzeau, Cœuilliez, Collard, Colsenet, Compagnon, Conge ; Mlle Corre ; MM. Cotillon, Cossart, Couder, Coulon, Couchet, Courjaret, Coville, Crépin, Cuadradro, Cuzin,

MM. Daguet, Dailly, Damion, Dana, Danel, Danset ; Mlle Darhovsky ; MM. Darricau, Darris, Daumet, David (Daniel), Davy (André), Debusschère, Decormeille, Decouflé (Pierre), Delair, Delatour, Delcambre, Delerba, Delormeau, Delouche, Demassieux, Démetriadès, Denis, Denoyelle ; Mlle Depitre ; M. Deprez ; Mlle Desclaux (Geneviève) ; M. Desclaux (Pierre) ; Mlle Descroix ; MM. Desfosses, Deslandes, Devaux, Devieux, Devilliers, Dicesco, Didier, Diengott, Dos-Ghali, Douay ; Mlle Doumic (Alice) ; MM. Doumic (Jacques), Douville, Dreyfus (Albert), Dreyfus (Jean), Drylewicz, Dubel ; Mlle Dubois ; MM. Dubost, Duchêne, Ducournau, Ducros, Dufour, Dufresne, Dumas, Dumay ; Mlle Dumont ; M. Dupas ; Mlle Dupont ; MM. Dupuy, Durand (Maurice), Durand (Victor) ; Mlle Durkheim ; MM. Durupt, Duval (René),

MM. El-Haik, Eman-Zadeh, Enel, Erlich, Etienne, Eudel.

M. Fayein ; Mlle Feder ; MM. Fehrenbach, Feldmann, Fénelon, Ferrand (Guy), Ferrand (Pierre), Ferrari, Feuillette, Filippi ; Mlle Fillon ; MM. Flaisler, Flandin, Flouquet ; Mlle Fommarty ; M. Fortin ; Mlle Fossier ; MM. de Fourmestraux, François (Pierre), Fraquet, Fredj, Frinault, Froidefond, Froissant, Fronville

MM. Galand, Galey, Gallimard, Galmiche, Gandeul' Gandrille ; Mlle Garnier ; MM. Gauchon, Gaulier, Gauthey (Maurice), Gauthier (Raymond), Gautier (Robert) Geffriaud, Genthon, Gerain, Gérard, Gertzberg, Gibert, Gibon, Gibrat, Gillet, Gimault, Giraud (Paul), Girauld (Marie-Albert), Girauld (Marie-Jean), Girod (Raymond), Godlewski, Goldstein ; Mlle Gontcharoff ; MM. Gorin, Gorse, Gosselin, Goupy, Gourion, Goury-Laffont ; Mlle Granier ; M. Granjon ; Mlle Gravelat ; MM. Grel, Grémont, Grigné, Gross ; Mlles Grould, Grumbach ; MM. Grunspan, Gueraud, Gueroult, Guichard, Guimezanes, Guyot.

MM. Habas, Hadengue, Hagège, Haguet ; Mlle Hahn ; M. Halfon ; Mlle Haller ; MM. Hamon, Haquin, Hardel, Hauser, Haussmann, Hebert (André), Hebert (Paul), Hemeury, Henrot, Herard, Hermann, Hertzog, Hervet; Mlle Heulet ; MM. Hewit, Hiverlet, Horvilleur, Houdart, Huber ; Mlles Hufnagel, Huguenard ; M. Hussameddin.

MM. Isal (Pau), Isal (Pierre), Isorni.

MM. Jacquemin, Jardel ; Mlle Jeanperrin ; MM. Joinville, Jomier, Joublin, Jourde, Joussemet, Jurain.

M. Kaeppelin ; Mlle Kahn ; MM. Kartun, Klein, Koskas, Krawiecki, Kreisler, Kropff, Küss.

MM. Labayle, Labourie, Lacombe, Lacour (Albert), Lacour (Armand), Lacroix ; Mlles Laisney, Lambert (Alice) ; MM. Lambert (Léon), Lamy, Lanchon, Landau, Lang (Paul), Lange (Eugène), Langevin, Lanvin, Lapeyre, Lardy ; Mlle de Larminat ; MM. Lasry, Laurent (Jules), Leandri, Lebas, Lebel, Lebettre, Lebiedinski, Le Bihan, Lebovici, Le Bozec, Le Brigand, Lebrun (Michel), Lecœur, Lecointe ; *Mlle Lecuyer ;* M. Lefebvre ; Mlle Lefèvre ; MM. Le Floch, Léger, Legrand, Legris, Leiser, Le Lay, Lelièvre, Lemierre, Lemoine, Lenoir, Leprat, Leroy, Le Sourd ; Mlle Leuthreau ; MM. Lévy (Emile), Lévy (Michel), Lhermet, L'Hirondel, Libert, Lichnewky, Lienard ; Mlles Lindeux, Lipmann ; MM. Logeard, Lolmède, Loubrieu.

Mlle Magallon-Graineau ; MM. Mage, Maignan, Maillard, Maille, Malange ; Mlle Mangenot ; MM. Mantoux, Marcault, Marchal, Marchon, Marlingue, Marmier, Martin (Paul), Martin de Frémont, Martinet, Martinon, Marzet, Masmonteil, Masson (Maurice), Masson (René), Mathé, Matheron, Mathias, Mathieu, Mattei (Marc) ; Mme Mattei (Marie) ; Mlle Maureil-Deschamps ; MM. Maury, May, Mayaud, Mebs, Mendelsohn ; Mlles Mendras, Merle ; MM. Mertens, Metzger ; Mlles Meugé, Meunier ; MM. Minkowski, Miquelard ; Mlle Mirabail ; MM. Moch, Molimard ; Mlle Monghal ; M. Monod ; Mlle Moreau ; MM. Moreau (Michel), Mouilière ; Mlle Morin ; MM. Motte, Mouchot, Moullé, Mouton, Mselati, Muller,

MM. Nanty, Natef, Negellen, Neveux ; Mlle de Neymann ; MM. Nguyen-Thé-Dai, Nguyen-Trung-Nam, Niego, Nomdedeu.

M. d'Œlsnitz ; Mlle Oganesoff ; MM. Orfali, Orgogozo, Orliac, Oudot.

MM. Paley, Palmer, Panthier, Parsy ; Mlle du Pasquier ; MM. Pastier (Jean), Patin, de Paulo, Payenneville, Pellet, Pergola, Perol, Perrier, Pestel, Petit (Camille), Petit (Jacques), Petit (Jean), Petit (Maurice), Petit (Norbert), Pécheux, Peyron, Piard, Piarrat, Pierart, Picot, Piguet, Pillet, Pinasseau, Pineau (Maurice), Pinot (Jean), Pisrte, Pley, Pluvinage, Poggioli,

Pointeau, Poissonnet, Polliot, Pomès, Pons, Postel-Vinay, Pouret, Poussier, Poux, Pradelle, Pradoura ; Mlle Prette ; MM. Prin, Prochiantz ; Mlles Prost, Provendier ; MM. Prudhommeaux, Pruvot ; Mlle Puget ; MM. Pujol, Phéline, Philippe.

M. Quintescu.

MM. Radzievsky, Rathery, Raymond (Jean) ; Mlle Raymond (Maria) ; M. Raynaud ; Mlle Rémond (Simone) ; MM. Renard, Renault, Revel, Reverand, Reverdiau, Reynaud (Jean-Baptiste), Reynès, Rie ; Mlle Rist ; MM. Ristelhueber, Roblin, Roby, Rochet, Rodde, Roger Rognon, Romerti, Ronsin ; Mlles Rosenkovitch, Rosental ; MM. Rosey, Rouault (Charles), Rouault (Michel), Rouff, Rouget, Roujon, Roulin, Roulland, Rousselin, Routier, Rouveix, Roux (Michel), Roy (Bernard), Ruel.

MM. Salet, Salinesi, Salmen ; Mlle Salmon ; M. Saltet de Sablet ; Mlle Samuel ; MM. Sapet, Sarfati ; Mlle Saulnier ; MM. Sauzède, Scebat, Schneider, Sclafer (Jean), Sclafer (Maurice), Sebag, Sébillotte, Seiller, Serre, Serreau, Sevileano (Eugène), Sevileano (Nicolas), Seyer ; Mlle Seyrig ; MM. Sicard (Jacques), Simon, Sinaud, Sohier, Solomon, Soula, Soulier ; Mlle Spach ; MM. Sriber, Stalhand, Staub, Steinberg, Sterboul, Stevenin.

MM. Tahar, Talbot, Talpin, Tardif, Tavernier, Ternier, Tetreau, Thaon, Thevenin, Thiéblot (Louis), Thiébot (Pierre), Tiret, Tola (Alfred), Tola (Ricardo), Tortet ; Mlle Tostivint ; MM. Tostivint (René), Toufesco, Toulouse, Toupet ; Mlle Tourneville ; MM. Tran-Van-Hoa, Tremblin, Tricot, Tronc, Tubiana.

M. Umdenstock.

MM. Vaissié, Vasquez, Venator, Verliac, Vernes, Verriez ; Mlle Verron ; M. Verstraete ; Mlle Vésigot-Wahl ; MM. Vialard-Goudou, Vignon, Viguié, Vila, Villebrun, Vinour, Vissian, Vittrant.

M. Weil ; Mlle Weinberg ; M. Wetterwald ; Mlle Wetzlar ; MM. Weyl, Woimant, Wolf ; Mlle Wolfromm.

M. Xambeu.

M. Zaepffel.

— **Concours des médailles de l'internat.** — Les concours des médailles de l'internat en médecine auront lieu :

1° *Concours de médecine*, le 17 janvier 1938 (inscriptions du 5 au 15 novembre 1937).

2° *Concours de chirurgie et d'accouchement*, le 20 janvier 1937 (inscriptions du 5 au 15 novembre 1937).

Les mémoires prescrits comme épreuves des concours devront être déposés au plus tard le 15 novembre 1937.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* **Dernières Nouvelles** *en tête des* « **Demi-Colonnes** »)

— **Bureau des examens et concours.** — Concours officiellement annoncés : *Inspecteur de police en A. O. F.* (8 postes). Date : 8 février 1938. Délai d'inscription : 8 décembre. Condition exigée : avoir satisfait à la loi sur le recrutement. Age : 21 à 30 ans plus services militaires cadres actifs. Traitement de base : 10.500 francs plus 7 /10e de la solde et indemnités. Diplômes exigé : B. E.

80 *postes de percepteur stagiaire.* — Date : 9 décembre 1937. Age au 1er janvier 1937 : 25 à 30 ans. Condition exigée : compter 5 ans au moins de fonctions effectives dans le cadre des commis du Trésor. Traitement des percepteurs de 4e classe : 13.000 francs plus indemnités. Aucun diplôme exigé.

Inspecteur départemental du travail en Algérie. — Date : 20 février 1938. Délai d'inscription : 27 janvier 1938. Age : au 1er janvier 1938 : 26 à 35 ans. Traitement de base : 15.000 francs plus 33 % et indemnités. Licence ou diplôme équivalent exigé. Concours ouvert en France.

Rédacteur des services civils de l'Indochine. (Concours en mars 1938, 20 postes). Délai d'inscription : 1er janvier 1938. Condition exigée : Avoir satisfait à la loi sur le recrutement. Age : 20 à 30 ans. Traitement de base : 2.657 piastres, plus indemnités. Diplôme exigé : Licence ou équivalence. Concours ouvert en France.

Commis à la Banque de l'Indochine. Concours ouvert en juin 1938. Avoir satisfait à la loi sur le recrutement. Limite d'âge supérieure : 30 ans. Baccalauréat exigé.

Commis de la trésorerie de l'Indochine. — Date : 10 décembre 1937. Conditions : Avoir satisfait à la loi sur le recrutement. Age au 1er janvier 1937 : 21 à 30 ans plus services militaires obligatoires. Traitement de base : 10.500 francs plus 7 /10 du traitement net et indemnités. Diplôme exigé : B. E. ou B. E. P. S. ou Bac.

Pour obtenir programme et renseignements, écrire en joignant un timbre de 0 fr. 65 au Bureau des Examens et concours, 16, rue du Général-Malleterre, Paris (XVIe).

— **Allemagne.** — A la réunion des dentistes de Francfort, un membre de l'assemblée fit remarquer à ses confrères que l'on pouvait estimer à 14 millions de marks, la valeur de l'or qui « disparaissait » chaque année dans la bouche des Allemands. Le mot « disparaît » avait été employé intentionnellement parce que les dents et dentiers en or représentent une matière définitivement perdue, bien que dans certains cas, mais ils sont plutôt rares, l'on puisse la récupérer. Le public depuis quelque temps déjà ne semblait plus enthousiaste du port de dentiers en métal très brillant, et, d'autre part, la nécessité d'utiliser le moins possible de matières venant de l'étranger, avait retenu l'attention de la plupart des dentistes. Ceux-ci par l'emploi d'ersatz avaient pu, ces derniers temps, réduire la consommation de l'or de 45 %. (*Bruxelles Médical.*)

Le Gérant : R. Thiron

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux

tance : le mari de votre cliente est-il ou non inscrit sur les listes d'assistance de sa commune ?

Dans l'affirmative, le maire n'a pas à apprécier lui-même si la qualité d'indigent peut être contestée et si votre cliente serait en mesure de supporter personnellement les frais médicaux de son accouchement. Une fois constatée la régularité de l'inscription, il doit se conformer au règlement départemental d'assistance qu'il ne lui appartient pas de modifier selon son gré, et doit délivrer les pièces nécessaires pour faire valoir les droits de l'assuré à l'Assistance médicale gratuite. Au cas où il persisterait dans son refus après une mise en demeure par lettre recommandée émanant de tout intéressé (c'est-à-dire soit de votre cliente, soit de vous-même), un recours contre cette décision pourrait être intenté devant le Conseil de Préfecture afin d'obtenir des dommages-intérêts compensant le préjudice causé par la faute de cette Administration.

Si l'inscription n'a pas été faite, il appartient alors à l'intéressé d'user des moyens de recours qui lui donne le décret-loi du 30 octobre 1935, en demandant son inscription et, en cas de refus, en saisissant la Commission cantonale avec possibilité d'appel devant la Commission siégeant au chef-lieu du département, et éventuellement devant la Commission centrale.

Nous vous signalons d'ailleurs que d'après l'art. 19, parag. 3, les Syndicats médicaux ayant passé des conventions avec les Caisses d'assurances sociales pourront prendre connaissance eux-mêmes des listes sus-visées et présenter dans les formes et délais prévus, des réclamations en inscription ou radiation.

Nous comprenons d'autant moins le refus opposé par le maire qu'il s'agit en l'espèce d'un assuré indigent et que, par conséquent la charge qui incombera en définitive à la commune sera très peu importante. En effet, sous ce régime, la Caisse prend en charge les 80 % des frais médicaux et les collectivités d'assistance ne supportent en réalité que les 20 % seulement des frais. Ces 20 % ne sont d'ailleurs pas une charge totale pour le budget communal ; ils sont, au contraire partagés, comme toute dépense d'assistance et selon des barèmes établis, entre la commune, le département et l'Etat.

7.314. — Les assurés sociaux indigents ont droit aux spécialités pharmaceutiques

Dans un des derniers numéros du *Concours Médical* j'ai lu que les assurés sociaux inscrits sur les listes d'Assistance médicale gratuite avaient légalement *droit aux spécialités pharmaceutiques au même*

titre que tous les autres assurés. Or, je reçois ce jour la note suivante de la Préfecture :

« Le Préfet du Pas-de-Calais à Messieurs les docteurs en médecine et les pharmaciens du service départemental de l'Assistance médicale gratuite.

« Les récentes instructions ministérielles relatives à l'application du décret-loi du 28 octobre 1935 aux assurés sociaux inscrits sur les listes d'Assistance médicale gratuite précisent que :

« Les assurés sociaux indigents inscrits sur les listes d'assistance médicale, ne pourront bénéficier que des seules spécialités pharmaceutiques qui sont actuellement délivrées aux bénéficiaires de la loi du 15 juillet 1893.

« J'ai l'honneur d'appeler votre attention d'une manière toute particulière sur cette disposition qui prendra effet du jour de la réception de la présente circulaire.

« Veuillez agréer, Messieurs l'assurance de ma considération la plus distinguée.

Le Préfet,
Léon Rochard ».

Nous voici donc fixés ! Nous avons le droit de prescrire aux assurés sociaux indigents les spécialités délivrées aux bénéficiaires de la loi du 15 juillet 1893. Je viens donc vous demander quelle est cette loi et quelles sont les spécialités qu'elle autorise, le cas échéant où pourrait-on trouver la liste des dites spécialités.

Dr L.

Réponse

Les récentes instructions qui vous ont été communiquées par la Préfecture du Pas-de-Calais, proviennent de la Circulaire ministérielle du 28 août dernier, parue au *Journal Officiel* du 2 septembre, relative aux statuts des assurés sociaux notoirement indigents.

Il est exact qu'aux termes de cette Circulaire les assurés sociaux indigents ne pourront bénéficier que des seules spécialités qui sont actuellement délivrées aux bénéficiaires de la loi du 15 juillet 1893 (Loi sur l'Assistance médicale gratuite).

La Circulaire justifie cette différence de traitement entre les assurés ordinaires et les assurés assistés en considérant que l'Assistance ne saurait sans avoir à supporter des dépenses excessives payer la somme variant de 20 à 40 % qui reste normalement à la charge de l'assuré. D'où la nécessité d'assimiler à cet égard les deux catégories d'assistés tout au moins provisoirement.

Mais cette thèse n'a que la valeur d'une simple affirmation et ne peut trouver aucun fondement dans les textes législatifs ou réglementaires ni dans la jurisprudence. Bien au contraire, ainsi que nous l'avons développé à de nombreuses reprises dans le *Concours Médical*, l'art. 19, parag. 3, alinéa 3, du décret-loi du 28 octobre

1935 sur les Assurances sociales pose de la manière la plus formelle le principe de l'assimilation des assurés indigents non point aux assistés médicaux gratuits, mais aux assurés sociaux ordinaires.

Leurs médecins traitants sont donc en droit de leur prescrire tous les médicaments et spécialités pharmaceutiques de vente légale en France, à condition bien entendu, d'agir selon la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement (art. 6 du décret-loi sur les Assurances sociales).

Vous n'êtes nullement obligé de vous soumettre en ce qui concerne les soins aux assurés indigents, aux formalités du règlement départemental d'assistance ou à l'observation de la liste de médicaments annexés à ce règlement.

7.390. — Remboursement des honoraires pour soins donnés dans des maisons de santé

Je vous adresse cette lettre d'un assuré social opéré par moi, en vous demandant si le conseil que je lui donne de poursuivre la Caisse en justice de paix, est juste.

L'assuré ayant le libre choix de son établissement de soins, ce dernier est venu à ma clinique privée pour une appendicite. J'ai rempli sa feuille avec K × 60 et j'estime que la Caisse doit lui rembourser 80 % des honoraires opératoires sur la base du K=15. Etes-vous de mon avis ?

Dr S.

Réponse

La question du remboursement des honoraires médicaux pour soins donnés aux assurés sociaux dans les maisons de santé privées n'ayant point passé de convention avec les Caisses, a donné lieu ces temps derniers à de nombreuses difficultés.

Sous le régime de la loi de 1928-1930, le principe qui était admis en vertu d'une Circulaire ministérielle du 22 septembre 1930 était le remboursement de l'acte médical ou chirurgical accompli sur la base des soins à domicile, c'est-à-dire d'après la nomenclature des actes de spécialités dressée par la Confédération des Syndicats médicaux.

Mais les Caisses d'assurances sociales ont prétendu, avec d'ailleurs assez de raison, que ce mode de remboursement se trouvait être plus favorable, que pour les assurés se faisant traiter dans des maisons de santé agréées par elles, et que d'autre part, il était peu logique d'appliquer le Tarif de l'acte à domicile alors qu'il y avait eu hospitalisation. Elles ont donc refusé cette modalité et la question s'est trouvée ainsi posée devant la jurisprudence. La Cour

de cassation, par plusieurs arrêts, et notamment celui en date du 8 janvier 1936, a décidé que les Caisses d'assurances sociales étaient fondées à introduire à l'art. 36 du Règlement-type une clause suivant laquelle le choix par l'assuré d'un régime d'hospitalisation autre que le régime commun de l'hôpital public, ne peut être pour les Caisses une cause de dépense supplémentaire. Se fondant sur cette jurisprudence bien établie, les Caisses refusaient de verser aux assurés hospitalisés en maison de santé une somme supérieur à celle qu'ils auraient dû débourser si le traitement avait eu lieu à l'hôpital public.

Mais depuis cette jurisprudence, est intervenue la réforme du régime des Assurances sociales effectuée par le décret-loi du 28 octobre 1935 qui a changé l'aspect de la question. En effet, aux termes de l'art. 6, parag. 15 de ce décret-loi « la part à supporter par la Caisse dans les frais d'hospitalisation ainsi que dans les honoraires médicaux est fixée par le Tarif de responsabilité des Caisses ». Il résulte de là que le principe du remboursement sur la base du Tarif à domicile ne saurait être maintenu et qu'au contraire on doit adopter le principe de la thèse soutenue par la Caisse, c'est-à-dire le remboursement des actes médicaux selon un tarif spécial *pour le cas d'hospitalisation. Mais ce tarif* de remboursement ne doit point être unique et comprendre seulement le prix de l'hospitalisation dans les établissements publics ; une telle façon d'agir serait en effet une violation indirecte du libre choix par l'assuré de son établissement de soins, puisque ce dernier se verrait pécuniairement obligé de se faire soigner à l'hôpital.

Au contraire, le Tarif de responsabilité des Caisses, pour le cas d'hospitalisation, doit être différencié ainsi que le stipule l'art. 36 du nouveau règlement-type des Caisses établi par l'arrêté ministériel du 30 janvier 1937 (*Journal Officiel* du 5 février 1937) ; les frais d'hospitalisation et les honoraires médicaux afférents sont remboursés par la Caisse dans la limite de ses tarifs de responsabilité applicables suivant les cas :

1° Au séjour à l'hôpital public ; 2° au séjour dans les établissements spéciaux de traitement (préventoriums, sanatoriums, etc.) ; 3° au séjour dans les établissements privés ayant passé convention avec les Caisses ou dans ceux qui, soit parce qu'ils ont adhéré aux clauses des dites conventions, soit parce qu'ils offrent les mêmes garanties, ont été agréés par elles. En cas de refus d'agrément, l'établissement serait en droit d'intenter un recours devant la Commission tripartite régionale ; enfin 4° au séjour dans les établissements privés de soins n'ayant pas passé de convention et n'étant pas agréés, mais se soumettant au contrôle général des Caisses.

Votre client doit donc recevoir de sa Caisse d'assurances sociales une indemnité spéciale pour remboursement de vos honoraires médicaux et cette indemnité doit être supérieure à celle prévue pour le régime des hôpitaux publics. Nous ne saurions vous en indiquer le montant car il dépend essentiellement de la catégorie de votre maison de santé et du tarif de responsabilité local des Caisses. Au cas où le tarif ne serait pas établi conformément aux dispositions légales, le Syndicat médical local ou le Syndicat des maisons de santé serait en droit de déférer ce tarif à la Commission régionale tripartite afin que celle-ci en refuse l'homologation et exige des Caisses qu'elles se mettent d'accord avec l'art. 6 paragraphe 15 du décret-loi et l'article 36 du Règlement-type.

FISCALITÉ

7.388. — Seule la retraite du combattant versée par l'Etat est exempte des impôts sur le revenu

Sur la feuille d'impôts que j'ai reçue dernièrement le Contrôleur a ajouté au montant des bénéfices professionnels que j'avais déclarés une somme de 6.000 francs provenant de la Retraite mutuelle du Combattant et une somme de 1.200 francs provenant de la Société des Eaux minérales (Prévoyance médicale) dont je fais partie.

Ces deux sommes réunies augmentent mes bénéfices professionnels de 7.200 francs. Or le bénéfice imposable étant taxé à 12 % mes impôts se trouvent augmentés de 864 francs.

Est-ce vraiment ainsi que doivent être calculés les impôts, alors que si je n'étais pas médecin aucun prélèvement ne serait fait sur ma retraite du combattant ?

J'ai peine à le croire et cependant le Contrôleur m'affirme que, d'après les dernières instructions qu'il a reçues, c'est ainsi qu'il doit calculer.

Je vous serais très reconnaissant de bien vouloir me renseigner à ce sujet.

Dr G.

Réponse

La retraite du combattant versée par l'Etat instituée par les articles 197 et 199 de la loi du 16 avril 1930 est seule exemptée des impôts cédulaire et général.

La retraite constituée par le combattant lui-même ainsi que toute autre retraite ne sont exemptées d'aucun impôt.

Si votre retraite est allouée par l'Etat nous sommes à votre disposition pour vous en demander le dégrèvement.

A. et S. MARTINOT
Conseillers fiscaux

7.338. — Calcul de patente

Quel serait le montant de ma patente si mon loyer passait de 3.500 sa valeur actuelle à 4.500.

Dr R.

Réponse

Votre loyer actuel étant de 3.500 francs s'il passait à 4.500 francs ce dernier serait égal à 9/7 du premier.

Votre loyer professionnel actuel étant de 1.500 francs les 9/7 de ce dernier seront égaux à $\frac{1.500 \times 9}{7}$ = 1.928 francs.

1928 francs au 20e =	96
droit fixe =	30
total anciens droits	126

La patente s'élèvera donc à 126 × 9,42	1.186 90
La taxe sur la valeur locative des locaux professionnels 1.928 × 9	173 50
La taxe vicinale sur la contribution des patentes : 126 × 0,604	76 10
	1.436 50

au lieu de patente	989 fr.
taxe valeur locative	135 »
taxe vicinale	63 »
	1.187 fr.

A. et S. M.

ACCIDENTS

7.254. — L'insolation est-elle un accident du travail ?

Le 4 août 1937 vers 13 heures, un débardeur au service d'une entreprise, au cours de son travail est frappé d'insolation.

Journée exceptionnellement chaude sur la berge brutalement ensoleillée de la Seine, au fond d'une péniche métallique, travail rude... Toutes conditions aptes à produire les insolations.

La déclaration est faite au patron qui la transmet à la Compagnie d'assurances. Le blessé guérit, j'envoie la note ; celle-ci m'est renvoyée par la Compagnie qui conteste l'accident du travail et affirme qu'il ne saurait s'agir d'un accident du travail, renvoi le blessé à l'Assurance sociale qui ne répond pas.

Voulez-vous me donner votre avis sur ce cas particulier ? Dr B.

Réponse

Il est exact qu'en principe, la loi sur le risque professionnel ne s'applique qu'aux accidents survenus par le fait ou à l'occasion du travail et qu'on ne saurait mettre à la charge du chef d'entreprise ceux attribuables à l'action des forces naturelles telles que le chaud ou le froid. Il s'agit là en effet de la réalisation d'un risque non point professionnel, mais général et encouru par tout le monde.

Il n'en va autrement qu'au cas où le travail et les conditions dans lesquelles il était effectué dans l'entreprise ont été susceptibles de mettre en jeu les forces naturelles ou d'en aggraver les effets. Il s'agit là d'une appréciation des éléments de fait qui dépend d'une manière souveraine des Tribunaux devant lesquels ils sont portés. Il a été ainsi décidé par un arrêt de la Cour de Paris en date du 18 février 1934 (*Gazette des Tribunaux*, 5 mai 1934) que l'insolation constitue un accident du travail quand l'ouvrier qui en a été victime entassait des gerbes en plein soleil par une journée exceptionnellement chaude, depuis plus de deux heures, alors que la présence de ses patrons stimulait son effort rendu plus pénible par sa continuité même et que la forte congestion des organes qui en résultait favorisait l'effet nocif de la chaleur.

Par contre, la Cour de Rennes, dans un arrêt du 3 janvier 1934, décide que n'est pas victime d'un accident du travail le terrassier qui travaille sur la voie ferrée, en plein soleil, par une chaleur exceptionnelle, car ce sont les conditions habituelles et nécessaires du travail de cette profession, et que d'ailleurs ses quatorze compagnons ne s'en sont pas trouvé incommodés.

De même la Cour de cassation dans un arrêt du 5 juin 1935, a décidé que l'ouvrier décédé à la suite d'une congestion cérébrale consécutive à une insolation, alors qu'il travaillait dans une fosse à réparer un tender, n'est pas victime d'un accident du travail, car il n'est point établi que cet ouvrier travaillait dans des conditions susceptibles d'aggraver l'effet de la chaleur d'un jour d'été ou qu'il fit dans la fosse une chaleur anormale de nature à accroître les risques d'un travail exécuté habituellement dans les mêmes conditions.

Dans l'espèce, puisqu'il y a contestation entre l'ouvrier et l'Assurance au sujet de l'application de la loi sur le risque professionnel, le mieux serait que votre client invoque à l'égard de sa Caisse d'assurances sociales les dispositions de l'art. 20, parag. 4 du décret-loi du 28 octobre 1935, et demande le versement à titre provisionnel des prestations de l'assurance-maladie. Il suffit pour cela qu'il justifie naturellement des conditions de versement requises et qu'il ait engagé à l'encontre de son employeur ou de l'assureur substitué une action judiciaire en vue de faire reconnaître ses droits à réparation au titre de la loi du 9 avril 1898.

En cas d'échec de l'action entreprise, les prestations restent acquises à l'assuré.

7.298. — Quand une irritation de la peau peut-elle être un accident du travail ?

Et comme toujours j'ai recours à vos lumières : Je soigne un blessé au titre accidents du travail

depuis quinze jours. La Compagnie d'assurances qui couvre le risque prétend ce jour contester sa responsabilité au sujet de cet accident qui, dit-elle, n'est pas un accident du travail au sens de la loi de 1898. Il s'agit en l'espèce d'une irritation de la peau au niveau de l'acromion gauche, irritation ayant déterminée une pyodermite, par port de madriers de bois.

Que dois-je faire pour être honoré ? C'est sur vue du certificat de constatation de blessure au travail délivré par l'employeur que j'ai donné mes soins au blessé au titre accidents du travail.

Je pense que, si la Compagnie fait défaut, je peux me retourner contre le patron. Le médecin ne peut quand même point être considéré constamment comme un philantrope.

Dr L.

Réponse

La loi sur les risques professionnels ne s'applique en principe qu'aux accidents du travail et ne s'étend pas, par contre, aux maladies professionnelles exception faite toutefois, des maladies figurant dans la liste limitative dressée par la loi du 25 octobre 1919.

Or, l'irritation des tissus cellulaires et les pyodermites causées par les attitudes particulières nécessitées par le travail ne figurent que dans les cas professionnels que les médecins doivent obligatoirement déclarer en vue de la prévention des maladies professionnelles et de l'extension ultérieure de la protection légale (décret du 16 octobre 1935).

Cette extension n'ayant pas encore été réalisée à l'heure actuelle, la lésion dont souffre votre client ne pourrait bénéficier des dispositions protectrices de la loi sur les risques professionnels que si elle elle provient d'un accident, c'est-à-dire de l'action violente et soudaine d'une cause extérieure et non point d'une maladie, c'est-à-dire de l'action lente et continue d'une cause tenant à l'exercice régulier de la profession.

Le mieux est donc, en l'espèce, que votre client se fasse verser par sa Caisse d'assurances sociales les prestations de l'assurance-maladie.

En ce qui vous concerne, vous devrez vous faire honorer directement par le blessé qui est débiteur personnel des soins dont il a bénéficié.

6.779. — Droit d'un accidenté du Travail à l'assistance d'une tierce personne

Abonné au *Concours* et membre du Sou, j'ai recours à vous pour les renseignements suivants. Je me résume en style télégraphique pour économiser vos instants.

Un homme a un accident du travail en 1887 : écrasement du cou et du larynx par une courroie de

transmission. Trachéotomie immédiate... et durable puisque, aujourd'hui, je crois le cas rare, ce brave homme vit toujours. Il a 74 ans. Le plus clair de son infirmité actuelle est sa trachéotomie et une quasi-mutité (voix à peine chuchotée) consécutive à l'accident.

Il a été pensionné à 100 % il y a trois ans (loi sur les indemnisations aux accidents antérieurs à 1898).

Maintenant il réclame l'assistance d'une tierce personne.

Le Président du Tribunal vient de me commettre comme expert avec mission entre autre de dire :

1 « S'il y a des besoins essentiels de la vie que X. ne peut accomplir seul. »

2° « Dans l'affirmative d'indiquer si leur nature et leur fréquence rendent indispensable l'assistance constante d'une tierce personne. »

Je viens donc vous prier de me dire :

1° Si je dois conclure par l'affirmative, l'infimité du X. étant constituée uniquement par sa trachéotomie et sa quasi-mutité datant de cinquante ans. Je vous avoue que mon opinion penche pour la négation.

2° A quel tarif je dois établir ma note pour expertise, rapport et déplacement à 13 kilomètres.

A qui l'envoyer.

Dr L.

Réponse

Si l'on s'en rapporte au texte de la loi du 31 mars 1919 (pensionnés de guerre), l'art. 10 accorde le secours constant d'une tierce personne à ceux que leurs infirmités rendent incapables de se mouvoir, de se conduire ou d'accomplir les actes essentiels de la vie.

Votre blessé n'étant ni paralysé ni aveugle étant capable de prendre ses repas sans le secours d'une aide, etc., ne semble pas devoir bénéficier de l'assistance constante d'une tierce personne.

Tels sont les éléments d'appréciation que nous pouvons vous indiquer.

2° Puisqu'il s'agit d'une affaire d'accident du travail où le demandeur est la victime elle-même, vos honoraires doivent vous être réglés au titre de l'Assistance judiciaire. Vous devez donc envoyer au Procureur de la République près le Tribunal qui a connu de l'affaire, un mémoire en double exemplaire sur papier libre.

Il n'existe aucun tarif pour les honoraires d'expertise en pareille matière, mais il est d'usage dans les cas ne présentant pas de difficultés particulières, de demander de 150 à 200 francs pour l'examen du malade, la rédaction et l'envoi du rapport.

A ces honoraires doivent s'ajouter vos frais de déplacement calculés à raison de 1 franc par kilomètre parcouru tant à l'aller qu'au retour, plus une indemnité spéciale de 20 francs, étant

donné que vous avez eu à vous transporter à plus de 5 km. de la commune de votre résidence.

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

7.160. — Périodes d'instruction. Solde. Légion d'honneur

Classe 1916, mobilisé 12 avril 1915 dans l'infanterie (n'ayant fait que six mois d'études P. C. N. de novembre 1914 à avril 1915).

Nommé aspirant (Saint-Maixent) en avril 1918, sous-lieutenant à titre temporaire, puis à titre définitif le 10 décembre 1919.

Lieutenant (infanterie) de réserve le 10 décembre 1923.

Nommé médecin aide-major de 2e classe, à dater du 9 mai 1925.

Médecin sous-lieutenant, du 9 mai 1927. J'ai fait une période de huit jours (sans solde), en 1935.

Je suis convoqué pour vingt jours du 2 au 23 novembre 1937.

Combien de jours de période dois-je accomplir en tout ? Je pense que ces périodes doivent être nécessaires pour passer au grade supérieur.

Quel est le montant de la solde allouée ? (deux enfants de moins de 16 ans).

Un dernier renseignement : en juillet 1935, un gendarme est venu me demander si j'avais la Légion d'honneur. A ma réponse négative, il m'a dit que j'étais alors inscrit sur le tableau d'avancement (je n'ai qu'une modeste Croix de guerre à l'Ordre du régiment d'infanterie). Puis-je croire qu'un jour ou l'autre (d'après ce gendarme) j'obtiendrai la Légion d'honneur ?

Je ne suis pour ainsi dire pas les séances de l'Ecole de perfectionnement. Dr X.

Réponse

D'après la Circulaire ministérielle du 20 janvier 1937, en exécution de l'art. 49 de la loi du 31 mars 1928 (recrutement de l'armée), les officiers de réserve sont tenus d'accomplir, tous les deux ou trois ans, une période de dix jours, jusqu'à concurrence du total de 120 jours. Deux périodes de dix jours peuvent être bloquées.

Deux périodes sont exigées au minimum pour franchir l'échelon de lieutenant à capitaine.

La solde d'un lieutenant est calculée sur le montant annuel de 19.500 francs.

Les indemnités pour charges de famille sont, par an, de 660 francs, pour le premier enfant, de 960 francs pour le deuxième enfant.

L'enquête du gendarme pour la Légion d'honneur est faite en vue de votre inscription éventuelle au tableau annuel de concours.

Elle prouve, non pas que vous êtes déjà inscrit, mais que vous remplissez les conditions requises pour concourir à l'inscription sur le tableau.

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

7.324. — Pour les radiographies on doit « donner avis « et non « demander » l'autorisation à la Commission de contrôle

Je désirerais savoir si la réponse que j'ai reçue de la Commission de contrôle des soins aux mutilés est conforme à la loi.

« Je vous demande de vous conformer à l'avenir à la circulaire préfectorale du 14 juin 1935 :

« Lorsque le médecin traitant estime nécessaire « un examen radiologique ou de laboratoire, il doit « en demander l'autorisation au secrétaire de la Com- « mission de contrôle. »

« D'autre part, les examens de laboratoire, les radiographies ne pourront être effectués au titre de l'art. 64 par le médecin traitant lui-même. »

Il y a là deux questions que je désirerais voir résoudre, car je croyais que d'après la loi je devais simplement en cas d'examen radiographique envoyer un rapport à la Commission de contrôle sans autorisation préalable.

Et d'autre part pourquoi n'aurais-je pas le droit, moi médecin traitant, de faire l'examen radiologique de mes clients.

D[r] P.

Réponse

a) La Circulaire préfectorale dont il est parlé ne fait que rappeler l'art. 18 du Tarif disant : « Lorsqu'au cours du traitement, le médecin traitant estime nécessaire, soit ..., soit..., soit un examen radiologique ou de laboratoire, soit..., il doit en donner avis dans les vingt-quatre heures à la Commission de contrôle.

Seulement, la Circulaire préfectorale modifie le décret du 25 octobre 1922 (non modifié depuis que je sache) et qui dit, comme j'ai rappelé ci-dessus, que le médecin doit « donner avis » et non, comme dit le Préfet « demander l'autorisation ». Et je n'ai jamais entendu dire qu'une Circulaire préfectorale ait le droit de modifier un décret.

b) Par contre, il est dit, dans le décret : « Toute exploration radiologique doit être accompagnée d'un commentaire détaillé » (art. 80-5° observ.).

c) Je n'ai vu nulle part dans les décrets qu'il soit interdit au médecin-traitant d'effectuer les radiographies. A moins que la Commission de contrôle, cela va de soi, ait constaté qu'il n'était pas « outillé » pour en faire de suffisamment lisibles.

D[r] F. DECOURT.

7.311. — Le prix d'un curettage en Assurance sociale

J'ai eu à intervenir, ces temps derniers, auprès de la femme d'un assuré social, qui a payé régulièrement depuis toujours, ses cotisations.

Il s'agissait d'une fausse-couche de deux mois, et j'ai pratiqué un curettage. Comme il s'agissait de gens de condition modeste je leur ai réclamé la somme de 250 francs, en leur disant qu'il s'agissait d'un prix forfaitaire et que l'assurance sociale leur aurait remboursé intégralement cette somme. Sur la feuille j'avais marqué ceci : « P. C. 16 + 10 visites consécutives, reçu la somme de 250 francs... »

Or la Caisse ne remboursa sur cette somme que 153 fr. 60, c'est-à-dire P. C. 16 × 9,60.

J'ai fait écrire par ces assurés une lettre à la Caisse où il était dit qu'il s'agissait d'une fausse couche et qu'ils s'attendaient au remboursement des 250 francs. La Caisse leur répond : « que nous vous avons bien réglé la somme même à notre tarif pour accouchement prématuré ». Est-ce juste ? Que dois-je faire?

D[r] N.

Réponse

Vous avez, dites-vous, « pratiqué un curettage utérin » ? Mais alors, il ne s'agissait plus de P. C. quelconque, mais bien d'une intervention chirurgicale, inscrite dans la « Nomenclature générale » (valable pour toute la France) sous la rubrique K 20. Quant à la valeur de K en francs, elle varie suivant le Tarif syndical régional (pour le paiement du médecin) et, quant à la Caisse intéressée, suivant son propre tarif de remboursement (paiement au malade) avec la minoration de 20 % sur son tarif de responsabilité.

Donc K 20, c'est entendu. Mais K 20 = x francs ? ? dans votre région. C'est donc une question qui peut vous être précisée par votre Syndicat, le tarif de responsabilité de chaque Caisse étant inscrite en annexe dans la Convention Syndicat-Caisse. N'oubliez pas, néanmoins, que toute intervention comprend dans le prix indiqué vingt jours de soins consécutifs (voir les « Instructions » préliminaires pour l'emploi de la « Nomenclature (que vous devez avoir entre les mains, sinon que vous pouvez demander à la Confédération : franco = 3 fr. 50).

D[r] F. Decourt.

Cinquante-neuvième année N° 43 24 Octobre 1937

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

- sommaire -

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	70 fr.	Belgique et Luxembourg...	80 fr.
Etudiants	45 fr.	Première Zone	95 fr.
Le Numéro..........	1.50	Deuxième Zone	120 fr.

Renseignements

AVIS

Renouvellement des Abonnements

En raison des *frais de plus en plus élevés* qu'entraînent actuellement les recouvrements, nos abonnés ont tout intérêt à nous adresser leur réabonnement (**70 fr.**), par virement ou chèque postal, chèque bancaire, etc., au nom du *Concours Médical* (Compte Chèques postaux, Paris 167-95.)

Changements d'Adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 fr. 50 pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande.)

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du **Concours Médical**, *Paris* **167-95.**

N° 271. Cause santé, grande ville ouest, on céder. à jeune conf. dispos. 10.000 compt. bonne et fidèle client, de 27 ans. Tr. gr. maison, jardin et dépend., tout conf., loyer 8.000, bail à volonté.

N° 272. — 110 km. Paris, vallée normande, jolie villa construct. soignée 1931, aucune réparat., 6 p., remise, cave, eau, élect. 5.000 m². envir. 60.000 dont moitié compt.

N° 273. — Doct., cherche poste médic. à l'essai.

N° 274. — Ciels et Sourires de France. On rech. collect. des 6 prem. années, mai 1929 à juin 1935, plus janvier et avril 1937. On achèterait aussi numéros séparés. Dr Claeys, 5 *bis*, rue du Louvre, Paris.

N° 275. — Urgent. Paris, poste import. à céder pour raisons famille. Moitié comptant, facilités pour le reste.

N° 276. — Méd. spécial, tube digestif, longue expérience, laborat., ray. X, électric., cherche à prendre suite ou s'établir région intéressante.

N° 277. — Urgent. Vve méd. céd. bonne client. rég. lyonnaise. Maison très agréab. tr. bien située, eau, élect. chauf. cent, garage, jard. Céder, mobil. consultat.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet Breitel et Goret

1, rue Dante, Paris (5e). - Tél. : Odéon 36-46

Bourgogne. Excellent poste. Seul méd. ds gros bourg (chasse, pêche), maison conf. Prix 40.000, 1/2 cpt.

Centre. Est. Grde ville. Homéopathie, client. de consultat., cession très urgente. Prix 15.000.

Grand port de l'Atlantique. Client. facile. A céder dans très bonnes cond.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Faculté de médecine de Lyon.** CLINIQUE DU PROFESSEUR PAUL COURMONT. — *Cours de perfectionnement sur la tuberculose.* — Un cours de perfectionnement sur la tuberculose, sous la direction du Prof. Paul Courmont, avec le concours du Comité national de défense contre la tuberculose, est organisé à Lyon, du mercredi 10 novembre au mercredi 8 décembre 1937 (quatre semaines).

Il comprendra, chaque jour : des conférences, des cliniques au lit du malade, des exercices pratiques de clinique (radiographie, pneumothorax, etc.), de laboratoire (bactériologie, sérologie).

Le cours sera donné à la clinique, par le Prof. Paul Courmont et ses assistants, et dans différents services spécialisés, avec la collaboration de professeurs de la Faculté, de médecins des Hôpitaux, de chefs de laboratoires.

Une note ultérieure indiquera l'horaire et le programme. Un certificat est délivré à la fin du cours.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté de médecine (8, avenue Rockefeller). Droits à verser : 250 francs.

Le Comité national de défense contre la tuberculose met à la disposition des médecins dedispensaires ou de candidats à ces postes un certain nombre de bourses.

S'adresser, pour les bourses et tous renseignements d'inscription, au Professeur Paul Courmont.

Des cours complémentaires et un stage de trois mois pourront être organisés pour les médecins désirant suivre plus longtemps l'enseignement de la clinique.

— **Faculté de médecine de Bordeaux.** *Conférences.* — Le Professeur VALENTIN (de Hanovre, Allemagne) fera les 28 et 29 octobre, à Bordeaux, deux conférences : l'une sur « la tuberculose osseuse », l'autre sur « Les malformations du rachis ».

Ces conférences auront lieu à l'hôpital des enfants, 168, cours de l'Argonne, service de M. le Professeur Rocher, à 10 heures, les jours indiqués.

— **Hôpital Beaujon (Clichy).** *Phtisiologie.* — M. Michel LÉON-KINDBERG, chef de service, chef du centre de triage, a commencé le 21 octobre une série de leçons sur la tuberculose pulmonaire (étude clinique et radiologique, diagnostic, traitements, avec projections). Les leçons auront lieu tous les jeudis, à 11 heures, à la salle des cours du laboratoire central.

— **Dix médecins ont été élus conseillers généraux ou d'arrondissement dans la Manche.** — Rouen, 12 octobre. Télégr. *Matin.* — La Manche est vraisem-

blablement le département français qui a élu, dimanche, le plus de médecins conseillers généraux et conseillers d'arrondissement. Ceux-ci, en effet, sont au nombre de dix.

Ont été élus conseillers généraux : les Docteurs Lebreton, à Avranches ; Tizon, à Ducey ; Pigaux, à Montmartin ; Signeux, à Gavrey ; Lucq, à Saint-Poix ; Auvret, à Valogne ; Lecacheux, à Montebourg ; de Fontebonne, à Saint-Sauveur-le-Vicomte.

Ont été élus conseillers d'arrondissement : les Docteurs Fauvel, à Coutances, et Ovide, à La Haye-du-Puits. (*Le Matin.*)

— **Congrès français de stomatologie de 1938.** — Le prochain Congrès français de stomatologie aura lieu en octobre 1938.

Le bureau est ainsi constitué : président : Docteur Lacronique ; vice-présidents : Docteurs L'Hirondel (de Paris) et Beltrami (de Marseille) ; secrétaire général : Mme Papillon-Léage, docteur en médecine (184, rue de l'Université, à Paris) ; trésorier : Docteur Genestet. Des rapports seront présentés sur les adénites géniennes (Professeur Dubecq, de Bordeaux) ; sur les dystrophies dentaires de l'hérédo-syphilis (Docteur Lebourg) ; sur la vaccinothérapie en stomatologie (Docteur Hénault).

— **Hôpitaux de Lyon.** *Internat.* — Le concours de l'internat des hôpitaux de Lyon s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Dechavanne, Didier, Geay R., Roux, Bardonnet, Lafeuille, Ballivet, Chattot, Bertoye, Perreau, Béraud, Garmier, Francillon, Barrié, Fabre, Riondet, Rebatel, Grenot, Vialaron, Jeanjean, Eyssautier, Hugonnier, Desbiez, Savet.

Internes suppléants : MM. Duroux, Carrier, Blondet, Goursolle, Rabaste, Lévy, Pellanda, Gallet Maurice, Longet, Michaud, Peyrache, Mazaré, Angel, Naudin, Marion, Trouiller Michel, Moinecourt, Clert, Mlle Dechavanne, Accassat, Maillet, Servelle, Neyra, Grange, Durand, Mlle Lacaze, Garnier, Boutin, Stagnara.

Cent soixante-huit candidats étaient inscrits.

Le jury était composé de MM. les Professeurs Villard, Mouriquand ; Trillat, accoucheur des hôpitaux ; Delore, Croizat, médecins des hôpitaux ; Cibert, Peycelon, chirurgiens des hôpitaux.

Questions posées : Cellule hépatique. Physiologie de la coagulation du sang. — Les abcès du cerveau. Etiologie et forme cliniques (diagnostic excepté). — Les formes cliniques de l'aortite syphilitique thoracique. — Diagnostic et traitement des hématémèses. — Rétention des membranes dans la délivrance à terme. — Diagnostic et traitement des occlusions intestinales post-opératoires précoces.

— **Les savants allemands et le prix Nobel.** — On sait que le Gouvernement du Reich a interdit à tout

sujet allemand de recevoir le prix Nobel et a institué, pour le remplacer, un prix national allemand.

Ce *prix national allemand*, décerné pour la première fois, a été attribué, pour partie (100.000 francs) à deux chirurgiens, les Professeurs Bier et Sauerbruch.

— **Sanatoriums Calmette à Villiers-sur-Marne (Aisne) et sanatoriums Emile-Roux à Arnières, près d'Evreux (Eure).** *Avis de concours.* — Un concours aura lieu le jeudi 2 décembre, à l'hôpital Laënnec (service de la Clinique de la tuberculose de M. le Prof. Bezançon), en vue d'établir une liste d'aptitude de trois médecins aux fonctions de médecin des sanatoriums de la Renaissance sanitaire, valable pour l'année 1938.

Il comprendra une épreuve sur titres et une épreuve clinique. Chaque candidat examinera deux malades avec un quart d'heure d'examen, un quart d'heure de réflexion et un quart d'heure d'exposition (résultats de l'examen clinique et radiologique, diagnostic, indications prophylactiques et thérapeutiques).

Le traitement de début est fixé à 30.000 francs avec augmentations progressives. A ce traitement s'ajoutent les avantages suivants : participation de 5 % du traitement à l'assurance vieillesse, indemnité de charges de famille, logement, éclairage, chauffage et blanchissage pour le médecin et sa famille, possibilité de se procurer des vivres au prix d'achat de l'établissement.

Les candidats doivent être âgés de moins de 40 ans au 31 décembre 1937, être de nationalité française et, s'ils sont naturalisés français, répondre aux conditions exigées par la loi du 26 juillet 1935 sur l'exercice de la médecine.

Les demandes d'inscription au concours devront être accompagnées des pièces suivantes :

1° Extrait, sur papier libre, de l'acte de naissance et, s'il y a lieu, pièces établissant la naturalisation et indiquant la date d'obtention du droit d'exercer ;

2° Extrait du casier judiciaire ;

3° Copie certifiée conforme du diplôme de docteur en médecine d'une Faculté de l'Etat ;

4° L'exposé des titres scientifiques et en particulier la justification d'une pratique suffisante de la phtisiologie.

Les demandes de candidature, accompagnées du dossier sont reçues jusqu'au 30 novembre inclus, à la Renaissance sanitaire, 23, rue du Renard, Paris.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser au Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (VIe).

— **Hôpitaux de Paris.** *Concours de l'internat.* — *Composition écrite (anatomie).* — *Question sortie* : anatomie macroscopique des artères de l'estomac (sans la physiologie).

Questions restées dans l'urne: Le canal inguinal. — Le nerf grand hypoglosse à partir de sa sortie du crâne (anatomie sans histologie ni physiologie). —

Anatomie de l'articulation du coude (sans physiologie). — Anatomie macroscopique et rapports de la capsule surrénale gauche, physiologie des surrénales. — Anatomie descriptive et rapports de l'œsophage thoracique. — Les muscles péroniers latéraux (anatomie et physiologie). — Vésicule biliaire et canal cystique (anatomie, histologie et physiologie).

— **Exposition internationale de Paris 1937.** *Journée Rouennaise.* — Une Journée Rouennaise aura lieu au Pavillon de Normandie le jeudi 28 octobre 1937. Elle sera consacrée à la célébration du centenaire de la création de la « Sole Normande ».

— **Hôpital mixte de Coulommiers.** *Internat.* — Un concours pour une place d'interne s'ouvrira le 16 novembre 1937, à l'hôpital-hospice mixte de Coulommiers.

Conditions à remplir. — Les candidats devront être de nationalité française, non mariés et ne pas être âgés de plus de 30 ans. Ils devront se faire inscrire à la direction de l'hôpital huit jours au moins avant la date fixée pour le concours.

Avantages. — Traitement : première année, 4.000 francs ; deuxième année, 4.500 francs ; logement, nourriture, éclairage, chauffage et blanchissage. Pour renseignements complémentaires, s'adresser à la direction de l'hôpital.

— **Mariages.** — Nous apprenons avec plaisir le mariage du Docteur Dardelin, médaille des Évadés, Croix de guerre, de Saint Brévin-les-Pins (Loire-Inférieure) avec Madame Vve Piednoël, surveillante générale de la Maison départementale de Midin. Tous nos compliments et nos souhaits.

— Nous sommes heureux d'annoncer le mariage de M. Jacques Lebrun et de Mademoiselle Maigné. M. Jacques Lebrun est le petit-fils du Docteur Paul Lebrun, de Bar-sur-Aube, et du regretté Docteur Courgey, un des collaborateurs de la première heure du *Concours Médical*. Il est le fils du Docteur Emile Lebrun, de Paris, et de Madame Emile Lebrun, née Courgey (Vérine). Mademoiselle Maigné est la fille du Docteur Charles Maigné et de Madame Maigné, de Saint-Servan (Ille-et-Vilaine). Nos sincères félicitations aux parents et nos meilleurs souhaits aux nouveaux époux.

J. N.

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Avril, de Charlieu (Loire) ; du Docteur Marius Carle, de Lyon, ancien chef de clinique de la Faculté à l'Antiquaille, à qui l'on doit plusieurs ouvrages importants de syphiligraphie ; du Docteur Jules Gagey, de Pouilly-en-Auxois (Côte-d'Or) ; du Docteur Joseph Guironnet, de Saint-Martin-en-Bresse (Saône-et-Loire) ; du Docteur Pierre Jacquin, de Metz (Moselle) ; du Docteur Lacassagne, de Seméas (Hautes-Pyrénées) ; du

Docteur Joseph MAGÉ, de Loudun (Vienne) ; du Docteur Henri NOIRÉ, de Paris ; du Docteur Pierre PATET, de Tramayes (Saône-et-Loire) ; du Docteur VALDIGUIÉ, professeur de chimie médicale à la Faculté de médecine de Toulouse ; du Docteur Xavier ZELLER, médecin lieutenant-colonel honoraire ; du Docteur BERTIER, de Grasse, ancien interne des hôpitaux de Lyon.

— Nous apprenons la mort de M. Jules MERVEAU, docteur en pharmacie, officier de la Légion d'honneur, président du Conseil d'administration de l'Office commercial pharmaceutique, maire du IIIe arrondissement de Paris.

Le *Concours Médical* adresse à sa famille, l'expression de sa douloureuse et profonde sympathie.

— **Æsculape.** — *Sommaire de septembre-octobre* 1937 : Le sanglier dans le blason de Bacon (1 illustr.) — Gœthe vu par David d'Angers, par Henri CLASSENS (2 ill.). — Jacques Gamelin. Son « Traité d'Ostéologie et de Myologie », par le Docteur Jean GIROU (de Carcassonne) (8 ill.). — Deux images de l' « Ars Memorandi » (2 ill.). — Visite au Docteur Paul Marcus, par le Docteur BAILLET (de Pougues) (6 ill.). — Un guérisseur de la lèpre au VIe siècle. Saint Sour de Terrasson, par le Docteur A. MAZEYRIE (de Tulle) (4 illustr.). — Le sommeil enfante des monstres. Eau-forte de GOYA (1 illustration). — Supplément (19 ill.).

A TRAVERS L'OFFICIEL

2 OCTOBRE

Hygiène du travail

Décret du 28 septembre 1937 relatif aux mesures particulières d'hygiène applicables dans les établissements dont le personnel est exposé à l'infection charbonneuse.

5 OCTOBRE

Hôpitaux psychiatriques

Un poste de médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique départemental de Hoerdt (Bas-Rhin) est actuellement vacant par suite du départ de M. le Docteur Adnes.

10 OCTOBRE

Services hospitaliers de l'armée

Décret du 30 septembre 1937 portant modification du décret du 22 octobre 1929 relatif à la classification des hospices en hospices mixtes ou militarisés et en hospices proprement dits.

Service de santé militaire

Par décret du 28 septembre 1937 :

Le médec. sous-lieut. de rés. Lavigne, de la 18e rég. est promu au grade de médec. lieut. de réserv., pour prend. rang du 25 juill. 1937, et, par décis. de même date cet offic. est maint. dans son affect. act.

Par décret du 28 septembre 1937, sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé et, par décision du même jour, reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de médecin sous-lieutenant

Les élèves officiers de réserve (médec.) ci-après désignés (rang 21 sept. 1937) :

Cornet, 22e sect. infirm. milit., aff. rég. de Paris ; de Prat, 22e sect. infirm. milit. aff. rég. Paris ; Champagne, 22e sect. infim. milit., aff. rég. Paris ; André, 22e sect. infirm. milit., aff. rég. Paris ; Shneider, 22e sect. infirm. milit., aff. rég. Paris ; Lenoël, 2e sect. infirm. milit., aff. 2e rég. ; Frebet, 2e secti. infirm. milit., aff. 2e rég. ; Klotz, 6e sect. infirm. milit., aff. 6e rég. ; Trémolières, 6e sect. infirm. milit., aff. 6e rég. ; François, 6e sect. infirm. milit., aff. 6e rég. ; Audry, 7e sect. infirm. milit., aff. 7e rég. ; Grosjean, 7e sect. infirm. milit., aff. 7e rég.

Admission en stage et en situation d'activité

Par décision du 29 septembre 1937, sont admis, à compter du 1er octobre 1937 :

1° En stage dans les conditions fixées par l'article 3, *§ 5 de la loi du 4 janvier 1929 :*

Le méd. sous-lieut. de réserve Verdollin, 15e rég., maint.

2° A servir en situation d'activité, pour une période *de six mois, dans les conditions fixées par l'article 42* de la loi du 8 janvier 1925 modifié par l'article 79 de la loi de finances du 31 décembre 1936 :

Le sous-lieut. de rés. Lerond, rég. de Paris, maint.

Admission en stage

Par décision du 1er octobre 1937, le médecin sous-lieutenant de réserve des troupes coloniales Bougarel, affecté à la 18e région, est admis en stage d'activité au titre du Service de santé des troupes métropolitaines, à compter du 1er octobre 1937, dans les conditions fixées par l'article 3 (§ 5) de la loi du 4 janvier 1929 et maintenu à la 18e région.

13 OCTOBRE

Assurances sociales

Arrêté du ministre du Travail, en date du 29 septembre et Circulaire en date du 30 septembre, rendant applicables à dater du 1er octobre les dispositions obligatoires du règlement intérieur-type des Caisses primaires d'assurance maladie-maternité.

Ce règlement intérieur-type, établi par l'arrêté ministeriel du 30 janvier 1937 (J. O., 5 *février*) *a été commenté dans le* Concours Médical *du 7 mars, page* 73. *Nous rappelons que ses principales innovations concernent : la durée des prestations et les prestations speciales de deux ans, la préavis à donner aux Caisses en cas de maladie ou de maternité, la prise en charge des soins spéciaux, le remboursement des honoraires médicaux en cas d'hospitalisation, etc... Nous analyserons plus en détail ces différents points dans le numéro du 31 octobre prochain (rubrique « Actualité professionnelle ».*

CORRESPONDANCE

QUESTIONS DIVERSES

A propos de la déclaration des causes de décès

I

Le Docteur Damey, de Douarnenez, nous prie d'ajouter les petits mots d'explication suivants concernant sa lettre que nous avons publiée dans *Le Concours Médical* du 12 septembre 1937, page 2629.

P. S. — On nous reproche de vouloir nous opposer à une mesure utile. Nous serions de simples « rouspéteurs » qui rouspètent par plaisir !

Telle n'est pas du tout notre attitude : nous sommes disposés à collaborer à toute mesure utile, sous deux conditions : 1° que l'utilité soit prouvée ; 2° que nous ne risquions pas de nous en mordre les doigts.

Le système actuellement proposé nous expose à des poursuites. En ce cas, il est prouvé que condamnation s'en suivrait certainement. La Confédération, qui nous engage à « marcher », nous garantira-t-elle ? nous couvrira-t-elle ?

Nous ne dirons que cela : Qu'on améliore le système, ou qu'on fasse une loi. Alors, nous pourrons obtempérer.

Dr E. Damey
(de Douarnenez)

II

Quoiqu'en disent certaines personnes, que nous souhaitions mieux informées, l'observation par les médecins de la Circulaire Sellier et autres, constitue une violation du secret professionnel passible des peines prévues à l'article 378 du Code pénal.

De cette vérité deux faits feront foi :

1° Viole le secret professionnel le médecin qui donne des renseignements à un confrère relevé de ce secret (Cour de cassation, 9 mai 1913, S. 1914, page 169).

2° Le médecin inspecteur départemental d'hygiène est, non seulement relevé du secret, mais encore tenu de se porter dénonciateur (art. 29 du Code d'instruction criminelle).

La conclusion est facile à tirer, et seuls les sourds peuvent persister à ne pas entendre.

Pour faire des statistiques sages, il est un moyen simple, le voici :

A. Les officiers de l'Etat civil continuent à constater les décès, comme les y oblige l'art. 77 C. C., aidés ou non par des médecins, dits de l'Etat civil.

B) Le médecin traitant enverra le diagnostic de

l'affection présumée cause de la mort au Syndicat médical, sans nom de client.

La Confédération groupera ces renseignements. Ce sera un Service social de plus, pris en charge.

Le veut-on, oui ou non ?

Dr J. Mosnier
Alès (Gard)

7.411. — Conditions d'exercice de la propharmacie

Je suis propharmacien installé depuis mars 1936 à A. avec une autorisation régulière de la Préfecture. La distance entre l'officine la plus proche et mon cabinet est de 5 km. 200 et la distance entre la mairie de B., commune où se trouve cette officine, et celle d'A. est également de 5 km. 200.

Or voici la lettre que je viens de recevoir de la Caisse X. :

« Monsieur,

« L'examen des dossiers maladie des assurés habitant A. nous a permis de constater que vous délivrez vous-même à ces assurés les produits pharmaceutiques qui leur seraient nécessaires.

« Nous vous rappelons que la distance séparant A. de B. n'atteignant pas le minimum de 4 kilomètres, vous n'êtes pas qualifié pour délivrer ces produits sauf cas d'urgence ou de nécessité de l'emploi de ces produits au moment de la consultation...

« Nous règlerons pour cette fois encore, les produits prescrits, mais à l'avenir nous nous refuserons à tout règlement, et serons dans l'obligation d'en aviser le Syndicat des pharmaciens. »

J'ai répondu d'urgence à ladite Caisse ce qui suit :

« Monsieur,

« En réponse à votre honorée du 25 septembre 1937 je vous prie de prendre en considération ce qui suit :

« I. Au point de vue de la distance de B. à A., il y a 5 km. 200 et non, comme vous le prétendez, moins de 4 kilomètres.

« II. Mon titre de propharmacien m'a été délivré par la Préfecture conformément aux lois et règlements en vigueur, ce qui me donne le droit de délivrer tous les médicaments que je prescris, et ce qui vous fait un devoir de les régler à tous vos assurés.

« En cas de refus de votre part d'effectuer ces règlements, je vous rendrai responsable du préjudice aussi bien matériel que moral, que vous causez à ma profession.

« Veuillez agréer, etc... »

Veuillez m'adresser votre appréciation à ce sujet le plus vite possible.

Dr X.

Réponse

Aux termes de l'art. 21 de la loi du 21 Germinal An II, « les médecins établ s dans les

Voir la suite page LV-2999

PROPOS DU JOUR

LES HORIZONS DE LA MÉDECINE

Personne ne contestera que s'ouvrent à la médecine des horizons nouveaux. Les analyses hématologiques, sérologiques, urologiques, la spirométrie, la radiologie, les examens électriques, la recherche de la cholestérolémie, de la glycémie, de l'uricémie, de la calcémie, la détermination du quotient sérine-globuline, de la tension colloïdo-osmotique, des fonctions endocriniennes par la spectro-réductométrie, l'évaluation de l'angle d'impédance après excitations par ondes courtes des divers appareils glandulaires, la recherche du pH, les examens à l'électrocardiographe, l'oscillométrie, le tubage par la sonde d'Einhorn, la coprologie, toutes ces investigations plus ou moins nouvelles et bien d'autres encore, étendent singulièrement le cercle de l'horizon de la médecine. Le pauvre praticien moyen, le médecin tout court de la campagne ou de quartier dans la grande ville, se perd dans ce labyrinthe de recherches nouvelles qu'il ne peut faire lui-même, dont il ne comprend guère que les résultats quand ils lui sont fournis par le laboratoire, nous allions dire l'usine, ce qui nous paraîtrait plus exact. Pour s'orienter il lui faut un guide, un fil d'Ariane. Un grand savant, M. Auguste Lumière, qui, bien que n'étant pas docteur en médecine, a étudié à fond tout ce qui concerne l'art de guérir et qui ajoute à son titre de correspondant de l'Institut, celui de correspondant de l'Académie de médecine, nous a donné ce guide dans le nouveau livre qu'il a fait paraître : *Les horizons de la médecine* (1).

M. Aug. Lumière constate d'abord que les objectifs de la médecine sont prévenir et guérir qui répondent à deux sciences l'hygiène et la thérapeutique.

L'hygiène a fait ses preuves et ses résultats sont indéniables; on les constate dans la prolongation de la vie humaine. La moyenne de la vie probable de l'homme était de 18 ans dans la Rome antique. Il y a 200 ans elle atteignait en France 25 à 26 ans. De 1800 à 1825 on l'appréciait à 37 ans, elle dépassait 46 ans en 1911. Actuellement elle est de 53 ans, 57 ans si on défalque la mortalité de la première année. Ce progrès indiscutable est dû à l'amélioration des conditions de l'existence, à l'hygiène. On ne constate plus de grandes épidémies meurtrières et nous en sommes pour une bonne part redevables à l'hygiène et aux vaccinations.

On ne saurait en dire autant de la thérapeutique. Trousseau, constatant les mauvais effets des médications de son époque, en était arrivé à recommander la méthode expectante qui lui donnait dans le traitement des maladies aiguës les meilleurs résultats. Mais actuellement il ne faut pas pousser trop loin le scepticisme dans l'art de guérir. Beaucoup de maladies sont influencées par des médicaments, par exemple les antisyphilitiques, les salicylates, les antiseptiques, les tonicardiaques, les antithermiques, les analgésiques, les radiations de différents ordres, etc. N'empêche que dans beaucoup de cas, notamment dans les maladies infectieuses, la thérapeutique est impuissante, c'est la raison d'être du scepticisme des médecins, scepticisme qu'il ne faut pas pousser jusqu'au découragement. Si nous sommes impuissants à détruire l'agent infectieux, le microbe, il nous est possible d'agir sur le terrain, de le rendre plus résistant à l'action des microbes et incapable de permettre aux germes infectieux de s'y développer.

Le traitement des maladies chroniques, considérées comme incurables, a bénéficié des découvertes de la thérapeutique humorale. L'ancien humorisme, basé sur les modifications des humeurs par des lésions cellulaires, est abandonné. M. Aug. Lumière par sa théorie colloïdale a déterminé une renaissance de l'humorisme.

Les êtres vivants sont formés de matériaux, constitués par des substances dans un état particulier, appelé colloïdal. Diverses causes (toxines microbiennes, poisons, troubles nerveux, etc.) peuvent altérer cet état et en bouleverser les architectures moléculaires. Il y a alors précipitation, formation d'éléments solides, insolubles dans les humeurs, qu'on désigne sous le

(1) Sciences d'aujourd'hui. Collection dirigée par André George. Edit. Albin Michel, 22, rue Huyghens, Paris.

nom de floculation. Ce seraient ces floculats insolubles qui, irritant les filets sympathiques des petits vaisseaux, perturberaient l'action régulatrice du réseau nerveux sympathique et causeraient une foule de troubles morbides.

Dans les maladies chroniques un organe altéré devient localement plus sensible à la floculation. Pour M. Aug. Lumière, l'état colloïdal est la santé et la vie ; la floculation est la maladie et la mort.

Il ne faut pas croire que cette théorie soit une vue de l'esprit. Expérimentalement, en injectant dans les veines d'animaux une substance inerte, telle qu'un précipité très fin de sulfate de baryum en suspension dans du sérum physiologique, M. Aug. Lumière a déterminé des désordres analogues à ceux produits par la floculation sans provoquer d'embolies capillaires. Aussi la thérapeutique humorale nouvelle consiste à supprimer les facteurs de précipitation plasmatique, à rendre les colloïdes organiques plus résistants, plus stables.

M. Aug. Lumière fait remarquer que des causes diverses peuvent provoquer des symptômes semblables. Ainsi les symptômes d'invasion de la plupart des maladies infectieuses aiguës sont les mêmes ou très analogues. D'autre part, certains troubles comme l'asthme, les urticaires qui peuvent être déterminés par des causes diverses provoquant la floculation, peuvent aussi être influencés par des médications diverses.

Il importe actuellement de bien déterminer les causes de la maladie en utilisant les moyens innombrables de diagnostic que nous avons énumérés au début. Cela nécessitera évidemment la création de centres de diagnostic. Une fois la cause dépistée et le processus morbide reconnu, on aura recours à une thérapeutique qui, à l'heure actuelle est partiellement empirique.

La multiplicité des causes exigera une thérapeutique multivalente.

On s'efforcera de supprimer les causes toxiques, de combattre les infections locales (rhinites, infection du cavum, pyorrhée alvéolo-dentaire, inflammations de la bouche, des voies aériennes, digestives, des organes génitaux, etc.). On combattra les effets de la tuberculose apicale latente, souvent sans symptômes apparents et seulement décelable par la radiologie et qui cause des troubles humoraux. On traitera la diathèse syphilitique par les médications appropriées.

La stabilisation humorale pourra s'obtenir par l'hyposulfite magnésien, par l'auto-hémothérapie, par l'hyperthermie artificielle, par l'ionisation négative, par l'abcès de fixation.

Il n'est pas douteux qu'il y a là encore beaucoup de recherches à faire et que nous sommes très loin de la certitude scientifique, n'empêche qu'une voie nouvelle est ouverte aux chercheurs et que M. Auguste Lumière a donné à la médecine des horizons nouveaux. J. NOIR.

LA REMISE D'UN LIVRE D'OR A M. LE DOCTEUR SIREDEY

Une cérémonie touchante a eu lieu dimanche 17 octobre à l'hôpital Saint-Antoine dans l'amphithéâtre de la Clinique médicale du Professeur Loeper. C'est la remise d'un livre d'or à M. le Docteur Siredey, ancien président de l'Académie de médecine, vice-président de l'Association Générale des médecins de France, président de la Société F. E. M., dont les Sociétés savantes, de Bienfaisance et de Prévoyance, auxquelles il collabore encore activement, ne se comptent pas.

Devant un public très nombreux d'élèves, d'amis, de collaborateurs et d'admirateurs, Mlle Eyraud, instigatrice de la cérémonie, le Docteur Brocq, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux, le Docteur Michon, chirurgien honoraire des hôpitaux, le Professeur J.-L. Faure, de l'Institut, le Professeur Mocquot, un délégué du Directeur de l'Assistance publique, ont fait l'éloge du clinicien, du praticien, modèle de droiture, de conscience professionnelle, de bonté. Le Docteur Béclère qui présidait, assisté du Docteur Comby, rappella la jeunesse de leur vieux camarade, émaillant son discours d'anecdotes piquantes. M. Siredey, très ému, remercia les orateurs, les assistants et les organisateurs de la fête. Il fit un tableau assez mélancolique de la vieillesse et de l'affaiblissement progressif de toutes les facultés et cependant l'éloquence, la présence d'esprit dont il faisait preuve et les saillies dont il a semé son discours étaient un démenti à ses paroles d'octogénaire pessimiste. Une ovation enthousiaste et unanime a salué la péroraison de son allocution.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

CLINIQUE MÉDICALE INFANTILE

Diabète infantile et insulinothérapie

Par le Professeur P. Lereboullet

L'insulinothérapie a fait largement la preuve de son efficacité dans le diabète infantile et le rapport du Professeur Aubertin au récent Congrès des pédiatres à Bordeaux (mai 1936) ainsi que les discussions qui l'ont suivi en témoignent.

Le Professeur Aubertin a pu s'appuyer, à côté de ses propres résultats sur nombre de statistiques étrangères à cet égard démonstratives. En France de même des chiffres significatifs ont été publiés et, comme d'autres pédiatres, j'ai été souvent témoin depuis 1924 des merveilleux résultats de l'insulinothérapie méthodiquement pratiquée. J'ai apporté à Bordeaux la statistique des faits que nous avons ainsi suivis avec mon collaborateur J.-J. Gournay (1). Sans doute, ici comme ailleurs, les chiffres ne valent que ce que valent les chiffres et sont toujours susceptibles d'interprétations diverses. Ils me semblent toutefois assez démonstratifs et permettent certaines conclusions pratiques que je désire à nouveau rappeler.

Avec mon collaborateur le Docteur J.-J. Gournay, nous avons, depuis 1924, suivi 65 enfants diabétiques. Je laisse volontairement de côté un certain nombre d'enfants que nous n'avons pu observer que trop peu de temps, dont les parents, par négligence, n'ont pas suivi régulièrement nos conseils, ou qui ont été se faire soigner ailleurs, dont par suite la surveillance nous a vite échappé.

Parmi les 65 diabétiques ainsi retenus, 30 ont été suivis en ville. Nous avons sur ce nombre relevé trois décès. En revanche sur les 35 autres observés à l'hôpital (venant, comme les précédents, des divers coins de France), nous avons noté quatorze décès. La quantité de morts est, on le voit, beaucoup plus considérable. C'est qu'*à l'hôpital les parents sont plus difficilement accessibles*, ils comprennent mal l'importance des soins et du régime, *la surveillance de l'enfant est trop souvent irrégulière et insuffisante*, d'où erreurs dans le traitement et absence d'action durable sur l'évolution du diabète.

Sur ces 65 enfants, le plus grand nombre avait dépassé 7 ans ; encore que j'aie pu grouper récemment une série de *ces observés au-dessous de cinq ans*, que j'en aie cette année même suivi deux nouveaux cas (ne rentrant pas dans cette statistique), la règle est que *le diabète infantile est plus fréquent dans la grande enfance que dans la première et la seconde.*

Les garçons sont en nombre un peu plus grand que les filles (57 p. 100).

Le rôle, dans les antécédents, de la syphilis et de la tuberculose nous a paru à peu près nul ou tout au moins exceptionnel. Je ne puis nier l'influence de la syphilis, réelle dans le cas classique de Lemonnier, chez l'adolescent observé par Rathery et Fernet. Mais ce n'est que dans deux cas de ma statistique que la réalité de la syphilis congénitale pouvait être mise en évidence (sans que pour cela son influence directe puisse être affirmée). *Je n'ai jamais vu le rôle de la tuberculose dans la production du diabète infantile.*

L'influence constitutionnelle ou du moins la *prédisposition familiale* est certaine. J'ai vu trois cas au moins dans lesquels le diabète était noté chez plusieurs enfants à la fois, j'en ai vu un assez grand nombre dans lesquels un ou plusieurs ascendants ou collatéraux étaient diabétiques. Néanmoins cette prédisposition familiale reste relativement rare.

Le rôle étiologique des *maladies infectieuse* est limité quoique parfois certain, tel le cas d *diabète post-ourlien* que j'ai publié jadis avec Marcel Lelong et dans lequel le diabète est apparu quelques semaines après les oreillons et un mois juste après une crise douloureuse abdominale suivie de troubles digestifs crise qui semble témoigner de l'atteinte pancréatique. J'ai discuté avec J.-J. Gournay le rôle des autres maladies infectieuses, notamment celui de la *grippe* (1).

(1) P. Lereboullet. L'insulinothérapie dans le diabète infantile. IX[e] Congrès de l'Association française de pédiatrie (Bordeaux, mai 1936). — P. Lereboullet. Le diabète sucré des jeunes enfants. *Progrès Médical*, 21 octobre 1933.

(1) P. Lereboullet et J.-J. Gournay. — Diabète sucré infantile et grippe. Société de Pédiatrie, 15 février 1927.

Il reste limité et semble être l'occasion qui révèle le diabète, plus que la cause qui le crée.

Comme l'a fort bien souligné à Bordeaux M. Aubertin, chez l'enfant beaucoup plus que chez l'adulte, le *diabète a tendance à évoluer*, quel que soit son début apparent, vers *la forme consomptive* et vers le coma. Si l'insuline n'intervenait pas, on n'éviterait pas, dans la grande majorité des cas, une telle évolution et ce n'est pas chez l'enfant qu'on peut se borner à un traitement limité, basé avant tout sur le régime, et exclure l'insuline. J'ai tenté d'isoler avec M. J.-J. Gournay un type spécial dans lequel, pendant plusieurs années, le diabète peut rester d'allure bénigne, sans tendance à l'acidose, sans aggravation progressive, alors même qu'on cesse l'insulinothérapie. A Bordeaux M. Aubertin a souligné justement que de tels faits n'échappent pas à la règle et, à un moment donné, évoluent vers la forme consomptive (1).

Le cas même qui nous a servi d'exemple illustre cette conclusion. Il s'agissait d'un jeune garçon que nous avions suivi plusieurs années et chez lequel nous avons pu, par périodes, interrompre l'insuline. Son père était veuf, il se remarie et à cette occasion, le fils pendant deux jours abandonne tout régime pour participer à des repas relativement plantureux. Il tombe brusquement malade, est transporté dans un hôpital d'adulte (il avait 17 ans) où on méconnaît tout d'abord l'existence d'un coma diabétique. Il meurt victime de cette interruption brusque du régime et de l'insuline. Dans bien d'autres cas, nous avons vu de même la nécessité de continuer l'insulinothérapie pour éviter le diabète consomptif et le coma.

Si toutefois, dans quelques cas, l'insuline est longtemps moins nécessaire, c'est, comme le souligne aussi M. Aubertin, qu'il s'agit alors de ce que l'on a appelé *diabète rénal*. Sans doute ces faits ne sont pas nombreux, mais ils sont indiscutables. J'en ai observé, antérieurement à l'ère de l'insuline et depuis celle-ci, 4 à 5 cas démonstratifs. Je soigne un homme de 67 ans actuellement, dont j'ai les analyses depuis l'âge de 16 ans et qui, toute sa vie a montré 15 et 27 grammes de sucre par jour. Il y a quelques années, j'ai pu constater qu'il était hypoglycémique, ce qui correspondait à l'allure bénigne de cette glucosurie. Je connais une femme de 62 ans environ qui a été soigné dès l'âge de 3 ans par Lécorché pour une glycosurie notable, que j'ai suivi longtemps avec mon maître le Professeur Gilbert, et, qui toute sa vie, a eu ainsi entre 40 et 60 grammes de sucre par jour, sans jamais présenter d'accidents diabétiques graves. Ici encore la preuve de l'hypoglycémie relative peut être faite.

J'ai suivi deux enfants, frère et sœur, qui, l'un à 4 ans, l'autre à 8 ans, ont été reconnus diabétiques. Ce diabète a évolué sans aucun trouble pendant de longues années et ce n'est qu'à l'âge adulte qu'ils sont devenus justiciables de l'insulinothérapie. Pendant longtemps c'est le facteur rénal qui rendait compte de la glycosurie. M. J.-J. Gournay a de même observé un malade qui, depuis l'âge de 4 ans, était glycosurique et avait été à ce moment soigné par M. Lancereaux. Il urine journellement 15 grammes de sucre par jour, sans autres troubles et ici encore il s'agit de diabète rénal. Ces faits restent exceptionnels en regard de ceux qui par la tendance évolutive nécessitent vite l'emploi de l'insuline.

Enfin les faits décrits à maintes reprises par mon collègue le Professeur Nobécourt et dans lesquels l'*hypotrophie* est longtemps la note dominante, évoluent à un moment donné vers l'acidose et sont justiciables de l'insulinothérapie, qui, à elle seule d'ailleurs, peut aider à vaincre l'hypotrophie staturale et pondérale.

M. Nobécourt vient avec M. P. Ducas et Mme Laroche (1) d'insister à nouveau sur le ralentissement de croissance des enfants diabétiques, à propos d'une petite malade dont l'hypotrophie était associée à une hypertrophie hépatique et du météorisme abdominal, syndrome décrit à maintes reprises par P. Mauriac et étudié également par M. G. Mouriquand. Dans ces faits, l'évolution est sans doute variable, mais peut être sévère et l'insulinothérapie régulière est aussi nécessaire que dans les autres formes.

En règle générale donc, on peut admettre que chez l'enfant, réserve faite de certains cas de diabète rénal nettement prouvé, le diabète évolue secondairement ou d'emblée vers le diabète consomptif et que, si on ne fait pas l'insulinothérapie régulièrement, l'aggravation est fatale, quelle qu'ait été au début l'apparence bénigne du diabète.

Avec J.-J. Gournay, je crois donc que le *pronostic de diabète infantile dépend avant tout de la régularité de traitement insulinique, de régime et de la manière dont on a pu convaincre les parents de cette notion fondamentale.* Chez tous les enfants diabétiques bien traités, le développement pondéral, statural, sexuel, intellectuel nous a paru normal.

Les interventions chirurgicales nécessitées par certains incidents (otite avec mastoïdite, appendicite) ont pu être exécutées sans aucun incident.

(1) P. Lereboullet et J.-J. Gournay. — Sur un type spécial de diabète sucré infantile. Société de Pédiatrie, 18 octobre 1927.

(1) R. Nobécourt, P. Ducas et Mme Laroche. — Développement d'une hépatomégalie avec retard de la croissance staturale. *Arch. de méd. des enfants*, novembre 1936.

Des maladies diverses (fièvres éruptives notamment) ont évolué sans aggravation du diabète. Si, chez quelques-uns de nos malades, le coma est survenu, par suite d'insuffisance ou d'arrêt de traitement insulinique, il a été facile de les en sortir par une thérapeutique plus intensive. Et, parmi nos enfants diabétiques, plusieurs, devenus adultes, ont pu se marier et avoir des enfants.

On a souvent insisté sur l'insulino-résistance de certains diabétiques. Comme M. Aubertin, nous ne croyons pas que cette *insulino-résistance* soit chez l'enfant aussi importante que chez l'adulte ; plus aisément que celui-ci, l'enfant peut assez vite être mis au régime et à l'insulinothérapie propres à son cas. C'est ce qui ressort des observations que nous avons faites avec M. J.-J. Gournay.

Plus que l'insulino-résistance, c'est l'*insulino-sensibilité* qui vient chez l'enfant compliquer assez souvent la marche du traitement. Les accidents d'hypoglycémie peuvent survenir, même alors que l'enfant a encore une glycosurie appréciable, même lorsque sa glycémie moyenne est élevée. Récemment MM. Nobécourt et Ducas et Mme Laroche (1) ont insisté avec raison sur cette insulino-sensibilité se traduisant tantôt par des accidents légers (troubles du caractère, pâleur subite, apathie et torpeur inaccoutumées, sueurs profuses, etc.) ou des accidents plus graves (syncope, perte de connaissance). Mais, avec eux, on doit reconnaître qu'ils ont toujours une évolution favorable et disparaissent vite après l'ingestion ou l'injection sous-cutanée de boissons ou de solutions sucrées. Les parents, assez vite, apprennent à les reconnaître et à employer les moyens propres à les faire disparaître. Ils représentent toutefois une des difficultés du traitement insulinique chez l'enfant. Comme le remarquent M. Nobécourt et ses collaborateurs, ils ne s'expliquent pas par le taux habituel de la glycosurie ou de la glycémie et semblent liés à l'instabilité extrême de la glycémie chez les enfants diabétiques sur laquelle, à diverses reprises, a insisté M. Mauriac (2). Cette insulinosensibilité légitime une grande prudence dans la cure du diabète infantile, l'emploi initial de faibles doses à chaque piqûre ne dépassant par exemple, pas 10 à 15 unités par dose, la surveillance régulière de la glycosurie avant les injections et particulièrement avant la deuxième injection de la journée. Elle ne doit pas empêcher de donner à l'enfant les doses d'insuline qui lui sont nécessaires et la surveillance simultanée du régime alimentaire et du traitement permettent, en élargissant assez vite le régime et en augmentant la proportion des aliments sucrés, de réduire au minimum ces accidents plus souvent impressionnants que vraiment graves.

Au surplus il n'est souvent pas nécessaire d'augmenter sans cesse les doses d'insuline, comme on avait pu le croire au début de l'insulinothérapie. Nous avons, mon collaborateur J.-J. Gournay et moi-même, l'impression que chez les malades que nous suivons depuis sept, huit ans et plus, malgré certains incidents, malgré même des épisodes comateux survenus sous des influences diverses, l'augmentation progressive des doses d'insuline n'est pas une nécessité, qu'on peut, au contraire, dans une assez large mesure, la diminuer dans quelques cas. En d'autres termes, alors qu'en 1924 et 1925 il nous semblait que, malgré le résultat apparent de traitement, le diabète continuait à évoluer, il nous apparaît maintenant que, dans un diabète bien traité, il n'y a pas tendance à la progression, on peut même penser qu'il y a régression relative de la maladie. C'est là une conclusion qui permet d'espérer, dans l'avenir, une action plus nette encore de l'insulinothérapie. Dès maintenant un diabète infantile régulièrement traité par l'insuline, peut, une fois la disparition de la glycosurie obtenue, ne nécessiter que des doses quotidiennes d'insuline relativement modérées, qu'il n'y a pas lieu de constamment augmenter. Cette conclusion, relativement encourageante, ressort notamment des faits que nous suivons maintenant depuis dix ans et plus.

Si, inversement, le traitement insulinique reste irrégulier et insuffisant, si le régime est mal réglé, on peut évidemment avoir des désastres à déplorer. J'ai vu le coma survenir lors d'une maladie aiguë, une grippe par exemple, au cours de laquelle le malade, ne mangeant plus, était plus exposé aux accidents d'acidose. Je l'ai vu chez des enfants auxquels on avait cru pouvoir essayer l'insulinothérapie par voie buccale en réduisant les piqûres d'insuline. Je l'ai vu frapper brusquement un petit diabétique chez lequel la mère avait cru devoir cesser les piqûres à cause d'un ictère intercurrent ; une insulinothérapie immédiate et intensive a permis d'ailleurs de tirer le petit malade du coma et il est depuis en fort belle santé. Chez d'autres enfants, un traitement mal adapté nous a paru responsable de l'hypotrophie staturale qui a disparu dès que l'insulinothérapie et le régime ont été mieux fixés. Inversement l'obésité a été, dans certains cas, le fait d'un traitement insulinique mal dirigé.

Jamais je n'ai été témoin d'*accidents locaux* importants, réserve faite du cas déjà ancien d'érythrodermie insulinique œdémateuse que j'ai publié avec M. Lelong. Voici bien des années que

(1) P. Nobécourt, P. Ducas et Mme Laroche. — *Arch. de méd. des enfants*, n° 10, octobre 1936.

(2) Voir notamment P. Mauriac. *Paris Médical*, 1er juillet 1933.

je n'ai vu de suppuration et nombre de mes petits malades ont eu 3.500 à 5.000 injections sans jamais avoir eu d'abcès. Je n'ai pas observé chez eux de troubles trophiques locaux du type de ceux décrits à Bordeaux par M. Aubertin.

Avec J.-J. Gournay, j'ai été frappé d'un fait que M. Aubertin a, de son côté, bien mis en lumière. Le problème de la *tuberculose des diabétiques* ne se pose plus, chez l'enfant du moins, comme autrefois. D'après nos observations, on peut affirmer que les enfants diabétiques ne sont pas plus souvent tuberculeux que les autres enfants. Même après plusieurs années d'insulinothérapie, on ne voit pas, chez eux, la tuberculose évoluer (ainsi qu'on l'a pourtant soutenu). Sans doute certains d'entre eux, peuvent, comme leurs contemporains, faire une primo-infection par contagion au cours du traitement insulinique. Ils ne le font pas parce que diabétiques ; sans doute chez eux, comme chez les autres, on peut assister à une aggravation au moment de la puberté (je n'en ai toutefois pas observé moi-même), mais rien dans l'évolution de leur diabète ne les y prédispose plus que d'autres.

Ces conclusions ne valent bien entendu que lorsque le diabète est bien soigné, que l'éducation des parents est faite. Quant à la nécessité des injections régulières d'insuline, d'un régime alimentaire bien adapté, de l'examen régulier des urines et notamment de leur examen fractionné au cours de la journée, voici plus de vingt-cinq ans qu'avec le Professeur Gilbert *j'ai insisté sur les variations du rythme* de la glycosurie au cours de nycthémère, sur la nécessité de déterminer les influences alimentaires, l'importance de la glycosurie à jeun, etc... Lors du traitement insulinique l'*examen fractionné des urines* rend de grands services et permet de suivre l'action de l'insuline. La glycémie de même doit, dans la mesure du possible, être périodiquement recherchée et il faut tenir compte de ses très grandes variations chez l'enfant selon l'heure et l'alimentation.

Il faut se rappeler aussi — et M. Aubertin y a fait allusion — la nécessité, lorsqu'on traite un enfant diabétique de redoubler d'attention dès le moindre incident pathologique, la moindre maladie, la plus légère grippe, un simple coryza ; souvent il convient à ce moment à la fois d'élargir le régime et d'augmenter la dose d'insuline. Les menaces de coma sont fréquentes et une telle conduite est la meilleure manière de les faire disparaître. Nous y avons insisté, avec J.-J. Gournay, à propos de la grippe et de certaines autres infections.

J'ai au début de cet exposé, s gnalé l'énorme écart entre nos malades de ville et ceux de l'hôpital. C'est que le *pronostic du diabète dépend ici moins de l'enfant et de son médecin que de l'intelligence et de l'esprit de suite des parents.* Sans compréhension par eux de la situation et de leur responsabilité, on ne peut rien faire. Lorsqu'au contraire les parents écoutent et comprennent on voit, ce dont j'ai été témoin, chez un enfant que je vois périodiquement : son diabète a débuté à l'âge de 2 ans, il a actuellement 11 ans 1/2. Je l'ai suivi, avec J.-J. Gournay, à partir de la troisième année. Il a été observé avec soin par les parents, régulièrement le père ou la mère lui font ses deux piqûres d'insuline chaque jour ; elles sont réglées de façon à ramener la glycosurie à un chiffre minime ; l'alimentation a été calculée de manière à assurer une croissance pondérale et staturale normale, sans augmenter la glycosurie. L'enfant, qui a reçu plus de 4.000 injections, est un superbe enfant qui va, vient, suit régulièrement ses classes où il réussit bien, qui a pu avoir les diverses fièvres éruptives de l'enfance, faire des otites, être opéré de mastoïdite sans que l'évolution de son diabète soit influencée. L'examen des urines est fait régulièrement, les parents observent et décèlent les moindres petites crises d'hypoglycémie et sont heureux de voir l'enfant, sous ces conditions de traitement, grâce à eux, aisément réalisées, se développer comme un enfant normal.

Je pourrais citer d'autres enfants du même ordre, une jeune fille que j'observe depuis douze ans et qui va merveilleusement, la petite diabétique soignée avec M. Lelong et J.-J. Gournay à la suite de ses oreillons et qui, tout en ayant fait à plusieurs reprises, des crises de coma, lorsqu'elle suivait irrégulièrement son traitement en est sortie et va bien (je l'ai vue récemment en superbe état de santé), enfin un garçon, traité depuis les débuts de l'insuline, qui a fait, il y a quelques années, ce coma au début d'un ictère catarrhal, dont je vous ai parlé et qui actuellement mène, à 27 ans, une vie active, occupée et, grâce à trois piqûres qu'il fait lui-même, est un jeune adulte normal. Il s'est d'ailleurs récemment marié.

L'insulinothérapie du diabète infantile a donc largement fait les preuves de son action et il semble même que si elle ne jugule pas le diabète, elle arrête en partie son évolution progressive. Sans doute on doit espérer avec M. Aubertin, qu'un moment viendra où le traitement vaincra le diabète et où on pourra parler de guérison. Mais c'est déjà un succès thérapeutique que de pouvoir, si les parents comprennent, s'ils ont l'intelligence et la volonté de faire régulièrement le traitement, empêcher l'évolution du diabète et permettre à l'enfant d'avoir une croissance physique et intellectuelle normale et d'arriver à l'âge adulte dans des conditions superposables à celles d'un adulte sain, telles qu'elles donnent satisfaction complète et à sa famille et à son médecin.

ASTHME ET PTOSE GASTRIQUE

Par le Docteur Léon MICHELET

L'asthme digestif a été depuis longtemps décrit. Les auteurs allemands, les premiers, avaient signalé des crises « d'asthme réflexe » chez certains malades — des enfants surtout — présentant des troubles digestifs (Hénoch). En France quelques observations d'asthmes dyspeptiques avaient été publiées sous l'épithète d'asthmes « tympaniques » et d'asthmes de « pneumatoses » (Moncorgé). Mais ces descriptions remontent à une époque où le contrôle radiologique n'existait pas et où l'on précisait la nature d'un asthme d'après la sonorité de la région épigastrique... Ce n'est donc que dans ces dernières années que des faits précis ont pu être rassemblés montrant les rapports étroits qu'il pourrait y avoir entre l'évacuation du bol alimentaire et l'excitation du pneumogastrique. (Mathieu, Percepied, Leven).

Au hasard de la clinique et des malades, nous avons maintes fois constaté — en dépit de la « colloïdoclasie » — des crises d'asthme véritable, avec éosinophilie et cristaux de Charcot-Leyden, *guérir en traitant une dyspepsie.*

Les asthmes digestifs sont fréquents (41 cas pour 150 asthmatiques selon James Maxwell). Nous nous proposons seulement ici d'étudier les asthmes par ptose gastrique. Ce sont des formes que nous avons souvent observées, et qui nous ont plu à cause de leur remarquable simplicité thérapeutique — qui s'oppose diamétralement aux méthodes de cuti-réaction et de protéines « déchaînées », toujours complexes et souvent décevantes (asthmes allergiques).

OBSERVATION I. — M. Van..., 23 ans. Employé dans la fabrication de la laine. Depuis deux ans : crises d'asthme d'une durée de vingt-quatre heures, apparaissant souvent après les repas deux fois par semaine, annoncées par pâleur, migraines, éternuements, se terminant par des « vomissements de salive et d'eau ». Antécédents familiaux : néant. Antécédents personnels : œdème de Quincke après ingestion de poisson (harengs), poussées d'urticaire en présence de certains animaux (chats). Traitements faits à ce jour : éphédrine, iodure, ablation des cornets, vaccinothérapie pulmonaire (bien que l'examen des poumons ne montre aucun signe pulmonaire). Au point de vue digestif il n'en est pas de même. A l'examen clinique et radiographique : ptose gastrique de quatre travers de doigt avec hyperkinésie. Traitement : sangle anti-ptosique et culture physique abdominale. *Plus une seule crise depuis trois ans.*

L'intérêt de cette observation réside surtout dans les faits suivants : la possibilité de croire à un asthme allergique (anaphylaxie aux harengs et aux poils d'animaux), la difficulté de diagnostic d'asthme digestif (le malade ne présentant aucun signe dyspeptique).

OBSERVATION II. — M. Ba..., 55 ans. Electricien. Asthme depuis cinq années. Autrefois : crise l'été. Actuellement : crises en toutes saisons. Le malade éprouve « une gêne constante », qui se transforme en dyspnée légère, puis en crise d'asthme après les repas. Bien plus : le fait de boire un simple verre d'eau suffit parfois à déclencher une crise.

Antécédents familiaux : néant. Antécédents personnels : œdème de Quincke, urticaire, rhinite chronique. Examen des poumons : ronchus et sibilances. Examen de l'estomac (contrôle radiologique) : ébauche de ptose (un travers de doigt), contractions normales, plexalgie solaire. Signe de Glénard net. Nous hésitons à prescrire une sangle abdominale. Traitements antérieurs : réflexothérapie (à l'hôpital Cochin), résection des cornets. Sans résultat. *Instantanément après le port d'une sangle abdominale la « gêne » respiratoire et les crises disparaissent. Pas de récidive depuis un an.*

Cette observation montre combien peut se révéler efficace une correction de ptose légère et en apparence discutable.

OBSERVATION III. — Mme Mab..., 33 ans. Asthme intriqué, crises subintrantes. La malade retrouve la respiration grâce à plusieurs piqûres quotidiennes d'extraits de surrénale. Amaigrissement. Mauvais état général. Traitée par des « quantités de piqûres » depuis deux ans. Ne croit plus aux traitements de *l'asthme (sic)*. A la suite de plusieurs examens, il nous semble pouvoir conclure à un asthme influencé par trois facteurs ; *les règles* (crises le jour de leur apparition), *les repas* (crises après l'absorption de certains aliments indigestes comme la choucroute), *les poussées de bronchites chroniques.* Antécédents : appendicectomie, annexite gauche endocardite rhumatismale (souffle mitral), coliques hépatiques. A l'examen : empâtement annexiel gauche et métrite chronique. Ptose gastrique de trois travers de doigt avec atonie. Quelques sibilances disséminées et discrètes (en dehors des crises d'asthme). Examen des crachats : négatif.

Notre traitement a été pratiqué en trois temps :

Premier temps. — Ceinture abdominale antiptosique et régime alimentaire (suivi plus ou moins bien par la malade). *Les crises subintrantes s'espacent au point d'arrêter définitivement les piqûres d'adrénaline, et de permettre à la malade de vaquer à ses occupations de maison.* Mais à l'occasion des règles, trois ou quatre mois après, une crise apparaît.

Deuxième temps. — Il est alors prescrit : injections d'extrait ovarien, dix jours avant les prochaines règles. Plus de crises. La malade se croit de nouveau guérie. Or à la suite d'une grippe (hiver 1935-1936) une bronchite se déclare et progressivement s'installe une dyspnée à type asthmatiforme.

Troisième temps. — Nous prescrivons : vaccin polyvalent de l'Institut Pasteur (Vallery-Radot et Nitti) Plus de crises depuis un an. Pas de crise au cours d'une grippe contractée en hiver (1936-1937). *La malade a augmenté de plusieurs kilogs et a pu reprendre depuis plus d'un an son travail en ville sans interruption.*

Bien qu'il convienne d'être extrêmement prudent en ce qui concerne la pathogénie de l'asthme dyspeptique, on peut expliquer dans une certaine mesure le processus des dyspnées par ptose. Il n'est pas douteux que dans certains cas il s'agit d'un mécanisme réflexe par irritation, tiraillement des filets du pneumogastrique. (F. Franck, Oppler). Dans d'autres cas peut exister un mécanisme toxinique. Les éraillures de la muqueuse digestive, aussi minimes soient-elles peuvent permettre aux toxines gastriques d'atteindre les filets terminaux du pneumogastrique et les irriter — et même remonter peu à peu les branches nerveuses jusqu'au bulbe (Loeper, Debray, Forestier). Enfin il peut s'agir aussi d'un mécanisme d'anaphylaxie secondaire à la gastrite qui accompagne la ptose (Lesné, Linossier, Lemoine, Monet). En réalité, puisque le simple fait thérapeutique de corriger la ptose suffit à faire cesser des crises subintrantes, il est permis de penser que *le tiraillement exercé sur les filets du pneumogastrique doit jouer un rôle réflexe prépondérant.*

Dans la pratique il sera donc d'une importance capitale, d'interroger et d'examiner avec minutie tout asthmatique, même s'il présente des signes broncho-pulmonaires, rhinopharyngés (cornets), allergiques, endocriniens (ovaires) ou hépatiques, capables de faire dévier le diagnostic. Là, quelques difficultés surgissent. D'une part les asthmes simples — purement broncho-pulmonaires, digestifs ou endocriniens — sont l'exception. Les asthmes intriqués accaparent à eux seuls les quatre cinquièmes des cas. D'autre part les asthmes ptosés ne présentent pas en général de signes suffisants pour aiguiller les recherches vers l'estomac. Mais nous pensons pouvoir affirmer que : *toute ptose constatée chez un asthmatique doit être dans tous les cas corrigée.* Dans les cas d'asthmes intriqués le malade sera notablement amélioré. Il ne restera ensuite qu'à trouver et modifier par un traitement approprié les « épines » supplémentaires. Dans les cas d'asthmes simples — par ptose gastrique — le malade guérira immédiatement, sans récidive.

LES MÉDICATIONS DU SPASME VASCULAIRE

Docteur R. Cante

Les spasmes vasculaires occupent une place de plus en plus importante dans la pathologie. Cependant, les nombreux éléments qui entrent en jeu pour maintenir le tonus artériel normal et l'absence de moyens d'exploration précis rendent difficile l'étude tant expérimentale que clinique de ces spasmes. Le problème est encore plus complexe lorsqu'on veut étudier les spasmes veineux et capillaires.

A défaut de bases expérimentales suffisantes, la médication du spasme artériel sera représentée avant tout par les médicaments vaso-dilatateurs qui, théoriquement, constituent des antispasmodiques. Les plus efficaces sont les esters de la choline; les nitrites, les papavérines, le benzoate de benzyle et l'ail.

Les dérivés de la choline peuvent être employés dans tous les cas de spasme artériel ; ils sont plus particulièrement indiqués dans les spasmes des artères cérébrales et rétiniennes.

Les nitrites sont surtout indiqués dans les spasmes des coronaires et des vaisseaux rétiniens, le nitrite d'amyle et la trinitrine lorsqu'on veut avoir une action forte et courte, les autres dérivés lorsqu'on veut avoir une action moindre mais prolongée.

La papavérine, le benzoate de benzyl et l'ail seront principalement utilisés dans les spasmes vasculaires des hypertendus et dans les troubles de la circulation coronarienne. La papavérine est celui de ces trois produits qui semble avoir le plus d'efficacité sur les spasmes coronariens.

Le traitement symptomatique sera dans la mesure du possible complété par un traitement étiologique, lorsque la cause du spasme aura pu être déterminée, ou par un traitement pathogénique dont il n'est pas encore possible actuellement de préciser tous les éléments (1).

(1) Thèse de Paris, 1937.

TRAITEMENT DE LA DÉMENCE PRÉCOCE PAR L'HYPOGLYCÉMIE INSULINIQUE

Il y a deux façons traditionnelles, chez les médecins, d'accueillir une nouvelle thérapeutique.

Les uns, impatients de se renouveler, ardents à explorer l'inconnu, partent aussitôt en reconnaissance et, à la première occasion, tâtent de la nouveauté. S'il y a un risque à courir ils courront le risque ; mais au moins se seront-ils fait une idée de la découverte qu'on leur claironne aux oreilles.

Les autres sont gens rassis et prudents. Par principe ils se méfient et répéteraient volontiers « Ce bloc enfariné ne me dit rien qui vaille ». Il faut, pour qu'ils l'adoptent, que la nouveauté ait bonnes et valables lettres de créance à leur montrer. Ce sont des Sancho Pança : jamais il ne leur arrivera de charger des moulins à vent.

Parmi les Don Quichotte je doute qu'il s'en trouve beaucoup pour essayer le nouveau traitement de la démence précoce (1). J'avoue modestement, pour ma part, qu'il m'a plongé dans la stupeur, et que je me suis pris à murmurer : « Ils sont enragés, ces Américains ! » En quoi j'avais tort, car la découverte appartient au Docteur Sakel, de Vienne. Et les Yankees se bornaient, pour une fois, à vérifier le bien-fondé des « mirifiques rapports venus d'Europe sur le shock insulinique dans le traitement de la démence précoce ».

Il ne s'agit de rien moins que précipiter le malade, de propos délibéré, dans le coma hypoglycémique, et cela à dix, quinze, vingt reprises. De Vienne nous était déjà venue la malariathérapie qui, en son temps, nous fit un peu l'effet d'un « swing » au creux de l'estomac. Si elle est aujourd'hui universellement adoptée, cela n'a pas été sans tergiversations et longs palabres.

En sera-t-il de même de la nouvelle méthode ? Je le souhaite au Docteur Sakel. Mais on ne peut s'empêcher de dire qu'elle ne paraît pas de tout repos.

Quoi qu'il en soit voici comment procèdent, à la clinique Mayo, les expérimentateurs : Rosemberg, Smith, Wilder et Moersch. Chacun d'eux, assisté d'une infirmière, s'occupe de quatre à huit malades au plus. Tous les malades recevant de l'insuline sont groupés dans le même service.

Le traitement commence à 7 heures du matin par la prise de la température, du pouls, du rythme respiratoire et de la tension artérielle. Ensuite l'on injecte l'insuline. A partir de ce moment, pouls, rythme respiratoire et tension sont mesurés toutes les demi-heures. Quand le coma est atteint l'on surveille avec une attention constante la respiration, la position dans le lit et l'état général. Le problème est identique à celui qui se pose à propos du coma par anesthésie chirurgicale. Il faut veiller particulièrement à tenir le malade au chaud et au sec. Les incidents sont fréquents et seule une surveillance constante peut éviter les complications. Pour éviter que le lit soit mouillé et doive être fréquemment changé mieux vaut vider préalablement la vessie.

Il est de règle de commencer le traitement par 10 unités d'insuline. Cette dose est élevée journellement de 10 unités jusqu'à ce qu'on obtienne le coma. Dès lors la dose comateuse est donnée plusieurs jours et peut ensuite être progressivement abaissée étant donné que la sensibilité du patient à l'insuline augmente et qu'une moindre dose permet d'obtenir le coma.

Lorsqu'on estime que le patient a eu un nombre suffisant de shocks, on abaisse la dose à 20 unités et l'on donne du sucre deux heures plus tard. Les auteurs ont *poursuivi cette période* des petites doses pendant une ou deux semaines.

A 11 heures, quatre heures après l'injection d'insuline, les patients qui n'ont pas eu de coma reçoivent par la bouche 150 grammes de sucrose dans du chocolat au lait. Ceux qui sont dans le coma y restent une heure et demie si l'état général le permet ; ensuite l'on introduit une sonde dans les narines et une solution de 150 grammes de sucre dans l'eau coule dans l'estomac par simple effet de pesanteur. Le réveil survient ordinairement en quelques minutes et il n'est pas rare de voir un malade qui sort d'un coma profond assis dans son lit quinze minutes plus tard et prenant son petit déjeuner avec appétit.

Les travaux venus d'Europe spécifient que le traitement dure de deux à dix semaines. Il n'existe jusqu'à présent pas de criterium capable d'indiquer, à propos de chaque cas, soit la faillite du traitement soit l'obtention de résultats suffisants pour l'interrompre.

Il semble qu'on doive espérer surtout la guérison dans les cas où la maladie n'est pas invétérée. Cependant, dans un article récent, Hoff affirme 46 % de rémissions dans les cas anciens.

---

(1) *Staff meetings of the Mayo clinic, May 5, 1937.*

Une demi-heure environ après l'administration d'une dose-coma d'insuline la plupart des malades sont somnolents et demeurent ainsi pendant deux heures. Vers la fin de cette période apparaît ordinairement de la pâleur et de la transpiration. Ensuite les symptômes varient avec chaque sujet, chacun tendant à reproduire les mêmes à chaque expérience. On peut dire qu'il existe deux variétés de réactions : tantôt le coma est précédé par de l'excitation, motrice et psychique, et tantôt la somnolence fait directement place au coma. Pendant la période d'excitation ou au début du coma on observe une grande variété de mouvements : nystagmus, mouvements de succion ou d'aspiration des lèvres, sifflements, hochements de tête, contractures du poing, opisthotonos. A mesure que le coma devient plus profond apparaît un relâchement musculaire plus ou moins complet, troublé seulement par quelques mouvements réflexes lorsque, par exemple, on mesure la tension artérielle. La salivation est profuse.

Il semble à l'observateur que ce traitement soit très pénible aux patients ; mais ils n'en gardent aucun souvenir et n'opposent aucune résistance à sa reprise. Il est à remarquer que la sensation de faim, que l'on représente comme commune dans l'hypoglycémie, a été rarement observée. Par contre elle se fait jour au réveil et il n'est pas rare de voir le malade dévorer deux ou trois plats copieusement garnis en l'espace de quelques minutes.

Les individus jeunes, en bonne condition physique, supportent très bien, semble-t-il, le coma hypoglycémique.

Les auteurs ont eu deux exemples de malades chez qui le réveil a tardé après administration de la solution sucrée. Il fallut recourir à l'injection intraveineuse. L'un de ces malades resta dans la stupeur pendant quarante-huit heures et le second ne parla pas pendant soixante-douze heures. Ce dernier eut, en outre, un signe de Babinski positif du côté droit pendant treize jours. Il ne reste plus trace, à l'heure actuelle, de ces incidents.

A trois reprises sont apparues des séquelles du shock. Ces sujets, pour une raison quelconque, n'avaient guère mangé au repas suivant le shock. Dans l'après-midi ils présentèrent des signes assez sévères d'hypoglycémie, signes que fit rapidement disparaître l'injection intraveineuse.

Des crises épileptiformes sont apparues occasionnellement ; il serait plus exact de dire qu'elles ont été imminentes car des mesures préventives sont prises dès que les trémulations musculaires augmentent d'amplitude au point de faire redouter une crise ; ces mesures consistent dans l'injection intramusculaire de 1 c. c. d'adrénaline et l'administration d'une solution sucrée par la sonde nasale.

Il n'a été observé ni collapsus, ni vomissements, ni élévation ou chute sérieuse de pression, ni tachy ou bradycardie alarmantes.

Venons-en aux résultats :

A l'heure actuelle quatre malades, après vingt à vingt-quatre comas subis sans amélioration de leur état ont été abandonnés.

Deux autres, après dix-huit et dix-neuf comas profonds, ont présenté quelque changement, mais rien qui soit bien démonstratif.

Deux ont été réellement améliorés. L'un deux dément précoce du type catatonique, restait dans la même pose pendant de longs moments, ne parlait pas, refusait de répondre aux questions. A la fin du traitement ses mouvements étaient libres et il se laissait facilement aborder. Il sera prochainement renvoyé chez lui pour une épreuve de reprise de vie sociale. Le second, aussi de type catatonique, âgé de 22 ans, commença à être traité six mois environ après le début de sa maladie. Assez soudainement, dans l'espace de quarante-huit heures, après dix comas profonds, il a marqué une très grande amélioration.

Plusieurs malades ont gagné du poids durant le traitement ; aucun n'en a perdu.

Etant donnée la pauvreté de notre thérapeuque en matière de démence précoce, il est sans nul doute intéressant de poursuivre les essais entrepris.

Mais bien que les auteurs américains assurent qu'il ne leur est arrivé aucun accident, le traitement par le coma hypoglycémique semble, comme tous les shocks thérapeutiques, friser d'un peu près la catastrophe. L'essaie qui voudra.

G. Lavalée.

POURQUOI DES HÉMORRAGIES SPONTANÉES PEUVENT ÊTRE MORTELLES, ALORS QUE LE SANG RESTE EN APPARENCE NORMAL ?

D'après le Docteur L.-B. DE CHAZOURNES (1)

C'est là un problème de pathogénie des plus intéressants, dont l'importance se révèle particulièrement grande pour la thérapeutique. Il vient de s'éclairer d'un jour nouveau, grâce aux recherches longues et minutieuses, dont l'auteur expose les résultats dans son travail inaugural : « *Le pouvoir hémorragipare chez le lapin du sérum et des tissus humains, normaux et pathologiques* ».

On sait déjà qu'il est extrêmement difficile de fournir une explication générale, valable, des hémorragies médicales. Dans l'ensemble, on invoque trois ordres de facteurs : sanguin, vasculaire et nerveux.

Indépendamment des lésions de la paroi vasculaire, et des troubles du système nerveux, le facteur sanguin se présente d'emblée avec une complexité, qu'explique probablement notre ignorance profonde du mécanisme normal de la coagulation du sang. Cependant, pour les cas d'hémorragie, on invoque soit une anomalie dans le pouvoir stabilisant du plasma vis-à-vis des plaquettes en apparence saines, soit l'irrétractilité du caillot, ou la diminution des plaquettes et la prolongation du temps de saignement. Malheureusement, si ces trois éléments marchent souvent de pair, ils sont parfois dissociés, et ceci avec une telle netteté, qu'il est impossible d'admettre un rapport nécessaire et constant entre eux. Bien plus, un malade peut présenter des hémorragies impressionnantes par leur abondance et leur répétition, alors que les examens du sang sont incapables de découvrir la moindre anomalie pour expliquer la gravité du syndrome pathologique.

Or, les expériences entreprises par l'auteur prouvent précisément l'*existence dans le sérum d'un principe nouveau*, susceptible d'établir, pour les hémorragies médicales la liaison, entre le mécanisme sanguin et le mécanisme vasculaire. Elles tendent à démontrer que le sérum et les extraits aqueux de certains tissus, provenant de sujets malades, peuvent provoquer des hémorragies chez le lapin, quand ils sont injectés par voie intraveineuse ou sous-cutanée. Au cours des maladies purpurigènes ou des ictères d'origine hépatique notamment, le sérum en injection intradermique acquiert la propriété de provoquer une réaction congestive et œdémateuse. D'autres fois, sans prédominance pour une maladie spéciale, il détermine un fin piqueté purpurique localisé.

Pareilles réactions sont calquées sur celles, que l'on peut retrouver chez l'homme au cours de différents états hémorragipares.

Il est d'ailleurs à noter que ces lésions revêtent un caractère nécrotique, bien spécial, totalement différent de celui que l'on peut observer à la suite d'un choc, anaphylactique ou non, dû à l'injection de quantités importantes de thrombine et de l'hémolyse.

La propriété hémorragipare existe, non pas seulement dans le sang circulant, mais encore dans certains organes qui en seraient la source. La rate, en particulier, offre de ce point de vue un grand intérêt, puisque la splénectomie entraîne fort souvent une action hémostatique évidente ; et la réalité de ce pouvoir se confirme, puisque l'auteur a démontré l'apparition dans la rate, comme dans le sang, d'un *certain pouvoir hémorragipare*, au cours de quelques maladies, comportant l'existence d'hémorragies viscérales ou cutanées. Cette propriété serait indépendante du pouvoir thromboplastique, du pouvoir hémolytique, et du pouvoir colloïdoclasique, que possède tout sérum normal.

On voit tout l'intérêt d'un tel « facteur sérique », dont l'existence expliquerait que l'on puisse mourir d'hémorragies spontanées, alors que sont négatives, ou à peine différentes de la normale, les diverses épreuves destinées à explorer soit : la PAROI VASCULAIRE, soit LES SUBSTANCES THROMBOSIQUES libérées par les éléments figurés du sang.

G. F.

(1) Thèse de Lyon, 1937.

AU CHEVET DES PATIENTS

I

QUAND LE MÉDECIN EST APPELÉ A CONNAITRE D'UN CORPS ÉTRANGER ARTICULAIRE ET A LE DISTINGUER D'AUTRES LÉSIONS

Voici de quelle manière le **Docteur J.-P. Lamarre** (1) expose cette intéressante question.

Le médecin est appelé dans plusieurs circonstances ;

a) Simplement parfois, parce qu'un homme vient lui confier qu'il a perçu forfuitement dans son genou, et cela à plusieurs reprises, une sorte de bille, qui apparaît sans cause et disparaît spontanément ou sous une pression minime. Ni gêne, ni douleur.

b) Ou bien encore, il s'agit d'un homme jeune, en bonne santé qui, à l'occasion d'un effort ou d'un mouvement brusque (course à pied, saut) ou même d'un simple « faux mouvement », a ressenti une douleur brusque dans le genou, lequel s'est immobilisé en demi-flexion. Cet arrêt soudain du mouvement, soit vers la flexion, soit vers l'extension, cette « syncope articulaire », n'a pas persisté. Par le moyen d'un léger mouvement de la jambe, par une pression sur le C. E. A. perceptible, le sujet a pu rendre à l'articulation son jeu normal. Une gêne persiste cependant, qui inquiète le malade, d'autant plus que, depuis quelque temps, il éprouve parfois à l'occasion de certains mouvements une difficulté, une sorte de « freinage », qu'il est parvenu à lever chaque fois grâce à certaines manœuvres qu'il décrit avec complaisance.

c) Enfin, on peut invoquer une « entorse ». Celle-ci s'est déjà produite il y a plusieurs années (2, 5, 12 ans) auparavant. Elle était accompagnée d'une augmentation de volume du genou, qu'un médecin avait qualifiée d'hydarthrose, et qui avait très bien guéri après quelques jours ou semaines. Ce nouvel accident paraît plus sérieux, la douleur est plus forte, et le genou, qui était toujours resté plus gros que l'autre et qui, de temps à autre « enflait » à l'occasion de la fatigue, est nettement plus volumineux cette fois et plus douloureux que la première fois.

En dépit de leur étymologie, les corps étrangers articulaires ne viennent pas du dehors ; ils naissent des propres tissus de l'article, dont ils tirent, en outre, leur nourriture et les éléments de leur prolifération. Ainsi faut-il les distinguer des véritables corps étrangers (fragments de métal, de tissus ; projectiles), qui pénètrent dans l'articulation par une effraction. Ce qui fait la qualité d'« étranger » d'un corps articulaire, c'est sa mobilité, l'absence de lien entre lui et les tissus articulaires, dont cependant il est né.

Le *genou* est intéressé dans plus de la moitié des cas ; c'est ensuite le coude, l'épaule, la hanche.

Comment le médecin distinguera-t-il au genou *les corps étrangers des autres lésions articulaires*, principalement de la rupture méniscale, de l'entorse. Ces deux diagnostics différentiels, il les fera, en se rappelant les deux signes principaux des C. E. A. : la syncope articulaire (ou le freinage) et la constatation d'un corps étranger.

La rupture méniscale se révèle souvent aussi par un brusque arrêt des mouvements du genou, qui survient, alors que le genou est en flexion, à l'occasion d'un mouvement brusque de rotation externe de la jambe. L'articulation reste immobilisée en flexion et légère rotation externe. Mais, ce n'est pas là un simple freinage, ni la syncope du C. E. A. qui disparaît assez facilement et sans bruit. L'articulation est ici fortement bloquée. Il faut un vigoureux effort d'extension de la jambe, effort douloureux et accompagné d'un craquement, ou même l'intervention du médecin et une technique spéciale pour que la mobilité reparaisse. D'autre part, le ménisque rompu se perçoit souvent sous la forme d'un petit corps dur, douloureux, allongé transversalement en dedans du ligament rotulien, entre celui-ci et le ligament latéral interne. Cette localisation spéciale, cette fixité diffèrent nettement de la mobilité du C. E. A. qui, trouvé en un point quelconque de l'article, fortuitement par le malade lui-même ou repéré par le médecin, s'échappe sans douleur et au moindre contact, se réfugie dans un cul-de-sac synovial, où l'exploration ne l'atteint pas (souris articulaire). En cas d'hydarthrose, le C. E. A. fuit comme un glaçon dans l'eau. Cette mobilité fait aussi que les douleurs, qu'il cause en se coinçant entre deux surfaces articulaires, ont une topographie très variée. Enfin la réduction n'est suivie dans le cas du C. E. A. que d'une gêne minime, tandis qu'elle laisse dans le cas de rupture méniscale une sensation de tension douloureuse très pénible.

(1) Docteur J.-P. LAMARRE. — *Bulletin Médical*, Supplément au numéro du 5 juin 1937.

Quant à l'*entorse*, elle peut, comme le C. E. A., se révéler à l'occasion d'une chute. Elle consiste dans la rupture partielle ou totale d'un ligament latéral ou croisé et s'accompagne d'un épanchement intra-articulaire presque instantané et hématique. La douleur est nettement localisée au niveau d'une insertion ligamenteuse. Mais il y a des C. E. A. qui, logés dans l'échancrure intercondylienne, provoquent un véritable blocage, analogue à celui des ruptures méniscales ; il en est qui peuvent aussi dans certaines circonstances causer des douleurs profondes, comme celles de l'entorse des ligaments croisés.

La *radiographie*, à laquelle il faut toujours avoir recours, révèle facilement le C. E. A. Elle montre aussi leur origine : osseuse ou synoviale.

1º Les C. E. A. d'origine osseuse sont conséquence :

— soit d'une arthrite déformante qui a des origines multiples, notamment « la pulvérisation mécanique des extrémités articulaires » ;

— soit d'une ostéochondrite disséquante, maladie très particulière, qui mine une extrémité articulaire, y dissèque un fragment qui, un jour, se détache de la logette et devient libre.

2º Les C. E. A. d'origine synoviale naissent en certains points de la membrane synoviale, par transformation cartilagineuse de cette membrane, ou par développement de cellules cartilagineuses, incluses normalement dans son épaisseur. D'abord sessiles, ces productions se pédiculisent, puis se détachent. Les C. E. A. d'origine synoviale sont uniques ou multiples.

Les produits de l'ostéochondrite disséquante, les arthrophytes d'origine synoviale apparaissent cliniquement, en tant que C. E. A., soit spontanément, soit après un traumatisme. Ce dernier peut avoir été l'agent de leur libération. Il semble bien qu'il ne soit habituellement que l'occasion de leur révélation.

Le médecin devra aussitôt adresser son malade au chirurgien, afin que celui-ci pratique l'ablation de tout corps étranger articulaire, dès que celui-ci aura été reconnu.

Mais également, il devra s'efforcer de supprimer dans la mesure de ses moyens les causes d'arthrite déformante ou d'ostéochondrite. Dans les soins, qu'il prodiguera aux traumatismes articulaires, il saura limiter les massages, les mouvements exagérés ou trop fréquents, il utilisera judicieusement repos et chaleur. Enfin, il n'hésitera pas à recourir à l'orthopédiste dans les cas de fonctionnements articulaires défectueux ou douloureux.

II

Des fragments osseux dans l'utérus, dix et trente-cinq mois après un avortement

Les symptômes, provoqués par cette rétention prolongée, étaient ceux d'une *métrite chronique, avec leucorrhée rebelle et hémorragique.*

Deux curieuses observations de ce genre sont rapportées par les **Docteurs R. Bourg et P. Lahaye** (1), qui insistent sur les difficultés du diagnostic en pareilles circonstances.

Peut-être ces rétentions prolongées dans l'utérus de fragments osseux ne sont-elles pas aussi rares qu'on pourrait l'imaginer. Il faudra toujours envisager cette éventualité, lorsqu'on se trouvera en présence de ménorragies tenaces, ou de leucorrhée rebelle, faisant suite à une fausse-couche, suffisamment avancée et même curettée, avec utérus de métrite chronique, augmenté de volume et douloureux. Le fragment osseux forme corps étranger et, il entretient l'endométrite. Cette situation est superposable à celle des corps étrangers bronchiques, créant et entretenant une bronchite chronique avec souvent abcédation. Il est facile de comprendre que les contractions utérines n'ont aucune possibilité, malgré leur tendance toute naturelle à évacuer l'utérus de tout corps étranger, d'éliminer de petits fragments étrangers de cette nature. Ceux-ci se piquent et s'incrustent sans doute partiellement dans la muqueuse, créant une métrite fongueuse ; mais leur pouvoir de pénétration n'égale pas celui des agents métalliques (épingles à cheveux, stylets, etc.), qui entament le parenchyme musculaire. Il est cependant possible qu'ils entraînent des manifestations annexielles ou paramétriales par la septicité, qu'ils provoquent et entretiennent dans la cavité utérine.

Dans les deux cas, qu'ils ont observés, les auteurs ont cru tout d'abord que la leucorrhée était due à la métrite du col. La cautérisation des lésions et leur guérison a pu contribuer à poser le diagnostic, puisqu'elle n'a pas fait rétrocéder les symptômes, et, de cette façon, a permis de suspecter la véritable cause endo-utérine.

Cette certitude une fois acquise (elle peut l'être aussi par l'élimination d'un fragment osseux par le col), il devient naturellement indispensable de pratiquer un curettage complémentaire. Cette intervention est la méthode de choix ; elle a parfaitement réussi chez les deux malades, dont nous résumons ci-après l'histoire. Encore faut-il choisir son moment, et ne pas agir au cours d'une poussée inflammatoire, plus ou moins aiguë.

(1) *Bruxelles-Médical*, 13 juin 1937.

Premier cas. — Femme 28 ans. Accouchement normal en 1930 ; une fausse-couche suivie de curetage en 1933. En 1936, une nouvelle fausse-couche provoquée, de deux mois environ, suivie d'un curettage vingt jours plus tard ; douleurs lombaires, leucorrhée abondante ; à l'examen, cervicite très étendue ; première diathermo-coagulation. Durant six semaines, pertes hémorragiques, persistantes ; le col n'étant pas guéri, deuxième diathermo-coagulation. Dix mois après l'avortement, la malade revient pour des ménorragies prolongées, et lors de l'examen, on constate l'élimination d'un fragment osseux par le col. Un curettage ramène de nombreux débris osseux de calotte cranienne.

Deuxième cas. — Femme, 31 ans. En 1931, un premier accouchement suivi, dix mois après, de ménorragies importantes, qui nécessitent un curettage quatre mois plus tard. En novembre 1933, fausse-couche de deux mois avec curettage pratiqué avant l'expulsion du fœtus, alors qu'il y avait déjà infection ovulaire. Manifestations septiques graves. Règles anormalement prolongées (quinze jours), douloureuses, puis leucorrhée abondante, odorante, jaunâtre et irritante. A quinze jours d'intervalle les règles reprennent ; en dehors d'elles, aucune douleur. Etat nauséeux permanent ; nervosisme. Au toucher, col gros ; utérus gros et douloureux ; ovaire droit augmenté de volume, douloureux, adhérent. Aucune amélioration par le traitement au Delbet. Intervention ; ablation d'un kyste dermoïde de l'ovaire droit et ovarectomie droite. Néanmoins, persistance des ménorragies et de la leucorrhée. Cautérisation du col au néofilhos. Aucune amélioration des pertes. L'utérus restant gros et douloureux, on essaie, sans succès, de placer quelques crayons ou thigénol et à l'ichtyol.

On profite d'un moment favorable pour faire en octobre 1936 (trente-cinq mois après le début) un curettage explorateur, qui ramène une muqueuse fongueuse, et, parmi ses débris, trois minuscules fragments de côtes de fœtus. Ecouvillonnage soigneux de la cavité utérine à l'iode. Réaction fébrile passagère, l'utérus reste congestif et légèrement douloureux durant un mois ; règles abondantes du 2 au 14 novembre. Depuis, la leucorrhée a disparu, les règles sont redevenues habituelles, et la malade est enfin guérie.

G. FISCHER.

QUELQUES REMARQUES SUR L'ÉVOLUTION DES ANNEXITES ET DES PHLEGMONS PELVIENS

Le Docteur GUÉNIOT (1) insiste sur le fait, que mis à part certains cas spéciaux (rupture d'un pyosalpinx ou d'une collection suppurée dans l'abdomen ; collection de pus bombant dans le vagin ou dans le rectum), où l'intervention chirurgicale s'impose d'une façon évidente et immédiate, les annexites doivent être traitées médicalement, tout au moins d'abord. La chirurgie ne devrait intervenir que dans une minorité de cas, secondairement, et après échec avéré du traitement médical. Des lésions annexielles plus ou moins marquées peuvent, en effet, rétrocéder et disparaître sans être enlevées. D'autre part, si une intervention devient nécessaire par la suite, elle peut très souvent n'être pas mutilatrice, et devenir plus économique, lorsqu'on intervient après une phase d'attente et de traitement médical que lorsqu'on s'attaque aux lésions de bonne heure.

Même lorsqu'on se trouve en présence d'une annexite chronique, soit d'emblée, soit consécutive à une poussée initiale aiguë ou subaiguë, le traitement médical doit être essayé, avant de prendre une détermination opératoire. Repos complet et suffisamment prolongé, par immobilisation au lit, ou seulement par séjour sur la chaise-longue s'il s'agit d'un cas chronique, glace sur le ventre, lavements chauds suivant la méthode de Reclus, irrigations vaginales chaudes, application d'ovules, parfois diathermie ; ce traitement donne souvent les meilleurs résultats. Mais un des gros progrès accomplis dans cette méthode réside dans l'emploi de la vaccinothérapie. Les vaccins existants sont nombreux, les uns monovalents (antigonococcique, etc.), les autres polyvalents. On peut aussi recourir à des auto-vaccins spécialement préparés pour le sujet.

La première étape dans les effets du vaccin est caractérisée par la sédation ou la disparition de la douleur ; ce qui rend souvent plus facile, et plus concluante, l'exploration gynécologique. Une seconde étape dans la rétrocession des symptômes consiste dans l'abaissement de la température et la disparition de la fièvre ; celle-ci ne date souvent que de quelques jours, mais peut durer bien davantage. Enfin, c'est la régression progressive de la masse annexielle, qui diminue de grosseur, sans toujours disparaître intégralement.

(1) *Le Bulletin Médical*, 25 septembre 1937.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Diabète insipide, touches nasales, et poudre d'hypophyse

Le cas observé par MM. G. Mouriquand, J. Savoye, F. Piaget et D. Vincent permet quelques remarques intéressantes.

En premier lieu, dans ce cas, seule la poudre d'hypophyse a été efficace. La poudre d'acide borique n'a rien donné. Précédemment celle-ci avait procuré un résultat, mais elle fut employée après l'extrait hypophysaire, tandis qu'ici où elle échoua, l'ordre fut inverse.

En second lieu, il faut noter l'échec complet de la touche nasale. En attendant, il paraît certain que la méthode de choix pour le traitement de la polyurie du diabète insipide soit bien l'inhalation de l'extrait hypophysaire. Il ne semble exister aucun inconvénient à cette méthode, alors que celle des injections sous-cutanées du même extrait en a parfois. L'action de la thérapie par inhalation n'est peut-être pas absolument durable ; il faut souvent augmenter les doses, mais la prise nasale a du moins l'avantage de traiter ces sujets, qui sont plus incommodés de leur petite infirmité que vraiment malades, par un moyen vraiment simple qui paraît bien en rapport avec la bénignité relative des troubles qu'ils accusent. Il est souvent difficile d'imposer pendant des semaines ou des mois, plusieurs injections sous-cutanées par jour — à des enfants surtout — là où quelques prises de poudre peuvent suffire. (*Lyon Médical*, 13 juin 1937.)

Le traitement de l'hypertrophie de la prostate par doses massives de folliculine

Le Docteur I. Wugmeister, de Milan, expose que l'hypertrophie de la prostate est une manifestation physiopathologique due à l'hypervirilisation de l'organisme. Cette hypervirilisation est la conséquence du développement naturel de l'être humain ((Maranon), et de la carence de l'hormone féminine chez l'homme, carence qui permet à l'hypophyse antérieure d'augmenter la sécrétion de gonadestimuline.

Le traitement par des doses massives de folliculine a une action antimasculine et inhibitrice sur l'hypophyse. Il améliore sensiblement la symptomatologie clinique due au développement de l'hypertrophie de la prostate. Ce traitement montre, une fois de plus, que les données expérimentales ne sont pas superposables aux observations cliniques et que, s'il y a contradiction entre les deux, c'est devant les faits cliniques que nous médecins, devons-nous incliner. (*Paris Médical*, 12 juin 1937.)

Arrêt de crises migraineuses

MM. G. Villey et J.-F. Buvat font à ce sujet une intéressante communication, qui peut servir de base à des travaux ultérieurs. Dans deux observations qu'ils communiquent, les crises migraineuses ont cédé brusquement à une injection intraveineuse, qui répond à la formule suivante : chlorure de sodium, deux grammes, eau distillée stérilisée 20 centimètres cubes. Dans un troisième cas, cette injection est restée sans résultats notables. Dans une quatrième observation, on a noté par ce traitement, une suspension ou une atténuation des crises de céphalée avec vomissements qui survenaient toutes les trois semaines environ. (*Paris Médical*, 27 février 1937.)

Le dépistage précoce de la déficience myocardique

Le Docteur Joseph Lambert a montré par son exposé *l'intérêt qu'il y a à utiliser l'électrocardiographie* pour dépister le plus précocement possible la déficience du myocarde. Il a voulu indiquer non seulement ce qu'on peut en attendre actuellement, mais aussi prouver qu'elle reste une méthode d'avenir pour les immenses possibilités qui lui sont ouvertes, en particulier grâce à son application aux épreuves fonctionnelles. Etant donné les progrès actuels de la technique électrocardiographique et notamment l'emploi des appareils robustes à amplification qui présentent, en outre, l'avantage d'exister sous forme portative, les investigations même *a priori* un peu compliquées, peuvent être exécutées en un temps très court, au domicile du malade aussi bien qu'au cabinet du médecin. (*Le Scalpel*, 12 juin 1937.)

De l'emploi du radium dans certaines affections des voies urinaires

Le Professeur Marion montre comment le radium peut être utilisé avec avantage dans une série d'affections des voies urinaires inférieures ; pour le moment les maladies du rein et de l'uretère n'en comportent pas l'indication. On peut le prescrire soit à titre curatif, soit à titre simplement palliatif.

Dans les affections de l'urètre, le radium se réduit au traitement des angiomes et des tumeurs. A noter qu'en présence des urétrorragies spontanées que l'on peut observer, il est formellement indiqué de pratiquer une urétroscopie ; celle-ci démontre, mis à part les rétrécissements, qu'il s'agit de tumeurs, papillomes ou épithéliomas, ou d'angiomes. Les polypes de l'urètre sont trop faciles à détruire par l'étincelage, pour qu'on ait recours au radium. Chez l'homme, quand l'épithélioma est déjà inopérable, la tumeur est déjà tellement étendue en général que le radium même n'a plus ses indications ; mais chez la femme, il peut véritablement donner des résultats excellents, celle-ci venant consulter plus précocement et la tumeur étant encore accessible aux radiations, alors qu'il est déjà devenu impossible de l'enlever.

Deux affections de la prostate peuvent donner lieu à l'emploi du radium : l'hypertrophie et le cancer. Dans l'hypertrophie de la prostate, on peut, d'une part, chercher à réaliser, par l'application du radium, une atrophie suffisante de la glande pour faire disparaître une rétention complète, ou incomplète d'urine ; d'autre part, grâce au radium, il est possible de mettre fin à certains incidents hémorragiques. A titre palliatif, le radium peut être employé par les voies naturelles dans le cancer de la prostate. Il donnera parfois de bons résultats passagers. Toujours d'ailleurs, qu'il s'agisse d'hypertrophie ou de cancer, le radium trouve son indication dans les hémorragies susceptibles d'apparaître au cours de ces affections. Celles-ci peuvent être extrêmement importantes ; la sonde à demeure les arrête souvent, mais souvent aussi elle échoue, et, dans ces conditions, il est utile de pratiquer par les voies naturelles, une application de radium qui mettra fin, on peut dire toujours, à l'hémorragie.

Dans les affections de la vessie, le radium a également des indications très précises. On l'a employé à titre curatif dans les tumeurs malignes papillaires, c'est-à-dire végétantes, dérivées d'un papillome dégénéré. Quand les tumeurs ne sont plus des épithéliomas végétants papillaires, les résultats n'ont plus été extrêmement favorables, car la plupart de celles-ci ne sont pas radiosensibles et les malades n'en éprouvent aucun bénéfice.

On a également employé le radium comme complément d'une intervention pour ces tumeurs non papillaires. Là encore, les résultats n'ont pas répondu à l'attente, et l'on peut dire que si l'application de radium n'a pas aggravé l'opération, elle n'a pas non plus donné de résultat favorable. (*Le Progrès Médical*, 12 juin 1937.)

La paralysie infantile et son traitement physiothérapique

MM. les Docteurs L. de Munter et M. Barakin, après avoir développé longuement cette intéressante question, insistent sur l'importance d'instituer un traitement précoce : sur 21 malades adressés de un à 12 mois après l'accident, ils ont pu obtenir six cas de guérison complète, six cas de grande amélioration, cinq cas d'amélioration, quatre nuls. La durée du traitement a été au minimum de six semaines, au maximum de quatre mois ; il a consisté en diathermie, électrisation galvanique, massages, rayons ultra-violets et mécanothérapie. La radiothérapie n'a pas été appliquée. Quant aux vingt-trois autres malades, qui ont été adressés au-delà de six mois après le début de leur paralysie, les résultats suivants ont été notés : une guérison, quatre grandes améliorations, onze améliorations, sept nuls. Le traitement a dû être prolongé pendant de nombreux mois. Il faut remarquer finalement que le physiothérapeute doit s'armer de patience et ne jamais se décourager, car il n'est pas rare de voir des améliorations se produire encore dix-huit mois à deux ans après le début de la paralysie. (*Liège Médical*, 13 juin 1937.)

Rœngenthérapie de l'arthrite blennorragique

Voici les conclusions de l'étude de M. Nguyen-Dinh-Hoang :

La rœntgenthérapie constitue un traitement particulièrement efficace des arthrites blennorragiques. On emploie un rayonnement moyennement pénétrant. Les doses doivent être faibles pour les cas chroniques, très faibles pour les cas aigus.

Les résultats sont constants, remarquables et précoces. La douleur cède dès les premières séances. Puis la tuméfaction, l'empâtement diminuent. La rœntgenthérapie permet la mobilisation précoce qui tend à favoriser l'évolution et à la rendre plus rapide. La guérison est d'autant meilleure que l'arthrite est traitée plus tôt. Si parfois, on observe une exacerbation après la première séance, celle-ci n'est en général que peu marquée et passagère.

Même dans les arthrites à épanchement abondant et franchement purulent où l'arthrotomie est nécessaire, la rœntgenthérapie semble appelée à jouer un rôle essentiel dans le traitement des séquelles, en particulier de la douleur. (*La Presse Médicale*, 16 juin 1937.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Brouillards inhalés et réactions pulmonaires

(MM. E. et H. BIANCANI et M. et H. DELAVILLE ; 27-7-1937)

Les auteurs ont fait, chez des cobayes et des lapins, une série d'expériences sur les réactions pulmonaires observées à la suite d'inhalations de divers brouillards. Faisant respirer à ces animaux placés sous une cloche, des émulsions huileuses, des sérums, des suspensions de fer, etc., à l'état de brouillard, ils ont observé (sacrifiant les animaux après l'expérience) des réactions pulmonaires d'intensité variable, réactions qui se produisent souvent très rapidement, après quelques minutes d'inhalation parfois.

Ces faits, disent-ils, ouvrent des horizons sur l'étiologie de certaines crises respiratoires (crises congestives, crises d'asthme) où intervient peut-être l'action des brouillards naturels. Ils offrent aussi un intérêt thérapeutique. Les brouillards médicamenteux, ou bien sont formés de grosses particules qui n'atteignent pas le poumon, ou bien sont formés de particules très ténues qui parviennent jusqu'au parenchyme pulmonaire. Mais, ces particules sont alors douées d'une puissance pharmaco-dynamique telle qu'il convient de les manier avec prudence.

Diphtérie familiale

(M. CASSOUTE, de Marseille ; 27-7-1937)

L'étude clinique des cas de diphtérie survenant simultanément chez les enfants d'une même famille est intéressante pour éclairer les questions de virulence, de toxicité des germes, de résistance des terrains.

Relevant les cas de diphtérie familiale traités à la clinique infantile de Marseille, M. Cassoute a noté 11 fois sur 36 des diphtéries graves chez des enfants dont les frères et sœurs ne présentaient à la même époque que des diphtéries bénignes.

Quelles interprétations peut-on déduire de ces observations cliniques ?

Tout d'abord, il est incontestable que ces cas familiaux proviennent d'un même germe puisqu'ils se sont déclarés simultanément. Dès lors, si l'on admet, comme on l'a cru tout d'abord, que la toxicité et la virulence du bacille sont les facteurs essentiels de la malignité ou de la gravité d'une diphtérie, on ne s'explique pas comment les membres d'une même *famille, atteints en même temps par un même bacille,* peuvent présenter des formes cliniques différentes.

Cependant, dès 1889, Roux et Yersin ont démontré qu'un pouvoir pathogène élevé peut être l'apanage d'un germe diphtérique relativement peu toxique, mais (au moins momentanément) très virulent, et qu'un pouvoir pathogène réduit peut appartenir à un germe très toxique mais peu virulent.

D'autre part, Ramon, Debré et Thiroloix ont établi par l'étude de souches provenant de l'hôpital Bretonneau que si quelques-unes de ces souches, ayant expérimentalement un pouvoir pathogène très élevé, interviennent dans 100 p. 100 des cas de diphtéries mortelles, il n'en est pas moins vrai que dans 80 p. 100 des cas elles peuvent donner des diphtéries moyennes ou légères.

Les différences de gravité et de localisation peuvent donc s'expliquer par l'intervention locale ou générale du terrain, plus ou moins résistant à l'action virulente et toxique, de sorte que les faits cliniques exposés par M. Cassoute semblent confirmer les conclusions de Debré, Ramon et Thiroloix, à savoir que : « *le terrain d'une part*, la virulence et la propriété toxique de l'autre, concourent, chez l'animal comme chez l'homme réceptifs, à l'installation et au développement de l'infection toxique due au bacille de Loeffler ».

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Le pneumothorax extra-pleural

(MM. A. MAURER, HAUTEFEUILLE et DREYFUS-LE-FOYER ; M. Robert MONOD ; 16-6-1937)

Le pneumothorax extra-pleural après décollement pleuro-pariétal est nettement distinct du pneumothorax ordinaire, intra-pleural, de Forlanini. Proposé et réalisé en 1910 par Tuffier pour collaber des cavernes tuberculeuses du poumon, après une longue période d'abandon, il a été repris récemment et utilisé en Allemagne par Graaf et Schmidt.

Ce qui attire aujourd'hui l'attention sur cette variété d'apicolyse, c'est que les chirurgiens allemands, par la méthode des réinsufflations systématiques d'air, comme dans le pneumothorax, sont arrivés, contrairement aux tentatives antérieures, à maintenir une cavité extra-pleurale.

Comme le fait remarquer M. Maurer, cette méthode est encore à l'étude et l'absence de recul ne permet que des conclusions provisoires sur la qualité des guérisons ainsi obtenues.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

Cancer du poumon avec métastases multiples et précoces

(MM. P. JACOB et J. PITON ; 30-4-1937)

Les métastases sont fréquentes dans le cancer du poumon ; on cite le pourcentage de 51 % pour ses manifestations métastasiques extra-pulmonaires. Une fréquence analogue est mentionnée par Huguenin, qui cite Fried expliquant ce pouvoir métastatique par des particularités de la structure du cancer du poumon et aussi par la lenteur de son développement. En dehors des propagations lymphatiques, les organes le plus souvent atteints seraient le foie, les reins, les surrénales, le cerveau, les os plats (côtes, sternum, crâne). La fréquence des métastases cérébrales serait due, à ce que les éléments cancéreux peuvent se rendre par voie sanguine au système nerveux central sans rencontrer d'obstacle alors que les cellules cancéreuses venant des autres parties du corps sont arrêtées dans leur migration et souvent détruites par le filtre pulmonaire. Henri Roger et Paillas estiment que plus d'un cinquième des tumeurs cérébrales métastatiques ont pour origine un cancer primitif du poumon souvent latent.

L'observation rapportée par les auteurs montre le complexe clinique véritablement inextricable que peut réaliser un cancer du poumon, pauvre en symptômes propres, donnant lieu à des métastases précoces et multiples. Elle a paru curieuse par la succession chez un malade porteur d'une pleurésie intarissable, de troubles visuels passagers mais récidivants, d'un état démentiel avec période d'excitation assez courte et crise unique d'épilepsie, état démentiel ayant pu faire suspecter par un psychiatre éminent une paralysie générale, d'un ictère chronique par rétention, le tout relevant d'innombrables métastases de tout volume essaimant d'un cancer primitif du poumon, ne respectant aucun organe, criblant à la fin le tissu cellulaire sous-cutané du tronc.

A cette occasion il est bon d'attirer l'attention sur un aspect radiologique qui semble plaider grandement en faveur du diagnostic de cancer du poumon. Il s'agit de la coexistence d'une opacité homogène et dense d'un hémithorax entier (aspect d'épanchement pleural) et d'une attraction importante de la trachée et du médiastin du côté de l'hémithorax atteint (aspect d'atélectasie).

Erythroblastose à forme spléno-hépatique

(MM. Etienne MAY, F. LAYANI, P. ISCH-WAHL et M. KIPFER ; 30-4-1937)

Les auteurs se sont trouvés en présence d'un syndrome caractérisé par une hépato-splénomégalie très importante avec troubles digestifs, hémorragie intestinale et gros amaigrissement. Il semblait donc s'agir, soit d'un syndrome de Banti, soit d'une de ces cirrhoses du foie hypersplénomégaliques qui s'accompagnent volontiers d'hémorragies intestinales et dans l'étiologie desquelles la syphilis joue souvent un rôle. Or l'examen du sang montra qu'il n'en était rien et orienta les auteurs dans une voie toute différente ; on y trouvait en effet les caractères essentiels du sang des érythroblastiques tels qu'ils ont été décrits par P.-E. Weil et son école :

1° Une anisocytose marquée, malgré un chiffre d'hématies très peu abaissé ; 2° un nombre très important d'hématies nucléées : sept normoblastes et cinq mégaloblastes pour cent leucocytes. Cette norme et mégaloblastose est le caractère le plus frappant du sang des érythroblastiques ; 3° une leucocytose assez marquée sans être énorme (37.600) avec une légère réaction myéloïde.

Cette formule sanguine est si spéciale qu'elle permet presque à elle seule de porter le diagnostic d'érythroblastose. La ponction des différents centres hématopoïétiques le rend en tout cas absolument certain.

Le diagnostic est donc facile à condition d'y penser. Sinon, la variabilité des aspects cliniques des érythroblastoses peut entraîner le diagnostic dans de multiples directions erronées. Il est basé sur trois éléments essentiels : l'hépato-splénomégalie qui doit y faire penser ; la présence d'un nombre important d'hématies nucléées avec mégaloblastose qui le rend infiniment probable ; la ponction de la rate et du foie qui l'établit d'une façon formelle. La connaissance des érythroblastoses constitue, en effet, l'une des acquisitions qu'on doit à ces nouveaux procédés d'exploration si complètement étudiés depuis quelques années par P.-E. Weil et ses élèves.

Cette forme hépato-splénomégalique est la plus fréquente. Parfois la réaction hépatique est relativement peu marquée ou absente. La splénomégalie domine alors, et atteint des dimensions véritablement colossales, les plus fortes peut-être qu'on ait jamais signalées. Certaines érythroblastoses sont caractérisées par une polyglobulie qui, associée à la splénomégalie, évoque l'idée d'une érythrémie. Les érythroblastoses peuvent aussi aboutir à des états anémiques accentués, voire même de type pernicieux, simulant alors la maladie de Biermer.

Les thérapeutiques que nous sommes habitués à mettre en œuvre en présence des hépato-splénomégalies, des polyglobulies ou des anémies sont habituellement peu actives sur les érythroblastoses. Il en est ainsi de la splénectomie ; l'hépatothérapie semble très peu efficace ; quant aux thérapeutiques employées dans la maladie de Vaquez (benzol, phénylhydrazine), elles sont dangereuses dans les érythroblastoses qui évoluent si facilement vers des anémies graves et vers l'insuffisance hépatique. A l'heure actuelle, le traitement le plus efficace paraît être la radiothérapie spléno-hépatique. Encore ne faut-il pas s'attendre à des succès aussi brillants qu'en matière de leucémie myéloïde, et, à côté de résultats favorables on a également enregistré des échecs.

G. F.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 4 juin 1937

Les traitements actuels des infections dites chirurgicales (fin de la discussion)

M. André RAIGA, pour clore la discussion ouverte par sa communication de novembre 1936, reprend en détail les questions qui ont été abordées par MM. Etienne Bernard, Diamant-Berger, Cresson et Henri Blanc en rappelant les travaux parus et les résultats de son expérimentation personnelle. L'auteur insiste tout particulièrement sur le processus d'action du rubiazol, ainsi que sur le peu d'efficacité de la vaccination antistaphylococcique et émet un doute sur la valeur thérapeutique de l'anastaphylotoxine.

Corps étranger du duodénum

M. HALLER communique l'observation d'un malade qui avait avalé le manche d'une cuiller à soupe, de 13 cent. et demi de long, corps étranger arrêté dans la deuxième portion du duodénum, tendu de l'angle supérieur à l'angle inférieur. Laparatomie : le corps étranger fut retiré par une petite incision transversale au niveau de l'angle inférieur du duodénum. Suture en deux plans de celui-ci. Guérison et alimentation dès le troisième jour.

Lithiase vésiculaire. Opération. Fistule cholécysto-colique. Guérison par cholécystostomie et iléo-transversostomie

M. Pierre LE GAC opérant une malade avec le diagnostic présumé de cancer de l'angle droit du côlon, trouva une vésicule bourrée de calculs et de matières fécales ; il y avait une fistule cholécysto-colique. L'auteur fit une cholécystostomie après clivage du côlon et de la vésicule et plaça des mèches entre la vésicule et le côlon. Il compléta l'opération par une iléo-transversostomie. Guérison sans incident.

Polype pédiculé du côlon sigmoïde. Ablation par entérotomie

M. Pierre LE GAC. La polypose recto-colique diffuse, les polypes rectaux sont fréquents ; par contre, les polypes isolés du côlon sigmoïde sont rares. Celui qui fait l'objet de la communication s'est manifesté uniquement par des hémorragies ; il a été découvert par la radiographie qui montrait une lacune régulière du côlon sigmoïde alors qu'il était invisible à la recto-sigmoïdoscopie. Ce polype fut enlevé par entérotomie. Guérison sans incident. Peut-être l'opération aurait-elle pu être faite par le rectum après dilatation anale. Mais la conduite tenue a certainement été la meilleure ; on ne pouvait pas, en effet, ne pas penser à un néoplasme.

Présentation de pièces

M. G. LUQUET présente : 1° une pièce de gastro-entérostomie dont la bouche était réduite à un petit pertuis dans lequel passait juste un stylet ; 2° l'estomac atteint de lymphocytome d'un homme de 28 ans et chez lequel on avait pensé avant l'intervention à une tumeur bénigne possible.

Séance du 18 juin 1937

Complications post-opératoires dans la chirurgie gastro-duodénale

MM. G. LUQUET et H. BERTREUX étudient : 1° les complications locales, chirurgicales : désunions de sutures, hémorragies intra et extra-gastro-duodénales, mauvais fonctionnements. Toutes sont dues en réalité à des fautes de technique ; 2° les complications générales qui se rattachent essentiellement à la maladie opératoire. A ce propos, les auteurs mettent en valeur l'intérêt de la théorie de la déshydratation soutenue par l'Ecole belge, théorie parfaitement satisfaisante, qui a l'avantage d'englober toutes celles qui ont cours par ailleurs.

La pratique des greffes libres de peau totale

M. DUFOURMENTEL, continuant ses communications précédentes sur le même sujet, rappelle les conditions de prise des greffes libres tégumentaires et donne un certain nombre de précisions sur leur application, en particulier sur la face. Pour les paupières, la peau qui lui paraît le plus apte à remplacer la peau des paupières détruite est celle de la face postérieure du pavillon de l'oreille. Elle présente, de plus, l'avantage d'être prélevée sans laisser de cicatrice visible. Pour reconstituer des sourcils ou les régions velues de la lèvre et du menton, le cuir chevelu peut être indiqué ; la peau de la région pubienne l'est également. L'auteur présente un opéré récent portant un lambeau de peau du pubis au-dessous de la lèvre inférieure. Pour les autres régions la peau peut être prélevée au ventre ou à la cuisse. Toutes ces greffes ont sur les greffes de Thiersch l'avantage de leur épaisseur et d'une souplesse beaucoup plus grande. Elles ont sur les greffes pédiculées l'immense avantage de pouvoir être prélevées à distance, c'est-à-dire sans créer de nouvelles cicatrices autour de la blessure à réparer.

Un cas de pseudo-kyste hématique de la queue du pancréas

M. Jean LANOS communique cette observation et présente un cliché radiographique montrant une image pseudo-lacunaire (mais avec conservation des plis muqueux) de la grosse tubérosité de l'estomac. Cette radiographie, complétée par un examen avec pyélographie, ayant pu faire éliminer le rein gauche, permit de faire le diagnostic clinique.



Montpellier

Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen

Séance du 7 mai 1937

Polypose recto-colique avec syndrome d'anémie pernicieuse secondaire : évolution subaiguë et mortelle

MM. R. Seilhan, J. Baumel et H. Serre. — Cette observation concerne un cas de polypose colique diffuse à forme essentielle chez un homme de 21 ans ; l'examen radiologique a montré l'extension du processus à toute la muqueuse colique.

Quatre hémorragies incoercibles entraînèrent une anémie du type pernicieux et la mort survint au bout de six mois, après échec de tous les traitements anti-anémiques et de la radiothérapie profonde.

Trois cas d'érythème noueux après vaccination antityphoïdique

MM. R. Seilhan, H. Serre et Et. Fassio. — Les auteurs rapportent *trois observations d'érythème noueux*, sans signe clinique ni radiologique de tuberculose pulmonaire, avec cuti-réaction à la tuberculine *légèrement positive*, chez de jeunes soldats en bonne santé habituelle et sans antécédents tuberculeux. L'éruption apparut après revaccination par le vaccin T. A. B. chez l'un, au cours d'une primo-vaccination par le vaccin triple associé (T. A. B., diphtérique et tétanique) chez les deux autres ; l'incubation fut respectivement de cinq, neuf et dix-huit jours. L'évolution fut bénigne et les sujets, revus plusieurs mois après, étaient en bonne santé : deux d'entre eux avaient subi sans incident les injections de vaccin triple nécessaires pour assurer l'immunisation.

Conception actuelle des mammites chroniques : A propos d'une observation

MM. Riche, J. Ginestie et Aussilloux. — Les auteurs relatent l'observation d'une malade présentant une tumeur bilatérale du sein dont l'aspect clinique avait fait porter le diagnostic de cancer du sein gauche et de noyau de mastite chronique du sein droit. L'exérèse bilatérale montra qu'il s'agissait en réalité de formations identiques à droite et à gauche constituées par de l'adéno-fibromatose en évolution micro-kystique. Mais alors que la tumeur gauche ne présentait aucun signe de dégénérescence maligne on a pu saisir en plusieurs points de la tumeur droite une dégénérescence épithéliomateuse. Les auteurs à propos de cette observation rappelent l'imprécision et le manque d'exactitude du terme de « mammite chronique ». Le concept clinique de mammite chronique répond en effet à une série de lésions dans lesquelles l'étiologie infectieuse est très rarement en cause. Il s'agit le plus souvent d'états spéciaux de fibrose et de formations kystiques intriqués entre eux de façon variable pouvant aller de la fibrose presque pure dont la mastite noueuse de Phocas serait un aspect à la maladie de Reclus où les formations kystiques prennent une importance primordiale.

MM. R., G., et A. se rallient aux avis des auteurs modernes en particulier de Peyron, de Corsy et Montpellier qui dénomment ces lésions « états scléro-kystiques ». Ils rappellent également certaines expériences qui tendent à comprendre ces états comme des dystrophies d'origine endocrinienne, jetant ainsi un aperçu intéressant sur les mammites de la puberté et de la ménopause ainsi que sur celles du mâle.

Les auteurs développent en suite les remarques anatomiques qui permettent de considérer ces mammites chroniques comme des lésions pré-cancéreuses.

Toulouse

Société de médecine

Sur le traitement des méningites à pneumocoque par les sels biliaires

M. Calvet expose le résultat de très intéressantes recherches qu'il continue de poursuivre sur le traitement des méningites à pneumocoque. Ce traitement basé sur le phénomène de Neufeld, consiste dans des injections de bile de cobaye, dans le canal céphalo-rachidien. L'auteur est arrivé à injecter cette substance dans le canal rachidien, à la rendre facilement tolérable à dose minime mais suffisante. La réaction cellulaire observée est légère et l'auteur espère obtenir de bons résultats thérapeutiques comme semblent le faire prévoir ses recherches expérimentales.

Ostéochondrite disséquante du coude

M. Castay. — Il s'agit d'un jeune sujet de 25 ans, ayant eu trois ans auparavant une entorse de l'épaule et du coude s'accompagnant d'un arrachement minuscule au niveau de la grosse tubérosité humérale. Actuellement, le cliché révèle :

1° Quelques fines images de raréfaction aréolaire sur la tête humérale ;

2° Une zone de raréfaction arrondie, bien délimitée sur le condyle huméral, avec au centre un nodule osseux (aspect d'œuf dans un nid) ressemblant à celui de l'ostéochondrite disséquante ;

3° Une petite zone de raréfaction claire au niveau de la tête du radium, avec un petit ostéome.

Cliniquement, légère limitation des mouvements d'extension du coude et phénomènes d'arthrite. Le traumatisme ne paraît pas étranger à ces phénomènes d'ostéoporose : ce processus de nécrose aseptique localisé au niveau du coude doit tenir à la dilacération des vaisseaux nourriciers de la région épiphysaire.

Les Congrès

LE IIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE LA TRANSFUSION SANGUINE

(*Paris, 29 septembre-2 octobre 1937*)

Le IIe Congrès international de la transfusion sanguine vient de tenir ses assises à la Faculté de médecine de Paris.

Le succès de ce Congrès qui a réjoui tous nos hôtes étrangers est dû à sa parfaite organisation qui fut longuement méditée et étudiée. Trop de bonnes volontés et d'initiatives féminines ou masculines sont à citer, mieux vaut s'abstenir et rendre hommage à tous ceux qui, groupés autour du Docteur Tzanck, l'actif secrétaire général du Congrès, lui ont assuré un succès sans précédent.

Avant l'ouverture du Congrès quatre commissions d'études ayant chacune un sujet déterminé s'étaient réunies.

La première Commission présidée par le Professeur Hirszfeld, de Varsovie, et ayant pour membres le Professeur Simonin (de Strasbourg), le Professeur Moureau (de Liége), le Docteur Dujarric de la Rivière (Institut Pasteur), le Docteur Rossovitch (Paris) et le Docteur R. Liège (Paris), eut pour sujet d'études les *groupes sanguins*.

La seconde Commission, présidée par le Professeur Koutchalowski, de Moscou a groupé, le Professeur Jeanneney (de Bordeaux) et les Docteurs Sureau, Dalsace, A. Dreyfuss et M. Fourestier. Elle s'occupa du *sang conservé*.

La troisième Commission fut chargée d'étudier « Les *problèmes hématologiques relatifs à la transfusion sanguine* ». Elle fut présidée par le Professeur L. Lattès, de Pavie, autour de qui se groupèrent les Docteurs P.-E. Weil, Isch Wall, A. Biart et S. Perlès.

La quatrième Commission, présidée par le Professeur A.-F. Coca (de New-York) et ayant pour membres le médecin général Rieux (Paris), les Docteurs R. Benda, G. Rosenthal, Ed. Peyre, et R. André s'occupa « du *problème d'organisation* » de la transfusion du sang.

L'avantage de cette véritable division du travail que réalise la création de commissions d'études, écoutant les communications se rapportant au sujet qu'elles ont mission d'étudier, établissant ensuite des conclusions et émettant des vœux qui sont liés et discutés en séance plénière, n'a échappé à aucun des congressistes.

C'est-là pensons-nous une méthode de travail qui pourrait être utilement adoptée dans d'autres Congrès.

Le Congrès fut officiellement ouvert le jeudi 30 septembre, à 15 heures, sous la présidence du ministre de la Santé publique, dans le grand amphithéâtre de la Faculté.

Les pays suivants étaient représentés : Brésil, Chili, Colombie, Costa-Rica, Cuba, Danemark, Egypte, Espagne, Etats-Unis, Grande-Bretagne et Irlande, Grèce, Guatemala, Hongrie, Italie, Japon, Saint-Marin, Mexique, Norvège, Panama, Palestine, Paraguay, Pays-Bas, Pérou, Pologne, Roumanie, Suisse, Suède, Tchéco-Slovaquie, Yougoslavie, Uruguay, U. R. S. S., Venezuela.

Le vendredi 1er octobre, Madame Raba Deutsch de la Meurthe, vice-présidente de « la transfusion sanguine d'urgence », qui porte comme chacun sait, le plus grand intérêt à cette belle œuvre eut la délicate pensée de recevoir au Château de Malmaison tous les membres du Congrès.

M. Jean Bourguignon, conservateur des Musées nationaux, dans une conférence richement documentée et pleine de charme, nous fit revivre l'époque où Bonaparte, premier consul, venait rejoindre Joséphine, où il aima vivre, et d'où, empereur malheureux, il partit pour l'exil. Un goûter servi sous le cèdre de Marengo termina, après la visite du Musée, une belle journée d'automne dont tous les assistants garderont le plus agréable souvenir.

Le Comité d'organisation offrit, par ailleurs, un banquet fort réussi au pavillon Dauphine.

Le samedi les congressistes se réunirent en séance plénière sous la présidence du Professeur Gosset pour discuter les conclusions des Commissions d'études, les votes, et émettre des vœux.

Parmi ces derniers, signalons celui qui nous paraît avoir une importance pratique et qui a trait aux sérums-tests. Le Congrès a en effet considéré que, « il est indispensable d'instituer dans tous les pays, comme cela existe déjà dans certains, un contrôle officiel des sérums iso-agglutinants, mis en vente dans le commerce ».

Le soir un banquet à l'Hôtel Ritz groupait autour des maîtres de l'hématologie la majorité des congressistes.

Le lundi, Madame Christian Lazard, présidente de « La Transfusion sanguine d'urgence », recevait les membres du Congrès dans sa propriété de la Couharde ce qui permit à nos hôtes étrangers d'apprécier une fois de plus l'accueil des femmes de bien.

Un Comité international dont le siège est à Paris à l'hôpital Saint-Antoine (siège de la Transfusion sanguine d'urgence) a été nommé. Il est chargé de centraliser toutes les suggestions que comporte le projet d'un prochain Congrès international *de la transfusion sanguine*.

Docteur R. LIÈGE.

Les Livres

Les livres qui viennent de paraître...

Librairie MALOINE
27, rue de l'Ecole-de-Médecine

Feuillets médicaux. Revue encyclopédique médico-chirurgicale paraissant chaque mois. 1re année nos 10, 11 et 12, juillet et août et septembre 1937.

VIGOT frères, éditeurs
23, rue de l'Ecole-de-Médecine

Prof. Noël FIESSINGER et A. GAJDOS. — **Urticaire et histamine.** Un vol. 116 pages, 7 fig., 1937. Prix : 22 francs.

MASSON et Cie, éditeurs
120, boulevard Saint-Germain

PASTEUR VALLERY-RADOT. — **Quelques vérités premières** (OU SOI-DISANT TELLES) **sur les maladies des reins.** Un vol. 68 pages. Prix : 24 francs.

Exemples de ces « Quelques vérités premières » :

— Des urines à dépôt rougeâtre ne signifient pas forcément *urines contenant du sang.* Ce peuvent être des urines uratiques.

— Chez les enfants albuminuriques, il faut se garder de prescrire un régime trop sévère car on nuirait à leur croissance et le résultat serait déplorable.

— Deux symptômes sont révélateurs de la présence d'un calcul rénal : la douleur et l'hématurie.

Gaston DOIN et Cie, éditeurs,
8, Place de l'Odéon, Paris (VIe)

Louis DAMBRIN, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Toulouse. — **Urgences de chirurgie.** TABLEAUX CLINIQUES. CONDUITE A TENIR. Un vol. in-8° de 140 pages avec 128 fig. Prix : 37 francs.

Etre utile, montrer à l'étudiant et au jeune praticien ce qu'il faut faire sans retard, en présence d'une « urgence de chirurgie », tel est le but que l'auteur s'est proposé.

Dans une forme brève, condensée, les principales « urgences de chirurgie » sont abordées suivant un plan pratique, allant du *tableau clinique* à la *conduite à tenir.*

Une fois donnés, s'il y a lieu, les soins d'extrême urgence, une fois dégagées les particularités cliniques et posé le diagnostic, la question est de savoir, pour chaque cas, s'il faut opérer ou temporiser. C'est là le thème principal du livre, que l'auteur a traité chaque fois avec précision.

L'illustration, entièrement originale, très riche et très ingénieuse, ajoute encore à la clarté de ce livre qui sera pour le praticien (chirurgien ou non) un aide-mémoire toujours consulté avec fruit et qui, comme l'écrit le Professeur Miginiac dans sa préface, « lui permettra de ne pas perdre des heures précieuses avant de demander un secours chirurgical ».

Gaston DOIN et Cie, éditeurs,
8, Place de l'Odéon, Paris (VIe)

A. STILLMUNKÈS, médecin des hôpitaux de Toulouse, directeur du Centre de transfusion et de sérothérapie des maladies infectieuses. — **Les sérums de convalescents.** LEUR EMPLOI DANS LA PROPHYLAXIE ET LE TRAITEMENT DES MALADIES INFECTIEUSES (Poliomyélite, rougeole, scarlatine, etc.). Un vol. in-8° de 172 pages avec fig. Prix : 32 francs.

La thérapeutique des maladies infectieuses est de plus en plus orientée vers la sérothérapie spécifique. Nombreux sont les sérums d'origine animale qui, après les sérums antidiphtérique et antitétanique sont venus enrichir l'arsenal des médications biologiques.

Depuis quelques années on assiste à une évolution intéressante sur la valeur prophylactique ou thérapeutique des sérums de convalescents. Ceux-ci ne proviennent plus des animaux, l'homme en est le seul dépositaire et il en sera ainsi tant que le laboratoire restera incapable de reproduire expérimentalement la maladie.

Le champ des applications de la sérothérapie s'est augmenté des acquisitions relatives à l'utilisation des sérums humains. Aucun accident n'est à redouter quand on les emploie : les résultats sont en tous points excellents.

Le Docteur A. Stillmunkès a fait une mise au point des notions relatives à ces sérums.

Son travail comprend dix chapitres :

I. Terminaison des maladies infectieuses et ses caractéristiques humorales.. — II. Les sérums de convalescents. — III. La rougeole. — IV. La scarlatine. — V. Les oreillons. — VI. La coqueluche. — VII. La poliomyélite. — VIII. La vaccine et ses complications nerveuses. — IX. Technique et préparation des sérums de convalescents. — X. Les centres actuels de séroprophylaxie : organisation, jurisprudence, rôle social du Centre de Toulouse.

Les Thèses

P. — Dr G. Thaïs. — **Contribution à l'étude de l'efficacité de l'insuline par la voie digestive.** (Thèse 1937.)

On a admis longtemps que l'insuline administrée par voie buccale était sans action, la théorie dominante la faisant détruire par les sucs gastriques.

Après d'autres auteurs, M. G. Thaïs a poursuivi une série d'études tendant à établir l'efficacité de l'insuline par voie digestive. Pour éviter l'estomac et le duodénum, il s'est servi de pilules avec excipient bilié. Il a vu que, tout comme l'insuline injectée, l'insuline *per os* peut provoquer de l'hypoglycémie chez l'homme mais après un délai de six à huit heures ; qu'elle modifie, tout comme l'insuline injectée, les symptômes de certains cas pathologiques. Il a étudié son action dans des cas de vomissements acido-acétoniques chez des nourrissons, dans des cas d'affections vasculaires, de glycosurie, sur les dysménorrhées. Le traitement des dysménorrhées, des ménorrhagies par l'insuline *per os* a précédé, d'ailleurs, ce traitement par l'insuline injectée.

Sans vouloir dire que l'insuline buccale est capable de tout (alors qu'on ne la croyait capable de rien), l'auteur estime qu'elle a une action certaine, modérée et moyenne. Agissant plus lentement, ses effets sont plus prolongés.

P. — Dr R. Paucot. — **Prothèse de restauration maxillo-faciale.** (Thèse 1937.)

Le stomatologiste, le prothésiste, doit être le collaborateur immédiat et indispensable du chirurgien qui entreprend une intervention sur la région faciale

Parfois même, il sera le seul à pouvoir masquer une difformité, à rétablir une fonction perturbée consécutivement à une intervention chirurgicale nécessaire.

Appelée à corriger ou à masquer des lésions, qui, du fait même de leurs origines, n'ont pas de caractères définis, l'œuvre du spécialiste sera souvent une création, fruit de son imagination et de son ingéniosité.

P. — Dr P. Ducamps. — **La peste au cours de l'expédition d'Egypte et de Syrie (1798-1799).** (Thèse 1937.)

La peste qui décima l'armée française pendant l'expédition d'Egypte fit environ 2.500 victimes sur un effectif de 34.000 hommes. Elle se montra beaucoup plus meurtrière dans l'armée de Syrie. Sur un total de 13.000 hommes, elle en atteignit environ 1.500 dont plus de 1.000 moururent.

Elle fut marquée par la forme bubonique, accompagnée de quelques cas septicémiques, sans une seule peste pulmonaire.

En l'absence du traitement rationnel et de la prophylaxie individuelle représentés par les sérums et vaccins antipesteux, le traitement, purement symptomatique, quoique partiellement bien inspiré (la médication tonique), fut à peu près impuissant. Par contre, les mesures d'hygiène collective, bien que prises *dans l'ignorance des intermédiaires de la* contagion, contribuèrent de façon certaine à limiter les dégâts. Il faut en rendre hommage avant tout au médecin en chef Desgenettes.

THÉRAPEUTIQUE

A propos du traitement de la grippe

Par le Docteur Gabriel Perret (Clamart)
de la Faculté de médecine de Paris
Licencié ès sciences

Chaque hiver ramène avec lui son épidémie de grippe, qui est plus ou moins importante selon les années. Il s'agit, pour la plupart des malades, d'un rhume saisonnier plus ou moins aggravé par les circonstances extérieures. Dans ces cas-là, la phrase du Professeur Peter est toujours vraie : « La grippe guérit les pieds sur les chenêts ». Il n'y a qu'à ordonner aux malades retenus à la chambre des boissons chaudes, quelques cataplasmes sinapisés et un peu de sirop Roche pour antiseptiser l'arbre pulmonaire. Mais en temps d'épidémie vraie, ce qui ne se produit guère que tous les quatre ou cinq ans, il importe de prendre des mesures plus énergiques : lorsqu'un malade présente de la céphalée, des malaises généraux, de la courbature, des douleurs dans les articulations, lorsque sa température monte au-dessus de 38°5, il faut mettre le malade au lit, le couvrir chaudement, lui imposer le traitement thiocolé à plus hautes doses (deux à quatre cuillerées à soupe de sirop Roche) et alcooliser les infusions chaudes qu'il prendra pour ainsi dire constamment.

Si des complications nerveuses surviennent,

la température a tendance à monter à 40°, la céphalée augmente, l'insomnie domine la scène et on est amené à administrer des calmants comme l'antipyrine, l'acide acétyl-salicylique et mieux encore, l'allonal à la dose de deux à trois comprimés par jour.

Dans la forme bulbaire, avec syncopes répétées, vertiges, troubles du rythme respiratoire, ralentissement du pouls, il faut même recourir aux injections d'huile camphrée ou de strychnine.

S'il survient des complications pulmonaires, si l'on a affaire à une poussée de bronchite simple, le traitement ci-dessus préconisé suffira largement, mais s'il s'agit de la forme suffocante avec œdème pulmonaire aigu, il faut pratiquer une saignée générale et injecter des toni-cardiaques à hautes doses. Cette même médication sera utile dans les congestions pulmonaires, dans les broncho-pneumonies, dans la pneumonie, sans oublier bien entendu tous les moyens de dérivation systématiquement appliqués.

La forme cardiaque de la grippe a été bien étudiée par Huchard, Minet, Legrand, etc. ; elle est toujours sérieuse, souvent grave, parfois même mortelle.

Comme le fait remarquer le Professeur Minet, dès qu'on a constaté les premiers signes, il faut mettre en œuvre toute la thérapeutique réservée aux atteintes du cœur, repos absolu, vessie de glace dans la région pré-cordiale, injections répétées d'huile camphrée, de caféine, d'adrénaline, et, selon les cas, de digitaline et d'ouabaïne : il faut noter ici que l'adoverne, qui représente tous les glucosides cardio-toniques de l'adonis vernalis, rend d'excellents services dans les formes moyennes, car il supplée, remplace et continue l'action de la digitale et il est un bon toni-cardiaque diurétique.

On sait que, dans certaines épidémies, prédomine la forme typhoïde avec adynamie et diarrhée intense : pour le traitement de ces symptômes, toute la thérapeutique habituelle doit être mise en jeu et de même pour les formes septicémiques où l'on peut même recourir à la vaccinothérapie, à la thérapeutique de choc et même à l'abcès de fixation.

Mais, nous le répétons, dans l'immense majorité des cas, on se trouve en présence d'un simple catarrhe pulmonaire avec maux de tête, courbature, inflammation du rhino-pharynx et température variant entre 38° et 39°. Dans ces cas, les plus fréquents, on se trouvera bien, nous tenons à le faire observer encore, de la médication thiocolée, sous forme de sirop « Roche », en utilisant contre les migraines, les névralgies et les points de côté l'allonal, à la dose de deux à trois comprimés ; contre l'asthénie si fréquente, le tonique « Roche », à la dose de deux à quatre cuillerées à café deux fois par jour, traitement qui sera complété bien entendu par les pédiluves sinapisés ou progressivement réchauffés, les inhalations d'eucalyptus, les instillations d'huile antiseptique dans les narines, les gargarismes au borate de soude et même le pantopon dans les cas où la toux est vraiment intense.

La convalescence de la grippe est toujours difficile et souvent extrêmement longue. Elle nécessite des précautions particulières. Tout d'abord, il faut remonter le malade qui est toujours asthénié, qui n'a envie de rien, même pas de manger et qui se traîne de chaise en chaise, sans vouloir sortir, même pour prendre le soleil. Le tonique « Roche » s'impose dans ces cas-là : deux à quatre cuillerées à café deux fois par jour chez les adultes, une à deux cuillerées à café deux fois par jour chez les enfants à partir de 8 ans, donnent une bonne stimulation des défenses de l'organisme et permettent une régénération cellulaire dans d'excellentes conditions.

Un autre symptôme qui existe également au moment de la convalescence est l'anémie, pour laquelle les Professeurs Fontès et Thivolle, de Strasbourg, ont justement recommandé le globinofer ; on sait que le globinofer, qui se présente sous forme de comprimés très facilement supportés même par les estomacs les plus délicats, est à base d'acides aminés hématogènes et de globinates de fer, de cuivre et de manganèse ; deux à six comprimés par jour (nourrissons, enfants, adultes) donnent une bonne poussée globulaire qui détermine la revitalisation du milieu sanguin ; d'autre part, aussi bien l'un que l'autre de ces deux médicaments, redonne l'appétit et permet, à une bonne alimentation, de réaliser tous ses effets.

En utilisant cette technique simple et commode, en la complétant par une thérapeutique symptomatologique adéquate aux signes observés, on obtient des convalescences rapides et parfaites et on évite les rechutes qui sont parfois si graves.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Bulletin de l'Actualité

• • •

LE SOUVERAIN INTERDIT

Un conflit s'est élevé, on le sait, dans la région parisienne, entre les Syndicats médicaux d'une part, les autorités préfectorales et les dirigeants des Assurances sociales d'autre part.

Il s'agit des assurés assistés dont le statut, en matière de soins, est désormais fixé par l'article 19. Ce fameux article 19 a soulevé des tempêtes. « Trop, beaucoup trop de paperasses ! » ont crié les médecins. « Pas moyen de faire autrement » ont riposté leurs adversaires. « Nous ferons la grève ». — « Il vous en cuira ! »

Après cet échange d'aménités ont commencé à s'échafauder projets, contre-projets, suggestions, commentaires. Puisque tant d'autres s'en sont mêlés, et aiguillonné par ces multiples exemples, je demande, à mon tour, la permission de dire mon mot. Je le dirai au titre de médecin, de gréviste et, plus généralement, de citoyen. Car l'origine et l'allure de ce conflit lui confèrent, à mon sens, une signification symbolique infiniment plus grave qu'il ne paraît au premier abord.

Sans faire fi le moins du monde des quelques billets que me doivent les adversaires et que, en roulant de gros yeux, ils déclarent qu'ils ne payeront pas, je leur en veux davantage d'une certaine attitude d'esprit que de leur situation de débiteurs chicaniers.

***

On sait de quoi il retourne : les dirigeants des Assurances sociales ont commencé par proclamer intolérable et, par ailleurs, préjudiciable aux intérêts des Caisses, le fait de ne pouvoir contrôler leurs assurés assistés de la même façon que leurs assurés ordinaires.

— Rien de plus légitime, Messieurs ; mais qui diable vous empêche de contrôler ?

— C'est que pour contrôler un malade il faut premièrement être averti de sa maladie.

— Ce syllogisme paraît irréfutable ; les ménagères savent que l'on ne fait un civet qu'à condition d'avoir un lièvre.

— Or c'est vous, médecins, qui êtes les premiers avertis de l'état de maladie d'un de nos inscrits ; vous aurez donc l'obligation, sitôt visité le malade, de nous envoyer une carte-lettre dont nous avons établi le modèle.

— Un instant ! il y a certainement quelqu'un qui sait avant nous que l'un de vos inscrits est malade ; et c'est cet inscrit lui-même. Le bon sens de cette remarque en fait une manière de lapalissade ; au reste pour vos assurés ordinaires, les non-assistés, vous n'avez pas eu l'idée de charger un autre que le malade lui-même ou son subrogé-responsable de vous avertir. Pourquoi agir autrement quand il s'agit d'indigents ? »

Oui, pourquoi ? on s'interroge vainement. Le plus curieux, en cette *histoire*, c'est que *je n'ai* entendu personne poser cette question préjudicielle. Tout le monde a admis sans sourciller cette audacieuse affirmation que le médecin était « le premier intéressé » à faire la déclaration de maladie. Et l'on n'est pas sans éprouver quelque stupeur à retrouver la même expression sous la plume de chroniqueurs médicaux.

Le premier intéressé ! à faire des visites à 18 francs ! qui lui seront payées dans six mois ou un an ! ! après avoir grossoyé des états en double expédition ! ! ! et s'être vu chicaner vingt sous par-ci et quarante par-là ! ! ! On ne pose pas au martyr, mais « c'est mourir deux fois que souffrir tes atteintes » criait à l'âne le lion expirant.

— Et votre assuré-assisté, il ne l'est pas, lui, intéressé ? En définitive de quoi s'agit-il sinon de le soigner ? Et qui est le bénéficiaire de l'opération ? A l'appel de ce gentilhomme tout le monde se met à la besogne : l'employé de mairie empoigne sa plume et remplit une feuille, le médecin saute dans sa voiture et court le soigner, le pharmacien emplit diligemment ses fioles, et le contribuable vide sa bourse. Et le gentilhomme tend la main de toutes parts : s'il n'y a pas là de quoi l'intéresser...

— Intéressé, répliquent alors les ronds-de-cuir, vous le serez de gré ou de force ; car si vous n'envoyez pas la carte-lettre sacramentelle, ce n'est pas 18 francs que vous toucherez à l'expiration des délais ordinaires, mais rien du tout.

— Et comment cela ?

— Parce que nous ne voulons payer que si nous pouvons contrôler. Or c'est vous qui nous avertirez ou ce ne sera personne. Car l'assuré-assisté se f.... des contingences.

— Nous direz-vous les causes de ce détachement ?

— Nous n'avons aucune sanction possible contre lui.

***

Et voilà l'aveu lâché.

Un organisme d'Etat s'avoue impuissant à obtenir de certains citoyens le respect de la loi ! Le symptôme est grave dans une démocratie où la loi, après tout, peut être considérée comme librement consentie. Mais cette défaillance qui vaudrait au plus chétif maître d'école la sanction d'un « chahut » n'ôte pas à cet Etat un atome de sa superbe.

— Il y a dans ce pays, dit-il, de fortes têtes qui ne veulent rien entendre. Je les abandonne à leur rébellion. Mais que les autres craignent ma colère : elle sera impitoyable. Et puisqu'ils m'obéissent encore, ces innocents, qu'ils soient responsables des fortes têtes. Les bons payeront pour les mauvais ; tant pis pour la justice mais ma commodité avant tout !

C'est pourquoi, parmi les assurés sociaux, ceux qui payent sont plus durement menés que ceux qui ne payent rien. Car ceux-là se savent menacés, s'ils n'obéissent pas aux prescriptions des Caisses, de ne pas toucher leurs prestations. Ceux-ci n'ont rien à craindre de ce genre et, de fait, ne craignent rien. Comme sous l'ancien régime il y a les corvéables à merci, ... les privilégiés. Notre malheur, confrères, c'est de ne pas figurer parmi la caste à privilèges.

C'est du reste un sophisme des Caisses et des Préfectures de se prétendre démunies de moyens d'action contre les assistés. Des moyens d'action, un Etat en a toujours, s'il le veut, contre les citoyens jusqu'à l'instant où ils lui font défaut, il lui suffit d'en créer. La dernière averse de décrets-lois nous l'a, une fois de plus, surabondamment démontré. Tout à coup l'on a vu ces sbires pénétrer par effraction dans les endroits les plus paisibles et renifler l'odeur de la proie. C'est ainsi que notre « Mutualité familiale » (et avec elle nombre de sociétés mutuelles) s'est vu braquer un poing velu sous le nez et sommée d' « abouler la galette ». Mais ceci est une autre histoire.

Des moyens d'action ? Inutile d'être un garde-chiourme pour en trouver. La plus simple bonne foi, messieurs, vous eût éclairés. Le plus simple serait de rayer de la liste les contrevenants. La sanction, serait à retardement ; elle n'en serait pas moins effective. En outre les assurés assistés, quand ils sont malades en personne, touchent leur indemnité journalière : supprimer celle-ci ne serait guère difficile et inviterait à plus de circonspection pour l'avenir.

De bonnes âmes s'émeuvent encore et disent « Ces pauvres gens sont d'esprit simple ; ils se perdent dans les complications paperassières, et ne comprennent rien à ce que vous leur demandez ». Abolissez alors les complications et qu'il soit suffisant d'écrire sur une carte son nom et son adresse. Cela, je le suppose, est accessible à tout le monde en un pays où l'instruction est obligatoire et gratuite depuis 60 ans. S'il reste chez nous des illettrés, c'est encore votre faute, ô gouvernants, qui faites si mal et si mollement observer la loi.

***

J'ai parlé tout à l'heure d'une attitude d'esprit répréhensible et qui me paraît la source de beaucoup de nos maux actuels.

C'est celle qui consiste à se déclarer démocrates et à ne revendiquer pour le peuple que des prébendes, des droits et même des passe-droits. Le peuple a aussi ses responsabilités ; peut-être les ignore-t-il. Il faudrait les lui énumérer et commencer par ne pas écarter de lui celles qui sont élémentaires, et dont on n'affranchit pas les autres citoyens. Quelqu'un que l'on respecte on ne le traite pas en interdit.

Car l'interdiction, dit en propres termes le Code, est applicable aux personnes qui sont « dans un état habituel d'imbécillité, de démence ou de fureur ».

Est-ce donc cela, Messieurs, que vous voulez nous faire entendre ?

G. LAVALÉE.

LA PROPRIÉTÉ DES CLICHÉS RADIOGRAPHIQUES ET DES ORDONNANCES MÉDICALES

I

A qui appartient un cliché radiographique ?

(Réponse à l'article du Dr Paul Boudin *paru sous ce même titre dans le* « Concours » *du* 13 *juin* 1937)

Par le Professeur Laquerrière (Montréal)

Pour une fois, je ne saurais être d'accord avec mon vieux camarade Paul Boudin : la radiographie à mon avis, doit rester la propriété du radiographe et du radiographe seul.

Il est bien entendu que le cliché ou l'épreuve ne peut jamais être remis à un tiers, ce tiers fût-il payant, et même eût-il fait faire l'examen dans le but précis d'avoir un document. Une seule exception concerne les accidentés du trava l ; il est fait en France dans ces cas deux épreuves sur papier : l'une pour le blessé ; l'autre pour le patron ou son représentant. Je crois bien que c'est moi l'auteur de cette mesure : au temps où il n'y avait pas encore de Syndicat des électro-radiologistes, j'étais assailli, en qualité de secrétaire de la Société française d'électrothérapie et de radiologie, (c'est même pour cela que j'ai fondé ce Syndicat), d'une quantité de demandes de conseils sur des questions d'intérêts professionnels et j'engageais systématiquement dans les accidents du travail à donner une épreuve à chacune des deux parties. Peu à peu, cet usage s'est établi, si bien que quand beaucoup plus tard le tarif ministériel tint compte des travaux des radiologistes, il confirma l'habitude prise. Seulement, là, je tiens à faire remarquer qu'il s'agit de tirage sur papier, de positif, et que le cliché lui-même, le négatif, reste aux mains du radiologiste.

En Amérique, l'emploi des épreuves sur papier n'existe pas ; le radiographe fait la radiographie, donne au client son interprétation et garde le négatif. Il arrive, exceptionnellement ou que la Commission des accidents du travail désire voir la radiographie, ou que le malade a besoin de montrer celle-ci à un médecin. Le radiographe *prête* alors le cliché qui lui est toujours retourné rapidement. Depuis six ans que je suis à Montréal, il n'y a eu qu'un exemple de disparition d'un négatif ; mais, malgré l'opinion du chirurgien qui prétend que le blessé l'a fait disparaître, parce qu'il montrait l'absence de lésion, je ne suis pas du tout sûr q'u'il ne s'agisse pas simplement d'une erreur de rangement d'une de mes employées.

En tout cas de ce côté de l'Atlantique, la question ne se pose pas, le radiographe garde les clichés. Il ne donne même pas au client de tirage sur papier ; tout le monde se trouve dans les mêmes conditions que les malades de l'Assistance publique de Paris et personne ne s'en plaint. Je ne crois pas du tout qu'ici « si un malade quelconque... assignait en restitution d'épreuves radiographiques, les tribunaux compétents ne pourraient que donner raison au malade ».

Au surplus, je ne suis pas sûr qu'en France, les tribunaux se croiraient obli és de faire droit à une telle réclamation. Il ne faut pas, en effet oublier que l'usage fait très souvent la loi des parties.

Or, jusqu'ici en France et en Amérique, l'usage veut que le radiographe garde les clichés. Existe-t-il vraiment des raisons sérieuses qui font que le négatif doit rester en la possession des malades ?

Paul Boudin nous dit que l'épreuve négative est autrement instructive que l'image positive ; plus de détails sont décelés par la première, pour des yeux avertis. Cela est vrai, si on examine le négatif sur un négatoscope, que le client et que la plupart des omnipraticiens ne possèdent pas, mais n'est plus en général exact quand on regarde le cliché à la lumière d'une lampe quelconque ou à la lumière du ciel. C'est grâce à l'examen par transparence que le négatif est supérieur au positif ; si on n'est pas outillé pour bien faire cet examen par transparence, le positif est, au contraire, beaucoup plus lisible.

D'autre part, les négatifs qu'ils soient constitués comme autrefois par des plaques de verre, ou comme actuellement par des films sont des objets fragiles. Ils sont sensibles à l'humidité, à la chaleur ; les verres peuvent être brisés, les films quand ils sont pliés en gardent la trace, sous forme de stries ; les doigts plus ou moins gras ou humides, qui les manipulent, les tachent. Les négatifs sont certainement beaucoup plus vulnérables que les positifs sur papier et l'on risque si on veut ultérieurement les remettre à un méde-

cin, à un chirurgien, à un expert de ne trouver qu'un document inutilisable si on l'a laissé aux mains du patient.

Tout ce que je pourrais admettre pour faire plaisir à Paul Boudin, c'est qu'on substitue aux épreuves sur papier remises en France au client, des positifs transparents tirés sur film et pouvant être vus par transparence. Ils resteraient aussi détériorables que les négatifs ; mais s'ils étaient abîmés au point d'être inutilisables, le négatif existerait toujours chez le radiographe et on serait à même de le consulter.

L'autre argument de Paul Boudin est que le client ayant payé pour qu'on exécute un document photographique, doit selon une bonne justice entrer en possession dudit document. Cette proposition ne me semble pas tout à fait acceptable. En réalité, nous fournissons une interprétation, une consultation et le public s'en rend bien compte, car le malade préfère s'adresser à tel radiographe plutôt qu'à tel autre ; il sent donc inconsciemment qu'il ne s'agit point d'un document impersonnel, comme celui constitué par une photographie pour carte d'identité, *mais bien d'un acte médical*. Je ne vois aucun inconvénient bien au contraire, à ce que nos radiographies soient à la disposition d'autres médecins capables de les interpréter ; mais, je ne trouve aucune utilité à ce que le client les ait en main et laisse son imagination divaguer à leur sujet. Il ne nous a pas payé pour avoir matière à faire travailler son psychisme.

Pourquoi ne pas demander au pharmacien qui fait une analyse d'urine de livrer au patient son tube à essai, ou à l'anatomo-pathologiste de distribuer les lames de ses préparations. Ce dernier garde ses coupes, quitte à les prêter à un médecin qui désire les voir ou à inviter celui-ci à venir les examiner avec lui dans son laboratoire.

Il n'est pas toujours bon pour un malade d'avoir des documents trop précis. N'oublions pas qu'il nous arrive de faire deux interprétations, l'une pour le client, l'autre pour son médecin : au sujet atteint de cancer du poumon, nous remettons un texte décrivant les opacités observées, par exemple « grosse masse sombre d'opacité uniforme régulièrement circonférentielle au milieu du champ pulmonaire droit », tandis que nous enverrons à son médecin le même texte suivi de la mention « cette opacité présente tous les caractères d'une néoplasie », en expliquant pourquoi nous ne croyons pas à un kyste hydatique ou à toute autre lésion. Il y a, dans cette conduite, non de la duplicité, mais un souci d'humanité qui ne saurait être blâmable

La remise de la radiographie à l'intéressé n'est pas toujours recommandable : est-il bien utile qu'un tuberculeux soit mis à même de constater que ses cavernes s'étendent, qu'un porteur d'abcès du poumon, en voie de guérison clinique puisse s'apercevoir que la tache pulmonaire, qui en réalité se sclérose et se cicatrise, reste aussi étendue ?

Bref, personnellement pour des raisons morales, je préfère de beaucoup la méthode américaine : ne donner au client ni positif, ni négatif. Le radiographe est propriétaire des clichés et les garde. Ceci présente d'ailleurs pour nous un gros inconvénient. Il nous faut conserver de façon convenable une quantité importante de films, ce qui nécessite et un catalogue permettant de les retrouver facilement, et une place considérable pour les emmagasiner. Je suis persuadé que la plupart d'entre nous aimeraient bien mieux se soustraire à ces obligations en remettant systématiquement les négatifs au malade, quitte à prendre le double, pour nos collections personnelles, des quelques films vraiment intéressants.

Sur un dernier point, je suis d'accord avec Paul Boudin : le document radiographique, au point de vue publication, appartient à celui qui l'a réalisé (exactement comme une coupe histologique). Un autre auteur ne saurait donc en publier des reproductions sans indiquer par qui il a été exécuté.

Conclusion

L'usage est établi en France que le radiographe garde les négatifs et donne au malade des positifs. L'usage de beaucoup préférable est établi en Amérique que le radiographe garde les négatifs et ne donne au malade qu'une interprétation sans aucun document.

Pour les raisons exposées ci-dessus, il paraît tout à fait souhaitable, bien que cela aille à l'encontre des intérêts matériels des radiologistes, qu'on ne revienne pas en arrière et qu'on ne cherche pas à faire établir une habitude inverse : la livraison des clichés au malade. Celui-ci n'est pas outillé pour les examiner ; il peut les détériorer ; dans son intérêt, il est préférable que les films ne lui soient pas confiés, mais soient gardés par le radiologiste.

Commentaires du Dr Paul Boudin

Mon excellent ami Laquerrière m'oppose des arguments d'ordre pratique, qui ont une très grande valeur. Pour ma part, je me suis efforcé de rester principalement sur le plan juridique, en essayant de répondre au praticien, qui m'avait consulté, comme si le litige devait être plaidé devant les Tribunaux.

Cette question intéresse aussi bien les radio-

logistes que les omni-praticiens, lorsque ces derniers sont capables de lire un cliché, de l'interpréter, de le discuter même avec le spécialiste, pour, si besoin en est, demander à ce dernier une nouvelle épreuve.

N'oublions pas, en effet, que ce n'est pas une scopie, ni une graphie qui doit établir le diagnostic ; ce dernier doit avant tout être posé par des examens de pure clinique. On demande ensuite à la radio, ou au laboratoire des précisions, des contrôles. Que de fois, le clinicien ne s'est pas arrêté à un résultat de laboratoire ou de spécialité, parce que son examen clinique lui faisait penser à autre chose que ce que décelait l'examen spécialisé.

Les Tribunaux ne se sont jamais prononcés sur ce point en litige. Pour ma part, je ne tiens pas à voir des magistrats, peu compétents dans les choses de la médecine, nous dicter une ligne de conduite. Combien plus avisées seraient nos Sociétés savantes et même nos Syndicats (ou leur Confédération) en mettant cette question à l'étude, la trancher entre confrères avertis, spécialisés et omni-praticiens. Le résultat de nos délibérations serait empreint avant tout de l'intérêt majeur du malade. Après quoi, nous réglerions, dans un souci du respect de la déontologie, toutes les questions connexes de la propriété scientifique, de l'utilisation des clichés dans un but de travaux intellectuels et de publications savantes.

Nos délibérations seraient versées aux débats, si, un jour ou l'autre, pareille discussion devait s'ouvrir dans un prétoire, à l'occasion d'un procès.

Je remercie donc le Docteur Laquerrière d'avoir bien voulu argumenter mon article, de même que je serais reconnaissant à ceux de mes confrères, qui sont intéressés par ce problème, de bien vouloir prendre part à la discussion, en attendant que Sociétés savantes et Syndicats puissent collaborer ensemble, pour décider, entre personnes idoines, de la ligne de conduite à tenir désormais.

II

La remise des épreuves radiographiques et des commentaires au malade

Un de nos conféres (lettre 6480) nous demande si un radiographe est obligé de remettre à son client, en même temps qu'uneépreuve radiographique, le protocole de cette épreuve; ou s'il peut envoyer cet écrit directement au médecin traitant, à l'insu du malade ?

Ne semblerait-il pas, à première vue, que le radiographe a le devoir de remettre à son client tout ce qui peut intéresser ce dernierAu ? nom du principe du libre choix, le malade pourra désormais se faire traiter par tel médecin de sa convenance. La correspondance entre radiographe et médecin traitant, sous forme d'envoi du protocole de la radiographie, n'oblige-t-elle pas le patient à retourner chez le premier praticien, alors même que la radio aurait démontré qu'il a commis une erreur de diagnostic ?

En droit, le malade, qui paie une consultation, ou un examen spécial, doit obtenir du praticien l'entière vérité sur son cas.

En fait, il est des circonstances où les devoirs d'humanité obligent le médecin à masquer, ou à atténuer une terrible vérité à son patient, ne serait-ce que pour conserver la foi que celui-ci peut avoir dans une guérison, ou dans l'atténuation de sa maladie.

Théoriquement, le radiographe peut donc remettre à son malade un cliché négatif, ou positif : c'est la propriété du dit malade lequel se servira de ces épreuves ultérieurement pour les montrer aux différents praticiens qu'il est susceptible de consulter.

Le spécialiste doit-il, en tous cas, remettre au client le protocole de son examen ? Ceci est plus discutable. En effet, ce protocole indique en termes scientifiques ce que le radiographe a vu, ou a cru voir, sur les clichés. Est-il bien utile pour le malade d'avoir ce protocole en sa possession ? Il peut n'y rien comprendre et mal l'interpréter ; il peut en tirer des conséquences inattendues.

Il me semble donc que dans certains cas délicats — l'interprétation d'un cliché de tuberculose pulmonaire en particulier — il est prudent que le protocole du radiographe soit adressé par celui-ci à son confrère médecin de médecine générale pour permettre à ce dernier d'instituer le traitement *ad hoc* ou de demander au radiographe des précisions, ou même un nouvel examen.

De tout ceci résulte que l'on ne peut pas établir une règle générale basée sur des directives juridiques. Il appartient au seul Conseil de famille des Syndicats médicaux locaux d'apprécier les faits et de déterminer s'il y a ou non manquement à la déontologie.

P. B.

III

A qui appartient l'ordonnance médicale ?

Un de nos confrères (lettre 6.422) nous demande si un pharmacien peut conserver les ordonnances médicales, ou s'il doit les rendre au malade, sauf dans les cas de prescriptions de toxiques ou de réformés de guerre.

De leur côté, les Caisses d'assurances sociales ont-elles le droit de refuser à leurs ressortissants la restitution des ordonnances, que les assurés apportent pour se faire rembourser leurs dépenses pharmaceutiques ?

1° En droit commun

D'une manière générale, l'ordonnance est la propriété du malade et doit rester entre ses mains. Si pour un motif quelconque le pharmacien veut conserver l'original, il doit en délivrer copie au client.

A part les dispositions législatives ou réglementaires qui autorisent ou obligent le pharmacien à conserver l'ordonnance, en ce qui concerne la vente des produits toxiques, ou la délivrance de médicaments pour blessés du travail, Mutualité, etc., l'ordonnance médicale doit être considérée comme étant la propriété du client, qui l'a achetée au docteur.

Le malade a tout intérêt à conserver le papier sur lequel sont inscrits la manière d'absorber les médicaments, les heures des prises, le régime alimentaire prescrit, etc...

Il doit également conserver cette ordonnance, au cas où il voudrait la faire renouveler, tant dans la même pharmacie que, dans une autre officine. Cet écrit sera encore sa sauvegarde tant contre le médecin que contre le pharmacien.

La jurisprudence a souvent fait grief au docteur de sa mauvaise écriture, de la rédaction défectueuse, des lapsus calami, des erreurs de doses, etc...

Mais également peut être mis en cause le pharmacien qui a exécuté, sans les lui signaler, les erreurs du médecin. Il sera également responsable de ses propres erreurs, ou de celles de son personnel, de la tromperie sur la qualité, le poids, de l'absence ou de la substitution des médicaments prescrits.

La preuve de la faute commise par le médecin, ou par le pharmacien, le malade ne pourra la prouver que si l'ordonnance lui a été rendue. Si cette dernière reste entre les mains du pharmacien, toute trace du délit peut ainsi disparaître, frustrant le client de la légitime réparation qui lui est due au cas où un dommage lui aurait été occasionné.

Le Tribunal de paix de Roquefort (Landes) 5 janvier 1920, a condamné à des dommages-intérêts, un pharmacien qui avait refusé de rendre une ordonnance médicale à un client.

2° Assurances sociales

Le pharmacien peut-il garder l'ordonnance d'un assuré social ? Non en vertu de l'art. 27 du Règlement-type d'administration intérieure des Caisses primaires où nous lisons :

« *Art.* 27. — L'assuré ayant reçu du médecin, « du chirurgien-dentiste ou de la sage-femme une « ordonnance pharmaceutique la fait parvenir « pour exécution au pharmacien ou à l'herboriste diplômé de son choix. Ce praticien exécute l'ordonnance sur présentation de la carte « d'immatriculation et de la feuille de maladie « de l'assuré. Il appose son cachet sur cette « feuille après exécution de l'ordonnance. Il « établit en marge de l'ordonnance le détail de « la tarification. Cette tarification est faite « d'après le tarif ordinaire de la clientèle sans « qu'elle puisse dépasser le tarif fixé par la convention entre la Caisse et les Syndicats professionnels, ou, à défaut de convention, « d'après le tarif national. L'assuré paye directement le pharmacien ou l'herboriste, qui « donne quittance sur l'ordonnance des frais « relatifs à l'exécution de celle-ci. Sur le vu de « l'ordonnance acquittée, l'assuré est remboursé par la Caisse sous réserve de sa participation légale de 20 % pour la partie de « l'ordonnance inférieure à 25 francs et de 40 % « pour le surplus. »

Une Caisse d'assurances sociales peut-elle garder les ordonnances lorsqu'elle les a remboursées ? Voici à ce sujet une réponse ministérielle parue dans le *Journal Officiel* du 13 mars 1935 :

« M. Taittinger demande à M. le Ministre du « Travail : 1° si les Caisses d'assurances sociales « ont le droit de conserver les ordonnances médicales qui sont la propriété des malades et « contiennent souvent des indications nécessaires au traitement ; 2° si ces Caisses ne devraient pas, à tout le moins délivrer immédiatement une copie de ces ordonnances aux « malades comme font légalement les pharmaciens quand il s'agit de toxiques ?

« *Réponse* : 1° et 2° Lorsque l'assuré en fait « la demande, la Caisse primaire doit lui rendre « l'ordonnance médicale et en conserver une « copie comme pièce comptable. »

Si la Caisse refuse de restituer l'ordonnance, l'assuré peut s'adresser à la Commission d'arrondissement par la voie du Juge de paix de la dite Commission du siège social de la Caisse.

Dr Paul Boudin.

LA MÉDECINE PROFESSIONNELLE ET SOCIALE A L'ÉTRANGER

Par le Docteur Fernand DECOURT

Secrétaire général de l'A. P. I. M. (1)

La spécialisation en médecine et les spécialistes

Et d'abord, il conviendrait de préciser, avant d'examiner ce qui se passe, à ce sujet, dans les pays, les deux points suivants : Qu'est-ce qu'un médecin spécialiste et à quoi le reconnaît-on ? On peut, semble-t-il, répondre, de façon générale : « Le médecin spécialiste est celui qui exerce son art, non pas envers TOUS les malades qui se présentent à lui, mais seulement envers ceux ayant une affection, qui relève de la *branche particulière* de la médecine, que ce spécialiste a choisie. » Dès lors, nous pouvons l'opposer au médecin qui soigne *tous* (*omnes*) les malades et est donc un « *omnipraticien* », et nous dirons, en bref : « Le spécialiste est celui qui n'est pas omnipraticien » (2).

Nous venons de distinguer le spécialiste, dans l'espace, pour ainsi dire, en théorie. Mais pratiquement comment le distingue-t-on ? Y a-t-il une « distinction » légale, réglementaire reconnue de tous ?... Ceci varie essentiellement suivant les pays et c'est ce que nous allons examiner.

D'après l'Enquête internationale effectuée pour l'A. P. I. M., il convient de faire les trois catégories suivantes : *a*) Règlementation légale ; *b*) Règlementation professionnelle ; *c*) Aucune réglementation.

A. Règlementation légale *édictée par le Gouvernement et* IMPOSÉE *au Corps Médical.* — Nous la trouvons dans les quatre pays suivants : Hongrie, Tchécoslovaquie, Yougoslavie et Bulgarie.

1° HONGRIE. — Ordonnance de 1924 du ministère du Travail et de la Prévoyance sociale. Tout médecin est autorisé, par son titre, à soigner tout malade, mais il ne peut *s'annoncer* comme spécialiste, s'il n'est *inscrit* comme tel sur la *liste* des spécialistes, de la spécialité choisie par lui comprise dans les SEIZE branches différentes de spécialisation en médecine, à savoir : 1° Maladies internes ; 2° Maladies infantiles ; 3° Maladies du système nerveux ; 4° Maladies mentales ; 5° Chirurgie ; 6° Orthopédie ; 7° Maladies génito-urinaires ; 8° Obstétrique et gynécologie ; 9° Ophtalmologie ; 10° Rhino-laryngologie ; 11° Otologie ; 12° Dermatologie ; 13° Stomatologie ; 14° Physiothérapie ; 15° Radiologie ; 16° Histologie et chimie pathologique.

Qualification et habilitation. — Il faut qu'*après* être qualifié omnipraticien, il ait accompli un stage dans un service de sa spécialité pendant deux ans dans une clinique d'Université, ou trois ans dans une clinique quelconque (mais agréée à ce sujet), et en justifie par un certificat.

Sanction. — Quiconque se qualifie spécialiste, sans être inscrit sur les listes, se rend passible d'une contravention et est frappé d'une amende.

Spécialités multiples. — Tout médecin, avons-nous vu, peut soigner toutes les maladies même faisant l'objet de « spécialités », le spécialiste le peut donc également, mais il ne peut se *qualifier* que pour une seule spécialité (sauf en cas de certaines spécialités *très* connexes : maladies nerveuses et mentales, par exemple, ou rhino-laryngologie et otologie, ou chirurgie et orthopédie.

Honoraires. — Ils sont, en général, plus élevés que pour les omnipraticiens.

Groupements de spécialistes. — Un seul en dehors de l'Union des médecins de Hongrie : « l'Association des dentistes ». Nous ne parlons ici que des groupements professionnels et non de ceux scientifiques.

(Les détails dans lesquels nous sommes entrés au sujet de la Hongrie nous permettront d'être beaucoup plus brefs pour les trois autres pays qui se rangent, en ce dont nous parlons actuellement, dans la *même* catégorie).

2° TCHÉCOSLOVAQUIE. — Arrêté du ministre de l'Hygiène du 6 avril 1927. — Auparavant, la différenciation du spécialiste avait pour base « une discipline volontaire des médecins », d'après les Chambres médicales. Actuellement, nul médecin ne peut se dire spécialiste sans une « qualification spéciale » après enquête de magistrats. — Liste des spécialités analogue à celle de Hongrie ci-dessus. — La qualification est accordée après preuve fournie de deux ou trois

(1) « Association professionnelle internationale des médecins ».

(2) Nous ne parlerons pas, dans cet exposé, des « médecins CATÉGORISÉS. Ceux-ci ne s'occupent pas d'une branche spéciale de la médecine, mais sont des omnipraticiens ne donnant leurs soins qu'à certaines catégories de malades. En 1927, lors de l'envoi de notre questionnaire pour l'enquête de l'A. P. I. M., nous avions proposé ce qualificatif de médecins catégorisés « simplement pour fixer les idées et en attendant mieux », disions-nous. Depuis le mot est resté à l'A. P. I. M. et dans certains pays possédant ce genre de confrères.

F. D.

ans d'études spéciales (suivant la spécialité fournie). Exceptionnellement, à la suite autodidacte de travaux scientifiques. En tout cas, la première instance est l'examen des faits par la magistrature et, en deuxième instance, celle-ci invite (à titre *consultatif* seulement) la « Chambre des médecins qualifiée », à vérifier et juger les certificats fournis. En cas de refus par le Tribunal de « qualifier » le spécialiste, celui-ci peut faire appel devant le ministre de l'Hygiène. Les médecins sont *contraires* à l'intervention de la magistrature, en l'espèce. On peut se spécialiser en plusieurs branches très proches, mais il faut une qualification spéciale pour chaque branche. Les médecins spécialistes ont le droit de demander des honoraires *doubles* de ceux des omnipraticiens. Ils ont leur propre organisation professionnelle (l'une slave, l'autre allemande), mais faisant toutes deux parties de l'Association médicale centrale.

3° YOUGOSLAVIE. — Arrêté du ministre de la Santé du 19 août 1927. Pour être qualifié, il faut trois ans de stage officiel, et même quatre ans pour : hygiène, chirurgie, obstétrique et gynécologie (pour ce dernier cas, dans les quatre ans, un an de chirurgie). Puis examen devant une Commission nommée par le Ministre. Exceptionnellement, certains médecins de haute notoriété peuvent obtenir le titre de spécialistes par décision spéciale du Conseil sanitaire supérieur. — Dix-huit catégories de spécialités (analogues à celles de Hongrie). — Possibilité d'exercer un groupe de spécialités analogues. — Honoraires plus élevés en pratique privée, mais *égaux* en médecine sociale. Il y a des « sections » de spécialistes dans les Associations professionnelles régionales, mais pas de groupement national de spécialistes.

4° BULGARIE. — Trois ans de stage spécialisé, après et en plus du stage obligatoire de deux ans de l'étudiant en médecine. — Sanctions prononcées par la Direction du Service de santé. — Honoraires, en pratique, à peu près doubles. — Pas de groupements professionnels particuliers. — Le reste analogue aux autres pays ci-dessus.

B. — Règlementation par des Conventions professionnelles en Allemagne, Danemark, Danzig, Hollande, Norvège, Suède.

1° ALLEMAGNE. — Provient d'une décision du « Congrès des Praticiens » de Brème en 1924. Pour être qualifié, est exigée pour chaque branche, la preuve d'un stage de trois ans et même quatre ans pour : chirurgie, obstétrique et gynécologie et médecine interne sur les quatorze branches de spécialités, à savoir : 1° Chirurgie ; 2° Obstétrique et gynécologie ; 3° Orthopédie ; 4° Ophtalmologie ; 5° O. R. L. ; 6° Dermato-vénéréologie ; 7° Urologie ; 8° Neurologie et Psychiatrie ; 9° Radiologie et Actinothérapie ; 10° Stomatologie ; 11° Médecine interne ; 12° Entéro-stomatologie ; 13° Phtisiologie et Voies respiratoires ; 14° Pédiatrie.

En cas de manquement aux règles professionnellement établies, « Tribunal d'honneur » de la Chambre des médecins intéressée, après instruction des « Commissions locales de contrôle ». On peut exercer deux spécialités « ayant un rapport logique » seulement. Un omnipraticien n'est pas autorisé à exercer — en plus — une spécialité. Honoraires plus élevés en clientèle privée, mais égaux en médecine sociale. Il y avait autrefois un Groupement particulier des médecins spécialistes, filial du Groupement général, mais son existence donnant lieu à des difficultés continuelles, il a disparu.

2° DANEMARK. — Situation provenant d'une Convention professionnelle votée à l'Assemblée générale du Groupement national des médecins, en août 1925, à Horsens. — « Bureau permanent » pour le contrôle de l'exercice des spécialités avec six membres (professeur, médecin d'hôpital, spécialiste omnipraticien de ville et de campagne et représentant de la « Société des médecins jeunes »). Appel possible devant le Comité directeur du Groupement national. Quatorze spécialités reconnues (analogues à celles d'Allemagne). Pour être qualifié « spécialiste », il faut d'abord les conditions générales de l'omnipraticien : six ans d'études de médecine, stages accomplis et deux ans d'exercice de la médecine courante en plus. *En outre* justifier, dans la spécialité choisie, les études et stages hospitaliers durant deux à trois ans, suivant les cas. Le Bureau du Groupement national dresse chaque année la liste des médecins qualifiés spécialistes, et seuls ceux-ci auront le droit de s'annoncer comme tels dans les indicateurs ou annuaires d'adresse, de téléphone, etc... Ils gardent le droit, comme tout docteur en médecine, à la pratique générale, mais pas pour les Caisses-maladie, ni comme médecin communal, à moins d'une autorisation particulière de sa section régionale. Un spécialiste doit justifier des titres nécessaires pour chaque spécialité qu'il désire exercer. — Des Sociétés professionnelles spéciales existent pour prescrire toutes les spécialités, mais toutes affiliées, de façon ou d'autre, avec le Groupement professionnel national.

3° DANZIG. — Organisation semblable à celle de l'Allemagne.

4° HOLLANDE. — Situation provenant d'un article du Règlement général de l'Association médicale nationale (24 juillet 1916). Quatorze spécialités définies dans les contrats avec les Caisses, mais n'en font pas partie : les massages, l'orthopédie, la radio et radiumthérapie et l'odontologie. Mêmes juridictions et sanctions que pour les omnipraticiens membres du Groupement national, qui comprend 75 % de la totalité

des médecins. Plusieurs spécialités peuvent être exercées à la fois, mais surtout dans les petites villes. Honoraires plus élevés dans tous les cas. Il y a quelques groupements particuliers de spécialistes, mais peu importants.

5° NORVÈGE. — En 1916, l'Association des médecins de Norvège, qui comprend 93 % du Corps médical, établit des règles fixes. Dès lors, un médecin ne peut se déclarer spécialiste sans y être préalablement « autorisé ». Dix spécialités reconnues. Autorisation accordée par un Comité (désigné en Assemblée générale) de cinq membres spécialistes, en la branche choisie. Le médecin doit avoir été « agrégé » (étudiant inscrit) pendant quatre à six ans, avoir fait des stages dans un hôpital par moitié médecine et chirurgie, quatre mois chaque, avoir exercé un an comme assistant d'un spécialiste, avoir eu deux à quatre ans d'études *supplémentaires* dans la branche choisie. Il y a un certain nombre d'Associations de spécialistes, autrefois uniquement scientifiques, mais de plus en plus, s'occupant de questions professionnelles en dehors ou en commun avec l'Association générale.

6° SUÈDE. — Situation définie par la « Convention » établie par la Fédération des médecins de Suède. « L'investiture » est donnée par le Directeur de la Société départementale, après instruction d'un Comité spécial et présentation des certificats de stage et d'études, avec appel devant le Comité central de la Fédération. Dix-neuf spécialités reconnues. On ne peut en annoncer plus de deux. Pour être investi spécialiste, il faut des études spéciales dans les hôpitaux et des stages dans une clinique de la spécialité. Un spécialiste peut soigner tout malade, mais ne peut annoncer qu'une seule spécialité (parfois deux, si elles sont très proches). De même, un omnipraticien peut soigner des maladies spéciales (sans se déclarer spécialiste naturellement) et aussi pratiquer, en plus, une spécialité. — Honoraires plus élevés dans la clientèle privée, mais égaux en médecine sociale.

C. — Pas de réglementation précise et générale. — Il en est ainsi en : Belgique, Estonie, France, Grande-Bretagne, Lettonie, Pologne, Suisse. — Nous ferons néanmoins quelques observations pour chacun de ces pays.

1° BELGIQUE. — Tout docteur en médecine est libre de se spécialiser dans une branche de la médecine, sans qu'il y ait de lois, ni de règlements officiels, qui puissent les lui interdire. Les diverses spécialités, ainsi que ceux qui les exercent ne dépendent que de l'*usage*. Toutefois, actuellement (fin 1937), il y a un *projet de loi* en discussion en vue de la création de *mentions* de pécialités sur le diplôme de doctorat en médecine, après études spéciales certifiées et examen probatif. Le Corps médical belge ne voit guère ce projet d'un œil bienveillant.

2° ESTONIE. — Il n'y a que six spécialités définies et reconnues par l'*usage*, mais sans règles ni formalités. Pas d'honoraires plus élevés et pas de Groupements professionnels particuliers.

3° FRANCE. — Chaque praticien est libre de se spécialiser à sa convenance, mais les spécialités groupées et organisées professionnellement sont principalement celles des : chirurgiens, oculistes, O. R. L., stomatologistes, électro-radiologistes, biologistes, etc., formant un « Groupement général des médecins spécialisés » affilié à la « Confédération des Syndicats médicaux français ». — Depuis quelques années, il y a tendance à « qualifier » les spécialistes dans chaque section spéciale, en les inscrivant sur des listes qui sont publiées (chirurgiens, par exemple), mais sans rien d'officiel à ce sujet. La question de « *mentions* », de spécialités à apposer sur le diplôme ou de « brevets de spécialistes » est en vue au Parlement, où un projet de loi est même déposé à ce sujet. La Confédération des Syndicats médicaux n'a pas encore pris une position définitive sur cette question, et il semble qu'une grande partie du Corps médical n'y soit pas favorable. Les honoraires des spécialistes sont plus élevés que ceux des omnipraticiens tant en clientèle privée qu'en médecine sociale.

4° GRANDE-BRETAGNE. — Quiconque peut y exercer l'art de guérir à condition de ne pas se « qualifier » faussement. La question de l'exercice des spécialités ne se pose donc pas. Celles-ci ne sont pas formellement définies d'ailleurs, mais seulement d'après une entente générale parmi les médecins. Un spécialiste est reconnu comme tel par ses confrères, ou par suite de son service dans un hôpital, ou par le public et par les recommandations des malades. Leurs honoraires sont plus élevés, d'ordinaire, que ceux des omnipraticiens, soit en médecine privée, soit en médecine sociale. Pour les oculistes, la British Medical Association a dressé pour les Caisses-maladie une liste de confrères spécialement compétents, et celles-ci paient un prix spécial pour leurs consultations (plus que pour les omnipraticiens). Pas de groupements professionnels des spécialistes. « La position de la Grande-Bretagne, au sujet des spécialistes, est basée sur le principe général de l'individualisme et le désir de la moindre intervention officielle possible. » — Néanmoins, il y a une tendance croissante, à la « qualification » comme spécialiste et quelques universités donnent maintenant des diplômes en ophtalmologie et en radiologie.

4° LETTONIE. — La notion du spécialiste n'existe que par coutume et sans aucune définition officielle ; l'exercice des spécialités est donc complètement libre. Seuls, le radiologues sont tenus de solliciter l'autorisation de la Santé

publique. Mais le besoin s'impose de fixer la question entière par un règlement ou par une loi et notre Groupement professionnel national le réclame. Les spécialistes demandent généralement des honoraires plus élevés. Pas de groupements professionnels particuliers.

5° POLOGNE. — Notion du spécialiste définie simplement par l'usage et par l'opinion du Corps médical, les Chambres médicales intervenant parfois en cas d'infraction trop manifeste à la déontologie. Chaque médecin peut exercer la spécialité qui lui plaît, sauf pour la stomatologie qui est soumise à certaines règles par les Universités. Un spécialiste exerce exceptionnellement deux spécialités, ce qui est mal vu par le Corps médical. Les honoraires sont plus élevés en clientèle privée mais égaux en médecine sociale. Dans les Caisses-maladie sont considérés comme spécialistes ceux qui ont été agréés par la « Commission mixte » formée par les représentants de la Caisse et ceux de l'Association des médecins de Caisse. Pas de groupements particuliers professionnels des spécialistes.

7° SUISSE. — Autant de lois sanitaires et prescriptions que de cantons (et il y en a vingt-cinq !). Trois seulement mentionnent les spécialistes et encore de façon indirecte. Donc aucune « délimitation » du spécialiste, ni par la Confédération suisse, ni par cantons, ni par organisations syndicales. Il y a néanmoins dans les « Codes de déontologie » et les « Associations de spécialistes », certaines règles établies, mais qui ne lient que les membres de ces groupements et peuvent entraîner les fautifs devant les « Conseils de famille ». L'exercice simultané de plusieurs spécialités est rare, sauf en cas de spécialités très proches. Les honoraires sont égaux à ceux des omnipraticiens, le plus souvent, tant en médecine privée qu'en médecine sociale. — Pas de groupements professionnels particuliers.

***

Voici maintenant les conclusions adoptées par le conseil général de l' A. P. I. M.

— 1° La spécialisation en médecine apparaît comme inévitable, étant donnés les progrès de la science et de la pratique médicales ;

— 2° Le médecin spécialisé doit posséder une culture médicale générale, au moins équivalente à celle de l'omnipraticien.

— 3° Le « médecin spécialiste » (ou « spécialiste » tout court) est celui qui — comme son nom l'indique et par opposition à l'omnipraticien — s'est spécialisé dans l'étude et l'exercice de telle ou telle branche particulière (appelée « spécialité ») de l'art de guérir, qu'il exerce exclusivement ou de préférence, et dans laquelle il a acquis une dextérité et une autorité spéciales.

— 4° Une « spécialité », dans le sens de branche spéciale de l'art médical, est constituée par un domaine de cet art, circonscrit à l'étude et à la pratique intensifiées, sinon exclusives, de certaines maladies, de certaines catégories de malades, de la pathologie de certains organes et de certaines fonctions, et de l'application de certains procédés de traitement et de recherches.

— 5° Il est désirable que le nombre des « spécialités » ne soit pas multiplié à l'infini, mais qu'il soit, au contraire, dans chaque pays, réduit au plus petit chiffre possible.

— 6° La pratique des spécialités devrait être soumise à une spécification et à une réglementation.

— 7° Une telle réglementation devrait se faire par les organisations médicales.

— 8° Le minimum des conditions mises à l'autorisation donnée à un médecin de se proclamer « spécialiste » devrait être : a) Une bonne culture médicale générale, culture au moins égale à celle de tout omnipraticien ; b) Des études spéciales et une pratique hospitalière — comme assistant, interne ou chef de clinique — d'une durée suffisante dans un service, reconnu d'importance suffisante, de la spécialité choisie ; c) Avoir à sa disposition une installation suffisante.

— 9° Il ne faudrait pas exclure complètement la possibilité — pour un médecin « autodidacte » — d'arriver à obtenir l'autorisation de pratiquer une spécialité, de se proclamer spécialiste.

— 10° La pratique des spécialités devrait non seulement être réglementée, mais encore surveillée, et des sanctions pouvoir être prises envers les délinquants.

— 11° En général, un médecin spécialiste ne devrait exercer qu'une seule et même spécialité.

— 12° Tout médecin omnipraticien peut accomplir un acte relevant d'une spécialité (son diplôme lui en donne le droit), mais ce n'est qu'au cas où il remplit les conditions spéciales exigées et requises pour cela, qu'il peut se proclamer « spécialiste » et s'annoncer comme tel (plaque à sa porte, cartes de visites, en-tête des formulaires d'ordonnances, etc.).

— 13° Il serait désirable que les malades ne s'adressent pas directement au spécialiste, mais lui soient adressés par l'omnipraticien.

— 14° Il semble légitime que tout médecin spécialiste, digne de cette qualification, puisse avoir droit — pour une même intervention — à des honoraires plus élevés que l'omnipraticien.

— 15° Toute convention entre médecins et Caisses — dût-elle même ne concerner que des spécialistes, et même si ces derniers ont une organisation professionnelle spéciale — doit être conclue par les organes de l'organisation médicale centrale. Ceux de l'organisation spéciale doivent toutefois être consultés.

« T E N N I S »

Par Robert JEUDON

Maître de Conférences à l'Ecole pratique des Hautes-Etudes,
Membre du Tennis Club Médical de Paris

Le *tennis*, tant par sa technique que pour ce qui concerne ses effets physiologiques sur ses adeptes, se présente sous un aspect tout à fait différent des autres sports de compétition.

En effet, en athlétisme, en ski, en natation, en cyclisme, en aviron, la compétition se joue sur des distances sur des temps fixés à l'avance, et les écarts entre les athlètes se dosent de façon quasi-mathématique en kilos, en mètres ou en centimètres, en secondes ou en dixièmes de seconde. Si bien que les réactions physiologiques, par rapport à une performance donnée, sont assez faciles à étalonner et à comparer.

Même dans les sports par équipes, tels que football, rugby ou hockey, une base de comparaison est possible du fait de l'unité de temps, on sait qu'une mi-temps dure exactement 40 ou 45 minutes, et l'on peut, dans une certaine mesure, calculer sur ce temps l'effort à fournir.

En tennis au contraire, si l'effort athlétique est moins violent, moins intense, il peut être, par contre, l'occasion d'une usure, insoupçonnée des profanes, de la résistance organique et surtout de la résistance neuro-sensorielle, du fait que le joueur, en face d'un partenaire de force à peu près égale, est dans l'impossibilité de doser son effort sur un temps ou sur une distance connue à l'avance. En effet, le système qui consiste à compter par points, par jeux et par sets fait que, tant que la dernière balle n'est pas jouée, les situations les plus désespérées peuvent être redressées, et que le joueur ne peut affirmer s'il devra prolonger son effort une minute ou plus.

Ensuite, en tennis comme pour tous les sports où la précision joue le plus grand rôle, si les qualités athlétiques sont désirables, elles doivent s'incliner souvent devant la technique ou la tactique, manifestations de l'intelligence et du sens logique plus que de la qualité musculaire. C'est pourquoi l'on a pu voir des sujets dénués de toute qualité athlétique et qui eussent été incapables de courir un 800 mètres ou de grimper 3 mètres à la corde, devenir et rester champions du monde, grâce à une technique supérieure. Dans le programme olympique, il n'est aucun autre sport dans lequel de tels sujets auraient pu accomplir des performances moyennes.

Loin de nous la pensée de conclure de ces faits que le tennisman ne doit pas être un athlète complet. Avec les tactiques modernes qui rendent le jeu de plus en plus rapide, à technique égale, l'athlète finira par l'emporter sur l'insuffisant musculaire ou respiratoire. Dès lors, si dans les autres sports la recherche des aptitudes et des contre-indications porte surtout sur l'examen physiologique, organique et clinique, elle relèvera plus particulièrement, pour le candidat au tennis, des qualités neuro-sensorielles, du sens musculaire et du caractère.

L'examen d'aptitude au tennis comportera donc, à mon sens, deux chapitres :

1° *Une fiche physiologique*, portant sur l'examen morphologique, physiologique et clinique, selon les formules habituelles, mais dans laquelle on n'aura que rarement à sanctionner par la mention « inapte », les contre-indications se limitant à des cas nettement pathologiques, tels qu'une lésion cardiaque, pleuro-pulmonaire ou rénale. On attachera cependant une importance particulière, dans les épreuves fonctionnelles, à la vitesse du jeu de jambes, aux démarrages rapides entrecoupés de freinages subits et de changements de pied et de direction, aussi bien *en reculant qu'en avant ou latéralement, et aussi* sur la souplesse lombaire et articulaire, qualités nécessaires au tennis.

Quant à la pathologie du tennis, elle se limite heureusement, à part le « *tennis-elbow* » à des accidents banals et très rares dus à des chutes violentes ou à des contacts trop violents avec la raquette du partenaire ou les poteaux, qui dressent le filet. Cependant on a pu déplorer quelques traumatismes oculaires graves, entre autres celui dont fut victime un champion de France d'avant-guerre. Mais ce sont là des cas tout à fait exceptionnels.

Soulignons aussi que la force musculaire proprement dite pourra être seulement moyenne, car la vitesse donnée à la balle relève davantage d'une bonne prise de la raquette, de son incidence, du fait qu'elle est frappée ou non en plein centre de la raquette, ou qu'elle est accompagnée et « suivie » du poids de tout le corps, que de la force musculaire de tel ou tel groupe.

2° *Un examen neuro-sensoriel*, qui retiendra toute l'attention :

A) *Du sens musculaire*, qu'on recherchera dans ses trois notions classiques de position, de résistance et d'équilibre, au moyen des tests actuel

lement en usage, par exemple, en orientation professionnelle (1).

B) *De la fonction visuelle*: correction suffisante des troubles de la réfraction ou de l'accommodation ; la photophobie. Un joueur doit, par tous les temps et sous le soleil, pouvoir fixer et suivre la balle sans la quitter des yeux pendant une heure et demie ou deux heures, avec une juste appréciation des distances et de la vitesse de la balle.

C) *Du sens tactile*, car la prise en main du manche, la pression constamment variable des doigts sur celui-ci jouent, sur la vitesse et la direction de la balle, un rôle prépondérant.

D) *De la rapidité et de la précision des réflexes.* Exemple : études des temps de réaction par l'appareil de d'Arsonval.

E) De l'attention, du jugement, du « self-control » par des tests analogues à ceux de psychotechnique pour la sélection des aviateurs, des conducteurs d'automobile, etc.

Exemple : ce que nous appelons au tennis la « concentration » est dans le domaine musculaire l'équivalent de l'attention dans le domaine mortel, et ce qui nous appelons « l'anticipation », cette sorte d'aptitude qui fait que certains joueurs sont toujours placés, et bien placés, là où il faut l'être pour recevoir si jouer la balle dans les meilleures conditions, nous semble devoir être assimilé à un réflexe conditionnel, et leur étude relever des mêmes tests.

Enfin, le caractère et la personnalité du joueur nous semblent très importants. En effet, il n'est pas de sport où l'on constate, entre les champions et leur style propre, des différences aussi marquées. Presque tous les coureurs, les lanceurs, sont bâtis sur le même gabarit, l'entraîneur exercé peut presque toujours, tel un « maquignon », deviner leur spécialité au simple examen de leur morphologie, de même pour les haltérophiles, ou les lutteurs, les sauteurs ou les leveurs de poids ou de disque.

Au contraire, en tennis, il n'est rien de plus variable, dans leur morphologie, comme dans leur tactique, que les caractéristiques des grands champions, dont chacun apporte au succès son style particulier, sa personnalité intellectuelle.

Ne concluons pas cependant que le tennisman ne doive pas, à partir d'une certaine classe, posséder les qualités athlétiques et le « cran » qui font les grands champions dans tous les sports. Car, du fait même que le match n'est pas limité par le temps et que jusqu'à la dernière seconde une situation désespérée peut se redresser, on conçoit la tension forcenée qui, dans une grande épreuve, peut en résulter et que, en tennis, au contraire, il n'est rien de plus variable, dans leur morphologie, comme dans leur tactique, que les caractéristiques physiques et la personnalité de chacun de nos champions.

C'est que, en athlétisme, les gestes nécessaires à atteindre la performance sont limités et toujours identiques, à peu de chose près. Il n'y a que deux ou trois styles, grâce auxquels on ait pu franchir deux mètres en hauteur ou lancer le poids de 7 kilogr. à plus de 15 mètres, ou pour courir un 110 mètres haies. Tandis qu'au tennis la diversité et la complexité des gestes et des tactiques est si grande que les styles marquent davantage la personnalité de l'auteur.

Il n'y a rien de plus différent de la mécanique académique d'un Lacoste que l'astuce d'un Tilden, la puissance d'un Vines, la furia acrobatique et la fantaisie d'un Borotra, ou le génie naturel d'un Cochet, que Bellin du Coteau décrit justement « l'équilibre fait homme », comme si, tel un pigeon voyageur, il possédait un sens spécial lui permettant de savoir toujours où va venir la balle et, d'être toujours à la place qui convient par une sorte de divination régie par un système neuro-musculaire affiné à l'extrême ». Comme dans leur style, les grands joueurs s'affirment aussi par leur caractère et leur « cran ». Au moment dramatique où les volontés chancellent après deux heures de fatigue physique et de tension nerveuse maxima ; où le court, la balle et l'adversaire s'estompent comme dans un brouillard ou la lumière va s'éteindre et dans lequel il faut voir encore, le champion est celui qui sait durer une minute de plus que l'autre et qui, au dernier jeu du cinquième set, jette, avec la balle, son âme dans la bataille.(1)

(1) Voir Maurice Boigey : Traité scientifique de l'éducation physique (Payot, éditeur, 106, boulevard Saint-Germain, 1923) et Robert Jeudon : L'Education du geste (Edition des *Annales de l'enfance*, 23, rue Friant, Paris, 1934).

(1) Congrès international de médecine appliquée aux sports et à l'éducation physique. (Paris, 1937).

LA SÉLECTION DES CONDUCTEURS DE VÉHICULES RAPIDES DANS LA PRÉVENTION DES ACCIDENTS ROUTIERS

D'après le Professeur S. DIEZ, de Rome (1)

La mortalité, qui dérive des accidents routiers, est supérieure à celle causée par de nombreuses maladies infectieuses. D'autre part, le nombre des victimes de la rapidité des véhicules, dans les rues des grandes villes comme sur les routes du monde, est supérieur au nombre des morts par accidents de machines industrielles. Sur le total de ces accidentés, on relève environ 4 % de morts et 25 % de blessés graves.

Des mesures préventives doivent tendre à améliorer sans cesse techniquement les routes et les véhicules du point de vue de la sécurité ; il faut aussi sélectionner professionnellement les conducteurs, et prescrire des dispositions qui réglementent la circulation des véhicules et des piétons, principalement dans les rues encombrées des villes et sur les grandes voies de communication à trafic intense ; enfin, il est nécessaire de prendre des sanctions envers les responsables des accidents, et d'éduquer les masses, qui circulent dans les rues des villes et sur les routes des campagnes, afin de leur apprendre à se garer des accidents routiers.

Il ne sera question ici que de l'aspect médical de la question des facteurs humains, c'est-à-dire de ceux à qui l'on peut attribuer une large part dans les questions de responsabilité du danger des voies de circulation ; puis seront envisagés les moyens aptes à réparer toutes les déficiences.

Pour traiter la question d'un manière concise, on peut dire que les causes les plus fréquentes dépendent d'une part du *défaut d'attention* (piéton ou conducteur de véhicule), soit *de l'excès de vitesse.*

La cause de la majeure partie des accidents par le facteur humain doit être recherchée dans une prédisposition aux accidents pour certains conducteurs. La responsabilité humaine serait envisagée dans 90 % des accidents routiers.

Cette prédisposition peut être occasionnée par des maladies aiguës ou chroniques, mais le plus souvent les accidents sont dus à des défaillances humaines, suites de facteurs constitutionnels héréditaires. On peut affirmer dès le début l'impossibilité de remédier, par l'exercice, à ces déficiences héréditaires.

Certes une sérieuse sélection des conducteurs réussit à éliminer les indésirables, mais il n'est pas possible d'éviter par la suite des causes temporaires ou permanentes, qui prédisposent à l'accident. Ainsi, en est-il de la déchéance humaine causée par l'âge et le travail, des intoxications, par l'alcool notamment, ou d'autres motifs capables d'altérer les conditions psychiques de l'individu. L'éventualité de pareils facteurs rend nécessaire une observation constante des conducteurs, non seulement à des périodes fixes déterminées, mais encore chaque fois que, soit par un état morbide, soit par des incidences diverses, apparaissent des doutes sur la manière dont les sujets peuvent envisager la présence d'un danger.

Une remarque s'impose, au sujet des différentes catégories de transports en commun. Le conducteur des chemins de fer parcourt son chemin, sur une voie à lui, et il est exceptionnel qu'il doive éviter des individus qui traversent son parcours. Au contraire le conducteur de tramway, comme le chauffeur d'auto, trouve à chaque instant sur son chemin des obstacles qu'il faut éviter : véhicules ou piétons.

Pour les piétons, une des premières causes d'accidents est la mauvaise adaptation des personnes et de l'ambiance aux nouveaux et rapides moyens de locomotion. En effet, la diffusion des auto-véhicules s'est accomplie dans un temps très bref en regard des siècles de durée, pendant lesquels le véhicule, à traction animale, a été le maître de la route. Le public, circulant dans les rues, n'a pas eu le temps de s'adapter à la vitesse, aux signaux, au bruit des véhicules modernes. Un piéton, qui se trouve à l'angle d'un carrefour, et qui veut se transporter à l'angle diagonalement opposé, prendra aussi d'instinct la diagonale. Le conducteur de véhicule, lui-même, aura la tendance d'en faire autant par économie de temps.

Des circonstances favorables à l'accident dépassent encore les conditions individuelles ; ainsi en est-il par exemple : pour le crépuscule, qui altère le reflet des couleurs et les rend méconnaissables ; pour les lumières intenses, qui, réfléchies, estompent le profil des objets ; pour le brouillard, pour les stratifications atmosphériques chargées de poussières et de vapeur, en ce qu'ils empêchent la visibilité des véhicules, s'ils ne sont pas peints de couleur vive. Enfin des déficiences subjectives arrivent également à altérer l'appréciation des distances.

Un conducteur peut posséder une capacité de passer rapidement d'une adaptation à l'autre, selon les nécessités du moment. Cependant, il

(1) *Annales de médecine légale*, mai 1937.

faut savoir que cette alternance exige un effort plus grand que la persévérance dans une adaptation déjà prise, d'où augmentation de la fatigue individuelle. Sachons aussi que les sujets excessivement émotifs, sans empire sur eux-mêmes, sont plus que les autres aisément exposés aux accidents routiers. Très individuelle encore est la conduite du chauffeur pendant son travail. Il y en a, qui font attention à la route exclusivement; il y en a d'autres, qui se fixent dans l'expectative d'une éventualité déterminée, et attendent le péril. Mais, au moment où le péril se présente, ils sont incapables d'exécuter la manœuvre nécessaire. A ces facteurs subjectifs, il convient d'ajouter l'ignorance des sujets sur la valeur des aptitudes qu'ils possèdent et un très faible sens de la responsabilité.

Quant au facteur excès de vitesse, malheureusement les chauffeurs inexpérimentés s'y laissent prendre par une sorte de folie. Ils sont désireux de démontrer leur habileté ; puisque l'auto est un véhicule rapide, il faut dévorer l'espace. L'expérience ne les a pas encore assagis en leur faisant voir toutes les situations périlleuses que l'on peut rencontrer tout à coup, les difficultés à surmonter pour y faire face, les aptitudes *qu'elles exigent.* Aussi les chauffeurs les plus prudents se recrutent-ils parmi les sujets qui, avant de prendre le volant, ont eu l'occasion, d'être assis à côté du conducteur et de voir, de leurs yeux, tous les dangers de la circulation. Pour sauvegarder la vie humaine, il est nécessaire que tout conducteur possède la conscience des périls possibles de par sa faute ; sinon toutes les autres aptitudes, que l'on recherche par des moyens plus ou moins ingénieux dans les Instituts psychotechniques, seront sans valeur.

***

Sélection physio-psychique. — La sélection médicale et psychique des conducteurs de véhicules rapides des transports en commun est une nécessité généralement reconnue. Au point de vue des dangers pour les chauffeurs privés, il faudrait certainement procéder aussi à une très sérieuse sélection, puisque les causes des accidents, qui dépendent du facteur humain, sont exactement les mêmes, quelle que soit la catégorie sociale des chauffeurs.

D'une enquête faite en 1934 par la Société des Nations, il résulte que 31 Etats, sur 51 pays consultés, prescrivent l'examen médical pour tous les chauffeurs, mais six le font seulement pour les chauffeurs professionnels.

L'examen médical, tel qu'on le pratique partout, doit précéder l'enquête psycho-technique, car il peut déterminer à lui seul que dès l'abord un sujet est impropre à tout métier. Bon nombre de maladies, qui ne se révèlent pas à l'examen extérieur, provoquent un état d'infériorité de l'organisme par l'apparition rapide de la fatigue, par la diminution de la capacité d'attention et de la faculté d'adaptation des sens. Ainsi en est-il pour le diabète, la tuberculose, les néphrites. On sait que l'émotivité est subordonnée à de légers troubles dans l'équilibre du système végétatif, ainsi qu'à l'altération de quelques glandes endocrines. Il faut toutefois éviter une exagération injusticiable, qui consisterait à exiger pour le permis de conduire un état parfait de la santé et l'absence absolue de toute imperfection physique. Les maladies ou imperfections physiques ne doivent intéresser l'examinateur que dans la mesure de l'influence, qu'elles peuvent exercer sur la possession des aptitudes physiques sensorielles et psychiques, qui sont indispensables à l'emploi de chauffeur du point de vue de la sécurité.

Il est évident qu'on devra exclure les malades mentaux et les mentalement faibles, les épileptiques (à forme ouverte ou larvée), ceux qui souffrent de vertiges sous toutes ses formes, les malades nerveux et les criminels. L'existence des insuffisances valvulaires cardiaques bien compensées ne constitue pas une contre-indication ; on a vu pendant la guerre la résistance dont pareils sujets étaient capables. L'exclusion doit se borner au cas d'insuffisance, avec conséquences circulatoires plus ou moins graves. Il en sera de même pour les insuffisances cardiaques, suite de myocardite. L'hypertension artérielle devra être considérée d'une manière particulière, en tenant compte de la grande sensibilité du cerveau aux pressions sanguines basses et hautes, et du fait que parfois les variations soudaines de la pression déterminent des émotions pathologiques. En généra , tous les sujets qui, à cause de l'état de leurs artères ou du myocarde, peuvent être sujets à une mort soudaine ou à des phénomènes troublant momentanément la conscience, ne doivent pas être admis à conduire. La même règle s'appliquera aux néphrétiques et aux diabétiques. Dans ces cas, l'examen psycho-technique devra mettre en lumière jusqu'à quel point ces maladies à répercussion générale auront diminué les fonctions psychiques indispensables à la profession de conducteur.

Quant à la syphilis, on envisagera particulièrement son influence possible sur le système vasculaire et sur le système nerveux. Tout syphilitique sera soumis périodiquement à une observation médicale, afin que les troubles mentaux puissent être dépistés à temps, comme état initial de la démence paralytique, laquelle créée, sans doute possible, un état de danger pour le sujet malade. On éliminera l'alcoolisme aigu comme l'alcoolisme chronique, en raison de son influence néfaste chez les prédisposés, par une

grande instabilité des mouvements de réaction et de précision en face du danger.

Quant à l'acuité visuelle, la correction par les verres pourra être admise pour certaines catégories de chauffeurs. Le champ visuel devra être normal, ou du moins très peu au-dessous de la normale. Le sens chromatique fera l'objet d'un examen attentif, en raison de l'adoption récente des signalisations colorées dans les rues. Tous les sujets atteints de déficiences du sens chromatique, même s'ils ne sont pas réellement des daltoniques, ont besoin, pour reconnaître les couleurs, d'une observation et d'une attention prolongées ; aussi en apprécieront-ils mal les différences au crépuscule, par la pluie, le brouillard, les vapeurs. L'habitude qu'ils ont acqu se de reconnaître les couleurs au moyen de la différence d'intensité, alors que la luminosité est normale, peut faire que, dans les conditions sus-dites, ils croient reconnaître deux couleurs différentes, alors qu'il s'agit d'une couleur unique, plus ou moins intensément lumineuse. Un sujet, qui se révèle insuffisant, même une seule fois, au cours de son examen ne doit pas être admis à conduire. A noter que la perception chromatique normale peut être affaiblie par des états morbides, au premier rang desquels se range l'intoxication alcoolique ou nicotinique. Il faut donc contrôler cette perception, non seulement à certaines périodes fixées, mais aussi par un examen extraordinaire, chaque fois que surgit un doute ou que l'existence d'un de ces états morbides a pu être établie.

On doit aussi se rendre compte de la capacité visuelle crépusculaire, qui consiste dans l'aptitude plus ou moins grande de l'œil à bien distinguet, même par une luminosité réduite ; il en est de même du degré d'adaptabilité lumineuse, c'est-à dire du temps nécessaire à l'œil pour s'adapter au passage de la lumière à l'ombre, variable d'un individu à l'autre. L'éméralopie entraîne l'exclusion du candidat. On appréciera également la faculté d'évaluer les distances, qui est la résultante de plusieurs fonctions: l'accommodation, le sens stéréoscopique, l'attitude, les mouvements de la tête et du tronc.

Pour ce qui se rapporte à l'organe de l'ouïe, il s'agit d'établir le degré d'acuité auditive nécessaire au conducteur ; or celui-ci est exposé à varier avec l'âge, les maladies, d'où la nécessité d'examens périodiques. On éliminera tous les états morbides pouvant causer des altérations dans le sens de l'équilibre, au premier rang le vertige. Une audition normale est moins indispensable au chauffeur qu'une bonne vision pour bien conduire un véhicule rapide.

Le facteur psychique possède aussi une grande influence dans les causes des accidents routiers. En France, il existe trois grands laboratoires de sélection psycho-technique ; celui de M. Lahy (T. C R. P.), celui des chemins de fer du Nord et celui de M. Laugier, au réseau de l'Etat.

Dès 1922, l'Académie de médecine avait émis les vœux suivants : « Ne pas donner de permis avant 20 ans ; que les candidats ne souffrent pas de troubles mentaux, ni de lésions cardiaques, vasculaires, ou du système nerveux, ou encore d'insuffisance de la vue ou de l'ouïe ; qu'on ne donne des permis valables que pour dix ans, excepté quelques cas spéciaux pour lesquels ils auront une validité de trois ans ; que le permis soit révoqué dans les cas d'ivresse et récidives ; que chaque conducteur responsable d'un accident subisse une visite de révision ».

Lahy, pour la sélection des wattmen et des chauffeurs d'autobus à Paris, recherche des aptitudes fondamentales ou accessoires. Les premières comprennent notamment : la capacité de faire attention à des stimulations visibles multiples, et à des stimulations visibles et acoustiques simultanément, même sous l'influence d'action distrayante, la régularité et l'homogénéité des temps de réaction, afin d'exécuter rapidement des mouvements adéquats. Parmi les aptitudes accessoires, il faut citer : la rapidité du temps de réaction, la résistance à la fatigue, l'émotivité minime, la capacité d'évaluer la vitesse des objets en mouvement.

Après la visite médicale, M. Laugier soumet les candidats à des épreuves supplémentaires biotypologiques (morphologie, capacité pulmonaire, électrocardiogramme, temps de réaction simple et combinée) puis à des mensurations sensorielles spécifiques pour les organes de la vue et de l'ouïe. Il fait ensuite un examen pour déterminer la précision et la rapidité des mouvements, la précision du coup d'œil, l'intuition mécanique, le sens des formes. Les données sont résumées dans un tableau, qui constitue le profil biotypologique de l'examiné.

D'une manière générale, si on compare le nombre des voitures en circulation avec celui des accidents dans la même période, on voit que les automobiles ont marqué une augmentation graduelle de 218 %, et les accidents de 155 % seulement. Cependant il n'est pas inutile de répéter que, quelle que soit la méthode psycho-technique choisie, les aptitudes doivent être contrôlées périodiquement pour les conducteurs des véhicules rapides, car ils exercent des mé iers dangereux. Cette nécessité est imposée en raison des variations que subit le capital « aptitudes » d'un individu en raison de l'âge, des affections morbides, des infections, des intoxications, de la fatigue elle-même.

ASSOCIATION PROFESSIONNELLE INTERNATIONALE DES MÉDECINS

(A. P. I. M.)

12e Session du Conseil général

(*Paris, juillet 1937*)

Le Conseil général de l'Association professionnelle internationale des médecins (A. P. I. M.), a tenu sa 12e session annuelle les 8, 9, 10 juillet 1937, à Paris, au siège social de la Confédération des Syndicats médicaux français, 60, boulevard de La-Tour-Maubourg, qui est également le siège social de l'A. P. I. M.

Le Bureau de la Confédération des Syndicats médicaux, désireux de marquer de quelque solennité cette première réunion des délégués de l'A. P. I. M. dans le nouvel Hôtel confédéral, a organisé, pour le mercredi 7 juillet, une réception dont le ministre de la Santé publique a bien voulu accepter la présidence, et, au cours de laquelle le ministre, après avoir salué les délégués étrangers, a exprimé son désir de voir la collaboration se continuer entre le ministère de la Santé publique et les Syndicats médicaux.

La coïncidence de cette 12e Session avec les Journées médicales internationales de la Santé publique a permis de faire participer tous les correspondants de l'A. P. I. M. présents à Paris, à une série de manifestations de cordiale confraternité (grand banquet au Pavillon Dauphine, Bois de Boulogne et Gala au théâtre des Champs-Elysées).

C'est dans le salon des Aigles de l'Hôtel Crillon qu'eut lieu, le 9 juillet, le dîner confraternel, offert par la Confédération des Syndicats médicaux, aux délégués étrangers.

Le Docteur Humbel, vice-président de la Confédération présida cette soirée et sut marquer en quelques phrases particulièrement éloquentes l'intérêt croissant de cette vaste Association internationale de médecins, expression de la solidarité confraternelle, en face des problèmes difficiles que crée le fonctionnement des lois sociales appliquées dans presque toutes les nations.

Le Docteur Hædenkamp, correspondant allemand' président de la 12e session, répondit au président Humbel en des termes d'une si haute portée que « l'affichage » de son discours fut aussitôt demandé. On le trouvera en première page du compte rendu de la 12e session qui paraîtra dans la *Revue internationale de médecine professionnelle et sociale* de novembre 1937.

Nous rappelons pour les lecteurs qui ne connaissent pas encore très bien notre grande Association, que les trois premières sessions annuelles du Conseil général de l'A. P. I. M. eurent lieu à Paris : la quatrième session se tint à Berlin, en 1929 ; le cinquième à Paris, en 1930 ; la sixième à Budapest, en 1931 ; la septième à Genève, en 1932 ; la huitième à Londres, en 1933 ; la neuvième à Paris, en 1934 ; la dixième à Bruxelles, en 1935 ; la onzième à Amsterdam, en 1936 et la douzième à Paris, en 1937.

***

La première séance s'est ouverte le jeudi 8 juillet sous la présidence du Docteur Hædenkamp, correspondant allemand, membre du Conseil des dirigeants du Corps médical allemand.

Treize nations étaient effectivement représentées par les correspondants nationaux de chaque pays, présidents ou secrétaires, ou membres du Conseil d'administration du Groupement professionnel national adhérent à l' A. P. I. M.

Ce sont : Allemagne, Belgique, Danemark, Espagne, France, Grande-Bretagne, Hollande, Hongrie, Luxembourg, Pologne, Norvège, Suède, Suisse.

Le Docteur Zahor, correspondant tchécoslovaque qui avait annoncé sa venue en a été empêché en dernière heure pour raisons de santé.

***

L'ordre du jour comprenait cette année, comme principales questions :

1° L'enquête (A. L.) sur : « L'organisation de la lutte anticancéreuse dans les divers pays ». Rapporteur : Docteur Vuilleumier (Suisse) ;

2° L'Enquête (A. M.) sur : « L'organisation du Service médical de nuit ainsi que des dimanches et jours fériés ». Rapporteur : Docteur Zahor (Tchécoslovaquie) ;

3° L'enquête (A. N.) sur : « Le contrôle en matière médico-sociale ». Rapporteur : Docteur Cibrie (France).

A la suite du vote des conclusions présentées par le Conseil général, après l'examen des différentes enquêtes, conclusions qui seront rapportées ci-dessous, eut lieu un échange de vues sur : « *L'utilité d'un livret sanitaire individuel* ».

Puis, l'exposé, par chacun des membres du Conseil général des différentes questions qui ont marqué, dans chaque Nation, l'évolution de l'*assurance-maladie pour l'année* 1937.

Enfin, le secrétaire général de la Confédération

internationale des travailleurs intellectuels (C. I. T. I.), a bien voulu venir dire quelques mots devant le Conseil général sur : « *La conférence permanente des Fédérations professionnelles internationales* » et développer particulièrement la question des *bureaux de priorité*.

L'affiliation de l'Association professionnelle internationale des médecins à la Confédération internationale des travailleurs intellectuels a été confirmée à l'unanimité.

Conclusions du Conseil général sur chacune des questions étudiées :

I. — « L'organisation de la lutte anticancéreuse dans les divers pays »

1° Pour être utile et remplir son rôle, un Centre de recherches scientifiques voué à l'étude du cancer, doit être parfaitement « équipé » sous tous les rapports. Il y a intérêt, pour éviter un gaspillage de forces et de ressources, à ne pas multiplier le nombre de ces institutions ;

2° Il est désirable que soit facilitée à tout malade et à tout praticien, la possibilité de faire pratiquer les recherches nécessaires en vue d'un diagnostic difficile de cancer au début.

D'où l'utilité des Centres de diagno tic privés ainsi que celle du recours, dans toute la mesure normale, aux ressources hospitalières ;

3° De même que pour les Centres de diagnostic, les Centres de traitement pour cancéreux (traitement opératoire mis à part puisqu'il peut être pratiqué dans tout établissement hospitalier, public ou privé, suffisamment adapté), devraient — aussi pour des raisons humanitaires — être facilement accessibles aux malades, donc nombreux et judicieusement répartis ;

4° La collectivité (Etat, commune, etc.) doit assurer aux institutions destinées à lutter contre le cancer les sommes indispensables à leur organisation, à leur équipement, leur entretien et leur bonne marche, à condition toutefois de présenter toutes les garanties nécessaires.

5° Il est du devoir de tout médecin en tout pays, de prendre une part active à la lutte contre le cancer, tant dans sa pratique de tous les jours, qu'en coopérant dans la mesure de ses possibilités, aux efforts de ceux qui en ont la responsabilité et des institutions qui lui sont destinées.

II. — « L'organisation du service médical de nuit ainsi que des dimanches et jours fériés »

1° L'A. P. I. M. estime que là où les institutions actuelles se montrent insuffisantes pour le besoin de l'aide médicale de nuit ainsi que des dimanches et jours fériés, il faut établir un service médical de garde, par entente entre les institutions intéressées (municipalités pour les habitants, caisse-maladie pour les assurés, etc.), et les groupements médicaux ;

2° Cet arrangement pouvant constituer pour les médecins une prestation nouvelle, il faut leur garantir des honoraires convenables, et cela non seulement pour l'acte médical effectué, mais aussi pour la permanence qu'ils assurent ;

3° Le devoir de payer ce service de garde échoit à l'institution intéressée ;

4° La collaboration des médecins au service de garde doit être facultative, mais ouverte à tout médecin praticien qui se ferait inscrire ;

5° Pour un bon fonctionnement du service de garde, il serait désirable d'établir une modalité qui satisfasse, au mieux, aussi bien les besoins des médecins que ceux du public, à savoir : *a*) Station spéciale permanente : de façon que l'appel d'urgence du médecin soit facilité au public par la connaissance du lieu où on pourra l'atteindre et éviter tout dérangement inutile ; *b*) Equipement complet de la station-personnel (médecin-aides), technique (médicaments, pansements, instruments, etc.), et pratique (téléphone, automobile, etc.) ; *c*) Les frais concernant l'installation et l'entretien de la station devront incomber aux institutions intéressées (municipalités, Caisses-maladie, etc.).

III. — Le contrôle en matière médico-sociale

Le contrôle, en matière médico-sociale doit être distinct des soins, la certification habituelle de l'état de maladie pouvant être effectuée par le médecin traitant. Pour donner toute garantie, il serait souhaitable que le contrôle fut assuré par des médecins contrôleurs dûment préparés à ces fonctions.

Ces deux conclusions devraient prendre place dans la *Charte internationale*, déjà publiée en 1931 (*Rev. Inter. de médecine professionnelle et sociale*, août 1931).

Au cours de l'année 1938, les questions suivantes feront l'objet de grandes enquêtes :

1° « *Le cumul des fonctions et de leurs profits pécuniaires dans l'exercice de la médecine* », enquête (A. O.), Dr Zahor (Tchécoslovaquie).

2° « *Lois et règlements particuliers aux médecins spécialisés* », enquête (A. P.), Dr Csillery (Hongrie).

3° « *Livret sanitaire individuel* (*son utilité, sa limitation nécessaire*) », enquête (A. Q.). Proposition du Docteur Decourt (France).

Les correspondants auront à répondre, en outre, à diverses questions : *médecins d'usines, bureaux de priorité*.

La XIIIe session du Conseil général se tiendra en 1938, à Copenhague, les 25, 26, 27 et 28 août, sous la présidence du Docteur de Csillery, correspondant national de l'A. P. I. M., membre du Parlement, ancien ministre (Hongrie).

CHRONIQUE AUTOMOBILE

● ● ●

Le Salon de l'Automobile

Les événements « sociaux », qui se sont déroulés depuis une quinzaine de mois et la hausse énorme du prix de revient industriel pouvaient faire croire que les constructeurs d'automobiles auraient appliqué dans leur activité créatrice, la fameuse « pause » réclamée de tous côtés.

Pour être franc, je dois dire que ce fut ma première impression au cours des visites que je viens de faire au Salon de l'automobile, afin d'en rédiger, comme chaque année, un compte rendu « pratique » aux lecteurs du *Concours Médical.*

En effet, en parcourant un peu rapidement les stands pour avoir une vue d'ensemble, on n'est pas frappé par l'un de ces grands changements typiques qui caractérisèrent certains salons.

A peu de chose près, on retrouve chez tous les constructeurs, les mêmes modèles, la même ligne de carrosserie, les mêmes prix incroyablement bas, quand on songe à la dévaluation du franc et au coût de la main-d'œuvre, qu'en 1936.

Et pourtant ! Combien une étude plus approfondie oblige à modifier le jugement initial.

Comme la grande Presse l'a signalé à juste titre, il faut *en effet constater* tout d'abord un retour au désir d'économie. Je n'irai pas jusqu'à dire que c'est tant mieux, car ce souci poussé trop loin risque de mener à un moindre effort, mais c'est un fait.

La nécessité d'offrir aux usagers des voitures pas trop chères et ne consommant pas trop d'essence, — cette essence qui vaut déjà aujourd'hui 13 francs le bidon — a incité les fabricants à abandonner — momentanément, il faut l'espérer — la poussée vers les 6 et 8 cylindres. Le Salon 1937 aura été le Salon des 4 cylindres.

Les rares voitures à 6 et 8 cylindres, dont je vous parlerai par la suite, n'en auront été que plus remarquées.

Autre fait : les carrosseries aérodynamiques ont toujours la faveur, mais on y apporte des accommodements, on ne sacrifie plus le confort à la ligne.

Enfin, et j'ai gardé cette constatation pour la bonne bouche, des progrès extrêmement importants ont été faits dans la voie de l'allègement des châssis.

Et ces progrès, ce qui n'est pas pour nous déplaire, sont dus aux travaux d'un Français, l'ingénieur Grégoire, dont la réputation n'est pas près de s'atténuer dans le monde automobile, car ses procédés sont en passe de révolutionner tout simplement la fabrication des châssis.

L'ingénieur Grégoire a réussi à sortir un châssis à longerons, traverses et planche de bord en Alpax, c'est-à-dire en aluminium.

Ce châssis a été adopté par Amilcar, mais construit par Hotchkiss, qui a acquis cette vieille maison dont la renommée est encore si grande.

Son poids est de quelques 650 kilos pour une quatre places, avec 1 m. 20 de largeur intérieure et une place suffisante pour les bagages et la roue de rechange. La rigidité est excellente, et la résistance au moins égale à celle d'un châssis de camion. C'est dire tout l'intérêt qu'il présente, car personne n'ignore plus que le prix de revient kilométrique est fonction du poids.

Nous allons maintenant, si vous le voulez bien, faire le tour des stands et examiner les principaux types de voitures exposées. Chose amusante, on parle presque autant de voitures non encore « sorties » que de celles qui sont déjà visibles. Ceci montre bien la puissance de publicité de certains constructeurs, puisqu'il leur suffit de dire ou même de laisser dire qu'ils vont faire un nouveau modèle sensationnel pour que tout le monde le décrive bien que personne ne l'ait vu !

Voitures françaises.

Parmi les grandes marques nationales, c'est Renault qui, le premier, a sorti cette année une petite voiture populaire : la 6 CV Juvaquatre, en s'efforçant, ce qui est logique, de remédier aux inconvénients des voitures de même genre que nous vîmes au Salon 1936.

La Juvaquatre est une 4 cylindres, d'un litre de cylindrée. Carrosserie conduite intérieure quatre places. Roues avant indépendantes. (Ceci est une réelle nouveauté chez Renault, dont aucune voiture n'était munie jusqu'ici de ce dispositif si apprécié).

Renault explique ce revirement par la possibilité qui lui a été fournie, par le poids de sa Juvaquatre, de réaliser un système d'indépendance des roues avant ne comportant aucune des complications habituelles de ce genre de suspension.

En effet, les roues avant sont tout simplement jointes par un ressort transversal fixé au châssis en son centre ; elles travaillent séparément par des bielles à fourche qui constituent les leviers de puissants amortisseurs hydrauliques.

La direction est du type souple à flector métallique. Rayon de braquage très court, ce qui est indispensable dans les grandes villes.

Capot à ouverture intégrale d'un seul mouvement, permettant un accès facile au moteur, aux accumulateurs et aux phares.

Toute la caisse de carrosserie, y compris le toit, est en acier, facteur de sécurité important.

Consommation d'essence annoncée : 7 litres aux 100 kms. Taux d'assurance 6 CV.

Vitesse maxima : 95 kms. à l'heure. En résumé, petite voiture très intéressante, d'aspect raisonnable, n'ayant plus rien du « joujou ». Un seul défaut, à mon sens : la carrosserie de série n'a que deux portes. Or il me semble que plus une voiture est destinée à un service pratique, plus les quatre portes ont leur raison d'être.

Prix : Conduite intérieure luxe quatre places, avec pare-chocs et roue de secours garnie : 16.500 francs.

Conduite intérieure grand luxe, quatre places, pare-chocs, roue de secours garnie, 18.500 francs.

Renault a créé par ailleurs cette année une autre nouvelle voiture : la Novaquatre, munie de son fameux moteur « 85 » 4 cylindres, 85 × 105, cylindrée 2 litres 383, que l'on pourrait appeler la plus économique des « vraies voitures » susceptibles de transporter 5 passagers à 100 kms. à l'heure.

Son prix est de 23.000 francs, en conduite intérieure 5 places, 4 portes (sans malle) ; 24.500 francs en type grand luxe avec malle.

Voici les prix des autres modèles Renault qui existaient déjà précédemment :

Celtaquatre, 4 cylindres. Conduite intérieure, 5 places 4 portes, 23.000 francs.

Primaquatre, 4 cylindres. Conduite intérieure, 5 places, 4 portes, 24.000 francs.

Vivaquatre, 4 cylindres. Conduite intérieure, 6 places, 4 portes, 23.500 francs.

Vivasport, 6 cylindres. Conduite intérieure, 6 places, 4 portes, 36.000 francs.

Viva grand sport, 6 cylindres. Conduite intérieure, 6 places, 4 portes, 43.000 francs.

Vivastella, 6 cylindres. Conduite intérieure, 8 places 4 portes, 49.000 francs.

Nerva grand sport, 8 cylindres. Conduite intérieure 6 places, 4 portes, 60.000 francs.

C'est là, incontestablement une magnifique gamme de voitures tourisme.

(*A suivre*).

Marcel Toussaint.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Institut de médecine légale et de psychiatrie.** — Médecine légale. — *Cours théoriques de médecine légale, d'accidents du travail, de maladies professionnelles, de pensions de guerre, de médecine sociale.* — Ces cours seront professés les lundis, mardis, mercredis, jeudis, vendredis et samedis, de 18 heures à 19 heures, pendant le semestre d'hiver, au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine :

1° Médecine légale, toxicologie et déontologie, par M. le Professeur Balthazard, les lundis, mercredis et vendredis des mois de novembre et décembre 1937, et par M. Piédelièvre, agrégé, les lundis, mercredis et vendredis des mois de janvier et février 1938.

2° Législation et jurisprudence médicales, par M. le Professeur Hugueney, de la Faculté de droit, tous les samedis ;

3° Médecine du travail et intoxications professionnelles, par M. Duvoir, agrégé, chef des travaux pratiques (voir l'affiche de l'Institut d'hygiène industrielle).

4° Accidents du travail, maladies professionnelles, médecine sociale, tous les jeudis (voir le programme détaillé de l'affiche spéciale sur la médecine sociale).

2. *Cours pratiques.* — 1° Autopsies à l'Institut médico-légal (place Mazas), pendant le semestre d'hiver, de 14 heures à 15 heures ; le mercredi, par M. le Professeur Balthazard ; le lundi, par M. le Docteur Piédelièvre, agrégé ; le vendredi, par M. le Docteur Duvoir, chef des travaux pratiques. Pendant le semestre d'été, les élèves procéderont eux-mêmes aux autopsies et seront exercés à la rédaction des rapports, les mêmes jours, aux mêmes heures.

2° Travaux pratiques de médecine légale et application des méthodes de recherche à la pratique médico-légale, les lundis, de 15 heures à 16 h. 30, par M. le Docteur Duvoir, agrégé, chef des travaux, avec le concours de M. le Docteur Piédelièvre, agrégé, de M. le Docteur Desoille, chef du laboratoire, et de M. le Docteur Hausser, préparateur du cours ;

3° Travaux pratiques de toxicologie, par M. Kohn-Abrest, docteur ès sciences, chef des travaux toxicologiques, au laboratoire de toxicologie (Institut médico-légal), les vendredis, de 15 heures à 16 h. 30.

4° Expertises d'accidents du travail, de maladies professionnelles, de pensions de guerre et d'assurances sociales, par M. le Professeur Balthazard, assisté de MM. les Docteurs Duvoir et Piédelièvre, le mercredi à 15 heures, à partir du 5 janvier 1938 (laboratoire de médecine légale, à l'Institut médico-légal) ; les élèves seront exercés à la rédaction des rapports, les mêmes jours, aux mêmes heures

Psychiatrie. — *Cours de clinique psychiatrique.* — Le cours aura lieu tous les mercredis, à 10 h. 30, à la clinique des maladies mentales, et le dimanche matin, à la même heure (Asile Sainte-Anne). Les élèves devront également suivre les policliniques de M. le Professeur H. Claude, les samedis matins.

— *Examen des malades et rédaction des rapports.* — M. le Docteur A. Ceillier, médecin expert, dirigera ces exercices à la Clinique des maladies mentales, Asile Sainte-Anne, tous les jeudis, de 15 h. 30 à 17 h. 30.

Conditions d'admission aux cours et conférences de l'Institut de médecine légale et de psychiatrie. — Les docteurs en médecine français et étrangers, les étudiants en médecine français et étrangers (titulaires de seize inscriptions A. R. ou vingt inscriptions N. R.), sont admis à suivre les cours et conférences de l'Institut de médecine légale et psychiatrie après s'être inscrits au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis de 14 à 16 heures. Les titres et diplômes et, de plus, pour les étrangers, l'acte de naissance, doivent être produits au moment de l'inscription.

Les droits à verser sont de : un droit d'immatriculation, 150 francs ; un droit de bibliothèque, 60 francs ; quatre droits trimestriels de laboratoire de 150 francs, soit 600 francs ; un droit d'examen, 20 francs.

— **Thèses.** — Lundi 12 juillet. — I. Jury : MM. Couvelaire, Loeper, Lacomme, Turpin. — M. Fenichel : De l'importance de l'hydrosalpinx ignoré comme cause de stérilité. — M. Malet : Essai de prophylaxie des infections puerpérales. — M. Malingre : Fonctionnement du service obstétrical de la Maternité de Baudelocque. — M. Girard : Contribution à l'étude expérimentale et clinique des glucosides de digitale. — Mlle Legros : Contribution à l'étude de l'action des antispasmodiques sur la contraction utérine. —

II. Jury : MM. Baudouin, Lemierre, Henri Bénard, Haguenau. — M. Thais : Contribution à l'étude de l'efficacité de l'insuline par la voie digestive. — M. Artisson : Les diverticules de l'estomac. — M. Garcin : Contribution à l'étude des complications nerveuses de la maladie osseuse de Paget et particulièrement des complications médullaires. — M. Sohrab : Contribution à l'étude du gonocoque. — Mlle Solente : Contribution à l'étude de l'histoire des méningites cérébro-spinales aiguës. — M. Vialard : Contribution à l'étude du traitement de l'érysipèle dans la première enfance.

Mardi 13 juillet. — I. Jury : MM. Laignel-Lavastine, Marion, Tiffeneau, Lévy-Valensi. — M. Adrian : Des manifestations cérébelleuses au cours de l'éthylisme chronique. — M. Baumel : Contribution à l'étude des néphrites saturnines. (A propos de trois cas personnels). — M. Silas : L'immobilisation et l'appareillage dans le

traitement des rhumatismes articulaires chroniques déformants. — Mlle TENENTAP : La paralysie ascendante aiguë de Landry dans la fièvre typhoïde. — M. STORA : Un médecin au 17e siècle, François Bernier (1620-1688). — M. JANVIER : Le drainage du rein dans la chirurgie conservatrice.

II. Jury : MM. Bezançon, Gougerot, Chevallier, Gastinel. — Mme BOUDIER : Traitement de la tuberculose pulmonaire par les transfusions sanguines. — Mme STERNBERG : La sarcomatose de Kaposi autochtone en France. — Mlle ALLIN-BRUCE : Du fibrothorax. — Mlle KAPSAMBELIS : L'alcoolisation des nerfs intercostaux dans la tuberculose pulmonaire. — M. BOELLE : A propos de l'observation d'une tumeur kystique de l'épiglotte. — M. KERVRAN : Tuberculose et mariage. — M. LABOURÉ : Une expérience de médecine préventive : Examen de dépistage des étudiants de la Cité universitaire. — M. SZAJA : Le traitement de la pelade par les vaso-dilatateurs.

III. Jury : MM. Tanon, Joannon, Mouquin, Sézary. — M. ANSARI : Influence des allocations sur la natalité. Système français. Système allemand. — M. BESNARD : Contribution à l'étude des inadaptés urbains. — Mme DELON : Influence des facteurs chimiques de conservation des aliments sur la santé. — M. GOMEZ-CASTELLANE La lèpre à Cuba. — M. HAMEL : Considérations cliniques et thérapeutiques sur vingt-cinq observations nouvelles de péritonites aiguës d'origine salpingienne. — M. HARDOUIN : La prophylaxie actuelle du tétanos. Opportunité de la sérothérapie préventive. — M. LESSNER : L'hygiène de l'hypertendu artériel. — Mlle MAZARIEFF : Le camp thermal des Eaux-Bonnes en 1936. (Résultats cliniques sur les enfants d'assurés sociaux). — M. VETTIER : Protection des denrées alimentaires contre les gaz de combat. — M. LE THI HOANG : Protection de l'enfance en Indochine. — M. AUPHELLE : Protection sanitaire de l'Indochine française en matière de maladies pestilentielles.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi Colonnes »)

— ***Thèses de la Faculté de médecine de Bordeaux.*** — Vendredi 16 juillet. — Jury : MM. Guyot, Papin, Charrier, Loubat. — SAMARA : Implantation des uretères dans le rectum selon la technique de Coffey.

Jury : MM. Jeanneney, Guyot, Charrier, Dufour. — CORNATZÉANU : Traitement chirurgical de l'angine de poitrine par la méthode de Danielopolu.

Lundi 19 juillet. — Jury : MM. Duvergey, Papin, Jeanneney, Wangermez. — GANDOUET : Le traitement du cancer de la verge.

Jury : MM. Papin, Creyx, Loubat, Massé. — CORNIER : Contribution à l'étude de la chirurgie conservatrice des kystes dermoïdes de l'ovaire.

Jury : MM. Duvergey, Guyot, Papin, Jeanneney. — GOURTAY : Considérations sur les résultats de la résection endoscopique de la prostate.

Mercredi 28 juillet. — Jury : MM. Duvergey, Papin, Jeanneney, Massé. — GEORGE : Contribution à l'étude ates humeurs primitives de la vaginale testiculaire.

Jury : MM. Réchou, Jeanneney, Wangermez, Brousset. — AURIAC : Contribution à la dosimétrie en rœntgenthérapie de voltage élevé.

Vendredi 30 juillet. — Jury : MM. Dupérié, Cruchet, Joulia, Fontan. — SUEL : Contribution à l'étude de la neuro-fibromatose.

Jury : MM. Dupérié, Cruchet, Joulia, Fontan. — PLANTEY : Nouvelles recherches sur le tubage duodénal.

Samedi 31 juillet. — Jury : MM. Papin, Creyx, Jeanneney, Dufour. — BERTIN : Contribution à l'étude des dilatations duodénales et en particulier des dilatations sus-mésocoliques du duodénum.

Lundi 26 juillet. — Doctorat de l'Université mention « Médecine ». Jury : MM. Villemin, Rocher, Faugère, Dufour. — MATUS : Recherches d'anthropologie anatomique sur l'astragale.

Doctorat de l'Université mention « Médecine ». Jury : MM. Guyot, Sabrazès, Papin, Massé. — ISRAÏLOVICI : Traitement de la perforation intestinale au cours de la fièvre typhoïde.

Jury : MM. Guyot, Papin, Loubat, Massé. — GUENNEC : Conduite à tenir dans le cas de volumineuses hernies scrotales chez l'adulte et le vieillard.

Doctorat de l'Université mention « Médecine ». Jury : MM. Portmann, Teulières, Despons, Massé. — HAMADÉ : Considérations au sujet des indications opératoires dans les mastoïdites.

Mercredi 28 juillet. — Jury : MM. Andérodias, Péry, Faugère, Rivière. — CHAMINADE : Contribution à l'étude des ruptures extra-péritonéales de la face antérieure de la vessie d'origine obstétricale.

Jury : MM. Leuret, Carles, Piéchaud, Broustet. — Mlle GUY : Evolution de la population en Gironde. Considérations sur la dénatalité.

Doctorat de l'Université mention « Médecine ». Jury MM. Mauriac, Papin, Damade, Broustet. — SADENOFF : Contribution à l'étude de cancers gastriques haut situés.

Jury : MM. Papin, Jeanneney, Dufour, Massé. — VAISSIÉ : Le traitement par l'anastaphylotoxine des infections à staphylocoques en chirurgie.

Jury : MM. Duvergey, Papin, Jeannenney, Massé. — M. VAUTIER : Contribution à l'étude du traitement de la tuberculose génitale de l'homme.

Le Gérant : R. THIRON

CLERMONT (OISE) — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

villages, bourgs ou communes où il n'existe pas de pharmacien tenant officine ouverte, ont le droit de vendre des médicaments aux malades près desquels ils sont appelés, mais sans pouvoir cependant tenir eux-mêmes officine ouverte ».

La loi ne fixe aucune distance minima entre le cabinet du médecin propharmacien et la plus prochaine officine de pharmacie. Pour qu'un médecin puisse être autorisé à vendre des médicaments à ses clients, il faut et il suffit qu'il soit installé dans une commune dépourvue de pharmacien, alors même que dans une commune limitrophe existeraient un ou plusieurs pharmaciens. Nous avons fait juger le cas encore il y a quelques années au profit de l'un de nos adhérents.

C'est donc par une méconnaissance totale de la loi et de la jurisprudence en matière de propharmacie que la Caisse vous a adressé la lettre dont vous nous donnez copie. Persistez à fournir des médicaments à vos clients et au cas où la Caisse en refuserait le remboursement, avisez-nous aussitôt et nous pourrons alors demander à notre Conseil d'administration de vous faire bénéficier de l'appui moral et pécuniaire de la Ligue pour exercer contre elle une action en dommages-intérêts.

Nous approuvons d'une façon générale votre réponse à la Caisse ; il y a pourtant un point sur lequel nous devons faire des réserves : vous dites que le titre de propharmacien vous a été délivré par la Préfecture : en réalité, la Préfecture n'avait à vous donner aucune autorisation à ce sujet et ne pouvait par conséquent vous délivrer un titre qui résultait pour vous d'une simple situation de fait.

7.404. — Prélèvement de 10% sur les honoraires d'accidents du travail payés par l'Administration

Je vous adresse sous ce pli, en communication, lettre et mémoire de l'Administration des Eaux et forêts au sujet d'un règlement d'honoraires.

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir me dire si la déduction des 10 % est règlementaire, étant donné qu'il s'agit d'un accident du travail. D'ailleurs cette déduction ne m'a jamais été comptée par aucune autre Compagnie ou Administration pour les accidents de ce genre.

Je désirerais donc être fixé sur ce point, avant de retourner le reçu. C'est la seconde fois que le cas se produit avec les Eaux et Forêts. Dans le premier cas il s'agissait également d'un accident du travail.

Dr V.

Réponse

Le décret-loi du 16 juillet 1935 instituant un prélèvement sur les dépenses publiques comportait deux *dispositions distinctes* :

Dans son article 1er, il créait un prélèvement de 10 % applicable d'une manière uniforme à toutes les dépenses incombant aux collectivités publiques. Dans son article second, au contraire, il prévoyait un prélèvement réduit afférent aux dépenses de personnel, c'est-à-dire aux traitements alloués aux personnes liées avec les collectivités publiques par un contrat de louage de services.

Tandis que l'article 2 faisait l'objet par de nombreuses lois, d'atténuations et de modifications successives aboutissant en fait à une véritable abrogation du prélèvement, l'art. 1er n'a fait jusqu'à présent l'objet d'aucune mesure de cette nature. Il conserve donc sa pleine et entière vigueur et le prélèvement de 10 % doit continuer à être appliqué à toutes les dépenses qui n'ont pas le caractère de dépense de personnel. Il était bien prévu par l'art. 4 du décret-loi que serait exemptées de ce prélèvement les dépenses de fonctionnement des services. Ces termes obscurs ont été éclairés par la Circulaire ministérielle du 6 août 1935. Aux termes de cette Circulaire, l'exemption vise les honoraires alloués aux personnes ne faisant pas partie à proprement parler de l'Administration, à condition que leur *montant soit déterminé dans chaque cas particulier* par conventions expresses ou tacites, entre les parties intéressées. Au contraire, doivent être soumis au prélèvement, les honoraires résultant de l'application d'un barème ou d'un tarif fixé ou approuvé par l'autorité publique.

En l'espèce, vous n'êtes point libre de fixer comme vous l'entendez le montant des honoraires qui vous sont dus pour soins donnés à un accidenté du travail au Service de l'Administration des Eaux et Forêts. Vous êtes au contraire, obligé d'appliquer le tarif ministériel établi en application de l'art. 4 de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail.

Vous vous trouvez donc bien dans la seconde hypothèse et le prélèvement de 10 % effectué par l'Administration sur votre note se trouve juridiquement fondé.

Certes, nous ne méconnaissons point l'absurdité qu'il y a d'appliquer à l'heure actuelle une réduction sur des honoraires qui datent d'avant la hausse des prix et qui devraient plutôt en conséquence faire l'objet d'une augmentation. Mais tant que l'art. 1er du décret-loi subsistera, il ne nous sera point possible de vous faire obtenir satisfaction par les voies d'une action judiciaire. Le seul moyen qui existe à l'heure actuelle pour protester contre cette mesure, ne peut être trouvé que dans une action syndicale énergique allant *même jusqu'aux solutions adotpées par* le Syndicat de Seine-et-Oise, en ce qui concerne les formalités relatives aux assurés sociaux indigents.

7.395. — Application aux domestiques de la loi sur les congés payés

J'ai recours encore une fois à votre compétence et je vous remercie d'avance des bons conseils que vous voudrez bien me donner.

J'ai comme bonne à tout faire, une pupille de l'Assistance publique. Pendant un an, j'ai été content de ses services. Or, le contrat étant arrivé à l'expiration j'ai demandé le renouvellement. Mais voici que l'inspecteur de l'Assistance publique me demande d'accorder le congé payé ; je croyais que les domestiques n'étaient pas compris dans le fameux décret-loi.

Je vous demande donc de bien vouloir me spécifier si oui ou non la pupille a droit au congé payé, vu que je lui donne tous les dimanches, les après-midi libres !

D'autre part je ne comprends pas bien la clause de l'Assistance publique qui me demande à verser 150 francs en plus des gages pour les congés payés. Puisque je payerai 180 francs pour quinze jours de travail, sur quoi se base l'Administration de l'Assistance publique pour me réclamer 150 francs à la fin de l'année ? Est-ce légal ?

Dr S.

Réponse

La loi du 20 juin 1936 sur les congés payés est en principe applicable aux professions libérales et aux domestiques et gens de maison. Toutefois, il résulte que l'art. 2 parag. 2 de la loi qu'un règlement d'administration publique déterminera les modalités d'application de l'art. 1er en ce qui concerne le personnel des services domestiques.

Ce règlement d'Administration publique n'ayant pas encore été établi, il s'ensuit que votre employée ne peut actuellement exiger l'octroi d'un congé payé que si, conformément à la Réponse ministérielle nº 2.921 (*Journal Officiel* du 25 janvier 1935) elle est occupée principalement à votre service professionnel.

Toutefois, au cas où il s'agirait d'une employée principalement personnelle on pourrait soutenir que vous êtes engagé conventionnellement à lui octroyer les congés payés d'après l'art. 3 *bis*, du contrat de placement. Mais nous estimons que cette thèse ne saurait pas être exacte, puisque vous ne vous êtes engagé à donner à votre employée que les congés auxquels elle a droit, en vertu de la loi du 20 juin 1936.

Or, ainsi que nous l'avons exposé, un domestique n'a pas encore droit au congé payé en vertu de cette loi.

Si vous êtes obligé d'accorder un tel congé, vous devez effectivement à l'intéressée durant cette période une indemnité égale à la valeur de son salaire en espèce, et des avantages en nature, ces avantages étant évalués d'après le barème en usage pour les Assurances sociales.

En l'espèce, votre contrat stipule une indemnité plus élevée soit 10 francs par jour alors que le barème prévoit seulement un chiffre de 5 francs dans les villes au-dessous de 200.000 habitants.

Mais il est incontestable que les conventions et contrat de travail peuvent parfaitement prévoir des conditions plus avantageuses que la loi pour les congés payés.

Il vous appartient donc d'examiner dans ces conditions, s'il est avantageux pour vous de conclure ce contrat avec l'Assistance publique.

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

a) Assurances sociales

7.273. — Opérations multiples simultanées

J'ai enlevé dernièrement sur le cuir chevelu d'un assuré social quatre loupes grosses comme des noix et situées aux quatre points cardinaux de la tête. J'ai donc fait quatre anesthésies locales, quatre extirpations et quatre sutures. Sur les feuilles des Assurances sociales, j'ai indiqué : quatre fois l'intervention K 20 et j'ai demandé à mon client la somme de : 640 francs. La Caisse ne veut pas le rembourser pour ses quatre K 20, elle ne veut payer qu'un seul K 20. Est-elle en droit ? Que dois-je conseiller à mon client.

Dr D.

Réponse

a) Si vous avez fait ces quatre ablations de « loupe » non simultanément, vous inscrivez pour chaque séance d'ablation le K. 20 que vous indiquez. Mais si elles furent effectuées dans la même séance, il est assez d'usage (comme cela est obligatoire dans le Tarif accidents du travail de compter une réduction de 50 % pour la deuxième; troisième (et ici quatrième) interventions effectuées d'un seul coup.

Je compterais donc, en l'espèce, K. 20 + 3 fois K 10 = K 50, avec toutes explications matérielles fournies à la Caisse (quatre fois la même intervention dans la même séance) mais je ne saurais prendre la responsabilité de vous conseiller de compter quatre fois K 20, en l'espèce.

A l'appui de cette opinion, je puis vous citer ce qu'on lit dans le Tarif des chirurgiens de la région parisienne, *in fine*, dans les « Addenda »: « Si l'on opère un blessé atteint de multiples lésions, l'opération principale est comptée au prix indiqué dans le présent tarif et chacune des autres à la moitié du prix marqué ».

Dr F. DECOURT.

7.463. — Injection périnerveuse pour sciatique

Voulez-vous avoir l'obligeance de me dire ce que je dois compter pour les Assurances sociales, une injection intra-musculaire de solution anesthésiante pour sciatique rebelle, dans différents points du nerf sciatique. J'estime que l'injection sur le trajet du nerf comporte quelques dangers entre autres la lésion du nerf par l'aiguille et que donc compter une infiltration du nerf comme une visite simple, c'est trop peu.

Je n'ai rien trouvé dans la nomenclature des actes de chirurgie et spécialités et je ne vois pas à quoi comparer par analogie.

Dr M.

Réponse

Une injection intramusculaire ne se marque pas avec des K et ne relève pas, par suite, de la « Nomenclature générale ». Elle se marque en P. C. et relève donc du tarif syndical régional annexé, ainsi que le tarif de responsabilité des Caisses à la Convention Syndicat-Caisse de votre Syndicat. C'est donc à lui qu'il faut vous adresser à ce sujet puisque c'est une question d'ordre régional. *A priori*, s'il n'y a aucune mention à ce sujet dans ledit tarif, il me paraît qu'une injection périnerveuse près du nerf sciatique pourrait fort bien être assimilée à une injection intraveineuse. Mais ceci sous toute réserve naturellement.

Dr F. DECOURT.

7.586. — Deux interventions effectuées à moins de vingt jours d'intervalle

Abonné au « Sou Médical », je viens encore vous demander de m'aider à marquer le coefficient exact sur une feuille d'Assurances sociales.

Début 1936, je vois une enfant de 10 mois revenant d'un hôpital parisien, où elle avait été opérée pour pieds bots bilatéraux. Je lui enlève ses plâtres, lui fait faire des attelles de Saint-Germain, et lui recommande de revenir. Je la revois le 29 septembre 1937. La récidive s'est produite et il ne reste rien de la première intervention. Comme elle n'a pas 3 ans, je ne veux pas faire d'intervention osseuse et voudrais essayer avec des plâtres successifs de redresser ces pieds, puis je lui ferai porter des chaussures sur mesure avec courroies de rappel :

1° Puis-je considérer que cette enfant fait une rechute et inscrire quelque chose sur sa feuille ;

2° Dans la nomenclature, il n'est pas prévu de traitement par plâtres successifs à pied bot.

Je compte donc porter : répétition de plâtre, soit K. = 8 plus K. = 8 /2 pour la première fois.

Mais ces coefficients sont valables pour vingt et un jours. Donc si je renouvelle les plâtres avant, je ne peux rien porter pour la deuxième fois, et la Caisses versera généreusement 48 plus 24 = 72 francs — 20 % = 58 francs.

Si je les renouvelle après les vingt et un jours, il ne

s'agit pas d'une rechute et je ne veux pas utiliser une nouvelle feuille. Donc rien pour les parents.

3° Dans deux ou trois mois, si je réussis ce redressement, je erais une ordonnance pour faire faire des chaussures sur mesures, et à ce moment-là, les Assurances sociales ne prendront plus rien à leur charge.

Vous seriez bien aimable de me dire si je vois juste et de me renvoyer ma lettre en même temps que votre réponse, car je n'en ai pas le double, et qu'en cas de besoin, je m'en servirais pour demander à la Caisse son avis.

Dr D.

Réponse

Une mention K pour acte global comprend « la rémunération des aides et des soins consécutifs pendant une durée maxima de vingt jours. Il s'agit donc ici pour apposition de deux plâtres concomitants, à répétition de K 8 plus K 8 : 2 = K 12, qui comprend vingt jours de soins consécutifs à ces deux appositions de plâtre. Mais si, au bout de quinze jours par exemple, vous êtes obligé techniquement de faire deux nouveaux plâtres, ce n'est plus là des « soins consécutifs à la première intervention », mais bien une nouvelle intervention nécessitée par l'état du malade. Auquel cas, il me semblerait légitime de compter la première intervention, soit K 12 en donnant au médecin contrôleur de la Caisse toutes explications techniques nécessaires. Ce n'est là, bien entendu, qu'une opinion personnelle que je vous donne uniquement comme telle, n'ayant aucune « jurisprudence » à vous fournir à l'appui.

Dr F. Decourt.

b) *Accidents du Travail*

7.454. — Radioscopie et radiographie concomitante

J'ai examiné ces jours-ci à la radio, un blessé de la poitrine (est atteint de fracture du sternum).

Je lui ai fait : 1° une scopie de la poitrine et 2° une radiographie du sternum en profil. Comment tarifer ces deux choses.

Dr L.

Réponse

On peut lire à l'art. 27, 3° Radiographie des poumons : « Radioscopie et une radiographie : 200 francs». Il me semble que c'est ce prix que, par analogie, vous pourriez demander dans votre cas, naturellement sans oublier d'envoyer un calque (radioscopie), et une épreuve radiographique « avec commentaire détaillé » (*radiographie*). (V. art. 27. Observation.)

Dr F. Decourt.

7.470. — L'accord pour radiographie, quid en cas de divergence ?

Quand on estime devoir faire une radio : Comment procéder et dans quels termes ?

Doit-on attendre l'autorisation ?

Si celle-ci était refusée, que faire ?

Dr B.

Réponse

Voir article 27, observation, sauf extrême urgence, on doit se mettre « d'accord » avec le médecin patronal, en adressant un « avis techniquement motivé », auquel doit être répondu dans les trois jours par un autre « avis techniquement motivé. »

En cas de non réponse, le médecin traitant est en droit de penser « qui ne dit mot consent », d'après le texte ci-dessus résumé. Si l'accord n'est pas établi, se rapporter à l'art. 9 : « En cas de divergence, on recourra à l'avis d'un troisième médecin choisi d'accord avec le blessé, le médecin traitant et le médecin du chef d'entreprise ou de son assureur substitué. »

Dr F. Decourt.

7.525. — Fracture des deux os de la jambe

Je vois sur le tarif des accidents du travail : Fracture de jambe (deux os), réduction ou contention par appareil plâtré : 250 francs.

Mon cas : je vais, un jour, chercher à un kilomètre sur la route, à 6 h. 30, un blessé que je porte chez un parent. Fracture au tiers inférieur des deux os de la jambe.

Je le plâtre le même jour, pour le faire transporter chez lui à 250 kilomètres.

Je ne m'occupe plus de lui. Que dois-je prendre comme honoraires ?

Dr X.

Réponse

a) Si vous avez fait un appareillage provisoire en vue d'une réduction ultérieure par un autre médecin, la tarification est de 100 francs (art. 18, *in fine*). Si vous avez fait « réduction » et contention des deux os de jambe », le tarif est de 200 francs (et non 250) (*ibidem*).

b) Si vous avez dû vous transporter à plus d'un kilomètre, vous avez droit à 1 fr. 50 par kilomètre aller et 1 fr. 50 retour.

c) Les prix du Tarif accidents du travail sont indiqués pour l'intervention même et non pour les soins consécutifs comme cela existe quand on indique K en matière d'Assurances sociales.

Dr F. Decourt.

ACCIDENTS

7.436. — Accidents de battage

Voici un cas que vous seriez bien aimable d'élucider.

Un fermier prend un de ses voisins cultivateur de sa situation ou même supérieure, pour l'aider à battre son grain. Le voisin engrénait une gerbe dans la machine « en marche », un autre aide au lieu de couper le lien (la ficelle) de la gerbe écartèle le premier espace intermétacarpien de la main gauche du propriétaire cultivateur (le voisin dont je parlais). Le fermier le met à l'Assurance, celle-ci décline, je ne sais encore pourquoi, mais au fait n'est-ce pas l'entrepreneur de battage qui est responsable de tout accident quand la machine est en marche comme je l'ai noté sur mon premier certificat ?

Un deuxième cas plus humoristique :

Une autre journée de battage à 15 kilomètres du premier — la machine ne marche plus — on s'attarde à manger et à boire, un ouvrier agricole occasionnel aide les ménagères à la vaisselle et en batifolant avec elles, chez le fermier qui l'avait engagé, il tombe et se fait une entorse, il couche chez le fermier : qui est responsable ?

D^r S.

Réponse

Deux lois peuvent en l'espèce être invoquées par la victime d'un accident pour déterminer sa situation juridique au regard de l'exploitant agricole ou de l'entrepreneur de battage : 1° la loi du 30 juin 1899 sur l'emploi des machines à moteur dans l'agriculture, et 2° la loi du 15 décembre 1922 sur les accidents du travail agricole.

La loi du 30 juin 1899 ne s'applique plus actuellement que toutes les fois où la machine cause de l'accident n'est pas utilisée par un agriculteur pour les besoins de son exploitation, mais appartient à un entrepreneur de battage indépendant de cette exploitation. S'il en est ainsi en l'espèce, c'est-à-dire si la machine à battre n'appartenait pas au fermier chez qui votre client a été donner un coup de main, ce dernier est en droit de demander à l'entrepreneur de battage le versement des indemnités prévues par la loi sur les accidents du travail, à condition toutefois que l'accident ait été produit alors que la victime était préposée à la conduite ou au service du moteur. En effet, il ne suffit pas que l'accident se soit produit alors que la machine était en fonctionnement, il faut encore qu'il ait un lien direct de cause à effet avec la marche du moteur inanimé. Ceci ne paraît point être le cas puisque la fracture s'est produite alors que la victime engrénait une gerbe de blé dans la machine et que ce n'est pas le service du moteur lui-même qui a été cause de la lésion.

Nous retombons alors dans le régime de droit commun des accidents du travail agricole, c'est-à-dire celui institué par la loi du 15 décembre 1922. Sont protégés au titre de cette loi tous les accidents quelle qu'en soit l'origine, survenant au lieu et au temps du travail, mais il faut, pour que cette législation soit applicable, une condition essentielle, à savoir : l'existence d'un contrat de louage de service entre l'exploitant et la victime, ou tout au moins, lorsqu'il s'agit de coup de main entre exploitants voisins, que le collaborateur occasionnel victime de l'accident, soit placé sous la dépendance momentané de ce dernier et ait travaillé sous sa direction effective (voir notamment Cour de cassation, Chambre civile, 25 mars 1936, *Gaz. du Palais*, 31 mai 1936.)

En l'espèce, il n'y avait évidemment point louage de service entre les intéressés, mais simple collaboration occasionnelle à titre d'entr'aide. Durant cette collaboration, la victime agissait bien sous la subordination de l'exploitant ; il s'agit donc bien du cas prévu par la loi du 30 avril 1926 modifiant l'art. 1er de la loi du 15 décembre 1922 et l'exploitant pour le compte duquel le battage était effectué doit être considéré comme responsable de ses suites.

La même solution doit être donnée en ce qui concerne le second cas que vous nous exposez et c'est le patron qui avait engagé, fût-ce à titre occasionnel, cet ouvrier agricole, qui doit être tenu pour responsable des indemnités légales à son égard. Il importe peu que l'accident se soit produit au cours du repas car la jurisprudence considère généralement qu'un ouvrier agricole est au lieu et au temps du travail partout où il se trouve pour les besoins de l'entreprise et à la disposition de son patron. Le temps du repas est donc considéré comme un prolongement du travail, dès lors qu'il a lieu dans l'entreprise et qu'il s'agit de l'exécution accessoire du contrat de travail (Voir notamment Cour de cassation, Chambre civile, 30 novembre 1936, *Dalloz Hebd.*, 1937, page 66).

7.528. — Libre choix du médecin radiologue

Au cours d'une contre-visite d'un blessé accidenté du travail, j'ai demandé au médecin de la Compagnie de me faire donner l'autorisation de faire soigner mon blessé par un spécialiste électro-radiologiste.

Le médecin expert m'a adressé la lettre suivante : « Comme convenu, j'ai demandé à la Compagnie d'assurances, l'autorisation de confier votre blessé au Docteur X, pour soins d'électro-radiologie. Par lettre reçue ce jour, la Compagnie me laisse le soin de demander au spécialiste d'entreprendre le traitement

envisagé. Je vous serais reconnaissant de vouloir bien en prévenir l'intéressé et de mon côté, je vais demander au Docteur X, de convoquer votre client en lui indiquant le jour et l'heure où il pourra venir le trouver. »

J'ai toujours cru que la loi des accidents du travail, laissait au blessé le libre choix du médecin ou du spécialiste. Il y a là de la part de la Compagnie ou plutôt de la part de l'expert une tentative de pression pour m'obliger à faire passer le blessé par le spécialiste de son choix.

Une Compagnie d'assurances en a-t-elle le droit ?

Quelle est la conduite que je dois tenir ?

Dr X.

Réponse

La législation sur les accidents du travail réserve aux victimes d'accidents le droit absolu de choisir en toute liberté leur médecin et leur pharmacien.

Ce droit concerne non seulement les médecins traitants, mais les spécialistes dont l'intervention peut être nécessaire au cours du traitement.

La lettre que vous avez reçue du médecin de l'Assurance contient un acquiescement formel au traitement électro-radiologique que vous avez estimé nécessaire.

Votre client peut donc s'adresser au spécialiste de son choix et celui-ci aura une action en paiement de ses honoraires dans les limites du tarif, contre le chef d'entreprise responsable.

En ce qui concerne vos rapports avec le médecin de la Compagnie, nous vous conseillons de lui écrire en lui déclarant que vous prenez note de son accord pour le traitement proposé, mais que vous croyez devoir l'avertir que votre client a fait choix d'un autre médecin pour appliquer le traitement.

7.558. — La piqûre d'abeille est-elle un accident du travail ?

Une de mes clientes, cultivatrice, et assurée contre les accidents du travail, a été piquée au visage (en allant dans les champs), par une abeille. Il y eut un œdème énorme qui lui ferma les deux yeux et l'immobilisa plusieurs jours.

La Compagnie d'assurances refuse de l'indemniser, sous prétexte que ce n'est pas un accident du travail. Or, elle m'a fait voir sa police d'assurances et les piqûres ou morsures d'animaux venimeux ne figurent pas dans les risques exclus.

La Compagnie doit-elle régler les frais ? Et, dans ce cas, quelle est la meilleure façon de faire pour l'y contraindre. ?

Dr P.

Réponse

La législation sur les risques professionnels ne s'applique en principe qu'aux accidents survenus par le fait ou à l'occasion du travail. Mais ne sauraient, par contre, être mises à la charge du chef d'entreprise ou de son Assurance substituée les lésions dont viendrait à être victime un ouvrier par suite de l'action des forces naturelles telles que le chaud, le froid, le vent ou la foudre, car il s'agit là de la réalisation non point d'un risque professionnel, mais d'un risque général et sans lien avec le travail. La jurisprudence reconnaît d'ailleurs ce principe de manière constante et la Cour de cassation, Chambre des requêtes, dans un récent arrêt en date du 27 mai 1935 (*Gaz. Pal.*, 4 octobre 1935) a considéré les piqûres d'insectes venimeux (en l'espèce mouche charbonneuse) comme faisant partie des phénomènes naturels étrangers au risque professionnel et ne pouvant en principe donner lieu à l'application de la loi du 9 avril 1898, même au cas où elles seraient survenues au cours du travail.

Toutefois, la responsabilité du patron ou de l'Assurance pourrait être engagée au cas où les conditions dans lesquelles le travail s'effectuait dans l'entreprise, auraient contribué à mettre en jeu les forces naturelles ou à en aggraver les effets (Jurisprudence constante, voir notamment Cour de cassation, arrêt précité).

C'est ainsi qu'il a été décidé que constitue un accident du travail l'accident mortel survenu à un vendangeur situé à proximité d'arbres susceptibles d'attirer la foudre. Plus spécialement, le Tribunal de paix de Falaise-Nord, par un jugement en date du 27 mai 1933 (Répertoire Commaille 1933, 11.290) a admis au bénéfice de la loi de 1898 un moissonneur piqué par une mouche venimeuse en relevant des gerbes après le passage d'une faucheuse. En effet, le Tribunal a relevé la circonstance que la présence des insectes dans les récoltes est d'observation constante et que la piqûre d'insecte est un des risques auxquels les moissonneurs se trouvent particulièrement exposés. Il y a donc bien eu dans ce cas un élément tenant au travail et susceptible d'aggraver le jeu normal des phénomènes naturels.

Si, en l'espèce, le travail qu'accomplissait votre cliente était susceptible, par sa nature ou par les conditions dans lesquelles il était effectué, d'attirer spécialement les abeilles, elle est effectivement en droit de réclamer à son Assurance le versement des indemnités légales et le remboursement des frais médicaux.

ASSURANCES SOCIALES

7.526. — Refus des prestations maladie pour insuffisance de cotisation. Faute de l'employeur

Je soigne depuis le 4 avril un assuré social à qui la Caisse refuse tout secours.

Voici sa situation : premier trimestre 1937, les cotisations ont été versées ; quatrième trimestre 1936, les cotisations ont été versées ; troisième trimestre 1936, les cotisations n'ont pas été payées (entré chez un nouveau patron, le 4 juillet, ce dernier n'a pas voulu verser les cotisations, il a voulu attendre le 1er octobre pour verser) ; deuxième trimestre 1936, les cotisations ont été payées.

L'assuré a versé ses cotisations depuis sa maladie et s'offre de verser les cotisations du troisième trimestre. La Caisse refuse d'accepter ce versement et ne peut point payer les prestations sans le prétexte que le troisième trimestre n'a pas été payé.

La Caisse est-elle dans ses droits ? Que conseillez-vous ? Dr M.

Réponse

En vertu de l'art. 7, parag. 2 du décret-loi du 28 octobre 1935 instituant le nouveau régime des *Assurances sociales, pour avoir droit aux prestations en nature et en espèce de l'assurance-maladie, l'assuré devra avoir subi par précompte, sur son salaire,* une retenue au moins égale à 30 francs pendant les deux derniers trimestres civils précédant celui de la maladie ou de l'accident. Toutefois, pour les maladies ou accidents survenus au cours du premier mois de chaque trimestre, (ce qui est le cas en l'espèce), les périodes de référence à considérer sont celles antérieures au trimestre civil précédant celui de la maladie ou de l'accident, c'est-à-dire, en ce qui nous concerne, le quatrième trimestre et le troisième trimestre de 1936.

Si les cotisations versées pendant ces deux trimestres n'atteignent point la somme de 30 francs, l'intéressé ne peut prétendre aux prestations, à moins qu'il justifie avoir subi une retenue de 60 francs au moins pendant les quatre trimestres de l'année 1936 (art. 7, paragr. 2, alinéa 2).

Au cas où aucune de ces conditions ne se trouve remplie, la Caisse est juridiquement fondée à refuser le versement de ses prestation mais si cette irrégularité provient de la faute de l'employeur, ce dernier doit être considéré comme responsable dans les termes de l'art. 1382 du Code civil, du préjudice qu'il cause à son employé et doit lui verser une indemnité égale à la valeur des prestations dont il se trouve privé.

La jurisprudence est constante sur ce point : l'action doit être portée devant le Tribunal des Prud'hommes ou le Tribunal de Paix du lieu de l'entreprise.

Cinquante-neuvième année — N° 44 — 31 Octobre 1937

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

- sommaire -

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	70 fr.	Belgique et Luxembourg...	80 fr.
Etudiants	45 fr.	Première Zone	95 fr.
Le Numéro..........	1.50	Deuxième Zone	120 fr.

Renseignements

AVIS

Envoi de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale. Paris, 182-32.

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — ***Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)***

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du **Concours Médical**, ***Paris*** **167-95.**

N° 278. — Méd. spécial. tube digestif, longue expérience, labor. ray. X, électr., cherche à prendre suite ou s'établir région intéressante.

N° 280. — Jne fille cherche place au pair comme secrét. chez doct. ou assist. chez dentiste. Pourrait s'occuper intérieur. Légère rétrib. si possib. Préfér. Paris.

N° 281. — Cause santé, gr. ville Ouest, on céderait à jeune confr. dispos. 10.000 compt., bonne et fidèle client. de 27 ans. Très gr. maison, jardin et dépend., tout confort, loyer 8.000. bail à volonté.

N° 282. — Urgent. Paris, poste import. à céder pour raisons famille. Moitié compt., facilit. pour reste.

N° 283. — Importante Société coloniale recherche pour ses services (Congo belge) jeune médecin. Situation 8.000 fr. environ, plus indemnité. Ecrire avec références à Bourgeois, 38, avenue Hoche, Paris.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet Breitel et Goret

1, rue Dante, Paris (5e). - Tél. : Odéon 36-46

Grande ville Normandie. Anc. client. sans acouch. pavillon avec jard. Prix 60.000 1/2 cpt.

Centre. Gros chef-lieu cant., seul méd. Bon rap. Prix 40.000 15.000 cpt.

Jolie banlieue proche. Rap. import. Belle villa avec parc. Prix 50.000.

Limousin. Petit centre, poste agréable. Urgent, toutes facil. paiem.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Faculté de médecine de Paris.** CHEFS DE CLINIQUE. — Sont maintenus pour un an à dater du 1er octobre :

Cliniques médicales. — Hôpital Cochin : MM. Antonelli, Ménétrel. — La Pitié : MM. Sterne, André.

Clinique thérapeutique médicale. — La Pitié : MM. Bachman, Sallet.

Cliniques chirurgicales. — Hôtel-Dieu : MM. Beuzart, Zagdoun, Jomain, Milhiet. — La Salpêtrière : M. Boudreaux (J.). — Cochin : MM. Calvet, Pergola.

Thérapeutique chirurgicale. — Vaugirard : M. Aboulker.

Cliniques obstétricales. — Baudelocque : M. Coen; adjoint : M. Leblanc.

Hygiène et clinique de la première enfance. — Enfants-Assistés : M. Joseph, Mme Wertheimer.

Clinique médicale infantile. — Enfants-Malades : M. Brisset.

Clinique des maladies infectieuses. — Claude-Bernard : MM. Mahoudeau, Laplane ; adjoints : MM. Friedmann, Meilhaud.

Maladies mentales et encéphale. — Asile Sainte-Anne : M. Micoud.

Maladies cutanées et syphilitiques. — Saint-Louis : M. Boudin.

Maladies nerveuses. — Salpêtrière : MM. Hesse, Delay.

Oto-rhino-laryngologie. — Lariboisière : M. Gaston.

Clinique cardiologique. — Broussais : M. Royer de Véricourt, Mlle Landowska.

Clinique gynécologique. — Hôpital Broca : M. Guillot.

Sont nommés pour un an à compter du 1er novembre chefs de clinique à la Faculté de médecine :

Cliniques médicales. — Hôtel-Dieu : MM. Rambert, Bensaude, Malarmé, Baumgartner. — Saint-Antoine : MM. Bioy, Netter, Perreau, Mmes Lœwe-Lion, Brouet née Sainton. — Cochin : MM. Olivier, Sambron, Livieratos (à titre étranger). — La Pitié : M. Macrez.

Clinique thérapeutique médicale. — La Pitié : M. Ferroir.

Cliniques chirurgicales. — Hôtel-Dieu : MM. Varangot, Adrianopoulos (à titre étranger). — La Salpêtrière : MM. Chigot, Fontaine, Simon, Yovanovitch (à titre étranger). — Saint-Antoine : MM. Rodier, Delinotte. — Cochin : MM. Bréhant, Leuret.

Thérapeutique chirurgicale. — Vaugirard : M. Mialaret.

Clinique ophtalmologique. — Hôtel-Dieu : MM. Halbron, Voisin.

Hygiène et clinique de la première enfance. — Enfants-Assistés : MM. Bernard, Willot.

Clinique médicale infantile. — Enfants-Malades :

MM. Hurez, Tilichef (à titre étranger) ; adjointe : Mlle Morel.

Maladies mentales et encéphale. — Asile Sainte-Anne : MM. Nodet, Fortineau, Adnes, Belay.

Maladies cutanées et syphilitiques. — Saint-Louis : MM. Boulle, Brouet.

Maladies nerveuses. — Salpêtrière : MM. Gabriel, Guilly.

Urologie. — Necker : MM. Martin, Malgras, Viala.

Oto-rhino-laryngologie. — Lariboisière : MM. Lemaître (Yves), Coussieu, Salomon.

Clinique cardiologique. — MM. Malinsky, Dugas.

CHEFS DE LABORATOIRE DES CLINIQUES

Cliniques médicales. — Hôtel-Dieu : MM. Deval, Coquoin, Lavergne, Dioclès, Dognon, Cachera, May, Moniteurs : MM. Lagarenne, Duhem. — Saint-Antoine : MM. Lesure, Perrault (Marcel), Duchon, Cottet, Mlle David (déléguée).

Clinique chirurgicale. — Hôtel-Dieu : M. Feyel.

Clinique ophtalmologique. — Hôtel-Dieu : M. Hudelo, chef de laboratoire ; M. Kisslevsky, préparateur ; MM. Vatran, Lecrom, moniteurs.

Clinique chirurgicale. — Cochin : MM. Beauvy, Perrot.

Clinique urologique. — Necker : MM. Chabanier, Colombet, Mlle Kogan, M. Truchot.

Clinique chirurgicale. — Salpêtrière : M. Rouché, Mme Delaunez, M. Jahiel (attaché médical). — Saint-Antoine : Mlle Desmonts (chef de laboratoire).

Clinique médicale infantile. — Enfants-Malades : M. Pretet, chef de laboratoire ; Mme Laroche, M. Brouet, moniteurs. — Service de la diphtérie : chef de laboratoire : Mme Laffaille ; moniteur : Mlle Landowska.

Clinique neurologique. — La Salpêtrière : MM. Bertrand, Lereboullet (Jean), Schmite, Mathieu, Bernou.

Clinique des maladies mentales. — Sainte-Anne : M. Cuel, Mlle Bonnard, MM. Blondel, Lehmann, Dubar, Cuzin, Piot, Rubenovitck, Mme Michon.

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. — Mlle Eliascheff, MM. Desgrez, Duché, Peyre, Dechaume (attaché de stomatologie).

Clinique obstétricale. — Baudelocque : MM. Giraud, Sureau, Laborte (attaché médical).

Clinique médicale thérapeutique. — La Pitié : MM. Doubrow, de Traverse.

Hygiène et clinique de la première enfance. — Enfants-Assistés : MM. Detrois, Donato (préparateur).

Clinique des maladies infectieuses. — Claude-Bernard : M. Reilly.

Clinique thérapeutique chirurgicale. — Vaugirard : MM. Moutier, N..., chefs de laboratoire ; Goiffon (attaché de chimie) ; Dupouy (attaché de radiologie) ; *Beloux (attaché médical) ; Valenski (attaché de stomatologie).*

Clinique oto-rhino-laryngologique. — Lariboisière :

MM. Ardoin, Rachel, chefs de laboratoire ; Moulin, Szwarc, moniteurs.

Stomatologie. — M. Dechaume, chef de laboratoire.

Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte. — MM. Letulle, chef de laboratoire ; Ducroquet et Strohl, assistants d'orthopédie.

Pathologie chirurgicale. — M. Wolfrom, Mlle Saint-Cène.

Clinique médicale. — La Pitié : M. Paris, Mlle Gauthier-Villars. — Cochin : MM. Busy, Callais, Thierry, Baudelot.

Clinique cardiologique. — Broussais : MM. Heim de Balsac, Deglaude, Senèque, Jaubert.

Clinique chirurgicale infantile et orthopédie. — Enfants-Malades : chef de laboratoire : M. Saint-Girons ; préparateur : Mme Rémond. — Laboratoire de médecine expérimentale et comparée : moniteur : M. Dermer.

Clinique de la tuberculose. — Laënnec : chefs de laboratoire : MM. Guillaumin, Braun, Delarue.

Clinique gynécologique. — Broca : chef des travaux : M. Palmer ; chef de laboratoire : M. Moricard ; préparateur : Mlle Gothie.

PRÉPARATEURS DE COURS ET CONFÉRENCES

Chimie : Mlle Glaume. — Hygiène et médecine préventive : MM. Lantz, Villaret. — Médecine légale : M. Hausser. — Physique : Mlle Martin Bellet. — Puériculture : Mme Lœwe-Lion. — Stomatologie : MM. Lambert, André, Hénat, moniteurs. — Hydrologie et climatologie : M. Charles Debray.

— **Le IIe Congrès scientifique international de l'alimentation,** organisé par la Société scientifique d'hygiène alimentaire, s'est tenu du 25 au 28 octobre, sous la présidence du Professeur André Mayer, du Collège de France, à la maison de la chimie, rue Saint-Dominique.

Le Congrès a été inauguré le lundi 25 octobre par M. Queuille, ministre des Travaux publics.

De nombreux rapports ont été présentés, en particulier sur les règles de l'alimentation normale, chez l'enfant, l'adulte

— **Medical Yacht Club de France.** — La prochaine réunion du Medical Yacht Club de France aura lieu au Cercle interallié, 33, rue du Faubourg-Saint-Honoré, à Paris (VIIIe), le dimanche 7 novembre 1937, à midi et demi, sous la forme d'un déjeuner amical.

Les confrères, internes et étudiants français, amateurs de yachting, que le Medical Yacht Club intéresse et qui désirent profiter de ses avantages (réunions périodiques, dossiers de renseignements nautiques en constitution, liste des membres, carte du Club, insignes et pavillons etc...), trouveront tous les renseignements nécessaires auprès du secrétaire adjoint du M. Y. C. F., Docteur André Soubiran, 177, rue de Courcelles, à Paris (XVIIe) (Etoile 29-54).

— **Médaille du Docteur Abadie, chirurgien en chef de l'hôpital civil d'Oran.** — La remise de la médaille offerte au Docteur ABADIE a eu lieu le samedi 30 octobre à 17 h. 30, Grand Hôtel à Oran.

— **Société internationale de gastro-entérologie.** — A son récent Congrès, la Société a élu Sir Arthur Hurst comme président du Congrès de 1940 qui se tiendra à Londres. Comme vice-président a été désigné M. H. Einhorn (New-York).

Les deux questions suivantes ont été mises à l'ordre du jour : 1° Maladies de l'estomac et du sang ; 2° Iléites aiguës et chroniques à l'exception des occlusions.

— **Ondes courtes.** — *Un congrès international des ondes courtes* s'est tenu à Vienne (Autriche) du 12 au 17 juillet 1937.

A propos de ce Congrès, M. G. Lakhovsky nous ait connaître son droit de priorité, qu'aurait reconnu le Congrès, dans l'application des ondes courtes en biologie.

— **Mariage.** — Le 4 octobre 1937 a été célébré à Crozon-Morgat (Finistère), le mariage du Docteur Yves PELLETEUR, de Guiscriff (Morbihan), fils de Madame et de Monsieur J. Pelleteur, de Brest, avec Mademoiselle Yvette DONARD, fille de Madame et du Docteur Donard, de Crozon (Finistère), chevalier de la Légion d'honneur, Croix de guerre, Officier de l'Instruction publique.

Nos compliments et tous nos souhaits de bonheur.

— **Nécrologies.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Pierre PATET, ancien interne suppléant des hôpitaux de Lyon, ancien président du Syndicat des médecins de l'arrondissement de Mâcon, ancien maire de Tramayes.

Le Docteur P. Patet avait organisé le petit hôpital de Tramayes après la guerre très judicieusement, de telle façon que cet établissement pouvait répondre à toutes les exigences de la population.

Nous adressons à sa veuve et à ses fils, chirurgiens-dentistes à Paris et à Mâcon, nos plus sincères condoléances.

— Nous apprenons la mort du Docteur GLOPPE, de Montceau-les Mines Saône-et-Loire) ; du Docteur MONTIGNY, de Reims (Marne).

— Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur GILBERT-LAURENT, ancien député de Montbrison, décédé à Antibes, à l'âge de 82 ans. Le Docteur Gilbert-Laurent qui fut membre du Conseil d'administration de l'Union des Syndicats médicaux de France, rendit de nombreux services au Corps médical en intervenant en sa faveur dans les Commissions de la Chambre des Députés. Nous ne saurions l'oublier et nous en gardons un reconnaissant souvenir.

J. N.

A TRAVERS L'OFFICIEL

12 OCTOBRE

Emplois réservés

Liste d'aptitude établie dans les conditions prévues par les articles 7 et 8 de la loi du 12 août 1933

MINISTÈRE DE LA JUSTICE

Pour le poste de médecin de la maison d'arrêt de Draguignan : 1. M. le Docteur Rougelot.

Pour le poste de médecin de la maison d'arrêt de Saint-Nazaire : 1. M. le Docteur Emery.

MINISTÈRE DES POSTES, TÉLÉGRAPHES ET TÉLÉPHONES

Pour deux postes de médecins de circonscription Paris et banlieue : 1. M. le Docteur Rousselet ; 2. M. le Docteur Laplanche ; 3. M. le Docteur Hornus ; 4. M. le Docteur Haton ; 5. M. le Docteur Fillatrau.

Pour Strasbourg : médecin consultant des postes, télégraphes et téléphones : 1. M. le Docteur Lowenberg.

MINISTÈRE DE L'EDUCATION NATIONALE

Pour le poste de médecin consultant du lycée Louis-le-Grand : 1. M. le Docteur Roudinesco ; 2. M. le Docteur Haton ; 3. M. le Docteur Robert André.

Pour le poste de médecin chef du lycée Michelet ; 1. M. le Docteur Verdier ; 2. M. le Docteur André ; 3. M. le Docteur Cerf ; 4. M. le Docteur Arqué ; 5. M. le Docteur Albertin.

Pour le poste de médecin titulaire du lycée d'Aix : 1. M. le Docteur Lhoste.

Pour le poste de médecin adjoint du lycée d'Aix : 1. M. le Docteur Xardel.

Pour le poste de dentiste du lycée d'Aix : 1. M. le Docteur Vidal de Veyres.

Pour le poste de médecin, lycée Thiers, à Marseille : 1. M. le Docteur Louis Laplane ; 2. M. le Docteur Garrigues ; 3. M. le Docteur Platon ; 4. M. le Docteur Kindler.

Pour le poste de médecin chef, lycée de Nice : 1. M. le Docteur Garcel.

Pour le poste de médecin adjoint : 1. M. le Docteur Arqué ; 2. M. le Docteur Calvi ; 3. M. le Docteur Grisot.

Pour le poste de chirurgien consultant, lycée de Bordeaux : 1. M. le Docteur Chavannaz ; 2. M. le Docteur Jeanneney.

Pour le poste de stomatologiste, lycée de Bordeaux : 1. M. le Docteur Guelain.

Pour le poste d'oto-rhino-laryngologiste, lycée de Bordeaux : 1. M. le Docteur Moreau (Noël) ; 2. M. le Docteur Michelet ; 3. M. le Professeur Portmann.

Pour le poste d'ophtalmologiste, lycée de Bordeaux : 1. M. le Docteur Ginestous.

Pour le poste de médecin, lycée de Guéret : 1. M. le Docteur Dufour.

Pour le poste de médecin, lycée de Troyes : 1. M. le Docteur Destouches.

Pour le poste de médecin titulaire, lycée de Grenoble : 1. M. le Docteur Grandmaison.

Pour le poste de médecin adjoint, lycée de Grenoble : 1. M. le Docteur Eymard.

Pour le poste de médecin, lycée de Bar-le-Duc : 1. M. le Docteur Lorcin ; 2. M. le Docteur Wagner.

Pour le poste de médecin, lycée de Niort : 1. M. le Docteur Saint-Paul.

Pour le poste de médecin, lycée d'Angers : 1. M. le Docteur Gouffon.

Pour le poste de médecin, lycée de Saint-Brieuc : 1. M. le Docteur Moy.

Pour le poste de dentiste, lycée de Cahors : 1. M. le Docteur Aillet ; 2. M. le Docteur Andrieu.

Pour le poste de médecin, lycée e Montauban : 1. M. le Docteur Philip.

Pour le poste de médecin, lycée de La Rochelle : 1. M. le Docteur Gourgand.

Pour le poste de médecin, lycée de Tarbes : 1. M. le Docteur Verdoux.

Pour le poste de médecin du lycée Carnot, à Fontainebleau : 1. M. le Docteur Fruitier.

Ministère des Finances

Pour médecins assermentés (Administration centrale, deux vacances) : 1. M. le Docteur Michaux ; 2. M. le Docteur Fillatrau ; 3. M. le Docteur O'Followell ; 4. M. le Docteur Noirclaude.

15 octobre

Hygiène publique

Conseil supérieur d'hygiène publique de France

Par arrêté du ministre de la Santé publique en date du 14 octobre 1934, M. le Docteur Georges Brouardel, membre de l'Académie de médecine et du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, conseiller sanitaire technique, a été nommé vice-président du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, en remplacement de M. le Professeur Pouchet, démissionnaire et nommé président honoraire.

Avis de concours pour le recrutement des inspecteurs départementaux d'hygiène et des directeurs des Bureaux d'hygiène (villes de plus de 100.000 habitants et assimilés).

Conformément aux dispositions de l'article 2 du décret du 12 août 1937, un concours est ouvert pour le recrutement :

1° D'inspecteurs d'hygiène dans les départements

suivants : Aude, Eure, Gironde, Landes, Loire-Inférieure, Lozère, Sarthe, Vendée, Vienne ;

2° De directeurs de Bureaux d'hygiène dans les villes suivantes : Lille, Toulouse.

Pourront faire acte de candidature :

1° En vue d'une mutation : les inspecteurs départementaux d'hygiène ; les directeurs de Bureaux d'hygiène des villes de 100.000 habitants au moins et assimilés qui auront été préalablement maintenus en fonctions ;

2° En vue d'une promotion de grade : les inspecteurs adjoints départementaux d'hygiène, les directeurs et directeurs adjoints en exercice des Bureaux d'hygiène des villes de moins de 100.000 habitants qui auront été préalablement maintenus en fonctions.

Les demandes devront être formulées pour un poste déterminé et accompagnées des documents suivants, requis pour les demandes de maintien en fonctions et pour les candidatures aux postes d'inspecteurs :

1° Une expédition authentique de l'acte de naissance ;

2° Un extrait de casier judiciaire ayant moins de trois mois de date ;

3° Un certificat de nationalité française et, s'il y a lieu, les pièces établissant la naturalisation et indiquant la date d'obtention du droit d'exercer ;

4° Copie certifiée conforme des diplômes (notamment du diplôme de docteur en médecine) ;

5° Un résumé des titres de toute nature et des fonctions remplies avec références à l'appui ;

6° Les états des services administratifs antérieurs certifiés par les Administrations intéressées ;

7° Un état des services militaires ou, à défaut, une pièce précisant la situation militaire ;

8° Un exemplaire de la thèse et des études publiées ;

9° Une note de renseignements sur la situation de famille ;

10° Un certificat d'aptitude physique à l'exercice de la fonction délivré par un médecin assermenté.

Les demandes devront être remises au ministère de la Santé publique (direction du personnel, 1er bureau), 7, rue de Tilsitt, à Paris, le 16 novembre 1937, au plus tard.

Avis de concours pour le recrutement d'inspecteurs départementaux adjoints d'hygiène ou assimilés

Un concours est ouvert pour le recrutement d'inspecteurs départementaux adjoints d'hygiène ou assimilés.

Les candidats doivent être Français, âgés de trente-cinq ans au plus au 1er janvier 1937, cette limite d'âge étant reculée d'un temps égal à la durée des services antérieurs civils ou militaires valables

pour la retraite. Les candidats masculins doivent avoir satisfait aux obligations du service militaire actif en temps de paix ou en avoir été définitivement dispensés.

De plus, ils doivent être titulaires du diplôme d'Etat de docteur en médecine et d'un des diplômes universitaires d'hygiène institués dans les conditions prévues par le décret du 21 juillet 1897.

Les candidats adresseront leur demande au ministère de la Santé publique, 7, rue de Tilsitt, à Paris (direction du personnel, 1er bureau).

Les pièces ci-après seront jointes :

1° Expédition authentique de l'acte de naissance ;

2° Extrait de casier judiciaire ayant moins de trois mois de date ;

3° Certificat de nationalité française et, s'il y a lieu, les pièces établissant la naturalisation et indiquant la date d'obtention du droit d'exercer ;

4° Copie certifiée conforme des diplômes (notamment du diplôme de docteur en médecine d'une Faculté de l'Etat et du diplôme d'hygiène) ;

5° Résumé des titres de toute nature et des fonctions remplies avec références à l'appui ;

6° Etats des services administratifs antérieurs pouvant entrer en compte pour la constitution du droit à pension certifiés par les Administrations intéressées ;

7° Etat des services militaires ou, à défaut, une pièces précisant la situation militaire ;

8° Exemplaire de la thèse et des études publiées ;

9° Note de renseignements sur la situation de famille ;

10° Certificat d'aptitude physique à l'exercice de la fonction, délivré par un médecin assermenté ;

Les candidats désignés comme inspecteurs adjoints devront, au moment de leur nomination, subir les visites médicales prévues par les statuts des Caisses locales de retraites.

Le nombre des places mises au concours est fixé à vingt-cinq.

La date du concours est fixée au 16 décembre 1937.

Les demandes devront être remises au ministère de la Santé publique, le 16 novembre 1937, au plus tard.

La Ligue médicale de Défense professionnelle : « **Le Sou Médical** » a deux objets principaux :

1° Tout d'abord elle garantit ses membres contre les risques de responsabilité professionnelle à concurrence d'une somme de 100.000 francs. Et cette garantie est portée à 500.000 francs pour ceux d'entre eux qui sont en même temps abonnés au *Concours Médical*.

2° En outre, elle leur donne conseils et soutien dans toutes les difficultés et les procès d'ordre professionnel.

Voir la suite page LI-3063

PROPOS DU JOUR

A TRAVERS LES TOMBES

◆ ◆ ◆

Mais où sont les neiges d'antan ?

(VILLON.)

Le culte des morts a toujours ses fidèles, surtout à Paris.

Au voisinage du 1er novembre une visite aux nécropoles s'impose. J'ai l'habitude, comme bien d'autres, de me rendre en cette saison au cimetière Montparnasse où reposent quelques-uns des miens. Le pieux devoir accompli, j'erre au hasard à travers les tombes. Que d'évocations, que de souvenirs éveillent en notre mémoire maint monument, mainte inscription !

C'est ainsi qu'au rond-point du cimetière Montparnasse se trouve le somptueux tombeau du Doyen ORFILA, élevé, il y a près d'un siècle, par l'*Association des médecins de la Seine* à son fondateur et bienfaiteur. Le tombeau d'Orfila masque presque une stèle, supportant un buste et sur laquelle est inscrit ce simple mot : BOYER. Et l'on ignorerait quel fut ce Boyer, parmi tant d'autres qui portent ce nom, si un caducée sculpté au-dessous ne nous rappelait que là repose le grand chirurgien baron Boyer, mort quelque vingt ans avant Orfila qui, au cours de sa longue carrière, servit successivement comme premier chirurgien, Napoléon Ier, Louis XVIII, Charles X et Louis Philippe.

Mais mon but n'est pas cette fois de rappeler à la reconnaissance de nos lecteurs les cliniciens et les savants qui firent progresser les sciences médicales ; d'ailleurs ils sont trop nombreux. Je me bornerai à signaler quelques médecins qui se dévouèrent pour améliorer moralement et matériellement la profession médicale et qui me paraissent trop oubliés.

Je me souvenais que dans une allée de ce cimetière, était le tombeau de LE BARON, médecin praticien et érudit des plus distingués, qui fonda, il y a 45 ans, le *Syndicat des médecins de la Seine*. Le Baron est aujourd'hui ignoré par la plupart des praticiens de Paris et cependant ceux qui le connurent et qui eurent l'honneur de compter comme moi parmi ses collaborateurs (bien rares sont ceux qui vivent encore aujourd'hui) savent toute l'énergie, tout le dévouement qu'il mit à assurer le succès de son œuvre. C'est grâce à sa droiture, à sa réputation de praticien sans tache, à ses qualités d'intelligence et de cœur que notre Syndicat, assez mal vu au début, finit par s'imposer au Corps médical parisien.

Je me suis incliné devant sa tombe et ai contemplé avec émotion cette noble figure dont un modeste médaillon, dû à la souscription de ses amis de notre syndicat, rappelle les traits énergiques et harmonieux.

***

Le souvenir de Le Baron évoque dans mon esprit de nombreux disparus, totalement oubliés ou presque, auxquels la profession médicale doit cependant beaucoup.

Ce furent CÉZILLY, du *Concours Médical*, MARGUERITTE (du Havre), MIGNEN (de Montaigu), TREILLE, de Lavaveix, Elie NOIR, de Brioude, les fondateurs du syndicalisme médical.

Ce fut le doyen BROUARDEL qui mit toute son influence, qui fut grande, au service des médecins praticiens, qui ne surent pas tous reconnaître son action, pourtant si utile.

◆◆

Ce furent CHEVANDIER, DUBUISSON, V. CORNIL, LANNELONGUE, GILBERT-LAURENT au Parlement ; le sénateur REYMOND, vice-président de l'Union des Syndicats médicaux, qui servant comme aviateur, mourut en héros au début de la guerre ; Amédée LATOUR, LEREBOULLET, LEPAGE, LANDE (de Bordeaux) à l'Association générale.

Ce furent GRASSET, à Montpellier, Paul LEGENDRE, LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, A. BROCA ; et GAIRAL, le président modèle de l'Union des Syndicats médicaux et de tous nos congrès professionnels, qui lui aussi mourut victime de son patriotisme, dans les geoles allemandes.

Ajoutons-en bien d'autres, ayant droit à toute notre reconnaissance : l'excellent GUINARD, qui fut président du Syndicat des médecins de la Seine, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Paris (1) ; il tomba sous les coups d'un aliéné dont il avait cependant sauvé la vie ; TOURTOURAT, un homme d'un autre âge, sans peur et sans reproches, mort aussi comme tant d'autres victime de la guerre ; BARBANNEAU, le type du parfait médecin de campagne, et le Lyonnais BOLLIET et FAYARD, si dévoué, et LEREDDE, esprit distingué et profond qui savait prévoir et dont les conseils seraient actuellement précieux au cours de cette époque bouleversée.

N'omettons pas ceux de notre propre maison du *Concours Médical* ; après CÉZILLY, l'ancêtre, JEANNE, cet esprit lucide, cet homme d'action à qui nous devons tant ; DUCHESNE, dont le talent charmait hier encore nos lecteurs ; DIVERNERESSE, dont la combattivité, parfois excessive, assura cependant plus d'une victoire ; MAURAT, GASSOT dont les tombes sont à peine fermées.

(1) Guinard et Brouardel ne sont pas précisément des oubliés. D'importants monuments commémoratifs ont été élevés en leur honneur pour l'un dans la cour de la Faculté de médecine, pour l'autre dans le hall d'entrée de l'Hôtel-Dieu, mais ces monuments sont élevés au doyen célèbre et à la malheureuse victime d'un aliéné ; ils ne rappellent en rien les services rendus à notre profession.

Je ne saurai oublier COURTAUD, REYNIER, CAZIN, qui ont réussi à créer, à faire vivre et prospérer la *Maison du Médecin*, ni BUTTE qui fonda la *Société des Femmes et Enfants de Médecins* (F. E. M.).

Je ne puis les citer tous, ils sont trop.

Ma situation dans la presse médicale et mes fonctions syndicales m'attribuèrent la pieuse et triste obligation depuis bien des années, d'écrire, pour chacun, un éloge funèbre. Je ne faillis pas à ce devoir et les articles nécrologiques que j'ai publiés depuis plus de 40 ans dans le *Progrès Médical*, le *Bulletin de l'Union des Syndicats*, le *Concours Médical* formeraient un gros volume, tant ils sont nombreux, si bien qu'un confrère, hargneux, auquel je barrais la route quand il voulut aiguiller notre syndicalisme dans je ne sais plus quelle louche affaire commerciale, crut me mortifier en me qualifiant dans une feuille qu'il alimenta jusqu'à sa mort, de son venin, du surnom de *fossoyeur*. Lui aussi est disparu et oublié, paix à ses cendres !

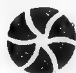
Mais, si j'ai mérité le titre de *fossoyeur*, ce dont je me fais gloire, qu'il me soit permis aujourd'hui d'exhumer le souvenir de ceux que j'ai naguère enterrés.

Je voudrais que la mémoire de ceux que j'ai cités et qui ont tant fait pour nous, médecins praticiens, soit l'objet de notre reconnaissance et à leurs noms s'ajouteraient ceux de beaucoup d'autres encore que l'oubli a recouverts de son ombre,

Quos fama obscura recondit (1).

J. NOIR.

(1) Virgile, Enéide V.

PARTIE SCIENTIFIQUE

LUCITES SOLAIRES

Formes intermédiaires entre la dermite d'Oppenheim et la lucite pigmentogène de Freund, etc...

Par le Professeur GOUGEROT, Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

Cet été encore, il nous a été donné de recueillir des observations intéressantes de lucites (lésions provoquées par la lumière), et il nous semble utile de souligner les faits suivants.

I. Fréquence des sénescences précoces de la peau

Nous sommes frappé du nombre de femmes jeunes qui ont dans les régions insolées, surtout au visage et au cou, au décolleté, au dos des mains, un vieillissement précoce de la peau : amincissement et rides, pigmentations et télangiectasies, souvent verrucosités véritable xeroderme pigmentorum atténué, réalisant le tableau de la radio-lucite solaire analogue aux radio-dermites.

Comme nous y avons insisté dès 1921 (1) la fréquence de cette sénescence précoce dépend de la fragilité antérieure de la peau et plusieurs fois le facteur familial s'impose. Cette fréquence devient effrayante si l'on examine les jeunes femmes et jeunes gens à la lumière de Wood.

Ces lucites sont définitives et s'accentuent d'année en année, faute de précautions sévères.

II. Epithélioma juvénile du lobule du nez par radiolucite cancérigène

Est-ce une coïncidence ? mais à la fin de cet été nous avons observé trois cas d'épithélioma du lobule du nez chez des sujets jeunes insolés. Les deux premiers frappaient deux sœurs de 19 et 21 ans, affirmant donc l'importance du facteur de la *fragilité familiale de la peau*. Le troisième atteignait un jeune homme de 18 ans faisant des sports d'hiver et des bains de soleil l'été. On s'explique l'atteinte élective du bout du nez, parce qu'il dépasse la protection des coiffures. Chez ces trois malades, l'évolution a été semblable : depuis trois à quatre ans, brûlures répétées du bout du nez l'hiver ou l'été par les insolations répétées : état rouge et squameux chronique, souvent ulcération lente à guérir parce que de nouveaux coups de soleil s'accumulent ; guérison incomplète dans l'intervalle des voyages avec persistance d'un état rouge atrophique, puis épaississement verruqueux qui rapidement s'ulcère et devient végétant, réalisant le tableau d'un épithélioma ulcéreux et végétant typique cliniquement et histologiquement : baso-cellulaire ou mixte.

Déjà, avec Pierre Fernet, nous avons suivi un cas semblable chez un jeune lycéen à la suite d'hiver sur la neige et d'été sur la Côte d'Azur ; l'ulcération toujours du bout du nez s'était d'abord cicatrisée par une pommade à l'oxyde jaune de mercure, si bien que, lorsqu'elle récidiva, on ne pouvait pas croire à un épithélioma. Malgré l'aspect clinique, on attendit la biopsie pour affirmer la néoplasie.

Il est à remarquer que tous ces jeunes n'ont pas de xéroderma pigmentosum décelable ; en apparence le reste du visage n'avait que les lésions maintenant banales des lucites des sports d'hiver et des bains de soleil de l'été et il y a contraste entre la gravité des lésions du lobule du nez et la bénignité de la lucite du reste du visage.

Il faut donc éduquer le grand public en lui montrant les dangers esthétiques et parfois vitaux de ces radiolucites cancérigènes, non seulement chez les adultes vieillissant, mais chez de très jeunes sujets. Dans certaines plages le cri d'alarme a été entendu, et j'ai vu cette année la mode de protéger le nez par une feuille maintenue sur le nez par les lunettes.

III. Lucites papulo-bulleuses

J'ai retrouvé deux cas de cette lucite que Jausion et nous-même avons étud é avec Paul Blum ; nous en avons présenté deux cas en juillet dernier à la Soc. de dermatologie. Ces deux nouveaux malades réunissaient les mêmes aspects que ceux de juillet : érythème squameux, papules, éléments papulo-bulleux avec tous les mélanges et toutes les formes de transition entre ces trois lésions ; toutes guérirent rapidement et

---

(1) GOUGEROT. — Xéroderma pigmentosum. Radiolucitis cranio sobre terrenos radiosensibles. *Los Progresos de la Clinica*, IX, nº 120, décembre 1921, p. 265.

Radiolucites chroniques et xéroderma pigmentosum. Revue pratique des maladies des pays chauds. *Egypte Médico-chirurgical*, octobre 1921, nº 7, p. 34 (1 photo) ; *Journal des Praticiens*, 18 nov. 1922, nº 46 et 47, p. 753 et 771 ; et *Annales de l'Institut d'Actinologie*, janvier-avril 1926, nº 1-2, p. 191.

sans traces. Elles s'intercalent, comme nous l'avons montré avec Paul Blum, entre l'érythème solaire banal, degré minimum et l'hydroa vacciniforme de Bazin, qui est le degré maximum, avec ulcération du derme et cicatrice définitive.

IV. Formes de transition entre la dermatitis pratensis d'Oppenheim et la lucite pigmentogène de Freund

Les formes types de ces deux dermatoses sont distinctes.

La lucite de Freund a peu ou pas d'érythème ; elle se pigmente rapidement sans donner de papules ni de vésicules, la peau étant sensibilisées par des essences parfumées, notamment la bergamote (voir l'article des lucites de Jausion Nouv. Prat. Dermatologique).

Dans la dermatitis pratensis d'Oppenheim, les empreintes végétales donnent érythème, papules, vésicules, sans pigmentation obligatoire, et, si elle existe, elle est secondaire à ce processus inflammatoire précédent.

Entre ces deux types se classent des formes de transition qu'au début on dirait dermatitis d'Oppenheim à la période de rougeur, papules, vésiculation ; puis lucites de Freund, lorsque le processus inflammatoire étant éteint, il ne reste que la pigmentation intense et persistante.

Oppenheim signale ces faits de transition (1) à propos d'une étude pathogénique :

L'analogie de la pigmentation de la dermatite des prés avec celle que provoque l'huile de Bergamote contenue dans certaines eaux de Cologne, une émulsion aqueuse de Pinen (terpène obtenu à partir des huiles éthérifiées contenues en assez grandes quantités dans les plantes du bord de l'eau) est appliquée pendant vingt-quatre heures sur une zone de peau ayant subi préalablement une irritation diffuse par le papier de verre... Dans un grand nombre de cas, apparurent des rougeurs, papules et vésicules subsistant quelques jours et suivies d'une pigmentation durable ayant la disposition striée caractéristique. Sur les régions où l'on avait fait des scarifications, la réaction était beaucoup plus faible ; sur peau saine et pigmentée, elle était nulle ».

« Les conditions nécessaires seraient : 1° l'irritation *diffuse* de la peau par les herbes ; 2° la *pression* assez forte sur une certaine herbe (en l'espèce, le poids du corps couché), pression suffisante pour exprimer l'huile nocive et lui permettre de venir en contact étroit et durable avec la peau irritée, sans évaporation possible ».

Les trois cas observés par nous étaient identiques, le troisième étant notre auto-observation.

Depuis l'enfance je suis sensibilisé à la lumière solaire ; un coup de soleil, qui chez mes camarades donnait un érythème léger, provoque depuis toujours chez moi une dermite intense, érythème, œdème, vésicules et phlyctènes : dès lors que je suis obligé de me protéger les bras et les mains, etc...

En août dernier, sans m'en apercevoir, j'ai dû en cueillant des plantes, puis en touchant la peau de la partie antérieure du thorax et du cou me sensibiliser la peau, car j'ai eu des brûlures en traînées digitiformes : rougeur, papule, œdème, vésiculation ébauchée sans vésicules ni phlyctènes remplies de liquide ; simplement *nécrose blanche* de l'épiderme, qui se décollait facilement sans suintement de liquide, découvrant un épiderme rouge foncé, luisant, douloureux ; rétrocession en huit à dix jours des phénomènes inflammatoires, laissant des pigmentations figurées digitiformes comme dans la lucite de Freund, et ces pigmentations persistèrent plus de deux mois.

Je n'avais manié ni eau de Cologne, ni aucun parfum, j'avais cueilli des olives, des cyclamens, des menthes (*Calamintha officinalis*, etc.), de la rue (*Ruta graveolens*), des campanules (*Campanula trachelium*). Sauf pour les campanules (car j'avais quitté leur habitat), j'ai refait des applications de ces plantes, sans succès, sur la peau de l'avant-bras ; la nature du photo-sensibilisateur reste mystérieuse. On peut donc voir de ces lucites sans qu'un observateur prévenu puisse déterminer la cause végétale. Les faits d'Oppenheim et les nôtres prouvent l'existence de formes de transition entre la dermatite des prés et la lucite pigmentogène de l'eau de Cologne.

V. Hyperesthésie résiduelle

Parfois la lucite laisse une hyperesthésie cutanée durant des semaines et dans un cas, sept mois après le coup de soleil et après la disparition de la pigmentation. Cette hyperesthésie peut être très vive, presque douloureuse, rendant pénible le port du faux-col à la rentrée des vacances. On ne peut s'empêcher de comparer cette hyperesthésie avec celle des radiodermites autrement grave par sa persistance.

VI. Lucite à travers les vêtements

Les étoffes habituelles, chemises, gants de fils, pantalons de toile, n'empêchent pas les coups de soleil chez les sensibilisés au soleil, quoique le prétendent certains auteurs. Nous l'avons observé chez de nombreux sujets et sur nous-même, à propos des lucites banales et les pellagres, et ainsi s'expliquent certains érythèmes d'été du scrotum et de la verge, etc., qui semblent inexpliqués lorsqu'on n'est pas prévenu, l'atteinte génitale fréquente dans la pellagre, etc... C'est que les rayons lumineux et les ultra-violets du soleil ne sont pas arrêtés par ces étoffes. Jean Meyer l'a vérifié expérimentalement : 10 à 15 % traversent une toile de texture serrée.

Tels sont quelques faits importants en pratique que je crois utile de signaler à la fin de cet été, afin de prendre l'année prochaine des mesures prophylactiques et d'essayer de faire l'éducation du public.

(1) OPPENHEIM. — *Wien. Mediz. Wochensch*, n° 46, 1936, p. 1276.

L'OXYGÉNOTHÉRAPIE INTENSIVE PAR LA TENTE A OXYGÈNE

Par G. Arnulf

Chef de Clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon

Dans un grand nombre d'affections pulmonaires ou circulatoires l'oxygène est un médicament excellent et dont la nécessité est à l'heure actuelle indiscutée.

Mais alors que pour le traitement de l'intoxication oxycarbonée nous possédons avec le masque de « Legendre et Nicloux », par exemple, un moyen d'application très efficace ; au contraire, pour les applications médicales habituelles de l'oxygénothérapie nous n'avions jusqu'à ces dernières années que l'appareillage rudimentaire du « ballon à oxygène ».

En effet, depuis longtemps, comme beaucoup j'ai été frappé de la façon rudimentaire dont nous administrons l'oxygène à nos malades, et j'ai bien souvent eu l'impression d'un geste rituel plutôt qu'efficace.

L'appareil ordinairement utilisé comprend un ballon d'oxygène, un flacon barbotteur et un embout représenté habituellement par un entonnoir de verre. Ces différentes parties sont reliées par un tube de caoutchouc, le malade respire l'oxygène au niveau de l'embout.

Or cet appareillage comporte divers inconvénients sérieux :

1° Avec l'embout beaucoup d'oxygène est perdu et le malade en respire pratiquement très peu, et, si l'embout est mal placé ou mal tenu ce qui est fréquent, il n'en respire pratiquement presque plus du tout.

2° L'administration de l'oxygène par ce mode nécessite la présence continue d'une garde près du malade, aussi se contente-t-on de faire respirer à peine cinq minutes toutes les heures de l'oxygène au malade, ce qui est nettement insuffisant.

3° L'oxygène ainsi distribué l'est à doses irrégulières et non contrôlables.

4° Enfin l'oxygène respiré par le malade est à une température variable et à un degré hygrométrique incontrôlable.

En un mot, on ne pouvait guère compter faire de l'oxygénothérapie sérieuse et efficace avec ce procédé.

D'ailleurs le sentiment populaire a bien traduit son scepticisme dans l'efficacité du ballon à oxygène en voyant surtout dans son apparition l'indice d'un pronostic fatal.

Pour parer à ces inconvénients de nombreux appareils ont été conçus que l'on peut diviser en deux groupes :

I. Les masques hermétiques directement appliqués sur la bouche du patient du type par exemple de Legendre et Nicloux ou de Dautrebande (*Presse Médicale*, 1935).

Ces appareils ont une efficacité certaine ; ils ont en outre l'avantage de permettre une surpression chez les intoxiqués par le gaz d'éclairage.

Mais s'ils sont facilement adaptables à des comateux, ils sont insupportables d'une façon prolongée pour des malades qui ont toute leur conscience.

II. Les cages dans lesquelles on crée l'atmosphère voulue. — Dans ce type l'idéal évidemment est *la chambre à oxygène* réalisée par les Américains, en particulier au Médical Center de New-York où j'ai pu la voir en fonctionnement. Mais son installation est coûteuse et le débit d'oxygène très onéreux, enfin on ne peut l'amener au chevet des malades.

C'est pour la suppléer, pour la rendre accessible à toutes les organisations que l'on a conçu les cloches à oxygène et *la tente à oxygène*.

La cloche a oxygène dont un modèle a été présenté par Henri Janet et Madeleine Bochet à la Société de pédiatrie de Paris en juin 1930, utilise une cloche de verre, prolongée par un large volant de tissu imperméable, un dispositif de suspension et d'apport d'oxygène lui est annexé, ainsi qu'un serpentin métallique qui, placé dans la cloche, permet d'en rafraîchir l'atmosphère.

Cet appareil qui est déjà un grand progrès sur le simple ballon à oxygène, réalise cependant une enceinte trop confinée et s'il est, peut-être, toléré par le nourrisson, il doit l'être très difficilement par les enfants et les adultes.

Un autre dispositif, très simple, est utilisé pour réaliser l'oxygénothérapie intensive ; c'est la *sonde nasale*. Celle-ci adaptée à un flacon barbotteur par où arrive l'oxygène permet de faire respirer aux malades une grosse dose d'oxygène, mais elle a l'inconvénient de nécessiter une surveillance constante et d'être mal tolérée par les malades qui ont toute leur connaissance.

La tente a oxygène réalise un dispositif qui nous paraît idéal pour appliquer l'oxygénothérapie intensive. Elle permet de faire respirer aux malades de l'oxygène ou tout autre gaz, carbogène en particulier :

1° à dose voulue,

2° à une température et à un degré hygrométrique approximativement réglables,

3° pendant une période aussi longue que l'on veut (plusieurs jours si cela est nécessaire),

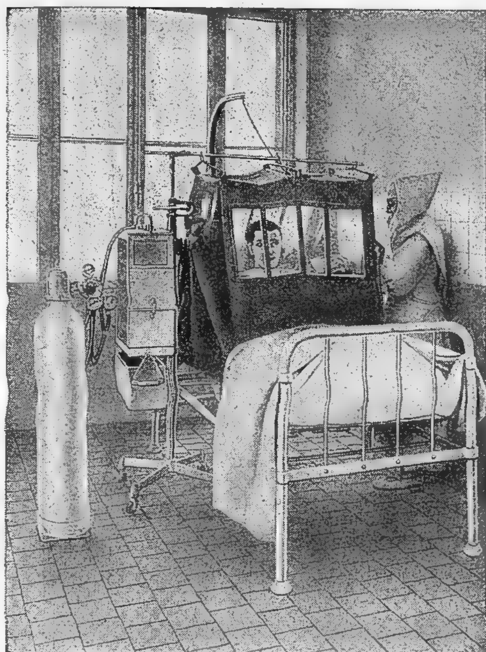
4° sans surveillance fastidieuse.

A l'instar des Américains, dans le service du Professeur Tixier, à l'hôpital E. Herriot de Lyon (1), nous utilisons depuis 1934 dans toutes les complications pulmonaires graves post-opératoires notre tente à oxygène.

Construite avec la collaboration de la Maison Lépine, celle-ci est d'une application facile, elle est ordinairement bien tolérée par les malades et leur donne bien souvent en outre une sensation de bien-être et une respiration plus facile.

Encouragé par nos premiers résultats nous avons cherché à diffuser la méthode et nous avons enregistré avec plaisir la faveur qu'elle connaît, en particulier auprès des pédiatres, depuis 1935, et actuellement l'oxygénothérapie intensive par notre tente à oxygène est devenue d'une application courante, surtout dans les services de médecine infantile dans plusieurs hôpitaux de la région lyonnaise.

En plus de l'organisation hospitalière nous avons pu réaliser pour la *population urbaine* un service continu où tente et oxygène peuvent être mis à la disposition du public jour et nuit, et notre foi dans l'efficacité de l'oxygénothérapie intensive par la tente à oxygène nous porte à croire qu'il sera nécessaire d'avoir des organisations de ce genre dans tous les centres ainsi que cela a déjà pu être réalisé en Amérique, et est en voie de réalisation en Angleterre. En France, d'ailleurs plus récemment M. Léon Binet et Mlle Bochet (2) attiraient aussi l'attention sur l'efficacité des tentes à oxygène.



(*Modèle déposé* — *Lépine, constructeur, Lyon*)

LA TENTE A OXYGÈNE EN FONCTIONNEMENT

De gauche à droite remarquer :

1° *L'obus à oxygène* sur lequel est vissé le manomètre détendeur avec les trois cadrants de contrôle du débit d'oxygène ;

2° *Le thorax artificiel* représenté par la boîte rectangulaire ;

3° *La tente* déployée, communiquant avec le thorax artificiel.

DESCRIPTION DE L'APPAREIL

Notre appareil comporte :

Une tente ayant environ 1 mètre cube de capacité dans laquelle est placé le malade ;

Un « *thorax artificiel* » où l'air est aspiré grâce à un diffuseur d'air, de là, passe sur une couche de soude caustique, perd son CO^2 et se rafraîchit sur une couche de glace ;

Un *manomètre détendeur* organe essentiel de régularisation du débit ;

Une *bombe à oxygène* interchangeable qui représente la réserve d'oxygène.

1° *La tente* est de grandes dimensions, laissant au malade la liberté de ses mouvements, l'intérieur est éclairé par de larges ouvertures en mica ; elle est faite en tissu imperméable facile à nettoyer et à stériliser.

Sa circonférence de base (6 m. 40) permet de la placer aisément au dessus de tous les lits.

Des ouvertures latérales sont placées sur les côtés pour l'introduction de la nourriture, des liquides et du thermomètre médical, etc. Ceci avec le minimum de perte et de gêne pour le malade.

(Un siphon est prévu pour prise d'échantillon d'air aux fins d'examens chimiques si on le désire.)

La tente est suspendue par des bras qui maintiennent solidement le tissu. Un dispositif spécial permet d'élever la tente et de l'abaisser à la demande sans la moindre gêne pour le malade. Une vis de réglage actionnée par un volant permet un ajustement vertical de 40 cm. qui s'accommode à toutes les hauteurs de lits.

2° *Thorax artificiel.* Il est formé par une large boîte bien calfeutrée et divisée en deux compartiments dont l'un contiendra la glace, l'autre, le plus petit, contiendra la soude caustique ou la chaux sodée.

Au point déclive se trouve une soupape hydraulique qui, tout en permettant l'écoulement

(1) TIXIER et ARNULF. Société de chirurgie de Lyon, 4 février 1936, in *Lyon Chirurgical*, 1936. — ARNULF. *Presse Médicale*, 19 août 1936.

(2) *Presse Médicale*, décembre 1936.

de l'eau due à la fonte de la glace, empêche la perte de l'oxygène.

Chaque compartiment est fermé par un couvercle, solidement maintenu par un ressort. Au niveau de chaque compartiment existe un large orifice communiquant avec la tente.

a) Par l'orifice du compartiment à glace, l'oxygène rafraîchi est refoulé dans la tente ;

b) Par l'orifice du compartiment à soude caustique, l'air est aspiré dans la tente.

Ce mouvement d'aspiration et de refoulement est continu ; il est commandé par l'injection d'oxygène sous pression par un diffuseur. C'est le plus simple des principes connus pour produire la circulation des gaz. (Ce dispositif réalise celui d'une trompe à air.)

Grâce à ce dispositif, l'air oxygéné est aspiré dans le compartiment de soude caustique où il se divise et est refoulé régulièrement vers la tente après s'être rafraîchi et humidifié sur la glace.

Au-dessous du thorax artificiel se trouve un baquet pour récupérer l'eau de la glace.

Tout l'ensemble du thorax est fixé sur un pied à roulettes. A la partie supérieure de ce pied est fixée la tente.

Grâce à un volant il est facile de monter plus ou moins l'ensemble pour mettre la tente au niveau du lit du malade.

3° *Le mano-détendeur* automatique comporte une pièce de contrôle commandée par un robinet à poignée qui permet de régulariser le débit d'oxygène ; trois manomètres y sont juxtaposés :

a) *un manomètre supérieur* qui indique la pression dans la bombe d'oxygène ;

b) *un manomètre inférieur gauche* qui marque le débit en litres de l'oxygène, indispensable à la circulation ;

c) *un manomètre inférieur droit* qui marque le débit en litres de l'oxygène supplémentaire.

Au manomètre inférieur droit est associé un robinet latéral à vis qui permet de régler l'oxygène supplémentaire.

Sous le mano-détendeur est placée une manette postérieure qui permet de faire communiquer directement la bouteille à oxygène avec la tente, rendant ainsi possible l'afflux brusque et rapid d'oxygène dans la tente si besoin est.

Ainsi construite, notre tente à oxygène permet de mettre le malade dans une atmosphère suroxygénée et d'où le CO^2 expiré est constamment éliminé.

La température de la tente est réglable en augmentant ou en diminuant le débit de circulation d'oxygène et en concassant plus ou moins la glace.

Elle est habituellement bien tolérée par les malades pendant des heures et des jours.

Elle est de plus facilement transportable et à ce titre mise à la disposition de tous les malades.

Son emploi est d'un maniement facile, il se résume à bien préparer l'appareil :

1° *Garnir le compartiment à glace* avec de la glace en morceaux fins, ceci a une grosse influence sur la température de l'air dans la tente comme l'a remarqué M. Cordier (1).

2° *Garnir le compartiment à chaux sodée* (la quantité placée dans la corbeille métallique suffit pour vingt-quatre heures).

3° *Adapter le manomètre à la bombe à oxygène* en prenant soin de bien visser les joints.

Ceci fait on approche l'appareil du lit du malade, on le met en fonctionnement (ouvrir le robinet de débit d'oxygène pour avoir un débit de 2 à 3 litres-minute, suivant les cas).

Lorsqu'il est en fonctionnement il faut alors adapter la tente au lit du malade comme le montre notre figure. Il est nécessaire de bien rabattre les bords de la tente sous le matelas pour rendre la tente aussi hermétique que possible.

La durée de l'application est très variable, mais il y a intérêt à faire des applications prolongées de huit à dix heures et même continues dans les syndromes graves.

La température optima est de 18° environ. A une température plus élevée les malades ne se sentent pas très bien dans cette atmosphère confinée.

Le degré hygrométrique est au voisinage de 55.

La pression barométrique est inférieure de une à deux unités à celle de l'extérieur.

Indications

En principe la tente à oxgène doit être employée dans toutes les affections pour lesquelles les inhalations d'oxygène sont employées donc en particulier dans les affections pulmonaires et cardio-vasculaires.

1° *Dans le domaine chirurgical* la tente à oxygène est indiquée :

a) Dans les *complications pulmonaires post-opératoires,* elle doit être installée dès les premiers signes et même il ne serait pas illogique de l'appliquer à titre préventif après les opérations pour lesquelles on redoute le plus ces complications.

b) Dans la *chirurgie pulmonaire,* en particulier après thoracoplastie, après pleurotomie, la tente à oxygène permet aux malades de mieux rétablir leur équilibre respiratoire.

c) Dans la *chirurgie thyroïdienne* l'oxygénothérapie intensive réduit l'angoisse des malades. Elle est très utile dans la préparation des malades devant subir une thyroïdectomie totale pour cardiopathie.

d) Dans les *états infectieux graves,* septicémi-

(1) Soc. médicale des hôp. de Lyon, 22 avril 1937.

ques, la tente à oxygéne contribue à soulager les malades anhélants, à respiration courte.

2° *Dans le domaine médical.*

a) Dans les *affections pulmonaires* l'indication de choix est la *broncho-pneumonie.* La méthode est particulièrement efficace chez les enfants et les nourrissons.

A l'heure actuelle, à la clinique des maladies infantiles de Lyon, le Prof. Mouriquand (1) utilise d'une façon presque systématique la tente à oxygène pour ses petits malades ainsi qu'il l'a rapporté à la Société médicale des hôpitaux de Lyon.

Dans beaucoup d'autres affections pulmonaires (pneumonies graves, pneumothorax suffoquant, œdème aigu du poumon) la tente à oxygène sera utile.

b) Dans les *affections cardio-vasculaires.* Relèveront en particulier de cette méthode les insuffisances cardiaques et les cyanoses. Pour ces dernières MM. Cordier, Enselme et Mlle Nury (2) ont montré quelle amélioration on pouvait obtenir avec la tente à oxygène.

RÉSULTATS

Ils peuvent être appréciés soit d'une façon absolue par des chiffres en mesurant les modifications de la teneur du sang en oxygène ou le *coefficient respiratoire ;* soit d'une façon relative par l'amélioration clinique du malade.

L'action de la tente à oxygène sur la teneur du sang en oxygène est certaine. Nous possédons peu de documents à ce sujet, mais les résultats consignés par MM. Cordier et Enselme dans la thèse de Mlle Nury et dans leur communication à la Société de médecine de Lyon sont précis.

L'analyse du sang artériel dans un syndrome d'Ayerza par exemple a donné les résultats suivants :

Avant l'action de l'oxygène :

Teneur en oxygène.............	9,62
Saturation en oxygène..........	43,13
CO^2 %	54,41

Après l'action de l'oxygène :

Teneur en oxygène.............	13,49
Saturation en oxygène..........	60,82
CO^2 %......................	52,09

Mais l'étude des résultats cliniques, quoique moins impressionnante que la lecture des chiffres, n'en est pas moins convaincante.

Les résultats les plus nets et les plus brillants ont été enregistrés dans le traitement de la broncho-pneumonie infantile. Sous la tente à oxygène on voit la teinte cyanique de la face et des extrémités s'atténuer et même disparaître. Si l'enfant est retiré trop tôt de la tente à oxygène la cyanose réapparaît aussitôt. Sous la tente la dyspnée s'atténue rapidement, la température baisse et l'on assiste parfois à une véritable résurrection. Ces résultats nous ont impressionnés parce qu'ils ont été consignés par des médecins différents et dans des organisations différentes. Aussi à l'heure actuelle il ne nous paraît pas exagéré de considérer la tente à oxygène comme médicament spécifique de la broncho-pneumonie infantile grave.

Dans les autres affections pulmonaires et dans les maladies cardio-vasculaires l'action de la tente à oxygène n'est peut-être pas toujours aussi manifeste mais elle n'en est pas moins souvent sensible et très appréciable.

LE MERCUROCHROME EN THÉRAPEUTIQUE DERMATOLOGIQUE

Le Docteur Jean PERROSSIER signale dans sa thèse (Paris, 1937) les avantages et les inconvénients du mercurochrome en thérapeutique dermatologique.

Avantages : faible toxicité, absence d'irritation des tissus, pouvoir germicide élevé, facile solubilité dans l'eau (sel sodique), rapidité de pénétration dans les tissus malades.

Inconvénients ; il n'en existe qu'un : le mercurochrome est un colorant tenace, il tache en rouge vif le linge et la peau. On peut, il est vrai, faire disparaître ces taches en les frottant avec une solution de permanganate de K à 2 % et en faisant agir ensuite une solution d'acide oxalique à la même concentration.

L'auteur expose les beaux résultats obtenus avec le mercuro-chrome dans le chancre mou, le pityriasis versicolor, l'érythrasma, l'épidermophytie des extrémités, l'impétigo vulgaire et l'ulcère variqueux. Il emploie une solution de mercurochrome à 1 ou 2 % dans l'eau distillée, en badigeonnages quotidiens ou biquotidiens, pratiqués en pleine lésion et à la périphérie.

L'ulcère variqueux relève à la fois des varices et de l'infection microbienne. On a pu dire (Sabouraud) qu'il représentait un « chancre streptococcique chronique ». On agira contre les varices et l'infection par l'usage de bandes élastiques et les badigeonnages de l'ulcère et de sa périphérie avec la solution de mercurochrome à 2 %. Le badigeonnage du matin sera suivi d'application de compresse stérile et d'une bande élastique ; celui du soir d'un pansement simple.

P. L.

(1) M. MOURIQUAND et Mlle WEILL. — Société médicale des hôpitaux, 12 janvier 1937. *Lyon Médical*, 1937.

(2) MM. CORDIER, ENSELME et Mlle NURY. — Soc. médicale des hôpitaux, 27 avril 1937. *Lyon Médical*, 1937.

LE « MONTREUR DE TOURS » A L'ECTROPION

Par R. Barthélemy

Ancien Chef de Clinique à l'Hôpital Saint-Louis

Un intéressant article illustré de la belle revue *Esculape*, nº 6 de juin 1937, avait trait à un remarquable tableau intitulé : « Le montreur de tours » et dont deux reproductions photographiques en noir, l'une d'ensemble, l'autre de détail étaient jointes, ainsi qu'un dessin préparatoire. Sur ces photos qui lui avaient été présentées par *Esculape*, le Docteur Coutela a écrit une aimable leçon clinique, parce que le personnage du tableau, un vieil homme fort laid vu à mi-corps, de face, et les mains occupées avec une boîte et une baguette magique, est porteur d'un large ectropion de la paupière inférieure gauche.

Mais l'ectropion n'est pas la seule infirmité du vigoureux vieillard portraituré sans doute voici trois cents ans par Georges Dumesnil de la Tour et qui nous présente un visage véritablement bestial. Toutefois, malgré les dimensions quelque peu anormales du relief centro-facial, il est assez difficile de préciser, sur la seule photo, ce qu'a encore de pathologique ce masque épais. Face au portrait, qui est actuellement accroché, dans l'une des salles (nº 10) du Palais national des Arts sous l'indication au catalogue : Anonyme nº 26, c'est tout différent. L'énorme nez, dont la photo ne montrait que le volume excessif, est entièrement teint d'un rouge sombre et triste qui diffuse sur les paupières et les régions naso-géniennes. Mais l'impression n'est cependant pas celle que donneraient un teint banal de buveur, une couperose en nappe ou une acné hypertrophique. D'ailleurs le grain du tégument, l'absence d'accentuation des pores en peau d'orange, le manque complet des néoformations tubéreuses du rhinophyma écartent aussi cette probabilité.

Si l'on regarde alors les lèvres, énormes elles aussi, épaisses, éversées, fortement colorées et comme turgescentes, il faut lier à celle du nez leur bizarre hypertrophie qui, respectant les formes, conservant le rapport des dimensions et des contours, n'en fournit pas moins un effet puissamment caricatural.

Le pourtour du visage, en effet, n'a rien de tendu, de succulent. Le front est sec et ridé, le sillon naso-génien est profond, la joue est creuse, et les paupières, tant supérieures qu'inférieures, sont sillonnées et ravinées.

Il existe donc, même la couleur mise à part, un frappant contraste entre la flaccidité normale de la peau sénile partout ailleurs qu'au nez et aux lèvres, et la bouffissure quasi-monstrueuse du centre de la face.

Sur le tableau lui-même, grâce à l'appoint de la couleur, cet aspect léontiasique frappe beaucoup plus que l'ectropion.

Et deux hypothèses se présentent alors à l'esprit du dermatologiste :

Pour la première, il suffit de rappeler le principal de ce que A. Fournier a écrit, en divers endroits de son traité, sur le *syphilome hypertrophique diffus* (notamment T. II, p. 350).

« Cette lésion singulière affecte une prédilection marquée pour la bouche. Ce qui la signale du premier coup à l'attention, c'est une déformation bizarre de la bouche, une laideur toute spéciale, dérivant d'une exagération de volume d'une ou des deux lèvres.

« Dans les cas les plus usuels, on peut dire la lèvre doublée, comme proportion en tous sens. Hypertrophiée de la sorte, elle n'en conserve, pas moins sa forme générale. Elle reste d'aspect une lèvre, une grosse lèvre, mais sans autre altération d'aspect (*sic*). Ainsi notamment, elle reste lisse, sans relief partiel, sans proéminence segmentaire, sans mamelonnement, sans bosselures. A sa surface cutanée, les téguments conservent en général leur teinte normale, quelquefois cependant ils se présentent avec une teinte d'un rose ou d'un *rouge sombre.*

« Mêmes caractères de la lésion au niveau du nez (p. 129), avec addition d'un aspect grotesque qui n'est pas sans désoler les malades. Cet organe peut même (mais cela n'est qu'une exception) devenir énorme et uniforme, semblable suivant l'expression courante à « une pomme de terre » et rappelant presque les « trognes » ridicules de l'acné hypertrophique. »

Fournier revient à plusieurs reprises sur le caractère vraiment spécial de cette rare lésion, qui « gigantise » en quelque sorte les organes qu'elle infiltre.

Les quelques cas qu'il nous a été donné d'observer étaient entièrement conformes à cette description et c'est leur souvenir qui nous imposait ici le rapprochement, une fois secouée la poignante émotion artistique soulevée par cet incontestable chef-d'œuvre.

Toutefois une deuxième hypothèse reste à mentionner, et qui peut-être expliquerait en même temps la soufflure exceptionnelle avec ectropion de la paupière inférieure gauche. Elle s'accorderait bien aussi avec la rougeur sub-inflammatoire du bloc nasal, et avec la turgescence diffuse de la lippe.

C'est celle d'une streptococcie chronique, œdémateuse, éléphantiaque, qui aurait pu débuter comme si souvent, par l'épisode aigu d'un érysipèle né à l'angle de l'œil, et ayant laissé, avec ou sans poussées ultérieures, l'infiltration permanente, interstitielle de la dermite streptococcique latente. Celle-ci, on le sait, se rencontre plutôt chez la femme, avec de désespérantes flambées cataméniales, mais n'est pas rarissime chez l'homme surtout lorsque, comme probablement le sujet en question, celui-ci s'adonne à la boisson.

L'ectropion lui-même ne serait pas alors le fait d'une simple perte d'élasticité, mais résulterait en partie de la modification scléro-œdémateuse du tissu palpébral.

Qu'on ne nous en veuille pas de cette discussion qui ne peut entièrement aboutir, mais qui ne gâtera pour personne, il faut l'espérer, la valeur artistique de l'œuvre inspiratrice. On regrette de ne pouvoir, pour parfaire un diagnostic fuyant, palper véritablement cette chair pathologique mais rendue vivante par le prestige pictural et l'exactitude d'une maîtresse conscience et d'un métier sans pareil.

De celui-ci, le médecin retrouverait encore l'accent dans la façon magistrale dont les mains sont rendues. Plus encore que le chatoyant et pourtant sobre coloris du manteau, elles exaltent le maître de la Réalité : car ces mains de vieillard et de rhumatisant chronique, décharnées et noueuses, se posent avec une sûreté, une délicatesse indicibles sur les objets magiques en parachevant le vieux « montreur de tours » pour la plus grande gloire de son portraitiste, qui ne se montre pas inférieur ici au peintre simple et grandiose du Saint Sébastien ou de la Madeleine repentante.

L'EXPLORATION DES GRANDS ABCÈS PULMONAIRES PAR L'INJECTION TRANSPARIÉTALE DE LIPIODOL

MM. Pierre PRUVOST et Jean QUÉNU (1) rappellent que s'il est un fait admis par tous en radiologie, c'est bien l'impossibilité de faire pénétrer le lipiodol dans la cavité d'un abcès pulmonaire quand on introduit l'huile opaque par la voie bronchique, exception faite pour quelques abcès bronchiectasiques. Ces auteurs ont attiré l'attention sur les renseignements que peut fournir l'exploration lipiodolée directe intra-cavitaire, sans vouloir en faire une méthode systématiquement indiquée. Certes, il n'est pas question de l'utiliser pour des abcès profonds, pour des abcès anfractueux difficiles à repérer, pour des cavités trop petites ou noyées dans un tissu de condensation trop important. Par contre, l'injection directe du lipiodol dans un abcès semble particulièrement indiquée, quand il s'agit d'une cavité assez spacieuse et superficielle.

De to tes façons, cette exploration comportera deux étapes bien distinctes :

1° Une exploration préparatoire sans lipiodol au moins sous deux incidences, en général de face et de profil. Celle-ci aura pour but de guider la ponction exploratrice et l'injection de lipiodol.

2° Après l'injection lipiodolée, une autre exploration s'impose en positions nombreuses et variées suivant les cas : le malade étant assis ou debout (face et profil) devant l'ampoule, étant couché horizontalement au-dessus de l'ampoule, étant couché sur le côté sain devant l'ampoule, suivant qu'on désire préciser le point déclive, les rapports de la cavité avec la paroi costale ou avec le médiastin.

A noter combien le lipiodol passe plus facilement du poumon dans les bronches que des bronches dans la cavité de l'abcès. Ainsi les inconvénients du lipiodol injecté directement dans les grands abcès à travers la paroi ont paru être minimes ; ces avantages, au contraire, sont considérables, puisque ce procédé facilite l'opération, le drainage et la guérison d'abcès jusque-là prolongés et rebelles ; d'autre part, le lipiodol intra-pulmonaire, disparaît beaucoup plus facilement que le lipiodol intra-pleural, qui imprègne les parois pendant de très longs mois.

(1) *La Presse médicale*, 2 octobre 1937.

LA CLINIQUE DERMATOLOGIQUE AU GOUT DU JOUR

L'eczéma constitutionnel du nourrisson dans ses rapports avec l'alimentation

D'après le Docteur M. PÉHU, de Lyon (*)

LES FACTEURS DE L'ARTHRITISME RÈGLENT L'ÉVOLUTION DE CETTE DERMATOSE

L'eczéma constitutionnel du nourrisson est, en effet, *dénommé arthritique* . C'est une dermatose à prédominance céphalique, que caractérisent de la rougeur cutanée, puis une exsudation de sérum sanguin, avec formation de croûtes, et qui s'accompagne de démangeaisons plus ou moins accentuées.

Il faut le distinguer de l'eczéma séborrhéique, peu prurigineux, qui apparaît en général dans les premiers jours de la vie, et dure beaucoup moins longtemps. Cette dermite commence habituellement par la région fessière, s'étend vite sur les membres inférieurs et sur le tronc, puis atteint la face et le cuir chevelu. Elle n'est pas suintante, mais plutôt desquamante. Aux sourcils et sur la tête seulement, on constate des formations croûteuses, épaisses, du type séborrhéique.

Dans l'*eczéma arthritique*, les antécédents montrent souvent une hérédité directe d'eczéma, ou indirecte d'asthme, d'hépatisme, etc; celui-ci repose sur une base d'*hypersenbibilité*. En réalité, *il s'agit d'une maladie générale*, qui intéresse non seulement la peau, mais encore les muqueuses respiratoires et digestives, ainsi que le système neuro-végétatif. Et déjà, la distribution symétrique de l'éruption éveille par elle-même l'idée d'une participation nerveuse. La labilité du poids est un autre attribut. Il n'est pas jusqu'aux accidents généraux, survenant parfois inopinément, et se déroulant avec une exceptionnelle gravité, qui ne fassent penser à une large *participation du système vago-sympathique.*

La courbe du poids constitue un élément important, pour approfondir les répercussions de cette dermatose sur l'état général, en ce qui concerne notamment la détermination de certaines variétés. Il existe des enfants eczémateux trop gros, réellement suralimentés, — d'autres, qui sont hypotrophiques et même atrophiques, d'autres dont l'apparence est celle d'enfants pâles, avec un aspect bouffi, qui présentent une labilité particulière du poids, — d'autres encore qui, avec un état général « eutrophique » présentent cependant un eczéma rebelle, — d'autres enfin, qui ont une éruption eczémateuse à minima, surtout faciale, préauriculaire, symétriquement disposée, consistant seulement dans un état rugueux, rêche de la peau, sans congestion, sans suintement : eczéma du type fruste. Cette dernière variété doit retenir l'attention, car cette dermatose localisée est néanmoins un témoignage d'une diathèse particulière, et qui peut brusquement subir une accentuation, avec répercussion sur l'état général.

On doit aussi retenir que de temps à autre, sans raison définie, les conditions demeurant identiques, l'eczéma subit soit une accalmie d'une durée plus ou moins longue, soit une recrudescence inexpliquée.

IL EST INDISPENSABLE D'ÉTABLIR UNE DIÉTÉTIQUE RATIONNELLE, ET DE SURVEILLER SES RÉPERCUSSIONS SUR LA COURBE PONDÉRALE

Certes la thérapeutique locale est d'importance, mais, en raison de la participation du système neuro-végétatif considéré dans son ensemble, le choix de la nourriture dans l'eczéma est essentiel.

L'hypersensibilité, qui constitue vraiment le substratum anatomique et physiologique de l'eczéma, ne s'exerce pas obligatoirement vis-à-vis du lait, chez le nourrisson, surtout vis-à-vis du lait de provenance animale ; dans le lait lui-même, c'est parfois vis-à-vis d'un de ses constituants que cette hypersensibilité peut exister : hydrates de carbone ou autres.

Parfois le médecin est en présence d'une double éventualité. Il arrive, par exemple, que devant un eczéma étendu, rebelle aux médications locales et même à une thérapeutique interne, il se décide à diminuer quantitativement ou à apporter qualitativement une modification importante dans la nourriture de l'enfant. Avec une rapidité plus ou moins grande, la dermatose, s'améliore, et même tend à disparaître presqu'en totalité. Mais parallèlement, le *poids diminue* dans une proportion qui, parfois, est si accusée qu'on est bientôt obligé d'augmenter ou de varier davantage la nourriture. Peu après ce retour plus ou moins complet à l'alimentation première, l'eczéma présente une recrudescence et se met à « fleurir » comme par le passé. On observe même que l'eczéma est réduit à une

(1) *La Médecine*, août 1937.

étendue minimum, si l'enfant se nourrit peu, tandis que la rougeur, l'exsudation, les croûtes épidermiques augmentent singulièrement, dès qu'on augmente la ration alimentaire. Pratiquement, le problème est souvent difficile. Il semble qu'il faille adopter une solution, qui empêche l'eczéma de revêtir une forme aiguë, trop envahissante, et en même temps *qui évite la déperdition de poids.*

On doit également, pour les mesures de diététique dans l'eczéma, faire intervenir l'âge des malades. Au cours des premiers mois de la vie, les ressources alimentaires sont très limitées. Dans le deuxième semestre, au contraire, elles sont beaucoup plus étendues, en même temps que les capacités digestives sont plus larges.

Ces principes généraux étant rappelés, dans l'eczéma du nourrisson, l'alimentation pourra être comprise de la façon suivante :

1° Si le nourrisson reçoit l'allaitement féminin (mère ou nourrice) *il faudra ne se décider à un sevrage que si l'on a acquis formellement la notion que le lait féminin n'est pas toléré.* C'est à cette seule condition que le sevrage doit être décidé. Il se peut que la composition physico-chimique du lait soit altérée, à ce point que la dermatose en est directement la conséquence. On connaît des exemples de mères ou de nourrices, dont les enfants qu'elles allaitent ont présenté un eczéma, lequel a cessé seulement, lorsqu'a été décidé le sevrage. Il est donc nécessaire de recourir à l'analyse du lait féminin. Mais cette analyse doit être pratiquée en ayant soin de recueillir pendant vingt-quatre heures, à chaque tétée, deux cuillerées à café dans chaque sein, et en mélangeant toutes les quantités recueillies pour que, avec cet ensemble, on ait une évaluation exacte de la valeur nutritive du lait ; dans un certain nombre de cas, on constatera un excès de matières grasses. Encore, avant de décider le sevrage, faudra-t-il essayer de modifier la composition du lait par une alimentation appropriée de la mère ou de la nourrice. Même si on arrive au sevrage, on n'est pas assuré d'obtenir un résultat favorable, et le problème de l'alimentation n'est pas résolu par ce moyen.

2° *Lorsque le nourrisson est allaité artificiellement, le problème est d'une solution plus facile,* car il est plus commode de procéder à l'écrémage, au coupage, aux additions de farines ou de sucre nécessaires aux besoins nutritifs de l'eczémateux. Il faut éviter les laits trop gras. C'est seulement, s'il est démontré que l'enfant ne digère pas et ne tolère pas le lait de vache, que l'on doit songer à faire adopter un autre aliment, par exemplr les laits transformés : soit desséchés (peu chargés en matières grosses), concentrés, soit si nécessaire laits acides, soit encore du lait ordinaire additionné de caséinate de calcium, etc.

3° En cas d'intolérance de la série, très riche des laits transformés, on doit songer au babeurre (plus exactement, la soupe de babeurre), qui certainement constitue pour l'eczéma infantile un aliment précieux, à la condition qu'il soit accepté par le nourrisson et qu'il assure un accroissement régulier. En général le *babeurre convient au premier semestre de la vie* : au delà, sa valeur nutritive est beaucoup moindre.

4° Assez fréquemment, dans la pratique courante, il arrive que le lait et ses dérivés exercent une action défavorable à la fois sur la dermatose elle-même et sur les voies digestives. *Tout se passe comme si l'intestin présentait une hypersensibilité* : la diarrhée ou les selles incomplètement digérées traduisent cet état spécial. C'est alors que se pose le difficile problème de l'alimentation en dehors du lait ec problème ; comporte beaucoup d'inconnues : car *farineux, féculents ne peuvent que très incomplètement assurer une nutrition suffisante, équilibrée.* Trop souvent, pour permettre l'accroissement régulier du nourrisson, on est conduit à donner des doses fortes d'hydrates de carbone, et de la diarrhée survient. Il existe cependant une gamme étendue de produits alimentaires, ne comportant pas de lait : bouillons de céréales, bouillon de légumes, farines simples ou composées, maltées (ou non maltées. Quelques-unes d'entre elles soja, tournesol), sont riches en protides végétales, ce qui leur confère une valeur « plastique » beaucoup plus élevée que les farines ordinaires.

5° On peut même parfois chercher dans certaines protides animales, l'apport en substances nutritives : par exemple le foie de veau qui, sous la forme d'un bouillon peut donner de bons résultats dans l'alimentation d'un eczémateux.

Mais dès qu'on aborde la série des substances autres que le lait, il faut procéder avec une extrême prudence, calculer exactement la valeur calorique de l'alimentation. Peu à peu, chez certains nourrissons, qui ne reçoivent que des quantités minimes de farines, survient un dépérissement qui va jusqu'à une cachexie dont, seule, une diététique mal comprise est responsable.

En résumé, dans l'eczéma constitutionnel du nourrisson, en dehors des moyens locaux et de la thérapeutique interne, on doit accorder à l'alimentation une attention particulière. *Il est d'une importance proprement vitale que l'alimentation du nourrisson eczémateux soit rationnelle, adaptée et équilibrée.*

G. FISCHER.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Le traitement des fractures articulaires par infiltration novocaïnique des ligaments et mobilisation active immédiate

Le Professeur R. Leriche expose que le principe de sa méthode s'appuie sur cette idée à deux faces qu'au niveau d'une articulation, tout état de vaso-dilatation active, qui dure, engendre des modifications synoviales et osseuses ; et que la thérapeutique doit avoir pour objectif de le réduire au plus vite, de ne pas l'entretenir par des traumatismes répétés, ou de ne pas le transformer en hyperhémie passive par une immobilisation prolongée.

Quant au danger de la mobilisation passive et aux inconvénients du massage, dans une articulation traumatisée, où les éléments d'innervation sont en éveil, où la sensibilité est plus vive que normalement, tout mouvement forcé provoque instantanément, avec de la douleur, une poussée motrice nouvelle. On aurait tort de croire que la douleur n'a pas de sens ; elle signifie en effet que l'on a traumatisé les éléments sensitifs péri-articulaires, et nul ne doit plus ignorer que chaque traumatisme des éléments sensitifs péri-articulaires se traduit par une réaction vaso-motrice locale, d'abord vaso-constrictive, puis vaso-dilatatrice.

Mobiliser passivement une articulation traumatisée, en n'ayant comme limite que l'éveil de la douleur, c'est donc faire une thérapeutique à rebours. C'est entretenir les conditions circulatoires mêmes qui réalisent la maladie, c'est aggraver cette maladie même.

Celui qui veut faire retrouver à son articulation son libre jeu doit éviter tout traumatisme, toute mobilisation éveillant de la douleur. Seul le mouvement actif, c'est-à-dire le jeu naturel, est la condition favorisante de la récupération fonctionnelle.

Voici résumée les règles de la méthode nouvelle : novocaïnisation et mobilisation active immédiate dans certaines fractures.

1° La novocaïnisation doit être faite aussitôt que possible après l'accident, mais seulement après radiographie qui dira si elle est indiquée. On emploiera une solution de novocaïne à 1 %, sans adrénaline. Il faut injecter 10 à 20 c. c. au niveau du point traumatisé, et infiltrer aussi le côté opposé. A la clinique, l'auteur utilise souvent un titre moins élevé, aspirant le contenu d'une ampoule de 4 c. c. à 1 %, et remplissant le reste de la seringue avec de la solution physiologique tiède. Cela fait du 0,5 % environ. Il faut injecter les ligaments et le périoste. Il est inutile d'injecter dans l'articulation. Il ne faut pas que la solution renferme de l'adrénaline, parce que celle-ci provoque de la vaso-constriction allant à l'encontre du but cherché : supprimer le réflexe vaso-constricteur. De plus les solutions adrénalinisées provoquent une vive réaction douloureuse au bout de trois à quatre heures. Les solutions tiédies, sans adrénaline, ne provoquent pour ainsi dire jamais de douleur tardive.

2° L'infiltration terminée, on demandera au malade d'essayer des mouvements actifs. On le laissera faire lui-même. S'il agit peu après la première injection, on ne cherchera pas à lui montrer, en le mobilisant soi-même qu'il peut faire davantage. On ne cherchera jamais à forcer le mouvement. On ne fera pas de massage, et encore moins de diathermie. Au bout d'une heure ou deux, s'il y a lieu, on mettra le bras dans un appareil d'immobilisation provisoire. Jamais on ne fera de la mobilisation passive. Elle est dangereuse dans ces cas.

3° Le lendemain on recommencera l'infiltration et la mobilisation active. On ne fera ni mobilisation passive, ni massage. Ceux qui ne croiront pas à l'utilité de cette proscription de manœuvres classiques, qui relèvent d'une routine que l'on n'a jamais critiquée, exposent leurs malades à des ossifications para-articulaires, à des raideurs tardives, peut-être même à l'ankylose. Ils doivent se souvenir que l'ostéome après luxation du coude se voit surtout après massage et mobilisation forcée.

4° Les infiltrations seront renouvelées aussi longtemps qu'il sera nécessaire pour que le mouvement soit intégralement retrouvé. Il en faudra généralement de 6 à 10. Il est inutile de poursuivre plus longtemps, sauf indication spéciale.

5° Pendant toute la durée du traitement, le massage, la balnéation chaude, la mobilisation passive seront proscrits. (*La Presse Médicale*, 12 juin 1937.)

Conceptions nouvelles sur l'évolution générale de la maladie tuberculeuse

D'après l'étude de MM. Jean Minet et H. Warembourg, il ressort que, à chaque moment

de son évolution il n'est guère de forme anatomo-clinique que la tuberculose ne puisse réaliser. Ceci doit faire modifier singulièrement nos conceptions sur l'évolution d'ensemble de la maladie bacillaire. On peut ainsi se demander si les phases évolutives de la bacillose, dérivant de modalités diverses dans les inter-réactions entre le bacille de Koch et l'organisme qui l'héberge, affectent bien la simplicité schématique et la régularité immuable qu'on leur a décrites.

A la lueur des constatations faites par les auteurs, on est amené à une conception nouvelle de l'évolution générale de la maladie bacillaire, et à admettre que, chez le tuberculeux, latent ou avéré, les états d'allergie, d'hyperergie, d'anergie sont capables de s'intriquer, de se succéder les uns aux autres, d'une manière irrégulière et livrée aux hasards des infections et réinfections exogènes ou endogènes, des modifications du terrain, des inter-réactions diverses entre le microbe et l'organisme agressé. Ainsi s'expliquerait l'extrême diversité des formes anatomo-cliniques réalisées, à tout instant de son évolution, par la tuberculose ; ainsi se comprendraient aussi les soi-disant « mises en défaut » de la cuti-réaction tuberculinique, incapable de refléter de façon uniforme une évolution essentiellement irrégulière.

De ces notions dérive tout d'abord une conséquence théorique : c'est le caractère artificiel des classifications de la tuberculose fondées sur un critère d'évolution : bien mieux que des stades primaire, secondaire, tertiaire, il apparaît judicieux et rationnel de décrire à la tuberculose des formes anatomo-cliniques, exclusives de toute considération étiologique (formes granulique, typho-bacillaire, typho-bacillaire avec érythème noueux, pneumonique caséeuse, broncho-pneumonique caséeuse, congestive aiguë curable, cavitaire aiguë ulcéro-fibreuse, ganglio-pulmonaire, pleurétique aiguë, etc.), et de leur attacher la même signification à quelque moment qu'elles se produisent.

De cette dernière proposition dérive une autre conséquence importante, d'ordre pratique cette fois : c'est que le pronostic à porter et le traitement à instituer, en présence d'un cas quelconque de tuberculose, dérivent uniquement de la forme anatomo-clinique observée. Ce fut un tort de faire varier arbitrairement avec l'âge du malade et le stade évolutif général de sa tuberculose la conduite pratique à observer. Quelles que soient leurs conditions d'apparition, un foyer congestif curable évoluera spontanément vers la guérison et une lésion ulcéro-fibreuse justifiera, dans le cadre des indications classiques, la thérapeutique collapsothérapique. Que le phtisiologue n'attache donc aux constructions synthétiques de l'esprit que l'intérêt d'un effort utile de classification et de clarification ; mais que, dans la pratique de son art, il reconnaisse la complexité plus grande des faits et attache davantage son attention, en présence de chaque malade, à résoudre un problème particulier et objectif qu'à justifier une loi générale et hypothétique. (*La Presse Médicale*, 3 juillet 1937.)

La plasmathérapie dans les états de déshydratation du nourrisson

Le terme de « plasmathérapie » que propose le Docteur R. Clément pour désigner la méthode de traitement qui utilise l'introduction par des voies diverses de ces solutions de cristalloïdes, n'est pas strictement exact, puisque aucune des préparations ne reproduit la composition exacte du plasma sanguin ou tissulaire, mais il est aussi bon que celui de « sérothérapie ». Il a en outre le mérite de bien traduire le but de cette médication, réhydrater l'organisme, lui permettre de reconstituer son plasma dans les conditions les plus favorables. Chez le nourrisson, surtout au cours des premiers mois de la vie, le métabolisme hydrique joue un rôle considérable.

Dans certains états pathologiques du nourrisson, la déshydratation domine le tableau clinique et constitue à elle seule un syndrome rapidement menaçant contre lequel le médecin se doit de lutter énergiquement, d'autant plus que la thérapeutique est parfois suivie de résultats merveilleux. Mais la question n'est pas simple car la déshydratation s'accompagne souvent de troubles humoraux, que ceux-ci soient secondaires ou primitifs, qu'ils portent sur les cristalloïdes ou les colloïdes. Déhydratation et déséquilibre humoral sont parfois sous la dépendance de lésions viscérales ou tissulaires ; plus souvent ce sont eux qui par leur prolongation entraînent ces lésions fréquemment irrémédiables.

Les divers procédés de réhydratation ont chacun leurs avantages et leurs inconvénients. L'introduction simultanée par la bouche d'eau sucrée et alcaline, et par voie sous-cutanée de solution hypotonique ou isotonique de chlorure de sodium permet dans la majorité des cas, de lutter avec efficacité contre les états de dénutrition du nourrisson, lorsqu'ils ne sont pas sous la dépendance de toxi-infections graves ou d'atteintes encéphaliques. (*Bull. Gén. de Thérapeutique*, n° 3, 1937.)



Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

La mortalité infantile (zéro à un an) pendant un siècle (1831-1935)

(MM. LESAGE et MOINE ; 27-7-1937)

Dans l'antiquité, la question de la protection de l'enfance ne se posa pas devant l'opinion publique, sauf chez les peuples israélite et égyptien, qui avaient la mystique de l'immortalité de leur race. Dans le reste du monde ancien, l'enfant n'avait aucune indidualité et le père pouvait disposer de sa vie.

La protection de l'enfant abandonné commença, à Rome, avec les lois de Trajan et Auguste. Puis, vers le VI[e] siècle après J.-C., on vit quelques évêques et seigneurs recueillir les enfants abandonnés. En 1536, Marguerite de Valois et François I[er] fondèrent la « Maison des enfants rouges » pour les orphelins. Peu de temps après, St-Vincent de Paule créait aux environs de Paris une mise en nourrice surveillée par les Dames de la Charité.

L'organisation de la protection des enfants assistés se fit peu à peu. La loi du 13 pluviôse (an XIII), qui a réuni toutes les améliorations obtenues, en a été la base légale pendant tout le XIX[e] siècle, jusqu'à la loi de 1904.

A côté de l'enfance abandonnée, se place le problème de la surveillance de l'entant envoyé en nourrice. Des longues discussions soutenues à l'Académie de médecine naquit la loi Roussel, le 23 décembre 1874.

Les lois de protection de la première enfance ont amené une diminution notable de la mortalité des nourrissons. Cependant, depuis quelques années, les gains obtenus n'ont été que peu appréciables. M. Lesage attribue cette faiblesse des gains récents à deux facteurs essentiels : 1° la diminution et la disparition progressive de l'allaitement au sein ; 2° l'influence de l'hérédité.

Certes, le biberon permet d'avoir de gros enfants, mais le poids et le volume n'ont qu'une signification non primordiale. Le meilleur criterium de la santé de l'enfant est sa résistance à la maladie. Or, la différence « vitale » est grande entre les deux allaitements. La cellule nourrie au lait de femme est différente de la cellule nourrie au lait de vache. Une erreur de la génération actuelle a été d'insister plutôt sur le poids en lui-même que sur la qualité vitale. L'importance de l'allaitement maternel est trop connue d'ailleurs pour qu'il y ait lieu d'y insister. Plus difficile serait de le redévelopper.

L'élément « hérédité », montre son action de deux façons, soit immédiatement (mort-né), soit moins brutalement dans la courbe de mortalité de la première semaine par exemple. Gorter (de Gand) et Brindeau ont insisté sur cette notion d'hérédité, en dehors de la morti-natalité. Charpentier, relevant des chiffres de mortalité infantile dans la première semaine, a trouvé une mortalité un tiers plus forte chez les enfants illégitimes.

Peut-on espérer faire baisser encore la courbe de mortalité infantile au-dessous de son chiffre actuel (69 p. 1.000) ? La Hollande est arrivée au chiffre de 45 p. 1.000. En France, les conditions sont un peu plus difficiles en raison des suites de la guerre, des éléments étrangers importés, etc... On peut, cependant, faire tous efforts pour obtenir toute l'amélioration possible.

Une épidémie de mine de spirochétose ictéro-hémorragique

(MM. JANBON, SOLLIER, QUET et Mlle ERBER ; 27-7-1937)

A la suite de la constatation de 23 cas de spirochétose ictéro-hémorragique chez des mineurs, les auteurs ont entrepris une enquête épidémiologique ayant porté sur les conditions de la vie des mineurs, la recherche des rats parasités par le spirochète de Inada et Ido, etc.

Les possibilités de contagion existent au maximum dans la mine de par la présence de nombreux rats parasités et la promiscuité manifeste de ces rongeurs et de l'homme. On doit admettre que les mineurs s'infectent soit à partir des aliments souillés par les rats, soit à partir des boues alcalines, milieu favorable à la pullulation du spirochète de Inada et Ido.

Un décret du 16 octobre 1935 prévoit la déclaration obligatoire de la spirochétose ictéro-hémorragique à l'inspecteur du travail. M. Janbon estime qu'il faudrait aller plus loin et inscrire la spirochétose ictéro-hémorragique sur la liste des maladies professionnelles. Il paraît de toute justice de réparer le préjudice causé à la santé des travailleurs par une redoutable infection telle que la spirochétose ictéro-hémorragique, pourvu que la preuve sérologique de l'affection soit apportée. Ce faisant, on aura résolu un problème d'hygiène et de solidarité sociale important pour les travailleurs des professions exposées à contracter cette maladie : mineurs, égoutiers, boueux, plongeurs et, d'une façon générale, tous ceux qui travaillent dans un endroit humide ou en promiscuité avec les rats.

P. L.

Société médicale des hôpitaux de Paris

Distension inspiratoire du cœur et dissociation respiratoire de la pression artérielle systolique dans un cas de sclérose pulmonaire syphilitique

(M. E. Rist ; 7-5-1937)

La syphilis pulmonaire est devenue rare. Plus rare encore est l'occasion de suivre pendant plusieurs années son évolution chez un même sujet.

M. B..., âgé de 43 ans, est adressé avec un diagnostic de tuberculose pulmonaire. C'était un homme d'aspect assez robuste, que tourmentait et inquiétait surtout un essoufflement très manifeste qui s'était graduellement installé depuis le mois d'août précédent. Cela avait débuté par les apparences d'un coryza suivi d'une toux fréquente qui n'avait pas cessé et d'une expectoration très peu abondante. Il avait perdu l'appétit et maigri de trois kilogrammes. Il avait des sueurs nocturnes, une température subfébrile aux environs de 37°8 le soir. Un cliché radiographique qu'il apportait révélait trois importants foyers de condensation intrapulmonaires, l'un occupant le tiers moyen de l'hémithorax gauche, le deuxième le tiers supérieur de l'hémithorax droit, et le dernier, moins étendu, une zone allant de la paroi axillaire droite au bord droit du cœur.

Dans les antécédents du malade, on ne trouvait à relever qu'une jaunisse survenue en 1910, et, depuis 1925, des troubles dyspeptiques assez vagues, attribués sans justification précise à une insuffisance hépatique. L'examen des expectorations n'avait pas été fait. Mais le diagnostic de tuberculose à évolution fibreuse paraissait des plus vraisemblables. Le pronostic semblait assez défavorable, à moins qu'il ne fut possible d'entreprendre une collapsothérapie bilatérale. Seize mois plus tard, l'état s'était amélioré d'une façon surprenante : pas de bacilles tuberculeux dans l'expectoration ; inoculation au cobaye avec résultat négatif ; mais la cure de repos n'avait amené aucun changement. C'est dans ces conditions que le médecin traitant, mettant en doute dans son for intérieur la nature tuberculeuse des lésions pulmonaires, avait prescrit au malade une spécialité pharmaceutique qui, sous un nom fantaisiste, dissimulait des produits hydrargyriques et arsenico-organiques. L'effet de cette médication avait été rapide et caractéristique. La toux et l'expectoration avaient disparu. La température était redevenue normale. L'essoufflement avait beaucoup diminué. Le poids avait augmenté de six kilogs. Sur un cliché on constatait un éclaircissement notable des ombres pulmonaires : les signes stéthacoustiques étaient moins accusés.

L'intéressé mis au courant, ne fit aucune difficulté pour avouer qu'il avait eu à l'âge de 18 ans, un chancre induré, à la suite duquel il s'était traité pendant six mois seulement. On fit alors une réaction de Bordet-Wassermann qui fut positive ; un traitement arsenical et bismuthé méthodique fut alors scrupuleusement suivi par le malade. Six mois plus tard, la radio montrait une régression remarquable. M. B... avait retrouvé sa capacité de travail ; il ne conservait d'autre trouble fonctionnel qu'un peu de dyspnée d'effort ; dans l'aisselle gauche pourtant, persistait un souffle bronchique escorté de quelques craquements.

Dès ce moment l'auteur constata chez ce malade, à l'examen radioscopique, un signe de sclérose pulmonaire, qu'il décrivit pour la première fois en 1923, et auquel il attache une valeur pathognomonique. C'est à savoir la distension inspiratoire du cœur. Le frein que la dilatation inspiratoire du thorax oppose normalement à l'énergie de la systole est augmenté de puissance. Ce freinage exagéré de la systole durant l'inspiration doit nécessairement avoir une influence sur la pression artérielle. L'augmentation de l'essoufflement dans ces conditions paraît tenir à ce que le cœur se laisse distendre à chaque inspiration ; il s'agit-là d'une constatation à l'écran, et c'est là le signe le plus fidèle que nous possédions de la sclérose pulmonaire généralisée. C'est aussi un élément significatif du pronostic, puisqu'il nous révèle la fatigue et la distensibilité du myocarde, avant-coureuses à plus ou moins longue échéance de son inéluctable défaillance.

Il résulte de cette observation que l'on pouvait, sans arrière-pensée, poser le diagnostic de syphilis pulmonaire.

La pneumonie du lobe moyen

(MM. L. Ribadeau-Dumas, Gharib et Mme Signier ; 30-4-1937)

On sait que toute pneumonie doit radiologiquement être recherchée à la fois dans le sens sagittal et dans le sens frontal, et le diagnostic d'une pneumonie du lobe moyen comporte nécessairement cette double épreuve. De face, l'ombre n'a souvent rien de caractéristique ; cependant son aspect est souvent précisé par des limites assez nettes. En effet, elle prend alors un contour triangulaire dont le côté supérieur, linéaire, répond à la scissure. La base se confond avec l'ombre hilaire. Cette image a été vue par un grand nombre d'auteurs. Elle doit être contrôlée par une vue de profil.

Lorsque les images répondent à une hépatisation de tout ou partie du lobe moyen, il peut s'agir autant d'une pneumonie franche aiguë que d'une pneumonie tuberculeuse. Chez le nourrisson d'ailleurs, la pneumonie est une des formes de la lésion initiale tuberculeuse ; sa localisation au voisinage du hile est fréquente.

Enfin on doit retenir que s'il est possible, par les examens bactériologiques, de préciser la nature de cette pneumonie du lobe moyen, on ne saurait le faire sur ces apparences radiologiques, car l'hépatisation, qu'elle soit franche ou tuberculeuse, donne lieu à des images exactement semblables.

G. F.

Société de Médecine de Paris

Séance du 29 mai 1937

Traitement chirurgical du cancer pulmonaire

M. Pascalis après avoir montré les limites d'opérabilité étudie successivement la préparation du malade, le mode d'anesthésie, les voies d'abord pour la pneumonectomie et la lobectomie.

Il précise les indications de chaque méthode et en indique les diverses modalités en montrant ce que l'on peut en attendre.

Etudes cliniques du cancer du poumon préparatoires à l'exérèse

M. P. Ameuille montre que les recherches cliniques sur un cas présumé de cancer du poumon prennent une allure toute spéciale si l'on se propose comme but d'agir d'une façon efficace, c'est-à-dire d'extirper le cancer. Il faut vaincre les difficultés de découverte précoce d'une maladie longtemps latente en ses débuts ; il faut obtenir la preuve et si possible la preuve par examen microscopique, qu'il s'agit d'un cancer ; il faut s'assurer qu'il est extirpable, c'est-à-dire qu'il n'a pas fait de métastases inopérables, ni contracté d'adhérences indissociables. Les difficultés pour le clinicien de répondre à tous ces desiderata du chirurgien obligeront souvent celui-ci à faire une thoracotomie exploratrice qui sera suivie ou non d'extirpation.

Les possibilités de la pleuroscopie

M. V. Hinault attire l'attention sur les remarquables résultats qu'on peut attendre de la section des adhérences pleurales dans le cas de pneumothorax resté inefficace, et expose la technique de cette méthode. Mais il insiste particulièrement sur le fait que cette thérapeutique est seulement une des possibilités de la pleuroscopie dont le domaine est beaucoup plus étendu. Elle complète la radiologie qui juge par différences de « densité optique », alors que l'endoscopie pleurale en mettant véritablement le poumon sous l'œil de l'observateur, introduit la notion de la couleur et de la consistance.

La pleuroscopie peut être faite aussi bien dans un pneumothorax thérapeutique que dans un pneumothorax spontané ou même dans un pneumo-diagnostic utilisé trop rarement. Elle permet d'étudier les maladies de la plèvre et du poumon de façon très précise et de serrer de très près des diagnostics qui, sans elle, seraient restés dans l'incertitude, en particulier dans les cas de tumeurs intra-thoraciques.

Aspects radiographiques de quelques néoplasies intrathoraciques

M. Marcel Joly rappelle combien il est imprudent de faire un diagnostic étiologique sur le vu d'une radiographie. La radiographie ne peut donner qu'un diagnostic descriptif, sans plus. Cela est particulièrement vrai pour l'examen des néoplasies intrathoraciques ainsi que le démontre une nombreuse série de documents radiographiques projetés par l'auteur.

Société médico-chirurgicale des hôpitaux libres

Séance du 3 juin 1937

Emphysème sous-cutané et médiastinal spontané chez un enfant

L'emphysème sous-cutané et médiastinal est une affection connue depuis longtemps. A propos d'une observation récente, M. Richard Kohn insiste sur la discrimination indispensable à faire entre l'emphysème sous-cutané simple et celui s'accompagnant d'emphysème médiastinal. La gravité dépend de l'affection causale, mais au même titre de la présence ou de l'absence d'emphysème *médiastinal*. Une intervention chirurgicale nouvelle et simple, faite par M. Leveuf, donne dans ces cas des résultats remarquables.

Les bienfaits de l'hémoprémunition contre la rougeole appliquée systématiquement pendant trois ans dans une crèche

A la suite des ravages causés parmi les nourrissons de la crèche Saint-Pierre du Gros-Caillou par la rougeole, M. A. Paychère a pratiqué systématiquement depuis trois ans, l'hémothérapie préventive en injectant à chaque enfant, suivant l'âge, les doses de 5 à 20 c. c. de sang total provenant des parents. Cette mesure prise au début de mars, *avant l'apparition de toute rougeole*, a été couronnée de succès : deux rougeoles atténuées la deuxième année ; aucun cas signalé la troisième année.

Gros cancer primitif du clitoris chez une vieille femme. Ablation

M. F. Cathelin présente une tumeur cancéreuse du clitoris et des grandes lèvres ulcérées et déterminant de vives douleurs à la miction. Il l'enleva chirurgicalement, sans dégâts du côté de l'urètre. Il s'agissait d'un épithélioma spino-cellulaire à évolution cornée (globes épidermiques), donc tumeur maligne. Suites très simples, sans incidents, avec sonde à demeure. Peut-être, plus tard, devra-t-on soumettre la malade, âgée de 76 ans, aux agents physiques.

M. de Nabias estime que le cancer du clitoris étant un épithélioma malpinghien doit être considéré comme radio-sensible, à condition d'effectuer une application de radium *très prolongée* (vingt et un jours).

Nouveau cas mortel d'ictère grave familial du nouveau-né

Un bel enfant suivi par Mme J.-H. Montlaur et

M. P.-P. Levy naît à terme, dans des conditions normales. Le deuxième jour, se produit un ictère d'abord léger et apyrétique, qui fonce et devient intense, tandis que la rate augmente de volume et que des convulsions apparaissent. La mort survient au quatrième jour.

Il s'agissait d'un quatrième enfant. Le premier né est resté indemne, mais le second mourut d'ictère au quatrième jour de son existence.

On était donc en présence d'ictère grave familial du nouveau-né (maladie de Pfannenstiel.) La particularité la plus remarquable de l'observation réside dans l'absence complète d'érythroblastes, tant dans le sang circulant que dans la rate et les viscères, ainsi qu'il ressort de l'examen des coupes anatomo-pathologiques.

Au cours de la discussion, MM. Clément Simon, Arthus et Liège insistent sur l'obscurité étiologique de cette affection et l'abstention de tout traitement arsenical pendant une grossesse ultérieure quand un tel cas s'est déjà produit.

Etude radiologique avec insufflation d'un angle colique droit suspect d'être déformé. Possibilité par ce procédé de démontrer l'intégrité de cette *région*

M. M. Delort rapporte l'observation d'un sujet suspect de déformation importante du côlon droit. *On pouvait redouter une occlusion prochaine.*

L'étude radiologique avec insufflation permit d'innocenter la région incriminée et de formuler un pronostic favorable.

Eczéma vrai du nourrisson. Essai de désensibilisation. Efficacité en fonction des poussées thermiques

MM. Germain Blechmann et R. Ch. François ont observé un nourrisson eczémateux, dont la dermatose s'effaça complètement comme il est de règle au cours d'un épisode fébrile prolongé, pour reparaître à la fin de celui-ci.

Par la suite, divers essais de désensibilisation furent tentés à l'aide d'acides aminés, de vaccins et d'anatoxine staphylococcique; de ces différents produits, seuls ont amené une amélioration marquée de l'eczéma ceux dont l'injection s'accompagnait d'une réaction locale et d'une élévation thermique franche.

Encéphalite infantile à type de névraxite épidémique traitée par deux abcès de fixation, le bleu de trypan, l'électropyrexie. Accidents comateux et issue fatale

MM. Germain Blechmann, A. Paychère, A. Halphen et J. Auclair rapportent le cas d'une enfant de 9 ans, atteinte de névraxite sans fièvre, avec localisations hémiplégique, basilaire, puis rachidienne et qui s'accompagne de légers troubles psychiques. On élimina le diagnostic de méningite et de tumeur cérébrale (il n'existait ni syphilis ni tuberculose). Deux abcès de fixation avec réinjection de pus stérile, des injections salicylées et de bleu de trypan ne paraissant pas s'opposer à la préparation de séquelles définitives, on traite l'enfant par l'électropyrexie. A partir de la cinquième séance (25' à 39°5 et 45' à 40°5), tout en paraissant améliorée, la petite malade présente un vomissement quotidien. Le lendemain de la huitième séance, apparurent brusquement des phénomènes asphyxiques puis un ictus mortel.

Peut-on considérer que l'hyperthermie par ondes courtes a pu jouer un rôle dans cette terminaison fatale ?

M. J. Auclair rappelle que les accidents causés par la pyrétothérapie sont toujours immédiats.

M. Morlaas estime que, dans ce cas, la fièvre provoquée ne peut être mise en cause et il rapporte des faits d'accidents imprévisibles au cours des névraxites.

Société de médecine militaire française

Séance du 17 juin 1937

Influence des matières organiques azotées, en particulier de l'ammoniaque, sur l'épuration des eaux de boisson par la javellisation

MM. Kerny, Jude et Hatet ont étudié l'influence des doses croissantes d'azote ammoniacal sur l'action bactéricide du chlore. Leurs expériences confirment celles de Mackenzie et de Gerstein : la présence d'ammoniaque dans l'eau à épurer ralentit l'action stérilisante des doses de chlore déterminées par la méthode du test-gamme. Cela tient à ce que le chlore forme avec l'ammoniaque des chloramines dont l'action bactéricide est plus lente que celle du chlore libre, mais qui réagissent comme ce dernier sur le réactif ioduré-amidonné. Les auteurs ont mis au point un réactif au bromure de potassium et à la fluorescéine qui ne se colore en rose (éosine) qu'en présence du chlore libre. Les doses de chlore déterminées par la méthode du test-gamme en présence du nouveau réactif assurent, quelle que soit la teneur en azote ammoniacal, la disparition complète du B. coli en moins de quinze minutes. Ces doses sont d'autant plus fortes que la proportion d'azote ammoniacal est plus élevée.

Observation d'une ataxie aiguë à rechutes survenue après un rhumatisme articulaire aigu

MM. Millet et Mathy ont observé un malade qui, trois mois après un rhumatisme articulaire aigu, a présenté un syndrome neurologique diffus où prédominaient le vertige et ses conséquences (troubles de l'équilibre, de la station debout et de la marche) avec des symptômes divers : visuels, auditifs, polyurie, hypertension, nystagmus, etc., fugaces et variables. Ce syndrome a évolué en trois poussées. L'évolution ultérieure permettra sans doute de fixer le pronostic et le diagnostic étiologique.

Maladies de Recklinghausen et de Basedow associées

MM. Jame et Mauvais émettent l'hypothèse, à l'origine d'un complexe endocrino-sympathique présenté par un jeune soldat, d'une gliomatose généralisée du sympathique extériorisée au niveau des téguments.

A propos de dépistage de la tuberculose dans l'armée

M. A. Poirier insiste sur l'intérêt que présente la liaison entre le service de Santé militaire et les organismes d'hygiène sociale. Il rappelle les résultats que cette liaison est susceptible de donner dès le conseil de révision. Il insiste sur l'importance de la surveillance médicale des réformés temporaires ; et il montre combien il serait souhaitable que les ressources des services d'assistance permettent, en outre, la prise en charge par les dispensaires ou les sanatoria, de tous les tuberculeux nécessiteux éliminés de l'armée par réforme définitive n° 2. Revenant aux avantages qu'il attache à un dépistage précoce permettant d'éviter aux intéressés des déplacements et des fatigues inutiles, il envisage la pratique de la radioscopie systématique dès le Conseil de révision.

Historique et enseignements de la radioscopie systématique

M. Dutrey retrace l'historique de la méthode dont la priorité revient au service de Santé militaire français avec Kelsch (1897) et Salles (1901). Les statistiques importantes qu'il apporte montrent qu'un trop grand nombre de tuberculeux passent à travers les mailles de la défense antituberculeuse avant l'arrivée au corps. Il souligne l'importance des lésions inaudibles découvertes ; pense que les lésions silencieuses sont décelées six mois à un an plus tôt, insiste sur la tuberculose des militaires de carrière, montre dans le dépistage la liaison nécessaire entre la clinique et le laboratoire.

Introduction à l'étude des indications opératoires et de l'heure de l'intervention dans les oto-mastoïdites aiguës

MM. Guillermin et A. Lieux dans la première partie de leur exposé montrent l'évolution des idées sur « les indications opératoires et l'heure de l'intervention dans les oto-mastoïdites aiguës » depuis la première trépanation mastoïdienne faite pour mastoïdite aiguë par J.-L. Petit en 1750, jusqu'à l'époque actuelle. Dans la deuxième partie ils analysent plus particulièrement les travaux modernes qui se sont efforcés par l'anatomie pathologique et la clinique aidée de la radiologie : 1° de pénétrer plus intensément le mécanisme de propagation de l'infection et de défense de l'organisme ; 2° de préciser les tests cliniques susceptibles de renseigner sur la forme anatomo-pathologique et le degré d'évolution des lésions dans chaque cas observé. De l'ensemble de ces travaux se déduisent les grandes règles aujourd'hui classiques qui permettent de poser les indications opératoires. Le facteur temps joue un rôle important dans l'indication opératoire, à lui seul il ne peut cependant décider de l'intervention. Pour terminer, les auteurs donnent les statistiques opératoires du service oto-rhino-laryngologique du Val-de-Grâce pour les années 1935 et 1936 en ce qui concerne les oto-mastoïdites aiguës. Deux cent seize cas opérés avec six décès (un peu moins de 3 %). Vingt-deux opérations précoces (première semaine) deux décès 9 %. Cent quarante deux opérations normales (premier mois, la première semaine exceptée), quatre décès, 2,8 %. Cinquante-deux opérations tardives (après le premier mois), zéro décès, 0 %. Les opérations précoces ont la mortalité la plus élevée mais s'adressent toujours à des cas beaucoup plus graves d'emblée. L'analyse de la cause du décès dans chaque cas particulier montre que l'issue fatale est dominée plus par une question de virulence du germe que par le choix de l'heure de l'intervention.

Montpellier

Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen

Séance du 14 mai 1937

Syndrome supérieur du noyau rouge (présentation de malades)

MM. Euziere, J. Vidal, R. *Lafon* et *Seintein*. — Syndrome supérieur du noyau rouge dans lequel on note la participation de phénomènes vaso-moteurs périphériques importants : cyanose, refroidissement et asymétrie capillaire.

Polyarthralgies avec impotence partielle de l'épaule gauche chez un syphilitique. Dmelcothérapie

MM. L. Rimbaux, Anselme-Martin, E. Fassio et Serre. — Il s'agit d'un malade âgé de 52 ans qui accusait des arthralgies diffuses depuis dix ans et une impotence relative de l'épaule gauche depuis trois ans. Après six injections de Dmelcos les arthralgies et l'impotence de l'épaule ont complètement disparu.

Volumineux kyste hydatique de la fesse en suppuration aseptique

MM. Riche, Ginestie et Aussilloux. — Volumineux kyste hydatique du grand fessier, dont le début clinique remonte à un traumatisme. A l'intervention on découvre un important épanchement puriforme sans germes, dans lequel nagent des vésicules filles. Disparition de la membrane germinative. Absence des réactions de spécificité. Pas de modification de la formule leucocytaire.



Les Congrès

CONGRÈS INTERNATIONAL DE L'INSUFFISANCE HÉPATIQUE

(Vichy — septembre 1937)

L'exploration fonctionnelle de l'insuffisance hépatique

Par le Professeur K. Glaessner, de Vienne

Le foie, l'organe le plus grand du corps humain, possède deux fonctions distinctes, qui peuvent être altérées indépendamment l'une de l'autre : la sécrétion externe, produisant la bile (500 à 1.200 c. c. chez l'adulte), et la sécrétion interne, c'est-à-dire le métabolisme se manifestant par des échanges dans le parenchyme et qui influe sur le métabolisme général. L'exploration du foie visera donc, à ce point de vue, la fonction biliaire et la fonction hépatique interne.

On se renseignera sur la première par les examens du suc duodénal et de son contenu (eau, pigments biliaires, sels biliaires, cholestérol), des selles (où *l'on recherchera les mêmes corps)*, du sang et des urines. On se renseignera sur la seconde par les tests de la transformation des albumines, des hydrates de carbone et des graisses dans le foie, du métabolisme de l'eau, ainsi que des fonctions pexique et désintoxicante et de la perméabilité aux colorants.

Tous ces problèmes, d'ailleurs, sont encore à leur *stade initial et on est bien loin d'un diagnostic fonc*tionnel précis de l'état du foie. Cependant, on peut tirer de ces explorations fonctionnelles des renseignements précieux pour le diagnostic et peut-être la thérapeutique.

L'auteur passe en revue successivement : les données obtenues par l'examen du suc duodénal, des selles, des urines, du sang, l'étude du fonctionnement du métabolisme des sucres, des albumines (formation de l'urée, acides aminés dans les urines et le sang, épreuve de la crise hémoclasique de Widal, réaction de Takata-Ara), des graisses, la fonction pexique (fixation du fer dans le foie), le diagnostic par les colorants (élimination des colorants par la bile recueillie par tubage duodénal ; épreuves du rouge congo, de la phénoltétrachlorphtaléine ; élimination des colorants dans le sang : épreuve du rose bengale), etc.

En résumé, les épreuves de recherche du fonctionnement hépatique sont à elles seules insuffisantes pour permettre de poser un diagnostic précis de l'état du foie. Elles sont toutefois un appoint important à l'examen clinique. Il paraît important de s'adresser surtout aux épreuves simples, de technique aisée. Par exemple, dans les affections hépatiques avec ictère, la recherche de l'urobiline dans l'urine et les selles ; dans les affections hépatiques sans ictère, l'étude de l'amino-acidurie, la galactosurie alimentaire, l'épreuve du rose bengale, la réaction de Takata-Ara. Toutes ces épreuves sont plus faciles à réaliser que celles qui utilisent le tubage duodénal, d'indications limitées en pratique.

Dans les grandes insuffisances hépatiques, les épreuves fonctionnelles sont superflues, la clinique suffit le plus souvent. Dans les cas légers ou au début, ces épreuves peuvent offrir de l'utilité.

L'insuffisance hépatique pigmentaire

Par le Professeur R. Castex et M. L. Garcia de Buenos-Aires

Les auteurs définissent ainsi l'insuffisance hépatique pigmentaire : l'incapacité du foie à maintenir le taux et le cycle de la bilirubine et de l'urobiline dans le sang, la bile et l'urine. Ils distinguent une insuffisance hépatique pigmentaire lésionnelle et une insuffisance hépatique fonctionnelle.

L'étude des variations pathologiques de la bilirubine et de l'urobiline, en plus de données sur la fonction hépatique, fournit un renseignement assez précis sur l'existence des syndromes hémolytiques qui se rattachent de si près au foie.

Le fonction soufrée du foie

Par le Professeur Léon Binet

On sait depuis longtemps que le tissu hépatique contient du soufre. Il remplit une fonction thiopexique et thio-oxydante.

M. Léon Binet étudie plus spécialement, dans son rapport, le glutathion, son métabolisme et le glutathion hépatique.

Le glutathion est un corps soufré particulier isolé du muscle et du foie des mammifères, en 1921, par le biochimiste Hopkins. Au point de vue pratique, une baisse du glutathion hépatique a été observée dans certaines circonstances pathologiques (intoxication par le chloroforme, l'alcool, ligature aseptique du canal cholédoque, etc.). Peut-être doit-on faire jouer au glutathion un rôle dans la fonction antitoxique du foie. En tout cas, il est apparu parfois utile de chercher à corriger cette baisse du glutathion. Dans ce but, on a préconisé l'hyposulfite de soude, la thiosinamine. Une injection de thiosinamine faite à l'animal élève le taux du glutathion dans les tissus en général et dans le foie en particulier. Le Professeur Gosset pense qu'il serait opportun peut-être de recourir à cet agent thérapeutique dans certaines déficiences du foie. A la clinique chirurgicale de la Salpêtrière plusieurs opérés du foie ont paru bénéficier de cette médication.

La peau et le foie

Par M. Erich URBACH, de Vienne

Les relations entre le foie et la peau peuvent être considérées sous trois aspects :

1° Dermatoses causées par des maladies ou des troubles fonctionnels du foie. Dans ce groupe rentrent les affections cutanées déterminées par un métabolisme défectueux du foie ou les produits toxiques de ce métabolisme. Les dermatoses en question sont : l'ictère et ses suites, prurit, urticaire, impétigo ; certaines pigmentations spéciales, particulièrement celles du visage ; les eczémas, l'hydroa vacciniforme ; certaines dermatoses provoquées par la lumière ; la xanthélasmatose et d'autres affections cutanées dérivant de troubles dans le métabolisme des lipoïdes.

En outre, par l'action de substances sensibilisatrices provenant d'une altération hépatique, peuvent naître des dermatoses à forme d'urticaire, de maladie de Quincke ou de dermite généralisée.

2° Hépatopathies consécutives à des dermatoses, telles qu'inflammations graves d'origine chimique, physique ou anaphylactique.

3° Association de maladies du foie et de dermatoses dérivant d'une cause toxique commune : pigmentation dans le diabète bronzé (cirrhose pigmentaire diabétique) ; combinaison de l'angiomatose et de la cirrhose du foie.

Un point intéressant est l'action des extraits de foie sur certaines affections cutanées. Se basant sur le rôle du foie comme organe de désintoxication, on a été amené à appliquer le traitement hépatique dans diverses affections cutanées et avant tout dans celles liées à une insuffisance hépatique. On a obtenu de bons résultats dans la dermatite du salvarsan, dans le psoriasis, le prurit lichénifié, l'urticaire, etc.

Le foie et les glandes endocrines

Par le Professeur PARHON, de Bucarest

Outre ses fonctions diverses, le foie représente aussi une glande endocrine. On peut considérer, avec certaines réserves, qu'il sécrète des hormones antianémiques, diurétiques, régulatrices de la nutrition des centres nerveux, etc.

Il existe, d'autre part, de nombreuses corrélations entre le foie et les autres glandes endocrines. Certaines hormones interviennent vraisemblablement dans l'hépatogénèse. L'adrénaline, l'insuline mobilisent le sucre hépatique et semblent avoir une action à l'égard des protéines et des graisses hépatiques. La folliculine paraît inhiber la fonction biliaire. Il y a là tout un chapitre à l'étude.

Les gros foies de l'enfance

Par MM. Robert DEBRÉ, SÉMELAIGNE et E. GILBRIN

Les rapporteurs n'ont retenu qu'un type nosologique, l'hépatomégalie *polycorique*, due à une accumulation dans le parenchyme hépatique de substances de réserve : glycogène ou graisse (de πολυ : beaucoup ; χορος : satiété).

L'hépatomégalie est ici considérable et isolée, sans splénomégalie, ni troubles digestifs. La répartition de la graisse de couverture est chez ces enfants anormale (face joufflue, torse gras, fesses maigres et jambes grêles). Le syndrome clinique s'accompagne de troubles du métabolisme des hydrates de carbone et des lipides. L'évolution de la maladie est favorable.

La physiologie pathologique de ces polycories n'est pas encore élucidée. M. Debré pense qu'il s'agit d'une lésion ou simplement d'un fonctionnement vicieux du complexe neuro-endocrinien responsable de la régulation glycémique.

Les œdèmes des hépatiques. Etude clinique

Par M. Jean OLMER, de Marseille

La plupart des affections du foie sont susceptibles de s'accompagner d'œdèmes. Parmi elles, les cirrhoses occupent la première place. Mais, avant même le stade de cirrhose, les hépatites, quelle que soit leur nature, peuvent se compliquer d'œdème. Enfin, l'œdème a été décrit dans le cancer du foie, après la colique hépatique, au cours du foie cardiaque.

Les facteurs qui interviennent pour expliquer l'apparition de l'œdème dans les maladies du foie sont nombreux : facteur mécanique (stase portale) facteur rénal, cardio-vasculaire, facteur endocrinien.

Les œdèmes des hépatiques. Etude chimique

Par MM. André LEMAIRE et A. VARAY

Les relations du foie et de la nutrition

Par MM. CRANDALL, de Chicago ; ELTON, de Reading ; BASSLER, de New-York et GOLDSTEIN, de Camben

Syndromes hépatiques neurogènes et neuro-endocriniens

Par les Professeurs PENDE (Rome) et BUFANO (Sassari)

Les insuffisances circulatoires du foie

Par MM. VILLARET, JUSTIN-BESANÇON, CACHERA et R. FAUVERT

Les auteurs montrent le rôle du réservoir sanguin hépatique sur le contrôle de la circulation de retour, le foie pouvant être considéré à cet égard comme un véritable « volant » destiné à protéger le circuit veineux, à régulariser le débit cardiaque, à contribuer à régler la quantité de sang circulant exigée par l'activité organique.

Dans une seconde partie, ils étudient les insuffisances circulatoires hépatiques des cardiopathies : faits classiques d'asystolie hépatique, foies cardia-

ques « actifs », etc... Ils envisagent en outre les insuffisances circulatoires du foie liées à l'inhibition du système vaso-moteur hépatique en dehors de toute déficience myocardique et ils en montrent des exemples dans les états de « choc ».

L'insuffisance cellulaire du foie et ses indications thérapeutiques

Par M. de Grailly

Le terme d' « insuffisance cellulaire du foie » est plus vaste et moins employé que celui d' « insuffisance hépatique ». Ce dernier évoque en notre esprit des symptômes, une évolution, parfois une étiologie. L'insuffisance *cellulaire* évoque des altérations dégénératives, des troubles plus intimes. Dans les formes d'une certaine importance, les désordres anatomo-pathologiques sont bien connus (ictère grave, cirrhoses...). L'insuffisance cellulaire légère peut être définie par le test glycogénique.

Les alcalins, l'opothérapie hépatique, l'antisepsie intestinale, les diurétiques et les cholagogues sont les médications principales des insuffisances cellulaires du foie.

La médication hépatique dans les accidents d'intolérance

Par MM. *Marcel* Brulé et J. Cottet

L'expérimentation animale — et elle seule d'ailleurs — a permis de montrer le rôle capital du foie dans la genèse du choc anaphylactique. Mais, contrairement à ce qu'auraient pu faire supposer les observations cliniques, il semble que, pour apparaître, le choc nécessite un fonctionnement actif du foie.

Il est curieux d'insister sur les termes opposés du problème : alors que les cliniciens s'ingénient à mettre en évidence l'insuffisance hépatique chez les malades atteints d'accidents d'intolérance, alors que les thérapeutes cherchent à soulager les malades par une médication hépatique, les expérimentateurs nous montrent qu'il faut que le foie soit présent et que le foie soit sain pour que les accidents anaphylactiques se produisent chez l'animal.

Le pronostic de la crise opératoire par l'examen des fonctions hépatiques

Par MM. Pierre Duval, Gatellier, J.-C. Roux et Goiffon

Chez les opérés, dont les reins sont en général sains, il faut envisager l'hyperazotémie post-opératoire non pas dans sa signification rénale mais dans sa signification hépatique.

Le foie, surchargé en pareil cas dans son travail de transformation en urée des déchets autogènes, ne peut les dégrader entièrement dans leur totalité, d'où abondance de produits intermédiaires, de polypeptides en particulier. Ces polypeptides sont ainsi des témoins importants.

Pratiquement, dit M. Pierre Duval, en comparant l'azotémie et la polypeptidémie, trois éventualités peuvent se présenter dans les suites opératoires : 1° ascension parallèle de l'azotémie et de la polypeptidémie : le pronostic dépend de la chute des polypeptides ; 2° azotémie normale et hyperpolypeptidémie croissante : pronostic très mauvais ; 3° hyperazotémie même très élevée, polypeptidémie décroissante : pronostic très favorable.

L'administration de l'extrait hépatique, qui se montre associée à la chute des polypeptides, joue un rôle thérapeutique favorable.

L'insuffisance hépatique pré et post-opératoire

Par le Professeur Pribram

Le régime alimentaire dans la réparation du foie malade

Par le Professeur G. Mones, de Barcelone

La thérapeutique hydrominérale de l'insuffisance hépatique

Par MM. Piéry et Milhaud, de Lyon

Les auteurs distinguent les syndromes d'*hypohépatie*, d'*hyperhépatie* et de *dyshépatie*. Aux premiers conviennent les eaux minérales surtout activantes des fonctions hépatiques (Vichy, Vals, et à un degré moindre Pougues). Aux seconds, les eaux minérales modératrices des fonctions hépatiques (Vittel, Contrexéville, Carlsbad, Marienbad). Aux troisièmes, s'adresseront les eaux régularisatrices des fonctions de la cellule hépatique. Au premier rang de ces eaux minérales équilibrantes se place Vichy.

Communication. — **Modifications psychiques observées au cours de l'insuffisance protéopexique du foie.**

par le Docteur Paul Blanchet, de Grenoble

L'insuffisance protéopexique du foie peut être à la base de certaines modifications psychiques.

Psychose paranoïaque, états maniaques dépressifs, psychasthénie, cyclothymie, manie, mélancolie, psychose maniaque dépressive à forme anxieuse, névrose d'angoisse, agitation anxieuse, représentent les psychoses que l'auteur a vues dans certains cas s'aggraver où s'améliorer, éclore ou s'effacer, suivant le taux des protéines arrivant à l'endocrine hépatique, suivant la déficience ou l'amélioration de sa fonction protéopexique.

P. Lacroix.

Les Thèses

P. — Docteur H. Pruvost. — **Le risque électrique.** Commentaire du décret du 4 aout 1935 du ministre du Travail. (Thèse 1937.)

L'accident électrique est particulièrement dramatique et impressionnant ; il est aussi au premier abord déconcertant. Ici, un contact avec un conducteur de basse tension et la mort devient foudroyante. Là, au contraire, le contact a lieu avec un courant de plusieurs milliers de volts et la victime se relève à peu près indemne. Dans certains cas, aucune action extérieure ne manifeste le passage du courant ; néanmoins la mort a été instantanée ; dans d'autres cas, au contraire, les parties du corps en contact avec les conducteurs électriques portent de vastes escharres, parfois les brûlures sont si profondes que les os sont à découvert, de véritables amputations ont même pu en résulter et la victime est vivante...

On oublie trop souvent que la tension du courant n'est pas le seul élément du danger et que, lorsque par des circonstances défavorables, comme grande surface de contact, humidité de la peau, des chaussures et des vêtements, la résistance du corps humain se trouve réduite, des tensions même très faibles peuvent donner lieu à des courants suffisants pour occasionner la mort.

L'auteur a analysé les prescriptions que le décret du 4 août 1935 a édictées en vue d'assurer la sécurité des personnes et de diminuer le risque électrique, en particulier : les dispositions à prendre pour empêcher le contact direct avec des conducteurs sous tension ; celles qui assurent un isolement élevé de l'installation ou lorsque ceci n'est pas possible, qui limitent la valeur de la tension ; enfin, celles qui parent aux dangers de contact indirect soit par l'isolement des personnes, soit par la mise à la terre de toutes les pièces ou objets métalliques qui entourent les conducteurs de courant.

P. — Dr P. Theil. — **Le séro-diagnostic de la syphilis à la Société des Nations.** Etudes et conclusions de l'organisation d'hygiène. (Thèse 1937.)

L'auteur signale les différentes conférences tenues sur les auspices de la Société des Nations, à Londres, à Paris, à Copenhague, etc., pour standardiser les réactions sérologiques de la syphilis. Il rappelle sommairement, en particulier, les « Recommandations » de 1932 :

« Sur une séro-réaction positive on peut affirmer la syphilis : à la double condition, bien entendu, de choisir une méthode de spécificité suffisante et de tenir compte de quelques exceptions qui sont aujourd'hui bien connues (pian, lèpre, framboesie).

« Une séro-réaction négative ne permet pas d'éliminer la syphilis.

« Il est *absolument nécessaire de pratiquer à la* fois plusieurs méthodes, en associant Bordet-Wassermann et floculation.

« Il y a nécessité d'adopter pour toutes les réactions une notation uniforme et internationale. »

Str. — Dr H. Elster. — **Evaluation médico-légale de l'incapacité de travail des tuberculeux.** (Thèse 1937.)

Un malade devient invalide si son état physique ne lui permet plus de gagner le tiers légal de son salaire habituel ;

Les tuberculeux pulmonaires peuvent être classés en invalides définitifs à 100 %, les plus nombreux ; en invalides permanents au-dessus de 65 % et en invalides passagers à 65 % ;

La tuberculose pulmonaire est une maladie si décevante, si changeante et si capricieuse dans son évolution, que le temps seul permet de se prononcer sur le pronostic et l'invalidité réelle du malade.

P. — Dr C. Harang. — **Recherches expérimentales sur les glycosuries et glycémies asphyxiques.** Travail du laboratoire de physiologie de la Faculté de médecine de Paris. (Thèse 1937.)

L'asphyxie engendre l'hyperglycémie. Toutefois, dans l'état d'asphyxie prolongé, à cette hyperglycé*mie succède, par épuisement vital des réserves hépa*tiques, une hypoglycémie.

Si les deux pneumogastriques sont paralysés par une injection d'atropine, l'hyperglycémie et a glycosurie asphyxiques ne se manifestent plus, mais l'atropine ici est sans action sur l'hyperglycémie protéidique.

L'intervention de l'appareil thyroïdien dans la production des glycosurie et hyperglycémie asphyxiques est indéniable.

P. — Dr J. Coste. — **Les recto-colites ulcéreuses de cause inconnue.** (Thèse 1937.)

La recto-colite ulcéreuse réalise un syndrome clinique dont le caractère essentiel est une dysenterie chronique, atypique, à rechutes successives. Les formes aiguës de la maladie sont exceptionnelles par rapport aux formes chroniques habituelles. Leur pronostic, presque toujours fatal, les oppose encore à celles-ci.

Il n'y a aucun critère clinique, radiologique ou endoscopique qui permette de classer une dysenterie dans le cadre des recto-colites ulcéreuses de cause inconnue. Seules les recherches de laboratoire répé*tées, éliminant les causes habituelles des dysenteries,*

permettent par leur négativité de porter le diagnostic de recto-colite ulcéreuse.

Si l'origine infectieuse paraît actuellement très discutable tout au moins à titre de cause intime et primitive, par contre, la notion de terrain, faite de sensibilisation intestinale, explique mieux les caractères essentiels de la recto-colite ulcéreuse.

L'ignorance de la cause entraîne l'absence de traitement étiologique. Le traitement local purement symptomatique, basé sur le pouvoir épithélialisant de la vitamine A, paraît actuellement le plus efficace, encore qu'il ne réalise que la cure des poussées de l'affection et qu'il ne semble pas modifier le terrain sur lequel celle-ci évolue.

Mp. — Dr J. Millet. — **Contribution à l'étude des formes cliniques atypiques de granulomatose maligne.** (Thèse 1937.)

On donne le nom de formes atypiques de la granulomatose maligne à deux groupes de faits.

1° Ceux dans lesquels une détermination inhabituelle, viscérale ou non, reste pendant tout ou partie de l'évolution, la localisation prédominante et exclusive de la maladie, constituant la source de *nombreuses erreurs de diagnostic*, presque inévitables : tuberculose pulmonaire, pleurésie tuberculeuse, ascite cancéreuse, cirrhose du foie, splénomégalie *d'allure primitive*, mal de Pott, tumeur du sein, cancer ou ulcère gastrique, etc...

2° Ceux dans lesquels existent seuls les troubles de l'état général et une fièvre prolongée, dont l'allure impose l'hypothèse de : septicémie, typhoïde, mélitococcie, paludisme, etc... L'erreur persiste soit jusqu'à l'apparition tardive d'adénopathies superficielles, soit pendant toute l'évolution, le diagnostic n'étant redressé qu'à la nécropsie, ou quelquefois à l'occasion d'une intervention chirurgicale.

Il faut savoir penser à la granulomatose maligne en présence de toute une série d'états pathologiques dont la preuve n'est pas faite par ailleurs ; un bon élément d'appréciation sera donné par la fièvre, surtout si cette dernière prend comme dans quelques cas le caractère ondulant.

La constatation d'une leucocytose d'ordinaire modérée avec polynucléose neutrophile doit aussi orienter vers la possibilité d'une granulomatose maligne. Mais seul l'examen histo-pathologique, biopsique ou nécropsique, peut donner la certitude.

P. — Dr J. Coupin. — **Contribution à l'étude des formes cardiaques des néphrites aiguës de l'enfant.** (Thèse 1937.)

Tout néphrite aiguë peut présenter une forme cardiaque. Cliniquement, les accidents cardiaques réalisent un syndrome cardio-hépatique aigu.

L'évolution de ce syndrome cardiaque se fait, dans la grande majorité des cas, vers la guérison, et le pronostic est lié à la néphrite qui continue à évoluer.

Le repos et le régime sont à la base du traitement. Ils suffisent souvent à provoquer la rétrocession des accidents, aussi ne faut-il pas trop se hâter d'employer la médication toni-cardiaque. On utilisera alors de préférence la digitale à laquelle on associe la théobromine. Cependant il ne semble pas que dans les cas graves on doive se priver du secours de l'ouabaïne malgré les lésions rénales.

P. — Dr N. Langeard. — **L'antrostomie sous-muqueuse** (technique de Le Mée). (Thèse 1937.)

Les deux principales méthodes pour le traitement chirurgical des sinusites maxillaires sont basées sur deux principes opposés : l'un exige la résection de la muqueuse, l'autre la respecte.

Le procédé de Cooper, par voie alvéolaire, étant définitivement abandonné, la trépanation simple de la fosse canine (Desault, Sébileau) ou complétée par résection de la paroi nasale (Caldwell-Luc), la trépanation simple par l'angle antérieur (Lombard, Le Mée) ou complétée par la résection des parois antérieure et nasale (Denker) répondent au premier principe.

L'ouverture de la paroi nasale du sinus avec résection d'une partie du cornet inférieur (Claoué) ou sans résection (permanent opening des auteurs américains) est conforme au second principe.

Des études expérimentales récentes ont montré toute l'importance du cil vibratile, élément noble et spécifique de la muqueuse respiratoire dont la muqueuse sinusienne fait partie. Des constatations anatomiques ont permis de voir que le cil vibratile pouvait survivre à des lésions accentuées de la muqueuse, d'où l'intérêt de ménager celle-ci.

L'opération préconisée par Le Mée, sous le nom d'antrostomie répond à ce desideratum : au lieu de créer seulement une brèche osseuse dans la paroi méatique de l'antre d'Highmore, elle assure avec la fosse nasale une large communication située au point le plus déclive garni d'un revêtement de muqueuse, et sans mutilation du cornet.

Mp. — Dr H. Hygounenc. — **Hernies rétropéritonéales paraduodénales.** (Thèse 1937.)

A propos d'une volumineuse hernie rétro-péritonéale parajéjunale de la presque totalité du grêle, opérée dans le service de M. le Professeur Etienne, une revue bibliographique a permis à l'auteur de trouver 190 cas analogues publiés à l'heure actuelle.

Quelquefois latentes, ces hernies constituent alors une découverte d'autopsie.

Elles se traduisent plus souvent par un syndrome d'obstruction récidivante avec présence d'un météorisme asymétrique. Leur étranglement est extrêmement grave.

P. L.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

TRAVAUX ORIGINAUX

Bulletin de l'Actualité

« LE SECOURS BLANC »

pour l'organisation des Centres de donneuses de lait

Une circulaire du Ministre de la Santé publique

« *Le lait et le cœur d'une maman ne se remplacent jamais* », écrivait le Professeur Pinard.

Le défaut de lait maternel, surtout pour les prématurés et les débiles, ne doit-il pas être envisagé comme l'une des causes premières de la mortalité infantile ? Dans notre pays, en particulier, cet angoissant problème se pose avec une acuité particulière, et il n'y a pas actuellement de résultat plus important à atteindre que la réduction de cette mortalité, surtout que la courbe de la natalité fléchit dans d'importantes proportions.

Il est donc urgent de développer ce qu'on a appelé « le secours blanc », par la création de Centres de donneuses de lait maternel. C'est un effort méthodique, qu'il s'agit d'organiser dans l'ensemble du pays, et celui-ci peut aboutir à réduire rapidement d'un tiers la mortalité de la première enfance, à sauver chaque année 17.000 vies humaines.

La sagesse éternelle, a dit H. Scherres (1), démontre que la source naturelle, qui jaillit de la mère, est en même temps le plus sûr facteur de la santé de son enfant. Il a d'ailleurs été prouvé que les maladies infectieuses mortelles ont moins d'influence sur l'enfant nourri de lait maternel que sur celui, qui a dû s'en passer. Mais, souvent le sort cruel a fait mourir la mère, dont la dernière et suprême action a été de donner la vie à un enfant. Souvent aussi la nature a refusé à la mère la source féconde, à laquelle l'enfant devait se fortifier ; souvent encore, c'est la maladie, qui a privé la mère de l'exécution de sa plus noble tâche, celle de donner à son enfant, la source de vie, dont elle dispose.

Cependant, quoiqu'il soit, il n'est pas douteux que l'alimentation artificielle, même bien dirigée, n'est applicable dans de bonnes conditions qu'aux nouveau-nés robustes et bien constitués. Elle devient périlleuse au cas où l'enfant est né prématuré, taré ou malade, et, en pareille circonstance, le lait de femme est d'une impérieuse nécessité, pour que celui-ci ait le maximum de chance de s'élever convenablement [Docteur G. Mirante (1)].

Parfois la mère ne peut pourvoir à l'allaitement total de son enfant ; un complément est nécessaire. Une nourrice étrangère, mercenaire ou autre ? Mais, continue l'auteur précédent, en raison des circonstances actuelles, les nourrices sont de plus en plus rares, et coûtent, par suite, de plus en plus cher. *Aussi, il est de moins* en moins possible pour le commun des mortels de les mettre à contribution.

Au surplus, si la nourrice rend service au nourrisson qu'elle adopte, elle est le plus souvent obligée d'abandonner ou tout au moins de négliger son propre enfant, pour entrer dans la place qui lui est offerte. Le résultat immédiat est que l'un des deux enfants, le sien naturellement, périclite, ce qui n'est certes pas le résultat recherché du point de vue de la puériculture.

Et puis, la nourrice, insuffisamment surveillée, montre, dans la majorité des cas, surtout dans les campagnes, trop de tendance à nourrir l'enfant, qui lui est remis, au petit bonheur, et sans règles suffisamment précises. En l'absence de cette surveillance médicale, qui doit s'exercer d'une manière rigoureuse, l'avenir de l'enfant nourri dans ces conditions ne peut être toujours utilement sauvegardé.

Enfin, d'autres fois, ce n'est plus l'enfant qui court un danger, mais bien la nourrice, et l'on connait malheureusement de nombreuses observations de nourrices, qui furent contaminées de syphilis par leur nourrisson.

---

(1) VII[e] Congrès Int. des sages-femmes (Berlin, juin 1936).

(1) *Algérie médicale*, mars 1937.

« Aussi, d'excellents esprits, appuyés par des médecins et des pédiatres éminents, ont-ils eu l'idée de la création de centres de traite de lait de femme. »

Cette idée n'est pas neuve de fournir aux nourrissons, malades ou débiles, l'excédent de lait que peuvent donner des nourrices saines, allaitant leur enfant. Elle a déjà été réalisée à l'hôpital des Enfants-Assistés de Paris par trois grands pédiatres : les Professeurs Marfan, Nobécourt, Lereboullet, et elle a permis d'obtenir de bons résultats. Au cours de l'année dernière, 112 litres de lait de femme ont pu être distribués à 28 enfants débiles, pendant une période variant de dix jours à quatre mois. Mais, jusqu'à ces derniers temps, cette mesure n'avait pas été généralisée, et le public ne pouvait en bénéficier.

Aujourd'hui les Pouvoirs Centraux s'inquiètent de la question : deux circulaires du ministre de la Santé publique y ont été consacrées le 12 août 1936 et le 8 mars 1937. La grande presse, elle aussi, alerte ses lecteurs. Dans les théâtres parisiens, le « journal lumineux » fait un appel au recrutement des donneuses de lait, et indique l'endroit et les heures, auxquelles il sera possible de se procurer un lait maternel sain.

A Paris, le premier centre a été inauguré le 20 novembre 1936 à la Maternité de Port-Royal, dans les services de la clinique Baudelocque, dirigés par le Professeur Couvelaire.

Le Centre de distribution de lait maternel est logé dans les dépendances de l'hôpital, isolé complètement des services et tout près de la porte d'entrée. A côté de la crèche, où se tiennent les nourrices et leurs nourrissons, se trouve une salle de distribution avec un guichet où accède le public.

Les nourrices sont spécialement recrutées et examinées périodiquement. Elles sont soumises au régime de l'internat, comme toutes les nourrices attachées aux services de l'Assistance publique. A chaque tétée, elles donnent leur excédent de lait ; celui-ci est prélevé aseptiquement grâce à l'emploi du succi-pompe électrique, qui le déverse dans un petit flacon stérilisé et gradué à 80 grammes et bouché hermétiquement.

La vente de ce lait cru s'effectue de 10 heures à 11 heures et de 16 heures à 17 heures au prix de revient, c'est-à-dire à raison de 10 francs les 100 grammes, et sur la présentation d'ordonnances médicales fournies par les acheteurs. Ce lait peut d'ailleurs être distribué gratuitement ou à prix réduit pour les personnes indigentes qui en font la demande ; l'Administration procède alors à une enquête de vérification.

Dès à présent, quelques nourrices assurent ce service, ce qui permet d'obtenir une production quotidienne de 2.000 grammes. Cette faible quantité, qui doit être évidemment réservée aux cas urgents, pourra être accrue ultérieurement par une augmentation de personnel si les besoins du public, se révèlent supérieurs.

En province, comme à l'hôpital des Enfants-Assistés, une nourricerie de cet ordre fonctionne à Marseille depuis 1923. Pareille organisation a été également réalisée à la Maternité de Pau ; le lait recueilli est transporté aussitôt à la pouponnière de Buros (près Pau), où sont hospitalisés les nourrissons abandonnés, pour être destiné aux débiles, qui supportent mal le lait de provenance animale. Un service de donneuses de lait fonctionne aussi à la pouponnière modèle d'Orléans, sous la direction de son médecin le Docteur Mercier. Un projet de réalisation analogue est à l'étude pour l'hôpital civil d'Oran, etc., etc.

Plusieurs pays étrangers sont pareillement entrés dans la même voie, pour organiser la récolte du lait de femme et sa distribution aux nourrissons justiciables de ce mode d'alimentation. Il faut citer l'Allemagne, l'Italie, l'U. R. S. S., et surtout les Etats-Unis, où le premier organisme de ce genre fut créé en 1925 à Détroit, sous la direction du Docteur Hoobler.

A Boston, on a fondé en 1935 l' « Œuvre du Lait maternel ». Quand une mère possède du lait en abondance, et désire entrer dans les rangs des donatrices, on effectue d'abord l'analyse de son sang et l'examen de ses poumons. Son lait est ensuite soumis à l'analyse, puis stérilisé. Un procédé spécial permet d'y découvrir éventuellement des falsifications, réalisées notamment avec du lait de vache. On y constate également des différences de constitution, variables avec le régime alimentaire de la mère. Une surveillance s'exerce, pour que la quantité de lait fournie soit conforme aux besoins du nourrisson maternel, étant donné qu'ils augmentent avec l'âge. Le lait est recueilli à domicile, puis réparti suivant les besoins. En 1936, on a pu réaliser ainsi le chiffre respectable de 100.000 repas de poupons, douze fois plus qu'en 1935.

Bientôt une organisation analogue s'étendra également sur le territoire du Reich, grâce à la création d'établissements du même genre dans les différentes régions.

Voici quelques recommandations importantes fixées par la Circulaire ministérielle de la Santé Publique, en date du 8 mars 1937, pour le choix des nourrices, afin d'éviter la transmission des maladies infectieuses par le lait.

« Les nourrices seront recrutées à la suite d'un examen médical complet. Le dépistage de la tuberculose (examen radiologique) et celui de la syphilis retiendront surtout l'attention. On pourra à cet égard utiliser la collaboration des dispensaires de prophylaxie et d'hygiène sociale.

« Il est indispensable que la santé des candidates et leur état physique comportent le maximum de garanties, aussi bien pour fournir aux enfants débiles un lait de choix, que pour éviter aux « donneuses de lait », si elles étaient d'une robustesse insuffisante, les fatigues inhérentes à l'allaitement. Sauf dispense spéciale, elle ne devront pas être âgées de moins de 19 ans.

« Il ne faut pas oublier, dans les conditions qui dictent la détermination, la santé de l'enfant de la nourrice, auquel appartient avant tout autre le lait de sa mère. Seul, l'excédent du lait qui, pour lui, serait superflu, pourra être distribué à d'autres nourrissons.

« De toute manière, une femme ne pourra être acceptée comme « donneuse » que deux mois au minimum après son accouchement, sauf dérogation spéciale accordée par le médecin chef du centre.

« Les donneuses de lait seront recrutées dans des maternités et maisons maternelles, où elles auront été soumises à un examen et à une surveillance médicale préalable, suffisamment prolongée.

« Elles seront, dans tous les cas, soumises au régime strict de l'internat. Les mères, jugées capables de fournir à d'autres bébés l'excédent de leur lait, seront hébergées avec leurs propres nourrissons ; tout travail pénible leur sera interdit.

« Les facilités que comportera le recrutement des « donneuses » seront d'autant plus grandes que l'allaitement maternel sera plus répandu dans la région.

« Il est superflu d'insister sur les bienfaits du lait de femme, considéré comme un moyen thérapeutique, pour certains enfants et en particulier pour les prématurés, débiles, jumeaux, etc. privés pour une raison ou pour une autre du lait de leur mère.

« Il convient de ne pas perdre de vue qu'il ne s'agit là que d'un traitement, c'est-à-dire d'une méthode d'exception à ne mettre en œuvre que sur avis motivé du médecin et dans des cas où les circonstances particulières le justifient au même titre qu'un médicament.

« Ceux-ci sont certes le plus souvent d'une gravité extrême, mais ils restent néanmoins relativement rares.

« Il ne saurait donc être question de substituer ce traitement aux modes d'alimentation naturels, mixtes ou artificiels des enfants du premier âge qui, en raison du degré de perfectionnement qu'ils ont atteint, peuvent, s'ils sont correctement mis en œuvre, suffire à toutes les exigences de la pratique courante.

« Il faut seulement, mais c'est là une nécessité vitale — être en mesure de fournir du lait de femme à tous les enfants, pour lesquels l'ingestion de cet aliment est imposé par leur état général déficient ou une affection aiguë. C'est pour cet objet que l'organisation des centres doit être conçue, quelques difficultés que puisse en comporter la réalisation, chaque fois que la possibilité en apparaît. »

Précautions à prendre pour la récolte, l'embouteillage, la conservation, le transport à distance du lait.

« La récolte du lait sera effectuée par traite, de préférence mécanique (il existe notamment des appareils électriques, qui sont parfaitement adaptés à cet usage).

« Le lait est recueilli, aux doses habituelles de 70 à 80 grammes, dans des biberons gradués stériles, sans transvasement secondaire. On adapte directement aux biberons les tétines stérilisées.

« Si ce lait n'est pas consommé immédiatement, il doit être autant que possible, sans délai, placé et conservé dans un réfrigérateur à + 4 degrés maximum ; il doit être utilisé dans les douze heures qui suivent la traite. L'heure limite de la consommation sera mentionnée sur le flacon.

« Si ce lait est destiné à des enfants habitant loin du centre de collecte, il devra être conservé et transporté dans des récipients isothermiques, qui le maintiendront à basse température et sur lesquels seront indiquées les conditions de sa consommation. »

« Trois salles sont nécessaires : une pièce spacieuse, où les nourrices se tiendront auprès de leur enfant, chaque petit lit étant, autant que possible, isolé de son voisin ; une pièce plus petite où se feront les traites ; une pièce où seront installés les appareils et où se fera la distribution du lait ».

***

Concluons avec le Docteur Mirante :

« L'utilité de la mise en application le plus tôt possible de la circulaire ministérielle n'est pas à discuter. En effet, la mesure envisagée arrive bien au moment voulu, au moment où, par suite de la dénatalité croissante de notre pays, nous devons conjuguer nos efforts afin de surveiller médicalement le développement de l'enfance d'une manière plus étroite et de réduire le plus possible la mortalité infantile, au moment aussi où le nombre des nourrissons débiles augmente en raison des difficultés de l'heure présente, de l'évolution sociale, du travail d'usine, de la misère, du chômage et de la sous-alimentation qui en résulte, toutes causes qui poussent de plus en plus la mère à abandonner l'allaitement au sein de son enfant, ou tout au moins à le nourrir d'une façon imparfaite et insuffisante. »

G. FISCHER.

ASSURANCES SOCIALES

I

Délivrance de médicaments sans ordonnance médicale

Un agent de Caisse aurait l'habitude de délivrer à des malades des bons ainsi rédigés : « bon pour un remède contre le rhume, contre le mal de tête, contre les nerfs ; bon pour un révulsif, pour une friction contre les douleurs ; bon pour des objets de pansement, etc., etc. ».

Munis de ces bons, les bénéficiaires vont chez le pharmacien, lequel délivre, au compte de la Caisse, les médicaments qu'il juge utiles, pour soulager le client.

De plus, une circulaire de la Caisse recommande et même enjoint aux pharmaciens de ne jamais délivrer de spécialités, lorsque ces dernières sont ordonnées par le médecin et de les remplacer par un produit de substitution, par un succédané de prix moins élevé.

Le problème qui nous est soumis doit être envisagé sous l'angle pharmaceutique et sous l'angle médical. En effet, des infractions sont commises aussi bien contre la législation des pharmacies que contre celle de l'exercice de la médecine.

1° Violation de la loi du 21 Germinal, an XI

Un pharmacien n'a pas le droit de substituer un médicament à un autre. L'article 32 de la loi du 21 germinal an XI sur l'exercice de la pharmacie lui enjoint d'exécuter les ordonnances des docteurs en médecine.

Le pharmacien qui, sur l'ordre général donné à lui par une Caisse d'assurances sociales, se croirait en droit de délivrer un succédané à la place d'un médicament officinal, magistral, ou spécialisé, prescrit par le médecin, risquerait de se voir poursuivre en vertu de la loi sur les fraudes (1er août 1905).

De plus, il pourrait être également incriminé comme ayant exercé illégalement la médecine puisqu'en donnant un médicament à la place de celui qui a été prescrit, il a pris part au traitement des maladies.

Pour épuiser ce point, qu'il me soit permis de faire remarquer que les Caisses d'assurances sociales, en se laissant guider par un esprit d'économie, vont à l'encontre de leurs intérêts. Un succédané peut n'être composé que de produits de deuxième ou de troisième qualité, alors que le produit spécialisé de bonne marque n'aurait que des composants tout à fait choisis et toujours identiques à eux-mêmes.

Il en résulterait que le malade risquerait d'être guéri moins vite et qu'il consommerait une quantité plus considérable de flacons. Certes, les Caisses d'assurances sociales ont le droit et le devoir de suivre les lois de l'économie ; mais, à la condition que cette dernière soit bien comprise et que des hommes de compétence technique soient appelés à donner des conseils qualifiés aux dirigeants des Caisses.

2° Violation de la loi du 30 novembre 1892

Un employé des Caisses peut-il délivrer des bons de médicaments ?

La loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine spécifie qu'exerce illégalement l'art de guérir celui qui n'étant pas muni du diplôme de docteur en médecine prend part habituellement et par une direction suivie au traitement des maladies. Par conséquent, à première vue, le délit est nettement caractérisé, du fait que, sans avoir le diplôme exigé par la loi, l'employé de Caisses soigne des malades et prescrit des médicaments.

Cependant, l'avocat de la défense pourra soutenir que, ce faisant, l'employé ne s'immisce pas dans le traitement. Il se borne à indiquer au pharmacien que tel malade peut recevoir, au compte de la Caisse, un médicament pour le mal de tête, ou pour la toux, médicament que le pharmacien déterminera et délivrera.

Somme toute, l'employé ne fait qu'accréditer auprès du pharmacien un malade, qui expliquera, dans l'officine, ce qu'il ressent et qui recevra gratuitement des médicaments, qui seront facturés à la Caisse dont il dépend.

A cette défense, nous pouvons répondre que le devoir d'un employé, ce n'est pas de décider si le malade doit se rendre directement chez le pharmacien, ou s'il doit s'adresser à un médecin. Cet employé n'a aucune compétence scientifique, pour distinguer la maladie grave du simple bobo. Un mal de tête peut résulter d'une néphrite méconnue ; la toux peut ne pas être très marquée dans certaines affections pulmonaires graves.

Par la délivrance de ces bons, l'employé fait un diagnostic, non pas de maladie, mais de gravité de maladie ; il prend part au traitement des malaises, ou affections pathologiques, en indiquant au pharmacien que les médicaments seront au compte de la Caisse. Sa responsabilité peut donc être mise à une rude épreuve, s'il a méconnu une affection latente, cachée, mais grave.

Enfin, il viole le principe du libre choix du

praticien, qui est inscrit dans la législation des Assurances sociales.

Quant au pharmacien, qui, sur le vu de pareils bons, délivre des médicaments, il commet une double infraction.

Tout d'abord, il diagnostique une maladie, ou un état de malaise et il tente d'y remédier en délivrant un médicament de son choix : Exercice illégal de la médecine, selon les termes de l'article 16 de la loi du 30 novembre 1892.

En second lieu, infraction à l'article 32 de la loi du 21 germinal, an XI, sur l'exercice de la pharmacie. Cet article fait une obligation aux pharmaciens de ne délivrer de drogues et médicaments que sur ordonnance d'un médecin.

3° Responsabilité civile

Enfin, le propriétaire de l'officine pourrait voir sa responsabilité être mise en jeu, concurremment avec l'employé de la Caisse, partant la Caisse elle-même, au cas où, sous des apparences bénignes, une affection grave aurait été méconnue. Le malade serait en droit d'assigner en dommages-intérêts le pharmacien, l'employé de la Caisse et les administrateurs de cette dernière.

Moyens d'action

Je ne suis partisan d'un procès que lorsqu'on ne peut pas faire autrement. Certes les pharmaciens sont quasi obligés de se conformer aux directives qu'ils reçoivent d'une Caisse, pour ne pas avoir de difficultés avec cette dernière, d'autant que journellement, ils délivrent des médicaments à des clients, qui viennent leur demander conseil.

Je propose que les Syndicats de médecins et ceux des pharmaciens du département puissent se concerter pour faire une action commune auprès de la Caisse incriminée. Ils demanderaient que l'employé trop zélé soit rappelé à l'ordre, au besoin soit changé d'emploi.

Médecins et pharmaciens exposeraient d'abord le respect qu'on doit aux textes des lois sur l'exercice de la médecine et sur celui de la pharmacie. Ils démontreraient ensuite que l'intérêt des malades est en jeu, car, pour des raisons d'économie, ces derniers ne doivent pas être détournés du cabinet du médecin, lequel est seul qualifié pour savoir si les malaises invoqués sont peu sérieux, ou s'ils découlent d'une affection grave.

Enfin, l'intérêt de la Caisse n'est pas dans la réalisation d'économies immédiates, portant tant sur le non-remboursement de partie de frais médicaux que sur la diminution de dépenses pharmaceutiques. Un malade doit être examiné bien plus dans un but préventif que dans un but curatif.

Mieux vaut prévenir que guérir, dit un adage, qu'il est bon de rappeler ici. Des diagnostics portés par des incompétents, des médicaments fournis au jugé peuvent aggraver un état latent de maladie et transformer en affection grave ce qui aurait pu facilement guérir rapidement, si le diagnostic avait été formulé à temps.

Voilà toutes choses que les Syndicats médicaux et pharmaceutiques peuvent exposer aux Caisses, afin d'engager ces dernières à collaborer étroitement avec le Corps médical et pharmaceutique. La voie judiciaire ne serait utilisée que s'il n'y avait pas moyen de faire autrement.

Dr Paul Boudin.

II

Certificats et secret professionnel

Dans le *Concours Médical* du 5 septembre dernier, page 2551, j'avais publié et argumenté une lettre d'un confrère, médecin-chef d'un sanatorium de l'Office public d'hygiène sociale, qui manifestait son étonnement de voir une Caisse lui réclamer des détails précis sur l'état d'assurés sociaux hospitalisés.

Je viens de recevoir la lettre ci-dessous (n° 7.036) du Docteur Ballargé, médecin-conseil à Rennes, qui précise un certain nombre de points.

J'ai lu avec intérêt votre article du *Concours Médical* du 5 septembre 1937 sur les « Assurances sociales et le secret professionnel ».

Je crois qu'il n'est pas inutile de préciser, certains points pour apaiser les scrupules de certains de nos confrères.

Votre correspondant vous demande s'il doit répondre à une demande de renseignements de la part d'une Caisse d'assurances sociales, pour des malades hospitalisés dans son sanatorium. Bien entendu personne ne l'y oblige, mais comme vous le faites remarquer pour une Caisse éloignée de la région où est située un sanatorium, le contrôle de son assuré est bien difficile. Mais je crois qu'il y a une autre raison encore plus importante n'est-il pas facile d'admettre que lorsque le médecin chef du Sanatorium donne toutes garanties, et c'est bien le cas le plus fréquent, le médecin-contrôleur de la Caisse peut s'en tenir à son avis sur l'état du malade, avis particulièrement autorisé, plutôt, que de faire à chaque instant des visites de contrôles dans l'établissement. N'oublions pas que pour chaque Caisse, le nombre d'assurés traités en sana est très élevé, et les contrôles seraient donc très fréquents.

Or, la nécessité du contrôle pour les Caisses n'est niée par personne, et il est bien difficile à un médecin-chef d'établissement public de s'y refuser. Mais j'estime pour ma part que des visites répétées d'un confrère, même ami, seraient ennuyeuses à la longue pour le médecin directeur du Sanatorium.

Ne vaut-il pas mieux alors par une correspondance à caractère confidentiel renseigner le médecin contrôleur. Pour ma part médecin Conseil d'une Union régionale de Caisses, je procède ainsi, et j'ai les meilleures rela-

tions avec les médecins chefs des sanatoriums et des établissements de cure de ma région. S'il m'arrive d'aller les voir, c'est pour entretenir d'amicales relations, mais à l'expérience, il apparaît que les avis médicaux qu'ils avaient bien voulu fournir donnaient toute garantie, et nous éclairaient très exactement sur la situation de l'assuré.

Voilà donc un premier point acquis. Par une collaboration bien comprise (et la réciprocité existe), le contrôle est assuré sans mesure blessante ou pour le moins un peu gênante pour le médecin responsable d'un établissement de cure, et l'intérêt des Caisses est sauvegardé. Quant au deuxième point, le secret professionnel, permettez-moi de dire qu'il n'en souffre point. Les renseignements transmis le sont à titre confidentiel et à un confrère, et celui-ci n'a pas à les donner à sa Caisse, mais seulement à en tirer des conclusions et à les produire (l'assuré a toujours droit aux prestations, l'état d'invalidité persiste, etc.). Certes rien dans la loi n'oblige les médecins contrôleurs au secret vis-à-vis de leur Caisse, mais les Caisses sont bien rares à l'heure actuelle, où les dossiers médicaux sont mis sous les yeux des services administratifs.

Au dernier Congrès de l'Association des médecins conseils, la plupart de mes confrères, sont tombés d'accord, pour dire qu'ils recevaient sans difficulté des avis des médecins traitants ou des médecins chefs de sanatoriums, mais que la teneur même de ces avis médicaux n'étaient pas communiquée à la Caisse. (Un représentant de la Confédération générale des Syndicats médicaux assistait d'ailleurs à cette réunion). De nombreux médecins contrôleurs, ont d'ailleurs l'habitude pour toute demande de renseignement, de mentionner « Le médecin contrôleur soussigné est tenu au secret vis-à-vis de sa Caisse ».

En effet, si le secret n'a pas été rendu obligatoire, pour les médecins contrôleurs, il n'a jamais été dit non plus qu'ils n'y étaient pas tenus, et dans beaucoup de Caisses actuellement le fichier médical est isolé et sous clef et l'Administration admet très bien la discrétion du médecin contrôleur. Notamment, toute transmission de documents médicaux d'une Caisse à une autre se fait sous pli cacheté et de médecin à médecin, tout au moins dans ma région.

Il semble donc que le secret professionnel, à l'heure actuelle soit le plus souvent respecté. Evidemment lorsque un médecin traitant fournit des pièces attestant l'état d'invalidité de son malade, le fait de décrire des symptômes de l'affection constitue une violation du secret professionnel, mais n'oublions pas que la visite de contrôle révélera les mêmes faits, et qu'en tout état de cause, ces documents resteront la propriété du service médical, de la Caisse ou de l'Union régionale. Certes, si l'on considère le seul point de vue juridique, le secret professionnel est violé, puisque l'obligation est absolue, mais si par atténuation, on admet de rechercher si l'intérêt du malade a été lésé, il est bien difficile alors de répondre affirmativement.

Je vous prie, mon cher confrère, de m'excuser de ces commentaires, mais fidèle abonné du *Concours Médical*, et médecin avant tout, je crois qu'il est préférable d'entendre tous les sons de cloche, plutôt que de laisser se fortifier des griefs qui perdent de plus en plus leur raison d'être ; du moins quand les relations confraternelles le sont vraiment, ce qui est tout de même assez fréquent

Veuillez agréer, mon cher confrère, l'expression de ma considération distinguée.

Dr J. Baillargé,
Médecin-conseil,
Union régionale-Rennes
Médecin-Conseil de l'Union régionale
des Caisses d'sasurances sociales
de Rennes

Voici ma réponse :

Je vous remercie de votre lettre qui est très intéressante. Elle sera publiée, car le *Concours* est un organe de libre discussion : il doit donc servir à la diffusion des idées, surtout lorsqu'il s'agit de discuter confraternellement entre médecins, qui, à première vue, semblent devoir se traiter en adversaires.

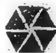
En pratique, vous avez raison ; le secret, qui est utile au malade, est conservé jalousement par le médecin de contrôle auquel le médecin traitant donne confidentiellement des renseignements.

Malheureusement, ma situation de conseil médico-juridique de mes confrères m'oblige souvent à rester dans le plan théorique et à regretter que des solutions bâtardes soient adoptées. A mon avis — ainsi que je l'avais proposé au Docteur Hazemann, qui a assisté à votre Congrès, — il serait très facile d'aplanir bien des difficultés, si la Confédération des Syndicats médicaux se mettait d'accord avec les médecins contrôleurs, ou médecins conseils, pour arrêter un texte de projet de loi, qui serait soumis au Parlement. J'ai remis un projet en ce sens au Docteur Hazemann. La situation serait désormais définie juridiquement : le médecin traitant n'aurait plus à redouter qu'une Caisse ordonne — comme c'est son droit strict — à son médecin de contrôle de lui donner communication du dossier médical concernant tel ou tel ressortissant.

Je suis de votre avis pour dire qu'en pratique, cette situation n'est pas à craindre ; c'est justement pour cela que je voudrais la voir être cristallisée par une loi, qui, présentée par la Confédération des Syndicats médicaux et par les Caisses d'assurances sociales, serait portée devant le Parlement par le ministre du Travail.

A mon sens, pas de solutions bâtardes, véritables expédients pour ne pas entraver le libre jeu de la loi. Je donne au contraire l'avis d'obtenir des situations juridiques très nettes et incontestables, grâce à une loi que nous pourrions faire voter très facilement et dont j'ai déjà étudié le texte.

Dr Paul Boudin.

LA DÉFENSE PROFESSIONNELLE DES MÉDECINS CANADIENS FRANÇAIS

Par le Professeur A. LAQUERRIÈRE (Montréal)

J'ai, il y a environ un an, tenu les lecteurs du *Concours* au courant des mesures prises à Montréal pour atténuer les effets de la crise sur la situation des médecins : grâce à l'appui des médecins des hôpitaux qui avaient décidé de ne plus traiter les chômeurs à la consultation externe de l'hôpital, les médecins avaient obtenu de la Commission du chômage qu'une somme de vingt-cinq sous (au cours du change à ce moment environ 3 fr. 70), soit attribuée chaque mois à chaque chômeur pour soins médicaux, un était réservé aux frais d'administration, quatre étaient destinés aux pharmaciens et vingt revenaient aux médecins. Les médecins d'une part, les pharmaciens, d'autre part se partageaient le total des sommes allouées, au prorata du travail qu'ils avaient fourni dans le mois.

Au début, le système fonctionna à la satisfaction générale. Il y eut bien quelques confrères qui abusèrent ; mais le Comité médical sans hésiter y mit immédiatement bon ordre.

Les amputations sur les réclamations des médecins furent de 28.223 dollars en juillet 1936 et seulement de 5.706 en décembre. Ces simples chiffres montrent que le Corps médical devint rapidement plus raisonnable.

Mais ce Comité composé de médecins et d'un seul pharmacien eut bientôt à faire face à une autre difficulté : certains pharmaciens, estimant leurs honoraires insuffisants, ou bien réclamaient une rémunération supplémentaire aux chômeurs, ou bien ne livraient pas les quantités prescrites et les plaintes se multiplièrent.

Ici, il n'est peut-être pas inutile d'ouvrir une parenthèse sur la situation des pharmaciens en Amérique : ils vendent des boissons non-alcooliques (limonades diverses, dont on est très friand), des glaces, des timbres-postes, certains servent des repas, ils tiennent toute sorte d'articles, si bien que quand on ne sait chez quel commerçant on peut se procurer tel objet, on va le demander au pharmacien ; pour la plupart le principal négoce est le tabac : je connais un « docteur en pharmacie de l'Université de Paris » qui déplore l'argent dépensé pour faire des études en France, alors que le plus clair de ses revenus provient de la vente des cigares ; ils tiennent les articles de parfumerie et les produits photographiques, enfin ils vendent les spécialités vantées au public par la radio. Mais l'exécution des ordonnances n'est pour la majorité d'entre eux qu'une ressource tout à fait négligeable. Je me souvient de mon ahurissement quand, lors des premiers temps que l'habitais Montréal, un pharmacien s'excusa de m'avoir laissé quelques instants en pourparlers avec ses commis en me disant : « Je suis entrain de faire des pilules ! ». Je lui répondis que c'était là exercer son métier. Mais il me rétorqua : « D'habitude, je n'en fais pas ; mais un voisin est venu me trouver tout ému, parce que sa femme malade souffre beaucoup, le médecin a prescrit un analgésique en pilules et le pauvre monsieur, s'étant présenté chez trois pharmaciens, s'est vu refuser l'exécution de l'ordonnance. Alors, il est venu me supplier de lui rendre service et je n'ai pas osé refuser ! »

On ne peut s'étonner que, dans ces conditions, la plupart des pharmaciens n'aient pas trouvé intéressant d'effectuer pour quelques sous les prescriptions destinées aux chômeurs, de remplir les papiers administratifs, d'établir leurs notes d'honoraires, etc... Quoiqu'il en soit, les plaintes des chômeurs au sujet des pharmaciens devenant trop nombreuses, les médecins décidèrent d'abandonner sur leurs honoraires, les sommes nécessaires pour que les pharmaciens reçoivent une rémunération un peu plus élevée, ils donnèrent ainsi 1.755 dollars en juin, 2.850 en juillet, 3.996 en septembre, 4.707 en octobre et 3.254 en novembre. Durant ces trois derniers mois, les médecins avaient garanti que les pharmaciens recevraient au moins 40 % des honoraires réclamés.

En décembre 1936, le représentant des pharmaciens au Comité demande à ce que cette garantie soit assurée par les médecins pour les six mois suivants. Les médecins refusent parce que : 1° la subvention pour l'assistance médicale aux chômeurs est votée chaque mois par le Conseil municipal, ce qui ne garantit rien pour le mois suivant ; 2° après soustraction du supplément de pourcentage pour l'excédent de prescription qui devait garantir 40 % aux pharmaciens, les médecins ne recevaient en fait que 30 % de leurs propres honoraires. Le plan médical perdait sa priorité et cédait sa place au plan pharmaceutique ; or, les soins médicaux aux chômeurs ont été donnés gratuitement par les médecins depuis le début de la crise et, d'autre part, ce sont les médecins qui par leurs démarches ont obtenu l'assistance médicale pour les chômeurs. N'obtenant pas satisfaction les pharmaciens se retirèrent.

Mais les lois canadiennes permettent aux médecins d'exercer la pharmacie ; à partir de janvier 1937, les médecins fournirent donc les médicaments aux chômeurs et se partagèrent une

somme de vingt-quatre sous par chômeur et par mois. Dès ce moment, les plaintes des malades au sujet des prescriptions pharmaceutiques cessèrent.

Seulement les pharmaciens ne sont pas satisfaits. Ils ont adressé au maire de Montréal, une véhémente protestation : « Le chômeur a tout autant de droit à choisir son pharmacien que son médecin. Les prescriptions doivent être exécutées par les pharmaciens qui ne peuvent en cas d'erreur se « soustraire aux responsabilités derrière un certificat de décès ». Les médicaments habituellement employés dans les familles : purgatifs, teinture d'iode, etc., devraient pouvoir être délivrés aux chômeurs par le pharmacien, sans que soit effectuée la dépense d'une consultation médicale ».

Jusqu'ici les prescriptions pharmaceutiques continuent à être fournies par les médecins, mais une Commission municipale s'occupe de la question.

***

Quant aux médecins des hôpitaux leur campagne, afin de recevoir une indemnité pour soins aux indigents n'a pas encore abouti de façon définitive ; elle paraît cependant en voie de réalisation. D'une part, le grand public a été très surpris d'apprendre que les praticiens les plus réputés donnaient gratuitement près de la moitié de leur temps. D'autre part, certains hôpitaux : Sainte-Justine, Notre-Dame, ont prévu dans leur budget une certaine somme pour rémunérer leurs médecins ; mais la somme est faible parce que les Commissions administratives estiment que les frais concernant les indigents ne doivent entrer que pour un tiers dans les responsabilités de l'hôpital, les deux autres tiers concernent respectivement la province et la commune. Il est bien probable que les autres hôpitaux imiteront cette manière de faire et il y a lieu d'espérer que, dans un avenir plus ou moins rapproché les autorités civiles accepteront de faire leur part.

En tout cas l'union a été parfaite dans le Corps médical et c'est ce qui a permis d'obtenir et pour les soins aux chômeurs et pour les hopitaux des résultats appréciables.

PUBLICITÉ MÉDICALE

Dans le *Journal de Médecine de Bordeaux* du 28 aoû le doy n de la Faculté de cette ville, le Professeur Pierre Mauriac, a traité courageusement cette question dans un article qui a été reproduit dans *L'Hôpital*. Nous disons courageusement car M. P. Mauriac ne s'est pas fait ainsi que des amis. Il fait remarquer le danger que font courir à la profession médicale, les maîtres haut-titrés qui abusent de la publicité que leur donne la Grande Presse. C'est un exemple déplorable car il sert d'excuses à d'autres beaucoup plus humbles qui alors exagèrent.

C'est ainsi que nous trouvons dans un grand quotidien un article de publicité, vantant une institution commerciale, où le portrait du directeur de l'établissement, encadré de ceux de plusieurs collaborateurs industriels ou commerciaux, est accompagné des photographies de trois médecins suivis de leurs noms et de leurs titres : chefs de clinique de Facultés de province, ex-médecin en chef de l'hôpital civil d'une ville importante ou d'une fondation parisienne fort connue, etc.

Cette organisation ne se contente pas du trio de médecins dont elle publie les traits, elle annonce qu'elle s'est assurée la collaboration de *dix* docteurs compétents et spécialistes distingués.

Il est triste que sans doute la nécessité de gagner leur vie engage des médecins dans cette voie et certes ils ne manqueront pas, si on leur reproche leur conduite, de s'excuser en citant quelques maîtres auxquels a fait très discrètement allusion M. le Doyen P. Mauriac.

J. N.

L'ACTUALITÉ PROFESSIONNELLE

Informations officielles

Le nouveau règlement intérieur-type des Caisses d'Assurances sociales est entré en vigueur à titre obligatoire le 1er octobre 1937.

On sait qu'en application du décret-loi sur les Assurances sociales, les Caisses doivent élaborer un règlement intérieur relatif aux conditions et formalités que doivent remplir les intéressés pour bénéficier des prestations. Ce règlement, opposable aux assurés dès lors qu'il a été porté à leur connaissance, doit comporter des dispositions communes à toutes les Caisses, fixées par le règlement-type établi par le ministre du Travail. Par un arrêté du 30 janvier 1937, le Ministre publiait le règlement-type en question, dont la presque totalité est constituée par des dispositions obligatoires, et qui a été commenté dans le numéro du 7 mars 1937, pages 731 et suivantes.

Mais les Caisses ne sont point pressées d'adapter leur ancien règlement intérieur aux nouvelles prescriptions, et, deux ans après le décret-loi, les assurés se voyaient encore, par exemple, refuser les prestations de deux ans, parce qu'elles n'étaient pas prévues au règlement en vigueur sous l'empire de la loi de 1928-1930. Afin de mettre fin à cet état de chose et de ne pas violer plus longtemps l'esprit et la lettre de la réforme de 1935, le ministre du Travail par son arrêté du 29 et sa Circulaire du 30 septembre vient de préciser, qu'*à compter du 1er octobre 1937, les seules dispositions applicables aux assurés* par les Caisses maladies et maternité qui n'auraient pas mis leur règlement en conformité avec le règlement-type, *sont les dispositions obligatoires de ce règlement.*

Nous croyons utile à cette occasion de rappeler ses principales dispositions, et les innovations qu'elles apportent au régime antérieur.

En ce qui concerne tout d'abord la *durée des prestations*, il est précisé que le délai de six mois doit être compté, non point par « état de maladie », mais pour chaque affection déterminée. D'autre part, en cas de maladie n'entraînant point arrêt du travail ou nécessitant des soins préventifs, l'assuré a droit, conformément à l'art. 6, § 16 du décret-loi, aux *prestations spéciales* pendant une durée de *deux ans.* Il appartient à la Caisse, sur proposition du médecin traitant et du médecin contrôleur, de fixer, dans la limite de son tarif, les indemnités allouées et la durée pendant laquelle elles seront attribuées. Si l'assuré n'en fait pas la demande, la Caisse peut elle-même le faire passer sous le régime des prestations spéciales.

L'art. 24 règle le cas des *soins spéciaux*: si le praticien traitant estime nécessaire l'intervention d'un second médecin, d'un chirurgien, d'un auxiliaire médical, ou le recours à des soins spéci ux les prestations ne peuvent être remboursées à l'assuré que si la Caisse lui adresse une acceptation de prise en charge préalablement au traitement. En cas d'urgence, l'acceptation peut être postérieure aux soins, mais l'assuré ou le médecin doivent adresser une justification au médecin contrôleur dans les trois jours. (Ce qui est contraire en ce qui concerne le médecin à l'art 378 du code pénal).

Le mode de remboursement des honoraires médicaux en cas d'*hospitalisation* est déterminé par l'art. 36. Se conformant à l'art. 6, § 15 du décret-loi, le nouvel article 36 abandonne la thèse du remboursemen sur la base du traitement à domicile en cas d'absence de convention. Qu'il y ait ou non convention, l'hospitalisation donne lieu à un mode de remboursement spécial des honoraires médicaux. Mais le tarif ne doit pas être dans tous les cas celui de l'hôpital public, ainsi que le prévoyait l'ancien article 36 du règlement intérieur. Les Caisses doivent prévoir au contraire *plusieurs tarifs* applicables suivant le cas : aux hôpitaux publics, aux établissements privés ayant contracté avec elles, ou agréés par elles comme ayant adhéré aux clauses des conventions, et enfin aux établissements privés n'ayant pas contracté, mais se soumettant au contrôle général des Caisses. Notons qu'en cas de refus d'agrément un recours peut être formé devant la Commission régionale tripartite.

Enfin, le règlement-type rappelle les dispositions de l'article 19 du décret-loi relati aux assurés indigents, et l'obligation pour le médecin traitant de prévenir les Caisses dans les trois jours, de la première constatation médicale de la maladie. Ces dispositions ainsi que nul ne l'ignore, ont donné lieu à de très graves difficultés d'application, auxquelles la Circulaire interministérielle du 28 août 1937 que nous avons récemment commentée a tenté de porter remède.

Telles sont les principales conséquences que les médecins doivent connaître, du nouvel arrêté ministériel.

Jean Mignon.

La Presse et les Sociétés

L'hygiène mentale dans les écoles de Montréal

Nos confrères canadiens (1), se préoccupent comme nous de dépister les anormaux, les retardataires à l'école et de créer pour eux des classes spéciales de façon à ne pas alourdir les classes ordinaires.

Le Docteur de Bellefeuille, professeur à l'Université de Montréal, décrit la méthode rapide qu'il a utilisée pour faciliter ce dépistage et éliminer d'emblée les sujets qui, selon toutes probabilités, sont normaux.

La formule à laquelle il s'est arrêté est la suivante :

Devait être examiné, tout enfant :

1° qui redouble ses classes ;

2° qui a deux ans ou plus que la moyenne d'âge de la classe ;

3° qui se classe parmi les cinq derniers.

La méthode s'est révélée excellente à l'usage, avec cette réserve qu'elle joint aux arriérés, les arriérés pédagogiques, c'est-à-dire ceux qui, mentalement, normaux, ne peuvent « suivre » pour une raison différente : faible santé, déficit de la vue ou de l'ouïe, inadaptation aux disciplines scolaires, etc.

Le Docteur de Bellefeuille examine systématiquement les enfants de première, deuxième et troisième années et occasionnellement ceux du cours préparatoire ou des classes supérieures à la troisième, et seulement lorsqu'un cas particulier lui est signalé.

Il fait, en effet, ce raisonnement que, en classe préparatoire, les insuccès scolaires peuvent être le fait de l'inadaptation d'un enfant à un milieu nouveau, inadaptation qui disparaîtra par la suite ; et que, dans les classes supérieures à la troisième la sélection s'est généralement faite, les parents retirant de l'école un enfant qui n'y apprend rien.

Que faire de ces déchets une fois sélectionnés ? Essayer de leur constituer un programme d'enseignement à leur portée, d'abord ; s'efforcer de les rendre utiles à quelque chose ensuite.

Le programme comprend : un enseignement sensoriel, des leçons de choses, de la cinématographie éducative, des travaux manuels. Et il arrive que l'enseignement ainsi modifié ravisse ces enfants et qu'ils viennent avec joie à l'Ecole, alors qu'auparavant ils faisaient tout pour y échapper.

Les travaux manuels les accoutument à œuvrer de leurs mains ; les résultats obtenus sont très encourageants. La ville de Montréal s'efforce de multiplier les classes auxiliaires de ce genre.

Enfin, il ressort de cet article que le pronostic porté lors de l'examen psychométrique sur les capacités d'acquisition de chaque enfant s'est réalisé dans une proportion de 94 %. Résultats qui confirment la valeur scientifique des épreuves instituées et qui ne sont autres que les tests de Binet-Simon revisés par Stanford.

G. L.

(1) *Bulletin de l'Association de médecins de langue française de l'Amérique du Nord*, avril 1937.

Deux cas de tétanos après brûlure par courant électrique à haute tension

Il est classique de répéter que les brûlures par un courant électrique à haute tension évoluent de façon aseptique, et que, dans aucun cas, elles n'ouvrent la porte à l'infection tétanique. Cette affirmation est en réalité trop absolue ; la preuve en est dans les deux observations que rapporte le Docteur J. CHAVANNAZ.

Un ouvrier, employé au transformateur électrique entre Libourne et Castillon, est électrocuté par un courant de 13.500 volts. Les brûlures des mains (brûlures d'entrée) et les brûlures des pieds (brûlures de sortie), sont minimes. En raison de la doctrine admise, aucune injection de sérum antitétanique n'est pratiquée. Trois semaines après l'accident, éclate un tétanos généralisé mortel.

Cette seule observation ne suffirait pas à entraîner la conviction et à justifier l'injection préventive systématique, car il est possible d'admettre que la contamination tétanique ne s'est faite que secondairement, alors que le blessé avait recommencé à circuler avec un pansement protégeant insuffisamment les plaies.

Mais la deuxième observation paraît plus démonstrative : un camarade du premier blessé est électrocuté au même transformateur quelques mois après. Il est transporté d'urgence à l'hôpital de Libourne avec des brûlures très étendues et très graves.

Il demande immédiatement une injection préventive de sérum antitétanique, que le médecin traitant juge d'abord inutile. Ce n'est que devant l'insistance du blessé, qui rappelle la mort de son camarade, qu'une injection préventive est pratiquée le jour même de l'accident.

Huit jours après, alors que le blessé est encore alité à l'hôpital, éclate un tétanos typique, qui guérit sous l'influence d'un traitement sérothérapique énergique, et grâce probablement à l'injection préventive, qui avait atténué la gravité de ce tétanos. (*Annales de médecine légale*, juillet 1937.)

G. F.

A PROPOS DU CONTROLE SANITAIRE DES PROSTITUÉES (1)

Notre parfait souci d'impartialité et la personnalité de l'auteur, nous engagent à publier ci-dessous une lettre, que nous a adressée le Docteur Limouzi, médecin-chef des services d'électro-radiologie et de vénéréologie de l'Hôtel-Dieu d'Orléans.

Je suis, hélas ! et je m'en excuse, un vieux réglementariste ; j'ai déjà rompu bien des lances — de très petites lances, bien plus modestes que celles du Docteur Bizard, mettons, des lancettes, — en faveur de la thèse qui lui est chère.

Voulez-vous m'autoriser à contredire à l'aide de mon expérience locale de la question, quelques-unes de vos affirmations en ce qui concerne le contrôle sanitaire des prostituées.

En manière d'épigraphe, inscrivons d'abord que nous sommes non pas à Paris, mais en province, aux confins de la Béotie, si vous voulez, exactement à Orléans (Loiret).

Je reprends donc votre article du *Concours Médical* (20 juin dernier), et j'y réponds ligne par ligne.

1° Ici à Orléans, la « sécurité » dans les maisons publiques, quant à la syphilis n'est pas un leurre. Les maisons publiques orléanaises ne sont pas des « nids à spirochètes » ;

2° Ici, il n'y a pas de « maisons d'abatage ». Il est probable qu'on n'y connaît pas encore la prostitution taylorisée et que les indigènes consomment placidement ;

3° Quand une « pensionnaire », sort « en permission », c'est toujours après la visite. Toutes les femmes inscrites doivent être présentes à la visite et sont effectivement présentes ;

4° Cette visite a lieu le mardi et le vendredi. Et j'ouvre une parenthèse : vous estimez qu'avec cette fixité dans les visites, « seules les naïves se laissent prendre. »

J'avoue ne pas très bien comprendre, supposons qu'un chancre apparaisse le lundi. La femme est arrêtée le mardi. S'il apparaît le mercredi ou le jeudi, elle est arrêtée le vendredi. Comment peut-elle échapper puisqu'elle ne peut manquer à la visite ?

Vous dites : le camouflage des lésions ! La teinture de benjoin ! oui ; il y a aussi le vinaigre aromatique et un certain nombre d'autres astuces.

Mais là, je suis obligé de reprendre à mon compte l'exclamation du Docteur Bizard.

Voyons ! entre nous, vous nous considérez donc comme bien naïfs, bien ignorants ou bien coupables (et j'emploie des euphémismes) pour ne pas savoir dépister ces ruses *élémentaires*, *grossières* qui ne peuvent tromper aucun médecin inspecteur lorsqu'il a quelque habitude de ces visites ;

5° Ici, à Orléans, il y a des affiches prophylactiques dans les chambres. Il y a du savon, du permanganate et des serviettes propres. Quant aux tubes de pommade, ils sont, nous le savons tous, assez mal vus des usagers ; et, au reste leur efficacité a été très discutée. Et puis, un bon savon a bien de la valeur (Cf. CAMESCASSE : in : *Concours Médical.*)

6° Ici, toutes les femmes en maison publique sont en carte, c'est-à-dire qu'elles ont une carte et qu'elles sont inscrites sur deux livres (un à la maison même et un autre au commissariat central) ;

7° Ici, la visite est bien passée dans une pièce spéciale, propre, bien éclairée, dans chaque maison avec un mobilier suffisant et des précautions antiseptiques.

Pour les femmes en carte, non en maison, la visite se passe au dispensaire antivénérien ;

8° Lorsqu'une fille est reconnue malade, elle est conduite *immédiatement* au service spécial de l'Hôtel-Dieu par un agent de la sûreté. La tenancière est prévenue que telle femme est malade, qu'un agent la conduit à l'hôpital, mais elle n'a pas à intervenir ;

9° Le traitement, chez nous, n'est pas « empreint de la plus haute fantaisie ». Il est rigoureux, régulier, intensif. Toutes les femmes sont munies d'un carnet de soins.

Les Wassermann sont faits tous les deux mois. Toute femme dont les quatre réactions, W, H, K. M. ne sont pas négatives, est traitée, bien entendu, même en l'absence de tout accident.

Les piqûres ne sont pas « escamotées ». Nous sommes sûrs de notre personnel. La plupart de ces piqûres sont d'ailleurs faites par mon collègue, le Docteur Molveaux et moi.

Les réactions et les examens de laboratoire sont faits par le chef de laboratoire des hospices qui est agréé par le Ministère et il n'y a pas de résultats « faux ou de complaisance. »

10° J'espère que vous me ferez l'honneur de croire que les espèces trébuchantes » des tenanciers ne sont pour rien dans les arguments que j'apporte ici. Si quelqu'un en reçoit, j'aime à penser qu'il n'y a pas de médecin. Je suis d'ailleurs persuadé que l'abolition de la réglementation augmenterait considérablement notre clientèle.

(1) Voir *Concours Médical*, année 1937, pa ges 1.899, 1.901, 2.276.

11° Quant à « l'inefficacité » du système employé à Orléans et qui est tel que l'ont fixé les règlements ministériels, je vous donne quelques chiffres assez éloquents par eux-mêmes pour se passer de longs commentaires.

Pour les prostituées, comparons les chiffres de 1920 (première année de fonctionnement du service après-guerre) et ceux de 1936.

En 1920 : *trente* femmes ont été arrêtées pour syphilis récente :

Une bonne de café, chancre des lèvres.

Une domestique : chancre lèvre inférieure.

Une domestique : chancre grande lèvre droite.

Une ouvrière d'usine : plaques vulvaires hypertrophiques.

Une bonne de café : plaques vulvaires et buccales.

Une domestique : *Idem.*

Une blanchisseuse : *Idem.*

Une femme en carte : céphalée intense Wass. +

Une bonne de café ; plaques muqueuses, roséole.

Une femme en carte : plaques muqueuses.

Une blanchisseuse : plaques ano-vulvaires.

Une femme en carte : plaques ano-vulvaires, gale.

Une femme en maison (1) : ulcérations suspectes (sans spirochète).

Une femme en maison : plaques muqueuses vulvaires.

Une femme en carte : *Idem.*

Une femme en carte : *Idem*, Wass. +.

Une ouvrière d'usine : plaque anale. Wass. +.

Une femme en maison : Wass. +, radiculite sciatique.

Une femme en carte : plaques ano-vulvaires.

Une femme en carte : Wass. +, métrite, vaginite.

Une domestique hôtel : plaques muqueuses vulvaires.

Une bonne d'hôtel : céphalée, Wass. +.

Une femme en carte : chancre vulvaire.

Une femme en maison (2) : chancre grande lèvre droite.

Une femme en carte : chancre vulvaire.

Une femme en maison (10) : chancre de la cuisse, W +.

Une femme en maison (10) : W + suspecte.

Une domestique restaurant : condylomes vulvaires.

Une femme en maison (1) : laryngite syphilitique.

Une bonne de café : plaques muqueuses vulvaires.

En 1936 : CINQ femmes ont été arrêtées :

Une bonne en chômage ; métrite.

Une femme en MAISON : pas d'accidents, mais (W. H. K. M. 4 +), suspecte.

Une femme en carte ; chancre de l'urèthre *ultra* +.

Une domestique d'hôtel : plaques muqueuses vulvaires et buccales. *W. H. K. M.* +.

Une femme en MAISON : métrite, cervicite (sans gonocoques).

Donc *deux* femmes en maison seulement ont été arrêtées, l'une sans accidents, mais avec un Wass. 4 + et suspecte, et une autre atteinte de cervicite et métrite sans gonocoques à l'examen bactériologique (non syphilitique).

Pour le dispensaire antivénérien, voici les chiffres comparatifs :

En 1921 (première année de statistique complète) : 3.319 consultations ; 64 cas de syphilis récente (primaire ou secondaire).

En 1936 : 2.623 consultations ; *huit* cas de syphilis récente (2 primaires, 6 secondaires).

Et pour la première fois dans le second trimestre de 1937, je n'ai pas eu *un seul* cas de syphilis récente.

Lorsque je compare mes chiffres avec ceux de Grenoble qu'on monte en épingle, je suis un peu surpris.

22.257 consultations en 1935 au dispensaire de Grenoble.

Bonne mère ! Que de vénériens ! ou que de consultations pour chaque vénérien !

Sont-ils tous indigents ?

Et les confrères grenoblois en voient-ils encore quelques-uns en clientèle privée ?

Deux cent soixante quinze cas de syphilis acquise (récents je suppose) en 1930, alors que pour une population presque égale je n'avais que *quinze cas*.

Et en 1935, *soixante et un cas* encore malgré le nouveau système alors que je n'ai eu que *onze cas* avec mon vieux système.

Quant au service de l'hôpital militaire, si Grenoble habille bien, nous habillons mieux.

Ici, le colonel P., médecin-chef de l'hôpital militaire depuis plus de deux ans n'a pas reçu *un seul* cas de syphilis contractée à Orléans.

Il ne s'agit donc pas d'une « diminution » comme à Grenoble, mais d'une *suppression*.

J'espère, mon cher confrère, que vous voudrez bien mettre sous les yeux de nos confrères lecteurs du *Concours Médical* les quelques arguments que j'apporte à l'appui de ma thèse, car je crois que dans une question aussi difficile et aussi controversée, les plus modestes expériences sont à prendre en considération.

Dr M. LIMOUZI.

***

Je suis heureux de saluer les heureux résultats obtenus à Orléans par le Docteur Limouzi et souhaite qu'ils se retrouvent en de nombreuses villes de France.

A cette occasion qu'il me soit permis de rap-

peler que je n'ai porté aucune accusation personnelle contre les services parisiens. Le débat va, du reste, être incessamment vidé, ainsi que l'annoncent les lignes suivantes que m'a adressées le Docteur Brunerye, conseiller municipal de Paris. G. L.

Comment sont appliquées les mesures de surveillance et d'hygiène de la prostitution

Conseil Municipal de Paris

Tant dans le grand public que parmi les membres du Corps médical, les avis sont très partagés concernant la réglementation de la prostitution. « Les abolitionnistes », faisant la part des faiblesses humaines, allèguent des raisons de nécessités physiologiques et d'hygiène.

Plusieurs membres des deux sexes du précédent gouvernement déclenchèrent récemment une violente action « abolitionniste ».

Pour des raisons que nous ignorons, celle-ci fut rapidement arrêtée !

Quelle que soit l'opinion qu'on professe, du fait même que la loi autorise la prostitution, il est indispensable que les mesures prévues par la police soient exécutées sans fraude.

Les faits rapportés dans un récent n° du *Concours Médical* tendent à nous prouver, d'une bouche autorisée, que ces mesures indispensables à la santé publique, sont soumises, dans leur application, à une licence déplorable et dangereuse. L'analyse de sept rapports rédigés de septembre 1935 à juillet 1936, par un médecin-contrôleur technique sanitaire de la prostitution pour Paris et la Seine, rapports rédigés à la requête du Ministre de la Santé Publique et du préfet de police, permettent de constater :

1° Que les mesures d'hygiène et de surveillance prescrites par les services de la réglementation ne sont pas observées ;

2° Que les conditions dans lesquelles les médecins contrôleurs passent leur visite sont déplorables par suite de l'insuffisance des locaux et du matériel.

Désireux d'avoir des éclaircissements sur ces points nous avons questionné le Préfet de police et n'avons pu obtenir aucune réponse.

Devant ce silence « inexplicable », nous avons décidé avec un de mes collègues du Conseil municipal de Paris de déposer sur le bureau du conseil municipal de Paris et sur celui du Conseil général de la Seine une proposition dans laquelle, après avoir exposé en détail toutes les violations constatées dans ces rapports officiels, nous demandons au Préfet de police, dans l'intérêt supérieur de la Santé publique, d'appliquer strictement les mesures d'hygiène précédemment décidées aux lieux où se pratique la prostitution et aux personnes qui la pratiquent.

Lorsque celle-ci sera soumise aux assemblées du Conseil municipal de Paris et du Conseil général du département de la Seine nous serons curieux de constater quelles seront les sympathies et les résistances que suscitera cette proposition et ne manquerons pas de les signaler aux lecteurs du *Concours Médical* qu'intéresse justement la défense de l'Hygiène et de la Santé publique.

Docteur Brunerye
Conseiller municipal de Paris,
Conseiller général de a Seine

BIBLIOGRAPHIE

Discours et conférences. Docteur F. Cathelin

(Hors Commerce)

Que le Docteur Cathelin soit un éminent urologue, nul ne l'ignore, parbleu ? Qu'il s'adonne en outre à l'histoire naturelle et spécialement à l'ornithologie, cela aussi les lecteurs de ce journal le savent depuis qu'ils ont pu lire ici une analyse de la plaquette consacrée par lui aux mœurs du coucou, cet oiseau qui pratique le système D, aussi bien qu'un homme.

Mais voici qu'il apparaît encore en ce volume sous les espèces d'un orateur, d'un conférencier, d'un homme public, maire de son petit village d'Ile-de-France.

J'ai depuis longtemps la pensée que dire : je n'ai pas le temps, est un imprudent aveu d'impuissance et de paresse. Car, il est à remarquer que les gens les plus occupés trouvent toujours le temps de s'évader de leurs occupations pour s'intéresser à autre chose. En voici un nouvel exemple.

Pour ce trop rapide compte rendu je cornerai deux pages du volume : celle, d'abord, où l'auteur dédie un hommage ému à la mémoire de notre ancien rédacteur en chef, Gaston Duchesne, « défenseur tenace de tous les praticiens de France ».

Et cette autre où il cite le mot de Gœthe « L'autorité éternise toujours ce qui devrait disparaître, mais abandonne et laisse périr ce qu'il faudrait appuyer ».

En relevant cette phrase, quel que soit le son actuel du mot « autorité », je ne songe pas à la politique (*Dii avertant omen!*), mais bien uniquement à la médecine, comme le Docteur Cathelin lui-même.

Et l'avertissement n'en est pas moins sévère !

G. Lavalée.

CHRONIQUE AUTOMOBILE

Le Salon de l'Automobile (*suite*)

Citroen. Nous voici dans le stand de l'un des constructeurs auxquels j'ai fait allusion dans ma première chronique sur le Salon.

Seules, les mêmes voitures qu'en 1936 sont exposées, mais l'ombre d'une autre plane sur ce stand. Il s'agit, disent les gens informés, d'une 5 CV. populaire, qui sortirait bientôt et serait absolument merveilleuse. Est-ce vrai ? Est-ce faux ? Nul ne peut l'affirmer, mais tout le monde en parle.

Il n'y aurait d'ailleurs rien d'étonnant à ce que cette maison qui a réussi il y a plusieurs années une 5 CV qui fait encore prime sur le marché, soit désireuse de compléter sa gamme actuelle par une petite voiture qui répondrait à tant d'espoirs.

En attendant, force nous est de nous contenter d'examiner les réalisations effectuées, et ce n'est déjà pas mal.

La 7 CV. Traction avant, 4 cylindres 72 × 100. Conduite intérieure tout acier Berline 5 places. Prix fr. 22.500.

La 11 CV. Traction avant, 4 cylindres 78 × 100, légère. Soupapes en tête commandées par culbuteurs. Berline 5 places. Prix fr. 22.500.

La 11 CV. d°, Berline 6 places. Prix : fr. 25.900. A signaler la Familiale 11 CV. 8 ou 9 places à fr. 28.000.

Les voitures Citroën à traction avant se caractérisent par leur tenue de route impeccable et leur freinage énergique par freins hydrauliques indéréglables.

Le bloc-cylindres est du type à chemises amovibles qui peuvent, en cas de besoin, être changées en quelques minutes, ce qui est fort appréciable pour des usagers qui, comme les médecins, peuvent difficilement laisser longtemps leurs voitures immobilisées.

Pour les amateurs de traction arrière, Citroën livre encore des voitures ainsi équipées, mais la plupart de ses clients préfèrent la traction avant.

Peugeot. Aux 302 et 402, Peugeot a ajouté cette année une 402 légère, c'est-à-dire une 302 équipée avec un moteur 402. Toutes ces voitures sont des 4 cylindres à culbuteurs. Moteur avec culasse en Alpax, à suspension souple. Roues avant indépendantes. Capot profilé. Carrosseries aérodynamiques climatisées.

Ouverture totale des glaces du parebrise permettant la conduite à vue découverte. Prix : 302 normale conduite intérieure 5 places. 4 portes : fr. 21.800.

402 légère conduite intérieure 4 portes : fr. 24.900.

402 lourde conduite intérieure 6 places fr. : 26.900.

Rappelons que Peugeot fabrique toujours ses 402 transformables à toit ouvrant. Prix : fr. 41.500., et qu'il annonce une 6 CV populaire dans un bref délai.

Matford. Voilà au moins un constructeur qui, fort de sa technique, n'a pas craint d'en rester aux moteurs 8 cylindres en V.

Quelle satisfaction pour ses innombrabres clients ! Car, vraiment, il faut avoir conduit une V 8 pour pouvoir dire que l'on connaît les joies de l'automobile.

La valeur du moteur V 8 est reconnue par tous. Grâce à ses 8 cylindres, il travaille avec beaucoup plus de douceur, de silence et de souplesse qu'un moteur de 4 ou 6 cylindres, sans consommer davantage a force égale.

De plus, il est plus court qu'un 6 ou 8 cylindres en ligne. Or, moteur plus court signifie vilbrequin plus court, c'est-à-dire moins sujet à la torsion, mieux équilibré, plus rigide. Cela veut dire également distance moindre entre le carburateur et les chambres de combustion, et moins de chemin à parcourir pour l'eau et l'huile, ce qui facilite le refroidissement et le graissage.

Matford est toujours fidèle aux suspensions à essieu rigide qu'il considère comme un élément de sécurité.

La V 8 F. 82 cylindrée 2 l. 2 coûte fr. 28.900 en conduite intérieure normale.

La V 8 F. 81 cylindrée 3 l. 6 : fr. 39.500.

Bien que par ailleurs la voiture dont je vais vous parler sorte un peu du cadre de la voiture professionnelle je m'en voudrais de ne pas mentionner la nouvelle Ford Lincoln-Zéphyr 12 cylindres. C'est sans contredit l'une des plus belles voitures exposées au Salon. Elle peut atteindre facilement une vitesse de 160 km. à l'heure et « glisse » plutôt qu'elle ne roule, dans un silence impressionnant.

On dit — c'est l'un des mille potins du Salon — que nos plus célèbres constructeurs ont passé des heures à l'examiner en détail. Cet examen nous vaudra peut-être un jour une voiture française encore plus belle, encore plus puissante, ce qui sera une preuve de plus de l'utilité de la stimulation par la concurrence loyale.

Rosengart. Cette année encore, Rosengart détient le record enviable d'être le constructeur de la voiture la moins chère. La Supercinq ne vaut en effet, en cabriolet 2 places, que fr. 13.630 et en conduite intérieure que fr. 14.680.

C'est une 4 cylindres 4 CV. 56 × 76 à soupapes latérales. Embrayage monodisque. Suspension AV par ressort transversal, et AR par ressort 1/2 elliptique. Direction à droite, ce qui est à remarquer. Voie 1.050. Vitesse 85 km. à l'heure.

Il est presque inutile de rappeler que c'est avec une voiture de ce type que Lecot a effectué deux raids de chacun 100.000 km. sur route en 110 jours consécutifs, sans aucun incident, à raison par conséquent de 900 km. par jour.

Mais là ne s'est pas arrêté l'effort de Rosengart, qui, en dehors de son modèle « supertraction, avec maintenant un moteur de 2 litres de cylindrée, a sorti une très intéressante voiture 7 CV. 6 cylindres, 56 × 74,5 baptisée Supersept.

La souplesse de conduite de la Supersept est simplement étonnante. Elle est munie d'une boîte 4 vitesses, et ne consomme que 8 litres aux 100 km. Elle atteint le 100 à l'heure.

Son prix ? Il ne dépassera pas, dit-on, celui d'une 6 CV 4 cylindres.

Simca. Le succès de la Simcacinq a été croissant. Peut-être parce qu'il n'y avait aucune autre voiture du même genre sur le marché, mais certainement parce que, si on fait abstraction de son aspect que je dénommais l'année dernière, un peu « joujou » elle s'est révélée une excellente petite voiture, extrêmement économique. C'est une 3 CV. 4 cylindres 52 × 67 à soupapes latérales. Voie 1.15 qnui ne coûte encore que fr. 13.900 en Berline 2 places, et fr. 16.900 en Superluxe décapotable.

A signaler chez ce constructeur une nouvelle 8 CV. 4 cyl. 68 × 75 à culbuteurs, 4 vitesses. Roues AV. indépendantes.

Prix fr. 23.900 en Berline 4 places.

Cette voiture d'une conception très réussie, complétera heureusement la gamme de fabrication de Simca qui ira ainsi de la 3 CV. à la 11 CV. puisque ce dernier modèle continue à être offert à la clientèle.

Salmson. Toujours de fort jolies voitures chez Salmson. Pour un prix moyen, ce constructeur s'est en effet spécialisé dans une fabrication qui frise la qualité des marques beaucoup plus chères.

La S4 DA 10 CV. 4 cyl. Roues AV. indépendantes, vaut fr. 37.500 en conduite intérieure.

La S4 E 4 cyl. 84 × 105 est à fr. 47.800 en conduite intérieure.

(*A suivre*). Marcel TOUSSAINT.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Chaire de physique médicale** (M. André Strohl, Professeur) **et Institut du radium** (M. A. Debierne et Docteur A. Lacassagne, directeurs). — *Enseignement de la radiologie et de l'électrologie médicales*, organisé avec la collaboration des médecins électroradiologistes des hôpitaux de Paris. — Un enseignement de la radiologie et de l'électrologie médicales est fait à la Faculté de médecine et à l'Institut du radium sous la direction des Professeurs Lacassagne et Strohl et de MM. Ledoux-Lebard, chargé de cours de radiologie clinique à la Faculté de médecine, et J. Belot électroradiologiste des hôpitaux.

Son but est de donner aux étudiants et médecins français et étrangers des connaissances théoriques, pratiques et cliniques, de radiologie et d'électrologie.

Il comprend :

1° Un enseignement constitué par un cours, des démonstrations et exercices pratiques et des stages dans certains services des hôpitaux de Paris en vue du certificat d'études préparatoires de radiologie et d'électrologie médicales ;

2° Un stage de perfectionnement ultérieur, donnant droit, après examen, au diplôme de radiologie et d'électrologie médicales de l'Université de Paris.

I. *Certificat d'études préparatoires de radiologie et d'électrologie médicales.* — Cet enseignement, d'une durée totale d'environ six mois, est réservé aux docteurs en médecine et aux étudiants en médecine ayant terminé leur scolarité. Il est divisé en trois parties :

Première partie : Physique des rayons X. — Technologie. — Radioactivité. — Radiodiagnostic.

Deuxième partie : Radiophysiologie. — Rœntgenthérapie. — Curiethérapie.

Troisième partie : Electrologie. — Photothérapie.

Pour chacune des trois parties de l'enseignement, une affiche ultérieure fera conaître le programme détaillé, l'horaire et le nombre des leçons, ainsi que l'organisation des stages et des travaux pratiques.

Les élèves qui auront suivi assidûment une ou plusieurs parties du cours, participé régulièrement aux travaux pratiques et accompli un stage hospitalier, pourront subir, en partie ou en totalité, un examen à matières multiples. Le certificat d'études préparatoires de radiologie et d'électrologie médicales sera délivré aux candidats reçus aux trois parties de cet examen.

Le cours commencera le 3 novembre 1937, à 18 heures, à l'amphithéâtre de physique de la Faculté de médecine.

Il aura lieu tous les jours, à la même heure. Les leçons orales sont publiques. Les exercices pratiques et stages sont réservés à ceux qui se seront fait inscrire en vue de l'obtention du certificat.

Les droits à verser sont de : Un droit d'immatriculation, 150 francs ; Un droit de bibliothèque, 60 francs ; Un droit de laboratoire pour chacune des parties du cours, 250 francs ; Un droit d'examen, 250 francs. Le nombre des places est limité.

II. *Diplôme de radiologie et d'électrologie médicales de l'Université de Paris.* Durée : deux ans.

Cet enseignement est réservé aux docteurs en médecine ayant passé le certificat d'études préparatoires de radiologie et d'électrologie médicales. Il comprend quatre stages, d'un semestre chacun, accomplis dans certains services désignés spécialement.

A la suite de cette période de stage, les candidats pourront subir un examen comprenant : 1° Une interrogation portant sur la radiologie et l'électrologie médicales ; 2° La présentation d'un mémoire (dactylographié en cinq exemplaires) ; 3° Une épreuve pratique ; 4° Une épreuve clinique.

Les candidats ayant satisfait à cet examen recevront le diplôme de radiologie et d'électrologie médicales de l'Université de Paris.

Les candidats au diplôme sont priés de bien vouloir s'inscrire au secrétariat de la Faculté, les lundis, mercredis, vendredis, de 14 à 16 heures avant le 15 octobre de chaque année.

En s'inscrivant, ils devront déposer une demande indiquant les services où ils désirent accomplir leurs stages. Les stages, d'une durée de six mois chacun, commenceront le 1er novembre.

Les droits à verser sont de : deux droits annuels d'immatriculation à 150 francs, 300 francs ; deux droits annuels de bibliothèque à 60 francs, 120 francs ; un droit d'examen, 250 francs.

Les inscriptions seront reçues au secrétariat de la Faculté de médecine (Guichet n° 4), de 14 à 16 heures, les lundis, mercredis et vendredis.

— **Clinique des maladies mentales.** Professeur Henri Claude. — *Cours élémentaire de séméiologie psychiatrique.* — (Année : 1937-1938). — Programme du cours. 21 novembre 1937 : Généralités. Examen d'un psychopathe (M. Lévy-Valensi). — 28 novembre 1937 : Hallucinations (M. Borel). — 5 décembre 1937 : Idées délirantes (M. Borel). — 12 décembre 1937 : Syndromes d'excitation (M. Lévy-Valensi). — 19 décembre 1937 : Syndromes de dépression (M. Lévy-Valensi).

9 janvier 1938 : Troubles mentaux de l'épilepsie (M. Ceillier). — 16 janvier : Syndromes confusionnels (1re leçon) (M. Borel). — 23 janvier 1937 : Syndromes confusionnels (2e leçon) (M. Borel). — 30 janvier : Obsessions. Phobies. Impulsions (M. Codet). — 6 février 1938 : Perversions. Toxicomanies (M. Codet). — 13 février 1938 : Syndromes démentiels (1re leçon) (M. Canac). — 20 février 1938 : Syndromes démentiels (2e leçon) (M. Cénac). — 27 février 1938 : Syndromes démentiels (3e leçon) (M. Cénac). — 6 mars 1938 : Psychiatrie infantile (M. Baruk). — 13 mars 1938 : Médecine légale psychiatrique (présentation de malades) (M. Ceillier).

Ce cours facultatif, public et gratuit, est destiné particulièrement aux internes et externes dispensés du stage.

Ce cours aura lieu tous les dimanches à 9 h. 1/4, à l'Asile clinique, 1, rue Cabanis (XIVe) à partir du 21 novembre 1937.

A 10 h. 30, leçon clinique de M. le Prof. Henri Claude.

— **Clinique médicale.** *Hôpital Saint-Antoine.* — Le Professeur Maurice Loeper commencera son cours de clinique le jeudi 18 novembre 1937, à 11 heures, à l'amphithéâtre de la clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine (Amphithéâtre Hayem) et le continuera les jeudis suivants, à la même heure.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers

— **Hôpital Saint-Antoine.** — *La douleur localisée. Etude clinique et thérapeutique.* — M. MATHIEU-PIERRE WEIL fera, dans son service de l'hôpital Saint-Antoine, en novembre et décembre 1937, tous les vendredis, à 10 h. 30, une leçon clinique et thérapeutique sur « Certaines localisations de la douleur ». La première leçon aura lieu le vendredi 5 novembre.

Programme du cours. — Vendredi 5 novembre : Mal à l'épaule. — Vendredi 12 novembre : Mal à la nuque. — Vendredi 19 novembre : Mal à la main. — Vendredi 26 novembre : Mal aux reins. — Vendedi 3 décembre : Mal à la hanche. — Vendredi 10 décembre : Mal au genou. — Vendredi 17 décembre : Mal au pied.

Le cours est gratuit, ouvert à tous les médecins et étudiants en médecine.

— **Amphithéâtre d'anatomie.** — *Un cours théorique et pratique d'électro-radiologie*, en 12 leçons, par MM. GALLY, PEUTEUIL et BRUNET, radiologistes et assistant de radiologie des hôpitaux, et M. LENER, ingénieur, commencera le lundi 8 novembre 1937, à 9 h. 30 et continuera les jours suivants à la même heure.

Les auditeurs seront individuellement exercés au montage et au maniement des appareils ainsi qu'à la pratique des radiographies sur le cadavre.

Un certificat sera délivré à la fin du cours.

Programme du cours. — Lundi 8 novembre : Production des rayons X. Courants primaires. Générateurs. — Mardi 9 novembre : Montages des appareils. Tubes à rayons X. Soupapes. — Mercredi 10 novembre : Pratique de la radiographie avec différents appareils. Recherche des pannes et insuccès. Matériel photographique. — Jeudi 11 novembre : Tête osseuse. Incidences diverses. — Vendredi 12 novembre : Colonne cervicale. — Samedi 13 novembre : Colonne dorsale. Côtes. — Lundi 15 novembre : Colonne lombaire. Sacrum. — Mardi 16 novembre : Ceinture scapulaire. — Mercredi 17 novembre : Ceinture pelvienne. — Jeudi 18 novembre : Membre supérieur. — Vendredi 19 novembre : Membre inférieur. — Samedi 20 novembre : Visite d'une usine de matériel radiologique.

Droit d'inscription : 300 francs. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (V^e). — Le registre d'inscriptions est clos deux jours avant l'ouverture du cours.

Ce cours n'aura lieu que s'il réunit un minimum de six inscriptions.

— **Amphithéâtre d'anatomie.** — *Un cours d'opérations chirurgicales (chirurgie d'urgence)*, en dix leçons, par MM. P. Aboulker et J.-C. Budler, prosecteurs, commencera le lundi 15 novembre 1937, à 14 heures, et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les auditeurs répéteront individuellement les opérations. Droit d'inscription : 300 francs. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (V^e).

Programme du cours. — I. Chirurgie des plaies des membres. — II. Chirurgie des suppurations des membres. — III. Chirurgie d'urgence des affections de la tête et du cou. — IV. Chirurgie des péritonites aiguës. — V. Chirurgie gynécologique d'urgence. Les assistants répéteront : l'ablation unilatérale des annexes, l'hystérectomie subtotale, le drainage à la Mikulicz. — VI. Chirurgie des occlusions intestinales. Les assistants répéteront : l'anus cæcal, l'anus iliaque, l'entérostomie sur le grêle, la résection et la suture intestinale. — VII. Chirurgie des hernies étranglées. Les assistants répéteront : la cure des hernies crurale, inguinale, ombilicale. — VIII. Chirurgie des traumatismes abdominaux. — IX. Chirurgie d'urgence du thorax. Les assistants répéteront : l'abord du cœur, la suture d'une plaie du cœur, la pleurotomie. — X. Chirurgie urinaire d'urgence.

— **Concours de l'internat.** — COMPOSITIONS ÉCRITES. — *Pathologie médicale. Question sortie* : Maladie bronzée d'Addison.

Questions restées dans l'urne : Etiologie, symptômes et diagnostic du pneumothorax spontané. — Formes cliniques des endocardites malignes. — Symptômes et diagnostic des polynévrites alcooliques. — Formes cliniques et diagnostic des cancers du foie. — Symptômes et diagnostic de la méningite tuberculeuse. — Œdème aigu du poumon. — Causes et symptômes des ictères graves. — Symptômes et complications du rétrécissement mitral.

Pathologie chirurgicale. Question sortie : Causes, signes et diagnostic des rétrécissements non cancéreux du rectum.

Questions restées dans l'urne : Les fractures diaphysaires des deux os de la jambe au tiers inférieur sans le traitement. — Formes cliniques et diagnostic de l'arthrite blennorragique du genou sans le traitement. — Signes, diagnostic, évolution de l'anévrysme artériel circonscrit poplité. — Tuberculose testiculo-épiphysaire sans le traitement. — Cancer du corps de l'utérus sans le traitement. — Invagination intestinale aiguë du nourrisson. — Signes et diagnostic du mal de Pott dorso-lombaire. — Signes et diagnostic du cancer du rein chez l'adulte.

Composition du jury. — *Anatomie* : MM. Chevrier, Comte, Meillère, Velter, Brulé.

Pathologie médicale : MM. Chiray, de Sèze, Levy Valensi, Bezançon, Duvoir.

Pathologie chirurgicale : MM. Seguy, Lenormant, Alglave, Heitz-Boyer, Quenu.

Le Gérant : R. THIRON

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodique médicaux

CROIX DES SERVICES MILITAIRES VOLONTAIRES

En application du décret du 13 mai 1934, le ministre de la Défense nationale et de la Guerre, par arrêté en date du 25 septembre 1937, accorde la Croix des services militaires aux officiers dont les noms suivent :

Service de Santé

RÉSERVES

1re classe

Debeyre, méd. col., 1re rég. ; Rolin, méd. comm., 15e rég. ; Delmas, méd. col., 16e rég.

2e classe

Brodier, méd. lieut.-col. honor., rég. de Paris ; Barbellion, méd. comm. honor., rég. de Paris ; Ménard, méd. lieut., rég. de Paris ; Tollemer, méd. lieut.-col. honor., rég. de Paris ; Delfosse, méd. comm., 1re rég. ; Lerat, méd. comm, 1re rég. ; Desbouis, méd. comm., 3e rég. ; Rouch, méd. lieut.-col., 7e rég. ; Le Goaon, méd. lieut.-col., 11e rég. ; Delage, méd. comm. honor., 15e. rég. ; Scherb, méd. capit., 16e rég. ; Hurst, méd. capit., 20e rég. ; Simon, méd. comm., 20e rég.

3e classe

Abely, méd. capit., rég. de Paris ; Adelmann, méd. lieut., rég. de Paris ; Albert, méd. capit., rég. de Paris ; Alibert, méd. lieut., rég. de Paris ; Armengaud, méd. comm., rég. de Paris ; Auneau, méd. lieut., rég. de Paris ; Azerad, méd. capit., rég. de Paris ; Baraige, méd. capit., rég. de Paris ; Barny de Romanet, méd. capit. ; Barreau, méd. lieut., rég. de Paris ; Barrère, méd. comm., rég. de Paris ; Basch, méd. capit., rég. de Paris ; Battistelli, méd. capit., rég. de Paris ; de Beauchamp, méd. lieut. ; Behague, méd. capit., rég. de Paris ; Bénard, méd. comm., rég. de Paris ; Bergis, méd. comm., rég. de Paris ; Bernard, méd. lieut., rég. de Paris ; Bigh, méd. comm., rég. de Paris ; Bing, méd. comm., rég. de Paris ; Blum, méd. capit., rég. de Paris ; Boccard, méd. capit., rég. de Paris ; Bonhomme, méd. capit., rég. de Paris ; Boulay, méd. capit., rég. de Paris ; Bourguin, méd. lieut., rég. de Paris ; Boutet, méd. capit., rég. de Paris ; Brissot, méd. capit., rég. de Paris ; Bullard, méd. comm. rég. de Paris ; Busy, méd. lieut., rég. de Paris ; Camblies, méd. capit., rég. de Paris ; Cannone, méd. lieut., rég. de Paris ; Capitaine, méd. lieut., rég. de Paris ; Casteran, méd. capit., rég. de Paris ; Cavailles, méd. capit., rég. de Paris ; Cayla, méd. capit., rég. de Paris ; Célice, méd. capit., rég. de Paris ; Chabrol, méd. capit., rég. de Paris ; Chanseaulme, méd. lieut., rég. de Paris ; Chapart, méd. lieut., rég. de Paris ; Chapotel, méd. capit., rég. de Paris.

Charpentier, méd. capit., rég. de Paris ; Charrier, méd. capit., rég. de Paris ; Chevalerias, méd. capit., rég. de Paris ; Chevalley, méd. capit., rég. de Paris ; Cohen Scali, méd. capit., rég. de Paris ; Coissard, méd. lieut.-col., rég. de Paris ; Compagnon, méd. capit., rég. de Paris ; Coquelin, méd. lieut., rég. de Paris ; Couturier, méd. capit., rég. de Paris ; Couvreux, méd. lieut., rég. de Paris ; Carma, méd. lieut., rég. de Paris ; Desibour, méd. comm., rég. de Paris ; Delavaud, méd. lieut., rég. de Paris ; Dellancourt, méd. lieut., rég. de Paris ; Delor, méd. comm., rég. de Paris ; Derot, méd. lieut., rég. de Paris ; Desbruères, méd. lieut., rég. de Paris ; Dhotel, méd. comm., rég. de Paris ; Dupuy, méd. lieut., rég. de Paris ; Durand, méd. lieut., rég. de Paris ; Duval méd. capit., rég. de Paris.

Erlanger, méd. comm., rég. de Paris ; Fabre, méd.

lieut., rég. de Paris ; Falcoz, méd. lieut., rég. de Paris ; Faugeron, méd. capit., rég. de Paris ; Favary, méd. capit., rég. de Paris ; Finot, méd. capit., rég. de Paris ; Flurin, méd. comm., rég. de Paris ; Fontaine, méd. capit., rég. de Paris ; Foucart, méd. comm., rég. de Paris ; Foucaud, méd. comm., rég. de Paris ; Foucher, méd. lieut., rég. de Paris ; Fourniat, méd. capit., rég. de Paris ; François, méd. lieut., rég. de Paris ; Fron, méd. capit., rég. de Paris ; Fronty, méd. capit., rég. de Paris ; Galup, méd. lieut., rég. de Paris ; Garnier, méd. lieut.-col., rég. de Paris ; Gaudelut, méd. comm., rég. de Paris ; Gauthier, méd. comm., rég. de Paris.

Gayet, méd. capit., rég. de Paris ; Genevoix, méd. comm., rég. de Paris ; Gerson, méd. lieut., rég. de Paris ; Gillot, méd. comm., rég. de Paris ; Giraud, méd. capit., rég. de Paris ; Gonthier, méd. capit., rég. de Paris ; Gouguet de Girac, méd. capit., rég. de Paris ; Goursolas, méd. comm., rég. de Paris ; Grille, méd. capit., rég. de Paris ; Guillot, méd. lieut., rég. de Paris ; Guilluy, méd., capit., rég. de Paris ; Guimbellot, méd. comm., rég. de Paris ; Haas, méd. comm., rég. de Paris ; Hallez, méd. capit., rég. de Paris ; Hambert, méd. capit., rég. de Paris ; Hemon, méd. capit., rég. de Paris ; Hœchstretter, méd. lieut., rég. de Paris ; Huguenin, méd. lieut., rég. de Paris ; Humbert, méd. comm., rég. de Paris ; Hutinet, méd. comm., rég. de Paris ; Izard, méd. lieut., rég. de Paris.

Jacob, méd. capit., rég. de Paris ; Janin, méd. capit., rég. de Paris ; Joannon, méd. capit., rég. de Paris ; Joutard, méd. capit., rég. de Paris ; Kahn, méd. comm., rég. de Paris ; Kaplan, méd. capit., rég. de Paris ; Klotz, méd. lieut., rég. de Paris ; Kohn, méd., lieut., rég. de Paris ; Korb, méd. capit., rég. de Paris ; Krivine, méd. lieut., rég. de Paris ; Lagarde, méd. lieut., rég. de Paris ; Lambling, méd. capit., rég. de Paris ; Lamy, méd. capit., rég. de Paris ; Landau, méd. capit., rég. de Paris ; Laroche, méd. comm., rég. de Paris ; Laroche, méd. capit., rég. de Paris ; Lavier, méd. capit., rég. de Paris ; Lebrun, méd. capit., rég. de Paris ; Leclercq, méd. comm., rég. de Paris ; Le Courierec, méd. capit., rég. de Paris.

Lelièvre, méd. lieu., rég. de Paris; Lemeland, méd. comm., rég. de Paris ; Le Proust, méd. lieu., rég. de Paris ; Lereboullet, méd. lieut., rég. de Paris ; Lévy méd. capit., rég. de Paris ; Luzoir, méd. comm., rég. de Paris ; Magrou, méd. capit., rég. de Paris ; Maillè, méd. comm., rég. de Paris ; Male, méd. lieut., rég. de Paris ; Marceron, méd. capit., rég. de Paris ; Marchant, méd. lieut., rég. de Paris ; Marcotte, méd. lieut., rég. de Paris ; Maréchal, méd. capit., rég. de Paris ; Massart, méd. capit., rég. de Paris ; Merklien, méd. lieut., rég. de Paris ; Merville, méd. capit., rég. de Paris ; Meulle, méd. capit., rég. de Paris ; Meyer, méd. capit., rég. de Paris ; Mitton, méd. capit., rég. de Paris ; Montagnè, méd. capit., rég. de Paris ; Moret, méd. capit., rég. de Paris.

Morin, méd. capit., rég. de Paris ; Morisot, méd lieut., rég. de Paris ; Mourgeon, méd. capit., rég. de Paris ; Nativelle, méd. capit., rég. de Paris ; Nicaud, méd. capit., rég. de Paris ; Oblin, méd. lieut., rég. de Paris ; Olivier, méd. comm., rég. de Paris ; Pasquet, méd. comm., rég. de Paris ; Perrin, méd. capit., rég. de Paris ; Pétetin, méd. comm., rég. de Paris ; Pfulb, méd. comm., rég. de Paris ; Pigot, méd. lieut., rég. de Paris ; Pinard, méd. lieut.-col., rég. de Paris ; Prost, méd. capit., rég. de Paris ; Proust, méd. capit., rég. de Paris ; Rabut, méd. capit., rég. de Paris ; Raphel, méd. capit., rég. de Paris ; Raymond, méd. col., rég. de Paris ; Reilly, méd. capit., rég. de Paris ; Renard, méd. capit., rég. de Paris.

(A suivre)



A propos de la vaccination antidiphtérique

A Monsieur Marc RUCART,
ministre de la Santé publique

J'ai écouté avec le plus grand intérêt la communication que vous avez faite au Poste d'Etat Radio Paris sur la vaccination antidiphtérique par l'anatoxine de Ramon.

Veuillez me permettre de vous indiquer qu'aussitôt après la mémorable découverte de Ramon, par une délibération en date du 10 février 1928 le Conseil municipal de Bordeaux a créé des centres de vaccination antidiphtérique afin de permettre à la population bordelaise de bénéficier de cette méthode immunisante.

C'est vous dire que l'administration municipale dirigée par M. Marquet, député-maire, est toute disposée à poursuivre, même à intensifier si possible, la pratique de la vaccination antidiphtérique.

A cela, je voudrais ajouter une suggestion que j'ai présentée dans un article du *Concours médical* du 8 août dernier. Il est essentiel que le sujet qui s'est soumis à la vaccination antidiphtérique puisse en apporter la preuve par certificat.

Or, ce certificat doit être établi sur timbre, et cela est coûteux. Il faudrait donc que l'exemption de timbre soit accordée pour les certificats destinés à cet usage.

Veuillez agréer, Monsieur le ministre, l'assurance de mes sentiments très distingués.

Docteur GINESTOUS
Adjoint au maire de Bordeaux.

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE
« Le Sou Médical »

Au cours de sa réunion du 5 octobre 1937, le Conseil a prononcé les admissions suivantes :

12.782 BERNHARD, Saint-Dié (Vosges). Parrains : Docteurs Maître et Petry.

12.783 CABY, 57, rue Saint-Lazare, Paris (IXe). Parrains : Docteurs Antonelli et Moncany.

12.784 CHAIX, Vichy (Allier). Syndicat de la Nièvre et de l'Allier.

12.785 CHOUPIN, Saint-Etienne (Loire). Syndicat médical de la Loire.

12.786 GLUCK, 1, rue Saint-Hubert, Paris (XIe). Parrains : Docteurs Lot et Cousin.

12.787 Pflefer, Les Trois-Epis (Haut-Rhin). Syndicat médical de Colmar.
12.788 Pougault, Maury (Pyrénées-Orientales). Syndicat médical des Pyrénées-Orientales.
12.789 Pouget, Saint-Romain-de-Benet (Charente-Inférieure). Syndicat de Saintes.
12.790 Pruvost, Amiens (Somme). Parrains : Docteurs Vasse et Hétroy.
12.791 Ribollet, Rive-de-Gier (Loire). Parrains : Docteurs Ribollet (J.) et Micolier.
12.792 Rouher, Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme). Parrains ; Docteurs Chapoutot et Rouher.
12.793 Salzes, Périgueux (Dordogne). Parrains : Docteurs Laroche et Sobel.
12.794 Segal, Reims (Marne). Parrains : Docteurs Ségal et R. Lévy.
12.795 Signoret, 7, boulevard Central Saint-Roch, Nice (Alpes-Maritimes). Parrains : Docteurs Jonglard et Raybaut.
12.796 Vassilkowsky, 31, rue du Renard, Paris (IVe). Parrains : Docteurs Goupil et Grimberg.

Ces admissions deviendront définitives si elles ne font l'objet d'aucune protestation dans les quinze jours de la présente publication (Art. 5 des statuts.)

CORRESPONDANCE

QUESTIONS DIVERSES

7.578. — Réduction de 10% sur le loyer d'un garage

Je viens une fois de plus avoir recours à votre obligeance. Depuis trois ans, je suis locataire d'un garage situé en dehors de mon habitation, garage pour lequel je paie patente, jusqu'ici le propriétaire qui n'est pas le même que celui de mon habitation me tenait compte du décret-loi de juillet 1935 et me défalquait les 10 %. Cette année, un notaire lui a dit qu'il ne devait défalquer les 10 % que sur les locaux d'habitation ou professionnels, les garages d'après ce notaire ne seraient pas locaux professionnels, il ne range dans cette catégorie que les ateliers ou les locaux où on exerce localement, si je puis dire un métier. J'estime pour ma part que payant une patente sur ce garage, il doit être considéré comme local professionnel et, par conséquent être soumis au décret-loi.

Je serais très heureux d'avoir votre avis à ce sujet, le propriétaire m'ayant dit que si le garage était considéré comme local professionnel, il continuerait à me faire bénéficier des 10 % d'abattement.

Dr B.

Réponse

Une difficulté de même nature que celle que vous nous soumettez s'était présentée au début de l'application de la loi du 1er avril 1296 sur les loyers, pour savoir si les garages où les médecins remisaient leurs voitures pouvaient bénéficier de la prorogation légale.

Après avoir montré quelque hésitation, la jurisprudence de la Cour de cassation s'est fixée dans ce sens, que le local loué à usage de garage échappe en principe à la législation spéciale de loyers, mais que, néanmoins, s'il est loué à un médecin, il peut être tenu pour l'accessoire d'un local professionnel au cas où il fait avec celui-ci, un tout matériellement indivisible ou si une indivisibilité contractuelle résulte de la commune intention des parties.

C'est ainsi que la Cour de cassation a admis qu'un médecin avait droit à la prorogation légale pour un garage situé dans un autre immeuble de la même rue et bien que faisant l'objet d'un bail différent de celui du local d'habitation, si les deux immeubles font partie d'un même groupe appartenant au même propriétaire.

Le décret-loi du 16 juillet 1935 qui prescrit une réduction de 10 % sur les loyers des locaux à usage d'habitation ou professionnel ne peut avoir une portée plus étendue que celle fixée par la jurisprudence pour l'application de la loi du 1er avril 1926.

Il résulte donc dans votre cas particulier, que vous ne pouvez utilement prétendre au bénéfice de la réduction de 10 % pour votre garage puisque celui-ci ne fait pas partie intégrante de vos locaux d'habitation ou professionnels, qu'il a fait l'objet d'un contrat de location distinct et qu'il n'y a pas identité entre le propriétaire de votre garage et celui de votre habitation.

7.506. — Certificat médical après décès. Certificat négatif

Un homme de 66 ans contracte une rente viagère au profit d'un de ses cousins et meurt dix-huit jours seulement après le contrat. Le fils du décédé et la Société qui a fait le viager prétendent que le contrat n'est pas valable parce que l'intéressé était déjà malade au moment de la signature. Or, cet homme est mort en quelques heures d'une hémorragie cérébrale, accident survenu subitement et n'ayant été précédé d'après l'anamnèse d'aucun malaise précurseur.

Puis-je, sans manquer au secret professionnel, donner un certificat dans ce sens au cousin qui doit bénéficier du contrat viager ?

Dr M.

Réponse

Ma réponse doit comporter une distinction liminaire :

1° L'article 378 du Code pénal et la jurisprudence de la Cour de cassation interdisent formellement aux médecins de dévoiler quoi que ce soit et à quiconque des choses secrètes de leur nature qui leur ont été confiées par les malades, ou qu'ils ont pu découvrir, deviner ou surprendre dans l'exercice de leur art.

Aussi la jurisprudence est-elle très abondante faisant un devoir au médecin de refuser un certificat *post mortem*, de déposer en justice, ou de répondre oralement à des questions posées par toute autre personne que le malade. Et encore vis-à-vis de ce dernier, les Tribunaux admettent que le médecin est toujours libre de dire la vérité à son malade, ou de masquer cette dernière par un souci supérieur d'humanité. Le praticien peut être conduit à un optimisme qu'il ne partage pas pour ne pas décourager son malade dans un espoir légitime d'amélioration ou de guérison.

En toutes circonstances, sauf dans les cas désignés par une loi, le médecin demeure entièment libre de refuser à son malade lui-même la délivrance d'un certificat.

2° *Le médecin peut-il délivrer* un certificat négatif, c'est-à-dire ne comportant la divulgation d'aucun fait secret de sa nature.

Par arrêt du 29 mars 1927, la Cour de cassation, Chambre civile, a décidé qu'un praticien ne viole pas l'article 378 du Code pénal lorsqu'il délivre aux héritiers du *de cujus* un certificat indiquant que la personne décédée n'était atteinte d'aucuns signes d'aliénation, ou de troubles mentaux.

Il en résulte que, dans le cas particulier qui m'est soumis, le praticien peut parfaitement délivrer un certificat indiquant que le *de cujus* jouissait de toutes ses facultés mentales et qu'aucun signe ne permettait de faire prévoir l'affection donc il est mort.

Inutile bien entendu de parler d'hémorragie cérébrale à moins que ce fait ait été de notoriété publique et ne soit un secret pour personne.

Dr Paul Boudin.

7.642. — Responsabilité du remplacé à l'égard du remplaçant

Je vous serai reconnaissant de me dire dans le cas où un chirurgien-dentiste diplômé en remplace un autre ou un stomatologiste qui est responsable en cas d'accident survenant à un client. Doit-il être assuré lui-même. Au cas où le remplacé ne serait pas assuré et insolvable que se passerait-il ?

Dr B.

Réponse

Lorsqu'un médecin ou un chirurgien-dentiste se fait remplacer auprès de sa clientèle par un autre médecin ou un autre chirurgien-dentiste, il se crée entre eux d'après la jurisprudence, un contrat d'une nature spéciale, mais qui ne saurait être assimilé aux louages de services.

Le remplaçant reste entièrement libre de soigner les malades qui s'adressent à lui en toute indépendance et sans avoir à en référer au remplacé.

Dans les soins qu'il leur donne, il n'engage donc que sa responsabilité professionnelle et non celle du remplacé.

C'est pourquoi il est nécessaire que le remplaçant soit personnellement couvert contre les risques de responsabilité professionnelle car il ne peut, en principe, bénéficier des assurances contractées par le remplacé.

Nous devons vous signaler qu'en ce qui concerne notre Ligue, sa garantie peut être transportée au remplaçant légalement habilité en cas de maladie ou de vacances sous réserve que nous soyons avertis, sauf cas de force majeure, par lettre recommandée, dès le début du remplacement, de son point de départ, et de sa durée.

7.685. — Application des allocations familiales

Je viens vous prier de bien vouloir m'éclairer sur mes obligations vis-à-vis d'une nouvelle servante que je viens d'engager.

Il ne s'agit pas des Assurances sociales auxquelles je vais m'empresser de la faire inscrire, mais bien des allocations familiales.

Y suis-je soumis et, dans l'affirmative, dans quelles proportions et à quelle Caisse dois-je verser les fonds, étant donné que la dite servante est fille-mère ?

Dr A.

Réponse

La loi du 11 mars 1932 sur les allocations familiales est applicable depuis le 1er janvier 1935 aux professions médicales ; elle n'a pas encore été étendue par contre, aux domestiques et gens de maison.

Si votre employée à un caractère mixte, c'est-à-dire est utilisée par vous à la fois pour votre service personnel et pour votre service professionnel, il y a lieu d'appliquer la règle préconisée par la Réponse ministérielle, n° 2.921 parue au *Journal Officiel* du 25 janvier 1935.

Aux termes de cette réponse, un médecin n'est assujetti à la loi du 11 mars 1932 sur les allocations familiales pour la domestique qu'il emploie partie pour son service personnel, partie pour

son service professionnel, que si cette domestique consacre la plus grande partie de son activité à son service professionnel. Pour déterminer cette proportion, vous pourrez vous référer entre autres éléments à la façon dont vous comptez le coût de cette domestique dans vos dépenses professionnelles.

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

a) *Accidents du Travail*

7.576. — Compression provisoire pour hémorragie veineuse

Le 5 juillet, je suis appelé à toute vitess près d'une cultivatrice. Celle-ci pluripare, est atteinte de varices volumineuses. Une vache lui ayant donné un coup de pied, une veine-varice a éclaté et a déterminé une hémorragie, telle que j'ai été obligé de lui faire en toute hâte un garrot et de l'envoyer à toute vitesse à un chirurgien qui a eu beaucoup de mal à faire une ligature.

Que dois-je réclamer à la Compagnie pour ce pansement et ce garrot ?

Dr K.

Réponse

Il n'y a pas de tarification spéciale pour « arrêt d'hémorragie » surtout provisoire. On ne parle dans le Tarif que de « ligature dans la plaie des deux bouts des artères : radiale, cubitale, etc. », toutes nominativement désignées. Je ne vois donc pas sur quel poste vous pourriez vous baser pour demander un prix spécial autre que celui d'une consultation ordinaire.

Dr F. Decourt.

7.645. — Injection antitétanique plus deux pansements

Dans la Partie professionnelle, je vous ai vu déconseiller le cumul pour les accidents du travail.

Mais je pense qu'il n'y a cumul qu'avec une visite ou une consultation.

On pourrait donc appliquer l'art. 10 et compter par exemple :

Deux pansements sur le même membre	20 francs
Injection antitétanique demi-tarif....	10 »
Certificats initiaux..................	8 »
Total..........	30 francs

Ai-je raison ?

Dr S.

Réponse

L'art. 13 interdit le cumul par lequel on compterait une visite ou consultation plus un pansement, celui-ci étant compris (art. 1er) dans la visite ou consultation. Or, ici, vous avez fait

deux pansements. Supprimez-en un (en l'indiquant supprimé dans votre note d'honoraires) et comptez votre injection antitétanique plus le deuxième pansement. Soit 20 plus 15 = 35 francs (plus les 8 francs du certificat naturellement).

Nota. — L'art. 10, deuxième alinéa n'est pas en jeu ici, puisqu'il parle d' « intervention chirurgicale ».

Dr F. DECOURT.

---

b) Assurances sociales

7.710. — L'ablation d'un épulis est un acte à inscrire K10

Membre du *Concours Médical*, j'ai recours à votre obligeance pour vous demander quel est le tarif à appliquer en cas de pansement humide fait le dimanche à un accidenté du travail atteint d'un abcès chaud incisé qui doit être pansé tous les jours pendant quelques jours.

Le tarif parle (art. 3, par. *b*), d'une majoration de 50 % en cas de visite nécessitée par un cas urgent les dimanches et les jours fériés, mais ne parle pas de la majoration de la consultation y compris le pansement. Il me paraît que la majoration devrait être semblable.

Dr D.

Réponse

La majoration dominicale demandée précisément par moi à la Commission du Tarif, a été accordée pour la visite seulement et pas pour la consultation « qui ne dérange guère le médecin » (*sic*). Donc prix ordinaire de la consultation, soit 15 francs.

Dr F. DECOURT.

7.579. — Remboursement à 80 % de frais pharmaceutiques élevés en cas de produits injectables

Je me permets une fois de plus d'user des bons offices du « Sou » pour renseigner un de mes clients.

Je le soigne actuellement par injections intraveineuses de crisalbine. Les ampoules sont chères ; du moins les Caisses se doivent de les rembourser intégralement à 80 %.

Pour obtenir ce remboursement (pour la partie excédant 25 francs par ordonnance), je n'omets pas de spécifier, sur chaque ordonnance, la formule : « Produit injectable autorisé en vertu de la loi du 14 juin 1931. Or, la Caisse départementale a refusé le remboursement intégral à 80 % sous prétexte que la crisalbine ne figure pas sur la nomenclature de la loi du 14 juin 1931.

Pourriez-vous nous éclairer ? L'affirmation de la

Caisse est-elle véridique ? et n'y a-t-il aucun moyen de contraindre la Caisse à ce remboursement à 80 %.

Dr T.

Réponse

« L'art. 27 de l'arrêté du 30 janvier 1937 fixant le règlement intérieur-type des Caisses dit, alinéa 5 : « Lorsque le médecin traitant prescrit un des produits thérapeutiques injectables autorisés en vertu de la loi du 14 juin 1934, il doit le mentionner expressément sur l'ordonnance et le pharmacien doit porter en regard l'indication de la date à laquelle le produit a été autorisé. Dans ce cas, et sauf abus de prescription, la participation légale de l'assuré aux frais est de 20 % quel que soit le montant de ces frais. » Et il en est de même « dans les cas spéciaux nécessitant des frais pharmaceutiques élevés, sur proposition du praticien traitant et avis conforme du médecin contrôleur de la Caisse.

Il en résulte qu'il faut vous enquérir auprès du pharmacien si la crisalbine a été autorisée et à quelle date. Si elle ne l'est pas (ce que je pense), il faut demander « l'avis conforme » du médecin contrôleur, pour que votre malade bénéficie de la disposition indiquée ci-dessus (remboursement *des frais pharmaceutiques* à 80 % quel que soit le montant de ces frais).

Dr F. Decourt.

ASSURANCES SOCIALES

7.552. — Reprise des prestations maladie après une première période de six mois de traitement

J'ai encore recours à votre obligeance pour un renseignement d'Assurances sociales.

Un de mes clients fait une histoire mal définie d'entéro-colite, traînant un peu et pour laquelle il fait un séjour à Châtel-Guyon.

Les choses ne s'amendent pas, il est radiographié, on trouve des zones de rétrécissement sur son sigmoïde et il est menacé d'interventions multiples et longues (anus artificiel, amputation de la deuxième portion etc.).

Ce préambule, aussi bref que possible, pour vous expliquer que ce malade a encore devant lui une maladie longue et coûteuse :

1° Pour les Assurances sociales, voici :

Première visite et première feuille le 14 avril : le malade continue son travail.

Le 28 mai rechute, arrêt du travail du 28 mai au 15 août (pendant cette période, séjour à Châtel-Guyon).

Depuis le 15 août, reprise du travail et reprise des versements aux Assurances sociales.

Ce malade continue à travailler actuellement, mais il est convenu avec le chirurgien qu'il sera hospitalisé bientôt s'il continue à souffrir.

2° Le médecin contrôleur des Assurances sociales a vu M. X. et lui a déclaré : « qu'il n'avait droit qu'à treize feuilles pour sa maladie ».

J'interprète qu'il a droit pendant six mois aux soins pour la même maladie.

Cependant, j'ai la certitude que si ce malade a repris travail et versements pendant deux mois (du 5 août au 15 octobre), il aura droit à nouveau à six mois de soins, ce qui ne sera pas de trop, vu la gravité de l'intervention envisagée.

Je voudrais conseiller utilement mon client et je viens vous demander si je suis dans le vrai ou si c'est le contrôleur qui a raison. Dr L.

Réponse

Il est exact qu'en vertu de l'art. 6, parag. 13 de la loi sur les Assurances sociales, les prestations de l'assurance-maladie peuvent être servies pendant un nouveau délai de six mois lorsqu'il y a interruption de prestations pendant plus de deux mois. Toutefois, pour qu'il en soit ainsi il faut, en outre, une seconde condition : à savoir que pendant ce délai, l'assuré ait été en état de guérison apparente ; autrement dit, que son affection, après avoir traversé une période d'activité passe par une phase de stabilité lui permettant de reprendre son travail et le dispensant de recourir aux soins médicaux et pharmaceutiques. Cette guérison apparente doit, d'autre part, avoir été constatée par le médecin traitant sur la dernière feuille de maladie, et avoir été portée à la connaissance de la Caisse dans les huit jours afin que celle-ci puisse faire constater son existence par le contrôle médical.

Si, en l'espèce, cette seconde condition et les formalités qui s'y rattachent n'ont point été remplies, votre client ne saurait prétendre aux prestations en nature pour cette affection pendant six nouveaux mois. Toutefois, il peut demander à sa Caisse de faire application à son cas de l'article 33 du règlement d'administration publique du 19 mars 1936. Aux termes de cet article, lorsqu'à la fin du délai de six mois l'assuré reste atteint d'une affection ou d'une infirmité ne réduisant pas au moins des deux tiers sa capacité de travail mais laissant présager une invalidité future, l'Union régionale et la Caisse d'assurance-invalidité peuvent s'entendre pour accorder à titre de soins préventifs les prestations en nature pendant un délai de six mois suspendant pendant le même délai la décision relative à l'attribution de la pension. Cette mesure peut être exceptionnellement renouvelée pour un nouveau délai de six mois au maximum.

Nous vous signalons toutefois qu'il ne s'agit là que d'une faculté donnée aux Caisses et non d'un droit pour l'assuré.

Par contre, ce dernier tient de l'art. 6, par. 16, un droit certain à l'égard de sa Caisse en ce qui concerne *les affections nécessitant des soins pré-*

ventifs ou ne comportant pas cessation du travail. Dans ce cas, il reçoit pendant une durée de deux ans au plus, à compter de la première constatation médicale, des prestations spéciales dont le montant maximum et les conditions d'attribution sont fixés par le règlement intérieur de sa Caisse.

7.588. — Les prestations spéciales de deux ans constituent un droit pour l'assuré

Un de mes clients étant atteint d'une maladie chronique qui nécessite des soins prolongés (séries d'injections, dont certaines intra-veineuses) et ayant épuisé les six mois de soins médicaux, sans interruption de travail, je lui ai conseillé de s'adresser à la Caisse d'assurances pour bénéficier des prestations spéciales de deux ans.

Voici la réponse de la Caisse :

« En réponse à votre lettre demandant le bénéfice de prestations spéciales mentionnées par l'art. 6 du décret-loi du 28 octobre 1935, j'ai l'honneur de vous informer que les dispositions particulières du règlement intérieur n'étant pas définitivement fixées, il ne nous est pas possible de donner suite à votre demande de prestations. »

Cette réponse doit-elle être considérée comme définitive par mon client ? N'a-t-il aucun recours ?

Dr F.

Réponse

L'assuré dont l'état nécessite des soins préventifs ou qui est atteint d'une maladie ne comportant pas cessation du travail est juridiquement fondé à exiger de sa Caisse le versement pendant deux ans des prestations spéciales prévues par l'art. 6, parag. 16 du décret-loi du 28 octobre 1935 instituant le nouveau régime des Assurances sociales.

Certes il appartient, aux termes de cet article, à la Caisse, de fixer par son règlement intérieur le montant maximum et les conditions d'attribution de ses prestations. Mais le règlement intérieur des Caisses doit être conforme au règlement-type institué par l'arrêté ministériel du 30 janvier 1937 ; d'après l'art. 38 de ce règlement-type, la Caisse doit prévoir dans son Tarif de responsabilité le taux de ces prestations spéciales. Par suite, la Caisse en question est dans son tort en n'ayant point observé, les dispositions obligatoires de l'art. 38 et ne saurait se retrancher derrière cette absence de prévision pour refuser à votre client le régime des prestations auquel il a droit.

Dans ces conditions, nous conseillons à l'intéressé de porter le différend devant la Commission d'arrondissement du siège de sa Caisse, par lettre recommandée adressée au président de cette Commission, au Greffe du Tribunal civil, dans les dix jours de la notification du refus.

Cinquante-neuvième année No 45 7 Novembre 1937

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

- sommaire -

Partie Professionnelle

Travaux originaux

L'actualité professionnelle

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	70 fr.	Belgique et Luxembourg...	80 fr.
Etudiants	45 fr.	Première Zone	95 fr.
Le Numéro	1.50	Deuxième Zone	120 fr.

Renseignements

AVIS

Renouvellement des Abonnements

En raison des *frais de plus en plus élevés* qu'entraînent actuellement les recouvrements, nos abonnés ont tout intérêt à nous adresser leur réabonnement (**70 fr.**), par virement ou chèque postal, chèque bancaire, etc., au nom du *Concours Médical* (Compte Chèques postaux, Paris 167-95.)

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Nº 284. — A céder pour rais. santé, bon poste médec. génér. dans banl. Sud Paris. Maison superbe, tout confort, garage, jardin. Condit. très avantag.

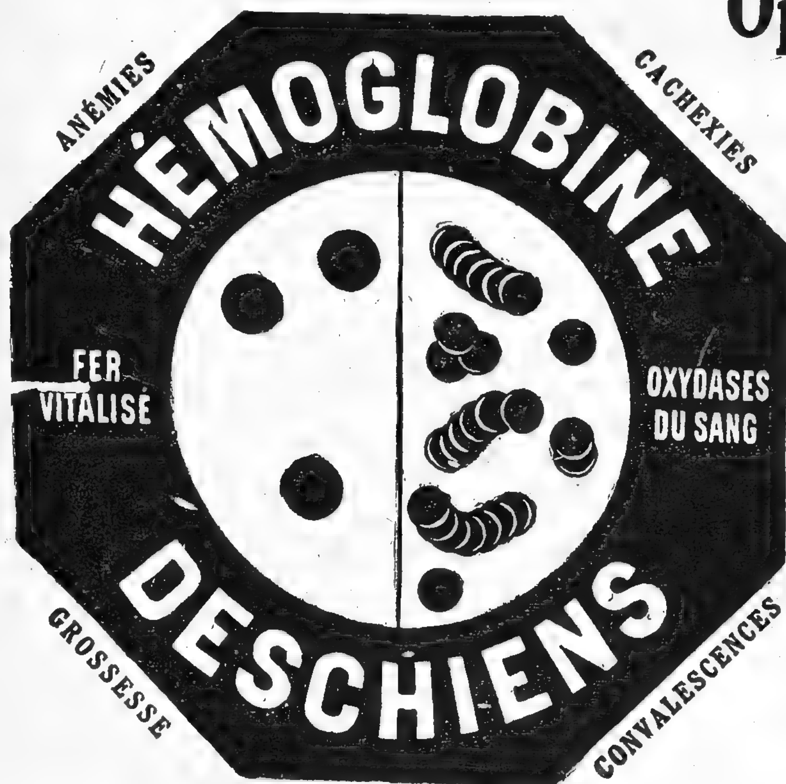
Nº 285. — Diathermis ondes courtes 300 watts Chenaille type OC coagul. bistouri électr. tous accessoires, servi 30 heures envir. àcéder prix intéress. cause installat. plus puissante. Ecr. Dr Ecklé, 80 rue Traversière, Paris (12e).

Nº 286. — Importante société coloniale recherche pour ses services (Congo belge) jeune médec. Situat. 80.000 envir. plus indemn. Ecr. avec référ. à Bourgeois, 38, avenue Hoche, Paris.

Nº 287. — Urgent. Paris, poste important à cerdé pour raisons famille.

Nº 288. — Cause santé, gr. ville Ouest, on céderait à jeune confr. dispos. 10.000 compt., bonne et fidèle client. de 27 ans. Très grande maison, jardin et dépend., tout confort, loyer 8.000 bail à volonté.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.



DERNIÈRES NOUVELLES

— **Faculté de médecine de Paris.** — *Le nouveau Doyen.* — Le Conseil de la Faculté de Paris, dans sa séance du 28 octobre 1937, par 44 voix sur 72 votants, a élu Doyen de la Faculté, M. le Professeur Marc Tiffeneau, en remplacement du Professeur Roussy, récemment nomm Recteur de l'Université de Paris.

Pharmacien des hôpitaux, en 1904, de l'hôpital Boucicaut, puis de l'Hôtel-Dieu, docteur ès-sciences en 1907, agrégé de pharmacologie en 1910, professeur de chimie au P. C. B. en 1924, le nouveau Doyen est titulaire depuis 1926 de la chaire de pharmacologie à la Faculté de médecine de Paris.

Officier de la Légion d'honneur, le Professeur Tiffeneau est membre de l'Académie de médecine depuis 1927. Il est l'auteur d'importants travaux sur les transpositions moléculaires, l'adrénaline, la chloralose, le dosage physiologique des médicaments, etc.

— **Association pour le développement des Relations médicales (A. D. R. M.).** — L'Association pour le Développement des Relations médicales, poursuivant méthodiquement ses efforts pour resserrer ou créer des liens entre la France et les pays étrangers, a étendu, pendant les vacances dernières, grâce à l'appui et au concours de MM. Laugier et Marx, les échanges d'étudiants qu'elle avait commencés l'an dernier.

Vingt-neuf étudiants tchécoslovaques, vingt étudiants yougoslaves et cinq étudiants hongrois ont té logés et nourris à la Cité Universitaire pendant un mois par ses soins. Dès leur arrivée à Paris, ces jeunes gens et jeunes filles furent reçus salle Béclard, par M. le Professeur Hartmann qui, après leur avoir souhaité la bienvenue à Paris, s'est occupé de les grouper par spécialités et de les adresser dans des services hospitaliers dont les chefs, MM. Sergent, Fiessinger, Sénèque, R. Couvelaire, Blondin, etc., avaient bien voulu promettre de s'occuper d'eux. De plus, des conférences spéciales avaient été organisées à leur intention par MM. Fiessinger, Marquézy, Jacquelin, Ravina et Albeaux-Fernet.

A l'occasion de l'Exposition internationale et, pour marquer plus spécialement leur séjour à Paris, l'A. D. R. M. offrit à ses jeunes hôtes un grand dîner au Restaurant du Roi-Georges, à l'Exposition, dîner dont M. Laugier avait bien voulu accepter la présidence et auquel avaient été invités les ministres de leurs pays respectifs : M. Adam de Koos pour la Hongrie, M. Alexis Steiherhof pour la Tchécoslovaquie, M. Simitch pour la Yougoslavie y représentaient leurs ministres absents de Paris. Quelques professeurs, médecins ou chirurgiens des hôpitaux, qui avaient été en rapport avec ces jeunes gens, assis-

taient également à ce dîner. A la fin du dîner un exemplaire du très joli album édité pour le Palais de l'Art français fut remis à chacun de nos invités comme souvenir.

De leur côté, la Hongrie, la Tchécoslovaquie et la Yougoslavie avaient offert de recevoir des étudiants français. L'A. D. R. M. a pu envoyer cinq étudiants à Budapest, six à Belgrade et sept à Prague, tous internes des hôpitaux de Paris. Ces jeunes gens sont revenus enchantés de leur séjour à l'étranger et de l'accueil qui leur avait été fait. Ils se sont rendus compte de l'intérêt que pouvaient présenter ces échanges, ils ont vu qu'ils pouvaient apprendre quelque chose hors de France et qu'ils pouvaient également, en même temps, faire connaître à l'étranger l'étudiant français instruit et travailleur. Tous, dès leur retour, ont déclaré qu'ils s'efforceraient de recruter pour l'an prochain de nombreux étudiants français, car il y a lieu d'espérer que ces échanges iront en augmentant à l'avenir.

— **47e Congrès français de chirurgie.** — Le 47e Congrès français de chirurgie aura lieu à Paris, le lundi 3 octobre 1938 sous la présidence de M. Léon Imbert, de Marseille. Vice-président : M. Albert Mouchet, de Paris.

Questions à l'ordre du jour pour 1938 : 1° Les *septicémies à staphylocoques d'ordre chirurgical* (formes cliniques et traitement). Rapporteurs : MM. Patel, de Lyon et Moiroud, de Marseille.

2° Traitement des fractures récentes et fermées du rachis. Rapporteurs : MM. Sicard, de Paris et Charbonnel, de Bordeaux.

3° Tumeurs conjonctives primitives malignes des parties molles des membres (téguments exceptés). Rapporteurs : MM. Moulonguet, de Paris et Pollosson, de Lyon.

Question pour 1939 : Troubles des fonctions thyroïdiennes et leur traitement. Rapporteurs : MM. Petit-Dutaillis, de Paris et Peycelon, de Lyon.

— **Ecole d'anthropologie.** — *Ouverture des cours* le lundi 8 novembre 1937, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris. — *Cours :*

Anthropologie biologique : M. Simon, professeur, le mercredi à 17 heures : L'homme devant la science biologique (*suite*).

Hérédité et génétique : M. Briand, professeur, le mardi à 16 heures : Les lois d'hérédité de l'homme. Les lois de l'hérédité et la notion d'espèce. L'eugénique dans le monde en 1936-1937.

Anthropologie zoologique : Mlle Friant, professeur, le vendredi à 16 heures : Les mammifères quaternaires de l'Europe (*suite*). Leurs caractères anatomiques.

Anthropologie anatomique : M. Anthony, professeur, *le mercredi à 16 heures , dix leçons :* Le cerveau de l'homme et celui des singes.

Préhistoire : M. Vayson de Pradenne, profes-

seur, le mardi à 17 heures : Documents et méthodes de la préhistoire.

Ethnologie : M. MONTANDON, professeur, le lundi à 17 heures : L'Ethnie française (*suite*).

Sociologie et criminologie : M. PAUL-BONCOUR, professeur, le vendredi à 17 heures : Le suicide devant l'anthropo-sociologie.

Ethnographie : M. Louis MARIN, le lundi à 16 heures : Les sociétés nationales, professionnelles, civiques, dans la civilisation occidentale.

Anthropologie linguistique (Fondation Emmanuel Desgrées-du-Loû) : M. Marcel JOUSSE, professeur, le lundi à 15 heures : Le mimisme humain et le jeu de l'enfant.

Conférences : M. BASCHMAKOFF : L'Ecole japhétique de Saint-Pétersbourg et la paléo-ethnologie caucasienne, dix conférences les samedis 13, 20, 27 novembre, 4, 7, 18 décembre 1937, 8, 15, 22, 29 janvier 1938, à 17 heures.

M. BOURDON : Le problème de la population dans le monde contemporain, quatre conférences les mercredis 16, 23, 30 mars et 6 avril, à 16 heures.

M. COTTEVIEILLE-GIRAUDET : Questions de raciologie humaine (le post-glaciaire et la dispersion des races), cinq conférences les mercredis 2, 9, 16, 23 février et 9 mars à 16 heures.

M. FEUILLOLEY : Psychologie des non-civilisés en Afrique équatoriale française, dix conférences les vendredis 12, 19, 26 novembre, 3, 10, 17 décembre 1937, 7, 14, 21, 28 janvier 1938, à 15 heures.

M. SCHUNK DE GOLDFIEM : La famille en Afrique, dix conférences les mardis 9, 16, 23, 30 novembre, 7 et 14 décembre 1937, 4, 11, 18, 25 janvier 1938, à 15 heures.

M. WERNERT : Les phénomènes glaciaires et l'homme fossile de la péninsule ibérique, quatre conférences avec projections les vendredis 4, 11, 18, 25 février, à 15 heures.

Des certificats d'assiduité seront délivrés aux auditeurs inscrits au Secrétariat de l'Ecole dès l'ouverture des cours.

Un diplôme des Sciences anthropologiques pourra être délivré, après deux années scolaires, et après une thèse portant sur une partie des sciences anthropologiques.

— Une « première » à la Faculté de pharmacie. — L'Union intersyndicale des fabricants de produits pharmaceutiques a présenté le 20 octobre, dans l'amphithéâtre de la Faculté de pharmacie, un film sur l'*Industrie de la spécialité pharmaceutique française*.

Ce très beau documentaire dû au grand talent de M. Jean Benoit-Lévy et de ses collaborateurs, après avoir rendu hommage aux découvertes thérapeutiques des savants français, illustre de façon saisissante toutes les réalisations industrielles de plus de 200 laboratoires pharmaceutiques français appartenant aux diverses chambres syndicales professionnelles.

Laboratoires de recherches, procédés modernes de fabrication, nombreux contrôles tant privés qu'officiels, font comprendre les préférences qu'a eu de tout temps le Corps médical de tous les pays pour la spécialité pharmaceutique française.

M. Chapsal, ministre du Commerce, le Docteur Leclainche, spécialement délégué par le ministre de la Santé publique, M. le Préfet Léon, du ministère de l'Economie nationale, les doyens et professeurs des Facultés, les représentants de la Confédération des Syndicats médicaux Français, de l'Umfia, des Syndicats pharmaceutiques, de la presse médicale, de nombreux médecins et la plupart des fabricants de spécialités pharmaceutiques qui assistaient à cette présentation artistique manifestèrent chaleureusement le plaisir qu'ils avaient éprouvé de cette si belle et si instructive réalisation.

Il est certain que partout où ce film sera présenté et nous savons que déjà de nombreux syndicats médicaux se sont fait inscrire, 44, rue du Colisée pour que leur soient prêtées des copies sonores en 16 mm. ou en 35 mm., il recueillera le même succès fait du plaisir de voir et de la joie d'apprendre.

— **A la mémoire des morts du service de Santé militaire.** — La première pierre du monument qui doit être élevé à Lyon, à la mémoire des morts du *Service de santé militaire*, vient d'être posée par M. Justin Godart, ancien sous-secrétaire d'Etat au Service de santé, au cours d'une cérémonie à laquelle assistaient M. Edouard Herriot, le professeur Nicolas, le médecin général Plirson et d'autres personnalités lyonnaises.

Ce monument sera inauguré l'an prochain en même temps que le nouvel hôpital militaire. Il est situé en face l'hôpital Edouard Herriot.

— **« Prix de l'immunité locale. »** — On nous prie de rappeler que les manuscrits ou imprimés se rapportant au prix annuel de 15.000 francs, créé par les Laboratoires « La Biothérapie », 5, rue Paul-Barruel, Paris (XVe), sous le nom « Prix de l'immunité locale », doivent parvenir à l'adresse sus-indiquée avant le 31 décembre de chaque année.

Le règlement détaillé du concours se trouve dans le no 11 du 14 mars 1937, du *Concours Médical*.

— **Club hippique de France.** — Nous apprenons la fondation du Club hippique de France ayant pour but de réunir les médecins ainsi que les membres de leur famille s'intéressant à l'équitation.

Le Docteur Renault, 3, rue Bixio, président, le Docteur Guillemin, 16, avenue George-V, secrétaire général, le Docteur Stoleru, 14, rue Daguerre, trésorier, seront heureux d'adresser sur demande les statuts et tous renseignements à ceux qui en feront la demande.

— **Soirée médicale.** — La revue que dirige le Docteur Maurice Delort, les *Archives hospitalières*, a donné le 14 octobre sa soirée d'automne.

Parmi les personnalités présentes : MM. Cathelin, Heitz-Boyer, Clément Simon, Maurice Garçon, Arthus, Bailleul, Jean Baumel, Germain Blechmann, Bonnet-Roy, Debat, du Castel, J. Florand, Heuyer, Jacquelin, Jausion, Logre, Luquet, Martiny, Moulonguet, Parcheminey, Pochon, Renaudeaux, Rœderer, Roux Delimal, Ruaud, Savignac, Séjournet, Schaeffer, Tournay, Weill, Winter.

Carlotta Zambelli et Albert Aveline avaient, avec le concours du corps de ballet de l'Opéra, réglé de délicieux divertissements où furent applaudis : Mlles Binois, Dynalyx, Vaussard, Barban, Jhanyne, Sertelon, Decarli, Guillot, Dalloz, Bardin, Rigel, Thalia ; MM. Duprez, Ponti, Milliano.

Maurice Martenot présenta le nouvel instrument d'ondes avec Mmes G. Robert, G. Bentz, H. Dubreuil, J. Duparcq qui exécutèrent des œuvres de Froberger, Ravel, O. Messiaen, G. Samazeuilh.

— **Amicale des médecins de Bretagne.** — Le dîner trimestriel a eu lieu le 18 octobre dernier. Il était présidé par le Prof. Barré, de la Faculté de Strasbourg, qui exprima avec une grande cordialité, toute la joie qu'il éprouvait de retrouver d'anciens camarades de Nantes.

A ce dîner assistaient notamment : MM. Baratoux, Doré et Planson, anciens présidents ; les vice-présidents : MM. Chappé et Liégeard ; les médecins généraux Carayon et Morvan ; MM. Bréger, Burill, Briand, Cerf-Ciba, Chéné, Colleu, Dauguet, Eliot, Hervé, Hinault, Laënnec, Jaugeon, Le Bras, Le Gac, Le Picard, Le Roy, Mounot, des Ouches, Péchilliot, Héry.

La prochaine réunion aura lieu le 1er février 1938. Elle sera consacrée à la mémoire de Broussais dont on célèbrera le centenaire.

Pour renseignements, s'adresser au président de l'Amicale, le Docteur Larcher, 1, rue du Dôme, Paris (XVIe).

— « **Prix du Comité national de défense contre la tuberculose.** » — Ce prix a pour but de récompenser le meilleur travail sur « La valeur comparée de la tomographie, de la sériscopie, et de tout autre procédé analogue pour la découverte et la localisation des lésions tuberculeuses du poumon ».

Le montant est de 5.000 francs. Le Comité national de défense contre la tuberculose a prévu la possibilité de décerner éventuellement un deuxième prix de 3.000 francs.

Ce prix sera attribué en octobre 1938.

Conditions d'attribution. — Le travail présenté devra être *inédit*. A côté de l'étude scientifique, clinique et radiologique, le travail devra tenir compte des conditions d'utilisation pratique du procédé et des facteurs économiques conditionnant son emploi.

Il n'est pas nécessaire que le travail soit imprimé, mais il devra être présenté en autant d'exemplaires dactylographiés qu'il est prévu de membres du jury, soit neuf.

Seront admises à concourir les thèses de doctorat soutenues en vue du doctorat d'Etat en médecine, entre la date de publication du présent règlement et la date d'attribution du prix.

Le ou les prix ne pourront être attribués qu'à des auteurs français.

Les constructeurs et leurs ingénieurs ne pourront concourir qu'à titre individuel et sans qu'il soit fait mention d'une firme quelconque.

Le ou les prix pourront ne pas être décernés.

Les décisions du jury sont sans appel, elles n'ont pas à être motivées.

Le Comité national de défense contre la tuberculose se réserve le droit de publier, sans indemnité, le ou les mémoires récompensés.

Il ne s'oppose pas à la publication par les soins du ou des auteurs dans une ou plusieurs publications scientifiques, à condition que soit mentionnée la part prise par lui en ce qui concerne la création et l'attribution de ce prix.

Le jury chargé de l'attribution du ou des prix est composé de neuf membres :

Trois représentants de la Société d'études scientifiques de la tuberculose ;

Trois représentants du Comité national de défense contre la tuberculose ;

Trois représentants de la Société de radiologie médicale de France.

— **Enghien-les-Bains.** — L'Etablissement thermal restera ouvert jusqu'au 31 décembre prochain.

— **Naissance.** — Le Docteur Georges Caïn, ancien médecin assistant de l'hôpital Tenon et Madame, nous font part de la naissance de leur fille *Madeline*. Paris, le 11 octobre 1937.

Nos sincères compliments.

— **Nécrologies.** — Nous apprenons avec regret la mort du Docteur Jean Pouly, d'Annonay (Ardèche) ; du Docteur Roger Arnaud, de Vic-le-Fesq (Gard) ; du Docteur Jules Berthier, de Reguié (Rhône) ; du Docteur Blanchard, directeur de l'Institut municipal d'hygiène de Toulon ; du Docteur Cailleret, de Vaucottes (Seine-Inférieure); du Docteur Louis Coignet, de Sainte-Foy-les-Lyon (Rhône) ; du Docteur Dangerfield, d'Alger ; du Docteur Paul Daunie, de Six-Fours-la-Plage (Var); du Docteur Dumolt, de Saujon (Charente-Inférieure); du Docteur Georges Fournier, de Marseille ; du Docteur Henri Gloppe, de Montceau-les-Mines (Saône-et-Loire) ; du Docteur Marius Merlé, de Saint-Sulpice-sur-Lèze (Haute-Garonne) ; du Docteur Martial Rouand, de Neffiès (Hérault) ; du Docteur Jules Sprauel, de Rosières-aux-Salines (Meurthe-et-Moselle) ; du Docteur Raoul Thouvenin, d'Angers ; du Docteur Jean Verdier, de Rouen.

— Le Docteur ELIE FAURE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort à l'âge de 64 ans, du Docteur ELIE FAURE, le frère du Professeur Jean-Louis Faure, de l'Institut et de l'Académie de médecine.

Bien que n'ayant pas complètement abandonné l'exercice de la médecine et s'être même distingué durant la guerre au front comme médecin-major, ELIE FAURE devait sa réputation mondiale à ses travaux littéraires.

Les articles de l'*Aurore*, intitulés *Formes et Forces*, le classèrent d'emblée au premier rang de nos écrivains. Philosophe profond, il fit paraître après la guerre *Sainte-Face*, qui fut le plus populaire de ses écrits. Mais l'ouvrage qui attira le plus les suffrages du public lettré fut son *Histoire de l'Art* en quatre volumes qui fut traduit en plusieurs langues et dont les multiples éditions furent répandues dans le monde entier.

Notre pays perd en Elie Faure, un de ses esprits des plus brillants et un des philosophes qui compta à l'étranger le plus de disciples et d'admirateurs.

Nous adressons à M. le Professeur Jean-Louis Faure et à sa famille, nos plus vives sympathies.

J. N.



A TRAVERS L'OFFICIEL

19 OCTOBRE

Sanatoriums publics

Avis de concours pour les postes de médecins directeurs des sanatoriums publics

Un concours sur titres est ouvert en vue d'établir la liste d'aptitude aux fonctions de médecin directeur des sanatoriums publics pour le premier semestre de l'année 1938.

Le traitement de début est fixé à 39.000 francs et peut, par avancements successifs, atteindre 52.000 francs. Le logement, l'éclairage, le chauffage et le blanchissage sont fournis gratuitement. Il est interdit de faire de la clientèle. Les femmes ont accès à ces emplois dans les sanatoriums de femmes et d'enfants.

Peuvent seuls être inscrits sur la liste d'aptitude aux fonctions de médecin directeur, les médecins adjoints des sanatoriums publics, nommés régulièrement par le ministre de la Santé publique et ayant au moins deux ans de fonctions ou devant avoir deux ans de fonctions avant le 30 juin 1938.

Les médecins directeurs ne pourront être titularisés qu'après avoir effectivement dirigé un sanato-

rium, à titre provisoire, pendant une année au moins.

Les demandes devront être adressées au ministère de la Santé publique par l'intermédiaire du préfet ; elles seront accompagnées des pièces ci-après :

1° Extrait de l'acte de naissance ;

2° Certificat de nationalité française et, s'il y a lieu, pièces établissant la naturalisation et indiquant la date d'obtention du droit d'exercer ;

3° Extrait du casier judiciaire ayant moins de trois mois de date ;

4° Copie, certifiée conforme, des diplômes et, en particulier, du diplôme d'Etat de docteur en médecine ;

5° Indication de leurs titres de toute nature et des fonctions qu'ils ont remplies avec références à l'appui, notamment en ce qui concerne les fonctions administratives et les intérims de direction qu'ils auraient pu exercer ;

6° Un exemplaire de leur thèse et des études publiées ;

7° Renseignements sur la situation de famille ;

8° Notes du médecin directeur du sanatorium où ils exercent ;

9° Avis du préfet.

Les candidats qui seront désignés comme médecins directeurs devront, au moment de leur nomination, subir les visites médicales prévues par les statuts des Caisses locales de retraites.

Les demandes seront reçues jusqu'au 20 novembre 1937 au ministère de la Santé publique (direction du personnel, 1er bureau), 7, rue de Tilsitt, à Paris.

Avis de concours pour les postes de médecins adjoints des sanatoriums publics

Un concours sur titres est ouvert en vue d'établir la liste d'aptitude aux fonctions de médecin adjoint des sanatoriums publics pour le premier semestre de l'année 1938.

Le traitement de début est fixé à 22.000 francs et peut, par avancements successifs, atteindre 36.000 francs. Le logement, le chauffage, le blanchissage et l'éclairage sont fournis gratuitement. Il est interdit de faire de la clientèle. Les femmes ont accès à ces emplois.

Les candidats devront être âgés de moins de trente-cinq ans au 1er janvier 1938, être de nationalité française et, s'ils sont naturalisés, satisfaire aux conditions fixées par la loi du 26 juillet 1935 sur l'exercice de la médecine. La limite d'âge de trente-cinq ans est reculée d'un temps égal à la durée légale des services militaires accomplis

Les médecins de nationalité monégasque ont accès à ces emplois dans les conditions fixées par le décret du 22 novembre 1935.

Les demandes devront être adressées au ministère de la Santé publique et accompagnées des pièces suivantes :

Voir la suite page LIX-3147

PROPOS DU JOUR

DES CAUSES DE L'INDIFFÉRENCE REGRETTABLE DES PRATICIENS A L'ÉGARD DU SYNDICALISME

La lettre du Docteur Pibre, de Beaucaire, se plaignant de l'insuffisance de l'appui de son syndicat, nous a valu une correspondance variée. Nous avons fait remarquer, comme jadis le Docteur Bertillon, l'indifférence des médecins syndiqués qui ne se donnent même pas la peine d'assister aux Assemblées où doivent être examinées les questions les plus importantes qui les intéressent ; à ce propos nous avons reçu une lettre du Dr Gibert, le président du Syndicat de l'Allier, montrant de quelle façon il avait lutté dans sa région contre cette indifférence.

Nous recevons aujourd'hui du Docteur V. Delort du Syndicat médical de Saint-Flour-Murat, la lettre suivante sur le même sujet et nous la publions d'autant plus volontiers que nous partageons absolument les idées qu'elle exprime.

J. Noir

« Dans la confraternelle controverse, qui s'est élevée entre le Docteur Pibre et vous au sujet de l'absentéisme, permettez que je place mon « grain de sel », non pour dire simplement qu'au fond vous avez tous deux raison, mais parce qu'il importe, à mon avis, que cette plaie syndicale soit complètement débridée, que l'étiologie en soit fouillée à fond afin qu'une thérapeutique efficace en découle. Sans quoi, une fois de plus, nous aurons parlé, controversé ou même écrit pour ne pas faire avancer la question d'un « iota ».

Oui, une des causes de l'absentéisme est « l'impuissance manifeste de certains Syndicats à prendre des décisions et surtout à les faire appliquer ».

Oui, cette impuissance tient souvent à ce que « les dirigeants des Syndicats ne se sentent pas suffisamment soutenus et ne sont pas certains d'être suivis en cas de conflits, par la grande majorité de leurs confrères ».

Il y a donc suspicion réciproque des dirigeants et des dirigés et l'impuissance syndicale est trop souvent la conséquence de cette suspicion réciproque. *A quoi tient celle-ci ? That is the question* : pour ma part, j'y vois plusieurs causes :

D'abord les dirigeants sont souvent trop éloignés des dirigés et ne partagent pas toujours leurs ennuis et leurs soucis professionnels ; on ne les trouve guère, pour leur demander conseil, en dehors des réunions syndicales, surtout dans les gros syndicats.

Ensuite certains dirigeants ne sont pas toujours à l'abri des critiques syndicales fondées (intérêt professionnel passant après l'intérêt personnel ; penchant trop accusé pour les décorations, les prébendes petites ou grandes ; trop grande souplesse d'échine devant les Pouvoirs politiques ou administratifs, etc.).

Certains autres enfin se cramponnent désespérément à leurs fonctions et il est fort difficile, sinon impossible de les en déloger. Ils sont nommés, la plupart du temps, à main levée ; on connaît la scène habituelle : à la fin du bon dîner, clôturant traditionnellement la réunion syndicale, au milieu de la fumée des cigares et des adieux des syndiqués pressés de rentrer chez eux, le Président, d'un air détaché, déclare qu'il y a lieu de réélire le bureau et demande aimablement si quelqu'un s'oppose au renouvellement du bureau sortant. Quel est le dirigé « au cœur bardé d'un triple airain » qui osera lever le doigt ? Mais quel est celui qui acceptera les yeux fermés les consignes de tels dirigeants ?

Une autre cause de « l'absentéisme syndical », des plus importantes à mon avis est *l'absence* de toute vaste consultation des praticiens par voie de *Referendum*, sur les questions professionnelles, même les plus importantes. Il est vraiment étonnant, pour ne pas dire humiliant, de voir qu'un moyen aussi simple et aussi efficace de « tâter le pouls » des nombreux praticiens français, ne soit pas plus souvent employé par nos dirigeants. Alors que tout un peuple voisin l'emploie couramment, et qu'il n'a pas l'air de s'en repentir, il serait au moins curieux qu'une élite, comme le Corps médical, le dédaigne. « A quoi bon ? diront les esprits chagrins ; personne ne répondra. » Je me permets de croire le contraire, à la seule condition que ce Referendum soit simple, clair et bien organisé.

Cette consultation des dirigés éviterait d'ailleurs bien des gaffes à certains dirigeants, qui prennent des décisions importantes sans s'assurer que les troupes les suivront : les exemples en abondent. Comme s'ils ignoraient que dans une troupe bien organisée, il n'y a pas que des généraux : les lieutenants, les adjudants... et même les simples troupiers y doivent également jouer leur rôle.

Ces quelques causes paraissent nécessiter la thérapeutique suivante :

Nécessité d'élire les dirigeants au scrutin secret.



Nécessité d'organiser sur toute question professionnelle importante : UN REFERENDUM.

Nécessité d'une grande cohésion syndicale, et par suite maintien des petits syndicats provinciaux, où dirigeants et dirigés marchent coude à coude.

Dr DELORT (Saint-Flour)

Il serait intéressant, quand une question très importante mettrait en jeu l'avenir du Corps médical, d'avoir recours au referendum. Certes, cette consultation serait coûteuse mais ne fait-on pas dans nos Syndicats des dépenses infiniment moins utiles ? On pourrait, si les questions soumises au referendum étaient clairement posées, savoir au moins ce que pense la majorité du Corps médical, alors qu'en nous ne connaissons vraiment que l'opinion de quelques-uns.

J. NOIR.

LE BUDGET DU MÉDECIN PRATICIEN FRANÇAIS

Le Docteur Haussmann, d'Estissac (Aube), nous a adressé la lettre suivante au sujet des articles parus dans le *Concours Médical* sur le budget du médecin praticien français.

Mon cher confrère,

J'ai lu dans le *Concours Médical* votre article « Propos du Jour » sur le budget du médecin praticien français ; article dans lequel je suis mis en cause par un confrère de la région parisienne qui détaille son budget personnel. Je dois lui faire remarquer tout d'abord qu'il ne doit pas comparer le budget d'un médecin d'un bourg de province avec celui d'un médecin de la banlieue parisienne ; son loyer *professionnel* est de 4.000, le mien est de 1.200 ; pour le téléphone je compte 7 à 800 francs au lieu de 2.000 pour lui. Pour le domestique il faut compter moins de moitié à la campagne ; également pour les impôts ; quant aux frais de remplaçant, je ne les fais pas figurer sur mon budget, étant donné que je ne prends pas de vacances, ou très rarement, ayant des charges qui ne me le permettent pas.

Et, souvent, lorsque je suis appelé dans le bourg où je suis installé, je prends ma bicyclette, lorsque je ne suis pas pressé, ce qui fait baisser la facture d'essence (à 250 francs les 100 litres, prix de gros).

Je ne puis évidemment compter comme ce confrère « anonyme » l'amortissement des frais d'installation (60.000 francs en 30 ans) environ, puisque voici, hélas, bientôt 32 ans que je suis installé. Comme journaux médicaux, j'en lis à peu près autant que mon confrère banlieusard (*Concours médical*, *Presse médicale*, *Journal des Praticiens*, etc...), et comme instruments professionnels, j'ai la prétention de ne pas me laisser aller à la dérive, possédant un appareil à U. V., un à infra-rouges, un tensiomètre de Frossard, et divers stéthoscopes modernes. Je possède même plusieurs bouquins de l'Encyclopédie médico-chirurgicale (et me lave les mains) ; j'ai même plusieurs paires de gants de praticien et suis mieux monté que le pharmacien du pays en pansements stérilisés, alcool, teinture d'iode, etc...

Mais le moiétant haïssable, je voudrais parler un peu de mon honorable confrère, praticien de banlieue ; évidemment son chiffre d'affaires doit être imposant et son activité remarquable, car avec des frais généraux de 70.000 francs, il doit réaliser une belle somme, au moins 150 billets, ce qui est au-dessus, certes, de la moyenne des postes médicaux. Et je l'en félicite cordialement. Toutefois, je me suis laissé dire souvent que les contrôleurs des Directes n'admettent pas que les frais professionnels dépassent environ le tiers du chiffre réalisé en fin d'année.

Je connais un praticien voisin qui n'a même pas d'auto et qui fait toutes ses visites à pied ou à bicyclette ; il est vrai que l'étendue de sa clientèle lui permet de le faire. Et après tout, c'est peut-être un sage. !

Dr HAUSSMANN.

Il est certain que les frais des médecins praticiens diffèrent considérablement selon la région ou la ville, même le quartier, où ils exercent. Si le budget du Docteur V. de la banlieue parisienne, en l'examinant chapitre par chapitre, ne paraît pas excessif, nous devons reconnaître que l'appréciation infiniment plus modeste du Docteur Haussmann est beaucoup plus voisine de la réalité pour la très grande majorité des médecins français. Nous pouvons affirmer que le budget de la plupart des praticiens du centre de Paris, à l'heure actuelle se rapproche plus du chiffre qu'a donné le Docteur Haussmann que des frais qu'a énumérés le Docteur V. N'oublions pas que le Corps médical subit très durement la crise qui frappe les classes moyennes.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

DE L'ENDOMÉTRIOME

(A propos d'une observation d'endométriome du ligament rond)

Par M. Marcel CHATON

Professeur de Clinique chirurgicale de l'Ecole de Médecine de Besançon

OBSERVATION

Le 11 janvier 1937, il nous était donné d'observer une malade de 31 ans de X... (Doubs), présentant une tuméfaction dure, un peu sensible à la pression, du volume d'une noix, siégeant à l'orifice externe du canal inguinal à droite.

Elle en faisait remonter le début à plusieurs mois et avait consulté pour la première fois, le médecin de sa région, le Docteur Simonin de Vercel, en juin 1936.

Cette tuméfaction ne subissait pas l'influence de la toux. Elle était plus sensible au moment des règles. Elle l'avait été particulièrement lors de la dernière menstruation.

Il n'existait pas de ganglions inguinaux. Le palper du canal inguinal ne révélait rien d'anormal.

Nous pensions être en présence d'un fibrome du ligament rond.

Intervention le 18 *janvier* 1937 avec l'assistance de M. le Docteur Mouillard.

Ouverture du canal inguinal. On enlève une tumeur de consistance fibromateuse siégeant à l'insertion du ligament rond sur le pelvis. Ce ligament désinséré est fixé par une série de points transfixiants aux crins entre le bord postérieur de l'arcade crurale et le bord inférieur des muscles petit oblique et transverse.

A la coupe, nous étions frappé de l'aspect de cette tumeur de consistance fibromateuse, un peu molle, parsemée de petites cavités à contenu d'aspect hématique.

Un fragment en fut adressé pour examen histologique dans le laboratoire de M. le Docteur Leroux. Le 21 janvier 1937, M. le Docteur Oberlin nous répondait : « La tumeur montre l'aspect typique d'un endométriome ».

***

L'endométriome semblant répondre dans la nomenclature au solénome de Jayle, à l'adénomyome de Cullen, est une affection rare, pas très bien connue, qui vient de subir un regain d'actualité du fait de deux communications récentes à l'Académie de chirurgie, l'une en décembre 1936, par MM. Brocq et Palmer et l'autre comme suite à la première en janvier 1937 par M. Okinczyc. Corroborant l'affirmation précédente, M. Okinczyc s'exprime ainsi au début de sa communication « singulière affection, encore mal connue puisque certains chirurgiens disent n'en avoir jamais observé ».

Ceux que l'étude historique de la question intéresse pourront encore avec fruit consulter la thèse de Mademoiselle Tchigeoff inspirée par Brocq et pour l'anatomie pathologique dans : « Les diagnostics anatomo-cliniques de Lecène », le travail de Moulonguet.

Envisageons ce qu'au point de vue pratique, il est essentiel et nécessaire de retenir de ces divers travaux.

***

D'abord qu'est-ce qu'un endométriome ?

Un endométriome d'après sa définition même, est une tumeur ayant la constitution de l'endomètre. On a dit que cette maladie consistait en la formation de petits utérus microscopiques. En effet, histologiquement, et c'est là sa caractéristique *essentielle, la tumeur est constituée* de cavités et de tubes glandulaires à épithélium analogue à celui de l'endomètre reposant sur un chorion cytogène typique. Dans les cavités qui parsèment la tumeur, on trouve du sang et des macrophages d'apparence xanthémateuse. Ces collections sanguines, quand elles sont importantes, sont susceptibles de se rompre et le sang épanché présente cet aspect « goudronneux » caractéristique sur lequel ont insisté les auteurs. On constate anssi dans de telles tumeurs, la présence de fibres musculaires, lisses, ce qui explique la confusion mascroscopique possible avec un fibro-myome.

Dans notre observation, nous avions été frappé de l'existence au milieu d'un tissu d'apparence fibreuse de géodes à contenu d'apparence sanguine.

L'endométriome, et c'est capital au point de vue scientifique pur, présente certaines caractéristiques qui font l'intérêt tout particulier de son étude.

Tumeur histologiquement bénigne (car on ne trouve pas dans l'endométriome, l'activité désordonnée, anarchique de la cellule cancéreuse et il refoule plus qu'il ne dissocie les tissus qui l'environnent, qu'il ne se substitue à eux comme

la tumeur maligne) ; cliniquement, il présente dans certaines circonstances, au contraire, « en miniature » comme on l'a dit les caractères d'une tumeur maligne, car il s'étend sur place, récidive localement et à distance. Il peut faire des métastases et présente des propagations ganglionnaires. Dans la classe des tumeurs, l'endométriome présente donc un type véritable de transition, aux confins de la bénignité et de la malignité, et, de ce fait, il est déjà fort intéressant pour l'étude.

Mais l'endométriome a aussi une autre caractéristique des plus importantes au point de vue pathogénique général des tumeurs, car il apporte un appoint sérieux à la théorie endocrinologique du cancer, ou tout au moins à l'influence des sécrétions endocriniennes sur le développement des tumeurs. En effet, la tumeur endométriale, non seulement, présente des poussées fluxionnaires en rapport avec la menstruation, non seulement son évolution est liée à la période d'activité génitale de la femme durant laquelle elle n'a aucune tendance à la guérison spontanée, mais aussi, fait expérimental d'une importance scientifique extrême, elle guérit, même incomplètement enlevée, après la suppression, chirurgicale ou rœntgenthérapique du fonctionnement ovarien.

***

Quelles sont les localisations habituelles de l'endométriome ?

Ce point est d'un grand intérêt, car des diverses localisations de la tumeur résultent les aspects cliniques variés pris par la maladie.

Il y a lieu d'en faire deux classes : les localisations portant sur la sphère génitale et celles qui siègent à distance.

Dans la sphère génitale l'endométriome se rencontre sur l'utérus, sur l'ovaire dans ce cas, notion importante, il est habituellement bilatéral), sur la trompe, dans les ligaments utéro-sacrés, sur le ligament rond (comme dans l'observation rapportée), dans l'épaisseur du ligament large.

Les localisations à distance ont été rencontrées :

au Douglas (très importante),

à l'ombilic,

dans le mésentère,

dans le mésocôlon et au contact même de l'intestin,

à l'appendice,

dans les cicatrices opératoires abdominales pratiquées aussi bien pour lésion de l'appendice et de l'intestin que dans celles résultant d'opérations portant sur la sphère génitale.

***

Quelles sont les manifestations cliniques de l'endométriome ?

Il y a lieu d'envisager successivement les caractères communs familiaux, si l'on peut s'exprimer ainsi, à tous les endométriomes, puis les caractères propres à certaines localisations principales :

a) Manifestations cliniques communes devant, quelle que soit la localisation, faire naître dans l'esprit du médecin l'hypothèse de l'endométriome.

La maladie ne s'observe que dans la *période d'activité génitale* de la femme.

Quel que soit le siège d'une lésion suspecte, la périodicité des symptômes, *en rapport avec la menstruation*, est un élément de première importance. Phénomènes douloureux localisés ou troubles fonctionnels se développent à ce moment.

Un signe local, quand il existe, sur lequel a insisté M. Brocq, un *nodule du Douglas*, sous forme d'une petite masse indurée siégeant à l'extrémité supérieure de la cloison recto-vaginale, devra faire songer à cette affection.

Une tumeur et l'un seul de ces deux signes spécifiques seront souvent les seules manifestations de la plupart des localisation. Nous n'insisterons que sur l'une d'entre elles :

b) *La localisation ovarienne* : En raison de sa fréquence, de son intérêt pathogénique, parce que mieux connue et mieux étudiée, elle mérite qu'on s'y arrête.

Sa symptomatologie peut être latente, mais elle est aussi parfois plus expressive. L'organe, siège de poussées fluxionnaires au moment des règles, donne naissance au syndrome suivant plus ou moins complet ;

dysménorrhée à maximum tardif, débutant un ou deux jours avant les règles, s'accroissant durant la période menstruelle pour atteindre son acmé parfois atroce à la fin de ces dernières.

Le siège des douleurs, n'a rien de caractéristique : lombes, bassin, région périnéale, irradiation sciatique ;

les ménorragies et les métrorragies sont fréquentes sous forme de pertes noirâtres,

au toucher : on perçoit une masse annexielle, molle, sensible à la pression,

la stérilité est extrêmement fréquente.

On a signalé la persistance d'un *état subfébrile* en recrudescence au moment des périodes menstruelles.

Dans le cours de l'évolution de la maladie des complications peuvent survenir qui attirent l'attention et éclairent.

Ce sont des *épisodes pelvi-péritonitiques* par rupture d'un des kystes goudronneux et développement des signes d'une hématocèle, avec empâtement du Douglas. Plus rarement ces accidents iront jusqu'aux manifestations de la

rupture. Ces poussées pelvi-péritonéales enfin, génératrices d'adhérences ont pu dans certains cas conduire à des accidents d'occlusion.

***

A propos de quelles affections de la sphère génitale de la femme conviendrait-il ainsi de penser à l'endométriome ?

Petit utérus d'allure fibromateuse, saignant périodiquement ; kystes ovariens, mais surtout salpingites et grossesses extra-utérines à *recrudescence symptomatique menstruelle*, devront y faire songer.

Il ne faudra pas oublier enfin que certaines dysménorrhées douloureuses, certaines stérilités, peuvent être le fait de l'endométriome ovarien. Ce diagnostic est d'autant plus important, que dans le dernier cas, il est vrai exceptionnel, ou l'endométriome est unilatéral, l'ablation de l'ovaire malade a permis le développement ultérieur d'une grossesse.

***

Quelle tactique opératoire adopter en présence d'un endométriome ?

C'est, en général en présence de la localisation génitale la plus fréquente et de la localisation ovarienne qu'on se trouvera.

Toujours on n'aura que des présomptions ou bien ce sera une surprise opératoire, aussi dans cette dernière alternative, quand devra-t-on y songer plus particulièrement ?

M. Brocq nous a donné de précieux conseils à propos de ce *diagnostic opératoire* et l'on devra avec lui procéder à une méthodique exploration du pelvis et de l'appareil génital tout entier. Enduit brunâtre du Douglas, puis sang goudronneux au cours de début des manœuvres de libération des annexes, retiendront tout d'abord notre attention. Sur l'ovaire suspect on trouvera parfois de petits kystes hémorragiques. Il faudra se porter de suite à l'autre ovaire supposé sain et y rechercher aussi un endométriome au début qui se présentera sous l'aspect « d'une petite tête d'épingle violacée ». Nous devrons à leur tour explorer l'utérus, les ligaments larges avec leurs trois ailerons, le Douglas, le péritoine du pelvis et étendant le cercle de nos investigations rechercher encore une greffe possible sur la séreuse intestinale et vésicale. Certaines de ces greffes, par leur volume ou leur siège, nécessiteront une ablation, mais il est important en pratique de savoir qu'il ne faut pas s'obstiner à vouloir enlever tous les prolongements et toutes les localisations, et que dans ces cas l'ablation de l'ovaire s'impose et qu'elle doit être bilatérale. Il existe une observation de Schikélé où dans un cas d'endométriome du septum vaginal l'ablation des ovaires guérit la malade.

Enfin, pour les récidives et dans certains cas spéciaux ou pourraient exister des contre-indications opératoires, on ne devra point oublier l'efficacité de la castration physique par Rœntgenthérapie.

LA RADIOTHÉRAPIE DANS LE TRAITEMENT DES AFFECTIONS DU FOLLICULE PILO-SÉBACÉ

Docteur Max Ségal

Dans les affections du follicule pilo-sébacé, le traitement interne est souvent indispensable mais c'est le traitement local qui est de beaucoup le plus important.

Le soufre et l'iode sont les meilleurs topiques du follicule pileux. Employés alternativement, particulièrement dans l'acné, ils paraissent donner de meilleurs résultats.

La radiothérapie présente dans ces affections une ressource du plus haut intérêt. Bien qu'elle semble s'appliquer à la majeure partie de ces affections, en bénéficient principalement :

a) L'acné selon la méthode des doses fractionnées et répétées ;

b) Les furoncles et anthrax du centre de la face et les furonculoses localisées tenaces ;

c) Les sycosis à des doses qui ne requièrent pas toujours l'épilation (1).

(1) Thèse de Paris. 1937.

UNE OBSERVATION DE VOMISSEMENTS INCOERCIBLES DE LA GROSSESSE ASSOCIÉS A L'AVITAMINOSE

• • •

Associés à ? ou : dus à ? C'est la question qui se pose et que ne se permet pas de résoudre, l'auteur de cette communication, L.-M. Randall (1). Le résultat du traitement, qu'il a institué permet en tout cas de la poser et, de façon plus générale, de discuter le rôle de certaines avitaminoses dans les vomissements incoercibles.

Une femme de 31 ans, dont les dernières règles remontent au 2 octobre 1936, commence à vomir le 20 novembre. Le médecin traitant institue un régime fortement hydrocarboné et fait absorber quinze ampoules d'une préparation d'hormone œstrogène. Il n'obtient aucun résultat. Des examens répétés de la pression artérielle et des analyses d'urines ne fournissent aucun indice sauf, en dernier lieu, un certain degré de glycosurie.

La malade perd 23 kgr. et elle commence à souffrir de l'oreille droite. Dans les vingt-quatre heures précédant l'entrée à la Clinique, elle reçoit dans les veines deux litres d'une solution saline et sous la peau, un litre d'une solution de glucose à 5 % en même temps que 80 unités d'insuline.

A son arrivée, elle est somnolente, a de la confusion des idées, se plaint d'un trouble de la vision et d'hallucinations visuelles.

Les réflexes pupillaires sont normaux et les champs visuels aussi. Mais l'examen du fond de l'œil révèle un léger œdème et des foyers hémorragiques des deux côtés. En outre, présence de nystagmus. Léger écoulement par le conduit auditif droit, le tympan est humide et la mastoïde sensible à la pression. La malade est pâle et perd un peu de sang.

La pression artérielle est de 9-7, la densité de l'urine de 1018 ; il existe une légère albuminurie et, à l'examen microscopique, un globule rouge et dix polynucléaires altérés par champ. Hémoglobine : 12,3 gram. pour 100 c. c. de sang ; globules rouges : 4 millions ; globules blancs : 6.200. 12 centigr. d'urée par litre, 60 centigr. de chlorures, 20 centigr. de cholestérol, 91 centigr. de sucre. Une ponction lombaire donne des résultats négatifs.

Des compresses chaudes sont appliquées sur la région mastoïdienne droite. On injecte 1 centigramme de morphine sous la peau et, comme la patiente paraît déshydratée, un litre d'une solution de dextrose à 10 % dans les veines.

Déjà le jour suivant, elle garde assez de nourriture et de liquide, pour qu'on puisse cesser les injections intraveineuses.

On administre 1 c. c. d'une solution concentrée de vitamine B (1 milligr. équivalant à 500 unités *internationales*) et 2 c. c. d'un extrait de foie. Le second jour, la dose de vitamine B est augmentée à 2 c. c. A partir du quatrième jour, on supprime le foie ; ensuite, on ramène la vitamine B à 1 c. c. par jour pendant trois jours. A la suite, de quoi est ordonnée la prise quotidienne par la bouche de six tablettes de levure de bière. En même temps, était institué un régime fortement vitaminé à la faveur de six ou sept petits repas par jour.

Au neuvième jour, de traitement, l'examen des fonds d'yeux révèle une amélioration notable : les taches hémorragiques se sont rétrécies. Au onzième jour, elles ont complètement disparu à gauche, continuent à se résorber à droite et les troubles de la vision ont disparu.

L'albuminurie décroît graduellement. Au moment de la sortie de la clinique, elle est réduite à des traces. Il n'y a plus de sucre.

L'auteur conclut qu'il faut penser à l'avitaminose dans les cas de vomissements incoercibles et qu'il est toujours indiqué de procéder à l'examen du fond d'œil, ne serait-ce que pour, en répétant les examens, suivre le progrès de la désintoxication.

G. LAVALÉE.

(1) *Staff meetings of the Mayo Clinic.*, May 19-1937.

NOTRE ASSOCIÉ, LE COLIBACILLE

Par le Docteur A. GAUDUCHEAU

Depuis que la colibacillose est à la mode, on s'occupe beaucoup de l'action pathogène du bacille du côlon. Mais il ne faudrait pas que cette maladie, en somme assez rare, et généralement bénigne, nous fit oublier que le colibacille est un hôte normal de notre tube digestif et qu'il joue, en cette qualité, un rôle physiologique important. Nous allons voir ici que ce microbe est capable de produire et de déverser dans l'organisme des substances qui ont pour effet d'entretenir l'immunité naturelle.

Rappelons que l'immunisation par la voie du gros intestin a été démontrée expérimentalement par J. Courmont et A. Rochaix (1). Ces auteurs ont vu que, par des lavements de cultures tuées du bacille typhique, on obtient chez le lapin une immunité antityphique spécifique.

Les deux premières expériences ci-dessous prouvent que l'absorption intestinale des produits solubles des cultures du colibacille détermine un état d'immunité ou d'allergie non spécifique.

I. Trois lapins reçoivent, par voie rectale, avec suture temporaire de l'anus pendant deux heures, 10 c. c. de culture de colibacille sur bouillon âgé de quatre jours, tué par chauffage à + 55° pendant trente minutes. Deux autres lapins, de même race et sensiblement de même âge et de même poids, servent de témoins. Un mois plus tard, ces cinq animaux sont injectés sous la peau rasée de l'abdomen par une dose égale d'un bacille dysentérique. Un des témoins meurt après quatre jours. L'autre témoin perd 220 grammes de son poids, passant de 1.700 à 1.480 grammes. Au contraire, les trois animaux qui avaient été traités un mois auparavant par des lavements de colibacille ont largement récupéré leur poids huit jours après l'injection d'épreuve. Au point de cette injection, il y a, chez les témoins, formation d'une grosse escarre noire ; pendant que, chez les vaccinés, il n'y a pas d'escarre, mais seulement une tuméfaction rouge. Par conséquent, au double point de vue des réactions locales et générales, l'introduction préalable du colibacille dans le rectum a produit un effet manifeste d'immunisation contre ce bacille dysentérique.

C'est là un exemple d'immunité non spécifique provoquée par le colibacille et par voie intestinale (2).

II. Trois lapins reçoivent dans le rectum une culture de colibacille, comme il est dit ci-dessus. Trois autres lapins servent de témoins. L'essai de l'immunité chez ces six animaux se fait par injection sous la peau rasée de 5 c. c. de culture vivante sur bouillon de bacille typhique. (Cette méthode d'épreuve de l'immunité sur la peau rasée du lapin est excellente ; elle permet de mesurer, de comparer exactement l'incubation, l'intensité, la forme et la durée des réactions cutanées aux points de pénétration des virus, pour voir si la sensibilité d'un organisme a été modifiée par un antigène).

Les six lapins survivent. Ils font tous une réaction inflammatoire locale avec escarre ; mais cette réaction est plus violente et l'escarre plus étendue chez les animaux qui avaient reçu le lavement du bacille du côlon. Il s'est donc produit, par l'action préparante du colibacille, un état d'allergie non-spécifique pour le bacille typhique (3).

Ces expériences permettent d'expliquer pourquoi les jeunes organismes, dont la flore intestinale définitive n'est pas encore installée, ne se comportent pas toujours comme les adultes, à l'égard de diverses infections, par exemple la variole et la vaccine.

***

Le colibacille peut aider l'organisme à se défendre contre certaines maladies infectieuses.

Les expériences suivantes montrent ce qui se passe lorsqu'on associe le colibacille avec le bacille de Koch dans l'infection du lapin et du cobaye.

III. Un lapin (n° 1) mâle, pesant 2 kgr. 370, est inoculé sous la peau de l'abdomen par 15 milligr. de culture de B. C. G. âgée de vingt-huit jours sur pomme de terre, mélangés avec la même quantité de culture sur gélose d'un bacille du côlon. Un autre lapin témoin (n° 2) de même sexe et de même couleur, pesant 2 kgr. 240, reçoit du B. C. G. seul.

Deux mois après ces inoculations, il y a chez le témoin un petit nodule induré et chez le n° 1 un gros abcès ulcéré. Après trois mois, les lésions locales sont guéries.

A la fin de l'expérience, après six mois, ces lapins sont en bonne santé apparente.

Pendant les deux semaines qui suivirent les inoculations, le poids du n° 1 (B. C. G. + B. coli) tomba audessous du poids du témoin (B. C. G. seul). Ensuite le poids du n° 1 s'éleva rapidement et après trois mois, il pesait 700 grammes de plus que l'autre (3 kgr. 550 contre 2 kgr. 850).

Voilà donc deux animaux en tous points comparables au début de l'expérience qui accusent, trois mois après l'inoculation, une énorme différence de poids ; celui qui a été injecté par le bacille du côlon associé avec le B. C. G. pèse 25 % de plus que le témoin (4).

IV. Trois cobayes mâles, comparables à tous égards, sont inoculés sous la peau par un bacille tuberculeux virulent (souche bovine Vallée) avec ou sans association de colibacille vivant ou tué à + 65°.

Le cobaye témoin qui a reçu la tuberculose seulement meurt en cinq semaines.

Celui qui a été inoculé en même temps par le bacille de Koch virulent et par le colibacille stérilisé meurt après quatre mois. Il présente, au point de l'inoculation, une large escarre.

Enfin, celui qui a reçu simultanément la tuberculose et le bacille du côlon vivant, meurt seulement après six mois. Il présente, à ce moment, un abcès fistulisé au point d'inoculation.

Il paraît donc que chez ces cobayes normaux, non allergiques, le colibacille a prolongé la survie dans de fortes proportions (5).

V. Deux cobayes (n°s 69 et 70) témoins, sont inoculés sous la peau de l'abdomen par une culture tuée à +80° de tuberculose (bovine Vallée). Trois autres

cobayes (nos 72, 73 et 74) reçoivent dans les mêmes conditions la même quantité de bacille de Koch tué, additionné de culture vivante de bacille du côlon.

Après deux mois, le poids du corps des deux témoins s'est élevé de 370 grammes au total, soit de 185 grammes chacun. A cette même date, le poids du corps des trois autres cobayes s'est élevé de 750 grammes au total, soit de 250 grammes chacun.

VI. Le cobaye (no 74) de l'expérience V ci-dessus qui avait reçu, deux mois auparavant, une culture tuée de tuberculose additionnée de colibacille vivant et le cobaye (no 70) témoin, qui avait reçu, dans les mêmes conditions, le bacille de Koch tué seulement, sont inoculés sous la peau de la face interne d'une cuisse par une culture vivante de tuberculose, de la même souche bovine.

Quarante jours plus tard, soit cent jours après le début de l'expérience, le témoin 70 présente, au point de l'inoculation virulente, un chancre largement ouvert à bords décollés et fond jaune suppurant. A cette même date, le chancre d'inoculation du cobaye 74 est cicatrisé.

Depuis le début, le poids du témoin no 70 s'est élevé de 60 grammes, pendant que le poids du no 74 s'élevait de 290 grammes.

Le témoin meurt 69 jours et l'autre 106 jours après l'inoculation virulente.

Nous voyons, d'après ces petites expériences, que le colibacille, loin d'ajouter ses effets pathogènes propres à ceux du bacille de Koch, loin de hâter, a ralenti la marche toujours fatale de la tuberculose du cobaye, qu'il a stimulé la nutrition des animaux malades, puisque le poids de leur corps s'est relevé plus fortement chez les traités que chez les témoins. Il s'est passé ici ce que l'on observe chez l'homme, au cours de certaines convalescences, par exemple lorsque des poussées de tuberculose guérissent et que les sujets engraissent rapidement. La nutrition de l'organisme est stimulée par la maladie, lorsque la défense naturelle est suffisante.

***

Pour expliquer ces résultats, il suffit, croyons-nous, de considérer que le colibacille s'est comporté dans ces expériences, comme un stimulant général non spécifique.

Tous les médecins ont l'occasion de constater, dans leur pratique journalière, l'efficacité de ces médicaments qui donnent le « coup de fouet » à l'organisme déprimé, qui, par le mécanisme du choc ou autrement, l'aident à se défendre contre les infections. Le colibacille et sans doute d'autres bactéries peuvent jouer ce rôle. Cela autorise à penser que l'on pourrait renforcer les processus de l'immunité en ajoutant du colibacille vivant aux virus spécifiques tués, par exemple à des antigènes stérilisés aphteux, tuberculeux, syphilitiques, etc., pour augmenter leur efficacité préventive ou thérapeutique.

On utilise déjà, depuis longtemps, des associations virulentes stérilisées et l'on attribue les bons effets de ces mélanges à ce que chaque sorte de maladie infectieuse que l'on veut prévenir ou combattre trouve dans ces vaccins mixtes son propre antigène spécifique. Tel vaccin couramment employé en médecine pour la vaccinothérapie des furoncles et des anthrax jouit actuellement d'un grand et légitime succès. On dit qu'il renferme un mélange de staphylocoque, de streptocoque et de pyocyaniquè et que son auteur l'a ainsi constitué pour provoquer la formation d'anticorps spécifiques contre les principaux germes des inflammations ; le produit serait polyvalent, efficace contre plusieurs germes, parce que chacun d'eux y trouverait son antidote spécial. Il est plus probable, à mon avis, que le bacille de Gessard intervient là simplement comme toute autre bactérie auxiliaire de la phagocytose, capable de stimuler les leucocytes ; les microcoques apportant au mélange la partie spécifique antigène.

***

Les cliniciens ont remarqué, eux aussi, que le colibacille, loin de toujours déprimer l'organisme, exerce parfois, au contraire des effets bienfaisants. Le Docteur Mauté a fait cette curieuse constatation que certaines malades, après des atteintes de colibacillose, présentent un état général exceptionnellement florissant ; elles conservent « longtemps l'apparence de la jeunesse ; elles seront, au delà de l'automne encore de jolies femmes et c'est souvent parmi elles que se recrutent les centenaires » (6).

Il faut faire un rapprochement entre ces observations cliniques et les expériences ci-dessus relatives à l'action du colibacille sur la nutrition et l'immunité.

Mais nous ne savons presque rien sur les causes des variations de la résistance de l'organisme et de la virulence des bactéries.

Depuis que Porcher et Désoubry (7) ont montré que les microbes de l'intestin sont capables de passer dans la circulation sanguine sans qu'il en résulte le moindre trouble, il paraît que notre commensal, le bacille du côlon peut sans inconvénient, par de périodiques invasions du sang, déterminer non des maladies, mais bien de simples stimulations générales, habituelles normales, exciter l'organisme, l'entraîner à la lutte contre les microbes et relever ses forces.

Dans les conditions naturelles, les contaminations se font rarement par des germes purs, les pathogènes pénètrent habituellement dans notre organisme en association avec des saprophytes ou des commensaux, notamment avec le colibacille. Lorsque, par exemple, le bacille de Koch, venant du lait, traverse la barrière intestinale, il est sans doute accompagné du colibacille et celui-ci peut agir comme nous venons de le voir dans le sens de la préservation.

***

La vie normale n'est pas aseptique. Nous vivons parmi les microbes.

Les anciennes expériences de Nuttall et Tierfelder devraient être reprises aujourd'hui, à la lumière des acquisitions récentes dans le domaine des vitamines. On ajouterait de l'acide ascorbique aux aliments stérilisés et l'on prolongerait les essais pendant plusieurs générations, si possible. Les résultats de ces recherches nous obligeraient probablement à rectifier notre opinion au sujet de la vie aseptique. Je pense que l'immunité naturelle des animaux contre les microbes se perdrait à la longue, si elle n'était entretenue par de petites infections périodiques et par l'activité de nos commensaux.

Nous devons être armés pour résister à la putréfaction et à l'infection. Nous en avons les moyens : notre revêtement cutané et muqueux, nos phagocytes, etc... Ces moyens de défense nous ont été transmis par l'hérédité. Avant de nous être léguées, ces défenses ont été acquises par la lignée des animaux qui nous ont précédés sur la terre. Notre grand ancêtre, l'amibe, vivait déjà avec les bacilles ; il apprenait à se défendre contre ces bactéries et à construire sa carapace protectrice, son kyste, première ébauche de notre peau. A cette époque lointaine, lorsque la vie sur notre planète se réduisait aux seuls végétaux et animaux inférieurs, le protozoaire élaborait ses défenses contre les bactéries de son ambiance, parce qu'il y était sollicité, obligé par les agressions, les irritations constantes de ces microbes. L'excitation bactérienne est un phénomène général qui a contribué à la formation et au développement des défenses de plus en plus perfectionnées qui ont apparu dans la série. La construction des organes compliqués des animaux supérieurs est due, pour une part à ce que les bactéries ont excité, irrité continuellement les animaux et les ont obligés à toujours renforcer et multiplier leurs moyens de défense. D'un bout à l'autre de l'échelle, les animaux sont tenus de se défendre contre les germes ubiquitaires de la putréfaction et de la maladie ; ils doivent continuellement entretenir leur immunité.

C'est dans la lutte contre les microbes, dans la souffrance et la maladie que nous maintenons et développons, au bénéfice de nos descendants, la résistance supérieurement organisée de notre espèce.

BIBLIOGRAPHIE

(1) *C. R. Ac. des sciences*, 20 mars 1911, 10 avril 1911, 27 novembre 1911.
(2) *Soc. méd. ch. de l'Indochine*, 1912, 9, p. 571.
(3) *Soc. méd. ch. de l'Indochine*, 1913, 4, p. 167.
(4) *Soc. de pathologie exotique*, 1935, 6, p. 420.
(5) *Soc. de pathologie exotique*, 1936, 10, p. 1069.
(6) *Le Matin*, 1er mars 1937.
(7) *C. R. Soc. de biologie*, 1895, pp. 104 et 344.

TRAITEMENT DE LA COLIBACILLOSE PAR LE « PROCÉDÉ DE LA TRIPLE AUTO-VACCINATION »

Le Docteur Marcel Gallois (1) a établi que la thérapeutique actuelle de la colibacillose entéro-uro-génitale doit s'inspirer de la triple localisation, intestinale, urinaire et génitale du colibacille dans l'organisme.

Il faut d'abord faire un diagnostic bactériologique très exact et rechercher le colibacille auquel sont souvent associés l'entérocoque, le staphylocoque, etc, dans les selles, dans les urines, et dans la sécrétion utéro-vaginale chez la femme. Ces prélèvements doivent être faits avec le *modus faciendi* exposé en détail.

Avec ces divers éléments, le laboratoire effectue un premier examen par recherche directe, puis procède immédiatement à une mise en culture qui permet de conserver les souches microbiennes propres à chaque malade. Elles sont utilisées pour la préparation d'un auto-vaccin, en solution isotonique, que l'on administre par la voie buccale, ainsi qu'en pansements vaginaux et utérins. Cet auto-vaccin est mis ensuite en solution diluée, en des proportions variables suivant la réaction auto-vaccinale de chaque malade, et cette solution sert à des instillations vésicales et uréthrales. L'administration buccale doit avoir lieu régulièrement pendant trois mois, associée à un régime alimentaire spécial ; les traitements locaux sont faits tous les deux jours, 18 fois environ. Ce traitement n'est pas douloureux, ne donne pas de réactions fébriles, et permet au malade de vaquer à ses occupations journalières. Il a procuré à l'auteur les meilleurs résultats.

(1) *Rev. prat. des mal. des org. génito-urinaires*, septembre 1936.



LA CLINIQUE AU GOUT DU JOUR



Contre le spasme vasculaire, origine d'accidents brusques et graves

D'après le Professeur LOEPER et le Professeur agrégé A. LEMAIRE (*)

Ictus, ramollissement du cerveau, infarctus du myocarde, certains angors, impotence d'un membre, gangrène d'un orteil, peuvent être l'aboutissant d'accidents brusques et graves, que le spasme artériel est capable de déterminer au niveau du cerveau, des viscères, des membres.

Mais, s'il s'agit là de lésions secondaires et dégénératives, déterminées à la longue par le spasme, l'*alerte première est donnée par une crampe, une douleur, une céphalée, un vertige,* car l'organe, brusquement anémié, se trouve d'abord en état de stupeur, avant l'apparition de ces altérations irrémédiables.

Les causes provocatrices du spasme sont multiples : choc nerveux, émotion, refroidissement, absorption d'un toxique ou d'un médicament. Un trouble digestif peut le précéder ; un bouleversement humoral, une rupture d'équilibre physico-chimique quelconque, un choc anaphylactique l'expliquer. A vrai dire, l'*hypertension occupe la première place.*

Le spasme vasculaire étant un accident aigu *sur un terrain prédisposé,* il faut en considérer le traitement d'urgence d'abord, les moyens préventifs ensuite : localisé, un spasme naît souvent de l'irritabilité spéciale d'une paroi vasculaire ; généralisé, il ne peut guère dépendre que de l'hypertension artérielle, stable ou paroxystique. Enfin, le système nerveux vaso-moteur est très influencé par les variations de l'équilibre endocrinien. Toutes ces considérations sont importantes ; elles compliquent la thérapeutique.

LE TRAITEMENT D'URGENCE

L'acétylcholine est le médicament d'urgence le plus employé. Elle s'emploie à la forte dose de vingt centigrammes, en injections intra-musculaire et sous-cutanée. Par voie intra-veineuse, on injecte de un à trois cent. cubes, jamais plus de cinq. Quel que soit le mode choisi, l'efficacité est indiscutable, et le spasme cède en quelques minutes ou en quelques secondes.

Mais, il faut injecter ce médicament, *avec circonspection,* après un diagnostic solidement établi (non seulement par l'oscillométrie, mais encore par l'artériographie — Leriche et Fontaine) d'un spasme, et d'un spasme aussi pur que possible. Employée ainsi à bon escient, l'acétylcholine fait merveille ; elle est capable de résoudre des troubles d'allure dramatique, et son action est parfois vraiment héroïque. Cependant une hémorragie peut être provoquée par rupture vasculaire, ou bien accrue, si le spasme se greffe sur une paroi vasculaire friable. Quand quelque petite hémorragie s'est produite, qui a provoqué l'ictus, quand surtout la rupture et le spasme vasculaire sont contemporains, le médicament accroît le raptus hémorragique, en dilatant fortement et brutalement les artérioles déjà rompues.

Enfin, si le myocarde est suspect, on doit administrer ce médicament après un toni-cardiaque (camphre, ouabaïne), car il est démontré que celui-ci diminue la tonicité du myocarde.

L'acétylcholine agirait beaucoup plus sur les artérioles des membres que sur celles du cœur, et très peu sur celles de l'encéphale. Elle triomphe notamment dans les claudications intermittentes des membres inférieurs. On peut la rendre plus efficace, en cas de spasme cérébral, par l'addition d'yohimbine, qui accentue son action, en prolonge la durée.

Voici une formule préconisée par les auteurs en pratique médicale :

Chlorure d'acétylcholine.....	0 gr. 10
Chlorhydrate de yohimbine	0 gr. 005 à 0,01

En injection sous-cutanée ou intramusculaire.

Les autres antispasmodiques ou dilatateurs ne sont pourtant pas négligeables : l'inhalation de nitrite d'amyle, l'injection de IV gouttes de trinitrine en solution à 1 p. 100, de 0,01 à 0,03 centigr. de nitrite de soude, voire d'une ampoule

(1) Traitement médical du spasme vasculaire. (*Le Journal médical Français*, juillet 1937.)

d'intrait de gui. Les médicaments de ce groupe agissent plutôt sur les capillaires ; ils n'ont donc guère les risques de l'acétylcholine, mais ils sont moins actifs.

Le *nitrite de soude* exerce une action efficace sur les spasmes des vaisseaux de l'encéphale ; il est bien supporté en injections sous-cutanées ou intra-musculaires, pur ou associé au citrate de soude. Le *disulfure de diallyle*, à 0,10 ctgr. dans 1 c. c. d'huile, représente le produit synthétique et essentiel de l'ail ; ce médicament peut être injecté au lieu d'être pris par voie buccale, et l'on peut en obtenir un résultat rapide et complet.

Chaque territoire vasculaire réagit d'une manière différente à la thérapeutique contre le spasme ; mais, aujourd'hui encore, l'élection de ces médicaments spéciaux n'est pas toujours exactement définie.

L'idéal serait de *choisir le médicament d'après la localisation du spasme*, et de l'orienter vers tel ou tel tissu ou organe. *Malheureusement l'état actuel de nos connaissances ne permet guère d'avoir une notion tout à fait définitive sur ce point.*

La *saignée* mérite également une place importante, car elle réduit le spasme et provoque l'hypotension. En période de spasme, elle reste pourtant discutée ; elle a pu augmenter la stase cérébrale et réaliser un ramollissement cérébral, ou ne pas corriger immédiatement l'insuffisance de l'apport du sang dans une région aném provoquer même des ictus au cours d'une hypertensive. Quoiqu'il en soit, la saignée a donné souvent de bons résultats, mais elle doit être maniée avec prudence, et dans la certitude d'un spasme véritable.

A la saignée, on peut d'ailleurs préférer l'*autohémothérapie*, sans que son mécanisme de vasodilatation soit encore bien élucidé.

***

Le traitement préventif

A) Les médicaments

Leur action doit viser : 1° la tendance spasmodique ; 2° les causes susceptibles de déterminer le spasme.

Voici une prescription générale de cures, à *répéter tous les trois mois* :

Vingt jours d'acétylcholine en injections de 10 cgr. par jour, tous les deux jours, contre la tendance spasmodique.

Dix jours de cratægus : XXX gouttes par jour, avec ou sans valériane, médication sédative propre à éviter le déclenchement d'un spasme.

Dix jours encore de teinture d'ail, X gouttes matin et soir, vaso-dilatateur et tonicardiaque.

Dix derniers jours enfin, un diurétique, tel que la scille , l'oxymel-scillitique pour lutter contre l'hypertension.

On joindra à cette médication : de petites saignées locales, des ventouses scarifiées et une purgation de temps à autre.

Citons maintenant quelques produits de remplacement ou de complément :

Contre la tendance spasmodique : les potions de nitrate de soude à la dose de 0,05 à 0,10 ctgr. par jour ; le benzoate de benzyle à raison de XX gouttes par jour.

Contre l'hypertension, mêmes médicaments ; en plus des diurétiques : théobromine, etc ; des urolytiques : piperazine, lithine ; des cholagogues, atophan, artichaut, boldo et le citrate de soude, qui agit sur la viscosité sanguine à la dose de 4 et 6 gr. par jour.

Contre les scléroses artérielles et l'athérome : l'iode, les combinaisons peptonées (lipiodol), le soufre colloïdal.

Contre le déclenchement du spasme : la valériane, l'anémone pulsatile, la passiflore, les bromures.

Parmi les produits opothérapiques, les auteurs ont donné la préférence aux extraits *désalbuminés de muqueuse gastrique, dont l'action* hypotensive est efficace à la longue ; il en est de même pour la vagotonine de Santenoise, l'histamine, la choline, les acides aminés.

B) L'alimentation

Le malade devra éviter : les substances qui stimulent trop violemment le tonus du système nerveux : le thé fort, le café seront interdits ou tolérés seulement à petites doses ; le vin sera consommé avec modération. Le café décaféiné peut être donné largement ; l'infusion de fleur de thé apparaît sans danger.

Les substances susceptibles d'irriter les artères, celles qui ont pour ces artères un tropisme particulier, sont à rejeter. Outre les lésions pariétales qu'elles peuvent produire, l'irritation de la fibre musculaire est indiscutable. Gibier, champignons, assaisonnement forts, poivre sont tous des poisons des artères. Il les faut prohiber et prohiber aussi oseille, rhubarbe, gélatine, abats, non parce qu'ils sont irritants, mais parce qu'ils augmentent l'acide urique et oxalique.

Le régime sera *lacto-végétarien* et les *cures de jeune* de vingt-quatre heures, avec eau sulfatée et fruits, procureront à l'organisme un repos utile.

C) L'hygiène

Tout sujet, ayant souffert de spasme vasculaire ou qui est sujet à cette sorte d'accident, doit observer une hygiène spéciale, en vue de soustraire son organisme à toutes causes susceptibles de favoriser l'apparition ou la récidive de l'hypertonie.

Il évitera complètement le séjour au bord immédiat de la mer, ou sur des plateaux éventés ; il évitera les hautes altitudes et surtout l'exposition au vent. Encore le vent agit-il beaucoup plus encore à basse température et à forte altitude. Un fond de vallée, bien abritée, ne comporte pas l'effet nocif d'un plateau dépourvu de paravents naturels. Et la partie est de la côte méditerranéenne française se montre exempte des dangers que comporte le reste des rivages de notre pays.

D) La physiothérapie

Les douches sont souvent utiles. Elles ne devront jamais être données que *tièdes*, en pluie, à faible pression, assez longues : à 36°, pendant deux minutes et demie, lorsque l'instabilité vaso-motrice est évidente.

La radiothérapie profonde de la région lombaire ne s'adresse guère qu'aux ischémies artéritiques des membres inférieurs. On ne saurait dire très exactement, si elle agit en diminuant l'activité adrénalino-sécrétoire des surrénales, ou en sidérant le tonus des plexus nerveux splanchniques. On se contente des résultats pratiques, à défaut d'une explication encore litigieuse.

Les rayons U. V. atténuent parfois le spasme des artères périphériques. Ils ne sont hypercalcifiants qu'à forte dose, et souvent *répétée*. Ils ont, en outre, la propriété assez singulière d'augmenter le pouvoir solubilisateur du sérum vis-à-vis du cholestérol ; cette constatation amène à les employer, avec succès dans l'artérite oblitérante des membres. Mais elle ne peut certes jouer pour tous les spasmes vasculaires.

Balnéothérapie. — Le médecin, qui aura reconnu, chez un de ses malades, quelque phénomène vaso-spasmodique, ne devra jamais négliger l'emploi des ressources balnéothérapiques.

Tout bain chargé de gaz carbonique détermine une vaso-dilatation active et généralisée.

Cet élément gazeux vaso-dilatateur circule dans l'organisme sans déterminer aucun danger ; son effet tonique sur le myocarde est évident. Son évacuation est facile ; elle n'est complète qu'au bout de trois heures, ce qui permet une action de l'acide carbonique.

On peut encore introduire artificiellement le gaz sous la peau ou dans l'intestin, au moyen d'instruments appropriés.

Quelle que soit la localisation du spasme vasculaire, la *voie pulmonaire* n'est pas très recommandable. Elle convient aux seuls cas, dans lesquels on veut réveiller le centre respiratoire du bulbe : certaines syncopes opératoires, intoxication par l'oxyde de carbone, asphyxie par les gaz de combat, en bénéficient à coup sûr. Mais l'inhalation de gaz carbonique, en cas de spasme vasculaire, a le très grave inconvénient de bloquer la voie normale d'élimination du médicament ; il en résulte une trop forte tension de CO^2 dans le sang artériel. L'excitation des centres nerveux vaso-moteurs, qui s'ensuit directement, agit donc à l'encontre du but poursuivi.

L'injection sous-cutanée, suivant la technique de Lian, est plus efficace.

La voie intra-rectale n'est pas moins recommandable. Par ces deux voies, en tout cas, le gaz carbonique n'élève sa tension dans le sang artériel que de la proportion utile et suffisante pour obtenir un effet vaso-dilatateur immédiat, un élargissement des artérioles et des capillaires, qui est visible sur les animaux d'expérience.

Comme le bain carbo-gazeux a presque autant d'action que les injections, dans la majorité des cas, c'est à lui que l'on s'adressera. Et à ce titre la cure de Royat est la cure des spasmodiques et des hypertendus. Le grand succès du bain s'affirme dans le traitement préventif des crises chez les malades prédisposés comme le sont tous les hypertendus.

G. Fischer.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Syphilis et diététique (Les pseudo-intolérances aux médicaments)

Le Docteur G. LEVEN a voulu montrer non pas que la syphilis guérissait avec un régime déterminé, mais pourquoi l'hygiène alimentaire, utile à tous, s'imposait plus encore aux syphilitiques, en cours de traitement. Il lui arrive souvent de voir des malades qui, au cours d'un traitement mercuriel, arsenical ou bismuthique ont dû interrompre ce traitement qui paraissait mal toléré, ayant déclenché des crises abdominales douloureuses, de la diarrhée, de l'entérite même.

Chaque fois que l'interrogatoire révèle chez ces malades des erreurs de diététique manifestes, consistant dans un usage abusif du pain (500 à 1.000 grammes par vingt-quatre heures), ou des liquides (boisson des repas : 1.500, 2.000 grammes ou plus, par vingt-quatre heures), l'auteur commence par rectifier ces erreurs, sans autre conseil et convoque le malade huit jours plus tard. Dans un grand nombre de cas, tous les incidents pathologiques ont pris fin, lors de cette deuxième visite. L'auteur fait recommencer le traitement interrompu, les conseils alimentaires étant intégralement maintenus. Et lorsque le malade revient, c'est pour annoncer qu'il supporte admirablement le traitement qui, antérieurement, avait déclenché les incidents énumérés plus haut.

Le nombre de ces pseudo-intolérances, conditionnées par l'état gastro-intestinal antérieur, est assez grand pour qu'il devienne nécessaire d'y penser et d'en faire la preuve par le traitement diététique et médicamenteux avant de parler d'intolérance médicamenteuse.

En effet, l'observation clinique a montré que la diététique utilisée par l'auteur pour tous ses malades modifie, dans une mesure très remarquable, l'action du médicament. L'action de la diététique apparaît si active que tout traitement semble incomplet s'il ne comporte pas des conseils alimentaires.

En résumé, deux interprétations peuvent être proposées pour expliquer les faits observés chez les malades de l'institut prophylactique : ou bien la restauration des fonctions gastro-intestinales supprime une intolérance réelle aux médications spécifiques, ou bien les symptômes constatés sont sans rapport avec le traitement et lui ont été attribués à tort. Cette dernière hypothèse justifierait alors la notion de pseudo-intolérance médicamenteuse dans le traitement de la syphilis. (*La Clinique*, juin 1937, A).

Le problème de l'énurésie

D'après M. P.-R. BIZE, on peut considérer l'énurésie comme relevant plus de la pathologie fonctionnelle qu'organique. Tout se passe comme s'il s'agissait d'une mauvaise habitude qui persiste ou qui réapparaît, soit par simple laisser-aller, soit, au contraire, pour des motifs psychiques complexes. On s'explique ainsi qu'au point de vue du traitement les résultats de la thérapeutique somatique soient souvent décevants.

Le traitement idéal de ces enfants doit comporter, d'une part : 1° un traitement de terrain (correction endocrinienne, modification de la formule minérale Fe, As, Ca) ; 2° un traitement végétatif (noix vomique, ergot de seigle, scopolamine, gardénal, bromure) ; 3° enfin et surtout, une psychothérapie bien comprise et dans laquelle l'autorité du médecin joue le plus grand rôle. (*Revue Médicale Française*, mai 1937.)

Les hémorragies méningées du nouveau-né

D'un travail de M. Marc RIVIÈRE, il résulte que la fréquence des hémorragies méningées intrapartum peut actuellement être fixée aux environs de 1 % de tous les accouchements ; ce sont, dans presque tous les cas, des hémorragies sous-dure-mériennes ventriculaires.

Leur étiologie est dominée, d'une part, par la syphilis et la prématurité souvent liées l'une à l'autre, d'autre part, par le traumatisme obstétrical. Le terrain et le trauma se partagent à peu près également la responsabilité étiologique.

La symptomatologie varie selon les circonstances. Elle va de la mort réelle ou apparente, jusqu'à des symptômes frustes d'hypertonie musculaire, en passant par les accès et les convulsions cloniques. Elle traduit soit l'inhibition, soit l'irritation des centres corticaux et bulbaires par l'hématome sous-dure-mérien. Les hémorragies ventriculaires s'expriment cliniquement par de la torpeur. Les signes d'irritation corticale n'apparaissent qu'ultérieurement.

Le diagnostic clinique devra toujours être confirmé par la ponction lombaire, sous-occipitale ou ventriculaire. Le pronostic immédiat

est grave. La mortalité dépasse 35 %. Le pronostic éloigné est réservé, si le traitement convenable n'a pas été appliqué. Un grand nombre d'encéphalopathies relèvent de l'hémorragie méningée intra-partum.

Le traitement prophylactique améliorera le terrain par la lutte contre la syphilis et la prématurité et s'efforcera de supprimer ou d'atténuer le traumatisme obstétrical, par le choix judicieux des interventions. Le traitement curatif décomprimera les centres par la ponction lombaire, sous-occipitale ou ventriculaire. Celle-ci sera répétée aussi souvent que l'exigeront les signes d'hypertension intra-cranienne. L'hémostase sera obtenue en assurant le jeu normal de la respiration, et par l'emploi des injections de sérum hémostatique ou de sang maternel. Ce traitement, qui soustrait l'écorce à l'action compressive et destructrice de l'hématome sous-dure-mérien, semble améliorer dans de très larges proportions le pronostic éloigné des hémorragies méningées du nouveau-né. (*Gaz. Hebd. des Sc. Médicales de Bordeaux*, 27 juin 1937.)

Chorée de Sydenham guérie d'emblée après accès palustres intercurrents

Le Docteur C.-A. Pierson communique l'intéressante observation d'une fillette de 9 ans atteinte d'une chorée de Sydenham. La forme, sans être très sévère, paraissait d'intensité moyenne, puisque après treize jours d'alitement et de traitement il n'y avait aucun élément de sédation des troubles. Le 17e jour de la maladie, avant que les prescriptions médicales aient pu recevoir un commencement d'exécution, l'enfant fait un frisson, accuse quelques malaises avec maux de tête. La température monte à 40°. Gorge un peu rouge. Auscultation pulmonaire négative. Sur une lame de sang on note la présence de plasmodium vivax. La fièvre a consisté au total en trois accès prolongés, dépassant 40°, suivis d'un accès plus court ; en tout cinq jours d'élévation thermique. Dès le premier accès, les mouvements ont cessé ; les myoclonies du visage ont disparu ; bref les manifestations musculaires ont cessé brusquement, au 18e jour de la maladie, en pleine période d'état, pour ne plus reparaître.

La notion d'un état infectieux aigu survenant au cours d'une chorée et en déformant la symptomatologie est chose déjà ancienne. Le Professeur Claude avait signalé qu'une maladie fébrile intercurrente peut modifier ou suspendre la chorée. Le cas d'impaludation involontaire rapporté semble être une illustration typique de cette donnée clinique, et pourra rejoindre les quelques observations déjà publiées, notamment celles des auteurs algérois. (*Maroc Médical*, 15 décembre 1936.)

Les injections intraveineuses d'alcool dans les thrombophlébites pelviennes infectantes

Le Docteur G. Lambert démontre que l'injection intraveineuse d'alcool dans les états toxi-infectieux provoqués par le strepto et le staphylocoque est une thérapeutique généralement efficace. Son innocuité est garantie. Dans aucun cas, l'auteur n'a observé de phénomènes hépatiques (ictère) ; au point de vue rénal, les malades n'ont jamais eu ni albuminurie, ni cylindrurie, ni hématuries ; aucun d'eux n'a manifesté de collapsus. Les seuls inconvénients de cette méthode sont les suivants : d'abord le malade éprouve une légère sensation de brûlure qui remonte vers la racine du membre, mais qui disparaît au fur et à mesure de l'injection. Ensuite la veine injectée se sclérose, rendant parfois impossible une nouvelle injection. Une injection paraveineuse est sans danger. Il faut des concentrations supérieures à 50° pour provoquer la nécrose des tissus par l'alcool.

L'alcool est un agent éminemment et uniformément diffusible dans tous les organes jusqu'au moment où l'équilibre est atteint, ce qui nécessite tout au plus de 8 à 10 minutes. Il active les échanges gazeux, augmente l'énergie du cœur ; son action sur le métabolisme constitue une véritable source d'énergie.

L'auteur a employé cette thérapeutique dans quatre cas de thrombo-phlébite pelvienne. Il a injecté 200 c. c. d'alcool à 33 % (66 c. c. d'alcool absolu dilué dans 134 c. c. de sérum physiologique). Il l'injecte au moyen d'un appareil de transfusion sanguine. Pour autant que les frissons persistent, il répète en général, les injections tous les deux jours, de façon à éviter que s'établisse une espèce de tolérance, qui diminuerait ou ferait disparaître son action thérapeutique. Au cours de l'injection, le visage de la malade se colore, la sueur perle au front, la parole devient de plus en plus difficile, les yeux se ferment et la malade s'endort du sommeil le plus profond, parfois après une légère excitation. Dans l'air expiré, on perçoit nettement l'odeur d'alcool. La pression sanguine s'élève légèrement, mais revient à son état antérieur au bout d'une heure. La respiration devient plus profonde et plus lente. (*Bruxelles-Médical*, 27 juin 1937.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Académie de médecine

La longue conservation du virus de typhus murin dans les déjections des puces infectées

(MM. G. Blanc et M. Balthazard ; 27-7-1937)

Les rickettsias émises à l'état libre dans les déjections de puces (X. *cheopis*) infectées de typhus murin se conservent parfaitement à l'état sec.

En ampoules scellées dans le vide, cette conservation dure au moins cent jours sans qu'il y ait aucun affaiblissement de la virulence.

D'après les expériences faites sur l'homme, un vaccin préparé avec ce virus sec semble avoir la même innocuité et la même efficacité que le vaccin bilié préparé avec du virus frais.

La très longue conservation du virus à sec, dans les conditions ordinaires de température (25°), permet l'envoi de ce virus à distance avec possibilité d'emploi dans un laps de temps allant jusqu'à cent jours au moins, soit pour l'infection des animaux de laboratoire, soit pour la préparation de vaccin contre le typhus.

Académie de chirurgie

Myosite aiguë streptococcique des muscles pectoraux

(MM. Naulleau et Nedelec, d'Angers. — Rapport de M. d'Allaines ; 23-6-1937)

Le malade de MM. Naulleau et Nedelec, à la suite d'une infection digitale et peut-être à l'occasion de fatigue musculaire importante, présenta des accidents de deux ordres : d'une part, des signes généraux à allure septicémique qui persistèrent pendant plus de deux mois ; d'autre part, des signes locaux stabilisés à la région péri-axillaire : voussure douloureuse à la pression, à siège paraissant profondso. Trois interventions montrèrent des myosites avec foyers suppurés, du grand pectoral, du petit pectoral, et du grand dorsal. Sérothérapie anti-streptococcique. Guérison obtenue très lentement.

Pergola, dans sa thèse, a groupé vingt-huit cas de ces polymyosites aiguës à foyers multiples, bien différentes des formes localisées. L'agent causal a été ici le streptocoque, agent pathogène assez rare mais qui comporte un pronostic plus redoutable.

Dans le cas actuel, le traitement par les incisions de drainage s'est montré peu efficace. Les auteurs se demandent si l'on ne pourrait pas obtenir mieux par la résection du corps musculaire.

Schwannome de l'estomac

(MM. Noël Fiessinger et A. Bergeret ; 2-6-1937)

Les schwannomes de l'estomac sont ordinairement des tumeurs bénignes et, à ce titre, justiciables d'une intervention économique.

Néanmoins, il ne faut pas oublier que ces tumeurs sont susceptibles de dégénérescence sarcomateuse. MM. N. Fiessinger et Bergeret en rapportent une observation.

Péritonite à pneumocoques après l'accouchement

(M. de la Marnierre, de Brest ; 2-6-1937)

M. de la Marnierre relate trois observations de péritonites à pneumocoques survenues peu de temps après des accouchements normaux n'ayant pas comporté de suites immédiates fébriles.

Malgré ses recherches bibliographiques, l'auteur n'a trouvé signalé dans la littérature médicale aucun cas de péritonite à pneumocoques au cours du post-partum. Il semble pourtant qu'il ne s'agisse pas là *d'une complication exceptionnelle. Sur les deux* observations, il y eut une mort. La péritonite est survenue non aussitôt, mais quinze jours à un mois après l'accouchement.

Le pneumocoque est l'hôte fréquent des voies génitales de la femme, ce qui expliquerait la complication. La température d'emblée très élevée, la diarrhée pourraient cliniquement faire penser à la nature pneumococcique de la péritonite.

Crises d'épilepsie après mastoïdite opérée. Œdème cérébral. Guérison

(M. Daniel Ferey, de Saint-Malo ; 2-6-1937)

Chez une femme opérée de mastoïdite, survint vingt jours après la trépanation, brusquement, une douleur violente dans l'hémiface droite et une crise convulsive épileptique, qui se répéta à de courts intervalles.

M. Ferey intervint alors d'urgence et, à l'exploration du cerveau, il sortit des orifices de ponction de la sérosité analogue à celle de l'œdème. Le cerveau se mit à battre doucement au bout de quelques minutes. Guérison sans incident.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

Sur quatre cas de sténose de l'artère pulmonaire

(M. H. MONDON ; 14-5-1937).

Le diagnostic de sténose de l'artère pulmonaire s'imposait pour ces quatre sujets qui en présentaient bien tous les signes cliniques et radiologiques. Aucun d'eux ne se plaignait du moindre trouble fonctionnel important pouvant faire supposer l'existence d'une cardiopathie, et tous se livraient soit à des sports violents, soit à des travaux de force. Aussi est-il vraisemblable que, connaissant la fréquence des souffles systoliques anorganiques de la base, on aurait hésité, sans le secours de la radioscopie, à porter le diagnostic de sténose de l'artère pulmonaire.

Trois cas de spirochétose ictéro-hémorragique chez des mineurs

(MM. L. RIMBAUD, M. JANBON, et Mlle LABRAQUE-BORDENAVE ; 7-5-1937)

Ils concernent trois mineurs qui travaillaient aux mines de charbon de Rochebelle dans le bassin d'Alès (Gard). Les renseignements fournis par les malades apprirent qu'une petite épidémie sévissait dans le puits où ils étaient occupés, une quinzaine de mineurs, la plupart atteints d'ictère, ayant dû abandonner le travail depuis le mois d'août : quatre décès se seraient produits parmi eux. Les auteurs attirent l'attention sur l'importance et les caractères de l'élimination urinaire de l'urée étudiée dans les trois cas. Cette crise azoturique a commencé à se développer vers le quinzième (obs. I), le seizième (obs. II), et le onzième (obs. III) jour de la maladie ; le taux de l'azoturie a atteint très rapidement son maximum, sauf dans la première observation où la courbe a fléchi pendant quelques jours avant d'atteindre son niveau le plus élevé. Les chiffres maxima d'élimination uréique ont été enregistrés : dans l'observation I du vingt-sixième au trente-cinquième jour (autour de 68 grammes par 24 heures), dans l'observation II du dix-huitième au trente-troisième jour (autour de 50 grammes), dans l'observation III du treizième au vingt-deuxième jour (autour de 68 grammes), puis ils se sont progressivement abaissés.

Il faut mentionner que si la courbe de l'azoturie a été grossièrement parallèle à celle de la polyurie, expliquant probablement la persistance d'une diurèse abondante (2.500 à 3.000 c. c.) aux trente-cinquième, quarantième et même cinquantième jour de la maladie, par contre il n'y a pas eu de rapport obligé entre sa hauteur et le niveau de l'azotémie. Ces considérations confirment la notion admise que l'hyperazotémie de la spirochétose ictéro-hémorragique est pour une grande part, extra-rénale et probablement tissulaire, conception que Chabrol a parfaitement définie en parlant de « syndrome d'hyperuréogénie ».

Une deuxième remarque touche l'incidence médico-sociale de la spirochétose ictéro-hémorragique. La question de responsabilité se pose sans aucune discussion. Elle a été résolue en partie par un décret, en date du 12 juillet 1936, qui classe la spirochétose ictéro-hémorragique parmi les maladies professionnelles. Mais ce décret est trop limitatif, car il ne prévoit que les contaminations au cours de travaux dans les égouts ; il y aurait intérêt à élargir ce cadre qui s'avère beaucoup trop étroit et à l'étendre aux cas de contamination survenus dans les galeries de mines.

Deux cas atypiques de spirochétose ictéro-hémorragique. Formes anictériques (pseudo-grippale et méningo-rénale)

(MM. L. RIMBAUD, M. JANBON et Mlle LABRAQUE-BORDENAVE ; 7-5-1937)

Les formes anictériques de la spirochétose ictéro-hémorragique paraissent devenir relativement plus fréquentes au fur et à mesure qu'on apprend à les dépister sous des aspects nouveaux. Ces spirochétoses sans hémorragies et sans ictère posent quelquefois en clinique des problèmes difficiles à résoudre.

Dans le premier cas c'était un syndrome fébrile avec courbature musculaire, conjonctivite, pharyngite rouge, bronchite légère et névralgie intercostale ; pas d'ictère clinique, mais présence de pigments et sels biliaires dans les urines ; azotémie normale ; syndrome méningé à peine ébauché ; séro-diagnostic de Martin et Pettit positif. La dénomination de « formes pseudo-grippales » que donne à ce genre de manifestation M. Kourilsky rend parfaitement compte de l'allure clinique générale, et c'est bien le diagnostic de grippe ou de « courbature fébrile » qui est porté d'ordinaire en l'occurrence. En fait, des examens répétés systématiquement des urines, du sang et du liquide céphalo-rachidien permettraient de dépister, même dans les formes fébriles en apparence les plus pures, un ou plusieurs des signes de la série spirochétosique.

Dans une deuxième observation de forme anictérique, le diagnostic d'abord orienté vers la grippe, puis vers la rougeole en raison de l'apparition d'un exanthème morbiliforme typique, ne fut rectifié que secondairement. En résumé, il s'agissait d'un syndrome fébrile avec courbature musculaire, vomissements, puis érythème morbiliforme ; azotémie de un gramme ; pas d'ictère même urinaire ; syndrome méningé secondaire avec 216 leucocytes de formule mixte ; séro-diagnostic de Martin et Pettit positif.

G. F.

Lille

SOCIÉTÉ MÉDICALE ET ANATOMO-CLINIQUE

Néoplasme du cæcum à forme occlusive
(présentation de pièce)

MM. COURTY et CALLENS. — Néoplasme tout à fait au début, se révélant par de violentes crises douloureuses, avec émission de glaires sanglantes, que les A. interprètent comme des crises d'invagination intestinale. Intervention qui vérifie le diagnostic de néo du cæcum ; en un premier temps, iléo-sigmoïdostomie termino-latérale ; en un deuxième, large hémicolectomie droite ; guérison sans incidents.

L'aspect même de la tumeur explique les invaginations successives. L'intensité des douleurs s'explique par ce fait que le patient fut opéré lors d'une crise pour perforation d'estomac.

Un cas de néoplasme du côlon transverse

MM. COURTY et CALLENS. — Les A. montrent les difficultés que l'on peut rencontrer devant certaines tumeurs du côlon ; la temporisation et l'opération en actes successifs leur semblent être la principale chance de succès. C'est ainsi que la patiente dont ils rapportent l'observation, a subi cinq interventions en l'espace de 7 mois ; elle guérit complètement.

Les A. passent en revue les différentes techniques proposées ; avec Pierre Duval, ils estiment que l'on doit rester éclectique dans le choix du traitement, mais ils croient préférables les opérations à temps successifs.

A propos du diagnostic des corps étrangers de l'œsophage

M. BELLE. — Homme de 45 ans, amené pour vérification radiographique d'un corps étranger de l'œsophage. Un premier cliché semble confirmer cette opinion ; un second fait penser plutôt à une tumeur. Pendant ce temps un laryngologiste enlève un fragment, dont l'examen confirme la nature néoplasique.

L'A. conclut que, dans certains cas, la radioscopie est insuffisante pour donner la certitude d'un corps étranger et que l'œsophagoscopie s'impose alors. Il est donc hasardeux, sur des données exclusivement radiologiques, de poser l'indication d'une extirpation de corps étranger et de vouloir la réaliser de suite sous l'écran.

Sporotrichose gommeuse cutanée

M. DANEL. — Femme de 37 ans, présentant des ulcérations des jambes, éveillant l'idée de syphilis. Le traitement spécifique est inopérant. On fait alors un ensemencement sur milieu de Sabouraud et l'on constate qu'il s'agit de *sporotrichum B.* Des pansements iodo-iodurés amènent la guérison.

L'A. insiste sur la nécessité de songer à la sporotrichose, pour la dépister et la guérir ; il faut y penser toujours devant des gommes d'aspect hybride, qui évoquent à la fois la tuberculose et la syphilis.

Montpellier

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET BIOLOGIQUES DE MONTPELLIER ET DU LANGUEDOC MÉDITERRANÉEN

Quelques cas de pneumopathie saisonnière avec pneumococcémie démontrée

MM. L. RIMBAUD, ANSELME-MARTIN et FASSIO. — Dans deux cas de pneumopathie saisonnière l'hémoculture a été positive pour le pneumocoque. L'issue a été fatale, dans les deux cas. Ces infections saisonnières semblent donc bien relever de la même pathogénie que la pneumonie aiguë de l'adulte.

Appendicite perforante aiguë par un corps étranger dans un sac herniaire

MM. MASSABUAU, JOYEUX, AUSSILLOUX et DROUHET. — Les auteurs rapportent un nouveau cas d'appendicite herniaire avec présence d'un corps étranger (arête de poisson) ayant perforé l'appendice.

Ils rappellent à ce propos l'influence possible de la hernie appendiculaire sur la rétention d'un corps étranger et étudient les trois grandes formes cliniques de l'appendicite herniaire : occlusive, mixte et pure, toutes trois nécessitant l'intervention précoce.

Toulouse

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE

Pseudo-gliomes rétiniens

MM. GORSE, CALMETTES et BERGES rapportent l'observation d'un enfant de 6 ans qui présentait l'*aspect clinique d'un gliome rétinien : la vision de cet* œil était nulle, la chambre antérieure un peu diminuée, la pupille large et régulière, le fond d'œil montrait un décollement rétinien avec masses blanchâtres, la tension oculaire était légèrement augmentée, et la transillumination révélait une zone obscure en haut. L'énucléation fut pratiquée aussitôt, avec section du nerf optique éloignée du globe : l'ouverture de l'œil montra seulement au niveau de la choriorétine un magma blanchâtre ne ressemblant aucunement à un néoplasme. L'examen histologique en indiqua le caractère inflammatoire.

Les auteurs exposent les signes permettant de faire ordinairement le diagnostic entre les gliomes et les pseudo-gliomes rétiniens : ils insistent sur l'importance de l'énucléation précoce dans tous les cas, même douteux, où l'on a quelque raison de penser à un néoplasme.

Plaie pénétrante de poitrine par arme à feu

M. J.-P. TOURNEUX a eu l'occasion d'intervenir chez un sujet âgé de 28 ans, qui avait reçu dans la région thoracique droite antérieure une balle de revolver. Le projectile, entré par le 6e espace intercostal, après avoir traversé obliquement le poumon, était

venu se loger en avant de la 11e côte. Après repérage radiographique, une incision transversale, menée à travers le 11e espace intercostal, permit d'arriver sur la face antérieure de la côte et d'extraire le projectile qui s'y était incrusté.

Résorption des cataractes traumatiques

MM. Calmettes et Garipuy exposent, à propos de deux cas observés, comment une résorption spontanée complète peut succéder à une cataracte traumatique. L'âge du blessé doit permettre de penser que la partie centrale du cristallin ne présente pas une sclérose incompatible avec la désagrégation de ses fibres, l'ouverture de la cristalloïde doit être assez large pour ne pas gêner la sortie des masses opacifiées, il faut aussi que la résorption se fasse sans complication de glaucome qui exigerait une intervention chirurgicale. Le résultat visuel dépend de ces divers facteurs, mais à côté de la résorption plus ou moins complète des fibres cristalliniennes, il faut signaler les opacifications possibles de la cristalloïde antérieure, et les dépôts exsudatifs que peut laisser une réaction inflammatoire du tractus uvéal.

Formes azotémiques de néphrite bismuthique

M. Gadrat rapporte un cas de néphrite azotémique curable, sans stomatite, consécutif à deux injections de bismuth : le syndrome de rétention *azotée était tout à fait latent.* Ainsi à côté des néphrites compliquant les accidents buccaux, il existe des formes azotémiques aiguës, sans stomatite, qui peuvent être déterminées par des sels solubles et *insolubles*, à des doses parfois très faibles. Dans la pathogénie de ces néphrites, en l'absence d'atteinte rénale antérieure et d'infection locale quelconque, on est obligé d'invoquer une action directe du médicament. La constatation de tels faits impose pendant les cures bismuthiques une surveillance étroite des urines même en l'absence de signes locaux d'intolérance.

La question du virus varicello-zonateux

MM. Laporte, Darnaud et Berges rapportent l'observation d'un malade atteint de zona crural et qui séjournait dans un immeuble où une petite épidémie de varicelle sévissait depuis deux mois. Ils rappellent que la question du virus varicello-zonateux, bien que moins controversée, n'a jamais reçu de solution concluante. Les difficultés sont d'ordre bactériologique : il est, en effet impossible d'inoculer à volonté zona et varicelle. C'est là la principale difficulté qu'il faudra surveiller avant de conclure sur la nature et la parenté du zona et de la varicelle.

Primo-infection tuberculeuse latente

MM. Gadrat, Lasserre et de Brux rapportent deux observations avec contrôle histo-pathologique de primo-infection tuberculeuse latente avec chancre excavé chez des enfants de deux et six ans. La lésion pulmonaire fut une découverte anatomique : un enfant étant mort subitement de diphtérie et l'autre dans des phénomènes spasmodiques laryngés. Ces cas de primo-infection tuberculeuse cliniquement inapparente permettent de bien mettre en évidence le rôle des inections extrinsèques dans les hypersensibilisations tuberculeuses et dans la chute brutale de la résistance organique.

Volumineux épulis ostéogène

M. J.-P. Tourneux rapporte l'observation d'une femme âgée de 42 ans, envoyée à l'Hôtel-Dieu pour tumeur maligne du maxillaire supérieur droit. Comme le montra l'examen clinique, il ne s'agissait que d'une volumineuse épulis implantée au niveau de l'alvéole de la première molaire supérieure droite, et qui, débordant largement sur les deux maxillaires, déterminait une déformation de la joue.

L'ablation, faite sous anesthésie générale, fut suivie de résection large du rebord alvéolaire et d'extraction de plusieurs chicots : elle fut marquée par une hémorragie assez intense, qui nécessita un tamponnement laissé en place pendant deux jours. La tumeur, de forme arrondie et de consistance très ferme, mesurait deux centimètres d'épaisseur pour cinq centimètres de diamètre. L'examen histologique montra qu'elle était formée de tissu conjonctif ostéogène.

Troubles trophiques osseux consécutifs aux sections du nerf médian

M. Valatx communique sept observations de paralysies du nerf médian dues à une section (blessure de guerre), totale dans six cas et partielle dans un.

Des radiographies des deux mains sur la même plaque (comparaison avec le côté sain) furent pratiquées. Soit dans les lésions hautes (bras), soit dans les lésions basses (avant-bras, poignet), la radiographie montre une décalcification généralisée de tout le squelette de la main, avec prédominance aux deux extrémités des phalanges et des métacarpiens. La décalcification est plus accusée dans le squelette du pouce que dans les autres doigts. Chez le blessé où la section n'est que partielle, elle est peu marquée.

Il est à remarquer que tout le squelette est décalcifié, ce qui suggère l'hypothèse d'atteinte de fibres sympathiques accompagnant le nerf médian.

Dr J.-P. Tourneux.

Les Congrès

XLVI[e] CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

(Paris — 8-9 octobre 1937)

RÉSUMÉ DES RAPPORTS

Les grandes brûlures : Physiologie pathologique des « grands brûlés » pendant les quatre premiers jours

Par le Professeur Pierre DUVAL,
avec la collaboration de M. J.-C. RUDLER

La brûlure tégumentaire étendue provoque avec une rapidité très grande, quelquefois foudroyante, des accidents généraux qui bouleversent l'équilibre biologique du sujet, qui créent des lésions viscérales multiples et provoquent une mortalité considérable dans les quatre premiers jours.

Cette période initiale de l'évolution de la brûlure, de deux à quatre jours de durée, doit être considérée comme une phase d'intoxication. C'est la période de gravité maxima.

La gravité des brûlures varie en raison directe de leur étendue, calculée par rapport à celle du corps. Parmi les « grands brûlés » la mortalité est la suivante : 40 % lorsque la surface brûlée correspond au tiers environ de la surface corporelle ; 100 % lorsque la surface brûlée dépasse 40 pour 100 de la surface corporelle. Les brûlures sont d'autre part plus graves chez les vieillards, les enfants, les tarés.

Le type classique du grand brûlé est la femme dont les vêtements ont pris feu (au cours d'un nettoyage à l'essence, par exemple) : lésions des jambes, des cuisses, des organes génitaux externes, des fesses, du ventre. Pour établir le calcul de l'étendue brûlée de la peau, on peut se servir du tableau de Berkow dont voici les principales données : surface cutanée de la tête et du cou, 6 % de la surface totale du corps ; membres supérieurs, 18 % ; tronc, 30 % ; membres inférieurs, 38 %. Il faut tenir compte que généralement, au milieu des tissus lésés, se trouvent des plages plus ou moins grandes de tissus sains.

La symptomatologie est dans ses lignes principales la suivante : une période d'excitation suivie d'une période de somnolence qui conduit au coma et à la mort. La période d'excitation offre un groupe habituel de symptômes : agitation, désorientation intellectuelle, émission ininterrompue de paroles dépourvues de sens, excitation motrice, secousses musculaires, frissons, convulsions. La période d'adynamie comporte une phase de torpeur progressive pendant laquelle le brûlé présente encore de brusques secousses, reprend conscience, puis c'est le coma terminal, parfois la mort subite.

Dans l'ensemble des cas, la tension artérielle est abaissée, le pouls est rapide (120-140), avec une température normale (quelquefois au troisième, quatrième jour, une violente hyperthermie).

La durée de cette période est de deux à quatre jours. Lorsque le blessé survit, une seconde période, que l'on peut appeler d'infection, se développe : elle commence déjà dès le troisième ou quatrième jour, mêlant ses symptômes à ceux de la phase toxique.

De cet exposé clinique il ressort qu'il faut individualiser au début de l'évolution des brûlures étendues une période particulière, caractérisée par l'éclosion de symptômes généraux graves qui conduisent rapidement (dans les quatre premiers jours) au coma et à la mort. L'impression clinique qui s'en dégage est que l'on peut rapporter cette réaction à une intoxication généralisée partie des tissus brûlés : l'impression est nettement celle d'une *intoxication massive*. Le comparaison qui s'impose à l'esprit est la ressemblance avec le shock traumatique et la forme sévère de la maladie post-opératoire.

Au point de vue anatomo-pathologique, il convient de signaler une particularité : la présence d'îlots dermiques atteints seulement en surface au milieu de zones cutanées *totalement détruites*. Dans les brûlures étendues, tous les viscères peuvent présenter des lésions (presque habituelles), qui se résument en hyperémie, congestion, infarctus hémorragiques.

L'épaississement du sang a été le premier trouble sanguin constaté ; il expliquait la difficulté que l'on trouve à saigner ces brûlés. La déperdition de liquide séreux, tant par les phlyctènes que par les autres points de la brûlure, est parfois considérable. Underhill a calculé que dans les soixante-douze premières heures, l'exsudation par la brûlure pouvait atteindre 70 p. 100 de la masse sanguine.

Le taux de l'hémoglobine s'élève ainsi que le taux des composés azotés. Les polypeptides sont, en règle générale, à un chiffre double du chiffre normal. L'uricémie est augmentée, la chlorurémie diminuée. La réserve alcaline s'abaisse, le pH urinaire évoluant franchement vers les valeurs acides.

Bien que la toxicité du sang des brûlés soit accrue — du moins elle apparaît telle expérimentalement — Kotzareff a constaté un pouvoir antitoxique de ce sang. Le sang d'un cobaye brûlé confère à un autre cobaye la résistance à une brûlure qui aurait dû être mortelle (Kotzareff). Il y a là une amorce de sérothérapie des brûlures.

Dans cette première période de quatre jours qui, chez les grands brûlés, constitue la période critique,



on voit souvent , vers la douzième, la dix-huitième heure, une phase d'amélioration. Il semble que l'organisme, d'abord surpris, mette en action ses moyens de défense, puis débordé, succombe dans la lutte. Cette période dure peu et dès la trente sixième heure, les troubles s'aggravent jusqu'à la mort.

De nombreuses théories ont été émises pour expliquer la mort rapide des grands brûlés : théorie de la respiration cutanée, théorie rénale, théorie nerveuse, etc. M. Pierre Duval ne reconnaît qu'une valeur relative à toutes ces explications. Pour lui, la gravité extrême des grandes brûlures relève de l'intoxication. Cette intoxication débute quelques heures après la production de la brûlure et l'on peut en voir des formes foudroyantes. En général, la phase d'intoxication est terminée entre le quatrième et le sixième jour, ou par la mort, ou par l'évolution vers la guérison. Les quatre premiers jours méritent donc bien le nom de « phase toxique ».

La nature exacte de la substance toxique en cause nous est inconnue. Cette substance, née dans les tissus brûlés, dérive des albumines cellulaires et, ajoutent les rapporteurs, appartient vraisemblablement au groupe des polypeptides.

Le pronostic des grandes brûlures sera établi d'abord par l'examen clinique. Les épreuves biologiques pourront fournir aussi des indications importantes : telles l'augmentation de la concentration sanguine, l'hypochlorurémie, l'azotémie, l'hyperpolypeptidémie, etc. M. Pierre Duval rappelle la formule qui lui est personnelle et que nous avons déjà signalee (1) :

Azotémie + ; polypeptidémie — : bon pronostic.

Azotémie normale ; polypeptidémie + : mauvais pronostic.

Azotémie + ; polypeptidémie + : pronostic douteux.

L'intoxication des grands brûlés peut être mise en parallèle avec trois affections : le shock des grandes destructions tissulaires (shock traumatique), la maladie post-opératoire, l'intoxication déclenchée par la rœntgen ou la curiethérapie dans leur destruction des tissus néoplasiques. Il y a là un groupe que l'on pourrait réunir sous l'appellation de *maladies par intoxication autogène.*

Pour les grands brûlés, cette phase d'intoxication pure des quatre premiers jours est la période de gravite maxima, à laquelle succède (au cas de survie) la période d'infection dont la gravité, encore importante, est bien moins grande.

Le traitement moderne des « grands brûlés »

par M. Edouard MOURGUE-MOLINES, de Montpellier

Quels étaient autrefois, en présence d'un grand brûlé, les pratiques habituelles ? En toute hâte, le patient était pansé, avec application immédiate d'un topique réputé calmant, désinfectant et cicatrisant. En réalité, il est pour le moins inutile de se précipiter pour déshabiller, nettoyer, panser une brûlure grave : c'est peut-être le meilleur moyen d'accroître le refroidissement, de susciter de nouvelles douleurs, d'augmenter le choc. Avant de faire subir au grand brûlé des soins locaux, il faut lui permettre de retrouver des forces, par une thérapeutique générale appropriée.

Le traitement général en question s'adresse d'abord à la douleur. On utilisera la morphine en compensant ses effets dépressifs par l'adjonction d'un toni-cardiaque, du camphre soluble par exemple. Comme tout choqué, le brûlé est refroidi. Eviter, en premier lieu, les manœuvres intempestives susceptibles d'augmenter ce refroidissement comme le déshabillage immédiat. Le jour où l'on consentira à ne pas dévêtir de suite un brûlé (sauf s'il restait des parties de vêtement encore en combustion) et où l'on se bornera à le rouler dans un drap ou une couverture pour le transporter, on évitera bien des aggravations. Le patient sera mis tel quel dans son lit et entouré de boules d'eau chaude.

A défaut de chambre chaude spéciale, le meilleur moyen de compenser le refroidissement est la tente chauffante électrique, très utilisée en Amérique. Hilgenfeldt l'a accusée cependant de provoquer de l'hyperthermie et il se contente de réchauffer le malade avec des coussins chauffants et des boissons chaudes.

Le traitement du collapsus hypotensif sera la thérapeutique classique du choc par les tonicardiaques (camphre, caféine, coramine). L'éphédrine est un excellent médicament pour relever l'insuffisance tensionnelle.

On luttera contre la concentration sanguine par les boissons abondantes (que le patient n'absorbe pas toujours facilement), le goutte à goutte rectal et surtout les grandes injections de sérum artificiel. Le sérum salé est par ailleurs la base du traitement antitoxique. L'apport de chlorure de sodium explique au moins autant que l'apport liquidien, les résultats obtenus par les injections de sérum artificiel, utilisées depuis longtemps chez les grands brûlés.

La transfusion sanguine est le procédé héroïque contre le choc toxique et probablement la médication essentielle du traitement général des grands brûlés. Aux grandes transfusions, on préfèrera les petites transfusions, de 2 à 300 c. c. répétées.

Citons quelques médications complémentaires : digitale, atropine, hyposulfite de soude, surrénales, insuline, sérum antistreptococcique, sérum anti-tétanique, à indications variées.

Un mot de l'immunisation active contre la maladie de brûlure. Pour Kotzareff, la toxine provenant des tissus brûlés se comporte comme un antigène vis-à-vis duquel l'organisme réagit par des anticorps. Il y a là une voie nouvelle pour la thérapeutique. L'utilisation de sérum de convalescent semble

(1) Voir : Congrès de l'insuffisance hépatique, *Concours médical*, nº 44 de 1937.

facile et il ne serait pas impossible même de faire des immuno-transfusions qui, *a priori*, seraient le traitement biologique par excellence.

A côté de la thérapeutique générale, si importante chez les grands brûlés, se place le traitement local. Les modalités de celui-ci sont nombreuses.

Le vieux liniment oléo-calcaire est encore considéré par de bons esprits de tous les pays comme un topique excellent. Il appartient au groupe des pansements gras (tulle gras) dont l'indiscutable avantage est d'être calmants. Le pansement cireux (ambrine) est sédatif et kératoplastique. Pour ce qui concerne les grandes brûlures, toutefois, il faut déconseiller l'usage des corps gras car ils augmentent les chances de résorptions toxiques.

L'infection des brûlures est la règle. Le premier temps du traitement doit être la désinfection méthodique de la plaie. Le nettoyage chirurgical, compte tenu de ses inconvénients (refroidissement, douleurs) est un temps essentiel du traitement des grandes brûlures si l'on veut éviter l'infection. Toutefois, il est sans action sur les phénomènes d'intoxication.

Contre ces derniers, on a proposé la suppression du foyer toxique (l'épluchage), la désintoxication par dilution (bain continu — *Wasserbet*, de Hébra), par dérivation (pansements humides), le poudrage absorbant au kaolin, au sous-nitrate de bismuth, l'arrêt de la résorption par la dessiccation de la plaie de brûlure (exposition à l'air, action d'une substance coagulante).

La dessiccation à l'air se fait en couchant le blessé sur un drap stérile et *en maintenant*, sans pansement, la partie brûlée recouverte par des cerceaux qui éloignent draps et couvertures. Pour éviter le refroidissement, on chauffe cette « tente » à l'électricité. Les avantages sont : la réduction des phénomènes de toxémie, la suppression du traumatisme des pansements, etc.

On retrouve ces avantages, amplifiés, avec les traitements par les coagulants dont le principal est le tannage des brûlures. Les traitements au nitrate d'argent, à l'acide picrique (la vogue de ce dernier a été très grande), représentaient déjà des coagulants. L'acide picrique agit surtout, il est vrai, comme analgésique, antiseptique et kératoplastique. Il n'est pas sans toxicité, employé sur des surfaces étendues.

Le traitement coagulant n'est véritablement entré dans la pratique que grâce à l'emploi de l'acide tannique. Le tannage, qui a « révolutionné la thérapeutique des brûlures », a été imaginé par Edward C. Davidson, chirurgien de l'hôpital Ford, à Détroit (U. S. A.). En 1924, soignant un ouvrier nègre atteint de brûlures multiples, il appliqua sur une partie de ces brûlures (les autres parties étant soignées par les procédés habituels) de la gaze imbibée d'acide tannique à 5 %. Les résultats furent excellents.

La technique de Davidson était la suivante : les phlyctènes ouvertes, on recouvre la surface brûlée de gaze stérile arrosée avec une solution aqueuse d'acide tannique à 2,5 p. 100. Par de petites ouvertures pratiquées dans le pansement, on surveille l'état de la plaie ; si après 12, 18, 24 heures, elle reste rouge et humide, on arrose à nouveau le pansement. Le tannage une fois réalisé (au bout d'une vingtaine d'heures en général), on enlève le pansement. La zone brûlée se présente alors comme une croûte noire qui finit par se détacher après huit à dix jours.

Les avantages de cette méthode sont la suppression des douleurs, l'absence de résorption toxique, la suppression de l'exsudation plasmatique, etc.

La méthode de compresses au tannin de Davidson a été diversement modifiée (pulvérisation, bains de tannin). On a eu recours aussi à d'autres coagulants (perchlorure de fer, vert brillant, mercurochrome).

Résumant les soins immédiats, M. Mourgue Molines rappelle que chez les grands brûlés, il n'y a aucune nécessité à faire d'urgence un traitement local et que durant les quatre ou cinq premières heures, il y a moins de risques à laisser sans protection une plaie qui absorbe peu que de la recouvrir d'un pansement occlusif. Le rôle du praticien devrait donc, dit-il, se borner à faire une injection de morphine, avec du camphre, de la caféine et de l'éphédrine et à expédier sans délai le grand brûlé, simplement roulé dans un drap, à l'hôpital. Pour le grand brûlé soigné chez lui, ou dans une clinique privée, recourir au traitement général d'abord (analgésie, réchauffement, hydratation, rechloruration, transfusion), au traitement local ensuite : nettoyage chirurgical (décapage des surfaces brûlées par des pulvérisations tièdes de sérum salé, suppression à la pince et aux ciseaux des lambeaux de peau détachés, des tissus nécrosés, ouverture des phlyctènes et excision de leur épiderme) ; puis, traitement de la plaie. Les brûlures de la face, qui guérissent généralement bien, peuvent être laissées à l'air, où elles sèchent ; celles du périnée, qui s'infectent vite, seront soumises au tannage ; celles des membres, quand elles sont circulaires, ne seront tannées qu'avec précaution, une croûte trop rigide pouvant gêner la circulation ; les brûlures étendues demandent un procédé de tannage accéléré (solution concentrée à 20 %, ou combinaison acide tannique-nitrate d'argent). Si la brûlure a été « graissée », ou si elle remonte à deux ou trois jours, mieux vaut renoncer au tannage. Ne pas oublier d'employer des solutions de tannin fraîchement préparées.

Le traitement général sera poursuivi suivant les indications. Le traitement local, après tannage, se borne à une surveillance de la croûte. Le malade sera changé souvent de position pour exposer à l'air le coagulum des différents points brûlés, ce qui en maintient la sécheresse. Quand la croûte tend à se ramollir, il y a de grands risques de suppuration au-dessous d'elle. Un badigeonnage au violet de gentiane et une douche d'air chaud sont de bons moyens, répétés deux fois par jour, pour la durcir.

P. LACROIX.

Les Livres

PUBLICATIONS DU CENTRE, 1937
18, rue Turgot, Limoges.

Docteur DAVID (de Salies-de-Béarn). — **Action des eaux chlorurées-sodiques sur les fibromes utérins.**

L'Académie de médecine a couronné (Prix Capuron 1936) cet important travail, qui résume une expérience acquise au cours d'une pratique thermale de longue haleine. Toute cure hydro-minérale peut être d'une efficacité parfois insoupçonnée, à la condition qu'elle soit appliquée à son heure, ni trop tôt, ni trop tard, et qu'elle ne soit pas considérée comme un laissé pour compte, bon à prescrire quand il semble ne plus y avoir rien à faire. Il faut ensuite qu'elle garde une méthode, un rite, un rythme, fixés par l'expérience clinique, très supérieure au laboratoire.

Pareilles considérations peuvent s'appliquer aussi bien au traitement des fibromes qu'à celui des salpingo-ovarites, des ostéites, des adénites. Trop souvent en face d'un début de fibrome, le médecin dit qu'il n'y a rien à faire ; le chirurgien propose une opération. La malade refuse ; elle reste dans le *statu quo* pour tomber souvent entre des mains inexpertes aux irradiations variées, actuellement en cours. Quand, au bout de trois ou quatre ans, parfois plus, on voit la situation s'aggraver, on conseille alors « d'essayer une cure thermale », comme pis-aller. De même, si le chirurgien, du fait d'adhérences péritonéales, d'une mauvaise circulation du petit bassin, de phlébite antérieure, de troubles cardiaques, trouve le risque trop gros, il conseillera la cure thermale à un stade avancé de l'affection, auquel on ne pourra que constater l'inefficacité du traitement.

Or tout utérus, au début d'une fibromatose, est sensible à l'action des eaux. Même s'il a pu atteindre et dépasser quelque peu le volume des deux poings avec quelques nodosités légères en surface, il pourra s'atténuer avec une cure longue et intense, deux conditions capitales. L'évolution des fibromes variera ensuite selon leurs formes et selon l'âge du sujet. Au-dessous de quarante ans, l'activité de la tumeur est plus grande ; au-dessus de cet âge, le pronostic est infiniment plus rassurant. Cependant, il faut savoir que le traitement par les eaux chlorurées sodiques n'affranchit pas la malade, comme elle en a souvent l'illusion, des précautions et médications accessoires intercalaires. Une cure d'un mois ne peut mettre à l'abri de certains accidents créés par les circonstances. Elle ne peut suppléer non plus à toute médication pendant les autres mois à suivre.

Librairie MIGNARD frères
38, rue Saint-Sulpice, Paris (VIe)

Emile CHRISTOPHE. — **Apologie du sourcier.** Un vol. 240 p., 9 illustr. Prix : 30 francs.

Indiquons quelques-uns des chapitres de ce volume : La recherche des disparus. Procédés pour la détection à distance. Prospection sur plan et sur photographie. Thérapeutique radiesthésique. La radiesthésie considérée au point de vue médical et alimentaire. Médecine vétérinaire radiesthésique, etc.

GENÈSE, CARACTÈRES ET MODE D'ACTION DU V. A. V. VACCIN ANTIBACILLAIRE DE VAUDREMER

Quand après tant d'autres, le Docteur Vaudremer, ayant derrière lui près d'un demi-siècle d'études patientes et de minutieuses recherches, a entrepris la bactériothérapie des lésions tuberculeuses, il s'est posé cette question primordiale : de quoi s'agit-il ?

Il s'agissait, d'abord, pour rendre toute bactériothérapie pratique, de lui conférer un caractère constant et inaliénable d'innocuité : c'est dire qu'il fallait, en premier lieu, se débarrasser de toute trace de tuberculine, susceptible de produire de dangereuses poussées évolutives. Puis, il fallait s'efforcer de trouver une arme contre l'acido-résistance du bacille de Koch. On le sait : aucune bactériothérapie directe n'a prise sur le bacille de Koch revêtu de son enveloppe de cire et de graisse : cet enrobage constitue une armure dont personne encore, n'a découvert le défaut. Pouvait-on agir indirectement sur cette acido-résistance ? Une comparaison, bien que toute comparaison ait un défaut, aidera la compréhension du phénomène que nous avons à décrire.

Ceux de nos confrères, qui ont pu se livrer aux plaisirs de la pêche aux crustacés, le long des côtes bretonnes, savent que l'on trouve toujours un congre, dans l'anfractuosité rocheuse, qu'une langouste ou qu'un homard a choisi comme domicile. Le congre, appelé aussi anguille de mer est très friand de la chair du crustacé son mitoyen. Malgré sa forte taille, (il atteint souvent trois mètres), il ne peut rien entreprendre, tant que la bête convoitée demeure entourée de

sa carapace. Mais il attend, patiemment, en faisant sa pitance de menu fretin, son heure. Cette heure est celle de la mue, quand le crustacé sort nu et tendre de sa vieille enveloppe calcaire et n'a pas eu le temps d'en sécréter une autre, le congre se jette alors sur sa proie et la dévore.

Le bacille tuberculeux adulte, acido-résistant, ne change pas d'enveloppe ciro-graisseuse. Mais les formes naissantes ne sont pas, elles, pourvues de cette sorte de carapace ciro-graisseuse. Elles sont donc vulnérables. C'est contre ces formes jeunes, non encore acido-résistantes, que sont dirigés les procédés thérapeutiques, découverts par le Docteur Vaudremer.

Les bacilles tuberculeux adultes, peuvent échapper à l'action du vaccin ; mais soumis à la loi universelle de la mort, ils disparaissent, l'évolution de leur descendance est enrayée. C'est ainsi que peu à peu, le bacille tuberculeux disparaît des lésions qu'il a créées. Tel est le processus de la guérison, guérison due à une toxine spécifique que conservent les germes tuberculeux soumis au traitement spécial et original que nous allons décrire et qui les dépouille de toute tuberculine et de leur acido-résistance.

En quoi consiste cette méthode ?

Le Docteur Vaudremer, connaissant la vanité des innombrables tentatives faites pour annihiler l'acido-résistance des germes tuberculeux et pour détruire la tuberculine, eut l'idée de soumettre *le bacille de Koch à l'action de substances* protéolytiques élaborées par certaines moisissures. Le Penicillium Glaucum, l'Aspergillus Orizœ et l'Arpergillus Fumigatus ont cette propriété. De ces différents germes, la préférence fut donnée au dernier, dont la culture et la manipulation sont faciles et pratiques.

Examinons l'action de contact de l'Arspegillus Fumigatus sur le bacille de Koch

Prenons une culture d'Aspergillus Fumigatus sur le liquide de Raulin. Cette culture affecte la forme d'une épaisse membrane sporifère résistante et élastique. Séparons-là du liquide de culture, et broyons-là dans un mortier avec du sable stérile. Puis, mélangeons jus de broyage et liquide de culture, et filtrons sur bougie stérile. Le filtrat est alors versé aseptiquement dans un ballon contenant un voile de bacilles tuberculeux, poussé sur du bouillon glycériné. Mettons à l'étuve à 38°. Au bout d'un laps de temps qui peut varier de deux à quinze mois, un trouble apparaît. Ce trouble est déterminé par la présence dans le liquide, de corpuscules granuleux à forme de méningocoques et prenant le Gram. Au fond du ballon se déposent des fragments de voile de bacille de Koch. *Les éléments composant ce voile ne sont plus acido-résistants. Il en est de même pour les formes granulaires.* Ces dernières poussent sur gélose et se colorent comme une bactérie banale. Elles ne contiennent pas et ne reproduisent pas de tuberculine. Par repiquage, il a été possible d'entretenir ces cultures depuis plus de dix ans. On a constaté que depuis leur origine, ces cultures passaient alternativement de la forme granulaire à la forme bacillaire et inversement. La cause de ces mutations demeure encore inconnue. Ce phénomène est surtout appréciable dans les cultures de bacilles de Koch Bovin, les souches humaines étant morphologiquement plus stables.

Un autre phénomène doit être mis en pleine lumière. On comprendra plus tard pourquoi. Les cultures de bacilles de Koch, modifiées et transformées par le filtrat aspergillaire ne tuberculinisent pas le cobaye, *c'est un fait. Mais elles sont susceptibles, dans certaines conditions, de reconquérir leur pouvoir pathogène.* C'est ce qui se produit quand ces cultures sont réensemencées sur de la pomme de terre imprégnée de sérum bovin ou équin, non chauffé, glycériné à 5 % et cultivées à 38°. Dans ces conditions, le cobaye est tué en huit jours, par inoculation. L'animal ne présente aucun chancre d'inoculation et meurt de granulie. Ceci est la preuve indéniable que ces cultures sont bien composées de bacilles tuberculeux.

Le Docteur Vaudremer et le Docteur Kirchner, assistant du Professeur Brauer, à Hambourg, ont démontré le pouvoir antigène de ces mêmes cultures.

Enfin, une autre expérience a confirmé la nature de ces germes. On pratique sous la peau du bœuf *une inoculation* de ces cultures telles qu'elles, vivantes, préparées comme nous l'avons dit plus haut. Après un certain laps de temps, une deuxième inoculation de germes virulents massive, est pratiquée par la voie : *intra-jugulaire*. L'animal résiste victorieusement à l'inoculation.

Des expériences de contrôle ont été demandées, d'éminents bactériologistes se refusant à admettre la perte de l'acido-résistance et de la tuberculine. Or, ces expériences ont été réalisées devant un jury et leur répétition a obtenu un plein succès.

Retenons donc et marquons comme un fait certain hors de contestation que l'inoculation de cultures vivantes de bacilles de Koch modifiées par le contact Aspergillus Fumigatus immunise l'animal. Mais si les germes vivants immunisent, les germes morts n'immunisent pas, c'est le fait « Pastorien ».

Le vaccin Vaudremer, employé en thérapeutique humaine, *est un vaccin tué*, parce que le traitement des tuberculoses humaines ne peut se concevoir que par l'emploi d'un vaccin tué, incapable de reconquérir un pouvoir patho-

gène. Cependant, si ce vaccin dont la mort des germes a été obtenue par un chauffage à 70° pendant une heure, ne vaccine pas au sens complet du mot, il n'en confère pas moins une résistance certaine. Le Docteur Guillot, chirurgien en chef des hôpitaux du Havre et M. Daufresne, pharmacien ont décrit les modifications humorales, consécutives aux injections du vaccin Vaudremer, du V. A. V.

Ces observateurs ont constaté l'ascension progressive de la courbe de déviation du complément, au cours de la bactériothérapie. D'autre part, à la Salpêtrière, des recherches poursuivies systématiquement chez tous les malades en traitement, mettent en relief, par l'emploi de la méthode de Vernes, l'abaissement de la courbe de floculation. La clinique a, du reste, fourni ses preuves, l'importance des résultats est évidente. « Nous déplorons, dit le Docteur Vaudremer, de ne pouvoir faire mieux et de ne pas rendre impossible des récidives ultérieures, ou la tuberculisation d'autres organes. Mais ce résultat, nous n'osons le chercher par l'emploi chez l'homme d'un vaccin vivant, qui, chez le bovin, a donné sa mesure et fourni la preuve de son action définitive. Cette prudence s'impose en thérapeutique humaine. Nous ne savons pas si un bacille rendu saprophyte, le demeure définitivement. Un *réveil pathogène* tardif est toujours à redouter dans des conditions qui nous échappent et dans lesquelles peut surtout intervenir la nature du terrain ?

Il faut donc bien le répéter : le V. A. V. est un vaccin dont la préparation comprend deux stades :

Premièrement : Modification des germes tuberculeux par contact avec une culture d'Aspergillus Fumigatus, amenant la perte de la tuberculine et de l'acido-résistance, mais avec conservation d'une toxine spécifique, et

Deuxièmement : Chauffage à 70° pendant une heure, déterminant la mort des germes tuberculeux.

Pour adapter le vaccin au traitement des principales formes cliniques de la tuberculose, le V. A. V., tel que nous l'avons défini, a été présenté sous trois formes :

1° UNE ÉMULSION A INGÉRER PAR VOIE BUCCALE et réservée à la bactériothérapie des accidents pulmonaires, sans association de lésions chirurgicales. Cette préparation ne doit pas être employée dans les formes congestives et hyperthermiques. Mais elle convient aux formes pulmonaires torpides à tendance « productive », ainsi qu'aux formes intestinales de la maladie.

Cette bactériothérapie par voie buccale a pu venir à bout de cavernes très étendues, la guérison a été cliniquement complète, et radiographiquement confirmée.

2° UNE ÉMULSION BACILLAIRE FAIBLE.

Cette émulsion *injectable* s'adresse aux accidents chirurgicaux, associés à des lésions pulmonaires, ou à des accidents pulmonaires simples. Ce traitement doit être continué pendant des mois. C'est un traitement de longue haleine.

3° UNE ÉMULSION BACILLAIRE FORTE réservée à la bactériothérapie des accidents chirurgicaux ou mieux des tuberculoses, non-pulmonaires. Nous disons : tuberculoses non pulmonaires et non-chirurgicales, puisque l'emploi de cette *émulsion forte* a précisément pour but, de devancer la chirurgie et de traiter médicalement des formes de tuberculose, justiciables auparavant du bistouri, de la rugine ou de la scie. Les collections purulentes ne sont plus incisées, mais ponctionnées par traversée des tissus sains.

Cette émulsion bacillaire forte, s'emploie en injection sous-cutanée ou en injection intradermique. L'injection intradermique, disons-le immédiatement, est réservée au traitement des lésions cutanées, le lupus par exemple. Les injections sous-cutanées, pratiquées en général, dans la région deltoïdienne s'adressent à la tuberculose ganglionnaire, aux tuberculoses synoviales et articulaires, aux ostéites, au mal de Pott, aux épididymites, aux rectites et aux fistules anales, aux péritonites et aux néphrites bacillaires.

Faisons remarquer à propos du traitement des arthrites spécifiques que les ankyloses, au lieu d'être recherchées comme un processus de guérison, doivent, au contraire être évitées. Quand le traitement guidé par le témoignage de radiographies mensuelles a été correctement mené, les soudures articulaires ne se produisent pas. La guérison des lésions se produit sans limitation des mouvements.

On trouvera toute une suite d'observations, mettant en pleine lumière, les résultats cliniques obtenus par l'emploi du V. A. V., dans un travail très complet dû au Docteur Henri Martin, 1932, dans un article du Docteur Ogliastri (*Informateur Médical*, 1934) et, dans une étude récente du Docteur Vaudremer, intitulée « Bactériothérapie de la tuberculose rénale », résumant les résultats acquis dans le service du Professeur Gosset.

Ajoutons que les praticiens désireux d'avoir des renseignements complémentaires sur le V. A. V., peuvent s'adresser au Laboratoire Elocine, 51, rue du Ranelagh, Paris (XVIe).

Docteur SABATIER

Ancien sous-directeur du Service de Santé de la XIe région.



PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

TRAVAUX ORIGINAUX

Bulletin de l'Actualité

TOUT EST DIT ET l'ON VIENT TROP TARD...

... depuis plus de sept mille ans qu'il y a des hommes et qui pensent, s'écriait La Bruyère avec dépit. Il parlait des ouvrages de l'esprit lesquels, en son temps, n'étaient guère qu'ouvrages littéraires et si telle était son opinion sur un siècle qui produisit Corneille, Molière, Pascal on peut se demander ce qu'il eût pensé vivant parmi nous.

Je ne crois pas faire tort à notre époque en doutant qu'elle doive passer à la postérité pour ses écrivains et ses artistes. Ils font modeste figure à côté de leurs devanciers. Ceux qui donnent à ce siècle son auréole ce sont les savants. Eux seuls seraient de taille à affronter La Bruyère et à lui rétorquer avec un légitime orgueil « Non Monsieur ! tout n'est pas dit ! »

Berthelot, Claude Bernard, Pasteur ont ouvert des chapitres dont, avant eux, on ne soupçonnait même pas le titre. Si le caractère transcendental de leurs spéculations intellectuelles a été peut-être un peu compromis, c'est par l'utilisation mercantile qui en a été faite. Une découverte qui se résout en machines et en commodités quotidiennes n'est presque plus qu'une trouvaille d'artisan ; pour beaucoup de gens la synthèse de l'acétylène a créé un mode d'éclairage. Ce qui fait le prestige des astronomes et leur confère le rang de mages dans le monde moderne c'est que leurs découvertes n'ont pas encore été monnayées. Heureux les inventeurs qui n'ont pas de valeur marchande ; peut-être crèveront-ils de faim, mais ils garderont du moins leur panache.

Les physiciens sont en train de s'édifier une tour aussi inaccessible que celle des astronomes. Je ne doute pas que les contemporains vouent à des hommes comme Einstein et de Broglie la même sorte de dévotion incompréhensive qui fut l'apanage de Le Verrier il y a cent ans.

***

Le livre qui m'inspire ces considérations philosophiques (1) je n'ai certes pas l'espoir d'en avoir compris la vingtième partie. L'auteur se meut à l'aise dans un domaine où, misérable, je trébuche à chaque pas. Mais le peu que j'ai pu en picorer m'a fait béer d'admiration ; et je voudrais bien n'être pas le seul à jouer ce personnage de l'ignorant qui contemple des merveilles avec le sentiment que jamais de sa vie il n'y aura accès. C'est frôler de fort près la méditation métaphysique que se hasarder en de tels livres. Et puisque l'auteur évoque Pascal il conçoit donc lui-même que ses pages introduisent à de hautaines abstractions.

***

Nous avions été formés à cette notion que la matière se réduisait en dernière analyse à des molécules elles-mêmes constituées d'atomes, tout comme un tissu vivant se compose de cellules.

Le travail des dernières années a consisté pour les physiciens à s'attaquer à ce dernier état irréductible de la matière qu'était l'atome et à le montrer formé d'un noyau qu'entoure à très grande distance une ronde d'électrons. Il s'ensuit une singulière conception des objets familiers ; elle nous semble paradoxale parce qu'il y a discordance, chez l'homme, entre la pénétration de son intelligence et l'infirmité de ses sens. Si nos regards étaient plus perçants, cette table sur laquelle j'écris, cette chaise sur laquelle vous êtes assis, le marteau-pilon, le montagne nous apparaîtraient constitués, comme ils sont en réalité, par du vide dans lequel flottent des corpuscules d'électricité. Leur cohésion apparente, leur rigidité ce n'est rien que la résistance opposée à nos efforts par les forces reliant ces corpuscules entre-eux.

Dans cet organisme de l'atome ressortissent

(1) Vie et transmutations des atomes. Jean THIBAUD, professeur à la Faculté des sciences de Lyon. Editions Albin Michel, Paris.

aux électrons les propriétés « banales », valences chimiques, propriétés physiques ou optiques ; le noyau représente la raison d'être de l'atome, son hérédité, son avenir. Première similitude entre l'atome et la cellule vivante qu'on nous représentait autrefois comme radicalement différents.

Au reste cette « cellule matérielle » est soumise à l'effet du temps : elle évolue, elle *vit*. Le grain de sable, la limaille métallique, la pierre du chemin *vivent*. Cette vie d'un certain genre est de durée très variable suivant les espèces atomiques ; à certaines est dévolue une fraction de seconde au bout de laquelle elles se modifient en expulsant des particules rapides ; d'autres disposent de siècles, comme par exemple le radium, et d'autres enfin nous apparaissent douées d'une permanence dont la durée peut atteindre celle des temps géologiques.

Puisqu'il vit l'atome meurt-il aussi ? C'est probable, bien qu'il n'ait pas encore été donné aux physiciens de constater le fait ; en tout cas ce qu'ils ont bien vu c'est la transmutation, la transfiguration du corpuscule matériel. Aux dimensions près des objets qu'ils étudient, le biologiste qui suit au microscope les réactions d'un organisme vivant et le physicien photographiant à la chambre de Wilson les destinées d'un atome, poursuivent des études parallèles. Peut-être le jour viendra-t-il où ils collaboreront sans plus apercevoir de démarcation entre leurs champs respectifs.

Pour le moment le doute s'élève en beaucoup d'esprits sur la réalité de ce que décrivent les physiciens. Volontiers on croirait à des divagations fantaisistes, à des jongleries analogues à celles où se plaisent les algébristes et les praticiens du calcul intégral. Mais les physiciens se fâchent à de tels propos : ils offrent, en rétrécissant une ouverture dans un écran, de nous montrer des jets d'atomes raréfiés et s'écoulant un à un, ils fixent sur la plaque photographique la trace délicate qu'un atome laisse en passant dans un gaz. Et même il leur est facile de peser les atomes individuellement et de les trier suivant leur poids. Il faut bien se rendre à de telles démontrations.

Suivant leur mode de groupement ces « éléments » confèrent à la matière ses divers aspects. Si bien que le monde matériel au milieu duquel nous vivons et qui nous semble d'une prodigieuse diversité est en réalité d'une texture uniforme. Même les groupements moléculaires se ramènent finalement à un nombre très restreint de types ; il en est d'eux comme de ces pièces de « Mécano » que l'enfant assemble à son gré pour en faire une voiture, un pont ou une maison. Et les objets que nous manions d'une main indifférente se montreraient à nous, si nous savions les voir dans leur réalité comme des « paysages d'atomes » aussi prestigieux qu'un ciel de nuit d'été. Les tissus vivants auraient simplement des formes plus compliquées dans l'assemblage de leurs éléments ; c'est du reste cette complexité de structure qui les rend si débiles devant les actions extérieures et limite leur existence.

***

Ces conquêtes de la physique moderne ont fait évoluer nos conceptions sur la division de la matière.

Jusqu'à il y a une cinquantaine d'années le problème n'alimentait guère que des spéculations métaphysiques : certains affirmaient que, si loin que l'on poussât la décomposition, on obtenait toujours des éléments identiques à eux-mêmes ; les autres que cette division avait un terme. C'est à cette dernière théorie que s'est rangée le physique moderne.

Il se trouve donc que, en cela du moins, elle donne tort à l'homéopathie dont les taux de dilutions sont limités par la réduction de la teinture mère en atomes eux-mêmes irréductibles. Passé ce seuil, les fioles des thérapeutes homéopathes ne contiendraient plus que de l'eau où flottent des atomes de plus en plus raréfiés. A cela, il est vrai, les homéopathes (Picard, *Revue Française d'Homéopathie*, mars 1923) objectent qu'il est bien arbitraire de limiter la division de la matière à l'atome : puisqu'on va jusqu'à trier les atomes et les isoler alors qu'ils sont liés entre eux par des forces électriques il doit être possible d'aller au delà et de démanteler l'atome, ce microcosme, dont les diverses parties se tiennent par le jeu des mêmes forces. « En admettant que ce soit possible, disent les physiciens, ce n'est plus la matière originelle, en l'espèce la teinture-mère qui entrerait en jeu dans votre thérapeutique, mais des espèces de décombres sans identité ». « Peu nous importe, ripostent les homéopathes, ce qu'il nous faut, c'est la vibration, le dynamisme ; les charges des électrons nous fournissent cela et nous n'en demandons pas davantage.

« En tout cas, concluent les physiciens avec quelque hauteur, si vous croyez démolir des atomes dans vos fioles de hautes dilutions, même en les secouant avec obstination, vous vous trompez étrangement. Nous, quand nous nous attaquons à l'atome, nous mettons en œuvre une machinerie de centrale électrique. La moindre de ces expérience coûte un prix fou et beaucoup de peine. S'il suffisait d'ouvrir le robinet de l'évier pour obtenir le même résultat nous serions des jobards ; et jusqu'à preuve du contraire nous considérerons que ce vocable péjoratif ce n'est pas à nous qu'il s'applique. »

La question en est là.

***

Si, en effet, l'étude des corps radio-actifs fait assister à des cas de désintégration spontanée de la matière, provoquer cette désintégration est un problème singulièrement ardu. Tellement ardu que, depuis les alchimistes de la Renaissance jusqu'à nos jours, il était resté insoluble. Il faut savoir produire des tensions électriques élevées, ou tout au moins utiliser l'énergie radio-active ; seules en effet elles sont capables de vaincre l'effet répulsif des charges atomiques et de lancer des ions positifs avec une telle force qu'ils s'incorporent à l'atome bombardé.

A la différence des alchimistes nos physiciens ne cherchent pas à fabriquer de l'or. Au point où en sont leurs recherches la fabrication d'un milligramme d'or serait une opération commerciale désastreuse et il est plus économique de fouiller le sol du Sud-Afrique. Ils se contentent d'accumuler des données inédites sur la structure de la matière. Peut-être, à plus ou moins longue échéance, ces transmutations deviendront-elles la source d'énergies considérables car, la masse n'étant en dernière analyse qu'énergie, détruire de la matière équivaut à libérer de l'énergie. L'adage de Lavoisier : « Rien ne se perd, rien ne se crée » se libelle ainsi au goût du jour : Ce qui disparaît comme matière doit nécessairement se retrouver comme énergie. Ici transparaît le point de vue utilitaire dont je ne souhaite pas, pour ma part, la prompte réalisation. Car ce que les hommes ont soumis à leurs caprices (ou à leurs soi-disant besoins) n'est plus pour eux que banalité, alors même et surtout qu'il n'y ont rien compris.

En attendant l'heure de l'industrialisation les physiciens se livrent à des anticipations qui, pour n'avoir pas le côté spectaculaire de celles de Wells, n'en stupéfient pas moins l'homme moyen. Ils en sont où étaient, au siècle dernier, les techniciens de la chimie organique. Ceux-ci prévoyaient d'avance les propriétés de composés inconnus qu'il restait à fabriquer et dont ils firent la synthèse par la suite. Ceux-là, de même, connaissent déjà les propriétés physiques et chimiques, la radio-activité d'un atome nouveau, et même ils savent comment ils feront pour l'obtenir. Si le mot « créer » a encore un sens c'est bien ici qu'il est de mise ; on se demande si un autre monde ne va pas naître sous nos yeux et si l'homme y aura encore sa place, à moins de se transfigurer lui-même.

Il n'est pas superflu de rappeler à des médecins qu'à ces questions de transmutation atomique se rattache la découverte de M. et Mme Joliot-Curie : la radio-activité artificielle qui promet de révolutionner la curiethérapie entravée jusqu'à présent par la rareté et le prix important de sa matière première.

***

Si surprenant que le fait paraisse aux ignorants, l'atomistique ainsi conçue éclaire d'un jour nouveau l'astrophysique ; l'atome explique l'étoile, l'énergie stellaire, la chaleur du soleil. Placé à égale distance des deux infinis de Pascal, l'homme pousse concomitamment sa recherche dans l'une et l'autre direction et il se trouve que ses conquêtes sur l'infiniment petit le font avancer dans la compréhension de l'infiniment grand. Quelle preuve frappante de l'unité magistrale de l'univers !

Unité qui serait même délimitée dans l'espace car certains astronomes en viennent à admettre un univers fini, un univers *borné* au delà des frontières duquel il n'y aurait plus ni matière ni énergie, plus rien que le néant. Notre terre sphérique ne serait qu'un globule errant dans une autre sphère infiniment plus vaste et au sein de laquelle toute propagation d'énergie se ferait selon un trajet courbe. Les rayons lumineux que nous envoient les étoiles, s'ils se propagent suivant des lignes courbes, induisent donc nos yeux en erreur et l'étoile que vise notre télescope ne serait pas du tout à la place que nous lui assignons sur la voûte céleste. Une fois de plus toutes nos certitudes vacillent, notre raison s'affole de sa débilité, et le grand élan que nous donnent ces dernières découvertes de la science se résout finalement en la décevante impression que nous sommes rejetés au pied d'une forteresse inexpugnable.

***

Lumière et chaleur solaires, « cette obscure clarté qui tombe des étoiles », tels sont les dons du ciel que connaissent les hommes depuis l'origine des temps. L'analyse spectrale y avait ajouté les rayons infra-rouges et ultra-violets. Mais la nouvelle physique a tourné l'attention des chercheurs vers des radiations infiniment plus nombreuses qui naissent au sein des masses stellaires des dissociations d'atomes et des transformations de noyaux et des interactions entre rayonnement et matière. Ces radiations bombardent littéralement notre globe, de nuit comme de jour : ce sont les rayons cosmiques dont on a tellement parlé ces dernières années et pour l'étude desquels le physicien Piccard fit ses sensationnelles ascensions dans la stratosphère. Leur pénétration est telle que les plus durs d'entre eux peuvent traverser 500 mètres d'eau (expériences de Corlin dans les mers profondes) ou plusieurs mètres de plomb.

Il faut remarquer, et la remarque est singulièrement troublante, que tout comme les 500 mètres d'eau ou les mètres de plomb notre corps est traversé par ces rayons qui y font éclater des atomes et déchaînent des tempêtes cellulaires

avec dégagement de milliards de volts. Quelles en sont les conséquences sur notre métabolisme ? Nul ne peut le dire à l'heure actuelle. Mais il est permis de se demander si telle « crise » soudaine au cours d'une pyrexie, tel phénomène nerveux ou humoral, telle apparition de génie épidémique n'est pas le fait d'un de ces cataclysmes. En tout cas le Docteur H. Thomas leur attribue un rôle important dans ces brusques changements observés sur les espèces vivantes et appelés mutations. Puisqu'on a observé que le traitement par les radiations de courte longueur d'onde ou par les électrons rapides peut provoquer certaines mutations définies, pourquoi l'action sur le noyau de la cellule vivante des corpuscules chargés de la radiation cosmique et des rayonnements secondaires serait-elle différente ? Qu'un « gène » vienne à être frappé par un de ces corpuscules et il subira des modifications de structures qui prépareront l'éclosion d'un être nouveau.

Le fait que l'intensité du rayonnement cosmique augmente rapidement avec l'altitude et que, d'autre part, la flore des régions élevées montre une variété d'espèces beaucoup plus grande que la flore des plaines, semble légitimer une telle théorie.

***

Ainsi ce livre, dont la pensée se meut au sommet d'un inaccessible Sinaï, projette soudain des lueurs sur le sentier où nous cheminons. Il rejoint, par certaines digressions, ce chapitre nouveau et de jour en jour plus important de la médecine qu'est la météoro-pathologie. Peut-être les physiciens sont-ils en passe de résoudre sans y penser certaines énigmes qui tiennent les médecins en échec.

S'il y a un spectacle consolant, à notre époque, par ailleurs si triste, c'est de voir la science pousser ses bataillons avec une telle sûreté que, si l'un d'eux fait un bond en avant, tout le front de bataille s'en trouve du coup avancé.

G. LAVALÉE.

PENSIONS MILITAIRES D'INVALIDITÉ

Quelques commentaires pour l'application de la loi du 9 juillet 1937 (1)

Un nouveau délai est ouvert aux invalidités résultant des maladies. Ce délai expirera le 31 décembre 1938.

Quant aux infirmités, résultant de *blessures de guerre*, elles jouissent dès maintenant d'un privilège, aux termes duquel il ne pourra plus être opposé de forclusion en ce qui les concerne. Il y aura donc, dans l'avenir, une différence très nette entre les droits des blessés de guerre et ceux des malades de guerre, qui n'auront pas formulé de demande avant le 1er janvier 1939.

Nous devons préciser que l'intoxication par gaz et la gelure des pieds — avec mortification et élimination de tissus sphacélés — constituent des blessures de guerre. Il en est de même des lésions dues aux liquides enflammés. Les cas douteux seront d'ailleurs examinés à la diligence du ministre de la Guerre (Cabinet, 2e bureau). Même la blessure reçue à l'occasion du service, c'est-à-dire résultant d'un accident arrivé sur les lieux et pendant le temps où le soldat est soumis à l'autorité militaire, mais sans que la cause en soit l'exécution du service, entre dans la définition donnée de la blessure au regard des droits nouveaux. Bien entendu, il ne faudrait pas que cette blessure soit la conséquence d'une imprudence équivalente à un dol. On est donc plus large que dans la dernière réglementation, qui ne s'appliquait qu'aux blessures de guerre et aux blessures reçues en service commandé.

Pour ce qui est des maladies, elles doivent être imputables à la guerre 1914-1918 ou à une expédition, déclarée campagne de guerre par l'autorité compétente. L'intéressé devra, lorsque l'infirmité a été contractée ou aggravée, *être dans une formation ouvrant droit à la carte du combattant, soit en captivité.* Enfin, l'affection doit avoir fait l'objet d'une constatation régulière.

Sur ce dernier point, il faut remarquer que la maladie doit avoir fait l'objet d'une constatation contemporaine (fiches d'évacuation, billets d'hôpital, feuilles d'observations médicales, certificats d'origine). Remarquons qu'*il n'est pas nécessaire d'être titulaire de la carte du combattant*; *il suffit de l'aggravation en service d'une maladie constatée comme ayant évolué dans une unité combattante.* On sait, en effet, que l'*aggravation* en opérations de guerre ne *suffit pas pour donner droit à la carte.* Elle peut, si l'origine de l'aggravation est reconnue, donner droit à pension.

Précisons un dernier point très important : la constatation d'une blessure pourra résulter non seulement d'une évacuation ou d'une hospitalisation immédiate, mais de tous documents émanant d'autorités militaires (certificat d'origine, certificat de visite, inscription sur un cahier de visite, sur un registre d'infirmerie-hôpital, procès-verbal de commission de réforme, décision d'inaptitude, inscription sur les états de services, citation, attestation précise des commandants d'unités ou du service médical, homologuée par l'autorité compétente en ce qui concerne la qualité du déclarant, etc.

(1) Voir *Concours Médical*, 1er août 1937, page 2289.

ASSURANCE-INVALIDITÉ

Le Docteur R. Lacassie nous écrit :

Voulez-vous me permettre de vous adresser deux objections au sujet de votre dernier article du *Concours* (p. ?55?. Assurance-invalidité).

1° Le certificat d'invalidité délivré par le médecin traitant m'a toujours paru n'avoir aucune utilité.

En effet, si les Caisses ont recours aux offices de médecins contrôleurs, c'est évidemment qu'elles n'ont pas confiance dans le savoir ou la conscience de ceux qui ne sont pas appointés par elles. Dès lors pourquoi ont-elles recours aux médecins non-contrôleurs ? Le rôle de ces derniers devrait se borner à constater l'existence d'une invalidité de plus des deux tiers : aux caisses d'en apprécier la cause. Ainsi la question pourrait être résolue à la satisfaction de tous ;

?° Qui doit régler les honoraires relatifs à la rédaction du certificat ? Certains malades n'admettent pas que la paperasserie des Caisses soit pour eux une cause de frais : il semble qu'ils n'aient pas entièrement tort.

Voulez-vous me permettre encore de vous poser un problème que j'ai eu à résoudre.

Un homme, assuré social, que je soignais depuis longtemps ainsi que sa famille, se suicide pour des raisons inconnues.

Je constate le décès en qualité de médecin de la famille (il n'y a pas de médecin de l'Etat civil).

Pour donner à la veuve l'allocation à laquelle elle a droit à l'occasion du décès, la Caisse d'assurances sociales réclame un certificat spécifiant s'il y a eu crime ou suicide. Quelle conduite adopter ?

Réponse

Sur la première question, théoriquement vous avez raison ; le certificat du médecin traitant devrait être tenu pour véridique, jusqu'à preuve contraire.

Mais, en pratique, tantôt le certificat en question peut être incomplet, ou considéré comme tel ; tantôt la Caisse, ou la collectivité qui paie (Etat, pour les pensionnés, accidents du travail, etc.) peut soutenir qu'elle a intérêt à faire contre-visiter le malade, non pas par suspicion de la véracité des déclarations du médecin traitant, mais en vertu de l'adage « erraré humanum est ».

Aussi le Parlement a-t-il voté des lois, qui égalisent les prétentions de chaque partie et sauvegardent les intérêts de chacun. Le malade qui prétend avoir droit à une pension quelconque doit fournir une attestation de son médecin traitant. Le tiers payant a le droit de demander au médecin de son choix quelle est son opinion. S'il y a désaccord entre les deux praticiens, le président du Tribunal civil désignera un troisième médecin, qui départagera les deux premiers.

Il eût fallu, avant le vote de ces lois, que les Syndicats puissent intervenir pour démontrer au Parlement que tous les médecins de France sont infaillibles dans leurs diagnostics et leurs pronostics et que jamais parmi nous ne se trouveraient des praticiens capables d'altérer la vérité. Je crois que les législateurs ne nous auraient guère écoutés. D'où la médecine de contrôle, inscrite dans la loi des accidents du travail, dans celle des Pensions et dans celle des Assurances sociales.

Le médecin traitant défend les intérêts de son client, le médecin de contrôle ceux de sa Caisse, ou de l'entreprise, assurance qui l'a mandaté. Un tiers médecin les départage.

Chaque partie doit supporter la charge des honoraires du médecin qu'elle a choisi et qu'elle charge d'un examen, en vue d'un certificat.

Quant à la dernière question, dans l'immense majorité des cas, il n'y a pas de secret professionnel, car souvent il est de notoriété publique que M. X. s'est suicidé. Mais le médecin traitant reste toujours en droit de se refuser à la délivrance d'un certificat, lequel donnerait authenticité à la rumeur publique A la veuve de demander à la mairie une attestation de la mort de son mari. A la Caisse de se renseigner à la mairie et de demander l'attestation nécessaire. Le médecin traitant peut toujours rester en dehors de ces questions et refuser de délivrer tout certificat, en invoquant le secret professionnel.

Tant qu'un texte de loi n'aura pas été voté par les deux Chambres, pour obliger le médecin à envisager les causes des décès, le praticien agira sagement en se refusant à dévoiler à qui que ce soit le diagnostic de la maladie, ou des circonstance qui ont provoqué le décès d'un de ses clients. Le secret professionnel existe toujours, quoi qu'en disent certains.

Dr Paul BOUDIN.

INTERNEMENT ET CERTIFICAT

Par R. Benon

Médecin du Quartier des maladies mentales à l'Hospice général de Nantes

Sommaire. — A. *Examen du malade, certificat sur la demande de telle personne; examen par deux confrères ; subterfuges en vue de l'examen.* — B. *Rédaction et teneur du certificat : certificat sur papier timbré ; date du certificat ; identité du sujet ; le certificat lui-même ; les particularités de la maladie mentale ; le contrôle des faits signalés ; histoire de la maladie ; étiologie de l'état d'aliénation mentale ; hérédité nerveuse et vésanique ; internement dans l'intérêt du malade ; cas difficiles.* — C. *Appendice : réflexions des familles après l'internement ; certificat de non-aliénation men ale.* — *Conclusion.*

La rédaction des certificats en matière d'internement d'aliénés est une question sur laquelle on ne saurait trop insister, croyons-nous. Elle comporte tant de dangers pour le praticien, elle fait l'objet d'un enseignement si réduit, si précaire, dans les Facultés, qu'il est toujours utile d'en rappeler les détails et les difficultés.

***

L'examen du malade. — L'examen du patient comporte quelquefois par lui-même la nécessité de prendre des dispositions ou précautions spéciales : nous ne les considérons pas comme ayant une importance capitale ; elles ne suffisent pas certes pour mettre le praticien à l'abri des responsabilités qui lui sont propres, en particulier à l'abri de la responsabilité de l'internement qui lui incombe sans aucun doute.

Certificat sur la demande de telle personne. — On conseille au médecin, dans quelques livres, de ne pratiquer l'examen du malade qu'après avoir fait spécifier que c'est telle personne et non telle autre qui demande l'internement. On dit même d'exiger une lettre, un écrit, de la personne qui sollicite le placement à l'asile. Cela est vain ou à peu près. Au reste, cela ne serait indiqué que pour un placement volontaire, non pas pour un placement d'office. Il est vrai que c'est le placement volontaire d'un aliéné qui est le plus périlleux. Donc, dans le certificat, on peut indiquer sans inconvénient que le certificat a été rédigé à la demande de telle personne de la famille, mais cela ne suffit point pour couvrir la responsabilité du médecin certificateur.

Examen par deux confrères. — La présence de deux confrères pour l'examen du malade et leur collaboration dans la rédaction du certificat n'est pas davantage une bien grande garantie en cas de discussion de la responsabilité médicale, à moins que l'un des deux praticiens ne soit un spécialiste ; ce dernier alors, en cas d'erreur, serait sévèrement jugé par les magistrats, cela va de soi. En fait, ici, il ne s'agit pas de chercher à se couvrir, bien que ce soit une tendance propre à certaines personnes, il s'agit de faire ce qui peut, ou doit être fait.

Subterfuges en vue de l'examen. — Le praticien, en principe, doit faire plusieurs visites au malade sauf cas d'extrême urgence, et cela est rare. Plusieurs visites sont utiles et rationnelles, au même titre par exemple que pour le médecin expert près du Tribunal, qui doit visiter à plusieurs reprises le sujet qui fera l'objet de son rapport. *Quid* des subterfuges en vue de la visite ? Ce n'est qu'exceptionnellement que le médecin traitant doit y recourir. Il a déjà vu son malade, il le connaît ; s'il ne l'a pas vu depuis longtemps, il devra le réexaminer avec soin, sauf toujours dans les rares cas d'urgence. En pratique, les subterfuges ne sont indiqués que si le patient est très méfiant, comme dans certains faits de délire de la persécution, ou fantaisiste, capricieux, comme dans l'hypomanie.

Rédaction et teneur du certificat. — La teneur spéciale du certificat et la précision de la rédaction constituent l'essentiel de cet acte du praticien. Il n'en saurait être autrement. Ce sont ces points qu'on discute dans le prétoire lorsque des contestations surgissent : cela est exceptionnel, mais cela pourrait être plus fréquent si la loi de 1838 était plus strictement appliquée.

Certificat sur papier timbré. — Le certificat sur papier timbré n'est exigible que pour les placements volontaires, et il devrait l'être dans tous les cas (sauf peut-être lorsqu'il s'agit d'un cas de placement volontaire au compte du département, car alors le patient est peu fortuné : il semble dans la pratique que l'Etat est, maintes fois, frustré de ses droits d'impôt). Le certificat du médecin traitant doit-il être exigé sur papier timbré pour les aliénés assurés sociaux et placés volontairement ? C'est une question à résoudre. Logiquement, ce certificat devrait être écrit sur papier timbré : l'assurance est une chose, l'Etat une autre.

Date du certificat. — La date du certificat de placement a une importance qu'il faut connaître et ne pas négliger, puisque le certificat délivré

n'est valable que pour quinze jours. Il arrive que les familles ou les tiers présentent à la Direction de l'asile des certificats non datés (il y a des négligences actuelles peu croyables) et aussi, cela est plus fréquent, des certificats qui remontent à plus de quinze jours.

L'identité du sujet. — Non seulement le praticien doit bien s'assurer de l'identité du sujet, mais encore il importe de bien la préciser par écrit. On ne saurait croire l'insuffisance des certificats sur ce point. Sans doute, c'est aux services administratifs de l'asile de fixer exactement l'identité de la personne internée, mais le praticien ne devrait pas omettre de signaler l'âge, le domicile ou la résidence, et aussi la profession, utile à connaître dès l'entrée à l'établissement des aliénés.

Le certificat lui-même. — Le certificat d'internement, c'est l'état mental du patient, et c'est l'état actuel au point de vue mental. Tout le reste est superflu. Les organicistes pourront faire les critiques et réserves qu'ils voudront, le praticien doit établir aussi exactement que possible, uniquement en quelque sorte, l'état mental actuel du sujet. C'est sur ce point que sa responsabilité sera discutée, si elle est discutée un jour. Il n'y a pas d'échappatoire en cette matière. Le sujet est-il ou n'est-il pas atteint d'aliénation mentale, de maladie mentale, de troubles mentaux, et lesquels ? Rappelons qu'il ne faut pas considérer les anomalies mentales, les légères débilités psychiques, les extravagances de l'imagination, les violences du caractère, les bizarreries de l'esprit, les fantaisies de la conduite, etc., comme des maladies mentales : cela est capital et cela peut seul contribuer à la clarté de la neuro-psychiatrie. Magnan, le premier, a bien vu et bien marqué l'importance des anomalies de l'esprit et de l'émotivité en pathologie mentale, mais il ne faut pas faire une maladie de la déséquilibration psychique constitutionnelle, c'est-à-dire des anomalies de l'intelligence, de l'émotivité et de l'activité.

Les particularités de la maladie mentale. — Il ne suffit pas au praticien de faire le diagnostic de maladie mentale ; il doit dire maladie mentale nécessitant l'internement dans une maison d'aliénés. Comme nous l'avons établi, il y a dans le fait de l'aliénation mentale : 1° un élément médical ; 2° un élément familial et quelquefois aussi 3° un élément social. Par exemple, le malade mental (c'est l'élément médical) ne saurait être traité et surveillé convenablement dans sa famille (élément familial) ou bien il est dangereux pour la société (élément social), etc... L'état d'aliénation mentale constaté est donc dit « particulier » (terme de la loi) parce que la maladie ne peut être soignée dans la famille, dans un hôpital ordinaire, etc...

Le contrôle des faits signalés. — Dans la rédaction de son certificat, comment le praticien rapportera-t-il les faits extraordinaires ou dangereux qui sont signalés par l'entourage du malade, et qui peuvent contribuer à la nécessité, à l'opportunité de l'internement ? Il devra dire qu'il les connaît d'après les tiers, d'après la famille ; il pourra les exprimer sous la forme conditionnelle. Ces faits seront sans valeur pour lui s'ils ne cadrent pas avec l'état mental pathologique constaté directement. Il peut faire une petite enquête discrète dans l'entourage du malade, et même près des autorités communales : certains cas sont complexes. Mais alors le placement d'office s'impose ; or, le placement d'office couvre presque complètement la responsabilité du praticien.

Histoire de la maladie. — Le médecin traitant n'a point à faire l'histoire de la maladie mentale dans un certificat d'internement. C'est l'état actuel psychique qui entraîne l'internement : il ne faut dire que cet état actuel. On peut parler de troubles mentaux aigus, subaigus, mais pourquoi préciser que les troubles sont chroniques remontent à plusieurs années ? C'est bien, plutôt, au médecin de l'asile, par une étude prolongée, à fixer dans le temps, près de la famille, le début probable ou certain de la maladie.

Etiologie de l'état d'aliénation. — Sur l'étiologie de l'état d'aliénation mentale, le médecin certificateur doit garder le silence. Il n'a pas à dire la cause de la maladie ; il doit déclarer simplement : d'abord que la maladie mentale existe, ensuite qu'elle présente les particularités qui entraînent à son avis l'internement. Il ne doit parler ni de syphilis, ni d'alcoolisme. Ce n'est pas la question, à ce moment et en ce lieu. Sans aucun doute, il peut en résulter quelques inconvénients, mais lors de l'entrée à l'asile, tous renseignements utiles seront recueillis par le service médical.

Hérédité nerveuse ou vésanique. — Le médecin certificateur ne doit pas dire un mot de l'hérédité nerveuse ou vésanique. A quoi bon révéler ces faits ? La famille les signalera au médecin de l'asile. Ce n'est pas au médecin de la famille à faire l'observation du malade aliéné qui entre à l'asile. C'est pour cette raison que l'expression dégénérescence mentale ne doit jamais être employée dans un certificat d'admission à l'établissement des aliénés. Aucune famille n'est satisfaite d'entendre dire de leur malade qu'il est un dégénéré.

Internement dans l'intérêt du malade. — Il est quelquefois conseillé au médecin certificateur d'indiquer que l'internement a lieu dans l'intérêt même du malade. Cette considération est à écarter sans aucun doute. Il y a trop de malades qui se plaignent du traitement dont ils ont été l'objet dans les asiles d'aliénés. En cas de discussion dans le prétoire, l'avocat, les juges formuleraient certainement des observations désagréa-

bles, des critiques sévères. De cela, le médecin traitant de la famille n'est pas seul responsable, mais comme il aura été la cause première de l'internement, il sera jugé e n conséquence.

Cas difficiles. — Nous voyons deux sortes de cas difficiles en matière d'aliénation mentale : 1° ceux qui tiennent à la maladie mentale elle-même : ce sont les délires sans hallucinations (délire d'interprétation, délire de revendication, délire d'imagination, si ce dernier existe) ; ils doivent faire l'objet d'une observation prolongée et spéciale de la part du médecin traitant dans la famille ; ils sont rares, très rares même ; 2° ceux qui sont représentés par les anomalies mentales, sans délire, avec ou sans perversité avérée ; ils ne doivent jamais entraîner l'internement : à la rigueur, lorsqu'il n'y a pas perversité-récidivisme, ou perversité avérée, sans récidivisme, on pourra tenter un traitement à l'asile des aliénés, mais cela sera bien exceptionnel et le résultat sera nul.

La difficulté du diagnostic d'un état d'aliénation mentale tient parfois au fait que les familles, l'entourage, cachent au praticien des éléments importants d'appréciation, notamment des éléments d'ordre moral. Il y a des chagrins intimes, des contrariétés cuisantes, des ennuis profonds que les personnes intéressées ne révèlent pas spontanément et qui jouent un rôle fondamental dans les réactions impulsives possibles du patient. Il s'agit presque toujours d'états mélancoliques ou de délires complexes, atypiques, à la période de début.

Appendice. — Après l'internement du malade à l'asile des aliénés, soit que la sortie ait lieu, soit que le maintien s'impose, il arrive que les familles se livrent à des réflexions plus ou moins judicieuses contre le médecin certificateur. Enfin, *quid* de la délivrance d'un certificat dit certificat de non-aliénation mentale ?

Réflexions des familles après l'internement. — Ces réflexions des familles portent sur deux points particuliers, dont l'importance n'échappera à personne : 1° l'internement était inutile ; 2° l'internement a aggravé l'état du ma ade. Il faut bien reconnaître qu'il y a là parfois une part de vérité. Un certain nombre de malades mentaux (10 à 20 %, 5 à 10 %, il est difficile de préciser exactement), paraissent être internés avec trop de hâte : par exemple un accès vésanique guérit en quelques semaines, mais qui pouvait le prévoir ? Une aggravation des troubles mentaux est constatée ; elle se dissipe rapidement à la maison de santé ; mais ce pronostic favorable, comment le médecin traitant aurait-il pu l'établir au moment de son examen dans la famille ? L'aggravation du fait de l'internement est un autre reproche fâcheux . Parfois, les regrets de la famille semblent être fondés. Le médecin certificateur devra songer à ces réflexions possibles et par suite, ne conclure à l'internement que lorsque l'impossibilité de traiter le patie t à la maison sera bien démontrée, ou lorsque la maladie se prolongera et pourra nettement bénéficier de l'isolement. Dans tous les cas, où la famille hésite, discute, nous croyons qu'il faut essayer des traitements variés, patienter, surseoir à l'internement, en donnant tous conseils utiles, surtout s'il y a danger.

Certificat de non aliénation mentale. — La plupart des auteurs déclarent qu'il ne faut en aucun cas délivrer un certificat de non-aliénation mentale. Cela est exact pour le praticien ordinaire. Cependant, s'il connaît bien le sujet, pourquoi ne donnerait-il pas son avis ? Certes, ce certificat ne doit être rédigé qu'avec circonspection ; mais il vaut ce que valent d'autres témoignages ; il vaut ce que vaut une opinion, s'il ne vaut pas comme démonstration. Le spécialiste des maladies mentales et nerveuses peut délivrer un cert ficat de non aliénation mentale. Il devra rarement se contenter d'entendre le sujet ; i l devra entendre des tiers, faire des enquêtes personnelles, s'il le peut. Surtout, il pourra ne pas être absolument affirmatif. Enfin, il pourra déclarer qu'il y a nécessité d'un examen par trois experts désignés par le Tribunal ou la Cour afin de conclure définitivement (1).

***

La rédaction du certificat d'internement à l'asile des aliénés, dans bien des cas, nécessite une grande application de la part du praticien : il peut signaler sur la demande de quelle personne il est intervenu, demander un confrère en consultation, recourir à des subterfuges. Il doit toujours faire son certificat sur papier timbré, quand il s'agit de placement volontaire ; il doit dater son certificat (celui-ci ne vaut que pour deux semaines), spécifier l'identité du patient, faire l'état actuel seul du malade, bien préciser les particularités de la maladie mentale, contrôler autant que possible les réactions impulsives fâcheuses du sujet, ne rien dire ni de l'histoire de l'affection ni de l'étiologie, ni de l'hérédité, ne point exprimer que l'internement a lieu spécialement dans l'intérêt du malade. Quelq es cas sont très difficiles à apprécier : délire d'interprétation, délire de revendication, délire d'imagination (?). Les pervers, récidivistes ou non, anormaux nettement ou non, ne doivent jamais être internés. Il faut savoir qu'après l'internement, les familles peuvent dire que l'internement était inutile, ou bien a aggravé la maladie. Enfin, le certificat de non-aliénation mentale n'est à rédiger que dans quelques circonstances exceptionnelles.

---

(1) V. R. BENON. — *Aliénation mentale et certificat d'internement.* Conc. méd., 1936, 11 oct., n° 41, p. 2906.

L'ACTUALITÉ PROFESSIONNELLE

Informations judiciaires

Du droit pour les Syndicats médicaux de défendre la profession contre les mauvais confrères

Le rôle des Syndicats médicaux, s'il s'étend sans cesse dans le domaine « économique » de la profession, ne saurait se borner à la défense des intérêts matériels de ses membres. Il est à la fois plus élevé et plus général et comprend la défense des intérêts moraux de la Corporation entière contre tous ceux susceptibles d'y porter atteinte. Cette mission d'utilité publique, qui avait été contestée à l'origine, est reconnue à l'heure actuelle de manière incontestable par la jurisprudence, ainsi que le montre l'affaire suivante, que nous avions déjà partiellement exposée à nos lecteurs à l'occasion du jugement rendu par le Tribunal civil de Clermont-Ferrand.

Voici les faits : Un médecin d'une grande ville d'eaux du Puy-de-Dôme avait manifesté, sous des formes diverses, une conception inadmissible de sa profession, soit en se parant de faux titres hospitaliers ou honorifiques, soit en pratiquant le recrutement de sa clientèle par des procédés outrancièrement commerciaux. Pour éviter que de tels agissements ne rejaillissent indirectement sur la réputation du Corps médical, le Syndical local apposa sur les murs de la station, une affiche indiquant la liste des « médecins appartenant au Syndicat ou reconnus par lui », liste dont un seul nom était évidemment exclu, celui de l'indésirable en question. Ce dernier, s'estimant gravement lésé par cette contre-publicité indirecte, poursuivit alors le Syndicat en dommages-intérêts devant les Tribunaux. Soutenu tant par le « Sou Médical » que par la Confédération des Syndicats médicaux, le Syndicat obtenait gain de cause en première instance avec des attendus très durs pour le poursuivant. Appel n'en fut pas moins interjeté par lui devant la Cour.

Par son arrêt du 13 juillet 1937, la Cour de Riom vient de confirmer entièrement le jugement attaqué, avec des motifs qui consacrent de la manière la plus expresse les droits syndicaux en matière de défense générale de la profession, et précisent même les moyens que les Syndicats peuvent valablement employer pour ce faire.

Il est tout d'abord rappelé qu'un Syndicat professionnel est libre d'admettre dans son sein, ou d'évincer qui il lui plaît. Il peut de même faire bénéficier ses membres de sa publicité et la refuser aux autres, sans que ces derniers soient fondés à se plaindre. D'autre part, les Syndicats ont pour mission de défendre les intérêts collectifs, matériels ou moraux de la profession. Pour exercer cette défense, ils peuvent demander des dommages-intérêts à ceux qui causeraient un préjudice à cette profession, ou encore le mettre à l'index, *même publiquement*. *A fortiori*, sont-ils fondés à passer leur nom sous silence dans une affiche publiant la liste des médecins « recommandés » par eux. La seule limite à ce droit syndical doit être recherchée dans la théorie de « l'abus de droit » ; le Syndicat ne pourrait être condamné à des dommages-intérêts envers le médecin visé qu'au cas où son action aurait été dictée, non par le désir de défendre les intérêts de la profession, mais par la malveillance et l'intention de nuire. Encore la preuve de cette intention incomberait-elle à celui qui l'alléguerait.

Voici donc précisée et définie une fois de plus l'une des missions les plus élevées du syndicalisme, et les moyens légaux qu'il peut employer à cet effet.

J. M.

Le statut juridique des médecins inspecteurs des écoles

Parmi les fonctions de médecine publique les plus fréquentes et les plus répandues, figure incontestablement celle de médecin-inspecteur des écoles. En attendant que soient repris et qu'aboutissent les projets de création de l'inspection médicale scolaire nationale et obligatoire qu'avait présentés M. H. Sellier, il est donc intéressant de connaître le caractère et le statut juridiques actuels de cette fonction d'après la jurisprudence administrative.

L'espèce qui a donné l'occasion à cette jurisprudence de s'affirmer, était la suivante : un médecin inspecteur scolaire, titulaire de ce service depuis plus de dix années en vertu d'un contrat annuel renouvelé par tacite reconduction, s'était vu, pour des raisons de pure politique locale, l'objet de la part de la commune d'une révocation aussi brusque qu'injustifiée. Sur les conseils et avec l'appui du « Sou Médical » un recours fut intenté devant le Conseil de Préfecture.

Par son arrêté en date du 6 juillet 1937, le Conseil de Préfecture de Bordeaux a donc été amené à définir les droits respectifs du médecin et de la commune à cet égard. D'après lui le médecin inspecteur des écoles n'est pas un employé communal et ne peut bénéficier des garanties accordées par la loi aux fonctionnai-

res municipaux. Il doit être considéré comme exerçant une profession indépendante, et la rémunération qui lui est allouée constitue une indemnité, non un traitement.

Il n'en reste pas moins qu'il existe entre le médecin et la commune un contrat l'affectant à ce service public, et que ce contrat ne saurait être dénoncé sans préavis par l'une des parties, sous peine de donner à l'autre droit à une réparation pécuniaire du préjudice matériel subi.

Cette décision, discutable juridiquement en ce qu'elle refuse aux médecins inspecteurs la qualité de fonctionnaire municipal, a été diférée au Conseil d'Etat. Elle rappellera cependant fort opportunément aux maires qu'ils ne peuvent jouer impunément les potentats locaux. J. M.

La Presse et les Sociétés

L'organisation du service de l'assurance-maladie en Autriche

Par un récent décret, le ministre du Travail autrichien (1) vient de donner son approbation à la réorganisation du service médical de l'assurance-maladie, jusqu'à présent effectué par les médecins fonctionnaires des Caisses. Ce régime, très fortement discipliné et hiérarchisé, est croyons-nous intéressant à connaître et à comparer avec le régime français.

Le service médical ne dépend plus désormais directement des Caisses. Il incombe aux « communautés de travail », sorte de corporations, et plus spécialement aux « Commissions de médecins » constituées auprès de chaque communauté et composées en nombre égal de représentants de cette communauté et des organisations professionnelles de médecins sous la présidence d'un juriste à voix délibérative. Au-dessus de ces diverses commissions fonctionne une « Commission fédérale » où le président, juriste, possède alors voix prépondérante.

Le droit de donner des soins aux assurés sociaux n'est pas accordé à tous les médecins, il est réservé aux *médecins agréés* de la circonscription du domicile de l'assuré. Les conditions d'agrément sont nombreuses et sévères : il faut être citoyen autrichien, diplômé par l'Etat, avoir une conduite civique (?) et professionnelle irréprochable, justifier de quatre années de pratique dont au moins trois comme médecin d'un établissement public de cure, et un trimestre en qualité de remplaçant d'un médecin agréé, enfin ne pas avoir un revenu professionnel fixe dépassant 12.000 schillings par an (2). Le candidat doit, en outre, s'engager à suivre les « cours de perfectionnement ». L'agrément est prononcé par les « Commissions de médecins » avec possibilité d'appel devant la Commission fédérale.

Les statuts des médecins agréés sont réglés très minutieusement. Les devoirs, tout d'abord, comprennent : l'obligation d'accorder leurs soins à tout assuré de leur ressort, la coopération au fonctionnement *administratif* de l'assurance-maladie (contrôle du malade, tenue de registres, etc.); l'interdiction de recevoir du malade la moindre rémunération. La *liberté de traitement et de prescription* est fortement limitée : les médecins doivent observer les directives établies par l'Union nationale des institutions d'assurances relatives à la médication et au traitement économiques. Ils peuvent être tenus de rembourser les sommes dépassant les moyennes fixées comme correspondant au traitement « économique » d'une affection déterminée. Le but de la médecine est, dit l'instruction, de « rétablir dans un minimum de temps et avec un minimum de frais, les capacités de travail ou la santé de l'assuré ». Enfin, les médecins ne doivent appliquer que « des méthodes scientifiques éprouvées ». Quant au *secret professionnel*, il est purement et simplement méconnu. Les médecins doivent, au contraire fournir aux Caisses les renseignements qui leur sont demandés sur l'état du malade.

Comment, en contre-partie, se trouve fixée la rémunération du médecin ? Elle incombe uniquement à la communauté de travail, sans participation de l'assuré, et est établie selon un régime analogue à celui d'Alsace et de Lorraine. Le médecin est payé à l'acte médical, d'après un tarif à coefficient établi par la Commission fédérale. Mais le chiffre-clé varie d'après la somme affectée chaque année à la communauté par le ministre du Travail. C'est en définitive cette somme qui est partagée entre les médecins agréés, en fin d'année au prorata de leurs actes médicaux. De toute manière, la rétribution annuelle d'un médecin agréé ne peut dépasser 26.000 schillings, soit le traitement d'un fonctionnaire de première catégorie.

Enfin, les médecins agréés sont soumis à un contrôle disciplinaire exercé par une juridiction mixte (le président de la Commission de médecins, deux médecins agréés, deux représentants de la communauté de travail), qui peut prononcer des amendes (jusqu'à 1.000 schillings), des suspensions et des retraits d'agrément, avec possibilité d'appel devant une Commission centrale statuant en dernier ressort.

J. M.

(1) *Informations sociales*, 31 mai 1937.

(2) Au 1er juillet 1937, 1 schilling valait environ 4 fr. 20.

Hygiène industrielle

• • •

AU SUJET DES INTOXICATIONS PROFESSIONNELLES PAR LE BENZOL EN PARTICULIER

Une intéressante communication du Docteur Feil

Le Docteur Fernet nous écrivait :

Ayant remarqué que certains de mes clients étaient anémiés suivant les emplois occupés dans une industrie locale, je serais heureux avant de conclure à une intoxication professionnelle d'avoir votre avis.

Le produit employé par ces ouvriers a la composition chimique suivante :

Acétone	10 gr.
Acétate de méthyle	35 gr.
Alcool méthylique	20 gr.
Benzol lourd	15 gr.
Solvant gras et plastifiant	8 gr.

Produit cellulosique léger à séchage rapide avec prédominance de produits volatils.

L'acétone en contact avec le benzol peut-il déterminer l'intoxication benzolique. Pouvez-vous me signaler quelques travaux cliniques concernant les intoxications benzoliques ?

***

Voici la réponse que le Docteur Feil a bien voulu rédiger ; étant donné sa grande compétence en la question, il était plus particulièrement qualifié pour le faire :

La question posée par notre confrère étant d'intérêt général, nous avons pensé être utile aux lecteurs du *Concours Médical* en faisant une réponse assez détaillée.

Je félicite d'abord notre correspondant d'indiquer la composition exacte du produit, dont se servent les ouvriers. C'est, en effet, indispensable pour pouvoir reconnaître l'origine et la nature de l'intoxication. Malheureusement cela n'est pas toujours possible : chaque fabricant a sa formule, qui constitue en quelque sorte la marque de fabrique de sa maison et qu'il n'aime pas divulguer. Les solvants cellulosiques utilisés dans l'industrie ont donc une composition, qui varie selon l'usine. Certains, les plus nombreux, paraissent peu toxiques ; d'autres renferment des produits dangereux (tétrachloréthane, benzol, etc.).

Il saute aux yeux, lorsqu'on examine la composition du produit, pour lequel nous sommes appelé à donner notre avis, que la substance la plus toxique est le benzol ; les autres substances : acétone, acétate de méthyle, alcool méthylique, ne semblent pas pouvoir occasionner d'intoxications graves ou chroniques, leur grande volatilité permet leur élimination facile par les aspirateurs qui, très certainement, doivent être disposés dans les ateliers.

Voici quelques renseignements très succincts sur l'action possible de chaque produit :

L'*acétone* est un liquide peu toxique dans les conditions ordinaires d'utilisation industrielle. L'inhalation de 3 à 5 mmgr. d'acétone par litre d'air est supportée sans dommage par les chats ; une dose encore plus élevée : 0 gr. 590 d'acétone par litre d'air ne produit sur le cobaye, même au bout d'une heure, d'autre symptôme qu'une légère excitation des glandes lacrymales.

Chez l'homme, l'acétone peut occasionner des vertiges, des bouffées de chaleur, l'irritation de la gorge, des accès de toux, etc., en somme surtout des signes d'irritation.

L'*acétate de méthyle* présente sensiblement la même action toxique que l'alcool méthylique.

L'*alcool méthylique*, tel qu'on l'emploie dans l'industrie des vernis, paraît peu toxique ; mais il faut tenir compte qu'il renferme presque toujours des impuretés, qui sont susceptibles de jouer un certain rôle pathogène.

L'alcool méthylique peut exercer une action locale et générale :

Action locale : il irrite les muqueuses (yeux, nez voies respiratoires) ;

Action générale : il provoque quelquefois des maux de tête, des vertiges, troubles de la vue, manifestations gastriques (nausées).

Le *benzol* est certainement, de tous les corps volatils inscrits dans la formule, le plus toxique. Habituellement l'intoxication reste latente, ou bien elle se traduit par des troubles légers qui

demandent à être recherchés : céphalée, vertiges, épistaxis, symptômes gastriques, vomissements, anorexie... Mais il n'est pas rare d'observer des formes plus graves avec syndrome anémo-hémorragique :

Diminution des globules rouges et surtout leucopénie (celle-ci n'est pourtant pas constante).

Purpura, ecchymoses, hémorragies multiples.

Les symptômes nerveux (parésie, polynévrite, tremblement), sont douteux et beaucoup moins caractéristiques.

A propos du benzol, j'attire l'attention sur la nécessité de connaître exactement le produit utilisé. Est-ce du benzène, du benzol, u de la benzine ? La confusion des termes a été la cause de graves intoxications. Je rappelle que :

Le *benzène* est le premier terme de la série aromatique ; c'est un carbure bien défini à chaîne cyclique, C^6H^6, que l'on obtient par purification maximum du benzol brut ;

Le *benzol* est un produit impur et mal défini, résultant de la distillation de la houille. Il est composé en majeure partie d'hydrocarbures benzéniques. C'est ce produit que l'on emploie communément pour les usages industriels.

La *benzine* est en France, tout au moins, un terme scientifique que l'on utilise dans des sens différents pour désigner soit le benzène, soit le benzol, soit l'essence de pétrole. C'est un terme qui prête à confusion et qu'il serait souhaitable de proscrire de la terminologie, pour éviter toute erreur dans l'emploi des produits. On pourrait le remplacer par le terme *pétroline*.

Cette distinction est essentielle au point de vue toxicologique. Il semble établi, en effet, que les carbures légers obtenus par distillation du pétrole, à l'exception toutefois du benzène qui s'y trouve d'ailleurs en faible proportion, sont beaucoup moins nocifs que les benzols. On voit dès lors la nécessité de distinguer chaque intoxication : benzolisme, pétrolisme.

***

D'après ce qui précède, il est facile de répondre aux questions posées par notre confrère :

1° Ce produit utilisé est surtout toxique par le benzol qu'il renferme (le benzol de la houille étant, je le répète, beaucoup plus nocif que la benzène du pétrole).

Les autres corps qui composent le produit incriminé ne peuvent jouer qu'un rôle secondaire.

2° L'anémie constatée chez les ouvriers (en l'absence naturellement d'une autre cause extra-professionnelle) est très vraisemblablement déterminée par le benzol.

Il est indispensable de faire examiner le sang des ouvriers (diminution des globules rouges et surtout des globules blancs ; temps de saignement prolongé).

Il faut rechercher sur le corps les pétéchies, les taches purpuriques, ecchymoses, etc. ; s'informer s'il n'y a pas d'hémorragies (épistaxis métrorrhagies, etc.).

3° On trouve des renseignements détaillés sur l'intoxication benzolique dans la plupart des traités de médecine générale ; dans les livres de toxicologie et de médecine légale.

Je conseille en outre la lecture des travaux suivants :

CHAMBONET. — Intoxications par le benzène. Thèse de Lyon, 1922.

FAURE-BEAULIEU et LEVY-BRUHL. — Les altérations sanguines dans l'intoxication benzénique. *Annales de Médecine*, T. XV, n° 2, février 1924.

BALTHAZARD. — Intoxications par les hydrocarbures. Nouveau Traité de médecine, fascicule VI.

DUVOIR. — A propos des intoxications par le benzène et le benzol. Soc. méd. des Hôpitaux de Paris, 30 novembre 1922, et XIIIe Congrès de Médecine légale, oct. 1928.

FEIL. — Les intoxications professionnelles par la benzine et le benzol. *La Presse Médicale*, 28 décembre 1932. Le benzolisme professionnel. *La Presse Médicale*, 21 janvier 1933.

HEIM DE BALSAC et AGASSE-LAFONT. — Académie de médecine, 4 juillet 1933.

RIVET et GUÉDÉ. — Intoxication benzénique. Société médicale des hôpitaux, 20 juillet 1928.

BERGOMANS. — Contribution à l'étude de l'intoxication benzénique. Thèse de Lyon, 1929.

LAMY et BERNARD. — Un cas d'intoxication par le benzol. *Journ. de Méd. de Paris*, n° 42, oct. 1935.

GLIBERT. — Surveillance médicale des ouvriers exposés à l'action du benzol et d'autres composés volatils du carbone. *Scalpel*, 25 janvier 1936, Bruxelles.

TARA. — Enquête sur le benzénisme larvé chez les ouvriers d'une région industrielle de la grande banlieue de Paris. Société française d'hématologie, 6 avril 1937.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE L'INSUFFISANCE HÉPATIQUE

(*Vichy — 16-18 septembre 1937*)

L'insuffisance hépatique, longuement étudiée au récent congrès de Vichy, est difficile à définir exactement, et ses limites avec l'hyperhépatie ne sont pas très nettes. C'est, en réalité, de dysfonctionnement hépatique que l'on a discuté, et ce à un triple point de vue, biologique, clinique et thérapeutique. M. le Professeur Loeper a présidé ce Congrès avec une haute autorité, lui donnant d'une façon permanente vie, animation et intérêt, et toutes les séances eurent lieu devant une nombreuse assemblée. M. le Professeur N. Fiessinger dirigeait la section de biologie, et M. le Professeur Mauriac celle de thérapeutique.

Nombreux sont les rapports et communications qui furent présentés. La Société Fermière de Vichy les a d'ailleurs édités en un volume imposant, et encore, il en manque. Nous signalerons les brillants exposés des Prof. Glaessner, Castex, Urbach, Pende, Pribram, Debré, de MM. Brulé, Justin-Besançon, Gatellier, de Grailly, etc. Parmi les communications, citons celles de MM. Takata, Rossle, Fischler, Bensis, Baltaceano, Prado Tagle, Cornil, Tzanck, Aubertin, etc. De tous ces travaux se dégage la notion qu'il existe encore de multiples inconnues dans la genèse de l'insuffisance hépatique, mais ce congrès a permis à de nombreux travailleurs de se rassembler, et de comparer leurs méthodes, souvent très différentes, mais allant toutes vers le même but ; et il nous est agréable, à nous Français qui voyageons souvent peu, de voir certains grands noms étrangers et de les connaître pour, parfois, mieux comprendre leurs œuvres. Ainsi l'intérêt de ce Congrès international a-t-il été grand et riche de profits pour chacun des mille neuf cents participants.

G.-B.

AUTOUR DU CONGRÈS DE VICHY

Laissant en dehors de cet article le compte-rendu des travaux du Congrès, je désire donner les impressions d'un des 1.900 congressistes, qui ont pris part à cette manifestation.

Les à-côtés des discours. — Monsieur le Ministre de la Santé publique avait été prié d'inaugurer les Etablissements de 3e classe, le Jardin d'enfants, etc. Des paroles prononcées par M. Marc Rucart, j'ai surtout retenu, entr'autres choses, que le Ministre a fait plusieurs fois allusion à « l'armement sanitaire de Vichy ». Certes, un ministre de la Santé publique, qui n'est pas médecin, se doit de distribuer des éloges collectifs en termes généraux ; mais cependant M. Marc Rucart a laissé entendre qu'il avait grand souci d'organiser un plan général de lutte contre la morbidité et la mortalité. A Vichy, on veille à ce que le traitement, dans toutes ses branches, soit toujours dirigé selon les ordonnances médicales.

Ainsi que l'a espéré le Ministre, il y a lieu de penser que les nombreux médecins congressistes auront pu se rendre compte que la France n'est pas le pays rétrograde, que certains prétendent, mais qu'au contraire le but de ses chercheurs est de lutter, dans le calme et l'amour de la paix, contre tous les fléaux qui frappent l'humanité.

Quant au Professeur Loeper, tous les congressistes ont été unanimes à célébrer la maîtrise avec laquelle il a dirigé les travaux, son tact, son activité, sa surveillance de tous les instants. Tout s'est passé le mieux du monde, grâce au Président.

Des discours d'ouverture et de clôture, prononcés par le Professeur Loeper, je laisse de côté l'exposé magistral qu'il fit de ce grand problème de l'insuffisance hépatique. Je ne retiens qu'un point qui me paraît original et marqué au coin du bon sens. Un Président de congrès ne doit pas être uniquement investi d'une fonction honorifique ; il doit être le véritable organisateur, l'inspirateur intellectuel des travaux scientifiques. Au Président, la lourde tâche de brosser un plan général de l'ensemble des questions, qui doivent être mises à l'ordre du jour, et le choix des rapporteurs. Entre ceux-ci, le Président doit servir d'organe de liaison scientifique. De la sorte seront évitées des redites fastidieuses à entendre, chaque rapporteur se croyant obligé de faire un exposé général de la question qu'il doit traiter.

Malgré cette critique d'ordre général, disons que l'ensemble des travaux scientifiques a été très élevé. Parmi tous les savants qui ont pris part aux discussions, qu'il me soit permis de citer le Professeur Noël Fiessinger, qui a fait un magistral exposé sur les rapports de la clinique avec les examens de laboratoire. Dans les cas graves, dit M. le Prof. Fiessinger, seule la clinique peut établir un diagnostic, un traite-

ment, un pronostic : les dosages de laboratoire sont inutiles, parce que trop tardifs, lorsqu'il s'agit de prendre une détermination d'urgence. Pour les malades moyens, ce sera l'association des méthodes diverses d'examen. Ce ne sera pas une seule constatation, mais l'ensemble des constatations qui permettra au clinicien de déterminer sa ligne de conduite thérapeutique et son diagnostic. Pour les petits cas, il convient de ne pas s'arrêter à un seul examen de laboratoire, car souvent ces examens sont infidèles. Ce n'est pas une seule exploration, mais un ensemble d'explorations, qui devra conduire le clinicien, lequel doit se souvenir qu'aucune méthode n'est parfaite et absolue.

Les réceptions. — Les confrères qu'on rencontre nombreux à Vichy célèbrent à l'envi la manière gracieuse avec laquelle on les reçoit. Le médecin se sent chez lui dans cette station ; il sait qu'il peut, en confiance, y adresser ses malades, car toutes les facilités sont données au Corps médical.

L'accueil dans les hôtels a été parfait ; les banquets furent des plus réussis, bien que l'un d'eux ait réuni 1.200 convives. Les représentations théâtrales furent de premier ordre. Disons qu'il nous fut permis d'admirer les efforts accomplis par la Direction artistique du Casino. Des jeux de lumière absolument perfectionnés permettent de supprimer l'éclairage de la rampe ; des réflexions lumineuses, des projections faites du plafond de la salle donnent l'illusion de la réalité, tant pour la production de nuages mouvants, que pour la naissance ou la chute du jour, l'éclairage d'étoiles, etc., etc.....

Les enfants à Vichy. — Ce problème est un de ceux qui m'arrêtent le plus. A Vichy, certains enfants viennent pour y être soignés de déficiences hépatiques, de plus en plus nombreuses chez ces petits êtres. D'autres accompagnent leurs parents, lesquels doivent suivre la cure.

Que faire de tous ces bambins, soit pendant l'intervalle des soins à leur donner, soit pendant que leurs parents se traitent ? Les laisser jouer dans les immenses parcs ensoleillés et ombragés, c'est fort bien. Mais la terre attire ces petits, qui râclent le sol pour faire des pâtés, et l'on pourrait redouter ainsi une contagion due aux diverses malpropretés qu'ils rencontrent.

Aussi, un Parc d'enfants fut-il organisé dans un des coins les plus ensoleillés du Parc de l'Allier : de larges espaces, au milieu des grands arbres, permettent les jeux et les exercices physiques en pleine lumière, alors qu'un préau de jeux est érigé, pour abriter les enfants en cas d'orage ou de mauvais temps.

L'éducation physique est enseignée par des moniteurs diplômés, sous la conduite et la surveillance médicale du Docteur Diffre. Une garde diplômée surveille, et peut même faire les petits pansements sur les écorchures et les bobos divers.

On parle de faire une piste pour autos et bicyclettes d'enfants, on se préoccupe également des moyens de transport autres que les autocars. On prévoit le fonctionnement d'un petit train électrique, qui ferait la joie des bambins de tous âges, train qui prendrait ces derniers devant l'Etablissement de première classe et les ramènerait le soir.

J'ai visité plusieurs fois ce parc d'enfants, car son directeur, l'actif M. Loiseau, chef des services extérieurs, m'a demandé de lui faire ma critique ; il veut toujours mieux faire, dans l'intérêt des enfants et des parents. Le grand-père que je suis a pu constater que ses deux petits-enfants réclamaient chaque jour d'aller s'amuser avec d'autres camarades, dans un parc aussi bien aménagé, tant du point de vue agrément que du point de vue hygiène et confort.

J'en aurai fini de mon exposé sur les à-côtés du Congrès, lorsque j'aurai rendu hommage à la discrétion professionnelle de mes confrères de Vichy. Volontairement, ils se sont effacés, pour laisser l'honneur et le mérite des communications aux confrères du Congrès, qui, somme toute, étaient leurs invités.

Les praticiens vichyssois se sont mis à notre disposition pour les visites diverses, pour les éclaircissements sur les procédés particuliers de cure, voire même pour les excursions qui réunissaient les femmes des congressistes, placées sous la conduite des épouses de nos confrères de la station.

Ce Congrès a été parfaitement réussi ; affluence très nombreuse aux séances scientifiques — ce qui est chose rare —, courtoisie de ceux qui nous ont reçus ; confort matériel, prévenances de toutes sortes ; voilà ce que nous avons trouvé à Vichy.

D[r] Paul BOUDIN.

LA RÉTROSPECTIVE DES CHEFS D'ŒUVRE DE L'ART FRANÇAIS A L'EXPOSITION DE 1937

Dans une précédente Exposition, il y avait un palais des Merveilles. C'est le nom qu'il faudrait donner au palais de l'avenue de Tokio renfermant la rétrospective des chefs-d'œuvre de l'art français. C'est une vue d'ensemble de notre art national, dans ses manifestations les plus parfaites et les plus réputées , peintures, sculptures, manuscrits, tapisseries, objets d'art, gravures et dessins, de la période gallo-romaine au XIXe siècle, présentées au public grâce au concours de 53 villes, de 17 Etats étrangers, de 112 villes, musées, églises de France et 143 particuliers amateurs. C'est donc une sélection. C'est peut être le clou de l'Exposition.

Les premières salles montrent de magnifiques tapisseries : la *Nativité* de la Chaise Dieu, les *Tentures du chancelier Rollin de l'Hôtel-Dieu de Beaune*, la suite des *Tapisseries de Reims*, l'*Annonciation*, le *Mariage de la Vierge*, l'*Arbre de Jessé*, les *Miracles de Saint-Remi*, l'*Histoire de Clovis*, les rares tapisseries d'Angers dont l'*Apocalypse*. Dans les vitrines de ces salles arrêtons-nous devant le *Calice de Saint-Remi*, les *Reliquaires de Sainte-Foy de Conques*, l'« *A* » *de Charlemagne* et celui dit de *Pépin d'Aquitaine*, les reliquaires de la *Sainte Epine* et de la nef de *Sainte-Ursule de Reims*, la fameuse chasse de *Saint Benoit-sur-Loire*, la riche *Chasse d'Ambazac* volée et rendue il y a quelques années, le chef *Reliquaire de Sainte-Fortunade*.

Nous rencontrons également quelques sculptures admirables, la *Vierge et l'enfant de Saint-Denis*, dite Notre-Dame de la Carolle, celles de l'*Abbaye de Fontenay* et de l'*Eglise de Gassicourt*, puis la *Madeleine d'Autun*. Parmi les ivoires de grand art, nous admirons la *Vierge et l'enfant de Villeneuve les Avignon*, le *Tau pastoral* de Rouen et celui de Moutiers, le *Coffret de Dijon*, les parements d'autel, celui de *la Pieta* et celui des *Trois couronnements*. Signalons aussi d'importants manuscrits, des livres d'heures, et parmi eux la *Bible de Souvigny*.

Pénétrons maintenant dans les salles de peintures et de dessins classés par époque. C'est d'abord (salle 6) les œuvres de J. Fouquet, *Portrait d'un moine*, puis du maître de Moulins, la *Vierge adorée par les anges* (Bruxelles) ; salle 7, le *Tryptique de Moulins* de J. Fouquet, et surtout la très fameuse *Vierge et l'enfant* (Anvers), puis le très riche tryptique *Du buisson ardent* de Nicolas Froment (Aix), *la Pieta* si pathétique de J. Fouquet de l'église de Nouans, sans oublier le *Couronnement de la Vierge* de Charenton d'une si savante composition.

Dans la salle 8, quelques beaux portraits de Corneille de Lyon et de Clouet, notamment celui de *François-Ier à cheval* et de *Marguerite de Valois à 17 ans*. Voir en gagnant la salle 9 l'*Adam et Eve*, intéressantes sculptures du XIVe siècle.

Salle 9, suite de merveilleux dessins de Clouet, *François-Ier roi de France*, de Dumontier le *Portrait de Michel de l'Hôpital* et de J. Fouquet celui de *Juvenal des Ursins*. Nous trouvons, salle 10, des peintres des XVIe et XVIIe siècles de l'école de Fontainebleau, le portrait bien connu de *Gabrielle D'Estrées et de la Duchesse de Villars* d'un inconnu, un grand portrait de *Charles IX* de Clouet (Vienne), quelques œuvres de G. Latour qui nous fut presque révélé il y a quelques années au musée de l'Orangerie, *La Madeleine repentie*, le *Saint-Jérôme*, *Saint-Sébastien* avec des jeux d'éclairage particuliers, puis les œuvres des Frères Lenain, *Repas des paysans*, *Vénus dans la forge de Vulcain*, les *Petits joueurs de cartes* (New-York), ensuite de beaux portraits de Philippe de Champaigne, le *Portrait de sa fille*, une *Religieuse sur son lit de mort* (Genève).

Les salles 11 et 13 abritent une suite de dessins de toute Beauté des XVIe et XVIIe siècles, de Lagneau, Clouet, Dumonstier, de N. Poussin, *Apollon et Daphné*, *Hercule et Vénus* (Harlem). De J. Coustou, de Claude Gellée, Van der Meulen, J. Callot, dont le *Paysage avec tondeuses de moutons* (Harlem) et la *Tentation de saint-Antoine*. Dans ces deux salles, un ensemble de sculptures de grands maîtres, *La Vierge et l'enfant* de Germain Pilon (Le Mans), le *Milon de Crotone* de Puget, le *Buste du Cardinal de Richelieu* de Varin, de Coysevox, et de Slodtz, le buste de *Titon du Tillet*, sans parler de ces œuvres d'inconnus d'une si grande maîtrise, la *Sainte-Madeleine* (Limeray). *La Vierge et l'enfant* de l'église de Mesland et celle de l'église de Bayel.

A la salle 12, exposition d'œuvres des grands maîtres du XVIIe siècle, Lesueur, Hyacinthe Rigaud dont le *Portrait de Fontenelle*, celles de N. Poussin, *Tancrède et Hermine* (Leningrad). *L'Empire de Flore* (Dresde), *Le mariage de Thétiset de Pélée* (Dublin), des portraits de Mignard, dont celui de *Marie de Mancini* (Berlin) et son *Portrait par lui-même* (Prague), le *Portrait de Samuel Bernard* de Vivien, de Lebrun

le *Chancelier Seguier entrant à Rouen*, et maints paysages de Claude Gellée.

Bel ensemble salle 14, Jouvenet avec la *Mort de Saint-François*, des portraits de Rigaud, de François de Troy, portrait présumé *de la duchesse de la Forge* (Rouen), le délicat *portrait de Pupil de Craponne* de Largillière (Grenoble) et, du même, cette charmante composition *Vertumne et Pomone*, enfin des œuvres de Restout, de Lafosse.

La salle 15 est ornée d'un certain nombre de bustes de Lemoyne, d'Allegrain *La Diane au bain*, de Coutou, le *Buste du Père Darères*, de la Tour, celui du chirurgien *Antoine-Louis D'Houdon* (Faculté de médecine), celui de Delarive du même, celui de Buffon par Pajou, celui d'Antoine Ferrein par Pigalle, de Louis XIV, de Coysevox, de Dalou, plus loin *L'Eve et l'âge d'airain* de Rodin, la *Vierge et l'enfant* de Rude, puis des œuvres de Carpeaux, de Pradier, etc.

Dans des vitrines, belles collections d'orfèvreries dont le somptueux surtout de la Cour de Russie de Balbin (Musée de l'Ermitage).

Abordons le premier étage, entrons salle 16 consacrée au XVIIIe siècle. Nous y trouvons les peintures d'Hubert Robert, la *Grande Galerie du Louvre* et *Les ruines de la même galerie*, la *Grande cascade de Tivoli*, des dessins de Boilly. De Saint-Aubin, le *Couronnement de Voltaire* et l'*Intérieur de la salle de l'Opéra au Palais-Royal*, de Greuze des *Têtes de jeunes filles* et la *Jeune fille aux Colombes*, de Moreau la *Revue passée par Louis XIV dans la plaine des Sablons*, le premier baiser de Fragonard, et de Boucher *La baiser refusé*.

Nous rencontrons beaucoup de ces maîtres, salle 17. Fragonard, les *Jardins de la villa d'Esla*, *Confidence*, de délicieux nus de Boucher *Diane endormie*, la *Femme nue à plat ventre*, puis des Lancret, de nombreux Watteau, des Chardin et de délicats pastels de Quentin Latour et *La Présidente de Rieux* et le *Portrait du peintre par lui-même*. Enfin des Pastels de Perroneau.

Le clou de la salle 18 est l'*Enseigne de Guersaint* par Watteau, pièce capitale dans l'œuvre du maître (Berlin), puis du même le *Mezzetin* et le *Concert champêtre* de Lancret, le *Repas de Noces au village*, le *Portrait de Mademoiselle de Coislin de Tocqué*, celui de *Louis-Philippe Egalité enfant*, de Boucher, *L'enfant au livre* de Perroneau, *La Maréchale* et le *Maréchal de Belle Isle* de Watteau, et surtout la *Belle Strasbourgeoise* de Largillière.

Dans la salle 19, nous revoyons les grands artistes Nattier, Fragonard avec l'*Invocation à l'amour* (New York), les *Lavandières*, le *Jeune dessinateur* de Chardin, Duplessis avec son tableau de *Gluck au clavecin*, le *Portrait de Madame Dubarry* par Madame Vigée-Lebrun, un certain nombre de toiles de Prudhon, *La Source*, *Vénus et Adonis* et plusieurs portraits.

De David, salle 20, nous relevons le *Serment des Horaces*, la *Fameuse Maraîchère*, *Marat assassiné*, des toiles d'Ingres, *Jupiter et Thétis*, plus loin le *Portrait de Talleyrand* par Prudhon et plusieurs œuvres de Gros et Géricault.

Salle 20 *bis*, nombreux dessins d'Ingres dont la *Belle Zélie*. Nous retrouvons le même peintre salle 21 avec le *Portrait de Mr. Bertin*, *L'odalisque*. D'autres toiles de Prudhon, parmi celles-ci : Le *Tasse dans la prison des fous*, la *Femme au perroquet*, puis le *Portrait de Lamartine* par Chasseriau. Courbet occupe largement la salle 22, on y voit *La Rencontre*, les *Demoiselles au bord de la Seine* et, quelques tableaux de Daumier.

La salle 23, est destinée aux peintres des écoles modernes du XIXe siècle Théodore Rousseau, Corot avec de nombreuses toiles, Carolus Duran et son *Portrait de Croizette*, Fantin Latour, Carrière et son *Portrait d'Alphonse Daudet*, Manet et son si vivant *Bon Bock* et le *Bar des Folies-Bergères*. Claude Monet, Renoir représenté par son *Portrait de Samary*, Cézanne, Toulouse Lautrec, Gauguin, Sisley, Pissaro, Degas et ses aimables danseuses, sans même oublier parmi les chefs-d'œuvres de l'art français les fleurs du douanier Rousseau. Il convient d'ajouter les beaux bustes de Clemenceau et de Berthelot, de Rodin et ses études de nu. Les dernières salles exposent surtout des dessins, gravures, lithographies de toutes les époques d i XIVe siècle à nos jours.

C'est une exposition unique, qu'on ne reverra jamais.

Dr M. VIMONT.

MUSÉES DE LA SANTÉ PUBLIQUE



Les temps sont favorables à la diffusion des sciences : il y a longtemps, d'ailleurs, qu'à l'étranger les Musées se sont faits didactiques. Non seulement les objets exposés sont accompagnés de notices faisant ressortir leur signification historique ou scientifique, mais encore des groupements ingénieux, des représentations adroites promettent au visiteur de se rendre compte des grands phénomènes naturels.

En France, le Palais de la Découverte est une très belle illustration de ces tendances nouvelles et il mérite une étude détaillée et surtout une visite renouvelée.

A Vienne, on a ouvert une grande exposition sous le titre : Fondements de la Vie et de la Santé. Elle est organisée par les pouvoirs publics, les Assurances et les industries chimiques et pharmaceutiques.

L'exposant le plus important est le Musée allemand d'hygiène de Dresde, qui a pris pour devise: Un Citoyen sain dans un Pays sain. De nombreux graphiques, des illustrations démonstratives, des rapprochements d'objets suggestifs montrent les accomplissements réalisés dans les divers domaines de la préservation de la santé, et la nécessité d'aller plus loin dans les conquêtes sanitaires. On admire surtout les stands du Secours alpin, de l'aviation, et du contrôle des produits alimentaires. Les progrès du génie sanitaire sont également très heureusement illustrés.

Mais le clou de cette exposition est l'homme de verre. Un des hommes de verre, dirai-je, car il y en a maintenant plusieurs de par le monde. Celui-ci s'appelle officiellement Le Miracle de la Vie. Autour de ce mannequin transparent sont groupés les détails de l'organisme humain. Des diagrammes, des tableaux et des dessins informent les visiteurs, par exemple, que le corps humain contient 222 os, et que quatre tibias peuvent supporter le poids de huit personnes ; le mécanisme de la circulation est expliqué au moyen d'un cœur artificiel et de vaisseaux de verre où coulent selon le rythme naturel les quantités normales de sang artériel et de sang veineux, représentés par des liquides rouge et bleu : cette circulation nécessite chaque jour une somme importante d'énergie. Dans une cuve d'un mètre cube, on peut voir les globules rouges, les globules blancs et les autres éléments du sang normal, et l'on apprend que les divers éléments, juxtaposés, atteindraient une longueur de 200.000 kilomètres, cinq fois le tour de la terre. Voici la représentation d'un poumon avec ses 300.000 alvéoles ; voici les appareils des sens, en long, en large et à travers ; voici les fœtus à divers stades de leur développement. Les phénomènes de la constipation sont spécialement illustrés.

Voici le système nerveux, cerveau, cervelet et moëlle ; plus de 1.000 petites lampes s'allument à votre commande pour montrer le trajet des diverses connexions réflexes, et les différents groupements de cellules nerveuses.

Dans une autre section, les sciences eugéniques et la médecine préventive individuelle ou sociale trouvent leurs démonstrations.

On n'y a pas oublié les forces thérapeutiques de la nature, très à la mode dans ces régions.

***

D'autre part, à New-York, dans deux ans, se tiendra une gigantesque exposition internationale, et l'un des palais permanents sera un musée d'hygiène, dont le budget provisoire est de un million de dollars. Le directeur de cette section est le Dr Louis I. Dublin, de New-York.

Cela s'appellera un monde de santé ; on y enseignera à l'homme « d'une manière entièrement nouvelle et impressionnante, comment il doit profiter des découvertes scientifiques récentes pour protéger sa santé et celle de sa famille ».

Le bâtiment, en forme de V, comprendra, au centre, le Hall de l'Homme ; le Hall des Sciences médicales et le Hall de la Santé publique occuperont les deux ailes.

De toutes ces initiatives, on peut conclure que les médecins ont enfin compris, de par le monde, que leur premier devoir est d'enseigner comment on évite la maladie.

Ph. DALLY.



CHRONIQUE AUTOMOBILE

Le Salon de l'Automobile (*suite*)

HOTCHKISS. — La voiture du « juste milieu » et de la « qualité totale » semble devoir poursuivre encore brillamment sa carrière cette année. Hotchkiss est l'un des rares constructeurs qui ait continué à sortir des 6 cylindres, tout en n'abandonnant pas pour cela la fabrication de sa fameuse 11 C. V. 4 cylindres. Voici les caractéristiques principales des modèles exposés :

Type 864, 4 cyl 86 × 99,5. Soupapes en tête. Boîte 4 vitesses. Direction à droite. Voie 1.42. Vitesse 120 km. à l'heure.

Conduite intérieure 4 /5 places : 39.900 francs.

Type 680, 6 cyl. 80 × 100. Soupapes en tête, mêmes autres caractéristiques que le type 864. Vitesse, 125 /130 km. à l'heure.

Conduite intérieure, 4 /5 places, 53.900 francs.

Type 686, 6 cyl. 86 × 100. Vitesse 135 /140 km. à l'heure.

Conduite intérieure 4 /5 places, 54.900 francs.

Hotchkiss présente en outre des modèles sport, plus puissants et plus rapides, mais qui ne peuvent évidemment pas entrer dans la catégorie des voitures professionnelles.

AMILCAR. — Racheté par Hotchkiss, comme je l'ai expliqué dans ma première chronique sur le Salon de *l'automobile, Amilcar a mis au point* une délicieuse 7 CV. dénommée type Compound, avec châssis allégé en Alpax, système Grégoire, qui constitue l'un des « clous » du Salon, tant par sa conception que par son aspect et son prix.

Jugez-en : Moteur 4 cyl. 63-95. Traction avant, 4 roues indépendantes. Roues avant motrices, 4 vitesses silencieuces. Suspension par barres de torsion. Roadster 2 places, 19.900 francs.

BERLIET. — Trop d'automobilistes ont tendance à ne considérer Berliet que comme un spécialiste du camion. Ils oublient à tort que la « Dauphine » tourisme est peut-être l'une des voitures les mieux établies du marché français.

C'est sur la 11 CV 4 cyl. 80 × 99,6, soupapes en tête, *4 vitesses. Roues avant indépendantes.* Direction à gauche. Voie 1.346. Vitesse 100 km. Conduite intérieure familiale 6 /7 places, 33.400 francs, que j'attire particulièrement votre attention, mais il existe également une Dauphine 9 CV et une Dauphine 14 CV.

A signaler que Berliet est resté fidèle à la carrosserie bois-acier qui admet si bien les inévitables déformations et reste longtemps silencieuse.

CHENARD et WALCKER. — Charles Faraux a félicité ce constructeur, dans un article paru dans l'*Auto*, d'avoir adopté pour ses modèles de 2 litres de cylindrée, le moteur de la 11 CV Citroën, monté sur des voitures plus spacieuses et plus personnelles de ligne.

C'est un compliment de prix !

Ainsi équipées, ces voitures, les Aigle 22 » 4 cyl. 78 × 100. Boîte 3 vitesses. Roues avant indépendantes, valent en C. I. grand luxe 31.800 francs, mais 29.500 francs seulement en C. I. luxe.

Chenard présente par ailleurs une 8 cyl. en V « l'Aigle huit ». 3 litres 600 de cylindrée, 3 vitesses. Roues avant indépendantes. Freins hydrauliques Lockeed, développant 90 CV. à 45.500 francs en C. I. 6 glaces. C'est une fort belle voiture d'une conception bien française, comportant cependant beaucoup de particularités chères aux Américains.

En ce qui concerne la carrosserie, j'ai remarqué chez Chenard un ravissant cabriolet à « vue totale » qui doit donner bien des satisfactions aux amateurs de tourisme automobile.

DELAHAYE. — On ne peut parler de Chenard sans parler de Delahaye, et pour cause. Voici la gamme des principales voitures de ce si réputé constructeur :

Type 134 *N*, 12 CV, 4 cyl. 80 × 107. Soupapes en tête. Roues avant indépendantes. Direction à droite. C.I, berline, 47.900 francs.

Type 135 *sport*, 18 CV., 6 cyl. 80 × 107. Coach, 67.600 francs.

Type 135 *Compétition* gagnante du fonds de course de 1 million, 12 cylindres ayant réalisé, pilotée par Dreyfus, le 31 août 1937, 146 km. 508 à l'heure sur 200 km. de circuit routier à Montlhéry.

C'est une performance unique, et qui justifie la mention de cette voiture, peu susceptible par ailleurs d'intéresser les médecins, car c'est plutôt un engin de course ou tout au moins de très grand tourisme qu'un véhicule de travail.

LICORNE. — J'ai toujours eu un faible pour cette marque, mes lecteurs le savent. C'est donc avec un soin particulier que j'en ai examiné les principaux modèles.

Type 311, 6 CV., 4 cyl. 67 × 80, soupapes latérales, 3 vitesses. Roues avant indépendantes. Ressort cantilever à l'A. R. Direction à droite. Coupé, 24.950 francs.

Type 415 *L. S. N.*, 8 CV., 4 cyl. 76 × 80. Mêmes caractéristiques que le type 311, mais boîte 4 vitesses. C. I. 4 places, 27.500 francs.

Type 418 *L. S. N.*, 10 CV., 4 cyl 76 × 99,8. Soupapes en tête, 4 vitesses. Roues avant indépendantes. C. I. 4 places, 32.950 francs.

Il existe aussi une 11 CV et une 14 CV pour les amateurs de voitures nerveuses et surpuissantes.

LANCIA FRANÇAISE. — Quel dommage que cette maison ne fabrique pas de voiture à prix moyen ! A 49.500 francs en conduite intérieure, sa 4 cyl. 72 × 83, soupapes en tête, 4 vitesses, 4 roues indépendantes, n'est pas chère pour ce qu'elle est, mais tout le monde ne peut pas mettre un prix si élevé dans un instrument de travail.

Il faut reconnaître cependant que la Lancia française a toute la finesse, toute la « race » de ses sœurs italiennes.

Après cet exposé détaillé, je m'en voudrais de ne pas donner au moins une vue d'ensemble sur la production de certains constructeurs qui, bien que ne s'adressant qu'à une clientèle spéciale, ont dû conserver des « afficionados » et aider à la haute réputation des voitures françaises.

Les nommer représente tout un programme :

Bugatti dont les voitures semblent toujours prêtes à bondir sur la route après leurs victoires sur la piste.

Delage qui a encore trouvé le moyen, ce que l'on croyait impossible, de donner plus de « ligne » à ses splendides carrosseries.

Talbot dont la « Baby Junior » 11 CV a déjà l'aspect d'une grosse voiture.

Voisin, le chercheur des solutions les plus étudiées.

DELAUNAY-BELLEVILLE, UNIC, HISPANO-SUIZA, PANHARD, qui, de tous temps, n'ont jamais rien laissé au hasard, et dont les voitures « cotent » véritablement leurs heureux propriétaires.

En résumé, malgré les difficultés inouïes auxquelles ils ont dû faire face, nos constructeurs nous ont encore dotés cette année d'une production réellement splendide, qui amènera fatalement de nouveaux adeptes à l'automobile. On ne saurait trop les féliciter de leurs efforts.

Nous parlerons dans notre prochaine chronique, des voitures étrangères et des accessoires, terminant ainsi notre compte-rendu du Salon 1937.

(*A suivre*). Marcel TOUSSAINT.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Cours de médecine légale.** — M. le Professeur Balthazard commencera ce cours le vendredi 12 novembre, à 18 heures (Grand amphithéâtre), assisté de MM. Duvoir agrégé, chef des travaux, et Piédelièvre, agrégé, et de M. Hugueney, professeur à la Faculté de droit. Le cours aura lieu tous les jours, à la même heure et au même amphithéâtre.

M. le Professeur Balthazard (lundis, mercredis et vendredis des mois de novembre et décembre) : Morts suspectes. Phénomènes cadavériques. Asphyxies mécaniques ; asphyxies par les gaz et vapeurs. Empoisonnements.

M. Piédelièvre, agrégé (lundis, mercredis et vendredis des mois de janvier et février) : Attentats à la pudeur, viol et perversions sexuelles. Hermaphrodisme. Grossesse, avortement et infanticide. Coups et blessures. Le problème de l'identité ; anthropométrie et dactyloscopie. Examen des taches, poils, etc.

M. Duvoir, agrégé, chef des travaux (voir l'affiche de l'Institut d'hygiène industrielle) : Intoxications aiguës ; législation et jurisprudence médicales.

Accidents du travail, maladies professionnelles, médecine sociale, tous les jeudis.

— **Clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Antoine.** (Professeur : M. Raymond Grégoire.) — M. le Professeur Grégoire a commencé ses leçons cliniques le jeudi 4 novembre 1937, à l'hôpital Saint-Antoine, à 9 h. 30.

Programme de l'enseignement. — Lundi, 9 h. 30 : Leçon clinique au lit du malade. — Mardi, 11 heures : Leçon clinique à l'Amphithéâtre. — Mercredi, 9 h. 30 : Démonstrations opératoires. — Jeudi, 9 h. 30 : Leçon clinique au lit du malade. — Vendredi, 9 h. 30 : Démonstrations opératoires. — Samedi, 9 h. 30 : Examens de laboratoire. Séméiologie des maladies de l'appareil urinaire.

— **Clinique obstétricale** (Clinique Baudelocque, 121, boulevard de Port-Royal). — M. le Professeur Couvelaire reprendra son cours de clinique le vendredi 19 novembre, à 11 heures, et le continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure.

Lundi : Discussion d'observations cliniques. — Vendredi : Présentation de malades.

— **Hôtel-Dieu.** — *Cours de clinique chirurgicale* (Professeur : M. Bernard Cunéo). — M. le Professeur Bernard Cunéo commencera son cours de clinique chirurgicale le mardi 9 novembre, à 10 heures, à l'Hôtel-Dieu.

Mardi, 10 heures : Examens cliniques et présentation de malades, à l'amphithéâtre, par le Professeur. — Samedi, 10 heures : Leçon clinique à l'amphithéâtre, par le Professeur.

Opérations, à 9 h. 30, lundi (côté ouest) et vendredi (côté est) par M. Cunéo ; mardi et jeudi (côté est), par M. Bloch ; mercredi et vendredi (côté ouest), par M. Sénèque.

Du lundi 8 novembre au jeudi 16 décembre, tous les matins, à 10 heures : Cours de séméiologie élémentaire et de petite chirurgie, par MM. Bloch, Sénèque et Sicard, chirurgiens des hôpitaux, Zagdoun, Milhiet, Varangot, Beuzart et Adrianopoulos, chefs de clinique, Tailhefer, Cahen, Jomain et Maison, anciens chefs de clinique à la Faculté, et par M. Feyel, chef du laboratoire.

Consultations, pour les malades justiciables d'un traitement par les rayons X ou le radium, mardi et vendredi matin, à 9 heures. Opérations, jeudi matin, à 8 heures (côté ouest) par M. le Docteur Tailhefer.

— **Hôpital Cochin.** *Clinique de chirurgie orthopédique de l'adulte* (Professeur : M. Paul Mathieu). — M. le Professeur Paul Mathieu commencera son cours le mercredi 10 novembre 1937, à 11 heures, à l'hôpital Cochin, et le continuera les vendredis et mercredis matin suivants.

Programme de l'enseignement. — Lundi : Opérations. Leçon clinique élémentaire. — Mardi à 9 heures : Consultations à la policlinique. — Mercredi à 11 heures : Leçons à l'amphithéâtre de la clinique chirurgicale. — Jeudi : Opérations. — Vendredi à 10 heures : Leçon à la policlinique. — Samedi : Opérations.

Enseignement complémentaire. — Conférences cliniques par MM. les chefs de clinique, le lundi matin, à 9 h. 30. Démonstrations pratiques d'appareillage par MM. les assistants d'orthopédie, les mardis et mercredis matin, à 9 heures.

— **Chaire de thérapeutique** (Professeur : M. Paul Harvier). — 1° *Cours de thérapeutique.* M. le Professeur Paul Harvier commencera son cours le lundi 8 novembre 1937, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à 17 heures, au Grand amphithéâtre de la Faculté.

Sujet : Les médications dans les maladies du cœur, des vaisseaux, des reins, de la nutrition et des glandes endocrines.

2° *Conférences de thérapeutique.* M. le Docteur R. Turpin, agrégé, fera ses conférences les mardis, jeudis et samedis à partir du mardi 9 novembre 1937, à 16 heures, au même amphithéâtre.

Sujet : Les médications anti-infectieuses ; Les médications dans les maladies nerveuses, broncho-pulmonaires et digestives.

3° *Cours complémentaires.* — Des cours complémentaires sur quelques actualités thérapeutiques et spécialement sur la chimiothérapie, auront lieu, les vendredis et samedis à partir de janvier.

Des affiches spéciales en indiqueront le programme détaillé.

— **Hôpital Cochin.** *Clinique chirurgicale de la Faculté.* — M. le Professeur Ch. Lenormant commencera son cours de clinique chirurgicale le mardi 9 novembre 1937, à 10 heures du matin, et le continuera les jeudis et mardis suivants, à la même heure.

Programme de l'enseignement. — Mardi et jeudi, à 10 heures : Leçon clinique avec présentation de malades. — Lundi et vendredi : Opérations. — Mercredi et samedi : Visite dans les salles.

Enseignement complémentaire. — Leçons de sémiologie et de thérapeutique chirurgicales avec démonstrations pratiques, par MM. Wilmoth et Ménégaux, agrégés, chirurgiens des hôpitaux ; Calvet, Bréhant, Leuret et Pergola, chefs de clinique, les lundis, mercredis, vendredis et samedis, à 9 h. 30.

— **Clinique des maladies mentales et de l'encéphale** (asile clinique, 1, rue Cabanis, XIVe. Professeur : M. Henri Claude). — M. le Professeur Henri Claude commencera ses leçons cliniques à l'amphithéâtre de la clinique le mercredi 17 novembre 1937, à 10 h. 30, et

continuera son enseignement les dimanches et mercredis suivants, à la même heure.

Le mercredi à 10 h. 30 : Leçon polyclinique avec présentation de malades. Le dimanche, à 10 h. 30 : Clinique sur sujets variés.

— **Hôpital Necker.** — *Cours de clinique urologique* (Clinique Guyon. Professeur : M. Marion). — M. le Professeur Marion fera sa première leçon le mercredi 17 novembre 1937, à 9 h. 30, et continuera son enseignement aux jours, heures et lieux indiqués sur l'affiche des cours.

— **Cours de parasitologie et histoire naturelle médicale** (Professeur : M. E. Brumpt). — M. le Professeur E. Brumpt, commencera le cours de parasitologie et histoire naturelle médicale le mardi 4 janvier 1938, à 16 heures, au Petit amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

— **Cours sur les Actualités bio-chimiques.** — Un cours de perfectionnement de chimie médicale aura lieu à la Faculté de médecine de Paris, sous la direction de M. le Professeur Polonovski.

Ce cours comprendra une série de seize séances de travaux pratiques qui auront lieu du 12 novembre au 15 janvier les mardi et vendredi et seize conférences sur des sujets d'actualité biochimique intéressant *la médecine.*

Inscription et renseignements au Laboratoire de chimie médicale de la Faculté de médecine. MM. les internes sont dispensés du droit d'inscription fixé, par ailleurs, à 250 francs. Le nombre des places étant limité, la priorité sera accordée aux premiers inscrits.

— **Clinique médicale des Enfants** (Hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres. Professeur : M. Nobécourt). — M. Nobécourt a commencé le cours de clinique médicale des enfants, le mercredi 3 novembre 1937, à 9 heures.

Programme de l'enseignement. — Tous les matins, à 9 heures : Enseignement clinique dans les salles, par le professeur. — Lundi et jeudi, à 10 heures : Policlinique par le Professeur. — Mardi, à 10 h. 30 : Leçon dee médecine et thérapeutique des enfants, par les chefs de clinique et de laboratoire. — Mercredi, à 10 h. 30 : Conférence par M. Jean Cathala, agrégé. — Vendredi, à 10 h. 30 : Leçon de dermatologie, par M. Léon Tixier, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades. — Samedi, à 10 heures : Cours de clinique, par le professeur (première leçon le 20 novembre).

— **Clinique des maladies mentales et de l'encéphale** (Professeur : M. Henri Claude). — *Cours élémentaire de séméiologie psychiatrique.* — M. Lévy-Valensi, agrégé, commencera ce cours avec la collaboration de MM. Baruk, Borel, Ceillier, Cenac et Codet, anciens chefs de clinique, le dimanche 21 novembre, à 9 h. 15 (Asile clinique, 1, rue Cabanis), et le continuera les dimanches suivants à la même heure.

Programme. — 1) Généralités, examens d'un psychopathe. — 2) Hallucinations. — 3) Idées délirantes. — 4) Syndromes d'excitation. — 5) Syndromes de dépression. — 6) Troubles mentaux de l'épilepsie. — 7 et 8) Syndromes confusionnels. — 9) Obsessions, phobies, impulsions. — 10) Perversions ; toximanies. — 11, 12 et 13) Syndromes démentiels. — 14) Psychiatrie infantile. — 15) Médecine légale psychiatrique. — (Présentation de malades).

Ce cours public est particulièrement destiné aux internes et externes des hôpitaux dispensés du stage.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Angleterre.** — Le ministère de la Santé, en Angleterre, rembourse aux médecins qui collaborent aux assurances maladies (panel doctors) ce qu'ils dépensent pour assister aux cours de perfectionnement, très développés dans le Royaume-Uni. Ils y ont droit une fois tous les cinq ans ; on leur paye leur voyage, leur subsistance, et leur remplaçant.

— **Empoisonnement par le plomb chez les ouvriers cigariers en Hollande.** — Jordans, Zijlmans et Broos viennent de consacrer une étude très documentée aux cas d'empoisonnement par le plomb observés chez les ouvriers des manufactures de cigares de la région de Harlem. Leur enquête leur a permis d'établir d'un part que dans la région de Harlem les eaux sont riches en plomb, donc les empoisonnements seraient en partie dus à leur absorption. D'autre part, les ouvriers de la fabrication des cigares constituent un terrain de prédilection à l'empoisonnement au plomb en raison du fait suivant : leur matériel comporte une plaque métallique sur laquelle ils coupent le tabac. Cette plaque est faite d'un alliage de plomb et de zinc et les ouvriers qui l'ont toujours devant eux, respirent les particules qui s'en détachent lorsque, dans le hachage du tabac, elle est entamée par la lame tranchante. (*Bruxelles-Médical.*)

Le Gérant : R. Thiron

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

1° Extrait de l'acte de naissance ;

2° Certificat de nationalité française et, s'il y a lieu, pièces établissant la naturalisation et indiquant la date d'obtention du droit d'exercice ;

3° Extrait du casier judiciaire ayant moins de trois mois de date ;

4° Copie certifiée conforme des diplômes et, en particulier, du diplôme de docteur en médecine d'une Faculté de l'Etat ;

5° Indication de leurs titres de toute nature et des fonctions qu'ils ont remplies, avee références à l'appui ;

6° Toutes justifications d'une pratique suffisante de laboratoire et des services spéciaux de tuberculeux ;

7° Un exemplaire de leur thèse et des études qu'ils ont publiées ;

8° Renseignements sur la situation de famille ;

9° Un engagement d'accepter le poste qui leur sera proposé pendant la période 1er janvier-30 juin 1938.

Les candidats désignés comme médecins adjoints devront au moment de leur nomination subir les visites médicales prévues par les statuts des Caisses locales de retraites.

Les demandes seront reçues jusqu'au 20 novembre 1937 au ministère de la Santé publique (direction du personnel, 1er bureau), 7, rue de Tilsitt, Paris.

Hôpitaux psychiatriques

Un poste de médecin-chef de service est vacant à l'hôpital psychiatrique de Saint-Venant (Pas-de-Calais), par suite du départ de M. le Docteur Thuillier mis en disponibilité.

20 OCTOBRE

Légion d'honneur et autres décorations

Par trois décrets, les droits de chancellerie sont fixés comme suit :

En ce qui concerne les brevets de la Légion d'honneur :

Par brevet de chevalier, 150 francs ;
Par brevet d'officier, 300 francs.
Par brevet de commandeur, 500 francs.
Par brevet de grand officier, 750 francs.
Par brevet de grand'croix, 1.000 francs.

En ce qui concerne les nominations et promotions dans les ordres coloniaux :

Chevalier, 40 francs.
Officier, 80 francs.
Commandeur, 160 francs.
Grand-officier, 300 francs.
Grand'croix, 500 francs.

En ce qui *concerne* les *décorations étrangères*, savoir :

Pour une décoration portée à la boutonnière, 200 francs.

Pour une décoration portée en sautoir, 250 francs.

Pour une décoration portée avec plaque, 300 francs.

Pour une décoration portée en écharpe, 400 francs.

Eaux minérales

Arrêté du 14 octobre 1937 concernant les analyses des sources d'eaux minérales

21 OCTOBRE

Médecins sanitaires maritimes

Arrêté du 12 octobre 1937 modifiant l'arrêté du 28 juillet 1932 relatif à l'examen pour l'obtention du brevet de médecin sanitaire maritime.

Article unique. — Le programme de l'examen en vue de l'obtention du brevet de médecin sanitaire maritime, fixé par l'arrêté du 28 juillet 1932, est complété, en ce qui concerne l'hygiène maritime, par l'alinéa suivant :

Règles générales de protection du personnel navigant contre les gaz de combat

« Différents gaz de combat. Leur action.

« Effets particuliers de l'ypérite et son utilisation possible contre les navires de commerce.

« Moyens de défense. Vêtements protecteurs. Dispositions à prendre avant d'entrer dans la zone dangereuse, pendant et après l'attaque.

« Désinfection et traitement du personnel.

« Désinfection du matériel et de la cargaison ».

22 OCTOBRE

Asiles publics d'aliénés

Par arrêté en date du 7 octobre 1937, Mlle le Docteur Petit, reçue au concours du médicat des asiles en 1937, est nommée médecin chef de service à l'asile privé faisant fonction d'asile public de Plouguernevel (Côtes-du-Nord).

23 OCTOBRE

Enseignement de la médecine

La chaire de médecine légale (dernier titulaire : M. Sorel, retraité) de la Faculté de Toulouse, est transformée, à compter du 1er novembre 1937, en chaire de clinique des maladies cutanées syphilitiques.

M. Nanta, professeur sans chaire, est nommé, à compter du 1er novembre 1937, professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté de Toulouse.

La chaire de pathologie générale et expérimentale (dernier titulaire : M. Bordier, retraité) de la Faculté de Toulouse, est transformée, à compter du 1er novembre 1937, en chaire d'anatomie médico-chirurgicale.

M. Dieulafé, professeur sans chaire, est nommé, à

compter du 1er novembre 1937, professeur d'anatomie médico-chirurgicale à la Faculté de Toulouse.

M. Chalier (Joseph), agrégé, est nommé à compter du 1er novembre 1937, professeur de pathologie interne à la Faculté de Lyon (dernier titulaire de la chaire : M. Froment, appelé à une autre chaire).

M. Tavernier, agrégé, est nommé à compter du 1er novembre 1937, professeur de clinique chirurgicale infantile et orthopédie à la Faculté de Lyon (dernier titulaire de la chaire : M. Nové-Josserand, retraité).

Lutte antituberculeuse

Décret du 16 octobre 1937 modifiant le décret d'application de la loi qui accorde des congés pour tuberculose, en ce qui concerne les militaires.

◆ ◆ ◆

Allergie et Anergie

Nous recevons de notre distingué confrère, le Docteur Dani Hervouet, la lettre suivante :

Mon cher Directeur,

Je viens de lire avec satisfaction le travail publié dans le *Concours* du 17 octobre dernier par le Docteur Max Fourestier et Fasquelle Saint-Yves Ménard avec l'estampille de la Clinique de Broussais du Professeur Emile Sergent. Ce travail concorde avec la communication récente à l'Académie de médecine du Professeur Bezançon sur l'interprétation favorable que l'on semble en droit de donner à des constatations d'anergie, c'est-à-dire de réaction négative à la tuberculine chez des personnes vivant en contact intime avec des tuberculeux.

Il n'a manqué à ces deux travaux légèrement révolutionnaires que de commencer par rappeler le travail sur cette question d'un simple praticien, présenté à l'Académie de médecine en 1929, et publié dans le *Concours Médical* du 16 février 1930. L'auteur de ce travail est moi-même. Son titre est « l'allergie devant la statistique ». Et voici ses conclusions :

1° Les statistiques de la mortalité tuberculeuse aux divers âges, montrent entre 5 et 16 ans, une chute constante de cette mortalité, sensiblement la même chaque année et qui contredit absolument la théorie de l'allergie ;

2° Cette théorie repose d'ailleurs sur des bases fragiles et des affirmations douteuses ;

3° La conception de l'anergie demande comme celle de l'allergie une révision complète : *il est des anergies qui marquent une défense organique extrêmement vigoureuse* ;

4° Dans la lutte de l'organisme contre la tuberculose, la part du terrain doit être regardée comme importante, et envisagée dans un sens large et complexe à la fois.

Je vous remercie d'avance de cette insertion qui me donnera la satisfaction à laquelle j'ai droit.

Docteur HERVOUET.

Les fêtes de fin d'année au pays du soleil. En territoire des oasis sahariennes

Circuit de 1770 kilomètres.
Dix jours de séjour en Algérie
du 22 décembre 1937 au 1er janvier 1938

Premier jour : arrivée à Alger. Réception à la gare maritime et transfert en autocar à l'hôtel Saint-George. Installation. Déjeuner. L'après-midi visite de la ville, en autocar, avec guide.

Deuxième jour : Départ pour la Mitidja, Boufarik, le Ruisseau des singes, les Gorges de la Chiffa, Médéa, Bochari (déjeuner à l'Atlantid Hôtel), Le Rocher de sel, Djelfa, Laghouat (Hôtel Transatlantique).

Troisième jour : Départ pour Tilrempt, Berrian, Ghardala (Hôtel transatlantique). Visite du marché (très curieux) les mosquées et le ksar. Réveillon.

Quatrième jour : Séjour à Ghardaia. Le matin visite de l'ouvroir des sœurs blanches et l'après-midi excursion aux villes saintes du M'Zab, au belvédère.

Cinquième jour : Route sur Ouargla (Hôtel transatlantique). Visite des mosquées (superbe panorama du haut des minarets) les ouvroirs des sœurs et pères blancs, la ville indigène et sa palmeraie.

Sixième jour : Séjour à Ouargla. Excursions et visites des ruines de Ba-Mendil, et aux dunes de Sidi Kouiled.

Septième jour : Route sur Tamelhat, confrèrie (zaouia) religieuse célèbre, Temecine (visite du ksar, de la palmeraie et du lac sacré), Touggourt (Hôtel transatlantique). Visite de la ville indigène, ses rues couvertes, et du poste optique au coucher du soleil, superbe panorama sur les palmeraies et villages voisins. Le soir visite des Ouleds Nails.

Huitième jour : Route sur Dejmaa, Meraier et Biskra (Hôtel transatlantique).

Neuvième jour : Matinée libre à Biskra. Départ après déjeuner pour Tolga, Chaiba et Bou-Saada (Hôtel du Caid ou Transatlantique).

Dixième jour : Rapide visite de Bou-Saada et départ pour Sidi-Aissa, Aumale, déjeuner à Bouira (Hôtel de la Colonie), Palestro, Les gorges de Palestro, Ménerville, et arrivée à Alger (Hôtel Saint-George).

Onzième jour : Transfert à la gare maritime pour embarquement et départ à 10 heures à destination de Marseille.

Prix du circuit, tous frais compris : transferts, trois repas quotidiens dont les deux principaux avec vin ordinaire, les visites et excursions mentionnées au programme, les taxes et le service : *Mille six cent soixante quinze francs.*

Les adhésions sont reçues jusqu'au cinq décembre dernier délai. *S'adresser aux Voyages Denis et Salmon, 3, boulevard Carnot, à Alger.*



CROIX DES SERVICES MILITAIRES VOLONTAIRES (*suite et Fin*)

Service de Santé

RÉSERVES

3e classe

Robin, méd. capit., rég. de Paris ; Roulland, méd. comm., rég. de Paris ; Royer, méd. capit., rég. de Paris ; Schmitt, méd. lieut., rég. de Paris ; Schreiber, méd. comm., rég. de Paris ; Schwab, méd. capit., rég. de Paris ; Sédillot, méd. capit., rég. de Paris ; Sigrist, méd. lieut., rég. de Paris ; Simon, méd. capit., rég. de Paris ; Soalhat, méd. comm., rég. de Paris ; Soubies, méd. lieut.-col., rég. de Paris ; Thiébault, méd. capit., rég. de Paris ; Tison, méd. lieut., rég. de Paris ; Tissier, méd. lieut., rég. de Paris ; Van der Horst, méd. lieut., rég. de Paris ; Vergnet, méd. lieut., rég. de Paris ; Vial, méd. lieut., rég. de Paris ; Vigneron d'Heuqueville, méd. comm., rég. de Paris ; Villejean, méd. comm., rég. de Paris ; Zaepfel, méd. comm., rég. de Paris.

Bara, méd. lieut., 1re rég. ; Baras, méd. capit., 1re rég. ; Barrois, méd. capit., 1re rég. ; Bathiat, méd., capit., 1re rég. ; Bourry, méd. lieut., 1re rég. ; Clenet, méd. capit., 1re rég. ; Combenale, méd. capit., 1re rég. Danhiez, méd. lieut., 1re rég. ; Delattre, méd. capit., 1re rég. ; Delplace, méd. capit., 1re rég. ; Desbonnets, méd. capit., 1re rég. ; Desrousseaux, méd. comm., 1re rég. ; D'Hour, méd. lieut., 1re rég. ; Dolain, méd. comm., 1re rég. ; Druchert, méd. lieut.-col., 1re rég. ; Drujon, méd. lieut., 1re rég. ; Dubois, méd. capit., 1re rég. ; Duhot, méd. comm., 1re rég. ; Dupire, méd. lieut., 1re rég. ; Dupret, méd. capit., 1re rég. ; Duthoit, méd. capit., 1re rég.

Georget, méd. comm., 1re rég. ; Honcke, méd. capit.,

1re rég. ; Jacquemaire, méd. comm., 1re rég. ; Jaillette, méd. capit., 1re rég. ; Klein, méd. comm., 1re rég. ; Lamblin, méd. lieut., 1re rég. ; Langeron, méd. comm., 1re rég. ; Leclair, méd. lieut., 1re rég. ; Legrand, méd. comm., 1re rég. ; Lemaître, méd. lieut., 1re rég. ; Lemaître, méd. capit., 1re rég. ; Leplat, méd. capit., 1re rég. ; Lescaux, méd. capit., 1re rég. ; Mamet, méd. capit., 1re rég. ; Mausse, méd. capit., 1re rég. ; Merlin, méd. capit., 1re rég. ; Milot, méd. lieut., 1re rég. ; Morel, méd. capit., 1re rég. ; Muller, méd. capit., 1re rég. ; Picard, méd. capit., 1re rég. ; Piquet, méd. capit., 1re rég.

Potie, méd. lieut., 1re rég. ; Swynghedauw, méd. comm., 1re rég. ; Vanlaer, méd. capit. honoraire, 1re rég. ; Vullien, médecin capitaine, 1re rég. ; Wannebroucq, méd. capit., 1re rég. ; Wilpote, méd. lieut., 1re rég. ; Audy, méd. comm., 2e rég. ; Belle, méd. capit., 2e rég. ; Borin, méd. lieut., 2e rég. ; Bréhier, méd. capit., 2e rég. ; Cadilhac, méd. lieut., 2e rég. ; Colin, méd. comm., 12e rég. ; Drouart, méd. lieut., 2e rég. ; Fourrière, méd. ieut., 2e rég. ; Gand, méd., capit., 2e rég. ; Gervais, méd. capit., 2e rég. ; Jouniaux, méd. lieut., 2e rég. ; Laplace, méd. comm., 2e rég. ; Matry, méd. lieut., 2e rég. ; Perdu, méd. capit., 2e rég. ; Poire, méd. capit., 2e rég. ; Rossignol, méd. capit., 2e rég. ; Routier, méd. capit. 2e rég.

Vassal, méd. capit., 2e rég. ; Vilfroy, méd. comm., 2e rég. ; Wagon, méd. comm., 2e rég. ; Coqueret, méd. capit., 3e rég. ; Delpérier, méd. capit., 3e rég. ; Gassiot, méd. comm., 3e rég. ; Grancher, méd. lieut., 3e rég. ; Guillet, méd. capit., 3e rég. ; Hissard, méd. capit., 3e rég. ; Lacroix, méd. capit., 3e rég. ; Leboucher, méd. lieut., 3e rég. ; Leboucher, méd. capit., 3e rég. ; Lecacheur, méd. capit., 3e rég. ; Lemière, méd. lieu., 3e rég. ; Lionval, méd. capit., 3e rég. ; Nouel, méd. capit., 3e rég. ; Quermonne, méd. lieut., 3e rég. ; Souron, méd. lieut., 3e rég. ; Wiart, méd. capit., 3e rég. ; Yvert, méd. lieut.-col., 3e rég.

Baudot, méd. capit., 4e rég. ; Chartier, méd. capit., 4e rég. ; Coudray, méd. comm., 4e rég. ; Deluen, méd. capit., 4e rég. ; Frémont, méd. capit., 4e rég. ; Le Branchu, méd. capit., 4e rég. ; Le Pannetier de Roissey, méd. capit., 4e rég. ; Mignon, méd. capit., 4e rég. ; Plateau, méd. comm., 4e rég. ; Porteu de La Morandière, méd. capit., 4e rég. ; Pottier, méd. lieut.-col., 4e rég. ; Royer, méd. lieut., 4e rég. ; Chomette, méd. comm., 5e rég. ; Flocquet, méd. comm., 5e rég. ; Jossand, méd. capit., 5e rég. ; Phélebon, méd. capit., 5e rég. ; Renardier, méd. capit., 5e rég. ; Salmon, méd. lieu., 5e rég. ; Schutzenberger, méd. capit., 5e rég. ; Baudot, méd. capit., 6e rég. ; Billard, méd. capit., 6e rég. ; Cain, méd. lieut., 6e rég. ; Camus, méd. capit., 6e rég. ; Casalis, méd. comm., 6e rég.

Coliez, méd. comm., 6e rég. ; Estor, méd. capit., 6e rég. ; Hug, méd. lieut., 6e rég. ; Husson, méd. capit., 6e rég. ; Jourdan, méd. capit., 6e rég. ; Langlet, méd. comm., 6e rég. ; Lefebvre, méd. capit., 6e rég. ; Lévy, méd. lieut., 6e rég. ; Maret, méd. lieut., 6e rég. ; Méine, méd. capit., 6e rég. ; Morin, méd. capit., 6e rég. ; Pezet, méd. comm., 6e rég. ; Potron, méd. lieut.-col., 6e rég. ; Raul, méd. capit., 6e rég. ; Reiser, méd. capit., 6e rég. ; Rousseaux, méd. capit., 6e rég. ; Salmon, méd. capit., 6e rég. ; Stourm, méd. capit., 6e rég. ; Verrier, méd. capit., 6e rég. ; Bertrand, méd. capit., 7e rég. ; Bidault, méd. comm., 7e rég. ; Boisson, méd. comm., 7e rég. ; Braun, méd. capit., 7e rég. ; Châtelain, méd. lieut., 7e rég.

Demesy, méd. capit., 7e rég. ; Duvernoy, méd. capit., 7e rég. ; Fels, méd. capit., 7e rég. ; Gossel, méd. capit., 7e rég. ; Hézard, méd. capit., 7e rég. ; Lévy, méd. capit. honor., 7e rég. ; Meyer, méd. lieut., 7e rég. ; Moritz, méd. lieut., 7e rég. ; Nadaud, méd. comm., 7e rég. ; Racle, méd. capit., 7e rég. ; Schlumberger, méd. capit., 7e rég. ; Schmidt, méd. lieut., 7e rég. ; Swab, méd. lieut., 7e rég. ; Tempe, méd. lieut., 7e rég. ; Thyebault, méd. capit.

capit. ; Tronchon, méd. lieut., 7e rég. ; Ziegler, méd. capt., 7e rég. ; Barelle, méd. capit., 8e rég. ; Bel, méd. comm., 8e rég. ; Gerber, méd. capit., 8e rég. ; Gibaud, méd. lieut., 8e rég. ; Joseph, méd. capit., 8e rég. ; Juif, méd. capit., 8e rég.

Moquet, méd. capit., 8e rég. ; Amsler, méd. capit., 9e rég. ; Anis, méd. capit., 9e rég. ; Antoine, méd. lieut.-col., 9e rég. ; Bardon, méd. capit., 9e rég. ; Beynès, méd. capit., 9e rég. ; Bigot, méd. capit., 9e rég. ; Bonnin, méd. lieut., 9e rég. ; Crozet, méd. comm., 9e rég. ; Filhoulaud, méd. comm., 9e rég. ; Godet, méd. capit., 9e rég. ; Grias, méd. comm., 9e rég. ; Laffitte, méd. lieut., 9e rég. ; Lemoine, méd. comm., 9e rég. ; Leroy, méd. capit., 9e rég. ; Lœwenhard, méd. capit., 9e rég. ; Mallein, méd. comm., 9e rég. ; Mauretit, méd. capit., 9e rég. ; Pouget, méd. capit., 9e rég. ; Poulet, méd. capit., 9e rég. ; Renaux, méd. capit., 9e rég. ; Ruchaud, méd. comm., 9e rég. ; Séverac., méd. lieut.-col., 9e rég. ; Tulasne, méd. lieu., 9e rég.

Besnier, méd. capit., 11e rég. ; Blanchard, méd. capit., 11e rég. ; Clouard, méd. lieut., 11e rég. ; Daveau, méd. capit., 11e rég. ; Dehergne, méd. comm., 11e rég. Duvic., méd. lieut., 11e rég. ; Landry, méd. comm., 11e rég. ; Le Moine, méd. comm., 11e rég. ; Loue, méd. lieut., 11e rég. ; Marquet, méd. capit., 11e rég. ; Peaud, méd. capit., 11e rég. ; Royer, méd. capit., 11e rég. ; Savidan, méd. capit., 11e rég. ; Teurnier, méd. lieut., 11e rég. ; Thomas, méd. capit., 11e rég. ; Tuset, méd. capit., 11e rég. ; Verdier, méd. capit., 11e rég. ; Viel, méd. lieut., 11e rég. ; Bardin, méd. capit., 13e rég. ; Beuttez, méd. comm. 13e rég.

Branche, méd. capit., 13e rég. ; Chabrol, méd. capit., 13e rég. ; Guichard, méd. comm., 13e rég. ; Layral, méd. lieut., 13e rég. ; Lère, méd. lieut.-col., 13e rég. ; Martin, méd. capit., 13e rég. ; Martin, méd. lieut., 13e rég. ; Poulain, méd. capit., 13e rég. ; Reau, méd. capit., 13e rég. ; Sahut, méd. capit., 13e rég. ; Thomasset, méd. capit., 13e rég. ; Veillon, méd. comm., 13e rég. ; Arbassier, méd. comm., 14e rég. ; Bataille, méd. capit., 14e rég. ; Boussuge, méd. comm., 14e rég. ; Bujadoux, méd. capit., 14e rég. ; Chabannes, méd. lieut., 14e rég. ; Colrat, méd. capit., 14e rég. ; Demole, méd. capit., 14e rég. ; Fassy, méd. capit., 14e rég. ; Fort, méd. comm., 14e rég. ; Francillon, méd. comm., 14e rég.

Gaté, méd. comm., 14e rég. ; Gibert, méd. capit., 14e rég. ; Gignoux, méd. capit., 14e rég. ; Kofman, méd. lieut., 14e rég. ; Moncenix, méd. capit., 14e rég. ; Mouriquand, méd. lieut.-col., 14e rég. ; Nové-Josserand, méd. capit., 14e rég. ; Perrin, méd. comm., 14e rég. ; Quintero, méd. capit., 14e rég. ; Ramie, méd. lieu., 14e rég. ; Rebattu, méd. comm., 14e rég. ; Sarvonat, méd. capit., 14e rég. ; Verrière, méd. lieut., 14e rég. ; Appiéto, méd. lieut., 15e rég. ; Baloux, méd. capit., 15e rég. ; Barbot, méd. lieut., 15e rég. ; Battesti, méd. capit., honor., 15e rég. ; Bernard, méd. comm., 15e rég. ; Bert, méd. lieut., 15e rég. ; Bonnet, méd. capit., 15e rég. ; Boudon, méd. capit., 15e rég.

Bouisset, méd. capit., 15e rég. ; Bourzac, méd. capit., 15e rég. ; Casabianca, méd. capit., 15e rég. ; Cheylan, méd. capit., honor., 15e rég. ; Choux, méd. capit., 15e rég. ; Ciaudo, méd. comm., 15e rég. ; Clément., méd. capit., 15e rég. ; Cuttoli, méd. capit., 15e rég. ; Dauphin, méd. capit. honor., 15e rég. ; Dunan, méd. lieut., 15e rég. ; Encontre, méd. capit., 15e rég. ; Escudier, méd. lieut., 15e rég. ; Fabre, méd. lieut., 15e rég. ; Farnarier, méd. capit., 15e rég. ; François, méd. capit., 15e rég. ; François, méd. lieut., 15e rég. ; Guiol, méd. capit. honor., 15e rég. ; Jouffray, méd. capit., 15e rég. ; Masini, méd. comm., 15e rég. ; Massad, méd. lieut., 15e rég. ; Ménard, méd. lieut., 15e rég. ; Mireur, méd. capit., 15e rég.

Moiroud, méd. comm., 15e rég. ; Mouret, méd. comm., 15e rég. ; Peaudeleu, méd. capit., 15e rég. ; Peyron, méd. lieut., 15e rég. ; Piollenc. méd. comm., 15e rég. ; Plumey, méd. capit., 15e rég. ; Rabaioye, méd. comm., 15e rég. ;

Rey, méd. lieut., 15e rég. ; Rocher, méd. comm., 15e rég. ; Romant, méd. comm., 15e rég. ; Rousset, méd. capit., 15e rég. ; Roustan, méd. comm., 15e rég. ; Roustan, méd. lieut., 15e rég. ; Sauvan, méd. comm., 15e rég. ; Troin, méd. capit., 15e rég. ; Vincenti, méd. capit., 15e rég. ; Baudru, méd. capit., 16e rég. ; Blanc, méd. capit., 16e rég. ; Bouchet, méd. lieut., 16e rég. ; Bourgoing, méd. capit., 16e rég. ; Bouys, méd. capit., 16e rég.

Castanier, méd. lieut., 16e rég. ; Crebassol, méd. comm., 16e rég. ; Daude, méd. capit., 16e rég. ; Delord, méd. capit., 16e rég. ; Destand, méd. lieut., 16e rég. ; Enjalbert, méd. lieut.-col., 16e rég. ; Estor, méd. lieut., 16e rég. ; Euzière, méd. lieut.-col., 16e rég. ; Favier, méd. comm., 16e rég. ; Giraud, méd. capit., 16e rég. ; Gourc, méd. capit., 16e rég. ; Guibal, méd. capit., 16e rég.; Jalibert, méd. capit., 16e rég. ; Jourdan, méd. comm., 16e rég. ; Lapeyre, méd. comm., 16e rég. ; Madon, méd. comm., 16e rég. ; Mracou, méd. comm., 16e rég. ; Martin, méd. capit., 16e rég. ; Mourgue-Molines, méd. capit., 16e rég. ; Puech, méd. capit., 16e rég.

Rieusset-Pecholier, méd. lieut., 16e rég . ; Roge, méd. capit., 16e rég. ; Roume, méd. capit., 16e rég. ; Surjus, méd. capit., 16e rég. ; Touzery, méd. comm., 16e rég. ; Tuffery, méd. comm., 16e rég. ; Viallefont, méd. capit., 16e rég. ; Argaud, méd. col., 17e rég. ; Arlaud, méd. capit. 17e rég. ; Aversenq, méd. comm., 17e rég. ; Badin, méd. capit., 17e rég. ; Blanc, méd. lieut., 17e rég. ; Boudey, méd. lieut., 17e rég. ; Boudey, méd. lieut., 17e rég. ; Boularan, méd. capit., 17e rég. ; Bounhoure, méd. capit., 17e rég. ; Bouvier, méd. lieut., 17e rég. ; Bru, méd. lieut., 17e rég. ; Cabrolier, méd. lieut., 17e rég. ; Cadenat, méd. capit., 17e rég. ; Caffort, méd. capit., 17e rég. ; Calmettes, méd. capit., 17e rég.

Chalot, méd. comm., 17e rég. ; Clermont, méd. lieut.-col., 17e rég. ; Cosserat, méd. capit., 17e rég. ; de Coste, méd. comm., 17e rég. ; Delas, méd. capit., 17e rég. ; de Montval, méd. capit., 17e rég. ; Dichamp, méd. comm., 17e rég. ; Duby, méd. capit., 17e rég. ; Dupont, méd. capit., 17e rég. ; Dupont, méd. lieut., 17e rég. ; Escouboue, méd. capit., 17e rég. ; Fabre, méd. lieut.; 17e rég. ; Fage, méd. capit., 17e rég. ; Faure, méd. comm. 17e rég. ; Gay, méd. capit., 17e rég. ; Gèze, méd. comm., 17e rég. ; Grimoud, méd. comm., 17e rég. ; Jacotot, méd. capit., 17e rég. ; Labro, méd. lieut., 17e rég. ; Lacroix, méd. capit., 17e rég. ; Leonardon-Lapervenche, méd. capit., 17e rég. ; Maleplate, méd. comm., 17e rég. ; Maurette, méd. lieut., 17e rég. ; Mayrac, méd. lieut.-col., 17e rég.

Méric, méd. lieut., 17e rég. ; Morel, méd. lieut., 17e rég. ; Nicod, méd. capit., 17e rég. ; Pommepuy, méd. lieut., 17e rég. ; Roqueplo, méd. capit., 17e rég. ; Rouvière méd. comm., 17e rég. ; Sire, méd. comm., 17e rég. ; Tourneux, méd. com., 17e rég. Vallois, méd. comm., 17e rég. ; Bajac, méd. capit., 18e rég. ; Beauvieux, méd. capit., 18e rég. ; Blanc, méd. lieut., 18e rég. ; Bosc, méd. capit., 18e rég. ; Broustet, méd. lieut., 18e rég. ; Cantorne, méd. lieut., 18e rég. ; Carles, méd. capit., 18e rég. ; Castex, méd. capit., 18e rég. ; Cazaux, méd. capit., 18e rég. ; Cazenave, méd. lieut., 18e rég. ; Charon, méd. lieut., 18e rég. ; Clarac, méd. lieut., 18e rég.; Cruchet, méd. lieut.-col., 18e rég., David-Chaussée, méd. lieut., 18e rég.

Degos, méd. lieut., 18e rég., ; Dervillée, méd. lieut., 18e rég. ; Despin, méd. capit., 18e rég. ; Despons, méd. lieut., 18e rég. ; Dubory, méd. capit., 18e rég. ; Flurian. méd. capit., 18e rég. ; Gantier, méd. capit., 18e rég. ; Garat, méd. lieut., 18e rég. ; Guillemet, méd. comm., 18e rég. ; Hallot, méd. lieut., 18e rég. ; Ichon, méd. capit., 18e rég. ; Lamaison, méd. comm., 18e rég. ; Maronneaud, méd. lieut., 18e rég. ; Melin, méd. capit., 18e rég. ; Michon, méd. lieut., 18e rég. ; Monnie, méd. lieut., 18e rég. ; Péry, méd. lieut., 18e rég. ; Philip, méd. comm., 18e rég. ; Pommez, méd. capit., 18e rég. ; Quercy, méd. capit., 18e rég. ; Secousse, méd. capit., 18e rég. ; Thuau, méd. capit., 18e rég. ; Ben Chemoul, méd. lieut., 19e C. A. ; Cohen-Jonathan, méd. lieut., 19e C. A.

Elbaz, méd. lieut., 19e C. A. ; Ganascia, méd. capit., 19e C. A. ; Goeau-Brissonnière, méd. lieut., 19e C. A. ; Hadi, méd. lieut., 19e C. A. ; Kersente, méd. lieut., 19e C. A. ; Munera, méd. lieu., 19e C. A. ; Pariente, méd. lieut., 19e C. A. ; Pellissier, méd. comm., 19e C. A. ; Plantey, méd. lieut., 19e C. A. ; Rosch, méd. lieut., 19e C. A. ; Safar, méd. lieut., 19e C. A. ; Sarrouy, méd. cap., 19e C. A. ; Senevet, méd. capit., 19e C. A. ; Adnot, méd. lieut., 20e rég. ; Algan, méd. capit., 20e rég. ; Arsimoles, méd. comm., 20e rég. ; Bellocq, méd. capit., 20e rég. ; Bilger, méd. capit., 20e rég. ; Binet, méd. lieut.-col., 20e rég. ; Burger, méd. lieut., 20e rég.

Caen, méd. lieut., 20e rég. ; Chery, méd. capit., 20e rég. ; Coulet, méd. comm., 20e rég. ; Crehange, méd. lieut., 20e rég. ; de Casteras, méd. comm., 20e rég. ; Delpistoya, méd. lieut., 20e rég. ; Dreyfus, méd. capit., 20e rég. ; Gamaleia, méd. capit., 20e rég. ; Gauthier, méd. lieut., 20e rég. ; Glasser, méd. capit., 20e rég. ; Hacquard, méd. lieut., 20e rég. ; Hamel, méd. comm., 20e rég. ; Haushalter, méd. capit., 20e rég. ; Kahn, méd. capit., 20e rég. ; Klein, méd. lieut., 20e rég. ; Kleintpeter, méd. capit., 20e rég. ; Lacroix, méd. lieut., 20e rég. ; Leneutre, méd. capit., 20e rég. ; Lévy, méd. lieut., 20e rég. ; Lévy, méd. lieut., 20e rég. ; Lévy-Frankel, méd. comm., 20e rég. ; Loth, méd. lieut., 20e rég.

Louvard, méd. capit., 20e rég. ; Louyot, méd. lieut., 20e rég. ; Meyer, méd. capit., 20e rég. ; Meyer, méd. lieut., 20e rég. ; Nilus, méd. comm., 20e rég. ; Oster, méd. lieut.-col., 20e rég. ; Paulus, méd. capit., 20e rég. ; Paysant, méd. capit., 20e rég. ; Pellier, méd. capit., 20e rég. ; Reiss, méd. lieut., 20e rég. ; Rœderer, méd. capit., 20e rég. ; Schnepp, méd. capit., 20e rég. ; Schmutz, méd. comm., 20e rég. ; Simonin, méd. comm., 20e rég. ; Vogt, méd. capit., 20e rég. ; Weiss, méd. lieut., 20e rég. ; Woringer, méd. capit., 20e rég. ; Ayache, méd. capit., tr. Maroc ; Demacon, méd. lieut., tr. Maroc ; Lefort, méd. comm., tr. Maroc ; Mosnier, méd. comm., tr. Maroc ; Poursines, méd. lieut., tr. Levant.

CORRESPONDANCE

Qu'est-ce qu'une Société de Secours Mutuels libre ?

C'est une Société du type de la Mutualité Familiale du Corps médical et régie par la loi du 1er avril 1898.

En fait la seule formalité qui lui est imposée est le dépôt des statuts, et la seule obligation d'avoir un but d'assistance mutuelle.

Une telle Société est une véritable démocratie qui s'administre elle-même, fixe les cotisations de ses membres et répartit les indemnités. Les fonctions d'administrateurs y sont gratuites.

Enfin, le placement des fonds est libre et laissé au choix du Conseil d'Administration.

Telle était la ligne générale de la Mutualité Familiale. Mais un décret-loi du 31 août dernier est venu l'altérer gravement. Et la liberté des Sociétés de ce genre est devenue singulièrement restreinte.

Un prochain article mettra les adhérents au courant de ces modifications qui intéressent toutes les Sociétés de Secours Mutuels.

Le secrétaire général de la Mutualité familiale :

G. Lavalée.

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

7.650. — Libération des obligations militaires

Je suis médecin lieutenant de réserve, classe 1913. J'ai été incorporé avec ma classe le 28 novembre 1913 et ai fait toute la guerre.

Je n'ai pas l'intention de demander à rester dans l'armée après la date de libération définitive de ma classe.

Je suis père de deux enfants. Pourriez-vous me dire à quelle date je pourrai être libéré de toute obligation militaire et s'il y a des formalités à remplir pour cela.?

Dr D.

Réponse

Classe 1913, vous serez libéré de toutes obligations militaires le 15 octobre 1942. Aucune démarche à faire pour cela, sinon à répondre par la négative à la lettre que vous adressera à ce moment le Directeur du Service de santé pour vous demander si vous voulez être maintenu dans les cadres au delà de la limite normale.

ASSURANCES SOCIALES

7.884. — Calcul de la période de six mois pendant laquelle les assurés sociaux ont droit aux prestations

Un malade qui paye régulièrement ses cotisations depuis des années sans arrêt du travail, a-t-il le droit d'être soigné pendant un temps inférieur à six mois ?

Exemple : Traitement antisyphilitique, nécessitant des piqûres, plusieurs fois la semaine pendant un mois et demi environ et renouvelé six mois plus tard.

Je viens de recevoir mon client X qui sort du contrôle médical où on l'a convoqué, on l'a mis dans l'obligation de faire une demande au médecin-chef (où ?) pour être autorisé à continuer le traitement, condition nécessaire pour être remboursé.

Je vous demande ce qu'il y a lieu de faire. Mon client qui a eu dernièrement des accidents tertiaires graves, a besoin de soins multiples. Peut-on les lui refuser ? Les cotisations atteignent 48 × 12 = 576 francs. A ce prix peut-il prétendre au bénéfice de la loi ? A noter qu'il n'est pas question d'invalidité puisqu'il peut travailler.

Dr B.

Réponse

Il est exact qu'en principe, d'après l'art. 6, parag. 12 du décret-loi sur les Assurances sociales, les prestations en nature de l'assurance-maladie ne sont dûes pour une même affection que pendant six mois. Mais ce délai de six mois

n'est pas un délai de temps ; il s'agit là d'un délai de soins calculé en ajoutant les unes aux autres, les périodes de maladie, c'est-à-dire en pratique, les périodes de validité des feuilles de maladie.

Lorsque l'intervalle entre deux périodes est inférieur à deux mois, la période suivante est considérée comme la continuation de la première pour le calcul du délai. Par contre, lorsqu'il y a interruption de plus de deux mois, l'assuré a droit aux prestations pendant un nouveau délai de six mois, à condition qu'il ait été pendant ce délai en état de guérison apparente et qu'il ait prévenu de cette guérison sa Caisse dans un délai de huit jours.

Nous vous rappelons que par « guérison apparente », il faut entendre non point une guérison médicale absolue, mais simplement une période de stabilité de l'affection dispensant l'intéressé de recourir aux soins médicaux et pharmaceutiques et lui permettant de vaquer à ses occupations habituelles.

Toutefois, lorsqu'il s'agit de maladie chronique, ne nécessitant qu'un traitement d'entretien et n'entraînant point l'interruption d'un travail, ce n'est point à l'art. 6, paragr. 13, précité qu'il faut recourir, mais bien à l'art. 6, parag. 16 qui prévoit pour ces deux cas, l'octroi de prestations spéciales dont le montant maximum et les conditions d'attribution sont fixés par le règlement intérieur de la Caisse. Ces prestations sont accordées non point seulement pendant six mois, mais pendant une durée de temps de deux ans à compter de la première constatation médicale de l'affection.

Nous conseillons donc à votre client de demander le passage du régime ordinaire au régime des prestations spéciales, demande qui doit être adressée au médecin-contrôleur de sa Caisse avec avis favorable de son médecin traitant.

Les conditions de cotisation pour avoir droit aux prestations spéciales sont les mêmes que pour les prestations ordinaires.

7.944. — Obligation de justifier de la première constatation de la grossesse

Membre du « Sou » et du *Concours*, je me permets de vous demander un conseil pour pouvoir renseigner utilement un de mes clients.

Celui-ci inscrit aux Assurances sociales depuis l'entrée en vigueur de la loi (1930), a cotisé régulièrement, s'est marié et crû bien faire de se donner un héritier.

Or, la Caisse d'assurances sociales refuse le remboursement des prestations dues pour l'accouchement. Motif : l'intéressé n'a pas prévenu la Caisse quatre mois avant la date présumée de l'accouchement.

Est-ce légal ? Mon client n'aurait-il aucun recours contre la décision de la Caisse ?

Il me dit n'avoir jamais reçu de règlement du fonctionnement de la Caisse et ignorait cette condition *sine qua non* des quatre mois ; il n'est d'ailleurs pas le seul se trouvant dans cette ignorance.

Cette condition « des quatre mois » est exigée aussi pour les bénéficiaires de l'art. 19 faute de quoi les honoraires des médecins ne pourraient être mandatés. Or, généralement les femmes viennent consulter vers le neuvième mois, et je ne puis pratiquement pas savoir s'il existe dans ma clientèle des femmes enceintes qui ignorent qu'elles doivent se faire consulter au moins quatre mois avant la date première de l'accouchement.

Dr S.

Réponse

Il est exact qu'en vertu de l'art. 9, parag. 7 du décret-loi du 28 octobre 1935 sur les Assurances sociales, l'assurée doit, sous peine de déchéance du droit aux prestations en argent, justifier auprès de la Caisse d'assurances de la première constatation de la grossesse par un médecin ou une sage-femme, quatre mois au plus tard avant la date présumée de l'accouchement.

L'observation de cette formalité, inscrite dans la loi, est prescrite sous peine de déchéance et la Caisse se trouve en l'espèce fondée à opposer un refus à votre cliente si la constatation médicale n'a pas été effectuée et si l'avis à la Caisse n'a pas été envoyé en temps voulu.

Toutefois, cette déchéance ne s'applique qu'aux prestations en espèces (c'est-à-dire demi-salaire et primes d'allaitement) et ne vise nullement les prestations en nature qui restent dues en tout état de cause. Si donc la Caisse refusait de verser l'intégralité des prestations, votre cliente devrait porter le différend devant la Commission d'arrondissement par lettre recommandée adressée à son président, au Greffe du Tribunal civil, dans les dix jours de la notification du refus.

Nous vous signalons qu'en vertu de l'art. 16 du règlement intérieur-type des Caisses d'Assurances sociales, qui est entré en application à titre général et obligatoire à compter du 1er octobre dernier, à la feuille de maladie remise à l'assuré, doit être jointe une notice sommaire lui indiquant les formalités auxquelles il doit se soumettre pour obtenir les prestations et éviter les déchéances qu'il peut encourir.

L'article 61 de ce même règlement intérieur-type relatif à l'assurance-maternité prévoit une disposition analogue en ce qui concerne les formalités spéciales à observer dans ce cas.

Cinquante-neuvième année — N° 46 — 14 Novembre 1937

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

- sommaire -

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	70 fr.	Belgique et Luxembourg...	80 fr.
Etudiants	45 fr.	Première Zone	95 fr.
Le Numéro	1.50	Deuxième Zone	120 fr.

Renseignements

AVIS

Changements d'Adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 fr. 50 pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande.)

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Nº 289. — Fille de méd., connaiss. anglais, sténo-dactylo, diplômée secrétariat médical, cherche emploi secrét. chez médec. ou mais. santé., Paris ou banl. imméd.

Nº 290. — Dr stomatol, depuis 26 ans, âgé, prie confr. de lui indiquer canton ou gros village où il pourr. fonder cabin. de demi-repos, exclusivem. dentaire. Gr. banl. Paris.

Nº 291. — Chirurgien sous-préfect. recherche jeune collègue, de préfér. interne des hôpit. de Paris, pour assoc. en vue success.

Nº 292. — Urgent, cause décès. A céder très bonne client. région Ouest, bord mer, avec ou sans maison.

Nº 293. — Dr désire entrer relat. avec confr. des environs Amiens (Somme) en vue remplacem. de longue durée, à partir automne 1938 et reprise éventuelle de sa clientèle.

Nº 294. — Belgique. Pharmac. belge, bien introduit près corps médic. belge, cherche représentat. spécialités pharmac. françaises. Ecr. Delacre, 200 av. des Nations, Bruxelles.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet BREITEL ET GORET

1, rue Dante, Paris (5e). - Tél. : Odéon 36-46

Paris. Bonne client. mêlée, avec petit fixe, 7 p. Prix 60.000.

Grande banl. Seul pro phcien, client. facile, pays riche. Prix 35.000, 25.000 cpt.

Bourgogne. Seul ds. chef-lieu canton, grosse popul. maison conf. Prix 40.000 fr.

Berry. Seul méd. prox. grde ville. Bon poste actif, cpt. demandé : 15.000.

NÉCROLOGIE

Le Docteur Jean CAMESCASSE

de Saint-Arnoult-en-Yvelines

Le *Concours Médical* vient de perdre en la personne de Jean Camescasse un de ses amis fidèles et de ses meilleurs collaborateurs.

Jean CAMESCASSE, de bonne heure orphelin, aîné d'une famille de sept enfants, interne des hôpitaux de Paris, qui pouvait espérer avec l'appui de son oncle, Préfet de police, une situation brillante, préféra aller s'installer dans un petit bourg isolé de Seine-et-Oise, à l'orée de la forêt de Dourdan et en marge de la Beauce, Saint-Arnoult-en-Yvelines, pour y gagner aussitôt suffisamment afin de remplir les dures charges de chef d'une nombreuse famille. Il y réussit pleinement. Adoré par toute la population de la région, vénéré par ses confrères, généreux et dévoué au-delà de toute mesure, il fut pendant cinquante ans, la providence du pays.

Il fut médecin de l'hôpital des Enfants de Forges-les-Bains dépendant de l'Assistance publique de Paris.

Bien que vivant modestement et isolé dans sa petite maison qu'il avait baptisée La Barraque, Jean Camescasse se tenait au courant de tous les progrès de la médecine, ce qui ne l'empêchait pas en observateur de premier ordre et en clinicien remarquablement ingénieux d'étudier avec perspicacité ses malades et d'improviser à l'occasion une thérapeutique active s'adaptant plus particulièrement aux campagnards de sa clientèle.

Il exposa dans le *Concours Médical* les fruits de son expérience et de sa pratique dans une succession d'articles très originaux parus sous le titre d'*Introduction à la vie du médecin de campagne*, par le Docteur JEAN, médecin de campagne.

Ces articles eurent le plus grand succès auprès de nos lecteurs et Jean Camescasse se classa d'emblée au premier rang des Journalistes médicaux.

Comme tous les hommes de grande valeur morale et intellectuelle, Jean Camescasse n'avait aucune ambition, se contentant de l'affection de sa famille et de tous ceux qui l'entouraient.

Ses confrères parvinrent tardivement à le faire décorer chevalier de la Légion d'honneur et nous nous souvenons avec émotion de la remise de sa croix, le 18 février 1934, dans une fête intime à laquelle nous prîmes part tant au titre de Président de l'*Association professionnelle des Journalistes médicaux français* qu'à celui de Directeur du *Concours Médical*. Jean Camescasse se relevait d'une très

grave maladie, grâce aux soins très dévoués de sa femme. Les confrères de la région et leurs familles auxquels il n'avait jamais ménagé ses conseils et ses soins dans des circonstances critiques, s'étaient réunis à ses parents, à l'insu du nouveau chevalier qui, en pénétrant la première fois dans son salon à la suite de sa maladie, ne fut pas peu surpris et ému des témoignages d'affection et d'admiration que chacun lui apportait. La remise d'une croix lui fut faite, par la jeune femme de son confrère de Saint-Arnoult le Docteur Arsonneau, très jeune ménage qu'il avait pris sous paternelle protection.

Cette cérémonie dans son intime simplicité fut une des plus touchantes à laquelle nous eûmes l'honneur de prendre part.

***

Le *Concours Médical* adresse au frère du Docteur Jean Camescasse, notre confrère le Docteur Pierre Camescasse, ancien interne des hôpitaux de Paris, à sa famille et à ses amis, l'expression sincère de sa vive sympathie.

J. Noir.

DERNIÈRES NOUVELLES

—La Maison du médecin et le dîner de la Bidoche.— Le dîner périodique de *la Bidoche*, a eu lieu le jeudi 28 octobre au restaurant de la Tête de Bœuf, chez Verdun, 23, avenue du Pont de Flandre, sous la présidence du Docteur Mondain, assisté du secrétaire M. Vergelot, pharmacien, qui est un organisateur de premier ordre.

De nombreuses personnalités médicales y assistaient et plus de 120 convives prirent part à ces agapes.

Le menu fut parfait comme toujours. La plus grande cordialité régna durant le repas qui fut égayé au café par des refrains de salle de garde qui rappelèrent à nombre de confrères leur jeunesse déjà très lointaine.

La collecte traditionnelle au bénéfice de la Maison du médecin donna plus de 2.000 francs.

Le Docteur R. Massart, secrétaire général de la *Maison du médecin*, exposa le projet d'agrandissement de notre maison de retraite. J. N.

— **Prix Nobel de médecine.** — Le prix Nobel de médecine de 1937 a été décerné au Professeur Szent Gyoergyi, de nationalité hongroise, auteur de travaux biologiques sur les vitamines.

— **Institut de France.** *Séance annuelle.* — A la séance publique annuelle de l'Institut, le Professeur Achard, délégué de l'Académie des sciences, a fait un discours très applaudi sur le sujet suivant : *Ce que la science doit à la clinique.*

— **Les médecins de Toulouse à Paris.** — Le mercredi 27 octobre dernier a eu lieu le dîner de rentrée de la S. A. M. T. P. Etaient présents : les Docteurs Esclavissat, Privat, Levy-Lebhar, Doazan, Vitry, Groc, Dupau, Perrin, Molinéry, Junquet, Montagne, Digeon, Redon, Queriaud, Soubiran, Foures, Cambies, Boyer, Massip, Bourguet, Mirabail, Delater, Armengaud, Mont-Refet, Constantin, Duraud, Auge. S'étaient excusés : les Docteurs Dartigues, Caujole, Cany, Laffon, Foucaud, Delherm, Loze, Millas, de Parrel, Aujaleu, Roule, Mazet, Estrabaut, Babou, Louet.

A l'heure des toasts, après que le Docteur Groc, secrétaire général de l'Association, eut pris la parole, à la place des discours traditionnels, s'institua spontanément une sorte de débat sur le « Fait de Lourdes » ainsi qu'a défini le premier le Docteur Molinéry, les guérisons inexplicables scientifiquement qui ont lieu chaque année à Lourdes, que connaissent particulièrement bien les médecins du Sud-Ouest. Tour à tour, les Docteurs Privat, Doazan et Molinéry ont présenté une série d'arguments, d'observations, de constatations capables d'éclairer, de classer, de situer à leur vraie valeur les phénomènes d'ordre biologique et médical dont la science, à l'heure actuelle, est incapable de donner une explication. Il ne s'agissait certes pas de prendre parti, de nier ou d'affirmer, de croire ou de douter, mais de constater en médecin positiviste et de bonne foi, ce que l'on ne peut pas ne pas constater. Ce fut une heure de discussion animée et courtoise, se déroulant dans une atmosphère de parfaite amitié et de chaude intellectualité. Et pour une fois où l'éloquence pure céda le pas à la science, la soirée n'en fut pas moins pleinement réussie, comme à l'accoutumée. La prochaine réunion aura lieu en janvier 1938.

— **Société de médecine de Paris.** — La Société de médecine de Paris organise pour le samedi 27 novembre 1937, à 17 heures précises, à l'Hôtel Chambon, 93, rue du Cherche-Midi, Paris, une séance spéciale consacrée exclusivement aux « Maladies du sang » et ayant pour but de mettre au point cette importante question pour les praticiens.

Après un exposé général de M. Bécard, les auteurs les plus compétents de France et de l'Etranger viendront apporter leur contribution personnelle à ce chapitre de la pathologie.

Tous les confrères s'intéressant aux questions du sang, sont cordialement invités à cette réunion.

— **Bicentenaire de Luigi Galvani.** — La Société française d'électrothérapie et de radiologie se propose de rendre hommage à Luigi Galvani à l'occasion de son bicentenaire.

A la prochaine séance qui aura lieu le 23 novembre, à 21 heures, 12, rue de Seine, le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE fera une conférence, avec projections, sur le grand savant italien.

Le Docteur BELOT, invité par le Gouvernement italien et la Société italienne de radiologie, fera le compte rendu des fêtes qui se sont déroulées à Bologne.

— Fédération nationale des médecins du Front. — La Fédération nationale des médecins du Front, suivant la coutume, a déposé une gerbe de fleurs au pied de la stèle commémorative des morts de la grande guerre, à la Faculté de médecine de Paris, le 11 novembre, jour anniversaire de l'Armistice, à 9 h. 30.

Le doyen de la Faculté était présent ainsi que les représentants des professeurs, agrégés des Sociétés scientifiques médicales, du haut personnel de la médecine militaire, de la Société de l'internat des hôpitaux de Paris et de l'externat et des différentes Sociétés d'étudiants en médecine de Paris.

— Hôpitaux de Lyon. — *Concours de chirurgien.* — Le 28 mars 1938, sera ouvert à Lyon un concours pour la nomination d'un chirurgien des hôpitaux. Inscriptions avant le 19 mars.

— Hôpitaux de Nancy. *Internat.* — JURY : MM. les Professeurs Froelich, de Lavergne, Simonin, Binet ; M. Guillemin, agrégé, chirurgien des hôpitaux.

COMPOSITION ÉCRITE. — *Sujet tiré au sort* : Claudication intermittente du membre inférieur. — *Sujets restés dans l'urne* : Bronchectasie de l'adulte ; Les sigmoïdites.

Sont nommés internes : MM. Abel, Gosserez, Gayet, Ledoux, Herbeuval, Holveck.

Sont nommés externes en premier : MM. Bergeron, Wacquant, Karcher, Vigneron, Jacques, Castelain.

— Vacances de Noël sur la Côte d'Azur. — Le XVe voyage médical international de Noël sur la Côte d'Azur, organisé par la Société médicale du littoral méditerranéen, aura lieu comme de coutume, du 26 décembre 1937 au 3 janvier 1938. La concentration se fera à Saint-Raphaël, dans la matinée du 26 décembre. L'après-midi sera consacrée à la visite de cette station, du Collège climatique et du préventorium de Boulouris, ainsi que des monuments romains de Fréjus (Forum Julii). Le soir, les voyageurs seront reçus au casino par la municipalité. Le lendemain 27, on parcourra l'Estérel et la Corniche d'Or, en traversant Agay, Anthéor et Théoule. On s'arrêtera à l'Ecole de plein air de Mandelieu et l'on arrivera à Cannes à la fin de la matinée. Après la visite de la station, on se rendra à la clinique Santa-Maria et au Solarium tournant de l'Institut d'actinologie de Vallauris. A la fin de la journée, les voyageurs seront reçus à l'Hôtel de Ville de Cannes et passeront leur soirée au casino.

La matinée du mardi 28 sera consacrée au Cannet et à Juan-les-Pins, où l'on visitera le poste d'émis-

sions radiophoniques *Radio-Méditerranée*. Dans l'après-midi, on verra la ville grecque d'Antipolis (Antibes) et l'on admirera, du haut du phare, le magnifique panorama des Alpes avec leurs glaciers. On reviendra à Cannes par le Golfe-Juan, où se réunit l'Escadre de la Méditerranée.

Le 29, on visitera Grasse, centre climatique de la zone intérieure, avec ses fabriques de parfums ; Vence et ses sanatoria ; Cagnes, la cité des peintres et des poètes, et l'on arrivera le soir à Nice, métropole de la Côte d'Azur.

Le 30 décembre, les voyageurs verront l'observatoire de Nice, le monument d'Auguste à la Turbie, le château médiéval de Roquebrune et la voie romaine (Grande Corniche), de Nice à Menton : ils visiteront cette gracieuse et antique station climatique (Lumone), avec le Cap Martin, le château de Grimaldi et le laboratoire du Docteur Voronoff.

Ils seront, les jours suivants, les hôtes de la Principauté de Monaco ; ils admireront le musée océanographique, unique dans le monde ; les jardins exotiques et le palais des princes. Ils verront Monte-Carlo et son casino, Beaulieu et sa flore tropicale, Villefranche et sa rade fréquentée par les plus beaux paquebots, le Mont-Boron avec le merveilleux panorama de la Baie des Anges. Ils seront de retour à Nice dans l'après-midi du 1er janvier 1938.

Après ces journées au pays du soleil et des fleurs, les voyageurs seront transportés, dans la journée du dimanche 2 janvier, en trois heures d'auto-car, aux champs de neige et de sport d'hiver de Breuil et de Valberg, par les gorges de rochers rouges de Cians et de Daluis. Ils reviendront à Nice le même jour. Une excursion en Corse sera préparée pour les jours suivants.

Les parcours seront effectués dans de très beaux auto-cars Pullman et les séjours seront assurés avec le large confort qui est traditionnel à la Société médicale du littoral méditerranéen. Les visites et les promenades seront accompagnées de démonstrations scientifiques et de causeries historiques. Des permis de parcours en chemins de fer, à tarif réduit, valables pendant un mois, seront mis à la disposition des adhérents, avec arrêts autorisés à Paris, Lyon, Avignon, Arles, Marseille, Toulouse, Montpellier et Bordeaux. Les membres de la famille des médecins, ainsi que les étudiants en médecine, sont admis. L'Office climatique de la société médicale donne, dès à présent, les renseignements complémentaires, indique les conditions du voyage et reçoit les inscriptions, 24, rue Verdi à Nice.

— **Prix Alfred Chauvin** (Oto-neuro-ophtalmologie) — Ce prix bi-annuel de 6.000 francs sera décerné pour la première fois en 1938, lors du Congrès international qui aura lieu à Bordeaux sous la présidence du Professeur Portmann.

Le sujet est le suivant : « Introduction à l'étude de la dysharmonie vestibulaire. Proposition d'un plan d'études cliniques et expérimentales ».

Le jury est composé par MM. J.-A. Barré, président, Halphen, Roger, Terracol, Tournay, Velter.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. A. Chauvin, docteur en pharmacie, Aubenas (Ardèche).

— **Hommage au Professeur Arnold Netter.** — Sous les auspices de la Renaissance Française, une plaque commémorative va être apposée sur la maison natale du Professeur Arnold Netter, de l'Académie de médecine, place de l'Homme-de-Fer, à Strasbourg. La date de la cérémonie a été fixée au 21 novembre, à 14 h. 30. Elle coïncidera avec les fêtes habituelles commémorant l'anniversaire de l'entrée des troupes françaises.

Des discours seront prononcés par M. Léonce Armbruster, président de la Renaissance française, des représentants de la Faculté de médecine de Strasbourg et des élèves du Professeur Netter, et M. Viguier, préfet du Bas-Rhin.

— **Naissance.** — Le Docteur et Madame G. Declercq-Willemetz nous font part de la naissance de leur fille *Mariette.*

Carvin, le 27 octobre 1937.

Nos sincères compliments.

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort de Madame Marie-Alex Peyaud, née Chassat, décédée le 3 novembre à Bernay (Eure). Elle était la mère du Docteur Raymond Peyaud, à qui nous adressons nos condoléances attristées et l'expression de notre profonde sympathie.

A TRAVERS L'OFFICIEL

27 OCTOBRE

Hôpitaux psychiatriques

Un poste de médecin directeur est vacant à l'hôpital psychiatrique de Quimper (Finistère), par suite du décès du Docteur Humbert.

30 OCTOBRE

Enseignement de la médecine

Par décret en date du 26 octobre 1937, rendu sur le rapport du ministre de l'Education nationale, M. Boulet, agrégé pérennisé, est nommé, à compter du 1er novembre 1937, professeur de pathologie médicale et clinique propédeutique à la Faculté de Montpellier (dernier titulaire de la chaire : M. Giraud, appelé à une autre chaire).

Par décret en date du 26 octobre 1937, rendu sur le rapport du ministre de l'Education nationale :

M. Pagès, agrégé, est nommé, à compter du 1er novembre 1937, professeur de pathologie et thérapeutique générales (budget de la Faculté), à la

Faculté de Montpellier (dernier titulaire de la chaire : M. Bosc, retraité).

M. Vidal, agrégé, est nommé, à compter du 1er novembre 1937, professeur de médecine légale et médecine sociale (budget de l'Etat) à la Faculté de Montpellier (dernier titulaire de la chaire : M. Gaussel décédé).

CHRONIQUE FISCALE

Défendez-vous contre le fisc

On nous signale de différents côtés que l'Administration des Contributions directes, obéissant certainement à des ordres qui lui ont été donnés, révise toutes les déclarations de bénéfices souscrites par les médecins sous les prétextes les plus divers.

Avant de répondre aux propositions de rehaussement, qui leur sont signifiées par les contrôleurs, les docteurs ont intérêt à nous consulter car ils ne doivent *accepter aucune rectification* dans le seul but d'éviter toute discussion.

Ceux qui ne réagissent pas contre une taxation exagérée passent pour faire des déclarations inexactes et se verront fortement imposés l'année suivante.

Nous rappelons que les recettes doivent être justifiées par un livre-journal régulièrement tenu :

Chaque recette doit être inscrite sur une ligne à sa date, sans nom ; mais il est bon d'en indiquer la nature (visite, consultation, accouchement, opération).

Le livre-journal ne doit présenter ni blancs, ni lacunes, ni transports en marge, ni interlignes.

Un agenda ne saurait être utilisé car il présenterait des blancs entre les jours ; mais un cahier bien broché, ne permettant pas d'ajouter ou de retrancher des feuilles, est suffisant.

En cas d'erreur, on barre l'inscription fausse de façon à ce qu'elle soit lisible sous le trait et on continue sur les lignes suivantes.

Le médecin qui a fait une déclaration conforme à son livre-journal régulièrement tenu ne doit pas se laisser intimider par le contrôleur et doit nous consulter sans retard en cas de désaccord.

Pour la patente, il ne faut admettre qu'une valeur locative exacte des locaux professionnels.

Lorsque l'Administration saura que vous vous défendez, elle sera plus modeste dans ses prétentions.

A. et S. Martinot.
Conseils fiscaux du « Sou Médical »

CORRESPONDANCE

QUESTIONS DIVERSES

7.420. — Aide d'un docteur à un masseur

Un masseur, qui me paraît de par ailleurs un fort brave homme, me demande de voir ses malades afin de lui rédiger des ordonnances, pour lui permettre de traiter ceux qui s'adressent à lui.

J'ai vu le genre de malades dont il s'agit : ce sont des nerveux, ou des incurables et je ne vois pas, quant à moi, de mal à ce que ces malheureux s'adressent à mon masseur.

Je voudrais savoir ceci :

En couvrant ce bonhomme, ne suis-je pas susceptible d'être condamné en vertu de je ne sais quoi.

D'autre part, est-il nécessaire que le masseur soit diplômé, est-ce suffisant ?

Encore une fois, je ne vois aucun empêchement moral, mais n'en est-il pas de légal ?

Dr V.

Réponse

L'article 16 de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine vous interdit de couvrir de votre diplôme la pratique de l'art de guérir par quiconque n'est pas titulaire du grade de docteur en médecine.

Dans votre cas particulier, c'est vous qui devez voir les malades, les examiner, décider de leur traitement et si vous estimez que des massages peuvent être utiles pour la guérison, vous les ordonnez en toute conscience.

La loi précitée vous interdit au contraire de régulariser le diagnostic et le traitement d'un masseur qui croit se mettre à couvert en vous faisant signer de vagues ordonnances qui lui permettront de prendre part au traitement des maladies. Vous seul avez le droit légal de décider si le massage est utile, le masseur ne faisant qu'exécuter vos ordres sous votre direction et votre surveillance.

La pratique que vous suivez actuellement risque de vous conduire sur les bancs de la correctionnelle comme complice d'exercice illégal.

Le diplôme d'infirmier masseur qui est délivré en vertu du décret de 1922 n'est qu'un certificat d'études qui ne donne aucun droit à ses titulaires pour exercer l'art de guérir.

Les infirmiers qui ont obtenu ce diplôme s'en servent comme accréditif auprès des médecins pour se faire employer et exercer des besognes secondaires sous la surveillance et la direction suivie de docteurs en médecine.

Docteur Paul BOUDIN.

Voir la suite de la correspondance page LV-3215

PROPOS DU JOUR

L'ÉLECTION DU DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Comment on procédait jadis à cette élection dans l'ancienne Faculté de médecine
Le rôle des doyens : autrefois et aujourd'hui

La Faculté de Médecine de Paris vient d'élire un nouveau doyen. Cette élection doit être ratifiée par le Ministre de l'Education Nationale à qui incombe la nomination des doyens des Facultés. Il n'est pas à ce propos sans intérêt de rappeler comment sous l'ancien régime la vieille Faculté procédait à cette élection avec le souci d'éviter toute campagne électorale et toute intrigue. Gui Patin qui fut à deux reprises doyen de la Faculté, a donné dans une lettre à son confrère lyonnais, André Falconet, lettre datée du 4 novembre 1650, la veille de sa propre élection au décanat, les détails de cette élection :

« Nous n'avons qu'un doyen, écrit Gui Patin, qui s'élit tous les deux ans, le premier samedi après la Toussaint ; demain à 9 heures du matin, il y en aura un nouveau de fait à la place de M. Jean Piètre, fils de M. Nicolas Piètre, et neveu de Simon Piètre, qui ont été deux hommes incomparables ; il est le maître des bacheliers qui sont sur les bancs ; il fait aller la discipline de l'école ; il garde nos régistres qui sont de plus de cinq cents ans ; il a les deux sceaux de la Faculté ; il reçoit notre revenu et nous en rend compte ; il signe et approuve toutes les thèses ; il fait présider les docteurs à leur rang ; il fait assembler la faculté quand il veut, et, sans son consentement, elle ne peut s'assembler que par un arrêt de la Cour, qu'il faudrait obtenir ; il examine avec les quatre examinateurs à l'examen rigoureux qui dure une semaine ; il est un des trois doyens qui gouvernent l'Université avec M. le recteur, et est un de ceux qui l'élisent ; il a une grande charge, beaucoup d'honneur et un grand tracas d'affaires ; il sollicite les procès de la faculté, et parle même dans la grande chambre devant l'avocat-général, comme fit feu M. de Lavigne, l'an 1644, contre le gazetier (Théophraste Renaudot). La charge est très honorable mais bien pénible ; un honnête homme est bien heureux de ne le point être, c'est assez qu'il en soit réputé digne par l'élection qu'on en fait et voici comment elle se fait.

« Toute la faculté assemblée, *speciali articulo*, le doyen qui est prêt de sortir de charge, remercie la Compagnie de l'honneur qu'il a eu d'être doyen, et la prie qu'on en élise un autre en sa place ; les noms de tous les directeurs présents, car on ne peut élire aucun absent, en autant de billets, sont sur la table ; on met dans le chapeau la moitié d'en haut, et c'est ce qu'on appelle le grand banc (1). Nous sommes aujourd'hui cent douze vivants, c'est donc à dire les cinquante-six premiers. Quand ces billets ont été bien ballottés et remués dans un chapeau par l'ancien de la Compagnie (2), qui est aujourd'hui M. Riolan, le doyen qui va sortir de charge en tire trois l'un après l'autre ; on en fait de même tout de suite du petit banc ; on n'en tire que deux, afin que le nombre soit impair. Voilà cinq docteurs qui ne peuvent ce jour là être faits doyens ; mais ils sont les électeurs, lesquels, après avoir publiquement prêté serment de fidélité, sont enfermés dans la chapelle, où ils choisissent de tous les présents trois hommes qu'ils jugent dignes de cette charge, deux du grand banc et un du petit banc : ces trois billets sont mis dans le chapeau par l'ancien, et le doyen, y fourrant sa main bien étendue, en tire un ; celui qui vient est le doyen, et j'ai plusieurs fois été électeur, j'ai même été élu et mis dans le chapeau trois fois en 1642, 1644 et 1648 ; je fus électeur en 1640 et 1646, et toutes les trois fois je suis demeuré dans le fond du chapeau ; et si jamais on m'y remet, je ne serais point marri d'y demeurer, faute de loisir pour faire cette charge : *sortes in urnam mittuntur, sed temperantur a Domino*. Toutes ces cérémonies sont fort anciennes et sont religieusement observées par respect pour l'antiquité, selon que nos statuts le portent, que nous avons imprimés à part en un petit livre, que je vous enverrai, si vous en êtes curieux. Le plus vieux docteur de la compagnie s'appelle l'ancien maître et ne peut s'appeler doyen ; cela lui est défendu par un arrêt de la cour. Voilà ce que je sais et puis vous

(1) Les docteurs du grand banc étaient inscrits au moins depuis dix ans au tableau de la Faculté.

(2) L'*ancien* était le doyen d'ancienneté sur le tableau des docteurs-régents.

dire là-dessus. Les charges publiques sont des charges pesantes, et cette charge parmi nous est plutôt *onus quam honos*. »

Le mode d'élection du doyen dura aussi longtemps que l'ancienne Faculté. Nous le trouvons aussi minutieusement indiqué un siècle plus tard (1754) dans l'article LXIV des *Statuts de la Faculté de médecine de Paris*, signés du doyen Baron, publiés en latin avec la traduction française par Michel Bermingham, chirurgien-juré, à Paris, chez Depoilly, quay de Conti, au coin de la rue Guénégaud ; et chez Pissot, Quai de Conti, à la descente du Pont-Neuf, avec approbation et privilège du roi. Dans ces statuts, les docteurs du grand banc sont appelés docteurs du premier rang et ceux du petit banc, docteurs du second rang. L'article LXV des statuts qui indique les fonctions du doyen « chef de la Faculté » spécifie qu' «il recevra le double des rétributions que l'on donne aux Docteurs Régens ». Les articles suivants indiquent que les cinq électeurs, le jour même de l'élection du doyen « *nommeront* en leur conscience les Professeurs, de façon que les Professeurs des Ecoles avec le Professeur Français de chirurgie soient *toujours* élus deux ans d'avance, et les autres Professeurs seulement un an avant ». (Art. LXVI des statuts) (1). Il en est de même de l'élection du Bibliothécaire.

L'élection des doyens avait sous l'ancien régime une importance beaucoup plus grande pour le Corps médical parisien qu'à l'heure actuelle. Remarquons en effet que la Faculté de médecine, tout au moins à Paris, comprenait la corporation des médecins de la capitale dont le doyen avait la charge de défendre les intérêts et de faire respecter les privilèges souvent attaqués par les Pouvoirs publics. Aussi nous ne saurions trop admirer la prudence qui se manifestait dans le mode d'élection où après avoir fait une sélection parmi les plus dignes des anciens et aussi des jeunes, les statuts laissaient au sort le soin de désigner l'élu en dernier ressort. Aucune intrigue, aucune influence ne pouvait faire triompher un candidat favori. Depuis la Révolution, les Facultés de médecine sont purement et simplement des institutions d'enseignement universitaire. Les doyens n'ont plus la charge de s'occuper des questions qui intéressent la profession médicale en dehors de l'enseignement. En outre, bien que désignés par leurs pairs à l'agrément du gouvernement, ils sont devenus de véritables fonctionnaires. Est-ce à dire qu'ils se soient toujours désintéressés de leurs confrères ? Ce serait inexact. Rappelons que ce fut le doyen Orfila qui fonda et dota dès 1833 la première œuvre de bienfaisance interconfraternelle, l'Association des médecins du département de la Seine. Rappelons les services éminents que rendit au Corps Médical le doyen Brouardel, qui, comme médecin-légiste et grand hygiéniste de France, jouissait d'une grande influence auprès du gouvernement dont il était souvent le commissaire devant le Parlement quand étaient discutées des questions ayant trait à l'exercice de la médecine. Le doyen Brouardel fut président d'honneur de l'Union des syndicats médicaux de France et du syndicat des médecins de la Seine. Rappelons encore que c'est le doyen Balthazard, en acceptant de présider la Confédération des syndicats médicaux français, qui mit un terme à la scission déplorable survenue, il y a quelques années au sein de nos syndicats.

Mais, si nous devons reconnaître les services rendus par les doyens et l'accueil toujours confraternel que les praticiens reçurent d'eux, nous devons constater que rien dans leurs fonctions ne les incite à s'intéresser *directement* à la profession médicale. Lorsque le Professeur Debove succéda au décanat à M. Brouardel, une délégation du syndicat des médecins de la Seine, dont nous faisions partie, fut lui rendre visite. L'accueil fut des plus courtois mais M. Debove nous exposa franchement sa pensée : « Mes amis, nous dit-il, vous recevrez toujours à la Faculté l'accueil le plus confraternel, mais je ne veux à aucun prix comme doyen m'occuper de vos intérêts professionnels. Je ne saurai suivre l'exemple de Brouardel ; comme légiste, comme hygiéniste, il était devenu un homme public et, s'il n'était pas membre du gouvernement, il en était le conseil écouté et fréquemment le représentant. Moi, je suis simplement doyen à la tête de la Faculté de médecine de Paris et la défense de la profession médicale ne rentre pas dans mes attributions. Je ne vous refuse pas mon concours à l'occasion, mais ne comptez pas sur mon initiative. » Il n'y avait rien à objecter à M. Debove et tout en restant dans les meilleurs termes avec la Faculté qui peut et doit dans une juste mesure tenir compte des légitimes desiderata des syndicats médicaux en ce qui concerne les questions d'enseignement et de délivrance des diplômes, nos syndicats doivent seuls assurer la défense de la profession médicale, qui est leur raison d'être.

J. Noir.

(1) Il y avait alors huit professeurs à la Faculté.

PARTIE SCIENTIFIQUE

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS

Leçon du samedi 10 avril 1937

Remarques sur l'étiologie de la méningite tuberculeuse chez les enfants

Professeur P. NOBÉCOURT

L'enfance est l'âge de prédilection de la méningite tuberculeuse. Chez l'adulte, elle est, au contraire, rare ; chez lui, elle survient généralement à la phase terminale d'une tuberculose pulmonaire ; il s'agit de *méningite tuberculeuse secondaire*. Chez les enfants, elle peut être secondaire également, mais beaucoup plus souvent, elle est *primitive*.

Les méningites tuberculeuses, cliniquement primitives, des enfants apparaissent chez des sujets en état apparent de santé, parfois même d'aspect florissant. Mais, anatomiquement, elles ne sont réellement pas primitives ; l'examen clinique et radiologique attentif, ou l'autopsie, montrent presque toujours des lésions tuberculeuses, qui leur sont antérieures.

Aujourd'hui, je voudrais préciser quelques-uns des *facteurs étiologiques* de ces méningites tuberculeuses dites primitives. Dans cette intention, j'utiliserai surtout les observations des malades qui ont été soignés à la *Clinique Médicale des Enfants*, pendant une période de quinze années, soit du 1er janvier 1921 au 31 décembre 1935. Ces observations ont été colligées avec le Docteur Briskas ; elles nous ont permis de dresser des statistiques, que nous donnerons en détail dans un mémoire spécial (1).

Ce travail fait suite aux études de statistiques relatives à la tuberculose que nous avons publiées antérieurement.

Je vais passer en revue la *place* que tient la méningite tuberculeuse *dans la morbidité générale* ; la fréquence de la méningite tuberculeuse suivant les *âges*, suivant les *sexes*, suivant les *mois de l'année*, suivant les *années* ; la *fréquence de la méningite tuberculeuse* par rapport aux autres affections tuberculeuses ; enfin, la *provenance du bacille tuberculeux* qui infecte les enfants atteints de méningite tuberculeuse.

(1) Pierre NOBÉCOURT et Sotirios B. BRISKAS. — Etude statistique sur l'étiologie de la méningite tuberculeuse. *La Presse médicale*, 4 août 1937.

***

Aucun document ne permet de préciser la fréquence de la méningite tuberculeuse pour l'ensemble des enfants bien portants et des enfants malades ; mais il est possible de préciser quelle est sa PLACE DANS LA MORBIDITÉ GÉNÉRALE.

Avec M. Briskas, nous l'avons établie en comptant le nombre des enfants hospitalisés dans les salles de médecine générale de la clinique, le nombre des enfants atteints de *méningite tuberculeuse* et calculant le pourcentage de ces derniers par rapport aux premiers.

En quinze ans, 13.331 enfants, âgés de quelques jours à 14 ans 11 mois (15 ans non compris), ont été hospitalisés dans les salles.

Pendant ce temps, 344 enfants on été atteints de méningites tuberculeuses, soit 2,5 %.

Cette statistique est aussi précise que possible car nous posons le diagnostic de méningite non seulement d'après les manifestations cliniques, mais aussi d'après l'examen du liquide céphalo-rachidien ; le diagnostic est souvent vérifié à l'autopsie. Cette méthode nous permet, d'une part, d'éliminer les syndromes méningés qui simulent — et ce n'est pas rare — la méningite tuberculeuse ; d'autre part, de dépister les méningites tuberculeuses qui rappellent de loin la méningite, chez le nourrisson, notamment ; causes d'erreur entachant la plupart des grandes statistiques administratives, pour lesquelles ces précautions ne sont pas prises.

Les statistiques de la morbidité sont beaucoup plus intéressantes à connaître que les statistiques de *mortalité* où l'on compare le nombre des décès par méningite tuberculeuse au nombre total des décès.

A titre d'exemple, voici deux de ces statistiques.

L'une est citée par le Professeur Taillens, de Lausanne, dans le *Traité de Médecine des Enfants* que nous avons publié avec L. Babonneix. Il s'agit de la *mortalité concernant toute la*

Suisse de 1921 à 1930. Elle mentionne pour les enfants de la naissance à 14 ans :

Mortalité globale	69.787
— par méningite tuberculeuse	2.659
— — pour 100 décès	3,81

L'autre statistique dressée pour Paris par le *Comité national de défense contre la tuberculose* est rapportée par M. Saliou dans une thèse soutenue à Paris, en 1935 : « *Contribution à l'étude de l'épidémiologie de la méningite tuberculeuse* ». Elle envisage les enfants de moins de 15 ans et donne :

Mortalité globale	45.226
— par méningite tuberculeuse	2.178
— — pour 100	4,81

Pour 100 décès d'enfants de moins de 15 ans, il y en a donc 3,81 en Suisse, 4,81 à Paris, qui sont causés par des méningites tuberculeuses.

***

Il ne suffit pas de considérer les enfants en bloc. On ne peut pas comparer des sujets de 6 à 12 mois à des sujets de 13 ou 14 ans ; les enfants diffèrent d'une année à l'autre et même, à certaines périodes de l'existence, d'un mois à l'autre. Il faut donc envisager chaque âge, et, POUR CHAQUE AGE, chercher à préciser la PLACE DE LA MÉNINGITE TUBERCULEUSE DANS LA MORBIDITÉ GÉNÉRALE.

Avec M. Briskas, nous avons dressé un tableau contenant, par *mois d'âge*, dans la première année, par *semestre d'âge* dans la deuxième année, par *année*, à partir de la troisième, le nombre des enfants hospitalisés, le nombre des *enfants atteints de méningite tuberculeuse* et le pourcentage de ces derniers par rapport aux premiers.

Je ne parle que des pourcentages.

Pour 100 enfants de chaque âge, le nombre des méningites tuberculeuses est :

a) pour chaque mois pendant la première année :

Avant 3 mois	0
Du 4e au 6e mois	0,7
Du 7e au 12e mois	1,6

b) pour chaque semestre, pendant la deuxième année :

1er semestre	2
2e semestre	3,2

Pour 100 enfants de chaque année d'âge, le nombre des méningites tuberculeuses est :

Pendant la 1re année	0,9
Pendant la 2e année	2,6
De la 3e à la 6e années	5,2
De la 7e à la 10e années	3,5
De la 11e à la 15e années	2,2

Donc, la méningite tuberculeuse est rare dans la première année ; elle augmente dans la deuxième et surtout de la troisième à la sixième, avec un maximum dans la cinquième, elle diminue ensuite ; dans la quinzième année, son pourcentage est de 1,6.

On peut se demander si ces variations de fréquence ne tiennent pas à celles du nombre des enfants infectés par les bacilles de Koch, qui sont hospitalisés. Il est donc intéressant de calculer le *rapport du nombre des méningites tuberculeuses pour* 100 *enfants au nombre des cutiréactions positives à la tuberculine pour* 100 *enfants* ; ces réactions positives nous donnent le nombre des enfants infectés par les bacilles de Koch. J'ai fait ce calcul avec M. Briskas ; voici les rapports que nous avons obtenus :

Dans la 1re année	0,19
Dans la 2e année	0,20
De la 3e à la 6e années	0,17
De la 7e à la 10e années	0,07
De la 11e à la 15e années	0,03

Ces rapports sont très instructifs. Ils établissent que pour 100 enfants infectés par le bacille de Koch, dont témoigne la cuti-réaction positive, il y a une proportion relativement élevée de méningites tuberculeuses avant 6 ans ; une proportion plus faible au fur et à mesure que les enfants sont plus âgés ; le rapport est très faible de 10 à 15 ans.

Il n'y a donc pas de parallélisme entre le nombre des enfants infectés par le bacille de Koch et le nombre des enfants atteints de méningite tuberculeuse ; chez les enfants infectés par le bacille de Koch, celle-ci est notablement fréquente au début de la vie, infiniment plus rare à la fin de l'enfance. Cette constatation démontre le rôle de l'âge dans la réalisation des méningites tuberculeuses.

Notre statistique de morbidité conduit à des constatations différentes de celles fournies par la statistique de *mortalité*. L'examen des statistiques données, l'une par M. Taillens, pour la Suisse, l'autre par le *Comité national de défense contre la tuberculose*, pour Paris, établissent ce fait.

Pour 100 décès, la méningite tuberculeuse en cause :

	Statistique générale de la Suisse	Statistique du Comité national pour Paris
1re année	1,01	1,39
2e année	7,05	5,37
3e à 5e années	8,90	13,41
6e à 14e années	8,96	13,92

D'après ces statistiques, la méningite causerait un pourcentage plus élevé de décès de la troisième à la quatorzième années que dans les deux premières années.

***

La question de l'influence du SEXE sur la fréquence de la méningite tuberculeuse est très controversée.

Les auteurs qui l'ont étudiée emploient la méthode suivante : ils considèrent 100 méningites tuberculeuses chez les enfants des deux sexes et recherchent combien concernent des garçons, combien concernent des filles. Ils arrivent à des résultats assez contradictoires.

Pour les uns, la méningite tuberculeuse atteint *surtout les filles* ; pour 100 méningites, on trouve :

Mme Jousset.......	46,6 garçons	55,3 filles
Professeur Taillens..	48 —	52 —

Pour d'autres, la méningite frappe *surtout les garçons* : pour 100 méningites, Mme Stayton, Herben et M. Asserson, aux États-Unis, comptent 54,4 cas chez les garçons, 45,9 chez les filles.

Pour d'autres enfin, la méningite tuberculeuse est *aussi fréquente chez les garçons que chez les filles*. M. Saliou, sur 100 méningites compte 50,4 cas chez les garçons, 49 cas chez les filles.

Si nous utilisons cette méthode pour nos observations, nous trouvons que, sur 100 méningites tuberculeuses, il y en a 54 chez les garçons et 45,9 chez les filles.

Mais cette méthode n'est pas exacte ; elle ne renseigne pas sur la fréquence de la méningite tuberculeuse chez les garçons et chez les filles. Il convient, pour trancher la question, de calculer *combien il y a de méningites tuberculeuses sur* 100 garçons et combien il y en a sur 100 filles. J'ai fait ce calcul avec M. Briskas ; il donne :

Pour 100 garçons hospitalisés....	2,2 méning. tuberc.
Pour 100 filles hospitalisées.....	2,3 méning. tuberc.

Cette statistique établit que la méningite frappe avec une égale fréquence les garçons et les filles.

Toutefois si, à chaque *année d'âge*, on calcule le nombre des méningites tuberculeuses pour 100 garçons hospitalisés et leur nombre pour 100 filles, les pourcentages ne sont pas exactement les mêmes d'une année à l'autre : tantôt les garçons atteints de méningite sont moins nombreux que les filles, tantôt ils sont plus nombreux. Je ne puis vous donner tous les nombres. Voici un exemple.

Pendant la deuxième année, le pourcentage des méningites tuberculeuses est notablement plus élevé chez les filles que chez les garçons :

Pour 100 garçons,	il y a	1,8 méningite.
— 100 filles,	il y a	3,6 méningite.

Pendant la période suivante, de la deuxième à la sixième années ; le pourcentage est plus élevé chez les garçons.

Dans la deuxième année, il y a donc beaucoup plus de méningites tuberculeuses chez les filles que chez les garçons.

A ce sujet, il faut souligner, comme nous l'avons établi l'année dernière, que le pourcentage des cutiréactions positives à la tuberculine, est, pendant la deuxième année, plus fort, chez les filles que chez les garçons.

***

Depuis longtemps beaucoup de médecins ont remarqué que les méningites tuberculeuses n'ont pas la même fréquence pendant tout le cours de l'année. Il y a des mois où elles sont relativement fréquentes, d'autres où elles sont relativement rares.

La fréquence de la méningite tuberculeuse paraît être soumise à l'INFLUENCE DES SAISONS.

Voici à ce sujet quelques opinions.

Rilliet et Barthez, en 1843, dans leur *Traité clinique et pratique des maladies des enfants*, écrivent : « La question des saisons est... difficile à décider. » Ils citent l'opinion de leur contemporain Guersant, pour qui la méningite est surtout fréquente au printemps ; celle de Piet pour qui elle est surtout fréquente en mars et en juillet. Ils déclarent qu'eux-mêmes ont observé le plus grand nombre des cas en mars.

A la *Clinique médicale infantile de Nancy*, Haushalher et Rémy ont constaté, de 1895 à 1913, que le maximum des méningites se rencontrait en avril et le minimum en octobre.

Pour MM. Lesné et Budai, le maximum est en mars.

Le Prof. Taillens, en 1934, écrit que, sur 100 méningites tuberculeuses soignés à la *Clinique médicale infantile de Lausanne*, le minimum des cas se trouve en novembre, le maximum au mois de mars.

MM. Woringer, à Strasbourg, Wallgren et Nilson, en Suède, Victor Hutinel et Roger Voisin, L. Babonneix sont d'avis que la méningite est surtout une maladie hiberno-vernale où qu'elle s'observe surtout en hiver.

M. Lewkovicz, en 1935, dans une des *monographies polonaises de pédiatrie* publiées par le Professeur Michalowicz, donne les statistiques de la ville de Varsovie de 1924 à 1933, concernant la méningite cérébro-spinale tuberculeuse ; il constate que le maximum de ces affections est en mai (165 cas), le minimum en octobre (90 cas).

Somme toute, de l'avis général, la méningite tuberculeuse a, suivant les pays, un maximum de fréquence en mars-avril ou mai et un minimum en octobre et novembre.

Voici ce que j'ai constaté avec M. Briskas.

Sur 100 méningites tuberculeuses, observées dans l'année, on en trouve, mois par mois ;

En octobre	4,3
En novembre	4,9
En décembre	5,5
En janvier	6,9
En février	8,6
En mars	12,2

Le maximum est atteint en mars. Ensuite, le taux s'abaisse, mais reste élevé avec des minima (8,6) en mai, juillet, septembre et des maxima en :

avril	9,6
juin	10,4
août	11,6

Avec les auteurs que je viens de citer, on remarque donc que le maximum est en mars, le minimum en octobre et novembre.

Toutefois, pour 100 cas annuels, les méningites se répartissent en deux périodes de six mois, de la façon suivante :

Nombre de cas d'octobre à mars	42,4
— — d'avril à septembre	57

Il y a donc notablement plus de cas pendant les mois de printemps et d'été que pendant les mois d'automne et d'hiver.

Il ne faut donc pas retenir uniquement le *maximum de mars et le minimum d'octobre* à propos desquels nous sommes d'accord avec les auteurs. Il faut noter qu'il n'y a pas prédominance de la *méningite pendant l'automne et* l'hiver, mais qu'il y a prédominance pendant le printemps, l'été.

On peut encore se demander si le plus grand nombre des méningites à certaines périodes de l'année ne correspond pas à un plus grand nombre de malades.

Nous avons recherché quelle était, *pour 100 enfants hospitalisés dans le mois*, la proportion des méningites pendant le semestre d'octobre à mars et pendant le semestre d'avril à septembre. Nous avons trouvé, pour 100 hospitalisés :

D'octobre à mars, 2,1 méningites tuberculeuses.
d'août à septembre, 3,0 méningites tuberculeuses.

Ces constatations ont un intérêt ; elles établissent que le nombre des méningites est indépendant du nombre des malades ; autrement dit, pour un effectif fixe de malades, il y a plus de méningites tuberculeuses d'août à septembre, que d'octobre à mars.

Ces faits confirment ce que je viens de dire.

Les auteurs qui admettent la recrudescence des méningites à la fin de l'hiver et au début du printemps ont cherché à l'expliquer par un certain nombre d'*hypothèses*.

La première hypothèse est la suivante. A la fin de l'hiver et au début du printemps, il y a une recrudescence des infections des voies respiratoires : rhino-pharyngites, pharyngites, trachéo-bronchites et même broncho-pneumonies, *grippes saisonnières ; ces infections banales* provoquent l'inflammation des ganglions trachéo-bronchiques, la mobilisation des bacilles de Koch qui s'y trouvent et leur essaimage dans les méninges. Cette explication est très plausible.

La deuxième hypothèse est que, pendant l'hiver, il y a une carence solaire qui, d'après M. Woringer, favoriserait les évolutions tuberculeuses. Il y a également, d'après Engel, une carence en vitamines, qui aurait la même influence.

Troisième hypothèse : pendant l'hiver, l'enfant reste confiné à l'intérieur des maisons et, s'il est en contact avec des tuberculeux, il contracte une primo-infection, bientôt suivie, comme nous le verrons, d'une méningite tuberculeuse. Cette opinion a été émise par M. Hamburger et par M. Walgreen.

Certes tous ces facteurs ont leur importance ; mais ils ne peuvent expliquer qu'une partie des faits, car, je le disais tout à l'heure, les méningites sont plus nombreuses d'avril à septembre que d'octobre à mars.

***

Envisageons maintenant les STATISTIQUES RECUEILLIES DE 1921 A 1925, ANNÉE PAR ANNÉE.

Sur 100 *enfants hospitalisés dans l'année*, on compte :

1 fois, en 1934	4 méningites tuberculeuses.
2 fois, en 1927 et 1929	3,5 et 3 —
8 fois, en 1922-1923-1925-1926-1928-1931-1933-1934	2,1 à 2,9 —
4 fois, en 1921-1930-1932-1935	1,5 à 1,9 —

Les pourcentages annuels des méningites tuberculeuses sont donc assez variables. Notons que les taux les plus élevés ont été relevés avant 1930, en 1924, 1927 et 1929 ; ils n'ont pas été rencontrés à partir de 1930.

D'autre part, divisons les quinze années (1921 à 1935), en trois phases de cinq années. Nous comptons, en moyenne, pour 100 enfants hospitalisés :

de 1921 à 1925	2	méningites tuberculeuses
de 1926 à 1930	2,5	— —
de 1931 à 1935	2,3	— —

Il y a donc une légère diminution du nombre des méningites tuberculeuses pendant la période de 1921 à 1935 ; elle est de 0,5 pour 100 enfants hospitalisés.

Quand on étudie la fréquence des cuti réactions négatives pour 100 enfants hospitalisés, comme nous l'avons fait avec M. Briskas, on constate que, depuis 1927, leur nombre augmente ; il y en a davantage en 1937 qu'en 1927. Cela veut dire qu'il y a moins d'enfants infectés par le bacille de Koch aujourd'hui qu'autrefois.

Donc la diminution du nombre des ménin-

gites tuberculeuses est peut être due à la diminution du nombre des enfants infectés par les bacilles de Koch.

En Suisse, M. Taillens a fait des constatations de même ordre, d'après les statistiques de mortalité. Il écrit : « 1° Depuis une trentaine d'années, la mortalité par méningite tuberculeuse n'a pas cessé de décroître ; 2° cette diminution progressive suit à peu près exactement la courbe de décroissance de la mortalité par toutes les formes de tuberculose ; elle descend cependant un peu moins rapidement. »

Il est consolant de constater que la lutte contre la tuberculose donne des résultats appréciables.

***

Voyons maintenant la PLACE OCCUPÉE PAR LA MÉNINGITE TUBERCULEUSE DANS LA MORBIDITÉ TUBERCULEUSE GÉNÉRALE.

Avec M. Briskas, nous avons calculé, pour chaque année d'âge, le *nombre des méningites tuberculeuses pour* 100 *tuberculeux avérés.*

Ce nombre augmente de la première à la sixième année. Il est :

Pendant la 1re année, de	21,5
— la 2e — de.......	32,3
— la 3e — de.......	53,0
— la 4e — de.......	45,3
— la 5e — de.......	53,5
— la 6e — de.......	47,5

A partir de 6 ans, il diminue graduellement. Il est :

de la 7e à la 10e années..........	34,4
de la 11e à la 14e années..........	18,5
dans la 15e année................	8

Cette statistique confirme l'influence de l'âge sur le nombre des méningites tuberculeuses.

Des constatations de même ordre ont été faites pour les *statistiques de mortalité*, par M. Taillens, pour la statistique générale de la Suisse, par M. Lewkowicz pour la statistique de la ville de Varsovie.

***

Je vais maintenant rechercher D'OU PROVIENNENT LES BACILLES DE KOCH QUI INFECTENT LES ENFANTS ATTEINTS DE MÉNINGITE TUBERCULEUSE.

C'est là un cas particulier de l'infection tuberculeuse chez les enfants ; son étude conduit à quelques notions intéressantes.

L'infection tuberculeuse, chez les enfants, peut être *congénitale* ; autrement dit l'enfant peut naître avec des bacilles de Koch dans son organisme ; mais c'est un fait exceptionnel ; tous les faits que j'ai évoqués à propos de la méningite tuberculeuse plaident contre l'hérédité bacillaire.

Dans la règle, l'infection tuberculeuse est *acquise* après la naissance.

Envisageons cette infection acquise chez les enfants âgés de moins de 18 mois et chez les enfants à partir de 18 mois.

Je possède 59 observations de méningite tuberculeuse *chez des enfants de moins de 18 mois.*

Pour 100 méningites :

Il y a contact tuberculeux certain dans..	37,2 cas
Il y a contact tuberculeux probable dans...	13,7 cas
Il n'y a pas de contact tuberculeux connu dans..............................	48,9 cas

Je possède 234 observations de méningite tuberculeuse chez *les enfants âgés de* 18 *mois à* 14 *ans* 11 *mois.*

Pour 100 méningites :

Il y a contact tuberculeux certain dans	17,9 cas
Il y a contact probable dans..............	7,2 cas
Il n'y a pas de contact connu dans	74,2 cas

Somme toute, pour la totalité des 293 méningites, on note un contact tuberculeux certain dans 27,5 % des cas.

Ce contact est plus fréquent avant dix-huit mois (37,2 % des cas), qu'à partir de cet âge (17,9 % des cas).

Quand le contact tuberculeux est connu, on trouve que l'agent du contact est, en chiffres ronds, *pour* 100 *cas* :

66 fois, le père, la mère ou les deux.
22 fois, un frère, une sœur, un grand-père ou une grand'mère.
10 fois un familier de la maison, une nourrice ou un des membres de sa famille.

Ces constatations conduisent à quelques *notions étiologiques* importantes.

La première notion ; c'est que les contacts tuberculeux certains ou probables sont à l'origine des méningites tuberculeuses bien plus souvent avant dix-huit mois qu'à partir de cet âge.

Si on réunit les contacts connus ou probables ; on les rencontre :

Avant 18 mois....	30 fois sur 59 = 50 % des cas.
A partir de 18 mois.	59 fois sur 234 = 25 % des cas.

Deuxième notion. Quand la contagion est connue, elle est réalisée dans la famille et causée surtout par le père et la mère, moins souvent par les frères et les grands-parents ; parfois par les familiers de la maison ou par la famille d'une nourrice chez qui, l'enfant est placé.

Troisième notion. L'infection tuberculeuse qui aboutit à la méningite tuberculeuse est due avant dix-huit mois, surtout à une infection familiale ; après dix-huit mois, surtout à une infection extra-familiale.

Quatrième notion. Dans beaucoup de cas, 61,5 % dans l'ensemble, 48,9 % avant dix-huit mois, 74,2 % à partir de dix-huit mois, il n'y a pas de contact connu.

Depuis longtemps, on sait que, dans beaucoup

de cas, on ne trouve pas de contact tuberculeux connu à l'origine de la méningite tuberculeuse.

Moi-même dans ma leçon du 11 janvier 1922, sur *Les débuts de la méningite tuberculeuse*, qui est dans mon livre de *Clinique médicale des enfants* sur les *Affections du système nerveux*, je relatais que sur 26 méningites tuberculeuses :

8 fois, il y avait tuberculose familiale, soit 30,7 % des cas.
18 fois, il n'y en avait pas, soit 69,2 % des cas.

Voici quelques statistiques.

Pas de contact tuberculeux connu :

Mlle Ehsberg (1919) chez des enfants de 0 à 15 ans dans	49,3 %	des cas
Mme Stayton Herben et Asserson (1925) chez des enfants de 0 à 15 ans dans	16 %	—
Mlle Crémieu-Alcan (1926), chez des enfants de 2 à 15 ans dans	25,8 %	—
MM. Lesné et Saliou (1935), dans...	21,6 %	—
MM. Robert Debré, Semoze et Mlle Crémieu-Alcan dans	50 %	—

Cette *absence de source de contagion tuberculeuse* comporte plusieurs explications.

Une première explication est que beaucoup de gens ignorent qu'ils sont tuberculeux : certains sujets, qui ne toussent pas, peuvent l'être ; nombre de tuberculeux tousseurs sont considérés comme des asthmatiques, des bronchitiques, des emphysémateux.

Tous ces malades peuvent être contagieux.

Une deuxième explication est l'importance de la contagion extra-familiale, qu'il est presque impossible de dépister. Elle se réalise dans les jardins publics, à l'école, où des maîtres, des élèves peuvent être tuberculeux. Certaines professions des parents peuvent en être responsables, celle de marchands de vins, par exemple, car souvent fréquentent dans leur établissement des tousseurs tuberculeux.

Une troisième explication est que l'infection tuberculeuse est due non pas à une contagion interhumaine, mais à l'alimentation avec du lait cru ou insuffisamment bouilli, provenant d'une vache bacillifère.

C'est alors le *bacille bovin* qui est cause de la méningite tuberculeuse.

Le rôle des bacilles bovins dans l'étiologie de cette affection a été étudié par beaucoup d'auteurs, surtout aux Etats-Unis, en Allemagne, en Angleterre (Ecosse, Pays de Galles), au Danemark ; dans ces pays, on lui attache une certaine importance ; suivant les statistiques, le bacille bovin interviendrait dans 5 à 40 % des méningites tuberculeuses.

En France, le rôle des bacilles bovins dans l'étiologie de la méningite tuberculeuse est moins étudié.

En 1935, MM. R. Laporte et Meaupetit, dans la région bordelaise, ont isolé des bacilles bovins dans 2 méningites sur 15, soit dans 13 % des cas.

A l'*Académie de médecine*, le 17 novembre 1936, MM. E. Lesné, A. Saenz, Mlle Salembiez et L. Costil ont exposé leurs recherches sur le *Rôle du bacille bovin dans l'étiologie de la méningite tuberculeuse de l'enfant*. Ils ont isolé dans le liquide céphalo-rachidien sur 130 méningites.

9 fois des bacilles bovins, soit dans 6,97 % des cas.
121 fois, des bacilles humains, soit dans 93 % des cas.

D'autre part, ils ont trouvé des bacilles bovins, 7 fois sur 9, enfants de moins de cinq ans, presque tous élevés à la campagne avec du lait de vache cru. Ils ne l'ont pas trouvé chez les enfants élevés à Paris, au sein de leur mère, au lait bouilli ou au lait stérilisé.

Le rôle des bacilles bovins est donc pratiquement nul à Paris. C'est le bacille humain contracté par contagion interhumaine qui est responsable, sinon de la totalité, du moins de la grande majorité des infections tuberculeuses qui conduisent à la méningite tuberculeuse.

A la campagne, il peut en être autrement, car l'enfant peut être nourri avec du lait de vache cru ou insuffisamment bouilli provenant d'une vache tuberculeuse. Il est donc possible que des recherches ultérieures aboutissent à des résultats différents de ceux obtenus à la ville.

***

Dans la majorité des cas, le BACILLE DE KOCH PÉNÈTRE DANS L'ORGANISME PAR LES VOIES RESPIRATOIRES.

Il ne gagne pas d'emblée les méninges. Il réalise d'abord un tubercule pulmonaire d'inoculation et un tubercule similaire dans un ganglion trachéo-bronchique, lésions qui forment le *complexe primaire* ganglio-pulmonaire.

Pendant la constitution de ce complexe, la cutiréaction à la tuberculine est d'abord négative ; puis, à un moment donné, elle devient positive ; ce virage de la réaction signe le passage de la *période antéallergique* à la *période allergique*.

J'ai étudié dans mes leçons des 14 et 21 décembre 1936 *La première infection tuberculeuse et son étape initiale chez les petits enfants dans la moyenne et dans la grande enfances*. Vous pouvez les lire dans la *Gazette des Hôpitaux* du 25 novembre 1936 et du 6 janvier 1937.

La lésion primaire peut rester localisée. Dans d'autres cas, les bacilles de Koch la débordent, gagnent les poumons de proche en proche ou se disséminent, soit par les lymphatiques, soit par la voie sanguine. Cette progression des bacilles au delà de la lésion primaire est le substratum de la *période secondaire*.

Cette période secondaire peut succéder immédiatement à la période primaire. Elle réalise la

phase sous-primaire de P. Widowitz et de Hamburger, la *phase secondaire-précoce* de MM. R. Debré et Marcel Lelong. En réalité, il y a intrication de la période secondaire et de la période primaire, il s'agit d'une *phase primo-secondaire*.

Dans d'autres circonstances, la période secondaire est *tardive*, séparée de la première infection par plusieurs mois, un an et plus : c'est le *stade secondaire tardif* de Hamburger, la *phase secondaire tardive* de MM. Debré et Lelong.

La *méningite tuberculeuse* est, dans la grande majorité des cas, une manifestation de la période secondaire ; elle peut être précoce ou tardive ; le plus souvent, elle est précoce.

Divers auteurs, en particulier M. Wallgren, ont insisté sur cette précocité ; d'après lui l'intervalle entre la première cutiréaction positive, qui marque le début de l'allergie, et la méningite tuberculeuse est de un à deux mois, dans 60 % des cas, de deux à trois mois, dans 29 % des cas. Au total, dans 90 % des cas, c'est de un à trois mois après l'apparition de la cutiréaction positive que débute la méningite tuberculeuse.

Je me borne à signaler le fait et je me réserve de l'étudier ultérieurement, avec M. Briskas, à l'aide de nos observations personnelles.

Cette précocité d'apparition de la méningite tuberculeuse, alors que les lésions primaires sont en pleine activité, en fait une manifestation de la période primo-secondaire. Elle tient, pour une grande part à l'âge où se réalise la première infection tuberculeuse.

J'ai insisté sur *l'Influence de l'âge sur l'évolution et le pronostic de la première étape de l'infection tuberculeuse* à la *Réunion pédiatrique de l'Est*, tenue à Strasbourg, le 8 novembre 1936. Quand l'infection est réalisée pendant la première année, la tuberculose primo-secondaire est la règle ; quand elle est réalisée pendant la deuxième année, la tuberculose primo-secondaire est encore très fréquente. Quand l'infection est réalisée à partir de deux ans, pendant les troisième, quatrième et cinquième années, la tuberculose primo-secondaire diminue avec l'âge ; or, à partir de la sixième année, la méningite tuberculeuse devient de plus en plus rare.

La méningite tuberculeuse est fréquente de 1 à 6 ans, parce que la première infection tuberculeuse a une tendance à passer rapidement du stade primaire au stade secondaire. Elle est ensuite de moins en moins fréquente, parce que l'arrêt au stade primaire est de plus en plus commun.

***

Tels sont les principaux FACTEURS ÉTIOLOGIQUES de la méningite tuberculeuse dite primitive chez les enfants.

1° Le fait capital, je le répète, est *l'influence de l'âge* : la méningite tuberculeuse dite primitive est rare avant un an ; elle augmente ensuite de fréquence jusqu'à 6 ans et est surtout commune dans la cinquième année ; ensuite, elle devient de plus en plus rare.

2° La phase d'augmentation coïncide avec la phase d'augmentation du nombre des cutiréactions positives à la tuberculine pendant les premières années de la vie.

Mais la fréquence des cuti-réactions positives continue à augmenter après la sixième année, tandis que la fréquence de la méningite tuberculeuse diminue ; le rapport entre le nombre des méningites et le nombre des cuti-réactions positives est relativement élevé jusqu'à 6 ans, de plus en plus faible ensuite.

3° L'explication de ces faits est que, dans la petite enfance et, à un degré moindre, dans la moyenne enfance, de 2 ans à 6 ans, les bacilles de Koch ont peu de tendance à s'arrêter dans les lésions primaires, qu'ils réalisent fréquemment un stade primo-secondaire, dont la méningite est une manifestation assez commune ;

3° L'*influence du sexe* est peu importante, sauf dans la deuxième année ;

4° L'*influence des saisons* est réelle ; les méningites offrent un minimum de fréquence en octobre et un maximum en mars. Toutefois, contrairement à ce qu'on écrit habituellement, notre statistique établit que le nombre des méningites tuberculeuses est plus grand d'avril à septembre que d'octobre à mars.

5° La contagion tuberculeuse, chez les enfants atteints de méningite, est souvent impossible à découvrir. On la constate surtout avant dix-huit mois ; on la constate rarement à partir de dix-huit mois, et, à partir de cet âge, il s'agit principalement de contagion extra-familiale.

Des faits que je viens d'exposer découlent des notions de PROPHYLAXIE de la méningite tuberculeuse.

Il faut : 1° *Eviter la contagion*, en enlevant le nouveau-né du milieu familial tuberculeux et en améliorant l'hygiène générale, pour diminuer les sources de contagion.

2° Dépister aussitôt que possible la tuberculose non seulement par l'examen clinique et radiologique, mais par la pratique systématique des réactions cutanées à la tuberculine ;

3° Dès qu'une cuti-réaction devient positive et témoigne d'une infection récente, c'est-à-dire d'une tuberculose en activité, traiter l'enfant par une cure climatique et hygiénique qui sera prolongée pendant au moins six mois et même plus, surtout chez les enfants de moins de 6 ans ; elle le sera davantage s'il persiste des signes d'activité.

A PROPOS DU DIAGNOSTIC DE L'URÉMIE

Par le Professeur Le Gac (de Rennes)

Le Docteur E. Reignard avait formulé quelques remarques sur les données qui, d'après le Professeur Le Gac, peuvent servir de base au diagnostic de l'urémie. Suivant son désir, nous les avons transmises à l'auteur, qui a bien voulu nous adresser une mise au point des plus complètes et des plus documentées ; nous l'en remercions bien vivement en notre nom personnel, et en celui de nos lecteurs, qui prendront grand intérêt à cet exposé.

Lettre du Docteur Reignard

J'ai lu avec intérêt l'article du *Concours Médical* du 29 août 1937, intitulé : « Les régimes au goût du jour » d'après le Professeur P. Le Gac de Rennes.

J'entends bien que cet article se rapporte seulement à des « *données de base* » sur l'urémie.

Mais raison de plus, et raison impérieuse pour, dans ce court article, ne donner que des affirmations ayant une valeur *absolue.*

En est-il ainsi pour l'affirmation péremptoire libellée ainsi : « Il suffit de prendre la tension artérielle que l'on trouvera élevée, et de faire une recherche d'albumine. *Jamais un cas d'urémie n'existe sans un au moins de ces deux symptômes* » ?

Or, cette affirmation péremptoire est totalement fausse, et *innombrables*, sont les cas d'urémie confirmée, *entraînant des symptômes plus ou moins graves*, où l'urée sanguine est à 0 gr. 50, 0 gr. 60, 0 gr. 70 *et davantage*, sans qu'il y ait eu, *à aucun moment, ni trace d'albumine dans les urines, ni la moindre élévation de l'un ou l'autre des deux chiffres de la pression artérielle.*

Aucune discussion n'est possible là dessus. *C'est de clinique absolument journalière.* On peut bel et bien être urémique avec urée sanguine à 0 gr. 70 et 0 gr. 80 au litre, et des vertiges à ne pas pouvoir se tenir debout depuis six mois, *sans aucune trace d'albumine* et avec une pression artérielle de 14/9, le régime faisant disparaître immédiatement les vertiges, comme par enchantement.

On peut parfaitement avoir 30 ans, une pression de 12/8, n'avoir jamais présenté aucune trace d'albumine dans les urines, venir consulter pour de la fatigue, de l'insomnie, et des poches sous les yeux, et le dosage d'urée révéler *constamment* 0 gr. 50 ou davantage.

Le médecin qui s'en tiendrait à la lettre de l'axiome du Professeur Le Gac (pas d'albumine, pas d'hypertension, *donc* pas d'urémie possible) *s'exposerait aux plus graves mécomptes, et cela très souvent*, voire journellement je le répète.

Il n'est pas possible que dans le *Concours* on laisse passer cet axiome faux sans le rectifier.

L'article contient encore des inexactitudes — Widal n'a pas dit « entre 0 gr. 50 et 1 gr. la survie du malade est une question d'années ! — Il a dit « entre 0 gr. 50 et 1 gr., *il n'y a pas de pronostic possible* !. C'est tout à fait différent ! tout à fait ! Le sens n'est pas le même.

Je serais bien heureux que mes observations soient présentées à M. le Professeur Le Gac, afin qu'il y réponde dans le *Concours.*

Mise au point du Professeur Le Gac

J'ai lu avec le plus vif intérêt la solide argumentation que le Docteur Reignard vous a adressée avec prière de me faire suivre.

Si les compliments que l'on reçoit souvent après la publication d'un article manquent parfois de sincérité, je me fais un plaisir de reconnaître à la critique de mon confrère un triple caractère de spontanéité, de netteté et de franchise, dont je le remercie.

Bien que je ne puisse parler d'une très longue expérience de la médecine (j'entre à peine dans la quatorzième année de mon exercice professionnel), je me suis rendu compte — et ceci très rapidement d'ailleurs — que la notion d'« absolu » n'avait pas cours en pathologie. Toute affirmation en biologie reste sujette à caution, et si le diagnostic profite largement du chiffre (notion d'absolu) que lui fournit le laboratoire, la conclusion ne sera établie que d'après les contingences (notion de relativité), qui ont permis de trouver ce chiffre. Quelque importantes et quelque nombreuses que puissent être les données scientifiques en médecine, l'exercice de la profession restera toujours un « art » soumis à l'esprit critique du praticien : on a du « sens clinique », ou on n'en a pas, et la « machine à poser les diagnostics » ne saurait jamais exister.

Mais peut-on se contenter des données purement empiriques, et poser actuellement certains diagnostics sans les faire vérifier par le laboratoire ? — Il y a longtemps que je ne le crois plus, et, depuis de nombreuses années, je tâche, autant que faire se peut, de confirmer mes hypothèses cliniques par des données de laboratoire. S'il existe des cas pathologiques où la netteté et la précision des symptômes permettent de se dispenser de faire appel au chimiste, ou au bactériologiste, l'urémie n'est justement pas de

ceux-là. Devant le « polymorphisme symptômatique de l'urémie », on est heureux, grâce aux procédés simples de la prise de tension artérielle, et de la recherche de l'albuminurie, de faire avancer le problème du diagnostic dans une direction donnée — et lorsque j'ai écrit : « Il suffit de prendre la tension artérielle, que l'on trouvera élevée, et de faire une recherche de l'albumine dans les urines, recherche qui sera positive. *Je n'ai jamais observé de cas d'urémie dans lequel un au moins de ces deux symptômes ne soit présent*... » (voir tiré à part, page 7, dernières lignes), je n'ai eu que la prétention suivante : orienter l'étudiant ou le praticien vers la certitude du diagnostic..... » et la constatation de l'un ou l'autre de ces symptômes, et surtout des deux, oblige à certifier le diagnostic par l'examen chimique du sang ... » (tiré à part, pages 7 et 8). Mais il est très possible que malgré une tension élevée, et une albuminurie nette, l'azotémie se situe à un chiffre normal, ou paranormal. Rien ne dit qu'il n'y ait pas déjà insuffisance rénale constituée (préhyperazotémique, par conséquent), et je conseille de faire dans de pareils cas une P. S. P. ou une constante d'Ambard, (Tiré à part, page 9, premières lignes).

Du fait que « je n'ai jamais observé ... », il ne s'en suit pas du tout qu'il existe un « axiome du Professeur Le Gac », qui s'établirait ainsi « pas d'albuminurie, pas d'hypertension, donc pas d'urémie possible ». (Cf. lettre du docteur Reignard).

Quant à me faire croire qu'un praticien puisse se trouver « voire journellement, je le répète » (Cf. lettre du Docteur Reignard), en présence de cas d'urémie, sans tension, et surtout sans albuminurie, je laisse à tous les membres du Corps médical, qui savent chercher l'albumine dans les urines (c'est-à-dire tous les médecins), le soin de conclure eux-mêmes. Si on veut bien admettre que la plus grande quantité des cas d'urémie chronique est fournie par les néphrites, nous voyons que Widal et son école (voir « Nouveau traité de médecine de Roger, Widal et Tessier, tome XVII, page 49) s'expriment ainsi : « Elle (l'albuminurie) est un symptôme capital qui ne fait que rarement défaut. Dans les néphrites chroniques hypertensives ou *azotémiques*, elle peut être absente et, *cependant, si on la recherche systématiquement tous les jours, il est rare qu'on ne la décèle pas de temps à autre* ». J'avoue tout de suite qu'avec un peu de bonne volonté, et des recherches fréquentes, surtout chez des sujets fatigués, j'ai *toujours* trouvé au moins une trace d'albumine chez tous les sujets hyperazotémiques qu'il m'a été donné de voir. En l'occurence « le terme de traces a une valeur diagnostique énorme ». (Le Gac, tiré à part, page 9.)

Que dire de la notion d'hypertension dans les néphrites chroniques urémigènes, et, par conséquent dans le syndrome « urémie chronique » ?

Martinet (Diagnostic clinique, 4e édition, page 761) s'exprime ainsi : « Que la néphrite soit aiguë ou chronique — d'origine infectieuse ou toxique — elle s'accompagne quasi toujours d'hypertension : minime ou nulle dans la néphrite albumineuse simple, modérée dans les formes chlorurémiques, elle est *constante* et parfois considérable dans les formes azotémique et hydrémique... »

Comme le Docteur Reignard, j'ai cependant observé d'assez nombreux cas d'urémie constituée sans grande hypertension. Mais il me paraît intéressant de signaler une remarque que j'ai faite (Voir *Vie Médicale*, année 1935, nº 8), c'est que, dans toute insuffisance rénale azotémique ou pré-azotémique, le sujet est adapté, au point de vue de son fonctionnement urinaire, à sa tension propre, et que lorsque celle-ci cède *brusquement*, on voit l'azotémie monter très rapidement. Le taux de l'urée sanguine tend à revenir à la normale *du sujet* lorsque la pression artérielle remonte.

Je crois d'ailleurs, au sujet de mon opinion personnelle sur la question des signes révélateurs de l'urémie chronique, me trouver d'accord avec l'Ecole de Widal, car je viens de rencontrer dans le Nouveau traité de médecine de Roger, Widal et Tessier, les lignes suivantes : « Les sujets atteints d'une néphrite chronique se traduisant simplement par de l'albuminurie, ou par de l'albuminurie associée à de l'hypertension artérielle, etc. ». (*Nouveau traité de médecine*, fascicule XVII, page 155). On pourrait évidemment penser, qu'attribuant une valeur mathématique à l'absence d'hypertension et d'albuminurie, je ne fais pas d'azotémie lorsqu'il m'arrive de me trouver en présence de manifestations susceptibles de faire penser à l'urémie — et qu'en cas de carence de ces symptômes, je ne pratique pas le dosage de l'urée sanguine. Il n'en est rien, j'ai la prise de sang réflexe, si je puis dire, et je répète à l'occasion mes recherches : jusqu'à présent, je n'ai rencontré en pareille circonstance que des cas d'hyperazotémie *occasionnelle* (alimentaire, ou de protéolyse exagérée...) accompagnée d'hyperazoturie importante, donc sans insuffisance rénale. Ceci n'est d'ailleurs que le fruit de mon expérience personnelle, et je me garde bien de nier que d'autres que moi n'aient pu faire des constatations différentes. J'ajoute que, dans des cas semblables, en dirigeant les techniques biochimiques dans un autre sens, il arrive que l'on tombe sur des cas d'autres intoxications endogènes (auto-intoxication intestinale, avec indicanurie importante, par exemple), dans lesquels le régime de l'urémie (qui n'est d'ailleurs qu'un régime hypotoxique) peut souvent — seul — faire régresser les symptômes de la

pseudo-azotémie. Dans des cas d'intoxication chronique par l'oxyde de carbone, on observe aussi des signes cliniques qui font penser à l'urémie.

Revenons à la lettre du Docteur Reignard. Il est absolument exact que Widal a dit qu'entre 0 gr. 50 et un gramme, le pronostic n'est pas possible. Quand il m'arrive de traiter devant les étudiants la question de l'azotémie, j'ai divisé dans un but didactique les possibilités du pronostic en années, mois, semaines, parce que cette manière de faire présente pour l'enseignement une netteté très favorable à la compréhension des idées de Widal. Mais, toujours, lorsque je présente mon schéma, je l'explique oralement, et en me reportant purement et simplement au texte initial de l'auteur. Dans un résumé comme celui qui a paru dans le « *Bulletin de la Société Scientifique de Bretagne* », de telles considérations ne pouvaient trouver leur place.

Très heureux d'avoir précisé — en partie — dans ce merveilleux périodique du praticien qu'est le *Concours Médical*, mon opinion sur un important chapitre de la pathologie, je sais gré au Docteur Reignard de m'en avoir donné l'occasion. J'espère que cet incident nous permettra de faire plus amplement connaissance, et de mettre en commun le fruit de nos expériences mutuelles, pour le plus grand bien de notre documentation personnelle, et par le fait même, des patients qui se seront confiés à nos soins.

Dr Le Gac.

LA DESTRUCTION DES GERMES PATHOGÈNES DANS L'EAU DE BOISSON PAR L'ACIDE TARTRIQUE

On sait combien les diverses espèces bactériennes sont généralement sensibles au pH du milieu dans lequel elles vivent. Cela permet d'expliquer, dit H. Violle (1), pourquoi certaines espèces microbiennes persistent plus ou moins longuement dans l'eau distillée dont le pH est théoriquement 7, dans l'eau de mer dont le pH est voisin de 8, dans telle ou telle eau de source dont le pH, variable, leur est favorable ou nuisible, même indépendamment de tous autres facteurs, tels qu'association microbienne ou teneur en matières organiques et minérales. D'une façon générale, les bactéries pathogènes qui se développent électivement dans l'intestin provoquant la fièvre typhoïde ou la dysenterie, ou le choléra, ont une prédilection pour les milieux de culture légèrement alcalins.

Inversement, ces mêmes microbes supportent mal les milieux à réaction acide et la zone de pH dans laquelle ils évoluent est donc beaucoup plus étendue du côté alcalin que du côté acide. On peut mettre la sensibilité de ces bactéries à profit pour les détruire dans les eaux d'alimentation. Les acides minéraux sont, à ce point de vue, pour de multiples raisons, laissés de côté ; mais les acides organiques peuvent être utilement employés.

Des expériences conduites par l'auteur, il résulte :

a) Que le bacille de la fièvre typhoïde (type Eberth) est tué après un contact de vingt à trente minutes avec une solution d'acide tartrique à 3,50 pour 1.000.

b) Que le bacille de la dysenterie (type Shiga) est tué après un contact de deux heures avec une solution d'acide tartrique à 3,50 pour 1.000.

c) Que le bacille du choléra (type vibrion de Koch agglutinable) est tué après un contact de dix minutes avec une solution d'acide tartrique à 3,50 pour 1.000 et même 2,5 pour 1.000.

Donc après un contact de deux heures, les bacilles qui peuvent être la cause des trois grandes maladies intestinales infectieuses, contagieuses et épidémiques, sont détruits par une solution d'acide tartrique à 3,50 pour 1.000.

Les résultats précédents ont été obtenus avec de l'acide tartrique ajouté à de l'eau distillée et ces résultats peuvent être contrôlés d'une façon sensiblement constante. Dans l'eau d'alimentation, les conditions biologiques de résistance des microbes changeront, suivant la teneur des eaux en matières minérales, qui se combinent en plus ou moins grande quantité avec l'acide tartrique pour former tantôt des sels solubles, tantôt des sels insolubles. Il est évident que l'on devra tenir compte de cette neutralisation de l'acide tartrique en augmentant les doses ajoutées.

Il semble qu'il y a là un procédé à retenir en raison de sa simplicité. Certes, l'eau traitée par ce procédé ne peut être considérée comme absolument stérile. Les germes sporulés résistent, mais ils ne présentent généralement aucun danger par voie digestive, d'autant plus qu'ils appartiennent le plus souvent à des espèces banales. Lorsqu'une eau renferme uniquement des bacilles typhiques et rarement des bacilles paratyphiques A ou B, elle peut être stérilisée en 30 minutes (et même en une heure pour obtenir une sécurité totale) avec une solution d'acide tartrique à 3,5 pour 1.000, que l'on neutralise ou non avec du bicarbonate de soude à dose égale à celle de l'acide.

(1) *La Presse médicale*, 27 septembre 1837.

QUE FAUT-IL FAIRE EN PRÉSENCE D'UN CAS DE MÔLE HYDATIFORME ?

Par M.-A. WEILL

Ancien chef de clinique gynécologique et obstétricale à la Faculté

On sait que c'est au cours des quatre premiers mois de la grossesse que l'on fait, habituellement, le diagnostic de môle, en se basant, sur l'*augmentation anormale du volume de l'utérus* pour l'âge de la grossesse, sur les *écoulements de sang spontanés et fréquents*, et sur les *signes intenses d'intoxication gravidique.*

Dans ces dernières années, et particulièrement depuis que le diagnostic biologique de la grossesse est devenu un élément de quasi certitude, la présence d'une môle peut être confirmée par le *dosage quantitatif des hormones gonadotropes*, et plus spécialement du *prolan B*.

Alors qu'au cours d'une grossesse normale, le taux d'hormone oscille entre 5.000 et 15.000 unités-lapine environ, l'existence d'un taux supérieur à 70.000, atteignant parfois 200.000 et même 500.000, permet d'affirmer une *dégénérescence molaire du placenta*. Il est infiniment plus facile de poser le diagnostic de môle sur ces données biologiques que sur les données cliniques qui peuvent prêter à erreur et risquent de faire interrompre une grossesse normale. Quant à l'expulsion spontanée de vésicules molaires, elle est le plus souvent tardive ; attendre qu'elle se produise serait risquer de laisser aux complications le temps de s'installer.

Sitôt le diagnostic de môle posé, on devra, en s'efforçant de ne pas le traumatiser, pratiquer l'évacuation de l'utérus. La dilatation sera faite à l'aide de laminaires renouvelées, plutôt qu'avec les bougies de Hégar, souvent brutales. Une dilatation suffisante étant obtenue, on devra s'efforcer de vider l'utérus au moyen de pince à faux-germes et par un curage digital. Ce n'est que dans les cas où l'on aura pas pu obtenir une dilatation suffisante que l'on peut être autorisé à employer, avec une extrême prudence, une curette mousse. La masse môlaire retirée paraît toujours considérable, hors de proportion avec ce que l'on attendait.

Cette évacuation devra être suivie d'une sérieuse révision utérine au doigt ; il faut avoir soin d'éviter tout instrument tranchant qui pourrait inoculer dans la paroi utérine, des vésicules déjà détachées. On aura intérêt à terminer par une injection intra-utérine iodée, destinée à balayer les petits fragments molaires libres dans la cavité utérine.

Dans les jours qui suivent, l'utérus revient sur lui-même, les pertes de sang cessent et sont remplacées par des lochies normales ; les kystes lutéiniques, dont on a pu, parfois, faire le diagnostic, régressent habituellement, dans les semaines qui suivent, sans donner lieu à aucune complication ; l'observation de torsion de kyste lutéinique que nous avons re atée à la Société d'obstétrique et de gynécologie (*Bulletin* de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris, 1937, p. 135) reste, à ce point de vue, tout à fait exceptionnelle.

Certains chirurgiens, hantés par les complications possibles de la môle (dans 25 % des cas), perforation utérine avec péritonite, métastases pulmonaires, dégénérescence en chorio-épithéliome malin) préfèrent, systématiquement pratiquer une hystérectomie prophylactique dès le diagnostic de môle posé. La plupart des auteurs pourtant, préfèrent surveiller, cliniquement et biologiquement, l'évolution de la maladie, et n'opérer ainsi que les seules femmes chez lesquelles on décèle une complication menaçante.

La persistance des hémorragies, celle d'un utérus gros et la non-régression de kystes lutéiniques, étaient, jusqu'à ces dernières années, considérées comme les seuls signes d'une môle déjà compliquée. Actuellement, depuis les travaux de Brindeau et H. et M. Hinglais, le laboratoire permet de suivre avec certitude l'évolution de tels cas. En pratiquant des *dosages d'hormone* en série, d'abord tous les dix jours, puis tous les quinze jours, on constate, dès la première semaine après l'évacuation de la môle, que le taux d'hormone tombe, brusquement aux environs de 1.000 unités, puis la courbe s'infléchit pour devenir sensiblement horizontale autour de 500 unités. Le dosage reste constant, ou même peut subir une légère réascension, pendant cinq à six semaines, puis, avec rapidité, le taux d'hormone tombe à 0 vers la fin du second mois. Ce n'est là, évidemment, qu'un schéma, suscept ble de nombreuses variations de détail.

Dans les cas compliqués, le début de la courbe est sensiblement identique, mais souvent, après la chute initiale, la courbe plafonne aux environs de 2.000 unités ; ce n'est là, pourtant qu'un signe d'alerte qui ne justifie nullement, à lui seul, l'hystérectomie, mais si, dans le cours des semaines qui suivent, on assiste à une augmentation nette du taux d'hormone, l'hystérectomie s'impose aussitôt.

Dans tous les cas ainsi traités après contrôle

biologique, l'évolution, dans ceux où l'on s'était abstenu d'intervenir, et l'examen de ceux où l'on avait opéré, ont confirmé les données du laboratoire (*Presse Médicale*, n° 51, 26 juin 1935, Brindeau, H. et M. Hinglais).

Tous ces titrages ont intérêt à être faits dans le *sérum sanguin* (environ 25 c. c. de sang) plutôt que dans l'urine dont le taux d'hormone n'est élevé que le matin à jeun, et qui, étant plus toxique, risque de tuer trop facilement les animaux. On devra, d'autre part, pratiquer un premier dosage dans les quarante-huit heures qui suivent l'expulsion de la môle, même si on a déjà un examen antérieur (ce qui est préférable). De, dosages auront encore lieu de dix en dix jours puis de quinze en quinze jours, selon les résultats, obtenus, de façon à exercer une surveillance pendant dix à douze semaines, jusqu'à la disparition d'hormones gonadotropes ou à l'apparition d'une complication qui se traduira par une élévation du taux de prolan. Cette façon d'agir permet, selon les tendances de la chirurgie moderne, essentiellement conservatrice, de n'opérer qu'à bon escient, sans négliger aucun cas suspect. Nombreuses sont les femmes qui ont pu bénéficier de cette méthode, et avoir, par la suite, des grossesses à évolution normale.

LES TUBERCULOSES TRAUMATIQUES

(Etude clinique et expérimentale)

Docteur Charles Bosvieux

Les traumatismes, et en particulier les contusions ostéo-articulaires et thoraciques, sont souvent invoqués pour expliquer des lésions tuberculeuses. Comme en témoignent de nombreuses observations, le traumatisme peut aggraver ou réveiller une tuberculose.

L'examen clinique, radiologique et bactériologique, pratiqué peu de temps après l'accident incriminé, permet parfois de constater que le traumatisme s'est borné à révéler une lésion déjà évolutive qu'il n'a pas toujours aggravée.

Dans certains cas, le traumatisme fait naître une tuberculose sur un organe jusque-là sain. C'est à ces cas qu'il faut réserver le nom de tuberculoses traumatiques. Parmi les mécanismes qui peuvent expliquer leur production, deux sont surtout intéressants à retenir : l'ouverture d'un tubercule latent contenant des bacilles virulents ; l'arrêt au point traumatisé de bacilles en circulation dans le sang.

1° En raison de la fréquence des tubercules calcifiés découverts à l'autopsie de sujets morts d'affections non tuberculeuses, il est probable que le traumatisme se borne souvent à réactiver une lésion qui, sans son intervention, aurait pu demeurer toujours latente ;

2° Lorsque de tels foyers tuberculeux subissent une activation, soit spontanément, soit sous l'influence de circonstances occasionnelles, ils peuvent être le point de départ de décharges bacillaires.

L'existence de la bacillémie est prouvée par les constatations anatomo-cliniques et est confirmée par le laboratoire. Il est permis de supposer que le traumatisme peut provoquer une décharge bacillémique. Si le même traumatisme rompt un vaisseau, les germes en circulation se fixeront au point traumatisé et pourront y déterminer l'évolution d'une lésion tuberculeuse.

La réalité de tels faits est d'autant plus vraisemblable que : — du point de vue clinique, ce sont presque toujours les traumatismes ayant déterminé une hémorragie qui sont suivis de l'évolution d'un processus tuberculeux ; — du point de vue expérimental, des lésions tuberculeuses pures n'ont pu être localisées par le traumatisme que chez des animaux bacillémiques.

Il est vrai qu'un certain nombre d'expériences réalisées, semble-t-il, dans les mêmes conditions, ont donné des résultats non concordants.

C'est ici qu'apparaît la différence, trop souvent inévitable, qui sépare la nature de l'expérience. Nos conditions d'expérimentation ne peuvent être comparées à celles où se trouve un homme bacillémique. En effet, pour admettre chez ce dernier la possibilité d'une décharge bacillaire, il faut qu'au préalable un foyer tuberculeux soit entré en évolution ; le terrain doit alors être favorable à l'éclosion d'une lésion tuberculeuse, si un traumatisme survenant à ce moment produit la rupture d'une canalisation vasculaire.

Les difficultés de l'expertise d'une tuberculose traumatique sont dues à ce que le plus souvent, on est insuffisamment renseigné sur l'état antérieur de la victime. Aussi, il serait souhaitable que, très peu de temps après les accidents qui ont déterminé une hémorragie, hémoptysie en cas de contusion thoracique, hémarthrose en cas de traumatisme articulaire, les victimes soient soumises à un examen attentif, non seulement clinique, mais encore radiologique et bactériologique. La solution de nombreux problèmes médico-légaux serait ainsi grandement facilitée (1).

(1) Thèse de Paris, 1937.

AU CHEVET DES PATIENTS

I

LES PARALYSIES DIPHTÉRIQUES GRAVES PEUVENT RÉSISTER A LA SÉROTHÉRAPIE, QUAND CELLE-CI N'A PAS ÉTÉ PRÉCOCE ET MASSIVE

Les lésions, créées par la fixation de la toxine diphtérique sur les cellules nerveuses, s'établissent, en effet, précocement et dès ce moment elles sont définitives, bien qu'elles ne se manifestent en clinique que d'une façon tardive. Or, on sait que la sérothérapie antitoxique ne peut agir sur une toxine fixée, et par suite sur des lésions déjà établies ; dans de pareilles conditions préexistantes, elle ne sert plus qu'à combattre la toxine diphtérique, *qui va se fixer par la suite* et créer de nouvelles lésions. Tels sont les motifs, pour lesquels une sérothérapie doit être précoce et massive, au risque de ne plus paraître efficace par la suite, et de devenir peut-être une cause d'aggravation.

Qu'on en juge par le cas mortel de paralysie diphtérique, qu'ont rapporté MM. **L. Richon** et **J. Girard** (1).

Femme de 45 ans qui, il y a un mois, a souffert d'une angine phlegmoneuse avec forte adénopathie cervicale. Le phlegmon a été ouvert, mais l'existence de fausses membranes a dû vraisemblablement engager à injecter une *petite* quantité de sérum antidiphtérique. Huit jours après, la fièvre étant tombée et l'état général meilleur, *troubles de déglutition* non douloureux, puis oligurie et troubles pulmonaires.

A l'entrée à l'hôpital, foyer dans le poumon, néphrite aiguë avec azotémie, rythme fœtal du cœur et grosse hypotension, paralysie du voile, plus marquée à droite, parésie de la corde vocale droite, légère parésie des membres avec aréflexie, atteinte minime des réflexes oculaires.

L'état est tel qu'on suspend momentanément toute tentative de sérothérapie antidiphtérique, malgré la présence de colonies assez abondantes de Lœffler courts dans la gorge.

Après une semaine de réhydratation et de toni-cardiaques, la fièvre tombe, la néphrite cède, le foyer pulmonaire s'atténue. On injecte alors prudemment, en quelques jours, une forte dose de sérum antidiphtérique (environ 80.000 unités) : aucun choc. Mais la malade éprouve de plus en plus de difficulté à s'alimenter : une sonde d'Einhorn permet pendant quelques jours une alimentation réduite, par injection à la seringue.

(1) Société de médecine de Nancy, 24 février 1937

Progressivement s'installe une paralysie bronchique, qui se traduit par la stagnation, dans les bronches, de pus franc où domine un pneumocoque. Une ou deux fois par jour, la tête et le thorax sont mis en position déclive pour vider, littéralement, le contenu liquide de l'appareil respiratoire. Aucun réflexe de toux. L'œsophage paralysé s'encombre à son tour.

L'atteinte prédominante du vago-spinal ou mieux de sa partie sensitive et végétative, c'est-à-dire du vague proprement dit, et tout entier, est ici évidente. Mort brusque ; examen anatomique impossible.

M. Melnotte (1) a confirmé cette donnée que, dans un cas de paralysie diphtérique précoce et grave, l'hésitation n'est pas permise : il faut aussitôt pratiquer la sérothérapie. Il précise quelles doivent être les règles de conduite en pareil cas :

La sérothérapie doit être *immédiate*, dès qu'on acquiert la certitude d'une nature diphtérique de la paralysie. Cette certitude est donnée, soit par la *présence de bacilles de Lœffler dans le* mucus rhino-pharyngé ; soit à défaut, par la *positivité de la réaction de Schick*.

Le laboratoire nous apprend en 24, ou 48 heures au plus tard, la présence de bacilles : une sérothérapie précoce sera des plus efficaces.

Si sa réponse est négative, la sérothérapie ne s'impose pas : recourir alors au deuxième moyen de preuve de la diphtérie, et attendre le sixième jour, délai nécessaire à la possibilité d'employer le Schick.

Le Schick est-il négatif, pas de sérothérapie, car la preuve de la diphtérie n'est pas faite, ou mieux celle d'une toxine diphtérique en circulation libre ; en d'autres termes, l'antitoxine diphtérique, qu'aura produite éventuellement l'organisme infecté sera en quantité suffisante pour neutraliser la toxine existante, et empêcher par conséquent la réaction de Schick de se produire.

Le Schick est-il positif ; sérothérapie ; mais à ce moment cependant, la paralysie étant devenue une lésion constituée, on ne pourra plus avoir la prétention que d'agir sur la toxine non fixée, pour éviter d'autres localisations de la toxine.

Cependant, il est devenu possible actuellement de remédier au retard, imposé dans la thérapeutique active par le délai de six jours,

nécessaire au Schick, en employant la réaction de Reh (cuti-réaction à la toxine pure) qui se lit en vingt-quatre heures.

Ces données pratiques ont l'avantage certain : de faire appel, pour prendre une décision thérapeutique, à la raison et au bon sens, au lieu de la demander au sentiment ou à l'intuition.

II

ALERTE AUX FUMEURS — TABAC ET CANCER

L'habitude du tabac à fumer règne du haut en bas de l'échelle sociale, sans distinction de classe, de profession, sans respect du sexe et souvent de l'âge. Les fumeurs sont devenus innombrables, supplantant peu à peu les priseurs et chiqueurs qui vont se raréfiant avant de disparaître. On s'est habitué, par une longue pratique, à l'intoxication tabagique comme d'autres s'habituent à la morphine et l'on ne peut plus s'en passer, bien que le sevrage du tabac soit incomparablement plus facile et moins douloureux que celui de l'opium ; la volonté suffit.

L'innocuité du tabac n'est pas défendable ; ses inconvénients et dangers sont multiples ; leur diversité et leur gravité dépendent de la fréquence et de l'intensité des actions tabagiques, comme de la constitution, du tempérament de ceux qui s'y livrent, sans parler de leur âge et de leur état de santé.

L'usage modéré du tabac à fumer, chez des sujets jeunes et sains, ne cause pas habituellement de notables incommodités. Quand il est excessif, chez des adultes affaiblis ou des personnes âgées, il comporte des risques non négligeables. Tels sont divers troubles nerveux : la nuit sommeil agité, réveils en sursaut, angoisse respiratoire et cardiaque ; le jour vertiges et déséquilibre dans la marche, troubles de la vue, faiblesse motrice. A ces troubles de réelle gravité, on est autorisé à ajouter les troubles digestifs : salivation, irritation de la gorge, langue saburrale, soif vive, anorexie ; la pharyngo-laryngite tabagique, d'autre part, se traduit par des picotements, une sensation de corps étrangers dans la gorge, une toux incessante et pénible, accompagnée d'enrouement et de dyspnée parfois. Tous ces accidents, marquant un trouble fonctionnel des organes, en rapport avec leur irritation directe ou l'intoxication par la fumée de tabac, sont remédiables ; ils ne comportent pas assurément de pronostic fâcheux.

Le Docteur A.-H. Roffo s'est efforcé de mettre en relief scientifiquement et pratiquement l'influence du tabac sur le cancer des premières voies digestives et respiratoires, depuis les lèvres jusqu'aux poumons. Les conclusions de ses statistiques confirment celles du Dr J. Comby (1). Au cours d'une longue vie professionnelle, il a pu rassembler des cas de cancer labial, lingual, laryngé, imputables à l'abus du tabac.

L'irritation tissulaire locale, causée par les fumées de tabac, est due à la nicotine ou aux produits de combustion des feuilles desséchées ; elle se révèle particulièrement cancérigène ; c'est pourquoi chez les fumeurs de cette plante, on observe, bien plus souvent que chez les non-fumeurs, le cancer des lèvres, de la bouche, de la langue, du larynx et du poumon, c'est-à-dire des organes qui ont subi les contacts répétés de la fumée de tabac. On observerait même chez les fumeurs, une proportion plus grande des cancers, qui envahissent les autres organes : voies urinaires, œsophage, rectum et anus, estomac, peau, intestins.

D'une notion si bien établie, il faut tenir un grand compte dans la lutte sociale contre le cancer, pour l'application des mesures hygiéniques et prophylactiques contre l'abus du tabac.

Les données de l'expérimentation sur les lapins, d'après A.-H. Roffo, se montrent entièrement concordantes. Les substances cancérigènes se trouvent dans les produits de distillation et de combustion du tabac : résines, goudron. Le goudron de tabac agit comme le goudron de houille ; il contient des substances ayant des propriétés semblables aux hydrocarbures distillés de la houille : fluorescence, spectrométrie. Le développement des papillomes et carcinomes chez les lapins soumis à l'action ce goudron s'obtient facilement (95 % des animaux).

On se fera une idée de l'action du complexe résineux tabagique sur les voies buccales et respiratoires, en sachant qu'on extrait, d'un kilogramme de tabac noir, 40 grammes de goudron. Si, au moyen d'un badigeonnage quotidien sur la peau de l'oreille, il se développe au neuvième mois un carcinome, on voit de quelle façon réagiront les muqueuses chez un fumeur de trois paquets de cigarettes par jour, ce qui correspond à la consommation d'un kilogr. de tabac par mois, c'est-à-dire de 400 gr. de goudron par an et de 4 kilogr. en dix ans.

De tels résultats cliniques et expérimentaux soulignent la nécessité d'intensifier la prophylaxie anti-cancéreuse, en combattant l'habitude de fumer avec excès, qui, loin de diminuer, augmente actuellement, surtout chez les femmes.

« Alerte aux fumeurs ! Il est démontré que l'abus du tabac à fumer conduit au cancer de la bouche et des voies respiratoires. »

G. Fischer.

(1) *Le Progrès médical*, 26 juin 1937.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

La cholestérolémie, maladie précipitante

Le rôle du foie dans la transformation de la cholestérine, celui de la bile dans son élimination ont permis d'édifier une théorie nettement hépatique de la lithiase biliaire et d'instituer un traitement décholestérinisant souvent efficace. L'augmentation même de la cholestérine dans certaines maladies de la nutrition a permis d'ajouter à leur parenté clinique une parenté d'ordre chimique et biologique. A cette notion d'hypercholestérinémie, le Professeur M. LOEPER a substitué il y a dix ans celle de stérolyse et de stéropexie, c'est-à-dire de dissolution et de précipitation de la cholestérine.

Cette notion paraît capitale. La cholestérolémie est une des maladies précipitantes. La cholestérine par elle-même, est en effet assez peu gênante. L'excès de cholestérine par luimême n'est guère nocif. Il ne se manifeste par des symptômes que lorsqu'il y a précipitation, et cette précipitation importe plus encore que l'excès. Le sable et les calculs vésiculaires, le gérontoxon, le xanthélasma sont des précipitations cholestériniques et certains hygromas des rhumatisants, certains tophi des goutteux contiennent des cristaux bien caractérisés de cholestérine. L'hypercholestérolémie certes facilite ces précipitations, mais elle ne les fait pas. Il faut pour les réaliser un facteur supplémentaire : une tendance précipitante qui réside dans le sang, les humeurs ou les tissus.

Divers procédés ont été essayés pour modifier cette tendance précipitante, mais la chose est difficile. L'auteur a fait appel aux rayons ultra-violets. Sa tentative pouvait paraître assez risquée, étant donnée l'action de ces rayons dans l'athérome et la calcification artérielle. Ils agissent sur les stérols et semblent les mettre en liberté. Ils augmentent aussi l'action lytique du sérum, mais non l'aptitude de la cholestérine à se laisser dissoudre.

Bref les rayons ultra-violets semblent faciliter l'élimination de la cholestérine biliaire. Ils sont doublement recommandables chez les sujets cholestérinémiques et surtout chez ceux qui manifestent de quelque façon que ce soit des tendances à la précipitation de cette cholestérine. Ils provoquent en effet un surcroît d'élimination de cholestérine par la bile et augmentent, en outre, dans quelques cas le pouvoir stérolytique du sérum. Ils paraissent pouvoir, au moins chez les jeunes sujets, dont le système artériel est sain, apporter à la thérapeutique cholagogue o choléritique, sulfate de soude, alcalins, etc., un important appoint. (*Revue de Médecine*, avril 1937.)

L'action du venin de cobra total (non filtré) sur la température et l'état général des tuberculeux

Le Docteur KORESSIOS a observé quinze cas de tuberculose chronique à formes pulmonaire, péritonéale, pleurale et intestinale, et il les a traitées par des injections d'un vingtième de milligramme de venin de cobra non filtré. Voici les remarques qu'il a pu faire :

1° Dans huit cas, dans lesquels la température présentait des oscillations régulières, celle-ci a subi, dès le surlendemain des injections, une désorganisation. Une chute de la température s'est manifestée : durable dans cinq cas, passagère dans trois cas. Les sept autres cas de l'observation présentaient des oscillations irrégulières de leur courbe thermique. Ils n'ont pu servir à l'expérimentation.

2° Une augmentation de poids manifeste ainsi qu'une amélioration de leur état général se sont produites toutes les fois qu'on s'est trouvé devant des formes frustes de tuberculose, radiologiquement limitées, accompagnées d'un bon état général, qu'elles qu'aient été les variations de la courbe thermique journalière de ces malades.

3° Le mode d'action du venin de cobra, dans les cas de cette expérimentation, peut s'expliquer par un accroissement de l'élimination des toxines accumulées au sein des tissus, secondaire à une intense vaso-dilatation des capillaires, soit par une excitation du métasympathique. (*Bruxelles-Médical*, 27 juin 1937.)

Influence du terrain gravidique sur les affections cutanéo-muqueuses

MM. Jacques COURTOIS et Raoul LECOQ exposent que si les femmes enceintes ou accouchées peuvent présenter les affections de la peau communes à tous les sujets, le terrain gravidique favorise tout particulièrement certaines affections cutanées caractérisées par des troubles de la vascularisation ou de la pigmentation ; les localisations génitales sont fréquentes.

Parmi les causes les plus fréquentes, on relève les carences ou les dysvitaminoses, qui rejoignent en plus d'un point les intoxications et agissent par perturbations neuro-végétatives humorales et hormonales.

L'intensité et l'aspect des infections d'origine microbienne ou parasitaire sont le plus souvent augmentés sur le terrain gravidique. L'herpès gestationis et sa forme atténuée, le prurigo gestationis, ainsi que l'impétigo herpétiforme, sont des infections spéciales « à la grossesse ». Les éruptions scarlatiniforme sont, par contre, fréquentes » chez l'accouchée » et peuvent survenir au cours des infections les plus diverses. (*La Clinique*, juin 1937.)

Le traitement radium-chirurgical de certains néoplasmes utérins

Tout en gardant aux méthodes radium thérapiques la priorité à laquelle elles ont droit dans le traitement du cancer du col, MM. R. Sauvage, E. Wallon et R. Simon ont cherché à diminuer les risques certains auxquels exposent les méthodes habituelles ; on sait la fréquence des accidents infectieux à la suite de simples dilatations cervicales ; on sait aussi la difficulté qu'il y a à déterminer avec précision le degré d'envahissement de la tumeur et que bien des fois on hésite entre le diagnostic de lésions purement néoplasiques ou inflammatoires.

Ils proposent leur technique nouvelle, rationnelle et exposant au minimum de dangers, comme une méthode d'exception qui s'adresse seulement aux cas pour lesquels la chirurgie ou les radiations sont isolément dangereuses ou impraticables. Ils l'ont utilisée pour vingt-cinq malades chez qui les techniques habituelles auraient conduit à des désastres : or ils n'ont eu à déplorer que deux morts, dont une tardive à la cinquième semaine par septicémie.

Le problème consistait à mettre au contact de l'infiltration néoplasique des foyers radioactifs susceptibles d'irradier tous les prolongements suspects sans léser les organes voisins : ils utilisaient dans ce but de gros foyers fortement filtrés qui, donnant un rayonnement intense et pénétrant, possèdent un large champ d'irradiation homogène ; les foyers de radium sont isolés du rectum, des anses grêles, de la vessie et des uretères par des mèches et un Mikulicz ; les lésions des vaisseaux ne sont pas à craindre en raison de la forte filtration. Deux sondes sont utilisées : l'une contient trois tubes de 10 milligr. de radium, élément fortement filtré (1 milligr. de platine + 2 milligr, 5 d'or), disposés dans une grosse sonde en caoutchouc noir de 11 mm. de diamètre, c aque tube étant séparé de l'autre par une ligature, ce qui assure la souplesse de l'appareil ; l'autre ne contient qu'un seul tube de 100 milligr., filtré de la même façon et introduit à l'extrémité d'une longue sonde.

L'acte chirurgical doit être d'une extrême simplicité et le traumatisme opératoire aussi réduit que possible : l'hystérectomie subtotale a paru dans la majorité des cas réaliser ces conditions.

Technique. — La malade doit naturellement être préparée avec soin. Il s'agit, en effet, soit de malades âgées, soit de malades jeunes atteintes de néoplasmes à marche rapide, soit de malades qui ont saigné abondamment ; en résumé, de formes graves, avancées ou infectées, ayant toujours atteint notablement l'état général. Il est donc indispensable de lutter contre l'infection (les auteurs utilisent systématiquement le Propidon) et contre l'anémie, par une ou plusieurs transfusions. L'usage habituel du sérum et des toni-cardiaques est ici amplement justifié. L'anesthésie rachidienne que les auteurs ont toujours employée n'a donné lieu à aucun incident. Une laparatomie médiane sous-ombilicale est pratiquée avec mise en place d'une protection péritonéale très minutieuse.

On établit avec soin le bilan des lésions, on vérifie l'état ganglionnaire du petit bassin et on pratique une hystérectomie subtotale avec section des pédicules et de l'isthme au bistouri électrique ; s'il existe des bourgeons dans la cavité cervicale, ils sont détruits par électrocoagulation.

Mise en place du radium. — Le cathétérisme rétrograde du canal cervical qui constitue souvent le temps le plus délicat de l'intervention permet l'introduction de la sonde endo-cervicale qui doit être placée patiemment, sans violence, jusqu'à ce qu'un clamp courbe vaginal puisse la saisir et l'attirer au dehors. La fixation de cette sonde doit être assurée solidement.

Résultats. — Sur les vingt-cinq malades traitées par cette méthode, en dehors de deux morts post-opératoires survenues respectivement le cinquième et le trente-septième jour, les auteurs ont eu à déplorer cinq décès dans l'année suivante par récidive ou métastase. Actuellement une malade est en traitement pour récidive locale, tandis que les dix-huit autres présentent un état général et local satisfaisant. Ces survies ne peuvent être considérées comme des guérisons puisqu'elles s'étagent seulement de quelques mois à quatre ans : il est cependant réconfortant de penser que sur vingt-cinq cancéreuses condamnées à une mort rapide, seize survivent en bon état, sans hémorragies, sans infirmité apparente et presque toutes persuadées de leur guérison définitive. (*La Presse Médicale*, 23 juin 1937.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

A propos du sérum salé hypertonique post-opératoire

(MM. P. WILMOTH et J. LE MELLETIER ; 30-6-1937)

Depuis quelques années, à la suite d'études sur les modifications humorales post-opératoires, on a été amené à administrer le sérum salé hypertonique dans la thérapeutique de certains accidents succédant à des interventions abdominales.

Cette médication, qui a rendu d'appréciables services, ne peut-elle pas, dans certains cas, offrir des inconvénients ?

M. Wilmoth a opéré un malade de vingt-huit ans pour ulcus gastrique et a fait suivre l'opération de deux injections intra-veineuses de 20 c. c. de sérum salé à 10 p. 100 et de lavements de 40 c. c. de sérum à 20 p. 100. Au bout de 24 heures, se montrèrent des selles diarrhéiques abondantes et un état de déshydratation extrême. Le sujet mourut le cinquième jour, avec une ascension thermique à 40°2.

Les auteurs se sont demandé si la médication hyperchlorurée n'était pas responsable des accidents observés. Par voie veineuse, le malade a reçu 40 c. c. de solution à 10 %, soit un total de 4 grammes de NaCl, chiffre qui de l'avis de M. Binet n'a rien d'excessif. Par voie rectale, il a reçu 80 c. c. de solution à 20 %, soit 16 grammes de NaCl. La solution hypertonique par voie rectale est purgative : les soldats des bataillons d'Afrique avaient coutume, pour se faire exempter de service, de s'introduire dans le rectum de hautes doses de sel de cuisine, le résultat étant une diarrhée abondante. La diarrhée de l'opéré de M. Wilmoth a-t-elle été due aux 16 grammes de NaCl résorbés par le rectum ? MM. Gosset, Binet et Petit-Dutaillis n'ont préconisé que des solutions hypertoniques à 10 %.

— M. SOUPAULT remarque que la solution à 20 p. 100 n'est pas assez concentrée pour déterminer une lésion de la muqueuse. Il s'en sert souvent en pansements sans que les tissus en paraissent influencés autrement que favorablement.

— M. CHEVASSU admettrait volontiers que le lavement chloruré hypertonique a agi comme purgatif intense.

— M. BRÉCHOT estime qu'on ne peut avoir qu'une impression sur la question, la dose utilisée paraissant peu apte à provoquer des accidents pseudo-cholériformes de ce genre.

Sympathome ganglio-neurone

(MM. P. LOMBARD et J. MONTPELLIER ; 30-6-1937)

On connaît bien aujourd'hui les néoplasmes du système sympathique et de ses paraganglions : les uns sont formés d'éléments très jeunes à caractère embryonnaire (sympathome embryonnaire), les autres d'éléments évolués adultes (ganglio-neurones).

Le sympathome est caractérisé par ses affinités lymphatique et sanguine ; ses métastases ont une prédilection marquée pour le foie et les os du crâne.

Le ganglio-neurone se reconnaît à la présence d'éléments nettement différenciés (cellules ganglionnaires, fibres nerveuses).

Entre le sympathome et le ganglio-neurone, il y a d'ailleurs toute une série de types intermédiaires. Le premier, tumeur embryonnaire, est généralement d'une grande malignité ; le second est presque toujours d'allure bénigne.

MM. Lombard et Montpellier rapportent, de ces deux *types anatomiques deux observations* : un sympathome surrénal et un ganglio-neurone dont la marche a été aiguë.

Paralysies secondaires aux hémorragies

(M. Raymond GRÉGOIRE ; 16-6-1937)

L'anémie et la chute de pression consécutives aux hémorragies troublent le tissu fragile qu'est celui du système nerveux cérébro-spinal. Worms a bien décrit les accidents psychiques qui se produisent chez les grands hémorragiques. Dans l'histoire de France, Roland exsangue ne reconnaît plus son cousin Olivier qu'il prend pour un Sarrazin. Les pertes sanguines répétées produisent des troubles intéressant surtout le système moteur. M. Raymond Grégoire rapporte deux cas de phénomènes paralytiques survenus chez deux fibromateuses dont les pertes répétées avaient entraîné des accidents de la motricité du membre supérieur et de la face (monoplégie, parésie faciale). En arrêtant le saignement et en relevant la tension artérielle et la perte globulaire (sérum, transfusion), on guérira ces paralysies si elles ne sont pas trop anciennes ou trop installées.

P. L.

Société médicale des hôpitaux de Paris

Notes cliniques sur la maladie rhumatismale (maladie de Bouillaud) chez l'enfant

(M. H. Grenet ; 1-5-1937)

Modes de début : Les formes cardiaques d'emblée sont quelquefois singulièrement brutales. Dans d'autres cas, plus nombreux, c'est au cours d'une infection indéterminée qu'un examen régulier permet de noter le développement d'une endocardite.

Quant aux troubles digestifs et abdominaux, qui marquent le début du rhumatisme, ce sont surtout des douleurs abdominales, accompagnées ou non de vomissements. Tous ces symptômes digestifs sont cependant encore plus fréquents à la période d'état. Exceptionnellement, les signes initiaux peuvent être ceux d'une pleurésie purulente avec péricardite. Certains accidents nerveux sont quelquefois les premières manifestations du rhumatisme : il s'agit surtout de symptômes méningés.

Les symptômes articulaires ne semblent pas présenter de caractères très particuliers chez les enfants : on connaît bien la bénignité relative des arthropathies, leur moindre mobilité et l'atteinte plus fréquente des petites articulations (articulations phalango-phalanginienne, temporo-maxillaire, sterno-claviculaire). Dans quelques cas, les douleurs sont vertébrales. Le torticolis, considéré comme une manifestation classique du rhumatisme infantile par arthrite des vertèbres cervicales, a paru plus rare qu'on le dit généralement.

Quelque importance qu'on doive attribuer aux symptômes articulaires, ils sont loin de constituer l'essentiel de la maladie, et peuvent manquer complètement. Dans les formes extra-articulaires, ils sont parfois extrêmement réduits. Que les arthralgies soient intenses, légères ou nulles, la marche de la maladie rhumatismale n'est pas modifiée de ce fait, et dans tous ces cas, il peut y avoir des formes atténuées ou graves. On ne peut d'ailleurs parler d'une forme extra-articulaire du rhumatisme que si l'on observe des symptômes de la série rhumatismale, endo-péricardite, chorée, etc... ; la guérison par le salicylate de soude peut venir à l'appui du diagnostic mais elle ne saurait être considérée comme suffisante pour permettre de l'affirmer.

Ces formes extra-articulaires semblent représenter 12,5 % de l'ensemble des cas.

L'allure et l'intensité de la fièvre ne donne aucune indication diagnostique ou pronostique ; elle peut être élevée dans des formes bénignes et demeurer modérée (autour de 38°) dans des formes graves. Ce n'est que lorsque la température est retombée depuis plusieurs semaines que l'on peut admettre — et parfois avec certaines réserves — qu'un rhumatisme a cessé d'évoluer et qu'on peut considérer le malade comme guéri.

On admet généralement que les cardiopathies sont plus fréquentes chez les enfants que chez les adultes. Il faut maintenir une différence complète entre le rhumatisme cardiaque évolutif et l'endocardite maligne lente. La mortalité des cardiopathies rhumatismales serait de 3,91 %. D'autre part beaucoup de petits malades restent de grands infirmes jusqu'au jour où, sous l'influence d'une maladie intercurrente ou d'une rechute de rhumatisme, ils sont emportés par une crise d'asystolie fébrile.

Chez les enfants, les accidents pleuro-pulmonaires du rhumatisme sont le plus souvent liés à l'évolution d'une cardiopathie. La chorée atteint 15,4% des rhumatisants et comme d'autre part le tiers des choréiques sont des rhumatisants, on entrevoit le rôle capital du rhumatisme dans l'étiologie de la chorée. Parmi les formes digestives et abdominales, il faut noter les manifestations pseudo-appendiculaires. On connaît les érythèmes rhumatismaux. Les nodosités sont rares et appartiennent d'ordinaire aux formes sévères. Il doit être bien entendu une fois pour toutes, que l'érythème noueux n'a aucun rapport avec le rhumatisme ; chez l'enfant tout au moins, il est presque toujours, sinon toujours, lié à l'infection tuberculeuse.

C'est dans les symptômes viscéraux qu'il faut trouver les traits essentiels des formes malignes : endocardite et myocardite, celle-ci dominant la scène et le pronostic ; pleurésies associées à une péricardite, congestions pulmonaires, crises d'œdème aigu du poumon ; splénomégalie, hépatomégalie.

A noter enfin qu'à l'hôpital le rhumatisme aigu a une mortalité bien moindre chez l'adulte que chez l'enfant.

M. H. Grenet : Il est possible qu'on puisse attribuer ce fait à ce que la plupart des adultes ont déjà eu, dans l'enfance, une atteinte rhumatismale bénigne ; c'est surtout lors des premières crises que se produisent les formes graves.

Un cas de cancer ulcériforme de l'estomac au début

(MM. R.-A. Gutmann, J. Senèque, I. Bertrand et G. Beaugeard ; 14-5-1937)

Il semble que, dans un grand nombre de cas, le diagnostic précoce du cancer de l'estomac soit possible grâce à toute une série de signes dont la valeur se précise de jour en jour. Un malade jeune peut présenter une histoire ulcéreuse typique assez banale. Il peut paraître guérir sous l'influence d'un traitement banal ou d'ulcère. Il peut rester guéri des mois et ne plus souffrir, ou guérir pendant des mois avec de petites récidives courtes. La clinique permettrait à peine de penser à autre chose qu'à un petit ulcère sans gravité et facilement curable. Et pourtant l'interprétation des clichés autorise à dire que ce malade paraissant guéri a très probablement un cancer de l'estomac au début et permet de le faire opérer à des stades jusqu'ici peu connus.

A ces stades, le cancer paraît une affection très ocale et très localisée. Jamais, jusqu'ici, les auteurs n'ont vu les ganglions envahis.

Tel est l'ensemble clinico-radiologique qui paraît d'une grande importance pratique. G. F.

SOCIÉTÉ D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE DE PARIS

Séance du 24 juin 1937

Septicémie otitique à streptocoques après opération de mastoïdite grippale. Guérison sans réintervention chirurgicale

MM. ERNOUL et ESCHBACH. — Otite aiguë au cours d'une grippe chez une jeune fille de 15 ans. Deux paracentèses n'assurent pas le drainage et ne font pas tomber la fièvre.

Mastoïdectomie large, classique, sans mise à nu du sinus ni de la dure-mère. Lésions osseuses minimes et pus peu abondant dans l'antre qui est très profond.

Pendant trois jours après l'opération, hausse progressive de la température en même temps que des symptômes de réaction méningée font leur apparition. Le liquide céphalo-rachidien sort sous pression. Il est clair, albumineux. Réaction cellulaire légère. Polynucléaires altérés.

Quatre jours après l'opération, les symptômes méningés passent au second plan, dominés par des signes de septicémie avec fièvre à grandes oscillations à type inverse.

L'hémoculture montre que l'agent pathogène est un streptocoque hémolytique.

La malade est très faible, choquée et on hésite à réintervenir pour mise à nu du sinus.

Traitement médical: auto-vaccin, rubiazol, injection de Lantol et abcès de fixation.

La fièvre à grandes oscillations ne dure que cinq jours.

L'état général s'améliore progressivement alors que la brèche mastoïdienne se comble normalement

Quarante jours après la mastoïdectomie, la malade quitte le service et nous la savons depuis longtemps complètement rétablie.

Sans vouloir tirer de conclusions, nous avons trouvé intéressant de constater que, dans un état septicémique d'origine otitique avec présence dans le sang d'un streptocoque hémolytique, la guérison ait pu être obtenue sans réintervention sur le sinus.

Abcès extra-dural de la région cérébelleuse au début d'une otite grippale avec réaction méningée chez un enfant de 5 ans. Septicémie post-opératoire sans identification microbienne. Métastase péritonéale. Laparotomie. Guérison.

MM. ERNOUL, ESCHBACH et PIZON. — Un enfant de 5 ans fait, au décours d'une grippe, une otite aiguë avec ouverture spontanée du tympan.

Deux jours après le début de l'otite, signes de réaction méningée avec liquide albumineux et contenant 90 poly. et 36 lympho. par centimètre cube.

Trépanation large de la mastoïde. Os sain ; pas de pus ni de fongosités dans l'antre. Après dénudation large du sinus, pus sous pression venant de la région cérébelleuse en avant du sinus.

Amélioration progressive des symptômes méningés, puis apparition, six jours après l'intervention, de fièvre à grandes oscillations.

Ce type de fièvre ne dure que deux jours, pour faire place à une température élevée, en plateau, pendant quarante-huit heures.

Apparition d'un syndrome péritonéal ; laparotomie : pus dans le petit bassin.

Reprise de la fièvre à grandes oscillations qui cesse huit jours après la laparotomie. Défervescence progressive après ouverture d'un abcès de fixation et de deux abcès spontanés profonds des deux cuisses.

L'hémoculture n'a pas été faite non plus que l'examen bactériologique du pus abdominal.

Malgré cette lacune regrettable, cette observation présente un certain intérêt en raison, d'une part, de la rapidité avec laquelle, au début d'une otite aiguë, s'est formé un abcès extra-dural de la région cérébelleuse ; d'autre part, de la métastase péritonéale, complication rare des septicémies otitiques ; enfin, de la guérison qui a coïncidé avec l'ouverture des abcès spontanés profonds des cuisses qui semblent avoir joué un rôle de dérivation.

Evidement pétro-mastoïdien spontané

MM. PORTMANN et BONNAFOUS présentent un cas d'auto-évidement pétro-mastoïdien cholestéatomateux : il s'agit, au départ, d'une otite nécrosante de la rougeole survenue à l'âge de 6 ans, suivie d'un processus chronique insidieux avec otorrhée fétide. Les auteurs, qui ont vu la malade pour la première fois en 1933, la revoient à intervalles réguliers pour éviter les retours offensifs d'un cholestéatome *parvenu aux frontières vitales du temporal.*

Fistule alvéolaire du sinus maxillaire

M. TARNEAUD. présente un malade qui fut guéri d'une fistule alvéolaire importante par l'application d'un lambeau gingival. Passant en revue tous les procédés préconisés pour la fermeture des fistules gingivo-sinusales, il montre tous les avantages que présente la technique décrite par R. Claoué.

Toulouse

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE

Un cas de spirochétose ictérigène à début paraplégique

M. E. TAMALET. — Un jeune homme de 22 ans est hospitalisé le 19 septembre 1936 pour état fébrile : le surlendemain apparaît une paraplégie motrice flasque des membres inférieurs, sans modifications de la sensibilité et sans troubles sphinctériens. On pense d'abord à une poliomyélite antérieure aiguë : la ponction lombaire donne 5,6 lymphocytes par mill. cube, albumine 0,20, Bordet-Wassermann négatif. Trois jours plus tard, apparition d'un ictère généralisé en même temps que s'atténue l'impotence motrice des membres inférieurs. Urée sanguine = 0,90 ; albu-

mine : un gramme dans les urines. Le diagnostic de spirochétose ictérigène est alors posé et sera confirmé par l'inoculation positive du sang au cobaye. L'évolution fut favorable, la paraplégie disparut complètement. A ce propos, l'auteur discute la nature exacte de la localisation nerveuse et pense que l'atteinte polynévritique a prédominé sur celle de la moelle.

Volumineux diverticule de la troisième portion duodénale

M. F. Castay. — A l'occasion d'un examen radiologique du tube digestif pratiqué chez un homme présentant depuis plusieurs années un syndrome épigastralgique avec amaigrissement, la radiologie révéla les faits suivants : remplissage gastrique normal sans image pathologique, évacuations régulières. Mais la bouillie, après avoir franchi la deuxième portion duodénale, tombe dans une poche de la grosseur d'une orange qu'elle remplit avec un niveau liquidien horizontal.

Six heures après, le bol opaque se trouve dans les dernières anses iléales et le côlon droit, mais la poche *duodénale est encore remplie : elle* n'est pas vidée au bout de 24 et de 36 heures.

Après avoir éliminé les hypothèses d'une stase duodénale par compression du pédicule mésentérique, d'une sténose mécanique sous-vatérienne par périviscérite, d'une stase duodénale paralytique ou spasmodique, l'auteur pense qu'il s'agit d'un volumineux diverticule. En effet, la stase prolongée à ce niveau alors que tout le reste se vide, et cela pendant plus de 36 heures, l'absence de mouvements péristaltiques paraissent confirmer ce diagnostic.

Evolution radiologique et clinique typique d'une crise d'ulcus gastrique

MM. Laporte, Morel et Darnaud rapportent l'histoire d'une crise douloureuse survenue comme première manifestation d'un ulcus gastrique chez un homme de 24 ans. Ils insistent sur les caractères cliniques tout à fait caractéristiques de la douleur (apparition aux mêmes heures tous les jours pendant trois semaines, disparition progressive en quelques jours). La radiographie montra d'abord une niche volumineuse dans la moitié supérieure de la petite courbure : elle s'effaça vers la fin de la crise et a maintenant complètement disparu. Il ne subsiste qu'une zone d'infiltration œdémateuse qui s'effacera elle-même très probablement d'ici peu.

Lipodystrophie symétrique à prédominance thoraco-abdominale

MM. Laporte, Morel et Darnaud. — La lipodystrophie symétrique est assez rare et sa variété la plus commune, à prédominance sus-claviculaire, a été individualisée par Bensaude et Launois. Le malade observé ne répond pas à ce type : chez lui, les amas graisseux se sont constitués très rapidement (en quelques semaines), et sont localisés au thorax et l'abdomen. Les auteurs montrent à quel point la pathogénie des lipodystrophies est encore incertaine : ils indiquent qu'une thérapeutique thyroïdienne essayée chez ce malade n'a pas donné de résultats.

Tumeur du rein à forme ganglionnaire

M. J.-P. Tourneux. — Il s'agit d'un homme de 26 ans, hospitalisé pour séminome gauche avec métastase ganglionnaire hypogastrique. L'examen ayant fait rejeter l'idée de séminome par suite de l'évolution et de la transparence de la masse scrotale, on pensa que la tumeur ganglionnaire devait être une métastase, d'origine rénale. En l'absence de tout symptôme (hématurie même microscopique, tumeur perceptible, modifications des urines), on recourut à une exploration chirurgicale qui montra que le rein, peu augmenté de volume, était parsemé de noyaux indurés et qu'une chaîne de ganglions partant du hile s'étendait le long des vaisseaux. Les suites furent marquées par une hématurie qui dura trois jours. L'auteur insiste sur la manière exceptionnelle dont s'est manifestée cette néoplasie rénale, non par une hématurie ou par une tumeur, mais par une métastase ganglionnaire.

Mélano-sarcome secondaire du foie

MM. J.-P. Tourneux et Lestrade relatent l'histoire d'une femme de 50 ans hospitalisée pour syndrome abdominal (météorisme, constipation et diarrhée, température) évoluant depuis un mois. Au bout de quelques jours, on constata que le foie augmentait rapidement de volume, et qu'il occupait bientôt presque toute la cavité abdominale. La mort survint brusquement le dixième jour avec 40 de température. L'autopsie montra qu'il s'agissait d'un mélano-sarcome ayant envahi tout le foie et pesant 15 kilos. La malade ayant été énucléé de l'œil gauche trois ans auparavant pour tumeur choroïdienne, il est probable qu'il ne s'est agi dans ce cas, que d'une métastase hépatique de la première néoplasie.

Tumeur solide du testicule totalement translucide

MM. J.-P. Tourneux et Lestrade ont eu à intervenir chez un homme de 86 ans, hospitalisé pour hydrocèle. Lors de l'intervention, on reconnut que l'on se trouvait en présence d'un gros testicule sans aucune trace d'épanchement vaginal. On fit une castration : histologiquement, il s'agissait d'un séminome en voie de dégénérescence. Les auteurs insistent sur la symptomatologie complètement anormale présentée dans ce cas de tumeur solide du testicule, la translucidité ayant été jusqu'ici considérée comme un signe pathognomonique des vaginalites chroniques séreuses.

Les Congrès

XLVIe CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Résumé des rapports (1)

Les embolies artérielles des membres. Physiologie pathologique

Par M. J. Fiolle, de Marseille

M. Fiolle parle tout d'abord, comme introduction à son rapport, d'un sujet qu'il a particulièrement étudié : les embolies manquées et les embolies occultes. Les embolies « manquées », sont celles qui, après un début plus ou moins dramatique et bruyant, évoluent vers la guérison sans avoir provoqué de lésions de gangrène. Les embolies « occultes » sont celles qui ne se traduisent par aucun signe capable de suggérer nettement l'idée d'embolie.

Puis, l'auteur fait un exposé analytique de l'embolie, des lésions de la paroi artérielle, de la « gainite », des veines, des capillaires, du sang, du système nerveux dans l'embolie ; il présente enfin un essai de synthèse.

Traitement des embolies artérielles des membres

Par M. P. Funck-Brentano, de Paris

On peut diviser schématiquement les méthodes de traitement des embolies artérielles des membres en deux grandes catégories :

1° celles agissant sur l'embolus (méthodes anatomiques) ;

2° celles agissant sur le sympathique artériel (méthodes physio-pathogéniques).

La chirurgie *in situ* dispose ici de deux opérations : l'embolectomie et l'artériectomie. A distance, elle intervient sur le sympathique.

L'embolectomie, préconisée par Key et l'école suédoise, vise à supprimer, en même temps que l'obstacle, le point d'expansion possible du caillot prolongé. C'est pourquoi, conscients qu'embolus et thrombose secondaire offrent les mêmes dangers, ses défenseurs imposent comme délai à l'embolectomie les dix premières heures.

L'artériectomie, dérivée des travaux de Leriche et préconisée par l'école de Marseille, repose sur deux bases :

a) Anatomique : la résection artérielle, à distance du caillot prolongé, supprime le centre thrombogène; *b)* physiologique : l'artériectomie agit sur la circulation de secours et permet l'irrigation du membre par les artérioles, les capillaires, les collatérales.

Le traitement à distance de l'artère (action sur le sympathique para-vertébral, thérapeutique médicale, exercice vasculaire passif), néglige le facteur thrombogène et agit comme si le problème se résumait en une question de spasme et d'hypotension périphériques.

Pratiquement, les indications schématiques seront tirées du moment auquel on est appelé à traiter une embolie artérielle.

Avant la dixième heure, c'est l'embolectomie qu'il faudrait tenter. Après repérage clinique ou radiographique, l'intervention sera menée à l'anesthésie locale, avec des précautions strictes d'asepsie et de protection anti-coagulante. La rapidité d'action de l'infiltration novocaïnique du sympathique ou des moyens thérapeutiques tels que la papavérine associée à l'acécoline, permet d'opérer sous le couvert de leurs effets sans pour cela retarder l'intervention au delà des délais.

Après la dixième heure, c'est l'artériectomie qui sera le plus souvent indiquée, associée à la même thérapeutique vaso-dilatatrice et spasmolytique.

Dans les deux cas, il sera indispensable d'augmenter le débit de l'irrigation périphérique en agissant sur l'énergie systolique (ouabaïne, digitale) et sur la pression artérielle générale (coramine, camphre soluble).

Enfin, très tardivement, c'est l'artériectomie qui sera la méthode de choix en présence d'une obstruction artérielle chronique.

Intervention sanglante et méthodes orthopédiques dans les fractures diaphysaires fermées de jambe

Par MM. R. Merle d'Aubigné, de Paris et J. Creyssel, de Lyon

En pareille circonstance, l'appréciation de la valeur d'une méthode est dominée par les notions de valeur du chirurgien et de valeur de l'organisation. L'avenir d'un blessé dépendra non seulement des idées thérapeutiques en cours mais aussi et beaucoup de la compétence de celui à qui il sera confié et de l'organisation matérielle du centre où il sera traité.

Ces réserves faites, la méthode orthopédique est susceptible aujourd'hui, avec un outillage moderne, d'obtenir très fréquemment une réduction parfaite.

De même, l'ostéosynthèse, pratiquée à bon escient, permet d'obtenir une proportion très forte de bons résultats.

Ceci explique pourquoi, en fait, certains chirurgiens accordent à l'ostéosynthèse des indications très larges (Leriche, Lambotte), alors que d'autres (chirurgiens allemands) l'emploient très peu.

(1) Voir *Concours Médical*, n° 45, 1937.

L'auteur verrait volontiers se faire, en France, une organisation rationnelle du traitement des traumatismes, s'inspirant de ce qui existe à l'étranger et ceci, à la fois pour les blessés et pour l'éducation des praticiens qui, en dehors des grands centres, ont à traiter les traumatisés.

Le traitement des fractures diaphysaires fermées de la jambe

Par M. Robert Danis, de Bruxelles

Le rapport de M. Robert Danis est surtout consacré à l'ostéosynthèse.

Communication :

Flottement du genou et réfection des ligaments croisés

Par Dupuy de Frenelle

Un certain nombre des accidents rattachés à des lésions méniscales sont dus en réalité à l'allongement qui suit la déchirure des ligaments croisés.

Le diagnostic de cette rupture peut se faire sur la jambe fléchie par l'observation d'un « mouvement de tiroir » et par la possibilité de faire tourner les plateaux tibiaux sous les condyles fémoraux.

L'allongement des ligaments croisés favorise la subluxation du fémur sur le tibia.

Lorsque les crises de subluxation se répètent et entraînent une impotence passagère de plus en plus marquée, il est possible de faire cesser ces accidents en rattachant solidement le fémur au tibia par un puissant ligament axile.

Pour être sans risque cette opération doit éviter d'ouvrir largement l'articulation du genou. Dupuy de Frenelle décrit les différents temps de l'opération qu'il pratique.

Il prélève un lambeau du fascia lata dont l'insertion tibiale est conservée. Il fait passer ce lambeau au travers du condyle interne et fixe l'extrémité supérieure de ce lambeau au tendon du troisième adducteur.

Cette opération est faite à la faveur de deux incisions : une interne qui découvre le tubercule du troisième adducteur, et une externe qui permet d'accéder sur l'espace intercondylien.

Un perforateur électrique bicoudé, muni d'un viseur dont le centre de mire est placé au voisinage du tubercule du troisième adducteur, permet de réaliser cette opération sans ouvrir largement l'articulation dont le ligament rotulien est intégralement conservé.

P. Lacroix.

Les Thèses

P. — Dr P. Le Gall. — **Erythème marginé rhumatismal.** (Thèse 1937.)

L'érythème rhumatismal est formé de plaques à contours polycycliques, de couleur jaune bistré ; son début est brusque, son évolution fugace.

Cet érythème est spécifique du rhumatisme articulaire aigu. Il est surtout rencontré chez l'enfant, exceptionnel chez l'adulte où seulement trois cas ont été signalés ; que ce soit chez l'enfant ou chez l'adulte, l'aspect de l'éruption est identique.

Il est toujours accompagné de cardiopathie qu'il peut même précéder ; dans ce cas, son apparition doit faire présumer une atteinte cardiaque qui se précisera ultérieurement.

L'érythème annulaire a une grande valeur pronostique ; chez l'enfant, il fait prévoir une atteinte longue, récidivante, et une terminaison souvent fatale. Chez l'adulte, le pronostic est plus bénin.

L'apparition de l'érythème marginé avant toute manifestation articulaire permet quelquefois de diagnostiquer la maladie rhumatismale.

Mp. — Dr J. Frigo Claros. — **La vaccinothérapie neurotrope.** Travail du service du Professeur Euzière. (Thèse 1937.)

Depuis les épidémies de grippe et de névraxite de 1917, le rôle des infections neurotropes n'a cessé de grandir. A l'origine des encéphalites, myélites, radiculites, névrites et polynévrites, on a pu constater dans un grand nombre de cas une étiologie *infectieuse indiscutable* quoique tous les efforts faits pour isoler un virus se soient montrés vains. La conclusion thérapeutique de cette conception nouvelle était d'appliquer à ces affections un traitement anti-infectieux. Von Œconomo avait recours à un neuro-vaccin à base de staphylocoques, prodigiosus et pyocyanique, associé à l'iodothérapie intensive et à l'urotropine.

Le Docteur Trigo Claros s'est attaché à étudier l'application de ce traitement.

Il a pu réunir une statistique importante portant sur des syndromes encéphaliques, médullaires, périphériques, méningés et psychiques. Il se dégage de son travail, que les résultats de l'application des lysats neurotropes et de la chimiothérapie associés sont d'autant meilleurs que : *a*) l'atteinte est plus périphérique ; *b*) l'affection plus récente ; *c*) le sujet plus jeune. Enfin, les résultats dans les atteintes sensitives sont meilleurs que dans les atteintes motrices.

Sur ses trente-cinq observations personnelles il a noté trente résultats favorables.

Dans les névrites avec douleurs ou paralysies, dans certaines névralgies, dans les polynévrites, les radiculites, le zona, les résultats sont vraiment remarquables et l'extinction des phénomènes dou-

loureux est rapide. Les séquelles d'encéphalite, la sclérose en plaques, les douleurs post-zostériennes tardives ne sont malheureusement pas aussi sensibles au traitement, mais à tout prendre cette thérapeutique vaccinale et iodée est encore celle qui paraît donner le plus d'améliorations et de rémissions. Au cours du tabès, dans les paralysies générales que l'on hésite à soumettre à la malaria ou qui l'ont déjà subie, au cours de l'évolution des hémorragies cérébrales et méningées et d'une façon générale pendant les périodes de régénérescence nerveuse les résultats obtenus sont intéressants.

L'application parallèle du vaccin et de l'iode semble agir à la fois par une succession de petits chocs à l'égard des états infectieux aigus et par un mécanisme encore obscur sur les phénomènes douloureux.

Au cours de ses observations l'auteur a noté dans tous les cas une chute de la tension ayant son maximum 40 à 60 minutes après l'injection vaccinale. Les réactions générales ont toujours été modérées. L'innocuité du traitement paraît entière avec quelques réserves pour les névrites du nerf optique.

Le vaccin employé par l'auteur, au cours de ses essais, était le staprolysat Toraude, équivalent français du neuro-vaccin allemand utilisé naguère par von Œconomo dans des cas exceptionnels et aigus qui sont maintenant de pratique courante, dans le traitement des névrites les plus banales comme dans les scléroses en plaques, encéphalites, hémiplégies, etc.

P. — Dr M. Billard. — **Organisation sanitaire dans les petites villes exposées à des calamités.** (Thèse 1937.)

L'auteur étudie l'organisation sanitaire à prévoir par les municipalités pour les villes exposées aux inondations, incendies, secousses sismiques, volcaniques, glissements de terrains, ouragans et cyclones. Il envisage, en particulier, la recherche du personnel sanitaire, les soins d'urgence, le transport des blessés, etc.

P. — Dr de Cagny. — **La boiterie, séquelle des coxalgies.** (Thèse 1937.)

Dans la démarche post-coxalgique, les troubles de la fonction d'appui ont un rôle essentiel. Ils constituent, chez les coxalgiques traités, l'élément primordial de la boiterie.

La fonction d'appui se trouve conservée dans les ankyloses complètes et solides, dans quelques rares cas de coxalgies mobiles qui ont un bon appui osseux, une bonne musculature péri-articulaire. Dans ces cas, la marche est toujours bonne.

La fonction d'appui est insuffisante : dans les ankyloses complètes, mais non solides ; dans la grande majorité des coxalgies mobiles. Dans ces cas, la marche est mauvaise.

Il convient à ce point de vue de n'attacher aucune importance à la fonction de mobilité au cours de la coxalgie. Bien au contraire, comme la plupart des coxalgies mobiles ont de l'insuffisance d'appui, on peut dire que la persistance de la mobilité est défavorable, en se plaçant uniquement au point de vue de la démarche.

L'arthrodèse de la hanche constitue un moyen de consolider l'insuffisance d'appui coxalgique.

P. — Dr R. Goyer. — **Technique de gastrectomie pour ulcère avec anastomose bout-à-bout gastro-duodénale.** (Thèse 1937.)

Bien que l'anastomose gastro-jéjunale après gastrectomie reste la méthode la plus en vogue à l'heure actuelle, l'anastomose gastro-duodénale conserve cependant, surtout à l'étranger, de nombreux partisans.

L'étude approfondie de l'opération de Péan montre que l'anastomose gastro-duodénale termino-terminale ne conduit pas à une résection économique de l'estomac. La sécurité de l'anastomose est avant tout une question de vascularisation du moignon duodénal.

L'anastomose de la tranche duodénale à la partie supérieure de la tranche gastrique, en évitant le point faible de l'opération de Péan, permet de rétablir le courant gastro-duodénal dans des conditions plus physiologiques.

La gastrectomie avec anastomose bout-à-bout gastro-duodénale, suivant la technique reprise par Shelton Horsley et préconisée en France par MM. Thalheimer et Fruchaud, est une opération satisfaisante, à condition d'être prudent dans ses indications.

P. — Dr R. Mignon. — **La circulation coronarienne et l'étude expérimentale des ligatures.** (Thèse 1937.)

Depuis l'ère électro-cardiographique, l'étude expérimentale de la ligature coronarienne a fait de grands progrès et, dans ces dernières années les chercheurs se sont rapprochés de la pathologie humaine en opérant sur les anthropoïdes supérieurs, établissant ainsi un certain nombre de faits qui permettent de mieux saisir certains aspects de la thrombose coronarienne chez l'homme. Les auteurs, après avoir pratiqué, sur une très large expérimentation, les différents types de ligature, concluent au diagnostic topographique très précis de l'obstruction coronarienne selon la déformation électro-cardiographique obtenue.

Des conclusions si strictes ne semblent devoir être acceptées chez l'homme qu'avec quelques restrictions.

L'étude des divers agents pharmaco-dynamiques sur le système coronarien intact a donné lieu à une très vaste exéprimentation permettant de placer les dérivés puriques au premier rang des vaso-dilatateurs coronariens. Récemment, les auteur sont étudié l'action de la théophylline-éthylène diamine.

P. — Dr R. Brandel. — **Les épreuves fonctionnelles respiratoires. Leur valeur dans l'appréciation de l'aptitude à l'effort.** (Thèse 1937.)

L'étude de la fonction respiratoire a un gros intérêt prophylactique, pour la prédisposition à la tuberculose pulmonaire et pour l'orientation des sportifs qui, non dirigés, peuvent s'exposer à des efforts disproportionnés à leurs moyens.

L'effort physique se caractérise, en effet, par des modifications respiratoires et l'on peut évaluer l'apitude à l'effort grâce aux épreuves fonctionnelles de la respiration.

P. — Dr Y. Inizan. — **Considérations sur le traitement des fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus chez les sujets âgés.** (Thèse 1937.)

Le traitement des fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus chez le sujet âge doit avoir comme but, dit le Docteur Inizan, la mobilisation fonctionnelle précoce de l'articulation de l'épaule. Cette mobilisation peut être obtenue sans douleur par des injections de novocaïne dans le foyer de fracture et autour de ce foyer suivant la technique du Professeur Leriche.

L'auteur répète les séances de massage et de mobilisation précoce tous les jours durant les quinze premiers jours ; puis tous les deux jours jusqu'à consolidation, celle-ci n'étant nullement entravée par la mobilisation. La mobilisation fonctionnelle précoce lui permet d'éviter les accidents graves, souvent consécutifs aux traumatismes de l'épaule chez les sujets âgés.

Il paraît utile de mettre, dans l'intervalle des séances de massage et de mobilisation, un appareil qui n'aura qu'un rôle de soutien, maintenant l'épaule en position de fonction, condition réalisée par l'appareil de Pouliquen.

THÉRAPEUTIQUE

Septicémie gonococcique traitée et guérie par la Vaccinothérapie

Par le Docteur Damien Laurent.

Nous croyons intéressant de rapporter l'observation suivante :

Le 23 août 1937, nous sommes appelé auprès d'un malade âgé de 30 ans. Etat de faiblesse considérable, pâleur ,sueurs profuses. La céphalée est presque continuelle et l'on note avec de vagues arthralgies, une rachialgie prononcée.

Localement il existe une orchite droite inflammatoire ; le testicule est volumineux, rouge, très douloureux. Petit écoulement urétral avec présence de nombreux gonocoques. Les urines sont foncées. La température du malade est de 40°.

Cet état septicémique dure depuis plusieurs semaines avec une fièvre irrégulière montant souvent à 40° et présentant cependant quelques rémissions suffisamment prononcées pour qu'au cours de l'une d'elles le malade ait pû reprendre son travail pendant quelques jours.

Une série de sept injections sous cutanées de vaccin « gonagone » est pratiquée aux doses croissantes de : 1/4 de c. c., 1/2 c. c., 3/4 de c. c., 1 c. c., 1 c. c., 1 c. c. Les six premières injections sont faites journellement et la dernière piqûre n'est pratiquée que quarante-huit heures après la sixième injection.

Dès le lendemain de la première injection, on note une chute rapide en lysis de la fièvre, qui disparaît définitivement dès le sixième jour du traitement. L'écoulement urétral est tari, et le testicule a repris son aspect normal.

Le malade se lève le 1er septembre et reprend son travail le 20 septembre complètement guéri.

De cette observation très nette, nous concluons à l'efficacité certaine de la vaccinothérapie gonococcique dans les états septicémiques, et nous notons également que l'on peut pratiquer sans aucun inconvénient une injection quotidienne de vaccin, sans déclencher pour cela des réactions locales ou générales notables.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

---

TRAVAUX ORIGINAUX

Bulletin de l'Actualité

LA COMPLEXITÉ ACTUELLE DES PROBLÈMES THÉRAPEUTIQUES

A la suite de l'article publié dans le nº 39 du *Concours Médical* du 26 septembre sur « *La complexité actuelle des grands problèmes thérapeutiques* », nous avons reçu du Docteur Guilbert, électro-radiologiste des hôpitaux d'intéressants commentaires que nous nous faisons un plaisir de publier *in extenso.*

« J'ai lu avec grand plaisir l'article de mon excellent ami Massart sur la complexité actuelle des grands problèmes thérapeutiques et sur la nécessité à ce point de vue surtout, d'une étroite collaboration, entre les spécialistes d'une part et le médecin traitant. C'est une thèse que j'ai souvent défendue moi-même, et on est toujours heureux de voir partager une opinion qui vous est chère.

« J'irai peut-être plus loin que lui, la thérapeutique ne progressera qu'à cette condition. Si nous regardons les organisations relativement récentes du reste, cette collaboration thérapeutique tend à se faire. Les Frauenkliniks mettent entre les mains d'un groupe hospitalier tous les moyens de thérapeutique, chirurgie, rayons X et agents physiques, et ce, sous une direction unique. Dans les centres de cancer, c'est ce qu'on a essayé inconsciemment de réaliser. Je ne veux dire ni aucun bien ni aucun mal des centres anticancéreux, quoi qu'il y aurait beaucoup à dire, ne fût-ce qu'à cause même de leur appellation un peu inhumaine. Quelques policliniques réaliseraient peut-être cette collaboration, si elles n'étaient pas d'abord commerciales, et si elles n'étaient pas une juxtaposition de spécialités qui exercent à des heures toujours différentes, pour cause économique. Je n'ai vu de collaboration réelle que dans les centres allemands, et ceci est une conséquence des défauts et des qualités de races différentes. En Allemagne, on travaille en groupe, le médecin français est outrancièrement individualiste.

« De plus, il faudrait que cette collaboration soit effective au point de vue compétence spécialiste.

« Chez nous, la spécialisation n'existe trop souvent que sur la plaque de la porte ou dans les annonces du Bottin. Autrement dit, il n'y a pas de diplôme de spécialiste ; je m'excuse de toucher là un point névralgique, mais enfin ce diplôme ne serait pas un surdiplôme, une restriction du diplôme de docteur en médecine, ce serait la certitude de la compétence de celui qui serait réellement spécialiste. Nous connaissons tous des radiologistes qui le sont sans avoir même mis les pieds dans un laboratoire, comme nous connaissons des chirurgiens qui ne le furent que par le hasard des affectations de guerre. Si bien que se spécialiser sans étude complémentaire, n'est qu'une opération commerciale qui consiste dans l'acquisition du matériel de spécialisation. Ce n'est pas notre spécialité de diagnostic radiologique que j'envisage ici, car le radiodiagnostic est du domaine de la médecine générale, comme l'auscultation, sauf pour quelques examens spéciaux. Mais il faudrait que le praticien ait au moins quelques notions hospitalières de ce mode de diagnostic. En revanche, l'exercice de la thérapeutique radiologique ou radiumthérapique devrait être interdite à ceux qui n'ont pas fait un stage de trois ans au moins, dans un service agréé. Dans la radiologie comme dans la chirurgie, l'action thérapeutique sans spécialisation est un danger public.

« Et quand il y aura un diplôme de spécialiste, car cela arrivera comme dans tous les pays du monde, il faudra que l'enseignement des spécialités soit plus hospitalier qu'universitaire, plus pratique que livresque. Un certificat universitaire n'est pas, à l'heure actuelle, une garantie de savoir, c'est à peu près comme un essai de trois mois, et souvent moins, vers l'acquisition d'une langue étrangère. Parfois le praticien en mal de spécialisation officielle est à

même de comprendre quelque chose quand il entend parler de sa spécialité récemment acquise, et c'est tout, il commence alors un apprentissage.

« Pour que la collaboration soit efficiente, il faudra en plus que l'enseignement même résumé de la Faculté pour les examens de doctorat ordinaire, soit plus complet. Or, la lecture du programme est savoureuse par l'insuffisance de cet enseignement. Alors seulement on ne parlera plus d'électricité pour rayons X, de radium ou d'ultra violet pour la radiothérapie de courte longueur d'onde.

« Sans aucun doute, la complexité des problèmes thérapeutiques ne serait pas résolue simplement par la spécialisation vraie. Il serait nécessaire de rationaliser la médecine. Il y a énormément de sociétés savantes dont cela devrait être la fonction mais, comme vous le dites si bien, chacun y prône son ours et les réunions dites scientifiques font aussi peu avancer la science que les réunions publiques, la politique.

« Pourquoi, pour éviter que chacun ne prône sa thérapeutique, ne pas faire comme à la société de biologie où toute communication doit se rapporter à un sujet nouveau, ou au moins à une orientation nouvelle d'un sujet connu ?

« Et puisque nous critiquons l'état actuel des choses, il faut avouer que la médecine a besoin d'une autre méthodologie. Du fait que la médecine est une science d'observation, elle est une science expérimentale essentiellement, et ma foi, cela a donné une thérapeutique un peu touffue. Mais il y a maintenant assez d'acquis, pour établir des règles générales et quelques lois de base reposant sur la physiologie et sur l'anatomie pathologique. Un exemple montrera mieux que toute discussion philosophique cette cause de complexité apparente. Quelles sont les indications de la thérapeutique radiologique ? L'action des rayons X ? Peu de médecins connaissent la radiophysiologie et comme nous traitons pas mal de maladies chroniques, on nous adresse systématiquement tous les incurables, ayant épuisé les piqûres et la chirurgie même, cela sans diagnostic, avec la seule indication : « quelques séances de rayons X ». Pourquoi ? parce que le praticien ne sait plus que faire.

« La question que soulève mon ami Massart est si complexe à son tour que nous ne pouvons espérer ni lui ni moi la voir résolue. Elle pourrait l'être par un langage précis et simplifié, par une spécialisation réelle, par une rationalisation désintéressée, par une révision des méthodes d'enseignement. Cela se fera, mais pas immédiatement.

Dr GUILBERT,
Electroradiologiste des Hôpitaux. »

J'ai lu avec plaisir les réflexions de Guilbert et sa longue expérience de la radiologie lui permet de faire toucher du doigt bien des points faibles de la spécialisation médicale, telle qu'elle est actuellement pratiquée.

La compétence du spécialiste devrait être reconnue et affirmée d'une façon telle, qu'il ne soit plus possible de s'intituler chirurgien, radiologue, dermatologiste....., sans avoir fourni la preuve d'un apprentissage réel et d'une connaissance suffisante de la spécialité que l'on va exercer.

On a parlé de diplômes, de certificats, de stages, moi-même j'ai vigoureusement défendu, à une époque le diplôme de chirurgien : en réalité c'est au moment où il s'installe, que le spécialiste devrait fournir la preuve de sa compétence. Ce serait une espèce d'épreuve sur titres, jugée par une Commission composée de membres du Corps enseignant, de membres des Syndicats qui prononcerait le « *dignus intrare* ».

La spécialisation doit se faire, après les études ; EN CRÉANT UN DIPLÔME UNIVERSITAIRE, il est à craindre qu'on voie les Facultés faire des spécialistes qui n'auront aucune culture médicale générale. Plus que jamais, c'est la culture médicale générale qui est indispensable au spécialiste, pour lui permettre de réaliser une collaboration utile au traitement de ces grands problèmes thérapeutiques que nous avons envisagés.

Dr Raphaël MASSART.



MÉCANICIEN PROPRIÉTAIRE D'UN CABINET DENTAIRE PANONCEAU AVEC L'INSCRIPTION « CHIRURGIEN-DENTISTE »

Le secrétaire d'un Syndicat médical nous demande (lettre 4.586) si un mécanicien-dentiste, propriétaire d'un cabinet dentaire, peut indiquer ses nom et qualités, puis ajouter un panonceau sur lequel figurent les mots « chirurgien-dentiste ».

Les opérateurs qu'il engage et qui se succèdent dans ce cabinet, sont, paraît-il, régulièrement munis du diplôme de chirurgien-dentiste. Mais jamais leur nom ne figure sur la porte, sur le panonceau, ni sur les feuilles d'ordonnances.

N'y a-t-il pas, de ce chef, quelque chose d'anormal, en supposant même — ce qui est douteux — que tout se passe régulièrement dans ce cabinet et que la profession de dentiste soit simplement exercée par le diplômé, alors que le mécanicien ne s'occupe exclusivement que de sa prothèse ? Une action judiciaire pourrait-elle être engagée, pour que soit tranchée cette question, s'il y a un doute dans la loi ?

Le problème est délicat. A ma connaissance, il n'a pas fait l'objet de décisions jurisprudentielles.

Théoriquement et juridiquement, un mécanicien-dentiste peut être le propriétaire d'un cabinet ; mais il a le devoir de faire exploiter ce dernier par un diplômé, docteur en médecine ou chirurgien-dentiste.

Le contrat qui lie le mécanicien au diplômé peut très bien n'être qu'un simple contrat de louage de service. Dans ces conditions, le mécanicien propriétaire peut, par un panonceau, indiquer au public que le cabinet est géré par un chirurgien-dentiste.

On pourrait soutenir — et je me fais l'avocat du diable — que pareil panonceau se voit sur des balcons, ou à des étages. N'aperçoit-on pas fréquemment de grosses lettres dorées : « chirurgien-dentiste ; docteur-dentiste ; docteur-médecin » sans que le nom du praticien soit mentionné ? Les Syndicats de praticiens ne semblent pas avoir réagi contre ces mœurs, quelque peu réclamistes.

Ne voit-on pas nombre d'établissements publics ou privés (hôpitaux, cliniques, Instituts divers) faire savoir aux public que des soins sont distribués dans l'établissement, sans que les noms des praticiens soient dévoilés ? Le malade qui souffre d'une dent est donc incité à venir consulter le chirurgien-dentiste, dont il ignore complètement le nom et les qualités, attiré qu'il est par le panonceau, d'allure quasi-commerciale et non pas par la valeur professionnelle du dentiste.

Il convient cependant de faire observer que si un mécanicien-dentiste devient l'acquéreur d'un cabinet dentaire, de même si certaines maisons d'appareillage et d'instrumentation dentaires équipent des cabinets, fréquemment à crédit, au profit de personnes, qui ne sont pas munies d'un des deux diplômes exigés par la loi, c'est dans un but de lucre plus ou moins illicite. Très souvent, ces personnes s'imaginent qu'il leur suffit d'utiliser les services à gages d'un opérateur diplômé, pour couvrir un exercice illégal, que le mécanicien n'hésitera pas parfois à pratiquer.

Voilà pourquoi, à la demande de ceux des Syndicats dentaires, dont je suis le conseiller médico-juridique, j'ai inscrit, dans les projets de modifications à apporter à la loi de 1892, l'obligation, pour un Tribunal correctionnel, de prononcer la saisie du matériel professionnel, au profit du Trésor, en cas de condamnation pour exercice illégal. Frapper à la caisse, c'est le meilleur argument. Si le matériel est saisi, puis vendu au profit de l'Etat, mécaniciens et maisons d'installations ne se soucieront plus désormais de créer des officines illégales. La peine sera plus efficace que les quelques francs d'amende, actuellement prévus par l'article 18 de la loi du 30 novembre 1892.

Cette proposition de confiscation du matériel professionnel n'est pas une innovation en droit. Les délits de chasse, ou de pêche, comportent la sanction de la confiscation des engins. Une loi italienne, du 6 mai 1928, décide aussi : Article premier : « Quiconque, ne possédant pas « les titres légaux professionnels, exerce une « profession sanitaire, est puni d'une amende de 500 à 2.000 lires. En cas de récidive de un à trois mois de prison et d'une amende de 2.000 à 5.000 lires.

« Le matériel employé pour commettre le délit « visé par cet article est confisqué. En attendant « la décision de l'autorité judiciaire, le Préfet « de la province peut ordonner la fermeture du « local où a été abusivement exercée la profes- « sion sanitaire et, en même temps, il peut met- « tre sous séquestre le matériel employé. »

On ne plaisante donc pas, en Italie, avec les exploiteurs de la santé publique. On confisque leur matériel professionnel et, par autorité administrative, on peut mettre sous séquestre ce matériel et faire fermer le cabinet, pour attendre avec patience la décision des juges répressifs.

En France nous sommes paralysés par la législation de 1892, qui ne réprime l'exercice illégal

que d'une façon illusoire. Qu'il me soit permis, à ce sujet, de citer un arrêt de la Cour de cassation, Chambre criminelle, du 10 mai 1937, précisant que ni la loi du 30 novembre 1892, sur l'exercice de la médecine, ni les articles 161 à 189 du Code d'instruction criminelle n'autorisent le juge à ordonner la fermeture d'un cabinet, où l'art dentaire est illégalement exercé par un mécanicien-dentiste non pourvu du diplôme de chirurgien-dentiste.

Quand donc, pour protéger la santé publique, le législateur français trouvera-t-il le temps d'aborder l'étude des modifications à apporter à la loi de 1892 ? Personnellement, je suis l'auteur d'un projet, qui permettrait de punir radicalement tous ceux qui, sans diplôme, font croire aux malades qu'ils ont le pouvoir de soulager ou de guérir l'humanité souffrante, alors qu'ils ne vivent que de cette exploitation éhontée de la crédulité humaine toute faite du désir de guérison.

Que peut faire le Syndicat, dans le cas qui m'est soumis ? Il importe tout d'abord de provoquer une enquête discrète, pour vérifier si *le cabinet est régulièrement* géré, c'est-à-dire si le praticien diplômé est bien seul à pratiquer sa profession, alors que son employeur, le *mécanicien, reste dans son* atelier de prothèse et ne s'occupe que d'appareillage. Dans ce cas, ne pas soulever le litige du panonceau.

Il faut savoir si ce mécanicien ne traite pas des malades personnels, soit en utilisant un second fauteuil, soit en exerçant illégalement, lorsque l'opérateur a terminé ses heures de présence.

Il convient encore d'envisager la question sous un autre angle : le législateur de 1892 a voulu que le public et l'Administration préfectorale connaissent la véritable identité du praticien, qui a le droit légal de donner des soins. L'article 9 de la loi du 30 novembre 1892 fait défense, par son dernier alinéa , aux praticiens d'exercer l'art de guérir sous un pseudonyme.

Le Syndicat médical, ou dentaire pourrait donc intenter un procès au mécanicien, sous deux inculpations : la première, c'est une usurpation du titre de chirurgien-dentiste, en laissant croire au public que c'est lui-même et non son opérateur, qui possède le grade ; en second lieu, pareils agissements constituent une violation de l'article 9 de la loi de 1892, du moment où c'est le nom du mécanicien — et non pas celui du praticien diplômé — qui est présenté au public. L'opérateur exerce, par conséquent, sous le couvert d'un pseudonyme.

La question mériterait d'être soumise aux Tribunaux soit correctionnels, soit civils. Aux juges répressifs, on pourrait arguer de la violation de la loi de 1892, article 9 et — en cas d'exercice illégal — articles 16 et 18.

On pourrait également soutenir que les pénalités prévues par l'article 259 du Code pénal sont applicables, étant donné qu'il y a usurpation d'un titre légalement réglementé (loi du 26 mars 1924).

Mais si l'on craignait que les magistrats correctionnels n'acquittassent le prévenu, sous prétexte qu'il n'y aurait qu'une tentative de délit et non délit nettement constitué, le Syndicat pourrait adopter la voie civile et demander, à titre de dommages-intérêts, qu'il soit fait défense, sous astreinte, d'utiliser une plaque laissant croire au public que le propriétaire matériel du cabinet est réellement chirurgien-dentiste.

L'étude du dossier et des circonstances de fait me permettraient de donner un conseil juridique plus précis, pour que le Syndicat puisse porter le débat, devant le Tribunal compétent, avec l'idée de poursuivre le procès jusque devant la Cour suprême.

En tout cas, je ne saurais trop conseiller la prudence aux jeunes opérateurs, auxquels personne n'a appris les notions élémentaires du Droit médical, pendant leurs études. On ne peut pas, de son diplôme, couvrir l'exercice illégal de la profession de médecin, ou de dentiste. Le diplômé ignorant du Droit, de ses obligations, risque d'être entraîné dans des poursuites correctionnelles, recherché qu'il sera comme complice de son patron mécanicien, inculpé au premier chef d'exercice illégal de la profession de dentiste.

Que de fois, j'ai assisté dans mon cabinet à des scènes de désespoir, alors que certains confrères, fraîs moulus de la Faculté, avaient cru trouver de suite une situation intéressante, en louant leurs services à des entrepreneurs sans scrupules, qui exploitaient la candeur naïve de ces jeunes praticiens.

En tout cas, si le mécanicien fait de l'exercice illégal, il sera retenu contre lui, comme circonstances aggravantes, le fait d'attirer la clientèle par une affiche fallacieuse, en ce sens qu'il laisse croire aux malades que, pendant toutes les heures d'ouverture du cabinet et même en cas d'urgence, celui qui donne des soins est légalement titulaire du diplôme exigé par la loi, pour exercer la profession de dentiste.

Je conclus qu'il appartient au Syndicat de faire une enquête discrète, sur le vu de laquelle je pourrai ensuite donner le conseil qui pourra permettre la répression de toutes ces illégalités.

Dr Paul BOUDIN.

L'AUTOPSIE MÉDICO-LÉGALE ET LES MÉDECINS PRATICIENS

Par le Docteur Guy HAUSSER

Médecin légiste

Préparateur du Cours de Médecine légale à la Faculté de Paris

I. — Généralités

L'autopsie médico-légale diffère essentiellement dans son but des autopsies d'hôpital, ou de celles pratiquées pour des recherches anatomiques.

L'autopsie médico-légale est ordonnée en vue de constituer un *témoignage*, que le magistrat demande à un médecin compétent. Il est donc essentiel de ne jamais perdre de vue que ce témoignage doit être clair, méthodique, complet. Il doit rapporter les faits observés et se garder de toute interprétation, surtout lorsque le praticien n'a pas eu connaissance des autres éléments du dossier (enquête, etc...) Observons que le médecin légiste n'est pas tenu de donner les causes précises de la mort. Celles-ci sont parfois évidentes, mais bien souvent on ne trouve que fort peu de renseignements permettant d'étayer avec certitude un diagnostic (étant donné la conservation plus ou moins bonne du cadavre). Dans le cas où la cause de la mort n'est pas évidente le médecin doit rechercher avant tout s'il y a eu des violences *ou tout signe pouvant faire suspecter l'intervention de tiers.* Si le praticien ne trouve rien d'anormal il doit le signaler et, éventuellement, demander au magistrat de faire effectuer des recherches toxicologiques complémentaires.

Par qui le praticien peut-il être commis ?

A) En cas de flagrant délit (art. 41, 43, 44 du Code d'instruction criminelle), par le Procureur de la République ou ses officiers de police auxiliaires. Ces magistrats peuvent se faire accompagner d'un médecin, lui demander de faire des constatations, de présenter un rapport après avoir préalablement prêté, devant le magistrat, serment sur son honneur et sa conscience.

B) Les juges d'instruction peuvent commettre des experts dans les affaires en cours. Les experts doivent être français et, hors le cas de flagrant délit mentionné ci-dessus, pris sur les listes dressées au début de chaque année judiciaire par les Cours d'appel.

C) En cas d'accident mortel du travail : l'art. 12 de la loi du 9 avril 1898 (étendu à la loi sur les maladies professionnelles de 1919) précise qu'en cas d'accident mortel ou pouvant entraîner une incapacité permanente absolue ou partielle de travail, le Juge de paix procède dans les vingt-quatre heures à une enquête dans laquelle il doit rechercher plus spécialement la nature des lésions. Le Juge de paix peut donc commettre un médecin aux fins d'autopsie, en matière d'accident du travail.

Tels sont les trois cas les plus fréquents pour lesquels les autopsies sont requises. Plus rarement, dans certains cas, elles peuvent également être demandées : par le Président de la Cour d'assises (en vertu de son pouvoir discrétionnaire), par la Haute Cour et, également, en temps de guerre pour l'examen de certains morts, afin d'en tirer les conclusions utiles pour la défense nationale (exemple : gaz asphyxiants).

Enfin, les familles peuvent demander elles-mêmes, l'autopsie pour des raisons qui leur sont particulières. Dans ces cas, *il suffira* au praticien chargé de l'opération *d'avertir* le commissaire de police.

II. — L'autopsie

L'autopsie doit se pratiquer comme un examen clinique d'une façon très minutieuse et ordonnée. Il faut toujours suivre la même marche, même si la cause de la mort peut sembler évidente.

Pour mémoire, nous rappelons la nécessité de préciser la *position* du corps, et l'étatdes lieux si l'autopsie se fait à l'endroit du crime ou de l'accident. L'examen des vêtements, quand il est possible, peut également donner de précieuses indications.

Il convient d'abord de donner les *caractéristiques générales du cadavre* : race, sexe, âge approximatif, taille, état de conservation, odeurs et colorations particulières.

Examen du cadavre : doit être fait toujours dans le même ordre :

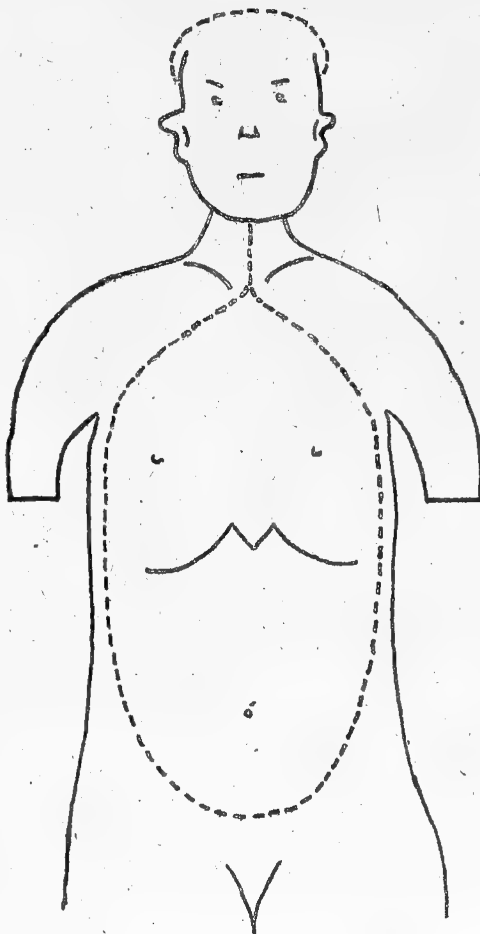
a) Le cadavre déshabillé étant allongé sur le dos, on commence par examiner les pieds en remontant progressivement jusqu'à la tête. Ensuite, on retourne le cadavre sur le venter et l'on redescend de la tête au talon. On recherchera en suivant la marche indiquée : les déformations, callosités, cicatrices, déformations professionnelles... L'examen des *organes génitaux externes* doit être fait soigneusement, mais il ne faut pas oublier que les phénomènes de rigidité cadavérique entraînent des aspects spéciaux des orifices vaginaux et rectaux, qu'il faut se garder de confondre avec les aspects que l'on peut voir dans les viols.

Noter la possibilité de présence de taches de

sperme, leur forme, leur nombre (songer à leur dispersion, importante en cas de viol), de taches de sang... enfin, s'il y a des tatouages, les décrire soigneusement, les mesurer et les situer par rapport à un point donné du cadavre.

L'examen des *membres supérieurs* doit être fait de la même façon méthodique : les bras (rechercher les ecchymoses au voisinage du coude, signe de lutte).

L'examen des mains est extrêmement important : voir si l'on n'y trouve point de cheveux ayant pu appartenir au meurtrier, des traces de blessure récente, des tatouages par arme à feu (suicide), des amputations anciennes, des déformations professionnelles, des malformations, des empreintes digitales (mentionner si celles-ci ont déjà été prises par les services de l'identité judiciaire).



L'*examen du cou* : sillons de strangulation et faux sillons, coloration, cicatrices, empreintes de doigts et d'ongles.

Examen de la tête : bouche, dents (absence, malformations, appareil de prothèse), le nez, les yeux (possibilité d'ecchymoses en cas de fracture du crâne) le cuir chevelu, les oreilles.

L'examen du dos, aisselles, lombes, plis interfessiers et face postérieure des cuisses et des jambes terminera cet examen d'ensemble du cadavre.

b) Avant de pratiquer l'autopsie et après avoir terminé cet examen extrêmement important on recherchera trois autres éléments essentiels : la *rigidité cadavérique*, les ecchymoses et lividités.

En ce qui concerne la rigidité cadavérique, ne pas oublier qu'une fois rompue elle ne peut plus se rétablir et qu'elle est parfois rompue aux membres supérieurs et non aux membres inférieurs quand on a déshabillé le cadavre.

Les *lividités* cadavériques elles aussi doivent être soigneusement précisées. On sait qu'elles siègent aux points déclives et qu'une fois fixées elles ne peuvent disparaître (cette position des lividités peut permettre, dans certains cas, d'affirmer qu'un cadavre a été manipulé entre le moment de la mort et celui de la découverte du crime). Noter leurs positions, leur intensité et dans certains cas l'apparition de lividités dites paradoxales (intoxication par l'oxyde de carbone).

c) Les ecchymoses : *du plus haut intérêt pour le magistrat car elles sont la signature de violences ante-mortem.* Les ecchymoses consistent en un épanchement plus ou moins abondant de *sang coagulé.* Elles peuvent être superficielles ou profondes. Pour les rechercher *on pratiquera systématiquement de larges incisions* sur tout le corps et les membres (le médecin légiste ayant toute latitude pour rechercher les traces de violence). Ces incisions doivent se faire très profondément. On en fera en particulier aux jambes, aux cuisses, aux bras, aux avant-bras, aux mains, au cou et au dos. Ces incisions sont indispensables, elles permettent par ailleurs de préciser la profondeur des ecchymoses et des plaies superficielles, de distinguer les ecchymoses des *plaques parcheminées* (simples dessications du derme qui n'ont pas la même valeur médico-légale).

Il peut être également utile d'examiner avec une sonde cannelée les orifices des plaies par arme à feu ou arme blanche. Mais il faut se méfier de créer des *faux* trajets. En cas de plaie par arme à feu : laver soigneusement l'orifice, rechercher les tatouages faits par la poudre.

d) Nous en arrivons à l'autopsie proprement dite, qui parait essentielle, mais qui en réalité est grandement facilitée par l'examen minutieux et préalable du cadavre.

Quelle que soit la cause de la mort, même si évidente qu'elle puisse paraître, *toutes les cavités doivent être ouvertes.* Tous les organes doivent être examinés. Même s'ils paraissent normaux, il faudra le mentionner dans le rapport. Il ne faut pas que sous prétexte que tel organe semble normal on n'en parle point, car il peut être loisible plus tard aux avocats de soutenir que cet organe présentait telle ou telle lésion et que la mort pouvait en résulter.

On commencera en faisant une incision partant du menton et allant jusqu'au manubrium-sternal. Désarticuler les deux articulations sterno-claviculaires, puis faire une large incision qui suit le pourtour du thorax passant au-dessus puis en dehors des seins, descendant sur la ligne axillaire, passant à un doigt en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure et à trois travers de doigt au-dessus de la symphyse pubienne. Remonter de l'autre côté. On commence par relever le large plastron constitué par les muscles abdominaux. Sectionner les côtes avec un costotome puissant. Sectionner le diaphragme et retirer ainsi en bloc tout le plastron thoraco-abdominal. Cette méthode permet d'avoir une vue d'ensemble de tous les organes *in situ*.

S'arrêter à ce moment de l'autopsie et bien regarder les lésions possibles : poumons, plèvre, cœur, estomac, foie, intestins. Cette vue d'ensemble est importante et peut permettre de suivre les trajets de plaie par arme à feu ou arme blanche.

1° **Cavité thoracique.** — Enlever, soit tous les organes en bloc, soit un à un (méthode la plus courante) : ouvrir le *péricarde*, l'examiner ainsi que le contenu de la cavité péricardique, prélèvement du *cœur*, examen extérieur du cœur (surcharge graisseuse, plaques calcaires) ouverture du cœur (examen des quatre cavités, des orifices, mitrale et aortique surtout), noter l'état du sang à l'intérieur du cœur (vacuité ou caillot), examen de la base de l'*aorte* (souplesse, athérome, perméabilité des vaisseaux coronaires).

Les *poumons*, les libérer des adhérences. Noter leur forme, leur couleur, leur consistance, leur poids, leur aération. Pratiquer de larges incisions, faire éventuellement les différentes épreuves de docimasie.

2° **La cavité abdominale.** — Noter la possibilité d'adhérences péritonéales, puis examiner : le *foie* (aspect, poids, consistance, dégénérescence), la *rate*, les *reins* (se décapsulent-ils facilement ?) les capsules surrénales, le *pancréas*, l'*estomac* et son contenu.

Dans certains cas il peut être utile d'enlever toutes les anses intestinales et les ouvrir avec un entérotome, de rechercher les perforations et la nature du contenu.

Examiner le petit bassin et ses organes. Il peut être bon parfois d'inciser les psoas (en cas de fracture du bassin). Ne pas oublier l'aorte thoracique et abdominale (anévrysme et athérome).

Chez la femme, examen des annexes génitales et de l'utérus. Enlever le tout en bloc en sectionnant le vagin ou bien faire une symphiséotomie et enlever en bloc les annexes, la vessie, l'utérus, le vagin, les organes génitaux externes et le rectum. Chez l'homme examiner la prostate.

3° **Cavité cranienne.** — On a déjà recherché les plaies et les ecchymoses du cuir chevelu. On sectionne ce dernier d'une oreille à l'autre. On récline les deux lambeaux cutanés en avant et en arrière. Sectionner les muscles temporaux, ouvrir le crâne à la scie, ne jamais utiliser de marteau, ne jamais frapper afin de ne pas provoquer de fracture, difficile à différencier de fracture préexistante. Examiner les méninges, les ventricules, le cervelet, le bulbe, examen des vaisseaux de la base (possibilité d'anévrisme, de tumeur). Examen soigneux des os du crâne, et recherche des fractures.

4° Après l'ouverture des trois cavités il reste un quatrième examen à pratiquer et *à ne jamais oublier*, car il donne parfois l'explication d'une mort subite : c'est l'*examen du cou* : rechercher les sillons de strangulation et voir s'ils correspondent à des ecchymoses des muscles sous-jacents. Noter l'état du corps thyroïde. Ouvrir la trachée, voir s'il n'existe point de régurgitations alimentaires et surtout la possibilité de *corps étrangers* du larynx et des grosses bronches.

En cas de plaie par arme à feu, distinguer soigneusement l'orifice d'entrée de l'orifice de sortie. Au cas où on ne trouverait point ce dernier il est absolument nécessaire de rechercher le projectile. Cette recherche est parfois très laborieuse, aussi il est nécessaire de faire attention et d'éviter que la balle ne puisse se perdre au cours de l'autopsie. Notons également que dans certains cas il peut être utile d'examiner la colonne vertébrale.

5° Si l'on n'a pu déterminer avec précision la cause de la mort il peut être nécessaire de soumettre les *viscères à l'examen d'un toxicologue*. Pour cela les différents organes seront répartis en plusieurs flacons scellés. permettant ultérieurement la recherche toxicologique si ultérieurement le Juge l'estime nécessaire. Rappelons également qu'au cours de l'autopsie deux recherches extrêmement rapides peuvent et doivent être pratiquées même si le Juge d'instruction ne l'a point précisé (à la condition que le médecin ait à sa disposition un laboratoire à proximité) : l'oxyde de carbone et l'alcool éthylique.

Voici, maintenant, quel est le contenu d'une *trousse d'autopsie* utile à prévoir lorsque le praticien est appelé à opérer en *pleine* campagne, loin de tout centre spécialisé.

Deux tabliers, deux blouses et deux torchons.

Une scie (grande scie égoïne 72 cm. de long).

Un grand costotome.

Eventuellement, l'appareil de contention du crâne.

Un marteau à cerveau et un ciseau à vertèbres.

Les instruments restants et le matériel mentionné ci-dessous peuvent être mis à l'intérieur d'une boîte (de préférence inoxydable) :

Trois paires de gants Chaput.

Une sonde cannelée.
Deux bistouris Farabeuf.
Deux couteaux à cerveau.
Une paire de ciseaux à bouts ronds.
Une paire de ciseaux à bouts pointus.
Un entérotome.
Une pince à disséquer.
Une rugine.
Une bobine de fil.
Une grande aiguille à recoudre.
Il est utile de prévoir, en outre :
Une petite boîte pour prélèvement d'organes et un tube de verre inclus dans un tube de bois creux, pour prélèvement de sang (alcool et oxyde de carbone).

III. — Le rapport d'autopsie

Il s'agit de concrétiser le témoignage qui est ainsi adressé à des magistrats. Il doit être rédigé en termes clairs et compréhensibles, exposer les faits, les anomalies, sans chercher systématiquement à les interpréter, l'interprétation devant être faite par le Juge qui a en mains tous les autres éléments du dossier de l'affaire.

Un rapport débute toujours par l'énoncé du nom et des qualités de l'expert et par la reproduction de l'ordonnance, de la Commission d'expertise :

« Je soussigné .... docteur en médecine...
« commis par ordonnance de ..... en date du
« ..... ainsi conçue ....
....
« serment préalablement prêté, certifie m'être
« rendu le .... à .... pour procéder
« à l'autopsie du cadavre du nommé..........
« à l'effet de déterminer ..... et ai constaté ce
« qui suit :

« Le cadavre qui m'a été présenté comme « étant celui du nommé .... (ne jamais « affirmer sauf si l'on connaissait la victime).

« 1° Aspect général du cadavre (reprendre « tout l'examen que nous avons indiqué ci-dessus).

« 2° Ouverture du corps : tête, cou, thorax, « abdomen, à la fin de ce chapitre sous l'ouver« ture du corps et suivant les cas on reprendra : « soit la description minutieuse du projectile et de son calibre, l'examen minutieux des « organes génitaux, des plaies, des fractures, etc.

« 3° Discussion : *A*) Résumer les principaux « faits anormaux observés en les énumérant. « *B*) Si l'on a quelques données sur le dossier, « voir si ces données concordent avec les faits « anormaux observés.

« *C*) Discuter la possibilité d'accident, de « crime ou de mort naturelle.

« 4° Conclusion : Les conclusions doivent « toujours être très brèves, très concises et très « claires :

« *A*) La mort est due à ....

« *B*) En cas de plaie par arme à feu donner les « caractéristiques de la balle et de l'arme.

« En cas d'intoxication alcoolique ou oxy« carbonée donner les chiffres.

« *C*) Il existe (ou n'existe pas) d'autres traces « de violence.

« *D*) Les différents organes sont (ou ne sont « pas) de bonne valeur physiologique.

« Le rapport doit se terminer en datant et en « signant :

« Fait à .... le .... (1) ».

Il est bon de faire ce rapport en double ou triple exemplaire et d'en garder un soigneusement en vue de demandes ultérieures.

Tels sont les éléments essentiels et la méthode à suivre pour pratiquer les autopsies. Il est évident qu'il est nécessaire avant de les pratiquer de connaître les principales causes de mort médico-légales et pour cela un petit coup d'œil dans les traités classiques de temps à autre n'est pas inutile.

(1) On trouvera *a*) d'excellents schémas de rapport d'autopsie concernant différentes possibilités de causes de mort, dans le Traité de Médecine légale de Monsieur le Professeur BALTHAZARD (pages 646-653. Edit. 1928, Baillière, éditeur) ;

b) Plus en détail cette étude dans le chapitre des autopsies de la « Pratique médico-légale » de MM. Dérobert et Hausser, actuellement sous presse. (Doin, éditeur).

c) Pour ne pas alourdir cet exposé nous n'avons point parlé des autopsies de fœtus et de nouveaux-nés. Nous en parlerons ultérieurement.

VARIÉTÉS

Les médecins qui aiment le vin

Ils sont nombreux. Autrefois dans les campagnes on avait particulièrement confiance en ceux qui l'aimaient trop. Dans une localité, s'il y avait plusieurs praticiens, le meilleur était celui qu'il fallait consulter avant midi, car après...

Cette légende a disparu parce que certains grands thérapeutes ont prôné l'abstinence : les praticiens ont emboîté le pas et, pendant de trop nombreuses années, les eaux minérales ont connu sur les meilleures tables la faveur des clients snobs. Les Américains, avec l'ampleur qui caractérise leurs manifestations, ont poussé les choses à l'extrême : ils ont inventé le régime sec, véritable catastrophe pour leur nation. Le pays s'est trouvé inondé par les alcools clandestins hypertoxiques, et terrorisé par les gangsters. Ils ont maintenant recouvré la raison et l'usage du vin, mais il semble bien qu'ils ont gardé pour toujours la race détestable née du régime sec.

Les Français sont plus sévèrement régis par les lois de l'équilibre. Ils ont compris que les aliments naturels, même modifiés par la fermentation, ne pouvaient être proscrits sans une étude scientifique approfondie. Il est plus facile de digérer le pain que la galette de froment, la choucroute que le chou, les fromages que le lait brut, le saucisson que le porc frais : pourquoi condamner tous les gens à engloutir des raisins pendant quelques semaines et les priver pendant le reste de l'année du jus de raisin loyalement fermenté ? Une association s'est fondée pour étudier la question. Elle comprend un grand nombre de praticiens sous la présidence du Professeur Portmann, sénateur girondin ; la section parisienne est dirigée par le Docteur Weissenbach, médecin des hôpitaux de Paris, avec le Docteur Gottschalk comme secrétaire général. Ce dernier qui est spécialisé dans les maladies de la nutrition est un gastronome des plus érudits. Il a inventé des plats fameux et beaucoup écrit sur la question.

Cette association dite « des médecins amis du vin » a déjà fait de la bonne besogne et des beaux voyages. A l'occasion des Journées médicales de l'Exposition, elle a tenu ses assises le 3 juillet dernier à la mairie du Centre Rural. On a eu le plaisir d'entendre le Professeur Loeper mettre au point la question de l'usage et de l'utilisation du vin. Si la forme de son rapport a été empreinte d'une charmante érudition littéraire, le fond a été sévèrement ordonné par la clinique et l'expérimentation. Il a parlé spirituellement, mais en professeur de thérapeutique. Par les expériences qu'il relate et dont quelques-unes lui sont personnelles, il établit que le vin est un excitant des cellules nerveuses et des cellules endocriniennes. Les travailleurs intellectuels, orateurs, musiciens, peintres et poètes lui doivent quelques-uns de leurs chefs-d'œuvres. La force de la cellule musculaire est augmentée : les entraîneurs professionnels ne peuvent le nier, mais estiment que cette excitation momentanée est suivie d'une dépression à éviter.

Les expériences de Loeper lui-même et d'Apert ont montré que le vin pénétrant dans l'estomac produit une leucopédèse fort utile, qui d'étage en étage se propage à tout l'intestin. Il excite le sympathique, et non le vague, et contribue ainsi à faire tolérer certains aliments difficiles. C'est un cholagogue. Il augmente la résistance à l'infection. Il a en somme des qualités précieuses et indéniables, mais, en arbitre impartial, le Professeur Loeper signale les désordres graves qu'un usage exagéré et continu peut provoquer. Ses conclusions sont plus prudentes que son exposé le laissait espérer : « à dose faible, dit-il, il paraît inoffensif et quelquefois utile, à doses répétées « il peut causer des réactions durables et des « lésions. Il faut se garder d'un enthousiasme « irréfléchi aussi pernicieux que le mépris sys- « tématique... ». Cette prudence du maître thérapeute s'explique : il ne veut pas provoquer par trop de précisions favorables la tendance des enfants de Noé à abuser de son invention délectable. Pour un peu il aurait refusé, tel un sénateur, l'affichage, c'est-à-dire l'impression de son étude, si documentée, dans le *Bulletin* de la Société.

Après lui, les deux rapporteurs Eylaud et Gottschalk ont rendu compte d'un referendum médical à propos du vin. Ils ont interrogé 4.686 médecins de tous pays, dont 1.590 français. Les résultats de ce referendum sont extrêmement intéressants, et tous les auditeurs ont souhaité qu'il soit continué et étendu. Un tel travail ne peut être résumé. Nous pouvons dire cependant que sur les 1.590 médecins (interrogés au hasard de l'Annuaire) il n'en existe que 133 qui sont abstinents et 140 qui interdisent le vin absolument. Réflexion : il y en a donc sept qui boivent et ne veulent pas que les autres boivent. A l'autre extrémité 272 le proclament indispensable. Le centre forme un bloc imposant — 1.242 — qui le considèrent comme utile. Une fois de plus c'est au milieu que se tient la vérité : *in vino* et *in medio veritas* !

Un déjeuner servi au restaurant du Centre

Rural dans un décor rustique réunit ensuite les assistants, très disposés à expérimenter sur eux-mêmes les heureux effets de cette leucopédèse progressive découverte par le Professeur Loeper. A cet effet quelques crus de choix avaient été choisis. Parmi les convives, qui tous se trouvérent en gaîté avant même que les bouteilles fussent entamées, il convient de citer des confrères italiens, suisses et tchécoslovaques (le vin a-t-il des frontières ?), quelques épouses gracieuses, habituées à suivre leurs maris partout, et des bons praticiens français, bien convaincus. Le plus convaincu de tous, le plus ardent, le plus entraînant était le Docteur Ozanon aussi connu dans les Syndicats médicaux que dans les Syndicats viticoles. Il s'apparente à Henri IV (dont il descend peut-être ?) non seulement par sa barbe épanouie, mais par sa robuste et entraînante bonne humeur.

Le ministre de la Santé publique, pour proclamer que le vin est une boisson hygiénique, s'était fait représenter par un membre du Conseil supérieur d'hygiène. Celui-ci, tenu de dire quelques mots au dessert, n'eût pas de peine à convenir que le vin assainissait les huîtres et même l'eau potable, bien mieux que l'odieuse eau de javel. Il enregistra avec grand intérêt les données thérapeutiques si intéressantes entendues le matin, rappelant que l'ancêtre Ambroise Paré « guarissait » déjà les plaies avec du vin aromatique et que chaque vin pouvait avoir des propriétés spécifiques : le champagne ressuscitant, le Bordeaux aidant les convalescences, les vins sucrés digestifs, les vins de la Loire facteurs d'équilibre, ceux de Bourgogne excitants du sympathique, etc... Mais il crut devoir insister surtout sur l'influence ethnique du vin. C'est lui qui a fait la race française.

Si la France s'assimile si facilement les immigrés de tous les pays et si, en quelques générations, elle les transforme en vrais Français, c'est parce qu'elle leur fait boire ses vins. L'eau n'a pas d'individualité : si tout le monde buvait de l'eau il n'y aurait plus de nations ; on se battrait peut-être quand même, mais on s'ennuierait ferme et la vie ne vaudrait pas d'être vécue. Notre maître Rabelais l'a démontré avec génie. Il a prouvé que les caractères de notre race sont dus à l'usage de nos vins : et ces caractères comme nos vins eux-mêmes sont extrêmement nuancés. L'Avignonnais qui boit le Châteauneuf-du-Pape, soleil couchant mis en bouteille, est aussi Français que le Breton de Nantes arrosant son beurre blanc avec le pâle, perfide et savoureux muscadet. Le Lyonnais austère sourit quelquefois grâce à son Beaujolais, le Marseillais si exubérant ne devient triste que lorsqu'il lui manque son petit vin de Cassis. Les vins frontières, Moselle et Jura, hormones d'énergie rendent les âmes dures comme du granit. C'est en Belgique que se trouvent les caves les plus éclectiques des vins de France : d'où la grande affinité entre les deux nations. La ressemblance entre les vins sucrés de la frontière espagnole, de Banyuls, de Frontignan à Jurançon, avec les vins espagnols, explique que les Pyrénées ont été si souvent supprimées et le seront encore.

Le Français, qui ne boit pas de vin, ne peut être considéré comme un Français 100 %. Les familles françaises, chassées du pays par l'Edit de Nantes et émigrées en Allemagne ont donné comme descendants des Allemands pur-sang parce que la bière, pour eux, a complètement remplacé le vin. Comme le grand physiologiste Dubois-Reymond, comme certains généraux de la dernière guerre ils n'ont gardé de Français que le patronyme.

Il y a donc des raisons hygiéniques, thérapeutiques et ethniques de prêcher l'usage modéré et régulier du vin. Il est un facteur de conservation et de développement de notre belle race française. Il faut sauvegarder les crus et leur conserver leur individualité, en étudier les particularités : le Français complet ne peut être séparatiste, il doit goûter à tous les crus. Les médecins, amis du vin, ont prêché d'exemple à leur banquet et ont démontré par leur entrain, leur valeur scientifique et leur gaillardise de bon aloi, le résultat synthétique de l'action combinée de tous les bons vins de France.

Dr Briau.

INAUGURATION DE L'INSTITUT « EASTMAN » D'HYGIÈNE DENTAIRE ET DE STOMATOLOGIE

Loin de faire du gain de l'argent le seul but de la vie, l'élite des américains ne voit, dans la fortune, qu'un moyen: Cette monnaie ne doit pas être accumulée pour procurer des rentes aux *beati possidentes,* mais devra servir de moyens d'action soit pour créer d'autres branches du commerce ou de l'industrie, soit pour aider ceux qui n'ont pas été favorisés dans la vie.

C'est ainsi qu'un homme au grand cœur, George EASTMAN, né en 1854 de parents modestes, puis débuta comme ouvrier découpeur de bois, devint employé dans un bureau d'assurances; il emploie ses loisirs à apprendre les langues étrangères, le français en particulier ; il s'intéresse à la photographie, aux stéréotypes, qui sont une nouveauté exceptionnelle à cette époque. Avec ses économies, il achète un matériel de photographie, lourd, encombrant, peu pratique ; il se passionne à l'utiliser, à le perfectionner. Sa carrière était trouvée.

En juillet 1879, il prend son premier brevet pour les plaques sèches de gélatine bromurée et devient le fondateur d'une maison considérable, la Kodak.

Au lieu de jouir égoïstement de son immense fortune, Eastman, sous l'inspiration de son ami, le Docteur H.-J. Burkhart, praticien éminent, fonda une série d'Instituts d'hygiène dentaire, en Amérique d'abord puis en Europe.

A Rochester (Etat de New-York), le Docteur Burkhart dirige depuis vingt ans une œuvre magnifique, destinée principalement à la prophylaxie et au traitement. Il faut apprendre aux jeunes écoliers, surtout à ceux du peuple, ce qu'est l'hygiène de la bouche, comment on peut prévenir de nombreuses maladies, non seulement des dents, mais aussi de l'économie générale, par les soins quotidiens qu'il faut connaître et pratiquer régulièrement.

Cette hygiène, cet enseignement comportent des examens à pratiquer sur les enfants. Le praticien découvre alors le mauvais état de la denture et il peut y porter remède. Il constate des malformations dentaires, buccales ; il fait la part des vices de conformation des arcs dentaires, des maxillaires, qu'on peut redresser par l'orthopédie dento-faciale ; il sépare les enfants dont les lésions ressortissent des soins de l'oto rhino, ou du praticien de médecine générale.

Bref, la générosité d'Eastman et le dévouement du Docteur Burkhart remédient à la négligence des parents peu fortunés, peu instruits, qui laissent leurs enfants se développer mal, d'une manière insuffisante, parce que l'ignorance, la gêne pécuniaire constituent un obstacle à la croissance normale et régulière des enfants des classes laborieuses, mais pauvres.

Après Londres, Bruxelles, Rome et Stockholm Paris vient d'être doté d'un nombre impressionnant de millions, afin qu'un Institut soit fondé pour réaliser l'œuvre d'Eastman et de Burckhart. L'organisation et le fonctionnement s'inspirent de la réalisation pratique obtenue à Rochester depuis vingt ans. Les plans, les dispositions intérieures de l'établissement, les perfectionnements d'ordre technique et pratique ont inspiré l'érection de l'Institut parisien grâce aux directives intelligentes et réalisatrices de l'Institut que dirige le Docteur Burkhart, à Rochester.

L'aspect tant extérieur qu'intérieur est loin de rappeler ces constructions hospitalières, ou de dispensaires, qui indiquent aux enfants, aux malades qu'ils vont pénétrer dans la cité de la souffrance et de la douleur. Bien au contraire tout a été prévu pour que le patient ne soit pas rebuté par un aspect morose et sévère, mais soit mis en confiance par un local gai, spacieux, éclairé, et même distrayant.

Que va-t-on faire dans cet Institut parisien ?

Son titre l'indique : c'est un Institut d'hygiène dentaire et de stomatologie. Ce n'est donc pas — comme on le dit par erreur volontaire, ou par abréviation — un Institut dentaire. Non ! l'hygiène buccale doit présider avant toutes choses au dépistage et à la prévention des maladies locales, ou générales, dont le point de départ réside dans une denture en mauvais état.

Voilà pourquoi le mot de « Stomatologie » est volontairement employé. Les examens et traitements seront entrepris tant par des docteurs en médecine stomatologistes que par des chirurgiens-dentistes ; mais c'est dans le cadre de la médecine — et non pas d'une seule branche de la médecine — que ces travaux seront accomplis.

D'ailleurs, des cours seront faits aux élèves, qui voudront se perfectionner dans l'art de guérir ; des travaux pratiques éduqueront les futurs spécialistes des maladies de la bouche et des dents ; grâce à cet afflux de malades, l'orthopédie dento-faciale pourra prouver une fois de plus les bienfaits qu'elle procure dans le redressement méthodique des malformations buccales, ou des défectuosités faciales provenant des développements irréguliers des maxillaires. Des infirmières seront instruites pour devenir les auxiliaires précieuses des médecins inspecteurs des écoles. Bref, tout sera mis en œuvre pour le

dépistage des maladies et les moyens de prévention à apporter pour l'amélioration de la race, grâce à l'hygiène buccale et dentaire et à la correction des malformations.

Le directeur de l'Institut parisien est le Docteur Pol Nespoulous, stomatologiste des hôpitaux, professeur à l'Ecole française de stomatologie et par surcroît D. D. S. du collège de Chicago et chirurgien-dentiste. C'est dire que cette nomination doit comporter la signification que la stomatologie et la médecine sont étroitement liées l'une à l'autre. Finie cette tendance à faire de la profession de dentiste un art séparé de la médecine ; disparues ces tentatives pour différencier les deux branches médicales par la création d'un doctorat en chirurgie-dentaire. La médecine est une, mais elle comporte de nombreuses et légitimes spécialisations.

Il ne faut pas croire que l'Institut sera largement ouvert à tout-venant, comme le sont les hôpitaux de l'Assistance publique. Si les examens décèlent des soins dentaires, ou des travaux de prothèse, ou d'orthodontie à pratiquer, les enfants dont les parents peuvent payer seront renvoyés vers leur praticien habituel de ville. *Ne seront traités dans l'Institut que* les petits malades dont les parents sont dans la gêne et hors d'état d'acquitter les frais non *seulement des soins médicaux à* donner à la denture, mais pour la confection des appareils, soit de prothèse, soit d'orthodontie.

Autrement dit, cet Institut ne doit pas devenir *une concurrence aux praticiens français*, mais bien au contraire il pourra par le dépistage et les examens prophylactiques périodiques, diriger vers les cabinets des spécialistes médicaux en art dentaire, de nombreux enfants des classes aisées, dont les parents, soit par ignorance soit par négligence et indolence, laissent persister et se développer des lésions et des malformations que, grâce aux généreux donateurs et réalisateurs américains, on pourra désormais traiter et améliorer.

Voici donc une manifestation de la direction sociale que prend progressivement notre profession. L'art de guérir forme un ensemble de spécialisations, qui ont entre elles une étroite liaison : la médecine. Le développement et le perfectionnement de chacune des branches de la lutte contre la maladie obligent à l'organisation d'une médecine en équipe. Dans un même local doivent fonctionner les cabinets et les appareillages des nombreuses spécialisations médicales. Rapidement, sans changer d'établissement, le malade doit pouvoir subir l'examen du praticien de médecine générale, du chirurgien, de l'oto-rhino, du dentiste, du radiographe, du chef de laboratoire, etc...

Pratiqués sur place et avec rapidité, tous ces examens permettent au praticien de médecine *générale de poser* un diagnostic et de faire rapidement entreprendre les traitements qui s'imposent.

Je ne puis donc que m'associer à tous ceux, qui avec le Docteur Burckhart, le Docteur Stuhl et le Docteur Néopoulous ont célébré la mémoire du généreux Eastman, qui, de son vivant et après sa mort, a su être un si bienfaisant philantrophe.

Dr Paul BOUDIN.

L'ARBRE A BLÉ

Cette ahurissante vision nous est suggérée par la revue *Du blé au pain*, de sept. oct. 1937.

Elle conte que, à la station d'expériences agronomiques d'Ousk (U. R. S. S.) un groupe de savants, sous la direction du Dr N.-W. Zyzin, s'adonne depuis plusieurs années à la recherche d'une variété de blé vivace, et que le problème vient d'être résolu.

Il s'agissait pour commencer de trouver des graminées vivaces d'une florescence aussi abondante que possible et de les croiser avec diverses races de blés. Après de multiples essais, ces savants se sont arrêtés à une sorte de chiendent qui croît dans les steppes du Caucase septentrional et qui s'appelle « agropyrum elongatum ». Ce chiendent est d'une productilité exubérante, même dans les terrains les plus pauvres et se croise facilement avec toutes les variétés de blés, blés d'hiver et blés de printemps, blés durs et blés tendres. Un des meilleurs hybrides a été obtenu avec le blé « Triticum cœsius » qui est d'ordinaire très sensible aux parasites cryptogamiques ; or l'hybride est au contraire très résistant.

On a pris le blé comme plante-mère et l'on a obtenu des plantes arborescentes très élancées dont la tige dépasse généralement dix centimètres en diamètre. Ce n'est qu'à la troisième ou quatrième génération qu'elles donnent des épis parfaitement conformés ; et à la cinquième génération chaque sujet produit jusqu'à 100 épis.

La revue *Du blé au pain* entonne un péan et attend de cette invention sensationnelle une véritable révolution mondiale. Mais elle note en même temps que certains envisagent déjà de restreindre la production du blé vivace ou même de le détruire.

Si bien qu'on ne sait pas du tout, à l'heure actuelle, si Staline va décorer le Docteur Zyzin ou le faire fusiller.

G. LAVALÉE.

AU SUJET DES DEMANDES D'ÉCHANTILLONS

Afin de réduire les frais d'affranchissement de telles demandes de nombreuses maisons de spécialités pharmaceutiques avaient imaginé le procédé suivant : une enveloppe ouverte, affranchie au tarif des imprimés, et contenant uniquement une carte de visite ou un en-tête d'ordonnance était conventionnellement considérée comme une demande d'échantillon.

Or, tout récemment, un de nos amis s'est vu retourner une telle enveloppe surtaxée de 1 fr.80. A la réclamation qu'il fit et qui fut transmise par le receveur du bureau de poste à l'Administration compétente fut faite la réponse suivante :

« Suivant le principe général fixé par la loi sont considérés comme lettres, du point de vue de l'application du tarif postal, tous papiers manuscrits et même imprimés ayant, vis-à-vis du destinataire, le caractère de correspondance personnelle ou pouvant en tenir lieu.

« Tel est le cas des formules, fussent-elles réduites aux nom et adresse de l'expéditeur, qui ont pour objet de demander l'envoi d'un document, d'un échantillon ou même d'un renseignement. »

Par conséquent, la poste s'arroge maintenant le droit de taxer non plus seulement le pli qu'elle transporte mais encore l'intention qu'elle y suppose attachée.

Ceci peut nous mener loin. Car, si la poste considère un en-tête d'ordonnance comme une correspondance personnelle « ou pouvant en tenir lieu » on se demande pourquoi elle exonère le modeste prospectus qui provoque l'envoi de cet en-tête et où le fabricant vous assure de ses meilleurs sentiments.

Dans ce colloque entre fournisseur et client, c'est celui qui n'a pas ouvert la bouche qui est réputé avoir engagé une conversation.

L'Administration française est une divinité insondable.

G. LAVALÉE.

L'INGÉNIOSITÉ DU MÉDECIN DE CAMPAGNE DE JADIS

L'anecdote du Docteur d'Arsonval père m'a beaucoup intéressé. J'ai lu avec plaisir l'amusante histoire de la porte rapportée par le grand d'Arsonval à Claude Bernard.

Cela m'a rappelé un passage des Poésies ou Histoires provençales intitulé : « Pebro, saou e cassounado » (Poivre, sel et sucre), une anecdote dont l'auteur, un Avignonnais, je crois, contemporain de Roumanille et d'Aubanel, dans une histoire intitulée « Lou Clystero » (le lavement) montre, entre autres, un médecin, privé de papier et du nécessaire pour faire son ordonnance, écrivant sur la porte d'un couvent une recette de lavement purgatif destiné au Supérieur atteint de coliques. On y voit un frère lai partir en courant avec la porte sur son dos, quérir chez le plus proche pharmacien l'ordonnance. Arrivé chez celui-ci et se souvenant qu'il lui avait été recommandé de ne pas oublier de prendre le lavement, il demande au pharmacien de lui administrer le sus-dit. Notre bon frère repart aussitôt remportant précieusement la porte sur son dos, mais en route est pris de coliques sous l'effet de la médication administrée. Il arrive néanmoins au couvent, juste à temps pour se débarrasser de sa porte et pénétrant dans la chambre du Supérieur s'écrit : « Boun Père, Boun Père, acqui lou lavement ». *Nihil novi sub sole* !

La conclusion de cette histoire n'est évidemment pas la même, mais elle ne manque pas d'originalité et par bien des points rappelle celle de d'Arsonval père.

Dr L.

P. S. — Dans un recueil d'histoires provençales toujours originaires du Comtat Venaissin paru il y a bien longtemps, se trouvait « Le médecin de Cucugnon (Lou mège de Cucugnon) qui, à l'exemple de Knock fustigeait la crédulité, la vanité et la bêtise humaine... ! !

CHRONIQUE AUTOMOBILE

◆ ◆ ◆

Le Salon de l'Automobile (*Suite*)

Les voitures étrangères

Un vieux conflit, non encore réglé, entre la direction du Salon de l'automobile et la General Motors Corporation, nous a privés une fois de plus cette année, de la participation de ce puissant consortium, qui groupe des marques aussi réputées que Buick et Chevrolet.

C'est dommage, et au fond, plus nuisible au Salon qu'à la General Motors qui avait eu soin de faire savoir qu'elle exposait ses voitures tout près du grand Palais.

Vous comprendrez certainement, mes chers lecteurs, que je ne m'étende pas longuement sur les marques étrangères, d'autant plus qu'à la suite de la dévaluation du franc, leurs prix sont devenus astronomiques.

Les Buick commencent à 83.000 francs, les Cadillac, à 124.000 francs, les Chevrolet à 54.000 francs

Le « châssis Rolls-Royce, pris à Londres, est à £1.100 en 24 CV et à £1.900 en 42 CV.

Le « châssis » Packard va de 2.650 dollars à 6.700 dollars.

La 10 CV Mercédès-Benz vaut, en conduite intérieure 4/5 places RM. 3.850. C'est une bien jolie voiture, parfaitement étudiée, et très perfectionnée. C'est ainsi qu'elle est équipée d'un « graissage central ». Sa voie de 1.320 permet d'y adapter des carrosseries excessivement spacieuses.

Mercédès, comme Hananag, est resté aussi fidèle aux moteurs Diesel qui équipent plusieurs de leurs modèles.

Il est impossible de ne pas parler de la production italienne et particulièrement des Alfa-Roméo, dont les prix, hélas, subissent la hausse générale, allant de Lires 53.000, à Lires 99.000, voitures prises à Milan.

Austin et Singer, les sympathiques constructeurs anglais, présentent toujours de très jolis modèles en 5 et 6 CV.

Un stand très visité a été celui de Lagonda, sans doute à cause des succès de cette marque aux vingt-quatre heures du Mans.

Pour les amateurs, je signale que sa conduite intérieure LG 6, 6 cyl. vaut £1195, ce qui représente quelque 175.000 francs.

La 6 cyl. 17 CV, Minerva belge reste très intéressante à 39.900 francs belges, mais attention, prise à Anvers. Donc, douane en plus, et transport aussi.

Mentionnons les voitures tchèques-Praga.

Pour terminer ce « tour d'horizon », pour parler comme nos speakers de T. S. F. saluons très bas la production Chrysler et Graham Page dont l'éloge n'est plus à faire. Ce sont des voitures qui, à l'essai, étonnent les plus blasés des automobilistes.

Il est bien évident que, dans ce rapide exposé, je passe des marques fort intéressantes, mais la place manque pour les citer toutes.

Si vous le voulez bien, nous allons maintenant monter dans les galeries du premier étage, et tâcher de découvrir les nouveautés en « accessoires », car ce sont souvent ces petites choses qui donnent le plus d'agrément à la conduite d'une voiture ou à son entretien.

Voici une création de Monoplaque vraiment très ingénieuse. C'est un bouchon pour accumulateurs, qui permet le contrôle immédiat et constant du niveau d'électrolyte et supprime les projections d'acide. L'indication est visible par le bouillonnement de l'état de charge de la batterie.

Le remplissage devient un jeu d'enfant, et la réserve d'électrolyte est pratiquement doublée.

Ce bouchon, en raison de sa hauteur, s'il est adaptable à toutes les batteries, ne peut malheureusement être utilisé que sur les accus fixés sous le capot, car il est rare, pour les autres, qu'il y ait un emplacement suffisant entre la planche ou le couvercle et le sommet du bouchon.

Un importateur de nattes de jonc a eu l'idée d'en confectionner des housses pour intérieurs de voitures, qui sont d'un joli effet et, paraît-il, très fraîches, en été.

Parmi les « produits d'entretien », la faveur des automobilistes va toujours aux grandes marques qui ont fait leurs preuves, ce qui est bien naturel.

Il y avait foule, en permanence, chez Simoniz, dont les produits à lustrer ont été rendus sensiblement plus faciles à étendre ; chez Tumbler, dont l'action de rénovation des émaux ternis et d'arrêt de l'oxydation est proprement miraculeuse.

Bien qu'il s'agisse, dans cette Chronique, du « Salon » je crois devoir signaler à mes lecteurs un « encaustique à carrosserie » dénommé Mélitta, qui n'y était pas exposé, mais que j'ai eu l'occasion de connaître l'été dernier, pendant mes vacances. Il est fabriqué par les moines de l'Abbaye de Saint-Wandrille, en Normandie.

Est-ce la qualité de la main-d'œuvre évidemment toute spéciale ; est-ce le choix rigoureux des matières premières employées ; est-ce le résultat d'un procédé secret de fabrication, ou plutôt, est-ce le total de ces trois facteurs ? Je ne saurais le dire, mais ce que je peux certifier, c'est que l'encaustique Melitta pour carrosserie est une simple merveille, aussi bien sous sa forme liquide que sous sa forme demi-solide.

Ce n'est pas, certes, un produit de maquillage rapide. Comme toutes les cires, il ne pénètre, ne nourrit l'émail que petit à petit. La première application déçoit un peu. La seconde donne satisfaction, mais la troisième vous enchante littéralement.

En revenant au « Salon », je voudrais vous signaler un produit du Lynx jaune, de Reims, que je considère comme susceptible d'éviter bien des ennuis. C'est le Purgalynx, qui dissout les corps gras incorporés à l'eau du radiateur, telle que la graisse provenant de la pompe à eau. Le Purgalynx élimine aussi l'oxyde de fer. Il en résulte un meilleur refroidissement que les détartrants ordinaires ne peuvent pas toujours assurer à eux seuls.

Parmi les dispositifs destinés à améliorer le freinage, j'ai remarqué le « Farkas » qui permet de transformer les freins ordinaires à point fixe, en freins auto-serreurs à serrage intégral et automatique. Les freins Færkas se font actuellement pour voitures Ford et Renault.

Les pneumatiques. — Un tour chez les fabricants de pneumatiques fait ressortir la généralisation des lamelles, lancées par Michelin.

Dunlop, Englebert, etc., ont maintenant adopté cet excellent perfectionnement.

Mais là n'est pas, à mon avis, la grande nouveauté du Salon. Et quand je dis « nouveauté » je suis modeste. Je devrais plutôt dire la « révolution » du Salon.

Celle-ci, une fois de plus, est une création Michelin. Mais elle est tellement intéressante, tellement sensationnelle, qu'elle vaut une description minutieuse et complète.

Ce sera, si vous le voulez bien, le sujet de ma prochaine Chronique.

Marcel TOUSSAINT.

(A suivre)

MUTUALITÉ FAMILIALE

Réunion du Conseil d'administration du 14 octobre 1937

Présents : MM. Noir, président ; O'Followell, vice-président ; Fischer, trésorier ; J. Mignon, trésorier-adjoint ; Lavalée, secrétaire général ; Vimont, Mazeroux, H. Mignon, M. Mignon, Chevallier, membres.

Excusés : MM. Boelle et Pamart.

M. Collomb, actuaire, assiste à la séance.

La séance est ouverte à 15 heures.

Après lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance, publié dans le *Concours Médical* du 1er août, le Conseil passe à l'Ordre du jour.

Indemnités maladies accidents

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil alloue les indemnités suivantes :

Combinaison maladie MA

Gobert (Marne), 79 jours : 729 fr. 65 ; Pize (Doubs), 12 jours : 132 francs ; Simonneau (Vendée), 18 jours : 65 fr. 95 ; Gaudier (Seine), 30 jours : 110 francs ; Luciani (Corse), 69 jours : 692 fr. 95 ; Archambaud (Eure), 90 jours : 330 francs ; Armand (Savoie), 90 jours : 330 francs ; Balatre (Aisne), 90 jours : 330 francs ; Beaupère (Saône-et-Loire), 90 jours : 330 francs ; Bernard (Maine-et-Loire), 90 jours : 330 francs ; Bézy (Haute-Garonne), 90 jours : 330 francs ; Bigeon (Manche), 92 jours : 725 fr. 80 ; Cadilhac (Yonne), 90 jours : 330 francs ; Daubret (Seine), 53 jours : 583 francs ; Delort (Cantal), 33 jours ; 363 francs ; Delucq (Gers), 90 jours : 330 francs ; Duhamel (Lot-et-Garonne), 90 jours : 330 francs Ferrand (Bouches-du-Rhône), 90 jours : 330 francs ; Gardette (Seine-et-Oise), 90 jours : 330 francs; Gauthier (Nièvre), 90 jours : 330 francs ; Gobert (Marne), 60 jours : 220 francs ; Guillermin (Savoie), 90 jours : 330 francs ; Houques (Gironde), 90 jours : 330 francs ; Lablancherie (Indre-et-Loire), 90 jours : 330 francs ; Lecoconnier (Loir-et-Cher), 33 jours : 363 francs ; Leibovici (Seine), 90 jours : 330 francs ; Mathieu (Seine-Inférieure), 90 jours : 330 francs ; May (Isère), 28 jours : 308 francs ; Mendel (Seine), 90 jours : 330 francs ; Pierrhugues (Var), 90 jours : 330 francs ; Piot (Loire), 22 jours : 242 francs ; Poueydebat (Basses-Pyrénées), 90 jours : 330 francs ; Rilhac (Haute-Vienne), 90 jours : 330 francs ; Robert (Yonne), 90 jours : 330 francs ; Rossigneux (Rhône), 90 jours : 330 francs ; Roure (Vaucluse), 90 jours : 330 francs ; Roy (Côte-d'Or), 94 jours : 784 fr. 55 ; Sexe (Haute-Saône), 90 jours : 330 francs ; Traby (Pyrénées-Orientales), 90 jours : 330 francs.

Combinaison maladie MA²

Colas (Marne), 12 jours : 264 francs ; Laur (Aveyron), 30 jours : 220 francs ; Masson (Meuse), 41 jours : 300 fr. 60 ; Meaume (Creuse), 33 jours : 726 francs ; Barrié (Ardèche), 37 jours : 814 francs ; Fraikin (Seine), 38 jours : 836 francs ; Leroy (Manche), 90 jours ; 660 francs ; Mainsbrecq (Loir-et-Cher), 90 jours : 594 francs; Morvan (Finistère), 92 jours, 1.422 fr. 35 ; Nicolas (Puy-de-Dôme), 93 jours : 1.561 fr. 75 ; Person (Hautes-Pyrénées), 92 jours : 879 fr. 45 ; Rault (Ille-et-Vilaine), 90 jours : 660 francs ; Renoult (Calvados), 90 jours : 660 francs ; Rousset (Savoie), 24 jours : 528 francs ; Serfaty (Seine), 90 jours : 660 francs ; Boucher (Côtes-du-Nord), 8 jours ; 176 francs ; Luneau (Loire-Inférieure), 22 jours ; 161 fr. 15 ; Aubouin (Charente-Inférieure), 5 jours ; 110 francs ; Bousrez (Vosges), 19 jours : 418 francs ; Coulomb (Gard), 30 jours : 220 francs ; Lerouge (Pas-de-Calais), 30 jours : 220 francs ; Miroudot (Haute-Saône), 32 jours : 704 francs ; Robert (Haute-Saône), 15 jours : 330 francs ; Timsit (Alger), 20 jours : 440 francs ; Willemetz (Pas-de-Calais), 30 jours : 220 francs.

Combinaison maladie MA³

James (Charente-Inférieure), 75 jours : 1.991 francs ; Emonin (Côte-d'Or), 44 jours : 484 francs ; Périchon (Indre), 25 jours : 825 francs ; Resler (Savoie), 5 jours : 165 francs ; Runel (Seine-et-Oise), 14 jours : 462 francs.

Combinaison maladie MA⁴

Serbat (Lot-et-Garonne), 12 jours : 528 francs.

Combinaison maladie MA⁵

Barbé (Sarthe), 23 jours : 1.265 francs ; Cardenous (Puy-de-Dôme), 4 jours : 220 francs ; Rio (Morbihan), 14 jours : 256 fr. 55 ; Leprêtre (Nord), 35 jours : 1.925 francs ; Balme (Isère), 7 jours : 128 fr. 25 ; Lecui, (Mayenne), 77 jours : 3.135 francs ; Vuillecard (Seine) 34 jours : 1.870 francs ; Boehm (Moselle), 13 jours : 715 francs ; Doussin (Calvados), 26 jours : 1.430 francs ; De La Fuye (Seine), 9 jours : 495 francs ; Liotard (A. M.), 30 jours : 550 francs ; Maksud (Eure-et-Loir), 4 jours ; 220 francs ; Natali (Bouches-du-Rhône), 50 jours : 1.980 francs.

Pensions aux veuves

Mmes Barret de Nazaris (Lot-et-Garonne) : 150 francs Gillette (Calvados) : 150 francs ; Chevreux (Seine) : 150 francs ; Delthil (Yonne) : 60 francs ; Gallois (Côte-d'Or) : 150 francs ; Gelain (Nord) : 450 francs ; Lepage (Seine) : 150 francs ; Lefebvre-Blanchard (Nord), 450 francs ; Roche (Vaucluse) : 11 fr. 55 ; Rousselot (Haute-Marne) : 150 francs ; Valot (Hautes-Alpes) : 60 francs.

Ratifications d'admissions

Sur le rapport du Secrétaire général constatant qu'aucune protestation ne s'est élevée au sujet des admissions provisoires en date du 28 juin 1937, le Conseil prononce les admissions définitives de MM. :

Lavabre (Aveyron), à la combinaison MA20.

Delavelle (Aisne) ; Deswartes (Nord); Sabatier (Hérault) ; Vexenat (Savoie), à la combinaison MA50.

Blondel (Seine-Inférieure) ; Cahier (Seine) ; Créange (Meurthe-et-Moselle) ; Ducluzeaux (Aisne) ; Ducrocq (Pas-de-Calais) ; Duval (Loiret) ; Mlle Gautschi (Alpes-Maritimes) ; MM. Huriez (Nord) ; Jadfard (Tunisie) ; Montel (Allier) ; Sicard (Allier) ; Sommelet (Meuse) Tailhades (Aveyron), à la combinaison MA75.

Jadfard (Tunisie) ; Montel (Allier) ; Sicard (Allier) à la combinaison retraites P.

Jadfard (Tunisie) ; Montel (Allier) ; Sicard (Allier), à la combinaison retraites R.

Delavelle (Aisne) ; Dueluzaux (Aisne) , à la combinaison retraites V.

Admissions provisoires

Sur la présentation et le rapport du secrétaire général,

le Conseil prononce, à titre provisoire, les admissions suivantes aux combinaisons maladies-accidents :

Combinaison MA50

MM. Avrilleaud (Maine-et-Loire) ; Boucher (Seine-et-Oise) ; Mlle Carré (Charente-Inférieure) ; MM. Casse (Bouches-du-Rhône) ; Courtin (Seine) ; Forgeois (Cher) ; Jeannet (Marne) ; Leplomb (Charente-Inférieure) ; Poisson (Seine) ;

Combinaison MA75

MM. Boulet (Seine) ; Bezier (Mayenne) ; Boutonnet (Gironde) ; Callay (Aisne) ; Cherrey (Haute-Marne); Descottes (Creuse) ; Leclercq (Nord); Mlle Lemoigne (Eure) ; MM. Tourgis (Pas-de-Calais) ; Noailly (Savoie) ; Reynaud (Charente) ; Surun (Corrèze).

Admissions aux pensions de retraites

Combinaison retraite P

MM. Bézier (Mayenne) ; De Belleville (Seine) ; Peyaud (Eure) ;

Combinaison retraite R

M. Peyaud (Eure).

Combinaison retraite V

M. Barde (Gironde).

Ces admissions seront rendues définitives au 1er janvier 1938, si aucune protestation ne parvient au Conseil avant cette date.

M. Jean Mignon, trésorier-adjoint, décrit ensuite les dispositions du décret-loi du 28 août 1937 modifiant gravement le fonctionnement de notre Société en matière de pensions de retraites (un exposé détaillé en sera publié prochainement dans les colonnes du journal). M. Collomb, actuaire, précise certains côtés de cette importante question.

Comme suite à l'intervention de M. Jean Mignon, et sur sa proposition, est votée l'affiliation de la Mutualité Familiale à l' « Union nationale des Sociétés de Secours mutuels libres ».

Le Docteur Noir est délégué à l'unanimité à la réunion tenue par le Conseil de l'Association générale des médecins de France pour organiser l'Office central des œuvres médicales d'entr'aide.

Au sujet des placements immobiliers, dont le principe avait été adopté lors de la dernière Assemblée générale, M. Jean Mignon fait connaître que des pourparlers sont en cours ; les deux immeubles dont l'achat avait été envisagé en juillet se sont révélés comme ne répondant pas aux conditions exigées par l'Assemblée générale.

Diverses suggestions sont ensuite examinées concernant le recouvrement des cotisations. Les taxes de recouvrement postal sont devenues prohibitives ; les sociétaires qui en sont victimes ne peuvent cependant s'en prendre qu'à eux-mêmes, les quittances n'étant mises en recouvrement qu'après expiration de l'échéance normale. Il suffirait donc, pour éviter ces taxes, d'envoyer la cotisation à temps. Mais nos confrères sont distraits et oublient de se libérer. Afin d'aider leur mémoire et d'éviter cependant une correspondance dispendieuse, il est décidé qu'un avis sera publié dans certains numéros du *Concours Médical*, en particulier dans les numéros exceptionnels, qui sont adressés à tous les praticiens français. De cette façon le rappel ne pourra manquer de tomber sous les yeux des intéressés.

D'autre part, le Conseil décide d'appliquer dorénavant *à titre de frais de recouvrement*, en conséquence de la hausse des tarifs postaux, les chiffres suivants :

au-dessous de 100 fr.	5 fr.		de 700 à 800 fr.	11 fr.
de 100 à 200 fr.	6 fr.		de 800 à 900 fr.	13 fr.
de 200 à 400 fr.	7 fr.		de 900 à 1.000 fr.	14 fr.
de 400 à 500 fr.	8 fr.		de 1.000 à 1.500 fr.	15 fr.
de 500 à 600 fr.	9 fr.		de 1.500 à 2.500 fr.	16 fr.
de 600 à 700 fr.	10 fr.		de 2.500 à 3.500 fr.	18 fr.
			de 3.500 à 5.000 fr.	20 fr.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée à 17 heures.

Le secrétaire général,
G. LAVALÉE.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Hôpital de la Pitié.** — M. le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE, avec la collaboration de MM. Georges Rosenthal, Jean Vinchon, Robert Largeau, H.-M. Gallot, Georges d'Heucqueville, H.-M. Fay, Mme Hector et M. Mignot, a commencé ses leçons de clinique annexe avec présentation de malades, le mercredi 3 novembre, à 10 heures et les continuera tous les mercredis à la même heure.

Objet du cours : Neurologie.

Horaire du service : tous les matins, à 9 heures, visite. — Lundi, à 10 heures, M. LARGEAU : Examens endocrino-pathologiques. — Lundi, à 11 heures, M. H.-M. GALLOT : Conférence de sémiologie. — Mardi, à 10 heures, M. LAIGNEL-LAVASTINE : Consultation de neurologie. — Mercredi, à 10 heures, M. LAIGNEL-LAVASTINE : Présentation de malades. — Jeudi à 10 heures, M. FAY : Consultation de neuro-psychiatrie infantile. — Vendredi, à 10 heures, M. VINCHON : Consultation neuropsychiatrique. — Vendredi, à 11 heures, M. LAIGNEL-LAVASTINE : Clinique psychiatrique. — Samedi, à 10 heures, M. LAIGNEL-LAVASTINE : Consultation endocrino-sympathologique.

— **Clinique d'accouchements et de gynécologie** (Clinique Tarnier, 89, rue d'Assas. Professeur : M. C. Jeannin). — M. le Professeur C. JEANNIN a commencé son cours de clinique obstétricale, le jeudi 4 novembre 1937, à 11 heures du matin et le continuera les vendredi, lundi et jeudi suivants, à la même heure.

— **Hôpital Broca** (111, rue Broca). **Clinique gynécologique** (Fondation de la Ville de Paris). — M. Pierre MOCQUOT, professeur, a commencé son enseignement clinique le samedi 6 novembre 1937, à 11 heures du matin.

Les séances opératoires auront lieu les lundis, mercredis et vendredis, à 9 h. 30.

— **Hôpital Lariboisière.** — *Clinique oto-rhino-laryngologique* (Professeur : M. Fernand Lemaitre). — M. le Professeur Fernand LEMAITRE a commencé son cours le mardi 9 novembre 1937, à 10 heures, dans le service de la clinique, à l'hôpital Lariboisière, et continuera ses leçons tous les mardis à la même heure.

— **Cours de pathologie chirurgicale.** — M. le Professeur Maurice Chevassu a commencé son cours le mardi 9 novembre 1937, à 17 heures et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure, au Petit amphithéâtre de la Faculté.

Programme. — Grands processus morbides, pathologie réno-urétérale.

— **Chaire d'hygiène et médecine préventive** (Professeur : M. Tanon). — M. le Professeur Tanon commencera son cours le mardi 16 novembre 1937, à 17 heures, au Grand amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure, au même amphithéâtre.

Sujet de cours : Les maladies contagieuses, désinfection, prophylaxie, hygiène sociale.

Les démonstrations pratiques, réservées aux étudiants de cinquième année, seront dirigées par M. Joannon agrégé, chef des travaux, et auront lieu au laboratoire d'hygiène, pendant le semestre d'hiver. Elles seront annoncées ultérieurement.

— **Chaire de bactériologie** (Professeur : M. Robert Debré). — M. le Professeur Robert Debré commencera son cours le lundi 22 novembre, à 18 heures, à l'amphithéâtre Vulpian et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Sujet du cours : Les bactéries pathogènes pour l'homme. Ce cours est spécialement destiné aux étudiants de troisième année (nouveau régime) et de deuxième année (ancien régime).

— **Clinique de la tuberculose** (Hôpital Laënnec, 42, rue de Sèvres. Professeur : M. F. Bezançon). — *Cours complémentaire de chirurgie pleuro-pulmonaire* du 15 novembre au 27 novembre 1937, par MM. le Professeur Fernand Bezançon, G. Lardennois, agrégé, chirurgien de l'hôpital Laënnec, et A. Maurer, chirurgien des hôpitaux, avec la collaboration de MM. Rolland, Triboulet, Azoulay, Delarue, Dreyfus-Le Foyer, Olivier Monod, André Meyer, assistants à l'hôpital Laënnec. Droits : 200 francs.

— **Clinique médicale propédeutique** (Fondation de la Ville de Paris. Hôpital Broussais-La Charité, 96, rue Didot. Professeur : M. Maurice Villaret). — Programme général des conférences : 1° Les lundi, mardi, jeudi et vendredi, à 11 heures : Leçon clinique au lit du malade par le Professeur Maurice Villaret. — 2° Le mercredi, à 11 heures : Policlinique par le Professeur Maurice Villaret. — 3° Le mardi, à 10 heures : Conférences par MM. Henri Bénard, Haguenau, L. Justin-Besançon et Bariéty, agrégés, médecins des hôpitaux, de Seze et Cachera, médecins des hôpitaux, Fr. Moutier, chef de laboratoire, R. Wallich, ancien interne, médaille d'or. — 4° Le jeudi, à 10 h. 1/2 : Leçons sur un sujet pratique de pathologie médicale par MM. Bardin, Bernal, Desoille, Even, Fauvert et Klotz, chefs de clinique ou anciens chefs de clinique à la Faculté. — 5° Les lundi, mercredi et vendredi, à 9 h. 1/2 : Conférences élémentaires de terminologie médicale, d'anatomie et physiologie applicables à la clinique, de technique et de séméiologie par MM. René Fauvert, Bardin, Klotz, chefs de clinique, R. Cachera, Delarue, Duperrat, Barbier et Peuteuil, chefs de laboratoire, MM. Fr. Moutier, Wahl et Brunet, assistants. — 6° Tous les matins, à 9 h. 30, au Centre d'hydro-climatologie des hôpitaux de Paris : Consultations par MM. L. Justin-Besançon, agrégé, médecin des hôpitaux, assistant du Centre, Haguenau, agrégé, médecin des hôpitaux, Renard, agrégé, ophtalmologiste des hôpitaux, Aubin, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux, Bernal, Bith, Bourgeois, Boin, Grellety-Bosviel, Fr. Moutier, Racine, Saint-Girons, Wahl, anciens chefs de clinique ou de laboratoire à la Faculté, Brunet, assistant de radiologie du Centre.

Le programme détaillé des conférences de la semaine sera affiché les samedis dans le service de la Clinique.

— **Chaire d'hydrologie et climatologie thérapeutiques.** (Professeur : M. Maurice Chiray). — M. L. Justin-Besançon, agrégé, fait ses conférences tous les mercredis et vendredis, à 16 heures, dans le Petit amphithéâtre de la Faculté, depuis le mercredi 10 novembre 1937.

Sujet des conférences : Hydro-climatologie générale. Une affiche ultérieure précisera le jour et l'heure d'une série de conférences sur les actualités cliniques en hydro-climatologie.

— **Cours de pathologie chirurgicale** (Professeur : M. Maurice Chevassu). — M. Paul Funck-Brentano, agrégé, a commencé son cours le mercredi 10 novembo 1937, à 17 heures (Petit amphithéâtre de la Faculté)e et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Programme : Membre supérieur-rachis.

— **Hospice des Enfants-Assistés.** — *Chaire d'hygiène et de clinique de la première enfance* (Clinique Parrot). — M. le Professeur P. Lereboullet a repris ses leçons cliniques le mercredi 10 novembre 1937, à 11 heures, à l'Amphithéâtre Parrot, à l'Hospice des Enfants-Assistés (74, rue Denfert-Rochereau) et les continuera les mercredis suivants, à la même heure.

Organisation de l'enseignement. — Tous les matins, de 9 h. 15 à 10 heures, conférences pratiques aux stagiaires ; de 10 heures à 11 heures, visite par le Professeur Lereboullet et le Docteur Marcel Lelong, agrégé, médecin des hôpitaux, dans les salles de médecine et les nourriceries.

Le lundi, à 11 heures : Conférence sur la tuberculose et les maladies de l'appareil respiratoire dans la première enfance, par M. Marcel Lelong, agrégé, à l'amphithéâtre Parrot.

Le mardi, de 10 heures à midi : Au pavillon Pasteur, consultation de neuropsychiatrie infantile par le Docteur Pichon, médecin des hôpitaux et le Docteur Codet. Consultation de dermato-syphiligraphie infantile par le Docteur M. Benoist, ancien chef de clinique ; à 11 heures : Présentation de malades à l'Amphithéâtre Parrot.

Le mercredi, à 11 heures : Leçon clinique à l'Amphithéâtre Parrot par le Professeur Lereboullet.

Le jeudi, de 10 heures à midi : Au pavillon Pasteur, policlinique du nourrisson ; à 10 heures : Leçon d'hygiène et de clinique du premier âge et présentation de malades par M. Marcel Lelong, dans la nourricerie Victor-Hutinel.

Le vendredi, de 10 heures à midi : Au pavillon Pasteur consultation de médecine infantile et de dermato-syphiligraphie ; à 11 heures : Présentation de malades à l'Amphithéâtre Parrot et conférence de diététique et de thérapeutique infantile par le Professeur Lereboullet.

Le samedi, de 10 heures à midi : Au pavillon Pasteur, policlinique du nourrisson ; à 11 heures : Présentation de malades par le Professeur Lereboullet et les chefs de clinique à l'Amphithéâtre Parrot.

En outre, depuis le 4 novembre et pendant le semestre d'hiver, le jeudi, de 9 à 11 heures (pour les dames et les jeunes filles) : Enseignement pratique de puériculture (Institut de puériculture de la Ville de Paris et du département de la Seine). S'inscrire pour cet enseignement au laboratoire. Il sera suivi de 11 heures à midi d'une consultation de nourrissons à l'Amphithéâtre Parrot.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers

— **Hôpital Lariboisière.** — *Conférences de séméiologie radiologique à l'usage des praticiens* (1937-38) sous la direction de M. le Docteur Charles Guilbert. — Ces conférences commenceront le jeudi 16 décembre 1937 pour être terminées le 24 décembre à midi. Le matin, interprétation des clichés, examens à l'écran, conférences.

L'après-midi, exercices pratiques.

PROGRAMME DES COURS. — 16 décembre : Conférence d'ouverture. Préparation aux examens, méthodes spéciales. — 17 décembre : Appareil pleuro-pulmonaire ; aspect normal. Tuberculose, lésions aiguës et chroniques. — 18 décembre : Tube digestif ; œsophage, estomac, duodénum. — 20 décembre : Tube digestif ; vésicule biliaire ; périviscérite du carrefour supérieur ; côlons, carrefour inférieur. — 21 décembre : Cœur, vaisseaux de la base. — 22 décembre : Système osseux, lésions traumatiques, tuberculose ; tumeurs des os ; — 23 décembre : Appareil urinaire, reins, uretères et vessie. — 24 décembre : Crâne et dents.

Avec le concours des Docteurs FALCOZ, CORBIER, FRAIN, BARRAUT, Mme CRASNIAN, GIRON.

Droit d'inscription : 300 francs. S'inscrire au Laboratoire général de radiologie de l'Hôpital Lariboisière.

— **Hôpital Saint-Louis** (*Service de M. Sézary, agrégé*). — *Cours pratique de thérapeutique dermatologique*, du 17 au 31 janvier 1938. — Les leçons auront lieu à la salle des Conférences du Musée, tous les jours, à 9 heures, à 13 h. 30 et à 14 h. 45.

Démonstrations et travaux pratiques. — Tous les matins, à 10 heures (pavillon Brocq et service d'électrologie). Exercices pratiques de petite chirurgie et manipulations des agents physiques (MM. Belot, Ducourtioux, Barbara, Mme Blass) ; Biopsie (M. Lévy-Coblentz). Pendant la semaine qui suivra le cours, les élèves qui le désireront seront admis à faire dans le service, de 10 heures à midi, des manipulations d'agents physiques. Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser le matin à l'hôpital Saint-Louis, service de M. Sézary, pavillon Louis-Brocq.

Droit d'inscription : 400 francs. L'horaire des cours sera remis à chacun des élèves inscrits. Un certificat d'assiduité sera délivré sur demande justifiée. Des cours pratiques portant l'un sur les applications du laboratoire à la dermatologie et à la syphiligraphie, l'autre sur l'histologie pathologique de la peau, seront organisés dans le courant de l'année scolaire (nombre des élèves limité à dix).

— **Concours de stomatologiste des hôpitaux.** — *Jury* : (tirage au sort) : MM. Guilly, L'Hirondel, Gornouec, Lacronique, Mahé, Boidin, Guimbellot.

Lecteurs : MM. Lebourg, Hénoult.

Censeurs : MM. Fleury, Marie.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Premier Congrès international de Cosmobiologie.** — Le premier Congrès international de cosmobiologie aura lieu en 1938 sur la Côte d'Azur, sous les auspices de la Société médicale de climatologie et d'hygiène du Littoral méditerranéen, ainsi que de l'Association pour l'étude des radiations solaires, terrestres et cosmiques, dont les sièges sont à Nice.

Les questions suivantes seront étudiées par le Congrès :

1° Préhistoire, protohistoire et histoire des connaissances concernant l'action des forces de l'Univers sur la vie terrestre ;

2° Notions d'astronomie et d'astrophysique. La couronne solaire. Les rayons ondulatoires ou corpusculaires dits « cosmiques ». La haute atmosphère et le magnétisme terrestre ;

3° Le spectre solaire, l'ultra-violet et l'infra-rouge : actions biologiques, pathologiques et thérapeutiques. Les autres radiations émises par le soleil ;

4° Les périodes d'effervescence solaire (orages, éruptions, protubérances, taches), et leurs retentissements terrestres ;

5° La conductibilité électrique et l'ionisation de l'air. Son action éventuelle sur les êtres vivants ;

6° La météorologie, dans ses relations avec les manifestations morbides, d'une part ; avec l'électricité atmosphérique et les influences cosmiques, d'autre part ;

7° Les radiations telluriques décelées par les appareils automatiques et enregistreurs. La radio-activité du sol et des eaux : actions biologiques, pathologiques et thérapeutiques ;

8° La constitution des micro-climats et leur utilisation en médecine et en botanique.

Le Congrès sera tenu pendant les vacances de Pâques ou de Pentecôte selon les demandes formulées. Les adhérents jouiront des facilités habituelles, pour les parcours et les séjours.

Secrétariat général du Congrès : Docteur M. Faure, 24, rue Verdi, à Nice.

Le Gérant : R. THIRON

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

7.422. — Prescription de toxiques du tableau B

J'ai à soigner depuis de longues semaines, un cas navrant d'ostéo-sarcome dans lequel les phénomènes de compression vasculo-nerveuse entraînent d'atroces douleurs. Naturellement, la morphine et ses dérivés jouent le rôle essentiel dans l'assistance que j'apporte à mon patient. Or, je m'entends réclamer des prescriptions de plus en plus fréquentes de doses de plus en plus élevées.

Puis-je, sans risques — du point de vue légal — envisager (si les circonstances se prolongent comme cela se peut), des prescriptions allant à quarante, cinquante centigrammes de morphine *pro die* ? La malheureuse confiée à mes soins n'a, bien entendu, pas la plus minime chance, je ne dis pas de guérison, mais de rémission... Et j'ai le devoir, on n'en peut douter, de donner à tout prix apaisement à ses souffrances.

Comment couvrir utilement ma responsabilité ?

J'avais songé à appeler en consultation un confrère d'autorité reconnue. Pour des motifs trop compréhensibles (gêne pécuniaire pressante, certitude de l'inutilité de cette consultation pour ce qui est du pronostic), l'entourage du patient répugne à cette consultation et me la refuse aussi clairement que possible.

Comment puis-je, comment, si les choses durent, pourrai-je assurer ma sécurité ? Dr B.

Réponse

Si vous ne tenez pas un jour ou l'autre à être cité devant le tribunal correctionnel, il est indispensable que vous ayez une consultation avec un confrère.

Je comprends très bien les devoirs d'humanité qui vous préoccupent, mais à juste titre votre tranquillité professionnelle doit être mise à couvert.

L'inspecteur des pharmacies qui, plus tard, vérifiera les livres des pharmaciens, au sujet de la sortie des toxiques du tableau B, n'aura pas à examiner votre malade et même n'a pas qualité pour apprécier la régularité de vos ordonnances. Il ne verra qu'une seule chose : c'est que vous avez ordonné beaucoup de morphine et pour lui, il y aura irrégularité probable.

Le tribunal aura tendance à estimer que vous avez été le complice d'un morphinomane plutôt qu'un médecin humain qui a voulu soulager les derniers moments d'un mourant.

Dans ces conditions, abritez-vous derrière l'autorité d'un praticien que vous ferez appeler en consultation parce qu'à vous deux vous déciderez de l'opportunité de grosses quantités de morphine à ordonner.

Il n'est nullement besoin que vous demandiez une consultation par un grand maître ; un

praticien du quartier sera aussi capable qu'un patron de dire la quantité de morphine nécessaire pour calmer cette pauvre malade.

Si la famille refuse cette consultation, refusez de votre côté de continuer à donner vos soins.

Dr Paul Boudin.

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

Assurances sociales

7.900. — Rayons ultra-violets

Je vous avais déjà écrit pour vous demander si l'on devait compter K2 ou K3 pour une séance d'une durée inférieure à trente minutes, de rayons ultra-violets par lampe à vapeur de mercure et comprenant l'irradiation générale du patient successivement sur le ventre et sur le dos.

Vous m'avez répondu K2.

Mais, d'après la réponse parue récemment dans le journal, il me semble (comme je pensais pouvoir le faire), que c'est à K3 que telle séance devrait s'inscrire. Toutefois la rédaction de la réponse est un peu évasive.

Je me permets donc de vous importuner une fois de plus en vous demandant dans ce cas précis, si c'est K2 ou K3 que l'on doit compter.

Je crois que le traitement par U. V. ainsi décrit de plus d'une demi heure peut s'inscrire sans conteste à K × 4.

Dr D.

Réponse

On lit en K 2. « traitement électrique... pour une seule localisation et d'une durée de 30 minutes et en K 3. ... pour plusieurs localisations simultanées et une durée de 30 minutes ». En comptant par analogie pour séance de rayons ultra-violets il s'ensuit que s'il s'agit de plusieurs localisations et d'une durée maxima de 30 minutes vous pouvez marquer K 3.

Mais auparavant, puisqu'il s'agit de « soins spéciaux », n'oubliez pas que « les prestations correspondantes ne peuvent être remboursées que si la Caisse adresse à l'intéressé, préalablement au traitement et sur la demande de l'assuré — pour être annexée à la feuille de maladie en cours ou apposée sur ladite feuille — l'acceptation de prise en charge, etc... » (art. 24 de l'arrêté du 30 janvier 1937.)

Docteur F. Decourt.

FISCALITÉ

8.066. — Le certificat pour un assuré individuel doit être fait sur papier timbré

Quand une Compagnie d'assurances demande l'examen d'un assuré pour connaître le taux d'inca-

pacité couverte par un contrat individuel, y a-t-il lieu de rédiger le certificat plus ou moins détaillé sur papier timbré ?

Si l'assuré ne se déclarait pas satisfait par les conclusions de ce certificat, il pourrait demander une expertise judiciaire et alors, la Compagnie pourrait produire son certificat pour étayer ses prétentions personnelles.

Appartient-il alors à la Compagnie de faire enregistrer le certificat pour l'utiliser en justice ou devait-il être primitivement rédigé sur timbre par les médecins ? Dr D.

Réponse

Le certificat dont vous parlez doit être fait sur timbre et ne doit pas être enregistré pour l'instant. Si le différend persiste, entre la Compagnie d'Assurances et l'assuré, c'est à la Compagnie qu'incombera la charge, alors, de le faire enregistrer.

Il n'y a que les certificats ou attestations fournis aux Compagnies d'assurances par leurs médecins délégués à titre de simple renseignement d'ordre intérieur et à la condition qu'ils ne puissent pas, en vertu de la police, constituer un titre opposable à l'assuré, qui sont exempts de timbre (loi du 13 brumaire an VII, art. 16).

A. et S. MARTINOT
Conseillers fiscaux

ACCIDENTS DU TRAVAIL

7.821. — Calcul du salaire de base d'un accidenté du travail

Une danseuse d'un établissement de L. tombe d'un tabouret et se fracture le radius, gros déplacement qui fait prévoir une incapacité permanente provisoire. Elle gagne 25 francs par jour de fixe et se fait environ 15 à 20 francs de pourboire qui proviennent 1° des clients et 2° de l'établissement qui lui donne 5 francs par bouteille de champagne qu'elle fait consommer.

Demi-salaire. — Elle aura certainement 12 fr. 50 à partir du lendemain de l'accident. N'a-t-elle droit qu'à 12 fr. 50 seulement ou doit-elle compter sur un supplément en se basant sur les pourboires et combien ?

Rente. — L'incapacité permanente partielle sera d'environ 10 %. Comment calculer cette incapacité permanente partielle, sur le fixe ou sur le fixe et les pourboires ?

Je serais désireux d'être éclairé sur ce cas.

Dr D.

Réponse

En vertu de l'art. 10 de la loi du 9 avril 1898, le salaire annuel servant de base au calcul des rentes pour les victimes d'accidents du travail, s'entend de la rémunération effective qui a été allouée à l'ouvrier soit en argent, soit en nature.

Il est donc généralement admis qu'on doit considérer comme faisant partie intégrante de ce salaire, la rémunération donnée par des personnes autres que le patron à titre de pourboires ou de gratifications. Une condition est généralement exigée par la jurisprudence : il faut qu'il s'agisse là non point d'un pourboire accidentel ou clandestin, mais bien de rémunérations principales ou accessoires de la profession, entrant en ligne de compte dans le calcul du salaire de l'intéressé. Ainsi en est-il par exemple des livreurs et des garçons de café. Le cas que vous nous soumettez se rapproche dans une grande mesure des deux hypothèses précitées et nous pensons donc qu'il y a lieu de lui appliquer la même solution.

En ce qui concerne le calcul des rentes, il y a lieu de rechercher le montant approximatif des pourboires qui ont été effectivement versés à l'intéressée durant les douze mois qui ont précédé l'accident.

En ce qui concerne l'indemnité journalière, en principe la victime n'a droit qu'à la moitié du salaire touché au moment de l'accident. Toutefois en cas de salaire variable, l'indemnité journalière est égale à la moitié du salaire moyen d'une journée de travail pendant le mois qui a précédé l'accident.

D'après la jurisprudence de la Cour de cassation, il faut considérer comme salaire variable le salaire qui se compose en tout ou en partie de gratifications et de pourboires. Il y a donc lieu de calculer le salaire moyen mensuel, de le diviser par 30 et d'accorder la moitié du salaire journalier ainsi obtenu à l'intéressée.

Toutefois une difficulté peut se présenter au cas où la question que vous nous exposez serait portée devant les Tribunaux. En effet, la condition essentielle pour que la législation sur les accidents du travail trouve application, est que les parties en présence soient liées par un contrat de louage de service valable au point de vue juridique. Mais pour qu'il en soit ainsi, il est nécessaire que ce contrat ait une cause licite et ne soit pas contraire à l'ordre public et aux bonnes mœurs.

Il a été ainsi décidé par le Tribunal de paix de Roanne (5 mai 1934. *D. H.*, 1934-456), que la loi du 9 avril 1898 ne peut être invoquée pour l'employée d'une maison de tolérance. Nous vous signalons la chose au cas où il s'agirait d'un établissement analogue.

8.117. — Les lésions tuberculeuses produites par des poussières ne sont ni des accidents du travail ni des maladies professionnelles garanties par la loi

Un ouvrier travaillant dans une minoterie est obligé de cesser son travail de temps à autre pour

soigner les épisodes aigus d'une « bronchite chronique » qui ne fait d'ailleurs que s'aggraver.

Ces derniers temps, il est obligé de cesser complètement et définitivement son travail et m'est adressé par le gérant de la Société minotière ; l'examen clinique montre les signes d'une tuberculose pulmonaire, confirmée par un examen bactériologique.

Le gérant reconnaît que les conditions du travail (poussières et courant d'air) peuvent parfaitement avoir créé — ou aggravé — la bronchite chronique ; d'ailleurs, à chaque fois que le malade reprenait son travail, il ne tardait pas à ressentir une atteinte plus grave que les précédentes.

Il me paraît donc logique de penser que cet état de choses a créé un terrain favorable au développement d'une tuberculose.

Comme il ne s'agit pas d'un accident du travail, la Compagnie d'assurances déclare ne pouvoir s'occuper de cet état de fait. Cela ne rentre pas non plus dans les maladies professionnelles, il me semble.

En définitive, cet ouvrier — qui doit subvenir aux besoins de sa famille — se trouve incapable de travailler. Existe-t-il un moyen (par l'Assurance ou autre Société) de lui venir en aide? Ne peut-on considérer que, malgré tout, son affection a été aggravée par son travail ? Dr R.

Réponse

Ainsi que vous ne l'ignorez pas la législation sur les risques professionnels ne s'applique en principe qu'aux accidents survenus au temps et au lieu du travail et non point aux maladies d'origine professionnelle à moins qu'elles ne figurent dans la liste des maladies bénéficiant par exception de la protection légale.

Or, cette liste dressée par la loi du 25 octobre 1919 et modifiée successivement par la loi du 1er janvier 1931 et le décret du 12 juillet 1936 ne comporte point les lésions tuberculeuses produites par les poussières ou les mauvaises conditions de travail.

Certes, les lésions provenant de l'action des poussières, déchets minéraux ou végétaux, etc., doivent être obligatoirement déclarées en vertu du décret-loi du 16 octobre 1935.

Mais cette déclaration a simplement pour but de dresser une statistique, d'étudier la prévention et d'étendre ultérieurement à ces maladies la protection légale.

Dans ces conditions, pour que votre client puisse demander à son chef d'entreprise le versement des indemnités prévues par la loi du 9 avril 1898, il faudrait qu'il puisse établir que ses lésions proviennent d'un accident, c'est-à-dire de l'action violente et soudaine d'une cause extérieure portant atteinte à l'intégrité du corps humain et non point d'une maladie c'est-à-dire d'une lésion à caractère lent et progressif tenant à l'exercice *continu et régulier de la profession.*

Est ainsi considérée comme accident du travail, d'après la jurisprudence, la tuberculose qui se déclare ou se révèle à la suite d'un traumatisme, d'un coup, etc...

En l'espèce, aucun élément de cette nature ne paraîssant pouvoir être invoqué, il s'agit bien plutôt d'une maladie que d'un accident.

Dans ces conditions, on doit considérer comme juridiquement fondé le refus qui a été opposé à votre client par sa Compagnie d'assurances et ce dernier doit demander à sa Caisse d'assurances sociales le versement des prestations en espèces et en nature de l'assurance maladie, si bien entendu, il est en règle de ses cotisations.

8.012. — Accident survenu à un facteur des P.T.T.

J'ai soigné en juillet une postière (femme faisant les fonctions de facteur) tombée de bicyclette en faisant la tournée des postes. L'Administration veut que la blessée me paie mes honoraires et lui rembourser ses frais ; mais la blessée pour diverses raisons n'est pas solvable et je n'obtiens rien.

Comment pourrais-je faire pression sur l'Administration des postes ?

Je vous serais reconnaissant de m'indiquer la marche à suivre.

Dr L.

Réponse

Le personnel commissionné de tous grades et de toute catégorie appartenant à l'administration des P. T. T. ne peut bénéficier, en cas d'accidents survenus au cours du service, de la législa tion sur les accidents du travail.

En effet, les fonctionnaires affiliés au régime des pensions civiles ne peuvent cumuler les avantages de leurs statuts particuliers avec ceux que comporte la législation sur les accidents du travail.

Par contre, les stagiaires et journaliers qui sont liés envers l'administration par un simple contrat de louage de service et qui n'ont pas la qualité de fonctionnaires bénéficient de la loi du 9 avril 1898 en cas d'accidents. Si votre cliente comme il est probable, appartient bien à cette seconde catégorie, vous avez contre l'administration des P. T. T., conformément à l'art. 4 de la loi du 9 avril 1898, une action directe en paiement de vos honoraires dans les limites du tarif des accidents du travail diminué de 10 %.

Au cas où vous éprouveriez des difficultés pour obtenir le paiement direct de vos honoraires, nous pourrions demander à notre Conseil d'administration de vous faire bénéficier de l'appui de la Ligue pour porter l'affaire devant la juridiction compétente.

8.097. — Accident survenu à la femme d'un agriculteur. Droit à pension en cas d'incapacité permanente partielle

J'ai donné mes soins en août 1936 à une de mes clientes qui présentait une fracture du cou-de-pied. Cette personne bien qu'étant femme du patron est assurée contre les accidents.

Elle présente actuellement du fait de sa blessure, un certain degré d'invalidité.

Comment dois-je procéder pour lui faire attribuer cette pension d'invalidité par la Compagnie d'assurance. ?

Dr T.

Réponse

La loi du 15 décembre 1922 qui a étendu aux exploitations agricoles la législation sur les accidents du travail, a donné la faculté aux exploitants d'adhérer à la loi pour eux-mêmes ou pour les membres de leur famille, à la condi tion de contracter une assurance à cet effet.

S'il s'agit bien en l'espèce de la femme d'un agriculteur couverte par une police contre les accidents du travail, vous pouvez délivrer à votre cliente un certificat sur papier libre dans lequel vous décrirez l'invalidité dont elle est actuellement atteinte et établirez le taux de son incapacité.

Il appartiendra ensuite à votre cliente, à l'aide de votre certificat, d'exercer les recours que la loi lui donne. Il convient de remarquer d'ailleurs que la solution serait exactement la même au cas où il s'agitrait d'une police individuelle de droit commun, mais vous auriez alors l'obligation de rédiger votre certificat sur papier timbré pour éviter une amende de timbre au cas où il serait produit en justice.

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

7.934. — Marche à suivre pour se faire réformer

Classe 1913 et classe de mobilisation 1907, médecin auxiliaire, je suis actuellement malade et voudrais passer devant un Conseil de réforme.

Auriez-vous l'amabilité de m'indiquer la marche à suivre ?

Dr X.

Réponse

Il vous suffit d'écrire à votre Directeur du Service de santé pour lui exposer votre état de santé, et lui demander d'être présenté devant une Commission de réforme pour inaptitude physique.

Cette Commission, après expertise, prendra toutes décisions utiles et conformes à vos intérêts.

ASSURANCES SOCIALES

7.746. — Droit aux prestations en cas de maladie congénitale

Auriez-vous l'obligeance de me faire savoir si des parents assurés sociaux ont droit à un secours quelconque pour leur enfant unique, âgé de 12 ans, atteint de syndrome de Little, incapable de rien faire sans le secours de sa mère ?

Dr M.

Réponse

Il résulte en principe de l'art. 6, parag. 1er du décret-loi sur les Assurances sociales qu'un assuré est fondé à demander le remboursement des prestations en nature de l'assurance-maladie concernant soit son conjoint, soit ses enfants à charge. Par « enfants à charge », il faut entendre les enfants légitimes, naturels, recueillis ou adoptés, âgés de moins de 16 ans et non salariés.

Dans ces conditions, vos clients peuvent prétendre aux prestations de l'assurance en ce qui concerne leur enfant. Ils pourraient notamment demander à ce qu'il soit traité ou hospitalisé dans un établissement de cure ayant conclu une convention avec la Caisse.

Toutefois, une difficulté pourrait se présenter en ce qui concerne le versement des prestations. Il résulte, en effet des principes généraux en matière d'assurance, qui gardent leur valeur dans le cas particulier des Assurances sociales, qu'une assurance ne peut couvrir des risques déjà réalisés avant son point de départ. La Caisse pourrait donc objecter qu'elle ne doit pas les prestations si la maladie de l'enfant est antérieure à l'institution des Assurances sociales ou à l'affiliation de ses parents dans l'assurance. Il en serait notamment ainsi au cas où cette maladie présenterait un caractère congénital. Il s'agit là d'un point de fait que nous ne sommes pas à même de trancher.

Nous vous signalons toutefois que ces principes ne sont pas absolus et qu'il faut, au contraire, considérer comme maladie nouvelle ouvrant droit aux prestations, toute nouvelle période d'activité d'une maladie antérieure survenant après une période de guérison apparente d'au moins deux mois. Si donc, il s'agit d'une maladie à caractère cyclique et à phases aiguës périodiques, l'enfant pourrait dans cette mesure bénéficier des prestations de l'assurance.

7.577. — Droit aux prestations spéciales de deux ans

Un assuré, immatriculé aux Assurances sociales depuis le 1er janvier 1937, étant en règle de ses cotisations, contracte au début de juillet dernier, une maladie nécessitant un traitement de longue durée.

Le 13 juillet 1937, cet assuré fait une demande à la Caisse où il est affilié pour obtenir l'autorisation de percevoir les prestations au delà de six mois (pendant deux ans).

Le 9 août suivant, l'assuré se présente à une convocation du médecin-inspecteur délégué par la Caisse qui doit statuer sur son cas.

A la suite de cette convocation, la Caisse répond à l'assuré qu'étant donnée la date récente de son immatriculation, les prestations ne peuvent lui être fournies au delà de six mois.

En l'espèce, il s'agit de syphilis. Le refus de la Caisse de continuer à fournir les prestations au delà de six mois est-il défendable :

1° Du point de vue règlement-intérieur de la Caisse ?

2° Du point de vue social ? Son intérêt bien compris ne serait-il pas, au contraire, de permettre à cet assuré de se soigner normalement et d'éviter des accidents ultérieurs susceptibles d'éclore, si le traitement est insuffisant.

Dans l'intérêt général, je crois que la réponse à ma question peut être intéressante.

Dr X.

Réponse

S'il est exact que les Caisses d'assurances sociales sont fondées à refuser le versement des prestations ordinaires de l'assurance-maladie après six mois de soins, pour une même affection lorsqu'il ne peut être question de rechute après deux mois de guérison apparente (ce qui est bien le cas en l'espèce), par contre l'intéressé est en droit de passer, à l'expiration de ce délai, du régime des prestations ordinaires sous le régime des prestations spéciales prévu par l'art. 6, parag. 16 du décret-loi.

Aux termes de cet article, l'assuré dont l'état nécessite des soins préventifs ou qui est atteint d'une maladie ne comportant pas cessation de travail, reçoit s'il y a lieu, pendant une durée de deux ans au plus, à compter de la première constatation médicale de cette maladie, des prestations spéciales dont le montant maximum et les conditions d'attribution sont fixés par le règlement intérieur de sa Caisse.

Le but de ces prestations spéciales est bien évidemment de pallier aux lacunes du délai de six mois, et de permettre aux assurés atteints d'affections ne comportant pas de phases de rémission et présentant un caractère de chronicité, de bénéficier pendant une durée raisonnable de la protection légale en ce qui concerne le risque maladie.

Il appartient donc en principe au règlement intérieur de la Caisse de déterminer les conditions dans lesquelles ces prestations sont acquises à l'assuré et les modalités de versement. Mais nous vous rappelons que les règlements intérieurs des Caisses doivent être conformes aux

dispositions obligatoires prévues par le règlement-type établi par l'arrêté ministériel du 30 janvier 1937. Aux termes de l'art .38 de ce règlement-type, dans les cas prévus au parag. 16 de l'art. 6, « la Caisse peut substituer aux prestations ordinaires les indemnités forfaitaires dont le maximum mensuel est fixé à son Tarif de responsabilité. La Caisse fixe, sur proposition du médecin traitant et du contrôle médical, le montant des indemnités forfaitaires allouées et la durée pendant laquelle elles sont attribuées. Le paiement des indemnités n'a lieu que sur justification de l'exécution du traitement prescrit. »

Le passage du régime des prestations ordinaires au régime des prestations spéciales doit donc avoir lieu après avis du médecin contrôleur de la Caisse. Toutefois, ce dernier ne saurait opposer un refus arbitraire, au cas où un différend viendrait à se produire en ce qui concerne l'éclat du malade, il devrait être soumis à la Commission technique des trois médecins prévue par l'art. 8, parag. 3 du décret-loi. Cette Commission est saisie par lettre recommandée adressée au Greffier du Juge de paix du domicile de l'assuré.

Le refus des prestations spéciales ne saurait être opposé par la Caisse, motif pris du caractère récent de l'immatriculation de l'intéressé. Ces prestations sont dues à l'assuré du moment qu'il réunit les conditions de cotisation requises pour les prestations ordinaires. En effet, elles font partie des prestations en nature de l'assurance-maladie et les conditions d'attribution de ces prestations en nature sont fixées par l'art. 7, parag. 2 du décret-loi. Il suffit donc que l'intéressé ait subi sur son salaire une retenue au moins égale à 30 francs pendant les deux derniers trimestres civils précédant celui de la maladie ou de l'accident.

Si ces conditions étaient remplies en ce qui concerne les prestations ordinaires, l'intéressé peut du même coup prétendre aux prestations spéciales.

Au cas où celles-ci lui seraient refusées pour ce motif, le différend devrait alors être tranché par la Commission d'arrondissement du siège de la Caisse, saisie par lettre recommandée adressée à son président au Greffe du Tribunal civil, dans les dix jours de la notification du refus.

7.955. — Responsabilité du patron qui n'a pas fait immatriculer son domestique aux Assurances sociales

J'ai recours à votre obligeance pour avoir quelques précisions sur le cas d'une de mes clientes, qui aurait dû être immatriculée aux Assurances sociales et qui, devant accoucher prochainement, désirerait

savoir quelles sont les prestations-maternité auxquelles elle aurait eu droit.

Son employeur désire l'indemniser d'une somme équivalente à ces prestations légales. Cette jeune femme est dans la même maison depuis juillet 1928 environ :

1° Comme bonne de juillet 1928 à avril 1934 (200 francs par mois) ;

2° Comme femme de journée depuis son mariage, d'avril 1934 à la date de son accouchement, soit vers fin novembre 1937.

De plus, pour le fait de ne pas avoir été inscrite aux Assurances sociales, peut-elle demander des indemnités à son employeur ? Dans ce cas, il faudrait savoir depuis quelle date fonctionnent les Assurances sociales.

Dr M.

Réponse

Nous avons bien reçu votre lettre relative au droit d'un domestique à l'égard de ses patrons qui ne l'ont pas fait immatriculer aux Assurances sociales.

Il est, en effet admis par une jurisprudence bien établie que le salarié assujetti obligatoirement aux Assurances sociales que son patron n'a pas fait immatriculer est en droit de lui réclamer au moment de l'ouverture d'un risque garanti par la loi, le versement d'une indemnité égale à la valeur des prestations dont il se trouve privé par sa faute en vertu de l'art. 1382 du Code civil.

En l'espèce, l'indemnité doit être égale aux prestations prévues par l'art. 9 du décret-loi sur les Assurances sociales relatif à l'assurance maternité.

Ces prestations se composent :

1° D'une somme forfaitaire représentant les frais médicaux et pharmaceutiques relatifs à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites. Cette somme varie d'après le tarif de responsabilité de chaque Caisse. Toutefois, le tarif de réassurance nationale prévoit comme maximum dans les villes de 200.000 habitants le chiffre de 425 francs ;

2° De primes d'allaitement à condition que l'assurée allaite elle-même son enfant. Les primes ne peuvent être inférieures à 175 francs par mois pendant les premiers mois, ni supérieures à la somme de 850 francs durant la période totale d'allaitement;

3° Une indemnité journalière versée six semaines avant et six semaines après ou durant la période de cessation du travail à condition que cette période soit égale au moins à six semaines.

Le chiffre de cette indemnité journalière varie d'après les sommes ayant servi de base aux *cotisations durant le premier des quatre trimes-*

tres civils précédant celui au cours duquel s'est produit l'accouchement.

En l'espèce, on peut évaluer cette indemnité d'après le barême en vigueur, à 8 francs par jour.

Votre cliente ne peut prétendre par contre à aucune indemnité de principe destinée à compenser le fait de n'avoir pas été inscrite aux Assurances sociales.

Elle pourra seulement réclamer à nouveau une indemnité à ses patrons au cas où elle viendrait à être victime d'un risque garanti par la loi, c'est-à-dire d'une maladie où d'une invalidité, d'autre part, ses héritiers pourraient eux aussi avoir un recours contre ses patrons au cas où elle viendrait à décéder.

Toutefois, dans ces divers cas, la responsabilité patronale ne serait mise en jeu que si l'intéressée était au service de ces derniers pendant les périodes de références servant à déterminer le droit aux prestations dont elle se trouve privée.

8.087. — Droit des assurés sociaux titulaires d'une pension d'invalidité : 1° aux prestations maladie ; 2° à la reprise du travail

Je vous serais très obligé de me donner le renseignement suivant :

1° Une assurée sociale, mise en invalidité et touchant une pension, peut-elle prétendre aux remboursements par la Caisse des frais médicaux et pharmaceutiques nécessités par son état ?

2° Peut-elle effectuer un petit travail régulièrement payé ?

Dr L.

Réponse

1° D'après l'art. 10, parag. 8 du décret-loi sur les assurances sociales, pendant la durée de son invalidité et au maximum pendant 5 ans, l'assuré titulaire d'une pension invalidité bénéficie des prestations en nature de l'assurance maladie à condition de participer aux frais médicaux et pharmaceutiques conformément à l'art. 6 (relatif au ticket modérateur de 20 %).

2° Les assurés sociaux invalides bénéficiant de la pension du moment qu'ils ont au moins 66 % d'invalidité, ne sont point frappés d'une incapacité absolue de travail.

Il leur est parfaitement loisible d'utiliser comme bon leur semble la capacité qui leur reste.

Mais d'après l'art. 10, parag. 7 le service de la pension est suspendu en tout ou partie lorsque l'intéressé en cas de reprise du travail, jouit sous forme de pension et de salaire ou de gain cumulé, de ressources au moins égales au salaire dont il bénéficiait avant d'être reconnu invalide.

Cinquante neuvième année | N° 46 bis | 17 Novembre 1937

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

- sommaire -

SERVICE DE PROPAGANDE DU " CONCOURS "

Les docteurs en médecine et les étudiants qui en feront la demande recevront gracieusement le *Concours Médical* pendant deux mois, afin de leur permettre de se rendre compte des services que ce journal peut leur rendre.

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteur en Médecine	70 fr.	Belgique et Luxembourg..	80 fr.
Etudiants	45 fr.	Première Zone	95 fr.
Le Numéro	1.50	Deuxième Zone	120 fr.

COMMENT S'EXERCE
la Défense professionnelle individuelle
par le SOU MÉDICAL

Il faut avoir « vu », pour bien se rendre compte de tout le soin, de toute la conscience avec lesquels sont défendus les intérêts professionnels du médecin par notre Ligue. Nous avons de temps en temps, la bonne fortune de faire assister des confrères à l'une des Réunions de son Conseil d'administration ; ils s'en disent toujours enchantés, car jusque-là ils n'avaient pu se faire une exacte idée du jeu de son activité.

A plus forte raison, les jeunes ne sont-ils pas documentés, et ils ont besoin de l'être. Il y a quelques jours à peine, le président de l'Association des Internes en exercice d'une de nos plus grandes Facultés était de passage à Paris. Une heureuse idée le mena jusqu'à nous ; c'était un jour de séance pour le Sou Médical ; il y fut accueilli avec empressement, et vient de nous adresser ces quelques lignes fort intéressantes :

« De retour dans ma ville de Faculté, j'ai fait part à mes camarades de l'Internat de ma visite au « Sou Médical », et de la séance à laquelle vous avez bien voulu me faire l'honneur de me convier.

« Beaucoup de mes collègues ne connaissaient pas, ou connaissaient peu votre Ligue. Je pense que ma visite chez vous aura été utile ».

Pour généraliser, regrettons que tous les médecins, qui n'en font pas partie, n'assistent pas, au moins une fois, aux Réunions du Conseil d'administration du « Sou Médical ». Ils se rendraient compte de son fonctionnement, sur lequel plane un souci constant de mettre les statuts en accord avec la considération, que méritent des confrères lésés dans leurs intérêts professionnels, quand leur cause est juste.

Le Conseil du « Sou Médical » se réunit tous les quinze jours, le mardi à 14 h. 30. Après lecture et approbation du procès-verbal de la précédente séance, on examine les demandes d'adhésions ; car il faut des références sérieuses pour être admis comme membre de la Ligue. Puis, toutes les dépenses engagées, dont le règlement doit être fait, sont ordonnancées après approbation du Conseil.

Les affaires en cours, ainsi que celles qui ont

surgi au cours de la quinzaine écoulée, sont exposées successivement dans tous leurs détails par l'un des secrétaires administratifs, M. Meillet licencié en droit ; elles sont ensuite commentées et discutées par le Secrétaire Général le Dr Paul Boudin, docteur en droit, et par MM. Dumesny et Jean Mignon, licenciés en droit.

Parfois, la cause est vite jugée, car ses liens avec l'objet même du « Sou Médical » sont tellement nets que la décision peut être prise sans retard : l'appui moral et pécuniaire est accordé sur le champ.

Mais, il est d'autres cas d'espèce, plus délicats, à apprécier, en fonctions des obligations du « Sou Médical » ; ceux-ci suscitent un examen très approfondi, qui est alors confié à Me Crochard, avocat à la Cour d'appel, et à Me B. Auger avocat au Conseil d'Etat et à la Cour de cassation, selon la juridiction, à laquelle il faudra recourir. La décision est prise seulement après que tous les conseillers ont été admis à donner leur avis librement exprimé, et que l'aspect juridique de l'espèce en cause a été très clairement analysé, avec toutes ses éventualités.

Or, toutes les fois qu'il s'agit d'une difficulté rencontrée par un membre du « Sou Médical » compromettant les intérêts, qui découlent de ses droits professionnels, ou mettant en jeu sa responsabilité à propos de ses actes cliniques et thérapeutiques, le Conseil admet son adhérent au bénéfice de sa protection, dans les conditions qu'il définit conformément aux Statuts.

Eh bien ! quand on a vu, une fois seulement, le Conseil du « Sou » en action, on comprend qu'il ne livre rien au hasard, et l'on repart avec cette conviction profonde de l'efficacité de son appui, et que, là où il échoue, nul n'eût pu mieux faire.

Que ceux de nos confrères, qui ignorent encore le « Sou » se documentent, puis ils y adhéreront certainement. S'ils se croient encore suffisamment protégés par l'assurance, qu'ils ont contractée à quelque Compagnie, qui les couvre contre le risque de la responsabilité civile, c'est qu'ils ignorent que celui-ci constitue seulement la très minime partie des misères, que le praticien est exposé à rencontrer au cours de sa carrière. Les autres : troubles de jouissance quelconque, aussi bien d'une fonction médicale que d'un logement professionnel, mésententes confraternelles, dénigrement et diffamation, difficultés avec le fisc, etc., etc., les Compagnies n'en ont cure ; seul, le Sou aide ses adhérents à les vaincre et à les surmonter.

Au fond, peut-être ceux des praticiens, qui ne sont pas encore membres du « Sou », ne savent-ils bien exactement pourquoi. CENT francs de cotisation par an pour une garantie de CENT MILLE FRANCS, qui peut être portée à CINQ CENT MILLE

FRANCS, si, en plus on s'abonne au journal *Le Concours Médical* pour 70 francs, organe scientifique de premier ordre, organe des informations professionnelles de la dernière actualité.

La Ligue ne cesse de s'accroître en nombre : de 4.500 adhérents qu'elle comptait en 1925, elle s'est élevée au chiffre actuel de 7.860 ; elle s'est ainsi augmentée des trois quarts en douze ans. C'est bientôt la LIGUE DES HUIT MILLE.

Dr G. FISCHER
Secrétaire général adjoint

MUTUALITÉ FAMILIALE

A nos sociétaires

L'augmentation des tarifs postaux nous oblige à majorer de :

5 à 20 francs

suivant leur chiffre, le montant des cotisations, lorsque nous devons procéder à leur recouvrement par la présentation d'une traite.

Dans l'intérêt de nos sociétaires et pour leur éviter cette charge, nous insistons auprès d'eux pour qu'ils nous fassent parvenir avant le 15 janvier prochain leurs cotisations soit par mandat, soit par chèque bancaire, soit par versement à notre compte de chèque postal Paris 131-32.

LE TRÉSORIER.

CORRESPONDANCE

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

a) Accidents du Travail

7.741. — Régularisation de plaie superficielle mais située dans une région dangereuse pour les suites

Abonné au *Concours Médical* et membre du « Sou », je viens vous demander ce que je dois réclamer à la Compagnie d'assurances pour le cas suivant :

Un homme, dont l'accident est couvert par une assurance suivant tarif des accidents du travail, voit un plancher en mauvais état s'effondrer sous ses pas. Diverses blessures de peu d'importance sur le corps, de petites plaies contuses superficielles à la face ; mais aussi une plaie contuse au niveau de la paupière inférieure et de la région malaire gauche. Cette plaie consiste en un décollement des tissus intéressant peau, tissu cellulaire et muscles par endroits, partant des deux travers de doigts du bord externe de l'œil gauche suivant une ligne droite, les tissus ayant été comme rabattus en bas, ensuite selon une ligne verticale jusqu'au niveau de l'apophyse malaire, et ayant été en même temps décollés d'une façon plus ou moins régulière depuis la conjonctive jusqu'à une ligne allant depuis cette apophyse jusqu'à un centi-

mètre et demi du bord interne de l'œil. J'ai été obligé d'éplucher, régulariser, suturer soit au catgut très fin, soit aux crins.

Le globe oculaire, quoique contusionné, ne présente pas de plaie ; seulement une suffusion sanguine ; de même, au niveau de la région de la paupière supérieure et au-dessus (toutefois une petite plaie contuse sans importance sur la ligne sourcilière).

En clientèle ordinaire, j'ai vu demander par un confrère spécialiste plus de mille francs pour un cas semblable de réfection de paupière inférieure et région environnante. Je vous serais obligé, mes chers confrères, de vouloir bien m'indiquer combien je pourrais demander selon tarif accident du travail dans le cas que je viens de vous décrire.

Dr L.

Réponse

Vous avez fait une « régularisation, épluchage et suture, d'une plaie superficielle », donc tarifée 40 francs (art. 17). Mais, comme il s'agit ici d'une région assez spéciale et allant jusqu'au bord interne de l'œil, lequel était même l'objet d'une « suffusion sanguine », avec plaie de la paupière supérieure, etc., il me semblerait équitable de demander 100 francs comme pour une *plaie étendue et profonde. Bien que ce ne soit pas* le cas, texte du tarif en main, vous pourriez invoquer la difficulté technique et le danger spécial d'une cicatrice vicieuse. Il faudrait naturellement, pour ce règlement *amiable*, donner à la Compagnie toutes explications techniques justifiant votre demande.

Dr F. Decourt.

7.689. — Radiographie. Accord conditionnel ? Refus ?

Je reçois ce matin dimanche l'avis de contrôle du blessé B. J'ai téléphoné au Dr X., qui m'a très mal reçu.

Je vous envoie les papiers pour que vous puissiez prendre ma défense :

1° J'ai demandé une radiographie des côtés (côté gauche de l'accidenté) et en réponse, j'ai reçu la lettre datée 5 octobre (A). Le libre choix n'a pas joué;

2° B. Les quarante-huit heures ne sont pas données puisque j'ai reçu la lettre seulement ce matin, C et C *bis* sont les preuves ;

Et 3° Voulez vous me faire savoir comment procéder à l'avenir quand on demande la radiographie d'un accidenté de travail. Si je dois envoyer directement à un radiographe sans passer par la Compagnie d'assurance.

Jusqu'ici je me suis toujours adressé à l'assurance puisque je dois demander l'autorisation avant de *diriger chez un radiographe.*

L'accident a eu lieu le 28 septembre 1937, traumatismes aux côtés gauches. Pas de lésion osseuse visible par le radiographe (mais lésions pulmonaires

intéressant toute la région sous-claviculaire). Il est, en effet, un bacillaire.

D'autre part, le cliché est chez moi.

Le but de mon coup de téléphone était de prévenir le Docteur X :

1° Qu'il n'y a pas les quarante-huit heures légales ;

Et 2° De lui dire de dire au client de prendre le cliché chez moi, car je ne vois pas le client avant lui demain matin. Il m'a répondu qu'il n'est pas mon domestique.

Dr C.

Réponse

1° L'art. 27. Observ. dit : « Sauf cas d'extrême urgence, l'exploration radiologique ou l'électro-diagnostic doivent être prescrits par le médecin traitant, d'accord avec le médecin du chef d'entreprise ou de son assureur substitué. Ce dernier médecin devra, en cas de refus, donner un avis techniquement motivé dans les trois jours, etc. ». Or, d'après la lettre du médecin de la Cie, en date du 5 octobre, celui-ci est d'accord pour les radio et ne refuserait que pour un motif pécuniaire et non technique, ce qui, texte en main, ne serait plus un « avis techniquement motivé ». Dans ces conditions, il ne reste plus que l'accord de valable et vous étiez en droit de faire pratiquer la radio.

2° Comment faire à l'avenir ? Mais suivre simplement ce qui est dit à l'art. 27. Observ. Vous mettre d'accord avec le médecin patronal (ou de l'assureur) et :

a) Si, dans les trois jours, vous n'avez pas de réponse, faire pratiquer la radio.

b) si c'est un refus, voir l'art. 27, deux alinéas plus loin où il est dit : « En cas de divergence, il sera procédé conformément à l'article 9 ci-dessus.» Or, que dit cet art. 9 ? « . . . en cas de divergence, on recourra à l'avis d'un troisième médecin, choisi d'accord avec le blessé, le médecin traitant et le médecin du chef d'entreprise ou de son assureur substitué. Dans les cas urgents, le médecin traitant décide puis avise aussitôt le patron ou son assureur substitué de l'opération effectuée et des causes de l' « urgence ». Naturellement, dans ce dernier cas, il faut pouvoir démontrer techniquement l'urgence.

Dr F. DECOURT.

7.671. — La fourniture des spécialités en accident du travail

La Compagnie émet la prétention de ne pas régler au pharmacien pour un accident du travail des tubes de pommade à l'inotyol que j'ai ordonnés et estimés nécessaires au traitement (brûlure). Elle offre de régler seulement le prix de pommades qui constitueraient la même formule (?) et dont elle suppose la composition connue, mais non la spécialité elle-même.

J'ai maintenu mon point de vue et proposé votre arbitrage. Voici la dernière réponse de la Compagnie ; qui a raison ?

Réponse

Sont payables par les patrons ou assureurs, les spécialités figurant aux tarifs et barêmes applicables à la loi sur les accidents du travail, à savoir l'Annexe à l'arrêté du 31 mai 1934 et les bulletins de variation dressés par l'Association générale des syndicats pharmaceutiques de France, avec acceptation de la Commission du Tarif.

Les pharmaciens peuvent renseigner le médecin traitant au sujet des spécialités payables ou non. Si la pommade ordonnée ne figure pas dans les listes, vous n'en pouvez exiger le paiement par le patron ou l'assurance substituée.

Dr F. DECOURT.

b) Assurances sociales

7.828. — Frais de traitement d'un assuré à l'hôpital ou en clinique privée

Ma bonne s'est fait opérer dernièrement dans une clinique. Sur la feuille d'Assurances sociales le chirurgien a porté comme prix d'opération K60. Pour le département K = 12. La malade est restée douze jours à la clinique. Or, les Assurances sociales lui remboursent royalement 317 fr. 60, soit :

Consultation	9 60
Chirurgie	288 »
Demi-salaire	20 »

Que pensez-vous de ce règlement ? Les Assurances sociales doivent-elles payer les frais d'hospitalisation plus les frais de chirurgien, ou simplement les frais d'hospitalisation.

D'après mes calculs, elle aurait dû toucher :

$$\text{Chirurgie K} \times 60 = \frac{720 \times 80}{100} = 576 \text{ fr.}$$

Hospitalisation, 12 jours à 24 fr, = 288 fr.

864 fr.

Suis-je dans le vrai et puis-je réclamer auprès de la Caisse ?

La journée de chirurgie à l'hôpital de N. est de 37 fr. 50, je crois que la Caisse rembourse 24 francs.

Membre du « Sou », je vous serais reconnaissant de me donner votre avis et me dire à qui je devrai m'adresser en cas de refus de la Caisse de payer ce qui est dû ?

Dr R.

Réponse

Voyez l'art. 36 de « l'arrêté du 30 janvier 1937 fixant le règlement intérieur type des Caisses ». Il faut d'abord savoir si la clinique « a passé convention avec la Caisse » ou bien « a été agréée

Voir la suite page XXXVII-3273

PROPOS DU JOUR

I. — LES ABUS D'UNE PUBLICITÉ MÉDICALE LICITE : LES CONGRÈS

M. le Prof. Pierre Mauriac, doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux, a récemment attiré l'attention sur la tendance qu'ont certains de nos maîtres à user et abuser de la publicité de la Grande presse. C'est indiscutablement un mauvais exemple qui peut servir d'excuse à maints charlatans de bas étage.

Aujourd'hui nous examinerons les abus d'une autre publicité, publicité celle-là licite, qui cependant poussée à l'extrême comme elle commence à l'être, ne tardera pas à porter le plus grand préjudice aux progrès des sciences médicales et à déconsidérer les savants les plus consciencieux et les chercheurs les plus sérieux : nous voulons parler de l'abus des Congrès.

Nous avons déjà signalé, il y a quelques mois, d'après de très intéressants articles, parus dans le tome VI de l'*Encyclopédie française*, articles de M. Jào Coelho et du Docteur Maurice Genty, le nombre astronomique de périodiques médicaux, de livres cu d'articles, de communications dans les Sociétés Savantes ou les Congrès mémédicaux ou paramédicaux que se sont évertués à relever des bibliographes américains. Les Congrès tiennent une grande part dans ce déluge de communications de valeur discutable, d'observations hâtives, d'expérimentations sans contrôle, qui menace d'engloutir les travaux scientifiques les plus sérieux, car au milieu de ce fouillis le critique le mieux averti et le plus compétent a peine à s'y reconnaître.

Le premier Congrès scientifique médical eut lieu à Rouen en 1863, il comptait 250 membres et 52 communications y furent faites, ce qui est déjà gentil. Le dernier Congrès médical qui a eu lieu à Vichy, où une seule question était à l'ordre du jour : l'insuffisance hépatique (ce qui à notre avis est un réel progrès) comptait à lui seul 2.000 adhérents et nous ne saurions dire le nombre des communications.

Et combien d'autres Congrès médicaux ont vu le jour cette année. Nous ne parlerons pas des *Journées internationales de la Santé publique* avec ses onze sections qui étaient chacune un véritable Congrès avec rapports et communications. Pour donner une idée du nombre de ces derniers, contentons-nous de constater que le Congrès de médecine scolaire, compris dans ces *Journées*, en comptait à lui seul une quarantaine.

Les Journées internationales de la Santé publique avaient une raison d'être, sinon une excuse ; cette manifestation, unique en son genre, était liée à l'Exposition de 1937. On aurait pu se borner à elle pour cette année. Mais quand les médecins congressistes sont déchaînés rien ne saurait les arrêter, ni borner le flot de leur éloquence.

Avant et après les *Journées internationales*, parfois empiétant sur leur programme, nous avons vu surgir les Congrès les plus divers et certains tout à fait nouveaux. On nous en annonce tous les jours ; nous sommes loin d'en prévoir la fin.

A quoi rime cette profusion ? Beaucoup de communications n'ont qu'un seul objet, l'espoir d'une publicité qui mettra en vedette le nom de son auteur. Ce dernier le plus souvent se moque de l'opinion qu'on pourra se faire sur la valeur de son travail, il lui suffit qu'on imprime son nom, qu'on fasse savoir qu'il existe et il espère, s'il exerce une spécialité quelconque, que cette publicité lui amènera quelques clients. Quelle erreur ! le nombre des Congrès et celui des rapports et des communications empêche la presse médicale de s'y intéresser ; en énumérer même simplement les travaux lui est matériellement impossible. De sorte que ces efforts plus ou moins méritoires passent pour la plupart inconnus.

Aussi nous conseillons aux travailleurs sérieux de réserver le fruit de leurs études et de leurs recherches aux Sociétés médicales où elles pourront sérieusement être examinées, discutées et critiquées par des médecins compétents. Il y aurait intérêt pour tous à limiter le nombre des Congrès, à les réglementer en quelque sorte, à éviter leur simultanéité, leur chevauchement.

Des Commissions nationale et internationale pourraient, avec l'appui des Pouvoirs publics de chaque nation et sous le patronage des Académies et des Sociétés médicales les plus importantes, se constituer pour tâcher d'opposer une digue à cette invasion et mettre un peu d'ordre dans ce chaos.

II. — LA VIE PROFESSIONNELLE DES FEMMES MÉDECINS

Le procès des femmes médecins n'est plus à plaider. Il est depuis longtemps gagné. La femme médecin en France est accueillie avec faveur dans tous les groupements médicaux sur le pied d'égalité avec ses confrères masculins et cela au point que beaucoup d'entre elles discutèrent l'opportunité de la création d'une Association des Femmes médecins qui cependant a sa raison d'être. L'ancienne présidente de cette association qui est encore vice-présidente de la Section d'Hygiène au Conseil national des femmes françaises, Mme le Docteur Jeanne-Henri MONTLAUR a, dans un remarquable rapport au Congrès des Activités féminines, exposé quelle est la vie professionnelle des Femmes médecins (1). Nos lecteurs se rndront compte que la femme médecin tout en pouvant exercer comme tout praticien, peut en outre orienter son activité et trouver un champ d'action plus favorable à l'éclosion de ses propres facultés.

Mme Montlaur affirme que la vie professionnelle de la femme médecin se manifeste dans toutes les activités. Elle examine successivement pour faciliter son exposé : la médecine sociale, les travaux et recherches scientifiques et la clientèle.

La médecine sociale est la branche où la femme-médecin triomphe, car elle y apporte les éléments d'ordre philosophique et psychologique inhérents à la nature féminine. L'instinct maternel, le désir d'organistion, innés en elle, la dotent de l'esprit social au plus haut degré. Sa patience, ses qualités de compréhension, d'éducation, son dévouement, son désintéressement, souvent un peu trop exploité par ceux qui l'emploient, la rendent ici inégalable.

Nous n'insisterons pas sur sa supériorité (c'est nous et non Mme Montlaur qui nous servons de ce terme) dans les services consacrés aux œuvres de l'enfance et à la surveillance de l'adolescence.

Elle collabore également avec fruit à la médecine préventive,. Les pouvoirs publics ont depuis longtemps apprécié ses services en lui confiant parfois la direction de Bureaux d'hygiène, en la faisant entrer dans les Commissios de l'Education nationale et de l'Education physique. Un femme-médecin est expert technique à la Société des Nations, une autre est membre de la Commission permanente au Conseil supérieur de la Natalité (2).

Personne n'ignore que nombre de femmes-médecins collaborent aux recherches cliniques dans les hopitaux et aux travaux de laboratoire, qu'elles prennent part aux discussions des Sociétés Savantes et des Congrès, et que souvent, mariées à de savants médecins, elles secondent leurs époux. Mme Montlaur, elle-même, nous a donné l'exemple de cette fructueuse collaboration, interrompue, hélas ! trop tôt. Il en a été de même de Mme le Docteur Phisalix, qui, après avoir assisté son mari dans de très délicates recherches biologiques, continue après sa mort depuis de longues années ses remarquables travaux.

Les femmes médecins abordent avec succès les concours. Nous avons pu juger de leur valeur au Concours récent de médecin-inspecteur des écoles de la Ville de Paris et du Département de la Seine, dont nous étions membre du jury. A ce concours ce furent deux femmes qui vinrent en tête. Sur 366 médecins-inspecteurs des écoles, 58 sont des femmes.

La clientèle s'impose de plus en plus à l'activité féminine. Il ne faut pas s'étonner si beaucoup exercent une spécialité, préfèrent la pédiatrie, l'obstétrique, la gynécologie, et d'autres spécialités délicates, même la chirurgie.

Il y a actuellement environ 1.000 femmes médecins en France et aux colonies sur 27.000 docteurs environ et 30 % de leur effectif exerce la médecine générale. Presque toutes ont très bien réussi moralement et matériellement.

Mme Montlaur pose comme conclusion la question : Faut-il coseiller à une jeune fille de s'orienter vers la profession médicale ?

Elle envisage le *pour* et le *contre*.

Contre : L'exercice de la médecine est fatigant, absorbant, ne laisse pas de répit. La vie est rude pour la femme-médecin qui doit encore veiller aux obligations de la vie familiale et aussi pour la femme seule, privée de soutien qui ne doit compter que sur elle-même. D'autre part, l'encombrement de la profession exige une lutte âpre pour la vie. Les postes avantageux sont rares. Pas de congés payés, pas de limite d'age, pas de retraite.

Pour : L'amour de la profession, de l'activité intellectuelle, les satisfactions morales, l'indépendance et la dignité.

Demandez, dit Mme Montlaur, aux femmes-médecins, ce qu'elles choisiraient si elles avaient a refaire leur vie ? Toutes vous répondront : Je recommencerais. Il est vrai que nous et beaucoup de nos confrères répondraient de même à cette question. Et la preuve, c'est le nombre des fils de médecins qui se destinent à la profession médicale, qui certes, n'a jamais été fructueuse et le devient de moins en moins.

J. NOIR.

---

(1) Publiée dans la revue mensuelle *La Femme au Travail*, numéro d'octobre 1937, 22, rue de l'Arcade, Paris (VIIIe).

(2) Mme Montlaur m'excusera de lui signaler une lacune dans son exposé. Ce sont les services éminents rendus par les femmes médecins aux colonies, notamment en pays musulmans. Citons l'exemple de Mme Lagey qui fut si populaire à Marakech.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

TRAITEMENT MERCURIEL CONTINU D'ABADIE

Par le Professeur H. Gougerot

Professeur de Clinique des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté de médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

Cette technique de traitement anti-syphilitique est si peu connue qu'il n'est pas inutile de la définir : c'est un traitement par les mercuriels solubles, en principe par les injections veineuses de cyanure d'Hg d'après Abadie, poursuivi sans arrêt, à moins d'intolérance, pendant des mois et des mois, souvent pendant une, deux années.

Cette technique très remarquable est due à Abadie, le grand ophtalmologiste qui inventa et vulgarisa les injections veineuses de cyanure (à l'époque ce fut une révolution) et Abadie montra les avantages de ce traitement mercuriel continu, nous présentant à la Société française de dermatologie et de syphiligraphie, des malades, surtout des hérédo-syphilitiques atteints de syphilis nerveuses ou oculaires ayant résisté aux arsénobenzènes, aux bismuthiques, au mercure « discontinu » et guérissant ou s'améliorant par le traitement mercuriel continu.

Le traitement mercuriel continu « *unimédicamenteux* », institué il y a plus de vingt ans par Abadie, se rapproche des traitements anti-syphilitiques « plurimédicamenteux » continus, préconisés par la plupart des syphiligraphes à l'étranger et en France, en France à la suite de Milian, de Vernes, etc... Mais il en diffère essentiellement parce qu'il n'emploie qu'un des trois antisyphilitiques, le mercure, alors que Milian, Vernes, alternent Hg, As, bismuth. Il n'a nullement la prétention de substituer à ces cures plurimédicamenteuses, mais, lorsqu'elles échouent, il est une ressource qu'il faut connaître.

Le traitement mercuriel continu a de tels avantages, dans les syphilis rebelles, sur les traitements mercuriels discontinus classiques, que nous croyons nécessaire d'en rappeler les indications et observations, la technique primitive et les modalités nouvelles d'adaptation.

***

Indications

Ce sont toutes les syphilis viscérales *rebelles* qu'elles quelles soient, sauf les syphilis nerveuses urgentes qui relèvent de la pyrétothérapie et de la malariathérapie.

— Syphilis nerveuses, en particulier les névrites ;

— Syphilis oculaires ;

— Syphilis aortiques, rénales et hépatiques.

Il faut y ajouter : — les syphilis latentes humorales rebelles, — B. W. sanguin, — syphilis nerveuses latentes précliniques de Ravaut sans urgence. En effet, R. Degos nous a cité des B. W. sanguins irréductibles aux As, Bi, Hg, négativés par la technique d'abadie et nous en avons suivi de semblables (voir ci-dessous).

Par conséquent, lorsque auront échoué les techniques habituelles plurimédicamenteuses (As, Bi, Hg) continues (de Milian, de Vernes, etc.) ou discontinues (qui en réalité sont « continues », car les arrêts courts de vingt et un jours ne font pas cesser l'imprégnation chimiothérapique) ou lorsque ces traitements n'agiront plus, il faudra se souvenir du traitement mercuriel continu. *d'Abadie, sauf pour les paralysie générale précoces* commençantes.

Malheureusement le cyanure, même continu, compte lui aussi des échecs et, dans ces cas rebelles, la pyrétothérapie pourra rendre service.

Il ne faut donc pas s'obstiner dans le traitement mercuriel continu.

— Si une syphilis nerveuse devient urgente et ne semble pas influencés par le cyanure ou si le cyanure s'agit pas assez vite : la malariathérapie devient urgente ;

— Si, au bout de six à douze mois, dans les cas non urgents, une amélioration ne commence pas à se dessiner.

Au contraire, il ne faut pas abandonner trop tôt, c'est-à-dire avant un an, le traitement d'Abadie.

***

Exemples et observations

Quelques malades bien connus des plus anciens auditeurs de ces leçons serviront d'exemples et convaincront les nouveaux élèves.

Aortique douloureux : C'est un homme de 55 ans, hôtelier, il a eu son chancre au service militaire à 22 ans. Mal traité par des pilules pendant trois ans, il a semblé

guéri ; il s'est marié à 28 ans et sa syphilis semblait guéri ; il n'a rien eu jusqu'à l'âge de 30 ans. Sa femme est indemne et ses Bordet-Wassermann faits et refaits sont négatifs, elle n'a pas eu de fausse couche. Quatre enfants bien portants à Bordet-Wassermann négatifs, deux sont mariés et ont deux et un petits enfants normaux.

A 50 ans, à propos d'un effort insignifiant, porter une valise, il a ressenti une violente douleur derrière le sternum et dans le bras gauche, si poignante qu'il a « cru en mourir » ; il consulte son médecin qui découvre une maladie de Hodgson latente : double souffle aortique, aorte dilatée opacifiée à la radiographie, tension artérielle à 22, etc., etc., et les Bordet-Wassermann sont fortement positifs.

L'histoire est trop classique pour y insister : à chaque effort, monter un escalier trop rapidement, défécation, il a une nouvelle crise.

Aussitôt le médecin commence les injections de campho-carbonate de bismuth, l'amélioration est à peine marquée après deux cures de quinze injections, et il assure que s'il avait alors moins de crises, c'est parce que, terrorisé par ses douleurs angineuses, il économisait ses mouvements, les Bordet-Wassermann ne se modifient pas.

On change de tactique : deux cures de 914 de 0,15 à 0,90 ; puis une cure de douze injections d'huile grise, des cures de cyanure alternant avec des cures de 914 associées à l'iodure ou à des injections d'huile iodée ne sont pas plus efficaces ; les douleurs d'angine récidivent à chaque mouvement violent et la double preuve qu'il ne s'agit pas de ces reliquats cicatriciels dont je vous ai montré la fréquence (1) ; c'est que les Bordet-Wassermann restent invariablement positifs après chaque cure et au contraire le traitement mercuriel continu d'*Abadie* guérira les crises.

Pendant trois ans le traitement plurimédicamenteux, qui presque toujours guérit de tels malades, reste donc insuffisant. Il vient nous consulter ; sa longue histoire thérapeutique nous semble aussitôt l'indication du traitement d'Abadie. Son médecin et lui-même nous objectent aussitôt qu'il a déjà fait longuement du mercure et du cyanure ; ils voudraient la malariathérapie et j'ai quelque peine à persuader le malade que le cyanure continu est une méthode différente de ce qu'il a *déjà fait*.

Il accepte le cyanure continu et ce n'est qu'au bont de six mois qu'il commence à ressentir les effets, les crises restant aussi fréquentes mais diminuent d'intensité : retenez bien ce point capital, car il faut que médecin et malade aient une patience inébranlable.

Vers le neuvième mois, les crises restent encore aussi fréquentes mais elles diminuent de plus en plus d'intensité et, si les crises se répètent, elles sont très minimes, il se sent revivre et reprend confiance.

Vers le douzième mois les crises ont disparu, il reprend sa vie habituelle d'hôtelier sans se ménager.

Mais il continue le cyanure, car les Bordet-Wassermann commencent seulement à s'atténuer et c'est seulement après la deuxième année que les Bordet-Wassermann Desmoulière, Kahn deviennent normaux.

Il a si bien toléré et il est si satisfait du traitement qu'il voudrait le continuer au delà de ces deux ans. Mais nous recommandons de le cesser et de faire le traitement de consolidation :

Chaque mois, vingt jours de cyanure, dix jours de repos, pendant cette troisième année.

Pour les quatrième et cinquième année, quinze jours par mois.

Enfin pour les années suivantes le traitemenl des « trois dix » = chaque mois : dix jours de cyanure — dix jours d'un iodique (iodomaïzine) — dix jours d'un traitement symptomatique (teinture d'ail, vingt gouttes au repas).

Artérite chronique des membres inférieurs : claudication intermittente. — Le malade, âgé de 57 ans, fermier de l'Hérault, grand chasseur, ne peut plus courir la campagne depuis déjà deux ans ; il a la claudication intermittente artérielle classique : au départ, rien, puis lourdeur progressive des deux jambes, surtout de la gauche, après 500 à 700 mètres. Loin de s'atténuer les troubles augmentent, la parésie apparaît sur une distance de plus en plus courte malgré les traitements, les battements sont abolis aux deux pédieuses, les pieds se refroidissent, etc...

Dès le début, son médecin s'est souvenu qu'il avait eu la syphilis à 18 ans, il a refait faire des Bordet-Wassermann et les trouvant fortement positifs, il a commencé le traitement : depuis deux ans, il alterne donc avec des repos de vingt à quarante cinq jours, bismuth, huile grise, sulfarsénol, avec ou sans iodure, cyanure, etc... Or, malgré ce traitement qui devrait le guérir, les troubles artériels augmentent lentement, les Bordet-Wassermann restent positifs.

Lorsque nous le voyons en mars 1934, le diagnostic est certain, mais on finit par douter de la nature syphilitique de l'artérite des membres inférieurs devant sa résistance à un traitement pluri-médicamenteux classique bien conduit. Toutefois la persistance des Bordet-Wassermann positifs fait éliminer l'hypothèse de reliquat cicatriciel et, devant l'inefficacité des cures plurimédicamenteuses, nous conseillons le traitement mercuriel continu d'Abadie.

Au début, il ne paraît pas rendre et le malade vers le neuvième mois voulait tout abandonner. Son médecin est plus patient, et c'est seulement vers le treizième mois que l'amélioration s'affirme, elle continue lentement progressive et, à la fin de la deuxième année, il est si bien guéri, qu'en août 1936 il peut chasser.

En novembre 1936, il vient nous remercier, et nous constatons que les pédieuses rebattent.

Il va continuer le traitement de consolidation comme le premier malade, vingt jours par mois la troisième année, etc...

Tabès douloureux et arthropathique. — La malade, née en 1890, mariée en 1910, a été contaminée dans le mariage d'une syphilis invisible qui n'a donné aucun signe clinique : pas de fausse-couche, et au contraire un enfant maintenant adulte bien portant, à Bordet-Wassermann normaux. Le mari contaminateur avait lui aussi une syphilis latente qu'il ignorait, se traduisant uniquement par des Bordet-Wassermann positifs.

Il est intéressant de signaler le silence clinique de ces syphilis qui pourtant donneront des syphilis nerveuses graves.

Elle a commencé son tabès par des douleurs fulgurantes dans les quatre membres en 1923.

Le tabès est classique : réflexes tendineux abolis, signe d'Argyll Robertson bilatéral, Bordet-Wassermann sanguins positifs (la rachicentèse ne sera faite que plus tard et montrera les lymphocytoses et signes habituels).

Le traitement est aussitôt commencé : 914 ou sulfarsénol, bismuth, cyanure ; les résultats sont médiocres ; les douleurs varient mais recommencent ; les Bordet-Wassermann sanguins s'améliorent (Bordet-

(1) Gougerot. — Douleurs des tabétiques « guéris ». Importance des causes congestionnantes et irritatives *Journal des Praticiens*, 23 novembre 1927, n° 47 *bis*. p. 769.

Gougerot. — Les reliquats cicatriciels de la syphilis viscérale. Epilepsie résiduelle après guérison de la paralysie générale précoce, etc... *Paris Médical*, 2 mars 1939, n° 9, p. 209.

Wassermann H^0, Hecht H^2, Desmoulière H^6) mais restent cependant anormaux.

Malgré sa grande patience, l'arsenic est mal toléré et l'on doit rester aux petites doses de 0,48 ou 0,45, en continuant surtout le bismuth.

Malgré des arrêts courts de 21 à 30 jours, la situation ne va s'améliorer que très incomplètement : les douleurs persistent, les Bordet-Wassermann restent partiellement positifs, et surtout les deux genoux sont atteints en 1928 d'arthropathie tabétique. La malade continue ainsi les cures jusqu'en 1931.

Lassée de ces insuccès, elle accepte la rachicentèse qui donne un liquide clair, dix-huit lymphocytes par millimètre cube, 0,60 d'albumine, Bordet-Wassermann H^0, donc une syphilis en activité. Elle commence alors le traitement mercuriel continu, n'ayant eu jusqu'alors du cyanure que par cure de quinze à dix-huit injections.

Au bout d'un an (décembre 1932), les arthropathies se fixent, les douleurs diminuent nettement, les Bordet-Wassermann s'atténuent : Bordet-Wassermann H^8, Hecht H^6, Desmoulière ^{4}, Kahn ++.

A la fin de 1933 et depuis lors l'amélioration s'affirme et les Bordet-Wassermann et Kahn sont négatifs. Une deuxième rachicentèse fin 1935 donne un liquide normal, 1 lymphocyte par millimètre cube, Bordet-Wassermann et Kahn négatifs, mais l'albuminose reste à 0,30.

Par conséquent, le cyanure continu a obtenu ce que n'avait pas obtenu les cures précédentes.

Syphilis nerveuse latente « préclinique » de Ravaut. — La malade, née en 1899, femme d'un paralytique général précoce mort en 1934, se plaint de troubles vagues dus, semble-t-il, à sa phobie de la syphilis ; car l'examen viscéral ne montre aucun signe particulier, l'examen neurologique est complètement négatif ; cependant les Bordet-Wassermann sont positifs depuis 1934 malgré des cures alternées de 914, huile grise, 914, bismuth, sans arrêt, sauf quinze jours à Pâques et quarante-cinq jours en été.

Devant ce Bordet-Wassermann sanguin « irréductible », j'insiste, comme de coutume, pour obtenir la ponction lombaire ; elle finit par vaincre sa répugnance et le liquide est profondément troublé (mai 1934) : 60 cellules avec 80 % de lymphocytes ; 15 % de plasmocytes ; 5 % de polynucléaires ; 0,90 d'albumine ; Bordet-Wassermann H^0 et Kahn ++++ ; benjoin colloïdal 122222, etc...

Effrayée par la malaria, elle demande un traitement différent, je propose sous réserve le traitement mercuriel continu. Elle le fait avec grande patience de mai 1934 à maintenant (janvier 1937).

Dès la fin de 1935, les Bordet-Wassermann sont devenus négatifs et la rachicenthèse refaite en janvier 1937 montre un liquide presque normal : trois cellules ; tous les lymphocytes ; albumine 0,35, Bordet-Wassermann H^8, Kahn (±) ; Benjoin 111111.

Hérédo-syphilis latente a Bordet-Wassermann irréductible. — Cette fillette, née en 1920 de parents syphilitiques connus, est bien proportionnée, intelligente, active ; mais elle a eu de la kératite bi-latérale vers l'âge de 6 ans, qui a guéri par le cyanure et qui a laissé une très petite opacité de la cornée droite. Elle conserve un Bordet-Wassermann obstinément positif, malgré des cures alternées d'huile grise, 914, bismuth, 914, etc.. et des arrêts courts de huit à quinze jours, rarement davantage.

Bien qu'il n'y ait aucun repaire viscéral décelable, et en particulier aucun signe neurologique, j'exige suivant la règle, un examen du liquide céphalo-rachidien ; il est normal, sauf les Bordet-Wassermann parallèles de ceux du sang (janvier 1934). C'est donc heureusement un Bordet-Wassermann irréductible « simple », sans syphilis nerveuse préclinique de Ravaut. Je propose le traitement continu d'Abadie et je perds de vue la petite malade.

Elle revient me voir récemment ; elle m'apprend que les Bordet-Wassermann sont devenus négatifs au bout de dix-huit mois (juillet 1935) et le sont restés depuis, ce que je fais vérifier : de fait, ils sont normaux même au Desmoulière et au Kahn.

Elle a alors ralenti les cures, ne faisant depuis juillet 1935 que vingt suppositoires mercuriels par mois et, en avril et octobre, deux cures de dix-huit cyanures.

***

Technique primitive d'Abadie

La technique d'Abadie est simple à exposer : injections intra-veineuses de cyanure ou d'oxycyanure d'Hg à 1 %, trois fois par semaine, à la dose habituelle d'après l'âge et la tolérance, donc de 0,5 à 2 c. c., en moyenne 1 c. c. à 1 c. c. 5, sans arrêt pendant des mois, un an, deux ans s'il le faut.

On n'arrête la cure que si l'intolérance apparaît : coliques et diarrhée, stomatite, congestion du foie et subictère, anémie et amaigrissement.

On traite l'intolérant et on attend huit à trente jours que les symptômes d'intolérance aient disparu afin de recommencer la même cure mais en y associant des correctifs.

— *Contre les troubles intestinaux*, X à XX, gouttes du mélange teinture d'opium et teinture de belladone à parties égales, au moment de l'injection et, si besoin, une deuxième fois dans la même journée de l'injection.

— *Contre la stomatite*, remise en état de la bouche par le dentiste, cautérisation préventive des gencives par un arséno-benzène (914 ou sulfarsénol), savons dentifrices arsenicaux, pastilles de gonacrine, etc...

— *Contre les troubles hépatiques*, régime alimentaire, opothérapie hépatique, extrait d'artichaux, etc...

— *Contre l'anémie et l'amaigrissement* : extraits de foie, hémoglobine et protoxalate de fer, arrhénal et cacodylate, glycéro-phosphate de chaux et vitamines, etc...

***

Modalités

A cette technique d'Abadie, on peut apporter des variantes afin de la rendre plus commode et mieux tolérée ; mais on suit le même principe, le traitement mercuriel continu et, si possible, la même préférence qu'Abadie pour le cyanure d'Hg.

— Si les veines sont difficiles à piquer ou si elles s'irritent et se thrombosent, si le malade, un enfant, s'agite et rend impossible l'injection veineuse ou si le syphilitique timoré s'y refuse, on peut injecter le cyanure d'Hg dans les muscles

des fesses, aux mêmes doses et au même rythme (d'excellentes spécialités sont indolentes ou très tolérables : novargyre, stovargyre, etc...). On revient à l'injection veineuse dès que possible, car le malade se plaint souvent des nodosités fessières.

— Si le malade doit pour un voyage d'affaires, pour des vacances, quitter son médecin, il interrompera les injections, mais non le traitement, remplaçant les injections de cyanure par les frictions de 4 grammes d'onguent mercuriel double ou l'équivalent d'une pommade au calomel, plus propre (gambéol par exemple), ou à défaut, par un suppositoire de cinq centigr. d'amalgame de mercure et d'argent (suppositoire Sfeat ou arquéritol), ou, un centigr. de calomel pris par la bouche au cours des trois repas. Ce mercure « cutané » « rectal » ou « buccal » sera pris tous les jours, sauf intolérance, jusqu'à ce que les injections veineuses redeviennent possibles.

— Si, pour des raisons de secret familial, le mercure en friction, suppositoire, calomel, était difficile à prendre, on pourrait la veille du départ faire une injection intramusculaire d'un mercure insoluble 0,05 à 0,10 de calomel, ou plus commodément 0,08 d'amalgame de mercure et d'argent (arquéritol ou Sfeol).

— Si le cyanure n'est pas toléré; s'il provoque par exemple des troubles intestinaux malgré des correctifs, on le cessera et on le remplacera par des sels mercuriels solubles en injections musculaires fessières, surtout le benzoate d'Hg à la dose double de celle du cyanure, donc 0,02 à 0,04 centigr. Plusieurs spécialités françaises sont pratiquement indolentes ; depuis des années je me sers de la solution de benzoate d'Hg à 2 % saccharosé de Lafay. Lorsque les nodules fessiers deviennent trop nombreux, le malade cesse les injections et il prend des frictions, des suppositoires ou du calomel buccal.

A propos de ce traitement d'Abadie, deux questions se sont posées :

I. Pourrait-on remplacer le cyanure par d'autres formes mercurielles ?

En effet, le cyanure peut causer des intolérances intestinales et il nécessite une grande assiduité du malade chez le médecin pendant plusieurs mois.

On ne peut le remplacer par des mercuriels insolubles, calomel ou huile grise ou mieux amalgame de mercure et d'argent ou par autres sels insolubles qui ne nécessiteraient qu'une injection hebdomadaire, car on n'est jamais sûr de la résorption de ces insolubles. Sans réveiller la veille querelle de l'huile grise, on se souvient de ses accidents.

On pourrait faire des injections d'autres sels solubles : benzoate d'Hg musculaires, etc.... ; mais, pour faire des injections, mieux vaut, sauf intolérance, le cyanure qui est plus actif.

On est surtout tenté de faire du traitement mercuriel continu sans injection, au moyen des frictions, suppositoires, calomel buccal, etc..., il y a là une étude très intéressante à poursuivre dans les syphilis latentes (ou à défaut du cyanure dans les syphilis actives). Mais n'oublions pas que dans les syphilis actives, aucun mercuriel n'est supérieur au cyanure et que par conséquent le cyanure est préférable dans le traitement d'Abadie aux autres mercuriels.

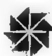
II. Pourrait-on faire du traitement continu avec les arsenicaux et les bismuthiques ? Nous n'oserions pas ? car nous craindrions des accidents toxiques de saturation, même avec le bismuth qui, à la longue, pourrait troubler les reins.

Au contraire, le cyanure et les autres sels mercuriels solubles ne comportent pas de semblables risques, en raison de leur rapide élimination et de leur faible toxicité pour les reins et le foie. Ce sont en tout cas des trois anti-syphilitiques les moins toxiques.

***

Grâce à ces variantes, on peut poursuivre le traitement mercuriel continu dans de nombreux cas où l'on était obligé d'interrompre la technique primitive du cyanure employé seul et seulement par la voie veineuse. On n'interrompt plus que lorsque survient l'intolérance mercurielle « générale ».

Cette technique d'Abadie, trop peu connue, n'est pas à recommander chez tous les syphilitiques et nous n'avons jamais eu l'intention de la substituer aux traitements plurimédicamenteux (As, Bi, Hg) qui doivent être la règle, surtout au début de la syphilis ; la technique d'Abadie n'est à employer que dans les indications précisées ci-dessus et devant l'échec des autres méthodes, elle est alors excellente et pourra rendre de grands services.

URASEPTINE
ROGIER



UNE ÉPREUVE PRATIQUE D'EXPLORATION FONCTIONNELLE DU PANCRÉAS PAR L'HUILE IODÉE

Par MM. F. TRÉMOLIÈRES, Médecin des Hôpitaux de Paris
et P. CHÉRAMY

Le médecin a souvent l'occasion de rechercher l'insuffisance pancréatique. S'agit-il d'un ictère apyrétique prolongé ? L'étude des fonctions du pancréas permet le diagnostic entre un cancer de la glande et une obstruction du cholédoque. S'agit-il d'une dyspepsie chronique ? Il convient de discerner, dans un tableau clinique complexe, la part de chaque glande digestive, pour formuler un traitement efficace. Et combien d'autres cas où l'enquête clinique doit être complètée par l'exploration fonctionnelle du pancréas !

Cependant, la participation de la salive, du suc gastrique, de la bile, du suc intestinal aux phénomènes complexes de la digestion et les suppléances fonctionnelles qu'ils peuvent apporter à la sécrétion pancréatique, permettent difficilement d'apprécier celle-ci.

Les méthodes d'examen sont souvent du domaine du laboratoire. Seuls l'examen des selles et le tubage duodénal sont entrés dans la pratique. Encore la coprologie nécessite-t-elle un régime alimentaire préalable, exactement dosé et prolongé pendant plusiers jours et oblige à des dosages multiples. Quant au tubage duodénal, qui ne permet pas d'obtenir le suc pancréatique à l'état de pureté puisque, dès sa sortie de l'ampoule de Vater, il est mélangé au suc gastrique, à la bile, au produit des glandes brunnériennes, il est long, parfois aléatoire ou bien mal accepté ou difficilement toléré par le malade.

Une épreuve d'exploration fonctionnelle du pancréas, pour être probante et d'usage courant, doit donc permettre d'apprécier avec certitude la valeur du suc pancréatique, à l'exclusion d'autres sécrétions digestives, et comporter une préparation simple et des recherches faciles.

Des trois diastases pancréatiques, l'amylase est renforcée ou suppléée par la ptyaline, le pouvoir amylolytique du suc gastrique et l'action analogue de la flore bactérienne de l'intestin grêle et du cæcum ; la trypsine est précédée dans son action par la pepsine gastrique et continuée par l'érepsine intestinale ; seul l'effet de la lipase, n'est pas réellement modifié par l'intervention des lipases gastrique et intestinale, qui est des plus minimes, et les résultats obtenus dans sa recherche ne sont pas aussi critiquables que pour les deux autres ferments.

L'on peut donc considérer avec Carnot que la lipase est le seul ferment actif dont l'action donne un signe certain de la fonction pancréatique.

***

La méthode que l'un de nous a mise au point et que l'autre, avec aide de son regretté collaborateur A. Tardieu, a longuement expérimentée à l'hôpital Boucicaut, est d'application facile, car elle ne comporte que l'ingestion de capsules et quelques manipulations simples qui peuvent être effectuées par un pharmacien habitué aux analyses courantes.

Le malade absorbe le matin, à jeun, cinq capsules de 0 gr. 50 d'huile iodée à 40 p. 100 (lipiodol), correspondant à un gramme d'iode. Il ne doit suivre aucun régime spécial, mais doit s'abstenir de tout traitement iodé ou ioduré. Pendant les vingt-quatre heures qui suivent cette absorption, ses urines sont recueillies avec soin et mesurées dans un vase gradué. Sur un échantillon moyen est pratiqué le dosage de l'iode.

Ce dosage peut être effectué par l'une quelconque des méthodes classiques de dosage de l'iode total dans les produits biologiques. La technique que nous utilisons. présentée par M. Chéramy à la Société de Pharmacie de Paris en 1931 (1), a été spécialement établie pour les examens en série que comportaient nos recherches. Elle a l'avantage d'être d'exécution facile et rapide, car elle ne nécessite qu'un matériel simple et des réactifs courants. L'urine est traitée par le brome, à chaud, en milieu alcalin, puis en milieu acide, ce qui amène l'iode à l'état d'acide iodique, facilement dosable par réaction sur l'iodure de potassium. La quantité d'iode contenue dans l'urine des vingt-quatre heures, exprimée en centigrammes, donne le pourcentage d'iode éliminé pendant cette période. Dans les cas normaux, ce pourcentage est voisin de 50 p. 100.

La dose d'huile iodée utilisée pour l'épreuve a toujours été bien tolérée par les malades ; elle est d'ailleurs de l'ordre des doses thérapeutiques habituelles.

Voici la technique de dosage de l'iode dans l'urine après l'ingestion d'huile iodée.

Dans une fiole conique, en pyrex, de 500 c. c. de capacité, mesurer exactement 10 c. c. d'urine, ajou-

(1) *Journal de Pharmacie et de Chimie*, 1931 (8), t. 4, p. 547.

ter environ 20 c. c. de lessive de soude et chauffer le mélange. Dès le début de l'ébullition y verser, par petites portions, de la solution de brome ainsi préparée :

Brome....................	50 c.c.
Bromure de potassium....	100 grammes
Eau distillée........q.s.p.	1.000 c.c.

Cesser l'addition de cette solution dès que le liquide prend une coloration jaune franc en même temps que s'affaisse la mousse formée au début. Sans interrompre le chauffage, introduire immédiatement, en le faisant couler le long des parois, un mélange de solution au 1/10, récemment préparée, de sulfite de sodium anhydre, et de 20 c. c. d'acide acétique cristallisable. Maintenir l'ébullition une minute environ, puis, dans le liquide, qui doit être limpide et incolore, verser de la solution de brome jusqu'à obtention d'une teinte jaune légèrement orangée. Refroidir sous un courant d'eau, ajouter 20 c. c. d'acide acétique cristallisable puis quelques gouttes de solution acétique saturée d'acétanilide (antifébrine) à environ 30 p. 100 pour éliminer l'excès du brome (1).

Dans la solution froide, limpide et incolore, dissoudre quelques cristaux d'iodure de potassium pur. Titrer, au moyen d'hyposulfite N/50 en présence d'empois d'amidon, l'iode libéré.

Si V est le volume, exprimé en centimètres cubes, des urines émises pendant les vingt-quatre heures, n le nombre de centimètres cubes d'hyposulfite N/50 utilisés pour le dosage d'iode de 10 c. c. d'urine, la quantité d'iode éliminée est, en centigrammes :

$$I = \frac{V \times n \times 0{,}254}{60}$$

C'est également le pourcentage d'iode excrété, si la dose de lipiodol ingérée correspondait à un gramme d'iode.

***

Ce procédé d'exploration fonctionnelle du pancréas à l'huile iodée a été expérimenté par l'un de nous chez plus de deux cents malades, soit dans le service de médecine générale, soit à la consultation externe de gastro-entérologie de l'hôpital Boucicaut. Chez tous ces malades, le diagnostic a été soigneusement établi par l'enquête clinique, l'examen radiologique et les recherches de laboratoire habituelles, l'analyse coprologique en particulier.

Les transformations digestives pouvant être entravées par un transit digestif trop rapide ou exagérées par la stase intestinale, il a été tenu compte, dans la mesure du possible, de la durée de la traversée gastro-intestinale appréciée par la méthode du carmin ou du charbon végétal.

En éliminant tous les cas où les urines n'ont pas été recueillies, par les malades externes, d'une façon absolument correcte, l'on retient 135 observations, qui peuvent être réparties en trois groupes.

1° Le premier groupe compte 78 cas d'affections gastriques ou intestinales diverses, ulcus pylorique ou ulcus duodénal, avant ou après intervention, côlite tuberculeuse avec péri-gastro-entéro-côlite, périviscérite du carrefour supérieur d'origine typhlo-côlitique, périviscérite abdominale étendue à prédominance gauche, etc.

Dans ces divers cas, l'analyse coprologique après repas d'épreuve, ne révèle qu'une insuffisance pancréatique pure ; graisses neutres excrétées, non dédoublées, en grande abondance, fibres musculaires striées plus ou moins altérées, grains d'amidon.

Dans tous ces cas, le coefficient d'assimilation digestive de l'huile iodée, toujours plus ou moins inférieur à 50 p. 100 selon le degré de la déficience pancréatique, est constamment supérieur à 13 p. 100.

2° Dans le deuxième groupe, qui comprend 39 cas, les insuffisances pancréatique et biliaire sont associées : l'examen coprologique montre, en effet, l'excrétion d'une extrême abondance de graisses neutres, sans savons ni acides gras ; les fibres musculaires sont nombreuses et l'on reconnaît leurs striations longitudinales et transversales et leurs noyaux.

L'épreuve de l'instantané hépatique, de Noël Fiessinger, révèle l'augmentation de l'indice biliaire plasmatique et de la galactosurie provoquée.

Cliniquement, il s'agit d'oblitération calculeuse du cholédoque avec pancréatite chronique, de cancer de l'estomac avec métastase hépatique et péritonéale, de diarrhée chronique chez un tuberculeux pulmonaire, d'hépatite chronique infectieuse d'origine intestinale, de cancer de la tête du pancréas, etc.

C'est dans ce groupe qu'on trouve les coefficients d'assimilation digestive de l'huile iodée les plus faibles, d'ordinaire inférieurs à 18 et 20 pour 100.

Les chiffres les plus bas appartiennent au cancer de la tête du pancréas : 10, 5, 8 et même 2 pour 100. Des chiffres aussi bas sont très significatifs. Chez un de nos malades atteint d'ictère chronique, le diagnostic étiologique hésitait entre un cancer de la tête pancréatique et une lithiase du cholédoque : les antécédents de coliques hépatiques, la vésicule biliaire, non perceptible, dissimulée sous la face inférieure du foie et l'état général du malade assez satisfaisant, étaient des indices plus favorables à l'obstruction du cholédoque par un calcul qu'à une sténose par néoplasie pancréatique.

Ces éléments cliniques du diagnostic primant

(1) A défaut d'acétanilide, utiliser du phénol liquide.

les résultats des recherches de laboratoire, l'intervention fut décidée, bien que le coefficient d'assimilation digestive de l'huile iodée ne fût que de 2 p. 100 ; elle fit constater une tumeur pancréatique.

3° Le troisième groupe réunit 19 malades chez lesquels l'analyse coprologique ne fournit aucun indice d'altération des fonctions hépatiques et pancréatiques.

L'assimilation digestive de l'huile iodée est, chez eux, très voisine de la normale (50 p. 100).

***

L'épreuve de l'assimilation digestive de l'huile iodée est donc d'application pratique et capable de fournir des renseignements probants.

Elle est d'application pratique, car elle ne nécessite aucune intervention directe sur le malade, aucun régime préparatoire, et qu'elle ne comporte que des manipulations chimiques simples et d'appréciation facile.

Elle est capable de fournir des renseignements probants, car ses résultats correspondent aux données cliniques et concordent avec les données de l'analyse coprologique.

Ces renseignements sont particulièrement significatifs dans le diagnostic des ictères chroniques.

Sans doute ne permet-elle d'apprécier que la sécrétion de la lipase. Toutes les méthodes préconisées pour l'étude de la sécrétion externe du pancréas sont passibles de la même critique. Mais, tandis qu'il est impossible d'apprécier avec exactitude l'action de l'amylase et de la trypsine, quelle que soit la méthode employée, l'effet de la lipase pancréatique est comparativement trop supérieur à celui de la lipase intestinale pour que son évaluation en soit gênée. La technique que nous avons proposée et expérimentée et que nous appliquons journellement nous donne avec les réactions les plus simples, un moyen pratique d'apprécier la valeur fonctionnelle de la sécrétion externe du pancras.

LA PELLAGRE (SYNDROME FONCTIONNEL, DE DYSTONIE NEURO-VÉGÉTATIVE)

Nous n'avons pas l'intention d'énumérer ou de discuter dans les quelques lignes qui vont suivre les nombreuses et diverses théories sur la pothogénie de la pellagre, mais plutôt de préciser la corrélation entre le syndrome pellagreux et le système neuro-végétatif.

Il nous semble, en effet, que tous les symptômes de la pellagre traduisent un déséquilibre fonctionnel endocrino-vago-sympathique, dans le sens d'une vago-sympathicotonie.

L'hypersensibilité, la dystonie du système neuro-végétatif sera déterminé par un trouble humoral toxique.

Les toxines proviennent soit du maïs avarié par divers champignons comme le verdet, l'aspergillus glaucus, etc., soit de la décomposition de la zéine de la graine du maïs (Lombroso, Raubischek).

D'après certains auteurs ces toxines sont libérées dans la circulation par un parasite qui s'est fixé dans les viscères (spores d'aspergillus, streptobacillus pellagræ), et plus récemment Ibrahim Sabry aura trouvé un principe toxique, la dioxyphénylalanine, dans le sang de pellagreux.

Le Professeur Mouriquand (Les diéto-toxiques : *Presse Médicale,* 1er mai 1926) croit que le pouvoir toxique du maïs ou bien d'une toute autre céréale apparaîtra à l'occasion d'une carence alimentaire ou d'une nutrition insuffisante et Funk, Mc Collum, Simmonds, Parsan ont voulu faire de la pellagre une maladie exclusivement carencielle, une avitaminose simple (carence d'une vitamine antipellagreuse, carence des acides aminés), soit une avitaminose mixte (carence de la vitamine A + carence des éléments minéraux et protéiques).

***

Le syndrome pellagreux se manifeste cliniquement comme un état de vagotonie et de sympathicotonie, d'amphotonie (suivant Danielopolu) ; état responsable de la triade symptomatique de la pellagre, de tous les signes : nerveux (la dépression, l'hypochondrie, l'irritabilité, la mélancolie, la tristesse), digestifs (anorexie, diarrhée) et cutanées (la pigmentation : en rapport avec un dysfonctionnement sympathico-surrénal).

Nous admettons un facteur humoral toxique, une toxémie d'origine surtout alimentaire, comme cause de dystonie du système neuro-végétatif.

N. Comissiona.



HÉMORRAGIES DIGESTIVES (1)

Docteur René-A. GUTMANN
Médecin des Hôpitaux de Paris

Les hémorragies digestives constituent l'un des problèmes pratiques les plus difficiles souvent à résoudre. Dans une question si vaste, nous éviterons les descriptions des diverses sortes d'hémorragie selon leur degré ou l'aspect du malade, et nous chercherons plutôt à faire une sorte de nomenclature raisonnée, d'où nous éliminerons les hémorragies des maladies aiguës. Nous en classerons les données d'après les conditions où le malade se présente et qui sont bien différentes selon les cas.

I. *Hémorragie chez un malade ayant une histoire clinique antérieure*

A. — Le malade a une histoire ulcéreuse nette

L'hémorragie n'est pas un symptôme, mais une complication qui se produit dans moins d'un tiers des *ulcères*. Elle survient, soit au début d'une nouvelle poussée, soit en dehors de toute poussée ; elle n'a, en général, pas de cause occasionnelle ; parfois pourtant elle suit une infection intercurrente. Dans d'autres cas, elle est précédée d'une recrudescence des douleurs. Lorsque le malade a saigné, il cesse en général de souffrir. Signalons les hémorragies survenant chez les malades opérés de gastro-entérostomie. Elles peuvent ressortir à l'ancien ulcère, à l'ulcère peptique nouveau, à des poussées de gastrite ou à des adhérences, c'est-à-dire à diverses causes bien distinctes entre elles par la clinique et la radiologie.

B. — Le malade a une histoire digestive, mais non ulcéreuse

Il faut avant tout penser au *cancer* gastrique dont l'amaigrissement, l'anorexie, les douleurs souvent faibles, et parfois des troubles encore plus atténués, composent le tableau clinique et que la radiologie permettra de déceler. Dans certains cas, cherchant le cancer, on tombe sur une image de *tumeurs bénignes*, productions non rares et qui peuvent être hémorragiques.

Si l'on ne voit rien à la radio alors que la clinique fait soupçonner un cancer, il peut s'agir d'un cancer encore peu étendu, d'un cancer de la grosse tubérosité, nécessitant des recherches radiologiques spéciales; nous retrouvons ce diagnostic à propos des hémorragies mono-symptomatiques. Il faut savoir pourtant que le début hémorragique d'un cancer n'est pas une éventualité très fréquente dans la statistique générale des hémorragies.

En provoquant des poussées de gastro-pylorite aiguë, l'*appendicite chronique* et la cholécystite peuvent être un facteur d'hémorragies digestives, hématémèses en général, plus rarement melæna ; de nombreuses observations en ont été publiées. L'appendicite avec ses troubles digestifs vagues, douleurs non périodiques, nausées, phénomènes instestinaux, doit être distinguée de l'ulcère ; c'est une erreur de diagnostic à chaque instant commise. La constatation d'un point de Mac Burney chez un dyspeptique qui a saigné et qui n'est pas un ulcéreux, est un signe intéressant à retenir.

La *cholécystite*, calculeuse ou non, souvent associée à des troubles hépatiques, se distingue par son histoire des crises courtes, espacées, sous-hépatiques ; l'examen montre le signe de Murphy; la radiographie aide le diagnostic et, en cas de calcul, l'affirme.

Ces deux maladies, et diverses autres, peuvent aussi provoquer des hémorragies par *périviscérite*. C'est une règle que toute adhérence, toute bride, toute compression est un facteur de congestion de la muqueuse qu'elle comprime ou tiraille. Les hémorragies par périduodénite, par péricôlite ne sont pas exceptionnelles.

Enfin, il faut penser à la possibilité de *gastro-duodénites*, de *pylorites hémorragiques* d'apparence primitive, dues à des causes toxiques, infectieuses, patentes ou cachées (infections focales) ; elles commencent à être bien connues dans leurs signes, sinon dans leurs causes, et la clinique, la radiologie et la gastroscopie permettent de les diagnostiquer.

Dans l'étiologie des états gastriques à signes peu nets, il faut toujours penser enfin au rôle possible, mais rare, de la syphilis, dont les diverses formes, dyspeptiques, pseudo-ulcéreuses ou pseudo-cancéreuses, sont toutes très hémorragiques.

C. — Le malade est un hépatique avéré

Le malade présente les signes d'une *cirrhose* atrophique ou plus souvent hypertrophique, il existe parfois de l'ascite et, plus souvent, il n'en existe pas encore. Ou bien, on constate une *splénomégalie* isolée, associée à de petits signes hépatiques ou à des signes sanguins anormaux. Ces cas comportent parfois l'indication de la splénectomie.

II. *L'hémorragie survient comme symptôme unique*

Il s'agit de cas très fréquents et d'une extrême difficulté pratique, toutes les maladies causes

(1) Leçon faite à la Salpêtrière en juillet 1937 et recueillie par Madame le Docteur Sjöberg.

d'hémorragie pouvant ne se traduire que par cette hémorragie.

Il faut d'abord penser à l'*ulcère duodénal,* dans sa forme hémorragique pure dont la description est simple : aucune douleur et, de temps en temps, un melæna. Dans les cas heureux, l'interrogatoire révèle pourtant dans le passé de petites périodes douloureuses presque oubliées ; sinon, il ne faudra compter que sur les radiographies pour faire le diagnostic ; encore un bulbe normal ne prouve-t-il pas absolument l'absence d'ulcère, car il est possible, dans les formes très superficielles, que l'hémorragie diminue ou efface temporairement les aspects ulcéreux.

Les mêmes problèmes se posent dans les hématémèses des petits *ulcères gastriques* à forme purement hémorragique.

Au cours des examens radiologiques, si l'on ne tombe pas sur des signes ulcéreux, gastriques ou duodénaux, il faut penser au *cancer.* Il peut être cliniquement latent, sauf l'hémorragie, soit qu'il débute, soit que, même étendu, il siège dans une région muette ; la portion haute de l'estomac, la grosse tubérosité doivent être particulièrement explorées en position de Trendelenburg. Parfois, plus rarement, la radiologie montrera un gros cancer à marche sournoise dont l'hémorragie aura été le premier signe.

L'examen clinique recherchera très attentivement les signes possibles d'une maladie du *foie* ou de la rate, car les hémorragies en sont fréquemment le premier signe clinique ; et même, malheureusement, l'hémorragie peut précéder l'hépatomégalie ou la splénomégalie. Il faut aussi savoir que la splénomégalie peut diminuer ou disparaître transitoirement après l'hémorragie, augmentant ainsi la difficulté et obligeant à des examens étagés.

On pratiquera l'examen du sang ; parfois un retard net de coagulation aiguillera vers la forme gastrique de l'*hémophilie. L'hémogénie* pourra parfois être en cause.

Dans d'autres cas, l'examen du système vasculaire permettra d'incriminer des poussées d'*hypertension* ; l'hémorragie y est favorisée par de petites lésions artério-scléreuses des artères mésentériques. A titre exceptionnel, on soupçonnera un angiome profond, chez les sujets porteurs d'angiomes superficiels (maladie parfois familiale : angiomatose hémorragique familiale d'Osler).

Enfin, il faut penser à l'*œsophage.* La clinique, la radio, l'œsophagoscopie, permettent parfois d'y localiser la cause de l'hémorragie : varices, cancer, ulcère, œsophagite.

Dans tous les cas précédents, il s'agissait aussi bien d'hématémèses que de *melænas.* Dans cette dernière éventualité, des examens supplémentaires doivent être faits, lavement baryté, rectoscopie, examen des selles. Ainsi l'on décèlera parfois une polypose, une rectocolite ou une amibiase à forme hémorragique pure, sans parler des hémorroïdes dont les saignements peuvent amener les malades à consulter, mais dont le diagnostic clinique et local est facile.

III. *Cas où l'on ne trouve rien*

Tous ces examens faits, tous ces diagnostics parfois difficiles envisagés, l reste un nombre important de cas où l'on ne trouve *absolument rien.*

Il existe des phénomènes imprévus et qui ne laissent pas de traces, des poussées transitoires de gastrite hémorragique, des manifestations hémorragiques d'origine anaphylactique, de petite hémorragie par à-coup de tension chez un malade présentant de minuscules lésions d'artériolite, etc... J'ai ainsi très souvent vu des malades ayant fait une hémorragie digestive dont la cause n'a jamais été trouvée et qui ne s'est jamais reproduite.

Conduite à tenir

Il y a deux écoles : la première est interventionniste. Dès qu'il y a une hémorragie importante, opérer. Cette théorie se base sur l'impossibilité de prévoir ce que deviendra une hémorragie, si elle va s'arrêter ou non, être immédiatement récidivante. Elle se base aussi sur la moindre mortalité de l'opération précoce systématique vis-à-vis de l'opération tardive à main forcée (5 % contre 35 % dans une statistique de Finsterer).

Si le malade est facilement transportable, ce qui n'est pas fréquent, si l'on est immédiatement dans un excellent milieu chirurgical et s'il s'agit d'un ulcère déjà repéré, l'opération est donc légitime : gastrectomie ou ligatures selon les cas. Si ces techniques sont impossibles, on a proposé, comme pis-aller, la diathermo-coagulation, au besoin le simple tamponnement. La cœcostomie complémentaire est toujours indiquée pour vider l'intestin du sang épanché.

La deuxième école se base sur la curabilité médicale de l'immense majorité des hémorragies digestives lorsqu'elles n'entraînent pas rapidement la mort, et sur la fréquence des hémorragies non ulcéreuses.

A notre avis, il faut donc :

1° Tout faire pour gagner du temps : morphine, glace, hémostatiques et surtout transfusions modérées, 250 à 300 c. c., à titre hémostatique et sans chercher à élever la tension. Presque de façon constante, l'hémorragie sera maîtrisée et l'on aura ensuite le temps de chercher posément à faire un diagnostic ;

2° Si l'hémorragie ne s'arrête pas ou est itérative et met en danger immédiat la vie du malade :

a) La lésion gastrique est connue : opérer entre deux transfusions massives ;

b) Le malade a une rate nettement hypertro-

phiée et va mourir d'hémorragie: tenter la splénectomie entre deux transfusions massives. Faire un milligramme d'adrénaline en injection sous-cutanée préopératoire, pour vider la rate de son sang avant de l'enlever ;

c) Rien n'indique la cause de l'hémorragie. Espérer que le malade a un ulcère et opérer pour tâcher de trouver la lésion. Mais cette façon de faire, à laquelle on est parfois mené, comporte un aléa diagnostique et un risque opératoire ;

3° L'hémorragie s'arrête : faire après quelques jours les divers examens non fatigants : sang, tests hépatiques, Wassermann, examen des selles ; après trois semaines à un mois, l'examen radiologique (on a le temps, il est très rare qu'un ulcère qui vient de saigner, et dont l'hémorragie est arrêtée, saigne de nouveau à bref délai) ; rectoscopie s'il y a indication.

Si l'on trouve un ulcère, il vaut mieux l'opérer : les formes hémorragiques d'ulcère sont en général récidivantes. Pour elles, je préfère la gastrectomie à la gastro-entérostomie. Bien entendu, en cas de lésion suspecte, de cancer ou de tumeur bénigne, l'indication de la gastrectomie est formelle.

Si l'on porte un autre diagnostic, faire le traitement médical approprié.

Si l'on ne trouve rien, attendre en surveillant l'*estomac* (nouveaux examens ultérieurs), le foie, la rate. Faire rechercher les infections focales : dents, amygdales. Il est possible que l'hémorragie ne se reproduise jamais et reste toujours mystérieuse. Mais avant d'espérer cette solution, il faut être sûr qu'on ne laisse pas en place une lésion diagnosticable ;

4° Traitement symptomatique pos -hémorragique. Quand l'hémorragie est arrêtée, continuer les hémostatiques internes. Pas trop de sérum pour éviter les à-coups de tension. A partir du quatrième jour, donner un lavement d'un litre d'eau légèrement salée, chaude, à 40 ou 45 degrés, à faible pression.

Régime dans les cas habituels : progression de jour en jour, ou de deux ou trois jours en deux ou trois jours, selon les cas : diète absolue avec quelques cuillerées d'eau, diète hydrique sucrée, lait et eau (on peut donner dans la journée 4 à 6 cuillerées à soupe de lait condensé sucré, étendues d'eau en quantité égale). On peut y ajouter un blanc d'œuf battu, gelée de viande. Augmenter de façon à atteindre, vers le septième jour, 350 grammes de lait condensé sucré délayé dans 100 grammes d'eau, trois blancs d'œufs, de l'eau à volonté. Deuxième semaine : lait, bouillies, farines de céréales, crèmes cuites, purée de pommes de terre, œufs non cuits, vermicelle, beurre non cuit. Troisième semaine : en plus, pâtes, riz au lait, œufs coque, soufflés, viande ou poisson très frais pulpés, crème fraîche, compotes, gelées de fruits, biscottes.

Etre au début particulièrement sévère dans les hémorragies fébriles ; dans les hémorragies survenues au milieu de vives douleurs, sans sédation de la douleur, avec défense de la paroi (fissuration possible en cours) ; dans les hémorragies itératives.

TRAITEMENT DE LA DARTRE DU VEAU CHEZ L'HOMME

D'après le Docteur CETA

Cette maladie qui peut laisser chez l'homme après la guérison, des cicatrices indélébiles, des chéloïdes disgracieuses lorsque les lésions ont siégé à la face. Elle est transmissible lors du pansage des jeunes bovidés.

Il n'existe pas une variété de dartres du veau, mais une multiplicité morphologique de dartres du veau ; dartres exsudatives, dartres hémorragiques, dartres sèches, dartres croûteuses, dartres squameuses, dartres vésiculeuses. Elles n'ont ceci de commun que leur contour circulaire, surélevé, bien délimité, rarement festonné ; au toucher il est plus ou moins ligneux. Le centre de la lésion est caractéristique par l'aspect des poils, lorsqu'on se trouve en région glabre. Beaucoup peuvent être absents, ou bien ils sont cassés au ras de la peau, ou bien encore ils sont d'un blanc crémeux. Quelquefois dans une même lésion on peut trouver ces divers aspects du poil. Le diagnostic est assez aisé lorsqu'on a eu l'occasion de rencontrer une fois la dartre du veau. Notons pour mémoire un moyen de diagnostic signalé par le Docteur O. Larcher : « Il suffit de verser quelques gouttes de chloroforme sur la partie malade, et s'il s'agit réellement d'un cas de trichophytie, à mesure que le chloroforme s'évapore, on voit bientôt les poils malades devenir opaques prendre une couleur jaune blanchâtre et revêtir l'aspect de fin filaments de végétaux, tandis que les poils sains ne sont nullement influencés par le chloroforme. »

Les médications recommandées généralement sont le plus souvent inopérantes : eau iodo-iodurée, huile de cade, oto-hémothérapie, etc... L'auteur a obtenu de bons résultats par l'emploi des rayons ultra-violets. Si des mesures prophylactiques s'imposent d'une manière générale en présence de dartres du veau, il est nécessaire que le médecin traitant prenne également des mesures de protection vis-à-vis de lui-même, d'autant que souvent, avant d'irradier les lésions, il sera obligé d'épiler, ou bien de gratter une dartre croûteuse, squameuse, ce qui est une condition nécessaire à l'efficacité du traitement par les rayons ultra-violets. (*Rev. Méd. du Centre-Ouest*, juillet 1937.)

HYGIÈNE GÉNÉRALE DE LA PEAU (1)

Par R. Barthélemy
Ancien chef de Clinique à l'Hôpital Saint-Louis

Le genre de vie influe sur l'état cutané. Malgré les précautions de propreté, le civilisé et l'homme des villes sont plus sujets aux dermatoses que le paysan et que le sauvage. C'est que la perte de la frugalité, de l'aération, de l'insolation, d'une grande activité corporelle, jointe aux conditions défectueuses du travail, au surmenage physique et moral dans des circonstances artificielles, aux poussières et souillures atmosphériques irritantes, sensibilisantes ou infectantes, la densité contaminatrice des populations, l'alcoolisme d'apéritif, etc., favorisent les lésions cutanées occasionnelles ou chroniques.

L'hygiène générale de la peau ne doit donc pas se contenter d'une hydrothérapie variée et souvent excessive, de l'exposition rituelle à l'air ou au soleil dans une tenue adamitique, du « sport » quelle qu'en soit la variété élue. Pour être raisonnablement médicale, cette hygiène comporte une surveillance organique effective résultant d'un examen clinique aidé par le laboratoire, et d'une surveillnce alimentaire adéquate. Surveillance organique signifie avant tout surveillance du type digestif et de ses annexes. Dans les deux sexes, mais chez la femme surtout, la stase intestinale, souvent effective malgré les laxatifs ou à cause d'eux, peut causer et — à coup sûr — entretient beaucoup d'acnés, d'eczémas, de prurits, de furonculoses traînantes ou récidivantes. La constipation fournit des cultures microbiennes, des déchets alimentaires toxiques, irrite chimiquement ou mécaniquement les muqueuses et leurs nerfs, congestionne ou paralyse leurs vaisseaux, et semble même pouvoir, en altérant les albumines du sujet, en faire des allergènes sensibilisants pour amener des accidents anaphylactoïdes.

L'hygiène générale cutanée doit donc comporter des laxatifs, mais des laxatifs bénins et non « de choc ». Le doux clystère en est le premier, si l'on n'en abuse pas. La lenteur, la basse pression, la quantité modérée (moins d'un litre), l'absence d'à-coup, la rareté relative le caractérisent. L'eau bouillie simple et tiède y suffit. Ce lavage d'intestin lave aussi le teint.

Les mucilages de graines, les huiles végétales ou minérales, l'agar-agar pur, les tisanes laxatives douces, la belladone à doses réfractées, la gymnastique générale et la gymnastique abdominale active ou de bons massages intestinaux sont recommandables et doivent être alternés et prolongés car la constipation constamment méconnue, acceptée ou niée, doit être soignée en dermatologie.

Le foie, bien que les malades déclarent très souvent n'en pas souffrir, est un grand facteur de désordres cutanés. Il doit être également traité avec douceur, sans hautes doses de calomel chez l'adulte, ni d'extraits biliaires ou de drastiques. Les minimes doses d'ipéca, la cuillerée à café matinale de purgatif salin, avec ou sans eau de Vichy tiède à jeun, les tisanes, les extraits d'artichaut, de boldo, de romarin, le foie frais ou les extraits de foie de bonne qualité et en faible quantité, sont les meilleurs agents.

L'état de la denture, l'estomac, le pancréas, doivent faire l'objet d'une étude soignée et, le cas échéant, d'un traitement actif ou compensateur. Les injections d'insuline sont à réserver pour des indications bien spéciales, mais la pepsine, la pancréatine servent à réduire un prurit avec ou sans névrodermite, une acné tenace, un eczéma persistant.

On doit surveiller aussi *le rein*, cet autre exutoire à déchets. Même dans une gale infectée il n'est pas rare de trouver de l'albumine dans les urines, et de façon générale, celles-ci doivent être étudiées à fond dans la plupart des dermatoses « diathésiques » ou non. Les résultats de l'analyse complète d'urine ne peuvent être discutés ici, même au seul point de vue dermatologique. Mais on devra en tirer au moins les grandes lignes de l'hygiène et de la diététique : diminuer les déchets toxiques, ne fût-ce que par la modération du travail musculaire chez un manœuvre ou chez un sportif effréné, par l'aération et l'exercice rationnel chez un sédentaire, etc. ; — restreindre, suivant les cas, l'alimentation carnée, azotée, les hydrates de carbone, le chlorure de sodium, les nourritures trop chargées en acides urique ou oxalique, en cholestérine ; — pratiquer la réduction des liquides et donner des diurétiques. Telles sont les indications principales. Celles résultant de l'étude du *sang* (azotémie, oxalémie, uricémie, hyperglycémie, etc.) sont du même ordre.

Sans sacrifier à la mode, le dermatologiste devra aussi, par les moyens les plus modernes, veiller au fonctionnement des *glandes endocrines*.

(1) Rédigé en partie sur des extraits du chapitre « Hygiène de la peau » du Traité de dermatologie clinique et thérapeutique (Doin, sous presse).

Certains états cutanés sont en rapport direct avec leurs altérations, témoin la vieille maladie d'Addison, ou le récent et rarissime myxœdème circonscrit et tubéreux, qui cède à l'administration d'extrait thyroïdien. D'autres dermatoses se découvrent chaque jour en relation avec elles, à mesure que l'endocrinologie théorique et pratique progresse et qu'on se décide à l'appliquer.

La nutrition de la peau, sa résistance aux infections, sont — bien plus qu'on ne le pense — sous l'influence des sécrétions endocriniennes et de leurs anomalies héritées ou acquises.

Le fait est démontré par la guérison rapide avec l'insuline de certaines furonculoses, avec l'extrait thyroïdien et l'extrait ovarien de certaines acnés, par les effets souvent très favorables du « baptême de la vie de garçon » sur la face boutonneuse des éphèbes, par l'immunité presque absolue que confère la puberté contre les teignes.

Il est presque inutile, après ce qui vient d'être dit, d'insister sur le rôle des *organes génitaux* en dermatologie. « On s'en souviendra, surtout chez la femme, écrivait Brocq, quand on aura à traiter *des acnés mentonnières rebelles,* des *eczémas* nummulaires persistants, des névrodermites... »

L'appareil circulatoire intervient surtout par une congestion passive ou active, qu'il s'agisse du cœur et des gros vaisseaux ; des spasmes artériels, créateurs d'acro-asphyxies, d'embolies cutanées, ou de gangrènes étendues ou à foyers multiples qu'il s'agisse aussi des veines et des capillaires, dont le rôle est flagrant dans les livedos, les engelures, certaines tuberculides, certaines dermatoses torpides ou hivernales (érythème induré), certaines ulcérations atones et cyanotiques (Gougerot).

Atténuer les spasmes vasculaires, activer la circulation de retour, vaso-dilater tout ou partie de l'organisme et non pas seulement la peau font partie de la grande hygiène cutanée étiologique. Les moyens mécaniques (massage, gymnastique passive et active), physiques : exercice, révulsion, douches, chaleur (air chaud, lumière rouge, diathermie, etc.), radiations (soleil, ultra-violets, infra-rouges, etc.), y sont de mise autant que les médications internes et que les *cures thermales* plus ou moins spécialisées.

Enfin la régulation du *système nerveux* s'impose. Ses défauts, ses à-coups, entretiennent bien souvent un eczéma, un prurit, une *névrodermite*. Parfois il conditionne à lui seul et avec quelle brutalité, une dermatose objective, comme ces pelades ou ces canities émotives, rares d'ailleurs, qui surviennent en quelques heures, sinon quelques instants.

Les divers toxiques et excitants nervins, thé, café, alcool, essences végétales, etc., sont à supprimer. Mais le régime alimentaire ne suffit pas ici. Le surmenage physique et ses excès de toutes sortes — même ceux de travail — doivent être évités. De petits repos ou de longues détentes, de l'exercice au grand air, des frictions apaisantes, des douches chaudes (pluie douce à 36-38°, quelques minutes), parfois la cure de grande campagne sont nécessaires. Et on peut même être obligé d'arriver à la cessation complète du travail, des relations d'affaires, au déracinement et à l'isolement. C'est dire que l'hygiène cutanée, dans les prurits graves, dans les états dépressifs en rapport avec des dermatoses chroniques et affligeantes, doit aller jusqu'au traitement psychotonique, jusqu'à l'encouragement fervent, à l'action morale personnelle sans laquelle il n'est pas de vrai médecin, et qui détournera seule du suicide quelque grand pruritique, quelque désespéré atteint d'ulcères invétérés, de placards suspects ou d'une repoussante mutilation faciale.

2° Surveillance alimentaire

Plus terre à terre que le précédent, ce deuxième chapitre de l'hygiène générale cutanée n'est pas négligeable. Aujourd'hui, pourtant, il est de mode de le négliger, voire de le mépriser. Cela tient souvent à ce qu'on n'examine pas son malade à fond et que, n'obtenant pas par un régime « omnibus » l'amélioration escomptée dans un cas comportant des restrictions trop spéciales pour avoir été repérées par cet examen superficiel, on accuse la méthode, alors qu'elle fut seulement mal appliquée.

D'autres médecins ne prescrivent plus le régime alimentaire à cause de la non-observance habituelle de celui-ci par le malade, ou à cause de leur scepticisme personnel, souvent conditionné par cette difficulté qu'on éprouve à faire suivre un régime.

Enfin certains considèrent le régime comme inutile, pour des raisons théoriques, qui parfois — mais non toujours — obtiennent un succès pratique. Ces raisons sont basées sur la fréquence dans les dermatoses, d'une altération de l'état humoral, avec instabilité colloïdale et floculation. Lorsqu'on peut arriver à déterminer l'aliment unique, s'il est unique, qui cause une urticaire, un eczéma, un prurigo, ou à contrebalancer par des désensibilisants la rupture de l'équilibre colloïdal, il est évident que le régime devient inutile. Mais cette tâche est particulièrement ardue et souvent tout à fait vaine. Force est donc de disperser le régime, comme le chasseur moyen, pour toucher son gibier fuyant, chasse à plombs et non à balle (1).

A) Suppression de la nourriture. Diète. Jeûne.

Il peut être nécessaire, dans quelques dermatoses graves, soit chroniques avec recrudes-

(1) Voir l'intéressant article de P. Rimbaud, paru ici même (27 avril 1937, p. 2021).



observations recueillies par l'auteur depuis 1935. Il s'agit là d'un traitement général, qui stimule et renforce les réactions régulatrices de l'organisme à l'égard des proliférations cellulaires ; et c'est indirectement par ces réactions, par les modifications humorales, qui en résultent pour corriger dans une certaine mesure un terrain parfois devenu cancérisable, que cette méthode détermine la régression des hyperplasies de la glande mammaire, soit bénignes, soit de faible malignité.

Aussi, même lorsque la protéinothérapie ne suffit pas à provoquer la régression d'une tumeur, elle reste encore utile pour préparer et rendre plus efficace le traitement local destructeur, dont l'action directe est alors reconnue nécessaire. Ce n'est donc pas faire perdre de temps à une malade, atteinte de tumeur du sein suspecte d'être maligne, que de *commencer par la protéinothérapie*.

Si la tumeur régresse, ce traitement général suffit, et il est à continuer seul jusqu'à la disparition de la masse suspecte.

Cependant si, après avoir diminué de volume, la tumeur devient stationnaire, ou si la protéinothérapie ne paraît pas modifier son évolution, un *traitement local* s'impose, *mais ce n'est pas nécessairement un traitement chirurgical.*

Mieux encore, la protéinothérapie, traitement général complémentaire, permet de choisir le traitement local, qui paraît le plus indiqué : radiothérapie sous forme de radium ou de rayons X ; chirurgie. Durant la période, où elle est employée seule, elle réalise, de plus, un temps de préparation au traitement local éventuel, et un temps d'observation, pendant lequel le diagnostic de la tumeur douteuse a pu se préciser quelque peu.

Mais, quand certains adéno-fibromes, où il y a prédominance de la masse fibromateuse sur l'adénome, et quand certains kystes à paroi scléreuse épaisse ne diminuent point de volume du fait de la protéinothérapie, — une irradiation par le radium ou par les rayons X peut ne pas déterminer la régression des masses fibreuses. C'est alors que l'ablation chirurgicale, limitée aux tissus scléreux, reste le seul traitement local à conseiller.

Toutefois, quand il paraît s'agir plutôt d'une mammite suspecte de transformation maligne ou d'un cancer au début, c'est la radiumpuncture qui est le traitement de choix et non pas l'intervention chirurgicale.

La *radiumthérapie*, après avoir, dans ses débuts, paru susceptible de devenir un traitement de choix des tumeurs du sein, a été trop délaissée.

Les premiers essais de radiumpuncture du sein ont, en effet, été mauvais, aussi mauvais que l'étaient à la même époque les essais de radiumpuncture des cancers de la langue ; mais tandis que l'amputation du sein permettait de guérir beaucoup de malades, le traitement chirurgical des épithéliomes de la langue était désastreux. On s'est depuis lors attaché à perfectionner la technique de radiumpuncture des néoplasmes de la langue, et celle-ci en est devenue le traitement de choix, car elle a donné souvent de magnifiques guérisons.

Toutefois on avait pendant quelques temps, négligé la radiumpuncture des tumeurs du sein, quoique beaucoup plus facile à pratiquer que celle de la langue et incomparablement mieux tolérée. Elle avait été également délaissée parce que, employée seule et limitée à la tumeur, elle constituait un traitement incomplet, qui laissait évoluer les semis cancéreux disséminés au delà de la zone irradiée. En fait, employée seule, elle n'est guère recommandable, il faut l'associer à la protéinothérapie, et c'est dans ces conditions qu'elle semble réaliser actuellement le meilleur traitement des cancers du sein.

En effet, la protéinthoérapie suffit le plus souvent à déterminer la régression des semis néoplasiques, tandis que la radiumpuncture provoque *celle de la masse néoplasique principale.* C'est en fonction l'une de l'autre qu'elles doivent être employées, car elles se complètent réciproquement et c'est leur association qui fait leur efficacité : c'est là un *traitement de choix.* Il est d'autant plus indiqué de préférer la radiumthérapie à l'amputation du sein qu'en cas d'échec de celle-là, celle-ci reste possible.

Le seul inconvénient d'un traitement, ainsi compris, c'est qu'il ne comporte pas d'examen histologique. Mais l'intérêt des malades passe avant celui des médecins.

La radiumthérapie, associée à la protéinothérapie constitue encore un traitement de choix *après une ablation chirurgicale* limitée à une tumeur considérée tout d'abord comme bénigne, lorsque l'examen histologique en révèle la nature maligne.

***

Application pratique de cette méthode

La protéinothérapie est un traitement facile à suivre : on fait boire au patient, matin et soir, le contenu d'une ampoule, mis dans un peu d'eau, puis on observe l'évolution de l'affection. Si celle-ci rétrocède peu à peu et disparaît, ce traitement bien simple suffit. Il convient seulement de le poursuivre *longtemps*, pendant des mois, des années, afin de modifier le terrain, et

de prévenir ou de faire avorter la formation possible d'autres hyperplasies glandulaires.

Un arrêt de traitement expose à la reprise du processus néoplasique, tant qu'il n'a pas été aboli.

A la protéinothérapie par voie buccale, qui permet aisément ce traitement continu et longtemps prolongé, on peut ajouter dans la mesure où elles peuvent être facilement pratiquées, des injections intradermiques des mêmes extraits de tumeurs.

Si la tumeur persiste, dure et mobile, de consistance fibreuse, adénofibrome probable, ou tendue, peut-être kystique, une ablation chirurgicale limitée à cette tumeur suffit. Si l'examen histologique révèle un épithéliome, une radiumpuncture immédiate est parfaitement susceptible de procurer une guérison sans mutilation.

Si la tumeur persiste, ou même s'accroît, devenant de plus en plus suspecte d'être maligne, alors c'est à la *radiumpuncture d'emblée*, qu'il faut recourir, radiumpuncture qui aura d'autant plus de chances de donner un bon résultat qu'il s'agira d'un cancer au début.

Et, si malgré la radiumpuncture et la protéinothérapie toujours continuée, il persiste une induration suspecte, alors, mais alors seulement, il pourra être question de faire l'ablation du sein malade. La mutilation, s'il faut en arriver là, ne sera décidée qu'après avoir été reconnue vraiment nécessaire. L'exérèse chirurgicale sera d'ailleurs faite dans des meilleures conditions opératoires, car à défaut de guérison, au moins un renforcement des réaction de l'organisme à l'égard du cancer aura été obtenu.

La radiumpuncture du sein est peu douloureuse. Pour une petite tumeur, il suffit d'implanter une dizaines d'aiguilles, ce qui peut être fait sous anesthésie locale ou sous anesthésie générale de courte durée. Les aiguilles ont une paroi de platine épaisse de cinq dixièmes de millimètre et contiennent un milligramme 33 de radium. Elles fournissent 10 microcuries par heure. Au moment de la radiumpuncture, l'écoulement de sang est nul ou insignifiant. Comme pansement, il suffit de quelques compresses de gazes térilisée, maintenues par un large rectangle de tissu adhésif perforé.

Le repos au lit n'est nécessaire que pendant le temps que comporte l'anesthésie pratiquée ; la malade n'a même plus ensuite l'obligation stricte de garder la chambre.

La durée de l'irradiation est en général de dix jours, soit 2,4 millicuries détruits par aiguille.

G. FISCHER.

INTÉRÊT ÉPIDÉMIOLOGIQUE DE LA CUTI-RÉACTION A LA TUBERCULINE CHEZ L'ADULTE

MM. DEBÉNÉDETTI et BALGAIRIES (1) ont exposé que le pourcentage des adultes, dont la cuti-réaction à la tuberculine reste encore négative, était suffisamment élevé pour que cette cuti-réaction puisse être utilisée à titre épidémiologique dans les collectivités d'adultes. Ils rapportent des faits, qui montrent que dans pareilles collectivités, subdivisées en « unités collectives » (classes dans les établissements d'enseignement, compagnies dans un régiment), le virage massif de cuti-réactions tuberculiniques, dans certaines de ces unités collectives, doit inciter l'épidémiologiste à déceler les formes frustes de tuberculose dans lesdites unités, et surtout à rechercher la source du contage.

A cet égard, la cuti-réaction à la tuberculine, utilisée à titre épidémiologique, peut aider au dépistage de la tuberculose — même dans des collectivités d'adultes — surtout si elle est combinée à la radioscopie systématique.

(1) *La Presse Médicale*, 25 septembre 1937.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Rhumatisme et hygiène sociale

Au cours d'une année d'expertise des rhumatisants à la Caisse interdépartementale des Assurances sociales, le Docteur G. Basch a pu faire les observations suivantes :

1° Du point de vue étiologique, il n'a pas retrouvé souvent le rôle de la profession, du traumatisme professionnel habituel. Chez quelques sujets, un effort violent, un traumatisme au cours du travail a pu localiser la diathèse rhumatismale, ou précipiter l'apparition des accidents, mais on n'a pas relevé en pareille matière de faits vraiment nets : au contraire, en matière de sciatique avec ou sans rhumatisme vertébral ou sacro-iliaque, le rôle du travail dans l'humidité paraît véritablement majeur.

2° Du point de vue prophylactique, il paraît absolument nécessaire que soit renforcé encore l'examen et le contrôle des rhumatisants afin qu'un traitement puisse intervenir avant que ne se soit installée une infirmité définitive. Les cent derniers malades que l'auteur a examinés totalisent 397 mois d'indisponibilité complète, soit presque quatre mois, en moyenne, par assuré ; onze d'entre eux étaient proposés pour une invalidité de plus de 66 %, sept pour une invalidité de moins de 66 %. On voit la charge énorme que *constituent les rhumatisants pour les Assurances* sociales.

3° La déduction d'ordre thérapeutique s'impose : à un dépistage précoce, à l'établissement rapide d'un diagnostic aussi complet que possible, étayé sur la clinique, le laboratoire, les examens radiologiques en série, correspondra, grâce à une collaboration avec le médecin traitant, la mise en œuvre des ressources chimio-physio-crénothérapiques susceptibles d'enrayer l'évolution de la maladie et même de permettre une reprise fonctionnelle totale ou partielle. (*Revue du Rhumatisme*, mai 1937.)

L'anatoxithérapie spécifique des affections staphylococciques

Voici les conclusions d'un travail de MM. G. Ramon, A. Bocage, A. Boivin, P. Mercier, R. Richou et M. Defrance :

L'efficacité de l'anatoxithérapie, affirmée par plus de mille observations recueillies précédemment, a été rendue plus grande encore, au cours de ces derniers temps, grâce aux perfectionnements apportés à la méthode : *a*) obtention au laboratoire et emploi dans la pratique courante d'une anatoxine de valeur antigène relativement élevée ; *b*) adoption de l'intervalle optimum de quatre jours entre les injections ; *c*) préparation et utilisation d'anastaphylotoxine purifiée (des résultats très favorables portant sur deux cents cas de staphylococcies traités par cette dernière sont apportés).

Une étude aussi vaste, jointe à certaines données d'ordre expérimental, permet de fournir de nouvelles précisions quant au mode d'action du traitement anatoxique. Ainsi que le démontrent en particulier les résultats obtenus au moyen de l'anatoxine purifiée, l'anatoxithérapie n'agit ni comme une « médication de choc », ni comme une « protéinothérapie non spécifique ». C'est grâce à l'immunité antitoxique spécifique engendée par l'anastaphylotoxine et qui est complétée par des moyens naturels de défense (phagocytose en particulier), que l'organisme réussit à triompher des manifestations toxiques et infectieuses dues au staphylocoque. (*La Presse Médicale*, 23 juin 1937.)

De l'application des diurétiques mercuriels par voie rectale

Le Docteur Charles-Engel consacre son étude à l'action et à l'absorption des diurétiques mercuriels, *en particulier sous la forme de suppositoires*. Ce mode de thérapeutique réalise un progrès énorme dans la pharmacothérapie moderne. En principe, le diurétique mercuriel doit être administré sous forme d'injections, intra-veineuse ou intra-musculaire. La première est délicate à réaliser, la seconde est parfois très douloureuse. Que ces inconvénients ne constituent pas un obstacle à l'application des diurétiques mercuriels, cela est prouvé par la tendance de plus en plus grande à leur généralisation, éliminant et rendant ainsi inutile l'emploi de tout autre diurétique. Cependant, ces injections continuées pendant plusieurs années entraînent la sclérose des veines ou le durcissement de la région fessière qui empêchent la répétition du traitement.

La création des suppositoires est donc d'une importance pratique considérable, car on possède désormais un diurétique mercuriel qui remplace entièrement l'injection dans la grande majorité des cas et qui permet, en outre, d'éviter tous les inconvénients inhérents aux injections ; ainsi le patient se prêtera bien plus volontiers au traitement par les diurétiques mercuriels. (*Bruxelles-Médical*, 4 juillet 1937.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Considérations sur les fistules anales

(M. G. CABANIÉ, de Tanger ; 12-10-1937)

M. Cabanié a fait à l'hôpital de Tanger, depuis dix ans, une étude anatomique et une dissection minutieuse de toutes les fistules anales opérées dans son service.

La variété des trajets fistulaires, dit-il, est infinie, mais il est frappant de constater qu'une proportion considérable de fistules (70 p. 100) cheminent sur une plus ou moins grande longueur de leur trajet dans l'épaisseur de l'appareil musculaire ano-rectal. L'opinion courante de la grande fréquence des fistules sous-cutanéo-muqueuses ne paraît pas justifiée.

L'auteur propose l'essai suivant de classification topographique des fistules anales : 1° fistules sous-cutanéo-muqueuses (15 à 30 %) ; 2° fistules trans-sphinctériennes inférieures ; 3° fistules trans-sphinctériennes externes ; 4° fistules extra-sphinctériennes. Les deux premiers groupes constituent les fistules de l'anus et de la marge ; les deux groupes suivants, les fistules de l'anus et du creux ischio-rectal.

M. Cabanié montre que les fistules semblent avoir une prédilection pour le tissu le plus dense de la région anale : le muscle.

Peut-être le feutrage musculaire que constituent les différents courants de fibres du sphincter joue-t-il un rôle dans la propagation des fusées purulentes. *Sur des coupes du sphincter examinées à faible* grossissement, on distingue en effet une interpénétration intime de fibres contractiles circulaires et longitudinales.

La contraction de ces divers ordres de fibres paraît pouvoir entraîner des glissements des faisceaux de directions différentes l'un par rapport à l'autre. On peut concevoir le pus fusant le long des petits plans de glissement interfasciculaires.

Il n'y a pas dans l'organisme une autre région aussi riche en interpénétration de fibres musculaires et aussi prédisposée à l'établissement de fistules.

L'anatomie macroscopique des fistules anales est ainsi susceptible de recevoir des développements nouveaux. On peut y trouver la source d'amélioration de la thérapeutique.

L'allergie tuberculinique après vaccination au B. C. G. par voie parentérale

(MM. WEILL-HALLÉ et L. SAYÉ ; 5-10-1937)

L'injection de B. C. G. par voie parentérale détermine l'allergie dans des délais variables selon la dose employée et les dispositions individuelles qui sont impossibles à prévoir. Les petites doses (1/25 de milligramme) confèrent l'allergie au bout de sept à huit semaines, sans formation de nodules ni abcès. Des doses plus élevées donnent l'allergie plus rapidement, en trois à quatre semaines et dans un quart des cas produisent des abcès d'évolution bénigne. Par voie intra-dermique, l'allergie se produit dans un temps plus court et avec un minimum de signes réactionnels.

L'apparition de l'allergie se fait progressivement. De une à trois semaines avant de se manifester nettement, les réactions commencent à se montrer douteuses ou faiblement positives. Si l'on considère comme preuve de fixation du B. C. G. dans l'organisme le début de la réaction allergique, le délai de trois à quatre semaines est le plus fréquent. Si l'on désire protéger l'enfant jusqu'au plein développement de l'allergie, un temps d'isolement de deux à trois semaines en moyenne au-delà de l'apparition de la première réaction nettement positive sera nécessaire.

Le praticien se guidera d'après les risques de contagion et d'après ces données, pour fixer dans chaque cas la durée à assigner à la période de protection minimum, dont le rôle est fondamental pour obtenir de la méthode toute son efficacité.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

A propos du traitement des hémorragies de l'artère fessière

(M. P. HUARD ; 13-10-1937)

M. P. Huard rapporte un cas de volumineux hématome de la fesse par lésion de la branche superficielle de l'artère fessière à son origine.

Le malade avait eu, à la suite d'injections intra-fessières de quinine, un abcès qui fut incisé et drainé. Dix jours après l'incision, le sujet éprouve une sensation de tension dans la fesse, son pansement est traversé plusieurs fois par jour par un suintement sanguin. Quatre jours plus tard, le transfert en chirurgie est décidé. Opération d'urgence : incision de Fiolle et Delmas complétée par la désinsertion de la partie postérieure du grand fessier. On découvre la face supérieure du paquet vasculaire et l'on s'aperçoit que la source de l'hémorragie est une ulcération située à l'origine du tronc de la branche superficielle de l'artère. Ligature de l'artère fessière. Guérison.

En 1931, M. Huard a pu réunir avec M. Montagné 550 observations dont trois personnelles, de lésions de l'artère fessière.

P. L.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

---

Bulletin de l'Actualité

● ● ●

LE CORPS MÉDICAL DEVANT L'OPINION

Dans la société actuelle, l'influence considérable exercée sur les masses, par le journal quotidien, est un facteur dont il faut tenir le plus grand compte. Il est peut-être regrettable que les rapports entre nos dirigeants et la grande presse ne soient pas plus fréquents et plus suivis, car les journaux d'informations mènent actuellement l'opinion et c'est une faiblesse de notre syndicalisme de n'y point compter des amis puissants.

Je reste persuadé que si nous avions plus souvent des conversations amicales et si nous évoluions plus, dans les milieux des journaux, quantité de mouvements d'opinion ne verraient jamais le jour. Dans l'ensemble, la défense de notre profession aurait beaucoup à y gagner et la presse d'information s'en trouverait de son côté satisfaite.

Sur bien des questions, seules des conversations fréquentes et suivies permettent de faire le point, d'empêcher des campagnes faciles et souvent injustes, dont nous faisons les frais ; je n'en veux pour preuve que deux des affaires les plus récentes, le scandale d'Eysses et celui du faux docteur Hecker.

***

Le scandale de la colonie pénitentiaire d'Eysses est présent encore à toutes les mémoires : un pupille est mort de tuberculose suraiguë, après avoir été puni et mis en cellule. Aussitôt ce fait lamentable et infiniment triste de la mort d'un enfant, même si c'est un vaurien, est monté en épingle ; des sanctions sont demandées, des enquêtes réclamées et elles aboutissent à une mesure assez inattendue et en tout cas inopérante pour l'avenir : la mise à pied d'un de nos excellents confrères le Docteur Guy, de Villeneuve-sur-Lot.

J'ai lu avec le plus vif intérêt la brochure publiée par le Syndicat médical du Lot-et-Garonne où sont exposés en plusieurs chapitres, ce qu'est la Colonie correctionnelle d'Eysses, comment est régi le service médical, l'état sanitaire de la colonie, son hygiène.

On y trouve des révélations surprenantes, c'est ainsi qu'à côté des insubordonnés, des indisciplinés, des relégables, tous les syphilitiques des autres maisons d'éducation surveillée y sont envoyés. La syphilis serait-elle encore, d'après le règlement, considérée comme une maladie honteuse et l'Administration pénitenciaire punit-elle le syphilitique, comme jadis l'armée gratifiait de salle de police ou de prison le soldat vénérien ?

Parmi les 220 pensionnaires d'Eysses il en est une vingtaine d'*irréductibles continuellement* punis, contre lesquels les mesures disciplinaires s'avèrent sans effet et pour lesquels la peine de cellule prévue par le règlement et comportant le pain sec pendant huit jours est seule efficace.

Il est certain qu'une telle discipline, s'exerçant sur des sujets jeunes, en croissance, doit favoriser le développement de la tuberculose et qu'il conviendrait de l'adoucir, *si l'on désire faire passer avant l'observation du règlement le souci de la santé des enfants qu'on désire corriger.*

A cela le médecin ne peut rien, il n'est pas consulté, lorsqu'il s'agit de fixer la punition, c'est un tribunal composé du directeur, du sous-directeur, du gardien chef et d'un instituteur qui prend la décision.

Le rôle du médecin, assez mal défini par une série de règlements successifs, se borne à visiter, au moins deux fois par semaine, les pupilles en cellule, il peut pour raison de santé demander la suppression d'une punition. Il doit en plus donner ses soins à tout le personnel administratif, enseignant, technique, et surveillant, pour une indemnité annuelle de 7.200 francs.

La lecture des rapports faits par le Docteur Guy pendant le temps de son exercice, les améliorations apportées par lui au service médical, nous montrent que notre confrère obligé de faire

respecter la discipline montrait en toute occasion des sentiments pitoyables, vis-à-vis des enfants internés à Eysses, et si la tuberculose sévissait etétait pour lui, dès 1913, un véritable cauchemar, il ne paraît pas avoir été beaucoup aidé par l'Administration pénitentiaire, dans la lutte qu'il avait entreprise.

Nous nous représentons facilement dans nos milieux médicaux, le conflit constant qui doit se produire entre sa conscience de médecin dont les thérapeutiques réclament des solutions inapplicables et l'obligation où il est de respecter des règlements sévères, continuellement brandis par l'Administration pénitentiaire dont il dépend.

C'est précisément cette double obligation qui crée au médecin fonctionnaire des difficultés que le praticien ne connaîtra jamais et qui obligent à beaucoup d'indulgence à son égard.

Nous voyons parfois de pareils conflits survenir entre le médecin de régiment et le commandement, mais dans l'Armée, le médecin de régiment, bien défendu par son règlement, sait qu'il sera soutenu par ses chefs, en dépit de toutes les campagnes de journaux, si sa manière de faire est bonne, alors que le médecin fonctionnaire civil reste un isolé, qui n'a personne pour le *défendre. S'il déplaît à l'Administration* qui le nomme, il sera bien vite remplacé, nous en avons eu souvent des exemples, et le *Sou Médical* a dû plus d'une fois intervenir.

Ces conditions très particulières d'exercer une médecine difficile, pour un traitement vraiment très bas, dépassant à peine celui d'un médecin inspecteur des écoles, auraient mérité d'être mieux connues, plus largement diffusées.

Il est triste de voir un honorable confrère qui, pendant des années a fait de son mieux, vilipendé, traîné dans la boue, révoqué, *parce qu'il fallait une victime* et incapable de se défendre, car la brochure du Syndicat du Lot-et-Garonne est loin d'avoir eu une diffusion suffisante, pour répondre aux attaques dont notre confrère a été l'objet dans une presse à grand tirage.

Comme tout eût été différent, si par cette même presse, il eût été possible de montrer l'injuste traitement fait au Docteur Guy, et le ridicule d'une sanction qui s'adressait à un individu, alors que c'est une Administration tout entière, qu'il fallait réformer.

***

Le scandale d'Eysses aurait suffi à lui seul à montrer la nécessité pour le Corps médical de pouvoir se défendre devant l'opinion, l'affaire du faux Docteur Hecker rend cette nécessité encore plus manifeste.

A la faveur d'une série de subterfuges, un ancien comptable réussit pendant la guerre à se faire passer pour docteur en médecine. La chose était alors facile, il suffisait, pour les habitants des pays envahis, de donner au Service de santé leur parole d'honneur qu'ils possédaient le diplôme de docteur.

C'est donc par un abus de confiance que notre homme se voit conférer les galons de médecin-major, et ici cette usurpation de grade constitue non seulement une véritable escroquerie morale, mais encore un véritable homicide puisqu'elle donne le privilège redoutable de soigner des soldats blessés. J'aurais aimé qu'on parle du préjudice causé par ce comptable qui, sans rien savoir, a joué la comédie de soigner des blessés. Nul n'a pensé que du fait de cette usurpation de titres, un père, un frère, un mari sont peut-être morts à la guerre, que du fait de cet indésirable ils n'ont pas reçu les soins convenables et que c'est l'inconscience d'un ignorant, désireux de porter des galons, qui a précipité le drame de leur mort.

Non, nul ne pense à parler des erreurs tragiques qui ont été la conséquence d'avoir trompé sciemment des hommes qui se battaient loyalement et aujourd'hui, loin d'envisager un châtiment exemplaire et mérité, on voit des gens s'étonner qu'on ne donne point à cet indésirable, le titre de docteur, sans qu'il ait reçu une investiture qui représente des années d'études, qui exige des jours et des nuits de travail, au chevet des malades.

Et chacun de plaindre le pauvre homme dont la situation est brisée, alors qu'on devrait évoquer les familles entières plongées dans le deuil, mais la terre couvre ses fautes.

Dans cette affaire, plus encore que dans la précédente, on sent combien l'opinion est mal éclairée, combien elle obéit à des réflexes d'autant plus faciles à éveiller, qu'elle n'entend pas la partie adverse, celle qui avec moins de sensiblerie, quelquefois même, avec un peu de rudesse, se chargerait de rétablir exactement les faits.

Nous avons une position à défendre devant l'opinion, et si nous voulons le faire comme il se doit, nous devons employer des armes analogues à celles qui servent à nous attaquer.

Dr Raphaël MASSART.

LES SUITES ÉLOIGNÉES SOCIALES DES BLESSURES CRANIENNES DE GUERRE

Un certain nombre de confrères nous avaient demandé de faire le point, vingt ans après la guerre, sur les reliquats pathologiques et les répercussions sociales résultant des blessures du crâne et de l'encéphale, dont l'origine est constituée par des traumatismes de guerre.

Ces problèmes furent discutés dans une réunion de médecins spécialisés, sous la présidence du Professeur Claude. Des rapports avaient été rédigés sur ces différentes questions et nous ne saurions trop bien faire, en exposant le résumé de ces travaux scientifiques et sociaux.

Etude clinique des épilepsies de guerre et situation actuelle pathologique des blessés craniens de guerre

MM. Alajouanine, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital de Bicêtre et Georges Boudin, chef de clinique à la Faculté de Paris exposent tout d'abord ce qu'il faut entendre par le terme « trépané ». Ce vocable à malheureusement un sens péjoratif dans bien des esprits, qui ne voient, dans ces blessés du crâne, que des épileptiques, donc atteints de « haut mal », avec des crises à allure dramatique, présentant également des troubles du caractère, pouvant être sujets à des fugues.

L'épilepsie traumatique de guerre ne présente pas les stigmates, les tares de l'épileptique essentiel ; la démence comitiale est tout autre et si certains blessés craniens ont dû être hospitalisés dans des asiles, la cause en est traumatique et nullement d'origine héréditaire, ou acquise.

Le trépané de guerre est un blessé, chez lequel il a été indispensable d'intervenir pour enlever des esquilles osseuses, pour vérifier l'état de l'encéphale, ou de ses enveloppes méningées. D'ailleurs, bien des trépanés de guerre ou de paix n'ont jamais présenté de crises véritables d'épilepsie franche.

Dans la première partie de leur travail, les auteurs considèrent l'étude clinique des blessés, qui présentent des symptômes de lésions en foyer, par atteinte organique du système nerveux

Ce sont d'abord des *troubles moteurs*, qui varient depuis l'hémiplégie, jusqu'à des monoplégies, avec ou sans contracture. Mais il faut bien savoir que, souvent, une paralysie d'apparence minime est compliquée d'une contracture pyramidale entraînant une gêne fonctionnelle.

Les troubles d'aphasie parfois très accusés, sont souvent à l'état de reliquat, qu'il convient de rechercher. Ce n'est pas un trouble intellectuel, mais un trouble du langage chez un individu dont tous les efforts vont tendre à récupérer un langage en apparence normal. La recherche de ces troubles, par l'emploi de tests, doit être minutieuse, car les reliquats d'aphasie sont souvent méconnus ou sous-estimés.

Les troubles sensitifs coexistent et aggravent les troubles moteurs. Mais les troubles de la sensibilité profonde passent souvent inaperçus. L'astéréognosie est à la base de phénomènes de maladresse d'ordre moteur ; il faut la rechercher systématiquement, surtout en employant le procédé d'Alajouanine : demander au malade, qui a les yeux fermés, de tenir ses mains sur un même plan horizontal. L'individu sain conserve ses mains stables, alors que le malade présente des mouvements lents des doigts, qui se mettent dans des plans différents ; les deux mains se décalent sans que le malade s'en aperçoivent.

Hémianopsie latérale. — Il faut la rechercher systématiquement, car elle peut être à l'origine de troubles fonctionnels importants.

La conclusion qui s'impose de cette étude clinique, c'est que fréquemment, on sous-estime certaines séquelles de lésions organiques du système nerveux, car on néglige de rechercher systématiquement des reliquats d'aphasie, d'hémianopsie, ou de troubles sensitifs superficiels ou profonds.

Epileptiques de guerre. — Au sujet des facteurs étiologiques, les auteurs insistent sur la technique opératoire, ainsi que sur la nature même de la lésion traumatique initiale. L'épilepsie survenue à la suite d'une commotion du crâne donne lieu à de nombreuses discussions, alors que leur cause provient de lésions osseuses, dure-mériennes, petites hémorragies de la substance nerveuse, avec œdème cérébral et transsudation hémorragique : tous phénomènes devant être systématiquement recherchés, à cause du caractère latent de bien des hématomes sous-duraux, ou intra-cérébraux.

Les formes cliniques de ces épilepsies sont très variées, depuis les crises franches et générales, les crises localisées, larvées, jusqu'aux équivalents comitiaux de tous les types, avec troubles du caractère, insociabilité, pouvant aller parfois jusqu'à la confusion mentale.

Le contrôle des crises est important pour affirmer le diagnostic, mais combien difficile à fairen pratique. La fréquence, la diversité des manifestations épileptiques est des plus variées, ainsi que les phénomènes d'ordre mental. Si la démence découle non de l'épilepsie, mais du traumatisme lui-même, il faut insister sur d'autres facteurs qui s'associent pour créer l'état mental particu-

lier des épileptiques. Ces blessés, ayant des épilepsies acquises, se sentent minimisés socialement, sont toujours en alerte devant la survenue inopinée de la crise. Ils sont aigris par des injustices sociales : leur blessure de guerre les fait renvoyer et perdre leur emploi. Cet état mental conduit certains à surajouter l'intoxication alcoolique. Ils ont la sensation d'être des déchus sociaux, pour lesquels on n'a pas l'indulgence ni la douceur obligatoires.

Syndrome subjectif post-commotionnel. — L'organicité de ces troubles est évidente ; mais leur nature purement subjective en rend l'interprétation beaucoup plus délicate. Il semble que tous les traumatismes craniens peuvent engendrer ces troubles subjectifs. Ceux-ci sont habituels chez les trépanés, mais aussi après les simples fractures du crâne, ou les commotions cérébrales. L'examen forcément superficiel de ces commotionnés pendant la guerre a laissé à penser que bien des lésions osseuses, ou organiques sont passées inaperçues, alors qu'elles sont à l'origine de ces troubles divers et tardifs.

Traitement des épilepsies par plaies et traumatismes de guerre

Le Professeur Crouzon, médecin de la Salpêtrière, membre de l'Académie de médecine et M. Christophe, ancien chef de clinique, assistant à la Salpêtrière, exposent le traitement chirurgical et médical de l'épilepsie plus ou moins tardive, secondaire à des plaies crânio-cérébrales.

Traitement chirurgical. — A l'étranger, notamment en Allemagne et au Japon, on se montre interventionniste à outrance, en cherchant, par des opérations répétées, à pallier aux conséquences des blessures du crâne. Les neurologues français, au contraire, s'inscrivent en faux contre ces tendances et les chirurgiens les plus interventionnistes ne les adoptent qu'avec tempérament.

Le traitement chirurgical comporte d'abord l'étude des indications opératoires. Le traitement tardif de l'épilepsie traumatique s'adresse avant tout à l'épilepsie partielle, lorsqu'il est permis de constater l'existence certaine, ou très probable d'une lésion locale, abordable chirurgicalement. Le cliché radiographié est d'un grand secours dans l'indication opératoire, ne serait-ce que pour déceler l'existence d'un projectile encore inclus, assez superficiel, alors que le projectile profond doit souvent être respecté par prudence.

Ablation d'un corps étranger, excision d'une cicatrice cortico-méningée, esquillectomie, résection d'un cal exhubérant, extirpation de kystes traumatiques extra ou intra-cérébraux, ponction de l'arachnoïdite séreuse : toutes ces lésions doivent dicter la conduite du chirurgien.

Les auteurs envisagent ensuite les autoplasties méningées et les cranioplasties. Ils font allusion a une bibliographie très abondante, qui prouve que les chirurgiens ont maintes fois discuté non seulement le mode opératoire, mais aussi les indications et les résultats.

L'épilepsie Bravais-Jacksonnienne, à type localisé, est souvent tributaire de l'intervention chirurgicale, surtout lorsque ce syndrome se complique d'accès subintrants. Mais l'indication opératoire reste toujours délicate ; elle est même fortement discutable dans quelques cas.

La radiothérapie a souvent donné de bons résultats, soit comme devant provoquer la résorbtion ou la diminution de lésions locales, soit comme adjuvant d'un traitement médical.

Le traitement médical s'applique à la plupart des cas, puisque l'intervention chirurgicale ne peut être profitable que lorsque les indications opératoires sont précisées. Certaines épilepsies peuvent être améliorées par des injections intraveineuses ou par l'absorption *per os* de solutions hypo- ou hyper-toniques (la ponction lombaire devant au préalable indiquer le degré de tension du liquide céphalo-rachidien).

Le médiament le plus employé, c'est la phényl-étyl-malonylurée, ou gardénal, luminal Le rutonal présente également des avantages.

La médication bromurée a moins de partisans. Le tartrate borico-potassique a donné de bons résultats (Crouzon) alors surtout que cette médication présente moins d'inconvénients que le gardénal ou le bromure.

Des associations médicamenteuses ont été préconisées : gardénal et tartrate borico-potassique ; bromure associé soit avec des opiacés, soit avec la digitale, avec la belladonne, avec la pilocarpine.

L'acétylcholine a été employée dans l'état de mal, avec d'heureux résultats, mais cette médication ne semble pas présenter une action préventive sur la répétition des crises.

M. Crouzon a déjà passé en revue l'emploi de traitements divers par sérothérapie, opothérapie, auto-hémothérapie, pyrétothérapie, etc., etc... Les résultats sont plutôt négatifs dans les cas d'épilepsies traumatiques.

En terminant, les auteurs insistent sur la nécessité de la vie au grand air, dans le calme des campagnes, loin des agitations de la ville, une bonne hygiène alimentaire avec suppression du vin et des boissons excitantes, telles que le café.

Conséquences sociales de l'épilepsie traumatique de guerre

MM. Crouzon et Desoille, chef de laboratoire de médecine légale, ancien chef de clinique neurologique, exposent l'handicap moral, social et matériel, qui frappe les épileptiques de guerre. Discutant les *taux d'invalidité*, ils montrent que

si dans quelques cas, le 100 % est atteint, parce qu'accès très fréquents, empêchant tout travail, que le pourcentage pour crises est souvent moins élevé ; théoriquement si les accès comitiaux sont moins nombreux, le travail peut être possible.

En réalité, le problème de l'indemnisation d'un épileptique est plus complexe que celui d'un mutilé des membres. Celui-ci a surtout une gêne mécanique, qu'il peut atténuer, faire disparaître, ou y remédier par la prothèse ou la rééducation.

En théorie, en dehors de ses crises, l'épileptique devrait être à même de continuer son travail. Cette conception est complètement erronée : chez nombreux épileptiques, persistent, en dehors des crises, de petits signes psychopathiques, parfois des phénomènes de crises larvées, ce qui rend certains travaux impossibles, tels que conduire une auto, travail dans des usines mécaniques, etc. : la crise, survenant, soudaine et brutale, constituerait non seulement un danger pour le malade, mais aussi pour autrui, sans compter l'impression de malaise, que provoque auprès des acheteurs, le spectacle du malade employé dans un grand magasin.

Le taux d'invalidité du barème doit donc comporter une certaine élasticité, d'autant que l'épilepsie elle-même est un motif de renvoi, pour nombre d'emplois, étant donnée l'abondance de main-d'œuvre actuelle.

Il convient donc d'étudier les différents *modes d'assistance* pour les épileptiques, conservant une certaine aptitude pour un travail déterminé. Les principes généraux sont universellement admis: nécessité du traitement et de la surveillance médicale ; nécessité d'un milieu, dans lequel celui qui a été blessé au service de la Nation, n'ait pas l'impression pénible d'être un sujet anormal.

Les auteurs passent en revue l'assistance familiale directe, ou indirecte, l'hospitalisation, dans un hospice, ou dans un asile d'aliénés, la colonie autonome, les centres d'occupation.

Les modes de réalisation pratique sont décrits : c'est l'Œuvre de l'Assistance aux blessés nerveux de guerre, les colonies autonomes, les centres divers, où ces malades peuvent exécuter des travaux compatibles avec leur affection. Mais ces Centres doivent être aidés financièrement, car ils ne peuvent pas se suffire avec leurs propres ressources.

Les rapporteurs passent rapidement en revue les métiers permis aux épileptiques : les emplois agricoles, loin de l'excitation et de l'agitation des grandes villes.

Parlant de la responsabilité des épileptiques, MM. Crouzon et Desoille insistent sur la nécessité de la création de quartiers spéciaux psychiatriques, qui permettraient, dans des cas douteux, d'hospitaliser le prévenu jusqu'à ce qu'un diagnostic précis ait pu être porté. Si en plus pouvait enfin être admis le principe de l'individualisation des peines, si des quartiers de rééducation pouvaient être créés, annexés aux asiles, il serait possible de faire un traitement psychique et moral de relèvement de ces délinquants, qui ne jouissent pas d'une responsabilité psychique intégrale.

Les troubles subjectifs

Le Docteur Brunerie, chef de clinique neuro-psychiatrique à la Faculté de médecine de Lyon, fit une communication sur ce sujet bien discuté, parce que les causes anatomo-pathologiques sont pratiquement méconnues. Leur physio-pathogénie semble très probablement liée à des troubles d'ordre vasculaire, d'origine centrale. Aussi le rapporteur insiste-t-il sur l'utilité de l'examen ophtalmoscopique, fréquemment exécuté : le fond d'œil permet de vérifier les phénomènes circulatoires du cerveau.

L'auteur appuie sur ce fait que si certains neurologues, ou experts, nient les troubles subjectifs, c'est parce que, pour eux, sans lésion anatomo-pathologique pas de signes et signe sans lésion équivaut à signe inventé, simulé imaginaire.

L'étude clinique cependant prouve la réalité de ces phénomènes dits subjectifs. Troubles immédiats après la lésion de guerre, puis plus tardivement phénomènes d'ordre affectif. C'est un état épileptique à l'état d'ébauche, allant depuis la véritable absence, l'obnubilation temporaire, jusqu'au simple état vertigineux, avec troubles du caractère et psychique, léger, ne pouvant être qu'un simple état d'inattention, ou de dépression mentale.

M. Brunerie aborde le facteur individuel, montrant les signes de dépression morale, familiale et sociale, qui affectent le blessé du crâne. Il insiste sur l'influence que peut avoir l'entourage, la famille, pour éviter au malade des erreurs de thérapeutique, ou même d'hygiène en empêchant par exemple les excitations des médicaments dits reconstituants, ou même celles de l'alcool.

Ces troubles subjectifs apportent un obstacle parfois insurmontable à l'activité sociale de ces blessés, qui se sentent isolés au milieu de la société, ou de la famille même.

Il est donc facile de comprendre que le barème de 1929 ne tient pas assez compte de l'implaçabilité de ces blessés du crâne, qui, par leur insociabilité, se voient remerciés de leur emploi, remplacés qu'ils sont par d'autres ouvriers, ou employés ne présentant pas de sautes d'humeur, ni troubles de la mémoire.

Discussion générale

Pour le Professeur Crouzon, le traitement chirurgical des épilepsies paraît devoir être de

moins en moins employé. D'autre part il est nécessaire d'insister sur l'applicabilité des dispositions de l'article 10 de la loi de 1919. Certes, les experts se sont montrés aussi larges que possible, pour l'octroi du bénéfice dudit article 10. Mais il ne faudrait pas aboutir à une déviation de ce texte de loi, pour en étendre le bénéfice à tous les épileptiques. Le législateur a voulu secourir les victimes de la guerre, qui ont besoin de l'assistance d'une tierce personne. Tel est le but de l'article 10. Il faudrait donc rechercher les moyens de trouver du travail aux épileptiques, susceptibles encore de rendre des services sociaux, de les soigner, pour atténuer tant la fréquence que la violence de leurs crises. Et M. Crouzon d'insister sur les services que pourraient rendre les Centres spéciaux.

Quant aux troubles subjectifs des blessés du crâne, il convient d'établir la différence entre ces phénomènes post-traumatiques et les troubles labyrinthiques. Certains vertiges sont parfois des phénomènes d'auto-suggestion, parce que bien des malades ont l'impression d'être atteints d'une maladie incurable.

M. Legrain parle à son tour de cet article 10, qui constitue la théorie de l'ange-gardien. Seuls doivent en être bénéficiaires les épileptiques qui peuvent, par la répétition de leurs crises, faire courir un danger pour eux mêmes ou pour autrui.

M. Rivollet, ancien ministre des Pensions, fait remarquer que lors du vote du Statut du grand invalide, les trépanés du crâne, atteints de crises d'épilepsie, devaient tous avoir droit au bénéfice de cette loi, sans que besoin soit d'avoir atteint le pourcentage de 85 %, indispensable pour les autres victimes de la guerre. Cette indemnité compensatrice, allant suivant les cas, de 2.000 à 8.000 francs, n'a pas cependant donné les résultats qu'on pouvait attendre de cette réforme. Il est, en effet, très difficile de déterminer le nombre des crises et leur fréquence. On a cherché à pallier à cette difficulté, par des enquêtes, qui sont difficiles, confiées cependant à des personnes peu compétentes, tels les gendarmes.

Cette allocation paraît donc devoir remplacer le bénéfice de l'article 10 pour de nombreux épileptiques. Il est difficile d'obtenir l'octroi de 100 % à ces malades ; aussi a-t-on essayé d'étendre pour eux le bénéfice du statut du grand invalide.

Le Docteur Paul Boudin insiste à son tour sur les difficultés d'application juste et équitable d'un barème trop rigide. Les experts sont souvent liés par les pourcentages qui y sont inscrits, auxquels ils ne peuvent déroger malgré leur désir. Cela se rencontre surtout pour l'appréciation du taux d'invalidité à allouer aux blessés craniens ou commotionnés graves, qui sans avoir de véritables crises comitiales, ont cependant des phénomènes, dits subjectifs, qui les handicapent pour trouver, ou conserver leur travail.

On voit même des trépanations de la mastoïde donner lieu à des manifestations épileptiques, épileptoïdes, ou à des troubles dits subjectifs, parce que l'initium fut une forte commotion, ayant provoqué la rupture tympanique, qui secondairement a nécessité un évidement pétreux.

Il est donc nécessaire d'étudier, en médecins les résultats éloignés de la dernière guerre, pour établir des règles de traitement, ou même de diagnostic, au cas où une nouvelle conflagration mondiale nous conduirait à nous pencher à nouveau sur des blessures craniennes. Les médecins praticiens d'aujourd'hui demandent aux maîtres des directives pour le traitement de ces victimes de la guerre. Demain, s'ils doivent à nouveau traiter de tels blessés, leur attention sera attirée sur l'importance du diagnostic précis et rapide de la nature des lésions.

Le Docteur Targowla revient sur la discussion à propos de l'article 10 et fait remarquer que les experts des centres de réforme l'accordent assez souvent, lorsque les victimes sont dans l'impossibilité de se conduire seuls.

M. le Professeur Claude résume la discussion, en montrant toute l'importance de ce premier Congrès médical, tant du point de vue diagnostic et traitement que du point de vue assistance sociale à ces victimes de la guerre. Mais lorsqu'un individu prétend avoir des crises épileptiques, il est souvent difficile de constater le bien-fondé de son assertion. L'hospitalisation est fréquemment trop courte, faite dans des services non-spécialisés ; la médication gardénalique peut, jointe au repos et au calme dans l'hôpital, retarder l'apparition de ces crises, surtout lorsque le malade mis en observation, est soustrait aux influences néfastes de l'intempérance.

Quant aux troubles du caractère, ils sont parfois très prononcés, plus qu'on ne le croit habituellement. L'individu est pratiquement insociable, ce qui met un obstacle insurmontable à la possibilité d'un travail, en dehors des période comitiales vraies.

Quant aux phénomènes subjectifs, ils sont très difficiles à préciser. Nombre d'éléments divers entrent en jeu. Les vertiges ressentis par ces blessés ne ressemblent nullement aux vertiges labyrinthiques, ou à ceux dus aux tumeurs cérébrales. Il s'agit d'éblouissements, de perte d'équilibre. On pourrait penser à un état phobique, plutôt qu'à un vertige vrai.

Que faut-il faire de ces malheureux ? Dans certains pays étrangers, notamment en Angleterre et en Amérique du Nord. il existe des villages pour épileptiques, qui y vivent sous une surveillance administrative et médicale. Pareille création pourrait être souhaitable en France, mais surtout sans marchands de vins.

Propositions

1° Il serait désirable que la victime, qui invoque une lésion non encore constatée, ou une aggravation sérieuse de son état, puisse fournir, à l'appui de sa demande, non pas un certificat banal et sommaire, mais une observation médicale rédigée par un spécialiste, que le blessé choisirait librement et à ses frais.

Le rapport de ce spécialiste serait soumis au médecin expert désigné par le centre de réforme. Si l'accord est fait entre les deux médecins, le pourcentage adéquat serait alloué. Sinon un troisième expert serait désigné par le président du Tribunal civil, pour départager les deux premiers, ainsi que cela se passe en matière d'assurances sociales, ou d'accidents du travail.

2° A ce sujet, il faut nettement définir la différence, qui existe entre la blessure de guerre et la lésion due au travail salarié. Dans le premier cas, la victime a été blessée en service commandé, pour la défense obligatoire de la Nation. La réparation, qui incombe à l'Etat, doit donc être complète. Au contraire, la législation des accidents du travail est un compromis forfaitaire, qui, parce qu'il décharge l'ouvrier du fardeau de la preuve de la faute de l'employeur, n'alloue à la victime que partie seulement de la réparation à laquelle il pourrait prétendre, en totalité, en droit commun.

3° On simplifierait beaucoup de cas, en attribuant automatiquement un minimum de 85 % à tout blessé cranien, présentant des troubles dits subjectifs caractérisés, ou épilepsie à crises rares. Ce serait ainsi remédier de façon indirecte à l'implacabilité et à l'insociabilité de ces malades qui pourraient ainsi obtenir l'allocation complémentaire du grand invalide.

4° L'hospitalisation devrait être faite dans un but diagnostique précis. Le blessé, qui veut faire constater ses crises, devrait être admis dans un service hospitalier spécialisé, y demeurer aussi longtemps que le chef de service le jugerait, nécessaire pour affirmer son diagnostic, alors que le malade serait sevré de médicaments et soustrait aux influences néfastes du dehors.

Conclusions

Vingt années se sont écoulées depuis la guerre. A la question posée par un certain nombre de mes confrères, à savoir quelle est la situation sociale actuelle des blessés du crâne et de l'encéphale, je dois répondre en m'autorisant des directives cliniques et thérapeutiques données par nos maîtres. L'épilepsie traumatique acquise, la lésion des enveloppes cérébrales ne peuvent qu'être atténuées dans leurs manifestations pathologiques : on ne peut ni les guérir, ni les rendre compatibles avec une vie sociale et familiale normale.

Qu'ont pu faire ces blessés craniens dans la lutte pour leur existence ? Je laisse de côté les drames familiaux : ces blessés de guerre à l'humeur instable, aux accès subits de colère, aux crises épileptiques véritables, localisées ou frustes, font une vie intolérable aux leurs, et le plus terrible c'est qu'ils se rendent compte de leur injustice et de leur déchéance familiale.

Quel est l'employeur qui veut actuellement donner du travail à un épileptique, dont la crise soudaine, brutale et pénible à voir éloigne la clientèle, ou peut provoquer des accidents du travail ? Il y a trop de chômeurs, de travailleurs étrangers pour embaucher le blessé cranien, avec son mauvais caractère, ses pertes de mémoire, ses vertiges, ses absences, ses fugues, ses crises.

D'autant que si l'amputé d'un membre peut montrer à tous les vestiges d'une blessure glorieuse, le blessé cranien cache sous une mèche de cheveux la cicatrice osseuse, le trou de la trépanation. Aussi le « crisard » est-il souvent pris pour un ivrogne.

Pourquoi ne pas assimiler ces mutilés de la guerre, blessés craniens et de l'encéphale, aux amputés, aux tuberculeux de guerre, à tous ceux auxquels le 100 % a été accordé avec largesse, pour une lésion plus apparente, plus visible, mais bien moins terrible comme manifestations morbides et qui ne constitue ni une entrave, ni un obstacle pour trouver un emploi, ou du travail ?

Notre conclusion technique dérive de ce fait qu'aucun traitement, aucune prothèse, aucune rééducation ne sont possibles, pour remédier aux conséquences sociales des blessures de guerre, ayant intéressé l'encéphale. Un réajustement des barèmes les concernant s'impose, cependant que des examens cliniques et des expertises pourraient déceler les séquelles plus ou moins masquées provenant des traumatismes craniens. Nous avons encore beaucoup à apprendre sur la pathologie du cerveau ; nous avons également le devoir de demander une réparation à cause des répercussions et incidences sociales de ces blessures de guerre, intéressant l'encéphale, acquises en service commandé pour la défense du sol de la patrie.

Dr Paul BOUDIN

L'ACTUALITÉ PROFESSIONNELLE

Informations syndicales

Une réalisation syndicale :
Le centre de santé de Périgueux

La médecine préventive a été mise récemment à l'ordre du jour et figure actuellement au premier plan des préoccupations du Corps médical. De nombreux projets ont été émis, discutés, établis, tendant à mettre les dépenses financières du développement de la prévention soit à la charge de l'Etat, et des collectivités publiques, soit à la charge des Compagnies d'assurances.

N'attendant point la réalisation de ces projets, qui ne semble pas devoir être prochaine, le Syndicat médical de la Dordogne, conscient de son rôle social, vient de prendre l'initiative de créer, sous son entière responsabilité adminis*trative et financière, un* centre de diagnostic et de santé, dont nous croyons intéressant de décrire, à titre d'exemple, les conditions de fonctionnement.

Le Centre est doué de l'autonomie administrative et financière à l'égard du Syndicat médical. Il est géré par un Conseil d'administration comprenant obligatoirement, le secrétaire du Syndicat de la Dordogne, celui de la section de Périgueux, où il est installé, et un représentant des diverses spécialités (radiologie, chirurgie, oto-rhino, biologie, etc.). Un secrétaire administratif assure, sous la surveillance d'un bureau (secrétaire, trésorier), le fonctionnement matériel de l'œuvre.

Trois sections distinctes sont prévues : un Centre de diagnostic, un Centre de médecine préventive, et un Centre de soins. Au Centre de médecine préventive, seront examinés gratuitement les personnes adressées par les collectivités qui auront signé un contrat avec le Centre. Les Centres de diagnostic et de soins recevront, à titre gratuit, les assistés et les assurés indigents, et moyennant des honoraires fixés par le règlement intérieur (nomenclature des actes de spécialités avec chiffre-clé K = '8), les assurés sociaux ordina res et les « économiquement faibles ». Les honoraires pour soins donnés aux indigents seront recouvrés par les soins du Centre, au moyen des bons de visite, contre les collectivités d'assistance.

Aucun malade n'est reçu dans le Centre s'il n'est adressé, avec demande écrite, par son médecin traitant. Tous les médecins syndiqués du département reçoivent un carnet à souches composé d'un feuillet à deux volets. Sur le premier, le médecin traitant indique la catégorie sociale de l'assuré et l'examen demandé. Le second sert de volet-réponse ; il porte e résultat des examens pratiqués au Centre de diganostic, il est retourné sous pli cacheté au médecin traitant.

Le fonctionnement médical du Centre est confié à tous les médecins appartenant à la section de Périgueux du Syndicat de la Dordogne, classés d'une part en médecins généraux, et, d'autre part, en spécialistes. Leur tour de services est déterminé par leur ordre d'inscription. Le Centre comportera, en effet, de manière permanente un médecin général chargé de recevoir et de trier les malades, et un médecin par spécialité. Mais, bien entendu le libre-choix du spécialiste sera respecté : le médecin choisi par l'intéressé sera alors prévenu par le Centre, et procédera à l'examen demandé le jour même, soit au Centre, soit (ans son cabinet. La rémunération des médecins sera assurée de la manière suivante : une vacati on de 20 francs par jour pour le médecin général, un paiement à l'acte médical pour les spécialistes, dont le tarif sera fixé d'après les fonds recueillis, après paiement des frais de gestion. S'il y a des bonis, ils seront versés moitié à une Caisse de réserve, moitié à une Caisse de secours confraternelle.

Les avantages d'un tel organisme sont évidents : au point de vue des malades, c'est-à-dire des consommateurs, il offre un Centre de diagnostic et de soins parfaitement outillé tant en matériel qu'en personnel, à des prix que la concentration et la spécialisation permettent de réduire au minimum, mais il y ajoute à ce que les hôpitaux et dispensaires publics ou privés ne présentent pas toujours : les garanties d'une bonne médecine par le respect de la liberté de confiance et du rôle du médecin traitant. Au point de vue des médecins, c'est-à-dire des producteurs, il supprime la concurrence ruineuse des établissements publics ou philanthropiques, et fait appel à la collaboration de tous. Cette réalisation, qui ne dépend que du Corps médical lui-même n'est-elle pas, bien plus que les « ordres du jour » les plus véhéments, le meilleur moyen de sauvegarder le caractère libéral de la profession, et de lutter victorieusement contre le salariat ou l'étatisation ?

Jean MIGNON.

Informations judiciaires

Il n'y a plus en matière médicale de responsabilité sans faute

Nul n'ignore à l'heure actuelle que la « responsabilité sans faute », expression qui paraît *a priori* quelque peu contradictoire, correspond cependant à une réalité au point de vue juridique. La jurisprudence, tirant argument des termes fort vagues et généraux de l'article 1384 § 1er du Code civil, fait peser sur le gardien de toutes choses (c'est-à-dire en principe sur son propriétaire) une présomption de responsabilité des dommages qu'elle cause aux tiers par son fait, présomption qui ne peut être écartée par la preuve de l'absence de faute, mais seulement en établissant que le dommage provient d'un cas fortuit et de force majeure ou de la faute de la victime. Application de ces principes est faite journellement par les Tribunaux en matière d'accidents d'automobile. Application en était faite également par de nombreuses décisions, au cas particulier qui nous intéresse celui de la responsabilité professionnelle médicale. Plusieurs jugements ont en effet admis que le médecin radiologue, par exemple, était présumé responsable des dommages corporels (brûlures, radiodermites) causés à ses clients par suite de l'usage de ses appareils, alors même qu'aucune faute, qu'aucun manquement aux règles de l'art ne pouvait être relevé contre lui.

Mais cette règle, très dure pour le médecin, était essentiellement fondée sur la thèse de la nature *délictuelle* de la responsabilité médicale, thèse qui consiste à considérer le malade comme un tiers à l'égard du médecin et à faire application à ce dernier des règles du droit commun. Il y avait là une méconnaissance certaine de la réalité : le médecin et le malade ne se sont pas rencontrés par hasard comme le piéton et l'automobiliste ; ils sont au contraire liés l'un à l'autre par des rapports purement volontaires, c'est-à-dire par un véritable contrat et c'est en exécution de ce contrat que le médecin fait usage à l'égard de son client de son matériel et de son instrumentation.

Aussi avons-nous applaudi à l'arrêt fondamental de la Cour de cassation, en date du 20 mai 1936, qui est venu déclarer que la responsabilité était de nature *contractuelle*. Certes ce principe a été posé pour servir de fondement à une solution défavorable aux médecins, à savoir l'application en cette matière de la prescription de trente ans. Mais cet inconvénient, moins redoutable qu'il ne le paraît au premier abord étant donné les difficultés de la preuve après l'expiration d'un aussi long délai, ne doit pas nous faire perdre de vue le grand avantage de cette nouvelle orientation de la jurisprudence à savoir l'inapplicabilité de l'article 1384 § 1er du Code civil et de la présomption de faute.

L'espèce suivante a permis à la Cour de cassation de préciser de manière expresse sa pensée sur ce point : un enfant atteint de la teigne avait subi à la demande de ses parents un traitement radio-électrique qui entraîna une grave brûlure du cuir chevelu et le retard du développement intellectuel de la victime. Les parents demandèrent au médecin une forte indemnité en appuyant leurs prétentions sur l'art. 1384 précité. La Cour de Rennes par son arrêt du 14 novembre 1934 les débouta, motif pris de ce que la preuve d'aucune faute professionnelle à la charge du médecin n'était rapportée. Recours en cassation fut alors formé. Par son arrêt du 15 juin 1937 la Chambre des requêtes vient de rejeter le pourvoi.

La Cour suprême, logique avec elle-même, a en effet considéré que « *lorsqu'il est intervenu entre un médecin et son client une convention tacite aux termes de laquelle le premier, moyennant rémunération prend l'engagement de donner ses soins par l'intermédiaire de son appareil radio-électrique, et que le client se soumet volontairement à l'action de cet appareil conduit et dirigé par la volonté du praticien, la violation ou l'exécution défectueuse de ce contrat ne peut être sanctionnée que par une responsabilité contractuelle. C'est donc à bon droit que les juges du fond écartent l'application de l'art.* 1384 § 1er *du Code civil* ».

Il n'y a donc plus en matière de responsabilité professionnelle médicale de présomption de faute ni de responsabilité sans faute, du moment que l'usage de la chose dommageable a lieu en exécution du contrat intervenu entre le médecin et son client, c'est-à-dire pour le traitement du malade. La responsabilité du médecin ne peut être mise en cause que s'il a contrevenu à ses obligations contractuelles, c'est-à-dire s'il n'a pas donné au malade « des soins consciencieux attentifs et conformes aux données acquises de la science ». On ne peut qu'approuver cette solution qui satisfait à la fois le bon sens et la logique.

J. M.

La Presse et les Sociétés

La médecine préventive doit-elle être confiée aux praticiens ou à des médecins fonctionnaires

Le *Mouvement Sanitaire* de septembre 1937, publie sous ce titre, une très longue étude de M. le Docteur Dupuy, inspecteur d'hygiène, qui se propose de rechercher comment il convient d'organiser la médecine préventive : doit-on la confier à l'ensemble des praticiens ou, au contraire, à des fonctionnaires ? Pour cela, il se place successivement aux divers points de vue suivants : l'intérêt du Corps médical, l'intérêt des finances publiques et enfin l'intérêt du public.

Il ne semble pas que le Corps médical ait un intérêt pécuniaire à prendre en charge la médecine préventive. Jusqu'à présent ces fonctions ne sont pas ou sont peu rémunérées, et il est à penser que la pléthore et l'insuffisance de la discipline syndicale permettront encore aux Pouvoirs publics de faire jouer la concurrence. Mais cette prise en charge aura-t-elle l'intérêt moral d'éviter la fonctionnarisation du Corps médical ? Tout d'abord, il est inexact que les Pouvoirs publics projettent cette fonctionnarisation. D'autre part, si les médecins praticiens font de la médecine préventive, ils seront obligatoirement placés, par l'intermédiaire des Syndicats, sous le contrôle et la direction de l'Etat et deviendront des demi-fonctionnaires. Il paraît, au contraire, qu'il y a lieu, dans l'intérêt même de l'indépendance du Corps médical, de poser le principe de la séparation absolue de la médecine de soins et de la médecine préventive, la première *étant réservée* aux médecins praticiens et la seconde aux fonctionnaires.

Quant à l'intérêt des finances publiques, il se résume ainsi : quelle est des deux solutions la moins onéreuse. Si le Corps médical continue à travailler « pour la gloire », c'est évidemment à lui qu'il faut recourir. Mais il est à présumer que les Syndicats n'accepteront pas ce principe et réclameront une rémunération qui sera appréciée de la même façon que s'il s'agissait de médecins fonctionnaires. A coût égal, il faut donc adopter la solution qui apporte le meilleur rendement ; l'étude de l'intérêt du public va nous permettre de la déterminer.

C'est en effet, cet intérêt qui a l'importance majeure. Les dirigeants du syndicalisme médical prétendent que les médecins praticiens feront de la meilleure médecine préventive que les fonctionnaires pour les raisons suivantes : connaissance des antécédents, généralisation des soins préventifs, libre choix, influence particulière du médecin traitant sur son client. Ces arguments sont loin d'être convaincants. En effet, un client peut changer fréquemment de médecin, et il en est ainsi spécialement pour les classes pauvres qui ont le plus besoin d'examens préventifs ; au contraire, le médecin fonctionnaire peut utiliser un système de fiches. D'un autre côté la médecine préventive par le praticien présente de gros inconvénients : le praticien absorbé par sa clientèle peut négliger ces fonctions accessoires, il n'a pas toujours les connaissances requises. Il faut considérer que la médecine préventive devient une véritable spécialité. Une autre question se pose : le praticien ne peut agir sur le malade que par persuasion, il ne peut insister outre mesure sous peine de perdre un client, et, d'autre part, il sera toujours soupçonné par l'intéressé d'être « orfèvre » en la matière. Rien de tel avec le médecin fonctionnaire.

Enfin, un autre problème doit retenir l'attention : celui du contrôle. Il ne peut être confié aux praticiens, ainsi que les Syndicats l'ont eux-mêmes reconnu. Il incomberait alors aux inspecteurs d'hygiène qui ne pourraient l'exercer de manière efficace, les médecins traitants leur opposant le secret professionnel. Or cette question du contrôle des malades négligents est capitale pour le rendement ; il ne peut donner de bons résultats que s'il n'est pas séparé de la prévention. Aucun de ces obstacles ne se présenterait si la médecine préventive était confiée à des spécialistes fonctionnaires pouvant consacrer toute leur activité à ces fonctions.

Telle est la thèse du Docteur Dupuy. On pourrait lui faire remarquer que, s'il fait ressortir les avantages et les inconvénients des deux solutions extrêmes, il n'envisage pas qu'il puisse exister une solution intermédiaire. Il n'est pas obligatoire que, si la médecine préventive est confiée aux Syndicats médicaux par convention collective avec les Pouvoirs publics, tous les médecins sans distinction soient appelés à y participer. Ces fonctions pourraient au contraire être réservées aux médecins qualifiés par leur titre et auxquels leur clientèle laisserait des loisirs suffisants. Le problème du contrôle pourrait être résolu par une loi déliant le médecin du secret professionnel à l'égard du contrôleur. Du point de vue médical, le contrat collectif permettrait de supprimer les prix de rabais, et d'exiger une équitable rémunération. L'activité consacrée par certains médecins à la prévention diminuerait d'autant la concurrence pour la médecine de soins, ce qui, par ces temps de pléthore, n'est pas négligeable. En définitive, tous les intérêts se trouveraient satisfaits, sans qu'il soit nécessaire de créer une cloison étanche entre prévention et soins, ce qu'il est d'ailleurs beaucoup plus facile de préconiser en théorie, que de faire entrer en pratique.

J. M.

L'HOPITAL FRANÇAIS TEL QU'IL EST TEL QU'IL N'EST PAS — TEL QU'IL DOIT ÊTRE

Nécessité d'une « Hygiène sociale dirigée »

Par Jean Albert-Weil

Médecin des Hôpitaux de Béziers
Ancien chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Strasbourg

Dans un article paru récemment dans *La Revue de Paris* (15 mai 1937), qui faisait suite à une série d'article antérieurs (1), j'avais esquissé un plan rationnel d'organisation sanitaire. J'avais dit qu'il était possible de faire, en ce qui concerne la Santé publique, ce que l'on avait fait tout naturellement pour l'Instruction publique et pour la Guerre. La France est en effet divisée en régions universitaires constituées par les Académies et leur ressort, et en régions militaires indépendantes des départements. Le ministère de l'Education Nationale a la haute main sur tous les établissements scolaires du territoire. La nomination du personnel enseignant et administratif dépend du ministère et de ses mandants, et surtout le personnel enseignant possède un *statut de nomination* ; des titres universitaires sont exigés ; il est autant qu'il est possible soustrait à l'arbitraire.

Du ministère de la Guerre dépendent tous les corps d'armée et leurs régions militaires. On ne concevrait pas les systèmes de fortifications et de défense d'une ville dépendant des Municipalités, la nomination des officiers en garnison dans une ville dépendant d'un Conseil municipal ou d'une Commission administrative civile, etc... On imagine le beau désordre que cela créerait dans la défense nationale, si l'organisation des forces militaires et la création d'ouvrages fortifiés étaient laissées ici et là au gré des Municipalités jouissant dans leur plénitude de leur « autonomie communale » (2). Il semblerait exorbitant que cette fameuse autonomie communale, que les autonomies départementales, soient respectées en ce qui concerne l'organisation de l'Education Nationale, ou la Défense militaire du territoire. Pourquoi paraît-il naturel qu'en ce qui a trait à la Santé publique il n'existe aucune organisation générale, que tout soit abandonné au hasard, au gré des communes, qui sont laissées libres, dans de larges limites de créer ou de ne pas créer des institutions sanitaires ?

La véritable décentralisation consiste à briser les barrières départementales, municipales et communales qui sont périmées et à donner au personnel médical et administratif des institutions sanitaires du territoire un statut uniforme de nomination. Elle consiste à faire dépendre ces nominations, non plus d'organisations locales en proie aux jalousies mesquines et aux préoccupations de politique locale, mais d'organismes généraux, de jurys indépendants, imparfaits certes et pouvant parfois subir des influences, mais plus « ventilés » cependant par le souffle du large, dont l'arbitraire au demeurant, serait considérablement diminué par le statut général de nomination établi.

Pourquoi les Lycées de province ont-ils souvent d'excellents professeurs ? Parce que la nomination des professeurs ne dépend pas des autorités locales et parce que le statut de nomination des professeurs est nettement établi.

Le ministère de la Santé publique n'est actuellement qu'un ministère de parade, d'où ne dépendent que dans une très faible mesure la plupart des établissements sanitaires de France. Le ministère de la Santé publique n'a pour ainsi dire aucun droit de regard et de surveillance sur les hôpitaux, la nomination du personnel médical et administratif des hôpitaux dépend des autorités locales, et le ministère de la Santé publique n'a rien à y voir.

---

(1) M. le Docteur Noir a bien voulu consacrer un de ses « Propos du jour » à la doctrine et au programme exposés dans notre article de la revue de Paris, intitulé *l'Hygiène sociale dirigée*. Voir aussi *Paris Médical*, n° du 24 mars 1934 et le *Siècle Médical*, n° du 15 octobre 1936.

(2) Dans un article paru dans la *Dépêche de Toulouse* n° du 19 octobre 1937, et intitulé « Finances communales », M. Gaston Sèze montre comment le système actuel d'autonomie communale sans contrôle réel aboutit à un désordre épouvantable en matière financière, favorise les vols, les « combines », et les pots de vin, et entraîne des conséquences ruineuses, dont les contribuables font les frais. Il cite, se basant sur les récents rapports de la Cour des comptes, comme exemple, la Ville de Paris « qui vient au premier rang dans le palmarès du désordre financier », et qui dans une affaire de logement à bon marché a « négligé » de réaliser une économie de trente millions pour le plus grand profit de trois groupements financiers ; la Ville de Toulouse, qui a acheté à une société immobilière pour 1 million 357.000 francs et pour un million des terrains, que ladite société venait d'acquérir pour 490.000 francs et 540.000 francs, etc., Qu'aurait pu dire M. Gaston Sèze de Marseille, et de nombreuses autres villes tant du Midi que du Nord, de l'Est, ou de l'Ouest ?

Combien d'hôpitaux, d'institutions sanitaires, d'organismes d'utilité sanitaire et sociale aurait-on pu créer avec tout l'argent qui a été gaspillé ou volé.

Il résulte d'un tel état de chose un véritable désordre anarchique dans l'organisation de la protection de la Santé publique.

Aucun plan d'Hygiène et de Santé sociales ne peut être élaboré en France, *parce qu'il n'existe aucune autorité supérieure ayant les moyens d'en assurer partout la réalisation.*

Le Plan constructif d' « Hygiène sociale dirigée » que j'ai proposé comporte la création en France, comme cela existe pour l'organisation militaire, de grandes régions sanitaires ayant à leur tête des « Intendants ou Préfets sanitaires » et, réforme urgente et d'un intérêt capital, *la mise en commun des ressources consacrées en France à la protection de la Santé publique par les Communes, les Municipalités, les Départements, l'Etat et les Assurances sociales en un budget général de la Santé publique.* Ce n'est, hélas, qu'un plan hypothétique qui ne sera pas réalisé de sitôt,

En politique en effet les réformes les plus simples, celles qui ne risquent pas de bouleverser toute l'économie du pays, *semblent aux politiciens d'autant plus dangereuses que leur réalisation est immédiatement possible, menaçant par conséquent,* IMMÉDIATEMENT, *une minorité de prébendiers* GRANDS ÉLECTEURS.

On préférera endormir le VULGUM PECUS avec de grands mots, lui faire envisager de grandes et radicales réformes sociales et économiques, l'effaroucher par la crainte sempiternelle de la Réaction, Hydre mystérieuse, aux têtes innombrables ! Le peuple ne comprend pas qu'il est assurément beaucoup plus hardi et plus efficace de réaliser d'abord un ensemble de réformes plus modestes, mais tout à fait précises dans leur objet, réformes ne rendant pas nécessaires à leur suite des « pauses » et de surprenantes volte faces. D'un programme précis de réformes, naissent toujours en conséquence logique d'autres réformes plus étendues. Mais en politique comme ailleurs, et cela on ne veut pas le comprendre, *il faut commencer par le commencement.* Les vrais réactionnaires sont ceux qui, abusant ceux qu'ils dirigent, ne veulent pas se soumettre à cette nécessaire discipline.

La lutte contre la pauvreté, l'Extinction du Paupérisme comme disait NAPOLÉON III, constitue certes un but magnifique d'action sociale. Mais la manière la plus efficace de lutter contre le Paupérisme et d'en diminuer *immédiatement* les inconvénients consiste à pouvoir donner à tout citoyen, quel que soit son état de fortune, les moyens de se soigner, de vivre quand il est malade et d'assurer la Vie des siens. C'est pourquoi je prétends *qu'avant tous autres problèmes, les* problèmes intéressant la Santé publique doivent passer au premier plan des préoccupations des classes ouvrières et paysannes.

Toutes les réformes sociales, qui pourront être obtenues, ne seront vraiment efficaces que si elles s'accompagnent d'*une réforme administrative générale, d'une refonte complète de l'organisation administrative du pays.*

Dans les conditions actuelles, l'organisation actuelle de la Santé publique est si lamentable qu'un nombre grand de Français souffrent quotidiennement dans leur chair de la carence de cette organisation. Avant toute autre réforme, la France a besoin d'une *réforme administrative sanitaire.*

***

J'ai entrepris de parler, dans cet article, des hôpitaux français. L'hôpital n'est plus actuellement l'épouvantail, qu'il constituait autrefois à juste titre. En l'absence de toute règle d'hygiène, il ne constituait en effet souvent qu'un asile de mort pour le pauvre et le misérable, et l'Assistance publique n'en était alors qu'à ses balbutiements.

« Services de chirurgie de l'époque précédant la Révolution pastorienne, où sévissaient la gangrène et la pourriture d'hôpital, Maternités, où la fièvre puerpérale tuait les femmes comme des mouches, Services de médecine où les malades les plus divers étaient jetés pêle-mêle, et où sévissaient les épidémies, salles malpropres où régnait l'odeur acre de toutes ces misères accumulées, ne sont plus heureusement aujourd'hui qu'un souvenir. Les malades dans ces anciens hôpitaux jouissaient de bien peu de confort. Et qu'elles qu'aient été les paroles humaines de certains maîtres des Facultés, ils étaient traités, souvent certes le mieux que cela était médicalement possible à cette époque, mais sans ces égards qui rendent les soins plus doux et plus efficaces. L'hôpital était un organisme de charité *et la charité n'était pas tendre* !

Pour ce qui a trait aux traitements donnés aux indigents ou aux personnes de faibles ressources, *la notion de charité doit absolument disparaître.*

Tout indigent, toute personne nantie de faibles ressources *a droit* à être assistée, à être traitée et hospitalisée au besoin. Et il ne doit pas avoir à quémander pour obtenir l'exercice de son droit. D'ailleurs le plus souvent, en tant qu'assuré social, il pourra maintenant payer le prix de son hospitalisation.

Il est bien entendu que de l'hôpital doivent être rigoureusement exclues les personnes dont les conditions de fortune sont suffisantes, pour qu'elles assument elle-mêmes la charge des soins qui leur sont nécessaires.

L'hôpital doit donc être un lieu de repos et de traitement, confortable et moderne, où le malade indigent, ou de faibles ressources, doit être traité le mieux possible et avec tous les gards qui lui sont dus. C'est en vertu de cette conception neuve de l'hôpital que l'on a été amené un peu partout à vouloir construire des établissements

nouveaux et perfectionner les installations existantes, faire profiter les malades des progrès de la médecine, et à tendre à confier les patients aux meilleurs des praticiens.

Il s'en faut cependant de beaucoup que la conception de l'hôpital, institution méprisante de charité, ait disparu des esprits et des mœurs. De même qu'il y a fagot et fagot, il y a hôpital et hôpital. Ainsi que je l'ai déjà dit, comme il n'existe en France aucun organisme central directeur des Institutions de Santé publique qui soit doté de quelque puissance, la création et l'organisation des hôpitaux sont abandonnés au bon plaisir des Municipalités, des Communes et des départements. Un grand effort a été accompli par les uns. D'autres n'ont fait que bien peu de choses. Dans les grands centres, dans les villes de Facultés, telles que Paris, Strasbourg, Lyon, Montpellier, Bordeaux, etc., on a construit récemment, ou on est en train de construire de magnifiques cliniques hospitalières, qui font honneur à ceux qui les ont conçues. Là les malades sont en général, à quelques exceptions près, bien soignés et bien traités par des médecins compétents, quoique là, comme ailleurs, il puisse se produire des abus.

Je me souviens d'une visite que je fis en janvier 1931, dans un hôpital de Paris. Un professeur et ses élèves faisaient dans un amphithéâtre de belles et brillantes leçons à de nombreux auditeurs. Cependant dans une pièce voisine, ouverte à tous les vents, à tous les courants d'air, un malheureux malade, maigre et cachectique, couvert d'une mauvaise capote bleue, était couché sur un brancard roulant, et attendait d'être ramené à sa salle, après avoir été présenté par le maître. Il appelait en vain, garçons de salle, infirmières, et réclamait qu'on l'emmenât, qu'il avait froid. Nul ne prenait garde à lui. Ou bien, on lui répondait : « Ah, je n'ai pas le temps maintenant, attendez ». Et le malheureux, de guerre lasse se taisait et continuait à grelotter. Je dis que de tels petits faits sont inadmissibles. Ils sont graves parce qu'ils sont l'indice d'un état d'esprit. Mais ils se révèlent heureusement plus rares qu'autrefois.

Si les hôpitaux de villes de Facultés ne sont pas toujours parfaits, quoique étant souvent remarquables, que dire des hôpitaux des autres villes ? Si certaines villes ont réalisé de merveilleuses créations (on peut citer à ce propos comme un exemple pour toutes les villes de France l'hôpital de la ville de Niort, établissement modèle réalisé grâce aux efforts de l'éminent Docteur Renon, secondé par des Municipalités et des Conseils généraux intelligents), d'autres ne possèdent encore que des hospices lamentables. Et tout a été créé sans ordre. Un argent considérable a été et est dépensé, pour une foule de petits hôpitaux de petites villes, à l'installation vraiment rudimentaire. Nombre d'entre eux doivent disparaître.

En 1919, j'avais l'honneur d'être médecin auxiliaire au 98e R. I. qui faisait alors partie des troupes d'occupation de Rhénanie.

Mon bataillon était vers le mois de mai de cette année-là cantonné dans une petite ville de la tête de pont de Mayence, Langen, 6.000 habitants environ. J'eus la curiosité d'aller visiter l'hôpital de cette petite cité. Assez aimablement reçu par le médecin qui en avait la charge, je vis un petit hôpital ultra-moderne, d'une extrême propreté, admirablement tenu par des infirmières à la présentation impeccable. Salles nettes et claires. Tous les malades valides rangés avec discipline au pied de leur lit. Malades bien suivis médicalement, semblait-il, ainsi qu'en témoignaient leurs feuilles d'observation, et courbes de température, parfaitement tenues à jour. Chaque salle comportait en annexe une petite salle à manger pour les malades non confinés au lit.

L'hôpital était doté d'une installation radiologique tout à fait moderne pour l'époque.

J'ai eu l'occasion de visiter durant ces toutes dernières années les hôpitaux de certaines petites villes françaises de 6 à 10 000 habitants. J'avoue que j'ai bien souvent trouvé des installations sordides, ne pouvant soutenir la moindre comparaison avec ce que j'avais vu dans cette petite ville d'Allemagne, il y a de cela maintenant plus de dix-huit ans (1).

De deux choses l'une, ou bien les hôpitaux de certaines *petites villes ne servent à rien, et il faut les supprimer. Il est inutile de dépenser de l'argent pour les entretenir.* Ou bien si on doit les conserver, il convient de les installer convenablement.

C'est bien là, dans ces petites villes, que ce qu'on nomme l'hôpital est encore l'institution de charité, le *dépotoir*, où viennent se reposer quelques vagabonds, mais où les malades ne sont souvent vraiment pas traités. J'ai eu l'occasion de donner mes soins, il y a quelques mois, à

---

(1) Je viens de recevoir une lettre d'un médecin d'une ville du Massif Central. J'en cite sans commentaires le passage suivant « Un seul fait : notre hôpital (?), qui « n'est doté de l'électricité que depuis sept ans, ne « possède encore ni eau, ni gaz (les conduites passent « cependant à deux mètres de la porte d'entrée), ni « chauffage central à 900 m. d'altitude), ni W. C. dignes « de ce nom, ni salle d'opération, ni chambres d'isolement, ni appareil de radiologie. Et la force d'inertie « soit de la « politique de clocher », soit des Pouvoirs publics est tellement puissante que nous ne pouvons prévoir encore à quelle époque nous serons enfin dotés « d'un véritable hôpital.... »

Et mon confrère termine sa lettre en disant « comme vous je souhaite très vivement *la régionalisation sanitaire* avec intendants sanitaires responsables ; *on ne sortira « pas de l'ornière sans une réorganisation totale* ».

un pauvre homme qui s'est présenté à moi, tuberculeux au dernier degré, véritablement aux portes de la mort. Cet homme était resté plus de huit mois à l'hôpital d'une ville relativement importante, *préfecture* d'un département voisin de l'Hérault. Le médecin chargé du service où ce malade était admis faisait de loin en loin une apparition dans la salle : « Cela va. Rien de neuf. Bon ». Puis il partait comme il était venu. Aucun soin véritable ne fut donné au malade, qui il y a huit mois pouvait cependant espérer un traitement peut-être efficace.

Dans les villes, les hôpitaux qui dépendent de la Municipalité sont administrés par une Commission administrative dont les membres, quelle que soit leur bonne volonté, manquent la plupart du temps de compétence pour apprécier les besoins d'un hôpital. D'eux pourtant dépend toute l'organisation, le recrutement du personnel, etc.

Comment garantir que de tels hommes si sages soient-ils ne vont pas administrer et recruter le personnel au gré de leurs amitiés ? Comment seront-ils aptes à juger de la marche intérieure de l'hôpital ? Comment seront-ils *assez compétents pour juger de la valeur* des médecins auxquels ils vont confier les malades hospitalisés ? Je l'ignore et n'ose répondre à ces *troublantes questions*. Une semblable organisation n'offre pas aux malades, quelque garantie d'être correctement soignés et traités dans les hôpitaux des villes non universitaires.

Un hôpital si beau soit-il, ne suffit pas. Il ne saurait être efficient, s'il n'est pas bien administré, et si le personnel médical auquel sont confiés les malades ne jouit pas d'un *statut général de nomination* qui le fasse juger sur sa valeur propre, et le rende indépendant des autorités locales.

Et je dis et redis pour terminer que pour que le pauvre peuple, ces classes populaires, dont les politiciens parlent tant, puissent enfin bénéficier des sommes énormes, consacrées *apparemment* en France à la protection de la Santé publique, mais qui sont en fait absorbées par de multiples et inutiles prébendiers, il faut que soit réalisée enfin une rénovation complète de l'organisation sanitaire de la France.

Je résume *quelques-unes* des mesures, que j'ai préconisées spécialement l'organisationdes hôpitaux.

1° Division de la France en régions sanitaires dirigées par des Intendants ou Préfets sanitaires dépendant du ministère de la Santé publique.

2° Etablissement d'un budget général et unique de la Santé publique. Unification et contrôle des œuvres et établissements d'Assistance sociale et sanitaire.

3° Administration par l'Etat des hôpitaux du territoire : suppression des petits inutiles ; extension de ceux des centres régionaux.

4° Statut général de nomination sur titres ou sur épreuves de médecins des hôpitaux compétentes, et d'administrateurs d'hôpitaux. Création d'une école d'administrateurs d'hôpitaux.

5° Participation des médecins des hôpitaux dans leur modeste sphère à l'enseignement médical clinique grâce à l'envoi par les Facultés dans les divers hôpitaux de la région, d'étudiants détachés en qualité de stagiaires internes ou externes pendant plusieurs mois durant certaines de leurs années d'étude.

6° Constitution d'un corps d'internat digne de ce nom dans les hôpitaux de province non universitaires, par la création de « concours régionaux d'internat des hôpitaux ». Les internes nommés au concours pourraient passer, au gré de leur choix et des places vacantes, une année chez tel chef de service ou dans tel hôpital d'une ville ou d'une région quelconque.

7° Constitution d'un corps de chefs de laboratoire dignes de ce nom nommés au concours dans les hôpitaux régionaux.

8° Création d'internes en pharmacie et de pharmaciens des hôpitaux régionaux, nommés après un concours général, etc. (1).

Une organisation rationnelle créerait un splendide élan de production médicale et scientifique, des débouchés, des places nouvelles seraient ouvertes à des activités aujourd'hui inemployées. Actuellement on semble dire à tout médecin ayant donné dans le cours de ses études des preuves de son travail, mais quittant la Faculté sans vouloir et sans pouvoir (puisque les places disponibles sont infiniment limitées et souvent « réservées ») faire les concours suivant celui de l'internat : « C'est fini. Tout le petit travail « clinique et scientifique que vous avez pu faire « ici n'aura été dans votre vie qu'une éphémère « flambée. Vos années d'internat n'auront qu'une « sanction essentiellement pratique. Allez et « souciez-vous de gagner votre vie honorable- « ment. *Faites de l'argent*. Mais ne vous souciez « plus de ces autres choses, qui sont l'apanage « de nous autres, élite privilégiée ! »

Voilà la vraie cause de la décadence de la Moralité médicale et de l'abaissement du niveau culturel du médecin. *Elle vient d'en haut.*

Faute d'une rénovation sanitaire de la France, tant dans l'ordre purement médical que dans l'ordre administratif, tout ce que tenteront de réaliser en matière de santé publique les plus socialistes des gouvernements demeurera inopérant, et les plus beaux programmes resteront des trompe-l'œil dont seront victimes les classes sociales qui auraient le plus besoin d'aide.

---

(1) Voir mon plan d'hygiène sociale. (*Rev. Paris*, 15 mai 1937.)

LOUIS XI ET LE SANG DE TORTUE

Un roi de France n'a jamais dépassé soixante ans, disait Louis XI. Malgré cette déclaration, il tenait beaucoup à la vie et, pour la prolonger, il essaya de tous les moyens qui parvenaient à sa connaissance. Le dernier remède qu'il voulut employer fut le sang de tortue, mais il ne put user de cette précieuse substance qui n'arriva en France qu'après sa mort.

Se croyant atteint de la lèpre, il ne savait plus à quel saint se vouer, quand il apprit qu'un homme de Honfleur, atteint de lèpre, avait été guéri par du sang de tortue et qu'on pouvait se procurer ce remède dans l'île Saint-Jacques de l'archipel du Cap Vert.

Thomas Basin dit formellement que Louis XI était lépreux « *leprosus fuisse assertus est* ».

Les approches des Iles du Cap Vert étaient farouchement gardées par les Portugais, et il était dangereux de naviguer dans ces parages. Cependant au cours des années 1479 et 1480, un navigateur français, Eustache de la Brosse avait osé s'aventurer à travers cet archipel, théâtre de merveilleuses histoires. Depuis le voyage d'Eustache de la Brosse, on croyait communément qu'il existait au Cap Vert de gigantesques tortues, dont le sang possédait les plus précieuses vertus curatives ; la lèpre, elle-même ne résistait pas à cette panacée. Dès 1454, un secrétaire du roi de Portugal avait fait connaître du « *sang de dragon* », remède extraordinaire provenant des côtes d'Afrique.

Eustache de la Brosse avait vu les insulaires renversant les tortues sur le dos, le long du rivage, et s'empressant d'en recueillir le sang. De ce sang, on baignait « *les infectz et mallades de la dicte lèpre. Quand ilz sont secz, ilz se treuvent deus ou trois jours sy roids qu'ilz ne se peuvent bouger et les fault appasteler come un josne agnel et puis après ilz se treuvent très bien et cela les restrainct fort... En deus ans, ils en sont bien guaris...* »

Aux Iles du Cap Vert, le Professeur Auguste Chevalier, qui y fit un séjour de plusieurs mois en 1935, observa que les tortues de mer y sont encore très abondantes. Autrefois, les navigateurs venaient s'en approvisionner, surtout pour la nourriture des esclaves importés d'Afrique.

Aussitôt que le roi eut appris la guérison du lépreux de Honfleur par le sang de tortue, il eut le plus vif désir de posséder le plus tôt possible, ce médicament. Il aurait pu s'adresser au roi de Portugal qui, auparavant lui avait envoyé « *diverses bestes sauvages du pays de Guinée* » pour sa ménagerie, mais pour aller plus vite, et peut-être pour ne pas ébruiter qu'il était atteint d'une terrible maladie, il chargea Georges le Grec, marin habile d'armer deux navires pour aller dans cette île. Pour payer les frais de cette expédition et « *pour se rendre Dieu et les saints favorables* », il frappa le peuple de France d'une taille supplémentaire de 30 à 40.000 livres.

Le 8 juillet 1483, Louis XI donnait l'ordre à Jean Lallemant, receveur général des Finances de Normandie de délivrer mille écus à Georges le Grec, capitaine de ses nefs, qu'il chargeait de se rendre en hâte « *en l'Isle Verd pour aller quérir aucunes choses qui touchoient très fort le bien et la santé du Roy* ».

Georges de Bissipat, connu sous le nom de Georges le Grec descendait, par sa mère des Paléologue et par son père des Bissipat ou mieux Dishypat (deux fois consul). Chassé de Constantinople par les janissaires de Mahomet II en 1453, il se réfugia en France, où ses qualités de marin le firent agréer par le roi. Pour le récompenser de ses services, Louis XI le nomma successivement conseiller, chambellan, capitaine à Lisieux, vicomte d'Auge, enfin vicomte de Falaise. De Plessis-lès-Tours, en novembre 1477, le roi lui accorda des lettres de naturalité...

En vertu de sa commission, Bissipat fit armer deux navires de 7 à 800 tonneaux ainsi qu'une barque pour le débarquement ; en outre des équipages, il fit embarquer trois cents soldats pour se défendre, au besoin, contre les Portugais, qui faisaient bonne garde autour de leur colonie.

Le départ eut lieu peu après le 8 juillet 1483. Louis XI mourait le 30 août de la même année, avant le retour de l'expédition.

La question des propriétés curatives du sang de serpents, de crapauds, de reptiles et de tortues est à l'ordre du jour. Plusieurs savants, entre autres Mme Phisalix se sont consacrés à cette étude, pleine de promesses.

Dr P. Noury, de Rouen.

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE

« Le Sou Médical »

Extrait des procès-verbaux du Conseil d'Administration

Au cours de sa réunion du 19 octobre 1937, le Conseil a prononcé les admissions suivantes :

12.797 AUVRAY, Reims (Marne). Parrains : Docteurs Ségal père et Franquet.
12.798 BOISRAMÉ, Tours (Indre-et-Loire). Synd. méd. d'Indre-et-Loire.
12.800 DECAMPS, Rumegies (Nord). L'Homeopathie moderne.
12.801 DE SABLET, Aix (Bouches-du-Rhône). Synd. méd. d'Aix-en-Provence.
12.802 DOMECQ, Royan (Charente-Inférieure). Synd. de Charente-Inférieure.
12.804 ESCANDE, Breteuil-sur-Noye (Oise). Synd. de l'Oise.
12.805 FASSIO, Roche-la-Molière (Loire). Parrains : Docteurs Euzière et G. Giraud.
12.806 FAVRE, Azay-sur-Indre (Indre-et-Loire). Synd. méd. d'Indre-et-Loire.
12.807 FOURNIER, Grenoble (Isère). Synd. méd. de Grenoble.
12.808 HÉMON, Juvisy-sur-Orge (Seine-et-Oise). Synd. méd. de Seine-et-Oise.
12.809 KOHEN, 70, boulevard Voltaire, Paris (XIe). Parrains : Docteurs P. Boudin et Rabine.
12.810 KRITCHEWSKY, Senlis (Oise). Synd. de stomatologie.
12.811 LABUSSIÈRE, Chinon (Indre-et-Loire). Parrains: Docteurs Labussière et Desbuquois.
12.812 LATAIX, Juvisy-sur-Orge (Seine-et-Oise). Synd. méd. de Seine-et-Oise.
12.813 LEPENNETIER, 169, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe). Synd. des électro-radiologistes de France.
12.814 MARIE, Thilouze (Indre-et-Loire). Synd. méd. d'Indre-et-Loire.
12.815 MASSONNAUD, Richelieu (Indre-et-Loire). Parrains : Docteurs Favre et Desbuquois.
12.816 MATHIEU, Orange (Vaucluse). Parrains : Docteurs Deshons et Etienne Fassio.
12.817 MONIER, Ablis (Seine-et-Oise). Parrains : Docteurs Monier et Vaillant.
12.818 NELLY, Clohars-Carnoët (Finistère). Synd. de Quimper.
12.819 RAGOT, Sens (Yonne), Synd. de l'Yonne.
12.820 RAULT, 86, av. de la République, Paris (XIe). Synd. des méd. de la Seine.
12.812 Mme Vve ROUGY, Hauteville (Ain). Parrains : Docteurs Baque et Farjon.
12.822 SCHALLER, Tours (Indre-et-Loire). Synd. méd. d'Indre-et-Loire.
12.823 TASSEEL, Moreuil (Somme). Synd. des méd. de la Somme.
12.824 VEBER, Hettange-Grande (Moselle). Synd. des méd. de Thionville.
12.799 BROUSSEAU, 109, av. Henri-Martin, Paris (XVIe). Parrains : Docteurs Aubin et Boppe.
12.805 DUVAL, Blérancourt (Aisne). Parrains : Docteurs Fourrey et Torchaussé.

Ces admissions deviendront définitives si elles ne font l'objet d'aucune protestation dans les quinze jours de la présente publication (Art. 5 des Statuts).

Les Docteurs F. et T. font don à la Ligue, pour l'appui qu'elle leur a accordé dans deux affaires importantes, le premier de 500 francs, le second de 200 francs.

Le Docteur T. a été imposé à la patente sur une valeur locative exagérée attribuée à ses locaux professionnels. Après examen du dossier, M. Martinot a estimé qu'il y avait lieu de présenter une réclamation au Directeur des Contributions directes et en a rédigé le texte.

Le Conseil décide de faire bénéficier le Docteur T... de l'appui moral et pécuniaire de la Ligue pour présenter cette réclamation.

Le Conseil examine quatre affaires dans lesquelles la responsabilité professionnelle des adhérents a été mise en cause ou est menacée de l'être.

Il décide de faire bénéficier les intéressés de l'appui moral et pécuniaire de la Ligue et de la garantie de la Caisse spéciale pour défendre aux actions judiciaires qui leur ont été ou pourront leur être intentées.

Le Docteur A. a obtenu de la Commission cantonale (avant la réforme des Assurances sociales), puis du Tribunal civil jugeant en appel, la condamnation d'une commune à lui payer des honoraires pour soins donnés à des assurés sociaux notoirement indigents, au tarif des accidents du travail. Le pourvoi en cassation formé par l'adversaire a été rejeté le 24 juin 1936. Mais le Docteur A. ne peut obtenir l'exécution du jugement devenu définitif. Une requête adressée au Préfet pour obtenir l'inscription d'office au Budget de la commune a été rejetée.

Dans ces conditions, suivant l'avis de Me Auger, le Conseil décide d'accorder l'appui au Docteur A. pour former un recours en Conseil d'Etat contre le refus du Préfet.

Le Docteur P. a appris par une lettre du secrétaire de la Commission de contrôle départementale, qu'une réduction de 138 fr. 90, représentant 50 % des soins donnés et des médicaments prescrits à un mutilé, avait été apportée à son mémoire du deuxième trimestre 1937, sans que cette décision soit motivée et sans qu'il ait été appelé à présenter sa défense.

Le Conseil accorde l'appui moral et, en tant que de besoin, pécuniaire, au Docteur P. pour interjeter appel de cette décision devant la Commission supérieure.

MUTUALITÉ FAMILIALE

● ● ●

Le décret loi du 28 août 1937

Ce décret-loi a modifié profondément la loi du 1er avril 1898 sur les Sociétés de secours mutuels.

A toutes, tant approuvées que libres, sont interdits le démarchage et l'emploi de courtiers rémunérés.

Aux termes de l'article 4 aucune société de secours mutuels ne peut fonctionner avant d'avoir été enregistrée par le ministère du Travail. Toutefois l'article 19 dispose que sont considérées comme ayant satisfait à la prescription de l'enregistrement les sociétés inscrites aux répertoires départementaux à la date de la promulgation du décret (tel est heureusement le cas de la Mutualité Familiale).

Des dispositions spéciales aux sociétés libres (comme la Mutualité Familiale) aboutissent en fait à en abolir à peu près toutes les libertés.

En matière de placements elles ne peuvent acquérir d'immeubles ou consentir des prêts hypothécaires qu'aux conditions prévues pour les sociétés approuvées (immeubles bâtis, entièrement achevés, sis en France ; prêts en première hypothèque sur la propriété urbaine dans la limite de 50 % de la valeur de l'immeuble ; le total des placements ne peut excéder 25 % de l'actif placé).

En ce qui concerne la constitution de retraites :

1° Les membres ayant adhéré avant le 1er septembre 1937 seront régis par les anciens statuts, à condition toutefois qu'un inventaire technique ait montré une situation financière correspondant aux engagements de la société (tel est le cas de la Mutualité Familiale) ou qu'une assemblée générale ait consenti la réduction des engagements à concurrence des fonds disponibles.

2° Pour les adhésions postérieures au 1er septembre les retraites ne pourront être constituées que par l'un des deux moyens suivants :

a) à l'aide du livret individuel pris au nom de chaque membre par la Société à la Caisse nationale des retraites pour la vieillesse ;

b) à l'aide d'un livret analogue pris auprès d'une Caisse autonome mutualiste.

Mais les conditions à remplir par ces caisses autonomes sont les suivantes :

— obtenir une autorisation par décret rendu en Conseil d'Etat ;

— avoir un nombre de participants au moins égal à 2.000 ;

— placer les fonds en valeur d'Etat ou garanties par l'Etat, en prêts aux collectivités publiques, en immeubles suivant les modalités énoncées plus haut.

Les placements non conformes à ces prescriptions devront être réalisés dans le délai de deux années à compter de la publication du règlement d'administration publique.

Enfin les disponibilités des Sociétés de secours mutuels pratiquant les opérations de retraites devront être employées :

en dépôts à un compte de chèques-postaux et à la Banque de France ;

— en dépôts aux Caisses d'Epargne, à la Caisse des dépôts et consignations.

En somme l'on voit que le portefeuille des Sociétés de secours mutuels va être surveillé de près par l'Etat.

De ces dispositions résultera un trouble considérable dans le fonctionnement de ces sociétés en les privant de notables recettes (virement des dépôts à des comptes postaux et à la Banque de France, aux Caisses d'épargne où le rapport sera nul ou infime ; négociation à perte de valeurs ayant subi une dépréciation pour acquérir des valeurs d'Etat ou garanties par l'Etat).

Du fait de ces obligations nouvelles, force nous a été, à la Mutualité Familiale, de ne plus accepter les candidatures à une pension de retraite.

Et comme l'on n'attend pas la publication du règlement d'administration publique avant plusieurs mois, pendant tout ce temps nous resterons dans l'incertitude et dans l'impossibilité même de répondre aux demandes de renseignements concernant les retraites.

Mais, et il faut que cela soit bien entendu, nous n'abandonnons pas cette branche.

Du reste une action se dessine contre le décret-loi du 28 août (recours en Conseil d'Etat), en outre il n'a pas encore été approuvé par le Parlement.

Il faut espérer que certains parlementaires estimeront qu'ils ont leur mot à dire à propos de cette question.

Le secrétaire général,

G. LAVALÉE.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Diplômes de Docteur en médecine de l'année scolaire 1936-1937.** — Le nombre des diplômes de docteur en médecine délivrés par les Facultés françaises pendant l'année scolaire 1936-1937 est de 1.845, soit 87 de plus que l'année précédente. Il se décompose comme suit:

Facultés	Diplômes d'Etat	Diplômes d'Universités (mention médecine)	Total
Alger	34	»	34
Beyrouth	32	»	32
Bordeaux	136	8	144
Hanoï	13	»	13
Lille	68	1	69
Lyon	195	41	236
Marseille	61	2	63
Montpellier	88	35	123
Nancy	49	16	65
Paris	721	178	899
Strasbourg	26	16	42
Toulouse	122	3	125
	1.545	300	1.845

(*Vie médicale*)

— **Congrès de l'Association internationale des femmes médecins.** — L'Association internationale des Femmes médecins a tenu son IVe Congrès à Edimbourg du 13 au 18 juillet 1937. 250 femmes médecins y assistaient représentant 20 pays différents.

Le programme scientifique comprenait l'étude du cancer de l'utérus et de sa prophylaxie (organisation médico-sociale de la lutte anticancéreuse) : rapporteurs : le Docteur *Hurdon, directrice du Marie Curie Hospital de Londres* et le Docteur Simone Laborde, chef de service de curiethérapie de l'Institut du cancer de Paris ; et un rapport sur la mortalité maternelle et l'avortement, présenté par le Docteur Van Hoosen, chef de service d'obstétrique de l'Université de Loyola aux Etats-Unis et le Docteur Pauline Feldmann, gynécologue à Vienne.

A côté des sessions scientifiques tout un programme de visites dans les hôpitaux et œuvres médico-sociales d'Edimbourg avait été prévu : notamment à l'Elsie Inglis Memorial Hospital et au Brunesfield Hospital pour femmes et enfants tous deux entièrement dirigés par des femmes médecins, au Royal Edinburgh Hospital et au Princess Margaret Rose Hospital pour enfants, au Dispensaire pré et post-natal du Royal Maternity Hospital, aux services spéciaux de radiothérapie, physiothérapie, vénéréologie, ophtalmologie, diététique, du Royal Infirmary d'Edimbourg, à l'Astley Ainslie Convalescent Hospital où est appliquée la thérapeutique par le travail, dans les centres d'hygiène infantile, crèches, centres de jeux, services sociaux, etc.

Sachant qu'un certain nombre de congressistes devaient passer par Paris et par Londres pour se rendre en Ecosse, l'Association française des femmes médecins et la branche londonienne de la Fédération britannique avaient tenu à leur préparer des journées de réceptions et de visites médico-scientifiques.

A Paris, l'Association française organisa le 10 juillet une visite de l'Institut du cancer sous la conduite du Docteur Simone Laborde et une de l'Institut du radium sous la direction de Mme Jolliot-Curie. Un déjeuner fort animé, une visite à l'Exposition avec thé et réception officielle et une soirée au théâtre des Champs-Elysées complétèrent cette journée.

Le prochain Congrès de l'Association internationale des femmes médecins aura lieu en 1940 à Budapest. Les sujets mis à l'étude sont :

1° L'hygiène des écoliers dans les internats et externats considérée du point de vue de la nutrition, du travail scolaire, de la culture physique (repos, sports, scoutisme) et du sommeil.

2° Les législations antivénériennes, leurs principes, leurs méthodes, leurs résultats.

— **Congrès français de gynécologie.** — Le VIIe *Congrès français de gynécologie* aura lieu à Nice, du 19 au 23 avril 1938, sous la présidence de M. le Professeur E. Chauvin (de Marseille) et la présidence d'honneur de M. le Professeur V.-B. Green-Armytage (de Londres), Secrétaire général ; Docteur Maurice Fabre (de Paris).

Question à l'ordre du jour : « La blennorrhagie génitale féminine. » Rapporteur général : M. le Docteur L.-M. PIERRA.

Six rapports seront présentés :

1° L'infection gonococcique chez la femme. *a*) *Diagnostic bactériologique* au cabinet du médecin. Critérium de guérison, par M. Pierre BARBELLION (Paris) ; *b*) Cultures, sérologie et biologie du gonocoque, par M. Ch.-O. GUILLAUMIN (Paris).

2° Les localisations anatomo-cliniques de la blennorrhagie génitale chez la femme, par M. FIGARELLA (Marseille).

3° Complications et séquelles de la blennorrhagie génitale de la femme. La blennorrhagie, danger social : la stérilité, par M. L.-M. PIERRA (Luxeuil).

4° Traitements de la blennorrhagie génitale de la femme, par MM. Maurice FABRE, F.-A. PAPILLON, André PECKER (Paris).

5° La blennorrhagie de la femme enceinte et son traitement, par M. MORISSON-LACOMBE (Nice).

6° La vulvo-vaginite des petites filles et son traitement, par M. J.-E. MARCEL (Paris).

Pour tous renseignements et inscriptions, s'adresser à M. le Docteur Gasquet, président du Comité d'organisation, 47, boulevard Victor-Hugo, Nice (Alpes-Maritimes).

Le Gérant : R. THIRON

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

par elle », ou bien « se soumet au contrôle général », et est inscrite sur « la liste des hôpitaux et établissements ... » portée en annexe à la convention hôpitaux-Caisses. De plus, l'assuré hospitalisé, ou traité dans un établissement privé doit en aviser la Caisse pour que celle-ci accepte de prendre en charge les frais de traitement (art. 33).

Toutes ces précautions étant prises, la Caisse rembourse à l'assuré « les frais d'hospitalisation et les honoraires médicaux dans la limite de ses tarifs de responsabilité » (Art. 33), ce qui est une questiond'ordre régional au sujet de laquelle c'est votre Syndicat régional qui peut vous donner toutes précisions.

Enfin, en cas de refus d'agrément (ou tout autre différend en ce genre), l'assuré peut avoir recours à la Commission d'arrondissement.

Dr F. Decourt.

QUESTIONS DIVERSES

7.110. — L'assurance incendie « valeur à neuf »

Le Docteur L. nous demande ce qu'il faut entendre par l'assurance contre l'incendie « valeur à neuf ».

Prenons un cas concret :

Une maison construite en 1910 par exemple a coûté 50.000 francs. S'il fallait la reconstruire, elle en coûterait 300.000.

Si elle était mise en vente, le prix serait de l'ordre de 150.000. Ces chiffres sont fantaisistes ; ils ont simplement pour but de dissocier les notions de valeur d'achat, valeur de vente, valeur à neuf.

On peut supposer que, par suite des travaux d'entretien à effectuer audit immeuble (réparation des toitures, planchers, etc.) le propriétaire doive dépenser 60.000 francs. Ces 60.000 francs représenteront la vétusté de l'immeuble.

Avec une police de type normal, la Compagnie règle en cas de sinistre la valeur réelle de la maison, c'est-à-dire le prix de reconstruction diminué du prix de vétusté : dans le cas qui nous occupe, ce serait 300.000 francs moins 60.000 francs, c'est-à-dire 240.000 francs.

Avec une police « Valeur à neuf », la Compagnie paiera le prix que coûterait la reconstruction de la maison sous les deux réserves que nous verrons plus loin :

1° L'assuré garde toujours à sa charge une partie de la vétusté : 10 %, soit 6.000 francs.

2° La Compagnie ne règlera pas immédiatement la totalité de l'indemnité : elle règlera d'abord une indemnité correspondant à la valeur réelle de l'immeuble et ne soldera le compte qu'une fois la reconstruction terminée, ou au fur et à mesure des travaux.

Pour éviter les abus, les assureurs décident, d'ailleurs, que la partie de l'indemnité représentative de la

vétusté ne pourra jamais dépasser 30 %, ce qui évite d'assurer les immeubles en trop mauvais état.

L'assurance « valeur à neuf » n'est d'ailleurs pas spéciale aux immeubles. Elle peut jouer également en matière mobilière, mais les conditions de son application sont ici beaucoup plus sévères.

L'assurance « valeur à neuf » ne peut jamais porter sur les objets à dépréciation rapide : les vêtements, le linge, les automobiles. Elle ne joue pas non plus sur les objets précieux (antiquités qui n'ont pas de dépréciation-vétusté). Enfin, elle ne couvre pas la réfection de matériel démodé, ou pratiquement irremplaçable.

L'assurance « valeur à neuf », qui se confond pratiquement avec un autre type de garantie appelée dans certaines Compagnies « assurance-vétusté », est consentie moyennant une surprime de 5 % de la prime normale ; mais elle oblige à faire les estimations des objets assurés à leur prix de remplacement.

Pour un propriétaire, c'est une combinaison qui est presque indispensable en matière d'assurance immobilière. En ce qui concerne le médecin, elle n'offre de l'intérêt que pour l'assurance de son instrumentation professionnelle si celle-ci est importante (appareillage de radio par exemple).

P.-R. Baglin
Conseiller technique d'assurances

7.826. — Réduction de 10 % sur les loyers

L'étude très documentée de M. Jean Mignon sur la question des loyers, publiée par le *Concours Médical* du 2 mai 1937, paraissait avoir fourni tous les renseignements désirables, et désirés par les confrères intéressés.

Mais, ainsi que l'a signalé le *Concours Médical* à plusieurs reprises, l'arrêt de la Cour de cassation rendu depuis cette époque, paraît avoir troublé à nouveau cette question qui paraissait si clairement élucidée.

Cependant, à la lecture du *Concours Médical*, il me paraissait que l'arrêt de la Cour de cassation s'appliquait exclusivement aux loyers postérieurs au décret-loi du 11 juillet 1937. Ai-je bien compris ?

Et, dans le cas d'espèce ci-après, le propriétaire a-t-il tort ?

Loyer professionnel depuis 1919, ayant subi les prorogations légales. Prix en 1916, 1.900 francs. Ville de plus de 100.000 habitants.

Prix du loyer payé semestriellement par anticipation (par semestre 2.897 fr. 50, plus charges 394 fr. moins 10 %, plus frais de timbre, etc.. Total : 3.004 francs pour la dernière quittance mars-septembre 1937).

En mars, le propriétaire fait signer un engagement d'accepter la majoration à 325 % à partir de septembre, sous réserve que cette acceptation ne pourra, en aucun cas, contrevenir durant le cours de leur application, aux lois et règlements en vigueur.

Or, la quittance semestrielle présentée le 29 septembre 1937 présente une majoration de 650 francs sur le loyer.

Je ne vois pas que le décret-loi de juillet 1935 ait été abrogé et il me paraît que l'augmentation ci-dessus n'est ni légitime, ni légale. Ai-je raison ? Quel est le taux du loyer à payer ?

Dr J.

Réponse

Il est exact qu'un arrêt de la Commission supérieure de cassation en date du 24 juin 1937 a considéré que sont exclus des prévisions du décret-loi du 16 juillet 1935, réduisant de 10 % les loyers, d'une part les locaux non loués au jour de la publication du décret, d'autre part, ceux qui, postérieurement à cette même date, viendraient à être reloués moyennant un nouveau prix à de nouveaux locataires ; par contre, le décret-loi précité n'ayant fait l'objet d'aucune abrogation expresse ou tacite depuis lors, doit continuer à recevoir pleine et entière application dans tous les autres cas, c'est-à-dire lorsque l'on se trouve en face de locataires qui occupaient les lieux loués antérieurement au 17 juillet 1935.

Pour ceux-là et ceux-là seulement la thèse du prix limite continue à recevoir sa pleine et entière application et il faut considérer que le législateur a entendu substituer provisoirement au prix résultant de la législation d'exception sur les loyers, un nouveau taux légal obtenu en soustrayant du prix payé au 17 juillet 1935 la réduction de 10 %.

Par suite, tant que le décret-loi restera en application, votre propriétaire ne pourra exiger une application de la majoration de 375 % résultant de la loi du 29 juin 1929 et le prix restera stabilisé au taux payé depuis le 17 juillet 1935.

Tout paiement fait par vous au-delà de ce prix légal doit être considéré comme indû et vous êtes en droit d'en faire la répétition.

ACCIDENTS DU TRAVAIL

7.904. — Quand est acquise la consolidation d'un accident du travail ?

Un jeune homme est victime d'un accident du travail le 31 juillet dernier (coupure profonde du médius gauche, au niveau de la dernière phalange).

On le met à l'assurance. La plaie se cicatrice, et le 8 septembre, je lui délivre le certificat de guérison, et il reprend son travail.

Le 25 septembre, il vient me voir, à cause d'un petit abcès développé à la base de l'ongle du doigt blessé. Dans l'accident, l'ongle avait été fendu : une partie s'était détachée, mais il était resté une

petite lamelle autour de laquelle l'abcès s'était formé.

Je lui délivre un certificat relatant la relation avec l'accident, et portant une nouvelle incapacité temporaire de quinze jours.

En date du 8 octobre, l'assurance du patron fait connaître « qu'elle ne conteste pas que l'abcès soit la conséquence de l'accident, mais qu'en raison du laps de temps existant entre l'apparition de l'abcès et la date de guérison, elle estime qu'il y a incontestablement rechute, et, par conséquent que la demande de demi-salaire est irrecevable. »

Vraiment le blessé ne peut-il prétendre au demi-salaire, de même qu'aux soins ?

Je lui conseille de faire trancher l'affaire par le Juge de paix.

Mais auparavant, nous aimerions bien savoir s'il peut espérer obtenir satisfaction.

Dr P.

Réponse

En principe, le chef d'entreprise ou son assurance substituée n'est tenu de verser à la victime les indemnités temporaires et de lui rembourser ses frais médicaux que jusqu'à la datede la consolidation de sa lésion, c'est-à-dire soit de sa guérison *définitive, soit de la transformation* de son mal en incapacité permanente partielle ou totale.

Il résulte d'autre part, de la jurisprudence d'ailleurs critiquable de la Cour de cassation qu'une fois obtenue la consolidation de la blessure, la victime ne peut, en cas de rechute ou d'aggravation de sa lésion, demander la révision de ses rentes pour l'incapacité permanente et ne saurait, par contre, demander à nouveau le versement des indemnités temporaires. (V. notamment Cassation, Ch. des requêtes, 12 juillet 1932. *Gaz. Pal.*, 12 octobre 1932).

Cette jurisprudence n'est d'ailleurs point acceptée par tous les Tribunaux et nous pouvons vous signaler une décision en sens contraire de la Cour de Caen en date du 23 mai 1935 (D. H., 1935, page 183), d'après laquelle l'indemnité prévue par l'art. 19 de la loi du 9 avril 1898 et dont l'ouvrier peut en cas d'aggravation de son mal, demander la révision, comprend tout à la fois, la rente, l'indemnité de demi-salaire, et le remboursement des frais médicaux.

Mais en l'espèce, nous ne croyons point qu'il s'agisse de l'application de l'art. 19 et de la révision des indemnités en cas de rechute ou d'aggravation ; il s'agit beaucoup plus simplement de savoir à quelle date la consolidation de la blessure a été définitivement acquise et il faut, pour cela, définir de manière exacte ce qu'on entend par consolidation.

D'après une jurisprudence très bien établie, la guérison ou la consolidation ne sont acquises conformément à l'art. 15 de la loi du 9 avril

1898 que lorsque l'état du blessé est définitivement fixé, c'est-à-dire lorsqu'il ne ressent plus aucun symptôme qui appelle des soins médicaux ou autres et que rien ne peut plus être fait ou tenté qui puisse modifier son état. On doit donc tenir compte non point d'une consolidation apparente même constatée de façon prématurée par des certificats médicaux et suivie d'une reprise du travail, mais bien de la consolidation réelle et définitive (Cour de Dijon, 3 juin 1936. *Gaz. Pal.*, 31 juillet 1936). Tout récemment, encore, la Cour de cassation par un arrêt de sa Chambre civile en date du 19 octobre 1936 (D. H. 1936, 569) a décidé qu'il ne suffit pas que la victime se reconnaisse guérie et reprenne son travail pour perdre tout droit à des indemnités que la loi ne permet pas de lui accorder sur une instance en révision.

Il faut qu'elle ait été reconnue telle et le seul fait que le travail ait été possible et effectif ne saurait à lui seul fixer d'une manière définitive et irrévocable la date de la cessation de l'indemnité temporaire.

Par suite, doit être cassé le jugement déboutant de sa demande de nouvelle indemnité, l'ouvrier qui se croyant guéri avait repris le travail pour le motif que, dans ces circonstances, la victime ne peut, en cas de rechute, qu'introduire une action en révision.

En conclusion, nous conseillons donc à votre client d'invoquer à l'égard de son chef d'entreprise ou de son assurance substituée, la jurisprudence précitée et, en cas de refus des prestations qui lui sont dues, de le citer devant le Juge de paix du lieu de l'accident.

7.703. — La brûlure par projection de ciment est un accident du travail

J'ai eu l'occasion de donner mes soins à un blessé, atteint de brûlure par projection de ciment.

Or, la Compagnie d'assurances déclare que cette maladie n'est pas prévue par la loi du 9 avril 1898 et se refuse à payer le demi salaire et les honoraires.

Je vous serais obligé de me faire connaître si je peux soutenir la thèse contraire.

D^r L.

Réponse

Nous ne comprenons pas pourquoi la Compagnie d'assurances refuse de considérer comme susceptible de bénéficier des dispositions de la loi du 9 avril 1898, l'ouvrier qui a été victime de brûlure par ciment.

En effet, il paraît bien s'agir en l'espèce d'un véritable accident du travail, c'est-à-dire « de l'action violente et soudaine d'une cause extérieure portant atteinte à l'intégrité du corps humain », puisque la brûlure dont souffre votre client a été produite non point par une action

lente et continue, mais par une projection de ciment.

En admettant même cependant qu'il ne s'agisse pas d'un accident, mais bien d'une lésion morbide qui s'est produite de manière progressive et, par suite de l'exercice continu de la profession, le refus de la Compagnie d'assurance n'en serait pas pour cela plus juridiquement fondé. Vous n'ignorez pas, en effet, que certaines maladies professionnelles bénéficient par extension de la protection accordée par la loi aux accidents du travail. La liste de ces maladies a été dressée par la loi du 25 octobre 1919, mais a été révisée depuis lors à de nombreuses reprises. C'est ainsi qu'un décret en date du 12 juillet 1936 paru au *Journal Officiel* du 18 juillet et entré en application depuis le 18 janvier 1937, a ajouté à la liste des maladies protégées, les maladies ou lésions cutanées causées par l'action des ciments (dermite primitive et pyodermite, dermite secondaire, eczématiforme, tels que galle du ciment) provoquées par les travaux de fabrication, manutention et emploi du ciment.

Si donc l'accident dont souffre votre client est postérieur au 18 janvier 1937, il est juridiquement fondé à exiger de la Compagnie d'assurances, les indemnités prévues par la loi du 9 avril 1898 et vous êtes vous-même en droit de demander au patron ou à son assureur substitué le paiement de vos honoraires médicaux calculés d'après le Tarif ministériel. Si vous ne pouvez obtenir satisfaction à l'amiable, vous n'aurez qu'à citer vos débiteurs devant le Juge de paix du lieu de l'accident, en usant de l'action directe que vous donne l'art. 4 de la loi du 9 avril 1898.

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

7.053. — Promotion d'un médecin auxiliaire au grade de médecin sous-lieutenant

Je fais partie de la classe 1928 et j'ai bénéficié pour mes études d'un sursis, j'ai accompli mon service actif d'octobre 1934 à octobre 1935 comme infirmier de deuxième classe, car j'ai échoué à l'examen de sortie du peloton des E. O. R. du Service de santé.

Cette année, j'ai passé avec succès l'examen des sous-officiers de réserve du service de santé et ai été nommé le mois dernier médecin auxiliaire de réserve.

Suis-je tenu, ou ai-je avantage à suivre les cours de perfectionnement des officiers de réserve ? Quand pourrai-je passer officier ? Faut-il pour cela faire ultérieurement une demande, ou l'avancement se fait-il automatiquement ?

Je dois ajouter que je devais faire cette année une période de quinze jours, que j'ai fait reporter à l'année prochaine.

Dr S.

Réponse

Il est impossible de vous fixer un délai pour votre promotion au grade de médecin sous-lieutenant. Tous les médecins auxiliaires ne sont plus, en effet, promus d'une manière automatique ; car, d'une part, les cadres des médecins de réserve sont au complet et, d'autre part, on a besoin de médecins auxiliaires pour l'encadrement des hommes de troupe.

Néanmoins, adressez dès maintenant une demande au Directeur pour lui témoigner votre désir d'être promu officier, et faites-vous en même temps inscrire aux cours de perfectionnement. Cette dernière mesure constituera un bon élément en votre faveur.

8.013. — Radiation des cadres

Médecin-lieutenant de réserve appartenant à la classe 1908, je me trouve dégagé de toutes obligations militaires depuis le 15 octobre.

Encore en position de non-disponibilité pour infirmité temporaire d'une part, j'ai été en août dernier engagé devant un Conseil d'enquête qui ne s'est du reste pas réuni. J'ai, d'autre part, répondu au Directeur du Service de santé de ma région que je demandais à être rayé des cadres à la date légale du 15 octobre 1937.

Depuis, je n'ai rien reçu de l'autorité compétente. Qu'en dois-je conclure ? Pareil retard de notification n'est-il pas normal dans l'attente de la publication du décret à l'*Officiel* ? Ai-je à intervenir de nouveau ? Dans l'affirmative, auprès de qui ?

Dr X.

Réponse

Les officiers de réserve ne peuvent être rayés des cadres, même à l'expiration légale de leurs obligations militaires, que par décret. Or, la signature de ce décret demande un certain délai, que l'on peut évaluer en moyenne à cinq ou six semaines. Aucune démarche à faire, vous serez avisé par le Directeur du Service de santé. Tout au plus, pourriez-vous lui adresser une lettre de « rappel », d'ici quelque temps.

LA DÉFENSE PROFESSIONNELLE DU MÉDECIN

par le SOU MÉDICAL

Huit mille praticiens français sont membres de la Ligue médicale de Défense professionnelle, le « Sou Médical », et ce nombre s'accroît chaque jour. S'ils ont adhéré aussi nombreux à cette Société, c'est qu'elle est la seule capable de les défendre contre tous les risques professionnels, dont ils sont menacés dans l'exercice de la profession médicale, tout en prenant une part active à la défense générale des intérêts médicaux.

Le service juridique du « Sou Médical » compte six juristes, parmi lesquels un avocat à la Cour d'appel de Paris et un avocat à la Cour de cassation et au Conseil d'Etat. Une permanence fonctionne tous les jours au Secrétariat général de cette Société, pour recevoir les sociétaires, écouter l'exposé de leurs litiges, les conseiller dans les affaires courantes qui ne comportent aucune difficulté de solution, constituer leur dossier pour le soumettre aux avocats conseils, pour les affaires plus importantes.

Le « Sou Médical » possède une Caisse spéciale de garantie dotée d'une réserve de près de 2 millions de francs destinée à faire face, jusqu'à 100.000 francs, *en outre* des frais du procès, à toutes les demandes en dommages-intérêts motivées par la mise en cause de la responsabilité professionnelle de ses membres.

S'ils sont en même temps abonnés au *Concours Médical*, les membres de la Ligue bénéficient d'une couverture supplémentaire de 400.000 francs, soit au total **cinq cent mille francs.**

Pour être membre du « Sou Médical », il faut faire partie d'un Syndicat ou d'une Association médicale, ou être présenté par deux parrains déjà membres de cette Ligue.

La cotisation annuelle est de cent francs, comprise la participation à la Caisse de garantie.

Les membres ne sont admis qu'après envoi de leur adhésion, payement de la cotisation, et publication au *Concours Médical*, n'ayant donné lieu à aucune protestation.

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE

"LE SOU MÉDICAL"

Siège social : **37, Rue de Bellefond, PARIS (9e)**

C. M. 11-37

BULLETIN D'ADHÉSION

Je soussigné (nom, prénoms, qualités) ____________________

médecin à ____________________ *Rue* ____________________ *Dépt* ____________________

né le ____________________ *à* ____________________

reçu devant la Faculté de ____________________ *le* ____________________

membre de (1) ____________________

ou présenté par MM. (2) ____________________ *déclare*

adhérer à la Ligue médicale de défense professionnelle (LE SOU MÉDICAL)

J'envoie en même temps ma cotisation pour l'année 1937 (3) par (*) ____________________

Je déclare, en outre, être déjà assuré contre la responsabilité civile à ____________________

____________________ *jusqu'à concurrence de* (4) ____________________

et abonné au « Concours Médical » (5) *A* ____________________, *le* ____________________

SIGNATURE :

(1) Syndicat médical ou Association médicale.
(2) Deux confrères membres du Sou Médical.
(3) 100 fr. pour l'adhésion donnée du 1er Janvier au 31 Mars.
75 fr. — — 1er Avril au 30 Juin.
50 fr. — — 1er Juillet au 30 Septembre.
25 fr. — — 1er Octobre au 31 Décembre.
(4) En cas d'assurance antérieure, indiquer la ou les Compagnies, auxquelles l'adhérent est déjà assuré et la somme assurée.
(5) Rayer cette mention, s'il y a lieu.

(*) Envoyer ce Bulletin au Siège Social, 37, rue de Bellefond, Paris (3e), avec la cotisation, soit par chèque ou virement postal (*Sou Médical*, Paris 182-31), soit par mandat-poste ou chèque bancaire.

Cinquante-neuvième année — N° 47 — 21 Novembre 1937

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

- sommaire -

Partie Professionnelle

Demi-Colonnes

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	70 fr.	Belgique et Luxembourg...	80 fr.
Etudiants	45 fr.	Première Zone	95 fr.
Le Numéro..........	1.50	Deuxième Zone	120 fr.

AVIS

Comptabilité des Cliniques

Un certain nombre de nos adhérents nous ayant témoigné leur embarras, au sujet de la comptabilité de leur clinique, nous pensons leur être agréables en les informant que M. Martinot, notre Conseil fiscal, se tient à leur disposition pour leur donner tous renseignements permettant à la Directrice de la Clinique de tenir les livres, sans le concours d'aucun comptable de profession.

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du Concours Médical, *Paris* 167-95.

No 295. — Doct. franç. 50 ans, cultivé, sérieux et actif, demande représenter laborat. import., moitié Nice et environs, moitié Lyon et Bourgogne. Très bien introduit dans ces régions. Possède voiture, prétent. mod.

No 296. — Méd. 25 ans prat. retiré serait heureux faire remplacem. toute durée dès maintenant jusqu'en avril inclus. Côtes d'Azur ou Sud-Ouest de préfér. Sait cond. auto.

No 297. — Méd. hab. climat très tempéré bord mer, villa très confort., prendrait pensionn. enfants, adultes ou person. retraitée. Prix modérés.

No 298. — 1 h. 30 Paris. Grosse client. seul méd. propharm. A céder 60.000 dont moitié compt.

No 299. — Méd. jeune et actif, cherche à reprend. bonne client. avec fixe ed préfér., Paris ou banl. avec fixe de préfér., Paris ou banl. proche (50 km.).

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet Breitel et Goret

1, rue Dante, Paris (5e). - Tél. : Odéon 36-46

Paris. Médecine générale. Import. cab. de consultat., aff. anc., 6 p. conf. Prix et cpt. à déb.

Belle banl. sud près Paris. Bon poste, frais min. maison 6 p. Prix 30.000.

Banl. de Paris, joli site. Poste actif import. popul., superbe, maison grd. parc. Prix : 45.000 francs.

Vallée de l'Eure, 15 km. ville, très agréable client rurale, petit loyer, gde maison jardin, indemnité vu l'urgence 10.000.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.** — A l'occasion du troisième Centenaire du *Discours de la Méthode*, le Docteur A. BÉCLÈRE a lu une note sur *Descartes et la Médecine* à la séance du mardi 16 novembre, à l'Académie de médecine.

— **Faculté de médecine de Paris.** *Leçon inaugurale.* — M. le Professeur O. CROUZON fera la leçon inaugurale de son cours d'assistance médico-sociale le lundi 22 novembre 1937, à 18 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté.

— **Les Journées médicales de Bruxelles 1938.** — La prochaine session (XVIIe session) des Journées médicales de Bruxelles, se tiendra exceptionnellement, en 1938, pendant les vacances de Pâques, soit les 16, 17, 18, 19 et 20 avril, afin de pouvoir, en dernière journée, conduire les congressistes à Gand où auront lieu les Floralies, célèbres dans le monde entier.

— **Bruxelles.** — A la demande de la Société belge de médecine mentale, le Professeur Laignel-Lavastine fera le 27 novembre, à 2 h. 30, à l'Institut d'anatomie, 97, rue aux Laines, à Bruxelles, une conférence sur : *le sympathique et les obsédés.*

— **Sorbonne.** — *Cours libre sur le service social et l'assistance médico-sociale.* — M. le Docteur P.-F. ARMAND-DELILLE fait le mercredi à 6 heures du soir à la Sorbonne (amphithéâtre Michelet), une série de conférences sur l'organisation du service social et l'assistance médico-sociale.

PROGRAMME DU COURS. — L'assistance sociale. Son origine, son but. — Importance de l'organisation systématique du service social dans les collectivités contemporaines. Nécessité d'une préparation spécialisée pour ceux qui veulent s'y consacrer. — Importance des enquêtes. Leur technique. — Les grands problèmes médico-sociaux : Assistance aux tuberculeux adultes et enfants. — Préservation de l'enfance contre la tuberculose. — Assistance médico-sociale dans la lutte contre la syphilis, le cancer, l'alcoolisme. — Assistance prénatale et protection de la première enfance. — Assistance à l'enfance et à l'adolescence, aux arriérés, anormaux, délinquants. — Service social dans les hôpitaux. — Assistance aux familles nombreuses ; Amélioration du logement et des conditions de vie. — Assistance dans les milieux industriels et dans les grandes agglomérations urbaines. — Habitations à bon marché et service social. — Les centres sociaux. — Service médico-social dans les communes rurales. — Rôle du Service social dans l'orientation professionnelle. — Spécialisation dans le service social : infirmières visiteuses pour la tuberculose, pour la lutte contre la syphilis, pour l'hygiène infantile. — Assistances

sociales des hôpitaux, assistances sociales pour les tribunaux d'enfants. — Surintendantes d'usines, directrices de foyers sociaux, ingénieurs sociaux. — Développement du service social, son rôle dans la formation et l'éducation de la conscience collective. — Organisation de l'enseignement et préparation au service social, aptitudes et qualités nécessaires aux travailleuses sociales. — Les écoles de service social. — La préparation au diplôme de service social. — Résultats obtenus par le développement du service social en France et à l'étranger.

— **Association internationale de prophylaxie de la cécité.** — L'Assemblée générale de l'Association internationale de prophylaxie de la cécité aura lieu au Caire, à l'occasion du XVe Congrès international d'ophtalmologie.

ORDRE DU JOUR. — Programme national de prophylaxie de la cécité dans un pays tropical. Rapporteur principal : M. A.-F. MAC CALLAN. Rapporteurs : Egypte, M. M. TEWFIK ; France, Prof. TOULANT ; Indes, lieutenant-colonel, R.-E. WRIGHT ; Pays-Bas, Prof. H.-J.-M. WEVE. — Aspect social de la prophylaxie de la cécité. Rapporteur principal : M. PARK LEWIS. Rapporteurs : M. P. BAILLIART, Prof. MARQUEZ, M. EL MAZINY BEY, M. LEWIS, H. CARRIS et M. MERRILL.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat général de l'Association, 66, boulevard Saint-Michel, Paris, avant le 1er décembre 1937.

— **Naissances.** — Yves, Jean et Luc MÉNAGER ont la joie de vous annoncer la naissance de leur petit frère *Jacques*.

Machecoul (Loire-Inférieure), le 4 novembre 1937.

— Le Docteur et Madame PAUL BARD nous annoncent la naissance de leur quatrième enfant, *Edith-Marie*.

Thiers (Puy-de-Dôme), rue Edgar-Quinet.

Nos plus sincères compliments.

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur ARGUEYROLLES, décédé à Brive à l'âge de 76 ans ; du Docteur BERTIER, de Grasse ; du Docteur HENRI BLANCHON, de Vauvert (Gard) ; du Docteur VICTOR BROS, membre du Conseil départemental d'hygiène de Seine-et-Marne ; du Docteur CHARRIN, de Saint-Didier-la-Séauve (Haute-Loire) ; du Docteur GEORGES COURTIER, de Royan ; du Docteur MARCEL FLOGNY, d'Alger ; du Docteur EDMOND GUILLAUME, de Reims ; du Docteur P. HUMBERT, de Paris ; du Docteur LAROY, de Zeggers-Cappel (Nord) ; du Docteur MÉTREAU, de Rochefort-sur-Mer ; du Docteur MONTIGNY, de Reims ; du Docteur PAGES, de Béziers ; du Docteur PIERRE SÉE, de Paris ; du Docteur SOURICE, de Cholet (Maine-et-Loire).

— On annonce la mort de Madame Jules BOUDRY, née Marie-Thérèse-Phaïs Delage, pieusement décé-

dée en son domicile, au Château de Rigour, le 8 novembre, munie des sacrements de l'église.

De la part de M. le Docteur Jules Boudry, son époux, de M. et Mme Georges Rogier, ses petits-enfants, du Docteur et Madame Albéric Boudry, ses beau-fils et belle-fille, et de toute la famille.

La réunion et levée du corps ont eu lieu le 10 novembre à 9 h. 30 au château de Rigour.

Les obsèques ont été célébrées ce même jour à 10 heures, en l'église paroissiale Saint-Jean, de Bourganeuf.

Nous adressons à nos confrères lse Docteurs Jules et Albéric Boudry, si cruellement éprouvés, l'expression de notre douloureuse sympathie.

— **Les laboratoires Bottu**, 115, rue Notre-Dame des Champs, à Paris, dont le directeur-fondateur est le Professeur Henry Bottu, informent le Corps Médical qu'ils n'ont jamais fait de publicité en dehors des journaux médicaux et professionnels.

Ils n'ont rien de commun et n'ont jamais eu aucun lien quelconque avec un laboratoire *non pharmaceutique*, dont l'homonymie du nom a pu prêter à des confusions diverses.

Ils ne se sont jamais occupés d'aliments de régime, pas plus que d'un produit présenté comme étant à la fois microbicide, insecticide, assainissant.



A TRAVERS L'OFFICIEL

5 NOVEMBRE

Médecins sanitaires maritimes

Décret du 2 novembre 1937 modifiant le décret du 15 mars 1930 relatif aux médecins sanitaires maritimes

Art. 1er. — Les médecins embarqués à bord des navires de commerce pour y remplir les fonctions prévues par l'article 1er du décret du 15 mars 1930 porteront le titre de « médecin breveté de la marine marchande ».

Art. 2. — L'article 5 du décret du 15 mars 1930, modifié le 27 juillet 1932, est modifié ainsi qu'il suit :

Art. 5. — § 1er. — Sont également dispensés d'une partie des épreuves de l'examen prévu à l'article 3 ci-dessus pour être inscrits au tableau des médecins brevetés de la marine marchande les officiers du Service de santé de la marine et les officiers du Service de santé des troupes coloniales ayant exercé leurs fonctions pendant cinq années au moins.

(Le reste sans changement).

Pensions militaires

Décret du 3 novembre 1937 fixant le prix des produits pharmaceutiques à fournir au titre de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919.

Art. 1er. — Le prix des produits pharmaceutiques à fournir au titre de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 est, à compter du 1er juillet 1937, établi ainsi qu'il suit :

1° Le prix des fournitures pharmaceutiques ne pourra pas être plus élevé que celui appliqué par les pharmaciens à la clientèle ordinaire de leur officine ;

2° En tout état de cause, ce prix ne pourra pas être supérieur à celui fixé par l'arrêté du ministre de la Santé publique du 25 mai 1937, établissant un tarif national pharmaceutique ;

3° Il sera fait, sur le montant total des mémoires trimestriels s'élevant au-dessus de 500 francs, les remises suivantes :

De 501 à 1.000 : 1 p. 100.
De 1.001 à 2.000 : 2 p. 100.
De 2.001 à 3.000 : 3 p. 100.
De 3.001 à 4.000 : 4 p. 100.
Au-dessus de 4.000 : 5 p. 100.

6 NOVEMBRE

Médailles d'honneur de l'Assistance publique

Médaille d'or : MM. les Docteurs Dezarnaulds, député, ancien sous-secrétaire de l'Education physique ; Harvey Burkhart, de Rochester (Etats-Unis) ; René Le Page, d'Orléans.

Médaille d'argent : MM. les Docteurs Gautier et Mahoudeau, d'Amboise ; Butzbach, Charmoille, Lang, Mettey, Muller et Polony, de Belfort ; Dubois, du Havre.

Médaille de bronze : M. le Docteur Troncy, de Saint-Etienne.

Hygiène publique aux Colonies

M. le médecin général Hoeckenroth (Ferdinand-François-Marie), médecin général des troupes coloniales, est nommé inspecteur général de l'Hygiène et de la Santé publique en Indochine, en remplacement de M. le Docteur Hermant, médecin principal de l'Assistance médicale, déjà atteint par la limite d'âge.

11 NOVEMBRE

Décret du 10 novembre 1937 fixant les modalités d'application de la loi sur les congés payés au personnel des services domestiques

Jusqu'à maintenant, les médecins n'étaient obligés d'accorder des congés payés qu'à leurs employés consacrant la totalité ou la majeure partie de leur activité à leur service professionnel. Dorénavant tous les domestiques, qu'ils soient ou non occupés au

service de la profession, pourront invoquer le bénéfice de la loi du 20 juin 1936 (quinze jours de congés payés dont au moins douze jours ouvrables après un an de services continus, exceptionnellement une semaine après les six premiers mois de services).

Le décret prévoit en ce qui concerne le personnel domestique, des règles spéciales pour l'octroi du congé et le calcul de l'indemnité : nécessité pour l'intéressé de prendre son congé dans les si x mois de la date à aquelle il constitue un droit acquis, fixation par l'employeur de la date de départ à l'intérieur de cette période, possibilité de tractionnement de la moitié du congé annuel, mode de calcul des avantages en nature fixé par arrêtés préfectoraux, etc. Ce décret sera d'ailleurs publié ultérieurement dans un numéro documentaire traitant la question des auxiliaires médicaux.

Signalons qu'à titre transitoire, un congé payé devra être accordé dans les six mois du présent décret aux domestiques ayant effectué, au 1er juillet 1937, au moins douze ou six mois de services continus, à moins que l'intéressé n'ait bénéficié antérieurement au décret d'un congé et d'une indemnité au moins égales aux prévisions légales.

Réponses des ministres aux questions des parlementaires

Force probante du livre-journal. Amortissement d'une installation professionnelle

4103. — M. Antoine Villedieu demande à M. le ministre des finances : 1° s'il existe un moyen autre que son livre-journal pour permettre à un chirurgien dentiste de justifier de recettes encaissées au comptant en 1932 et que peut exiger l'Administration ; 2° si l'Administration ayant accordé, depuis 1930, l'amortissement d'une installation dentaire réparti sur dix années et cet amortissement ayant été accordé par les services de l'Administration pendant sept années consécutives, si l'Administration est fondée, d'une part, à revenir sur les accords antérieurs conclus entre le contrôleur et le contribuable et lui faire un rappel en annulant l'amortissement annuel précédemment accordé, bien que ce contribuable ait toujours tenu une comptabilité régulière à allure commerciale ; d'autre part, à lui refuser pour les années à venir cet amortissement. (*Question du 1er juillet 1937.*)

Réponse. — 1° Le livre-journal n'a pas nécessairement à lui seul, une force probante que la loi elle-même, ne lui a pas attachée et le Contrôleur des Contributions directes a le droit de rectifier, d'après les éléments dont il dispose, le chiffre des recettes qui

y est porté sauf, en cas de désaccord, intervention auprès de la Commission de taxation devant laquelle le contribuable peut produire ses moyens de défense ; 2° réponse négative, en principe, mais on ne pourrait se prononcer catégoriquement que si l'on était mis à même de faire procéder à une enquête sur le cas particulier.

(*J. O.*, 31 octobre 1937).

N. D. L. R. — Cette réponse peut s'appliquer également à un docteur en médecine.

Il n'est pas interdit « légalement » à un médecin d'annoncer qu'il reçoit les bénéficiaires de l'article 64

4107. — M. Pierre TAITTINGER demande à M. le ministre des Pensions si, étant donné qu'un grand nombre de médecins refusent d'utiliser le carnet de soins gratuits des pensionnés de guerre, il est interdit à un médecin d'annoncer qu'il reçoit à son cabinet, ou à sa visite, cette catégorie de malades. (*Question du 1er juillet 1937.*)

Réponse. — Il n'y a pas de loi qui interdise à un médecin d'annoncer qu'il reçoit à son cabinet ou à sa visite les bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, mais il existe une déontologie médicale qui peut limiter les convenances de la publicité.

(*J. O.*, 31 octobre 1937)

LES FÊTES DE FIN D'ANNÉE AU PAYS DU SOLEIL

Le Tour du Grand Erg occidental

Durée du séjour en Algérie : 15 *jours du* 22 *décembre au* 6 *janvier* 1938

MINIMUM 12 PERSONNES

Grandes Lignes de l'itinéraire

Alger (visite de la ville et coucher), Miliana, Mascara (coucher), Aïn-Sefra (coucher), Revoil, Beni-Ounif (coucher), visite de Figuig, Colomb-Béchar (coucher), excursion à Kenadza, Igli et Beni-Abbès (visite de l'Ermitage du Père de Foucauld (coucher), traversée de la Saoura et de La Hamada et arrivée à Adrar (coucher), Témimoun (coucher et séjour), El Goléa (coucher), Ghardaïa (coucher et séjour), Berrian et Laghouat (coucher), Rocher de Sel, Médéa, gorges de la Chiffa, ruisseau des Singes et Alger.

PRIX DU CIRCUIT COMPLET : 3.175 FRANCS TOUT COMPRIS.

Circuit n° 3 (en territoire des Oasis sahariennes, durée 11 jours : 1.350 francs (voir *Co cours Médical*, n° du 7 novembre 1937, page 3150.

Ecrire pour renseignements complémentaires au *Concours Médical*, 37, rue de Bellefond, Paris, ou aux Voyages Denis et Salmon, 3, boulevard Carnot, à Alger.

Au sujet des intoxications professionnelles par les produits benzoliques

Votre article au sujet des intoxications professionnelles, du 7 novembre 1937, est fort intéressant, étant donné l'extension que prend l'emploi des produits volatils, et la généralisation des techniques de peinture au pistolet.

Pour aujourd'hui, je voudrais seulement insister sur le point suivant, souligné du reste par l'auteur de l'article, c'est la connaissance de la formule employée dans tel ou tel cas particulier.

Je viens de débattre la question avec un chef d'atelier de carrosserie automobile (dont le fils, peintre au pistolet, est mort le mois passé d'une infection bizarre). Ce chef d'atelier me signalait qu'il était impossible de savoir exactement la nature et la composition du produit employé, et nous en arrivions à la suggestion suivante : il y aurait intérêt, pour le médecin appelé à soigner des troubles chez les ouvriers spécialistes, et pour le chef d'atelier appelé à prendre des précautions en rapport avec le produit employé ou même à faire un choix entre produits similaires, à rendre obligatoire l'indication de la formule sur la boîte ou le flacon du produit (comme pour les médicaments).

Dr R. Charpentier (Lyon).

A propos de la prévention des phlébites post-opératoires

Comme suite à votre article du 11 juillet 1937 où vous décrivez le procédé Nard-Déjarnac pour la prévention des phlébites post-opératoires, je me permets de vous signaler le compte rendu du Docteur Desmarest qui figure à la page 157 du numéro de la *Presse Médicale* du 20 octobre, et qui donne le résumé d'une communication du Docteur Schmitt, de Reichenberg (Bohême).

S'inspirant de la pratique préconisée en 1934 par Sussi et Klapp, Schmid « est arrivé à tenir « ses grandes opérées pendant cinq jours dans « un lit dont les pieds sont surélevés. Le réel « inconvénient est que beaucoup de malades « souffrent d'avoir la tête basse.

« Entre 1927 et 1934, sur 2'463 graves opéra- « tions, Schmid a observé 81 phlébites avec 22 « morts par embolies pulmonaires. Depuis 1935, « où il surélève les pieds de ses malades, en un « an et demi, sur 50 graves opérations, S. n'a « observé aucune phlébite, aucune embolie ».

Comme le fait remarquer Desmarest, il faudrait une statistique plus nombreuse pour arriver à une conclusion certaine.

Toutefois, ces constatations sont intéressantes et corroborent la façon de voir du Docteur

Nard ; elles justifient également l'opinion de ceux qui, ayant constaté le début des phlébites au mollet, les attribuent autant à la stase veineuse qu'à la compression prolongée de la jambe sur le plan du lit.

Il semble donc, qu'on opte pour la méthode de Schmid ou pour celle de Nard-Déjarnac ou pour une méthode mixte, qu'on dispose, à l'heure actuelle, contre la phlébite, d'armes nouvelles d'une grande simplicité et qui semblent plus efficaces que celles qu'on employait jusqu'à ce jour.

Dr H. OSTER.

Extraction d'aiguilles dans la fesse

Dans le *Concours* du 11 octobre 1937, G. Fischer dans la petite chirurgie au goût du jour, parle des aiguilles et de la méthode d'extraction de L.-P. Lamare. Au cours de cet exposé, il dit « qu'un praticien hésiterait certes à poursuivre une aiguille dans une fesse ». A cette allégation, j'apporte quelque réserve. S'agit-il d'une aiguille entière ou d'un bout d'aiguille ?

De toute façon, l'extraction d'une aiguille *dans la fesse est une opération simple*, à moins qu'il s'agisse d'un petit morceau perdu, et ne mérite pas la réputation qu'on lui fait.

On ramasse une aiguille dans la fesse en général en s'asseyant sur un siège ou sur un ouvrage de dames. Supposons que l'aiguille, surtout chez la femme, ait pénétré entièrement dans la fesse, ou se trouvant cassée, la moitié seulement se trouve dans la fesse.

Il suffit souvent dans ce cas de faire l'essai suivant qui doit pratiquement donner un heureux résultat. Il faut tout simplement prendre entre deux doigts, l'index et le pouce, la peau et le tissu adipeux de la fesse, en faisant de légères pressions digitales, dans tous les sens, à la recherche du corps du délit.

Au bout de peu de temps, vous sentez l'obstacle et le corps étranger. Ayant bien repéré le sens de cet objet, vous enfoncez plus profondément vos doigts et vous l'immobilisez ; le premier acte, le principal, ayant réussi, sans lâcher vos doigts, vous les glissez vers les deux sommets de l'objet.

Maintenant vous immobilisez mieux l'aiguille qui ne peut plus évoluer dans la masse. A ce moment précis une double pression, en sens inverse, sans hâte mais progressivement, fait sortir une des pointes de l'aiguille. Il vous suffit alors de la saisir par une pince et de l'extraire.

Il m'est arrivé d'extraire de cette façon et sans aide deux fois des aiguilles perdues dans la fesse.

Dr ANDRÉASSIAN.
(Parmain).

Voir la correspondance page LV-3337

PROPOS DU JOUR

DE LA NÉCESSITÉ DE L'EXAMEN PHYSIQUE, INTELLECTUEL ET MORAL DE L'ENFANT A L'AGE SCOLAIRE

Les découvertes de Pasteur ont donné de si merveilleux résultats que ses élèves les ont peut-être un peu trop considérées comme les dogmes d'une religion nouvelle, hors de laquelle il ne saurait rien exister. Peu à peu on a réagi contre cette interprétation par trop exclusive des théories pastoriennes, interprétation qui sans doute n'aurait pas été approuvée par le Maître. A côté de la graine, l'on s'est aperçu qu'il y avait le terrain dans lequel elle se développait et le climat qui influait sur ce développement. Cette constatatation qui a aiguillé sur de nouvelles voies l'hygiène et la thérapeutique, a considérablement influencé la médecine scolaire. On s'est aperçu d'une vérité qui nous paraît aujourd'hui évidente, que pour bien diriger l'éducation et l'instruction d'un enfant, il était nécessaire d'en faire un examen rationnel complet et que, pour le réaliser, la collaboration des parents, du médecin et du psychologue qui le plus souvent se confond avec l'instituteur, était indispensable. Le Docteur René Ledent et M. Lucien Wellens qui, depuis 1920, pratiquent des examens de ce genre dans le laboratoire de biométrie qu'ils dirigent à Liège, ont remarquablement exposé « comment on devrait regarder un enfant », dans un livre des plus intéressants qu'ils ont intitulé : *Enfants difficiles, Parents perplexes* (1) dont la lecture attrayante est à recommander à toute personne qui a le souci de surveiller et de diriger l'éducation d'un enfant

Nous n'insisterons pas sur la nécessité de l'étude soigneuse des états physique, intellectuel et moral de l'enfant, ce serait répéter une fois de plus ce qui a paru plusieurs fois dans les colonnes de ce journal; cependant il est des points intéressants auxquels on songe peu, sur lesquels il est utile d'insister. Ainsi, dans une famille, composée de nombreux enfants, très souvent les frères et les sœurs diffèrent considérablement ; ce sont cependant des enfants issus de mêmes parents. C'est que l'influence de l'hérédité se traduit différemment selon l'âge des parents, leur état de santé, les conditions morales dans lesquelles ils se trouvaient lors de la conception de ces enfants. L'enfant, conçu pendant l'ivresse, ou lorsque les parents sont sous le coup de soucis obsédants ou à un âge relativement avancé, ne ressemble pas à son frère, conçu pendant la jeunesse des parents qui jouissaient alors de la plénitude de leur santé physique, intellectuelle et morale.

Un de nos amis auquel nous faisions remarquer la déchéance d'une famille dont cependant le père et la mère étaient remarquablement équilibrés et constitués et qui menaient à la campagne la vie la plus saine et la plus normale, émettait l'idée, pour expliquer cette anomalie, que, sans doute, ces deux conjoints étaient de types sanguins différents et que les mêmes phénomènes d'incompatibilité pouvaient sans doute se constater dans la procréation et dans la transfusion sanguine. Nous laissons aux eugénistes le soin d'élucider ce problème.

Nous passerons sur l'importance des mensurations, poids, taille, périmètre thoracique, amplitude de la respiration mesurée au spiromètre, aptitudes sensorielles, facultés neuromotrices. Le Docteur Ledent et M. Welens insistent sur le rythme et la bonne coordination des mouvements et font remarquer que les gestes traduisent les pensées et le psychisme.

L'examen de l'état intellectuel est tout aussi important. On peut apprécier *l'intelligence* d'un enfant et se rendre compte si son développement est proportionné à son âge. Si, par exemple, on présente une image à un enfant de 3 ans, il se bornera à énumérer les personnages et les objets qui y figurent. A 7 ans il fera une description sommaire de ce qui est représenté par l'image et à 15 ans, il interprétera complètement le sujet figuré. C'est en utilisant des tests de ce genre qu'on peut arriver à classer le degré de l'intelligence de chaque enfant.

Pour l'étude du caractère, le rôle primordial revient au personnel enseignant. C'est l'enseigneur qui peut se rendre compte des aptitudes et des inaptitudes, qui peut noter la faculté d'attention ou l'inattention, reconnaître à quel point atteint l'énergie de son élève. Il utilisera avec fruit les carnets où l'on engagera l'enfant à noter ses réflexions. Il sera très utile de prendre l'enfant à part et de le faire causer sur la vie qu'il mène au sein de sa famille, sur ses camarades, ses jeux favoris. Il se rendra ainsi compte de la faculté qu'il possède d'associer les idées et de son esprit d'observation.

Pour déterminer les forces éducatives que l'on devra mettre en jeu, il importera de rechercher, de dépister les anomalies parfois plus ou

✦✦

(1) Edit. H. Vaillant-Carmanne, S. A. Liège.

moins cachées. La guérison de troubles sensoriels, causés par des végétations adénoïdes, par la myopie, l'astigmatisme, amène une amélioration inespérée dans l'état mental. En perfectionnant les appareils sensoriels, en provoquant des réflexes, en éduquant en un mot les sens, on arrive à perfectionner le fonctionnement de la cellule nerveuse. Certaines anomalies héréditaires, le retard de la croissance, les déformations rachitiques, les scolioses, les troubles de la motricité, la débilité mentale, les anomalies de caractère, malgré l'incertitude scientifique qui souvent existe sur leurs causes, relèvent des moyens mis à notre disposition par l'hygiène, la thérapeutique et la pédagogie. L'air, le soleil, les radiations, l'opothérapie, l'hydrothérapie, la culture physique sont de puissants modificateurs des cellules.

On peut rappeler les résultats obtenus par Itard en éduquant les sens du sauvage de l'Aveyron et l'exemple d'Hellen Keller qui, aveugle et sourde-muette, parvint néanmoins à se mettre en contact avec le monde extérieur et à développer son intelligence.

Edouard Seguin a indiqué en quelques mots en quoi doit consister la médecine pédagogique : « Conduire l'enfant comme par la main de l'éducation du système musculaire à celle des organes des sens et du système nerveux, de celle des sens aux notions, des notions aux idées et des idées à la moralité. »

Il faut se méfier de l'aveuglement des parents et éviter de comparer deux enfants, surtout dans la même famille. On tâchera de faire marcher de pair la surveillance du développement physique et celle de l'évolution des facultés intellectuelles (sens de l'observation, sens critique). On s'efforcera d'affiner l'imagination, de former la volonté et le caractère.

Une question angoissante se pose au sujet des enfants anormaux : Faut-il s'occuper de ces enfants ? Ne ferait-on pas mieux de réserver toutes les ressources de la communauté à développer les normaux, à créer des élites ? Les sentiments de justice et d'humanité se heurtent à la raison d'intérêt de la nation. Il existe des causes de l'état des enfants anormaux, telles que l'hérédité qu'on ne peut guère atteindre et il est logique que l'Eugénique cherche à sélectionner les géniteurs et à empêcher les tarés de se reproduire. Mais heureusement l'hérédité n'est point tout, il y a l'influence du milieu où vit l'enfant anormal, milieu qu'on peut modifier; il y a l'éducation qui peut améliorer nombre d'anormaux. Un anormal ne deviendra pas un normal, mais si l'on dépiste de bonne heure les anomalies, il est possible souvent par une éducation appropriée et des soins d'améliorer nombre d'arriérés. Actuellement on est convaincu que les efforts d'instruction des idiots, des imbéciles et de certains débiles mentaux profonds ne donnent aucun résultat utile. Mais dans la débilité mentale il y a tous les degrés ; on peut souvent éviter de laisser un déchet scolaire devenir un déchet social.

Quant à l'orientation professionnelle, il est nécessaire de faire tout d'abord l'étude des professions, ce qui conduit à l'établissement des monographies professionnelles qui doivent être les œuvres de techniciens compétents de chaque profession; en second lieu vient la connaissance de l'enfant qui doit être orienté.

De statistiques faites en Belgique, il résulte que la moitié des enfants désire exercer un métier manuel et que l'autre moitié se divise à peu près également en ceux qui désirent adopter une profession libérale et ceux qui voudraient se diriger vers des professions intermédiaires (employé, caissier, dactylo, commerçant, comptable). Il est utile de demander à l'enfant de rédiger par écrit les motifs qui le font opter pour telle ou telle profession, de questionner les parents. Le rôle du médecin consiste surtout à découvrir les contreindications, ensuite à intervenir pour faire jouer les possibilités d'une adaptation à une profession qui ne paraît pas indiquée. La décision du choix d'une profession doit rester en dernière analyse à la famille éclairée par le médecin et le psychologue.

Quand faut-il orienter ? Le Docteur Ledent et M. L. Wellens pensent qu'à 12 ans l'équilibre est parfait chez l'enfant normal au point de vue physique comme au point de vue intellectuel. Il y a des phases critiques qu'il faut connaître dans le développement de l'enfant. A 3 ans, on constate une augmentation de la vie sentimentale et un ralentissement momentané du développement intellectuel ; à 6 ans, autre phase critique avec diminution des rendements intellectuels ; à 12 ou 13 ans (puberté), augmentation de l'excitabilité sentimentale et diminution des rendements scolaires ; vers 16 et 17 ans, nouvelle phase de ralentissement intellectuel. En sorte que le développement des aptitudes serait représenté non par une ligne droite mais par une ligne ondulée.

Tels sont en résumé les résultats de l'expérience puisée dans leur laboratoire de biométrie par MM. Ledent et Wellens.

Au début de la reprise du travail scolaire, il est bon de revenir sur ce sujet qui plus que jamais tient le premier rang dans les préoccupations des parents conscients de leurs devoirs et des médecins appelés à les guider.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

L'ÉRYSIPÈLE ET SON TRAITEMENT MODERNE

Par le Docteur Georges Lory

Ancien interne des Hôpitaux de Paris
Professeur à l'Ecole de médecine de Limoges

L'érysipèle est une maladie infectieuse, contagieuse, déterminée par un microbe pathogène spécial : le streptocoque, et caractérisée par une inflammation aiguë du derme.

La porte d'entrée du streptocoque passe souvent inaperçue. Il suffit, en effet, d'une excoriation minuscule de la muqueuse nasale ou bucco-pharyngée. D'autres fois, c'est à la faveur d'une plaie légère, d'une vésicule d'eczéma ou d'herpès, d'un bouton d'acné, d'un furoncle, que s'introduit le streptocoque.

Mais, à côté des causes déterminantes, il convient d'insister sur les causes prédisposantes. S'il suffisait de l'inoculation de quelques grains de streptocoques dans le derme pour produire un érysipèle, cette maladie serait extrêmement fréquente. Il faut encore que l'organisme soit particulièrement réceptif. Ceci nous explique la fréquence de l'érysipèle chez tous les sujets porteurs d'une tare viscérale, rénale, cardiaque ou hépatique, chez les sujets atteints d'alcoolisme, de misère physiologique, d'auto-intoxication ou plus simplement passagèrement indisposés par le froid, le surmenage et surtout les règles — érysipèle cataménial. Enfin, il est incontestable que certains individus ont une prédisposition particulière pour cette affection.

Prenons comme type de notre description l'érysipèle de la face, qui est celui que l'on observe le plus fréquemment.

On l'a souvent comparé à une fièvre éruptive. Notre maître Louis Ramond l'a comparé, plus justement semble-t-il, à une pneumonie. Il fait observer que l'on constate dans les deux infections les mêmes symptômes généraux et, localement, deux foyers inflammatoires absolument comparables ; le bloc d'hépatisation pulmonaire et la plaque d'érysipèle.

Nous décrirons donc à l'érysipèle trois périodes : de début, d'état et de défervescence.

Le début de l'érysipèle de la face est marqué le plus souvent par des signes généraux très prononcés : courbature, céphalée, frisson unique et violent, comme dans la pneumonie, et élévation brusque de la température à 39° ou 40°.

Cependant, dans un tiers des cas, le premier signe observé serait l'apparition de la plaque érysipélateuse, qui précéderait le frisson et l'élévation de la température (Roger).

Cette plaque débute le plus souvent au niveau de l'angle interne de l'œil, de l'orifice des narines, à la commissure des lèvres, plus rarement au niveau du conduit auditif externe. Puis elle s'étend progressivement.

A la période d'état, la plaque d'érysipèle constitue *le symptôme capital. Elle est d'une couleur* rouge vif ou lie-de-vin, excepté sur le cuir chevelu où elle reste blanche. Elle est souvent recouverte de phlyctènes.

A la palpation, nous constatons un symptôme capital : la plaque donne une sensation de dureté caractéristique. Elle est surélevée, nettement séparée des téguments voisins par un bourrelet. Elle forme donc saillie sur la peau saine environnante et, dans les cas douteux, l'existence du bourrelet aura une grande valeur diagnostique.

Cette plaque est chaude. La température y est plus élevée de un à trois degrés.

Elle est enfin douloureuse et le maximum de la douleur siège au niveau du bourrelet : c'est le signe du maximum centrifuge de Milian.

Cette plaque s'étale en tache d'huile et son extension est très rapide. Souvent, elle envahit la peau des deux yeux — érysipèle en lunette — et en même temps le nez — érysipèle en papillon. Elle peut envahir le front les oreilles, toute la face, à l'exception du menton. Dans ce cas, le visage déformé par l'œdème rappelle, suivant la comparaison classique de Maurice Raynaud, celui d'un magot chinois.

Les phénomènes généraux sont très marqués.

Il est peu de maladies, dit Trousseau, où le mouvement fébrile soit plus prononcé, où les troubles gastriques soient plus considérables.

La fièvre reste élevée le deuxième et le troisième jour, à 39° ou 40° ; elle atteint son fastigium, qui peut aller jusqu'à 41°, le soir du troisième jour. Puis, elle reste en plateau entre 39° et 40° pendant quatre ou cinq jours. Elle baisse quand la plaque cesse de s'étendre. La défervescence peut être brusque ou en lysis.

Telle est l'évolution schématique de la température qui, à la vérité, correspond à de nombreux cas. Mais il faut bien savoir qu'on peut rencontrer les types les plus variés, à tel point que l'on a pu écrire qu'il y avait autant de courbes thermiques que de malades.

Le pouls est en rapport avec la température ; celle-ci, chez les sujets nerveux, s'accompagne de délire.

Les urines, foncées, sont souvent albumineuses. Les troubles digestifs consistent en de l'anorexie, de la constipation, une langue saburrale.

La période d'état de l'érysipèle dure en moyenne de cinq à huit jours.

La période de terminaison est annoncée par la chute de la température qui peut s'accompagner de phénomènes critiques : sueurs profuses, polyurie, ralentissement du pouls.

La plaque s'efface le bourrelet disparaît. L'érysipèle ne laisse pas de cicatrices.

Telle est l'évolution de cette affection, qui guérit dans l'immense majorité des cas. Cependant cette terminaison heureuse peut être modifiée ou contrariée suivant certaines formes cliniques ou certaines complications.

On décrit dans les livres classiques de nombreuses formes cliniques : d'après l'état général et d'après les caractères de la plaque : — érysipèle serpigineux, ambulant, erratique, suppuré, gangréneux.

Ce qu'il faut bien savoir surtout, c'est que l'érysipèle récidive fréquemment : érysipèle redux, à répétition, cataménial.

Quant aux complications générales, elles sont rares, puisqu'on ne les observe que dans 3 % des cas. Aussi, comme le fait justement remarquer Louis Ramond, leur énumération occupe-t-elle, dans toute description complète de l'érysipèle, une place hors de proportion avec leur importance réelle.

Sur les voies digestives, on a signalé la stomatite, l'angine de Ludwig, la gastrite, l'entérite. Sur les voies respiratoires, le coryza, la laryngite, les broncho-pneumonies.

Signalons enfin des streptococcémies pouvant se traduire par des endocardites.

Toutes ces complications sont très exceptionnelles et d'une manière générale, le pronostic de l'érysipèle est bénin.

Il est des cas cependant où il se termine par la mort et il faut bien les connaître.

Chez le nouveau-né, le pronostic est presque fatal. Chez le vieillard, suivant la formule de Widal, pour le diabétique, le rénal, l'hépatique, l'érysipèle est une façon de mourir.

L'érysipèle chirurgical est toujours plus grave que l'érysipèle médical. On en trouve des exemples effrayants dans les cliniques de Trousseau, où un érysipèle de la jambe, consécutif à une plaie par arme à feu, devint l'origine d'une épidémie qui frappa quinze personnes et en tua cinq. De même Dieulafoy dans son traité de pathologie interne, cite les noms de trois étudiants en médecine morts d'érysipèle de la face contracté dans des services de chirurgie, avant la période antiseptique.

Le diagnostic de l'érysipèle est généralement facile. Les manuels classiques signalent un grand nombre de dermites artificielles pouvant prêter à erreur : application d'eau sédative, d'arnica, d'acide phénique, de thapsia, d'huile de croton, de teintures pour colorer la barbe et les cheveux. En réalité, dans tous ces cas, les commémoratifs feront le diagnostic. Il en sera de même en cas d'érythème solaire ou coup de soleil.

Plus difficile sera le diagnostic avec l'eczéma aigu, dit eczéma rubrum. Mais cet eczéma n'a pas de bourrelet, n'est pas fébrile, ni douloureux à la pression.

Il en est de même de l'urticaire dans ses formes géantes et œdémateuses — maladie de Quincke ; elle ne s'accompagne pas de fièvre, n'a pas de bourrelet et est plus ou moins généralisée.

On a signalé la confusion possible avec la dacryocystite, les parotidites, les oreillons, les abcès dentaires.

Plus importants et plus difficiles en pratique nous semblent les diagnostics avec le zona ophtalmique, le furoncle des narines et la pustule maligne.

Le zona ophtalmique possède une rougeur circonscrite de la peau, la tuméfaction est souple, unilatérale, les vésicules siègent sur le trajet du nerf frontal.

Le furoncle des narines peut prêter à confusion avec un érysipèle qui sortirait du nez, mais là encore, il n'y a pas de bourrelet limitant la rougeur.

La pustule maligne est rare. Elle n'apparaît pas au pourtour des orifices, mais au milieu de la joue. La lésion présente au centre une plaque vésiculeuse noirâtre, entourée d'une couronne de vésicules.

En résumé, le diagnostic de l'érysipèle s'établira surtout par les signes locaux et, en particulier par le bourrelet et l'induration de la plaque.

Au point de vue de la *prophylaxie*, il convient d'isoler les érysipélateux et surtout de faire pra-

tiquer une désinfection soigneuse des mains de toutes les personnes qui les soignent.

Le traitement de cette affection a subi des fortunes diverses. Depuis la plus haute antiquité, on a essayé contre elle les médications les plus variées. Mais les résultats n'étaient pas très convaincants, si l'on en croit Trousseau qui écrit : « Quant à moi, lorsqu'un malade affecté d'érysipèle se met entre mes mains, je m'abstiens de « toute espèce de traitement...., je reste spectateur de la lutte de laquelle, je le sais, la « nature sortira victorieuse, si je ne la trouble « pas dans ses opérations ; je me tiens les bras « croisés... ».

Les thérapeutiques modernes — surtout la dernière, — ne permettent plus de penser ni d'agir de la sorte!

On a fait de nombreuses tentatives pour traiter la maladie par le sérum ou par les vaccins ; actuellement, et malgré des cas heureux traités par le sérum qui ont été publiés, la question reste toujours à l'étude.

Le traitement physiothérapique est employé par certains auteurs : rayons infra-rouges, rayons X et surtout rayons ultra-violets qui seraient d'une efficacité plus certaine et d'une application plus facile (Savy).

Les traitements locaux sont multiples : pansements à l'alcool, pulvérisations de vapeur d'eau à l'aide de la marmite de Lucas-Championnière et surtout badigeonnages à la teinture d'iode dédoublée.

Ce dernier procédé, mis au point par Lechelle dans sa thèse, est applicable à la face, à la condition de respecter les parties fragiles comme les paupières. On emploie de la teinture d'iode dédoublée au 1/20e. Il faut appliquer une seule couche de cette teinture sur toute la plaque, sur le bourrelet et même sur la zone environnante de peau saine. Puis on applique un pansement sec. On peut renouveler l'application deux ou trois fois par vingt-quatre heures jusqu'à guérison.

Cependant, tous ces procédés doivent céder le pas aux méthodes modernes. Depuis la découverte de l'action des colorants azoïques sur le streptocoque, il semble bien qu'il faille employe avant tout, et même à l'exclusion de tout autre procédé, la nouvelle méthode (Savy). Elle a été expérimentée largement à *la Clinique des maladies infectieuses* de l'hôpital Claude-Bernard, dans le service du Professeur Lemierre et Meyer-Heine et Pierre Huguenin en ont exposé les résultats (*Presse Médicale*, 18 mars 1936). Ils ont utilisé le chlorhydrate de sulfamido-chrysoïdine par voie buccale, à la dose de deux grammes par jour (quatre prises de deux comprimés de 0 gr. 25 à distance des repas), pendant trois jours, en continuant à doses décroissantes pendant huit jours environ.

Dans l'érysipèle de la face, la température tombe en douze à trente-six heures, et, au bout de quarante-huit heures, avoisine 37°. La plaque cesse de progresser, le bourrelet disparaît, tout cela en vingt-quatre heures. Les signes généraux suivent les signes locaux.

Mais plus impressionnantes encore sont les observations de huit cas d'érysipèle chez le nourrisson. Ces huit cas, dont trois chez des enfants de moins de 3 mois, se sont terminés par la guérison.

Meyer-Heine et Huguenin concluent de la sorte : « Des chutes thermiques régulières en l'es- « pace de 48 heures à partir de l'hospitalisation « du malade ont remplacé les courbes fébriles, « élevées et irrégulières, que l'on notait autre- « fois. On ne voit plus ces visages monstrueux, « aux paupières tuméfiées, aux oreilles énormes « que boursoufflait l'érysipèle. Nous n'avons eu « à déplorer aucun décès parmi les malades trai- « tés, et pourtant dans plusieurs cas il s'agissait « de formes graves ».

Ces conclusions paraissent justifiées si nous nous référons aux cas qui ont été rapportés à la Société médico-chirurgicale du Limousin, en novembre 1935, par le Docteur Labesse : quatre cas d'érysipèle graves qui, tous les quatre, ont guéri rapidement à la suite d'ingestion de rubiazol, et en février 1937 par le Docteur Grézillier : un cas d'érysipèle grave chez un bébé de 8 mois, guéri à la suite d'ingestion de septazine, et à plusieurs autres observations qui n'ont pas été publiées.

Devant tous ces résultats concordants, il semble bien qu'à l'heure actuelle les colorants azoïques soient le remède le plus sûr et le plus efficace que nous possédions contre l'érysipèle.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Le cancer du col de l'utérus prolabé

Par M. J.-P. Tourneux

Chirurgien-chef des Hôpitaux de Toulouse

Alors que le cancer du col de l'utérus se montre avec une fréquence désespérante, et se voit même relativement assez souvent dans le cas de col restant (après hystérectomie), le cancer du col de l'utérus prolabé, complètement passé sous silence dans les traités de gynécologie et de cancérologie, paraît extrêmement rare, comme en témoigne le petit nombre d'observations rapportées. Nous venons d'avoir la bonne fortune d'en rencontrer un cas parmi nos malades, aussi vais-je en profiter pour vous donner quelques détails sur cette complication du prolapsus utérin, qu'il importe de ne pas méconnaître.

Voici tout d'abord, l'histoire de notre malade :

Il s'agit d'une femme âgée de 60 ans, qui nous a été adressée, il y a deux ans environ, pour un prolapsus utérin présentant une ulcération suspecte du col. La malade, qui a été réglée à 12 ans et qui s'est mariée à 20 ans, a eu trois grossesses à terme : la ménopause est survenue à l'âge de 49 ans. Lors du premier accouchement il y a eu une large déchirure périnéale qui a été presque complètement négligée : l'utérus s'est prolabé petit à petit, et actuellement, il pend complètement hors de la vulve, s'accompagnant de cystocèle et de rectocèle.

Il y a six mois environ qu'est apparue une ulcération sur la face antérieure du col : d'abord minuscule, elle a peu à peu augmenté d'étendue et mesure en ce moment près de trois centimètres carrés. Elle saigne au moindre contact et toute sa partie inférieure est nettement indurée. Le prolapsus lui-même est facilement réductible, et on ne trouve pas de retentissement ganglionnaire à l'examen clinique.

Comme cette ulcération me paraissait également de nature très suspecte, j'ai procédé à une biopsie, dont l'examen histologique a levé tous mes doutes, il s'agissait bien d'un épithélioma spino-cellulaire.

Devant ce résultat, et étant donné qu'il n'y avait pas de retentissement ganglionnaire, ni d'infiltration du paramètre comme le prouvait la facilité avec laquelle on réduisait le prolapsus, je me décidai à intervenir chirurgicalement, et quelques jours plus tard, je pratiquai une hystérectomie vaginale avec très large colpectomie. Les suites opératoires ont été normales, et notre malade a pu rentrer chez elle, au bout d'une quinzaine de jours. Elle doit revenir se faire examiner régulièrement, afin de nous tenir au courant de son état.

Si l'on en croit Hogler, il n'y aurait pas eu en 1932, plus de dix-sept cas connus de cancer du col utérin prolabé, en y comprenant les cinq cas qu'il avait pu relever à la clinique de Vienne ; en réalité, le chiffre est un peu plus élevé, et doit atteindre la cinquantaine, car plusieurs mémoires, tant anglais qu'allemands (Pomtow, Kurtz, Andrew) qui contiennent des statistiques importantes, ont été complètement passés sous silence, et, en outre quelques cas nouveaux ont été publiés par Costantini, par Durand-Dastes et par Strauss.

Ainsi qu'il ressort de la lecture des différentes observations, la cancérisation du col utérin prolabé s'observe surtout à partir de la cinquantaine, et particulièrement de 60 à 70 ans : c'est d'ailleurs, la période pendant laquelle l'utérus tend le plus à s'extérioriser complètement. C'est ainsi que sur vingt-sept cas, où a pu être relevé l'âge des malades, il y en avait dix-neuf s'échelonnant entre 52 et 81 ans, avec maximum de 60 à 70 ans. Il semble en outre, et cela d'une façon un peu générale, que la cancérisation n'apparaît que sur des utérus prolabés depuis un certain nombre d'années, et présentant depuis quelque temps des ulcérations.

Mais, je me hâte d'ajouter qu'il n'en est cependant pas toujours ainsi, car la dégénérescence néoplasique peut se manifester à un âge bien moins avancé : Muller a signalé un cas de cancer du col prolabé chez une femme de 31 ans, les malades de Weibel et de Hogler avaient 40 ans, celle de Winchel 45 ans. Dans la plupart de ces derniers cas, le néoplasme était venu compliquer le prolapsus peu après son apparition.

Alors que les prolapsus génitaux sont relativement fréquents, et que l'on est souvent amené à voir, particulièrement chez les gens de la campagne, des utérus complètement extériorisés depuis de longues années, battant entre les cuisses, et présentant dans de nombreux cas des ulcérations plus ou moins étendues, il est presque exceptionnel, pourrait-on dire, de voir évoluer un cancer sur cet organe ainsi expulsé de sa cavité naturelle et soumis journellement à des irritations répétées.

Ce caractère exceptionnel de la dégénéres-

cence du col de l'utérus prolabé, qui contraste d'une manière frappante avec l'extrême fréquence du cancer du col de l'utérus demeuré en position normale, n'a pas été sans préoccuper de nombreux auteurs. Kiwisch et Fritsch se sont intéressés les premiers à cette anomalie, et se sont demandé si l'utérus prolabé ne présentait pas une véritable immunité contre le cancer. Ultérieurement Chavannaz attira également l'attention médicale sur cette question dont l'examen fut repris par Delvaux et par Guthrie.

Delvaux s'est livré à une enquête très minutieuse auprès de nombreux chirurgiens et gynécologues, qui presque tous lui répondirent qu'ils n'avaient jamais eu l'occasion de voir un cancer du col compliquant un prolapsus utérin. Or, comme le fait très justement observer Delvaux, le col de l'utérus prolabé offre toutes les conditions requises pour en faciliter la dégénérescence cancéreuse, non seulement par les érosions qui recouvrent le museau de tanche et ne se cicatrisent que difficilement ou incomplètement, mais encore par les irritations continuelles qui s'exercent sur lui (traumatismes mécaniques, infection chronique). Cependant, malgré toutes ces causes prédisposantes, le col prolabé ne dégénère qu'exceptionnellement en cancer, ce qui est en opposition complète avec toutes les théories actuelles que l'observation clinique a édifiées sur la pathogénie du cancer.

Par suite, il semble bien que le col utérin soit en quelque sorte réfractaire à la dégénérescence maligne et qu'il présente en lui-même une véritable résistance anticancéreuse. Reste à savoir à quoi il convient de l'attribuer, et bien que quelques auteurs se soient efforcés d'élucider ce problème, il faut bien reconnaître que leurs tentatives ne sortent pas du cadre des suppositions.

C'est ainsi qu'Hamant et que Menge pensent que c'est l'existence du prolapsus lui-même qui empêche le cancer de se greffer sur le col, l'extériorisation facilitant l'évacuation des sécrétions vaginales dont l'action chimique ne pourrait plus s'exercer sur le col.

Leriche croit que le régime circulatoire du prolapsus, régime de stase veineuse et de congestion habituelle, n'est pas celui qui correspond aux conditions de développement du cancer, étant donné que les cicatrices dont le grand rôle étiologique a été mis en évidence par A. Lumière sont des tissus très peu vascularisés.

Forgue et Pauchet attribuent une très grande importance à l'âge des malades : le prolapsus total, font-ils observer, ne se voit presque toujours que chez des sujets déjà âgés, qui ont franchi les deux grandes décades de fréquence maxima du cancer du col utérin.

Grégoire et Savariaud estiment que la résistance anticancéreuse du col doit résulter de l'absence complète d'infection au niveau de l'utérus prolabé : on sait, en effet, aujourd'hui, que le cancer du col est toujours précédé par une période plus ou moins étendue de métrite, cervicale ou totale, ce qui explique sa grande rareté chez les vierges et sa présence chez les multipares. Or, contrairement à l'opinion généralement admise, basée sur les plus grandes chances de contamination, l'utérus prolabé n'est que très rarement infecté, par suite des lésions atrophiques qui se sont développées au niveau de sa muqueuse et de ses glandes.

Enfin, pour A. Lumière, il faudrait incriminer les multiples traumatismes mécaniques qui, dans les vieux prolapsus totaux, détruisent mécaniquement les tissus cicatriciels susceptibles de dégénérescence néoplasique : ils constitueraient ainsi un véritable agent de destruction analogue à un caustique chimique, comme la pâte de Canquoin.

Ces diverses hypothèses, il faut l'avouer, ne semblent pas fournir d'explications bien satisfaisantes : il paraît d'ailleurs extrêmement difficile dans l'état actuel de nos connaissances de la pathogénie et de la nature propre du cancer, de pouvoir expliquer cette étrange qualité du col prolabé d'être réfractaire à une dégénérescence maligne. Peut être conviendrait-il de tenir compte des modifications structurales que présente le col utérin. Au bout d'un certain temps d'extériorisation, la muqueuse qui tapisse le museau de tanche change en effet de caractère : elle devient moins souple, plus sèche, sa coloration pâlit, pendant que l'épithélium pavimenteux stratifié tend à se charger de kératine dans ses couches superficielles. Il est permis de supposer que ces modifications cellulaires peuvent dans une certaine mesure opposer une résistance plus ou moins efficace à l'envahissement cancéreux.

Je ne crois pas devoir insister bien longuement sur la symptomatologie qui ne présente d'ailleurs pas grand intérêt : le seul signe est la présence sur la face antérieure du col d'une ulcération plus ou moins étendue, reposant sur une base nettement indurée et saignant au moindre contact. On n'observe jamais de forme bourgeonnante ou végétante, même chez les malades dont l'âge est relativement peu avancé (35 à 45 ans).

Il ne semble pas que le cancer du col prolabé présente les graves complications (métastases ganglionnaires et infiltration des paramètres) que l'on voit ordinairement survenir au cours de l'évolution du cancer du col utérin : elles n'ont été, en effet, signalées qu'à deux reprises, par Durand-Dastes dont l'une des malades présentait une volumineuse adénopathie inguinale droite, et par Hogler qui signale dans le second des cinq cas qu'il a collationnés une infiltration

du ligament large gauche. Toutes les autres observations sont muettes sur des faits de ce genre : la plupart notent d'ailleurs que le prolapsus était facilement réductible, ce qui ne se concilierait guère, il faut l'avouer, avec la prise des ligaments larges.

Il me paraît également inutile de vous entretenir du diagnostic : devant une ulcération tendant sans cesse à s'accroître, qui saigne chaque fois qu'on la touche, et dont la base a perdu toute souplesse pour prendre un caractère cartonné, on ne peut songer qu'à une dégénérescence cancéreuse que devra venir confirmer l'examen histologique.

Au point de vue thérapeutique, le cancer du col utérin prolabé a été surtout traité chirurgicalement.

Tout d'abord, l'exérèse n'a été que partielle, consistant en une simple amputation du col pratiquée plus ou moins haut, et suivie ou non de colpo-périnéorraphie. Cette ablation, réalisée par Weinlechner, en 1862, au moyen de l'écraseur et par Ricolli avec l'anse galvanique, le fut ultérieurement au moyen du bistouri par Schrœder, Muller, Benick, etc. Ce que furent les suites éloignées n'est pas indiqué pour la plupart des opérées, car dans deux cas seulement ceux de Spielberg et de Muller, on mentionne une récidive survenue rapidement au cours de l'année ayant suivi l'intervention : il est à présumer que les autres malades ont dû avoir des suites analogues.

Puis l'amputation du col ayant été jugée insuffisante pour une affection cancéreuse, on en vint à l'ablation totale de l'utérus. L'hystérectomie a été surtout pratiquée par la voie vaginale, qui au premier abord semble la plus indiquée et la plus facile à exécuter : c'est elle qu'ont suivi Kaltenbach, Goodell, Hogler, Kraul, et que j'ai cru devoir également utiliser. Les suites opératoires ont toujours été déclarées favorables par tous les auteurs et il n'a pas été signalé de récidives.

Quant à l'hystérectomie abdominale, elle n'a été effectuée jusqu'ici que chez trois sujets : une fois par Costantini, après un premier temps vaginal, et deux fois par Hogler dont une des malades présentait de l'infiltration du ligament large. Cette intervention, surtout si l'on suit bien méthodiquement la technique indiquée par Wertheim, permet assurément une exérèse beaucoup plus minutieuse: elle est cependant beaucoup plus grave que l'hystérectomie vaginale, aussi est-il permis de se demander, étant donné le peu d'extension du néoplasme dans l'atmosphère péri-utérine, si elle est toujours bien indiquée.

Le traitement par les agents physiques, qui constitue actuellement pour la plupart des chirurgiens le traitement de choix du cancer du col, n'a été appliqué ici que dans un très petit nombre de cas : seuls Hogler, Weibel et Durand-Dastes ont eu recours à la curiethérapie pour certaines de leurs malades, dans les trois autres cas, ce dernier a utilisé l'électro-coagulation. Il est encore à noter que chez les cinq malades dont il rapporte les observations, Hogler a toujours fait suivre l'acte thérapeutique (deux hystérectomies vaginales, deux hystérectomies abdominales, une curiethérapie) de plusieurs séances de radiothérapie profonde, cette conduite a été également suivie une fois par Durand-Dastes.

UN CURIEUX TEST POUR LE DIAGNOSTIC DE LA GROSSESSE

Ces dernières années ont été riches en tests nouveaux pour diagnostiquer la grossesse le plus rapidement possible. Outre les injections de l'urine de la femme enceinte à des lapines, à des souris, on a vu les radiesthésistes entrer en scène avec leur pendule. Maintenant, c'est M. Afanasievsky, de Leningrad, qui nous propose une méthode nouvelle et simple pour nous dire si une femme est enceinte. Ce biologiste a remarqué qu'une solution de bleu de méthylène se décolorait plus facilement et, dans un temps plus court, dans une solution de cheveux masculins que féminins. La cause en est que les cheveux masculins contiennent davantage de soufre que les cheveux de femme.

Or, fait remarquer M. Afanasievsky, la teneur en soufre des cheveux d'une femme enceinte est beaucoup plus élevée que celle des cheveux d'une femme qui ne l'est pas. Pratiquement, on aurait, en effet, constaté que la solution de bleu de méthylène se décolorait dans un temps très court (environ dix à quinze secondes), lorsqu'on la mélange à des cheveux de femme enceinte, tandis qu'il faut au moins une minute et demie à deux minutes si la femme n'est pas enceinte. Il est évidemment difficile de dire jusqu'à quel point il faut attacher une valeur absolue à ce test colorimétrique, mais il est assez simple pour être exécuté couramment et, en tous cas, il a le mérite d'être imprévu et original. Il serait intéressant de le voir exécuter sur une grande échelle afin de se rendre compte de la sûreté de ses réponses.

Dr Pierre LABIGNETTE.

LA CLINIQUE AU GOUT DU JOUR



Aménorrhée primitive et mariage

D'après le Docteur J. SEGUY (1)

On entend par *aménorrhée primitive*, l'absence de toute menstruation au-delà de l'âge normal de la puberté. On admet en pratique qu'une jeune fille qui, à 18 ans n'a jamais eu de règles, est en aménorrhée primitive. Il serait toutefois excessif de ranger sous cette rubrique des pubertés retardées, d'observation assez fréquente, où la menstruation, bien que tardive, s'installe spontanément et dès lors régulièrement.

L'aménorrhée primitive s'accompagne quelquefois de troubles (obésité, nervosité, bouffées de chaleur, douleurs de ventre) ; mais elle est parfois bien tolérée. Elle peut être due :

1° à un utérus insuffisamment développé, et surtout à un mauvais endomètre ;

2° à un trouble dans l'action sur la muqueuse utérine de la folliculine et de la lutéine, dont la production est réglée en dernière analyse par l'hypophyse antérieure.

LA JEUNE FILLE AMÉNORRHÉIQUE PEUT-ELLE SE MARIER, AVOIR DES ENFANTS ?

C'est l'examen gynécologique qui, permettra de répondre à cette première question.

Seule est nécessaire pour autoriser le mariage l'intégrité des voies génitales basses.

Il ne faut pas se contenter d'un examen superficiel montrant un vestibule vulvaire normal; il faut aussi s'assurer qu'il existe un canal vaginal.

Parfois, on trouvera l'extrémité inférieure de ce canal fermée par un hymen imperforé; celui-ci en s'opposant à l'écoulement menstruel normal, explique l'aménorrhée par hématocolpos.

Mais c'est surtout la perméabilité du canal vaginal, sa longueur et sa largeur, qui feront l'objet d'un examen minutieux dans ces cas d'aménorrhée hyménéale. Une sonde en gomme introduite par l'orifice permettra de juger de la profondeur du vagin et de son calibre. S'il persiste un doute, il ne faut pas hésiter à introduire un doigt avec précaution pour explorer avec plus de précision le tractus génital dans son segment inférieur. Cet examen digital est souvent difficile par suite de l'atrésie des parties molles, ; même au risque d'une défloration involontaire, il y a parfois intérêt à le pratiquer plutôt que de donner à tort une autorisation de mariage.

Quant à la possibilité d'avoir des enfants, la réponse du médecin est ici beaucoup plus difficile, et doit être pleine de prudence.

Sans doute, l'aménorrhée primitive ne comporte pas en elle-même un pronostic de stérilité absolue. Même en aménorrhée persistante, on voit des femmes devenir enceintes. Cependant l'aménorrhée primitive fait peser une lourde suspicion d'infécondité sur la jeune fille.

a) Cette suspicion d'infécondité deviendra une certitude si l'examen révèle une anomalie ou une grosse hypoplasie des organes génitaux profonds : utérus, trompe et ovaire.

— Le toucher rectal sera, en général, suffisant pour s'assurer de l'existence d'un utérus; mais il faut avouer que certains utérus nains sont parfois difficilement perceptibles. Aussi lorsqu'il s'agit de porter le grave diagnostic d'absence congénitale d'utérus, il est prudent d'introduire un doigt dans le vagin et au besoin un spéculum de vierge pour bien s'assurer qu'il n'y a ni corps, ni col utérin.

— Le toucher rectal et au besoin, le toucher vaginal, doivent également permettre de vérifier l'existence d'ovaires avec leur sensibilité spéciale normale, et de reconnaître leurs modifications pathologiques (dégénérescence kystique, atrophie, insensibilité).

— Quant aux trompes qui, normalement, ne doivent pas être senties, si on les percevait augmentées ou de consistance rénitente, on devrait penser à la possibilité d'hydrosalpinx bilatéral, cause de stérilité presque absolue.

b) La suspicion d'infécondabilité deviendra également une quasi-certitude, s'il n'existe chez la jeune fille aucune manifestation de cycle cataménial, notion extrêmement importante.

Chez beaucoup de jeunes filles aménorrhéiques on trouve, en effet, des « équivalents » plus ou moins précis de la menstruation, qui traduisent la congestion prémenstruelle : congestion des seins, pertes blanches liquides, douleurs pelviennes, modifications de caractère, insomnies etc.

Ces signes doivent être recherchés et notés avec beaucoup de précision, et on verra au bout de plusieurs mois d'observation qu'ils surviennent à des intervalles régulièrement espacés, traduisant un véritable *cycle cataménial*.

(1) L'aménorrhée primitive. (*Le Bulletin Médical*, 25 septembre 1937).

Dès lors, le pronostic est beaucoup plus favorable et, chez toute jeune fille aménorrhéique sans malformation évidente des organes génitaux qui a un cycle, on peut autoriser le mariage et faire espérer la possibilité de grossesse. Plus le cycle est accusé, plus les chances de maternité paraissent appréciables, et plus la thérapeutique de l'aménorrhée sera efficace. Au contraire, chez une jeune fille qui, même en l'absence de malformation évidente des organes génitaux, n'a aucun cycle cataménial, le pronostic reste très sombre.

Comment traiter l'aménorrhée primitive ?

Dans un certain nombre de cas, l'aménorrhée coexiste avec une malformation évidente des organes génitaux. L'aménorrhée n'est alors qu'un symptôme lié à l'anomalie.

— Cette anomalie peut être facilement curable : exemple, les imperforations de l'hymen avec hématocolpos, dont le diagnostic sera facilement fait, si l'on y pense. Une simple incision de l'hymen mettra fin à cette fausse aménorrhée. Il en est de même de l'imperforation du col amenant l'hématométrie : une simple dilatation fera tout rentrer dans l'ordre.

— D'autres malformations sont difficilement curables, comme l'absence congénitale de vagin, à laquelle une série de procédés chirurgicaux *ont pu essayer de remédier.*

— Certaines malformations enfin sont incurables, comme l'absence d'utérus ou d'ovaire.

— Il est un second groupe de faits dans lesquels l'aménorrhée n'est qu'un symptôme, au milieu d'un syndrome plus complexe : myxœdème, Basedow, virilisme, syndrome adiposo-génital, acromégalie avec ou sans troubles oculaires, nanisme. Tous ces syndromes sont bien individualisés ; ils ont leur thérapeutique propre ; l'apparition des règles, dans ces cas, devra être considérée comme un symptôme d'amélioration ayant une réelle valeur.

Les seuls cas à retenir sont ceux où l'aménorrhée est le symptôme essentiel chez une jeune fille, dont le développement somatique et génital paraît suffisant. On doit penser dans ces conditions à un déséquilibre dans l'action de trois substances tenues actuellement pour essentielles dans le déclenchement de la menstruation : La stimuline hypophysaire antérieure ou gonadostimuline ; La folliculine ou œstrine ; La lutéïne ou hormone du corps jaune.

Or, il est parfois difficile de déterminer cliniquement celle de ces trois substances responsable par son trouble. Essayer au hasard l'une de ces thérapeutiques peut être nuisible, si l'on ne tombe pas d'emblée sur celle qui est en cause. Il serait donc logique de préciser par des dosages la substance hormonale déficitaire. Malheureusement, ces dosages sont très difficiles (certains encore impossibles en pratique, comme celui de la lutéïne), et très coûteux.

Pour simplifier, l'auteur se contente le plus souvent d'un seul dosage, celui de la gonadostimuline dans les urines.

— 10 à 20 unités-souris par litre, font admettre en pratique que l'aménorrhée n'est pas d'origine hypophysaire.

— Plus de 100 unités-souris par litre d'urine, font penser soit à un hyperfonctionnement de l'hypophyse antérieure, soit à une non-utilisation de la gonadostimuline produite normalement, en particulier à sa non-utilisation au niveau de l'ovaire lésé. Dans ces cas, n'employer aucune thérapeutique hypophysaire antérieure ;

— Moins de 5 unités ou des traces indosables, commanderont d'essayer une thérapeutique par extraits hypophysaires antérieurs injectables. Les séries seront faites pendant cinq ou six mois consécutifs, à raison de cinq injections par mois réparties sur une dizaine de jours (par injection de dix à vingt unités de maturation).

Si ce premier dosage semble avoir mis hors de cause l'hypophyse antérieure dans l'étiologie de l'aménorrhée, on doit alors pratiquer le dosage de la folliculine dans le sang et dans les urines.

Deux éventualités sont alors possibles :

1° Les taux trouvés sont tous inférieurs à la moyenne (30 à 40 unités-rat par litre) et, dans ce cas, il faut faire une thérapeutique folliculinique. On emploiera la dihydrofolliculine en série de trois ou quatre ampoules (10.000 à 50.000 unités internationales benzoïques par ampoule), réparties sur huit ou dix jours et cela pendant plusieurs mois. Si un cycle a pu être mis en évidence, c'est la période de congestion spontanée qu'il y a lieu de renforcer par la folliculine.

2° Les taux trouvés sont nettement supérieurs aux taux normaux. L'injection de lutéïne au moment de la congestion physiologique alors en général très intense, qui donnera les meilleurs résultats dans cette aménorrhée polyhormonale ou plus exactement hyperfolliculinique.

G. Fischer

HÉPATISME ET PSYCHIATRIE

La bile noire crée la mélancolie

UNE THÉORIE DES ANCIENS REPRISE PAR NOS CONTEMPORAINS

On ne peut mettre en doute que cette hypothèse ait été envisagée dans l'antiquité, puisqu'elle s'est traduite dans l'étymologie même du terme, qui désigne le comportement en question. Aujourd'hui cependant, la « mélancolie » doit, sous cet angle de l'étiologie hépatique, être considérée comme un terme générique, englobant un certain nombre de troubles psychiques.

Sans remonter au temps d'Hippocrate et de Galien, ni même au Moyen-Age, où les conceptions médicales restaient assez confuses sur les rapports, qui existent entre le fonctionnement hépatique et les affections mentales, c'est au début du XIX[e] siècle que Pinel et Esquirol, ces deux grands rénovateurs de la psychiatrie moderne, considèrent déjà le foie comme provoquant l'hypocondrie par une action réflexe, qui entraînerait elle-même des vices de sécrétion ; la guérison de la mélancolie et des signes psychiques ne serait même possible qu'avec l'expulsion des calculs biliaires. D'autres auteurs relatent les altérations du foie, trouvées à l'autopsie des mélancoliques, ou de certains aliénés, comme aussi la coexistence d'abcès du foie et de mélancolie.

Puis, ce sont les travaux de Gilbert, qui mettent en relief la psychologie si particulière des biliaires. Le Prof. Claude et ses élèves constatent la grande part qui revient au trouble hépatique, sinon dans les états mélancoliques, du moins dans la plupart des syndromes confusionnels. Et l'on revient, en 1929, avec Desplats et Dalsace, aux rapports qui existent entre les «biles noires » et les états mélancoliques ; ainsi se trouve repris le problème qui se posait dans les mêmes termes aux médecins de l'Antiquité.

***

Pareilles considérations imposent le devoir d'explorer la fonction hépatique, chaque fois qu'on se trouve en présence de manifestations anormales du psychisme, mieux encore quand un sujet présente quelques particularités, même légères, dans sa manière de penser, d'agir, de se comporter envers son entourage. La première éventualité mènera le malade à la consultation du psychiatre, en raison de ce qu'il présentera des troubles graves : confusion mentale, délire, shizophrénie, etc... La seconde sera réservée au praticien,

Gilbert, déjà, avait décrit, « l'état d'esprit » du biliaire. Le Professeur Cornil et J. Alliez nous l'ont rappelé tout récemment en ces termes (1) :

« La pensée du biliaire flotte dans des rêves familiers. Son esprit s'oriente volontiers vers les questions professionnelles et de carrière, vers les projets d'avenir. Mais ces visées, souvent excessives, sont suivies rapidement d'accès de découragement. L'amertume et la rancœur cotoient les constructions de l'esprit les plus agréablement fantaisistes.

« C'est cette puissance de l'imagination, qui entretient souvent l'insomnie, et alimente parfois certaines inspirations créatrices. Mais, dès que l'activité doit s'exercer sur le monde extérieur, la prise de conscience des objets est défectueuse. Le matin, le rêve continue après le lever, dans l'anéantissement et l'impression de brisement physique ; les fonctions automatiques sont poursuivies, mais dès qu'un effort de volonté est nécessaire, l'épuisement apparaît.

« Petit à petit, le sujet sort cependant de cet engourdissement, l'incapacité intellectuelle et physique s'atténue ; une impression de suractivité lui permet même de regagner quelque peu du temps perdu. *En somme, il y a une succession de deux états anormaux.*

« Les réactions des biliaires envers leur entourage sont bien connues. Leur susceptibilité est extrême. Ils ne supportent pas la moindre contrariété, sont exigeants, parfois irrascibles. Un rien les énerve et les agace. Leur mécontentement s'exerce à propos du moindre motif. Aucun événement, aucune collaboration affectueuse ne les détourne du canevas attristé, sur lequel ils modèlent leurs gestes, du sombre tableau qui les préoccupe sans cesse. »

La volonté est de son côté impuissante. Les sujets hésitants, incertains, sont plus ou moins abouliques. Cette absence de décision pour les actes inhabituels contraste, au contraire, avec le goût que certains malades conservent pour leur travail. Il semble ainsi que, dans une activité automatique, telle qu'elle existe dans certaines occupations professionnelles, leur faculté de choisir soit limitée et comme ménagée.

Plus spécialement, les sujets atteints d'atonie vésiculaire, présentent plus souvent un état dépressif, en rapport avec la vagotonie, qui est à

(1) Foie et troubles mentaux. (*Nutrition*, Tome VII, nº 2, 1937.)

la base de leur affection organique. Chez eux, s'associent le mauvais moral, l'état de tristesse morbide, où les idées noires obsèdent sans cesse le patient, l'entraînent à fuir la société, déclenchent des pleurs irraisonnés. La crainte anxieuse de l'avenir entraîne l'inaction plus ou moins complète ; les idées hypochondriaques sont fréquentes, l'obsession du cancer est particulièrement pressante.

Quant aux troubles hépatiques, qu'on pourra déceler à la base de ces manifestations anormales du psychisme, les études cliniques et biochimiques les plus modernes n'ont pu que confirmer l'existence de ceux que l'on trouve déjà dans l'étymologie même des termes « mélancolie », « hypocondrie », « atrabilarie ».

L'insuffisance hépatique est fréquemment observée avec tous ses signes habituels. On relève aussi la cholémie, la lithiase biliaire, à la base de la tristesse. Les cholémiques, sont les malades qui présentent le plus souvent des altérations de l'humeur ou du caractère.

On note fréquemment les répercussions des troubles du foie sur le système neuro-végétatif. Car, si la glande hépatique agit en neutralisant les poisons, il faut compter également sur le pouvoir d'absorption de la cellule intoxiquée ; or, l'intensité des échanges cellulaires est réglée certainement par le système neuro-végétatif, par un mécanisme humoral et endocrinien complexe.

Mais c'est le *terrain* qui paraît intervenir au premier plan dans la genèse des troubles psychiques au cours des altérations hépatiques. Cette prédisposition héréditaire est double : à la fois hépatique et nerveuse. Ceci explique pourquoi certains individus, malades du foie, présentent des troubles psychiques plus facilement que d'autres, qui ont des lésions beaucoup plus sérieuses. Une susceptibilité particulière du même ordre se retrouve dans les divers degrés de réaction, vis-à-vis de l'alcool, qu'on observe si banalement pour des sujets différents. Au point de vue nerveux, l'expérience montre que le rôle de l'activité des échanges entre le milieu humoral et le milieu cellulaire varie avec le tonus neuro-végétatif. Elle est grande chez les vago-toniques surtout sensibles aux poisons, faible chez les hypovagotoniques.

Pour remédier aux troubles de la glande hépatique qu'il pourra déceler sous le masque d'altérations, même légères du psychisme, le praticien devra tout d'abord s'efforcer de remédier à l'insuffisance, qui se trouve à l'origine des autres altérations du foie. Il devra améliorer le métabolisme des échanges nutritifs par un régime approprié.

Ce *régime* consistera avant tout à réduire convenablement l'apport des hydrates de carbone, des protéines et des graisses. On sous-alimentera passagèrement les sujets, afin de leur permettre de retrouver leur capacité d'utilisation pour ces composés. Ainsi sera, pour une part, rendue inoffensive, la perversion du métabolisme.

Néanmoins, l'insuffisant hépatique devra, malgré cette réduction, être maintenu dans un état de nutrition suffisante. Peut-être certains patients se plaindront-ils d'une sensation de faim inaccoutumée ; c'est alors que l'on fera surtout intervenir les légumes verts, légumes cuits ou salades crues ; par leur volume, ils apporteront peu d'éléments nutritifs, mais ils conviendront bien pour donner aux sujets l'impression de les rassasier.

En cas d'insuccès, on recommandera une vraie cure de légumes verts. Ce n'est pas là un régime de famine ; il peut être continué de une à trois semaines.

Ainsi, on fera disparaître l'élément défavorable qui, par un excès d'aliments de toutes sortes, avait abouti ou pouvait aboutir à un surmenage de toutes les fonctions organiques, notamment de la fonction hépatique.

Dans le régime doit intervenir l'action des eaux minérales alcalines faibles. Celles-ci agissent sur la congestion du foie, et améliorent la tolérance hydrocarbonée. Leurs doses n'ont pas besoin d'être élevées. « Il n'est pas rare de constater que de très faibles doses d'eau minérale, ne dépassant pas 150 grammes par jour de l'eau la plus douce, amènent une décongestion hépatique, presque inattendue par son importance et sa rapidité. » (Glénard.)

L'eau de Vals, Source la Reine, semble particulièrement indiquée pour cette action ; elle est de minéralisation moyenne, bicarbonatée sodique, carbo-gazeuse, et, par suite, agréable à boire. Les eaux alcalines fortes n'atteindraient pas le même but ; elles équivaudraient sensiblement à l'administration d'une solution de bicarbonate de soude, qui, déjà chez le sujet normal, donne naissance à la formation de corps cétoniques.

Par la Reine de Vals, on peut également espérer obtenir, dans des conditions analogues, une influence tonique sur le système neuro-végétatif, dont on ne conteste plus l'action dans la constitution du terrain héréditaire. Les réactions observées, parfois immédiatement après l'ingestion d'une eau alcaline à la source (poussées congestives, vertiges, sueurs, céphalée passagère), ne sont-elles pas de l'ordre des manifestations endocrino-sympathiques ?

Dr George.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Le diagnostic des grandes entérorragies primitives

A côté des faits où l'entérorragie, survenant au cours d'une affection avérée, est aussitôt rapportée à sa cause, il en est d'autres où l'émission de sang constitue l'accident primitif que rien n'annonçait et que souvent rien n'explique au premier abord. Ultérieurement, parce que la symptomatologie se complète peu à peu ou parce que des données nouvelles sont fournies par les recherches de laboratoire et les explorations radiologiques et endoscopiques, il est possible le plus souvent de préciser l'origine de l'hémorragie. Mais il reste un certain nombre de faits où ni l'évolution ultérieure, ni les divers examens ne permettent de rattacher à une affection déterminée l'entérorragie qui reste un accident isolé et mérite alors le nom de solitaire. Ce sont ces différentes éventualités que le Docteur A. CAÏN envisage dans son étude. Entre cette entérorragie cliniquement primitive et l'entérorragie symptomatique, la différence est faite par les conditions tenant à la maladie causale et les signes qui la traduisent.

L'entérorragie primitive tire sa gravité de sa soudaine é, de son abondance, de sa répétition. Souvent, elle alarme à peine le malade, si elle ne dépasse pas 500 grammes, si elle ne se renouvelle pas et ne s'accompagne pas de troubles concomitants.

Les hémorragies les plus importantes de cette nature sont celles qui traduisent un ulcus duodénal jusque-là latent, et celles que décrit l'auteur sous le nom d'entérorragies solitaires d'origine colique.

Dans la première catégorie le saignement peut se produire comme premier symptôme, alors que tout signe antérieur fait défaut : crises de douleurs tardives, post-prandiales, etc... Le sang rouge est rejeté d'emblée en abondance, mêlé ou non à des caillots, avec souvent des signes d'hémorragie interne. Une particularité provient de ce fait que les émissions sanglantes durent plusieurs jours dans le cas d'ulcère du duodénum et qu'au sang rutilant succèdent des selles mélæniques répétées, pendant une période dont la durée est variable. Lorsque les selles ont repris leur coloration normale, les réactions chimiques montrent habituellement la persistance de l'hémorragie latente. Mais ce n'est qu'ultérieurement qu'on peut recourir au moyen diagnostique de la radiologie, quand l'hémorragie est à coup sûr tarie, si les signes de poussée ulcéreuse font défaut. L'étude du chimisme gastrique après injection d'histamine ne doit pas être omise. L'hyperchlorhydrie est rarement absente dans l'ulcus duodénal.

Quant à l'entérorragie solitaire d'origine colique, elle se rencontre chez des adultes des deux sexes et survient brusquement, en bonne santé, sans cause appréciable, sans qu'on puisse relever un écart de régime. Précédée ou non de douleurs le long du cadre colique, et surtout sur le trajet du côlon gauche, elle succède à un besoin impérieux d'exonération. Une selle liquide est brutalement rejetée et le sujet constate avec effroi qu'elle est constituée par un sang pur, rutilant, parfois mêlé de caillots. Cette notion peut échapper d'abord, surtout si l'accident a lieu la nuit, mais sa répétition, les signes lipothymiques, à plus forte raison la syncope qui est fréquente conduisent à une observation exacte. La syncope est précoce quand l'hémorragie est d'emblée considérable. Celle-ci est parfois unique, d'autres fois se répète durant un temps qui va de quelques *heures à quarante-huit heures au plus. En pareil* cas, chaque nouvelle émission est précédée de ténesme et d'un besoin pressant. La totalité du sang perdu peut être évaluée approximativement entre 500 grammes et un litre et demi (peut-être davantage). Ce qui est caractéristique, c'est que la fin de l'émission de sang rouge marque la fin de l'accident, tout au plus quelques caillots retenus dans l'ampoule peuvent être rejetés ultérieurement, mais, en règle, *la première selle qui suit* l'hémorragie est une selle normale ; il n'y a jamais de mélæna, même si quelques jours de constipation succèdent à l'hémorragie. Enfin, le rétablissement de l'état général surprend par sa rapidité, même dans les cas où l'importance de la spoliation sanguine a nécessité une transfusion d'urgence. Les fonctions intestinales se rétablissent normalement. L'hémorragie n'a été le signe avant-coureur d'aucun processus morbide, elle mérite vraiment le nom de solitaire. Ajoutons qu'elle n'est pas récidivante. Le saignement peut avoir été accompagné d'une douleur vive dans la fosse iliaque gauche ; le toucher rectal fait parfois sentir le sigmoïde contracté et douloureux. Enfin, la recto-sigmoïdoscopie montre que le sigmoïde est spasmé, hyperémié et que la muqueuse saigne en nappe. L'examen radio-

logique, effectué plus tard, est une source importante de renseignements.

Pour retenir l'origine colique de l'accident, il faut éliminer les affections d'origine splénique (purpura aigu hémorragique, leucémie aiguë) ainsi que les tumeurs du côlon, du rectum et la tuberculose intestinale. (*Le Progrès Médical*, 26 juin 1937.)

Traitement des abcès du poumon par les ondes courtes

Quelle que soit la forme de l'abcès (simple ou putride), les Docteurs S. Portret et B. Boudaghian estiment que la thérapeutique par les ondes courtes doit être essayée avant d'envisager l'intervention chirurgicale.

Le traitement doit être commencé le plus tôt possible et avant la dixième semaine de la suppuration pulmonaire : pratiqué à temps, la guérison est souvent assurée et permet ainsi d'éviter la mutilation chirurgicale. Dans les formes chroniques, une série de quinze séances environ rend un service précieux. Le malade retrouve ses forces, les lésions pulmonaires régressent dans leur étendue : l'opération est facilitée de ce fait. (*La Médecine, juin 1937.*)

Le hoquet post-opératoire incoercible, étiologie, *traitement*

Le Docteur Gérard de Muylder démontre que dans la thérapeutique post-opératoire, il faut sévèrement combattre l'étiquette de « hoquet hystérique » erronée dans ses bases cliniques et responsable de coupables abstentions thérapeutiques. En présence d'un hoquet incoercible post-opératoire, après un examen complet de l'opéré et en l'absence de toute complication péritonéale, le chirurgien, après échec du traitement symptomatique, doit penser immédiatement à un pincement épiploïque probable et faire d'urgence la résection de cette bride. (*Le Scalpel*, 3 juillet 1937.)

La thérapeutique des maladies par excès de cholestérol

Voici quelques-unes des conclusions de l'important travail présenté par MM. L. Tixier, S. de Sèze et M. Eck.

Les agents dont dispose le médecin au cours de la thérapeutique de la surcharge cholestérinique sont multiples. Un grand nombre de médications trouvent leur place dans la cure de ces maladies toujours longues, récidivantes, dans lesquelles il faut savoir varier ses moyens. Même au cours des améliorations les plus marquées, les plus solides en apparence, la tendance précipitante subsiste et réapparaît dès que faiblissent la vigilance du malade et de son médecin. Il faut savoir chez un même sujet, jouer de toutes les ressources de la thérapeutique décholestérinisante, employer successivement les traitements endocriniens, végétaux et chimiques.

Le cynara, la chlorophylle, les extraits hépatiques s'adresseront à la majorité des cas où l'on se propose de lutter contre l'artério-sclérose et l'athérome ; le cynara est particulièrement indiqué chez les malades porteurs d'un gros foie avec subictère et urobilinurie accentuée. L'insuline est le médicament de choix au cours des surcharges cholestériniques des états hyperglycémiques. Le dinitrophénol sera utilisé dans l'hypercholestérinémie des obèses, alors qu'on l'éliminera systématiquement chez les polyscléreux amaigris avec émonctoires déficients. La thyroxine est contre-indiquée chez les anxieux tachycardiques, hypersympathicotoniques. Chez les malades qui en sont justiciables, on ne saurait en rapprocher ou en trop prolonger les cures sans inconvénient ; on aura recours, de temps en temps, à des traitements inoffensifs bien qu'actifs comme le cynara ou la chlorophylle.

Les thérapeutiques vaso-dilatatrices, diurétiques et tonicardiaques, les agents physiques constitueront de précieux auxiliaires des thérapeutiques précédentes. Les cures hydro-minérales devront être souvent conseillées. La période de la cure thermale sera un repos pour les organismes qu'on aura été obligé, pendant tout le reste de l'année, de saturer de médicaments de toutes sortes. (*Revue de médecine*, avril 1937.)

Cancer et tuberculose pulmonaire associés

Le Professeur Emile Sergent, les Docteurs M. Racine et M. Fourestier, ne prennent parti ni pour ceux qui admettent l'antagonisme entre le cancer et la tuberculose du poumon, ni pour ceux qui déclarent que la tuberculose prépare le développement du cancer dans cet organe, et que la coexistence des deux lésions n'est pas rare. Ils croient que, si le cancer du poumon peut se greffer sur une tuberculose pulmonaire ulcéro-caséeuse plus ou moins évolutive, cette éventualité reste néanmoins l'exception. L'association du cancer et de la tuberculose pulmonaire est liée, soit à la réactivation d'une tuberculose latente par le fléchissement de l'état général, dû à la cachexie cancéreuse, soit à l'effondrement local de vieux foyers tuberculeux et à la mise en liberté des bacilles emmurés vivants dans ces foyers en sommeil. (*La Presse Médicale*, 2 octobre 1937.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Dérivés organiques du soufre

(MM. E. FOURNEAU, F. NITTI, D. BOVET, TRÉFOUEL et Mme TRÉFOUEL ; 5-10-1937)

Les recherches des auteurs leur ont permis de mettre en évidence l'action de toute une série de dérivés organiques du soufre vis-à-vis d'infections microbiennes variées, à streptocoques, à pneumocoques, à méningocoques, à gonocoques, à colibacilles, à germes anaérobies, etc.

Il est possible d'établir un certain classement parmi les différentes substances actives en question. A côté du *p*-aminophénylsulfamide (1.162 F.) caractérisé par la simplicité de sa constitution chimique qui en fait un corps facilement absorbable, et susceptible de diffuser rapidement dans les humeurs de l'organisme et en particulier dans le liquide céphalo-rachidien, il existe une série de dérivés du soufre, à propriétés bactéricides, dont les uns sont actifs à des doses beaucoup plus faibles que l'aminophénylsulfamide , et dont les autres sont moins toxiques encore. Parmi ces derniers , l'état actuel des recherches permet de conclure que ce sont les dérivés de la diaminodiphénylsulfone substitués sur l'amine, du type de la diacétylaminodiphénylsulfone (1.399 F.) qui possèdent les coefficients chimiothérapeutiques les plus élevées (plus de 1 /4.000).

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Apicolyse par ballonnet de caoutchouc

(MM. Pierre BOURGEOIS et Mario LEBEL. — Rapport de M. R. MONOD ; 30-6-1937)

MM. Pierre Bourgeois et Mario Lebel adressent une note résumant leur expérience de l'emploi des ballonnets de caoutchouc comme agent de collapsothérapie dans les cavernes pulmonaires. Leurs essais ont été poursuivis à l'hôpital-sanatorium de Brévannes.

Recherchant, par l'emploi des ballonnets gonflés d'air, à éviter la ré-expansion précoce du parenchyme pulmonaire, les auteurs ont pleinement réussi sur ce point. Toutefois, la méthode ne représente pas à leurs yeux l'idéal car il se produit autour du ballonnet une réaction aseptique avec épanchement saumoné et la « cheminée » par laquelle on retire le ballon constitue une voie d'échappement pour les gaz qui n'est pas toujours négligeable.

Un cas de gastrectomie totale

(M. Paul BANZET ; 30-6-1937)

M. Paul Banzet a pratiqué, en septembre 1936, une gastrectomie totale chez un malade atteint de cancer juxta-cardiaque de l'estomac. L'œsophage, sectionné à un centimètre au-dessus du cardia, est suturé au jéjunum (anastomose œsophago-jéjunale). Suites opératoires simples. Dès le soir de l'intervention, on fait boire le malade par cuillerées à café. Suites éloignées satisfaisantes. Depuis son opération, le patient n'a pas eu un seul vomissement, il s'alimente volontiers et ne présente aucun trouble apparent. Actuellement (juin 1937), il est en excellent état, il a engraissé, il a bonne mine et ne se plaint de rien. Appétit bon, le malade mangeant, en particulier de grosses quantités de viande.

Dans le *Journal de chirurgie*, Decuing, Soula et Fraenkel ont publié un important mémoire sur la question de la gastrectomie totale. Ces auteurs ont réuni 132 cas de gastrectomies vraiment totales. Ils signalent les particularités opératoires de l'intervention, sa mortalité (42 %). Ils discutent longuement *l'alimentation post-opératoire des malades.* M. Banzet croit que des règles générales sont impossibles à établir à ce sujet. Lui-même n'a pas hésité à faire boire son opéré dès le soir de l'opération.

Ducuing et Soula souhaitent de voir se généraliser la gastrectomie totale, jusqu'à en faire l'opération de choix dans tout cancer gastrique, quel qu'en soit le siège.

Garrot métallique stérilisable

(M. G. LARDENNOIS ; 16-6-1937)

M. Lardennois présente un garrot métallique stérilisable, facilement réglable dans sa puissance de striction et aisément amovible.

Je ne viens pas, dit-il, plaider pour l'emploi du garrot. Nous connaissons ses méfaits. Le garrot est dangereux, soit qu'on l'utilise comme moyen temporaire d'hémostase d'urgence, soit qu'on s'en serve pour opérer à sec. Son emploi n'est défendable que dans des cas exceptionnels. Il n'est pas de bon garrot. Mais il est des garrots moins mauvais que d'autres. Celui présenté — de MM. Boitel et Comby — a le mérite d'être léger, commode et métallique (stérilisable), réglable à volonté, facile à enlever.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

Les monoplégies longtemps isolées au cours des tumeurs intracraniennes

(MM. RISER, BECQ et GÉRAUD ; 14-5-1937)

Les auteurs désirent attirer l'attention sur des monoplégies très limitées, très longtemps isolées, sans le moindre symptôme ou signe objectif concomitant, causées cependant par des néoplasies souvent volumineuses, et particulièrement traitables à cette période, mais susceptibles d'entraîner de très grosses erreurs de diagnostic ou tout au moins des retards d'identification tout à fait préjudiciables. Tous les cas observés ont une allure générale commune, caractérisée par la monoplégie, longtemps isolée ; mais, suivant son aspect plus ou moins nettement central, spasmodique ou flasque, les difficultés du diagnostic sont variables.

Le premier groupe d'observations est de beaucoup le plus intéressant : il s'agit de sujets qui présenteront pendant un temps variable, — souvent plusieurs années — une monoplégie parétique flasque, sans exagération des réflexes, sans signe de Babinski, ni équivalents. Il y a une parésie lentement progressive, pouvant aboutir à la paralysie presque complète, et surtout dans le domaine des extenseurs ; les *orteils sont peu mobiles, ou complètement inertes.* Dans tous les cas, le refroidissement du membre est signalé. Au bout de plusieurs mois et plus encore de plusieurs années, l'atrophie appréciable du membre est habituelle, globale, pas très intense, atrophie d'immobilisation surtout, et non élective, sans modifications importantes des réactions électriques. Ces derniers caractères, l'absence de douleurs à l'élongation, à la pression des troncs nerveux, éliminent facilement une névrite et permettront de rapporter la paralysie à une cause centrale. Toujours le signe de la jambe (Barré) a été positif et a nettement montré un déficit pyramidal.

Très souvent, la monoplégie d'abord flasque, devient spasmodique : son origine centrale est signée, au bout de quelques mois, par l'apparition d'un clonus, du signe de Babinski.

Enfin, le troisième groupe de cas est constitué par des monoplégies supérieures ou inférieures, d'emblée spastiques et parétiques, déficitaire au point de vue de la force musculaire, avec contracture de type pyramidal et hyperréflectivité, signe de Babinski. L'évolution se fait lentement, en plusieurs années, dans deux des cas visés, vers une hémiplégie ; l'hypertension cranienne est tardive, peu accentuée.

Un certain nombre de points méritent d'être soulignés.

a) On ne saurait trop répandre la notion de la latence quasi complète de volumineuses tumeurs cérébrales, même lorsqu'elles sont situées au contact de centres importants sensibles, bien spécialisés et non homologues ; une seule condition à cela : le développement très lent et progressif de la néoplasie. L'absence de modifications ophtalmologiques, d'hypertension cranienne, ne constituent pas des arguments de valeur, pour rejeter absolument le diagnostic de grosses tumeurs cérébrales.

b) Ces monoplégies, longtemps isolées, sont fréquemment réalisées par les méningiomes ; le plus souvent elles ont le caractère des lésions centrales, à la fois spasmodiques et parétiques. Cependant l'absence d'atrophie élective, de modifications importantes de l'excitabilité, la manœuvre de Barré, permettront l'identification, même quand les réflexes sont diminués.

c) Dans les cas douteux, la ventriculographie rendra des services très importants, en montrant d'une manière précoce la déformation ventriculaire caractéristique des tumeurs. A cette période, où il n'y a pas d'hypertension cranienne, où il ne saurait être question d'un syndrome de la fosse postérieure, elle peut être pratiquée par pneumorachie, ce qui facilite évidemment beaucoup la pratique courante de cette exploration.

Etranglement d'une hernie diaphragmatique *gastro-colique traumatique*

(MM. E. LESNÉ, E. DESMAREST, M. DUVOIR et H. DESOILLE ; 7-5-1937)

Les hernies gastriques transdiaphragmatiques sont bien connues ; les hernies gastro-coliques sont déjà plus rares ; l'étranglement de semblables hernies constitue une éventualité assez exceptionnelle pour mériter d'être rapportée, surtout lorsqu'il s'accompagne de sphacèle de l'œsophage avec liquide gastrique dans la cavité pleurale droite. L'autopsie permit d'attribuer avec certitude le décès à l'étranglement d'une volumineuse hernie gastro-colique transdiaphragmatique, avec issue du liquide gastrique dans la cavité pleurale droite par nécrose œsophagienne et médiastinale postérieure. L'issue de liquide gastrique dans une cavité pleurale au cours d'un étranglement diaphragmatique de l'estomac est un fait dont on n'a trouvé aucun autre exemple dans la littérature médicale.

L'origine traumatique (accident d'automobile plus d'un an auparavant) me semble pas faire de doute en raison du seul aspect des lésions constatées à l'autopsie : siège de la fissure du diaphragme en regard d'une fracture de côte, et surtout pourtour cicatriciel de l'hiatus.

Peut-être l'examen radiologique eût-il pu servir au diagnostic, s'il avait été pratiqué en position déclive, tête basse. En tout cas il faut insister sur la valeur des signes constatés cliniquement et qui, dans cette hernie gastro-colique, étaient à la fois gastriques (tintement métallique lors de l'ingestion de liquide) et intestinaux (syndrome de König décelable dans l'hypocondre gauche).

G. F.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 9 juillet 1937

Raccourcissement congénital de l'œsophage avec sténose et estomac sus-diaphragmatique

M. A. SOULAS estime que la hernie diaphragmatique avec raccourcissement de l'œsophage et, le plus souvent sténose, est une malformation congénitale qui n'est pas très rare, mais probablement souvent méconnue du moins au début. Le tableau clinique est cependant tout à fait caractéristique : régurgitations particulièrement démonstratives si elles surviennent au moment où on passe de l'alimentation liquide à l'alimentation solide, pâteuse ou normale. Les aspects radiographiques après ingestion de bouillie opaque affirment le diagnostic : œsophage raccourci, collet sténosé, portion gastrique dans le thorax. Le pronostic dépend surtout de la gravité de l'œsophagite ulcéreuse qui siège au niveau de la sténose ; c'est contre celle-ci qu'on devra surtout lutter par un traitement endoscopique institué précocement.

Artériographie pulmonaire

M. V. HINAULT, après avoir exposé la technique de l'artériographie pulmonaire, présente les clichés des résultats de cette méthode qui, en permettant la visibilité des vaisseaux pulmonaires et quelquefois même l'opacification des cavités cardiaques droites chez le vivant, rend possible la lecture des régions hilaires, permet d'étudier la circulation du poumon normal et du poumon pathol gique. L'auteur a pu, par ce procédé, trouver des dilatations de l'artère pulmonaire passées inaperçues et contrôler le ralentissement de la circulation et même la destruction vasculaire dans des cas de tuberculose, de cancer, ou de suppurations pulmonaires.

Ce procédé qui consiste à introduire une sonde dans l'oreillette droite en partant du pli du coude peut paraître audacieux. Il est relativement simple et absolument sans danger.

Quelques cas de fragilité osseuse congénitale

M. C. RŒDERER montre que la fragilité osseuse congénitale se montre sous deux aspects : l'ossification imparfaite qui donne lieu à des fractures pré- ou post-natales : l'ostéopsathyrose où ces fractures à répétition se produisent après la naissance. L'auteur montre des clichés de trois cas du premier groupe (dysplasie périostale de Porak et Durante), en faisant observer qu'ils révèlent peut-être, à côté d'une faute du développement du tissu osseux sous-périosté, des défauts de l'ossification enchondrale. Les deux observations de maladie de Lobstein se rapportent à des enfants âgés actuellement de 8 ans (4 fractures) et 2 ans (17 fractures) qui ont un Bordet-Wassermann, le crâne, les sclérotiques, les tympans normaux, des calcémies et des phosphatémies normales et ne relèvent d'aucune hérédité du même ordre.

Les déformations de l'image de soi chez les amputés

M. LHERMITTE (de Paris) et SUSIC (de Zagreb) rappellent que du temps de Charcot, on croyait que la sensation d'un membre amputé, ou membre-fantôme, était due à l'excitation du névrome terminal du moignon. Or, les recherches plus récentes de Schilder, H. Head, Riddach, Van Bogaert, Lhermitte et Tekehrazi, ont montré que cette théorie était contredite par les faits. Ayant étudié vingt-huit amputés, les auteurs concluent que le membre fantôme trouve son origine dans un état psychologique spécial en rapport avec les modifications et la permanence relative de l'image du moi corporel. Malgré la mutilation, l'image psychologique de la personnalité corporelle subsiste et c'est cette image, réveillée par des excitations diverses, qui entretient l'illusion du membre enlevé.

Examen complet d'une malade avant et après l'absorption de doses d'ouabaïne fortes et très prolongées (avec projections)

M. A. PRUCHE projette la double observation d'une malade, non hyposystolique, avant et après l'absorption ininterrompue, par erreur, pendant un moi s et demi, de vingt gouttes par jour de la solution d'ouabaïne à quatre pour mille, soit près de deux milligrammes d'ouabaïne chaque jour. Le cliché met en évidence d'importantes modifications surtout d'ordre cardiodynamométrique et *électrocardiographique.*

Trois cents urographies descendantes chez le nourrisson et chez l'enfant

M. J.-E. MARCEL présente les plus caractéristiques de ces urographies pratiquées à la consultation d'urologie de l'hôpital Trousseau, presque toujours par voie endoveineuse et sans aucun accident ; elles ont permis, le plus souvent, d'éviter une exploration instrumentale, toujours difficile chez l'enfant et chez le nourrisson. Elles ont révélé en particulier un nombre extraordinaire de malformations urinaires (hydronéphroses, dilatations, bifidités, duplicités, etc., etc.) au cours des pyuries rebelles à colibacilles et surtout dans les énurésies résistantes, sans qu'il soit possible, à l'heure actuelle, de leur imputer dans ce dernier cas le symptômes d'incontinence. l'U. I.V. est l'exploration urologique, simple, rapide, inoffensive et concluante — lorsque la technique est impeccable — à laquelle doit être soumis tout d'abord un enfant soupçonné d'affection urinaire.

La température intra-pulmonaire chez les tuberculeux opérés de thoracoplastie

M. P. REYNIER montre que la thoracoplastie est une intervention chirurgicale qui exige la collabora-

tion constante du médecin. Un chirurgien averti n'opère que des malades considérés comme stabilisés. Et cependant, les réactions de foyers post-opératoires (qui interviennent souvent au deuxième temps de la thoracoplastie) se manifestent chez des malades que l'on considérait comme devant supporter sans incident les diverses phases de l'intervention. Pourquoi ? Parce que les moyens d'investigation actuels sont impuissants à déceler un point profond d'activité pulmonaire.

Est-ce qu'une température rectale normale représente la température intime du poumon ? Et ne pourrait-on pas, comme l'ont fait sur d'autres organes d'éminents physiologistes, considérer les réactions thermiques des foyers tuberculeux ?

Cette idée a présidé à la construction d'un appareil très simple basé sur la thermo-électricité. Alors que la température pleurale est inférieure à la température générale (expériences espagnoles) la température d'un poumon tuberculeux est supérieure d'ordinaire à celle donnée par le thermomètre introduit dans le rectum.

Il ne faut opérer dans ces conditions que des malades à basse température pulmonaire et on évitera peut-être les réactions post-opératoires, qui n'étaient pourtant pas à redouter, par l'examen des autres signes actuellement observés.

Présentation de films en couleurs

M. R. Massart présente deux intéressants films en couleurs, l'un d'une greffe osseuse au niveau de la colonne dorso-lombaire au moyen d'un greffon prélevé dans la région tibiale, l'autre d'une intervention pour pied plat d'origine paralytique.

Société de médecine militaire française

Séance du 12 *juillet* 1937

Réflexions sur le sang des radiologistes

M. Dutrey. — A la suite de l'emploi de la radioscopie systématique, on constate chez les opérateurs des modifications sanguines. Les globules rouges sont peu altérés (diminution, puis augmentation de la résistance globulaire). Il existe un chiffre limite spécial pour chacun (autour de 4.000.000). Du côté de la série blanche, on ne voit la leucopénie que dès le début, avec une polynucléose neutrophile et surtout éosinophile. La leucocytose durable est rare et M. Dutrey conseille, à partir de 15 à 20.000, d'éloigner le radiologiste du rayonnement jusqu'au retour à la formule base. Leucocytose symptôme, éosinophilie, monocytose sont un test de bonne santé. Suivent des conclusions pratiques.

Agranulocytoses et monocytoses associées ; Syndromes mortels

M. Julliard expose une observation d'angine nécrotique mortelle dont l'évolution fut marquée par les fluctuations hématologiques suivantes : dans une première phase neutropénie et monoblastose puis, dans les heures précédant la mort, effondrement subit du taux des neutrophiles qui tombe presque à zéro et de celui des éléments monocytaires qui passe de 27.000 par mm. cube à 400. Les examens anatomo-pathologiques soulignent au niveau des centres leucogènes une activité embryonnaire réticulo-endothéliale conservée contrastant avec la pauvreté monocytaire sanguine comme si un facteur mystérieux annihilait l'extériorisation monocytaire. L'auteur signale que ces particularités sont fréquentes au cours des syndromes agranulocytaires où l'on observe un stade de flambée monoblastique (d'ordre supplétif ou défensif), que l'agonie monocytaire précède de peu l'agonie du malade. Ces considérations impliquent la prudence en ce qui concerne les médications susceptibles d'augmenter le blocage réticulo-endothélial.

Urticaire consécutive à une vaccination triple

MM. L. Ferrabouc, J. Paraire et J. Pellerat rapportent l'observation d'un sujet qui, après la deuxième injection de vaccin antitypho-paratyphique, antidiphtérique, antitétanique, fut atteint d'urticaire. Les auteurs soulignent la rareté du fait ; ils tentent d'expliquer cette rareté et l'éclosion des accidents colloïdoclasiques chez leur malade.

Radio-diagnostic et occlusion intestinale

MM. Jacob, Lieux et Evrard rapportent l'observation d'un malade opéré antérieurement d'une appendicite chronique avec adhérence de la région iléo-cæcale. Hospitalisé à nouveau pour oreillons, ce malade fait une occlusion intestinale aiguë avec symptomatologie discrète pour laquelle on a recours à un examen radiologique d'urgence. Une radiographie de l'abdomen en verticale montre une pneumatisation généralisée discontinue avec quelques images hydro-aériques à niveau horizontal. A l'intervention, on constate l'occlusion d'une anse iléale par bride adhérentielle ; rupture de bride, restauration du transit et de la circulation, fermeture immédiate, guérison. Cette observation montre l'intérêt de l'examen radiographique sans préparation des « abdomens aigus » et l'importance de la constatation des niveaux horizontaux, dans de tels cas, pour le diagnostic précoce de l'occlusion initiale aiguë, permettant ainsi une intervention rapide dans les conditions les meilleures.

A propos du traitement des entorses par la méthode de Leriche

M. Pasquié rapporte quelques cas d'entorses traitées au régiment de sapeurs-pompiers par la méthode de Leriche. Il a voulu montrer les bons résultats que donne la novocaïnisation chez des sujets désireux de guérir. Il relate six observations de bles-

sés où pour entorse l'indisponibilité n'a pas dépassé trois à quatre jours, et ajoute un cas d'infiltration pour séquelles douloureuses de fracture du scaphoïde, et un cas pour raideur du genou après méniscectomie. Il explique les bons résultats qu'il a obtenus surtout par des raisons d'ordre matériel spéciales au corps de sapeurs-pompiers.

Marseille

Société de dermato-vénéréologie

Conservation du sang en vue de la réaction de Bordet-Wassermann

Par le Docteur L. Boyer

L'auteur expose les recherches qu'il a faites avec Mlle Gastinel pour trouver une substance capable d'empêcher les altérations microbiennes du sang prélevé en vue de la réaction de Bordet-Wassermann, en particulier lorsque les échantillons sont adressés à des laboratoires éloignés et pendant la saison chaude.

Les corps chimiques susceptibles d'être employés comme agents de conservation du sang destiné à la réaction de Bordet-Wassermann doivent remplir les conditions suivantes : 1° conserver le sang aseptique ; 2° permettre la coagulation normale du sang ; 3° ne pas provoquer l'hémolyse ; 4° conserver le plus possible au sérum sa couleur et sa limpidité ; 5° ne détruire ni affaiblir aucun des éléments mis en œuvre dans la réaction ; 6° ne posséder aucune influence sur le sens de la réaction de Bordet-Wassermann.

L. Boyer passe en revue de nombreuses substances : acides ou bases, sels de métaux alcalins, de métaux lourds, iode, hypochlorites, chloramines, permanganates, eau oxygénée, alcools acycliques, éthers, hydrocarbures, aldéhydes, phénols, essences végétales, matières colorantes. Tous ces composés offrent des inconvénients obligeant à les éliminer : soit qu'ils provoquent la floculation des sérums ou l'hémolyse, qu'ils troublent les phénomènes physico-chimiques de l'absorption de l'alexine, ou modifient les résultats de la réaction.

Finalement, l'auteur s'est arrêté à l'emploi du sulfate neutre d'ortho-oxyquinoléine, connu dans le commerce sous le nom de sunoxol.

M. Nicolle avait déjà préconisé l'emploi des sels d'oxyquinoléine pour la conservation aseptique des sérums thérapeutiques.

De plus, l'action antimicrobienne du sunoxol est notablement plus grande en milieu sérique que dans les milieux dépourvus d'albumine.

L. Boyer formule ainsi les constatations faites au sujet de l'emploi du sunoxol pour la conservation du sang :

« La présence du sunoxol ne modifie en rien la coagulation sanguine, ni les caractères apparents du sérum.

Les hématies ne subissent aucun dommage dans l'eau physiologique sunoxolée à 1/10.000 et au delà ; la présence de sérum sanguin permet d'atteindre la concentration de 1/1.000 sans noter la moindre hémolyse.

Ce corps favorise la conservation du complément, et ne change en rien les réactions hémolytiques.

Il n'exerce aucune influence sur les suspensions lipoïdiques utilisées comme antigènes et sur leur comportement dans la réaction.

Les réactions au sérum inactivé ou au sérum non chauffé, pratiquées avec des sérums provenant de sangs additionnés au moment de la saignée de 1/5.000, 1/10.000 ou 1/20.000 de sunoxol ont donné des résultats d'une rigoureuse concordance avec les mêmes sérums non sunoxolés.

La présence de 1/5.000 et même 1/10.000 de sunoxol s'oppose à l'altération bactérienne du sang conservé pendant plusieurs jours à une température assez élevée. »

L'auteur, en résumé, préconise l'emploi du sunoxo pour la conservation du sang destiné aux épreuves sérologiques.

Pour obtenir une concentration au 1/10.000 on versera préalablement dans le tube qui va recevoir les 10 c. c. de sang 0 c. c. 10, soit deux gouttes normales d'une solution de sunoxol à 1 % dans l'eau physiologique.

L. Boyer ajoute, toutefois, que le pouvoir bactéricide des doses préconisées n'est pas absolu, certains germes hyper-résistants pouvant échapper à l'action de l'antiseptique. Il convient donc, malgré l'addition de sunoxol, de pratiquer les prises de sang en se conformant autant que possible aux règles de l'asepsie.

Toulouse

Société de médecine

Tuberculose ganglionnaire atypique

M. J. Fabre rapporte l'observation de deux malades chez lesquels fut d'abord porté le diagnostic de lymphogranulomatose maligne. Dans les deux cas, il était apparu insidieusement une adénopathie juxta-carotidienne droite, sans atteinte de l'état général. L'examen radioscopique avait montré dans les deux cas des opacités médiastinales interprétées comme adénopathies. La température était irrégulière avec fébricule vespérale très légère. Dans un des cas, l'éosinophilie sanguine était de 5 %. Dans les deux cas manquaient splénomégalie et prurit. La cuti-réaction à la tuberculine était fortement positive.

L'examen histologique a montré dans un cas des images d'adénopathie bacillaire typique : dans l'autre, la juxtaposition de lésions tuberculeuses avec follicules de Koster et réticulo-endothéliose avec polynucléaires éosinophiles, hyperplasie et transformation de la réticuline, hyperplasie des cellules endothéliales donnant naissance à des cellules épithélioïdes et à des macrophages.

Lille

Société médicale et anatomo-clinique

Un cas d'exostoses ostéogéniques multiples et symétriques. Présentation du malade et de radiographies

MM. Billiet et Brocard. — Jeune garçon de 7 ans, venu consulter pour tuméfaction au niveau de l'extrémité supérieure de l'avant-bras. Une radiographie montre qu'il s'agit d'une exostose ostéogénique ; un examen détaillé en fait découvrir d'autres, assez volumineuses, implantées symétriquement en divers points du squelette.

Sans insister sur la pathogénie, encore mal établie, de cette curieuse affection, les auteurs soulignent les deux points suivants :

1° A l'examen radiographique, les exostoses apparaissent plus petites qu'à l'examen clinique ; elles ne sont donc pas uniquement constituées par du tissu osseux ;

2° Ces exostoses, qui siègent toujours au niveau des cartilages de conjugaison, donc à proximité des surfaces articulaires, favorisent les luxations irréductibles.

Cancer bas-situé de l'ampoule rectale, avec énorme adénopathie : extirpation périnéale élargie. Présentation de pièce

M. Vincent. — Femme de 42 ans, ayant des hémorragies anales, qui font découvrir un cancer du rectum. On fait un anus iliaque, et quinze jours plus tard, on extirpe le néo par voie périnéale ; mais, on est obligé de remonter très haut le long du mésosigmoïde, pour enlever d'énormes ganglions ; l'intestin ne peut être abaissé et la plaie est laissée béante ; cicatrisation en six semaines. Huit mois après cette intervention, l'intéressée se porte bien.

Ce qui fait l'intérêt de cette observation, c'est le volume de la masse ganglionnaire, dans laquelle, d'ailleurs, l'examen histologique a montré la présence de l'épithélioma glandulaire.

A propos d'un cas de polyarthrose de la ceinture pelvienne, survenue chez une malade ayant subi vingt ans auparavant la résection d'un genou pour tumeur blanche

MM. Bernard et Prelle. — Femme de 54 ans, ayant eu, à 5 ans, une tumeur blanche du genou gauche, avec nombreux abcès. A 25 ans, résection du genou, qui amène la guérison. Mais l'an dernier, des douleurs surviennent dans la région lombo-sacrée, s'exacerbant après la fatigue et durant la nuit. Les clichés radiographiques montrent qu'il s'agit d'une polyarthrose de la hanche homologue, de l'articulation sacro-iliaque opposée et de la symphyse pubienne, par traumatisme dû au raccourcissement du membre inférieur gauche (flexion d'abord, puis résection). La hanche gauche est la plus touchée, parce qu'elle subit davantage le traumatisme de la marche pathologique.

Gastro-entérostomie au bouton mixte

MM. Pouliquen et Langrand. — Dans certaines circonstances et lorsqu'il faut aller vite, il y a, pour les gastro-entérostomies, avantage à préférer le bouton aux sutures. Les auteurs proposent un bouton « mixte », comprenant la pièce mâle de Villard, la pièce femelle de Jaboulay et un mandarin d'introduction s'adaptant à la pièce mâle. Ils montrent la supériorité de ce bouton et citent à l'appui une observation très démonstrative de cancer de l'estomac, dans laquelle il a suffi d'une anesthésie de quelques minutes pour pratiquer l'intervention. Ils estiment que l'emploi de ce bouton facilite les gastro-entérostomies et qu'il en étend les indications.

Pathologie de la mobilité rénale

M. Bourque. — Le rein normal se déplace légèrement sous l'influence des mouvements respiratoires ou lors du passage du décubitus horizontal à la position verticale. Il peut être fixé par processus néoplasiques ou inflammatoires ; par contre, il peut devenir mobile pour divers motifs, et c'est alors la ptose rénale ; enfin, il peut descendre, lorsqu'il est augmenté de volume et de poids.

La connaissance de ces modifications est intéressante à un double point de vue, d'abord pour le diagnostic différentiel, ensuite pour résoudre avec plus de sûreté les problèmes que peut soulever l'indication opératoire.

Abcès juxta-médiastinal de diagnostic difficile

MM. d'Hour et Jullien. — Jeune homme de 19 ans, ayant des hémoptysies et présentant une densification juxta-hilaire droite, sans bacilles de Koch dans les crachats. Pas de signes d'abcès du poumon ; malgré le résultat de la bacilloscopie, on pense à une tuberculose pulmonaire et l'on met le sujet en cure. Deux mois plus tard, apparaît un crachat fétide, et l'abcès du poumon évolue de façon inexorable, en dépit d'une thérapeutique active.

Les auteurs insistent sur la gravité de l'abcès du poumon et pensent que si l'on publie avec tant de soin les guérisons, c'est qu'elles ne sont pas si fréquentes qu'on pourrait à première vue le croire. Ce cas malheureux leur paraît fort nstructif.

Les Thèses

P. — Dr L. Dutter. — **Agranulocytose et streptocoque.** (Thèse 1937.)

L'auteur présente une contribution à la recherche d'une étiologie microbienne de l'agranulocytose.

En 1907, Türk attirait le premier l'attention sur un syndrome d'hypofonctionnement du tissu lymphoïde. C'est Werner Schültz, quinze années plus tard, qui devait l'individualiser et l'ériger en entité morbide sous le vocable d'agranulocytose. Depuis, de nombreux travaux ont constamment maintenu l'intérêt du syndrome qui reste toujours d'actualité.

Le problème de la pathogénie a suscité beaucoup de recherches. C'est aussi celui qui paraît le moins résolu. En dehors des agranulocytoses dont l'étude et l'expérimentation ont pu démontrer l'origine toxique, il reste à déterminer la part, sans doute très importante, des infections à germes divers dans la genèse de l'affection. Or, de tous les agents microbiens incriminés, le streptocoque est sans conteste le plus fréquemment rencontré.

P. — Dr F. Wahl. — **Contribution à l'étude de la variabilité microbienne.** *Quelques observations sur le B. typhi-mu rium.* (Thèse 1937.)

L'auteur a pratiqué des passages successifs sur la souris blanche avec une souche « de laboratoire » de B. typhi-murium ; ces passages, poursuivis pendant plusieurs mois, ont augmenté la virulence de la souche à l'égard de l'animal sur lequel ils ont été pratiqués.

La souche ainsi devenue plus virulente a acquis la faculté de produire de l'indol et a perdu celle de noircir les milieux au plomb, mais elle n'a pas acquis la faculté de fermenter le lactose.

L'étude de l'agglutination par les antisérums correspondants montre une différence de la structure antigénique entre la souche initiale (avirulente) et la souche qui a subi les passages successifs (virulente) ; cette dernière souche contient un antigène particulier qui n'existe pas dans la souche avirulente.

P. — Dr Em.-J. Sobieski. — **Essai d'un traitement biologique de l'ozène. Association de la bactériophagothérapie et de l'endocrinothérapie.** (Thèse 1937.)

L'auteur a employé, dans le traitement de l'ozène, un bactériophage composé de nombreuses races sélectionnées, agissant sur différentes espèces microbiennes isolées de la cavité nasale des ozéneux. Il se serait montré efficace dans la grande majorité des cas contre la flore microbienne : souvent deux ou trois applications (pulvérisations ou tamponnements) ont fait disparaître la fétidité.

La disparition des croûtes est plus difficile à obtenir.

L'action du bactériophage devrait être complétée dans la majorité des cas par un traitement modifiant le terrain.

Dans ce but l'auteur a eu recours à l'autohémothérapie et à l'opothérapie pluriglandulaire (thyroïdienne-ovarienne et surtout hépatique) et cette association a amélioré les résultats.

P. — Dr J. Estève. — **Contribution à l'étude des tumeurs sarcomateuses du médiastin.** (Thèse 1937.)

Les tumeurs du médiastin sont relativement peu fréquentes et parmi elles les sarcomes sont rares, mais ils sont intéressants à plusieurs points de vue.

D'abord leur rareté relative, leur localisation le plus souvent dans la portion inférieure du médiastin antérieur. Les sarcomes ont longtemps une évolution sans signes cliniques habituels et ne se traduisent que tardivement par la symptomatologie de compression médiastinale.

L'aspect radiologique est assez spécial pour faire le diagnostic, malgré les nombreuses formes cliniques, qui simulent des affections extramédiastinales, ainsi que l'ont montré tout récemment MM. Babonneix et Baumgartner, dans une très belle observation publiée dans les « Archives médico-chirurgicales de l'appareil respiratoire » : c'est cette observation que l'auteur rapporte et étudie.

P. — Dr F. Joly. — **Contribution à l'étude de la syphilis dans la ville de Rennes de 1935 à 1937.** (Thèse 1937.)

Au cours d'une enquête poursuivie dans les hôpitaux et auprès des médecins praticiens de la ville de Rennes, l'auteur a pu établir que les syphilis primaires ne sont pas en diminution dans la grande ville bretonne.

La prostitution, qu'elle soit réglementée ou clandestine reste toujours une source majeure de contamination.

Il faut voir aussi dans les nécessités de la vie moderne qui oblige hommes et femmes à vivre loin du foyer conjugal ou familial, et dans le *relâchement des mœurs* deux autres grandes causes de la persistance du mal.

En terminant, l'auteur insiste sur la nécessité d'intensifier tous les moyens de propagande antivénérienne : tracts, affiches, films, opuscules, *causeries d'orientation sexuelle pour la jeunesse.*

THÉRAPEUTIQUE

Un traitement "propre" des dermatoses

Si nous consultons les manuels classiques de dermatologie, nous voyons la définition suivante des vernis solubles dans l'eau : « ces excipients sont des enduits qui sèchent rapidement en dix minutes, formant une couche élastique propre pas salissante et s'enlevant avec de l'eau » (La dermatologie en clientèle).

Les *Laccodermes Brisson* répondent à cette définition : « ils tiennent le milieu entre les pommades grasses d'une part et les pâtes et poudres d'autre part » et cette forme pharmaceutique répond exactement aux besoins de la thérapeutique dermatologique en clientèle *car ils évitent tout pansement.* Le propre des Laccodermes est d'être propre.

C'est en étudiant la question des excipients en thérapeutique dermatologique dans les services de l'hôpital Saint-Louis et en particulier dans le service du Docteur Brocq en 1908 que Brisson eut l'idée de préparer une formule servant de véhicule aux agents médicamenteux et ne présentant ni les inconvénients des pommades, ni ceux des pâtes.

Les pommades sont par leur caractère gras, imperméables, occlusives ; elles favorisent la congestion et l'échauffement de la peau. Les pâtes sont formellement contre-indiquées dans les dermatoses suintantes ou squameuses.

Les Laccodermes évitent les inconvénients des pommades et des pâtes mais en conservent les qualités : facilité de pénétration des pommades qui permet l'absorption et porosité des pâtes qui respecte la perspiration cutanée.

Le Laccoderme est un vernis souple, de consistance molle ; il s'étend facilement et s'enlève aisément à l'eau. Il possède la propriété essentielle de «tenir le produit actif divisé à l'infini» il flocule le médicament en particules si fines qu'il augmente la surface de contact du médicament et permet d'obtenir le maximum d'action avec la dose minimum.

En outre de ses propriétés thérapeutiques cet excipient se présente comme le pansement de ville idéal. Il laisse sur l'épiderme un vernis souple, élastique, ne souillant nullement les vêtements et permettant d'effectuer un pansement sans le secours de bandes, de gazes, ni de compresses.

Le Laccoderme a fait l'objet de communications à la Société de dermatologie et de syphiligraphie de Paris. Il a été expérimenté dans les hôpitaux spéciaux (hôpital Saint-Louis, hôpital Broca, hôpital de l'Antiquaille), et dans la plupart des services de dermatologie.

Il tient une place importante parmi l'ensemble des préparations galéniques qui sont destinées au traitement actif des affections de la peau, par la régularité de son action curative, par son mode d'application et de présentation très pratique pour le malade et pour le médecin.

La gamme des Laccodermes

Les produits actifs contenus dans les Laccodermes sont les corps les plus habituellement employés par les dermatologistes : oxyde de zinc, ichtyol, soufre, huile de cade, stovaïne, goudron de houille.

Laccoderme à l'oxyde de zinc. — Le laccoderme à l'oxyde de zinc est le produit type pour les soins de la peau enflammée. Il protège les alentours des plaies irritées par des sécrétions (fistule gastrique, anus contre nature, eschares sacrées, ulcères variqueux etc.).

Laccoderme au goudron de houille à teneur variable (5 %, 10 %, 20 %). — A la suite des travaux de MM. Dind, Brocq, Jambon, Cadoul, le goudron de houille a pris une place importante dans la thérapeutique des dermatoses, surtout des eczémas. Le goudron de houille agit comme antiseptique, antiprurigineux et kératinisant.

Laccoderme au soufre. — Le Laccoderme au soufre a une teneur de 5 % en soufre colloïdal dialysé ; ses indications sont les états séborrhéiques et les dermatoses non irritables contre lesquelles le médecin voudra ordonner une médication réductrice à base de soufre : acnés, comédons, séborrhéides.

Laccoderme à l'ichtyol. — Les applications de l'ichtyol en dermatologie sont connues. Ce produit sulfoné est antiseptique et décongestif. Il modifie la sécrétion des glandes cutanées, il active la circulation dans les capillaires du derme et agit au mieux dans les eczémas dit microbiens et les dermatoses infectées.

Laccoderme à la stovaïne et ichtyol-stovaïne.— Le Laccoderme à l'ichtyol et à la stovaïne est à conseiller pour le affections douloureuses comme les prurigos, les névrodermites, les prurits vulvaires, le prurit de l'anus et du scrotum, ainsi que pour le zona.

Laccoderme sulfo-cadique. — Le Laccoderme sulfo-cadique est à employer contre l'impétigo, les eczématides, la séborrhée. Il remplace les pâtes sulfocadiques, il n'en a pas la mauvaise odeur et n'est aucunement salissant.

Les Laccodermes permettent au praticien d'utiliser les principaux médicaments dermatologiques aussi bien en clientèle qu'à l'hôpital en respectant l'adage de nos maîtres : « A chaque dermatose son médicament ».

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

TRAVAUX ORIGINAUX

Bulletin de l'Actualité



LA CHASSE AUX CHARLATANS

« Ceux qui exploitent la crédulité publique d'une manière quelconque en vantant leurs produits, leur science, leurs qualités » explique le Larousse.

Il est certain qu'ainsi défini, ce terme engloberait bien des contemporains en somme. A lire, par exemple, les affiches électorales ou les quotidiens politiques, même, Dieu me pardonne, à écouter certains personnages académiques, ou fréquenter telles sociétés qui se disent savantes, on ferait aisément ample moisson de charlatans. Mais il faut se borner et prendre, en milieu médical, le mot dans son sens le plus banal de vendeurs d'orviétan. Au fond, ici ou là, le truc est le même ; seuls les gogos diffèrent, chacun allant à la bourde qu'il gobe le plus volontiers.

Nos pères, gens au cœur simple, béaient devant l'estrade de Tabarin ; il suffisait de quelques tours et quolibets grossiers pour les faire rire. Et ils se disaient naïvement qu'un si joyeux compère ne pouvait leur vouloir que du bien. Aussi achetaient-ils avec élan, la poudre miraculeuse ou l'élixir de longue vie.

Nous sommes plus défiants que nos pères ; mais ce n'est pas à dire que nous soyons plus malins et les attrape-nigauds ne chôment pas. Il leur faut simplement plus de persévérance qu'autrefois. Toute leur habileté consiste à remplacer la parade des tréteaux par un cliché obsédant qui finit par s'imposer à l'œil ou à l'oreille. Une sornette dont on riait d'abord devient, répétée cent fois, quelque chose d'impératif à quoi cède la foule. C'est de la même façon qu'on fait chanter les serins.

***

Le charlatanisme, en notre mercantile XXe siècle, a pris une telle ampleur et si bruyamment manifesté sa tyrannie qu'il a bien fallu songer enfin à la contre-offensive. Bien entendu d'innombrables parlottes et articles de journaux ont préludé à l'action. Et celui-ci viendra se ranger à la suite des autres puisqu'après avoir failli s'ouvrir avec éclat la chasse aux charlatans est remise à plus tard. M. Henri Sellier, en effet, du temps qu'il était ministre de la Santé publique, avait préparé un avant-projet de loi « tendant à réglementer la publicité et à réprimer le charlatanisme médical et pharmaceutique ». Mais un ministre de la République est comme un oiseau sur la branche ; la branche ayant cassé, M. Sellier s'est abîmé dans la poussière. Et il ne nous reste aujourd'hui qu'un ex-avant-projet d'un ex-ministre, le souvenir d'une intention.

Elle avait pourtant quelques mérites, l'œuvre de M. Sellier, et, en premier lieu, le mérite original de présenter la lutte contre le charlatanisme sur le plan législatif et de préparer les sanctions judiciaires. Elle s'exprimait ainsi :

PROJET

ARTICLE PREMIER. — Dans toute réclame ou publicité faite auprès d'autres personnes que les membres du Corps médical ou pharmaceutique, concernant un produit, des spécialités pharmaceutiques ou des méthodes de diagnostic et de thérapeutique, il est interdit d'employer les mots « guérir », « guérison », de publier des attestations de guérison, de donner des commentaires d'allure scientifique sur les effets médicaux du produit, de décrire les symptômes de la maladie pour laquelle le produit est

recommandé, et de publier des dessins évoquant la situation des malades avant et après le traitement.

Est interdite, sous quelle forme que ce soit, toute publicité ou réclame faite auprès d'autres personnes que les membres du Corps médical, adressée au public et relative à un remède contre la tuberculose, le cancer, les maladies vénériennes ou les troubles menstruels.

Les infractions aux présentes dispositions seront punies par les pénalités prévues aux articles 287 et 288 du Code pénal.

ART. 2. — Sera puni des peines prévues aux paragraphes 1 et 2 de l'article 405 du Code pénal, quiconque, soit en faisant usage de faux nom ou de fausses qualités, soit en ayant recours à des moyens quelconques de propagande ou de publicité pour persuader autrui de qualités imaginaires qu'aurait un remède ou un procédé destiné à prévenir, traiter, soulager, améliorer ou guérir et pour faire naître ainsi des espérances chimériques, aura tenté de se faire remettre ou se sera fait remettre, directement ou indirectement, des sommes d'argent ou toute autre valeur représentant le paiement de soins ou de produits.

Certains avaient estimé ce texte insuffisant en ce que, défendant aux charlatans l'exploitation de la syphilis, de la tuberculose, du cancer, des maladies vénériennes et des troubles menstruels, il leur laissait libre pratique pour ce qui concerne les hernies, les varices, l'obésité, les maladies de la peau et du cuir chevelu, les rhumatismes, etc., etc. Ce qui constituait encore un vaste verger pour les amateurs de poires. Mais M. Sellier avait beau jeu à répondre qu'avant qu'un avant-projet vienne à l'état de projet, et un projet de loi à avoir force de loi, le texte a bien des occasions d'être remanié et complété. En tous cas, tel quel, le sien parait au plus pressé et au plus menaçant pour la santé publique. Car si une jambe ou un cuir chevelu mal soignés ne font jamais, au pis-aller, qu'un poteau ou une boule de billard de plus, le tuberculeux ou le cancéreux bernés par des trafiquants sans scrupules paieront de leur vie leur crédulité. Les dommages sont sans commune mesure.

Il est donc à tous égards, regrettable que notre ex-ministre n'ait pu mener à bien l'œuvre qu'il avait commencée et qui était le gage d'une attaque résolue contre les charlatans. Combien faudra-t-il de temps pour que le projet soit repris ? et, s'il l'est par un homme moins convaincu, pour qu'il soit voté ? Nous en avons tant vu de ces projets qui, à peine nés à la lumière du jour, furent discrètement emportés dans les cryptes parlementaires.

***

Quoi qu'il en soit, il nous faut renoncer pour le moment à voir la Loi frapper de son glaive les cyniques mercantis qui vivent de la crédulité ou, si l'on veut, de la bêtise humaine. Et comme celle-ci, au dire de Renan, est ce qui donne le mieux l'idée de l'infini, les mercantis, assurés de l'impunité, ont encore de beaux jours devant eux.

Que nous reste-t-il en effet pour nous défendre de leurs maléfices ? La propagande : tenter de contrebattre leurs mensonges par l'affirmation répétée et persuasive de la vérité ? Quelques apôtres préconisent d'investir le public de leurs arguments moralisateurs sur les lieux mêmes où s'exerce le racolage publicitaire : à la T. S. F., au cinéma, au théâtre, par affiches et tracts. Fort bien, Messieurs, mais tout cela se paie et fort cher. Qui paiera ? Une Société composée d'honnêtes gens, défenseurs désintéressés du bien public ? Faut-il vous apprendre que de telles Sociétés, en quelque domaine que ce soit, tirent toujours le diable par la queue et finissent généralement, faute de finances, par périr de male mort ? Supposez même qu'un Rockefeller comble cette Société de ses bienfaits et qu'elle ait des millions à profusion, restera à atteindre le public et à retenir son attention. Ce ne sera pas le plus commode ! Car le vulgaire veut et aime être trompé ; il prêtera à des stupidités une oreille bienveillante et gagnera le large dès qu'il verra poindre le panonceau des redresseurs de torts.

J'entends bien que le savoir-faire consistera justement à dorer la pilule, à inventer des slogans et des ritournelles aussi séduisants à son esprit que les clichés publicitaires. L'on peut être insistant, insinuant, badin pour prôner tel vin fortifiant, telle tisane laxative ou tel vermifuge ; l'on a la conviction (et combien justifiée !) que, frappé toujours au même endroit, le clou s'enfonce peu à peu dans les têtes. Mais si l'action s'éparpille, elle perdra du coup toute efficacité ; si elle est anonyme et vague, le public n'en retiendra rien et exceptera toujours des produits réprouvés celui en lequel il a mis sa confiance momentanée.

Il y aurait un moyen plus efficace : « démolir » par des allusions transparentes, les drogues charlatanesques une à une. Un match serait alors engagé dont les clients éventuels suivraient sans doute les phases avec intérêt et amusement. Mais alors, gare aux instances en dommages-intérêts ! La méthode serait une mine d'or pour les gens de justice.

Même ceux qui prônent avec le plus de conviction, cette action éducative n'envisagent guère de l'engager que dans la T. S. F., au cinéma, sur les écrans publicitaires des théâtres, ou encore par

affiches et tracts. Mais le véritable repaire des charlatans, la quatrième page des quotidiens, ils savent qu'il restera inexpugnable. Lorsqu'on sait les ressources que cette fameuse quatrième page vaut aux agences de publicité, et lorsqu'on a mesuré en outre l'empire de ces agences sur les quotidiens les plus répandus, on se rend compte qu'une campagnes contre les drogues frelatées ou les Instituts véreux n'a aucune chance d'accéder à cette estrade. On ne fait pas, à moins de vouloir se suicider, la moindre peine à de si bons clients. Une Société contre le charlatanisme sera toujours considérée par la presse politique comme l'ennemie public nº 1.

***

Certains envisageraient avec ferveur la constitution d'une « Commission de censure », organisme officiel, à laquelle les fabricants de spécialités pharmaceutiques soumettraient *volontairement* leurs produits. Le label de cette Commission serait à lui seul une garantie de la bonne foi et du caractère sérieux du porteur. Et le public, instruit de cette particularité, saurait ainsi, au comptoir même du pharmacien, si ce qu'il acquiert est approuvé par des gens compétents. Oui, cela pourra être efficace contre les margoulins de l'escroquerie, les pilules en papier à cigarettes ou les cachets de talc dont les auteurs n'auront évidemment pas l'envie de se présenter devant l'organisme officiel. Mais ceux-ci ne seront pas longs à trouver le biais : ils parleront de jalousies, de boycottages, d'incompréhension, invoqueront des exemples célèbres de découvertes authentiques méconnues et vilipendés. Et le public, flatté dans son goût de voir rosser le commissaire, achètera pour faire pièces à des « manœuvres d'oppression ».

Un autre argument n'est pas, à mon sens, moins fort. A notre époque, le véritable charlatan ne trompe pas sur la marchandise, ses formules sont souvent aussi bonnes que d'autres. L'abus de confiance consiste à proclamer que ces formules banales sont uniques et miraculeuses. Il y a tromperie sur l'*action thérapeutique*. Comment la Commission de censure pourra-t-elle refuser son visa à un vin de quinquina qui, la porte sitôt franchie, se proclamera le fortifiant sans rival, ou à un cachet d'urotropine qui prétendra être le spécifique contre le gonocoque ? Et vous pouvez, dès lors, compter sur eux pour monter en épingle, l'autorisation à eux accordée. La censure couvrira de son aile les plus impudentes panacées.

***

En définitive, il faut en convenir, la chute du précédent ministère (quoi qu'il en soit par ailleurs), nous aura coûté notre seule chance d'action efficace contre le charlatanisme médico-pharmaceutique. Cette action que nos milieux syndicaux souhaitent et qui a déjà trop tardé, je crois qu'elle sera répressive ou qu'elle ne sera pas.

Faire, une fois de plus, appel à l'Etat en un temps où ce touche-à-tout nous serre déjà sur sa poitrine jusqu'à nous écraser n'est peut-être pas du goût de tout le monde. Et d'aucuns auraient préféré régler cette affaire en dehors de lui. Mais le moyen ?

Les hommes sont habitués par la frénésie du temps à franchir toutes les bornes : celles du bon goût, de la décence, de la vérité, de l'intérêt d'autrui. Seules les bornes placées par le Code ont encore à leurs yeux quelque vertu.

Il n'est, du reste, pas certain qu'elles doivent garder cette vertu longtemps !

G. Lavalée.

Au Canada, toute publicité pour des articles d'hygiène et de pharmacie ou des produits alimentaires devra être soumise au ministère de la Santé publique.

En outre, il est désormais interdit de parler au micro du contrôle des naissances et des maladies vénériennes.

Notre rejet américain nous donne l'exemple !

L'ARTICLE 378 DU CODE PÉNAL EST-IL TOUJOURS EN VIGUEUR ?

Les partisans de la médecine traditionnelle me questionnent sur le point de savoir si, à l'heure actuelle, un des termes de la Charte médicale, le secret professionnel, n'est pas virtuellement abrogé au regard des lois sociales. Qu'il s'agisse de contrôle en matière d'assurances sociales, ou de loi des pensions, de déclaration des causes exactes des décès, le médecin praticien est en droit de se demander si les obligations au silence, qu'on lui a enseignées à la Faculté, sont encore en vigueur. Doit-il se taire, parce que confident nécessaire ? Doit-il parler à un autre docteur en médecine chargé de contrôler, ou de remplir un service public ? Tels sont les problèmes, parfois angoissants, qui se posent pour la plupart des praticiens.

Aussi avons-nous lu avec un très grand intérêt une communication faite à la Société de médecine légale (séance du 12 juillet 1937), par MM. Duvoir, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, et Henri Desoille, chef de laboratoire de médecine légale. En réponse à un article paru dans un journal médical, sur « Le secret médical et les lois sociales », ces savants incontestés ont cru de leur devoir, en leur qualité de médecins légistes, de renseigner les praticiens et de les mettre en garde contre les répercussions pénales qu'ils pourraient encourir, s'ils suivaient certains conseils, ou même certaines directives données à la légère.

Alors que l'auteur de l'article incriminé, auquel ils répondent, tournait presque en dérision ce fameux article 378, laissant croire que le secret professionnel appartient au passé, MM. Duvoir et Dessoille s'élèvent vigoureusement contre pareille assertion, en déclarant que l'article 378 est toujours en vigueur, qu'il n'a été ni abrogé, ni diminué par une loi quelconque. Les magistrats — et surtout les conseillers à la Cour de cassation — auraient, selon certains, exagéré la portée de cet article du Code pénal ; le secret professionnel ne serait absolu que par l'interprétation abusive que lui ont donnée les Tribunaux et certains médecins attachés aux traditions du passé.

MM. Duvoir et Desoille ne s'arrêtent pas à discuter en théorie, ni à polémiquer : se cantonnant dans la réalité, ils affirment que, s'il est condamné par un Tribunal correctionnel, le médecin praticien se trouvera en face d'une réalité douloureuse et s'apercevra, à ses dépens, qu'il a eu tort de croire à des erreurs au lieu de respecter les lois et les données de la jurisprudence.

La fin ne justifie pas les moyens : quelque désirables que puissent être les buts poursuivis, si nécessaire que soit le contrôle, ou la déclaration des causes des décès, toujours est-il qu'il importe de répéter aux praticiens qu'ils sont passibles de peines correctionnelles, s'ils viennent à manquer à leur devoir au silence. Une loi seule peut les relever du secret, en faveur de telles ou telles personnes désignées dans la loi, en qualité de fonctionnaires publics ou de contrôleurs.

Il serait dangereux de croire que, parce que le fonctionnaire, ou le contrôleur, a jadis obtenu un diplôme de docteur en médecine, mais n'exerce pas la profession, il est soumis au même secret professionnel que le praticien, qui donne ses soins et, en cette qualité, est devenu un confident nécessaire.

MM. Duvoir et Desoille ajoutent : « Le secret « professionnel est peut-être une mystique (nous « ne discuterons pas si cette tradition est bonne « ou mauvaise), mais c'est aussi une réalité d'or« dre public, affirmée par le Code pénal et que « seule une loi peut modifier » — et non un règlement d'administration publique, pas plus qu'un décret ou une simple Circulaire ministérielle.

Et les auteurs d'affirmer que la violation du secret professionnel existe, si le *diagnostic est révélé même à un autre médecin*, s'il s'agit d'un médecin contrôleur qui, lui, n'est pas tenu au secret professionnel vis-à-vis de son administration. Comme preuve, ils citent un sommaire d'un arrêt de Cassation : « L'article 378 est applicable « au médecin qui, appelé à donner ses soins à un « ouvrier, victime d'un accident du travail, a « communiqué des renseignements sur la nature « de la maladie de celui-ci, après son décès, au « médecin du chef d'entreprise, qui, à son tour, « les a portés à la connaissance de son mandant ; « mais le médecin du chef d'entreprise ne tombe « pas sous le coup de l'article 378 du Code « pénal. (Cour de cassation, Chambre criminelle, 9 mai 1913 ; *Dalloz Périodique*, 1914.1. 206).

La même jurisprudence s'est également affirmée en matière d'assistance médicale gratuite dans un arrêt du Conseil d'Etat du 9 novembre 1928. Selon les termes d'une convention intervenue entre le Préfet de l'Aube et la Fédération des Syndicats médicaux de ce département, il était prévu l'établissement du bulletin de visite en deux parties séparables et détachables du carnet délivré aux assistés et dont l'une constituerait la fiche de diagnostic à remplir et à envoyer sous pli fermé spécial par le médecin traitant au médecin secrétaire de la Commission de contrôle.

Le Conseil d'Etat considéra que ce règlement d'Assistance médicale gratuite du département de l'Aube, du 30 novembre 1926, était contraire

aux dispositions de l'article 378 du code pénal. Le médecin traitant ne doit en aucune manière révéler le diagnostic de la maladie qu'il soigne chez un de ses clients, même à un autre médecin chargé d'un service de contrôle. Il ne saurait être dérogé sous aucun prétexte à la règle générale et absolue édictée par le Code pénal.

MM. Duvoir et Desoille ajoutent, dans leur communication à la Société de médecine légale : « Le refus de parler doit être systématique. En « effet, si on prend l'habitude de révéler les dia- « gnostics sans importance, on commettra une « véritable dénonciation lorsque, par exemple, « on refusera de parler ».

J'ajoute, à ce sujet, qu'en 1923, le ministre de l'Hygiène, M. Paul Strauss, avait réuni une Commission, dont je faisais partie, aux fins de rechercher comment, dans le cadre de l'article 378 du Code pénal, il serait possible aux médecins traitants de révéler les causes exactes des décès aux médecins inspecteurs départementaux d'hygiène. Laissant de côté les obligations que fait l'article 29 du Code d'instruction criminelle à tous fonctionnaires de dénoncer au Procureur de la République les crimes et délits parvenus à leur connaissance, dans l'exercice de leurs fonctions, nous fîmes poser par le ministre de l'Hygiène au Garde des Sceaux, la question suivante : « A supposer que la carte-lettre cachetée, adressée par le médecin traitant, au médecin inspecteur départemental d'hygiène, soit, pour un motif quelconque, détournée de sa destination et parvienne entre les mains d'un tiers, du Procureur, par exemple, le médecin traitant serait-il susceptible d'être poursuivi pour avoir violé le secret professionnel ? A cette question précise, le ministre de la Justice répondit par l'affirmative : en l'état actuel de la législation, le médecin traitant est lié par le secret professionnel et ne saurait déclarer à quiconque, même à un autre docteur en médecine — mais qui n'est pas médecin traitant du malade, — ce qu'on lui a confié, ou ce qu'il a deviné, surpris, découvert, dans l'exercice de sa profession.

Quelle doit être l'attitude du médecin traitant vis-à-vis de son malade ?

Il est de jurisprudence constante, déclarent MM. Duvoir et Desoille, que le malade ne peut pas délier le médecin du secret professionnel, parce qu'il ignore la portée et l'étendue de ce que sait le praticien, qui, à juste titre, ne révèle pas toujours toute la vérité à son client.

Dans la pratique, le médecin dit à son patient ce qu'en conscience, il estime devoir lui révéler au sujet de son affection. Il lui remet souvent — pas toujours — le double des analyses pratiquées, l'examen radiologique, etc.

A ce sujet, j'ajoute, que, par arrêt du 4 juin 1923 (*Concours Médical*, 1924.1250), la Cour d'appel de Bruxelles a reconnu que, pour sauvegarder le bon moral de son patient, un médecin avait le droit de montrer à ce dernier une épreuve radiographique incomplète.

Quoiqu'il en soit, le malade est libre de disposer à sa guise des renseignements, certificats, ou autres que lui a remis son médecin. Libre à lui de les communiquer ou non à des tiers, à des administrations publiques, ou privées, s'il en a besoin pour faire valoir ses droits. Le praticien peut — et même a le devoir — d'avertir son client des répercussions possibles et dommageables que peut avoir la divulgation de tel ou tel document. Mais le client reste entièrement libre d'en faire tel usage que bon lui semble, sans que la responsabilité du praticien puisse être engagée (Cour d'appel de Rouen, 8 novembre 1922). *Gaz. trib.*, 1923.2.649).

Lorsque pour répondre à un examen de contrôle, ou pour faire valoir ses droits à un congé, à une indemnité quelconque, le malade demande un certificat à son médecin, celui-ci peut lui remettre directement cette pièce, ou le lui refuser, car le praticien demeure toujours seul juge de la portée de sa déclaration.

Le plus souvent, constatent MM. Duvoir et Desoille, rien ne s'oppose à la délivrance d'un certificat, rédigé avec prudence et remis au malade en mains propres : ce certificat ne contient autre chose que ce que sait le patient.

Le médecin reste libre de rédiger un certificat sur papier timbré — car les certificats à rédiger sur papier libre constituent des exceptions prévues par certaines lois. Il peut également adresser une lettre à son malade, dans laquelle, il lui indiquera son diagnostic et, si besoin en est, son pronostic. Au malade de faire *connaître ces* documents aux tiers : il en a le droit, alors que le praticien, lié par le secret professionnel, ne peut donner d'indications qu'à son seul malade et à personne autre.

J'ai d'ailleurs personnellement conseillé, à plusieurs reprises, à mes confrères, de faire signer l'intéressé avec eux sur le certificat médical, qui contient des précisions sur l'état de maladie : de la sorte, le client ne pourra pas prétendre ultérieurement que c'est à son insu que le praticien a rédigé une pièce, qui, par sa divulgation, lui a occasionné un dommage quelconque. Ceci a plus d'importance, lorsque le médecin est sollicité, par une personne, dont il ignore l'identité, de lui délivrer un certificat constatant tel ou tel état pathologique ou de bonne santé. En inscrivant : « Certificat délivré à l'intéressé lui-même, qui a signé ci-contre », le médecin se met a couvert de revendications ultérieures, au cas où il aurait été trompé sur la personne à examiner.

MM. Duvoir et Desoille constatent que la législation des Assurances sociales ne contient aucune disposition, permettant au médecin de

contrôle d'exiger du médecin traitant, une attestation quelconque ou des renseignements d'une manière directe. Bien plus, le praticien, qui donne ses soins serait répréhensible et coupable de violation du secret professionnel, si, à l'insu de son malade, il dévoilait l'état de ce dernier au médecin contrôleur. Le client aurait droit de poursuites, ainsi que le Procureur de la République, puisque le secret professionnel est d'ordre public. « Le rôle du médecin traitant, disent « MM. Duvoir et Desoille, est de soigner son « malade et non de s'occuper des intérêts de la « Caisse. »

Et les auteurs de préciser que la loi des Assurances sociales autorise l'assuré à prier son médecin d'assister à la visite de contrôle. Cela ne veut pas dire que ce dernier soit délié du secret professionnel par rapport au médecin contrôleur. La loi précise également le fonctionnement d'une Commission technique de trois médecins, lorsqu'il y a désaccord sur l'état de l'assuré. Les auteurs font remarquer que la contestation existe entre la Caisse et son ressortissant et non entre la caisse et le médecin traitant. C'est dire que ce dernier n'est pas supposé être intervenu pour renseigner la Caisse.

Quelle doit être l'attitude du médecin traitant au cours de la réunion de la Commission technique ? En l'absence de jurisprudence sur ce point, MM. Duvoir et Desoille estiment que le médecin traitant doit se borner à accréditer les réclamations et dires de son client. Si celui-ci excipe d'un certificat que son docteur lui a remis, le praticien s'en tiendra aux termes mêmes de sa certification : il en confirmera la teneur, donnera des précisions sur les examens divers, qui sont mentionnés dans la pièce produite ; il insistera sur la nécessité d'un repos, d'un transfert dans un établissement de cure, sanatorium, etc.

Dans certains cas très exceptionnels, le médecin connaît des choses, dont la révélation à la Commission technique serait préjudiciable à son client. Quelle doit être son attitude ?

On peut soutenir que la législation sur les Assurances sociales, en exigeant la présence du médecin traitant, dans la composition de la commission technique, a délié ce praticien des obligations imposées par l'article 378 du Code pénal.

En sens contraire, on peut également soutenir que devant le mutisme, sur ce point, de la loi d 30 avril 1930 et du décret-loi du 28 octobre 1935› le médecin reste toujours lié par l'article 378 du code pénal ; il doit borner son action à celle d'un avocat, d'un conseiller technique du client et ne peut, dès lors, rien révéler qui pourrait être préjudiciable au malade qu'il a soigné.

Au surplus, le médecin traitant peut toujours se récuser et refuser à son malade de l'accompagner à cette Commission technique. L'assuré reste en droit de choisir un autre médecin, qui l'assistera.

En résumé, MM. Duvoir et Desoille insistent sur ce point : c'est que, contrairement à ce que certains voudraient faire croire, en matière d'Assurances sociales, l'article 378 du Code pénal sur le secret professionnel reste toujours en vigueur, sans aucune atténuation vis-à-vis du médecin contrôleur. Le médecin traitant peut remettre un certificat, une attestation, une lettre à son malade lui-même et sur la demande de celui-ci ; mais il n'est pas forcé de le faire.

Qu'il me soit permis de remercier ces savants médecins légistes d'intervenir au moment où le secret professionnel est battu en brèche par de nombreuses personnes, qui estiment que l'article 378 appartient à un autre âge. Dans un certain nombre de cas, le médecin ne peut être vraiment utile à son malade que si ce dernier sait que les confidences, qu'il fera, resteront cachées, alors que, lié par le secret professionnel, le praticien ne révèlera à personne les choses secrètes de leur nature qu'il a connues dans l'exercice de sa profession.

Si vraiment ce secret professionnel constitue un obstacle au fonctionnemen de certaines lois sociales, qu'une Commission technique, composée de médecins, de juristes et de médecins légistes soit appelée à travailler avec les représentants des collectivités, qui ont un intérêt majeur à l'atténuation, ou à la suppression dudit secret, pour le fonctionnement du contrôle, ou la confection de statistiques des causes des décès.

Nous ne saurions trop le répéter : seule une loi peut modifier une loi, ou un article du Code. Un texte réglementaire (décret présidentiel, arrêté ministériel ou préfectoral), ne saurait diminuer la portée des obligations, qui s'imposent à nous, médecins, au nom de la loi.

Dr Paul BOUDIN.

L'ACTUALITÉ PROFESSIONNELLE

Les Congrès

Ier Congrès national des hôpitaux. Les lois sociales et l'hospitalisation

Sous le titre de « la répercussion des lois d'assistance et de prévoyance sociales sur l'hospitalisation », M. le Docteur Renon, vice-président de l'hôpital de Niort, a présenté au premier Congrès national des hôpitaux qui s'est tenu à Paris au début de juillet dernier, un rapport traitant en réalité dans son ensemble de la question hospitalière en France, dont nous résumons ci-dessous les points principaux.

Le rapporteur s'élève tout d'abord contre cette idée, qui reste ancrée dans beaucoup d'esprits, et qui n'est plus en rapport avec les faits : l'hôpital réservé aux indigents. Bien au contraire l'essor des techniques médicales d'une part, et surtout le développement des lois d'assistance et de prévoyance sociale qui a accéléré de manière certaine les besoins et la « consommation » médicale, ont transformé et étendu considérablement le rôle de l'hospitalisation.

La première en date de ces lois, celle de 1893 sur l'assistance médicale gratuite a concouru déjà dans une grande mesure à cette transformation. Alors que le nombre des assistés inscrits diminue plutôt depuis 1890 le nombre des assistés hospitalisés a augmenté de 82 % depuis cette date, ce qui tend à prouver que le traitement a lieu de moins en moins à domicile et de plus en plus dans les établissements de soins. La loi de 1898 sur les accidents du travail, en instituant le « tout compris », a aiguillé aussi sur les hôpitaux bon nombre d'accidentés. Enfin la législation sur les Assurances sociales, qui a en fait supprimé, comme la loi de 1898, le libre choix de l'établissement de soins, par le faible taux de remboursement des frais de séjour et des honoraires médicaux, a amené aux établissements publics hospitaliers une clientèle nouvelle dont le nombre n'a cessé de s'accroître depuis 1930. Aux assistés et assurés sociaux, il faut ajouter en outre les « malades payants » dont l'admission a été autorisée et codifiée par le règlement-modèle de 1926, et qui sont reçus le plus généralement, non point comme le prévoyait ce règlement dans des cliniques annexes, mais sous le régime commun de l'hospitalisation. Leur nombre s'est augmenté de 210 % depuis 1900.

A cette augmentation de la « consommation » a dû correspondre une augmentation de la capacité hospitalière. Mais celle-ci n'est nullement proportionnelle : elle n'est guère que de 76 %. Cette différence provient des deux raisons suivantes : tout d'abord le mouvement des malades s'est considérablement accéléré (trente jours de séjour moyen en 1936 contre cinquante-trois jours en 1890). D'autre part, il faut se rappeler qu'à part deux exceptions (loi de 1838 sur les aliénés, loi du 7 septembre 1919 sur les tuberculeux) le législateur ne s'est jamais préoccupé des répercussions des lois sociales qu'il vote sur le régime et le statut des établissements hospitaliers.

Et c'est de là que vient d'ailleurs tout le malaise actuel : il y a une discordance absolue entre le rôle social des hôpitaux et leur organisation technique et juridique. Alors que les lois sociales accordent à leurs bénéficiaires et au corps médical toutes les garanties d'indépendance et de liberté nécessaires à l'exercice d'une bonne médecine en cas de soins à domicile, assistés assurés sociaux et même malades payants sont privés de toutes ces garanties en cas d'hospitalisation, pour leur plus grand dommage et pour celui des médecins. Il faut donc s'inspirer de l'exemple des autres pays qui ont adopté, ainsi que l'a fait ressortir l'enquête de l'A. P. I. M., le principe de l'hôpital, maison de santé ouverte à toutes les catégories sociales de malades et à tous les médecins qualifiés.

Pour cela il faut tout d'abord modifier l'organisation matérielle de nos hôpitaux en supprimant les salles communes et en adoptant les petits dortoirs de quatre lits et les chambres individuelles. Il ne faut pas par contre créer des quartiers spéciaux pour payants : tous les malades doivent bénéficier des mêmes conditions techniques.

D'autre part à ces conditions d'ordre matériel, il faut ajouter les conditions d'ordre moral à savoir la liberté de confiance du malade dans le médecin, en n'instituant pas de monopole, mais au contraire en donnant accès à l'hôpital à tout médecin présentant des garanties suffisantes. Ces garanties pourraient résulter de l'institution d'un concours national ou régional du médicat des hôpitaux. Pour augmenter encore le caractère singulier du « colloque » entre médecin et malade, il faudrait revenir sur la jurisprudence du Conseil d'Etat, et permettre l'entente directe pour le paiement des honoraires.

Enfin, cette organisation nouvelle doit tenir

compte de l'équipement sanitaire privé déjà existant, afin d'éviter la dispersion des efforts et la lésion d'intérêts légitimes. Un hôpital ne devrait pouvoir se construire ou se transformer que si l'inventaire des ressources hospitalières de la région faisait ressortir une insuffisance et l'existence de besoins non satisfaits.

J. M.

La Presse et les Sociétés

L'éducation physique dans les écoles primaires

Le Docteur Duvernoy vient de publier sur cette question une étude des plus intéressantes, pour laquelle il était particulièrement documenté, en ses qualités de Professeur à l'Ecole de médecine et Directeur de l'Institut d'éducation physique de l'Université de Besançon.

Il conclut que, de l'avis général des pédagogues et des médecins scolaires, l'éducation physique de l'enfant est mal conçue, non coordonnée avec les autres disciplines, non coordonnée dans ses diverses applications, et même souvent, inexistante.

Comme réalisation pratique, il propose :

1° *En ce qui concerne l'éducation physique* pendant la période scolaire : la discrimination et le contrôle médical, la surveillance et le contrôle physiologique ; l'établissement d'un programme minimum d'éducation physique. Ceci fait, les pédagogues classeront dans l'emploi du temps la place de leurs enseignements ; l'utilisation rationnelle et adaptée aux conditions locales d'une demi-journée d'éducation physique par semaine, prise en dehors du jeudi et du dimanche ; un programme d'organisation de terrains de jeux ; l'établissement d'une technique de gymnastique rationnelle ; une épreuve d'exercices physiques lors des examens.

2° En ce qui concerne la coordination : la nécessité de ne pas accumuler sans contrôle les causes de fatigue de l'enfant ; sur le plan général, la coordination des œuvres et des Sociétés d'éducation physique à l'école et en dehors de l'école, sous forme de comités de coordination locaux et régionaux.

Sur le plan individuel, un fascicule d'éducation physique devra être inclus dans le livret de santé et comprendre :

a) Fiche d'exercices physiques avec : un emploi du temps hebdomadaire, une liste des épreuves annuelles, la notation de chaque cause de fatigue survenue occasionnellement (tourisme, ski, tennis, longues courses à bicyclette, etc.); *b*) une fiche physiologique ; *c*) un graphique de mensurations ; *d*) une feuille médicale portant les indications à fournir par le médecin aux professeurs d'éducation physique et moniteurs de sociétés sportives. (*Franche-Comté et Montbéliard*, juillet 1937.)

Le comportement cardio-vasculaire des différents sujets dans la pratique des sports

MM. L. Brouha et D.-B. Dill ont déterminé, par leurs travaux, les modifications importantes que le travail musculaire provoque dans le *fonctionnement de l'appareil* cardio-vasculaire. Le cœur s'accélère, les débits systolique et cardiaque s'accroissent, la pression sanguine augmente. Ces réactions ne sont pas fixes. Elles varient selon deux ordres de facteurs, les uns inhérents au travail : intensité, durée nature ; les autres inhérents au sujet : âge, émotivité, aptitudes individuelles, degré d'entraînement.

L'étude, réalisable en pratique, des variations de la pression sanguine et de l'accélération cardiaque pendant et après l'exercice, permet d'apprécier, avec une précision très suffisante, le degré d'aptitude d'un sujet à fournir un effort musculaire, son état d'entraînement, sa capacité maximum de travail.

Ces mesures, régulièrement répétées, sont indispensables pour surveiller tous ceux qui se livrent à un travail musculaire intense, pour dépister les écarts de régime, les erreurs d'entraînement, les diminutions momentanées de résistance qui conduisent immanquablement à la fatigue anormale, puis au surmenage.

Enfin, l'étude systématique de l'accélération cardiaque chez des sujets non entraînés, au cours d'exercices de même intensité, mais de nature différente, permet de déceler des aptitudes individuelles et doit constituer une des bases de l'orientation sportive. (*Liège Médical*, 17 octobre 1937.)

UNE COMMISSION DE LA SOCIÉTÉ DES NATIONS ÉTUDIE LA LUTTE CONTRE LE BRUIT

Le *Bulletin mensuel de la Société des Nations*, de juin dernier, rapporte qu'à l'instigation de l'Institut d'hygiène de la Société fonctionne actuellement une Commission de l'habitation qui a mis dans son programme, unc étude pour lutter efficacement contre les bruits. Préserver les citadins des effets nocifs du bruit est le but que se propose la Commission genevoise qui a déjà fort avancé son travail.

On n'est pas sans se rendre compte des accidents auditifs et nerveux causés par l'acuité et la répétition de sons trop violents et on se souvient de la lutte qu'entreprit contre le bruit le regretté Gommès, il y a quelques années. A la Société de Médecine de Paris, au cours de deux communications faites en 1931 et 1932, dans différentes publications les années suivantes, il s'éleva un des premiers avec énergie contre les dangers des bruits répétés dans les villes et sous le nom de « bruitisme », il répandit la notion d'un syndrome sensoriel et va o-sympathique causé par l'excès des vibrations. Les cas de « bruitisme » se sont-ils multipliés au cours de ces derniers temps ? On ne saurait le savoir d'une façon précise, mais ce qui apparaît comme certain, c'est l'intérêt que les Pouvoirs publics de presque tous les pays attachent depuis quelque temps à la suppression, au moins partielle des bruits. C'est peut-être le début d'une ère nouvelle pour l'urbanisme et la constitution d'une Commission spéciale pour cela à Genève est bien un signe des temps.

Cette Commission a, tout d'abord, cherché à donner des mesures exactes de la valeur des bruits qui se chiffrent, comme on le sait, en phon, décibel, vibration selon les méthodes des différents pays. C'est ainsi qu'on a pu constater, par exemple, que le passage d'un métro était plus fatiguant pour l'ouïe que le séjour dans un restaurant fréquenté, que le bruit d'une moto avec échappement libre l'était plus que de se trouver dans une rue à forte circulation, mais moins cependant que d'entendre un klacson d'auto à sept mètres. Et ainsi de suite. Après avoir fait un certain nombre de constatations similaires et étudié les littératures américaine, britannique, allemande et suédoise, très importantes sur ces sujets, il fut plus facile de tirer des conclusions pratiques pour la vie courante.

Une des premières choses qui paraît nécessaire est d'essayer l'isolement des zones contenant les locaux d'habitation proprement dits des terrains consacrés à l'activité des affaires.

De même, il faudrait diminuer les bruits de la rue causés par la circulation des autos, des tramways et tous autres véhicules. D'ailleurs dans certains pays, on s'efforce déjà d'en limiter l'intensité. Les législations allemande, britannique et hollandaise sont formelles à cet égard pour l'usage des appareils acoustiques de signalisation.

La Commission a établi deux catégories de moyens pour lutter contre les inconvénients des bruits : mesures peu onéreuses destinées, semble-t-il, plus spécialement aux particuliers et mesures, d'un prix plus élevé, qui nécessitent la participation des Pouvoirs publics.

Parmi les premières, elle conseille de choisir comme chambre à coucher, notamment pour les enfants, la pièce la plus tranquille d'un logement, d'inviter les particuliers à considérer les inconvénients fâcheux que peuvent avoir pour les voisins un appareil de T. S. F. trop fort, d'indiquer l'emploi de tampons pour les oreilles dans certains cas comme cela peut être utile chez les personnes obligées de travailler la nuit et dormant par conséquent le jour, de diminuer autant que possible tous les bruits à l'intérieur des appartements.

De leur côté, les Pouvoirs publics pourraient rendre obligatoire l'usage de silencieux plus efficaces pour tous les véhicules à moteur et les marteaux pneumatiques, réglementer encore plus que maintenant l'emploi diurne et nocturne des appareils acoustiques de signalisation, rendre silencieuse la chute des jets d'eaux et des fontaines publiques, conseiller aux particuliers l'usage des doubles fenêtres, recouvrir les murs de substances isolantes, essayer certains revêtements élastiques.

Comme on le voit, c'est tout un plan de lutte contre le bruit que la Commission de la Société des Nations a cherché à mettre debout. Si tout ne paraît pas absolument réalisable en bloc, il est évident qu'il y a cependant un certain nombre de mesures particulières et urbaines qui s'avèrent assez facilement et rapidement applicables. En tout cas, c'est un indice que le bruit, toujours croissant dans la vie contemporaine, soit reconnu néfaste pour la santé publique et il faut savoir gré à ceux qui, sur les bords du Léman, ont pris ainsi l'initiative de tenter un effort coordonné pour en diminuer les fâcheux effets dans le monde.

Dr Pierre LABIGNETTE.

L'EXERCICE « LIBRE » DE LA MÉDECINE EN CERTAINS PAYS (1)

Par le Docteur F. DECOURT,
Secrétaire général de l'A. P. I. M.

L'Association Professionnelle Internationale des médecins (A. P. I. M.) faisait, il y a quelques années, une enquête internationale sur « l'Exercice illégal de la médecine », dont les résultats ont paru dans son organe officiel : la *Revue Internationale de Médecine professionnelle et sociale*, de février 1929.

Cette Enquête était basée sur un questionnaire envoyé aux divers Groupements professionnels nationaux constituant l'A. P. I. M. — et les réponses ainsi fournies furent particulièrement précieuses puisqu'elles émanaient des « Correspondants nationaux de l'A. P. I. M., chacun président ou secrétaire général de son Groupement national, donc spécialement « qualifié ».

Or, parmi les CINQUANTE-NEUF QUESTIONS *ainsi posées, il en est plusieurs dont les réponses* peuvent servir de *base* au Rapport qu'on m'a fait l'honneur de me demander pour le présent Congrès international, au sujet de l'exercice « libre » de la médecine en certains pays. Je vais donc extraire ces quelques questions de l'ensemble de l'Enquête et donnerai, pour chacune d'elles, les réponses fournies par les *quatre pays* dont le « Correspondant national » a déclaré qu'en son pays la médecine était « *libre* », avec toutefois certaines restrictions. Ces quatre pays sont : l'*Allemagne*, la *Grande-Bretagne*, la *Norvège* et la *Suède*.

Certes ces quatre pays ne sont pas les seuls sur la terre, où l'exercice de la médecine peut être plus ou moins « libre ». Nous ne parlerons pas ici des Etats-Unis, car les situations y sont des plus variées : chaque Etat possédant des législations particulières, il serait difficile d'en donner une vue d'ensemble, avec les précisions nécessaires. Ce que nous avons voulu, d'après ce qui nous fut demandé pour ce rapport, c'est préciser la situation lorsque, dans un pays, on peut soigner des malades sans que soit *légalement indispensable* de posséder un *diplôme médical*, contrairement à ce qui se passe dans la très grande majorité des pays. C'est ce que nous allons faire, d'après les réponses fournies par les quatre pays ci-dessus, à certaines questions de l'Enquête internationale de l'A. P. I. M. sur l'exercice illégal de la médecine.

(1) *Rapport au Congrès international* pour la répression de l'exercice illégal de la médecine et du charlatanisme. Paris, 7 juillet 1937.

***

Question n° 1

Avant d'examiner les diverses modalités d'exercice *illégal*, il était normal de fixer, en premier lieu, les diverses modalités de l'exercice *légal* de la médecine. D'où cette première question de l'enquête :

« *L'exercice de la médecine est-il libre dans votre pays et peut-on donner des soins sans être pourvu de diplôme — ou, au contraire, est-il nettement interdit à toute personne non diplômée d'exercer la médecine ?* »

ALLEMAGNE. — L'exercice de la médecine est libre (Cod de droit professionnel [Reichsgewerbeordnung], §§ 1er et 6), mais avec certaines réserves pour les *non-diplômés* qui sont :

1° Paragr. 56. — *a* Défense d'exercer la médecine ambulante ; 2° Défense de prendre le titre de médecin ou titres analogues ; 3° Obligation de se présenter chez le médecin d'arrondissement ; 4° Exclusion des fonctions de médecin fonctionnaire (R. G. O., paragr. 29) ; 5° Défense de vacciner (paragr. 8 de la loi d'empire du 8 avril 1874 sur la vaccination) ; 6° Interdiction de traiter les malades de Caisses (Code d'assurances sociales, paragr. 122) ; 7° Interdiction aux femmes de pratiquer des accouchements (R. G. O., paragr. 30) ; 8° Interdiction aux pharmaciens de pratiquer l'art de guérir ; 9° Défense identique aux instituteurs dans l'Etat libre de Saxe (Décret du 4 décembre 1894) ; 10° Les « guérisseurs » n'ont le droit de prescrire que les médicaments dont le commerce est libre (paragr. 34 du règlement sur les pharmacies).

Doivent acquérir un *diplôme*, délivré sur présentation d'un « certificat de capacité » : *a*) quiconque *se donne le titre* de médecin, chirurgien, oculiste, accoucheur, médecin-dentiste ou vétérinaire ; *b*) quiconque désire que l'Etat ou une commune le reconnaisse comme tel et le charge d'une fonction administrative correspondante. Toutefois, la délivrance du diplôme ne doit pas dépendre du titre purement honorifique de « docteur ».

A ces prescriptions anciennes, il convient d'ajouter certains paragraphes de *la loi allemande du 13 décembre 1935 sur l'exercice de la médecine*.

« *Paragraphe* 1er. — *Alinéa* 1. — Le médecin est appelé à vaquer au service de la santé indi-

viduelle et collective du peuple. Il remplit une fonction publique qui est réglementée par la présente loi.

« *Alinéa* 2. — La profession médicale n'est pas un métier.

« *Paragraphe* 2. — *Alinéa* 1. — N'est *qualifié* (1) pour exercer la profession médicale dans le Reich que celui qui a été nommé médecin par l'autorité allemande compétente. Cette nomination donne le droit d'exercer la thérapeutique sous la qualification de *médecin* (1). La nomination vaut pour tout le territoire du Reich.

« *Alinéa* 2. — A moins de dispositions légales contraires, ne peut être admis à exercer une activité dans le domaine de la thérapeutique ou de la science médicale *confiée à une autorité ou à un établissement public ou assumé* par ceux-ci (1) que quiconque a été nommé médecin. Ceci ne s'applique pas aux personnes agissant sous la direction ou la surveillance d'un médecin ».

« *Paragraphe* 16. — *Alinéa* 1. — Est passible d'une peine d'emprisonnement ou d'une amende ou de l'une de ces deux peines seulement toute personne qui, n'ayant pas son diplôme de médecin *se prévaut d'une dénomination* (1) de nature à donner l'impression qu'elle est autorisée *à s'occuper de thérapeutique sous la qualification de médecin* (1). »

(Comme on le voit, quiconque, ne possédant pas de diplôme peut, en dehors de certaines restrictions, exercer la médecine, mais n'a pas le droit de le faire en se qualifiant de médecin, ni d'exercer la médecine publique, ni pour certaines catégories de personnes, comme les assurés sociaux, par exemple. Nous retrouverons de semblables restrictions dans les trois autres pays ci-après.)

Grande-Bretagne. — « La pratique de la médecine est *libre*, de façon générale. La base des décrets sur la médecine n'est pas la prohibition d'exercer pour les praticiens non qualifiés mais l'établissement de certains témoignages, grâce auxquels quiconque, réclamant des soins médicaux, sera capable de distinguer les praticiens « *qualifiés* » de ceux qui ne le sont pas. Il s'ensuit que quiconque, non qualifié ou partiellement qualifié n'est pas, pour cela, privé de donner des soins — à condition qu'il ne se proclame pas, lui-même, légalement qualifié pour donner ses soins : c'est-à-dire qu'il ne se pare pas d'un faux-titre.

Il y a cependant certaines *restrictions* frappant les praticiens non qualifiés, par exemple : *a*) ils ne peuvent recevoir certains honoraires ; *b*) ni signer de certificat ; *c*) ni soigner les maladies vénériennes ; *d*) ni prescrire des remèdes dangereux, etc... »

(Il ne peut donc y avoir en Grande-Bretagne, d'exercice « *illégal* », proprement dit, de la médecine, mais un exercice « *irrégulier* » lorsque se déclare qualifié, par exemple, un praticien non qualifié).

Norvège. — « L'exercice de la médecine est « *libre* », mais, d'après notre loi sur le charlatanisme, seuls les médecins diplômés ont le droit de se donner le titre de « médecin ». Remarquons toutefois qu'une loi nouvelle a été promulguée sur le charlatanisme en date du 19 juin 1936, dont voici les dispositions les plus importantes.

1° Les dispositions sur la protection du titre de médecin sont rendues plus détaillées et plus efficaces. Par exemple : interdiction désormais de s'appeler « Dr. en chiropratique » (mais on peut s'appeler néanmoins « chiropracteur ».)

2° Interdiction aux charlatans (1) de toute publicité mensongère. Celle seule permise (après autorisation) concerne nom, adresse, heures de réception ;

3° Les « charlatans » ne peuvent ordonner de médicaments ne pouvant être obtenus dans une pharmacie que sur ordonnance médicale. Ils ne peuvent pratiquer une intervention chirurgicale, faire des injections, pratiquer l'anesthésie, etc...

4° Interdiction aux « charlatans » de soigner par correspondance.

6° Interdiction de traiter non seulement comme auparavant la tuberculose, les maladies vénériennes et épidémiques, mais aussi désormais le cancer, le diabète, les anémies graves et la maladie de Basedow.

6° Un « charlatan » ne saurait être acquitté désormais dans les cas ci-dessus sous prétexte que « par défaut de connaissances médicales, il n'avait pas compris la nature de la maladie ».

7° Un « charlatan » est passible de peines, s'il a mis en danger la vie du malade en ayant ainsi empêché que celui-ci ait recherché une « aide médicale compétente ».

8° Si un tiers a en charge le traitement d'un malade, il est punissable de l'avoir confié à un « charlatan . »

Suède. — « L'exercice de la médecine n'est pas absolument « *libre* », mais, sans être puni, chacun peut traiter un malade, s'il ne le fait pas professionnellement et s'il ne traite pas des maladies contagieuses, la tuberculose et le cancer. La loi du 1er janvier 1916 porte : « Est

---

(1) C'est nous qui soulignons.

(1) Nous avons conservé ce mot inscrit dans la communication du Docteur Berner, secrétaire général de l'Association générale des médecins de Norvège, mais nous pensons qu'il s'agit là plutôt des « non médecins » c'est-à-dire les « guérisseurs » n'ayant *pas de diplôme* d'ordre médical. *F. D.*

qualifié » pour l'exercice de la médecine : *a*) celui qui a reçu « légitimation » comme médecin suédois ; *b*) celui qui, sans avoir reçu légitimation, a une fonction médicale à laquelle il a été nommé par le Gouvernement ; *c*) celui, sans légitimation qui a reçu de l'Administration la charge de remplacer un médecin ; *d*) celui qui a reçu du Gouvernement une permission spéciale d'exercer la médecine. »

(On voit qu'il n'est pas mention, dans ces quatre pays, de *la nécessité d'un diplôme* quelconque pour exercer la médecine, ce qui est formellement proclamé dans tous les autres pays ayant répondu à l'Enquête).

Question n° 24

(Il est intéressant de savoir si, même dans les pays où la médecine est plus ou moins « libre », les Groupements médicaux s'élèvent, à l'occasion, contre les illégaux, les irréguliers, non qualifiés, etc., quand ils les soupçonnent de charlatanisme. C'est pourquoi nous rappelons ici les réponses à la question suivante :

« Vos Groupements médicaux s'occupent-ils de la lutte contre le charlatanisme ? ».

Allemagne. — « S'occupent de la lutte : *a*) les médecins fonctionnaires qui dépendent du ministère de la Santé publique ; *b*) la Société allemande pour la lutte contre les inconvénients et défauts au sujet de la santé publique. (Deutsche Gesellschaft zür Bakämpfugen von Misstanden im Gesundheitewessen) ; *c*) la Chambre des médecins du Reich et les différentes chambres des médecins des districts.

Grande-Bretagne. — « Le « General Medical Council » ne peut qu'éliminer les charlatans de la profession même. Il y a, par contre, des Associations *privées*, (telle que la «Medical Defence Union») qui poursuivent les irréguliers non pas en tant que « praticiens » (la médecine est libre), mais lorsqu'ils se parent d'un titre indûment et contreviennent ainsi à la loi de 1885. »

Norvège. — « La lutte est menée par l'Association des médecins de Norvège. Elle veille à l'usurpation des titres ainsi qu'à l'exercice illégal et a rédigé une proposition de loi contre le charlatanisme. »

Suede. — « Il n'y a malheureusement aucune organisation de lutte ni publique, ni privée. »

Question n° 49

« Faut-il viser à l'interdiction générale et immédiate de tout traitement par des non-médecins ? »

Allemagne. — Il est surtout nécessaire que des lois appropriées soient émises, abolissant la liberté de guérir ou la limitant. Il faut viser à l'exercice de la médecine *seulement* par les médecins, et du reste, que tous ceux qui veulent exercer en manière limitée la médecine, doivent subir un examen et acquérir un certain diplôme. Naturellement, l'idéal serait que ce soit seulement les médecins qui exercent la médecine. Mais, dans les pays possédant la liberté de guérir ce but ne peut être atteint brusquement, mai seulement au moyen d'une période de transition parce qu'une brusque abolition de la liberté de guérir entraînerait le chômage pour tous ceux qui s'étaient occupés de l'exercice de la médecine sans être médecin. Peut-être il serait possible de faire subir aux personnes exerçant la médecine sans être diplômées un examen spécial, et, si elles se sont montrées capables, de les faire passer au rang de médecin, en abolissant en même temps la liberté de guérir.

Grande-Bretagne. — Une telle prohibition serait impossible dans ce pays et, vu le développement des connaissances médicales et des diverses méthodes de traitement, peut-être peu désirable. Les médecins ont, de plus en plus, besoin d'auxiliaires, de « paramédicaux » pour administrer leurs prescriptions (massages, électricité...). Il faudrait, tout d'abord, pour les « paramédicaux » honnêtes, arriver à une protection légale analogue à celle accordée au praticien « qualifié ».

(Il ne s'agissait pas de cette question des « paramédicaux » agissant comme aides du médecin, mais des non-médecins qui *dirigent* eux-mêmes le traitement d'un malade, *en dehors* d'un médecin.

D'ailleurs à propos de la question n° 50 : « Faut-il viser seulement à la restriction des pires abus », le Docteur Cok précise mieux la question en ces termes :

«.....Le public n'est pas préparé à la prohibition de l'exercice de la médecine, en général, par une partie de la population. Mais il est probablement préparé à admettre qu'un irrégulier ne doit pas faire certaines choses définies ni traiter dans certaines conditions définies. »

(Donc pas d'interdiction générale, mais seulement pour certains cas, ou certaines maladies ou certaines conditions définies à l'avance.)

Norvège. — « Je considère toujours la possibilité d'établir une interdiction absolue du charlatanisme, mais l'Association des médecins est provisoirement satisfaite de la nouvelle loi, dont les dispositions paraissent agir de façon heureuse. »

Suède. — Une interdiction est impossible en

ce pays où les paysans et même certains membres du Parlement défendent les charlatans.

(On voit qu'à part la réponse allemande — catégorique — les trois autres réponses déclarent qu'une prohibition générale du droit d'exercer la médecine sans diplôme se heurterait à une impossibilité à la fois politique et psychologique, étant donné l'état actuel des esprit à ce sujet. Le Correspondant de la Grande Bretagne, à propos de la question 59 et dernière sur les « observations particulières à formuler » ajoute même ce qui suit, qui renforce sa réponse ci-dessus :

« Il y a, en ce pays, un réel danger que, si le Corps médical est trop pressant dans ses demandes de prohibition pour les praticiens non qualifiés, le résultat soit de créer une opposition de la part du public, causant plus de mal que de bien. Les privilèges des praticiens qualifiés, au lieu d'être étendus pourraient être restreints. L'esprit national tend, en effet, à rendre le public très opposé aux prétentions d'un groupe particulier, principalement des groupements professionnels. »

Question nos 54 et 56

(Bien que ces questions traitent, en réalité, du charlatanisme en général, il peut être intéressant de noter les réponses des quatre pays à exercice « libre » de la médecine sur une entente internationale à ce sujet.)

54. — *Envisagez-vous que des mesures d'ordre puissent être prises, d'un commun accord entre les divers pays, pour lutter efficacement contre le charlatanisme ?* »

56. — « *Ne pourrait-on pas, en particulier,* SIGNALER *de pays à pays, aux autorités d'une part, aux organismes professionnels d'autre part, les entreprises ou les individus qui se livrent à l'exercice illégal de la médecine ?* »

A la question no 54 : *Oui*, fut-il répondu d'Allemagne. *Non*, de Grande-Bretagne, Norvège et Suède. De plus, au sujet des deux questions, voici les « réflexions particulières » faites par les trois premiers pays.

ALLEMAGNE. — « Les mesures générales à prendre seraient la répression des annonces charlatanesques dans la presse, etc., la suppression des fabriques de diplômes privés, une loi sur les spécialités, etc... Quant à la « signalisation » internationale des illégaux, elle est impossible. Rien qu'en Allemagne, leur nombre est de 15 à 20.000. »

GRANDE-BRETAGNE. — « Des mesurres internationales ne pourraient être prises utilement qu'en les fondant sur une base commune. Dans les conditions actuelles, non seulement les lois diffèrent beaucoup dans chaque pays, mais tout le point de vue concernant la question des *praticiens non qualifiés* (1) diffère également. Il serait, de grand intérêt pour nous, dans ce pays, de savoir si, dans les pays qui ont prohibé l'exercice médical et pharmaceutique, aux personnes *non qualifiées et non enregistrées* (1) et qui ont institué de grosses pénalités pour infraction à la loi, il en est résulté que l'exercice irrégulier n'existe pas... au point de vue de la « signalisation », il serait utile d'établir un système d'information entre les pays voisins... »

NORVÈGE. — « La signification pourrait avoir une certaine utilité, mais de telles entreprises n'ont guère été jusqu'ici tentées en ce pays. »

***

Considérations du Rapporteur sur les diverses réponses ci-dessus

Parmi tous les Groupements professionnels nationaux ayant répondu à l'Enquête de l'A. P. I. M. nous avons vu que, dans quatre pays seulement, l'exercice de la médecine est « *libre* » suivant toutefois certaines *restrictions* asez importantes.

Nous avons vu également que ces restrictions portent, presque toujours principalement :

a) *Sur certaines catégories de maladies* (affections contagieuses, tuberculose, cancer, etc.) ;

b) *Sur certaines catégories de malades* (assurés sociaux, accidentés du travail, etc.).

On ne s'explique guère, *à priori*, que soit interdit, aux non-diplômés, de soigner telle maladie et non telle autre, le *diagnostic* devant être établi avant de savoir (si ledit diagnostic est exact), à quelle maladie on a vraiment affaire.

De plus, comment s'expliquer également que les non-diplômés soient déclarés *inaptes* à soigner les membres des Caisses-maladie et les accidentés du travail et *aptes*, au contraire, pour les autres catégories de malades.

***

On a pu remarquer que si l'exercice de la médecine *sans diplôme* préalable est admis (en dehors de certaines restrictions), *toute usurpation de titres* est formellement interdite (et avec raison) sous peine de sanctions parfois sévères et pouvant aller jusqu'à la prison...

***

Nous avons vu également qu'en ces mêmes

(1) C'est nous qui soulignons.

pays, une proposition d'interdiction, générale et immédiate, de tout traitement par les « non-médecins » se heurterait nécessairement à l'hostilité du public et même parfois des Parlements.

***

Enfin nous avons pu constater que trois pays (sur les quatre à médecine « libre ») envisagent que des mesures d'ordre général ne pourraient être prises, d'un commun accord entre les divers pays, pour lutter efficacement contre la maladie.

***

Telles sont les considérations qu'il nous a paru utile de mettre en relief dans ce Rapport concernant quatre pays où l'exercice de la médecine est considéré comme « libre ».

Mais, à la suite de la publication des résultats de l'Enquête dont nous venons de parler, un *rapport* fut établi comme pour chaque Enquête, puis, une *discussion*, eut lieu lors de la session suivante du Conseil général de l'A. P. I. M. et enfin des *conclusions* furent établies, parmi lesquelles nous croyons utile de signaler celles qui ont particulièrement trait au présent rapport :

« CONCLUSION N° 2. — **L'A. P. I. M. juge nécessaire que dans tous les pays, on n'autorise l'exercice de la médecine et tout traitement de malade qu'aux médecins diplômés. Ceux-ci ne pourraient être suppléés que pour les accouchements et seulement par des sages-femmes diplômées** ».

« CONCLUSION N° 3. — **Certains actes médicaux (pansements, massages) pourraient être accomplis par des « aides-médicaux » mais à condition que ceux-ci soient diplômés et placés pour chaque traitement sous la surveillance d'un médecin diplômé** ».

« CONCLUSION N° 4. — **Tout traitement professionnel de malade par un non-qualifié, devrait être dans l'intérêt même de la santé publique, interdit par la loi et soumis à des sanctions pénales rigoureusement appliquées** ».

Ces trois conclusions, ainsi que toutes les autres établies en même temps (mais qui n'ont pas trait particulièrement au présent rapport) ont été, après une longue et laborieuse discussion, *votées à l'unanimité*, y compris les représentants des quatre pays dont nous avons cité plus haut les réponses.

Bien que notre rapport soit un *exposé de faits*, qui, par suite, n'a pas besoin de « conclusions », nous avons pensé que les trois conclusions ci-dessus du Conseil général de l'A. P. I. M. n'en pourraient pas moins donner une idée des directives adoptées, au sujet de l'exercice illégal de la médecine (même en pays de médecine « libre ») par notre grand Groupement professionnel international.

ÉVALUATION DU TAUX D'INVALIDITÉ DANS LES AMPUTATIONS *DES SEGMENTS DES DOIGTS*

MM. E. OLIVIER, R. PIÉDELIÈVRE et Henri DESOILLE

Les taux d'invalidité habituellement reconnus pour la perte des diverses phalanges des doigts paraissent, à la réflexion, arbitrairement fixés (1). C'est ainsi que, pour les quatre derniers doigts, la perte de la phalange unguéale est évaluée au même taux que pour les autres phalanges (index), ou à un taux bien inférieur (médius, annulaire, auriculaire).

Et cependant, tandis que la phalange métacarpienne a surtout pour rôle de supporter les deux autres, (isolée, elle est souvent de peu d'utilité pour le travail), à la phalange unguéale, on trouve l'ongle, qui constitue un véritable instrument situé au bout du doigt : protection des parties molles, action de gratter, action d'ouvrir un canif, etc. ; en outre, la sensibilité tactile s'y révèle plus développée qu'aux autres, en raison de la richesse des corpuscules de Vater ou de Pacini ; de plus, la multiplicité des crêtes y favorise l'adhérence et la préhension.

D'autre part, l'étude de l'anatomie des tendons et de la physiologie des mouvements des phalanges montre que la valeur fonctionnelle de la phalange unguéale est plus grande que celle de la phalange intermédiaire, et qu'elle est même supérieure à celle de la phalange métacarpienne : ce qui importe avant tout, fonctionnellement, c'est la flexion des segments d'un doigt.

Tous les arguments : anatomique, moteur, tactile, etc., font admettre aux auteurs de ce travail que la phalange unguéale est de beaucoup la plus importante et ils seraient d'avis de lui accorder des taux d'évaluation supérieure à ceux qui sont admis actuellement.

En ce qui concerne le pouce, les évaluations apparaissent tout aussi inexactes.

(1) *Annales de médecine légale*, octobre 1937.

— NOS VIEUX ! —

● ● ●

Combien intéressants et cependant méconnus ! La loi Pomaret, Barthe et consorts de la Chambre, ont mis de l'eau dans leur vin. Barthe, questeur, a besoin de nous et l'avait oublié — et l'on ne nous forcera plus à nous retirer à 65 ans sans retraite.

La retraite ! voilà le *hic* ! On ne fait pas fortune dans le métier, surtout si l'on y élève des enfants, très souvent de futurs médecins ; l'exemple plus ou moins heureux — plutôt moins que plus — ne leur sert pas d'exemple, ou mieux la contagion du dévouement, des dangers, les a séduits et ils ... continuent ?

Cependant, on parle beaucoup des vieux et des retraites ; que de projets ont germé, été étudiés, notamment à l'Association générale des Médecins de France, où le Docteur Chapon a succédé à la présidence au Docteur Bellencontre, et où nous rencontrons avec notre ami J. Noir, Vimont, Boudin.... Malgré les dons et legs, on ne peut y donner une pension de droit, mais des « secours », mot humiliant, et que de généreux confrères donateurs augmentent et rendent plus acceptables : j'ai nommé les Docteurs Roussel et Debat, et le Docteur Plantier.

On parle, disais-je, des vieux, mais il s'agit des vieux ouvriers manuels, certes aussi intéressants que les intellectuels, proclame-t-on, je n'y contredis point ; mais ils sont égaux en droit et en fait, même plus en commun ; ce n'est pas une raison pour négliger le prolétariat cérébral, si nombreux, si négligé. C'est même pourquoi nous fondions en février 1920, Romain Carolus, Emile Borel, Henry de Jouvenel, Mathiot, Frantz Jourdain et Xanrof si actif, si plein d'initiative, la Confédération, les Amis des Travailleurs intellectuels, C. T. I., A. T. I.., pour défendre les intérêts si souvent menacés des médecins, avocats, architectes, ingénieurs...

C'était parallèle à la C. G. T., mais non ennemie. Nos besoins sont différents. La C. G. T. parle pas mal d'assurer les vieux jours de ses travailleurs. A. la C. T. I., le Professeur Rodrigues y créait le *Droit à la Vie.*

Comment faire ?

Pour les ouvriers, on songe à trois concours : les intéressés, l'Etat, les villes. Il en pourrait être de même aux travailleurs intellectuels, c'est-à-dire ceux où le cerveau domine, ce qui n'empêche pas souvent les mains d'y aider, d'en souffrir, d'y être blessées, détruites... C'est ce qu'en réunion préparatoire à la Cour de Cassation, je disais, C. T. I. et C. G. T. réunies, à Pierre Hamp, littérateur connu et ancien manuel qui y parlait de nos « mains blanches suffisantes à nous aider et glorifier ». Je lui disais donc combien cette distinction des mains était souvent fausse, que les radiologues, dont j'étais, avaient souvent les mains noires, quand ils les avaient encore, voire qu'ils n'étaient pas encore morts après d'atroces souffrances, ou pis sont infirmes, sans secours, ni retraites.

Les ingénieurs sortis de l'Ecole de physique et chimie, qui comptent maints savants, Georges Claude, Urbain, Nicloux... s'est émue, pour les siens, à Paris, de ce sort misérable que certains radiumlogues avaient subi, laissant des familles sans ressources. La C. T. I. s'y joignit. C'était en 1925. Un ministre du Travail compréhensif, le regretté Durafour, nous aida. J'avais exposé à la Commission parlementaire, à la Chambre, par un rapport documenté, l'état de la question. On obtint pour les salariés des réparations. Les indépendants, les praticiens n'ayant aucune fonction, ce sont encore les plus nombreux, restèrent sur le carreau. Ils y sont toujours.

Donc le médecin ordinaire, qui monte des étages, court monts et vaux, reçoit chez lui pour analyser, radiographier, sans autre titre en fonctions, peut rester impotent de bonne heure, devenir vieux (peut-être), mais sans avoir droit à quoique ce soit, mourir de misère lui et les siens...

Triste perspective trop souvent réalisée. Pourvu encore qu'un procès malencontreux de clients ne l'ait pas ruiné et discrédité !...

Les lois sur les loyers ne le favorisent pas. Il doit avoir un certain decorum — s'il est radiologue, il lui faut une place énorme — il a donc un fort loyer qui l'a déjà fait rentrer « dans le droit commun » et donné tout droit à son propriétaire de l'expulser. S'il a le malheur d'avoir une puissance d'argent, assurance, banque, grand magasin qui veut s'agrandir, la loi est contre lui, il part souvent ruiné. On a fait des travaux rendant l'accès de son appartement difficile, sale, impossible, les clients fuient et il en doit faire autant. S'il est âgé, même pas trop, ayant parfois conquis à peine une clientèle convenable, tant pis, il perd tout...

Si c'est un radiologue, à quel prix se réinstal-

lera-t-il ? S'il a quelque fortune, est blessé, il part, renonce à tout, donne ses appareils — je le sais du reste —. Que de lésions rœntgéniques ou radiumpathiques encore inconnues du reste. Plaies, dermites, mains ou régions diverses du corps enflammés, brûlés, détruites, leucémies et altérations sanguines, yeux brûlés ou atteints de cataractes ou de glaucome (ceci moins fréquent, moins connu, et cependant trop réel)...

Que peut faire le praticien impotent, s'il n'a que sa belle (?) profession pour vivre, profession à lourds loyers, patentes, impôts, charges sociales... s'il n'a pas un fixe, l'espoir de retraite, ce qui est si recherché, si demandé !...

L'A. G. s'est occupée de l'aider à avoir une retraite, de par l'Etat et capitalisation, encore faut-il que le praticien gagne assez pour économiser l'argent voulu. Des associations privées agissent parallèlement pour assurer un enterrement décent, des secours aux familles, voire pour loyer, soit le survivant, soit l'impotent, à *La Maison du Médecin* ou château des Charmilles à Valenton, près Paris, œuvre du Dr Courtault, *hospitalise les vieux, les vieux ménages, leurs* permet de garder leurs souvenirs chers. Il faudrait des locaux plus grands. (1) M. Trutié de Varreux, président de la Chambre des Propriétaires à Paris, songe aux logements ouvriers. Xanrof à la C. T. I. avait songé aux intellectuels et à des loyers abordables. Nous allâmes voir le Préfet de la Seine...

Que de choses restent à faire et à dire sur le sort des vieux à connaître et à assurer. Nous y reviendrons quelque jour.

— On s'occupe de la conservation des capitaux. Georges Garreau, dans *Le Matin* du 7 septembre 1937, écrit notamment ceci :

« La capitalisation n'est pas nécessaire. Il suffit de répartir les cotisations annuelles. Dès lors, il n'est plus indispensable d'attendre vingt-cinq ou trente ans avant de servir des pensions.

« Bien mieux. Quand il s'agit de sommes aussi considérables que celles nécessaires à la retraite des vieux travailleurs, il n'est pas difficile de démontrer que le système de la capitalisation présenterait de très graves dangers. Il faudrait accumuler, c'est-à-dire retirer de la circulation, des centaines de milliards. Où les prendrait-on ? A quoi les emploierait-on ? Car un capital ne peut porter intérêt que dans la mesure où il travaille et crée de la richesse. Cette accumulation de capitaux morts ruinerait l'activité du pays. Songez qu'un sou capitalisé depuis Jésus-Christ aurait suffi à drainer dans un coffre-fort toute la fortune actuelle du monde. La plus grave erreur de la loi sur les Assurances sociales — œuvre également nationale et dont on ne peut prévoir la fin dans le temps — c'est précisément d'être basée sur le système de la capitalisation. Les milliards s'accumulent pendant que le pays s'asphyxie. »

Mais « les Vieux » sont toujours les vieux manuels. Quant aux « vieux intellectuels », on les suppose sans doute assez « intelligents », est-ce l'équivalent ? pour se la faire eux-mêmes. Il serait d'ailleurs logique que les intéressés, les employeurs et l'Etat la constituassent, cette retraite ? Le grand public emploie les intellectuels, médecins, avocats, architectes... Comment y prélever les retraites de ces travailleurs qu'avait menacés de famine la loi Pomaret et à 65 ans ?...

Le Matin du 10 septembre 1937, expose : *La loi de fraternité*. M. Gossart, vice-président de la Fédération des retraités de France, nous expose comment pourrait être réalisée la retraite des vieux. Pourquoi, écrit-il, ne demanderait-on pas à une Commission extra-parlementaire de coordonner les éléments d'un projet ? »

Il s'y agit de la classe ouvrière, « la vieillesse à l'abri du besoin »... Notre vieux confrère, nonagénaire, de Choisy-le-Roi, avec sa fille paralysée, mangée par les chats, l'avait-il ? La C. T. I. s'occupe de ces questions où les intellectuels sont trop négligés ». La République n'a pas besoin de savants ; ce qui était admis pour Lavoisier guillotiné — c'était plus sûr et plus rapide, serait-il encore vrai en 1937, alors que l'on en veut fabriquer à tour de bras dans nos lycées, collèges, écoles ?... gratuitement ?...

Dr Foveau de Courmelles.

(1) La Maison du Médecin n'hospitalise pas les vieux, elle reçoit d'une façon beaucoup plus digne, nos confrères âgés, mettant à leur disposition des chambres spacieuses, une table excellente. Nous serions heureux d'y recevoir le Docteur Foveau de Courmelles pour lui montrer que l'œuvre vaut mieux que les deux lignes qu'il lui consacre. (Dr Raphaël Massart secrétaire général de la Maison du Médecin).

Documents officiels



Circulaire relative à l'application des lois sociales aux pupilles de l'Assistance publique

La sous-secrétaire d'Etat à la protection de l'enfance à MM. les préfets,

Comme suite à la Circulaire du 7 juillet 1936 concernant l'humanisation du service des enfants assistés, nous avons l'honneur de vous adresser ci-dessous des directives en vue de l'application aux pupilles de l'Assistance publique, des lois sociales récemment votées :

I. — Prolongation de la scolarité

Deux lois des 9 et 11 août 1936 ont modifié la loi du 28 mars 1882 sur l'enseignement primaire et ont prolongé la durée de la scolarité jusqu'à l'âge de quatorze ans révolus. En conséquence, vous voudrez bien assurer la fréquentation scolaire aux pupilles de l'Assistance publique jusqu'à cet âge, sauf toutefois pour les enfants gagés, avant le 1er octobre 1936, pour lesquels une exception a été prévue par la loi du 9 août 1936.

Cette mesure dont l'intérêt ne vous échappera pas, permettra à vos jeunes pupilles de rester un an de plus dans leur famille nourricière. Il doit donner les meilleurs résultats tant au point de vue de leur santé que de leur développement moral et intellectuel.

Il vous appartiendra de faire respecter les dispositions susvisées en priant au besoin les instituteurs publics de vous signaler les manquements qu'ils pourraient constater.

II. — Congés payés

Le bénéfice de la loi du 20 juin 1936 instituant un congé annuel payé dans l'industrie, le commerce, les services domestiques et l'agriculture, doit être assuré à tous les pupilles de l'Assistance publique des deux sexes, quelle que soit leur profession.

Mode de placement pendant la période des vacances

Dans la majorité des cas, l'enfant devra être envoyé en vacances dans sa famille nourricière, afin de permettre le resserrement des liens d'affection qui se sont créés entre le pupille et ses parents nourriciers.

Trop souvent, en effet, les rapports de tournées d'inspecteurs signalent les plaintes d'enfants qui, soit en raison de l'éloignement du lieu de leur travail, soit parce qu'ils n'ont pas obtenu le congé nécessaire, n'ont pas vu leurs parents nourriciers depuis plusieurs années.

Lorsque le pupille n'aura plus de nourriciers ou lorsqu'il refusera de retourner auprès des personnes qui l'ont élevé, il vous appartiendra de rechercher une colonie de vacances, des particuliers présentant toutes garanties morales nécessaires, une œuvre à la campagne, à la montagne ou à la mer, où il pourra se distraire en compagnie de jeunes gens de son âge, et se reposer des fatigues de l'année.

En aucun cas les enfants ne devront être conservés pendant la période des congés, par leurs patrons, sauf toutefois s'ils sont gagés par leurs nourriciers et s'ils désirent, pendant cette période, continuer à vivre en famille.

Il est, en effet, permis de penser que les patrons n'entendraient pas voir leurs employés se reposer alors qu'ils assureraient les travaux habituels, et que la loi serait, pour ces derniers, pratiquement lettre-morte.

Quant à l'envoi à l'hospice dépositaire, il ne pourra être envisagé que tout à fait exceptionnellement et seulement lorsqu'il s'agira d'arriérés ne pouvant être reçus par leurs nourriciers ou d'enfants particulièrement difficiles dont une œuvre n'accepterait pas la garde.

Mode de détermination des avantages en nature.

Dans l'agriculture, les avantages en nature seront évalués d'après les conventions collectives applicables aux intéressés s'il en existe, ou, s'il n'en existe pas, conformément aux arrêtés préfectoraux fixant le taux des salaires devant servir de base à la détermination des indemnités pour les victimes d'accidents du travail.

Dans le commerce, l'industrie et les services domestiques autres que l'agriculture, les avantages en nature seront appréciés conformément au décret du 1er août 1936, d'après les tarifs fixés pour l'application de la législature sur les assurances sociales.

Moyens de récupération sur l'employeur

Deux méthodes s'imposent pour récupérer sur les patrons les sommes dues au titre des congés payés.

1° Payement par le département des frais d'entretien pendant les congés, suivi de l'établissement d'un titre de recette sur l'employeur et versement dans la Caisse du département ;

2° Versement direct du montant des sommes dues à la nourrice ou aux œuvres qui recevront les enfants pendant les vacances.

Il semble que la première solution soit la meilleure. En effet, le montant de l'indemnité pourra être inférieur ou supérieur au prix de pension à verser et dans ce cas, le service des enfants assistés devrait intervenir pour allouer la part manquante ou faire inscrire le supplément au livret de Caisse d'épargne.

D'autre part, en cas d'application de la seconde solution, des contestations et des difficultés ne manqueraient pas de se produire entre les employeurs, les nourriciers et les œuvres que le service des enfants assistés devrait ensuite aplanir.

Cette seconde solution ne devra donc être employée que rarement dans des cas particuliers.

Quant à la première, elle devra intervenir dans la majorité des cas.

Lorsque le remboursement à effectuer par l'employeur sera égal au montant de la pension à payer pour les vacances le département en percevra le montant et versera directement à l'œuvre ou au nourricier la somme allouée ; l'argent de poche devant, bien entendu, être perçu par le pupille.

En cas d'insuffisance, le département devra parfaire la différence. Si le montant du remboursement patronal dépasse le montant du prix de journée à payer pour le pupille, on pourra attribuer à celui-ci un complément d'argent de poche ou verser le solde à son livret de Caisse d'épargne.

Les pupilles, placés, à titre exceptionnel, à l'hospice dépositaire ne pourront recevoir, à titre d'argent de poche, la totalité de l'indemnité de vacances.

Il est, en effet, légitime qu'ils participent à leurs frais d'entretien pendant cette période de détente. Le prix de journée de dépôt sera donc prélevé par le département sur l'indemnité à payer par le patron, le reste étant alloué au pupille comme argent de poche.

Au cas où par suite des lourdes charges financières que supportent les budgets départementaux, il n'aurait pas été possible d'appliquer dans son intégralité les instructions de la Circulaire du 7 juillet précitée, vous voudriez bien ne pas perdre ces dernières de vue et poursuivre leur réalisation au cours de l'année 1937. Nous tenons en effet à ce que dans tous les départements, l'humanisation du service des enfants assistés soit réalisée ; en particulier il faut absolument éviter tout abandon d'enfant *chaque fois que seule la misère de la mère en est la cause.*

Au cours d'inspections récentes il a été malheureusement constaté que des mères célibataires se trouvaient dans l'obligation d'abandonner leur enfant parce que dépourvues de ressources.

Nous *désirons absolument* que de pareils faits ne puissent se reproduire à l'avenir ; à cet effet, il conviendra d'inclure dans le règlement départemental un article permettant d'accorder dans des *cas exceptionnels de misère* un taux de secours temporaire supérieur à celui prévu pour la majorité des cas. L'inspecteur de l'Assistance publique devra aussi indiquer à la mère célibataire, au cas où celle-ci ne pourrait élever elle-même son enfant, une nourrice présentant toutes garanties ; cette indication ne présente en effet aucune difficulté puisque les services d'inspection reçoivent de nombreuses demandes de gardiennes à l'effet d'obtenir la garde d'un pupille de l'Assistance publique.

Les mères célibataires ont droit à toute la sollicitude de la collectivité et nous nous plaisons à reconnaître du reste que de nombreux départements ont adopté cette politique humaine.

Nous signalerons en dernier lieu que des inspections récentes auxquelles il a été fait allusion ci-dessus ont révélé que dans certains départements les pupilles ne recevaient pas des gages en harmonie avec les conditions habituelles du marché du travail. Aussi, vous voudrez bien veiller scrupuleusement à ce que nos pupilles ne soient pas défavorisés par rapport aux salariés ordinaires.

Enfin, il y aura lieu d'adresser annuellement à tous les pupilles gagés notification du montant de leur avoir ; cette notification, en même temps qu'elle est susceptible d'éveiller en eux l'esprit d'épargne, leur prouve que l'administration veille attentivement à la défense de leurs intérêts.

Suzanne Lacore. Henri Sellier.

(*J. O.*, 22 novembre 1936).

LE SALON D'AUTOMNE

La grande curiosité de ce Salon est la statue de *Balzac de Rodin*, chassée du salon en 1898, où j'avais pu la voir au milieu des quolibets des visiteurs. Quand je rapproche mon impression de jadis à celle d'aujourd'hui je me dis *quantum mutatus* ! ! ! Cette statue puissante est entourée d'études faites par le maître pour réaliser cette grande œuvre si admirée.

Elle écrase un peu la statuaire du Salon. Signalons parmi les œuvres de sculpture la *Femme couchée* d'Halou, le *Buste* expressi du *Général Gouraud* par Benneteau, la *Femme à la draperie* de Chauvel ; *Athlète* de Gimond ; l'*Orphée* de G. Pimienta, de nombreux bustes très consciencieux, un intéressant ensemble de Lamourdedieu et la rétrospective de François Bouffez.

Le rez de chaussée groupe plusieurs rétrospectives intéressantes dont celle de Favory (45) avec de beaux nus et cette charmante toile *Des amoureux*, puis celle de Ludovic Vallée et ses études si variées de *Montsouris*, sa série de *premières communiantes* ; encore celle de Gropeano qui met en valeur de vieux types de Juifs dont le *Vieux Talmudiste*, pièce remarquable (37). Plusieurs salles sont consacrées à la décoration théâtrale (38) et la salle 47 réservée à l'art religieux ultra-moderne. Nous y trouvons un tableau moins d'avant-garde et plein de qualité : l'*Ange dans la maison*, de Marie Howet.

Plusieurs salles du rez-de-chaussée sont consacrées à la gravure et aux dessins ; citons le *Garde-chiourme de Kenitra* et le *Juif de Tafilalet* de de Hérain (44), les *Sapins de Me Fortova*, les dessins et eaux-fortes de G. Bruyer sur Paris et les *Reliures de Marguerite Fray*.

Gagnons le premier étage, partie la plus intéressante du Salon, salle 1 nous nous arrêtons avec plaisir devant les fleurs d'Annette Selmersheim. Nous admirons le bel effet de *Neige à la Meige* de Pacouil (2), cette agréable vision de l'*île d'Ouessant* de R. Deverin et les charmants paysages de Claude Rameau, surtout l'*Automne sur les côtes de Pouilly* (4). Très vivant le *Portrait de mon charron* (4) de Cavaglieri. Très agréable *Nu de dos dans l'atelier* de Marguerite Crissay ; de la même, son théâtre de Taormine (5). Consciencieuse étude dans le *Détour de Rivière* agrémenté de roseaux de R. Reboussin (7). Je ne parle que comme curiosité des productions cubistes habituelles de Gleizes (8), Vidal (9) donne des *Bords de Marne* d'une heureuse facture. Lorjou devient humoriste dans sa *Scène du couronnement* (10). *La Métisse* de Geneviève Galibert (12) ne manque pas de qualités et la *Lecture matinale*, enfant lisant un journal à table, de P. Corpus est une composition des plus vivantes. Très curieux et bien traité, cet *Hommage à le Nain* de G. Darel (15) et très harmonieux le *nu de dos* de E. Hubert (13) ; Mansieux (14) nous plait avec ses *gitanes* et sa *Mosquée* et A. Jean avec ses perspectives bien au point de la banlieue. Vison charmante de cette *Mère* assise négligemment et *interrogeant sa petite fille*, de M. Frère (14).

Marthe Orant nous donne deux bonnes natures-mortes *Vieux meubles et désordre* 15). Dans la même salle nous admirons la belle esquisse réaliste et bien expressive de Waroquier : *La Tragédie* et aussi l'agréable perspective du *Jardin*, de Marthe Delacroix.

La vedette de la salle 16 est Dunoyer de Segonzac avec *Son étable* peut-être un peu difficile à comprendre. Je préfère les rues de Paris de G. Delatousche et *La Ri ièr:* de P. Ladureau. *La Parisienne* de Vuillard assise sur un divan, retient l'attention (17). J'aime assez la nature-morte *Le blé* de H. Dezire ; le *Chemin dans la forêt*, de Demeurisse et surtout *L'atelier* de A. André (17), d'un arrangement très réussi. A. Wilder nous présente (18) de charmantes vues de Bretagne, le même sujet et surtout les aspects de l'*île Bréhat* ont tenté avec succès la palette de L. Seevagen. Renefer (19) est à louer pour ses toiles la *Seine à Clichy et Bercy*. *Les fleurs dans un intérieur de salon*, de G. Dufrenoy, sont à mon avis une des plus belles œuvres du Salon. La jeune fille couchée près de son chien, *La sieste*, de Suzanne Lalique (20) mérite tous les éloges. Dans un coin modeste de cette salle Suzanne Fegdal dissimule à tort une *Petite place de village* avec son église en arrière plan d'une facture très heureuse.

Le clou de la salle 21 est le *Portrait* d'un réalisme cruel et pathétique de *Louise Hervieu*, d'Edouard Mac ; Avoy, Yves Brayer continue à nous présenter excellemment des vues d'Italie notamment *de Venise et Vérone*. Continuons notre visite en remarquant la *Scène d'atelier* (22) bien étudiée, de R. Maguet, la jeune femme de Clairin cherchant un livre dans sa *Bibliothèque*, un curieux éclairage *Le Reverbère* de S. Bouchaud, et les *Fleurs* de Cou-turat.

Pour terminer notre visite arrêton-nous devant la toile *Intimité* de S. Kaehrling (29) la belle allée d'arbres ensoleillée *Paysage de* A. Weil et surtout les tableaux de Delpey l'*Arc de Titus* et la *Basilique de Constantin* au forum de Rome dans une tonalité bien étudiée et bien réalisée.

Dr M. Vimont.

CHRONIQUE AUTOMOBILE

Le Salon de l'Automobile (*Suite et fin*)

Le nouveau pneu « Pilote » Michelin

Je vous ai laissé entendre, mes chers lecteurs, dans ma dernière Chronique, que j'aurais la satisfaction de vous parler aujourd'hui, de ce que je considérais, non pas simplement comme le « clou » du Salon, mais comme une véritable « révolution » en matière de pneumatiques.

Je veux bien croire que vous avez été sceptiques, en lisant ce mot, car les annonces de ce genre, faites par les intéressés ou par des journaux devant inévitablement les ménager, paraissent fréquemment, trop fréquemment même, et sans raison valable si ce n'est le but commercial à atteindre.

Mais, si vous avez bien voulu réfléchir à l'indépendance absolue en la circonstance du *Concours Médical*, vous avez sans doute été déjà quelque peu intrigués, car vous avez alors pensé que je ne pouvais pas mettre sur le même plan, dans ces colonnes, les fabricants qui créent et ceux qui copient.

Or, la « révolution » annoncée était l'œuvre de Michelin, et ce fabricant n'a pas l'habitude de se contenter de mots. Quand il lance une nouveauté, c'est vraiment une nouveauté. Qu'il me suffise de rappeler ses créations du pneu à basse pression et du pneu à lamelles, pour montrer que je n'exagère pas.

Mais le pneu baptisé « Pilote », que Michelin présente cette année, constitue, de l'avis de tous les spécialistes, la plus grande amélioration obtenue depuis 20 ans.

En outre, fait rare et tout à la gloire du créateur, ce pneu réalise, pour la première fois dans le monde entier, un perfectionnement désiré et recherché par tous les fabricants américains, sans qu'ils aient trouvé le moyen de l'appliquer pratiquement.

C'est donc un véritable succès de l'industrie française, pourtant si handicapée dans ce domaine.

Après ces éloges mérités, je dois maintenant satisfaire votre curiosité, que j'espère avoir éveillée, en vous expliquant de mon mieux ce qu'est le pneu « Pilote » et ce que l'on peut en obtenir.

Je dois tout d'abord vous dire que, l'ayant vu au stand « Michelin » et en ayant en quelque sorte flairé les qualités, je n'ai pas voulu me contenter d'un examen théorique.

Confiant dans la notoriété du *Concours Médical*, je n'ai pas hésité à demander un essai sur route, essai que la maison Michelin, avec une courtoisie parfaite, s'est empressée de me faciliter, heureuse, m'a-t-elle déclaré, de documenter le Corps médical, où elle compte tant de clients.

Ce que je vais dès lors vous exposer n'est pas le résumé de renseignements verbaux, mais la relation aussi exacte que possible, de ce que j'ai fait, constaté et apprécié.

Il me faut cependant au préalable expliquer à quelle préoccupation répond le pneu « Pilote ». Cette préoccupation, c'est de donner aux voitures, à toutes les voitures, *une tenue de route parfaite*. Mais qu'est donc la « tenue de route » ? Il convient d'abord de bien s'entendre sur ces termes, trop d'automobilistes, en effet, confondent cette notion avec celle du dérapage.

Tenir la route, c'est rester maître du volant dans toutes les circonstances, à toutes les allures, sans craindre d'être « embarqué » et de friser l'accident.

Tenir la route, c'est pouvoir suivre rigoureusement le chemin fixé, malgré les efforts transversaux dus au bombé de la chaussée, au déport dans les virages ou dans les dépassements, aux bourrasques de vent, comme si l'on roulait sur des rails.

Tenir la route, c'est donc la possibilité de réaliser, sans imprudence et en toute quiétude, les moyennes les plus élevées sur des parcours sinueux et difficiles.

On peut dire que le manque de tenue de route d'une voiture est une véritable tare, et cela quel que soit son confort intérieur, quelle que soit la perfection de son moteur.

Or, il est malheureusement incontestable que nombre de voitures, surtout quand la direction commence à prendre du jeu, ont une mauvaise tenue de route.

Jusqu'à présent, personne n'avait apporté un remède réellement efficace à ce grave et dangereux défaut.

Eh bien, propriétaires de voitures qui se promènent « d'un côté à l'autre de la route », réjouissez-vous. Le pneu « Pilote » pilotera pour vous votre voiture dans le droit chemin.

Quelles sont donc les caractéristiques de ce nouveau pneu ? Les voici :

Le pneu « Pilote » est nettement plus large que les autres et moins haut. Il est monté sur une jante très large, créée pour lui également par Michelin avec une nouvelle roue à rayons à système triangulé extrêmement ingénieuse, très légère et rigoureusement équilibrée (en moyenne la jante a 30 mm. de plus de largeur que les jantes pour pneus à basse pression correspondants).

En outre, et ceci est capital, dans le pneu « Pilote » l'étranglement à l'approche de la tringle est supprimé. Le pneu repose presque perpendiculairement sur la jante, ce qui évite radicalement tout mouvement de « roulis ».

L'ensemble de ces dispositions permet la résistance à tous les efforts latéraux : virages secs, bombés de la route, coups de vent violents, etc.

Quelles que soient les circonstances, le pneu « Pilote » ne se déforme pas, ne se couche pas, ne bouge pas. On conçoit alors aisément la stabilité qu'il donne à la voiture.

Indépendamment de cette résistance à « la dérive », le pneu « Pilote » comporte encore d'autres avantages. Il ne travaille pas dans ses flexions comme les autres pneus, ce qui a nécessité une carcasse munie d'un entoilage tout à fait spécial et d'une résistance accrue, de telle sorte que l'augmentation fatale de la vitesse, conséquence de la sécurité, n'amènera pas, au contraire, une usure plus rapide.

D'autre part, bien que la grosseur de l'enveloppe soit supérieure, bien que sa résistance soit plus grande, son poids a diminué de 12 à 18 %. On gagne ainsi 2 kilos sur le pneu « Pilote » correspondant au 150 × 40 qui pèse 10 kg. 500.

Naturellement le pneu « Pilote » est un pneu à lamelles, mais à lamelles disposées en oblique, ce qui augmente encore l'adhérence.

Il est d'une souplesse incroyable ne se gonflant au maximum qu'à 1 kgr. 400 même sur les voitures les plus rapides.

La chambre du pneu « Pilote » également améliorée est munie d'une valve de caoutchouc plus légère qu'une valve de laiton, avec dispositif spécial évitant l'inconvénient de « l'avalage » au moment du dégonflement.

Tous ces avantages, je les ai en quelque sorte « sentis » au cours de mon essai qui s'est effectué de la façon suivante :

Conduit par un ingénieur remarquablement compétent et aimable, dans une forte voiture américaine 8 cylindres, équipée de pneus américains de grande marque en parfait état, dont on m'a fait constater la pression normale, me voici parti sur les routes les plus mauvaises, les plus sinueuses, puis les plus droites et en bon état que la banlieue parisienne est susceptible d'offrir.

La voiture a une direction comportant beaucoup de jeu, et qui, en outre, est très démultipliée.

J'avoue que j'ai ressenti plus d'un frisson, quand, m'étant vite rendu compte de la difficulté qu'éprouvait mon conducteur à diriger la voiture, je me suis aperçu que l'aiguille du compteur passait fréquemment à 115, 120, 125 km. à l'heure.

Puis, mon conducteur me fit prendre le volant. A peine à 60 km. à l'heure, je n'étais déjà plus maître de la direction. Par amour-propre, je profitai d'une ligne droite pour pousser à 115, mais au prix de quels « tangages » et de quels « roulis ».

Enfin, arrêtée à un carrefour, une camionnette nous attendait. Un mécanicien en sortit 4 roues munies des nouveaux pneus « Pilote » qui furent montés devant moi sur la voiture en remplacement de celles sur lesquelles nous venions de rouler, sans qu'aucune autre opération quelconque soit faite.

Et je repris le volant pour refaire le même parcours. Vous dire que je fus étonné Cela n'exprimerait que bien mal ma surprise, car je fus littéralement stupéfait.

Plus de « roulis », plus de « déports », une tenue de route impeccable même dans des virages pris à la corde à 100 km. à l'heure ».

Les endroits les plus défoncés de la route paraissaient des billards.

Mais là ne s'arrêtera pas mon « ahurissement ». Reprenant le volant, mon aimable accompagnateur qui avait sans doute juré de me donner des émotions violentes, lança alors son bolide à 125 et 130 km. à l'heure, lâchant complètement le volant sur la partie bombée de la route, ou bien s'amusant à aller de gauche à droite et de droite à gauche par de brusques coups de volant successifs, sans ralentir pour cela la vitesse d'un millimètre.

Mais à dire vrai, je commençais à prendre confiance dans les pneus « Pilote » et je crois bien que, si nous n'étions pas vite rentrés dans la banlieue immédiate où les acrobaties ne peuvent se faire, j'aurais fini par redemander le volant et je me serais lancé à faire moi-même toutes les excentricités, parce que j'avais été obligé de constater que les pneus « Pilote » avaient transformé la voiture dangereuse du début en un véhicule d'une tenue de route incroyable.

Que vous dirais-je de plus, mes chers lecteurs ? Sinon que je me suis promis de vous raconter purement et simplement ce que j'avais vu, estimant qu'en divulguant une invention aussi merveilleuse, je ferais peut-être vendre des pneus « Pilote » ; eh bien, tant mieux, car il est juste que son auteur trouve une rémunération à son effort, mais que je rendrais certainement un grand service à tous les automobilistes, qui les adopteraient (et aussi aux autres) en concourant inévitablement à une formidable diminution du nombre des accidents.

Marcel Toussaint.

P. S. La maison Michelin a informé sa clientèle que les nouvelles voitures pourront profiter dès maintenant des pneus « Pilote », mais que ce n'est pas avant un ou deux mois qu'il sera possible d'en monter sur les voitures actuellement en service.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Clinique ophtalmologique** (Hôtel-Dieu. Professeur : M. F. Terrien). — *Programme général des cours et conférences.* — M. le Professeur F. Terrien a commencé ses leçons cliniques le vendredi 12 novembre 1937, à 10 h. 30, à l'Amphithéâtre Dupuytren et les continuera les vendredis suivants, à la même heure.

Ordre du service : Les lundis, mercredis et vendredis, à 9 h. 30 : Consultation expliquée. — Les mardis et jeudis, à 9 h. 30 : Opérations ; à 10 heures : Enseignement des stagiaires. — Les lundis, à 10 h. 30 : Présentation de malades. — Les vendredis, à 10 h. 30 : Leçon clinique. — Les samedis, à 10 heures : Examens de laboratoire.

Conférences cliniques. — M. le Professeur Strohl, MM. les Docteurs Sainton, Velter, Renard, Veil, Bourdier, Monbrun, Dollfuss, médecins et ophtalmologistes des hôpitaux, feront en décembre 1937, janvier, février, mars 1938, une série de conférences sur quelques grands syndromes généraux en rapport avec l'ophtalmologie.

Cours de prophylaxie oculaire. — M. le Professeur F. Terrien, assisté de M. le Docteur Renard et de Mme Vallon, fera à l'Ecole de puériculture en juin et juillet 1938, un cours en cinq leçons sur la prophylaxie des troubles oculaires de l'enfance.

Cours de neurologie oculaire. — M. Velter, agrégé et M. le Docteur Tournay, commenceront en février, mars 1938, un cours en quinze leçons sur les manifestations oculaires des maladies du système nerveux. L'horaire et le programme de ce cours seront annoncés ultérieurement.

Cours de perfectionnement. — M. le Professeur, F. Terrien, assisté de M. le Professeur Lacassagne, de MM. Velter, Dognon, Renard, agrégés, Ledoux-Lebard, chargé de cours, et de MM. les Docteurs Sainton, Ramadier, Cousin, P. Veil, J. Blum, Dollfus, Hudelo, Mme Vallon, Joseph, Halbron, Guillaumat, fera en mai et en juin 1938, un cours de Technique ophtalmologique (technique opératoire technique de lampe à fente, radiologie et radiothérapie oculaires, technique ophtalmométrique et notions pratiques d'optométrie, neurologie oculaire, étude des grands syndromes ophtalmologiques et de leurs rapports avec l'oto-rhinologie et la pathologie générale. Travaux pratiques de médecine opératoire et manipulations de laboratoire).

Cours de chirurgie oculaire. — M. le Professeur F. Terrien, MM. Velter, Renard, agrégés, MM. les Docteurs P. Veil, Dollfus, ophtalmologistes des hôpitaux, J. Blum, Hudelo, Vallon et Halbron feront, pendant le mois d'octobre 1938, un cours de technique chirurgicale avec exercices pratiques de médecine opératoire.

Cours de laboratoire. — Sous la direction de M. le Professeur F. Terrien, MM. Renard et Hudelo, ancien chef, et chef de laboratoire, feront en octobre 1938, un cours de technique de laboratoire appliquée à l'ophtalmologie avec exercices pratiques.

— **Hospice de la Salpêtrière.** — *Cours de clinique chirurgicale* (Professeur : M. A. Gosset). — M. le Professeur A. Gosset a commencé son cours de clinique chirurgicale, le jeudi 11 novembre 1937, à 11 h. 1/4 et le continuera les jeudis, à la même heure.

— **Conférences d'anatomie descriptive.** — M. le Professeur E. Olivier a commencé ses conférences le jeudi 4 novembre 1937, à 18 heures (Grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et les continuera les samedis, mardis et jeudis, à la même heure.

Sujet des conférences : Anatomie de l'abdomen et du membre inférieur.

— **Cours de pharmacologie** (Professeur : M. Tiffeneau). — M. le Professeur Tiffeneau a commencé son cours le lundi 15 novembre, à 16 heures, et le continuera les mercredis et vendredis, à la même heure, à l'amphithéâtre Vulpian.

Sujet du cours : Médicaments du système nerveux central et périphérique.

— **Cours d'anatomie.** — M. le Professeur H. Rouvière a commencé son cours le lundi 8 novembre 1937, à 16 heures (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis, à la même heure.

Sujet du cours : Anatomie du bassin, du membre supérieur et du système nerveux central.

— **Clinique des maladies nerveuses.** — M. le Professeur Georges Guillain a commencé son cours de clinique, le vendredi 19 novembre, à 10 h. 30, à l'hospice de la Salpêtrière (amphithéâtre de la clinique Charcot). Il continuera son enseignement les mardis à 10 heures (policlinique à la salle des consultations externes de l'hôpital) et les vendredis, à 10 h. 30 (amphithéâtre de la clinique Charcot).

— **Hôpital de la Pitié.** — *Clinique médicale.* — M. Antonin Clerc, professeur, a commencé son enseignement clinique le mercredi 17 novembre 1937, à 11 heures du matin (amphithéâtre des cours) et le continuera les mercredis à la même heure.

— **Clinique chirurgicale infantile et orthopédie** (Fondation de la Ville de Paris). Hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres. Professeur : M. Ombrédanne. — *Enseignement clinique.* — Lundi, à 9 h. 1/2 : Examen de malades entrants par le professeur, à l'amphithéâtre du pavillon Kirmisson. — Mardi, à 10 h. 1/2 : Leçon clinique à l'amphithéâtre, par le Docteur Leveuf, agrégé, chirurgien à l'hôpital Bretonneau, par le Docteur Fèvre, chirurgien des hôpitaux, assistant du service, ou le Docteur Jean Judet, chef de clinique. — Mardi, jeudi, samedi, à 9 h. 1/2 : Opérations par le Professeur. — Le jeudi sont groupées de préférence les interventions particulièrement délicates, ou non encore passées dans la pratique courante. Cette séance opératoire est organisée chaque semaine pour l'instruction de perfectionnement des chirurgiens français et étrangers. — Vendredi, à 10 h. 1/2 : Leçon clinique à l'amphithéâtre par le professeur. — Lundi, mercredi, vendredi, à 9 h. 1/2 : Au pavillon Kirmisson, appareillages orthopédiques (Docteur Lance). — Tous les jours : Consultation externe de chirurgie infantile au Pavillon Molland, par un chef de clinique. Visite dans les salles. Interventions courantes de chirurgie infantile.

Tous les jours sauf le samedi, le service de gymnastique rationnelle fonctionne sous la surveillance de Mme Boltanski.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers.

— **Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris.** Année 1937-1938. *Conférences du dimanche.* L'Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris a organisé, pendant l'année scolaire 1937-1938, une série de conférences hebdomadaires. Elles auront lieu tous les dimanches (sauf pendant les vacances et les jours fériés), à 10 heures, au Petit amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris, rue de l'Ecole-de-Médecine. Ces conférences sont publiques et gratuites.

Programme pour le premier trimestre 1937-1938 : 21 novembre, M. Julien Marie, médecin des hôpitaux : Le nanisme rénal. — 28 novembre, M. Rachet, médecin des hôpitaux : Les localisations anorectales de la maladie de Nicolas Favre (projections). — 5 décembre, M. Weill-Hallé, médecin des hôpitaux : La vaccination parentérale du nouveau-né par le BCG et l'allergie tuberculinique précoce. — 12 décembre : M. René Bénard, médecin des hôpitaux : De quelques médicaments cardiaques. — 19 décembre, M. Laignel-Lavastine, médecin des hôpitaux : La part grandissante du facteur social dans le diagnostic médical.

— **Assistants de consultations.** — Un certain nombre de places d'assistants des consultations générales de médecine et de chirurgie, seront vacantes le 1er janvier prochain dans les hôpitaux dépendant de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris.

Les candidats, qui doivent justifier de la double qualité de docteur en médecine et d'ancien interne des hôpitaux de Paris comptant quatre années d'internat, sont priés de s'adresser au Bureau du Service de santé de cette administration (3, avenue Victoria) avant le 15 décembre prochain, dernier délai.

Le Gérant : R. Thiron

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

CORRESPONDANCE

ASSURANCES SOCIALES

8.083. — Soins donnés aux assurés sociaux indigents. — Sanction du défaut de préavis

Dans le n° 42 du 17 octobre 1937, page 2924, du *Concours Médical*, il est dit à la cinquième ligne : l'inobservation de cette prescription (l'envoi de la carte-lettre dans les trois jours) est sanctionnée par la déchéance des droits prévus par l'art. 19, c'est-à-dire par l'application du Tarif de l'Assistance médicale gratuite.

Or, dans ces cas, la Préfecture refuse tout règlement au médecin parce qu'il s'agit d'une faute du médecin et non de l'assuré e et parce qu'elle ne peut aller à l'encontre de la Circulaire ministérielle qui dit : « l'assisté ne devant payer le médecin que si elle a été elle-même désintéressée par la Caisse », bien que plus haut, il soit indiqué : « Par le fait de son inscription sur une liste d'assistance, l'assuré social se trouve, quoiqu'il arrive, tributaire de l'assistance médicale gratuite ».

Pourriez-vous me dire à quelle juridiction je dois m'adresser pour me faire payer par la Préfecture au tarif assurés sociaux indigents ou au tarif Assistance médicale gratuite et m'indiquer un modèle de plaidoirie ?

Dr R.

Réponse

D'après l'art. 19 *in fine* du décret-loi sur les Assurances sociales, « les frais revenant aux praticiens en cas de soins donnés aux assurés sociaux indigents leur sont payés par les collectivités d'assistance après règlement des prestations dûes par les Caisses. Ce règlement ne peut intervenir qu'autantque le médecin traitant a informé la Caisse d'assurances de la première constatation médicale de la maladie dans les trois jours suivants. »

Cet article a ainsi mis à la charge des médecins lorsqu'il s'agit d'assurés indigents, la formalité prescrite par l'art. 6, parag. 12 du décret-loi qui incombe normalement aux assurés ordinaires.

D'après cet article 6, la sanction du défaut de préavis est la déchéance du droit aux prestations à l'égard de la Caisse. Il doit donc en être logiquement de même en ce qui concerne l'inobservation de la formalité prévue par l'art. 19.

Autrement dit, et ainsi qu'il ressort des termes mêmes de cet article, lorsque le médecin n'envoie pas dans le délai légal, l'avis de la première constatation de la maladie, la Caisse d'assurances sociales est fondée à refuser au service

d'assistance le règlement des prestations pour soins donnés à cet assuré.

Mais nous ne croyons pas qu'il faille en déduire pour cela que le médecin soit déchu de tout droit à l'égard du service d'assistance et rien dans les textes ne permet de tirer une pareille conclusion. Bien au contraire, nous pensons que des soins ayant été donnés à une pe sonne régulièrement inscrite sur les listes d'assistance dans les formes et conditions de la loi du 15 juillet 1893, il appartient au service départemental de supporter les frais médicaux qu'ils ont entraînés.

Tel paraît d'ailleurs bien être l'avis du Ministre du Travail et du Ministre de la Santé publique, d'après la circulaire interministérielle du 28 août dernier.

Aux termes même de cette circulaire, « par le fait de son inscription sur une liste d'assistance, l'assuré social *se trouvant quoiqu'il arrive* tributaire de l'assistance médicale gratuite, la collectivité du domicile de secours devra intervenir soit pour parfaire l'aide des assurances sociales, soit en cas de carence des assurances sociales pour assurer les soins. Elle ne récupère les prestations d'assurances que dans la mesure où la Caisse en sera débitrice ; en d'autres termes, l'assistance court le risque de supporter intégralement la charge de la maladie lorsque l'assuré ne remplit pas les conditions requises pour bénéficier des assurances sociales. »

Les termes de cette circulaire ne doivent donc prêter à aucun doute : si le service d'assistance est déchu de ses droits vis-à-vis de la Caisse d'assurances sociales en cas d'inobservation des formalités prévues par la loi sur les assurances sociales, il ne reste pas moins débiteur des frais d'assistance et doit payer au médecin traitant, selon le tarif de l'assistance médicale gratuite, les actes médicaux qu'il a accomplis.

Si vous éprouviez des difficultés à ce sujet, il y aurait lieu à notre avis, de les faire trancher par la juridiction compétente. Nous rencontrons ici une difficulté de procédure. Vous n'ignorez pas en effet que, d'après la jurisprudence de la Cour de Cassation et du Tribunal des conflits, il appartient à la juridiction instituée par la loi sur les assurances sociales, c'est-à-dire la Commission d'arrondissement, de connaître des difficultés relatives aux assurés sociaux notoirement indigents.

Par contre, les litiges portant sur les soins donnés à des assistés médicaux gratuits relèvent du Conseil de Préfecture.

En l'espèce, il faut considérer que les assurés sociaux indigents déchus de leurs droits vis-à-vis des Caisses d'assurances sociales ont perdu la qualité d'assuré et tombent sous le droit commun de l'assistance médicale gratuite.

Le litige devra donc être porté, à notre avis non point devant la Commission d'arrondisse

ment, mais devant le Conseil de préfecture, le médecin demandant simplement le règlement de ses honoraires calculés conformément au tarif de l'assistance médicale gratuite.

8.023. — Droit des pensionnés de guerre aux prestations de l'assurance-maladie

Je viens vous importuner, pour un renseignement ; j'ai lu dans un *Concours Médical* auquel je suis abonné depuis mes dix-sept ans d'installation, au sujet des assurés sociaux mutilés de guerre, qu'ils n'avaient pas à payer la différence entre les tarifs de responsabilité des Caisses et le prix syndical médical ou pharmaceutique, même si la maladie n'était pas celle de leur carnet de mutilé.

Me suis-je trompé ou ai-je mal interprété l'écrit du *Concours* ; il me semble bien l'avoir lu ainsi, mais je ne retrouve pas dans quel *Concours*. Si vous pouvez, par vos services, me dire dans quel numéro du *Concours* cette question a été traitée, ne prenez pas la peine de me la faire recopier, car j'ai gardé toute la collection des *Concours*.

Dr F.

Réponse

La coordination du régime des soins aux pensionnés de guerre et des assurances sociales a été réalisée par l'art. 18 du décret-loi du 28 octobre 1935, instituant la nouvelle règlementation des assurances sociales.

D'après le parag. 2 de cet article, les assurés malades ou blessés de guerre qui bénéficient de la législation sur les pensions militaires, continuent de recevoir personnellement les soins auxquels ils ont droit au titre de l'art. 64 de la loi du 31 mars 1919. Mais ils ont droit, dans tous les cas, aux prestations prévues à l'art. 7 (c'est-à-dire aux prestations en argent ou indemnités journalières). Pour les maladies, blessures, ou infirmités couvertes par l'art. 64 de la loi des pensions, ils jouissent ainsi que leurs conjoints et enfants, non salariés et âgés de moins de 16 ans, des prestations en nature de l'assurance-maladie. Mais ils sont dispensés, pour eux personnellement, du pourcentage de participation aux frais médicaux et pharmaceutiques.

Cette participation obligatoire prévue par l'art. 6 parag. 7 pour les assurés ordinaires consiste dans la mise à la charge de l'assuré des 20 % des prestations-maladie. Autrement dit la Caisse d'assurances sociales ne verse pas à l'assuré malade, l'intégralité de son tarif de responsabilité, elle ne lui rembourse que 80 % seulement de la somme prévue à ce tarif.

Lorsqu'il s'agit d'un assuré pensionné de guerre, la Caisse verse à l'intéressé l'intégralité de son tarif de responsabilité sans aucun « ticket

modérateur ». Mais l'assuré pensionné de guerre conserve néanmoins à sa charge la différence existant entre le tarif de responsabilité de la Caisse et le tarif du médecin auquel il s'est adressé.

Bien entendu, il est loisible au médecin de ne demander à son client que des honoraires égaux au tarif de responsabilité de la Caisse (sans toutefois aller en dessous du minimum). De cette manière, l'assuré pensionné de guerre jouira même pour les maladies non couvertes par la loi des pensions, de soins médicaux gratuits.

8.074. — Conduite à tenir en cas d'accident causé par un tiers à un assuré social

Une femme qui s'est blessée sur le ballast de la voie où par suite d'un accident, elle a été invitée à descendre par les agents de la Compagnie, ainsi du reste que les autres voyageurs, pour gagner à pied la station proche, vient se faire panser chez moi. (Nettoyage, épluchage, régularisation, suture d'une plaie de la première commissure interdigitale, dont la suppuration secondaire nécessite la mise à plat).

La Compagnie qui fait contre-visiter à plusieurs reprises la blessée par son service médical, semble bien accepter la prise en charge des frais médico-pharmaceutiques. Néanmoins, elle invite ma cliente, qui est assurée sociale, et qui a dû, par ailleurs interrompre son travail depuis le 22 septembre, à se faire soigner en tant qu'assurée sociale. Or, la Caisse informée par moi que la blessée soignée au titre d'assurée sociale a été victime d'un accident, se refuse au règlement des prestations, tant qu'elle n'a pas été avisée par le métro des circonstances de l'accident.

De l'autre côté, la Compagnie du métro se refuse à fournir à la blessée les pièces nécessaires demandées par la Caisse d'Assurances sociales, arguant que cette dernière doit se mettre directement en rapport avec la Compagnie.

Devant ce dilemne, que doit faire ma cliente :

1º Pour obtenir des Assurances sociales, le versement à titre provisoire des prestations de l'assurance-maladie ainsi que le montant de son demi-salaire pour la période afférente à son incapacité ;

2º Pour obtenir du métro, si toutefois elle y a droit, légalement, le complément de son salaire entier, la première moitié lui étant comme dit ci-dessus versée par les Assurances sociales.

Voulez-vous, je vous prie, avoir l'extrême obligeance de me documenter dès que possible sur ces deux points précis.

Dr E.

Réponse

D'après l'art. 25, parag. 3, 4 et 5 du décret-loi du 28 octobre 1935 sur les assurances sociales, lorsque l'accident ou la blessure dont l'assuré

est victime, est imputable à un tiers, les Caisses d'assurances sociales sont subrogées de plein droit à l'intéressé dans son action contre le tiers responsable pour le remboursement des dépenses que leur occasionnent l'accident et la blessure.

L'intéressé doit, lors de l'introduction de l'instance contre le tiers, indiquer à peine de nullité sa qualité d'assuré social ainsi que les Caisses auxquelles il était affilié pour les divers risques.

L'assuré conserve contre le tiers responsable tout droit de recours en réparation du préjudice causé, sauf en ce qui concerne les dépenses de la Caisse d'assurances sociales. Le règlement amiable pouvant intervenir entre le tiers et l'assuré, ne peut être opposé à la Caisse d'assurances qu'autant que cette dernière a été invitée à y participer par lettre recommandée ; il ne devient définitif que quinze jours après l'envoi de cette lettre.

Par conséquent, votre cliente doit adresser à sa Caisse d'assurances sociales une lettre recommandée, dans laquelle elle exposera tout d'abord les circonstances de l'accident et l'état des pourparlers avec la Compagnie et réclamera en second lieu le versement des prestations de l'assurance-maladie pour son accident.

Si une transaction amiable peut être espérée avec la Compagnie, votre cliente doit inviter la Caisse à y participer, ainsi que le prévoient les textes légaux.

Si par contre, ce règlement ne peut être obtenu, une action doit être entreprise contre la Compagnie dans les formes du droit commun pour obtenir le versement d'une indemnité égale à la part du préjudice non réparée par les prestations de la Caisse.

L'intéressée devra naturellement indiquer dans l'assignation sa qualité d'assurée sociale, ainsi que le nom de sa Caisse.

Au cas où cette dernière refuserait, une fois ces formalités accomplies, de verser les prestations dûes, un recours devrait être exercé contre ce refus par lettre recommandée adressée au Président de la Commission d'arrondissement au greffe du Tribunal civil dans les dix jours de la notification du refus.

8.040. — Prescriptien des spécialités aux assurés sociaux

Membre du « Sou Médical » depuis de nombreuses années, je me permets d'avoir recours à vous pour avoir quelques éclaircissements au sujet de la prescription des spécialités aux assurés sociaux.

La liberté de prescription est entière, dit-on. En résulte-t-il que des spécialités faisant de la réclame dans la grande presse peuvent être ordonnées ?

Je ne crois pas que ces médicaments aient une valeur thérapeutique supérieure à ceux ne s'adressant qu'au Corps médical ; mais il est réel que beaucoup n'en sont aucunement dénués.

En conséquence, malgré le grand désir du médecin de ne pas prescrire ces spécialités, il peut être amené — exceptionnellement bien entendu — par le client lui-même, à le faire.

Un chronique, par exemple, ou un psychique, qui, après avoir essayé en vain toutes sortes de médicaments, se trouvera soulagé par un autre, recommandé par son personnel ou son pharmacien et qui en demandera l'ordonnance avec insistance, pour se faire rembourser par sa Caisse d'Assurances sociales.

Cette dernière, s'il ne lui est pas possible de payer devra-t-elle se contenter de dire au client qu'elle ne rembourse pas ce médicament — ce qui me paraît logique.

Ou peut-elle créer des ennuis au médecin en l'accusant de complaisance inadmissible ? — ce qui me paraîtrait excessif.

Je n'ai pas à ma connaissance qu'il existe une liste de spécialités acceptées par les Caisses. Il y en a d'ailleurs qui font de la réclame dans la grande presse et dans les journaux syndicaux. Où serait la limite ?

Dr J.

Réponse

Il résulte de l'art. 6, parag. 8 du décret-loi du 28 octobre 1935 sur les assurances sociales que les prescriptions médicamenteuses sont laissées à l'initiative des médecins qui conservent la liberté de prescrire suivant la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement les médicaments conformes à la législation et à la règlementation existantes. Il ne peut, toutefois, être délivré qu'une seule ordonnance par acte médical.

Autrement dit, le médecin traitant d'un assuré social peut lui prescrire tous les médicaments et spécialités de vente légale en France sans aucune limitation officielle à ce sujet.

Certes, il avait été question sous le régime de la loi de 1928-1930 de dresser une liste de spécialités autorisées pour les assurances sociales mais la Commission à laquelle incombait cette mission ne s'est jamais réunie. Ces dispositions légales sont tombées en desuétude et n'ont point été reprises par le nouveau régime.

Dans ces conditions, la seule limite à la liberté de prescription doit être recherchée dans l'observation de « la plus stricte économie avec l'efficacité du traitement ». Il appartient au contrôle technique confié aux syndicats médicaux, d'apprécier si cette règle est observée par les médecins soumis à sa juridiction.

Ce même contrôle technique pourrait réprimer le fait pour un médecin de prescrire des médicaments charlatanesques ou d'agir en collusion

avec un pharmacien. Ce sont les deux seuls cas qui permettraient à une Caisse d'assurances sociales de poursuivre un médecin pour abus dans la prescription.

QUESTIONS DIVERSES

7.993. — Conditions nécessaires pour être nommé médecin expert

Ayant l'intention de briguer les fonctions de médecin légiste, je vous serais reconnaissant de bien vouloir me faire connaître quel diplôme il faut présenter, et si muni de ce diplôme, ma nomination est obligatoire ou soumise au bon vouloir du président du Tribunal.

A qui doit être adressée la demande de nomination ?

Dr C.

Réponse

La demande de nomination comme médecin expert près les Tribunaux (médecin légiste), doit être adressée, au commencement de chaque année judiciaire et dans les trois mois qui suivent la rentrée des tribunaux au président du Tribunal, qui propose les candidats que le Tribunal retient, à la Cour d'appel, à laquelle il appartient de désigner les experts.

Pour être désigné, il faut avoir cinq ans d'exercice ou être muni du diplôme de médecine légale délivré par une Faculté de médecine. Mais la possession de ce diplôme n'est pas obligatoire, et elle n'entraîne pas non plus de plein droit la nomination de son titulaire comme médecin expert.

7.687. — Réduction de 10% sur le loyer

Devant quitter X. ces jours-ci et devant bien entendu payer ma propriétaire avant de partir, cette dernière croit qu'elle ne doit pas me déduire le 10 % de mon loyer.

Je vous serais infiniment reconnaissant de bien vouloir m'envoyer un mot à ce sujet, mot que je ferai lire à ma propriétaire.

Dr M.

Réponse

Le décret-loi du 16 juillet 1935 qui a prescrit la réduction de 10 % sur les loyers de tous les locaux à usage d'habitation ou professionnel reste toujours en vigueur.

Par conséquent, si le bail que vous avez passé pour votre appartement de X, a été conclu antérieurement au 16 juillet 1935, votre propriétaire est dans l'obligation de consentir à la réduction de 10 % sur le montant du terme du loyer venu à échéance.

Au cas où elle s'opposerait à cette réduction, il y aurait lieu de lui faire offre par lettre recommandée de la somme dont vous êtes réellement redevable et d'attendre ensuite qu'elle manifeste ses intentions.

7.836. — Honoraires de justice criminelle pour constation de décès

Un commissaire de police m'a, par écrit, « prié et requis de me rendre » en un point nommé, à l'effet d'y constater le décès » de deux individus et de lui « faire connaître par un rapport le résultat de mes constatations et conclusions ».

J'ai donc :

1° Déplacement ;

2° Deux constats de décès ;

3° Deux examens d'individus morts de mort violente ;

4° Certificat descriptif des blessures sur les deux corps et conclusions. (Cette description a pu être insérée sur un seul rapport).

Comment tarifer ces différentes opérations ?

Dr M.

Réponse

Dès lors que vous n'avez pas pratiqué l'autopsie des cadavres que vous avez été chargé d'examiner par le Commissaire de police, vous n'avez droit, suivant le Tarif des frais de justice en matière criminelle, qu'aux honoraires d'une visite simple pour chaque examen, soit 25 francs, y compris la rédaction et l'envoi du rapport.

A ces honoraires doivent s'ajouter, s'il y a lieu, vos frais de déplacement à raison de un franc par kilomètre parcouru, tant à l'aller qu'au retour, si vous avez eu à vous transporter à plus de deux kilomètres de votre résidence.

7.950. — Prélèvement de 10% sur les honoraires d'expertise

Membre du « Sou » et abonné au *Concours*, je viens vous demander que faire et au besoin l'appui du « Sou » pour l'affaire suivante. Par le Tribunal civil de l'arrondissement, je fus nommé en avril (ou mai) 1937 comme expert pour une expertise accident du travail en révision demandée par la Compagnie.

L'expertise a eu lieu le 12 mai 1937.

Une première fois, j'adresse ma note d'honoraires à l'agent de la Compagnie (puisqu'il s'agissait d'une révision), cent cinquante francs, plus deux lettres recommandées soit 153 fr. 50. (Les expertises accident du travail, dans l'arrondissement, sont proposées habituellement à 150 et taxées à ce prix par le Tribunal, bien entendu diminué de 10 %.)

L'agent renvoie la note avec la mention : « Cette note doit être présentée au Greffe du Tribunal civil, l'expertise ayant été demandée par le Tribunal. »

Je fais un mémoire, comme pour les expertises habituelles, présenté et taxé et payé comme d'habitude avec retenue de 10 %. Puis la somme m'est réclamée par le receveur de l'Enregistrement comme payée par erreur. Je rembourse et représente la même note à l'agent de la Compagnie.

Ce dernier est venu hier me payer et me présente la note diminuée de 10 % avec une annotation expliquant : « que le Trésor appliquant sur les mémoires du Tribunal une retenue de 10 %... ».

Or, je me suis souvenu avoir lu sur le *Concours* que les Compagnies d'assurances ne pouvaient pas appliquer la retenue de 10 %. J'ai refusé pour l'instant de recevoir et d'acquitter la note et je vous demande la conduite à tenir.

Dr D.

Réponse

Les accidentés du travail bénéficient en principe de l'assistance judiciaire. Il incombe donc généralement au Trésor public de prendre à sa charge les frais et honoraires d'expertise ordonnée par le Tribunal.

Dans ce cas, le Trésor public est fondé à invoquer à l'égard du médecin expert les dispositions de l'art. 1er du décret-loi du 16 juillet 1935 et retenir 10 % des honoraires taxés, au moment de leur paiement.

En l'espèce, les honoraires d'expertise ne vous ont pas été payés par le Trésor, ou plutôt, ont été payés par erreur par ce dernier, remboursés par vous et versés en définitive directement par la Compagnie d'assurances.

Celle-ci n'étant pas une collectivité publique ne peut donc invoquer à votre égard le décret-loi précité et retenir 10 % sur vos honoraires.

Mais votre situation n'en est pas meilleure pour cela et la Compagnie d'assurances peut invoquer le décret-loi du 8 août 1935 d'après lequel « à titre exceptionnel et temporaire sont réduits de 10 % les droits et émoluments d'experts, administrateurs judiciaires, liquidateurs de Sociétés, syndics de faillite, et séquestres près les Tribunaux répressifs, les juridictions civiles, administratives et commerciales. »

Ce décret n'a fait l'objet depuis sa promulgation d'aucune modification ni dérogation. Il doit donc continuer à recevoir application et la diminution qui vous est infligée ne constitue ni une retenue, ni un prélèvement, mais bien une réduction faite d'office par le législateur. Vous ne pouvez, en définitive, que vous incliner devant la loi.

7.693. — Prélèvement de 10 % sur les honoraires d'assistance médicale gratuite

Installé ici depuis un mois j'ai reçu de la Préfecture les imprimés d'usage pour l'établisse-

ment de mes mémoires pour soins donnés aux bénéficiaires de l'Assistance médicale gratuite. La lettre d'envoi jointe aux dits imprimés invite les médecins à procéder eux-mêmes à la réduction de 10 % sur le total des mémoires en exécution des décrets-lois Laval, portant réduction de 10 % sur les dépenses publiques.

Dans le département où j'exerçais précédemment, nous n'avions pas à faire nous-mêmes la réduction. Elle était effectuée par les services qualifiés et mention en était faite sur les mandats de paiement.

Or, depuis environ six mois, cette mention ne figurait plus sur lesdits mandats.

Je voudrais savoir si le décret-loi en question est toujours en vigueur et si je dois vraiment effectuer moi-même la réduction, ce qui aurait pour effet de donner comme un consentement à ce que je considère présentement ainsi que tous mes confrères comme une révoltante iniquité.

Réponse

Le décret-loi du 16 juillet 1935 instituant un prélèvement sur les dépenses publiques comportait deux dispositions distinctes. Dans son art. 1er, il créait un prélèvement de 10 %, applicable d'une manière uniforme à toutes les dépenses incombant aux collectivités publiques. Dans *son article second, au contraire, il* prévoyait un prélèvement réduit afférent aux dépenses de personnel, c'est-à-dire aux traitements alloués aux personnes liées avec les collectivités publiques par un contrat de louage de service.

Tandis que l'art. 2 faisait l'objet, par de nombreuses lois, d'atténuations et de modifications successives, aboutissant en fait à une véritable abrogation du prélèvement, l'art. 1er n'a fait jusqu'à présent l'objet d'aucune mesure de cette nature. Il conserve donc sa pleine et entière vigueur et le prélèvement de 10 % doit continuer à être appliqué à toutes les dépenses qui n'ont pas le caractère de dépenses de personnel. Il était bien prévu par l'art. 4 du décret-loi que seront exemptées de ce prélèvement les dépenses de fonctionnement des services. Ces termes obscurs ont été éclairés par la Circulaire ministérielle du 6 août 1935. Aux termes de cette Circulaire, l'exemption vise les honoraires alloués aux personnes ne faisant pas partie à proprement parler de l'Administration, à condition que leur montant soit déterminé dans chaque cas particulier par conventions expresses ou tacites, entre les parties intéressées. Au contraire, devaient être soumis au prélèvement, les honoraires résultant de l'application d'un barème ou d'un tarif fixé ou approuvé par l'autorité publique.

En l'espèce, vous ne vous trouvez point lié avec l'Administration par un contrat de louage de service, et donnez au contraire vos soins aux assistés comme à vos autres clients en tant

que médecin indépendant. D'autre part, vous êtes obligé d'appliquer pour le calcul de vos honoraires, le Tarif départemental établi en application de la loi du 15 juillet 1893.

Vous vous trouvez donc bien dans la seconde hypothèse et le prélèvement de 10 % effectué par l'Administration sur votre note se trouve juridiquement fondé.

Certes, nous ne méconnaissons point l'absurdité qu'il y a d'appliquer à l'heure actuelle une réduction sur des honoraires qui datent d'avant la hausse des prix et qui devraient plutôt en conséquence faire l'objet d'une augmentation. Mais tant que l'art. 1er du décret-loi subsistera, il ne vous sera point possible de vous faire obtenir satisfaction par les voies d'une action judiciaire. Le seul moyen qui existe à l'heure actuelle pour protester contre cette mesure ne peut être trouvé que dans une action syndicale énergique allant même jusqu'aux solutions adoptées par le Syndicat de Seine-et-Oise, en ce qui concerne les formalités relatives aux assurés sociaux indigents.

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

Accidents du Travail

8.270. — Ponction d'hématome

Je vous serais très obligé de me renseigner sur le tarif à appliquer dans le cas suivant (accident du travail) :

Ponction d'un hématome de la région du coude (de la grosseur d'un œuf environ).

Dr P.

Réponse

Devant le silence du tarif à ce sujet, je vous conseillerais de demander 30 francs par analogie avec « ponction d'abcès froid ; en série : 25 francs, isolée : 30 francs (art. 15, ponction).

Dr F. Decourt.

8.164. — Fractures de côtes et de métacarpiens

Je me permets de vous écrire pour vous demander de me tarifer les interventions suivantes chez le même malade accidenté du travail.

Réduction et contention de fractures de côtes (deux côtes, la septième et la huitième).

Réduction et contention de fractures des troisième et quatrième métacarpiens de la main gauche, (sans appareil plâtré et sans extension continue).

Dr L.

Réponse

Compter : 1° Réduction et contention de fractures de côtes : 35 francs (art. 18 où le mot « côtes » est au pluriel) ;

2° Réduction et contention de fractures de deux métacarpiens : 35 francs (*ibidem*). Là vous ne pouvez compter séparément les fractures des deux métacarpiens puisqu'elles étaient sur la même main et que vous n'avez pu faire à ce sujet, deux interventions séparées. Ce n'est pas la lésion qui est tarifée, mais l'intervention effectuée par le médecin.

Total : 35 francs plus 35 francs = 70 francs, ce qui est raisonnable, alors, dites-vous que vous n'avez fait « ni appareil plâtré, ni extension continue ».

Dr F. DECOURT.

FISCALITÉ

8.216. — Amortissement du prix d'un appareil de rayons X

J'ai acheté le 25 novembre 1931 :

Un appareil R. X	34.500 »
Un pied	4.200 »
Accessoires	824 05
Support écran	723 45
	40.247 50
Un Potter	2.500 »
	42.747 50

J'ai amorti à partir de 1932 en cinq ans, huit mille francs par an. J'ai revendu en fin année 1936, et touché en 1937 début de l'année le prix de revente de l'appareil soit 14.400 francs.

Le Contrôleur n'accepte pas mon amortissement de 8.000 francs par an, et veut défalquer cette somme reçue sur les années 1934-35-36. A mon avis, je ne dois porter cette somme qu'en 1938, lors de ma déclaration en février 1938.

Dr D.

Réponse

A partir de 1932, vous avez amorti 8.000 francs par an ; ayant ainsi amorti 40.000 francs, il ne vous restait plus qu'à opérer en 1937 un amortissement de 2.747 fr. 50 ; l'avez-vous fait ?

Fin 1936, vous revendez cet appareil et touchez 14.400 francs, mais cette somme n'a été perçue qu'au début de 1937, vous avez donc le droit de ne réintégrer cette somme (moins les 2.747 fr. 50, s'ils n'ont pas été amortis, soit 14.400 — 2.747 fr. 50 = 11.652 fr. 50) dans vos bénéfices de 1937 déclarables en 1938.

Répondez dans ce sens au Contrôleur, en lui disant que vous ne pouvez accepter sa proposition en raison des faits exposés. Respectez le délai de réponse. S'il n'accepte pas, prévenez-nous.

A. et S. MARTINOT,
Conseillers fiscaux

Cinquante-neuvième année   N° 48   28 Novembre 1937

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

- sommaire -

Partie Professionnelle

Demi-Colonnes

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	70 fr.	Belgique et Luxembourg...	80 fr.
Etudiants	45 fr.	Première Zone	95 fr.
Le Numéro..........	1.50	Deuxième Zone	120 fr.

Renseignements

Renouvellement des Abonnements

En raison des *frais de plus en plus élevés* qu'entraînent actuellement les recouvrements, nos abonnés ont tout intérêt à nous adresser leur réabonnement (**70 fr.**), par virement ou chèque postal, chèque bancaire, etc., au nom du *Concours Médical* (Compte Chèques postaux, Paris 167-95.)

Changements d'Adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 fr. 50 pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande.)

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du **CONCOURS MÉDICAL**, *Paris* **167-95.**

Nº 300. — A céd. pour rais. famille, client. import. à 120 km. Paris, pays agréab., seul méd., grande maison tout confort, 2.000 fr. loyer. Indemnité 15.000 dont 10.000 compt.

Nº 301. — Doct. 30 ans pratique, recherche client· moyenne dans chf.-lieu cant. ou gros bourg (ligne chem-fer si possible). Rég. Picarde ou proxim.

Nº 302. — A céder cause retraite, bonne client. pour jeune confr. dans pet. ville du Centre-Ouest. Fixes transmissibles. Suite de bail possible.

Nº 303. — Jne méd. anc. ext. hop. Paris, cherche poste actif à créer ou à reprend. dans ch.-lieu cant. rég. Ouest ou grande banlieue pour février ou mars 1938.

Nº 304. — Banl. imméd., métro. Poste 6 ans, suscept. développem., appartem. 1er étage dans belle maison. Affaire convenant à jeune méd. jeune et actif. Cédé pour cause spécialisation à Paris. S'ad. Roehrich, 36, boul. St-Michel, Paris.

Nº 305. — A qq. minutes Porte Gentilly, bonne installat. médic. complète dans appartem. moderne, à vendre pour prix de l'installat. (20.000). Cause fatigue.

Nº 306. — Ouest, Dr cherche remplaçant rempliss condit. légales pour exercer à la campagne 6 mois à partir 1er janvier. Ecr. Miqueau, 7, rue Saint-Yves, Guingamp.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet BREITEL ET GORET

1, rue Dante, Paris (5e). - Tél. : Odéon 36-46

Banl. très proche, bonne client. mél. près métro, grand appart. A céd. 25.000, 10.000 comptant.

Seine-et-Oise, près Paris, seul méd., bon rapp. avec fixes, pavillon conf. Prix 35.000 comptant.

Bord de la mer, 3 h. Paris, très agréable client. peu frais déplac., villa 10 p., conf. Prix 30.000.

Centre, chef-lieu de canton, poste seul, excell. rend. concur. éloign. Prix 40.000, 15.000 comptant.

L'inauguration de la chaire d'assistance médico-sociale de la Faculté de médecine de Paris

M. le Professeur CROUZON a fait sa leçon inaugurale le lundi 22 novembre, à 18 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté de Médecine, en présence de M. le Recteur Roussy, de l'Amiral Lacaze, de l'Académie française, de nombreux membres de l'Académie de Médecine, de professeurs en robe, de représentants du Conseil municipal et du Conseil général, du Directeur du service de Santé militaire, du Directeur de l'Assistance publique, de membres du Conseil de surveillance de l'Assistance publique, etc. etc. L'amphithéâtre était envahi par un public nombreux de dames, de médecins, d'étudiants et d'amis.

M. le doyen Tiffeneau a, en une brève allocution, présenté le nouveau professeur. M. Crouzon a pris ensuite la parole. Après avoir remercié le recteur, le doyen et ses collègues de leur présence, avoir rendu un hommage délicat à tous ceux qui ont contribué à la fondation de la chaire d'Assistance médico-sociale, il évoqua la mémoire de ses maîtres disparus et témoigna en termes excellents sa reconnaissance à ceux qui vivent encore et plus particulièrement au Professeur Pierre Marie qui l'orienta vers la médecine sociale et qui fut, en 1923, le généreux anonyme qui offrit la moitié de la somme nécessaire à la fondation de la chaire de médecine-sociale, don qui fut refusé à cause de son anonymat.

M. le Professeur O. Crouzon, faisant preuve d'une grande érudition, brossa alors un magistral tableau de l'évolution de l'Assistance médico-sociale depuis la Grèce antique jusqu'à nos jours.

Cette belle leçon inaugurale fut à diverses reprises vigoureusement applaudie. Elle fera époque dans les fastes de la Faculté, car c'est pour la première fois qu'on songe à instruire l'étudiant des devoirs sociaux qu'il aura à remplir. Aussi, croyons-nous devoir lui consacrer dans notre prochain numéro, un Propos du Jour, estimant que ce n'est pas en ces quelques lignes qu'il est possible de rendre un compte exact du bel exposé historique fait par le Professeur O. Crouzon.

J. NOIR.



DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.** — Le mardi 30 novembre, à 15 heures, l'Académie de médecine inaugurera une statue d'Hippocrate, offerte par le Docteur Skevos Zervos, d'Athènes.

Le ministre de l'éducation nationale et le ministre de Grèce assisteront à cette séance.

— **Faculté de médecine de Paris.** — *Leçon inaugurale.* — M. le Professeur Lévy-Solal, professeur de clinique obstétricale, fera sa leçon inaugurale le jeudi 2 décembre 1937, à 18 heures, au Grand amphithéâtre de la Faculté.

— **Clinique de la tuberculose** (Hôpital Laennec). — M. le Professeur Bezançon fera le vendredi 3 décembre, salle des Conférences de la clinique, de 11 heures à 12 heures, une leçon sur : *rhumatisme chronique et tuberculose.*

— **Académie royale de médecine de Belgique** — L'Académie royale de médecine de Belgique a procédé à la nomination de son bureau pour 1938.

Président : M. le Professeur Ide (Louvain) ; premier vice-président : M. de Myttenaere, inspecteur général des pharmacies ; deuxième vice-président : M. le Docteur Victor Cheval ; secrétaire perpétuel : M. le Professeur Bruynooghe (Louvain). Ces nominations seront soumises au Roi, puis le nouveau bureau sera installé dans la séance du 18 décembre prochain.

— **Institut d'étude et de prévention des maladies professionnelles.** — Un Institut d'étude et de prévention des maladies professionnelles vient d'être ouvert 6, rue de la Douane, à Paris. Placé sous le patronage du ministère du Travail, il est sous la direction de notre distingué confrère et collaborateur, le Docteur Guy Hausser, ancien interne, préparateur du cours de médecine légale à la Faculté de médecine de Paris.

— **Association des microbiologistes de langue française.** — Sur l'initiative des professeurs Bordet, directeur de l'Institut Pasteur de Belgique ; Martin, directeur de l'Institut Pasteur de Paris ; Lisbonne, de la Faculté de médecine de Montpellier, une association des microbiologistes de langue française a été créée au cours d'une réunion tenue récemment à Paris.

Cette Association se propose d'établir un lien — devenu indispensable — entre les microbiologistes de tout pays dont la langue française est la langue scientifique, et dont l'activité s'étend sur toutes les branches de la bactériologie (bactériologies médicale, vétérinaire, industrielle, agricole).

Le premier Congrès de cette Association aura lieu en octobre 1938, à l'occasion du cinquantenaire de l'Institut Pasteur.

Le Bureau, pour 1938, est constitué comme suit :

Président : Professeur Martin, directeur de l'Institut Pasteur.

Secrétaires généraux : Docteur Lépine, de l'Institut Pasteur de Paris ; Docteur Paul Bordet, de l'Institut Pasteur de Bruxelles.

Secrétaire adjoint et trésorier : M. Prévot, de l'Institut Pasteur de Paris.

Pour toute communication, s'adresser au Docteur Lépine, chef de service à l'Institut Pasteur, 25, rue du Docteur-Roux, Paris (XVe).

— **IVe Conférence internationale de la lèpre.** — L'Association internationale de la lèpre a pris l'initiative d'organiser pour le 21 mars 1938 au Caire (Egypte), avec l'assentiment et l'appui du Gouvernement égyptien, la IVe Conférence internationale de la lèpre.

Pour renseignements, s'adresser à M. le Professeur Muir, secrétaire général, 131, Baker Street, Londres W. I.

— **Le contrôle sanitaire du lait à Dijon.** — Un contrôle sanitaire du lait fonctionne à Dijon depuis le 1er octobre 1937.

Ce contrôle repose sur la présentation d'un certificat de non-réaction à la tuberculine pour le lait vendu en nature et de certificats attestant que les animaux ne sont pas atteints de formes contagieuses de tuberculose pour les laits des animaux réagissants, dirigés sur un centre de pasteurisation. (*Siècle médical*).

— **En Belgique, la radiophonie est à la disposition du public en cas d'accidents graves.** — Nous lisons dans le *Bruxelles Médical* :

« L'I. N. R. se tient à la disposition du public pour lancer des avis S. O. S. en cas d'accidents graves.

Pour éviter des abus, aucun S. O. S., signalé par des particuliers, ne peut être transmis sans l'accord de la police judiciaire. Les personnes désirant lancer un appel d'alarme doivent en conséquence, se mettre en rapport soit directement avec la police du Parquet (Palais de Justice, à Bruxelles), soit avec le commissaire de police local en le priant de faire suivre la demande près la police du Parquet.

La police du Parquet transmet alors à l'I. N. R. le libellé du communiqué qui est à lire au micro. Seule cette procédure est rapide et donne à l'Institut National toutes les garanties, qu'il est en droit d'exiger, avant d'émettre de tels avis. »

— **Journées médicales franco-tchécoslovaques.** — Il y a quelques mois la Société médicale franco-tchécoslovaque de Prague s'affiliait à l'*A. D. R. M.* ; peu de temps après se créait en France, également filiale de l'A. D. R. M., une association similaire dont le

président est le Professeur Noël Fiessinger et le secrétaire général le Docteur Ravina.

Cette Association décida immédiatement d'organiser à Paris des Journées franco-tchécoslovaques : 68 médecins, la plupart professeurs ou agrégés se rendirent à l'appel de leurs collègues parisiens. Reçus à leur arrivée par l'A. D. R. M. qui leur offrit une collation, puis par le Professeur Cunéo, faisant fonction de doyen, ils assistèrent à deux conférences couplées. Le premier jour le doyen de Prague, le Professeur Bolohradek, traita de « La vie et la température » et le Professeur Binet de « La mort dans l'hyperthermie ». Le deuxième jour, le Professeur Divis exposa le traitement chirurgical des tumeurs bénignes du médiastin, le Professeur Lenormant lui répondit.

Le ministère de la Santé publique offrit un vin d'honneur et le Professeur Fiessinger les reçut chez lui. Des visites furent organisées au Palais de la découverte, au Musée de l'Art français, à l'hôpital Beaujon-Clichy, au pavillon tchécoslovaque de l'exposition, au château de Grosbois, et une soirée de gala eut lieu au théâtre des Champs-Elysées.

Enfin, un grand banquet de clôture, présidé par le Professeur Hartmann a réuni les médecins tchécoslovaques à leurs collègues français. Son Excellence, M. Osuski, prononça à cette occasion une vibrante allocution. A la fin du banquet, M. Hartmann remit aux Professeurs Bolohradek (de Prague), Mentl (de Prague), et Ntousek (de Bratislava), la Croix de chevalier de la Légion d'honneur.

La prochaine réunion aura lieu à Prague en septembre 1938 et comportera de même deux jours de conférences couplées.

— **XVIIIe Salon des médecins, dentistes, pharmaciens et vétérinaires.** — Le XVIIIe Salon des médecins et du Corps médical aura lieu du 30 janvier au 13 février 1938, en « La Nouvelle Galerie de Paris », 212, faubourg Saint-Honoré, Paris. Les exposants ont pu apprécier l'année dernière le succès recueilli par cette manifestation et juger de l'intérêt que lui ont porté Presse et visiteurs après un vernissage présidé par le ministre de la Santé publique et les maîtres de l'Académie.

Les Sections peinture, sculpture, arts décoratif et appliqué seront présentées dans l'une des toutes premières galeries d'art de Paris. La Section de photographie sera particulièrement brillante, car une salle spéciale lui sera réservée. Comme l'année dernière, une section de l'art dans les Revues médicales réunira au Salon toute la littérature corporative dont l'esprit est empreint d'une note artistique.

Enfin la durée de l'exposition sera doublée et portée à quinze jours.

La clôture des inscriptions est fixée au 30 décembre 1937.

Pour tous renseignements, écrire au Secrétaire général : Docteur Pierre-Bernard Malet, 46, rue Lecourbe, Paris (XVe).

— **Caducée limousin.** — Le 6 novembre, le Caducée Limousin a donné au restaurant Prunier, un diner auquel assistaient près d'une centaine de confrères d'origine limousine, pour fêter la promotion au grade de médecin inspecteur général, de leur président, le médecin général Gay-Bonnet.

— **Hôpital psychiatrique de Pau.** — *Internat.* — Un poste d'interne en médecine est actuellement vacant à l'hôpital psychiatrique de Pau. Conditions d'admission et avantages : Les candidats devront être de nationalité française, être pourvus de seize inscriptions au minimum et être célibataires.

Traitement : 7.200 francs pour la première année avec indemnité de 900 francs ; 8.200 francs pour la deuxième année et les suivantes, avec même indemnité.

Les internes pourvus du titre de docteur recevront 10.200 francs pour la première année avec indemnité de 1.200 francs et 11.200 francs pour la deuxième année et les suivantes, avec même indemnité.

Avantages en nature : nourriture, logement, blanchissage et médicaments.

Les candidatures doivent être adressées d'urgence à M. le médecin-directeur de l'hôpital psychiatrique de Pau.

— **Mariages.** — Le Docteur et Madame Nicolas Ribollet nous font part du mariage de leur fils, le Docteur Frank Ribollet, avec Mademoiselle Odette Durafour.

La bénédiction nuptiale leur a été donnée en la grande Eglise de Saint-Etienne, le mercredi 10 novembre 1937.

Tous nos souhaits de bonheur aux jeunes époux.

— Nous avons le plaisir d'annoncer le prochain mariage du Docteur Raymond Peyaud, de Bernay (Eure), ancien interne, avec Mademoiselle Odette Jallageas.

En raison d'un deuil récent, la bénédiction nuptiale leur sera donnée dans la plus stricte intimité, le 2 décembre 1937, à 10 h. 30, en l'Eglise Saint-Maxime de Confolens (Charente).

Nos plus sincères souhaits de bonheur aux futurs époux.

— **Naissance.** — Une famille médicale nombreuse. M. le Docteur René Biot nous fait part de la naissance de son *douzième* enfant, Bruno. Sur ces douze enfants, onze sont vivants. Nos sincères félicitations à M. et à Mme R. Biot et nos meilleurs souhaits de prospérité à cette nombreuse et intéressante famille. J. N.

— **Nécrologie.** — Nous apprenons avec regret la mort de M. Louis Girault, décédé le 11 novembre 1937 dans sa 82e année. Il était le père du Docteur Alban Girault, de Paris, à qui nous adressons nos sincères condoléances et l'expression de notre profonde sympathie.

Inauguration à Strasbourg d'une plaque commémorative au Docteur Netter

C'est toujours avec une joie mêlée d'émotion que, depuis la guerre, nous retrouvons Strasbourg, et la cérémonie du dimanche 21 novembre, qui honorait la mémoire du maître regretté Arnold Netter, nous reliait à un passé bien lointain. C'est dans une vieille maison de la Place de l'Homme-de-fer que Netter naquit en 1855, c'est à Strasbourg qu'il vécut enfant jusqu'au jour où l'envahisseur imposant sa loi, il dut quitter l'Alsace, avec toute sa famille pour venir s'installer à Paris, y faire ses études et consacrer à la médecine toute sa vie.

L'inauguration d'une plaque commémorative sur sa maison natale revêtait un caractère très solennel, car elle coïncidait avec le 19e anniversaire de l'entrée des Français à Strasbourg, et un public nombreux se pressait autour de la Tribune, où successivement M. Armbruster, l'animateur de la Renaissance française, le Professeur Debré, le Professeur Carnot, le Docteur Milian, le Doyen Forster, de Strasbourg, puis le Préfet du Bas-Rhin, M. Viguié, évoquèrent la mémoire du grand médecin que Netter a été.

Les généraux Gouraud et Hering, le Président Millerand assistaient à la cérémonie, où nous étions venus nombreux pour apporter à la *famille de Netter, l'hommage reconnaissant* du Corps médical français.

Raphaël Massart.

A TRAVERS L'OFFICIEL

11 NOVEMBRE

Emplois réservés

Liste d'aptitude établie dans les conditions prévues par les articles 7 et 8 de la loi du 12 août 1933

Rectificatif au *Journal officiel* du 12 octobre 1937 : page 11475, 2e colonne, rayer : « Pour Strasbourg : médecin consultant des postes, télégraphes et téléphones, 1 M. le Docteur Lowenberg » ; rayer : « Pour le poste de médecin adjoint du lycée d'Aix, 1 M. le Docteur Xardel » ; rayer : « Pour le poste de médecin lycée de Guéret, 1 M. le Docteur Dufour » ; rayer « Pour le poste de médecin lycée de Troyes, 1 M. le Docteur Destouches » ; pour le poste de médecin titulaire lycée de Grenoble, au lieu de « M. le Docteur Grandmaison », lire : « M le Docteur Eymard » ; rayer : « Pour le poste de médecin adjoint lycée de Grenoble, 1 M. le Docteur Eymard ».

Page 11476, 1re colonne, ministère des finances, rayer : « 3 M. le Docteur O'Fol owell ; 4 M. le docteur Noirclaude ».

Cette liste a été publiée dans le numéro du 31 octobre, page 3.019.

12 NOVEMBRE

Protection de l'enfance

M. le Docteur Leclainche (Xavier), chef du service d'études techniques au ministère de la Santé publique, est nommé conseiller technique au secrétariat permanent du Conseil supérieur de protection de l'enfance, en remplacement de M. le Docteur A. Cavaillon, nommé membre dudit conseil.

Hygiène publique

Concours pour le recrutement d'inspecteurs départementaux adjoints d'hygiène et emplois assimilés

Par arrêté en date du 10 novembre 1937 :

Sont désignés pour faire partie du jury du concours du 16 décembre 1937, en vue du recrutement de vingt-cinq inspecteurs départementaux adjoints d'hygiène et emplois assimilés :

M. le Docteur Dequidt, inspecteur général des services administratifs.

M. le Docteur Jules Renault, conseiller technique sanitaire.

M. le Professeur Tanon, membre du Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

M, le Professeur Parisot, membre du Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

M. le Docteur Grenoilleau, inspecteur départemental d'hygiène du Loir-et-Cher.

M. le Docteur Techoueyres, directeur du bureau d'hygiène de Reims.

Sont désignés pour faire partie de la Commission de classement prévue à l'article 9 du décret du 15 avril 1937 (pour l'année 1937) :

M. Simonnet, chef du cabinet du ministre de la Santé publique.

M. Perney, conseiller général de la Seine.

M. Claude Lewy, maire d'Orléans.

14 NOVEMBRE

Enseignement de la médecine

M. Delannoy, agrégé , est nommé, à compter du 1er novembre 1937, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Lille (budget de l'Etat) (dernier titulaire de la chaire : M. Le Fort , retraité).

M. Swynghedauw, agrégé, est nommé, à compter du 1er novembre 1937, professeur de pathologie externe à la Faculté de Lille (budget de l'Etat) (dernier titulaire de la chaire : M. Gérard, transféré dans une autre chaire).

M. Paquet, agrégé, est nommé, à compter du 1er novembre 1937, professeur d'accouchements et hygiène de la première enfance à la Faculté de Lille (emploi d'agrégé chargé d'enseignement, 33.000 francs, rétribué sur le budget de l'Etat, complément de traitement à la charge de l'Université) (dernier titulaire de la chaire : M. Paucot, transféré dans une autre chaire).

Réponses officielles

Le prélèvement de 10 % n'est pas applicable aux honoraires des médecins de l'Office public d'hygiène sociale.

976. MM. Gabriel BOISSIERE, Fernand BRUNERYE et André CRUSSAIRE, conseillers municipaux ont l'honneur de demander à M. le Préfet de la Seine de vouloir bien leur fixer la date exacte à laquelle cessera le prélèvement de 10 % effectué sur les honoraires des médecins de l'Office public d'hygiène sociale, du Conseil départemental d'hygiène et sur les soins médicaux aux mutilés de guerre (art. 64 de la loi du 31 mars 1919).

La haute conscience démocratique et populaire de nos excellences ne peut, certes, que réprouver une mesure aussi draconienne et les soussignés espèrent en une réponse rapide et favorable qui mettra fin ainsi à une injustice qui n'a que trop duré.

Réponse. — 1° Aux termes de l'art. 68 de la loi de finances du 31 décembre 1936, le prélèvement exercé sur les dépenses de personnel est appelé à disparaître à compter du 1er janvier 1938.

Les honoraires des médecins de l'Office public d'hygiène sociale qui se trouvent assimilés, en vertu de la circulaire ministérielle du 8 octobre 1936, à des dépenses de personnel cesseront donc de supporter ce prélèvement à partir de la date indiquée ;

2° En ce qui concerne les jetons alloués aux membres du Conseil départemental d'hygiène, dont le paiement se fait trimestriellement, l'Administration n'a été saisie d'aucune instruction spéciale quant à la suppression du prélèvement de 10 %. Elle se propose de demander ces instructions en temps utile, soit avant la fin du présent trimestre, en vue du premier paiement à intervenir ;

3° Les mémoires médicaux présentés par les médecins donnant leurs soins à des victimes de la guerre font l'objet d'un prélèvement de 10 %, en application des dispositions du décret-loi en date du 16 juillet 1935.

L'Administration ne peut qu'appliquer ce texte impératif, tant que ne seront pas intervenues des dispositions législatives ou règlementaires suspendant le prélèvement en ce qui concerne la catégorie des dépenses en question.

(*B. M. O.*, 18 novembre 1937).

Cette réponse conforme à la jurisprudence et qui vient fixer de manière formelle les droits des médecins de l'office public d'hygiène sociale, est due à l'obligeance de notre confrère le Docteur F. Brunerye, que nous tenons à remercier ici, de ne point oublier, comme édile municipal, sa qualité de médecin.

N. D. L. R.

Voir la suite page LIX-3409

PROPOS DU JOUR

MÉDECINE ET HUMANITÉS
LA CRISE DE L'HUMANISME

La thèse de l'utilité des études classiques, connues sous le nom d'humanités, pour préparer le futur médecin à la connaissance des sciences médicales et à l'exercice de l'art de la médecine, a été si souvent et si brillamment soutenue qu'y revenir semble absolument superflu.

D'ailleurs, les humanités ne favoriseraient pas le seul enseignement de la médecine mais celui de toutes les sciences. Le grand mathématicien, Henri Poincaré, l'a éloquemment démontré, surtout pour les mathématiques (1), qui, au premier abord, paraissent bien les sciences qui relèvent le moins d'une culture littéraire. H. Poincaré affirme que les humanités ne sont pas seulement favorables à l'éducation de l'homme mais aussi à la formation du savant. Elles l'obligent à comparer les formes du langage, exercent son esprit d'analyse, l'élèvent au-dessus des vulgarités de la vie utilitaire en développant chez lui l'esprit de finesse. Cet esprit de finesse qu'Henri Poincaré juge nécessaire à un véritable savant, est indispensable au médecin qui est à la fois un savant et un artiste. Chez lui l'invention par induction, l'intuition qui lui permet de faire un choix judicieux entre diverses hypothèses, de pratiquer une sorte de divination, doivent se manifester tous les jours. Aussi nous pouvons proclamer que le bon médecin doit être humaniste. Or s'il faut en croire un chirurgien très distingué, qui est aussi un grand philosophe, le Professeur Jean Fiolle, de Marseille (2), l'humanisme subit actuellement une crise qui fatalement doit retentir sur l'esprit des médecins.

Il est utile avant tout de définir ce qu'on appelle humanisme. M. Jean Fiolle considère l'humanisme comme « l'adoration (désintéressée en principe) de ce que l'homme de son propre fonds, est capable de créer ; c'est le culte de la pensée raisonnante, c'est le respect des lettres, des conceptions et des œuvres antiques, mais dépouillées de tout ésotérisme ; c'est l'exaltation de la personnalité ; c'est la réaction contre ce qui a précédé, à savoir : mysticisme, contemplation, révélation, foi, autorité spirituelle... ». Thomas Mann a donné une autre définition de l'humanisme. Pour lui c'est « un état d'âme humain qui comporte justice, liberté, connaissance et tolérance, douceur et sérénité ».

M. Fiolle souligne l'opposition de l'humanisme et de l'Eglise à l'origine et cependant ce sont les moines qui ont conservé et nous ont légué les œuvres des Anciens et si la Scholastique et le Mysticisme médiéval ont fait oublier pendant plusieurs siècles la culture antique, ce furent au XVe et au XVIe siècles par un extraordinaire illogisme (la logique s'éloigne souvent de la réalité), des hommes d'Eglise qui mirent en honneur l'étude des chefs-d'œuvre de la Grèce et de Rome, et, à tel point que Savonarole reprochait aux prédicateurs de son époque d'ignorer les Saintes Ecritures et de ne citer que Platon et Aristote. D'ailleurs le grand Pape humaniste du XVe siècle, Pie II, n'a-t-il pas écrit que : « le Chritianisme n'est qu'une nouvelle leçon, plus complète du souverain bien des Anciens ».

Quoiqu'il en soit, l'humanisme se développa au XVIe siècle et trouva sa plus pure expression dans Erasme qui, après les siècles médiévaux graves et tristes, s'émerveilla que la Folie puisse ramener à l'enfance les hommes un peu mûrs.

M. Jean Fiolle déplore que l'humanisme et la Renaissance aient amputé brusquement l'humanité des merveilles du Moyen-Age au point de faire considérer pendant des siècles l'art médiéval comme un art « barbare ». Cependant, si jusqu'au XVe siècle on avait méconnu les mérites de l'art gréco-romain, on n'aurait pas dû, lors de la Renaissance, lors de l'éveil de la Raison, éliminer tout ce qui résultait de la foi ardente et mystique du Moyen-Age qui, certainement inspirée par l'Orient, avait créé dans nos cathédrales tant de purs chefs-d'œuvre.

Après cette rupture qui fut et resta complète sauf chez des esprits très supérieurs, l'humanisme donna naissance au libre examen qui provoqua

(1) Henri Poincaré, de l'Académie française. — *Les Sciences et les Humanités* (Ligue pour la culture française, A. Fayard, édit., Paris).

(2) Jean Fiolle. — La crise de l'humanisme Edit. par le *Mercure de France*, 1937.

la Réforme. Luther eut conscience du danger que courait sa religion ; il ne tarda pas à combattre l'humanisme, à proscrire le raisonnement tout en réveillant paradoxalement l'indépendance de la pensée par l'examen et l'interprétation des textes bibliques.

Au XVIe siècle, l'humanisme donna une merveilleuse flambée dans les lettres avec Rabelais, Montaigne, Ronsard et elle se continua au cours du XVIIe siècle, mais dans les arts, d'après M. Fiolle, l'échec fut marqué bien que relatif.

Avec le Cartésianisme issu de l'humanisme, nous assistons dans le domaine des sciences au triomphe de la raison. M. Jean Fiolle reconnaît que l'humanisme a favorisé la tendance à l'équilibre, à la mesure, a développé le désir d'harmonie, le goût, l'ordre latin. Ce fut du fait de l'humanisme que le XVIIIe siècle fut l'époque de la grâce, de la distinction. Mais l'humanisme qui, avec Erasme, était le privilège d'une sorte d'aristocratie, se rapprocha de la multitude et avec l'Encyclopédie montra son infécondité spirituelle. Il fut complètement défiguré ; seul Gœthe, un peu comme autrefois Rabelais, réalisa dans une certaine mesure l'union de l'âme antique, enrichie de ses apports méditerranéens, avec l'âme médiévale, douée d'un esprit autochtone, alliant les sciences, la philosophie, la poésie et les beaux-arts. M. Fiolle considère la période romantique comme superficielle et de courte durée. Il arrive à l'époque moderne. L'humanisme se métamorphose en *humanitarisme. Il se démocratise, et, perdant sa qualité d'inutilité pratique, il devient une condition* de réussite dans la vie.

Les sciences se développent dans le domaine pratique donnant naissance au machinisme et au scientisme. L'humaniste devient l'intellectuel qui en est la caricature. La trop grande abondance de matériaux, la spécialisation à outrance amènent la désagrégation de l'humanisme. Tout à notre époque est confusion, agitation, inquiétude, doute, situation qui est aussi capable d'enfanter une merveille qu'un monstre.

Le dogme primitif érasmien sur la haute valeur morale et désintéressée de l'humanisme paraît oublié. La nécessité d'instruire le peuple pour lui permettre de mieux aborder la lutte pour la vie et au besoin de mieux servir la patrie, fait que la masse ne considère l'instruction que comme un instrument plus ou moins puissant. Cependant elle conserve un certain respect du savoir désintéressé qui donne des résultats tangibles.

Quel sera l'humanisme de demain ? D'après M. J. Fiolle on ne peut le savoir car il y a trop d'inconnus et d'incertitudes. Actuellement il est une représentation trop incomplète de l'homme et de l'humanité. On ne saurait le borner à la civilisation gréco-romaine, bien qu'elle soit admirable. Il faut satisfaire en outre les caprices apparents de la vie. L'humanisme est pour le moment victime de la technique qu'il a lui-même créée et le culte de la technique règne surtout dans les pays où l'intellectualité est asservie.

M. Jean Fiolle prend comme exemple un art qu'il connaît bien, la chirurgie. Après des siècles de somnolence, elle s'est réveillée, dotée d'armes nouvelles : l'anesthésie et l'asepsie avec Pasteur, Dè véritables miracles furent opérés. Mais les chirurgiens se figèrent alors dans le métier ; leur art fut bloqué. Ils devinrent des artisans, habiles et honorables mais dépouillés de toute auréole. La technique dont les perfections furent poussés à l'extrême, exclua l'esprit de recherches. Le fait prit pour eux la place de l'esprit. La routine s'installa et l'on sentit un malaise qui régna dans la chirurgie. Quand des savants comme Leriche essayèrent de sortir de l'ornière et de se livrer à des recherches qui ne tardèrent pas à devenir fructueuses, ils furent méconnus et ameutèrent contre eux les conformistes. Il en fut de même en médecine où la technique bactériologique devint si exclusive que l'on négligea systématiquement d'autres facteurs : le terrain, les humeurs, à tel point qu'une réaction importante s'opéra.

L'humanisme peut et doit renaître, se rénover. Pour cela un assouplissement intellectuel est nécessaire. L'humanisme classique actuel ne satisfait plus personne. Georges Duhamel propose de compléter les humanités classiques par les humanités modernes.

On doit définir l'humanisme contemporain « l'ensemble des notions qui ne semblent pas susceptibles d'applications immédiates » ce qui lui conserve sa qualité de désintéressement.

L'humanisme, nouveau doit être de grande envergure, il ne doit pas être l'apanage de la seule raison ; l'intuition, le sentiment, la méditation, au besoin les manifestations du subconscient et même de l'inconscient doivent le pénétrer. Comme il est impossible à l'humaniste d'acquérir une compétence sur toutes les connaissances, il ne doit pas chercher essentiellement à trouver mais à comprendre et il doit se souvenir de la phrase de Hamlet : « Il y a plus de choses dans le ciel et sur la terre, Horatio, qu'on ne l'imagine dans les rêves de ta philosophie. »

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

CLINIQUE CHIRURGICALE

HÔPITAL SAINT-ANTOINE

Leçon clinique du Professeur Raymond GRÉGOIRE (1)

LE MÉGA-ŒSOPHAGE

Le méga-œsophage dont je vais vous parler aujourd'hui a été désigné encore sous les noms de *dilatation idiopathique de l'œsophage*, de *cardio-spasme*, ou encore de *phréno-spasme*, noms qui indiquent bien l'imprécision de nos connaissances sur la nature même de cette maladie.

Le méga-œsophage n'est pas une affection connue depuis longtemps, si elle doit exister depuis l'origine même du monde, les moyens cliniques et surtout radiologiques dont nous disposons aujourd'hui manquaient autrefois pour la mettre en évidence. Il en est de cette maladie comme de plusieurs autres touchant l'œsophage, tels l'ulcère ou le diverticule qui ne furent reconnus que le jour où les moyens d'investigation permirent de les approcher tant qu'on n'a pas eu la radiographie et l'endoscopie, c'est-à-dire des instruments permettant de voir à l'intérieur même de l'œsophage, il a été impossible de se rendre compte exactement de ce qu'était le méga-œsophage : c'était une découverte d'autopsie ou d'opération.

Avant la radiographie, avant l'endoscopie, rien, ne permettait d'examiner directement l'œsophage, caché qu'il est par la colonne vertébrale en arrière, par le sternum en avant et de chaque côté par les arceaux formés par les côtes.

Ce qui caractérise le *méga-œsophage*, ce sont les dimensions énormes que peut atteindre ce conduit dont le calibre arrive parfois à être cinq ou dix fois plus grand que normalement. Il commence à la partie inférieure du pharynx pour se terminer en un mince filet arrivant jusqu'à l'intérieur de l'estomac.

On ignore encore quelles en sont exactement les causes ; on a accusé d'abord le traumatisme parce qu'on a trouvé dans les antécédents de certains sujets atteints de méga-œsophage, un coup de pied reçu dans le dos ou une chute brutale sur le thorax. A mon avis, rien ne prouve cette étiologie traumatique.

L'influence morale, au contraire, est, je crois, incontestable et la preuve a pu en être faite depuis et surtout pendant la guerre où on a noté une recrudescence de cette maladie. Un élève de Bensaude, Le Baron, a fait, sur ce sujet, une thèse où il montre que les influences psychiques, les émotions, les grandes peurs, ont pu être retrouvées dans les antécédents de méga-œsophages. Et Viano en Roumanie a constaté un nombre important de méga-œsophages chez des Russes émigrés qui, sous le régime où ils avaient vécu, avaient dû avoir pas mal d'émotions. C'est un fait connu depuis longtemps, car en 1830 déjà, un auteur avait écrit que le « fol amour et les grandes émotions » étaient une des raisons premières du méga-œsophage ; autrement dit, le fait d'avoir, le « cœur serré », l' « estomac contracté », bref une émotion, peut déclencher un méga-œsophage.

Mais il est un point sur lequel, à mon avis, on n'a pas assez insisté : c'est l'*aspect anatomique de la lésion* : le méga-œsophage est partiel : il siège toujours entre la bouche de l'œsophage (ou bouche de Killian), c'est-à-dire entre ce rétrécissement qui commence au-dessous du pharynx, et ce qu'on appelle la région du cardia, ou mieux la traversée diaphragmatique. L'œsophage traverse en effet le cou d'abord, puis le thorax, le diaphragme, une partie de l'abdomen et s'ouvre enfin dans l'estomac. Le méga-œsophage n'occupe jamais la totalité de l'œsophage, c'est le point qui, à mon avis, domine toute la pathogénie de cette maladie : le méga-œsophage occupe toujours le même segment qui s'étend de la bouche de Killian, extrémité supérieure du conduit à la traversée diaphragmatique ; jamais la portion abdominale n'est prise. Cette localisation si précise domine, je le répète, toute l'histoire pathogénique de cette lésion.

(1) Recueillie par Madame DUCRO.

Quel est l'aspect anatomique du méga-œsophage aussi bien sur le cadavre que sur la radiographie ?

A l'extrémité supérieure, le tube est plus ou moins rétréci, mais n'offre rien de bien particulier. L'extrémité inférieure du méga-œsophage a été longtemps considérée comme correspondant au cardia : en réalité, ce terme de cardia ne signifie rien pour un grand nombre de chirurgiens ou de pathologistes. Pour l'anatomiste qu'est-ce donc que le cardia ? C'est l'orifice par lequel l'œsophage communique avec l'estomac ; c'est un sphincter, ou comme disait Ramon, c'est une sorte de cône qui se termine au niveau de la traversée diaphragmatique. Du point de vue physiologique ou anatomique — il semble que la portion abdominale de l'œsophage, soit un diverticule de l'estomac ; d'après toutes les opérations, d'après tous les examens, tous les cathétérismes qui ont pu être pratiqués, il est admis que *l'extrémité inférieure du méga-œsophage correspond à la traversée du diaphragme* ; c'est là que se trouve le sphincter de l'œsophage qui, en permanence, est fermé, fort heureusement d'ailleurs, car si ce sphincter n'existait pas, s'il n'était pas fermé, nous aurions en permanence dans le nez, dans la gorge ou dans la bouche, le contenu ou tout au moins l'odeur du contenu stomacal, odeur nauséabonde, de goût acide fort désagréable. C'est donc grâce à ce sphincter, et à sa contraction que Canone avait bien démontrée physiologiquement, que nous sommes à l'abri de ces inconvénients.

Ce sphincter existe chez toutes les espèces animales et c'est, en particulier, la raison pour laquelle certains animaux ne peuvent pas vomir : un cheval par exemple qui a le mal de mer peut faire éclater son estomac, car son sphincter est si puissant qu'il ne peut être rompu sous l'effort du vomissement.

Le mégaœsophage ne dépasse donc jamais cette traversée diaphragmatique, et le rôle du sphincter qui sépare l'estomac de la cavité œsophagienne est capital.

Les parois du méga œsophage peuvent se distendre à l'extrême ; cette distension, cet écartement des parois peut être tel qu'on arrive à injecter dans le méga œsophage des quantités considérables de liquide : Ottinger et son interne Caballero ont essayé chez un individu atteint de méga-œsophage de voir jusqu'à quel degré on pouvait le remplir et ils sont arrivés dans un cas à injecter jusqu'à 1.700 c. c. — près de deux litres — de liquide ; le méga-œsophage peut donc acquérir des dimensions aussi grandes que l'estomac lui-même. Mais une telle dilatation est rare ; normalement un méga-œsophage peut recevoir et garder 8 à 900 grammes de liquide.

De quelle façon, les bords de ce méga-œsophage sont-ils disposés ? Le bord gauche est généralement à peu près rectiligne, tandis que le bord droit est légèrement coudé sur lui-même.

Dans les vieux méga-œsophages qui sont devenus considérables, deux dispositions peuvent se rencontrer : dans certains cas, le méga-œsophage est presque rectiligne, fusiforme, avec une extrémité inférieure pointue et une extrémité supérieure plus ou moins ronde ; mais à mesure que le méga-œsophage se distend, s'écarte, on peut dire aussi qu'il s'allonge, de telle façon qu'il y a non seulement écartement des parois, mais allongement de l'œsophage. Comme ses deux extrémités sont fixes, l'œsophage qui s'est étiré et qui est maintenu entre ces deux extrémités fixes, va se pelotonner, se tordre sur lui-même ; l'angulation augmente, la coudure s'accentue, la partie qui était oblique va devenir horizontale et sur le versant antérieur du diaphragme va se former *une poche qui descend entre le cœur et le sternum*, accentuant encore la gêne fonctionnelle due à la coudure produite au niveau du trou par lequel va sortir l'œsophage.

L'aspect des parois que permettent les constatations opératoires est le suivant : il y a un épaississement important des parois du méga-œsophage, dont certaines arrivent à avoir presqu'un centimètre d'épaisseur, cependant, en moyenne, cet épaississement ne dépasse pas 7 à 8 mm. ; tous les feuillets de cette paroi sont également augmentés de volume, la muqueuse, la sous-muqueuse et même la musculeuse. On a pensé qu'il s'agissait d'œdème ; il est incontestable, en effet, que la muqueuse d'un méga-œsophage est infiltrée œdémateuse, et que sa surface est extrêmement colorée ; au lieu d'avoir son aspect habituel rosé, jaunâtre, la muqueuse du méga-œsophage devient rouge, un peu vineuse, elle présente une congestion intense surtout dans la région qui se trouve au voisinage de la traversée diaphragmatique.

La sous-muqueuse, présente elle aussi, un œdème assez prononcé ; la musculeuse est également œdématiée, et ses fibres sont très hypertrophiées.

Autour du méga-œsophage, le tissu médiastinal reste tout à fait inerte, il n'y a aucune augmentation d'épaisseur du tissu cellulaire, aucune transformation scléreuse ni adipeuse.

Au niveau de l'extrémité inférieure du méga-œsophage, c'est-à-dire au niveau de ce qu'on appelle le cardia et que j'appelle avec les anatomistes, **l'œsophage abdominal**, il existe des modifications, qu'on retrouve jusqu'au point où l'œsophage traverse l'orifice du diaphragme.

Il faut noter tout particulièrement une sténose de l'œsophage quelquefois très prononcée, une sorte de dépression annulaire, aussi marquée que celle que produit le port de jarretières sur la cuisse

d'une femme. Dans certains méga-œsophages, on peut voir sur deux ou trois centimètres, une sorte de sténose sans sclérose, où la musculaire est normale : il semble que le méga-œsophage dans cet orifice trop étroit se soit rétréci, et ait été arrêté dans son développement.

Quelquefois, au lieu de cet anneau par simple constriction, on trouve une sclérose annulaire. Lardennois avait constaté cet aspect de bague scléreuse déjà noté dans une observation de Lecène. C'est *une densification du tissu conjonctif péri-œsophagien.*

Dans certains cas exceptionnels, la musculature au lieu d'être normale est véritablement *hypertrophiée* ; mais ceci est très rare et je ne connais qu'un cas semblable, où il existait une véritable petite olive où toutes les fibres musculaires étaient hypertrophiées, comme cela se voit dans certaines sténoses hypertrophiques du pylore.

Il y a donc des lésions qui se superposent, lésions simples de sténose, lésions de réaction inflammatoire du tissu conjonctif, lésions hypertrophiques du tissu musculaire.

Mais il y en a d'autres, et l'orifice diaphragmatique peut en présenter également. La principale est l'hypertrophie de la musculature striée, où le sphincter est plus gros que normalement : il est inconstant.

On peut noter encore — et j'en ai observé deux exemples — une malformation de l'orifice diaphragmatique. Chez une malade que j'ai opérée, il n'existait pas d'atrophie du diaphragme, mais l'aorte et l'œsophage passaient par un même orifice qui semblait ou trop petit pour les deux ou trop grand pour un seul.

Sous quelles influences se produit le méga-œsophage ?

On a d'abord émis cette opinion assez simpliste que si l'œsophage se laissait distendre ainsi, c'est que sa musculature était atonique ; mais à cela, on peut répondre qu'il serait bien bizarre que la musculature œsophagienne fût de mauvaise qualité avant la traversée œsophagienne et que la portion abdominale ne se distende jamais.

L'histologie montre d'ailleurs qu'il n'y a pas atrophie , mais hypertrophie musculaire. C'est ainsi que deux chirurgiens italiens, Simici et Guiera ont étudié la fonction de ces œsophages, faisant avaler à un sujet porteur d'un méga-œsophage une ampoule de Marey, ils ont inscrit sur un cylindre les contractions œsophagiennes et ont vu que celles-ci étaient bien plus considérables que pour un œsophage normal, constatation qui suffit à elle seule à ruiner la théorie de l'atrophie.

Il s'agit donc d'autre chose et on a émis l'idée que le mégaœsophage était **une maladie congénitale**. Le Professeur Bard, de Genève, qui s'était fait le propagandiste de cette théorie avait ajouté : la meilleure preuve qu'il s'agit d'une maladie congénitale, c'est que, chez l'enfant ou l'adulte porteur d'un méga-œsophage, il est fréquent de trouver un bec de lièvre, une persistance du trou de Botal, une malformation des extrémités : ceci est vrai ponr les individus où ces malformations se superposent, mais beaucoup n'en ont pas d'autres que le méga-œsophage : la théorie congénitale ne se soutient donc pas.

On a dit encore : le mégaœsophage est quelque chose de semblable au mégarectum, au méga-duodénum, au mégacôlon, mais comme on ne sait pas exactement ce qu'est le mégarectum ou le mégacôlon, il est impossible de fonder une explication sur une chose qui n'est pas expliquée.

Il s'agit d'autre chose et le fait que, chez un petit enfant qui a un mégacôlon, on arrive par dilatation du sphincter à faire disparaître la malformation, oeut laisser croire que le méga-œsophage a pour cause un obstacle. On est forcé, en effet, de reconnaître que c'est toujours au même point qu'est limité le méga-œsophage, c'est-à-dire dans la région du diaphragme ; il y a donc là très certainement un obstacle, comme il en existe un devant la vessie distendue d'une hypertrophie prostatique, tout le monde est d'accord pour reconnaître que le jour où on fait disparaître l'obstacle incomplet d'une vessie prostatique, le jour où on fait disparaître l'obstacle de la région rectale, la distension vésicale ou le mégacôlon disparaissent ; il s'agit donc vraisemblablement d'un obstacle atténué dans le méga-œsophage.

Mais quelles peuvent être les variétés de l'obstacle en cause ? Il faut admettre que celui-ci varie suivant les cas. Certains obstacles sont plus fréquents que d'autres. Ce que je vous disais tout à l'heure de l'anatomie pathologique du méga-œsophage permet d'ailleurs de comprendre cette variété d'obstacles : je vous ai dit que parfois l'œsophage se trouve enserré dans une sorte de gaîne scléreuse, comme dans les cas de Lardennois, de Lecène, il y a obstacle par hypertrophie de la musculaire, de l'œsophage ou du sphincter qu'est le diaphragme. Braine a donné un exemple typique de cette variété, où l'orifice par lequel passait l'œsophage avait plus de trois centimètres de haut en même temps qu'une épaisseur très grande.

A côté des causes anatomiques, qui peuvent être d'origine inflammatoire, d'origine néoplasique, d'origine congénitale ou traumatique, nous savons qu'il y en a d'origine fonctionnelle ; le fonctionnement de l'organe doit entrer en ligne de compte. L'œsophage, en effet, est quelque chose de vivant, quelque chose qui se contracte, qui fonctionne normalement avec un certain synchronisme, et voici de quelle

manière : l'œsophage, tube contractile, présente un sphincter à sa partie inférieure, au niveau de la traversée diaphragmatique, grâce auquel nous n'avons pas à vomir à tout instant, ni à sentir le contenu stomacal ; ce sphincter est fermé en permanence : quand on avale, on voit sous l'écran descendre le bol alimentaire du pharynx jusque dans l'estomac et progresser de haut en bas ; mais il s'arrête à un moment donné, quand il rencontre l'obstacle qui n'est autre, que le sphincter, qui doit s'ouvrir quand le bol alimentaire arrive au diaphragme. Il y a synchronisme entre le diaphragme et l'œsophage il y a au niveau des centres uerveux, au niveau du bulbe, un clavier œsophagien qui permet le déclenchement d'une onde péristaltique allant du pharynx au diaphsme et qui, à un moment donné, le fait s'ouvrirr pour laisser passer le contenu de l'œsophage. S'il en était autrement, il y aurait là un effort inutilisé qui se manifesterait par un mouvement inverse, c'est-à-dire par une onde antipéristaltique. Si cet effort se renouvelle, de plus en plus inutile, alors, il y a distension des parois et finalement cette dilatation énorme qu'on peut rencontrer dans certains cas de méga-œsophage. C'est d'ailleurs ce qui se produit dans tout organe de l'économie quand il y a obstacle sur n'importe quel tube, intestin ou vessie : à force de lutter contre cet obstacle, l'organe finit pas s'hypertrophier, puis par se laisser distendre.

Il semble donc que cette théorie, théorie de Hertz, dite de l' « achalasie », soit la plus féconde en résultats intéressants du point de vue thérapeutique.

Les *signes cliniques* de cette maladie sont souvent très frustes. Je me rappelle avoir vu à l'hôpital Tenon, avec le Professeur Rathery, une femme d'une soixantaine d'années, assez voûtée, qui présentait des douleurs siégeant dans la région dorsale. Nous l'avions examinée justement à cause de cette voussure, pensant peut-être à un mal de Pott des vieillards ; or, elle avait un méga-œsophage qui d'ailleurs ne l'avait jamais gênée et qui, malgré ses dimensions énormes, ne l'empêchait pas d'avaler comme tout le monde. Il y a des malades qui peuvent vivre très bien avec une distension considérable de leur œsophage et avec un fonctionnement défectueux de l'orifice diaphragmatique œsophagien.

Certains méga-œsophages s'observent chez les tout petits enfants ; on a même été jusqu'à prétendre que l'œsophage normal du nourrisson est un véritable méga-œsophage et le fait peut être contrôlé en faisant avaler au nourrisson un lait opaque...

Les signes de début sont peu marqués : les malades éprouvent une gêne, assez légère, leur donnant l'impression que les aliments « passent mal ». Après les repas, ils ont un « poids sur l'estomac » et si on les observe, on remarque qu'ils font un certain mouvement de redressement de leur thorax qui — on s'en rend compte sous l'écran — provoque une extension de la colonne vertébrale en même temps qu'une inspiration forcée : c'est le « truc » de la déglutition. Grâce à ce truc, l'œsophage qui était plein jusqu'en haut, se vide tout d'un coup. Les choses se passent ainsi pendant un certain temps ; puis, un jour, à l'occasion d'une émotion, d'une grande peur, d'une grande joie, les phénomènes se déclenchent, cette fois plus tardivement et au lieu de les constater sous l'écran au bout d'un quart d'heure après le repas, ce sera, au bout de deux heures peut-être que l'œsophage se videra. La gêne augmente alors de plus en plus, et quand un individu a, dans son œsophage distendu 1.200 c.c. de produits alimentaires ou de liquide, la gêne est considérable, pouvant entraîner de la tachycardie, conséquence de la compression médiastinale.

J'ai le souvenir d'une jeune fille porteur d'un méga-œsophage, qui, à la suite d'une très grande joie, a vu ces phénomènes s'aggraver à tel point, que lorsque je l'ai opérée, elle n'avait rien pu avaler depuis douze jours et avait maigri de 12 kilos en quelques semaines.

Vous voyez donc la progression lente de la maladie, si lente que les malades ne s'en aperçoivent pas quelquefois, jusqu'au jour où des phénomènes nerveux survenant, ils ne peuvent plus rien avaler.

Durant cet arrêt complet de l'alimentation, il y a des régurgitations et un rejet du contenu stomacal. Fait particulier, ces vomissements n'ont aucune odeur et les réactions chimiques sont négatives, il n'y a ni acidité, ni transformation des albumines ou des hydrates de carbone.

***

Comment faire le diagnostic du méga-œsophage, syndrome qui est le même en somme que celui qu'on observe dans tous les rétrécissements inflammatoires, néoplasiques ou autres ?

Nous avons à notre disposition deux moyens : la radiographie, l'endoscopie.

L'endoscopie est utile, mais elle n'est pas indispensable et, dans certains cas, elle n'apporte aucun renseignement, par exemple, quand la paroi de l'œsophage est coudée, elle permet seulement de voir une muqueuse qui, au lieu d'être jaunâtre est plus ou moins rouge vineuse, d'autant plus qu'on se rapproche de l'orifice diaphragmatique. Quelquefois, on découvre un cancer passé jusque-là complètement inaperçu.

La radiographie, au contraire, fait le diagnostic.

Quant au traitement du méga-œsophage, il

faut l'envisager toujours, car si l'on ne fait rien, l'état de spasme peut devenir permanent et, comme disait Sébileau : *c'est une maladie bénigne dont on arrive à mourir* ; c'est bénin en soi, mais mortel parce que le malade finit par ne plus pouvoir s'alimenter, se cachectise et succombe soit à une tuberculose, soit à l'inanition.

Il faut alimenter ces individus, mais comment ? Soit en passant une sonde qui arrive à franchir l'obstacle ; plusieurs modèles de sonde ont été proposés :

— la sonde de Gottstein que l'on gonfle une fois introduite dans l'œsophage, s'ouvre et distend l'orifice diaphragmatique.

On a utilisé d'autres instruments du même genre, la sonde d'Abrau et de Jacobi, mais tous ces moyens sont plus ou moins dangereux et surtout les sondes qu'on distend, et on a cité des éclatements de l'œsophage.

On a utilisé de préférence, soit la sonde à mercure, soit les multi-bougies de Guisez.

La sonde à mercure est une sorte de tube en caoutchouc dans lequel on introduit du mercure qui gonfle la sonde et arrive ainsi à distendre l'orifice du diaphragme. Elle a rendu d'assez bons services.

L'appareil le plus commode est celui de Guisez ou des multibougies. On introduit dans l'œsophage d'abord une première bougie qui sert de conducteur à une deuxième puis à une troisième et quelquefois même à une quatrième bougie, c'est-à-dire qu'on arrive à introduire dans l'orifice du diaphragme un véritable faisceau de bougies ; ce moyen a pu donner dans certains cas d'assez bons résultats, mais, dans d'autres, il est resté absolument inefficace et la bougie se retourne et remonte vers le pharynx. On a proposé d'introduire ces bougies devant un endoscope, mais c'est une complication très grande.

Quels sont les résultats de ces divers procédés? Malgré les quelques incidents que je viens de signaler certains malades avalent mieux après l'introduction de ces bougies. Est-ce définitif ? Non, jamais, et les sujets qui ont commencé le traitement par la dilatation sont forcés d'y recourir toujours au bout de quelques jours, de quelques mois ; c'est un traitement qui n'est que palliatif, qui n'a qu'une action temporaire, auquel les malades doivent continuer à se soumettre, à moins qu'un accident une émotion très grande ne crée un spasme brutal qui empêche le passage de tout aliment ou même de la bougie.

On a essayé le traitement chirurgical : la dilatation par la méthode de Mickulicz qui consiste après avoir ouvert le ventre d'abord, l'estomac ensuite, à y introduire le main et à rechercher avec le doigt l'orifice de la partie abdominale de l'œsophage à travers le diaphragme : c'est une opération qui, quoique d'apparence facile, reste assez difficile à exécuter, car la main introduite dans l'estomac ne sent rien du tout. D'autre part, c'est une opération septique, car on ouvre dans un péritoine libre un estomac septique. Cette méthode de Mickulicz est brutale et violente et n'est plus guère employée.

On a essayé une autre méthode, qui consiste à se coiffer la main de la paroi stomacale et à chercher à travers l'estomac déprimé, l'orifice abdominal, mais il est toujours très difficile d'y arriver.

Alors on a essayé d'intervenir directement sur la lésion, au niveau de la traversée diaphragmatique, et d'agir sur l'obstacle lui-même. Et nous retrouvons ici les différentes méthodes que l'on rencontre en chirurgie générale quand il s'agit de n'importe quel obstacle où qu'il siège.

La première méthode consiste à supprimer l'obstacle ; la deuxième méthode consiste à dilater, et la troisième a pour but de dériver le cours des aliments.

La suppression de l'obstacle : consiste à supprimer le rétrécissement de l'œsophage dans la traversée diaphragmatique, c'est-à-dire à supprimer le segment rétréci, puis à aboucher ensuite l'œsophage directement à l'estomac : *c'est l'opération de Rimpel.* Elle a été proposée et paraît logique, mais n'a jamais été employée parce qu'elle a toujours été jugée trop dangereuse.

La dérivation de l'obstacle a été utilisée, elle consiste à approcher la grosse tubérosité de l'estomac de l'œsophage, et à faire une anastomose entre les deux : *c'est l'opération de Heyrovsky.* Mais ce n'est pas tout à fait pareil d'anastomoser un iléon avec un jéjunum que d'anastomoser l'œsophage à l'estomac, car si, dans le premier cas, on dispose de péritoine aussi bien sur l'intestin que sur l'estomac, dans le second cas, il n'y en a pour ainsi dire pas, l'œsophage thoracique n'en a pas du tout et l'estomac n'a de péritoine que sur son versant antérieur ; or, les sutures d'organes creux ne tiennent bien que si par l'intermédiaire de péritoine une coalescence solide, précoce, rapide se fait entre les deux organes, et ici, cette coalescence se fera difficilement.

Le dernier moyen : l'incision directe sur l'obstacle. Ici, nous retrouvons la méthode qu'employait Péan sur l'estomac, la pylorostomie externe, c'est-à-dire l'incision sur l'obstacle, c'est la cardioplastie qu'on devrait plutôt appeler du nom d'œsophagoplastie, puisque c'est l'œsophage qui est incisé.

On pratique une incision longitudinale d toute la portion rétrécie, jusqu'au voisinage et même jusque sur l'estomac, en coupant la totalité de la paroi. C'est une opération assez dangereuse, et Heller a montré qu'on pouvait n'inciser que la musculaire, en laissant intacte la muqueuse, comme le fait Fredet sur le pylore. Le résultat est merveilleux, c'est ainsi que

tentée sur un malade qui, depuis plusieurs jours, n'avait pu avaler la moindre goutte d'eau, elle a pu permettre dès le soir même de l'intervention d'avaler des liquides et au bout de trois ou quatre jours d'avaler des solides ; des sujets qui, comme cette jeune fille dont je vous ai parlé tout à l'heure, ont présenté un amaigrissement énorme — douze kilos dans ce cas — récupèrent très rapidement leur poids initial, c'est ainsi que cette jeune malade avait en deux mois repris quatre kilos.

Reste à envisager la *voie d'abord* : que l'on veuille supprimer ou dériver l'obstacle, ou bien pratiquer une incision, où doit-on aborder ce segment œsophagien ?

Plusieurs voies ont été proposées : certains chirurgiens ont préconisé la *voie thoracique* en réséquant des côtes, ce qui complique les choses et, d'autre part, nécessite le passage à travers la cavité pleurale, dans une plèvre qui ne se défend pas ; on a proposé de la décoller, on l'a fait et on a pu arriver jusqu'au médiastin, mais cela ne donne pas beaucoup de jour.

On a proposé la *voie abdominale*, je me souviens d'une opération décrite par Mickulicz qui, une fois arrivé devant l'obstacle, c'est-à-dire la traversée diaphragmatique, ne put aller jusqu'au bout et dut renoncer à l'opération. Donc, par voie abdominale si le danger est moindre, on n'a pas beaucoup plus de jour que par voie thoracique et on n'arrive qu'insuffisamment sur l'obstacle.

On a pensé alors à utiliser une *voie mixte*, c'est-à-dire *thoraco-abdominale*.

Mais est-il toujours nécessaire d'employer ces méthodes compliquées, assez sérieuses malgré tout, qui demandent une réelle habileté et une grande pratique chirurgicales ? Ce n'est pas certain. Il y a surtout des cas qui en sont justiciables, par exemple ceux où on est forcé de voir le segment cardio-œsophagien ; en dehors de ces cas qu'on peut d'ailleurs prévoir par l'examen clinique et la radiographie, je crois que l'opération de Heller est la meilleure qu'on puisse faire dans la majorité des cas, et qui donne des résultats très sûrs, la plupart du temps.

Quels sont les résultats qu'on peut attendre de ces interventions ? Avant tout, il faut bien savoir que plusieurs organes sont intéressés dans cette maladie. Il est bien évident que si l'on agit exclusivement sur l'œsophage, on laisse persister sur le diaphragme une insuffisance ou une hypertrophie qui seront compromettantes pour l'avenir ; que si l'on n'agit que sur le diaphragme, il en sera de même pour l'œsophage. Il est donc incontestable qu'il faut intervenir et sur le diaphragme et sur l'œsophage. A cette condition, on obtiendra des *résultats durables*, des résultats merveilleux et constants, et surtout extrêmement rapides puisque certains malades squelettiques ont pu reprendre en très peu de temps plusieurs kilos.

UN CAS D'HYPOSPADIAS (1)

Les aplasies supérieure et inférieure du tubercule génital déterminent respectivement de l'épispadias et de l'hypospadias. Toutes les formes anatomiques de l'hypospadias sont des arrêts dans le processus de coalescence des replis et des bourrelets génitaux, qui se fait d'arrière en avant, commençant par la partie postérieure des replis et des bourrelets et se terminant au gland. Nous pouvons donner la définition suivante de l'hypospadias : les formes de l'hypospadias sont les différents degrés de l'aplasie de la face inférieure de la verge, et des coalescences régulières des replis et bourrelets génitaux.

Voici un garçon qui a présenté un hypospadias avec une aplasie complète de la face inférieure de la verge : il a subi le premier temps opératoire dans lequel le chirurgien traitant a jugé utile de pratiquer une cystostomie sus-pubienne ; maintenant, il m'envoie son malade en me demandant de terminer la reconstitution.

L'expérience m'a démontré aujourd'hui la valeur de mon procédé de reconstitution des hypospadias, et je n'ai rien à y changer.

Dans ce cas particulier, je vais donc simplement procéder au temps du raccordement d'après ma technique habituelle.

(1) Note recueillie à la consultation du lundi, faite par le prof. OMBRÉDANNE à l'hôpital des Enfants-malades.

CHOLESTÉRINE ET CANCER

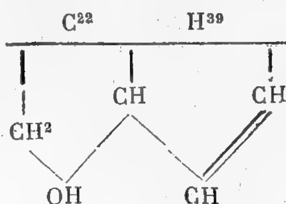
Par le Docteur Joseph SCAPIER

Docteur ès-sciences
Lauréat de l'Académie des Sciences

La cholestérine est une substance primaire de notre organisme. Elle existe dans tous nos tissus, liquides, cellules par opposition à d'autres substances dites secondaires comme glycogène, pigments, etc., qui ne se rencontrent pas dans toutes nos cellules vivantes.

Au point de vue chimique, la cholestérine est le représentant principal d'un groupe d'alcools polycycliques non saturés qu'on désigne du terme stérine : cholestérine animale ou zoostérine : cholestérine végétale ou phytostérine.

Sa formule serait :



Cette substance chimique a été découverte par Conradi (1925) et étudiée plus tard par Chevreuil. En 1925 Wagner démontra le rôle du foie et de la bile dans l'excès de cholestérine dans l'organisme. Plusieurs autres auteurs ont étudié aussi son rôle multiple (action protectrice des téguments, action digestive, pharmacodynamique, bactéricide, antitoxique et action sur la perméabilité et l'imbibition cellulaire, etc.).

Des modifications très importantes ont été signalées depuis longtemps dans la teneur des tissus et humeurs en cholestérine au cours d'affections morbides variées (tuberculose, syphilis, néphrite, etc.).

Nous donnons ci-après un compte-rendu historique succinct concernant la cholestérine dans le cancer.

Roussy (1913) a étudié le problème du dépôt de la cholestérine dans le tissu néoplasique bénin. Cohn (1911) signale le dépôt de cholestérine dans les tissus d'un carcinome en qualité abondante ; plusieurs autres auteurs signalent aussi l'excès de cholestérine dans certains tissus néoplasiques.

Robertson, Brailsford (1913) injectent à plusieurs reprises 1 c. c. d'une suspension de cholestérine à 1 /10 dans les tumeurs de rat (carcinomes greffés) la croissance de celle-ci est plus rapide et le nombre des métastases est plus élevé.

Roffo (1917) mentionne la relation qu'il a observée entre la cholestérine de rat et celle de la tumeur. Dans le tissu tumoral, le taux de la cholestérine est très élevé par comparaison avec celui des autres tissus. Borst (1923) donne à deux lapins badigeonnés au goudron, une alimentation riche en cholestérine. Un des deux animaux meurt après seize mois avec un cholestéase diffus et xanthélasma au cœur et à la paroi gastrique. L'autre animal présenta à un point de l'oreille un fibrome qui se transforma progressivement en un carcinome typique.

Plus récemment Bergheim (1928) attire l'attention sur une différence histochimique capitale entre les tumeurs bénignes et les tumeurs malignes, les premières étant pauvres en cholestérine alors que les secondes en renferment une proportion considérable. Roffo (1923) avait trouvé que la suppression de la cholestérine inhibait le développement de la tumeur.

Quant au rapport de la cholestérine avec le cancer humain, Weber déjà en 1901 faisait remarquer que chez les sujets atteints de lithiase biliaire, l'apparition d'un cancer était due à la privation de la cholestérine soluble, et admettait que la cholestérine réglait la prolifération cellulaire.

Yamkowa (1921) étudiant aussi ce rapport de la cholestérine avec le cancer humain, concluait que le taux de la cholestérine et des graisses neutres est le triple de la normale chez les cancéreux. Burgheim (1928) insiste également sur la richesse en cholestérine du tissu malin. Dans une série très importante de travaux, Roffo (1929) a montré le rôle capital de la cholestérine dans les états précancéreux et cancéreux chez les êtres humains et la présence de cristaux de cholestérine visibles au microscope dans les tissus néoplasiques.

***

Nos expériences personnelles comportent une étude sur le rôle de la cholestérine (hyper-ou hypocholestérinémie) chez les animaux greffés par des tumeurs malignes (aux diverses périodes: période précancéreuse, période d'état, période de cachexie) et sur son rôle dans l'évolution des néoplasmes chez l'être humain.

1) Examen chimique des tumeurs malignes expérimentales

Sur vingt tumeurs examinées (épithéliomase nous avons constaté que dans le tissu tumoral, 1)

taux de la cholestérine est très élevé par comparaison avec celui des autres tissus normaux ou des tumeurs bénignes. Cette augmentation va du double au triple de la normale.

2) **Les substances cancérigènes et cholestérine**

Sur plusieurs animaux greffés et soumis immédiatement après la greffe ou une fois la greffe prise à un régime alimentaire dépourvu de graisses et au traitement inhibant les sources productrices de cholestérine, on constate très nettement l'influence considérable sur la croissance et le développement des tissus de la tumeur. Le développement de la greffe est retardé ou arrêté et il n'atteint jamais le volume qu'ont les tumeurs des animaux de contrôle. Les effets sont plus accentués encore si la méthode inhibitrice de la production de la cholestérine est institué avant la transplantation de la tumeur. On voit donc que la cholestérine a une importance spécifique sur la prolifération des cellules néoplasiques.

On sait que la capsule surrénale est l'organe le plus riche en cholestérine (45 grammes chez l'homme) et est une des sources productrices de cholestérine chez l'homme. La surrénalectomie a-t-elle une in uence sur la génèse du cancer. ? C'est évidemment à étudier.

3) **La différence histochimique est grande entre les tumeurs bénignes et malignes**

Tandis que nous décelons chez les porteurs de tumeurs bénignes une quantité de cholestérine normale, la cholestérine augmente au fur et à mesure que ces tumeurs deviennent malignes ou qu'une greffe est pratiquée. La corrélation est nette, la transformation en tumeurs malignes s'accompagne d'une hypercholestérinémie progressive. L'extirpation d'une greffe ou l'ablation d'une tumeur provoque immédiatement une baisse définitive ou provisoire du taux de cholestérine qui devient normal et tombe même parfois au dessous de la normale.

La suppression de la tumeur inhibe la progression de la cholestérine et vice versa la suppression de la cholestérine (par régime, médicaments) *inhibe le développement de la tumeur.*

***

L'évolution du cancer humain est à peu près identique en ce qui concerne la cholestérine à l'évolution du cancer expérimental du lapin. Quelques données cliniques pourront nous donner une idée de ce problème.

Le cancer augmente de fréquence avec l'âge. Or avec l'âge l'azote total sanguin et la cholestérine des cellules augmente. La cholestérine exogène apportée par l'alimentation joueraitsans doute un rôle dans l'étiologie du cancer. Voyons deux phénomènes :

Les Indiens, les Sauvages, les Nègres ayant une nourriture végétarienne et très frugale seraient moins touchés par le cancer que les races se nourrissant de viandes et de produits riches en cholestérine ; les basques, les Irlandais, les Suisses, dont l'alimentation est riche en cholestérine seraient plus fréquemment touchés par le cancer.

Nous avons pu constater que chez les néoplasiques le taux de la cholestérine variait selon l'évolution favorable ou défavorable, rapide ou lente de la tumeur. Les tumeurs sarcomateuses provoquent une hypercholestérinémie moins prononcée que les tumeurs épithéliales, la dose de cholestérine augmente progressivement en même temps que la malignité et les métastases s'intensifiaient. Le taux de la cholestérine oscille entre 2-6 grammes dépassant de beaucoup le chiffre normal qui est en général au dessous de 1 gramme. A la période terminale de la maladie quand les néoplasiques deviennent cachectiques on constate un fait curieux, une chute assez brusque de la cholestérine. La cholestérine baisse au dessous de la normale et oscille entre 0,50 et 0,80 %.

En soumettant les néoplasiques à un régime pauvre ou dépourvu de cholestérine et en instituant un traitement éliminant la cholestérine nous avons constaté une évolution plus lente de la tumeur ; métastases moins fréquentes. Un malade porteur d'un néogastrique confirmé radiologiquement s'améliore et continue une vie normale (chauffeur) en suivant un régime et traitement que nous avons ordonné pour éliminer la cholestérine en excès (1) Les malades opérés et soumis à un régime dépourvu de cholestérine survivent plus longtemps et présentent des rechutes moins fréquentes. Ces données méritent semble-t-il d'être vérifiées dans les services et par les praticiens. Une statistique sérieuse et longue doit normalement confirmer les résultats.

***

Nous ne pouvons donc pas nier que la cholestérine joue un rôle très important dans le terrain cancéreux. Il est aussi vraisemblable que cette hypercholestérinémie est en corrélation directe avec le processus de croissance et de prolifération cellulaire, car l'expérience a démontré que le meilleur terrain pour le développement du néoplasme expérimental est celui de l'animal hypercholestériné (par régime ou par âge). Ainsi que chez l'homme, les enfants et les

(1) Il avait trois grammes de cholestérine en 1932, actuellement le taux a baissé de plus de la moitié.

vieillards, personnes hypocholestérinés la croissance des tumeurs est lente ou n'existe pas. Il y a donc un parallélisme biologique et clinique entre le développement des néoplasmes et le taux de la cholestérine. La cholestérine favorise la croissance des cellules malignes par les modifications biochimiques du terrain.

On commettrait une erreur en prétendant guérir un cancer par la simple destruction d'une manifestation locale, l'importance du terrain biologique doit intéresser le médecin. Le terrain doit être modifié tant pendant la période prophylactique que pendant et après tout traitement local. Sinon la « maladie générale » continuera, le terrain restera cancéreux. Le bistouri et le radium enlèveront ou détruiront la masse principale mais sans éviter la prolifération ultérieure des cellules malignes tandis qu'un traitement destiné à redresser un métabolisme défectueux doit modifier favorablement le terrain sans faire disparaître la tumeur volumineuse.

Ce traitement modificateur du terrain doit comporter un régime alimentaire et un traitement médical ayant pour but de dissoudre ou d'éviter l'excès de cholestérine.

Et si, précisément, certains auteurs prétendent que c'est commettre une erreur en voulant guérir des cancers avec des médicaments, nous disons que c'est aussi une erreur de vouloir guérir en ignorant le terrain cancéreux en extirpant seulement la tumeur. La cholestérine dans ce terrain cancéreux joue un rôle primordial.



LE ROLE DE L'INSUFFISANCE HÉPATIQUE DANS LA GÉNÈSE DES DÉLIRES TOXI-INFECTIEUX ET LEUR TRAITEMENT PAR LES EXTRAITS DE FOIE

L'apparition du délire au cours de certaines infections ou intoxications doit évoquer pour le clinicien une pathogénie, dans laquelle l'insuffisance du foie occupe le premier rang.

La technique thérapeutique, que le Professeur Ch. MATTÉI et le Docteur RECORDIER (1) estiment la meilleure, est la suivante : les malades sont maintenus au repos complet et dans l'isolement. La diète hydrique avec boissons sucrées, une médication évacuante légère, quelques tonicardiaques restent les seuls remèdes prescrits en dehors de l'opothérapie hépatique. L. Cornil a conseillé avec raison d'adjoindre à la cure des prises quotidiennes de citrate de soude.

Les extraits hépatiques injectables ont été employés chez l'adulte en diluant quatre ampoules d'extrait hépatique dans dix centimètres cubes d'eau physiologique chlorurée ou glucosée, pour une injection hypodermique à faire le matin en une seule fois. Chez l'enfant, on a utilisé au-dessus de 7 ans la moitié des doses précitées, au-dessous de 7 ans leur tiers seulement. Les injections opothérapiques sous-cutanées ont été continuées jusqu'à la disparition du délire et deux jours au moins après elle. En tous cas, la cure n'a jamais duré moins de six jours. L'usage de la voie hypodermique et de l'injection diluée a paru prémunir contre tout accident de choc comme on peut en observer après certaines injections intra-musculaires.

Un tel traitement aura d'autant plus de chance d'être efficace qu'il sera précoce, utilisé par voie hypodermique à fortes doses suffisamment prolongées. Ainsi l'argument thérapeutique apportera une confirmation très utile à la notion pratiquement primordiale du rôle de l'insuffisance hépatique dans la genèse de certains délires toxi-infectieux.

(1) NUTRITION. Tome *VII*, n° 2, 1937.

LA CLINIQUE AU GOUT DU JOUR

Le massage, grâce à un emploi judicieux, est susceptible d'améliorer plaies ou cicatrices

D'après le Docteur R. Leroy (*)

Il favorise, en effet, une bonne vascularisation des tissus

Or, c'est d'une bonne vascularisation tissulaire que dépendent, avant tout, la cicatrisation des plaies et l'évolution favorable de leurs cicatrices. Le massage constitue précisément un moyen simple d'obtenir ce résultat : bien pratiqué, il est toujours inoffensif.

Déjà le souci d'avoir une cicatrice peu visible guide le chirurgien dans ses actes opératoires. « La plupart du temps, il y parviendra en employant une technique minutieuse. Mais, s'il y a plaie contuse ou irrégulière, il lui faudra réséquer les bords et tirer fortement sur les tissus pour les affronter : la cicatrice sera plus apparente. Enfin, il est des cas particulièrement graves de plaies étendues, à la suite de phlegmons ou de brûlures par exemple, *longues à cicatriser*, qui donnent toujours des cicatrices vicieuses, rétractiles ou chéloïdiennes ».

Or, c'est pour ces cicatrices apparentes, vicieuses ou chéloïdiennes, que se recommande l'intervention d'un massage bien conduit.

***

Se rappelant la *guérison constante*, sans cicatrices, qu'avait obtenue, grâce à ce procédé, L. Jacquet, dans le traitement des dermatoses anciennes de la face, le Docteur Leroy avait essayé, dès 1910, de traiter par le massage une cicatrice, suite d'accident d'automobile.

Il s'agissait d'une plaie transversale du nez, dont le chirurgien avait été obligé de réséquer les bords irréguliers pour les affronter. Quatre jours plus tard, lors du premier pansement, la peau, œdématiée et ecchymotique, était très tendue sur l'arête nasale ; la cicatrice était très douloureuse. Immédiatement fut pratiqué un pétrissage très léger des tissus de la face pour activer la circulation et permettre une meilleure nutrition des tissus cicatriciels. Puis, dès que les fils eurent été enlevés, on procéda chaque jour au pétrissage de la cicatrice elle-même. Dès la première séance, la malade eut la sensation de tissus plus souples, et la douleur s'atténua. En quelques jours, l'œdème et les ecchymoses se résorbèrent, la cicatrice cessa d'être douloureuse. Après un mois de traitement, les tissus étaient souples sans la moindre adhérence aux plans profonds ; la cicatrice n'était plus marquée que par une très fine ligne blanche, à peine perceptible.

Depuis vingt-cinq ans, l'auteur a traité ainsi plusieurs milliers de cicatrices ; ce fut toujours avec le plus grand succès ; même dans les cas les plus graves, il a toujours obtenu une grande amélioration, et, très souvent, la disparition à peu près totale des cicatrices.

***

Ce qui importe au premier chef pour la bonne cicatrisation, c'est l'apport suffisant aux tissus des éléments nutritifs, dont ils ont besoin pour combler la plaie. Il faut donc, à tout prix, empêcher l'habituelle régression vasculaire, qui se produit si rapidement dans le tissu de bourgeonnement, et qui aboutit à la transformation fibreuse du tissu cicatriciel.

Tous les auteurs, à quelque titre que ce soit, ont reconnu cette nécessité. Les uns, comme Wright, ont provoqué l'afflux de la lymphe par des applications de solutions hypertoniques (à 10 %) de chlorure de sodium. D'autres, comme Leriche, ont recherché la vaso-dilatation et l'hyperémie au moyen des neurotomies sympathiques. Toujours, il faut activer la circulation pour empêcher la stase sanguine et l'œdème au niveau de la plaie (Policard).

Le massage, lui aussi, et plus spécialement le pétrissage, active la circulation locale, et de plus, il facilite l'élimination des déchets qui, imprégnant les fibres conjonctives nouvellement formées, jouent un rôle important dans la rétraction. Il détermine, en effet, une vive congestion des tissus, avec dilatation des capillaires, afflux de lymphe et diapédèse leucocytaire. Il agit spécialement sur les vaisseaux de la couche profonde du tissu de bourgeonnement, sur ceux qui subissent rapidement une évolution régressive et mettent ainsi en difficultés la réparation des plaies anciennes, alors que les plaies jeunes, non encore atteintes dans leur vascularisation profonde, bourgeonnent mieux et plus vite.

---

(1) La cicatrisation des plaies et le traitement des cicatrices par le massage. (*Le Monde Médical*, 1er juillet 1937).

Aussi, cette pratique trouve-t-elle sa *principale indication dans les plaies anciennes, les plaies atones, longues à cicatriser.*

Si le massage, comme la sympathectomie, n'agit que par l'hyperémie, il permet cependant d'obtenir une cicatrice plus résistante, et cela, sans aucun doute, pour les raisons suivantes :

1° Non seulement, il détermine une hyperémie, mais encore il la renouvelle chaque jour.

2° Toute séance de massage est suivie d'une réaction de vaso-constriction qui permet, avec une résorption plus rapide de l'œdème, l'élimination des déchets ainsi qu'un meilleur métabolisme des tissus.

3° De plus, et surtout on doit considérer que, l'évolution de la cicatrice n'est pas terminée, alors même que la plaie est fermée. Or, grâce à l'hyperémie que produit un massage exécuté dans ces conditions, les cellules de la couche germinative deviennent le siège d'une activité particulière.

Enfin, lorsqu'une greffe aura été jugée indispensable, le massage, s'il est pratiqué une dizaine de jours avant l'intervention, devra faciliter, comme la sympathectomie péri-artérielle, la reprise du greffon.

On pétrira le lambeau qui deviendra le greffon, ainsi que les bords de la plaie destinée à le recevoir. Il y aura donc intérêt à l'utiliser également le plus tôt possible après la cicatrisation, afin d'éviter la production de tissu fibreux cicatriciel, et la formation d'un œdème important, lequel survient à titre de complication fréquente de tout greffon, abandonné à lui-même

***

Voici quelques règles précises pour ce massage, d'autant plus efficace qu'il sera précoce

C'est le *pétrissage,* qu'il faut surtout recommander. Il consiste à presser en tous sens, à coups menus et pressés, les tissus en toute leur épaisseur, en faisant agir d'ensemble toutes les extrémités digitales, la pointe des cinq doigts. On commence faiblement ; puis on augmente progressivement la force et la durée des manœuvres, qui doivent toujours arriver à être fortes.

Pour que le procédé soit pleinement efficace, il faut que chacune des pressions constituantes soit *aussi brève que possible* ; ne jamais, en aucun cas, tirailler les tissus ou les écraser, soit entre les doigts, soit contre les plans profonds, *de manière durable.*

Ce massage, qui est, en principe, un massage violent, ne sera-t-il pas douloureux ? Non, si l'on a soin, ce qui est d'ailleurs la règle pour tout massage, d'observer la gradation méthodique dans la force des manœuvres.

Plaies

On commence par le pétrissage assez énergique des tissus périphériques, *loin de la plaie,* à cause de la sensibilité des tissus, puis, rapidement, on se rapproche des bords eux-mêmes en pratiquant un massage plus léger. *En quelques minutes,* l'œdème s'assouplit, l'hyperesthésie des tissus diminue, et le patient est surpris de constater la rapidité avec laquelle une région, qui était douloureuse, devient peu sensible. On peut alors procéder avec plus d'énergie au pétrissage des bords mêmes de la plaie.

La durée du massage, qui sera pratiqué chaque jour, sera d'un quart d'heure environ.

Dès les premières séances, une plaie atone, stationnaire depuis des mois, change d'aspect ; elle se déterge, devient rouge, recommence à bourgeonner. On voit apparaître un liseré épidermique, qui progresse rapidement, et on est surpris de la rapidité, avec laquelle se fait l'épidermisation. A mesure que l'étendue de la plaie diminue, on procède au massage de la partie nouvellement épidermisée.

La meilleure vascularisation des tissus sous-épidermiques produira un épiderme bien vitalisé et une cicatrice solide.

Après la fermeture de la plaie, le massage doit être continué pendant un certain temps encore, variant avec l'importance de la cicatrice et le degré de sclérose des tissus profonds.

Cicatrices

Les considérations précédentes s'appliquent également aux cicatrices.

Lorsqu'on lève le pansement d'une plaie opératoire au sixième jour, la cicatrice est constituée par une ligne recouverte d'un épiderme très mince, qui n'est pas encore kératinisé et laisse apparaître, par transparence, la couleur rouge du tissu de bourgeonnement. Si, au cours de l'opération, les tissus ont été peu traumatisés, les bords de la cicatrice sont le siège d'un œdème léger, à peine perceptible, qui disparaîtra rapidement. Le plus souvent, la cicatrice sera souple et minime.

Dans d'autres cas, au contraire, si l'hémostase

fut insuffisante, ou si les tissus ont été traumatisés, il se produit de petites suffusions sanguines dans la plaie, origines de tissu fibreux. Mais, comme dans la plaie atone, ce tissu conjonctif de nouvelle formation subit rapidement la transformation fibreuse par régression vasculaire, et forme une muraille étanche, qui arrête la circulation entre les deux lèvres de la plaie. Les bords de la cicatrice sont alors le siège d'un œdème plus important, plus dur que dans le cas précédent, boursoufflé par places, très probablement aux endroits plus traumatisés. On a considéré cet œdème comme un stade qui précède la chéloïde.

L'œdème est l'ennemi du tissu de bourgeonnement. Il est aussi celui de la cicatrice. Il est indispensable de favoriser sa résorption, en activant de façon précoce la circulation des tissus.

Sur la cicatrice constituée, le massage exercera la même action que sur la plaie atone. Il y aura donc intérêt à le pratiquer le plus tôt possible, dès que les fils auront été enlevés.

Si une cicatrice est en voie de transformation chéloïdienne, dès le premier jour de massage, le processus s'arrête, puis, de jour en jour, les tissus s'assouplissent.

Le massage pratiqué aussitôt après la cicatrisation ne sera pas douloureux si l'on a soin, comme dans le traitement des plaies, d'observer la gradation méthodique de la force des manœuvres, et de commencer par le pétrissage des tissus périphériques, avant d'aborder la cicatrice elle-même.

Certaines cicatrices présentent des points particulièrement sensibles, qui sont dus vraisemblablement à la compression d'extrémités nerveuses dans le tissu cicatriciel. On obtient rapidement par le massage la sédation de ces douleurs.

Lorsque, par sa localisation même ou par l'œdème des tissus, une cicatrice gêne ou rend impossibles certains mouvements, on constate, *dès le premier jour*, après dix minutes de massage, un assouplissement notable de la région, et les mouvements se font plus facilement. Le lendemain, le résultat obtenu s'est maintenu, et en quelques jours, on voit une amélioration manifeste de l'aspect de la cicatrice.

Le massage a une action puissante sur l'évolution de la cicatrice, et les résultats seront d'autant plus rapides et complets qu'on le mettra en œuvre plus tôt. Mais même dans les cas anciens, il donne encore des résultats très appréciables, l'auteur a pu améliorer des *cicatrices de brûlures et des cicatrices de variole* datant de plus de vingt ans.

Au Centre d'appareillage maxillo-facial de Lariboisière, plusieurs fois le Dr R. Leroy traita des mutilés qui présentaient, à la suite de blessures datant de plus de vingt ans, un trismus très important, au point de rendre l'examen de la bouche impossible. Le massage permit toujours d'améliorer leur état et il fut possible, en une seule séance, d'obtenir un écartement des mâchoires de *treize* millimètres, alors que précédemment, il était de *huit*.

Lorsque la cicatrice est ancienne, avec des brides qui la rétractent profondément à la suite de fistule, par exemple, on peut encore obtenir un assouplissement limité du tissu fibreux, mais jamais une amélioration complète. Il faudra, dans ce cas, détruire chirurgicalement les adhérences, refaire une nouvelle cicatrice qui sera immédiatement traitée par le massage.

On manifeste une tendance à attendre qu'une cicatrice soit compliquée pour la traiter ; la chose est regrettable.

Pourquoi donc cette prévention contre le massage ?

Sans aucun doute, parce qu'on a remarqué que, de façon précoce, la chéloïde apparaît sur les cicatrices qui sont excitées par des *frottements irritants*, sur les cicatrices du cou en particulier qui sont soumises, d'une façon continuelle, à des *tiraillements* par les mouvements fréquents exécutés par le malade, et aussi, il faut bien le dire, parce qu'on a vu des cicatrices, relativement souples, devenir, *sous l'influence de massages, rapidement chéloïdiennes*.

Or, dans ces derniers cas, cette évolution pathologique est *toujours* la conséquence d'un massage *mal fait* : effleurages profonds, pratiqués dans le sens de la cicatrice, qui ne font que la tirailler, sans activer la circulation.

G. FISCHER.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Les tumeurs du foie

Le Professeur J. SABRAZÈS, au cours d'une importante étude consacrée à cette question passe en revue les différentes modalités de gros foie aux divers âges. En pareille situation, le médecin reste souvent perplexe, et finalement se demande s'il ne s'agit pas d'un cancer. Les cancers secondaires du foie sont relativement fréquents, aux confins de la cinquantaine, car il s'agit du viscère le plus frappé par les métastases émanées de cancers d'organes voisins ou éloignés : gros intestin et rectum d'abord, estomac, poumons, reins, etc... Plus rare est le cancer primitif, et aussi plus difficile à reconnaître ; ici la clinique ne se suffit pas à elle-même ; le médecin doit posséder une culture histo-pathologique et comprendre ce qu'est un adénome ou un cancer.

Une fois que la tumeur du foie est constituée, le problème thérapeutique devient très difficile ; la chirurgie notamment n'est pas toujours récompensée dans ses tentatives.

C'est donc au traitement préventif qu'il faut s'adresser, pour traiter correctement les affections qui prédisposent au cancer du foie : hépatites de diverses natures, cirrhoses constituées, lithiases. Mieux vaut encore prévenir celles-ci par une hygiène générale, professionnelle, alimentaire appropriées, surtout chez les sujets ayant des antécédents héréditaires et familiaux néoplasiques. L'importance des parasites, notamment des distomes, des trématodes, dans l'apparition des adénomes et des cancers biliaires, doit inciter, surtout dans les pays où ces parasites sont très fréquents, à prévenir les cancers du foie, en obviant aux parasitoses par les agents thérapeutiques qui ont fait leur preuve. L'examen des selles pour ce dépistage ne sera pas négligé, et on recourra également aux autres procédés, qui facilitent la détection des affections vermineuses. (*Le Foie*, n° 11, 1937.)

Les hémorragies méningées sous-arachnoïdiennes des enfants (nouveau-né excepté)

D'une façon générale, on peut dire que, dans l'enfance, l'hémorragie méningée n'est pas fréquente. Le Docteur M. TRAISSAC n'envisage que les hémorragies sous-arachnoïdiennes, qui se présentent sous deux formes : *a*) hémorragie méningée pure où le sang ne se trouve que dans l'espace sous-arachnoïdien ; *b*) hémorragie cérébro-méningée, où l'épanchement sanguin occupe aussi une partie de la substance cérébrale.

Ces hémorragies méningées sous-arachnoïdiennes de l'enfance se constituent en deux groupes essentiels : celui des maladies infectieuses, et celui des hémorragies méningées spontanées, curables, des jeunes sujets.

Les maladies infectieuses sont à l'origine d'un nombre important d'hémorragies méningées. Les différentes méningites peuvent devenir hémorragiques.

Mais bien souvent l'hémorragie peut se présenter comme spontanée, chez des enfants ou des jeunes gens de 10 à 25 ans environ, sans passé pathologique.

La symptomatologie n'offre rien de spécial. Le début peut être brusque, si l'hémorragie est très abondante, ou marqué par des prodromes : céphalées, éblouissements, vertiges, après lesquels, au bout d'un temps plus ou moins long, se produit la perte de connaissance. Tantôt le malade est alors plongé dans le coma, tantôt au contraire, il est atteint de convulsions généralisées. Si on l'examine attentivement, on décèle un syndrome méningé marqué par des contractures. Le signe de Kernig, les signes de Brudzinski sont positifs. Dans la règle, il n'existe pas de signes de localisation, et cette absence au cours d'un coma d'apparition brusque, est un bon signe de lésion purement méningée. D'autres fois, au contraire, on en observe : paralysies, parésies, accès convulsifs jacksoniens, troubles unilatéraux des réflexes, troubles oculaires. Ces signes sont dus soit à la compression exercée sur l'encéphale par les caillots qui se forment à la surface du cerveau, soit aux poussées d'encéphalite concomitantes. Dans le premier cas, ils s'estompent en général rapidement, dans le second ils peuvent persister de façon définitive. Comme chez l'adulte, la fièvre est de règle dans les premiers jours, la glycosurie et l'albuminurie transitoire ne sont pas exceptionnelles.

Le diagnostic différentiel est en général facile. L'évidence des signes neurologique, méningés ou encéphaliques, est telle qu'elle impose la ponction lombaire. Les caractères du liquide céphalo-rachidien, également sanglant dans les trois tubes, établissent le diagnostic, que confirment ensuite la sédimentation des globules rouges avec liquide xanthochromique ou laqué.

Il est cependant parfois difficile, en l'état ac-

tuel de la science, d'élucider l'étiologie des hémorragies spontanées des méninges. Il faut étudier la courbe de température, le fonctionnement rénal, pratiquer une hémoculture chaque fois qu'on soupçonne une maladie septicémique. La cuti-réaction, qu'on n'interroge jamais assez chez les jeunes enfants, donne des résultats précieux. Mais les renseignements capitaux sont fournis par l'étude cytologique et bactériologique du liquide céphalo-rachidien. Le pronostic sera variable suivant la nature du germe découvert. La méningite tuberculeuse est fatale sous sa forme hémorragique comme sous les autres. La constatation d'un méningocoque est aussi d'une haute gravité. Plus une hémorragie est importante, plus elle risque d'entraîner la mort. Mais, d'une façon générale, l'hémorragie méningée pure ne paraît pas par elle-même constituer un facteur de très haute gravité. C'est une affection à début très dramatique, et qui guérit souvent très bien. Quand un virus neurotrope est en jeu, le pronostic est assombri par la possibilité de récidives à longue échéance : 10, 12, 24 mois (*Gaz. des Sciences Méd. de Bordeaux*, 11 juillet 1937.)

Etude clinique des ictères graves

Les principaux signes, grâce auxquels *tout* médecin, mis en présence d'un malade atteint de jaunisse évidente, pourra affirmer qu'il s'agit d'un cas d'ictère grave, sont résumés ainsi qu'il suit par le Professeur J. Castaigne.

Le malade présente une jaunisse évidente, dont l'intensité peut être variable suivant les cas, mais qui est toujours caractérisée par ses signes cutanés, muqueux et urinaires. Les signes d'insuffisance urinaire sont constatés, pour peu qu'on les recherche : oligurie, hyperazotémie (signe constant), auxquelles s'ajoutent bien souvent de l'albuminurie et de la cylindrurie. Des hémorragies sont constantes et parfois abondantes (bouche, rhino-pharynx, peau). Les symptômes nerveux sont prédominants et vont en augmentant de pair avec l'insuffisance urinaire : ce sont parfois des phénomènes myalgiques et méningitiques au début ; toujours de la torpeur tendant vers le coma, lorsque l'ictère date de plusieurs jours. La fièvre sera surtout importante pour spécifier la forme d'ictère grave en présence de laquelle on se trouve.

Pour classer le malade dans une des deux principales formes des ictères graves (primitif ou secondaire), ce qui est la première recherche à effectuer, il faut, par l'examen du malade et par son interrogatoire soigné (ou celui de son entourage immédiat si la torpeur du patient est trop prononcée), s'efforcer de rechercher les signes d'une maladie antérieure soit du foie, soit d'un organe pouvant retentir sur celui-ci (insuffisance cardiaque, par exemple) et tâcher de savoir si c'est pour la première fois qu'il se plaint du foie ou si, depuis longtemps, il était atteint d'accidents ayant attiré l'attention sur le fonctionnement de cet organe.

L'ictère grave sera classé comme primitif chaque fois qu'on ne trouvera aucune maladie antérieure du foie. Il faudra alors tâcher d'en préciser l'étiologie. Si les symptômes infectieux prédominent, il s'agira d'une forme septicémique de l'ictère grave, et il faudra chercher à préciser la cause de la septicémie. La chose est facile s'il y a une maladie infectieuse bien classée (pneumonie ou infection puerpérale).

Si la septicémie est de cause inconnue, on recherchera aussitôt la spirochétose par les moyens habituels, et notamment par l'hémoculture. Songer toujours, chez une jeune femme, à un avortement provoqué, et faire soigneusement l'examen de l'utérus ; si l'on trouve des signes de manœuvres internes et que la culture du sang ait donné du streptocoque ou du perfringens, on n'aura pas de doute sur l'étiologie. Quand les symptômes infectieux font défaut, rechercher les causes toxiques : professionnelles, médicamenteuses, accidentelles, criminelles, (apiol).

Dans les cas seulement où l'on n'a trouvé aucun signe, ce qui est l'exception, envisager l'ictère par atrophie jaune aiguë.

Il faut encore se rappeler qu'en outre des formes mortelles ou curables il existe des formes prolongées. Celles-ci devront être dépistées, non seulement à la suite d'un ictère grave typique, mais encore à la suite de l'ictère catarrhal ou des ictères infectieux, bénins en apparence, qui pourront néanmoins évoluer vers un ictère grave prolongé, avec la possibilité de ses conséquences cirrhogènes.

L'auteur insiste sur ce point qu'il existe au cours de tous les ictères graves, qu'ils soient primitifs ou secondaires, une réaction biologique spéciale (baisse de la cholestérolémie par rapport à la normale, absence ou doses infimes de sels biliaires dans le sang, alors même que l'ictère est très intense). Ce caractère biologique très spécial, associé aux symptômes cliniques si caractéristiques et aux lésions d'hépatites dégénératives des cellules centrales du lobule, constitue une triple signature des ictères graves, qu'ils soient primitifs ou secondaires. (*Le Journal Médical Français*, mai 1937.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'état sanitaire des huîtres et autres coquillages en France

(MM. J. CASTAIGNE, G. ANDRIEU et A. CASTAIGNE ; 19-10-1937)

Le rôle des huîtres et celui surtout des autres coquillages, consommés crus, dans la propagation de la fièvre typhoïde, est bien connu. Pour protéger les consommateurs d'huîtres et de coquillages, un décret a été pris en juillet 1923 prescrivant diverses mesures de surveillance et de contrôle des parcs et de la vente de ces mollusques.

MM. J. Castaigne, Andrieu et A. Castaigne ont cherché à établir si les mesures en question donnaient ou non toute sécurité. Se plaçant du point de vue sanitaire, prophylactique, ils ont divisé les huîtres du commerce en trois catégories : huîtres sélectionnées, « tout venant », et huîtres suspectes. Les huîtres qu'ils nomment sélectionnées sont celles arrivées directement de parcs soumis à une surveillance rigoureuse ou prises chez des marchands de confiance au moment même où ceux-ci les reçoivent d'un parc surveillé. Or, toutes ces huîtres furent trouvées saines.

Les huîtres « tout venant » sont celles qu'achètent les amateurs déjà avertis, qui connaissent l'existence de la carte sanitaire (nécessaire pour l'expédition par chemin de fer) et la reclament avant l'achat, oubliant toutefois que ces huîtres peuvent être polluées par des arrosages d'eau impure et qu'il n'est pas impossible de se procurer frauduleusement des cartes sanitaires. Ici, les résultats ont été notablement moins satisfaisants : ces mollusques, sans contenir de germes réellement pathogènes, sont apparus souvent assez chargés en colibacilles.

Les huîtres suspectes, celles que n'accompagnent aucune fiche sanitaire et même aucun nom de parc, sont bien des fois expédiées en fraude par camions automobiles. Cette catégorie d'huîtres renferment de nombreux colibacilles. Au point de vue du danger de contagion, elles s'apparentent aux moules, coques et autres coquillages.

De ces recherches, disent les auteurs, des déductions d'ordre prophylactique s'imposent. En ce qui concerne les coquillages autres que les huîtres, il conviendrait de leur appliquer strictement les mesures de protection prises et à prendre pour les huîtres. Tant qu'il n'en sera pas ainsi, conseiller de ne pas ingérer *crus* ces coquillages. En ce qui concerne les huîtres, il importerait de renforcer le décret de juillet 1923, par une surveillance des parcs, la suppression des parcs insalubres, la généralisation de la carte de salubrité que tous les paniers devraient porter, l'interdiction absolue d'arroser les huîtres avec de l'eau polluée.

En attendant ces mesures renforcées, c'est au consommateur à sélectionner lui-même les huîtres, en achetant à des marchands de confiance au moment où ils ouvrent leurs bourriches, provenant de parcs bien surveillés.

— M. TANON estime que M. Castaigne a raison de faire ressortir le danger que font courir les marchands forains qui amènent en camion automobile, des huîtres de parcs non contrôlés. L'association d'encouragement des industries ostréicoles exerce d'ailleurs une surveillance particulièrement sérieuse à ce sujet : c'est ce qui fait que les huîtres vendues à Paris doivent être considérées comme toutes bonnes. Il n'en serait pas moins nécessaire de mettre en application sur tout le territoire français le décret proposé en révision du décret de juillet 1923.

— M. MARTEL ajoute que si l'inspection des huîtres est en voie d'organisation, lorsqu'il s'agit de coquillages tels que les moules, le contrôle actuel est pour ainsi dire nul.

Les régimes alimentaires et la fonction rénale chez le nourrisson

(M. L. RIBADEAU-DUMAS, Mme SEGNIER et Mlle MIGNON ; 19-10-1937)

L'examen de la fonction rénale chez le nourrisson élevé au sein donne des résultats remarquablement constants : la diurèse est élevée, le chiffre de l'urée sanguine varie de 0 gr. 15 à 0 gr. 20 et l'excrétion uréique de 2 à 4 grammes.

Tout autre régime, comportant la prise de protéines hétérogènes, détermine un trouble de la fonction urinaire caractérisé par une élévation de l'azotémie, de l'excrétion uréique urinaire et des variations de la diurèse, diminution ou exagération. Le rein est soumis à un travail exagéré qui se traduit par une bonne ou une mauvaise concentration uréique. Dans ce dernier cas, l'analyse décèle ainsi une fragilité du rein qui interviendra comme élément de fâcheux pronostic, au cours des maladies du nourrisson.

Conséquemment, l'étude de la fonction rénale pendant les régimes est une sorte de test donnant une idée de la manière dont se comportera un nourrisson dans les circonstances anormales où il pourra se trouver placé. P. L.

Société médicale des hopitaux de Paris

Un cas de crypto-érythroblastose de l'adulte Splénectomie. Résultats favorables

(MM. M. Duvoir, Pollet, J.-L. Herrenschmidt et Arnoldson ; 28-5-1937)

Il s'agissait d'une splénomégalie considérable, régulière, lentement progressive depuis plus de huit ans, développée chez une jeune femme, sans autres signes cliniques appréciables, sans formule hématologique caractéristique. Deux résultats fondamentaux manquaient : un splénogramme et un myélogramme. Dans le cas d'un syndrome de Banti ou d'un endothéliome splénique, la splénectomie s'imposait ; au cas d'une splénopathie aleucémique du type myélose érytroblastique ou mégacaryocytaire, elle avait contre elle des arguments d'ordres divers ; cependant on ne pouvait *a priori* renoncer systématiquement au bénéfice qu'il paraissait légitime d'escompter de l'acte opératoire, pour limiter l'action thérapeutique à un traitement radiothérapique d'une efficacité certainement médiocre, quel que fût le diagnostic réel de l'affection.

La splénectomie fut donc pratiquée, après qu'on *l'eût fait précéder d'une ponction splénique. Cette* intervention fut suivie d'une amélioration nette, il ne subsista plus que des modifications hématologiques de l'ordre de celles qui suivent toute splénectomie ; ces troubles sont en régulière régression et la malade a repris son travail.

Ainsi donc la splénectomie ne saurait plus être frappée d'un ostracisme doctrinal et l'ablation de la rate se présente au contraire comme une intervention qui peut être utile au moins dans certains cas d'érythro blastose de l'adulte. L'argument le plus sérieux contre la splénectomie réside dans sa forte mortalité immédiate : tant que ne sera pas connue la raison de cette gravité et qu'un pronostic opératoire ne pourra pas être porté, la décision de l'intervention restera un problème d'autant plus angoissant que c'est par années que se mesure l'évolution d'une érythroblastose.

En principe, les cas favorables doivent être ceux où le processus néoformateur est encore localisé à la rate ; mais il est établi que des cas désespérés peuvent tirer bénéfice de l'opération.

En définitive, la splénectomie apparaît comme un traitement légitime, et peut-être même, surtout lorsqu'elle est précoce, comme un traitement de choix de l'érythroblastose de l'adulte ; mais elle ne saurait être considérée comme la règle, tant que l'avenir n'aura pas précisé les conditions de son efficacité et les raisons de sa gravité immédiate.

Mélitococcie traitée par le chlorydrate de sulfamino-chrysoïdine

(MM. L. Béthoux, E. Gourdon et J. Rochedix ; 15-5-1937)

Les auteurs ont obtenu par ce traitement une amélioration clinique mais ils ont constaté la persistance des germes dans *le* sang ; aussi étudient-ils accessoirement la question des porteurs de germes au cours de la fièvre ondulante. Ce sont les résultats remarquables obtenus dans le traitement de certaines septicémies à streptocoques et à staphylocoques par un colorant azoïque : le chlorhydrate de sulfamino-chrysoïdine, qui les ont incités à essayer ce produit dans les Brucelloses dont le traitement par les colorants dérivés de l'acridine a souvent donné de réels succès.

Le dérivé azoïque de la chrysoïdine, dont l'action curative est si rapide et si complète au cours des septicémies streptococciques ou staphylococciques, n'a eu dans l'observation communiquée, qu'un effet lent et limité, malgré des doses élevées. Il ne semble pas agir vis-à-vis des microbes comme un antiseptique banal ; il agit surtout *in vivo*, soit en exaltant les moyens de défense de l'organisme, soit en neutralisant certaines toxines microbiennes. Il est donc probable que Brucella melitensis, chez l'hôte qui l'héberge, a des réactions vitales différentes de celles des germes pyogènes, et que les réactions du sujet vis-à-vis de ce microbe sont également différentes ; les unes et les autres n'étant que modérément influencées par ce corps chimique. Quoi qu'il en soit, l'amélioration clinique a été certaine et le malade se considérant comme guéri est sorti de l'hôpital ; cependant, une troisième hémoculture pratiquée à ce moment s'est montrée positive : la guérison était incomplète.

Ce fait pose une question d'épidémiologie pratique de portée très générale : il se peut que beaucoup de malades atteints de mélitococcie, traités et améliorés par des traitements divers, ne présentent qu'une guérison apparente, guérison clinique mais non bactériologique ; ils restent porteurs de germes plus ou moins longtemps, pouvant disséminer leur maladie dans leur entourage.

Il serait donc souhaitable que toute guérison clinique d'une fièvre ondulante soit sanctionnée par une hémoculture négative, prouvant ainsi la guérison bactériologique avec stérilisation complète du malade ; on pourrait ainsi enrayer la contagion interhumaine qui n'est pas négligeable au cours de la fièvre ondulante, comme l'un des auteurs l'a constaté souvent.

G. F.

Montpellier

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET BIOLOGIQUES DE MONTPELLIER ET DU LANGUEDOC MÉDITERRANÉEN

Fibro-sarcome du lobe inférieur du poumon gauche. Exérèse en un temps

MM. MASSABUAU, A. GUIBAL, H.-L. GUIBERT et R. JOYEUX présentent une pièce opératoire prélevée sur un homme de 36 ans, porteur d'une tumeur intra-thoracique développée aux dépens ou au contact du pôle inférieur du poumon gauche et du volume d'une tête de fœtus.

L'exérèse fut faite en un temps, sous anesthésie générale à l'éther, grâce à une thoracotomie latérale gauche avec résection des 10e, 9e et 8e côtes. Les suites opératoires furent bonnes. L'analyse anatomo-pathologique montra qu'il s'agissait d'un fibro-sarcome fibrillogénétique selon l'expression de Grynfeltt qui attribue à cette variété de sarcome une malignité très réduite.

Invagination intestinale chez un nourrisson. Syndrome pâleur-hyperthermie post-opératoire. Guérison par ponction lombaire

M. ETIENNE rapporte un cas d'invagination intestinale opéré à la vingt-quatrième heure après désinvagination partielle sous lavement baryté.

Intervention suivant la technique habituelle sous anesthésie locale par dissociation de la paroi comme pour une appendicectomie, avec, après avoir complété la désinvagination, fixation du cæcum et des derniers centimètres du grêle et extériorisation de l'appendice.

Malgré les précautions prises et le traitement préventif, apparaît un syndrome de pâleur — hyperthermie qui prend un caractère dramatique trente-six heures après l'opération et qui cède à la ponction lombaire.

Syndrome d'atonie avec astasie associée à des signes d'excitation pyramidale chez un enfant de trois ans

MM. LEENHARDT, BOUCOMONT et J. BALMES. — L'observation détaillée rapportée par les auteurs se classe dans le groupe des hypotonies associées à des signes neurologiques individualisés par M. Lelong. Ce cas se distingue de la myatonie congénitale ou maladie d'Oppenheim dont MM. Leenhardt et Mlle Sentis ont montré les rapports avec l'amyotrophie du type Werdnig-Hoffman. Il se rapproche de la forme individualisée par Forster sous le nom de syndrome atonique-astasique.

Syphilis pulmonaire avec signes pseudo-cavitaires du sommet droit

MM. L. RIMBAUD, Anselme MARTIN, FASSIO et SERRE. — Il s'agit d'un cas d'infiltration parenchymateuse des deux tiers inférieurs du poumon droit qui s'est révélée cliniquement par un syndrome cavitaire du sommet. Le souffle à caractère tubaire était en réalité un souffle trachéal né dans la trachée déviée et les râles perçus étaient des râles transmis.

Absence de bacilles de Koch dans les expectorats. Réactions sérologiques de la spécificité toutes fortement positives. Amélioration très nette par le traitement anti-syphilitique.

Cancer thyroïdien fébrile

MM. RIMBAUD, Anselme MARTIN, SERRE et FASSIO rapportent un cas d'épithélioma du corps thyroïde dont la symptomatologie, d'allure infectieuse, était caractérisée par l'existence d'une fièvre d'apparition précoce, à titre de symptôme initial, de degré élevé et d'évolution prolongée. Il s'agissait d'un cancer subaigu, non infecté ni généralisé. La thyroïdectomie a fait céder rapidement la fièvre.

Polyarthropathie fibreuse ankylosante et cataracte bilatérale d'origine endocrinienne

MM. LEENHARDT, BOUCOMONT, FASSIO et BARNAY. — Petite malade de 6 ans, déjà grande infirme par ses polyarthropathies ankylosantes, chez laquelle on trouve encore de l'hypertrichose vulvaire et une cataracte bilatérale. La calcémie atteint 144 milligrammes. Polyarthropathies et cataracte semblent bien pouvoir être mises sur le compte d'une hyperparathyroïdie.

Encéphalite post-varicelleuse grave avec syndrome acrodynique

MM. JANBON, J. CHAPTAL et ALQUIÉ. — Ce fait, observé chez un enfant de 4 ans, s'est présenté avec une allure très différente des formes habituelles de la névraxite post-varicelleuse : évolution très sévère avec hyperthermie, insomnie complète, hallucinations visuelles (zoopsies), syndrome acrodynique subjectif et objectif, abolition des réflexes tendineux. La guérison a été rapide et sans séquelles.

Forme fébrile pure de la maladie ourlienne

MM. JANBON, QUET et Mlle J. VIDAL. — Le malade observé, homme de 27 ans, de très bonne santé habituelle a présenté, après une très légère angine érythémateuse, un état fébrile asymptomatique avec bradycardie (aux environs de 50) et formule hémo-leucocytaire de lymphocytose (50 %). La ponction lombaire n'a montré aucune modification du liquide céphalo-rachidien. La notion d'une contagion ourlienne indiscutable, l'existence d'un délai normal d'incubation, la négativité de toutes les recherches sérologiques de contrôle (réactions de Wright, de Widal et de Martin et Pettit) secondairement effectuées, légitiment la relation de ce cas comme une forme septicémique pure des oreillons.

Toulouse

Société de médecine

Réflexions cliniques sur l'hypoglycémie insulinique

MM. Laporte et Darnaud insistent sur les précisions que demande l'utilisation convenable de l'insuline. Après avoir étudié les signes et le traitement de l'hypoglycémie insulinique, ils énumèrent les précautions essentielles que l'on doit prendre pour bien utiliser l'insuline :

1° Bien connaître la courbe de la glycémie du malade pendant les vingt-quatre heures, et faire de fréquents dosages de la glycémie, surtout au début ;

2° Prescrire un régime de composition constante et s'assurer qu'il est suivi ;

3° Prescrire l'insuline avec précision (doses en unités, marque, heure d'injection par rapport à l'heure des repas) ;

4° Changer journellement le lieu de l'injection : ne pas injecter plus de vingt unités à la fois, mais multiplier les injections quotidiennes ;

5° Vérifier la glycosurie avant chaque injection ;

6° Dans le cas d'acidose, faire absorber du sucre en prises de faible valeur nutritive mais répétée.

La résection des digitations du grand dentelé dans l'amputation du sein

M. J. Ducuing. — Les résultats de l'amputation du sein cancéreux sont mauvais : il faut les améliorer par un diagnostic précoce, par l'association du traitement radiothérapique à l'acte chirurgical, par le perfectionnement de la technique.

L'auteur étudie un point de technique qu'il ne pratiquait pas jusqu'ici : la résection des digitations *moyennes du grand dentelé.* Ce détail opératoire a été précisé par Lepage et Danis : il est justifié par la présence dans la quatrième digitation du grand dentelé de quelques ganglions qui reçoivent une partie des lymphatiques superficiels du sein. L'exérèse de l'aponévrose du grand dentelé est donc insuffisante puisqu'elle peut laisser les ganglions précités : il faut réséquer les digitations moyennes du grand dentelé (II, III, IV, V, VI). Ducuing les résèque d'arrière en avant : après avoir décollé l'aponévrose du grand dentelé jusqu'au niveau de la ligne axillaire, il sectionne les digitations du muscle et continue le décollement musculo-aponévrotique jusqu'au niveau du bord externe du petit pectoral. La dissection de la pièce opératoire est ensuite reprise de haut en bas.

Les méningo-neuronites aiguës

M. R. Sorel, après avoir rapporté trois cas suivis de guérison, insiste sur la fréquence de ces infections primitives du névraxe, qu'il considère comme beaucoup plus fréquentes que des affections plus anciennement connues et dont la place est mieux précisée en nosologie. Bien des cas étiquetés poliomyélites, encéphalites épidémiques, polynévrites toxiques ou infectieuses ou même syphilis nerveuse, sont en réalité des méningo-neuronites décrites sous ce nom par Riser et Planques.

L'absence de phénomènes méningés au début de la maladie, l'élévation thermique très modérée, la formule liquidienne à type dissociation albumino-cytologique, sans blocage, la tendance naturelle vers la guérison sans amyotrophie sont des critères qui autorisent à différencier de la maladie de Heine-Médin. D'ordinaire la non participation du mésocéphale et de la voie pyramidale, ainsi que l'inexistence de troubles subjectifs de la sensibilité constituent des éléments déterminatifs d'avec les cellulonévrites type supérieur.

La connaissance de tels syndromes doit permettre de les diagnostiquer, de savoir porter un pronostic favorable le plus souvent, éviter les thérapeutiques spécifiques, telles que les sérums antipoliomyélitiques, d'instituer un traitement anti-infectieux, dont le salicylate intraveineux représente le meilleur agent.

Pneumothorax bilatéral partiel spontané

M. Castay. — Il s'agit d'un sous-officier en congé de longue durée pour tuberculose pulmonaire, présentant des lésions bilatérales nettes (mie de pain, images cavitaires).

A l'occasion d'une révision pour prolongation de congé, l'examen radiographique révéla une image de pneumothorax bilatéral au niveau de la moitié supérieure des champs pulmonaires. Cet homme, qui est dans un état de cachexie marquée, a ressenti dans les jours précédents un point de côté assez vif avec dyspnée modérée. L'examen clinique montra des deux côtés dans la région omovertébrale du souffle amphorique avec un tintement métallique très discret. Sans l'examen radiologique, ces lésions auraient pu passer inaperçues.

Les Congrès

IIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE LA TRANSFUSION SANGUINE

(Paris, 29 septembre-2 octobre 1937)

CONCLUSIONS ET VŒUX ADOPTÉS PAR LE CONGRÈS (1)

Première commission d'études: **Les groupes sanguins**

Il est indispensable d'adopter une *classification* unique pour désigner les groupes sanguins. La Commission se rallie à la classification de V. Dungern et Hirszfeld : Aβ, Bα, ABo, Oαβ.

La *fixité des groupes* semble être un fait actuellement incontestable.

En pratique, la méthode de Beth-Vincent, correctement pratiquée et *contrôlée*, est acceptable. La méthode la plus recommandable consiste à faire porter la recherche du groupe à la fois sur les hématies et sur le sérum.

L'examen de l'agglutination sur lames est équivalent aux autres méthodes.

Il importe de respecter la valeur du rapport H/S, c'est-à-dire des quantités respectives d'hématies et de sérum (2).

Les causes d'erreurs dues à la pseudo-agglutination sont évitables, notamment par l'emploi d'un sérum dilué (au demi).

Des examens de contrôle sont toujours nécessaires. Ils seront pratiqués, suivant les circonstances, soit dans un même laboratoire, soit dans d'autres, réalisant ainsi un contrôle mutuel.

Dans les cas d'urgence, en dehors du rayon d'action d'un centre de transfusion et dans l'impossibilité de recourir à des donneurs universels ou en l'absence de sérums étalons, l'épreuve directe de compatibilité (sérum du receveur et globules du donneur) est nécessaire. L'épreuve directe de compatibilité est également particulièrement recommandée dans les transfusions médicales.

La preuve qu'il existe des donneurs universels dangereux par leurs agglutinines n'a pas été établie devant la Commission.

Bien qu'en clinique on n'ait pas encore observé d'une façon certaine l'existence d'accidents de transfusion entre sujets A^1 et A^2 ou entre sujets M et N, ces questions méritent de retenir l'attention et de susciter de nouvelles recherches.

Dans les *transfusions répétées*, il est utile, avant chaque transfusion, de s'assurer que le sérum du receveur n'agglutine ni n'hémolyse les globules rouges du donneur. Ces examens seront pratiqués, non seulement à la température du laboratoire, mais aussi à l'étuve à 37°.

L'étude de l'épreuve biologique qui consiste à injecter au receveur, avant la transfusion, une petite quantité de sang du donneur, afin d'explorer sa susceptibilité éventuelle mérite d'être poursuivie.

Les sérums étalons destinés à la détermination des groupes, recueillis et conservés dans des conditions strictes d'asepsie, doivent posséder un titre élevé. Il faudra, autant que possible, mesurer périodiquement l'activité de ces sérums en fonction de globules provenant d'un même sujet. Il appartient aux services de transfusion de sélectionner leurs sérums étalons.

Il est indispensable d'instituer dans tous les pays, comme cela existe déjà dans certains, un contrôle officiel des sérums iso-agglutinants mis en vente dans le commerce.

Deuxième commission d'études : **Sang conservé**

La deuxième Commission rend hommage à l'œuvre des centres de transfusion de sang frais.

Mais elle attire l'attention des pouvoirs publics sur la nécessité de créer, à côté de ces centres, des centres régionaux de sang conservé, permettant de pourvoir aux besoins de certaines petites agglomérations, à ceux de chirurgiens, d'accoucheurs et de médecins éloignés d'un centre de transfusion.

La nécessité d'avoir des réserves de sang conservé est prouvée par l'expérience de la guerre.

Le sang de sujets vivants destiné à la conservation doit être prélevé le matin de préférence, le donneur étant à jeun. L'étude biologique du sang à conserver devra être préalablement effectuée. Seul le sang du groupe O devra être stocké pour les besoins d'extrême urgence. Une enquête clinique sera faite auprès de chaque donneur pour éviter les accidents anaphylactiques.

Le prélèvement devra être fait à l'abri de l'air avec un minimum de manipulations et le sang sera conservé dans des chambres froides.

La deuxième Commission émet le vœu que soient étudiés et précisés les points suivants :

a) Valeur comparative du sang frais pur ou stabilisé, du sang conservé, du sang défibriné et même des liquides de substitution ;

b) Valeur comparée des divers anticoagulants ;

(1) Pour la physionomie générale du Congrès, voir l'article du Docteur R. LIÉGE, *Concours médical*, n° 43 du 24 octobre 1937.

(2) Ce rapport doit être sensiblement égal à 1/20 avec le sang total et à 1/10 avec les suspensions d'hématies. Une bonne proportion est celle de une partie de sérum étalon pour une partie de suspension globulaire de 3 à 5 pour 100.

c) Durée de conservation du sang et son utilisation aux différents stades de son vieillissement ;

d) Valeur comparée du sang conservé et du sang frais pour l'immuno et la phylacto-transfusion ;

e) Utilisation du plasma résiduel.

IIIe *Commission d'études* : **Problèmes hématologiques relatifs à la transfusion sanguine**

1° Il convient d'insister sur la susceptibilité aux transfusions des malades atteints d'hémopathies ; il est nécessaire de s'entourer de toutes les garanties de compatibilité entre sangs du donneur et du receveur.

2° Dans les anémies biermériennes, comme d'ailleurs dans les autres formes d'anémie, la transfusion, quoiqu'étant médication non spécifique, trouve des indications.

3° Dans les leucémies, la transfusion semble n'avoir que des indications discutables, car elle n'est pas toujours sans danger.

4° C'est peut-être dans les érythroblastoses de l'enfance, auxquelles on doit ajouter les syndromes hémolytiques aigus du type Lederer, que la transfusion semble avoir ses effets les plus remarquables.

5° Dans l'hémophilie, la transfusion est particulièrement utile pour lutter contre les accidents hémorragiques.

La transfusion sera employée préventivement, chez tout hémophile reconnu devant subir un acte opératoire quelconque.

Dans le traitement d'entretien des hémophiles les petites transfusions (50 à 100 c. c.), répétées à intervalles de quinzaine ou de mois, sont recommandables.

6° Dans les syndromes hémogéniques graves, la transfusion n'est que palliative et ses indications sont celles des hémorragies en général. Il est nécessaire, cependant, de connaître les effets amphotropes, relativement rares d'ailleurs, de la transfusion chez ces malades à milieu humoral particulièrement instable ; le médecin doit savoir qu'une reprise des hémorragies après une transfusion est possible (accident d'ordre hémotrypsique).

7° Dans les syndromes hémorragiques des maladies infectieuses, la transfusion est recommandée comme agent hémostatique, comme excitant des défenses de l'organisme, comme moyen d'apport de plaquettes et leucocytes frais, ainsi que de substances ou propriétés contenues dans le sang nouveau.

Dans la typhoïde, l'étude de la crase sanguine durant la maladie permettra de pratiquer une transfusion prophylactique de l'hémorragie.

Vœux. — Pour mieux étudier et apprécier la valeur des transfusions au cours des hémopathies en général et des anémies en particulier, il est désirable que les observations précisent exactement les données morphologiques et étiologiques des cas rapportés.

Les données morphologiques comprennent l'examen hématologique complet, et l'examen des prélèvements des centres hématopoïétiques. Les résultats de ces examens devront être fournis en chiffres avant toute appréciation personnelle ; ils seront en outre suffisamment répétés afin de juger leur modifications et d'en tirer les éléments généraux de pronostic.

Les données étiologiques, de première importance, seront révélées par une enquête aussi poussée que possible, signalant en particulier l'hérédité, le passé pathologique, les professions successives.

Seules ces données positives, nécessaires à un diagnostic satisfaisant, permettront une classification et une confrontation correcte des résultats.

IVe *Commission d'études* : **Problèmes d'organisation**

Des communications et des échanges de vue qu'elle a écoutés, la Commission extrait la synthèse suivante sous forme de conclusions et de vœux.

1° *Organisation dans les grandes villes.*

L'organisation de la transfusion sanguine est poussée à un remarquable degré de perfectionnement dans les grands centres urbains, et en particulier dans les capitales des grandes nations. Dans certaines, comme à Paris, New-York, Berlin, l'organisation est sous la direction d'une œuvre ou d'une société indépendantes. Dans d'autres, comme Bruxelles, Amsterdam, elle est sous l'égide de la Croix-Rouge. Dans toutes, cette organisation accuse un progrès que le nombre rapidement croissant des transfusions effectuées par an suffirait à démontrer. La IVe Commission est unanime à louer et à admirer même ces œuvres qui, en dépit de quelques variantes qui les séparent, résolvent d'une manière exemplaire les problèmes techniques, pratiques et même moraux inhérents à la question de la transfusion sanguine.

2° *Organisation dans les campagnes.*

En comparaison de celle qui existe dans maintes grandes villes, l'organisation de la transfusion sanguine a besoin d'être améliorée dans les campagnes, comme d'ailleurs dans la plupart des petites villes.

En attendant que cet idéal devienne réalité, et en raison des obstacles inhérents au milieu rural lui-même (en particulier l'éparpillement de sa population), la IVe Commission a envisagé les avantages que les campagnes pourraient retirer d'une organisation de la transfusion sanguine sur la base de l'emploi de sang conservé.

Le principe admis, le développement de cette méthode, avec l'appui des pouvoirs publics, n'offrirait aucune difficulté pratique.

3° *Organisation en temps de guerre.*

Par son importance, heureusement éventuelle, par sa gravité même, l'organisation de la transfusion sanguine en temps de guerre a pris, à juste titre, dans l'esprit de la IVe Commission, la place qui lui revenait. A vrai dire, la Commission était aidée par l'expérience de la dernière année de la guerre de 1914-1918, où la transfusion de sang citraté était devenue une opération courante. Mais les progrès

techniques actuels laissent à penser que la transfusion sanguine pourrait, à l'avenir, être d'un recours plus étendu qu'il ne l'a été.

L'organisation générale de la transfusion sanguine en temps de guerre s'appuie sur la création de laboratoires de transfusion sanguine répartis aux armées et à l'intérieur.

Une question troublante est celle de la méthode à employer.

Transfusion de sang frais ? Transfusion de sang conservé ?

En principe, et aucun hématologue ne saurait le mettre en doute, la transfusion de sang frais demeure un idéal qu'il faut le plus possible réaliser, et cela d'autant plus qu'il s'agit dans le cas présent de transfusion pour réparer une hémorragie traumatique.

Dès lors, où constituer les donneurs ?

Aux armées, il est logique et possible de les choisir même dès le temps de paix, parmi le personnel sanitaire affecté aux formations de l'avant.

A l'intérieur, les mêmes donneurs utilisés, dès le temps de paix, dans les villes organisées en vue de la transfusion sanguine, pourraient servir aux blessés de guerre hospitalisés.

Cependant, cette primauté dûment admise en faveur de la transfusion de sang frais, on doit prévoir qu'en temps de guerre, la transfusion de sang conservé soit appelée à jouer un rôle important, en raison surtout de la réelle simplicité de sa technique.

Où constituer les donneurs ? Ici, il est logique et possible de les choisir à l'arrière, parmi la population civile, masculine et féminine.

Une liaison établie entre l'intérieur et les armées assurerait d'une manière constante l'approvisionnement de celles-ci en sang humain conservé.

4° *Organisation dans les Croix-Rouges.*

Il en a déjà été dit quelques mots à l'occasion de l'organisation de la transfusion sanguine dans les grandes villes, la Croix-Rouge ayant pris la direction totale de la transfusion sanguine dans certaines d'entre elles.

Des organisations semblables fonctionnent selon toutes les règles dans maintes autres villes, étrangères et françaises.

La IVe Commission exprime le vœu que ce mouvement prenne plus d'extension encore et pénètre même les campagnes. Pour l'heure, c'est incontestablement dans ce sens que l'organisation de la transfusion sanguine demande à être poussée.

Toutefois, en encourageant ainsi de ses vœux cette admirable entr'aide humaine que représente la transfusion sanguine, la IVe Commission croit de son devoir d'insister sur les points fondamentaux suivants de l'organisation technique de la transfusion :

Quelle que soit son étendue, petite ou grande ; quel que soit le milieu où elle s'exerce : grands centres, petites villes, campagnes; quelles que soient enfin les circonstances : temps de paix ou temps de guerre, une organisation de transfusion sanguine ne supporte aucune improvisation, mais bien au contraire exige, dans sa mise en œuvre, une rigueur méthodique :

— Du côté du donneur, un choix judicieux, une surveillance attentive et un contrôle périodique de son état physique et hématologique, des ménagements enfin.

— Du côté du transfuseur, une instruction technique complète et éprouvée, gagnée dans un centre de transfusion sanguine offrant une garantie officielle ; bien des accidents de la transfusion sont dus, en effet, à l'expérience insuffisante du transfuseur.

— Enfin, une méthode scientifique absolue dans l'établissement des groupes sanguins. Les sérums répandus dans le commerce ne sont pas toujours de valeur égale. Le classement *dans un groupe* n'est pas toujours sans erreur. Dans ces cas, un contrôle par recoupement peut rendre de grands services.

Ainsi soumise à la discipline scientifique que réclame tout acte médical ou chirurgical, l'opération de la transfusion sanguine devient une œuvre parfaite, qui, comme toute œuvre parfaite, ennoblit toujours celui qui l'exécute. P. L.

Les livres qui viennent de paraître....

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, boulevard Saint-Germain

Dr Pierre BOUCHET. — **Aide-mémoire de thérapeutique.** *Septième édition* 1937. Préface du Docteur P. Cibrie. Un vol. 442 pages.

DESCLÉE DE BROUWER ET CIE,
76, rue des Saints-Pères, Paris (IIIe)

Cahiers Laennec. *Revue médicale de technique et de doctrine.* Troisième année. Numéro 1 (janvier 1937), 2 (avril-juin), 3 (juillet-septembre 1937). Paraît tous les trimestres, sous le patronage de la société « Les amis de Laennec ».

EDITION, 205, Promenade des Anglais, Nice

Le traitement médical, chirurgical et fonctionnel de la surdité, des bourdonnements et vertiges, par G. MARTINAUD, R. MOLINÉRY, R. MORCHE, G. DE PARREL et M. SOURDILLE. Enquête sur les Œuvres de sourds dans le monde. Une brochure de 94 pages.

Les Livres

VIGOT frères, éditeurs,
23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (VIe)

Noël FIESSINGER, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Necker, et Alfred GAJDOS, assistant à la Faculté de médecine de Paris. — **Urticaire et histamine**. Un vol., 116 pages, 7 fig., 1937, 22 francs.

Dans ce travail, les auteurs envisagent le rôle de l'histamine dans la pathogénie des urticaires. Après une étude de l'action cutanée de cette substance, Noël Fiessinger et Alfred Gajdos rapportent une série d'observations où l'urticaire récidivante, souvent rebelle à tout autre traitement, a été guérie par l'administration répétée de très petites doses d'histamine.

Aux observations cliniques s'ajoutent les chapitres consacrés à l'action pharmacodynamique de l'histamine, à son rôle dans les phénomènes anaphylactiques.

A la suite de ces études cliniques et biologiques, les auteurs estiment logique de détacher l'urticaire du syndrome anaphylactique et la considèrent, avec les autres maladies hyperergiques (asthme, migraine, etc.), comme la manifestation clinique d'une hyperergie histaminique acquise.

Ce livre aborde ainsi un des problèmes de la médecine contemporaine, celui des substances intermédiaires. De même qu'en physiologie, il existe des transmetteurs chimiques, adrénaline et choline, dans les fonctions nerveuses du sympathique et du parasympathique, de même il existerait en pathologie des transmetteurs chimiques. Pour l'urticaire, dans la grande majorité des cas, l'histamine jouerait le rôle d'intermédiaire entre l'agent étiologique et l'organisme.

J.-B. BAILLIÈRE ET FILS
19, rue Hautefeuille, Paris (VIe)

Les régulations hormonales en biologie, en clinique et en thérapeutique. 1937. 1 vol. de 850 pages, 100 francs.

Ce volume, de plus de 850 pages, comprend une série de cent exposés des questions actuelles d'endocrinologie, faits par les biologistes et les médecins français et étrangers qui ont participé aux découvertes faites dans ce domaine, depuis quelques années.

La réunion de ces exposés, à l'occasion des Journées médicales de Paris, est, par là même, évocatrice de l'évolution de la biologie, de la clinique et de la thérapeutique, sur des questions importantes, tant pour le savant que pour le praticien.

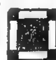
Après un avant-propos du professeur Paul Carnot, qui, comme président des Journées médicales, a tracé le plan général et distribué les divers sujets entre les collaborateurs, viennent une série d'exposés généraux sur les régulations neuro-hormonales (professeur Roussy), les régulations hormo-hormonales (professeur Paul Portier), les régulations hormonales en clinique (professeurs Mauriac et Leriche), le déclenchement hormonal du rut (professeur Edgar Allen, de New-Haven), les interrelations des hormones gonadotropes (professeur P.-E. Smith, de New-York).

Viennent ensuite une série de chapitres sur les régulations hypophysaires, thyro-parathyroïdiennes, génitales, surrénales, pancréatiques, digestives, etc., traitées par des chimistes, des biologistes et des médecins connus.

Enfin l'ouvrage se termine par des chapitres généraux sur les hormones synthétiques (professeurs Butenandt, de Berlin ; Dodds, de Londres) ; sur les hormones et les vitamines (professeurs Euler, de Stockholm ; Mouriquand, de Lyon) ; sur les hormones végétales (professeur Fabre) ; sur les hormones et les principes cancérigènes (professeurs Oberlin et Sannié).

En conclusion, deux exposés pratiques, par les professeurs Loeper et Harvier.

Le Portugal hydrologique et climatique. — Edition officielle de la direction générale des mines et des services géologiques et de l'Institut d'hydrologie et de climatologie de Lisbonne. Deux volumes. Vol. I 1930-1931. Vol. II, 1934-1935. 754 pages avec figures.

Les Thèses

P. — Dr G. Le Bourgeois. — **Contribution à l'étude de la dégénérescence cancéreuse des polypes solitaires recto-sigmoïdiens et leur traitement chirurgical.** (Thèse 1937.)

Les adénomes solitaires sont, parmi les adénomes recto-sigmoïdiens, ceux qui dégénèrent *le moins* souvent. L'existence de cette dégénérescence cependant est un fait indéniable.

Le diagnostic de ces tumeurs peut être parfois difficile, l'examen étant négatif. C'est quelquefois l'expulsion spontanée d'une partie du polype qui y fait penser.

Le traitement de ces polypes dégénérés est uniquement chirurgical. Dans le cas où la néoplasie siège à la partie basse du sigmoïde, comme procédé opératoire, à la place de l'intervention de Hartmann, surtout conseillée dans ces cas, on peut utiliser une technique décrite dans le travail de l'auteur.

P. — Dr P.-V. Morax. — **Les paralysies des mouvements associés des yeux.** Etude clinique. La dissociation des activités, volontaire et automatico-réflexe, des globes oculaires. (Thèse 1937).

Le travail inaugural du Docteur Pierre-V. Morax, qui intéressera vivement les neurologues et les oculistes, a été fait dans le service du Professeur agrégé Alajouanine, à l'hospice de Bicêtre.

Alajouanine et Thurel ont entrepris de façon méthodique et clinique l'étude générale de la dissociation des activités volontaire et réflexe. Ils ont montré que la dite dissociation est une loi de physiologie générale du mouvement, qu'elle n'est pas propre à la motilité oculaire mais est applicable à tous les étages, aussi bien aux globes oculaires qu'à la face et aux membres.

Cette étude, appliquée spécialement à la motilité oculaire, a conduit à des déductions importantes et a justifié une nouvelle classification des paralysies des mouvements associés.

C'est surtout cette étude sémiologique, permettant de « dissocier » les paralysies des mouvements associés des yeux, qui a été envisagée par M. Morax.

Mp. — Dr L. Cauvy. — **Recto-colites ulcéreuses chez les bacillaires pulmonaires de Koch.** (Thèse 1937.)

Les tuberculeux pulmonaires font très souvent des recto-sigmoïdites ulcéreuses, surtout quand la lésion pulmonaire est évolutive ; il faut toujours y penser lorsque le malade présente un syndrome dysentériforme ou fait une hémorragie intestinale.

La rectoscopie permet de confirmer le diagnostic. L'auteur conseille vivement d'ailleurs au praticien de posséder un rectoscope et de bien connaître la technique de son emploi. Une lésion recto-sigmoïdienne traitée dès le début arrive facilement à guérir par le traitement médical (pansements rectaux, diathermo-coagulation). Mais il ne faut pas oublier qu'en dépit de tous les traitements locaux on a affaire à un terrain tuberculeux et que c'est l'état général qui toujours commande le pronostic de ces affections ; quelques conseils de prophylaxie sont, d'autre part, utiles à formuler.

Cette prophylaxie se résume dans la stérilisation de tout foyer producteur de bacilles de Koch, dans la suppression de la déglutition des crachats et de tout aliment bacillifère, dans le maintien d'un fonctionnement digestif normal, dans le traitement logique de toutes les affections intestinales inflammatoires, microbiennes ou parasitaires, chez les tuberculeux.

Mp. — Dr R. Alquié. — **Les caractères des bacilles diphtériques et leurs rapports avec les manifestations cliniques de la maladie.** (Thèse 1937).

Il n'existe pas de rapport entre la gravité d'un cas clinique et les caractères morphologiques des bacilles diphtériques responsables, sauf peut-être en ce qui concerne l'abondance des corpuscules métachromatiques.

Un bacille très pathogène n'est pas toujours très toxigène et inversement.

Le pouvoir pathogène expérimental, qui représente la résultante du pouvoir toxigène et de la virulence locale, suit, en général, une courbe parallèle à celle de la gravité des cas cliniques observés.

Cependant, il n'en est pas toujours ainsi et des bacilles possédant le même pouvoir pathogène peuvent chez les uns déterminer des diphtéries mortelles et chez d'autres ne provoquer aucun syndrome morbide.

Sans aller jusqu'à dire que le pouvoir pathogène n'est pas une propriété inhérente à l'espèce microbienne considérée et à une souche déterminée, l'auteur pense que la maladie est étroitement liée à l'influence primordiale du terrain ; ce dernier pouvant, non seulement immuniser un sujet contre l'atteinte diphtérique, mais encore faire perdre progressivement tout pouvoir pathogène au bacille agresseur.

En un mot, *pouvoir toxigène, virulence locale et terrain* sont les trois termes qui conditionnent les manifestations morbides de la diphtérie.

THÉRAPEUTIQUE

A propos de l'action *analgesique* des sels de magnésium

Ce n'est pas d'aujourd'hui que sont connues les propriétés antiseptiques, neuro-sédatives, analgésiques et même anesthésiques des sels de magnésium, et nombreux furent les essais qui, jusqu'à présent, ont tenté d'utiliser ces effets dans le traitement de diverses affections spastiques.

Rappelons, tout d'abord, qu'on pensa utiliser certains de ces sels, soit par voie intra-cérébrale, rachidienne ou même intraveineuse, pour réaliser une anesthésie générale. Mais malgré leur peu de toxicité et la faculté que l'on avait d'arrêter instantanément la narcose par l'injection de sels de calcium à action antagoniste, cette méthode fut abandonnée à cause de la forte quantité de produit qui devait être mise en œuvre et qui ne laissait qu'une marge très faible en deça des doses susceptibles d'entraîner des accidents.

Depuis, les travaux d'Auer et Meltzer instituant une technique très précise pour le traitement des contractures spasmodiques du tétanos par injections intramusculaires, intraveineuses ou intra-rachidiennes de sulfate de magnésie, technique d'ailleurs toujours utilisée, ont donné naissance à une série d'applications illustrées par de très beaux succès dans le traitement de la chorée ou de l'éclampsie.

A la suite des travaux de P. Delbet sur l'action des sels de magnésium dans la prévention et le traitement du cancer, Zimmern et Wickham tentèrent de porter *in situ* au moyen de la diélectrolyse l'ion magnésium au sein de la masse néoplasique ou de ses métastases ganglionnaires et obtinrent, non seulement la régression, temporaire il est vrai, de la tumeur, mais encore une sédation très nette d'algies atroces, notamment dans le néoplasme lingual particulièrement douloureux.

Plus simplement, Auguste Lumière a calmé les souffrances de ses cancéreux par injection d'hyposulfite de magnésium à 20 et même 30 % à la dose de 20 c. c. par jour.

S'appuyant sur les propriétés analgésiques du sulfate de magnésie qui porté au contact du nerf, interrompt la conductibilité nerveuse, quelques essais du traitement des algies et plus particulièrement de la sciatique, furent tentés par injection de ce sel au niveau des troncs nerveux, mais ces essais, dont la technique était d'application difficile, furent assez limités et ne s'étendirent guère.

Depuis, on s'est inspiré de techniques semblables pour divers traitements de névralgies par des analgésiques portés *in situ*, mais en plus de la difficulté de la technique, il faut encore compter avec la toxicité des analgésiques employés : alcaloïdes, barbituriques ou analgésiques synthétiques.

En effet, ces analgésiques sont obligatoirement employés en injections au contact des troncs nerveux, et malgré le peu de toxicité de certains d'entre eux, entraînent forcément l'accoutumance, l'emploi, à brève échéance, de doses de plus en plus fortes pouvant être génératrices d'accidents qui, malheureusement, ne sont pas compensés par une sédation constante de la douleur ; très fréquemment, cette sédation n'est que fugace.

Mais tous ces essais cliniques, s'ils n'ont pas abouti à une généralisation de l'emploi des propriétés analgésiques des sels de magnésium, ont tout au moins démontré d'une façon éclatante la réalité de cette action analgésique, et à cause de leur toxicité tellement faible qu'on peut la dire nulle et de leur rapide élimination, les sels de magnésium méritent une utilisation beaucoup plus fréquente dans le traitement des phénomènes algiques.

C'est notamment, ce qu'a réalisé la Thionaïodine.

La Thionaïodine associe, en effet, très heureusement ces propriétés neuro-sédatives des sels de magnésium aux propriétés hautement analgésiques de l'iodure de sodium. Sa molécule se désintégrant au niveau du protoplasme nerveux réalise, par imprégnation iodique du neurone, par action lymphagogue et décongestive sur les tissus environnants, un facteur anti-algique extrêmement efficace.

Cette synergie est particulièrement puissante dans le traitement des syndromes algiques d'origine rhumatismale, car, dans la Thionaïodine, le radical servant de support à l'ion magnésium est un tétrathionate dont la labilité *in vivo* permet la libération très rapide dans l'organisme, non seulement des ions magnésium, mais encore du soufre libre non oxydé indispensable au métabolisme général si gravement touché dans la maladie rhumatismale chronique.

Par l'emploi de la Thionaiodine nous avons donc entre les mains une médication, non pas seulement symptomatique, mais réellement étiologique.

J. DE JUSPY.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

TRAVAUX ORIGINAUX

Bulletin de l'Actualité



LES DISPENSAIRES

La concurrence qui est faite au médecin praticien par les dispensaires a ému fort justement nos conseils syndicaux et des mesures ont été envisagées pour restreindre l'activité de ces formations qui souvent doivent le plus clair de leurs revenus, à des subventions, à des dons, à des legs et qui sont toujours soutenues par la générosité publique. Sans ces appuis, la plupart d'entre elles n'auraient jamais vu le jour et nous sommes en droit de nous demander si le dispensaire dont le but est avant tout charitable ne se détourne pas de sa destination première, en acceptant des malades aisés qui paient les consultations, les interventions, et donnent ainsi à l'œuvre, une activité, pour laquelle elle n'a point été créée.

Le dispensaire est devenu, pour beaucoup de groupements confessionnels, politiques, patronaux ou mutualistes, un moyen d'avantager leurs adhérents, en les faisant profiter de soins à tarifs réduits et en soulageant bien des ménages, même aisés, d'un budget-maladie toujours lourd, si l'adhérent a une famille nombreuse. Cette manière de faire ne rencontre cependant pas, dans l'ensemble du Corps médical, une hostilité complète, puisque chaque dispensaire trouve facilement à recruter des médecins, et que souvent même, pour une place qui est libre, on voit se présenter de nombreux postulants. Les dirigeants vont même jusqu'à prétendre que parmi leurs ennemis les plus acharnés, figurent un certain nombre de médecins qui ont appartenu à des œuvres, et d'autres dont on n'a point voulu accepter les services. Il serait bon que justice soit faite de pareilles affirmations, et que nous sachions si vraiment, oui ou non, le Corps médical veut voir disparaître les dispensaires.

Il n'est pas douteux qu'en faisant une enquête dans les nombreuses formations de Paris et de la banlieue, et en relevant les noms des médecins qui y donnent leurs soins, on trouve une quantité de noms honorables ; la plupart d'entre eux sont des médecins instruits, dévoués, d'excellents confrères, pratiquant la médecine traditionnelle, d'aucuns même occupent encore ou ont occupé d'importantes fonctions syndicales.

Les connaissant bien, je puis affirmer que si quelqu'acte antidéontologique ou anticonfraternel leur avait été signalé, ils ne l'auraient point toléré, et je suis persuadé que ces dispensaires leur permettent justement de faire profiter de leur science quantité de familles qui autrement n'auraient point recours à eux.

Ce point qu'on laisse toujours dans l'ombre, je tiens à le mettre bien en lumière, car ce serait une erreur de croire que dans les dispensaires il n'y a que des médecins marrons ou frais naturalisés, des étrangers et des confrères n'honorant guère la profession.

Voilà donc toute une catégorie de médecins, presque tous syndiqués, dont l'avis serait intéressant à connaître, avant d'entreprendre, contre des œuvres où ils collaborent, une campagne où il n'est pas sûr que nous soyons les plus forts.

J'aimerais voir réunir tous ces confrères qui exposeraient ce qu'ils pensent du préjudice causé à la profession, comment ils sont venus aux dispensaires, comment ils ont été sollicités, quels avantages ils y ont trouvé. Il est certain que pour beaucoup, c'est l'insistance d'un client important, d'un maître estimé, d'amis très chers, de groupes politiques influents qui ont pesé sur leur détermination ; pour d'autres le dispensaire a été l'occasion d'entrer en relations avec des collectivités qui les ont aidés dans

leur installation, dans le développement de leur clientèle, et ainsi le dispensaire apparaît comme leur ayant été utile, à une époque où ils débutaient, où ils étaient encore des individualités ignorées et perdues dans la grande ville. Et c'est là je pense la raison profonde pour laquelle tant de jeunes recherchent des places dans les dispensaires et pour laquelle aussi le dispensaire se développe surtout dans les grandes villes.

Au jeune médecin qui s'installe dans un centre important, la vie est difficile, le client rare, les impôts lourds et on se rend facilement compte de l'aubaine que représente pour lui une place de médecin dans un dispensaire. Il va cesser d'être un isolé, il va retrouver des confrères qui deviendront ses correspondants, s'il est spécialiste, il va avoir une occupation fixe, et une rétribution qui est toujours la bienvenue, si légère soit-elle.

Pour lutter avantageusement contre le mirage du dispensaire qui s'exerce sur tant de jeunes, il nous faudrait leur offrir des compensations, ne point leur disputer de petits fixes, leur montrer nos groupements comme des réunions d'amis où on cherche à se rendre service, où la confraternité n'est point un vain mot, où il n'y a ni becs, ni ongles. S'il n'en est point ainsi, surtout dans les grandes villes, toutes les mesures prises par les Syndicats n'auront d'autres effets que de diminuer encore le recrutement syndical parmi les jeunes confrères.

Je crois qu'il serait intéressant d'organiser un referendum qui permettrait de connaître les arguments pour ou contre cette manière d'exercer la médecine, sans en excepter la médecine de chemin de fer, car pourquoi les enfants de la Cerdagne ou les anciens combattants du Péloponèse n'auraient-ils pas un dispensaire, tout comme les cheminots du Centre. Pourquoi tel dispensaire sera-t-il violemment pris à parti, alors que tel autre puissant et solidement protégé par la politique n'aura à supporter aucune attaque.

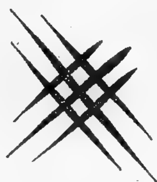
Dans un pareil conflit, il ne saurait y avoir deux poids et deux mesures et plutôt que d'envisager la suppression pure et simple de tous les dispensaires, ce qui est utopie, il y aurait avantage à entrer en relation avec eux, à parler avec leurs dirigeants, avec leurs médecins traitants, pour leur imposer des directives générales qui assureraient la défense de notre profession.

Il a été question à un moment donné de mettre en demeure les médecins de dispensaires de cesser leur collaboration. Je crains fort qu'une mesure de cette importance soit peu effective. Elle sera réalisable dans quelques petites villes, surtout si le médecin qui va au dispensaire est mal vu, mais s'il est sympathique et dans les grandes villes, la mesure restera inopérante, et, avec des médecins nouveaux contre lesquels on sera désarmé les dispensaires continueront à fonctionner et sans doute dans des conditions plus désavantageuses pour l'ensemble du Corps médical.

Le moment est venu d'ouvrir une large enquête auprès de tous nos confrères, dont certains vont dans les dispensaires depuis des années ; il est nécessaire de savoir d'eux les points faibles, les imperfections de ces organisations, de préciser les situations qui sont faites aux membres du Corps médical, l'influence qu'ils y exercent, et c'est alors et alors seulement qu'on pourra entreprendre des pourparlers plutôt qu'une lutte ouverte, car la lutte n'a d'intérêt que si l'on est assuré d'en sortir vainqueur.

Il serait dommage de ne pas profiter actuellement de l'entente qui règne chez nous, pour mener à bien une réglementation, ou une organisation de la médecine de dispensaire. Pour y arriver, il est indispensable d'utiliser toutes nos forces, même celles que nous comptons dans les dispensaires, c'est une manière préférable à celle qui risque par des mesures radicales et inopérantes de mécontenter tout le monde, pour n'aboutir à rien.

Dr Raphaël MASSART.



LES INCONVÉNIENTS DU TITRE ET DES FONCTIONS DE CHIRURGIEN DES HOPITAUX



Un confrère, chirurgien des hôpitaux d'une grande ville, est sollicité de remplir les mêmes fonctions dans un hôpital de localité voisine, dans laquelle aucun des confrères ne pratique la chirurgie.

Bien entendu, la Commission administrative de cet établissement propose de conférer à notre correspondant le titre de chirurgien de l'hôpital, par une nomination régulière, en bonne et due forme. Mais pareille nomination doit entraîner l'obligation de ne jamais traiter directement avec les malades payants, hospitalisés dans le service de chirurgie.

Or, si notre confrère entend donner gratuitement ses soins aux malades privés de ressources, il ne veut pas être plus ou moins exploité par ceux qui, pouvant payer, excipent du fameux arrêt du Conseil d'Etat du 21 février 1936, pour tenter d'esquiver le paiement des interventions chirurgicales, dont ils sont les bénéficiaires.

La Commission administrative de l'hôpital demanda donc à la Préfecture, s'il ne serait pas possible d'atténuer les rigueurs de cet arrêt et de la Circulaire ministérielle, qui en fut la suite, motifs pris que le chirurgien doit venir de la grande ville voisine, qu'il consent à ce déplacement, pour éviter aux malades indigents de chirurgie le transport et le séjour au loin. Ne pourrait-on permettre, par compensation et exception, que l'hôpital puisse conférer à son chirurgien le droit de faire payer directement qui peut payer ?

Prudente comme d'habitude pour les questions embarrassantes, la Préfecture ne répond pas. Aussi notre confrère nous expose-t-il ses craintes devant cette situation qu'il n'acceptera que contraint et forcé, mais sans grand enthousiasme.

Je lui réponds en lui démontrant que le mirage des titres et des fonctions peut parfois être très préjudiciable. Il faut en effet bien établir le départ entre l'exercice libre de la médecine et les fonctions professionnelles, que nous acceptons, selon un règlement qui nous est unilatéralement imposé.

Dans le premier cas, nous demeurons seuls en présence de notre malade, qui place en nous sa confiance. Nous discutons en toute liberté des conditions de l'opération et des honoraires y afférents. Nous pouvons également accepter d'opérer dans tel ou tel établissement privé, maison de santé ou autre, qui, d'après le droit commun, n'intervient nullement dans nos tractations d'honoraires avec les malades.

Au contraire, si nous acceptons des fonctions officielles dans un hôpital, nous devons nous conformer aux règles de droit administratif, qui s'imposent au fonctionnement de ces collectivités publiques.

L'arrêt du Conseil d'Etat du 21 février 1936, dans l'affaire du Docteur Dufour, de La Rochelle et la Circulaire ministérielle du 28 septembre 1936, qui en découle, ne concernent que les seuls praticiens, qui, parce qu'ils ont accepté d'être régulièrement investis des fonctions de médecin ou de chirurgien d'un hôpital, sont devenus, de ce fait, en quelque sorte des fonctionnaires, parce que placés désormais dans le cadre des agents de l'Etat, des départements, des communes, ou des établissements publics.

L'article 14 de la loi du 7 août 1851 accorde aux Commissions administratives hospitalières le droit de nommer leur personnel médical comme bon leur semble. Mais les hôpitaux doivent avoir un règlement intérieur et de santé, lequel doit être soumis à l'approbation du préfet et doit également se conformer aux directives générales, indiquées dans le règlement modèle des hospices et hôpitaux du 31 mars 1926.

Or, ce règlement modèle, ainsi que l'arrêt précité du Conseil d'Etat et la Circulaire ministérielle ne reconnaissent pas aux médecins et chirurgiens, nommés par la Commission administrative d'un hôpital, le droit de réclamer directement des honoraires aux malades payants, motifs pris qu'ils sont considérés comme étant des fonctionnaires dans l'établissement public et qu'en cette qualité, ils ne peuvent pas traiter directement avec les clients que seule la Commission administrative, a le droit d'admettre à l'hôpital, dans des conditions déterminées.

L'hôpital prend en charge ces hospitalisés, leur fait payer un prix de journée selon leurs possibilités, d'après leur condition sociale. Si l'Administration estime que les chirurgiens doivent avoir une rémunération spéciale, pour les interventions pratiquées sur les hospitalisés, qui ne sont pas privés de ressources, elle pourra demander l'*avis* du Corps médical hospitalier, puis, en toute autonomie, décider du tarif à appliquer et du pourcentage à attribuer, sur ces sommes, aux ayants droit médecins.

En échange de cette situation subalterne, les

médecins et chirurgiens ont un titre, qui, dans les villes de Faculté, les désigne au public extérieur comme formant une élite professionnelle. Dans les hôpitaux de petite ville, le titre permet peut-être une certaine différenciation avec les confrères. Mais comme ces fonctions de médecin d'hôpital sont souvent données au choix et non au concours, il en résulte que l'avantage est bien maigre.

Les médecins et chirurgiens des hôpitaux jouissent, en outre d'un statut : ils ne peuvent être révoqués que selon des formes prévues par la loi, ou des textes réglementaires ; ils ont une limite d'âge ; ils sont seuls admis à traiter les malades, à les opérer dans leur service hospitalier, etc., etc...

Cependant, certains se demandent si ces avantages compensent suffisamment les inconvénients attachés à ces fonctions hospitalières. Aujourd'hui, les Commissions administratives ouvrent largement les portes de l'établissement public à quiconque peut payer lui-même le prix de journée. Le personnel médical de l'hôpital constate donc l'exode de ces malades, qui désertent le cabinet des praticiens, ou les maisons de santé privées, pour se faire soigner à très bon compte à l'hôpital.

Certes, l'Administration hospitalière accorde *à son personnel médical et chirurgical* une sorte de monopole, pour les soins à donner à cette clientèle payante ; mais vu l'arrêt du Conseil d'Etat et la Circulaire ministérielle, ainsi que le texte de l'article 28 du règlement modèle, les médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux voient ce monopole être singulièrement diminué, du fait que c'est l'hôpital qui, en toute autonomie, fixera le prix des interventions et, sur ces honoraires, que l'économat aura perçus, ristournera tout ou partie seulement aux ayants droit médecins.

D'où la conséquence, c'est que certains confrères me demandent si, à l'heure actuelle, ils ne font pas un marché de dupes, en acceptant un titre et des fonctions à l'hôpital, alors que la Commission administrative les ligote par un règlement unilatéral, qu'il faut accepter, ou refuser dans sa totalité, sans discussion.

D'autres ajoutent qu'un changement de municipalité permet à la Commission administrative de l'hôpital de révoquer plus ou moins ouvertement un médecin d'hôpital, pour le remplacer par un ami politique de la nouvelle majorité.

Le statut du fonctionnaire accordé aux médecins d'hôpitaux ne leur confère que le droit d'avoir communication de leur dossier avant le prononcé d'une sanction contre eux. Mais cela n'empêche pas une Commission d'hôpital de trouver des prétextes, concernant la bonne marche des services, pour supprimer, ou diminuer les fonctions d'un praticien, ou pour abaisser la limite d'âge, afin d'éliminer un docteur qui ne plaît pas à ladite Commission.

Aussi certains se demandent-ils s'ils ne font pas un mauvais marché, en acceptant un titre et une fonction à l'hôpital, en échange de quoi ils doivent renoncer à toute entente directe avec les malades payants. Ils me consultent en conséquence pour savoir s'il ne serait pas possible de contracter avec l'hôpital, selon les données du Droit civil et non selon celles du Droit administartif. Ils ne seraient pas nommés médecins ou chirurgiens de l'hôpital, ne seraient investis ni d'un titre, ni d'une fonction dans l'établissement. Mais, par lettres recommandées, ou même contrat sous seings privés, la Commission administrative s'entendrait avec M. le Docteur X. ou avec le Syndicat médical de la région, pour que le service médical et chirurgical des malades privés de ressources hospitalisés soit assuré à forfait, pour un honoraire mensuel ou annuel. Mais, en retour, les médecins et chirurgiens, signataires du contrat auraient l'exclusivité de soigner les malades payants, aux conditions qu'ils fixeraient librement avec ces derniers.

A mon avis, il serait préférable que l'accord ait lieu soit avec le Syndicat, soit sous l'égide du Syndicat et qu'autant que possible, le libre choix du praticien soit respecté, comme cela se passe dans un certain nombre de maisons de santé privées.

Je réponds que la chose est possible et qu'elle mérite de retenir l'attention, non seulement du Corps médical hospitalier, mais aussi des Syndicats médicaux.

Dr Paul Boudin.

LA RÉÉDUCATION DES AVEUGLES

Par Etienne GINESTOUS (de Bordeaux)

Sa connaissance est indispensable à l'ophtalmologiste,
« Elle est un devoir social pour l'oculiste ».
(TRUC).

Nous nous proposons d'exposer très brièvement les connaissances indispensables qu'à notre avis tout ophtalmologiste doit posséder sur la rééducation des aveugles. A ceux qui pourraient objecter que pareil sujet dépasse le cadre de l'ophtalmologie, nous répondrons qu'il appartient autant à l'ophtalmologiste de rééduquer l'aveugle qu'au spécialiste de la chirurgie et de l'orthopédie d'assurer la suppléance d'un membre mutilé. Nous rappellerons les paroles que prononçait en 1902 à la Société française d'ophtalmologie et qu'il renouvela le 12 mai 1924 devant la même Société, un maître dont nous saluons avec respect la mémoire, le Professeur Truc : « La typhlophilie demeure un devoir professionnel pour le médecin, un devoir social pour l'oculiste ». La guerre de 1914-1918 n'a-t-elle pas justifié cette conception que certains avaient considérée comme trop étendue de nos attributions professionnelles ? A l'appel de Brieux — qui connaissait bien les hommes, les choses et les misères humaines — ce furent les oculistes qui furent chargés de préparer et d'organiser la rééducation des malheureux « Blessés aux yeux » auxquels sous cette appellation était ainsi cachée l'irréparable cécité.

La rééducation doit être précoce

Dans une communication que M. le Sénateur Strauss a bien voulu, durant la période des hostilités présenter en notre nom à l'Académie de médecine (1), nous avons fait ressortir que la rééducation de l'aveugle doit commencer aussitôt que possible, à l'hôpital même, souvent avant que la cécité ne soit définitive. Il suffit qu'elle soit menaçante pour que commence la rééducation. Quel bénéfice a-t-on à la retarder ? A supposer que contre toute espérance l'irrémédiable ne se produise pas et que la vue soit rendue à celui qui était menacé de la perdre, quel préjudice aura-t-il subi d'une rééducation devenue inutile ? Aucun. Il aura même gagné à cette épreuve une plus délicate appréciation de ses impressions sensorielles. Sur cette conception de la rééducation précoce fut inspirée au Service de santé militaire la Circulaire 525 C1/7 du 31 mars 1917 prescrivant auprès de chaque hôpital ophtalmologique la création de petits centres de rééducation. Cela est toujours vrai aussi bien après que pendant la guerre et s'applique sans exception à tous les aveugles.

(1) GINESTOUS et DOMINIQUE. — La première éducation du soldat aveugle. Académie de médecine, 5 septembre 1915.

Technique générale de la rééducation

Dans sa lettre célèbre sur « *les aveugles à l'usage de ceux qui voient* », Diderot disait : « Si jamais un philosophe aveugle et sourd de naissance fait un homme à l'imitation de Descartes, j'ose vous assurer, Madame, qu'il placera l'âme au bout des doigts ; car, c'est de là que lui viennent ses principales sensations et toutes ses connaissances ». Il s'agissait, il est vrai, des aveugles nés et nous nous occupons surtout de ceux qui ont vu et qui deviennent aveugles. Nous ne voulons pas sur ce sujet entrer dans des développements d'ordre psychologique en dehors de notre compétence et des limites de cet exposé pratique. Nous dirons simplement que dans la cécité acquise, aux notions qui viennent des perceptions visuelles antérieures, doivent leur en être substituées d'autres également d'ordre sensoriel mais provenant pour une part de sensations auditives ou olfactives, surtout des sensations tactiles. C'est par le toucher que celui qui a vu et qui est devenu aveugle connaîtra désormais le monde extérieur. C'est donc la perception par le toucher qu'il faut chez lui développer et perfectionner. Javal qui devint aveugle à l'âge de 62 ans a donné à ce sujet dans un livre mémorable (1) d'excellents conseils aux personnes qui viennent de perdre la vue. Il leur dit : « C'est le toucher dont personne n'est absolument privé qui est pour l'aveugle le plus précieux des sens, et il est possible d'en augmenter par l'exercice non pas la sensibilité mais l'utilisation. Ce n'est pas que le doigt du voyant soit moins sensible : c'est parce qu'il ne sait pas tâter... » Dans le mémoire que nous avons présenté à l'Académie de médecine (1916) nous avons précisé ainsi la méthode initiale de rééducation : « A l'hôpital ophtalmoscopique on ne saurait songer à entreprendre l'éducation professionnelle ; l'apprentissage d'un métier doit être réservé aux institutions spéciales... Le rôle de l'hôpital ophtalmologique doit se borner à favoriser la rééducation sensorielle de

(1) JAVAL. — Entre aveugles. Masson, éditeurs, 1903, p. 24.

l'aveugle, en lui apprenant la valeur de l'interprétation des sensations tactiles... Apprendre à l'aveugle à se diriger lui-même, à éviter les obstacles, à se passer de plus en plus de l'aide d'autrui qui en diminuant sa liberté individuelle et son indépendance est la plus grande cause de son malheur, c'est déjà quelque chose, c'est même déjà beaucoup. Il faut surtout développer chez lui le sens tactile, l'apprendre à toucher ». C'est suivant ces notions directrices que nous plaçons sous les doigts de l'aveugle ou du candidat aveugle des objets différents par leurs formes, des carrés, des sphères, des triangles et autres dont il doit arriver à apprécier par la perception tactile les caractères distinctifs. Ainsi est déjà préparée par une connaissance perfectionnée de la sensation du relief l'apprentissage de la lecture Braille.

Lecture et écriture

L'impossibilité où il se trouve de lire, surtout d'écrire est pour celui qui a perdu la vue ou qui est menacé de la perdre la plus grande des souffrances morales ; car, elle le place, même pour ses secrets les plus intimes sous la dépendance d'autrui. Lui fournir la preuve qu'il n'a pas perdu la faculté d'écrire, c'est lui démontrer qu'il n'est pas isolé dans le monde des voyants ; que le présent est encore fait du passé et le relie à l'avenir ; c'est lui procurer la plus douce des consolations. Aussi notre première préoccupation doit-elle être de lui permettre d'écrire, ensuite de lire. L'aveugle peut tracer l'écriture ordinaire, celle des voyants, celle qui était la sienne avant sa cécité. Il doit aussi apprendre l'écriture conventionnelle des aveugles qui ne sera lisible que par ceux qui la connaissent. Quant à la lecture, il n'en est pas de même. Ainsi que nous l'expliquerons plus loin, il faut se résoudre à l'usage des caractères saillants constituant le Braille.

Ecriture ordinaire. — L'aveugle — nous ne parlons pas de l'aveugle-né — a conservé le souvenir de l'écriture qui était la sienne avant sa cécité. S'il ne peut la tracer, cela tient uniquement à l'impossibilité où il se trouve de suivre une ligne qu'il ne voit pas. « La difficulté commence quand il s'agit d'écrire plusieurs lignes en évitant de les enchevêtrer », nous dit Javal. Il faut donc guider la direction de sa main. Un procédé très simple consiste à plier le papier en petites bandes et en sens inverse pour aboutir à un paquet. On écrit la première ligne sur le dessus de ce paquet qu'on déplie à mesure qu'on a écrit sur les bandes successives dont il est composé. Cet expédient peut servir aux débuts à donner confiance mais son défaut de fixité en rend le maniement peu pratique. Il existe sous le nom de guide-mains plusieurs modèles d'appareils destinés à rendre plus facile et plus rapide pour les aveugles l'écriture ordinaire. Javal a présenté à l'Académie de médecine (23 avril 1901) une *planchette scotographique* basée sur les principes de la physiologie de l'écriture. Une sorte de talon fixait le coude de l'écrivain qui pouvait tracer sur le papier fixé à une planchette mobile et suivant une direction indiquée par une tringle les caractères de son écriture ordinaire. Il est regrettable que la planchette scotographique de Javal soit aujourd'hui trop oubliée. M. Richard Verdon, hospitalisé pendant la guerre dans notre service d'ophtalmologie d'Angers a imaginé une planchette se rapprochant de celle de Javal. Mais le guide-main le plus connu est celui de Wagner qui permet en repliant successivement les volets d'un carton-couverture de suivre les lignes et d'écrire sans chevauchement

Lecture et écriture en relief. — *Le Braille.* —. L'écriture ordinaire est précieuse pour l'aveugle ; ainsi que nous venons de l'exposer, elle le met en communication directe avec le monde des voyants. Le grand écueil est que l'aveugle qui a ainsi écrit pour ceux qui voient ne peut pas se relire et ne peut davantage lire les lettres d'autrui à lui adressées. De même que le sourd-muet possède pour communiquer ses impressions le langage conventionnel par signes, l'aveugle dispose d'une méthode tout aussi conventionnelle qui lui permet pour lire et écrire de suppléer à la suppression de ses sensations visuelles par la perception de sensations tactiles de caractères en relief. L'aveugle dispose, nous ne dirons pas d'un idiome — car il est des aveugles de toutes les nationalités parlant toutes les langues — du moins d'un alphabet spécial : c'est *le Braille*. A ce sujet, nous devons mettre en garde ceux qui entreprennent la rééducation d'un aveugle contre une erreur bien excusable — car au premier abord elle paraît dans la logique — erreur trop commune qui tendrait à substituer aux caractères Braille d'autres signes en relief. Il est bien évident que la première idée qui vient à l'esprit, c'est de frapper en relief les lettres de l'alphabet ordinaire qui ainsi seraient tout à la fois visibles par les voyants et palpables par les non-voyants. Bien avant que Barbier (1825) et après lui Braille (1929) aient créé l'écriture ponctuée, Sanderson, l'aveugle de Pui eaux et Mlle de Salignac glorifiés par Diderot dans *Sa lettre aux aveugles*, la célèbre cantatrice Mlle de Paradis avaient utilisé les objets et signes en relief. En 1640, Pierre Moreau avait même — sans succès il est vrai — fait fondre des caractères mobiles en plomb dont le relief devait permettre la lecture. Ce fut également à l'impression saillante de l'alphabet ordinaire que Valentin Haüy l'innovateur du livre de l'aveugle demanda la solution du problème. Depuis la célèbre publi-

cation de Louis Braille en 1829 sur le « *Procédé pour écrire les paroles, la musiques et le plain-chant au moyen de points* », malgré l'incontestable supériorité qui résultait de sa mise en pratique, d'autres voulurent encore lui substituer — sous prétexte de simplicité plus grande — l'antique méthode des caractères saillants ordinaires dont cependant toutes les tentatives n'avaient abouti qu'à des insuccès. Vers 1895, Mlle Mulot, fondatrice et directrice de l'Ecole des aveugles d'Angers avait imaginé un nouveau guide cellulaire à parois découpées destinées à faciliter aux aveugles le tracé des caractères vulgaires avec un léger relief. Avec l'enthousiasme de l'inventeur convaincu de la supériorité de sa méthode, elle taxa de « routiniers » les gens peu consciencieux qui voulaient retenir dans les langes du Braille afin de les exploiter les malheureux qui se confiaient à eux pour leur rééducation ». Elle fut ardemment soutenue dans sa campagne non seulement par un journal local « *Le Patriote d'Angers* » (3 septembre 1896) mais encore par l'autorité du Docteur Montprofit qui dans le *Cosmos* (24 octobre 1896) ensuite à l'Académie de médecine affirma que « la phrase écrite au moyen du guide de Mlle Mulot serait lue par tous les aveugles exactement comme pouvait l'être une phrase écrite par la méthode Braille... ». Contre ces affirmations qu'il considérait néfastes à la cause des aveugles, Maurice de la Sizeranne (1) s'éleva avec une égale énergie : après avoir rappelé qu'avant Mlle Mulot il existait au moins neuf à dix systèmes de guides cellulaires (Heboldt, Quedberg, Martonelli, Stylographie Beaufort), que par conséquent elle n'avait rien inventé, il conclut « il n'est pas de système pouvant rivaliser de facilité, de sûreté, de promptitude pour la lecture comme pour l'écriture avec les caractères Braille ». Pendant la guerre, nous avons assisté dans le *Patriote d'Angers* à une nouvelle offensive en faveur de la méthode Mulot qu'on tenta — sans succès d'ailleurs — de faire prévaloir dans les formations militaires de rééducation. Nous croyons aujourd'hui tout cela enfoui dans l'histoire du passé.

La grande erreur aussi bien de Mlle Mulot que de ses devanciers que nous retrouvons aussi dans l'alphabet Moon à un certain moment en faveur en Angleterre fut de vouloir obtenir la perception tactile du *trait* qui ne peut être ni aussi acile ni aussi rapide que celle du *point*; et ce fut l'originalité perspicace de la conception de Barbier et de Braille d'utiliser non le signe linéaire mais le signe ponctué. Cantonnet (2) en 1917 comprit que là était la principale cause des insuccès et il songea tout en conservant le signe pointillé en relief à créer des caractères en points reproduisant les lettres ordinaires ; par conséquent à la fois palpables par les aveugles et visibles par les voyants. L'idée ne manquait pas d'originalité. Elle ne prévalut cependant pas et ne pouvait pas prévaloir. L'alphabet Braille est en 6 points. L'alphabet Cantonnet est en 9 points. Il en résultait que la lecture tactile du premier était plus rapide que celle du deuxième. Le Cantonnet occupait plus de surface que le Braille dont les livres nécessitent déjà un espace environ dix fois plus considérable que celui occupé par les ouvrages en caractères vulgaires. La popularité du système Braille n'a cessé de s'accroître et à l'heure actuelle, on peut considérer son alphabet comme universel. Il est employé dans toute l'Europe et l'Amérique, même par les langues orientales et par la Chine où l'écriture est cependant idéographique. Le « National Institute for the blind » a fait en 1929 une enquête reproduite par la Société des Nations (2) sur l'activité des imprimeries Braille dans les différents pays du monde. Elle est démonstrative. Les bibliothèques sont tellement fournies d'ouvrages scientifiques, littéraires, de partitions musicales que l'aveugle y trouve largement le moyen de s'instruire et de répondre au légitime désir d'augmenter ses connaissances. Substituer au Braille une méthode autre d'écriture, ce serait détruire la grande œuvre accomplie depuis plus d'un siècle.

C'est le Braille et le Braille seul qu'il faut apprendre aux aveugles. Dans cette *éducation*, un beau rôle est dévolu à l'ophtalmologiste. L'apprentissage du Braille n'est pas si compliqué qu'on pourrait le croire, nous dirons même qu'il se réalise avec plus grande facilité chez l'aveugle que chez le voyant ; car, pour l'aveugle, seule la perception tactile le conduit à la connaissance du relief des caractères en points ; le voyant, au contraire, cherche toujours à associer les images visuelles à ses images tactiles. Pour arriver à ce résultat, nous avons fait construire un tableau de bois sur lequel sont placées en relief toutes les lettres de l'alphabet ordinaire et au-dessus de chacune d'elles la lettre correspondante de l'alphabet Braille. Ce tableau est placé entre les mains de l'aveugle qui insensiblement, après avoir reconnu les lettres de l'alphabet ordinaire apprend par la même recherche et sans s'en douter la perception du caractère Braille. Par ce procédé que nous avons exposé dans une communication à l'Académie de médecine

(1) Maurice DE LA SIZERANNE. — Etudes et propagandes en faveur des aveugles, p. 148.

(2) CANTONNET. — *Bulletin* de l'Académie de médecine, 3 avril 1917. Typographie en caractères usuels. Procédé fort simple de correspondance entre l'aveugle et le voyant. Maloine, éditeur.

(2) Société des Nations. Rapport sur la protection des aveugles dans les différents pays. Genève 1929, p. 136

(5 septembre 1926) nos élèves acquièrent en un temps très court la connaissance du Braille. En général, en vingt à trente jours, le moins doué arrive à assembler les lettres et à lire couramment au bout d'un mois et demi à deux mois.

Jeux et Arts d'agrément

Distraire l'aveugle est essentiel. Il faut savoir lui procurer quelques attraits qui lui rendront moins triste, bientôt plus gaie la nuit noire où il est plongé. Il existe des cartes à jouer, reconnaissables par des piqûres d'aiguilles presque invisibles et qui donnent aux aveugles la possibilité de jouer avec les voyants. On se procure à l'Institution nationale un petit instrument servant à piquer les cartes à jouer. Les jeux de dames et d'échecs sont rendus faciles au moyen de dames et d'échiquiers, où chaque casée est percée d'un trou destiné à recevoir les chevilles dont sont munies les dames ou les pièces de jeux d'échecs. A ces jeux, les aveugles trouvent déjà un grand réconfort moral.

Avec ces jeux, nous touchons à la question des arts d'agrément. L'aveugle qui, avant sa cécité était déjà musicien doit pouvoir bénéficier comme antérieurement, autant qu'il est possible, de l'exercice de son art. Il possède généralement une connaissance suffisante de son instrument, de son clavier ou de son archet, *pour demeurer, même sans l'aide* de la vision, le fidèle exécutant des textes dont il a conservé la mémoire musicale. Il peut même arriver à l'étendre par l'apprentissage de la lecture en relief des bibliothèques Braille dont il est parlé plus haut. Aussi y a-t-il intérêt à mettre sans tarder l'aveugle musicien en possession de son instrument d'exécution.

Plus délicate est la solution lorsqu'il s'agit des autres manifestations artistiques. La cécité d'Homère n'arrêta pas sa muse ; mais la palette du peintre s'éteint avec sa vision. Dick le héros de Rudyard Kipling, avant que fût pour toujours consumée pour lui « *la lumière qui s'éteint* » voulut consacrer ses dernières visions d'artiste et « mettre tout son talent et toute son âme » à la terminaison de sa *Mélancolie*. Et ce fut sa plus grande douleur lorsque, plongé pour toujours dans les ténèbres, il ne put réparer l'irréparable outrage fait à son chef-d'œuvre par une haine inconsciente. Nous avons connu à la fin de la guerre un décorateur de talent, brillant élève de l'Ecole des Beaux-Arts de Bordeaux où ses œuvres remarquées de dessin antique et modèle vivant lui avaient valu plusieurs prix. Prisonnier de guerre, il était devenu aveugle dans une geole allemande. Hélas ! lui permettre de recouvrer son pinceau était au-dessus de nos forces. Nous rêvâmes d'en faire un modeleur et de conduire ainsi notre pauvre artiste à la célébrité d'un Vidal. A l'hôpital que nous dirigions, il fit ses premiers essais qui montrèrent toutes les espérances qu'on était en droit d'attendre de lui en cette manifestation artistique. Il partit quelques années plus tard au *Phare de France* où sa perfection devint telle que ses œuvres obtinrent au Salon de Paris une mention honorable. Malheureusement en 1923 notre nouveau Vidal fut emporté par la grippe meurtrière.

Rééducation professionnelle

Nous ne pensons pas — ce serait une grave erreur d'entrer dans cette voie — que nous puissions à l'hôpital ophtalmologique entreprendre la rééducation professionnelle vraie de l'aveugle. Cela est affaire de l'Ecole et ateliers spéciaux. Mais, nous pouvons la préparer par l'étude des aptitudes de chacun, faire en un mot l'orientation professionnelle. En tout cas, il faut bien dire et répéter à celui qui est aveugle ou qui va le devenir ce que Brieux (1) a écrit dans ses lettres : « Il faut se mettre à travailler. Il faut apprendre les métiers qu'on peut faire rien qu'avec ses doigts sans les yeux. Il y en a et il y en a beaucoup qui permettent de gagner de l'argent ».

***

Il nous paraît que ces notions — pouvons-nous dire élémentaires — sur la rééducation des aveugles doivent être du domaine professionnel de l'ophtalmologiste. Nous ne voulons, qu'on le croie bien, formuler sur ce sujet la moindre critique ; il nous sera cependant bien permis de dire ce qui est notre conviction que l'oculiste n'est pas toujours ce que le Professeur Truc voulait avec raison qu'il fut : un typhlophile par excellence. La rééducation était pour lui un devoir militaire pendant la guerre. Elle demeure un devoir social pendant la paix et trop souvent elle est oubliée ou méconnue. Elle n'est, il faut le dire, dans nos Facultés de médecine généralement l'objet d'aucun enseignement et nos jeunes confrères — mêmes ceux qui se spécialisent en ophtalmologie —terminent leurs études sans avoir pu sur ce sujet écouter la plus courte leçon. Ils entrent dans la noble carrière pour la plupart avec une méconnaissance absolue même des éléments de la lecture et écriture Braille.

Il y a là, à notre sens, une lacune, une lacune grave à combler.

(1) Brieux. — Lettres aux soldats blessés aux yeux Première lettre.

DE LA PROPRIÉTÉ DES ORDONNANCES DÉLIVRÉES AUX ASSURÉS SOCIAUX

Il est des questions qui, résolues officiellement et réglées pratiquement à la satisfaction de toutes les parties en cause, n'en continuent pas moins cependant d'être l'occasion, dans nos journaux, de réclamations et quelquefois de récriminations. Dans leur cadre entrent surtout les modalités d'application de certains articles des décrets organisant les Assurances sociales.

C'est ainsi que ces temps derniers la proprieté des ordonnances médicales délivrées aux assurés sociaux a pu être considérée comme une question cruciale. Elle a été traitée dans les colonnes du *Concours Médical* et reprise, à la suite, par d'autres périodiques professionnels. Est-il permis de dire que les auteurs de ces articles nous ont laissé l'impression de n'être pas documentés exactement.

De quoi s'agit-il, en effet ? Cette ordonnance médicale que l'assuré reçoit des mains de celui qui le soigne et qu'il doit remettre aux guichets de la Caisse à laquelle il est affilié remplit un double but. Pour le malade, elle est un document d'une utilité incontestable puisqu'elle contient, outre l'énumération des médicaments à absorber des « conseils indispensables sur le mode de vie qu'il doit mener, ce qu'il doit faire à de certaines périodes, les régimes à suivre, les règles d'hygiène à observer, les précautions à prendre ». Pour la Caisse, par contre, qui rembourse et dont, il convient de ne pas l'oublier, les sorties de fonds sont contrôlées de façon très précise, cette ordonnance constitue une pièce comptable de première importance. S'il faut une preuve de ce contrôle, indiquons ici qu'une inspection récente dans une Caisse parisienne se termina par une demande d'explications, à l'agent comptable, sur le remboursement effectué d'une bouteille d'eau minérale contestée.

Comment, dans ces conditions, concilier les besoins, à la fois, du malade et de la Caisse, qui tous les deux voudraient rester détenteurs de ce papier.

Notre distingué confrère, le Docteur Raphaël Massart a pu dans ces colonnes envisager différentes solutions. La première serait que la Caisse exigeât de l'assuré un duplicatum au moment du remboursement. Mais qui donc établirait ce duplicatum ? Est-ce au médecin traitant que serait imposée cette besogne fastidieuse contre laquelle il ne manquerait pas de protester légitimement ? Est-ce au malade lui-même qu'on s'en remettrait pour ce travail de copie et imagine-t-on dans ce cas quel travail de contrôle il faudrait prévoir, étant donnée la lisibilité de la plupart des écritures médicales, et le manque d'intelligibilité du plus grand nombre des assurés quant aux termes pharmaceutiques. Le pharmacien exécutant pourrait, peut-être, être chargé de ce travail. Il s'en acquitte quelquefois quand il s'agit des substances du tableau B. Il serait en droit de protester lui aussi, si la mesure s'appliquait à toutes les ordonnances qu'il délivre. Il reste bien le personnel des caisses auquel ce travail de copie pourrait être être imposé, mais quelle ne sera pas dans ces conditions l'attente aux guichets des assurés, déjà trop longue ?

Le Docteur Vanverts (de Lille) de son côté à proposé que « les médecins indiquent sur une feuille destinée au pharmacien les produits ordonnés et sur une autre feuille, les conseils destinés à l'assuré ».

Cette façon de procéder détruirait, à notre avis, l'harmonie de l'ordonnance qui doit constituer un tout complet. Elle troublerait les médecins dans leurs habitudes. Elle présenterait un autre inconvénient sérieux, que signale le Docteur Raphaël Massart, qui serait de faciliter les erreurs possibles entre des récipients de même contenance ne se distinguant par aucune indication de doses, de posologie ou de manière de s'en servir.

Le Docteur Vanverts ne doit pas ignorer d'autre part que le contrôle médical des Caisses doit être à même, pour justifier la thérapeutique établie dans une maladie, d'apprécier aussi l'emploi quantitatif des médicaments ordonnés.

Concluant son étude et approuvant la circulaire ministérielle du 19 août 1936 sur la question envisagée, le Docteur Raphaël Massart propose, pour terminer qu'une « discrimination soit faite dans les ordonnances». Celles qui ne sont que des bons de pharmacie ne portant aucun conseil, pourraient être conservées comme pièces comptables par les Caisses, les autres seraient laissées aux assurés, après que les Caisses en auraient conservé la copie conforme ».

Cette proposition se heurte malheureusement aux objections suivantes, déjà signalées :

1° Les ordonnances ne portant aucune indication d'emploi ne forment pas comme le croit notre excellent confrère, les 9/10es de l'ensemble. Elles sont, au contraire, et c'est à la louange des praticiens, l'exception.

2° La comptabilité des Caisses ne peut faire de distinction entre les deux catégories d'ordonnances, quant à la justification de leur remboursement.

3° L'établissement matériel de la copie des ordonnances qui doivent rester entre les mains des assurés, n'est pas sans présenter, on l'a déjà vu, certaines difficultés.

Ceci dit, voici comment la Caisse interdépartementale de Seine et Seine-et-Oise, a résolu la question, depuis déjà pas mal de temps : tout assuré qui veut rester propriétaires de ses ordonnances le signale tout simplement aux guichets ; satisfaction lui est accordée dans les vingt-quatre heures qui suivent, après qu'un des services de la Caisse a photographié ces documents. Ainsi le malade rentre en possession de ses papiers et l'Administration de la Caisse peut classer, au titre de pièces comptables les clichés qu'elle en a pris et dont l'authenticité ne peut être contestée.

Il convient d'ajouter que jusqu'à ce jour, très peu d'assurés sociaux ont réclamé leurs ordonnances. Si l'on considère, en effet, que la Caisse interdépartementale des Assurances sociales de Seine et Seine-et-Oise, qui compte près de deux millions d'affiliés et effectue chaque jour plus de 1.800 règlements, n'a eu à restituer leurs ordonnances qu'à 765 assurés pendant le premier trimestre 1937 et qu'à 720 pendant le deuxième trimestre, soit environ douze par jouron peut conclure qu'il existe moins de 1 % d'assurés que cette question a pu intéresser.

Ce n'est certainement pas par dédain des autographes de leurs médecins, mais plutôt parce que le remboursement de ces ordonnances n'est réclamé que quand leur utilité n'est plus en cause.

Docteur L. SASPORTAS.
Médecin-inspecteur adjoint à la C. I. A. S.

LA MÉDECINE AU WORLD'S FAIR, NEW-YORK, 1939

Dès 1936, les autorités de la médecine et de l'hygiène à New-York étudièrent la place que devait tenir la santé publique à l'Exposition de 1939. Ils s'abouchèrent avec les organisateurs du World's Fair qui est, contrairement à notre exposition, une entreprise privée, et on choisit un Comité de cent membres, dont le président était le Dr Victor G. Heiser, et le vice-président, le Dr Kendall Emerson.

Un Comité exécutif fut ensuite désigné, avec pour le présider le Dr Louis I. Dublin. Le Secrétaire est le Dr Homer N. Calver, dont le rapport nous fournit les éléments de cette notice.

Un des points principaux des résolutions votées par le Comité exécutif était la construction, aux frais de l'exposition, d'un bâtiment (n° 5) de dix mille mètres carrés, attribué à la section de médecine et d'hygiène publique et dont le tiers environ devait servir à des exhibitions de propagande sanitaire.

Eufin en 1937, on décida que le bâtiment en question comprendrait quatre divisions :

Hall de l'Homme.
Hall des Sciences médicales.
Hall de la Santé publique.
Théâtre d'Hygiène.

Le Hall de l'Homme doit présenter l'anatomie et la physiologie humaines avec ses fonctions de croissance, et de reproduction, et le tableau de ses systèmes endocriniens et sensoriels. Ce sera le clou de la section, sinon de l'exposition. Il comprendra, naturellement, un homme de verre,

Le Hall des Sciences médicales et celui de l'Hygiène sont subdivisés, comme les sciences qu'ils représentent. Il pourra même arriver que leurs sujets se pénètrent mutuellement ou soient décrits sous des aspects différents dans les deux sections.

Ces exhibitions s'adressent à un public varié et doivent conserver un caractère éducatif, en évitant toute controverse capable d'affaiblir l'enseignement qu'elles sont chargées de répandre. Il est donc important de savoir quels faits doivent être présentés et comment ils doivent l'être.

Les moyens financiers sont tirés des subventions publiques et de la publicité, ils sont d'ores et déjà assurés. On estime que le prix de revient atteindra de 100 à 150 dollars par mètre carré.

Le bâtiment 5, qui abritera cette vaste manifestation, doit être conservé comme le Musée d'hygiène de la ville de New-York.

Ph. D.

LES CAISSES CHIRURGICALES DANS LA RÉGION PARISIENNE

Il y a quelques semaines j'avais demandé à mon ami le Docteur Delmas (d'Agen) de mettre nos lecteurs au courant de l'activité des Caisses chirurgicales mutuelles, dont il est le père.

Notre distingué confrère a bien voulu répondre à mon désir, en adressant au *Concours Médical* une étude sur les difficultés qu'il y a à organiser dans la région parisienne des Mutuelles analogues à celles qui fonctionnent un peu partout, pour la plus grande satisfaction des médecins et des malades.

Raphaël MASSART.

Depuis que les C. C. M. existent et se multiplient en province, nous avons cherché, vainement jusqu'ici, à déclencher le mouvement de cette mutualité chirurgicale, dans la région parisienne.

Pour expliquer cet échec, on ne peut invoquer la simple inertie des parties intéressées. *Il semble certain que l'esprit mutualiste ne se développe pas à Paris.* Les salariés, rejetant la prévoyance, admettent généralement que les collectivités publiques ou administratives leur doivent des soins gratuits, obligatoires.

Les rapports entre la Mutualité et le Corps médical souffrent encore de malentendus anciens et persistants. Enfin, les chirurgiens eux-mêmes, trop souvent divisés, opposent aux C. C. M. une certaine méfiance.

Depuis quelques mois, cependant, la question évolue incessamment et cette évolution aboutit aujourd'hui à deux projets de C. C. M. : l'un étudié par les chirurgiens, l'autre par la Fédération de la Mutualité.

Le premier respectant la charte médicale, a adopté un tarif d'honoraires où K est égal à 20, comme dans presque toutes les C. C. M. de France.

Cette C. C. M. de Paris, Seine, et Seine-et-Oise, a présenté ses statuts à l'approbation ministérielle. Mais elle ne compte aucun effectif, la prospection n'ayant pas encore été organisée.

Le second : « l'Office chirurgical mutualiste » a donné lieu à des conversations préliminaires entre la Mutualité et la Confédération des Syndicats médicaux.

Ces conversations qui, souhaitons-le, reprendront bientôt, ont précisé utilement deux points importants :

1° Une possibilité d'entente ; atmosphère nouvelle que nous devons certainement à la qualité des hommes en présence : M. Lavielle, pour la Mutualité, et le Docteur Cibrie pour le Corps médical pour ne citer que ceux-là.

L'impartialité, le bon sens et une compréhension réciproque des intérêts en présence semblent amener la Mutualité à admettre le principe du libre choix, qu'elle combattait (tout au moins dans ses organismes chirurgicaux).

2° La volonté de supprimer réellement la dichotomie, et, avant tout, sa clandestinité.

Inspiré, chez les mutualistes, par le double souci de sécurité pour leurs malades et d'économie pour leurs finances, ce désir formel apparaît de plus en plus à la Confédération des Syndicats médicaux comme une nécessité non seulement morale, mais matérielle, qui doit sauver le Corps médical de la fonctionnarisation.

La solution envisagée comporte d'une part la dissociation des honoraires du chirurgien, de ses aides et du médecin traitant.

D'autre part, l'alignement des honoraires chirurgicaux à un tarif tel que le chirurgien ne puisse matériellement rien abandonner de ses honoraires au médecin traitant, honoré séparément.

Pour préciser, les premiers chiffres proposés par la Mutualité sont, croyons-nous, K = 10 pour le chirurgien, K = 2 pour les aides et K = 3 pour le médecin (ce K = 15 semblerait pouvoir être augmenté à K = 18, dans certains cas).

Cette manière de considérer le problème nous paraît assez dangereuse.

Il est possible qu'un tel abaissement d'honoraires (K = 10) corresponde aux conditions qu'acceptent *actuellement* des chirurgiens. Mais s'ils en sont arrivés là, c'est pour lutter contre l'énorme courant des malades vers l'hôpital, courant qui les condamne à mourir de faim.

Il faut voir dans un tel état de choses la conséquence du détournement, parfaitement irrégulier, vers l'hôpital, de malades qui, socialement, ne sont pas des indigents.

Ce détournement porte en totalité sur les assurés sociaux, il porte également aujourd'hui sur les mutualistes qui ont recours à l'Assistance publique non plus dans la proportion de 30 % comme autrefois, mais dans la proportion de 80 % (renseignements donnés par la Mutualité elle-même).

Que ce détournement se justifie par les excès de l'entente directe et par l'absence de cliniques bon marché, c'est indubitable, mais il peut également s'expliquer par l'inertie totale des assurances sociales et de la Mutualité qui

auraient dû, depuis longtemps, organiser pour leurs adhérents des soins confortables en dehors de l'hôpital.

De l'avis de tous les hommes de bon sens — et des dirigeants de la Mutualité eux-mêmes — un chirurgien qualifié par sa valeur professionnelle, pénétré par l'importance de sa responsabilité et désireux d'apporter à ses malades éventuels le maximum de sécurité doit être honoré d'une façon telle qu'il ne puisse jamais être un besogneux.

Sinon, avec l'abaissement de la moralité professionnelle, il faut craindre, dans un avenir proche, l'abandon progressif de la profession elle-même. Un tel abandon peut avoir, à distance, des conséquences graves, pour les mutualistes d'abord, pour le public en général, pour le pays lui-même en cas de guerre par exemple.

Nous voyons donc plutôt la solution du problème dans un relèvement prévu par la Mutualité des honoraires, à un taux convenable (K = 17, par exemple, pour le chirurgien, K = 2 pour les aides et K = 3 pour le médecin). Mais à la condition, absolument logique, que les chirurgiens acceptent un contrôle rigoureux et que ce contrôle puisse aboutir (toute juridiction d'appel étant prévue) à la radiation de la C. C. M. pour les indésirables.

Avec de tels tarifs couvrant chirurgie, oto-rhino-laryngologie et ophtalmologie, petit risque exclus, une C. C. M. fonctionnerait pour une cotisation mensuelle de 4 ou 5 francs, diminuée de 25 % pour les assurés sociaux.

De tels chiffres paraissent réellement à la portée des bourses modestes et pourraient servir de base à un accord entre la Mutualité et les chirurgiens de Paris, accord que nous n'avons jamais cessé de préconiser.

Dr Delmas (d'Agen)
Secrétaire de la Fédération des C. C. M.

BIBLIOGRAPHIE

Payot, édit., Paris

Bibliothèque géographique

René Dollot, ancien ministre de France à Caboul. — **L'Afghanistan.** Préface de M. Abel Bonnard, de l'Académie Française.

M. René Dollot qui a résidé durant deux années en Afghanistan où il représentait la France, a écrit un livre sur ce mystérieux pays. Après avoir résumé son histoire et fait la description de cette région tourmentée qui joue en Asie un peu le rôle que la Suisse joue en Europe, l'auteur décrit les mœurs et les coutumes de ses habitants, son folklore. Il termine par l'exposé de l'œuvre française en Afghanistan, œuvre ici peu connue et qui n'en est que plus méritoire (enseignement du français, fouilles archéologiques).

L'ouvrage de M. R. Dollot mérite mieux que ces quelques lignes. Nous lui consacrerons un article dans un de nos prochains numéros.

J. N.

Office Poétique,

44, rue de Bourgogne, Paris, 1937

Louis Leclerc : Watteau. **Le départ pour les îles.** Pièce en un acte en vers.

Cet à-propos en vers a été inspiré par un petit chef-d'œuvre en prose de M. Edmond Pilon : *Le dernier jour de Watteau.*

Il a été représenté une première fois lors des fêtes du bi-centenaire de la mort de Watteau à Valenciennes, puis à Nogent-sur-Marne où mourut Watteau, enfin à la Comédie française au cours d'une matinée littéraire.

Tout le monde a pu admirer à l'Exposition rétrospective de l'art français les plus belles toiles de Watteau, notamment la fameuse *Enseigne de Gersaint*, du Musée de Berlin.

Les vers que M. Leclerc fait prononcer à Watteau et à ses amis, Mme Gersaint et son mari, le marchand de tableaux, Le Febvre, intendant des menus plaisirs de Sa Majesté, qui donnait l'hospitalité au peintre, M. de la Cour des Chiens, l'abbé Carreau, Vleughels, peintre et compatriote de Watteau, et la gentille soubrette Phlipotte, réunis dans le beau parc de Nogent-sur-Marne, évoquent les toiles du peintre d'une si charmante mélancolie, comme *l'Embarquement pour Cythère.* Poignants sont les adieux de Watteau à Nogent-sur-Marne, dont le poétique paysage lui est si cher :

Adieu, pays plein de lumière,
Dont tous les noms me sont amis,
Terres douces et familières,
De Moyneaux et de Cher Amy,
Fanac, Polangis, calmes îles,
Du sein des roseaux émergeant,
Comme des bergers à la file....
Adieu, Nogent !

Et aussi poignants les derniers mots de Watteau mourant à ses amis qui s'efforcent de le rassurer tandis que l'Angelus du soir tinte dans le lointain :

Non, non, c'est le départ, cette fois, pour les Iles !
Priez, l'abbé. Pour moi, je meurs tranquille ...
Je quitte sans regrets ces bords... C'est le moment
Propice... pour le doux... et lent embarquement.

On ne pouvait mieux évoquer la fin de ce génial et délicieux peintre.

J. Noir.

ORGANISONS SCIENTIFIQUEMENT ET MÉTHODIQUEMENT LE TRAVAIL PHYSIQUE DE L'HOMME

La Science médicale doit s'exercer et s'appliquer dans tous les domaines de l'homme.

— Il ne s'agit pas seulement, comme le rappelle le Docteur Carrel, de construire des hôpitaux de plus en plus magnifiques et des sanatorias dont le luxe et le confort dépassent de beaucoup ce qu'ont à leur disposition, dans leur vie, les neuf dixièmes de la population française.

— L'avenir de la médecine, n'est pas, en effet, de chercher à essayer de remettre sur pied de pauvres machines délabrées dont les rouages sont brisés et détériorés et pour lesquelles hélas, les meilleurs médecins du monde n'ont aucune pièce de rechange.

Il importe, de plus en plus, d'*essayer de garder en bon état ceux qui le sont, et de tout faire pour empêcher nos semblables d'user prématurément leurs organes par un travail trop fort ou mal adapté.* Le médecin a, d'abord, sans aucun doute, pour but d'apaiser la douleur des malades, de chercher à améliorer toutes les thérapeutiques médicales et chirurgicales, et de réparer de son mieux les dégâts causés par la maladie, en un mot de guérir. Mais là ne s'arrête pas son rôle, sa devise doit être beaucoup plus grande, beaucoup plus large, beaucoup plus fraternelle, beaucoup plus humaine, *il doit chercher par tous les moyens à prolonger la vie, et à empêcher la maladie de tomber sur ses semblables. Il ne doit pas seulement guérir, mais :*

« PRÉVENIR LA MALADIE »

Cette idée a été comprise par l'Etat, depuis plus d'une vingtaine d'années. C'est pourquoi, nous avons assisté à l'organisation d'une offensive formidable contre les principaux fléaux qui lui ont été signalés : *la tuberculose, le cancer, les maladies vénériennes, l'alcoolisme, le manque d'hygiène des enfants,* ont été, en effet une des grandes préoccupations de la France, depuis la fin de la terrible épreuve 1914-1918.

Sans doute, y aurait-il lieu de faire sur cette véritable bataille sociale certaines réserves, et de manifester quelques regrets sur la tactique de l'offensive vraiment ruineuse et dispendieuse pour l'Etat. Nous ne reviendrons pas sur ce sujet déjà traité dans un précédent article.

Ce que nous voulons montrer, c'est que s'il est bon de lutter contre des fléaux qui, incontestablement comptent parmi les plus grandes causes de la mortalité humaine, il en est un autre, qui est non moins redoutable, plus important peut-être encore, sur lequel nous devons attirer l'attention de l'Etat :

« *La mauvaise organisation du travail physique chez l'ouvrier.* »

Une des grandes causes de la mortalité française, une des grandes causes de la diminution de la vie des hommes est, il faut bien l'avouer, l'usure et la fatigue causées par u travail physique mal adapté ou mal dirigé.

Voulons-nous éviter de remplir nos hôpitaux de pauvres malades usés avant le temps, et augmenter le bonheur de ceux qui sont obligés de travailler ? C'est ce que recherche tout médecin. Occupons-nous et encore de cette question, voyons ce qui se passe et s'il n'y aurait pas lieu d'apporter quelques améliorations.

« . . . L'important est d'avancer toujours, si peu que ce soit, de réaliser toujours quelque chose de nouveau dans son œuvre », aimait à répéter souvent le Maréchal Lyautey « Savoir comprendre, voilà le secret de la Force ». Cette lumière, vous ne devez pas la garder pour vous seul, vous devez la répandre autour de vous. . . »

I. — L'organisation actuelle du travail de l'homme.

Dans nos chantiers, dans nos usines, dans nos campagnes, où l'on doit faire appel à la main-d'œuvre, on engage le premier venu, quel que soit son âge, quelle que soit sa force, quel que soit l'état de son cœur. On ne voit dans la demande qui est faite, qu'un homme ayant besoin de gagner un salaire quelconque pour vivre. *Et alors, nous voyons des pauvres gens minés, fatigués, déprimés qui s'engagent pour les besognes les plus dures, les plus rudes, pour lesquelles ils ne sont nullement faits et devant lesquelles leur organisme frêle et délicat succombe en un temps relativement court.*

Faudra-t-il donc dans ce siècle de progrès et de lumière, laisser à nos semblables un travail au-dessus de leurs forces ?. . . alors que nous nous occupons tant de sélectionner pour les gros travaux les animaux qui doivent nous aider ?. . . . . Avec quel soin, en effet, les industriels et les cultivateurs choisissent les chevaux qui doivent fournir un gros labeur, et sélectionnent les animaux dans ce but !. . . Que dirions-nous si on les voyait mettre au labour des chevaux malingres, nerveux, vifs, ou des animaux épuisés et chancelants et sans force pratique ? . . . . . Que dirions-nous si nous voyions un travail aussi mal organisé ? Nous les plaindrions et nous les blâmerions ! ! !. . . *Or, ce que vous ne voudriez pas accepter pour les animaux se passe*

encore en 1937 pour l'homme, malgré un siècle de progrès, malgré l'évolution scientifique du monde!

Pendant plus de dix ans, en effet, nous avons pu observer de près de pauvres gens qui devaient fournir un travail visiblement au-dessus de leurs forces. Nous avons vu des hommes de tous les âges fournir des journées entières un travail exagéré malgré leur petitesse, malgré leur faiblesse apparente. *Certains ont même tant dépassé la mesure, qu'épuisés ils sont tombés en plein travail, pour ne plus se relever !...*

Verrons-nous encore dans nos chantiers, dans nos gares, des pauvres gens obligés à gaspiller les dernières forces qui leur restent en déchargeant des fardeaux trop lourds pour eux, ou en portant des charges illogiques ?...

Verrons-nous dans nos campagnes, des pauvres gens ayant dépassé la soixantaine, occupés à des travaux de force, en proie à de violentes dyspnées qui les épuisent ? Verrons-nous toujours des hommes blanchir trop vite, connaître dès la cinquantaine la vieillesse ?

Que ce soit en ville, ou à la campagne, partout, nous pouvons voir des hommes fatiguer exagérément au travail qui leur est demandé. Ils se taisent, sans doute, mais s'aigrissent et sont des proies faciles pour ceux qui veulent les diriger et les mener dans une aventure où ils peuvent penser voir un changement ou un faible espoir d'amélioration.

Faudra-t-il, donc, délaisser ces bons travailleurs, ces millions de Français, fraction laborieuse de notre Pays « *La France productrice* » ?... Faudra-t il donc continuer de les laisser avec un travail aussi mal organisé ?... et oser parler d'hygiène sociale.

Notre devoir est d'aller à leur secours !...

La machine a diminué, il est vrai, dans une certaine proportion, le nombre des gros travaux, et il est permis de penser que par la construction et le perfectionnement de certaines machines, la science de nos ingénieurs les diminueront encore.

Le *machinisme* a été un progrès pour l'homme dans le travail, mais il ne suffit pas. Quel que soit le perfectionnement des outils et des instruments, à la ville comme à la campagne, « *il faudra toujours faire appel à la main de l'homme pour certains travaux de force. Jamais aucune machine ne remplacera complètement sa main délicate, intelligente, rapide, robuste, éclairée par un cerveau instruit et intelligent...* »

«... Ce qui est triste, disait Paul Deschanel, c'est de voir que chaque génération survenante ramène avec elle, les mêmes préjugés, les mêmes erreurs. Le monde doit être un vaste atelier ou tous les ouvriers, du savant au manœuvre, coopèrent à la même tâche, c'est-à-dire au labeur humain... »

Ce grand Français, à l'intelligence lumineuse et d'une sensibilité exquise souffrait de voir qu'on faisait en réalité bien peu de chose pour les travailleurs et que leur sort tant physique que matériel s'améliorait malgré les siècles bien peu. Il demandait une savants et à tous ceux qui soit à l'usine ou en dehors de l'usine vivent du travail des autres ou par les travailleurs, de penser à eux, de « coopérer » selon son expression à leurs souffrances, à leurs efforts, à leurs fatigues et de leur montrer que l'homme a en plus des autres êtres vivants, un cœur qui peut compatir et comprendre les souffrances de ses semblables.

Que cette pensée magnifique soit pour nous aujourd'hui et pour tous demain un mot d'ordre si nous ne voulons encourir plus tard la blâme de la génération qui nous suivra.

II. — Le travail physique de l'homme se fait au détriment de son cœur.

Toutes les machines ont un moteur qui les anime, l'homme n'échappe pas à cette loi universelle. Il a aussi un moteur, mais s'il est merveilleux, et si nous devons nous incliner devant sa constitution et son fonctionnement artistiques, *il est, ne l'oublions pas, peu puissant et fragile.* Ce cœur pourquoi a-t-il été fait ?... *Il n'a été donné à l'homme que pour le faire vivre, pour chasser le sang dans toutes les parties du corps, et non pour faire des travaux de force.* Que l'homme désire courir, sauter, grimper, le cœur répond parfaitement à la demande qui lui est faite. Mais même dans ce cas, il faut l'avouer, pour ces simples fonctions, il y a des défaillances du cœur car ce n'est que pour quelques instantset on voit des hommes jeunes (25 ans, 30 ans) n'ayant fait aucun sport violent, ni ne s'étant livrés à aucune fatigue physique qui éprouvent déjà des ennuis avec leur cœur. *Tout travail physique se fait donc aux dépens et au détriment de l'organisme qui nous fait vivre.*

Que se passe-t-il, alors, quand on demande à cet organe, un gros travail extérieur ?... *Il est facile de comprendre que l'épuisement et la fatigue de notre moteur se font d'autant plus vite que le travail est plus rude, continuel et violent.*

Voilà pourquoi tant de maladies de cœur existent, et voilà pourquoi, nous Médecins, nous devons avoir la délicate mission de veiller de très près sur ces organes délicats, et sur ceux qui pour vivre se dépensent sans compter pour les autres.

Il y a quelques mois, nous demandions la visite réglementaire de tous les gens. Elle est nécessaire sans aucun doute. L'autorité Gouvernementale a entendu cet appel, et il nous est permis, semble-t-il, de dire qu'avant peu, la douce joie de voir cette visite annuelle rendue obligatoire nous sera donnée.

De cette visite doivent découler des consé

quences et parmi celles-ci, une des premières et une des plus importantes sera logiquement et forcément : *la sélection de ceux qui seront appelés à fournir un travail manuel ou physique important.*

« ... Il faut que les travailleurs si accablés par les réalités d'aujourd'hui (disait un de nos grands penseurs de notre siècle), se sentent aidés par la logique... Il faut qu'ils se sentent portés pour ainsi dire par le raisonnement de force qui se développe dans la réalité ... »

Ah ! oui, soyons logiques, faisons preuve d'intelligence pour l'*homme lui-même* avant de l'appliquer à la matière ou à toute autre science.

III. — Il faut surveiller de près les moteurs de nos travailleurs.

Puisque l'homme est, comme nous venons de le rappeler, une machine, et qu'il fait le travail qui lui est demandé au *détriment de son cœur*, il faut de toute évidence, surveiller de très près son moteur... c'est-à-dire son cœur, toutes les fois qu'il s'adonne à un travail de force, *et bien veiller à lui donner un travail logique en rapport avec sa puissance.*

C'est pourquoi il faut, comme nous venons de le rappeler, de toute évidence, classer les travaux qui *peuvent tous être rangés en trois catégories.*

Les gros travaux, très durs, qui demandent *une très grosse force de la part de ceux qui s'y adonnent.*

Les travaux moyens qui demandent un développement de force moins importante tout en demandant une certaine énergie.

Les travaux manuels minimes, peu fatigants, qui ne demandent à celui qui les fait *qu'un minimum de forces physiques* et peuvent être réservés à eux qui doivent être ménagés.

Si on répartit ainsi les travaux, il est facile de comprendre qu'ils ne doivent pas être donnés à tous indifféremment, comme on le fait actuellement.

On doit tenir compte de l'âge, et non seulement de l'âge, mais de la force, et des variations actuelles de la santé.

L'âge, *en effet, doit être un facteur important pour la distribution du travail.* Un jeune homme a toujours un cœur plus résistant qu'un homme âgé. Est-il logique qu'un homme de soixante ans soit à porter des fardeaux toute la journée et qu'un homme jeune (25 ans) de même condition et de même force, ne soit qu'à les compter, ou à les regarder passer ?...

Est-il logique de voir un homme vigoureux assis à un bureau, alors qu'un homme faible est occupé aux déchargements de wagons et de tombereaux ?...

La *force et la vigueur physique* sont aussi des considérants qui doivent être envisagés pour le travail aussitôt après l'âge.

Elles sont, en effet, des conditions importantes, pour la sélection des travailleurs car les apparences sont trompeuses. Ce n'est pas parce qu'on a l'air robuste, que le moteur qui anime ce cœur est puissant. Et voilà pourquoi nous sommes amenés tout naturellement *au contrôle des travailleurs par le médecin et par des visites bi-annuelles. Seul le médecin a qualité en effet pour juger la force des gens et pour les surveiller.*

La force et la vigueur physique comme l'énergie du cœur peuvent en effet *subir des variations, en un temps très court.* Un homme de 25 ans peut être à un moment très fort, très vigoureux, et apte aux gros travaux... un an après, sa force peut avoir diminé, et il peut éprouver de la fatigue pour le même travail. C'est au médecin qu'il appartient de voir s'il y a lieu de lui faire changer de poste. Si donc on veut ménager la vie de nos semblables, nous arrivons à cette idée rationnelle, scientifique et médicale, que les travailleurs doivent non seulement être visités par le médecin, mais encore rangés par lui, *en tenant compte de l'état de leur cœur, de leur état de santé,* en catégories correspondant aux classifications que nous avons cru devoir proposer pour le travail :

Les forts.
Les moyens.
Les faibles.

La visite régulière de tous est donc nécessaire, mais doit comporter en plus pour les travailleurs des conclusions extrêmement importantes et précises d'où peut dépendre la vie de la personne.

1° Soit... *la permission de continuer le travail actuel....* soit *le retrait de cette permission.*

2° La remise au cours de la visite d'un jeton colorié en rapport avec la force de la personne.

Vert : pour les robustes,
Violet : pour le moyens,
Rouge : pour les faibles,

Le jeton serait vérifié par le médecin tous les six mois. Et alors, quel que soit l'endroit où l'ouvrier irait s'embaucher, quelque soit l'endroit de France où il pourrait aller, *il devrait présenter le jeton officiel* prouvant le contrôle de sa force, de sa résistance et de sa puissance au travail physique. *Sans cette marque* logique, scientifique et médicale, personne ne pourrait être occupé pour un travail quelconque et serait dans l'obligation d'aller la chercher à la visite médicale.

L'idée que nous émettons si elle peut apporter un changement dans l'organisation du travail,

n'est au fond que le développement de ce que certaines Administrations font déjà pour certains travaux particulièrement délicats, qui demandent une très grande responsabilité. Il nous a été donné d'apprendre que dans les Compagnies de chemins de fer, les mécaniciens et les chauffeurs de locomotives passent régulièrement la visite près des Médecins qualifiés qui sont chargés de voir s'il ne s'est pas produit un changement quelconque dans l'organisme, et s'ils sont toujours aptes à avoir la confiance des Dirigeants.............. N'est-ce pas encore cette idée que l'on a voulu mettre en pratique pour nos aviateurs militaires et civils en leur faisant passer régulièrement la visite ?.........
N'est-ce pas encore cette idée qu'on a réalisée dans l'Armée et la Marine pour voir et contrôler l'aptitude de ceux qui veulent entrer au service de l'Etat ?...

Alors, pourquoi oublierait-on ceux qui fournissent du travail aux dépens de leur moteur humain, et par là même de leur propre vie, non pas quelques semaines ou quelques mois, mais toute leur existence ?

Organisons donc scientifiquement et intelligemment *le travail* de nos *Semblables*, de nos Ouvriers, des Travailleurs de la ville et de la campagne. Penchons-nous fraternellement sur eux, et gardons de notre mieux leur jeunesse et leur santé... Ainsi c'est leur donner beaucoup plus que la richesse car l'argent n'est qu'un bien et un bonheur relatif avec lequel on n'achète pas et on n'acquiert pas les deux plus grands biens qu'un homme puisse avoir : la jeunesse physique et physiologique et la santé... A quoi sert de se constituer une retraite ou un capital si on ne doit pas en profiter quelque temps ?

Qu'on ne voie plus de ces pauvres gens, usés, à l'organisme délabré, gaspiller leurs dernières forces vitales pour la collectivité...........
Qu'on ne voit plus de ces pauvres gens rentrer chez eux courbés par la fatigue de leur travail, jusqu'au moment où on vient les amener sur un lit d'hôpital. A ce moment, la science médicale, même avec toute sa puissance ne peut que donner des résultats médiocres, car elle ne peut changer les rouages usés de la pauvre machine humaine.

Surveillons donc de très près ceux qui travaillent, veillons sur leurs forces, sur leur corps et sur leur cœur.

L'Etat qui a mis dans sa devise Républicaine, ce grand mot :

« *Fraternité* »

le mettra en application, en luttant contre ce mal, peut-être plus important que tous les autres :

Le fléau *de l'épuisement du cœur au travail*;

Le fléau *des maladies de cœur* ;

Le fléau *des cardiaques.*

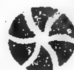
En ordonnant la visite réglementaire des travailleurs et leur classification par catégories, l'Etat fera sûrement faire un progrès à la science, un véritable progrès. Le progrès n'est pas seulement l'amélioration de la machine mais le seul et véritable progrès qui compte, le seul qui fait la richesse d'un Pays, le plus grand de tous les biens, c'est de conserver pour tous, ce qui est irremplaçable et le plus précieux :

« *La vie* ... *La Santé du corps* ».

Il est beau sans doute de chercher à améliorer les derniers jours des travailleurs, par des hôpitaux ou par des subsides, *mais il serait encore plus beau, et bien plus glorieux de mettre tout en œuvre pour faire que les nombreuses victimes soient de moins en moins nombreuses et que les hôpitaux soient de moins en moins remplis.*

Le médecin devrait donc être appelé, plus qu'il l'a été jusqu'à ce jour, à participer à l'organisation du travail. Il pourrait ainsi améliorer grandement la santé et le bien-être de tous ceux qui travaillent,

Dr H. BRIAND (Rennes).

Documents officiels



SÉRUMS ET VACCINS

I

Arrêté concernant la production des sérums provenant d'animaux vivants

DISPOSITIONS GÉNÉRALES POUR LA PRODUCTION DES SÉRUMS PROVENANT D'ANIMAUX VIVANTS

Art. 1er. — L'établissement doit être sous la direction et le contrôle d'un vétérinaire qualifié.

Les animaux doivent être sains, éprouvés selon leur espèce, à la malléine ou à la tuberculine. On doit éliminer les sujets atteints de brucelloses. Les animaux sont observés et isolés pendant sept jours au moins, avant d'être logés avec les autres animaux producteurs de sérum. Ils doivent être immunisés contre le tétanos, de façon que leur sérum contienne de l'antitoxine tétanique pendant tout le temps de leur utilisation.

Les écuries doivent être installées à une distance suffisante des laboratoires.

Art. 2. — Il est interdit de recueillir le sang dans les abattoirs pour le faire servir à la préparation des sérums thérapeutiques.

Art. 3. — Si les sérums sont additionnés d'un antiseptique, la nature de celui-ci et la dose introduite doivent être approuvées par la Commission des sérums.

Art. 4. — Tout sérum doit être éprouvé au point de vue de la toxicité par inoculation sous-cutanée à la souris et au cobaye aux doses suivantes :

Souris de 15 grammes : 0 centimètre cube 5.

Cobaye de 300 grammes : 5 centimètres cubes.

Ces doses ne doivent déterminer ni la mort, ni accidents graves.

DISPOSITIONS SPÉCIALES A CERTAINS SÉRUMS

Sérum antidiphtérique (antitoxine diphtérique).

Art. 5. — Le sérum antidiphtérique appelé encore antitoxine diphtérique, du nom du principe qu'il contient, est le sérum séparé du sang d'animaux immunisés contre la toxine diphtérique.

La valeur du sérum est mesurée en unités antitoxiques. L'unité **antitoxique** est celle qui a été définie à la conférence de Genève en 1926. Elle est déposée au laboratoire habilité à cet effet.

Titrages. — L'activité en unités d'antitoxine diphtérique est déterminée, conformément à une méthode approuvée par le ministre de la Santé publique et fixée par arrêté.

L'étiquette de chaque flacon doit indiquer le nombre de centimètres cubes ou de grammes contenus dans le flacon, le nombre d'unités antitoxiques par centimètre cube pour les produits liquides, ou par gramme pour les produits desséchés.

Le sérum antidiphtérique peut être concentré et purifié ; cette préparation est soumise aux règles générales concernant ledit sérum.

Sérum antitétanique (antitoxine tétanique).

Art. 6. — La préparation du sérum antitétanique est soumise aux mêmes règles que celle du sérum antidiphtérique.

Sérum antidysentérique (Shiga).

Art. 7. — La préparation du sérum antidysentérique est soumise aux mêmes règles que celle des deux sérums précédents.

Sérum antivenimeux.

Art. 8. — L'activité du sérum antivenimeux est déterminée par la recherche de son pouvoir antitoxique et de son pouvoir préventif suivant une technique fixée par arrêté du ministre de la Santé publique, après avis de la Commission des sérums.

Sérum antigangréneux.

Art. 9. — L'activité de ce sérum préparé en injectant aux animaux les principales espèces microbiennes responsables de la gangrène, est déterminée par l'injection au cobaye d'un mélange de cultures ou toxines, des germes de la gangrène avec le sérum envisagé. Ces essais doivent être faits suivant une technique fixée par arrêté du ministre de la Santé publique après avis de la Commission des sérums.

Autres sérums.

Art. 10. — La préparation des autres sérums thérapeutiques est soumise à des règles qui sont déterminées pour chacun d'eux, par arrêté du ministre de la Santé publique, après avis de la Commission des sérums.

Les centres de récolte de sérums humains (sérums de convalescents, sérums pour déterminer les groupes sanguins), doivent être régulièrement autorisés. Il sont soumis au contrôle.

Dispositions générales concernant les vaccins bactériens

Art. 11. — La dénomination d'un vaccin,ou de plusieurs vaccins mélangés, doit toujours être soumise au ministre de la Santé publique et ne peut être adoptée qu'après autorisation.

Art. 12. — Les récipients contenant les vaccins devront porter une étiquette indiquant, indépendamment des indications obligatoires fixées par arrêté spécial :

La composition exacte du vaccin,

Le nombre ou le poids des microorganismes par centimètre cube de vaccin.

Art. 13. — Si le vaccin contient un produit autre qu'un simple véhicule, mention doit en être faite avec l'indication exacte de ses propriétés et de son rôle dans la préparation.

Art. 14. — Pour les produits constitués par des lysats de microbes, ou des broyats de corps microbiens, le fabricant doit indiquer les procédés qualitatifs et quantitatifs, qui permettent l'identification du produit.

Art. 15. — Les vaccins doivent être stériles quand ils sont constitués par des microorganismes tués.

Quand ils sont constitués par des microorganismes vivants, les vaccins ne doivent pas contenir d'autres germes que ceux répondant à la qualification spécifique du vaccin.

Dans ce cas, on doit s'attacher tout particulièrement à la preuve de l'innocuité.

Chaque vaccin est éprouvé, soit par ensemencement sur les milieux de culture convenant à l'espèce microbienne en cause, soit, à défaut de culture, par inoculation à un animal d'une espèce sensible au microorganisme en cause.

Dispositions spéciales concernant certains vaccins

Vaccin antidiphtérique.

Art. 16. — Le fabricant doit, pour le vaccin antidiphtérique, donner toutes indications concernant : sa nature, son mode d'emploi, sa posologie.

Le contrôle du vaccin antidiphtérique doit, en dehors de l'épreuve de stérilité, faire la preuve de son innocuité et de son pouvoir immunisant.

Vaccin antitétanique.

Art. 17. — Le vaccin antitétanique est soumis aux mêmes règles que le vaccin antidiphtérique.

Vaccin antirabique.

Art. 18. — Le vaccin antirabique doit être préparé suivant une méthode approuvée par arrêté du ministre de la Santé publique après avis de la Commission des sérums ; le contrôle de son activité et de son innocuité est assuré dans les mêmes formes que pour les vaccins ci-dessus désignés.

Vaccins spéciaux dits « Auto-vaccins ».

Art. 19. — Les vaccins préparés spécialement pour un seul malade (auto-vaccins) tombent sous le coup de la loi du 14 juin 1934. Les laboratoires qui désirent préparer ces vaccins ne peuvent le faire qu'après avoir obtenu, après enquête, une autorisation régulière. Ils sont soumis au contrôle.

Toxines.

Toxine pour la réaction de Schick.

Art. 20. — La toxine destinée à l'épreuve de Schick, filtrat stérile d'une culture sur bouillon nutritif du germe spécifique de la diphtérie, ne peut être délivrée que diluée. Mention doit être faite de cette dilution ainsi que du mode d'emploi.

Venins.

Venin de cobra.

Art. 21. — Le venin de cobra ne peut être délivré qu'en dilution. Les dilutions de venin de cobra sont titrées en unités-souris et, sur chaque ampoule, doit être indiqué d'une façon très apparente, le titre de la dilution.

Autres venins.

Art. 22. — Les dispositions précédentes s'appliquent aux autres venins. Pour chacun d'eux, mention doit être faite de la toxicité en unités toxiques physiologiques.

Autres produits.

Art. 23. — Les produits destinés aux réactions allergiques et aux traitements allergiques, tels que tuberculine, abortines, etc. ; les produits dits immunisants et en général tous les « produits biologiques » analogues, ne peuvent être préparés que dans les laboratoires régulièrement autorisés, après enquête. Lesdits laboratoires sont soumis au contrôle.

Dispositions générales concernant les substances injectables d'origine organique non définies chimiquement

Art. 24. — Sont désignées sous le nom de substances injectables d'origine organique non définies chimiquement tous les produits injectables préparés à partir des divers organes et tissus animaux à l'exception des solutés injectables ne contenant que des principes chimiquement définis, préalablement isolés de ces organes. Par principe chimiquement défini, il faut entendre toute substance isolée à l'état pur, caractérisée par des constantes physiques précises et par des réactions chimiques déterminées.

Art. 25. — Les organes utilisés pour les préparations injectables doivent être des organes frais traités aussitôt que possible après leur récolte.

Le sang ne peut être recueilli que sur des animaux parfaitement sains, suspendus après l'assommement, jamais sur des animaux abattus laissés sur le sol.

Il est interdit de prélever sur les viandes foraines, sur les abats forains, des organes destinés à des usages thérapeutiques.

Il est interdit de recueillir dans les abattoirs non soumis à l'inspection vétérinaire permanente, du sang, des organes, des fœtus et embryons destinés aux usages susvisés.

Art. 26. — La délivrance de l'autorisation d'effectuer des prélèvements est subordonnée à une enquête préalable et à l'approbation des moyens que le demandeur doit indiquer, et qu'il doit mettre en œuvre pour assurer la récolte et la conservation des produits depuis le moment du prélèvement jusqu'à celui de leur traitement.

Le demandeur est tenu de disposer, à l'intétérieur de l'abattoir, d'un local spécial, organisé conformément aux prescriptions du service vétérinaire, et soumis au contrôle de ce dernier.

Ce local, dans lequel il ne peut être introduit ni graisses, ni os, ni d'autres issues ou sous-produits d'abatage, doit être constamment tenu en parfait état de propreté et d'entretien.

Art. 27. — Les organes destinés à la préparation des produits injectables d'origine organique doivent être exempts de toutes altérations pathologiques et être recueillis dans de bonnes conditions de propreté ; ils doivent provenir d'animaux propres à la consommation et portant l'estampille du service vétérinaire.

Les organes ne sont détachés des viandes et abats qu'après la visite du vétérinaire de service ; ils ne peuvent être recueillis et transportés que dans des récipients conformes aux conditions fixées dans l'arrêté d'autorisation.

Pendant la saison chaude, ces récipients doivent être réfrigérés artificiellement.

Les organes ne peuvent être enlevés des abattoirs qu'après avoir été soigneusement épluchés et débarrassés des parties graisseuses.

Les opérations d'épluchage des organes ne peuvent être faites ailleurs que dans le local prévu ci-dessus.

Au cours des diverses opérations pratiquées sur les organes, il est formellement interdit de faire usage des substances autres que celles admises par la Commission des sérums.

Avant la sortie de l'abattoir, les organes doivent être présentés, de jour, à la visite du vétérinaire sanitaire, qui délivre un laissez-passer mentionnant la date et l'heure de la visite. Ils doivent être évacués aussitôt de l'établissement, après présentation du laissez-passer.

Les organes, le sang, reconnus par le service vétérinaire, après examen sanitaire de l'animal abattu, impropres à des usages thérapeutiques, doivent, sous le contrôle dudit service, être rejetés pour être réservés à des usages industriels.

Si les organes ou le sang reconnus impropres ont été mélangés respectivement à d'autres organes ou à du sang, tout le lot doit être rejeté, pour être réservé à des usages industriels.

Les fœtus et embryons sont soumis à la même réglementation que les organes destinés à l'opothérapie.

Art. 28. — Les personnes autorisées à enlever des abattoirs les organes, fœtus et embryons doivent indiquer journellement, sur un registre coté et paraphé par le fonctionnaire désigné par le préfet, toutes indications utiles concernant la provenance et la destination des organes, des fœtus et embryons enlevés. Ce registre doit être présenté à toute réquisition des membres de la Commission des sérums.

Art. 29. — Si les fœtus et embryons ne doivent être que partiellement utilisés, le prélèvement et l'épluchage des organes et tissus destinés à l'opothérapie ne peuvent être faits ailleurs que dans le local prévu à l'article 26.

Art. 30. — Les glandes, organes ou tissus des animaux destinés à des usages thérapeutiques ne peuvent être importés qu'accompagnés d'un certificat d'origine et de salubrité mentionnant que ces organes, glandes ou tissus proviennent d'animaux reconnus sains au moment de l'abatage, et sacrifiés dans les abattoirs dotés d'une inspection vétérinaire permanente.

S'ils ont été soumis, avant l'expédition, à un procédé de conservation, le certificat doit porter, outre les mentions prescrites ci-dessus, l'indication du conservateur utilisé, et spécifier qu'ils étaient exempts de toute altération et de toute adultération au moment où

ils ont été soumis à l'action de l'agent conservateur.

Pour la conservation des tissus d'animaux, glandes et organes importés, il ne pourra être fait usage de procédés autres que la congélation, sauf autorisation spéciale délivrée par le ministre de la Santé publique.

Les organes, glandes, tissus importés doivent être dirigés directement sur une fabrique de produits opothérapiques ou sur un frigorifique placé sous le contrôle du service vétérinaire sanitaire. Dès leur arrivée, ils doivent être soumis par les soins du destinataire, à l'examen du service vétérinaire à qui doivent être présentés, en même temps, le certificat d'origine et les pièces de transport.

Art. 31. — Le procédé de préparation du produit faisant l'objet de la demande devra être décrit, non seulement dans son principe, mais aussi dans son mode opératoire. Les enquêteurs devront pouvoir suivre cette fabrication et prélever des échantillons au cours de celle-ci. Pour les produits contrôlables biologiquement, le degré d'activité sera déterminé par des procédés admis par la Commission des sérums. Pour les produits non contrôlables biologiquement, l'activité sera exprimée en poids d'organe frais avec correspondance en extrait sec, en cendres et en chlorures pour une quantité déterminée de la préparation.

Art. 32. — Le conseiller d'Etat directeur général de l'hygiène et de l'assistance est chargé de l'exécution du présent arrêté.

(*J. O.*, 6 février 1937.)

II

Arrêté concernant la vente des produits visés par la loi du 14 juin 1934

Art. 1er. — Les produits visés par la loi du 14 juin 1934 et destinés à la vente doivent être répartis dans les récipients en verre, scellés à la lampe ou bouchés de manière à mettre leur contenu à l'abri des contaminations microbiennes. Pour certains produits, un autre mode de répartition peut être autorisé, en raison de leur caractère. Les conditions en sont arrêtées dans chaque cas particulier et mentionnées au décret d'autorisation.

Art. 2. — Les enveloppes extérieures des récipients contenant les produits destinés à la vente doivent porter les indications ci-après :

a) Le nom et l'adresse du fabricant conformes aux indications qui figurent au décret d'autorisation ;

b) La mention d'autorisation de débit, libellée, sans autre indication, sous la forme suivante : « Décret du .... (date de promulgation du décret) ;

c) Le nom scientifique usuel du produit, tel qu'il figure au décret d'autorisation, imprimé au-dessus ou au-dessous de la dénomination commerciale, si elle existe, et en caractères au moins aussi apparents ;

d) La composition exacte du produit et le titrage en éléments utiles ;

e) L'indication, s'il y a lieu, de l'addition de substances antiseptiques servant à la conservation, avec leur nature et leur proportion centésimale ;

f) Le mode d'administration du produit ;

g) La date limite d'utilisation dans les conditions fixées par le décret d'autorisation, ou à défaut suivant les règles déterminées pour chaque catégorie de produits par arrêté ministériel ;

h) Le numéro d'ordre prévu à l'article 5 du décret du 26 août 1936.

Art. 3. — Les récipients contenant les produits doivent obligatoirement porter l'indication du nom et de l'adresse du fabricant, du nom, du titrage et du numéro d'ordre du produit, les autres mentions portées sur les enveloppes extérieures sont facultatives pour l'étiquetage des récipients.

Art. 4. — Les toxines, les venins utilisés dans un but diagnostique ou thérapeutique, sont livrés dans des récipients et emballages portant, en plus de l'étiquette, une large bande rouge mentionnant en lettres noires, le mot « toxique ».

Art. 3. — Le Conseiller d'Etat directeur général de l'Hygiène et de l'Assistance est chargé de l'exécution du présent arrêté.

(*J. O.*, 6 février 1937.)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— Cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie. — M. le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE a commencé son cours le lundi 22 novembre 1937, à 16 heures, au Petit amphithéâtre de la Faculté de médecine et continuera ce cours les lundis à la même heure.

PROGRAMME DU COURS : *Histoire de la neuro-psychiatrie.* — Lundi 29 novembre 1937 : Neuro-psychiatrie préhistorique et assyro-babylonienne. — Lundi 6 décembre : Neuro-psychiatrie égyptienne et hébraïque. — Lundi 13 décembre : Neurologie grecque. — Lundi 20 décembre : Psychiatrie grecque. — Lundi 10 janvier 1938 : Neuro-psychiatrie indoue et extrême orientale. — Lundi 17 janvier : La neuro-psychiatrie à Rome de la République à Théodose. — Lundi 24 janvier : La neuro-psychiatrie à Byzance jusqu'à Mahomet II. — Lundi 31 janvier : La neuro-psychiatrie dans la médecine arabe et le Moyen-Age. — Lundi 7 février : Les épidémies de démonopathies. — Lundi 14 février : La neuro-psychiatrie au XVIIe siècle.

— Cours de pharmacologie. — Mlle Jeanne LÉVY agrégée, a commencé ses leçons le mardi 16 novembre 1937, à 17 heures (amphithéâtre Vulpian), et les continuera les jeudis, samedis et mardis, à la même heure, pendant les mois de novembre et décembre 1937.

OBJET DU COURS : Eléments de pharmacologie générale ; rapport entre la constitution chimique des médicaments et leur action pharmacodynamique.

— Pathologie médicale (Professeur : M. ABRAMI). — M. J. HAGUENAU, agrégé, a commencé ses leçons le lundi 15 novembre, à 18 heures, au Petit amphithéâtre de la Faculté, et les continuera les mercredis, vendredis et lundis à la même heure.

SUJET DU COURS : Pathologie du système nerveux, (maladies de la moelle épinière et des nerfs périphériques).

— Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu (Professeur : M. Paul Carnot). — PROGRAMME GÉNÉRAL DE L'ENSEIGNEMENT. I. *Leçons cliniques* les mardis et samedis, à 10 h. 30. Amphithéâtre Trousseau Samedi : Leçon clinique par le Professeur CARNOT ; premier et troisième samedis : Leçons de clinique générale ; deuxième et quatrième samedis ; Leçons de gastro-entéro-hépatologie.— Mardi : Présentations de malades du service et de la policlinique par les chefs de clinique et les anciens chefs de clinique

II. *Enseignement de médecine générale* (stagiaires de 1re, 2e et 3e années) : *a*) Leçons de sémiologie par les chefs de clinique et les internes : lundi, mercredi, venr dredi, à 9 h. 30 (amphithéâtre Trousseau). — *b*) Examen des malades ; lectures des observations : Docteu- Henri BÉNARD, agrégé, médecin de l'Hôtel-Dieu ; Docteurs BAUMGARTNER et BENSAUDE, chefs de clinique (Salles Saint-Christophe et Sainte-Jeanne) ; Docteurs LIBERT et COURY (salles petit Saint-Christophe et petit Saint-Charles).

III. *Enseignement de gastro-entéro-hépatologie.* Etudiants en fin d'études et docteurs : *a*) Examen des malades et explorations digestives : Docteur CAROLI, médecin des hôpitaux ; Docteurs MALLARMÉ et RAMBERT, chefs de clinique (salles Saint-Charles et Sainte-Madeleine). Consultations commentées pour les élèves (tube digestif, foie, pancréas) par le Docteur CAROLI, le jeudi à 10 h. 1/2, salon Sainte-Madeleine. — *b*) Policlinique digestive (salles de consultations Sainte-Madeleine), tous les jours, à 9 h. 1/2. — Estomac et intestin (Docteurs BOUTIER et STIEFFEL) : lundi, mercredi, vendredi. Rectum et anus (Docteur FRIEDEL) : mardi, jeudi, samedi. Œsophage (Docteur DUFOURMENTEL) : samedi, à 11 h. 1/2 — *c*) Examens de radioscopie digestive : Docteurs LAGARENNE et DIOCLÈS, chefs des laboratoires de radiologie : lundi, mercredi, vendredi, à 11 heures. *d*) Cours de gastro-entéro-hépatologie pratique. Docteur CAROLI, médecin des hôpitaux : les grands syndrômes hépato-biliaires : les mercredis de janvier et février, à 18 heures (amphithéâtre Trousseau).

N. B. — Le stage d'une année dans les services de gastro-entéro-hépatologie de la clinique donnera lieu, s'il est validé, à un certificat.

IV. *Réunions du dimanche* (amphithéâtre Trousseau ; pour les médecins praticiens) : *a*) Du jour de l'An à Pâques : tous les dimanches, à 10 h. 30, leçons sur les problèmes d'actualité (affiche spéciale) ; *b*) tous les deux mois, les premiers dimanches de janvier, mars, mai, juillet, de 9 heures à midi : Assemblée française de médecine générale : discussion d'une question clinique par les délégués des Assises régionales.

V. *Cours de perfectionnement* : Vacances de Pâques : Cours pratique de physiothérapie (un mois), Docteur DUHEM, électro-radiologiste des hôpitaux, chef de service. — Début : Lundi de Quasimodo (affiche spéciale). — Grandes vacances (septembre-octobre) Quinzaine de révision pratique de gastro-entéro-hépatologie : leçons sur les sujets d'actualité : présentations de malades techniques cliniques, radiologiques et de laboratoire — Début : dernier lundi de septembre (affiche spéciale).

VI. *Laboratoire de la clinique* (laboratoire Dieulafoy) : Ouvert aux travailleurs en vue de travaux originaux ou de thèses, sous la direction du Professeur CARNOT et du Docteur H. BÉNARD, agrégé ; chefs de laboratoires : Analyses biologiques : M. DEVAL ; bio-physique, Docteur DOGNON, agrégé ; physiothérapie, Docteur CACHERA, médecin des hôpitaux ; bio-chimie, M. COQUELA : Anatomie pathologique, Docteur Marguerite TISSIER ; bactériologie, M. Henri LAVERGNE ; biologie cellulaire, M. Raoul MAY, docteur ès-sciences.

— Thèses. — Mardi 19 octobre. — I. Jury : MM. Cunéo, Mocquot, Basset, Moure. — M. LOBRICHON : Contribution à l'étude des variations de la voûte plantaire au cours du cycle menstruel et leurs rapports avec le système endocrinien. — M. DELORT : Contribution à l'étude du pronostic et du traitement des hémorragies rétro-placentaires. — Mlle GRINDA-BLAIRON : Notes sur le traitement des fractures cervicales vraies du col fémoral. — Mlle SOUDANT : De la valeur de la conservation des trompes et ovaires dans les hystérectomies pour fibrome utérin.

II. Jury : MM. Carnot, Tanon, Joannon, Mouquin. — M. GARRAUD : Résultats de la cure à la Bourboule dans quelques séquelles respiratoires des affections de l'enfance. — M. LEBOFF : Néphrose lipoïdique et pyrétothérapie. — M. MARCHAIX : Contribution à l'étude et au traitement de la maladie d'Addison. — M. BLANQUIER : Les ictères au cours des septicémies colibacillaires de l'adulte. — M. CORENFELD : L'industrie frigorifique et son retentissement sur l'hygiène alimentaire. — M. COSTE : Historique de l'hygiène urbaine à Paris des origines à 1789. — Mlle VIDAL DE LA BLACHE : La santé des enfants de la grande ville.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers

— **Salpêtrière.** — *Conférences neurologiques.* — Durant l'année scolaire 1937-1938, des conférences neurologiques sur des sujets spéciaux seront faites à l'amphithéâtre de la clinique Charcot (hospice de la Salpêtrière), à 10 h. 30, aux dates suivantes :

Vendredi 17 décembre, Docteur S. DE SEZE : Le diagnostic et le traitement des sciatiques (Film). — Vendredi 28 janvier 1938, Docteur Clovis VINCENT : Les fausses tumeurs cérébrales. — Vendredi 18 février, Professeur N. FIESSINGER : Influence du foie sur le système nerveux. — Vendredi 25 mars, Docteur J. LHERMITTE : Les hallucinations des amputés. — Vendredi 29 avril : Professeur Ludo van BOGAERT (d'Anvers) : Les aspects neurologiques des cholestérinoses généralisées — Vendredi 17 juin, Docteur A. SOUQUES : La douleur dans les livres hippocratiques. — Vendredi 1er juillet, Docteur Th. ALAJOUANINE : Les œdèmes cérébraux.

— **Amphithéâtre d'anatomie.** — Un cours *d'opérations chirurgicales (chirurgie gynécologique et chirurgie spéciale des voies urinaires chez la femme)*, en sept leçons, par MM. P. ABOULKER et J.-C. RUDLER, prosecteurs, commencera le lundi 6 décembre 1937, à 14 heures, et continuera les jours suivants, à la même heure.

Droit d'inscription : 300 francs. Se faire inscrire : 17 rue du Fer-à-Moulin, Paris, Ve. Ce cours n'aura lieu que s'il réunit un minimum de six inscriptions.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— ***Les diplômes d'Universités* (mention médecine).** *Statistique générale.* — Les diplômes d'Université (mention médecine) délivrés par les Facultés françaises depuis 39 ans (époque de la création de ce titre) atteignent le chiffre de 3.609 répartis comme suit :

Alger : 12 ; Bordeaux, 172 ; Lille : 12 ; Lyon : 445 ; Marseille : 7 ; Montpellier : 555 ; Nancy : 203 ; Paris : 1.892 ; Strasbourg : 156 ; Toulouse : 155.

217 titulaires du diplôme d'Université ont ultérieurement obtenu un diplôme d'Etat.

(*Vie Médicale.*

— **Revue de cosmobiologie** ». — Le livre IX de la *Revue de Cosmobiologie* commence la troisième nnée de cette publication. Résumé du sommaire :

CHAPITRE I. — *Conférences et Mémoires* : La Théorie de la relativité d'Einstein, par le Colonel GAUTIER (Nice) — Les climats au XXe siècle, par le Professeur PIÉRY, de Lyon. — L'influence de l'ozone atmosphérique sur la composition spectrale et l'intensité de la lumière solaire, par G. DEJARDIN.

CHAPITRE II. — *Recherches originales.* — Les radiations nocives du sol et les maisons à cancer, par le Docteur A. LEPRINCE (Nice). — Les radiations telluriques et atmosphériques dans l'étiologie du cancer, par le Docteur G. DANIEL (Marseille). — Les émissions de radon et les radiations telluriques, par le Docteur P. GASQUET (Nice). — Les influences telluriques dans la cancérose et les maisons à cancer, par A. LUMIÈRE (Lyon), correspondant de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine.

CHAPITRE III. — *Enquêtes, questions et réponses.* — La politique scientifique, par Jean LECLAIR. — Etude sur l'Espagne, par Félix REGNAULT. — Voyage d'un médecin en U. R. S. S., par le Docteur DENIER. — L'intelligence des animaux, par Marcellin FABRICE. — Anecdotes des Docteurs M. FAURE et F. CATHELIN, de MM. FABRICE et DE GASTE.

CHAPITRE IV. — *Mouvement scientifique.* — In Memoriam : le Docteur DE PREOBRAJENSKY, de l'Institut Pasteur, le Professeur FONTÈS (Strasbourg), Ludovic REHAULT (de Nice), M. DESHAYES (d'Angers). — Les sources de l'ionisation atmosphérique, par L. MERCIER. — Le premier Congrès international de cosmiobiologie (1938).

Secrétariat de la *Revue*, 24, rue Verdi, à Nice.

— **Cheveux et tapis.** — Les coiffeurs, en Allemagne, sont, paraît-il, incités à conserver les déchets de cheveux recueillis dans leurs salons. Des industriels seraient parvenus à fabriquer des tapis confortables en mélangeant ces déchets capillaires à de la fibre artificielle. Outre l'intérêt d'une telle pratique pour l'économie générale du pays, il y a là pour la corporation des coiffeurs une source de modestes revenus supplémentaires qui n'est peut-être pas entièrement à dédaigner, si elle est confirmée. Les coiffeurs allemands estiment en effet à 300.000 kilogr. la quantité de cheveux, d'hommes seulement, qu'ils pourront recueillir ainsi en une seule année.

Le Gérant : R. THIRON

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

Les malades aisés dans les hôpitaux de l'Assistance publique

Abonné au *Concours* je prends la liberté de vous écrire au sujet d'une question qui intéresse tous les praticiens.

Il s'agit — une fois de plus — de l'hospitalisation dans les hôpitaux de l'Assistance publique des malades aisés et de leur admission dans les consultations de ladite Administration.

Il semble que, du fait de la crise actuelle, ces hospitalisations et ces consultations pour malades aisés subissent une recrudescence.

Voici, à titre d'exemple, l'histoire savoureuse d'un malade que je viens d'entendre cyniquement raconter par l'un de ses proches. Il s'agit d'un « monsieur très bien » porteur d'une affection curable chirurgicalement. L'intervention est décidée et doit avoir lieu dans une clinique. Le futur opéré, heureusement, se souvient à temps qu'une relation suffisante sinon importante lui permettra aisément d'être « hospitalisé dans un hôpital parisien » dans une petite chambre ». Je précise qu'il s'agit d'une relation administrative et non médicale.

Et voilà ! Le tour est joué.

Chacun de nous aurait vraisemblablement une histoire analogue à raconter. L'important est de savoir ce qu'en pensent les responsables et le Corps médical hospitalier.

Dr J. RAULT
(Paris).

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE
« Le Sou Médical »

Au cours de sa réunion du 2 novembre 1937, le Conseil a prononcé les admissions suivantes

12.825 BÉDOUCHA, Précigné (Sarthe). Ass. ext. de Paris.
12.826 BEIGBEDER, Piennes (Meurthe-et-Moselle). Parrains : Docteurs Heisch et L. Mathieu.
12.827 BITTERLIN, 25, avenue Ledru-Rollin, Paris (XIIe). Synd. méd. de Paris.
12.828 BIANCHARD, Rochefort-en-Terre (Morbihan). Synd. méd. de Vannes.
12.829 CAU, Cherbourg (Manche). Synd. des méd. de la Manche.
12.830 DELORT, Relizane (Oran). Synd. méd. du dép. d'Oran.
12.831 DE MAULDE, Montauban (Tarn-et-Garonne). Parrains : Docteurs Roger Denis et Fourniès.
12.832 DUISIT, Brienne-le-Château (Aube). Parrains : Docteurs Méra et Sellerin.

12.833 EYRAUD, Panissières (Loire). Parrains : Docteur Giraud et Curtat.
12.834 FOURNIER, Calais (Pas-de-Calais). Synd. de Calais.
12.835 GUILLAUMAT, 84, avenue Niel, Paris (XVIIe). Parrains : Docteurs G. Boudin et P. Boudin.
12.836 HERMAN, Dizy-Magenta (Marne). Synd. méd. d'Epernay.
12.837 JUILLE, Treignac (Corrèze). Synd. méd. de l'arr. de Tulle.
12?838 LADOUCH, Saint-Aulaye (Dordogne). Parrains : Docteurs Maupetit et Broustet.
12.839 LORBER, Pau (Passes-Pyrénées). Parrains : Docteurs Tachot et Cronet.
12.840 MACREZ, 17, rue d'Edimbourg, Paris (VIIIe). Parrains : Docteurs Deparis et G. Boudin.
12.841 MARCUS, Montcornet (Aisne). Synd. méd. de l'arr. de Laon.
12.842 MARTEL, 31, rue Raffet, Paris (XVIe). Ass. des anc. ext. des hôp. de Paris.
12.843 MATTEI, Fontenay-sous-Bois (Seine). Synd. méd. de Fontenay-sous-Bois.
12.844 MESLIER, Thouare-sur-Loire (Loire-Inférieure). Parrains : Docteurs Thoby et Daussy.
12.845 PETIT, Contrexéville (Vosges). Synd. des méd. des Vosges.
12.846 PRAT, Grand-Quevilly (Seine-Inférieure). Ass. prof. des méd. de Rouen.
12.847 ROBERT, Wassigny (Aisne). Synd. de Laon.

Ces admissions deviendront définitives si elles ne font l'objet d'aucune protestation dans les quinze jours de la présente publication (art. 5 des Statuts).

CORRESPONDANCE

ASSURANCES SOCIALES

7.936. — Conditions de l'allocation des indemnités journalières aux assurées sociales accouchées

Je vous soumets le cas d'une assurée sociale qui se voit refuser le paiement de son demi-salaire pendant ses couches sous le prétexte qu'elle n'a pas observé six semaines de repos consécutif.

Il me semble qu'il y a là une interprétation un peu étriquée des textes, et que l'esprit du législateur ne répond pas du tout à cette interprétation

Je vous serais très obligé de vouloir bien me répondre sans tarder afin que ma cliente puisse saisir la Commission d'arrondissement dans les délais légaux, au cas où elle aurait chance d'obtenir satisfaction.

Dr B.

Réponse

Pour pouvoir prétendre aux prestations de l'assurance-maternité, les assurées doivent remplir les conditions prévues à titre obligatoire par l'art. 9 du décret-loi du 28 octobre 1935.

En ce qui concerne plus spécialement les indemnités journalières, l'art. 9, parag. 2 subordonne leur versement au fait que l'assuré ait

cessé tout travail salarié durant la période indemnisée et au moins pendant six semaines.

Si, en l'espèce, cette condition n'a pas été réalisée, la Caisse paraît fondée au refus des prestations et il ne semble pas possible à votre cliente d'exercer un recours utile contre sa décision.

7.780. — Droit à la pension d'invalidité pour un assuré social bénéficiaire d'une pension militaire

Je soigne depuis six mois un malade hypertendu bénéficiaire des Assurances sociales et qui, par ailleurs, a une pension militaire d'invalidité de 90 %, comme trépané de guerre. Ce malade a fait une demande d'invalidité aux Assurances sociales qui lui ont répondu négativement sous prétexte qu'il est déjà pensionné de guerre.

Cette réponse est-elle exacte ?

Sinon que doit faire ce malade pour faire valoir ses droits ? D^r B.

Réponse

La question que vous nous posez est résolue par l'article 18, parag. 3 et 4 du décret-loi du 28 octobre 1935, sur les Assurances sociales, qui s'exprime dans les termes suivants :

« En cas d'aggravation de l'état d'invalidité à la suite de maladie ou d'accident, l'incapacité d'origine militaire entre en compte pour la détermination du degré d'invalidité ouvrant le droit à la pension d'assurance.

« Si le degré total d'invalidité atteint au moins 66 % et si la pension militaire d'invalidité est inférieure à la pension à laquelle l'assuré aurait droit en vertu de l'art. 10, la pension d'assurance est liquidée pour un montant égal à la différence entre la pension calculée comme il est dit à cet article et la pension militaire. »

7.901. — Qui bénéficie des avantages des Assurances sociales pendant le service militaire ?

La femme et les enfants d'un assuré social qui part faire son service militaire ont-ils droit aux prestations pendant les deux années d'absence du père ? dans quelles conditions ? D^r F.

Réponse

D'après l'art. 22, parag. 1er du décret-loi du 28 octobre 1935 instituant le nouveau régime des Assurances sociales, les versements pour assurance et les avantages qu'ils garantissent sont suspendus pendant la période de service militaire ou en cas d'appel sous les drapeaux.

Par conséquent, durant cette période, le conjoint ou les enfants à charge de l'assuré ne

peuvent bénéficier des prestations en nature de l'assurance-maladie.

Par exception, en vertu du parag. 2 de ce même article, l'assuré confère à ses ayants droit le bénéfice des prestations prévues par l'art. 9 (assurance maternité), 13 (Assurance-décès), et 10 (assurance-invalidité) à condition toutefois, dans ce dernier cas, qu'il s'agisse d'une maladie contractée en dehors du service militaire.

D'autre part, en vertu du parag. 3 de l'art. 22, à son retour dans ses foyers, l'assuré est considéré comme ayant subi pendant la période du service militaire le minimum légal de retenues ouvrant droit aux prestations de l'assurance-maladie.

FISCALITÉ

7.770. — Déduction des primes d'assurances professionnelles

Le Contrôleur des Contributions directes m'informe qu'il réintègre dans mes bénéfices professionnels la somme de 1.710 francs, montant de mon assurance individuelle.

Je suis assuré pour accidents professionnels.

Le contrôleur a-t-il raison ?

Dr R.

Réponse

Si votre assurance est exclusivement professionnelle, vous avez parfaitement le droit de comprendre le montant total des primes dans vos frais professionnels.

Répondez au contrôleur, dans le délai prescrit, que vous ne pouvez accepter sa réintégration étant donné que cette assurance est individuelle et se rapporte aux accidents professionnels.

S'il n'accepte pas et vous taxe, envoyez-nous l'avertissement et la copie de votre contrat d'assurances, nous vous défendrons.

A. et S. MARTINOT
Conseillers fiscaux

8.255. — Certificats exempts de timbre

Je vous signale le fait suivant. La mairie paye, à la Recette municipale, les sommes dues pour les employés municipaux qui sont constitués en Sociétés mutuelles pour les soins donnés par les médecins de la ville ; le libre choix existe, un tarif est accepté par le Syndicat.

Mais, chaque fois qu'on nous a délivré le bon à payer à présenter à la Caisse, on nous fait régler un timbre de quittance de 4 francs jusqu'à ce jour, de cinq francs maintenant. Sur protestation de notre président du Syndicat, le Receveur a répondu que c'était un règlement municipal, qu'il allait écrire au Conseil d'Etat et qu'on nous rembourserait les tim-

bres payés pour les Sociétés de Secours mutuels et les accidents du travail de la mairie.

Cet état existe depuis plusieurs années et continue.

Que devons-nous faire ?

Dr A.

Réponse

En vertu de l'art. 254 du Code du timbre, les actes faits en vertu et pour l'exécution de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail, sont exemptés de la formalité du timbre, à l'exception des procès verbaux de conciliation, des jugements, des actes d'appel et de désistement d'appel, des décisions de la Chambre du Conseil, attribuant en espèces, à l'accidenté bénéficiaire d'une rente viagère, une partie du capital nécessaire pour l'établissement de cette rente et des dépôts de pièces ; les actes ainsi exceptés sont visés pour timbres gratis.

En vertu de l'art. 440, tous les actes intéressant les Sociétés de Secours mutuels approuvées, ainsi que les unions approuvées de Sociétés de Secours mutuels, sont exemptés des droits de timbre.

Mais, d'après votre lettre, c'est la Mairie qui paye et non la Société de Secours mutuels, c'est sans doute pourquoi le timbre est exigé. En tout cas, pour les accidents du travail, le timbre est inutile.

A. et S. M.

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

8.361. — Accident survenu à un militaire au cours d'une période d'instruction

Un réserviste blessé accidentellement par un autre de ses camarades et d'une façon assez grave « enfoncement de la voûte pariétale par le goulot d'un bidon » ayant nécessité une trépanation, ce réserviste, dis-je, peut-il s'attendre de la part de l'autorité militaire à une compensation ? à laquelle ? pension ? ou bien, au contraire ne peut-il rien réclamer ?

Dsr A.

Réponse

Si l'accident est survenu à la caserne ou dans les locaux militaires, on peut soutenir que l'intéressé était encore soumis à la surveillance de l'autorité militaire, à la condition que la faute n'équivale pas à un dol.

Le blessé peut donc demander réparation à l'Etat, et il rentre dans le cas visé (faute d'un tiers) par un avis du Conseil d'Etat du 20 janvier 1914.

Il doit adresser, par la voie hiérarchique, au médecin chef du bureau de réforme, une demande de visite en vue de faire reconnaître son droit à pension par une Commission de réforme.

8.349. — Démission après maintien dans les cadres

Sociétaire du « Sou Médical » et abonné au *Concours Médical*, je vous serais très obligé de vouloir bien me dire quelles sont les formalités à faire pour donner ma démission d'officier de réserve, classe 1906.

J'avais demandé, il y a deux ans, à rester officier, mais actuellement atteint d'une légère radiodermite du pied, j'ai dû prendre avec moi un collaborateur et je ne tiens pas passer un conseil de réforme.

Dr X.

Réponse

Ayant été maintenu dans les cadres, vous ne pouvez plus quitter l'armée que pour une raison de santé, constatée par une Commission de réforme, et vous mettant dans l'incapacité de remplir vos obligations militaires pour une durée supérieure à six mois.

La Commission de réforme, après expertise militaire, fera toutes propositions utiles au ministre qui décidera de votre mise en non disponibilité pour trois ans, de votre radiation définitive ou de votre maintien.

QUESTIONS DIVERSES

3.819. — Responsabilité en cas d'accident survenu à l'école

Membre du « Sou Médical », je me permets d'avoir recours à votre obligeance pour conseiller utilement un de mes malades.

Dans une petite ville des environs, son fils, élève de l'Ecole communale, reçoit pendant une récréation, du gravier et des cailloux dans l'œil, lancés par un camarade. Le Professeur surveillant la récréation avait défendu aux élèves à plusieurs reprises déjà de se jeter des cailloux, mais n'a pu matériellement empêcher ce dernier geste qui va coûter un œil à l'enfant (hémorragie et glaucome secondaire).

Le père de l'enfant s'est adressé à l'instituteur pour la marche à suivre : il lui a été répondu que « l'école n'étant pas assurée, il ne pouvait rien espérer de ce côté »; à la mairie, on lui a dit qu'il pouvait faire un procès à l'Etat, mais que cela lui reviendrait très cher. Or, il a huit enfants et naturellement joint difficilement les deux bouts.

Quant au père du coupable, c'est un de ses amis très besogneux comme lui-même, pensionné de guerre, insolvable, etc.

Il s'est donc contenté pour l'instant de recourir aux Assurances sociales, mais cela ne l'avancera pas beaucoup, et est prêt, avec le fatalisme de certains de ces pauvres gens, à ne pas poursuivre. Il me sem-

ble cependant qu'il aurait droit d'une façon ou d'une autre à des dommages et intérêts. Quelle serait, à votre avis la voie la plus directe pour obtenir satisfaction ? Le fait que le professeur avait interdit de lancer des cailloux, suffit-il à dégager sa responsabilité propre et celle du Préfet ? Un assuré social peut-il obtenir l'assistance judiciaire ? Dr F.

Réponse

Jusqu'à une loi toute récente, l'art. 1384 du Code civil établissait dans son parag. 4, une présomption de responsabilité à la charge des instituteurs, et, lorsqu'il s'agit des écoles publiques, de l'Etat, pour tous les dommages causés aux tiers par les élèves placés sous leur garde.

Par suite, au cas où un élève était blessé au cours de la classe par l'un de ses camarades, les parents de la victime pouvaient exercer contre l'Etat un recours en dommages-intérêts et il leur suffisait d'établir la matérialité du fait et la relation de cause à effet avec le dommage causé.

Il appartenait à l'Etat pour s'exonérer de sa responsabilité de prouver que le dommage provenait soit d'un cas de force majeure, soit de la faute de la victime.

Mais une loi en date du 5 avril 1937, est venue modifier l'art. 1384 et supprimer la présomption de responsabilité.

La responsabilité de l'Etat en cas de dommage causé par un élève à un tiers ou à l'un de ses camarades n'est donc engagée que si les parents sont à même d'établir que les instituteurs ou surveillants de l'école se sont rendus coupables d'une faute, d'une imprudence, d'une négligence ayant une relation de cause à effet avec le dommage.

La situation juridique des parents est donc moins favorable qu'autrefois, puisque la charge de la preuve leur incombe.

En l'espèce, il semble toutefois qu'il y a bien eu faute de service ou tout au moins manque de surveillance au cours de la récréation et que l'instituteur aurait dû prendre les mesures nécessaires pour empêcher que les enfants ne se jettent des cailloux à la tête.

Nous pensons que vos clients pourraient exercer avec chance de succès un recours contre l'Etat afin d'obtenir des dommages-intérêts compensant non seulement les frais médicaux et le *pretium doloris*, mais encore l'incapacité permanente partielle dont restera atteint leur fils. Cette action doit être dirigée contre le Préfet du département, et doit être portée devant le Tribunal civil ou le Juge de paix du lieu où le dommage a été causé, suivant le chiffre de la demande.

Si vos clients sont des gens de faible ressource, ils pourront demander le bénéfice de l'assistance judiciaire et n'auront aucune avance à faire en ce qui concerne les frais du procès.

Nous vous signalons qu'en cas de perte, les frais seraient recouvrés contre eux par l'Etat.

D'autre part, puisqu'ils sont assurés sociaux, ils devront se conformer, sous peine de nullité de la procédure, à l'art. 25 du décret-loi du 28 octobre 1935, c'est-à-dire indiquer leur qualité d'assurés, ainsi que la Caisse à laquelle ils sont affiliés.

Ils ne pourront d'autre part, réclamer à l'Etat que la part du préjudice qui n'est point couverte par les prestations de l'assurance.

8.316. — Exercice du privilège pour soins de dernière maladie

Je suis créancier, pour honoraires, d'un entrepreneur de carrières pour 3.000 francs environ.

Cette personne s'est retirée des affaires, en abandonnant : une location d'une carrière de pierres domaniale, une bâtisse et quelques outils.

Une Société d'essence, créancière également, a opéré une saisie sur tout ce disponible. Elle a opéré la saisie, depuis un an, mais ne fait rien vendre.

Quel droit me reste-t-il à présent ?

La valeur des objets saisis ne suffit même pas à couvrir la créance de la Société.

Si je poursuis également, et oblige par conséquent la Société à vendre, ai-je un droit de priorité sur le produit de la vente ?

Cela seul m'intéresse, car, dans le cas contraire, la Société elle-même n'arriverait pas à être remboursée intégralement, et j'en serais quitte pour mes frais.

Dr M.

Réponse

Si la note d'honoraires qui vous reste due par l'entrepreneur de carrière, se rapporte à des soins que vous avez donnés à lui-même au cours de la dernière maladie qui a précédé sa déconfiture, ou encore à des soins donnés à des ouvriers victimes d'accidents à son service, votre créance est privilégiée et doit passer avant celle de la Société distributrice d'essence, à moins toutefois que celle-ci ne soit assortie d'un privilège préférable au vôtre.

En tous cas, la saisie ne crée pas un privilège spécial au profit du créancier qui l'a effectuée. Tous les autres créanciers du saisi peuvent participer à la distribution des deniers provenant de la vente, à la condition d'avoir fait opposition sur le prix.

L'opposition est formée par exploit notifié au saisi, au saisissant et à l'huissier chargé de la vente. Elle ne nécessite ni titre, ni permission du Juge. Elle doit indiquer les causes pour lesquelles elle est faite et contenir élection de domicile dans le lieu de la saisie, à peine de nullité.

Vous pourriez donc, pour le moment, charger un huissier de former une opposition sur le prix de la vente des objets saisis pour qu'il ne soit pas procédé à la distribution du prix en dehors de votre présence et de votre concours.

S'il s'élève un conflit entre les créanciers saisissants et opposants sur la distribution du prix, ce conflit sera réglé par la procédure de distribution par contribution. Il sera toujours temps à ce moment, après avoir examiné l'état des créances, de décider s'il y a lieu ou non de maintenir votre opposition et de poursuivre la procédure.

Bien entendu, au cas où il y aurait lieu à procès et où nous estimerions que votre cause pourrait être utilement soutenue, nous demanderions à notre Conseil d'administration de vous faire bénéficier de l'appui moral et pécuniaire de la Ligue.

ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES

8.151. — Accident survenu à une femme de ménage en se rendant à son travail

Je vous serais obligé de m'indiquer en qualité d'abonné au *Concours Médical* et de membre du « Sou Médical » si la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail couvre une femme de ménage, ma cliente se rendant chez son employeur. La Compagnie d'assurances déclare sa responsabilité, est-elle dans son droit ? sinon que faire ?

Dr M.

Réponse

En principe, la responsabilité de l'employeur en vertu de la loi du 9 avril 1898, ne court que du moment où l'employé a pénétré sur le chantier, s'est mis à la disposition de son chef et a effectivement pris possession de son service. En conséquence, un accident ne peut être considéré comme survenu par le fait ou à l'occasion du travail, lorsqu'il est arrivé avant que l'ouvrier, qui en a été la victime, soit parvenu sur le lieu du travail ou après qu'il s'en est éloigné. Spécialement, un ouvrier est sans droit pour invoquer les dispositions de cette loi à raison d'une chute qu'il a faite en se rendant de son domicile à son chantier, c'est-à-dire en un moment où il n'était qu'un simple passant et non un ouvrier au service du patron.

Dès lors que votre cliente ne commençait son service qu'au moment où elle se trouvait chez son patron et que le trajet entre son domicile et le lieu de son travail n'était pas à la charge du patron, c'est par une exacte application de la loi et de la jurisprudence que la Compagnie d'assurances décline sa responsabilité.

8.265. — Le paludisme est-il un accident du travail ?

Plusieurs ouvriers travaillant dans une zone notoirement malarigène sont atteints de paludisme authentifié par le laboratoire.

Cette infection doit-elle être considérée comme accident du travail ?

Existe-t-il une jurisprudence déjà établie à ce sujet ? Laquelle ?

Dr B.

Réponse

La législation sur le risque professionnel ne s'applique en principe qu'aux accidents survenus au temps et au lieu du travail et non point aux maladies, à moins qu'elles ne figurent dans la liste limitative, dressée par la loi du 25 octobre 1919, des maladies bénéficiant par exception de la protection légale.

Or, cette liste ne comprend en aucune manière les affections paludéennes. Par conséquent, pour que vos clients puissent prétendre au versement des indemnités prévues par la loi du 9 avril 1898 dans le cas que vous nous soumettez, il serait nécessaire qu'ils puissent établir que les lésions dont ils sont actuellement atteints sont attribuables à un accident, c'est-à-dire à l'action violente et soudaine d'une cause extérieure portant atteinte à l'intégrité du corps humain. Ils seraient au contraire déboutés de leur demande s'il était établi que les lésions en question présentaient un caractère morbide et s'étaient produites par suite de l'action lente et continue d'une cause tenant à l'exercice régulier de la profession.

Puisque la cause la plus générale du paludisme est attribuée à la piqûre d'un moustique spécial se trouvant dans les régions marécageuses, il s'agit bien d'un accident et vos clients peuvent en principe invoquer les dispositions de la loi du 9 avril 1898 si cette piqûre s'est produite au temps et au lieu du travail.

Toutefois, la jurisprudence considère comme exclue de la garantie de la législation sur les accidents du travail, les accidents provenant de l'action des forces de la nature, car elles n'ont pas de lien direct avec le travail et sont encourus par tout le monde. Ainsi en est-il de l'action du chaud, du froid, du vent, de la foudre, etc. Un récent arrêt de la Cour de Cassation en date du 27 mai 1935 publié dans la *Gazette du Palais* du 4 octobre a assimilé aux autres phénomènes naturels étrangers au risque professionnel, la piqûre d'un insecte venimeux (mouche charbonneuse).

Mais ce même arrêt a rappelé que les lésions causées par les piqûres de cette nature peuvent être considérées comme accidents professionnels si le travail lui-même ou les condi-

tions dans lesquelles il est effectué dans l'entreprise, ont été de nature soit à mettre en œuvre le jeu de ces forces naturelles, soit à en aggraver les effets.

Si, en l'espèce, vos clients étaient obligés de travailler dans une zone notoirement malarigène, les conditions requises par la jurisprudence de la Cour suprême se trouvent réalisées et nous pensons en conclusion qu'ils peuvent être considérés comme victimes d'un accident du travail.

8.513. — Revision d'un accident du travail

Un de mes clients ayant été victime d'un accident du travail le 30 juin 1936 présente une incapacité permanente partielle, je lui ai établi il y a quelques jours un certificat fixant le taux de cette invalidité.

Le Greffier de Justice de paix lui a dit que sa demande n'était plus recevable parce que le délai d'un an était écoulé depuis le jour de l'accident.

Je pensais que le délai accordé aux accidentés du travail pour une demande d'invalidité était de trois ans.

Je vous serais fort obligé de vouloir bien me renseigner sur ce point.

Dr T.

Réponse

Suivant l'art. 18 de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail, l'action en indemnité se prescrit par un an à dater du jour de l'accident ou de la clôture de l'enquête du Juge de paix ou de la cessation du paiement de l'indemnité temporaire.

Bien que l'accident remonte au 30 juin 1936, il n'est donc pas absolument certain que le droit pour la victime de réclamer une rente pour incapacité permanente soit actuellement prescrit. En effet, cette incapacité permanente a dû être précédée d'une incapacité temporaire sans doute assez longue, et le blessé a dû toucher pendant toute la durée de cette incapacité temporaire son demi-salaire.

Ce n'est qu'à partir du jour où le demi-salaire a cessé de lui être versé que la prescription d'un an a pu commencer à courir.

Si moins d'un an s'est écoulé depuis cette date, le blessé peut encore actuellement utilement agir en allocation de rente. Mais si malheureusement pour lui, la prescription est d'ores et déjà acquise, il ne peut en être relevé par l'exercice de l'action en révision qui ne concerne que l'aggravation de l'état du blessé postérieure à la consolidation, c'est-à-dire à la guérison.

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

Assurances sociales

8.324. — La somme payée par la Caisse en cas de maternité est forfaitaire et comprend les frais médicaux et pharmaceutiques

1° J'ai accouché une femme assurée sociale et l'ai traitée pendant dix jours consécutifs.

2° Cette femme vivant seule a été obligée de prendre une garde malade pour s'occuper d'elle et de l'enfant pendant ces dix jours.

3° Son état a nécessité la prescription de certains médicaments (laxatifs, compresses stériles, coton hydrophile, etc.). Certains médicaments ont aussi été prescrits à l'enfant (pommade, bande Velpeau, etc.)

J'ai établi les feuilles d'assurances sociales en détaillant : 1° l'accouchement ; 2° les visites consécutives ; 3° étant propharmacien, j'ai établi une fiche de médicaments.

4° En outre la garde-malade a établi sa note.

La femme assurée a reçu en tout 315 francs ainsi décomptés : 1° 15 francs pour les frais de déplacement (10 kms. aller et retour).

2° 300 francs prix forfaitaire comprenant l'accouchement, les suites consécutives, les frais pharmaceutiques et les frais occasi nnés par la garde-malade.

Il me semble que le forfait ne devrait comprendre que l'accouchement et les frais consécutifs.

D[r] C.

Réponse

Voir l'arrêté du 30 janvier 1937, fixant le règlement intérieur type des Caisses-maladie et maternité. Vous pourrez lire à l'art. 59 : « La Caisse garantit en cas de maternité.... *a*) à l'assurée et à l'assuré pour sa femme, une somme forfaitaire représentant l'ensemble des frais médicaux et pharmaceutiques relatifs à l'accouchement et à ses suites, et fixée par le tarif de responsabilité annexé au présent règlement ». La somme payée par la Caisse à l'assurée sera donc celle forfaitaire prévue dans son tarif de responsabilité, lequel varie suivant chaque Caisse ou pratiquement suivant chaque région, tarif qui doit être annexé à la Convention Syndicat-Caisse signée par votre Syndicat régional.

C'est donc à celui-ci qu'il convient de vous adresser pour connaître les précisions concernant le tarif de responsabilité de la Caisse intéressée. En tout cas, de façon générale, suivant « l'entente directe » vous avez demandé à votre parturiente une somme X pour soins (et médicaments, étant propharmacien) et si la garde-malade a réclamé une somme Y pour ses gardes, cela n'influe en rien sur la somme que versera à la parturiente la Caisse, puisque cette dernière *somme est forfaitaire* et dépendant de son tarif de responsabilité.

D[r] F. DECOURT.

Cinquante-neuvième année — N° 49 — 5 Décembre 1937

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

- sommaire -

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	70 fr.	Belgique et Luxembourg...	80 fr.
Etudiants	45 fr.	Première Zone	95 fr.
Le Numéro	1.50	Deuxième Zone	120 fr.

Renseignements

« La Soleillette » Bandol-sur-Mer (Var). Soleil. Régime.

Rendre un médicament agréable, c'est en doubler la valeur thérapeutique, car l'estomac qui l'accepte bien le digère mieux. Dans toutes les dyspepsies, donner des TABLETTES DE MANGAÏNE, c'est guérir vite et agréablement. Sucer 4 à 6 TABLETTES DE MANGAÏNE, par jour.

Héliothérapie. Maison santé Hélios. Dr Brody, Grasse.

Villa du Parc. Saujon (Char.-Infre.). Charmant hôtel de repos et station de cure pour le traitement des affections nerveuses et neuro-digestives. Dr Dubois.

A 30 min. de Paris-Saint-Lazare. Pension Montbuisson Louveciennes, Tél. 36. Tout confort, calme, repos, grand parc. Certificat non contagion exigé.

AVIS

Changements d'Adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 fr. 50 pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande.)

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du **Concours Médical, *Paris* 167-95.**

N° 307. — Agé, fatigué, céderais poste propharmacien Normandie, 130 kil. Paris, occupé par titulaire depuis 28 ans. Forte augmentat. facile par jeune plus actif. Faible indemnité.

N° 308. — Installé depuis un an, jeune méd. changeant situat. cède noyau clientèle Paris, quart. très agréab., contre faible indemn. (frais installat.), Téléph. à Gobel. 08-34.

N° 309. — Dr franç. 25 ans, anc. ext. hôp. Paris, au cour. client., fils de confr., désirant étud. spéc. mais sans argent, demande emploi médic. Paris, après-midi, prétent. mod.

N° 310. — Sud-Ouest. Bon poste méd. à 30 kil. Royan, à céder à jeune confr. Nombr. accouch. Maison très confort., eau courante, loyer 2,500. Légère indemn.

N° 311. — Ingénieur chimiste 26 ans, désire situat. dans labor. d'analyses médicales. Connaît anglais, allemand, russe.

N° 312. — Banlieue imméd. Paris. Client. avec fixe. Grand avenir. 60.000 avec crédit, 55.000 comptant. Rapport total actuel *important.*

N° 313. — On céder. mais. santé 15 lits, 10 ans existence, à 20 km. gr. ville Sud-Est. à confr. accept. reprise poste médec. pro-pharmac. Situat. très intéress. Prix à débattre.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet Breitel et Goret

1, rue Dante, Paris (5e). - Tél. : Odéon 36-46

Normandie. — Bonne et vieille client. ds. ville ind. confort. Maison. Prix : 55.000. 30.000 compt.

Grande ville, 3 h. Paris, très anc. poste, excell. rap. sans accouch. gde villa. Indemn. 60.000 ; 1/2 compt.

180 kil. Paris, chef-lieu canton, poste très actif, prox. grde ville. Prix : 40.000 ; 25.000 comptant.

Centre. — Pro-pharm., très gros rendem., belle propriété. *Prix : 90.000.*

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.** — *Elections.* — M. le Professeur Grégoire est élu membre titulaire dans la deuxième division (*chirurgie, accouchements et spécialités chirurgicales*).

— MM. Voron et Nové-Josserand, de Lyon, sont élus correspondants nationaux dans la deuxième division (*chirurgie, accouchements et spécialités chirurgicales*).

— **Journées médicales belges de 1938.** — Les Journées médicales de Bruxelles, qui auront lieu exceptionnellement l'année prochaine du 16 au 20 avril, se tiendront dans les locaux de l'Université libre, avenue des Nations, sous la présidence du Professeur Neuman.

— **La médaille du Professeur Bégouin.** — A l'occasion de l'honorariat de M. le Professeur Bégouin, de Bordeaux, un Comité s'est formé pour organiser une manifestation de sympathie de ses amis, et de respectueux attachement de ses nombreux élèves. Une médaille, œuvre du maître graveur Lavrillier, grand prix de Rome, lui sera offerte, au cours d'une cérémonie qui aura lieu dans le courant de l'hiver, aussi prochainement que possible.

Les souscriptions doivent être adressées à M. le Docteur Lange, 4, allées de Tourny, à Bordeaux. Toute souscription de 100 francs, donnera droit à une médaille en bronze grand module.

— **La médaille du Professeur Sabrazès.** — Un Comité s'est constitué en vue d'offrir une médaille commémorative au Professeur Sabrazès, de Bordeaux, à l'occasion de son admission à l'honorariat.

Les souscriptions, donnant droit à une médaille en bronze pour tout versement, minimum de 70 francs, sont reçues chez M. le Docteur Pauzat, trésorier, compte Bordeaux 43.193.

— **Remise d'une plaquette au Docteur Rousseau-Decelle.** — Au moment où le Docteur Rousseau-Decelle, stomatologiste de l'hôpital Lariboisière, va prendre sa retraite des hôpitaux, ses amis, ses collègues et ses élèves ont décidé de lui offrir une plaquette, en témoignage de leur affection.

Un exemplaire en bronze de cette plaquette, œuvre de M. La Fleur, médaille d'honneur du Salon des Artistes français, sera remis à tous ceux qui s'associeront à cet hommage au cours d'une cérémonie dont la date sera communiquée ultérieurement (deuxième quinzaine de décembre).

Les souscriptions (minimum 100 francs) doivent être envoyées au trésorier, M. Georges Masson, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe). Compte de chèques postaux Paris 599.

— **Hôpitaux de Toulouse.** — Le Docteur Jacques Virenque a été nommé, après concours, chirurgien des hôpitaux de Toulouse.

Nous lui adressons, ainsi qu'au Docteur Virenque, de Rodez, son père, toutes nos félicitations.

— **Prix de l'Académie des Sciences de 1937.** — Médecine et chirurgie. *Prix Montyon* : 2.500 francs, à MM. Paul Boquet, assistant, et Emile Césari, chef du service de sérothérapie antivenimeuse à l'Institut Pasteur ; 2.500 francs à M. Michel Salmon, chef de travaux à la Faculté de médecine de Marseille ; 2.500 francs à M. Jean Vague, assistant à la Faculté de médecine de Marseille ; mentions honorables de 1.500 francs à MM. Ram Kumar Goyal, docteur en médecine de l'Université de Paris ; Eugène Saint-Jacques, professeur à l'Université de Montréal ; Jean Terracol, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier. — *Prix Barbier* (2.000 francs), à MM. P.-Emile Weil, médecin, Paul Isch-Wall, assistant, et Mme Suzanne Perlès, assistante chef de laboratoire à l'hôpital Tenon. — *Prix Bréant*, à MM. Georges Girard, directeur, et Jean Robic, médecin de l'Institut Pasteur de Madagascar. — *Prix Godard* (1.000 francs), à M. Gaston Gros, assistant délégué d'histologie et embryologie à la Faculté de médecine d'Alger. — *Prix Mège*, à M. Georges Curasson, inspecteur général des services vétérinaires de Dakar. — *Prix Bellion* (1.400 francs), à MM. Jacques Vialle, chef du service d'oto-rhino-laryngologie des hôpitaux de Nice ; Chevalier Jackson et Chevalier L. Jackson, professeurs de clinique broncho-œsophagique à la Temple Université de Philadelphie. — *Prix Argut* (1.200 francs), à MM. Jean Braine, chirurgien des hôpitaux, et Raymond Rivoire, ancien chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris. — *Fonds Charles Bouchard* (2.500 francs), à M. Maurice Doladilhe, chef de travaux de physique à la Faculté des sciences de Dijon. — *Prix Jean Dagnan-Bouveret* (15.000 francs), à M. Michel Weinberg, professeur à l'Institut Pasteur.

— **Challenge René Monal.** — Pour honorer la mémoire de René Monal, interne des hôpitaux de Paris, mortellement blessé au cours d'un assaut d'escrime, la Fédération nationale d'escrime française a organisé une épreuve ouverte aux amateurs de tous les pays porteurs de leur licence internationale. Le challenge sera attribué définitivement au tireur qui l'aura remporté le plus de fois en cinq ans.

Une épreuve sera disputée le 16 décembre 1937 au Tennis Banville, 153, rue de Courcelles, à Paris.

— **La poliomyélite aux Etats-Unis.** — On sait que la poliomyélite est d'une très grande fréquence aux Etats-Unis. L'épidémie qui sévit actuellement à Chicago paraît plus importante encore que celle de l'an dernier. Le Gouvernement a décidé d'instruire le public à ce sujet, dans un but prophylactique, par des émissions radiophoniques multipliées.

— **Association nationale des médecins mutilés et pensionnés de guerre**, 8, rue Roquépine. — L'Assemblée générale de 1937 se tiendra au Siège social, 8, rue Roquépine, le dimanche 12 décembre, à 9 h. 30.

Un déjeûner amical aura lieu ensuite à 12 h. 30, au Relais de la Belle-Aurore, 6, rue Gomboust. (S'inscrire avant le 10 décembre auprès du Docteur Giulani, 6, rue de Lesseps).

L'Association fondée le 3 novembre 1928, pour obtenir d'abord le vote de la loi sur les emplois réservés médicaux (loi du 12 août 1933), puis l'application et l'extension de cette loi, assure, en outre, des liens de solidarité entre ses membres. Elle est ouverte à tous les médecins titulaires d'une pension d'invalidité au titre de la loi du 31 mars 1919.

— **Institut national d'orientation professionnelle** (Conservatoire national des arts et métiers, 292, rue Saint-Martin, Paris IIIe). *Journées d'information sur l'orientation professionnelle* (13-14-15 décembre 1937). — Lundi 13 décembre, 9 h. 30 : L'orientation professionnelle. Position du problème (M. FONTEGNE). — 10 h. 45 : Le rôle du médecin en orientation professionnelle (Docteur BONNARDEL). — 14 heures : La consultation d'orientation professionnelle de l'Institut national d'orientation professionnelle (Mlle BISCAY) ; Le service de documentation (Mme FESSARD).

Mardi 14 décembre, 9 h. 30 : Le médecin en face des métiers et des professions (M. FONTEGNE). — 10 h. 45 : La psychiâtrie en orientation professionnelle (Docteur HEUYER). — 14 heures : Visite du laboratoire du travail du réseau de l'Etat à Viroflay (2, rue Hippolyte-Marc, au sortir de la gare) : Prendre le train de 1 h. 30 à Invalides ou de 1 h. 34 à Montparnasse : Descendre à Viroflay (Mlle WEINBERG).

Mercredi 15 décembre, 9 h. 30 : L'examen psychologique en orientation professionnelle (Prof. PIERON). — 10 h. 45 : L'orientation professionnelle des déficients physiques (Docteur BONNARDEL). — 14 heures : Démonstrations de technique d'examen (anthropométrie, dynamométrie, vision, audition, etc, au laboratoire de physiologie du travail du conservatoire national des arts et métiers (Docteur BONNARDEL). — 15 h. 30 : Allocution de clôture (M. LUC).

S'inscrire avant le 9 décembre par lettre adressée au Secrétariat de l'Institut national d'orientation professionnelle, 292, rue Saint-Martin, Paris IIIe. L'inscription est gratuite.

Pour tous renseignements s'adresser à Mme Fessard, secrétaire générale, qui reçoit tous les jours de 15 heures à 18 heures excepté le samedi.

— **Mission sanitaire en Chine.** — La section d'hygiène de la Société des nations envoie en Chine une mission sanitaire dont feront partie le médecin général inspecteur Lasnet, membre de l'Académie de médecine, et le docteur Laigret, de l'Institut Pasteur de Tunis.

— Médecins brevetés de la Marine marchande. — Un examen d'aptitude aux fonctions de médecin breveté de la Marine marchande, réservé aux docteurs en médecine français, aura lieu à Bordeaux les 23 et 24 décembre 1937.

S'inscrire avant le 10 décembre prochain auprès du directeur de l'Inscription maritime à Bordeaux.

— Conseil de l'Université. — Les élections des étudiants adjoints au Conseil de l'Université pour les affaires disciplinaires, qui devaient avoir lieu le mercredi 22 décembre 1937, sont avancées au samedi 18 décembre 1937.

— Société française d'hématologie. — *Séance solennelle*, lundi 13 décembre 1937. — Conférence de M. le Prof. Dustin, recteur de l'Université libre de Bruxelles : Nouvelle application des poisons caryoclasiques à la pathologie expérimentale, à l'endocrinologie et à la cancérologie. — Conférence de M. le Professeur R. Grégoire, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris : La chirurgie dans les maladies du sang.

Cette séance solennelle aura lieu à 9 h. 30 précises, à l'amphithéâtre de la clinique médicale de l'hôpital Cochin, 27, faubourg Saint-Jacques, Paris.

— Fédération nationale des médecins du Front. — La fête de bienfaisance de la Fédération des médecins du Front a eu lieu le samedi 27 novembre, au pavillon Dauphine.

— Hôpitaux de Nancy. — *Externat.* — Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations suivantes :

Externes : MM. Dufays, Poinsot, Cayotte, Schalow, Blum, Jupille, Mlle Lacaque, MM. Dambrine, Tarralle, Renauld.

Externes à la suite : MM. Schmitt, Seigle, Aulon, Zappel, Arbonville, Corradini.

— Hopital civil français de Tunis. — *Internat.* — Des places d'internes sont actuellement vacantes à l'hôpital civil français de Tunis. Vingt inscriptions de doctorat sont exigées. Traitement de début : 9.000 francs, plus une indemnité de 2.000 francs pour les internes docteurs en médecine.

Pièces à produire : extrait de naissance, certificat de scolarité, certificat de situation militaire, certificat de bonne santé. Références.

Pour renseignements complémentaires, s'adresser au directeur de l'hôpital.

— Naissances. — Le Docteur R. Tissier, de Louhans (Saône et Loire) nous annonce la naissance de son cinquième enfant, un fils *Bruno*.

— Le Docteur et Madame Maxime Schneider nous font part de la naissance de leur fille *Liliane*. 19 novembre 1937, Etival-Clairefontaine (Vosges).

— Le Docteur et Madame Pierre Duquesne nous annoncent la naissance de leur fils *Bernard*. Ham, le 19 novembre 1937.

Nos sincères compliments.

— **Mariage.** — Nous apprenons le mariage de Mademoiselle JACQUELINE MOUNEYRAT, docteur en médecine, fille de Madame et du Docteur A. Mouneyrat, professeur agrégé des Facultés de médecine, chevalier de la Légion d'honneur, avec M. GABRIEL HAMM.

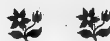
La bénédiction nuptiale leur a été donnée en l'église Saint-Jacques du Haut-Pas, le lundi 29 novembre 1937, à midi.

Nos sincères félicitations et tous nos souhaits de bonheur aux jeunes époux.

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur DERRIEN, de Saint-Servan (Ille et Vilaine) ; du Docteur LERY, de Pré en Pail (Mayenne).

— Nous apprenons la mort de Madame veuve Louis BAYLE DE JESSÉ, née Blanche Degravel, décédée le 3 novembre 1937, à Volx (Basses-Alpes) dans sa 86e année.

Elle était la mère du docteur J. C. Bayle de Jessé, à qui nous adressons l'expression de notre douloureuse et vive sympathie.



A TRAVERS L'OFFICIEL

16 NOVEMBRE

Enseignement de la médecine

Un concours pour l'emploi de professeur suppléant des chaires de pathologie et clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon, s'ouvrira le lundi 16 mai 1938 devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon.

17 NOVEMBRE

Décret du 9 novembre 1937 relatif au commerce des substances vénéneuses

Ce décret modifie le décret du 14 septembre 1916, portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 12 juillet 1916. Nous publions ci-dessous des extraits du rapport préliminaire qui en font connaître et en résument les dispositions principales :

La loi du 12 juillet 1916, ainsi que le décret du 14 septembre 1916, ont permis de classer ces substances vénéneuses en trois catégories correspondant à leur degré de toxicité.

L'arsenal thérapeutique, d'une part, les industries agricoles, d'autre part, utilisent, depuis cette époque, un certain nombre de produits toxiques, dont le commerce doit être soumis aux prescriptions nécessaires pour éviter les inconvénients résultant de leur emploi sans contrôle. Ces substances comprennent divers produits employés en médecine, et notamment les dérivés de la malonylurée (gardénal, véronal, etc.), dont la vente, non spécialement réglementée, offre les plus grands inconvénients ; elles comprennent également divers produits anesthésiques locaux.

Ces différents produits figureront désormais au tableau C prévu par le décret du 14 septembre 1916, modifié par le décret du 20 mars 1930. A ce même tableau A, figureront également les produits radioactifs, qui sont de plus en plus utilisés e n thérapeutique. Ces produits ne pourront, en raison de leurs propriétés spéciales, être vendus sans prescription médicale.

Les produits agricoles et industriels à faire figurer au tableau C sont : ou bien des sels métalliques employés pour la destruction de certains insectes, au même titre que les arsenicaux, ou bien des produits organiques employés en teinture.

L'inscription au tableau de ces substances a été demandée par différents Syndicats médicaux et pharmaceutiques.

La Commission du Codex, le Conseil supérieur d'hygiène publique de France, l'Académie de médecine ont également demandé ces inscriptions. L'Académie de médecine, d'ailleurs, a formulé aussi le vœu que différentes modifications soient apportées au décret du 14 septembre 1916 concernant la délivrance des substances inscrites au tableau A et au tableau C.

Ces modifications ont pour objet de soumettre à une réglementation plus stricte la délivrance des substances vénéneuses, soit sous forme de préparations magistrales, soit sous forme de médicaments préparés à l'avance. A cet effet, il semble utile d'appliquer aux substances figurant au tableau C certaines prescriptions qui, jusqu'alors, s'appliquaient aux produits du tableau A.

Le texte intégral de ce décret paraîtra dans un prochain supplément documentaire du « Concours Médical » *consacré à la question des « prescriptions médicamenteuses ».*

Arrêté du 13 *novembre* 1937, *relatif à la fabrication et à la vente des sérums thérapeutiques*

Cet arrêté détermine, conformément à la loi du 14 *juin* 1934, *la forme de la demande d'autorisation, les renseignements à fournir, et les conditions dans lesquelles cette autorisation sera délivrée.*

20 NOVEMBRE

Circulaire du 19 *novembre* 1937, *relative au commerce des substances médicamenteuses* (*J. O.*, page 12.669)

Réponses des ministres aux questions des parlementaires

Le refus d'admission d'urgence à l'Assistance médicale gratuite ne peut faire l'objet d'un recours

4082. — M. Boux de Casson demande à M. le ministre de la Santé publique si en cas de refus d'assistance médicale d'urgence par un maire le postulant peut exiger de ce maire un refus écrit et motivé et faire appel de ce refus devant la Commission cantonale. (*Question du* 29 *juin* 1937.)

Réponse. — La Commission cantonale statue sur les admissions, mais n'est pas une Commission d'appel. Le refus du maire d'admettre d'urgence un postulant à l'Assistance médicale gratuite ne peut plus faire l'objet d'aucun recours depuis l'intervention du décret-loi du 30 octobre 1935 sur l'unification et la simplification des lois d'assistance. Un tel recours serait d'ailleurs de peu d'intérêt puisque les postulants peuvent faire une demande d'admission dans les conditions ordinaires. La procédure de notification du refus du maire est fixée par chaque règlement départemental. Un postulant ne peut exiger un refus écrit et motivé.

(*J. O.*, 31 octobre 1937)

Immatriculation des femmes de ménage aux Assurances sociales

4474. — M. Maupoil, sénateur, demande à M. le ministre du Travail : 1° à qui incombe en réalité le soin de faire immatriculer une femme de ménage, occupée par un seul employeur, ajoute qu'aux termes de l'article 1er, paragraphe 5, du décret-loi du 28 octobre 1935, c'est au salarié, mais que des instructions émanant de l'Administration stipulent que c'est à l'employeur ; 2° toujours dans le cas d'une femme de ménage occupée par un seul employeur, les versements doivent-ils être effectués au moyen de timbres ou dans les conditions prévues par le régime général. Là encore, il paraît y avoir contradiction entre les directives de l'Administration qui prévoit le versement dans les conditions ordinaires et l'arrêté du 30 janvier 1936, qui concerne notamment «des assurés qui travaillent par intermittence pour le compte du même employeur. (*Question du* 27 septembre 1937.)

Réponse. — 1° Il résulte des termes mêmes de l'article 1er, paragraphes 4 et 5, du décret-loi du 28 octobre 1935 modifiant le régime des Assurances sociales que l'immatriculation des femmes de ménage, qui sont occupées par un seul employeur, est à la charge de ce dernier ; c'est seulement, en effet, lorsque les femmes de ménage « travaillent pour le compte de plusieurs employeurs » ou « ne travaillent pour le compte d'un même *employeur qu'une seule fois ou*

par intermittence » que l'immatriculation reste à la charge de ces salariés ; 2° dans le même cas, le versement des contributions doit s'effectuer en espèces, et non en timbres-poste, conformément aux dispositions de l'article 2, paragraphes 3 et 9 dudit décret-loi. (*J. O.*, 17 novembre 1937).

Les mécaniciens dentistes, les stomatologistes et chirurgiens-dentistes ne sont pas assujettis aux lois sur la semaine de quarante heures.

3336. — M. G. Lévy demande à M. le ministre du Travail si les mécaniciens-dentistes sont assujettis aux lois sur la semaine de quarante heures, les congés payés, etc. (*Question du* 27 *avril* 1937.)

Réponse. — Les dispositions de la loi du 21 juin 1936 sur la semaine de quarante heures ne sont applicables que dans les établissements industriels et commerciaux, artisanaux et coopératifs et, dans leurs dépendances. Elles ne visent pas les cabinets des chirurgiens dentistes, ceux-ci exerçant une profession libérale. Il y a lieu de considérer comme employés d'industrie, les mécaniciens dentistes employés dans les ateliers de fabrication d'appareils de prothèse dentaire. Ces ateliers sont visés par le décret du 27 octobre 1936 appliquant la loi du 21 juin 1936 sur la semaine des quarante heures aux industries de la métallurgie et du travail des métaux. Par contre, les mécaniciens dentistes attachés à des cabinets de chirurgiens-dentistes semblent devoir être considérés comme des employés de profession libérale et à ce titre, ils ne peuvent se prévaloir des dispositions de la loi du 21 juin 1936. D'autre part, les mécaniciens dentistes ont droit aux congés payés, quel que soit leur employeur, le droit à congé étant donné par la loi à tout ouvrier, employé ou apprenti occupé dans une profession industrielle, commerciale ou libérale ou dans une Société coopérative ainsi qu'à tout compagnon ou apprenti appartenant à un atelier artisanal. (*J. O.*, 19 novembre 1937).

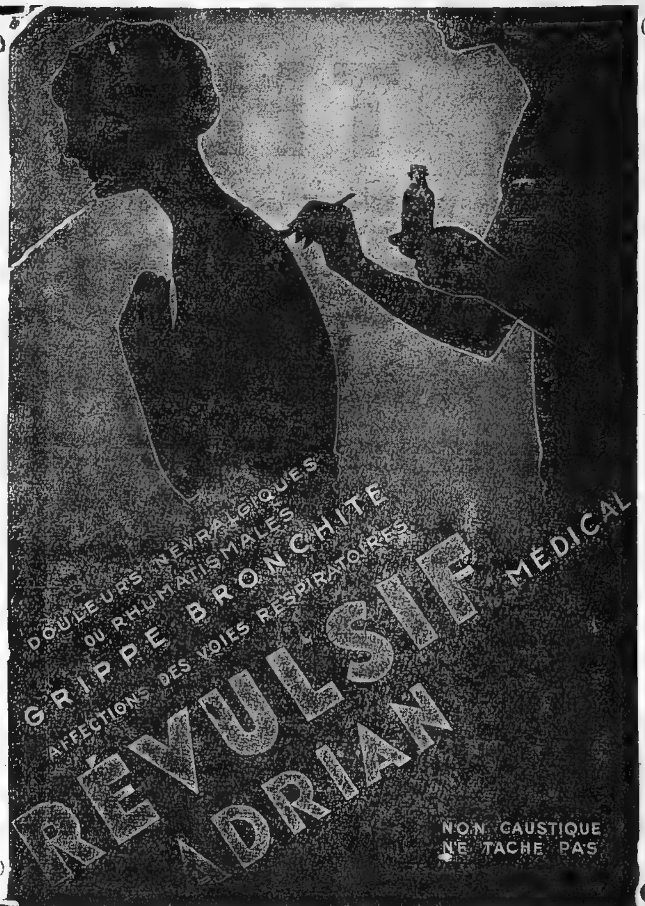
La Ligue médicale de Défense professionnelle **« Le Sou Médical »** a deux objets principaux :

1° Tout d'abord elle garantit ses membres contre les risques de responsabilité professionnelle à concurrence d'une somme de 100.000 francs. Et cette garantie est portée à 500.000 francs pour ceux d'entre eux qui sont en même temps abonnés au *Concours Médical.*

2° En outre, elle leur donne conseils et soutien dans toutes les difficultés et les procès d'ordre professionnel

---

Voir la suite page LV-3493



PROPOS DU JOUR

LE COURS D'ASSISTANCE MÉDICO-SOCIALE A LA FACULTÉ DE PARIS

L'ÉVOLUTION DE L'ASSISTANCE AU COURS DES SIÈCLES

L'inauguration du cours d'assistance médico-sociale à la Faculté de médecine de Paris fera date dans l'Histoire de l'Enseignement de la Médecine en France. C'est, croyons-nous, la première fois que des questions ayant trait à la médecine professionnelle seront officiellement et régulièrement enseignées. Le cours de M. le Professeur O. Crouzon, comme il l'a laissé entendre à la fin de sa brillante leçon inaugurale, est une amorce, car la médecine professionnelle ne se borne pas à l'assistance médico-sociale, son programme est autrement plus vaste.

Certains des chapitres de ce programme sont incorporés au cours de médecine légale, au cours d'hygiène où ils ne sont pas tout à fait à leur place et où les professeurs ne peuvent leur donner dans leur enseignement le développement qu'ils méritent. Un jour viendra où nos Facultés, désirant apprendre aux jeunes médecins tout ce qu'il importe de savoir pour exercer leur profession, organiseront un enseignement complet de médecine professionnelle et ne le borneront pas à l'Assistance médico-sociale.

***

M. le Prof. Crouzon a consacré sa première leçon à un exposé de l'Evolution de l'Assistance en France à travers les siècles.

Le sujet traité était une belle préface à son cours et nous le félicitons de l'avoir choisi. De cet exposé il ressort, comme l'a fait remarquer le Professeur, que les mêmes directives ont été respectées pour l'organisation de l'Assistance dans notre pays depuis les temps les plus reculés. Cette constance relative dans l'évolution de l'Assistance malgré les troubles des périodes les plus critiques, malgré les invasions, les révolutions, les changements de régime, doit donner confiance dans l'avenir de notre Patrie.

Il y eut des tentatives d'organisation de l'Assistance dans l'Antiquité. Aristote dans sa *Constitution d'Athènes* signale les secours donnés aux indigents et leur insuffisance. Dans les cités grecques, le peuple élisait des médecins publics. Il y eut aussi à Rome une ébauche d'assistance, même médicale. Un édit de Constantin mit à la charge de l'Etat les secours destinés aux enfants dès le quatrième siècle. Les Hébreux avaient aussi reconnu la nécessité de secourir les pauvres ainsi qu'en font foi dans la Bible les *Proverbes* de Salomon.

Mais ce fut le Christianisme qui fit de la charité une vertu et organisa l'Assistance.

Dans la primitive Eglise, les Apôtres confièrent à sept diacres à Jérusalem, le soin de distribuer les aumônes. L'institution des diacres se répandit. Saint-Cyprien, dès le IIIe siècle, réglementa les attributions des diacres qui furent secondés par des veuves charitables, les diaconesses. Au IVe siècle, Fabiola créa à Ostie le *premier hôpital d'Italie où furent soignés les* malades. En France, le premier hôpital fut créé à Lyon par Childebert en 512, puis au VIIe siècle, Saint Landry fonda l'Hôtel-Dieu de Paris. Le Concile de 507 d'Orléans chargea l'évêque de secourir les indigents. Le Concile de Tours de 570 proclama le principe de l'assistance paroissiale qui devait devenir communale. Charlemagne au VIIIe siècle tâcha de soulager l'Eglise du fardeau des secours aux pauvres en ordonnant à ses seigneurs d'y pourvoir. Les monastères assurèrent l'assistance dans la Société féodale. Les Croisades, ayant importé en France la lèpre et beaucoup d'autres maladies, un grand nombre de léproseries et de maladreries furent fondées.

Des ordres hospitaliers se constituèrent pour secourir les malades et de nombreux hospices furent organisés pour recueillir les pèlerins au cours de leurs voyages.

Les confréries de métiers furent des Associations de Secours mutuels parfois admirables.

Saint Louis fonda les Filles-Dieu pour recueillir les prostituées, les Quinze-Vingts pour les aveugles, les hôpitaux de Pontoise, Vernon, Compiègne, etc.

En 1463, Barnabé de Terni créa à Pérouse, le

premier Mont-de-Piété, institution qui, au siècle suivant, fut introduite en France.

Les mendiants furent une plaie de l'ancien régime. Ils s'organisaient en cours des Miracles et devenaient un véritable danger social. Le roi Jean, Louis XII, François Ier, Marie de Médicis, prirent des mesures draconiennes contre les truands.

Le Premier Président, Pomponne de Belièvre, voulut réaliser le renfermement des mendiants dans des établissements spéciaux.

L'hôpital général fut fondé, puis développé, comprenant la Salpêtrière, qui était peuplée de 6.500 habitants, Bicêtre, la Pitié, Scipion. Ce fut un échec lamentable. L'Assistance à domicile s'organisa au XVIIe siècle avec le grand Bureau des Pauvres et Saint Vincent-de-Paul fut le grand bienfaiteur des indigents avec ses Filles de la Charité et la création de la Protection de l'Enfance.

Un arrêt du Parlement du 2 mai 1505, avait remis à huit bourgeois de Paris choisis par le Prévôt des Marchands et les Echevins, l'administration de l'Hôtel-Dieu jusque-là confiée au chapitre de Notre-Dame. Sous l'influence des Philosophes au XVIIIe siècle, le souci de l'Assistance publique fut de plus en plus donné à des laïcs. Le Concile de Trente avait d'ailleurs proclamé que l'Administration des hôpitaux devait revenir aux laïcs.

Nous voyons alors fonder de nouveaux hôpitaux, Necker, Cochin, Beaujon, par les philanthropes dont ils portent le nom.

Valentin Haüy créa la Société Philanthropique de Paris qui secourut les aveugles. Le chirurgien Tenon se dévoua à la réforme des hôpitaux.

Durant la Révolution, La Rochefoucauld-Liancourt au Comité de mendicité, conseilla de donner aux municipalités la direction des services d'assistance, de créer un domicile de secours et d'instituer une taxe pour les pauvres.

L'Assistance fut nationalisée par la Constituante et la Convention, mais l'insuffisance financière de la Nation obligea le Directoire à revenir à l'autonomie communale.

Sous la Restauration, la Bienfaisance privée se développa et l'Assistance publique sommeilla. On organisa les Conseils de la Charité. Sous le règne de Louis-Philippe fut élaborée et promulguée la loi sur les aliénés de 1838. La deuxième République fonda en 1849, l'Assistance publique de Paris et en 1851 étendit une organisation similaire aux hôpitaux de province.

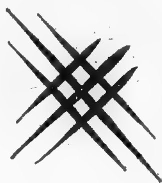
Sous le second Empire, une tentative de Centralisation fut poursuivie pour toutes les institutions d'Assistance.

Enfin avec la IIIe République nous voyons s'épanouir l'Assistance médico-sociale actuelle: loi Th. Roussel sur la Protection des enfants du premier âge (23 décembre 1874), loi du 2 novembre 1892 sur le travail des enfants et des femmes, loi sur l'Assistance médicale gratuite du 15 juillet 1893, loi du 1er avril 1898 sur la Mutualité, loi sur les accidents du travail de 1898, étendue aux maladies professionnelles en 1919, en 1922 aux accidents agricoles, en 1923 aux domestiques, loi du 14 juillet 1905 sur l'Assistance aux vieillards, aux infirmes et incurables, loi du 7 juin 1913 sur la protection des femmes en couches, loi du 14 juillet 1913 sur l'Assistance aux familles nombreuses, loi du 31 mars 1919, sur les pensions militaires, du 24 octobre 1919 sur l'allaitement.

Enfin, la loi sur les Assurances sociales du 30 avril 1930 est venue couronner ce majestueux édifice social, substituant dans la mesure du possible l'Assurance à l'Assistance.

M. le Professeur Crouzon après cet exposé a annoncé qu'il commencerait par l'étude de l'Assistance médicale gratuite.

J. NOIR.



PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

A PROPOS DU TRAITEMENT DES INSUFFISANCES CARDIAQUES

Par M. J. Hautefeuille

Directeur de l'Ecole de médecine d'Amiens

Une des conséquences fâcheuses de la médecine sociale cst l'abondance des papiers que le médecin est condamné à remplir à chaque visite de malade : feuilles de maladie des Assurances sociales, feuilles des Mutuelles, certificats pour les Administrations, feuilles de l'Assistance médicale gratuite pour le fameux article 19.

Préocupé de rédiger exactement toute cette paperasse, sous peine de ne pas toucher ses honoraires, le médecin n'a plus le temps nécessaire pour examiner sérieusement son malade et établir judicieusement son ordonnance. Il est enclin peu à peu à faire de la médecine à tiroirs, à réduire sa thérapeutique à de simples équations :

tuberculose = sels d'or
diabète = insuline
maladie de cœur = digitale ou ouabaïne,
tendance évidemment déplorable.

En particulier, pour bien traiter une insuffisance cardiaque, un examen complet du malade s'impose.

Il faut d'abord établir la réalité de cette insuffisance, en rechercher les causes et les principales manifestations.

On ne doit plus se contenter, comme autrefois, de rechercher et d'interpréter les troubles valvulaires.

Des troubles fonctionnels du cœur peuvent se produire sans lésions anatomiques décelables par la clinique (myocardies de Laubry).

Les physiologistes nous ont dévoilé l'influence des hormones et des vitamines sur le fonctionnement du cœur.

L'électrocardiographie nous a permis de dissocier les diverses arythmies, la radiologie d'apprécier les déformations des diverses cavités du cœur.

La cardiologie est donc devenue une science complexe.

Mais il n'est pas toujours possible d'avoir recours à ces diverses méthodes, on peut cependant, par un examen clinique sérieux, poser des indications précises.

Tout d'abord, quand peut-on dire qu'il y a insuffisance cardiaque ?

Lorsque la contraction du cœur est insuffisante à assurer la circulation dans tout l'organisme.

Mais, ce rendement insuffisant dépend en partie de l'état fonctionnel des vaisseaux.

De plus, dès que le cœur fléchit, la stase engorge les viscères, ce qui augmente encore le travail de cet organe.

Le cœur peut être suffisant au repos ; mais la contraction musculaire exigeant un débit sanguin plus considérable dans le muscle et dans le poumon, le cœur faille à sa tâche, la dyspnée d'effort apparaît comme premier signe de l'insuffisance cardiaque.

Il faut se rappeler cependant qu'on peut observer ce symptôme chez les malades atteints de sclérose du poumon ou ayant un thorax déformé, par cypho-scoliose, ou ayant perdu son élasticité par calcification des cartilages costaux. La dyspnée d'effort est alors due à l'ampliation thoracique insuffisante.

Plus tard, dans l'insuffisance ventriculaire droite, on observe la congestion passive des bases pulmonaires, la congestion du foie et des eins ; dans l'insuffisance ventriculaire gauche, re bruit de galop, les crises d'asthme cardiaque let d'œdème pulmonaire.

La maladie évoluant, l'insuffisance du cœur devient totale, l'asystolie apparaît avec un œdème plus ou moins généralisé.

On comprend aisément que cet engorgement progressif des organes et des tissus aggrave de plus en plus l'insuffisance du cœur.

Avant de donner des toni-cardiaques un traitement préparatoire est donc indispensable. Il faut rompre le barrage périphérique, diminuer le plus possible le travail du cœur.

Quelles sont les mesures à prendre pour atteindre ce but ?

I. — Le repos absolu au lit

Une mesure qui s'impose donc premièrement, c'est le repos absolu au lit, seul moyen d'obtenir l'inertie musculaire complète et de mettre réellement le cœur au repos.

D'après une expérience de Chauveau, le muscle au travail reçoit quatre fois plus de sang qu'au repos absolu, vingt fois plus d'O et exhale trente-cinq fois plus de CO°, ce qui explique la nécessité d'une accélération du cœur et des mouvements respiratoires pendant le travail musculaire.

II. — Diminuer la pléthore sanguine et la stase viscérale

Contre la congestion des bases pulmonaires, on utilise ventouses scarifiées ou sangsues qui peuvent être appliquées aussi, suivant les cas, sur le foie, sur la région précordiale et sur les reins.

Ces petites émissions sanguines locales sont suffisantes dans l'insuffisance légère du cœur ; mais si le malade se présente dans un état d'hyposystolie déjà avancée, il ne faut pas hésiter à faire une saignée générale au bras de trois à quatre cents grammes qui diminue la masse totale du sang et soulage immédiatement le cœur.

III. — Réduire les œdèmes

Un premier moyen pour réduire les œdèmes est la purgation drastique (saignée blanche) qui fait éliminer par l'intestin une quantité appréciable d'eau.

Il faut toujours essayer d'élucider la part des reins et celle du cœur dans la formation des œdèmes. L'analyse d'urine, la constante d'Ambard permettront d'apprécier la valeur fonctionnelle des reins.

Si ces organes paraissent être très déficients, une cure de théobromine de quelques jours, pourra être employée avec profit.

Mais on n'oubliera pas que la sécrétion rénale est conditionnée directement par le débit sanguin et qu'une albuminurie légère peut disparaître par la cure digitalique.

Une saignée locale sur le triangle de J.-Louis Petit, en diminuant la stase rénale peut activer la diurèse.

Si la cure de théobromine ne donne pas de résultats au bout de quelques jours, on passera à la cure digitalique.

Pour contrôler la diurèse, la mesure quotidienne des urines est naturellement indispensable.

Une autre méthode très importante est la cure de réduction des liquides.

Le malade qui urine peu, a tendance à boire beaucoup, se gorge de tisanes, croyant augmenter ses urines.

Il faut lui faire comprendre qu'il est hyperhydraté et que l'idéal pour lui est de boire très peu et d'uriner beaucoup, grâce aux diurétiques.

Il faudra donc réduire la quantité des boissons en lui expliquant que tous les aliments solides contiennent de l'eau (la viande 50 %, le poisson 70 %, les pommes de terre 75 %, les fruits 80 % environ) et que la privation complète de boissons ne constitue donc pas un régime sec absolu.

On obtiendra d'ailleurs difficilement, ce régime solide intégral, mais on peut autoriser un demi-litre à un litre de liquide.

La quantité de boissons doit d'ailleurs être conditionnée par le volume des urines.

En général, la réduction des liquides associée à un diurétique augmente le volume des urines. S'il s'abaisse après la réduction des œdèmes, il faut augmenter un peu les boissons pour maintenir la diurèse à un litre environ et éviter l'azotémie par oligurie.

Un autre facteur de traitement des œdèmes est le régime achloruré que l'on fera observer strictement (pain sans sel).

Le massage des jambes est aussi un moyen qui est trop négligé. Il facilite la mobilisation des œdèmes, active la circulation veineuse.

Enfin, on sait que les œdèmes sont en partie conditionnés par un élément tissulaire : l'hydrophilie des tissus.

Après avoir excité la sécrétion rénale par la théobromine, on peut s'adresser aux diurétiques tissulaires, aux sels de Ca, mais à dose suffisante, suivant la formule de Blum.

Chl. de Ca granulé sec	30 grammes
Amidon soluble	30 grammes
Eau distillée	20 grammes
Sirop de citron .... q. s. p.	100 c. m. c.

à raison de 8 cuillerées à café par jour.

IV. — Evacuer les séreuses

J'ai insisté ailleurs sur l'extrême fréquence de la pleurésie droite chez les cardiaques (1). Elle est signalée par les classiques dans l'asystolie, mais elle apparaît souvent beaucoup plus tôt au cours de l'évolution des cardiopathies, dès les premiers stades de l'insuffisance cardiaque. Il faut la rechercher systématiquement en particulier chez tout cardiaque dont la dyspnée a tendance à devenir continue ou chez lequel les traitements toni-cardiaques n'ont plus d'effet.

La pleurésie droite des cardiaques peut occuper la grande cavité pleurale et présenter les signes ordinaires d'épanchement d'un diagnostic facile.

Mais très souvent, elle est sus-diaphragmatique. Le liquide est collecté entre la partie infé-

(1) La pleurésie droite des cardiaques par J. Hautefeuille, *Phare médical*, mai 1934.

rieure du poumon et le diaphragme, il s'accumule en avant, laissant en arrière une lame pulmonaire fixée par une symphyse partielle au diaphragme.

Cette pleurésie sus-diaphragmatique est souvent latente, ne s'accompagne, ni de fièvre, ni de point de côté, ni de toux.

En arrière, les signes sont presque nuls à cause de la lame de poumon interposée. On constate seulement une légère submatité qui dépasse à peine la dixième côte. Les vibrations vocales ne sont pas abolies ; le murmure vésiculaire est à peine diminué ou est même aussi intense, que de l'autre côté ; des sous crépitants de congestion ou des râles de bronchite s'entendent identiquement aux deux bases. Parfois, il y a exagération de la respiration costale supérieure.

Le s signes doivent être recherchés en avant. La matité hépatique est très augmentée, dépassant la cinquième côte en haut, débordant les fausses côtes en bas, ce qui évoque d'abord l'idée d'un gros foie cardiaque.

Quand la limite supérieure de la matité dépasse la cinquième côte, on doit toujours soupçonner l'existence d'un épanchement. On confirmera cette hypothèse par la recherche de la matité mobile, élévation de la limite supérieure de la matité dans la position assise.

Lorsqu'il est net, ce signe permet d'affirmer la présence du liquide. Il n'est en défaut que dans les épanchements enkystés non mobiles. La ponction exploratrice confirmera ce diagnostic. Elle devra être faite sur la ligne axillaire ou même plus en avant ; elle pourrait être blanche en arrière à cause du poumon interposé.

La recherche de ces épanchements a un intérêt thérapeutique primordial. Dès que le diagnostic est posé, il faut les évacuer.

On obtient toujours un soulagement immédiat, une diminution de la dyspnée et un regain d'activité des toni-cardiaques qui étaient devenues inefficaces.

On répètera la ponction chaque fois que le liquide se reproduira. On peut ainsi prolonger la vie des malades parfois de plusieurs années.

Chez les grands asystoliques, l'épanchement est parfois bilatéral et exigera une double ponction.

Enfin, plus rarement, quand la circulation porte est très ralentie, se produira de l'ascite qui obligera à une ponction abdominale.

Le massage de l'abdomen peut, dans une certaine mesure, prévenir cette complication.

En résumé, pour traiter une insuffisance cardiaque, il faut toujours commencer par réduire le travail du cœur en diminuant les obstacles périphériques.

On ne fouette pas un cheval fourbu, on le met d'abord au repos.

Dans les insuffisances légères, une purgation, quelques ventouses scarifiées aux bases pulmonaires suivies d'une cure digitalique remettront ce malade en équilibre circulatoire.

Lorsque le malade est en hyposystolie, le repos au lit sera prolongé pendant plusieurs semaines, la saignée générale sera nécessaire.

La réduction des œdèmes par la théobromine pendant quelques jours, la ponction pleurale, s'il existe un épanchement, devront précéder la cure digitalique.

Une demi diète s'imposera, des repas légers pour diminuer le travail digestif qui fatigue le cœur ; une alimentation solide, fruits, pâtes, quelques légumes, pain, sans sel.

Si le malade n'est pas azotémique, on ne prolongera pas trop longtemps l'abstention de la viande pour éviter la cachexie cardiaque par inanition.

Chez les grands asystoliques, cette cure préparatoire ne sera pas toujours efficace ; les œdèmes résisteront à la théobromine. Les diurétiques mercuriels (cyanure, neptal) produiront parfois une débâcle providentielle, mais ces diurétiques doivent être maniés avec prudence. Leur usage sera proscrit chez les albuminuriques. Leur effet sur la diurèse devra être rigoureusement contrôlé. S'il est nul, il faudra cesser leur emploi. On fera au bout de quelques jours, la cure digitalique ou ouabaïnique. Si ces toniques ne donnent pas de résultats, on pourra tenter à nouveau de réduire les œdèmes par la cure calcique ou par les mouchetures sur les jambes.

Une nouvelle cure de toni-cardiaque donnera ensuite un meilleur résultat.

Ces quelques considérations sur les moyens adjuvants et sur la cure préparatoire aux médicaments cardiaques pourront paraître d'ordre un peu banal. Mais l'insuccès des médicaments est souvent dû à ce manque de préparation.

Ces vieux principes posés autrefois par Huchard m'ont paru être un peu oubliés et mériter d'être rappelés à l'attention des médecins.

UN CAS PEU BANAL D'HYPOGLYCÉMIE SPONTANÉE

Peu banale en effet l'observation relatée par L.-A. Carlson et E.-H. Rynearson (1). Si peu banale que, pour en expliquer la physiologie pathologique et trouver un traitement adéquat, ces deux médecins américains donnent leur langue au chat et demandent à la ronde si quelqu'un sera plus heureux qu'eux.

Il s'agit d'un cas d'hyperinsulinisme, pour employer le terme proposé par Learle Harris.

Une après-midi de septembre 1926, alors qu'il fane les foins, le malade est pris d'une faim soudaine et d'une grande faiblesse ; il se sent faible au point de ne plus pouvoir lever les bras. Le repas du soir le ranime. Mais deux mois plus tard, alors qu'il travaille dans une usine de frigorifiques, il éprouve le même malaise et le calme en mangeant trois poires. Il remarque un accroissement de l'appétit et qu'il se sent mieux s'il boit du lait dans la matinée et dans l'après-midi. En avril 1927, il s'en va, un jour, faire la sieste : on le retrouve un peu plus tard sans connaissance. Il se remet spontanément, mais quelques semaines plus tard un semblable épisode apparaît à la suite d'un travail fatigant. *En décembre* 1927 il passe en Amérique centrale pour travailler dans une plantation de bananiers. Sur le bateau il lui arrive d'être tellement bizarre qu'on le croit ivre et qu'on le porte dans sa cabine. Il perd connaissance, se réveille six heures plus tard, mange trois pommes et se sent mieux. Pendant qu'il est sur la plantation, on l'examine sans rien trouver d'anormal. Mais la nuit suivante il va au bal : on le ramène à l'hôpital sans connaissance et ayant une crise convulsive. Naturellement on porte le diagnostic d'épilepsie.

C'est alors qu'il entre en observation au « Stanford University Hospital » où, le matin, à jeun, on constate un taux de sucre sanguin de 0 gr. 33 ; on le reconnaît atteint d'hyperinsulinisme.

En septembre 1928 : laparotomie exploratrice : les deux cinquièmes du pancréas sont enlevés mais pas trace de tumeur. Un mieux apparaît mais qui ne dure pas. On administre de l'extrait de rétro-hypophyse qui amène de tels troubles visuels qu'on est obligé de cesser. La dose quotidienne de 0 gr. 20 de thyroïde ne donne aucun résultat. En mai 1929, il fait une crise si sévère que trois injections intra-veineuses de sérum glucosé suffisent à peine à le faire sortir du coma. Le malade remarque qu'il se sent mieux lorsqu'il a pris un léger repas la veille vers 9 heures du soir; par la suite il fait sonner son réveil à 1 heure du matin pour manger encore. Malgré toutes ces précautions il connaît de nouveau la disgrâce d'être pris pour un ivrogne et d'être porté sur son lit pour « cuver son whisky ». Seulement il fait des crises convulsives telles qu'il met ses vêtements en lambeaux.

Il est admis à la clinique Mayo en novembre 1932. Examen complet accompagné, bien entendu, de toutes les recherches de laboratoire imaginables : urines, sang, Wassermann, métabolisme basal, électro-cardiogramme. On ne trouve rien sauf le taux anormalement bas du sucre sanguin, mais la courbe de tolérance au glucose est satisfaisante. Et commence une série d'essais thérapeutiques : 0 gr. 25 d'extrait thyroïdien par jour pendant dix jours : aucun résultat ; 0 gr. 05 de sulfate d'éphédrine trois fois par jour : aggravation et crises sévères qui nécessitent des injections intraveineuses de glucose. On pense alors à explorer de nouveau le pancréas et on fait une laparotomie : le pancréas paraît normal ; un nodule de 1 cm. de diamètre est cependant enlevé ainsi qu'un fragment de foie dont on pratique la biopsie. Le nodule pancréatique révèle seulement une rareté marquée des îlots de Langerhans et une légère pancréatite. Quant au foie il apparaît de structure normale. Et trois semaines après les crises reprennent.

Dépité le malade s'en va. Il reparaît chez Mayo quatre ans après ayant engraissé de 27 kgr. Mais cet engraissement insolite est dû uniquement aux repas très fréquents qu'il fait pour éviter des crises et à son incapacité de travailler. De nouveau sont essayés différents traitements : 1° régime abondant en graisses et peu hydrocarboné ; 2° régime peu calorifiant et repas fréquents ; 3° hormone diabétigène du lobe antérieur de l'hypophyse ; 4° adrénaline ; 5° sulfate d'éphédrine ; 6° extrait thyroïdien ; 7° insuline ; 8° radiothérapie profonde sur le pancréas ; 9° nouvelle résection d'une portion de pancréas ; 10° extrait de cortex surrénal ; 11° régime hyperprotéiné ; 12° régime chargé en potassium et pauvre en sodium ; 13° sulfate de strychnine ; 14° tartrate de synéphrine ; 15° pituitrine ; 16° extrait duodénal avant les repas ; 17° chlorhydrate de betaine (?).

A la date du 22 avril 1937 le malade donne de ses nouvelles. Il fait sept repas par jour.

En quatre mois il n'a eu qu'une crise grave mais il n'est pas guéri.

Et c'est pourquoi les confrères de la clinique Mayo déclarent forfait. Il faut convenir qu'il y a de quoi !

G. LAVALÉE.

(1) Staff meetings of the Mayo Clinic, August, 4, 1937.

CONSANGUINITÉ ET MÉDECINE INFANTILE

Par le Docteur R. LIÈGE
Ex-chef de clinique médicale infantile à la Faculté
Médecin de l'Hôpital de la Glacière

Le problème de la consanguinité qui a suscité de nombreux travaux et a fait couler beaucoup d'encre, peut se poser pour nous, médecins praticiens de deux façons différentes.

Dans un premier cas, notre client, amoureux mais prudent vient nous faire part de son intention d'épouser une sienne cousine germaine. Tout serait parfait, s'il n'avait pas entendu parler des méfaits de la consanguinité.

Il vient demander au médecin, ce qu'il faut en penser et si, dans son cas personnel, il doit avoir quelque crainte pour sa descendance.

Dans un second cas, et la question nous a été posée en tant que médecin d'enfants, on nous amène un garçon ou une fille issu de cousins germains et qui présente une anomalie dans son développement, aussitôt les parents de nous poser la question de savoir si cette anomalie est due ou non à la consanguinité. Telle est, pour exemple l'observation suivante :

L... Georges, âgé de douze ans est amené à la consultation d'enfants de l'hôpital de la Glacière pour différents troubles du développement qui inquiètent ses parents.

Louis est né à terme de parents *cousins germains*, bien portants l'un et l'autre.

Il a une sœur de cinq ans, bien portante.

Il a la rougeole à sept ans, a été opéré de ses amygdales et de ses végétations.

Louis manque d'appétit, est souvent fatigué, a des maux de tête, des cauchemars, et présente de *l'incontinence d'urine*, trois à quatre fois par semaine.

Enfin, il ne *grandit pas*.

Louis, en effet, est petit pour son âge.

Bien qu'il pèse 26 k. 100, poids très près de la moyenne de son âge (27 kilos), il ne mesure que 122 centim. 1/2 alors que la moyenne de son âge est de 133 centimètres.

La réduction staturale (10 c. c. 1/2) est donc importante).

Par ailleurs, ce garçon est assez musclé, mais n'a pas toutefois l'habitus d'un enfant de cet âge.

Ses mains sont courtes. Ses pieds sont petits.

Les organes génitaux sont ceux d'un enfant d'un âge inférieur, les testicules sont petits, la verge est petite.

La voûte palatine est ogivale. Il existe un léger dysmorphisme maxillo-facial.

On pratique chez cet enfant différentes recherches :

1° Une réaction de Bordet-Wassermann.

La réaction type se montre négative.

Les réactions de Hecht, de Kahn sont faiblement positives ;

2° Une radiographie de la selle turcique.

Celle-ci est petite. Les apophyses clinoïdes postérieures sont développées et épaisses et paraissent fermer en haut la selle turcique ;

3° Un examen interférométrique. Elle révèle une dysfonction de l'hypophyse antérieure, et montre une valeur basse du testicule en rapport avec l'atrophie de ces glandes.

Peut-on, pour expliquer ces différents troubles, faire rentrer la consanguinité en ligne de compte ? Tel est le problème.

***

En vérité la consanguinité est accusée de nombreux méfaits. Elle fournit des boiteux, des bossus, des infirmes de toutes sortes, des sourds-muets, des fous. On l'accuse encore d'être la cause de l'albinisme, de la rétinite pigmentaire, d'épilepsie, voire même de prédisposition à la tuberculose.

On l'accuse enfin d'être cause de dégénérescence, c'est-à-dire d'une évolution progressive vers la diminution constante des éléments de résistance psychophysique de l'être humain, aboutissant finalement à son anéantissement.

En vérité, le problème de la consanguinité est complexe. Certains faits tendent à démontrer que la consanguinité est accusée à tort de nombreux méfaits. Si l'on se reporte à l'histoire, on apprend que, dans l'Antiquité, les mariages entre parents étaient non seulement tolérés mais admis et même recommandés. Les mariages consanguins étaient la règle ; l'éloignement des différentes familles entre elles, la promiscuité de l'habitation, les recommandations religieuses forçaient pour ainsi dire les gens de cette époque à contracter des unions dans leur propre famille.

Ces pratiques paraissaient normales, et dans les écrits anciens, il n'est pas question de dégénérescence. Les premières interdictions de mariages consanguins paraissent avoir été faites au nom d'une société naissante ; et les premières défenses d'unions consanguines auraient été édictées par les premiers dirigeants des groupes vivant en société, par des fondateurs de religion, des théologiens désireux de voir s'étendre leurs doctrines à travers le monde.

Par ailleurs, il est curieux de constater que la consanguinité est mise en pratique chez les animaux, et en particulier dans la race chevaline, et a permis d'obtenir des races célèbres.

Les éleveurs améliorent certaines espèces d'animaux domestiques en alliant avec leurs parents les plus rapprochés les sujets qu'ils trouvent doués de qualités particulières, et qu'ils sont désireux de voir se perpétuer (système de reproduction par l'inceste auquel les Anglais donnent le nom de « Breeding in and in ».)

D'autres faits tendent par contre à démontrer que la consanguinité est, à juste raison, accusée de méfaits. Certains naturalistes, et Buffon en particulier, considèrent la consanguinité chez les animaux comme nuisible.

Une expérience faite sur des moutons astrakans, par M. Kervoel est particulièrement intéressante. L'auteur ayant voulu propager la laine d'un bélier astrakan en la faisant reproduire avec des familles qui en provenaient, voit la fécondité diminuer chez ces dernières. A la quatrième génération, il n'eut qu'une agnelle albine qui ne bêla pas. La consanguinité poussée à l'excès avait produit, dit cet auteur, trois phénomènes de dégénérescence singuliers, le mutisme, l'albinisme, la stérilité.

La consanguinité exercerait donc sur l'acte de procréation, une influence fâcheuse soit par la moindre fécondité des procréateurs, soit par la vitalité plus faible de leurs produits.

L'on admet généralement que la cause en résiderait dans le fait que les procréateurs très proches parents, vivant dans le même milieu, soumis à la même hygiène, présenteraient une certaine neutralité sexuelle qui diminue les chances de fécondité. La consanguinité aboutirait, par ailleurs, à la stérilité par suite d'une différenciation insuffisante des éléments sexuels.

Certains faits relatés par l'histoire ayant trait à des dynasties qui ont fourni des dégénérés s'opposent à ceux ci-dessus rapportés, puisés également dans l'Histoire et qui plaidaient en faveur de la consanguinité.

Certaines observations, telle celle rapportée par Blavier sont à charge contre la consanguinité.

Deux cousins germains parfaitement bien portants donnent le jour à dix-huit enfants. Il n'en survit que deux, le premier et le dernier. Tous les autres, sauf un mort à trente-six ans d'une pneumonie, sont morts en bas âge.

***

En réalité, le problème de la consanguinité est des plus difficile à résoudre. Les documents, les faits, les observations sont souvent contradictoires ; et certains auteurs accordent dans ses méfaits, plus d'importance aux tares héréditaires, à l'hérédité, qu'à la consanguinité elle-même, et pensent-ils que lorsqu'il n'y a pas de tares, la consanguinité n'a pas de mauvais effets, tandis que s'il existe des tares dans une famille, elle en multiplie l'importance.

Du point de vue pratique pour donner notre opinion sur un mariage entre cousins germains, recherchons ces tares par l'interrogatoire et, par des examens de laboratoire. Pour ce qui est de savoir si des troubles de la croissance, et, en particulier, l'hypotrophie staturale sont en rapport ou non avec la consanguinité, là encore c'est un problème très particulier et l'on ne saurait conclure d'une façon ferme sans risque d'erreur. Sans doute la réduction staturale est donnée comme l'un des premiers symptômes de cette dégénérescence dont on accuse la consanguinité, mais notons que ce facteur de réduction staturale prend en réalité sa place à côté de ceux que l'on cite habituellement, savoir : syphilis, alcoolisme, grossesses répétées, que l'hypotrophie staturale est quelquefois le fait de la famille... de la race.

Le garçon, dont nous rapportons l'observation, issu de cousins germains, présente une réduction staturale assez forte, de l'incontinence d'urine, un manque de développement des organes génitaux. Par ailleurs, les examens pratiqués montrent des troubles glandulaires qui paraissent être de nature hypophysaire et testiculaire, une réaction de Bordet-Wassermann suspecte ; mais la mère est cependant convaincue que la consanguinité est le seul facteur étiologique qui doive retenir notre attention.

Nous lui avons laissé penser qu'il en était ainsi, mais instruits de la complexité du problème de la consanguinité nous avons pensé qu'elle n'y était sans doute pour rien ; que la syphilis était peut-être en cause, que les troubles glandulaires mis en évidence devaient comporter un traitement opothérapique. Aussi avons-nous prescrit une série de piqûres de sulfarsenol et, dix jours par mois, à midi et le soir un cachet:

Extrait de lobe antérieur d'hypophyse.	0 gr. 10
Extrait orchitique	0 gr. 05
Extrait surrénal.....................	0 gr. 02

Louis est revenu deux mois après à la consultation, ayant grossi de 300 grammes et grandi de 2 cm. 1/2. Un mois plus tard, on note une augmentation de poids de 500 grammes, une augmentation de taille de un demi-centimètre, mais les organes génitaux ne se développent toujours pas. Nous avons cette fois prescrit des injections de propionate de testotérone ; l'emploi de cette médication ayant donné à certains médecins, des résultats intéressants dans les troubles du développement des organes génitaux.

Pour conclure... qu'il s'agisse de donner son opinion sur l'opportunité d'un mariage entre cousins, ou de savoir si l'on doit rapporter certaines anomalies du développement ou certains troubles de la croissance, à la consanguinité, il faut être prudent. La question des mariages consanguins reste une question biologique, à laquelle une solution définitive n'a pas encore été apportée. Avant de rapporter une anomalie de développement, à la consanguinité, il faut s'assurer qu'il n'existe aucun autre facteur étiologique valable, et, là encore, il convient de rechercher la syphilis.

De la consanguinité, en tant que facteur étiologique, ne découle aucune sanction thérapeutique. Au lieu de la charger plus ou moins inconsidérément de méfaits, il peut être utile de rechercher si les anomalies observées n'ont pas d'autres causes, qui, elles, peuvent engendrer une thérapeutique utile.

A PROPOS DE LA MESURE DU TEMPS DE COAGULATION

I

Mise au point du Docteur A. Grimberg

A la suite de ma publication dans la *Presse Médicale* du 30 juin 1937 d'un *Procédé pour la recherche de la coagulation du sang*, MM. Perrin et Hanns ont revendiqué dans plusieurs journaux la priorité du procédé en se basant sur leur travail publié à la Société de biologie le 28 novembre 1922. L'analogie des deux procédés est constituée par la recherche du filament fibrineux qui se forme dans la goutte de sang.

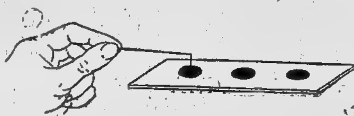
J'ignorais, lors de ma publication, le travail de MM. Perrin et Hanns, de même que ces auteurs ignoraient les travaux qui les ont précédés. L'idée de « pêcher » le filament fibrineux dans la goutte de sang a déjà été développée par des auteurs divers, bien avant 1922 (voir en particulier Léon Binet, *Presse Médicale*, n° 25, 3 mai 1917).

L'idée première et essentielle ne leur appartenant donc pas plus qu'à moi-même, la seule question qui se pose est de savoir si nos deux façons de procéder sont semblables ou non. Voici le texte de MM. Perrin et Hanns :

«... Il nécessite une *quinzaine de gouttes* de sang disposées sur des lames, à raison de une à deux gouttes par lame... recueillies directement par *ponction veineuse*. Les lames sont placées *sous une cloche*, on en retire une toutes les minutes à partir de la dixième ou de la quinzième suivant le cas, *on étale et dissocie la goutte* à l'aide *d'un stylet* et on examine attentivement en ayant soin de ne pas se laisser induire en erreur par le cercle fin de sang désséché qui se produit à la périphérie ». « Le début macroscopique de la coagulation se montre ordinairement entre la quinzième et la vingtième minute ».

Voici la description que j'ai donnée .

« Après piqûre de la pulpe du doigt, on dépose deux ou trois gouttes de sang séparées, sur une lame de verre et, avec un fil de platine ou une aiguille, on recherche le moment où un fil de fibrine *est entraîné en haut* par la pointe .



Les essais se font d'abord sur la première goutte, puis au moment voulu, on contrôle sur les gouttes suivantes, ceci pour éviter la cause d'erreur qui serait due à la destruction du réticulum fibrineux par des essais trop fréquents.

Le temps de coagulation par ce procédé est de 5' à 6'. »

La description que j'ai donnée, me semble être parmi les plus simples et d'une précision suffisante pour les conditions habituelles de la médecine courante. Elle n'enlève *en rien le* mérite de ceux qui les premiers ont eu l'idée de rechercher les filaments fibrineux dans une goutte de sang pour la recherche de la coagulation.

II

Réponse du Professeur Maurice Perrin (de Nancy)

Les échanges de vue auxquels ont donné lieu les notes parues dans *la Presse Médicale* (1937, n°s 52 et 84) sur la mesure du temps de coagulation du sang ont fait ressortir que la priorité de la recherche du premier filament fibrineux dans le sang en cours de coagulation appartient en France au professeur Léon Binet. Celui-ci, a en effet conseillé, dès 1917 (*Presse Médicale*, n° 25, 3 mai 1917) de « pêcher » la fibrine, dès qu'elle apparaît dans le sang recueilli sur une lame ou dans un verre de montre.

C'est là le geste essentiel, méconnu à cause des circonstances au cours desquelles a été publié l'article du professeur Léon Binet. A l'insu les uns des autres, M. Perrin et A. Hanns d'une part, et A. Grimberg d'autre part, ont renouvelé ce geste, désireux, comme leur devancier, d'obtenir une technique que puissent utiliser les praticiens.

En fait, L. Binet a fait mention de recherches antérieures, mais il s'agissait de techniques compliquées et difficilement applicables dans les conditions courantes.

De l'ensemble des documents colligés, résultent les données pratiques suivantes :

Avec des variantes, les divers auteurs cherchent à pêcher un filament de fibrine dans le sang extravasé, en vue de fixer le moment du début macroscopique de la coagulation, notion qui peut être ajoutée à celle du temps de coagulation, au sens classique du mot, c'est à dire du nombre de minutes nécessaire pour que le caillot soit formé.

Le sang peut être recueilli de diverses façons :

piqûre du doigt ou du lobule de l'oreille ; ponction veineuse lorsqu'elle est motivée par des raisons diagnostiques ou thérapeutiques. Il est très important de toujours indiquer le mode de récolte du sang. En effet, le sang fourni par une piqûre et influencé par des substances que lui donne la peau est entièrement coagulé (goutte indéformable de Milian) en un quart d'heure environ, et il donne son premier filament de fibrine à la cinquième ou la sixième minute. Le sang obtenu par ponction veineuse demande une demi-heure et parfois davantage pour être coagulé ; il donne son premier filament vers la quinzième ou la vingtième minute.

Cette recherche est un document complémentaire, mais le chiffre essentiel, le plus important pour le praticien et le plus facile à obtenir, reste celui de la durée totale de la coagulation, c'est à dire la notation du moment où la goutte de sang est prise en gelée et ne se déforme plus.

(7 novembre 1937).

AMÉNORRHÉE ET SYPHILIS

Docteur Pierre Chevreul

Ancien Interne de Saint-Lazare

L'aménorrhée syphilitique existe. Son diagnostic, souvent difficile à poser, nécessite un examen clinique complet chez toute malade se présentant pour aménorrhée.

Les nouvelles théories modernes physiologiques ont montré que le cycle menstruel est entièrement sous la dépendance de l'ovaire. L'aménorrhée syphilitique est essentiellement d'origine ovarienne. Par conséquent c'est l'ovaire qu'il faudra traiter, tant au point de vue anatomique qu'au point de vue fonctionnel.

Les lésions anatomiques sont : soit des lésions de sclérose dans la syphilis ancienne et dans la syphilis héréditaire, soit des lésions à caractère subaigu dans la syphilis acquise.

Les troubles fonctionnels, troubles à la fois de la sécrétion folliculinique et de la sécrétion lutéinique, semblent dépendre des lésions anatomiques de l'ovaire. Mais ils dépendent aussi des altérations circulatoires de la sphère génitale et des troubles des fonctions nerveuses qui régularisent ces sécrétions.

D'autre part, d'après les théories hormonales récentes, il est bien établi que l'hypophyse tient sous sa dépendance les sécrétions de folliculine et de lutéine : ceci est une notion qui ne sera pas à négliger pour la thérapeutique.

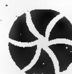
Le traitement agit d'autant mieux que les lésions sont moins anciennes, et qu'elles sont encore en période d'activité, d'où il résulte que l'aménorrhée, dans l'hérédo-syphilis, sera plus difficile à amender.

Quant à la syphilis acquise, la thérapeutique agira nettement dans la syphilis secondaire, et sera d'autant moins active qu'on approchera de la phase tertiaire.

Il faut, dans l'aménorrhée syphilitique, soigner deux facteurs : le facteur syphilitique et le facteur ovarien. D'où, deux sortes de traitements à envisager : un traitement spécifique et un traitement endocrinien. La médication spécifique variera évidemment suivant le stade évolutif de la syphilis : les iodures seront employés pour les lésions scléreuses et scléro-gommeuses ; le novarsénobenzol et le bismuth seront réservés à la syphilis en activité, primaire et secondaire ; enfin le cyanure sera dévolu aux lésions subaiguës.

Le traitement endocrinien mettra à profit les données hormonales, tant hypophysaires qu'ovariennes. L'administration de folliculine, de lutéine et d'extrait hypophysaire se fera en tenant compte de leur action à la fois synergique et antagoniste (1).

(1) Thèse de Paris, 1937.

LA CLINIQUE OTOLOGIQUE AU GOUT DU JOUR

• • •

Les otalgies sans otites et les fausses otites moyennes

D'après le Docteur L. Larroque (1)

Les douleurs d'oreille à distance

Cette question intéresse directement le praticien, et non le spécialiste ; car, point n'est besoin d'être spécialiste pour dépister une otalgie réflexe, pour reconnaître que des irradiations douloureuses sont mal ou faussement localisées, et que leur cause est à distance.

Pareilles douleurs sont expliquées par les anastomoses des nerfs sensitifs. On en découvre le point de départ : 1° par un examen de la cavité buccale ; 2° par un examen du naso-pharynx ; 3° par un examen péri-laryngé.

Dans la bouche, le *cancer de la langue* compte, la douleur irradiée à l'oreille, comme le symptôme le plus pénible et le plus constant. Cette douleur s'explique : pour les lésions de la pointe et des bords de la langue, par les anastomoses du lingual et de la corde du tympan ; pour celles de la base, par les connexions du glosso-pharyngien et du nerf de Jacobson.

Au maxillaire inférieur , aucune confusion n'est possible, quant aux tumeurs de la branche montante et aux arthrites temporo-maxillaires. Il n'en est pas de même pour *les éruptions ou les caries dentaires*, si communes chez les enfants, surtout que ceux-ci ne se plaignent pas des dents. « Quel praticien n'a point été consulté pour une otalgie violente s'accompagnant quelquefois d'un léger trismus ? Le malade se défend d'avoir mal à la gorge. A l'examen, on trouve ou bien une carie dentaire de la dernière molaire, ou surtout un petit capuchon muqueux sur la dent de sagesse. Celui-ci est parfois minime et n'intéresse que la partie postérieure de la dent, une rougeur diffuse tendant à envahir le pilier antérieur de l'amygdale ».

Une légère *stomatite ulcéreuse*, dont certaines petites ulcérations siègent dans le sillon glosso-amygdalien, peut aussi déterminer des irradiations de la douleur, en raison des anastomoses du lingual avec la corde du tympan.

Une *vésicule herpétique*, visible ou non, peut déterminer une douleur exquise et exaspérante, une véritable sensation de coup d'aiguille dans les oreilles à chaque mouvement de déglutition ; cette vésicule siège alors presque toujours sur la face supérieure du voile, quelquefois sur le bord libre ou la luette.

Nous signalerons, pour mémoire, les otalgies des *amygdalites aiguës*. Toute douleur se propageant sur l'oreille peut alors s'expliquer par la localisation des points infectés ; il y a toujours atteinte soit du pilier antérieur, soit de la base du pilier postérieur, soit encore du recessus vélo-palatin.

De même, l'otalgie du début des *abcès péri-amygdaliens*, avant que ne soit apparue la moindre rougeur du voile du palais, permet au malade, qui n'en est pas à son premier phlegmon, de faire un diagnostic précoce et certain de récidive : le plexus tonsillaire d'Andersch s'anastomose avec le nerf de Jacobson.

Il ne faut pas non plus oublier les diverses *parotidites*, dont les otalgies du début, comme les diverses névrites ourliennes, ne constituent que des complications nerveuses. Ce sont rarement de véritables otalgies : les douleurs entourent l'oreille, s'étendant de la région temporo-maxillaire à la mastoïde. Ce sont des douleurs péri-auriculaires plus que des otalgies véritables.

Il existe encore *après le curettage du cavum*, des otalgies, que l'on doit signaler aux parents d'enfants opérés, et qui sont de courte durée. Enfin, l'otalgie, qui précède souvent la paralysie faciale *a frigore*, n'est bien souvent signalée par le malade qu'après l'apparition de sa paralysie.

Dans **le larynx**, on trouve également des points de départ de douleurs, qui se propagent vers l'oreille ; ils sont plutôt péri-laryngés.

La douleur type se trouve dans les formes dysphagiques de la *tuberculose* laryngée ; c'est une douleur aiguë, mais traînante, se prolongeant jusqu'au niveau de l'oreille par raison de voisinage avec la paroi postérieure du pharynx. Cette douleur a pour cause une lésion des aryténoïdes. Pareils phénomènes se retrouvent d'ailleurs dans toutes les lésions de ces organes : corps étrangers, brûlures médicales, etc.

(1) Les fausses otites moyennes et les otalgies réflexes (*Paris médical*, 4 septembre 1937).

Dans le *cancer* du larynx, cette même douleur, qui n'apparaît que tardivement, présente un caractère particulier. En effet, si elle ne s'éveille parfois qu'à l'occasion des mouvements de déglutition, faisant partie alors de la dyspnée douloureuse, elle est souvent spontanée et intense. Quand elle se propage par la voie du pneumogastrique, elle doit intéresser, par le rameau sensitif du conduit auditif externe, le bord antérieur de la mastoïde et la paroi postérieure du conduit.

Quant aux *traumatismes* laryngés, ils ne provoquent d'otalgie que lorsqu'ils intéressent l'os hyoïde, et, en particulier, dans les fractures de la grande corne.

Les **accidentés du crâne** peuvent présenter des douleurs auriculaires, que le traumatisme soit occipital ou fronto-pariétal. Ces blessés n'accusent cette douleur spéciale que quelque temps après l'accident ; elle est parfois tenace, mais disparaît le plus souvent au bout de quelques jours. Tardive, difficilement explicable, elle est cependant fréquente, et souvent le sujet est pris pour un simulateur. A noter qu'il ne s'agit ici que des simples commotionnés légers, et non des sujets ayant présenté des otorragies ou des troubles de l'équilibre.

Il faut encore citer les otalgies dans les **méningites tuberculeuses** de l'enfance : otalgies du début et otalgies terminales. Leur étiologie pourrait s'éclairer par la localisation des lésions méningées. « Chez l'enfant, en effet, la paroi supérieure du conduit, qui répond à la fosse cérébrale moyenne, est représentée par une mince lame osseuse, creusée de canaux veineux et lymphatiques. Faut-il croire aux atteintes précoces des méninges dans cette région, et trouver là une explication de ces douleurs auriculaires que n'explique aucun signe tympanique ? »

Bref, d'une manière générale, on peut considérer que les causes d'otalgie réflexe, si multiples soient-elles, paraissent assez limitées à des lésions de voisinage, qui sont faciles à déceler.

***

Les signes objectifs trompeurs, dans les fausses otites moyennes

Ces signes peuvent à tort faire porter le diagnostic d'otite, ou d'otite au début. « Il est inutile de décrire longuement les erreurs qui peuvent découler de ces signes objectifs ; ils sont, en effet, du domaine de la spécialité, l'image du tympan présentant parfois une difficulté d'interprétation assez grande ». Il est bon cependant que les praticiens possèdent quelques notions sur ce point, et cela dans l'intérêt des malades.

Aussi, certains aspects du tympan prêtent-ils à confusion. Cependant, on se rappellera que si, dans un épanchement de la caisse, cette membrane change rapidement de coloration et de forme, les modifications qu'elle subit, en cas de myringite sont peu sensibles du jour au lendemain ; de plus, elle n'est pas bombée ; elle donne l'impression d'un épaississement ; elle offre un aspect lardacé. Il faut savoir aussi que les myringites succèdent généralement à une otite externe, quand elles ne l'accompagnent pas. Elles sont rarement primitives, et il est possible de retrouver dans les antécédents une étiologie satisfaisante. Autre point essentiel, l'acuité auditive n'a point considérablement diminué dans la myringite.

D'autre part, ne coexistent pas toujours avec une atteinte de la caisse, les phlyctènes séreuses ou hémorragiques du tympan ; elles sont considérées avec juste raison comme une signature de la grippe. Au voisinage de ces phlyctènes, on doit se garder d'oublier qu'il existe un zona auriculaire, qui ne laisse pas toujours de vésicules bien apparentes, mais dont la douleur tenace doit rappeler au médecin son existence.

Ce sont encore certains traumatismes, qui se répercutent sur l'articulation temporo-maxillaire et provoquent, même sans fracture, une congestion du conduit auditif osseux et du tympan. L'otalgie, qui en découle, est assez tenace. Aussi, chez les enfants, l'accident initial qui n'a pas toujours été signalé, demande-t-il à être soigneusement recherché : chute sur le menton, coup de poing, etc.

G. Fischer.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

L'éthylisme est-il générateur d'hypertrophie ou d'insuffisance cardiaques ?

D'après MM. L. Bouchut, Roger Froment et Grasset, il est possible que l'alcoolisme joue un rôle dans l'aggravation de lésions cardiaques d'autre nature en altérant l'état de la fibre myocardique. Il est possible également que facteur de lésions artérielles, il puisse par ce mécanisme retentir à la longue sur le myocarde : mais tout ceci attend encore une démonstration véritable. Quant au rôle de l'éthylisme dans la genèse directe d'hypertrophies ou d'insuffisance cardiaques, en l'absence de toute autre cause associée, il ne saurait être considéré comme établi actuellement. La conception d'une « myocardie alcoolique », pour intéressante qu'elle oit, ne doit donc être considérée que comme une hypothèse. (*Lyon Médical*, 11 juillet 1937.)

Sur la fréquence familiale de la maladie de Lobstein

Les Docteurs G. Carrière, E. Delannoy et Cl. Huriez consacrent à ce sujet une intéressante étude, qui est basée sur l'observation de cinq familles, dont trente-quatre membres sur quatre-vingt-six étaient atteints de maladie de Lobstein. On connaît la triade symptomatique de cette affection : coloration bleue des sclérotiques, fragilité osseuse dès l'enfance et surdité. Le premier cas que ces auteurs observèrent fut une malade âgée de 21 ans, aux sclérotiques de teinte bleue très foncée, qui fut soignée d'abord pour diverses affections banales, jusqu'au jour où elle se fractura la cinquième vertèbre lombaire lors d'un effort insignifiant. Bien que cette patiente ne fût pas sourde, elle était indiscutablement atteinte d'ostéopsathyrose, car l'on pouvait retrouver dans sa famille, sept cas analogues de cette affection, qu'il est classique d'appeler « maladie de Lobstein ».

Si on admet l'hypothèse d'une dystrophie osseuse sous la dépendance de perturbations glandulaires, pareils malades sont justiciables d'une thérapeutique endocrinienne, mais aussi d'une thérapeutique anti-spécifique en raison de l'étiologie possible de la maladie. Le traitement antisyphilitique doit donc être appliqué systématiquement ; il n'aura certes aucune action sur le syndrome établi, car il ne peut pas grand'chose sur des lésions dégénératives et dystrophiques de la syphilis héréditaire tardive. Il peut cependant avoir une grande importance, quant à l'hérédité, car, loin de s'atténuer dans la descendance, l'ostéopsathyrose va en s'aggravant dans les familles que l'on a pu étudier. La thérapeutique endocrinienne seule pourra améliorer les perturbations glandulaires. Au cas de fractures à répétition, de décalcification intense du squelette et d'hypercalcémie, la parathyroïdectomie semble devoir être tentée, car elle est capable d'enrayer le trouble du métabolisme calcique et de faciliter ultérieurement les effets du fixateur du calcium.

A signaler enfin que les auteurs ont pu vérifier l'atteinte portée par cette dystrophie héréditaire et familiale à tous les tissus issus du mésenchyme primitif : squelette, ligaments, sclérotiques. (*La Presse Médicale*, 10 juillet 1937.)

Contribution à l'étude de l'action de l'anesthésie générale à l'éther sur le foie

Le Professeur G. Jeanneney et M. L.-B. Planques ont en vue spécialement la fonction biliaire et la fonction hydro-carbonée. Ils ont étudié sur dix opérés le comportement du foie dans l'anesthésie à l'éther, à l'aide de l'épreuve de la galactosurie et par le dosage des pigments biliaires dans le sang : ils ont constaté qu'avec un foie sain ou peu touché et avec des anesthésies durant 15 à 60 minutes, on reste toujours dans la zone des hypercholémies latentes, le chiffre le plus élevé ayant été de 20 milligrammes de bilirubine, ce qui traduit une lésion hépatique insignifiante (à condition que, toujours, la cholémie soit un fidèle témoin de l'état du foie). (*Anesthésie et Analgésie*, avril 1937.)

La prévention du rhumatisme articulaire aigu (Maladie de Bouillaud)

De leur étude, les Docteurs E. Lesné et J.-A. Lievre tirent les conclusions pratiques suivantes : hygiène de l'habitation, du régime alimentaire activité physique proportionnée à l'âge et aux forces, surveillance de la bouche et du rhino-pharynx, sont les mesures générales de prophylaxie.

La contagion semble pouvoir s'exercer à la phase angineuse, et, dans les collectivités, l'isolement strict des porteurs d'angine diminuera probablement le nombre des cas de rhumatisme articulaire aigu.

Chez les rhumatisants, la cure salicylée chronique doit être prolongée afin d'éviter les récidives; dans le même but on recommandera la vie dans un climat tempéré et sec et le choix d'une profession sédentaire à l'abri des intempéries.

L'efficacité de ces mesures est probable, et les auteurs croient que c'est aux progrès hygiéniques que doit être attribuée la diminution régulière de la maladie dans l'armée française. (*La Pédiatrie*, juillet 1937.)

Des raideurs articulaires après les butées ostéoplastiques de hanche

Quelle que soit l'explication que l'on donne de ces raideurs et arthropathies post-opératoires, MM. Tavernier et Albert Trillat croient pouvoir dégager certaines directives de l'étude de cette complication.

1° Dans les subluxations peu accentuées, lorsque l'indication de la butée ostéoplastique est posée, il ne faut pas chercher, avant ou au cours de l'intervention, l'abaissement de la tête fémorale : le gain d'un centimètre ou deux ne vaut pas la terrible éventualité de quatre ans de raideur serrée.

2° Quand il existe une raideur articulaire post-opératoire, il ne faut pas se presser de poser d'emblée l'indication d'une arthroplastie ou d'une résection arthroplastique. Une intervention simple de redressement (ostéotomie sous-trochantérienne), quand elle est nécessaire, permet la marche pendant la durée de l'arthropathie, en attendant la récupération de mouvements, toujours considérable. (*La Presse Médicale*, 17 juillet 1937.)

Rapports de l'alcoolisme et de l'épilepsie

L'alcoolisme des parents est souvent une cause d'épilepsie chez leurs descendants. Le Docteur L. Marchand envisage deux ordres de faits : 1° l'influence de l'hérédité alcoolique en tant que cause prédisposante d'épilepsie ; 2° le rôle de l'intoxication alcoolique dans l'étiologie de l'épilepsie.

Parmi les accidents convulsifs qui surviennent sous l'influence des excès éthyliques, il y a lieu de distinguer d'abord ceux qui apparaissent au cours de l'ivresse, du délire alcoolique aigu (delirium tremens) ou subaigu, et chez les alcooliques chronique après de plus fortes libations. Il s'agit de crises épileptiques accidentelles, qui ne se reproduisent plus si le sujet devient tempérant. L'élément toxique joue le principal rôle, le rôle provocateur. La crise peut revêtir les caractères de l'épilepsie psychique.

A côté de ces accidents convulsifs passagers, il y a lieu de décrire l'épilepsie alcoolique proprement dite, qui se traduit par des accès convulsifs survenant périodiquement, sans cause déterminnte immédiate, chez les alcooliques chroniques, même s'ils deviennent abstinents. En réalité, cette variété d'épilepsie est peu fréquente, puisqu'on ne la rencontre que chez 4,3 % des comitiaux. C'est généralement un accident tardif de l'alcoolisme chronique. Elle est due à des lésions matérielles des centres nerveux causées par l'intoxication ; en particulier, à la méningite chronique et à la sclérose cérébrale. L'auto-intoxication due à l'hépatite scléro-graisseuse, si commune chez ces malades, joue également un rôle important. Les altérations cérébrales et hépatiques peuvent être déterminées aussi bien par l'intoxication par le vin que par l'intoxication par les eaux-de-vie, les liqueurs et les apéritifs contenant des essences. (*Paris-Médical*, 10 juillet 1937.)

Anavaccinothérapie gonococcique

Le Docteur André Jaubert rapporte le résultat de dix années de vaccination par le gonagone dans le traitement de la blennorragie.

Ce travail fait connaître les observations recueillies par un grand nombre de praticiens qui ont employé le gonagone. Déjà, M. Gallois, fidèle partisan, avec de nombreux autres auteurs, de la vaccination antigonococcique dans le traitement de la blennorragie, avait toujours préconisé les auto-vaccins ; l'auteur recommande un stock-vaccin et fixe la place importante qui lui revient. Cette étude est étayée par les observations de plus de 120 auteurs, parmi lesquels on trouve les noms les plus autorisés. (*Revue pratique des maladies des organes génito-urinaires* (septembre 1937).

A propos des déformations douloureuses de la hanche et de leur traitement par la résection

Les déformations douloureuses de la hanche sont consécutives soit à des aggravations de déformations congénitales ou acquises pendant l'enfance ou l'adolescence, soit à des complications inflammatoires de ces dernières, soit encore à des arthrites survenues à l'âge adulte. Elles constituent quelquefois des infirmités si pénibles qu'elles sont justifiables d'une intervention chirurgicale.

Celle-ci doit être radicale et la préférence du Docteur Verbrugge va à la résection de la tête déformée avec abaissement du grand trochanter, parce qu'elle supprime les causes des douleurs, conserve une fonction suffisante à l'articulation et est bénigne si elle est exécutée suivant des règles bien précises et une technique simple et rigoureuse. (*Le Scalpel*, 25 septembre 1937).

Les Sociétés Savantes

Paris

Académie de médecine

Sur le mécanisme de l'action anti-bactérienne des ondes courtes

(MM. Bessemans et Van Meirhaeghe — présentation par M. Vincent ; 19-10-1937)

Les auteurs ont étudié l'action anti-bactérienne des ondes courtes et surtout son mécanisme. Ils ont vu que l'irradiation par ondes courtes de cultures de prodigiosus et de pyo-cyanique, amenant une température de 55°, stérilisait ces cultures en dix à vingt minutes environ. Les mêmes résultats sont, il est vrai, réalisés, lorsque la même température est obtenue par un simple chauffage au bain-marie.

D'autre part, lorsque l'action calorique des ondes courtes se trouve contre carrée au moyen d'un courant d'eau froide qui maintient la température des cultures à 37°, on a beau prolonger et intensifier les radiations : aucun effet ne se manifeste ni sur la mobilité, ni sur la vitalité des microbes en expérience.

Il a été impossible à MM. Bessemans et Meirhaeghe de mettre en évidence, de la part des ondes courtes et ultra-courtes, la moindre propriété anti-bactérienne de nature purement électrique. Tout se passe comme si leur effet anti-bactérien relevait uniquement d'un mécanisme thermique.

Des conclusions analogues ont été faites relatives à l'action des ondes courtes ou ultra-courtes, électriques ou magnétiques, soit *in vivo* sur le tréponème syphilitique, soit *in vitro* sur un sarcome d'Ehrlich de la souris et sur une souche arséno-résistante de *trypanosoma gambiense*.

Académie de chirurgie

Injection trans-pariétale de lipiodol dans le diagnostic des abcès du poumon

(MM. Pierre Pruvost et Jean Quénu ; 13-10-1937)

Lorsqu'on a à intervenir dans un cas d'abcès du poumon, il importe d'avoir une connaissance aussi précise que possible du siège, de la grandeur et de la forme de la cavité suppurante. On peut dire que c'est là la condition essentielle de la bénignité opératoire et du succès thérapeutique.

Or, il faut bien reconnaître que les meilleurs clichés radiographiques ne fournissent des abcès du poumon qu'une image assez confuse et d'interprétation malaisée. C'est le plus souvent une ombre diffuse sans limites nettes, traversée dans les cas favorables par un niveau horizontal liquidien que surmonte une zone claire gazeuse. Il est presque toujours impossible de dessiner au trait, sur chacune des images, le contour de la poche.

On sait, d'autre part, et l'expérience l'a montré, que le lipiodol introduit par le larynx et la trachée ne pénètre pas dans les véritables abcès du poumon.

Si l'on veut introduire à coup sûr du lipiodol dans un abcès du poumon, il n'y a qu'un seul moyen : l'injecter au moyen d'une aiguille enfoncée, à travers la paroi thoracique, dans la cavité de l'abcès. Plusieurs auteurs ont déjà utilisé cette technique : MM. Noël Fiessinger et Ollivier, Armand-Delille, Loeper, Lemaire, Paisseau, etc.

MM. Pruvost et Quénu rapportent trois cas d'abcès du poumon dans lesquels ils ont eu recours à l'injection transpariétale de lipiodol dans la cavité de l'abcès. Des radiographies successives furent prises après injection de lipiodol, ce qui a permis au chirurgien de choisir la meilleure voie d'abord, la voie la plus directe et la plus favorable au drainage. Après l'opération, le lipiodol injecté par le drain a rendu facile la surveillance de la cavité et de ses diverticules.

L'injection transpariétale de lipiodol, d'autre part, a été simple et complètement inoffensive.

— M. Baumgartner n'est pas partisan de la ponction transthoracique des abcès du poumon avant l'intervention chirurgicale. L'injection dans la cavité d'un abcès ouvert chirurgicalement est autre chose.

— M. Robert Monod partage cette opinion. L'injection transpariétale peut présenter deux inconvénients : on risque d'inoculer au passage la plèvre et on risque d'infecter les parties molles de la paroi.

— M. J. Quénu ne songe nullement à conseiller l'injection transpariétale de lipiodol dans tous les abcès du poumon, mais seulement dans les abcès assez volumineux et relativement superficiels.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

Cancer primitif du poumon à forme pseudo-tuberculeuse lobaire : métastase cérébelleuse mortelle

(MM. A. GERMAIN, J. MAUDET et A. MORVAN ; 28-5-1937)

Un homme de quarante-sept ans, après une période d'allure toxémique d'environ six mois ressemblant à une imprégnation bacillaire, présente un syndrome clinique et radiologique de lobite supérieure droite, qui au cours de son évolution donne des signes discrets de ramollissement. Neuf mois après le début apparent de cette maladie survient un torticolis gauche, bientôt suivi d'une céphalée occipitale gauche, premiers signes d'une métastase cérébelleuse gauche, dont la symptomatologie domine la scène clinique pendant les trois derniers mois et entraîne la mort vraisemblablement par retentissement bulbaire. La souffrance du bulbe s'est en effet manifestée à plusieurs reprises par des crises hypertoniques avec troubles cardio-respiratoires du genre des « cerebellar fits » de Hughling Jackson, et correspondant très probablement à l'enclavement occipital des amygdales cérébelleuses.

Outre cette métastase cérébelleuse, l'autopsie montre des métastases hépatiques et surrénale gauche, qui sont restées cliniquement muettes.

Du vivant du malade, on avait considéré cette lobite comme tuberculeuse, malgré l'âge un peu avancé du sujet et malgré l'absence du bacille de Koch dans l'expectoration et la négativité de l'inoculation au cobaye. En faveur de la nature tuberculeuse s'inscrivaient la phase initiale d'allure toxémique, le syndrome clinique de lobite sans dyspnée, sans douleurs, sans résistance particulièrement marquée à la percussion, sans obscurité respiratoire, sans adénopathies externes ni syndrome médiastinal, le chiffre élevé du Vernes-résorcine à deux reprises en pleine apyrexie, les sueurs nocturnes et la fièvre irrégulière du début. Après coup on a attribué cette fièvre à une infection pulmonaire banale surajoutée, plutôt qu'à l'évolution du cancer lui-même, car elle disparut en trois semaines en coïncidence avec le traitement aurique et l'effacement radiologique des images congestives primitivement notées au niveau des lobes inférieurs.

La complication cérébelleuse fit penser à une localisation de même nature, malgré la rareté des tuberculomes du cervelet chez l'adulte. Au début de l'autopsie, l'incertitude continuait à régner, car les lésions pulmonaires revêtaient une apparence tuberculeuse. Cependant on nota l'intégrité absolue de l'autre poumon ; et la suite de l'examen fit noter des lésions nettement tumorales, métastatiques, dont l'examen microscopique précisa la nature.

Erythrémie du type Geisbock. Echec de la radiothérapi e de la région infundibulo-hypophysaire, mais non de la radiothérapie osseuse et splénique

(MM. JACQUES DECOURT, PIERRE MATHIEU ET G. BLAIRE ; 4-6-1937)

Ce cas est intéressant, en raison d'une tentative thérapeutique faite malgré les données actuelles sur le traitement classique par la radiothérapie des régions épiphysaires. Cependant certains faits avaient paru autoriser pareil essai. Sans doute le malade n'était-il pas à proprement parler acromégale. Il n'avait pas l'hypertrophie caractéristique des extrémités ; il ne présentait pas d'altérations du champ visuel ; sa selle turcique, quoique un peu grande, ne pouvait pas être considérée vraiment comme pathologique. Mais son facies évoquait assez celui de l'acromégalie, par l'épaississement des lèvres et du nez et le volume excessif de la langue, pour que l'origine cérébrale de sa polyglobulie pût être au moins discutée, et pour que les auteurs se soient cru autorisés à tenter une thérapeutique dans ce sens.

La radiothérapie de la région hypophyso-tubé-*rienne* n'a provoqué aucune amélioration de la polyglobulie, et a peut-être favorisé, au contraire, son évolution. Elle a déclenché, en outre, une polyurie passagère.

Par contre la radiothérapie de la mœlle osseuse, appliquée sur les différents segments épiphysaires des membres, sur le sternum et les vertèbres, n'a tout d'abord fourni aucun résultat, malgré une dose totale de 14.500 rayons.

L'irradiation de la rate, à la dose de 1.750 rayons au total, semble avoir heureusement favorisé l'évolution, puisque c'est à partir de ce moment que le chiffre des grobules rouges a commencé à s'abaisser progressivement, pour se rapprocher de la normale après une nouvelle dose de rayons de 5.500 sur les extrémités osseuses.

Le résultat ainsi obtenu se maintenait trois mois plus tard. Mais une rechute s'ébauchait six mois après la fin du traitement.

Cette observation confirme en somme les bons effets, déjà connus, de la radiothérapie de la moelle osseuse dans le traitement des polyglobulies primitives. Elle montre, d'autre part, que l'irradiation de la rate peut se montrer utile. Elle n'est pas favorable, par contre, aux tentatives d'irradiation de la région infundibulo-hypophysaire, au moins dans les cas comme celui dont il est question dans la présente communication, où il n'existe pas de signes certains de lésion anatomique de cette région.

G. F.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Sexe du fœtus et titre hormonal du sang maternel

(MM. H. HINGLAIS, et M. HINGLAIS ; 13-11-1937)

Les auteurs signalent l'intérêt que présente l'étude du titre des sécrétions hormonales gravidiques (folliculine et prolan) en fonction du sexe du fœtus.

Ils se sont demandé en particulier, si ces recherches ne pourraient pas conduire à un procédé de diagnostic biologique du sexe du fœtus *in utero*.

Or, des dosages de prolan effectués chez vingt-sept femmes enceintes ont montré que, quel que soit le sexe du fœtus, les taux moyens d'hormone gonadotrope trouvés dans le sang maternel restent les mêmes.

Cette conclusion reste valable à toutes les phases de la vie ovulaire : au début, au milieu, ou à la fin de la gestation.

Les recherches en cours au sujet de la folliculine aboutissent jusqu'ici aux mêmes résultats. Les auteurs réservent cependant leur conclusion définitive, en ce qui concerne cette hormone.

En conclusion : il n'est pas possible de prévoir le sexe du fœtus *in utero* par le titrage du prolan dans le sang maternel.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES PRATICIENS

Séance du 15 octobre 1937

Sensibilisation, paradoxe de l'immunité

par le Docteur HERVOUET

Sans avoir la prétention d'aller au fond du phénomène, on peut définir l'immunité un état de l'organisme, naturel ou acquis, opposant une défense invisible et absolue à une agression extérieure ou intérieure.

Si cette défense est vraiment perceptible, quelle que soit son efficacité, elle est non plus absolue, mais relative. Plus les signes de lutte sont marqués et les réactions violentes, plus l'immunité est déficiente. Car ces réactions sont des signes de sensibilité, en opposition avec le travail intime qui tend à reconstituer l'immunité absolue.

La sensibilité et l'immunité sont les deux pôles contraires de la vie, l'une étant vulnérabilité et guerre imminente, l'autre puissance magistrale en état d'imposer la paix. Toute maladie est une preuve de sensibilité, toute guérison une preuve d'immunisation.

Assurément, il n'y a pas une, mais des immunités, chacune paraissant spécifique. Il semble pourtant que le malade qui fait un gros effort de défense couronné de succès, met sur pied des organisations actives capables de lutter contre d'autres ennemis. Cela confirmerait l'idée populaire que la vaccination met à l'abri de toutes les maladies. C'est également conforme à ce qu'affirmaient les statistiques des vaccinés au B. C. G. chez qui morbidité et mortalité générale sont inférieures à celles des non vaccinés.

On est donc en droit de conclure que toute immunisation spécifique est accompagnée d'immunités étrangères plus ou moins marquées. Cependant, la plus parfaite immunité se conçoit mal d'une durée indéfinie. Elle s'effrite avec le temps comme toutes choses, bien qu'il y ait de grandes différences individuelles. Cet effritement laisse longtemps debout une immunité relative suffisante pour éviter des catastrophes. En général, une récidive sera moins virulente que la première atteinte : tels sont, par exemple, les érysipèles de la face à répétition qui se montrent de plus en plus fugaces, peu étendus, et sans retentissement général.

Donc une immunité relative, se renforçant par de nouvelles atteintes morbides, est la règle pour la grande majorité des maladies et des malades.

Cependant, on voit de notables exceptions à cette loi, et selon des modalités diverses. Il est des maladies dont on s'immunise difficilement. Telles les staphylococcies. Certains refont toute leur vie de la furonculose, malgré des armistices de durée variable. Même, à la suite d'une série d'infections locales sans gravité apparente, il peut survenir des propagations mortelles. Ici, l'immunisation ne se réalise pas.

Quelques affections très contagieuses : rougeole, coqueluche, scarlatine, etc..., restent, au contraire, le type des maladies immunisantes. Cependant, bien que ce soit rare, elles peuvent récidiver, et contrairement à la règle, revêtir un caractère de malignité. C'est justement un cas de ce genre qui a été pour moi l'occasion d'une mise en ordre et même en doctrine d'observations jusque-là isolées, m'amenant aux conclusions que je préciserai en terminant.

Ce cas est tiré d'une leçon du Professeur Marfan, publiée dans le nº 30 du *Journal des Praticiens*, en juillet dernier. Il s'agit d'un jeune professeur de grand avenir mort en quelques jours de scarlatine maligne alors que huit ans auparavant dans sa dix-septième année, il avait eu une scarlatine d'intensité moyenne sur la réalité de laquelle aucun doute n'est possible.

Ainsi donc l'immunité conférée par une première atteinte avait abouti non à un état de vaccination atténuée, mais bien à une hypersensibilité qui laissait l'organisme sans défense.

Comment ne pas faire un rapprochement entre les cas analogues et les phénomènes d'anaphylaxie découverts par le Professeur Richet père ! Et comment refuser de concevoir que les microbes et leurs toxines peuvent aussi bien que les albumines exogènes créer un état de sensibilité tel qu'une invasion ultérieure soit rapidement mortelle !

Il est même vraisemblable que les cas de diphtérie maligne chez des enfants vaccinés à l'anatoxine puissent être dus, non à une insuffisance vaccinale pure et simple, mais bien à une sensibilisation organique.

Certes, ces renversements d'immunité sont excep-

tionnels, et ne sauraient prévaloir contre les beaux résultats donnés par l'extension des vaccinations. Mais, c'est le droit du chercheur de noter et coordonner des faits où l'immunisation due à la maladie ou au vaccin semble aboutir, chose paradoxale, à une sensibilité redoutable.

Examiner les conséquences pratiques qui découlent de cette proposition m'entraînerait un peu loin ; je les remets à une prochaine communication.

Cependant, je veux mettre en lumière (et je crois être le premier à le faire), que cette interprétation des phénomènes biologiques permet d'expliquer, d'une façon plus satisfaisante que les théories actuellement admises, l'évolution de la tuberculose ordinaire progressive, où tant de malades vont à la mort par des alternatives d'améliorations et de rechutes.

Appliquons cette manière de voir à la granulie aiguë rapide. Qu'est-elle, sinon l'invasion brutale d'un organisme devenu pour des raisons souvent inapparentes, hypersensibilisé au bacille de Koch ! Certes, on a cru en donner l'explication en invoquant la primo-infection, par analogie avec la tuberculose expérimentale du cobaye, mais ce faisant, on ferme les yeux sur ce fait banal, que tous les allergiques ont eu, par définition, une primo-infection souvent *silencieuse, même invisible*, et qui peut n'être jamais suivie d'aucune manifestation bacillaire. Ce mot ne saurait donc être regardé comme une explication scientifique valable.

Quant à la tuberculose évolutive courante avec ses rémissions suivies d'invasions et d'extensions nouvelles, l'évolution n'en devient-elle pas logique et facile à comprendre si on lui applique la notion que je viens d'exposer ! Une poussée tuberculeuse surmontée donne un état d'immunisation relative qui peut être le point de départ de la guérison clinique, mais qui souvent ne fait que préparer ce paradoxe d'une sensibilisation nouvelle. Nul besoin de l'hypothèse d'une réinfection pour saisir le mécanisme de l'extension et de la propagation du mal, momentanément stabilisé.

Donc, dans la tuberculose plus que dans beaucoup d'autres infections, la tendance normale vers l'immunité s'épuise souvent plus ou moins vite pour être remplacée par une sensibilisation qui impose à la maladie son caractère de fatalité.

Je n'ai voulu aujourd'hui que faire une esquisse à grands traits. Je reviendrai bientôt sur cette question d'une façon plus approfondie.

Je conclus : 1° la force d'immunisation qui permet la guérison d'une maladie et sa prévention ultérieure s'épuise avec le temps. Chez certains sujets, cette immunité fait place, quelquefois très vite, à une sensibilité telle qu'une atteinte nouvelle revêt un caractère de gravité extrême ;

2° C'est ce phénomène qui caractérise et commande l'évolution de la tuberculose progressive où un état d'immunisation relative est suivi d'une sensibilisation qui en favorise la marche fatale.

Montpellier

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET BIOLOGIQUES DE MONTPELLIER ET DU LANGUEDOC MÉDITERRANÉEN.

De l'utilité de la pyélographie dans la tuberculose rénale (Rein tuberculeux à gauche, rein ectopique à droite)

MM. E. TRUC insiste sur la nécessité de pratiquer dans la tuberculose rénale soit une pyélographie rétrograde, soit une pyélographie intraveineuse. Ce complément d'exploration rendra de grands services toutes les fois qu'il existera une anomalie rénale dont la constatation vient souvent modifier les indications thérapeutiques.

Chez son malade, la pyélographie permit de constater un rein gauche en ectopie pelvienne et une tuberculose du côté opposé.

Cancer ganglionnaire avec métastase pleuro-pulmonaire

MM. J. BAUMEL, A. BALMES, P. MAS et J. BALMES rapportent l'observation d'un homme de 41 ans qui présentait un syndrome clinique et radiologique de tumeur pleuro-pulmonaire, avec des adénopathies multiples (inguinales, axillaires et cervicales). L'examen microscopique d'un ganglion a montré qu'il était infarci de cellules cancéreuses répondant à un épithélioma atypique.

Polioencéphalite aiguë d'origine indéterminée

MM. JANBON, QUET et SIMON. — L'affection, d'allure primitive, s'est développée chez un enfant de 10 ans, après un début brusque en pleine santé apparente. Ptosis bilatéral, immobilité complète des globes oculaires sans participation de la musculature intrinsèque, paralysie de la IXe paire furent les phénomènes initiaux. Le cinquième jour, apparition d'une diplégie faciale, puis de troubles bulbaires (vomissements, dyspnée paroxystique, bradycardie, élévation thermique). Le lendemain, on note la disparition des réflexes rotuliens ; une crise de dyspnée bulbaire emporte le malade le sixième jour. Les auteurs insistent sur l'absence de toute modification du liquide céphalo-rachidien, l'existence d'une légère hyperazotémie (0 gr. 80), l'extension descendante du processus morbide.

Rougeoles ecchymotiques

MM. JAMBON, ALQUIÉ et SIMON. — Relation d'une épidémie de rougeole ayant comporté une forte proportion de cas (30 %) marqués par une éruption purpurique, quelques épistaxis et des modifications légères de la crase sanguine. Ces rougeoles ont été constamment bénignes et doivent être différenciées de la forme connue sous le nom de rougeole hémorragique et dont le pronostic est si sévère.

Les Congrès

IIe CONGRÈS SCIENTIFIQUE INTERNATIONAL DE L'ALIMENTATION

(Paris, 25-28 octobre 1937)

RÉSUMÉ DES VŒUX ÉMIS PAR LE CONGRÈS

Règles de l'alimentation normale

Le Congrès émet les vœux suivants, concernant l'alimentation normale aux différents âges de la vie :

Chez les enfants, la ration quotidienne de lait ne doit jamais être supérieure à un litre. Il peut être dangereux de prolonger trop longtemps le régime lacté exclusif, à cause de sa pauvreté en fer et de sa tendance rachitigène. Le lait est un aliment et non une boisson : dans les régimes mixtes, il doit être incorporé à la ration calorifique globale, et ne jamais être donné en surplus. Une surveillance constante de la composition des laits fournis pour l'alimentation devrait être exercée par les autorités publiques.

Par ailleurs, les nourrissons qui tolèrent mal les hautes doses de lait peuvent, beaucoup plus tôt qu'il est classique de le penser, bénéficier d'un régime lacté restreint, complété par l'adjonction de glucides (farine, sucre) et de protides (fromages), à condition que ce régime soit formulé selon les règles de l'hygiène alimentaire. En tout état de cause, la viande sera fournie à l'enfant à partir de dix-huit mois.

Dans les crèches, cantines scolaires, internats..., la consommation de pain, de pâtes, de légumes secs, de charcuterie et de viande en hachis, doit être diminuée au profit de celle de légumes frais et de fruits riches en vitamines et en sels minéraux. Il serait à souhaiter que certaines familles indigentes puissent bénéficier d'une distribution gratuite ou à bas prix de tels aliments et notamment de lait ainsi que de produits laitiers.

Le régime de la femme enceinte et de la nourrice ne doit pas différer sensiblement du régime normal des autres femmes ; mais il est ici particulièrement important de respecter la loi des minimums nécessaires, du double point de vue quantitatif et qualitatif.

Il paraît nécessaire, à partir de l'âge de huit ans, de fournir une ration abondante de protides animales, la viande ou le poisson devant (en raison de la gamme complexe de leurs acides aminés) figurer au moins une fois par jour, au principal repas de la journée.

L'enfant de 12 ans a besoin d'une alimentation aussi riche et aussi variée que l'adulte et l'adolescent de 16 ans d'une ration notablement supérieure à la ration moyenne de l'adulte dans les deux sexes ; à partir de 60 ans, la ration quotidienne doit diminuer progressivement ; dans la vieillesse, elle représentera les 2/3 de celle de l'âge mûr.

Revenant, une fois de plus, sur les méfaits de l'abus des boissons alcoolisées, le Congrès considère que la dose d'un litre de vin par jour, même chez les travailleurs de force, ne doit jamais être dépassée et souhaite de voir supprimer, dans la mesure du possible, la consommation des essences, eaux-de-vie et liqueurs.

L'alimentation dans les colonies

Le Congrès émet le vœu :

Qu'un organisme local permanent soit crée dans chacun des pays d'outre-mer. Cet organisme serait spécialement chargé, au besoin avec la collaboration des savants de la métropole, des recherches sur l'alimentation actuelle des indigènes et sur les moyens de l'améliorer.

Le Congrès recommande de mettre à l'étude les questions suivantes : enquête scientifique sur la physiologie des races indigènes, enquête scientifique sur l'alimentation et l'état de nutrition.

Le Congrès attire l'attention sur le fait que l'insuffisance alimentaire aux colonies porte souvent sur les protéiques, d'où la nécessité d'étudier entre autres points la production ou le transport de viande ou de poissons secs de bonne qualité.

Considérant l'importance plus grande que prend tous les jours le riz dans l'alimentation des indigènes, même dans les colonies qui, n'en produisant pas des quantités suffisantes, en importent. Le Congrès émet le vœu que les propositions du Docteur Langen, au Congrès de 1925 de la Société de Médecine d'Extrême-Orient, propositions qui ont été présentées à nouveau à la Conférence économique de la France métropolitaine et d'Outre-Mer et qui consistaient à prescrire que l'exportation du riz destiné aux colonies françaises ne serait autorisée que sous la forme de paddy, soient reprises par l'organisation d'hygiène de la Société des Nations.

L'enseignement et l'organisation sociale de l'hygiène alimentaire

Le Congrès exprime le vœu :

Que dans chaque pays, sous l'égide du gouvernement, soit poursuivie une enquête permanente sur l'alimentation nationale des collectivités et des individus des différentes professions.

Qu'il soit créé, au nom de la Santé publique, un service d'inspection technique de l'alimentation des diverses collectivités (restaurants, internats, pensions, cuisines communes, camps de vacances etc...).

Enseignement médical,

a) Que le diplôme de médecin hygiéniste ne puisse être délivré qu'après un enseignement sur la physiologie et la pratique de l'alimentation.

b) Que tous les médecins reçoivent un enseignement sur l'hygiène alimentaire.

Enseignement général,

a) Qu'un enseignement supérieur de l'alimentation soit organisé par les gouvernements et forme les instructeurs chargés de le répandre.

b) Que nul ne puisse être chargé de l'alimentation d'une collectivité s'il n'a pas suivi cet enseignement sanctionné par un diplôme.

c) Que l'éducation en matière d'alimentation soit donnée aussi tôt que possible, que l'enseignement de l'hygiène alimentaire soit organisé dans les écoles de tous degrés à partir des écoles enfantines et spécialement dans les écoles ménagères ;

Qu'il soit formé des auxiliaires sociales spécialement instruites dans l'hygiène de l'alimentation et qu'un enseignement alimentaire, sanctionné par un diplôme, soit donné aux auxiliaires sociales de toutes catégories.

Que les assistants du type actuel reçoivent cet enseignement.

Le Congrès signale à l'administration de l'assistance publique l'importance primordiale d'une cuisine diététique, dirigée par un médecin spécialisé en matière de nutrition, dans tous les hôpitaux et hospices.

Le Congrès signale l'importance de la gastrotechnie comme science intermédiaire entre la physiologie et la pratique de l'alimentation ; et recommande d'introduire dans tout enseignement relatif à l'alimentation des leçons théoriques et pratiques de cuisine rationnelle.

Le Congrès demande aux gouvernements d'exercer, par un organisme compétent, dans l'intérêt de la Santé publique, un contrôle sur toutes formes de publicité portant sur l'alimentation ; produits alimentaires, régimes, cures et traitements appliqués à des modes irrationnelles, telles que celle de l'amaigrissement.

Protection et contrôle des aliments

Le Congrès émet le vœu :

Que la législation de protection sociale des aliments contre les dangers qu'ils pourraient éventuellement présenter pour la santé des consommateurs soit complétée, en particulier en ce qui concerne les viandes, le lait, les fruits de la mer (huîtres, moules, coquillages, etc...), ces derniers représentant actuellement la cause principale de l'endémie typho-paratyphoïdique du littoral français.

Que les aliments soient protégés au point de vue de l'intégralité de leurs principes alimentaires et de leurs qualités nutritives.

Le Congrès international d'hygiène alimentaire, considérant les avantages hygiéniques et économiques que présente l'emploi du froid artificiel dans la préservation des denrées périssables, émet le vœu que :

Les producteurs de denrées périssables soient éduqués et renseignés sur la grande importance de l'intégrité des produits qu'ils destinent au froid et que soit étudiée spécialement la question de la conservation du poisson.

L'usage du froid soit recommandé dans le traitement des denrées périssables dès leur production.

Le froid devant être d'application continue, le pays doit être pourvu d'un réseau frigorifique complet, comprenant des stations de réfrigération aux lieux de production, des moyens de transport adaptés et des entrepôts dans les centres de consommation.

Le Congrès recommande d'éviter pour les aliments réfrigérés et congelés les alternatives de congélation et de réchauffement.

Le Congrès émet les suggestions suivantes :

Il est désirable que les producteurs et les transporteurs des denrées alimentaires s'entendent pour réaliser, à l'usage de chaque denrée, un emballage type de nature à préserver la marchandise de tout contact nuisible et de lui assurer une bonne conservation ; qu'en outre soit observée rigoureusement l'interdiction de la récupération de la fibre de bois.

Il est désirable que les administrations de chemins de fer et les compagnies de camionnage unissent leurs efforts en vue de diminuer la durée des trajets et d'obtenir les plus grandes célérité et régularité possibles dans l'arrivée des denrées alimentaires à destination.

Le Congrès pense qu'il est nécessaire de développer l'usage des emballages non retournables dits « emballages perdus » dans le commerce des fruits, légumes frais et primeurs.

Le Congrès émet le vœu :

Que soit supprimée rigoureusement toute réclame exagérant à outrance les bons effets des vitamines.

Que l'indication de la teneur en vitamines (par gramme ou par 100 grammes) de l'aliment soit explicitement exprimée et en unités internationales.

Qu'un contrôle effectif des vitaminisations artificielles effectuées soit assuré.

Que le contrôle soit effectué en respectant les règles admises lors des conférences scientifiques internationales réunies sur l'initiative du Comité d'hygiène de la Société des Nations, contrôle faisant l'objet de conventions internationales.

Le Congrès estime par ailleurs :

Que le contrôle de la valeur nutritive des denrées alimentaires, comme la répression des fraudes en matières alimentaires, devrait être effectué suivant des méthodes admises après une étude entreprise sur l'initiative des organisations techniques de la Société des Nations.

Qu'en outre, le contrôle de la valeur nutritive des aliments vitaminés destinés aux espèces animales domestiques devrait faire l'objet d'une convention internationale.

P. L.

Les Livres



Les livres qui viennent de paraître...

Imprimerie du *Progrès de la Somme*,
Amiens

A. Rosier, docteur en droit. — **Chômage intellectuel. Le rôle du Bureau universitaire de statistique de Paris.** Un broch., 74 pages, 1937.

Chez Masson et Cie,
120, boulevard Saint-Germain

Edouard Pichon et S. Borel-Maisonny. — **Le bégaiement. Sa nature et son traitement.** Préface du Prof. P. Lereboullet. Un vol., 100 pages. Prix : 18 francs.

Dr A. Langelez, professeur à l'Université de Bruxelles. — **Les maladies professionnelles donnant droit à réparation légale.** Législations belge et française. Un vol. 312 pages. 30 francs.

Paul Chabre, docteur en pharmacie. — **Les huiles de foie de morue.** Leur teneur en vitamines A et D. Préface du Professeur André Chevallier. Un vol. 208 pages avec fig. Prix : 36 francs.

Editions de la Revue de pathologie comparée
7, rue Gustave-Nadaud

Serge Voronoff. — **Résultats, après vingt ans, de la greffe de la glande thyroïde aux enfants crétins myxœdémateux.** Guérison possible de ces arriérés. Une brochure 36 pages, avec 15 photographies.

Chez Vigot frères, éditeurs,
23, rue de l'Ecole-de-Médecine

Dictionnaire des examens de laboratoire, par les Docteurs E. Agasse-Lafont, A. Grimberg et S. Mutermilch. Un vol. 448 pages avec figures. Prix : 120 francs.

Editions médicales
7, rue de Valois

François Klein, étudiant en médecine. — **Maladies mentales expérimentales et traitement des maladies mentales.** Un vol. 234 p. Prix : 20 francs.

Editions S. A. C. L.
25, rue des Marronniers, Paris (XVIe)

Georges Lakhovsky. — ***Radiations et ondes.*** Sources de notre vie. Une broch. 80 p., 11 fig. Prix : 7 francs.

THÉRAPEUTIQUE

Les sédatifs du système nerveux et des phénomènes excito-moteurs cérébro-médullaires

Par le Docteur Barrier

Dans la thérapeutique des maladies du système nerveux, deux groupes de produits répondent aux indications majeures : ce sont, d'une part, les barbituriques, calmants de l'excitabilité sympathique, et, d'autre part, les bromures, qui ont une action dépressive sur le système nerveux central, surtout dans sa région corticale et qui atténuent l'excitabilité directe et réflexe. Ce sont ces derniers qui nous intéressent actuellement.

Jusqu'à ces dernières années, le bromure de potassium fut presque exclusivement employé. Bon sédatif nerveux, son action principale ne va pas sans s'accompagner de réactions secondaires qui en font un corps difficile à manier. Parmi ces manifestations, décrites sous le nom de bromisme, les principales s'observent au niveau du tube digestif : tout d'abord haleine fétide, bouche sèche, arrière-gorge insensible ; puis vont en s'installant progressivement des troubles dyspeptiques et de l'anorexie, manifestant l'atonie gastrique et l'irritation de la muqueuse gastro-intestinale. Puis, du point de vue cardiaque, on note un ralentissement des contractions du cœur et une diminution de leur énergie, se traduisant par une hypotension. Dans le système respira-

toire, des troubles de ralentissement sont aussi observés. De plus, le bromure de potassium semble avoir sur le filtre rénal une action nocive. Au niveau de la peau, le bromisme se met en évidence par l'apparition de dermatoses chroniques très tenaces et ne cédant, le plus souvent, qu'à la cessation du traitement par le bromure.

Ces dernières années, le bromure de potassium a été remplacé, à peu près complètement, par le bromure de sodium, tout aussi efficace et très peu toxique. Des études ont, en effet, montré que les phénomènes dus à l'administration d'un bromure n'étaient pas liés à l'ion brome, mais à l'ion métal qui lui était associé. L'ion sodium est remarquablement toléré par l'organisme et les manifestations d'intoxication par le bromure de sodium n'ont lieu que pour de très fortes doses et encore là, souvent, on est en droit d'incriminer la pureté plus ou moins sûre du produit en usage.

Le bromure de sodium réalise donc sur son prédécesseur un progrès considérable, mais employé tel quel, il présente encore deux inconvénients. Le premier résulte de la difficulté du dosage du bromure s'il n'est pas rigoureusement anhydre, puisqu'il renferme, cristallisé, une quantité variable d'eau allant de 15 à 25 % ; le second, qui provient de son goût affreusement amer, est bien difficile à faire accepter sans répugnance par des malades délicats ou des enfants. Il faut être, de plus, bien sûr de la pureté du produit. D'autre part, les travaux de Richet et Toulouse, puis de Huchard et Fiessinger ont prouvé que la médication bromurée donnait de bien meilleurs résultats quand elle s'accompagnait d'un régime achloruré.

Tous ces desiderata sont réunis dans le Sédobrol « Roche », préparation déjà très connue et ayant dès maintenant le pas sur la médication bromurée ordinaire.

Le sédobrol se présente sous la forme de tablettes d'extrait concentré de bouillon végétal contenant chacune un gramme de bromure de sodium chimiquement pur et rigoureusement dosé.

Absolument pur, il n'expose pas aux accidents du bromisme (irritation gastrique, fatigue, atonie, dermatoses), même par un usage prolongé, et son administration est excessivement pratique de par sa forme essentiellement maniable. La meilleure façon de l'absorber consiste à faire dissoudre le sédobrol dans les aliments et le plus souvent dans le potage. Malgré l'absence de sel, un tel liquide est très bien accepté : le malade ingère un excellent bouillon, dans lequel le goût de bromure est complètement voilé et qui par sa saveur eupeptique favorise les sécrétions.

En général, on ordonnera une ou deux tablettes par jour, mais on pourra pousser jusqu'à trois et plus sans inconvénient. Chez les enfants, on pourra commencer par une et continuer par une demi-tablette.

Les indications sont celles des bromures en général et l'épilepsie en particulier, qu'elle soit de la forme Bravais-Jackson ou essentielle. D'ailleurs, ici son action sera aidée par l'administration d'un barbiturique. Dans tous les cas où nous avons affaire à des nerveux (soucieux, anxieux, instables, irritables), nous rencontrons des indications du traitement par le sédobrol. Chez de tels malades, son administration même prolongée, tout en restant sans inconvénients, amènera la cessation progressive de ces troubles névropathiques. Dans les phénomènes nerveux mineurs, associés à des infections, on pourra l'administrer sans crainte d'intoxication (toux spasmodiques, coqueluche). De même dans les « crises de nerfs », psychoses, éréthisme cardiaque d'origine émotionnelle, aérophagie. Dans les tachycardies, les arythmies, il fera disparaître ou atténuera les phénomènes qui dépriment les malades (angoisse, dyspnée, etc.). On pourra l'employer dans l'hyperesthésie gastrique qui accompagne bien souvent l'hyperchlorhydrie et l'hyperkinésie. Il calmera, en général tous les phénomènes relevant d'une irritabilité exagérée du plexus solaire ou des centres de la moëlle sacrée. Parmi ces derniers, signalons comme indications au premier chef l'éréthisme génital : érections involontaires douloureuses, vaginisme chez les femmes; en particulier, on donnera du sédobrol dans tous les phénomènes nerveux relevant de troubles utérins : éclampsie, vomissements de la grossesse, insomnie et tremblements nerveux. Pour ceux qui relèvent plus particulièrement des dysovaries, c'est-à-dire les troubles nerveux accompagnant la puberté, la ménopause, l'aménorrhée, la castration chirurgicale, nous aurons plus particulièrement recours à l'œstrobrol qui permet l'application de nos connaissances sur le fonctionnement ovarien. L'œstrobrol met en œuvre le sédobrol auquel on a adjoint pour chaque tablette 100 unités internationales de folliculine : c'est un sédobrol folliculiné. Grâce à lui, par suppression de leur cause, on pourra venir plus facilement à bout des douleurs et des troubles nerveux (migraines, bouffées de chaleur, neurasthénie) accompagnant les aménorrhées, les dysménorrhées.

De plus, dans certains milieux mal avertis, où le seul nom de bromure fait tout de suite penser à la « maison de santé », grâce à sa forme d'absorption, ce traitement bromuré sera aisément dissimulé, ce qui souvent n'est pas un appoint minime dans une thérapeutique qui peut être longue.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

TRAVAUX ORIGINAUX

Bulletin de l'Actualité

LA CRISE DE L'HUMANISME

Sous ce titre, le Professeur Jean Fiolle, de la Faculté de médecine de Marseille, vient de faire paraître un volume aux Editions du « Mercure de France ».

Ce n'est pas le premier ouvrage littéraire de ce chirurgien. Aux « Voix latines », l'an dernier, Georges Duhamel nous révélait que, peu après la guerre, un roman de Jean Fiolle avait jusqu'au dernier vote retenu l'attention du jury du « Prix Goncourt ». Et le « Mercure de France » a déjà publié en 1936, du même auteur, l'essai philosophique « Scientisme et Science » que j'ai eu le plaisir de présenter aux lecteurs de ce journal. Le violon d'Ingres du Professeur Fiolle est donc loin d'en être à faire ses gammes !

L'on n'entend par le monde que cris de discordes et de rivalités ; de toutes parts déferle la ruée vers l'or. Et l'on se prendrait à désespérer de ce temps si de loin en loin ne s'élevait la voix grave d'un homme qui juge son siècle. La siècle ne l'écoute pas, mais la voix parle néanmoins, et c'est assez pour que la confusion ne soit pas irrémédiable. N'a-t-il pas suffi d'une arche pour vaincre le déluge ?

Il est urgent, pour rendre à notre profession un peu du lustre qu'elle perd chaque jour, qu'un livre comme « la crise de l'humanisme » soit signé de l'un des nôtres. Chacun de nous en reçoit un reflet, même parmi ceux qui ne le liront jamais. En même temps que pour la pensée française, il porte aussi témoignage pour la culture du milieu médical. Et c'est le moins de lui dire : merci !

***

L'humanisme, Fiolle le définit ainsi : c'est l'adoration désintéressée et joyeuse de ce que l'homme, de son propre fonds, est capable de créer, c'est l'exaltation de la personnalité par réaction contre ce qui a précédé : mysticisme et autorité spirituelle.

Ce qui ne veut pas dire qu'humanisme et esprit religieux soient incompatibles ; ils sont opposés mais cohabitent chez beaucoup d'hommes et les déchirent. Ils cohabitent aussi dans l'Eglise qui, au Moyen-Age, s'est faite la conservatrice de la «matière explosive» qui devait la battre en brèche. Cette tragédie du partage a eu son premier acte à l'époque de la Renaissance, son second dans le Discours de la méthode et elle se déroule encore sous nos yeux, s'il est vrai que les langues mortes soient, aujourd'hui, le mieux enseignées dans les établissements dirigés par des ecclésiastiques.

Le Moyen-Age s'était défendu contre les sortilèges de l'humanisme parce que, vraisemblablement, il *habillait* les œuvres antiques de sa livrée et que, dans son âme, l'influence gréco-romaine était contre-balancée par l'influence de l'Orient. Car, comme le souligne Emile Mâle, « pour l'historien de l'art ce qui marque la fin du monde antique, c'est le triomphe de l'Orient », le triomphe du rêve, du demi-jour, du mystère sur l'art décoratif des Grecs, fait de lumière, d'ordre et de beauté.

La Renaissance, en prenant goût à l'allégresse payenne, s'est dressée contre le Moyen-Age reclus dans ses cathédrales ; en répudiant « l'art barbare », elle a consommé la rupture avec les traditions. Désormais, l'autorité des doctrines et des noms illustres ne prévaudra plus contre l'observation et le raisonnement. Mais en exaltant l'homme elle a méconnu la vertu de la concentration spirituelle, l'intuition, la foi créatrice. Elle a écorné l'héritage humain, et berné l'héritier ; et celui-ci, au bout de quelques siècles d'ivresse, sent qu'en quelque façon il a été lésé.

Certes la Renaissance avait bâti à l'homme un autel où transférer son besoin d'adoration : l'autel de la Science. Mais la Science, si fertile cependant en « miracles », n'assouvit pas notre soif du merveilleux ; il nous faut en plus des idoles : le spiritisme, certaines pratiques de magie, l'art des somnambules et des devins, et aussi, ô médecins, les remèdes et les méthodes nouvelles. Avoir conduit l'homme à cela, c'est lui avoir imposé une déchéance ; avoir rendu

l'homme capable de cela, c'est l'avoir amputé d'une part de son être.

Les conséquences de cette mutilation furent prochaines et diverses. Si les lettres (en France du moins) vont durant deux siècles briller d'un extraordinaire éclat ; si les sciences vont s'épanouir en un somptueux cache-misère, les arts et la pensée spéculative, presque aussitôt, entrent en décadence. Il y aura désormais de probes artistes, voire de grands et nobles artistes mais isolés, limités. Rien qui vaille les porches romans ou les chapiteaux gothiques. Retirez Rembrandt, demeuré incompris de son siècle parce que hors de son siècle, il ne reste que les Poussin, les Puget, cent autres. C'est trop et pas assez. Versailles ? Certes, mais Versailles marque le point limite qu'on ne recommence pas et l'on perçoit avec mélancolie qu'il faut s'arrêter là.

La pensée spéculative n'a pas moins à souffrir. Bossuet et Malebranche ont des élans de foi ; mais ils ont perdu cette force secrète, la candeur. Les grands docteurs ratiocinent sur les textes et se livrent des joutes à coups d'arguments ; ils n'invoquent plus le pur rayonnement de leur foi. Quant à la philosophie, elle fait foisonner les « systèmes » et s'inquiète peu de leurs divergences.

Pourtant, malgré le prestige du libre-examen, il n'est pas vrai que l'humanisme ait sapé tous les dogmes — la scolastique a disparu, mais le XVIIe siècle reste engoncé de « règles ». Malgré tout, la liberté humaniste a engendré désordre et dispersion, tiraillements de l'âme commune, faux-prophètes, faux-savants parmi lesquels le public choisit sans discernement ses meneurs. L'humanité fait la preuve qu'elle est plus incapable encore de se conduire avec cohérence que de supporter un joug. La contrainte, peut-on dire, vaut mieux que le désordre ; mais la seule contrainte efficace est celle qui a pour armes la persuasion, la douceur et de hauts exemples. C'est en cela que la Chine et l'Inde nous sont des modèles : elles ont des sages, le christianisme occidental veut des héros. Et il faut prendre les héros comme ils sont : sublimes mais aussi parfois encombrants et dangereux.

Même en concédant à l'humanisme la flambée magnifique qu'il a value aux lettres encore faut-il souligner que la flamme n'a pas tardé à charbonner (Voltaire excepté) tout au long du XVIIIe siècle et s'est éteinte dans l'âcreté fumeuse du romantisme. Pour le romantisme, le Moyen-Age n'est qu'un prétexte à insurrection.

Ainsi la Renaissance a inexpiablement appauvri l'âme nationale en enterrant l'héritage médiéval. Mais quelques signes permettent d'espérer pour notre pays un retour à ses origines vitales ; ils annoncent la nostalgie d'une vie oubliée.

Vienne cette autre Renaissance. Et nous reconnaîtrons à la première, en signe de pardon pour ses fautes, le mérite de nous avoir donné le goût de la mesure, de la sobriété, du « rien de trop ».

***

L'humanisme est enfant du malheur : fait d'éléments discordants, il est aristocrate d'essence et son destin naturel le mène à la démocratie. Ainsi la révolte purement intellectuelle de quelques-uns gagne la foule et y déchaîne la licence.

Le premier glissement, Fiolle, avec une parfaite finesse d'analyse, le signale dans la fameuse « Deffense et illustration de la langue française » de Du Bellay. Respectueux des traditions, les poètes gardent leur dévotion à l'antiquité, mais l'instinct de la race s'est réveillé et les oblige à parler français. C'est heureux pour le français et tant pis pour l'humanisme.

Quant au XVIIe siècle, sans remords, il écrase le passé national. L'Eglise tonne contre le libertinage et n'a cure de ce qui a produit le libertinage. Le mysticisme est regardé comme étrange et suspect, l'extase religieuse n'a plus cours. C'est l'une de ces époques, en somme, dont on dit « elle fut si peu religieuse qu'elle n'a seulement pas produit un schisme ». Mais si la religion a perdu son mysticisme l'esprit humaniste a perdu, lui aussi, son bien le plus précieux : l'allégresse qu'il portait en lui.

Arrive le XVIIIe siècle, le siècle des « lumières » : ces lumières se rapprochent de la multitude ; leur autorité s'effrite ; elles se laissent reléguer dans un rôle subalterne. C'est l'époque de la traduction, l'époque où l'on s'efforce d'*aplanir l'accès à la culture*. L'humanité émigre du poêle de Descartes vers le salon de Madame du Deffand. Le vieux roi morose est mort et le régent s'adonne à ses petites fêtes. Avec Louis XV surgissent les premiers tirailleurs qui n'épargneront ni les traditions, ni les formes sociales : Montesquieu, Beaumarchais, Voltaire. Et déjà (déjà !) la somme des connaissances humaines déborde le cerveau de l'homme ; il faut composer avec la culture, admettre les *spécialités*. D'où ce compromis : l'Encyclopédie.

La Révolution et l'Empire hériteront de la monarchie le respect des formes antiques, des *formes* seulement, non de l'esprit, et de Rome bien plus que de la Grèce. On ne cite plus Anacréon, mais Sénèque ou Caton, et l'humanisme en est réduit à fournir aux causes brutales le décor de ses faisceaux de licteurs et de ses glaives. Est-il décidément perdu ? Non ! car voici Gœthe en qui il réalise sa plus émouvante image et sa plus parfaite aussi. Car Gœthe restitue à l'homme ses intuitions et son irrationnelle faculté de connaître dont celui-ci a été spolié depuis trois cents ans. Cet Allemand qui fut, à son heure, la conscience du monde aura prouvé

que l'humanisme peut atteindre à la véritable grandeur.

Au XIXe siècle humanisme s'écrit humanitarisme. La culture, de pur ornement, devient bagage de première nécessité et condition de réussite. La science s'y est introduite, amenant avec elle ses *machines*, ses commodités, son idée de progrès, sa spécialisation. Et le culte de la Science a conduit aux rêves humanitaires : bonheur pour tous, justice sociale.

Ce ne sont plus que les produits de la désagrégation de l'humanisme qui parviennent jusqu'à nous. Le schisme est consommé et dorénavant « scientifiques » et « littéraires » sont rivaux.

***

« Une masse ignorante, dit Rémy de Courmont, forme chez un peuple une magnifique réserve de vie ».

Mais il ne reste plus, à l'heure actuelle, en Europe occidentale, de « masse ignorante ». S'il en restait elle serait incontinent vaincue et dévorée par ses voisins. Les peuples subissent la peine des travaux forcés intellectuels, et il leur est interdit de s'en libérer !

De cette diffusion de la culture, il résulte que seuls aujourd'hui, l'ignorance absolue et le très haut savoir sont encore capables d'originalité profonde et de fécondité : les notions élémentaires habillent les esprits en uniforme.

Ce n'est pas tout ; il est impossible de ramasser une question quelconque en un petit nombre de formules qui, à la fois soient assimilables pour tous et traduisent une vérité totale. Il faut donc sacrifier la vérité totale au dogme de la culture pour tous. Et ce qu'on distribue à la masse n'est plus que manne frelatée.

Qu'est donc devenu, de nos jours, l'humanisme ? L'apanage de ceux qui « font leurs humanités » ? Certes non ; un cuistre, parce qu'il cite du grec, n'est pas fils d'Erasme.

C'est arbitrairement, dit Fiolle, et, par le choix de quelques pédants que le latin et le grec, et même les civilisations latine et grecque ont été proclamés comme la pure essence de l'humanisme. L'humanisme est là où on le cherche, si on le cherche *en esprit*. Tout lui est bon à provoquer son étude *désintéressée*. Et c'est précisément cette curiosité sereine qui qualifie l'humanisme. Dans sa lente ascension vers les panoramas humains, ce qui *trempera* réellement le disciple du « Nil humani a me alienum puto » c'est la lutte continue contre soi, cette notion que l'effort vaut en lui-même et qu'il importe moins d'engranger que d'avoir *mérité* la moisson.

Si telle est l'essence réelle de l'humanisme, il faut aux contemporains, pour s'en imprégner, qu'ils s'arrachent à leurs préoccupations quotidiennes et envisagent les ensembles. Le professionnalisme est une serre où s'étiole la pensée. (En lisant cette page de Fiolle cherchez autour de vous, confrères, ceux avec qui l'on peut converser une heure sans parler métier, et comptez-les !)

Le véritable humaniste doit encore *adapter* ses acquisitions à son propre usage, les transposer dans sa vie, soit publique, soit privée, dans sa pensée secrète, dans son œuvre, si humble soit-elle. A cet égard, un travail original est une excellente occasion de montrer son fonds réel et de se juger soi-même. La thèse inaugurale, dit notre auteur, constitue pour les médecins une salutaire discipline, tout comme était le « chef d'œuvre » des anciens artisans. Se juger, se connaître détend peut-être quelque peu les ressorts de l'action. Mais si l'action est moins spontanée, elle n'en perd pas pour cela son efficience. Le geste d'instinct est plus rapide mais moins exemplaire que l'acte de volonté.

***

Malade comme il est de nos jours, l'humanisme n'a pas commencé d'hier à péricliter.

Ici Fiolle se livre, en véritable clinicien (et plus véritable encore humaniste !) à une analyse particulièrement aiguë de cette maladie de langueur. Il en relève les signes chez Rousseau, chez les « fauves » de 1830 et chez Balzac. Renan a beau se dresser contre l'anarchie de la pensée et de la forme, le mal gagne et se précipite ; et voici Baudelaire, Verlaine, Mallarmé, Claudel, Proust. Les peintres ont leur impressionnisme, les *musiciens ont Debussy et son école. Tous*, las de clarté et de raison, se plaisent dans le clair-obscur des fugitives visions et des insaisissables rêves.

De nos jours, ce goût de l'informulé se ramasse dans la doctrine du dynamisme. Tout ce qui a l'air de jaillir du sol, spontanément et librement, aussi bien en art ou en littérature qu'en politique, c'est cela qui requiert l'attachement. La réflexion, l'étude sont traitées en suspectes. Immense production d'œuvres avortées, mais aussi, deçà delà, quelques spécimens réussis qui maintiennent l'enthousiasme : Vlaminck, Rouault, Bourdelle, Jean Giono.

Erigé en doctrine sociale le dynamisme, pour les Américains, les Allemands et les Russes, c'est d'abord le détachement du passé et c'est une volonté de *recommencement*. Ce désir d'une ère nouvelle implique une confiance en soi et un contentement de soi-même qui, par pente naturelle, deviennent exclusifs et fanatiques. Les artistes et les écrivains sont tenus, par raison d'Etat, de justifier et d'exalter tel régime ou tel maître. Dans d'autres pays, c'est l'argent, la force brutale de la publicité qui imposent au public l'idée qu'il se fait de la pensée contemporaine.

Comme si ce n'était pas assez, la culture classique a encore à se défendre contre d'autres ennemis, et autrement redoutables. Ce sont ces hommes qui, non satisfaits des apports de la Renaissance, trouvent dans un passé plus lointain, dans une continuité plus vaste, les éléments de leur activité spirituelle. Ils tiennent, ces hommes, que c'est se limiter étrangement, que prendre pour modèle tel ou tel peuple, fût-il, comme le peuple grec, digne d'admiration, ils veulent restaurer la métaphysique traditionnelle oubliée en Occident depuis la fin du Moyen-Age et se tournent avec sympathie vers les doctrines hindoues.

Ainsi l'humanisme se trouve pris entre deux adversaires eux-mêmes opposés l'un à l'autre ; le collectivisme des masses populaires d'une part et le traditionnalisme d'une petite élite, de l'autre. Se tirera-t-il de cette impasse ? Il faut, pour peser ses chances, faire son bilan d'aujourd'hui.

A son actif inscrivons son rôle d'opposition à toutes sortes d'excès et au déchaînement des instincts ; et aussi la faculté qu'il donne, par l'*analyse*, de goûter de façon délicate aux agréments de la vie. Il ne rend pas l'humanité meilleure : mais s'il l'empêche seulement d'exercer sa méchanceté quand elle n'a point d'intérêt à être méchante, c'est quand même un bienfaiteur.

Son passif, c'est son anthropocentrisme exaspéré, avec cette aggravation que l'homme qu'il considère est tronqué ; de ce fait, il laisse les âmes insatisfaites. En outre, un modèle qui ne *s'impose* pas mais admet et même suscite les interprétations personnelles provoque en bas la confusion, en haut le scepticisme. Finalement, la troupe, au lieu de faire corps, se disperse.

Et pourtant, parmi les flux d'idées et d'aspirations qui soulèvent les peuples, l'humanisme a une tâche à remplir. Il est même le seul à pouvoir remplir cette tâche !

***

Certes, il se transforme comme il l'a déjà fait tant de fois. Dans quel sens ? C'est le mystère de demain. Il es permis au moins de faire des hypothèses.

L'Antiquité méditerranéenne ne restera pas indéfiniment *active* sur les générations à venir. Et celles-ci chercheront alors ailleurs les inspirations ancestrales.

Les hommes, qui commencent à se rebeller contre la technique et le machinisme, en percevront le danger essentiel, à savoir que sitôt qu'apparaît la technique se manifeste nécessairement un penchant à l'automatisme, une *fixation*, un arrêt dans l'évolution et, pour tout dire, un engourdissement. L'exemple de ce qu'il avance Fiolle, avec une grande loyauté d'esprit, le trouve, lui chirurgien, dans l'aspect actuel de la chirurgie. Réveillée, après des siècles de somnolence, sous l'impulsion de Pasteur, la chirurgie a connu cinquante années d'enthousiasme et de progrès réels. La marche en avant a été si rapide que les chirurgiens s'inquiètent de consolider les positions conquises ; ils se figent dans leurs préoccupations de métier, donnent dans le byzantinisme de la technique et soudain s'aperçoivent avec stupeur tels qu'ils sont, tels qu'ils se sont faits eux-mêmes : des artisans qui ont perdu le sens et le goût de la découverte.

Et puis enfin, il faudra bien que l'humanisme décèle sa grande faiblesse et s'en défasse : il ne requiert pas de sacrifice. Or, l'on ne s'attache qu'à ce qui nous coûte peines et douleurs. L'humanisme, pour son malheur, n'a pas de martyrs !

Mais il en aura : l'heure a sonné pour lui de l'héroïsme. Il retrouvera sa vie perdue dans le piétinement des derniers siècles et qui doit le mener à des enrichissements nouveaux. Des hommes aussi différents que Maritain et Duhamel le promettent avec une foi égale. Sur cette voie se réédifiera un humanisme de grande envergure « capable de tout saisir et de ne s'attacher à rien, de jouir des choses sans en être le prisonnier ».

Il se réédifiera mais non sans douleurs : « l'humanisme va connaître des jours pénibles et probablement tragiques ». Il sera tyrannisé, persécuté, honni ; bon climat pour acquérir cette robustesse qui lui a manqué jusqu'ici.

Et, en attendant que sonne l'heure de la délivrance, il aura la garde d'honneur d'un dépôt précieux ; « il veillera sur ce bien insaisissable, qui a de tout temps désespéré la tyrannie (qu'elle soit personnelle ou collective), et qui n'est autre que la faculté dévolue à l'homme, malgré toutes les contraintes, de voir, de sentir, et de *juger* dans le secret de son âme ou de son cœur ».

Le langage viril de Fiolle sonne, comme un appel de cuivres, le ralliement des hommes de clairvoyance. A la différence de ceux qui aujourd'hui prétendent conduire les peuples, il ne leur promet ni honneurs, ni richesses ; rien que des humiliations et des tourments. Il n'aura pas derrière lui de légions hurlantes ; je ne crois d'ailleurs pas qu'il soit homme à savoir manier celles-ci. Mais qu'une petite troupe résolue s'engage sur ses pas et marche avec confiance ; et je crois qu'il est homme à s'en estimer comblé.

G. Lavalée.

QUELLES TOLÉRANCES PEUVENT-ELLES ÊTRE ACCORDÉES AUX RELIGIEUSES POUR LES SOINS A DONNER A DOMICILE ?

C'est souvent que nos confrères de Bretagne se plaignent de la concurrence qui leur est faite par des religieuses, qui, dans un but de charité, visitent les malades à domicile, leur donnent des soins, font des pansements, sans aucune directive d'un médecin.

Bien mieux, lorsque le cas paraît sérieux, ou qu'il nécessite une opération chirurgicale, ou spéciale, le patient est dirigé vers la grande ville voisine, où les sœurs possèdent une clinique.

Comment les médecins peuvent-ils gagner leur vie, alors que les malades, qui peuvent payer, sont ainsi drainés vers l'établissement commercial, géré par l'Ordre religieux ?

Des pharmaciens nous ont également demandé comment résister à la concurrence que leur font les sœurs. Celles-ci apportent avec elles quelques médicaments courants, ou bien elles font envoyer par un courrier quelconque les produits officinaux, ou les spécialités que la communauté achète en gros.

A première vue, le but charitable est patent : les sœurs ne se font pas payer : elles n'acceptent aucun argent en retour des services médicaux rendus. Mais la communauté reçoit volontiers des produits de la ferme, des cadeaux en nature, les dons faits « pour les pauvres », le remboursement, avec léger bénéfice, des médicaments fournis ; la clinique de la ville, établissement commercial, qui hospitalise des payants, connaît une grande prospérité, vu le rabattage qui est ainsi opéré dans les campagnes.

Je laisse de côté les erreurs de diagnostic, qui sont obligatoires. Quelque soit le mobile charitable qui puisse dicter la conduite des « bonnes sœurs », elles n'ont fait aucune étude médicale ; quelques-unes à peine ont un brevet d'infirmière. Aussi nombreux sont les cas préjudiciables aux malades : panaris soigné par des pommades, nécessitant ensuite une désarticulation d'une phalange ; appendicite chronique méconnue ; néo pris pour une affection bénigne ; tuberculose au début, traitée avec des reconstituants, du fer et des procédés congestionnants, etc., etc.

Saisie d'une plainte, formulée par le Syndicat, l'autorité ecclésiastique cherche à innocenter la conduite des religieuses, en prétendant qu'une tolérance légale existe en faveur des personnes charitables, qui visitent les pauvres à domicile. On soutient que la charité permet de donner des soins, pour faire l'économie d'une visite de médecin et qu'on peut distribuer des médicaments, en se les faisant rembourser.

On me demande mon avis juridique sur cet exercice illégal tant de la médecine que de la pharmacie.

1° Exercice de la médecine

En ce qui concerne l'exercice de la médecine, la loi du 30 novembre 1892, en son article 16, décide qu'exerce illégalement la médecine toute personne qui, n'étant pas munie d'un des diplômes prescrits par l'article 1er de ladite loi (docteurs en médecine, officiers de santé, chirurgiens-dentistes, sages-femmes), prend part habituellement et, par une direction suivie, au traitement des maladies.

Aussi les documents de jurisprudence, jugements des Tribunaux correctionnels, arrêts de Cours d'appel, de la Cour de cassation sont-ils nombreux pour condamner tout individu (laïque ou membre du clergé, religieuse, etc.) qui, n'ayant pas obtenu un des diplômes ordonnés par la loi, traite des malades aussi bien contre rémunération que gratuitement et dans un but apparent de bienfaisance.

Une question accessoire peut être posée.

Un infirmier muni du diplôme d'Etat prévu par le décret du 27 juin 1922, peut-il prendre part au traitement des maladies ?

Il ne peut le faire que sous le contrôle et la direction suivies d'un docteur en médecine. Son diplôme d'infirmier est un simple certificat d'études, un accréditif auprès du médecin, permettant à ce dernier d'avoir confiance dans l'auxiliaire médical qui est titulaire de ce brevet de capacité.

Mais l'infirmier, ou infirmière, diplômé, ne peut pas de lui-même poser de diagnostic, ni entreprendre un traitement par médicaments internes, pansements, massages, imposition des mains, magnétisme, prières, etc., etc.

S'il exécute des piqûres, des massages, des pansements, s'il surveille l'absorption de médicaments internes, c'est à la seule condition expresse d'exécuter les ordres d'un docteur en médecine. Ce dernier est civilement responsable d'un traitement qu'il a institué, de ses résultats et aussi de la surveillance technique, qui lui incombe vis-à-vis des infirmiers et auxiliaires médicaux qui sont ses collaborateurs.

La jurisprudence est nettement établie en ce sens.

Aussi devons-nous conclure tant avec la loi qu'avec la Cour de cassation , qu'une religieuse

qui, dans un but charitable, visite des malades, leur donne des conseils et entreprend des traitements, sans en avoir reçu l'ordre par le médecin traitant, sera passible des peines correctionnelles prévues à l'article 18 de la loi du 30 novembre 1892.

En pareille matière, la fin ne justifie pas les moyens et le but charitable de bienfaisance et de gratuité ne saurait excuser, aux yeux des magistrats correctionnels, la violation de la loi du 30 novembre 1892, ni la pratique de l'exercice illégal de la médecine.

2° Exercice de la pharmacie

La déclaration royale du 25 avril 1777 et la loi du 21 germinal an XI, qui règlent l'exercice de la pharmacie, interdisent à quiconque qui n'est pas muni du grade de pharmacien, de préparer, de vendre, et débiter des drogues et médicaments.

L'article 32 de la loi de germinal va même plus loin, en ordonnant aux pharmaciens diplômés de ne débiter au public de médicaments que d'après l'ordonnance écrite d'un médecin, ou officier de santé.

La jurisprudence est très abondante, pour punir de peines correctionnelles quiconque a vendu, *ou a même donné* gratuitement des médicaments simples, officinaux, ou magistraux, alors qu'il n'était pas muni du diplôme de pharmacien.

Le but charitable et de bienfaisance ne saurait être une excuse pour atténuer cette violation de la loi.

Une certaine tolérance a cependant été reconnue aux établissements publics de bienfaisance, tels les hôpitaux. Une petite pharmacie peut être instituée à l'intérieur de l'établissement hospitalier, sous la surveillance du médecin-chef de service. Mais cette pharmacie, qui est gérée par une religieuse, ne peut délivrer que des médicaments simples, courants, aux seuls malades hospitalisés indigents, sans qu'il soit possible d'en vendre aux malades du dehors.

3° Responsabilité civile

De plus en plus, un malade qui est mécontent des soins qu'il a reçus et qui prétend que, soit par erreur de diagnostic, soit par traitement insuffisant, ou trop tardif, son état maladif s'est aggravé, se retourne vers celui qui a dirigé le traitement pour lui réclamer des dommages-intérêts.

La justice est donc saisie de la plainte de ces malades qui demandent réparation pécuniaire du préjudice causé.

Dans le cas qui nous préoccupe, il est à craindre qu'un malade, qui a été soigné gratuitement dans un but de charité, par une personne qui n'était pas docteur en médecine, se retourne contre cette dernière, pour obtenir une condamnation correctionnelle, puis des dommages-intérêts, à cause des soins incompétents qui lui ont été prodigués. Ce malade n'aura même pas la reconnaissance des médicaments qu'on lui aura délivrés gratuitement, ni des pansements qu'on lui aura faits, sans les lui faire payer. Il demandera aux magistrats de décider qu'il y a eu violation de la loi par la personne, laïque ou religieuse, qui a pris part au traitement, sans avoir la capacité requise et délivré des médicaments sans posséder le grade ordonné par la loi, et le Tribunal sera contraint de condamner l'illégal.

4° Application des lois sociales

Si, dans les temps jadis, les « bonnes sœurs » pouvaient prétendre venir au secours des malades privés de ressources, en les soignant gratuitement, elles ne peuvent plus aujourd'hui invoquer cet argument de bienfaisance pour se disculper d'une accusation d'exercice illégal.

En effet, depuis la législation du 15 juillet 1893, les malades privés de ressources et français reçoivent les soins nécessaires à leur état, soit à domicile, soit à l'hôpital. Les frais médicaux et pharmaceutiques sont supportés par la commune, le département et l'Etat.

D'autres lois de bienfaisance sociale sont venues également au secours des vieillards, infirmes et incurables, des enfants assistés, ou abandonnés, des femmes en couches, des familles nombreuses, des blessés du travail, des victimes de la guerre, etc.

En outre, la législation des Assurances sociales tend à secourir, par une prévoyance obligatoire, le travailleur, qui n'est pas privé de ressources, mais qui a besoin de soins, ou d'une pension de vieillesse, ou d'invalidité.

Aussi, pouvons-nous conclure que quelque noble que puisse être le mobile d'altruisme, qui pourrait être invoqué pour innocenter les actes de bienfaisance des sœurs, celles-ci ne doivent pas devenir dangereuses pour la santé publique, en donnant soins et médicaments sans avoir fait les études exigées par la loi.

Dr Paul Boudin.

L'ACTUALITÉ PROFESSIONNELLE

Informations judiciaires

Les réductions opérées sur les mémoires d'Assistance médicale gratuite sont soumises au contrôle de la juridiction administrative

Les règlements départementaux d'assistance prévoient généralement que le mandatement des mémoires d'honoraires pour soins donnés aux assistés médicaux gratuits n'a lieu qu'après examen par une Commission de contrôle bipartite, c'est-à-dire composée à la fois de membres médecins et de représentants de l'Administration. Cette Commission est investie, toujours en vertu du règlement, du droit d'opérer des réductions sur les mémoires qui lui sont soumis, au cas où elle estimerait que des abus ont été commis par le praticien dans la délivrance des soins ou dans les prescriptions pharmaceutiques.

La question se pose alors de savoir quelle est la valeur juridique des décisions des Commissions de contrôle. S'agit-il là de véritables jugements, ou, au contraire de simples décisions administratives ? La chose est importante en pratique car, dans la première hypothèse, le rôle juridictionnel du Conseil de Préfecture qui, rappelons-le, a compétence en vertu de la loi du 15 juillet 1893 pour connaître de toutes les difficultés suscitées par l'application du règlement d'assistance, se trouverait en réalité réduit à fort peu de chose, et consisterait seulement à entériner la sentence de la Commission de contrôle du moment que celle-ci aurait été régulière en la forme.

Ce problème a été soumis à la jurisprudence à propos du cas suivant : un médecin s'était vu reprocher par le service d'assistance de la Manche des abus de prescriptions pharmaceutiques, et le montant des dépenses résultant de ces abus avait été imputé par la Commission de contrôle sur le montant de son mémoire. Une requête en Conseil de Préfecture ayant été formée, le Conseil interdépartemental de Caen, par un arrêté en date du 19 octobre 1935, avait estimé qu'il était seulement compétent pour vérifier la régularité en la forme de la décision du Préfet portant réduction du mémoire. Sur les conseils du « Sou Médical », un recours fut formé en Conseil d'Etat.

Par son arrêt du 15 octobre 1937, le Conseil annulé l'arrêté précité, et a décidé qu'*il ppartient au Conseil de préfecture de vérifier si les réductions opérées dans les conditions susindiquées par le Préfet,* en exécution des décisions de la Commission de contrôle, *étaient justifiées en fait et si des abus étaient réellement établis à la charge du médecin.*

Autrement dit, le Conseil d'Etat a considéré que les Commissions de contrôle n'ont point le caractère de juridiction. Il s'agit là de simples Commissions administratives destinées à préparer les décisions préfectorales. Mais ces décisions, comme tous les actes relatifs au service d'assistance, sont soumises au point de vue du fond, comme au point de vue de la forme, au contrôle juridictionnel du Conseil de Préfecture, et, en appel au Conseil d'Etat. A notre avis, il faut approuver une telle décision qui tend à assurer au médecin le respect des règles de procédure et notamment des droits de la défense, c'est-à-dire la protection contre l'arbitraire administratif et une garantie de bonne justice.

Jean MIGNON.

Un retour en arrière de la jurisprudence en matière de cession de clientèle ?

Analysant récemment les résultats d'une enquête organisée par l'A. P. I. M. auprès des divers pays d'Europe, nous constations que la France était, avec l'Angleterre, un des rares pays où les cessions de clientèles médicales soient entrées dans les mœurs et reconnues officiellement par les organismes professionnels et par la jurisprudence. Les Tribunaux en effet, s'ils annulent toujours le contrat de cession de clientèle pur et simple, considéraient jusqu'à maintenant comme valable l'acte par lequel le médecin cédant prenait à l'égard de son successeur des engagements bien déterminés (interdiction d'exercice limitée dans le temps ou l'espace, obligation de présentation à la clientèle, droit pour le cessionnaire de se dire le successeur du cédant, etc.) moyennant versement en contre-partie d'une certaine indemnité. Allons-nous être obligés de réviser cette opinion et d'enregistrer une orientation nouvelle de la jurisprudence revenant à sa rigueur primitive et considérant comme nul tout contrat constituant *directement ou indirectement* la cession d'une clientèle médicale ?

C'est la question qu'on ne peut manquer de se

poser à *la lecture d'un récent arrêt, rendu par la* Cour de Riom, dans l'affaire suivante :

Un médecin partageant son activité entre sa clientèle ordinaire et sa clientèle thermale dans une station savoyarde, se faisait remplacer pen-la saison, du 1er mai au 1er octobre de chaque année, par l'un de ses confrères avec lequel il avait conclu les conventions suivantes : durant son absence, il « *confiait sa clientèle* » à son remplaçant qui percevait les honoraires et supportait les frais professionnels engagés. Cette absence étant de longue durée, il était expressément stipulé que le remplaçant s'interdisait de s'installer dans la localité et dans un rayon de 30 kilomètres. Méconnaissant ses engagements formels, ce dernier ouvrait cependant, à l'expiration de l'un des remplacements annuels, un cabinet médical dans le périmètre interdit.

Cette concurrence nouvelle n'étant pas sans porter un sérieux préjudice au médecin remplacé, celui-c idemanda en justice, soit l'application de la convention, soit le versement d'une indemnité compensatrice. Le Tribunal civil de Cusset l'ayant débouté de sa demande, appel fut interjeté par lui devant la Cour de Riom, laquelle par son arrêt du 8 juillet 1937, confirmait purement et simplement le jugement attaqué.

Chose importante, la Cour ne s'est pas attardée à rechercher *si* la clause d'interdiction d'exercice était valable quoique concernant un médecin. Elle s'est attachée uniquement à l'ensemble de la convention de remplacement qu'elle a considérée comme constituant une *cession temporaire de clientèle médicale.* Appliquant alors le principe généralement admis, suivant lequel *la clientèle d'un médecin reposant uniquement sur la confiance des malades est hors commerce et ne peut faire l'objet d'une cession même temporaire,* elle en a déduit que toute convention reposant sur une cession de cette nature est dans son ensemble frappée de nullité absolue. Le médecin remplacé ne pouvait donc demander l'application de la clause d'interdiction d'exercice souscrite par son remplaçant.

Afin d'éviter des interprétations abusives, et de ne point encourager la violation d'engagements librement consentis, nous tenons à bien préciser la portée de cet arrêt.

Tout d'abord on ne peut en déduire qu'il frappe de nullité l'engagement pris par un medecin de ne point s'installer en un lieu déterminé, pendant un temps déterminé. Si la clause d'interdiction n'a pu en l'espèce recevoir application, c'est uniquement parce qu'elle figurait, à titre accessoire, dans un contrat dont l'objet principal (la cession temporaire d'une clientèle médicale) n'était pas valable au point de vue juridique. Nous n'ignorons certes pas que la Cour de Poitiers, par un arrêt du 23 juin 1936, a déclarée nulles de telles clauses, même limitées *dans le temps* ou l'espace, du moment qu'elles concernaient un médecin, parce que faisant échec au droit qu'a tout malade de choisir librement son médecin. Mais cet arrêt, contraire à toute la jurisprudence antérieure, a été déféré à la Cour de cassation ; et en tous cas, l'arrêt de la Cour de Riom ne saurait être considéré comme un nouvel argument à l'appui de cette thèse.

En second lieu cet arrêt ne fait en somme que confirmer la jurisprudence suivant laquelle la cession pure et simple de clientèle médicale est frappée de nullité absolue. C'est en effet parce que figuraient dans le contrat les mots : « le Docteur X. confie sa clientèle » que la Cour a refusé de reconnaître sa validité. Il est permis de penser que la solution eût été tout autre, si le contrat avait été mieux rédigé et n'avait compris que des obligations réciproques et bien déterminées à la charge des deux parties, sans faire mention du mot « clientèle ».

Toutefois ce formalisme même montre une prédisposition défavorable, que, dans un cas semblable, la Cour d'Orléans n'avait pas manifestée. Cette nouvelle orientation de la jurisprudence n'est donc pas sans jeter une certaine incertitude sur la sécurité juridique des contrats de cessions de clientèle même bien établis. Aussi le Sou Médical a-t-il jugé utile de déférer cet arrêt à la Cour de cassation afin de faire sur cette importante question pratique l'unité de la jurisprudence.

J. M.

La prescription de deux ans n'est pas applicable aux créances d'honoraires contre l'administration

Le développement actuel de la médecine sociale de soins conduit de plus en plus les médecins à prêter leurs services aux Administrations publiques. Ainsi en est-il en matière d'assistance médicale gratuite, de soins aux assurés sociaux indigents, aux pensionnés de guerre, etc. La créance que le praticien possède contre ces Administrations pour le payement de ses honoraires est-elle soumise aux mêmes règles qu'en clientèle privée ? Fort humainement l'Administration invoque tour à tour les règles du droit administratif et celles du droit commun suivant son intérêt du moment. En ce qui concerne particulièrement la prescription, faisant état de l'article 2272 du Code civil, elle prétend généralement qu'elle est en droit, comme les particuliers, de se refuser à tout paiement lorsqu'un délai de deux années s'est écoulé depuis la terminaison des soins.

Cette thèse paraît au premier abord fort solidement fondée au point de vue juridique, puisque l'article 2227 du Code civil stipule que les collectivités publiques peuvent opposer les mêmes prescriptions que les particuliers. Toutefois, nous allons voir qu'il n'en est rien, et d'autre part, en

dehors de toute question de droit, il semble *a priori* anormal qu'un principe dont l'utilité sociale n'existe manifestement que pour les personnes privées, non obligées de tenir le compte de leurs payements, puisse être invoqué en faveur d'une Administration publique, soumise comme telle à des règles de comptabilité fort strictes ne lui permettant pas d'ignorer si elle a ou non payé ses créanciers.

Aucune décision de jurisprudence n'existant à ce sujet, à part d'anciens avis du Conseil d'Etat favorables à l'application de la prescription, le Sou Médical a jugé utile de soumettre ce problème à la juridiction administrative, à propos de l'affaire suivante :

En vertu d'un règlement préfectoral spécial au département de la Seine-Inférieure, un médecin avait donné ses soins à des malades syphilitiques, dont les frais de traitement étaient pris en charge par le budget départemental, sur production par le praticien de ses mémoires d'honoraires à la fin de chaque trimestre. Par suite d'un oubli, le médecin en question n'adressa à la Préfecture qu'au début de l'année 1937, les mémoires concernant la fin de l'année 1933 et l'année 1934. Un refus de payement leur fut opposé, tiré de la prescription biennale des honoraires médicaux. Une requête fut alors adressée au Conseil de Préfecture à fin de dire que la prescription de deux ans n'était pas applicable et de faire condamner le Préfet au règlement des mémoires en litige.

Par un arrêté en date du 15 octobre 1937, le Conseil de Préfecture de Rouen vient de donner pleinement gain de cause au médecin, et de condamner la thèse administrative. Il a rappelé en effet le principe suivant lequel *la prescription instituée par l'art.* 2272 *du Code civil pour les honoraires médicaux est essentiellement fondée sur une présomption de paiement, laquelle peut toujours être détruite par l'aveu contraire, même implicite, ou mieux indirect du débiteur poursuivi.* Cet aveu tacite, qui peut être tiré d'après la jurisprudence de la Cour suprême, des circonstances de la cause et notamment de la manière dont le débiteur présente sa défense, résultait en l'espèce du moyen produit par l'Administration à l'appui de son refus, c'est-à-dire la difficulté pour les services de contrôle de vérifier des mémoires de soins donnés depuis plus de deux ans. Un tel moyen est évidemment incompatible avec la présomption de paiement.

Notons d'ailleurs, qu'en dehors de cet aveu, la présomption de paiement pourrait être également écartée en déférant le serment au représentant de l'Administration qui ne pourrait évidemment point jurer avoir payé ce qu'il sait fort bien ne l'être pas.

Mais si l'application de la prescription biennale peut ainsi être facilement combattue, les médecins ne doivent pas oublier que leurs créances contre les collectivités publiques (Etat, départements, communes, etc.) sont soumises, comme toute créance contre le Trésor, à la *déchéance quadriennale* du moment qu'elles sont nées postérieurement au 1er janvier 1936. Il s'agit là, comme le nom l'indique, non pas d'une présomption de paiement, mais bien d'une perte du droit lui-même. En définitive, les médecins jouissent donc d'un délai de 4 ans pour faire valoir leurs créances contre l'Administration.

J. M.

La Presse et les Sociétés

A propos des intoxications par le tabac.

Le Docteur DÉTIS rapporte la mort d'un enfant de neuf ans, consécutive à un lavement donné par la mère, et constitué par une infusion d'un paquet entier de tabac gris.

Le sujet était revenu depuis quinze jours d'un préventorium, où il avait séjourné depuis six mois. Comme il avait des vers intestinaux, la mère en parla à une voisine, qui lui raconta avoir été guérie dans sa jeunesse par un lavement de tabac. Décidée à appliquer ce traitement à son fils, elle déclara avoir pris une pincée (?) de tabac dans le pot à tabac de son mari, l'avoir fait infuser et avoir donné à son fils le lavement ainsi obtenu. Celui-ci se serait plaint rapidement de douleurs, et après cinq minutes à peine, aurait expulsé le lavement, puis aurait vomi un peu ; les douleurs augmentèrent bientôt, devinrent très violentes, puis l'enfant se « trouva mal ». Le médecin fut appelé, mais, avant son arrivée, et, environ vingt minutes après l'administration du lavement, l'enfant était mort.

Le dosage de la nicotine dans les viscères et dans le sang permit de déceler au total 72 centigrammes de cet alcaloïde. Or, d'après les auteurs,

la dose mortelle serait de 20 à 50 centigrammes pour un adulte. D'après les recherches, en supposant qu'il s'agisse de scaferlatti ordinaire de la régie française, qui renferme environ 2 % de nicotine, il aurait fallu un minimum de 36 grammes de tabac pour la confection du lavement. La quantité réellement utilisée a été évidemment bien supérieure, puisque le lavement a été en grande partie rendu après son introduction.

Cette observation a paru intéressante à signaler, ne serait-ce que pour mettre en évidence, une fois de plus, le danger des « remèdes de bonne femme », et les conseils de tous ceux qui, plus ou moins consciemment, se livrent à l'exercice illégal de la médecine.

Dans le même ordre d'idées, le Docteur P. Moureau a rapporté l'histoire d'une conjonctivite traumatique, qui avait été volontairement entretenue par le tabac. Cette idée malhonnête avait facilement germé dans l'esprit de la patiente, puisque, ouvrière dans une fabrique de tabac, elle avait vu sa lésion initiale se développer à la suite d'une introduction de poussière de tabac dans l'œil droit, au cours de son travail. *La supercherie fut découverte* par ce *fait* que les placards primitifs d'escharres conjonctivales avaient été enlevés à la curette, et que, par la suite, à chaque visite, on retrouvait dans le cul de sac conjonctival inférieur des plaques noirâtres, qui furent reconnues pour être des débris de tabac.

(*Annales de médecine légale*, octobre 1937.)

Sur les injections préventives de sérum antitétanique

Précédemment, M. Chavannaz avait rapporté deux cas de tétanos après brûlures par courant électrique à haute tension. Dans le premier cas, qui fut mortel, il s'agissait de brûlures des pieds et des mains.

Le Professeur Mauclaire estime que, pour toutes les plaies des pieds, si petites soient-elles, il faut faire préventivement une injection de sérum antitétanique. Les statistiques montrent, en effet, que ce sont principalement les plaies des pieds et celles des mains qui se compliquent d'infection tétanique.

La plante du pied surtout est bien difficile à désinfecter. L'auteur croit qu'à l'état normal, le bacille de Nicolaïer y vit à l'état sporadique, même chez des sujets qui se lavent souvent les pieds. Sa conviction est basée sur le fait que, sur environ cinquante opérations de tarsectomie pour pieds bots, pratiquées par lui, il a perdu un malade de tétanos malgré désinfection opératoire soignée. D'autres chirurgiens ont rapporté des faits semblables ; aussi dans ses dernières opérations de ce genre, a-t-il fait une injection antitétanique préventive pré-opératoire.

Dans la deuxième observation communiquée par M. Chavannaz, l'injection préventive de sérum semble avoir atténué la gravité du tétanos, qui ne fut pas mortel.

A remarquer encore que chez un malade de M. Fauquez, l'injection de sérum et l'exérèse précoce de l'avant-pied n'avaient pas empêché le développement de l'infection tétanique mortelle : au point de vue médico-légal ce fait atténue la responsabilité du médecin, qui ne ferait pas une injection préventive de sérum dans un cas esmblable.

Mieux vaut conclure qu'il n'y a pas de règle sans exception, et qu'en présence d'une grosse plaie contuse du pied, il ne faut pas hésiter à faire, non pas une, mais trois injections de sérum à trois jours d'intervalle, et cela malgré la possibilité d'accidents sériques, mais en prenant bien les précautions que Besredka a recommandées, c'est-à-dire en faisant l'injection goutte à goutte. Comme cette méthode n'évite pas toujours les accidents anaphylactiques causés par injections secondes, mieux vaut recourir en même temps à des injections de substances, qui atténuent ou suppriment expérimentalement de tels accidents anaphylactiques, comme l'hyposulfite de magnésium ou d'autres produits, modifiant l'état du sérum sanguin. Tant pis si cette manière de procéder fait perdre du temps au médecin traitant. Comme la durée de l'immunité est variable suivant les sujets, on conseille de pratiquer dorénavant cette injection, même si l'accidenté a déjà reçu une injection un an auparavant ; c'est ce qu'ont fait bien des chirurgiens pendant la guerre chez des sujets, ayant déjà eu une injection préventive. (*Annales de Médecine légale*, octobre 1937.)

HYGIÈNE ALIMENTAIRE

Raisin en grains ou jus de raisin

Indications et contre-indications d'une cure uvale

C'est toujours le jus de raisin qu'utilise l'organisme, qu'il soit extrait des grains par la mastication ou par les presses industrielles. Il constitue, on le sait, un aliment de haute valeur énergétique et calorigène, doué de propriétés cholagogues, laxatives, diurétiques, reminéralisatrices et excitantes de l'assimilation. Mais c'est, en outre, un aliment hypo-azoté, hypo-chloruré et hypo-lipidique.

La thérapeutique par le raisin n'a pas toujours été appréciée à sa juste valeur, car on n'a pas su l'employer d'une manière rationnelle ; aussi le Docteur R.-J. Weissenbach a-t-il pensé faire œuvre utile en codifiant les règles des cures uvales.

Elles sont bien simples : ou bien le raisin vient compléter un régime déjà suffisant, c'est la cure additive ; ou bien il remplace une partie importante et même la totalité des aliments, c'est la cure substitutive.

Dans la première, on réduit un peu les hydrates de carbone du régime ordinaire et l'on apporte une ration quotidienne de raisin, qui ne doit pas dépasser un kilogramme à un kilogramme et demi, soit en moyenne 700 à 1.100 c.c. de jus de raisin. Cette quantité sera prise en trois fois : la moitié trente minutes avant le petit déjeuner, les deux autres quarts une demi-heure à une heure avant le déjeuner et le dîner. Dans la cure substitutive, au contraire, le raisin constitue la majorité ou même la totalité des apports alimentaires; on obtient ainsi une véritable désintoxication. Le premier jour, on ordonne 500 grammes de raisin, puis progressivement un kilogramme, un kilogramme et demi, deux kilogrammes en moyenne, exceptionnellement deux kilogrammes et demi à trois kilogrammes ; cette dernière quantité ne doit jamais être dépassée, afin de ne pas provoquer un grave surmenage pour le foie et le tube digestif. La réduction du régime alimentaire variera suivant les cas pathologiques ; l'essentiel consistera en restrictions portant sur les substances azotées, les graisses et les hydrates de carbone. On commencera par 500 grammes le premier jour pour atteindre en quatre ou cinq jours le maximum, correspondant environ à 2 litres de jus de raisin. La répartition dans la journée se fera suivant les règles précédemment énoncées.

***

Qu'il s'agisse d'une cure ou de l'autre, sa durée sera de trois semaines en moyenne ; la cure additive pourra toutefois être prolongée d'une, deux ou trois semaines supplémentaires. La cure sera suivie sous surveillance médicale, afin que puissent être évités tous les incidents, car chaque organisme réagit à sa façon vis-à-vis du raisin. Cette cure peut être pratiquée partout; cependant son association à une cure thermale externe constitue une méthode des plus recommandables, qui souvent en augmente l'efficacité.

***

Voici maintenant résumées les indications et contre-indications de ces deux cures dans les différentes affections, qui en sont justiciables :

1° *Rhumatismes chroniques :*

La cure uvale additive est indiquée dans tous les rhumatismes chroniques infectieux, y compris les rhumatismes chroniques progressifs infectieux, les grands rhumatismes invalidants et déformants du type Charcot. Dans ces cas, *la cure uvale substitutive*, avec régime restrictif en substances azotées et en graisses, est formellement contre-indiquée, sauf cas exceptionnels. (Association d'affections rénales ou hépatiques).

La cure uvale substitutive, est, au contraire, efficace dans les rhumatismes chroniques goutteux, oxalémiques, colloïdoclasiques ; dans les manifestations du rhumatisme chronique, de la cellulite, des périarthrites des obèses, des lithiasiques, des hépatiques, des gros mangeurs, dans certains traumatismes chroniques par trouble du métabolisme.

2° *Maladies des reins :*

La cure uvale substitutive est bonne dans les néphrites azotémiques, dans les néphrites chlorurémiques, à condition que le rein ait conservé une perméabilité hydrique suffisante ; chez les lithiasiques spécialement uratiques et oxaliques.

La cure uvale additive se prescrit dans les cas de débilité rénale, congénitale ou acquise, se traduisant surtout par l'albuminurie simple

3° *Affections de l'appareil cardio-circulatoire.*

La cure uvale substitutive est recommandée chez les cardio-rénaux, les cardio-artériels, les hypertendus (en limitant chez ceux -ci la quantité globale de raisin absorbée).

4° *Affections digestives* :

La cure uvale subtitutive est indiquée dans le traitement des dyspepsies des gros mangeurs pléthoriques, dans certains cas de constipation et d'hyperchlorhydrie.

La cure uvale additive se prescrit dans le plus grand nombre des affections de l'estomac et de l'intestin : dyspepsies, hyperchlorhydries, ulcères de l'estomac et du duodénum, constipations, etc., certaines colites, l'auto-intoxication d'origine intestinale, la colibacillose, etc.

5° *Affections hépatiques* :

La cure uvale substitutive est utile dans de nombreuses affections du foie, spécialement dans les congestions hépatiques des gros mangeurs, les congestions hépatiques des buveurs, dans certains cas de lithiase.

La cure uvale additive, se recommande dans toutes les petites déficiences hépatiques, dans la lithiase biliaire, dans les ictères infectieux à la phase de convalescence, dans les états précirrhotiques.

6° *Maladies de la nutrition* :

La cure uvale subtitutive est pour les gros mangeurs faisant des excès de viande, les goutteux, les obèses, lithiasiques et hépatiques. Ce groupe de malades représente l'indication majeure de la cure uvale substitutive. Les diabétiques ne sont pas justiciables des cures uvales, soit substitutive, soit additive; il faut toutefois faire une exception pour certains diabétiques, gros mangeurs, obèses, florides, présentant, à côté d'une tolérance relativement élevée pour les glucides, des troubles multiples du foie et de la nutrition et qui bénéficient de la cure uvale substitutive.

La cure uvale additive améliore certains états de dénutrition, de troubles de l'assimilation, dans certaines avitaminoses et états de précarence, en particulier chez les enfants.

7° *Dermatoses* :

Un grand nombre de dermatoses sont sous la dépendance, soit de troubles de la nutrition générale et de l'équilibre du milieu humoral et cellulaire, soit de troubles de l'appareil digestif, du foie ou des reins. La cure uvale soit additive, soit, plus souvent, substitutive, est efficace, pour le traitement de ces cas, dans les conditions que nous avons précisées ci-dessus pour chacun de ces groupes pathologiques.

L'INTOXICATION PAR LE PERMANGANATE DE POTASSIUM ET SON TRAITEMENT

Déterminés le plus souvent à la suite d'une tentative de suicide, plus rarement par méprise et exceptionnellement lors d'une stérilisation d'eau ou encore par introduction du permanganate dans du vin (en guise de faire à quelqu'un une farce), les intoxications permaganiques ont déjà bien des fois entraîné la mort : 10 à 20 grammes de ce sel peuvent être considérés comme dose mortelle.

Le Docteur Casimir STRZYSOWSKI (1) considère que le traitement de ces intoxications doit dépendre avant tout de la longueur d'intervalle entre le moment de la prise du toxique et celui de l'intervention antidotique. Mais, il faut tenir compte aussi de l'état dans lequel se trouvait le poison au moment de l'absorption.

Si celui-ci vient d'être pris en solution, à peine 15 à 20 minutes auparavant, on donnera de l'hyposulfite de sodium, qui réduit instantanément le permanganate en divers hydrates de manganèse, avec formation de sulfates de soude et de potasse ; 500 à 600 c. c. d'hyposulfite de soude à 2 % suffisent pour rendre inoffensifs 10 à 15 grammes de permanganate en solution. Si au contraire, ce sel a été avalé en substance, l'hyposulfite n'en fait que bloquer l'action en le rendant momentanément insoluble ; et, pour entretenir cette insolutibilité dans le trajet digestif, il faut autant que possible maintenir la présence de l'hyposulfite sodique (10 %). On en pratiquera donc de longs et grands lavages, jusqu'à ce que le liquide de sortie ne charrie plus de particules noirâtres d'hydrates de manganèse. Lorsque l'intervalle aura dépassé sensiblement 20 minutes, (ce qui, dans la pratique, se produit le plus souvent), on donnera en grande quantité du jus d'orange, ou mieux encore du jus de citron étendu d'un peu d'eau. En l'absence de toute contre-indication, le lavage de l'estomac au lait peut être très utile. Des œufs (5 à 6), pris à l'état cru, sont tout aussi indiqués. Il en est de même des boissons mucillagineuses, des lavements au lait légèrement salé, des injections intra-veineuses glucosées hypertoniques (12,5 à 20 %), 100 à 250 c. c., puis des toniques cardiaques.

(1) *Annales de Médecine légale*, novembre 1937.

Variétés

LA TRANSFUSION SANGUINE EN FRANCE AU XVII[e] SIÈCLE

Par J. LÉVY-VALENSI

Dans sa lettre au médecin Sorbière datée de mars 1668, J.-B. Denis, s'élève contre la revendication de priorité des Allemands et des Anglais en matière de transfusion sanguine. Depuis, l'éminent Professeur Giordano, de Venise, revendique cet honneur pour l'Italie (1).

Nous n'essaierons pas de trancher ce conflit international... sanglant, et nous limiterons à l'apport de la France. Là encore, d'ailleurs ne prendrons-nous point parti entre les tenants de J.-B. Denis et ceux de Claude Tardy, les deux protagonistes français de la transfusion sanguine au XVII[e] siècle.

D'après la lettre sus-indiquée de J.-B. Denis, la première *idée* de la transfusion sanguine se trouve dans un discours prononcé chez le Conseiller de Montmor, en juillet 1658, par le religieux bénédictin Dom Robert de Gabets qui émit l'hypothèse de la transfusion de l'animal à l'homme et de l'homme à l'homme, décrivant même un appareillage. Les Français rirent d'abord de cette proposition, mais les Anglais exploitèrent l'idée.

Ceci dit, envisageons l'œuvre de J.-B. Denis, puis celle de Claude Tardy sans discuter leurs titres de priorité.

A) J.-B. Denis et la transfusion (2)

J.-B. Denis, aidé du chirurgien Emmeretz semble avoir commencé en 1666, une expérimentation à grand spectacle. Les premiers essais se firent du chien au chien, du veau au chien, du mouton à un vieux cheval, cela sans incidents.

Denis voulut expérimenter sur l'homme ; il ne put obtenir un condamné à mort ; un malade léthargique (?) s'offrit à lui. Il guérit après transfusion de trois onces de sang d'agneau. Denis recommença ensuite sur un pléthorique, qui s'en trouva amélioré ; un troisième, un jeune homme languissant et hydropique fut également traité avec succès. L'expérience fut moins concluante avec le fils du baron suédois Bond « déjà dans le « coma convulsé » avec « pouls formicant » il revint comme par enchantement à la vie ». Cette résurrection dura vingt-quatre heures puis le malade mourut en dépit d'une deuxième transfusion.

Dans la lettre à M. Sorbière, Denis parle de la guérison d'une paralytique (hémiplégique).

Il voulut s'attaquer à la folie traitant un aliéné à lui confié par M. de Montmor, par du sang de veau. L'opération eut lieu, le 19 décembre 1667. Après deux transfusions accompagnées de sueurs et de lypothymie, suivies de vomissements, de diarrhée et d'hématurie ; le malade parut guéri (c'était un périodique).

Au bout de deux mois, le sujet, après avoir commis des excès, récidiva ; à la prière de sa femme, une troisième transfusion fut tentée, mais fut inopérante. Le transfusé mourut la nuit suivante, Lammartinière dit « entre les mains des opérateurs ».

La veuve attaqua les transfuseurs, Denis rétorqua qu'elle avait empoisonné son mari avec de l'arsenic, pour plaire aux médecins ennemis de la transfusion.

Le Tribunal du Châtelet débouta la veuve, admettant que l'opération « avait été entreprise *sur l'insistance de la femme, laquelle avait mal* observé les ordres des opérateurs et qu'on l'avait soupçonnée d'avoir occasionné la mort de son mari », mais en l'autorisant cependant à se remarier.

Le Châtelet alors arrête que « dans l'avenir on ne devait procéder à aucune transfusion en corps humain sans l'autorisation des médecins de la Faculté de Paris ». C'était enterrer la question. Cet arrêt daterait de 1675 pour Sprengel. Castiglioni le place aux environs de 1670.

J.-B. Denis eut de nombreux adversaires, parmi lesquels le chirurgien de La Martinière qui traite la transfusion de procédé venu « de la boutique de Satan ».

Il est intéressant de lire dans les originaux et dans les analyses du journal des Scavans (1667) la polémique épistolaire sur la transfusion.

Le 9 mars 1667, lettre de M. Denis à M....

Denis parle de l'injection de chien à chien, artère crurale à veine ; le chien d'abord triste reprit entrain et vigueur, il servit de donneur pour un troisième chien.

Deuxième lettre de Denis à M..., du 2 avril 1667, où il raconte la transfusion du veau au chien.

(1) Professeur David GIORDANO. — Sulla transfusione del sangue Rassegno Clinico scientifica ell *Institute Biochimico, Italiano* 1931, n[os] 11-12.

(2) J.-B. DENIS (0000-1704), docteur en médecine de Montpellier, médecin ordinaire de Louis XIV, professeur de philosophie et de mathématiques, fondateur des « Mémoires sur les arts et les sciences » (1672) et des « Conférences » (1672-1674).

Troisième lettre de Denis à M. de Montmor où il relate deux transfusions faites sur l'homme, de sang d'agneau. Il s'agit des deux cas susmentionnés.

La même année (1667) verra les attaques des adversaires de la transfusion.

La première lettre agressive est celle de G. Lamy, Maistre ès Arts de l'Université de Paris à Moreau, docteur en médecine, elle est datée du 8 juillet 1667.

Les arguments de Lamy sont les suivants :

1° La quantité de sang infusé est trop réduite pour qu'il puisse agir.

2° Il est illogique d'ajouter du sang au malade, puisque toutes les maladies proviennent de la surabondance du sang et de son impureté.

Lamy insiste sur l'*impureté* qui provient de l'*excès de chaleur*.

Si l'on injecte du sang artériel, la chaleur augmente et le sujet en a d'ailleurs la sensation. Si l'on utilise le sang veineux, ou il se coagule ou il est insuffisant pour rafraîchir le sang du malade. C'est le bon sang au contraire qui sera corrompu comme serait le vin par un peu de vinaigre.

Denis a comparé le sang du malade à un vin trop dur adouci par un autre vin. Lamy s'élève contre une telle comparaison.

Parmi les maladies traitées sont : pleurésies, véroles, lèpres, érysipèles, ulcères, cancer, rage, folie.

« Si ma folie ne guérit jamais que par la transfusion, il y a bien de l'apparence que je ne serai jamais sage. »

« La probité de M. Denys n'empêche de douter de la vérité du fait. Les guérisons ont suivi la transfusion, elles n'en procèdent pas. Ceci se rapporte au cas d'un jeune homme léthargique. Explication de Lamy : « Lorsqu'on lui donna le sang de cet agneau, la vive appréhension qu'il eut d'un remède non usité et dont l'événement ne lui pouvait paraître que fort douteux, mit ses esprits en mouvement, et les dégagea des embarras qui les empêchaient de se distribuer, etc.

« Lorsque l'on veut mettre en pratique quelque nouveau remède, il faut marcher à pas de plomb et prendre bien garde que le médicament dont on se sert à guérir une maladie, ne fournisse pas des semences qui en produiront un jour de bien plus dangereuses ».

La transfusion est dangereuse parce que le sang étranger introduit « ne se convertit pas » de même que le sperme ne fécondera pas une femelle d'une autre espèce.

Bien mieux, le sang véhicule des particules tissulaires spécifiques non assimilables pour l'homme : laine, crinière, cornes. « Dieu ! n'est-ce point assez de s'exposer en se mariant à porter un bois invisible sans courrir le hasard d'Actéon et n'avoir pas comme lui le bonheur de voir la beauté de Diane toute nue ».

Enfin le sang « fermente » à une époque différente selon l'espèce, d'où les accidents possibles ; la vie des animaux est brève, la vie de l'homme peut donc en être écourtée ; enfin il peut prendre le tempérament de la bête.

C.-G. Gadrois prend contre Lamy, la défense, de la transfusion dans une lettre du 8 août 1667 adressée à Bourdelot.

L'auteur raconte que le bruit court que Lamy serait un pseudonyme pris par le médecin Moreau s'écrivant à lui-même ; d'autres que ce ne serait pas un maître ès arts mais un ancien docteur en médecine.

Gadrois objecte des arguments à chacune des attaques de Lamy. On peut parfaitement transfuser une quantité suffisante de sang ; toutes les maladies ne sont pas dues à un excès de chaleur, il existe des maladies froides, des maladies par disette de sang.

Le sang pèche surtout en qualité ; il est peut-être trop échauffé et « la grande agitation qu'il a dans ses vaisseaux est aussi capable de produire tous ces effets qu'on attribue à l'abondance, de mesme que l'eau qui bout sur le feu, s'étire quelquefois par-dessus les bords du chaudron et se répand dans les cendres, quoy qu'il n'y en ait pas plus qu'il n'en faut pour remplir la moitié du chaudron ».

La chaleur ressentie par le transfusé ne signifie rien. Un bouillon chaud lors de l'ingestion peut être rafraîchissant. Les vins s'améliorent par le mélange. Le jeune malade léthargique n'avait pas d'appréhension, on lui avait fait croire que l'agneau aspirait le mal.

Les mulets naissent d'une semence étrangère à la femelle, la transformation de l'homme transfusé en brute ne serait possible que si la transfusion était continuelle.

L'auteur signale une nouvelle expérience sur un homme condamné par les médecins, ressuscité d'abord mais qui succombe ensuite.

Il y a dans cette lettre ironie et insolence.

Lettre écrite à Moreau, docteur en médecine de la Faculté de Paris, Conseiller, Médecin, lecteur et professeur ordinaire du Roy, par G. Lamy dans laquelle il confirme les raisons qu'il avait apportées dans sa première lettre, contre la transfusion du sang, en répondant aux objections qu'on lui a faites (26 avril 1667).

L'auteur s'indigne des injures comme le fit Bourdelot, destinataire de la lettre à sa dernière conférence du lundy.

« Ils voulaient que je fisse mourir cinq ou six personnes par la transfusion, afin de prouver évidemment qu'elle est pernicieuse. »

Lamy croyait que Denis avait fourni les raison-

nements non les injures, « Mais comme je finissais cette lettre j'ay été obligé de changer de sentiments, ayant appris comme vous sçavez par un des amis du prétendu auteur qu'il n'avait point commis d'autres fautes que de prêter son nom à M. Denis. »

Lettre écrite à M. l'abbé Bourdelot, par Gaspard de Gurye, écuyer, sieur de Montpally, lieutenant au régiment de Bourgogne, sur la transfusion du sang, contenant des raisons et des expériences pour et contre.

« C'est vous (Bourdelot) qui le premier aurait proposé la transfusion du sang et même d'autres liqueurs dans les veines et il y a plus de dix ans que vous en avez fait la proposition chez Monsieur de Montmor.

L'auteur rappelle les expériences connues et ses propres expériences.

L'analyse de ces lettres figure dans le *Journal des Sçavans* (1668), on y trouve aussi, quelques analyses de travaux anglais (King, Coxe, Lower) et des journaux italiens, une lettre de Tardy à Le Breton conseillant l'emploi de sang humain.

Un travail anonyme contre la transfusion est analysé la même année, son titre : *Eutyphronis philosophi et medici de Nova curæindorum morborum Ratione Per Transfusionem sanguinis Dissertatio* (1667).

L'argumentation est faible :

a) L'homme transfusé pourrait dégénérer en bête.

b) On a dit que le sang réalisait une sorte d'aliment déjà digéré : « c'est à peu près comme si une personne qui serait dans un troisième étage, voulant venir en bas ne prenait pas la peine de descendre par les degrez, mais pour prendre le plus court, sauterait par la fenêtre ».

c) Il est illogique de saigner puis de remettre du sang « un portefaix qu'on déchargerait d'un sac de pois pour le recharger ensuite d'un sac de fèves. »

On devrait au moins utiliser du sang humain.

B) Claude Tardy et la transfusion

« Dans l'histoire de la science médicale, il est des noms qui ont un instant brillé d'un vif éclat, qui se sont associés dans l'esprit des hommes à l'histoire de quelque grande découverte, mais dont toute la gloire se réduit à un moment fugitif. Claude Tardy est de ceux-là. »

Ph. Dally (1) a puisé cette phrase dans un travail américain (1) qu'il nous fait connaître, c'est à l'étude de Dally que nous emprunterons les éléments de notre paragraphe sur Tardy 2).

(1) Ph. Dally. Claude Tardy, précurseur de la transfusion. La *Semaine des hôpitaux* (5 nov. 1936).

(1) Gertrude L. Aunay. An early advocate of direct transfusion of human Blood. *Bull. of the New-York Academy of Medecine*, décembre 1935, p. 700.

Cl. Tardy (1607-1670), médecin de la Faculté de Valence puis de Paris (1695). Il publia de nombreux ouvrages et particulièrement un cours de médecine. Gui Patin le traite de « fou bête et glorieux ».

L'œuvre de Tardy, transfuseur, est considérable, c'est le premier qui transfuse le sang de l'homme à l'homme. D'après Dally, il fit ses expériences, sept mois avant Denis. L'œuvre où Tardy traitât la transfusion tient en une brochure de 16 pages in-4° parue en 1667 « Traité de l'écoulement du sang dans les veines » dont avec Dally nous citerons quelques passages.

« La transfusion du sang est la preuve de son cours ordinaire qu'on nomme circulation... Si le sang est l'ouvrier de toutes les actions et de tous les mouvements de la vie, on peut dire que la transfusion est une espèce de métempsychose ou transmigration évidente et effective d'âme d'un corps à l'autre.

« Le sang est la matière et l'aliment du corps, et son principal usage est d'humidifier parce que l'homme est e plus chaud des animaux et demande un perpétuel afraîchissement : c'est pourquoi la transfusion est inutile pour beaucoup de gens ; elle serait pernicieuse dans toutes les maladies chaudes, dans les inflammations, chez les hommes jeunes, chez les bilieux, et en général pour tous ceux qui ont assez ou trop de sang. Les aliments pris par la bouche rafraîchissent beaucoup mieux que le sang chaque fois que la nature est chaude ; ils résistent à l'action de la chaleur et rafraîchissent les entrailles par leur extrême humidité.

La transfusion peut être pratiquée aux pieds de l'homme à cause qu'on peut y éviter les nerfs, les artères et les convulsions et les plonger tous deux ensemble dans l'eau chaude.

La main, qui est très propre à recevoir et donner toutes sortes de choses, est aussi très commode à recevoir et à donner du sang ; elle est plus propre à la transfusion que le pied. On doit appliquer la main droite contre la main droite et la main gauche contre la main droite...

La méthode la plus naturelle et la plus commune est la transfusion des veines aux artères, mais elle est la plus dangereuse, elle est sujette aux anévrysmes, aux convulsions et à la mort soudaine. On la peut pratiquer sur les artères des doigts ou du poignetde l'homme, de la même manière que l'on fait pour les artères de la cuisse des chiens.

Le sang et les esprits peuvent passer plus sûrement d'une veine en une autre par une opération très différente, mais beaucoup plus industrieuse. Elle doit être pratiquée rapidement le matin, après le sommeil, les esprits étant alors calmes et la force meilleure ; deux chirurgiens habiles en seront chargés. »

Tardy sectionne la basilique et la médiane et introduit un tuyau de pipe dans les bouts proximaux du donneur et dans les bouts distaux du receveur. Le champ opératoire sera réchauffé par un linge imbibé d'un mucilage chaud ou d'esprit de vin, les bras seront constamment baignés d'eau chaude ou d'une décoction émolliente.

« Le sang qui se répand et sort des veines ne court pas aussi facilement que celui qui se porte au cœur dun malade, parce qu'il manque une des deux causes nécessaires au mouvement naturel qui est l'attraction ou chaleur des parties qui reçoivent. Laissez couler le sang de l'hom-

me sain tant que ses forces le permettront, qu'il mange et qu'il repose ensuite, il pourra fournir dans le même jour du sang une seconde fois par la même ouverture... S'il est nécessaire, on peut injecter le sang de deux ou même de plusieurs hommes. »

Tardy est prêt à pratiquer des transfusions seul, « m'étant exercé toute ma vie, non seulement aux opérations sur les morts, mais aussi sur des corps vivants ».

« La transfusion est admirable et vraiment utile pour le maintien de la santé et la guérison de plusieurs maladies. Les vieillards et ceux dont les vaisseaux sont remplis de mauvaises humeurs ou de sang corrompu peuvent s'en garantir en recevant, à plusieurs et diverses fois, le sang d'un homme sain et de très bon tempérament, de même que leur cacochymie s'évacue et par ces moyens, les humeurs vicieuses s'épuisent et les bonnes demeurent tant que la constitution des entrailles se rétablit d'elle-même ou se maintient plus facilement en bon état.

«.... L'excessif écoulement du sang par le nez, par les selles, par les hémorroïdes et par la matrice, peut s'arrêter par la douceur du sang tiré d'un veau. Il ne faut point douter que les inquiétudes, les piqûres et chagrins de l'humeur noire ne s'adoucissent et ne s'apaisent par la délicatesse du sang très pur d'un homme jovial et de santé parfaite.

« ... Je ne peux approuver l'injection de purgatifs dans les veines si ce n'est aux apoplectiques qui ne peuvent avaler.

« ... Un sang étranger au contraire est très salutaire. Le sang grossier de quelques apoplectiques ou d'hommes affaiblis est amendé et ranimé par l'apport de sang frais, tiré du cœur et des artères d'un homme jeune et impétueux ? L'hydropisie de l'estomac, les humeurs pituiteuses, et celles qui proviennent de l'épuisement, peuvent être guéries de la même manière. La transfusion est indispensable dans toutes les maladies où l'estomac, la gorge, les intestins ou le foie sont insuffisants à la digestion ou à la distribution des aliments. Elle donne de la force et du temps pour la guérison de la dysenterie, des symptômes cœliaques ou dysentériques. »

L'arrêt du Châtelet devait suspendre durant plus d'un siècle les essais de transfusion en France, ce qui est normal, comme à l'étranger d'ailleurs. Le XVIIIe siècle modestement, le XXe siècle triomphalement devaient faire renaître la découverte de Gabets, Denis et Tardy pour ne parler que des Français.

BIBLIOGRAPHIE

G. Ichok. — La mortalité à Paris et dans le département de la Seine. Un vol. de 220 pages in-4°.

On ne se rend pas assez compte de l'innombrable quantité de chiffres que la science et les savants, sans compter les fonctionnaires, accumulent depuis un siècle. Tous ces chiffres ont leur valeur. Les lois biologiques, qui sont les rapports des choses entre elles, ne seraient pas démontrées sans eux, puisqu'il n'y a de science que du nombre.

Et la seule manière de se servir légitimement de cette accumulation de données est la statistique. Les Français ne l'aiment pas : ils préfèrent se croire des génies, ce qui dispense de faire des multiplications, et ils tombent quelquefois juste, parce qu'il arrive qu'une observation bien faite, par une bonne tête, remplace de nombreuses conclusions numériques. Mais le Docteur Ichok, autre tête bien faite, préfère les chiffres. Il les expose avec une froideur impartiale et peut-être voulue. Il voudrait que, avec des chiffres qu'il nous donne sur la mortalité à Paris et ses environs, nous tirions des conclusions utiles à nos efforts contre la misère, la maladie et la mort, et contre cette injustice sociale, l'inégalité devant la mort.

Quiconque étudiera ses tableaux et ses graphiques, quiconque se pénétrera des quadrillages et des hachures variés et significatifs, dont il anime la monotone silhouette de la capitale traversée par son fleuve apprendra à connaître Paris dans sa vie et dans sa mort.

Le Docteur Ichok dirige le Bureau d'Hygiène d'une grande commune de banlieue ; il en a vu de près le fonctionnement, d'autant plus intéressant que sa commune a réalisé de grands desseins dans le domaine de la santé publique : son travail nous recommande une grande ardeur sanitaire et de grandes réformes.

Mais que nous réserve l'avenir, comment pourrons-nous continuer ces efforts ? La France toute entière s'est mise dans la situation de n'avoir plus d'argent pour les générations futures, les seules réformes qui aient chance d'aboutir étant celles qui intéressent les présents, et tant pis pour ceux qui viendront. Ils nous jugeront sévèrement, parce que nous avons reçu un héritage que nous laissons tomber en friche. Il est vrai — et l'oubli de cette grande et unique question, la dépopulation, est une lacune qu'on pourrait regretter dans cet excellent travail — que le déclin rapide et progressif de la natalité réduira très prochainement à un très petit nombre ceux de nos petits-enfants qui pourraient se plaindre de leurs grands-pères.

Ph. Dally.

RÉFLEXIONS SUR L'ENSEIGNEMENT DE LA DÉONTOLOGIE AUX ÉTUDIANTS

« Fais à autrui ce que tu voudrais qu'on te fît à toi même ».

Toute la déontologie, et la plus difficile, tient dans ces quelques mots. A une seule condition, c'est que l'homme qui applique cette maxime n'ait le jugement faussé par aucune théorie malfaisante. L'étudiant au jugement droit, et ayant « le cœur bien placé » comprendra aussitôt, intuitivement peut-on dire, toute la portée de cette règle de conduite. La plupart des problèmes sociaux et psychologiques de sa future pratique professionnelle, il les résoudra à la lumière de cette flamme si pure, qui éclaire aussi souvent les simples que « les sages et les prudents ». Pour graver dans l'âme de ses élèves la vérité de ce principe, le maître doit leur montrer l'exemple d'une vie où chaque acte est la mise en pratique de cette grande et belle vérité. Montrer l'exemple ! Un exemple frappant, attachant, bien compris, vénéré, vaut mille fois l'audition plus ou moins distraite et plus ou moins critique de conseils et de sermons démentis par les actes. Seuls, le maître qui aime ses élèves, qui s'applique à les attirer à lui, et à les retenir ; qui agit envers eux comme il désirerait qu'on agit envers lui, s'il était à leur place ; ce maître-là, et lui seul, à le pouvoir de conseiller utilement et efficacement ses « fils spirituels ». Il sait leur transmettre la flamme qui éclaire, le feu qui purifie, ce précieux « catalyseur moral », cet impondérable qui, pierre philosophale dans le domaine affectif, sait transformer l'instinct brutal en foi raisonnée et agissante, cette foi qui anime tant de médecins, au chevet des pauvres comme à celui des riches, dans les conseils donnés aux misérables comme dans ceux que demandent les puissants. Heureux, trois fois heureux celui qui rencontre de tels maîtres, et laisse son cœur se gonfler, ses instincts se purifier et s'ennoblir à leur contact. Avec son âme , le « Patron » éveille dans le cœur de son élève les plus beaux sentiments. Et tout cet affectif est la base inébranlable, indispensable et irremplaçable sur laquelle s'édifie une vie de droiture, pleine de force peut-être, mais toujours, non pas seulement conforme à la déontologie au sens ordinaire du mot, mais surtout pénétrée de l'amour humain le plus profond. Le médecin doit aimer son prochain. Entre tous les hommes, ses confrères doivent toujours être, mieux que des frères d'armes dans la lutte commune qu'ils mènent contre la maladie, la souffrance et la mort, mais de véritables frères, au sens le plus noble du mot. L'élève voit son maître embarrassé parfois, pour établir le traitement dont dépend l'avenir, la santé, la vie même d'un malade, se poser la question simple et sublime : « S'il s'agissait de mon père, de ma mère, de mon frère, de ma femme, de mon enfant que ferais-je ?... » Et devant cette question si claire, s'effondrent les dangereuses suggestions qui, dans un mirage magique, risquaient d'entraîner la pensée vers les hasards d'une thérapeutique dangereuse ! Mieux que les plus éloquentes leçons magistrales, les conversations simples, où les sentiments se communiquent avec moins d'éclat peut-être, mais plus de vigueur contenue ; les souvenirs contés simplement ; les confidences reçues ou devinées sur un passé où le Patron, ce demi-dieu, a été jeune aussi, étudiant, stagiaire, externe, interne, chef de clinique, puis jeune médecin des hôpitaux à la réputation naissante, ces conversations que Paul Le Gendre évoque dans son beau livre : « La vie du médecin », donnent à l'élève l'intuition de l'attitude mentale nécessaire pour résoudre au mieux les problèmes sociaux, psychologiques et légaux de la pratique professionnelle. Car, en déontologie plus qu'ailleurs peut-être, « la lettre tue, et l'esprit vivifie ». C'est plus que la lettre d'un code, toute l'âme d'une doctrine que le Patron insuffle à son élève. Qu'on nous pardonne de mettre au singulier ce mot : « élève ». En une matière aussi délicate, la pédagogie ne peut être qu'individuelle. D'ailleurs, le Patron ne parle pas seulement en aparté, mais l'action de ses paroles est différente sur chacun de ses auditeurs. Le maître, passionné de former au mieux les futurs médecins étudiant sous sa direction, s'assure toujours, par des interrogations individuelles, que ses paroles ont été entendues, comprises, et que son jeune disciple sait se dire, en présence d'un cas concret : « Que ferait, que dirait « Le Patron », en entendant telle demande, en recevant telle confidence, en constatant telle situation. La règle : « Fais à autrui ce que tu voudrais qu'on te fît à toi-même » demande, pour être appliquée, du bon sens, nous l'avons dit, et un jugement droit ; mais pour lui donner sa plus grande efficacité, elle doit s'appuyer d'abord sur des *connaissances* administratives, légales et médico-légales précises, et enfin sur une *expérience*, aussi modeste

soit-elle. Ces connaissances, l'étudiant les puise dans son cours de médecine légale ; dans « la vie du médecin » de Paul Le Gendre, suivie du « Commentaire juridique et décrets concernant la médecine », d'Henri Ribadeau-Dumas, et dans les « éléments de déontologie appliquée » de Gaston Duchesne ; puis dans la lecture attentive de la « Chronique professionnelle » des périodiques médicaux. Beaucoup tiennent sérieusement leurs lecteurs au courant des lois nouvelles, des modifications ou additifs aux règlements en vigueur, apportant ainsi au médecin la base indispensable, sans laquelle il serait embarrassé dans la mise en pratique de son savoir. L'un de ces périodiques doit être nommé tout spécialement, puisque son fondateur, le Docteur Auguste Cézilly, eut l'appui moral et intellectuel efficace du maître Paul Le Gendre. C'est le *Concours Médical*, qui apporte chaque semaine au médecin une série d'études intéressant l'exercice de sa profession, études dont le point de départ est toujours un ou plusieurs cas concrets, le plus souvent rapportés aux infatigables animateurs de cette œuvre confraternelle, les Docteurs Noir et Boudin, et à leurs dévoués collaborateurs, par des praticiens embarrassés qui demandent précisions et conseils pouvant les aider à résoudre le problème dont la solution importe à leur pratique professionnelle. C'est, en somme, l'expérience des médecins mise en commun, et utilisée pour le bien de tous.

Tels sont les éléments qui permettent d' « apprendre aux étudiants à résoudre les problèmes sociaux, psychologiques et légaux de la pratique professionnelle ». Mais, comme la graine ne germe qu'après un long temps passé sous la terre, de même ces vérités ne deviennent certaines et familières à l'étudiant qu'après bien des mois. Jeune médecin, il lui faut encore prendre conseil, en plus d'une occasion, d'un ancien qui veut bien remplir auprès de son cadet le rôle d'aide « intelligent, dévoué et non jaloux », ou plutôt de *conseiller expérimenté*. Ce conseiller, cet ami est assez souvent, par bonheur, le père du jeune « docteur en médecine ». Heureux l'étudiant dont le père est médecin, et qui reçoit de ce père, de son exemple, de ses paroles, le meilleur enseignement déontologique ! Celui-là peut se dire, en face d'un problème à résoudre : Que penserait, que ferait mon père, mon exemple, mon premier et mon meilleur Maître, mon Ami ?... Même loin du Bon-Conseiller, le jeune homme doit se recueillir, et évoquer ainsi son père : « O toi qui as tant travaillé du même labeur, bien avant ma naissance, et quand je n'étais qu'un petit garçon, un lycéen, un étudiant bon seulement à augmenter les responsabilités qui pesaient sur toi; tu m'as donné avec la vie, un peu de ton âme, de ton âme noble, généreuse, ayant foi dans l'Idéal, prête à tous les sacrifices. La Mystique du Progrès a illuminé toute ta vie. Et ton âme, dont la mienne est un reflet, s'est élevée, par cette mystique, à des sommets que peu devinent. A ma place, que dirais-tu ? que ferais-tu ? » Et l'âme du père fait mieux que de donner conseil, elle dicte le devoir et insuffle l'espérance !...

Dr Jean Sexe,
Ophtalmologiste à Besançon (Doubs)

OPIUM

L'extension de l'usage de l'opium et de ses dérivés a justifié les préoccupations de la Société des Nations. Bien que la Chine ait décidé de supprimer l'opium sur son territoire au moyen d'un plan de six ans, qui a été inauguré en 1934 (mais qu'est-il devenu dans les circonstances actuelles ?), bien que deux provinces aient déjà formellement interdit la drogue, il y a encore des millions de fumeurs en Chine, et, en 1935, les hôpitaux ont soigné 300.000 opiomanes.

Mais la contrebande triomphe partout, notamment en Mandchourie et au Jéhol, où les cultures de pavot s'étendent chaque jour à cause des bénéfices qu'elles rendent. On estime que 500 kilos d'héroïne sont exportés chaque semaine par le seul port de Tien-Tsin, dont 90 % à destination des Etats-Unis et du Canada.

Ph. D.

Documents officiels



Décret sur le recrutement et statut des médecins du cadre des hôpitaux psychiatriques de la Seine

Art. 1er. — Un concours sur titre sera ouvert lorsqu'il y aura lieu de pourvoir à un ou plusieurs postes de médecins-directeurs ou de médecins en chef des hôpitaux psychiatriques de la Seine, c'est-à-dire des asiles cliniques (Sainte-Anne), de Villejuif, de Ville-Evrard, de Maison-Blanche, de Perray-Vaucluse et de Moisselles.

Art. 2. — Sous réserve des dispositions particulières énoncées ci-dessous, les règles établies pour la procédure du concours du cadre général sont applicables au concours de la Seine.

Art. 3. — Les concours dont les opérations s'effectueront à Paris, par les soins du préfet de la Seine, seront annoncés deux mois au moins à l'avance par une insertion au *Journal Officiel*.

Art. 4. — Pour être admis au concours, les candidats devront avoir, au moment de leur inscription, moins de cinquante-cinq ans d'âge et plus de trois années d'exercice de la profession médicale dans les fonctions prévues à l'article 5.

Art. 5. — Les deux premiers tours de nomination seront attribués au concours aux médecins du cadre général des hôpitaux psychiatriques.

Le troisième tour sera attribué au concours aux candidats appartenant aux catégories ci-après :

1° Médecins du cadre général des hôpitaux psychiatriques ;

2° Médecins de la maison nationale de Saint-Maurice ;

3° Professeurs et agrégés spécialisés en psychiatrie des Facultés de l'Etat et écoles de plein exercice, et des écoles du Service de santé des armées de terre et de mer ;

4° Médecins assurant — dans un hôpital public — un service psychiatrique agréé par le ministre de la Santé publique après avis de la Commission spéciale des médecins des asiles ;

5° Médecins aliénistes des hôpitaux de Paris ;

6° Médecins de l'infirmerie spéciale de la préfecture de police ;

7° Médecins en chef et médecins assistants de l'hôpital Henri-Rousselle, admis dans cet établissement à la suite d'un concours dont les conditions ont été approuvées par le ministre de la Santé publique.

Les candidats qui désirent prendre part au concours doivent en adresser la demande par lettre recommandée, à la préfecture de la Seine (direction des affaires départementales, service de l'Assistance départementale, 3e bureau, annexe de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobeau, Paris (4e).

Toute demande d'inscription parvenue après le jour fixé pour la clôture des inscriptions ne peut être accueillie.

Art. 6. — La liste des candidats admis à prendre part au concours est close quinze jours avant la date de l'ouverture du concours et arrêtée par le ministre de la Santé publique après avis du préfet de la Seine.

Dès que la liste des candidats est close, les membres du jury qui doivent être désignés conformément aux dispositions de l'article 7, sont tirés au sort par les soins d'une Commission composée d'un inspecteur général des services administratifs, président ; d'un délégué du préfet de la Seine et deux membres délégués par la Commission de surveillance des asiles publics d'aliénés du département.

Chaque candidat peut demander à la préfecture de la Seine la composition du jury.

Art. 7. — Le jury du concours est présidé par le délégué du ministre de la Santé publique. Il comprend, en outre :

1° Le directeur général de l'Hygiène et de l'Assistance, au ministère de la Santé publique ;

2° Un membre de l'inspection générale des services administratifs, médecin, nommé par le ministre ;

3° Un conseiller technique du ministère de la Santé publique, spécialisé en psychiatrie.

4° Quatre médecins directeurs ou médecins en chef du cadre de la Seine.

Le professeur de clinique des maladies mentales fait partie de cette catégorie ;

5° Deux médecins directeurs ou médecins en chef du cadre des hôpitaux psychiatriques ;

6° Un médecin directeur ou médecin en chef appartenant à l'une des catégaries suivantes : hôpital Henri-Rousselle, maison nationale la Saint-Maurice, quartiers d'hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière, infirmerie spéciale de de préfecture de police ;

7° Un médecin désigné par le ministre parmi les catégories visées au paragraphe 4° de l'article 5 ;

8° Le directeur adjoint de l'Hygiène et de

l'Assistance au ministère de la Santé publique ;

9° Le sous-directeur chargé de l'Assistance départementale à la préfecture de la Seine ;

10° Le chef du 1er bureau de la direction de l'Hygiène et de l'Assistance au ministère de la Santé publique ;

11° Le chef du 3e bureau de l'Assistance départementale à la préfecture de la Seine.

En outre, un secrétaire administratif est désigné, par arrêté ministériel, pour assister le jury dans les diverses opérations du concours.

Deux suppléants des médecins directeurs et des médecins en chef du cadre général et du cadre de la Seine seront désignés par le sort parmi les médecins directeurs, médecins chefs du cadre des hôpitaux psychiatriques de la Seine et parmi les médecins directeurs et médecins chefs du cadre général.

Il sera procédé à des tirages au sort complémentaires pour le cas où les médecins désignés une première fois seraient empêchés.

Les listes des médecins en activité de service parmi lesquels sont tirés au sort les membres du jury sont arrêtées par le ministre de la Santé publique, après avis du préfet de la Seine, et doivent comprendre tous les médecins réunissant les conditions ci-dessus indiquées, comptant au moins cinq ans de services dans leur fonction, et n'ayant pas fait acte de candidature.

Aucun juge, sauf le président et les représentants de l'Administration, ne pourra faire partie de deux jurys consécutifs.

Art. 8. — Si un membre du jury, pour un motif quelconque, ne peut assister à une séance du concours, il ne pourra plus continuer à siéger dans le jury dudit concours ; mais le jury devra, pour délibérer, être composé de cinq membres au moins.

Art. 9. — Le concours comportera, d'une part, l'examen des états de services des candidats, d'autre part, l'examen de leurs titres et travaux scientifiques, dont la liste et les documents justificatifs seront remis au jury avant l'ouverture du concours.

Art. 10. — Le maximum des points à attribuer est ainsi fixé :

Etats de services, 40 points.

Titres et travaux scientifiques, 60 points.

Art. 11. — La police générale du concours est confiée au jury qui prend toutes dispositions pour en assurer la régularité et la sincérité et qui fixera le minimum des points nécessaires aux candidats pour être admis.

Art. 12. — Aucune des réunions du jury n'aura un caractère public.

Art. 13. — Dans la limite des places mises au concours, les candidats seront classés par le jury, selon l'ordre de mérite, compte tenu des tours prévus à l'article 5 ci-dessus.

A cet effet, il devra, pour chaque tour, être procédé à l'examen des états de services et titres des divers candidats réunissant les conditions déterminées par l'article 5 précité.

Art. 14. — Lors de leur nomination, ils prennent rang dans les hôpitaux psychiatriques de la Seine, à la suite des médecins-directeurs et médecins en chef déjà en fonctions dans ces établissements et choisissent les postes suivant leur ordre de classement.

Art. 15. — Les frais de concours sont à la charge du département de la Seine.

Art. 16. — Les arrêtés préfectoraux investissant les intéressés de leurs fonctions, les arrêtés ministériels déterminant le traitement de la classe à leur allouer, et la date de leur entrée en fonctions, sont pris dans les mêmes formes que les arrêtés relatifs aux médecins du cadre général.

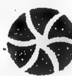
Art. 17. — Les traitements des médecins-directeurs et médecins-chefs des hôpitaux psychiatriques de la Seine sont fixés comme suit :

5e classe	41.000 fr.
4e classe	45.000 »
3e classe	49.000 »
2e classe	53.000 »
1re classe	58.000 »

Art. 18. — Les décrets des 13 mars 1920, 29 novembre 1921, 25 novembre 1924, 28 avril 1926 18 mai 1926, 28 avril 1931 et 1er mars 1935 sont et demeurent abrogés ainsi que toutes dispositions antérieures contraires à celles du présent décret.

Fait à Paris, le 22 janvier 1937.

(*J. O.*, 6 février 1937.)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Clinique médicale de la Pitié** (M. A. Clerc, professeur.) — M. CLERC a commencé son enseignement clinique et le continuera selon le programme ci-dessous, avec la collaboration de MM. R. André, Bascourret, Delamare, Macrez, Sée, Sterne, Zadoc-Kahn, chefs ou anciens chefs de clinique, Mlle Gauthier-Villars et M. Paris, chefs de laboratoire, M. Frain, assistant d'électroradiologie des hôpitaux.

1° Tous les mercredis, à 11 heures : Leçon à l'amphithéâtre des cours par le professeur ;

2° Les lundis, mardis, mercredis, jeudis, samedis, à 9 heures, enseignement élémentaire à l'usage des stagiaires par les chefs de clinique et de laboratoire ;

3° Les lundis, jeudis, vendredis et samedis, à 10 heures, visite dans les salles, pavillon La Rochefoucauld (service 6).

4° Les lundis et jeudis, à 11 heures, radioscopie ; électro et phono cardiographie.

5° Les mardis, à 10 heures (salle de conférences, service n° 6) consultation spéciale des maladies du cœur, des vaisseaux et du sang. Policlinique par le professeur ;

6° Les vendredis, à 11 heures (salle de conférences) présentation de malades et démonstrations pratiques par le professeur, les chefs de clinique ou les chefs de laboratoire. En outre, leçons sur un sujet d'actualité médicale, selon le programme ci-dessous (salle de conférences).

Le 17 décembre, M. ALAJOUANINE, agrégé, médecin de l'hospice de Bicêtre : Les syndromes vasculaires médullaires.

Le 11 février, M. RACHET, médecin des hôpitaux : Causes et diagnostic des hémorrhagies intestinales ;

7° A partir du lundi 10 janvier 1938, sous la direction de MM. CLERC, AUBERTIN, MOUQUIN et de leurs collaborateurs, aura lieu un cours spécial de perfectionnement sur les maladies du cœur et des vaisseaux. Ce cours durera environ trois semaines.

— **Chaire d'assistance médico-sociale** (Professeur : M. O. Crouzon). — M. le Professeur O. CROUZON fait son cours les lundis et mercredis à 17 heures, salle des thèses, n° 2. Le samedi à 10 h. 30, le cours consistera dans des démonstrations pratiques qui auront lieu à l'hospice de la Salpêtrière (consultation du Perron et amphithéâtre de l'Ecole des infirmières) et dans des établissements et services municipaux, départementaux et nationaux d'assistance : le lieu du cours du samedi sera annoncé chaque semaine.

PROGRAMME DU COURS : Assistance aux adultes malades. — Assistance aux vieillards, infirmes et incurables. — Assistance aux enfants abandonnés, anormaux, secourus. — Assurances sociales.

— **Hôpital Broca** (3, rue Broca) *Cours de clinique gynécologique* (Fondation de la Ville de Paris. Professeur : M. Pierre Mocquot.) — M. le Professeur Pierre Mocquot a commencé son enseignement clinique, et continuera ses leçons les samedis, à 11 heures.

PROGRAMME DE L'ENSEIGNEMENT. — Lundi, à 9 h. 30 : Opérations. — Mardi, 10 heures : Consultation. — Mercredi, 9 h. 30 : Opérations ; 11 heures : Hystéro-salpingographies. — Jeudi, 9 h. 30 : Examen des malades. — 10 heures : Consultation d'endocrinologie gynécologique. — Vendredi, 9 h. 30 : opérations ; 11 heures : Consultation pour la stérilité (insufflations tubaires). — Samedi, 11 heures : Leçon clinique.

Consultations externes : Lundi, mercredi, vendredi à 9 h. 1/2 (service de la consultation).

— **Certificat et diplôme d'électroradiographie** — Les externes et internes titulaires peuvent être autorisé par M. le doyen à s'inscrire pour l'enseignement du certificat d'électrologie et de radiologie médicales, à la condtion d'être affectés dans un service d'électroradiologie des hôpitaux de Paris, pendant la période des stages. Ce privilège n'est pas accordé aux étudiants remplaçant ces externes et internes, ni aux externes et internes d'une Faculté ou d'une Ecole de province.

Aucun stage ne peut compter s'il n'est accompli pendant la période de l'enseignement, donc après l'inscription au certificat.

En ce qui concerne les étudiants pourvus du certificat et non docteurs en médecine, ils peuvent être autorisés à s'inscrire pour les stages en vue du diplôme, mais ne peuvent passer l'examen du diplôme que s'ils sont docteurs en médecine.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser au Docteur Delherm, chef du service d'électroradiologie de l'hôpital de la Pitié, 83, boulevard de l'Hôpital, Paris (XIIIe).

— **Thèses.** — Mercredi 20 octobre. — Jury : MM. Abrami, Léon Binet, Robert Debré, Lelong. — M. LAPLANCHE : Abcès du poumon. — M. DENIS : Le traitement de la tuberculose en pratique de ville selon les méthodes d'André Jousset (ses résultats). — M. GUÉRIN : Contribution à l'étude de l'acidose salicylée. — M. PATOU : Atélectasie aiguë du poumon après phrénicectomie.

Jeudi 21 octobre. — Jury : MM. Bezançon, Claude, Gougerot, Chevallier. — M. JAÏS : La moelle osseuse dans l'agranulocytose et les syndromes agranulocytaires. — M. HABERKORN : Sur la symphyse pleurale. — M. LORBER : Etude historique et contemporaine de l'armement antituberculeux dans les Basses-Pyrénées. — M. DE ROJAS : La kérato-conjonctivite phlycténulaire dans le cadre des stades de l'infection tuberculeuse. — M. BLICHER : Contribution à l'étude des arachnoïdites traumatiques cérébrales. — M. GRUNBERGER : Contribution à l'étude des réactions vaso-motrices au froid. — M. KOPEL : Le traitement des infections superficielles des membres par les bains de chlorhydrate de diaminométhylacridine.

Mardi 26 octobre. — Jury : MM. Bezançon, Guillain, Loeper, Mollaret. — M. SCHEID : Etude sur le drainage des cavernes pulmonaires. — M. KOFFUS : Contribution à l'étude anatomo-clinique des complications nerveuses des endocardites malignes subaiguës et lentes type Osler.

Jeudi 28 octobre. — Jury : MM. Carnot, Terrien, Tanon, Velter. — M. BORDA : Contribution à l'étude des complications obstétricales de la maladie de Nicolas Favre. — M. ATLAN : Influence des conjonctivites aiguës sur le trachome. — Mlle MARÉCHAL : Etude de l'action de la folliculine dans le glaucome et essais de thérapeutique par l'hormone du corps jaune.

— **Thèse vétérinaire.** — Mercredi 27 octobre — Jury : MM. Gosset, Coquot, Robin. — M. RESTOUT : Accidents du chien de chasse.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers.

— **Hôpital Ambroise-Paré.** — *Conférences.* — Les médecins et chirurgiens de l'hôpital Ambroise-Paré : MM. Jacquet, Janet, Leroux, Monier-Vinard, Péron et Desmarest font comme chaque année des conférences le vendredi à 11 heures du matin dans la salle des cours.

— **Hôpital Beaujon-Clichy.** — *Applications cliniques de l'ozone.* — Le lundi 13 décembre et les jours suivants, à 11 heures, six conférences, suivies de présentations de malades, seront faites au Laboratoire central, par M. P. Aubourg, électro-radiologiste de Beaujon-Clichy, sur la théorie et la pratique de l'ozone médical.

Lundi 13 : Physique et chimie de l'ozone. Modes actuels d'applications cliniques. Mardi 14 : Action bactéricide de l'ozone : actions sur les humeurs de l'organisme. Mercredi 15 : L'ozone dans les formes cliniques de la colibacillose. Jeudi 16 : L'ozone dans les intoxications, les diathèses et les infections médicales et chirurgicales. Vendredi 17 : L'ozone en parasitologie, en O. R. L., en stomatologie, en dermatologie. Samedi 18 : Pourcentage des résultats cliniques et biologiques sur une statistique des 350 premiers cas traités par l'ozone à Beaujon-Clichy.

— **Prix de l'Internat.** — *Jury après tirage au sort.* — *Chirurgie et accouchements* : MM. J. Gosset, Leibovici, Desmarest, Moulonguet, A. Couvelaire.

Médecine : MM. Chabrol, Armand-Delille, Hallé, Paraf, Lamy.

— **Concours de l'Externat.** — *Jury* : MM. Merklen, Michaux, Launay Lenègre, Gérard-Marchant, R. Couvelaire, J. Gosset, Sauvage, Aubry.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Congrès international de la voix.** — Ce Congrès, auquel assistaient des délégués de la plupart des nations européennes, de l'Amérique et du Japon, s'est tenu à Paris, sous la présidence du Docteur Wicart, du 19 au 30 septembre, dans les salles d'Iéna et du centre Marcelin-Berthelot.

Cent trente rapports ont été présentés, traitant du son, de la phonétique, des déficiences de la parole et du chant. On y a souligné l'utilité de la culture vocale chez les élèves des écoles et des facultés. Le Professeur Mestre, de la Faculté de droit de Paris, a fait une critique de l'insuffisance de la culture phonétique de beaucoup de professeurs.

Une résolution a été prise pour la création d'un *Institut du verbe humain*, dont le rôle d'éducation s'étendrait à la parole courante comme aux arts vocaux, au perfectionnement sonore et artistique de la radiodiffusion, du cinéma et de l'enregistrement.

Le chant collectif a été aussi l'objet de vœux tendant à l'établir sur des bases sauvegardant la santé vocale et la souplesse artistique.

— **Statistique des diplômes d'Etat de docteur en médecine.** — Le nombre des diplômes d'Etat de docteur en médecine délivrés par les Facultés françaises pendant les dix dernières années scolaires est le suivant :

1927-1928 :	901
1928-1929 :	965, soit 64 en plus.
1929-1930 :	1.052, soit 87 en plus.
1930-1931 :	1.120, soit 68 en plus.
1931-1932 :	1.123, soit 3 en plus.
1932-1933 :	1.293, soit 170 en plus.
1933-1934 :	1.464, soit 171 en plus.
1934-1935 :	1.579, soit 115 en plus.
1935-1936 :	1.495, *soit 84 en moins.*
1936-1937 :	1.545, soit 50 en plus.

— **Statistique des diplômes d'Université (mention médecine)** — Le nombre des diplômes d'Universté (mention médecine) délivrés par les Facultés françaises pendant les dix dernières années scolaires est le suivant :

1927-1928 :	96.
1928-1929 :	104, soit 8 en plus.
1929-1930 :	120, soit 16 en plus.
1930-1931 :	132, soit 12 en plus.
1931-1932 :	176, soit 44 en plus.
1932-1933 :	170, *soit 6 en moins.*
1933-1934 :	191, soit 21 en plus.
1934-1935 :	240, soit 49 en plus.
1935-1936 :	262 soit 22 en plus.
1936-1937 :	300, soit 38 en plus.

(*Vie Médicale*).

Le Gérant : R. Thiron

Clermont (Oise) — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

LES FÊTES DE FIN D'ANNÉE AU PAYS DU SOLEIL

1°) Le Tour du Grand Erg occidental

Durée du séjour en Algérie : 15 *jours*
du 22 *décembre au* 6 *janver* 1938

MINIMUM 12 PERSONNES

Grandes Lignes de l'itinéraire

Alger (visite de la ville et coucher), Miliana, Mascara (coucher), Aïn-Sefra (coucher), Revoli, Revoil, Beni-Ounif (coucher), visite de Figuig, Colomb-Béchar (coucher), excursion à Kenadza, Igli et Beni-Abbès (visite de l'Ermitge du Père de Foucauld (coucher), traversée de la Saoura et de La Hamada et arrivée à Adrar (coucher), Témimoun (coucher et séjour), El Goléa (coucher), Ghardaïa (coucher et séjour), Berrian et Laghouat (coucher), Rocher de Sel, Médéa, gorges de la Chiffa, ruisseau des Singes et Alger.

Prix du circuit complet : 3.175 francs tout compris.

2°) Circuit des Oasis Sahariennes

Durée du séjour en Algérie : 11 *jours*
du 22 *décembre au* 2 *janvier.*

Itinéraire : Laghoual, Ghardia, Ouargla, Touggourt, Biskra, Bou-Saada, Alger. Voir *Concours Médical* du 7 nov. 1937, p. 3150.

ECRIRE POUR RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, AU « CONCOURS MÉDICAL », 37, RUE DE BELLEFOND PARIS, OU AUX VOYAGES DENIS ET SALMON, 3, BOULEVARD CARNOT, A ALGER.

Service de santé militaire

Le ministère de la défense nationale et de la guerre communique :

Les jeunes gens docteurs en médecine, pharmaciens, chirurgiens, dentistes diplômés ; les étudiants en médecine titulaires de douze inscriptions validées ; les étudiants en pharmacie et en art dentaire, titulaires de huit inscriptions validées, qui, bénéficiaires d'un sursis d'incorporation, seront volontaires pour être incorporés en avril 1938, pourront adresser leur demande de résiliation de sursis au commandant du bureau de recrutement dont ils dépendent jusqu'au 20 mars 1938.

A propos de la prévention des phlébites post-opératoires

ERRATUM. — Dans la note parue sous ce titre, page 3291 du n° 47 du *Concours Médical*, ligne 18,

au lieu de : en un an et demi, sur 50 graves opérations...

il faut lire : en un an et demi, sur 500 graves opérations, S. n'a observé aucune phlébite, aucune embolie.

CORRESPONDANCE

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

a) *Accidents du travail*

8.407. — Le prix de la « consultation » d'un omnipraticien est toujours de 15 francs

Ayant adressé à la Compagnie d'assurances, une note d'honoraires d'accident de travail s'élevant à 108 francs, pour soins donnés à un blessé de l'œil par chaux vive, je vois ma note ramenée à 83 francs.

L'Assurance veut me payer sur la base de 15 francs la visite, or il s'agit de soins de spécialité oculaire en l'occurrence, qui sont tarifés 20 francs en accidents de travail.

Ai-je le droit de maintenir mes prétentions, et que faut-il faire si la Compagnie maintient les siennes ?

Dr P.

Réponse

Le prix de la consultation est de 15 francs pour les omnipraticiens et de 20 francs pour les spécialistes (art. 1er). Or, vous n'êtes évidemment pas de ces derniers puisque l'en-tête de votre lettre porte la mention « médecine générale ».

L'art. 15, par contre, dit : « Les interventions qui font l'objet des tarifs de chirurgie ou de spécialités, même si elles sont effectuées par des médecins de pratique générale, seront rémunérées au tarif où elles sont inscrites dans chacune des catégories techniques . » C'est une objection qu'on m'a souvent soumise dans des cas analogues au vôtre. Je ne puis que faire remarquer, une fois encore, qu'il s'agit là spécialement des « interventions » et non de la consultation. La « jurisprudence » est d'ailleurs très nette à ce sujet. Vous ne pouvez donc « soutenir vos prétentions » (pour prendre le terme même employé par vous).

Dr F. Decourt.

8.450. — Badigeonnage des conjonctives oculaires au nitrate d'argent

Un renseignement s'il vous plaît, avec mes excuses d'abuser si souvent de votre obligeance.

Accident du travail : chaux dans les yeux, violente conjonctivite. Cautérisations au nitrate d'argent des conjonctives (pinceau).

Quel tarif ? Celui d'un pansement ordinaire : 15 francs ? ? ?

Dr A.

Réponse

Les pansements, lavages et instillations de

collyre sont compris dans le prix de la consultation qui, pour un omnipraticien, est tarifée 15 francs.

Vous me parlez de « cautérisation au nitrate d'argent des conjonctives (pinceau) ». Je vois bien « cautérisation de la cornée pour ulcère infectieux en une ou plusieurs séances : 120 francs », mais il ne m'apparaît nullement que votre badigeonnage des conjonctives puisse être assimilé à cette intervention assez grave, au point de vue des suites possibles.

Pas davantage, la « scarification conjonctivale », tarifée 30 francs. Je ne pense donc pas que vous puissiez demander, en l'espèce, un prix spécial. Dr F. DECOURT.

8.479. — Plâtre inutilement posé

Un jeune ouvrier, en mettant en marche un moteur de camion, est victime d'un retour de manivelle (accident-loi).

Je le vois, peu après l'accident, avec un assez gros œdème du poignet. Sans en être certain, on pouvait raisonnablement penser à une fracture de l'E. I. du radius.

Je lui ai fait un plâtre, dans le doute, et aussi pour faciliter le transport chez le radiologue.

La radio a montré qu'il n'y avait ni fracture, ni luxation, mais seulement une entorse du poignet.

Quel tarif appliquer à ce plâtre qui n'a été fait que par suite d'une erreur de diagnostic ? Bien que, comme me l'a écrit le confrère radiologue, ce plâtre ait été un « excellent moyen thérapeutique en évitant douleurs et mouvements intempestifs pendant quelques jours ».

Dr X.

Réponse

S'il n'y avait ni fracture, ni luxation, je ne vois pas sur quelle rubrique vous pourriez vous baser pour demander le paiement d'un plâtre inutilement posé et dont, en cas de différend, il m'apparaît qu'il serait difficile d'expliquer techniquement la nécessité. Je n'oserais donc vous conseiller d'en réclamer le paiement.

Dr F. DECOURT.

---

b) Pensionnés de guerre

8.456. — On ne peut demander un supplément d'honoraires à un pensionné de guerre soigné « ès qualités »

J'ai lu quelque part qu'en matière d'article 64, le fait d'accepter le bulletin du carnet interdisait de demander des honoraires complémentaires.

Est-ce exact ? Y a-t-il des sanctions ?

Dr H.

Réponse

L'Etat, par l'art. 64, a déclaré payer lui-même aux pensionnés de guerre tous les frais de traitement en cas de soins donnés, consécutifs à l'affection causale de la pension.

D'autre part, un médecin soignant un malade, en général, peut lui réclamer les honoraires qui lui paraissent légitimement dus. Mais, s'il donne des soins à un pensionné de guerre « ès qualité », il ne s'agit plus d'un malade quelconque. Et, le médecin traitant le reconnaît comme pensionné de guerre s'il signe la feuille de maladie sur le carnet de soins du pensionné. Auquel cas, par la signature, il déclare accepter le tarif officiel et n'a plus le droit de demander un supplément quelconque. Il y a sur ce point toute une « jurisprudence » très nette.

Dr F. Decourt.

8.414. — On ne peut signer une feuille de visite alors qu'on n'a pas vu le malade lui-même

Comme membre du Sou Médical je vous soumets le fait suivant afin de voir si oui ou non je dois poursuivre la Commission tripartite départementale des soins aux réformés de guerre pour obtenir gain de cause. J'ai parmi mes clients, comme vous le verrez par la note ci-jointe, un grand blessé du poumon réformé à 100 % qui a souvent besoin de mes soins. Je n'abuse nullement des visites et me contente exclusivement d'aller voir mon malade quand il m'appelle. Pour vous donner un exemple, ce malade avait besoin d'une série de piqûres de sels d'or, je lui prescrivis de l'allocrysine et confiai ces piqûres à une personne de l'entourage afin d'éviter des visites et pourtant vous savez vous-même s'il faut surveiller ces sortes de piqûres. Bref, pendant mes vacances le Docteur R., mon remplaçant, qui avait déjà vu mon malade une fois sur la demande de ce dernier, la médication prescrite étant terminée et sur présentation de son carnet par le père du malade, le malade voulant éviter un dérangement du médecin, allant mieux, mais encore fiévreux, ne voulant pas quitter la chambre pour venir à M., distant de 10 kilomètres de son domicile, demanda un sirop et différentes petites choses à mon confrère. Celui-ci remplit la feuille d'ordonnance et comme de juste détacha une feuille de consultation. La Préfecture sur cette remarque par lettre recommandée me demanda des explications et refusa ma note d'honoraires à la Commission dont vous lirez la décision. Le fait de prescrire n'implique-t-il pas un acte médical ? et cet acte doit être rétribué normalement je le suppose. Si j'ai raison puis-je compter sur l'appui du Sou.

Dr F.

Réponse

En signant la feuille de visite de votre pensionné de guerre, vous déclarez, *ipso facto*, l'avoir examiné et lui avoir, par suite, fait une ordonnance. Or, vous déclarez vous-même (en toute honnêteté) sur la feuille que vous n'avez pas vu le malade. Comment voulez-vous demander des honoraires pour un examen que vous n'avez pas effectué ? La Préfecture refuse donc de payer cette feuille, ce qui est, en l'espèce, de « jurisprudence constante ». Naturellement, elle ne refuse pas, dans sa réponse, de payer l'ordonnance elle-même qu'elle considère, dit-elle, comme « un simple renouvellement d'ordonnance sans la présence du malade ». Je ne vous conseillerais donc pas de poursuivre l'affaire, quelles que soient les raisons invoquées dans votre lettre, étant certain que vous vous heurteriez à la jurisprudence établie, je vous le répète, sur ce sujet.

Dr F. DECOURT.

ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES

8.271. — Responsabilité d'un accident de battage

Le 4 septembre, M. B. E. fils de M. B. A., qui l'avait assuré à la Compagnie X) est victime d'un accident de battage dans les conditions suivantes :

Une fourche est arrachée des mains d'un autre ouvrier par la courroie du trieur et vient le blesser gravement à la poitrine alors qu'il était occupé à ramasser les criblures près de la batteuse. La batteuse appartenant à un autre entrepreneur de battages travaillant à ce moment pour le compte de M. B., père de la victime.

Naturellement, la Compagnie de l'entrepreneur rejette sur la Compagnie de M. B., la responsabilité de l'accident que cette dernière ne veut pas accepter. Comment faire pour connaître au plus tôt la Compagnie responsable.

J'avais donné avis par lettre recommandée à l'assurance de M. B. que je voulais une radiographie ; la note du spécialiste a été refusée.

D'autre part, la Compagnie de l'entrepreneur prévenue par lettre recommandée de la gravité du cas et de la nécessité de nombreuses visites m'a répondu qu'elle n'acceptait pas la responsabilité. Je ne sais plus à qui m'adresser et voudrais bien que la question soit tranchée si éventuellement, j'ai d'autres avertissements à donner.

Vous seriez tout à fait aimable de m'indiquer la marche à suivre.

Dr C.

Réponse

La loi de 1899 sur les accidents de battage ne s'applique qu'aux accidents dont sont atteints les salariés au service du moteur inanimé en

fonctionnement. En l'espèce, ce n'est pas le moteur lui-même, mais seulement et de manière indirecte encore, une courroie de transmission qui est à l'origine de l'accident qui a motivé vos soins.

Dans ces conditions, ce n'est point à la loi de 1899 qu'il faut faire appel, mais bien à la loi du 15 décembre 1922 sur les accidents du travail dans l'agriculture.

En conséquence, la responsabilité de l'entrepreneur de battage doit être laissée à l'écart et il appartient au patron au service duquel cet ouvrier se trouve de prendre à sa charge les frais médicaux et chirurgicaux ainsi que les indemnités journalières et éventuellement les rentes viagères occasionnés par l'accident.

Nous conseillons donc à votre client de poursuivre son patron ou sa Compagnie d'assurance substituée devant le Tribunal de paix du lieu de l'accident. En ce qui vous concerne, si vous avez prévenu par lettre recommandée la Compagnie responsable de la nécessité d'une radiographie vous êtes en droit de l'effectuer actuellement et d'en demander le prix à cette Compagnie d'assurances.

A la fin du traitement, si vous ne pouvez être réglé à l'amiable, il y aura lieu de poursuivre le patron responsable devant le Tribunal de paix du lieu de l'accident en exerçant l'action directe que vous donne l'art. 4, paragr. 4 de la loi du 9 avril 1898. Il est à présumer d'ailleurs que si votre client a agi de son côté, la question de responsabilité se trouvera tranchée et que vos honoraires seront pris en charge sans discussion par la Compagnie d'assurances responsable.

8.444. — Les lésions causées par l'action des ciments sont des maladies professionnelles garanties

Une Compagnie d'assurances accidents du travail peut-elle refuser de prendre en charge les indemnités de demi salaire et frais médicaux d'un ouvrier cimentier-couvreur atteint de gale des cimentiers, maladie professionnelle assimilée aux accidents du travail ?

Dr R.

Réponse

En principe, la législation sur le risque professionnel ne couvre que les accidents et non point les maladies, à moins qu'elles ne figurent dans la liste limitative des maladies bénéciaires par exception de la protection légale.

A cette liste, dressée par la loi du 25 octobre 1919, et complétée par la loi du 1er janvier 1931, le décret du 12 juillet 1936 est venu ajouter les lésions cutanées causées par l'action des ciments (dermite primitive et pyodermite, dermite se-

condaire eczématiforme, gale du ciment) ; ces maladies doivent avoir été provoquées par la fabrication, la manutention ou l'emploi des ciments.

L'entrée en vigueur de ces nouvelles dispositions a été fixée par l'art. 3 du décret, à six mois après leur publication au *Journal Officiel*, c'est-à-dire au 18 janvier 1937. Si par conséquent les accidents ou lésions qui ont motivé vos soins se sont révélés postérieurement à cette date, la Compagnie d'Assurances n'est point fondée à refuser le versement des indemnités légales prévues par la loi du 9 avril 1898. Il y aurait lieu, au contraire, de conseiller à vos clients de poursuivre leur patron ou la Compagnie d'assurances substituée, devant le Tribunal de Paix du lieu de l'accident. Vous-même êtes en droit d'exercer contre le chef d'entreprise l'action directe en paiement de vos honoraires, conformément au tarif ministériel des accidents du travail, que vous donne l'art. 4 parag. 4 de la loi.

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

8.268. — Maintien dans les cadres

Je suis médecin sous-lieutenant depuis juillet 1936. Bien que classe 1909, je dois donc passer lieutenant en juillet 1938.

Je reçois de la Direction du Service de santé un questionnaire où on me demande si je désire subir le sort de ma classe, c'est-à-dire être libéré de toute obligation militaire en octobre 1938, ou rester dans les cadres.

Dans le premier cas, puis-je être mobilisable en temps de guerre et à quel titre ? et alors, garderai-je cependant une certaine liberté ?

Dans le deuxième cas, lieutenant, serai-je contraint de faire des périodes tous les deux ans.

Même, si comme c'est mon cas, je n'ai pas la perspective de prendre le troisième galon.

En effet, si je reste dans les cadres lieutenant, n'est-ce pas jusque 52 ou 53 ans ? Temps insuffisant par le troisième galon.

Enfin, pourrais-je démissionner à n'importe quelle date ?

Dr N.

Réponse

Si vous acceptez d'être libéré en même temps que les hommes de votre classe, vous serez, comme eux, définitivement dégagé de toutes obligations militaires, même en cas de mobilisation.

Sinon, vous serez maintenu dans les cadres jusqu'à l'âge de 57 ans (lieutenant), en étant obligé de faire une période de dix jours, tous les deux ou trois ans ; à noter que l'exécution des périodes n'est pas uniquement liée à la question d'avancement, mais qu'elle constitue une des obligations imposées aux officiers de réserve par la

loi de recrutement de l'armée (31 mars 1928). Cependant, étant affecté à l'Intérieur, il vous sera possible de choisir les lieux et dates de convocation, si vous vous entendez avec votre Directeur.

Durant le maintien dans les cadres, vous ne pourrez offrir votre démission ; votre radiation ne sera admise que pour raison de santé, après passage devant une Commission de réforme.

ASSURANCES SOCIALES

7.976. — Le défaut de préavis en cas de grossesse n'entraîne pas déchéance des prestations en nature

A titre de membre du « Sou Médical », je vous serais reconnaissant de bien vouloir me renseigner sur la question suivante :

Une de mes clientes, femme d'assuré social, a eu, ces jours-ci, un accouchement prématuré à 7 mois, enfant mort-né.

Elle n'a pas fait de déclaration de grossesse aux Assurances sociales, ou plutôt elle l'a faite après l'accouchement.

Quels sont ses droits malgré cela ?

Je lis sur un article d'un journal médical au point de vue Assurances sociales .

« La femme enceinte doit donner un certificat de grossesse au moins quatre mois avant la date présumée de l'accouchement, car, si la femme ne fournit par cette justification, elle risque de perdre son droit aux prestations en argent, mais non aux prestations en nature. »

Les prestations en nature, c'est-à-dire, je crois, le remboursement des frais médicaux et pharmaceutiques, lui sont-elles dues ?

C'est là-dessus que je désire savoir quels sont ses droits, car la Caisse semble faire des difficultés, et si la Caisse refuse, que faut-il faire ?

Dr J.

Réponse

La question que vous nous posez se trouve résolue de manière formelle par l'art. 9, parag. 7 du décret-loi du 28 octobre 1935 sur les Assurances sociales.

Aux termes de cet article, sous peine de déchéance des prestations en argent, l'assuré doit justifier auprès de la Caisse d'assurances de la première constatation médicale de la grossesse par un médecin ou une sage-femme, quatre mois au plus tard avant la date prévue de l'accouchement.

Par suite, la Caisse serait en l'espèce juridiquement fondée à refuser à votre cliente le versement des prestations en espèces, si le préavis ne lui a été adressé qu'après l'accouchement.

Si, par contre, la Caisse refuse à l'intéressée toutes prestations, même le versement de la somme forfaitaire représentant le montant des frais médicaux et pharmaceutiques, un recours pourrait être formé par l'assurée contre ce refus devant la Commission d'arrondissement du siège de sa Caisse.

La Commission est saisie par lettre recommandée adressée à son président au Greffe du Tribunal civil dans les dix jours de la notification du refus.

7.964. — Détermination de la période de référence donnant droit aux prestations

Un de mes clients résidant précédemment dans la Seine-et-Marne et actuellement dans la Marne, me soumet la lettre jointe en me demandant s'il peut prétendre à des prestations de la part de la Caisse d'Assurances sociales de son département d'origine.

Immatriculé le 1er octobre 1936, il dut cesser ses occupations le 4 décembre 1936.

Son premier employeur régla ses cotisations Assurances sociales d'octobre-novembre 1936.

Son père qui l'avait recueilli et qui lui donnait un travail léger compatible avec son état de santé régla ses cotisations comme employeur :

1° De décembre 1936 ;

2° Du premier trimestre 1937 ;

3° Du deuxième trimestre 1937.

Se sentant réellement plus fatigué, il demanda une première feuille de maladie le 22 juillet 1937, alors qu'il n'avait jusqu'alors sollicité aucun secours et qu'il croyait légalement être en règle avec la Caisse d'Assurances sociales.

Ne lui est-il pas permis d'espérer un recours contre la Caisse d'Assurances sociales ?

Dr M.

Réponse

Il est exact que la date servant à déterminer la période de référence ouvrant droit aux prestations de l'assurance-maladie est la date à laquelle l'affection est effectivement apparue.

Si en l'espèce, les premiers symptômes du mal se sont manifestés en décembre 1936, et si les conditions de cotisations n'étaient pas réunies à cette époque, le fait que votre client ait continué à travailler et à cotiser ne saurait lui avoir fait acquérir le droit aux prestations pour cette affection.

Il n'en irait autrement qu'au cas où il aurait été dans cet intervalle pendant plus de deux mois en état de guérison apparente, c'est-à-dire à la condition que son affection après avoir traversé une période d'activité, soit passée par une période de stabilité, le dispensant de recourir aux soins médicaux et pharmaceutiques et lui

permettant de vaquer à ses occupations habituelles sans danger pour lui ou son entourage.

Rien en l'espèce, dans ce que vous nous exposez, ne paraît soutenir une telle argumentation ; nous croyons donc qu'il faut considérer comme justifié le refus qui lui a été opposé par sa Caisse d'assurances sociales.

8.097. — La délivrance de soins spéciaux doit être préalablement acceptée par la Caisse

Je serais heureux d'être éclairé sur le point suivant :

Le praticien, qui possède un appareil de radiodiagnostic, *doit-il, lorsqu'il soigne* un assuré social et prévoit pour lui un examen radiologique, agir comme s'il s'agissait de l'envoi à un spécialiste, donner avis à la Caisse, utiliser une feuille spéciale ?

La réponse à une telle question me paraît affirmative, mais je serais heureux que vous me la confirmiez.

Dr R.

Réponse

D'après l'art. 115, paragr. K du règlement d'administration publique du 19 mars 1936, l'assuré devait demander à sa Caisse, la délivrance d'une autorisation spéciale annexée à la feuille de maladie, s'il y avait lieu à intervention d'un second médecin, d'un spécialiste, d'un chirurgien ou d'un auxiliaire médical. Il résultait, des termes de cet article, que cette autorisation n'était pas nécessaire lorsque les soins spéciaux étaient donnés par le médecin traitant.

Mais cette question a été précisée et reprise par l'art. 24 du règlement intérieur type des Caisses d'assurances sociales établi par l'arrêté ministériel du 30 janvier 1937.

Aux termes de cet art. 24, si le praticien traitant estime nécessaire la consultation d'un second médecin, spécialiste ou non, une intervention chirurgicale, *des soins spéciaux* ou l'interventions d'un auxiliaire médical, les prestations correspondantes ne peuvent être remboursées que si la Caisse adresse à l'intéressé préalablement au traitement l'acceptation de prise en charge des prestations.

La rédaction de cet article ne laisse donc aucun doute, l'acceptation de prise en charge est nécessaire aussi bien lorsque les soins spéciaux ont été donnés par le médecin traitant que lorsqu'ils sont donnés par un spécialiste.

QUESTIONS DIVERSES

8.588. — Privilège du médecin

Voulez-vous avoir l'obligeance de me répondre si dans le cas suivant, j'ai droit au privilège accordé au médecin pour les frais de dernière maladie.

J'ai soigné un malade jusqu'à son décès. Sa femme reste seule héritière et propriétaire du café qu'ils exlpoitaient. Elle tombe malade, et au bout de quelques mois, elle ferme et quitte le pays sans laisser d'adresse.

J'ai aussitôt remis la note à l'huissier, note globale pour soins donnés au mari et à elle-même.

Je reçois aujourd'hui, une lettre du notaire me demandant de lui donner e détail de la somme car, dit-il, seuls les soins donnés au mari sont privilégiés.

Je crois avoir lu, dans le *Concours*, que, dans des cas semblables, les médecins sont privilégiés.

Je vous serais reconnaissant, si vous vouliez me répondre pour savoir si je dois mettre opposition.

Dr G.

Réponse

Suivant la jurisprudence, le privilège pour soins donnés au cours de la dernière maladie s'applique aux honoraires concernant les soins donnés au cours de la maladie dont le débiteur a été atteint immédiatement avant son décès ou sa déconfiture.

Il convient donc de distinguer parmi les honoraires qui vous sont dûs ceux qui concernent le mari et ceux qui concernent les soins donnés à la femme postérieurement au décès du mari.

Pour les soins donnés au mari, vos honoraires sont privilégiés sur le montant de la succession, s'ils concernent bien les soins donnés au cours de la maladie qui a précédé le décès.

Quant aux soins donnés à la femme après le décès du mari, ils sont également privilégiés sur la valeur de ses biens, si ceux-ci ont été saisis à la requête des créanciers, et si la maladie dont elle était atteinte a précédé immédiatement sa faillite ou sa déconfiture.

Mais il ne saurait être question de prétendre au privilège pour les soins donnés à la femme postérieurement au décès, dans la liquidation et le partage de la succession du mari.

8.178. — Médecin propharmacien. Résidence accessoire

Un médecin propharmacien a un cabinet de consultation dans une localité ayant une pharmacie et située à 12 kilomètres de son domicile où il donne également des consultations.

Conserve-t-il ses droits de propharmacien »

Doit-il payer patente dans les deux communes ?

Dr M.

Réponse

L'article 27 de la loi du 21 germinal an XI spécifie :

« Les officiers de santé établis dans les bourgs, « villages ou communes où il n'y aurait pas de « pharmacien ayant officine ouverte pourront « .... « fournir des médicaments simples ou compo- « sés aux personnes près desquelles ils seront « appelés, mais sans avoir le droit de tenir offi- « cine ouverte. »

Si nous appliquons *strictu sensu*, les termes de cet article de loi, nous devons dire que le médecin qui a son domicile dans une commune où n'existe pas de pharmacien, pourra délivrer des médicaments à ses seuls malades tant dans son cabinet qu'au domicile de ce dernier alors même que dans ce second cas, les malades resteraient dans une localité où existe une pharmacie ouverte.

Mais lorsqu'un médecin propharmacien ouvre une seconde résidence professionnelle dans un village, bourg, ou commune, où existe déjà une pharmacie, il ne peut pas faire fonction de propharmacien étant donné que cette seconde résidence professionnelle fonctionne dans une localité n'entrant pas dans le cas prévu par l'article 27.

En équlité, nous devons dire que lorsque la loi de Germinal a été votée, les pharmacies n'étaient pas nombreuses sur le territoire de la première République. D'autre part, les moyens de communications étaient encore difficiles. C'est pourquoi, pour protéger la santé publique, les médecins propharmaciens ont été autorisés par le dit article 27 à fournir des médicaments à leurs seuls malades.

Aujourd'hui, la situation a changé. Le privilège des médecins propharmaciens doit être maintenu, parce que ces praticiens rendent de grands services, surtout dans les régions pauvres et déshéritées. Ils peuvent délivrer des médicaments pour éviter à leurs clients un déplacement parfois assez long pour aller quérir les remèdes à la pharmacie ouverte la plus proche. D'autre part, en joignant à ses honoraires médicaux, le bénéfice de la vente de quelques médicaments, le médecin propharmacien vivant dans des régions pauvres ou difficultueuses, peut ainsi dispenser aux populations non moins pauvres les secours de l'art de guérir et de la profession pharmaceutique.

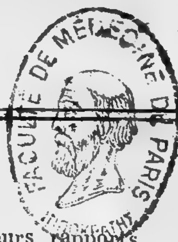
Mais les Tribunaux n'admettent pas que pour un seul motif de lucre, le médecin cherche à tourner la loi et à étendre outre mesure le bénéfice de l'article 27. C'est donc une question de fait et de situation locale à envisager.

Dr Paul Boudin.

Cinquante-neuvième année — N° 50 — 12 Décembre 1937

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN



- sommaire -

Partie Professionnelle

Travaux originaux

L'actualité professionnelle

Faculté de Médecine de Paris

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	70 fr.	Belgique et Luxembourg...	80 fr.
Etudiants	45 fr.	Première Zone	95 fr.
Le Numéro	1.50	Deuxième Zone	120 fr.

Renseignements

Changements d'Adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 fr. 50 pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande.)

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du **Concours Médical**, *Paris* **167-95.**

N° 314. — Pas-de-Calais. Client. avec propharmacie à céder. Facilités paiement.

N° 315. — Doct. franç. ex-externe hôpit., lauréat Faculté, cherche remplacem. ou occupat. médic. Dr, 129 rue Mazarin, Bordeaux.

N° 316. — A vend. état neuf spectroscope à vision directe, combin. d'Amici à 5 prismes et à 3 prismes, long. du spectre 40 cm., pet. prisme pour spectre de comparais. collimateur latéral à microm. transparent courbe d'étalonnage. Prix 1.800 francs. Dr Perdrigé, 34 boulevard Gambetta, Nice.

N° 317. — Agé, fatigué, céderais poste propharm. Normandie, 130 km. Paris, occupé par titul. depuis 28 ans, Forte augment. facile par jeune méd. plus actif. Faible indem.

N° 318. — Sud.Ouest. Bon poste méd. à 30km. Royan, à céder à jne confr. Nomb. accouch. Mais. très confort., eau courante, loyer 2.500. Légère indemn.

N° 319. — Banl. imméd. Paris. Client. avec fixe, grand avenir. 60.000 avec crédit, 55.000 compt. Rapport total actuel important.

N° 320. — Médecin franç. au courant client., libre le matin, cherche fixe, dispensaire, usine, confr. surchargé, etc.

N° 321. — Cabinet médec. génér. à céder d'urgence à Nîmes. S'ad. bureau *Echo Médic. des Cévennes*, 17, rue Anatole-France, Nîmes.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet Breitel et Goret

1, rue Dante, Paris (5e). - Tél. : Odéon 36-46

Paris, anc. client. de quart. d'un bon rendem., avec petit fixe, appart. 7 p. Prix 60.000, 1/2 cpt.

Seine-et-Marne, pro-pharmacien, près grd. centre, belle maison avec conf. Prix 25.000.

Centre-Ouest, bon poste ds. pays riche, près grande ville, condi. très avantag.

Aveyron, seul méd., pays bien desservi, bon chiffre touché. Belle habitat. avec parc. Prix 40.000.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.** — La *séance annuelle* de l'Académie de médecine, au cours de laquelle seront proclamés, par M. MARTEL, président, les prix et récompenses décernés en 1937, aura lieu le 14 décembre à 3 heures précises.

M. BROUARDEL, secrétaire annuel, présentera un rapport sur ces prix et M. ACHARD, secrétaire général, prononcera un discours intitulé : Coup d'œil historique sur l'assistance aux malades.

— **Prix Nobel de physique et de chimie.** — Le prix Nobel de physique, pour 1937, a été attribué à MM. Davisson et G. P. Thomson. Ces deux physiciens ont, chacun de leur côté, démontré que le phénomène de la diffraction des électrons existe réellement et qu'il suit les lois de la mécanique ondulatoire formulées par M. Louis de Broglie.

Le prix Nobel de chimie a été partagé entre M. Walter Norman Haworth, de Birmingham, et M. Paul Karrer, de Zurich, dont les travaux ont trait aux vitamines.

— **Faculté de médecine de Nancy.** — *Diplôme d'hygiène.* — L'enseignement spécial, destiné aux docteurs et étudiants en médecine en fin de scolarité, qui ont l'intention de briguer un poste de fonctionnaire d'hygiène ou de collaborer avec les organismes d'hygiène et de médecine sociale, commencera le 11 janvier 1938.

Le registre d'inscription sera ouvert à partir du 15 décembre au Secrétariat de la Faculté de médecine.

Pour tous renseignements concernant le programme et les horaires, s'adresser au Directeur de l'Institut régional d'hygiène, 40, rue Lionnois, Nancy.

— **Congrès international du rhumatisme et d'hydrologie**, à l'occasion du dixième anniversaire de la fondation de la Ligue internationale du rhumatisme. — Ce Congrès se tiendra sous la présidence de Sir Farguhar Buzzard, à Oxford, du 26 au 31 mars 1938.

SUJETS : 1° Influence du climat et du temps sur l'apparition des maladies; 2° Rhumatismes chez les enfants.

Les droits d'inscription sont de 1 livre anglaise, étudiants 5 shillings. Inscriptions et demandes de renseignements au Bureau de « International Society of Medical Hydrology », 109, Kingsway, London, W. C. 2.

Ce Congrès sera suivi immédiatement du Congrès de Bath, pour les maladies rhumastismales.

SUJET : La goutte et les rhumatismes chroniques d'origine métabolique.

Il se tiendra à Bath du 31 mars au 3 avril. Pas de droits d'inscription. Inscriptions et demandes de renseignements à adresser au Docteur G. D. Kersley, 6, The Circus, Bath.

— **Société d'hydrologie et de climatologie médicales de Paris.** — *Prix Albert Robin.* — Le prix Albert Robin, d'une valeur de vingt-cinq mille francs, a été fondé et mis à la disposition de la Société d'Hydrologie par M. Albert Robin en souvenir de son père, le Professeur Albert Robin, ancien président de la Société, pour récompenser un travail ou un ensemble de travaux d'un auteur français concernant l'hydrologie ou la climatologie médicale et paru dans les huit années précédentes.

Ce prix qui n'est pas divisible sera décerné pour la première fois à la deuxième séance de décembre 1938, sur le rapport d'une commission de onze membres. Dans le cas où le prix ne serait pas attribué, la Société d'Hydrologie pourra accorder des récompenses jusqu'à concurrence d'une somme totale de cinq mille francs et le reliquat de la somme sera ajouté au prix suivant.

Les candidats au prix Albert Robin sont priés d'adresser leurs travaux en double exemplaire au secrétaire général de la Société d'Hydrologie, Docteur Sérane, 40, rue Jasmin, avant le 15 mai 1938.

— **Société de thérapeutique.** — — *Prix Antoine Courtade.* — La Société de thérapeutique décerne tous les deux ans les arrérages du legs Antoine-Courtade (1.250 fr.), « au meilleur travail de thérapeutique médicale ou sur une question posée par la Société ; ou encore à celui qui découvrira un médicament nouveau, d'une grande utilité, d'un usage fréquent et qui restera acquis à la thérapeutique ».

Ce prix sera décerné à l'assemblée générale de décembre.

Les travaux, en deux exemplaires, les produits en quantité suffisante pour en permettre l'analyse et les essais physiologiques et thérapeutiques devront être envoyés au secrétaire général (M. G. Leven, 24, rue de Téhéran, Paris VIII[e]) avant le 1[er] mars. Les candidats doivent être de nationalité française.

— **Félix Terrier** (1837-1908). *Sa vie. Son œuvre.* — Un groupe d'élèves du Professeur Félix Terrier a eu la pensée, pour honorer sa mémoire et pour fixer dans l'Histoire de la chirurgie le rôle capital de leur maître, de publier un volume consacré à son œuvre.

Ce livre contient tout d'abord une étude écrite par le Professeur Gosset sur la vie, les doctrines et l'action de Félix Terrier.

La seconde partie du livre est composée de 34 notes rédigées par des élèves de Félix Terrier. Chacun selon son tempérament, selon son expérience, ses contacts avec le maître, a tracé en quelques pages, les souvenirs qui lui ont paru mériter d'être mis en valeur et qui feront mieux connaître l'homme et l'œuvre.

Une souscription est ouverte auprès des amis, des élèves directs ou indirects du Professeur Terrier, pour réunir les fonds nécessaires à cette publication, qui paraîtra fin janvier 1938.

Les souscriptions : 200 fr. (exemplaires sur Chine)

et 100 fr. (exemplaires sur papier Maillol), sont reçues chez MM. Masson et Cie, 120, boulevard Saint-Germain, Paris VIe.

— **Faculté de médecine de Toulouse.** — A la rentrée solennelle des Facultés, le discours d'usage a été fait par notre éminent collaborateur, M. le Professeur P. Mériel, qui a pris pour sujet : *Le courage chirurgical.*

Au cours de cette cérémonie, le diplôme de docteur *honoris causa* de l'Université de Toulouse a été décerné au Professeur Constantin Daniel, de Bucarest.

— **Clinique médicale des enfants.** (Professeur : M. Nobécourt). — *Cours d'hygiène infantile, scolaire et d'éducation physique.* — Ce cours est donné sous la direction du Professeur Nobécourt, assisté du Docteur Maillet, ancien chef de clinique.

Il s'adresse aux personnes possédant déjà le diplôme d'Etat d'infirmière visiteuse de l'enfance et désirant se spécialiser, aux institutrices et au jeunes filles trop jeunes pour entrer dans les écoles préparant aux diplômes d'Etat.

Durée du cours : novembre 1937-15 juin 1938.

Les leçons théoriques ont lieu à la Clinique médicale des enfants, à l'hôpital des Enfants-Malades, les mercredis et vendredis de 17 à 19 heures.

Les stages pratiques ont lieu, le matin, à l'hôpital des Enfants-Malades, et, l'après-midi, dans les squares d'enfants et Œuvres de l'enfance.

Sont admises à s'inscrire, les jeunes filles et femmes françaises et étrangères, âgées de 17 ans au moins.

Un certificat peut être délivré à la fin du cours, après examen.

Le montant des droits (immatriculation comprise) est de 410 francs.

Pour tous renseignements, s'adresser de 9 heures à 12 heures, à Madame Gamble, secrétaire générale, hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres, à Paris (XVe).

— **Ecole de médecine de Reims.** — Le Docteur Maurice Jacquet, médecin des hôpitaux de Reims, a été nommé, à la suite du concours ouvert le 25 octobre dernier, professeur suppléant d'anatomie, histologie et physiologie à l'Ecole de médecine et de pharmacie de Reims.

Nous adressons à notre distingué confrère nos plus sincères félicitations.

— **L'Académie Duchenne de Boulogne** dont le but est de récompenser les travailleurs indépendants pour honorer la mémoire de Duchenne de Boulogne, a décerné le jeudi 2 décembre 1937, son prix annuel de 10.000 francs, à M. le Docteur Louis Bory pour l'ensemble de ses travaux, portant sur la pathologie générale, la pathologie expérimentale et comparée, la chimiothérapie du soufre, et la dermato-syphiligraphie.

Ce prix est attribué chaque année, le premier jeudi de décembre, à la suite d'un vote secret.

Les mémoires inédits et non encore récompensés, dactylographiés en double exemplaire, doivent être adressés au secrétariat de l'Académie, 28 *bis*, rue Saint-Dominique, Centre Marcelin Berthelot, Paris, avant le 1er octobre de chaque année.

— **Banquet de la Société médicale du XIIIe arrondissement.** — Le mercredi 1er décembre a eu lieu au restaurant du Pavillon du Lac du parc Montsouris, le banquet annuel de la Société médicale du XIIIe arrondissement sous la présidence du Docteur V. Lacroix.

Y assistaient : les Docteurs Biard, Bloch, Bouhey, Barreston, Castex, Chancel, Mme Chapoutot, les Docteurs Chausse, Cousyn, Crebessac, Devimeux, Franchet, Grabli, Hubac, syndic de la section du S. M. S. Janaud, Jouveau-Dubreuil, V. Lacroix, président de la Société, Mme Luys, le Docteur Martin-Saint-Laurent, M. Porsin, les Docteurs Quinqueton et Séguin, la Doctoresse Serin, médecin des asiles, et le Docteur Vincant.

Une grande cordialité et une gaieté entretenue par l'excellent menu ne cessèrent de régner durant le repas, à l'issue duquel les Docteurs Lacroix et Hubac prononcèrent de courtes allocutions chaleureusement applaudies.

Comme les autres années, les convives se séparèrent *très heureux* d'avoir *pu* se retremper malgré les difficultés de l'heure présente dans une atmosphère de détente et d'optimisme, telle que doit être celle du milieu médical.

— **Société de pathologie comparée.** — La séance annuelle aura lieu le 14 décembre, à 4 h. 30, à l'Hôtel des Sociétés savantes.

— **Hôpitaux de Marseille.** — Après concours, M. le Docteur Marius Audier a été nommé médecin des hôpitaux de Marseille.

— **Hôpitaux de Nîmes.** — Un concours pour la nomination de deux médecins adjoints des hôpitaux de Nîmes s'ouvrira au mois de mai 1938.

Ce concours est ouvert aux docteurs en médecine français installés à Nîmes avant le 30 avril 1936. Inscriptions avant le 20 avril 1938, au secrétariat de la Commission administrative des hospices, 5, rue Hoche, à Nîmes.

— **Hôpital communal de Neuilly-sur-Seine.** — *Internat.* — Un concours sera ouvert le mardi 11 janvier 1938, pour la nomination d'un interne titulaire et de quatre internes provisoires.

Pièces à fournir : Extrait de l'acte de naissance, et justification de la nationalité française.

Certificat de bonne vie et mœurs délivré par le Commissaire de police du quartier (Paris) ou le maire de la commune (province).

Certificat d'une Faculté de médecine française, attestant que le candidat est pourvu de seize inscriptions ; ou certificat de l'A. P. attestant qu'il a été pendant un an au moins externe des hôpitaux dans une ville de Faculté ou d'Ecole de médecine.

Indication des hôpitaux où le candidat a passé, avec certificats des chefs de service attestant qu'il a rempli correctement ses fonctions.

Exposé, écrit et signé par le candidat, de son *curriculum vitæ*, et de la situation militaire.

Demande d'inscription au concours, avec engagement écrit par le candidat et signé par lui, de se conformer exactement au règlement.

Les demandes devront être déposées avant le 6 janvier 1938, dernier délai, à sa mairie de Neuilly-sur-Seine (l'enveloppe les contenant portera la souscription : *Concours d'internat.*)

Les candidats seront individuellement informés avant l'ouverture du concours, en même temps que de la régularisation de leur inscription, du lieu et de l'heure de la première épreuve.

Epreuves du concours : 1° Une épreuve écrite, théorique, composée sans livres ni notes, comportant trois questions : une d'anatomie avec ou sans physiologie ; une de pathologie interne, une de pathologie externe ;

Une heure est accordée aux candidats, après une demi-heure de préparation, pour la rédaction de cette épreuve, qui est lue ensuite par le candidat, en séance publique et pour laquelle le maximum de points est de 20 par question.

2° Une épreuve orale, théorique, comprenant deux questions, une de pathologie interne, une de pathologie externe. Dix minutes sont accordées aux candidats pour exposer l'ensemble de ces deux questions après vingt minutes de préparation sans livres ni notes. Le maximum des points sera de 15 par question.

L'interne titulaire nommé à ce concours entrera en fonctions le 15 janvier 1938 ; les provisoires seront appelés à remplacer les titulaires suivant les vacances qui se produiront. (Les internes provisoires qui désirent concourir de nouveau pour devenir titulaires bénéficient au concours suivant de 5 points d'avance).

Avantages accordés aux internes en fonctions : L'interne de garde prend ses trois repas et couche à l'hôpital. Les autres prennent le repas de midi à l'hôpital. Les internes reçoivent un traitement annuel de : 7.800 francs la première année ; 8.400 francs la deuxième année ; et 9.600 francs la troisième année.

De plus, une indemnité annuelle de 500 francs est donnée aux internes mariés, qui reçoivent en outre les allocations familiales de la caisse de compensation.

— **Hospices civils de Rouen.** — *Un concours pour la nomination d'un médecin-adjoint* des hôpitaux de Rouen aura lieu le jeudi 3 février 1938, à l'Hospice Général.

Les candidats devront se faire inscrire à la direction, enclave de l'Hospice-Général, où ils pourront prendre connaissance du règlement détaillé ; la liste d'inscription sera close le 8 janvier 1938, à 18 heures

L'entrée des établissements hospitaliers demeurera interdite aux candidats vingt-cinq jours avant l'ouverture du concours.

Les fonctions de médecin-adjoint sont gratuites. Les médecins-adjoints, lorsqu'ils remplacent les chefs de service, reçoivent au prorata l'indemnité de fonction, calculée à raison de 5.000 francs par an.

— **Hospices civils du Puy** (Haute-Loire). — *Un concours pour la nomination d'un médecin radiologue* sera ouvert le mardi 28 décembre 1937.

Ce concours aura lieu à l'Hôpital Docteur Emile-Roux, devant un jury présidé par M. Belot, de Paris.

Les candidats (Français) devront adresser leur demande accompagnée des pièces nécessaires par lettre recommandée au Président de la Commission administrative avant le 15 décembre 1937 ; aucune demande d'inscription ne sera admise après cette date.

— **Hôpitaux de Montpellier.** — *Internat et externat.* — Les concours d'internat et d'externat des hôpitaux de Montpellier se sont terminés par les nominations suivantes :

Sont nommés *internes titulaires* : MM. Claude Gros, André Vedel, René Soulier, Jean Rigonnet, Eric Nègre, René Passouant.

Sont nommés *externes en premier* : MM. Souchon, Bosc, Duc, Fabre.

Sont nommés *externes titulaires* : Mlle Marianne Cadier ; M. Gilbert Blaquière, Mlle Geneviève Vinon, MM. Jean Andréani, Lucien Dinguirard, Mlle Juliette Rabejac, MM. Jean Etienne, Alfred Campo, Jacques Germer-Durand, Paul Belvèze, Mlle Antonia Orsini, MM. Claude Bailiet, Hervé Roussignol, Georges Sauret, Mlle Yvonne Fabre, MM. Emile Bénézech, Georges Mazoyer.

Sont nommés *externes provisoires* : MM. André Rolland, Etienne Boissier, Mlle Madeleine Portes, MM. Fabre de Morthon, Robert Graafland, Emmanuel Ponsoye, Pierre Amiel.

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Charles ADRIAN, de Strasbourg ; du Docteur Edmond APARD, de Paris ; du Docteur Jules BOYER, d'Elbeuf ; du Docteur René CHAPPEL, de Saint-Brieuc ; du Docteur Edgard LANTZENBERG, de Paris ; du Docteur Paul DE MALHERBE, directeur du Bureau d'hygiène de Châtelaillon (Charente-Inférieure) ; du Docteur Philémon THÉVENET, de Voreppe (Isère).

— **Erratum.** — Dans notre numéro 48 du 28 novembre, page 3398, dans le compte rendu que nous avons publié d'une pièce en vers intitulée : *Watteau : Le Départ pour les îles*, une erreur de typographie regrettable a attribué à M. Louis LECLERC la paternité de cet à-propos. L'auteur est M. LUCIEN LELUC. Il est facile de se rendre compte de l'origine de cette erreur dont nous nous excusons.

J. N.

A TRAVERS L'OFFICIEL

24 NOVEMBRE

Infirmières et sages-femmes coloniales

Décret du 19 novembre 1937 portant création d'un corps d'infirmières coloniales et de sages-femmes coloniales

27 NOVEMBRE

Légion d'honneur

Sont promus ou nommés dans la Légion d'honneur au titre du ministère de la Santé publique :

Officier : M. le Docteur Pestel, de Soissons.

Chevaliers : MM. les Docteurs Gabriel, de Marseille ; Vahnon, de Lyon et Wolt, de Strasbourg.

Hôpitaux psychiatriques

Un poste de médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Bailleul (Nord) est actuellement vacant par suite du départ de M. le Docteur Guilbert, appelé à un autre poste.

28 NOVEMBRE

Enseignement de la médecine

Par décret en date du 21 novembre 1937, rendu sur le rapport du ministre de l'Education nationale, le titre de professeur honoraire est conféré à MM. Roussy, Brindeau et Sergent, anciens professeurs à la Faculté de médecine de l'Université de Paris.

Médaille d'honneur des épidémies

Par arrêté en date du 18 novembre 1937, la médaille d'honneur des épidémies en bronze a été décernée à M. le Docteur Jacquot (André), médecin à Remiremont, pour maladie contractée dans l'exercice de ses fonctions.

Service de santé militaire

Par décret du 18 novembre 1937, sont promus dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé, les officiers de réserve ci-après désignés qui, par décision de la même date, sont maintenus dans leur affectation actuelle :

Au grade de médecin lieutenant

Les médec. sous-lieut. : (rang 12 sept. 1934) Arrii, rég. Paris ; (rang 1er octobre 1936) Riveron, 9e rég. ; (rang 12 oct. 1936) Petit, 9e rég. ; (rang 3 fév. 1937) Laurence, rég. Paris ; Mazingarbe, 8e rég. ; Brégeat, 9e rég. ; Tarraube, 9e rég. ; Biedermann, 20e rég. ; Pasquier, 20e

rég. ; (rang 25 avril 1937) Péron, 8e rég. ; Roumiguières, 13e rég. ; (rang 29 avril 1937) Courtillie, rég. Paris ; (rang 6 mai 1937), Pesbeyekian, 2e rég. ; Lubas, 8e rég. ; (rang 9 mai 1937) Wichet, 2e rég. ; (rang 3 juin 1937), Maillet, 9e rég. ; (rang 11 juin 1937) Vienne, 2e rég. ; (rang 19 juin 1937) Hornus, rég. Paris ; (rang 21 juin 1937) Angyal, rég. Paris ; Apert, rég. Paris ; Berlioz, Bloch, Boulard, Boureau, Bouroullec, Bouvens, Van der Boijen, Camena d'Almeida, Cernéa, Coullondon, Courtial, Dassencourt, Durandy, Fargier, Fuillastre, Fréchin, Klein, Le Camus, Le Canuet, Lepoivre, Marre, Petraudt, Polak, Quilichini, Schlumberger, Traut, Turpin-Rotival, Vasserot, Waynberger, Zaepffel, rég. Paris ; Cohn, Gautier, Lamy, Marcou, Villette, 2e rég. ; Boudonnet, Chatellier, Chevallier, Chevron, Claudeville, Gatel, du Lac, Lesène-Monnier, 4e rég. ; Graine, 8e rég. ; Naud, Puybaret, Sicard, Vincent, 9e rég. ; Bérard, Chevalleyre, Chognon, Collas, Lantheaume, Mandonnet, Poussin, Rouel, Vernet, 13e rég. ; Appy, Arlaud, Bagnantnchi, Barbier, Bonnefoy, Chassy, Coulomb, Leschi, Rosanoff, Rouger, Salamon, Schafer, 15e rég.

Chaumeil, Doat, Fourcade, Nègre, 17e rég. (rang du 24 juin 1937) ; Coldefy, Courtois, Crébessac, Dauphin, Delmond-Bébet, Détroit, Drago, Foucaud, Lanthier, Mesplomb, Muller, Seyer, rég. de Paris ; Barneville, Tannon, 4e région ; Mandroux, Trochu, 9e rég. ; Bienvenu, Collet, Coste, Saveilli, 15e rég. ; Décap, Jourda, Lamothe, 17e rég. ; (rang du 7 juillet 1937) Edouard, 14e rég. ; (rang du 11 juillet 1937) Nessler , 19e C. A. ; (rang du 15 juillet 1937) Laget, 19e C. A. ; (rang du 25 juillet 1937) Chiche, 19e C. A. ; (rang du 1er août 1937) Richir, 1er rég. ; (rang du 10 août 9137) Héchart, rég. de Paris ; Béquignon, 3e rég. ; Vaillant, 4e rég. ; Lafont, 6e rég. ; Morel, 6e rég. ; Carrière, 14e rég. ; Flattot, Lang, Plaisance, Stephant, Voron, 14e rég. ; Biancardini, Clauzel, 19e C. A. ; Breitel, Lapierre, 20e rég. ; (rang du 16 août 1937) Peingnez, Pignon, 1er rég. ; (rang du 19 août 1937) Freysselinard, rég. de Paris ; (rang du 20 août 1937) Déplante, 14e rég. ; (rang du 12 août 1937) Assailly, Bourier, Combes, Fay, Laik, Morhange, rég. de Paris ; Bondet, 14e rég. ; Lucchini, Monfort, Nébbia, Pérettti, 15e rég.

Fabre, Talayrach, Thévenin, Valette Pierre, Valette Louis, 16e rég. ; Nerson, 20e rég. ; rang du 24 août 1937) Darmon, 19e C. A. ; (rang du 26 août 1937) Picard, rég. de Paris ; (rang du 28 août 1937) Mathieu, tr. du Maroc), (rang du 12 sept. 1937) Badina, 20e rég. ; (rang du 16 sept. 1937), Lo, 17e rég. ; (rang du 21 sept. 1937) Moutard, 3e rég. ; (rang du 10 août 1937) Courage, Jundt, Léger, 3e rég. ; Deyris, Naudy, Renou, 17e rég. ; (rang du 29 oct. 1937) Andrieu, Glories, Revellat, 17e rég.

Par décret du 20 novembre 1937, est nommé dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé, à compter du jour de l'acceptation de la démission de son grade, l'officier de réserve démissionnaire, ci-après désigné, qui, par décision de même date, reçoit l'affectation suivante.

Au grade de médecin sous-lieutenant

(Rang du 28 février 1935) : Garcin, ex-lieut. de réd'art., c. m. art. 13, aff. 13e rég.

***

Par le même décret, les dates de prises de rang concernant le méd. lieut. de rés. Magimel-Pelonnier, 9e rég. sont fixées : au 1er juillet 1921 dans le grade de méd. sous-lieut. et au 18 mars 1927 dans le grade de méd. lieut. de rés.

Voir la suite page LV-3561

PROPOS DU JOUR

POUR UNE MEILLEURE ORGANISATION DE NOS SYNDICATS

A propos de l'indifférence des praticiens syndiqués. — L'utilisation du referendum

Nous avons signalé, d'après les lettres que nous avons reçues, l'indifférence déplorable dont nombre de médecins praticiens font preuve à l'égard du syndicalisme. Nous avions cru que cette indifférence était localisée à Paris et au département de la Seine où le nombre des syndiqués est hors de proportion avec les dissidents qui sont de beaucoup plus nombreux.

Or, le bulletin d'octobre d'un syndicat de province publie la liste officielle des médecins d'un département et nous constatons avec peine que le quart de l'effectif des praticiens qui y exercent, est dissident. Nous pensons que ce quart n'est pas composé uniquement d'indésirables et il est fâcheux d'y constater pareille proportion d'indifférents ou de sceptiques.

Cette indifférence se traduit ailleurs de bien d'autres façons. Ici le trésorier se plaint de la difficulté qu'il a à faire payer les cotisations ou des retards que mettent les syndiqués à s'acquitter. Là, les payements s'effectuent, mais en laissant des arriérés et parfois la cotisation payée est incomplète. Les sommes exigées ne sont pas cependant telles qu'un médecin dont les ressources sont modestes, ne puisse pas les payer et il faut bien avouer que la mauvaise volonté ou la négligence de certains sont dues à la conviction qu'ils ont de l'inutilité de cet effort.

Il est du devoir des dirigeants des Syndicats de modifier cet état d'esprit. Notre confrère le Docteur J. Gibert, de Commentry, président du Syndicat de l'Allier, nous a démontré qu'à force d'activité et de dévouement ceux qui sont à la tête de son Syndicat, ont pu en rendant des services personnels à leurs confrères y ramener la confiance et la cohésion.

Le Président, le secrétaire général doivent se donner la peine de répondre aux plaintes des syndiqués, de donner une suite à leurs réclamations, de ne pas les renvoyer de Caïphe à Pilate, ni d'éluder les questions et de les lanterner quand la plainte est pour eux gênante, nuisant à certains de leurs amis ou compromettant leurs relations politiques ou administratives.

Nous avons reçu, après la lettre du Docteur Pibre, toute une correspondance encore plus significative que nous ne voulons pas publier, car notre but n'est pas de servir à exercer des représailles mais de donner plus de cohésion et d'ardeur à l'action syndicale.

Le Docteur Delort, président du Syndicat de Saint-Flour-Murat, dans une lettre que nous avons publiée (1), propose pour toute question d'importance de demander par referendum l'avis de chaque syndiqué. Nous croyons le moyen pratique et excellent.

Or ce moyen est appliqué par le Syndicat de Saint-Denis (Seine) et nous venons de recevoir une lettre de son secrétaire, le Docteur Dorvaux, suivie d'un document que nous croyons intéressant de publier :

Je lis dans le *Concours Médical* de ce jour 7 novembre 1937 (auquel je suis abonné depuis trente ans) votre article sur « *Des causes de l'indifférence regrettable des praticiens à l'égard du syndicalisme* ». Je suis de l'avis de votre correspondant le Docteur Delort de Saint-Flour-Murat : il faut provoquer les opinions des syndiqués pour en juger et ce, par le moyen de referendum (dont vous êtes partisan, dites-vous).

A titre de *modus faciendi*, voici celui que j'envoie périodiquement aux membres du Syndicat des médecins de Saint-Denis dont j'ai l'honneur d'être le secrétaire depuis 1919.

Faites en l'usage que vous voudrez et veuillez croire en mes meilleurs sentiments confraternels.

Dr Dorvaux.

---

(1) *Concours Médical* du 7 novembre 1937, page 3.103.

✦✦

SYNDICAT DES MÉDECINS DE SAINT-DENIS ET ENVIRONS
Le secrétaire : Docteur DORVAUX,
20, rue de la République, Saint-Denis (Seine).

Mon cher confrère,

Au nom de la communauté d'intérêts qui nous unit et en vue d'unifier également nos efforts pour un mieux-être professionnel, nous vous demandons d'exprimer en quelques mots, votre opinion, vos idées ou vos suggestions sur les questions suivantes (ou sur l'une ou l'autre d'entr'elles), qui sont toujours à l'ordre du jour de nos séances et de nos travaux auxquels nous vous convions,

Bien confraternellement :
Le Bureau.

QUE PENSEZ-VOUS... ?

I. *Du syndicalisme à Saint-Denis* : 1) de son organisation, 2) de son recrutement, 3) de sa méthode de travail, 4) de sa discipline.

II. *Des principes de la Charte* : 1) libre choix et entente directe, 2, tarif syndical, 3) contrôle par le Syndicat, 4) secret professionnel.

III. *De l'application de ces principes dans* : 1) les Assurances sociales et Sociétés S. M., 2) la loi sur les accidents du travail, 3) la loi des pensions. 4) l'A. M. G. et l'hospitalisation.

IV. *De la défense de ces principes dans* : 1) la médecine administrative, bureaux d'hygiène, état civil, inspection des écoles, du travail, chemins de fer, etc. ; 2) la médecine philantrophique, Sociétés de bienfaisance, Dispensaires, Ligues sociales, O. P. H. S., etc...

V. *De la répression du charlatanisme*, de l'exercice illégal et de celui des médecins étrangers.

VI. *De nos œuvres* de prévoyance et de défense professionnelles, de la médecine en commun, des charges fiscales.

VII. *De nos rapports avec* : 1) les médecins des hôpitaux et les spécialistes, 2) les dentistes. 3) les pharmaciens et les sages-femmes. 4) les aides (infirmiers, masseurs, etc.), 5) la municipalité et les pouvoirs publics.

Voyez-vous d'autres sujets professionnels qui pourraient intéresser le Syndicat ?

Pouvons-nous compter sur votre assiduité ou votre dévouement ?

Veuillez mettre ici votre nom et adresse :

Peut-être serait-il intéressant pour les syndicats qui sommeillent, de prendre exemple sur celui de Saint-Denis et nous serions reconnaissants à notre confrère le Docteur Dorvaux, de nous renseigner sur le résultat qu'il obtient et s'il arrive à secouer l'apathie des syndiqués de sa région.

D'autre part nous recevons sur le même sujet la lettre suivante du Docteur Houssiaux, secrétaire du Syndicat médical de Cannes :

Quelques mots à propos de la lettre du Docteur Delort sur l'absentéisme syndical, que vous avez publiée dans le *Concours* du 7-11-1937.

1° La nécessité d'élire les dirigeants au scrutin ssecret nous paraît absolue. C'est le seul moyen d'être sûr que les syndiqués peuvent indiquer leur choix en toute liberté.

Ce procédé peut avantageusement se combiner avec le vote par correspondance. L'organisation de ce système est des plus faciles.

2° Le referendum est parfois très commode. L'organisation en est elle aussi très simple. Il suffit de quelques textes précis dans les statuts et le règlement intérieur.

On ne peut vraiment dire qu'il s'agisse d'un procédé onéreux : Un questionnaire polycopié au duplicateur sur format machine à écrire revient à 12 fr. les 100 feuilles, et peut s'envoyer comme imprimé avec timbre à 0 fr. 20.

L'envoi revient donc à une quarantaine de francs pour un syndicat de 100 membres.

3° Le Docteur Delort se déclare partisan du maintien des petits syndicats provinciaux, où la cohésion est plus grande, où dirigeants et dirigés marchent coude à coude.

Les médecins d'ici sont opposés au syndicat départemental obligatoire et pour d'autres, ils estiment que, s'il est des régions où le syndicat départemental est préférable, il en est d'autres où le syndicat local est plus avantageux pour la défense professionnelle.

Recevez, je vous prie, etc...

Dr HOUSSIAUX
Secrétaire du Syndicat médical
de Cannes

Toutes les questions soulevées dans ces lettres, méritent d'être examinées sérieusement. Certaines de ces questions touchant l'organisation des Syndicats en Fédérations régionales, en Syndicats départementaux ou en Syndicats locaux ont été maintes fois étudiées et discutées depuis l'origine de notre syndicalisme. La solution la plus sage est de ne pas imposer une constitution uniforme pour toute la France et de laisser chaque syndicat s'organiser au mieux de ses intérêts, sans se désintéresser pour cela des intérêts généraux de la profession ; il faut néanmoins constater que la stucture administrative de notre pays impose à nos syndicats une organisation départementale, syndicat départemental unique ou fédération départementale des syndicats locaux.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

QUELQUES RÉFLEXIONS SUR LES PÉRITONITES A PNEUMOCOQUES

Par M. le Docteur P. HARDOUIN

Professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Rennes

Les très nombreux travaux parus dans les dernières années sur la péritonite à pneumocoques ont permis à la fois de mieux connaître une affection souvent insoupçonnée dans le passé, d'en montrer la fréquence relative, au moins dans certaines régions et de nous convaincre de la redoutable gravité de son pronostic.

Nous savons à l'heure actuelle que cette affection constitue l'une des formes les plus graves de l'infection péritonéale, avec une mortalité, au moins dans les formes généralisées aiguës pouvant atteindre suivant les auteurs de 50 à 90 %, environ 80 % pour les malades opérés à cette période.

Le remarquable rapport de Bréchot et Nové-Josserand au Congrès français de chirurgie de 1931, a parfaitement mis au point à cette date, l'état de la question et les publications ultérieures n'ont guère fait que confirmer les notions acquises.

La fréquence toute p rticulière chez l'enfant et surtout chez la petite fille ressort des chiffres suivants, extraits du rapport précédemment cité. En additionnant les statistiques publiées par différents auteurs nous arrivons à un nombre total de 463 observations dont 320 concernant des enfants.

Tout récemment, Candolin, dans une étude remarquable, faite d'après 97 cas inédits de péritonites à pneumocoques observées dans les hôpitaux d'Helgsingsford, donne 75 % d'enfants pour 25 % d'adultes (1).

Parmi ces enfants, le sexe féminin domine. Quelques auteurs n'ont même noté l'affection que chez des petites filles, comme Kirchoff avec vingt-neuf cas consécutifs ou Schaaning avec sept autres observations. En moyenne, les chiffres publiés indiquent une proportion de 75 % de fillettes pour 25 % de petits garçons.

Nous savons aussi que la péritonite à pneumocoques peut se voir dans le très jeune âge. Netter (1890) a signalé un nourrisson de quatre jours ; Jensen (1902) , un autre de trois semaines ; Mayer et Shopp réunissent huit cas chez des enfants de trois semaines à six mois.

Par contre, l'affection peut se développer à titre exceptionnel jusqu'à un âge avancé : à 60 ans (Léonardo), 70 ans (Laroyenne et Janicot), à 75 ans (Wolfsohn).

Le maximum de fréquence se rencontre chez les enfants de 3 à 12 ans.

La mortalité est incontestablement, plus grande chez l'adulte que chez l'enfant : 60 à 70% chez les premiers contre 35 à 59 % chez les seconds.

Tous ces faits nous paraissent actuellement acquis de façon définitive. Malheureusement, tout n'est pas dit et beaucoup de points, d'un grand intérêt pratique, restent encore à élucider pour parvenir en particulier à établir un diagnostic, précis et un traitement rationnel de l'affection.

Et tout d'abord un premier sujet de discussion vise l'opportunité du traitement chirurgical, et la date à laquelle il doit être appliqué avec les meilleures chances de succès. Un certain nombre d'auteurs, sont, en effet d'avis, que l'intervention faite à la période aiguë de la maladie, dans les premiers jours d'une péritonite à pneumocoques est de la plus extrême gravité et que l'abstension opératoire est préférable, en tout état de cause au traitement sanglant. On doit reculer l'opération à une date plus tardive, lorsque l'infection se sera localisée, et que le chirurgien aura seulement à inciser des collections purulentes bien limitées. C'est là, on le conçoit une question de première importance.

La gravité de l'intervention précoce paraît résulter des statistiques de nombreux opérateurs, en particulier de celle de Budde qui a vu dans ces conditions, la mortalité atteindre 90 % des cas. D'autres moins pessimistes montrent cependant que les cas de morts consécutives aux opérations pratiquées en période de péritonite aiguë reste considérable et en additionnant les chiffres de quelques chirurgiens : Kœnnecke, Obdalek, Candolin etc, je note sur 153 malades opérés entre le premier et le cinquième jour, 94 décès soit environ 60 %.

Il y a donc apparence que l'intervention pré-

(1) Y. CANDOLIN. = Sur la péritonite à pneumocoques. *Acta chirurgica scandinavica.* Vol. LXXVI, Helsingfors 1934.

coce dans la péritonite à pneumocoques est défavorable. Cependant, comme le faisaient déjà remarquer Bréchot et Nové-Josserand en 1931, il y a plutôt lieu de penser, dans la plupart des cas que la gravité de l'infection plutôt que le traumatisme opératoire doit être tenue pour responsable de la mort.

Et la preuve en est fournie par les résultats obtenus dans l'abstention complète de toute chirurgie active : six guérisons et huit morts (Bréchot et Nové-Josserand), une guérison et dix morts (Candolin).

La question du danger extrême de l'intervention précoce n'est donc pas définitivement tranchée, mais alors même qu'elle ne serait pas un facteur d'aggravation, beaucoup la considèrent du moins comme inutile dans la plupart des cas, et, par conséquent, il serait préférable de s'abstenir.

Mais ici un autre problème se pose. Avons-nous actuellement le moyen d'affirmer nettement au début le diagnostic de périt nite à pneumocoques, et y a-t-il inconvénient grave à surseoir à toute opération en cas de doute ?

Tous ceux qui depuis quelques années ont étudié cette terrible infection péritonéale, se sont appliqués justement à en noter les signes cliniques plus ou moins caractéristiques. Disons tout de suite qu'aucun symptôme n'est spécifique. C'est l'ensemble seulement des lésions observées qui permet de songer à la péritonite à pneumocoques à cette période aiguë.

On a signalé en particulier : la brutalité du début ; la douleur violente généralisée à tout l'abdomen ; les vomissements précoces et abondants ; la diarrhée avec selles nombreuses et fétides, la fièvre souvent très élevée dès le début avec pouls en rapport. L'aspect général du malade montre souvent un état congestif, avec visage vultueux, enfin le ventre serait atteint de contraction généralisée, et le ballonnement abdominal serait inexistant.

Les examens de laboratoire auraient une réelle importance. Pour Kolowski, une leucocytose au-dessus de 30.000 avec proportion de polynucléaires dépassant 90 % serait en faveur d'unc péritonite à pneumocoques. Gibson déclare : « La manière dont se présente la numération leucocytaire dans la péritonite à pneumocoques est si caractéristique que le diagnostic peut être fait, ou pratiquement entrevu dans tous les cas., » Mondor à son tour y attache une réelle valeur.

Si tous ces signes se rencontraient habituellement bien groupés chez nos petits malades, il serait relativement aisé de faire un diagnostic précoce, et quelques chirurgiens comme Kirchoff, Rohr, Salzer, Wolfsohn, etc., admettent, en effet, que dans la plupart des cas, il peut être affirmé avec grande probabilité,

Beaucoup ne pensent pas ainsi, et l'étude des observations un peu détaillées que nous avons pu faire et l'examen de nos cas personnels, nous prouvent la rareté d'un ensemble de symptômes caractéristiques.

La diarrhée est un signe excellent, mais elle manque du moins au début dans la moitié des cas.

Le ballonnement du ventre est beaucoup plus fréquent qu'on ne l'a dit puisque Candolin sur 97 observations inédites l'a constaté dès les premiers jours 49 fois.

De même, si la plupart des auteurs admettent la très grande fréquence de la contracture abdominale, nous voyons cependant Bréchot et Nové-Josserand écrire : « Le ventre reste assez souvent souple, dépressible et peu douloureux à la pression. Il y a même souvent contraste entre l'intensité des autres signes et l'état presque normal de l'abdomen ».

Quant à la formule leucocytaire, très discutée, disons seulement que Candolin sur 97 cas personnels, n'a pas trouvé une seule fois le chiffre des globules blancs atteignant 30.000.

C'est dire en résumé que bien rares seront les observations où il sera possible avec quelque chance de succès, d'affirmer le diagnostic. La diarrhée quand elle existe, la douleur violente diffuse et la très forte élévation de température qui atteint d'emblée 39° à 39°5 restent les seuls signes de probabilité.

Et alors la situation reste singulièrement inquiétante. Si l'on est partisan d'attendre pour intervenir dans la péritonite à pneumocoques comment aura-t-on la certitude qu'il ne s'agit pas d'une appendicite aiguë ? Le plus souvent on se trouve en présence d'un enfant ; nous savons tous la difficulté de l'examen chez les tout petits dont trop fréquemment les cris et les mouvements désordonnés rendent illusoire un examen délicat ; et, d'autre part, nous connaissons chez eux l'évolution souvent paradoxale de la péritonite appendiculaire. Les erreurs de ce genre sont extrêmement fréquentes et Tavernier, de Lyon, en particulier, a rapporté les observations de trois petites filles chez lesquelles l'ensemble des signes observés permettaient de penser à une péritonite à pneumocoques typique ; chez elles tout spécialement, il existait une température élevée, des signes abdominaux diffus, de la diarrhée profuse ; et cependant dans ces trois cas, l'opération montra qu'il s'agissait d'appendicite à forme très grave. Dans l'état actuel de nos connaissances, de telles erreurs de diagnostic sont inévitables.

Un autre point angoissant, c'est la question du pronostic. Personnellement, je me suis trouvé deux fois dans de telles circonstances. Une jeune femme de 30 ans, de très bonne santé habituelle, est prise depuis la veille au soir de douleurs abdo-

minales avec quelques vomissements. Le médecin appelé a porté le diagnostic d'appendicite. Il existe chez la malade des douleurs abdominales assez vives à la pression dans la fosse iliaque droite.

Peu de défense musculaire. Température 39°. Pouls 110-115. Bon état général.

Je confirme le diagnostic probable d'appendicite et je conseille une intervention immédiate en insistant sur sa bénignité.

A l'opération : appendicite libre et sensiblement normal. Anses intestinales un peu congestionnées recouvertes d'une sérosité huileuse. Péritonite à pneumocoque. Mort quarante-huit heures plus tard.

Mon second malade était un jeune homme de 20 ans, qui m'est amené à la Clinique par un confrère avec le diagnostic d'appendicite aiguë. Début des accidents la veille au soir : vomissements, ventre dur comme une pierre et très douloureux, sensibilité paraissant plus vive vers le point de Mac Burney.

J'interviens de suite, après avoir rassuré l'entourage sur les suites d'une intervention faite si proche du début des accidents. A l'opération : appendice rouge, anses intestinales congestionnées. Un peu de liquide sero-purulent avec quelques fausses membranes. Péritonite à pneumocoques confirmée par le laboratoire. Mort au bout de deux jours.

Il résulte de tout ceci que, en pratique, nous n'avons à l'heure actuelle aucun signe pathognomonique pour faire un diagnostic certain entre la péritonite à pneumocoque et l'appendicite. C'est dire que même pour les partisans convaincus de l'abstention opératoire précoce dans la première affection, il en est peu qui accepteront le risque d'une pareille conduite devant le danger d'une erreur de diagnostic dont les conséquences peuvent être fatales.

D'ailleurs, les péritonites à pneumocoques sont relativement rares. Voici quelques chiffres signalés par Candolin, indiquant la proportion existant entre la péritonite à pneumocoques et l'appendicite.

Salzer (1924), environ 5 %.

Obdalek (1929), 3,6 %.

Candolin (1934) : enfants de 1 à 15 ans :

Petits garçons : appendicite, 179 ; péritonite à pneumocoques 1.

Petites filles : appendicite 165 ; péritonite à pneumocoques, 16.

Et ce dernier auteur ajoute : « de 11 à 15 ans pour l'ensemble des deux sexes un cas sur 250 = 0,4 %, et passé cet âge la péritonite à pneumocoques est tellement rare et l'appendicite si commune, qu'une comparaison entre les deux n'aurait aucun sens ».

Je n'ai rencontré pour ma part que de très rares observations de cette affection, une dizaine depuis vingt ans, et fait assez remarquable, parmi celles-ci quatre fois il s'agissait d'adultes : une femme et trois hommes. Je ne crois pas en avoir méconnues, car la gravité de l'infection pneumococcique est telle que les décès rapides survenant après des inflammations légères et secondaires de l'appendice auraient sûrement redressé le diagnostic.

Certaines conclusions pratiques me paraissent ressortir de ces quelques réflexions sur la péritonite à pneumocoques, et qui me sont venues à propos du décès d'une fillette, survenu ces jours derniers dans mon service.

Tout d'abord le diagnostic assuré de l'affection est pratiquement impossible. On peut avoir des probabilités mais pas de certitude.

D'autre part, la fréquence de la péritonite à pneumocoques est minime en comparaison de l'appendicite.

Si donc l'abstention opératoire a pu être conseillée à la période aiguë de l'infection pneumococcique, nous savons aussi que l'intervention d'urgence est la règle absolue dans l'appendicite. L'extrême fréquence de cette dernière affection doit donc nous conduire fatalement à une intervention chirurgicale d'emblée.

D'ailleurs, comme nous l'avons dit plus haut, il n'est pas prouvé que l'intervention d'urgence aggrave le pronostic de la péritonite à pneumocoques. Ce n'est pas l'opération qui tue le malade mais la virulence habituelle de l'infection préexistante.

On peut seulement nous objecter que l'opération prévue est inutile ; l'ouverture du péritoine à une période où il existe bien rarement du pus en quantité notable, n'ayant pas d'action sur l'évolution du mal. Nous pensons que cela est vrai, et dans ce cas évidemment une intervention de quelque importance comme une laparotomie médiane, ou des tentatives de lavages intrapéritonéaux seraient absolument condamnables.

Par contre, une incision de 3 à 4 centimètres au niveau de la fosse iliaque, permettant de se rendre compte de l'état de l'appendice et se bornant en tout état de cause à la mise en place d'un petit drain contre le cæcum, ne saurait à mon avis aggraver la situation. Mais elle nous permettra de ne pas méconnaître, surtout chez le petit enfant, une de ces formes anormales, si fréquentes et si graves d'appendicite aiguë, chez lesquelles une abstention de quelques heures pourrait entraîner une issue fatale.

DES DIVERS MODES D'APPLICATION DE L'ANTIGÈNE MÉTHYLIQUE DANS LE TRAITEMENT DES TUBERCULOSES CHIRURGICALES

Par le Docteur Yvin,

Médecin-chef du Sanatorium marin de Roscoff

Tous les médecins qui s'occupent des tuberculoses dites chirurgicales sont unanimes à reconnaître que l'antigène méthylique de Boquet et Nègre constitue un adjuvant précieux dans les traitements actuellement en usage.

Depuis six ans environ, nous étudions chez nos malades du sanatorium marin de Roscoff et de la Clinique de Laber l'action de l'antigène et ce sont les résultats obtenus dans une quarantaine de cas que nous voulons analyser dans cet article.

Contrairement à la plupart de nos confrères, nous employons surtout l'antigène dans les lésions tuberculeuses ouvertes. Ce sont nos premiers essais qui nous ont incités à employer ce traitement dans les ostéo-arthrites multifistulisées, dans les maux de Pott, dans les coxalgies où il persiste souvent depuis très longtemps une fistule suintante un écoulement plus ou moins abondant, enfin dans beaucoup de plaies superficielles succédant aux adénites. C'est une des raisons pour lesquelles le nombre des malades ainsi traités est relativement réduit. Nous suivons rigoureusement dans le traitement les indications fournies par le Docteur Nègre.

Injections d'antigène. — Les injections sont pratiquées deux fois par semaine, sous la peau. Nous commençons toujours par 1/4 de c. c. d'antigène dilué dont nous faisons cinq iqûres. Puis, nous continuons à la même cadence en augmentant à chaque série de 1/4 de . c., pour atteindre 1 c. c. Souvent, avant de passer à l'antigène pur, nous faisons au malade 7, 8, jusqu'à 10 c. c. d'antigène dilué, à la dose de 1 c.c. chaque fois, naturellement. Nous passons alors à l'antigène pur, nous reprenons au 1/4, de c. c. pour atteindre le centimètre cube en suivant la même progression.

Pansements à l'antigène. — Ces pansements ne s'adressent évidemment qu'aux plaies en surface, aux décollements cutanés résultants d'abcès fistulisés, aux adénites largement ouvertes, aux tuberculoses cutanées. Quelques compresses imbibées d'antigène dilué, plus tard, d'antigène pur, sont mises sur la plaie, recouvertes d coton et entourées d'une bande. Deux ou trois jours après, le pansement est renouvelé dans les mêmes conditions.

Instillations d'antigène dans les trajets. — Dans certaines plaies anfractueuses, dans les trajets fistuleux, nous avons employé quelquefois l'instillation d'antigène, dans les trajets profonds, fosse iliaque, hanche, nous poussons le produit à l'aide d'une seringue sur laquelle est monté un trocart à ponction. La dose a varié entre 1 et 3 c. c. d'antigène dilué et 1/2 à 1 c. c. d'antigène pur.

Pansements à la vaseline antigène. — Le Docteur Nègre et ses collaborateurs ont préparé voici quelque temps, un mélange vaseline-antigène et un mélange stéarate-antigène dont nous nous sommes souvent servi — ce dernier un peu irritant pour la peau a été abandonné. Le mélange à la vaseline est, au contraire d'un emploi très facile et nous nous en servons comme d'une pommade banale dans les lésions superficielles.

Antigène en lésion fermée. — Une seule fois, nous avons injecté de l'antigène en lésion fermée. Il s'agissait dans ce cas d'un enfant porteur d'une tumeur blanche du poignet avec abcès dorsal. Cet abcès fut ponctionné et les 3 à 4 c. c. de pus ainsi soustraits furent remplacés par 1/2 c. c. d'antigène dilué. L'abcès se reforma très lentement. Une nouvelle ponction fut suivie de l'introduction de 1 c. c. d'antigène dans la poche. Le malade est toujours au sanatorium, son abcès s'est résorbé spontanément, très lentement, depuis la dernière ponction. Il ne persiste plus à son niveau qu'une très légère induration. Nous croyons pouvoir affirmer que, dans ce cas particulier, l'état local a été nettement influencé par l'injection dans la cavité même de l'abcès.

Voici maintenant le résumé des résultats que nous avons obtenus dans différentes formes de tuberculoses chirurgicales par les divers procé-

dés ci-dessus décrits. Nous signalerons au cours de cet expos , certains cas particuliers où l'action de l'antigène fut incontestable, car, tous nos malades profitent naturellement de la cure hélio-marine habituelle jointe à l'immobilisation quand celle-ci est nécessaire.

Mal de Pott. — Nous avons traité trois adultes : l'un par instillations est parfaitement guéri, un second avec nombreuses fistules et qui es toujours en traitement est très amélioré, un troisième, par injections a guéri dans d'excellentes conditions.

Sur trois enfants, l'un qui présentait une fistule lombaire datant de plusieurs années a été rapidement amélioré par injections, les deux autres traités par instillations sont toujours en traitement et leur état reste sans changement. L'un de ces derniers présente un mal de Pott lombo-sacré particulièrement grave, compliqué d'anémie sévère, d'abcès multiples ayant littéralement criblé le dos et les fesses d'orifices fistuleux.

Coxalgie. — Sur deux adultes traités par injections, l'un est guéri, l'autre est resté sans changement.

Chez cinq enfants traités par injections, deux sont guéris, deux améliorés, un sans changement.

L'un de ces enfants guéris fut le premier soigné chez nous à l'antigène. C'était un coxalgique présentant depuis trois ans une fistule inguinale suppurant modérément. Une douzaine d'injection s suffirent à tarir complètement la suppuration — simple coïncidence peut-être — le résultat n'en fut pas moins surprenant.

Ostéo-arthrite du genou. — Sur trois adultes traités par injections, l'un est guéri, les deux autres améliorés. Le premier malade mérite une mention particulière. C'était un jeune homme d'une vingtaine d'années qu'on nous avait adressé de Paris, déjà amputé de la jambe gauche pour tumeur blanche du genou. Il présentait, en outre, une tumeur blanche largement ouverte du genou droit, les condyles étaient apparents des deux côtés ; une tumeur blanche tibio-tarsienne fistulisée du pied droit ; une tumeur blanche du coude droit également fistulisée avec olécrâne dénudé ; un spina de l'annulaire gauche et enfin ce malheureux fit pendant son séjour à notre clinique de Laber des adénites cervicales et une ostéite de la branche montante de son maxillaire inférieur à droite. L'état général allait de pair avec cette multitude de lésions ; individu pâle, anémié, squelettique. Pendant deux ans, ce malade fut soumis au traitement à l'antigène méthylique et à quelques séances d' U. V. à la lampe Kandem. Les progrès tant au point de vue général que local furent rapides et étonnants. Le malade sorti de la clinique, guéri et engraissé de quelque trente kilos a repris une vie active dans l'Administration des chemins de fer de l'Etat où il était employé auparavant.





Ostéo-arthrite du pied. — Sur trois adultes traités par injections, l'un a guéri rapidement, deux autres sont toujours en traitement. Trois enfants soignés dans les mêmes conditions ont guéri d'une façon parfaite. L'un de ceux-ci était une jeune fille présentant une ostéo-arthrite du pied multifistulisée, pied énorme, suppurant abondamment. Les injections d'antigène ont amené rapidement un assèchement des lésions ainsi que le témoignent les deux photos ci-dessus.

Adénites ouvertes. — Chez une femme qui présentait de nombreux ganglions cervicaux suppurés nous avons commencé le traitement par injections, malgré le nombre important de piqûres, aucun changement. Au contraire, pendant ce temps, les groupes ganglionnaires des aisselles et des creux sus-claviculaires se prenaient, une formule leucocytaire nous révéla l'existence d'une maladie de Hodgkin.

Sur quatre enfants soignés, deux furent franchement améliorés par des pansements à la vaseline antigène, l'un amélioré par injections, le dernier guéri par injections.

Ostéo-arthrite des membres supérieurs. — Nous avons traité deux adultes par injections. Tous deux sont guéris. L'un présentait une ostéo-arthrite de l'épaule droite, avec trois fistules deltoïdiennes. Le second, une vieille dame, présentait une tumeur blanche du poignet, dans ce cas particulier, où il n'y avait ni fistule, ni abcès, nous avons néanmoins conseillé des injections, car cette brave personne ne pouvait pas comprendre que sa tumeur blanche était susceptible de guérir uniquement par l'immobilisation plâtrée et l'hé iothérapie. Malgré la gravité des lésions osseuses tuberculeuses des vieillards, notre malade a très bien guéri et son poignet s'est bien ankylosé alors que les doigts conservaient une mobilité suffisante pour permettre les travaux de tricots et de couture.

Un enfant soigné par injections pour une ostéo-arthrite du coude fistulisée est guéri.

Tuberculose du pubis. — Un adulte présentant une tuberculose du pubis avec deux fistules était en traitement à notre clinique depuis dix-huit mois environ quand nous commençâmes à instiller de l'antigène dans ses trajets. La suppuration se tarif après une vingtaine d'instillations.

Tuberculose cutanée. — Un adulte a guéri d'une gomme ouverte après quelques injections d'antigène. Un enfant que nous avons toujours au sanatorium présentait à son arrivée de nombreuses lésions tuberculeuses de la peau à forme verruqueuse. Toutes ces lésions étaient réparties sur le membre inférieur gauche. Les lésions de la cuisse furent traitées à la vaseline antigène, les lésions de la jambe avec une pommade à l'oxyde de zinc appliquées après les séances d'ultra-violets. La cuisse est guérie depuis longtemps, la jambe quoique améliorée n'est pas encore sèche et nous venons d'y commencer égalemen des pansements à la vaseline antigène. Le résultat dans ce cas fut particulièrement intéressant, car les lésions étaient à peu près identiques en surface comme en profondeur et nous avons pu nous rendre compte à chaque pansement des progrès réalisés.

Conclusions. — Parmi les quelques observations précédentes (les premières remontent à 1931) nous avons revu depuis des malades soignés à cette époque. Ils sont restés guéris. Nous continuons toujours d'ailleurs à nous servir de l'antigène et à l'heure actuelle, une vingtaine de malades sont encore soumis à ce traitement. En dehors de quelques élévations thermiques d'ailleurs sans importance, nous n'avons jamais constaté chez nos adultes et nos enfants aucun incident. Dans tous les cas, sauf un (tuberculose du poignet chez une femme âgée), nous avons traité des malades fistulisés et nous avons constaté au début du traitement une augmentation de la suppuration, le pus devenait plus épais, plus grumeleux, puis, peu à peu, la suppuration se tarissait et les fistules se fermaient. Nous répétons que tous ces malades étaient évidemment en cure sanatoriale, mais plusieurs d'entre eux suppuraient depuis longtemps et l'antigène leur a certainement donné le coup de fouet salutaire hâtant, sinon provoquant leur guérison. L'action sur l'état général n'est pas moindre, l'appétit devient meilleur, la gaieté revient chez ces enfants condamnés à une longue immobilité et la confiance renaît chez ces adultes dont la patience est soumise à une rude épreuve. Toutes ces raisons sont suffisantes pour que nous continuions à employer une thérapeutique exempte de dangers quand elle est correctement employée et qui apporte aux malades au triple point de vue local, général et moral une aide précieuse dans le traitement des tuberculoses chirurgicales.

POST-HYPOPHYSE ET SÉCRÉTION GASTRIQUE (1)

Si compliquée que soit déjà la physiologie de l'hypophyse, elle ne laisse pas de comporter encore bien des inconnues, relatives aux propriétés des multiples hormones de cette maîtresse glande. Les importants travaux du Professeur Dodds, de Londres, tendent à prouver que l'hypophyse, en plus des rôles nombreux que lui font jouer les découvertes modernes, contrôle dans une certaine mesure la sécrétion gastrique. Limitant ses recherches à la post-hypophyse, cet auteur rappelle l'existence des deux principes déjà isolés : l'*ocytocine*, dont le rôle physiologique est encore mal connu, puisqu'on a démontré qu'un animal hypophysectomisé pouvait accoucher normalement, et la *vasopressine*, agissant sur la pression artérielle. Ces deux hormones, dont on ignore la composition chimique et dont la synthèse n'a pu encore être réalisée, semblent être de nature protéique ; un fait semble cependant infirmer cette hypothèse : elles dialysent à travers les membranes. Ces deux hormones se trouvent dans les extraits de lobe postérieur préparés suivant une méthode analogue à celle employée pour l'insuline (glande hâchée avec de l'acide picrique et reprise par l'acétone).

La première série des expériences que relate le Professeur Dodds a porté sur des lapins.

Après une injection sous-cutanée d'extrait post-hypophysaire, voici ce qu'on observe : les lapins perdent l'appétit aussitôt après l'injection, et cette anorexie dure pendant toute une semaine. De plus, ils présentent, douze heures, après l'injection, une diarrhée mêlée de sang. Au bout d'une semaine, les lapins redeviennent normaux et recommencent à manger. Si on sacrifie un de ces lapins, douze heures après l'injection, et si on ouvre l'estomac le long de la grande courbure, on voit de grosses lésions de gastrite hémorragique dans l'infundibulum, dans la zone sécrétrice d'acide. Sacrifie-t-on, au contraire, un lapin paraissant guéri, huit jours après l'injection, à l'ouverture de l'estomac on voit, ou bien qu'il est tout à fait cicatrisé, ou bien qu'il présente un ulcère chronique semblable à l'ulcus humain ; cet ulcère ne donne jamais lieu à une réaction péritonéale importante, car son orifice extérieur est adhérent à l'épiploon.

Les coupes microscopiques montrent : 1° que ces lésions siègent seulement au niveau des cellules à sécrétion acide ; 2° que les capillaires sont dilatés et qu'il y a hémorragie diffuse ; 3° que les glandes ont desquamé et que la muqueuse gastrique est désorganisée jusqu'à la muscularis mucosæ.

***

Dans une autre série d'expérience, le professeur Dodds s'est efforcé de déterminer la cause de cette gastrite hémorragique : elles ont montré : 1° que la glande postérieure seule provoque ces lésions ;

2° que l'hormone ocytocique n'a aucune action sur l'estomac ;

3° que la vaso-pressine, seule détermine cette gastrite hémorragique.

***

Poussant plus loin ses recherches cet auteur a montré qu'il ne se produit aucune lésion hémorragique, si on neutralise le contenu gastrique avec des alcalins, et voici ses trois conclusions : *a*) Les lésions hémorragiques ne peuvent se produire que dans la portion de l'infundibulum ; *b*) Elles ne se produisent que lorsque le milieu gastrique est acide ; *c*) Si on neutralise le milieu stomacal, il ne peut se produire aucune lésion hémorragique. Cette dernière est donc une lésion d'origine locale.

***

Mais voici où les choses se compliquent : l'action des extraits post-hypophysaires sur la muqueuse gastrique est toute différente, si l'animal a reçu une injection préalable d'histamine ou d'insuline : dans ce cas, la sécrétion gastrique est supprimée. Opérant cette fois, sur des chats porteurs de fistules gastriques externes, les faits suivants ont pu être établis : si on injecte de l'insuline ou de l'histamine, l'irrigation sanguine augmente immédiatement, et la sécrétion gastrique aussi ; si, alors, on injecte l'extrait post-hypophysaire, l'irrigation sanguine est arrêtée et la sécrétion gastrique supprimée.

On observe les mêmes résultats, si, au lieu d'injecter de l'histamine, on élève la température de l'estomac du chat, au moyen d'un appareil à circulation d'eau chaude : la sécrétion gastrique augmente d'abord, et, secondairement, 'injection de post-hypophyse la tarit, mais ce phénomène ne se produit que si l'espace de temps, qui sépare l'excitation sécrétoire de l'injection post-hypophysaire, ne dépasse pas une heure.

(1) Notes prises par le Docteur Irène Langle, au cours du Professeur Dodds, de Londres, le 25 juin 1937.

***

Dans une dernière série d'expériences sur des chats à fistule gastrique externe, les réactions à l'histamine, à l'insuline et aux repas-tests ont été notées ; ensuite le lobe postérieur d'hypophyse enlevé les mêmes réact ons ont été suivies à nouveau : il a été constaté alors que la sécrétion gastrique était diminuée après l'hypophysectomie postérieure.

On savait que l'ablation de la post-hypophyse n'amène aucune modification chez l'animal hypophysectomisé. Cependant l'auteur est arrivé à trouver une différence dans le rapport du titre de l'acide gastrique et le volume de cet acide, chez ses animaux opérés : en effet, un rapport direct étroit existe entre l'acide titré et le volume de cet acide gastrique chez l'animal intact. Pour l'animal hypophysectomisé il n'y a aucun rapport entre l'acide titré et le volume de cet acide.

***

Sans permettre dans l'état actuel de la question, des conclusions bien fermes, les travaux du Professeur Dodds pourront peut-être servir à l'étude de la sécrétion gastrique et même peut-être éclairer la pathogénie de la maladie ulcéreuse. Ils montrent une fois de plus, quelles étroites relations hormonales relient les glandes à sécrétion interne et les viscères.

A PROPOS DU TRAITEMENT DE LA DÉMENCE PRÉCOCE PAR L'HYPOGLYCÉMIE INSULINIQUE

A la suite de mon article paru dans le numéro du 24 octobre sur ce sujet, j'ai reçu du Docteur Pierre Masquin, d'Avignon, un exemplaire de sa revue *La Provence médico-chirurgicale* en date de janvier 1937 ; elle m'apprend que la méthode de Sakel est depuis quelques mois déjà adoptée en France (services des Docteurs Claude, Guirant et Bauer). Le Docteur Bauer, médecin chef de l'Asile de Naugeat (Limoges) publie en ce même numéro une étude détaillée de cette méthode et quelques observations personnelles de choc insulinique chez des schizophrènes.

Je remercie le Docteur Masquin d'avoir aimablement complété ma documentation sur ce point et rends hommage aux psychiatres français qui s'appliquent à dégager la technique et la valeur d'une thérapeutique nouvelle.

Du travail fort intéressant du Docteur Bauer j'extrais les conclusions suivantes :

1° Les résultats immédiats sont remarquables, fréquents, rapides. Ils provoquent l'enthousiasme de l'expérimentateur ;

2° Malheureusement, ils ne sont pas toujours durables et se montrent peu stables surtout chez les malades anciens ;

3° *Cette thérapeutique brutale n'est pas sans* danger. On peut se demander avec juste raison si, en amenant le sujet aux limites de l'agonie, on ne provoque pas dans ses centres nerveux des lésions destructrices irrémédiables. En tous cas, il faut compter comme contre-indications formelles, les lésions cardio-vasculaires ou rénales et la tuberculose. Il doit être déconseillé en outre chez les dysendocriniens et les sujets âgés de plus de 45 ans.

Le Docteur Bauer n'applique ce traitement qu'avec le consentement des familles et après les avoir renseignées sur les risques.

4° Tel quel, cependant (et dans l'attente qu'il se perfectionne avec le temps) ce traitement mérite d'être connu, notamment du médecin de famille, de quiil dépend qu'il puisse être appliqué précocement, par conséquent avec les meilleures chances de succès.

Le *Concours Médical* se félicite donc d'avoir attiré l'attention des praticiens sur la méthode de Sakel connue jusqu'alors des seuls milieux spécialisés.

G. LAVALÉE.

LA CLINIQUE AU GOUT DU JOUR

Pour le dépistage précoce du cancer de l'œsophage

D'après le Docteur Jean GUISEZ (1)

UNE DYSPHAGIE INDOLORE, SIGNAL D'ALARME

« Il n'est peut-être pas d'affection à début plus insidieux que le cancer de l'œsophage ». Aussi le diagnostic clinique n'est-il presque jamais fait à la période de début.

Ce qui fait égarer le praticien, c'est l'*absence de tout faciès*, que l'on considère comme caractéristique du cancer. Bien souvent des malades, n'ayant pas maigri, à la figure colorée, ne se plaignant que d'une simple gêne intermittente à la déglutition, présentent cependant à l'examen endoscopique une tumeur déjà très prononcée. C'est que le cancer de l'œsophage, au moins pendant toute la période initiale, offre une tendance peu maligne ; l'appétit est conservé, sans dégoût de la viande. Cet ensemble concourt à l'erreur, cependant qu'une analyse symptomatique minutieuse aurait permis de découvrir des signes nets d'un début de carcinome.

Lorsque chez un malade, ayant dépassé la cinquantaine, des troubles dysphagiques apparaissent, même au milieu d'une bonne santé apparente, — lorsque tout d'un coup, en mangeant, celui-ci sent un arrêt de la bouchée de viande ou de pain mal mastiqué, qu'il est obligé d'avaler une gorgée d'eau pour la faire passer, méfions-nous, c'est le *signal d'alarme* du cancer. Ce signe pourra être intermittent, ne pas se manifester pendant plusieurs repas, car, à la suite de cet avertissement, le sujet va manger plus lentement, mieux mastiquer. Mais cette gêne se reproduira toujours à l'occasion de la déglutition d'un aliment solide, jamais d'un liquide.

Or, si la dysphagie est le signe capital du cancer (98 pour 100 cas), il s'agit d'une dysphagie purement mécanique, et *essentiellement indolore*.

Si les douleurs surviennent ultérieurement, elles seront dues à la propagation de la tumeur aux régions voisines : médiastin, nerfs intercostaux, organes proches, colonne vertébrale. Le malade se plaindra alors de douleurs dans le thorax, entre les omoplates, dans la région intercostale, et celles-ci seront toujours tardives.

Une erreur fréquemment commise, en raison du caractère peu accusé et intermittent de cette dysphagie initiale, est celle de spasme simple. Le praticien renvoie le malade à quinzaine avec une ordonnance antispasmodique, souvent plusieurs fois de suite, perdant ainsi un temps des plus précieux. Parfois, il fait faire une radiographie ; mais celle-ci ne donne rien, tant que la sténose n'est pas accusée, c'est-à-dire pendant toute l'évolution initiale. La perméabilité semble, en effet, à peu près normale à la bouillie bismuthée, car celle-ci est demi-liquide ; l'examen aux rayons X si démonstratif, à une phase avancée, du siège et du degré de la sténose, de la forme exacte de l'étendue de la rétrodilatation, peut donc tromper à cette période.

Cependant, la tumeur sera parfois découverte par une endoscopie fortuite, à l'occasion de la recherche d'un soi-disant corps étranger, qui n'est constitué souvent que par une bouchée un peu grosse, déjà venue buter contre une sténose cancéreuse.

On a voulu voir dans la sialorrhée abondante un signe caractéristique du cancer, sous la dépendance d'un réflexe œsophago-salivaire. C'est, en réalité parce que les malades mastiquent et insalivent longuement leurs aliments, les réduisant en bouillie pour essayer de les avaler, qu'il en résulte une hyperproduction de salive : celle-ci existe dans le cancer comme dans toutes les sténoses graves de l'œsophage, et ce signe n'est nullement spécial au cancer. Par suite de la difficulté de la déglutition, la salive visqueuse et filante sort de la bouche sous forme d'expuition : la nuit, elle coule sur l'oreiller. C'est d'ailleurs là toujours un signe tardif, et, lorsqu'il apparaît, le diagnostic du cancer est déjà nettement établi.

L'amaigrissement marche de pair avec la sténose, et, dès que la dysphagie est nettement accusée, il progresse très rapidement. Il est dû uniquement à la difficulté de déglutition. *Il n'y a pas de cachexie cancéreuse proprement dite*, du moins pendant une très longue période ; l'appétit étant conservé, le malade meurt positivement de faim, sans dégoût pour aucune sorte d'aliments. Il y a là quelque chose de tout à fait spécial que l'on ne retrouve dans aucun autre cancer du tube digestif.

Le malade meurt également de faim, avant qu'une généralisation ait pu se produire ; celle-ci est donc exceptionnelle. Mais qu'on donne au patient un moyen de s'alimenter suffisamment pour qu'il puisse survivre, soit par une gastrostomie ou mieux par des applications locales de radium, on peut alors voir se produire des métastases péritonéales, adénites cancéreuses, tumeur du foie, tumeur du bassin, etc.

(1) *La Presse médicale*, 4 août 1937.

Sans retard, une endoscopie est nécessaire pour un diagnostic précoce et un traitement palliatif

Il convient tout d'abord de préciser que la dysphagie met souvent plusieurs mois à se caractériser, car l'évolution de la maladie est particulièrement lente. Chez les gens âgés principalement, elle peut parfois durer plus d'une année, dix-huit mois et même davantage (forme lente) ; au contraire, chez les jeunes sujets au-dessous de 30 ans, l'évolution ne traîne pas ; un mois, deux mois dans certains cas (forme rapide).

L'*endoscopie* constitue une méthode sûre de diagnostic : même à la période de début, le cancer de l'œsophage présente des signes, qui ne trompent pas un œil exercé. Une ulcération ou même simplement une surface végétante, bourgeonnante, qui repose sur une base indurée, dont l'infiltration et l'immobilité contrastent avec la mobilité des parties voisines (l'œsophage étant animé de mouvements incessants, mouvements cardiaques et respiratoires) est toujours du cancer. En outre, signe caractéristique : la lésion cancéreuse saigne avec la plus grande facilité au moindre contact du porte-coton.

Les sténoses inflammatoires consécutives aux spasmes, en particulier chez les gens âgés, sont celles qui peuvent le plus en imposer pour un cancer. Rien ne manque au tableau clinique : dysphagie progressive et indolore, amaigrissement survenant chez un sujet ayant dépassé la soixantaine, tout fait penser à l'établissement d'une sténose cancéreuse. A l'œsophagoscopie, on ne trouve que des lésions d'hypertrophie inflammatoire, qui ne saignent pas, ou d'autres fois, la paroi est comme scléro-cicatricielle, suivant la forme vers laquelle a évolué l'œsophagite chronique, qui est l'origine de cette variété de sténose. Cette même méthode élimine également la syphilis œsophagienne, d'ailleurs tout à fait exceptionnelle.

Certes, la biopsie, lorsqu'elle est positive, apportera la preuve absolue de la malignité d'une tumeur ; mais, dans l'œsophage, elle comporte certaines difficultés et n'est pas toujours sans inconvénients. Le traumatisme, qu'elle occasionne, peut donner véritablement un coup de fouet à la tumeur. D'autre part, une fois sur quatre, avec des signes endoscopiques très nets, la réponse de l'histologiste a été négative, et cependant l'évolution du mal a montré qu'il s'agissait bien d'un cancer. Plusieurs fois, une première biopsie négative a été suivie d'une deuxième positive, effectuée quelques semaines plus tard, retardant par conséquent l'établissement d'un traitement, qu'il y aurait eu grand avantage de commencer plus tôt.

En résumé « la biopsie ne doit être faite que lorsqu'il y a doute ; elle n'a de valeur que lorsqu'elle est nettement positive ; elle n'ajoute qu'un élément de certitude en plus aux données si précieuses de l'œsophagoscopie ».

Quant au *traitement*, il ne semble devoir être que palliatif ; il y a cependant, pour la radiumthérapie notamment, un très grand avantage à le mettre en œuvre dès que possible.

D'autre part, on ne s'en remet à la simple gastrostomie, que lorsque le malade ne peut plus avaler que difficilement les liquides. De son côté, l'extirpation chirurgicale n'a donné des résultats curatifs et prolongés que dans des cas exceptionnels.

Quant à la *radiumthérapie*, la grande difficulté est d'irradier la tumeur dans toute sa hauteur avec des doses suffisantes. Il faut aussi savoir en poser les indications et les contrindications. La méconnaissance ou l'inobservance de ces règles, adaptées à la technique endoscopique, fait que l'on s'expose à de véritables désastres, d'où le discrédit, dans lequel est injustement tombé cette méthode.

Les cancers basi-cellulaires sont plus radiosensibles que les autres ; ce sont, du reste, les plus fréquents dans l'œsophage. Dans certains cas favorables, où les lésions n'avaient pas dépassé les limites mêmes de l'œsophage, J. Guisez a pu obtenir par la radiumthérapie locale des survies prolongées, s'étendant à plusieurs années, avec le retour à une alimentation et à une vie normales. Un bon signe est le retour de l'appétit, qui redevient souvent très vif et l'augmentation du poids. Malheureusement, il ne s'agit là, dans la grande majorité des cas, que d'un simple moyen palliatif, car les lésions sont au moment de l'examen et par suite au début du traitement, généralement trop étendues pour qu'on puisse espérer autre chose.

G. Fischer.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Modifications physico-chimiques du sang après les interventions chirurgicales sous divers anesthésiques

M. L. Blitstein établit que, chez l'homme normal, les variations quotidiennes de la vitesse de sédimentation sont presque nulles. Après les opérations chirurgicales, la vitesse de sédimentation augmente très vite. Le maximum de l'accélération correspond aux 5e-7e jours, puis la sédimentation se ralentit, mais reste encore très ongtemps rapide. Chez les chiens, les simples prises de sang provoquent une accélération de a sédimentation. Après anesthésie, l'accélération est plus grande. Elle est encore plus prononcée lorsqu'on fait une incision pour mettre à nu une veine.

Les variations des protéines totales et de leurs fractions permettent d'interpréter l'accélération de la vitesse de sédimentation.

Chez les opérés, on constate également des modifications des protéines, mais le parallélisme avec les variations de la vitesse de sédimentation est moins net que chez le chien.

Les résultats de l'auteur font conclure que la vitesse de sédimentation augmente lorsqu'il se produit un trouble de l'état colloïdal du sang. Ce trouble ne peut pas toujours être mis en évidence par les dosages chimiques. L'accélération de la vitesse de sédimentation est le meilleur signe de ce trouble colloïdal. (*Revue belge des Sciences médicales*, 1937, n° 4.)

Les spasmes vasculaires dans leurs rapports avec l'endocrinologie

A côté d'autres facteurs cliniques et nerveux, il y a plusieurs hormones qui interviennent dans l'équilibre de la tension artérielle et c'est, sans doute, l'adrénaline qui est la plus importante d'entre elles. Par l'intermédiaire de ses hormones postérieures et antérieures, l'hypophyse intervient moins intensément, écrivent les Professeurs Maranon et Duque, d'après les données que l'on possède actuellement et qui ont été soumises à une critique sévère. D'autres hormones, principalement l'hormone thyroïdienne et l'hormone folliculinique, interviennent d'une façon plus ou moins indirecte dans l'équilibre vaso-moteur périphérique. Toutes ces hormones agissent en collaboration intime avec le système nerveux végétatif.

Les altérations pathologiques de ces hormones interviennent, sans doute, dans la genèse des perturbations du tonus artériel constatées en clinique et, sûrement, dans les perturbations de type spasmodique.

Les crises d'hypertension paroxystique sont, sans doute, produites par de brusques décharges d'adrénaline, chez des sujets qui ont des lésions hyperfonctionnelles des glandes surrénales ; ces lésions n'atteignent parfois que la partie médullaire, mais d'autres fois, la partie médullaire et la partie corticale.

La pathogénie hypersurrénale est très probable non seulement dans ces crises, mais aussi dans un grand groupe d'hypertensions permanentes, chez des sujets pléthoriques qui ont une hypertension variable, une tendance hyperglycémique et souvent des symptômes d'hypercorticalisme (tendance hypervirile, hypercholestérinémie, etc.). Beaucoup de ces hypertendus habituels ont souvent « de petites crises d'hypertension paroxystique », mais comme elles n'arrivent pas à avoir *l'intensité ni les symptômes* des grandes crises, elles passent donc souvent inaperçues ; ou bien, elles sont mal interprétées par les cliniciens : céphalalgie, crises douloureuses abdominales, oppression thoracique, aphasies ou parésies transitoires, etc. *On doit donc* élargir considérablement le cadre des crises d'hypertension d'origine hyperadrénalinique qui sont considérées à présent comme des accidents rares.

L'intervention du facteur hypophysaire dans le spasme artériel permanent ou paroxystique semble beaucoup moins certaine que celle du facteur adrénalinique.

L'hypertension climatérique semble correspondre au groupe des hypertensions que l'on peut expliquer par le facteur hypersurrénal. Les bouffées typiques de cette époque de la vie peuvent être interprétées en faveur de cette explication.

Il semble que l'hypertension émotive soit un des types de l'hypertension par spasme vasculaire ayant une origine endocrinienne (principalement hyperadrénalinique). La pathogénie surrénale ou la pathogénie hypophysaire est peu probable dans les spasmes artériels périphériques, ou acrospasmes artériels, contrairement à ce qui a été proposé par quelques auteurs. Il est possible que des altérations ovariennes et thyroïdiennes interviennent dans la genèse du trouble neuro-végétatif qui est responsable de ces spasmes. (*Le Journal Médical français*, juillet 1937).

Le rôle respectif du bacille de Pfeiffer et du virus spécifique dans l'influenza humaine

M. A. Béclère démontre que le virus de l'influenza humaine, à l'état d'isolement, virus frais ou virus de culture, inoculé à l'homme sain par voie intra-nasale, produit seulement, sauf exception rare, un état morbide inoffensif et de courte durée que rien ne distingue de diverses formes du rhume banal. Ce virus n'en est pas moins le facteur essentiel de l'influenza, son agent causal, celui dont dépendent son extraordinaire facilité de transmission, sa prodigieuse rapidité de diffusion.

Inversement, l'inhalation de bacilles de Pfeiffer par l'homme sain produit un état morbide, également il est vrai inoffensif et de courte durée, mais nullement contagieux et dont la symptomatologie se rapproche davantage de celle de l'influenza épidémique.

La gravité et les dangers de l'influenza épidémique proviennent non pas de l'agent causal, du virus spécifique, mais du bacille de Pfeiffer avec lequel il vit en symbiose, de l'intoxication par les toxines de ce bacille, de sa prolifération à la surface de la muqueuse des voies respiratoires, de sa propagation jusque dans les plus fines ramifications bronchiques et des pneumonies lobulaires qui en sont la conséquence, parfois même de son passage dans la circulation sanguine et de ses métastases en divers organes. D'autres microbes, saprophytes plus fréquents des premières voies, pneumocoques, streptocoques, etc., peuvent d'ailleurs associer leur action pathogène à celle du bacille de Pfeiffer. De ces importantes notions pratiques, dépendra le succès de la vaccination et de la sérumthérapie. (*La Presse Médicale*, 21 août 1937.)

L'interprétation dans la petite enfance d'une cuti-réaction à la tuberculine

Sur ce sujet à l'ordre du jour depuis quelque temps, voici l'avis autorisé du Docteur R. Turquety :

La cuti-réaction de von Pirket est, à n'en pas douter, un des tests les plus fidèles utilisés en pédiatrie.

Mais, comme toute épreuve biologique, il faut, avant d'accepter son résultat, l'interpréter avec discernement.

1° *La cuti-réaction est positive.* — Cela veut dire simplement que l'enfant est porteur de bacilles, sans préjuger du caractère, du siège, ni de l'évolution de la lésion.

2° *La cuti-réaction est négative.* — Il faut, avant de conclure à l'absence d'infection tuberculeuse, préciser les limites étroites où la réaction est susceptible de se montrer défaillante.

a) *pendant la période d'incubation de la tuberculose*, la cuti, parce qu'elle a été faite trop près de l'infection initiale, peut être encore négative (cuti-réaction négative de la période anté-allergique) ;

b) Une cuti-réaction positive peut être *momentanément négativée* par une maladie intercurrente (rougeole, par exemple), par un érythème solaire ou actinique, par une brusque poussée de fièvre peut-être. Des causes locales (caractères de la peau, déséquilibre glandulaire, troubles circulatoires) peuvent modifier son intensité dans un sens ou dans l'autre.

En réalité, ces facteurs n'interviennent, les uns pour suspendre, les autres pour affaiblir la cuti-réaction, que d'*une manière toute transitoire.*

Les connaissant, on se mettra à l'abri de leur influence en répétant les tests à quelques jours d'intervalle.

Dans les cas douteux, on aura recours à l'intradermo-réaction, plus sensible et un peu plus précoce.

c) La cuti-réaction conserve en général, *au stade de généralisation, dans le premier âge,* la valeur qu'on lui reconnaît pour le diagnostic du début et de la période d'état de la tuberculose.

C'est du moins ce que l'on observe en cas de généralisation par voie sanguine : méningite, granulie, la voie sanguine étant habituellement le mode de dissémination qui marque le terme de l'évolution maligne de la tuberculose dans le premier âge.

L'apparition de ces accidents ne vient pas rendre négative une cuti-réaction qui était jusque là positive.

Elle en modifie seulement l'aspect.

S'opposant à cette règle, il faut connaître les cas d'exception où la tuberculose du nourrisson peut évoluer en quelques semaines vers la généralisation (méningite ou granulie) sans qu'à aucun moment — pas plus à la période d'état qu'à la période terminale — la cuti-réaction se soit montrée positive.

(*Gazette médicale de France*, n° 13, 1937).

Le cancer du corps de l'utérus avant et après la ménopause

Le Docteur Claude Beclère fait remarquer qu'avant la ménopause le cancer est plus fréquent qu'on ne le croyait jusqu'ici. Aussi est-il indispensable de le rechercher systématiquement pour pouvoir le dépister dès son début et le traiter chirurgicalement dans les meilleures conditions. Le curettage biopsique et l'hystérographie préalable systématique permettent désormais ce diagnostic précoce. L'hystérographie révèle les lésions intra-utérines, montre le siège et l'étendue de la tumeur, guide la biopsie et précise utilement les indications thérapeutiques. (*La Presse Médicale*, 22 septembre 1937).

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Chimiothérapie par les sels d'or de la tuberculose pulmonaire

(MM. Paul COURMONT et H. GARDÈRE ; 26-10-1937)

MM. Courmont et Gardère ont étudié le mode d'action des sels d'or dans la thérapeutique de la tuberculose pulmonaire et ils ont tiré de leur travail quelques déductions pratiques.

Il est probable, disent-ils, que les sels d'or interviennent chez les tuberculeux par leur activité antiseptique très élevée et aussi en provoquant ou exaltant le pouvoir bactéricide des humeurs. Cette double propriété doit s'exercer plus facilement dans le sang et surtout sur les « bacilles nus », formes jeunes et plus vulnérables du bacille de Koch.

L'action des sels d'or, d'autre part, sur le tissu réticulo-endothélial et les organes tels que le foie et la rate semble certaine. Elle provoque probablement la formation de substances bactéricides, d'anticorps, et des réactions favorables à la guérison quand elles se maintiennent dans certaines limites.

Les réactions *locales* par les sels d'or jouent un grand rôle, tantôt utile, tantôt nuisible, suivant leur degré. Trop vives, elles entraînent des accidents soit par activation locale des tubercules avec poussées lésionnelles, soit par réactions générales secondaires (fièvre, troubles hépatiques, etc.). Ces effets nuisibles sont à rapprocher de ceux de la tuberculine.

La pathogénie des accidents peut encore relever soit de l'action toxique directe, sur les organes, des doses fortes ou accumulées, soit de la sensibilisation du malade. Entre, en outre, en jeu l'hypersensibilité indifférente du tuberculeux causée par la maladie et non par le médicament qui en est seulement le révélateur. Cette hypersensibilité, décelée par les injections de sels d'or, explique non seulement beaucoup d'accidents précoces, mais la fragilité même des tuberculeux, de certains tuberculeux principalement, chez qui l'on peut ainsi trouver une sorte d'élément de pronostic.

Pour toutes ces raisons, M. Courmont reste partisan des très petites doses de sels d'or qui suffisent en général à déterminer des réactions utiles, notamment le pouvoir bactéricide des humeurs, qui ne provoquent presque jamais d'accidents sérieux, et qui enfin contribuent au pronostic suivant que ces sels sont bien ou mal supportés dès le début du traitement.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Sur la rechloruration d'urgence avec la solution hypertonique à 10 p. 100

(MM. Léon BINET et P.-J. VIALA ; 13-10-1937)

MM. Wilmoth et Le Melletier ont, il y a quelque temps, rapporté à l'Académie de chirurgie l'histoire d'un malade chez lequel la rechloruration avec la solution hypertonique (en lavements particulièrement) avait été suivie de troubles paraissant dans une certaine mesure devoir être rattachés à la médication.

M. Léon Binet revient sur cette intéressante question de la rechloruration d'urgence. L'existence d'une hypochlorémie au cours de divers états pathologiques, dit-il, n'est plus à démontrer. Si le mécanisme en est diversement interprété (certains auteurs admettent surtout une chloro-déperdition, d'autres une chloro-fixation), son importance ne saurait être discutée. Faut-il rappeler qu'un chien hypochlorémié du fait d'une occlusion intestinale a une survie qui dépasse de beaucoup celle d'un témoin, lorsqu'il est artificiellement rechloruré. Faut-il citer aussi qu'un rat surrénaloprivé et par ce fait en état d'hypochlorémie, est d'une sensibilité particulière aux chocs, sensibilité qui disparaît après la rechloruration. Mais, la rechloruration ne peut-elle pas être dangereuse ?

Il n'est pas discutable que le lavement de sérum salé hypertonique soit capable d'engendrer une diarrhée.

Par voie veineuse, M. Binet a expérimenté chez le chien la solution à 10 % et la solution à 30 %. La première n'a provoqué que des accidents minimes et vite réduits. La seconde, au contraire, a déterminé des troubles très graves, pour la même quantité totale de sel.

L'auteur conclut qu'on a intérêt à employer des solutions salées à 10 % comme taux de concentration maxima. Ces quelques expériences montrent qu'il est préférable, en pratique, comme M. Binet l'a conseillé avec MM. A. Gosset et Petit-Dutaillis, de recourir à la solution chlorurée sodique à 10 %. Dix centimètres cubes répondent à 1 gramme de NaCl. Vingt centimètres cubes de cette solution peuvent être administrés en une seule séance sans inconvénient. L'injection doit être faite par voie veineuse et doit être poussée lentement. Il semble qu'effectuée à bon escient, dans les limites convenables, la rechloruration d'urgence est et restera une méthode thérapeutique efficace et non dangereuse.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

Insulino-résistance prolongée et radiothérapie hypophysaire

(MM. F. RATHERY et P. FROMENT ; 11-6-1937)

L'insuline constitue pour le traitement du diabète une médication merveilleuse mais, de même que le diabète est un syndrome relevant de mécanismes divers, de même le traitement insulinique est inégalement actif chez les diabétiques. Les cas d'insulino-résistance vrais sont aujourd'hui à peu près admis par tous, mais leur mécanisme reste obscur.

Les auteurs ont observé le cas d'un malade longuement suivi qui, après une insulino-résistance remarquable et prolongée pendant près d'un an, a vu celle-ci cesser et même être remplacée par de l'insulino-sensibilité à la suite d'irradiations hypophysaires. Celui-ci atteint de diabète consomptif grave avec cirrhose bronzée reste pendant plus d'un an insulino-résistant. Malgré des doses quotidiennes d'insuline de 300 unités, la glycosurie ne cesse de s'élever à 175 grammes et la glycémie à 3 gr. 40 ; les corps acétoniques et l'acide b-oxybutyrique sont toujours excrétés en quantité importante, et l'état général s'aggrave sans cesse (l'amaigrissement est extrême). Après une phase de traitement particulier (irradiations de l'hypophyse) le patient, avec des injections quotidiennes de 225 unités, devient aglycosurique et sa glycémie tombe à 1 gr. 22 ; puis il présente, à un moment donné, des phénomènes d'intolérance tels que cette dose ne peut être continuée et doit être baissée progressivement. On ne peut donc faire cesser d'une manière durable ni son hyperglycémie ni sa glycosurie et il existe de l'instabilité insulinienne d'un jour à l'autre, mais il y a une transformation générale dans l'état du malade, qui va de pair avec la transformation humorale. On ne peut méconnaître cependant l'amélioration constatée aussitôt après le traitement radiothérapique, alors que pendant dix mois il y avait eu un échec complet du traitement insulinique.

Section de brides et chrysothérapie intrapleurale associées ; le pneumothorax artificiel rapidement efficace

(MM. Michel-Léon KINDBERG et Pierre WEILLER 21-5-1937)

Trois catégories de pneumothorax artificiel :

Dans un premier groupe, le collapsus, aisément et rapidement obtenu, s'avère bientôt efficace : ce sont les bons pneumothorax, ceux auxquels on attribue 70 % de guérison parfaite. Dans un deuxième groupe on range les pneumothorax franchement mauvais, à collapsus théorique en raison d'adhérences étendues ; ils se confondent sans aucun doute avec les pneumothorax irréalisables : il ne faut pas s'obstiner, et l'on doit sans tarder passer la main au ch rurgien.

Mais en l'état actuel des choses, le groupe peut-être le plus important est celui des pneumothorax « moyens » ; le collapsus est limité par des brides ; la rétractilité n'est pas ou n'est que médiocrement déclanchée. Il y a sans doute une certaine amélioration ; peut-être à la longue, après une cure sanatoriale prolongée obtiendra-t-on un certain équilibre et parfois une guérison tardive.

Ce sont ces pneumothorax qu'il faut améliorer et compléter. Ils comportent deux obstacles : les brides adhérencielles et l'irrétractilité du moignon pulmonaire. Ici il faut appliquer d'une manière précoce deux techniques : la section des brides et la chrysothérapie intrapleurale ; l'attente devient une faute, puisque nous sommes armés pour agir.

A l'heure actuelle, dans ces conditions, dès la troisième, la quatrième semaine d'un pneumothorax « médiocre », les auteurs tentent la chrysothérapie intrapleurale ; la section des brides, si elle doit lui succéder, se trouve réalisée avant la fin du deuxième mois ; s'il est besoin, une nouvelle série d'injections intrapleurales permet la plupart du temps d'aboutir en trois ou quatre mois au collapsus souhaité : le pneumothorax, désormais total ou heureusement sélectif, va s'apparenter aux pneumothorax précocement réalisés pour des lésions encore légères ; c'est une transformation du pronostic. Dès lors, la cure de type sanatorial reprend toute sa valeur ; on peut entrevoir dans des délais, longs encore mais acceptables, une reprise progressive de l'activité : en un mot, et en donnant à ce mot toute sa force, elle devient vraiment « réalisable ». Sans ces conditions, un traitement même théoriquement favorable devient trop souvent un véritable désastre pour l'activité sociale et la vie familiale du tuberculeux.

M. RIST. — Lorsqu'un pneumothorax doit être efficace, l'efficacité se montre presque toujours précocement. M. Winter a montré que 4/5 des pneumothorax, qu'il a observés, se sont montrés efficaces dans les six premiers mois de la cure sanatoriale. L'efficacité de plus de la moitié de ces 4/5 était évidente au bout de trois mois, les critériums d'efficacité étant, d'une part, la disparition des bacilles de l'expectoration, et d'autre part le nettoyage radiologique des lésions. Le cinquième restant, autrement dit les pnumothorax dont l'efficacité n'a été démontrée qu'au-delà de six mois, se décompose en trois catégories : en premier lieu, des pneumothorax devenus efficaces après une section de brides faite un peu tardivement. En second lieu, des pneumothorax dont le régime d'insufflation était défectueux, et qui sont devenus efficaces lorsque l'on a mis en œuvre des pressions plus élevées, à des intervalles plus rapprochés. En troisième lieu enfin, des pneumothorax devenus efficaces à la suite de l'apparition d'un exsudat pleural.

Bref, lorsqu'on pneumothorax n'a pas fait sa preuve après six mois, alors que tout a été mis en œuvre pour le rendre efficace, il faut, dès ce moment, songer à le compléter ou à le remplacer par une autre intervention collapsothérapique.

G. F.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Radiologie de l'oreillette gauche chez les mitraux
(Position frontale)

M. R. HEIM DE BALSAC rappelle que l'oreillette gauche normale est invisible en frontale. Augmentée de volume sa projection apparaît sous forme d'un disque sombre occupant le secteur supéro-droit de la masse cardiaque. Les grosses oreillettes gauches se déplacent latéralement, émergeant bientôt de la silhouette, constituant des images radiologiques caractéristiques. Ces migrations auriculaires sont exceptionnelles vers la gauche, habituelles au contraire vers la droite. Les bords droits des deux oreillettes forment ainsi des images en double contour (concentriques ou festonnés) qui correspondent aux stades successifs de la dilatation auriculaire gauche.

Contribution à l'étude de la digestion gastrique

M. L. LEMATTE dit que les examens radiologiques ne peuvent pas renseigner le clinicien sur la valeur fonctionnelle du suc gastrique. Il étudie la genèse du chlore acide liée aux hydrocarbones et aux protides. L'acide chlorhydrique se fixe sur les albuminoïdes sans l'intervention de la pepsine. La protéolyse est fonction des quantités présentes de ferment. Il convient de mettre en valeur les différents facteurs acides et de mesurer la quantité d'azote solubilisé.

M. HIRCHBERG rappelle que l'acide libre n'existe plus après les gastrectomies et que la digestion se fait malgré cela d'une façon parfaite.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES PRATICIENS

Séance du 19 *novembre* 1937

Sensibilité, paradoxe de l'immunité (*suite*).

Deuxième communication

La conception d'une évolution des maladies (en prenant comme type la tuberculose), sous le double signe adverse et alternatif de l'immunisation et de la sensibilisation, s'oppose à la stricte théorie contagionniste, seule admise officiellement, et qui, ayant démesurément grossi sa part de vérité, commande toute l'armature antituberculeuse et affirme l'inutilité de tout traitement médical.

Certes, je n'oserais blâmer les maîtres qui, après une longue période de confiance aveugle en des médications peu actives ou désastreuses, ont réagi par la négation de la thérapeutique. Ce fut une réaction nécessaire.

Mais je leur reproche d'avoir manqué de mesure et de jugement, peut-être même de sincérité, en faisant de l'inanité de leurs recherches personnelles un véritable barrage contre n'importe quel essai de prospection indépendante dans des voies biologiques nouvelles.

En effet, j'ai entendu émettre par un de nos plus éminents spécialistes, cet arrêt qui lui semblait définitif : « Je suis sûr que rien n'est capable de modifier l'évolution de la tuberculose pulmonaire ». Cela remonte d'ailleurs à quelques lustres.

Je vais maintenant répondre à une objection sérieuse et qui semble fondée : « Comment comprendre une sensibilisation qui cède à des « procédés purement mécaniques, tels que le pneumothorax ? »

Cette question fait entrer de plain-pied dans un immense domaine, celui des causes secondes, internes et externes, capables de modifier l'immunité et la sensibilité.

Nous savons expérimentalement depuis Pasteur que des influences physiques peuvent renverser l'immunité et la remplacer par son contraire la sensibilité. La démonstration en fût sa fameuse expérience sur les poules, naturellement réfractaires à une infection, et y devenant sensibles par l'abaissement de leur température normale.

On l'avait prouvé d'ailleurs depuis les temps les plus reculés en usant de l'alitement comme premier traitement. De même ordre, les bons résultats obtenus par l'immobilisation des organes enflammés, la suppression des activités sensorielles, etc...

Ces faits, et bien d'autres, sont restés longtemps de l'empirisme et l'on n'en a tiré aucune loi générale, car l'habitude des phénomènes fait accepter des explications simplistes et empêche de leur chercher une signification plus profonde. Les idées reçues sont, pour la plupart des esprits, une nourriture suffisante qui leur ôte le goût de la belle et sainte curiosité ; la science du jour leur paraît une divinité définitive alors qu'elle n'est que l'échelle de Jacob, reliant la terre au ciel, dont on a gravi les premiers échelons.

De tout cela ressort la certitude de sensibilités et d'immunités locales, en marge de sensibilisations et d'immunisations générales capables de commander l'organisme entier. Bien avant les beaux travaux de Besredka sur les vaccinations locales, il y avait devant des yeux qui ne savaient pas voir, une vérité éclatante.

Dans ma longue pratique médicale, je trouve deux observations inédites qui illustrent cette question.

La première, vieille de trente-cinq ans, concerne une série de 80 furoncles ayant évolué pendant six mois sur l'avant-bras gauche. Aucun ne dépassa le coude ni le poignet, comme si les segments voisins étaient immunisés, l'intermédiaire seul sensibilisé.

La seconde fut, il y a trente ans, une pneumonie limitée au lobe supérieur droit. Au bout de trois jours, soit influence du traitement, soit évolution naturelle, survient la défervescence. Mais après vingt-quatre heures d'apaisement, retour du pneumocoque sur le lobe moyen, le supérieur restant indemne. Même évolution rapide puis troisième atteinte sur le lobe inférieur. Enfin, à la même cadence régulière, l'invasion continue du côté gauche, d'abord sur le lobe inférieur puis sur le supérieur. Et la guérison fut définitive, chaque lobe s'étant immunisé séparément.

Quel tableau plus net peut-on rêver de l'indépendance des segments d'un organe quant à la réaction d'immunisation !

Ainsi, à côté de la grande immunité protégeant tout l'organisme comme un bloc, il existe des états de défenses locales renforcés ou diminués par des actions et réactions locales. Cela semble vrai dans la tuberculose, autant et plus que dans bien d'autres maladies. C'est pour cela que le pneumo est capable d'arrêter l'évolution de la bacillose sur un poumon sans pouvoir, d'ailleurs, empêcher une colonisation sur d'autres organes.

On peut comparer le corps, un et multiple, à une Nation avec le pouvoir central qui veut tout commander mais s'en rapporte souvent aux autorités départementales, urbaines, communales, du soin d'étouffer des désordres locaux.

Envisageons maintenant une autre vue critique : « En face d'une conception qui restitue au terrain organique sa haute valeur, que devient la théorie « allergique ? »

La cuti-réaction tuberculinique peut et doit se comparer aux réactions sérologiques de la syphilis. Elle affirme une activité du bacille de Koch dans l'organisme. Mais quant à son siège, son importance, son pronostic évolutif, elle est muette. Elle existe uniformément dans les cas les plus divers et souvent chez des gens qui n'auront jamais de manifestations tangibles du bacille de Koch. Elle est un témoignage, comme la réaction de Bordet-Wassermann. Rien de plus, peut-être un peu moins. C'est tout de même quelque chose !

Mais en forçant les faits expérimentaux, on a tâché de lui attribuer infiniment plus. On a voulu voir dans la cuti une preuve de la résistance organique à la tuberculose. Mieux encore, on a affirmé que c'était elle la force immunisante hors laquelle il n'y a pas de salut. On s'est appuyé pour cela sur deux constatations matérielles, l'une clinique, l'autre expérimentale.

La première est l'existence chez de nombreux allergisés, d'une santé parfaite ou d'une évolution torpide compatible avec une vie normale. Laissant de côté les cas si fréquents ou la cuti positive n'empêche nullement une évolution fatale, on a déclaré trouver là une preuve que les allergisés se défendent bien.

Quant à la notion du terrain humain réfractaire, qui donne si facilement l'explication de la défense efficace contre le bacille de Koch, il n'en fut pas question. Cependant cette notion de défense naturelle par le terrain avait été reconnue au préalable puisqu'elle a servi de base à l'édifice allergique. Voici en effet une phrase puisée dans « la Tuberculose, de Rist », livre qui fait autorité, pages 149 et 166 : « Nous « possédons à l'égard de l'infection tuberculeuse un certain degré de résistance naturelle ».

Il y est dit que cela établit entre l'homme et le cobaye une notable différence qui explique pourquoi le premier fait rarement une primo-infection fatalement mortelle comme le second. Mais on s'empresse ensuite d'escamoter cet aveu pour affirmer que seule l'imprégnation tuberculeuse permet de se défendre.

La constatation clinique a servi à présenter comme de bon aloi une simple pétition de principe. On note deux choses : allergie, résistance, et l'on affirme que la seconde est la conséquence de la première. C'est le « post hoc, ergo propter hoc » dans toute sa beauté.

La seconde constatation est le phénomène de Koch, c'est-à-dire la guérison rapide d'une seconde infection chez le cobaye primo-infecté. Cette guérison locale n'empêche d'ailleurs pas le cobaye de mourir de l'évolution, dans les délais ordinaires, de sa première infection : ça ne change rien à la marche de la maladie.

Ce phénomène est tout à fait analogue à l'immunité du syphilitique à l'égard d'une seconde infection. Sur ces phénomènes biologiques mystérieux il est permis de faire des hypothèses, mais il semblerait extrêmement tendancieux d'en conclure que pour se défendre contre la syphilis et la tuberculose il est d'abord nécessaire d'être contaminé.

C'est pourtant ce qu'ont affirmé les tenants de *l'allergie force-immunisante*. Ils ont même été très loin puisqu'on avait envisagé la possibilité de pratiquer des infections soi-disant immunisantes avec de petites quantités de bacilles de Koch à ceux qui n'ont pas de cuti positive, étant encore vierges de toute imprégnation bacillaire. C'était en effet le corollaire normal de la première proposition « *allergie égale immunité* » ; on n'a cependant pas osé passer de la théorie à la pratique.

D'ailleurs des faits nouveaux sont venus démentir une doctrine qu'on s'imaginait avoir solidement bâtie.

Tout récemment, en effet, le Professeur Bezançon, en collaboration avec quatre de ses élèves, a communiqué à l'Académie de médecine, des observations poursuivies depuis plusieurs années qui montrent qu'avec une cuti négative des gens exposés à la contagion se maintiennent en parfaite santé et ne deviennent jamais allergiques.

Dans le même sens, deux élèves du Professeur Sergent, Fourestier et Fasquelle, ont publié dans le *Concours Médical* du 17 octobre dernier, un travail dont une des conclusions affirme que, au moins chez les adultes, il est des anergies qui témoignent d'une victoire remportée et maintenue sur le bacille de Koch.

Ces travaux de spécialistes de la tuberculose sont d'accord avec un simple praticien, moi-même, qui, sous ce titre « L'allergie devant la statistique » ai présenté sans succès, pour un prix de l'Académie de médecine, il y a huit ans, un travail qui fut publié dans le *Conocurs médical* du 16 février 1930.

J'y montrais, par l'examen systématique des tables de la mortalité tuberculeuse parisienne depuis 1881 jusqu'à 1926, que le minimum de décès, minimum extrêmement bas, se trouvait d'une façon

constante entre 5 et 16 ans, c'est-à-dire au moment où, la cuti se généralisant, il devrait y avoir par primo-infection le maximum de formes graves. Or c'est l'inverse qui s'est produit, lequel ne saurait exister que grâce à un état d'immunité naturellement acquis sans imprégnation bacillaire, donc sans allergie.

Par contre, le maximum de mortalité tuberculeuse se produit dans la période qui va de 41 à 50 ans ; même certaines années après 50 ans, donc assez tard pour que l'allergie ait eu le temps de les immuniser, si vraiment elle en avait le pouvoir.

Voici quelques-unes des propositions présentées comme conclusion de ce travail d'il y a huit ans :

1° La théorie de l'allergie repose sur des bases fragiles et des affirmations douleuses.

2° La conception de l'anergie comme celle de l'allergie demande une révision complète : *il est des anergies qui marquent une défense organique extrêmement vigoureuse.*

Je ne vous surprendrai pas en déclarant que je me suis senti heureux et fier de voir d'éminents spécialistes de la tuberculose s'engager nettement, quoique à distance respectueuse, dans la voie que j'ai largement ouverte.

Qu'une maladie guérie, que certaines vaccinations puissent obtenir de l'organisme un travail immunisant, difficile à préciser objectivement mais réel, personne ne saurait le nier ! Mais que cette constatation ait pu mener des spécialistes renommés à fermer les yeux sur l'existence de la même immunité, soit innée, soit obtenue avec le temps par un processus naturel mystérieux, ce serait incompréhensible si l'histoire ne nous montrait que de hautes intelligences ont été incapables de se défaire d'idées préconçues dont la fausseté leur était prouvée.

En quoi consiste exactement l'état d'immunité ? Quels sont les éléments organiques qui la représentent ? C'est encore bien obscur malgré la constatation dans le sang de produits jamais isolés ni étudiés directement, que l'on nomme des anticorps.

On est d'ailleurs parvenu, vous le savez, par des moyens à la fois scientifiques et empiriques, à fournir à l'organisme malade les corps dont il avait besoin, tels les sérums d'animaux immunisés ou de convalescents.

Dans la même voie, il y a eu les injections de cholestérine, préconisées par Lemoine, de Lille, ainsi que l'emploi d'hormones, c'est-à-dire de produits organiques utilisés par Naamé, entre autres, contre les tumeurs malignes avec des résultats encourageants.

Il y a quatre ans, le Docteur Pierre-Etienne Martin a publié un livre préparé dans le laboratoire du Professeur Arloing, où il conclut que les acides aminés sont un puissant neutralisant des toxines organiques et microbiennes. Il a même essayé, avec des résultats intéressants contre les cancers, des acides aminés dérivés de la lyse de tissus normaux et tumoraux.

Vous voyez que, sans fracas, des travaux cliniques et de laboratoire indépendants, ont donné des résultats tangibles qui ne peuvent manquer d'être poursuivis et accentués malgré l'indifférence ou l'hostilité des milieux officiels.

Pour moi, je ne saurais terminer cet exposé, qui est une nouvelle affirmation de la prépondérance du terrain humain dans la défense organique, sans rappeler que depuis bientôt vingt années j'étudie cliniquement l'emploi thérapeutique des acides aminés dans la tuberculose et diverses déficiences, et que j'ai précisé l'action remarquablement bienfaisante de certains d'entre eux, et d'une façon presque constante. Les acides aminés sont d'ailleurs une famille immense qui demandera l'effort de plusieurs générations pour être connue et étudiée.

Avant le point final, je tiens à vous affirmer que je ne savais pas, en commençant ce travail, qu'il devait m'amener à mettre en relief mes travaux personnels sur les acides aminés : je n'avais aucune idée préconçue.

J'admire ceux qui écrivent d'après un plan bien tracé auquel ils restent fidèles. Pour moi, je ne fais jamais de plan. J'aime la vérité plus que tout. Lorsqu'elle se manifeste à moi, je la laisse m'entraîner où il lui plaît sans m'occuper de rien : elle est mon guide et ma maîtresse. Je tâche d'être un fidèle serviteur.

Dani HERVOUET.

Montpellier

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET BIOLOGIQUES DE MONTPELLIER ET DU LANGUEDOC MÉDITERRANÉEN

Diphtérie maligne avec syndromes toxiques secondaires et tardifs. Strychninothérapie

MM. JANBON et ALQUIÉ. — Observation d'une diphtérie présentant d'emblée des caractères de malignité, développée chez une femme de 50 ans et traitée précocement par la strychnothérapie, concurremment aux injections de sérum. Des manifestations toxiniques peu graves, mais nettes, se sont faites jour vers le vingtième jour, puis vers le cinquantième jour. La guérison a été obtenue.

Maladie de Banti. Splénectomie. Syndrome pâleur-hyperthermie

MM. RICHE, GUIBERT, AUSSILLOUX et GINESTIE rapportent l'observation d'un malade de 27 ans porteur d'une énorme splénomégalie, pour laquelle la clinique et le laboratoire concouraient à faire porter le diagnostic de maladie de Banti. L'intervention permit de retirer une rate pesant quatre kilogs lors de son extirpation. L'histologie ne venait pas démentir le diagnostic, faute de signe spécifique de Banti.

Les suites opératoires se terminèrent par un exitus au cours d'un tableau analogue au syndrôme pâleur-hyperthermie d'Ombrédanne.

Etude chimique de tophus goutteux

MM. P. Cristol, A. Puech et P. Monnier. — L'analyse très complète d'une poudre provenant de trois tophi chez un grand goutteux a mis notamment en évidence 49 gr. 30 d'acide urique, et 14 gr. 09 de lipides totaux, dont 6 gr. 60 de cholestérol, 3 gr. 83 de lécithines et 3 gr. 66 de graisses neutres, pour 100 grammes de poudre fraîche.

L'observation microscopique du pouls capillaire

M. J. Ravoire exposant les résultats de ses observations insiste sur la rareté du « pouls capillaire capillaroscopique ». Dans tous les cas où il peut être observé, la branche artérielle de l'anse capillaire se montre dilatée, la branche veineuse conservant ses dimensions normales.

Compression médullaire dorsale par métastase rachidienne d'une tumeur mélanique cutanée

MM. G. Giraud, J.-M. Bert et H. Serre. — Explosion métastatique de tumeurs multiples (dont certaines apparaissent mélaniques à l'examen direct) consécutivement à l'ablation d'une tumeur de la région ombilicale paraissant avoir été de même nature. Présence d'une métastase dans le corps de la deuxième vertèbre dorsale. Cette métastase entraîne une paraplégie par compression médullaire, le lipiodol ne dépassant pas le bord supérieur de la troisième vertèbre dorsale.

Deux cas de formations kystiques périarticulaires du genou

MM. Massabuau, Guibal, Joyeux et Courty rapportent deux observations de formations kystiques du genou : l'une constituant le type classique du kyste poplité développé au dépens de la bourse séreuse rétro-condylienne du jumeau interne, l'autre située à la face antérieure du surtout fibro-aponévrotique de la rotule, toutes deux communiquant avec l'articulation.

L'examen anatomo-pathologique a permis de constater l'absence de revêtement épithélial à la face interne de la paroi ce qui est bien en rapport avec les dernières hypothèses admises dans la pathogénie de ces formations kystiques à savoir qu'elles résultent d'une dégénérescence colloïde du tissu conjonctif de la région considérée (Letulle et Bazy-Gouverneur et Leblanc).

Un nouveau cas de mégaduodénum

MM. Massabuau, Guibal, Joyeux et A. Delmas rapportent l'observation de mégaduodénum chez une malade de 45 ans. L'examen radiologique avait montré l'image d'un « duodénum partiel mobile ».

L'intervention a permis de constater un duodénum très dilaté dans sa première portion, en forme de barillet, et la présence d'un rétrécissement au genu superius. Une gastro-entérostomie postérieure trans-mésocolique en isopéristaltisme termine l'intervention dont les suites furent parfaites. Les troubles digestifs accusés par la malade disparurent entièrement.

Les auteurs font ensuite quelques considérations sur l'étiologie et la pathogénie du mégaduodénum et envisagent les principaux résultats radiologiques ainsi que les notions thérapeutiques de cette affection.

Septicémie pneumococcique avec méningite, endocardite, phlébite, hépatite bulleuse et suppuration d'un kyste hydatique latent du foie

MM. Janbon, H.-L. Guibert, Quet et Mlle Vidal. — En dehors des particularités symptomatiques de cette observation, les auteurs attirent l'attention sur l'existence de lésions particulières du foie dont le tissu présentait : des zones de dégénérescence bulleuse, des zones d'infiltration leucocytaire et des zones de nécrose massive sans réaction inflammatoire, donnant au parenchyme un aspect bigarré. Cette « hépatite bulleuse » a surtout été observée au cours des septicémies à B. perfringens.

Parotidite bilatérale d'allure ourlienne, première manifestation clinique d'une mélitococcie

MM. L. Rimbaud, M. Janbon, R. Alquié et Rodier. — Le malade dont l'observation est relatée fut hospitalisé avec le diagnostic d'oreillons. L'évolution ultérieure fut celle d'une fièvre ondulante et se compliqua de sciatique. Il s'agit là d'une manifestation tout à fait exceptionnelle de la mélitococcie, unique à la connaissance des auteurs.

Les Thèses

P. — Dr G. Vettier. — **La protection des denrées alimentaires contre les gaz de combat.** (Thèse 1937).

Les gaz de combat provoquent des troubles profonds dans l'équilibre biochimique des aliments, troubles allant de l'infection sans transformation organoleptique jusqu'à la destruction totale de la matière alimentaire.

Non seulement les gaz de combat peuvent détériorer ou détruire les aliments, mais ils constituent un danger réel lorsqu'ils sont véhiculés dans la denrée.

C'est pourquoi il convient de pouvoir détecter les gaz (l'appareil du Colonel Bruère donne toute satisfaction à cet égard) et, d'autre part, les neutraliser dans les aliments.

Du point de vue militaire, la surveillance des denrées permet aux armées d'être assurées du ravitaillement sans danger entre deux attaques aux gaz, et au soldat de se nourrir sans crainte dans la tranchée.

En cas de conflit, les vivres individuels des soldats, et une provision ménagère pour les populations non combattantes seront protégés en renfermant le vivres de réserves dans des sacs de cellophane. Les vivres d'un repas ou d'une journée seront réunis par surplus de précaution dans un récipient métallique soudé.

P. — Dr P. Eon. — **Contribution à l'étude de la torsion du testicule en ectopie.** (Thèse 1937).

La torsion du testicule en ectopie est loin d'être exceptionnelle. Elle peut se voir à tout âge, mais elle présente son maximum de fréquence chez le nourrisson et le jeune enfant. Il s'agit le plus souvent d'une torsion extra-vaginale.

Si l'ectopie est une cause prédisposante à la torsion, la cause est très difficile à mettre en évidence. Un rôle prépondérant semble pourtant devoir être attribué à la poussée de congestion testiculaire.

Les symptômes en sont des plus variables ; ils sont en rapport avec le siège de l'ectopie. A côté de la variété abdominale, il faut faire une place toute spéciale à la torsion du testicule en ectopie inguinale dont les symptômes peuvent être confondus avec ceux d'une adénite inguinale aiguë ou d'une hernie étranglée.

Le diagnostic est souvent facilité du fait de l'absence d'un testicule dans les bourses, mais parfois rendu difficile par la coexistence possible d'une ectopie et d'une adénopathie.

Le seul traitement est l'intervention chirurgicale précoce. Il faut d'abord détordre le cordon spermatique, abaisser ensuite le testicule dans le double but de le mettre en place normale et d'éviter les récidives.

Le pronostic est uniquement fonction de la précocité de l'intervention, c'est-à-dire du diagnostic. Il faut opérer tôt pour redonner à la glande sa vitalité et éviter ainsi soit la castration immédiate, soit le sphacèle secondaire.

Mp. — Dr Jean Aussilloux. — **Les métrorrhagies post ménopausiques.** (Thèse 1937).

De toutes les causes de métrorragies post-ménopausiques, mises à part les lésions cervicales, la plus commune est le cancer du corps de l'utérus (60 % d'après les statistiques publiées).

Il existe cependant des métrorragies dont les causes siègent en dehors de l'utérus, et que l'exploration intra-utérine ne peut atteindre. Mais elles sont infiniment moins fréquentes.

Les causes les moins rares de métrorragies post-ménopausiques d'origine extra-utérine sont les kystes et les tumeurs de l'ovaire, bénignes ou malignes (3 à 8 % environ). La pathogénie diffère suivant les cas : le plus souvent d'origine réflexe, elle peut reconnaître une source hormonale. L'hyperplasie de la muqueuse utérine, considérée souvent comme essentielle et bénigne, peut être le témoin de la néoformation ovarienne.

En dehors de l'ovaire, les métrorragies post-ménopausiques peuvent, mais bien plus rarement, dépendre :

— soit de tumeurs salpingiennes,

— soit d'affections générales ; artério-sclérose métrorragique, syphilis, dyscrasies sanguines,

— soit de l'appendicite chronique,

Du point de vue du diagnostic, la notion de métrorragies d'origine extra-utérine, sans enlever sa valeur au curettage explorateur, vient confirmer les autres raisons que l'on a de penser qu'il ne peut donner une quiétude absolue. L'exploration intra-utérine, avec ses diverses méthodes devra, si elle reste négative, en cas de persistance de la métrorragie, être suivie d'une laparotomie exploratrice, lorsque l'état de la malade ne la contre indique pas de façon formelle.

L'intérêt théorique de ces origines extra-utérine des métrorragies ne doit pas faire perdre de vue le cancer de l'utérus, qui reste la cause de beaucoup la plus fréquente et la plus grave.

Entre plusieurs diagnostics également possibles, le chirurgien doit s'arrêter à celui dont la méconnaissance serait le plus préjudiciable à la malade.

CARDIOLOGIE

Au sujet du traitement d'urgence de l'œdème aigu du poumon

Par le Docteur LAMBERT

L'œdème aigu du poumon est une des plus dramatiques manifestations paroxystiques de l'insuffisance ventriculaire gauche. Son pronostic est doublement grave : immédiatement, il peut entraîner la mort ; tardivement, il peut être à l'origine de l'insuffisance ventriculaire gauche chronique.

Pour expliquer l'efficacité de son traitement d'urgence, il faut se souvenir de sa physiologie : elle comporte deux éléments, l'un pulmonaire, l'autre cardiaque.

L'élément pulmonaire, cause de la dyspnée intense et de l'expectoration caractéristique, consiste en l'encombrement des alvéoles pulmonaires par un exsudat souvent considérable. C'est à lui que s'adresse principalement le traitement classique héroïque, la saignée. Ses résultats sont parfois remarquables ; il apporte en quelques instants un soulagement bientôt suivi de la fin de la crise. Mais dans trop de cas aussi il est impuissant à arrêter la marche fatale des accidents.

C'est que l'élément cardiaque joue aussi un rôle de première importance. Celui-ci se traduit au moment même de la crise par l'affolement cardiaque et surtout par l'effondrement brutal et intense de la tension artérielle, avec « écrasement » de la différentielle, témoin de la défaillance du myocarde. Contre ce facteur, on met en œuvre le traitement complémentaire de la saignée : l'injection intraveineuse d'ouabaïne. A l'heure actuelle tout le monde est d'accord ; le traitement de l'œdème aigu du poumon peut se poser comme une véritable équation : *œdème aigu à traiter = saignée + ouabaïne.*

Une question se pose pourtant : n'avons-nous pas de moyen de parer aux échecs encore assez fréquents d'une telle thérapeutique ?

Pour pouvoir y répondre, précisons tout d'abord la nature de ces insuccès. Il est bien entendu que, dans tout ce qui suit, nous laissons de côté les formes foudroyantes ou bronchoplégiques, qui entraînent une mort presque immédiate et sont au-dessus des ressources de la thérapeutique.

Un malade ayant une crise d'œdème aigu du poumon, on lui fait, sans perdre un instant, une saignée et une injection intraveineuse d'ouabaïne ; le résultat semble favorable, la dyspnée s'apaise, le patient peut reposer et tout semble rentrer dans l'ordre. Mais ce n'est là qu'un succès passager ; l'insuffisance cardiaque peut rester menaçante dans les heures et les jours qui suivent : il faut faire le bilan de l'atteinte du myocarde, il faut suivre de près l'évolution de la tension artérielle. On sait la gravité du pronostic si son effondrement persiste. Or, l'action de l'ouabaïne est souvent trop brève ou d'autres fois trop brutale : elle renforce la contraction du muscle cardiaque, elle ne remédie pas à son irrigation déficiente, d'où syncope mortelle au moment de l'injection ou peu après, ou encore disparition de l'heureux effet toni-cardiaque et apparition de la grande insuffisance ventriculaire gauche permanente, d'un pronostic quasi fatal à plus ou moins brève échéance.

L'ouabaïne peut sauver la vie du malade ; elle semble beaucoup moins capable d'empêcher la défaillance cardiaque. L'irrigation insuffisante du muscle cardiaque ne permettra pas à celui-ci de résister au travail considérable que représente une crise d'œdème aigu du poumon.

Des travaux récents, tant en France qu'à l'étranger, ont mis à notre disposition un moyen commode et efficace d'éviter ces échecs : nous pouvons renforcer, prolonger et compléter l'action de l'ouabaïne en lui associant l'aminophylline (caréna). Cette dernière agira heureusement sur le débit coronarien et rétablira l'irrigation normale du myocarde ; elle mettra ainsi à l'abri des syncopes survenant au cours de l'injection et elle rendra moins brutale l'action de l'ouabaïne.

Les expériences de laboratoire, aussi bien que les constatations cliniques, permettent de modifier favorablement la classique équation dont nous parlions plus haut : il y a quelque quarante ans, le traitement d'urgence de l'œdème aigu du poumon était la saignée ; hier, il associait à cette saignée l'injection intraveineuse d'ouabaïne ; aujourd'hui, l'équation admise par tous doit être ainsi complétée :

Crise d'œdème aigu du poumon = saignée
+ Caréna-Ouabaïne

Les ampoules de Caréna-Ouabaïne, qui associent à 1/4 de milligramme d'ouabaïne 10 centigrammes d'aminophylline s'injectent de la même façon et aux mêmes doses que l'ouabaïne employée isolément.

Avec cette nouvelle méthode le pronostic de l'œdème aigu du poumon est beaucoup moins sombre qu'autrefois, l'insuffisance ventriculaire gauche permanente est beaucoup moins fréquente. L'avenir éloigné du malade est beaucoup moins incertain. Caréna-Ouabaïne vient compléter heureusement la gamme des différentes formes injectables (intramusculaire et intraveineuse) de caréna, la première aminophylline française.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

TRAVAUX ORIGINAUX

Bulletin de l'Actualité



PHILANTHROPIE

On mène actuellement grand bruit, à propos de l'ouverture et de l'inauguration d'une fondation philanthropique de la banlieue parisienne, répondant à une formule nouvelle, et s'adressant aux classes moyennes.

Depuis longtemps déjà, nous suivons les progrès de cette œuvre et s'il est bien tard, aujourd'hui que les murs sont construits, que les cuisines fument et que les malades viennent, pour élever des protestations, nous voudrions néanmoins montrer, en la prenant pour exemple, par quelle suite d'avatars, le médecin praticien voit se dresser contre lui, des organismes puissants, destinés à lui faire concurrence et à le dépouiller de sa clientèle.

Il y aura six ou sept ans, au mois de mai prochain, nous étions nombreux à assister dans un jardin qu'ornaient les ruines des Tuileries à la pose de la première pierre de ce qui devait devenir l'importante fondation terminée aujourd'hui. L'animateur en était un Américain, vivant en France dont l'activité se retrouve à l'origine de quantité d'œuvres médico-sociales et dont le but semble toujours être de tenir en échec le praticien français. Ignorant de nos lois, de nos coutumes, mais possédant ses grandes et petites entrées dans les ministères, disposant d'une influence importante, cet étranger, d'ailleurs actif et sympathique, mit sur pied d'abord un Comité d'organisation à la tête duquel il eut l'habileté de placer un ancien ministre de la Santé, puis une Commission de dames patronesses, étrangères pour la plupart, bien que naturalisées par leur mariage, pour apporter à la nouvelle fondation cette consécration très parisienne et mondaine qui plait tant à nos hommes politiques et dont il sentait le besoin. C'est de cet assez curieux mélange de politique, de cosmopolitisme et de philanthropie qu'est née, soutenue par les millions des contribuables, les vôtres mes chers confrères, cette curieuse fondation pour classes moyennes.

Il n'est point de pays au monde, autre que la douce France, où il soit possible aux gens les plus étrangers aux choses du pays, et même de la médecine, de réaliser des formations hospitalières contraires aux traditions médicales et aux coutumes française et de mettre sur pied des conceptions financièrement audacieuses, dont le succès n'est rien moins que certain. Mais en France, tout étranger un peu entreprenant a tôt fait de trouver tous les concours désirables et toutes les subventions nécessaires, en faisant jouer des influences et des relations, en donnant ou en acceptant des dîners. Il est curieux de penser que dans la mise en route d'une formation destinée à soigner des malades et construite, en grande partie avec l'argent des contribuables, la corporation médicale n'ait point eu son mot à dire sur la nécessité, sur l'opportunité d'une telle œuvre, sur son emplacement, sur son organisation, sur la manière dont elle devrait recruter ses malades et même ses médecins. Il est curieux de penser que tant de millions dépensés, avant de profiter aux classes moyennes, vont amener une clientèle, obéissant à la large publicité faite lors de l'inauguration, *vers un petit nombre de confrères*, qui comme par hasard,

ont, dès le premier jour, figuré parmi les amis l'animateur et qui sont peut-être même syndiqués.

On en arrive à se demander si l'idée première de la fondation avant d'être philanthropique n'était point un peu égoïste et ne consistait pas à faire construire un bel instrument de travail, capable d'exercer sur la clientèle moyenne un attrait prestigieux. A la vérité les organisateurs de cette fondation philanthropique ont eu la partie belle, il n'ont jamais été dérangés dans la réalisation de leurs projets par le Corps médical de Paris et de la banlieue qui les a bien laissé faire.

Les millions ont été accordés par des Commissions où cependant figurent des médecins, sans que jamais aucune voix ne s'élève pour s'étonner que le Corps médical, ses représentants, sa Confédération n'aient eu leur mot à dire, et ainsi c'est au moment où tout le bâtiment, flambant neuf, ouvre ses portes que le praticien voisin constate avec stupeur le préjudice qui lui est porté.

De tous côtés des protestations s'élèvent, des pétitions circulent, elles arrivent un peu tard, aujourd'hui que tout fonctionne, qu'un état-major de médecins éminents met sa science au service des malades, et que le philanthrope américain fier de sa réussite envisage sans doute une nouvelle manière de ruiner la médecine traditionnelle, en faisant un nouvel appel au bon argent du contribuable français et du médecin praticien qu'écrase l'impôt.

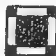
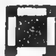
L'idée de soutenir la classe moyenne est en soi excellente, mais sans faire allusion aux multiples moyens dont le Gouvernement dispose pour alléger les charges, je crois qu'il existe depuis longtemps et partout des maisons de santé, des cliniques bien installées où le malade moyen peut trouver pour un prix modeste, les soins qu'il désire.

Depuis le temps que j'exerce la chirurgie, j'ai toujours vu autour de moi les médecins, les chirurgiens s'adapter aux besoins du malade et si l'on cite de temps à autre des exceptions, elles sont infiniment rares et nous ne devons pas supporter qu'on en fasse la règle et qu'on représente notre Corps médical français comme une profession dont la cupidité et l'intérêt nécessitaient l'intervention urgente d'un philanthrope américain, et de quelques dames patronnesses dont l'origine étrangère explique l'ignorance absolue où elles sont de ce qu'est la classe moyenne française.

En réalité, comme la plupart des fondations philanthropiques, *cette dernière venue est née du besoin qu'ont tant d'oisifs de s'occuper et de faire quelque chose.* S'intéressant indifféremment à la littérature ou à la médecine ces hommes dont l'activité n'a jamais été canalisée, voient une idée naître un jour dans leur esprit, souvent elle leur est suggérée dans un but intéressé, ils ont alors tôt fait de grouper autour d'eux d'autres oisifs bien rentés, des dames désireuses de voir rougir leur boutonnière, des officiers en retraite dont la vie est sans but, des hommes politiques toujours à l'affût de nouveauté et ainsi naissent des œuvres dont la nécessité n'est qu'apparente, qui sont mal étudiées, qui coûtent cher à l'usage, qui engloutissent des subventions énormes qui pourraient être plus utilement employées et ceci, sans réaliser jamais le but pour lequel elles ont été créées.

Nées dans le désordre et dans la confusion, ces fondations philanthropiques gardent toujours ces vices originels et sans rendre de bien grands services elles viennent porter un préjudice certain à toute une classe de travailleurs, dont le plus grand tort a été de les laisser naître, alors qu'il fallait les étouffer dans l'œuf.

Dr Raphaël MASSART.

DIFFÉRENCES ENTRE UN MÉDICAMENT ET UN PRODUIT D'HYGIÈNE

Un de nos confrères nous demande (lettre 7.261), si un laboratoire, dont le directeur-propriétaire n'est pas diplômé pharmacien, peut fabriquer, puis vendre à des grossistes un produit d'hygiène quelconque, ayant quelque prétention thérapeutique, une lotion capillaire, par exemple, devant guérir les pellicules et arrêter la chute des cheveux. Peut-il faire figurer sur l'étiquette et sur les prospectus, les vertus thérapeutiques du produit ?

La loi du 21 germinal, an XI précise, dans ses articles 25, 33 et 36, que seuls les pharmaciens diplômés ont le monopole de préparer, vendre et débiter les drogues simples ou composées. Quiconque ne possède pas le grade de pharmacien ne peut pas vendre au poids médicinal, c'est-à-dire aux doses nécessaires, habituelles, usuelles pour la médecine humaine.

Il en est ainsi pour les préparations officinales, c'est-à-dire préparées d'avance pour la vente courante, ou magistrales, c'est-à-dire préparées *secundum artem*, conformément à la formule prescrite par un médecin.

Aussi, lorsqu'on se trouve en présence d'une composition qui doit être préparée, débitée et vendue par un préparateur, qui n'a pas le diplôme de pharmacien, on doit établir la distincti n de ce produit avec le médicament, alors surtout que ladite composition doit être mise en vente comme produit de beauté, ou d'hygiène et non dans un but curatif et thérapeutique.

En d'autres termes, il s'agit de bien faire la distinction entre le produit médicamenteux, dont la préparation et la vente sont réservées aux seuls pharmaciens et les préparations ne présentant aucun caractère pharmaceutique, devant être vendues dans un but d'hygiène pur.

Qu'est-ce donc qu'un « médicament » ?

Les textes législatifs ne nous donnent aucune définition précise. L'ordonnance royale du 25 avril 1777 et la loi du 21 germinal an XI n'indiquent nullement ce qu'il faut entendre par drogues ou médicaments, dont les pharmaciens ont le monopole de préparation et de débit.

La jurisprudence a été maintes fois appelée à définir et préciser cette distinction, entre drogue, médicament d'une part et produit hygiénique, d'autre part. A défaut de définition précisée par la 'oi, les Tribunaux se sont efforcés, à l'occasion de chaque cas particulier qui leur était soumis, de déterminer dans quelles circonstances le respect de la santé publique nécessite le monopole des pharmaciens, pour que les acheteurs soient défendus contre les charlatans d'ordre divers.

Doit-on réserver le nom de « médicament » aux seuls produits, inscrits au Codex ? Non, répond la Cour de cassation, par un arrêt du 22 janvier 1876, car, à côté des préparations et formules, inscrites au Codex, les pharmaciens peuvent composer, pour les débiter au poids médicinal, des ormules magistrales diverses, émanant des médecins prescripteurs.

On a cherché à trouver un criterium dans le fait que, pour devenir des médicaments utilisables en médecine humaine, certains produits doivent subir des transformations, par mélanges, ou autres manipulations, que seuls les pharmaciens ont qualité et savoir pour mener à bonne fin. Le préparateur doit de plus posséder l'expérience et la science, pour effectuer les dosages, ou simplement pour rechercher les éléments devant entrer dans la composition du médicament.

C'est ainsi qu'on a considéré comme médicaments des préparations au quinquina, à la poudre de noix vomique, à des pastilles diverses, aux sels de Vichy, au soufre, voire même à des farines alimentaires, contenant des phosphates.

Aussi les juges demandent-ils à des experts de déterminer et préciser si le produit en cause, dans son mélange, ou ses composants, peut être considéré comme préparation pharmaceutique.

En pareille matière, les Tribunaux ont un pouvoir souverain d'appréciation. Aussi ont-ils estimé, dans certains cas, que vu l'infime dose de produit actif, contenue dans une préparation, on peut considérer celle-ci comme un produit d'hygiène et non pas comme un médicament.

Pour mettre un terme à ces imprécisions, la Cour de cassation a posé le principe suivant, le juge du fait n'a pas qualité pour affirmer les propriétés curatives d'un produit, qui a le caractère d'un médicament : il suffit que le Tribunal considère que ce produit a été mis en vente en vue d'un emploi curatif.

Il appartient donc aux Tribunaux de décider si le produit, qui fait l'objet du procès, est ou non présenté au public et vendu comme ayant un caractère et un but curatifs et s'il constitue ou non une préparation pharmaceutique, en tenant compte à la fois de sa composition et des conditions, ou buts selon lesquels il est présenté au public. Pour être considéré comme médicament, il suffit que le produit ait une action sur l'organisme et soit vendu comme tel, soit pour guérir, soit pour prévenir un état pathologique, ou supposé tel (Cassation, Chambre criminelle, 25 juin 1908).

Cette dénomination du produit, ainsi que les

termes du prospectus, selon lesquels il est présenté au public, ont donc une très grande importance. C'est ainsi que la Cour d'appel de Paris, par arrêt du 8 novembre 1892 et la Cour de cassation, par arrêt du 9 mars 1893 ont décidé qu'il convient de considérer comme un médicament le produit destiné à combattre l'alcoolisme, parce que présenté comme ayant une action sur l'estomac.

A contrario, il ne faudrait pas croire qu'il suffirait d'affubler d'un vocable de préparation hygiénique ou alimentaire, un produit contenant des substances actives, pouvant avoir une action sur l'organisme. C'est ainsi qu'à maintes reprises, il a été jugé que sont de véritables médicaments des vins dits d'agrément, apéritifs ou reconstituants, alors que les composants sont constituées par les teintures ou macérations de plantes ou écorces pharmaceutiques.

Constatons cependant qu'une certaine tolérance s'est peu à peu établie en pareille matière. Nombre de produits vraiment médicamenteux sont vendus dans le public sous des dénominations de préparations d'hygiène, ou produits de beauté, alors que les composants décèlent des traces, parfois importantes, de substances actives. De tels produits ont une action sur la peau, sur le cuir chevelu, sur des dermatoses diverses ; ils ne devraient être préparées que par des pharmaciens et débités par ces derniers, uniquement sur ordonnance de médecins. Cependant, de nombreux instituts de beauté ont leurs produits à nom déposé, souvent préparés par des personnes, qui n'ont jamais fait de pharmacie et mis en vente directement à la clientèle de l'institut, ce qui laisse à ce dernier de très sérieux bénéfices, illicites au regard de la loi de germinal.

Il appartient donc aux Syndicats pharmaceutiques de veiller à la défense de la santé publique, en s'opposant à la fabrication par des gens incompétents, de produits véritablement médicamenteux bien que présentés sous des noms de fantaisie, afin de masquer leur caractère thérapeutique. La vente de telles préparations doit être également entravée par l'action commune des Syndicats médicaux et pharmaceutiques, toujours au nom de la protection de la Santé publique. Le Syndicat des médecins dermatologistes a signalé, à plusieurs reprises, le danger que font courir les exploitants de certains instituts de beauté, qui, par les fards, crèmes ou autres produits *qu'ils préparent et débitent, exacerbent* certaines lésions torpides de la peau et provoquent même des dermites aiguës sur des épidermes sains.

Patronage d'un docteur en médecine

Il m'est encore demandé si un docteur en médecine, qui ne pratique pas n'a donc pas de clientèle et ne paie pas de patente, peut cependant donner son nom et son patronage à un produit.

Je réponds par l'affirmative : le médecin dispose de son patronyme et peut faire exploiter, par un pharmacien, un produit médicamenteux, dont il a trouvé la formule. Il peut encore accorder au pharmacien le droit de prétendre que la formule du produit est le fruit des travaux et recherches dudit médecin, alors que la chose n'est pas exacte. Ce sont des procédés commerciaux, qui ont été maintes fois utilisés par des firmes diverses, voire même pour des produits vestimentaires et d'hygiène.

Mais en accordant ainsi l'autorité de son nom et de son grade de docteur en médecine, le praticien ne saurait cependant prétendre à couvrir une illégalité, alors que le produit ainsi lancé dans le public, serait un véritable médicament, qui ne serait pas préparé par un pharmacien et débité par celui-ci. La loi de germinal est formelle : le monopole des pharmaciens est absolu et un docteur en médecine ne saurait substituer son grade à celui du pharmacien, exigé par la loi pour la préparation et la mise en vente des drogues et médicaments.

Chaque cas particulier doit donc faire l'objet d'un examen approfondi du Syndicat médical local, lequel a la garde de la dignité du Corps médical. A ce groupe corporatif de décider si le Docteur X contrevient, ou non, aux règles générales de la déontologie, en accordant le patronage de son nom et de son diplôme, pour le lancement d'une spécialité pharmaceutique ou d'un produit d'hygiène et de beauté.

Aux Syndicats pharmaceutiques de considérer, de leur côté, si les agissements de ce médecin et de la firme commerciale sont conformes aux règles prescrites par la loi de germinal. Médecins et pharmaciens auront ainsi à se concerter pour une action commune et conjuguée, s'il y a lieu, afin de soumettre le cas particulier à la censure des Tribunaux.

Dr Paul BOUDIN.

CE QUE PRATIQUEMENT LE MÉDECIN DOIT SAVOIR SUR...

Le Secret professionnel en matière d'Assurances sociales

La question de l'applicabilité du secret professionnel médical en matière d'Assurances sociales a soulevé et soulève encore de nombreuses discussions entre médecins traitants d'une part et médecins contrôleurs d'autre part. Alors que les premiers prétendent soigner les assurés sociaux comme des malades ordinaires sans rapports directs avec les Caisses ou le Contrôle médical, les seconds estiment au contraire que, dans l'intérêt même du malade, doit exister une collaboration intime entre les soins et le contrôle, collaboration qui exige la révélation réciproque des constatations concernant l'état du malade. Ces deux opinions extrêmes, entre lesquelles nous tenterons de trouver un terrain de conciliation pratique, ont été développées récemment, la première par MM. Duvoir et Desoille à la Société de Médecine légale (*Bulletin* d'octobre 1937) et la seconde par M. le Docteur Cros et M. le Docteur Sasportas, médecins contrôleurs de la Caisse interdépartementale de Seine et Seine-et-Oise.

Thèse du Secret absolu

Répondant à un article, auquel avait été donnée une très large diffusion, et qui tendait à présenter l'obligation au secret professionnel comme le vestige d'un passé révolu, MM. Duvoir et Desoille rappellent aux médecins que l'article 378 du Code pénal est toujours en vigueur, et constitue une réalité d'ordre public, dont on peut discuter le bien fondé, mais dont on ne peut méconnaître l'existence. Seule une loi peut le modifier totalement ou partiellement. Un décret, ou un arrêté ministériel ne saurait y suffire.

Il n'est pas exact de dire d'autre part que le secret médical ne doit exister qu'à l'égard des tiers non médecins. Il doit au contraire être observé même à l'égard des médecins de contrôle, puisque ces derniers, ne participant pas au traitement, ne sont pas liés par l'article 378 du Code pénal à l'égard de la collectivité qui les emploie. La jurisprudence est formelle sur ce point, tant en matière d'accidents du travail (V. Cour de cassation, Chambre criminelle, 9 mai 1913) qu'en matière d'assistance médicale gratuite (V. Conseil d'Etat, arrêts des 9 novembre 1928 et 20 juillet 1932).

Ne pourrait-on pas toutefois révéler au contrôle, les affections banales et qui n'ont point le caractère de faits secrets ? Non, disent MM. Duvoir et Desoille, le refus de parler doit être systématique ; s'il est exceptionnel, il constituerait à lui seul une dénonciation.

Le malade peut cependant avoir intérêt à fournir des précisions à la Caisse sur son état. Dans ce cas, son médecin peut lui délivrer un certificat, dont ce dernier pourra faire en connaissance de cause tel usage qu'il lui plaira. Mais le médecin n'est jamais forcé d'agir ainsi et peut toujours s'abstenir.

Ajoutons que M. le Docteur Crouzon, à l'opinion duquel sa récente nomination à la chaire de médecine médico-sociale vient donner une particulière valeur, s'est rallié entièrement à ces conclusions.

Thèse du Contrôle médical

Examinons maintenant la thèse opposée, développée par M. le Docteur Cros, dans *La Médecine sociale* et M. le Docteur Sasportas, dans *La Presse Médicale* du 10 novembre 1937.

D'après ces auteurs, le secret professionnel ne doit pas être conçu d'une manière aussi absolue que le prétendent les médecins traitants. Il comporte au contraire, en pratique (famille du malade, par exemple), et en droit (déclarations obligatoires de certaines maladies) de nombreuses dérogations. *La jurisprudence elle-même* estime que la révélation de la nature de l'affection dont est atteint un malade ne tombe pas sous le coup de l'article 378 du Code pénal s'il s'agit de faits non secrets, et si cette révélation ne peut porter préjudice aux intérêts du malade (Cour de cassation, 13 juillet 1936). Il ne faut pas oublier en effet que le principe du secret médical n'a d'autre objet que la défense des intérêts des malades.

Or justement, en matière d'Assurances sociales, il est de l'intérêt de l'assuré que s'établisse entre médecin traitant et contrôle médical une étroite collaboration afin que le malade tire le maximum de profit des prestations de l'assurance-maladie, et que les Assurances sociales puissent réellement remplir le rôle « social » qui leur incombe.

D'autre part, on peut considérer que la loi sur les Assurances sociales a relevé implicitement le médecin traitant de l'art. 378 à l'égard du médecin contrôleur puisqu'elle a prévu formellement cette collaboration en stipulant dans son article 8 § 2 que « le bénéficiaire de l'assurance-maladie peut exiger que les contrôles institués par la loi s'effectuent en présence du médecin traitant », et dans son article 8 § 3 que la

commission technique chargée d'apprécier l'état du malade comprend le médecin traitant indiqué par l'assuré. Il est bien évident disent alors les défenseurs de la thèse du contrôle médical, que la loi a prévu la possibilité pour le médecin traitant de révéler aux médecins contrôleurs ou aux membres de la Commission technique, les constatationns qu'il a faites en soignant son malade, sinon on ne comprendrait guère à quoi rimerait sa présence au contrôle ou dans la commission.

Les défenseurs du secret médical soutiennent d'un autre côté que toute révélation aux mandataires des Caisses constitue une source de « fuites », les médecins contrôleurs pouvant faire connaître à leurs mandants tous les faits connus par eux sur l'assuré. Or, aucunes « fuites » ne sont à craindre de la part du contrôle médical, car en pratique les services administratifs des Caisses n'ont aucune connaissance des constatations médicales techniques faites par les médecins-contrôleurs.

Dernier argument enfin : la conception du secret professionnel doit évoluer avec les conditions sociales nouvelles. Elle ne peut rester aussi absolue en matière de médecine sociale qu'en matière de médecine individuelle.

Discussion

De la confrontation de ces deux thèses, nous pouvons d'ores et déjà tirer une conclusion pratique hors de toute contestation : *le médecin traitant peut délivrer à son malade un certificat descriptif* dont ce dernier pourra se servir pour faire valoir ses droits à l'égard de sa Caisse et renseigner le contrôle médical. Mais, pour les uns, il s'agit là d'un maximum, et pour les autres, d'un simple minimum. Examinons s'il en est bien ainsi.

Posons tout d'abord un principe, fort justement rappelé par la Société de médecine légale : l'*article* 378 *du Code pénal est une réalité positive.* Nous sommes en matière de *droit pénal.* Nous devons donc nous borner à étudier la portée juridique de ce texte, sans avoir à en discuter l'opportunité. Les arguments invoqués par les médecins-contrôleurs en faveur de la suppression du secret à l'égard du contrôle (meilleur rendement de l'assurance, secret observé en fait par le contrôle à l'égard de l'Administration), s'ils pourraient être retenus par le législateur qui étudierait la réforme de l'art. 378 et du contrôle en médecine sociale (par exemple, l'institution d'un corps de médecine contrôleur indépendant), sont, par contre, en l'état actuel du droit, dénués de toute valeur pratique et ne font qu'obscurcir le débat.

On ne saurait sérieusement soutenir que la loi sur les Assurances sociales a dérogé fut-ce implicitement à l'art. 378. En effet, le médecin traitant d'un assuré n'est jamais obligé d'assister au contrôle médical ; il pourrait, devrait, même, s'abstenir s'il devait pour défendre son client, violer le secret professionnel. D'autre part, sa présence comme membre de la Commission technique n'est pas un argument à retenir, car les autres membres (médecin président, et médecin contrôleur), sont liés dans ce cas, par le secret du juge ou de l'expert, et la décision de la Commission, de l'avis des médecins-contrôleurs eux-mêmes, ne doit pas être motivée.

La règle est donc que le médecin traitant est lié par le secret professionnel à l'égard du médecin contrôleur, qui, de son côté, peut examiner à son gré l'assuré et rendre compte à son mandant des résultats de cet examen. Mais, il y a lieu de rechercher quelles sont *les limites de cette obligation au secret*, cela non pas d'après la doctrine médicale, mais bien, puisque nous nous plaçons sur le terrain positif, d'après la jurisprudence. Force nous est bien de reconnaître que les Tribunaux conçoivent l'obligation au secret de manière beaucoup moins absolue que les médecins. C'est ainsi que la Cour suprême a, à deux reprises (arrêts des 29 mars 1927 et 13 juillet 1936) implicitement rejeté la thèse suivant laquelle le silence doit être érigé en système, sous peine en cas de refus exceptionnels de violer, par ce refus même, le secret médical.

Bien au contraire, la Cour de Cassation estime que le médecin traitant *peut* (et *doit* même, lorsque sa déposition est requise en justice), *révéler l'affection de son client, du moment que ce fait ne présente pas le caractère d'un secret, c'est-à-dire n'est pas susceptible par sa nature ou les conséquences qui s'y rattachent de porter atteinte aux intérêts du malade.*

Il y a lieu toutefois de bien comprendre la portée de cet arrêt. La Cour n'a nullement entendu dire, comme voudraient le faire croire les médecins contrôleurs, que le médecin peut révéler des faits secrets, lorsque cette révélation est faite dans l'intérêt du malade, mais seulement que les faits dont la révélation ne porte atteinte à aucun des intérêts du malade ne sont pas des faits secrets.

Par suite un médecin ne saurait faire connaître au contrôle médical l'affection secrète dont son malade assuré social est atteint, même si, au *point de vue particulier des Assurances sociales*, cette révélation était faite dans l'intérêt du malade et était susceptible de hâter sa guérison.

Les médecins contrôleurs commettent en effet une double erreur en prétendant que les faits secrets peuvent être révélés lorsque cette révélation est faite dans l'intérêt de la santé du malade :

1° Le malade n'est pas seulement « un malade », c'est une personne, centre d'un *ensemble*

d'intérêts matériels et moraux, que le secret médical est destiné à protéger, sans qu'il soit possible de distinguer entre eux et de donner la préférence à l'un ou à l'autre ;

2° Le secret professionnel n'est pas seulement le protecteur de l'intérêt particulier et immédiat d'un malade déterminé, il a en outre un caractère d'ordre public et est destiné à défendre *l'intérêt de la société, l'intérêt de la santé publique.*

Comment cet intérêt est-il en jeu ? Il nous suffira, pour répondre, de donner la parole au rapporteur près du Corps législatif, lors de l'élaboration du code pénal : « On doit considérer, disait-il, comme un délit grave des révélations qui ne tendent à rien moins qu'à détruire, en la personne dont le secret est trahi, une confiance devenue plus nuisible qu'utile, et à déterminer ceux qui se trouvent dans une même situation à mieux aimer être victimes de leur silence que de 'indiscrétion d'autrui, enfin à ne montrer que des traîtres dans ceux dont l'état semble ne devoir offrir que des êtres bienfaisants ou des consolateurs ».

Autrement dit, il ne faut pas que la crainte de voir révéler leur mal à des tiers vienne détourner les assurés sociaux de se faire soigner, et cette crainte sera justifiée, même si en fait aucune révélation n'a lieu, tant que le silence des médecins contrôleurs ne sera pas garanti légalement

Par là, il est montré que l'ignorance de ce réflexe psychologique et humain par les partisans de l'abolition du secret professionnel à l'égard du contrôle médical, les conduit sans qu'ils en aient conscience, à vouloir porter atteinte à cet intérêt social, à cette santé publique dont ils se sont au contraire institués les défenseurs.

Conclusions

Voici en définitive quelle doit être, au point de vue positif, l'attitude du médecin traitant d'un assuré social à l'égard du contrôle médical.

Le médecin traitant *peut* révéler (sans y être obligé, hors le cas de déposition en justice), les faits d'ordre médicaux, relatifs à son malade, si ces faits ne sont pas secrets, c'est-à-dire si leur révélation n'est pas contraire aux désirs ou aux intérêts matériels ou moraux du malade.

Cette appréciation est faite par le médecin sous sa pleine et entière responsabilité.

Par contre, le médecin *doit* refuser de révéler tout fait présentant un caractère confidentiel. Un fait est secret de sa nature si sa révélation peut porter un préjudice quelconque au malade et ce, quand bien même elle serait favorable à son traitement et à sa guérison.

Le médecin *peut* seulement dans cette hypothèse (sans y être aucunement obligé) délivrer à l'assuré lui-même, en mains propres, un certificat décrivant son état, après lui en avoir fait comprendre le sens et la portée. Il appartiendra alors à l'assuré d'apprécier, sous sa seule responsabilité, si l'intérêt de santé doit ou non primer ses autres intérêts matériels ou moraux.

Et maintenant nous pouvons nous demander si ce droit positif est bon, s'il doit être approuvé ou réformé, s'il présente plus d'avantages que d'inconvénients. A notre avis, s'il peut faire l'objet d' « aménagements » de détail, le principe du secret professionnel doit être conservé en matière d'assurances sociales, et plus généralement de médecine sociale.

Il trouve en effet son fondement, non seulement dans la loi positive, mais encore dans la coutume, dans l'expérience la plus ancienne, et sa valeur humaine et indubitable. D'autre part l'esprit de la législation française en matière de médecine sociale, a toujours été de faire bénéficier dans la mesure du possible les assistés ou assurés sociaux, en matière de soins médicaux, des mêmes conditions et garanties psychologiques et morales qui sont accordées aux malades ordinaires, conditions et garanties qui peuvent se résumer par ces mots : la liberté dans le traitement.

Or cette libre confiance de l'assuré dans son médecin exige comme garantie le secret professionnel, et l'on peut se demander si sa suppression, qui tuerait la liberté de confiance et nous mènerait immanquablement vers une espèce de « santé dirigée », ne serait pas plus dangereuse pour la santé publique qu'une conception même trop absolue de cette obligation. Le secret médical n'est pas en effet « le vestige d'un passé révolu », c'est une donnée humaine et sociale fondamentale.

Jean MIGNON.

L'ACTUALITÉ PROFESSIONNELLE

Informations syndicales

L'attitude du Syndicat de Cannes à l'égard de la déclaration des causes de décès

L'émotion soulevée par la circulaire ministérielle du 1er janvier 1937, relative à la déclaration des causes de décès par les médecins traitants à compter du 1er juillet dernier, est loin d'être apaisée, et le corps médical ne semble pas encore avoir adopté une attitude unique et définitive à cet égard. Dès le début de l'application de cette mesure, le Syndicat médical de Cannes a tenu par contre, à définir sans aucune ambiguité sa position et à tracer à ses membres une ligne de conduite précise. La question ayant été « reconsidérée » récemment par la Confédération avant l'Assemblée générale, le Syndicat de Cannes l'a étudiée à nouveau, et nous croyons intéressant d'exposer à nos lecteurs le résultat de ses premières et dernières délibérations, qui, fort bien documentées au point de vue juridique, peuvent utilement servir comme base de discussion.

De manière générale, le Syndicat de Cannes s'insurge contre la circulaire ministérielle et la considère (avec raison semble-t-il) comme susceptible d'entraîner la violation du secret professionnel et de l'art. 378 du code pénal. Contrairement à ce qui a pu être dit, en effet, il a été établi que le médecin inspecteur d'hygiène auquel est transmise la carte indiquant la cause du décès peut également connaître le nom du décédé.

Le fait pour le médecin de s'abstenir de mentionner la cause du décès, ou de ne pas parler de « mort naturelle », en cas de mort violente est-il une solution ? En aucune manière, car ce défaut constitue à lui seul une dénonciation, et par conséquent une violation de l'art. 378.

Mais, dira-t-on, le médecin inspecteur d'hygiène est lui aussi soumis au secret professionnel. Cette objection est dénuée de valeur, car il s'agit d'un fonctionnaire obligé comme tel, conformément à l'art. 29 du Code d'instruction criminelle, d'aviser le procureur de la République de tous crimes ou délits dont il a connaissance. En second lieu, même tenu partiellement au secret, le médecin inspecteur n'en est pas moins un tiers à l'égard du médecin traitant.

Dans ces conditions, le Syndicat de Cannes recommande aux médecins de ne point observer la circulaire ministérielle afin de ne point s'exposer à des sanctions pénales, et de continuer à délivrer des certificats de décès sans mention de diagnostic ou de « mort naturelle », ne certifiant que le fait même du décès et non en outre l'identité du défunt et le jour ou l'heure de sa mort. Il souhaite que la Confédération renverse sa tendance actuelle, s'oppose à l'application de la circulaire et propose un système acceptable. Il réclame enfin l'adjonction à l'exécutif confédéral de plusieurs secrétaires adjoints et l'organisation d'une documentation et d'une doctrine écrite et constamment tenue à jour sur toutes les questions syndicales ainsi que le système fonctionne au Syndicat de Cannes, documentation et doctrine qui ont pu faire défaut en l'espèce aux dirigeants de la corporation.

Mais à côté de cette attitude négative de lutte et de défense, le Syndicat de Cannes, a fait également des propositions positives. Il reconnaît en effet l'utilité que peut présenter pour la défense de la Santé publique l'institution d'une statistique des causes de décès. Il a donc recherché et adopté dans sa dernière Assemblée générale un système à la fois efficace et compatible avec le secret professionnel, dont nous croyons intéressant de décrire le schéma.

Il faudrait tout d'abord qu'un texte légal rende obligatoire la déclaration des causes de décès et relève le médecin du secret professionnel à l'égard du médecin inspecteur d'hygiène. En second lieu, il serait nécessaire qu'un texte délie expressément les médecins d'hygiène de l'obligation de dénonciation des crimes et délits prévus par l'art. 29 du Code d'instruction criminelle. Ainsi le médecin traitant saura que les déclarations faites par lui ne seront pas divulguées et ne sera pas tenté de se soustraire à l'obligation de déclaration (il ne faut pas oublier en effet que le respect du secret médical, avant d'être une règle légale, est une règle professionnelle et morale).

Au point de vue matériel, le libellé de la déclaration ne devrait pas faire certifier au médecin l'identité du défunt, ainsi que le jour et l'heure de son décès, mais seulement le fait et la cause de ce décès. Pour que la déclaration ne soit pas lue par des tiers, la partie indiquant le diagnostic de l'affection devrait être séparée du certificat de décès et être adressée directement à l'inspecteur d'hygiène, qui confronterait son numéro d'ordre avec celui du certificat transmis par les mairies, et adresserait périodique-

ment les bulletins anonymes à la statistique générale de la France.

Par cette attitude à la fois critique et constructive, le Syndicat de Cannes a montré une conception fort juste de son rôle et a rappelé fort opportunément que l'on va à l'encontre du but poursuivi, si, pour défendre la santé publique, on porte atteinte à la règle coutumière et légale du secret professionnel.

Jean MIGNON.

Informations parlementaires

Le projet de loi sur les loyers devant la Chambre

La situation actuelle des loyers, au point de vue juridique est extrêmement complexe et d'ailleurs essentiellement provisoire : d'un côté nous trouvons un « secteur libre » régi en principe par le seul droit commun, mais limité temporairement par le décret-loi du 16 juillet 1935 instituant la réduction de 10 %. (Rappelons toutefois que d'après la jurisprudence de la Cour de Cassation cette réduction ne vise que les contrats en cours au 17 juillet 1935 et non les contrats postérieurs). D'autre part existe un « secteur réglementé », comprenant les locaux d'avant guerre situés dans les villes soumises à la législation d'exception sur les loyers (loi du 1er avril 1926 modifiée par celle du 29 juin 1929), auxquels d'ailleurs le décret-loi Laval était également applicable.

En ce qui concerne ce second secteur, et conformément aux prévisions du législateur de 1929, la prorogation légale devait arriver à expiration au 1er juillet 1937 pour tous les locaux professionnels dont le loyer excédait au 1er août 1914, 2.000 francs à Paris, 1.000 francs dans les villes de plus de cent mille habitants, et 500 francs dans les autres communes ; à partir de cette date le taux légal du loyer passait de 3,05 fois le loyer de base à 4,25, sauf les cas où le décret-loi du 16 juillet 1935 était applicable.

On sait que, pour éviter les difficultés qu'allait créer ce retour partiel au droit commun, une loi du 30 juin 1937 a reporté au 1er janvier 1938 l'échéance de la prorogation, le législateur se réservant de modifier avant cette date l'ensemble de la réglementation d'exception sur les loyers. Aussi un projet de loi dans ce sens a-t-il été déposé par le Gouvernement sur le bureau des Chambres, projet qui, précisons-le une fois de plus, ne concerne que les locaux régis par les lois de 1926 et 1929, et non ceux soumis au droit commun.

Ce projet, profondément modifié d'ailleurs, par la Commission de la législation civile et criminelle, est venue en discussion devant la Chambre, le 30 novembre dernier. Son principe général consiste à aménager le retour au droit commun sur une période plus longue et d'une manière plus progressive et moins brutale que celle prévue par la loi de 1929. En compensation et pour permettre aux propriétaires de supporter l'accroissement des charges et d'accomplir les améliorations nécessaires, des majorations spéciales des loyers ont été prévues, et la réduction de 10 % supprimée.

Etudions tout d'abord ce qui concerne la protection du locataire. Le projet *étend le bénéfice de la prorogation légale à tous les occupants de bonne foi en possession au* 30 *juin* 1937. *Cette prorogation ne prendra fin qu'au* 1er *juillet* 1944 pour tous les locaux professionnels dont le loyer d'avant guerre était égal ou inférieur à 3.000 francs à Paris, 2.000 dans les villes de plus de cent mille habitants, et 1.000 francs dans les autres communes. Les paliers sont donc supprimés, et le retour au droit commun est fixé de manière uniforme pour tous les locaux régis par la loi.

Quelles sont en échange les compensations accordées aux propriétaires ? Ces derniers peuvent ajouter à la valeur locative de 1914 une somme égale à 4 % du coût des améliorations apportées à l'immeuble entre le 1er août 1914 et le 30 juin 1937. *Le taux limite du loyer s'obtient en multipliant la valeur de base par* 2,75 *en ce qui concerne les locaux d'habitation, et* 3 *en ce qui concerne les locaux professionnels.* (Rappelons que les cœfficients actuels, compte tenu de la réduction de 10 % était 2,52 et 2,75), ce du 1er juillet 1937 au 1er juillet 1938. Ce loyer *sera augmenté de* 5 % *chaque année* jusqu'en 1944, fin des prorogations. Le propriétaire pourra réclamer en sus les *charges* (impôts et prestations en nature) autres que celles comprises dans le prix du bail en 1914, dans la mesure où il justifiera de leur montant. Enfin les bailleurs qui, postérieurement du 1er juillet 1937, auront apporté des *améliorations dans les conditions de jouissance d'accord avec la majorité des locataires, pourront en récupérer le montant par majoration de loyer* en comptant l'amortissement en quinze ans au minimum et sans que la majoration puisse dépasser 10 % du loyer.

Ce projet a été adopté par la Chambre, par 352 voix contre 207. Pour prendre force de loi, il doit au préalable passer au " crible " du Sénat qui en modifiera sans doute quelques modalités. Mais

le principe d'une prolongation de la législation d'exception peut certainement être considéré comme acquis et l'adoption d'une loi à cet égard constitue une mesure urgente, qui doit être prise avant le 1er janvier prochain.

Si l'utilité générale d'une telle réglementation des loyers a soulevé de nombreuses discussions à la Chambre, les uns lui attribuant la responsabilité de la crise actuelle du bâtiment et le maintien ou l'accroissement du nombre des taudis, les autres la présentant au contraire comme une mesure de tranquillité et de sécurité sociale, par contre l'accord s'est fait entre les différents partis et le Gouvernement sur un point : cette législation d'exception est essentiellement provisoire et révisable suivant les conditions économiques, mais elle en saurait résoudre un probléme beaucoup plus important : le problème du logement en général envisagé non seulement sur le plan juridique, mais aussi sur le plan économique et social. La prorogation n'accorde au locataire qu'une protection provisoire et ne constitue qu'une solution incomplète. Au retour au droit commun, il faut substituer une protection légale de la location donnant aux locataires un droit effectif, une tranquillité certaine.

Aux souhaits que lui était exprimés à ce sujet de tous les points de l'horizon politique, le Garde des Sceaux a répondu, en promettant le dépôt prochain d'un projet de loi destiné à régler la question des locaux d'habitation non protégés. Espérons que ce projet instituera en faveur des professions libérales la « propriété professionnelle », que nous estimons être, bien plus que les prorogations et taxations légales, la solution la plus respectueuse des intérêts en présence.

J. M.

La Presse et les Sociétés

Importance du dosage de l'alcool dans la salive en médecine légale

Il semble que le prélèvement du sang ne puisse être fait systématiquement en France sur les auteurs et les victimes d'accidents d'automobile, ainsi qu'il est procédé dans certains pays étrangers. D'autre part, devant les difficultés de l'interprétation du dosage de l'alcool dans l'urine, R. Fabre et E. Kahane proposent de résoudre le problème de la responsabilité de l'ivresse dans les accidents d'automobile par le dosage de l'alcool dans la salive.

La salive normale est dépourvue de substances réductrices volatiles (moins de 30 γ d'alcool par centimètre cube, soit moins de 3 /100.000). D'autre part, le taux de l'alcool dans la salive et dans le sang est à peu près identique (rapport compris entre 0,97 et 1,14). Ensuite, l'usage du tabac à fumer n'entraîne pas de modifications de la teneur de la salive en substances réductrices volatiles. Il est à noter également qu'après l'absorption d'une boisson alcoolique concentrée, l'alcool, qui imprègne la bouche et vient surcharger la salive, disparaît presque complètement en dix minutes, et complètement en vingt minutes, la courbe de disparition de l'alcool de la salive étant parallèle à celle du sang. Enfin pour les recherches de laboratoire, on doit savoir que la putréfaction produit un abaissement rapide et important de la teneur en alcool de la salive, et que cet abaissement peut être empêché par l'addition d'un cristal d'acide picrique.

Le problème posé par la médecine légale paraît pouvoir être résolu par le prélèvement d'une faible quantité de salive (0 cm^3 50) dans un tube renfermant un petit cristal d'acide picrique, quinze minutes (et de préférence 20 minutes), au plus tôt après la dernière absorption d'alcool. Le prélèvement est expédié dans un laboratoire spécialisé d'hygiène ou de toxicologie, où le dosage sera effectué, dans un délai de quelques jours, par une méthode appropriée, telle que le submicrodosage ou le microdosage de Nicloux. Les chiffres obtenus seront interprétés sur les bases classiques de l'interprétation du dosage de l'alcool dans le sang. (*Annales de Médecine Légale*, novembre 1937.)

ALOPÉCIE ET PSYCHOLOGIE

Par Robert RABUT

La perte des cheveux n'entraîne aucune conséquence fâcheuse pour l'organisme. Elle constitue, par ailleurs, un phénomène banal, si l'on en juge par la proportion importante des chauves, qui se répartissent il est vrai, très inégalement, sur les deux sexes. Cependant, bien qu'elle soit exceptionnelle chez la femme, et si sa fréquence chez l'homme la fait admettre comme presque normale, la calvitie n'en est pas moins redoutée par tous. L'alopécie, dont elle constitue le terme final, crée, dès son début, un état mental, qui, chez les prédisposés, peut aboutir à un véritable déséquilibre.

Quelle en est donc la raison ?

Quoique, à certaines époques, sous divers climats, et actuellement, dans quelques pays, la chevelure ait été ou soit encore tondue et même rasée — tout au moins chez les hommes — les cheveux sont, sur la presque totalité du globe, comme ils l'ont été, le plus habituellement, de toute antiquité, considérés comme un ornement précieux du visage. Ainsi qu'il est dit, dans le roman de la Rose : « C'est une chose moult plaisant que biauté de chevelure ».

Grâce à cette valeur ornementative, à laquelle s'ajoute un symbole de santé et de jeunesse, la chevelure fait partie des éléments constitutifs de sentiment affectif et de la *sexualité*. Ceci est surtout vrai d'ailleurs pour la femme vis-à-vis de l'homme, chez lequel, inversement, la calvitie peut jouer le rôle d'un fétiche.

Les cheveux comportent, d'autre part, une valeur sociale, principalement dans certaines professions. Tous les artistes, masculins aussi bien que féminins, et , au premier chef, les acrobates et les cinéastes, ont besoin de leurs cheveux, qui, dans le dernier cas, représentent une capacité financière, irremplaçable même par une perruque, lorsqu'il s'agit d'un rôle de jeune premier. Nous avons vu, d'autre part, des vendeuses de grand magasin perdre leur place, faute de cheveux.

Atteint dans sa coquetterie et son amour-propre, l'alopécique éprouve l'impression d'une déficience vitale, qui lui fait entrevoir un amoindrissement de ses possibilités au point de vue affectif, sexuel et social. Le spécialiste est, de ce fait, consulté par des individus des deux sexes, de tous âges et de toutes conditions, parfois honteux d'une démarche dont ils cherchent à s'excuser, en la présentant comme provoquée par le souci d'une mère, d'un époux, ou même d'un enfant. C'est le jeune homme inquiet de perdre l'avantage d'une mèche qu'il croit irrésistible ou tout au moins nécessaire au succès de ses entreprises amoureuses ; c'est la jeune fille que hante l'échéance de la Sainte-Catherine. C'est la femme, épouse ou amante, qui, prenant des années, voit, avec angoisse, l'homme se détourner d'elle. C'est l'aïeule qui voudrait ne pas éveiller la moquerie de ses petits-enfants. Ce sont, à tout âge, ceux, hommes ou femmes, que poussent la peur de paraître ridicules, vieux ou amoindris.

Cette inquiétude ne se manifeste généralement chez l'homme que dans la première moitié de l'existence ; lorsqu'elle n'est pas liée directement à une question d'intérêts, elle n'est pas, en effet, justifiée par des motifs suffisants, pour que l'intéressé, s'il est mentalement sain, ne néglige plus ou moins rapidement une disgrâce toute relative. Il se fait, avec l'âge, une philosophie et abandonne fréquemment devant la persévérance nécessaire, des soins dont le souci dépasse l'avantage.

Cependant, lorsque la calvitie est réalisée, l'amour-propre n'a pas, le plus souvent, entièrement capitulé. Si le port d'un postiche est exceptionnel chez l'homme, des combinaisons ingénieuses de coiffure, qui ne trompent personne en dehors du porteur, « ramènent » les *survivants de la couronne hippocratique sur le* vertex déglabré.

L'histoire nous apprend que les grands de la terre, en dépit de leur supériorité, peuvent s'inquiéter de l'effet produit sur l'opinion par la nudité de leur crâne. Le prophète Elisée, qui semblait particulièrement chatouilleux sur ce chapitre, fit mettre en pièces, par des ours, 42 enfants, qui avaient raillé son absence de cheveux. César masquait sa calvitie sous une couronne de lauriers, et la vogue des perruques au XVII[e] siècle, semble devoir son origine à un amoindrissement de la chevelure de Louis XIII. Nous avons eu l'occasion de soigner un adolescent, à qui sa beauté, sa force corporelle, son intelligence, sa fortune, sa situation sociale permettaient, en dépit de son jeune âge, de dire, sans qu'il paraisse ridicule, qu'aucune femme ne lui avait jamais résisté. Une alopécie prématurée vint assombrir à tel point son moral, qu'il envisageait d'acheter, pour se la faire greffer, la chevelure d'un forçat.

Chez la femme, l'ennui provoqué par l'alopécie, loin de s'atténuer, s'accentue au contraire avec les années et peut persister jusqu'à un âge avancé. La lutte est poursuivie jusqu'à la dernière limite d'une déglabration, qui, avant

même d'être totale, est habituellement masquée par des postiches ou une perruque.

Ce souci féminin de la chevelure se rencontre, d'ailleurs, dans des circonstances où il paraît assez surprenant. C'est ainsi que, lorsque nous assurions la consultation de l'infirmerie, à la prison de Saint-Lazare, nous avons été consulté par une détenue, condamnée à mort, et qui, en instance de perdre sa tête, se préoccupait de la chute de ses cheveux. Nous avons, d'autre part soigné pendant de longues années , une religieuse, qui, en dépit de son sacerdoce, ne pouvait se résigner à une calvitie, que, cependant masquait le port d'un voile, mais qu'elle devait montrer, le soir, à ses compagnes de dortoir.

Chez les prédisposés de l'un ou l'autre sexe, l'alopécie devient l'objet d'une obsession qui se traduit par de la timidité, une défiance de soi, une tristesse, une susceptibilité, capables d'aboutir à la mélancolie anxieuse, avec claustration volontaire ou à une paranoïa, nécessitant l'internement.

L'état psychopathique développé par l'alopécie est largement exploité par le charlatanisme. *Il n'est pas d'infirmité qui ait donné naissance* à autant de remèdes souverains, accompagnés d'une publicité nulle autre part aussi suggestive. Celle-ci cherche tout d'abord à provoquer ou entretenir l'idée fixe : « votre chevelure s'éclaircit, madame... Votre raie s'élargit, monsieur. ... Voyez ces cheveux qui restent sur votre peigne, dans votre cuvette... La calvitie vous guette... », ou dans un style plus lyrique : « chauve ! dit la glace au moment de vous coiffer. Chauve ! répète la vitrine du magasin si vous y jetez un coup d'œil. Dans le regard ironique d'un ami, vous lisez : chauve ! Quand vous passez vos doigts dans les cheveux qui vous restent, vos oreilles bourdonnent : chauve ! »

D'autre part, les explications pseudoscientifiques abondent, empruntant volontiers un vocabulaire botanique : « Sémeriez-vous du blé sans avoir au préalable enlevé les mauvaises herbes ? Alors, pourquoi vouloir faire pousser les cheveux sans avoir détruit le microbe dévastateur ? » On présente des sèves ou des engrais capillaires. Tel produit régénère le cuir chevelu. Tel autre le fertilise, en fournissant aux racines dépérissantes un aliment biologique, ou encore — admirable précision — les quatorze éléments nutritifs qui leur manquent. « Ne laissez pas vos cheveux mourir de faim ! » implore une annonce. Une autre offre l'analyse — gratuite — des démélures au triple point de vue microscopique, physique et chimique.

Mais, en dépit de leurs fallacieuses promesses, les panacées restent sans effet ! L'alopécique peut, alors, s'il en croit Béranger (1), trouver un dérivatif au grand souci de sa petite misère :

Mes bons amis, voulez-vous, dans la joie,
Passer quelques instants sereins ?
Buvez un peu ; c'est dans le vin qu'on noie
L'ennui, l'humeur et les chagrins.
A longs flots, puisez l'allégresse
Dans ces flacons d'un vin mousseux.
C'est mon avis, moi de qui la sagesse
A fait tomber tous les cheveux ».

(1) Chansons de Béranger : « Mes cheveux ».

Bibliographie

Imprimerie Léon Sézanne, Lyon

Auguste Lumière. — **Quelques travaux complémentaires relatifs à la propagation de la tuberculose.**

Dans ce volume de 170 pages le grand savant lyonnais a réuni les publications relatives à la tuberculose qu'il a fait paraître depuis 1935. Ainsi rassemblés en un faisceau impressionnant de rigueur et de bonne foi ses arguments acquièrent une nouvelle force.

Il n'est pas douteux, du reste, que la notion de l'hérédité tuberculeuse gagne chaque jour du terrain parmi les médecins libérés de toute école et aux yeux de qui un fait vaut mieux qu'un dogme.

G. L.

Editions Desclée, de Brouwer et Cie, Paris

Docteur H. Callewaert. — **Physiologie de l'écriture cursive.**

Afin d'apporter quelque lumière dans la question de l'enseignement de l'écriture, question encore non résolue à ce jour, l'auteur a examiné de nombreux documents cinématographiques. Et il développe ici ses constatations sur les divers types d'écriture.

Cette étude, très fouillée, et qui se trouve étayée par des arguments de physiologie musculaire, se révélera pleine d'enseignements non seulement pour les maîtres d'école mais aussi pour les graphologues et les experts en écriture.



LES ÉTUDES MÉDICALES EN ANGLETERRE

Il y avait en Angleterre, à la fin du XIXe siècle, environ 1.800 étudiants en médecine. Leur nombre augmente rapidement pendant la guerre et atteignait 2.253 en 1918 et 3.420 en 1919. Puis on constata une chute rapide jusqu'en 1923 et un nouvel accroissement à partir de 1928 : de 1928 à 1934, les chiffres passèrent de 1.643 à 2.544. Comme résultat, le nombre des médecins inscrits au Medical Register a atteint, en 1936, 59.010, soit 30.000 de plus qu'en 1906, ce qui ne correspond nullement au faible accroissement de la population pendant cette période.

Il y avait, en 1881, un médecin pour 15.000 habitants ; il y a, en 1931, un médecin pour 8.800.

14 % des étudiants actuels sont des femmes, dont 6.000, 10 % des médecins, sont déjà inscrites au Medical Register.

L'étudiant doit faire preuve avant son inscription d'une certaine culture générale, mais il n'y a pas, sous ce rapport, d'exigence précise. On lui demande généralement la connaissance suffisante d'une langue étrangère. Il suit, après une année ou deux de sciences accessoires, un cours d'études de cinq ou six ans, dont deux se passent dans une université et les autres dans un hôpital. Il acquiert alors le droit d'être inscrit au Medical Register, tenu par le General Medical Council. Il n'y a pas de thèse, mais pour obtenir les degrés supérieurs, il est nécessaire d'avoir publié des travaux originaux.

Il n'y a pas moins de vingt-sept institutions, dix-huit universités, où l'on prend des *degrees*, et neuf corporations, qui délivrent des diplômes ou des licences. Ce sont ces diverses *qualifications* qui permettent l'inscription au Medical Register. Les Universités et les Corporations jouissent d'une réputation plus ou moins brillante, et la notoriété d'un médecin dépend de celle ou de celles où il a poursuivi ses études.

Le coût des études est évalué à 1.500 livres, dont les deux tiers ou les trois quarts sont consacrés à l'entretien personnel du candidat. Les bourses sont nombreuses, notamment en Ecosse, sous les auspices de la Fondation Carnegie.

***

L'étudiant enfin autorisé à exercer peut s'installer à son compte. Il expose, dans ce cas, un capital important. Il peut acheter une clientèle, ce qui est également dispendieux. Il peut enfin s'associer avec un médecin déjà établi ; ces collaborations à deux ou même à trois sont fréquentes en Angleterre. Elles sont souvent basées sur l'Assistance maladie, qui rétribue plus de 19.000 médecins et assure à plus de 19 millions de personnes de la classe ouvrière le traitement des maladies courantes.

Si le jeune médecin veut se spécialiser, ou accéder aux rangs élevés de la profession, il cherchera à acquérir de nouveaux diplômes, dont la valeur et le nombre serviront à sa réputation. Dans beaucoup d'Universités, il passe ainsi du grade de Bachelier en médecine à celui du Docteur en médecine, puis il est admis au titre de Fellow of the Royal College of Physicians, ou Fellow of the Royal College of Surgeons, ou Master in Surgery ; le titre suprême, très rarement accordé, étant celui de Doctor Regius. A côté de ces titres éminents, existent un grand nombre de diplômes particuliers indispensables aux spécialistes.

Comme en France, le médecin anglais est bien averti que la fortune ne favorise pas souvent le praticien ; quelques-uns gagnent beaucoup d'argent, mais la plupart doivent se contenter d'une vie modeste dans ses moyens, si elle est grande dans ses côtés culturels et noble dans ses objets. Encore faut-il ajouter que le médecin ordinaire n'a pas en Angleterre le rang social dont il jouit en France.

La British Medical Association recommande beaucoup l'union entre les médecins. C'est leur seule manière de se défendre contre les diverses autorités, organisations et individus qui les exploitent. L'Association médicale britannique a été fondée en 1832 et comprend dans l'étendue de l'Empire 36.000 membres, sur les 59.000 qui s'alignent dans le Medical Register. Le General Medical Council, qui règle les destinées de la profession médicale, a été créé en 1858 pour « permettre à ceux qui avaient besoin de soins médicaux de faire la distinction entre les praticiens qualifiés et les autres » : il comprend trente-neuf membres. Dix-sept sont désignés par les Universités et les Corporations, y compris le Royal College of Physicians et le Royal College of Surgeons, cinq par le Roi, et sept sont élus par des médecins eux-mêmes. Bien que ce ne soit pas obligatoire, ils sont tous médecins, sauf deux, qui sont membres du Conseil Privé du Roi.

Leur première fonction est de tenir à jour le Medical Register et d'en exclure ceux qui, par une « conduite infâme » se sont rendus indignes. En second lieu, ils publient la *British Pharmacopeia*.

Ils n'ont pas à se mêler des modalités de l'enseignement médical, sauf par des « recommandations ». Dans certains cas, toutefois, ils peu-

vent proposer au Conseil Privé de supprimer tel ou tel établissement de la liste des organisations autorisées à délivrer des diplômes ou des degrés.

***

Les lois n'interdisent à personne, même à ceux dont le nom n'est pas dans le Medical Register, d'exercer la médecine à leurs risques et périls ; mais il est interdit de se parer d'un titre impliquant l'inscription sur la liste des praticiens *qualified*. Chose curieuse, il n'en est pas de même pour les dentistes et les sages-femmes, qui doivent être *qualified* pour exercer.

Mais ceux qui exercent la médecine sans être *qualified* ne peuvent recouvrer leurs honoraires en justice, ils ne peuvent entrer dans aucun service public, même pas celui d'un navire, ils ne peuvent pas délivrer de certificats, ni ordonner de narcotiques.

Ainsi l'exercice de la médecine est libre, mais réduite à l'obscurité pour les *non-qualified*, ce qui n'empêche pas naturellement une floraison remarquable de charlatans, ni l'ascension lente des *chiroprators*, naturistes, naturopathes, etc., à l'exercice autorisé de leur art, car un libre citoyen en Angleterre doit avoir le droit de se faire soigner et même de se faire assassiner par l'homme qu'il a choisi.

Onze Universités délivrent des degrés médicaux. Citons parmi celles-ci, Oxford, Cambridge, dont on sort Bachelier en médecine, mais dont le baccalauréat vaut, dans l'opinion publique, un doctorat ; Londres, dont on peut sortir Docteur en médecine dans dix branches différentes. Edimbourg, ainsi que les autres Facultés écossaises, est subventionné par la fondation Carnegie. L'Etat libre d'Irlande contrôle les Universités irlandaises, notamment celle de Dublin, mais des arrangements prévoient la collaboration et l'échange des diplômes entre les Institutions de l'Irlande et celles de l'Angleterre.

A ces Universités s'ajoutent des Corporations, le Royal College of Surgeons, le Royal College of Physicians et la Société des Apothicaires de Londres, d'où l'on peut sortir Licencié en médecine ou Maître en obstétrique.

Dans treize grands hôpitaux de Londres, et quelques-uns de ceux des Comtés, un enseignement médical très important est donné, théorique et clinique. On constate, là encore, l'infinie diversité des institutions dans ce pays où rien ne change et où le présent s'ajoute au passé sans le détruire. Quelques hôpitaux sont réservés aux étudiantes.

Enfin, dans un grand nombre de centres, un enseignement *post graduated* perfectionné est organisé pour les médecins qui veulent se tenir au courant de la médecine générale ou approfondir une spécialité. Les Assurances sociales leur paient tous les frais de cette assiduité.

Une des caractéristiques de la médecine anglaise est le service colonial. L'Inde, par exemple, réclame un grand nombre de médecins officiels ou privés.

D'autres postes officiels sont offerts aux jeunes médecins. Tout d'abord, les postes nombreux de Medical Officers of Health, chargés des services d'hygiène locaux, de ceux de l'inspection médicale des écoles, des dispensaires antituberculeux, etc... Notons aussi les services hospitaliers, qui comprennent un nombre important de médecins résidants.

Le Centre professionnel de la médecine, anglaise est l'hôtel de la British medical Association dans Tavistock Square. Ce qui différencie nos Associations de celles des Anglais est que celles-ci, comme l'American medical Association joignent à leur activité professionnelle des accomplissements scientifiques remarquables, dont le *British Medical Journal* est l'un des plus importants. Il y a à Tavistock Square une bibliothèque circulante, des cours, et des meetings scientifiques, et l'Assemblée générale qui se tient chaque année, constitue toujours, en même temps qu'une importante réunion professionnelle, des Assises scientifiques remarquables par le nombre et l'importance de leurs travaux.

Ph. DALLY.

AU SUJET DE LA RÉTROSPECTIVE DE L'ART FRANÇAIS

Notre érudit correspondant, le Docteur P. NOURY, de Rouen, nous écrit :

Dans le dernier *Concours Médical* (7 novembre 1937), p. 3141, 2e colonne le Docteur Vimont a signalé le groupe d'*Adam et Eve* que l'on voit entre les salles 8 et 9 de la Rétrospective de l'Art français. Ces statues étaient peintes et portent encore des traces très visibles de peinture, elles sont grandeur naturelle.

Leur découverte ne fut pas banale.

Il y a quelques années, un Rouennais en se promenant sur le dessus du buffet d'orgues de la cathédrale de Rouen, aperçut au fond de l'espace vide compris entre les murs et le fond du buffet, deux masses qui l'intriguèrent. C'étaient deux statues que l'on remonta difficilement après leur avoir passé un nœud coulant autour du cou. C'est ainsi que ces deux statues du XIVe siècle revinrent à la lumière.

Dr P. NOURY.

LA PAGE SANS MÉDECINE

... Et d'un pied de valeur, j'en fay volontiers un pied et demy.

(Essais. Livre II. Chap. XVII).

Charles MAURRAS. — **Jacques Bainville et Paul Bourget.** Un vol. 14 × 23 orné de bois dessinés et gravés par Jean-Vital Prost et tiré à 440 ex. numérotés sur les presses de Maurice Darantière. *Editions du Cadran*, Paris, 1937.

L'amitié que Bourget portait à la médecine ne fut sans doute qu'un épisode de sa magnifique curiosité intellectuelle. En quelques pages denses et parsemées d'anecdotes (comme celle de la grève triste des facteurs !). M. Maurras évoque la complexe personnalité de ce philosophe qui fut par épiphénomène romancier, qui eut du désordre contemporain une vue prophétique (puisqu'à un de ses proches se réjouissant en 1918 de la victoire, il opposa ce sévère jugement : « *La catastrophe commence* » !) et qui promena sur le monde des esprits une perspicace clairvoyance. L'étude de Monsieur Maurras n'est pas une nouvelle contribution critique. Elle se place beaucoup plus haut : dans les sphères où se complaisent en jeux subtils du jugement, de la connaissance les derniers sages de notre temps fou. Pour Bainville le ton de la phrase se nuance d'une sourde émotion. On sent quel déchirement fut pour l'auteur la cruelle disparition de son ami. Et avec quelle ferveur, simple comme toutes les grandes douleurs, il nous montre les qualités de justesse, de concision, qui parent l'œuvre et lui donnent au delà de sa séduction technique un son et un sens si humains. La présentation typographique a cette même pureté qui prolonge agréablement au regard la délectation de l'esprit.

Marcelin GILBERT. — **Dix-neufs histoires de médecins.** Un vol. 12 × 19 chez *Durance*, 4, quai d'Orléans, Nantes, 1937.

Le pseudonyme de l'auteur n'a je crois trompé personne. Il a cette grâce naïve mais vaine des faux-nez de carton que les enfants adoptent aux jours-gras pour dérouter les grandes personnes. Que Charette, le célèbre homéopathe nantais, ne m'en veuille pas si je lui dis que son style a trop de spontanéité, de jeunesse, de bouillonnement pour pouvoir être confondu. Ses histoires assaisonnées de sel gaulois, d'esprit, de causticité sont alertement, ou suivant le sujet, iestement contées. La place mesurée dont je dispose ne me permet que de vous en dire du bien en général pour vous inciter à les parcourir page par page, de blague en blague, de mystification en satire, de la *Béchellerie* au *Quartier Latin*.

Tony BURNAND. — **Grosse bête et petit gibier.** Un vol. 12 × 19. *Editions de la N. R. F.*, Paris 1937, 18 francs.

Ce ne sont pas grosses histoires de chasse mais fines considérations sur cet art tartarinesque et souvenirs tout imprégnés de la fraîcheur des matins, des émotions de l'affût, des ridicules et des coutumes solennelles qui régissent le massacre des bêtes désarmées. L'auteur qui a beaucoup de cœur, et de l'esprit, concilie habilement ces inconciliables. Il faillit être médecin et ses observations en ont acquis (comme dans son livre précédent consacré à la pêche à la truite) une agréable précision.

Luc DURTAIN. — **La femme en sandales.** Un vol. 12 × 19. *Editions Flammarion*, Paris, 1937, 15 francs.

Les nouveaux héros de Luc Durtain appartiennent à cette faune spéciale qui prend ses ébats sur la Côte d'Azur : oisifs, détraqués, artistes en rupture de métier qui prennent pour drames eschyliens les tourments de leur rut ou de leurs vices. Durtain qui est (lui aussi !) médecin les dissèque avec une diabolique habileté. Sa Provence est très colorée ; ses personnages très actuels et le livre curieusement parsemé de pages pures.

Clara CAMPOAMOR, député aux Cortes Constituantes. — **La Révolution espagnole vue par une républicaine.** Roman. Un vol. 12 × 19 traduit de l'espagnol par Antoinette Quinche. *Editions Plon*, Paris, 1937, 15 francs.

On sent dans le dos un frisson à lire exposés avec une parfaite objectivité les détours insidieux par lesquels un peuple privé d'une autorité gouvernementale effective peut glisser aux pires désordres. Les opinions de l'ancienne directrice de l'Assistance publique garantissent tristement la sincérité de son douloureux témoignage.

Charles MAURRAS. — **Les vergers sur la mer.** Attique, Italie et Provence. Un vol. 12 × 19. *Editions Flammarion*, Paris, 1937, 15 francs.

Toute la luminosité, pour d'autres insaisissable de la culture et des paysages méditerranéens,

est passée dans ces pages. Cette « amitié confuse » qui relie chacun de nous à ces moments d'une civilisation en péril est ici exposée au gré de souvenirs de voyage, de pèlerinages pourrait-on dire, ou de méditations : de Platon aux Saintes-Maries-de-la-Mer, aux collines de Martigues, à toutes les hespérides dont Maurras semble toujours nous porter les dernières pommes d'or.

Varia***

Encore une firme, celle que l'on pouvait considérer comme la plus parfaite par son souci et sa connaissance de la typographie, qui ferme ses portes. A l'émouvant commentaire personnel qui accompagnait cette notification était joint, sur un beau Japon nacré, ce mélancolique faire-part : « *Léon Pichon*, ci-devant imprimeur et éditeur d'art, rue Christine, vous prie de vouloir bien noter sa nouvelle adresse : 23, quai de Bourbon, en l'île Saint-Louis, Paris (IV[e]). ». Les machines sont démontées.....

* *Dans le « Divan »* de septembre : Stendhal courtisan et philosophe, des poèmes de Boudat ; une lettre de Grimod de La Reynière pour le moins suggestive.

*Dans la « *Nouvelle Revue Française* » de septembre, de Henri Pourrat : la grande Cabale ; au sommaire André Maurois, Jean Prévot, Julien Benda qui, de clerc, passé « régulier » expose avantageusement des fragments d'autobiographie.

*Dans le « *Mercure de France* » du 15 septembre, l'Argentine et le sort de la civilisation européenne ; au berceau de Claudel ; un ami italien de Lamartine. Dans la livraison du 1[er] octobre, l'art de peinture ; justice et jugements ; le fondateur du « Mercure galant » ; Laurent Tailhade anecdotique ; dans la livraison du 1[er] septembre de Paul Léautaud des souvenirs crus.

*Chez Plon, d'Andrew Smith : « *J'ai été ouvrier en URSS*, 1932-1935 ».

*Dans l' « *Archer* » de juillet-août : les vivants « Propos de Campagnou », les femmes dans l'œuvre de Montherlant par Henriette Magy ; le XXVIII[e] Salon des artistes méridionaux ; une lettre de Bourdelle.

*En souscription chez Denoël, présenté par *René-Louis Doyon* (le prestigieux pamphlétaire des « Livrets du Mandarin », disparus aussi dans le désordre économique) un « *Glossaire typographique*. »

3 octobre 1937

Docteur Jean SÉVAL

POLIOMYÉLITE

La poliomyélite aiguë est une grande menace ; elle sera peut-être la peste des années qui viennent et qui n'ont pas encore épuisé, sans doute, leur stock de catastrophes.

La poliom élite se répand lentement dans le monde.

A Melbourne, il y eut récemment 185 cas, avec 13 morts, dont 4 adultes. L'Etat de New South Wales a établi un cordon sanitaire, renforcé par des patrouilles de po ice, pour éviter qu e la contagion de son voisin, l'Etat de Victoria, puisse l'atteindre ; c'est là, en effet, que les premiers cas s'étaient révélés. Malgré ces rigoureuses précautions, la poliomyélite a cependant envahi Melbourne.

A Chicago, où les cas furent nombreux, l'épidémie fut attribuée au retour des enfants des camps de vacances où régnait la maladie. Il fallut, pour en limiter l'extension, licencier les écoles. A Toronto, cet été, il y eut 700 cas. Là aussi la seule mesure de précaution possible fut de renvoyer les écoliers chez eux bien avant les vacances et de retarder la rentrée.

L'Etat de Manitoba a eu, en 1936, une épidémie sévère : 75,7 cas de poliomyélite pour 100.000, et il y avait deux fois plus de cas dans la zone rurale que dans les villes. Le groupe de 5 à 10 ans présentait la plus forte incidence, mais la mortalité était surtout parmi ceux de 15 à 19 ans. Il y eut 539 cas en tout avec une mortalité de 6,1 %.

On sait qu'il est difficile de discerner la poliomyélite dans sa période initiale, le seul moment où la thérapeutique puisse agir. En temps d'épidémie, la population devient comme les médecins *poliomyelitis-conscious,* et les diagnostics sont plus aisés, ce qui amène l'emploi courant du sérum anti-poliomyélitique. Mais il arrive trop souvent que, sur un simple mal de tête, avec fièvre et troubles gastro-intestinaux, des médecins trop zélés injectent le sérum avant d'avoir eu confirmation du diagnostic par l'examen du liquide spinal, et ce zèle a peut-être troublé les statistiques.

Il est encore difficile pour ces raisons d'avoir une opinion nette sur la valeur de la sérothérapie dans la poliomyélite, d'autant qu'on a signalé des contaminations par le sérum lui-même.

L'Europe semble jusqu'à présent épargnée par la poliomyélite depuis la grave épidémie qui atteignit, en 1936, le Danemark, mais ne s'étendit pas à d'autres centres et disparut sur place.

On a proposé, comme préventif de la poliomyélite, des pulvérisations nasales de sulfate de zinc à 1 %, qui se sont révélées très efficaces chez le singe. Mais il n'est pas certain qu'il n'y ait aucun risque d'intoxication, et l'introduction du pulvérisateur est quelque peu délicate ; ce procédé doit donc être réservé à un personnel entraîné, et non pas recommandé, au public en général. L'épidémie, d'ailleurs, tend à s'éteindre dès l'automne ; on peut donc attendre jusqu'au printemps, qu'on ait trouvé mieux.

Ph. DALLY.

LA SÉLECTION DES CONDUCTEURS DE VÉHICULES AUTOMOBILES RAPIDES DANS LA PRÉVENTION DES ACCIDENTS ROUTIERS

Pour compléter l'exposé général, qui a été fait de ce te question (1), il faut signaler une très intéressante communication des Docteurs A. Galland, P. Girod et A. Hudelo sur le même sujet : « Permis de conduire et examens psycho-physiologiques » (2).

Après un court historique sur l'organisation de ces examens à l'Etranger, il est rappelé que différentes méthodes d'examens médico et psycho-techniques ou psycho-physiologiques existent en France. La psycho-physiologie est la science des phénomènes de la vie, appliquée à l'étude du fonctionnement du système nerveux et de ses dépendances ; ainsi, par un examen médical et psycho-physiologique, on doit pouvoir affirmer l'état exact du fonctionnement du sujet, ainsi que celui de l'intensité et de la rapidité de ses réflexes.

Les premiers laboratoires créés, celui de la Préfecture de Police (Prof. Tanon), celui de Bordeaux (Prof. Cruchet), celui des chemins de fer de l'Etat (Docteur Laugier), celui de la T. C. R. P. (M. Laly) s'adressent plus particulièrement à certaines catégories de chauffeurs de poids lourds et d'autobus, ou bien encore aux chauffeurs ou aux mécaniciens des trains de chemins de fer. Le plus récent en date (Docteur A. Galland) a été spécialement équipé et adapté au Code de la Route pour les examens des chauffeurs d'automobiles, sous le patronage de l'Automobile-Club de l'Ile-de-France.

L'examen des candidats comprend trois parties : 1° L'examen médical : médecine générale, oto-rhino-laryngologie, ophtalmologie ainsi que radiologie et examens de laboratoire ; 2° L'examen psycho-physiologique ; 3° La composition d'une courbe psycho-technique.

Voici quelques détails intéressants sur l'examen psycho-physiologique, tel qu'il est pratiqué par ce dernier laboratoire.

Un appareil spécial (euromètre) est constitué par une table de 4 mètres de long sur un mètre de large, sur laquelle circulent deux mobiles figurant deux véhicules automobiles de volumes identiques ou de volumes différents, qui peuvent se croiser, se dépasser en marchant, à volonté, à des vitesses identiques ou variables. Le sujet à examiner se tient à l'extrémité de cette table, ayant à sa disposition : volant, pédales de frein, de débrayage et d'accélérateur ; son regard se trouve parallèle à la direction des mobiles, et non plus perpendiculaire comme dans les anciens appareillages. Le candidat, à la demande de l'examinateur, doit : 1° apprécier, dans un temps limite, à quel endroit les véhicules peuvent se dépasser ou se croiser ; 2° indiquer si les véhicules sont de volumes différents, si le croisement est possible ou non, les pédales d'accélérateur et de frein permettant au candidat d'accélérer ou d'arrêter à volonté les véhicules. Quand un individu est physiologiquement sain, qu'il sache conduire ou non, il apprécie d'une façon exacte les volumes, les vitesses et les distances.

L'épreuve du tachyphotomètre permet au sujet, plongé dans l'obscurité la plus complète et assis sur son siège de conduite, de subir l'épreuve de reconnaissance des couleurs. C'est là une épreuve fondamentale pour mettre en évidence le daltonisme et la faculté d'appréciation des couleurs réglementaires ; à 5 mètres devant le candidat, apparaissent à volonté les trois signaux lumineux du Code (vert, rouge, orange) ou bien un son à trembleur. Dès qu'un signal lumineux apparaît et dès qu'un signal auditif est entendu, le candidat doit lâcher l'accélérateur et appuyer sur la pédale de frein, afin que sa réaction visuelle ou auditive soit inscrite au 1/100 de seconde sur un chronomètre de d'Arsonval. Au cours de ces épreuves, il est possible de réaliser un phénomène d'éblouissement par les phares, afin d'apprécier le réflexe émotif et visuel du sujet.

La force des membres supérieurs est notée au moyen d'un dynamomètre à main. Quant à la puissance des membres inférieurs, on l'apprécie avec un dynamomètre spécial, par l'intermédiaire de la pédale de débrayage. Enfin, chaque épreuve à chaque appareil étant répétée trois fois, on peut obtenir trois tests supplémentaires : émotivité, attention, compréhension. La moyenne des trois tests de chaque épreuve sert à établir la courbe psycho-technique, qui a toujours permis de conclure avec certitude à l'aptitude, à l'inaptitude, à l'aptitude temporaire, à l'inaptitude temporaire du sujet examiné. Il est à remarquer que, d'une façon cyclique et régulière, on retrouve dans cette coupe le défaut signalé par l'examen médical.

(1) *Le Concours médical*, n° 43, 24 oct. 1937, p. 2.991.
(2) Société médicale des praticiens, 18 juin 1937.

SCÈNES DE LA VIE MEDICALE A LA CAMPAGNE

« Lou couqui »
» La dernière charretée de foin «.

Je relisais, l'autre jour, un joli conte de Maupassant « Le Diable », pittoresque description de la cupidité paysanne où l'on voit le fils d'une moribonde sacrifier son devoir filial à la rentrée de son blé, et la femme qui veille les agonisants (moyennant un salaire à forfait) simuler la terrifiante apparition du Démon et hâter ainsi la fin de la pauvre vieille dont elle avait la garde.

Ce conte me rappelait des scènes de la vie paysanne, quelques-uns de ces drames du foyer où l'appât des gros sous l'emporte sur la noblesse du cœur et le contrôle de la raison.

***

« *Lou Couqui* » (1).

J'avais laissé ma voiture sur le bord de la route et j'avais un grand bout de chemin à parcourir à pied, tout un « sendorel » en lacets, grimpant au flanc du tertre jusqu'au village de la Brande où se trouvait mon malade.

Mon malade ! un vieux cardiaque au seuil de la grande asystolie.

J'avais, évoquant Dieulafoy, déchargé la voiture par un purgatif drastique, des sangsues sur le foie et, la veille, le cœur du paysan avait paru se redresser quelque peu.

Comme le vieux cheval de trait, après l'allègement de sa charge, répond mieux à la voix et au fouet de son maître, il semblait, maintenant réagir à la digitale que j'avais prescrite.

... J'allais donc avec l'espoir de trouver mon malade un peu mieux.

Je marchais le long des haies odorantes, cueillant les mûres noires sous le vol moqueur des merles.

Là-bas les ruines féodales de Miremont rôtissaient dans le soleil. Tout était chaleur, lumière et silence ; la campagne semblait faire la sieste.

J'étais encore loin de la Brande lorsque j'entendis des cris qui paraissaient venir de la ferme dont les toits de pierres plates émergeaient derrière le tertre.

C'était des lamentations, plus amples à mesure que j'approchais.

Cris de désespoir annonçant, sans doute, un désastre tout proche ou déjà consommé.

Je pensais que mon malade, malgré l'amélioration de la veille, était en train de trépasser, si ce n'était déjà fait.

(1) « Lou Couqui » expression patoise signifiant : Le coquin.

La voiture avait été déchargée trop tard ! le vieux cœur n'avait pu continuer de traîner le poids de la vie, alourdi par les années et le travail.

J'étais maintenant tout près de la maison et les cris de désespoir étaient si forts que je n'avais plus de doute ; mon malade était mort.

Je préparais mon attitude, les mots qui conviennent pour consoler la veuve et le fils... et redresser mon erreur de pronostic car j'avais déclaré que la crise était presque conjurée et que, pour cette fois, le vieux était sorti d'affaire.

Son fils était sur le seuil ; il paraissait sombre.

Alors, lui dis-je, en l'abordant,... c'est fini ?

Il ne répondit pas. Dans l'intérieur de la maison, les pleurs et les cris étaient assourdissants. Je franchis la porte basse, mon chapeau à la main. Dans la chambre, la femme du malade, une petite vieille, maigre et tordue, se convulsait près du lit, criant et pleurant... Quel malheur ! quel malheur !

... Elle me cachait... le mort, d'autant que les rideaux étaient presque croisés.

Derrière les rideaux, j'entendis le mort tousser et d'une voix plus forte que de son vivant s'écrier « t'aisote, vie d'ase » (1).

J'écartai la femme et les rideaux et j'aperçus mon cardiaque dressé sur son céans, comme pour la bataille.

Je demandai à la vieille la raison d'un tel bruit alors que son mari n'était pas plus malade.

« Lou Conqui, Lou conqui » ! répétait-elle entre deux sanglots. Lou conqui ! et j'appris que croyant le moment venu de faire main basse sur les « acquets » elle avait, pendant la nuit, exploré la cachette où son mari plaçait l'argent, et avait constaté la disparition d'un billet de 500 francs. Elle accusait son époux de les avoir gaspillés, donnés à une gueuse.

Croyez-vous, Moussu, le gros billet y était encore il y a un mois, au retour de la foire de Saint-Marc. Mais, Moussu, il y a dans le bourg une fille, une rouquine, une réfugiée de la grande guerre » qu'on ne sait pas d'où ça sort » et Lou Conqui, Moussu, Lou Conqui nous a dépouillés pour cette fille.

La vieille en furie, montrait le poing au malade, lui réclamant l'argent... Lou Couqui se rétablit peu à peu.

On le revit sur les marchés du Bugue avec sa

(1) Juron grossier par lequel on exprime, en patois, l'indignation ou la colère.

blouse bleue et sa casquette en peau de lièvre. Un jour de foire de Saint-Louis, il vint à mon cabinet pour « se consulter ».

Je lui conseillai de ménager son cœur dans tous les domaines et de fuir les charmes de la belle étrangère.

Lou Couqui me confia qu'il allait boire quelquefois, le dimanche, à l'auberge où servait la Rouquine, mais qu'en partant il n'avait à lui payer aucun service spécial et, malicieux, il ajouta que le billet de 500 francs dont la perte désolait tant sa femme n'avait jamais été perdu. Lou Couqui avait une seconde cachette où il lui plaisait d'enfouir un peu d'argent pris à la communauté pour la seule joie de le contempler : seul.

***

« *La dernière charretée de foin* ».

Il s'appelait Roquejoffre ; c'était un paysan âpre au gain, ardent au travail malgré une santé médiocre.

Il devait à une pleurésie purulente d'avant 1914 de n'être pas parti au front ni à l'arrière front. On l'avait gardé pendant deux semaines au dépôt de la ville voisine. A part cet intermède, il était resté à son champ avec sa femme plus vieille que lui de dix ans et qui avait l'air d'être sa mère.

Tous deux, sans progéniture, ils avaient buriné, agrandi leur bien de quelques lopins de terre, amassé des sous.

Après la guerre, je l'avais revu consolidé au point de vue pulmonaire mais toujours malingre.

Sec et tordu comme un sarment de vigne, il aimait le vin, surtout le Noa qu'il récoltait en abondance. J'ai observé dans mon vieux Périgord beaucoup de troubles gastriques à forme hyperchlorhydrique et des ulcères que j'attribue à l'usage du Noa, corrosif pour la muqueuse stomacale.

Roquejoffre était venu quelquefois « se consulter » pour des brûlures gastriques, des douleurs en broche exagérées la nuit par la position couchée sur le côté gauche.

Il paraissait présenter les signes cliniques d'un ulcus.

Les conseils de diététique étaient mal observés ; je ne pouvais obtenir qu'il abandonnât le Noa, qu'il suivit un régime alimentaire convenable ni qu'il se fit aider dans son travail.

Un jour je fus appelé d'urgence auprès de lui.

Il avait eu une hématémèse presque cataclysmique.

Je restai longtemps à son chevet, pratiquant les injections massives de sérum glucosé, installant un goutte à goutte rectal, imposant l'immobilité absolue et autorisant quelques gorgées d'eau froide puisée à la source de la Brandière.

Le soir l'hémorragie ne s'était pas renouvelée ; le pouls était perceptible, les muqueuses se recoloraient un peu. La femme Roquejoffre, apeurée par la vue du sang plus que par l'état de son mari dont elle ne comprenait pas la gravité, reprenait confiance et déclarait qu'il devrait bientôt se lever car elle ne pouvait pas soigner son mari et le bétail.

Le lendemain le malade n'avait pas resaigné.

Il était autorisé à doubler les gorgées d'eau ; les injections de sérum et le goutte à goutte étaient maintenus tandis qu'aucune concession n'était faite sur le repos au lit.

Roquejoffre me parlait de son foin à rentrer ; le temps menaçait et il avait hâte de rentrer sa dernière charretée de foin.

Sa femme me répétait qu'ils étaient en train de « manger de l'argent » ; le travail pressait et son mari, affirmait-elle, devait pouvoir se lever.

J'essayai de faire comprendre à cette primitive que son mari était menacé de mort à la moindre incartade et, m'adressant à l'instinct de conservation du malade, je renouvelai l'ordre formel de ne pas bouger et de suivre mes prescriptions.

Le jour suivant, j'allai vers la ferme du Queylou où habitait Roquejoffre. La campagne était tout embaumée de l'odeur des foins coupés.

Dans la cour une mère poule, entourée de ses poussins, grattait le fumier. Au bruit de mes pas, les lapins s'agitaient dans leurs cages et les pigeons quittaient leur toit dans un remous d'ailes effrayées.

J'entrai dans la cuisine dont la porte était entr'ouverte. Sur la table traînaient des gousses d'ail, du pain, un pot de grillons d'oie largement entamé, une bouteille de vin presque vide. J'appelai ? personne.

Dans la chambre, la couche de Roquejoffre était défaite, les draps crasseux ouverts en désordre. Le dispositif de Carrel pour le goutte à goutte pendait à une pointe fixée au mur.

Je crus un moment que mon malade, délaissé par sa femme qui était allée, sans doute, soigner la truie, avait glissé dans la « ruelle ».

Je regardai sous le lit ; rien d'autre que le « pot », des toiles d'araignées et une paire de vieilles savates.

Je revins dans la cour et j'appelai « hé ! Roquejoffre ! Au bout d'un moment, je vis, au tournant de la grange, la femme Roquejoffre dont la trogne rouge faisait paraître plus pâle le visage creux de son mari. Le pauvre homme marchait près d'elle, se traînant à l'aide d'un bâton tenu des deux mains.

A ma stupéfaction, à ma colère, ils répondirent qu'au lit on ne prend pas de force surtout en ne buvant que de l'eau et qu'il fallait bien sortir. Sur mon ordre, Roquefoffre rentra.

Il m'affirma, sans me convaincre qu'il n'avait

pas fait le « merenda » (1), dont je voyais les restes sur la table.

Je lui ordonnai de se remettre au lit, de reprendre son traitement, ajoutant que si le lendemain je constatais qu'il avait dérogé, si peu que ce fut, à mes instructions, je ne reviendrais plus le voir... et je partis.

... Dans la nuit, je fus appelé d'urgence et je constatai le décès de Roquejoffre.

J'appris qu'après ma visite de l'après-midi il avait voulu rentrer sa dernière charretée de foin.

Sa femme et un voisin avaient chargé la charrette, il avait suivi en se traînant.

Il avait contemplé sa grange bien garnie et avait caressé du regard ses jolis bœufs limousins dont il venait de terminer le précieux ravitaillement.

Le soir, assis dans le « cantou », il avait déclaré qu'un bon « chabrol » lui tiendrait mieux l'estomac que l'eau de la fontaine vantée par le médecin. Il avait trempé une dernière fois ses lèvres altérées dans le mélange de bouillon et de Noa dont son assiette à calotte était pleine.

Il s'était arrêté à mi-course. Roquejoffre avait vomi le sang à flot. Sa tête pâle s'était renversée ; il était mort.

***

La femme Roquejoffre continua de soigner ses bêtes et de labourer son champ.

Un jour elle vint me demander si elle ne pourrait pas obtenir une pension.

Son mari avait été appelé en 1917 au dépôt de Périgueux et on l'avait habillé en soldat pendant quinze jours. N'était-il pas une victime de la guerre ? Je lui dis que j'étais prêt à lui faire un certificat attestant que le sieur Roquejoffre était mort d'un ulcère gastrique non imputable à la guerre que nous avons faite et que les conséquences de son affection étaient dues à son incompréhension et à sa cupidité auxquelles sa femme avait largement contribué.

Madame Roquejoffre n'insista pas.

Dr P. BERNARD.

Nos réunions médicales

UNION MÉDICALE LATINE UMFIA

Réunion du Conseil d'administration du 26 novembre 1937

En ouvrant la séance, le Docteur DARTIGUES tint à féliciter, parmi les membres du Conseil d'administration, deux nouveaux commandeurs : l'un dans l'ordre de la Légion d'honneur : Docteur Schneider, l'autre dans l'ordre de la Couronne d'Italie : Docteur L.-M. Pierra. Egalement, il fit part au Conseil de l'élection du Docteur Léon Mabille comme Conseiller général de la Somme.

Au cours de ces derniers mois l'Umfia a été représentée à divers Congrès : Journées internationales de la Santé publique, Journées néo-hippocratiques, Congrès de l'insuffisance hépatique, Congrès de médecine et de pharmacie militaires de Bucarest, Congrès du thermalisme, Congrès international de la Voix. A l'occasion des Journées internationales de la Santé publique, le professeur Achard, sous les auspices de l'Umfia, fit une conférence à l'Institut Pasteur, sur : De la méthode pour bien conduire sa raison dans la connaissance et la pratique de la médecine.

Le Docteur Chauvois fit un compte rendu de la Croisière en Grèce à laquelle il avait participé comme représentant officiel de l'Umfia ; croisière qui alla en particulier à Athènes, Epidaure et visita l'Ile de Cos, lieu de naissance d'Hippocrate. Les membres de la Croisière furent merveilleusement accueillis par les médecins grecs, tout spécialement par le Professeur Macridès, ex-directeur des Services sanitaires d'Athènes, délégué général de l'Umfia ; le Professeur Benzis, doyen de la Faculté de médecine d'Athènes ; le Docteur de Loverdo, délégué général adjoint de l'Umfia ; le Professeur Théodorides qui prit, avec le Docteur Dartigues, l'initiative de cette croisière.

Dans l'un des prochains numéros du *Bulletin* de l'Umfia, paraîtra la nomenclature des prix de la Jeune Umfia.

Le Docteur Molinéry rappela les noms de membres de l'Umfia ayant obtenu des distinctions honorifiques depuis le dernier Conseil et soumit, à la ratification du Conseil, une liste de nouveaux membres.

Le Docteur Dartigues fit part de la correspondance très suivie avec les divers pays latins reçue aux bureaux de l'Umfia.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Institut d'hygiène et d'épidémiologie.** — *Enseignement spécial en vue de l'obtention du diplôme d'hygiène* (Cours de perfectionnement sous la direction de M. L. Tanon, professeur d'hygiène, et de M. P. Joannon, agrégé ; sous-directeur : M. Ph. Navarre ; chef des travaux : M. Marcel Clerc ; préparateurs : MM. N. Lantz et Matruchot). — Ce cours, destiné à former des médecins hygiénistes spécialisés comprend : 1° Une série de travaux pratiques de bactériologie ; 2° une série de travaux pratiques de parasitologie ; 3° une série de conférences d'hygiène et d'épidémiologie ; 4° des séances d'instruction dans divers services hospitaliers et des visites d'installations d'hygiène.

Il commencera le 5 janvier à 14 h. 1/2, pour la bactériologie, et le 2 mars, à 14 heures, au laboratoire d'hygiène, pour l'enseignement spécial d'hygiène. Il durera jusqu'à mi-juin, et sera suivi d'un examen sanctionné par un diplôme.

Seront dispensés des travaux pratiques préliminaires de bactériologie, les élèves qui produiront : le certificat des cours spéciaux de bactériologie des Facultés et Écoles de médecine. Seront dispensés des travaux de bactériologie et de parasitologie les élèves qui produiront le certificat de l'Institut Pasteur de Paris, ou celui du Val-de-Grâce, ou le diplôme d'un Institut de médecine coloniale de France.

ENSEIGNEMENT SPÉCIAL DE BACTÉRIOLOGIE, sous la direction de M. le Professeur TANON et de M. MACAIGNE, agrégé : Technique de microbiologie appliquée à l'hygiène.

ENSEIGNEMENT SPÉCIAL DE PARASITOLOGIE sous la direction de M. le Professeur BRUMPT : Les mycoses. — Le paludisme. — Les leishmanioses. — La dysenterie amibienne. — Les trypanosomiases. — Coprologie (recherche des parasites intestinaux). — Leçons théoriques suivies de démonstrations pratiques.

ENSEIGNEMENT SPÉCIAL D'HYGIÈNE. — *Epidémiologie et prophylaxie générale* : MM. TANON, LEMIERRE, NATTAN-LARRIER, BÉNARD, BROQUET, CAMBESSÉDÈS, CLERC, CRUVEILHIER, DUJARRIC DE LA RIVIÈRE, FERRABOUC, JAME, JOANNON, LECLAINCHE, LIARD, LOIR, MARTIAL, NEVEU, POUILLOT, RAMON, REILLY, SACQUÉPÉE : Organisation générale de l'hygiène en France. — Législation et administration générales. — Commentaires de la loi de 1902. — Hospitalisation et isolement. — Police sanitaire maritime. — Les conférences sanitaires internationales. — L'hygiène des navires. — Prophylaxie aux frontières de terre et de mer. — Emigration. — Organisation et fonctionnement d'un bureau d'hygiène. — Diphtérie. — Dysenterie. — Fièvres typhoïdes et para-typhoïdes. — Mélitococcie. — Méningite cérébro-spinale. — Rage. — Rougeole. — Scarlatine. — Typhus exanthématique. — Variole et varicelle. — Choléra. — Fièvre jaune. — Peste. — Hygiène coloniale.

Hygiène urbaine : MM. BESSON, BRUÈRE, CLERC, COT, DIENERT, GUILLERD, HAZEMANN, NAVARRE, NEVEU, PARTRIDGE : Les eaux d'alimentation, leur surveillance. — Captage des sources. — Stérilisation des eaux de boisson. — Contrôle des eaux. — Eléments d'hydro-géologie. — Evacuation et traitement des eaux usées. — Hygiène de l'habitation. — Désinfection. — Hygiène rurale. — Méthodes de statistiques. — Protection contre les gaz nocifs.

Hygiène industrielle : MM. COT, DUVOIR, KOHN-ABREST, NEVEU, POUILLOT : Salubrité de l'atelier en général. — Réglementation du travail dans les usines. — Les fumées et les poussières dans les villes. — Intoxications professionnelles. — Eléments de toxicologie. — Etude des atmosphères confinées. — Asphyxies accidentelles.

Hygiène alimentaire : MM. CHRÉTIEN, BONIS, GIROUX, H. LABBÉ, NAVARRE, SACQUÉPÉE, TOUBEAU : Alimentation normale. — Rations alimentaires. — Pains et farines. — Le lait. — Boissons fermentées. — Les viandes, leur contrôle. — Infections et intoxications d'origine alimentaire. — Fraudes alimentaires. — Répression des fraudes.

Prophylaxie des maladies sociales : MM. TANON, BALTHAZARD, GOUGEROT, BIZARD, CAVAILLON, JOANNON, LEGROS, NAVARRE, NEVEU, POIX : Prophylaxie sociale de la syphilis. — Surveillance de la prostitution. — Bases scientifiques de la lutte antituberculeuse. — Organisation antituberculeuse. — Cancer. — L'alcoolisme. — Le service social, relations avec les services d'hygiène. — Rôle social des visiteuses d'hygiène. — Surveillance des maladies épidémiques. — Assurances sociales.

Hygiène infantile : M. COUVELAIRE, Mme JOUART, MM. LESNÉ, MAILLET, MARENGO, ROUBINOVITCH, VITRY, WEIL-HALLÉ : Mortalité et mortinatalité infantile. — Hygiène de la gestation. — Hygiène du nouveau-né. — Hygiène de l'enfant séparé de sa mère. — Alimentation du nourrisson. — La protection des enfants placés en nourrice. — Réglementation et surveillance des crèches et pouponnières. — Hygiène mentale de l'enfant.

VISITES ET STAGES. — Des visites et des démonstrations auront lieu dans divers services de clinique et dans des établissements ou installations intéressant les diverses parties de l'enseignement de l'hygiène, sous la direction des professeurs. Un stage clinique est organisé dans le service de M. le Professeur LEMIERRE, à l'hôpital Claude-Bernard.

Le programme détaillé pourra être demandé au laboratoire d'hygiène. Il sera remis aux élèves au début du cours.

CONDITIONS D'ADMISSION. — Le cours est ouvert : 1° aux docteurs en médecine français ; 2° aux docteurs étrangers, pourvus du diplôme de doctorat de l'Université, mention « Médecine » ; 3° aux étrangers, pourvus d'un diplôme médical admis par la Faculté de médecine de Paris.

Le certificat spécial de bactériologie et celui de parasitologie sont exigés au moment de l'inscription.

DIPLÔME. — Le diplôme d'hygiène est obtenu après examen ; la liste des élèves autorisés à subir cet examen est arrêtée à la fin du cours.

Le diplôme ne pourra être accordé qu'aux docteurs en médecine français ou étrangers.

L'examen comporte : 1° des épreuves écrites sur des sujets d'hygiène traités dans le cours ; 2° des épreuves pratiques et l'établissement d'un rapport ou d'une enquête (les candidats admissibles aux épreuves écrites et pratiques seront seuls admis à subir les épreuves orales) ; 3° des épreuves orales portant sur les différentes matières comprises dans l'enseignement de l'Institut d'hygiène.

Les droits à verser, pour les travaux pratiques de bactériologie, sont de 400 francs ; pour les travaux

pratiques de parasitologie, de 150 francs ; total, 550 francs.

Les droits à verser, pour le cours d'hygiène et l'examen, sont de : un droit d'immatriculation, 150 francs ; un droit de bibliothèque, 60 francs ; un droit de laboratoire, 350 francs ; un droit d'examen, 200 francs ; total, 760 francs.

BREVET DE MÉDECIN DE LA MARINE MARCHANDE. — Les médecins français diplômés des Instituts d'hygiène universitaires peuvent être portés au tableau des médecins aptes à remplir les fonctions de médecin breveté de la marine marchande (décret du 15 mars 1930) à la condition de justifier qu'ils ont subi d'une manière satisfaisante une interrogation portant sur la législation sanitaire, l'hygiène et le droit maritimes. Cette interrogation a lieu au cours de l'examen organisé chaque année en juin par le ministre de la Marine marchande.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers

— **Hôpital de la Pitié.** — *Service d'électro-radiologie.* Tous les matins à 9 h. 30, examen et présentation de clichés : MM. Delherm, Devois, Stuhl, Bernard, Hoang, Codet. — Tous les jours examens radiographiques. Radiokymographie. Sériescopie. Sériegraphie. Radiologie appliquée à la neuro-chirurgie.

Tous les jours traitements de rœntgenthérapie (à voltages moyens et à hauts voltages). Emanothérapie. Courant voltaïque. Faradique. Diathermie. Ondes courtes et ultra-courtes. Aéro-ionisation. Actinothérapie. Electrodiagnostic et chronaximétrie. Musée et bibliothèque iconographique.

Lundi, M. FAINSILBER : Examens et traitements gynécologiques par divers courants électriques. Bains de Luxeuil. — *Mardi, à 10 heures,* MM. DELHERM et MOREL-KAHN : Présentation de malades en cours de traitement ; M. SAVIGNAC : Consultation des affections de l'anus et du rectum ; M. VACHER : Traitement de la cellulite. — Mercredi, M. MOREL-KAHN : Examen et présentation de malades ; M. FAINSILBER : Examens et traitement gynécologiques. — Jeudi, M. FISCHGOLD Examen et présentation de malades. — Vendredi, MM DELHERM et FISCHGOLD : Présentation de malades en cours de traitement ; M. FAINSILBER : Examens gynécologiques est traitements. — Samedi : MM. FISCHGOLD et STROUZER : Examen et présentation de malades ; M. VACHER : Traitement de la cellulite ; M. CODET : Conférence pratique sur un cas clinique (à 11 heures).

— **Concours de stomatologiste des hôpitaux.** — *Admissibilité. Epreuve écrite. Ont obtenu* : MM. Brunet, 19 ; Fromaigeat, 24 ; Friez, 25 ; Gencel, 21 ; Lepoivre, 23 ; Maleplate, 22 ; Vrasse, 20 ; Normand, 15.

Total des points obtenus : MM. Brunet, 53 ; Fromaigeat, 53 ; Friez, 59 ; Gencel, 50 ; Lepoivre, 53 ; Maleplate, 55 ; Vrasse, 60.

Sont admissibles : MM. VRASSE, FRIEZ, MALEPLATE, BRUNET.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Le nouvel Institut d'étude et de prévention des maladies professionnelles.** — Nous avons annoncé l'ouverture d'un nouvel Institut d'études dont le siège est 6, rue de la Douane, à Paris, et qui s'occupera des questions relatives aux maladies professionnelles, à l'hygiène et à la toxicologie industrielles.

L'établissement comprend, dans ses locaux, un service photographique, une salle d'examen (sans traitement), un laboratoire et une bibliothèque importante, avec fichier détaillé. Tous ces services sont à la disposition des médecins praticiens et des étudiants en médecine qui voudront bien venir ou écrire pour s'y documenter.

Cet organisme, auquel M. le Professeur Balthazard, MM. les Prof. Duvoir, Laugier, Kohn Abrest, Fabre ont accordé leur appui technique et scientifique, fonctionne en liaison avec le Ministère du Travail et le bureau international du Travail. Il est dirigé par le Docteur Guy Hausser.

L'institut de prévention des maladies professionnelles ne se propose pas de créer un dispensaire ou un centre nouveau de soins, mais de collaborer avec les médecins praticiens, de donner à leurs malades une fiche de renseignements et de contribuer ainsi à les aider sans les concurrencer en quoi que ce soit.

Le Gérant : R. THIRON

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE,
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

Réponses des ministres aux questions des parlementaires

Honoraires médicaux pour soins donnés aux assurés assistés dans les hôpitaux publics

2572. — M. Arsène Gros expose à M. le ministre du Travail que l'article 19 du décret-loi du 28 octobre 1935 concernant les assurés sociaux bénéficiaires de l'Assistance médicale gratuite prévoit le payement des frais d'hospitalisation par les Caisses, au tarif de l'Assistance médicale gratuite, non compris les honoraires médicaux ; et demande dans quelles conditions et par qui doivent être réglés : 1° au chirurgien, les frais d'intervention chirurgicale ; 2° au médecin, les honoraires médicaux ; 3° à la sage-femme, les honoraires pour accouchement pour les assurés bénéficiaires de l'Assistance médicale gratuite, hospitalisés dans chacun de ces services, en tenant compte, notamment pour la maternité, que la plupart des hôpitaux n'ont pas de sages-femmes rémunérées et que celles-ci viennent donner leurs soins aux assurées indigentes admises à l'hôpital ; et ajoute que le forfait d'accouchement ne paraît pas pouvoir être appliqué dans ce cas particulier, puisque la durée de l'hospitalisation est assez variable. (*Question du 23 février 1937.*)

Réponse. — Lorsqu'il y a hospitalisation, la Caisse d'assurance maladie-maternité est débitrice au Service d'assistance des mêmes prestations que si l'assuré n'était pas assisté. Ces prestations comprennent la participation de la Caisse au prix de journée de l'hôpital et aux honoraires médicaux, suivant le tarif de responsabilité fixé par la Caisse pour ces deux catégories de frais et applicable à l'ensemble des adhérents. Le montant desdits honoraires doit être reversé par l'hôpital aux praticiens suivant l'entente intervenue entre ceux-ci et l'établissement. En cas de maternité, la Caisse paye le forfait visé à l'article 9, paragraphe 1er, du décret-loi du 28 octobre 1935, le Service d'assistance ayant éventuellement la charge de la différence entre les frais d'hospitalisation et le montant de ce forfait. Il appartient, dans ce cas, au Service d'assistance, de régler les frais restant dus à l'hôpital et de prévoir, s'il y a lieu, une discrimination de ces frais.

(*J. O.*, 19 novembre 1937).

Les laboratoires publics peuvent-ils effectuer des examens pour la clientèle privée ?

4351. — M. André Parmentier expose à M. le ministre de la Santé publique que les médecins s'occupant de recherches de laboratoire se trouvent dans une situation de plus en plus difficile, du fait de la concurrence qui leur est faite par le laboratoire des recherches, moyennant payement, pour le compte des particuliers ; que ces recherches sont souvent faites par des aides n'étant même pas méde-

cins ou pharmaciens et que, même dans le cas où le directeur du laboratoire est médecin et pharmacien, il échappe à la patente et utilise pour des fins particulières les ressources des laboratoires destinés aux analyses des indigents et fonctionnant avec les subventions de la collectivité ; et demande s'il est permis à un laboratoire public, c'est-à-dire recevant des subventions de l'Etat, des départements ou des communes, d'effectuer des examens payants pour la clientèle particulière. (*Question du 6 septembre* 1937.)

Réponse. — Les seuls textes visant les faits indiqués par l'honorable député sont les articles 1er et 4, ainsi conçus, du décret du 29 octobre 1936 :

« Art. 1er. — Il est interdit aux fonctionnaires, agents et ouvriers des services publics de l'Etat, des départements, communes, offices, établissements publics et colonies, d'exercer une profession industrielle ou commerciale, d'occuper un emploi privé rétribué ou d'effectuer, à titre privé, un travail moyennant rémunération. »

....

« Art. 4. — L'interdiction prévue à l'article 1er s'applique également à la réalisation de bénéfices provenant d'opérations présentant un caractère commercial et se rattachant à l'exercice d'une fonction publique telles que la gestion d'internats, de domaines, d'ateliers, de laboratoires ou d'entreprises de transports. » (*J. O.*, 19 novembre 1937.)

L'inscription sur la liste des assistés médicaux est personnelle

3576. — M. Tixier-Vignancourt expose à M. le ministre de la Santé publique que le Conseil général des Basses-Pyrénées, dans sa session d'octobre 1936, a émis un vœu ayant trait à la gratuité des soins médicaux et pharmaceutiques aux enfants dont le père ou la mère sont inscrits sur les listes d'Assistance médicale gratuite, et demande quelle suite a été donnée à ce vœu, la réponse n'étant pas encore parvenue au Conseil général. (*Question du 20 mars* 1937.)

Réponse. — Ce vœu est contraire aux dispositions de l'article 13 de la loi du 15 juillet 1893, qui stipule que la liste d'assistance médicale gratuite doit comprendre nominativement tous ceux qui seront admis aux secours, lors même qu'ils sont membres d'une même famille. Il convient d'ajouter que les enfants peuvent être adultes et pourvus de situations. Enfin, comme le fait remarquer le Conseil départemental d'assistance publique et privé des Basses-Pyrénées, auquel le vœu a été soumis, certains d'entre eux peuvent être bénéficiaires du régime des assurances sociales.

(*J. O.*, 20 novembre 1937.)

◆ ◆ ◆

Association générale des médecins de France

Office de liaison des œuvres d'entr'aide médicale

Depuis de nombreuses années, beaucoup de confrères souhaitaient voir nos différentes œuvres d'assistance et de prévoyance se réunir et coordonner leur action. Ce projet de rapprochement, déjà bien accueilli une première fois en 1928, sous l'influence des articles de J. Noir, parus dans le *Concours Médical*, vient d'être repris et mis à l'étude.

L'Association générale des médecins de France, dans sa dernière Assemblée générale, a décidé en effet, conformément à un vœu formulé par la Société Centrale, de prendre l'initiative de ce mouvement.

Sous la présidence de M. Chapon, président de l'Association générale des médecins de France, assisté de M. Lutaud, son secrétaire général, les délégués des principales œuvres d'entr'aide médicale se sont donc réunis récemment, en vue de la création d'un Office de liaison, destiné à coordonner le fonctionnement de ces diverses Sociétés.

Etaient représentées les Sociétés suivantes : Association générale des médecins de France (Docteur Jules Bongrand) ; Association confraternelle des médecins français (Docteur O'Followell) ; Association des médecins de la Seine (Docteur Genouville) ; Association française des Femmes médecins (Mlle le Docteur Blanchier) ; Caisse de secours du *Concours Médical* (Docteur Vimont) ; Fédération des médecins du Front (Docteur O'Followell) ; F. E. M. (Docteur Darras) ; Gallet-Lagoguey (Docteur Jousset) ; Maison du Médecin (Docteur Noir) ; Médecine et Famille (Docteur Renaudeaux) ; Mutualité familiale du Corps médical français (Docteur Noir) ; Mutuelle de retraite des Journalistes médicaux (Docteur Garrigues) ; Prévoyance médicale (Docteur Busquet) ; Secours syndical (Docteur Cibrie) ; Société Centrale de l'A. G. (Docteur A. Touchard) ; M. Paul Boudin, conseiller médico-juridique.

M. Touchard de la Société centrale, initiatrice de ce vœu, fit d'abord un exposé de la question. Il établit que ce projet paraît répondre à un désir général d'entente, mais que l'accord est unanime pour garder à chaque Société, son autonomie et son indépendance, et pour rejeter, hors de discussion, toute idée de fusion. Celle-ci n'est ni souhaitable, ni réalisable.

Il s'agit d'obtenir plus de cohésion entre nos œuvres diverses. S'il existe une ébauche de coopération entre certaines Sociétés et si certains de nos collègues devoués font partie du Conseil de plusieurs œuvres, cette liaison n'existe que d'une façon fragmentaire ; elle est désordonnée et manque d'efficacité.

Il convient de mettre en pratique l'ensemble ou

une partie des suggestions, qu'apportait J. Noir, en citant l'exemple de l'Office central des Œuvres de bienfaisance, 175, boulevard Saint-Germain, dans ses remarquables articles, parus dans le *Concours Médical* en 1928 et plus récemment en 1937.

On peut concevoir un simple service de bureau, avec un service d'enquêtes, un service de renseignements sur les bénéficiaires de secours, un service de renseignements sur les œuvres avec un répertoire. On peut donner à cet Office une forme plus vivante, en établissant une réunion effective des œuvres avec des relations constantes et permanentes, qui leur permettrait d'échanger leurs vues sur leur propre fonctionnement. On peut aussi lui donner une personnalité propre, lui permettre d'agir par lui-même, en gérant, par exemple, des Centres de placement, d'assistance aux vieillards, veuves et infirmes, d'assistance par le travail aux médecins et aux veuves.

Ces nombreuses questions ne pouvaient être traitées définitivement au cours de cette séance préliminaire, qui fut considérée comme une séance préparatoire d'information et d'orientation. Les délégués examinèrent surtout les conditions dans lesquelles pourraient fonctionner un service d'enquêtes et de renseignements, et, en particulier, la coopération des œuvres dans la distribution des secours, dont M. O'Followell avait déjà montré l'importance.

Un Comité d'études fut nommé, composé de MM. Noir, président, Cibrie, Darras, O'Followell et Touchard avec M. Boudin comme conseiller médico-juridique. Il étudiera un projet, établira une réglementation et soumettra son travail aux délégués dans une séance ultérieure, qui pourra fixer la constitution définitive de cet Office.

Le désir général d'entente, le soin apporté à cette discussion donnent l'assurance que nos espérances ne seront point trompées. Ce projet doit aboutir à des réalisations immédiates ; c'est aussi une œuvre d'avenir, pleine de promesses.

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE

« Le Sou Médical »

Au cours de sa réunion du 16 novembre 1937, le Conseil a prononcé les admissions suivantes :

12.848 ABADIE, Egriselles-le-Bocage (Yonne). Syndicat médical de Sens.
12.849 BAYSSE, Maktar (Tunisie). Syndicat médical du Lot.
12.850 BOIVIN, Tours (Indre-et-Loire). Parrains : Docteurs Lemesle et Desrosiers.
12.851 BONNET, Chaumont (Haute-Marne). Syndicat médical de la Haute-Marne.
12.852 DAVIDOVITCH, Samatan (Gers). Parrains : Docteurs Riaunau et Cabiran.

12.853 DE VAUDELADE DU BREUILLAC, Montmorillon (Vienne). « Les Anciens de Laënnec ».
12.854 GAU, Grasse (Alpes-Maritimes). Parrains : Docteurs Lutigneaux et Notari.
12.855 GOURC, Lagor (Basses-Pyrénées). Syndicat médical de Pau.
12.856 LAGARDE, Decazeville (Aveyron). Syndicat médical du bassin houiller de l'Aveyron.
12.857 MONIN, Corbeilles-en-Gatinais (Loiret). Parrains : Docteurs Gaucher et Popnilat.
12.858 NICAUD, Noirmoutier (Vendée). Parrains : Docteurs Ouvrard et Poignant.
12.859 RAMERY, Casablanca (Maroc). Parrains : Docteurs Noir et Fischer.
12.860 SAILLANT, Montluçon (Allier). Parrains : Docteurs Leroy et Gibert.
12.861 SOUPAULT, Saint-Nazaire (Loire-Inférieure). Syndicat des médecins de Saint-Nazaire.

Ces admissions deviendront définitives à défaut de protestation dans les quinze jours de la présente publication (Art. 5 des statuts).

La Ligue médicale de Défense professionnelle « **Le Sou Médical** » a deux objets principaux :

1° Tout d'abord elle garantit ses membres contre les risques de responsabilité professionnelle à concurrence d'une somme de 100.000 francs. Et cette garantie est portée à 500.000 francs pour ceux d'entre eux qui sont en même temps abonnés au *Concours Médical.*

2° En outre, elle leur donne conseils et soutien dans toutes les difficultés et les procès d'ordre professionnel.

CORRESPONDANCE

MUTUALITÉ FAMILIALE

A propos des retraites

Un décret-loi promulgué au mois d'août dernier (et dont j'ai exposé récemment les principales dispositions) a bouleversé pour l'avenir notre combinaison retraites comme, du reste, celle de toutes les mutuelles.

Suivant ses dispositions nous avions cru devoir repousser toute candidature nouvelle, *les adhérents anciens demeurant régis par les statuts anciens et conservant tous les droits reconnus par leur contrat.*

Mais le nouveau fonctionnement ne pourra être inauguré qu'après la parution du règlement d'administration publique qui édictera les modalités d'application du décret-loi. Or ce règlement ne doit pas voir le jour avant plusieurs mois.

En attendant, et après accord intervenu avec l'administration, nous continuerons à accueillir les candidatures nouvelles aux conditions énoncées par nos statuts. *Nous invitons donc tous les confrères qui avaient fait acte de candidature pour la retraite et à qui nous avions dit que notre recru-*

tement était momentanément suspendu, à nous renvoyer leurs demandes d'admission qui seront examinées à la prochaine réunion du Conseil d'administration, c'est-à-dire au début de janvier prochain.

Le Secrétaire général,
G. Lavalée.

QUESTIONS DIVERSES

8.726. — La loi sur les congés payés est actuellement applicable aux demestiques

J'ai appris que les domestiques de maison étaient soumis aux congés payés.

Mais, je voudrais vous demander quelques précisions.

J'ai un ménage (homme et femme) que je loge, mais hors de chez moi et comme ils ont des enfants en bas-âge, je ne les emploie que la moitié de la journée chacun. En outre, les jours de fête et dimanches, ils ont leurs après-midi.

Je voulais vous demander si, dans ces conditions :

1° Ils doivent être considérés comme faisant un service continu et par conséquent soumis à la loi ;

2° Comment doivent-ils être employés pour être considérés comme ne faisant pas un service continu.

3° Ils sont entrés, la femme au 6 mai 1937 et l'homme au 1er juin 1937, mais payés tous les deux à partir du 1er mai.

J'ai donc en quelque sorte donné les quinze jours largement au début de leur engagement.

Suis-je dans le vrai ?

En tous cas, si je ne suis pas dans le vrai, étant donné la date de leur entrée, à quelle date extrême dois-je leur donner leur congé.

4° Puis-je leur donner en plusieurs fois ?

Dr L.

Réponse

Un décret du 10 novembre 1937 vient d'étendre au personnel des services domestiques le bénéfice de la loi du 20 juin 1936 sur les congés annuels payés. Aux termes de l'art. 2 de ce décret « pour l'acquisition du droit aux congés, la durée des services continus (qui doit être d'un an ou de six mois), s'entend de la période pendant laquelle le bénéficiaire est lié à son employeur par un contrat de travail verbal ou écrit. N'interrompent pas notamment la durée des services continus : les jours de maladie, le repos des femmes en couches, les périodes obligatoires d'instruction militaire et les absences autorisées ».

Par conséquent, ce qui doit être continu, d'après la loi, pour ouvrir droit au congé annuel, n'est point le service matériel de l'intéressé, mais l'exécution du contrat de travail intervenu

---

entre le salarié et l'employeur. Il importe peu que ce contrat prévoie un travail discontinu ; du moment que le contrat a continué son cours durant au moins une année, le droit au congé se trouve définitivement acquis.

Le fait que vous ayez donné à vos deux employés, au mois de juin 1937, une période d'environ quinze jours de liberté avant l'entrée en service, ne saurait vous délier de vos obligations, car le congé doit être donné après l'expiration de la période d'un an ou de six mois, et non point au début de l'engagement.

Aux termes de l'art. 10 du décret en vue de la détermination du droit au congé annuel ultérieur, les services effectués chez le même employeur seront décomptés à partir du 1er juillet de chaque année. La période de six mois qui constitue le minimum ouvrant droit au congé, ne sera donc réalisée qu'au mois de janvier prochain.

Conformément à l'art. 3 dudit décret, les bénéficiaires du congé devront en jouir dans les six mois qui suivent la date d'acquisition de leur droit, c'est-à-dire entre le 1er janvier et le 1er juillet 1938. Il vous appartiendra de fixer à l'intérieur de cette période la date de départ en congé. Toutefois, ce délai de six mois peut être augmenté jusqu'à concurrence de douze mois, au maximum, par accord entre les parties.

D'après l'art. 4, le congé annuel peut, par accord entre les parties, être fractionné en périodes d'un ou plusieurs jours jusqu'à concurrence de la moitié de sa durée totale.

8.545. — Un médecin assermenté peut-il se faire remplacer par un praticien non assermenté ?

Je désirerais savoir quelles sont les pénalités auxquelles s'expose un médecin assermenté qui laisse à son remplaçant des signatures en blanc pour que celui-ci puisse à son lieu et place, examiner les clients et leur remettre les certificats dont ils ont besoin.

Dr G.

Réponse

En supposant pour le moment que la nomination et le rôle de médecin dit assermenté soient légaux ou justifiés par un texte règlementaire, nous devons dire que ce praticien est revêtu de la confiance de l'Administration publique qui l'a nommé et pour laquelle il doit effectuer des missions de contrôle ou de certification.

Dans ces conditions, la mission est *intuitu personæ*. En d'autres termes, le médecin assermenté ne peut pas déléguer sa fonction à un autre confrère sans en avoir obtenu au préalable, l'autorisation de l'Administration publique dont il est le commis. Commettrait donc une faute

administrative grave le médecin qui, se faisant remplacer, autoriserait son remplaçant à agir comme médecin assermenté alors que l'Administration en cause n'en aurait pas été avertie, ni n'aurait donné son autorisation.

Commettrait une faute encore plus grave, le praticien dit assermenté qui signerait en blanc des feuilles de certificat, lesquelles feuilles seraient ensuite remplies par un tiers, en l'espèce, par le remplaçant non assermenté.

On a trop souvent l'habitude de considérer les fonctions des médecins assermentés comme ne devant servir qu'au rabattage de la clientèle des membres des Administrations publiques vers un seul cabinet médical, au mépris des règles syndicales du libre choix du médecin.

Si les praticiens dits assermentés veulent bénéficier des avantages que leur confèrent ces fonctions, c'est à la condition de respecter leurs devoirs et d'accomplir leur mandat de contrôle avec toute la conscience indispensable.

Il appartient à l'Administration publique d'appliquer telles sanctions disciplinaires qu'elle jugera opérantes, lorsqu'elle s'apercevra qu'un médecin revêtu de sa confiance a manqué à ses obligations, soit en se faisant remplacer dans ses fonctions de certificateur et de vérificateur par un médecin non assermenté, soit en remettant à ce dernier des feuilles signées en blanc et à l'avance.

Dr Paul BOUDIN.

ASSURANCES SOCIALES

8.183. — Droit d'un assuré social à son retour du service militaire

Un de mes jeunes clients étant parti au régiment le 19 octobre 1936, a été réformé pour tuberculose pulmonaire et renvoyé dans ses foyers le 22 juillet dernier. Depuis cette date, je lui donne mes soins et lui ai prescrit un repos absolu.

Ce jeune homme, avant de partir au service militaire gagnait 25 à 32 francs par jour et avait toujours payé ses cotisations d'Assurances sociales. Depuis qu'il a cessé son travail, la Caisse d'Assurances sociales lui rembourse normalement les frais médico-pharmaceutiques, mais, s'appuyant sur le décret du 28 octobre 1935 ne lui accorde que 3 francs d'indemnité journalière; indemnité calculée, paraît-il, d'après la cotisation minima considérée comme payée pendant le service militaire. Cette façon de faire est-elle régulière et le malade n'a-t-il droit qu'à cette faible indemnité ?

Dr D.

Réponse

Il résulte effectivement de l'art. 22, parag. 3 du décret-loi sur les Assurances sociales, que l'assuré appelé sous les drapeaux est considéré à son retour dans ses foyers, comme ayant subi pendant la période du service militaire, le minimum légal des retenues ouvrant droit aux prestations de l'assurance-maladie.

Dans ces conditions, il reçoit l'intégralité des prestations en nature qui sont identiques pour toutes les catégories d'assuré. Quant au montant des prestations en espèces, elles sont fixées d'après le chiffre de ses cotisations minima et en application des arrêtés du 4 et du 17 avril 1936.

Aux termes de ces arrêtés, l'indemnité journalière la plus basse est effectivement de 3 francs. L'attitude de la Caisse en l'espèce est donc parfaitement conforme à la loi et votre client ne peut exercer contre elle aucun recours utile.

8.212. — L'allocation des prestations spéciales par les Caisses constitue un droit pour les assurés

Ayant en traitement depuis six mois écoulés deux syphilitiques aigus, assurés sociaux, ces malades se voient présentement refuser les prestations spéciales auxquelles l'art. 6, paragr. 16 du décret leur donne droit.

Dr P.

Réponse

Aux termes de l'art. 6, paragr. 16 du décret-loi du 28 octobre 1935 instituant le nouveau régime des Assurances sociales, l'assuré ou l'ayant droit dont l'état nécessite des soins préventifs ou qui est atteint d'une maladie ne comportant pas cessation de travail, reçoit s'il y a lieu pendant une durée de deux ans au plus les prestations spéciales dont le montant maximum et les conditions d'attribution sont fixés par le règlement intérieur des Caisses.

Cette disposition qui constitue une des innovations du nouveau régime a été prise par le législateur dans le but justement de combler les lacunes résultant de l'application du délai de six mois.

En effet, dans toutes les maladies présentant un caractère chronique et ne nécessitant qu'un traitement d'entretien, il est impossible de parler de guérison apparente ou de fin de l'état de maladie. Il en résulte donc qu'un assuré se trouvait pour une affection de cette nature privé de tout droit aux prestations-maladie ordinaires après six mois de soins.

Une telle conséquence était dangereuse pour les Caisses elles-mêmes car l'assuré privé de prestations se privait de soins et son état pouvait aller en empirant jusqu'à nécessiter le versement d'une pension invalidité.

L'art. 6, parag. 16, présente donc une utilité incontestable. Il a, d'autre part, un caractère obligatoire et constitue un droit pour les assurés. D'autre part, les Caisses ne peuvent point arbitrairement supprimer ou réduire à presque

rien les prestations spéciales de deux ans dans leur règlement intérieur.

Vous n'ignorez pas, en effet, que ce règlement doit être conforme pour la plus grande partie de ses dispositions au règlem nt intérieur-type établi par le ministre du Travail dans son arrêté du 30 janvier 1937, qui a pris un caractère obligatoire pour toutes les Caisses d'assurances sociales à dater du 1er octobre dernier, en vertu d'un arrêté ministériel du 29 septembre.

Or, l'art. 38 de ce règlement intérieur type reproduit textuellement les dispositions de l'art. 6, paragr. 16 en prévoyant que la Caisse peut substituer dans ce cas, aux prestations ordinaires, les indemnités forfaitaires dont le maximum mensuel est fixé par son tarif de responsabilité. Il appartient à la Caisse de fixer pour chaque cas particulier sur proposition du médecin traitant ou du contrôle médical le montant des indemnités à allouer et la durée pendant laquelle elles sont attribuées.

D'un autre côté, les Caisses ne peuvent établir comme elles l'entendent leur tarif de responsabilité. Ce tarif ne devient obligatoire que lorsqu'il est soumis pour homologation à une Commission tripartite régionale composée pour un tiers de représentants des Caisses, pour le second tiers de représentants des groupements professionnels médicaux et pour le troisième tiers de représentants de l'Administration.

Cette Commission statue d'ailleurs sous réserve d'appel devant la Section permanente du Conseil supérieur des Assurances sociales.

Dans ces conditions, si une Caisse refuse, à un assuré atteint d'une affection chronique ayant à son compte des cotisations requises, le bénéfice des prestations spéciales de deux ans, l'intéressé doit saisir de ce litige la Commission d'arrondissement du siège de la Caisse par lettre recommandée adressée à son président dans les dix jours de la notification du refus à peine de forclusion. Au cas où le refus de la Caisse serait fondé sur l'état du malade, le litige devrait être soumis à la Commission technique des trois médecins par lettre recommandée adressée par l'assuré au greffier du Juge de paix de son domicile.

D'autre part, le Corps médical par l'intermédiaire de ses représentants officiels devant les Commissions tripartites régionales doit s'opposer à l'homologation des tarifs de responsabilité des Caisses qui ne prévoiraient pas des indemnités forfaitaires mensuelles à allouer en application de l'art. 6, paragr. 16 ou ne prévoiraient que des indemnités insuffisantes.

8.786. — Situation des métayers à l'égard des Assurances sociales et des accidents du travail

Voulez-vous bien me dire quelles sont les obligations d'un propriétaire vis-à-vis de son métayer qui ne possède ni cheptel mort ni cheptel vif, au point de vue des Assurances sociales et des accidents du travail ? Dr F.

Réponse

D'après l'art. 1er, paragr. 3 du décret-loi du 30 octobre 1935 instituant le nouveau régime des Assurances sociales dans l'agriculture, « les métayers ne sont obligatoirement assujettis aux Assurances sociales que s'ils travaillent ordinairement seuls avec l'aide des membres de leur famille, conjoint, ascendants, descendants, frères, sœurs, collatéraux, et s'ils ne possèdent pas à leur entrée dans l'exploitation une part de cheptel d'une valeur supérieure à 1.000 francs. »

Les métayers ne sont, d'autre part, point des salariés et ne peuvent par suite invoquer le bénéfice de la loi sur les accidents du travail à l'égard du propriétaire. Des dispositions spéciales ont été prises par la loi du 15 décembre 1922 pour régler les rapports entre les ouvriers employés par le métayer et le propriétaire du fond. En cas d'accident survenu à l'un de ses ouvriers, ce dernier peut former un recours contre le métayer pour la moitié des indemnités, l'autre moitié incombant au propriétaire. Si une assurance contre les accidents du travail a été contractée, le bailleur ou propriétaire doit supporter au moins la moitié de la charge de la prime d'assurance.

8.676. — Admission d'un assuré social à l'assistance

Un maire voisin, conseiller d'arrondissement, après de nombreux pourparlers, a consenti à donner des feuilles d'assistance à un de mes clients, assuré social (art. 59) : or il vient de les lui reprendre.

Or mon client avait fait une demande d'assistance et à ma connaissance il ne lui a jamais été notifié de refus ; bien plus le maire implicitement l'avait admis en lui délivrant les feuilles.

1° Mon client n'est dans le pays que depuis sept mois ; où il se trouvait auparavant il était à l'article 59 ; or je croyais que pendant un an il dépendait de la commune qu'il venait de quitter.

Quelle marche à suivre pour obtenir l'inscription de mon malade à l'assistance (s'il ne l'est pas !), écrire à la Commission cantonale ? et dans ce cas quel est son siège ?.

S'il l'est, comment obliger le maire à délivrer des feuilles ? j'ai déjà dû récemment écrire à la Préfecsure pour en obtenir pour un autre client.

Réponse

Pour qu'un assuré social puisse recevoir des prestations de l'assurance-maladie en qualité d'assuré indigent, il doit avoir été inscrit sur les listes d'assistance de la collectivité du domicile de secours dans les formes et conditions prévues par la loi du 15 juillet 1893 sur l'Assistance médicale gratuite.

La procédure d'inscription a d'ailleurs fait l'objet d'une modification par un décret-loi du 30 octobre 1935.

Cette procédure est la suivante : Les demandes d'admission doivent être adressées à la mairie de la résidence de l'intéressé ; ces demandes sont instruites par le Bureau d'assistance ; elles sont transmises avec celui du Bureau et celui du Conseil municipal au Secrétariat de la Commission cantonale d'admission composée du Juge de paix président, de deux fonctionnaires financiers, et d'un Conseiller général.

Cette Commission se réunit au moins une fois par trimestre sur la convocation du Préfet. Elle dresse les listes d'assistance et les transmet aux Préfets et aux maires des communes de la circonscription.

Dans un délai de vingt jours à compter de la notification à l'intéressé de la décision des Commissions cantonales, un recours doit être formé devant la Commission d'appel siégeant au chef-lieu du département ; les décisions de cette Commission sont également notifiées aux intéressés par l'intermédiaire des préfets et des maires . Elles peuvent faire de même l'objet d'un recours devant une Commission centrale siégeant au ministère des Finances dans un délai de deux mois à compter de leur notification.

Lorsqu'il y a lieu à l'admission d'urgence, celle-ci est éventuellement prononcée par le maire. Mais elle doit être soumise à la ratification de la Commission cantonale dans le délai d'un mois au maximum.

D'après ce même décret-loi, la collectivité de secours n'est plus comme autrefois, la commune du domicile de l'intéressé, mais le département dans lequel se trouve cette commune. Si donc votre client n'a pas changé de département et s'il n'était inscrit antérieurement à son changement de domicile sur les listes d'assistance de sa commune, il est en droit de bénéficier du régime des assurés sociaux indigents.

Au cas où votre client aurait changé de département et n'aurait pas encore ainsi acquis le domicile de secours départemental, les frais d'assistance médicale gratuite le concernant incomberaient à l'Etat. Le bénéfice de l'assistance devrait être réclamé à la Préfecture.

Cinquante-neuvième année N° 51 19 Décembre 1937

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

- sommaire -

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	70 fr.	Belgique et Luxembourg...	80 fr.
Etudiants	45 fr.	Première Zone	95 fr.
Le Numéro...........	1.50	Deuxième Zone	120 fr.

Abonnés du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos abonnés qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Adda, Dana, Picard, Timsit, (Jules) (engl. spok).
Amélie-les-Bains : Alardo, J. Bouix.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Bandol : Charmot et Rozet, (*Mais. cur. hélio-mar.*), Marçon.
Beaulieu-sur-Mer : Ricoux.
Beausoleil : Andoly.
Biarritz : Clavel Pierre, Lacour.
Boulou (le) : Jean Noguès.
Biskra (Sud-Algerien) : Chatenier (*ophtalm.*)
Cambo-les-Bains : A. Camino, Chatard, Colbert, Trotot.
Cannes : Bourgeois-Gavardin, P.-E. Bousquet, Fournier, P. Houssiaux, Joublot, P. Roques (*Y. O. R. L.*), Makereël, Monod, R. Stauder.
Cap-d'Ail : Lyons.
Carnac-plage : E. St-Martin.
Cassis-sur-Mer : Agostini.
Chamonix : de Chabanolle.
Ciboure : P. Sousbielle.
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Brody, Chaumet.
Hyères : Fohanno, Valmyre, Verrier.
Jougne : P. Charlin.
Juan-les-Pins-Antibes : Claudel (*chir.*).
La Seyne : Grandjean, J.-M. Jaubert, Makereël.
Magagnose-de-Grasse : Gordon.
Mégève (Hte-Sav.) : M. Grenet, Jacqueline Grenet.
Menton : Camaret, P. de Lengenhagen, Paul Ray.
Monte-Carlo : S. Vivant.
Nice : Bernard, Brouxel (*Chir.*), Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Daniel, Dormoy, Drapier, M. Faure, Gazzola, Gaudichon (*O. R. L.*), Guerry, E. Guérin, G. Henry (*Ray. X*), Kent-Monnet, Larue, Le Geard, (*mal. nerv.*) Lelongt Max, Liotard, Malaussène, (*Pn. art.*), Nafilyan, Nicolas, Phipps (*derm.*), Piettri, Rouvière, Sineau (*acc.*), Trutié de Vaucresson (*chi. acc.*), Vizerie.
Pau : Bajac, Carcy, Cornet.
St-Didier : A. Masquin.
Ste-Maxime-sur-Mer : Bausset, Ficonetti.
St - Raphaël - Valescure : Boulle (*Gyn. v. u.*), Léon Clément, (*clin. chir.*), Marcel Rochette (*stom.*), Théo Roux de Laroque.
Sanary-sur-Mer : P. Gal'lard.
Saujon : Dubois.
Toulon : Jamin (*chir.*), (Scage otolaryng)
Vernet-les-Bains : Ponson.
Villefranche-sur-Mer : Alfonsi-Baud.
Villard-de-Lans : Bassaget (*Mal. des enf.*), Héraut (*mal. enf.*), Suau (*Mal. ent.*)

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à **2 fr. 50** *la ligne. Verser au compte de chèques postaux du* **Concours Médical**, *Paris* **167-95.**

N° 322. — Urgent. A céder belle client. campagne, proximité Normandie, pro-pharmacie. Comptant à débattre. Prix intéressant.

N° 323. — Normandie. Départ urgent pour rais. famille, à céder clientèle chiffre import. suscept. d'être augmenté, seul médec. Gr. maison tout conf., loyer 1.900. Indemn. 5.000.

N° 324. — A vend. table d'examen Antipiol, parf. état : 200 francs. Docteur Lévy, 1, avenue Eugène-Thomas, Kremlin-Bicêtre (Seine).

N° 325. — Pas-de-Calais. Client. avec propharm. à céder. Facilités paiement.

N° 326. — Docteur franç. ex-externe hôpit., lauréat Faculté, recherche remplacem. ou occupat. médic. Docteur 129, rue Mazarin, Bordeaux.

N° 327. — A vend. Peugeot 402, 1936, peu roulé, état neuf. Prix demandé : 19.000.

N° 328. — A vend. appareil de diathermie 5.000 millis sur 110 volts alternatif. Fonctionnem. et présentation parfaits. Prix : 2.000 francs.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet Breitel et Goret

1, rue Dante, Paris (5e). - Tél. : Odéon 36-46

Paris, quart commerç. excel. client. anc., bel appart. vue urgence, prix 40.000.

Belle banlieue proche, client. facile, pavillon avec conf. et jard. Prix 30.000, 20.000 cpt.

Poitou, près gde ville, petit centre riche, bon chiffre touché. Prix 40.000 francs.

Normandie, petite ville industr., belle client. de consultat., maison conf. Prix 55.000, 30.000 cpt.

Renseignements

A céder, Côte d'Azur, établissement médical en pleine exploitation. Situation magnifique, existe depuis 29 ans.

Héliothérapie. Maison santé Hélios. Dr Brody, Grasse.

« La Soleillette » Bandol-sur-Mer (Var). Soleil. Régime.

C'est en vain que vous avez usé de poudres de saturation pour calmer les brûlures de votre estomac, de purgatifs pour réduire les ballonnements de votre intestin, d'antiseptiques pour diminuer la putridité de vos selles. Essayez quelques TABLETTES DE MANGAÏNE, 4 à 6 par jour, et vous verrez tous ces symptômes réunis disparaître.

« La Colline » à Saint-Antoine - Nice. Maison repos, régimes, convalescence, fondée en 1909. Situation idéale. Altitude 250 mètres. Hydro électro-héliothérapie. Médecins. Infirmières. Prospectus sur demande.

AVIS

Renouvellement des Abonnements

En raison des *frais de plus en plus élevés* qu'entraînent actuellement les recouvrements, nos abonnés ont tout intérêt à nous adresser leur réabonnement (**70 fr.**), par virement ou chèque postal, chèque bancaire, etc., au nom du *Concours Médical* (Compte Chèques postaux, Paris 167-95.)

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de chirurgie.** — *Séance annuelle.* — La séance annuelle de l'Académie de chirurgie aura lieu à la troisième séance de janvier 1938. M. Louis Bazy, secrétaire général, prononcera l'éloge de Quenu.

— **Faculté de médecine de Paris.** — *Leçon inaugurale.* — M. le Professeur Maurice Chiray, professeur d'hydrologie thérapeutique et climatologie, fera la leçon inaugurale de son cours le lundi 17 janvier 1938, à 18 heures, au Grand amphithéâtre de la Faculté.

— **Faculté de droit de Paris.** (Année scolaire 1937-1938). — Le Professeur Laignel-Lavastine a commencé son cours de *psychiatrie médico-légale élémentaire* à la Faculté de droit le jeudi 16 décembre 1937, à 11 heures, amphithéâtre no 3 et le continuera tous les jeudis à la même heure.

Programme du cours. — Jeudi 23 décembre : Capacité pénale. — Jeudi 6 janvier 1938 : Réactions antisociales des alcooliques. — Jeudi 13 janvier : Réactions antisociales des toxicomanes. — Jeudi 20 janvier : Réactions antisociales des obsédés. — Jeudi 27 janvier : Réactions antisociales des dé-

ments. — Jeudi 3 février : Réactions antisociales des délirants. — Jeudi 10 février : Réactions antisociales des épileptiques et des hystériques. — Jeudi 17 février : Réactions antisociales des paranoïaqnes. — Jeudi 24 février : Réactions antisociales des déséquilibrés et des pervers instinctifs. — Jeudi 3 mars : L'homicide pathologique. — Jeudi 10 mars : Limites du vol morbide. — Jeudi 17 mars : Attentats aux mœurs. — Jeudi 31 mars : Criminalité juvénile, militaire et coloniale.

— **Institut du radium.** — M. le Docteur Antoine Lacassagne a été nommé directeur de l'Institut du radium, en remplacement du Professeur Claude Regaud, de l'Institut Pasteur, admis à la retraite.

— **Ecole francaise de stomatologie** (20, passage Dauphine, Paris, VIe). — *Cours et conférences publics et gratuits* (hiver 1938), salle des conférences de l'école, à 18 heures :

Les mercredis (pathologie chirurgicale). 12 janvier, Docteur Ch. Ruppe, stomatologiste des hôpitaux, chargé de cours à la Faculté de médecine : La radiographie dans les affections des maxillaires (projections). — 19 janvier, Docteur Vilensky, stomatologiste des hôpitaux : Les infections du plancher buccal. — 26 janvier, Docteur Henault, stomatologiste des hôpitaux : Les nécroses des maxillaires. — 2 février, Docteur Marcel Darcissac, stomatologiste des hôpitaux : Les fractures de l'étage moyen de la face (projections). — 9 février, Docteur Thibault, stomatologiste des hôpitaux : Les accidents dus à l'inclusion des canines supérieures. Leur traitement. — 16 février, Docteur Raison, stomatologiste des hôpitaux : Le traitement des accidents d'éruption de la dent de sagesse inférieure. — 23 février, Docteur Lattes, stomatologiste des hôpitaux : Indications et technique du curettage péri-apical. — 2 mars, Docteur Marie, stomatologiste des hôpitaux : Indications et techniques des diverses anesthésies en pratique stomatologique.

Les vendredis (pathologie médicale). — 14 janvier, Docteur René Vincent, médecin de l'Institut prophylactique : Considérations historiques et pathogéniques sur la pyorrhée alvéolaire. — 21 janvier, Docteur Richard, stomatologiste des hôpitaux : Les névralgies du trijumeau. — 28 janvier, Docteur Lebourg, stomatologiste des hôpitaux : Le signe de Vincent (d'Alger). Sa valeur séméiologique. — 4 février, Docteur Houzeau, stomatologiste des hôpitaux : Leucoplasie et lichen plan buccal. — 11 février, Docteur Omnes, stomatologiste des hôpitaux : Diagnostic d'une ulcération de la langue. — 18 février, Docteur Rousseau-Decelle, stomatologiste des hôpitaux : Les stomatites ulcéreuses. — 25 février, Docteur Fargin-Fayolle, stomatologiste des hôpitaux : Les difficultés du diagnostic en stomatologie. — 4 mars, Docteur Guilly, stomatologiste des hôpitaux : Etude et préparation de la bouche en vue d'une prothèse chez l'édenté partiel.

— 11 mars, Docteur CAUHÉPÉ, stomatologiste des hôpitaux : Les dents temporaires.

— **Paris et département de la Seine.** — *Changements d'adresse.* — Les confrères ayant changé d'adresse doivent — dans leur intérêt — envoyer à la Préfecture de Police l'indication de leur nouveau domicile en mentionnant l'ancien. Les lettres portant la suscription « M. le Préfet de Police (Direction de l'Hygiène), Paris (IVe), » sont dispensées de l'affranchissement.

Il ne pourra être tenu compte pour l'établissement de la prochaine liste, que des lettres reçues avant le 31 décembre.

— **Fête de bienfaisance de la Fédération nationale des médecins du front.** — Ainsi que nous l'avons annoncé, la fête de bienfaisance annuelle de la Fédération nationale des médecins du front a eu lieu le 27 novembre dernier, au restaurant de la Porte-Dauphine.

Un dîner servi par petites tables réunit 190 convives, parmi lesquels nous citerons : le médecin colonel Arène, du cabinet du ministre de la Guerre représentant ce dernier ; la Générale Pellé, ancienne ambassadrice de France ; M. Jean Goy, député, président général de l'U. N. C., secrétaire général du groupement des officiers mutilés, et Mme Jean Goy ; le Colonel Picot, président des Gueules cassées ; MM. Paul Chack et Chanlaine, représentant les Ecrivains combattants ; M. Nazare Aga, président des engagés volontaires étrangers ; M. Rockwell, de l'American Legion ; M. Hodgkinson, de la British Legion et Mme Hodgkinson ; le médecin général inspecteur et Mme Emily ; le médecin général Maisonnet ; le médecin général Fayet ; le médecin lieutenant-colonel et Mme Foy ; le professeur et Mme Guillain ; le Professeur agrégé Lardennois, président de l'Union fédérative des médecins de réserve et Mme Lardennois ; le Docteur et Mme Pagniez ; le Docteur et Mme Jayle ; le Docteur et Mme Thierry de Martel ; le Docteur et Mme Rouget ; M. Szirmai, secrétaire à la légation de Yougoslavie et Mme Szirmai ; M. André de Fouquières.

Une soirée dansante très animée a fait suite au dîner et se termina tard dans la nuit.

Cette fête en tout point réussie, pleine d'entrain et de cordialité, a permis de verser 10.000 francs, à la Caisse de secours de la Fédération.

— **Club médical hippique de France.** — Le Club médical hippique de France, dont le siège social est à Paris, 3, rue Bixio, est ouvert à tous les docteurs en médecine français, aux étudiants en médecine français, ainsi qu'aux membres de leur famille des trois premiers degrés.

L'Association a pour but de faciliter la pratique de l'équitation aux membres du Corps médical et plus généralement de s'intéresser à toutes les questions concernant le sport hippique.

La cotisation des membres actifs et des membres libres est fixée à 20 francs.

— **Comité national de l'enfance.** — Le Conseil d'administration du Comité national de l'Enfance a tenu sa dernière réunion le samedi 4 décembre au Siège social, 51, avenue Victor-Emmanuel III, sous la présidence de M. Paul Strauss, ancien ministre, président du Comité.

A ses côtés avaient pris place Mme Brunschvig, ancien sous-secrétaire d'Etat, MM. les Professeurs Marfan et Nobécourt, M. Leredu, ancien ministre, de nombreux médecins des hôpitaux et des personnalités du monde de l'Assistance et de la Croix-Rouge.

Le Docteur Julien Huber, secrétaire général, rendit compte de l'activité des neuf sections d'études, dont le cercle embrasse toute la Protection de l'enfance. Il montra ensuite ce que les œuvres doivent à l'organisation de la « Semaine nationale de l'enfance », dont le comité assure la direction et la propagande.

Le Docteur Lesage, directeur, fit part de la décision prise récemment par le Comité, de fonder deux prix annuels de 3.000 francs chacun. Les modalités d'attribution seront prochainement mises à l'étude mais, dès à présent, il est décidé qu'ils devront contribuer à encourager l'un, la natalité, l'autre, l'allaitement au sein.

— **Conseil de l'Université.** — *Note relative aux élections des délégués des étudiants au Conseil de l'Université* (Affaires disciplinaires). — Chaque étudiant présente au moment du vote sa carte d'immatriculation ou la carte spéciale délivrée par le Secrétariat de la Faculté et appose sa signature sur une feuille d'émargement.

Le vote a lieu au scrutin de liste. L'étudiant inscrit sur son bulletin les noms de deux délégués titulaires et les noms de quatre suppléants.

Si son bulletin contient moins de six noms, les deux premiers noms inscrits sont pris comme délégués, les suivants comme suppléants.

Un procès-verbal rédigé par M. le président du jury et signé de tous les membres des bureaux de vote, est établi à la fin des opérations.

— **Hôpitaux de Lyon.** — *Mutations.* — M. le Professeur Jules Froment remplace le Professeur Paviot à la Clinique médicale.

M. le Professeur Favre remplace le Prof. Nicolas à la Clinique dermato-syphiligraphique.

M. le Professeur Patel remplace le Prof. Villard à la Clinique gynécologique.

M. le Professeur Tavernier remplace le Prof. G. Nové-Josserand à la Clinique de chirurgie infantile.

— **Hôpitaux de Lyon.** — *Externat.* — A la suite du dernier concours, ont été nommés :

Externes titulaires : MM. Dupré, Guillet, Violette, Delètre, Meley, Feroldi, Tholon, Wegelin, Revol, Courjon, Maral, Müller (Maurice), Dujet, Millet, Jonquières, Dumont, Lefèvre, Lançon ; Mme Jaudoin, MM. Berger, Martin, Alfred, Jacquemet ; Mlles Meynard, de Rosière ; MM. Guigou, Guillotte, Révillon, Mlle Gaillard ; MM. Dumarest, Martin (Henri) ; Mlle Fargère ; MM. Mure, Martin (Jean), Meyer, Colin, Trau Van Kha', Rozier, Verhoeven, Perrin, Lion Tchung Tche, Mandryka, Meynadier, Darbon, Oudot, Bachet, Vilatel, Coirault, Biltard, Borleau, Charpin, Bérard, Favier, Bruno, Fayard, Massin, Lesnis, Tronel, Cairier, Carre-Pierrat, Dubois, Rabechault, Beurier, Brun, Eglène ; Mlle Bonier ; MM. Gamet, Girard-Madoux, Rigal, Issert Philippe.

Externes suppléants : M. Armand ; Mlle Maillefaud; M. Desjardins ; Mlle Aubert ; MM. Beyssac, Picq, Maisonneuve, Muller (Félix), Anav, Benoist, Leborgne, Vœgtlin, Mazes, Foucrier, Bernard, Teil, Delavay ; Mlle Faure ; M. Roy ; Mlle Franchet ; MM. Tiegler, Pellenc, Tabutin.

— **Sanatoriums de Villiers-sur-Aisne et d'Arnières.** — Le concours pour l'inscription sur la liste d'aptitude aux fonctions de médecins de sanatoriums de Villiers (Aisne) et d'Arnières (Eure), de la Renaissance sanitaire, qui comportait trois places et onze candidats, s'est terminé par la désignation de MM. Parrique, Becuwe et Forestier.

— **Mariage.** — Le 25 novembre 1937, a été célébré à Compiègne le mariage de Mademoiselle Marie-Thérèse Pfeiffer, étudiante en médecine, fille du Docteur Ménil-Pfeiffer, chevalier de la Légion d'honneur, croix de guerre, avec le Docteur René Grimault, fils de M. René Grimault, procureur de la République à Mayenne.

S. S. le Pape avait daigné, de Rome, leur adresser sa bénédiction.

Le mariage civil avait eu lieu la veille devant le maire de Compiègne, M. James de Rotschild.

Nous sommes heureux d'adresser aux jeunes époux nos plus sincères souhaits de bonheur.

— **Naissance.** — Dominique et Marie-Chantal Sexe sont heureuses de nous annoncer la naissance de leur petite sœur *Françoise*, fille du Docteur et de Madame Jean Sexe.

2, rue Delavelle, Besançon, 28 novembre 1937.

Nos sincères compliments.

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Rio, de Ploërmeur (Morbihan) ; du Docteur Ch. Nicolas, de Marseille.

A TRAVERS L'OFFICIEL

30 NOVEMBRE 1937

Assurances sociales

Arrêté du 27 novembre 1937 modifiant l'arrêt du 29 mai 1936 fixant les conditions de fonctionnement de la Commission technique régionale d'invalidité

Circulaire du 27 novembre 1937 relative à l'appréciation du degré d'invalidité en matière d'Assurances sociales.

3 DÉCEMBRE

Enseignement de la médecine

Par arrêté du ministre de l'Education nationale en date du 3 décembre 1937, la chaire d'hydrologie thérapeutique et climatologie (dernier titulaire : M. Santenoise) de la Faculté de Nancy, est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à dater de la publication du présent arrêté au *Journal Officiel*, est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

5 DÉCEMBRE 1937

Assurances sociales

Arrêté du 30 novembre 1937 fixant les tarifs limites de réassurance des Caisses primaires d'assurance maladie-maternité

Circulaire du 30 novembre 1937 relative au tarif de réassurance du prix de journée d'hospitalisation.

Eaux minérales

Circulaire du 4 décembre 1937 relative au contrôle des eaux minérales

Service de santé militaire

Par décret du 30 novembre 1937, sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé et, par décision du même jour, reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de médecin sous-lieutenant

Les médec. auxil. : (rang du 21 sept. 1937) Barry, 18e sect. infirm. milit., aff. 18e rég. ; Bertin, 18e sect. infirm. milit., aff. 18e rég.

Circulaire du 30 novembre 1937 relative au tarif limite de réassurance de l'indemnité forfaitaire en cas de maternité

Par circulaire no 28 en date du 9 avril 1937, je vous avais fait connaître le tarif minimum de l'indemnité forfaitaire représentant l'ensemble des frais

médicaux et pharmaceutiques relatifs à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites que les Caisses primaires de répartition devaient appliquer en attendant la publication de l'arrêté fixant, après avis du Conseil supérieur des Assurances sociales, le tarif limite de réassurance.

L'arrêté dont il s'agit, daté du 30 novembre 1937, a été publié au *Journal officiel* du 30 novembre 1937.

Il conviendra donc de considérer les dispositions de la Circulaire n° 28 susvisée comme périmées et d'informer les Caisses primaires de répartition ayant leur siège dans la circonscription de votre région, qu'elles auront à se conformer à l'avenir aux dispositions de l'arrêté du 30 novembre 1937. Le tarif limite de réassurance est fixé, en ce qui concerne l'indemnité forfaitaire représentant l'ensemble des frais médicaux et pharmaceutiques relatifs à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites, aux chiffres suivants :

	Villes de moins de 200.000 habitants
Accouchement normal	325 fr.
Accouchement gémellaire	425 fr.
Accouchement dystocique simple	325 fr. + 25 à 50 p. 100
Accouchement dystocique gémellaire	425 fr. + 25 à 50 p. 100

	Villes de plus de 200.000 habitants et circonscriptions industrielles assimilées
Accouchement normal	425 fr.
Accouch. gémellaire	575 fr.
Accouchement dystocique simple	425 fr. + 25 à 50 p. 100
Accouchement dystocique gémellaire	575 fr. + 25 à 50 p. 100

Le tarif limite de réassurance est le même pour les accouchements à domicile ou à l'hôpital, et quel que soit le praticien (médecin ou sage-femme) qui a pratiqué l'accouchement.

Le tarif limite en ce qui concerne les accouchements dystociques est égal au tarif limite pour un accouchement normal simple ou gémellaire, augmenté d'un pourcentage qui sera fixé ultérieurement pour les divers cas qui peuvent se présenter. Tant que ce barème fixant les taux de majoration à accorder ne sera pas publié, les Caisses d'assurances sociales les fixeront ces taux dans la limite de 25 à 50 p. 100. Dans tous les cas, il convient de considérer provisoirement comme tarif limite, pour tous les cas d'accouchements dystociques, le tarif limite pour un accouchement normal ou gémellaire majoré de 50 p. 100.

L'arrêté du 30 novembre 1937 ne prévoit aucune majoration du tarif limite, pour les communes ne possédant ni médecin, ni sage-femme. Toutefois, les

Caisses primaires de répartition pourront prévoir, dans leur tarif de responsabilité, pour ces communes, un tarif supérieur à celui des communes pourvues de médecins et de sages-femmes, sans qu'aucun de ces tarifs puisse être supérieur au tarif limite.

Je vous serais obligé de bien vouloir veiller à ce que toutes les Caisses primaires soumettent leur nouveau tarif pour approbation à la Commission régionale tripartite, prévue à l'article 8, paragraphe 4, du décret-loi du 28 octobre 1935, dès que cette dernière sera constituée. Il vous appartient également de proposer à cette Commission la non-approbation de tous tarifs trop faibles.

En principe, les Caisses devront adopter un tarif se rapprochant le plus possible du tarif limite de réassurance fixé par arrêté. Comme ce tarif limite, ce tarif de responsabilité de chaque Caisse devra être le même pour les accouchements à domicile et à l'hôpital et quel que soit le praticien (médecin ou sage-femme) qui a pratiqué l'accouchement.

André Février.

Circulaire du 8 décembre 1937 relative au relèvement des chiffres-limites de rémunération des personnes susceptibles de bénéficier des Assurances sociales

Le Gouvernement vient de déposer, sur le bureau de la Chambre des députés, un projet de loi tendant à relever à 30.000 francs, en ce qui concerne les personnes susceptibles de bénéficier des Assurances sociales, les chiffres-limites de rémunération de 21.000 et de 25.000 francs par an prévus par la loi du 26 août 1936 pour l'immatriculation dans l'assurance obligatoire. Le nouveau chiffre-limite de 30.000 francs serait appliqué, que les travailleurs aient ou non un enfant à charge.

Le relèvement dont il s'agit répond aux modifications survenues dans les conditions économiques et à l'augmentation générale des salaires.

De ce fait, en attendant que le Parlement se soit prononcé sur ledit projet de loi, je vous prie de surseoir à toute décision concernant les demandes de radiation dont vous seriez saisis pour des assurés dont la rémunération annuelle — telle qu'elle doit être déterminée suivant les instructions en vigueur de mon département — aurait dépassé ou viendrait à dépasser les chiffres-limites de 21.000 ou de 25.000 francs, suivant le cas, sans excéder celui de 30.000 francs, que les demandes de radiation vous aient été adressées par les intéressés ou par leur employeur.

Pour les radiations qui seraient intervenues *avec effet du 1er janvier* 1938, il y aura lieu d'informer les employeurs et travailleurs intéressés que ces radiations doivent être considérées provisoirement comme nulles et non avenues.

André Février.

Voir la suite page LV-3629

PROPOS DU JOUR

LA STATUE D'HIPPOCRATE A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La célébration projetée de son vingt-quatrième centenaire. Ce que nous savons de la vie d'Hippocrate

Un médecin d'Athènes très distingué, M. Skévos Zervos, que la tradition donne pour un descendant éloigné d'Hippocrate, a fait don à l'Académie de médecine de Paris d'une très belle statue du *Père de la médecine*, sculptée par le statuaire grec Dimitriadès dans un bloc immaculé de marbre extrait du Pentélique.

Cette statue placée derrière le bureau de l'Académie qu'elle domine (elle a 3 m. 60 de hauteur) a été récemment inaugurée devant le ministre de l'Education nationale, M. Jean Zay et M. Politis, ministre de Grèce à Paris. Le président de l'Académie, M. Martel, le donateur, les Professeurs Achard et Laignel-Lavastine ont pris tour à tour la parole et il a été annoncé qu'on fêterait en 1940 le vingt-quatrième siècle anniversaire de la naissance d'Hippocrate.

Il y a un an environ à l'*Union médicale latine* (UMFIA) nous avions entendu émettre le projet de la célébration de ce vingt-quatrième centenaire. Cela nous avait donné l'idée de rechercher quelques précisions sur les origines d'Hippocrate.

* * *

Littré, dans sa remarquable traduction des *Œuvres complètes d'Hippocrate* (1), consacre le chapitre II du tome premier à la *Vie d'Hippocrate*. Cette vie est assez mal connue et en très grande partie légendaire. On ne connaît guère Hippocrate que par ses œuvres. Ce qui est certain, c'est qu'il vécut au siècle de Périclès et fut le contemporain de Platon et d'Aristophane. C'est dans ces deux auteurs seulement qu'on trouve la trace certaine de l'existence d'Hippocrate de Cos à leur époque. C'est tout ce que laisse d'authentique, à ce sujet la littérature grecque qui nous a été conservée. Platon au début de son dialogue, *Protagoras*, fait dire par Socrate à un jeune Hippocrate qui veut être présenté au célèbre rhéteur, Protagoras : « Je suppose que, d'une manière analogue l'idée te fut venue d'aller trouver ton homonyme, Hippocrate de Cos, l'Asclépiade, et de lui offrir de l'argent pour qu'il s'occupât de toi ; si l'on te demandait : « Dis-moi, Hippocrate, à quel titre cet Hippocrate recevra-t-il ton argent ? que répondrais-tu ? » — « Je répondrais, dit-il, à titre de médecin. » — « Et que veux-tu devenir toi-même. » — « Médecin. »

Le passage d'Aristophane est un peu moins explicite. Il se trouve dans la comédie : *Les fêtes de Cérès et de Proserpine*, acte I, scène V : Mnésiloque demande à Euripide de jurer de le protéger. Euripide dit : « Je jure par l'Ether, trône de Jupiter ». Mnésiloque objecte : « Pourquoi par l'Ether plutôt que par la Confrérie d'Hippocrate ? » — « Eh bien, concède Euripide, j'en jure par tous les dieux. »

C'est une allusion non déguisée au célèbre Serment dont les premiers mots sont même textuellement cités.

Voilà les seuls textes contemporains qui parlent d'Hippocrate.

Tous ceux qui ont conté la vie d'Hippocrate (Soranus, Suidas, Tzetzès) vivaient plusieurs siècles après lui et donnaient des renseignements puisés dans les écrits de gens qui sont restés parfaitement inconnus et qui vivaient aussi plusieurs siècles après le Père de la médecine. Un de ceux qui, d'après Littré, mériterait plus d'attention est Eratosthène, savant astronome, réputé à Alexandrie vers l'an 260 avant J.-C., environ deux siècles après Hippocrate. Il avait établi une chronologie des Asclépiades. Histomaque, qui, sans doute s'en réfère à lui, fait naître Hippocrate la première année de la 80e olympiade (460 ans avant J. C.) et Soranus, de Cos, précise que c'est sous le règne d'Abriadès, le 26 du *mois Agrianus*, mois du calendrier de Cos ; il affirme que les habitants de l'île faisaient à cette date des sacrifices en l'honneur d'Hippocrate. Nous ignorons sur quels documents ces auteurs ont puisé ces renseignements précis. Est-ce sur des inscriptions ? Est-ce sur des écrits recueillis dans des bibliothèques qui furent

◆◆

détruites comme celle d'Alexandrie ? Nous ne saurions le dire.

Ils donnent en outre une généalogie plus que fantaisiste d'Hippocrate. Il serait le fils d'Héraclide et de Phénarète, petit-fils d'un autre Hippocrate, ce qui est fort possible ; mais, parmi ses ancêtres, ils citent Podalire, le médecin de la guerre de Troie, Esculape et même Hercule ! !

La même incertitude règne sur sa descendance. Son fils aîné, Thessalus aurait été médecin d'Archélaüs, roi de Macédoine ; son second fils Dracon aurait joui d'une certaine célébrité ; deux de ses descendants du nom d'Hippocrate et de Dracon auraient été médecins de Roxane, la femme d'Alexandre-le-Grand. Son gendre, Polybe, médecin célèbre, est cité par Aristote.

La date de la mort d'Hippocrate est encore plus incertaine que celle de sa naissance. Il mourut à Larisse en Thessalie. Selon les uns, il aurait atteint 85 ans, selon les autres 90 ans, 104 ans, même 109 ans.

Il fut enterré entre Larisse et Gyrton. Son tombeau aurait été longtemps un lieu de pèlerinage. Une légende veut qu'un essaim d'abeilles s'y établit et que son miel guérit les aphtes des enfants.

Toutes les belles anecdotes sur Hippocrate sont des légendes ; tel le diagnostic de la maladie de Perdiccos, roi de Macédoine, tombé amoureux d'une concubine de son père. Son rôle lors de la peste d'Athènes est actuellement controuvé. Thucydide qui a donné une description minutieuse de cette épidémie, ne cite même pas le nom d'Hippocrate. Le refus des présents d'Artaxerxès, l'entrevue avec Démocrite sont de belles légendes mais n'ont aucune base historique.

Quoiqu'il en soit, nous devons juger ce grand homme sur ses œuvres et non sur les légendes qui entourent sa vie lointaine et Hippocrate a occupé et occupe encore une telle place dans l'évolution de la médecine qu'il est permis malgré l'incertitude de la date de sa naissance de fêter magnifiquement en 1940 l'anniversaire de son vingt-quatrième centenaire.

J. NOIR.

COMMENT ON HONORAIT LES MÉDECINS DANS LA GRÈCE ANTIQUE

Notre très érudit correspondant le Docteur Paul NOURY, de Rouen, nous signale que dans la *Revue Archéologique* du premier semestre de 1937, M. A. Salatch publie un article sur le médecin Glaukias. Il existe au Musée national de Sofia une inscription sur un marbre, trouvée à Mesembria, en dialecte grec dorien datant du Ier siècle avant J. C. C'est un décret en l'honneur du médecin Glaukias, fils d'Athanaion, qui exerça à Mesembria, dont le peuple reconnaissant décide l'érection de la statue dans le temple d'Apollon et l'inscription sur marbre du décret. Glaukias était en outre dispensé de certains impôts et du logement des troupes et de la suite des personnages qui faisaient étape dans la ville.

Les exemptions d'impôts des médecins s'accrurent au IIe siècle de notre ère à tel point qu'Antonin le Pieux dut en limiter le nombre (dix dans les grandes villes, sept dans les villes moyennes, cinq dans les petites villes) par un rescrit conservé dans les Digestes.

Dans le même article M. Salatch relate une inscription indiquant qu'à Athènes un siècle avant J. C. les médecins sacrifiaient deux fois par an à Asklepios *pour eux et pour leurs malades.*

Que ces temps sont lointains et que de changements depuis ! ajoute mélancoliquement le Docteur Paul Noury.

J. N.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

DES RÈGLES QUI DOIVENT PRÉSIDER A LA RESTAURATION DU PÉRINÉE DÉCHIRÉ, IMMÉDIATEMENT APRÈS L'ACCOUCHEMENT

Par le Professeur J. Vanverts

La question de l'incontinence d'urine chez la femme a été envisagée au dernier Congrès des obstétriciens et gynécologues de Langue française (Paris, 1er octobre 1937) où elle a fait l'objet d'une discussion sur le rapport de MM. Muret et Rapin.

Si l'incontinence réalisée est de la compétence presque exclusive du chirurgien, puisqu'elle nécessite une opération, elle intéresse le praticien qui peut, dans bien des cas, en éviter la production.

MM. Muret et Rapin ont rappelé que la cause de l'incontinence était presque toujours le prolapsus de la paroi vaginale antérieure qui amène la béance du col vésical, plus exceptionnellement les lésions de celui-ci.

Pour éviter ces lésions et la distension excessive ou la déchirure des tissus vagino-périnéaux qui doivent soutenir la paroi vaginale antérieure et la vessie, il faut d'abord éviter les manœuvres obstétricales de force. L'extraction, à l'aide du forceps, d'une tête retenue au détroit supérieur à cause de son volume exagéré ou d'un rétrécissement pelvien ; l'extraction laborieuse d'un fœtus se présentant par le siège — en cas de volume exagéré de ce fœtus, du décomplètement du siège, du rétrécissement du pelvis, de la résistance des tissus d'une primipare, surtout d'une primipare âgée — doivent disparaître de la pratique obstétricale et être remplacées, soit exceptionnellement, par la symphyséotomie à la Zarate, soit par la césarienne basse. Il faut toutefois reconnaître que le praticien et même l'accoucheur se trouvent parfois dans des conditions défavorables qui ne leur permettent pas de recourir à l'intervention chirurgicale et que, ne pouvant appliquer la thérapeutique qu'ils estiment la meilleure, ils en sont réduits à faire ce qu'ils peuvent et à utiliser, non sans regret, les moyens de force qui leur permettent de terminer l'accouchement.

L'importance de la reconstitution d'un périnée musculaire solide, en cas de déchirure ou de section de celui-ci, a été, en second lieu, signalée dans le rapport de MM. Muret et Rapin, et au cours de la discussion du Congrès.

Il faut reconnaître que les résultats de la périnéorraphie immédiate sont souvent défectueux : le périnée reconstitué a d'abord belle apparence ; mais il est mince, exclusivement muco-cutané, et, au bout de peu de temps, il se laisse progressivement distendre sous l'influence de la poussée abdominale. De ce fait l'orifice vulvo-vaginal s'entr'ouvre sous l'effort et devient béant, puis la paroi vaginale antérieure descend et fait saillie à la vulve ; l'incontinence d'urine apparaît alors.

Se basant sur ces mauvais résultats, Lecène a pu écrire : « D'après ce que j'ai observé, l'immense majorité des périnéorraphies, faites immédiatement après l'accouchement, ne sont en réalité que des périnéorraphies muco-cutanées, sans grand intérêt par conséquent pour les malades. On peut d'ailleurs se demander si les conditions mêmes où se ferait une « vraie » périnéorraphie totale, aussitôt après l'accouchement, sont bien celles désirables pour le succès de l'opération ; il est permis d'en douter et, pour ma part, je ne pense pas qu'il soit utile de faire ces interventions immédiates » (1).

Quelles sont les causes de ces échecs ? Elles résident dans les défauts de la technique utilisée pour reconstituer le périnée déchiré. Le médecin, fatigué par un accouchement souvent pénible et ayant hâte d'en terminer, procède à la périnéorraphie dans des conditions défectueuses : insuffisance d'éclairage, absence d'anesthésie, désinfection trop rapide de la peau, suture n'intéressant que celle-ci ou application de quelques agraphes. Parfois c'est la sage-femme elle-même qui, préférant ne pas avoir recours à l'intervention du médecin, pose quelques agrafes ou pratique quelques points de suture. Si, ainsi réparée, la plaie périnéale ne se désunit pas (elle se désunit souvent), le périnée reconstitué n'est qu'un périnée de « façade », sans solidité.

(1) P. Lecène, in Lecène et Leriche, *Thérapeutique chirurgicale*, 1924, t. III, p. 520 (Masson, éditeur).

Lecène a donc apparemment raison quand il conseille de renoncer à la périnéorraphie immédiate.

Je ne puis cependant partager son avis. Je me base, pour défendre l'opinion contraire, sur les heureux résultats obtenus à la suite d'une périnéorraphie exécutée suivant une technique précise et je conclus que, pour transformer le pronostic de la périnéorraphie immédiate et obtenir des périnées solides, il faut rappeler aux médecins qu'il s'agit là d'un acte important et leur recommander soit de l'exécuter avec soin et en suivant les règles que je vais rappeler, soit de s'adresser à un chirurgien ou un accoucheur quand il s'estime incompétent.

Voici ces règles :

Faire anesthésier la femme.

Placer celle-ci en position telle que la région du périnée soit bien éclairée.

Désinfecter à l'alcool — avec ou sans teinture d'iode — la peau de la région, même si cette désinfection a été faite au cours de l'accouchement. Se désinfecter à nouveau les mains. N'utiliser qu'une instrumentation stérile.

Examiner la plaie et en exciser les parties déchiquetées ou de vitalité douteuse ; pratiquer en somme un parage de cette plaie.

Rechercher de chaque côté le bord du releveur de l'anus et le fixer à celui du côté opposé par une ou deux sutures au catgut. Pour obtenir une réunion plus solide, il est bon d'utiliser des catguts de volume moyen (nº 2), lentement résorbables, et de disposer les sutures en U. Cette reconstitution de la partie musculaire de la plaie constitue le temps principal de l'opération.

Placer sur la plaie vaginale, qui remonte souvent assez haut, quelques points séparés de suture au catgut, en ayant soin d'intéresser les parties profondes pour éviter de laisser des espaces morts.

Placer sur la peau quelques sutures au crin, intéressant les plans profonds.

Conserver longs les chefs des crins et en solidariser les extrémités à l'aide d'une ligature. Ces chefs ainsi réunis sont entourés d'une compresse et ne piquent pas désagréablement la peau du périnée ou de la face interne des cuisses.

Confier à une infirmière expérimentée et consciencieuse le soin de procéder, deux ou trois fois par jour, à la toilette du périnée, de préférence après la miction et, naturellement aussi, après la défécation, pour éviter l'infection de la plaie. Surveiller celle-ci et enlever les crins quand ils commenceront à sectionner les tissus.

En respectant ces règles, le médecin obtiendra de bons résultats et ne s'exposera pas aux critiques trop souvent justifiées de Lecène.

LA VACCINATION LOCALE DANS LES AFFECTIONS DE LA CAVITÉ BUCCALE

La vaccination locale agit non seulement d'une manière curative lorsque la lésion est déjà installée et par là même plus difficile à combattre, mais aussi d'une manière préventive. L'antivirus ou vaccin, incorporé à une pâte dentifrice neutre, peut s'employer journellement. Cette vaccination continue renforce la résistance des muqueuses vis-à-vis de l'envahissement microbien et crée une immunité solide pour lutter contre toutes les possibilités d'infections si nombreuses dans la cavité buccale.

Mme le Docteur Aitoff a établi (1) que la vaccination locale, dans toutes les affections buccales aiguës ou chroniques, supprime très rapidement la douleur. Elle donne une grande sécurité quant aux lésions post-opératoires. Elle est active dans les infections bucco-dentaires aiguës, et procure des résultats extrêmement favorables dans une affection aussi rebelle que la pyorrhée alvéolaire. Elle n'occasionne aucune réaction générale, et n'a, par conséquent, pas de contre-indications.

(1) *Bruxelles-Médical*, 8 août 1937.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Les fractures supra-condyliennes du fémur

M. J.-P. TOURNEUX

Chirurgien chef des hôpitaux de Toulouse

Les solutions de continuité de l'extrémité inférieure du fémur se divisent en deux grandes classes suivant que le trait de fracture est para ou intra-articulaire : dans le premier cas on dit qu'il s'agit de *fracture juxta-épiphysaire* ou encore *supra-condylienne*, et dans le second de *fracture articulaire* proprement dite. Je vais aujourd'hui m'occuper exclusivement des fractures supra-condyliennes, dont nous venons récemment d'observer un très beau cas dans notre service.

Il y a en effet une quinzaine de jours qu'entrait d'urgence à la salle Saint-Pierre, où il occupe encore le n° 18, un jeune homme âgé de 19 ans, exerçant la profession de charpentier, qui était tombé sur les genoux d'un échafaudage de quelques mètres de haut. L'interne de garde, après avoir envisagé la possibilité d'une luxation du genou, n'a pas tardé, en raison des symptômes présentés, à reconnaître l'existence d'une fracture de l'extrémité inférieure du fémur, diagnostic auquel je me suis immédiatement rallié, et qui a été confirmé par l'examen radiographique nous montrant sur des clichés de profil un trait de fracture siégeant à quelques centimètres au-dessus de la masse condylienne, légèrement oblique de haut en bas et d'arrière en avant. Comme la réduction a été assez facilement obtenue par l'extension continue par le procédé du clou unipolaire, la broche passant au travers des condyles, il est permis d'espérer que le résultat que nous obtiendrons sera satisfaisant à tous les points de vue.

***

Les fractures supra-condyliennes, qui siègent à l'union de la métaphyse fémorale inférieure et de la diaphyse, séparant cette dernière du massif condylien, ne se voient pas d'une manière courante, bien qu'elles soient les plus fréquentes des fractures de l'extrémité inférieure du fémur : leur bilatéralité est exceptionnelle. S'observant surtout dans le sexe masculin et pendant les vingt premières années de la vie, elles peuvent relever de violences directes ou indirectes, ces dernières étant les plus fréquentes.

Les fractures de *cause directe*, en dehors des coups de feu et des écrasements par passage de roue de voiture ou par chute d'un objet pesant, succèdent à un traumatisme intéressant directement l'épiphyse, un coup de pied de cheval par exemple. Pour les fractures de *cause indirecte*, elles s'observent généralement à la suite d'une chute sur les pieds ou sur les genoux, et résultent d'une exagération de la courbure de l'os. Cependant dans quelques cas, lorsque le genou et la masse condylienne ont été fixés par la contraction des muscles péri-articulaires, ce n'est plus le mécanisme de flexion même forcée qui doit être incriminé mais bien celui de torsion.

Il faut savoir également que bon nombre de ces fractures supra-condyliennes appartiennent à la variété des *fractures dites spontanées*, survenant à la suite d'un choc des plus minimes, faux pas, choc léger, manœuvre de mobilisation ou changement d'appareil. Il s'agit alors de sujets dont les membres ont été longtemps immobilisés pour des affections diverses, siégeant à une certaine distance du foyer de fracture, comme une luxation congénitale de la hanche une coxalgie, une fracture de jambe, soit à son voisinage comme une arthrite du genou, et qui présentent une fragilité spéciale de la région supra-condylienne, résultant d'une atrophie osseuse, soit d'origine réflexe soit d'origine inflammatoire ainsi que l'a soutenu Broca.

***

Au point de vue *anatomo-pathologique*, le trait de fracture peut siéger soit à la limite même de la masse condylienne, soit à quelques centimètres au-dessus : la fracture est dite basse dans le premier cas et haute dans le second.

Alors que chez l'enfant on peut observer les divers degrés des lésions osseuses, infractions, fractures en bois vert, fractures sous-périostées sans déplacement, fractures complètes avec déplacement, mais siégeant toujours dans la région haute, chez l'adulte on ne rencontre jamais que la fracture complète haute ou basse, dont le trait peut être transversal, oblique ou spiroïde.

Les fractures transversales, relativement fréquentes, succèdent soit à un choc direct soit à une flexion forcée : le trait peut être exactement horizontal, plus souvent il est très légèrement

oblique en bas et en dehors. Les surfaces sont irrégulièrement dentelées et la pénétration partielle ou totale de la diaphyse dans l'épiphyse n'est pas exceptionnelle.

Les fractures obliques, dont notre blessé nous offre un bel exemple, reconnaissent la flexion comme mécanisme de production ; le plus souvent le trait est dirigé de haut en bas d'arrière en avant et de dedans en dehors, la disposition inverse est exceptionnelle.

Quant aux fractures spiroïdes, qui se voient surtout dans la région haute, leur trait se dirige en bas et en dehors ou en dedans suivant le sens de la torsion, il aboutit à la limite supérieure du massif condylien. Lorque la fracture est basse, elle s'accompagne parfois d'une fissure qui descend dans l'articulation du genou.

Tout déplacement peut manquer dans les fractures transversales, du fait de l'engrènement ou de la pénétration des fragments : ordinairement quelleque soit la variété du trait de fracture, les fragments osseux, comme vous avec pu le constater chez notre sujet, subissent un déplacement plus ou moins marqué, suivant la longeur, suivant la direction, suivant l'épaisseur et parfois aussi suivant la circonférence. Le fragment inférieur sollicité par l'action musculaire est attiré en haut, en dedans et en arrière, pendant que le fragment supérieur se porte en bas, en dehors et en avant. Dans quelques cas, le fragment inférieur et le genou peuvent subir un mouvement de rotation externe assez marqué pour que la face interne du condyle fémoral devienne antérieure. La disposition inverse, c'est-à-dire le déplacement de la diaphyse en arrière et en dedans et celui de l'épiphyse en avant et en dehors, est exceptionnel.

Assez souvent, dans les fractures obliques ou spiroïdes, l'extrémité plus ou moins acérée des fragments supérieur ou inférieur peut embrocher les masses musculaires avoisinantes pour venir faire saillie sous les téguments qu'elle arrive également à perforer. Enfin, dans certains cas de fractures basses, la pointe du fragment supérieur en entrant en contact avec la rotule l'abaisse et la refoule en dedans en position de subluxation interne et absolument irréductible.

***

Je n'insisterai pas très longuement sur la *symptomatologie* de ces lésions dont vous avez pu parfaitement vous rendre compte vous mêmes au moment de l'interrogatoire et de l'examen de notre blessé qui présentait un cas tout à fait typique des fractures supra-condyliennes du fémur.

Notre sujet nous a signalé les deux symptômes commémoratifs ordinaires de toutes les fractures, notion d'un traumatisme indirect et sensation de craquement dans la cuisse lors de la chute, et vous avec pu constater vous-mêmes l'état dans lequel il se trouvait.

En plus d'une vaste ecchymose occupant la face postérieure de la cuisse et le creux poplité, et d'un gonflement très marqué augmentant d'une façon considérable le diamètre antéro-postérieur du genou et de l'extrémité inférieure de la cuisse, vous avez pu relever les deux symptômes cardinaux des fractures, la déformation et la mobilité anormale.

La déformation, bien caractéristique, simulait au premier abord une luxation du genou : on sentait dans la région antérieure une forte saillie constituée par l'extrémité inférieure du fragment supérieur, exagérée dans les mouvements de flexion du genou et diminuée dans ceux d'extension, alors que la partie supérieure du creux poplité était comblée par une masse dure et résistante constituée par l'extrémité du fragment inférieur. Ce déplacement des fragments avait bien entendu entraîné un raccourcissement du membre, qui, mesuré de l'épine iliaque antéro-supérieure à la pointe de la malléole externe, atteignait trois centimètres. Quant à la rotule fortement soulevée par l'épanchement hydarthrosique, toujours constant dans cette variété de fracture, elle conservait sa situation et sa mobilité transversale.

La mobilité anormale a été des plus faciles à constater, et vous avez pu vous rendre compte qu'elle était considérable tant dans le sens antéro-postérieur que dans le sens latéral et à siège nettement sus-articulaire.

C'est au cours de ces différentes manœuvres que vous avez pu percevoir la crépitation abondante et grosse, d'autant plus marquée que les surfaces osseuses ont gardé un plus large contact : son absence nous aurait révélé l'embrochement des muscles par le fragment supérieur.

En ajoutant enfin aux signes fournis par l'examen les deux symptômes fonctionnels, douleur et impotence, que l'on relève d'ailleurs dans toutes les lésions osseuses, vous avez eu le tableau clinique complet des fractures sus-condyliennes du fémur avec déplacement.

Les fractures sans déplacement présentent une symptomatologie beaucoup plus réduite, et c'est en vous basant sur l'existence d'une ecchymose diffuse occupant la partie supérieure du creux poplité, d'un gonflement plus ou moins marqué, d'une douleur exquise bien localisée par la pression à la base des condyles, d'une impotence fonctionnelle incomplète, et dans certains cas d'une légère déformation sus-rotulienne se traduisant par une courbure à convexité antérieure ou antéro-externe, que vous pourrez reconnaître la lésion fémorale. Ces signes sont largement suffisants, surtout lorsqu'ils sont consécutifs à un traumatisme même

minime et qu'il s'agit d'enfants ou de sujets dont le membre a été longtemps immobilisé.

N'oubliez pas cependant de toujours faire procéder dans tous les cas à un examen radiographique de face et de profil, qui en venant confirmer votre diagnostic, vous précisera la disposition des fragments.

***

Le *diagnostic* ordinair ment assez simple, peut parfois être rendu plus difficile par le gonflement considérable de la région et par l'épanchement intra-articulaire du genou : dans ce cas, l'évacuation de la collection par ponction vous permettra de mieux délimiter les extrémités osseuses.

Il vous sera assez facile d'éliminer la *rupture du tendon rotulien* : il vous suffira en effet de fléchir le genou pour faire disparaître la dépression sus-rotulienne, tendre le ligament et le rendre perceptible à la palpation.

Le *décollement de l'épiphyse inférieure du fémur* par la déformation qu'il détermine, peut simuler celle de la fracture supra-condylienne : le jeune âge du sujet, le siège très bas de la lésion, la crépitation douce et neigeuse vous feront penser à un décollement que viendra confirmer la radiographie.

Enfin vous éliminerez la *luxation du tibia en arrière* en reconnaissant la saillie arrondie des condyles fémoraux en avant et la surface horizontale des plateaux tibiaux en arrière ; souvenez-vous en outre que les mouvements sont toujours peu étendus dans la luxation, et que leur centre se trouve beaucoup plus bas que dans la fracture supra-condylienne.

***

L'évolution normale de ces fractures, que j'envisagerai dans un instant, peut être modifiée par l'apparition d'un certain nombre de *complications* qui viennent se manifester soit de façon précoce, soit de façon tardive, et que je vais maintenant rapidement passer en revue.

C'est ainsi que la *communication du foyer de fracture avec l'extérieur*, consécutiveà la perforation des téguments par le fragment supérieur a été souvent signalée. Je n'insiste pas davantage sur ce sujet dont vous connaissez bien la gravité, étant donné les dangers d'infection que cette communication peut occasionner.

Les *lésions vasculaires* son loin d'être rares et ont entraîné assez souvent la gangrène du membre : s'observant surtout dans les fractures à grand déplacement, elles sont dues à l'action du fragment inférieur qui suivant les cas détermine la rupture de l'artère et de la veine fémorale, la perforation de la veine et de l'artère poplitée, la rupture ou la compression isolée de l'artère ou de la veine poplitée. On a signalé également un certain nombre de thrombophlébites, dont plusieurs se sont aggravées d'embolies.

Par contre les *complications nerveuses* sont beaucoup moins fréquentes et portent toujours sur le sciatique poplité externe : le nerf peut être contus, élongé, plus rarement complètement ou incomplètement sectionné. Dans bon nombre de cas, vaisseaux et nerfs se trouvent simultanément intéressés.

La fracture sus-condylienne peut également retentir sur l'articulation du genou en y occasionnant la production d'un *épanchement sanguin ou séreux*. L'hémarthrose, signalée dans un certain nombre d'observations, se voit dans les fractures obliques ou spiroïdes à grand biseau et résulte de l'ouverture du cul-de-sac synovial sous-tricipital par l'extrémité du fragment supérieur. L'hydarthrose, beaucoup plus fréquente et très variable d'intensité, apparaît de douze à quarante-huit heures après la fracture : elle tient soit à une action réflexe provoquée sur les vaisseaux de la synoviale par le traumatisme, soit à une action directe de la violence qui retentissant sur les surfaces articulaires du genou aurait déterminé des lésions d'entorse.

En dehors de ces complications précoces se produisant au moment même où le fémur est lésé, il existe toute une série de complications tardives se manifestant au moment de la consolidation, pendant ou après l'évolution du cal.

A côté des *retards de consolidation* dus à des causes générales (âge, intoxication, affection chronique) ou locales (fractures ouvertes, troubles de la circulation et de l'innervation), il existe un nombre élevé de cas de *pseudarthroses*. Le plus grand nombre d'entre elles sont d'ordre mécanique et reconnaissent comme cause une insuffisance de réduction, mais il en est également d'ordre trophique dont la cause première nous échappe entièrement.

Viennent ensuite les *consolidations vicieuses*, malheureusement assez fréquentes, en raison de l'extrême difficulté de la réduction du déplacement : souvent le fragment supérieur saillant en avant et en bas vient butter contre la rotule et limite par suite la flexion et l'extension. Dans d'autres cas, le cal devient exubérant par suite de l'abondance de la production d'ostéophytes : son volume peut alors en imposer pour une tumeur et Langenbeck croyant à un sarcome a fait dans un cas l'amputation de la cuisse.

Les *raideurs articulaires* du genou sont également fréquentes et souvent considérables puisqu'elles peuvent aller jusqu'à l'ankylose fibreuse: elles résultent d'adhérences du triceps au cal ou d'adhérences synoviales, intra-articulaires consécutives à l'hémarthrose.

On a enfin signalé quelques cas d'*anévrysmes secondaires* de l'artère poplitée ainsi que des compressions artério-veineuses par un cal vicieux.

***

La *consolidation* des fractures supra-condyliennes s'effectue assez lentement, car la formation complète du cal demande de trois à quatre mois : il reste longtemps mou, aussi la marche ne doit commencer que très tardivement, afin d'éviter les déformations secondaires.

Assez favorable dans les fractures sans déplacement, où la guérison peut être obtenue avec une restitution fonctionnelle à peu près complète, le pronostic l'est beaucoup moins dans les fractures obliques ou spiroïdes, en raison des complications vasculaires et des réductions insuffisantes. Il est presque impossible dans ces cas d'obtenir une restitution anatomique convenable, et il persiste neuf fois sur dix d'après Ricard un raccourcissement qui ne prend d'importance que lorsqu'il dépasse trois centimètres, en raison de la claudication qu'il entraîne. Il y a donc beaucoup de résultats médiocres, voire même franchement mauvais, dans près de 60 % des cas : n'oubliez pas, cependant que le résultat fonctionnel n'est pas d'une façon absolue en rapport avec le résultat anatomique, et qu'il y a des réductions très défectueuses qui peuvent s'accompagner de résultat fonctionnel très satisfaisant.

***

Au point de vue du *traitement*, vous devrez en cas de fracture incomplète redresser le membre en complétant la fracture, et l'immobiliser ensuite pendant une huitaine de jours dans une gouttière platrée. Vous immobiliserez de même les fractures sans déplacement, mais en instituant de bonne heure des manœuvres de massage et de mobilisation.

Si vous avez affaire, et ce sera le cas de beaucoup le plus fréquent, à une fracture avec déplacement, souvenez-vous que la réduction est toujours difficile, soit en raison de la bascule en arrière du fragment inférieur, soit par suite de l'embrochement des masses musculaires par l'extrémité des fragments. Comme les manœuvres de réduction manuelle, même sous anesthésie, échouent la plupart du temps, vous ferez bien de recourir d'emblée à l'extension continue, soit par un appareil d'Hennequin, de Zuppinger, de Destot, soit par le procédé du clou suivant la méthode unipolaire de Codivilla-Steinmann.

Ce n'est qu'en cas d'échec que vous serez autorisés à procéder à la réduction sanglante, en abordant le squelette, soit par une incision longitudinale antérieure, soit par deux incisions latérales interne et externe. La coaptation une fois obtenue, l'ostéosynthèse sera faite par cerclage dans les fractures obliques et spiroïdes et par agrafage ou plaque dans les fractures transversales.

Il est bien entendu que dans le cas de fracture ouverte, souillée ou communiquant largement avec l'extérieur, vous devrez intervenir d'urgence, comme dans le cas de lésions vasculaires : dans le cas de plaie tégumentaire minime, vous pourrez, après nettoyage attentif de la plaie, rester dans l'expectative, tout en étant prêt à intervenir au premier symptôme d'alarme.

Quant aux pseudarthroses et aux fractures vicieusement consolidées, elles nécessitent, comme vous le savez, l'ostéosynthèse ou l'ostéotomie : je vous en ai déjà parlé à plusieurs reprises, c'est pourquoi je n'y insiste pas, non plus que sur les différentes interventions nécessitées par les complications que je vous ai énumérées il y a un instant.

LES ACCIDENTS DE SKI

Par les Docteurs Marcel GRENET et Jacqueline GRENET-CAZAMIAN

Sans prétendre à une étude complète des accidents par la pratique du ski, nous apportons seulement le résumé d'une expérience de trois hivers à Megève, durant lesquels nous avons soigné la majorité des traumatismes de la station.

Fréquence

Les accidents de ski sont fréquents si l'on envisage toutes les petites ruptures musculaires ou ligamentaires. Mais les gros traumatismes sont rares (sur 70.000 montées au téléférique de Rochebrune, on compte quarante-huit descentes en luge de secours, dont la moitié environ pour entorses). Quant aux accidents mortels, ils sont exceptionnels : nous en avons observé un seul.

Circonstances étiologiques

a) *Tenant au blessé.*

1° La majorité des skieurs étant constituée par des adultes jeunes, ils fournissent le plus gros apport de traumatismes en tous genres. Mais proportionnellement, les adultes âgés sont plus exposés aux fractures. Les enfants font surtout des fractures isolées du tibia (onze cas sur seize gros traumatismes) ;

2° Les femmes font peu de traumatismes importants : 24 femmes, 72 hommes ; elles sont moins lourdes, moins rapides et font moins de parcours, mais se font plus d'entorses ;

3° La notion d'antécédents osseux existe souvent parce qu'il s'agit de sujets sportifs faisant du cheval, de l'alpinisme, etc. Dans trois cas seulement nous avons décelé une fragilité osseuse particulière (dont un cas de sclérotiques bleues);

4° L'état physiologique au moment de l'accident est presque toujours spontanément accusé par le blessé qui ne se sentait pas « en forme » ; c'est souvent la première descente alors que les muscles ne sont pas « échauffés », ou bien la descente faite en pleine fatigue ;

5° La valeur technique du skieur entre en jeu, car l'accident résulte presque toujours d'une faute de technique ; les accidents sont proportionnellement plus fréquents chez les débutants, alors que chez les très bons skieurs, ils ne surviennent souvent que lorsque, de propos délibéré, ils prennent « tous leurs risques ».

b) *Circonstances extérieures.*

1° *De l'équipement*, il faut noter qu'un bon fartage, des skis souples et des carres d'acier évitent des fractures par torsion. Les carres d'acier sont responsables d'un certain nombre de petites coupures cutanées. Quant aux fixations, si les diagonales paraissent un peu plus dangereuses que les autres, les étriers dits « de sécurité » sont le plus souvent inefficaces, parce que d'un réglage trop délicat : les skieurs non professionnels n'ont pas la patience de les régler et pour éviter de perdre sans cesse leurs skis, ils bloquent les étriers au maximum, ce qui réalise une fixation ordinaire. Les chaussures bien serrées, les bandes élastiques autour des genoux et des chevilles évitent des entorses mais sont insuffisantes en cas de gros traumatismes.

2° *Des circonstances météorologiques.* L'influence du brouillard, d'une tempête de neige, de la nuit tombante, sont évidentes. De même, la nature du terrain, les brusques dénivellations, les trous, les rochers frisant la neige, et, aux extrémités des saisons, les plaques de terre inopinées. Les obstacles (sapins ou autres skieurs) sont rarement une cause directe d'accidents par collision. ; le plus souvent, ils entraînent un virage réflexe et brutal pour les éviter, et c'est indirectement qu'au cours de ce virage se produit le traumatisme.

Mais avant tout, c'est l'*état de la neige* qui importe le plus dans les traumatismes. A Mégève, nous observons toujours une série de fractures de jambes les lendemains de chute de neige, et l'on peut opposer les accidents de neige fraîche : surtout accidents de torsion par mécanisme indirect, et les accidents de neige dure qui sont moins nombreux, plus variés et relevant de chocs directs. Il convient d'ailleurs de noter que la technique du ski enseignée à Megève est essentiellement une technique de neige dure et que les skieurs s'entraînent presqu'uniquement sur des pistes damées. Ils sont totalement désarmés en neige profonde. Quel que soit d'ailleurs l'état général de la neige, c'est souvent en changeant de neige que l'accident se produit par le changement brusque de vitesse qui en résulte ; le cas le plus fréquent que nous observons est celui du skieur qui, pour une raison quelconque, sort de la piste et entre en neige profonde.

Pathogénie

Deux groupes de traumatismes du ski :

1° Ceux du membre inférieur résultant directement de la solidarité étroite jambe et ski ; ils précèdent souvent la chute. Ce sont les plus caractéristiques ;

2° Les traumatismes variés causés par la chute elle-même, mais celle-ci se faisant souvent de façon semblable, certains de ces traumatismes par leur fréquence, méritent d'être notés :

1° *Les traumatismes dus à la solidarité « jambe-ski »*. On peut observer :

a) Des *écartèlements* : un cas de fracture transcervicale fémorale par abduction forcée ; plusieurs arrachements des insertions supérieures des adducteurs. Tous nos cas sont survenus chez les femmes et dans la position de « chasse neige » ;

b) Des *chocs directs du ski* au cours d'un virage lorsque la jambe est ramenée trop vite dans le « christiania en coup de ciseaux » (coup de carre interne sur la crête tibiale) ;

c) *Surtout des torsions*, lorsque le skieur entre dans une neige plus lente, l'arrêt brutal porte inégalement sur les deux skis, et le moins chargé exécute un virage, les spatules se croisent. C'est alors, soit la fracture spiroïde typique du tibia avec ou sans fracture haute du col péronier, soit son « équivalent ligamentaire », la double entorse du genou (ligament latéral interne) et de la tibio-tarsienne (ligament latéral externe), soit la fracture isolée de la malléole péronière ;

2° *Les traumatismes résultant de la chute* :

a) *Les chocs directs sur le sol* : lésions cutanées, musculaires, vasculaires, contusions osseuses (fractures de la coracoïde, des tubérosités humérales, du coccyx, du trochanter), luxations de l'épaule, du coude, de la hanche qui, dans *tous nos cas*, relèvent *toutes* d'un choc direct ;

b) *Les chocs directs par chute sur la carre d'acier* avec des coupures surtout au poignet ;

c) *Les chutes de la tête en avant sur les spatules* : trois cas de plaies oculaires et palpébrales ;

d) *Les chocs sur l'extrémité supérieure des batons* : un cas de lésion de la muqueuse vélo-palatine, deux cas de fractures de métacarpiens ;

e) Enfin les traumatismes indirects du membre supérieur *par chute sur la paume de la main* : deux cas de fracture radiale, un décollement épiphysaire épitrochléen.

Aspect clinique et diagnostic

Sur 136 gros traumatismes, nous relevons :
2 fractures cervico-trochantériennes ;
1 fracture de la diaphyse fémorale ;
28 fractures doubles (tibia et péroné) ;
18 fractures isolées du tibia dont 17 diaphysaires ;
55 fractures isolées du péroné dont 52 malléolaires ;
10 fractures du membre supérieur ;
2 fractures du coccyx ;
2 décollements épiphysaires ;
19 luxations dont 12 de l'épaule, 5 du coude, 1 du genou et 1 de la hanche, cette dernière chez une enfant de huit ans.

Les aspects cliniques de tous ces traumatismes offrent les particularités suivantes :

Les fractures tibiales, qu'elles soient spiroïdes ou obliques, isolées ou associées à une fracture haute du péroné, sont fermées, peu comminutives, en règle sans déplacement (il est vrai que les guides qui descendent les luges de secours savent immobiliser les jambes et que nous les voyons précocement). Dans deux cas sur 46, nous avons observé une fracture péronière au niveau de la fracture tibiale et de plus gros déplacements.

Les fractures péronières sont d'un aspect souvent trompeur, car leur symptomatologie est surtout créée par l'entorse associée : telle grosse entorse amenée sur la luge de secours repartira à pied après une infiltration de novocaïne, tandis que la fracture haute de la malléole péronière, venue à pied, repartira dûment plâtrée.

Les entorses sont, dans 99 cas sur 100 : soit une entorse du ligament latéral interne du genou ; soit une entorse du ligament latéral externe de la tibio-tarsienne.

Les lésions méniscales du genou sont très rares ; en trois ans, deux cas douteux seulement.

Thérapeutique

1° Tous les traumatisés *du ski sont shockés* : froid extérieur, immobilisation même courte dans la neige, douleur du transport ; et, avant tout on les réchauffera ;

2° *Les luxations* habituellement très récentes sont faciles à réduire ; une bouffée de chlorure d'éthyle suffit toujours ;

3° *Les plaies* sont toujours propres et peuvent être suturées immédiatement.

4° Nous avons toujours traité *les entorses* par la méthode de Leriche et avons constaté combien, avec une technique identique, les résultats sont inconstants, très brillants parfois, ou presque nuls. La diathermie associée abrège certainement l'impotence fonctionnelle.

5° Les fractures de *la malléole péronière*, après un repos au lit de quelques jours, si c'est nécessaire, sont pourvus le plus rapidement possible d'un appareil de marche que l'on enlève au bout de trois à quatre semaines ;

6° Quant aux *fractures du tibia*, sauf deux cas qui ont dû être réduits par ostéo-synthèse à Paris (embrochement de fragment) nous avons toujours obtenu avec l'appareil de traction de Merle-d'Aubigné et sous contrôle radioscopique une réduction qui n'offre aucune difficulté (fractures fraîches, avec un minimum de déplacement et de dégâts dans les parties molles). La gouttière plâtrée est laissée trois à quatre semaines au bout desquelles un appareil de marche est mis en place et laissé jusqu'à sept semaines environ après la fracture.

Tenons-nous au courant des idées nouvelles

LE RHUMATISME EST-IL UNE MALADIE ALLERGIQUE ?

La pathogénie des maladies n'intéresse pas tous les médecins. Elle permet cependant de mieux comprendre certains faits, et souvent de s'élever aux grandes idées de la pathologie générale. Basée sur une série de faits précis, elle peut entraîner certaines déductions thérapeutiques importantes. Malheureusement, les faits précis et surtout constants sont en petit nombre, et la pathogénie reste souvent au stade des hypothèses.

Si nous abordons le chapitre des rhumatismes, on est effrayé par le nombre de théories pour les expliquer. On y retrouve successivement les grandes notions de la diathèse et de l'infection. La vogue actuelle de l'allergie permettra peut-être d'établir une théorie uniciste, mais le manque de preuves absolues ne permet aucune conclusion apparemment définitive.

Voyons d'abord *ce que contient l'idée d'allergie.* C'est un mode particulier de réaction de l'organisme à la pénétration seconde d'un antigène, réaction banale, non spécifique, proportionnelle aux doses d'antigène, et ne nécessitant pas forcément le même antigène déchaînant que l'antigène préparant. Elle s'accompagne de troubles généraux, et est éphémère. Biologiquement, l'état allergique peut être décelé par la cutiréaction, l'intradermo-réaction, la réaction de Prausnitz et Kutsner.

Comment est-on arrivé à concevoir le rhumatisme comme une manifestation allergique ?

On sait qu'autrefois la notion de terrain, de diathèse, était fort à l'honneur, et on lui attribuait un grand nombre de rhumatismes.

La notion actuelle d'allergie, à laquelle s'associe forcément celle du terrain, n'est donc pas absolument une nouveauté.

Mais, à la suite de Pasteur, la grande vogue de l'infection microbienne a permis de mieux connaître un grand nombre de maladies, et la majorité des rhumatismes fut considérée comme de nature infectieuse. Cependant, le germe microbien ne fut trouvé que dans certains cas particuliers d'arthrites infectieuses (gonocoque, streptocoque, etc.), et presqu'uniquement dans des arthrites purulentes.

Par contre, dans des maladies bien définies cliniquement comme le rhumatisme articulaire aigu, le germe ne fut jamais constamment trouvé. Et l'expérimentation ne fit pas avancer le problème. On fut alors obligé d'envisager la possibilité de virus filtrants, d'infection focale.

Ce sont les anatomistes et les biologistes qui ont soulevé l'hypothèse de la nature allergique des rhumatismes. Nous envisagerons avant tout le rhumatisme articulaire aigu ou maladie de Bouillaud.

Cliniquement, la nature fluxionnaire des arthrites peut être en faveur d'une origine allergique. Pourtant, tout dans la clinique de la maladie de Bouillaud évoque l'idée d'une infection, on a signalé quelques cas, rares il est vrai, de contagion, et on s'expliquerait mal les manifestations cardiaques.

Anatomiquement, on a insisté sur *la valeur* spécifique *du nodule d'Aschoff.* C'est un tout petit nodule, submiliaire, formé de grandes cellules épithélioïdes, que l'on trouve sous l'endocarde, entre les fibres myocardiques, et que l'on a signalé également dans les tissus péri-articulaires, la paroi de certains vaisseaux, les tissus conjonctifs du foie, du rein, etc. On a voulu en faire l'élément histologique caractéristique de la maladie de Bouillaud. Malheureusement, il n'est pas spécifique, et on l'a décrit dans d'autres affections, exceptionnellement il est vrai. Il garde cependant toute sa valeur. C'est un nodule inflammatoire non suppuré, et Klinge, qui en a repris l'étude, a montré qu'il n'était qu'un stade dans l'évolution de ce qu'il appelle *le granulome rhumatismal,* et qu'il considère comme *une réaction hyperergique* que l'expérimentation peut reproduire.

L'expérimentation sur l'animal a permis, en effet, à Klinge de faire de très intéressantes constatations. Il a pu reproduire les divers types anatomo-cliniques des rhumatismes en employant chez des lapins des modes d'injections préparantes et déchaînantes, et retrouver le nodule d'Aschaff.

De là à conclure à la nature hyperergique du rhumatisme, il n'y avait qu'un pas. Et l'argument clinique des rhumatismes sériques, des rhumatismes articulaires aigus apparus après un vaccin (Pichon), du sérum antidiphtérique (Huber), a pris toute sa valeur.

Les auteurs vont même plus loin et envisagent *une seule maladie rhumatismale* qui engloberait en diverses formes cliniques, la maladie de Bouillaud et le rhumatisme chronique type Charcot.

On s'est élevé en France contre cette synthèse trop vaste qui ne fait qu'obscurcir le problème déjà si complexe de la nature du rhumatisme. La clinique garde tous ses droits, et il est inutile de confondre les diverses entités qu'elle a décrites. La maladie de Bouillaud est une mala-

die, le rhumatisme chronique en est une autre. La transformation de l'une à l'autre est considérée comme exceptionnelle.

Quant à la théorie allergique, elle ne peut pas tout expliquer, *et la majorité des auteurs français admettent encore l'origine infectieuse du rhumatisme articulaire aigu*, qu'ils pensent à son origine streptococcique ou à un virus spécifique inconnu. C'est la conclusion à laquelle arrive Mouriquand dans un article récent (1). C'est également l'avis de Grenet, de Bezançon, etc.

Est-ce à dire que toute idée allergique doive être abandonnée ? Certainement pas. Bezançon pense à un foyer microbien intracardiaque, rhumatisme cardiaque primitif, et considère les arthrites comme des manifestations toxiniques allergiques. Les Américains invoquent surtout un foyer infectieux primitif amygdalien ou bucco-pharyngé. Ces opinions sont très plausibles, et se retrouvent dans le rhumatisme tuberculeux, c'est-à-dire dû à un agent microbien connu, et qui s'observerait surtout chez les sujets atteints de tuberculose faiblement évolutive présentant de fortes réactions cutanées à la tuberculine. Et, d'une façon presqu'expérimentale, Bezançon et ses collaborateurs ont signalé la possibilité chez certains tuberculeux de fluxions articulaires à la suite de l'injection de tuberculine.

Ce qu'il reste de tous ces faits, c'est que le rhumatisme articulaire aigu n'a, à l'heure actuelle, aucun cadre étiologique ni pathogénique précis.

Mais *son cadre clinique demeure*, et la maladie de Bouillaud avec ses manifestations cardiaques est une entité clinique bien définie. Cette notion, acquise en France depuis plus d'un demi-siècle, a un caractère de nouveauté à l'étranger. Elle est pourtant un fait. A tel point qu'elle a permis de discuter la spécificité de certains pseudo-rhumatismes infectieux, en particulier du rhumatisme scarlatineux et beaucoup d'auteurs pensent que, lorsqu'au décours d'une scarlatine, survient un rhumatisme articulaire aigu avec manifestations cardiaques, il doit être tenu pour un rhumatisme vrai, que Grenet compare à une véritable maladie de sortie, comme l'herpès.

L'allergie dans les rhumatismes est donc une notion très intéressante et qui semble expliquer toute une partie de la symptomatologie. On l'a envisagée dans la majorité des rhumatismes, maladie de Bouillaud, pseudo-rhumatismes infectieux, rhumatisme tuberculeux, rhumatisme goutteux, et même rhumatisme chronique déformant. Mais elle ne doit pas ramener la confusion par une synthèse excessive, et si elle explique certains faits, elle ne peut tout expliquer.

Elle présente ainsi la lacune de beaucoup de théories pathogéniques. Mais elle n'en présente pas moins un grand intérêt, hypothèse de travail qui n'est d'ailleurs pas épuisée.

Georges Boudin
Chef de clinique
à la Faculté de médecine de Paris

L'HÉPATOTHÉRAPIE DANS LES SYNDROMES NEURO-ANÉMIQUES

Professeur J. Olmer

Grâce à l'hépatothérapie — et aussi à la gastrothérapie dont les effets sont de même ordre surtout s'ils sont associés à la précédente — on peut empêcher l'apparition des syndromes neuro-anémiques, à la condition de faire des traitements suffisamment intensifs et longtemps prolongés qui ramènent à la normale le nombre des globules rouges et l'y maintiennent (2).

Si par une négligence du malade ou par insuffisance de la thérapeutique les troubles nerveux s'installent, il faut savoir les dépister précocement et les traiter énergiquement: l'hépatothérapie à hautes doses, par la bouche ou souvent mieux encore en injection, sera le meilleur moyen qui permettra de guérir parfois complètement le malade, souvent de l'améliorer, toujours en tous cas d'arrêter la progression de ses troubles.

Si l'on songe qu'il y a peu d'années encore de telles manifestations avaient un pronostic déplorable, tans du point de vue fonctionnel qu'au point de vue vital, on doit s'estimer satisfait des résultats que l'on peut enregistrer actuellement grâce à une méthode thérapeutique qui ne donnera toute sa mesure qu'en ne méconnaissant pas les règles essentielles ci-dessus rappelées et que l'on peut résumer ainsi : Dans le traitement par le foie des anémies pernicieuses en général et des syndromes neuro-anémiques en particulier, il faut agir vite, fort et longtemps.

(1) L'allergie dans les maladies rhumatismales. *Journal de médecine de Lyon*, 5 octobre 1937.

(2) *Nutrition*, tome VII, n° 2, 1937.

AU CHEVET DES PATIENTS

Contre les troubles fonctionnels des cardiaques, c'est la dose minima, seule utile, qu'il faut rechercher

« Que nous importe la dose maxima et toxique, dont parlent nos formulaires !... avec les doses maxima, nous avons commis de graves erreurs ».

Telles sont les paroles de ce clinicien, plein de sagesse et de bon sens, qu'est le **Docteur Charles Fiessinger**. Elles sont extraites d'un article (1), qu'il vient d'écrire, et que le praticien doit méditer pour le plus grand profit de ses patients. Afin de lui faciliter cette tache, nous en rapporterons quelques citations.

L'utilité des doses minima est exacte, en général, dit-il ; elle est vraie surtout dans les maladies cardiaques, dans lesquelles un élément organique exerce sa puissance d'autorité sur la disparition et l'évolution des symptômes fonctionnels.

En effet le trouble de la fonction, dans de tels états morbides, tient tantôt à une influence nerveuse, tantôt à une épine lésionnelle, et il est souvent difficile d'établir la part de culpabilité, qui revient à chacune d'elles. Or, des crises angineuses, des signes arythmiques, des défaillances cardiaques sont attribués à une origine organique, alors qu'un état nerveux est seul en cause.

« Voici l'exemple d'un pouls lent permanent chez un homme de 60 ans, ancien syphilitique.

« Le mal résistait à toutes les médications. Les battements du cœur ne dépassaient pas 26 à 28. Avec le médecin traitant, je rassurai le malade qui était un nerveux, et lui promis la guérison. Pour toute médication : des cachets de 0 gr. 50 de théobromine avec 0 gr. 05 de caféine. Le lendemain le pouls battait à 76, et la guérison se maintient pendant cinq ans ».

« Cette influence du moral sur les affections cardiaques apprend aux médecins, tout d'abord à remonter la confiance du patient, et ensuite à ne pas terrasser les appels nerveux sous les coups de thérapeutiques maladroitement agressives ».

A ce dernier point de vue, nous connaissons tous la valeur des petites doses *digitaliques* ordonnées à doses subcontinues de 1/10 de milligramme, et que le Docteur Ch. Fiessinger a introduites dans la thérapeutique des états dystoliques graves, il y a plus de trente ans. Pareille dose peut être répétée matin et soir ; jamais l'auteur n'a vu qu'elle dût être augmentée, si les conditions de repos au lit, de diététique, de réduction lacto-hydrique et l'administration de théobromine étaient superposées. Les hautes doses de digitaline, c'est-à-dire celles qui dépassent XV gouttes, ont en effet cet inconvénient de stimuler trop fort une musculature cardiaque fatiguée. Dans ces conditions, celle-ci ne réagit plus et au bout de quelques mois la partie est perdue, alors que les petites doses de digitaline n'épuisent pas leur effet ; ainsi ont-elles permis une survie de vingt-sept ans à une mitrale asystolique.

La *morphine* aux cardiaques impose des précautions similaires ; et l'on a pu reprocher à l'auteur d'être descendu à des doses de 0 gr. 002 à 0 gr. 003, qu'il ordonnait, quand toute médication cardiotonique avait cessé d'agir. Mais s'il est descendu à ces faibles doses, c'est qu'il avait eu un exemple des accidents avec les doses classiques.

« Un confrère de Paris injecte 0 gr. 01 de morphine à un cardio-rénal dyspnéique. Après la sortie du confrère, état comateux. On m'appelle d'urgence. Le malade était mort. Soit une survie de deux heures après l'injection. La famille veut porter plainte contre le confrère et naturellement je m'y oppose, en rappelant à l'entourage les morts subites en pareil cas, et indépendamment de toute médication. »

Voici deux autres observations confirmatives.

« Un cardiaque mitral arrive de Salonique dans un état asystolique de toute gravité. Le régime habituel ne réussit pas les premiers jours. J'autorise une piqûre de 0 gr. 002 de morphine pour la nuit. L'infirmier injecte 0 gr. 01. Le malade s'endort pour vingt-quatre heures. Il se réveille, dit quelques mots aux siens, et meurt. »

« Un cardioaortique réclame une médication plus active pour la nuit. Il appelle un grand maître de la cardiologie. Ce dernier prescrit une potion avec 0 gr. 03 d'héroïne à prendre par cuillerées et une piqûre de sedol. Assoupissement progressif, et mort en trente-six heures. »

En dehors même des affections cardiaques, morphine et atropine ne doivent être ordonnées qu'avec une grande prudence.

« En résumé, chaque fois qu'un trouble fonctionnel est à combattre, procéder avec circonspection : commencer par une faible dose médicamenteuse, et la répéter au bout de deux heures, si la situation l'exige. Ainsi, dans l'état de mal angineux : une piqûre de 0 gr. 002 de morphine agit fort bien et sans danger, renouvelée quatre

---

(1) La posologie moderne (*Journal des Praticiens*, 30 octobre 1937).

à cinq fois et renforcée par l'ingestion buccale de IV gouttes de trinitrine d'une solution à 1/100.

« Il ne faut pas oublier que dans tout symptôme, quel qu'il soit, est enfermée une note de signification défensive. La fièvre, la toux, la diarrhée, sont des réactions de défense.

« La douleur en est une autre. Atteignons la cause quand nous pouvons.

« Mais, si ce but nous est interdit dans l'état actuel de la science, ne bousculons pas les symptômes morbides avec l'intrépidité téméraire de doses toxiques brutalement administrées. »

***

Les hémorragies retardées de l'amygdalectomie

Le rôle du praticien, qui succède au spécialiste

Le **Docteur J. Thévenin** (1) les distingue en : hémorragies prolongées dans les cas de blessure des plans voisins, ou d'hémophilie, — et en hémorragies tardives, survenant aux environs du huitième jour dans certaines amygdales cicatricielles ou infectées de vieille date.

Quelle va être en pareils cas la conduite à tenir par le praticien, qui a récupéré son malade après l'opération. Son rôle sera parfois difficile en attendant le retour du chirurgien, d'autant plus que ces hémorragies peuvent être impressionnantes ; bien traitées, elles ne semblent cependant jamais d'une gravité réelle.

Les hémorragies prolongées ou à retardement peuvent s'observer dans plusieurs circonstances.

L'intervention a été normale, pourtant l'opéré *a saigné abondamment et...* il continue à saigner. S'agit-il d'un hémophile, qu'on n'aurait pas découvert avec l'acte opératoire, ou d'une femme qui se trouve à l'époque de ses règles ? A-t-on opéré trop rapidement après une angine ? Après une amygdalectomie totale, faite à l'anesthésie locale, se trouve-t-on en présence d'une légère hémorragie, qui est due souvent à la vasodilatation, consécutive aux injections de novocaïne adrénalinée, après la vaso-constriction initiale ?

Ces saignements s'observent aussi avec une particulière fréquence les jours où, dans nos grands hôpitaux, il y a séance opératoire d'amygdalectomie. Les enfants sont venus parfois de loin, et l'on n'a pu tous les hospitaliser. Et puis, on a tant habitué le public à considérer cette intervention comme insignifiante, que les parents surveillent malleurs enfants, les laissent crier, même mettre leurs doigts dans la bouche, manger un croûton de pain. Pour rentrer à domicile, on a pris le tramway, l'autobus, le métro. Résultat : vers 11 heures du soir, le médecin de quartier est appelé d'urgence, parce que le petit, qui a été opéré le matin, a vomi du sang, à plusieurs reprises, et encore maintenant ...

Que faire ?

Coucher l'opéré, lui faire sucer de la glace râpée sans arrêt, (il vomira de l'eau plus du sang, en quantité considérable) ; rassurer la famille qui pense toujours que c'est du sang pur.

Placer de chaque côté du cou, au niveau de l'angle de la mâchoire inférieure, des sachets de flanelle contenant de la glace.

Eviter les refroidissements, en plaçant une boule d'eau chaude aux côtés du malade.

Remonter l'état général (camphre), etc. Injecter du sérum de cheval, de l'anthema, ou mieux 10 c. c. du sang des parents.

Les *hémorragies éloignées* proviennent de la chute de l'escharre, entre le cinquième et le dixième jour. Si celle-ci se détache normalement, il n'y a pas d'hémorragie bien redoutable, et il suffit d'appliquer les règles précédentes.

Par contre, on peut être assez inquiet, si les amygdales étaient sclérosées par l'âge du sujet, ou par des galvano-cautérisations récentes, — ou encore si un traumatisme quelconque (alimentaire) est à incriminer, ou même si une maladie infectieuse s'est manifestée pour compliquer et retarder la cicatrisation.

Dans la grande majorité des cas, il est impossible, même en s'éclairant bien, de voir le vaisseau qui saigne pour le pincer et le ligaturer. Tamponner avec ce que l'on a sous la main (coton, linge, compresse) ; on avisera après ; il importe avant tout d'arrêter l'hémorragie. On cite le cas d'un médecin, qui est resté deux heures le doigt enfoncé dans la bouche de son malade en attendant le chirurgien, qui a fait une ligature de la carotide. Il l'a sauvé.

Cette intervention grave n'est heureusement pas nécessaire dans toutes les circonstances : le spécialiste arrivé sur les lieux, il lui suffira le plus souvent de faire le rapprochement des piliers, avec une suture au fil ou aux agrafes, ou avec des pinces de Kocher.

G. Fischer.

(1) Les hémorragies de l'amygdalectomie. (*La pratique médicale française*, juin 1937)

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Y a-t-il lieu de continuer à faire ingérer le B. C. G. par voie buccale aux nouveau-nés ?

De l'étude faite par MM. Jean PARAF et BOISSONET, il y a lieu de retenir quelques points intéressants.

Tout d'abord, ces auteurs pensent, avec la plupart des médecins étrangers, qu'il faut abandonner définitivement la voie buccale au profit des injections sous-cutanées. Celle-ci s'est révélée tout à fait insuffisante par l'irrégularité et la négativité fréquente de ses résultats. De plus, elle n'est applicable que dans les premiers jours de la vie.

Par contre, on peut affirmer maintenant l'innocuité absolue des injections de B. C. G. faites à la dose de 0 milligr. 005, soit en tout un centième de milligramme dans chaque région lombaire. Tout au plus, observe-t-on alors dans les semaines qui suivent un petit nodule induré, indolore, qui ne suppure jamais et se résorbe en trois à quatre semaines. Naturellement, ces injections ne doivent se faire qu'après avoir vérifié la négativité des réactions tuberculiniques du sujet par des cuti-réactions et des intradermo-réactions faites avec des dilutions de plus en plus concentrées de tuberculine (1 pour 1.000, 1 %, 1 pour 10).

Contrairement à la pratique actuelle, les auteurs croient inutile la vaccination du nouveau-né ou du jeune nourrisson, sauf dans des circonstances tout à fait spéciales. En effet, dans l'immense majorité des cas, le nourrisson n'est exposé qu'à une contamination familiale (père, mère ou parente vivant au foyer), c'est-à-dire une contagion forte et répétée, contre laquelle le B. C. G. ne met que très rarement à l'abri. Sans doute, quelques enfants sont encore miraculeusement préservés, mais la majorité de ces nourrissons n'échappe pas à la contagion. C'est dans cette catégorie d'enfants que se recrutent les soi-disant victimes du B. C. G., qui ne sont victimes que de l'insuffisance de la vaccination, vis-à-vis d'une contamination forte et répétée. S'il échappe cependant à toute contamination forte, l'enfant ne bénéficiera pas cependant de cette vaccination, car il est bien prouvé que, même dans ce cas, l'immunité ne persiste pas au-delà de la première année. La séparation est alors la seule mesure de prophylaxie qui s'impose, une vaccination notoirement insuffisante ne pouvant que créer une sensation de fausse sécurité et jeter du discrédit sur la méthode.

Il en est tout différemment chez l'enfant plus grand, et *a fortiori*, chez l'adolescent et le jeune adulte. Ceux-là sont le plus souvent exposés à des contaminations plus fortuites, partant plus légères et moins répétées. Contre ces contaminations, la vaccination par le B. C. G. pratiquée par voie sous-cutanée s'est révélée cliniquement et expérimentalement efficace. Elle permet à l'enfant « à l'abri du B. C. G. » de contracter une affection virulente minime et inoffensive, qui assurera sa vaccination définitive. Par des cuti-réactions faites en série, on peut déterminer dans chaque milieu social l'âge moyen de la contamination des enfants. C'est six mois à un an avant cette date qu'il faudra pratiquer la vaccination par le B. C. G. L'âge est plus élevé dans la classe aisée que dans la classe ouvrière. C'est en moyenne à la fin de la sixième année qu'il faudra pratiquer les injections vaccinales. (*La Presse Médicale*, 15 septembre 1937.)

Urticaire au froid et urticaires intriquées

D'après MM. L. COLLESSON, N. NEIMANN et L. PIERQUIN, à côté de l'urticaire au froid classique, on peut, chez certains malades, observer des réactions urticariennes intriquées d'urticaire banale et d'urticaire au froid. Cette dernière n'est apparue que tardivement par rapport à la première. Le froid, chez ces patients, semble avoir une action analogue à celle des autres allergènes. L'éruption se limitait aux territoires refroidis et ne s'accompagnait d'aucun signe clinique hémoclasique.

Dans deux cas, le foie a paru jouer un rôle étiologique de premier plan, prouvé tant par la clinique que par les résultats thérapeutiques. (*Revue Médicale de Nancy*, 1er octobre 1937.)

L'anatoxine staphylococcique dans l'ostéomyélite chronique

D'après le Docteur G. HENRY, dans tous les cas où le traitement par l'anatoxine fut associé à une intervention sur le foyer d'ostéomyélite et où l'individu ne fit pas une réaction obligeant une interruption du traitement, on assista à une cicatrisation des lésions beaucoup plus rapide que celle qui aurait été obtenue avec n'importe quel autre traitement médical adjuvant.

Le traitement de l'anatoxine ne paraît pas devoir agir rapidement sur une fistule d'ostéomyélite où la suppuration est entretenue par un

séquestre, par la présence de tissus nécrosés et par l'existence d'une plaie microbienne banale associée, mais sitôt qu'on agit sur ces causes par une intervention chirurgicale, l'organisme puissamment aidé par l'action de l'anatoxine staphylococcique est à même de réagir contre son agresseur et on assiste à une cicatrisation rapide des lésions et à une disparition complète des fistules. (*Le Scalpel*, 2 octobre 1937.)

Amygdales et tuberculose

MM. G. Cuvier, M. Duchemin, G. Ringenbach et Y. Bentejac estiment que le problème des rapports entre les amygdales et la tuberculose mérite d'être élucidé de façon plus complète. En particulier, l'examen systématique à ce point de vue de la gorge des tuberculeux ou prétuberculeux, est à conseiller. Dans tous les cas où des troubles tonsillaires sont constatés, une médication doit être instaurée en vue de remettre ces organes en état physiologique. L'organisme a besoin alors de toutes ses ressources, on n'en doit négliger aucune.

Un complément d'information est nécessaire pour savoir si l'amygdalo ou l'amygdalectomie peuvent devenir, et dans quels cas, des facteurs de tuberculisation ? Il y aurait lieu dans les enquêtes ultérieures, de se rendre compte exactement si l'infection bacillaire latente ne précédait pas l'intervention ? Cependant, jusqu'à plus ample informé, en dehors des cas où l'acte chirurgical est indiqué sans conteste, il y aurait lieu, chez les prétuberculeux, de ne pas généraliser l'acte opératoire. (*Gaz. hebd. des Sciences médicales de Bordeaux*, 26 septembre 1937.)

Etude clinique de la mobilité rénale

En résumé de son travail, J.-P. Bourque arrive aux considérations suivantes :

Le rein est mobile dans une certaine mesure et cette mobilité est en rapport avec les mouvements respiratoires du diaphragme et avec le passage du sujet de la position couchée à la station debout. Cette mobilité normale peut être, d'une part, réduite ou abolie, et d'autre part, elle peut être augmentée et exagérée selon le processus pathologique en cause. La palper des reins en station debout aidera à préciser cliniquement certains détails qui peuvent passer inaperçus autrement. La radiographie simple de l'appareil urinaire faite dans les deux positions : horizontale et verticale, peut donner des renseignements intéressants dans la lithiase, en précisant qu'il s'agit bien d'un calcul et non d'une masse calcaire extra-rénale. La pyélographie en verticale doit toujours être pratiquée en plus de la pyélographie en horizontale et, quelle que soit l'affection en cause, elle donnera toujours des renseignements intéressants et des précisions qui échapperaient autrement. (*Journ. des Sc. méd. de Lille*, 26 septembre 1937).

La morphine chez les cardiaques

En conclusion d'une importante étude, Cl. Macrez établit qu'il n'est guère de contre-indications à prodiguer aux cardiaques le soulagement que peut leur apporter la morphine. Le traitement opiacé ne comporte, tant pour le cœur que pour le rein, que des risques minimes. Il ne mérite donc pas d'être réservé seulement aux cas désespérés, voués à l'euthanasie, à ces malheureux malades, évoqués par Huchard « qui, lorsqu'ils ont cessé de vivre, n'ont, en réalité que fini de mourir ».

D'autant plus que la morphine, en calmant la douleur, la dyspnée ou l'insomnie, en réfrénant les centres nerveux, produit dans nombre de cas une amélioration qui n'est pas seulement symptomatique. Ainsi se révèle-t-elle, chez les cardiaques, souvent utile, parfois indispensable. (*Paris Médical*, 25 septembre 1937.)

Les vraies et les fausses niches en plateau. Etude radiographique et gastroscopique

Les faits rapportés par le Docteur René Chevallier démontrent, une fois de plus, que l'anomalie radiologique n'est bien souvent qu'un simple signe parmi les autres et que ce signe doit être interprété. Il n'y a pas d'erreur de radiologie, mais des erreurs de l'interprétation radiologique. Le tout est de savoir sur quoi s'appuyer pour juger l'anomalie radiologique à son exac e valeur. Ce jugement exige, avant tout, la répétition des examens : le caractère transitoire ou permanent de l'image anormale témoignant, bien souvent, de la bénignité ou de la malignité de la lésion en cause. Avec cette réserve, toutefois, qu'une anomalie permanente ne fait pas toujours la preuve de l'organicité, et que le polymorphisme des images sur les clichés successifs, n'élimine pas nécessairement le diagnostic de néoplasie.

On ne peut donc interpréter correctement une anomalie radiologique qu'en faisant appel aux autres modes d'investigation. Parmi ceux-ci, la gastroscopie occupe actuellement une place de premier plan. C'est ainsi que s'il n'est pas possible de reconnaître à la niche en plateau observée à l'état isolé, la valeur d'un signe pathognomonique de cancer, par contre la constatation d'une telle niche, chez un sujet présentant, au gastroscope, un ulcère de même siège, témoigne presque toujours de la nature maligne de cette ulcération. (*Lyon Médical*, 26 septembre 1937.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Péricardite tuberculeuse. Péricardotomie

(M. le médecin général PAITRE ; 9-11-1937)

Dans un cas de péricardite tuberculeuse avec épanchement, la ponction du péricarde ayant été insuffisante, M. Paitre a obtenu la guérison à la suite d'une péricardotomie. Cette observation pose le problème des indications de la ponction et de l'incision du péricarde dans les épanchements péricardiques.

— M. MARFAN remarque que, presque toujours, la ponction du péricarde est appelée à précéder la péricardotomie. Le diagnostic de l'épanchement péricardique, en effet, même avec le secours de l'examen radiologique, est sujet à beaucoup d'erreurs. Pour l'assurer, on est obligé de recourir le plus souvent à la ponction.

— M. LAUBRY est du même avis. Avant de pratiquer l'incision du péricarde, il est bon de s'adresser à la ponction simple qui a l'avantage de donner la certitude de l'existence du liquide et d'établir si elle est ou non capable à elle seule d'amener une régression suffisante du liquide. Il y a des cas où la ponction, particulièrement la ponction sous-xyphoïdienne, tout en étant l'intervention de choix, se montre inopérante et où la péricardotomie s'impose.

Trois cas autochtones, non méditerranéens, de kala-azar infantile

(MM. M. PÉHU et P. BERTOYE, de Lyon ; 16-11-1937)

Les auteurs rapportent trois cas avérés de kala-azar (leishmaniose viscérale) observés en 1931, 1936 et 1937, chez des enfants jeunes, appartenant l'un à un département des Vosges, l'autre à l'Ardèche, le troisième à l'Isère. Aucun d'eux n'avait quitté la région pour se rendre dans le midi de la France. Ce sont des cas autochtones, dont la source de contagion n'a pu être exactement fixée. Cependant, les trois enfants avaient été vraisemblablement en contact avec des chiens malades.

Nécessité de faire suivre tout article ou mémoire d'un court résumé de son contenu

(M. MARCHOUX ; 26-10-1937)

Tenant compte de l'extrême abondance de la littérature médicale, l'auteur demande aux auteurs de faire suivre leurs travaux d'un résumé aussi court et aussi clair que possible. Le lecteur pourrait ainsi prendre connaissance de mémoires qu'il n'a pas le temps généralement de lire dans leur totalité.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Syndromes abdominaux douloureux : par rash prévaricellique ; par purpura péritonéal

(M. POLONY, de Belfort ; rapport de M. A. BASSET ; 20-10-1937)

La première observation de M. Polony concerne un enfant de sept ans adressé d'urgence pour un syndrome douloureux de la fosse iliaque droite ayant débuté dans la matinée. Le tableau clinique est celui d'une invagination. A l'opération, état inflammatoire et hypertrophique d'une partie de la région iléo-cæcale, dont on pratique l'exérèse.

Le lendemain matin, on constate sur les avant-bras un rash étendu, avec 38°5, et huit jours après, une éruption typique de varicelle. Il semble, dans ces conditions, que la lésion iléo-cæcale ait été un rash interne à forme de piqueté hémorragique.

Dans la seconde observation, une fillette de onze ans présentait depuis quatre jours un syndrome abdominal à type également d'invagination. Température, 38°. Pouls à 100. A l'intervention, on trouve sur la partie terminale de l'iléon un segment rouge et œdématié. On pense à une invagination en partie réduite.

Dans le mois qui suit, les crises douloureuses avec selles striées de sang persistent, mais s'espacent. A ce moment, apparaît sur les coudes, les genoux, les fesses, un purpura typique venant signer le diagnostic. M. Polony pense qu'il s'est agi d'un purpura primitivement péritonéal que seule l'éruption cutanée ultérieure permit de caractériser. Le traitement médical alors institué amena une guérison rapide.

Rupture sous-hépatique d'un pyosalpinx droit

(MM. J. CALVET et A. MONSAINGEON ; rapport de M. WILMOTH ; 20-10-1937)

On a signalé, dans la littérature médicale, quelques cas de rupture de pyosalpinx dans la fosse iliaque droite, surtout dans la salpingite puerpérale. Mais, jusqu'à ce jour, il ne semble pas qu'une rupture sous-hépatique et latérocolique d'un pyosalpinx vertical ait été publiée.

Dans l'observation de MM. Calvet et Monsaingeon, le pyosalpinx était en position ectopique, le pavillon de la trompe adhérant au bord inférieur du foie. Cliniquement, on constatait un plastron iliaque droit. Pensant à une appendicite, on intervient chirurgicalement et l'on trouve le pyosalpinx. Guérison.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

Tuberculose pulmonaire du type « adulte » après virage de la cuti-réaction tuberculinique chez de jeunes adultes

MM. Jean TROISIER, M. BARIÉTY et P. NICO ; 11-6-1937)

Se basant sur deux observations très suggestives, les auteurs envisagent l'apparition brusquée, chez des sujets d'une vingtaine d'années, d'une tuberculose pulmonaire du type adulte, cavitaire, coïncidant avec un virage de la réaction tuberculinique jusque-là négative.

Dans le premier cas, il s'agit d'une jeune fille de vingt ans, de famille saine, ayant vécu jusque-là à la campagne. Elle arrive à Paris en octobre 1935 indemne de toute atteinte tuberculeuse comme en témoignent un cliché radiographique normal et deux cuti-réactions négatives. Entre février 1936 et mai 1936, la cuti-réaction devient franchement et fortement positive. Peu après ce virage, s'installe une tuberculose caséeuse rapidement évolutive multinodulaire et excavée associée à une ostéo-arthrite médio-tarsienne. Une méningite tuberculeuse emporte la malade en avril 1937, moins d'un an après le début de sa maladie.

Dans le second cas, une jeune fille de la campagne, à Paris depuis l'âge de treize ans, en stage dans les hôpitaux depuis deux années, présente en avril 1935, un érythème noueux ; la cuti-réaction est encore négative. Dès le 20 mai, on constate une caverne précoce juxta-scissurale droite, origine d'une tuberculose ulcéreuse maligne, multicavitaire, devant emporter la malade en un an et demi. Entre temps, la cuti-réaction, assez tardivement, était reconnue positive.

Ce qui caractérisait le type adulte de la tuberculose pulmonaire, c'était l'absence de réaction ganglionnaire, ainsi qu'une évolution ulcéro-caséeuse banale.

Comment n'être pas frappé du fait que les deux jeunes filles, de vingt ans, de vingt-trois ans étaient toutes deux de famille saine ; toutes deux d'origine campagnarde, étaient venues se fixer à Paris, la première tout récemment ; toutes deux avaient été examinées radioscopiquement avant la maladie, leur image thoracique était parfaitement normale et, pour l'une d'elles, une radiographie en donne la preuve tangible. Du point de vue clinique, la seconde était entrée dans la maladie par un érythème noueux, ce qui, en règle générale, atteste le début de l'infection tuberculeuse ; l'autre devait présenter des signes de dissémination bacillaire sous forme d'ostéo-arthrite médio-tarsienne et mourir comme une enfant de méningite tuberculeuse. Enfin et surtout la cuti-réaction tuberculinique, vérifiée avant la maladie, était parfaitement négative. Parallèlement à l'évolution morbide, on voyait la cuti-réaction devenir franchement positive. Comment interpréter ces faits et surtout le virage de la réaction tuberculinique ? Trois hypothèses : une anergie momentanée, une infection paucibacillaire évoluant déjà de longue date sans allergie, une primo-infection de l'enfance guérie cliniquement et même biologiquement après une phase d'allergie temporaire.

Qu'importe. Le fait essentiel à souligner, c'est que la tuberculose pulmonaire du type adulte, cavitaire d'emblée, peut succéder à un virage récent de la cuti-réaction. Les malades se comportent comme des sujets néo-infectés passant de l'état de santé à l'état morbide en même temps que les réactions tuberculiniques deviennent positives.

M. E. RIST. — Pareils faits, d'un caractère un peu insolite, seront observés avec une fréquence croissante au fur et à mesure que se multiplieront les enquêtes sur la cuti-réaction à la tuberculine à l'âge adulte. Celles-ci démontrent qu'il existe une proportion fort importante de cutiréactions négatives à un âge où, il y a quelques années encore, tout le monde pensait que la primo-infection, dans les milieux urbains civilisés tout au moins, était chose faite. Cependant on sera peut-être amené à voir atténuer un peu le contraste si catégorique, qui s'était établi entre l'aspect radiologique des lésions de primo-infection et celui des lésions de réinfection.

Il faut aussi savoir que le début des accidents de réinfection est souvent assez brusque, marqué par les symptômes d'une infection banale des voies aériennes supérieures. Ce n'est que lorsque ces symptômes se sont dissipés que l'on se trouve en présence d'une tuberculose pulmonaire évidente.

M. Et. BERNARD. — Si dans certains cas les aspects radiologiques nous autorisent à une grande présomption de primo-infection, dans beaucoup d'autres cas ne nous croyons pas autorisés à déduire d'un type radiologique la notion de primo ou de réinfection.

M. ARMAND-DELILLE. — Les observations rapportées par M. Troisier correspondent exactement à ce que l'on observe souvent dans la tuberculose de primo-infection du jeune enfant. J'ai montré que si elle pouvait soit régresser, soit aboutir rapidement à la généralisation miliaire avec méningite, elle pouvait aussi commencer par s'étendre sur place en provoquant soit une pneumonie caséeuse de tout un lobe, soit même un rapide processus caséo-ulcéreux aboutissant à la formation des cavernes précoces du nourrisson. Ces formes évoluent plus vite que la tuberculose de réinfection de l'adulte, qui a toujours une tendance fibro-caséeuse.

G. F.

Les Congrès

XXIVe CONGRÈS D'HYGIÈNE

(*Paris, Institut Pasteur, 25-27 octobre 1937*)

Secrétaire général : R. DUJARRIC DE LA RIVIERE

Résumé des Rapports

I. — Hygiène scolaire

Surmenage scolaire. — Fatigue à l'âge scolaire

Docteur Clément LAUNAY, médecin des hôpitaux.

On définit assez conventionnellement le surmenage scolaire : une fatigue prolongée dont la cause matérielle ou intellectuelle relève de l'école. En dehors, d'ailleurs, de l'excès de travail intellectuel, de la fatigue physique, de l'insuffisance de sommeil, il est indéniable que certains enfants supportent mal les disciplines scolaires : ils maigrissent, sont instables, changent de caractère et deviennent de plus en plus inaptes à l'effort.

L'origine de la fatigue scolaire est parfois d'ordre médical, et il appartient au médecin de reconnaître les maladies chroniques d'évolution torpide (adénoïdite, primo-infection tuberculeuse) qui peuvent en être la cause.

Ayant écarté ce cas particulier, il convient de se demander si le travail intellectuel en lui-même est la cause habituelle de ce surmenage. En réalité, ce qu'il faut incriminer surtout, c'est le trop grand nombre d'heures que l'enfant passe non pas à travailler, mais à sa table de travail ; ce sont toutes les causes matérielles du surmenage qui paraissent, et de loin, les principales.

A l'école primaire, dès l'âge de 6 ans, les enfants restent enfermés 5 h. 30 par jour, 7 heures s'ils vont à l'étude, et chaque classe dure habituellement 1 h. 30. Le temps consacré à la culture physique est presque partout dérisoire (une demi-heure par semaine en moyenne).

Dans l'enseignement secondaire, la durée du travail est de 20 à 26 heures par semaine, auxquelles il faut ajouter pour les hautes classes un nombre sensiblement égal d'heures de travail à la maison : soit au total de 45 à 50 heures. La gymnastique a lieu au maximum une à deux heures par semaine, et c'est encore presque partout une gymnastique d'agrès et non de culture physique. Certes, la pratique des sports se répand de plus en plus, mais seuls les mieux doués en profitent ; chez certains adolescents c'est même un facteur supplémentaire de fatigue.

A ces causes générales s'en ajoutent souvent d'autres qui ne dépendent plus directement de la vie scolaire : obligation pour certains enfants appartenant à la classe pauvre, d'aider, à domicile, aux soins du ménage ; pour d'autres, c'est la surcharge d'occupations multiples, de leçons supplémentaires, de séances cinématographiques, de distractions diverses.

Tout cela contribue à créer une jeunesse dont le développement corporel est très inégal, restant trop souvent médiocre, à qui fait souvent défaut l'aptitude au travail personnel ; enfin, le surmenage scolaire a une part certaine, mais bien difficile à évaluer, dans l'étiologie de la tuberculose pubertaire.

Les remèdes à ces défauts de notre enseignement sont connus, mais leur application s'est montrée assez difficile. Il y aurait relativement peu à faire dans l'enseignement primaire : réduction modérée des heures de travail permettant des exercices corporels quotidiens, durée moins longue des classes ; pour certains enfants la prolongation de l'école maternelle paraît une mesure utile.

Le problème est plus complexe dans l'enseignement secondaire où l'allègement des programmes est une impérieuse nécessité : l'extension des exercices corporels n'irait pas sans la création de terrains de sports, de stades scolaires, bref, sans des charges nouvelles. Enfin, une bonne part du surmenage serait évitée si une collaboration effective existait entre les familles et les établissements d'enseignement.

La suppression du surmenage scolaire par l'Ecole de plein air

Docteur P. ARMAND-DELILLE.

L'auteur expose les résultats obtenus par différentes écoles de plein air et, en particulier par celle de Suresnes. Il insiste sur le fait que, malgré une diminution considérable des heures de classe, les succès au certificat d'études sont au moins égaux à la moyenne obtenue par les écoles ordinaires. Il suffit de voir les enfants et de constater leur bon développement musculaire et leur pigmentation, leur status et leur habitus pour conclure que l'école de plein air est la solution à la question du surmenage scolaire en même temps que celle de la santé et du développement physiologique de l'enfant.

M. Armand-Delille conseille d'appliquer le programme des écoles de plein air progressivement à tous les enfants d'âge scolaire.



Les causes d'inadaptation dans l'enseignement secondaire

MM. G. HEUYER et MACÉ DE LÉPINAY.

Les auteurs rapportent les résultats de trois cents observations d'enfants et d'adolescents qui, pour des causes diverses, ont été amenés au médecin psychiatre pour essayer de remédier à des échecs ou à une adaptation difficile dans leurs études secondaires.

Chaque observation comportait : la recherche des antécédents familiaux ; l'appréciation du niveau scolaire ; la détermination du niveau mental par les tests psychologiques, notamment par les tests de Terman ; une étude soigneuse du caractère et de ses troubles ; l'examen physique, surtout neurologique et endocrinien ; les conditions de vie dans le milieu familial.

Dans la majorité des cas, l'inadaptation scolaire est due à une insuffisance intellectuelle facile à apprécier par l'établissement du niveau mental. Les tests psychologiques ont permis de dépister des débiles mentaux réels parmi des enfants que leurs parents poussent au baccalauréat.

Dans d'autres cas, le niveau mental est au-dessus de la débilité, mais réalise cependant une insuffisance intellectuelle.

D'autres fois, les études secondaires étaient entravées par un véritable déséquilibre psychique, avec troubles de l'attention et troubles de la conduite, qui occasionnaient souvent des renvois successifs de diverses écoles.

Quelquefois, existaient des signes physiques nets de troubles endocriniens, de telle sorte qu'un traitement médical appliqué à temps pouvait rétablir une situation scolaire compromise.

Enfin, un certain nombre d'échecs de l'enfant étaient dus aux conditions familiales et à une incompréhension totale de la situation de la part des parents. Ces cas sont beaucoup plus fréquents qu'ils apparaissent au premier abord.

De ces constatations, il résulte que pour le moins il serait possible, au début des études secondaires, d'apprécier par des méthodes psychologiques qui ont fait leur preuve, le niveau mental des enfants que l'on veut engager dans la voie difficile du baccalauréat et notamment dans les études dites classiques avec latin et grec.

Tous les enfants ne sont pas aptes à faire des études secondaires. L'appréciation du niveau mental permettrait une élimination plus certaine des incapables qu'un examen de passage. On peut combler un retard scolaire ; on ne peut pas combler un retard intellectuel.

Le travail prématuré chez l'enfant d'âge scolaire et ses conséquences médico-sociales

Docteur LAVAUD, médecin-inspecteur des Ecoles de l'Indre.

Le travail prématuré chez l'enfant d'âge scolaire est dans les milieux ruraux, à la base de déformations de type défini (1/10 sur 3.214 déformations diverses décelées par l'Inspection médicale des écoles de l'Indre) et provoque un nombre appréciable de déficiences physiques ;

Il présente deux modalités de conséquences différentes :

1° *Le travail mercenaire*, le moins nocif ;

2° *Le travail familial*, le plus dangereux, parce que échappant à tout contrôle.

Jointe au kilométrage exagéré, cette notion du travail prématuré doit entrer en ligne de compte dans l'élaboration des programmes d'éducation physique dans les écoles rurales : *seuls des mouvements respiratoires et de gymnastique dite corrective* devraient être prescrits.

La natation scolaire et l'hygiène

M. Henri MOUZET, ingénieur des Arts et Manufactures.

L'enseignement de la natation préoccupe à juste titre tous ceux pour qui la nécessité de l'éducation physique complète est un dogme. Mais un obstacle surgit : c'est le coût élevé auquel sont revenues les piscines édifiées, ces dernières années, par quelques municipalités amies du progrès. Qu'à cela ne tienne, répondent-ils, nous n'avons pas besoin d'installations somptueuses, un simple bassin, une cuve à nager, peut suffire.

Erreur dangereuse, pense l'auteur de la communication, l'hygiène a son mot à dire. Une cuve à nager peut être le plus funeste agent de transmission des maladies de toutes sortes. Et ce qui fait que les piscines coûtent cher, c'est précisément les précautions dont on doit entourer leur installation pour les rendre salubres. Qu'on fasse peu de piscines, si l'argent manque, mais qu'on les fasse bien, conclut-il.

L'insuffisance respiratoire chez les écoliers

Docteur P. RUSSO.

Des observations qu'il a été amené à faire à son centre Hélia de Rabat, le Docteur Russo conclut que l'insuffisance respiratoire est, chez un grand nombre de sujets, la raison principale de la déficience scolaire. Il a réuni un certain nombre de cas de troubles psycho-physiques se manifestant sous forme d'inattention, de paresse, d'instabilité qui ont été totalement guéris par un entraînement respiratoire progressif et continu.

L'inspecteur médical des écoles et sa situation vis-à-vis du Corps médical

Docteurs L. JULLIEN, médecin général (réserve) et ANDRIEUX (de Rennes)

L'inspection médicale des écoles ne doit pas être considérée par les praticiens comme une menace pour leurs intérêts ; au contraire, toute mesure qui accroî-

tra le rôle du médecin dans la Société et les préoccupations sanitaires dans l'esprit public se traduira par un avantage pour les praticiens. Le médecin scolaire devra bien entendu rester sur le terrain de la prévention et orientera seulement les familles vers le médecin traitant dont elles conserveront le libre choix. Il entrera toutefois en rapports avec les familles soit directement soit par l'intermédiaire des infirmières ou des maîtres, en leur expliquant la nécessité des mesures prises ou conseillées à l'égard des enfants.

L'inspection scolaire dans un secteur rural

Docteur Paul FOUCAUD (Château-Thierry)

Dans l'Aisne, l'I. M. S. est assurée par des médecins hygiénistes polyvalents secondés d'infirmières polyvalentes. La visite scolaire ne doit pas être une consultation médicale, mais une visite de prévention et de dépistage. Chaque écolier possède deux fiches, un livret de santé strictement médical et une fiche médico-pédagogique pour l'instituteur. Dans le secteur de Château-Thierry (10.000 écoliers), les résultats thérapeutiques ont été favorables chez 31 % des enfants signalés aux familles : les affections oculaires, les hernies sont très soignées (54 %) ; mais les affections dentaires, le rachitisme le sont à peine (14 %).

La prophylaxie de la tuberculose est mieux réalisée ; les enfants sont convoqués au Dispensaire où ils sont examinés : 69 % des enfants convoqués s'y présentent. En cinq ans, sur 2.845 enfants examinés, 172 ont été reconnus porteurs de lésions tuberculeuses , 53 ont été placés. La cuti-réaction dont la valeur est grande e n milieu rural devrait être généralisée et pratiquée systématiquement à l'école. La formule du médecin polyvalent est une excellente formule pour la prophylaxie de la tuberculose à l'école rurale.

La prophylaxie mentale est encore à peu près inexistante, en raison de l'éloignement des établissements d'anormaux.

Environ un tiers des écoles rurales ne présentent pas des conditions d'hygiène suffisantes et devraient être améliorées.

Prophylaxie de la tuberculose à l'école

Docteur Germaine DREYFUS-SÉE, ancien chef de clinique à la Faculté de Paris.

La prophylaxie de la tuberculose à l'école comporte trois mesures essentielles :

1° *Eviter les contaminations massives par l'instituteur ou le personnel de service atteint de tuberculose évolutive.* Pour cela, compléter les moyens prophylactiques actuels, insuffisants, par le *contrôle clinique et radiologique annuel* obligatoire de tout le personnel scolaire, enseignant ou non.

La contagion par les enfants tuberculeux est habituellement peu redoutable dans les régions où l'inspection médicale scolaire est bien organisée et permet l'élimination des tuberculeux évolutifs ; les porteurs intermittents de rares bacilles de Koch ne paraissent pas dangereux.

2° Surveiller l'état de santé des enfants susceptibles d'être contaminés, afin que l'allergie s'effectue sur un terrain favorable. Les sujets réceptifs fragiles non allergiques devront donc être envoyés dans des établissements de cure qui leur seront strictement réservés et où ils pourront renforcer leur résistance à l'abri de toute contamination même par des sujets pauci-bacillaires. Ils ne doivent pas être exposés à une contagion pendant une période de déficience de leur état général.

3° Dépister précocement et traiter les enfants au moment de la contamination. Dans ce but, aucun procédé d'examen ne paraît pouvoir suppléer à la pratique systématique de la cuti-réaction exigible chaque année à l'entrée à l'école.

Pour les enfants dont la réaction vire : surveillance clinique et radiologique et envoi en cure dès les premiers signes de fléchissement de l'état général, dans des établissements spéciaux dont seront strictement exclus les sujets fragiles non allergiques.

Le dépistage de la tuberculose dans les écoles rurales avec radioscopie systématique

M. le Docteur L. JULLIEN, médecin général (réserve)

La proportion des tuberculoses méconnues dans les campagnes est importante et l'inspection médicale des écoles rurales s'impose avec radioscopie systématique au moyen d'un appareillage mobile. Un projet de ce genre avait été établi pour le département de la Sarthe, divisant le département en six secteurs ayant chacun à leur tête un médecin assisté par des infirmières à raison d'une par canton. Le prix de revient atteignait un maximum de 1.250.000 francs, y compris l'amortissement de l'appareillage. L'inspection comportait : 1° une visite générale annuelle avec radioscopie ; 2° une visite complémentaire pour les sujets reconnus suspects à la visite générale ; 3° des visites mensuelles passées par les infirmières.

Ce projet soumis au Comité départemental de coordination s'est heurté à l'opposition des représentants des Assurances sociales qui ont soutenu que les Assurances sociales, prenant en charge la presqu'unanimité des familles dont les enfants fréquentent les les écoles primaires, suffisaient à cette tâche.

Coordination des efforts prophylactiques contre la tuberculose à l'école

Docteur A. BEZANÇON, directeur du Bureau d'hygiène de Boulogne-Billancourt (Seine)

Le problème de la prophylaxie antituberculeuse à l'école a sa solution dans une coordination d'efforts : dans la liaison entre les médecins de dispensaires, les médecins inspecteurs des écoles et les

médecins traitants, entre les infirmières visiteuses et les assistantes sociales et scolaires.

La fiche de liaison est le truchement de cette coordination et les renseignements doivent être communiqués à la famille par le médecin traitant. Les examens doivent arriver à être systématiques, à l'école maternelle, à l'école publique, non seulement cuti-réactions renouvelées, mais examens radioscopiques en série. Un exemple de cette liaison est réalisé à Boulogne-Billancourt : les résultats obtenus engagent à généraliser la méthode d'investigation.

Le dépistage de la tuberculose pulmonaire par la radioscopie systématique en milieu scolaire

Docteur Etienne BERTHET (de Grenoble)

L'auteur, parlant de la radioscopie systématique en milieu scolaire, insiste sur l'importance de la généralisation de cette mesure pour assurer la prophylaxie de la tuberculose à l'école. Cet examen doit être pratiqué en collaboration intime avec le médecin inspecteur des écoles et le médecin traitant de la famille.

Par l'école contre la tuberculose

Docteur Jean LANCELOT, Directeur du Bureau d'Hygiène de La Rochelle.

La préservation de l'écolier à l'école entraîne normalement la protection du milieu familial. Puisque toute la population passe obligatoirement par l'école, les possibilités y sont d'une étendue difficilement égalable. Une collaboration intime et coordonnée entre l'Inspection médicale scolaire, les Dispensaires et les Œuvres sociales, en évitant les doubles emplois, s'est efforcée à La Rochelle d'utiliser au maximum ces possibilités de lutte contre la tuberculose.

Le dépistage précoce systématique de la contamination tuberculeuse: Tentative de réalisation dans une commune.

M. A. BOHN relate comment, devenu récemment médecin-inspecteur des Ecoles, il a entrepris d'organiser dans une commune de la banlieue parisienne, en plein accord avec la municipalité, avec les médecins de la localité et avec le médecin du dispensaire antituberculeux, le dépistage précoce de la contamination tuberculeuse en utilisant la méthode des cutiréactions périodiquement répétées jusqu'à constatation de la première réaction positive, complétée par l'examen radiologique du thorax.

Parmi les mesures d'ordre médical, hygiénique, prophylactique et social résultant immédiatement de ce dépistage, la mise en observation des sujets récemment contaminés et la recherche dans chaque cas de l'origine, familiale, scolaire ou autre, de la contamination, sont les points importants à réaliser ; il est à cet égard particulièrement nécessaire de rendre obligatoire l'examen périodique de tout le personnel scolaire comme d'ailleurs du personnel de toute autre collectivité infantile (hôpitaux, crèches, pouponnières, internats, etc.).

Dépistage et prophylaxie de la tuberculose dans les écoles de la ville de Lyon

Docteurs R. CRÉMIEU et Ch. GARDÈRE, du Bureau d'Hygiène de Lyon.

Sans avoir la fréquence que certains auteurs lui attribuent en se basant sur la radioscopie, la tuberculose n'est pas rare chez les enfants fréquentant l'école régulièrement et mérite d'être recherchée systématiquement.

A Lyon, le dépistage est fait dans une Consultation du Dispensaire scolaire où sont adressés les élèves considérés comme suspects par les médecins-inspecteurs des écoles. Ils sont l'objet d'un examen clinique et radioscopique. La radioscopie est une cause d'erreur, car elle ne permet pas toujours de distinguer les ombres vasculaires et bronchiques des ombres ganglionnaires. Il est nécessaire dans bien des cas de faire une radiographie.

Le Dispensaire scolaire fonctionn e en liaison avec les Dispensaires d'hygiène sociale dont les visiteuses font l'enquête familiale, avec examen radiologique des parents et examen bactériologique des crachats. Cette collaboration permet d'obtenir avec précision les éléments nécessaires pour établir le diagnostic et instituer la prophylaxie ; ainsi, le dépistage des écoliers tuberculeux a permis de découvrir un grand nombre de nids de tuberculose, c'est-à-dire des familles où des enfants vivaient au contact des parents qui, ignorant leur tuberculose, n'avaient pas songé à se soigner et à prendre vis-à-vis de l'entourage des précautions prophylactiques.

La pratique du dépistage de la tuberculose dans les établissements d'instruction de la ville de Rennes

Docteur ANDRIEUX, directeur du Bureau municipal d'hygiène.

Depuis 1925, l'inspection médicale des Ecoles de Rennes est confiée au Directeur du Bureau d'hygiène aidé d'une infirmière.

Aux méthodes habituellement employées pour le dépistage des affections pathologiques, a été ajoutée en 1933 la radioscopie systématique qui est pratiquée dans les locaux scolaires à l'aide d'un appareillage spécial. En outre des établissements primaires, la radioscopie systématique a été employée dans les crèches et écoles maternelles, dans les écoles de l'enseignement secondaire, les Facultés et Ecoles appartenant à l'enseignement supérieur.

Utilisé sur vingt-mille sujets environ, le procédé a fourni des renseignements rapides et des résultats plus nombreux que les examens cliniques habituels, non seulement pour le dépistage précoce de la tuberculose pulmonaire, mais pour la découverte d'affections des appareils respiratoire, digestif, circulatoire et locomoteur.

Le dépistage de la tuberculose dans les écoles

(Docteur Boulangier, de Metz)

Depuis l'année 1925, un service départemental d'inspection médicale scolaire fonctionne dans le département de la Moselle, sous la direction du Service départemental d'hygiène. Il touche actuellement 57.593 enfants, répartis en treize circonscriptions.

En liaison permanente et régulière avec les treize Dispensaires antituberculeux du département, l'Inspection médicale scolaire met au premier rang de ses efforts le dépistage précoce de la tuberculose.

A signaler, en particulier, qu'au cours de l'année scolaire 1936-37, l'un des médecins scolaires de la Moselle a pratiqué la cuti-réaction systématique chez tous les enfants. Sur 6.525 enfants de 6 à 14 ans, la moyenne générale des cuti-réactions positives a été de 20,8 %. Les pourcentages partiels sont surtout intéressants : ils varient d'un minimum de 9 % chez les garçons de 6 à 7 ans, à un maximum de 37 % chez les garçons de 12 à 13 ans.

1360 enfants porteurs de cuti-réactions positives ont été soumis à l'examen radioscopique : 13 % d'entre eux seulement ont montré une image radioscopique normale. Les autres ont été répartis en trois catégories : cicatrisés, suspects, malades en évolution.

Ces recherches se poursuivent actuellement dans deux autres circonscriptions : elles seront ensuite généralisées, la première expérience ayant démontré un intérêt pratique et immédiat pour la prophylaxie anti-tuberculeuse. Elles seront en même temps approfondies : les enfants à cuti-réactions négatives l'an dernier seront revus cette année par la méthode de de Mantoux, et les radioscopies systématiques seront continuées et étendues.

Le dépistage de la tuberculose dans les écoles prémilitaires de l'armée

Médecin-lieutenant colonel Sieur, de l'hôpital militaire de Rennes.

Quatre mille enfants ou adolescents sont instruits chaque année dans des internats militaires (un lycée, quatre E. P. S., une école technique, un orphelinat).

Le dépistage de la tuberculose, essentiellement basé sur la visite d'incorporation subie à l'entrée par les nouveaux élèves, a été renforcé depuis 1933 par la radioscopie systématique. Mais si on veut donner à celle-ci toute son efficacité, il faut l'étendre à *tous* les occupants de chaque école : maîtres, instructeurs, *élèves anciens*. En un mot, il faut qu'elle soit *collective* et *périodique*.

Les statistiques montrent que les cas de tuberculose paraissent augmenter de nombre. Ils se révèlent presque exclusivement à partir de 17 ans et chez des élèves qui ont plusieurs années d'internat. Enfin, les sujets originaires des provinces du Nord-Ouest et particulièrement les Bretons sont à scruter plus attentivement.

Le dépistage de la tuberculose pulmonaire à l'Ecole des Mousses de la Marine militaire et à l'Ecole navale

Médecin principal Saves, radiologiste des hôpitaux de la Marine.

L'Ecole des Mousses de la Marine militaire fournit encore, malgré des examens de filtrage sévères à l'*entrée*, un pourcentage de six tuberculeux pulmonaires ouverts pour 1.000.

Les Bretons quoiqu'adaptés au climat, et souvent au milieu maritime, en donnent la plus forte proportion relative.

Alors que le nombre de tuberculeux pulmonaires avec lésions subévolutives (sans bacilles de Koch) a diminué de moitié, celui des tuberculeux pulmonaires ouverts est en nette et progressive augmentation.

A l'Ecole navale, au contraire, les Bretons paraissent mieux résister, probablement parce que plus âgés, et que des examens médicaux, en particulier la radioscopie systématique, ont éliminé les sujets atteints ou suspects *durant l'année préparatoire*.

Les cantines scolaires rurales

Docteurs Lesage, membre de l'Académie de médecine et Cruveilhier, membre du Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Les auteurs montrent que les cantines scolaires sont plus encore qu'à la ville, nécessaires à la campagne où l'école est souvent distante de plusieurs kilomètres de la maison paternelle.

Cependant la plupart des communes rurales n'ont pas de cantine scolaire et il est des départements où elles font totalement défaut.

L'action des cantines scolaires s'exerce sur les affections gastro-intestinales et sur les maladies de l'appareil respiratoire, particulièrement la tuberculose qui sévirait moins cruellement à l'âge scolaire dans les départements où fonctionne un grand nombre de cantines scolaires.

La cantine scolaire rurale favorise la fréquentation de l'école comme aussi l'application des enfants à la classe.

P. Lacroix



THÉRAPEUTIQUE

Quelques réflexions sur le mode d'action des iodiques

S'il est un médicament qui, malgré son ancienneté, occupe toujours une place de premier plan dans la pharmacopée, c'est bien l'iode.

Utilisé de tout temps, soit sous ses formes actuelles relativement récentes ou dissimulé dans divers corps organiques qui en contiennent une quantité importante, voire même sous forme de cure marine dont il est l'agent le plus actif, l'iode est un médicament qui n'a pas vieilli.

Rien ne peut encore le remplacer dans le traitement de diverses affections. Seule, la manière de l'administrer a changé dans une certaine mesure.

Or, il n'est pas indifférent, au point de vue thérapeutique, d'administrer un iodique par voie parentérale ou par voie buccale, car l'imprégnation du système nerveux, par exemple, conséquence de l'administration intramusculaire ou intraveineuse de l'iodure de sodium ne se produit avec aucun iodure administré *per os*. En effet, à cause de la diffusibilité extrêmement rapide de l'iodure de sodium, la voie parentérale permet l'utilisation presque intégrale de l'iodure de sodium injecté, ce qui n'est pas vrai par voie buccale. D'autre part, il peut être intéressant dans certains cas de maintenir constamment l'organisme sous l'action de très faibles doses, sans cesse renouvelées, d'iode à l'état naissant, ce qui ne peut être réalisé à l'aide d'un iodure à action toujours brutale. L'action d'un iodique est donc *totalement différente suivant sa nature et même son mode d'administration.*

Est-ce à dire que dans chaque cas où l'iode est indiqué il faille employer un composé différent ?

Sans doute, dans certains cas particuliers : les algies par exemple, les névraxites, et, en général, chaque fois qu'il sera nécessaire d'effectuer une imprégnation massive du système nerveux, ou bien, lorsqu'il faudra frapper vite et fort, l'iodure de sodium, par voie intramusculaire intraveineuse ou épidurale, sera indiqué.

Par contre, dans la plupart des troubles de la circulation et de la nutrition, ainsi que dans le lymphatisme et les maladies respiratoires, il y aura intérêt à standardiser la préparation iodique employée et à utiliser une préparation par voie buccale dont l'action soit constante dans le temps, c'est-à-dire libérant lentement son iode et l'éliminant longtemps après son ingestion, en un mot maintenant constamment l'organisme sous son influence et utilisant son iode en totalité.

Dans cette préparation, l'iode devra être complètement dissimulé de façon à ne pas libérer dans le tube digestif de l'iode à l'état libre, car il est à l'heure actuelle, à peu près démontré que nombre d'accidents d'iodisme ont pour point de départ une intolérance gastrique.

Les seuls iodiques qui, jusqu'à présent, ont prouvé qu'ils possédaient ces propriétés indispensables au premier chef sont les tannoïdes iodés.

En effet, leur iode est entièrement dissimulé par sa combinaison avec le tanin, et même tout récemment, on est parvenu à préparer des iodotanins qui *ne contiennent absolument pas d'acide iodhydrique.*

D'autre part, ces tannoïdes iodés se désintègrent très lentement, libèrent leur iode dans l'organisme à doses très fractionnées, le maintenant longtemps sous son influence ; l'iode ainsi mis en liberté rentre immédiatement en combinaison avec les albuminoïdes de l'organisme ; son élimination est également très lente, l'apparition de l'iode dans l'urine ne se produisant qu'au bout de vingt-quatre ou trente-six heures après l'absorption. Bien plus, dans des expériences de laboratoires, l'injection intraveineuse de tels composés n'a été suivie d'élimination qu'au bout de plusieurs heures, prouvant ainsi l'utilisation totale de l'iode administré et justifiant l'emploi de doses faibles.

Enfin, la toxicité de ces composés *est pratiquement nulle* en raison de leur décomposition progressive et de l'utilisation immédiate de l'iode par les tissus. Ne s'absorbant qu'en milieu intestinal, ils ne peuvent provoquer sur l'estomac aucun phénomène réationnel générateur d'accidents d'iodisme.

Par suite, il a paru intéressant d'associer les propriétés de l'iode à l'action tout à fait spéciale de certains tanins : tels que l'hamamélidine, glucotanin de l'hamamélis, donnant ainsi naissance à un corps où l'iode entièrement dissimulé possède toutes les qualités spécifiques d'un bon iodique : absorption intestinale, absence de phénomènes d'intolérance, élimination très lente, donc action douce, soutenue et prolongée sur l'organisme et qui possède naturellement les propriétés particulières angiotoniques de l'hamamélis. C'est à cet iodotanin que le nom d'iodamélis a été donné.

Récemment, on est arrivé à préparer l'iodamélis sous forme d'un extrait sec pulvérulent, peu hygrométrique, rigoureusement neutre, sans acide iodhydrique et sans iode libre, et présenté sous forme de comprimés dragéifiés qui constituent une forme particulièrement agréable d'administration de cette préparation.

J. VERGENNES.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

TRAVAUX ORIGINAUX

Bulletin de l'Actualité



LA RÉORGANISATION DU TRAVAIL SYNDICAL

Voici déjà de longs mois que j'ai résilié toutes mes fonctions dans les conseils de différents Syndicats, après y avoir appartenu longtemps et avoir suivi les discussions, assez pour me rendre compte du travail que l'on y faisait, de la manière dont les questions étaient présentées, étudiées et suivies, de la valeur des hommes qui étaient mes collègues.

Il n'est peut être point inutile, aujourd'hui où j'ai préféré reprendre ma place dans le rang et où j'ai pu réfléchir longuement à tout ce que j'avais vu et entendu pendant cette vie syndicale active, de montrer, pourquoi, en dépit de la bonne volonté de tous ceux qui composent nos conseils et du travail qui y est fourni, on y perd beaucoup de temps et on donne l'impression de faire peu de chose. En agissant ainsi, je suis persuadé rendre service à la cause du syndicalisme, dont notre directeur, le Docteur Noir, dans son dernier article, signalait la crise menaçante, par suite de l'indifférence de la plupart des syndiqués.

Je me garderai de toute critique, car il est plus aisé de démolir que de bâtir, et j'essaierai de montrer comment il serait possible, tout en intéressant à la chose syndicale tous les confrères, de faire cesser les discussions stériles, les bavardages à côté de la question, les joutes oratoires et d'obtenir, pour l'ensemble du Corps médical, des solutions satisfaisantes aux multiples problèmes actuellement posés.

Précisément, c'est la multiplicité des problèmes qui est une des principales raisons pour lesquelles la formule d'un Conseil d'administration *étudiant seul* les questions, *cherchant seul* à les résoudre, au cours de ses nombreuses réunions et soumettant les décisions prises à une Assemblée générale mal renseignée et peu au courant, est une formule mauvaise.

Si instruits, et si intelligents que soient les membres d'un Conseil, il leur est impossible d'être omniscients, de pouvoir résoudre tous les problèmes et de trouver leur solution la meilleure, sans y avoir beaucoup réfléchi, et sans s'être documenté, longuement.

C'est faute d'avoir fait ce travail préparatoire, qu'on adopte d'enthousiasme l'avis de celui qui expose avec le plus d'élégance et de clarté, la manière dont il compte résoudre le problème, et c'est souvent après avoir pris une décision et avoir voté, que les premières objections viennent *à l'esprit*, que de *nouvelles considérations* interviennent et que la question apparaissant comme insuffisamment étudiée, doit être remise en chantier ou quelquefois même, comme je l'ai vu, abandonnée sans solution.

Ce que je dis pour les groupements où j'ai vécu, se reproduit dans la plupart de ceux qui existent et cette seule constatation donne la mesure du temps perdu.

La méthode syndicale actuelle a exactement les mêmes inconvénients que les méthodes du Parlement, où n'importe lequel des élus peut indifféremment discuter et trancher sur tous les sujets. Avec de telles méthodes, le plus habile, le plus éloquent est sûr d'être suivi, même si la connaissance qu'il a du sujet dont il parle reste superficielle, et incapable de résister aux premières objections sérieuses de celui qui l'aura étudié plus à fond.

C'est cette méthode de travail qui est mauvaise car elle avantage le bavard qui parle surtout, et laisse à l'arrière plan celui qui ne parle que de ce qu'il connait. Il est impossible d'exiger de chaque membre du Conseil, souvent praticien occupé, l'étude sérieuse de tous les sujets sur lesquels il va être appelé à se prononcer, car la lecture d'un rapport éclaire insuffisamment *et*

c'est précisément cette documentation qu'il faut lui faciliter pour le mettre à même de se faire une opinion, avant d'engager par son vote les confrères qu'il représente et qui souvent, le lui reprocheront.

A cela, quelques médecins ont voulu opposer le referendum. C'est une solution mauvaise, j'ai plusieurs fois vu nos Conseils syndicaux recourir à ce procédé et chaque fois, le nombre infime des réponses reçues montrait que la consultation avait coûté très cher à la Caisse du trésorier et n'avait été d'aucune utilité.

Il est, à mon avis, une méthode bien préférable, car elle permettra de faire participer à la vie syndicale, un bien plus grand nombre de confrères, en allégeant la tâche trop lourde des Conseils d'administration et des bureaux, en diminuant le nombre des réunions, des commissions, en établissant une liaison entre tous les groupements syndicaux, en donnant à la Confédération, la place qu'elle doit avoir en dehors et au-dessus de toutes les polémiques syndicales.

Cette méthode dont je n'ai pas le mérite, c'est celle qu'a suivie mon excellent collègue et ami Godlewski, pour faire des Assises nationales, un groupement scientifique, vivant, utile et fécond. C'est de cette méthode qu'il faut s'inspirer pour chercher à résoudre les grands problèmes posés par l'exercice actuel de la médecine.

Chaque année, un nombre limité de questions sera retenu par l'Assemblée générale de la Confédération et dans chaque Syndicat local, départemental, dans chaque groupement, chaque médecin qui le désirera, exprimera librement son opinion, exposera ses idées. Au Conseil départemental, une première synthèse sera faite, les solutions les meilleures seront retenues, leurs auteurs seront conviés à les exposer et à les défendre.

Puis, une seconde synthèse réunira les différentes solutions des départements en une assise nationale où la question apparaîtra dans toute son ampleur, où elle sera discutée en toute connaissance, et ainsi la solution sera vraiment celle qu'aura désirée l'ensemble du Corps médical.

A des questions différentes, répondront des hommes différents, car tel qui s'intéresse à la médecine de mine et la connaît bien, ignore tout et se désintéresse de la marine marchande, et il est inadmissible que le Syndicat local d'une région agricole ait pour représentant appelé à discuter d'intérêts souvent puissants, l'oto-rhino-laryngologiste d'une ville, ou le chirurgien d'un gros chef-lieu. Nous verrons ainsi naître au Syndicalisme des individualités que nous ne soupçonnons pas, et qui, trop consciencieux pour aller aborder l'étude de problèmes multiples, n'hésiteront pas à donner leur avis sur des sujets qu'ils connaîtront bien et qu'ils exposeront encore mieux.

Il est à craindre que ce soit l'organisation actuelle qui soit à la base de l'indifférence que de tous côtés, l'on nous signale, et qui se traduit par l'absence aux Assemblées générales, le retard des cotisations, les critiques continuelles.

Un tel état de choses ne peut durer, il doit être modifié sans toucher aux institutions qui sont bonnes, et aux hommes qui sont excellents.

Ce sont les méthodes de travail qu'il faut réformer, et pour le faire, il faut choisir pour composer les conseils précisément ceux d'entre nous qui sont capables de faire ces consultations, de susciter l'intervention de leurs confrères les plus compétents et *d'en faire ensuite la synthèse.*

Le fait d'appartenir à un Conseil d'administration n'est point seulement une consécration que nous apportons aux plus dignes, ce ne doit jamais être la satisfaction d'une ambition, c'est toujours une tache qui comporte des obligations dont la principale doit être de savoir rechercher même en dehors du Conseil toutes les individualités susceptibles de l'aider, de l'éclairer, de l'instruire. Tous les présidents doivent pouvoir confronter les avis, en dégager l'essence ainsi que Godlewski l'a fait du point de vue scientifique. L'importance et l'intérêt de ces consultations étendues à l'ensemble du Corps médical, ne sauraient nous échapper, il est possible de les réaliser du point de vue syndical, puisque aux assises, le maître éminent est heureux de coudoyer le praticien rural et de confronter ses idées avec les siennes.

Ce que nos maîtres ont compris et su faire, nos dirigeants le feront certainement, car c'est en s'engageant dans cette voie féconde que nous assisterons à une nouvelle poussée de toutes les générations, vers le Syndicalisme médical.

Dr Raphaël MASSART.

OBLIGATIONS ET DEVOIRS DU MÉDECIN D'ASSISTANCE MÉDICALE GRATUITE EN MATIÈRE PHARMACEUTIQUE

Un de nos confrères nous fait part de son étonnement — je dirai même de son indignation — parce qu'il a reçu du médecin secrétaire de la sous-commission de contrôle de l'Assistance médicale, une lettre l'informant que ses prescriptions pharmaceutiques, pour les indigents, sont parfois d'un prix élevé. En conséquence, le praticien est invité à se montrer un peu plus économe des finances publiques.

Dans la lettre qu'il nous adresse (8.375) notre correspondant excipe de sa bonne foi. Il prétend soigner ses malades avec dévouement ; il s'insurge contre une distinction à faire entre riches et pauvres, tant du point de vue des soins à donner que des médicaments à prescrire.

En répondant à mon confrère, je crois qu'il est utile de lui rappeler que nous avons des devoirs vis-à-vis du tiers-payant, lorsque ce n'est pas le client qui doit payer lui-même et de sa poche la totalité des frais médicaux et pharmaceutiques.

On a oublié, à la Faculté de Médecine, de nous apprendre les relations sociales de l'art de guérir au regard des collectivités qui paient aux lieu et place des individualités malades.

En matière d'Assistance médicale gratuite, le français malade et privé de ressources a droit au traitement gratuit, soit chez lui, soit à l'hôpital en vertu des dispositions de l'art I de la loi du 15 juillet 1893. Les frais du traitement hospitalier seront supportés soit par l'hôpital s'il existe un établissement dans la commune où l'individu privé de ressources est tombé malade (art. 1er loi du 7 Août 1851), ou bien ces dépenses seront mises à la charge de la commune, du département et de l'Etat selon les dispositions de la loi de 1893 précitée.

Il en résulte que lorsqu'un médecin de l'Assistance médicale gratuite entreprend un traitement à domicile, il doit soigner son malade avec tout le dévouement et le zèle possibles ; mais il doit se souvenir que ce n'est pas ce client privé de ressources qui supportera la dépense, mais bien le tiers, c'est-à-dire le service départemental d'Assistance médicale gratuite.

Aussi le praticien doit-il se montrer très discret puisqu'il se trouve être à la fois le représentant de son malade indigent et celui de la collectivité qui paie. Tous les traitements ou médicaments de luxe ou inutiles ne doivent pas être utilisés. Si le malade payait de sa poche, il aurait le droit de demander au médecin telle ou telle prescription pharmaceutique plus agréable mais d'un prix plus élevé. Mais comme ce n'est pas ce consommateur qui paiera le pharmacien, le médecin n'a pas le droit d'ordonner des produits coûteux, alors qu'il obtiendrait le même résultat thérapeutique par des prescriptions moins onéreuses.

Je prends un exemple. Il s'agit de donner un laxatif ou un purgatif à un malade privé de ressources, alors qu'il n'existe aucune contre-indication, ni précisions spéciales qui expliqueraient telle ou telle médication. A cet indigent, le médecin prescrira soit du sulfate de soude à la dose d'une cuillerée à café ou à soupe, soit de l'huile de ricin, etc... Mais il ne devra pas formuler une limonade purgative, une eau minérale chère, ou tout autre complexe de prix élevé.

Je comprends très bien que le praticien veuille soigner son malade avec tout le dévouement possible et qu'il s'insurge contre ce fait qu'il pourrait y avoir une médecine ou une pharmacopée pour riches et une autre pour pauvres. Mais lorsqu'il prescrit et que par sa signature il va engager une dépense qui sera à la charge, non pas du consommateur, mais de la collectivité, le praticien doit se souvenir à ce moment que c'est l'argent de l'ensemble des contribuables, par conséquent le sien, qu'il doit économiser, alors que le bénéficiaire de l'assistance aura tendance, puisqu'il ne paie pas, à réclamer des médicaments agréables et en grandes quantités.

Voilà pourquoi le secrétaire médical de la sous-commission a cru devoir adresser cette petite observation d'ordre général.

Il conviendrait maintenant de connaître le détail des prescriptions incriminées pour savoir si cette observation est justifiée ou non en droit et en fait.

Docteur Paul BOUDIN.

L'ÉVOLUTION ACTUELLE DE NOS IDÉES SUR LA FATIGUE

Par G. DESBOUIS

Directeur de l'Ecole de Médecine et du Centre d'Education Physique de Caen

« Tu gagneras ton pain à la sueur de ton front », nous disent les Ecritures, et les commentateurs ne se font pas faute de nous montrer le travail comme une punition. D'autres personnages joyeux, nos professeurs, nous affirmaient que le mot Travail, vient du latin « Tripalium » qui signifiait primitivement : « instrument de torture à trois pieux », et que, de là, est venu le verbe latin « tripaliare » : torturer !

Et enfin tous ceux qui se font gloire d'être des travailleurs, tendent toujours à réduire les horaires de ce supplice dont ils se parent : le travail. Tout le monde paraît donc bien d'accord sur le cortège d'ennuis dont ce dieu méchant s'entoure, et l'une de ses suivantes, la fatigue, est redoutée de tous.

Mais lorsqu'il s'agit d'évaluer cette fatigue consécutive au travail, le public et même les gens instruits, et même également les savants, ont des interprétations follement contradictoires . « un porte-plume, c'est moins lourd qu'une bêche ou qu'un marteau, ou qu'une faucille », proclamera l'homme du peuple en face du travailleur intellectuel.

Et d'un autre côté, le paysan observateur, qui vient faire ses acquisitions dans le grand magasin, confiera au comptable : « ce que vous devez avoir la tête fracassée, à la fin d'une journée passée dans vos chiffres ! » Lequel des deux a raison ? — C'est l'éternelle histoire de toutes les formules contenues dans ce qu'on est convenu d'appeler : la sagesse des nations, qui lorsqu'elle nous a dit : « tel père, tel fils » nous ajoute aussitôt : « à père avare, fils prodigue ». Avec cette méthode, on est toujours sûr que l'un des deux prophètes aura raison.

Parlons sérieusement, et essayons de voir lequel de nos deux travailleurs a raison : celui qui envie sournoisement l'homme qui manie son porte-plume, les pieds au sec, et au chaud ? ou celui qui compatit aux efforts d'attention que réalise le travailleur intellectuel, personnifié par le comptable dans notre cas particulier ?

Jetons d'abord un coup d'œil sur le support anatomique, sur la géographie du terrain où va se passer le drame : je veux dire le complexe neuro-musculaire. Il se compose du muscle, relié à son neurone moteur périphérique par la plaque terminale motrice et le neurone moteur périphérique étant lui-même en liaison avec le neurone moteur central. D'autre part, le neurone moteur central reçoit les voies sensitives, qui lui apportent les perceptions transportées sur les trois neurones sensitifs . périphérique, moyen (ou bulbo-thalamique) et central (ou thalamo-cortical).

Rappelons, avant d'entrer dans le vif du sujet que ce complexe neuro-musculaire constitue, en physiologie, un tout : que la souffrance, ou mieux encore, la destruction du neurone sensitif périphérique entraîne non seulement des troubles sensitifs, mais même des troubles moteurs (perte partielle de la puissance musculaire, atonie musculaire) et des troubles trophiques (diminution du volume du muscle).

Cette interdépendance du muscle, des neurones moteurs, et même des neurones sensitifs, nous ne devrons pas la perdre un instant de vue, au cours de cette étude.

Nous adopterons la définition classique de Lagrange qui nous déclare la fatigue constituée par : la perte du pouvoir fonctionnel d'un organe ; provoquée par un *excès* de fonctionnement ; et accompagnée d'une sensation caractéristique de douleur et de malaise ; 4° et qui aboutit finalement à la diminution, puis à la suppression de la fonction de l'organe.

Si nous voulons arriver à nous rendre un compte exact de ce phénomène de la fatigue, nous devrons l'étudier successivement sur chacun des éléments anatomiques que nous avons énumérés plus haut ; ou bien, au cas où cela nous serait impossible, nous devrons au moins en étudier les effets sur l'ensemble du complexe neuro-musculaire.

L'étude de la fatigue sur le muscle est classique ; elle a été faite de façon magistrale par Mosso, et les résultats en sont présentés dans tous les livres de physiologie. Aussi ne ferai-je que citer les études successives faites sur le muscle isolé de l'organisme ; sur le muscle en liaison neuro-vasculaire avec l'organisme et qui aboutissent à l'établissement de courbes (courbes de fatigue), lesquelles comparées avec les analyses chimiques exécutées sur le muscle arrivent aux conclusions suivantes :

Dans le muscle isolé, la fatigue est rapide. Elle aboutit à l'inexcitabilité du muscle, et elle est déterminée par l'apparition dans ce muscle de doses importantes d'acide lactique, produit par la combustion anaérobie du glucose, aliment musculaire :

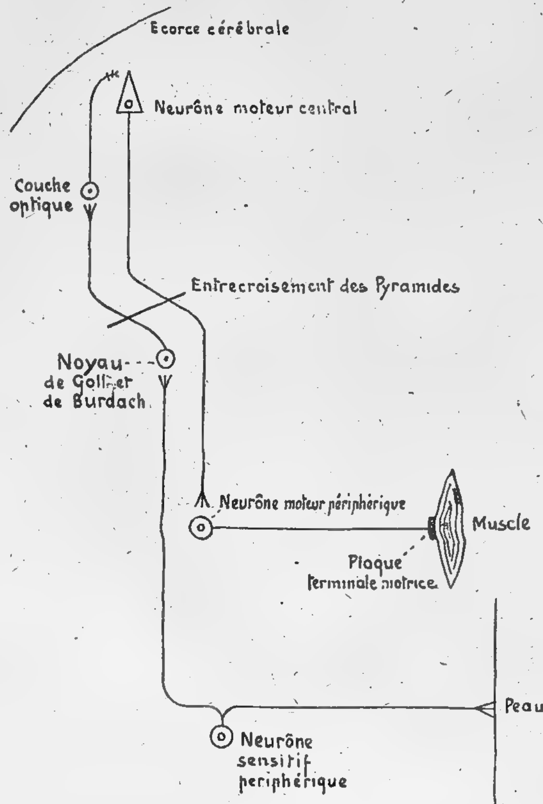


$$C^6H^{12}O^6 = 2C^3H^6O^3$$

Si les liaisons vasculaires (artères et veines) ont été conservées, les produits provenant de la contraction musculaire se répandront dans tout l'organisme par la circulation sanguine ; la fatigue, c'est-à-dire, l'inexcitabilité musculaire sera plus tardive. Mais lorsqu'elle surviendra, enfin, elle s'accompagnera d'une intoxication générale de tout l'organisme par les produits de la contraction. Le sang, les urines, de l'animal ou du sujet ainsi fatigué seront plus toxiques ; et le sang, injecté à un autre individu, déterminera chez celui-ci tous les signes de la fatigue.

C'est dire que cette fatigue musculaire va retentir à distance sur tous les autres appareils en déterminant : sur le cœur, une accélération du rythme ; sur la pression artérielle, une élévation de la pression ; sur la température, une élévation de la température ; sur la respiration, une augmentation du rythme avec diminution de l'amplitude des mouvements respiratoires. Et, consécutivement à tout cela : des signes toxiques : courbature fébrile, diminution ou perte du sommeil (symptôme nerveux) et même, des phénomènes cérébraux et du délire. Enfin, le patient se plaint d'un endolorissement général. Des troubles digestifs : langue sale, saburrale, avec inappétence et même état nauséeux peuvent venir compléter le tableau.

Toutes ces données sont classiques. Tous les médecins les connaissent. Elles représentent la fatigue du muscle ou le retentissement à distance de la fatigue musculaire. Celle-là, personne ne la nie.



Mais l'autre, la fatigue nerveuse : existe-t-elle, ou est-elle une vue de l'esprit ?

En remontant du muscle vers le système nerveux, le premier organe que nous rencontrons est la plaque terminale motrice.

Et depuis longtemps, on sait qu'elle se fatigue, elle aussi : les travaux d'Abelous et de J.-P. Langlois avaient montré que, dans la vie normale et plus encore à l'occasion du travail musculaire, il se fabriquait dans l'organisme, des poisons à type curarisant, c'est-à-dire des poisons de la plaque terminale motrice et que ces poisons étaient détruits par la sécrétion surrénalienne. Du fait de leur apparition dans l'organisme ou de leur neutralisation insuffisante par les surrénales, le passage de l'influx nerveux au niveau de la plaque terminale motrice se trouvait freiné et la conséquence en était que le seuil de l'excitation du nerf en était augmenté. Il fallait donc de la part du sujet un plus gros effort nerveux pour déterminer la contraction musculaire.

Tout ceci, très brièvement rappelé, était l'état de la question en 1914 ; à cette époque, seul, l'ouvrier manuel avait droit à la fatigue ; et même les cours de physiologie voulaient nous démontrer « l'infatigabilité du système nerveux ».

On déterminait le seuil de l'excitation du nerf moteur ; on curarisait l'animal ; et on excitait sans arrêt le nerf : la contraction musculaire s'arrêtait tant que le curare l'imbibait ; le curare éliminé, la contraction musculaire reprenait ; donc le nerf ne s'était pas fatigué. Donc les intellectuels n'avaient pas droit à la fatigue !

Et pourtant, nous tous qui peinions alors dans la préparation des examens et des concours, nous avions, en dehors de toute base scientifique, *comme une idée* que cela devait exister tout de même, la fatigue cérébrale ou nerveuse.

Mais il fallait attendre que le premier coup de pioche fut donné dans la doctrine de « l'infatigabilité du système nerveux », et tôt après la guerre, il le fut par un physicien : William Thomsen, qui montra la fatigue des fils télégraphiques. Au bout d'un long service continu, dans les fils des grands cables internationaux qui travaillent sans arrêt, le courant doit être augmenté pour actionner l'appareil récepteur ; au bout de trois semaines de repos absolu, de vacances, le courant peut être diminué de 1/10e de sa puissance sans inconvénients pour le fonctionnement parfait des appareils récepteurs. Cela pouvait donner à réfléchir aux physiologistes qui déclaraient leurs nerfs plus parfaits que les fils télégraphiques et... infatigables !

Pour permettre aux physiologistes de prendre le temps de se ressaisir, vers la même époque les Compagnies d'assurances publiaient leurs

constatations : les accidents du travail, et même beaucoup d'accidents de droit commun étaient plus fréquents après les repas (fatigue digestive, jointe à la fatigue du travail), plus fréquents encore à la fin des journées de travail (ou à la fin des périodes de huit heures de travail dans les usines où le travail était fait par trois équipes de huit heures de présence chacune). Enfin, la densité des accidents atteignait son maximum à la fin des semaines de travail !

Intervenant dans certaines usines au point de vue de la lutte contre les accidents, elles arrivent (en Amérique surtout) à obtenir dans les industries des pauses au cours du travail, et les industries constatent aussitôt : 1° que les accidents se raréfient et 2° que le rendement est augmenté.

Et sans aucune idée préconçue, elles concluent que la fatigue (la musculaire, la vraie, celle de l'ouvrier qui a le droit d'être fatigué) retentit sur le système nerveux et donne une imprécision aux mouvements, qui est à l'origine des accidents. Voilà donc un système nerveux qui aurait, lui aussi, le droit d'être fatigué ! Mais cette fatigue est ici consécutive à la fatigue musculaire.

En tout cas, on est forcé d'admettre que, intoxiqué par la fatigue musculaire, le système nerveux devient imprécis dans ses réactions, bref, qu'il se fatigue.

Et certaines industries se pénètrent tellement de cette façon de voir, qu'elles adoptent très largement les conclusions prophylactiques : la Société métallurgique de Normandie à Caen, au travail des laminoirs, travail particulièrement précis et dangereux, demandant aux ouvriers une attention constante et des réactions psychomotrices vives, organise ses équipes de travailleurs (trois équipes faisant huit heures chacune), en sous-équipes dédoublées : deux sous-équipes, réalisant chacune une heure de travail se reposant une heure, et se relayant ainsi pendant les huit heures, ne réalisent chacune que quatre heures de travail, l'une des sous-équipes regardant travailler l'autre en se reposant. Les accidents diminuent ; tout le monde y trouve son compte : patron et ouvriers.

Mais, dira-t-on, à part les fils télégraphiques qui se fatiguent, tout cela ne démontre pas que le système nerveux puisse se fatiguer sans que cette fatigue soit conséquence de la fatigue musculaire. J'objecterai que, dans le travail du laminoir, précité, c'est bien plus d'une fatigue nerveuse, d'une attention trop tendue, qu'il s'agit ; ce travail, musculairement, est peu fatigant, surtout lorsqu'il s'agit de fils légers, de petit diamètre.

Nous sommes déjà, n'en déplaise aux physiologistes d'autrefois, en pleine fatigue nerveuse.

D'autres exemples vont suivre :

Vers 1924-1925, l'organisation des centres médicaux d'aviation se perfectionne tout d'abord en vue du recrutement du personnel navigant. Il s'agissait de trouver un personnel peu émotif, ayant des réactions psycho-motrices précises et rapides ; et capable d'évaluer avec précision toutes ses perceptions sensitives ou sensorielles.

Se reportant au schéma anatomique du début, et constatant qu'il ne peut guère dissocier la part qui revient dans chaque action, au neurone sensitif, au neurone moteur, le médecin d'aviation va chercher à évaluer en bloc le temps qui s'écoulera entre la perception d'un contact à la peau, la perception d'un éclair lumineux, la perception d'un son, d'une part, et la réaction motrice, d'autre part, en faisant actionner un signal par le patient.

Le temps mesuré entre les deux phénomènes sera le temps total du transit sensitivo-moteur (nerveux et musculaire), c'est le temps de réaction psycho-motrice.

D'autre part, pour mesurer la précision des perceptions sensitives, on mesurera le seuil de la dissociation esthésiométrique, c'est-à-dire le moment où le patient arrivera à distinguer qu'il est piqué, au doigt, par exemple, par les deux pointes de l'esthésiomètre, progressivement éloignées l'une de l'autre, et non plus par une seule pointe. Et ceci donnera une évaluation de la valeur de ses neurones sensitifs.

Non seulement, ces investigations vont donner une possibilité de recrutement des aviateurs, mais encore ceux-ci étant préalablement étudiés et les résultats notés, on va pouvoir mesurer les modifications subies par le navigateur aérien, après une heure, deux heures et plus de vol, diurne ou nocturne.

Et les résultats vont être ici particulièrement probants : après un vol de deux heures, pendant lesquelles l'aviateur sera resté assis dans sa carlingue : la dissociation des deux pointes de l'esthésiomètre va être beaucoup moins précise et elles devront être beaucoup plus écartées pour que le sujet perçoive deux pointes au lieu d'une seule ; d'autre part, le temps des réactions psycho-motrices va être allongé.

Voici donc un individu qui n'a fait aucun travail musculaire appréciable, dont seule l'attention a été fixée et tendue, et qui, de ce fait, voit au bout de deux heures la qualité de son système nerveux diminuée ! Ceci augmente encore avec la durée du vol ; augmente plus encore avec les vols de nuit.

Cesc onclusions qui sont vraies pour l'aviateur, sont vraies pour le conducteur d'une automobile très rapide ; sont vraies pour l'officier de quart à la passerelle du bateau ; sont vraies pour quiconque soumet son attention à

un effort. Et ne sont-elles pas vraies, plus encore que pour l'aviateur et le conducteur d'automobile, (que le passant considère comme des promeneurs), pour la corporation dont l'attention est soumise à la plus rude épreuve qu'il soit possible d'imaginer, je veux dire : l'écolier ?

Si la fatigue nerveuse de l'écolier n'a pas encore touché les grands maîtres de l'Université, ni même le Conseil supérieur de l'Instruction publique, elle a préoccupé nombre de chercheurs qui, par des méthodes différentes sont arrivés à des résultats identiques.

Les pédagogues, avec des devoirs, des dictées de difficultés déterminées arrivent à savoir, dans une classe de tout-venant, bons, moyens et mauvais élèves, le nombre total de fautes qui va être fait.

Les médecins inspecteurs des écoles, par les recherches esthésiométriques, par la mesure des temps de réaction psycho-motrices, vont pouvoir eux aussi, mesurer la fatigue des élèves. Et tous vont arriver à ces conclusions : le matin au début de la classe, mal délivrés des fumées du sommeil, portent peu d'attention ; le système nerveux estdéficient ; ils n'ont pas assez dormi, les pauvres ! Ils ont travaillé trop tard, aux devoirs, aux leçons ; ou s'ils ont dormi, cela a été d'un sommeil de mauvaise qualité, avec rêves, avec agitation. Puis de 9 heures à 10 heures, la faculté d'attention atteint son acmé pour faiblir un peu vers 11 h. 30 dans l'attente de la cloche ou du tambour libérateurs. L'après-midi, la courbe est à peu près la même ; attention diminuée à la reprise de la classe par la digestion du repas ingurgité dans la demi-heure réglementaire, acmé vers 2 h. 30 et 3 heures et fléchissement en fin de journée ; le fléchissement de l'attention s'accuse encore le mercredi soir et plus encore le samedi. Et, bien entendu, les mesures n'ont pas été faites à la fin du travail d'études ou à la maison, où l'écolier a dû faire ses devoirs, apprendre ses leçons, sans qu'au cours de la journée le vrai repos mental ait pu être réalisé autrement que pendant les courtes récréations et pendant l'heure d'éducation physique, qui réalise du reste, elle aussi, une nécessité d'attention. Aussi ne faut-il pas s'étonner que, arrivant à ce stade de fatigue, ils réalisent le quatrième élément de la définition de la fatigue qui, pour le cerveau est l'inattention totale : la bienfaisante évasion qu'ils effectueront en dépit de maîtres et professeurs ; et qu'il faut bien avoir le courage de dire que huit sur dix des élèves emploient fréquemment. Quitte à arriver à cette inattention, mieux vaudrait peut être y arriver plus agréablement pour tout le monde, professeurs et élèves, qu'en séjournant en classe !

Il m'arrive, personnellement, de m'instruire en suivant quelques conférences ; tout récemment j'assistai à une conférence fort documentée sur l'état actuel de l'Allemagne et cette conférence était faite par un officier, aussi supérieur par le grade que par la qualité de son cerveau. Au bout de cinquante minutes, l'officier s'arrêta, demanda à son auditoire, un auditoire presque exclusivement militaire : « dix minutes de pause, le temps de fumer une cigarette », et, au bout des dix minutes reprit sa conférence pendant quarante minutes, sans que personne ait éprouvé l'ombre d'une fatigue, sans qu'aucune paire d'yeux se soit détachée du conférencier, et j'ai été conquis à cette méthode d'enseignement qui réalise dans le domaine intellectuel, la halte horaire des miltaires en marche, et je n'ai pu m'empêcher de trouver assez piquante, cette leçon de pédagogie, donnée par un militaire à des gens qui auraient pu penser la recevoir ailleurs.

Et pourtant, cette halte, elle a été demandée depuis bien longtemps : Falk (en Amérique) demande une pause de un quart d'heure après une demi-heure de leçon chez les tout-petits ; dix minutes au bout de quarante minutes chez les moyens ; dix minutes toutes les cinquante minutes chez les grands.

Et pourtant depuis dix ans, les médecins-inspecteurs des écoles de la Ville de Paris, la demandent pour les écoliers, cette halte horaire de dix minutes au bout de cinquante minutes. Je crois savoir qu'en Amérique, l'exécution de cette réforme est commencée. Je n'ai pas connaissance qu'en France, dans les milieux universitaires, primaire ou secondaire, elle ait été même ébauchée ! Mais je tiens à signaler qu'un militaire, rencontré au hasard d'une conférence, et complètement ignorant des travaux théoriques signalés plus haut, a conçu et exécuté cette halte horaire dans le domaine de l'enseignement.

Vaut-il mieux attendre que les élèves la fassent à leur gré, à leur moment, cette évasion, cette halte que Kraepelin définit « la soupape de sûreté du travail intellectuel ». Personnellement, j'aimerais mieux que tout le monde, professeur et élèves, la fasse en même temps plutôt que d'être contenus, bridés, immobilisés, pendant leur fugue psychique. Il serait nettement préférable qu'ils soient dehors, qu'ils marchent, qu'ils courent ; ils n'auraient pas le temps en dix minutes ou un quart d'heure d'atteindre à la fatigue physique ; fatigue physique qui, comme nous l'avons vu, porte aussi ses effets sur les tissus nerveux.

Je crois, en effet, qu'autant l'exercice musculaire réduit peut aider à diminuer la fatigue nerveuse, autant de longues séances d'éducation physique, atteignant ou dépassant une heure, ne

peuvent qu'être néfastes en ajoutant la fatigue musculaire à la fatigue nerveuse. Aussi serait-il désirable que les horaires d'éducation physique soient pour chaque élève, quotidiens et courts et répétés, plutôt que massifs et malrépartis dans la semaine.

Mais j'entends des universitaires cent pour cent (comme on dit à l'heure actuelle) protester ; dans votre réduction des horaires de travail intellectuel, dans vos récréations fréquentes, dans votre sommeil prolongé, dans vos repas moins rapides, où allez-vous nous laisser le temps d'apprendre aux enfants la profondeur de l'Amazone à 900 kilomètres de son embouchure, les dérivées, le grec, le latin, l'allemand, le sanscrit, et des tas d'autres choses !

Comme je serais très embarrassé pour leur répondre, je leur demanderai d'interroger à Lyon, les instituteurs qui, avec une foi magnifique, se sont chargés de « l'Ecole des débiles », cette école où l'on a bloqué tous les trop maigres ; les miséreux, voire même quelques arriérés ; cette école où l'on fait peu de classes, où l'on ne donne aucun travail à faire à la maison ; cette école où l'on joue, où l'on court ! Car il existe en France, une Ecole publique, où les enfants jouent et courent ! Et ces instituteurs et ces institutrices leur diront qu'on trouve là, maintenant parmi ces enfants qui étaient *tous*, autrefois, avec les méthodes classiques, les « poids morts », les derniers des classes . de bons élèves, des moyens, des médiocres et des mauvais, dans la même proportion que, dans les classes dites normales. Mais je crois que les enfants de cette école, où le pas a été l'allure normale au lieu de courir le trot ou le galop sans arrêt de 7 à 16 ans, garderont plus que les autres, la curiosité, le désir d'apprendre, au lieu de cette « inappétence intellectuelle », qui s'empare si souvent des jeunes gens qui ont été gavés, intellectuellement, sans arrêt, jusqu'à leur sortie de l'école ou du lycée.

L'observation de chacun d'entre nous sur les très brillants élèves des classes de notre jeunesse nous a montré que tous n'avaient pas fait des cerveaux. Tous les moyens n'ont pas fini « commerçants puisqu'ils ne pouvaient rien faire d'autre », comme disait un professeur de mon enfance. Et n'avons-nous pas vu tel de nos camarades assidu des places de dernier réussir brillamment, et dans une carrière très intellectuelle !

Pourquoi dans cet enseignement qui n'est pas autre chose qu'un entraînement, en tous points comparables à l'entraînement d'un cheval (les bêtes à concours ne sont-elles pas appelées : des poulains !) appliquer le même rythme à tout le monde ? Pourquoi surtout avec les classes surpeuplées d'aujourd'hui, qui obligent à subdiviser les classes, ne pas essayer de réaliser des trains express pour élèves rapides ; des trains omnibus pour élèves normaux ; et ne pas s'inspirer pour les trop lents, qui ne sont pas forcément des idiots, de « l'Ecole des débiles » imaginée à Lyon ?

Mais nous dépasserions vite l'étude de la fatigue, et nous laissons à de plus universitaires que nous le soin de mettre en application pour le plus grand bien de tous les écoliers, c'est-à-dire de l'humanité de demain, les connaissances que nous pouvons avoir aujourd'hui sur la fatigue nerveuse et cérébrale, qui existent incontestablement ; et de s'inspirer, sans y voir aucune comparaison péjorative, des méthodes qu'emploient les « manager » des champions sportifs et les entraîneurs de chevaux de course. Le problème est identiquement le même : entraîner à se servir d'un organe, muscle ou système nerveux, à le rendre endurant, à lui donner la plus belle capacité de travail possible. Ce n'est pas en faisant galoper quinze heures par jour un pur sang qu'on en fait un cheval de course.



LA MÉDECINE PROFESSIONNELLE ET SOCIALE A L'ÉTRANGER

Par le Docteur Fernand DECOURT
Secrétaire général de l'A. P. I. M. (1)

Les Caisses chirurgicales mutuelles françaises et les assurances-maladies privées, en certains pays

Les « *Caisses chirurgicales mutuelles* », en France, sont des organisations réalisées, en général, dans le cadre départemental et destinées à couvrir, en tout ou partie, pour leurs adhérents, le *risque chirurgical,* moyennant une cotisation annuelle. L'initiative de ces créations est venue, non des Caisses maladie, ni de la Mutualité, mais des médecins eux-mêmes, surtout des chirurgiens et cela pour empêcher la fondation d'organisations mutualistes pures comme les cliniques mutualistes chirurgicales de Lyon et Montpellier, par exemple, dont le fonctionnement porte une grave atteinte à l'exercice de la médecine libre et au respect de notre charte médicale.

Avec les C. C. M., en effet, le malade échappe à la clinique mutualiste sans libre choix, et avec participation importante du malade aux frais ; à l'hôpital avec ses servitudes ; et aussi, ne l'oublions pas, à la négligence de ce malade pour se faire soigner par suite de la crainte d'une dépense à laquelle il ne pourrait faire face. Grâce aux tarifs, prévus à l'avance, le malade sait, en s'inscrivant à l'organisation, les conditions dans lesquelles il sera traité et grâce auxquelles il ne pourrait avoir, dans *tous* les cas, qu'une somme minime à débourser, ou même rien ou presque.

C'est, en somme, une « *Assurance-maladie privée* » mais INCOMPLÈTE, puisqu'elle ne s'occupe que d'*intervention chirurgicale,* qu'il s'agisse des suites de maladie ou d'accident.

L'enquête (A. I.) de l'A. P. I. M., a montré que, dans un certain nombre de pays existent déjà des Assurances maladies privées beaucoup plus *complètes,* en ce sens qu'elles comprennent, à la fois, les affections chirurgicales et médicales, avec toutefois quelques rares restrictions comme nous le verrons plus loin. Ajoutons, dès maintenant, que ces genres d'assurances s'adressent surtout, dans ces pays, aux « *classes moyennes* » ainsi qu'aux « *professions libérales* » (2).

(1) Association professionnelle internationale des médecins.

(2) Les résultats de cette enquête (A. I.) ont été publiés dans la *Revue internationale de médecine professionnelle et sociale,* (organe officiel de l'A. P. I. M.) nº 31, février 1936. La discussion de ces résultats, lors de la session annuelle suivante du Conseil général de l'A. P. I. M., ainsi que les conclusions qui y furent votées, ont été publiées dans le nº 34, de novembre 1936, de cette même Revue.

Nous allons examiner, successivement dans chaque pays, où elles existent, comment elles fonctionnent, suivant quel «esprit » et quelle est leur importance.

En ALLEMAGNE, malgré quelques fusions opérées jusqu'à ce jour, le nombre de ces assurances-maladies privées s'élève encore à plusieurs centaines, surtout le territoire du Reich. Les unes sont ouvertes à toutes les catégories de personnes, les autres n'acceptent que certaines professions déterminées. En général, il s'agit d'assurances individuelles ou familiales, ou par groupes de même profession. Elles remboursent les honoraires des médecins — et aussi, bien souvent, des « Heilkundige » c'est-à-dire d'empiriques non-diplômés (car il ne faut pas oublier que l'exercice de la médecine est libre, en Allemagne). Elles ont le « libre choix », la « liberté de prescription », mais le « secret professionnel » y est observé de façon plutôt relative. Elles « remboursent » à l'assuré le paiement de ses frais de maladie mais, le plus souvent, moins *une partie qui reste à la charge de l'assuré. Ces* institutions sont approuvées par le Corps médical qui les considère néanmoins comme « un mal nécessaire » et leur apporte sa collaboration.

En BELGIQUE existent des institutions privées d'assurance-maladie pour les classes moyennes et les professions libérales. Elles fonctionnent sous forme de mutuelles ou sont confiées à des Compagnies d'assurance. Elles couvrent les unes seulement les risques-accidents, d'autres les risques-maladie, d'autre les deux et cela ou individuellement ou par groupes, mais ne remboursent pas d'ordinaire la totalité des frais, laissant une part à la charge de l'adhérent. Elles respectent les principes de la *Charte médicale internationale* (1). Le Corps médical les « tolère »

(1) La *Charte médicale internationale* a été établie lors de la session annuelle de 1935, du Conseil général de l'A. P. I. M., à la suite de l'enquête (A. G.) sur « la *Charte médicale,* dans les différents pays ». On la trouvera à la fin du compte-rendu de la discussion qui eut lieu au sujet de cette « Enquête » dont elle forme les « Conclusions », dans la *Revue internationale* nº 30, de novembre 1935. Elle est assez analogue à la *Charte médicale française* que chacun connaît, sauf sur quelques

mais sans admettre de limitation du taux des honoraires qui reste dépendant de la situation sociale du malade.

En Bulgarie, il en existe depuis peu, seulement à Sophia, Philippopoli et Bourgas. Elles sont individuelles ou par groupe. Pas de libre-choix, en général, mais médecins « employés », payés à des taux très modestes : c'est, en somme, le système du tiers-payant, sans aucun rapport avec les principes de notre charte internationale. Il n'est donc pas étonnant que le Corps médical désapprouve totalement leur façon de fonctionner et ait engagé une « lutte acharnée » contre ces institutions.

En Danemark, l'assurance-maladie et l'assurance invalidité étant *obligatoires pour tous* les citoyens de 21 à 60 ans, il n'y a pas d'assurance privée, sauf quelques-unes très rares et qui, en pratique, « n'existent pas pour le Corps médical ». Elles n'accordent d'ailleurs que quelques allocations en espèces, sur vu d'un certificat médical de maladie.

A Danzig, elles existent et sont analogues à celles de l'Allemagne.

En Espagne, les anciennes « confréries » (Hermandades) ont fait place à des Mutuelles ou des sociétés anonymes à but lucratif. Il en est même non seulement, pour les classes moyennes mais aussi pour les gens aisés et même « très riches ». Elles comprennent toute la famille et le personnel domestique. On y rencontre des adhérents de professions libérales. Elles sont d'ordre individuel et jamais « par groupes ». Ce sont des « sociétés mercantiles » accordant tout traitement médical et chirurgical, à l'exclusion des frais pharmaceutiques. Pas de libre choix. Tie s-payant, etc... Naturellement, le Corps médical est opposé à ces institutions.

En Grande-Bretagne trois types : *a*) Compagnies d'assurance pour tous risques ; *b*) d'autres spécialement créées pour l'assurance-maladie facultative ; *c*) sociétés de prévoyance qui pourvoient autraitement des spécialistes et des frais d'hospitalisation. (En Angleterre, l'assurance-maladie ne comporte pas la couverture des frais de traitement à l'hôpital). Il existe des assurances individuelles et par groupes. Le libre choix existe pour certaines sociétés, d'autres le restreignent à une liste ; rarement une société prend en charge les frais des traitements effectués par un médecin quelconque. En réalité, de façon générale, ce qui est assuré c'est plutôt l'incapacité de travail que les frais de traitement ; lorsqu'une Compagnie d'assurance contribue à ces frais, d'ordinaire l'assuré doit soumettre à son visa les notes d'honoraires acquittées.

— *Le Corps médical reconnaît que les classes moyennes ont besoin d'un secours financier pour faire face aux frais médicaux et chirurgicaux.* Il fait donc bon accueil à tout projet répondant à ce besoin, mais à condition que soient respectés les principes de la profession médicale. La British Médical Association s'occupe actuellement de la création du type de société de prévoyance qui serait le plus capable de satisfaire à la fois les besoins des classes moyennes et les principes du Corps médical.

En Hollande, il existe plusieurs institutions d'assurance-maladie concernant les classes moyennes, mais ceux qui exercent des professions médicales préfèrent généralement « la pratique privée ». Ce sont plutôt des Assurances privées (individuelles ou par groupes) d'où sont exclus les traitements pour maladies mentales ou nerveuses, la tuberculose, les frais de cure de repos, etc... Toutes les prescriptions inscrites dans la charte médicale internationale semblent y être observées. Le Corps médical n'apporte pas à ces sortes d'assurances « une collaboration cordiale » sans toutefois les désapprouver formellement. Néanmoins, il est interdit par le Groupement médical national de passer un contrat individuel pour soins médicaux avec les institutions pour classe moyenne qui doivent aux yeux du Corps médical conserver toujours le libre-choix.

Au Luxembourg, ce genre d'assurance n'existe pas En Norvège, il est plutô rare, car la plupart des personnes de la classe moyenne qui s'assurent le sont dans les Compagnies générales d'assurance, soit individuellement soit par groupes, ce ne sont pas là vraiment des Caisses-maladie. En Suède, par contre, il existe un grand nombre de Caisses-maladies privées concernant les classes moyennes et les professions libérales (médecins, pharmaciens acteurs et aussi artisans et commerçants). Ce sont des assurances individuelles. Charte médicale internationale assez bien observée. Les frais médicaux et pharmaceutiques sont payés directement par le malade et partiellement remboursés ensuite par la Caisse sur présentation des reçus. Il n'a jamais été question d'approbation ou non par le Corps médical pour le fonctionnement de ces Caisses puisque leurs adhérents sont traités par les médecins comme en clientèle privée.

En Suisse, l'accès aux Caisses-maladies publiques n'est pas uniquement ouvert aux « économiquement faibles ». Aussi beaucoup de personnes appartenant aux classes moyennes et professions libérales sont membres de Caisses maladies « reconnues » (et subventionnées) par l'Etat. Ce sont toujours des assurances indivi-

---

points comme ceux concernant le secret professionnel (moins strict), le paiement à la visite qui est indiqué seulement comme devant « être recherché », ainsi que le paiement direct par le malade qui « serait souhaitable », affirmations qui n'ont pas été obtenues sans peine...

duelles. Il y a cependant deux Assurances privées pour classes moyennes (Union-Genève et Helvetia) mais chaque adhérent est considéré par son médecin comme un malade de clientèle privée et doit lui régler lui-même ses honoraires, quitte à se faire rembourser ensuite, totalement ou partiellement, par sa Caisse. Les principes de la charte médicale internationale sont donc suivies et le corps médical ne voit aucune objection à l'existence de ces sociétés privées. Il les voit même « d'assez bon œil » car ce genre d'assurance a pour effet d'attirer à ces Caisses des classes d'assurés qui, sans leur existence, s'affilieraient aux Caisses officielles ou publiques.

En Tchécoslovaquie, sont seulement considérés comme appartenant aux « professions libérales », ou équivalentes, les avocats, une partie des médecins (les autres étant des employés), les artistes, les ministres des cultes, les artisans ou commerçants aisés, les entrepreneurs, les agriculteurs et les rentiers. Or, d'après la loi « quiconque se trouvant dans la situation d'*employé* est soumis à l'assurance-maladie » (en outre, naturellement, des institutions d'assurances-maladie ouvrières). Il s'ensuit qu'il y a bien plusieurs institutions *privées* organisées par des groupements de différents « maîtres de métier », mais celles-ci sont encore aujourd'hui insignifiantes et non reconnues par le Groupement médical. Il y a d'ailleurs de 60 à 70 % de la population soumise à l'Assurance-maladie officielle. Pour le reste, il existe actuellement une tendance vers l'extension de la loi d'assurance en faveur de tous ceux non comprise dans l'assurance obligatoire et qui deviendraient « assurés facultatifs ». Cela présente un danger pour le Corps médical qui lutte contre une telle extension de la loi actuelle.

***

Nous parlerons maintenant de la question en ce qui concerne la Pologne et la Hongrie qui présentent des particularités qui les distinguent nettement des pays précédents.

En Pologne existe, depuis 1934, une assurance-maladie *privée, facultative* englobant surtout : prêtres, artisans, commerçants détaillants, professions libérales (avocats, ingénieurs, pharmaciens, vétérinaires, etc...) son titre est « Association d'assurance mutuelle contre la maladie » qui comprend toutes les maladies y compris les accouchements, à l'exception des soins dentaires. Elle est d'ordinaire individuelle mais peut être aussi collective soit par famille, soit par groupes d'ordre professionnel et fonctionne sous le contrôle de l'Etat par un Commissaire spécial délégué à cet effet, avec Assemblée générale des membres, Conseil et Comité de direction. Le *capital* de l'Association a été créé : 60 % *par les médecins*, 30 % par les pharmaciens, 10 % par divers. A sa tête est le directeur de l'assurance et un médecin en chef qui centralise l'acceptation des candidats *et leur cotisation*. Dans le Comité directeur sont « des membres éminents de notre Groupement médical professionnel », lequel, naturellement, approuve cette Association d'assurance mutuelle-maladie — au contraire du Ministère de l'Assistance qui y voit « une concurrence (morale) pour les Assurances sociales obligatoires ».

En Hongrie, à la suite de l'appauvrissement général causé par la grande guerre, la classe moyenne toute entière — y compris les fonctionnaires — qui formait la majeure partie de la clientèle privée des médecins, a cherché, à cause de l'assurance-maladie obligatoire, à se couvrir, elle aussi, contre le risque-maladie. Il s'ensuivit une « floraison » de groupements qui imposèrent à « leurs » médecins un « salaire de famine ». C'est ainsi que naquit « l'odieux Fonds de secours d'assurance-maladie des fonctionnaires d'Etat » contre lequel notre Groupement médical a tant lutté et dans laquelle lutte « *le bienveillant appui de l'A. P. I. M. nous a si grandement aidés* ».

A l'heure actuelle, notre Groupement médical a conclu un *accord* avec la plus importante des sociétés privées, la « *Société anonyme nationale de l'assurance-accident* » qui existe depuis une dizaine d'années. Un certain nombre des *actions* de cette société ont été achetées par notre Groupement avec « option » sur la majorité des actions afin que les médecins les puissent acheter. Il y a 9.500 médecins en Hongrie et notre mot d'ordre est « *une action par médecin* ». Mais déjà, d'après l'accord conclu, des représentants de notre Groupement font partie du Comité directeur de la société dont une partie des bénéfices est réservée à l'Institution de secours des médecins hongrois.

Pas de service médical fourni en nature (donc pas de tiers-payant) la société ne fait que rembourser une partie des frais de traitement, sur notes présentées. Et cela malgré son titre restrictif, pour *tous* les cas de maladie d'ordre médical ou chirurgical. On peut s'y assurer soit individuellement soit par groupe. Elle comporte libre choix, secret professionnel, etc... c'est-à-dire tous ce qui est inscrit dans la « Charte médicale internationale » élaborée par l'A. P. I. M. Il va de soi que notre Groupement professionnel approuve en tous points cette société, d'autant plus que chaque membre de notre Association médicale peut en acheter des actions, lesquelles ne peuvent plus être aliénées qu'avec l'approbation de l'Institut de retraites de notre Association. Et le correspondant national de l'A. P. I. M., le Docteur de Csilléry, président de l'Union des médecins de Hongrie, membre du

Parlement et ancien ministre de la Santé publique, conclut, dans sa réponse à l'enquête : « Il serait désirable que la question d'assurance-maladie, pour les classes moyennes, puisse se résoudre également *dans tous les pays.* On pourrait ainsi réaliser, sur le terrain de l'Assurance-maladie *privée*, les principes médicaux sociaux et d'éthique médicale professés par l'A. P. I. M. ».

***

En ce qui concerne la France, devons-nous tirer une conclusion analogue ?... Personnellement, j'avoue que cela ne me semblerait pas dénué de raison — ainsi que de « raisons », après ce qu'on a pu lire ci-dessus.

Déjà d'ailleurs, les chirurgiens nous montrent la voie avec leurs créations de « *Caisses chirurgicales mutuelles* », basées, en vérité, sur les mêmes idées et les mêmes principes. En ce qui concerne l'exercice de la *médecine*, prenons garde que ce qui s'est passé en Hongrie ne se présente un jour chez nous *avec l'appauvrissement constant et régulier des classes moyennes*, ce que personne ne peut nier. La nécessité c ée l'organe : prenons garde, en ce qui concerne les *frais médicaux*, d'être devancés, pour en « assurer le paiement éventuel » et que soient créées — en dehors de nous — des « *Mutuelles pour classes moyennes* », comme dans la plupart des autres pays. En Pologne et en Hongrie, le Corps médical organisé nous donne l'exemple d'une « *réaction de défense* » qui me paraît avoir un grand intérêt...

C'est pourquoi j'ai tenu à exposer ce « problème » à nos confrères, avec l'espoir que nos Syndicats et leur Confédération pourraient, à l'occasion, l'examiner — ainsi que le fait la British Medical Association, comme on l'a vu plus haut. Et cela avec l'objectivité, le soin et l'attention qu'il mérite.

LE PAIN DE FROMENT

Ce n'est hélas! pas d'hier que se pose la question du bon pain, du bon pain que mangeaient nos pères et du mauvais qui nous est vendu aujourd'hui. Dans ce journal même elle a été exposée à maintes reprises ; par ailleurs elle a fait l'objet de très nombreuses études. Mais il est des clous sur les quels il convient de frapper sans relâche.

Est-il compréhensible que les efforts de tant de chercheurs, les objurgations des médecins et des hygiénistes soient demeurés sans effet ? C'est que le public paraît se désintéresser d'un problème qui le touche pourtant de près ; il a, depuis quelques années, par réaction contre le mauvais pain, modifié de telle sorte son régime alimentaire que le pain, denrée essentielle autrefois, est devenu, pourrait-on presque dire, accessoire. De ce fait découlent des conséquences économiques importantes, car tous les aliments de remplacement coûtent plus cher ; le budget alimentaire d'une famille en pâtit d'autant, et la course aux hauts salaires ne trouve pas ici la moindre de ses causes.

Un autre facteur de résistance aux campagnes entreprises, c'est l'appât des gros profits qui se résout, au détriment des consommateurs, en une calamiteuse cascade de malfaçons. Les cultivateurs recherchent les blés à gros rendement sans s'inquiéter de leur valeur panifiable, en particulier de leur équilibre minéral. Les minotiers ont remplacé les meules par les cylindres qui fournissent une farine dévitalisée, c'est-à-dire privée des diastases qui étaient susceptibles de se transformer et de rendre la farine périssable ; le travail à la machine est plus productif et demande moins de soins et de surveillance. Enfin les boulangers ont répudié le pétrissage à bras pour les pétrins mécaniques, le levain, à action lente, pour les levures à action rapide, la chauffe au bois pour le chauffage au mazout ou au gaz.

Et, brochant sur le tout, l'Etat s'est mis à faire de l'économie dirigée ; avec un art tout personnel il a manié le pavé de l'ours et, voulant résorber les excédents de blé, il a aggravé la sous-consommation du pain.

Telles sont les données du problème. Il appartient aux médecins de jouer leur rôle pour en hâter la solution. Assurément le côté économique leur échappe complètement ; c'est affaire de l'Etat puisqu'aussi bien ce gâte-sauce a commencé de s'en mêler en créant des offices du blé et en disposant du taux d'extraction.

Mais par les relations quotidiennes qu'ils ont avec le public consommateur les médecins peuvent faire l'éducation de celui-ci, lui apprendre qu'un pain blanc n'est pas pour cela un bon pain. Ils peuvent l'inciter à exiger un pain nutritif et bien fait en lui représentant qu'il y va de sa santé et de sa bourse.

Aux confrères qui songent à exercer cet apostolat, je ne peux mieux faire que recommander la lecture de la thèse très documentée, « Le pain de froment » du Docteur G. Martin-Charpeul (1). Il y trouveront en détail les divers points que j'ai pu seulement effleurer.

S'ils parviennent à émouvoir la masse indifférente et incompréhensive, ce sera un de ces bons offices comme il échoit souvent au médecin d'en rendre, sans attendre ni approbation ni gratitude.

G. Lavalée.

(1) En vente dans les principales librairies et chez l'auteur à Chaumont et Barcelonnette.

VARIÉTÉS

I

La crémation

L'un des chapitres de l'important ouvrage de Maxime du Camp, « *Paris*, ses organes, ses fonctions et sa vie », a trait aux anciens cimetières et charniers de la capitale. Le plus célèbre était celui des Innocents, sis approximativement sur l'emplacement des Halles actuelles. Il fut utilisé en dernier lieu comme fosse commune, le « pourrissoir ».

« C'est là, écrit du Camp, que vingt-deux paroisses, l'Hôtel-Dieu, la basse geôle du Châtelet, versaient leurs morts. Ce fut pendant des siècles, au milieu même de la cité, dans l'endroit le plus peuplé, le plus fréquenté, un foyer d'infection toujours entretenu, toujours alimenté, et auquel on doit plus d'une des « pestes » qui ont ravagé la ville. »

Paris était d'ailleurs parsemé d'autres cimetières : Saint-Nicolas près de la rue Troussenonain ; Saint-Paul, Saint-Séverin (celui-ci particulièrement insalubre ; Saint-Jean, Saint-Joseph ; de la Trinité, Verd (près de la rue de la Verrerie) ; Saint-Médard, aux Carmes, aux Capucins, aux Chrétiens, etc...

Nos ancêtres moins soucieux d'hygiène que notre génération mais pourtant parfaitement conscients du danger des charniers situés en pleine agglomération se préoccupèrent dès 1554 d'y porter remède : deux médecins, Fernel et Houllier, chargés d'enquête à ce sujet, conclurent à la suppression immédiate des charniers ; aucun compte ne fut d'ailleurs tenu de leur avis, pas plus qu'on ne tint compte de conclusions identiques formulées en 1737 par trois membres de l'Académie des sciences.

Il fallut un événement macabre survenant à la suite de nombreux précédents pour qu'une décision de bon sens fût enfin adoptée. Dans ce quartier du Châtelet où le typhus entretenu par la pourriture de restes humains régnait en permanence, la pluie un beau jour soulève les fondations de murs, ouvre des brèches, et voici les caves de plusieurs maisons envahies par un innommable amas de chair humaine en décomposition ; des gaz méphitiques se répandent simultanément dans tous les environs.

Cette fois-ci, malgré les efforts de la police qui tente l'impossible pour cacher l'incident, la nouvelle s'ébruite et la population manifeste. Les autorités donnent enfin l'ordre de fermer le cimetière (juin 1780). Les Innocents ne disparaîtront toutefois que sept ans plus tard lorsque des équipes d'ouvriers travaillant douze mois nuit et jour à vider le charnier de ses ossements, auront transporté ceux-ci dans des carrières abandonnées : les Catacombes.

***

Mises à part l'horreur qu'évoque le souvenir des anciens cimetières et l'idée non moins horrible de la lente décomposition des corps inhumés, il y a deux avantages que les partisans de l'incinération invoquent en faveur de la crémation : hygiène, économie. En supprimant l'encombrement des nécropoles modernes, elle évite aussi la pollution du sol, des eaux, de l'air, en un mot « l'empoisonnement des vivants par les morts ».

La pratique par les hommes de brûler les cadavres date de si longtemps et a été si répandue sur le globe qu'on ne saurait préciser où elle a commencé, ni quand, même à des milliers d'années près. Après une éclipse de près de vingt siècles chez ceux des peuples — la grande majorité — qui l'avaient abandonnée, l'incinération a été remise en usage à une époque récente. En Europe où elle avait existé dans les temps primitifs, elle disparut au début de l'ère chrétienne. La France, semble-t-il, a été l'une des premières nations où l'on ait tenté d'introduire de nouveau cette pratique. Après trente ans d'une campagne qui débuta par un article de Bonneau dans *La Presse* d'Emile de Girardin en 1854, les fervents de l'incinération obtinrent en 1885 le vote, par le Conseil municipal de Paris, de crédits pour la construction d'un crématorium. C'est seulement en 1889, après promulgation d'une loi autorisant la crémation, que put avoir lieu la mise en service d'un premier four crématoire au Père-Lachaise.

En Italie on incinérait depuis 1876 (*temps de l'opération* : 1 h. 1/2) alors qu'en Allemagne le Docteur Siemens avait inventé un appareil au gaz assurant une incinération parfaite en 35 ou 40 m nutes, sans odeur, sans fumée et à prix modique.

La crémation admise aujourd'hui par un très grand nombre d'Etats, ne se développe pourtant qu'à un rythme très irrégulier, des préjugés s'opposant encore à son essor, mais ces préjugés iront sans doute s'affaiblissant petit à petit. Nous empruntons les renseignements qui suivent au *Bulletin* (1936) *de la Société pour la propagation de l'incinération*, fondée en 1880 et présidée par M. le Professeur G. Barrier, membre de l'Académie de médecine.

TABLEAU RÉCAPITULATIF DES INCINÉRATIONS. — DERNIERS CHIFFRES CONNUS

Pays	Année	Incinérations
Allemagne	1935	71.459
Angleterre	1935	9.614
Argentine	1927	18.939
Australie (Sydney)	1935	2.420
Autriche	1935	3.116
Belgique	1935	75
Chine (Shanghaï et Hong-Kong	1932	129
Danemark	1935	3.304
Etats-Unis d'Amérique	1929/33	137.755
Finlande	1935	304
France	1935	1.330
Hollande	1935	747
Italie	1929	450
Japon	1933	639.261
Luxembourg	1935	24
Norvège	1935	1.884
Roumanie	1935	580
Suède	1935	2.879
Suisse	1935	6.397
Tchécoslovaquie	1935	5.692
U. R. S. S.	1934	12.152

Il eût été utile au lecteur de trouver dans une troisième colonne le nombre de décès par pays, mais, telles qu'elles sont, les données qui précèdent sont suffisantes pour faire ressortir que certaines contrées — le Japon en tête, — l'Allemagne, le Danemark, la Suisse, la Tchécoslovaquie, *sont favorables à la crémation* ; d'autres contrées semblent réfractaires : Chine, Belgique, Italie ; d'autres encore, paraissent, si on peut dire, indifférentes. La France pourrait se classer dans cette dernière catégorie ; le nombre d'incinérations, bien qu'en lente progression, y demeure très minime ; en voici l'évolution de 1926 à 1935 :

DATE D'OUVERTURE	3 AOUT 1889	20 AVRIL 1899	1er JANVIER 1903	2 AVRIL 1907	10 JANVIER 1914	1er AVRIL 1922	
Crématoire	Paris	Rouen	Reims	Marseille	Lyon	Strasbourg	TOTAUX
Années							
1926	701	—	—	68	18	86	873
1927	631	3	—	97	22	96	849
1928	732	4	—	105	25	110	976
1929	868	10	—	105	29	131	1.143
1930	899	9	2	92	27	117	1.146
1931	948	3	3	94	25	172	1.245
1932	855	8	5	137	41	156	1.202
1933	904	3	1	147	38	183	1.276
1934	905	9	1	56	69	170	1.210
1935	920	6	2	143	44	215	1.330

Si on considère Paris seulement, les 920 incinérations opérées en 1935 à la demande des familles, se répartissent comme suit :

Age	Sexe — Masculin	Sexe — Féminin	Total	Durée moyenne de l'incinération
0 à 9 ans	11	3	14	1 heure 3 minutes
10 à 29 ans	13	6	19	1 heure 5 minutes
30 à 59 ans	238	114	352	1 heure 4 minutes
60 ans et plus	335	200	535	1 heure 5 minutes
Totaux	597	323	920	

En province, Strasbourg tient de loin la tête : 215 incinérations en 1935 (contre 170 en 1934) Marseille après une forte diminution en 1934 (56 contre 147 en 1933) s'est relevée à 143 en 1935. A Lyon dont la population est sensiblement de même importance, les adeptes de la crémation sont moins nombreux. Enfin, dans certaines villes : Nantes, Chambéry, Grenoble, Nice, Rennes, Toulouse, la création d'un four crématoire envisagée depuis un plus ou moins grand nombre d'années n'a pas encore été mise à exécution. D'une manière générale les municipalités exigent en premier lieu pour cette construction que les pétitionnaires s'engagent à couvrir une partie des frais.

Le total général des incinérations depuis le

début qui ne se chiffre pour toute la France que par 26.651 dont 22.607 pour Paris atteint 869.459 en Allemagne. Chemnitz, en 1935, a compté plus d'incinérations (1.438) que d'inhumations (1.355).

En Angleterre où la crémation compte de farouches partisans, elle est également en progrès. Le ministre Henderson et l'écrivain Kipling morts récemment, ont été incinérés, Bernard Shaw a fait une dotation de 2.500 livres sterling pour l'érection d'un crématoire à Charing.

Sur 3.116 Autrichiens incinérés en 1935, on comptait 1.868 catholiques, soit 60 % ; de même le nombre de catholiques romains, tchécoslovaques incinérés était-il fort élevé : 2.624 sur un total de 5.392 incinérations. Le crématoire de Debreczin (Hongrie) n'étant pas autorisé à fonctionner, c'est en Autriche que sont transportés les corps à incinérer. Le Luxembourg dirige les siens sur les crématoires de Mayence ou de Strasbourg. Monaco possède depuis plus de vingt ans un four crématoire parfaitement installé mais qui n'a pas encore servi. Au Danemark où il y en a 15 en usage, le nombre de crémations atteint 8 % du nombre total de décès.

En Norvège la crémation ne remonte qu'à 1907, cependant on a, depuis cette époque jusqu'à fin 1935, effectué 20.455 incinérations. La Suède, elle, dispose de 16 crématoires et le « mouvement » crématiste y est d'une extrême intensité : pendant l'année 1935 les journaux suédois ont publié plus de 3.200 articles ou informations relatifs à la crémation ; en outre, 187 conférences ont été faites, dont beaucoup avec films.

La Suisse compte également parmi les nations crématistes ; il existe à Bienne un crématoire électrique particulièrement économique : le prix d'une incinération faite de nuit, c'est-à-dire lorsque le courant électrique est moins cher, et à la température de 700 degrés qui est suffisante, ne revient qu'à environ 9 francs suisses.

On peut voir pour ces exemples que si l'incinération est chose presque ignorée en France, la pratique en devient de plus en plus courante dans de très nombreux pays.

Michel RENAULT.

II

Le serment d'Hippocrate au Congrès International de médecine néo-hippocratique (1)

Par le Docteur MATTON (de Marseille)

Dans votre « Propos du Jour » du 5 janvier 1936, écrivais-je l'an dernier, au Docteur Noir, du *Concours Médical,* vous avez bien voulu rappeler et louer *mon initiative fortuite* concernant une réforme universitaire que beaucoup souhaitaient secrètement. Les nombreuses lettres que j'ai reçues dans les mois qui ont suivi l'ont prouvé. Elle consistait à demander à toutes les Facultés de médecine d'instaurer ou de rétablir pour les docteurs, le jour de la soutenance de leur thèse, et leur diplôme une fois obtenu, l'ancien usage de la prestation publique et solennelle du serment d'Hippocrate.

La publication dans le *Journal des Praticiens* en septembre 1935, de mon récit d'une soutenance de thèse à Marseille où la coutume du serment d'Hippocrate a été importée de Montpellier, et les démarches personnelles de notre maître et grand ami le Docteur Ch. Fiessinger, qui avait depuis longtemps déjà la question à cœur, déclenchèrent la décision de principe que prirent unanimement en novembre MM. les Doyens. Les Conseils des Facultés de Paris, puis de Bordeaux, saisis de la question, opinèrent pour la réforme qui fut, non seulement adoptée, mais mise en vigueur dans ces deux villes ainsi qu'à Strasbourg. Lyon à son tour est à la veille de prendre rang dans le même sens.

De source sûre, nous savons que Lille et Nancy *compléteront bientôt l'ensemble. Celui-ci* comprend les Facultés nommées plus haut auxquelles s'ajoutent celles qui s'étaient affirmées dans le bon sens, dès le début, et qui, dès avant 1935 prêtaient déjà le serment, à savoir Montpellier, Toulouse, Marseille et Alger.

Après avoir fait le point et indiqué où en est exactement à l'heure qu'il est l'état des choses, nous allons maintenant avec l'esp ir d'abréger par là le retard qui nous sépare de l'acceptation unanime, nous livrer, si vous le voulez bien, à quelques considérations justificatives de notre effort. Nous souhaitons qu'elles soient partout comprises et fassent tomber les dernières hésitations possibles.

En somme, de quoi s'agit-il ? Qu'est-ce exactement que le serment d'Hippocrate ?

C'est un engagement. Il s'agit de demander au nouveau docteur de s'engager à respecter sur le plan moral les règles d'une profession qui comporte de la part de celui qui l'exerce, le courage de rester en toute occasion, un honnête praticien, de ne pas céder aux tentations multiples qui guettent une âme faible. On accordera que s'il est une profession qui commande un tel engagement, c'est bien la nôtre, la plus belle certes

(1) Communication faite au Congrès le 4 juillet 1937.

et la plus utile si elle est bien comprise et correctement exercée, la plus humaine puisqu'elle comprend presque le tout de l'homme, la plus dangereuse pour l'individu et pour la collectivité si elle est mise entre des mains débiles susceptibles de devenir coupables.

Le serment d'Hippocrate est un engagement moral contractuel. Il doit être pris sérieusement, en conscience, et comme toute parole consciente, il entraîne une responsabilité pour le moins morale.

Le futur praticien promet d'abord de s'appliquer à faire consciencieusement son métier. Tous les artisans, tous les ouvriers vraiment dignes de ce nom, tous les travailleurs de bonne volonté ont senti de tout temps la nécessité d'un tel engagement préalable à leur carrière. Ils le prenaient non seulement dans leur for intérieur, mais expressément, à haute voix et publiquement. Dans les anciennes corporations, il était en usage, chez nous et ailleurs. Il y a là, de la part de chacun, une déclaration solennelle de ses devoirs de travail, d'application, d'honnêteté, de probité, de loyauté. Et lorsque la tâche se trouve dévolue à un professionnel, de l'esprit, et que son action se trouve naturellement dominée, comme elle l'est dans les professions dites libérales, par le souci plus net de son honneur comme de l'honneur de ceux pour qui il s'emploie, par le souci de leurs intérêts matériels, moraux, spirituels, le devoir de servir ceux-ci, de ne pas leur porter atteinte doit s'ajouter à celui d'assurer la perfection de l'ouvrage et l'engagement dont nous parlons revêt dès lors, un caractère supérieur, en quelque sorte sacré.

Cet engagement d'honneur que prend le nouveau docteur est-il chose nouvelle ? Nullement.

En Chine, dans l'Inde, de tout temps, dans d'autres pays de civilisation très ancienne, le serment a été et est encore en usage. Dans la secte des Pythagoriciens, les adhérents prononçaient un serment. Moïse Maimonide, médecin juif de Cordoue d'où, au XIIe siècle, il fut chassé par les persécutions musulmanes et qui honora grandement notre profession par sa haute culture et ses qualités morales, mit en honneur un serment médical qui était prononcé sous forme de prière ; celle-ci est très belle, elle respire la bonté, l'honnêteté, l'amour du prochain.

Plus près de nous, en Europe, le serment dans plusieurs nations est prêté depuis longtemps. Dans les Universités allemandes par exemple, le souci de la déontologie, attesté par la prestation d'un serment, existe aussi. Chez nous, les anciennes corporations de chirurgiens, de barbiers, avaient leur serment qui se prêtait en latin. Actuellement, hors de la Métropole, dans nos Colonies et pays de protectorat et sous mandat, à la Faculté de Beyrouth, par exemple, la prestation du Serment d'Hippocrate est en vigueur.

Dans notre pays, l'avoué, l'avocat, l'expert, le notaire sont tenus à s'engager par un serment.

Reconnaissez, Messieurs, qu'un tel consensus non concerté, spontanément établi, entre médecins de tous les temps, de toutes les langues, de toutes les religions, de toutes les races, considéré dans le temps et dans l'espace, est très impressionnant, et justifierait à lui seul le retour — après un court abandon, disons après une courte période d'oubli, de négligence — au serment.

La formule du serment doit être susceptible de variation selon le temps, et le lieu, elle doit être modifiée, la forme ancienne n'est plus de mise, elle est surannée, il faut la changer, l'adapter au temps actuel, elle doit être assouplie ; elle doit être telle qu'elle ne puisse choquer, ni arrêter personne elle doit se montrer généralement acceptable et satisfaire tous les bons esprits. De même, dans le mode d'application, nous pensons qu'il faut tenir compte, de l'ambiance, du milieu, plus ou moins laïque, ou religieux. Dans les Facultés catholiques, à Lille par exemple, on prête un *serment du médecin chrétien, engagement chrétien, renouvelé d'Hippocrate.*

Nous nous sommes laissé dire que certains esprits pointilleux n'acceptent pas de jurer, selon le texte en usage, par devant l'*Etre suprême...* auquel ils ne croient pas. Il est possible que de rares candidats aient scrupule de prendre un engagement dans ces termes, bien que ceux-ci à vrai dire, soient d'une acception très compréhensive, et si l'on peut dire, peu compromettante. Qu'ils les remplacent alors, à leur guise, par une formule plus large encore, qu'ils jurent devant leur conscience de médecins, sur l'honneur, qu'ils jurent, qu'ils promettent tout court, on ne leur en demanderait pas plus à la rigueur.

La prestation du serment sera-t-elle facultative ou obligatoire ? La question est d'importance, on peut dire même qu'elle est fondamentale. Elle peut être discutée.

Dans un précédent travail destiné à concilier les opinions nous avions dit que le serment pouvait être prêté non pas par ordre, mais sur une simple invitation du jury consécutive à la collation du grade, invitation à laquelle le candidat était en droit de se soustraire. « On les *invite*, écrivions-nous, à une déclaration de principe, à faire profession de foi sans que l'engagement présente un caractère d'obligation stricte. Le jeune docteur a passé sa thèse, il l'a soutenue de façon à mériter d'être accueilli au sein de la corporation, le temple lui est ouvert, le *dignus intrare* lui est acquis. Il est reçu docteur avec le droit d'exercer. Et avant de se séparer de lui, de lui donner toute liberté d'action, ses maîtres

l'invitent à déclarer publiquement qu'il se conformera aux règles traditionnelles de la profession. Remarquez qu'il peut se soustraire à cette invite, si bon lui semble, il a toujours le droit de se récuser purement et simplement sans en donner même aucune raison, et sans avoir à craindre de ce fait ni sanctions, ni représailles. Il est parfaitement libre. « Aujourd'hui, nous dirons ceci. Nous estimons qu'on peut, à titre de mesure de transition et pour faciliter l'adoption de la prestation générale du serment la rendre facultative dans certaines villes, mais en principe, elle doit être obligatoire, sous peine de perdre sa portée morale, obligatoire, et j'ajoute nécessairement liée à la collation du grade de docteur.

Pour quelles raisons est-il donc désirable qu'il en soit ainsi, et que le serment d'Hippocrate soit solennellement prêté ?

D'abord parce qu'un engagement moral ainsi publiquement pris, par un néophyte par devant ses camarades, ses amis, sa famille, ses pairs, ses maîtres, sa conscience n'est pas si vain que certains veulent bien le croire... Il en restera toujours dans l'esprit du récipiendaire quelque chose. On sera d'autant moins porté à oublier un acte semblable qu'il aura été entouré de plus de pompe, de solennité et d'éclat. Tout ce qui frappe les sens a une répercussion sur l'esprit. On aurait grand tort de dédaigner et de tourner en dérision la forme et les signes extérieurs ; ceux-ci accusent et soulignent la qualité, la fonction, l'autorité, forcent la réflexion et le respect. Le serment d'Hippocrate devra être prêté en robe. Il est permis d'ajouter que s'il arrive que le serment soit perdu de vue quelque jour par celui qui l'a prêté, il pourra lui être opportunément rappelé, au cas où quelque manquement professionnel y obligerait.

On connaît le fléchissement graduel des consciences et on sait combi n celles des médecins ont besoin plus que jamais, dans les temps que nous traversons, de rester droites, et fermes. De toute évidence, nous sommes menacés, à cette heure, de l'oubli des devoirs, des promesses, de la parole donnée, du caractère sacré des contrats et des traités de toutes sortes. Le *cœur léger* ne demande qu'à prendre de l'expansion en toutes choses et tout souci d'idéalisme tend à disparaître. On tente d'instaurer dans notre pays si foncièrement probe, le désordre, l'indiscipline, l'anarchie, l'illégalité et d'invertir les règles de la morale. On prend prétexte de nouveautés intéressantes, de progrès, d'expériences à tenter... Grand danger, immense danger social. Redoutable contagion à écarter, la plus opérante, celle du mal. Le moment ne pourrait être en vérité plus mal choisi de nous soustraire, nous médecins, à notre devoir qui est, comme celui du prêtre, de donner l'exemple d'une stabilité morale plus désirable que jamais, à l'heure où nous sommes. Jamais l'occasion de nous affirmer en conservateurs de la moralité, mise en vacances, n'aura été plus opportune et plus favorable.

Notre conclusion sera celle-ci. Le serment médical devenu plus que jamais nécessaire mérite d'être rétabli dans toutes les Facultés et Ecoles de médecine de dépendance ou d'influence française — disons mieux encore, dans toutes les Ecoles de médecine du monde entier. Ce vœu remplit vraiment le desideratum de l'heure.

Ajoutons pour finir, qu'il est dans son esprit général conforme à ceux que les *rotariens* ont récemment exprimés à Nice, dans leur Congrès mondial, dont le retentissement est encore dans toutes les mémoires.

La marquise de Lambert, judicieux moraliste et écrivain éminent du XVIIIe siècle, disait à son fils ceci : « Faites que vos études coulent dans vos mœurs , et que tout le profit de vos lectures se tourne en vertu ». (Avis d'une mère à son fils.) Hippocrate, notre maître et notre père à tous, n'a-t-il pas, par son serment, donné aux médecins, un avis dont la moralité est identique ?...

III

Se raser...

Il appartenait aux Américains, de consacrer six grandes pages de *The Journal of the American medical Association* à l'art de se raser. Ce geste quotidien t ancestral de l'homme, aussi simple que celui de puiser de l'eau à la fontaine, pourquoi ne pas en analyser les facteurs favorables et les conditions fâcheuses ?

Et puis, il y a l'histoire, l'histoire de la pogonotomie, comme l'appelait un auteur français, Yverdon, en 1770. On se rase dans le monde depuis toujours. On se rasait en Egypte et à Babylone. Seuls les Juifs gardaient, et les vrais Juifs gardent encore, leur poil natal. N'est-il pas écrit (*Nom.*, VI-5) : *Novacula non transibit per caput* ?

Scipion, dit-on, aurait introduit à Rome la mode de se raser. Mode romaine, si l'on en croit M. Mussolini, qui blâme la barbe comme orientale et anti-italienne. En Europe, tantôt on s'est rasé, tantôt on a adoré le maximum de poils, ou des architectures capillaires comme les favoris ou le collier. La barbe fut bousingote et républicaine ; elle n'est plus aujourd'hui qu'archaïque, en attendant que la mode l'impose de nouveau

aux joues élégantes ; car, nous dit la charmante Béatrice de *Beaucoup de bruit pour rien*, « celui qui a une barbe est plus qu'un gamin, et celui qui n'a pas de barbe est moins qu'un homme ».

Une abondante littérature, qui n'est pas toute publicitaire, a été consacrée à la barbe et à la manière de la supprimer. L'Institut Mellon, de Philadelphie, résolu à y ajouter un chapitre, a fondé en 1931 une clinique du rasoir, où une douzaine de raseurs scientifiques ont accumulé les statistiques et les graphiques. Faute de femme à barbe, ils ont étudié soigneusement 31 hommes, 20 bruns et 11 blonds les uns à barbe dure, les autres à barbe légère ; on les rasait tous les jours. Pour connaître le temps nécessaire à l'adoucissement de la peau par le savonnage, on mesurait le coefficient d'allongement de leurs poils sous une tension de 16 kgr. par millimètre carré après immersion dans une solution standard. L'allongement pouvait aller, dans ces conditions à 50 %.

D'autre part, on recueillait le poil enlevé par le rasoir. Après centrifugation, il se formait un culot composé de deux couches, une inférieure contenant les poi s, une supérieure contenant des débris de peau : on les pesait, conformément à la Loi : *Sume tibi gladium acutum, radentem pilos, et assumes tibi stateram* ; *ponderes et divises eos* (*Ezech*, V-7). On étudiait aussi l'angle d'attaque du rasoir, puis l'état de la peau après le premier rasage, utilisant à cet effet un compte-fils grossissant environ onze ois. D'autres remarques furent soigneusement consignées : le travail demandé au raseur ; l'irritation déterminée après le rasage par une lotion alcoolique à 50 % ; la nature du savon employé ; la température de l'eau ; le temps de savonnage ; le tranchant de la lame ; sa composition, sa forme, sa trempe ; la sorte de poil du rasé : diamètre, densité, inclinaison.

Pour comparer les lames, on rasait avec des marques différentes les deux moitiés du visage.

Ce n'est pas tout. Non seulement les peaux et les poils ne se ressemblent pas, mais encore ils sont soumis à des influences variées : température, vent, radiations solaires (et pourquoi pas les cosmiques ?) régime, glandes endocrines, sueur, métabolisme des graisses, âge, etc... Vous avez Messieurs, (et quelques dames), sur le visage, des poils de deux catégories au moins : le lanugo, dont le diamètre est de moins de 0,025 mm. ; et les gros poils, qui atteignent et dépassent parfois 2 mm. Les poils repoussent, d'abord assez vite après le rasage, puis plus lentement : leur croissance atteint de 11 à 12 mm. par mois. Le fauchage ou la tonte n'altèrent pas ce rythme, non plus qu'ils n'augmentent le diamètre du poil. Les poils de la barbe ne poussent pas perpendiculairement, mais sous un angle de 31 à 59° ; dans certaines régions du cou, ils sont presque à plat, et quelquefois sous la peau.

Les poils sont faits de kératine, corps complexe qui renferme du soufre, sous forme de cystine. La kératine est insoluble dans l'eau, mais peut en absorber une certaine quantité, ce qui l'assouplit. Le temps nécessaire à cet assouplissement ne dépasse pas deux minutes et demie ; il est plus long s. l'eau est froide. Le savon est utile pour émulsionner le sébum qui recouvre le poil et le rend imperméable à l'eau : il faut que sa mousse soit épaisse et durable, et que sa composition ne le rende pas irritant pour la peau. Les crèmes à raser ramollissent moins le poil que les savons, et semblent nocives pour le fil des lames.

Quant aux lames, elles se ressemblent toutes, du moins les bonnes ; la question importante est leur angle d'attaque ; 25° seraient l'optimum. On recommande, après l'opération, une lotion alcoolique à 50 % avec 4 % d'acide salicylique, et, si la peau a été coupée, le sous-gallate de bismuth en poudre.

Résumé : voulez-vous bien vous raser ?

Savonnez-vous à l'eau chaude, avec un bon savon, pendant une minute e demie. Rincez votre face, et savonnez derechef. Tout cela a duré trois minutes. Trempez dans l'eau chaude votre lame, rasez d'abord les parties les plus faciles pui les moins faciles. C'est tout.

Peut-être faisiez-vous ainsi, sans savoir, comme M. Jourdain sa prose. Aujourd'hui, grâce à l'Institut Mellon, vous continuerez, mais avec la conviction scientifique qui doit présider à tous nos gestes. Ainsi s'anoblissent les routines.

Ph. DALLY.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Laboratoire de bactériologie.** — *Cours complémentaire.* — Le Professeur Robert DEBRÉ, assisté du Docteur Henri BONNET, chef des travaux, commencera le lundi 10 janvier 1938, un cours complémentaire avec travaux pratiques de bactériologie. Le cours, qui aura lieu au laboratoire de bactériologie, continuera les mardis, mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure et cessera le 8 avril. — Droits : 500 francs. S'inscrire au laboratoire de bactériologie (le nombre d'élèves est limité).

— **Cours de médecine légale** (janvier et février 1938). — M. PIÉDELIÈVRE, agrégé, commencera son cours mercredi 5 janvier 1938, à 18 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine ; le cours aura lieu les lundi, mercredi et vendredi de janvier et février.

SUJET DU COURS : Attentats à la pudeur. — Viol et perversions sexuelles. — Hermaphrodisme. — Avortement criminel et infanticide. — Coups et blessures. — Le problème de l'identité. — Anthropométrie et dactyloscopie. — Examen des taches, poils, etc...

— **Clinique obstétricale** (Hôpital Saint-Antoine. Professeur : M. LÉVY-SOLAL.) — M. le Professeur LÉVY-SOLAL fait son cours à l'hôpital Saint-Antoine, tous les jeudis, à 11 heures.

— **Clinique obstétricale Baudelocque** (121, boulevard de Port-Royal. Professeur : A. COUVELAIRE. Assistant : M. LACOMME, agrégé.) — I. *Services cliniques* avec l'assistance de MM. les Docteurs Marcel PINARD et LAPORTE, médecins des hôpitaux ; L. PORTES, agrégé ; SUREAU et LEPAGE, accoucheurs des hôpitaux ; COEN et BOROS, chefs de clinique ; POWILEWICZ, Mme ANCHEL-BACH, Mme FAYOT-PETIT-MAIRE, anciens chefs de clinique ; FRANÇOIS, chef de clinique adjoint ; LEBENTAL et MOUCHOTTE, aides de clinique.

1° Service de consultations (Policlinique Valancourt, 125, boulevard de Port-Royal) : Femmes en état de gestation : tous les jours, de 8 à 18 heures ; mères nourrices et nourrissons : les mardis et jeudis, à 14 heures, les samedis, à 9 heures ; Gynécologie : les mardis, à 9 heures et samedis, à 14 heures ; Consultation prénuptiale, Stérilité : les mercredis, à 10 heures ; Dispensaire antisyphilitique (femmes et nourrissons) : les lundis et mercredis, à 14 heures ; les vendredis, à 9 heures. — 2° Service intérieur (maternité Baudelocque, 121, boulevard de Port-Royal) : tous les jours, à 9 h. 30 : Visite des femmes et des enfants hospitalisés.

II. *Enseignement clinique* : M. le Professeur COUVELAIRE, le lundi, à 11 heures : Discussion d'observations cliniques ; le vendredi, à 11 heures : Présentation de malades ; M. Marcel PINARD, le mercredi, à 15 heures : Dispensaire antisyphilitique ; M. POWILEWICZ, le samedi, à 11 heures : Puériculture et pathologie du nouveau-né.

III. *Musée Henri Varnier* : les collections d'anatomie obstétricale normale et pathologiqe peuvent être étudiées par les élèves et les médecins, les lundis, de 14 à 16 heures.

IV. *Cours complémentaires*, 1° cours de pratique obstétricale d'une durée de deux semaines. Deux séries : vacances de Pâques ; première quinzaine de septembre. — 2° Cours supérieurs : stage clinique ; pathologie obstétricale ; opérations obstétricales ; première série du 1er février au 31 mars, deuxième série du 1er au 31 octobre.

— **Clinique d'accouchements et de gynécologie** (clinique Tarnier, 89, rue d'Assas. Professeur : M. C. JEANNIN, avec la collaboration de MM. les anciens chefs de clinique ; les chefs de clinique en exercice ; les assistants de puériculture et de syphiligraphie ; les chefs de laboratoire.) — *Tableau général de l'enseignement clinique et des cours annexes* donnés à la clinique Tarnier pendant l'année scolaire 1937-1938. Tous les matins, enseignement clinique par le professeur.

Tous les jours, à 9 h. 30 : Examen des femmes enceintes, parturientes et accouchées. Opérations obstétricales et gynécologiques. — Lundi, à 11 heures : Lecture et discussion des observations, à l'Amphithéâtre ; présentations des pièces anatomiques. — Mardi, à 11 heures : Cours de puériculture. — Mercredi, à 11 heures : Cours d'obstétrique, par l'un des assistants. — Jeudi, à 11 heures : Leçon à l'Amphithéâtre, par le Professeur. — Vendredi, à 11 heures : Présentation de malades à l'amphithéâtre. — Samedi, *à 11 heures : Cours* d'obstétrique, par l'un des assistants.

COURS DE PRATIQUE OBSTÉTRICALE. — Ces cours sont destinés aux médecins et étudiants français et étrangers. Chacun de ces cours comprendra une série de leçons cliniques, théoriques et pratiques, qui auront lieu tous les jours, le matin et l'après-midi. Ces leçons seront illustrées par des projections photographiques ou cinématographiques. Les auditeurs feront par eux-mêmes des accouchements sous *la direction des moniteurs* ; ils seront personnellement exercés à l'examen des femmes enceintes et en couches, *ainsi qu'aux manœuvres* obstétricales.

Ces cours auront lieu aux dates suivantes : Un cours de pratique obstétricale, février 1938. Le droit à verser pour ce cours est de 200 francs.

TROIS COURS DE VACANCES. — Vacances de Pâques : Un cours de pratique obstétricale pendant les quinze jours de vacances. — Vacances d'été : Deux cours de pratique obstétricale du 15 au 30 septembre et du 15 au 30 octobre.

Le droit à verser pour chacun de ces trois cours, est de 200 francs. Des affiches spéciales indiqueront le programme des leçons et démonstrations.

COURS DE PUÉRICULTURE. — Cet enseignement sera assuré par MM. les assistants de puériculture. Il aura lieu à la suite de la consultation des nouveaux-nés du vendredi matin. Il comprendra tout ce qui concerne la physiologie, l'hygiène, l'alimentation et la pathologie durant les premières semaines.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Docteur Boulay, chef de clinique, à la clinique Tarnier.

— **Vacances de Noel et du Jour de l'An 1937-1938.** — La Faculté (cours, travaux pratiques et examens) sera fermée du *vendredi* 24 *décembre* 1937 *inclus* au *dimanche* 2 *janvier* 1938.

Secrétariat. — Les bureaux du secrétariat seront fermés : 1° le vendredi 24 décembre ; 2° du mercredi 29 décembre inclus au dimanche 2 janvier 1938.

Bibliothèque. — La bibliothèque sera fermée : du vendredi 24 décembre inclus au dimanche 2 janvier 1938.

Une séance spéciale pour le service de prêt et de lecture aura lieu le jeudi 30 décembre, de 14 à 17 heures.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers.

— **Concours de stomatologiste des hôpitaux.** — NOMINATION. — Séance du 30 novembre. Epreuve orale théorique de pathologie et thérapeutique dentaires.

Question posée : Dents incluses. Signes, diagnostic, traitement.

Ont obtenu : MM. Maleplate, 16 ; Bornet, 15 ; Fricz, 18 ; Vrasse, 15.

— Séance du 1er décembre. Epreuve orale d'orthodontie. *Question posée* : Malpositions et déformations consécutives à l'extraction de une ou plusieurs molaires temporaires. Comment les éviter et les traiter.

Ont obtenu : MM. Maleplate, 16 ; Bornet, 18 ; Friez, 15 ; Vrasse, 14.

— Séance du 4 décembre. Epreuve de consultation écrite :

Ont obtenu : MM. Maleplate, 28 ; Bornet, 28 ; Friez 28 ; Vrasse, 28.

Total des points. — *Ont obtenu* : MM. Maleplate, 115; Bornet, 114 ; Friez, 120 ; Vrasse, 117.

Sont nommés : MM. FRIEZ, VRASSE.

— **Concours pour la nomination à une place d'ophtalmologiste des hôpitaux de Paris.** — Ce concours sera ouvert le mercredi 26 janvier 1938, à l'Administration centrale (salle des Commissions), 3, avenue Victoria. Cette séance sera consacrée à la composition écrite.

MM. les Docteurs en médecine qui désireront concourir seront admis à se faire inscrire au Bureau du service de santé de l'administration, de 14 à 17 heures, du mardi 4 au mercredi 12 janvier 1938 inclusivement.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— ***Faculté de médecine de Nancy.*** PRIX 1936-1937. — *Prix de fin de première année* : Prix non décerné. Mention « Honorable » : M. France GUIGUE. — *Prix de fin de deuxième année* : Prix : M. Raymond DAMBRINE. Mention « Très honorable » : *ex-æquo* : MM. Jean BLUM et Jean JUPILLE. — *Prix de fin de troisième année* : Prix : M. Roland BOUVENET. Mention « Honorable » : M. Victor GIBERT. — *Prix de fin de quatrième année* : Prix : M. Guy CASTELAIN. Mention « Honorable » : M. René HERBEUVAL. — *Prix de fin de cinquième année* : Prix : M. Pierre JOOS. Mention « Honorable » : M. Henri FRANÇOIS.

PRIX DE FONDATION. — *Prix Bénit dit « de l'internat »* : M. François MATHIEU. — *Prix Pierre-Schmitt* (décerné à l'interne des hôpitaux reçu premier au concours de 1936) : M. Paul LEICHTMANN. — *Prix Alexis-Vautrin* : premier prix : M. François MATHIEU ; deuxième prix M. Jean Roussel. — *Prix Heydenreich-Parisot* (*chirurgie*) : M. Jean ESCOUBLES. — *Prix Ritter* : M. André DEMANGE. — *Prix Grand'Eury-Fricot* : M. Claude FRANCK. — *Prix du département de Meurthe-et-Moselle et de la ville de Nancy* : MM. Jean BICHAT et Hyacinthe ANDRÉ. — *Prix de la Fondation « Schemel »* : MM. Jean RICHON et Frédéric ROTHAN.

MENTIONS. — *Prix de thèse* : MM. Jean BAHY, Roger BEIGBEDER, Karol BINDER, Hassan CHAIDI, Robert DEDUN ; Mlle Lucienne DEVIN ; MM. Louis DUBRAY, Jean ESCAL, Raymond FRANÇOIS, Albert FOURNIER René GROSJEAN, Jules JEANCLAUDE, Pierre JOOS Alain LECOQ, Henri de MISCAULT, Simon ROSENBERG

— **Société française d'orthopédie et de traumatologie.** — Le prochain congrès de cette Société se tiendra à Paris le vendredi 7 octobre 1938 à l'Amphithéâtre Vulpian (Faculté de médecine).

Les questions mises à l'ordre du jour de ce congrès sont : 1° Les ostéoporoses limitées au rachis chez l'adulte. Rapporteurs : MM. Marcel et Pierre LANCE et M. Lucien GIRARD. — 2° Les fractures simultanées de la diaphyse des deux os de l'avant-bras. Rapporteurs : MM. BOPPE (Paris) et BILLET (Lille).

— **L'Œuvre de l'hospitalité de nuit**, reconnue d'utilité publique, fondée par la marquise de Reversat-Marsat, vient de créer, au château de Fontenelle-Chanteloup près Lagny (Seine-et-Marne) une maison de repos et d'accueil pour dames et jeunes filles peu fortunées, avec salles de bains, chauffage central, parc de 37 hectares, canotage, tennis. Prix de pension complète : de 22 fr. 50 à 25 francs par jour.

Adresser les demandes, en spécifiant la durée du séjour à Mme la directrice, à Fontenelle-Chanteloup (S.-et-M.) ; *y joindre un certificat médical de moins de quinze jours de date, attestant que la postulante n'est atteinte d'aucune maladie contagieuse.*

Le Gérant : R. THIRON

CLERMONT (OISE) — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

Réponse d'un ministre à la question d'un parlementaire

Remboursement du prix de journée d'hospitalisation des assurés sociaux

4413. — M. Amédée GUY demande à M. le ministre du Travail : 1° Comment est déterminé dans chaque département le tarif de remboursement, par les Assurances sociales, du prix de journée d'hospitalisation ; 2° dans quelle proportion il est tenu compte du prix de séjour des sanatoriums publics ou agréés pour fixer ce tarif limite de remboursement ; 3° les variations (minimum et maximum) auxquelles on aboutit dans cette fixation, suivant les départements ; 4° le prix moyen actuel, même approximatif de la journée d'hospitalisation en sanatorium public ou agréé ; 5° par quels moyens les assurés sociaux, subissant une augmentation du prix de séjour en sanatorium ou à l'hôpital parfois même avec effet rétroactif peuvent demander que soit revisé le tarif de remboursement de la Caisse à laquelle ils sont affiliés ; 6° si l'autorisation ministérielle de relèvement général du prix de journée d'hospitalisation (fait qui se produit actuellement) déclenche automatiquement la révision du tarif de remboursement des caisses d'assurances sociales. (*Question du 21 septembre 1937.*)

Réponse. — 1° et 2° Le tarif de remboursement du prix de journée d'hospitalisation dans les établissements de soins ou sanatoriums publics est arrêté par le Conseil d'administration de chaque Caisse primaire, compte tenu du tarif limitatif des droits à la réassurance fixé par l'arrêté du 7 août 1934 à 70 p. 100 des tarifs de l'Assistance médicale gratuite des années 1931, 1932 et 1933. Ce tarif est soumis à l'approbation du ministre du Travail. Le règlement intérieur type permet aux Caisses d'avoir un tarif spécial pour les sanatoriums ; 3° et 4° aucun minimum ou maximum du tarif de responsabilité du prix de journée d'hospitalisation ne peut être indiqué, puisque ces prix sont fixés individuellement pour chaque Caisse par leur Conseil d'administration ; 5° à la suite d'une modification du prix de journée demandée par l'établissement de soins, le Conseil d'administration d'une Caisse d'assurances sociales peut modifier le tarif de responsabilité sans toutefois que cette modification, qui doit être soumise pour approbation au ministre du Travail, soit obligatoire ; 6° la modfication du tarif limite de responsabilité (ancien tarif limitatif des droits à la réassurance) comportera pour les Caisses d'assurances sociales l'obligation de prendre une décision au sujet de leur tarif de responsabilité et de soumettre leur nouveau tarif, modifié ou non, au ministre du Travail.

(*J. O.*, 19 novembre 1937.)

A propos des accidents survenus en Amérique et faussement attribués au sulfanilamide

Divers numéros du *Journal of the American Medical Association*, en particulier ceux du 23 octobre, 30 octobre et 6 novembre 1937, ont consacré un éditorial aux décès survenus aux Etats-Unis après l'absorption d'un élixir de sulfanilamide.

Le laboratoire de chimie de l'American Medical Association a procédé d'une part à une enquête, d'autre part à des recherches pour connaître l'étiologie exacte des décès.

Le produit en cause « Elixir de sulfanilamide » est préparé par une Société américaine. Il ne figure pas dans la liste des médicaments acceptés par le Conseil de pharmacie et chimie de l'American Medical Association, qui n'a adopté aucune *solution* de cette substance (sulfanilamide). Il a accepté un nombre suffisant de spécialités (de sulfanilamide en comprimés), afin de pourvoir aux besoins en sulfanilamide du Corps médical. C'est dire que le sulfanilamide spécialisé sous différents noms est *officiellement reconnu par le Conseil.*

L'élixir de sulfanilamide préparé en Amérique est constitué par 9 à 10 grammes de sulfanilamide dissous dans 100 c. c. d'une solution à 72 % de diéthylène glycol.

Les animaux qui ont reçu du diéthylène glycol, de l'élixir synthétique ou de l'élixir en question, ont présenté le même tableau pathologique que les malades après absorption de l'élixir en cause. Aussi, dans leurs conclusions, les auteurs affirment que le « diéthylène glycol, aux doses données, fut l'agent causal des décès » qui ne peuvent nullement être imputés au sulfanilamide proprement dit.

La Ligue médicale de Défense professionnelle « Le Sou Médical » a deux objets principaux :

1° Tout d'abord elle garantit ses membres contre les risques de responsabilité professionnelle à concurrence d'une somme de 100.000 francs. Et cette garantie est portée à 500.000 francs pour ceux d'entre eux qui sont en même temps abonnés au *Concours Médical.*

2° En outre, elle leur donne conseils et soutien dans toutes les difficultés et les procès d'ordre professionnel.

CORRESPONDANCE

QUESTIONS DIVERSES

8.583. — Prescription des honoraires médicaux

J'ai lu dans votre estimé journal le jugement rendu en faveur d'un médecin qui présentait sa note d'honoraires plus de deux ans après ses derniers soins. La prescription avait été retardée de deux ans, à dater du dernier versement fait en acompte à sa note. Un cas semblable se produit pour moi. Un débiteur paie sa note par acomptes, puis cesse. Les derniers soins remontent à 1934, le dernier acompte à 1936.

Veuillez me donner les date, Tribunal, etc, concernant cette affaire.

Dr G.

Réponse

La prescription de deux années prévue par l'art. 2272 du Code civil, est fondée essentiellement sur une présomption de paiement qui peut être écartée par la preuve contraire rapportée dans certaines conditions prévues par la loi.

Cette preuve doit résulter soit d'un aveu exprès ou tacite du débiteur, soit d'une reconnaissance de dette de sa part, soit enfin du serment déféré par le demandeur au débiteur, à l'effet de savoir si la chose a été réellement payée.

D'après la jurisprudence, il appartient au Juge du fond d'apprécier si la reconnaissance tacite résulte des faits ou circonstances de la cause (Cassation. Chambre des requetes, 28 avril 1936). Cet aveu tacile peut être déduit par le Juge de la manière dont le débiteur présente sa défense. Il peut aussi résulter du paiement d'un acompte et, dans ce cas, c'est à partir de ce paiement que le délai de deux ans doit être compté puisqu'il constitue à lui seul l'aveu du non acquittement de la dette. Ainsi en a-t-il été décidé par un Jugement du Tribunal civil de la Seine en date du 1er juin 1935.

8.911. — Le maire peut-il être médecin de l'hôpital ?

Je serais reconnaissant au *Concours* de bien vouloir me dire (textes à l'appui) si le maire d'une commune peut être médecin non rétribué de l'hôpital de cette commune et de lui indiquer si la Commission administrative est souveraine pour le maintenir, ou non, dans ses fonctions de médecin de l'hôpital.

Dr A.

Réponse

Aux termes d'un décret-loi du 30 octobre 1935 « est interdit le cumul entre les fonctions de membre de la Commission administrative d'un établissement public hospitalier et de médecin-chef ou de médecin et de chirurgien de l'établissement administré par ladite Commission. »

Le maire de la commune étant légalement et obligatoirement président de la Commission administrative de l'hôpital, il lui est donc interdit par cette disposition d'être médecin de cet établissement.

Nous devons vous signaler toutefois que ce décret a fait l'objet de très nombreuses protestations et qu'en fait, il est resté lettre morte.

A la suite d'une interpellation au Sénat, le ministre de la Santé publique d'alors, M. Ernest Lafont, a déclaré que l'interdiction du cumul ne sera qu'une mesure pour l'avenir et qu'il ne sera pas touché aux situations acquises.

D'autre part, il a reconnu qu'il paraît difficile de soutenir que le décret-loi ait eu pour objet d'enlever au maire une prérogative qu'il tient d'une loi générale.

Enfin, il a été répondu par le ministre de la Santé publique, sous le n° 3.773, au *Journal Officiel* du 7 novembre 1936, qu'en raison des *difficultés d'application du décret-loi du 30* octobre 1935, une Circulaire du 7 février 1936 a prévu qu'il serait sursis à sa mise en vigueur jusqu'au moment où le Parlement aurait statué sur les propositions de modification qui lui seront soumises.

8.875. — Réduction de 10 % sur les honoraires d'expertises

Je serais heureux d'avoir le renseignement suivant au sujet des honoraires d'expertise.

1° Expertise pour difficultés de droit commun.
2° Expertise pour accidents du travail.
3° Expertise criminelle.

La réduction de 10 p. cent sur le total des honoraires par le Receveur lors du règlement est-elle légale ? dans ces trois cas ou dans l'un de ces cas ?

Dr. V.

Réponse

La réduction de 10 % qui est appliquée sur vos mémoires d'honoraires d'expertise ne provient pas du décret-loi du 16 juillet 1935 instituant un prélèvement sur les dépenses publiques, mais bien d'un décret-loi, en date du 8 août 1935, qui s'exprime de la manière suivante :

« A titre exceptionnel et temporaire, sont réduits de 10 %, les droits et émoluments des experts, administrateurs judiciaires, liquidateurs de Sociétés, syndics de faillites et séques-

très près les Tribunaux répressifs et les juridictions civiles, administratives et commerciales. »

Ce décret n'ayant fait depuis lors l'objet d'aucune modification ni abrogation, la réduction doit continuer à être appliquée encore, bien qu'elle ne corresponde à l'heure actuelle nullement aux faits et que les honoraires médicaux de manière générale, devraient plutôt faire l'objet d'une augmentation étant donné la baisse du pouvoir d'achat du franc.

8.781. — Ordonnances de toxiques du Tableau B

Je reçois la visite régulièrement depuis un mois environ d'une femme qui m'a déclaré revenir d'Extrême-Orient et être atteinte de troubles névritiques thoraciques, d'origine vertébrale, pour lesquels on lui a prescrit là-bas de l'héroïne en piqûre. « Comme, me dit-elle, les douleurs sont intolérables, il me faut une piqûre matin et soir. »

En fait je crois avoir à faire à une malade vraie qui à la suite de lésions plus ou moins tenaces et douloureuses, est devenue une morphinomane.

Après mon premier examen, j'ai donc délivré une ordonnance d'héroïne pour six jours, un centigramme matin et soir.

Mais maintenant l'habitude est prise et, toutes les semaines, je suis sollicité pour renouveler cette ordonnance.

Médicalement, je crois qu'il est impossible de supprimer brutalement ce médicament à cette femme, en raison des désordres nerveux que cela lui procurerait.

Mais je désirerais savoir si je ne risque pas d'avoir des ennuis à prescrire régulièrement pendant longtemps peut-être de l'héroïne au même malade, évidemment dans les formes requises par la loi pour la réduction de l'ordonnance et aux mêmes doses que plus haut (1 centigr. matin et soir).

Dr S.

Réponse

Lorsqu'un médecin prend en charge un morphinomane, il risque toujours d'avoir des ennuis avec l'inspecteur des pharmacies et par incidence avec le Procureur de la République et le Juge d'instruction.

En effet, notre devoir professionnel nous oblige à calmer les douleurs d'un malade en traitement aigu ou chronique. Malheureusement, ce traitement opiacé dégénère en habitude et en vice et la dose régulière du toxique devient encore plus indispensable pour le malade que le pain et l'eau. Voilà pourquoi le malade devient un morphinomane et le restera.

S'agit-il d'une cliente jeune et résistante, ce sera pendant de longues années, les prescriptions

des doses hebdomadaires, ce qui ne manquera pas d'attirer l'attention de l'inspecteur des pharmacies. Le médecin est lié par le secret professionnel ; il ne peut pas librement dévoiler, ni les diagnostics, ni les tares de ses malades à un pharmacien inspecteur des officines, ou à un juge d'instruction. Ce magistrat sera donc obligé de commettre un expert qui le renseignera, d'où des ennuis pour le médecin praticien.

Aussi bien des confrères se refusent-ils à prendre en charge un nouveau client, lequel frappe tour à tour aux portes médicales pour obtenir sa drogue par n'importe quel procédé.

Est-il possible de tenir pour vraisemblable la promesse du malade qui affirme vouloir se désintoxiquer ?

Si la cure de désintoxication doit se faire à domicile, disons de suite qu'elle sera absolument illusoire. Le malade a, en effet, trop de facilités, je dirai même trop de complicités pour se procurer contre argent des doses, non pas dégressives, mais hélas souvent progressives.

Il est donc indispensable que le morphinomane soit admis dans une maison de santé spéciale et sérieuse où des praticiens spécialisés pourront espérer obtenir la désintoxication.

Dr Paul BOUDIN

ASSURANCES SOCIALES

8.745. — Conditions d'attribution des prestations spéciales

Depuis le mois de novembre 1935, je soigne un malade pour une syphilis acquise, nécessitant des séries de piqûres pendant une durée assez prolongée.

Ce malade, assuré social, a pu bénéficier des prestations jusqu'à épuisement de treize feuilles de maladie, c'est-à-dire jusqu'en septembre 1936. Depuis ce moment, là, malgré ses demandes réitérées il n'a pu rien toucher de la Caisse. Celle-ci d'ailleurs ne l'avait jamais fait examiner par son médecin conseil.

J'estimais pourtant que ce malade entrait dans la catégorie visée à l'article 6, parag. 16 du décret-loi du 28 octobre 1935, d'autant plus qu'il n'a jamais interrompu son travail et qu'il a toujours cotisé aux Assurances sociales.

Sur mon conseil, mon client se fit plus pressant auprès de la Caisse et celle-ci se décida enfin à le faire examiner par son médecin. A la suite de cet examen elle vient d'adresser à mon client la lettre suivante :

« Le 13 novembre 1937, Monsieur. Dans son rap-
« port du 4 novembre 1937, notre médecin contrô-
« leur nous fait connaître qu'il serait désirable que
« les soins puissent vous être attribués pendant une
« durée de deux ans, mais l'article 6, paragr. 16 du
« décret-loi du 28 octobre 1935, n'étant pas encore

« en vigueur, nous ne pouvons donner suite au rem-
« boursement de vos prestations depuis le 8 septem-
« bre 1936, date d'échéance des six mois.

« Dès que cet article sera mis en vigueur, nous vous le ferons savoir.

« Veuillez agréer, etc. »

Devant ce refus, j'ai conseillé à ce malade de saisir la Commission d'arrondissement.

Au cas où celle-ci lui donnerait satisfaction (et il me paraît difficile qu'elle fît autrement), mon malade peut-il prétendre à un effet rétroactif à date du 8 septembre 1936 ? Sinon, comment devra-t-on calculer la durée du traitement puisque les deux ans arrivent à expiration maintenant ?

Dr M.

Réponse

D'après l'art. 6, paragr. 16 du décret-loi sur les Assurances sociales, il appartient au règlement intérieur des Caisses de déterminer le montant maximum et les conditions d'attribution des prestations spéciales de deux ans.

Or, ce règlement doit être conforme à un règlement-type établi par le ministre du Travail dans son arrêté du 30 janvier 1937. Ce règlement a formellement prévu dans son art. 38, l'octroi de soins préventifs et de prestations concernant les maladies ne comportant pas cessation de travail.

Une Circulaire du ministre du Travail en date du 27 avril 1937 a, d'autre part, décidé qu'en attendant que les Caisses aient adressé aux fins d'approbation leurs nouveaux règlements intérieurs, le seul règlement opposable aux adhérents des Caisses serait le règlement d'administration intérieure fixé par l'arrêté du 30 janvier 1937.

Ce même règlement-type a, d'autre part, été rendu effectivement obligatoire pour toutes les Caisses à dater du 1er octobre dernier par un arrêté du 29 septembre.

Dans ces conditions, votre client est fondé à demander les prestations spéciales pour son affection syphilitique depuis le 5 février 1937, date de publication du règlement-type au *Journal Officiel*.

Il est exact par contre, qu'il ne peut prétendre aux prestations pour cette affection que pendant un délai de deux ans, courant à partir de la première constatation médicale, délai qui vient donc à expiration à la fin de ce mois-ci.

8.592. — Maladie nouvelle. Droit aux prestations de l'assurance-maladie

Je viens vous demander quels sont les droits en Assurance sociale d'une malade qui se trouve dans la situation suivante :

Le 12 avril 1937, elle m'est adressée pour lombalgie. Elle est radiographiée, elle est soignée et le repos dure plus de six mois ainsi que les soins.

Entre temps, elle fait une appendicite aiguë le 20 septembre, elle est opérée, elle est guérie.

Actuellement, elle fait une poussée aiguë qui n'est rattachable ni à la lombalgie, ni à l'appendicite. Les six mois sont écoulés depuis le 12 octobre.

A-t-elle droit aux soins pour cette troisième maladie et à son indemnité journalière ?

Dr G.

Réponse

Si, en principe, les prestations de l'assurance-maladie ne sont dues que pendant six mois de soins, cette limitation ne vise que les soins concernant une maladie ou une affection déterminée. Il résulte, au contraire, des termes formels de l'art. 6, paragr. 13 *in fine* et de l'art. 13 du règlement intérieur type des Caisses d'assurances sociales, que si l'assuré établit que la nouvelle affection est indépendante de celle qui a précédemment motivé l'attribution des prestations, celles-ci peuvent dans tous les cas, et sous réserve des conditions de versement, être servies pendant un nouveau délai de six mois.

Au cas où un litige s'élèverait entre l'assuré et la Caisse en ce qui concerne le caractère dépendant ou indépendant de la nouvelle affection, il y aurait lieu de le soumettre à la Commission technique des trois médecins, prévue par l'art. 8, paragr. 3 du décret-loi sur les Assurances sociales. Cette Commission technique est saisie par lettre recommandée adressée au Greffier de la Justice de paix du domicile ne l'assuré.

Au cas où la Caisse refuserait de s'incliner devant la décision de la Commission technique, l'assuré devrait alors la poursuivre en paiement des prestations, devant la Commission d'arrondissement de son siège, par lettre recommandée adressée au Président de cette Commission, au Greffe du Tribunal civil, dans les dix jours de la notification de la décision de refus.

8.165. — L'intervention d'un auxiliaire médical doit être préalablement acceptée par la Caisse

Soignant dernièrement un enfant atteint de diphtérie sévère, comme la mère n'était pas en état de se rendre compte de la gravité de la maladie, de surveiller le pouls et de faire des badigeonnages de la gorge à l'enfant récalcitrant, j'ai demandé à une infirmière diplômée de venir aider aux soins et j'ai signalé sur la feuille d'Assurances sociales : nécessité d'une auxiliaire. La Caisse d'assurances sociales lui a donné une feuille mais maintenant refuse de payer ses visites, etc., sous prétexte qu'elle n'a pas fait d'injections. Cependant son rôle a été aussi utile que,

si elle était venue simplement faire de l'huile camphrée. Le refus de la Caisse est-il légal ? On dit : une auxiliaire et non une piqueuse ?

Dr V.

Réponse

Il résulte de l'art. 24 du règlement intérieur-type des Caisses d'Assurances ssociales, que si le praticien traitant estime nécessaire la consultation d'un second médecin, une intervention chirurgicale, des soins spéciaux, ou l'intervention d'un auxiliaire médical, les prestations correspondantes ne peuvent être remboursées par la Caisse que si cette dernière adresse à l'intéressé une acceptation de prise en charge des prestations, préalablement au traitement et sur demande de l'assuré.

Si, en l'espèce, cette acceptation de prise en charge n'a pas été délivrée par la Caisse et si même aucune demande ne lui a été adressée par l'assuré, elle est actuellement en droit de refuser le remboursement des frais d'infirmière puisque les formalités légales et réglementaires n'ont point été observées.

Dans le cas contraire, il est maintenant trop tard pour que la Caisse puisse contester l'opportunité de cette auxiliaire médicale et du moment que cette dernière a accompli son rôle conformément à vos instructions auprès du malade, l'assuré est fondé à demander le remboursement des frais qu'elle lui a occasionnés.

Dans ce cas, nous conseillons à votre cliente de porter le différend devant la Commission d'arrondissement, au siège de sa Caisse, par lettre recommandée adressée à son Président, au Greffe du Tribunal civil, dans les dix jours de la notification du refus.

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

a) *Accidents du Travail*

8.742. — Diathermie, plus mobilisation

Excusez-moi de venir encore vous importuner avec une question de tarif accident du travail.

Un confrère chirurgien m'adresse un blessé atteint d'une fracture de l'extrémité inférieure du radius en me demandant de lui faire des séances de diathermie et de mobilisation manuelle.

Dois-je compter diathermie, 25 francs, plus mobilisation 15 francs = 40 francs.

Ou simplement 25 francs, la mobilisation étant du même prix qu'une consultation, qui elle n'existe pas, la mobilisation étant faite par dessus le marché.

La même question se pose lorsqu'il y a massage et une intervention électrothérapique tel qu'infrarouge ou air chaud.

Dr G.

Réponse

Vous avez fait des séances de diathermie, plus des séances de mobilisation, dans ce cas, compte tenu de l'alinéa 2 de l'art. 10, je compterais : « diathermie : 25 francs. », plus « séance de mobilisation par mécanothérapie : 20 francs, divisé par 2 », fait 25 plus 10 = 35 francs par séance. Naturellement, vous avez donné « avis » (art. 7) de ces « interventions à tarif spécial ».

Dr F. DECOURT.

8.716. — Enlèvement de la plaque après consolidation d'une ostéosynthèse

Abusant de votre obligeance je me permets de vous demander le prix que je puis réclamer pour une opération se bornant à enlever sous anesthésie locale un appareil d'ostéosynthèse (plaque ou lame) quand la consolidation est obtenue.

Dr B.

Réponse

Je suppose (car vous ne précisez pas) qu'il s'agit d'un accident de travail. Dans ce cas, je ne vois nulle part, dans le tarif, qu'il y soit indiqué un prix spécial pour l'enlèvement d'une plaque *ou lame, après une ostéosynthèse.* Et cela s'explique puisque nous lisons dans le tarif à l'art. 20, D. : « Ostéosynthèse (y compris les appareils de contention) : 750 francs ».

Or, l'enlèvement d'un appareillage quelconque n'est jamais l'objet d'une tarification supplémentaire.

Dr F. DECOURT.

9.146. — Radioscopie et autorisation préalable

Nous croyons intéressant de publier la lettre suivante :

Le 28 septembre dernier vous m'avez transmis l'avis du Docteur Decourt publié dans le *Concours Médical* du 24 octobre 1937, page 2941, concernant une circulaire préfectorale du Jura qui exigeait des médecins l'autorisation préalable pour les radioscopies des mutilés.

J'ai adressé une réclamation basée sur cet avis et je suis heureux de vous informer que j'apprends le retrait de cette Circulaire après avis du Contentieux du ministère des Pensions.

Dr P.

---

b) Assurances sociales

8.619. — Prix des accouchements des assurées assistées

J'ai été appelé hier pour terminer un accouchement dystocique (siège mode des fesses, 20° heure du travail, surmenage maternel, souffrance fœtale), grande extraction avec lacs, délivrance.

Cette assurée sociale est bénéficiaire de l'art. 39 (assuré indigent).

Quels sont les honoraires auxquels j'ai droit ? Les visites ultérieures sont-elles comprises dans ce prix ?

Quels sont les honoraires de la sage-femme qui m'a appelé après 18 heures de surveillance effective, visites et soins ultérieurs habituels ?

Dr B.

Réponse

« Le décret-loi du 30 octobre 1935, sur les assurances sociales porte en son art. 19, alinéa 3 «... Les frais dus aux praticiens et aux établissements d'hospitalisation sont réglés : en ce qui concerne les frais médicaux et chirurgicaux et ceux afférents aux soins appliqués par des auxiliaires médicaux, conformément au tarif de responsabilité de la Caisse à laquelle sont inscrits les assurés sociaux ». Et plus loin, on lit : « Les frais revenant aux praticiens leur sont payés par les collectivités d'assistance, après règlement des prestations dues par la Caisse... ».

Il s'ensuit que « les honoraires auxquels vous avez droit « ne sont pas question d'ordre général, mais d'ordre local puisque dépendant du tarif de responsabilité de la Caisse.

Or, ce tarif vous pouvez le connaître en vous adressant à votre Syndicat puisqu'il a dû être placé en annexe de la convention Syndicat-Caisse.

D'une façon générale, je puis toutefois vous dire que la plupart des tarifs portent les prix d'un accouchement distocique effectué par le médecin seul et aussi d'une telle intervention « sur appel de sage-femme » laquelle, dans ce cas, a droit, pour elle-même, au prix d'un « accouchement par sage-femme ». Mais je ne puis vous dire cela que sous toutes réserves puisque, je le répète, il s'agit d'une question locale dépendant du Tarif de responsabilité de la Caisse intéressée, en l'espèce.

Dr F. DECOURT.

ACCIDENTS

8.896. — Responsabilité en cas d'accident survenu à l'école

Un élève de l'école communale de garçons en faisant un saut en hauteur commandé par un insti-

tuteur au cours d'un exercice sportif faisant partie du programme scolaire est tombé et s'est fracturé l'avant-bras.

On ne peut relever contre le maître aucune faute ou négligence. Dès lors je crois qu'il ne peut être rendu personnellement responsable. Mais l'Etat qui rend obligatoire la fréquentation scolaire et l'exécution du programme de l'école, n'a-t-il pas dans la circonstance sa responsabilité engagée puique l'accident s'est produit au cours d'un exercice commandé ?

Dans l'affirmative les parents sont-ils fondés à s'adresser au Préfet représentant de l'Etat pour le règlement des frais médicaux et pharmaceutiques ?

Dr J.

Réponse

La responsabilité de l'Etat en cas d'accident survenu dans les écoles publiques, n'a fait l'objet que d'une disposition formelle celle de l'art. 1384, paragr. 5 du Code civil.

Mais cet article ne concerne que la responsabilité des dommages causés par le fait des élèves placés sous la garde de l'instituteur. Les parents d'un élève victime d'un accident à l'école, ne peuvent donc invoquer ces dispositions que si cet accident est survenu par le fait d'un camarade.

Lorsqu'au contraire, l'accident n'est dû qu'au fait de la victime, la responsabilité de l'Etat ou de l'instituteur n'a lieu que dans les conditions de droit commun en matière de responsabilité administrative.

En principe, un fonctionnaire n'est pas responsable personnellement des dommages qu'il cause aux tiers au cours de l'exercice de ses fonctions. Il n'en va autrement que s'il s'est rendu coupable d'une faute personnelle se détachant de l'exercice des fonctions auxquelles il est affecté, c'est-à-dire d'une faute de l'homme.

En l'espèce, il ne saurait s'agir d'une faute de cette nature et il ne pourrait y avoir tout au plus que faute de service, soit de l'instituteur lui-même (défaut de surveillance, par exemple), soit de l'Administration de l'école (mauvaise installation de la salle de gymnastique, par exemple). Cette faute de service engage la responsabilité de l'Etat s'il s'agit d'une faute de l'instituteur, et de la commune s'il s'agit d'une faute dans l'agencement des locaux communaux.

Dans ces deux cas, la preuve de la faute incombe naturellement à la victime ou à ses ayants droit, et l'affaire doit être portée devant la juridiction administrative, c'est-à-dire, s'il s'agit de la responsabilité de l'Etat, devant le Conseil d'Etat, et s'il s'agit de la responsabilité de la commune, devant le Conseil de préfecture.

Cinquante-neuvième année — N° 52 — 26 Décembre 1937

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

- sommaire -

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	70 fr.	Belgique et Luxembourg...	80 fr.
Etudiants............	45 fr.	Première Zone..........	95 fr.
Le Numéro..........	1.50	Deuxième Zone.........	120 fr.

AVIS

Agenda Memento du Praticien

L'expédition de l'édition 1938, qui a eu lieu par poste, est actuellement en cours. Les souscripteurs auront donc satisfaction à brève échéance.

Nous disposons encore de quelques volumes et nous informons nos lecteurs qui auraient omis de souscrire, que nous sommes à leur disposition pour leur envoyer l'Agenda Memento du Praticien, en versant immédiatement la somme de 30 francs à notre compte de chèques postaux : *Concours médical*, Paris 167-95.

Renseignements

A céder. Côte d'Azur, établissement médical en pleine exploitation. Siuation magnifique, existe depuis 29 ans.

CANCER. — **L'action puissamment antinévralgique du Pyréthane, donné aux doses de 40, 60, 80 gouttes, en eau bicarbonatée à renouveler, procure une sédation et permet de garder en main médicale l'emploi de la morphine, d'en diminuer la dose ou de l'espacer.**

Les microbes pathogènes intestinaux, voilà les ennemis. Vous les vaincrez sans effort et rapidement si vous faites usage des TABLETTES DE MANGAÏNE. Là où les ferments ont échoué, elles réussiront. Sucez 4 à 6 TABLETTES DE MANGAÏNE par jour.

Héliothérapie. Maison santé Hélios. Dr BRODY, Grasse.

« La Colline » à Saint-Antoine - Nice. Maison repos, régimes, convalescence, fondée en 1909. Situation idéale. Altitude 250 mètres. Hydro électro-héliothérapie. Médecins. Infirmières. Prospectus sur demande.

Grand vin apér. et dessert. Mise du dom. App. orig. contrôlée. Tarif confrat. sur demande, Dr Wittwer, av. Gare, Perpignan.

Changements d'Adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 fr. 50 pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande.)

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

N° 329. — Côte d'Azur. Cause dép. colonies, céderais très bon poste méd. génér., accouch., proximité grande ville. Bon chiffre aff. prouvé. Bail, 3.500. A céder 20.000.

N° 330. — Dr cherche occupat. dans clinique ou aiderait confr. âgé. Accepter, situat. para-médicale.

N° 331. — Doct. cherche assist. pour visites à domicile, jour et nuit, anesthésies : Français, non naturalisé, ayant effectué son serv. milit., si possible, et muni diplôme d'Etat.

N° 332. — On désire acheter d'occasion et en bon état, patins à roulettes avec roulements à billes, pour fillettes de 10 et 15 ans.

N° 333. — Dr Belle à Nogent-sur-Oise recomm. jeune fille excell. famille pour aider confr. clinique ou domicile.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet BREITEL ET GORET

1, rue Dante, Paris (5e). - Tél. : Odéon 36-46

Banlieue parisienne. Import. client. avec fixes, pavillon, jard., garage. Indem. 110.000, 60.000 cpt.

Paris. Anc. client. de quart. commerç. Très bel appart. 5 p. conf. Prix 40.000.

Touraine. Gros centre, anc. poste très actif. Grde maison conf. Prix 60.000.

Sud-Ouest, proxim. bord mer, très import. client., maison tout conf. Loyer 4.000. Prix 80.000 à déb.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.** — MM. Strauss et Marchoux ont été désignés pour représenter l'Académie de médecine au Congrès international de la lèpre qui se tiendra au Caire le 21 mars 1938.

— **Faculté de médecine de Paris.** — *Prix Léon Frey.* — Par décret du 2 décembre 1937, la Faculté de médecine de Paris est autorisée à accepter la donation de Mme Veuve Frey pour la création d'un prix bis annuel sous le nom de « Fondation Léon Frey ».

Ce prix est destiné à récompenser le meilleur mémoire sur un sujet de stomatologie. Il sera réservé aux candidats de nationalité française sans distinction de sexe.

Le premier prix de cette donation sera attribué fin 1938.

Le Docteur Léon Frey a été un des fondateurs de la stomatologie française et le premier titulaire du cours de stomatologie à la Faculté de médecine de Paris.

— **Association de la Presse médicale belge.** — L'Association de la Presse médicale belge, en son Assemblée générale, tenue le 11 décembre, a élu à l'unanimité au titre de membre correspondant étranger, notre Rédacteur en chef, le Docteur Georges Fischer, pour services rendus à la presse scientifique en général et aux membres de l'Association.

Nous remercions vivement l'Association de la Presse médicale belge, son président, le Professeur Derom, son secrétaire général, notre éminent ami, le Docteur Beckers, de l'honneur fait à notre Rédacteur en chef, auquel la Rédaction du *Concours médical* est profondément sensible. Ce titre nouveau vient resserrer encore davantage les liens qui unissent la presse médicale belge et la presse médicale française.

— **Hommage au Docteur J. Belot.** — Le Docteur J. Belot, électro-radiologiste de l'hôpital Saint-Louis, devant quitter en décembre 1938 le service qu'il a créé et dirige depuis 1910, ses amis et élèves ont décidé de lui offrir un souvenir, commémorant sa longue et féconde carrière hospitalière.

Ce souvenir lui sera remis lors d'une réunion amicale, au cours du premier semestre de 1938.

Tout souscripteur d'une somme d'au moins 100 francs recevra une médaille gravée par Jean Vernon, l'un des maîtres français de la médaille et spécialement frappée à cette intention par Arthus-Bertrand.

Les souscriptions sont reçues dès maintenant par chèque bancaire ou chèque postal adressé : au Docteur F. Lepennetier, électro-radiologiste de l'hô-

pital Tenon, 169, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe), chèque postal : 1022-34 Paris, ou au Docteur Nadal, électro-radiologiste des hôpitaux, 15, rue Legendre, Paris (XVIIIe), chèque postal : 1148-58 Paris.

— Le prix de médecine coloniale au médecin-colonial Abbatucci. — La Faculté de Bordeaux vient de décerner le prix de médecine coloniale, avec médaille de vermeil, au Docteur Demets, d'Anvers, et au médecin-colonel Abbatucci pour avoir résolu, dans un travail commun, ce qu'on a appelé « l'énigme pathologique de Sainte-Hélène », c'est-à-dire les causes de la mort de Napoléon qu'on avait, jusqu'à eux, attribuée à un cancer.

Le mémoire qui vient d'être récompensé par la Faculté de médecine de Bordeaux a pour titre : « La vraie figure du Docteur Antommarchi et l'énigme pathologique de Sainte-Hélène », la première partie traitée par le Docteur Demets, d'Anvers, et la seconde par le Docteur Abbatucci.

Nice a été la première ville où le médecin-colonel Abbatucci a exposé le résultat de ses recherches dans une conférence donnée, il a quelques années, sous les auspices de *L'Eclaireur de Nice et du Sud-Est.*

Tous les documents recueillis depuis montrent bien que Napoléon a succombé non point à un cancer de l'estomac, mais à un abcès de foie consécutif à une dysenterie amibienne, affection endémique dans la colonie anglaise.

La thèse du Docteur Abbatucci est de plus en plus adoptée et le Professeur Cornil, de Marseille, lui donnait, il y a quelques jours, son adhésion dans une conférence au Centre universitaire méditerranéen.

Ajoutons que c'est la deuxième fois que la Faculté de médecine de Bordeaux décerne son grand prix de médecine coloniale au médecin-colonel Abbatucci qui est aussi titulaire de la médaille d'argent du ministère des Colonies et trois fois lauréat de l'Académie de médecine.

Nous joignons nos plus sincères félicitations à celles de *l'Eclaireur de Nice*, auquel nous empruntons cette note sur notre distingué collaborateur le Docteur Abbatucci.

— Faculté de médecine de Nancy. — *Clinicat.* — Sont chargés pendant l'année universitaire 1937-38, des fonctions de chefs de clinique.

Clinique médicale A : M. Pierquin. — Clinique médicale B : M. Briquel. — Clinique des voies urinaires : M. Vial. — Clinique chirurgicale infantile : M. Mathieu. — Clinique chirurgicale A : M. Grumillier. — Clinique chirurgicale B : M. Girard. — Clinique de dermatologie : M. Weille. — Clinique médicale infantile : M. Neimann. — Clinique ophtalmologique : M. Thomas. — Clinique obstétricale : M. Richon. — Clinique O.-R.-L. : M. Blum. — Clinique des maladies tuberculeuses : Mlle Binet (jusqu'au

1er janvier 1938) et Mlle I. Devin. — Clinique des maladies contagieuses : M. Helluy.

— **Faculté de médecine de Montpellier.** — *Clinicat.* — Ont été nommés chefs de clinique pour l'année 1937-1938 : Clinique médicale (Professeur Rimbaud) : M. Boucomont et M. Serre. — Clinique des maladies des enfants et hygiène du premier âge (Professeur Leenhard) : M. Barnay et M. J. Balmès. — Clinique des maladies nerveuses et mentales (Professeur Euzière) : M. Edouard Cassio.

— **Faculté de médecine de Nancy.** *Bourses accordées par la Caisse lorraine de recherches scientifiques.* — MM. Kissel, professeur agrégé et Acoyer, médecin capitaine (laboratoire de bactériologie), bourse de 6.000 francs pour leurs travaux sur l'infection ourlienne expérimentale. — MM. Drouet, Florentin, professeurs agrégés, Docteur Grognot (laboratoire d'histologie), bourse de 6.000 francs, pour leurs travaux sur la fonction pigmentaire, sur les glandes endocrines et sur l'action de la vagotonine en endocrinologie. — M. Thomas, chef de clinique ophtalmologique, bourse de 3.000 francs, pour ses travaux sur la déficience visuelle et l'influence des extraits hypophysaires sur la rétine. — M. Wolff, professeur agrégé (laboratoire de chimie), bourse de 3.000 francs pour ses recherches sur le rôle du magnésium et de certaines hormones dans différents états pathologiques. — M. Pierquin, chef de clinique médicale, bourse de 2.000 francs, pour ses travaux sur l'oxygénothérapie, en collaboration avec des médecins belges, tchécoslovaques et polonais.

— **Hommage au Professeur Boule.** — La ville de Montsalvy, pays natal du Professeur Marcellin Boule, directeur de l'Institut de paléontologie humaine, vient de donner à une de ses rues principales, le nom de l'éminent anthropologiste.

— **Amicale des médecins parisiens de Paris.** — L'Assemblée générale annuelle de l'Amicale des médecins parisiens de Paris s'est tenue le jeudi 9 décembre au Restaurant de la Reine Pédauque. A la suite d'un exquis repas, le Docteur Aubertin, président sortant, fut nommé président d'honneur. Après approbation des rapports du secrétaire général et du trésorier, les nouveaux élus — à la joie de tous — firent apprécier leur talent en un charmant discours.

Le président de l'Amicale pour 1938 est le Docteur Fège.

Etaient présents, les Docteurs Aubertin, Banzet, Blondel, Bongrand, Cachera, Capette, Chenet, Clément, Delinotte, Deniker, Derecq, Doin, Dufour, Fège, Galliot, Gérard (Léon), Girard, Greder, Guillemin, Laurent-Gérard, Le Clerc, Le Savoureux, Lévy (Suzanne), Loubier, Lutaud, Mme Magat-Berger, Merklen, Mock, Molina, Ombrédanne (Marcel), Pignot, Pitsch, Poumailloux, Prost, Quiserne, Rodier, Rouhier, Spindler, Talheimer, Thuillant, Valentin, Verchère, Vidal-Naquet, Vimont.

Pour tous renseignements concernant cette Amicale, prière de s'adresser au secrétaire général, Docteur Robert Thuillant, 43, rue de Rennes, Paris (VIe).

— **Naissances.** — Le Docteur et Madame Michel Hétroy nous annoncent la naissance de leur fils *Jacques*.

Amiens, 27, rue des Otages, le 17 décembre 1937.

— Le Docteur J. Boucher, de Péroy-les-Gombries (Oise), et Madame nous font part de la naissance de leurs petits-fils : Jean-Paul Donders, Nogent-sur-Marne (16 octobre 1937) et Philippe-André Saunier, Crépy-en-Valois (26 novembre 1937).

Nos sincères félicitations.

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Eugène Albouze, de Toulouse ; du Docteur Boutin, de Nantes ; du Docteur Pierre Chantrel, de Dingé ; du Docteur Charrin, de Saint-Didier-la-Séauve (Haute-Loire) ; du Docteur Charles Collon, de Niort ; du Docteur Marie Durand, de Saint-Martin d'Auxigny (Cher) ; du Docteur Gomma, d'Ax les-Thermes ; du Docteur Henri Labache, de Paris ; du Docteur Fernand Lalesque, d'Arcachon ; du Docteur Ernest Liotard, de Nice ; du Docteur Monribot, de Montauban ; du Docteur André Ricateau, de Crest (Drôme).

A TRAVERS L'OFFICIEL

Hôpitaux psychiatriques

Un poste de médecin directeur à l'hôpital psychiat trique de Fains (Meuse) sera prochainement vacan, par suite du départ de M. le Docteur Rondepierre, appelé à un autre poste. (*J. O.* du 7 décembre 1937.)

Enseignement de la médecine

Par arrêté du ministre de l'Education nationale en date du 7 décembre 1937, un concours pour l'emploi de professeur suppléant d'anatomie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges s'ouvrira le lundi 20 juin 1938 devant la Faculté de médecine de l'Université de Bordeaux.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture de ce concours.

Par décret en date du 2 décembre 1937, rendu sur le rapport du ministre de l'Education nationale, M. Watrin, professeur sans chaire, est nommé à compter du 1er janvier 1938, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de Nancy (dernier titulaire de la chaire : M. Hoche retraité).

Par arrêté du ministre de l'Education nationale en date du 7 décembre 1937, la chaire d'anatomie pathologique (dernier titulaire : M. Roussy) de la Faculté de Paris, est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à dater de la publication, est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

M. Joseph-F. Martin, agrégé, chef de travaux, est nommé, à compter du 1er janvier 1938, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de Lyon (dernier titulaire de la chaire : M. Favre, transféré dans une autre chaire).

M. Cotte, agrégé libre, est nommé à compter du 1r janvier 1938, professeur de chirurgie opératoire à la Faculté de Lyon (dernier titulaire de la chaire : M. Patel, transféré dans une autre chaire).

Par décret en date du 9 décembre 1937, rendu sur le rapport du ministre de l'Education nationale, le titre de professeur honoraire est conféré à M. Imbert, et à M. Cassoute, anciens professeurs à la Faculté mixte de médecine générale et coloniale et de pharmacie de l'Université d'Aix-Marseille.

Pensions militaires

Liste d'aptitude des médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, vétérinaires prévue par la loi du 12 août 1933.

Rectificatif au *Journal Officiel* du 12 octobre 1937 : page 11475, 3e colonne, pour le poste de médecin titulaire du lycée d'Aix, rayer : « 1. M. le Docteur Lhoste ».

Légion d'honneur

Sont inscrits au tableau de Concours supplémentaire :

Service de santé

(Réserve)

Pour le grade d'officier

Cassard, médec. command., 9e rég.

Pour le grade de chevalier

Médecins : Gaudot, médec. capit., rég. Paris ; Picard, médec. capit., 8e rég. ; Berthelot, médec. capit., rég. Paris ; Périsson, médec. capit., rég. Paris.

Réponses des ministres aux questions des parlementaires

L'exercice de la clientèle payante par les médecins militaires et fonctionnaires en Afrique occidentale française

4.510. — M. Louis LINYER, sénateur expose à M. le ministre des Colonies que le Gouvernement général de l'Afrique occidentale française interdit l'exercice de la clientèle à tous fonctionnaires médecins ou assimilés (contractuels, etc.), et ceci même dans les localités où n'exerce aucun médecin libre ; de plus, le Gouvernement de l'Afrique occidentale française fait payer les consultations par le client au Trésor, prix variant de 15, 30 et 60 francs suivant les circonstances et sur ces sommes ainsi recueillies, le praticien touchera chaque fin de mois une ristourne de 7 fr. 50 ; et demande sur quels règlements se fonde cette pratique. (*Question du* 9 *novembre* 1937.)

Réponse. — La règlementation actuellement en vigueur en Afrique occidentale française pour l'exercice de la clientèle payante par les médecins militaires, fonctionnaires ou contractuels a été approuvée par le ministre des Colonies.

Tout acte de clientèle payante par un de ces médecins donne lieu au profit du Trésor à un payement dont une partie est ensuite reversée au médecin à titre de rémunération.

Les tarifs de cession prévus (consultations, visites à domicile, accouchements, opérations, etc., etc.) ainsi que les conditions d'exercice de la clientèle par les médecins de l'Administration, diffèrent selon qu'il s'agit de localités pourvues ou non de médecins libres.

Dans le premier cas, l'appel en consultation seul est autorisé et les tarifs sont plus élevés, de manière à ne pas concurrencer les médecins libres. Dans le second, la rétribution demandée aux particuliers est moins forte et les médecins de l'Administration sont tenus de donner leurs soins à tous les malades sans distinction d'origine ou de profession.

Le prix d'une visite à domicile par exemple est de 50 francs ou de 30 francs ; la ristourne au médecin de 20 ou de 10 francs.

Ces dispositions administratives ont pour but de favoriser l'exercice de la médecine libre aux colonies et d'éviter les abus que peut engendrer au détriment du service comme des particuliers la pratique de la clientèle payante par des médecins jouissant de tous les avantages attachés à la qualité de fonctionnaire.

(*J. O.*, 26 novembre 1937.)

La Circulaire sur la chirurgie thoracique dans les sanatoriums ne s'applique pas aux médecins des hôpitaux

4.453. — M. ARMBRUSTER, sénateur, demande à M. le ministre de la Santé publique si les dispositions

de la Circulaire n° 62, du 27 avril 1937, concernant la chirurgie thoracique dans les sanatoriums s'appliquent également aux hôpitaux qui reçoivent, eux aussi, des malades de l'Assistance médicale gratuite et si, dans l'affirmative, un médecin d'hôpital, chef d'un service de tuberculeux, qui désire pratiquer uniquement des «sections de brides» à l'exclusion de phrénicectomies, thoracoplasties, etc., doit, pour ce faire, être préalablement habilité à cette pratique dans les conditions énumérées à ladite Circulaire. (*Question du* 20 *juillet* 1937.)

Réponse. — La Circulaire en question ne vise que les médecins et chirurgiens appelés à pratiquer la chirurgie thoracique dans les sanatoriums. Elle ne s'applique pas aux médecins des hôpitaux et ne modifie en rien les conditions dans lesquelles ces médecins effectuent actuellement, dans leur service, des opérations telles que thoracoplasties, phrénicectomies, sections de brides, etc.

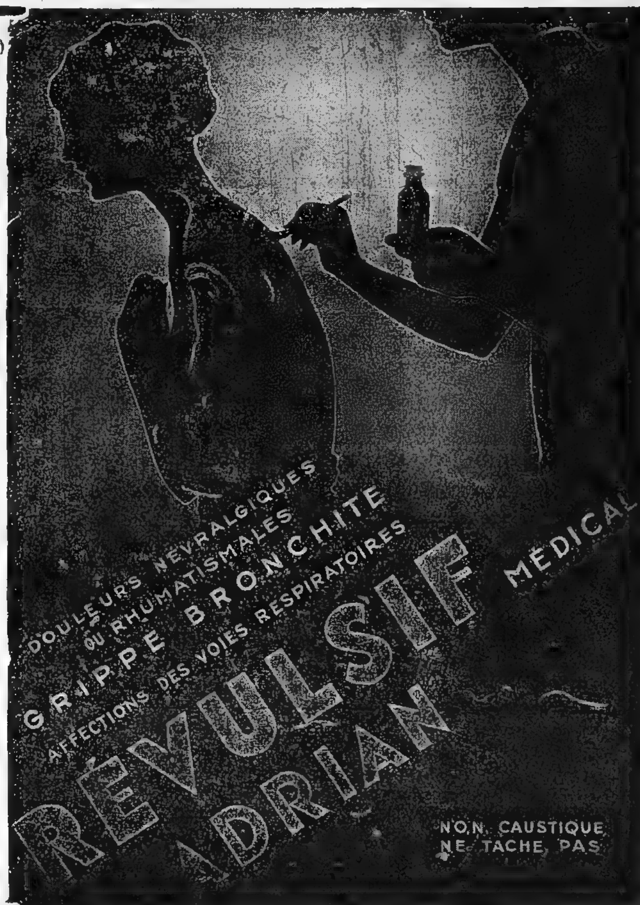
(*J. O.*, 17 novembre 1937.)

Remboursement d'une ceinture de grossesse

4.322. — M. Raymond Lachal demande à M. le ministre du Travail : 1° si une Caisse d'assurances sociales, se basant sur l'application de l'article 9, paragraphe 1, du décret-loi du 28 octobre 1935, article qui dispose qu'en cas de maternité l'assurée et la femme de l'assuré reçoivent une prestation fixée par le tarif de responsabilité de la Caisse et représentant l'ensemble des frais médicaux et pharmaceutiques relatifs à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites, est fondée à refuser à l'assurée le remboursement d'une ceinture ordonnée par le médecin après l'accouchement, l'ordonnance médicale étant ainsi libellée : port d'une ceinture pour maintien de la paroi abdominale ; 2° dans la négative, si la même ceinture doit être remboursée dans le cas où elle a été prescrite par une sage-femme. (*Question du* 26 *août* 1937.)

Réponse. — Quel que soit le praticien qui l'a ordonnée, la ceinture de grossesse ne peut faire l'objet d'un remboursement distinct du forfait prévu à l'article 9 du décret-loi du 28 octobe 1935 sur les Assurances sociales. Ce forfait comprend en effet l'ensemble des dépenses afférentes à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites. Une grossesse normale ne comportant pas l'obligation de porter une ceinture abdominale, le remboursement de celle-ci n'est admis qu'en cas de grossesse pathologique dans les conditions applicables à l'assurance maladie. Dans ce cas, l'état de grossesse pathologique doit être formellement certifié par un médecin, sous sa responsabilité, la Caisse se réservant son droit de contrôle et l'assurée son droit de saisir la Commission technique visée à l'article 7 du décret-loi précité en cas de contestation entre elle et sa Caisse.

(*J. O.*, 19 novembre 1937.)



Base de la patente d'un médecin propriétaire de sa maison. Obligation de donner le détail des frais professionnels

4.180. — M. A. DE LA GRANGE, sénateur, demande à M. le ministre des Finances s'il est permis à un contribuable exerçant une profession libérale et propriétaire de la maison qu'il occupe de compter dans ses frais généraux la valeur locative des locaux à usage professionnel servant de base au calcul de la patente, et pendant combien d'années ce même contribuable est tenu de donner le détail de ses frais professionnels. (*Question du* 8 *mars* 1937.)

Réponse. — D'après l'article 79 du Code général des impôts directs, lorsqu'on contribuable exerçant une profession libérale est propriétaire de ses locaux professionnels, c'est le revenu net d'après lequel lesdits locaux sont soumis à la contribution foncière et non la valeur locative retenue pour l'établissement de la patente, qu'il y a lieu de déduire du revenu brut pour la détermination des bases de l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales. D'autre part, conformément à l'article 84 du Code précité, les contribuables passibles de cet impôt sont tenus de produire, dans les deux premiers mois de chaque année, une déclaration indiquant le montant de leurs recettes brutes, celui de leurs dépenses professionnelles et le chiffre de leur bénéfice net de l'année précédente. Mais ils ne sont pas obligés de joindre à leur déclaration un relevé détaillé de leurs dépenses professionnelles ; ce relevé peut seulement leur être demandé par le Contrôleur des Contributions directes lorsque ce dernier le juge utile pour le contrôle des déclarations à l'égard desquelles peut s'exercer le droit de répétition (déclarations de l'année en cours et des trois années antérieures).

(*J. O.*, 17 novembre 1937).

Droits des femmes de ménage aux congés payés

4.652. — M. Henri BECQUART demande à M. le ministre du Travail quelle est la situation vis-à-vis de la loi sur les congés payés, d'une femme de ménage ne travaillant chez un même particulier que quelques heures par jour et quelques jours par semaine, si elle a droit au bénéfice de la loi et, dans l'affirmative, comment doit être calculé le salaire à lui verser durant son congé. (*Question du* 16 *novembre* 1937.)

Réponse. — En vertu des dispositions du décret du 10 novembre 1937, seuls peuvent bénéficier d'un congé annuel payé de quinze jours ou d'une semaine les domestiques ou gens de maison occupés normalement d'une façon continue par le même employeur. Il semble, sous réserve de l'interprétation des Tribunaux, que les femmes de ménage qui ne sont occupées que quelques heures par jour et quelques jours par semaine ne peuvent prétendre au bénéfice des dispositions du décret susvisé.

(*J. O.*, 10 décembre 1937.)

Voir la suite page LV-3697

PROPOS DU JOUR



LE PROJET D'OFFICE CENTRAL DES ŒUVRES MÉDICALES DE PRÉVOYANCE ET DE BIENFAISANCE

❖ ❖ ❖

Il y a un terrain sur lequel tous les médecins doivent et peuvent s'entendre, c'est sur celui de la Prévoyance et de la Bienfaisance confraternelles.

Les œuvres qui s'efforcent de les réaliser sont nombreuses. Elles ne veulent, ni ne peuvent se fondre ; d'ailleurs cette fusion serait nuisible au Corps médical et diminuerait fatalement la totalité de ses ressources. Mais s'il ne peut s'agir de fusion, nous devons éviter la confusion et faire un effort pour que nos œuvres se soutiennent, coordonnent leurs actions et s'entr'aident au lieu, sinon de se concurrencer, du moins de s'ignorer.

C'est dans ce but que, répondant à l'appel de l'Association générale des médecins de France, les délégués d'une douzaine de Sociétés de Prévoyance ou de Bienfaisance les plus importantes, se sont réunis au Siège social de l'Association sous la Présidence du Docteur Chapon.

Le Docteur Touchard, secrétaire général de la Société Centrale de l'A. G., a exposé dans un rapport remarquable, le but que l'on se proposait d'atteindre.

Pour faciliter l'étude du projet de cet Office dont on pourra étendre le rayon d'action presqu'à l'infini, M. Touchard a, avec clarté et méthode, résumé en sept questions, ce qui pourrait être réalisé très promptement et nous croyons qu'il est intéressant pour tous les médecins de prendre connaissance de ces questions, d'y réfléchir, de formuler leur critique et de donner à leur sujet toutes suggestions désirables.

Voici les questions que pose le Docteur Touchard auxquelles nous nous permettons nous-mêmes de répondre *provisoirement*.

1° *Doit-on établir* UN SERVICE D'ENQUÊTES *et de renseignements — avec* UN FICHIER *pour les bénéficiaires de secours — et* UN BUREAU DE RENSEIGNEMENTS *sur les œuvres médicales* ?

Le service d'enquête nous paraît surtout important. Il conviendrait que toutes les œuvres disposassent d'un questionnaire unique qui serait envoyé à tout solliciteur et qui servirait de point de départ à l'enquête.

La constitution d'un fichier pour les bénéficiaires d'un secours demande mûre réflexion, car, dans bien des cas, il pourrait y avoir de déplorables indiscrétions.

Le bureau de renseignements sur les œuvres s'impose et est très facile à réaliser immédiatement.

2° *Doit-on étendre cette coopération et établir des relations constantes et permanentes entre les œuvres — afin de faciliter et d'harmoniser, par une action commune, leur fonctionnement* ?

Indiscutablement. Deux ou trois fois par an et plus souvent selon les circonstances pourrait avoir lieu une réunion des délégués de chaque œuvre affiliée à l'Office.

3° *Donnera-t-on à cet Office la possibilité d'organiser* UN SERVICE D'ASSISTANCE AUX VIEILLARDS, *veuves et infirmes — par l'établissement d'une liste de maisons de retraite — et de fonctionner pour eux comme un centre de placement, avec le concours des œuvres dont ils relèvent* ?

Ce serait à souhaiter. D'ailleurs, le Docteur Darras a fait le relevé des maisons de retraite de la région parisienne qui accepteraient des pensionnaires à un prix très modique.

4° *Donnera-t-on à cet Office la possibilité d'organiser* UN SERVICE D'ASSISTANCE PAR LE TRAVAIL *aux médecins, veuves et enfants — et de fonctionner pour eux comme un centre de placement, par la mise à jour d'emplois vacants* ?

L'Assistance par le travail est à réaliser. Certaines veuves ou orphelines de médecins par l'intermédiaire de la F. E. M. en ont déjà bénéficié.

Non seulement il faudrait centraliser les offres et les demandes, mais pouvoir s'assurer que les postulants à un emploi soient aptes à le remplir.



5° *Dans les questions, d'ordre général ou particulier, qui les intéressent, et pour toute démarche utile, nos œuvres pourraient-elles, soit en commun, soit particulièrement, se faire représenter par cet Office ?*

Il serait bon que les Œuvres aient toujours recours à l'Office qui, au bout de quelques temps, serait très connu et jouirait d'une véritable influence.

6° *Les frais administratifs seront-ils couverts par le paiement de cotisations ?*

Une cotisation nous paraît indispensable. Cette cotisation d'abord modique, pourrait être élevée au fur et à mesure que l'Office rendrait plus de services.

La cotisation pourrait être divisée en deux : 1° une cotisation fixe pour chaque œuvre ; 2° un droit minime à payer par l'œuvre intéressée pour chaque intervention de l'Office.

La question mérite d'être étudiée et sérieusement discutée.

7° *Peut-on prévoir, dans des cas exceptionnels, la distribution d'un secours immédiat et la constitution à cet effet d'une caisse alimentée par des dons ?*

Cette Caisse pourrait être parfois utile. Il conviendrait que son intervention fut tout à fait exceptionnelle et éviter qu'elle fît double emploi avec les autres Caisses de secours immédiats.

***

Tout ceci ne peut être résolu au pied-levé. La réunion des délégués des œuvres a nommé une commission de cinq membres, comprenant les Docteurs Cibrie, Darras, O'Followell, Touchard et Noir, et à laquelle on a adjoint le Docteur Paul Boudin, comme conseiller juridique, commission qui est chargée d'examiner ces sept questions. Elle a, en outre, décidé de prier les délégués d'envoyer au siège de l'Association une note de quelques lignes indiquant le but, les moyens d'action, le fonctionnement, les statuts et l'annuaire de chaque œuvre. Ces réponses permettraient de rédiger un Répertoire des Sociétés médicales de Prévoyance et de Bienfaisance, répertoire qui serait publié dans les divers organes de la Presse médicale et ferait connaître à tous les médecins les œuvres médicales dont beaucoup et des plus utiles sont ignorées de ceux qui pourraient s'y intéresser.

J. Noir.

LE DANGER DE TROP FACILITER LES ÉTUDES CLASSIQUES

A ce sujet nous croyons intéressant de reproduire quelques passages du chapitre intitulé *Latiniste* du Tableau de Paris de S. Mercier, publié en 1783 à Amsterdam :

Après avoir exposé le danger qu'il y avait à faire faire des études classiques gratuites à nombre d'enfants qui deviennent ainsi impropres au travail manuel qu'ils méprisent ainsi que leurs parents qui s'y livrent et qui se trouvent incapables de remplir une fonction et font des déclassés, l'auteur ajoute :

« Le Gouvernement devrait interdire au plus tôt *ces collèges de plein exercice*, où il n'y a que l'apparence de l'éducation ; elle semble gratuite, elle pompe les plus précieuses années de la jeunesse. Les petits bourgeois *qui n'ont rien à payer*, précipitent en foule leurs enfants dans ces classes stériles, pour les retrouver au bout de dix ans plus sots, plus gauches et plus neufs que s'ils avaient été élevés chez un paysan, qui du moins leur aurait donné l'éducation physique et la connaissance du potager........ Les collèges de plein exercice, indiscrètement ouverts à tout le monde, ne font que verser sur le pavé de Paris une multitude d'inutiles sujets qui, avec une éducation ébauchée, vont corrompre tous les états où ils se glissent. Ce fléau s'étend et se propage, et menace la société d'un déluge de fainéants et d'oisifs.... »

Hélas ! il en est de même, 154 ans après. Et les médecins ne sont pas les seuls à le constater et à s'en plaindre.

J. N.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

LA FISSURE ANALE

Aspects cliniques et thérapeutiques

Par

Pierre OURY, Médecin-Chef

Xavier LARMURIER et Maurice GORNY, Internes

de l'Asile National de Saint-Maurice

L'étude clinique et thérapeutique de la fissure anale semble, au premier abord, avoir été poussée très loin.

Il nous paraît cependant intéressant de reprendre la description de cette affection qui tient en proctologie une place si importante. Longtemps, en effet, on s'est contenté d'une description, sinon vague, du moins restreinte. Ce n'est véritablement que sous l'influence des travaux de Bensaude et de ses élèves que le syndrome fissuraire fut parfaitement individualisé, et qu'on rapprocha de la fissure anale certaines ulcérations rapportées jusqu'alors à d'autres causes. Récemment encore Rachet, isolant les différentes formes cliniques de fissure, en distingue trois variétés : la fissure simple, la fissure évoluée et la fissure compliquée.

L'observation de plusieurs centaines de malades, nous a amené à établir une description plus objective, presque dermatologique.

Les différentes variétés de fissures ne sont, pour nous, que des états anatomiques et cliniques évolutifs d'une même lésion. La fissure passe en effet par trois stades : de simple, elle évoluera en modifiant certains de ses caractères vers la fissure triangulaire, qui aboutira elle-même à l'ulcère atone. Nous avons en outre constaté la multiplicité et la fréquence des lésions associées au fur et à mesure que la fissure vieillit ; exceptionnelles avec la fissure simple, elles sont presque constantes avec l'ulcère atone.

***

Historique

Ce n'est vraiment qu'avec Quénu et Hartmann que la fissure anale est entrée dans la phase moderne de sa description clinique. Doumer, dans son rapport à l'Académie de médecine, le 26 octobre 1897, signala la guérison de la fissure par les courants de haute fréquence.

L'article que Bensaude, dans le nouveau Traité de médecine (en 1925) consacre à la fissure est certainement, à l'époque, l'exposé le plus complet et le plus qualifié. Parmi les multiples travaux parus depuis lors, et que nous mentionnerons au cours de notre travail, rappelons particulièrement la communication de Bensaude, Cain et Lièvre à la Société médicale des hôpitaux (10 juin 1930), au cours de laquelle ces auteurs présentaient le traitement de la fissure par les injections sous-fissuraires de quinine et urée. Essayée en 1921, abandonnée à cause des réactions douloureuses qu'elle provoquait, puis reprise avec des doses plus faibles et avec des résultats plus encourageants, cette méthode a été également choisie par Graham depuis 1924, puis par Yeomans.

Leibovici, en 1935, à la suite d'une injection péri-fissuraire de novocaïne, qui devait précéder un traitement chirurgical, constate la disparition du syndrome fissuraire et la cicatrisation de l'ulcération ; généralisant, par la suite, ces injections qui lui avaient donné un résultat si heureux et si inattendu, il voit les succès se confirmer. Récemment R. Bensaude et A. Bensaude ont fait une mise au point des divers traitements de la fissure anale en insistant tout particulièrement sur les injections périfissuraires (Traitement de la fissure anale, *Le Monde médical*, août 1937).

***

Etiologie

Sur une muqueuse anale saine, les érosions, après avoir provoqué quelques phénomènes douloureux, guérissent rapidement.

Par contre, la fissure anale n'a aucune tendance à la guérison spontanée.

Cette persistance s'explique avant tout par les causes prédisposantes qui favorisent l'apparition de la fissure. De toutes ces causes, la stase veineuse, c'est-à-dire les hémorroïdes, est la plus importante, beaucoup plus importante même qu'on ne le pensait jusque-là. En effet, si l'on indiquait que 70 % des fissuraires étaient en même temps des hémorroïdaires, dans la statistique que nous avons établie, la proportion est encore plus élevée, elle est de l'ordre de 83 %.

Nous ne saurions donc suffisamment insister sur cette association à peu près constante entre fissure et hémorroïdes. Dans les traités classiques et même dans les articles les plus récents on passe trop rapidement sur ce fait qui, d'apparence tout à fait banale, a pourtant un grand intérêt au point de vue séméiologique et thérapeutique. Souvent, en effet, la fissure guérie, persistent des symptômes hémorroïdaires. Ces lésions associées ont une grande importance dans la directive du traitement. Disons dès à présent qu'une fissure ne sera solidement et complètement guérie, que lorsqu'on aura conjointement ou ultérieurement traité les hémorroïdes qui l'ont provoquée.

Comme autres causes prédisposantes viennent ensuite l'inflammation de la muqueuse anale par le produit des sécrétions des rectites, des stules, l'irritation par l'eczéma, les oxyures. Là encore ces différentes causes n'agissent que par l'intermédiaire de la poussée hémorroïdaire à laquelle succède secondairement la fissure.

En résumé, la constipation et l'altération hémorroïdaire de la muqueuse sont les réelles et habituelles causes de la fissure anale.

La contracture n'est plus actuellement considérée comme primitive, l'ulcération étant secondaire. Mais on a adopté l'explication inverse : l'irritation des terminaisons sensitives situées au niveau de l'ulcération se transmet au centre médullaire pour se réfléchir dans les filets moteurs et donner lieu à la contracture permanente du sphincter. De quelle nature est cette irritation ? Quénu a confirmé par l'histologie l'hypothèse de Alligham : les filets nerveux sous-jacents à l'ulcération participant à l'inflammation, présentent des lésions de névrite qui expliquent les violentes douleurs observées.

La fissure s'observe surtout à l'âge adulte et est plus fréquente chez la femme que chez l'homme (3 pour 2). On la rencontre également, bien que beaucoup plus rarement chez l'enfant et même chez le nourrisson.

***

Symptomatologie

I. La fissure simple :

A sa période de début, la fissure présente des caractères extrêmement nets et typiques, aucune complication ne vient encore troubler son syndrome ou modifier son aspect. On lui donne le nom de fissure simple. Trois symptômes essentiels la caractérisent : la douleur, l'ulcération et la contracture du sphincter.

a) LA DOULEUR.

La séméiologie de la douleur fissuraire est absolument caractéristique et extrêmement frappante. Quelle qu'en soit l'intensité, d'ailleurs très variable, elle apparaît dans des conditions à peu près identiques : elle est provoquée par la défécation et lui survit plus ou moins longuement.

Quoique délaissée et critiquée par les auteurs récents, au point de vue descriptif, la distinction en variété tolérable et variété intolérable mérite d'être toujours maintenue.

Dans la *variété tolérable,* la douleur consiste en une sensation de cuisson, de chaleur pénible qui suit immédiatement la défécation et persiste après elle pendant une ou plusieurs heures.

Nombre de malades qui connaissent bien cette douleur opposent volontiers leur matinée pénible et douloureuse dans son ensemble, par suite de la défécation, au bien-être normal et à l'indolence de l'après-midi. Assez rarement la douleur n'est que peu intense. C'est dans ces formes « hypo-douloureuses » une simple sensation d'écorchure anale survenant au moment de la défécation et disparaissant rapidement après elle.

Dans la *variété intolérable,* plus fréquente que la précédente, la douleur d'une acuité extrême réalise au maximum le syndrome fissuraire.

La crise fissuraire s'établit alors suivant son type classique à trois stades successifs :

1° Au moment où le bol fécal force le sphincter une sensation de déchirure atroce, qui ne dure que quelques instants.

2° Une accalmie de quelques minutes fait suite.

3° La réapparition de la douleur qui augmente de plus en plus jusqu'à son acuité maxima sous la forme d'une déchirure profonde, d'une brûlure intra-rectale.

Cette douleur tardive s'accompagne d'irradiations dans les régions voisines, du côté de la vessie, de l'urètre, des reins ou des testicules, et le long du nerf sciatique, elle entraîne des troubles urinaires très fréquents allant de la simple pollakiurie à une rétention complète, avec contracture très pénible du sphincter vésical. Elle détermine souvent une agitation extrême, peut même provoquer un état syncopal. L'acuité de la douleur est parfois telle que l'on est amené à discuter l'urgence d'une intervention chirurgicale. Deux fois, nous nous sommes trouvés en présence de malades se tordant de douleurs, poussant des cris atroces, et chez qui nous avons été obligés de faire intervenir d'urgence.

Après avoir atteint son acmé, la douleur diminue d'intensité et disparaît. L'ensemble de la crise dure deux à quatre heures. Parfois les paroxysmes douloureux deviennent plus fréquents et durent plus longtemps. Le patient finit par souffrir d'une façon continue, les crises se produisent en dehors de la péfécation, à l'occasion de la toux, d'un effort léger, le malade se condamne à l'immobilité, prend des positions de soulagement, tantôt comprimant son périnée sur l'angle d'une chaise, tantôt se couchant sur le flanc, les jambes fléchies, en « chien de fusil ». Il souffre malgré les soins locaux qu'il a imaginés, bains de siège, suppositoires qu'il ne peut plus introduire, et réclame la piqûre de morphine qui mettra un terme à son supplice.

Il redoute la défécation, évite de se présenter à la selle, se prive de nourriture. Certains fissuraires se constipent artificiellement, d'autres, redoutant le passage des matières fécales, entretiennent une diarrhée permanente. Les fonctions digestives finissent par se troubler, l'état général s'altère, certains malades sombrent dans une neurasthénie complète qui accroît encore l'intensité des réactions douloureuses.

Cette distinction de la fissure simple en variétés tolérable et intolérable serait pour certains auteurs (Delbet, Rachet) « mauvaise, inutile et inexacte ». Nous estimons, quant à nous, que cette distinction doit être maintenue. Nous avons constaté, en effet, des fissures récentes, aiguës dans lesquelles la douleur était peu intense, supportable, et nous avons remarqué que les douleurs intolérables n'étaient nullement l'apanage des nerveux et pouvaient affecter les sujets les moins prédisposés. Par ailleurs, Bensaude, encore en 1925, maintenait cette distinction.

En dehors de la douleur la fissure comporte peu d'autres troubles fonctionnels ; il n'est pas rare pourtant que la défécation soit suivie de quelques gouttes de sang. Tout à fait exceptionnellement, on a vu une grande hémorragie constituer le premier symptôme.

b) L'Ulcération

La crise douloureuse est si caractéristique que le récit du malade peut suffire à faire le diagnostic et lorsqu'on passe à l'examen de l'anus, on soupçonne déjà la lésion qu'on doit y trouver. L'ulcération présente quatre caractères principaux : elle est petite, superficielle, allongée, linéaire et occupe avec une constante électivité la partie postérieure de la circonférence anale désignée sous le nom de commissure postérieure.

Chez la femme il est moins rare qu'on ne le pense de trouver des fissures antérieures ; les fissures latérales sont exceptionnelles.

La fissure peut être plus ou moins profonde, et d'après son siège on distingue la fissure sous-sphinctérienne, sphinctérienne et sus-sphinctérienne. Pour Delbet, la seule fissure qui s'accompagne de sphinctéralgies serait la sphinctérienne. Cependant nous avons observé des fissures sus-et sous-sphinctériennes qui présentaient le syndrome fissuraire typique.

L'examen d'une fissure comporte trois temps : le toucher, l'inspection et l'examen anuscopique. Chez certains malades, et lorsque la douleur n'est pas trop intense, ces trois phases de l'examen peuvent être facilement réalisées ; lorsqu'au contraire la douleur atteint vraiment une intensité intolérable, souvent seul l'examen superficiel le palper externe sont possibles.

Le toucher pratiqué, avec beaucoup de douceur, permet de découvrir le siège de la fissure. Celle-ci se trouve au point où la pression du doigt provoque une douleur vive. La pression est indolore sur les faces latérales ou à la commissure antérieure, au contraire la pression de la commissure postérieure est des plus douloureuses, le contraste entre la douleur exquise de la commissure postérieure et l'indolence totale ou relative des autres segments anaux est l'un des meilleurs signes de la fissure. C'est le signe « des quatre points cardinaux ».

Lorsqu'on retire le doigt se dessine souvent au pourtour de l'anus une petite bavure hémorragique « en aile de papillon » dont la constatation a une réelle valeur séméiologique. Elle est provoquée par le minime traumatisme du toucher et l'on pourrait presque dire que la fissure se décalque sur les téguments qui l'entourent ; même dans les hémorroïdes les plus saignantes nous n'avons jamais observé un tel aspect du saignement. Guidé par ces premières indications on déplisse doucement la muqueuse de la région suspecte et l'on découvre plus ou moins facilement l'érosion ; tantôt elle repose à plat sur la muqueuse et est facilement visible, tantôt elle est cachée par une végétation polyforme appelée

par les auteurs anglo-américains l'hémorroïde sentinelle (sentinel piles) : en fait cette végétation polyforme n'a rien de commun avec les hémorroïdes, c'est une excroissance cutanéo-muqueuse enflammée et œdématiée.

Souvent encore, la fissure coexiste avec des hémorroïdes, et le bourrelet hémorroïdaire la cache entièrement : soit par déplissement direct, soit même à l'anuscope, on ne peut arriver à voir la fissure, elle est enfouie au fond des plis radiés et congestionnés. La douleur exquise de la commissure postérieure en avait fait prévoir la présence ; en portant au contact de cette zone un tampon monté, la fissure y marque sa présence par une ligne hémorragique. Lorsque la fissure est bas située, elle apparaît au déplissement superficiel comme une érosion linéaire, longue de 10 à 15 millimètres, large de 1 à 3, elle est rouge carminée, hémorragique et tranche franchement sur la muqueuse de voisinage, d'autres fois sa couleur reste plus rosée et dans ce cas la fissure passerait plus facilement inaperçue.

C'est une petite plaie nette, superficielle, d'aspect récent, sans enduit grisâtre ou suppuré.

Parfois la fissure est plus haut placée, on ne la trouve plus par simple inspection, il faut la rechercher dans le canal sphinctérien.

Dans la variété tolérable, on peut introduire un anuscope étroit en prenant la précaution de l'appuyer sur la commissure antérieure, avec ou sans cocaïnisation préalable. C'est en retirant doucement l'instrument qu'on aperçoit la partie ulcérée. Il est pourtant des malades, chez lesquels l'acuité de la douleur ou la petitesse de la fissure empêchent de mettre directement en évidence la lésion recherchée. Dans ce cas, à travers l'anuscope, on introduit un tampon de coton monté sur un bâtonnet d'osier, on l'applique au contact de la muqueuse à l'endroit où l'on soupçonne l'existence d'une fissure, celle-ci y marque sa trace sous la forme d'un fin liseré sanglant. Dans la variété intolérable, il ne faut à aucun prix insister pour introduirt l'anuscope ou même le doigt, l'intensité de la douleur et la contracture du sphincter indiquene clairement l'existence d'une fissure.

c) LA CONTRACTURE SPHINCTÉRIENNE

C'est un signe évident et très caractéristique ; on la constate facilement lorsqu'on introduit doucement le doigt dans l'anus ; assez minime dans la variété tolérable, elle atteint un degré extrême dans la forme intolérable et empêche absolument l'examen.

L'évolution de la fissure simple est variable. Dans les cas légers, grâce aux soins de toilette, à une hygiène alimentaire et à un traitement médical, les symptômes s'amendent rapidement et l'ulcération se cicatrise. D'autres fois, on observe des récidives survenant deux à trois ans après des guérisons spontanées. Enfin il existe des fissures rebelles qui passent plus ou moins rapidement aux stades de fissure triangulaire puis d'ulcère atone.

II. **La fissure triangulaire.**

La fissure triangulaire réalise une étape évolutive de la fissure simple.

En effet, au bout d'un certain temps variant de quelques jours à quelques mois, alors que la fissure conserve toute sa physionomie douloureuse, l'ulcération modifie ses caractères et se complique. L'ulcération qui était linéaire, allongée, tout en restant superficielle, s'élargit petit à petit dans sa partie externe et reste effilée dans sa portion interne, elle prend ainsi un aspect triangulaire. C'est un triangle à base cutanée et à sommet anal, les bords sont linéaires, symétriques et à peine saillants.

Le fond conserve son aspect rouge carminé hémorragique, ou bien prend déjà un aspect moins vif, moins net et devient grisâtre.

Avec cette transformation, les douleurs persistent ou s'aggravent, et là encore on peut distinguer la variété tolérable et la variété intolérable du syndrome fissuraire.

La contracture sphinctérienne est aussi intense.

Cependant la fissure triangulaire, du fait de sa chronicité et par conséquent à la suite des diverses lésions qui peuvent se greffer sur elle, a des caractères symptomatologiques plus complexes que ceux de la fissure simple. Il est assez fréquent de constater l'apparition d'une série d'affections (néoformations polypeuses, fistulettes, abcès) d'autant plus nombreuses que l'ulcération sera plus vieille. Il n'est pas étonnant de les voir prendre toute leur ampleur au stade évolutif suivant qui est l'ulcère atone.

III. **L'ulcère atone**

Nous estimons que l'ulcère atone n'est qu'un stade évolutif et terminal d'une fissure simple.

Souvent c'est une fissure qui est restée très longtemps tolérable et c'est justement du fait de cette latence, que des lésions anatomiques méconnues au stade fissuraire simple aboutissent d'une façon torpide à l'ulcération souvent importante de l'ulcère atone.

Cette transformation de la fissure simple en ulcère atone a été déjà entrevue par Quénu, et pour cet auteur tous les intermédiaires sont possibles entre fissure classique et ulcère atone.

L'ulcère atone présente deux signes essentiels : son siège constant, et son évolution d'une chronicité désespérante.

Ajoutons encore la coexistence très fréquente de complications, c'est à son propos qu'on doit parler des *lésions associées* de la muqueuse anale.

On lit dans les traités classiques que l'ulcère

n'est jamais soupçonné par l'interrogatoire, qu'il n'engendre pas de signes fonctionnels.

La réalité est tout autre : si l'ulcère atone présente plus rarement le syndrome fissuraire typique, intolérable, il se révèle toujours par une douleur plus ou moins vive, et la contracture sphinctérienne, quoique moins marquée, existe encore. Il n'est pas rare, en effet, de voir les malades porteurs d'un ulcère atone, venir consulter uniquement pour des douleurs plus ou moins pénibles survenant à la défécation.

En outre, d'autres signes : hémorragies, suintement purulent signalent sa présence.

L'ulcère atone est parfois visible au simple déplissement des plis radiés, occupant le repli médian postérieur il s'étend plus ou moins sur toute la hauteur du canal anal et déborde peu ou pas sur la marge cutanée. Quelquefois le toucher permet à lui seul de soupçonner l'ulcère : on sent en effet, au niveau du repli postérieur, une perte de substance douloureuse de taille variable et dont les bords sont indurés.

Assez souvent cette ulcération conserve une telle souplesse qu'on ne la perçoit pas au toucher. Dans ce cas, ce n'est que par déplissement de la muqueuse ou en introduisant l'anuscope qu'on découvrira l'ulcère atone. Cet examen, quoiqu'on ait dit, est douloureux.

Débutant rarement dans la zone cutanée l'ulcère commence immédiatement ou légèrement au-dessus du sphincter externe. Il est parfois nécessaire d'utiliser un anuscope pour le voir entièrement. C'est une ulcération peu profonde, allongée en raquette à grosse extrémité cutanée.

Le fond de l'ulcération est régulier, lisse, torpide, sans aucun bourgeon à sa surface. La teinte est gris jaunâtre, tranche parfois par sa pâleur sur le reste de la muqueuse, d'autres fois sa teinte est très voisine de celle de la muqueuse et ce n'est que la dépression plus ou moins profonde de sa surface qui révèle l'ulcération.

Les bords sont nets, épaissis, non déchiquetés, taillés à pic ; souvent même l'ulcère présente une forme encore mieux définie et franchement géométrique : triangle à base cutanée et à sommet plus ou moins profond à l'intérieur du canal anal, les bords latéraux sont linéaires et symétriques, modérément épaissis, jamais décollés.

Du côté de sa base cutanée, cette ulcération triangulaire présente un aspect plus ou moins variable, tantôt la base est aussi rectiligne que les deux autres côtés, et dans ce cas l'ulcère a vraiment la forme d'un triangle isoscèle, tantôt et cela dans la majorité des cas, une hémorroïde ou une néoformation visibles à l'extérieur, masquent sa base. En effet, c'est avec l'ulcère atone que vont se multiplier les lésions associées qui, par leur présence, transforment et marquent les signes fonctionnels ou encore entretiennent et infectent l'ulcération.

Les hémorroïdes, déjà cause de l'apparition de la fissure, sont la complication la plus fréquente ; on observe souvent l'existence d'une hémorroïde plus ou moins flétrie qui encercle par sa base en arceau l'extrémité externe de l'ulcère ; dans d'autres cas l'ulcère est situé au fond d'une vallée profonde dont deux hémorroïdes internes rouges, douloureuses forment les bords.

Une forme assez fréquente d'ulcère compliqué est réalisée par l'association de l'ulcération et de néoformations anales.

Ces néoformations se présentent sous des aspects variés :

Tantôt il s'agit d'hypertrophie papillaire, et dans ce cas il est fréquent de ne rien sentir au toucher ;

Quelquefois on a la sensation de petites indurations de la muqueuse, l'anuscope montre les papilles hypertrophiées sous la forme de petites saillies triangulaires de 1 à 2 millimètres de haut, dont le sommet pointe dans la lumière de l'anus, de couleur blanc nacré ; elles ont une consistance cornée et on les a comparées à des dents de chat ;

Plus souvent c'est un petit polype hémorroïdaire, en battant de cloche, implanté sur le bord latéral ou sur le sommet de l'ulcère. Plus rarement il coexiste avec une ou plusieurs néoformations polypeuses à distance de l'ulcère. Ce polype est d'un volume variable, d'un pois à une cerise, franchement pédiculé ; parfois on peut le sentir au toucher, habituellement sa souplesse le fait échapper au doigt et ce n'est qu'à travers l'anuscope qu'on le découvre.

Enfin, il n'est pas rare de voir un ulcère atone se compliquer d'une fistulette. Celle-ci s'engage sous un pont cutané qui recouvre la base de l'ulcération, et se termine par un petit abcès sous-cutanéo-muqueux : c'est au niveau de cette petite fistule que naît la suppuration pour laquelle le malade vient parfois consulter. Les douleurs deviennent quelquefois permanentes avec exacerbations paroxystiques et s'accusent par la sensation de tension et de battements, elles siègent nettement en dehors du canal anal et correspondent au petit abcès terminal de la fistulette. D'autres malades viennent consulter uniquement pour une petite tuméfaction à douleur intermittente, située à 2 ou 3 cm. de l'anus, dans le sillon interfessier, et c'est elle qui fait découvrir l'ulcération. En tout cas la fistule est toujours très limitée, strictement sous-cutanée et ne comporte nullement les difficultés opératoires des fistules profondes.

L'évolution de l'ulcère atone est désespérément chronique : aucune tendance à la cicatrisation.

IV. Eclatement fissuraire

A côté de cette fissure, dont on a vu les diffé-

rents aspect évolutifs, il faut attirer l'attentiou sur un véritable état fissuraire diffus de la muqueuse anale, jusqu'à l'heure présente insuffisamment isolé, et qu'on pourrait désigner sous le nom d'éclatement fissuraire de la marge anale.

Il est assez fréquent de constater, en déplissant l'anus d'un fissuraire, qu'au moindre effort de tiraillement les téguments, au niveau même de la jonction cutanéo-muqueuse, éclatent en de multiples petits endroits.

Dans de tels cas, c'est beaucoup moins la muqueuse qui est lésée que la peau elle-même. Ce sont des érosions très superficielles, longues de cinq à six millim., beaucoup moins profondes que la fissure classique ne remontant jamais jusqu'à la région sphinctérienne et de ce fait beaucoup moins douloureuses.

Ces petites érosions surviennent quelquefois spontanément, se produisant toutes en même temps, ou parfois à plusieurs jours d'intervalle ; elles n'ont nullement l'élection de la fissure classique pour la commissure postérieure et se produisent sur tout le pourtour de l'anus.

Cet éclatement fissuraire détermine un syndrome fissuraire habituellement léger, guérissant en quelques jours pour se reproduire avec une extrême facilité.

Il nous paraît plus habituel chez la femme et souvent il ne donne lieu à aucune douleur mais peut être l'origine d'un prurit tenace ou de réaction eczémateuse péri-anale.

***

Diagnostic

Le diagnostic ne comporte pas de difficultés spéciales, cependant, fissure ou ulcère atone risquent de rester méconnus lors d'un examen local trop rapide ou trop superficiel.

La fissure simple ou triangulaire pose le diagnostic de toutes les crises douloureuses survenant après la défécation.

Les hémorroïdes ne donnent jamais lieu à une douleur aussi marquée, sauf complications, thrombose ou prolapsus hémorroïdaire enflammé.

Les douleurs hémorroïdaires sont plus permanentes ; elles s'aggravent bien certes au moment de la défécation, mais elles n'ont pas cet intervalle libre des algies fissuraires. Une erreur fréquemment commise consiste à méconnaître la fissure anale lorsqu'elle coexiste avec des hémorroïdes volumineuses : on se contente du diagnostic d'hémorroïdes, on leur attribue tous les troubles accusés, et l'on est étonné de ne pas voir une amélioration notable suivre l'application du traitement hémorroïdaire.

On évitera cette erreur en pratiquant toujours un examen complet de la muqueuse anale ; on aura ainsi la surprise de découvrir, cachée dans un bourrelet hémorroïdaire, l'ulcération fissuraire caractéristique. La cure des hémorroïdes passe alors au second plan et ne sera entreprise qu'après traitement de la fissure.

— *La névralgie anale* ou anorectale est, à nos yeux, une affection fréquente, elle se traduit par des douleurs dont l'intensité ne le cède en rien à celle des douleurs fissuraires. Mais, caractère différentiel capital, la douleur survient indépendamment de la défécation, quelquefois l'exonération calme la douleur, il n'existe aucune contracture douloureuse du sphincter. Le toucher rectal et l'endoscopie, toujours faciles ne montrent aucune lésion de la muqueuse.

Les névralgies anales ou anorectales s'observent plus fréquemment chez la femme, elles sont fréquemment consécutives à des lésions inflammatoires génitales, ou peuvent être le reliquat d'une fissure guérie par dilatation.

— *Le cancer de l'anus* présente une forme douloureuse pseudo-fissuraire, mais il existe toujours sous l'ulcération suspecte une induration pathognomonique, se prolongeant vers le canal anal par une coulée ligneuse. Dans tous les cas litigieux la biopsie lèvera les doutes.

— *La coccygodynie,* qui consiste en une douleur coccygienne ou sacrococcygienne, reconnaît une étiologie traumatique et prête peu à confusion avec la fissure.

Enfin, chez le nourrisson, la fissure anale peut être méconnue. Il y faut y penser chez un enfant constipé criant au moment des selles, qui sont quelquefois légèrement sanglantes.

L'ulcère atone de la commissure postérieure pose le diagnostic de toutes les ulcérations anales et surtout des lésions vénériennes.

Le chancre mou peut donner une lésion assez voisine. Mais l'ulcération est plus large, plus irrégulière, souvent déchiquetée, plus douloureuse, souvent multiple, accompagnée de ganglions inguinaux. Le diagnostic bénéficie de la recherche du bacille de Ducrey dans les lésions locales et surtout de l'intradermo-réaction au dmelcos.

Le chancre de l'anus n'est pas une ulcération, mais une exulcération reposant sur une base indurée ; elle s'accompagne d'une adénopathie caractéristique, le diagnostic en est facilité par les recherches biologiques.

Signalons les anites de la maladie de Nicolas-Favre, si diverses d'aspect, mais dans lesquelles la réaction de Frei est positive.

Lorsqu'il existe une sécrétion minime, il convient de ne pas confondre l'ulcère avec une fis-

tule anale. En réalité les lésions sont toutes différentes, la sécrétion de l'ulcère atone est insignifiante et intermittente ; elle dépend, comme nous l'avons vu, d'une fistulette située sur le rebord cutané et qui ne ressemble aucunement à la fistule anale classique.

***

Traitement

1. Chirurgical

Le traitement chirurgical, seul traitement de la fissure anale avant 1897, présente malgré les succès rapides, quelques inconvénients : la récidive y est toujours possible.

Le traitement chirurgical se trouve indiqué dans les fissures qui résistent aux injections modificatrices. Ces fissures rebelles ne sont le plus souvent que des ulcères atones compliqués. Pour ceux-ci, la méthode de choix est la dilatation avec excision triangulaire de l'ulcération, du clapet purulent et du petit condylome comme le conseillait Lecène.

2. Médical

Si la fissure est jeune, la douleur tolérable, un traitement très simple doit être le premier mis en œuvre : il consiste en badigeonnage de la fissure avec une solution de nitrate d'argent au 1/30e. On tend la fissure à plat le mieux possible, on la touche pendant 5 ou 10 secondes, 3 à 4 minutes d'attente, on applique une pommade au collargol à 10 ou 15 % ou une pommade à l'insuline. On répète ces attouchements tous les soirs ou tous les deux soirs.

Il convient d'instituer concurremment une médication pnur rendre les selles plus faciles (huile de paraffine, suppositoires) et calmer les douleurs de la défécation (badigeonnage avant et après les selles avec une solut. de cocaïne à 5 %).

Nous avons obtenu par ce traitement purement médical quelques succès rares sans doute, mais incontestables.

En dehors de ces prescriptions médicales, le traitement de la fissure comporte deux grandes méthodes : d'une part, les méthodes de traitement électrique ; d'autre part, les injections sous-fissuraires. Ces deux méthodes comprennent l'une et l'autre de nombreuses variantes que nous passerons en revue, mais disons immédiatement que traitement électrique et injections sous-fissuraires ne s'excluent nullement et que fréquemment, dans notre pratique personnelle, nous avons complété les injections par des applications de haute fréquence ou de diathermie, tandis que chez d'autres malades nous avons fait précéder les injections sous-fissuraires d'un traitement électrique.

3. Traitements électriques

Les traitements électriques donnent des résultats incontestables. La méthode la plus employée est la haute fréquence soit sous forme de haute tension, ainsi que l'a décrit Doumer en 1897, soit sous forme de basse tension, diathermie ano-rectale, soit enfin suivant la technique toute récente des ondes courtes intracavitaires.

Nous pensons que la haute fréquence est particulièrement indiquée au début de la crise fissuraire, qui est calmée assez rapidement, mais doit être complétée par la diathermie intrarectale qui a une action moins sédative, plus lente, mais dont le rôle cicatrisant vis-à-vis de la lésion anatomique est plus sûr.

R. Bensaude, I. Solomon et J. Marchand ont insisté récemment sur le traitement radiothérapique (Cong. radiologie. Zurich, août 1934). Ces auteurs soutiennent que la radiothérapie atténue toujours la douleur, contribue à la cicatrisation de l'ulcération et permet l'application des procédés de haute fréquence trop douloureux d'emblée. L'application de cette méthode doit être très prudente surtout chez les femmes à cause de l'influence des rayons sur les règles.

Marchand prescrit : « Une séance de rayons moyennement pénétrant, mais très filtrés (0,5 Cu + 2 Al) la dose unique oscille entre 150 et 200 R ».

L'électro-coagulation trouve son indication dans le traitement de certaines fissures larges et dans l'ulcère atone. Pratiquée en large surface de l'ulcération, elle ravive celle-ci sous l'escarre et permet au bout de quelques jours sa cicatrisation. Cependant, tandis que Rachet estime que l'électro-coagulation peut guérir tous les ulcères atones, nous restons personnellement fidèles aux conceptions défendues par Bensaude, il y a plusieurs années. Dans l'ulcère atone et particulièrement lorsqu'il est compliqué de fistulette avec petit clapier purulent, mieux vaut une excellente intervention chirurgicale que de multiples essais électriques.

Pour nous, l'électro-coagulation reste surtout le merveilleux traitement du polype implanté au sommet ou au voisinage de l'ulcération.

A côté des techniques électriques, les injections sous et péri-fissuraires occupent une place maintenant prédominante.

4. Traitement par les injections périfissuraires

Les injections péri et sous-fissuraires sont une acquisition récente dont la place grandit de jour en jour.

Sa mise au point fut assez longue et difficile ; elle suscita de nombreux travaux en France et dans les pays anglo-américains : plusieurs méthodes restent en présence.

L'initiative de ce traitement revient à Cain, mais la technique d'abord employée fut abandonnée à cause des vives réactions douloureuses qu'elle provoqua et modifiée plus tard en partie sous l'influence des travaux de Graham, Yeomans, Baldwin et Synott.

Bensaude, Cain et Lièvre, dans une communication du 10 janvier 1930, précisèrent les modalités de cette technique.

1° Le malade est placé en position génu-pectorale. On déplisse avec beaucoup de prudence et de douceur les plis radiés de l'anus de façon à ne pas faire souffrir le malade.

2° On repère l'extrémité cutanée de la fissure, laquelle siège presque toujours à la commissure postérieure de l'anus.

3° On anesthésie la muqueuse anale avec un tampon imbibé d'un peu de liquide de Bonin appliqué quelque temps au contactde la fissure.

4° Avec une seringue de 2 c c. munie d'une aiguille très fine à biseau court, on pénètre juste au-dessus de l'extrémité externe de la fissure et l'on fait glisser l'aiguille au-dessous de celle-ci.

5° On fait pénétrer l'aiguille de 4 à 5 mm. et à ce moment on pousse 3 à 5 dixièmes de c. c. d'une solution de chlorhydrate de quinine et d'urée à 5 %. La piqûre et surtout l'injection du liquide sont souvent très douloureuses mais c'est habituellement une douleur très vite apaisée.

6° Après la piqûre on peut toucher la fissure à l'ichtyol pur ou au nitrate d'argent.

On répète l'injection deux ou trois fois à quatre ou cinq jours d'intervalle, si c'est nécessaire. Mais le malade éprouve un très grand soulagement immédiatement après la première piqûre. Dans la plupart des cas, une seule injection ou deux nous ont suffi pour obtenir une guérison complète avec cicatrisation de la lésion. Cette cicatrisation demande huit à dix jours et il faut attendre ce délai pour juger de la guérison anatomique.

On a reproché à cette méthode d'être douloureuse et d'exposer à des échecs. Pour obvier à ces inconvénients, on y a apporté des modifications qui ont abouti à la technique préconisée par Bensaude dans la *Presse Médicale* du 23 octobre 1935.

Cette technique diffère essentiellement de la précédente par deux points : « Au lieu d'injecter le liquide immédiatement au-dessous de l'extrémité externe de la fissure et parallèlement à celle-ci, on fait l'injection dans le sillon ano-coccygien à environ deux centimètres de l'anus et on dirige l'aiguille de haut en bas perpendiculairement au grand axe de la fissure. Grâce à cette pratique on peut injecter une plus grande quantité de liquide, car les tissus au-dessous du sillon ano-coccygien se laissent plus facilement distendre que le tissu scléreux qui double la commissure postérieure, siège habituel de la fissure ». L'autre modification porte sur le liquide injecté une solution anesthésiante huileuse remplaçant avec avantage la solution de quinine-urée, Bensaude se servit d'abord de la solution huileuse de benzoate de benzocaïne :

Benzoate de Benzocaïne	} âã 5	
Alcool phénylméthylique	}	
Huile d'amandes douces		90

abandonnée à cause de son prix trop élevé.

Après avoir employé une solution d'huile percaïnée le choix de Bensaude s'arrêta définitivement sur la solution suivante préparée suivant la formule de Horsch :

Anesthésine	4 gr.
Aminobenzoate de butyl (butesine)	1 gr.
Alcool benzylique	5 gr.
Novocaïne basique	0 gr. 50
Huiles d'amandes douces .... Q. s. p.	100 gr.

divisée en ampoules stérilisées de 5 c. c. par deux chauffages à 90°.

L'emploi de cette solution huileuse implique celui d'une aiguille à fort calibre rendant la piqûre très douloureuse, d'où la nécessité de faire au préalable une injection de novocaïne à 1 % avec une aiguille aussi fine que possible.

On voit donc que cette technique est notablement plus compliquée que la précédente ; elle demande à être exécutée avec le maximum de douceur et de patience, faute de quoi elle serait extrêmement douloureuse.

Une troisième technique a été préconisée par Leibovici dans le *Journal de Médecine de Paris* du 18 avril 1935. Elle comporte l'emploi d'une seringue de 5 c. c., d'une aiguille fine et pas trop courte, d'une solution de novocaïne de 1 pour 200 ou 1 pour 100, 10 à 15 c. c. suffisent.

On pique au niveau du sillon ano-coccygien à quelques centimètres de l'orifice anal et on fait là un bouton dermique ; puis, on enfonce l'aiguille en visant la fissure et on pousse l'injection en même temps que l'aiguille. L'injection arrive sous la fissure ; elle est parfois un peu douloureuse ; il faut pousser doucement ; mais on arrive à infiltrer la muqueuse du canal anal au milieu de la fissure et à son voisinage, de façon à intéresser presque toute la moitié postérieure du canal. La muqueuse anesthésiée, la douleur cesse aussitôt. On termine en poussant quelques centimètres cubes de novocaïne dans le sphincter anal, également dans sa paroi postérieure.

Personnellement nous restons fidèles à la première méthode à laquelle nous avons apporté deux petites modifications.

Nous utilisons un mélange d'une solution de chlorhydrate de quinine et d'urée à 5 % et de novocaïne à 1 % (1/2 c. c. de quinine urée pour un centimètre cube de novocaïne). Le malade en position génu-pectorale, on anesthésie la région anale au liquide de Bonin. On pique le plus près possible au-dessus de l'extrémité externe de la fissure, mais lorsque par suite de difficultés opératoires on ne peut piquer immédiatement au-dessus, on se reporte à 4 ou 5 millimètres plus haut. On fait glisser l'aiguille vers et sous le trajet de la fissure en même temps qu'on injecte progressivement le mélange quinine-urée-novocaïne.

Cette méthode a sur celle de Bensaude l'avantage d'être plus simple, plus facilement applicable par le praticien qui n'a pas toujours un aide à sa disposition. D'autre part, nous pensons qu'il n'est peut-être pas sans inconvénient d'injecter des produits huileux lentement résorbables dans ces tissus malades, sclérosés et mal nourris.

Nous préférons également l'emploi du mélange quinine-urée-novocaïne à la novocaïne pure car, reprenant à notre compte, la conception de Cain lors de ses premiers essais en 1921, nous pensons que l'adjonction de quinine-urée est indispensable pour provoquer les remaniements histologiques que la novocaïne à elle seule ne pourrait produire.

Ainsi, pour nous résumer, nous employons les injections sous-fissuraires, mais avec les deux variantes suivantes :

1° Piqûre, si c'est nécessaire, un peu plus éloignée du pôle de la fissure.

2° Grand rôle anesthésique de la novocaïne, et importance du volume plus considérable de la solution à injecter.

Cette technique nous donne souvent de splendides résultats à la suite d'une ou tout au plus de deux injections. Ces guérisons sont surtout obtenues dans la fissure simple et dans la fissure triangulaire ; dans l'ulcère atone au contraire, nous reconnaissons quelques échecs, qui en fin de compte, seront guéris chirurgicalement.

Cependant, et c'est un point sur lequel nous insistons, le traitement de la fissure par les injections sous-fissuraires ne suffit pas toujours. Souvent il devra être complété par un traitement électrique ; en particulier chez les femmes pusillanimes, on ne peut faire d'emblée cette injection, alors qu'elle pourra être facilement pratiquée après quelques séances de haute fréquence.

Au cours de ce traitement, une grande précaution : lorsque l'injection sous-fissuraire est faite et qu'elle a donné un beau résultat, on ne doit pas examiner le malade pour ne pas distendre la région anale, car la cicatrisation ne se fait qu'au bout de quelques jours.

Par ailleurs, la fissure ne sera définitivement traitée que lorsqu'on se sera occupé du terrain hémorroïdaire sur lequel elle s'est développée. Il est nécessaire, non pas immédiatement après la guérison de la fissure, mais dans les semaines qui suivent, de revoir le malade et de faire une cure radicale des hémorroïdes par injections sclérosantes.

Il est un point sur lequel nous insisterons encore, c'est la différence de curabilité de la fissure chez la femme et chez l'homme. Cette fissure plus fréquente chez la femme que chez l'homme est plus sensible aux injections sous-fissuraires et sa curabilité plus grande chez cette première.

Conclusions

La fissure anale, entité morbide bien définie et apparaissant presque toujours sur une muqueuse hémorroïdaire, présente trois stades :

— Récente, aiguë, elle a une symptomatologie bien typique, la fissure anale est dite simple.

— Vieillissant, elle modifie son aspect, devient triangulaire, tout en gardant intact son syndrome fissuraire.

— Se compliquant et perdant ou non son caractère douloureux, elle constitue l'ulcère atone.

Elle est justiciable de quatre ordres de traitement :

1° Du traitement médical souvent insuffisant ;

2° Du traitement chirurgical, riche de nombreux succès, indiqué dans les formes compliquées.

3° Du traitement par les courants de haute fréquence, méthode douce, sans danger, à succès généralement rapide et définitif.

4° Enfin, seul ou concurremment avec le précédent, du traitement par les injections sous-fissuraires, de tous celui qui est le plus employé à l'heure actuellhe.

C'est une méthode sûre, simple, et de plus en plus à la portée de tous les praticiens lorsqu'ils en auront etudié les différents temps techniques.

Notes de traumatologie pratique

LES TRAUMATISMES MÉCONNUS DU RACHIS CERVICAL

L'histoire clinique des malades porteurs de lésions méconnues des vertèbres est curieuse en plus d'un point. Elle mérite d'être diffusée, car à combien d'erreurs de diagnostic n'a-t-elle pas donné lieu, du fait des accidents nerveux tardifs que ces troubles occasionnent, en laissant impotents des adultes vigoureux.

Dernièrement, deux publications ont attiré l'attention sur les traumatismes du rachis cervical, l'une du Docteur Petit-Dutaillis (1), l'autre du Docteur Raphaël Massart (2).

***

Les lésions au moment où elles se produisent, dit Petit-Dutaillis passent souvent inaperçues.

Cela peut tenir sans doute à ce que la radiographie ne montre rien à ce stade initial ; c'est le cas d'un certain nombre des tassement trabéculaires des corps vertébraux qui ne se manifesteront nettement du point de vue radiologique que plusieurs mois après l'accident, par une ostéoporose et un tassement d'une ou de plusieurs vertèbres (maladie de Kummel-Verneuil). C'est le cas aussi de lésions parcellaires des apophyses articulaires, comme le fait n'est pas rare au rachis cervical, qui peuvent passer inaperçues sur un cliché ordinaire alors qu'elles apparaissent seulement sur des vues stéréoscopiques.

Mais beaucoup de lésions sont initialement méconnues, soit parce que l'accident a pu sembler en soi minime, soit parce que les signes fonctionnels immédiats ont été insignifiants et que dans les deux cas on a négligé de faire pratiquer une radiographie du rachis. A ceux qui la pratiquent systématiquement, même pour ces cas en apparence bénins, la radiographie réserve parfois des surprises étonnantes. Le fait est surtout vrai pour les traumatismes portant sur la colonne cervicale. C'est ainsi que dans ces dernières années, de nombreux auteurs ont pu rapporter des faits de luxations incomplètes ou complètes des vertèbres cervicales sans aucun trouble nerveux immédiat. L'absence de troubles nerveux avec de pareils déplacements semble, au premier abord, paradoxale. Le fait s'explique aisément si l'on tient compte qu'il s'agit de luxations compliquées de fractures : fracture de l'odontoïde en cas de luxation atloïdo-axoïdienne, l'odontoïde restant solidaire de l'arc antérieur de l'atlas et fuyant ainsi le bulbe au lieu de l'écraser, fracture de l'arc postérieur au voisinage des pédicules dans les autres cas, expliquant que l'arc reste séparé du corps vertébral et ne le suive qu'incomplètement dans son déplacement en avant.

Il n'est pas moins vrai que si le blessé, immédiatement après l'accident peut ne présenter aucun signe de compression radiculo-médullaire ou si ceux-ci sont parfois infimes, l'avenir de pareils blessés reste plein de menaces si la luxation est restée méconnue et n'a pas été suivie. Même au cas où la luxation a été reconnue au moment du traumatisme, on peut assister à une exagération progressive, dans les mois qui suivent l'accident, de la déformation initiale, par suite d'un glissement secondaire de la vertèbre luxée. C'est ce glissement secondaire, favorisé sans doute par l'absence de consolidation de la fracture concomitante et par la distension progressive des ligaments plus ou moins importants, qui explique les aggravations tardives. Celles-ci surviennent, en général, plusieurs mois après le traumatisme, que le malade ait ou non été traité par des moyens orthopédiques. Ceux-ci sont en effet absolument insuffisants pour lutter contre l'action constante de la pesanteur et de la tonicité musculaire. Et si on n'arrête pas ce glissement par une greffe osseuse, les accidents les plus menaçants peuvent apparaître. Ceux-ci peuvent survenir brusquement comme chez un blessé qui s'effondra soudain pendant la marche, frappé d'une quadriplégie dont il mourait trois jours plus tard malgré une tentative de laminectomie. Ces accidents peuvent aussi se constituer lentement et progressivement, témoin un cas de luxation altoïdo-axoïdienne où les troubles nerveux avaient débuté six mois seulement après le traumatisme par un membre supérieur, s'étendant au membre inférieur correspondant, puis au côté opposé, la quadriplégie ayant mis trois mois à se constituer et six mois à entraîner la mort par compression bulbaire.

On ne saurait trop insister sur l'importance d'avoir toujours présente à l'esprit la possibilité de ces grands traumatismes du rachis sans signe nerveux immédiats. On a vu plus d'une fois des médecins ignorants de ces questions, traiter de simulateurs de malheureux ouvriers qui se plaignant de souffrir du rachis longtemps après l'accident, sous le fallacieux prétexte que l'accident en soi semblait avoir été minime, que le malade

(1) *Revue médicale française*. Mai 1937.
(2) *Bulletin et Mémoires. Soc. Chirur. de Paris*, nº 11-2 juillet 1937.

n'avait été immobilisé que quelques jours à la suite du traumatisme et qu'il avait repris son travail dans l'intervalle. La radiographie, dans ces cas, donne habituellement la clef du diagnostic. Mais ce n'est pas constant. Certains sujets souffrent tellement, leur attitude est tellement figée, que la radiographie des deux premières cervicales est presque impossible à prendre d'une manière satisfaisante et des lésions importantes de ces deux vertèbres peuvent parfaitement passer inaperçues.

***

Les deux observations recueillies par Massart concernent des femmes jeunes dont la vie douloureuse était devenue celle d'infirmes incurables, elles méritent d'être intégralement rapportées.

Obs. I. — Il y a quatre ans, Massart examinait à sa consultation une jeune femme du Nord qui souffrait depuis des années du dos, de la tête et qui successivement, avait été soignée pour un début de mal de Pott, puis pour une lésion médullaire. On l'avait sans succès immobilisée au lit, puis on avait fait des examens nerveux, des ponctions lombaires ; elle avait été livrée sans plus de succès à des masseurs ; elle avait été à Lourdes, et on la considérait depuis comme une incurable avec une grande part de pithiatisme dans son état.

En examinant la première fois la malade, on était frappé de la manière dont elle tenait la tête et de l'espèce de torticolis qui lui donnait une position asymétrique et figée.

Le symptôme principal, le premier dont parlait la malade, c'était l'existence de névralgies, de douleurs nerveuses insupportables dans toute une partie du cou, de la face, du côté gauche, avec des irradiations au membre supérieur du même côté Ces douleurs étaient continuelles, l'empêchaient de dormir la nuit et allaient en augmentant.

Leur début s'estompait dans le temps ; cependant, en voyant que la malade avait une incisive supérieure brisée, elle nous racontait une violente chute de bicyclette faite il y a cinq ou six ans, à un moment où sa santé était excellente et c'est de cette époque qu'elle faisait dater ses premiers troubles, extrêmement légers d'ailleurs, car *ce n'est guère que six mois plus tard* que les premiers grands troubles étaient apparus.

L'examen minutieux du rachis, d'ailleurs souple, sans déviation des apophyses épineuses, sans gibbosité, révélait cependant à la pression de la masse latérale de la cinquième cervicale une douleur nette. La localisation était constante et il ne pouvait s agir de supercherie pithiatique.

La notion d'une chute importante, le point douloureux vertébral, les irradiations douloureuses aux plexus cervicaux et dorsaux nous faisaient croire à la possibilité d'une lésion traumatique passée inaperçue.

Entrée à la clinique, la malade fut radiographiée en plusieurs positions en centrant sur le point douloureux, de face, de profil, en position oblique tête à droite, en position oblique tête à gauche, pour obtenir une bonne visibilité des apophyses articulaires. Sur un seul des clichés (la position oblique tête à gauche), on voyait nettement un trait de fracture de la masse latérale de la cinquième vertèbre cervicale, avec une réaction péri-articulaire.

A n'en pas douter, il s'agissait là d'une lésion traumatique ancienne méconnue, cause probable des phénomènes douloureux. Cette lésion, de par son siège, expliquait les troubles radiculaires; le voisinage de l'artère vertébrale, du nerf vertébral, donnait une explication du syndrome curieux qui s'était installé et masquait les troubles articulaires, en faisant croire à une lésion nerveuse pure.

C'est devant cette situation sans issue, s'aggravant avec le temps, qu'on décida d'immobiliser le segment douloureux par une greffe, ce qui fut fait quelques jours plus tard. Sitôt la greffe faite, la malade fut plâtrée dans une minerve et laissée trois mois dans son appareil.

Au bout de quelques semaines, elle paraissait moins souffrir ; l'appareil fut renouvelé et, six mois après l'opération, un mieux certain s'était produit. Les névralgies et les syndromes douloureux s'étaient atténués, la malade pouvait dormir et elle tirait déjà bénéfice de son intervention. Le plâtre fut remplacé par un appareil en cuir moulé armé qu'elle garda encore un an.

Le mieux s'accentuait, l'état général devenait florissant ; elle commençait à s'occuper, à travailler ; et, deux ans après l'opération, l'appareil était enlevé définitivement et la malade entièrement soulagée reprenait sa vie normale.

Actuellement la guérison s'est maintenue ; le cou, un peu raide, est limité dans ses mouvements de rotation ; mais, pratiquement, tous les troubles douloureux ont disparu, la malade mène une vie normale et active.

Obs. II. — La seconde observation montrait plus clairement que tous les troubles observés dataient d'un traumatisme ancien. Elle concernait une jeune fille de 23 ans qui présentait un syndrome douloureux localisé aux premiers arcs vertébraux de la région cervicale.

Cinq ans auparavant, elle avait, étant manucure, fait une chute d'un escabeau, elle avait, dans u mouvement brusque, redressé la tête au moment où elle allait se cogner sur le sol, et avait ressenti une violente douleur.

Depuis, sa vie n'avait été qu'un long martyre,

et *elle venait demander un soulagement à n'importe qu'elle prix, tellement elle souffrait.*

Elle remuait à peine la tête, la moindre mobilisation en était douloureuse et, n'était la longue durée de son mal, on aurait pu croire à un mal de Pott sous-occipital en évolution.

Les névralgies étaient à type sous-occipital, irradiées dans toute une moitié de la tête de la face, descendant vers le cou et vers le bras, provoquées par le moindre mouvement.

Elle avait été soulagée quelques mois par une minerve plâtrée que lui avait appliquée un de nos collègues ; mais, sitôt l'appareil retiré, les douleurs avaient repris de plus belle.

Instruit par l'expérience, nous fîmes radiographier la région sous-occipitale, région difficile, car ne pouvant mettre a tête dans l'attitude voulue, la bouche ouverte, nous n'obt nmes qu'une image limitée où cependant une irrégularité de l'articulation latérale de l'atlas et de l'axis était évidente. A n'en pas douter, il s'agissait encore là d'une fracture ou même d'une fissure méconnue d'une masse latérale articulaire et nous lui proposâmes une opération ankylosante.

La réalisation de la greffe, allant de l'occipital à la région cervicale, n'est pas facile. Il faut bloquer entièrement le mouvement de rotation des *trois articulations* et souder ensemble toute la partie latérale du rachis, depuis l'écaille occipitale et jusqu'à la 3e cervicale.

Une difficulté survient du fait que l'arc de l'atlas est en retrait et que la greffe doit se diriger de la vertèbre cervicale à l'occipital en s'enfonçant en profondeur. En dépit de cette complexité l'opération a fort bien réussi et actuellement trois ans après, la malade peut être considérée comme entièrement guérie. Elle ne souffre plus, si elle remue la tête avec une certaine gêne elle a repris une vie active, elle peut vaquer à ses occupations, mener une vie normale, et elle a vu disparaître les uns après les autres tous les troubles douloureux qui l'acheminaient au suicide, elle nous l'a avoué.

***

Nous avons groupé ces faits qui actuellement peuvent paraître exceptionnels ; cependant, en y réfléchissant bien, *on peut se demander si nous ne passons pas souvent, sans nous en douter. à côté de lésions traumatiques de cet ordre,* parce que l'accident qui les a déterminées a paru de minime importance, parce que sur le moment même une symptomatologie bruyante n'a point attiré l'attention, et que les premières manifestations au lieu de se traduire par des troubles locomoteurs immédiats, empruntent leur symptomatologie au système nerveux et n'apparaissent qu'à assez longue échéance.

Ce sont les algies, les troubles vasomoteurs de la face, de la tête, du cou qui arrivent peu à peu à rendre la vie impossible à ces blessés lég rs chez lesquels es examens neurologiques les plus approfondis ne révèlent rien et peuvent laisser croire qu'il s'agit de névropathes, de simulateurs ou de déséquilibrés.

Ces troubles douloureux assez longs à s'établir, consécutifs à de minimes lésions articulaires, sont bien connus au poignet où ils surviennent après des fractures sans déplacement du scaphoïde. Au rachis cervical la symptomatologie prend un caractère spécial qui dépend du retentissement produit par le traumatisme sur les organes importants qui sont en rapport avec les masses latérales vertébrales (nerfs rachidiens, artère vertébrale, nerf sinu-vertébral et rameaux communiquants.)

La radiographie, en nous montrant avec précision des lésions osseuses, nous fait comprendre l'importance de traumatismes même minimes, dans l'étiologie de phénomènes douloureux inexpliqués, et on ne devrait jamais négliger de la pratiquer, car seule elle permet de reconnaître des fractures des luxations vertébrales que l'examen clinique est souvent impuissant à préciser.

FÉCONDITÉ ET STÉRILITÉ A LA SUITE D'UNE GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE



C'est un fait bien connu que la grossesse ectopique a tendance à récidiver du côté opposé. La question se pose donc de savoir si, en intervenant pour une telle grossesse, il vaut la peine de conserver l'autre trompe.

Pour résoudre ce problème E. O. Strassmann, M. D., s'est livré à des recherches dans les archives de la Clinique Mayo (1).

Du 1er janvier 1926 au 31 décembre 1935, soit en l'espace de dix années, 142 grossesses ectopiques ont été observées à la clinique, 141 furent opérées et guérirent ; l'autre arriva en état de schock et mourut avant qu'on ait pu intervenir. La mortalité totale est donc de 0,7 pour cent et la mortalité chirurgicale de zéro.

Lorsqu'une plus forte mortalité est accusée, c'est que le recours à la chirurgie a été tardif ou que, pour une raison quelconque, la transfusion, alors qu'elle était indiquée, n'a pu être réalisée : car, avec de tels cas, la transfusion est souvent le traitement héroïque ; même, occasionnellement, l'on a recouru à l'auto-transfusion.

Sur ces 142 cas il y avait une grossesse abdominale ; huit mois après la laparotomie la patiente devint de nouveau enceinte et, par dilatation cervicale et curetage, fut enlevée une môle hydatiforme. Un autre cas présenta une grossesse ovarienne ; trois ans après la malade se trouva encore enceinte et donna le jour sans complications à un enfant vivant. Les 140 cas restants étaient des grossesses tubaires, 77 à droite et 63 à gauche.

Certains auteurs ont cru remarquer que la grossesse ectopique était plus fréquente à droite qu'à gauche. Mais le facteur étiologique le plus important de tels accidents, en ce qui concerne du moins les organes génitaux, est l'infection chronique qui intéresse plus ou moins également les deux trompes ; il s'agit de salpingites post-abortives, de manœuvres anti-conceptionnelles intra-utérines, de gonorrhées chroniques ascendantes. Il faut aussi tenir compte d'une prédisposition congénitale, l'hypoplasie des organes génitaux et surtout des trompes de Fallope qui, en cas d'infantilisme génital, sont minces, longues et flexueuses. Toutes ces particularités affectent également les deux trompes et n'expliquent pas pourquoi l'une serait plus souvent frappée que l'autre.

L'on a pensé à accuser l'appendice de cette prédominance à droite : dans les antécédents l'on trouve souvent une appendicectomie ou bien des crises d'appendicite.

Reste une explication possible : il y a plus de gens qui dorment sur le côté droit que sur le côté gauche, probablement à cause de la gêne causée par la compression du cœur. Or, dans bon nombre de cas l'ovule, après rupture des follicules, se meut librement dans la cavité abdominale ; la pesanteur l'entraîne donc plutôt vers le côté sur lequel la personne est couchée. Au reste cette action de la pesanteur se fait sentir même sur des organes fixés : l'utérus, par exemple, particulièrement au cours de la grossesse, alors qu'il est remonté et plus lourd se trouve plus souvent dévié vers la droite que vers la gauche. Et l'interrogatoire révèle que cette déviation se produit chez les femmes qui dorment sur le côté droit.

***

Des 142 malades précitées 42 étaient, à la suite de l'opération, stériles ou, pour des raisons variées, incapables de concevoir.

Dans quatre cas fut pratiquée l'hystérectomie (1 totale, 3 subtotales). Les trois subtotales à cause de fibromes multiples trouvés sur l'utérus au moment de l'intervention ; la totale pour une inflammation pelvienne sévère et ancienne.

Dans dix-huit cas il parut opportun d'enlever les deux annexes, le plus souvent à cause de salpingite chronique. Il a été préconisé par certains d'amputer l'annexe opposée si elle paraît macroscopiquement malade parce que ce fait même expose la patiente à une récidive de grossesse ectopique. Mais d'autre part cette pratique ne doit pas être systématique, car souvent l'annexe opposée est modifiée d'aspect du fait de la grossesse tubaire sans qu'aucune conséquence en découle pour l'avenir. Les lésions anciennes, par infection préexistante, se distinguent généralement de ces altérations fortuites ; ce sont elles qui favorisent la récidive, donnent l'indication d'une exérèse bilatérale. D'autant que

(1) Staff meetings of the Mayo Clinic, octobre 13, 1937.

dans ces récidives la mortalité est plus forte qu'à la première atteinte.

Dans dix cas une trompe avait déjà été enlevée, trois fois pour grossesse ectopique, sept fois pour inflammation chronique ou kystes.

Une malade, comme il a été dit déjà, mourut avant d'avoir pu être opérée. Entrée en état de shock elle ne put être sauvée par une transfusion de 500 c. c.

Une malade subit un traitement radiothérapique à l'effet de la stériliser, de l'endométrite ayant été trouvée lors de l'intervention. Enfin les sept dernières n'étaient pas à proprement parler stériles, mais incapables néanmoins de concevoir. Chez l'une l'insufflation de la trompe restante en révéla l'obturation. Deux arrivèrent peu après à la ménopause. Trois étaient veuves ou divorcées.

***

Pour les 100 autres cas une grossesse restait théoriquement possible. L'auteur a eu des nouvelles de 84.

Trente et une femmes devinrent enceintes par la suite, vingt-huit avec grossesses utérines et trois avec grossesses ectopiques. Les vingt-huit eurent en tout quarante-sept grossesses intra-utérines, parmi lesquelles trente-deux vinrent à terme avec vingt-neuf enfants vivants et trois morts-nés (deux syphilis). Dans les quinze autres on compte quatre accouchements prématurés, dix fausses-couches et une môle.

Des cinquante-trois qui n'eurent plus de grossesses il faut admettre qu'un certain nombre était pratiquement stérile par obturation de la trompe restante et que d'autres, ne désirant pas courir un nouveau risque, usèrent de moyens anticonceptionnels.

En ce qui concerne la technique opératoire, le plus souvent seule la trompe a été enlevée, les deux ovaires restant en place. Dans les cas où l'ovaire a été sacrifié, il n'en est pas résulté une différence apparente dans les chances de grossesse ultérieure. Des trente-deux grossesses menées à terme par les opérées, vingt et une furent dues à quatorze femmes pourvues de leurs deux ovaires (salpingectomie seule) et onze à sept femmes n'ayant plus qu'un ovaire (salpingo-ovariectomie).

Une opinion très répandue dans le public et même chez quelques médecins veut que chaque ovaire ne donne des œufs que d'un sexe. Les opérées de Strassmann ont démontré le contraire ; le même ovaire a donné des sexes différents.

Le pourcentage de récidives, parmi ces 142 malades, a été de quatre, pratiquement le même que dans les statistiques dressées ailleurs.

Il en résulte que la probabilité de grossesse intra-utérine après une ectopique est dix fois plus grande que la probabilité de récidive. Et par conséquent que la chirurgie conservatrice est indiquée en pareil cas à moins de lésions graves de la seconde trompe.

***

A la suite de cet exposé C. W. Mayo trace ainsi la conduite du chirurgien en face d'une grossesse extra-utérine.

Si la rupture est faite : évidemment intervention d'urgence.

Si elle n'est pas faite : prendre le temps de pratiquer certaines recherches de laboratoires pour asseoir le diagnostic ; et, en particulier, la numération des leucocytes et le taux de sédimentation des hématies qui n'atteignent jamais les chiffres qu'on trouve en cas de lésion inflammatoire, et le test de Friedmann.

Et malgré les 4 % de récidives faire résolument une chirurgie conservatrice.

G. LAVALÉE.

AU CHEVET DES PATIENTS

I

La mammite des garçons pré-pubères ne doit pas être confondue avec une tumeur a extirper

Tout d'abord, voici le récit d'une observation personnelle, que rapporte le Docteur **Jules Comby** (1), et qu'il nous convient de méditer.

C'est un garçon de 12 ans, 8 mois; taille 1 m. 56; poids 41 kilogr. Toutes les apparences de la santé ; rien à l'auscultation des poumons et du cœur ; aucune maladie grave antérieurement ; croissance et développement normaux depuis la naissance, sauf un retard dans la descente d'un testicule, qui aujourd'hui a pris sa place dans les bourses.

Il est amené en consultation par sa mère, car, depuis quelques jours, il se plaint d'une grosseur à la poitrine. On trouve, en effet, sous la peau du mamelon droit, une masse un peu aplatie, ayant quelques millimètres d'épaisseur et 2 centimètres de diamètre. Elle est de consistance modérément dure, indolente spontanément ou à la pression, mobile sur les plans profonds. Pas de ganglions axillaires. Du côté gauche, intégrité mammaire.

Le diagnostic était facile ; c'était un petit engorgement de la mamelle, dû à la croissance, à la puberté prochaine. On conseilla de ne pas s'en préoccuper, de se borner à la protection de la grosseur par une couche d'ouate, en évitant les grattages, frottements, ou manipulations quelconques.

La mère du sujet parut, dès lors rassurée, et elle en vint aussitôt à faire des aveux fort troublants. Habitant une ville de province, elle avait consulté un médecin renommé qui, sans hésiter, lui avait conseillé de faire enlever cette grosseur par le chirurgien de la localité. « C'est donc un cancer, docteur. — Non, mais cela pourrait le devenir ». Et, pour décider la mère, on faisait valoir que l'opération était simple, facile, sans danger, que d'autres garçons l'avaient subie sans dommage. Une fillette comptait parmi les victimes ; c'est aujourd'hui une grande et belle fille, mais il ne lui reste qu'un sein, dit la mère.

« Devant ce récit, déclara le Docteur Comby, nous ne pûmes cacher notre indignation à la pensée que des médecins et chirurgiens français pouvaient ignorer à ce point l'engorgement mammaire de croissance, qui se rencontre si souvent, chez les garçons comme chez les filles aux approches de la puberté. Il importe, pour le bien des familles et pour l'honneur de la profession, que cette ignorance médico-chirurgicale disparaisse au plus vite, dans les milieux où elle semble exister. Les accoucheurs et les pédiatres connaissent bien la question et pour contribuer encore une fois à sa vulgarisation, voici quelques considérations intéressantes :

« Un engorgement uni- ou bilatéral se présente souvent dans les premiers jours de la naissance, et plus tard aux approches de la puberté. Le gonflement des seins est plus ou moins fort, plus ou moins douloureux. Il peut aboutir à la suppuration, quand on le traite brutalement et malproprement. Les matrones, qui assistent les femmes en couches, ont la fâcheuse habitude d'évacuer le liquide contenu dans les seins par une véritable traite manuelle faite à sec ou dans le bain, quand elles ne l'expriment pas avec la bouche. Il faut absolument interdire cette pratique qui n'offre que des inconvénients, et même des dangers : suppuration, phlegmon circonscrit ou diffus, inoculations microbiennes.

« Plus tard, chez les garçons, moins souvent que chez les filles, vers l'âge de dix, douze ou quatorze ans, on voit, d'un côté ou des deux côtés, la mamelle se durcir, devenir douloureuse spontanément, ou par la pression et les frottements. On sent une induration pierreuse remarquable, qui effraie les mères. Si l'on appuie, on produit d'assez vives douleurs. Il ne faut pas froisser, presser, masser cet engorgement physiologique qui se dissipera lui-même, en quelques semaines, pour faire place au développement normal des seins chez les jeunes filles ; chez les garçons, la glande redeviendra rapidement rudimentaire, comme elle doit l'être dans le sexe masculin. Quelques fillettes ont une véritable hyperesthésie des mamelles à cette période : on préviendra tout contact, toute irritation par les linges et vêtements, en interposant une couche d'ouate avec bandage approprié.

« Si l'engorgement mammaire aboutissait à la suppuration, on chercherait, chez les filles, à conserver l'intégrité de la glande pour l'allaitement futur : petites incisions parallèles aux lobules glandulaires, intéressant plutôt le tissu conjonctif interstitiel que le parenchyme glandulaire. »

(1) Société médicale des hôpitaux de Paris (5 décembre 1937).

II

Pourquoi les piqûres de guêpes peuvent être graves chez certains sujets

On connait les exemples de ce genre, qui récemment ont été publiés (1).

C'est d'abord l'observation, recueillie par le Docteur Marmasse. Une jeune fille de 18 ans a été piquée ; elle est passée, en quelques minutes, de l'état de santé à un collapsus extrêmement alarmant : éruption urticarienne ; syncope, bruits du cœur précipités et sourds ; tension artérielle effondrée à 7-3. Grâce à deux injections espacées, comportant chacune 1 milligramme d'adrénaline, l'état général s'améliorait rapidement en même temps que la tension. Une heure après l'accident, l'urticaire avait disparu.

Des faits aussi angoissants, et même plus (puisque quelques-uns se sont terminés par la mort) ont déjà été signalés ; cependant il s'agissait presque toujours de piqûres multiples, ou de sujets en état de moindre résistance (viellard, enfant).

Mais voici, qui va éclairer l'*étiologie* si singulière de ces piqûres *graves*. Déjà le Docteur Marmasse avait remarqué fort judicieusement que des accidents, analogues à ceux qu'ils avaient observés, pouvaient être notés, aussi brusques, après une injection simplement sous-cutanée de sérum. « La gravité des accidents, disait-il, suppose d'ailleurs une idiosyncrasie particulière. Le syndrome observé se rapproche beaucoup de certains grands accidents sériques, auxquels nous avons assisté : collapsus, effondrement de la tension avec angoisse respiratoire et sensation de mort imminente, éruption de type œdémato-prurigineux, efficacité admirable de l'adrénaline, etc... »

Deux nouvelles observations faites par le Docteur Rabourdin sont des plus intéressantes au même point de vue. « L'une concerne un jeune homme, qui, marchant par hasard sur un nid de guêpes, est assailli par l'essaim, lequel se croit menacé. Immédiatement la figure, les mains et les jambes sont lardées de coups d'aiguillon. La mère accourue délivre son enfant, qui ne ressent qu'une vive cuisson, facilement explicable, pendant quelques heures, sans aucun symptôme d'ordre général. Mais, *trois semaines plus tard*, le même jeune homme, ramassant un fruit est de *nouveau piqué* par une guêpe, qui est cette fois, unique. *Dix minutes après, syncope* ; le médecin appelé en hâte, le trouve râlant, le corps couvert d'énormes plaques d'urticaire, respirant avec une grande difficulté et ayant déjà vomi à plusieurs reprises. La crise cède, pour ainsi dire, instantanément sous l'influence d'une injection d'adrénaline. Notre confrère fait remarquer très justement qu'ici tout est réuni pour constituer le phénomène anaphylactique, décrit par Portier et Charles Richet. On y trouve l'*injection préparante* à haute dose par une centaine de piqûres et, quinze jours plus tard, l'injection déchaînante à dose minime puisque par une seule piqûre. »

La seconde observation est analogue à la précédente, sauf, qu'il s'agit cette fois d'une octogénaire, chez qui des accidents de la même gravité éclatent à la suite d'une piqûre de frelon, alors qu'elle avait été piquée *six ans auparavant* par un insecte de la même espèce. Un quart de milligramme d'adrénaline vient cette fois encore à bout de la crise anaphylactique.

« Car, en somme, il est évident que l'on a eu affaire, en ces circonstances, à une hypersensibilité au venin d'hyménoptères, laquelle peut être une simple idiosyncrasie spontanée ou une sensibilisation par voie anaphylactique. Il peut apparaître que la seconde hypothèse soit la plupart du temps la plus valable », même si les sujets ne se rappellent pas avoir subi antérieurement une piqûre de guêpe, celle-ci ayant pu d'ailleurs ne pas s'accompagner de la sensation de cuisson habituelle.

Quoiqu'il en soit, l'adrénaline semble être le médicament de choix pour lutter contre les accidents de collapsus cardiaque, que l'on observe dans ces cas, devenus graves par la *répétition d'une piqûre de guêpe.*

G. Fischer

(1) *Monde Médical*, 15 septembre et 15 octobre 1937.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

La transfusion de sang conservé en clinique

Il faut signaler une étude importante et très documentée dans laquelle le Professeur JEANNENEY étudie les problèmes théoriques, et expose les réalisations pratiques qui intéressent cette question d'actualité. En voici la conclusion :

Qu'il s'agisse de remplacer du sang perdu au cours d'une hémorragie, de lutter contre le choc, de modifier la crase sanguine d'un malade, de barrer la route à une infection grave, le médecin doit savoir qu'il a, dans la transfusion, une arme excellente à laquelle il devra toujours penser. A ce point de vue, la technique de transfusion de sang conservé a été suffisamment simplifiée pour qu'elle soit aussi bien à la portée du praticien qu'une banale injection intra-veineuse de sérum. Lorsque le médecin aura la possibilité de recourir facilement à la transfusion, il aura acquis une arme merveilleuse qu'il utilisera de plus en plus pour le plus grand bien de ses malades. (*Gaz. Hebd. des Sc. Méd. de Bordeaux,* 25 juillet 1937.)

Sur les mastoïdites apexiennes aiguës

Le Docteur H.-P. CHATELLIER développe quelques considérations pratiques, qui justifient l'individualisation de cette forme apexienne des mastoïd tes aiguës. Après avoir, au point de vue anatomo-pathologique, identifié et délimité le segment apexien de la mastoïde, l'auteur montre que cette forme est indiscutablement rare chez les jeunes sujets en raison du développement tardif du segment proprement dit apophysaire. Après une première phase de début, puis une période d'état où l'ostéite reste encore enfermée dans l'apex, survient une étape terminale où les lésions fusent dans le cou après leur extériorisation. Parfois les signes du foyer apexien sont d'emblée dominants, parfois ils succèdent à ceux d'une antro-mastoïdite préalable. L'exploration digitale est le meilleur témoin de cette évolution.

Tout diagnostic dûment établi des formes apexiennes de mastoïdite constitue un argument décisif pour une sanction opératoire inéluctable, voir même urgente. Certes, certaines fusées émigrent fort loin de leur point de départ, et réclament pour être drainées correctement une incision cervicale en leur point déclive, c'est-à-dire parfois assez bas sur le cou. Malgré tout, rien ne saurait prévaloir contre l'intérêt primordial que l'on doit reconnaître à la cure de l'ostéite concomitante. C'est là une nécessité absolue, puisque la lésion squelettique est constante par définition. A noter cependant que l'intervention doit être complète, car tout foyer apical, même en apparence le plus circonscrit, ne saurait jamais être véritablement isolé. (*La Médecine,* août 1937.)

L'hypercholestérolémie est-elle commandée par l'insuffisance hépatique ?

Certains auteurs pensaient jusqu'à présent que l'hypercholestérolémie était un signe de l'insuffisance excrétrice du foie. Mais, avec le Prof. agrégé E. CHABROL et le Docteur M. CACHIN, d'autres observateurs s'accordent à penser que nombre d'hypercholestérinémies ne sont pas subordonnées à un trouble fonctionnel de l'émonctoire hépatique. Ce trouble n'est-il pas dans une certaine mesure, chez les ictériques, le reflet d'une réaction tissulaire de défense, sous l'agression toxique des pigments et des sels biliaires ? On accorde volontiers un pouvoir antihémolytique au cholestérol ; on lui attribue une certaine importance dans le renforcement de la résistance des hématies ; on sait que l'hypercholestérolémie a la valeur d'un test d'immunité pendant la convalescence des maladies infectieuses : tous ces motifs donnent à penser qu'en regard de la rétention banale, les réactions antitoxiques de défense interviennent dans la genèse de l'hypercholestérinémie, chez les hépatiques ; et la diminution du cholestérol, en aval et en amont du foie, à la phase ultime des cirrhoses de Laënnec, n'est pas en désaccord avec cette conception.

Conclure sur ces réserves concernant l'émonctoire hépatique du cholestérol, ce n'est point contester l'importance de la cholestérine et du foie dans la genèse des sels biliaires ; c'est souligner la place que l'on doit accorder aux lipoïdes, en biologie générale, et c'est au si rappeler aux cliniciens que, pour éprouver la défaillance de la glande hépatique, il est plus simple et plus rigoureux de doser les pigments biliaires du sang que de doser le cholestérol. (*Le Journal Médical Français,* août 1937.)

Que peut-on demander au traitement chirurgical dans les hypertensions artérielles ?

Le Professeur Jeanneney élimine aussitôt les hypertensions qui relèvent du traitement médical, parce qu'elles sont dues à une augmentation soit de la masse ou de la viscosité sanguine, soit de la puissance cardiaque. Au contraire, les hypertensions dues à la présence de barages périphériques (certaines néphrites, un anévrisme, une tumeur, ou simplement une vaso-constriction généralisée) peuvent relever du traitement chirurgical ; mais il faut se souvenir que certaines de ces hypertensions sont des phénomènes de défense qu'on doit savoir respecter (artério-sclérose, artérite avec athérome sénile).

Les résultats obtenus peuvent justifier certaines tentatives chirurgicales. Assez bons dans certaines néphrites, ils sont excellents dans les surrénalomes avec crises d'hypertension paroxystique. Par contre, ils amènent dans les hypertensions essentielles tantôt une stabilisation de la maladie, qui cesse de s'aggraver et ne tue pas le malade ; tantôt, dans quelques cas heureux, une guérison apparente, durable, se traduisant par une amélioration des troubles cliniques avec ou sans baisse importante de la pression artérielle ; tantôt enfin, ils ne modifient en rien la marche fatale de la maladie. Dans ces derniers cas, selon les signes concomitants, on peut tenter soit l'irradiation de l'hypophyse, soit l'irradiation du corps thyroïde. Encore ces échecs pourraient-ils être attribués au moment presque toujours très tardif, où ces malades ont été conduits à la chirurgie, comme à un pis aller, alors que déjà des lésions organiques irrémédiables étaient installées. Bien des inconnues persistent encore dans notre connaissance du mécanisme régulateur et des troubles de la pression artérielle, et il y a tout lieu d'espérer, pour la chirurgie, un domaine d'action susceptible de s'étendre à l'avenir. (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 2 octobre 1937.)

La sérioscopie des lésions pleuro-pulmonaires

On sait combien les radiographies du thorax sont souvent difficiles à interpréter. C'est qu'en effet les images qu'elles donnent sont produites par la superposition d'ombres multiples, costales, pleurales, pulmonaires, qui s'intriquent et se recouvrent les uns les autres. Il en résulte que certaines lésions, telles qu'une caverne pulmonaire par exemple, peuvent passer complètement inaperçues, étant masquées par des opacités pleurales ou parenchymateuses situées sur des plans différents. Inversement, des densifications pleuro-pulmonaires se projettent parfois de manière à donner des fausses images de cavités.

D'autre part, les interventions chirurgicales devenant de plus en plus fréquentes aussi bien au cours de la tuberculose pulmonaire que dans des cas de suppuration non tuberculeuse, le chirurgien a besoin de connaître de façon aussi précise que possible la topographie et l'étendue des lésions, notions que bien souvent la radiographie ordinaire est incapable de lui donner.

Une radiologie nouvelle vient heureusement apporter des précisions de plus en plus nécessaires au phtisiologue et au chirurgien du poumon. Elle consiste à dissocier, en quelque sorte, les différents plans étagés dans la profondeur du poumon et à obtenir des radiographies de coupes pleuro-pulmonaires situées à des profondeurs différentes. Depuis plusieurs années déjà on utilisait dans ce but la tomographie. Le Docteur P. Cottenot vient de mettre au point une deuxième technique : la sérioscopie.

Les radiographies sont prises debout avec l'appareillage radiologique habituellement employé pour la radiographie du poumon. Puis les quatre films sont examinés sur un négascope spécial, le sérioscope, sur lequel un dispositif de translation permet de les faire glisser les uns sur les autres. Au cours de l'examen on voit s'inscrire successivement sur le négatoscope, avec une grande netteté, tous les plans étagés dans la profondeur du thorax et l'on peut ainsi faire un examen complet, ne laissant aucun point inexploré. C'est là un des avantages de la sérioscopie sur la tomographie. Celle-ci, en effet, permet de prendre un certain nombre de radiographies, trois en général, une antérieure, une sensiblement médiane et une postérieure. Les régions situées entre ces coupes peuvent passer inaperçues. La sérioscopie, au contraire, s'avance progressivement, graduellement dans le thorax sans rien laisser dans l'ombre.

En somme la sérioscopie donne des renseignements analogues à ceux que donne la tomographie, mais elle présente les deux avantages de permettre une exploration totale du thorax et de donner automatiquement la profondeur des lésions mises en évidence. A ces avantages s'en ajoute un troisième qui n'est pas négligeable, c'est qu'au lieu d'un appareillage compliqué et coûteux, elle ne nécessite qu'un outillage très simple à la portée des laboratoires mêmes les plus modestes, puisqu'elle utilise l'appareillage habituellement employé pour les radiographies du poumon. (*La Pratique Médicale Française*, juillet-août-sept., 1937.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Le scopochloralose en chirurgie : suppression pré-opératoire isolée de la conscience

(MM. Yves DELAGÉNIÈRE et HAMEL, du Mans ; 3-11-1937)

Le fait pour un adulte d'avoir à subir une opération chirurgicale crée chez lui, en général, un état psychique d'appréhension, dont les inconvénients, pour n'être pas tous nettement connus, sont indéniables. Il n'est pas douteux que cette appréhension joue un rôle dans la marche de l'anesthésie et dans la résistance du sujet à l'acte opératoire. Les chirurgiens se sont préoccupés de la question et ils ont eu recours déjà à l'injection préalable de scopolamine-morphine, par exemple, pour atténuer l'exaltation du psychisme des futurs opérés. La suggestion par des paroles réconfortantes, la confiance dans le chirurgien, jouent un rôle du même ordre.

M. Yves Delagénière présente aujourd'hui une méthode nouvelle, l'injection pré-opératoire de scopochloralose, qui lui a donné de très beaux résultats comme moyen de supprimer, avant l'anesthésie, l'état conscient du sujet, et qui a la plus heureuse influence sur l'anesthésie, sur l'opération et sur les suites de celle-ci.

Le scopochloralose est un mélange de scopolamine et de chloralose réalisé par M. Pascal Brotteaux en 1928. On sait que la scopolamine produit une somnolence légère très favorable à la réalisation des suggestions. Le chloralose détermine une somnolence analogue, mais il ne paralyse que les centres supérieurs du cerveau, laissant intacte et augmentant même l'activité médullaire. L'association des deux substances offre — et il en est souvent ainsi pour les mélanges — un double avantage : la toxicité de chaque produit est diminuée et l'effet hypnotique multiplié, surtout l'effet de suppression momentanée de la conscience qui est à peu près totale.

Le scopochloralose a été utilisé par les psychiatres, en cachets contenant 0 gr. 75 de chloralose et 1 milligramme de scopolamine, dose dix fois plus forte que la normale (pour la scopolamine). D'après Brotteaux et Baruk le dit médicament créerait un état particulier de suggestibilité.

Partant de ces données, M. Delagénière a eu recours au scopochloralose chez ses opérés. Il a employé, en injection sous-cutanée, une dose de 0 gr. 75 de chloralose et de 1 milligr. de scopolamine dissous dans 100 grammes de sérum physiologique, suivant une formule de M. Hamel. Le moment optimum pour l'injection est entre une heure et demie et deux heures avant l'anesthésie.

L'injection de scopochloralose permet d'obtenir la suppression isolée de la conscience. Le médicament n'est pas un anesthésique et n'est que partiellement un hypnotique. La somnolence obtenue n'est jamais du vrai sommeil. Mais, il se produit une abolition de la volonté, une euphorie, qui rend le sujet à la fois obéissant et aimable. La transformation de la volonté du malade en euphorie accueillante a permis à l'auteur d'endormir ses opérés sur la table d'opération. La mémoire est abolie et le jugement troublé. La suppression de l'état conscient s'accompagne de la disparition de l'état animique et de ses deux composants, l'anxiété et l'angoisse. L'anxiété pré-anesthésique est inexistante.

Cet état dure un temps suffisant, pré- et post-opératoire, mais ne se prolonge pas au delà de trente heures, en général.

M. Delagénière a opéré avec cette technique environ deux cents malades pour des affections les plus variées et avec anesthésie complémentaire générale au mélange de Schleich ou au chloroforme. Il resume ainsi les résultats obtenus :

1° Le scopochloralose permet d'annihiler isolément la conscience et par là tout syndrome d'anxiété-angoisse, avant l'anesthésie générale et d'obtenir dans la règle des anesthésies parfaites ;

2° Il permet de diminuer considérablement les doses d'anesthésiques ;

2° Il supprime cliniquement — suppression confirmée par la non-modification de la glycémie — la maladie opératoire. L'opéré n'a plus, en général, de vomissements après l'opération.

Le scopochloralose donne donc au chirurgien, la possibilité de réaliser avec facilité une véritable psychothérapie qui éloigne les troubles inhérents à l'acte opératoire lui-même ; le malade traverse la pénible période pré- et post-opératoire dans des conditions particulièrement appréciées.

Pose d'appareils plâtrés en décubitus ventral

(M. BOPPE ; 17-11-1937)

M. Boppe présente, au nom du Docteur Asselin de Williencourt (d'Ambert) un appareil pour la confection des appareils plâtrés en décubitus ventral et l'orthopédie rachidienne.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

Etude d'un coma diabétique mortel insulino-résistant

(MM. F. RATHERY, P. FROMENT et BACHMAN ; 11-6-1937)

Les cas de coma diabétique insulino-résistant, sans être très fréquents, sont loin d'être exceptionnels. L'effet curatif de l'insuline ne peut être considéré comme constant. On relate un cas de coma diabétique insulino-résistant, qui s'est terminé par la mort malgré l'injection de 1.470 unités d'insuline en moins de vingt-quatre heures.

a) Le coma présenté par le malade n'était pas un coma absolument complet ; il s'agissait plutôt de torpeur intense : on pouvait arriver à obtenir des réponses aux questions posées même peu de temps avant la mort. Ce fait est loin d'être exceptionnel, les cas de coma les plus profonds n'étant pas ceux qui sont les plus difficiles à guérir. De même la glycosurie n'était pas très importante : 38 grammes au litre ; la glycémie, par contre, était très élevée : 10 gr. 80.

b) Si, d'autre part, la symptomatologie fut celle de tout coma diabétique, il y eut cependant un symptôme qui manqua pendant toute l'évolution, c'est la réaction de Gerhardt. Faut-il invoquer l'excrétion isolée de l'acide b-oxybutyrique dans les urines ? La réaction de Gerhardt était-elle masquée par une autre substance ; son caractère négatif, en tout cas, ne permet pas de conclure à l'absence d'acétone. Cette réaction, du reste, décèle l'acide diacétique, et celle de Legal-Denigès, l'acétone.

Il faut, enfin, insister sur l'intensité modérée de l'acétonurie ; bien souvent, en effet, les diabétiques consomptifs non comateux présentent une excrétion urinaire de corps cétoniques et d'acide b-oxybutyrique plus élevée que lorsqu'ils tombent dans le coma. Il n'y a aucun parallélisme entre la gravité du coma et l'importance de l'élimination urinaire des corps acétoniques ; certains comas à acétonurie élevée guérissent mieux par l'insuline que d'autres à acétonurie plus basse.

Il faut signaler également la baisse très marquée de la réserve alcaline qui était tombée à 7 vol. 7 de CO^2 pour 100. Un tel abaissement de la réserve alcaline est de mauvais pronostic.

Sur un cas de néphrite mortelle avec syndrome humoral néphrosique survenue au cours de l'évolution d'une tuberculose pulmonaire.

(M. H. MONDON ; 11-6-1937)

Ainsi qu'il ressort de nombreuses observations, les caractéristiques cliniques même du syndrome néphrosique ne paraissent plus être tellement pathognomoniques qu'on le croyait ; une intrication des symptômes habituellement rapportés à la néphrose avec ceux des néphrites a été souvent notée. Enfin, dans d'assez nombreux cas, on a pu constater une dissociation entre l'état humoral et les lésions rénales.

Il s'agit ici d'un cas de néphrite grave ayant évolué rapidement chez un tuberculeux et dont la symptomatologie rappelle par certains côtés celle des néphroses. Devant une albuminurie, ayant atteint le taux important de 1 gr. 50 pour 1.000, survenant chez un tuberculeux indemne de toute affection syphilitique, taux rarement constaté dans la néphrite tuberculeuse, on était en droit de penser à l'existence d'une néphrose. Il y avait en effet une hyposérinémie particulièrement marquée et des œdèmes importants; d'autre part, l'augmentation de la cholestérine et l'élévation nette du taux des lipides (12 grammes), étaient bien en faveur d'une dégénérescence lipoïde. Par contre la recherche des corps biréfringents avait été négative. Ensuite, la présence de cylindres et d'hématies dans le sédiment urinaire, l'azotémie élevée semblaient bien devoir infirmer l'hypothèse d'une néphrose.

Au point de vue thérapeutique, l'auteur a vu que l'application du régime déchloruré n'avait aucunement empêché le développement progressif de l'œdème. Il pense que ce dernier, s'il avait été en partie en relation avec la diminution de l'élimination des chlorures, avait été principalement conditionné par le trouble humoral important dû à l'hyposérinémie.

Un des points intéressants de cette observation paraît être l'évolution extrêmement rapide de cette néphropathie. Il faut se rappeler, en effet, qu'avant son hospitalisation ce sujet jouissait d'une santé apparemment parfaite, et qu'une analyse d'urine pratiquée cinq mois avant sa mort avait révélé seulement des « traces » d'albumine et une élimination uréique convenable.

Cependant, la différence des volumes des reins dont un ne pesait que 70 grammes, permet de se demander si cette évolution extrêmement rapide n'avait pas été, en partie, en relation avec une atteinte rénale antérieure ou une malformation congénitale.

Il est permis également de supposer que si cette évolution n'avait pas été aussi rapide, on aurait peut-être constaté à l'examen histologique une dégénérescence amyloïde ou lipoïdes des reins, comme cela serait assez souvent le cas.

G. F.

Les Congrès

XXIVe CONGRÈS D'HYGIÈNE

(Paris, Institut Pasteur, 25-27 octobre 1937)

(Suite et fin) [1]

II. — Le lait sain

Contrôle de la flore bactériologique du lait pendant la récolte, la pasteurisation, le transport et la vente

MM. G. GUITTONNEAU, G. MOCQUOT et A. EYRARD

Depuis quinze mois, les auteurs ont étudié au laboratoire et en usine, l'état bactériologique d'un grand nombre de laits soumis à la pasteurisation et destinés à l'approvisionnement de Paris.

Dans leur rapport, ils envisagent seulement *la lore banale* dont l'importance et la composition déterminent pour une large part les qualités hygiéniques du lait.

La numération des germes de la flore banale et la recherche du colibacille sont les méthodes qui permettent l'appréciation la plus exacte de la propreté générale du lait et des soins apportés à sa manutention.

De l'avis des auteurs, une très sérieuse amélioration des qualités hygiéniques des laits de consommation peut être obtenue facilement en deux étapes.

Première étape : exiger que les laits pasteurisés contiennent moins de 100.000 germes à leur arrivée au centre de consommation ;

Deuxième étape : la vente étant effectuée en récipients clos, exiger moins de 100.000 germes et l'absence de bactéries coliformes dans un c. c.

Hygiène du lait

Docteur GRENOILLEAU, inspecteur des Services d'hygiène du Loir-et-Cher et Docteur M. MORNET-CROS, chef du Laboratoire départemental.

Les auteurs, après avoir indiqué qu'en France la consommation du lait et de ses produits dérivés est supérieure à celle du vin, de la bière et du cidre réunis, constatent que cet aliment essentiel et fragile, exposé à tous les dangers de pollutions, n'est l'objet d'aucun contrôle bactériologique légal.

Ils apportent les résultats de recherches faites à l'étranger et en France sur la flore microbienne du lait cru et montrent l'intérêt de la pasteurisation bien faite.

Les analyses qu'ils ont effectuées pour apprécier les effets pratiques des pasteurisations commerciales leur ont permis de constater avec d'autres auteurs, que ces opérations ont trop souvent pour objet de conserver au lait sa forme liquide en détruisant la flore acidifiante, alors que la pasteurisation doit avoir pour but réel la destruction de tous les germes pathogènes.

Ils concluent en exprimant le vœu qu'une législation complète du lait sain intervienne à bref délai en France, des législations analogues ayant déjà fait leurs preuves à l'étranger et contribué à l'abaissement de la mortalité infantile.

La colimétrie du lait

MM. J. PARISOT, P. MELNOTTE et L. FERNIER.

Les bacilles du groupe coli-aérogènes ne font pas partie de la flore normale du lait ; provenant de contaminations extérieures, ils sont très fréquents dans les laits de consommation directe. Dans les laits industriels ils sont moins répandus.

La colimétrie est un luxe inutile pour les laits de consommation ; elle doit être réservée aux laits pasteurisés où elle révèlera soit une pasteurisation défectueuse, soit une mauvaise conservation, soit une manipulation incorrecte. La présence du coli-bacille fécal est dans ces laits l'indice d'une souillure fécale très probablement humaine, avec tous les dangers qu'elle comporte.

Organisation des distributions de lait dans les écoles

Professeur LEGRAND, professeur d'hygiène à la Faculté, médecin des hôpitaux, Docteurs VIELLEDENT, inspecteur départemental d'hygiène du Nord, et GERVOIS.

Après avoir attiré l'attention du Congrès sur les dangers que peuvent présenter des distributions de lait effectuées en dehors de toute surveillance médicale, les rapporteurs ont montré comment de telles initiatives devaient être conduites à la fois dans l'intérêt de la population scolaire et en vue de l'amélioration de la production laitière.

L'organisation de la protection du lait dans les Alpes-Maritimes

Docteur Fernand BARBARY, inspecteur départemental des Services d'hygiène.

Le Docteur Barbary fait connaître ce qu'il a pu réaliser dans les Alpes-Maritimes.

(1) V. *Concours Médical*, N° 51.

Il a créé un Comité départemental du lait avec agent spécialisé, assermenté, qui, en collaboration avec le Service des fraudes, donne des coups de sonde sous forme de prélèvements inopinés chez les débitants, en vue non plus seulement d'un contrôle de la fraude du produit alimentaire (mouillage, écrémage), mais aussi d'un contrôle bactériologique.

Ce contrôle bactériologique devrait être officiellement imposé aux laitiers, aux nourriciers, aux établissements d'industrie laitière.

L'épreuve à la tuberculine devrait être rendue obligatoire afin de sélectionner les animaux producteurs.

Organisation du contrôle hygiénique du lait dans le cadre départemental

Docteur ROUSSEL, inspecteur d'hygiène des Ardennes.

Le plan d'organisation du contrôle hygiénique du lait doit comprendre : *a*) l'éducation du producteur, du ramasseur et du consommateur ; *b*) des concours de propreté du lait ; *c*) des concours hygiéniques éducatifs du lait ; *d*) des concours d'étables ; *e*) la création d'un laboratoire du lait annexé au laboratoire départemental d'hygiène permettant l'examen bactériologique du lait.

Le rapporteur insiste sur le fait que c'est à la pureté microbienne du lait qu'il faut accorder le plus de valeur et estime que les efforts doivent tendre à montrer aux agriculteurs producteurs, la nécessité absolue du contrôle laitier.

III. — Les inadaptés urbains

Professeur G. MOURIQUAND (de Lyon)

La plupart des enfants habitant les villes s'adaptent, au moins relativement, aux milieux urbains, mais un certain nombre apparaissent, du fait des troubles à peu près constants qu'ils présentent à la ville, comme de véritables inadaptés urbains, partiels ou totaux. Leurs troubles s'améliorent ou guérissent par un simple changement climatique, à la campagne ; d'autres fois, la mer ou la montagne seules peuvent faire disparaître lesdits troubles. De retour à la ville ceux-ci réapparaissent plus ou moins vite au point de compromettre la santé et en tout cas la progression scolaire. C'est pour ces enfants que doivent être créés les écoles, collèges ou lycées à la campagne, à la montagne, à la mer. D'autre part, le changement climatique extra-urbain sera d'autant plus efficace qu'il sera doublé par des soins médicaux attentifs, par une diététique équilibrée, introduisant en particulier à côté des substances maximales, les substances minimales indispensables à la croissance et à l'équilibre organique (hormones, pro-hormones vitamines, pro-vitamines). Certaines cures thermales et diverses opothérapies appropriées pourront favoriser l'adaptation progressive à la ville de l'inadapté urbain.

Une œuvre médicale périscolaire « La Dune », station climatique scolaire de la ville de Bordeaux

Docteur E. GINESTOUS, adjoint au maire, délégué à la Santé publique et la Protection de l'enfance, et Docteur B. LLAGUET, directeur de La Dune.

La ville de Bordeaux, à la suite d'un don généreux de Mme Veuve Lalanne, a établi au voisinage du bassin d'Arcachon une station climatique destinée à recevoir les écoliers de 7 à 14 ans débiles, fatigués, en cours de période scolaire.

Cette institution, placée sous une surveillance médicale permet, dans ce milieu ozonisé et salin, avec une discipline hygiénique bien observée, de fortifier rapidement les enfants.

Les résultats obtenus dans cette œuvre périscolaire sont déjà très encourageants ; au cours de deux années, 546 pensionnaires ont été traités avec succès, avec 48 journées de présence moyenne. Ce n'est là, d'ailleurs, que le prélude d'une belle œuvre de l'enfance scolaire. La partie de la propriété restée disponible peut permettre, en effet, à l'Administration de M. Marquet, député-maire, de donner un plein épanouissement aux œuvres de plein air, camps de vacances, pour le plus grand bien physique, moral et social des 20.000 écoliers bordelais.

Arcachon, station des inadaptés urbains

Docteur G. CUVIER, directeur des Services d'hygiène d'Arcachon.

Grâce à son climat, à la valeur de ses facteurs physiques (champ électrique, ensoleillement), à ses facteurs chimiques (iode de l'air marin atténué, ozone des effluves balsamiques sylvestres), Arcachon réalise un centre particulièrement indiqué pour les inadaptés urbains.

IV. — Communications diverses

L'épidémiologie du choléra dans l'Inde

Docteur D.-N. BANERJEE (Calcutta)

Le choléra dans l'Inde est un problème international. Il est généralement sporadique, mais dans le Bengale, il existe à l'état endémique et même épidémique. Le premier cas de choléra dans une épidémie offre souvent des symptômes atypiques et l'examen bactériologique des selles ne donne pas toujours de résultat positif, de sorte que le diagnostic présente certaines difficultés. Celles-ci peuvent se renouveler au cours des différentes périodes de l'épidémie à cause de la variabilité des propriétés biologiques des vibrions et particulièrement de leur agglutinabilité. Elles apparaissent encore, pour des raisons identiques, dans la recherche des porteurs de germes. On observe dans le Bengale une relation étroite entre l'apparition des épidémies de choléra et les conditions atmosphériques parmi lesquelles la température et l'humidité semblent être des facteurs domi-

nants. Le choléra cause chaque année dans l'Inde plus de 300.000 morts.

La médecine préventive doit-elle être confiée aux praticiens ou à des médecins fonctionnaires ?

Docteur A. DUPUY.

Pour l'auteur, la médecine préventive du praticien ne peut que jouer un rôle persuasif, en dehors du contrôle de l'Etat. A son avis l'Etat, en matière de médecine préventive, doit avoir recours à des médecins fonctionnaires, dans l'intérêt du public aussi bien que dans l'intérêt de tous les médecins.

Avortement épizootique et transhumance. Les végétaux sont-ils porteurs de germe ?

Docteur Jos. JULLIEN, Joyeuse (Ardèche)

Le problème de la contamination des troupeaux sains sur les lieux de transhumance, en dehors de tout contact avec des animaux malades (brucelleux), attirait l'attention sur une contamination d'origine alimentaire. L'auteur montre que 1° certains végétaux à latex provenant de pâturages naturels sont constamment parasités par des bactéries dont le pouvoir pathogène a été expérimentalement prouvé ; 2° que ces mêmes végétaux à latex peuvent être artificiellement parasités par des bactéries pathogènes pour l'homme et pour l'animal, en particulier par des Brucella.

L'organisation et la coordination des différents centres de sérums de convalescent (rougeole, scarlatine, poliomyélite, oreillons, etc.)

Docteur E. LŒWENBERG, de Strasbourg.

L'auteur indique en quelques mots l'origine du centre de sérum de convalescent de Strasbourg, créé pendant l'épidémie de polio-myélite en 1930. Il signale l'existence de douze centres de sérum de convalescent, fonctionnant actuellement sur notre territoire. La question financière pourrait être résolue par l'application d'un tarif fixe pour la fourniture de sérum. Ce tarif devrait être calculé au plus juste et uniquement pour permettre de restituer au Centre les prix de revient. A la subvention du ministère de la Santé publique servirait à fournir le sérum gratuitement aux indigents. La pénurie de sérum d'un centre, qui, par absence de telle maladie dans sa région se trouve dans l'impossibilité de le produire, il doit être remédié par l'échange entre les divers centres. Il est indispensable de propager la notion de la valeur du sérum de convalescent par des conférences dans les Syndicats ruraux, en intéressant les médecins de campagne au recrutement des donneurs (auxquels ils rendront souvent service en leur procurant une source de revenu dans la somme qui leur est allouée pour leur sang) et en les mettant au courant du choix des donneurs à adresser aux centres de production et des conditions d'application des sérums à leurs propres malades. Les demandes de sérums doivent contenir — et l'auteur insiste particulièrement là-dessus — les précisions suivantes, et cela pour éviter tout retard de traitement : 1° l'âge des malade ; 2° le nombre de sujets à traiter ou à protéger et 3° s'il s'agit d'une application préventive ou curative.

L'organisation sanitaire à Cuba et la situation des médecins fonctionnaires

Cuba serait la première nation ayant créé un ministère de la Santé publique.

A Cuba, les communes possèdent toutes une direction de santé. La République en compte *actuellement* 127 qui seront sous peu groupées pour former des « Districts sanitaires ». Une Ecole sanitaire nationale, destinée à préparer les fonctionnaires et les directeurs de santé est en pleine activité. On y travaille à la mise au point des lois qui créeront la « Carrière sanitaire et hospitalière ».

P. LAÇROIX

Les livres qui viennent de paraître....

Chez DOIN et Cie
8, place de l'Odéon

L. LANGERON, R. DESPLATS, A. FOURNIER et R. CAMUS. — **Les artérites des membres.** ÉTUDE CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE. Un vol. in-8°, 304 p., 1938. Prix : 60 francs.

L. BONNET. — **Insufflation tubaire kymographique** PAR LA MÉTHODE DE RUBIN. Préfaces des Professeurs J.-L. Faure et J.-C. Rubin. Un vol. in-8°, 96 p. avec fig. Prix : 28 francs.

Dr R. DENIS. — **Résection transurétrale de la prostate.** (ÉTUDE DE SOIXANTE CAS). Un vol. in-8°, 96 p. avec graphiques. Prix : 35 francs.

A. DANÈS. — **Les cholécystites chroniques.** ÉTUDE CLINIQUE. Préface du Professeur J. Rieux. Un vol. in-8°, 118 pages avec 4 planches. Prix : 38 francs.

F. BLANC et L.-A. BORDES. — **Les maladies exotiques dans la pratique médicale des pays tempérés.** Un vol. in-16, 244 p., 1938. Prix : 30 francs.

R. DENIS, P. DUFOUR et H. HORVILLE. — **Traitement des fractures du col du fémur.** Un vol. 138 p., 159 fig. Prix : 45 francs.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement des dérèglements du système neuro-végétatif par l'Histidine

Classiquement les deux systèmes ortho- et parasympathiques sont considérés comme doués de fonctions antagonistes.

Cette notion repose sur le fait que les organes réagissent de façon inverse ou différente à l'excitation des deux systèmes.

Pour prendre un exemple concret, nous rappellerons que l'excitation orthosympathique accélère le cœur, tandis que l'excitation parasympathique (vague) le ralentit.

Notre état de bonne santé consisterait en un équilibre entre les tonus des deux systèmes.

Ce concept simple et séduisant paraît soulever de nombreuses objections.

Tout d'abord, on a démontré que les deux systèmes sont chacun capables dans certaines conditions, d'influencer les organes dans les deux sens : inhibition, ou excitation.

Loin de s'opposer, les deux systèmes se superposeraient, se coordonneraient pour exercer une action régulatrice sur l'activité des organes, permettant ainsi de mettre en harmonie les différentes fonctions organiques.

A l'appui de cette théorie, on compte de nombreuses expériences thérapeutiques. En effet, un médicament connu pour son action parasympathicolytique : l'atropine, absorbé dans certaines conditions, joue un rôle régulateur sur l'ensemble des deux systèmes, et a, de ce fait, une action amphotonique.

Mais tous les médicaments chimiques calmants ou excitants du système neuro-végétatif sont plus ou moins des toxiques. Qu'ils appartiennent à la série des barbituriques ou à la série atropinique, ces médicaments n'ont pas d'action spécifique sur les sympathiques seuls, mais agissent aussi sur les nerfs de la vie de relation (système sensitivo-moteur) et ceci comporte de nombreux inconvénients.

Les acides aminés ont pénétré dans la thérapeutique grâce aux travaux de Fontes d'une part, de Weis et Aron d'autre part. Mais les auteurs pensant avoir à faire à des maladies de carence en acides aminés (qu'il s'agisse d'anémie, ou d'ulcère gastrique), administraient les acides aminés en quantité appréciable, pour suppléer à ceux manquant dans l'organisme.

Halbron et Lenormand ayant une autre conception injectent dans le derme les acides aminés et, en particulier, l'histidine en quantité minime (0 gr. 02).

Ils obtiennent des effets meilleurs que ceux obtenus avec des quantités dix à vingt fois supérieures, mais injectées dans le muscle.

Devant les résultats obtenus par cette nouvelle thérapeutique, la notion d'acide aminé, substance neurotrope, se substitue à la notion de carence.

Les essais thérapeutiques se multiplient alors sur ce plan nouveau, et viennent démontrer de façon éclatante l'action neurotrope et régulatrice de l'histidine *sur le système vago-sympathique.*

D'autres acides aminés ont été essayés. Un acide de formule très voisine : l'histamine, a parfois occasionné des accidents.

L'histamine peut déclencher des phénomènes d'hypersécrétion, et parfois d'anaphylaxie qui ont des conséquences sérieuses.

Actuellement, l'histidine paraît être un des meilleurs acides aminés utilisé en thérapeutique. Elle n'est nullement toxique, elle ne s'accumule pas dans l'organisme, elle paraît avoir une action amphotonique puissante et régulière et n'agit nullement sur la vie de relation.

Présentée sous le nom de *Plexamine*, une solution de chlorhydrate d'histidine ayant un pH précis, a une action manifeste et rapide dans une série de dérèglements neurovégétatifs les plus divers. Bien qu'il soit actuellement impossible d'expliquer le mécanisme d'action des injections intradermiques, il est reconnu empiriquement que la Plexamine doit être injectée strictement dans le derme à la dose de 0 c. c. 3 à 0 c. c. 5, ce qui représente 0 gr. 012 à 0 gr. 020 d'histidine.

Par mécanisme réflexe sur les plexus sympathiques, elle produit des sédations remarquables dans une série de phénomènes douloureux, auxquels viennent s'ajouter le spasme et très souvent un état anxieux. Nous citerons les douleurs d'angor, les douleurs solaires, (ulcus, épigastralgies), les douleurs de règles et du petit bassin en général (ovarite scléro-kystique) le rhume des foins , le coryza spasmodique, la maladie de Raynaud, les pieds et mains froids, l'insomnie, la tachycardie, l'anxiété. L'injection dans tous ces cas, peut être faite à un point quelconque du corps, mais intradermique.

La Plexamine comporte en plus une très importante indication.

Elle est active dans les algies rhumatismales, dans les algies du zona, dans les causalgies si tenaces des amputés.

Pour cette thérapeutique, il est préférable d'injecter *loco dolenti*, en circonscrivant le point douloureux d'une série de petites injections de 0 c. c. 2 à 0 c. c. 3 de Plexamine.

Les effets sont extrêmement rapides et l'on peut arriver à une sédation complète et durable de la douleur en renouvelant le traitement chaque fois que celle-ci tend à réapparaître.

La Plexamine, solution d'histidine pure, permet d'utiliser d'une façon pratique les acides aminés entrés désormais dans la thérapeutique courante et classique du spasme, des algies et des états anxieux.

Docteur LAURENT.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

TRAVAUX ORIGINAUX

Bulletin de l'Actualité

NÉCESSITÉ SOCIALE ET SCIENTIFIQUE DE L'ESPRIT DE CONTRADICTION

Rien de plus irritant et vain, diront certains, que l'esprit de contradiction ; rien de tapageur comme le paradoxe ; c'est faire l'original à bon compte que prendre le contrepied de tout le monde. Battre une muraille en brèche est une chose ; la reconstruire, une fois qu'elle est par terre, en est une autre et plus difficile. Or l'amateur de paradoxe ne reconstruit jamais ; il dévaste avec plus ou moins de brio et puis s'en va, laissant quinauds ceux qui se sont fiés à lui.

D'accord !

Et pourtant je soutiens que l'esprit de contradiction est nécessaire au monde, que démolir, même si l'on n'édifie rien à la place, est parfois méritoire et souvent utile. Car l'homme, installé dans son édifice doctrinal, s'il n'est pas tenu en haleine par la notion de son instabilité, est prompt à s'acagnarder en de périlleuses indolences et à estimer cet édifice le mieux bâti du monde. « Memento quia pulvis es » n'est pas bon seulement à dire aux âmes. Toutes les civilisations passées ont péri pour ne s'en être pas souvenues.

Certaines, il est vrai, avaient pensé, un moment du moins, à garder sa place à l'esprit de contradiction. La Rome antique appostait des esclaves sur la montée du Capitole pour faire entendre au triomphateur, parmi les ovations de la foule, qu'il n'était après tout qu'un homme. A la Cour de France, le fou avait le droit d'interrompre les flagorneries des courtisans pour rabattre le caquet au roi et lui dire ses quatre vérités ; vérités de fou, mais qui étaient dites tout de même et au moment qu'il fallait.

De nos jours la contradiction est tenue en politique pour une injure et un défi. Chacun réclame pour son parti le pouvoir absolu et la créance illimitée. Les dictateurs, par définition, ne conçoivent pas de puissance sans cette première prérogative d'étouffer les opposants ; et les démocraties, si elles gardent traditionnellement la liberté de la presse, ne s'en servent que comme d'un exutoire à leur bile, afin que plus librement les exaltés échangent leurs suspicions. C'est un trait remarquable (et ridicule aux yeux de beaucoup) de la constitution anglaise d'appointer, aux frais du gouvernement, le chef de l'opposition. Il tient le rôle de fou du roi et il est le seul fou de ce genre sur terre. Car l'intolérance nous garrotte d'un peu plus près chaque jour.

***

Tant pis pour nos libertés civiques !

Mais raison de plus pour ne pas laisser bénévolement dilapider d'autres privilèges de notre libre-arbitre. Qu'en matière scientifique du moins l'esprit de contradiction soit sauf et fleurisse au grand soleil. Ou alors résignons-nous à éprouver l'impérieuse étreinte des dogmes, des vérités d'école, d'église ou d'Etat. Ce n'est pas pour en arriver là que depuis des siècles l'effort des hommes s'est exercé à revendiquer le droit de l'esprit de ne recevoir aucune consigne. Que la terre tourne c'est affaire au savant qui le proclame (et qui contredit, en le proclamant, l'opinion alors générale) de le démontrer ; mais il est intolérable que l'Eglise lui impose silence et, pour y parvenir plus sûrement, jete Galilée en prison. « Le sang circule dans les vaisseaux » annonce Michel Servet ; et Calvin, qui ne connait rien à la question mais en fait sujet d'hérésie, condamne Servet au bûcher. Les Académiciens qui brocardaient Pasteur ne connaissaient pas davantage le rôle des microbes en pathologie ; mais le contradicteur qui sapait leurs connaissances et démontrait la fausseté de leur enseignement les troublait dans leur quiétude, et ils préféraient l'arbitraire de dénégations incompé-

tentes à l'effort nécessaire pour concevoir une doctrine inédite. Il y a toujours de la paresse chez celui qui refuse d'emblée d'examiner une nouveauté, ou bien de la vanité. Et souvent, avouons-le, il y a les deux.

Mais malgré les plus sévères leçons l'homme reste semblable à lui-même. Il croit s'être amélioré, et ce n'est qu'un peu d'hypocrisie mondaine qui camoufle les instincts primitifs. Ainsi voyons-nous, de nos jours, Lumière opposer en vain ses constatations et ses raisonnements à la doctrine officielle : on ne brûle plus tout vif le contradicteur, on le neutralise à force de mépris. Ainsi Leriche, insurgé contre les tendances indolentes de la chirurgie, est tenu à l'écart comme un dangereux schismatique.

On ne jugule pas, heureusement, pour si peu, l'esprit de contradiction, lequel n'est autre chose, en pareil domaine, que la soif de la recherche. Un inventeur est-il autre chose qu'un mécontent de l'ordre établi, un fureteur qui trouve qu'il y a mieux à faire que parachever et ornementer une construction déjà vétuste ? et son mécontentement, patiemment méditatif, le conduit à jeter de nouvelles fondations.

En fait, toute doctrine scientifique qui jouit d'un crédit incontesté est, dès ce moment, retirée des fluctuations qui caractérisent la vie et elle n'a plus rien à attendre que le déclin : son domaine est devenu terre de colonisation pour l'invention. Ainsi le jour où l'on a proclamé avec autorité que la chirurgie avait atteint un sommet qu'elle ne dépasserait pas, ce jour-là a commencé de sonner le glas de la chirurgie actuelle. La gloire de Leriche c'est justement d'avoir aperçu ce sommet, d'avoir dédaigné les fêtes de l'apothéose et, tandis que ses collègues enfilaient leurs habits de parade, d'avoir retroussé ses manches et saisi sa hache pour défricher un nouveau canton. La gloire ! promise pour demain, certes, mais comment le cortège de dignitaires enrubannés ne considérerait-il pas avec hauteur un bûcheron au travail ?

La santé, disait notre confrère Knock, est un état passager et instable qui n'annonce rien de bon. J'en dirais autant (si j'étais Jules Romains !) de la réussite. L'homme « arrivé », a tout à craindre, à commencer par l'envie qui mine sournoisement son pavois et avec d'autant plus de chances que lui-même a relâché son effort. La doctrine établie a tendance à oublier que son explication est un aspect fugitif de la Vérité, et qu'au train où vont les choses, chaque jour, ou presque, a sa vérité.

Une des causes primordiales du malaise qui nous étreint est d'avoir vu de nos yeux vaciller toutes nos certitudes. Politique, économique, sociologie, arts, sciences, rien n'a résisté. Nous vivons, en matière de connaissance, sous le régime des fiches, précaires expressions d'un savoir qui se sait condamné. Des sciences entières, comme la physique, ont été, en l'espace de vingt ans, bouleversées de fond en comble. Nous pouvions croire que les sciences dites exactes nous offriraient au moins un peu de terre solide où reprendre haleine. Mais voici que l'astronomie bégaie elle aussi, que la géométrie nous hallucine avec ses quatre et ses cinq dimensions ; voici qu'Einstein nous ôte notre dernier réconfort ; il n'est pas sûr que demain 2 et 2 fassent encore 4. Nous nous sentons fourvoyés pour jamais dans l'illusoire et le fortuit.

Il faut rendre cette justice à l'esprit de contradiction que lui du moins n'a jamais cru à la pérennité des conquêtes humaines. Non plus ne prend-il pour argent comptant les affirmations les plus péremptoires. Du fait même qu'elle est péremptoire l'affirmation lui devient suspecte, et si on lui enjoint de croire il flaire l'imposture. Ce n'est pas qu'il se refuse à être convaincu ; contredire c'est au moins manifester son intérêt et sa curiosité. D'un contradicteur il ne faut jamais désespérer ; peut-être demain sera-t-il votre plus chaud partisan. Mais l'être mou, tiède, qui se dérobe à l'obstacle comme un cheval vicieux et qu'aucun argument ne pique au vif, celui-là qui ne trouve pas en soi assez d'ardeur pour contredire n'en trouvera pas davantage pour embrasser une cause. Il y a plus de fond à faire sur l'ennemi qui après une âpre résistance, s'est rallié, que sur le partisan que ne tourmente aucun scrupule de conscience. Celui-là sait pourquoi il a changé de camp ; celui-ci qui dira s'il s'est jamais interrogé ? Aussi les religions jeunes ne sont-elles jamais à court de martyrs ; elles gagnent sur les anciennes les bataillons enflammés des contradicteurs.

***

Car l'on entend bien que la contradiction dont je parle n'est pas l'obstruction systématique, ni mon contradicteur cet être borné qui fait sa joie de scandaliser les autres.

De lui qui affiche son indépendance j'exige qu'il respecte l'indépendance de ceux qui ne pensent pas comme lui. S'il est violent, sectaire, c'est le plus insupportable des tyrans ; il justifie l'aigreur que l'on nourrit communément à l'endroit de l'esprit de contradiction. La bâtisse qu'il estime surannée ce n'est pas lui qui la jettera par terre ; mais en décrivant celle dont il a conçu le plan il déterminera les hommes à abandonner leur ancien habitacle. Qu'il soit, en somme, un guide, non un meneur.

En assumant ce rôle, son plus imprescriptible devoir c'est de mesurer sa responsabilité. Elle n'est pas mince ! Car qui entreprend de marcher en tête d'une troupe prend, dès ce moment, en charge, le sort et les intérêts de cette troupe. Simple honnêteté que de s'en souvenir à tout

moment, et surtout à l'instant de se mettre en route. Et cependant à regarder autour de nous les novateurs de tous poils qui fondent les cités futures, on se prend à douter que cette notion de responsabilité soit très répandue par le monde. Avant, ils servent leur ambition, leurs intérêts, leurs préjugés. C'est au nom de ces mesquineries qu'ils hypothèquent le goût du changement si profondément ancré dans le cœur humain. Changer, pour beaucoup, c'est améliorer. C'est tout au plus courir une chance d'améliorer. Mais quand on court une chance il faut d'abord mettre tous les atouts de son côté et laisser au hasard la plus petite part possible. Et ceci fait, il faut se tenir prêt à reconnaître qu'on s'est trompé.

On n'a le droit de contredire qu'*en conscience*.

***

En fait, me semble-t-il, pour qu'un homme soit un *homme*, je veux dire autre chose qu'un élément interchangeable, pour qu'il donne son trait personnel à la figure actuelle du monde, il lui faut inéluctablement passer par trois stades dans l'édification de son être pensant.

D'abord il est, comme tout enfant, un organisme soucieux uniquement d'absorption ; il prend son bien avec gloutonnerie où il le trouve ; son esprit jeune et vierge, s'imprègne des connaissances préétablies ; l'école le gave comme une oie à l'engrais, la vie remplit ses poches de maximes éprouvées, et son orgueil puéril s'assouvit à faire montre de ses parures empruntées aux stocks communs.

Arrive la période de révolte, la puberté spirituelle. L'adolescent se sent tout à coup écrasé par son fardeau ; il en perçoit l'aspect de bric-à-brac : les vieux chiffons y voisinent avec les pièces d'art et même celles-ci, pous s'être trop imposées à ses yeux, l'écœurent et l'ennuient. Un jour de colère il jette sa besace au bord du chemin et s'élance, allégé, à la conquête de la terre. Rien de ce que lui avaient transmis les anciens ne lui paraît plus valable, et il se jure de ne plus rien posséder qu'il n'ait assemblé de ses mains. C'est l'époque des convictions acharnées, des reniements ostentatoires, des partis-pris qui n'en veulent pas démordre ; c'est l'époque des milles sottises (parfois aussi des intuitions géniales !) des mystiques intolérantes capables de persécuter un homme ou de récuser un fait parce que cet homme ou ce fait leur donnent tort.

Et puis, la sérénité venant, l'expérience aidant, on repense à tout ce qu'on a abjuré autrefois. La durée d'une vie ne paraît plus assez longue pour édifier à soi seul sa maison. Avec humilité on retourne un beau jour au monceau abandonné par le jeune présomptueux et c'est là que l'homme mûr choisit longuement, pièce à pièce, le décor de ses derniers jours. Il les prend, les contemple et les reconnaît ; il s'étonne en son cœur d'avoir eu autrefois, si peu de discernement, et rend grâce à ses anciens d'avoir si bien œuvré pour sa propre délectation. Mais en se relevant, son bagage fait, il sait bien que tout cela sera de nouveau, leur heure venue, méconnu par les jeunes ; et qu'il n'y peut rien ; et qu'il *doit* en être ainsi. Car la génération qui, à un moment de sa vie, ne contredirait pas la précédente, serait bien pauvre de sang ; il y aurait bien peu à attendre d'elle !

***

Ainsi vont les hommes ; ainsi du moins faut-il leur souhaiter d'aller pour l'honneur et la sauvegarde de leur race. Mais bon nombre d'entre-eux n'accomplissent pas l'évolution entière.

Il faut craindre ceux qui ne se sont jamais sentis rappelés en arrière et aux yeux de qui reculer d'un pas serait une faiblesse. Ce seront les doctrinaires qui, ayant commencé par contredire eux-mêmes, baillonneront leurs contradicteurs ; ce seront les tyrans qui, après avoir jeté à bas un gouvernement établi, empliront les prisons de leurs ennemis ; ce seront les fanatiques, qui, s'ils ont le pouvoir, mèneront les peuples à la guerre et s'ils ne l'ont pas fomenteront, avec une affreuse bonne foi, soulèvements et attentats. Il faut les craindre et, tant que l'on peut, s'en préserver.

Mais il faut plaindre et, en les plaignant, mépriser un peu ceux qui n'en sont même pas venus là : ils sont restés toujours des disciples dociles, n'ont jamais conçu de vérité qui ne leur ait été apprise, d'autre idéal qu'un autre ne leur eût proposé. Ils savent beaucoup de choses mais rien de ce qu'enseigne le combat de la vie. Ce sont des érudits imprimés jusque sur la tranche, souvent comblés de grades parce qu'ils font honneur à leurs maîtres et estimés de bonne compagnie parce qu'ils n'ont jamais contredit personne.

Certes ils ont grande apparence ; mais en fait ils donnent d'eux-mêmes cette image dérisoire qui se voit dans les fêtes foraines : un jeu de glaces habilement placées vous introduit dans un palais aux mille lumières ; en regardant de plus près on se rend à l'évidence : ce ne sont que des reflets... et ce n'est qu'une baraque.

G. LAVALÉE.

PROBLÈMES DE DÉONTOLOGIE

I. Le cabinet médical terrain neutre

Un médecin spécialiste (lettre 7753) constate que, depuis quelque temps, de nombreux clients, soignés par un confrère, qui exerce la même spécialité, viennent le consulter au cabinet, pour avoir un diagnostic et parfois un traitement. Quelques malades ont même voulu abandonner l'autre praticien, pour se confier désormais à notre correspondant. Celui-ci est très gêné, car il ne sait comment avertir son confrère. Il me demande s'il a le droit de recevoir dans son cabinet ces clients, qui semblent ne plus avoir confiance ni dans le diagnostic, ni dans le traitement de leur premier médecin. Que faire du point de vue déontologique et pratique ?

L'article 38 du Code de déontologie institué par la Confédération des Syndicats médicaux déclare que le cabinet d'un médecin est terrain neutre. En d'autres termes, si le praticien a des devoirs confraternels, lorsqu'il est appelé en ville, auprès d'un malade déjà en traitement par un confrère, il peut accueillir tout venant dans son propre cabinet.

Néanmoins il est de bonne courtoisie de ne jamais critiquer ni le diagnostic, ni la thérapeutique du confrère, car rien ne prouve que ce dernier soit celui qui s'est trompé.

En second lieu, s'il est possible d'engager un malade à retourner chez son médecin habituel et à faire tous ses efforts pour que la confiance du malade ne soit pas abolie, on aura bien agi pour la bonne renommée de la profession médicale. Il est regrettable en effet de laisser croire à nos clients qu'il peut y avoir parmi nous de mauvais médecins qui font des erreurs de diagnostic, ou qui se trompent dans leur traitement.

Si nous voulons que le grand public ait toujours du respect pour notre science et notre sacerdoce, commençons par nous respecter entre confrères. Aussi dans le cas qui m'est soumis, dois-je me montrer très prudent dans ma réponse. Les considérations de fait sont en effet très délicates à apprécier : il faut considérer les circonstances, la répétition des cas, etc., etc.

Seul le Conseil de famille du Syndicat, ou un arbitrage devant un jury de médecins, pourrait déterminer la conduite du praticien qui consulte en très grand nombre dans son cabinet les malades soignés par ses confrères.

II. — Installation d'un remplaçant en face du remplacé

Le président d'un Syndicat médical nous demande (lettre n° 7.349) ce qu'il est possible de faire contre un remplaçant, qui manifeste l'intention de s'installer dans la localité où il a remplacé déjà deux fois un praticien.

Des sanctions corporatives sont-elles prévues dans le Code de déontologie ? Ces pénalités confraternelles ont-elles de l'efficacité ?

La question doit être envisagée du point de vue juridique et du point de vue confraternel.

Juridiquement, lorsque dans le contrat de remplacement, le remplaçant s'engage à ne pas s'installer dans un périmètre déterminé après ce remplacement, cette obligation de faire a été pendant longtemps reconnue valable par les Tribunaux. C'est ainsi que le Tribunal civil de Pontoise, par jugement du 2 avril 1901, la Cour d'appel de Paris, arrêt du 6 août 1902, le Tribunal civil d'Auch, jugement du 26 juillet 1908, la Cour d'appel d'Agen, 7 février 1910, le Tribunal civil de la Seine, 15 janvier 1925, ont décidé parfaitement valable cette clause d'interdiction d'exercer inscrite dans un contrat de remplacement.

Malheureusement, en sens contraire, nous devons faire état d'un arrêt de la Cour d'appel de Poitiers du 23 juin 1936 qui estime qu'un praticien ne saurait valablement s'interdire d'exercer sa profession dans un périmètre déterminé, sous prétexte que les malades seraient entravés dans leur droit au libre choix du médecin. Aussi le « Sou médical » n'a-t-il pas hésité à faire faire un pourvoi devant la Cour de cassation : la Cour suprême décidera si, juridiquement, un remplaçant peut s'interdire de s'installer dans la ville où il a fait un remplacement. Ne pas reconnaître la validité de pareille convention rendrait difficiles les remplacements et impossibles les cessions de clientèle. Ces dernières reposent surtout sur l'engagement que prend le cédant au bénéfice du cessionnaire de ne plus exercer la médecine en deçà d'un rayon de protection.

Mais, s'il n'y a pas eu contrat écrit entre remplaçant et remplacé, ce ne sera plus l'angle juridique sous lequel nous devrons envisager le problème, mais l'angle déontologique. C'est à bon droit que l'on peut menacer le remplaçant des foudres de la justice syndicale, car il est de coutume dans notre profession médicale qu'un remplaçant s'interdise, tacitement ou par écrit, de s'installer en face du remplacé.

Le Syndicat aura donc le droit absolu de refuser l'admission de ce nouveau confrère dans le groupe corporatif ; il aura même le droit de le mettre à l'index. De telles menaces peuvent détourner de son projet un jeune confrère dépourvu de scrupules déontologiques.

Dr Paul Boudin.

CAUSES PROBABLES DE L'ÉVOLUTION HUMAINE

Par le Docteur A. GAUDUCHEAU

Au Palais de la Découverte, à l'Exposition des Arts et Techniques, on a pu voir une très belle représentation de l'évolution des êtres vivants, de ce phénomène qui « confond l'imagination, mais qui n'effraie pas la raison ». Les données du problème y sont exposées d'une manière frappante ; mais la solution manque ; on ne sait pas encore comment, sous quelles influences, les végétaux et les animaux ont apparu sur la terre ; on n'a pas encore trouvé les causes naturelles de la formation successive des espèces. En particulier, l'origine et l'évolution de l'homme demeurent inexpliquées.

Si l'ensemble des espèces vivantes est fixé depuis longtemps, il paraît bien que le dernier venu, l'homme, évolue toujours.

Nous voudrions examiner ici quelles ont été et quelles sont encore maintenant les raisons probables de l'évolution humaine.

Au contraire des animaux qui vivent dans des conditions vraiment naturelles, l'homme, par les moyens de sa technique, a changé profondément son milieu et son régime alimentaire. Dès que se manifesta, à l'origine de l'humanité, le premier rudiment de l'intelligence, notre ancêtre commença de créer autour de lui une ambiance artificielle ; dès que, par exemple, il se vêtit de feuillages ou de peaux de bêtes, il diminua les excitations physiologiques qui, auparavant, lui venaient des intempéries ; il diminua le durcissement de son épiderme ; il augmenta la sensibilité de son tégument. Et l'invention du vêtement est peu de chose à côté de celles du feu, de l'agriculture, etc., qui ont bouleversé l'état primitif de la nature.

Les biologistes qui ont organisé cette partie de l'exposition dont nous venons de parler, ont compris l'incidence de l'industrie sur l'évolution ; ils ont figuré le feu sous l'apparence d'un brasier ardent, situé peu de temps après l'apparition de l'*homo sapiens*, dans leur schéma de la série animale ; ils ont placé l'image de Prométhée au frontispice du Palais ; ils ont considéré que la technique du feu, par ses conséquences, fut l'événement le plus important de l'histoire du monde.

Dans quelle mesure les races humaines, sinon l'espèce, peuvent-elles être modifiées par les artifices de la technique, en particulier par le changement du régime alimentaire et du milieu ? Pour le savoir, il faut évaluer d'abord l'étendue de ces facteurs probables de l'évolution, commencer par voir ce qu'était la condition humaine à l'origine et la comparer avec ce qu'elle est aujourd'hui.

On sous-estime généralement la valeur des changements survenus dans l'alimentation et l'ambiance de l'humanité. Si l'on connaît bien la situation actuelle, on se trompe ordinairement sur ce qu'était l'état primitif. La plupart de nos contemporains s'en rapportent là-dessus à des récits légendaires décrivant le paradis terrestre, avec ses fruits abondants et toujours mûrs. A notre avis, si l'on veut savoir en quoi consistait véritablement l'état naturel, il faut se rendre dans les rares pays exotiques où la main de l'homme n'a encore rien changé, ni au sol, ni à ce qu'il produit. On s'aperçoit alors que ces conditions ne sont pas du tout celles que l'on imagine habituellement, d'abord qu'il y a peu de chose à manger. On y constate que, sans agriculture, la multiplication de notre espèce aurait été fort limitée (1). Il faut partir de cette notion véridique pour mesurer le chemin parcouru, les progrès réalisés par la technique.

Lorsqu'on approfondit la question de savoir comment s'est fait le passage de l'état naturel à l'état civilisé, lorsqu'on réfléchit aux origines de la technique, on acquiert la conviction que l'agriculture fut, pour notre évolution, plus importante encore que le feu.

Aucun animal n'avait jamais appris à cultiver les végétaux, lorsqu'un ancêtre de l'homme, assis devant sa caverne, quelque matin de printemps, regardant germer une graine, eut l'idée d'imiter la nature, de répéter ce qu'il voyait et, dans la terre humide, de semer une jeune plante. C'est au moment où l'éclair jaillit dans le cerveau de ce primitif, que se place la naissance de notre industrie nourricière. Cette invention eut une série de conséquences énormes, s'enchaînant les unes les autres : l'augmentation des ressources alimentaires ; la pullulation de l'espèce humaine ; la transformation progressive de la nourriture naturelle.

Par les perfectionnements successifs de la technique agricole, nous avons modifié la structure de notre ration, c'est-à-dire les matériaux de construction de notre édifice animal.

Comparant ce qu'était le régime alimentaire de l'homme préhistorique avant l'agriculture à celui du civilisé, nous avons vu que le changement de la ration au cours des siècles a été assez profond pour agir sur notre physique et notre moral (2). Ce fait capital n'est pas aperçu avec tout le relief qu'il faudrait, ni par les historiens, ni par les biologistes.

Nous fondant sur de nombreux faits d'observation et sur des expériences, nous disions que

si, un jour, les actuels mangeurs de riz, les Chinois, les Annamites et les Indiens, sont pourvus comme nous de viandes, surtout de laitages, d'aliments fermentés par la levure et autres stimulants, leur nonchalence deviendra vivacité et leur caractère se rapprochera du nôtre.

Il faudrait maintenant poursuivre et approfondir les recherches qui ont permis d'aboutir à cette opinion. Nous avons proposé à nos anciens camarades du Service de santé colonial d'entreprendre une expérience pour mesurer l'influence de l'alimentation et de l'hygiène sur la transformation des races : dans nos colonies, parmi des groupes humains pauvrement nourris de denrées presque exclusivement végétales, on choisirait de jeunes individus que l'on mettrait pendant un temps suffisant au régime des civilisés ; on mesurerait, au moyen de témoignages biologiques, l'influence de ce changement de nourriture et d'hygiène, sur leur formation et leur développement physique et intellectuel (3).

Il serait très important de savoir exactement dans quelles proportions la technique peut modifier les individus et les peuples. Cela nous permettrait de supputer l'avenir des races, entraînées par les conséquences des industries dont elles bénéficient ou dont elles sont victimes.

***

L'invention de l'agriculture changea profondément les conditions de l'existence humaine. Auparavant, la pauvreté du sol vierge en productions végétales comestibles obligeait les premiers hommes à la recherche incessante de leurs aliments, donc à des déplacements continuels. Lorsqu'ils eurent découvert et perfectionné la culture artificielle des plantes, ils cessèrent de mener l'existence nomade, pour rester à côté de leurs provisions, à côté de leurs champs. Puis l'espèce se multipliant, ils fondèrent des cités. L'institution des villes eut à son tour pour effet d'agglomérer les gens et d'y développer les maladies contagieuses, jusqu'à ce que l'hygiène, cette grande technique, eût trouvé les moyens de s'opposer aux épidémies, de purifier les eaux et les aliments, etc.

Dans les cités contemporaines, parmi ces foules qui s'entassent dans les transports en commun et ailleurs, les microbes passent facilement des uns aux autres ; la flore de nos voies aériennes et intestinales est commune à tout le monde. Nous sommes obligés de nous défendre contre les invasions périodiques des pathogènes. Nous nous entraînons à l'immunité par des maladies répétées. Nous y ajoutons des vaccinations multiples, de sorte que nous menons une lutte continuelle contre toutes sortes de germes. Nous ne savons pas au juste ce qu'il en résultera. Nous espérons que la résistance de notre espèce en sera augmentée, au profit de nos descendants.

Contrairement à une opinion répandue, notre résistance aux maladies n'a pas été diminuée par la civilisation. Malgré certaines techniques évidemment mauvaises, telles que celle de l'alambic, la durée moyenne de la vie a presque doublé dans notre pays, depuis le début du siècle dernier.

L'homme existe ; donc il a été capable, au cours de son histoire, de résister aux maladies ; il a été assailli par d'innombrables parasites visibles et invisibles ; aucun d'eux n'a pu le faire disparaître ; aucune maladie n'a jamais donné 100 % de mortalité. Dans les épidémies les plus terribles, il y a toujours eu une proportion plus ou moins grande d'hommes qui ont échappé et qui ont ensuite fait souche d'individus aussi ou plus solides qu'eux-mêmes. Et c'est par la maladie que l'homme a entretenu et développé la résistance qu'il a aujourd'hui.

Le rôle des maladies dans le déterminisme de l'évolution n'a pas été étudié avec toute l'attention qu'il mérite. Il est certain que les parasites et les poisons, à côté de leurs effets purement pathogènes, sont capables de stimuler les organismes, de provoquer des réactions défensives, de développer des fonctions physiologiques.

On a pu soutenir, par exemple, que le tréponème serait, éventuellement, un agent d'excitation cérébrale, pouvant déterminer une stimulation de l'intelligence. On a vu, en effet, des syphilitiques notoires qui étaient des hommes remarquables. Il est logique de penser que ce microbe étant, à certains moments, peu pathogène, presque symbiotique, peut agir sur les neurones comme un stimulant et déterminer de géniales illuminations. Par contre, on a vu des hommes politiques influents qui étaient atteints de paralysie générale et qui auraient été capables, par leurs décisions, de provoquer des conflits redoutables, même la guerre. On frémit à la pensée que cette catastrophe pourrait être déclenchée par un tréponème mal placé. Il n'est pas impossible que ce même microbe, en son état mi-pathogène, mi-symbiotique, puisse déterminer dans les éléments reproducteurs de l'homme des modifications intéressantes au point de vue de l'évolution.

Il nous paraît probable que notre lutte contre les microbes, exagérée par la promiscuité des villes, n'est pas sans influence sur quelques-uns de nos caractères. Là encore, l'expérience pourrait nous éclairer. Il faudrait rechercher chez de jeunes animaux en voie de croissance, l'effet de petites infections, voir ce que devient la progéniture de parents qui ont subi de petites maladies ou des vaccinations, quelque temps avant leur accouplement. Dans ce but, nous avons proposé à quelques-uns de nos collègues de la Société

nationale d'acclimatation d'organiser des essais, par exemple sur le chien, le singe, le porc ou le rat ; on injecterait à ces bêtes, avant la conjugaison des gamètes, pendant la gestation des femelles et dans le jeune âge des petits, des agents infectieux tels que le B. C. G., le filtrat grippal, des virus neurotropes, pour tâcher de dérouter la formation normale de l'être, de déranger l'aménagement des chromosomes, en tout cas pour voir ce qui arriverait. Cette expérience aurait, en somme, pour but de réaliser chez l'animal une des conditions de notre état civilisé et de mettre en œuvre le facteur pathogène dans le déterminisme de l'évolution, en même temps qu'elle nous apprendrait la valeur réelle de l'immunité héréditaire.

Pour expliquer le fait de l'évolution des êtres vivants, on a invoqué les grands phénomènes cosmiques, les radiations, etc. ; mais on ne voit pas comment ces actions physiques pourraient actuellement jouer dans la nature pour transformer une espèce animale en une autre. Les actions pathogènes, au contraire, sont fréquentes, et leur action sur les animaux est profonde, soit par des microbes intervenant eux-mêmes directement, soit par les toxines dont quelques-unes ont une affinité particulière pour les éléments reproducteurs.

Un dosage convenable et une application opportune des facteurs pathogènes donnera peut-être aux généticiens de l'avenir, la clef de l'évolution.

***

Le milieu extérieur, autre facteur déterminant de notre évolution a été, comme l'alimentation, profondément modifié au cours des siècles par l'homme lui-même. Les conditions actuelles de la vie des civilisés sont grandement différentes de celles des peuples primitifs. Alors que le naturel, isolé dans son village, ne recevant aucune nouvelle du dehors, vivant dans une petite famille et parmi ses bêtes, avait un horizon intellectuel calme et borné, le civilisé contemporain, apprenant chaque jour, par la conversation et par la presse, des informations plus ou moins sensationnelles, provenant du monde entier, suivant parfois simultanément, dans les livres et au cinéma, plusieurs romans pleins de rêves extravagants, reçoit dans son cerveau, une énorme quantité d'impressions qui provoquent chez lui une multitude de réflexes émotifs variés et entretiennent les centres nerveux en perpétuelle activité.

Il faut voir, dans la surexcitation intellectuelle caractéristique de l'état civilisé contemporain, dans ce changement évident quant à la nature et à la somme des sollicitations de l'esprit, un facteur de notre évolution mentale ; car le fonctionnement et le développement de l'encéphale sont déterminés non seulement par l'état de la nutrition, mais aussi par l'intensité et la multiplicité des sensations et par le travail imposé à la cellule nerveuse. Et nous remarquons, en même temps, que les représentants de la société moderne, qui sont les mieux nourris, les plus évolués, les plus touchés par les égarements de la civilisation, présentent, à côté de sujets brillants, une forte proportion d'instables, de neurasthéniques et autres anormaux.

A notre époque, et dans nos pays dits de haute civilisation, l'éducation dispose de moyens puissants pour agir sur l'esprit ; l'exemple, la parole, l'écriture, l'imprimerie, la radio, etc...Les techniques de la fiction et du mensonge se développent constamment ; les publicistes, de plus en plus habiles, forment l'opinion et tiennent le peuple en incessante agitation, état dont la masse a besoin désormais.

Toutes ces excitations artificielles de notre substance grise doivent être considérées comme des facteurs de notre évolution, progressive ou régressive.

L'invention des machines a diminué le travail de l'homme, de sorte que l'on pourrait supposer que celui-ci, ayant besoin de dépenser moins d'énergie, prend moins d'aliments qu'autrefois. Mais il n'en est rien ; les documents statistiques, établis d'après MM. Roëland et Richet, pour ce qui concerne la ville de Paris, montrent que la dépense calorique est restée la même depuis le commencement du siècle. C'est que *l'agitation inutile a remplacé en partie le travail* productif. L'ouvrier actuel, après avoir surveillé sa machine, s'occupe d'autres choses et dépense son activité d'autres manières ; dans les jeux et distractions de toutes sortes, il gaspille autant d'énergie que dans le travail utile ; il est plus turbulent qu'autrefois à cause des divers artifices de la civilisation, notamment à cause des stimulations qu'il reçoit de son milieu et de ce qu'il mange et de ce qu'il boit.

***

Sans nous inquiéter de savoir, pour le moment, ce qu'il y a de bon ou de mauvais dans ce qu'on appelle le progrès technique, nous voudrions rechercher quelle a été, quelle est et, si possible, quelle sera l'influence de ce progrès sur la nature humaine. Et nous voudrions déduire de nos conjectures simplement des plans d'expériences, car nous estimons que le problème de notre évolution est accessible à la méthode expérimentale.

Nous considérons que ce n'est pas seulement l'homme civilisé actuel qui est le résultat de sa technique, mais bien l'espèce humaine depuis son origine. A mesure que son intelligence se perfectionna, elle multiplia les inventions et ne

cessa d'accélérer la vitesse de la transformation de son milieu et de sa nourriture.

Il est probable que tout cela ne manquera pas d'affecter le cerveau, c'est-à-dire ce que l'évolution a construit de plus compliqué et de plus merveilleux, que l'homme futur ne pensera pas comme l'homme actuel, que le neurone, plaque photographique enregistrant les variations des phénomènes extérieurs, étant lui-même variable, la transformation intéressera non seulement le monde extérieur, mais la conscience elle-même déjà si diverse d'un individu à l'autre et qui changerait encore suivant les époques de l'histoire.

BIBLIOGRAPHIE

(1) *Revue d'hygiène*, XLIX, mai 1927, 321.
(2) *Le Concours Médical*, 26 juillet 1936 et 6 septembre 1936.
(3) *Bulletin de la Société de pathologie exotique*, XVIII 13 mai 1925, 368 et XXX, 9 juin 1937, 496.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Personne devant... ? Contact, par le Docteur P. Béhague. (Edit. Berger-Levrault)

Le Docteur Béhague, le parfait organisateur des postes de secours qui jalonnent les grandes routes de France, le distingué secrétaire général de l'UNAT (Union nationale des Associations touristiques), est, en outre un poète. En 160 pages, il a chanté, et avec quel esprit et quelle verve, la dernière incarnation du tourisme, l'aviation touristique.

Sous le titre de *Heures roses*, il nous fait assister au départ de l'avion, en relate tous les détails et, une fois parti, il donne ses impressions sur la Montagne vue de très haut : les Vosges, le Massif Central, les Alpes, les Pyrénées. Puis il décrit le Fleuve, d'abord la Seine, puis la Loire, le Rhône, la Garonne et la Dordogne, enfin la mer.

Ces impressions sont pittoresques et vécues. Les voyageurs de l'avion échangent de courtes réflexions admiratives, surtout les dames. Chacun veut faire preuve de compétence et suivre le trajet sur la carte, ce qui ne les empêche pas de prendre l'Yonne pour la Seine et Auxerre pour Troyes. L'arrivée à Bordeaux se fait sans incident.

Dans le chapitre la *Trilogie du livret*, le Docteur Béhague met le lecteur au courant de tout ce qui constitue l'avion et permet la navigation aérienne.

Il le fait dans un style alerte qui enlève à cet exposé l'apparence rébarbative d'une leçon de mécanique. C'est d'abord la description de la *planche de bord* avec ses divers instruments : aiguille des secondes, compas, compte-tours, manomètre d'huile, altimètre, index de pression du carburant, indicateur du niveau d'essence, jauge, indicateurs de pente, variomètre, contrôleur de vol, indicateur de virage, instruments dont le pilote doit connaître les indications.

Quelques pages de la Trilogie sont consacrées à l'*empennage* que le marin appellerait la voilure ; le poète, les ailes ; le technicien, les plans ; l'unitaire, la cellule et le savant, la surface portante.

Enfin, le dernier terme de la trilogie est le *moteur* avec les cylindres, les bougies, les magnétos et l'hélice. M. Béhague a su donner de la vie à toute cette mécanique, tel E. Zola animait dans un de ses romans la locomotive ; ce ne sont pas des instruments, des machines qu'il décrit, mais bien des êtres vivants.

Nous abordons les *Heures mauves*, car tout n'est pas toujours rose pour l'aviateur, fût-il touriste ? C'est la mer de nuages, l'orage qui donnent lieu à des incidents qui pourraient devenir dramatiques.

La *ronde des saisons* fait suite. Le printemps est enchanteur. La fraîcheur de l'altitude fait trouver à l'atterrissage la chaleur de l'été plus pénible ; les brumes caractérisent l'automne ; quant à l'hiver, c'est une saison peu favorable à la navigation aérienne.

Après les *Heures mauves*, voici les *Heures grises* qui se traduisent par des ratés qui peuvent rendre, l'atterrissage dangereux et parfois tragique.

Le Docteur Béhague fait suivre son livre d'un lexique indiquant la signification des termes techniques et de l'argot de l'aviation.

En somme, l'auteur a réussi un véritable tour de force, dans « *Personne devant... ? Contact* », il initie le lecteur aux mystères, et aux émotions de l'aviation ; et la lecture facile de ce livre est tout aussi intéressante que celle du plus passionnant des romans d'aventures.

J. Noir.

LES GRANDES LIGNES DE LA MÉDECINE ET DE L'HYGIÈNE SOCIALES EN FRANCE

L'Association des Amis de la Yougoslavie ayant demandé à l'A. D. R. M. par un journal de ce pays, divers renseignements concernant la médecine et l'hygiène sociales en France, un rapport a été établi sur ce sujet par un de nos collaborateurs et transmis par l'Association au journal intéressé. Bien que l'ampleur du sujet et la forme volontairement brève de ce rapport l'empêchent de traiter à fond les diverses questions qu'il envisage, nous croyons intéressant pour nos lecteurs d'en faire la publication dans notre journal. A ceux qui sont très au courant des détails de la médecine sociale, il donnera un aperçu d'ensemble, un tableau synoptique de l'état actuel de la question. Aux autres, principalement aux jeunes, il indiquera les principes généraux de cette importante branche de la médecine qu'il n'est plus permis d'ignorer, et dont le développement vient de justifier la création d'une chaire spéciale à la Faculté de médecine de Paris. N. D. L. R.

La législation relative à la médecine et à l'hygiène sociales s'est développée particulièrement dans notre pays depuis la fin du XIXe siècle. Ce développement s'est fait de manière continue sans provenir d'un véritable plan d'ensemble par une série de lois spéciales dont la première remonte à 1849, pour arriver à la toute récente loi sur les Assurances sociales, qui, datant de 1928, a pris sa forme définitive par le décret-loi du 28 octobre 1935. Tout en reconnaissant l'ampleur de cet édifice, on ne peut s'empêcher de lui reprocher son manque de coordination et d'unité. A ce point de vue cependant, on doit remarquer que le précédent ministre de la Santé publique, M. Henri Sellier, a tenté partiellement d'y porter remède en ce qui concerne l'organisation de l'hygiène.

Nous étudierons successivement la médecine sociale de soins, puis la médecine préventive et l'hygiène. Certes logiquement, nous aurions dû suivre l'ordre inverse, mais chronologiquement la médecine préventive est apparue la dernière.

I. — Médecine sociale de soins

A) Assistance médicale gratuite

La loi du 15 juillet 1893 sur l'Assistance médicale gratuite est la première en date de nos grandes lois de médecine sociale ; fondée sur les idées de solidarité sociale qui se sont fait jour vers cette époque, elle pose pour la première fois le principe suivant lequel l'assistance constitue pour les indigents un véritable *droit* assorti de sanctions à l'égard de la société et non plus simplement, comme autrefois, une bienveillante libéralité.

L'Assistance médicale gratuite est organisée dans le cadre départemental et sous l'autorité du Préfet ; il n'en va autrement que dans certaines villes autorisées à avoir une organisation autonome en matière d'assistance (tel est le cas à Paris régi par la loi du 10 janvier 1849.)

De manière générale, et sauf dans les organisations autonomes, l'assisté jouit du *libre choix* de son médecin. Tous les praticiens qui adhèrent au règlement départemental peuvent donc collaborer au fonctionnement de ce service. Il n'existe évidemment point d'entente directe entre le médecin et le client au sujet des honoraires ; ceux-ci sont payés périodiquement au médecin par la collectivité d'assistance ; mais ce paiement a lieu *à l'acte médical* d'après un *tarif* établi par accord entre la Préfecture et les Syndicats médicaux. Les modalités de délivrance des soins sont régies par le règlement départemental, qui limite dans la mesure compatible avec l'efficacité du traitement d'une part et avec les ressources publiques d'autre part, la liberté de traitement et de prescriptions. Mais le *secret professionnel* subsiste intégralement à l'égard de la collectivité d'assistance, ainsi que l'a reconnu à plusieurs reprises le Conseil d'Etat. Quant à l'*hospitalisation*, elle a lieu, lorsqu'elle est nécessaire, dans les établissements publics qui sont régis par la loi du 7 août 1851. En principe, un assisté n'est jamais contraint de se faire hospitaliser.

B) Accidents du travail

La nécessité d'une protection légale spéciale contre les risques professionnels qui est apparue à la suite du développement prodigieux de l'industrie et du machinisme dans la seconde partie du XIXe siècle a été assez longue à se faire jour au point de vue juridique. La responsabilité patronale était tout d'abord fondée sur une *idée de faute* ou manque de surveillance, mais le droit commun était absolument insuffisant pour résoudre les nouveaux problèmes qui se posaient. C'est dans ces conditions qu'est intervenue la loi du 9 avril 1898, essentiellement fondée sur l'idée « *d'entreprise* », c'est-à-dire sur l'obligation pour celui qui bénéficie des gains, de supporter également les pertes et les risques. On s'explique alors pourquoi le domaine

d'application de la loi nouvelle était limité à l'origine aux entreprises industrielles et commerciales.

Mais la loi du 15 décembre 1922 étendait la protection légale aux salariés de l'agriculture. En 1923, cette même protection était accordée aux domestiques et gens de maison. Par cette loi, s'est fait jour, la conception actuelle de la protection légale du risque professionnel, qui a pour base l'idée de « *risques créés* », autrement dit l'obligation pour la personne qui fait courir un risque à une autre dans son intérêt personnel, de supporter les conséquences de ce risque. Le projet de réforme de la loi sur les accidents du travail, actuellement pendant devant le Sénat, fait une application très large de cette idée et étend la protection légale à toute personne louant ses services à un titre quelconque à un ou plusieurs employeurs.

La législation sur les risques professionnels ne visait à son origine que les *accidents* du travail, elle a été étendue en 1919 à certaines *maladies professionnelles*, dont la liste limitative s'est enrichie successivement en 1931, 1932 et 1936.

Les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques nécessités par un accident du travail ou une maladie professionnelle incombent en principe au chef d'entreprise ; celui-ci n'est point légalement obligé de s'assurer contre ce risque, mais en fait, l'assurance est presque universellement pratiquée. Cette assurance a lieu auprès d'entreprises privées soumises seulement à un contrôle de l'Etat, elle ne fait pas partie du régime d'ensemble des Assurances sociales.

Principes du service médical. — Ce sont les principes de la « Charte médicale ». Toutefois leur respect par le législateur n'a pu être obtenu qu'à la suite de luttes sévères entre le corps médical et les compagnies d'assurances ainsi que les grosses entreprises, qui voulaient recourir au système du médecin d'usine et du paiement forfaitaire par tête d'ouvrier. La victime jouit donc du *libre choix* de son médecin traitant et il est interdit, sous peine de sanctions pénales, au chef d'entreprise, d'y porter atteinte. Le paiement des honoraires médicaux a lieu en principe par *entente directe* entre le malade et le médecin, ainsi que l'a reconnu à de nombreuses reprises la Cour de cassation. Mais la part de responsabilité du chef d'entreprise dans ces honoraires est limitée par un *Tarif ministériel* (1) à l'acte médical. Le médecin jouissant d'une action directe contre le chef d'entreprise pour obtenir le paiement de sa part de responsabilité, se limite en fait le plus généralement à la somme prévue par le tarif précité. Le médecin d'un accidenté du travail possède d'autre part, la *liberté de traitement et de prescriptions* la plus entière, mais en contre-partie, le chef d'entreprise peut faire contrôler par un médecin de son choix l'état de l'ouvrier. Ce même droit est accordé à la Compagnie d'assurances. Quant au *secret professionnel*, il existe évidemment pour les faits médicaux et extra-médicaux ne se rattachant pas directement à l'accident.

L'hospitalisation de l'accidenté n'est jamais obligatoire ; elle peut avoir lieu soit dans un établissement public, soit dans un établissement privé. Mais, dans ces deux cas, les frais d'hospitalisation sont limités à la fois pour le patron et l'ouvrier, au tarif de l'Assistance médicale gratuite, majoré de 30 %, ce *y compris les honoraires médicaux*. Toutefois, il en va autrement et des honoraires supplémentaires peuvent être réclamés, lorsque l'admission dans un établissement privé a eu lieu par suite de l'urgence ou de la nécessité d'un traitement spécial. Le projet de loi actuellement soumis au Parlement supprime la disposition relative au « tout compris » et y substitue un paiement des honoraires à l'acte médical.

(1) Le tarif est établi par une Commission mixte où les syndicats médicaux sont représentés.

C) Soins aux pensionnés et victimes de la guerre

Il nous suffira, pour justifier cette partie spéciale de notre médecine sociale, de rappeler le mot fameux « Ils ont des droits sur nous ». Les pensionnés et victimes de la guerre ont notamment, en vertu de l'art. 64 de la loi du 31 mars 1919, droit aux soins gratuits pour les maladies provenant du motif de réforme ou de pension.

Principes du service médical. — Ce service est organisé dans le cadre national ; les pensionnés jouissent du libre choix le plus complet de leur médecin ou de leur praticien. Le médecin traitant possède en principe la liberté de traitement et de prescriptions, sauf les limites apportées à cette règle par une Commission administrative tripartite (pensionnés, médecins, Administration). Il n'existe point d'entente directe pour le paiement des honoraires médicaux. Le médecin seul possède un recours contre l'Etat et le pensionné n'a aucune participation dans ces frais. Les frais médicaux sont réglés d'après un tarif spécial à l'acte médical. Le secret professionnel ne saurait évidemment exister à l'égard de l'Administration en ce qui concerne les maladies découlant directement du motif de réforme.

Le *contrôle* est confié dans chaque département à la Commission tripartite dont nous avons parlé ci-dessus. Appel peut être formé de ses décisions devant une Commission supérieure qui fonctionne à Paris et dont les sentences peuvent faire l'objet d'un recours en cassation devant le Conseil d'Etat.

D) **Assurances sociales**

L'institution du régime des Assurances sociales obligatoires constitue l'une des plus importantes et des plus récentes réalisations de la législation sociale française. Cette institution s'est réalisée en plusieurs phases successives : loi de 1928 révisée en 1930, décret-loi du 28 octobre 1935. Les Assurances sociales ont pour but de combler, en ce qui concerne le risque-maladie, les lacunes résultant du caractère spécial des lois antérieures. Elles contiennent toutefois un principe différent : le principal intéressé, c'est-à-dire l'assuré, est appelé à contribuer lui-même au fonctionnement de ce régime. Par le fait même de cette participation personnelle, il jouit d'une situation supérieure en passant de l'assistance à l'assurance.

Domaine d'application. — Les Assurances sociales ne visent qu'une catégorie de citoyens : ceux qui louent leurs services à un titre quelconque à un ou plusieurs employeurs et dont le salaire ne dépasse pas 21.000 francs (25.000 francs en cas de charges de famille) (1), c'est-à-dire qui se trouvent dans une situation économique telle qu'ils ne pourraient se garantir contre les risques individuels qui les menaçent. Quoique limité ce domaine d'application est cependant extrêmement vaste puisqu'il comprend environ 52 % de la population active. Ce nombre serait encore très important rapporté à la population totale puisque les bénéficiaires de l'assurance comprennent, en outre des assurés proprement dits, les ayants-droits, c'est-à-dire les conjoints et enfants à charge.

Principes de l'organisation administrative et financière. — Cette organisation n'est point étatique ; le service de l'Assurance est, en effet, confié, pour les risques de répartition (maladie, maternité, décès) aux Caisses primaires d'Assurances sociales qui sont constituées sous la forme de sociétés de secours mutuels, peuvent être fondées librement par les organismes ouvriers, patronaux ou par les Sociétés de Secours mutuels déjà en fonctionnement et sont administrées par les membres participants. Mais, par suite du caractère d'ordre public de la loi, l'autonomie des Caisses est loin d'être complète. Leur fonctionnement est, au contraire, soumis à diverses règles légales notamment en matière de placement, de comptabilité, etc. D'autre part, si, en principe, elles établissent elles-mêmes leur tarif de responsabilité, en pratique elles ne dépassent point le tarif de réassurance établi par le ministre du Travail qui leur ferait perdre le droit à la garantie en cas de déficit.

Au point de vue financier, les Caisses sont alimentées par les doubles cotisations patronales et ouvrières calculées au taux de 8 % du salaire total. L'Etat ne verse, en ce qui concerne les risques de répartition, aucune participation aux frais et le fonctionnement de ce régime ne constitue nullement une charge pour le budget du pays.

Principes du service médical. — La délivrance des soins aux assurés sociaux est régie par une véritable convention collective conclue entre les Caisses et les Syndicats médicaux. Ce rôle, reconnu par la loi, aux organismes professionnels de médecins, leur donne ainsi un véritable caractère d'utilité publique. Toutefois les clauses des conventions ne sont point laissées au libre débat des deux parties en présence. Elles doivent, au contraire, être soumises et homologuées par une Commission régionale tripartite (Caisse, médecin, Administration) sous réserve d'appel devant la Section permanente du Conseil supérieur des Assurances sociales et éventuellement de recours en Conseil d'Etat. Elles doivent, d'autre part, respecter les règles légales suivantes :

a) *Libre choix* du praticien par l'assuré. Ce libre choix doit s'étendre même aux médecins non syndiqués ;

b) *Entente directe* entre l'assuré et le médecin pour le paiement des honoraires. Une limite toutefois est posée à cette entente directe : le tarif demandé ne doit pas être inférieur au tarif de responsabilité de la Caisse ou, en cas contraire, le médecin doit faire connaître à la Caisse le montant des débours de l'assuré afin que ce dernier ne puisse réaliser un bénéfice.

c) *Remboursement forfaitaire* de la part de la Caisse. Le Tarif de responsabilité de la Caisse est établi à l'acte médical et doit être proportionnel aux Tarifs syndicaux minima de la région. Il n'est versé à l'assuré que sous déduction de sa participation obligatoire dans les frais fixés à 20 %.

d) *Liberté de traitement et de prescriptions.* — Le médecin doit cependant observer à cet égard la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement. Mais la sanction de cette recommandation légale dépend uniquement du contrôle technique dont nous parlerons plus bas. Signalons enfin qu'en cas de traitement spécial et notamment d'intervention chirurgicale, l'assuré doit demander à la Caisse la prise en charge de ces frais supplémentaires.

Hospitalisation. — De même que pour le service médical à domicile, l'assuré jouit du libre choix de son établissement de soins et peut se faire admettre soit dans un établissement public hospitalier soit dans un établissement privé après avoir toutefois demandé à la Caisse l'acceptation de prise en charge prévue pour les soins

(1) Chiffres qui seront sans doute prochainement portés à 30.000 francs.

spéciaux. En cas d'hospitalisation, deux indemnités distinctes sont prévues : l'une pour frais de séjour, et l'autre pour honoraires médicaux. Elles sont soit remboursées par la Caisse à l'assuré dans la limite de son tarif de responsabilité, s'il a été traité dans un établissement n'ayant pas conclu de convention avec les Caisses, soit, dans le cas contraire, versées directement par la Caisse à l'établissement intéressé.

Contrôle. — Le fonctionnement du service médical des Assurances sociales donne lieu à deux contrôles distincts : a) *le contrôle de l'assuré* exercé par les médecins contrôleurs des Caisses qui ne doivent en aucune manière s'immiscer dans les rapports du malade et du médecin traitant et doivent se borner à rendre compte aux caisses de leurs constatations ; b) *le contrôle du médecin-traitant* ou contrôle technique qui est confié par la loi et les conventions aux Syndicats médicaux, même s'il s'agit de médecins non syndiqués. Les litiges relatifs à ce contrôle sont déférés aux Conseils de famille syndicaux avec possibilité d'appel devant une Commission supérieure de contrôle qui peut prononcer des avertissements, des blâmes et enfin des suspensions partielles ou totales d'exercice.

Statistique. — Le total des dépenses de répartition (maladie, maternité, décès) s'est élevé en 1935 à 1 milliard 179 millions. Sur ce chiffre, l'assurance-maladie est représentée par 996 *millions*, soit environ 84 %. Ces 996 millions se répartissent de la manière suivante : prestations en argent (indemnité journalière) 35 % ; prestations en nature (frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques, frais d'hospitalisation) 65 % ; dans l'ensemble des prestations en nature, les frais médicaux ressortent à 36 %, soit 22 % du chiffre total des frais d'assurance-maladie.

E) Les assurés sociaux indigents

Cette catégorie spéciale a été créée par la loi sur les Assurances sociales et vise les assurés bénéficiant de l'Assistance médicale gratuite, conformément à la loi du 15 juillet 1893 étudiée ci-dessus. Le principe général reconnu tant par la loi que par la jurisprudence est l'assimilation des assurés indigents aux assurés ordinaires. Ils jouissent donc au moins des mêmes droits que ces derniers de par leur qualité d'assurés. Mais, par leur qualité d'indigent, ils bénéficient en outre des avantages supplémentaires suivants : ils n'ont aucune avance ni aucune participation à supporter dans les frais médicaux et chirurgicaux et leurs médecins traitants sont honorés directement par les collectivités d'assistance au tarif de responsabilité des Caisses d'Assurances sociales. Ces dernières remboursent d'ailleurs aux collectivités d'assistance les 80 % des frais médicaux et les budgets d'assistance ne supportent donc en définitive que la participation obligatoire des assurés ordinaires, soit 20 %.

F) Conclusions

La médecine sociale de soins possède donc en France une organisation technique et juridique fort au point. Par le libre choix généralisé, elle fait appel à la collaboration de la presque totalité du Corps médical français. Par le paiement à l'acte médical et le respect du principe de la liberté de traitement et du secret professionnel, elle permet à l'assisté ou à l'assuré social de recevoir les soins que nécessite son état dans les conditions techniques et psychologiques qu'exige l'exercice correct de l'art médical.

II. — Médecine préventive et hygiène

La médecine préventive et l'hygiène sociale sont apparues et se sont développées postérieurement à la médecine de soins, suivant d'ailleurs en cela le développement identique de la science médicale. Elles sont actuellement à l'ordre du jour, car on estime généralement que les dépenses qu'elles entraînent sont « rentables » comme devant diminuer dans une large mesure les charges futures nécessitées par la médecine de soins. En raison du caractère récent de ces problèmes, nous nous trouvons en face autant de projets que de réalisations ; celles-ci sont d'ailleurs extrêmement diverses et dispersées. Les réalisations officielles présentent dans l'ensemble un caractère nettement étatique ; elles sont confiées soit à des médecins fonctionnaires, soit même à des administrateurs non médecins. En dehors d'elles, il faut faire une large place aux initiatives privées et aux nombreuses œuvres à caractère philanthropique.

A) Hygiène générale

1° Lois sur l'hygiène. — La loi fondamentale sur l'hygiène publique en France date du 15 février 1902. Cette loi confiait d'une manière générale la confection des règlements sanitaires ainsi que leur exécution et leurs sanctions aux Administrations municipales, mais en pratique les municipalités, insuffisamment compétentes et trop près des électeurs, n'avaient pas toujours consacré aux problèmes d'hygiène l'attention qu'ils méritent. Aussi un décret-loi en date du 30 octobre 1935 est-il venu transférer aux préfets des départements, les pouvoirs conférés aux maires par la loi de 1902.

Aux termes de ce décret, dans tous les départements, le Préfet est tenu, afin de protéger la Santé publique, d'établir un *règlement sanitaire* applicable à toutes les communes du département. Ce règlement établi sur la proposition de l'Inspecteur d'hygiène et après avis du Conseil d'hygiène, détermine les précautions à prendre par les maires pour prévenir ou faire cesser les maladies transmissibles, assurer la protection

des denrées alimentaires mises en vente, la désinfection ou la destruction des objets pouvant servir de véhicule à la contagion. Il détermine également les prescriptions destinées à assurer la salubrité des maisons, des voies privées, des logements loués en garni et des autres agglomérations, ainsi que les règles relatives à l'alimentation en eau potable, à la surveillance des puits, à l'évacuation des matières usées et aux fosses d'aisance.

Ces dispositions ne font d'ailleurs pas obstacle au droit des maires de prendre, après avis du Conseil municipal, toutes les dispositions qu'ils jugeront utiles pour la protection de la santé publique dans leur commune. Toutefois, ces dispositions doivent respecter autant que possible la liberté individuelle et, au cas où elles la violeraient, pourraient être annulées par le Conseil d'Etat. Signalons enfin qu'en vertu de la loi toutes les villes de plus de 20.000 habitants sont tenues d'instituer un *Bureau municipal d'hygiène.*

2° **Déclarations obligatoires.** — En vertu d'un décret-loi du 30 octobre 1935, est obligatoire la déclaration à l'autorité sanitaire des *maladies contagieuses* dont la liste limitative est dressée par décret. Cette déclaration incombe au docteur en médecine qui en a constaté l'existence ainsi qu'aux chefs de famille ou d'établissements des locaux dans lesquels se trouve le malade. Cette déclaration est faite à l'Inspecteur départemental d'hygiène au moyen de cartes-lettres. Le défaut de déclaration est sanctionné par une amende.

D'autre part, une Circulaire interministérielle en date du 1er janvier 1937 demande aux médecins traitants de déclarer lors de chaque décès à l'Inspecteur départemental d'hygiène *la cause de ce décès,* au moyen d'un certificat rendant cette déclaration anonyme. Le Gouvernement a, en effet, estimé qu'une bonne statistique des causes de décès était indispensable pour apprécier l'état sanitaire du pays et diriger avec efficacité la lutte contre les fléaux sociaux. Mais l'organisation actuelle de cette déclaration paraît incompatible avec le respect du secret professionnel.

Enfin, la loi du 25 octobre 1919 sur les *maladies professionnelles* a rendu également obligatoire la déclaration par les médecins de tous les cas de maladies professionnelles non protégées qu'ils viendraient à constater au cours de leur exercice en vue d'en assurer la prévention et d'étendre ultérieurement à ces maladies, la protection légale.

3° **Inspection départementale d'hygiène.** — L'Institution d'inspecteurs départementaux d'hygiène avait été prévue à titre facultatif par la loi de 1902. Ces inspecteurs, dont les pouvoirs n'étaient guère précisés et qui se heurtaient à l'autonomie communale, n'avaient pas joué jusqu'à présent dans l'organisation de l'hygiène, un rôle important. Aussi un décret-loi du 30 octobre 1935 est-il venu rendre obligatoire le Service d'inspection et de contrôle de la santé publique dans chaque département.

L'inspecteur d'hygiène, docteur en médecine, et diplômé universitaire d'hygiène, est nommé par le ministre de la Santé publique (et non plus par la faveur des préfets), après un concours sur épreuves et sur titres. Il jouit d'un statut légal et a pour attribution toutes les questions se rattachant à la protection de la Santé publique et à l'Hygiène sociale et notamment le contrôle du fonctionnement des organismes subventionnés poursuivant un but d'hygiène. Il contribue à l'institution et à l'exécution du règlement sanitaire départemental et contrôle l'activité en matière d'hygiène des administrations communales.

B) Assistance et hygiène

Nous nous proposons d'étudier sous ce titre les diverses mesures tendant à faire bénéficier de l'Assistance publique certaines personnes dont la situation sociale ne permettrait pas ou permettrait difficilement l'observation des règles d'hygiène.

1° **Assistance aux femmes en couches et primes d'allaitement.** — Dans tout établissement industriel ou commercial, il est permis aux femmes en état de grossesse de quitter leur travail sans rupture du contrat. *Il est, d'autre part interdit* d'employer une femme accouchée dans les quatre semaines qui suivent la délivrance.

D'un autre côté, toute femme française privée de ressources et se livrant habituellement à un travail salarié, a droit pendant la période de repos qui précède et suit les couches, à une indemnité journalière incombant au département, dont le taux ne peut être inférieur à 2 fr. 50 et supérieur à 7 fr. 50. L'allocation est majorée de 0 fr. 50 par jour si la mère allaite elle-même son enfant. Mais cette allocation ne peut être accordée que si l'intéressée non seulement a suspendu l'exercice de sa profession, mais encore observe un repos effectif et prend pour elle-même et son enfant les soins d'hygiène nécessaires, conformément aux directives du Bureau d'assistance.

Il existe, en outre, de nombreuses œuvres privées concernant la protection de la Maternité et recevant à ce titre des subventions de l'Etat et des collectivités publiques.

2° **Protection des enfants du premier âge.** — Une loi du 28 décembre 1874 était venue placer sous la surveillance de l'autorité publique les enfants mis en nourrice chez les tiers, dont le taux de mortalité était jusqu'alors fort inquiétant. Les dispositions de cette loi ont été modi-

fiées par un décret-loi du 30 octobre 1935 qui a étendu dans le temps la protection jusqu'à l'âge de 3 ans et dans l'espace à de nombreux cas autres que ceux des mises en nourrice (enfants secourus temporairement, enfants dont les parents ont été condamnés pour mendicité ou ivresse publique, enfants reçus en sevrage ou en garde hors du domicile de leurs parents).

La protection est organisée sous l'autorité du Préfet par un ou plusieurs médecins par département. Le rôle des médecins consiste à visiter au point de vue hygiène les divers établissements et à se rendre compte de l'état sanitaire des enfants. Sur le rapport du médecin, le Préfet peut prononcer le retrait de l'enfant ou le retrait du certificat que doit avoir obligatoirement toute personne recevant chez elle un nourrisson.

3° Surveillance des enfants assistés. — Par « enfant assisté », on entend soit les enfants que leurs ascendants ne peuvent élever, soit ceux dont les parents sont hospitalisés ou détenus, soit enfin les enfants trouvés ou orphelins. Ces enfants sont placés dans des centres d'élevage, chez les particuliers ou dans des œuvres de bienfaisance, sous le contrôle de l'autorité publique et reçoivent les soins médicaux dont ils ont besoin des médecins des « enfants assistés », choisis par le Préfet.

4° Assistance aux vieillards, infirmes et incurables. — Une loi du 14 juillet 1907 accorde à tout Français privé de ressources et âgé de plus de 70 ans ou infirme ou incurable, une assistance à domicile sous la forme d'une allocation mensuelle dont le total annuel cumulé avec les ressources de l'intéressé ne peut dépasser 3.000 francs. Des majorations spéciales sont toutefois accordées lorsque l'assisté a besoin du recours d'une tierce personne. Cette assistance peut être donnée dans les établissements publics hospitaliers à condition que l'assisté y consente.

C) Médecine préventive

Nous étudierons successivement les mesures relatives à certains fléaux sociaux et celles présentant un caractère d'ordre général.

1° Lutte contre certains fléaux sociaux. — a) *Variole* : La loi de 1902 sur l'hygiène publique a institué dans son article 6 la vaccination antivariolique obligatoire au cours de la première année de la vie, ainsi que la revaccination au cours de la onzième et de la vingt-et-unième année. Les parents et tuteurs des enfants sont personnellement responsables de l'observation des prescriptions légales. Dans chaque département les préfets nomment les médecins chargés du service de la vaccination gratuite obligatoire ; cette vaccination est effectuée par commune.

b) *Maladies vénériennes*: Un décret-loi du 30 octobre 1935 est venu donner au service de prophylaxie vénérienne qui existait jusqu'alors dans divers départements un caractère et un statut légal ; ce statut a été établi par le décret du 31 décembre 1936. Les services anti-vénériens assurent gratuitement aux indigents comme aux non indigents les examens, le traitement et la fourniture des médicaments. Chaque malade reçoit un carnet, organisé de telle sorte qu'il respecte le secret professionnel, carnet qui permet de suivre l'intéressé et de connaître ses antécédents. Le précédent Gouvernement avait déposé sur le bureau des Chambres le 5 novembre 1936, un projet tendant à abolir la prostitution et à organiser d'une manière très stricte le traitement des maladies vénériennes. Les médecins étaient à ce sujet relevés du secret professionnel à l'égard des autorités publiques. Le traitement était d'autre part, une obligation pour le malade et son abstention était sanctionnée pénalement. Ce projet de loi a soulevé de nombreuses critiques et il ne paraît pas encore facile de le faire accepter par l'opinion publique.

c) *Tuberculose* : La loi du 15 avril 1916 a prévu l'institution de dispensaires publics d'hygiène sociale et de préservation anti-tuberculeuse. Ces établissements publics créés par décret ont pour but de faire l'éducation du public, de donner des conseils de prophylaxie et d'hygiène, de faciliter aux malades atteints de maladies transmissibles l'admission dans les maisons de cure et d'organiser pour les malades privés de ressources des consultations gratuites et des distributions de médicaments. La création de tels organismes peut être déclarée obligatoire dans une commune lorsque, pendant cinq années consécutives, le nombre des décès a dépassé la moyenne de la mortalité en France.

D'autre part, une loi du 7 septembre 1919 a institué des sanatoriums publics spécialement destinés au traitement de la tuberculose et dont la gestion est assurée par l'Etat ou les autres collectivités publiques. L'admission dans ces sanatoriums est gratuite pour les malades privés de ressources.

d) *Aliénation mentale* : Chaque département est tenu d'avoir un établissement destiné à recevoir les aliénés. Cette institution est d'ailleurs beaucoup plus destinée à protéger la sécurité et la santé publique qu'à traiter l'aliéné. Le placement dans un asile peut être requis par les autorités publiques lorsque l'aliéné constitue un véritable danger. Des garanties sont toutefois instituées contre les internements arbitraires Cet internement a lieu à titre gratuit pour les indigents.

e) *Divers* : Un projet de loi a été déposé le 30 janvier 1936 pour rendre obligatoire la vacci-

nation antidiphtérique. Cette mesure n'a pas encore été votée ; par contre, une loi d'août 1936 a rendu obligatoire dans l'armée les vaccinations antidiphtérique et antitétanique associées à la vaccination antityphique. D'autre part, une lutte anticancéreuse a été entreprise par des comités et des centres régionaux d'accord entre le ministre de la Santé publique et la Ligue française contre le cancer, au moyen surtout de brochures éducatives.

2° **Médecine préventive générale.** — a) *Inspection médicale des écoles* : La loi sur l'enseignement primaire obligatoire a prévu l'inspection médicale des écoles par des médecins communaux ou départementaux. L'organisation de cette inspection est laissée à la liberté des départements et des communes ; elle varie donc d'une circonscription à l'autre et est laissée le plus souvent à l'initiative des maires. Dans certains départements toutefois, sont intervenues des conventions collectives entre Syndicats médicaux et Préfet, d'après lesquelles l'inspection est faite par tout médecin syndiqué qualifié et d'après des règles générales pour le département. Le précédent ministre de la Santé publique, M. Henri Sellier, avait projeté de donner à l'inspection des écoles un caractère obligatoire et un statut national. Ainsi qu'il en est advenu de nombreux projets antérieurs, ce projet n'a pas encore abouti.

b) *Office d'hygiène sociale. Coordination sanitaire et sociale.* — Nous avons vu ci-dessus que la loi du 15 avril 1916 a prévu l'institution de dispensaires qui, tout en luttant spécialement contre la tuberculose, doivent donner aussi au public des conseils d'hygiène générale. Une Circulaire du ministre de la Santé publique en date du 21 février 1931, a, d'autre part, engagé les préfets à créer dans leurs départements un *Office public d'hygiène sociale* dont le but serait de centraliser et de coordonner l'activité des autorités publiques en matière d'hygiène et de médecine sociales. Ces offices, qui fonctionnent sous la surveillance de l'Inspecteur médical d'hygiène, ont été réalisés par un grand nombre de départements.

Allant plus loin encore, le ministre de la Santé publique a entendu récemment instituer une coordination entre les œuvres publiques et les œuvres privées afin d'éviter la très grande dispersion des efforts qui est le mal le plus certain de l'actuelle organisation de l'hygiène. Dans ce but ont été créées dans tous les départements des unions entre toutes les œuvres publiques ou privées d'assistance dirigées par les *Comités départementaux de coordination sanitaire et sociale.* Ces Comités comprennent des représentants de l'Office d'hygiène sociale et des institutions publiques d'assistance, des représentants des institutions privées et des Syndicats professionnels de médecins, et enfin des représentants de l'autorité publique. Les œuvres privées conservent d'ailleurs en principe leur pleine et entière liberté d'action, mais si elles ne veulent pas suivre les directives du comité, elles perdent leur droit aux subventions publiques.

c) *Centres de santé* : D'accord avec la Confédération des Syndicats médicaux français, le précédent ministre de la Santé publique, M. Henri Sellier, avait projeté la création de « Centres de santé » (soit Centres matériels, soit seulement Centres administratifs) ayant pour but le groupement, la centralisation et le développement des services de prophylaxie et de médecine préventive et sociale. Ces centres auraient naturellement borné leur activité au dépistage des maladies par des examens périodiques aux âges dangereux (notamment 15 ans, 20 ans, 45 et 50 ans), ainsi qu'à l'orientation professionnelle et auraient dirigé les malades vers la médecine de soins. Ils devaient fonctionner avec la collaboration du Corps médical tout entier par le moyen de conventions collectives entre les Syndicats médicaux et les autorités publiques. Ces projets ne semblent nullement abandonnés à l'heure actuelle et l'institution des Comités de coordination sanitaire et sociale ne constitue qu'un échelon nécessaire de cette politique de centralisation.

III. — Conclusions

Ainsi que nous l'avons vu dans notre première partie, la médecine sociale de soins a acquis en France depuis une cinquantaine d'années un très grand développement et s'étend actuellement à tous les « économiquement faibles » qui peuvent en bénéficier dans toutes les circonstances de la vie. Quant à la médecine préventive, son apparition a été plus tardive et elle est actuellement en pleine croissance. Les mesures diverses et spéciales dont elle a fait jusqu'à présent l'objet tendent de plus en plus à se coordonner dans un ensemble devant fonctionner sous la direction du ministre de la Santé publique et des inspecteurs d'hygiène, avec la collaboration du du Corps médical tout entier. Ce dernier joue un rôle de plus en plus important en cette matière et consacre maintenant dans son ensemble la majeure partie de son activité à la médecine sociale, qu'elle soit préventive ou de soins.

Jean MIGNON

Documents officiels

CIRCULAIRE RELATIVE A LA VENTE DES SUBSTANCES VÉNÉNEUSES

Paris, le 19 novembre 1937,

Le ministre de la Santé publique à MM. les inspecteurs et inspecteurs adjoints des pharmacies.

J'ai l'honneur d'appeler votre attention sur un décret en date du 9 novembre 1937, inséré au *Journal officiel* du 17 novembre 1937, et modifiant tant le décret du 14 septembre 1916 que les tableaux annexés.

Des inscriptions nouvelles de substances vénéneuses aux tableaux A et C ont, en effet, entraîné également un remaniement dudit décret, notamment en ce qui concerne les substances du tableau C.

Afin d'assurer à toute délivrance de médicament renfermant une ou plusieurs des substances inscrites aux tableaux A, B ou C, le nécessaire contrôle médical prévu à l'article 52 de la loi du 21 germinal an XI, il est rappelé que, dans tous les cas, cette délivrance ne peut être consentie que sur la prescription écrite d'un praticien qualifié. Il est également spécifié que, sous réserve des dispositions prévues à l'article 29 du décret, relatives aux médicaments non soumis à la réglementation, en raison des faibles doses de substances vénéneuses qu'ils contiennent, la teneur maximum de ces doses étant précisée aux tableaux annexés à l'arrêté du 4 juillet 1931 en ce qui concerne les substances du tableau B et à l'arrêté du 18 novembre 1937, en ce qui concerne les substances des tableaux A et C, l'ordonnance doit être inscrite au registre spécial prévu à cet effet, et que tout renouvellement autorisé dans les conditions prévues au décret ne peut être effectué qu'après le délai normal imposé par le mode d'emploi indiqué par l'auteur de l'ordonnance, mode d'emploi qui devra, d'autre part, être inscrit par le vendeur sur l'enveloppe ou récipient contenant le médicament délivré.

Pour faciliter l'application des règles nouvelles en ce qui concerne l'étiquetage des médicaments, il m'a paru nécessaire de faire procéder à une révision des instructions données à ce sujet dans la Circulaire du 25 mars 1932, tant pour l'établissement de modèles types d'étiquettes que pour leur utilisation dans les multiples applications à prévoir.

Il n'a pas été innové quant aux signes extérieurs déjà adoptés pour signaler au public les précautions à prendre pour l'emploi des médicaments suivant leur toxicité et suivant leur destination.

Comme auparavant, des étiquettes de couleur tranchante, verte pour les substances du tableau C, rouge-orangé pour les substances des tableaux A et B, s'ajoutent ou se substituent aux étiquettes blanches dès que, par son mode d'emploi ou par sa composition, le médicament peut présenter un danger en dehors des conditions normales d'administration.

A cet égard, un maximum de précautions à prendre est signalé au public pour l'emploi des médicaments à haute teneur en substances vénéneuses réservés aux applications sur la peau. L'étiquette rouge-orangé avec les mentions *Poison* et *Usage externe* pour les substances des tableaux A et B, l'étiquette verte avec les mentions *Dangereux* et *Usage externe* pour les substances du tableau C, remplissent ces conditions.

Moins sévères sont les règles imposées pour l'étiquetage des médicaments qui, devant être administrés par des voies autres que les applications cutanées, possèdent néanmoins une toxicité suffisante pour que soit maintenue l'obligation d'étiquettes de couleur vive, rouge-orangé pour les substances des tableaux A et B avec les mentions : « *Toxique* », « *Ne pas dépasser la dose prescrite* », verte pour les substances du tableau C, avec la seule mention : « *A employer avec précaution* ».

Enfin, l'emploi d'étiquettes de couleur tranchante cesse d'être obligatoire pour les médicaments à ingérer par la voie buccale, mais seulement dans le cas où les substances vénéneuses qu'ils renferment sont délivrées sous la forme de préparations dans lesquelles ces substances se trouvent amenées au degré de dilution où elles doivent être ingérées par le malade. Dans ce cas, l'étiquette blanche suffit et ne reçoit que les inscriptions relatives à l'origine du médicament, à la transcription de l'ordonnance et à l'indication de la voie et du mode d'administration dans les conditions prescrites au décret.

J'ai l'honneur de vous prier de bien vouloir rappeler aux assujettis à l'inspection prévue par la loi du 21 germinal an XI, modifiée par la loi du 25 juin 1908, les obligations nouvelles auxquelles ils devront se conformer, dans les délais prévus à l'article 47 du décret précité.

Marc Rucart

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Clinique médicale.** (Professeur : M. A. Clerc.) — *Cours de perfectionnement sur les maladies du cœur et des vaisseaux*, sous la direction du Professeur A. Clerc et de M. Ch. Aubertin, agrégé, médecin de la Pitié, assistés de MM. Donzelot et Mouquin, agrégés, médecins des hôpitaux ; P. Funck-Brentano, agrégé, chirurgien des hôpitaux ; Lenègre, médecin des hôpitaux ; Delherm, électro-radiologiste de la Pitié ; E. Bordet et E. Géraudel, anciens chefs de laboratoire à la Faculté ; M. Bascourret, Delamare, Pierre-Noël Deschamps, Grellety-Bosviel, Robert Lévy, Macrez, Sée, Schwob, J. Sterne, Vialard, B. Zadoc-Kahn, chefs de clinique ou anciens internes des hôpitaux ; Surmont, électro-radiologiste des hôpitaux ; Frain, radiologiste du service et Fischgold, assistants d'électro-radiologie des hôpitaux ; Drouin, assistant canadien, Chassagne et Horeau, internes des hôpitaux, un cours de perfectionnement commencera le lundi 10 janvier 1938, à 10 heures, à l'hôpital de la Pitié, pavillon la Rochefoucauld (service 6).

Programme du cours. — 1° Le matin, à 10 heures. Plus spécialement, leçons cliniques, radioscopie, électrocardiographie et phonocardiographie théoriques avec exercices pratiques. (Lecture des tracés électriques et des orthodiagrammes, etc.)

Lundi 10 janvier : Technique générale radiosco-

pique (M. E. BORDET). — Mardi 11 janvier : Policlinique (A. CLERC). — Mercredi 12 janvier, à 10 heures : L'ombre du cœur à l'état normal. Nouveaux procédés d'exploration radiologique du cœur (M. BORDET). — Jeudi 13 janvier : Principes et techniques graphiques (M. GÉRAUDEL). — Vendredi 14 janvier : Réactions viscérales au cours de l'insuffisance cardiaque (M. MACREZ. — Samedi 15 janvier, à 10 heures : Signes radioscopiques de la dilatation et de l'hypertrophie du cœur (M. FRAIN) ; à 11 heures : Présentation de malades (M. CLERC). — Lundi 17 janvier : Notions anatomiques et physiologiques ; troubles du fonctionnement du sinus (GÉRAUDEL). — Mardi 18 janvier : Policlinique (M. CLERC). — Mercredi 19 janvier : Affections valvulaires (M. SURMONT). — Jeudi 20 janvier : Extra-systoles (M. GÉRAUDEL). — Vendredi 21 janvier : Blocage sino et atrio ventriculaire (M. GÉRAUDEL). — Samedi 22 janvier, à 10 heures : Péricardite, symphyse. Malformations congénitales (M. FRAIN) ; à 11 heures : Présentation de malades (M. CLERC). — Lundi 24 janvier: Pédicule cardiaque normal. Aortites (M. FRAIN). — Mardi 25 janvier : Policlinique (M. CLERC). — Mercredi 26 janvier : Anévrisme aortique (M. FRAIN). — Jeudi 27 janvier : Déformations de l'électrogramme ventriculaire, alternance, rythmes complexes (M. GÉRAUDEL). — Vendredi 28 janvier : Fribillation et flutter auriculaires (M. GÉRAUDEL). — Samedi 29 janvier, à 10 heures : Artérite pulmonaire. Veines caves (M. FRAIN) ; à 11 heures : Présentation de malades (M. CLERC). — Lundi 31 janvier : Syndromes circulatoires périphériques (Syndrome de Raynaud, Acrocyanose, etc.) (M. STERNE). — Mardi 2 février : Policlinique (M. CLERC). — Mercredi 3 février : Kymographie (M. FISCHGOLD). — Jeudi 4 février : Digitaline et ouabaïne (M. DELAMARE).

2° L'après-midi : *a*) de 15 à 16 heures : Démonstrations pratiques (Examen des malades, électrocardiographie, artériographie, etc.) sous la direction de MM. Clerc et Aubertin, dans leurs services à l'hôpital de la Pitié, par les assistants et les internes. (Les auditeurs seront individuellement exercés aux diverses manipulations) ; *b*) à 16 heures : Conférence théorique ; *c*) à 17 heures : Exercices pratiques de radioscopie et d'orthodiagraphie sous la direction de M. Frain. Une démonstration spéciale de kymographie aura lieu dans le service de M. Delherm, électro-radiologiste de l'hôpital de la Pitié.

Lundi 10 janvier : Insuffisance cardiaque (M. CLERC). — Mardi 11 janvier : Péricardites et adhérences du péricarde (M. STERNE). — Mercredi 12 janvier : Endocardites infectieuses (B. ZADOC-KAHN). — Jeudi 13 janvier : Le cœur dans le rhumatisme articulaire aigu (M. VIALARD). — Vendredi 14 janvier : Généralités sur les affections valvulaires (M. DELAMARE). — Samedi 15 janvier : Lésions congénitales du cœur (M. SÉE). — Lundi 17 janvier : Irrégularités du rythme cardiaque (R. LÉVY). — Mardi 18 janvier : Bradycardies (M. LENÈGRE). — Mercredi 19 janvier : Tachycardies (M. R. LÉVY). — Jeudi 20 janvier : Infarctus du myocarde (M. DONZELOT). — Vendredi 21 janvier : Glandes endocrines et pathologie cardiaque (M. SCHWOB). — Samedi 22 janvier : Exploration des artères. Sphygmomanométrie (M. BASCOURRET). — Lundi 24 janvier : Hypertension artérielle (M. AUBERTIN). — Mardi 25 janvier : L'angine de poitrine et son traitement (M. MOUQUIN). — Mercredi 26 janvier : Artérites oblitérantes des membres (M. P.-N. DESCHAMPS). — Jeudi 27 janvier : Aortites et anévrismes aortiques (M. AUBERTIN). — Vendredi 28 janvier : Artérites pulmonaires (M. CLERC). — Samedi 29 janvier : Exploration des veines, phlébites (M. GRELLETY-BOSVIEL). — Lundi 31 janvier : Hygiène et médication générale des maladies du cœur (M. MOUQUIN). — Mardi 2 février : Troubles cardiaques fonctionnels et leur traitement (M. BASCOURRET). — Mercredi 3 février : Médications vasculaires (M. STERNE). — Jeudi 4 février : Chirurgie des affetions cardiaques (M. FUNCK-BRENTANO).

Après le cours, des certificats d'assiduité pourront être délivrés, à la demande des auditeurs. Prix du cours complet : 250 francs.

Se faire inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures. Le registre sera clos quatre jours avant l'ouverture du cours.

— **Thèses.** — Mercredi 3 novembre. — Jury : MM. Lemaître, Strohl, Tanon, Mouquin. — M. DISSEZ : Le traitement des tumeurs bénignes de la peau par l'électrolyse. — M. MACRON : A propos d'un estomac intrathoracique consécutif à une rupture ancienne du diaphragme.

Jeudi 4 novembre. — Jury : MM. Léon Binet, Claude Lereboullet, Gayet. — M. GUÉRIN : Traitement de la gangrène sénile par les injections de sérum chloruré hypertonique. — M. DESHAIES : L'hérédité dans les psychoses maniaque-dépressive et schizophrénique. — M. CHAROLLAIS : Contribution à l'étude des kystes aériens du poumon chez l'adulte.

Thèse vétérinaire. — Mercredi 3 novembre. — Jury : MM. Fiessinger, Maignon, Robin. — M. TOUREAUX : Injections intra-veineuses de carbone colloïdal en médecine vétérinaire.

— **Thèses.** — Mardi 9 novembre. — Jury : MM. Jeannin, Marion, Nobécourt, Vaudescal. — M. ANDRIEUX : Contribution à l'étude des facteurs de la gemellité. — M. CABART : Contribution à l'étude du traitement conservateur des rétentions pyélo-rénales. — M. HALPERIN : La néphrite chronique d'emblée avec insuffisance de la croissance staturale.

Vendredi 12 novembre. — Jury : MM. Couvelaire, Loeper, Lacomme, Cathala. — M. MARIANI : Contribution à l'étude de la délivrance artificielle. — M. HAMON : Valeur alimentaire et thérapeutique de la pomme, du jus de pommes et du cidre.

Samedi 13 novembre. — Jury : MM. Gougerot, Guillain, Gastinel, Mollaret. — Mme STERNBERG : La sarcomatose de Kaposi autochtone en France. — M. KOFFAS : Contribution à l'étude anatomo-clinique des complications nerveuses des endocardites malignes subaiguës et lentes type Osler.

Thèse vétérinaire. — Samedi 13 novembre. — Jury : MM. Tanon, Letard, Lesbouyries. — M. FLECKINGER : Variations dans le développement et les aptitudes du bétail limousin en Corrèze sous l'influence du milieu naturel et de son amélioration.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers

— **Concours de l'externat.** *Questions posées* : *Anatomie.* — 1. Description et connexions osseuses du scaphoïde tarsien ; 2. Insertions tibiales des ligaments croisés de l'articulation du genou ; 3. Constitution de la paroi postérieure du canal inguinal ; 4. Enumérer les muscles innervés par les branches terminales du nerf obturateur ; 5. Rapports de la face postérieure de la troisième portion (horizontale) du duodénum.

Pathologie médicale. — 1. Décrire la douleur spontanée dans une crise de coliques néphrétiques non compliquée ; 2. Décrire la courbe thermique dans une fièvre typhoïde normale, non compliquée et sans rechute ; 3. Signes fournis par la percussion dans une pleurésie séro-fibrineuse gauche de la grande cavité à la période d'état ; 4. Décrire l'expectoration de la grande crise d'œdème aigu du poumon ; 5. Signes fournis par l'examen des pupilles dans le tabès ; 6. Caractères cliniques de l'adénopathie du chancre syphilitique du sillon balano-préputial.

Pathologie chirurgicale. — 1. Signes fournis par l'examen radiologique d'un malade atteint de mal de Pott dorso-lombaire ; 2. Signes physiques d'un anévrisme artério-veineux des vaisseaux fémoraux superficiels ; 3. Signes fournis par l'inspection, la palpation et la percussion de l'abdomen dans l'occlusion intestinale aiguë ; 4. Les symptômes généraux d'une brûlure étendue récente.

Jury : *Anatomie.* — MM. les Docteurs Couvelaire, Sauvage, Lenègre.

Pathologie médicale. — MM. les Docteurs Merklen, Launay, Michaux.

Pathologie chirurgicale. — MM. les Docteurs Gosset, Gérard Marchant, Aubry.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **La dératisation.** — Le service sanitaire de la ville d'Amsterdam utilise pour la dératisation une pâte à base de scille, qui rend le rat assez gravement malade pour que l'animal se laisse prendre et détruire avec facilité.

— **Thèses de la Faculté de médecine de Bordeaux.** — Mercredi 17 novembre. — Jury : MM. Leuret, Labat, Piéchaud, Dervillée. — M. Lambert : De la microbiologie du pain. — Jury : MM. Dupérié, G. Dubreuil, De Grailly, Dervillée. — M. Guintran : La fièvre typhoïde chez les vaccinés.

Lundi 22 novembre. — Jury : MM. Dupérié, Leuret, Broustet, Dervillée. — M. Rouanet : Essai de traitement des affections à pneumocoques par la bile et les sels biliaires.

Vendredi 26 novembre. — Jury : MM. Lande, R. Sigalas, Joulia, Dervillée. — M. Chomereau-Lamotte : L'intoxication par le tétrachlorure de carbone. — Jury : MM. Guyot, Papin, Charrier, Loubat. — M. Bernis-Bergeret : Contribution à l'étude du traitement des fractures récentes du calcanéum. — Jury : MM. Jeanneney, Réchou, Joulia, Massé. — M. Larregle : Le rôle de la syphilis dans l'étiologie du cancer de la langue.

— **Bureaux des examens et concours.** — *Commis à la Société du gaz de Paris.* — Concours ouvert en mars 1938. Avoir satisfait loi recrutement. Limite d'âge supérieure au 1er janvier 1938 : 30 ans plus services militaires actifs obligatoires. *Traitement de base* : 10.500 francs plus indemnités. Aucun diplôme exigé.

Ingénieur adjoint stagiaire du cadre général des ingénieurs météorologistes coloniaux (6 *postes*). — Concours ouvert le 15 avril 1938. *Clôture* des inscriptions : 15 février. Avoir satisfait aux obligations militaires service actif. *Age* : 21 à 30 ans plus services civils ou militaires. *Traitements* de 14.000 à 68.000 francs plus indemnité coloniale et indemnités diverses. *Diplôme exigé* : Licence ès sciences avec certificat de physique, ou diplôme équivalent.

Inspecteur adjoint stagiaire du travail (45 *postes*). — Conditions exigées : avoir participé au concours du 3 mai 1937. Avoir obtenu au minimum 120 points pour l'ensemble des épreuves écrites et 5 points au minimum pour chaque épreuve écrite.

Inspecteur stagiaire du travail (10 *postes*). Epreuves écrites : 17 mai 1938 : *Clôture des inscriptions* : 28 février 1938. *Age* au 1er janvier 1938 : 24 à 30 ans plus services militaires obligatoires. *Traitement* des inspecteurs et inspecteurs divisionnaires : 16.000 à 75.000 francs plus indemnités. Licence ou diplôme équivalent exigé.

Opérateur radio-électricien stagiaire de l'aéronautique civile (20 *postes*). — *Date* : 7 février 1938. Avoir satisfait à la loi sur le recrutement. Age au 1er janvier 1938 : 21 à 30 ans plus services civils ou militaires admissibles pour la retraite. *Traitement* des opérateurs et des opérateurs principaux : de 11.000 à 20.500 francs plus indemnités. *Aucun diplôme exigé.*

Adjoint stagiaire du contrôle au Maroc. — Concours ouvert dans le 1er semestre 1938. Avoir satisfait à la loi sur le recrutement. *Age* : 21 à 30 ans plus services militaires. *Traitement de base* : 12.000 francs plus 38 % et indemnités. *Diplôme exigé* : Baccalauréat ou B. S. ou diplôme équivalent.

Commis à la banque de l'Indochine. — Concours ouvert en juin 1938. Avoir satisfait à la loi sur le recrutement. *Limite* d'âge supérieure : 30 ans. *Baccalauréat exigé.*

Pour renseignements écrire en joignant un timbre de 0 fr. 65 au bureau des examens et concours, 16, rue du Général-Malleterre, Paris (XVIe).

Le Gérant : R. Thiron

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE

« Le Sou Médical »

Au cours de sa Réunion du 30 novembre 1937, le Conseil a prononcé les adhésions suivantes :

12.862 GOBINOT, Maizières-la-Grande-Paroisse (Aube). Parrains : Docteurs H. et M. Mignon.
12.863 BAUMEVIEILLE, Tonneins (Lot-et-Garonne). Parrains : Docteurs Bentéjac et Valat.
12.864 BRIDOT, La Souterraine (Creuse). Syndicat médical de la Creuse.
12.865 CASTET, Marennes (Charente-Inférieure). Syndicat des médecins de Charente-Inférieure.
12.866 D'HOUR, 64, rue Jean-Bart, Lille (Nord). Syndicat médical de Lille.
12.867 DOUBLET, Saujon (Charente-Inférieure). Parrains : Docteurs Cazaillé et Descubes.
12.868 GARIPUY, Mogador (Maroc). Parrains : Docteurs Decourt et Bouveret.
12.869 GIACOMETTI, 14, rue d'Aumale, Paris (IXe). Parrains : Docteurs Agostini et Durand.
12.870 GOY, Ardelot-en-Montagne (Jura). Syndicat médical du Haut-Jura.
12.871 KOLP, 26, rue de Douai, Paris (IXe). Parrains : Docteurs Feldstein et Eisenstein.
12.872 LANEUVILLE, Gérardmer (Vosges). Parrains : Docteurs Valat et Sedel.
12.873 MERCIER, 5, place Porte-Champerret, Paris (XVIIe). Parrains : Docteurs Lecœur et de Manet.
12.874 MIGNARDOT, Asile de Leyme (Lot). Parrains : Docteurs P. Mignardot et Guillaume.
12.875 MORET, Suresnes (Seine). Syndicat des médecins de Suresnes.
12.876 PASCAL, Cannes (Alpes-Maritimes). Syndicat médical de Cannes.
12.877 ROUYER, Alençon (Orne). Syndicat médical Alençon-Domfront.
12.878 SCHEKTER, Argenteuil (Seine-et-Oise). Parrains : Docteurs M. Schekter et Auclair.
12.879 SÉGELLE, Orléans (Loiret). Syndicat médical du Loiret.

Ces admissions deviendront définitives si elles ne font l'objet d'aucune protestation dans les quinze jours de la présente publication (art. 5 des Statuts).

La Ligue médicale de Défense professionnelle : « **Le Sou Médical** » a deux objets principaux :

1° Tout d'abord elle garantit ses membres contre les risques de responsabilité professionnelle à concurrence d'une somme de 100.000 francs. Et cette garantie est portée à 500.000 francs pour ceux d'entre eux qui sont en même temps abonnés au *Concours Médical.*

2° En outre, elle leur donne conseils et soutien dans toutes les difficultés et les procès d'ordre professionnel.

CORRESPONDANCE

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

9.350. — Interdiction de l'exercice de la clientèle civile par les médecins militaires

Dans les villes de garnison il arrive que les médecins militaires donnent des soins aux malades civils.

Non seulement ils interviennent dans des cas d'urgence ce qui peut à la rigueur se comprendre. Mais encore ils suivent des malades tels que scléreux, cardio-rénaux, dyspeptiques, etc.

Y a-t-il des textes qui à cet égard fixent les droits et devoirs des médecins militaires ?

Dr L.

Réponse

En réponse à votre lettre nous vous donnons ci-dessous le texte de la Circulaire ministérielle relative à l'exercice de la clientèle civile par les médecins militaires des troupes métropolitaines exclusivement. Cette Circulaire porte la date du 13 août 1931.

« Les prescriptions de la circulaire relative à l'exercice de la clientèle civile par les médecins militaires, Circulaire inscrite au *Bulletin Officiel* (volume 83), le 30 mars 1893, demeurent inchangées et gardent encore actuellement toute leur valeur.

« Il est interdit, de la façon la plus formelle, aux médecins militaires de se livrer, sous une forme quelconque, à l'exercice de la clientèle, c'est-à-dire de donner habituellement leurs soins à des personnes étrangères à l'armée, et non admises par les instructions en vigueur au bénéfice des soins de la part des médecins militaires.

« Sans qu'il ne soit pas possible d'envisager, au point de vue déontologique, tous les cas particuliers, on peut admettre toutefois comme ne rentrant pas dans la pratique de la clientèle les circonstances, où le devoir d'humanité commande l'intervention (soins d'urgence, appels de populations isolées dans l'impossibilité matérielle d'avoir recours à un autre médecin) et, de façon générale, l'assistance confraternelle bénévole, qui peut être apportée, sur sa demande, à un médecin civil par un médecin militaire, mais seulement lorsqu'elle n'est pas susceptible de heurter les intérêts matériels d'autres médecins, et sous la réserve qu'elle ne constituera pas une gêne pour le service.

De ce fait, le médecin militaire ne peut en aucun cas, percevoir des honoraires, utiliser les appareils, le matériel, les objets de pansement et les médicaments appartenant à l'Etat.

Toute infraction aux règles rappelées ci-dessus dont il sera rendu compte, entraînera pour son auteur des sanctions sévères. »

9.347. — Promotion au grade de médecin sous-lieutenant : Périodes d'instruction

Je viens de recevoir de la Direction du Service de santé une lettre me priant de faire une demande pour être nommé aide-major (sous-lieutenant).

Je suis médecin auxiliaire, du Service auxiliaire (depuis 1914), de la classe 1910, deux enfants.

Je voudrais savoir si j'ai un avantage quelconque à me faire nommer sous-lieutenant de réserve.

Actuellement, je dois être considéré comme homme de troupe et suivre le sort de ma classe, c'est-à-dire être libéré avec elle.

Mais si je deviens officier de réserve, ne suis-je point astreint à faire des périodes ?

Et, en cas de guerre, quelle serait ma situation et mon affectation actuelle (médecin auxiliaire 48 ans) ?

Et, en cas de guerre quelle serait mon affectation si j'étais sous-lieutenant ?

Je suis vraiment très embarrassé pour répondre à cette demande du Service de santé.

Dr X.

Réponse

Normalement, vous serez libéré le 15 octobre 1939, en même temps que les hommes de votre classe 1910. Il en sera de même si vous êtes promu officier, à moins que vous ne demandiez à être maintenu dans les cadres.

Promu sous-lieutenant, vous devrez obligatoirement effectuer une période d'instruction pour être promu à deux galons, vraisemblablement deux ans après votre première nomination, puisque vous bénéficierez d'une majoration d'ancienneté pour études de deux ans (ancien régime). Si vous ne faites pas cette période, vous demeurerez médecin sous-lieutenant jusqu'à votre libération normale en 1939. En cas de guerre, votre affectation serait meilleure que si vous restiez sous-officier. Appartenant à la deuxième réserve, vous auriez droit en principe à une affection de l'intérieur.

FISCALITÉ

8.998. — Tenue du livre-journal

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir me donner quelques renseignements sur le registre de comptabilité que le médecin est obligé de présenter au fisc en cas de réclamation.

Dr P.

Réponse

Le médecin doit tenir un livre-journal présentant, jour par jour, le détail des recettes professionnelles (chaque recette doit faire l'objet d'une ligne spéciale). Ce livre doit être tenu par ordre de dates, sans blanc, lacune, ni transport en marge.

Si une erreur a été commise, elle donne lieu à une rectification sur une autre ligne avec référence à la mention initiale.

Pour les professions assujetties au secret professionnel, le livre-journal ne comporte, en regard de la date, que le détail des sommes encaissées. Ce livre doit être un registre ordinaire avec pages numérotées et rayées horizontalement.

A. et S. Martinot
Conseillers fiscaux

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

a) *Accidents du travail*

8.969. — Fractures à deux membres différents. Aide

1° J'ai fait hier à un blessé un plâtre pour fracture de jambe et un plâtre pour fracture de l'extrémité inférieure de l'avant-bras.

Tarif accidents du travail. Combien dois-je compter pour les deux.

2° Je me suis fait aider par un confrère, membre *du Sou médical*, combien doit-il compter pour son aide aux deux plâtres ?

Dr V.

Réponse

Vous avez à compter « réduction et contention de fracture de jambe par appareil plâtré : 200 francs » (art. 18). Plus moitié (art. 10, alinéa 2) de la deuxième intervention : « Réduction, etc., de l'extrémité inférieure des deux os de l'avant-bras : 150 francs : 2 = 75 francs, soit au total : 275 francs.

2° Le médecin qui a agi comme aide doit réclamer lui-même (art. 31, *in fine*), la somme de 80 francs (art. 11).

Dr F. Decourt.

9.137. — La visite dite (par abréviation) de contrôle

Lorsqu'une Compagnie d'assurances envoie un médecin pour expertiser un accidenté du travail, est-ce que le médecin traitant, qui accompagne son confrère et assiste à l'examen, en lui donnant les détails et explications voulues, doit indiquer sur sa note d'honoraires : Consultation avec confrère, 45 francs ? ou ne doit-il compter qu'une simple visite à 15 francs ?

Dr Z.

Réponse

Ce que vous appelez « expertise » par le médecin de l'Assurance est, en réalité, une simple visite de « contrôle pour connaître l'état du blessé ». Elle se fait « en présence du médecin traitant prévenu deux jours à l'avance ».

C'est la visite dont il est parlé à l'art. 3, alinéa 1. Le prix, pour le médecin traitant est celui de la visite augmenté de 50 %, soit 15 + 7 fr. 50 = 22 fr. 50.

Dr F. DECOURT.

8.684. — Autohémothérapie

Je viens de voir un malade présentant un eczéma aigu des deux mains, des deux avant-bras et de la face. Comme il travaille dans la chaux, je lui ai fait un certificat médical comme maladie professionnelle et ai fait une déclaration sur un carnet à souche spécial à l'Inspecteur du travail. Ai-je bien fait ? Comme traitement, j'entreprends une série de piqûres du propre sang du blessé. Vous voudrez bien me dire à quel prix je dois compter chaque séance ?

Je ne vois pas sur le tarif des accidents du travail quelque chose qui se rapproche de l'autohémothérapie. Dr C.

Réponse

Si la maladie de votre client est reconnue comme accident du travail, et que, par suite le tarif accident du travail entre en vigueur, il faut chercher dans celui-ci une analogie pour autohémothérapie. Or, j'ai déjà répondu plusieurs fois à ce sujet ce qui suit : dans une telle intervention, vous faites : 1° une prise de sang, laquelle est inscrite dans le tarif et tarifée : « prise de sang pour analyse : 20 francs » (art. 16).

2° Vous faites aussitôt une injection intramusculaire laquelle, pas plus que l'injection sous-cutanée n'est l'objet d'une tarification spéciale.

Conclusion. — Je ne vois pas, tarif en main, que vous puissiez demander plus de 20 francs par séance.

Dr F. DECOURT.

b) Pensionnés de guerre

9.012. — Quelques décrets à connaître en matière de radiologie

Je vous serais très obligé de me faire connaître le prix des séances de radiothérapie pour mutilé de guerre. Est-ce toujours 30 francs chacune ?

Dr R.

Réponse

Le décret du 5 mars 1927, modifiant celui du 25 octobre 1922, porte à l'art. 80 : « Traitement cryothérapique par un spécialiste : 20 francs :

a) Diathermie médicale : 40 francs ». Quant aux « séances de radiothérapie », c'est toujours le tarif de 1922 qui est en cours, soit au cabinet du médecin : 30 francs. Il y a bien un autre décret du 29 janvier 1935, mais il ne modifie celui de 1922 en radiologie, qu'en ce qui concerne l'appareil urinaire avec « opération radiologique à l'urosélectan, etc. ».

Toutefois, ne pas oublier que depuis le décret du 24 mai 1933, « tout examen radiologique ou radioscopique... et toute analyse de laboratoire doit faire l'objet d'un compte rendu par le médecin à la Commission tripartite départementale pour être versé au dossier du bénéficiaire. (Bien que ce ne soit pas l'objet de votre question, je ne crois pas inutile de vous le signaler à l'occasion.)

Dr F. Decourt.

---

c) Assurances sociales

9.230. — Demande de prise en charge pour une intervention

La Caisse départementale des Assurances sociales prétend ne rembourser sa part des frais d'intervention d'un spécialiste que si elle a délivré à l'assuré sur sa demande une acceptation de prise en charge. Cela est conforme aux prescriptions du règlement intérieur-type du 13 janvier. Mais elle exige aussi que le coefficient dont est affectée cette intervention dans la nomenclature soit précisé sur la demande et, naturellement dans son acceptation.

Je n'ai rien vu de tel dans le dit règlement et dans les commentaires, qui le concernent au *Concours Médical* du 7 mars.

La plupart des praticiens sont incapables de préciser à l'avance qu'il s'agira d'un K 12 ou d'un K 20, et, au surplus, le spécialiste peut se trouver amené à pratiquer une intervention qui dépasse les prévisions du médecin traitant.

Jusqu'où peuvent aller les prétentions de la Caisse dans ce domaine, suivant les règlements en vigueur ?

Dr H.

Réponse

L'art. 24 de l'arrêté du 1er janvier 1937, porte : « Si le praticien traitant estime nécessaire..... une intervention chirurgicale, les prestations correspondantes ne peuvent être remboursées que si la Caisse adresse à l'intéressé, préalablement au traitement et sur demande de l'assuré... l'acceptation de prise en charge des prestations dans les conditions prévues par l'art. 115, paragraphes 3 et 4 du décret du 19 mars 1936 ». Dans ces conditions, il me semble difficile, dans certains cas, que le chirurgien, et *a fortiori* le blessé, puisse « préalablement au traitement « fixer avec précision et *ne varietur*, le K, qui devra être mis en cause. Néanmoins, le plus

souvent, on pourra le faire prévoir « sous réserve de modification » au cas où la prévision se trouverait dépassée au cours de l'intervention. Sous cette réserve, il ne me semble pas abusif que, avant son acceptation de prise en charge, la Caisse soit mise au courant de « ce à quoi elle s'engage », alors qu'il y a de la marge entre un K2 et un K120 : ... ou alors, devant un certain nombre de faits où la Caisse aurait été entraînée à accepter des prises en charge auxquelles elle ne s'attendait pas, il y aurait à craindre dans l'avenir des dispositions de « contrôle préalable » bien plus désagréables pour le chirurgien qu'une simple indication à fournir sur l'intervention qu'il a l'intention d'effectuer.

Nota. — J'ai noté plus haut que le décret du 1er janvier 1937 porte « ... dans les conditions prévues par l'art. 115, parag. 3 et 4 du décret du 19 mars 1936. » Or, ledit art. 115 comporte bien un paragraphe 3 (qui n'a pas moins d'une vingtaine d'alinéas), mais ne comporte pasde paragraphe 4. Dont acte. Dr F. DECOURT.

ASSURANCES SOCIALES

9.503. — Conditions du droit aux prestations spéciales de l'assurance maladie

Auriez-vous l'obligeance de me dire si les Assurances sociales sont en droit de refuser de prendre en charge le traitement d'un syphilitique, de sa femme et de son enfant au bout de six mois. Il me semblait qu'un décret avait prolongé à deux ans la responsabilité des Caisses dans le traitement de cette maladie.

Dr D.

Réponse

Il résulte de l'art. 6, paragr. 16 du décret-loi du 28 octobre 1935 sur les Assurances sociales que l'assuré ou l'ayant droit dont l'état nécessite des soins préventifs ou qui est atteint d'une maladie ne comportant pas cessation de travail, reçoit, s'il y a lieu pendant une durée de deux ans au plus les prestations spéciales dont le montant maximum et les conditions d'attribution sont fixés par le règlement intérieur de la Caisse.

Aux termes de l'art. 38 du règlement intérieur type des Caisses d'assurances sociales, qui est entré en vigueur à titre obligatoire depuis le 1er octobre dernier, dans le cas prévu à l'art. 6, parag. 16, la Caisse peut substituer aux prestations ordinaires, les indemnités forfaitaires dont le maximum mensuel est fixé dans son tarif de responsabilité.

La Caisse fixe, sur proposition du médecin traitant et du contrôle médical, le montant des indemnités forfaitaires à allouer, et la durée pendant laquelle elles sont attribuées.

Ce paiement des indemnités prévues est dû sur justifications de l'exécution du traitement prescrit.

Nous conseillons donc à votre client de demander à sa Caisse la communication de son tarif de responsabilité et de faire passer sa femme et son enfant sous le régime des prestations de deux ans afin qu'ils continuent à bénéficier du traitement d'entretien pour l'affection de longue durée dont ils sont atteints.

En cas de refus de la Caisse, il y aurait lieu de porter le différend devant la Commission d'arrondissement de son siège, par lettre recommandée adressée à son président dans les dix jours de la notification du refus.

8.944. — Les frais médicaux et pharmaceutiques dus par l'Etat aux pensionnés de guerre ne peuvent être exigés des Assurances sociales

Je soigne un mutilé de guerre qui est en même temps assuré social ; je le soigne par le carnet de soins car c'est pour sa blessure pensionnée qu'il est actuellement indisponible : ostéite, abcès, fistules, etc.

Il a donc droit au médecin, aux remèdes, sauf ceux interdits aux mutilés : spécialités, etc.

Mais il a demandé une feuille de maladie aux Assurances sociales pour avoir son demi-salaire et j'ai inscrit sur la feuille de maladie « sans honoraires, mutilé ».

Mais sa feuille, dans ma pensée, devait avoir un autre but : celui de lui permettre d'avoir, par la Caisse, les spécialités qui seules lui font du bien en ce moment et que le carnet de mutilé ne lui accorde pas en vertu des règlements.

La Caisse a répondu que, du fait qu'il est actuellement soigné au titre de mutilé, elle n'avait pas à participer aux prestations médicaments. Notez bien que j'avais averti loyalement que je ne prenais aucun honoraire Assurances sociales. Est-ce vrai et n'y a-t-il pas motif à quelque réclamation ?

Déjà l'assuré social qui est mutilé a l'avantage de ne pas payer la différence du tarif visite et remèdes que comble la Caisse Assurances sociales réglementairement. Ne peut-il pas y avoir une analogie dans le cas particulier que je signale où je voulais espérer que la Caisse aurait contribué à soulager un mutilé à 60 % ?

D[r] T.

Réponse

D'après l'art. 18 du décret-loi sur les Assurances sociales, les assurés malades ou blessés de guerre qui bénéficient de la législation sur les pensions militaires, continuent de recevoir personnellement les soins auxquels ils ont droit au

titre de l'art. 64 de la loi du 31 mars 1919, suivant les prescriptions dudit article et les dispositions règlementaires qui en règlent l'application. Ils ont droit dans tous les cas aux prestations prévues par l'art. 7, c'est-à-dire à l'indemnité journalière.

De ce texte, il résulte formellement que la Caisse est dans son droit en refusant de prendre en charge les spécialités pharmaceutiques dont a besoin votre client, du moment que ces spécialités sont destinées au traitement des lésions résultant du motif de réforme. Les frais médicaux et pharmaceutiques concernant cette lésion ne peuvent être pris en charge que par l'Etat, conformément à la loi des Pensions.

ACCIDENTS

8.603. — Un blessé légèrement atteint peut continuer à travailler

Je vous serais obligé de me faire savoir si un blessé du travail atteint d'une blessure légère peut travailler soit chez lui (par exemple au labour) soit chez autrui sans perdre le bénéfice de son demi-salaire et tout en étant en traitement.

Dr A.

Réponse

Suivant un arrêt de la Chambre civile de la Cour de cassation du 14 juin 1937, qui n'a fait d'ailleurs que confirmer une nombreuse jurisprudence antérieure : « L'indemnité journalière que la loi du 9 avril 1892 alloue à l'ouvrier atteint d'une incapacité temporaire de travail, a un caractère forfaitaire, et la loi n'admet pas d'exception à l'obligation de payer cette indemnité. »

« Elle reste due par l'assureur du patron, alors même que l'ouvrier a pu continuer un travail restreint pendant la durée duquel le chef d'entreprise lui a continué, à titre de libéralité, tout ou partie de son salaire. »

Il importe peu que l'ouvrier ait continué à travailler au profit du patron au service duquel l'accidents s'est produit, ou au service d'un autre patron, ou encore pour son compte personnel.

8.204. — La diphtérie peut-elle être considérée comme accident du travail ?

Je vous soumets le cas suivant : maison bourgeoise. Un enfant atteint de diphtérie (angine) contrôlée par le laboratoire.

Je conseille de faire vacciner le personnel : on ne tient pas compte de ce conseil.

Une domestique qui soigne, avec la maman, le malade, contracte la diphtérie.

Est-ce un accident du travail ?

Dr A.

Réponse

La législation sur le risque professionnel ne s'applique en principe qu'aux accidents, c'est-à-dire aux lésions provenant de l'action brusque et soudaine d'une cause extérieure, et non point aux maladies, c'est-à-dire aux lésions qui se manifestent d'une manière lente et progressive par suite d'une cause tenant à l'exercice continu de la profession.

Il n'en va autrement que pour certaines maladies professionnelles figurant dans la liste limitative dressée par la loi du 25 octobre 1919 et certaines lois postérieures. Cette liste ne contenant point les affections contagieuses telles que la diphtérie, il s'ensuit que votre cliente ne pourrait être considérée comme bénéficiaire de la loi sur le risque professionnel qu'au cas où elle pourrait prouver qu'il s'agit en l'espèce d'un accident survenu au temps et au lieu du travail et non point d'une maladie.

Il en sera ainsi si, au point de vue scientifique, il peut être établi que la diphtérie se contracte de manière soudaine et violente par un simple contact près d'une personne contaminée, et non point de manière lente et progressive par une cohabitation plus ou moins longue près d'un malade atteint de cette affection.

Il a été décidé ainsi par un arrêt de la Cour d'Alger en date du 17 avril 1930 que l'infirmier d'un hôpital chargé du service des contagieux peut se prévaloir des dispositions de la loi du 9 avril 1898 en cas de maladie contagieuse contractée dans son service. A la différence d'une maladie professionnelle qui survient lentement et progressivement au fur et à mesure que la profession s'exerce, la contagion d'une maladie peut être considérée comme survenant brusquement à l'instar d'un accident. Dans cette espèce, il s'agissait d'un infirmier ayant contracté le typhus en service.

Bien avant cet arrêt, la Cour de Paris, le 4 mai 1906, avait également admis que le fait pour un ouvrier hospitalisé à la suite d'un accident du travail, de contracter la variole dans cet hôpital, constituait un accident formant un tout avec l'accident primitif et bénéficiant de la protection prévue par la loi du 9 avril 1898.

Dans ces conditions, nous croyons que la domestique dont vous nous exposez le cas serait juridiquement fondée à demander à ses patrons ou à leur Assurance substituée le versement des indemnités prévues par la loi sur les accidents du travail.

8.959. — La hernie accident du travail

Faisant partie du Sou Médical je me permets de vous demander un renseignement concernant un de mes malades. Jeune homme de 17 ans venu me consulter ces jours-ci avec un avis d'accident de travail, il présentait une hernie inguinale droite.

J'ai fait un certificat notifiant hernie inguinale droite.

Avant même le laps de temps de vingt-quatre heures, le blessé reçoit une lettre recommandée de l'agent représentant la Compagnie qui soi-disant refuse de considérer la hernie provoquée par l'accident qui est pourtant prouvé par témoignage, la Compagnie demande de porter cette maladie au compte des Assurances sociales.

Dr B.

Réponse

En vertu de la jurisprudence constante de la Cour de cassation, toute lésion, dont le travail même normal a été la cause ou l'occasion doit être considérée comme résultant d'un accident du travail, au sens de la loi du 9 avril 1898, quel qu'ait été l'état antérieur de la victime à moins qu'il ne soit établi que l'accident a été étranger à la lésion ou à l'incapacité invoquée (V. notamment : Cour de cassation, Ch. civile, 9 janvier 1934, *Le Droit Ouvrier*, 1934, page 442).

Il n'y a donc pas lieu de tenir compte en principe de l'influence que peut avoir exercée sur l'accident telle ou telle prédisposition morbide et il n'est nullement nécessaire que l'accident ait été la cause unique de la lésion. Il suffit, au contraire, qu'un traumatisme ou toute autre cause extérieure survenue au lieu et au temps du travail, fasse apparaître, décèle ou révèle un mal jusque-là latent, ou ait une répercussion sur son évolution.

Ces principes sont applicables à tout accident du travail quelle qu'en soit la nature et notamment en cas de hernie survenue au lieu et au temps du travail. Il a été ainsi décidé par un arrêt de la Cour d'appel d'Angers en date du 4 décembre 1934 (*D. H.*, 1935, p. 75), qu'il suffit à un ouvrier atteint d'une hernie, de prouver que cette lésion s'est produite par suite d'un effort au cours du travail et il est sans intérêt de savoir s'il avait des prédispositions morbides à contracter cette affection ou quel a été le degré de violence des efforts effectués.

L'employeur ou son Assurance substituée ne peut faire échec à l'action de l'ouvrier qu'en apportant la preuve que la hernie est la conséquence unique et exclusive de l'état morbide ou constitutionnel de l'ouvrier et que l'accident n'a joué aucun rôle dans son apparition (Cour de Nîmes, 12 juin 1935 ; *Revue générale des Assurances sociales et des Accidents du travail*, janvier 1936, p. 78). La charge de la preuve

incombe donc en définitive au patron ou à son Assurance et le doute doit bénéficier à l'accidenté. Nous pensons donc qu'en l'espèce, votre client a de fortes chances de faire reconnaître par la justice, l'applicabilité de la législation des accidents du travail à son cas. Nous lui conseillons donc de poursuivre son patron ou son Assurance substituée devant le Juge de Paix du lieu de l'accident, en paiement des indemnités journalières et des frais médicaux jusqu'à la date de la consolidation. Si le Juge de paix reconnaît qu'il s'agit d'un accident du travail, le patron devra prendre en charge le coût de l'intervention destinée à réduire la hernie de votre client, du moment que cette intervention a un but curatif et n'est point destinée seulement à améliorer un état consolidé.

QUESTIONS DIVERSES

9.207. — Droit des domestiques aux congés payés

J'ai lu dans un numéro du *Concours Médical* que : « Les gens de maison n'ont pas encore droit aux congés payés ».

Je suis en difficultés avec un ménage que je viens de renvoyer : il a été à mon service de juin 1936 à juillet 1937. Ils sont partis chez eux pour les travaux d'été ; du 15 juillet 1937 au 15 septembre 1937, je leur ai donné pas mal de journées de congés, ils prétendent que je leur en dois encore.

Pourriez-vous je vous prie me retrouver le *Concours Médical* qui mettrait fin à nos discussions, et naturellement me l'expédier ? ou me confirmer le fait simplement.

Dr C.

Réponse

Il était exact juqu'à maintenant que les gens de maison ne pouvaient prétendre au bénéfice de la loi du 20 juin 1936 sur les congés payés.

Mais un décret tout récent en date du 10 novembre dernier est venu étendre les dispositions de cette loi au personnel des services domestiques à dater rétroactivement du 1er juillet 1937, en ce qui concerne les employés qui avaient à cette date au moins un an ou six mois de services continus chez un même employeur.

Puisqu'il en est ainsi, en l'espèce, vous êtes donc, en principe obligé d'octroyer un congé payé de quinze jours à votre domestique dans un délai de six mois à dater de la promulgation du décret.

Toutefois, le domestique ne pourrait prétendre à ce congé, au cas où il aurait bénéficié antérieurement au décret de congé et d'indemnité d'une durée et d'un montant égaux à ceux prévus par la loi.

LE CONCOURS MÉDICAL

SUPPLÉMENT DOCUMENTAIRE

AVIS A NOS LECTEURS

Conformément aux désirs qui nous ont été exprimés par de nombreux lecteurs, nous avons décidé de modifier la présentation du supplément documentaire afin d'en rendre la lecture plus facile et d'en augmenter la valeur pratique. Nous consacrerons donc désormais chaque numéro à une seule question, présentant un intérêt d'actualité, *en groupant à cette occasion tous les textes et documents qui y sont relatifs. Le présent numéro traite de l'Inspection médicale d'hygiène ; nous envisageons ensuite les sujets suivants, suivant l'époque où ils pourront être intéressants, par exemple au mois de janvier : les impôts du médecin, puis, les assurés sociaux indigents, les tarifs médico-sociaux, etc. Bien entendu, nous continuerons à publier dans le numéro hebdomadaire les textes importants aussitôt après leur parution au* « Journal officiel ».

SOMMAIRE

L'Inspection médicale d'hygiène

L'Inspection médicale d'hygiène

Un décret-loi du 30 octobre 1935, que nous republions ci-dessous, est venu rendre obligatoire l'inspection médicale d'hygiène, en la dotant d'un statut national, qui précise et étend ses attributions. Nous croyons intéressant pour nos lecteurs de réunir en un même numéro l'ensemble des textes concernant cette question, qui viennent d'être établis et publiés récemment par le Ministre de la Santé publique.

I

Décret-loi du 30 octobre 1935 portant organisation des inspections départementales d'hygiène

RAPPORT

AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Paris, le 30 octobre 1935.

Monsieur le Président,

Au moment où la loi du 15 février 1902 sur la protection de la santé publique est entrée en vigueur, il a paru opportun de laisser au Conseils généraux et aux Conseils municipaux le soin d'organiser comme ils l'entendaient les services départementaux et municipaux d'hygiène.

Si cette liberté a permis dans de nombreux cas des réalisations heureuses, elle a présenté de sérieux inconvénients dont l'importance grandit chaque jour avec le développement de l'hygiène.

Tantôt en effet, certains départements ont pris des initiatives trop onéreuses et disproportionnées avec leurs besoins réels, tantôt d'autres se sont abstenus ou ont créé des services squelettiques et par suite sans utilité.

Comme l'Etat participe à ces dépenses et que par ailleurs le développement de l'hygiène sociale rend plus impérieuse l'organisation rationnelle des services d'hygiène, il est indispensable d'imposer des règles très

strictes pour l'organisation des services et le recrutement des fonctionnaires sanitaires.

En organisant rationnellement ces services, il n'est pas douteux qu'il soit possible d'obtenir une meilleure utilisation des crédits réservés à l'hygiène publique et sociale, une protection de la santé publique plus efficace et, par suite, une diminution des dépenses d'hygiène et d'assistance.

Pour que les fonctionnaires sanitaires puissent accomplir leur tâche dans les meilleures conditions, il importe au premier chef qu'ils soient choisis parmi l'élite des médecins et qu'ils soient soustraits aux influences locales. L'inconvénient actuel de leurs divers modes de recrutement est de rendre fort difficile pour les candidats de valeur la mutation d'un département dans un autre, ainsi que le passage d'un service départemental d'hygiène à un service municipal ou vice-versa. D'autre part, l'absence de règles uniformes ne permet pas d'imposer à ces agents toutes les connaissances requises pour exercer leurs fonctions avec la compétence désirable et contrôler utilement, du point de vue technique, les œuvres de toutes natures (dispensaires antituberculeux, antivénériens, crèches, consultations de nourrissons, etc.).

Pour réaliser ces réformes, il est nécessaire que les services départementaux d'hygiène soient rendus obligatoires et soient placés sous l'autorité directe du ministre.

Art. 1er. — Le service d'inspection et de contrôle de la santé publique institué par la loi du 15 février 1902 (art. 19) est obligatoire dans chaque département.

L'inspecteur départemental d'hygiène, docteur en médecine, est nommé par le ministre de la Santé publique. Il est assisté, s'il y a lieu, par des médecins inspecteurs adjoints, nommés dans les mêmes conditions.

La compétence du service départemental d'hygiène s'étend à toutes les questions se rattachant à la protection de la santé publique et à l'hygiène sociale.

Art. 2. — Les bureaux municipaux d'hygiène institués par la loi du 15 février 1902 (art. 19) sont placés sous le contrôle de l'inspecteur départemental et des inspecteurs adjoints. Les directeurs de ces bureaux et leurs adjoints sont nommés par le ministre de la Santé publique et de l'Education physique sur proposition du maire.

Art. 3. — Les communes ou fractions de communes qui ne sont pas le siège d'un bureau d'hygiène pourront être groupées par décret pour la constitution d'un bureau d'hygiène intercommunal placé sous l'autorité directe du préfet.

Les attributions du bureau d'hygiène d'une commune pourront être étendues par décret à d'autres communes ne formant avec la première qu'une seule et même agglomération.

Les décrets prévus aux alinéas précédents seront pris après avis du Conseil départemental d'hygiène.

Art. 4. — Un règlement d'administration publique fixera les modalités d'application du présent décret et notamment les attributions et le statut des inspecteurs départementaux d'hygiène et des directeurs de bureaux d'hygiène, ainsi que les mesures transitoires nécessaires à l'égard du personnel actuellement en fonction.

II

Décret du 15 avril 1937 portant organisation de l'inspection médicale d'hygiène.

(*J. O.* 17 avril 1937)

Ce texte a été publié intégralement dans le numéro documentaire du *Concours Médical* de mai 1937, pages 1725 et suivantes, auquel nous renvoyons nos lecteurs.

III

Circulaire du 26 avril 1937 relative au règlement sanitaire départemental-type.

Le ministre de la Santé publique

à MM. les Préfets,

Un décret-loi en date du 30 octobre 1935 prévoit que, dans tout département, le préfet est tenu, afin de protéger la santé publique, d'établir un règlement sanitaire départemental, applicable à toutes les communes ; ce règlement est établi sur la proposition de l'inspecteur départemental d'hygiène et après avis du Conseil départemental d'hygiène.

Après consultation de diverses personnalités particulièrement qualifiées, le Conseil supérieur d'hygiène publique de France a rédigé un projet de règlement sanitaire départemental-type, destiné à vous servir de guide dans la préparation de celui qui sera applicable dans votre département.

Ce *règlement-type*, inséré au *Journal officiel* du 24 avril 1936, pages 4614 et suivantes, vous est adressé à titre indicatif ; il n'est dont pas destiné à être simplement recopié, pour devenir le statut sanitaire de votre département ; je tiens cependant à spécifier que je considère les dispositions qu'il contient comme le *minimum* des conditions à exiger pour la bonne tenue sanitaire de vos administrés.

Certes, le texte que votre inspecteur d'hygiène aura à vous proposer et à soumettre aux discussions du Conseil départemental d'hygiène devra adapter le règlement-type aux diverses contingences locales ; mais, cette adaptation me paraît devoir être faite, beaucoup plus par des dispositions additives que par des dispositions restrictives, le règlement-type devant être considéré, par vous, comme le cadre fixe et essentiel, autour duquel des prescriptions spéciales à chaque département donneront à l'ensemble du texte sa physionomie locale.

Il vous appartiendra, d'ailleurs, au cours de cette procédure et de ce travail d'adaptation, de vous entourer des avis nécessaires en vue d'éviter l'introduction de dispositions susceptibles d'être attaquées avec succès devant la juridiction contentieuse, et de concilier ainsi le devoir de technique réglementaire de l'administration avec la nécessité évidente d'un texte pratique, efficient et inattaquable.

L'expérience a montré que la quantité essentielle d'un règlement de cette nature est d'être rédigé sous forme positive, c'est-à-dire de constituer le guide direct de l'activité du citoyen.

Je ne saurais donc trop vous recommander à cet égard d'attirer l'attention de l'inspecteur départemental d'hygiène et du Conseil départemental d'hygiène sur l'intérêt qu'il y aurait à concevoir le règlement sanitaire départemental sous la forme d'une sorte d'instruction méthodiquement divisée et susceptible d'être suivie avec facilité par les propriétaires et les architectes.

Il ne fait aucun doute que cette méthode de rédaction est susceptible, non seulement de faciliter la lecture

du texte, mais encore de diminuer les surprises et les contradictions qui, résultant de cette lecture, sont souvent à l'origine des attitudes de résistance et des recours contentieux.

Certaines dispositions du règlement sanitaire-type vous paraîtront immédiatement applicables ; d'autres ne pourront l'être qu'après un délai plus ou moins long ; dans certains cas particuliers, tout ou partie de telle ou telle prescription sera inapplicable. Mais l'avant-dernier article du règlement-type a été inspiré par ces diverses considérations, puisqu'il prévoit des cas de dérogation et vous laisse, d'autre part, la latitude de préciser par arrêté les dates d'application de certaines dispositions qu'il vous appartiendra de désigner spécialement.

Je crois, enfin, devoir vous rappeler que le décret-loi du 30 octobre 1935 sur le règlement sanitaire départemental spécifie que celui-ci ne fait pas obstacle au droit des maires de prendre, après avis du Conseil municipal, tous arrêtés ayant pour objet telles dispositions particulières qu'il jugera utiles dans sa commune, en vue d'assurer la protection de la santé publique.

Ce serait donc une erreur de penser que l'institution du règlement sanitaire départemental enlève aux maires tout pouvoir réglementaire quand il s'agit de protéger la santé publique : le règlement sanitaire départemental représente, en définitive, le *minimum* des conditions sanitaires exigibles dans toutes les communes d'un même département, mais les maires conservent la possibilité de préciser certaines dispositions et même de les aggraver, ou d'en établir de nouvelles, particulières à leur commune, et que le texte départemental n'aurait pas mentionnées. Toutefois, les arrêtés municipaux relatifs à la santé publique et considérés, par conséquent, comme des additions municipales au règlement sanitaire départemental, devront être, conformément à la loi du 15 février 1902, revêtus, pour devenir exécutoires, de votre approbation, après délibération du Conseil départemental d'hygiène, avis et proposition de l'inspecteur départemental d'hygiène.

Je vous prie de m'adresser un exemplaire du règlement sanitaire de votre département dès qu'il sera intervenu.

(*J. O.*, 27 avril 1937).

Règlement sanitaire départemental d'hygiène prescrit par l'article 1er du décret-loi du 30 octobre 1935

TITRE 1er

Des constructions

Art. 1er. — Dans toute commune, quel que soit le chiffre de ses habitants, aucune construction nouvelle, quelle que soit la nature des matériaux utilisés, ne pourra être habitée de jour ou de nuit si elle ne répond pas aux conditions d'hygiène définies ci-après.

Sous le nom de construction nouvelle, il faut entendre non seulement les constructions neuves mais aussi les transformations des constructions existantes, affectant soit le gros œuvre du bâtiment, soit son économie générale.

Sous le nom d'habitation, il faut entendre tout local pouvant servir de jour ou de nuit au logement, au travail, au repos ou à l'agrément.

Les dispositions du présent titre relatives au gabarit et à l'implantation des constructions sont applicables dans toutes les communes qui ne sont pas assujetties à des dispositions de même nature provenant du programme de servitudes d'un plan communal ou régional d'aménagement.

CHAPITRE Ier

Des constructions nouvelles

Dispositions générales

Règles générales de salubrité

Art. 2. — Les constructions visées à l'article 1er du présent règlement seront disposées de manière à être aérées, largement éclairées et ensoleillées le plus longtemps possible. Leurs revêtements intérieurs seront disposés de manière qu'ils puissent être facilement maintenus en état de propreté. Elles seront munies de moyens d'évacuation des eaux pluviales et des matières usées, y compris les eaux ménagères. Toutes dispositions seront prises pour isoler du sol les locaux et les préserver de l'humidité.

Hauteur des constructions

Art. 3. — La hauteur des constructions, quelles qu'elles soient, en bordure de la voie publique, mesurée sur le point milieu de la façade, entre le niveau du trottoir ou le revers pavé au pied de cette façade, et le niveau de la ligne de faite de l'immeuble, n'excédera pas la largeur de la voie entre les alignements régulièrement approuvés.

Les constructions ou parties de constructions élevées en retrait de l'alignement pourront ajouter la largeur de ce retrait à la largeur de la voie publique dans le calcul de la hauteur permise. Les constructions dispensées de la servitude d'alignement ne pourront même par tolérance, être surélevées au delà d'une hauteur égale à la distance qui sépare le milieu de leur façade de l'alignement opposé.

Il en sera de même pour les constructions élevées en bordure des voies privées, la largeur effective de la voie privée étant assimilée à la largeur réglementaire des voies publiques.

La hauteur des constructions, ainsi que celle des murs mitoyens, ne pourra, en aucun cas, excéder vingt mètres.

Art. 4. — Lorsque les voies sont en pente, la façade des bâtiments en bordure sera divisée, pour le calcul de la hauteur, en sections dont aucune ne pourra dépasser trente mètres. La cote de hauteur de chaque section sera prise au point milieu de chacune d'elles.

. . . .

Cours et courettes

Art. 6. — Dans les cours, toute baie éclairant une pièce définie à l'article 1er, y compris les cuisines, sera soumise aux dispositions ci-après. La vue directe aura, au niveau du dessus de l'allège de la baie, et dans toute son étendue, une largeur horizontale de deux mètres de part et d'autre de l'axe de la baie du rez-de-chaussée. Aucune construction faisant face à cette baie du rez-de-chaussée ne pourra monter à une hauteur supérieure au double de la longueur de la vue directe par rapport à la partie saillante de la façade sur cour. Cette disposition devra être mutuelle entre les constructions qui se font face dans ladite cour.

Les espaces libres dits courettes, qui ne répondront pas aux conditions du premier alinéa ci-dessus, ne pourront desservir que des pièces non visées à l'article 1er ; la surface horizontale ne sera jamais inférieure à huit mètres carrés, ni le plus petit côté à deux mètres. Il sera ménagé, au rez-de-chaussée, une arrivée d'air permanente destinée à assurer la ventilation.

Art. 7. — Il est interdit d'établir des combles vitrés dans les cours et courettes au-dessus des parties sur lesquelles sont exclusivement aérées et éclairées soit des pièces pouvant servir à l'habitation, soit des cuisines, soit des cabinets d'aisances, à moins qu'ils ne soient munis d'un châssis ventilateur à face verticale dont le vide aura au moins le tiers de la surface de la cour ou courette et 40 centimètres au minimum de hauteur ; dans ce dernier cas, il sera établi au voisinage du sol des orifices prenant l'air à l'extérieur et assurant en permanence le renouvellement de l'air de ladite cour ou courette, ou tout autre dispositif soumis à l'agrément de l'autorité sanitaire, assurant le renouvellement de l'air dans des conditions au moins équivalentes.

Art. 8. — Les propriétaires d'immeubles contigus peuvent se mettre d'accord pour avoir des cours et courettes communes dont les dimensions seront celles prescrites aux articles ci-dessus pour les cours et courettes dépendant d'un même immeuble.

Ils doivent, dans ce cas, notifier leur accord au maire et prendre envers l'Administration municipale, avant le commencement des travaux, l'engagement par acte authentique de maintenir leurs cours et courettes conformes aux dispositions de l'alinéa précédent.

Les cours et courettes ne pourront être divisées que par des murs bahuts d'un mètre maximum de hauteur surmontés d'une grille.

Art. 9. — Au rez-de-chaussée et aux étages, le sol de toute pièce pouvant servir à l'habitation aura une surface minimum de 9 mètres carrés.

Chacune de ces deux pièces sera éclairée et aérée sur rue ou sur cour au moyen d'une ou de plusieurs baies dont l'ensemble devra présenter une section totale ouvrante au moins égale au sixième de la surface de ladite pièce.

Art. 10. — Les jours de souffrance ne pourront jamais être considérés comme baies d'aération ni d'éclairage.

Caves

Art. 11. — Les caves ne pourront être aménagées pour servir à l'habitation. Elles seront ventilées par des soupiraux communiquant avec l'air extérieur. Ces soupiraux auront au moins chacun 12 centimètres de hauteur avec une section libre minimum de 8 décimètres carrés.

Aucune pièce comportant une porte ou trappe de communication avec une cave ne pourra être affectée à l'habitation de nuit.

Sous-sols

Art. 12. — Les sous-sols destinés à l'habitation ne pourront être descendus à plus de 1 mètre 50 en contrebas du niveau de la rue ou de la cour qu'ils bordent : ils auront chacune de leurs pièces aérée et éclairée au moyen de baies ouvrant sur rue ou sur cour et ayant les dimensions indiquées aux articles ci-dessus. Les murs et le sol devront être imperméables à l'humidité.

L'habitation de nuit est interdite dans les sous-sols.

Rez-de-chaussée et étages

Art. 13. — Le sol des rez-de-chaussée destinés à l'habitation devra être établi sur caves ou sur sous-sol, ou à défaut, il devra être surélevé de 30 centimètres au moins au-dessus du niveau extérieur ; quand il reposera immédiatement sur terre-plein, une couche de matériaux imperméables s'interposera entre celui-ci et le dallage, le carrelage, le parquet, etc... Le sol en terre battue est interdit.

Toutes dispositions seront prises pour éviter l'ascension dans les murs de l'humidité du sol.

Art. 14 — La hauteur des pièces d'habitation mesurée sous plafond ne sera pas inférieure à 2 m. 70 et leur profondeur ne pourra dépasser le double de leur hauteur. Toutefois, cette hauteur pourra être réduite jusqu'à 2 m. 50, si une ventilation permanente automatique et non mécanique, est assurée dans les pièces d'habitation par un système reconnu efficace par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Art. 15. — A l'étage le plus élevé de la construction, la surface réglementaire prévue à l'article 9 sera mesurée à 1 m. 30 au-dessus du sol ; le cube de la pièce ne pourra pas être inférieur à 22 mètres cubes.

Les parois de la pièce ne devront présenter d'angle rentrant en aucun point.

Art. 16. — Les parois de toutes les pièces d'habitation seront disposées de façon à protéger les occupants contre les variations de la température extérieure.

Boutiques destinées à l'alimentation

Art. 17. — Tous les locaux dans lesquels seront vendus et conservés des produits alimentaires altérables, tels que poissons frais, volailles, gibier, viandes, fruits, légumes, etc., seront disposés de telle sorte que l'air y soit constamment renouvelé. A cet effet, s'il n'y a pas d'ouverture du côté opposé à la façade, ils seront munis d'un conduit de ventilation d'au moins 4 décimètre scarrés de section, s'ouvrant dans la partie du plafond la plus éloignée de la devanture et s'élevant jusqu'au-dessus de la partie la plus élevée de la construction.

Les murs et le sol seront revêtus de matériaux imperméables et imputrescibles. Aucun étalage de denrées alimentaires ne pourra être établi à une hauteur moindre de 60 centimètres du sol. Le sol sera disposé de manière à permettre de fréquents lavages et à diriger les eaux en provenant vers un orifice d'évacuation siphonné.

En aucun cas, ces locaux ne pourront servir à l'habitation. Aucun cabinet d'aisances ne devra s'y ouvrir directement.

Un arrêté municipal pourra soumettre les conditions d'installation et d'aménagement des locaux visés au présent article à une vérification préalable de leur conformité avec les dispositions du présent règlement.

Escaliers

Art. 18. — Les escaliers, corridors, vestibules et couloirs à usage commun seront aérés et éclairés directement dans toutes leurs parties.

Leur largeur ne pourra être inférieure à un mètre. Les revêtements intérieurs seront établis de manière à pouvoir être maintenus en état constant de propreté et facilement entretenus.

Chauffage

Art. 19. — Toute pièce destinée à l'habitation devra pouvoir être chauffée individuellement. A cet effet, elle devra être munie d'un conduit de fumée spécial et étanche. Lorsque l'aération ne sera pas assurée par un conduit de fumée, il devra y être pourvu au moyen d'un système de ventilation efficace et continue.

Art. 20. — Toute cuisine comportera obligatoirement

1° Un conduit de fumée établi dans les conditions du présent règlement et destiné à desservir les appareils fixes ou mobiles brûlant des combustibles solides, liquides ou gazeux ;

2° Une hotte installée au-dessus de l'emplacement réservé au fourneau ou réchaud quel qu'il soit, et pourvue à la partie la plus haute d'un conduit ascendant du conduit de fumée.

Ce conduit de ventilation, longeant, autant que possible, le conduit de fumée, sera comme ce dernier, prolongé jusqu'au-dessus de la partie la plus élevée de la construction, à moins qu'il ne soit muni, à sa sortie du toit, d'un appareil aspirateur efficace.

A défaut de hotte, il devra être établi un dispositif d'une efficacité au moins équivalente.

Le « tubage » des conduits de fumée est interdit, mais l'usage pour les cuisines de conduits spéciaux, fabriqués en matériaux résistant au feu et imperméables à la fumée, et comportant les conduits de fumée et de ventilation accolés, pourra être autorisé.

Art. 21. — Les conduits fixes de fumée s'élèveront à 40 centimètres au moins au-dessus de la partie la plus élevée de la construction. Les conduits de fumée ne devront communiquer entre eux ni intérieurement, ni extérieurement, et être établis de manière à éviter les siphonnements. Leur section intérieure ne sera jamais inférieure à 4 décimètres carrés. Les clefs destinées à régler le tirage de ces conduits ne devront jamais pouvoir fermer complètement leur section.

Art. 22. — Le système de chauffage devra être tel qu'il ne se dégage à l'intérieur des pièces habitables ni fumée, ni aucun gaz pouvant compromettre la santé des habitants.

Art. 23. — Les prises d'air, et notamment celles des calorifères, devront se faire à l'extérieur de l'habitation, à l'exclusion des courettes. Celles qui conduiront l'air à l'intérieur de l'habitation devront être munies d'un dispositif arrêtant les poussières.

Installations d'eau, de gaz et d'électricité

....

Evacuation des eaux pluviales

....

Evacuation des eaux et matières usées

Art. 29. — Les eaux et les matières usées devront être éloignées de l'habitation dans des conditions telles qu'elles ne puissent jamais nuire à la santé publique. Lorsque l'agglomération comportera un réseau d'assainissement, que l'immeuble pourra y être relié, et que rien ne rendra cette mesure techniquement impossible, le raccordement de toutes les canalisations évacuant des eaux usées et des matières de vidanges sera obligatoire.

Art. 30. — Dans toute maison, il y aura, par appartement ou logement, quelle qu'en soit l'importance, à partir de deux pièces habitables (en y comprenant la cuisine), un cabinet d'aisance. Un poste de lavage avec vidoir siphonné sera installé à proximité de ce cabinet, la disposition des canalisations devant exclure tout risque d'intercommunication.

Art. 31. — Il sera établi également, et dans les mêmes conditions pour le service des pièces habitables louées séparément, un cabinet d'aisance par cinq pièces habitables, et un poste d'eau par dix pièces habitables.

Art. 32. — Dans tout établissement, le nombre des cabinets d'aisance sera déterminé en prenant pour base le nombre des personnes appelées à en faire usage.

Art. 33. — Les cabinets d'aisance seront munis de revêtement lisses et imperméables susceptibles d'être facilement lavés ou blanchis à la chaux. Ils seront éclairés et aérés directement sur l'extérieur. Le système d'aération sera installé de telle sorte qu'il puisse assurer le renouvellement permanent de l'air.

Art. 34. — Les cabinets d'aisance installés dans les habitations ne communiqueront directement ni avec les salles à manger, ni avec les cuisines.

Art. 35. — Les cabinets d'aisance seront munis d'une cuvette siphonnée ; un dispositif assurera le lavage de la cuvette.

Lorsque le raccordement à un réseau d'assainissement sera techniquement irréalisable, les cabinets d'aisance seront munis d'un dispositif de fermeture mettant l'habitation à l'abri des émanations.

Art. 36. — Les fosses septiques épuratrices, les fosses chimiques ou appareils analogues, lorsqu'elles ne sont pas interdites, seront établies conformément aux règlementations spéciales en vigueur.

Les fosses d'aisance au-dessous du sol des caves sont interdites. Les fosses d'aisance seront construites sur plan rectangulaire ou circulaire de façon à éviter les angles rentrants et les étranglements. Elles auront au moins deux mètres de hauteur sous plafond. Les murs, le plancher haut de la voûte ainsi que le radier auront une épaisseur variant de 20 centimètres au moins pour le béton de ciment à 45 centimètres pour la maçonnerie, et seront recouverts d'un enduit assurant une étanchéité rigoureuse et permanente et ne présentant aucune solution de continuité intérieure. Le fond des fosses sera construit en forme de cuvette concave et tous les angles intérieurs arrondis à 25 centimètres de rayon. L'ouverture d'extraction sera placé au centre du plan et munie d'un tampon hermétique ayant un minimum de 0 m. 70 × 1 mètre de section. Les tuyaux de chute seront verticaux et auront un diamètre minimum de 20 centimètres. Un tuyau d'évent sera établi à l'aplomb des tuyaux de chute et montrera verticalement jusqu'à la hauteur des souches de cheminées de l'immeuble et des constructions contiguës. Les fosses d'aisance seront rigoureusement étanches. Celles dont l'insalubrité serait constatée devront être immédiatement réparées ou aménagées.

Art. 37. — Toute construction de fosse d'aisance devra faire l'objet d'une déclaration à l'autorité sanitaire.

Les fosses d'aisance des immeubles démolis devront être vidangées et désinfectées. Aucune fosse d'aisance ne pourra être comblée avant d'avoir été vidangée et désinfectée.

Art. 38. — Les puits perdus et puisards absorbants sont interdits.

Art. 39. — Les parois intérieures de tous les ouvrages appelés à recevoir des matières usées avec ou sans mélange d'eau pluviale ou de tous autres liquides, seront lisses et imperméables.

Ces ouvrages seront établis de manière à assurer la bonne évacuation des matières solides et liquides à recevoir. Leurs communications avec l'extérieur seront établies de telle sorte qu'aucun retour de liquides, de matières ou de gaz nocifs ne puisse se produire dans l'intérieur des habitations.

Les joints seront hermétiques.

Les canalisations seront munies de tuyaux dits d'évents. Ceux-ci seront prolongés au-dessus des parties les plus élevées de la construction ; ils seront établis de manière à ne jamais déboucher soit au-dessous, soit à proximité des fenêtres ou des réservoirs d'eau.

Art. 40. — Les conduits d'évacuation des éviers, lavabos, vidoirs, salles de bain, etc., seront indépendants des descentes d'eaux pluviales.

S'ils sont raccordés avec ceux des cabinets d'aisances, l'occlusion sera établie comme pour ce derniers, et toutes dispositions utiles seront prises pour éviter le désamorçage des siphons.

Art. 41. — Dans tout immeuble destiné à l'habitation collective, il sera aménagé un local spécial, clos, ventilé, aisément accessible, ouvrant directement sur rue, cour ou courette pour le dépôt des récipients à ordure ménagère.

Le sol et les parois de ce local devront être constitués par des matériaux imputrescibles, imperméables, et ne permettant en aucun cas l'intrusion des rongeurs.

Le local sera constamment fermé d'une porte qui en interdira l'accès.

Les récipients destinés à contenir les ordures ménagères seront étanches, constitués de matériaux imperméables et munis d'un mode de fermeture interdisant l'accès de ces boîtes aux mouches, rongeurs et aux autres animaux. Leur assise sera telle qu'ils ne pourront être renversés par les chiens ou autres animaux.

◆

CHAPITRE II

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES APPLICABLES AUX CONSTRUCTIONS ET HABITATIONS RURALES

Habitations

Art. 42. — Dans les constructions neuves, les parois des murs et des cloisons seront enduites ou tout au moins badigeonnées à l'intérieur à la chaux. Les constructions en pisé ne pourront être élevées que sur une fondation hourdée tout au moins en chaux hydraulique jusqu'à 50 centimètres au-dessus du sol.

Art. 43. — Le sol du rez-de-chaussée destiné à l'habitation sera établi dans les conditions fixées à l'article 13 ci-dessus.

Art. 44. — La cuisine, pièce souvent commune, doit être haute, spacieuse, largement éclairée et facile à aérer.

La surface d'éclairement sera au minimum de un sixième de la surface de la pièce et pourra être réduite au un huitième dans les régions froides.

Son sol sera rendu imperméable. Les murs le seront également sur une hauteur minimum de un mètre ; dans le reste de leur étendue, les murs et le plafond seront enduits et peints à l'huile ou à la colle ou seront au moins blanchis à la chaux vive une fois l'an.

Le foyer sera placé sous une hotte, desservie par un tuyau de fumée surmontant de 40 centimètres au moins la partie la plus élevée de la construction : une ventilation efficace sera assurée.

Des précautions efficaces seront prises pour empêcher l'introduction et assurer la destruction des mouches.

La cuisine aura un évier avec tuyau siphonné. Les eaux ménagères, si elles ne peuvent être envoyées dans un réseau d'assainissement ou dans une fosse étanche, devront être amenées par une canalisation fermée et étanche, jusqu'en un point aussi éloigné que possible des habitations, et dans des conditions telles qu'elles ne puissent nuire à la santé publique.

Art. 45. — Toute pièce servant à l'habitation de jour ou de nuit sera haute au moins de 2 m. 70 sous plafond et d'une surface minimum de 9 mètres carrés. Elle sera éclairée et aérée directement au moyen d'une ou de plusieurs baies dont l'ensemble devra présenter une section totale ouvrante au moins égale au sixième du sol de ladite pièce.

Art. 46. — Les cheminées, fours et appareils quelconques de chauffage seront établis dans les conditions des articles 19, 21, 22 et 23.

Art. 47. — L'habitation de jour et de nuit est interdite dans les caves ; elle est interdite de nuit dans les sous-sols, greniers à grains et à fourrage ainsi que dans les pièces dépourvues de fenêtres ou insuffisamment séparées des logements destinés aux animaux.

Art. 48. — Les cabinets, tinettes et fosses d'aisances seront établis de telle sorte qu'ils ne puissent contaminer les sources, puits et citernes.

Des précautions efficaces seront prises contre l'introduction et la pullulation des mouches et des moustiques.

Les fosses d'aisances devront répondre aux prescriptions des articles 36 (deuxième alinéa) et 37.

Art. 49. — Les fosses septiques épuratrices, les fosses chimiques ou appareils analogues, lorsqu'elles ne sont pas interdites, seront établies conformément aux réglementations spéciales en vigueur.

CHAPITRE III

DES AUTORISATIONS

(Dispositions applicables aux agglomérations de 5.000 habitants et au-dessus)

Demandes d'autorisation

Art. 50. — Conformément aux dispositions de l'article 11 de la loi du 15 février 1902, modifiée par le décret-loi du 30 octobre 1935, nul ne peut, dans les agglomérations de 5.000 habitants et au-dessus, édifier une habitation sans une autorisation écrite délivrée par le maire, sur avis motivé de l'inspecteur départemental d'hygiène.

Formes des demandes

. . . .

Délai de validité des autorisations

. . . .

Surveillance des travaux

. . . .

Permis et interdiction d'habiter

Art. 54. — Les constructions visées ou chapitre 1er du présent règlement ne pourront être habitées qu'après délivrance du permis d'habiter accordé par le maire, sur le rapport de l'autorité sanitaire constatant que les prescriptions du règlement sanitaire ont bien été observées.

Ce permis doit être délivré dans un délai de vingt et un jours à partir du dépôt à la mairie du procès-verbal, attestant que les travaux sont terminés. A défaut par le maire de statuer dans ce délai, le permis est réputé accordé.

La décision d'interdiction d'habiter sera publiée et affichée dans les formes ordinaires.

TITRE II

Eaux d'alimentation et bains publics

Alimentation en eau

Art. 55. — Dans toutes les agglomérations ou parties d'agglomérations desservies par une distribution d'eau potable, toute habitation devra y être reliée par un branchement, suivi d'une canalisation qui mette cette eau à la portée de tous les habitants de l'immeuble à tous les étages, à toute heure du jour et de la nuit.

Art. 56. — Dans le cas où un immeuble est, en outre, desservi par une canalisation d'eau non potable, celle-ci doit être entièrement distincte de la première et revêtue d'une peinture de couleur rouge ; il ne devra exister, entre les deux canalisations, aucune communication directe ou indirecte.

Art. 57. — Les parois intérieures des réservoirs d'eau potables seront formées de matières qui ne risquent pas d'altérer les eaux. Le plomb et ses composés notamment sont prohibés.

Les réservoirs seront clos de façon que les poussières ou toutes autres matières étrangères solides ou liquides n'y puissent pénétrer. Ils seront établis de manière à permettre leur vidange totale et leur nettoyage. Ils ne devront recevoir que des eaux potables et seront alimentés par surverse.

Des précautions seront prises pour assurer la continuité de l'alimentation en eau potable pendant la mise hors circuit des réservoirs.

Ceux-ci seront protégés contre la chaleur et sans aucun contact possible avec les conduits d'évacuation des eaux usées, y compris les eaux ménagères.

Art. 58. — Aucun puits ne pourra être utilisé pour l'alimentation s'il n'est à l'abri de toute possibilité de contamination, notamment celle provenant de cabinets d'aisances, dépôts de fumier ou d'immondices, mares, potagers, etc...

Les puits seront fermés à leur orifice ou protégés par une couverture surélevée. Leur paroi sera étanche, la margelle devra surmonter le sol de 50 centimètres au moins.

Les puits seront protégés contre toute infiltration d'eaux superficielles par l'établissement d'une aire

étanche d'au moins deux mètres autour du puits, hermétiquement rejointe aux parois du puits et légèrement inclinée vers l'extérieur.

L'eau sera puisée à l'aide d'une pompe ou par tout autre moyen évitant la contamination de l'eau.

Art. 59. — Tout projet d'établissement d'un nouveau puits devra faire l'objet d'une demande d'autorisation à l'autorité sanitaire.

Art. 60. — Les citernes destinées à recueillir l'eau de pluie seront étanches et couvertes. L'eau y sera puisée à l'aide d'une pompe ou par tout autre moyen évitant la contamination. La couverture sera munie à son sommet d'une baie d'aération et le tuyau d'aération sera muni d'une toile métallique inoxydable ; on ne devra pratiquer aucune culture sur la couverture.

Les citernes seront précédées de dispositifs destinés à écarter les premières eaux de lavage des toitures et à arrêter les corps étrangers tels que terre, gravier, feuilles, détritus et déchets de tous ordres, etc...

Art. 61. — Il est interdit aux propriétaires, hôteliers, tenanciers ou gérants des immeubles et établissements où de l'eau est mise à la disposition des usagers de livrer, pour l'alimentation et pour tous les usages ayant un rapport même indirect avec l'alimentation (tels que le lavage des récipients destinés à contenir des boissons, du lait, des produits alimentaires), une autre eau potable (eaux minérales naturelles et eaux de table autorisées exceptées) que celle de distribution publique.

La même interdiction s'applique aux fabricants de glaces, eaux gazeuses, limonades, sodas, etc...

Lorsque par suite d'un motif dont justification sera due à l'autorité sanitaire, l'eau délivrée aux consommateurs, ou utilisée pour des usages connexes, ne pourra pas être celle de la canalisation urbaine, ou s'il n'y a pas dans la commune de service public des eaux, les personnes ci-dessus désignées seront astreintes à toutes précautions utiles pour éviter tous dangers qu'elles peuvent faire courir à la population. Il leur est ordonné de s'assurer que l'eau offerte par elles pour l'alimentation est saine, et d'en faire la déclaration à l'autorité sanitaire avant toute utilisation.

Lorsqu'il existera des raisons de craindre la contamination des eaux, même si la présence de ces causes d'insalubrité ne leur est pas imputable, les personnes visées au premier alinéa auront l'obligation de prendre toutes mesures utiles pour rendre sûrement et en tout temps les eaux indemnes de tout germe pathogène ou dangereux. Ces mesures seront portées à la connaissance de l'autorité sanitaire qui aura la faculté à tout moment de contrôler la qualité des eaux.

Lorsqu'il sera constaté que les eaux ne sont pas saines, qu'elles sont insuffisamment protégées, leur usage sera immédiatement interdit. Leur utilisation ultérieure sera subordonnée à une autorisation préfectorale spéciale qui ne pourra être accordée qu'après avis favorable de l'autorité sanitaire.

Piscines ouvertes au public

Art. 62. — Les piscines ouvertes au public ne seront autorisées que si elles répondent aux prescriptions suivantes :

La disposition des lieux devra être telle qu'il soit impossible de pénétrer directement sur le trottoir qui borde la piscine.

Un système de douches et de pédiluves sera installé où passeront obligatoirement les baigneurs avant de pénétrer dans la piscine.

L'eau devra, après épuration par filtration, ou par tout autre procédé équivalent, être désinfectée par un procédé qui permette d'assurer d'une façon constante l'absence de germes pathogènes. Les exploitants seront astreints à toutes précautions utiles pour éviter tous dangers que le bain en piscine peut faire courir à la population. Il leur est ordonné de s'assurer que l'eau des piscines qu'ils exploitent est saine et d'en faire la déclaration à l'autorité sanitaire.

Il devra exister un local permettant éventuellement l'examen sanitaire des baigneurs, une installation de désinfection pour les costumes de bains et des lavabos et water-closets en nombre suffisant.

Les piscines ouvertes au public devront être réapprovisionnées en eau neuve au moins une fois par semaine ; elles seront vidangées et nettoyées au moins une fois par mois.

TITRE III

Denrées alimentaires

Art. 36. — L'étalage à l'air libre, à l'extérieur des magasins de vente, des produits alimentaires ne subissant pas la cuisson, est interdit.

Les sucreries, crèmes, fromages, beurres, fruits séchés, gâteaux, etc., devront être renfermés dans des bocaux, cases, globes, cloches, boîtes vitrése ou métalliques, etc...

Les commerçants ambulants et ceux des marchés publics sont tenus de prendre les mêmes précautions.

Les aliments cuits préalablement à la vente et destinés à être consommés dans l'état où ils sont mis en vente ne devront jamais être exposés aux étalages à l'air libre à l'extérieur des magasins de vente.

Les commerçants qui vendent des produits alimentaires sont tenus de mettre à la disposition de leur personnel, dans un local facilement accessible, et au voisinage immédiat du magasin de vente, de l'eau et du savon pour le lavage des mains.

L'entrepôt, le transport ou la livraison à domicile des aliments doivent être entourés des précautions nécessaires pour les mettre à l'abri de toute souillure.

Il est interdit de déposer des substances destinées à l'alimentation humaine, et notamment du pain, sur le sol, sur les paillassons aux portes des habitations ou à la portée des animaux.

TITRE IV

Protection contre les matières usées

Logement des animaux

Art. 64. — Les écuries, bouveries, bergeries, porcheries, etc., seront efficacement ventilées, efficacement éclairées et pourvues d'un plancher haut entièrement étanche et isolant. Elles seront complètement séparées des pièces destinées à l'habitation (1).

Les murs seront imperméabilisés intérieurement jusqu'à 1 m. 50 à partir du sol et blanchis à la chaux vive dans le reste de leur hauteur, ainsi que le plafond.

Leur sol, également imperméable, devra avoir une pente convenable facilitant l'écoulement des liquides au caniveau d'évacuation et à la fosse à purin.

La hauteur sous plafond sera au moins de 2 m. 50 pour les étables et les porcheries, pouvant être ramenée à 2 m. 25 dans les pays froids, de 3 mètres pour les écuries et les bergeries. Des précautions seront prises pour empêcher l'introduction et la pullulation des mouches et pour assurer leur destruction.

Celliers, pressoirs, locaux de cuvage

Art. 65. — Les celliers, pressoirs et locaux de cuvage seront bien éclairés et aérés.

---

(1) Il est recommandé de prévoir une surface d'éclairement toujours supérieure au 1/20e de la surface des locaux.

Mares

Art. 66. — La création des mares ne peut se faire sans une autorisation du maire.

Les mares, abreuvoirs et fossés à eau stagnante seront éloignés des habitations : ils seront curés une fois par an ou comblés s'ils sont nuisibles à la santé publique.

En aucun cas le déversement des eaux usées, de quelque nature qu'elles soient, n'y sera toléré. Il est défendu d'étaler les vases provenant de ce curage auprès des habitations.

Lavoirs

Art. 67. — Les lavoirs seront largement aérés. Les revêtement de leurs parois seront lisses et imperméables. Le sol aura des rigoles d'écoulement pour les eaux. Ces eaux seront canalisées jusqu'en un point où elles ne seront plus susceptibles de nuire. Les bassins des lavoirs seront étanches, tenus avec la plus grande propreté, vidés, nettoyés et désinfectés au moins une fois par mois.

Fumiers

Art. 68. — Les fumiers des écuries, vacheries, bouveries, bergeries et porcheries seront évacués aussi souvent qu'il sera nécessaire pour qu'ils ne causent aucune nuisance.

Il est formellement interdit de les accumuler et de les laisser séjourner en bordure de la voie publique, contre les habitations et tous établissements publics ou à proximité des sources, des captages d'eau, des puits, des citernes et du littoral maritime.

En attendant leur utilisation, on devra les déposer sur des aires étanches convenablement disposés pour l'évacuation des liquides à la fosse à purin.

Toutes mesures nécessaires seront prises pour empêcher la pullulation des mouches et des phlébotomes.

Tout dépôt de fumier, quelle qu'en soit l'importance, sera supprimé s'il est reconnu susceptible de nuire à la santé publique.

Les fosses à purin seront construites en maçonnerie, rendues complètement étanches et vidangées comme les fosses d'aisances.

Le contenu des fosses à purin pourra être utilisé pour l'épandage agricole loin des habitations. Il ne sera jamais déversé sur des légumes ou sur des fruits susceptibles d'être consommés crus.

Les fosses dont l'insalubrité serait constatée devront être immédiatement réparées, reconstruites ou supprimées.

Tout écoulement des purins dans les caniveaux de rue, sur la voie publique ou ses dépendances ou dans les cours d'eau, sources ou mares, dans les puisards, bétoires et carrières abandonnées ou non, est formellement interdit.

TITRE V

Mesures de salubrité générale. — Vidanges, ordures ménagère, gadoues, dépôts de pulpes, drêches, marcs et autres résidus fermentescibles

Art. 69. — Il est interdit de déverser directement dans les cours d'eaux, lacs et étangs, dans la mer et de déposer sur leurs rives, des matières de vidanges, ordures ménagères, gadoues, immondices, huiles, mazout pétroles et dérivés et, en général, toute substance qui serait de nature à constituer une cause d'insalubrité. Cette interdiction ne s'applique pas au déversement d'eaux usées et de matières excrémentielles, qui ont fait l'objet d'un traitement conforme aux lois et règlements en vigueur et approuvé par l'autorité sanitaire.

Art. 70. — Sans préjudice de l'application de la loi du 19 décembre 1917, modifiée et complétée par la loi du 20 avril 1932, relative aux établissements dangereux, insalubres et incommodes, les dépôts de matières de vidanges, ordures ménagères, gadoues, immondices, feuilles, marcs de raisins et autres résidus fermentescibles seront soumis aux dispositions ci-après.

Art. 71. — Le transport des matières, visées à l'article précédent devra être opéré dans des conditions telles qu'il n'en résulte aucune nuisance pour la santé publique.

Les vidanges seront transportées en récipients parfaitement étanches. Les autres matières ne pourront être transportées et circuler sur les routes et chemins que dans des voitures à parois pleines au moins jusqu'en haut des ridelles. Ces voitures seront au moins bâchées Elles ne devront laisser échapper aucune partie de leur contenu.

Les véhicules aussitôt chargés devront se rendre directement au point de destination. Il leur est interdit de stationner sur aucune place, rue, route ou chemin.

Art. 72. — Les dépôts des matières visées au présent titre devront être éloignés des habitations, routes et chemins et mis à l'abri des mouches. Ils seront établis sur des aires étanches avec rebords étanches à moins qu'il ne soit reconnu par l'autorité sanitaire que la nature du sol et des dépôts n'exige pas cette prescription (1).

Tout dépôt qui constituera une cause d'insalubrité sera supprimé.

Il est interdit de déverser des urines, de déposer des matières fécales sur le sol, dans les dépendances et au voisinage des habitations, et sur les routes et chemins.

Art. 73. — Les dépôts de boues, d'immondices, d'ordures ménagères, de gadoues faits en vue d'une utilisation immédiate sur des terrains de culture, et à l'exclusion de cession à des tiers, ne pourront être établis qu'après une déclaration préalable faite à la mairie, Aucun de ces dépôts ne pourra avoir un volume supérieur à 2.000 mètres cubes.

Ces dépôts ne seront jamais fait dans une carrière ou dans toute autre excavation, ni à proximité de puits, sources, cours d'eau, baignades, plages, parcs à coquillages.

Ils ne pourront être établis à moins de 5 mètres des routes et autres chemins et de 200 mètres de toute habitation existante.

Tous ces dépôts devront être complètement recouverts, aussitôt après les déchargements faits dans une journée, par une couche de terre meuble ou autres matières inertes d'au moins dix centimètres d'épaisseur.

Art. 74. — Aucun triage ou chiffonnage ne devra être fait sur les dépôts d'ordures ménagères quels qu'ils soient.

Art. 75. — L'utilisation culturale des boues, immondices, ordures ménagères, gadoues, ne pourra avoir lieu qu'au fur et à mesure des besoins ; ces matières devront être enfouies par un labour assez profond effectué dans les premiers jours suivants.

Art. 76. — Les déchargemnets et déversements des matières de vidanges, en quelque lieu que ce soit, sont formellement interdits, sauf s'ils sont effectués dans des citernes étanches et couvertes ou dans des usines de traitement dont le fonctionnement aura été préalablement autorisé par l'autorité préfectorale, conformément à la loi du 19 décembre 1917 modifiée visée à l'article 70 ci-dessus.

Art. 77. — Toutefois la distribution et la répartition non massive des matières de vidanges, à la surface des terres labourables, pourront être tolérées si elles sont faites à une distance de 200 mètres au moins de toute habitation, et à une distance suffisante de tous cours d'eau, sources, puits, baignades, plages, parcs à coquil-

(1) L'étanchéité pourra être obtenue, par exemple, avec une couche d'argile damé suffisamment épaisse.

lages, routes et chemins, pour qu'il n'en résulte aucun inconvénient au point de vue de l'hygiène publique.

Toute opération de cette nature doit faire l'objet au préalable d'une déclaration à la mairie par l'exploitant.

Les matières seront répandues uniformément sur le sol à l'aide de dispositifs appropriés, puis enfouies profondément par un labour dans les premiers jours suivants.

Le stationnement sur les routes et chemins des véhicules transportant des matières de vidanges est formellement interdit ; le stationnement de ces véhicules ne pourra être toléré que sur des chemins ruraux ou d'exploitation à la condition qu'il ait lieu à une distance d'au-moins 100 mètres des habitations.

Art. 78. — Les opérations prévues aux articles du présent titre sont formellement interdites sur tous les terrains où sont cultivés des fruits, légumes et salades poussant à ras de terre et destinés à être consommé crus.

Ces opérations pourront être interdites par le préfet, après avis du Conseil départemental d'hygiène, dans des zones délimitées autour des agglomérations, cours d'eau, aqueducs, sources, mares, points d'eau, baignades, plages, zones littorales, parcs à coquillages, etc...

Balayage. — Nettoiement

Art. 79. — Dans les agglomérations où le balayage n'est pas assuré par les municipalités, les habitants sont tenus, aux jours et heures fixés par le maire, de balayer, après arrosage, le sol du devant de leur maison, de leur magasin, de tout bâtiment, du mur de clôture et des cours ou jardins en bordure de la voie publique.

Art. 80. — Les ordures ménagères seront obligatoirement réunies dans des récipients métalliques étanches et clos dont l'enlèvement sera assuré par les soins de l'autorité municipale.

Art. 81. — Les modalités et, éventuellement, les cahiers des charges, réglant les conditions d'enlèvement des vidanges, ordures ménagères, gadoues ou immondices de toutes sortes, devront être soumis à l'approbation de l'autorité préfectorale. L'approbation devra obligatoirement porter sur le matériel d'enlèvement, la destination des immondices et la surveillance du service par l'autorité sanitaire.

Art. 82. — Il est interdit de secouer ou de battre aux fenêtres ou sur la voie publique, des torchons, tapis, objets de literie, etc., en dehors des heures réglementaires. Il est interdit de balayer à sec les cours, corridors, allées, escaliers et en général, toutes les parties communes des maisons comportant plusieurs locataires ou dont les portes sont ouvertes sur la voie publique. La même interdiction est applicable aux locaux ouverts au public, aux heures où celui-ci y est admis.

Le nettoyage des murs ou des plafonds, le râclage des poussières doivent s'effectuer en prenant des précautions efficaces pour éviter la dispersion des poussières. Le battage des paillassons, tapis de pieds, tentures, est interdit en dehors des lieux et des heures réglementaires.

Art. 83. — Il est interdit de cracher à terre dans les rues, les promenades, les endroits publics, les voitures publiques.

Les véhicules des services de transport en commun devront, s'ils effectuent un service journalier, être nettoyés au moins une fois par jour et le plancher devra en être lavé.

Animaux morts

Art. 84. — Il est interdit de jeter les cadavres d'animaux morts sur la voie publique ainsi que dans les mares, rivières, abreuvoirs, gouffres et bétoires ou de les enterrer au voisinage des habitations, des puits ou des abreuvoirs.

Destruction des rats

Art. 85. — Les propriétaires d'immeubles devront faire boucher toutes les ouvertures accidentelles ou susceptibles de donner accès aux rats. Lorsque la présence de rats aura été constatée dans un immeuble, le propriétaire sera tenu de prendre sans délai les mesures qui lui seront prescrites par l'autorité sanitaire.

Défense contre les moustiques

Art. 86. — Les bassins d'ornement et d'arrosage, les vases ornementaux vides, les abreuvoirs pour animaux petits et grands, les gouttières, etc., doivent être vidés complètement une fois par semaine.

Les bassins de relai des eaux de distribution doivent être recouverts d'une toile métallique fine inoxydable, à mailles de un millimètre.

Les citernes inutilisées seront supprimées. Les citernes seront séparées du tuyau de chute par un siphon ; le tuyau d'aération sera garanti par une toile métallique fine inoxydable à mailles de un millimètre.

Une toile métallique fine inoxydable à mailles de un millimètre garnira le tuyau d'aération des fosses d'aisance.

TITRE VI

Surveillance des ouvrages et installations concernant les eaux potables et les eaux et matières usées

Art. 87. — Indépendamment des prescriptions légales sur la protection des eaux potables, notamment sur la surveillance des périmètres de protection, et de la législation en vigueur sur les établissements classés, le contrôle sanitaire s'exercera sur les ouvrages et installations destinés à capter, à traiter, à recevoir ou à conduire des eaux d'alimentation, ainsi que sur les ouvrages et installations destinés à recevoir, collecter, éloigner et traiter les eaux et matières usées.

Pour l'application du présent article, les eaux minérales naturelles pourront être considérées comme eaux potables par arrêté du ministre de la Santé publique après avis de l'Académie de médecine.

Etablissements classés

Art. 88. — Indépendamment de la législation en vigueur sur les établissements classés, il est formellement interdit d'aménager ou d'exploiter des tueries particulières dans les stations climatiques, touristiques, balnéaires ou uvales.

Les tueries particulières existant à l'heure actuelle dans lesdites stations devront, dans un délai de trois ans à dater de la promulgation du présent arrêté, être transférées hors des agglomérations.

TITRE VII

Habitation collective dans les lieux ou locaux destinés aux vacances, au repos, aux loisirs, aux sports, à la vie saine, etc.

Art. 89. — L'habitation collective, même temporaire, dans les installations, camps, et d'une manière générale en tous lieux ou en tous locaux destinés aux vacances, au repos, aux loisirs, aux sports, à la vie saine, loin des agglomérations, ne sera permise que si lesdites installations ont été autorisées par le préfet, sur le vu d'un rapport favorable établi par l'inspecteur départemental d'hygiène, après une enquête sur place qui portera sur les conditions d'emplacement, d'installation, de logement ou de campement, de ravitaillement, d'approvisionnement en eau potable, d'évacuation des eaux et matières usées, etc...

Ces installations pourront, en tous temps, être visitées par l'autorité sanitaire qui prescrira toutes les mesures jugées utiles pour remédier aux défectuosités constatées, et qui en poursuivra l'exécution conformé-

ment aux dispositions du présent règlement, ou, s'il y a lieu, dans les formes prévues à l'article 12 de la loi du 15 février 1902.

La demande d'autorisation précisera la durée annuelle totale et le nombre de journées successives d'utilisation.

TITRE VIII

Prophylaxie des maladies transmissibles astreintes à la déclaration obligatoire ou facultative

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Art. 90. — En vertu de l'article 4 de la loi du 15 février 1902, et conformément à l'article 1er du décret du 10 février 1903, les précautions à prendre pour prévenir ou faire cesser les maladies transmissibles sont déterminées, notamment en ce qui concerne l'isolement du malade et la désinfection, dans les conditions fixées par les articles ci-après :

Ces mesures sont applicables également sur la demande des familles, des chefs de collectivités publiques ou privées, des administrations hospitalières ou des bureaux d'assistance, après entente avec les intéressés.

Isolement

Art. 91. — Toute personne atteinte d'une des maladies visées à l'article qui précède sera isolée de telle sorte qu'elle ne puisse propager cette maladie par elle-même ou par ceux qui sont appelés à la soigner.

L'isolement sera pratiqué soit à domicile, soit dans un local spécialement aménagé à cet effet, soit à l'hôpital.

Art. 92. — Jusqu'à la disparition complète de tout danger de transmission, on ne laissera approcher du malade que les personnes s'étant astreintes à prendre les mesures nécessaires pour éviter la propagation de la maladie.

Transport des malades

Art. 93. — Le transport du malade sera effectué par une voiture spéciale qui devra être désinfectée après le voyage.

Dans le cas où, à défaut de voiture spéciale, il serait fait usage d'une voiture publique ou privée, ce véhicule devra être désinfecté immédiatement après le transport, sous la responsabilité de ses propriéatires et conducteurs, qui pourront exiger un certificat de désinfection.

Art. 94. — Il est interdit à toute personne atteinte d'une des maladies transmissibles visées aux articles ci-dessus de pénétrer dans une voiture affectée au transport en commun.

Désinfection

Art. 95. — La désinfection, c'est-à-dire la destruction des germes pathogènes, devra être faite par un procédé reconnu efficace par le Conseil supérieur d'hygiène.

Art. 96. — Il est interdit de déverser aucune déjection ou excrétion (crachats, matières fécales, urines, etc.) provenant d'un malade atteint d'une affection transmissible, sur les voies publiques ou privées, dans les cours, dans les jardins, sur les fumiers, dans les cours d'eau, mares ou étangs (ainsi que sur le littoral maritime ou dans les bassins des ports). La même interdiction est faite pour le déversement des eaux de bains et de toilette de ces malades.

Les déjections ou excrétions seront recueillies dans des vases spéciaux ; elles seront désinfectées et exclusivement déversées dans les cabinets d'aisances ou leurs conduits d'évacuation.

Art. 97. — Pendant toute la durée d'une maladie transmissible, les objets à usage personnel ou domestique du malade et des personnes qui l'assistent, de même que tous objets contaminés ou souillés, seront désinfectés.

Art. 98. — Il est interdit, sans désinfection préalable, de jeter, secouer ou exposer aux fenêtres aucun linge, vêtement, objet de literie, tapis ou tentures, etc., ayant servi au malade ou provenant de locaux occupés par lui.

Art. 99. — Le nettoyage de la pièce et des objets qui la garnissent se fera exclusivement, pendant toute la durée de la malade, à l'aide de linges, étoffes, tissus ou substances imprégnées de liquides antiseptiques.

Art. 100. — Il est interdit d'envoyer sans désinfection préalable, aux lavoirs publics ou privés ou aux blanchisseries des linges et effets contaminés ou souillés.

Dans le cas où le lavage de ces objets y aurait été néanmoins pratiqué par erreur où pour toute autre cause le propriétaire du lavoir ou de la blanchisserie devra se conformer aux prescriptions de l'autorité sanitaire, ceci sans préjudice des mesures prévues par le Code du travail et la législation des établissements classés.

Il est interdit d'envoyer, sans désinfection préalable aux établissements industriels qui pratiquent le cardage ou l'opération dénommée épuration, des matelas, literie, couvertures, tapis, etc., ayant servi à des malades atteints de maladies trnasmissibles.

Il est interdit de mettre en contact à aucun moment des objets désinfectés et les objets à désinfecter.

Art. 101. — Les locaux occupés par le malade seront désinfectés aussitôt après son transport en dehors de son domicile, sa guérison ou son décès.

L'exécution de cette prescription pourra être constatée par un certificat délivré aux intéressés par l'autorité sanitaire sur leur demande. Ce certificat désignera les locaux désinfectés, sans mentionner ni le nom du malade, ni la nature de la maladie.

Art. 102. — La désinfection sera pratiquée soit par les services publics, soit par les particuliers, dans les conditions prescrites par l'article 7 de la loi du 15 février 1902.

Art. 103. — Les appareils de désinfection employés dans toute commune à la désinfection obligatoire sont soumis à une surveillance permanente exercée par le service départemental d'hygiène.

Art. 104. — Le malade ne devra effectuer sa première sortie qu'après avoir pris les précautions de propreté et de désinfection prescrites par l'autorité sanitaire.

Dans le cas où il sortirait d'un établissement hospitalier, pour quelque motif que ce soit, avant que tout danger de contamination ait disparu, avis devra en être donné immédiatement dans les mêmes conditions que la déclaration de maladie, en précisant le lieu où le malade a déclaré se rendre.

Art. 105. — Les enfants ne pourront être réadmis à l'école, soit publique, soit privée, que sur certificat affirmatif du médecin traitant constatant que le risque de contagion a disparu et que toutes prescriptions réglementaires ont été prises au préalable.

Cadavres

Art. 106. — Les cadavres des personnes mortes de maladies transmissibles seront isolés immédiatement et les dispositions nécessaires seront prises pour assurer la mise en bière et l'inhumation, en exécution du décret du 27 avril 1889.

Refuges et asiles

Art. 107. — Dans les établissements publics ou privés recueillant, à titre temporaire ou permanent, des personnes sans asile, les vêtements et effets à usage de celles-ci seront aussitôt désinfectés ou tout au moins désinsectisés.

Le nettoyage du matériel et des locaux de ces établissements sera pratiqué chaque jour, pour toute la partie du matériel ayant servi aux réfugiés et des locaux qu'ils ont occupés.

Logements garnis

Art. 108. — Tout local meublé totalement ou partiellement destiné à la location sera placé sous la surveillance de l'autorité sanitaire, pour l'application, conjointement avec le maire, des dispositions de l'article 2 de la loi du 19 juillet 1924.

Il est interdit d'héberger des hôtes dans les locaux ne remplissant pas les conditions prescrites par le présent règlement sanitaire ou de leur louer ou sous-louer des locaux.

Il est également interdit de leur louer ou sous-louer des locaux ayant été occupés, même partiellement ou temporairement, par des personnes atteintes de maladies transmissibles, si ces locaux n'ont pas été désinfectés dans les conditions prévues au présent règlement.

La surveillance des services d'hygiène portera non seulement sur les locaux, mais aussi sur les objets mobiliers.

TITRE IX

Pénalités

Art. 109. — Les contraventions aux dispositions du présent règlement seront poursuivies, conformément à l'article 27 de la loi du 15 février 1902, et passibles des pénalités prévues, tant par cet article que par l'article 471 du Code pénal, sans préjudice de l'application des articles 28, 29 et 30 de la loi précitée, ainsi que des contraventions dites de grande voierie qui leur seraient applicables et des sanctions prévues par les articles, 7, 9 et 10 du décret-loi du 30 octobre 1935 sur la « protection des eaux potables et des établissements ostréicoles ».

Fait à Paris, le 1er avril 1937.

Henri SELLIER.

(*J. O.*, 24 avril 1937.)

IV

Concours pour le recrutement des inspecteurs adjoints départementaux d'hygiène et emplois assimilés

Art. 1er. — Le concours pour le recrutement des inspecteurs adjoints départementaux d'hygiène et emplois assimilés a lieu chaque année au cours du deuxième trimestre.

L'arrêté fixant la date du concours est publié au *Journal officiel*, deux mois au moins avant l'ouverture des épreuves.

Art. 2. — Les candidats doivent satisfaire aux conditions fixées par l'article 5 du décret du 15 avril 1937.

Ne pourra être prise en considération la demande d'inscription d'un candidat ayant déjà subi trois fois sans succès les épreuves du concours.

Art. 3. — Les candidats adressent au ministère de la santé publique :

1° Une expédition authentique de leur acte de naissance ;

2° Un extrait de leur casier judiciaire ayant moins de trois mois de date ;

3° Un certificat de nationalité française et, s'il y a lieu, les pièces établissant la naturalisation et indiquant la date d'obtention du droit d'exercer ;

4° Copie certifiée conforme des diplômes (notamment du diplôme de docteur en médecine d'une faculté de l'Etat et du diplôme d'hygiène) ;

5° Le certificat de stage prévu par le décret du 15 avril 1937 et délivré dans les conditions fixées par l'arrêté du 12 août 1937 ;

6° Un résumé de leurs titres de toute nature et des fonctions qu'ils ont remplies avec références à l'appui ;

7° Les états de services administratifs antérieurs certifiés par les administrations intéressées ;

8° Un état des services militaires ou à défaut, une pièce précisant la situation militaire ;

9° Un exemplaire de la thèse et des études publiées ;

10° Une note de renseignements sur la situation de famille ;

11° Un certificat d'aptitude physique à l'exercice de la fonction, délivré par un médecin assermenté ;

12° Un engagement d'accepter le poste qui leur sera attribué.

Art. 4. — Le ministre arrête la liste des candidats admis à concourir.

Art. 5. — Le concours comprend trois séries d'épreuves : écrites, pratiques et orales.

I. — *Epreuves écrites* (anonymes).

Les épreuves écrites portent sur :

1° L'épidémiologie ;

2° L'hygiène publique ;

3° L'hygiène sociale ;

4° Le droit administratif (notions générales), la législation ou la réglementation sanitaires et les lois d'assistance.

Il est accordé aux candidats deux heures pour chaque composition.

II. — *Epreuves pratiques.*

1° Epreuve clinique : examen d'un malade atteint d'une maladie contagieuse, en vue du diagnostic (maladies épidémiques ou maladies infectieuses chroniques, tuberculose, syphilis, etc...).

Pour cette épreuve, chaque candidat dispose d'une demi-heure : vingt minutes d'examen et dix minutes pour un exposé sur les recherches biologiques à effectuer, la conduite de l'enquête épidémiologique et les mesures de prophylaxie à prescrire ;

2° Epreuve de laboratoire, de parasitologie, de bactériologie ou de sérologie.

Deux heures sont consacrées à cette épreuve.

III. — *Epreuves orales.*

1° Interrogation (5 à 10 minutes) sur l'organisation, l'administration et la technique sanitaire ;

2° Interrogation (5 à 10 minutes) sur la législation sanitaire (hygiène, assistance et assurances sociales) ;

3° Conférence de 20 minutes sur une question d'hygiène. Une heure est accordée aux candidats pour la préparation, qui devra être effectuée sans l'aide d'aucun document.

Art. 6. — Pour chacune des épreuves, il est attribué aux candidats un nombre de points variant de 0 à 20.

Pour déterminer le résultat des épreuves, le nombre des points obtenus par chaque candidat est multiplié par les coefficients ci-après :

I. — *Epreuves écrites.*

1° Epidémiologie	3
2° Hygiène publique	2
3° Hygiène sociale	2
4° Droit administratif, législation ou réglementation sanitaire et d'assisatnce	2
Total	9

Le candidat qui n'a pas obtenu8 10 pointt pour l'ensemble des épreuves écrites ne peus être admis à subir les autres séries d'épreuves. Toute note inférieure à 6, pour l'une des épreuves écrites, est éliminatoire.

Aux points obtenus par les candidats admis après les épreuves écrites, s'ajoute une note de titres (0 à 20), affectée au coefficient 2, donnée après examen du dossier et un exposé (10 minutes) par le candidat, de ses titres et de ses travaux scientifiques.

II. — *Epreuves pratiques.*

1° Epreuve clinique	2
2° Epreuve de laboratoire	1
Total	3

III. — *Epreuves orales.*

1° Organisation, administration et technique sanitaires	2
2° Législation sanitaire	2
3° Conférence	2
Total	6

Pour être définitivement admis, les candidats doivent avoir obtenu, pour les trois séries d'épreuves (et y compris la note de titres), un minimum de 218 points.

Art. 7. — A titre transitoire, et pour l'année 1937 seulement, le concours aura lieu au cours du quatrième trimestre. Les candidats titulaires du certificat de stage, prévu à l'article 5 du décret du 15 avril 1937, seront nommés par priorité.

Fait à Paris, le 12 août 1937.

Marc RUCART.

V

Stage dans les inspections et bureaux d'hygiène

Art. 1er. — Les inspections et bureaux d'hygiène où peut être accompli le stage prévu par l'article 5 du décret du 15 avril 1937 sont désignés chaque année par le ministre de la santé publique au plus tard dans le courant de la première quinzaine de septembre et publiés au *Journal officiel.*

Art. 2. — Le stage, dont la durée est fixée à trois mois, est effectué dans la période comprise entre le 1er novembre et le 1er mars.

Art. 3. — Les médecins aspirants stagiaires doivent justifier qu'ils sont titulaires du diplôme d'hygiène.

Le nombre des stagiaires ne peut dépasser six par inspection ou par bureau d'hygiène.

Art. 4. — Les aspirants stagiaires s'adressent au ministère de la santé publique pour la désignation du centre où ils doivent accomplir leur stage. Ils indiquent dans leur demande le centre qu'ils préféreraient ; il leur est donné satisfaction suivant l'ordre d'inscription et dans la limite des disponibilités.

Art. 5. — A l'expiration du stage les intéressés reçoivent un certificat attestant qu'ils ont réellement accompli le stage réglementaire et appréciant leur assiduité ainsi que la correction qu'ils ont apportée dans l'exécution des divers travaux dont ils ont été chargés. Ce certificat est délivré par l'inspecteur départemental ou le directeur du bureau d'hygiène qui a dirigé le stage.

Art. 6. — Les inspecteurs départementaux d'hygiène et les directeurs des bureaux d'hygiène qui sont appelés à recevoir des stagiaires s'efforceront de les initier au fonctionnement de l'ensemble du service ; ils pourront se faire assister dans cette tâche par les inspecteurs ou directeurs adjoints. Les stagiaires effectueront toutes les enquêtes ou mission et établiront tous les rapports que les inspecteurs ou les direeteurs leur confieront.

Fait à Paris, le 12 août 1937.

Marc RUCART.

VI

Attributions des inspecteurs départementaux d'hygiène et des directeurs des bureaux municipaux d'hygiène

Paris, le 12 août 1937.

Circulaire du ministre de la santé publique à MM. les préfets.

J'ai l'honneur de vous adresser ci-joint le texte de deux arrêtés fixant respectivement les attributions des inspecteurs départementaux d'hygiène et des directeurs des bureaux municipaux d'hygiène.

Ces arrêtés ont été pris en exécution du décret-loi du 30 octobre 1935 portant organisation des inspections départementales d'hygiène et de son règlement d'administration publique du 15 avril 1937.

Je rappelle que ces dispositions réglementaires permettent de réaliser une heureuse coordination des mesures sanitaires intéressant le département et leur centralisation entre les mains d'un fonctionnaire qualifié. Il doit en résulter une unité de vues et d'action qui ne peut qu'améliorer la protection de la vie humaine dans les divers domaines de l'hygiène publique et de l'hygiène sociale.

Ce résultat ne peut être atteint que si l'inpection départementale d'hygiène est dotée de moyens d'exécution suffisants ; je compte que vous emploierez toute votre influence auprès du conseil général pour qu'il en soit ainsi.

D'autre part, je tiens à signaler que le fonctionnaire qui dirige le service d'inspection et de contrôle de la santé publique du département a le rang et les prérogatives d'un chef de service investi de sa fonction et de son grade par le ministre de la santé publique ; représentant à ce titre l'autorité sanitaire dans le département, il se trouve placé sur un plan administratif tout différent de celui des fonctionnaires départementaux. S'il n'est pas indispensable de réunir sous son autorité directe la totalité des services sur lesquels peut s'étendre sa compétence — ceux de ces services qui ne lui sont pas personnellement confiés pouvant demeurer dans le cadre des bureaux de la préfecture —, il faut en revanche qu'il soit habilité à obtenir des chefs de division ou des chefs de bureau intéressés tous les éléments d'information relatifs aux matières qui rentrent dans ses atttibutions et qu'il puisse soumettre à vous-même, directement, sans interposition d'un fonctionnaire de votre administration, toutes les questions de son ressort.

Je compte sur votre collaboration pour faciliter l'accomplissement de la tâche considérable qui incombera désormais à l'inspection départementale d'hygiène et permettre la mise en œuvre d'un plan d'organisation sanitaire dont il y a lieu d'espérer les plus heureux effets.

Je vous prie, en outre, de communiquer aux maires des villes possédant un bureau d'hygiène, le texte de l'arrêté fixant les attributions des directeurs de ces organismes.

Marc RUCART.

1°) Inspecteurs départementaux

Art. 1er. — Dans chaque département, l'inspecteur départemental d'hygiène assure notamment :

1° Le contrôle de l'application de la loi du 15 février 1902, et notamment du règlement sanitaire départemental prévu par le décret-loi du 30 octobre 1935 ;

2° Le contrôle technique du fonctionnement des bureaux d'hygiène du département ;

3° L'examen et l'instruction des plaintes pour insalubrité ;

4° Le secrétariat du conseil départemental d'hygiène et la vice-présidence de la commission sanitaire d'arrondissement ;

5° La réception des déclarations de décès et des déclarations de maladies contagieuses (service de l'état civil et statistique sanitaire et démographique) ;

6° Le fonctionnement du service des épidémies (il propose au préfet toutes les mesures à prendre et donne aux médecins des épidémies toutes les instructions nécessaires) ;

7° Le fonctionnement du service de la vaccination jennérienne, ainsi que la diffusion et l'application des méthodes de vaccinations facultatives ;

8° Le fonctionnement du service de désinfection, dont il assure la direction effective ;

9° La surveillance et le contrôle des eaux d'alimentation ;

10° L'examen des projets de captation et de purification des eaux potables ;

11° L'examen des projets d'évacuation des eaux usées ;

12° L'examen des projets d'assainissement ;

13° L'examen du permis de conduire et, dans les agglomérations dépourvues de bureaux d'hygiène, du permis d'habiter ;

14° La direction du laboratoire départemental de bactériologie et d'hygiène, dont le fonctionnement est assuré sous son autorité immédiate par une personne spécialisée et compétente ;

15° Le secrétariat général des organismes départementaux d'hygiène sociale et, à ce titre, il exerce son autorité sur toutes les infirmières visiteuses relevant de ces organismes, ainsi que sur toutes celles qui appartiennent à une organisation publique d'assistance, d'hygiène ou de médecine préventive ;

16° Le secrétariat général de la commission départementale de coordination sanitaire et sociale et le secrétariat de l'office départemental d'hygiène sociale, lorsque ce dernier organisme existe dans le département ;

17° Le contrôle technique de tous les établissements ou organismes d'assistance et de protection de la santé publique :

a) Hôpitaux et hospices, asiles, maisons de convalescence ;

b) Organismes de lutte contre la tuberculose (sanatoriums, préventoriums, dispensaires, etc.) ;

c) Organismes de lutte contre les maladies vénériennes (consultations d'hérédo - syphilis, antivénériennes et antiblennorragiques, services des prisons, etc.) ;

d) Organismes de lutte contre le cancer (consultations et centres anticancéreux) ;

e) Organismes de protection maternelle et infantile (maisons maternelles, maternités, chambres d'allaitement, crèches, pouponnières, centres de placement familial, centres d'élevage, écoles de plein air, colonies de vacances, etc.) ;

f) Ecoles d'infirmiers, d'infirmières de service social et de sages-femmes ;

18° La liaison de l'administration préfectorale avec toutes les œuvres privées participant à la protection de la santé publique, et notamment l'organisation de toutes les ventes au profit d'organismes de protection de la santé publique ;

19° La surveillance sanitaire du personnel employé dans tous les organismes de protection de la santé publique relevant des collectivités publiques ou subventionnées par ces dernières ;

L'inspecteur départemental d'hygiène prescrira, dans ce but, tous les examens périodiques ou épisodiques qui lui paraîtront nécessaires ;

20° Le contrôle médico-social de l'application des lois d'assistance et des placements des malades ;

21° L'examen de toutes les demandes de subventions adressées au département ou à l'Etat en vue du fonctionnement, de la création ou de l'aménagement d'un organisme quelconque d'hygiène ou de médecine préventive ;

22° En liaison avec l'autorité académique, l'organisation et le contrôle technique de l'inspection médicale des écoles et, éventuellement, de l'inspection médicale des établissements d'enseignement secondaire et supérieur ;

23° Le contrôle sanitaire des organismes civils d'éducation physique ;

24° L'organisation sanitaire de la défense passive ;

25° La surveillance du contrôle médical des pupilles de la nation ;

26° La surveillance du contrôle des établissements classés ;

27° L'établissement et la tenue à jour du casier sanitaire départemental ;

28° La direction de la propagande éducative dans le département ;

29° La liaison entre l'administration préfectorale et le Corps médical ;

30° La liaison avec les fonctionnaires des autres départements ministériels participant à la protection de la santé publique (guerre, marine de guerre, marine marchande, éducation nationale, agriculture, commerce, travail, pensions, travaux publics, etc.) ;

31° La police de l'exercice de la médecine et de l'art dentaire, et de la pharmacie ;

32° L'application des mesures prescrites par les conventions sanitaires internationales, en collaboration, le cas échéant, avec le service sanitaire maritime.

Art. 2. — Lorsqu'un foyer épidémique est susceptible de s'étendre en dehors des limites du département, l'inspecteur départemental d'hygiène se concerte avec ses collègues des départements voisins en vue de proposer les mesures communes qu'imposent les circonstances.

Art. 3. — Les inspecteurs départementaux d'hygiène adjoints exercent, sous l'autorité de l'inspecteur départemental d'hygiène, les mêmes attributions.

Ils peuvent, en outre, être chargés des fonctions de médecin inspecteur des écoles, de médecin des dispensaires d'hygiène sociale et de chef des laboratoires de bactériologie et d'hygiène.

Art. 4. — Les présentes attributions ne sont pas limitatives. Des arrêtés ultérieurs pourront les étendre ou les modifier suivant les dispositions de l'article 1er du décret-loi du 30 octobre 1935 portant organisation des inspections départementales d'hygiène, et suivant les dispositions de l'article 3 du décret du 15 avril 1937.

Fait à Paris, le 12 août 1937.

Marc RUCART,

2e Directeurs des bureaux municipaux

Art. 1er. — Dans la commune qui est le siège du bureau d'hygiène, le directeur du bureau d'hygiène assure, notamment, sous le contrôle de l'inspecteur départemental d'hygiène :

1° L'application de la loi du 15 février 1902 et notamment du règlement sanitaire départemental prévu par le décret-loi du 30 octobre 1935 ;

2° L'examen et l'instruction des plaintes pour insalubrité ;

3° Le contrôle du service de constatation des naissances et des décès ;

4° La réception des déclarations de décès et des déclarations des maladies contagieuses ;

5° Le contrôle du service de statistique démographique ;

6° La prophylaxie des maladies contagieuses ;

7° Le contrôle de la vaccination jennérienne ; ainsi que la diffusion et l'application des méthodes de vaccinations facultatives ;

8° Le fonctionnement du service de désinfection municipal dont il assure la direction effective ;

9° La surveillance et le contrôle des eaux d'alimentation ;

10° L'examen des projets de captation et de purification des eaux potables ;

11° La surveillance des égouts et l'examen des projets d'évacuation et d'épuration des eaux usées ;

12° L'examen des projets d'aménagement, d'assainissement et de lotissement ;

13° L'examen de la permission et du permis de construire et des permis d'habiter ;

14° La direction du laboratoire municipal d'hygiène, dont le fonctionnement est assuré sous son autorité immédiate, par une personne spécialisée et compétente ;

15° Le contrôle de la surveillance sanitaire des halles, marchés et abattoirs, des boucheries et des denrées alimentaires en général ;

16° La surveillance sanitaire des hôtels et logements loués en garni ;

17° La surveillance du contrôle des établissements classés ;

18° La liaison de l'administration municipale avec toutes les œuvres privées participant à la protection de la santé publique ;

19° Le contrôle technique de tous les établissements ou organismes de protection de la santé publique dans la commune :

a) Hôpitaux et hospices, asiles, maisons de convalescence, etc. :

b) Organismes de lutte contre la tuberculose (sanatoriums, préventoriums, dispensaires, etc., etc.) ;

c) Organismes de lutte contre les maladies vénériennes (consultations d'hérédo-syphilis, antivénériennes et antiblennorragiques, services des prisons, contrôle sanitaire de la prostitution, etc.) ;

d) Organismes de lutte contre le cancer (consultations et centres anticancéreux) ;

e) Organismes de protection maternelle et infantile (maisons maternelles, maternités, chambres d'allaitement, crèches, pouponnières, centres de placement familial, centres d'élevage, écoles de plein air, colonies de vacances, etc.) ;

f) Ecoles d'infirmiers, d'infirmières de service social et de sages-femmes ;

20° La surveillance sanitaire du personnel employé dans tous les organismes de protection de la santé publique, relevant des collectivités publiques ou subventionnées par ces dernières.

Le directeur du bureau d'hygiène prescrira, dans ce but, tous les examens périodiques ou épisodiques qui lui paraîtront nécessaires ;

21° L'examen de toutes les demandes de subventions adressées à la ville, au département ou à l'Etat en vue du fonctionnement, de la création ou de l'aménagement d'un organisme quelconque d'hygiène ou de médecine préventive, fonctionnant sur le territoire de la commune ou relevant de la municipalité ;

22° Le contrôle technique et, en liaison avec l'autorité académique, l'organisation de l'inspection médicale des écoles de la ville, et, éventuellement, de l'inspection médicale des établissements d'enseignement secondaire ou supérieur de la ville ;

23° Le contrôle sanitaire des organismes civils d'éducation physique ;

24° L'organisation sanitaire de la défense passive ;

25° La direction du casier sanitaire de la commune ;

26° La liaison entre l'administration municipale et le corps médical ;

27° L'application des mesures prescrites par les conventions sanitaires internationales, en collaboration, le cas échéant, avec le service sanitaire maritime.

Art. 2. — Les directeurs adjoints de bureaux d'hygiène exercent, sous l'autorité du directeur du bureau d'hygiène, les mêmes attributions.

Ils peuvent en outre être chargés des fonctions de médecin inspecteur des écoles, de médecin des dispensaires d'hygiène sociale et de chef des laboratoires de bactériologie et d'hygiène.

Art. 3. — Les présentes attributions ne sont pas limitatives. Des arrêtés ultérieurs pourront les étendre ou les modifier suivant les dispositions de l'article 4 du décret du 15 avril 1937.

Fait à Paris, le 12 août 1937.

Marc Rucart.

VII

Recrutement des inspecteurs départementaux d'hygiène et des directeurs des bureaux d'hygiène

Art. 1er. — A titre transitoire, et jusqu'au 15 avril 1938, le recrutement des inspecteurs et inspecteurs adjoints départementaux d'hygiène, des directeurs et directeurs adjoints des bureaux d'hygiène des villes de 50.000 habitants au moins sera assuré dans les conditions ci-après.

Inspecteurs départementaux d'hygiène et emplois assimilés tels qu'ils sont définis aux alinéas 1er et 2 de l'article 7 du décret du 15 avril 1937.

Art. 2. — Un concours sera organisé à l'occasion de chaque vacance.

Un avis faisant connaître la vacance sera publié au *Journal officiel.*

Pourront faire acte de candidature :

1° En vue d'une mutation : les inspecteurs départementaux d'hygiène ; les directeurs de bureaux d'hygiène, des villes de 100.000 habitants au moins et assimilés (2° alinéa de l'article 7 du décret du 15 avril 1937) déjà en exercice qui se seront fait maintenir en fonctions et admettre au bénéfice des dispositions du titre III du décret du 15 avril 1937 sans attendre l'expiration du délai prévu par l'article 17 dudit décret ;

2° En vue d'une promotion : les inspecteurs adjoints départementaux d'hygiène, les directeurs et directeurs adjoints des bureaux d'hygiène des villes de moins de 100.000 habitants en exercice qui se seront fait maintenir en fonctions et admettre au bénéfice des dispositions du titre III du décret du 15 avril 1937 sans attendre l'expiration du délai prévu par l'article 17 dudit décret.

Le ministre de la santé publique exercera son choix soit parmi les candidats mentionnés au paragraphe 1er du présent article qui demanderont le poste vacant, soit parmi ceux des candidats de la deuxième catégorie qui auront été portés sur une liste d'aptitude dressée par la commission prévue à l'article 9 du décret du 15 avril 1937.

Pour les emplois assimilés de directeurs de bureaux d'hygiène tels qu'ils sont prévus aux alinéas 1er et 2 de l'article 7 du décret du 15 avril 1937, les demandes de mutation des candidats mentionnés au paragraphe 1er du présent article et la liste d'aptitude des autres candidats dressée par la commission seront transmises au maire de la commune intéressée, qui présentera trois candidats au moins, parmi lesquels le ministre de la santé publique exercera son droit de nomination.

Inspecteurs adjoints départementaux d'hygiène et emplois assimilés, tels qu'ils sont définis à l'alinéa 3, de l'article 7, du décret du 15 avril 1937.

Art. 3. — Le concours prévu à l'article 5 du décret sera ouvert pour un nombre de places qui ne pourra être supérieur au double de celui des vacances à prévoir avant le 1er avril 1938.

Ces vacances seront publiées au *Journal officiel.*

A titre exceptionnel, le certificat de stage prévu par l'article 5 du décret ne sera pas obligatoire pour les candidats, mais il conférera à ses titulaires un droit de priorité lors de la nomination.

Le ministre de la santé publique choisira le titulaire du poste soit parmi les inspecteurs adjoints départementaux d'hygiène, les directeurs et directeurs adjoints des bureaux d'hygiène des villes de moins de 100.000 habitants en exercice qui demanderont leur affectation à un poste vacant et qui se seront fait maintenir en fonctions et admettre au bénéfice des dispositions du titre III du décret du 15 avril 1937 sans attendre l'expiration du délai prévu par l'article 17 dudit décret, soit parmi les candidats figurant sur la liste d'aptitude établie après le concours.

Pour les emplois assimilés de directeurs de bureaux d'hygiène, tels qu'ils sont prévus à l'alinéa 3 de l'article 7 du décret du 15 avril 1937, les demandes de mutation des agents en fonctions et la liste d'aptitude établie après le concours seront transmises au maire de la commune intéressée, afin qu'il puisse présenter trois candidats au moins, parmi lesquels le ministre de la santé publique exercera son droit de nomination.

Le Gérant : R. THIRON

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.

R. C. CLERMONT 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux

LE CONCOURS MÉDICAL

Documentation professionnelle, juridique et sociale

A L'USAGE DU MÉDECIN PRATICIEN

LES ASSURÉS SOCIAUX INDIGENTS

SOMMAIRE

I. — Les Textes légaux

1°) Décret-loi du 28 octobre 1935 sur les assurances sociales

Bénéficiaires des lois d'assistance

Article 19. — § 1........................

§ 2. — L'assuré conserve le bénéfice des dispositions des lois sur l'assistance et sur l'encouragement aux familles nombreuses.

Les femmes assurées qui ont droit aux prescriptions en cas de maternité ne peuvent se réclamer des dispositions légales sur l'assistance aux femmes en couches.

§ 3. — Les assurés indigents et les membres de leur famille peuvent être inscrits sur les listes d'assistance dans les conditions de la loi du 15 juillet 1893, soit pour les soins médicaux, et les frais pharmaceutiques, soit pour les frais d'hospitalisation, soit pour la totalité de ces avantages. Les Caisses d'assurances et les Syndicats médicaux ayant passé des conventions avec elles, pourront prendre connaissance des listes susvisées, et présenter dans les formes et délais prévus par la loi du 15 juillet 1893, des réclamations en inscription ou radiation.

Les dispositions suivantes sont applicables au règlement des prestations pour lesquelles le bénéfice de l'assistance est accordée.

Les prestations à la charge des Caisses pour les assurés bénéficiaires du présent article, sont les mêmes que celles prévues pour les autres assurés, et leur sont accordées suivant les modalités et sous réserve du contrôle applicable à ces assurés.

Les frais dus aux praticiens et aux établissements d'hospitalisation sont réglés :

En ce qui concerne les frais médicaux et chi-

rurgicaux et ceux afférents aux soins appliqués par des auxiliaires médicaux, conformément au tarif de responsabilité dela Caisse à laquelle sont inscrits les assurés susvisés ;

En ce qui concerne les frais pharmaceutiques, conformément au tarif applicable aux adhérents de ladite Caisse, diminué d'un pourcentage fixé par décret rendu sur la proposition du ministre du Travail et du ministre de la Santé publique.

En ce qui concerne les analyses et les appareils, conformément au tarif limite prévu à l'article 6, paragraphe 18, et diminué d'un pourcentage fixé par le même décret ;

En ce qui concerne les frais d'hospitalisation, non compris les honoraires médicaux conformément au tarif applicable aux bénéficiaires de l'assistance médicale gratuite.

La différence entre le montant des frais tels qu'ils résultent de l'application de l'alinéa précédent, et les sommes remboursées par les Caisses d'assurance après la déduction prévue à l'art. 6, §§ 7, 9 et 10, est prise en charge par les collectivités d'assistance. Il en est de même de la différence entre le prix payé par la Caisse pour l'indemnité kilométrique, et le prix payé par les collectivités d'assistance dans le département pour cette indemnité.

Les frais revenant aux praticiens leur sont payés par les collectivités d'assistance, après règlement des prestations dues par la Caisse. Ce règlement ne peut intervenir qu'autant que le médecin traitant a informé la Caisse d'assurance de la première constatation médicale de la maladie dans les trois jours suivants. Les frais d'hospitalisation sont payés directement à l'établissement par la Caisse et le service débiteurs.

2°) Décret-loi du 30 octobre 1935

modifiant les dispositions de la loi du 15 *juillet* 1893
en ce qui concerne l'inscription sur les listes d'assistance

....

ARTICLE 6. — Les demandes d'admission au bénéfice des lois d'assistance énumérées à l'article 1er du présent décret , doivent être adressées à la mairie de la résidence de l'intéressé. Ces demandes sont instruites par le Bureau d'assistance.

Elles sont transmises avec l'avis de ce bureau et celui du Conseil municipal au secrétariat de la Commission centrale d'admission prévue au paragraphe ci-dessous.

La Commission cantonale comprend cinq membres :

Le Juge de paix du siège de la Commission président ;

Deux fonctionnaires financiers désignés par le Préfet, après avis des directeurs des services financiers du département ;

Le Conseiller général du canton, et pour les affaires concernant la commune, le maire de la commune intéressée.

Les maires peuvent se faire suppléer par un membre du Conseil municipal.

Le Conseil général pourra décider sur la proposition du Préfet le groupement de plusieurs cantons en une seule circonscription ne comportant qu'une seule Commission d'examen.

Les Commissions se réunissent au moins une fois par trimestre, sur convocation du Préfet ou du Sous-préfet, et plus souvent s'il est nécessaire. Elles statuent sur les demandes, à la majorité des membres présents, la voix du président étant prépondérante et le quorum étant de trois membres. Elles dressent les listes d'assistance et les transmettent au Préfet et aux maires des communes de la circonscription.

ARTICLE 7. — Dans un délai de vingt jours à compter de la notification aux intéressés de la décision des Commissions cantonales, un recours peut être formé devant la Commission d'appel siégeant au chef-lieu du département et qui comprend sept membres :

Le Président du Tribunal du siège, président ;

Trois conseillers généraux, élus par le Conseil général ;

Trois fonctionnaires financiers du département désignés par le ministre des Finances.

Les décisions de cette Commission sont prises à la majorité des membres présents, la voix du président étant prépondérante, et le quorum étant de cinq. Elles sont notifiées aux intéressés par l'intermédiaire des préfets et des maires.

Dans un délai de deux mois à dater de sa notification, la décision de la Commission d'appel est susceptible de recours devant la Commission centrale prévue par la loi du 14 juillet 1905 complétée à raison de un par section, par l'adjonction de représentant du ministre des Finances. Les recours tant devant la Commission départementale que devant la Commission centrale peuvent être faits par l'intéressé, le Préfet ou par tout habitant ou contribuable de la commune. En outre, le ministre de la Santé publique peut attaquer devant la Commission centrale toute admission prononcée, soit au premier degré, soit en appel qu'il estimerait abusive.

ARTICLE 8. — L'admission d'urgence à l'assistance est éventuellement prononcée par le maire.

La Commission cantonale ratifie, dans le délai d'un mois maximum, l'admission d'urgence décidée par le maire.

3°) Dispositions du décret-loi sur les assurances sociales relatives à l'établissement des tarifs de responsabilité des Caisses

Assurance-maladie

ARTICLE 6. — ....

§ 5. — La part garantie par les Caisses dans le prix de l'acte médical est établie par les Caisses, compte tenu des tarifs médicaux syndicaux minima pratiquées dans la région.............

§ 6. — Les Caisses fixent également dans leur règlement intérieur le montant et les conditions de leur participation au payement des soins donnés par les auxiliaires médicaux.

§ 7. — La participation de l'assuré aux tarifs de responsabilité visés ci-dessus est fixée à 20%.

....

§ 15. — ....

La part à supporter par les Caisses dans les frais d'hospitalisation ainsi que dans les honoraires médicaux est fixée par le tarif de responsabilité des Caisses.

....

§ 18. — Le ministre du Travail arrête, après avis du Conseil supérieur des Assurances sociales, et compte tenu des Tarifs syndicaux minima, les taris limites de responsabilité. Les Caisses qui adoptent des tarifs supérieurs à ces tarifs limites ne peuvent, en cas de déficit, obtenir une subvention de la section de garantie des Unions régionales.

ARTICLE 8. — ....

§ 4. — Les conventions passées entre la Caisse et les Syndicats professionnels de praticiens, et avec les établissements de soins, et les tarifs de responsabilité établis par les Caisses dans les conditions prévues à l'article 6, sont soumis à une Commission fonctionnant au siège de chaque région, composée pour le premiers tiers de représentant de la Caisse, pour le second tiers de représentant des groupements professionnels, et pour le dernier tiers, de représentants des ministres du Travail et de la Santé publique, y compris les Commissions administratives des hôpitaux et hospices publics. Sauf pour le contrôle technique elle est chargée de prévenir et de régler toutes les difficultés dans les divers services où entre eux, et de prendre toutes les sanctions nécessaires, avec appel devant la Section permanente du Conseil supérieur des Assurances sociales.

Assurance-maternité

ARTICLE 9. — § 1. — En cas de maternité, sauf le cas visé au § 3 ci-après, l'assuré et la femme de l'assuré reçoivent une prestation fixée par le tarif de responsabilité de la Caisse et représentant l'ensemble des frais médicaux et pharmaceutiques relatifs à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites.

Le Tarif des Caisses doit prévoir des majorations en cas d'accouchement dystocique ou plural.

Les bénéficiaires ne supportent aucune participation dans ces prestations, et ont la liberté de choix du praticien.

....

§ 3. — En cas de grossesse ou de suites de couches pathologiques, l'assurance-maladie court à partir de la constatation de l'état morbide.

II. — Circulaires ministérielles

1°) Circulaire du 9 avril 1937 relative au tarif limite de responsabilité pour l'assurance maternité, et à la constitution des Commissions régionales tripartites

Paris, le 9 avril 1937,

Le ministre du Travail à MM. les directeurs des services régionaux des Assurances sociales

Un certain nombre de Caisses primaires d'assurance-maladie-maternité m'ont demandé quel était le tarif forfaitaire limite qu'elles pouvaient appliquer, conformément aux articles 6 (§ 18) et 9 (§ 1er), du décret-loi du 28 octobre 1935 pour le remboursement des frais médicaux et pharmaceutiques afférents à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites.

En attendant que ce tarif forfaitaire limite ait pu être arrêté, après avis du Conseil supérieur des Assurances sociales, j'ai l'honneur de vous prier d'informer les Caisses primaires de répartition ayant leur siège dans la circonscription de votre région, qu'elles ne sauraient adopter, pour le remboursement des frais de maternité, un tarif plus élevé que celui ci-dessous prévu :

	VILLES de moins de 200.000 habitants.	VILLES de plus de 200.000 habitants.
	francs	francs
Accouchement normal............	325	425
Accouchement dystocique ou plural....	425	575

Les prestations en nature de l'assurance-

maternité, ayant un caractère forfaitaire, comprennent l'ensemble des frais afférents à l'accouchement. Elles englobent ainsi les indemnités pour frais de déplacement du praticien ; toutefois, rien ne s'oppose à ce que les Caisses primaires adoptent un tarif particulier pour les communes ne possédant ni médecin, ni sage-femme, en incorporant dans le forfait une indemnité fixe représentative des frais de déplacement du praticien.

Je rappelle que la participation personnelle de l'assuré de 20 p. 100, prévue à l'article 6 (§ 7), du décret-loi du 28 octobre 1935, n'est pas applicable au forfait de maternité. Les assurés doivent donc recevoir l'intégralité du forfait fixé par le tarif de responsabilité de chaque caisse

J'ajoute que les Caisses d'assurances sociales ont le devoir, dans la mesure où leur situation financière le leur permet, de se rapprocher le plus possible du tarif limite, afin d'assurer la protection la plus large à leurs adhérents.

Vous voudrez bien, en communiquant les présentes instructions aux Caisses primaires d'assurance-maladie-maternité, les inviter à arrêter, *avant le* 1er *mai* 1937, dans les limites sus-indiquées, un tarif provisoire de responsabilité pour l'assurance-maternité. Mais, c'est seulement lorsqu'aura pu être publié le tarif limite visé à l'article 6 (§ 18), du décret-loi précité, qu'il leur appartiendra d'arrêter définitivement leur tarif de maternité et de le soumettre à la Commission régionale tripartite prévue à l'article 8 (§ 4), dudit décret-loi.

Je vous signale à cette occasion que, si vous n'avez pas encore pris les dispositions nécessaires pour la constitution de la Commission régionale tripartite, vous devrez le faire dans le plus bref délai, en vous conformant à l'article 20 du règlement d'administration publique du 19 mars 1936 qui est très explicite.

Vous m'adresserez la liste des membres de la Commission régionale désignés respectivement par les Caisses maladie-maternité, l'Union régionale des Caisses primaires, les Syndicats de praticiens et les Commissions administratives des hôpitaux et hospices publics. Je demande, de mon côté, à M. le ministre de la Santé publique de me faire connaître son représentant pour chaque Commission régionale. Le directeur du service régional ou son délégué représentera mon département à la Commission ainsi constituée. Je procèderai à la nomination du président et du vice-président de chaque Commission régionale dès que je serai informé de la composition des membres de la Commission.

Jean LEBAS.

(*J. O.*, 10 avril 1937.)

2°) Circulaire relative à l'application du décret-loi du 28 octobre 1935 sur les assurances sociales aux assurés inscrits sur les listes d'assistance dans les conditions de la loi du 15 juillet 1893.

Paris, le 28 août 1937,

Le ministre du Travail et le ministre de la Santé publique à MM. les Préfets et à MM. les Directeurs des services régionaux des Assurances sociales,

La présente Circulaire a pour objet de vous donner les directives qui vous sont indispensables pour assurer l'application des dispositions de l'article 19, paragraphe 3, du décret-loi du 28 octobre 1935 sur les Assurances sociales, relatives aux assurés sociaux inscrits sur les listes d'assistance, dans les conditions de la loi du 15 juillet 1893.

Nous examinerons successivement, après avoir rappelé quelques principes :

1° Les conditions de la participation des Caisses d'Assurances sociales aux dépenses concernant les assurés assistés ;

2° Les dépenses incombant respectivement à l'assistance et à l'assurance ;

3° Les modalités du payement des dépenses incombant aux organismes d'Assurances sociales.

Le décret-loi du 28 octobre 1935 modifiant le régime des Assurances sociales ne prévoit plus, à côté des assistés ordinaires, une catégorie d'assurés notoirement indigents, inscrits sur une liste spéciale pour les frais médicaux et pharmaceutiques. Il n'existe désormais qu'une seule liste, celle de l'article 12 de la loi du 15 juillet 1893, où peuvent être inscrits, ainsi que les membres de leur famille, les assurés sociaux privés de ressources dans les conditions du décret-loi du 30 octobre 1935 sur l'unification et la simplification des barèmes d'assistance. Cette inscription peut être prononcée soit pour les soins médicaux et pharmaceutiques, soit pour les frais d'hospitalisation, soit pour la totalité de ces avantages. Les Caisses d'assurances sociales et les Syndicats médicaux ayant passé des conventions avec elles peuvent prendre connaissance de la liste susvisée et présenter, dans les formes et délais prévus par la loi du 15 juillet 1893, des demandes en inscription ou en radiation. Il convient de préciser à ce sujet :

1° Que la procédure d'inscription des assurés sociaux est la même que pour les indigents non assurés ;

2° Que l'inscription est nominative, mais qu'elle comporte obligatoirement, quand il s'agit d'un assuré social, celle des membres de sa

famille qui sont indigents comme lui et qui ont, au sens du décret-loi du 28 octobre 1935, la qualité d'ayants-droit ;

3° Qu'en cas de divergence d'avis sur certaines admissions entre la commune et la Caisse, ou entre la commune et le Syndicat médical, la Caisse et le Syndicat peuvent en saisir soit directement, soit par l'intermédiaire du Préfet, les Commissions d'appel prévues par le décret-loi du 30 octobre 1935 précité.

CHAPITRE Ier

Conditions de la participation des Caisses d'Assurances sociales aux dépenses concernant les assurés assistés.

Par le fait de son inscription sur une liste d'assistance, l'assuré social se trouve, quoi qu'il arrive, tributaire de l'Assistance médicale gratuite. La collectivité du domicile de secours devra intervenir, soit pour parfaire l'aide des Assurances sociales, soit, en cas de carence des Assurances sociales, pour assurer les soins ; elle ne récupèrera les prestations d'assurance que dans la mesure où la Caisse en sera débitrice. En d'autres termes, l'assistance court le risque de supporter intégralement la charge de la maladie *lorsque l'assuré ne remplit pas les conditions requises pour bénéficier des Assurances sociales.* Or, cet inconvénient est d'autant plus cousidérable que l'assuré assisté, toujours certain d'être soigné sans aucun débours personnel, est enclin à se désintéresser, pour une large part, de l'observation des prescriptions auxquelles l'octroi des prestations est subordonné. D'où la nécessité de remédier à ces inconvénients, lourds de conséquence pour les services d'assistance.

A. — *Déclaration de la maladie.* — Il résulte des termes de l'article 19, paragraphe 3, du décret-loi du 28 octobre 1935 sur les Assurances sociales que le règlement des prestations n'est effectué par la Caisse que si le médecin traitant l'a informée, dans les trois jours, de la première constatation médicale. Cette formalité est essentielle et il importe au premier chef qu'elle soit remplie.

L'assistance ne devant payer le médecin que si elle a été elle-même désintéressée par la Caisse, c'est le médecin qui pourrait être responsable, en définitive, de sa propre négligence ou du défaut de constatation de l'accomplissement de la formalité légale. Il est donc nécessaire de lui donner le moyen de prouver qu'il a adressé en temps utile la déclaration de maladie. A cet effet, nous recommandons, au chapitre III, 1°, *a*), de la présente Circulaire, l'emploi de la carte-lettre du modèle ci-annexé, dont les communes seraient approvisionnées par les services départementaux d'assistance. En se conformant aux indications portées sur ladite carte, le médecin se ménagerait une preuve opposable à la Caisse. D'autre part, l'assistance se trouverait avisée, du même coup, de la nature et de l'importance de la maladie dont elle assumerait le contrôle et la charge intégrale dass le cas où les cotisations de l'assuré seraient insuffisantes pour permettre à la Caisse de partciper aux frais médicaux.

L'obligation pour le médecin d'aviser la Caisse de la maladie donne lieu à deux remarques :

1° Le simple retard apporté, soit par le médecin, soit par la commune, dans l'envoi ou la retransmission de la déclaration de maladie ne saurait entraîner la suppression définitive des prestations. La déclaration de maladie est nécessaire pour permettre à la Caisse d'exercer normalement son contrôle général ; mais, en cas de retard dans l'envoi de la déclaration la Caisse doit les prestations afférentes à la période de maladie qui suit la date à laquelle cette dernière lui a été connue en fait ;

2° Les dépenses pharmaceutiques sont remboursables, même lorsque la déclaration de maladie n'a pas été effectuée. Le pharmacien ne peut, en effet, être rendu responsable de l'inobservation d'une prescription qui ne lui incombe pas. Du reste, le contrôle pharmaceutique s'effectue sur pièces et il n'est pas nécessaire, pour qu'il soit efficace, d'y procéder pendant les périodes de maladie auxquelles les ordonnances se rapportent (1).

B. — *Nécessité pour le service d'assistance de collaborer au contrôle des malades.* — Il résulte de l'article 8, paragraphe 2, du décret-loi du 28 octobre 1935 que les prestations peuvent être supprimées en cas de refus par l'assuré de se soumettre au contrôle de sa Caisse. L'assistance a donc un intérêt évident à prévenir toute irrégularité par laquelle l'assuré la priverait de tout droit à remboursement. Aussi paraît-il opportun qu'elle soit prévenue par les Caisses toutes les fois qu'une menace de sanctions pèse sur un assuré assisté, de manière à pouvoir intervenir auprès de ce dernier, en temps opportun. Parallèlement, l'assistance peut seconder la Caisse et lui signaler les irrégularités qu'elle aurait constatées. Il peut s'établir ainsi une collaboration d'autant plus fructueuse qu'elle sera plus étroite, On ne peut toutefois prévoir, à cet égard, de directives rigides, car c'est dans chaque département, et compte tenu des moyens de contr le dont l'assistance dispose, que les accords dont il s'agit peuvent être réalisés.

(1) Il appartient au service d'assistance de se mettre d'accord avec les Caisses d'Assurances sociales et les hôpitaux publics pour l'envoi par ces derniers aux dites Caisses d'un avis d'hospitalisation des asssrés assistés dans un délai à déterminer.

CHAPITRE II

DÉPENSES INCOMBANT RESPECTIVEMENT A L'ASSISTANCE ET A L'ASSURANCE

Aux termes de l'article 19, paragraphe 3, du décret-loi du 28 octobre 1935, les prestations à la charge des Caisses sont le mêmes que celles prévues pour les autres assurés. Les organismes d'assurances n'ont donc à payer, pour un assuré assisté, ni plus ni moins que pour un assuré ordinaire. Il n'en résulte pas que la collectivité d'assistance, qui conserve la charge de toute la partie de la dépense, non remboursée par la Caisse, aura à payer en définitive une somme égale à celle qui resterait à la charge d'un assuré non assuré. Quand il s'agit d'assurés assistés, les frais sont, en effet fixés suivant un tarif réduit(1):

a) *Frais médicaux et chirurgicaux.* — Les frais médicaux et chirurgicaux, ainsi que les frais afférents aux soins appliqués par des auxiliaires médicaux sont réglés aux praticiens conformément au tarif de responsabilité de la Caisse à laquelle sont inscritsles assurés assistés. En d'autres termes, les honoraires du praticien qui a soigné un assuré assisté ne peuvent dépasser la somme inscrite au tarif de responsabilité de la Caisse pour l'acte médical considéré. La quote-part de 20 p. 100 correspondant à la participation personnelle de l'assuré restera à la charge de l'assistance de telle sorte que le praticien recevra l'intégralité de la somme prévue au tarif de responsabilité.

b) *Frais pharmaceutiques.* — Cette question reste une des plus délicates. J'appelle, en conséquence, toute votre attention sur les remarques qui suivent :

Les frais pharmaceutiques sont réglés a pharmacien, *conformément au tarif applicable aux adhérents de la Caisse,* assistés ou non, ce tarif subissant toutefois une réduction dont le pourcentage sera fixé par un décret rendu sur la proposition du ministre du Travail et du ministre de la Santé publique. Ledit tarif est celui dont la caisse a obtenu l'application à ses adhérents après accord avec les groupements professionnels intéressés.

En vue de fixer le pourcentage de réduction applicable aux frais pharmaceutiques concernant les assurés assistés, il était indispensable qu'un accord intervienne sur le tarif de base à utiliser tant pour les assurés sociaux non assistés que pour les assurés assistés. Devait-on continuer, dans l'avenir, à se servir du tarif de l'Association générale des Syndicats pharmaceutiques et déterminer le pourcentage de réduction susvisé par rapport à ce tarif, compte tenu des rabais consentis suivant les localités par les groupements de pharmaciens aux assurés sociaux ? Devait-on plutôt se baser dorénavant sur le tarif national pharmaceutique établi par le ministère de la Santé publique et appliqué dans la majorité des départements pour les bénéficiaires de l'assistance médicale gratuite ? L'accord s'est fait récemment au sein de la Commission permanente de revision des tarifs pharmaceutiques entre les représentants des Caisses d'assurances sociales des groupements professionnels intéressés et des administrations de la Santé publique et du Travail pour l'adoption d'un nouveau tarif général de base, dit tarif *interministériel pharmaceutique,* lequel ne saurait être dépassé par les pharmaciens pour les assurés sociaux, non assistés ou assistés, mais qui sera susceptible de donner lieu entre caisses et groupements professionnels à certains abattements, compte tenu cependant que ledit tarif répond en principe au prix honnête pour la fourniture de produits de bonne qualité.Ledit tarif a été arrêté par le ministre de la Santé publique le 25 mai 1937 et a paru au *Journal officiel* des 14 et 15 juin 1937.

C'est par rapport à ce nouveau tarif qu'a été fixé à 1 p. 100 par décret du 31 juillet 1937 le pourcentage de réduction dont les pharmaciens auront à faire état pour les assurés sociaux assistés (1). Si les Caisses obtiennent des groupements de pharmaciens pour les assurés sociaux un rabais sur le tarif interministériel, le pourcentage de réduction de 1 p. 100 afférent aux assurés assistés s'ajoutera ainsi à ce rabais, ledit pourcentage devant s'appliquer suivant l'article 19, paragraphe 3, du décret-loi du 28 octobre 1935, au tarif en vigueur pour les adhérents de chaque Caisse, par conséquent au tarif net consenti par les groupements de pharmaciens.

Il sera fait par suite application par les pharmaciens pour les assurés sociaux, non assistés ou assistés, d'un seul tarif, les frais afférents aux assurés assistés étant l'objet du pourcentage de réduction de 1 p. 100.

Les Caisses ont dès lors intérêt à s'entendre à bref délai avec les groupements de pharmaciens en vue de choisir le nouveau tarif interministériel comme base de la tarification des prestations pharmaceutiques dispensés aux assurés sociaux.

En attendant que cette entente intervienne, les mémoires de frais pharmaceutiques, afférents aux assurés assistés devront être établis selon les règles suivantes :

1° La Circulaire ministérielle du 3 novembre 1936 a disposé que le tarif suivant lequel les pharmaciens devaient être payés provisoirement était le tarif national pharmaceutique du ministère de la Santé publique du 10 janvier 1935, où

(1) Exception faite pour l'assurance maternité.

(1) Cette réduction ne portera ni sur les produits à prix marqué obligatoire, ni sur les eaux minérales.

le tarif admis par l'assistance dans les départements qui n'avaient pas adopté, pour l'application de la loi de 1893, le tarif national susvisé.

Le tarif ministériel pharmaceutique arrêté par le ministre de la Santé publique le 25 mai 1937, se substituant au tarif national précédent, les frais pharmaceutiques afférents aux assurés indigents devront être réglés *à compter du* 1er *juillet* 1937, conformément au nouveau tarif interministériel, sous déduc ion du pourcentage de réduction de 1 p. 100. Toutefois, lorsque l'ancien tarif national n'aura pas été appliqué pour le règlement des frais dont il s'agit, les parties intéressées pourront maintenir *provisoirement* jusqu'à l'adoption du tarif ministériel, comme base de tarification, le tarif précédemment convenu ; mais dans ce cas, les frais réglés conformément à ce tarif devront être diminués du pourcentage susvisé de 1 p. 100 ;

2° La Circulaire ministérielle du 3 novembre 1936 ne doit être appliquée que pour la tarification des mémoires pharmaceutiques concernant des fournitures effectuées postérieurement au 3 novembre 1936. Celles qui concernent la période comprise entre le 1er avril 1936 — date à laquelle sont entrées en vigueur les dispositions du nouveau régime des prestations — et le 3 novembre 1936 seront tarifées conformément au tarif appliqué par la Caisse, pendant ladite période, à tous ses adhérents. Quant aux fournitures effectuées avant le 1er avril 1936, elles seront, bien entendu réglées suivant le régime établi par l'article 59 de la loi du 30 avril 1930.

c) *Spécialités pharmaceutiques.* — Les assurés sociaux indigents, inscrits sur les listes d'assistance, ne pourront bénéficier que des seules spécialités pharmaceutiques qui sont actuellement délivrées aux bénéficiaires de la loi du 15 juillet 1893.

Cette différence de traitement entre les assurés ordinaires et les assurés assistés se justifie si l'on considère que l'assistance ne saurait, sans avoir à supporter des dépenses excessives, payer la quote-part variant de 20 à 40 p. 100 qui reste normalement à la charge de l'assuré. D'où la nécessité d'assimiler à cet égard les deux catégories d'assistés, tout au moins provisoirement (1).

d) *Frais d'hospitalisation.* — L'assuré assisté est hospitalisé, en principe, dans les établissements de soins publics. Il ne peut être hospitalisé dans un établissement de soins privé que dans les cas exceptionnels où un assisté ordinaire a lui-même cette possibilité. Quant aux prestations dues par la Caisse, ce sont celles qui sont fixées par son tarif de responsabilité. Elles comprennent le prix de journée d'hospitalisation, et le forfait afférent aux honoraires médicaux diminué de 2% p. 100. L'assistance supporte la charge de la différence éventuelle entre le prix de journée de la Caisse et celui auquel l'établissement soigne les bénéficiaires de l'assistance médicale gratuite. Quant aux 20 p. 100 de réduction que subit le forfait concernant les honoraires médicaux, l'assistance en conserve également la charge en principe. Cependant, lorsque la rémunération du médecin de l'hôpital se trouve forfaitairement incluse dans le prix payé par l'assistance à l'établissement hospitalier, la part revenant au médecin au titre des honoraires est strictement limitée à la somme que la Caisse alloue. Il convient d'ajouter que le Conseil supérieur des Assurances sociales sera appelé dans une session prochaine, à se prononcer, en application de l'article 6 (§ 18), du décret-loi, sur les nouveaux tarifs-limites d'hospitalisation qui tiendront compte des augmentations subies depuis l'arrêté du 7 août 1934 par les prix de journée des hôpitaux publics.

e) *Frais d'appareils et d'analyses.* — En ce qui concerne les appareils d'orthopédie et d'optique médicale, les frais dus aux fournisseurs seront réglés conformément aux tarifs-limites fixés par les arrêtés du 12 janvier 1937, et réduits selon les pourcentages fixés par les deux décrets du 25 mars 1937.

f) *Soins et prothèse dentaires.* — Les assurés sociaux assistés doivent bénéficier, même lorsque le règlement départemental d'assistance ne les prévoit pas, des soins et des appareils de prothèse dans les mêmes conditions que les autres assurés. Les frais afférents à ces soins et aux appareils seront provisoirement réglés aux praticiens sur la base du tarif de responsabilité de la Caisse, en attendant que soit déterminé le tarif dentaire pouvant servir de base, en ce qui concerne les appareils de prothèse, à la réduction prévue par l'article 19, paragraphe 3, du décret-loi du 28 octobre 1935 ;

g) *Prestations de l'assurance-maternité.* — Vous remarquerez qu'en ce qui concerne l'assurance-maternité, l'article 19, paragraphe 3, du décret-loi du 28 octobre 1935 ne contient aucune disposition explicite, ce qui se conçoit aisément, étant donné que les prestations dues par la Caisse ont un caractère forfaitaire (art. 9, § 1er) rendant impossible toute démarcation entre ce qui est dû aux différents praticiens qui interviennent. Par contre-coup, l'assistance ne bénéficie pas, comme pour les autres assurances, d'un tarif limitant ses dépenses. Toutefois, elle n'assumera qu'une charge normale si les directeurs des services régionaux des Assurances sociales prennent soin, devant les Commissions régionales où seront examinés les tarifs de responsabilité des Caisses en matière de maternité, de s'opposer à l'adoption de tarifs n'assurant pas le maximum de protection aux assurés. Par ailleurs, le ministère du Travail examine, en vue de la prochaine session du Conseil supérieur des Assurances socia-

(1) Voir ci-dessous page (3436.)

les, les bases sur lesquelles le tarif-limite devrait être fixé pour donner aux Caisses la possibilité de satisfaire à leurs obligations, compte tenu du coût normal actuel d'un accouchement et de ses suites.

L'article 19 (§ 3), précité, n'ayant pas indiqué comment seraient déterminés les honoraires revenant aux praticiens pour maternité, il y aura lieu pour la Caisse de verser au service départemental d'assistance le montant du forfait dû pour les accouchées, que l'accouchement ait lieu à domicile *ou à l'hôpital* (1).

L'assurée assistée, étant soumise au règlement départemental d'assistance en ce qui concerne le choix du praticien, doit s'adresser à une sage-femme si ce règlement le spécifie.

D'autre part, les assurées assistées ou les femmes des assurés assistés sont tenues de faire connaître à la Caisse dont elles dépendent leur état de grossesse dans les délais prévus par l'article 61 du règlement-type d'administration intérieure des Caisses (2). Les services régionaux des Assurances sociales voudront bien indiquer aux Caisses qu'elles doivent signaler à leurs adhérents et adhérentes l'utilité de déposer, pour le cas où ils n'auraient pas droit au bénéfice des prestations des Assurances sociales, et, au plus tard deux mois avant la date probable de l'accouchement, une demande pour être admis éventuellement au bénéfice de la législation sur les femmes en couches. De la sorte, les intéressés auront satisfait aux prescriptions édictées par cette législation pour obtenir le bénéfice des allocations aux femmes en couches dans l'éventualité où les conditions requises pour bénéficier des prestations maternité ne seraient pas remplies lors de l'accouchement.

h) *Primes d'allaitement.* — L'article 34, paragraphe, 3, du décret-loi du 28 octobre 1935 dispose que pour les femmes non assurées des assurés, bénéficiaires de l'assistance aux femmes en couches, les primes d'allaitement accordées par les Caisses au moyen de leurs bonis sont réduites du montant des allocations versées par l'assistance. En attendant la parution de l'arrêté visé à l'article 88, paragraphe 5, du règlement d'administration publique du 19 mars 1936, le contrôle destiné à éviter le cumul des avantages respectivement prévus par les deux législations pourra s'effectuer sur les bases suivantes. Pendant la période d'attribution des primes d'allaitement allouées au titre de l'article 34, paragraphe 3, du décret-loi susvisé, les Caisses ne devront verser aux femmes des assurés, non assurées elles mêmes, les primes d'allaitement que jusqu'à concurrence de la somme globale correspondant à la différence entre le montant de ces primes et le montant des allocations d'assistance. Elles n'auront à acquitter le surplus que postérieurement si le service d'assistance les informe que la demande d'admission à l'assistance aux femmes en couches, présentée par les intéressés, a été rejetée (1).

CHAPITRE III

MODALITÉS ET CONTENTIEUX DU PAIEMENT DES DÉPENSES INCOMBANT AUX ORGANISMES D'ASSURANCES SOCIALES.

1° *Modalités du paiement.* — L'article 19 du décret-loi du 28 octobre 1935 dispose, en son paragraphe 3, dernier alinéa, que les frais revenant aux praticiens leur sont payés par les collectivités d'assistance après règlement des prestations dues par la Caisse.

Il appartient aux services d'assistance de passer avec les Caisses d'assurances sociales, les ententes nécessaires pour fixer les modalités suivant lesquelles ils seront remboursés avec le plus d'exactitude et de célérité des dépenses incombant à ces Caisses, étant entendu que celles-ci qui ont à supporter la plus lourde part, doivent être toujours à même d'exercer leur contrôle.

Néanmoins, il nous paraît désirable que ces accords reposent sur le système suivant, qui est de nature à donner les garanties indispensables tant aux Caisses qu'aux praticiens et aux collectivités d'assistance.

a) Déclaration des maladies. — Le règlement des prestations ne pouvant intervenir, aux termes de l'article 19, paragraphe 3, dernier alinéa, du décret-loi du 28 octobre 1935 qu'autant que le médecin traitant a informé la Caisse de la première constatation médicale de la maladie dans les trois jours suivants, il importe que toutes précautions soient prises pour l'accomplissement et la constatation de cette formalité, qui est essentielle, et à laquelle est subordonnée la récupéra-

(1) Bien entendu, si les accouchées sont hospitalisées dans un établissement public, les frais d'hospitalisation à rembourser à cet établissement par le service départemental d'assistance doivent être réglés conformément au tarif applicable aux bénéficiaires de l'assistance médicale gratuite.

(2) Toutefois, au cas où cette formalité n'aurait pas été accomplie, la négligence de l'intéressée ne saurait avoir d'effet qu'à son égard en ce qui concerne le droit aux prestations en *argent*, conformément à l'article 9, paragraphe 7, du décret-loi du 28 octobre 1935. Elle ne peut donc motiver de la part des Caisses un refus de verser la prestation forfaitaire de maternité au service d'assistance.

(1) Dans le même ordre d'idées, pour éviter le cumul de la bonification complémentaire visée à l'article 19, paragraphe 1er, du décret-loi du 28 octobre 1935 et d'une pension de vieillesse ou d'invalidité égale ou supérieure à 600 francs, il appartiendra au service d'assistance, au moment où il aura à déterminer les ressources du demandeur, de se mettre en rapport avec le service des Assurances sociales en vue de connaître le montant de la pension de l'intéressé.

tion par le service d'assistance des sommes dues par les Caisses.

Il est de l'intérêt tant des praticiens que de celui des collectivités d'assistance que le médecin traitant adresse l'avis prescrit dans des conditions telles que non seulement cet avis parvienne en temps utile et sûrement à la Caisse, mais qu'il permette le contrôle du service d'assistance. A cet effet, nous recommandons vivement l'utilisation d'une carte-lettre du modèle ci-annexé, à trois volets.

Avant de consulter le médecin traitant, ou en cas d'accouchement, dès l'accouchement, l'assuré devrait demander (ou faire demander) à la mairie de la commune de sa résidence, la délivrance de ladite carte-lettre sur présentation de sa carte d'immatriculation, et de ses attestations de versement, et sur justification de sa qualité de bénéficiaire de l'article 19. La mairie indiquerait, sur la carte-lettre, outre les nom, adresse et matricule de l'intéressé, la Caisse dont celui-ci fait partie pour l'assurance maladie-maternité. Elle y mentionnerait, de plus, les versements constatés sur les attestations présentées et se rapportant aux trimestres de référence. Lorsque l'assuré n'aurait pas été l'objet des versements minima ouvrant droit aux prestations, la carte-lettre ne serait pas délivrée ; dans ce cas, l'intéressé serait invité à se conformer aux prescriptions du règlement d'assistance et recevrait les soins dans les conditions applicables aux indigents.

La carte-lettre comprend trois parties, l'une destinée à la Caisse d'assurance (volet A), une seconde devant servir d'accusé de réception pour le médecin (volet B), et la troisième destinée au service départemental d'assistance (volet C).

Le médecin remplira la partie de la carte concernant la Caisse d'assurance et retournera la carte *avec ses trois volets à la mairie qui l'aura délivrée*, au plus tard le lendemain de la consultation. La mairie, dès réception, détachera le volet A et le transmettra à la Caisse ; elle renverra le volet B au médecin, et transmettra le volet C au service départemental d'assistance après avoir noté sur ce volet la date de réception et de transmission du volet A à la Caisse.

Le service d'assistance sera ainsi averti des consultations données, ou de l'accouchement, et pourra procéder aux contrôles qu'il jugerait utiles et aux vérifications nécessaires lorsqu'il recevra les mémoires des praticiens.

b) Etablissement des feuilles de maladie et règlement des mémoires des praticiens.

Les assurés assistés n'ayant à s'adresser à la Caisse d'assurances pour bénéficier des prestations que lorsqu'ils ont droit à des prestations en argent, il convient de prévoir des modalités spéciales pour permettre, d'une façon simple et pratique, le règlement tant des prestations en argent revenant à l'assuré que des honoraires dus aux praticiens.

A cet égard, il serait désirable que les services d'assistance et les Caisses d'assurances sociales se mettent d'accord sur un modèle spécial de feuille de maladie maternité à l'usage des assurés assistés. Cette feuille pourrait être conforme au modèle annexé ou s'inspirer de sa conception. Elle serait remise par la mairie à l'assuré, en même temps que la carte-lettre ci-dessus prévue, et renouvelée à l'expiration de chaque période de validité.

La feuille de maladie-maternité dont nous suggérons l'adoption se compose, comme l'avis de déclaration de maladie, de trois volets.

Le premier (volet A) serait destiné à l'assuré et lui permettrait de bénéficier des prestations en argent en cas de maladie ou de maternité (indemnité journalière, primes d'allaitement) ; il comporterait toutes les indications utiles à cet effet.

Le seconde volet (volet B) serait destiné au médecin traitant, il y porterait les renseignements qu'il mentionne d'ordinaire sur les feuilles de maladie pour désigner l'acte médical et permettre à la Caisse le décompte du remboursement des frais médicaux sur la base de son tarif de de responsabilité.

Le troisième volet (volet C) serait destiné au pharmacien qui y porterait le montant de ses factures, comme il le fait sur les feuilles de maladie pour permettre à l'assuré d'être remboursé des frais pharmaceutiques.

Les volets B et C seraient conservés par les praticiens au moins pendant toute la période de validité de la feuille de maladie, validité qui serait celle prévue à l'article 6 (§ 4) du décret-loi du 28 octobre 1935 (huit jours pour les deux premières feuilles, quinze jours pour les suivantes). Passé ce délai, les médecins et pharmaciens adresseraient au début de chaque mois à la Caisse d'assurance intéressée les volets B et C, ce dernier accompagné de l'ordonnance médicale tarifée par le pharmacien (1).

Auxdites pièces serait joint un état les récapitulant, établi par le praticien, en double exemplaire, et indiquant le montant par feuille et le montant total des honoraires qui lui sont dus (2).

Il appartiendra à la Caisse de vérifier les mémoires et pièces justificatives, d'arrêter pour chaque assuré le montant des frais qu'elle luiaurait remboursés d'après son tarif de respon-

(1) Les ordonnances délivrées aux assurés assistés devraient se composer de deux parties : l'une pour l'ordonnance en elle-même que conserverait le pharmacien, l'autre pour les prescriptions s'adressant au malade, laquelle serait remise par le pharmacien à l'assuré.

(2) Du total sera déduit par le pharmacien, le pourcentage de réduction prévu à l'article 19, paragraphe 3, du décret-loi du 28 octobre 1935.

sabilité, s'il n'avait pas été inscrit sur les listes de l'assistance, et de communiquer, dans le délai d'un mois, au service départemental d'assistance, avec lesdits mémoires et lesdites pièces, l'état des sommes représentant sa participation (1). Dès que le service d'assistance aurait donné son accord à ce règlement, la Caisse devrait lui faire parvenir sans délai les sommes dont elle serait débitrice.

2° *Prescription extinctive de la créance d'assistance médicale gratuite.* — L'article 25 du décret-loi dispose que l'action de l'assuré pour le payement des prestations d'assurance-maladie et maternité se prescrit par deux ans à compter de la date de la première constatation.

Est-il besoin d'indiquer que cette prescription n'est pas opposable aux services d'assistance médicale gratuite. Ces derniers exercent, en effet, une action directe qui ne peut être celle de l'assuré, celui-ci n'ayant pas de droits personnels au payement des prestations en nature. La seule prescription opposable,en l'espèce, est donc la prescription trentenaire de droit commun.

3° *Recours de l'assistance contre l'employeur défaillant.* — Lorsque l'employeur d'un bénéficiaire de l'assistance médicale gratuite a négligé de le faire immatriculer ou d'effectuer le précompte en temps utile et en quantité suffisante, la Caisse se trouve de ce fait exonérée des prestations qu'elle aurait dû normalement allouer.

Dans ce cas, le service d'assistance est fondé à se retourner contre cet employeur, en application de l'article 1382 du Code civil, pour obtenir la réparation du préjudice que lui occasionne la faute de l'employeur. L'action doit être portée, suivant le taux de la demande, devant le Juge de paix ou le Tribunal civil du domicile de l'employeur.

Les dispositions de la présente Circulaire concernant également les assurés de l'agriculture, l'article 19 du décret-loi du 28 octobre 1935 relatif aux assurés du commerce et de l'industrie ayant été rendu applicable au régime spécial des professions agricoles par l'article 1er du décret-loi du 30 octobre 1935.

Nous vous prions de nous signaler les précisions nouvelles qui vous paraîtront souhaitables, afin que nous puissons les inclure dans les instructions que nous vous adresserons ultérieurement en ce qui concerne notamment le régime spécial qui doit être appliqué aux pupilles de l'assistance immatriculés aux Assurances sociales

Le ministre du Travail,
André Février.

Le ministre de la Santé publique,
Marc Rucart.

(1) Les volets B et C et les mémoires des praticiens pourront être utilisés par les Caisses pour le décompte des sommes représentant leur participation.

Nota. — Les directeurs des services régionaux des Assurances sociales sont priés de faire parvenir les instructions qui précèdent aux organismes d'assurance-maladie (Caisses primaires et Sociétés et Unions de sociétés de Secours mutuels agricoles) qui ont leur siège dans la circonscription de leur service, ainsi qu'à l'union régionale des Caisses primaires.

ANNEXE I

Note concernant l'utilisation de la carte-lettre a remettre par les maires aux assurés sociaux inscrits sur les listes d'assistance en application de l'article 19, paragarphe 3, du décret-loi du 28 octobre 1935 sur les Assurances sociales.

I

Avant de consulter le médecin — ou en cas d'accouchement, dès l'accouchement—l'assuré demande (ou fait demander) à la mairie de sa résidence la délivrance de la carte-lettre destinée à la déclaration de son état, il présente à la mairie sa carte d'immatriculation et les récépissés de versements détachés des feuillets correspondants aux trimestres de référence.

Pour les maladies qui débutent au cours du deuxième ou du troisième mois d'un trimestre, ou en cas d'accouchement, les récépissés à présenter sont ceux des quatre trimestres civils précédant celui de la maladie ou de l'accouchement.

Pour les maladies débutant en janvier, avril, juillet et octobre (1er mois du trimestre), les feuillets à présenter sont ceux des quatre trimestres qui précèdent le *trimestre antérieur* à celui de la maladie.

Ainsi, pour les maladies se déclarant en janvier, avril, juillet et octobre 1937, les récépissés à présenter seront les suivants :

Janvier 1937......	3/1936	2/1936	1/1936	4/1935
Avril 1937.......	4/1936	3/1936	2/1936	1/1936
Juillet 1937......	1/1937	4/1936	3/1936	2/1936
Octobre 1937.....	2/1937	1/1937	4/1936	3/1936

II

Le maire ne remet à l'assuré assisté une carte-lettre *que dans les cas où les conditions de versements exigées pour l'obtention des prestations d'assurances sociales sont remplies*, c'est-à-dire lorsque les cotisations *globales* atteignent les minima suivants, d'après les attestations de versements communiquées par l'intéressé et correspondant soit à des périodes de travail, soit à des périodes de maladie ou de maternité, soit à des périodes de chômage, soit à des périodes d'incapacité à la suite d'accidents de travail.

Assurance-maladie

A. — En ce qui concerne les assurés des professions du commerce et de l'industrie.

1° 60 francs dans les deux trimestres de référence, ou 120 francs dans les quatre trimestres ;

2° 30 francs au cours du trimestre de référence précédant celui de la maladie lorsque l'assuré a été immatriculé depuis moins de six mois au premier jour du trimestre de la maladie ;

3° 30 francs au cours du trimestre civil qui précède le trimestre antérieur à celui de la maladie lorsque celle-ci débute durant le premier mois du troisième trimestre d'immatriculation aux Assurances sociales.

B. — En ce qui concerne les assurés des professions agricoles et forestières :

1° Pour les enfants, de moins de seize ans, 72 francs ou 144 francs ;
Pour les femmes, 96 francs ou 192 francs ;
Pour les hommes, 120 francs ou 240 francs , dans les deux ou les quatre trimestres de référence.

2° Pour les enfants de moins de seize ans, 36 francs ;
Pour les femmes, 48 francs ;
Pour les hommes, 60 francs.,
au cours du trimestre de référence précédant celui de la maladie lorsque l'assuré a été immatriculé depuis moins de six mois au premier jour du trimestre de la maladie,
ou au cours du trimestre civil qui précède *le trimestre antérieur* à celui de la maladie lorsque celle-ci débute, durant le premier mois du trimestre d'immatriculation aux Assurances sociales.

Assurance-maternité

A. — En ce qui concerne les assurés des professions du commerce et de l'industrie :

120 francs au cours des quatre trimestres civils précédant celui de l'accouchement, dont 30 francs au moins durant le premier de ces trimestres.

B. — En ce qui concerne les assurés des professions agricoles et forestières :

1° Si la femme est elle-même assurée sociale : 160 francs au cours des quatre trimestres civils précédant celui de l'accouchement, dont 48 francs au moins durant le premier de ces trimestres ;

2° Si c'est le mari qui est assuré social : 200 francs au cours des quatre trimestres civils précédant celui de l'accouchement, dont 60 francs, durant le premier de ces trimestres.

III

Le maire inscrit sur la carte-lettre (volets A et C) les nom, prénoms, adresse, numéro matricule de l'assuré et le nom de la Caisse. Il remet la carte à l'intéressé.

IV

Le médecin, à son tour, remplit la carte-lettre et la retourne à la mairie au plus tard le lendemain de la consultation. Il plie les trois volets de la carte dans le sens *horizontal* et ferme en glissant l'une dans l'autre les deux extrémités.

V

Au reçu de la carte, le maire détache le volet C où il ajoute la date de réception et celle de la transmission à la Caisse. Il adresse à cet organisme le volet A dans les trois jours de la première consultation médicale. En même temps, il fait parvenir le volet C au service d'assistance.

VI

L'accusé de réception (volet B) est ensuite retourné au médecin le plus tôt possible.

ANNEXE II

CARTE-LETTRE (recto)

VOLET A

COTISATIONS GLOBALES

1er trim. 193..	2e trim. 498..	3e trim. 193..	4e trim. 193..
....	....	....	....

Matricule :

Avis de déclaration de maladie (1).

Nom, prénoms et adresse de l'assuré.........................
....
Nom et adresse du médecin......
....
Date de la première consultation médicale.....................
....
Désignation de l'acte médical.....
Durée probable de la maladie.....
Y a-t-il interruption de travail ?..
....
S'agit-il d'un accident ?.........
S'agit-il d'une maladie soignée au titre de la loi du 31 mars 1919 ?
....
En cas d'accouchement, date de l'accouchement..............
....

Cette carte-lettre doit être retournée à la mairie d............ le lendemain du jour de la consultation ou de la visite.

.......,le....... 19...
(Signature du médecin)

VOLET C

COTISATIONS GLOBALES

1er trim. 193..	2e trim. 193..	3e trim. 193..	4e trim. 193..
....	....	....	....

Matricule :

Avis de déclaration de maladie (1).

Nom, prénoms et adresse de l'assuré.........................
....
Nom et adresse du médecin.......
....
Qualité du bénéficiaire des soins, assuré, conjoint ou enfant.
Cas motivant les soins : { maladie. / accouchement.
Nom de la caisse...............
Date de réception de l'avis de déclaration de maladie..........
....
Date de transmission par le maire de l'avis à la Caisse primaire d'Assurances sociales d........
....

.................193..

(Signature du maire)

VOLET B

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Commune d...........

Le maire de la ville d.......... .... a l'honneur d'accuser réception à M. le Docteur...
....
domicilié à ....
de la carte-lettre d'assurance-maladie qu'il lui adressée le.........
....
et qui concerne l'assuré social....
....
matricule : ....
demeurant à.....................
et affilié à la Caisse primaire d'assurances sociales d..............

Il l'informe, par ailleurs, qu'il a fait parvenir audit organisme, le.. .... la carte-lettre dont il s'agit.

.... le ...... 19..

Le maire.

(1) La même déclaration doit être établie en cas d'accouchement.

ANNEXE III

NOTICE CONCERNANT L'UTILISATION DE LA FEUILLE DE MALADIE SPÉCIALE ASSURÉS SOCIAUX INSCRITS SUR LES LISTES D'ASSISTANCE

(Art. 19 du décret-loi du 28 octobre 1935)

En vue de permettre le contrôle par la Caisse des prestations servies à un assuré assisté ou aux membres de sa famille et de faciliter le payement des frais revenant aux praticiens, l'administration a établi un modèle de feuille de maladie dont l'utilisation très simple est recommandée aux services d'assistance médicale.

I

Présentation de la feuille

La feuille de maladie se présente sous l'aspect de trois volets A, B et C, à disposer dans l'ordre suivant, et dont le modèle est annexé à la présente notice.

A	C	B

II

Utilisation de la feuille

La feuille de maladie est délivrée par le bureau d'assistance qui doit :

a) Indiquer sur le volet A (au verso formant couverture) le nom de l'assuré, son adresse, son matricule, et au recto, remplir la case réservée aux charges de famille ;

b) Donner à chaque feuille un numéro d'ordre destiné notamment à retrouver l'ordre de délivrance des feuilles successives ;

c) Reporter sur les volets B et C l'indication de ce numéro, du nom de l'assuré, de son matricule ainsi que du nom de la Caisse.

III

L'assuré, *si c'est lui qui est malade*, fait remplir par le médecin le volet A, le conserve et le présente à la Caisse pour le payement des indemnités journalières à l'expiration de la période de validité de la feuille de maladie. L'assurée, en cas de maternité, utilise le volet B dans les mêmes conditions.

IV

Dans tous les cas, qu'il s'agisse de l'assuré, de son conjoint, ou de ses enfants de moins de seize ans, le médecin remplit le volet B, le conserve jusqu'à l'expiration de la durée de la feuille de maladie, et le retourne ensuite à la Caisse en prenant note du nom de l'assuré et des numéros des volets transmis de manière à pouvoir les indiquer sur l'état récapitulatif mensuel qu'il adresse à la Caisse au début de chaque mois.

V

Le pharmacien utilise le volet C dans les mêmes conditions. Il le renvoie à la Caisse dans les délais sus-indiqués et conserve les ordonnances qu'il joint à ses états récapitulatifs mensuels.

Les médecins emploieront pour les assurés assistés des ordonnances d'un modèle spécial, comprenant deux parties : la première sera réservée à l'inscription des produits pharmaceutiques, la seconde comportera le texte des prescriptions générales que le médecin croira devoir formuler en ce qui concerne l'utilisation des médicaments.

ANNEXE IV

ASSURANCES SOCIALES
(Verso du volet A formant couverture)

FEUILLE DE MALADIE-MATERNITÉ

spéciale aux assurés inscrits sur les listes d'assistance médicale gratuite

(Art. 19 du décret-loi du 28 octobre 1935.)

(N° ....) (1)

Nom de l'assuré : ....

Adresse : ....

Matricule : | | | | |

N. B. — La durée de validité de chacune des deux premières feuilles de maladie est de huit jours à partir de la première constatation médicale, et de quinze jours, s'il y a lieu, pour les suiavntes.
Quand une feuille est périmée, l'assuré en demande une nouvelle à la mairie.

(1) Ce numéro doit être nonné par le maire, qui l'inscrit également sur les volets B et C de la présente feuille.

VOLET A.	CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCES SOCIALES DE....................

Feuillet à présenter par *l'assuré assisté* pour l'obtention des prestations en espèce des assurances maladie en maternité

Cachet ou nom du médecin..........................
Adresse..........................
Date de l'acte médical :..........................
Date de l'arrêt de travail :..........................
Durée probable du repos :..........................
S'agit-il d'un accident du travail ?..........................
S'agit-il d'un accident du travail imputable à un tiers ?..........................
S'agit-il d'une maladie soignée au titre de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 ?..........................

(Date et signature du médecin).

Cachet ou nom du médecin ou de la sage-femme.
Date de l'arrêt de travail :..........................
Date probable de l'accouchement :..........................
Date de la reprise du travail :..........................

(Date et signature du praticien).

A remplir par le maire

Charges de famille :

Enfants :

PRÉNOMS	DATE ET LIEU DE NAISSANCE
....	....
....	....
....	....
....	....

(Signature du maire).

VOLET B. (N°) (1).	CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCES SOCIALES DE....................

Volet à retourner à la caisse par le médecin (2)

Cachet ou nom du médecin..........................
Adresse..........................
Nom de l'assuré..........................
Adresse..........................

Matricule :

Qualité du malade : assuré, conjoint, enfant (3).

DATE de l'acte médical	DÉSIGNATION de l'acte	PRESCRIPTIONS générales	DÉPLACEMENTS (nombre de kilomètres).	DÉLIVRANCE d'une ordonnance	PARTICIPATION de la Caisse

(Date et signature du médecin).

(1) Indiquer le numéro de la feuille de maladie.

(2) Ce volet doit être conservé par le médecin jusqu'à la fin de la période de validité de la feuille de maladie (huit jours pour chacune des deux premières feuilles, quinze jours, s'il y a lieu, pour les suivantes). Le médecin transmet le volet à la Caisse lorsque la période de validité de la feuille est exprirée. Il indique sur ses mémoires d'honoraires, adressés au début de chaque mois à la Caisse, les numéros et le montant des volets transmis.

(3) Rayer les mots inutiles.

III. — Jurisprudence. — Commentaires. — Réponses ministérielles

1°) Bénéficiaires du régime de l'article 19
(Article 19, § 2)

Le régime de l'art. 19 est un bénéfice auquel l'assuré indigent est en droit de renoncer

8142. — M. A. VERNAY expose à M. le ministre du Travail :

Qu'un assuré social, 5e catégorie, père de cinq jeunes enfants, dont le salaire est l'unique ressource, désirant conserver le libre choix de son médecin, a soldé lui-même la visite à deux de ses enfants, et a demandé ensuite l'assistance médicale gratuite pour le placement dans un hôpital d'enfants, agréé par la Caisse, avec le bénéfice de l'article 59, et demande si la Caisse primaire d'Assurances sociales de Saint-Etienne peut refuser de rembourser directement certains frais médicaux à cet assuré porté sur la liste des indigents notoires, en excipant que le bénéficiaire de l'article 59 ne saurait, pour certains actes, être considéré comme payant, et, pour d'autres, parce que plus coûteux, d'être dispensé de contribuer lui-même en recourant à l'assistance médicale gratuite. (*Question du 29 mars* 1934).

Réponse. — Les frais de traitement de l'assuré social notoirement indigent ou des personnes de sa famille sont acquittés par les Caisses et par le Service d'assistance médicale gratuite. Ils ne sont pas remboursés par les Caisses à l'assuré social. Si celui-ci pour des raisons de convenance particulière, s'adresse à un médecin de son choix, dont il paye directement les honoraires, il n'est plus considéré comme assuré social notoirement indigent, mais il n'est plus déchu pour autant des avantages que la loi du 30 avril 1930 confère à tous les assurés sociaux ; il peut réclamer à sa Caisse le remboursement de ses dépenses, dans les limites du tarif de responsabilité, et elle n'est pas en droit de le lui refuser. Il y a lieu de remarquer, par ailleurs, que les frais d'hospitalisation ne sont pas compris dans ceux qui sont réglés dans les conditions prévues à l'article 59 de ladite loi. Ils sont payés par la Caisse dans la limite de son tarif de responsabilité, le surplus étant à la charge de la collectivité du domicile de secours si l'assuré est admis au bénéfice de l'assistance. (*J. O.* du 19 juillet 1934).

Bénéficiaire. — Principe. — Inscription nominative. — Inscription du chef de famille. — Extension automatique aux ayants-droit

V. ci-dessus Circulaire ministérielle du 28 août 1937, page 3424.

2°) Statuts des Assurés sociaux indigents
(Article 19, § 3, alinéa 3)

Principe.— Assimilation de l'assuré indigent à l'assuré ordinaire

L'assuré social notoirement indigent pour bénéficier, aux conditions et dans les limites prévues par l'art. 59, parag. 1 susvisé, de l'assistance médicale gratuite, n'en demeure pas moins, avant tout, un assuré soumis aux obligations mais conservant tous les avantages de l'assurance. Même dans la mesure où il est rattaché à l'assistance, la prédominance de sa qualité d'assuré se manifeste notamment par l'obligation de calculer les frais médicaux le concernant, selon les règles de l'assurance et non d'après les tarifs de l'assistance, et aussi, par la proportion réduite, 20 %, dans laquelle l'assistance participe au paiement de ces frais, tandis que la Caisse primaire y contribue pour 80 %.

(*Tribunal des Conflits*, deux arrêts, 26 octobre 1936 et 11 janvier 1937).

Conséquences. — Inapplicabilité du règlement départemental d'assistance. — Libre choix du médecin

L'assuré social indigent ne saurait, s'il remplit les conditions exigées par la législation des Assurances sociales, être privé de son droit aux soins médicaux et chirurgicaux et au libre choix de son médecin conformément aux dispositions de cette législation.

(*Cour de cassation*, Chambre civile, 24 juin 1936.)

Inapplicabilité du règlement départemental. — Liberté de traitement et du médecin.

Aucune assimilation n'est à faire entre ces deux catégories de malades : les assurés sociaux indigents d'une part et les inscrits à l'assistance médicale gratuite d'autre part, dont les conditions respectives au point de vue du traitement médical sont totalement différentes, les premiers jouissant de droits refusés aux seconds.

C'est donc à tort que le service d'assistance a refusé de payer au médecin traitant d'un assuré indigent des visites excédant le nombre de 15, ainsi qu'un examen radioscopique, motif pris de ce que le règlement d'assistanee subordonnait ces soins à une autorisation préalable.

(*Trib. civ. de Louhans*, 21 novembre 1936.)

Frais pharmaceutiques. — L'assuré indigent a-t-il droit aux spécialités pharmaceutiques non prévues par la nomenclature de l'A. M. G. ?

3084. — M. Auguste Mounié, sénateur, demande à M. le ministre du Travail si un assuré social, bénéficiaire de l'article 59, a droit au remboursement par la Caisse d'assurances sociales des 85 p. 100 des spécialités qui ne sont pas prises en charge au titre de l'assistance médicale, étant entendu qu'il supporte lui-même le ticket modérateur de 15 p. 100 et qu'il continue à obtenir les autres produits pharmaceutiques, en sa qualité d'assuré indigent (bénéficiaire de l'article 59). (*Question du 5 mars 1935.*)

Réponse. — Réponse négative.

(*J. O.*, 29 novembre 1937)

Note. — V. également ci-dessus : Circulaire interministérielle du 28 août 1937, page 00.

Nous citons cette réponse à titre purement documentaire. Nous estimons au contraire que l'assuré indigent devant en principe, conformément à la jurisprudence et à l'art. 19, § 3, alinéa 3, être assimilé aux assurés ordinaires, a droit à tous les médicaments et spécialités pharmaceutiques de vente légale en France (art. 6, § 6 du décret-loi sur les Assurances sociales). Le médecin traitant jouit donc de la liberté de prescription dans la seule limite prévue à cet article, c'est-à-dire selon la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement. L'appréciation des « abus » de prescriptions ne relève que du contrôle technique syndical.

3°) Honoraires médicaux pour soins donnés aux Assurés indigents

(Article 19, § 3, alinéa 4)

Prélèvement de 10 %. — Honoraires pour soins donnés aux assurés indigents. — Le prélèvement ne doit porter que sur les 20 % incombant au service d'assistance

15.048. — M. Gruet demande à M. le ministre de la Sant é publique , si les honoraires médicaux et les fournitures pharmaceutiques en matière d'assistance médicale gratuite et de soins aux pensionnés de guerre sont ou non passibles de la déduction instituée par le décret-loi du 16 juillet 1935. (*Question du 16 janvier 1936.*)

Réponse. — Le prélèvement de 10 p. 100 institué par le décret-loi du 16 juillet 1935 est applicable aux payements des honoraires médicaux en matière d'assistance médicale gratuite. Lorsqu'il s'agit d'honoraires dus pour des soins aux assurés sociaux assistés, le prélèvement ne doit porter que sur la fraction des frais (20 p. 100) incombant au Service d'assistance. Les mémoires relatifs aux fournitures pharmaceutiques ne sont pas soumis à ce prélèvement qui ne frappe pas les marchés de travaux et de fournitures. Pour les soins aux pensionnés de guerre, c'est le ministre des Pensions qui est seul compétent pour répondre. (*J. O.* 6 mars 1936)

Assurés sociaux notoirement indigents. — Règlement des honoraires du médecin. — Prescription

6.697. — M. de la Ferronnays demande à M. le ministre du Travail :

1° Quelles formalités doivent remplir, pour éviter d'être atteints par la prescription dans le paiement de leurs honoraires, les médecins d'un département dont les mémoires pour soins aux assurés sociaux notoirement indigents n'ont pas été réglés depuis le 1er avril 1932.

2° Quelles mesures envisagent les services du ministère du Travail pour accélérer le règlement de ces honoraires. (*Question du 17 décembre 1933.*)

Réponse. — 1° Aucune prescription ne saurait être opposée à un praticien qui a produit, dans les conditions réglementaires, les justifications des sommes qui lui sont dues pour les dépenses prévues à l'article 59 de la loi sur les Assurances sociales.

2° Il appartient à l'honorable parlementaire de signaler au ministre de la Santé publique les noms et adresses des praticiens qui ne pourraient obtenir le règlement des honoraires qui lui sont dus pour des assurés notoirement indigents. (*J. O.* du 8 avril 1934.)

Note. — En ce qui concerne les mémoires non produits par le médecin, la prescription de deux années prévue par l'article 2272 du Code civil ne saurait lui être opposée, ainsi qu'en a décidé récemment, à propos d'un cas analogue, le Conseil de préfecture de Rouen (arrêté du 16 octobre 1937). Par contre, le service d'assistance serait fondé à invoquer la prescription quadriennale instituée en faveur des départements par le décret loi du 30 octobre 1935, pour toutes les créances échues à compter du 1er janvier 1936.

Contestations relatives aux honoraires pour soins donnés aux assurés indigents. — Juridiction compétente. — Juridiction des Assurances sociales. — Commission d'arrondissement.

La demande en justice pour paiement d'honoraires dus à un médecin qui a donné ses soins à un assuré social notoirement indigent, régulièrement inscrit, est une difficulté relative à l'exécution de la loi sur les Assurances sociales ; par suite, conformément à la règle inscrite dans l'art. 63, parag. 1 de cette loi, la Commission des Assurances sociales est compétente pour en connaître, et non la juridiction administrative.

(*Tribunal des Conflits, arrêts précités*).

Le Gérant : R. THIRON   Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.

LE CONCOURS MÉDICAL

Documentation Professionnelle Permanente

DU MÉDECIN PRATICIEN



LES PRESCRIPTIONS MÉDICAMENTEUSES

SOMMAIRE

INTRODUCTION

Nous conformant au principe que nous avons adopté pour la présentation nouvelle du supplément documentaire du « Concours Médical », *nous avons établi, à l'occasion du décret du* 9 *novembre* 1937 (J. O. *du* 17 *novembre*) *modifiant la législation sur les substances vénéneuses, une étude d'ensemble, qui veut être à la fois complète et actuelle, sur les règles régissant les prescriptions médicamenteuses.*

Nous avons tenu tout d'abord à rappeler dans une première partie, très courte, les principes posés par la loi du 21 Germinal, an XI sur la police de la pharmacie, principes dont un respect plus poussé ne pourrait avoir qu'une heureuse influence sur la disparition de l'exercice illégal et du charlatanisme.

Dans notre seconde partie, a été dressé le tableau des textes concernant la détention, le commerce, et l'usage des substances toxiques et vénéneuses. Nous avons ainsi rappelé le texte de la loi de base du 12 *juillet* 1916, *les sanctions spéciales prévues à ce sujet, à l'encontre des médecins par la loi du* 30 *novembre* 1892, *et le décret d'application du* 14 *septembre* 1916, *établissant les tableaux A, B et C, dans lequel nous avons intégré le récent décret modificatif du* 9 *novembre, occasion de cette mise au point. Nous ne saurions mieux faire, pour résumer les dispositions générales de ce texte, et les innovations qu'il apporte en la matière, que de publier la partie principale du rapport au Président de la République qui l'accompagnait :*

« La loi du 12 *juillet* 1916, *ainsi que le décret du* 14 *septembre* 1916, *ont permis de classer ces substances vénéneuses en trois catégories correspondant à leur degré de toxicité. »*

« L'arsenal thérapeutique, d'une part, les industries agricoles, d'autre part, utilisent depuis cette époque, un certain nombre de produits toxiques, dont le commerce doit être soumis aux prescriptions nécessaires pour éviter les inconvénients résultant de leur emploi sans contrôle. Ces substances comprennent divers produits employés en médecine, et notamment les dérivés de la malonylurée (gardénal, véronal, etc.), dont la vente, non spécialement réglementée, offre les plus grands inconvénients ; elles comprennent également divers produits anesthésiques locaux. »

« Ces différents produits figureraient désormais

au tableau C prévu par le décret du 14 septembre 1916, modifié par le décret du 20 mars 1930. A ce même tableau A, figureraient également les produits radioactifs, qui sont de plus en plus utilisés en thérapeutique. Ces produits ne pourront, en raison de leurs propriétés spéciales, être vendus sans prescription médicale. »

« Les produits agricoles et industriels à faire figurer au tableau C sont : ou bien des sels métalliques employés pour la destruction de certains insectes, au même titre que les arsenicaux, ou bien des produits organiques employés en teinture. »

« L'inscription au tableau de ces substances a été demandée par différents syndicats médicaux et pharmaceutiques. »

« La Commission du Codex, le Conseil supérieur d'hygiène publique de France, l'Académie de médecine ont également demandé ces inscriptions. L'Académie de médecine, d'ailleurs, a formulé aussi le vœu que différentes modifications soient apportées au décret du 14 septembre 1916 concernant la délivrance des substances inscrites au tableau A et au tableau C. »

« Ces modifications ont pour objet de soumettre à une réglementation plus stricte la délivrance des substances vénéneuses, soit sous forme de préparations magistrales, soit sous forme de médicaments préparés à l'avance. A cet effet, il semble utile d'appliquer aux substances figurant au tableau C, certaines prescriptions qui, jusqu'alors, s'appliquaient aux produits du tableau A. »

A ces textes réglementaires, nous avons ajouté pour les éclairer quelque peu, les Circulaires et arrêtés ministériels qui en précisent la portée, ainsi que certaines décisions de jurisprudence déterminant les conditions dans lesquelles un médecin peut se rendre coupable d'infraction à la loi sur les stupéfiants.

Dans une autre section de cette deuxième partie, nos lecteurs trouveront le texte fondamental en matière de sérums thérapeutiques, à savoir la loi du 14 juin 1934, ainsi que divers arrêtés d'application que le médecin a intérêt à connaître, tant au point de vue scientifique qu'au point de vue professionnel.

Enfin, dans cette dernière partie, nous avons étudié les particularités apportées aux règles concernant les prescriptions médicamenteuses dans les différends cas de médecine sociale. Nous nous sommes particulièrement étendu sur le chapitre des Assurances sociales, et avons publié à cette occasion la liste des produits thérapeutiques injectables autorisés en vertu de la loi du 14 juin 1934, qui bénéficient d'un taux de remboursement de faveur de la part des Caisses d'assurances, et que les médecins traitants d'assurés sociaux ont ainsi intérêt à connaître.

I. — Règles générales

Loi du 21 Germinal an XI sur la police de la pharmacie

(*Extraits*)

ART. 32. — **Les pharmaciens ne pourront livrer et débiter des préparations médicinales ou drogues composées quelconques que d'après la prescription qui en sera faite par des docteurs en médecine ou en chirurgie, ou par des officiers de santé et sur leur signature.**

Ils ne pourront vendre aucun remède secret. Ils se conformeront pour les préparations et compositions qu'ils devront exécuter et tenir dans leur officine, aux formules insérées et décrites dans les Dispensaires ou formulaires qui ont été rédigés ou qui le seront dans la suite par les Ecoles de médecine. Ils ne pourront faire, dans les mêmes lieux, ou officines, aucun autre commerce ou débit que celui des drogues ou préparations médicinales.

« La vente au public de médicaments ou produits jouissant de propriétés curatives ou préventives, dans tous les lieux publics, dans les maisons privées et dans les magasins autres que les officines de pharmacie, est rigoureusement interdite.

« La même interdiction s'applique également à la vente des plantes médicales, mélangées ou non, dans tous les lieux publics, dans les maisons privées et dans les magasins autres que les officines de pharmacie et les herboristeries.

« Il est également interdit aux pharmaciens et aux herboristes de solliciter habituellement, auprès du public, des commandes, soit par l'intermédiaire de préposés ou de courtiers, soit par des dépôts de commandes à caractère commercial et de procéder, par les mêmes moyens ou par des services réguliers et organisés, au trafic ou à la distribution à domicile des produits dont la commande aurait été ainsi sollicitée. » (1).

ART. 33. —. Les épiciers et droguistes ne pourront vendre aucune composition ou préparation pharmaceutique sous peine de *cinq cents francs* d'amende. Ils pourront continuer de faire le commerce en gros de drogues simples, sans pouvoir néanmoins en débiter aucune au poids médicinal.

---

(1) Ces trois dernier s paragraphes ont été ajoutés par la loi du 4 septembre 1936, qui puni toute contravention à ses dispositions d'une amende de 25 francs à 1.000 francs, qui sera doublée en cas de récidive.

II. — Règles relatives à certains moyens thérapeutiques

1° Substances toxiques et vénéneuses

a) Législation

Loi du 12 juillet 1916 (modifiée par celle du 13 juillet 1922) concernant le commerce, la détention et l'usage des substances vénéneuses, notamment l'opium, la morphine et la cocaïne

ART. 1er. — Les contraventions aux règlements d'administration publique sur la vente, l'achat et l'emploi des substances vénéneuses sont punies d'une amende de cent à trois mille francs (100 à 3.000 francs) et d'un emprisonnement de six jours à deux mois ou de l'une de ces deux peines seulement.

ART. 2. — Seront punis d'un emprisonnement de trois mois à deux ans et d'une amende de mille à dix mille francs (1.000 à 10.000 francs) ou de l'une de ces deux peines seulement ceux qui auront contrevenu aux dispositions de ces règlements concernant les stupéfiants tels que : opium brut et officinal ; extraits d'opium ; morphine et autres alcaloïdes de l'opium (à l'exception de la codéine), de leurs sels et leurs dérivés ; cocaïne ses sels et ses dérivés ; haschich et ses préparations.

« Seront punis des mêmes peines ceux qui auront usé en société desdites substances ou en auront facilité à autrui l'usage à titre onéreux ou à titre gratuit, soit en procurant dans ce but un local, soit par tout autre moyen.

« Les tribunaux pourront, en outre, prononcer la peine de l'interdiction des droits civiques pendant une durée d'un à cinq ans.

« Les tribunaux devront prononcer l'interdiction de séjour, pendant cinq ans au moins et dix ans au plus, contre les individus reconnus coupables d'avoir facilité à autrui l'usage desdites substances soit en procurant dans ce but un local, soit par tout autre moyen. (*L.*, 13 juillet 1922).

ART. 3. — **Seront punis des peines prévues en l'article 2 :**

Ceux qui, au moyen d'ordonnances fictives, se seront fait délivrer ou auront tenté de se faire délivrer l'une des substances vénéneuses visées audit article ;

Ceux qui sciemment, auront, sur la présentation de ces ordonnances, délivré lesdites substances, ainsi que les personnes qui auront été trouvées porteurs, sans motif légitime, de l'une de ces mêmes substances.

ART. 4. — Dans tous les cas prévus par la présente loi, les tribunaux pourront ordonner la confiscation des substances saisies.

Dans les cas prévus au premier paragraphe de l'article 2 et au deuxième paragraphe de l'article 3, les tribunaux pourront ordonner la fermeture, pendant huit jours au moins, de l'établissement dans lequel le délit a été constaté ; si la peine d'emprisonnement est prononcée, l'établissement où le délit aura été constaté sera fermé, de plein droit, pendant toute la durée de l'emprisonnement.

Toutefois, la confiscation des substances saisies et la fermeture de l'officine pharmaceutique où le délit a été constaté ne pourront être prononcées dans le cas où le pharmacien n'est qu'un gérant responsable, à moins que le propriétaire de l'officine n'ait fait acte de complicité.

Dans les cas prévus au deuxième paragraphe de l'article 2, les tribunaux devront ordonner la confiscation des substances, ustensiles, matériel saisis, des meubles et effets mobiliers dont les lieux seront garnis et décorés, ainsi que la fermeture, pendant un an au moins, du local de l'établissement où le délit aura été constaté sans toutefois, que la durée de ladite fermeture, soit inférieure à la durée de l'emprisonnement prononcé.

Les locaux où l'on use en société des stupéfiants sont assimilés aux lieux livrés notoirement aux maisons de jeu ou à la débauche en conformité de l'article 10 du décret des 19-22 juillet 1791. (*L.*, 13 juillet 1922.)

ART. 5 — Les peines seront portées au double, en cas de récidive, dans les conditions de l'article 58 du Code pénal.

ART. 6. — L'article 463 du Code pénal sera applicable.

Loi du 30 novembre 1892 complétée par la loi du 15 juillet 1929

ART. 25. — **La suspension temporaire ou l'incapacité absolue de l'exercice de la profession peuvent être prononcés par les cours et tribunaux, accessoirement à la peine principale, contre tout médecin, officier de santé, dentiste ou sage femme qui est condamné :**

....

2° A une peine correctionnelle pour crimes et délits prévus par l'article 2 de la loi du 12 juillet 1916, pour avoir facilité à autrui l'usage des stupéfiants à titre onéreux ou à titre gratuit.

Décret du 14 septembre 1916 modifié par les décrets des 20 mars 1930 et 9 novembre 1937, concernant le commerce, la détention et l'usage des substances vénéneuses, notamment l'opium, la morphine et la cocaïne

Art. 1er. — Les substances vénéneuses sont, en ce qui concerne l'importation, l'achat, la vente, la détention et l'emploi, soumises à des régimes distincts selon qu'elles sont classées dans les tableaux A, B ou C, annexés au présent décret.

TITRE Ier

Substances classées dans le tableau A

. . . .

Chapitre II

Régime des substances du tableau A lorsqu'elles sont destinées à la médecine humaine

Art. 16. — **Les substances du tableau A ne peuvent être délivrées sous une forme quelconque :**

1° Pour l'usage de la médecine humaine, que par les pharmaciens ou par les médecins légalement autorisés à fournir les médicaments à leurs clients ;

2° Pour l'usage de la médecine vétérinaire, que par les pharmaciens et, sous les réserves prévues à l'article suivant, par les vétérinaires diplômés.

. . . .

Art. 18. — Les pharmaciens, les médecins et vétérinaires sont soumis aux conditions prescrites par les articles 3 et 4 en ce qui concerne la détention desdites substances.

Toutefois, il leur est défendu de détenir dans les armoires visées à l'article 3 d'autres substances que celles mentionnées aux tableaux A et B.

Voici les dispositions des articles 3 et 4 visés par l'article 18 :

Art. 3. — Quiconque détient une ou plusieurs desdites substances, en vue de la vente ou de l'emploi pour un usage industriel ou agricole, doit les placer dans des armoires fermées à clef ou dans des locaux où n'ont pas librement accès les personnes étrangères à l'établissement.

Les armoires ou locaux visés au précédent paragraphe peuvent contenir d'autres substances, à l'exclusion de celles destinées à l'alimentation de l'homme ou des animaux.

. . . .

Art. 4. — Il est interdit de détenir en vue de la vente, de vendre, de livrer, d'expédier ou de faire circuler ces substances autrement que renfermées dans des enveloppes ou récipients portant inscrit le nom des dites substances, tel qu'il figure dans le tableau annexé au présent décret.

Cette inscription doit être faite en caractères noirs très apparents sur une étiquette rouge orangé, fixée de telle sorte qu'elle ne puisse être involontairement détachée.

L'inscription ci-dessus visée doit être accompagnée de la mention « *Poison* » sur une bande de même couleur faisant le tour de l'enveloppe ou du récipient.

Les fûts, vases ou autres récipients, ainsi que les enveloppes ayant servi à contenir ces substances, ne doivent en aucun cas être employés à recevoir des produits destinés à l'alimentation de l'homme ou des animaux.

. . . .

Art. 19. — **Les pharmaciens ne peuvent délivrer lesdites substances, pour l'usage de la médecine humaine ou vétérinaire, que sur la prescription d'un médecin ou d'un vétérinaire.**

Toutefois, ils peuvent délivrer, sur la prescription d'un chirurgien-dentiste ou d'une sage-femme diplômée, celles desdites substances dont la liste sera fixée par arrêté du ministre de l'Intérieur.

Art. 20. — **L'auteur de la prescription est tenu, sous les sanctions prévues par la loi du 19 juillet 1845, de la dater, de la signer et de mentionner lisiblement son nom et son adresse, d'énoncer, en toutes lettres, les doses de substances vénéneuses prescrites et d'indiquer le mode d'administration du médicament.**

Art. 21 — (*Décret du* 9 *novembre* 1937). **Le pharmaciens peuvent renouveler l'exécution des ordonnances prescrivant des substances du tableaus A, mais seulement après un délai déterminé par le mode d'administration indiqué sur la prescription par son auteur et sous les réserves ci-après :**

Ne peut être renouvelée, ni par le pharmacien qui y a procédé pour la première fois, ni par toute autre pharmacien, l'exécution des ordonnances sur lesquelles l'auteur de la prescription a mentionné l'interdiction du renouvellement.

Ne peuvent être exécutées à nouveau, à moins d'indication contraire de l'auteur de la prescription :

1° Les ordonnances prescrivant lesdites substances, soit en nature, soit sous forme de solutions destinées à des injections sous-cutanées ;

2° Les ordonnances prescrivant, sous forme de préparations destinées à être absorbées par la voie stomacale et quelle qu'en soit la dose, les cyanures de mercure ou de potassium, l'aconitine ou ses sels la digitaline, la strophantine, la vératrine ou ses sels ;

3° Les ordonnances prescrivant, sous forme de préparations destinées à être absorbées par la voie stomacale, et à une dose supérieure à celle indiquée dans le codex comme dose maximum pour vingt-quatre heures, des substances du tableau A autres que celles désignées au précédent paragraphe.

Toutefois, les pharmaciens peuvent renouveler les ordonnances ne portant pas de mention spéciale et prescrivant en nature, mais à dose

n'excédant pas cinq grammes, le laudanum ou la teinture de noix vomique ;

ART. 22. — Les pharmaciens doivent inscrire les ordonnances prescrivant lesdites substances sur un registre spécial de vente tenu dans les conditions fixées par l'article 6 du présent décret. Ils sont soumis aux mêmes obligations en ce qui concerne les livraisons de médicaments qu'ils sont autorisés à faire dans les conditions prévues aux articles 27 et 28.

Toutefois, pour les ventes sur ordonnances ils ne sont pas obligés d'inscrire le nom de l'acheteur, mais ils doivent mentionner le nom et l'adresse de l'auteur de la prescription.

Les renouvellements d'une nouvelle ordonnance doivent être mentionnés sur le registre, le jour de chaque renouvellement, sous un nouveau numéro d'ordre. Cette inscription peut consister en la seule indication du numéro sous lequel l'ordonnance a été primitivement inscrite.

Les pharmaciens sont autorisés à transcrire dans les mêmes conditions sur leur registre spécial de vente les ordonnances médicales qui ne comportent pas la délivrance de substances vénéneuses.

Ils ne doivent rendre les ordonnances prescrivant les substances visées au présent titre que revêtues du timbre de leur officine après y avoir indiqué le numéro sous lequel la prescription a été inscrite sur leur registre de vente, ainsi que la date de cette inscription.

Ils sont tenus de conserver l'ordonnance lorsque, par application des dispositions de l'article 21, celle-ci ne peut être renouvelée.

Lorsqu'ils conservent l'ordonnance, ils doivent en remettre à l'intéressé une copie intégrale datée et signée par eux, portant le timbre de leur officine et mentionnant le numéro sous lequel la prescription est inscrite à leur registre.

Les ordonnances retenues par les pharmaciens doivent être conservées par eux pendant trois ans pour être représentées à toute réquisition de l'autorité compétente.

ART. 23 — (*Décret du* 9 *novembre* 1937). Les pharmaciens, médecins et vétérinaires doivent apposer sur tout médicament délivré par eux et contenant une ou plusieurs substances du tableau A, une étiquette indiquant, avec leur nom et leur adresse, le numéro d'ordre sous lequel la prescription est inscrite sur leur registre spécial, ainsi que la voie et le mode d'administration indiqués sur la prescription.

Cette étiquette est de couleur rouge orangé et porte la mention : « Toxique. — Ne pas dépasser la dose prescrite », soit quand il s'agit des substances du tableau A délivrées en nature, ou, en préparations à diluer avant l'emploi, pour être administrées par la voie buccale, soit quand il s'agit de ces mêmes substances délivrées sous une forme quelconque, pour être administrées par toute autre voie, à l'exception des applications sur la peau.

Cette étiquette est de couleur rouge orangé et porte la mention : « Poison », suivie des mots : « Usage externe », quand il s'agit des substances du tableau A délivrées sous une forme quelconque pour être administrées en applications sur la peau.

Lorsqu'il s'agit de médicaments destinés à la médecine vétérinaire, l'étiquette est, de couleur rouge orangé et doit, dans tous les cas, porter la mention : « Usage vétérinaire » et le mot : « Poison » ;

. . . .

ART. 26. — Lorsque les médicaments destinés à la médecine humaine ou vétérinaire et renfermant une ou plusieurs des substances visées au présent titre, sont préparés et divisés à l'avance en vue de la vente au public, les enveloppes et récipients qui renferment ces médicaments doivent être revêtus d'une étiquette indiquant le nom desdites substances, tel qu'il figure au tableau A, ainsi que la dose, en toutes lettres, de chacune de ces substances contenue dans 100 grammes de la préparation.

A l'exception des prescriptions de l'article 18, toutes les dispositions qui précèdent sont applicables au commerce desdites préparations.

Lors de la délivrance au public de médicaments préparés à l'avance et contenant des substances figurant au tableau A, les médecins, pharmaciens et vétérinaires qui délivrent ces substances, sont tenus d'apposer sur l'enveloppe extérieure une étiquette portant leur nom, leur adresse, le numéro de registre spécial de vente sous lequel est inscrit le médicament et le mode d'administration qui doit être indiqué sur la prescription conformément à l'article 20 (*Décret du* 9 *novembre* 1937.)

. . . .

ART. 28. — Un arrêté du ministre de l'Intérieur énumérera les substances vénéneuses que les pharmaciens peuvent délivrer dans les conditions fixées par l'article précédent aux chirurgiens-dentistes et aux sages-femmes pour l'exercice de leur profession.

ART. 29. — **Les dispositions du présent chapitre ne sont pas applicables aux préparations médicamenteuses renfermant des substances du tableau A à des doses trop faibles pour que lesdites préparations puissent être soumises à la présente réglementation.**

Ces doses seront fixées, pour chacune de ces substances par arrêté du ministre de l'Intérieur, pris sur l'avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France. Cet arrêté sera inséré au Codex.

TITRE II

Substances classées dans le tableau B

ART. 30. — **Les articles qui précèdent sont applica-**

bles à l'importation, à l'achat, à la vente, à la détention et à l'emploi des substances classées dans le tableau B, en tant que leurs dispositions ne sont pas contraires à celles du présent titre.

ART. 31. — . . . .

Il est interdit à quiconque n'y a pas été autorisé, conformément aux dispositions du présent article d'acheter ou de se faire délivrer ces substances autrement que sur ordonnance de tout praticien habilité par les règlements en la matière à les prescrire pour des usages thérapeutiques et dans les conditions spéciales fixées au présent décret.

Toutefois, cette interdiction n'est pas applicable aux laboratoires et établissements désignés après avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, par des arrêtés du ministre chargé de l'hygiène publique, qui déterminent en même temps que les conditions dans lesquelles lesdites substances peuvent être remises à ces laboratoires et établissements, les quantités maxima qu'ils sont autorisés à se faire livrer.

. . . .

ART. 33. — Les substances du tableau B ne peuvent être détenues en vue de la vente, circuler, être importées ou exportées que si les enveloppes ou récipients qui les renferment directement sont revêtus de l'étiquette et de la bande prescrites à l'article 4. Cette étiquette porte outre le nom de la substance tel qu'il figure dans le tableau B, l'indication de la quantité de la substance contenue, le nom et l'adresse du vendeur, ainsi qu'un numéro de référence pour chaque enveloppe ou récipient.

Lorsqu'il s'agit de médicaments magistraux ou de médicaments préparés et divisés à l'avance en vue de la vente au public, l'étiquette doit indiquer la dose en toutes lettres de la ou des substances contenues dans 100 grammes de la préparation et porter les mentions prévues à l'article 23.

Les enveloppes extérieures des colis d'expédition sont revêtues de la bande et de l'étique'te indique la ou les substances contenues, la quanrouge orangé prescrites à l'article 4. L'étiquette tité totale incluse, le numéro d'ordre du registre prévu à l'article suivant, ainsi que les noms et adresses de l'expéditeur et du destinataire.

Sont dispensés de la bande et de l'étiquette rouge orangé prescrites au paragraphe précédent les colis ayant fait l'objet d'une déclaration de sortie en douane.

Dans ce cas, les enveloppes extérieures doivent porter les noms et adresses de l'expéditeur et du destinaitaire, ainsi que le numéro d'ordre du registre.

Sauf en ce qui concerne les feuilles de coca, le détenteur des substances classées au tableau B doit les conserver dans des armoires ou locaux fermés à clef. Ces armoires ou locaux ne peuvent contenir d'autres substances que celles qui figurent aux tableaux A et B. Toute quantité trouvée en dehors desdites armoires ou locaux sera saisie.

Il est interdit d'insérer dans les plis ou paquets transportés par la poste l'une quelconque des substances ou préparations inscrites au tableau B. Toutefois, l'interdiction ne s'applique pas aux renvois de l'espèce effectués dans un but médical pour les pays qui ne les admettent à cette condition. Dans ce cas, les envois ne peuvent être faits que sous la forme de « boîtes avec valeur déclarée », conformément aux dispositions du décret du 12 décembre 1928.

Sauf arrangement contraire entre les pays intéressés, il est interdit d'insérer dans les colis postaux l'une quelconque des substances ou préparations inscrites au tableau B. Toutefois, cette interdiction ne s'applique pas aux renvois de cette nature effectués dans un but médical à destination des pays qui les admettent à cette condition.

ART. 34. — Tout achat ou toute cession même à titre gratuit, desdites substances doit être inscrit sur un registre spécial aux substances du tableau B côté et paraphé par le maire ou commissaire de police. L'autorité qui vise ce registre spécial doit se faire représenter l'autorisation délivrée à l'intéressé. Elle mentionne sur la première page dudit registre, la date à laquelle cette autorisation a été donnée.

L'inscription sur le registre de chacune de ces opérations reçoit un numéro d'ordre qui peut s'appliquer à tous les produits contenus dans une même réception ou livraison. Elle doit être faite sans aucun blanc, rature ni surcharge au moment même de la réception ou de la livraison.

Elle indique les nom, profession et adresse soit de l'acheteur, soit du vendeur ainsi que la quantité du produit avec le nom sous lequel il est inscrit au tableau B et le numéro de référence prévu à l'article précédent. Pour les préparations, les mêmes indications sont inscrites ainsi que la quantité de la ou des drogues simples du tableau B qui y sont contenues.

Pour l'achat ou la réception, le numéro de référence donné par le vendeur au produit livré est, en outre mentionné sur le registre.

Dans le cas de revente d'un produit ou d'une préparation dans un emballage revêtu d'un cachet d'origine, le ou les numéros de référence portés sur l'étiquette d'origine sont mentionnés sur le registre.

Les dispositions du présent article sont imposées à quiconque est autorisé à fabriquer, à transformer, à acheter ou à vendre lesdites substances dans les conditions fixées à l'article 31, notamment aux pharmaciens, médecins et vétérinaires, aux importateurs et aux exportateurs, aux producteurs indigènes pour leurs ven-

tes, ainsi qu'aux commissionnaires en marchandises.

Toutefois, les pharmaciens sont autorisés, pour les ventes sur ordonnances, à n'inscrire que chaque mois, sur le registre spécial, le relevé totalisé des quantités desdites substances qui figurent pour ledit mois au registre de vente prévu par l'article 22, et sur lequel ils doivent alors inscrire le nom et l'adresse des personnes auxquelles ils ont délivrés ces substances.

En ce qui concerne les industriels, les quantités mises en fabrication sont inscrites au registre au même titre que les livraisons et les quantités des produits obtenus au même titre que les réceptions.

Art. 36. — Le registre prévu à l'article 34 doit être conservé pendant dix années pour être représenté à toute réquisition de l'autorité compétente.

Le vendeur n'est exonéré des quantités reçues que dans la mesure soit des ventes par lui effectuées et inscrites audit registre, soit de la décharge donnée dans les conditions de l'article précédent.

Art. 37. — Exception faite pour la délivrance en vue des usages thérapeutiques et sur ordonnance, il est interdit de vendre ou de délivrer lesdites substances quiconque ne justifie pas qu'il a satisfait aux conditions de l'article 31 du présent décret (*concernant l'autorisation ministérielle pour toutes opérations commerciales ou industrielles relatives à ces substances*).

Art. 38. — **Il est interdit aux pharmaciens de renouveler aucune ordonnance prescrivant des substances du tableau B soit en nature, soit sous forme de solution destinées à des injections sous-cutanées.**

La même interdiction s'applique aux ordonnances prescrivant des poudres composées à base de cocaïne ou de sel renfermant ces substances dans une proportion supérieure à un pour mille, ainsi qu'aux ordonnances prescrivant des préparations destinées à être absorbées par la voie stomacale et contenant des substances du tableau B à une dose les faisant tomber sous le paragraphe 2 dudit tableau.

Par dérogation à cette dernière disposition, peuvent être renouvelées les ordonnances prescrivant des préparations destinées à être absorbées par la voie stomacale et ne contenant pas plus de 250 milligrammes d'opium officinal, ni plus de 25 milligrammes de morphine, de benzoylmorphine, d'hydrocodéinone, de dihydroxycodéinone, de cocaïne, ainsi que les ordonnances prescrivant en nature le laudanum à une dose n'excédant pas 5 grammes.

Les pharmaciens peuvent délivrer aux praticiens légalement habilités à les prescrire pour les usages thérapeutiques les substances du tableau B nécessaires à l'exercice de leur profession, dans les conditions et sous les réserves fixées aux articles 27 et 28.

Ces pharmaciens ne peuvent délivrer ces substances qu'à des praticiens domiciliés dans la commune ou dans les communes contiguës, lorsque celles-ci sont dépourvues d'officine.

Il est interdit aux pharmaciens de délivrer à ces praticiens aucune de ces substances en nature.

Les pharmaciens doivent conserver, pendant trois ans, pour être représentées à toute réquisition de l'autorité compétente, les demandes émanant des médecins, des vétérinaires, des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes, et en adresser un relevé à la fin de chaque trimestre au préfet de leur département.

Art. 39. — **Il est interdit aux médecins de rédiger et aux pharmaciens d'exécuter des ordonnances prescrivant pour une période supérieure à sept jours, les substances du tableau B, lorsque la composition des préparations prescrites correspond aux conditions d'interdiction édictées par l'article précédent.**

TITRE III

Substances classées dans le tableau C

Art. 41. — Quiconque détient, en vue de la vente, des substances inscrites au tableau C est tenu de les placer dans ses magasins, de manière qu'elles soient séparées des substances non dangereuses et notamment des produits destinés à l'alimentation de l'homme et des animaux.

Lesdites substances doivent être renfermées dans des récipients ou enveloppes portant une inscription indiquant le nom de la substance, tel qu'il figure au tableau annexé et entourés d'une bande de couleur verte avec le mot « *Dangereux* » inscrit en caractères très apparents.

Ces substances ne peuvent être délivrées aux acheteurs que contenues dans des récipients ou enveloppes portant, outre le nom de la substance, le nom et l'adresse du vendeur, et entourés de la bande verte mentionnée dans le précédent paragraphe.

Art. 42. (*Décret du* 9 *novembre* 1937). — **Lesdites substances ou les préparations qui les contiennent ne peuvent être délivrées pour l'usage de la médecine humaine ou vétérinaire que dans les conditions prescrites aux articles 16, 17 et 19.**

Elles ne seront délivrées que dans des enveloppes ou récipients portant une étiquette mentionnant le nom et l'adresse du vendeur, le numéro d'inscription au registre spécial de vente ainsi que la voie et le mode d'administration du médicament indiqué sur la prescription » ;

Art. 43. (*Décret du* 9 *novembre* 1937). — Les dispositions des articles 22, 24, 25, 26 et 29 sont applicables aux substances du tableau C et aux préparations qui en contiennent.

Lorsque les pharmaciens, médecins ou vétérinaires délivrent des substances du tableau C, soit en nature ou en préparation à diluer

avant l'emploi pour être administrées par la voie buccale, soit sous une forme quelconque pour être administrées par toute autre voie, à l'exception des applications sur la peau, ils doivent apposer sur chaque enveloppe ou récipient, une étiquette de couleur verte portant la mention : « A employer avec précaution ».

Lorsqu'ils délivrent ces substances pour être administrées sous une forme quelconque, en applications sur la peau, ils doivent apposer sur chaque enveloppe ou récipient une étiquette de couleur verte portant la mention : « Dangereux » suivie des mots ; « Usage externe ».

Ils peuvent renouveler l'exécution des ordonnances prescrivant des substances du tableau C ou des préparations qui les contiennent, mais seulement après un délai déterminé par le mode d'administration indiquée sur la prescription par son auteur.

Lorsque les pharmaciens ou les vétérinaires délivrent lesdites substances pour la médecine vétérinaire soit en nature, soit sous forme de préparations, ils doivent apposer sur les enveloppes ou récipients une étiquette de couleur verte portant l'inscription : « Usage vétérinaire, Dangereux ».

Ces dispositions sont applicables au commerce des médicaments préparés et divisés à l'avance en vue de la vente au public et renfermant les substances du tableau C.

Art. 44. — Les teintures et lotions pour cheveux, les fards, cosmétiques et produits de toilette préparés avec des substances du tableau C ne peuvent être détenus en vue de la vente, mis en vente ou vendus que dans des récipients portant une étiquette indiquant le nom desdites substances entrant dans leur composition et revêtus, en outre, de la bande de couleur verte avec le mot « *Dangereux* » prévue à l'article précédent.

TITRE IV

Dispositions générales

Art. 45. — Concurremment avec les inspecteurs chargés de procéder aux visites prescrites par les articles 29, 30 et 31 de la loi du 21 germinal an XI, modifiés par la loi du 25 juin 1908, les maires et les commissaires de police doivent veiller à l'exécution des dispositions qui précèdent.

Ils ont qualité pour visiter, avec l'assistance de l'inspecteur institué par l'article 2 du décret du 5 août 1908, ou, en cas d'empêchement de celui-ci, avec le concours d'un pharmacien désigné par le préfet, les officines des pharmaciens, les dépôts de médicaments tenus par les médecins et les vétérinaires, ainsi que les entrepôts et magasins des droguistes et des commissionnaires en marchandises trafiquant de ces substances, les laboratoires où elles sont traitées pour en extraire les alcaloïdes ou pour les transformer en préparations pharmaceutiques, les magasins des herboristes et épiciers, des coiffeurs et parfumeurs, et, d'une façon générale, conformément à la loi du 25 juin 1908, tous les lieux où sont fabriqués, entreposés ou mis en vente des produits médicamenteux ou hygiéniques.

Art. 46. — L'autorité qui procède à l'inspection exige la production du récépissé de la déclaration qui a dû être faite en exécution de l'article 2, ou s'il y a lieu de l'article 31 du présent décret. Si cette justification n'est pas apportée, les produits trouvés en contravention sont saisis, et si, parmi eux, la présence d'une ou plusieurs substances du tableau C est constatée, la fermeture de l'établissement est ordonnée par le préfet.

Si la déclaration est produite, l'autorité qui procède à la visite s'assure que les registres prescrits sont régulièrement tenus et que leurs énonciations concordent avec les quantités existantes.

Dans le cas d'infractions pouvant entraîner l'application des peines prévues à l'article 1er de la loi du 19 juillet 1845, modifiée et complétée par la loi du 12 juillet 1916, procès-verbal sera dressé des constatations et opérations effectuées. Ce procès-verbal est transmis sans délai au procureur de la République, par l'autorité qui a procédé aux constatations ; copie dudit acte est adressée par elle au préfet.

TABLEAU A

Acide arsénieux et acide arsénique.
Acide cyanhydrique.
Aconit (feuille, racine, extrait et teinture).
Aconitine et ses sels. — Adrénaline.
Apomorphine et ses sels.
Arécoline et ses sels.
Arséniates et arsénites. — Atropine et ses sels.
Bains arsenicaux.
Belladone (feuille, racine, poudre et extrait).
Benzoate de mercure.
Bichlorure de mercure.
Biiodure de mercure. — Bromoforme.
Brucine et ses sels.
Cantharides entières, poudre et teinture.
Cantharidine et ses sels. — Chloroforme.
Ciguë (fruit, poudre et extrait).
Codéine et ses sels.
Colchiéine et ses sels.
Colchique (semence et extrait).
Conine et sels. — Coque du Levant.
Curare et curarine. — Cyanures métalliques.
Digitale (feuille, poudre et extrait).
Digitaline. — Duboisine et ses sels.
Emétique. — Ergotinine.
Ergot de seigle.
Esérine et ses sels.
Extrait d'ergot de seigle (ergotine).
Extrait fluide d'ergot de seigle.
Fèves de Saint-Ignace.
Gouttes amères de Baumé.
Hématropine et ses sels. — Huile de croton.
Huile phosphorée. — Hydrastine.
Hydrastinine et ses sels.
Hyoscyamine et ses sels.
Juniperus phœnicea (feuille, poudre, essence).
Jusquiame (feuille, poudre, extrait).
Liqueur de Fowler.
Nicotine et ses sels. — Nitrates de mercure.

Nitroglycérine.
Noix vomique (poudre, extrait et teinture).
Oxydés de mercure.
Paquets de sublimé corrosif.
Pavot, papaver somniferum (capsules sèches).
Phosphore. — Phosphure de calcium.
Phosphure de zinc. — Picrotoxine.
Pilocarpine et ses sels.
Rue (feuille, poudre et essence).
Sabine (feuille, poudre et essence).
Scopolamine et ses sels.
Stramoine (feuille, poudre et extrait).
Strophantine et ses sels.
Strophantus (semence, extrait et teinture).
Strychnine et ses sels. — Sulfures d'arsenic.
Topiques à l'huile de croton.
Vératrine et ses sels.

(Substances ajoutées par le décret du 9 novembre 1937)

a) Arsenic (triiodure de) ;
b) Fève de calabar ;
c) Trinitroglycérine ;
d) Yohimbine ((chlorhydrate de) ;
e) Les radioéléments de la série de l'uranium et du radium, de la série de l'actinium, de la série du thorium et de leurs sels, à l'exclusion des eaux naturelles radioactives et des boues naturelles radioactives.

Les produits intermédiaires ou résidus radioactifs de la préparation de ces sels ;

f) Les préparations de toutes natures rendues radioactives par incorporation de radioéléments d'eaux ou de boues naturelles radioactives, ou par tous autres procédés.

TABLEAU B

1° Opium brut.

Poudre d'opium.
Extrait d'opium.
Morphine et ses sels.
Dicétylmorphine et ses sels.
Benzoylmorphine set sels.
Hydrocodéinone et ses sels.
Diahydroxycodéinone et ses sels.
Feuilles de coca.
Cocaïne brute.
Ecgonine.
Cocaïne et ses sels.
Chanvre indien.
Préparation résine de chanvre indien à base de résine de chanvre indien.
Extrait et teinture de chanvre indien ;

2° Toutes préparations figurant ou non dans une pharmacopée et contenant :

de la diacétylmorphine, quelle que soit la proportion.

de la cocaïne en proportion dépassant un millième.

De la morphine ou benzoylmorphine ou de l'hydrocodéinone ou de la dihydroxycodéinone en proportion dépassant deux millièmes.

TABLEAU C

Acétates de plomb cristallisés et préparations qui les contiennent.
Acétates (sous-) de plomb liquide.
Acide acétique cristallisable.
Acide chlorhydrique. — Acide chromique.
Acide nitrique. — Acide oxalique.
Acide sulfurique.
Acide sulfurique alcoolisé (eau de Rabel).
Alcoolature d'aconit. — Amidophénol.
Ammoniaque. — Amidorésorcine.
Brome.
Carbonate de plomb et préparations qui le contiennent.
Caustique au chlorure d'antimoine.
Caustique au chlorure de zinc (pâte de Canquoin).
Caustique de potasse et de chaux (poudre de Vienne.
Chloral hydraté.
Chlorure d'antimoine.
Chlorure de zinc et la solution du Codex.
Composés organiques de l'arsenic.
Crésklol et crésylate de soude.
Diamidophénol. — Diamidorésorcine.
Eau distillée de laurier-cerise.
Eau de cuivre.
Essence de moutarde.
Formaldéhyde (Formol).
Huile de foie de morue phosphorée.
Huile grise. — Hydroquinone.
Iode et teinture d'iode.
Iodure de plomb.
Lessives de potasse et de soude.
Liqueur de Van Swieten.
Liqueur de Villatte.
Nitrate d'argent cristallisé et fondu, et préparations qui le contiennent.
Nitrate de plomb et préparations qui le contiennent.
Nitrite d'amyle. — Nitroprussiates.
Oxalates de potassium.
Papier au sublimé.
Pâtes phosphorées. — Pelletiérine et ses sels.
Phénol et phénates.
Phénylène-diamine (méta et para), et préparations qui les contiennent.

Pommade au sublimé corrosif.
Pommades à l'oxyde de mercure.
Potasse caustique.
Protochlorure de mercure (calomel ou précipité blanc).
Protoiodure de mercure. — Pyridine.
Pyrogallol.
Saccharine.
Scille (poudre, extrait et teinture).
Sirop d'aconit. — Sirop de belladone.
Sirop de biiodure de mercure ou de Gibert.
Sirop de digitale. — Sirop de morphine.
Sirop d'opium.
Soluté de peptonate de mercure (Codex).
Soude caustique. — Sulfate de mercure.
Sulfate de spartéine. — Sulfate de zinc.
Sulfure de mercure et préparation qui le contiennent.
Sulfocyanure de mercure.
Teinture de belladone.
Teinture de colchique.
Teinture de digitale.
Teinture d e jusquiame.
Tétrachlorure de carbone.

(*Substances ajoutées par le décret du 9 novembre* 1937)

a) Lobe postérieur d'hypophyse (soluté injectable de) ;

b) Dinitrophénols ;

c) Dérivés de la malonylurée et leurs sels ;

Acide cyclopenténynléthylbiturique ; diallylmalonyluréêe (dial) ; diéthylmalonylurée (véronal) ; dipropylmalonylurée (proponal) ; éthylbutylmalonynurée (sonéryl) ; éthylcyclohexexenylmalonylurée (phanodorme) ; éthylisoamylmalonylurée (amytal) ; isobutylmalonylurée (sandoptal) ; isopropylallylmalonylurée (numa) ; N. méthylcyclohexenylméthylmalonylurée (évipan) ; phényléthylmalonylurée (gardénal) ; éthylméthylbutylmalonylurée (nembutal);

d) Anesthésiques locaux :

Alpha-butyloxycinchoninate de diéthyl-éthylène diamine et ses sels (percaïne) ;

Para-béta-méthoxyéthyl-aminobenzoyl-pipéridinoéthanol et ses sels (dolantine) ;

Benzoyl - diméthylamino - diméthyléthyl - carbinol et ses sels (stovaïne) ;

Benzoyl - tétraméthyldiamino - diméthylé - thylcarbinol et ses sels (alypine) ;

Para - amino - benzoyl - diéthylaminoéthanol et ses sels (aldocaïne, allocaïne, carbaïne, dunacaïne, éthocaïne, hérocaïne, néocaïne, novocaïne, paracaïne, planocaïne, procaïne, scurocaïne, syncaïne) ;

Para-amino-benzoyl-disopropylaminoéthanol et ses sels ((isocaïne) ;

Para-amino-benzoyl-dibutylaminopropanol et ses sels (butine, butelline) ;

Cinnamyl-diéthylaminopropanol et ses sels (apothésine) ;

Benzoyl-2-éthylamino-3-phénylpropanol et ses sels (allocaïne) ;

Para - amino -benzoyl - 1 - diéthylamino -2 - méthyl-3-Butanol et ses sels (tutocaïne) ;

Para-amino-benzoyl-N-diathylleucinol et ses sels (panthésine) ;

Para-buthyl-amino-benzoyl-diméthylaminoéthanol et ses sels (pantocaïne) ;

1-Para-amino-benzoyl-2-diméthyl-3-diéthylamino-propanol et ses sels (larocaïne) ;

Penta-méthyl-benzoyl-oxypipéridine carbonate de méthyle et ses sels (eucaïne A) ;

Benzoyl-triméthyl-oxypipéridine et ses sels (eucaïne B) ;

Pseudo-cocaïne droite (sel de) (delcaïne) ;

e) Fluosilicates métalliques solubles ;

Fluosilicates métalliques insolubles et les produits qui en contiennent plus de 25 p. 100 ;

f) Préparations à base d'aniline pour teintures ;

g) Composés chlorés suivants et lotions pour cheveux qui en contiennent :

Dichlorométhane (chlorure de méthylène) ;
Alpha-dichloroéthane (chlorure d'éthylidène) ;
Béta-dichloroéthane (chlorure d'éthylène) ;
Alpha-trichloroéthane (méthylchloroforme) ;
Alpha-dichloroéthylène (dichlorure d'acétylidène) ;
Béta-dichloroéthylène (dichlorure d'acétylène);
Trichloroéthylène ;

h) Santonine ;
i) Vitamine D ;
j) Adonis Vernalis ;
k) Azotites métalliques ;
l) Coloquinte ;
m) Créosote ;
n) Gaïacol ;
o) Morelle noire ;
p) Picrique (acide) ;
q) Plomb (oxyde de) ;
r) Pommade mercurielle à parties égales ;
s) Pommade mercurielle belladonnée ;
t) Potassium (chromate acide de) ;
u) Hydroxyde de potassium (dissous) ;
v) Poudre d'oxyde de plomb fondu ;
w) Trioxyméthylène.

Arrêté du Ministre de la Santé publique, en date du 18 novembre 1937, concernant le commerce des médicaments renfermant des substances vénéneuses à doses faibles

(*J. O.* du 26 novembre, pages 12904 et suivantes).

Aux termes de cet arrêté ne sont pas applicables aux préparations médicamenteuses pour l'usage de la médecine humaine qui renferment des substances inscrites aux tableaux A, B et C,

en quantité et à des concentrations inférieures à celles indiquées dans des tableaux annexes :

1° Les dispositions des articles 18 et 21 à 27 du titre Ier du décret du 14 septembre 1916 (voir ci-dessus page 3712 et suivantes ;

2° Les dispositions des articles 31 à 34 et 36 à 39 du titre II de ce même décret (voir ci-dessus page 3714 et suivantes).

D'autre part, l'ancienne distinction entre médicaments pour l'usage interne et médicaments pour l'usage externe est remplacée par « médicaments pour tous usages autres que l'usage externe » et « médicaments pour l'usage externe (application sur la peau) ».

b) Jurisprudence

Substances toxiques et vénéneuses. — Stupéfiants. — Prescriptions par un médecin. — Conditions pour qu'il y ait infraction pénale.

La responsabilité pénale d'un médecin n'est pas engagée lorsque ce dernier, médecin de la famille, a rédigé en quatre ans, 251 ordonnances comportant seulement une ration journalière de quatre à six centigrammes d'héroïne, que ces ordonnances portaient toutes le nom de la personne à laquelle elles étaient destinées, et qu'elles étaient établies pour une période très courte. Il en est d'autant plus ainsi que le médecin habitait la même ville que son client, que rien ne permet de supposer qu'il ne le visitait pas avant de rédiger chaque ordonnance, qu'au moment de la cure, il en référa au Parquet, et qu'enfin il n'a reçu aucun honoraire de son client.

Au contraire, contrevient à l'article 2, § 2 de la loi du 12 juillet 1916, le médecin qui a facilité à son client, à l'aide d'ordonnances fictives et à titre onéreux, l'usage des stupéfiants.

Ce médecin ne saurait prétendre qu'il faisait suivre une cure de désintoxication, alors que les prescriptions ont duré pendant plus de deux ans, à des doses croissantes et que la malade n'était pas hospitalisée en clinique.

Certes le législateur n'a jamais imposé au médecin aucune limitation quant à la durée de la cure et à la dose journalière de toxique, mais la prudence et la vigilance du médecin doit être constamment en éveil et il ne doit rédiger ses ordonnances qu'après s'être assuré que l'état du malade les rend nécessaires.

L'infraction est établie dès lors que de nombreuses ordonnances ont été délivrées sans que le malade ait été visité, et que le médecin a reçu une somme de 30.000 francs à titre d'honoraires.

(Cour de Bordeaux. Chambre correctionnelle, arrêt du 5 novembre 1931).

Substances vénéneuses. — Médecin. — Ordonnances. — Doses omises. — Contrôle de la Cour de Cassation.

Est nul comme ne permettant pas à la Cour de Cassation d'exercer son contrôle, l'arrêt qui prononce condamnation contre un médecin pour n'avoir pas indiqué sur ses ordonnances, les doses de substances vénéneuses prescrites et leur mode d'administration, s'il omet de faire connaître la substance vénéneuse portée sur lesdites ordonnances.

(Cour de cassation. Chambre criminelle, 9 avril 1932).

Provision de toxiques délivrés à une Communauté religieuse. — Ordonnance du médecin. — Infraction à la loi.

Bien que l'article 8 de la déclaration royale du 25 avril 1777 autorise les communautés religieuses à avoir une pharmacie pour leur usage personnel, elles ne sauraient y détenir des toxiques, dont la vente et la détention sont rigoureusement réglementées par des textes postérieurs qui ne prévoient aucune exception en leur faveur.

Un médecin est donc sans droit pour délivrer des ordonnances ou bons de commandes à une communauté de cette nature, et lui permettre de se procurer des substances toxiques et vénéneuses. Il ne pouvait prescrire ces substances que sous forme de médicaments en précisant la dose en toutes lettres, ainsi que le mode d'administration.

(Tribunal correctionnel de La Roche-sur-Yon. *Siècle Médical*, 15 août 1937).

Lois sur les substances vénéneuses. — Infractions. — Caractère purement matériel. — Excuse de bonne foi irrecevable.

Bien que punies de peines correctionnelles, les infractions sur la vente, l'achat et l'emploi des substances vénéneuses ont le caractère d'infractions purement matérielles et ne comportent pas, par suite, l'excuse de la bonne foi.

(Cour de Montpellier, 13 octobre 1932).

2° Sérums thérapeutiques

Loi du 14 juin 1934 sur les sérums thérapeutiques et divers produits d'origine organique

ART. 1er. — Les virus atténués ou non, sérums thérapeutiques, toxines modifiées ou non et les divers produits d'origine microbienne pouvant servir, sous une forme quelconque, au diagnostic, à la prophylaxie ou à la thérapeutique, ne pourront être débités, à titre gratuit ou onéreux, qu'autant qu'ils auront été au point de vue de leur origine, de leur provenance, de leur appellation, de leur fabrication, des moyens de leur identification et de leur teneur en substances utiles, l'objet d'une autorisation du Gouvernement rendue après avis de l'Académie de médecine et du Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Sont soumises à la même procédure les substances injectables d'origine organique non définies chimiquement, utilisables à des fins thérapeutiques.

L'autorisation est temporaire ; elle peut être révoquée dans les formes où elle a été accordée.

Les produits visés par la présente loi sont soumis à une inspection, exercée par une Commission nommée par le ministre compétent. Les frais d'enquête pour autorisation incombent au demandeur, les frais de contrôle incombent à l'Etat.

ART. 2. — **Les produits autorisés visés à l'article précédent seront délivrés par les pharmaciens, sur ordonnances médicales. Les médecins sont autorisés à les fournir à leur clientèle, mais seulement en cas d'urgence et lorsque le mode d'emploi du produit exige leur intervention.**

Lorsqu'ils seront destinés à être délivrés à titre gratuit aux indigents, les flacons contenant ces produits porteront la mention : « Assistance publique. — Gratuit. »

Ils pourront alors être déposées, en dehors des officines de pharmacie, et sous la surveillance d'un médecin, dans les établissements d'assistance, désignés par l'Administration, qui auront la faculté de se procurer directement ces produits.

Toutes ces prescriptions ne s'appliquent pas au vaccin jennérien humain ou animal.

ART. 3. — La livraison de ces produits, à quelque titre qu'elle soit faite, est assimilée à la vente et soumise aux dispositions de la loi du 1er août 1905 sur la répression des fraudes.

En conséquence, seront punis des peines portées à la loi du 1er août 1905, ceux qui auront trompé sur la nature desdites substances, qu'ils sauront être falsifiées ou corrompues, et ceux qui auront trompé ou tenté de tromper sur la qualité des choses livrées.

ART. 4. — Toutes autres infractions aux dispositions de la présente loi seront punies d'une amende de 16 à 1.000 francs.

....

ART. 5. — Un règlement ultérieur statuera sur l'application de cette loi dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle.

Arrêté du 3 février 1937 modifié par celui du 17 avril concernant la production des sérums provenant d'animaux vivants

(*Voir Concours Médical,* 28 novembre 1937, pages 3403 et suivantes)

Arrêté du 19 juin 1937 concernant les essais en vue de l'application usuelle à la thérapeutique, de produits pharmaceutiques nouveaux

ART. 1er. — Tout médecin désirant procéder, sous sa responsabilité et pendant une période déterminée, à des essais systématiques en vue de l'application usuelle à la thérapeutique de produits nouveaux dont le débit, soumis aux conditions prévues par la loi du 14 juin 1934, n'a pas encore fait l'objet d'une autorisation gouvernementale, ne pourra entreprendre ces essais et les poursuivre qu'après y avoir été autorisé par le ministre de la Santé publique auquel il devra adresser une demande à cet effet.

ART. 2. — L'autorisation accordée sera valable pour une période de six mois et renouvelable pour une égale durée sur nouvelle demande et d'après les résultats thérapeutiques exposés par le bénéficiaire de l'autorisation dans un rapport adressé au ministre de la Santé publique.

ART. 3. — Le bénéficiaire de l'autorisation ne devra utiliser ces produits qu'à titre gratuit, sans augmentation de ses honoraires habituels et exclusivement dans les établissements hospitaliers, cliniques, centres de recherches, etc., préalablement agréés par le ministre de la Santé publique, après avis de la Commission des sérums.

ART. 4. — Lorsque les produits destinés aux essais seront d'origine étrangère, l'autorisation d'emploi précisera, après avis de la Commission des sérums, les quantités de ces produits qui pourront être importées en France.

II'. — Prescriptions médicamenteuses en médecine sociale

Si le médecin traitant possède la plus entière liberté dans ses prescriptions thérapeutiques, lorsqu'il se trouve en face d'un malade de droit commun (sauf toutefois ainsi que nous l'avons vu ci-dessus en matière de substances toxiques ou vénéneuses), il se voit, par contre, obligé de respecter certaines règles lorsqu'il est en face d'un assisté ou d'un assuré social, et le mode de prise en charge des frais pharmaceutiques n'est pas le même pour tous les médicaments. Ce sont ces diverses particularités que nous nous proposons d'étudier ci-dessous.

1° Assistance médicale gratuite

Conformément à l'article 4 *de la loi du* 15 *juillet* 1893, *il appartient au règlement préfectoral institué dans chaque département de déterminer les modalités des soins médicaux et pharmaceutiques délivrés aux assistés. A ce règlement est donc annexé une nomenclature des médicaments et spécialités autorisées. Cette nomenclature variant d'un département à l'autre, nous ne pouvons qu'y renvoyer nos lecteurs.*

2° Accidents du travail

Aucune disposition de la loi sur les accidents du travail ou de ses règlements d'application n'est venu limiter la liberté de prescription du médecin traitant. Ce dernier peut donc ordonner à son malade, tous les médicaments ou spécialités de vente légale en France qui lui paraissent utiles à sa guérison.

Un tarif de responsabilité patronal analogue à celui qui existe pour les honoraires médicaux, est établi par une commission mixte et rendu applicable par arrêté ministériel. Le dernier tarif date du 1er *novembre* 1935. *Mais ce tarif n'est nullement limitatif. Bien au contraire, en vertu de l'article* 1er, § 2 *de l'arrêté précité, sont également remboursés les médicaments n'y figurant pas. Ce remboursement a lieu d'après les tarifs et barêmes dressés par l'Association générale des Syndicats pharmaceutiques de France, et leurs bulletins de variations périodiques.*

3° Soins aux Pensionnés de guerre

Les prescriptions pharmaceutiques concernan les bénéficiaires de l'article 64 *de la loi du* 31 *mar* 1919 *sont réglées par l'arrêté ministériel suivant*

Arrêté du 3 juin 1927 modifié par arrêtés du 22 août 1927, du 19 février 1932 et du 16 octobre 1934

Art. 1er. — Pour la blessure ou la maladie ayant motivé l'inscription sur les listes spéciales de soins gratuits, les bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 ont droit à tous les produits pharmaceutiques énumérés dans la nomenclature de l'Association générale des Syndicats pharmaceutiques de France, sous les réserves indiquées ci-après.

1° Chap. 1er. — Produits chimiques et pharmaceutiques. — Ne peuvent être fournies les pastilles et pâtes pectorales.

2° Chap. 2. — Ne peuvent être prescrites les eaux minérales hors le cas de nécessité thérapeutiques incontestable.

« En ce cas, la prise en charge au titre de l'article 64 reste subordonnée à l'autorisation de la Commission tripartite départementale dans les conditions fixées par l'arrêté du 3 juin 1927. »

3° Chap. 3. — *Accessoires de pharmacie et de bandages.* — Sont fournis par les pharmaciens les objets suivants qui figurent au chapitre 3 : petites attelles, leucoplastes, suspensoirs, pinceaux pour teinture d'iode, compte-gouttes, seringues en verre (pour urèthre, nez, oreilles) œillères.

Les autres objets du chapitre 3 auxquels peuvent prétendre les bénéficiaires de l'article 64 sont fournis par les centres d'appareillage aux mutilés titulaires d'un livret d'appareillage ;

4° Chap. 5. — *Lunetterie et yeux artificiels.* — Les objets du chapitre 5 sont fournis par les centres d'appareillage aux mutilés titulaires d'un livret d'appareillage ;

5° Chap. 6. — *Récipients divers.* — Seul le premier récipient sera payé aux pharmaciens :

6° A. — Toute feuille d'ordonnance, portant prescription d'eaux minérales, au titre de l'article 64, doit être transmise à la Commission tripartite départementale avec l'avis du médecin traitant indiquant les raisons d'ordre médical qui motivent cette prescription. Seules les feuilles d'ordonnances de cette nature portant le « Vu bon à délivrer » de la Commission tripartite départementale peuvent être remboursés au titre de l'article 64.

En tout état de cause, les autorisations délivrées par la Commission tripartite départementale seront limitées à douze bouteilles d'eau minérale par trimestre et par bénéficiaire. Les eaux minérales ayant le caractère d'eau de table ne peuvent pas être remboursées au titre dudit article.

Les dispositions précédentes ne s'appliquent pas aux eaux purgatives.

B. — Ne peuvent être remboursés au titre de l'article 64, les produits suivants qu'il est interdit aux médecins de prescrire et aux pharmaciens de délivrer au titre dudit article :

« *a*) Les vins en nature ou mélangés, à l'exception du vin de digitale composé (ou vin de Trousseau ou vin de l'Hôtel-Dieu), du vin de scille composé (ou vin de la Charité), du vin aromatique.

« *b*) Les élixirs, à l'exception de l'élixir parégorique (ou teinture d'opium camphrée) de l'élixir de longue vie (ou teinture d'aloès composée), de l'élixir de Peyrilhe (ou teinture de gentiane alcaline).

« *c*) Les alcoolats en nature, à l'exception de l'alcoolat de cochléaria composé et de l'alcoolat de Fioravanti.

« Sont considérés comme étant des alcoolats en nature tous les mélanges d'alcoolats insuffisamment dénaturés par l'adjonction de substances médicamenteuses.

« *d*) L'eau de Cologne, l'eau-de-vie de lavande, l'eau dentifrice, les pâtes, savons, et, d'une façon générale, les produits de toilette » ;

Rappelons enfin que les Commissions départementales tripartites, et en appel la Commission supérieure, ont pour mission, en vertu du décret du 22 *décembre* 1935, *et de l'art.* 102 *de la loi de Finances du* 19 *décembre* 1926, *de contrôler les médecins et les pharmaciens qui donnent leurs soins aux pensionnés, et peuvent en cas d'abus dans les soins ou les prescriptions mettre à leur charge les frais entraînés par ces abus.*

4° Assurances sociales

La liberté de prescription du médecin traitant d'un assuré social résulte formellement de l'art. 6, §§ 9 *et* 10 *du décret-loi du* 28 *octobre* 1935 *qui s'exprime ainsi* :

ART. 6. — ....

§ 8. — Les prescriptions médicamenteuses sont laissées à l'initiative des médecins qui conservent la liberté d'ordonner, selon la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement, les médicaments conformes à la législation et à la règlementation existantes. Il ne peut être délivré qu'une seule ordonnance par acte médical.

§ 9. — Le tarif de remboursement des frais pharmaceutiques est fixé à 80 %. Il est réduit à 60 % pour la part de ces frais excédant 25 francs par ordonnance.

Toutefois et sauf abus de prescription, le tarif de 80 % est applicable aux produits thérapeutiques injectables autorisés en vertu de la loi du 14 juin 1934. Il en est de même pour tous autres médicaments dans les cas spéciaux nécessitant des frais pharmaceutiques élevés, sur proposition du médecin traitant et avec accord du médecin contrôleur de la Caisse.

....

N'ouvrent en aucun cas droit au remboursement les produits de régime alimentaire.

§ 10. — Les frais d'appareils et les dépenses pharmaceutiques autres que l'achat des médicaments sont remboursés dans les conditions et suivant un tarif fixés par le règlement intérieur de la Caisse, compte tenu de la participation de l'assuré de 20 %.

Cet article a été précisé par l'article 12 *du décret d'administration publique du* 19 *mars* 1936, *dans les termes suivants* :

ART. 12. — § 1. — Les prescriptions médicamenteuses à l'occasion d'un acte médical, même rédigées sur des feuilles distinctes, ne constituent qu'une seule ordonnance pour l'application de l'article 6, §§ 8 et 9 du décret-loi du 28 octobre 1935.

§ 2. — Lorsque le médecin prescrit un des produits thérapeutiques injectables autorisés en vertu de la loi du 14 juin 1934, il doit le mentionner expressément sur l'ordonnance.

Citons enfin l'article 27 *du règlement intérieur type des Caisses d'assurances sociales relatif aux frais pharmaceutiques* :

ART. 27. — ....

§ 3. — Lorsque sur une ordonnance, le médecin a expressément indiqué dans les conditions prévues par les conventions entre les Caisses et les Syndicats médicaux, que certains médicaments pouvaient être renouvelés, le renouvellement doit être considéré comme une ordonnance distincte.

§ 4. — En aucun cas, l'ordonnance prescrivant des médicaments à renouveler n'est valable pour plus d'un mois.

....

Nous reproduisons ci-dessous la liste des produits thérapeutiques injectables autorisés en application de la loi du 14 *juin* 1934, *classés par noms de spécialités, liste établie par le Comité central d'entente des unions nationales de Caisses d'assurances sociales.*

Liste des Produits thérapeutiques injectables classés par noms de Spécialités

Agomensine injectable.
Ampho-vaccin antiinfectieux.
Ampho-vaccin antistaphylococcique.
Ampho-vaccin intestinal.
— pulmonaire.
— urinaire.
Ampoules Romon.
Androstine injectable.
Angioxyl.
Antastène.
Antelobine.

Anthéma.
Anthypophyse.
Antigénine C. injectable.
— C. E. injectable.
— E. P. S. injectable.
— staphylococcique injectable.
Antigénine T. A. B. injectable.
Apivène.
Aplexil.
Arsylène V.
Arsylène V.
Auriculo-vaccin.
Bacté-pyo-phage.
Bacté-staphy-phage.
Broncho-vaccin nº 2.
Broncho-Vaclydum.
Cardiostreptine (vaccin mixte).
Cholergine.
Cholestériodine.
Colibacille (vaccin).
Coli-entéro-vaccin.
Coliflorine (tubes scellés).
Coli-soude (Lysat).
— (inj. sous-cutanée).
— (inj. intra-vein.).
doli-vaclydum (tubes scellés).
Colloidogénine (ampoules).
Coqueluchcux.
Coqueluchcux B.
Coqueluchcux (vaccin A mixte).
Coqueluchcux (vaccin B mixte).
Corps jaune (extraits).
Corps jaune de l'ovaire (ext. inj.).
Dermo-vaccin.
Dmelcos.
Drepachol.
Drépalite.
Endocrisine hypophyse.
— Orchitine.
— Ovaires.
Endocrisine pluriglandulaire F.
Endocrisine pluriglandulaire M.
Endocrisineasurrénale.
— thyroïde.
Endopancrine (amp. de 20-10-5 un.).
Endopancrine huileuse (100 nu. clniiques).
Endothymusine (chaque cc. = 1 gr. thymus frais).
3 gr.). — —
(5 gr. — —
(10 gr. — —
Entéro-antigène.
Entéro-vaclydum.
Equisérine.
Flavéine.
Foie stabilisé (Extrait).
Glande surrénale (Extrait injectable).
Gonarthri-Vaclydum (Tubes scellés).
Gonococcique Carrion.
— Vaccin B.
Gono-Vaclydum (Tubes scellés).
Godiwa Vaccin gonococcique.
Gravidostyl.
Grippo-Vaclydum polymicrobien. (Tubes scellés).
Gynéco-Vaclydum (Tubes scellés).
Hémostyl injectable.
Hépacrine injectable.
Héparmone (Ampoules injectables de 2 cc. — Extrait purifié foie de veau).
Hépatique (Extrait).
Hépato-estomac splénine.
Hépatrol injectable.
Holosplénine.
Homovarine (Ampoules).
Hypophyse (Ampoules).
Hypophyse (Ampoules).
Hypophyse (Extrait injectable).
Iloglandol-C.
Immunizol nº 10 à 13, nº 15 à 19.
Immunizol nº 22, nº 23, nº 31, nº 34, nº 40, nº 41, nº 50.
Immunovaccin antirhumatismal séries I-II-III-IV).
Immunovaccin antirhumatismal (dose entretien).
Immunovaccin br.-pulmo. (amp. 25 cc.) S. I. V. A.).
Immunovaccin br.-pulmonaire (amp. 5 cc.) Dr Lautier.
Immunovaccin antirhumatismal (tubes scellés).
Inorénol injectable.
Inosphacélol polyvalent.
Inosplénol.
Insuline sol. inj. (amp.).
Insuline « Léo ».
Insulyl (20 un. — 40 un.).
Intestino-vaccin.
Lipocérébrine.
Liposplénine.
Lita.
Lysaxins L.M.L., nos 1-2-3.
Moëlle osseuse. Amp. (Extrait).
Moëlle osseuse (Extrait injectable).
Naso-vaccin.
Néo-Dmégon.
Néo-Dmétys.
Néphrine Carrion.
Néphrine Bouly (Amp.).
Oculo-vaccin.
Orchitique (Extrait).
Orchitine (Ampoules).
Orchitiques.
Ovaire (Extrait).
Ovariennes.
Ovarine (Ampoules).
Pancréas.
Pangonol.
Parathyroïde.
Parathyroïdien (extrait injectable).
Parathyrone (tubes scellés).
Perglandène thymique (voir endothymusine).
Per Hépatique.
Per Hypophysaire.
Per Orchitique.
Per Ovarine.
Per Rénal.
Per Surrénalien.
Per Thymique.
Per Thyroïdien.
Pharyngo-vaccin.
Pituglandol.
Placenta.
Placenta (ext. inject.).
Placentine.
Pneumococcique (vaccin), 100 mil.
Pneumococcique (vaccin), 1.000 mil.
Pneumo-Vaclydum (tubes scellés).
Polymicrobien Antigrippal (vaccin).
Polymicrobien-Gonagone (vaccin).
Polymicrobien Polyvalent (vaccin).
Post-hypophyse.
Propidon.
Prostate.
Prostate (ext. inject.).
Prostatine.
Pyo-Vaclydum (tubes scellés).
Rate.
Rénales.
Rénine.
Rétropituine.
Séquardine.
Sérum anticolibacillaire.
— antidiphtérique normal.
Sérum antidiphtérique désalbuminé et concentré.
Sérum antigangréneux.
— antistreptococcique.
Sistomensine injectable.
Spléniques.

Splénocrisine.
Spléno-endocrisine.
Splénomédulla.
Staphylagone (vaccin).
Staphylo-vaclydum (tubes scellés).
Staphylococcique (vaccin) 200 millions.
Staphylococcique (vaccin) (ostéomyélite) 5.000.000.
Staphylococcique (vaccin) (ostéomyélite) 1.000 millions).
Staphylococcique (vaccin) 5.000 millions.
Staphylo-Soude (à 0,01 par c.c.)
Staprolysat série I.
— — P.
Strepto-Vaclydum (tubes scellés).
Sur énales (amp. extr. de caps.).
Surrénales.
Surrénaline.
Surrénine Byla.
Synchrines hypophyso-orchitique nº 6.
Synchrines hypophyso-ovariennes nº 6 *bis*.
Synchrines pluriglandulaires F, nº 1.
Synchrines pluriglandulaires M nº 1 *bis*.
Synchrines surréno-hypophysaires nº 2.
Synchrines surréno-orchitiques, nº 5 *bis*.
Synchrines surréno-ovariennes, nº 4 *bis*.
Synchrines thyro-hypophyso-ovariennes, nº 7.
Synchrines thyro-orchitiques, nº 5.
Synchrines thyro-ovariennes, nº 4.
Synchrines thyro-surréno-ovariennes, nº 3 *bis*.
Synchrines thyro-surréno-hypophysaires, nº 5.
Thymophysine injectable.
Thymus.
Thymusine.
Thyroïde (glande).
Thyroïdiennes (1/2 c. c.).
Thyroïdiennes (1c. c.).
Thyroïdine.
Tôt-hypophyse (à 0,10).
— (à 0,20).
Triglandine.
Triglandol Bouty.
Typhique (vaccin) curatif.
— (mixte) vacc. C.
Urétro-vaccin.
Uro-vaccin.
utéro-vaccin.
Vaccin anticoquelucheux.
— antigonococcique polymicrobien polyvalent.
Vaccin antigonococcique polyvalent.
Vaccin antipyogène chirurgical Virultra.
Vaccin antipyogène général Virultra.
Vaccin antistaphylococcique polyvalent.
Vaccin antistreptococcique polyvalent.
Vaccin antivirus gonococcique polyvalent gonolyt.
Vaccin broncho-vaccin Virultra.
Vaccins Bruschettini antigonococcique pyogène polyvalent.
Vaccin colibacill. P. B. T.
— du Prof. Delbet.
— Demonchy.
— gynécologique Virultra.
Vaccin oto-rhino-laryngologique Virultra.
Vaccin Pfeiffer (100 millions).
Vaccin Pfeiffer (500 millions).
Vaccin pneumo-broncho-polymicrobien polyval.
Vaccin pneumo-entéro-staphylococcique.
Vaccin préopératoire polymicrobien polyvalent.
Vaccin Renard nºˢ 1 et 2.
— staphylococcique P.B.T.
Vaccin uro-vaccin Virultra.

5º Assurés sociaux indigents

Citons à titre documentaire les termes de la Circulaire interministérielle du 28 août 1935 relative aux prescriptions pharmaceutiques aux assurés indigents :

c) *Spécialités pharmaceutiques.* — Les assurés sociaux indigents, inscrits sur les listes d'assistance, ne pourront bénéficier que des seules spécialités pharmaceutiques qui sont actuellement délivrées aux bénéficiaires de la loi du 15 juillet 1893.

Cette différence de traitement entre les assurés ordinaires et les assurés assistés se justifie si l'on considère que l'assistance ne saurait, sans avoir à supporter des dépenses excessives, payer la quote-part variant de 20 à 40 p. 100 qui reste normalement à la charge de l'assuré. D'où la nécessité d'assimiler à cet égard les deux catégories d'assistés, tout au moins provisoirement.

Cette thèse est, à notre avis, entièrement erronée. Au contraire, l'assuré indigent doit en principe, d'après l'article 19, § 3, alinéa 3 du décret-loi et la jurisprudence (Tribunal des Conflits, arrêts des 26 octobre 1936 et 11 janvier 1937) être assimilé aux assurés ordinaires. Son médecin traitant peut donc lui prescrire tous les médicaments et spécialités de vente légale en France conformément à l'article 6, § 8 du décret-loi sur les Assurances sociales, précité.

Le Gérant : R. THIRON

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN



Calendrier des Congrès en 1938

12 au 17 mars. — LE CAIRE : IVe CONFÉRENCE INTERNATIONALE DE LA LÈPRE.

Secrétaire général : Professeur Muir, 131, Baker-street, London W. 1.

26-31 *mars.* — OXFORD : VIe CONGRÈS INTERNATIONAL DU RHUMATISME ET DE BALNÉOLOGIE.

Secrétariat général : 109, Kingsway, London W. C. 2.

Mars et décembre. — 1re et 2e SESSIONS DE LA CONFÉRENCE DE CHIMIOTHÉRAPIE DE LA BLENNORRAGIE.

Secrétaire général : Docteur Sicard de Plauzolles, à Paris.

11, 12, 13 avril. — TUNIS. FÉDÉRATION DES SOCIÉTÉS MÉDICALES DE L'AFRIQUE DU NORD. — Président : Burnet (Tunis).

Secrétaire général : Professeur Sénevet (Alger), Docteur Lamarche (Tunis).

16-19 *avril.* — BRUXELLES. XVIIe JOURNÉES MÉDICALES.

Secrétaire général : Docteur René Beckers, au « Bruxelles-Médical », 141, rue Belliard, Bruxelles.

19-23 *avril.* — NICE. VIIe C. FR. GYNÉCOLOGIE. Prés. : Professeur E. Chauvin (Marseille).

Secrétaire général : Docteur M. Fabre, 1, rue Jules-Lefebvre, Paris (IXe).

Pâques. — NICE. Ier CONGRÈS INT. DE COSMOBIOLOGIE.

Secrétaire général : Docteur Maurice Faure, 24, rue Verdi, Nice.

4-8 mai. — AMSTERDAM. CONGRÈS INT. D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE.

Secrétaire général : M. F. C. Van Tongeren, Wilhelminagasthuir, Amsterdam W.

16-19 *mai*. — PARIS. LIe CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTALMALOGIE.

Secrétaire général : Docteur René Onfray, 6, avenue de la Motte-Picquet, Paris (VIIe).

3 au 6 juin.— MONTPELLIER : CONGRÈS INTERNATIONAL DE THALASSOTHÉRAPIE. Vice-président : Docteur M. Terwagne, 47, rue de l'Ecuyer, Bruxelles.

27-30 *juin*. — VIENNE. Ier CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ AUTRICHIENNE D'UROLOGIE.

Secrétaire général : Wien IX, Frankgasse 8 (Billroth Haus).

1er au 4 juillet. — LUXEMBOURG : VIIIe SESSION DE CONFÉRENCES DU COMITÉ INTERNATIONAL DE MÉDECINE MILITAIRE.

Secrétaire général : Colonel médecin Voncken, Hôpital militaire, Liége.

25 au 28 août. — COPENHAGUE : XIIIe SESSION DE L'ASSOCIATION PROFESSIONNELLE INTERNATIONALE DES MÉDECINS.

Renseignements : F. M. B., 54, boulevard de Waterloo, Bruxelles.

Date indéterminée. — BERLIN : IIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DES SANATORIA ET DES MAISONS DE SANTÉ PRIVÉS.

Fin août. — BERLIN. IIe CONGRÈS INTERNATIONAL DES SANATORIA ET DES MAISONS DE SANTÉ PRIVÉES.

Secrétaire général : Docteur Bussard, 8, avenue du 11-novembre, Bellevue (Seine-et-Oise).

19-22 septembre.— VIENNE. SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE CHIRURGIE. Président : M. Matas (de New-Orléans).

Secrétaire général : L. Mayer, 72, rue de la Loi, à Bruxelles.

21-24 *septembre*. — EVIAN. IIe CONGRÈS DE L'INSUFFISANCE RÉNALE. — Président : Professeur Rathery ; vice-président : Professeur Chevassu.

Secrétaire général : Docteur F.-P. Merklen et Docteur Derot, adjoint : Docteur V. Ballet.

Secrétariat : 138, avenue des Champs-Elysées, Paris (VIIIe).

23-25 *septembre*. — GAND ET BRUXELLES : IIe CONGRÈS HOLLANDO-BELGE DE NEUROLOGIE ET DE PSYCHIATRIE.

Renseignements : Docteur Leroy, rue Beeckman, 18, Liége.

26-28 *septembre.* — MARSEILLE. XXV[e] CONGRÈS FR. DE MÉDECINE.

Secrétaire général : Professeur H. Roger, 66, boulevard N.-D., Marseille.

Fin septembre. — LISBONNE. CONGRÈS DE LA FÉDÉRATION DE LA PRESSE MÉDICALE LATINE. Président : Professeur Reynaldo dos Santos.

Secrétaire général : Docteur Pierra, 52, avenue de Breteuil, Paris (VII[e]).

Septembre. — OTTAWA. XV[e] CONGRÈS DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DE L'AMÉRIQUE DU NORD. — Président : M. J.-H. Lapointe.

Automne. — VIENNE OU BELGRADE. VII[e] CONFÉRENCE DE L'ASSOCIATION DE PÉDIATRIE PRÉVENTIVE.

3 octobre. — PARIS. XLVII[e] CONGRÈS FR. DE CHIRURGIE. — Président : Professeur L. Imbert (Marseille). Vice-président : M. Albert Mouchet (Paris).

Secrétaire général : M. Mondor (Paris).

Secrétariat : 12, rue de Seine, Paris (VI[e]).

3 *octobre.* — PARIS. CONGRÈS FR. D'UROLOGIE. — Président : Docteur Lavenant.

Secrétaire : M. Louis Michon, 34, boulevard des Invalides, Paris.

7 *octobre.* — PARIS. XV[e] CONGRÈS FR. D'ORTHOPÉDIE. — Président : Professeur Rocher (Bordeaux).

Secrétaire général : MM. Richard (Berck) et Leveuf (Paris).

4-11 *octobre.* — ROME. CONGRÈS INTERNATIONAL DE L'AFRIQUE, organisé par l'Académie d'Italie (ouvert aux médecins et hygiénistes).

Octobre. — PARIS. XXIV[e] CONGRÈS D'HYGIÈNE.

Secrétaire général : M. Dujarric de la Rivière, Institut Pasteur, 25, rue du Docteur-Roux, Paris.

Octobre. — *Date indéterminée.* — PARIS : I[er] CONGRÈS DE L'ASSOCIATION DES MICROBIOLOGISTES DE LANGUE FRANÇAISE. *Secrétaire général* : Docteur Paul Bordet, Institut Pasteur, 28, rue du Remorqueur, Bruxelles.

13 décembre. — PARIS. ACADÉMIE DE MÉDECINE. Séance annuelle.

Pour 1938 mais sans précisions

Paris. — CONGRÈS FRANÇAIS DE STOMATOLOGIE. Secrétaire général : Mme le Docteur Papillon-Léage, 184, rue de l'Université, Paris.

Milan. — III[e] CONGRÈS INTERNATIONAL DE CHIRURGIE STRUCTIVE. — Président : Docteur Sanvenero-Rosselli, à Milan.

Washington. — 8[e] SESSION DE L'OFFICE INTERNATIONAL DE DOCUMENTATION DE MÉDECINE ET PHARMACIE MILITAIRES.

Secrétaire général : Col. Voncken, Liége.

Suisse. — JOURNÉES ORTHOPÉDIQUES.

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE
(Sou Médical)

Le Secrétariat général est ouvert tous les jours de 9 h. 30 à midi et de 14 h. à 18 h. (le samedi, le matin seulement), 37, rue de Bellefond.

Le Secrétaire général y est personnellement visible le mardi après-midi et le vendredi matin.

Les réunions du Conseil d'Administration ont lieu le mardi à 15 h., tous les quinze jours.

Art. 2. — La Ligue médicale de Défense professionnelle a pour *but* de donner à ses membres des avis et consultations juridiques et de les assister, moralement et pécuniairement, dans tous leurs différends et procès relatifs à l'exercice de la profession médicale. Toutefois, elle n'intervient pas pécuniairement pour leurs simples recouvrements d'honoraires, ni pour les suites des accidents d'automobiles et de tous autres moyens de transport dont ils seraient victimes, auteurs ou responsables, à quelque titre que ce soit.

Elle n'intervient pas non plus pour soutenir toute cause contraire aux principes adoptés par le syndicalisme médical.

D'autre part, elle garantit ses membres contre les risques de responsabilité civile professionnelle, dans les limites et conditions fixées par les articles 10 et 11 des statuts.

Cotisation annuelle : 100 francs. *Compte de chèques postaux* : Paris (182-31).

MUTUALITÉ FAMILIALE & PROFESSIONNELLE
DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Objet :

1° Indemnités maladie-accident : de 20 fr. 50 francs et 75 fr. par jour ;

2° Pensions de retraite à 60 et à 65 ans ;

3° Pensions annuelles aux veuves, au décès du mari.

Adresser toute demande de renseignements, au Secrétaire général, M. le Dr Lavalée, 37, rue de Bellefond, Paris (9e).

Compte de chèques postaux : Paris : 182-32.

OFFICE DE RENSEIGNEMENTS DU CONCOURS MÉDICAL

Ouvert tous les jours de 9 h. à midi et de 14 h. à 18 h. (le samedi, le matin seulement).

Renseignements sur tous les chapitres de la vie professionnelle : remplacements, clientèles, lois et règlements, instruments et appareils, bibliographie, maisons de cure, œuvres de prévoyance et d'assistance, etc....

Prix de l'abonnement au *Concours Médical* : 70 francs par an. Les abonnés membres du Sou Médical sont couverts contre le risque de responsabilité professionnelle jusqu'à 500.000 francs.

TABLE DES MATIÈRES

contenues dans le « CONCOURS MÉDICAL »

N. B. — Les travaux originaux sont indiqués en *italiques.*

ANNÉE 1937

Cette table contient cinq parties : I. Partie Scientifique. — II. Partie Professionnelle. — III. Auteurs des articles scientifiques et professionnels. — IV. Bibliographie. — V. Suppléments documentaires.

I

Partie Scientifique

A

B

C

D

E

F

✦✦

G

H

I

K

L

M

N

O

P

R

♦♦♦

T

U

II

Partie Professionnelle

B



C

D

E

F

H

I

N

P

S

V

III

NOMS DES AUTEURS

A

B

C

D

E

F

G

H

I

J

K

L

N

O

P

R

IV

Bibliographie

A

B

C

D

E

F

G

H

I

J

K

L

M

N

O

P

Q

R

S

V
Supplément Documentaire

A



Le Gérant : R. THIRON

Clermont (Oise). — Imprimerie THIRON et Cie. — R. C. Clermont 4264